

奥拉西坦联合尼莫地平治疗脑梗死后血管性痴呆的效果分析

王冬梅

山东省滨州市滨城区人民医院, 山东 滨州 256651

【摘要】 目的 研究脑梗死且并发血管性痴呆者实施奥拉西坦与尼莫地平联合治疗的效果。方法 2021 年 6 月—2022 年 6 月, 以医院该阶段收治的 70 例脑梗死后血管性痴呆患者为研究对象, 纳入研究后以抽签法为分组模式, 对照组与观察组均有 35 例患者。对照组单一口服尼莫西平治疗, 观察组联合口服奥拉西坦与尼莫地平治疗, 统计比较两组患者的痴呆程度、认知功能、神经功能、日常生活能力、临床疗效及不良反应。**结果** 治疗后, 观察组的临床痴呆评定量表(CDR)评分及美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分低于对照组($P < 0.05$), 治疗后, 观察组的简易智能精神状态评价量表(MMSE)评分及日常生活能力量表(ADL)评分高于对照组($P < 0.05$)。观察组治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率与对照组比较无差异($P > 0.05$)。**结论** 脑梗死后血管性痴呆患者施以奥拉西坦与尼莫地平联合方案治疗, 可提高临床疗效, 改善神经、认知及日常生活能力, 减轻痴呆程度, 保证用药安全, 值得推荐普及。

【关键词】 奥拉西坦; 尼莫地平; 神经功能; 脑梗死后血管性痴呆; 痴呆程度; 认知功能; 日常生活能力; 临床疗效

血管性痴呆是脑梗死常见后遗症, 这和大脑皮质缺血、氧化应激反应以及缺血性病变等多重因素相关, 患者主要症状是记忆力下降、情绪行为异常等^[1]。伴随着脑梗死发病率的升高, 血管性痴呆发病率也随之升高, 严重影响身心健康、家庭幸福, 会增加医疗及经济负担。我国脑梗死后血管性痴呆的发病率是 324/10 万, 但及时进行准确治疗的患者仅有 2%^[2]。临床认为, 该病治疗原则有三点, 是改善脑部血液循环、改善神经元与抑制氧化应激反应^[3]。药物是该病的主要治疗方案, 但有多种类型。尼莫地平是钙离子拮抗剂, 可在减轻痴呆、改善认知方面发挥良好作用, 但单一用药存在靶点单一与见效缓慢等缺陷, 临床建议联合用药。奥拉西坦是新药, 可促进磷酸胆碱及磷酸乙醇有效合成, 属于脑代谢改善药物, 可通过刺激患者的中枢神经系统提高智力、记忆力, 减轻痴呆症状。研究以 2021 年 6 月—2022 年 6 月收治的脑梗死后血管性痴呆者 70 例为研究对象, 探讨奥拉西坦联合尼莫地平的效果, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2021 年 6 月—2022 年 6 月, 以医院该阶段收治的 70 例脑梗死后血管性痴呆患者为研究对象, 纳入研究后以抽签法为分组模式, 对照组与观察组均有 35 例患者。对照组:

男 23 例, 女 12 例; 年龄 48 ~ 82 岁, 平均年龄 (65.38 ± 4.21) 岁; 体重 40 ~ 76kg, 平均体重 (58.40 ± 7.36) kg; 痴呆病程 5 ~ 34 月, 平均病程 (19.71 ± 6.24) 月。观察组: 男 21 例, 女 14 例; 年龄 48 ~ 81 岁, 平均年龄 (65.12 ± 4.17) 岁; 体重 40 ~ 78kg, 平均体重 (58.85 ± 7.39) kg; 痴呆病程 4 ~ 36 月, 平均病程 (19.99 ± 6.31) 月。两组患者的四项资料参与统计比较, 得出结果无比较差异 ($P > 0.05$)。研究经医学伦理委员会审核批准, 患者家属知情研究, 签署知情同意书。

纳入标准: ①患者满足《血管性认知损害分类共识研究组指南》^[4]中的血管性痴呆诊断标准; ②患者均有脑梗死病史, 均在脑梗死后发生血管性痴呆; ③患者在医护人员及家属监督下完成用药疗程, 配合进行各项功能评价。

排除标准: ①患者对研究涉及药物过敏; ②患者合并严重蛋白尿、脑积水以及其他颅脑疾病; ③患者合并帕金森病。

1.2 方法

1.2.1 对照组单一口服尼莫西平片(生产单位: 上海信谊万象药业股份有限公司, 批准文号: 国药准字 H31020369, 规格: 20mg) 治疗, 口服量是 40mg/次, 口服频率是 3 次/d, 1 疗程是 5d, 持续用药 3 疗程。

1.2.2 观察组联合口服奥拉西坦胶囊(生产单位: 石药集团欧意药业有限公司, 批准文号:

国药准字 H20031033, 规格: 0.4g) 与尼莫地平(同对照组)治疗, 奥拉西坦口服量是 0.8g/次, 口服频率是 2 次/d, 1 疗程是 5d, 持续用药 3 疗程。

1.3 观察指标

1.3.1 痴呆程度 以临床痴呆评定量表 (Clinical Dementia Rating, CDR)^[5] 为评价方案, 在治疗前、治疗 3 疗程后分别评价 1 次, 评价维度包含记忆、定向力、社会交往能力、独立生活自理能力及判断与解决问题能力五项, 单个维度总分是 0 ~ 1 分, 量表总分是 0 ~ 5 分, 所得评分越低, 痴呆程度越轻。

1.3.2 认知功能 以简易智能精神状态评价量表 (Mini Mental State Examination, MMSE)^[6] 为评价方案, 在治疗前、治疗 3 疗程后分别评价 1 次, 评价维度包含定向力、注意力和计算力、即刻记忆力、语言能力及回忆能力五项, 单个维度总分是 10 分、5 分、3 分、9 分、3 分, 量表总分是 0 ~ 30 分, 所得评分越高, 认知能力越好。

1.3.3 神经功能 以美国国立卫生研究院卒中量表 (NIH Stroke Scale, NIHSS)^[7] 为评价方案, 在治疗前、治疗 3 疗程后分别评价 1 次, 评价维度包含意识水平、上肢运动、下肢运动、面瘫、共济失调等十一项, 量表总分是 0 ~ 42 分, 所得评分越低, 神经功能越好。

1.3.4 日常生活能力 以日常生活能力量表 (activities of Daily Living, ADL)^[8] 为评价方案, 在治疗前、治疗 3 疗程后分别评价 1 次, 评价维度包含大便、小便、用厕、修饰、用饭、洗澡等十项, 单个维度总分是 0 ~ 10 分, 量表总分是 0 ~ 100

分, 所得评分越高, 日常生活能力越好。

1.3.5 临床疗效 治疗 3 疗程后评价, 判定标准^[9]如下, 显效: 患者的痴呆程度较治疗前改善显著, 神经功能、认知功能及日常生活能力基本正常; 有效: 患者的痴呆程度较治疗前有所改善, 神经功能、认知功能及日常生活能力改善; 无效: 患者的痴呆程度、神经功能、认知功能及日常生活能力较治疗前无明显变化, 或病情进一步发展。治疗总有效率 = (显效 + 有效) 例数 ÷ 该组总例数 × 100.00%。

1.3.6 不良反应 治疗期间进行用药监测, 统计睡眠障碍、头晕、胃肠道反应等不良反应的发生情况。

1.4 统计学方法 在 SPSS22.0 中统计分析, 计数资料 [n (%)] 表示, χ^2 检验; 计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验。P < 0.05 具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 CDR、MMSE、NIHSS 及 ADL 四项评分比较 治疗前, 观察组的 CDR 评分、MMSE 评分、NIHSS 评分及 ADL 评分与对照组比较无差异 (P > 0.05); 治疗后, 观察组的 CDR 评分及 NIHSS 评分均更低 (P < 0.05), 治疗后, 观察组的 MMSE 评分及 ADL 评分均更高 (P < 0.05)。见表 1。

2.2 两组患者临床疗效比较 观察组治疗总有效率高于对照组 (P < 0.05)。见表 2。

2.3 两组患者不良反应比较 观察组不良反应发生率与对照组比较无差异 (P > 0.05)。见表 3。

表 1 两组患者的 CDR、MMSE、NIHSS 及 ADL 四项评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (n=35)	CDR 评分		MMSE 评分		NIHSS 评分		ADL 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	2.49 ± 0.45	0.93 ± 0.26 ^a	13.02 ± 2.45	21.57 ± 2.85 ^a	8.45 ± 1.27	3.02 ± 0.75 ^a	52.87 ± 6.54	72.34 ± 7.32 ^a
对照组	2.33 ± 0.42	1.47 ± 0.32 ^a	13.39 ± 2.48	19.02 ± 2.76 ^a	8.07 ± 1.23	3.98 ± 0.81 ^a	53.72 ± 6.58	63.28 ± 7.16 ^a
t 值	1.5378	7.7482	0.6279	3.8025	1.2716	5.1449	0.5420	5.2346
P 值	0.1287	0.0000	0.5322	0.0003	0.2079	0.0000	0.5896	0.0000

注: 与同组治疗前比较, ^aP < 0.05。

表 2 两组患者的临床疗效比较 [n (%)]

组别 (n=35)	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	22 (62.86)	12 (34.29)	1 (2.86)	34 (97.14)
对照组	13 (37.14)	14 (40.00)	8 (22.86)	27 (77.14)
χ^2 值				6.2477
P 值				0.0124

表 3 两组患者的不良反应比较[n(%)]

组别 (n=35)	睡眠障碍	头晕	胃肠道反应	不良反应发生率
观察组	1 (2.86)	1 (2.86)	2 (5.71)	4 (11.43)
对照组	1 (2.86)	1 (2.86)	1 (2.86)	3 (8.57)
χ^2 值				0.1587
P 值				0.6903

3 讨 论

血管性痴呆属于脑梗死常见后遗症,也是神经内科常见病,患者处于正常衰老、痴呆之间,多伴有认知功能下降、生活自理能力减弱等表现。部分患者病情严重,已经发展为认知功能障碍与日常生活不能自主完成。该病核心症状是认知功能下降,所以患者的记忆力、语言沟通能力等受到较大影响。如何有效治疗疾病,属于神经领域重点研究问题。受疾病特殊性影响,临床将药物作为首选治疗方案,但不同药物的疗效存在鲜明差异。奥拉西坦是一种新型药物,可在人体大脑皮层以及海马体等部位进行选择作用,有效激动胆碱能系统与蛋白激酶系统,改善脑能量代谢,促进脑功能恢复。该药还可对神经细胞发挥激活、保护、修复三项作用,有效改善患者的脑组织缺血缺血情况,脑细胞活化效果突出,可促进蛋白质合成、氨基酸和磷脂吸收,提高葡萄糖利用率,有利于能量储存、脑组织代谢能力增强、脑组织血流量增加、脑组织氧供改善、智力水平提高。尼莫地平是一种常用药,也是一种钙离子通道阻滞剂,可改善脑血管调节功能。该药可和钙离子受体进行特异性可逆结合,改善血浆黏稠性、红细胞脆性,可改善神经功能及认知功能。此次研究显示,治疗后,观察组痴呆程度、认知功能、神经功能及日常生活能力的改善幅度更大,临床疗效更好,两组不良反应发生率比较无差异。原因分析如下:奥拉西坦与尼莫地平联合应用,可调节神经元细胞中的钙水平,增强神经功能信号的传递能力,改善神经及认知功能;可促进血管扩张,抑制脑血管收缩,减轻脑血管痉挛,增加脑部供血量,减轻神经功能缺损症状,缓解认知障碍,减轻痴呆程度,提升智力水平,继而改善日常生活能力;两种药物的安全性均较好,联合应用无明显不良反应增加现象,用药安全性高。

综上所述,确定脑梗死患者发生血管性痴呆后,以奥拉西坦与尼莫地平为联合治疗药物,准确用药可改善患者的痴呆程度、认知功能、神经功能及日常生活能力。

参考文献

- [1] 刘亚林,郭医杰,孟文娟,等.肌电生物反馈疗法联合奥拉西坦对老年血管性痴呆患者外周血血红素氧化酶-1、可溶性凋亡因子水平及认知功能的影响[J].中国医师进修杂志,2022,45(6):559-563.
- [2] 王峥,林琳.补阳还五汤联合西药治疗缺血性脑卒中后血管性痴呆疗效及对血清炎症因子、氧化应激指标和血管内皮活性物质的影响[J].现代中西医结合杂志,2022,31(4):469-473,490.
- [3] 周玉,李天民,樊灿,等.盐酸多奈哌齐与尼莫地平对老年脑梗死后血管性痴呆患者血清脂蛋白相关磷脂酶A2、脑源性神经营养因子和血管紧张素1-7水平的影响[J].实用医院临床杂志,2021,18(5):119-122.
- [4] OLIVIA A. SKROBOT, SANDRA E. BLACK, CHRISTOPHER CHEN, 等.血管性认知损害诊断的进一步规范:血管性认知损害分类共识研究组指南[J].国际脑血管病杂志,2018,26(4):241-250.
- [5] 李婷婷,赵俊杰,吴钦娟,等.双嘧达莫联合奥拉西坦对皮质下缺血性血管性痴呆患者血管内皮生长因子、血红素氧化酶-1、低氧诱导因子-1 α 水平的影响[J].临床神经病学杂志,2021,34(6):431-435.
- [6] 张建霞,郝应娥.吡拉西坦联合尼莫地平治疗脑梗塞后血管性痴呆的效果及对患者血管内皮功能及GQOL-74评分的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(18):24-27.
- [7] 姚丽珍,王刚.丁苯酞+尼莫地平联合吡拉西坦治疗缺血性脑卒中后血管性痴呆的疗效及安全性观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(24):3074-3076.
- [8] 融劭民,张京苗,高嘉,等.血府逐瘀汤联合奥拉西坦对脑梗死后血管性痴呆患者认知功能及NO、ET-1、IL-6水平的影响[J].现代中西医结合杂志,2022,31(9):1247-1250.
- [9] 雷友富,谢燕.西洛他唑片联合尼莫地平对脑卒中后血管性痴呆合并脑白质病变患者认知功能及脑出血风险的影响[J].包头医学院学报,2020,36(3):26-27.