

研究对急性脑梗死合并认知功能障碍予以丁苯酞序贯治疗的效果

南婷婷

(庆阳市西峰区人民医院 甘肃庆阳 745000)

摘要: 目的: 分析丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍 (Acute cerebral infarction with cognitive dysfunction, ACI-CD) 患者的效果。方法: 从本院 2022 年 9 月-2023 年 9 月的 ACI-CD 患者中随机抽取 30 例, 随机硬币投掷法分为 A 组 (15 例) 和 B 组 (15 例), 对比两组效果。结果: 治疗后 B 组 MMSE 评分、NIHSS 评分优于 A 组 ($P < 0.05$)。结论: 丁苯酞序贯治疗 ACI-CD 患者, 能显著改善认知功能和神经功能缺损情况。

关键词: 急性脑梗死; 认知功能障碍; 丁苯酞序贯治疗; MMSE 评分

随着老龄化的加剧, 急性脑梗死 (ACI) 的发病率持续增高, ACI 的特点是患者数量多、死亡率和致残率高、多数合并认知障碍 (CD) 等, 严重损伤患者的身心健康^[1]。以往临床治疗 ACI 主要采用溶栓治疗、保护神经疗法, 虽然这些疗法能改善临床症状, 但是存在明显缺陷如需要较长的治疗时间、不能快速改善症状等^[2]。因此探寻疗效更加显著的药物至关重要。丁苯酞对神经系统具有修复和保护作用, 同时能有效改善脑组织局部缺氧症状, 提高脑部血液循环速度, 促使血管生长^[3]。本研究分析了丁苯酞序贯治疗 ACI-CD 患者的效果, 阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

从 2022 年 9 月-2023 年 9 月的 ACI-CD 患者中随机抽取 30 例, 随机硬币投掷法分组, A 组 (15 例) 年龄 45-80 岁, 均值 (65.37 ± 5.24) 岁, 发病至就医时间 24-48h、均值 (34.52 ± 2.37) h, 前循环梗死 8 例/后循环梗死 7 例, 男/女 (9/6); B 组 (15 例) 年龄 46-79 岁、均值 (65.12 ± 5.37) 岁, 发病至就医时间 23-48h、均值 (34.81 ± 2.42) h, 前循环梗死 7 例/后循环梗死 8 例, 男/女 (10/5)。一般资料对比 ($P > 0.05$)。本院伦理委员会批准。

纳入标准: 确诊为 ACI-CD; 临床资料完整且对研究内容知情同意; 遵医嘱依从性较高。

排除标准: 确诊为恶性肿瘤、精神病、颅内出血者等。

1.2 方法

1.2.1 A 组

A 组采用抗血小板聚集、降压、降脂、清除氧自由等常规治疗。治疗 2 月。

1.2.2 B 组

B 组联合丁苯酞序贯治疗。前 2 周每日静脉滴注丁苯酞氯化钠注射液 2 次, 每次 100ml, 滴注 50min 以上, 两次滴注时间间隔 6h 以上。后续每日口服丁苯酞胶囊 3 次, 每次 2 片。治疗 2 月。

1.3 指标观察

1.3.1 MMSE 评分

MMSE 量表中的定向力 (0-10 分)、记忆力 (0-3 分)、回忆能力 (0-3 分)、语言能力 (0-9 分)、注意力和计算能力 (0-5 分)、总分 (0-30 分) 对患者认知能力进行评价, 分数和认知能力正相关。总分 ≥ 27 分认知正常。

1.3.2 NIHSS 评分

NIHSS 量表中的意识水平 (0-5 分)、语言障碍 (0-9 分)、视野 (0-3 分)、面瘫 (0-3 分)、总分 (0-42 分) 对患者神经缺损情况进行评估, 神经功能恢复情况越好分数越低。总分: 0 分 (无卒中表现)、1-4 分 (轻度)、5-15 分 (中度)、16-20 分 (中-重度)、21-42 (重度)。

1.4 统计学分析

SPSS25.0 处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别用 t 值与 χ^2 检验, ($P < 0.05$) 有统计学意义。

2 结果

2.1 对比 MMSE 评分

治疗前两组 MMSE 评分对比 ($P > 0.05$), 治疗后 B 组高于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 对比 MMSE 评分 [$\bar{x} \pm s$ (分)]

分例组数	定向力 (10分)		记忆力 (3分)		回忆能力 (3分)		语言能力 (9分)		注意力和计算能力 (5分)		总分 (30分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
B 组 15	2.14 ± 0.52	7.16 ± 1.23*	0.82 ± 0.13	2.24 ± 0.32*	0.89 ± 0.14	2.31 ± 0.38*	3.37 ± 0.53	7.36 ± 1.14*	1.14 ± 0.43	3.73 ± 0.75*	12.67 ± 1.34	23.61 ± 3.27*
A 组 15	2.06 ± 0.48	5.67 ± 0.89*	0.86 ± 0.17	1.57 ± 0.21*	0.83 ± 0.16	1.68 ± 0.25*	3.46 ± 0.56	5.58 ± 0.82*	1.09 ± 0.41	2.43 ± 0.64*	12.52 ± 1.38	18.26 ± 1.83*
t 值	0.437	3.800	0.723	6.779	1.093	5.364	0.452	4.909	0.325	5.106	0.302	5.529
P 值	0.664	0.000	0.475	0.000	0.283	0.000	0.654	0.000	0.746	0.000	0.764	0.000

值

注：和本组治疗前对比*P<0.05。

治疗前两组评分对比(P>0.05), 治疗后 B 组低于 A 组(P<0.05), 见表 2。

2.2 对比 NIHSS 评分

表 2 对比 NIHSS 评分[$\bar{x} \pm s$ (分)]

分 组	例 数	意识水平 (5 分)		语言障碍 (9 分)		视野 (3 分)		面瘫 (3 分)		总分 (42 分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
B 组	15	3.67 ± 0.52	1.25 ± 0.21*	7.15 ± 0.81	3.23 ± 0.84*	2.03 ± 0.34	0.64 ± 0.25*	2.06 ± 0.32	0.61 ± 0.23*	35.18 ± 3.56	13.25 ± 1.62*
A 组	15	3.56 ± 0.54	1.89 ± 0.43*	7.23 ± 0.85	4.45 ± 0.92*	2.07 ± 0.33	1.18 ± 0.41*	2.01 ± 0.36	1.15 ± 0.48*	35.29 ± 3.48	16.47 ± 2.13***
t 值	-	0.568	5.179	0.263	3.792	0.326	4.355	0.402	3.929	0.085	4.660
P 值	-	0.574	0.000	0.793	0.000	0.746	0.000	0.690	0.000	0.932	0.000

注：和本组治疗前对比*P<0.05。

3 讨论

ACI 的主要致病因素是局部脑组织缺氧缺血、坏死^[1]中心坏死区、周围缺血半暗带共同组成 ACI 病灶, 其中半暗带区域大量神经元尚未死亡, 如果短时间内能恢复该区域的血供, 恢复脑代谢, 能显著降低机体损伤程度, 恢复神经细胞功能^[4-5]。ACI 患者脑组织损伤过程有多种因素的参与, 不管是动脉斑块破裂还是激活自由基和炎症介质都会损伤脑组织^[6]。ACI 容易导致额叶、颞叶、邻近组织受到不同程度的损伤, 因此患者常会出现认知功能障碍, 一旦错失最佳的治疗时机, 患者神经系统受到严重损伤, 可能导致患者死亡^[7]。约 60%急性期 ACI 患者出现认知障碍, 病情严重者甚至合并血管性痴呆, 严重降低患者自身生活质量, 同时会增加家庭经济、照看负担。因此及时予以患者有效的治疗是控制 ACI 患者病情、降低损伤程度和死亡率的关键。以往临床治疗 ACI 患者的常用药物是能抑制聚集血小板、降低胆固醇水平、预防形成血栓的阿司匹林、阿托伐他汀钙片等。这些常规治疗 ACI 的药物, 需要较长的时间才能改善临床症状, 导致患者病情反复、恢复时间较长。随着临床针对 ACI 深入的研究, 发现 ACI-CD 患者使用丁苯酞序贯疗法能取得更好的效果。

本文结果: B 组治疗后 MMSE 评分、NIHSS 评分优于 A 组 (P<0.05), 证实丁苯酞序贯治疗 ACI-CD 患者, 能更好地改善认知功能障碍和神经缺损症状。具体分析: 作为消旋正丁基苯酞的丁苯酞, 是人工合成的产物, 用于 ACI-CD 患者, 有利于改善损伤的中枢神经系统功能。ACI-CD 患者使用丁苯酞后, 能有效控制脑损伤加重, 使缺血区尽快恢复脑灌注, 增加脑组织供血量, 尽快使半暗带恢复正常血供, 从而短时间内改善脑组织局部缺血缺血症状^[8]。丁苯酞用于 ACI-CD 患者, 能对其血管内皮细胞起到保护作用, 改善血管痉挛症状, 抑制血小板聚集, 改善脑水肿, 促使梗死面积快速缩小, 恢复脑组织代谢能力, 有利于患者恢复认知功能^[9]。丁苯酞能在缺血缺氧状态下保护线粒体功能和结构, 促使脑组织恢复能量代谢, 促使患者更好地恢复认知功能。ACI-CD 患者使用丁苯酞序贯治疗, 改善脑微循环, 提高前列环素和血

管内皮 NO 水平, 降低花生四烯酸和氧自由基水平, 保护线粒体, 抑制血小板聚集, 改善血管内皮功能和血管痉挛, 提高新生血管的速度, 缩小梗死面积, 恢复脑屏障血管内皮的超微结构和功能, 从而显著改善神经功能^[10]。

综上所述, 丁苯酞序贯治疗 ACI-CD 患者, 能显著改善认知功能和神经功能缺损情况。

参考文献:

- [1]高秀梅,颜虹杰,林青.丁苯酞序贯治疗对合并认知功能障碍的急性脑梗死患者的效果[J].国际精神病学杂志,2023,50(5):1081-1084.
- [2]熊林.丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍的效果及对炎性因子的影响[J].临床合理用药,2023,16(22):50-53.
- [3]任杰.丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍效果研究[J].山西卫生健康职业学院学报,2022,32(1):18-19.
- [4]孙丽,陈敬.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分析[J].中国现代药物应用,2021,15(5):141-143.
- [5]邹超宁.依达拉奉联合丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2020,13(21):25-27.
- [6]张振岭.丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍的临床疗效观察[J].首都食品与医药,2020,27(14):60.
- [7]蒋瑞姝,易坤昌,郑文富.丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍患者的效果及其对炎性因子的作用分析[J].吉林医学,2020,41(5):1138-1139.
- [8]王静怡.观察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性因子的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(16):76.
- [9]李航,梁艳晨,李晨,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分析[J].中国现代药物应用,2020,14(3):114-115.
- [10]周童吉.丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍患者的临床分析[J].心理月刊,2019,14(24):117.