

丁苯酞序贯疗法对急性脑梗死合并认知功能障碍患者血清炎症因子水平的影响

赵子攀

娄底市中心医院 湖南娄底 417000

[摘要] 目的 探讨分析在急性脑梗死合并认知功能障碍患者中应用丁苯酞序贯疗法后期血清炎症因子水平的变化。方法 将 82 例急性脑梗死合并认知功能障碍患者根据随机数字表分为参照组 (41 例, 普通治疗方案) 和序贯组 (41 例, 丁苯酞序贯疗法)。以治疗前后血清炎症因子水平和认知功能变化、综合疗效为观察指标, 对比组间差异。结果 治疗后序贯组和参照组血清 hs-CRP、TNF- α 和 IL-1 β 水平均低于治疗前 ($P < 0.05$), 认知功能评分均高于治疗前 ($P < 0.05$), 且治疗后序贯组血清炎症因子水平均低于参照组 ($P < 0.05$), 而序贯组认知功能评分高于参照组 ($P < 0.05$); 组间综合疗效分布情况经秩和检验可知差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 且前者总有效率高于后者 ($P < 0.05$)。结论 对急性脑梗死合并认知功能障碍患者采用丁苯酞序贯疗法后血清炎症因子水平均得到理想控制, 认知功能和综合疗效均显著改善。

[关键词] 丁苯酞; 急性脑梗死; 认知功能障碍; 炎症因子; 综合疗效

[中图分类号] R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-9561 (2018) 02-153-02

急性脑梗死是常见的急性脑血管病, 主要由颈动脉粥样硬化病变所致, 很多患者均可由于缺血缺氧导致神经功能受损, 进而出现认知功能障碍^[1]。急性脑梗死合并认知功能障碍患者的临床治疗难度大, 目前仍缺乏行之有效的治疗方案。鉴于此, 本研究特选取 82 例急性脑梗死合并认知功能障碍患者展开分组对照试验, 将丁苯酞序贯疗法与普通治疗方案进行对比。

1 资料与方法

1.1 临床资料

经医院伦理委员会审批后, 以医院门诊 2017 年 2 月-2017 年 6 月收治的 82 例急性脑梗死合并认知功能障碍患者为对象, 根据随机数字表分为参照组和序贯组。参照组 41 例病人, 男性: 女性为 22: 19, 年龄区间 41-89 岁, 平均 (64.7 \pm 10.1) 岁, 30 例伴有高血压、21 例伴有糖尿病; 序贯组 41 例病人, 男性: 女性为 24: 17, 年龄区间 43-88 岁, 平均 (65.2 \pm 10.8) 岁, 28 例伴有高血压、22 例伴有糖尿病。经检验并未见组间上述资料数据存在统计学差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

所有受试者均常规降糖降压, 并给予阿司匹林抗血小板、依达拉奉清除自由基、阿托伐他汀稳定斑块等, 对照组实施丁苯酞氯化钠注射液静注, 每次用药剂量为 25mg: 100ml, 时间超过 50min, 每天 2 次, 间隔时间 \geq 6h, 持续 2 周; 序贯组实施丁苯酞序贯疗法, 即在对照组丁苯酞氯化钠注射液静注的基础上给予丁苯酞软胶囊口服, 每次 0.2g,

每天 3 次, 持续 2 周。

1.3 观察指标

以治疗前后血清炎症因子水平和认知功能变化、综合疗效为观察指标, 其中炎症因子包括高敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 和白介素-1 β (IL-1 β), 均借助日本日立公司生产的全自动生化分析仪和试剂盒完成检测; 认知功能借助蒙特利尔认知量表评定, 评分越接近 28 分, 认为认知功能越理想; 综合疗效评价: 将治疗后认知功能评分升高 \geq 50%、实验室指标检查结果基本恢复正常者记为显著控制; 将治疗后认知功能评分有所升高但未达到 50%、实验室指标检查结果有所好转者记为好转; 将治疗后未达到上述标准者记为无效, 以显著控制率与好转率总和记为总有效率。

1.4 统计学分析

将 SPSS19.0 软件作为工具进行统计学分析, 分别以非参法和 t、 χ^2 检验等级资料; 计量 ($\bar{x} \pm s$)、计数 (%) 资料, $P < 0.05$ 可认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血清炎症因子水平及认知功能评分变化

序贯组和参照组血清 hs-CRP、TNF- α 和 IL-1 β 水平、认知功能评分本组内治疗前后和治疗后 2 组间比较差异均可见统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 血清炎症因子水平及认知功能评分变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	hs-CRP (mg/L)		TNF- α (ng/L)		IL-1 β (ng/L)		认知功能 (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
序贯组	41	44.4 \pm 5.2	9.6 \pm 1.4	60.4 \pm 5.9	18.9 \pm 3.3	96.4 \pm 7.4	43.6 \pm 4.9	14.5 \pm 3.0	23.7 \pm 2.9
参照组	41	44.2 \pm 5.0	14.8 \pm 2.1	60.7 \pm 6.3	27.6 \pm 4.1	96.1 \pm 7.0	59.7 \pm 5.2	14.2 \pm 2.7	20.5 \pm 3.3
t 值		0.178	13.192	0.223	10.585	0.189	14.428	0.476	4.664
P 值		0.860	0.000	0.824	0.000	0.851	0.000	0.635	0.000

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 综合疗效

2 组综合疗效分布及总有效率对比差异均可见统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2: 综合疗效 (例; %)

组别	n	显著控制	好转	无效	总有效率
序贯组	41	32 (78.05)	8 (19.51)	1 (2.44)	40 (97.56)
参照组	41	25 (60.98)	9 (21.95)	7 (17.07)	34 (82.93)
Z/ χ^2 值			5.144		4.986
P 值			0.023		0.026

3 讨论

急性脑梗死的致残率和死亡率均比较高, 大多经过急救后存活的患者均存在不同程度的残疾, 以认知功能障碍、失语、肢体功能障碍

等为主要临床表现, 严重影响其生活质量。脑梗死的发生主要由于各种原因引发的脑组织局部供血动脉血流受阻引发, 可导致局部供血区域的脑组织发生缺血缺氧性坏死, 与之同时, 坏死的区域神经支配的肢体功能也发生异常甚至丧失。此外, 有研究显示^[2], 在急性脑梗死合并认知功能障碍患者中血清 hs-CRP、TNF- α 和 IL-1 β 水平均异常升高, 3 种因子均为临床常用的促炎症因子指标, 也是衡量炎症反应损伤严重程度的重要标志, 不同因子水平升高均与局部脑组织缺血缺氧性坏死有关。因此对急性脑梗死合并认知功能障碍患者来说, 临床医生需要采取有效的方案控制血清炎症因子水平, 改善认知功能。

本研究结果中, 治疗后序贯组血清 hs-CRP、TNF- α 和 IL-1 β 水平均低于本组治疗前和参照组治疗后, 而认知功能评分均高于本组治疗前和参照组治疗后, 提示丁苯酞序贯疗法能够显著控制急性脑梗死 (下转第 155 页)

以及发生血管水肿的特点, 年龄为 8 岁及以上、皮疹反复发作 4 周及以上、发生消化道出血、腹痛、关节痛均为儿童过敏性紫癜患儿发生紫癜性肾炎的独立危险因素, 并且组间对比 P 均 < 0.05 , 差异明显。根据相关研究显示, 儿童过敏性紫癜能够导致患儿的血管壁通透性不同幅度的增加, 从而导致患儿的胃肠道黏膜发生水肿、出血等情况, 甚至可能出现广泛弥漫性的出血, 与本次研究结果完全一致^[6]。

综上所述, 我们认为, 年龄为 8 岁及以上、皮疹反复发作 4 周及以上、发生消化道出血、腹痛、关节痛均为儿童过敏性紫癜患儿发生紫癜性肾炎的独立危险因素, 需要我们给予重视并进行积极的预防, 以对患儿的病情进行抑制和促进患儿的预后。

[参考文献]

[1] 何旭, 刘光陵, 夏正坤等. 儿童肾病综合征型过敏性紫癜肾炎中医辨证分型与肾脏病理分型相关性的临床研究[J]. 河北中医, 2008, 30(12):1256-1258.

[2] 朱清义, 蒋玉红, 刘敬东等. 紫癜性肾炎患儿血清基质金属蛋白酶-2、-9 及其组织抑制因子-1 水平及比值变化的意义[J]. 实用儿科临床杂志, 2007, 22(5):343-344.

[3] 白庆峰, 潘凯丽, 黄莹等. 过敏性紫癜患儿血清白介素 6、白介素 8 及肿瘤坏死因子 α 水平和免疫球蛋白的变化[J]. 中国小儿血液与肿瘤杂志, 2008, 13(2):53-56.

[4] 李智超. 过敏性紫癜儿童的血 IL-26、TNF- α 、PDGF 及免疫球蛋白变化及意义[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(23):3787-3788.

[5] 雷晓燕, 王三萍, 张宏等. 紫癜性肾炎患儿免疫球蛋白 G 亚类水平与早期肾损害的相关性[J]. 实用儿科临床杂志, 2005, 20(11):1094-1096.

[6] 黄丽清, 李丽华, 周喜友等. 儿童过敏性紫癜临床症状与紫癜性肾炎的相关性研究[J]. 中国中西医结合儿科学, 2016, (1):7-9.

(上接第 150 页)

[参考文献]

[1] 符海明. 研究肝硬化合并肝胆结石手术治疗方法和治疗效果[J]. 临床医药文献杂志(电子版), 2017, 4(28):5410-5411.

[3] Xie, A., Fang, C., Huang, Y. et al. Application of three-dimensional reconstruction and visible simulation technique in reoperation of hepatolithiasis[J]. Journal of gastroenterology and hepatology, 2013, 28(2):248-254.

[2] 黄乃鹏. 外科手术治疗肝硬化合并肝胆结石的临床效果体会[J]. 当代医学, 2015, 21(34):56-57.

[4] 蔡永杰. 肝硬化合并肝胆结石手术治疗体会[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(17):126-127.

(上接第 151 页)

治疗, 积极指导临床正确用药, 从而有效降低药品所致神经系统不良反应发生率, 提高患者临床治疗效果^[6]。

其中在本次分析中能够发现选取的 265 份报告中, 男女比例差异不大, 多集中在 15-59 岁患者, 其中交感和副交的感神经系统不良反应有比例为 78.87%, 患者的临床表现为腹泻、心悸以及呕吐; 中枢神经系统和周围神经系统不良反应 56 例, 比例为 21.13%, 患者的临床表现为四肢麻木、头痛头晕。涉及药物品种则主要为抗感染用药。由此可见神经系统不良反应和患者性别之间的关系不大, 但是和患者年龄有一定关联性, 不同的神经系统不良反应临床表现也具有差异, 因此在临床治疗中, 一定要强化神经系统不良反应特点的分析, 从而强化预防策略。

综上所述, 在神经系统不良反应预防中, 则需要加强药物应用合理性, 仔细观察患者临床变化, 一旦发现异常则需要立即给予处理,

有效防范神经系统受到损害。

[参考文献]

[1] 杨志忠, 毛健, 段荣等. β -内酰胺类抗生素致尿毒症患者神经系统不良反应[J]. 实用药物与临床, 2012, 15(9):593-594.

[2] 令继强. 200 例药品所致神经系统不良反应回顾分析[J]. 大家健康(下旬版), 2015, (5):153-154.

[3] 赵群, 司继刚, 王冰洁等. 神经系统药物引起严重不良反应分析[J]. 河北医药, 2015, (4):615-617.

[4] 张磊, 金华, 王化平等. 左氧氟沙星注射液致老年血液透析患者神经系统不良反应 1 例分析[J]. 安徽医药, 2016, 20(12):2378-2379.

[5] 杨雅, 何菊英, 夏培元等. 114 例神经系统不良反应报告分析[J]. 实用药物与临床, 2009, 12(5):361-362.

[6] 陈昊. 莫西沙星引起神经系统毒性及精神障碍的发生情况探讨[J]. 中国保健营养, 2017, 27(3):223-224.

(上接第 152 页)

综上所述, 在骨科创伤感染患者中应用封闭式负压吸引进行换药治疗, 有效缩短创口愈合时间, 提高治疗效果, 安全性高, 值得临床推崇。

[参考文献]

[1] 杨军琪, 张有为, 李小宏. 封闭式负压引流治疗骨科创伤及感染创面的临床效果分析[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2015, 7(7):109-111.

[2] 李斌. 封闭式负压引流技术治疗骨科创伤感染的临床效果[J]. 中国社区医师, 2016, 32(31)35-36.

[3] 陈艳, 付昆, 李洪潮, 等. 封闭式负压吸引与常规换药治疗骨科创伤感染的临床分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(17):4017-4019.

[4] 安鹏, 王建, 石成柱. 封闭式负压吸引技术治疗骨科创伤及感染创面的临床效果观察[J]. 中外医学研究, 2016, 14(13):24-25.

(上接第 153 页)

合并认知功能障碍患者血清炎症因子水平, 并且对认知功能的改善作用也较为显著。此外, 序贯组的总有效率远高于参照组, 提示丁苯酞序贯疗法能够显著增强急性脑梗死合并认知功能障碍患者的综合疗效。临床常用的丁苯酞药物与 2 种剂型, 即丁苯酞氯化钠注射液和丁苯酞软胶囊, 均属于新兴的抗缺血药物, 能够改善缺血区的微循环状态, 减轻甚至避免细胞线粒体损伤, 并且还可改善能量代谢, 以此增强对神经元的保护作用, 修复神经功能^[3]。此外, 丁苯酞序贯疗法还可改善急性脑梗死合并认知功能障碍患者的脑血流量, 抗血小板聚集和抗血栓形成, 缩小脑梗死病灶的面积, 对各个维度的认知功能均有理想的改善作用^[4]。在该药物控制临床症状的同时, 炎症反应也得到了理想的改善, 因而血清 hs-CRP、TNF- α 和 IL-1 β 水平显著降低。

综上所述, 对急性脑梗死合并认知功能障碍的患者建议应用丁苯

酞序贯疗法, 不仅有助于降低血清炎症因子水平, 还可改善认知功能, 增强综合疗效, 值得推广与应用。

[参考文献]

[1] 周伟, 张荣, 周桂英, 等. 丁苯酞对急性脑梗死患者轻度认知功能障碍及神经功能缺损的影响[J]. 宁夏医科大学学报, 2016, 38(10):142-145.

[2] 尹楠, 段瑞生, 齐亚超. 丁苯酞联合奥拉西坦治疗急性脑梗死患者认知功能障碍的疗效观察[J]. 河北医药, 2015, 37(20):3144-3146.

[3] 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.

[4] 宋铁群, 刘梅, 于广. 丁苯酞对急性脑梗死患者认知功能和血清学指标的影响及二者相关性分析[J]. 中国药房, 2017, 28(2):243-246.