

精细化护理结合丁苯酞序贯治疗对急性脑梗死合并认知功能障碍疗效

刘畅¹, 李明哲²

1. 中国医科大学附属盛京医院康复中心, 辽宁 沈阳 110004; 2. 辽宁中医药大学附属第三医院, 辽宁 沈阳 110003

摘要: **目的** 观察精细化护理结合丁苯酞序贯治疗对急性脑梗死(ACI)合并认知功能障碍患者的疗效。**方法** 选取 2015 年 10 月至 2016 年 10 月 116 例急性脑梗死合并认知功能障碍患者临床资料。随机分为观察组(58 例)和对照组(58 例)。观察组采用丁苯酞序贯治疗,在常规护理的基础上,联合精细化护理,对照组仅予以静脉滴注丁苯酞氯化钠注射液,ACI 患者除特殊情况外,均采用常规护理。于治疗 90 d 后观察入组患者的临床治疗效果,并进行急性脑卒中患者的美国国立卫生院卒中量表(NIHSS 量表)、Barthel 量表和简易精神状态量表(MMSE 量表)评分。**结果** 对照组总有效率为 79.31% 低于观察组的 94.83% ($P < 0.05$)。治疗第 14 d 时,观察组 NIHSS 量表、Barthel 量表和 MMSE 量表评分与治疗前比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗第 90 d 时,各观测量表的评分结果与治疗前相比均有明显变化($P < 0.05$)。NIHSS 量表评分低于对照组,Barthel 量表、MMSE 量表评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗期间两组患者均未发现其他不良反应。**结论** 精细化护理结合丁苯酞序贯治疗对 ACI 合并认知功能障碍患者有益,可提高治疗效果。

关键词: 精细化护理; 丁苯酞; 脑卒中; 急性脑梗死; 认知功能障碍

中图分类号: R **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)09-1294-03

急性脑梗死(ACI)危害严重,是临床脑血管病中最为常见的类型之一,也是危及生命和健康的重大疾病。ACI 后患者发生认知功能障碍率约为 40% ~ 60%^[1-2],ACI 的危害不仅是高患病率和高死亡率,更重要的是其高复发率和高致残率,部分患者的认知功能也可受损。精细化护理具有动态、人性化的护理程序,其护理涵盖的主要内容覆盖到患者疾病康复多个方面的需求,对临床护理质量的提高有显著作用,在患者康复和改善患者肢体运动功能上效果显著。丁苯酞可通过多种途径保护神经,并能修复神经的功能。该药还对血管性(非痴呆型)认知功能障碍患者的部分智能方面症状具有良好的改善和提升作用^[3]。因此,本研究所有入组病例均采用精细化护理措施,同时结合丁苯酞序贯治疗方法对 ACI 合并认知功能障碍结合各有关量表进行评价。

1 对象与方法

1.1 研究对象 分析 2015 年 10 月至 2016 年 10 月中国医科大学附属盛京医院康复科收治的 ACI 合并认知功能障碍患者的临床资料。本项研究共入组 116 例符合标准的 ACI 患者,所有入组的 ACI 患者按

照随机数字表法,分为观察组(58 例)和对照组(58 例)。两组患者性别、年龄无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者入院时一般资料比较

组别	例数	男/女(例)	年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)
观察组	58	31/27	53.54 ± 5.78
对照组	58	30/28	55.41 ± 6.93
χ^2/t 值		2.752	1.962
P 值		1.627	0.932

1.2 纳入及排除标准 纳入标准为入组患者入院时间均在发病后的 48 h 内,均需经头颅 CT 平扫或者 MRI 检查证实罹患 ACI。排除急性感染、脑出血、严重肝肾功能不全、严重心脏病、血小板减少、癔症等精神类疾病、自身免疫性疾病等。

1.3 治疗方法

1.3.1 药物治疗方法 观察组应用丁苯酞氯化钠注射液(批号:20151001)100 ml 静脉滴注,每天 2 次,每 2 次用药间隔不少于 6 h。治疗 14 d 后,改用口服丁苯酞软胶囊(恩必普,产品批号:20150601)2 粒/次,3 次/d,共服用 90 d。对照组仅予以静脉滴注丁苯酞氯化钠注射液(批号:20151001A),注射剂量及注射方法同观察组,共治疗 14 d。出于伦理学需要,两组 ACI 患者均根据病情严重程度和治疗需要,口服其他必需服用的常规治疗药物。

1.3.2 精细化护理方法 观察组在常规护理的基础

联合精细化护理, 护理措施如下。(1) 精细化心理(情绪) 护理: 主要包括关心、爱护 ACI 患者, 积极与 ACI 患者进行交流, 通过富含感情、柔和的语言安慰和科学的病情解释, 缓解患者紧张感, 以便建立起良好的护患关系, 减轻患者及家属的心理负担, 增强 ACI 患者治愈信心。(2) 急性期 ACI 患者精细化护理: 主要包括及时将 ACI 患者收入 ICU 等相应科室治疗, 尽量减少门诊急诊等待时间, 建立输液通道, 并立即给予吸氧等措施, 按照一级护理标准密切监测 ACI 患者的病情变化; 尽量减少患者移动次数和幅度; 同时结合 ACI 患者性别和身高情况, 适当地抬高床头; 加强对 ACI 患者口腔、黏膜、皮肤以及外阴等部位清洁和护理。(3) 精细化餐食护理: ACI 急性期患者需要禁食水, 基本都需使用胃管通过鼻饲的方式注入必要的营养物质, 条件允许时可通过鼻饲泵辅助。以上过程中需密切关注, 以防误吸。(4) ACI 患者并发症的精细化护理: 主要包括根据患者住院期间的天气和气候情况, 在病房内及时调整空调参数, 以维持适宜的光照、温度和湿度, 营造出良好环境; 仔细观察患者尿量和颜色等, 指导患者定时定量饮水; 根据“循序渐进”的原则, 鼓励 ACI 患者在家属或陪护的陪同下进行早期锻炼。对照组 ACI 患者除特殊情况外, 均采用常规护理以及必要的健康宣教、护理评估以及用药指导等。

1.4 观察指标

1.4.1 临床疗效 疗效判定标准如下^[4]。(1) 痊愈: 症状基本消失, 主要体征恢复正常, 能够生活自理。(2) 显效: 症状和体征显著改善, 肌肉力量增强 2

个级别以上。(3) 有效: 症状和体征有改善, 肌肉力量增强 1 个级别。(4) 无效: 症状和体征无变化, 肌肉力量无提高。(5) 恶化: 症状和体征变差, 肌肉力量减弱。同时, 观察 ACI 患者治疗期间有无药物引起的不良反应及相关药物副作用。痊愈 + 显效 + 有效计算总有效率。

1.4.2 评价量表 治疗前后共进行 3 次评价, 时间点为治疗前(0 d)、治疗 14 d 和治疗 90 d, 使用美国国立卫生院卒中量表(NIHSS 量表) 评价神经功能缺损; 用 Barthel 评分量表评定日常生活能力。采用简易精神状态量表(MMSE 量表) 评定患者认知功能缺损情况。

1.5 统计学方法 将采集的数据录入电脑 Excel, 并采用 SPSS 14.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 经治疗前后评价, 对照组总有效率(79.31%) 明显低于观察组(94.83%), 两组 ACI 患者临床疗效比较有统计学差异(P < 0.05)。见表 2。

2.2 各量表评分比较 在两组 ACI 患者治疗 14 d 时, 观察组 NIHSS 量表、Barthel 量表和 MMSE 量表的评分与治疗前比较, 差异无统计学意义(P 均 > 0.05), 治疗 90 d 时, 各观测量表的评分结果与治疗前相比, 均有明显变化(P 均 < 0.05)。NIHSS 量表评分低于对照组, Barthel 量表、MMSE 量表的评分高于对照组, 差异有统计学意义(P 均 < 0.05)。见表 3。

表 2 两组患者临床疗效 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	恶化	总有效率(%)
对照组	58	20(34.48)	17(29.31)	9(15.52)	7(12.07)	5(8.62)	79.31
观察组	58	28(48.28)	19(32.76)	8(13.79)	2(3.45)	1(1.72)	94.83
χ^2 值							6.202
P 值							<0.05

表 3 两组患者治疗前后 NIHSS 量表评分、Barthel 量表评分及 MMSE 量表评分比较 (n = 58, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	NIHSS	Barthel	MMSE
观察组			
0 d	13.8 ± 1.5	34.7 ± 1.8	18.48 ± 4.45
14 d	9.9 ± 1.8 ^a	37.5 ± 1.7	19.33 ± 4.23
90 d	2.9 ± 1.7 ^{abc}	53.7 ± 1.6 ^{abc}	25.38 ± 3.97 ^{abc}
对照组			
0 d	13.3 ± 1.2	34.5 ± 1.3	18.75 ± 4.32
14 d	10.2 ± 2.2 ^a	36.6 ± 1.4	19.45 ± 3.83
90 d	5.9 ± 2.5 ^{ab}	42.2 ± 1.6 ^{ab}	22.67 ± 5.26 ^{ab}

注: 与治疗前比较, ^aP < 0.05; 与治疗 14 d 比较, ^bP < 0.05; 与对照组比较, ^cP < 0.05。

2.3 脱落情况 两组在观察期间均未出现脱落病例。

2.4 不良反应 两组患者在 90 d 治疗期内未出现明显不良反应。

3 讨论

ACI 是由于脑部血管供血突然减少/停止, 造成问题血管供血组织缺血、缺氧, 经历一系列病理变化而导致脑组织坏死、软化, 并伴有失语等神经功能缺失的症候。ACI 患者认知功能障碍发生的危险概率明显升高, 致痴呆风险也大为增加^[5-6]。丁苯酞可能

调节 P53 以及 Bax 等的表达,并能抑制细胞凋亡^[7]。目前,对 ACI 的研究多数集中在脑缺血引起的炎症反应^[8]。

恩必普为人工合成的药物。可阻断多个病理上的环节,改善脑血管流量,并可抗血栓形成和抗 PLT 聚集等,进而改善脑部能量代谢^[9];而脑梗死灶状况改善可直接影响患者认知和行为功能;也可透过提高 COX 活性等途径而产生作用。亦可改善脑能量代谢,延缓 ACI 患者认知功能下降^[10]。恩必普可有效降低患者脑梗死后认知功能障碍的发生率,多个研究表明,恩必普作为近年来应用于临床的新药,可改善患者情绪,通过多个环节和途径,对神经元起到保护及修复作用,从而达到治疗的目的^[11-12]。贾建平等^[13-16]开展了试验,验证了恩必普治疗非痴呆型血管性认知障碍(VCIND)疗效良好。有研究表明,恩必普能降低 ACI 患者的 C 反应蛋白水平和改善神经功能^[17]。徐红强等^[18]研究发现,恩必普联合奥拉西坦可有效改善 ACI 血管型(非痴呆型)认知功能障碍患者的神经功能、认知功能和生活质量。许杨^[19]发现恩必普联合依达拉奉能够有效改善 ACI 患者症状。吉晓天等^[20]研究发现恩必普治疗高血压性脑出血可有效减轻脑神经损害和改善脑血流动力学参数,临床疗效肯定。

作为近年诞生的新型护理理念,精细化护理具有科学、合理的护理程序,其护理范围可覆盖 ACI 患者多方面需求,为 ACI 患者提供有计划、有预见和有针对性的规范化护理,对护理质量有显著的提升作用^[21]。因此,本研究所有观察组病例均采用精细化护理措施,以使患者获得最大收益。

本文结果表明,精细化护理科学、合理,可同时提高 ACI 患者生活质量和护理质量。应用恩必普不但能明显改善 ACI 患者的神经功能损伤,同时也能改善 ACI 患者认知功能和预后。但是否恩必普应用效果与应用时间长度成正比,尚需要有更多临床观察。

参考文献

[1] Liman TG, Heuschmann PU, Endres M, et al. Changes in cognitive function over 3 years after first-ever stroke and predictors of cognitive impairment and long-term cognitive stability: the erlangen stroke project[J]. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2011, 31(4): 291-299.

[2] 吴江. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010:186.

[3] 马建刚,张兵,刘春燕,等. 丁苯酞氯化钠注射液治疗糖尿病并发急性脑梗死的临床疗效观察[J]. *临床荟萃*, 2013, 28(8): 908-909.

[4] 王欣东,陈浙泠,李秋霞,等. 丁苯酞对血管性痴呆大鼠学习记忆障碍的实验研究[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2010, 13(24):

36-38.

[5] Mailer T. Drug therapies for neuropsychiatric and autonomic disturbances in patients with PD[J]. *J Future Med*, 2012, 11: 76-87.

[5] Müller T. Drug therapies for neuropsychiatric and autonomic disturbances in patients with PD[J]. *Advances in Parkinson's Disease Management*, 2012; 76-87. [LinkOut]

[6] 陈于祥,陈于兰,瞿伦学,等. 老年急性脑出血患者死亡的危险因素分析[J]. *西南国防医药*, 2013, 23: 726-728.

[7] Nie H, Xu Y, Liu B, et al. The prevalence of mild cognitive impairment about elderly population in China; a meta-analysis[J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2011, 26(6): 558-563.

[8] 赵素晨,吴庆文,程月发,等. 丁苯酞对 MPP⁺诱导的 SH-SY5Y 细胞凋亡的保护作用及机制[J]. *中国老年学杂志*, 2017, 37(2): 316-318.

[9] 靳春风,梁庆成,吴云. 血浆生化及免疫指标与血管性认知功能障碍关系的研究现状[J]. *脑与神经疾病杂志*, 2014, 22(4): 307-309.

[10] 李通. 丁苯酞对急性脑梗死患者的临床疗效及血清中 TNF- α 、CRP 的影响[J]. *海南医学*, 2012, 23(9): 34-35.

[11] 赵莉,陈晨. 丁苯酞治疗血管性认知障碍的研究[J]. *中国药物与临床*, 2014, 14(7): 939-941.

[12] Vila N, Castillo J, Dávalos A, et al. Proinflammatory cytokines and early neurological worsening in ischemic stroke[J]. *Stroke*, 2000, 31(10): 2325-2329.

[13] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2014)[J]. *中华神经科杂志*, 2015, 48(4): 246-257.

[14] 中华医学会神经病学分会痴呆与认知障碍学组撰写组. 血管性认知障碍诊治指南[J]. *中华神经科杂志*, 2011, 44(2): 142-147.

[15] Zhang X, Li Y, Li X, et al. Neuroprotective effect of Dl-3-n-butylphthalide on patients with radiation-induced brain injury: a clinical retrospective cohort study[J]. *Int J Neurosci*, 2017: 1-6.

[16] Wang XL, Wang ZY, Ling JJ, et al. Synthesis and biological evaluation of nitric oxide (NO)-hydrogen sulfide (H₂S) releasing derivatives of (S)-3-n-butylphthalide as potential antiplatelet agents[J]. *Chin J Nat Med*, 2016, 14(12): 946-953.

[17] 孟凤珠,温凯,高华,等. 丁苯酞对老年急性脑梗死的疗效及对血清尿酸、C 反应蛋白和血液流变学的影响[J]. *药物评价研究*, 2017, 40(1): 96-99.

[18] 徐红强,王艳玲,孙利民. 丁苯酞联合奥拉西坦治疗对急性脑梗死伴非痴呆型认知功能障碍的影响[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2017, 20(4): 19-21.

[19] 许杨. 脑梗死应用丁苯酞软胶囊联合依达拉奉治疗的效果观察[J]. *中国继续医学教育*, 2017, 9(5): 159-160.

[20] 吉晓天,周少珑. 丁苯酞联合醒脑静治疗高血压性脑出血的临床疗效及对脑水肿、血流参数的影响[J]. *中药药理与临床*, 2017, 33(1): 186-189.

[21] 杜雪燕. 程序化护理在脑出血临床护理中的应用效果观察[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2016, 16(3): 267-268.

收稿日期:2017-02-10 修回日期:2017-03-28 编辑:王宇