

[14] 陈谦,郑良成,杨墨,等.阿托伐他汀调脂治疗对急性脑梗死患者血清超敏 C 反应蛋白白细胞介素-17 及基质金属蛋白酶-8 的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(3):9-11.

[15] 冯骏,秦皓,杜亚娟,等.缺血性脑血管病患者颈动脉粥样硬化斑块类型与血清 MMP-8、TIMP-1 表达的相关性研究[J].细胞与分子免疫学杂志,2011,27(6):676-677.

[16] 李强,凌芳,聂德云,等.PAS 三联疗法对急性脑梗死患者

血清 MMP-7、MMP-8 水平的影 响及颈动脉易损斑块的干预作用[J].武汉大学学报(医学版),2012,33(2):219-223.

[17] 胡仁琳,华梅,李鸣,等.阿托伐他汀对 80 例急性脑梗死患者血清中妊娠相关蛋白 A 和基质金属蛋白酶的影响[J].华西药 学杂志,2013,28(6):647-649.

(收稿日期:2017-01-16 修回日期:2017-02-12)

• 临床探讨 •

## 神经节苷脂联合依达拉奉治疗中老年隐源性缺血脑卒中的疗效研究

邹 琼

(湖北省宜昌市第一人民医院神经内科 443000)

**摘要:**目的 探讨神经节苷脂联合依达拉奉治疗中老年隐源性缺血脑卒中患者的疗效及不良反应。方法 选择 2013 年 2 月至 2015 年 2 月在该院就诊的 70 例中老年隐源性缺血脑卒中患者,随机分成两组,每组各 35 例。两组患者均提供隐源性缺血脑卒中基础疗法,对照组给予依达拉奉治疗,观察组则施以神经节苷脂联合依达拉奉治疗。观察治疗后两组患者的疗效及不良反应发生情况。结果 观察组治疗后总有效率为 91.43%,高于对照组患者的 71.43%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );而经 2 周、3 个月的治疗,观察组患者的神经功能缺损评分则低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组患者的不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 神经节苷脂联合依达拉奉治疗隐源性缺血脑卒中疗效显著,且不良反应轻微,安全性好,临床应用价值较高。

**关键词:**神经节苷脂; 依达拉奉; 隐源性缺血脑卒中; 中老年患者

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.10.059 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)10-1508-02**

隐源性缺血脑卒中是指不明原因或无法归类的脑血管突然发生缺血缺氧所引起的神经功能缺损性病 变。临床主要表现为偏侧肢体运动功能障碍、跛行、关节麻木,严重时可导致半身不遂等严重后果。该病致残率和复 发率较高,是临床威胁人类生命健康的重要疾病之一<sup>[1]</sup>。目前临床虽有多种方法治疗隐源性缺血脑卒中,但尚缺乏满意疗效的治疗方案<sup>[2]</sup>。神经节苷脂是脑神经再发育必需物质,依达拉奉属脑自由基清除剂,近年来本院采用神经节苷脂联合依达拉奉对该病进行治疗,其疗效显著。现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2013 年 2 月至 2015 年 2 月在本院进行治疗的 70 例急性脑梗死患者作为研究对象,随机分为两组,每组 35 例。其中对照组男 18 例,女 17 例;年龄 54~80 岁,平均(65.4±10.0)岁。观察组男 19 例,女 16 例;年龄 53~78 岁,平均(64.8±10.2)岁。排除复发及神经异常不能配合的患者,所有患者均了解此次研究内容且签署了知情同意书。两组患者性别比、年龄等一般资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

**1.2.1 基础治疗** 所有患者均接受隐源性缺血脑卒中基础治疗,包括密切监测患者心率、血压、二氧化碳分压、氧分压等基本生命体征。第 1 天口服阿司匹林 0.3 g、氯吡格雷 150 mg、瑞舒伐他汀 10 mg。以后每次服用阿司匹林 0.1 g,每日 1 次;每次服用氯吡格雷 75 mg,每日 1 次;每次服用瑞舒伐他汀 10 mg,每日 1 次。基础治疗 3 个月。

**1.2.2 对照组** 在基础治疗后加用依达拉奉注射液(国药准

字 H20120042,西安利君制药有限责任公司生产)每次 30 mg,加入 0.9%生理盐水 100 mL,稀释后静脉滴注,30 min 内滴完。2 次/日,治疗 2 周。

**1.2.3 观察组** 在对照组治疗基础上辅助施以单唾液酸四己糖神经节苷脂钠注射液(批号 H20093540,吉林英联生物制药股份有限公司生产)每次 80 mg,加入 0.9%生理盐水 100 mL 稀释后静脉滴注,1 次/日,治疗 2 周。

**1.3 观察指标** (1)神经功能缺损评分:根据神经功能缺损(NHSS)评分量表,并参照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度与疗效评定标准》评估 NHSS 评分<sup>[3]</sup>。NHSS 评分量表包括上下肢运动、语言感觉、共济失调、面瘫视野及意识等内容,采用负向评分,满分 45 分。重型神经功能缺损,评分为 30~45 分;中型,评分为 15~<30 分;轻型,评分<15 分。(2)治疗效果:基本治愈,神经功能缺损分值降低>90%;显效,神经功能缺损分值降低>45%,但不超过 90%;有效,神经功能缺损分值降低>18%,但不超过 45%;无效,患者神经功能缺损分值降低程度不足 18%。总有效率=(基本痊愈人数+显效人数+有效人数)/患者总数×100%。(3)两组患者治疗后不良反应发生情况。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS19.0 软件研究数据进行分析。计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验;计数资料采取用百分数表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结 果

**2.1 两组患者治疗后 NHSS 评分比较** 治疗前,两组患者的 NHSS 评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后 2 周、3

个月,观察组患者 NHISS 评分低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 治疗前后两组患者 NHISS 评分统计(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗 2 周	治疗 3 个月
对照组	35	24.36 ± 6.72	17.22 ± 4.68	10.35 ± 3.64
观察组	35	25.01 ± 7.12	9.75 ± 3.37	6.22 ± 3.04
t		0.39	7.66	5.15
P		>0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗 3 个月后疗效比较 对照组患者总有效率 [71.43% (25/35)] 低于观察组 [91.43% (32/35)], 差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 4.63, P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者治疗后疗效比较[n(%)]

组别	n	基本痊愈	显效	有效	无效
对照组	35	10(28.57)	12(34.29)	3(8.57)	10(28.57)
观察组	35	13(37.14)	11(31.43)	8(22.86)	3(8.57)

2.3 两组患者治疗期间和治疗后不良反应发生情况比较 治疗中、后,对照组患者不良反应的发生率 [14.29% (5/35)] 低于观察组 [17.14% (6/35)], 但差异无统计学意义 ( $\chi^2 = 0.12, P > 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	n	恶心呕吐	皮疹	尿素氮升高	天门冬氨酸氨基转移酶升高
对照组	35	2(5.71)	2(5.71)	1(2.86)	0(0.00)
观察组	35	3(8.57)	1(2.86)	1(2.86)	1(2.86)

### 3 讨论

近年来,临床对隐源性缺血性脑梗死的研究不断深入,发现部分隐源性缺血性脑梗死中原因可查。有资料显示,血管变化和凝血机制异常可能是隐源性缺血性脑梗死中的重要环节,升主动脉与主动脉弓粥样硬化、降主动脉反向引流及动脉夹层可引起脑血管的栓塞<sup>[4]</sup>。另外,卵圆孔未闭使得肺循环栓子进入体循环,也可引起血管栓塞,诱发卒中。Kabagambe 等<sup>[5]</sup>还认为隐源性卒中可能与血管高凝状态、Fabry 病、镰型细胞病及基因遗传等因素有关。Ferket 等<sup>[6]</sup>则明确指出家族史和基因遗传与隐源性卒中存在相关性。但目前临床仍缺乏大规模病例对照研究,有待于进一步探讨致病因素与卒中的病因学关系。

现有资料证明,缺血再灌注损伤、自由基及细胞毒性作用是脑卒中后病变进展的重要原因<sup>[7]</sup>。依达拉奉脂溶性高,能透过血脑屏障有效清除氧自由基,从而减少氧自由基对血管内皮细胞的损伤,同时改善脑组织灌注压状态。依达拉奉还可增加对病灶区的血供,抑制神经细胞的凋亡。另外,有研究显示,依达拉奉还可显著降低肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-1 及白细胞介素-6 水平,降低细胞毒性<sup>[8]</sup>。

神经节苷脂对于神经细胞的分化、生长及修复具有重要作

用。神经节苷脂的有效成分复合神经节苷脂可促进神经营养因子的富集,改善脑组织代谢障碍,更有利于脑神经的恢复。此外,神经节苷脂能激活  $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$  酶,促进神经肌肉细胞冲动的传导, $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$  酶的激活还能改善脑水肿状态,这都有利于脑神经功能的恢复。

本研究显示,依达拉奉联合神经节苷脂治疗隐源性缺血性脑梗死总有效率可达 91.43%,较单用依达拉奉效果更为显著,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),这可能与两药的作用机制不同有关。依达拉奉联合神经节苷脂具有不同的药理作用机制,两药发挥协同作用,效果更佳。本研究还显示,两组不良反应发生率差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),两组患者主要的不良反应为恶心呕吐与皮疹,临床未经特殊处理,1 周内所有患者上述症状均自行消退,可能与患者体质差异及患者耐受性有关。治疗后两组均有 1 例尿素氮升高,观察组有 1 例天门冬氨酸氨基转移酶升高,但均在临界值范围内,且均未发生急性肾衰竭及肝功能异常等严重不良后果,因此认为两组用药安全性良好。

综上所述,神经节苷脂联合依达拉奉治疗隐源性缺血性脑梗死中效果显著,不良反应少,临床应用价值较高。

### 参考文献

- [1] 郝茹,张涛. 神经节苷脂联合依达拉奉对急性脑梗死患者神经功能及血液流变学的影响[J]. 中国医药导报, 2012, 18(29):103-105.
- [2] 熊劲,江显萍. 疏血通、神经节苷脂、依达拉奉联合治疗老年急性脑梗死的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(20):5109-5110.
- [3] 中华神经科学会. 脑梗死患者临床神经功能缺损程度评分标准及临床疗效评定标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):381.
- [4] 顾群. 依达拉奉联合神经节苷脂治疗老年急性脑梗死的临床疗效及安全性评价[J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 7(12):1079-1081.
- [5] Kabagambe EK, Judd SE, Howard VJ, et al. Inflammation biomarkers and risk of all-cause mortality in the reasons for geographic and racial differences in stroke cohort[J]. Am J Epidemiol, 2011, 174(3):284-292.
- [6] Ferket BS, van Kempen BJ, Wieberdink RG, et al. Separate prediction of intracerebral hemorrhage and ischemic stroke[J]. Neurology, 2014, 82(20):1804-1812.
- [7] 时新艳,高明. 神经节苷脂联合依达拉奉对急性脑梗死患者神经功能和生活能力的影响[J]. 重庆医学, 2013, 42(35):4324-4326.
- [8] 杨建民. 依达拉奉联合单唾液酸四己糖神经节苷脂治疗急性脑梗死 68 例临床疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2013, 42(14):814-815.