

可显著抑制蛋白酶 C 及清除自由基的作用,进一步降低细胞凋亡速度。尼莫地平属二氢吡啶类衍生物,能有效透过血脑屏障,松弛平滑肌,增加血流。此外,西药虽疗效显著,但易发生毒副作用,且无法从根本上改善神经功能缺损状况,具有一定的局限性。

中医学认为^[6],脑梗死属“中风”范畴,主张以益气、活血、补气、通脉为治疗原则。《金匱要略》中记载:“血痹阴阳俱微,寸口关上微,尺中小紧,外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之”。其中党参、黄芪温阳益气,阳升气旺,可有效消除瘀血;白术健脾补气;桂枝畅通经脉,增强药效;川芎活血化瘀;石菖蒲镇静平喘、化痰止咳;水蛭活血化瘀、通络祛风。诸药合用,具有益气活血、补气通脉的功效,可有效改善患者神经缺损及血流动力学状况^[7]。

本研究结果显示,研究组治疗总有效率高于对照组($P<0.05$);治疗前两组神经功能与血流动力学比较无明显差异($P>0.05$),治疗后两组均有所改善,

且观察组改善程度显著优于对照组($P<0.05$)。说明黄芪桂枝五物汤联合尼莫地平治疗脑梗死疗效颇佳,可有效改善患者神经功能及脑循环,且安全性较高,有利于疾病的转归和预后,值得临床推广应用。

参考文献

[1]呼日勒,牛广明,韩晓东.脑梗死的研究进展[J].内蒙古医科大学学报,2004,26(2):145-148
[2]姜淼,张凤杰,佐炳会.黄芪桂枝五物汤辅助治疗对脑梗死恢复期患者的影响[J].世界中医药,2017,12(7):1555-1558
[3]王水华,余小骊,欧阳小春.黄芪桂枝五物汤加减配合常规西药治疗脑梗死的临床效果分析[J].中药药理与临床,2015,31(2):236-237
[4]曹兵,丁奇,刘熙鹏,等.大株红景天注射液治疗大面积脑梗死的临床研究[J].世界中医药,2017,12(1):79-82
[5]金凤.尼莫地平治疗急性脑梗死的临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(8):103-104
[6]郭会军,高尚社,杨建宇,等.中医治疗脑梗死简述[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(23):112-117
[7]范青红,刁建新.黄芪桂枝五物汤加减治疗脑梗死临床观察[J].中国中医急症,2012,21(5):834-835

(收稿日期: 2017-10-23)

丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍患者的疗效

刘素梅 王建伟
(河南省濮阳市人民医院 濮阳 457000)

摘要:目的:探讨急性脑梗死合并认知功能障碍患者采用丁苯酞序贯治疗的疗效及其对炎性因子的影响。方法:选取 2014 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的急性脑梗死合并认知功能障碍患者 90 例,随机分为观察组和对照组各 45 例。对照组给予单纯的丁苯酞治疗,观察组给予丁苯酞序贯治疗,比较两组患者治疗效果及炎性因子改善情况。结果:治疗后,观察组患者总有效率明显高于对照组($P<0.05$);观察组患者神经功能缺损、认知功能缺损、日常生活能力评分与炎性因子指标改善情况均明显优于对照组($P<0.05$)。结论:应用丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍,可改善患者神经功能缺损,促进患者认知功能、生活能力的提高,还能改善患者炎性水平,促进患者恢复,提高预后,疗效显著,值得推广。

关键词:急性脑梗死;认知功能障碍;丁苯酞;序贯治疗

中图分类号:R749.13

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.027

脑梗死又称缺血性脑卒中,是指由各种原因造成局部脑组织区域血液循环障碍,导致脑组织缺血、缺氧性病变坏死,进而产生神经功能缺失的表现^[1]。因此,急性脑梗死患者常合并认知功能障碍,严重影响患者生活质量,采取有效的治疗方法一直是临床研究的重要课题。本研究旨在探讨急性脑梗死合并认知功能障碍患者采用丁苯酞序贯治疗的疗效及其对炎性因子的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的急性脑梗死合并认知功能障碍患者 90 例,随机分为观察组和对照组各 45 例。观察组男 24 例,女 21 例;年龄 42~76 岁,平均年龄(59.4±4.5)岁。

对照组男 25 例,女 20 例;年龄 41~75 岁,平均年龄(59.6±4.7)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均符合相关诊断标准并确诊为急性脑梗死合并认知功能障碍,均同意本次研究并签署知情同意书。

1.2 治疗方法 所有患者均控制血压血糖、清除氧自由基、稳定斑块、抗血小板聚集等常规对症治疗,根据患者病情及药物说明调整用药。对照组给予丁苯酞氯化钠注射液(国药准字 H20100041)25 mg 静脉滴注,2 次/d,滴注时间 50 min 以上,2 次用药间隔需≥6 h,持续治疗 2 周。观察组在对照组治疗的基础上给予丁苯酞软胶囊治疗,患者在病情稳定之后即开始口服丁苯酞软胶囊(国药准字 H20050299),

3 次/d,2 粒/次,连续服用 3 个月。两组患者均于 3 个月后复查评估疗效,通过电话提醒患者返院复查。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者治疗效果。(2)治疗前后采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)对两组患者神经功能缺损进行评分,分数越高提示神经功能缺损越严重;采用简易精神状态量表(MMSE)对两组患者认知功能进行评分,分数越高提示认知功能越好;采用 Barthel 评分法对两组患者日常生活能力进行评分,分数越高提示生活能力越好。(3)检测两组患者治疗前后炎症因子水平,包括高敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、五聚素-3(PTX-3)。

1.4 疗效标准 依据 1995 年全国第 4 次脑血管病会议通过的相关标准,临床治愈:患者临床症状完全消失,神经功能缺损评分减少 90%以上;显效:患者临床症状显著改善,神经功能缺损评分减少 46%~90%;有效:患者临床症状明显缓解,神经功能缺损评分减少 15%~45%;无效:未达上述标准视为无效。总有效率=(临床治愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验,计数资料用%表示,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 观察组患者总有效率明显高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较[例(%)]						
组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	45	23(51.11)	15(33.33)	6(13.33)	1(2.22)	44(97.78)
对照组	45	17(37.78)	14(31.11)	7(15.56)	7(15.56)	38(84.44)
χ^2		3.598	0.112	0.201	10.985	10.985
P		<0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组各项评分比较 治疗后,观察组患者神经功能缺损、认知功能缺损及日常生活能力评分均明显优于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组各项评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	时间	NIHSS 评分	MMSE 评分	Barthel 评分
观察组	45	治疗前	25.1± 4.7	18.5± 4.3	34.6± 1.5
		治疗后	14.2± 3.3*	25.4± 3.9*	53.9± 1.4*
对照组	45	治疗前	24.9± 4.6	18.6± 4.2	34.5± 1.4
		治疗后	17.3± 1.1	22.6± 5.2	42.3± 1.6

注:与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组炎症因子改善情况比较 治疗后,观察组患者炎症因子指标改善情况优于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 两组炎症因子改善情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	hs-CRP(mg/L)	PTX-3(μg/L)
观察组	45	治疗前	15.6± 0.6	7.7± 2.8
		治疗后	7.6± 0.3*	4.1± 2.6*
对照组	45	治疗前	15.7± 0.5	7.8± 2.5
		治疗后	11.2± 0.4	5.2± 2.7

注:与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

急性脑梗死是最为常见的卒中类型,占全部卒中的 60%~80%。该病具有较高的复发率、致残率及病死率,发病前多有前驱症状表现为头痛头晕、眩晕、短暂性肢体麻木、无力,随着病情发展则会出现肢体偏瘫、意识障碍甚至脑疝、死亡等^[2]。

丁苯酞是一种人工合成的消旋体,能够对缺血性脑卒中所致脑损伤的多个病理环节进行阻断,使脑血管流量得到改善,并且能够抗血小板聚集和抗脑血栓形成,进而使脑梗死灶面积缩小,减轻脑水肿,改善脑部能量的代谢,抑制神经细胞凋亡^[3]。梗死灶的改善可对患者认知、情绪、记忆及行为功能产生直接影响,相关研究显示,丁苯酞主要作用为改善脑缺血区的微循环,促进该区域血管新生,使缺血区脑血流增加,进而改善患者神经功能缺损和生活能力^[4]。序贯治疗是指初期采用静脉注射给药,待患者病情症状稳定后改为口服给药,该治疗方式能够有效缩短静脉用药时间,减少输液相关不良反应,减轻静脉炎、输液反应等对患者造成的痛苦,还能够缩短患者住院时间,减轻患者医疗经济负担。

本研究结果显示,观察组患者总有效率明显高于对照组($P<0.05$);治疗后,观察组患者神经功能缺损、认知功能缺损、日常生活能力评分及炎症因子指标改善情况均明显优于对照组($P<0.05$)。说明急性脑梗死合并认知功能障碍患者采用丁苯酞序贯治疗能够改善患者神经功能缺损,促进患者认知功能、生活能力的提高,同时还能改善患者炎症水平,促进患者恢复,提高预后,疗效显著,值得推广。

参考文献

[1]朱少文,张锦兰.丁苯酞序贯治疗急性脑梗死的疗效观察及其对血浆脂蛋白磷脂酶 A2 的影响[J].中国基层医药,2017,24(9):1289-1292
[2]刘娟,马宝山,王秦川.丁苯酞治疗急性脑梗死的疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(10):114
[3]胡琴,李鸣,肖家平,等.丁苯酞序贯治疗急性脑梗死 50 例[J].医药导报,2017,36(4):409-412
[4]陈娜,陆连生,李虹,等.丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍患者的疗效及其对炎症因子的影响[J].疑难病杂志,2017,16(2):117-120,126

(收稿日期:2017-11-01)