

丁苯酞联合阿加曲班对进展性脑梗死患者脑血流及神经功能的影响

高桂秀

(河南省邓州市中心医院神经内科 邓州 474150)

摘要:目的:探讨丁苯酞联合阿加曲班对进展性脑梗死患者脑血流及神经功能的影响。方法:选取 2017 年 4 月~2019 年 5 月收治的进展性脑梗死患者 114 例为研究对象,依照入院顺序分为对照组和观察组,各 57 例。对照组给予阿加曲班治疗,观察组在此基础上联合丁苯酞治疗,连续治疗 4 周。观察两组治疗前及治疗 4 周后脑血流(脑血流量、脑血容量、脑血流平均通过时间)、神经功能及日常生活能力。结果:治疗 4 周后,两组脑血流量、脑血容量高于治疗前,脑血流平均通过时间低于治疗前,观察组脑血流量、脑血容量高于对照组,脑血流平均通过时间低于对照组($P<0.05$);治疗 4 周后,两组神经功能及日常生活能力评分均优于治疗前,观察组优于对照组($P<0.05$)。结论:丁苯酞联合阿加曲班针可有效治疗进展性脑梗死患者,改善患者脑血流,优化患者生活能力化,有效改善神经功能。

关键词:进展性脑梗死;阿加曲班;丁苯酞;脑血流;神经功能

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.06.050

进展性脑梗死 (Progressive Cerebral Infarction, PCI) 为局限性脑缺血、神经功能缺失症状逐渐进展,属于难治性脑血管病。目前,临床上主要采取抗凝、扩充血容量等方法改善 PCI 患者的局部脑血流情况。阿加曲班是常用的凝血酶抑制剂,可减少缺血半暗带的微血栓,减轻脑组织损伤,具有脑保护作用^[1]。但 PCI 病机复杂,单一用药治疗效果不理想,而丁苯酞对中枢神经功能的损伤有改善作用,可促进 PCI 患者功能恢复,促进神经功能恢复的作用^[2]。鉴于此,本研究探讨 PCI 丁苯酞联合阿加曲班对脑血流及神经功能的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2017 年 4 月~2019 年 5 月收治的 PCI 患者 114 例作为研究对象,依据入院顺序分为对照组和观察组,各 57 例。对照组男 32 例,女 25 例;年龄 38~73 岁,平均年龄 (58.80 ± 3.10) 岁;发病至入院时间 2~24 h,平均 (4.25 ± 1.24) h。观察组男 33 例,女 24 例;年龄 39~74 岁,平均年龄 (59.20 ± 3.10) 岁;发病至入院时间 2~24 h,平均 (4.28 ± 1.22) h。两组一般资料比较无明显差异 ($P>0.05$),有可比性。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:符合《急性缺血性脑卒中血管内治疗中国专家共识》^[3] 中 PCI 相关诊断标准;经头颅 CT、MRI 检查确诊;患者及家属均签署知情同意书。(2)排除标准:心、肝、肾等脏器功能不全者;凝血功能异常及脑出血患者;对研究药物有严重过敏者;合并脑出血或既往存在脑出血病史者;存在严重意识障碍者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 在常规治疗(控制血糖、血压、抗血小板聚集、调脂、溶栓及脑保护等)基础上,静脉滴注阿加曲班注射液(国药准字 H20193374)。前 2 d,60 mg/d,24 h 持续静脉滴注;后 5 d,10 mg/次,2 次/d。连续治疗 4 周。

1.3.2 观察组 在对照组基础上合用丁苯酞氯化钠注射液(国药准字 H20100041)滴注治疗。在患者发病后 48 h 内开始给药,丁苯酞 25 mg/次,静脉滴注,滴注时间 >50 min/次,2 次/d,两次用药时间间隔 >6 h,连续治疗 4 周。

1.4 观察指标 (1)脑血流:采用导纳式双侧脑血流全自动检测仪(HD-3281C)检测两组患者治疗前及治疗 4 周后脑血流量(CBF)、脑血容量(CBV)、脑血流平均通过时间(MTT)参数。(2)神经功能:于治疗前、治疗 4 周后,应用卒中量表(NIHSS)^[4]和 Barthel 指数量表^[5]评估两组患者神经功能。其中 NIHSS 包括意识水平、凝视、视野等项目,总分 42 分,得分越低神经损伤程度越低;Barthel 指数量表包括进食、修饰、上下楼梯、洗澡等内容,总分 100 分,得分越高说明患者恢复越好。

1.5 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行数据处理,以 ($\bar{x}\pm s$) 表示计量资料,组间比较用非独立样本 t 检验,计数资料用 % 表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后脑血流指标对比 治疗 4 周后,两组患者 CBF、CBV 高于治疗前,MTT 低于治疗前;观察组患者 CBF、CBV 高于对照组,MTT 低于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后脑血流指标对比($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	CBF (ml/100 mg)	CBV (ml/100 mg)	MTT (S)
治疗前	观察组	57	30.62±11.62	72.22±21.78	240.87±100.19
	对照组	57	30.36±11.98	72.21±21.75	240.86±100.22
	t		0.118	0.003	0.000
	P		0.907	0.998	1.00
治疗后	观察组	57	54.98±18.15 [#]	86.38±28.25 [#]	161.26±50.07 [#]
	对照组	57	45.87±14.66 [*]	76.35±22.47 [*]	181.54±60.29 [*]
	t		2.949	2.098	1.954
	P		0.004	0.038	0.053

注:与同组治疗前相比,^{*}P<0.05;与对照组治疗后相比,[#]P<0.05。

2.2 两组治疗前后 NIHSS、Barthel 评分对比 治疗 4 周后,两组 NIHSS 评分低于治疗前,Barthel 评分高于治疗前;观察组 NIHSS 评分低于对照组,Barthel 评分高于对照组(P<0.05)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 NIHSS、Barthel 对比(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	NIHSS 评分	Barthel 评分
治疗前	观察组	57	28.24±2.62	53.22±3.79
	对照组	57	28.26±2.58	54.21±3.21
	t		0.041	1.505
	P		0.967	0.135
治疗后	观察组	57	16.20±1.32 [#]	78.35±4.27 [#]
	对照组	57	21.87±2.66 [*]	68.38±4.23 [*]
	t		12.076	12.523
	P		<0.01	<0.01

注:与同组治疗前相比,^{*}P<0.05;与对照组治疗后相比,[#]P<0.05。

3 讨论

PCI 是指发生在起病后 48~72 h 内,由于脑缺血的进展、组织坏死加重导致神经功能恶化的一类脑梗死,血液凝集状态、血栓形成致脑血管血流不畅通是造成 PCI 发生的重要因素。高血压病、冠心病、糖尿病等是 PCI 主要因素,诸多因素导致血小板数量增高、凝血因子增多、纤溶系统活性降低产生血栓,造成 PCI 发生^[6]。目前降低神经损伤、改善脑血流是治疗 PCI 的关键。

阿加曲班作为哌啶羧酸衍生物,可选择性、可逆性结合凝血酶催化活性位点,抑制凝血酶的产生,抗血栓及抗凝作用突出,阻止患者神经功能恶化^[7-8]。本研究结果显示,治疗 4 周后,观察组 CBF、CBV 高于对照组,MTT 低于对照组;NIHSS 评分低于对照组,Barthel 指数评分高于对照组。这提示丁苯酞联合阿加曲班对 PCI 患者脑血流及神经功能起着显著作用,改善了 PCI 患者脑血流,降低了 PCI 患者神经损伤。分析其原因为:丁苯酞有减轻脑部缺血障碍作用,可缩小 PCI 患者局部脑缺血梗死面积,

减缓患者脑水肿,通过增加患者缺血区毛细血管数量以改善缺血脑区的微循环和血流量,从而作用于患者神经功能,降低患者神经功能损伤,有效降低 PCI 患者 NIHSS 评分及提高 Barthel 评分,进而改善患者神经功能及日常生活能力。丁苯酞具有抗脑血栓形成和抗血小板聚集作用,并通过抑制神经细胞死亡,以保护患者神经功能不受损伤并促进其恢复健康。该药还可直接作用于缺血区脑细胞内线粒体,提高线粒体膜流动性;改善 ATP 酶和复合酶 IV 活性,提高缺血性脑能量代谢水平,从而保护线粒体功能^[9-10]。因此,丁苯酞联合阿加曲班治疗,两药相互作用,促进 PCI 患者的脑血流及神经功能的改善,提高患者日常生活能力。

综上所述,丁苯酞联合阿加曲班可有效改善 PCI 患者 CBF、CBV、MTT,使患者神经功能得到恢复,从而达到正常日常生活能力,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]苏观利,黎永仙,王华,等.阿加曲班、氯吡格雷与丁苯酞联合治疗进展性脑梗死的疗效及安全性研究[J].临床急诊杂志,2017,18(10):775-779.
- [2]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 Hcy、NSE 的影响[J].中华全科医学,2017,15(3):434-436.
- [3]中华预防医学会卒中预防与控制专业委员会介入学组,急性缺血性脑卒中血管内治疗中国专家共识组.急性缺血性脑卒中血管内治疗中国专家共识[J].中华医学杂志,2014,94(27):2097-2101.
- [4]张磊,刘建民.美国国立卫生研究院卒中量表[J].中华神经外科杂志,2014,30(1):79.
- [5]张雅静,张小兰,马延爱,等.Barthel 指数量表应用于急性脑卒中患者生活能力测量的信度研究[J].中国护理管理,2007,7(5):30-32.
- [6]梁炳松,李育英.急性进展性后循环脑梗死血管因素研究进展[J].中国医药科学,2018,8(5):40-43.
- [7]李丹丹,李鑫华,赵红念,等.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.
- [8]张国锋,徐耀铭,周文静,等.阿加曲班和尤瑞克林治疗进展性脑梗死的比较研究[J].现代药物与临床,2020,35(2):229-233.
- [9]罗凌云.丁苯酞氯化钠联合低分子肝素钙治疗急性进展性脑梗死临床分析[J].现代诊断与治疗,2017,28(6):1042-1043.
- [10]刘啸,张磊,陶伟,等.丁苯酞配伍尤瑞克林与配伍普罗布考治疗进展性脑梗死临床效果比较[J].山东医药,2020,60(10):80-82.

(收稿日期:2020-10-09)

(上接第 89 页)腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗巨型子宫肌瘤的临床观察[J].河北医学,2016,22(9):1476-1477,1478.

[6]王英红.腹腔镜子宫肌瘤剔除手术适应证及手术技巧探讨[J].中国实用妇科与产科杂志,2016,32(2):148-150.

[7]肖丽.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临

床疗效比较[J].中国医药指南,2018,16(1):71-72.

[8]宋蕴,张蓓.促性腺激素释放激素激动剂在子宫体积大于孕 14 周

的子宫肌瘤患者术前应用可行性[J].中国性科学,2017,26(8):46-48.

[9]米伟.醋酸亮丙瑞林预处理联合腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗巨

大子宫肌瘤临床观察[J].中国医药科学,2018,8(2):68-70,148.

(收稿日期:2020-10-16)