

依达拉奉联合丁苯酞治疗急性脑梗死的疗效及对患者神经功能的影响

陈彩英

钦州市第二人民医院 广西 钦州 535000

【摘要】目的：分析急性脑梗死患者应用依达拉奉联合丁苯酞治疗的效果及对神经功能的影响。**方法：**将我院2020年1—10月收治的25例急性脑梗死患者列为单一组，并将2020年11月至2021年8月收治的25例急性脑梗死患者列为联合组；两组患者均采用不同的治疗方案，单一组采用丁苯酞作为治疗药物，联合组采用依达拉奉、丁苯酞作为治疗药物；分析两组患者的治疗效果、治疗前后神经功能及血清因子水平，并针对分析结果进行比较。**结果：**联合组总有效率为88.00%，单一组为60.00%，联合组高于单一组， $P<0.05$ 。治疗前单一组及联合组脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分量表（CNDSFSP）、美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评分无显著差异， $P>0.05$ ；治疗1周、治疗2周后，相较于单一组，联合组的CNDSFSP、NIHSS评分较低， $P<0.05$ 。比较组间血清因子水平发现，治疗前单一组及联合组血管内皮细胞生长因子（VEGF）、超敏C反应蛋白（hs-CRP）、内皮素-1水平无显著差异， $P>0.05$ ；治疗后相较于单一组，联合组的VEGF水平较高，hs-CRP、内皮素-1水平较低， $P<0.05$ 。**结论：**在急性脑梗死治疗中，相较于丁苯酞单一治疗，联合应用依达拉奉及丁苯酞可获得更加显著的治疗效果，且患者神经功能改善情况良好，建议临床推广。

【关键词】 丁苯酞；依达拉奉；神经功能；急性脑梗死

【中图分类号】 R743.33

【文献标识码】 B

【文章编号】 2096-1685(2021)34-0067-02

急性脑梗死是临床常见的脑血管疾病之一，在高血压、糖尿病、冠心病等疾病患者中发病率较高，而随着生活习惯及饮食结构的改变，我国急性脑梗死发病率近几年呈现不断上涨趋势，患病后脑部组织由于血液供应异常，出现缺血、缺氧现象，造成神经功能损伤，肢体、语言等方面功能障碍，对患者日常生活造成影响^[1-2]。因此，对于急性脑梗死患者而言，有效的临床治疗方案显得尤为重要^[3]。丁苯酞是目前临床治疗急性脑梗死常见药物，具有良好的神经保护作用，可改善脑缺血区脑细胞代谢，增加患者脑血流量，从而保护脑细胞、改善神经功能障碍，但单一用药已无法满足当前治疗需求。依达拉奉作为一种羟自由基清除剂，属于临床中用于脑保护治疗的药物之一，能够抑制氧化酶活性，降低氧自由基浓度，对脑缺血区、梗死区及其周围出现的羟自由基进行清除，从而减少细胞膜脂质过氧化，具有良好的保护脑细胞、减少神经元受损的作用。本文针对院内50例患者展开研究，现将内容报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院2020年1—10月收治的25例急性脑梗死患者列为单一组，并将2020年11月至2021年8月收治的25例急性脑梗死患者列为联合组，本次研究经医院内伦理委员会审核通过。单一组中男性15例，女性10例，年龄66~80岁，均龄(73.26±8.43)岁；病程1~60h，平均病程(30.18±4.12)h。联合组中男性12例，女性13例，年龄67~80岁，均龄(73.52±8.36)岁；病程2~60h，平均病程(30.46±4.05)h。纳入标准：(1)符合《中国各类主要脑血管病诊断要点2019》中诊断标准者^[4]；(2)经影像学确诊者；(3)发病时长<72h；(4)患者及家属理解能力良好；(5)对本次研究内容了解。排除标准：(1)合并脑出血者；(2)非自我意愿参与研究者；(3)合并血液系统疾病或存在出血倾向者；(4)既往有精神疾病史者；(5)患者依从性较低或家属不配合；(6)中途退出本次研究者；(7)合并其他器质性病变。所有患者临床资料完整且组间差异无统计学意义， $P>0.05$ ，研究具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对单一组患者采取丁苯酞单一用药 在抗血小板聚集、营养支持脑神经细胞，控制颅内压、血压及血糖等常规治疗的基础上给予丁苯酞，用药方式为口服，服药剂量及频率分别为0.2g/次，3次/d，治疗周期为2周。

1.2.2 对联合组患者采取联合治疗 在抗血小板聚集、营养

支持脑神经细胞，控制颅内压、血压及血糖等常规治疗的基础上给予依达拉奉、丁苯酞联合治疗；依达拉奉用药方式为静脉滴注，于100mL的0.9%氯化钠溶液中加入依达拉奉，用药剂量及频率分别为30mg/次，2次/d；丁苯酞的用药方式同单一组一致，治疗周期为2周。

1.3 观察指标

1.3.1 以疗效判定标准为依据^[5] 将治疗效果分为显效、有效、无效三个等级，并将显效率+有效率作为总有效率进行比较。显效：相关症状消失，并与治疗前及治疗后美国国立卫生研究院卒中量表（National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS）进行评估，治疗后评分较治疗前显著下降，下降范围为>90%；有效：相关症状改善，NIHSS评分较治疗前有所下降，下降范围为45%~90%；无效：相关症状及NIHSS评分较治疗前无明显变化，下降范围为<45%。

1.3.2 比较组间神经功能 评估时间为治疗前、治疗1周及治疗2周，评估量表为脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分量表（Clinical neurological deficit scale for stroke patients, CNDSFSP）、NIHSS^[6-7]，详细评分标准如下：CNDSFSP总分为0~45分，轻型为0~15分，中型为16~30分，重型为31~45分；NIHSS总分为0~42分，正常为0~1分，轻度为2~4分，中度为5~14分，中重度为15~20分，重度为21~42分。

1.3.3 比较组间血清因子水平 评估时间为治疗前及治疗2周后，评估指标包括血管内皮细胞生长因子（vascular endothelial growth factor, VEGF）、超敏C反应蛋白（hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP）及内皮素-1。

1.4 统计学处理

计数资料通过n(%)表示，采用统计软件SPSS 20.0进行t检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 组间治疗效果比较

联合组总有效率为88.00%，单一组为60.00%，联合组高于单一组， $P<0.05$ ，见表1。

表1 组间治疗效果比较 (n=25, %)

组别	显效	有效	无效	总有效率
单一组	6	9	10	15 (60.00)
联合组	8	14	3	22 (88.00)
χ^2	—	—	—	5.094
P	—	—	—	0.024

2.2 组间神经功能比较
治疗前两组 CNDSFSP、NIHSS 评分无显著差异, $P>0.05$;

治疗 1 周、治疗 2 周后相较于单一组, 联合组 CNDSFSP、NIHSS 评分较低, $P<0.05$, 见表 2。

表 2 组间神经功能比较 ($n=25$, 分)

组别	CNDSFSP			NIHSS		
	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周
单一组	22.26±3.33	15.39±2.64	11.97±2.29	21.34±3.24	16.44±2.75	14.12±2.52
联合组	22.19±3.32	9.54±1.96	7.35±0.84	21.29±3.23	11.05±2.21	9.23±1.93
<i>t</i>	0.074	8.896	9.470	0.055	7.639	7.703
<i>P</i>	0.941	0.001	0.001	0.957	0.001	0.001

2.3 组间血清因子水平比较
治疗前两组 VEGF、hs-CRP、内皮素 -1 水平无显著差异,

$P>0.05$; 治疗后相较于单一组, 联合组 VEGF 水平较高, hs-CRP、内皮素 -1 水平较低, $P<0.05$, 见表 3。

表 3 组间血清因子水平比较 ($n=25$)

组别	VEGF (ng/L)		hs-CRP (mg/L)		内皮素 -1 (ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
单一组	494.16±50.52	711.04±72.21	11.49±2.25	6.12±0.72	96.74±10.78	77.44±8.85
联合组	494.25±50.53	820.37±83.14	11.35±2.24	1.88±0.29	96.41±10.75	54.36±6.54
<i>t</i>	0.006	4.964	0.220	27.312	0.108	10.487
<i>P</i>	0.995	0.001	0.826	0.001	0.914	0.001

3 讨论

脑梗死具有发病率高、死亡率高及致残率高的特点, 目前已成为全球危害性疾病之一。虽然目前经过及时的治疗可有效降低该疾病的死亡率降低, 但疾病会对患者神经功能造成损伤, 因此该疾病患者仍存在肢体、语言等方面功能障碍, 使其无法维持正常生活能力, 需采用有效的治疗方案^[8]。

丁苯酞是我国研发的一种新型脑保护剂, 能通过抑制羟基自由基产生, 改善血流量及能量代谢, 抑制由 Ca^{2+} 超载引起的毒性脑水肿, 从而减轻对血管内皮细胞造成的损害, 保护脑神经, 但单独用药无法获得较为理想的治疗效果, 临床建议与其他药物联合应用^[9]。依达拉奉可通过血脑屏障快速清除具有高度细胞毒性的羟基自由基, 具有分子量小、亲脂性良好的优点; 同时还可抑制氧化酶和次黄嘌呤氧化酶活性, 减少炎症介质生成, 减轻缺血半暗带神经细胞的损伤, 有效改善神经功能^[10]。本文围绕上述药物进行研究, 结果显示, 治疗前两组 CNDSFSP、NIHSS 评分无显著差异, $P>0.05$; 治疗 1 周、治疗 2 周后相较于单一组, 联合组 CNDSFSP、NIHSS 评分较低, 治疗总有效率较高, $P<0.05$ 。研究结果表明, 采用依达拉奉、丁苯酞联合治疗的方式可改善患者神经功能, 具有良好治疗效果。基于脑梗死发病机制发现, 主要由脑血管闭塞形成缺血区, 造成脑损伤, 其中大多数为自由基引起的损伤, 因此将依达拉奉与丁苯酞联合, 起到抗氧化、减少自由基损伤、保护脑细胞的作用, 从而缩小脑部缺血区面积, 减轻脑部神经损伤, 逐渐恢复神经功能, 获得良好的治疗效果。同时本文还分别在治疗前后对两组患者血清因子水平进行观察, 结果显示, 治疗前两组 VEGF、hs-CRP、内皮素 -1 水平无显著差异, $P>0.05$; 治疗后相较于单一组, 联合组 VEGF 水平较高, hs-CRP、内皮素 -1 水平较低, $P<0.05$; 由此表明联合应用依达拉奉及丁苯酞可改善患者血清因子水平。联合应用依达拉奉联合丁苯酞进行治疗能起到一定的协同作用, 能有效降低血清指标的表达水平, 改善患者神经功能, 促进患者康复及预后, 有效阻止炎症反应和氧化应激反应, 对脑细胞起到保护作用, 促进患者预后, 改善相关因子水平。

综上所述, 应用依达拉奉、丁苯酞联合治疗的方案进行治疗可有效减轻脑部神经损伤, 改善神经功能, 具有良好的治疗效果, 在急性脑梗死患者临床治疗中具有显著意义。

参考文献

- [1] 徐海霞, 胡灵芝. 丁苯酞联合依达拉奉治疗脑梗死急性期老年患者的疗效分析 [J]. 中国现代医学杂志, 2021, 31(16): 94-98.
- [2] 黄宝荣, 陈伟亮, 许尊创. 依达拉奉联合丁苯酞治疗急性脑梗死的疗效及对患者神经功能的影响 [J]. 海南医学, 2021, 32(12): 1537-1540.
- [3] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019 [J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 710-715.
- [4] 藏君. 丁苯酞注射液联合依达拉奉治疗急性脑梗死的临床效果 [J]. 中国医药, 2019, 14(5): 715-718.
- [5] 贝箜, 陈怡, 龙登毅, 等. 丁苯酞联合依达拉奉治疗急性脑梗死患者神经功能及血管内皮功能的影响 [J]. 脑与神经疾病杂志, 2019, 27(1): 5-9.
- [6] 李育英, 陈英道, 张岐平, 等. 丁苯酞联合依达拉奉治疗急性脑梗死 60 例临床研究 [J]. 解放军医药杂志, 2017, 29(2): 86-90.
- [7] 吴蓉, 王晓莉, 刘才英, 等. 丁苯酞联合依达拉奉治疗急性脑梗死临床研究 [J]. 中国药业, 2020, 29(16): 82-84.
- [8] 杨东娜, 张涤, 于佳佳. 丁苯酞注射液联合依达拉奉对老年急性脑梗死患者细胞因子、血管内皮功能和氧化应激的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(3): 477-480.
- [9] 杜迎春, 李小磊, 薛文俊. 丁苯酞氯化钠注射液联合依达拉奉治疗急性大面积脑梗死疗效观察 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(1): 93-94.
- [10] 王红娥, 董蕾. 依达拉奉联合丁苯酞软胶囊治疗早期急性脑梗死的疗效及对神经元特异性烯醇化酶、S-100 β 蛋白和超氧化物歧化酶水平的影响 [J]. 中国基层医药, 2020, 27(7): 868-871.