

服尼莫地平片(30 mg),3 次/天;口服多奈派齐片(5 mg),1 次/天。对照组给予口服尼莫地平片(30 mg),3 次/天。两组治疗周期均为 12 周。在治疗前和治疗后对患者进行 MMSE 评分和 ADL 评分<sup>[7-10]</sup>。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS11.0 软件进行分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组患者治疗前后的 MMSE 评分和 ADL 评分比较** 治疗后两组患者的 MMSE 评分和 ADL 评分较治疗前均明显提高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后观察组的 MMSE 评分和 ADL 评分高于对照组,两组间比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后的 MMSE 及 ADL 评分( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	MMSE 评分		ADL 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	16.57±4.35	24.75±5.47	43.25±4.05	63.87±5.83
对照组	40	16.45±3.85	22.51±5.25	43.19±5.01	51.75±5.06

**2.2 不良反应** 两组患者在接受药物治疗期间,均无严重不良反应出现。

**3 讨 论**

血管性痴呆近年来,随着脑血管疾病患者的逐年增多,血管性痴呆的发病率也明显上升,由于该病对患者认知功能和生活活动能力造成严重影响,给患者和家人及社会带来了沉重的负担。

尼莫地平属于钙离子的拮抗剂,能够对  $Ca^{2+}$  的超载进行抑制,减轻对海马突触的超微结构造成的损伤,促进脑血管的扩张,增加脑血管的血流量,改善脑部的血液循环,使脑缺血和因再灌注损伤引起血管周围的炎症减轻<sup>[11]</sup>。多奈派齐属于乙酰类胆碱酯酶的抑制剂,能够使乙酰胆碱的浓度提高,使细胞凋亡及炎症的发生减少,对患者的生活活动能力与认知功能起到改善作用<sup>[12]</sup>。本研究结果表明,治疗后两组患者的 MMSE 及 ADL 评分较治疗前均明显提高;治疗后观察组的 MMSE 及 ADL 评分高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。且两组患者在接受药物治疗期间,均未出现严重不良反应。

综上所述,尼莫地平联合多奈派齐治疗轻中度血管性痴呆的疗效显著,值得临床推广使用。

**参考文献**

- [1] 陆晖. 盐酸订洛地尔治疗血管性痴呆的临床分析[J]. 广西医学,2008,24(2):2153-2155.
- [2] 周伟,吴永斌,许贤瑞. 脑心通胶囊治疗血管性痴呆患者临床观察[J]. 山东医药,2009,49(8):99-100.
- [3] 张新卿,董会卿,闵宝权,等. 阿尔茨海默病与血管性痴呆的临床特点[J]. 中国神经精神疾病杂志,1999,25(6):349-351.
- [4] 王玉芬,王庆德. 尼莫地平与多奈派齐治疗血管性痴呆的随机对照研究[J]. 山东医药,2009,49(29):61-62.
- [5] 贾建平. 重视血管性认知障碍的早期诊断和干预[J]. 中华神经科杂志,2005,38(1):4-6.
- [6] 王炜,王鲁宁. “蒙特利尔认知评估量表”在轻度认知损伤患者筛查中的应用[J]. 中华内科杂志,2007,46(5):414-416.
- [7] 中华医学会神经科分会. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,2008,29(6):379-380.
- [8] 肖明生,许宏华. 美金刚联合尼莫地平治疗高龄老年中重度血管性痴呆临床研究[J]. 东南国防医药,2011,13(6):515-517.
- [9] 梅正福. 尼莫地平联合多奈派齐治疗轻中度血管性痴呆的疗效观察[J]. 海南医学院学报,2011,17(10):1322-1323.
- [10] 李东,周正国,曲芳. 补肾填精法治疗血管性痴呆肾精不足的临床研究[J]. 实用中医内科杂志,2011,11(2):11-14.
- [11] 卫军秀. 多奈派齐联合尼莫地平治疗血管性痴呆的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(12):1465.
- [12] 曲东锋. 美金刚治疗轻到中度血管性痴呆的疗效和耐受性[J]. 国外医学:脑血管疾病分册,2002,10(4):263.

(收稿日期:2013-03-16 修回日期:2013-06-03)

• 临床研究 •

**进展性脑梗死危险因素分析**

刘春梅,陈文刚(河北省唐山市玉田县医院内二科 064100)

**【摘要】 目的** 探讨进展性脑梗死患者的危险因素。**方法** 将玉田县医院 2010~2012 年收治的 53 例进展性脑梗死患者(进展组)作为研究对象,对其临床资料进行回顾性分析,主要分析的资料有病患血糖、血压、体温、血脂等,并将进展组病患临床资料相关情况与同期随机抽取的非进展组(非进展性脑梗死)53 例病患资料进行对比分析。**结果** 在 53 例进展性脑梗死患者中,出现了 30 例合并糖尿病、31 例原发性高血压、24 例血脂升高,与同期非进展组差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 对于进展性脑梗死而言,其主要的危险因素有糖尿病、高血压、发热、高脂血症及血管狭窄等。

**【关键词】** 进展性; 非进展性; 脑梗死; 危险因素; 分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)21-2869-02

进展性脑梗死属于脑梗死的一种亚型,其病死率及致残率等都比一般脑梗死要高,因此弄清其相关危险因素,及时做好

危险因素的分析,能很好地为合理诊治及预后提供至关重要的依据<sup>[1-2]</sup>。就目前来看,有关进展性脑梗死相关因素及病因的文献报道较多,大部分认为其发病的机制比较复杂,而病因也较多,往往同高血压、脑水肿、糖尿病、血液高凝状态及精神因素等有关<sup>[3]</sup>。为了探究进展性脑梗死的危险因素,同时也为提高本院治疗该病提供参考依据,故而进行了相关研究,现将相关结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 进展组为本院 2010~2012 年收治的 53 例进展性脑梗死患者,男 29 例,女 24 例;年龄 51~77 岁,平均 60.9 岁;神经功能缺损评分(SSS)评分(15.37±4.9)分。全部符合相关诊断标准;发病 6 h 后,病情进行性加重,符合以下条件:(1)SSS 增加 9 分及以上,或者 SSS 评分不低于 18 分,头颅 CT 复查排除了梗死后出血及其他血管发生的新梗死;(2)瘫痪肢体的肌力相较入院时下降了二级及以上。随机抽取本院同期收治的 53 例非进展性脑梗死患者作为对照研究,男 30 例,女 23 例;年龄 49~78 岁,平均 61.7 岁;SSS 评分(15.71±4.8)分。两组患者在年龄、性别及 SSS 评分等一般资料上差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 全部患者在入院时就进行了血压与体温测量,并行心电图检查与神经功能缺损评分,对有无糖尿病、高血压、高脂血症等既往史进行详细记录。患者在入院之前还进行了 MRI 或者 CT 检查,症状加重后行头颅 MRI 或者 CT 复查,入院的第 2 天则行空腹血糖、血脂(三酰甘油与胆固醇等)检测,入院之后 3 d 内应行双侧颈动脉的彩色多普勒检查。对两组患者的相关情况进行对比分析,以探讨出进展性脑梗死的危险因素。

**1.3 统计学处理** 采用统计学软件 SPSS14.0 处理,计量资料采用  $t$  检验分析,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

在 53 例进展性脑梗死患者中,出现了 30 例合并糖尿病、原发性高血压 31 例、24 例发热、高血脂高 24 例,与同期非进展组(合并糖尿病 17 例,原发性高血压 21 例,发热 14 例,高血脂 15 例)差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组病患相关实验室检查情况对比( $\bar{x}\pm s$ ,mmol/L)

组别	<i>n</i>	空腹血糖	胆固醇	三酰甘油
进展组	53	8.33±2.25	5.30±1.47	2.29±1.41
非进展组	53	4.96±1.67	4.28±0.91	1.67±0.42
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

### 3 讨论

进展性脑梗死属于严重威胁中老年人健康的主要疾病之一,而患者在住院期间若病情发生了恶化,就会造成患者原有神经系统症状及体征的继续加重,导致病死率与致残率较高<sup>[4-5]</sup>。通过本院 53 例进展性脑梗死患者研究结果显示,其危险因素主要有高血压、糖尿病、发热及高脂血症等。

本研究中,入院时病患合并高血压往往与进展性脑梗死有

着密切联系,进展组入院时合并高血压 31 例,而非进展组有 21 例,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。高血压是引发与促进动脉硬化的重要因素,而长期严重高压则会引发严重动脉硬化,导致脑血管腔狭窄及脑血管阻力增高,使得脑血流流速减慢,而血液黏滞性增高,最终梗死血栓闭塞更多的分支,使得梗死范围扩大,而卒中就会加重。因此,在脑梗死急性期,必须控制患者的血压,以免产生医源性进展性脑梗死。

在本研究中,进展性脑梗死组中的糖尿病患者及入院时的血糖浓度等都明显要高于同期非进展脑梗死组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。这说明,糖尿病(血糖)与脑梗死的进展有着密切的关系,主要在于长期的血糖代谢紊乱会造成脑血管发生弥漫性病变,尤其是广泛的微血管损害,使得脑血管的储备与侧支循环代偿能力会明显降低,最后使得血流灌注量减少,而造成脑梗死加重。

有研究显示,脑梗死患者在发病之后一旦体温升高,就会使得脑梗死患者神经缺损加重,扩大其梗死面积,从而加重了脑梗死的进展。本研究结果显示,进展组发热患者明显多于非进展组( $P<0.05$ ),可见进展性脑梗死与发热有一定的联系。在本研究中,进展组高脂血症患者明显多于非进展组( $P<0.05$ )。因此,高脂血也是进展性脑梗死的一个危险因素,这主要由于高脂血症患者的血液黏稠增加,而血小板聚集增强,加之红细胞变形能力会减弱,降低了脑梗死发生后的血流灌注,从而加重脑梗死进展<sup>[6]</sup>。

总之,对于进展性脑梗死而言,其危险因素有很多方面,同时也是多机制作用产生的结果。从本研究中可以看出,糖尿病、高血压等都会造成颅内动脉硬化,甚至闭塞动脉,而在此基础上,高血糖及发病早期收缩期血压的下降,都是促发进展性脑梗死发展的因素。因此,为了减少危险因素对进展性脑梗死的影响,在发病早期就应做好病情评估及危险因素评价,同时对多种危险因素引发的脑梗死患者行合理降压处理,积极控制血糖浓度,行合理的个体治疗,以便有效降低进展性脑梗死的发病率及致残率。

### 参考文献

- [1] 朱红伟,赵丹,孙利宁. 进展性脑梗死的危险因素分析[J]. 中国医学创新,2012,9(13):114-115.
- [2] 李瑞华,管永泽. 进展性脑梗死危险因素的临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2011,14(1):46-48.
- [3] 靳燕宾. 进展性脑梗死危险因素分析[J]. 中外医学研究,2011,9(27):35-36.
- [4] 王霞. 进展性脑梗死的危险因素临床分析[J]. 中国医药导报,2009,6(7):21-22.
- [5] 覃保华. 进展性脑梗死危险因素的分析[J]. 广西医学,2009,31(9):1276-1278.
- [6] 吕芳,仲维维,孙华. 进展性脑梗死的相关危险因素分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2010,13(23):35-36.

(收稿日期:2013-03-21 修回日期:2013-06-12)