

丁苯酞氯化钠注射液联合阿司匹林、胞二磷胆碱对急性前循环进展性脑梗死患者神经功能的影响

吴旭瑞

(河南省郑州市第七人民医院神经内科 郑州 450006)

摘要:目的:探究丁苯酞氯化钠注射液+阿司匹林+胞二磷胆碱对急性前循环进展性脑梗死患者神经功能的影响。方法:选取 2017 年 1 月~2020 年 4 月收治的 138 例急性前循环进展性脑梗死患者作为研究对象,按治疗方案的不同分为对照组和实验组,各 69 例。对照组接受阿司匹林+胞二磷胆碱治疗,实验组接受丁苯酞氯化钠注射液+阿司匹林+胞二磷胆碱治疗。比较两组疗效、Barthel 指数评估量表评分、美国国立卫生研究院卒中量表评分、血清炎症介质水平。结果:实验组治疗总有效率高于对照组($P<0.05$);治疗后,实验组美国国立卫生研究院卒中量表评分低于对照组,Barthel 指数评估量表评分高于对照组($P<0.05$);治疗后,实验组血清白细胞介素-6、超敏-C 反应蛋白水平低于对照组($P<0.05$)。结论:丁苯酞氯化钠注射液+阿司匹林+胞二磷胆碱治疗急性前循环进展性脑梗死的效果明显,可改善神经功能,减轻炎症反应,提高患者生活能力。

关键词:急性前循环进展性脑梗死;丁苯酞氯化钠注射液;胞二磷胆碱;阿司匹林

中图分类号:R743.33

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.045

急性前循环进展性脑梗死为临床神经内科常见疾病,具有病情重、发病急、致残率高、致死率高等特点,多是由于颅内血管狭窄或闭塞造成局部血流量降低,导致脑部供血不足引起脑组织缺氧、缺血,引发神经功能严重受损所致。该病临床多表现为智力言语障碍、偏瘫、头晕等,甚至昏迷,发病 6 h 后病情呈进行性加重,神经功能呈阶梯式恶化,对患者生命安全造成极大威胁^[1-2]。目前临床治疗该病多采用阿司匹林、胞二磷胆碱治疗,可抑制血小板聚集,改善脑血管张力,缓解临床症状^[3-4],但对部分患者疗效欠佳,仍需联合其他药物以提高疗效。基于此,本研究旨在探究丁苯酞氯化钠注射液+阿司匹林+胞二磷胆碱治疗急性前循环进展性脑梗死的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月~2020 年 4 月我院收治的 138 例急性前循环进展性脑梗死患者作为研究对象,按治疗方案的不同分为对照组和实验组,各 69 例。实验组男 47 例,女 22 例;年龄 45~71 岁,平均 (58.62 ± 3.78) 岁;病程 2~9 h,平均 (5.31 ± 0.91) h;体质指数 $18.3 \sim 27.4 \text{ kg/m}^2$,平均 $(22.54 \pm 1.09) \text{ kg/m}^2$ 。对照组男 46 例,女 23 例;年龄 46~72 岁,平均 (59.14 ± 4.27) 岁;病程 3~9 h,平均 (5.47 ± 0.96) h;体质指数 $18.9 \sim 27.6 \text{ kg/m}^2$,平均 $(22.63 \pm 1.07) \text{ kg/m}^2$ 。两组基线资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:经头颅 CT、MRI 等检查确诊为急性前循环进展性脑梗死;患者及其家属知情并签署知情同意书。(2)排除标准:脑出血者;合并肝、肾、心、肺功能障碍者;对本研究涉

及药物过敏者;凝血功能障碍者;免疫系统障碍者。

1.3 治疗方法 两组均接受营养神经、抗血小板聚集、控制血糖、稳定血压、改善侧支循环等常规治疗。

1.3.1 对照组 接受阿司匹林肠溶片(国药准字 H20130339)+胞二磷胆碱注射液(国药准字 H22026207)治疗,阿司匹林口服,0.1 g/次,1 次/d;胞二磷胆碱 750 mg 加入 0.9%氯化钠溶液 250 ml 静脉滴注,1 次/d。持续治疗 14 d。

1.3.2 实验组 接受丁苯酞氯化钠注射液(国药准字 H20100041)+阿司匹林+胞二磷胆碱治疗,阿司匹林及胞二磷胆碱用法用量同对照组,丁苯酞氯化钠注射液静脉滴注,100 ml/次,滴注时间 $\geq 50 \text{ min}$ /次,2 次/d,用药间隔时间 $\geq 6 \text{ h}$ 。持续治疗 14 d。

1.4 观察指标 (1)疗效。(2)治疗前后美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分,共 42 分,分值越低,神经功能受损越轻。(3)治疗前后 Barthel 指数评估量表(BI)评分,共 100 分,分值越低,日常生活能力越差。(4)治疗前后血清炎症介质水平:以酶联免疫吸附法测定白细胞介素-6(IL-6)、超敏-C 反应蛋白(hs-CRP)。

1.5 疗效评估标准 两组均于治疗 14 d 后实施疗效评估,基本治愈:NIHSS 评分与治疗前相比降低 $>90\%$;显效:NIHSS 评分与治疗前相比降低 46%~90%;有效:NIHSS 评分与治疗前相比降低 18%~45%;无效:未达有效、显效、基本治愈标准。将基本治愈、显效、有效计入总有效率。

1.6 统计学分析 采用 SPSS22.0 软件对数据进行分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计

学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 实验组治疗总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较[例(%)]						
组别	n	基本治愈	显效	有效	无效	总有效
实验组	69	17(24.64)	26(37.68)	22(31.88)	4(5.80)	65(94.20)
对照组	69	10(14.49)	21(30.43)	25(36.23)	13(18.84)	56(81.16)
χ^2						5.434
P						0.020

2.2 两组 NIHSS、BI 评分比较 治疗前两组 NIHSS、BI 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后两组 NIHSS 评分均较治疗前降低, BI 评分升高, 且实验组 BI 评分高于对照组, NIHSS 评分低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 NIHSS、BI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)						
组别	n	NIHSS 评分		BI 评分		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
实验组	69	12.84 $\pm$ 3.72	7.44 $\pm$ 1.39*	48.12 $\pm$ 5.56	79.35 $\pm$ 6.73*	
对照组	69	13.39 $\pm$ 3.67	10.72 $\pm$ 2.15*	49.94 $\pm$ 5.35	71.41 $\pm$ 4.05*	
t		0.874	10.642	1.959	8.397	
P		0.384	<0.001	0.052	<0.001	

注: 与同组治疗前比较, * $P<0.05$ 。

2.3 两组炎症介质水平比较 治疗前两组血清 IL-6、hs-CRP 水平比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后两组血清 IL-6、hs-CRP 水平均较治疗前降低, 且实验组低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	n	IL-6 (pg/ml)		hs-CRP (mg/L)		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
实验组	69	89.17 $\pm$ 5.05	39.85 $\pm$ 3.24*	16.16 $\pm$ 5.95	6.54 $\pm$ 1.77*	
对照组	69	88.13 $\pm$ 5.14	55.31 $\pm$ 4.23*	15.93 $\pm$ 4.86	9.72 $\pm$ 2.41*	
t		1.199	24.102	0.249	8.834	
P		0.233	<0.001	0.804	<0.001	

注: 与同组治疗前比较, * $P<0.05$ 。

3 讨论

随我国老龄化日益加重, 急性前循环进展性脑梗死发病率呈逐年递增趋势。该病病因较为复杂, 是由多种因素相互作用而引发, 包括血管狭窄加重、血栓延长、高黏血症、侧支循环阻塞、灌注不足因素等, 最终导致脑部动脉供血中断, 造成急性脑组织缺血、缺氧, 神经功能缺失^[5-6]。因此, 及时抢救缺血半暗带区, 改善缺血区微循环是治疗该病的关键。

阿司匹林、胞二磷胆碱为临床针对急性前循环进展性脑梗死患者治疗的常用药物, 具有改善血液循环和抑制血小板聚集等效果。本研究中, 实验组治疗总有效率高于对照组 ($P<0.05$); 治疗后 NIHSS

评分低于对照组, BI 评分高于对照组 ($P<0.05$), 由此可见丁苯酞氯化钠注射液 + 阿司匹林 + 胞二磷胆碱治疗急性前循环进展性脑梗死的效果明显, 能有效促进神经功能恢复, 提高患者生活能力。丁苯酞氯化钠注射液对血小板聚集具有抑制作用, 可缩小脑梗死面积, 提高血管内皮功能, 增加脑缺血区血流灌注, 进而缓解脑水肿状态, 促进局部微循环改善, 同时能抑制神经细胞凋亡, 快速修复神经元损伤, 从而促进病情恢复。因此, 联合用药可进一步提高疗效, 促进神经功能恢复, 改善生活能力。

研究显示, 急性前循环进展性脑梗死疾病预后和脑组织损伤程度与血清炎症介质水平关系密切, 当机体受到损伤, 发生缺氧、缺血时, 血清 IL-6 会呈异常表达状态, 可反映机体炎症反应程度; 血清 hs-CRP 是微生物入侵机体或机体遭受损伤时形成的急性实相蛋白, 会直接参与脂质过氧化、内皮细胞功能紊乱、动脉炎症等病理过程, 其水平和机体炎症反应程度呈正相关。因此, 下调血清 IL-6、hs-CRP 水平可有效减轻机体炎性反应^[7]。本研究结果显示, 治疗后与对照组对比, 实验组血清 IL-6、hs-CRP 水平较低 ($P<0.05$), 说明丁苯酞氯化钠注射液 + 阿司匹林 + 胞二磷胆碱治疗急性前循环进展性脑梗死, 可有效减轻炎症反应。综上所述, 丁苯酞氯化钠注射液 + 阿司匹林 + 胞二磷胆碱治疗急性前循环进展性脑梗死, 能有效改善神经功能, 减轻炎症反应, 提高患者日常生活能力, 最终提高疗效, 值得临床推广。

参考文献

[1]周晓艳,徐艳丽,牛安林,等.急性前循环梗死患者血清中单核细胞趋化蛋白-1和血管内皮细胞钙黏蛋白水平变化及其临床意义[J].新乡医学院学报,2018,35(11):1026-1029.

[2]李丹丹,李鑫华,赵红念.阿加曲班联合阿司匹林治疗后循环进展性脑梗死急性期疗效观察[J].现代药物与临床,2018,33(6):1338-1341.

[3]龙章玲,胡晓.阿司匹林和氯吡格雷在急性脑梗死中的应用进展[J].中国医药,2019,14(8):1262-1265.

[4]刘阳,潘永贵,刘雅丽,等.胞二磷胆碱注射液联合替格瑞洛片治疗急性脑梗死昏迷的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2018,34(11):1285-1287,1305.

[5]曾芳彦,徐武平,旃培艳,等.后循环进展性脑梗死血管内介入治疗12例临床观察[J].神经损伤与功能重建,2018,13(8):428-429.

[6]胡岩芳,王建民,刘科,等.急性进展性脑梗死应用依达拉奉联合丁苯酞注射液及丁苯酞胶囊序贯治疗的疗效[J].中国临床研究,2018,31(3):393-396.

[7]宋晓明,郑珍婕,苏立静,等.丁苯酞序贯治疗对急性进展性脑梗死患者神经功能、炎症因子及 Hcy、NSE 的影响[J].中华全科医学,2017,15(3):434-436.

(收稿日期: 2020-09-15)