

·临床研究·

脑供血不足应用银杏达莫治疗对认知功能、脑血流的影响研究

叶燕

(湖北省荆门市康复医院 神经内科, 湖北 荆门)

摘要: **目的** 探讨脑供血不足应用银杏达莫治疗对认知功能、脑血流的影响。**方法** 抽取2017年4月至2018年2月90例脑供血不足患者随机分组。对照组给予常规治疗方案, 观察组则给予常规方案联合银杏达莫治疗。比较效果。**结果** 观察组好转率高于对照组, $P<0.05$; 观察组眩晕症状消失时间、血流速度检查正常时间、血液流变正常时间优于对照组, $P<0.05$; 治疗后观察组认知功能、脑血流速度优于对照组, $P<0.05$ 。观察组治疗不良反应和对照组无明显差异, $P>0.05$ 。**结论** 常规方案联合银杏达莫治疗脑供血不足的疗效确切, 可有效改善认知功能、脑血流速度, 促使各项指标恢复正常, 无严重副作用, 值得推广应用。

关键词: 脑供血不足; 银杏达莫治疗; 认知功能; 脑血流; 影响

中图分类号: R743

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.72.073

本文引用格式: 叶燕. 脑供血不足应用银杏达莫治疗对认知功能、脑血流的影响研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(72): 168-169.

0 引言

椎基底动脉供血不足是临床上常见的脑血管病, 目前一般用药是改善血流速度和认知, 缓解症状, 本研究分析了脑供血不足应用银杏达莫治疗对认知功能、脑血流的影响, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取2017年4月至2018年2月90例脑供血不足患者随机分组。观察组年龄42岁~71岁, 平均 65.56 ± 2.10 岁。男女比例=16比29。病程1年~25年, 平均 (14.21 ± 0.12) 年。既往史: 高血压病15例, 糖尿病8例, 颈椎病12例, 心血管疾病5例, 高脂血症7例。对照组年龄41岁~71岁, 平均 65.24 ± 2.14 岁。男女比例=16比29。病程1年~25年, 平均 (14.15 ± 0.19) 年。既往史: 高血压病15例, 糖尿病8例, 颈椎病11例, 心血管疾病6例, 高脂血症7例。两组一般资料无明显差异。

1.2 方法

对照组给予常规治疗方案, 常规给予维生素B, 神经营养药物, 对症降压、降糖和控制血脂等^[1]。

观察组则给予常规方案联合银杏达莫治疗。在对照组基础上, 给予20mL银杏达莫联合250mL生理盐水静滴, 每天1次, 静滴2周。

1.3 观察指标

比较两组好转率; 眩晕症状消失时间、血流速度检查正常时间、血液流变正常时间; 治疗前后患者认知功能(0~30分, 分值越高则认知功能越高)、脑血流速度; 治疗不良反应。

显著好转: 认知功能、脑血流速度处于正常范围, 症状消失; 好转: 认知功能、脑血流速度改善程度达到50%, 症状好转; 无效: 症状、认知功能、脑血流速度等情况均无改善。好转率=显著好转、好转百分率之和^[2]。

1.4 统计学方法

SPSS 22.0 软件分析数据, 并分别用 t 检验和卡方检验分别进行计量、计数资料检验, $P<0.05$ 显示差异显著。

2 结果

2.1 两组好转率相比较

观察组好转率高于对照组, $P<0.05$ 。如表1。

表1 两组好转率相比较 [例数 (%)]

组别	例数	显著好转	好转	无效	好转率
对照组	45	17	15	13	32 (71.11)
观察组	45	37	7	1	44 (97.78)
χ^2					12.181
P					0.000

2.2 治疗前后认知功能、脑血流速度相比较

治疗前两组认知功能、脑血流速度并无明显差异, $P>0.05$; 治疗后观察组认知功能、脑血流速度优于对照组, $P<0.05$ 。如表2。

表2 治疗前后认知功能、脑血流速度相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时期	认知功能	大脑前动脉速度 (m/s)	大脑后动脉速度 (m/s)
观察组	45	治疗前	21.13 ± 1.96	70.25 ± 3.28	30.25 ± 3.28
		治疗后	28.56 ± 1.21	78.19 ± 4.35	36.19 ± 2.35
对照组	45	治疗前	21.11 ± 1.92	70.22 ± 3.18	30.22 ± 3.18
		治疗后	24.52 ± 1.55	73.14 ± 2.12	32.14 ± 2.12

2.3 两组眩晕症状消失时间、血流速度检查正常时间、血液流变正常时间相比较

观察组眩晕症状消失时间、血流速度检查正常时间、血液流变正常时间优于对照组, $P<0.05$, 见表3。

表3 两组眩晕症状消失时间、血流速度检查正常时间、血液流变正常时间相比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	眩晕症状消失时间	血流速度检查正常时间	血液流变正常时间
对照组	45	8.42 ± 2.25	11.42 ± 2.25	12.23 ± 1.51
观察组	45	5.11 ± 1.41	6.11 ± 1.41	8.13 ± 0.24
t		8.244	8.201	9.123
P		0.000	0.000	0.000

2.4 两组治疗不良反应相比较

观察组治疗不良反应和对照组无明显差异, $P>0.05$, 如表4。

表4 两组治疗不良反应相比较 [例数 (%)]

组别	例数	恶心	头晕	口干	发生率
对照组	45	1 (2.22)	1 (2.22)	1 (2.22)	3 (6.67)
观察组	45	1 (2.22)	1 (2.22)	1 (2.22)	3 (6.67)
χ^2					0.000
P					1.000

3 讨论

脑供血不足发病人群大多是老年人, 目前其发病率升高, 可产生运动障碍、神经功能异常, 说话困难等, 而脑动脉硬化是导致患者出现脑供血不足眩晕的病机所在, 脑供血不

足会导致神经元缺失、改变神经递质和损害脑功能,需要及时治疗^[3-4]。

银杏达莫注射液主要活性成分有双嘧达莫、银杏黄酮,白果内酯、银杏苦内酯等,可改善细胞代谢,对末梢血液循环进行调节,对血栓素进行抑制,发挥良好的抗血小板聚集作用,对血管张力进行调节,促使血液黏稠度和红细胞聚集度,有保护大脑,缓解缺血和水肿,改善红细胞携氧能力和变形能力,促使脑血液循环得到改善^[5-6]。

本研究中,对照组给予常规治疗方案治疗,观察组则给予常规方案联合银杏达莫治疗。结果显示,观察组好转率、眩晕症状消失时间、血流速度检查正常时间、血液流变正常时间、认知功能、脑血流速度优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组治疗不良反应和对照组无明显差异, $P > 0.05$ 。

综上所述,常规方案联合银杏达莫治疗脑供血不足的疗效确切,可有效改善认知功能、脑血流速度,促使各项指标恢

复正常,无严重副作用,值得推广应用。

参考文献

- [1] 张雪蕾,卜艳丽,代晓燕.银杏达莫注射液所致过敏反应近况文献概述[J].中国药物滥用防治杂志,2015,21(01):55-56.
- [2] 孙祖华,林冰,周容,等.银杏达莫注射液治疗视网膜动脉阻塞的疗效分析[J].中华中医药学刊,2014,32(12):2998-3000.
- [3] 王灵敏.药物联合臭氧疗法治疗脑供血不足的临床疗效观察[J].临床合理用药杂志,2014,7(32):49.
- [4] 尚士国.银杏达莫注射液对于慢性脑供血不足患者脑血流参数的影响[J].中国药物经济学,2014,9(02):229-230.
- [5] 王付芹,刘召英,管琼华.银杏达莫治疗心脑血管病最佳用药速度的临床观察[J].中国临床研究,2011,24(06):513-514.
- [6] 菅朝丽.银杏达莫注射液治疗慢性脑供血不足的临床疗效观察[J].中国医药指南,2011,9(11):129-131.

(上接第 165 页)

脑水肿的始动环节,减轻凝血酶的瀑布样反应和血红蛋白分解产物的延迟作用,从而缓解出血后颅内压升高。常规开颅术可以通过颞极部分切除、去骨瓣减压以达到缓解颅内高压的目的,但其对脑组织的再损伤亦可加重脑水肿。笔者的经验是适时抽吸血肿,动态调整引流,配合高渗、镇静镇痛药物控制颅内高压,必要时行侧脑室穿刺引流。(2)微创与再出血:高血压所致脑出血,无论开颅、微创或是保守,都有再出血的可能,而防止再出血的关键是控制血压。研究发现:微创术中、术后颅内再出血的发生率是 4%-16%^[5],术后血压的波动超过 20% 以及发病致手术时间 6h 以内是术后再出血的独立危险因素^[6],而微创在术后 6-24h 内进行,控制血压在稍高于基础血压水平,可以减少再出血风险,同时尽可能减少神经功能损伤^[7]。笔者的经验是:全程平稳控制血压,及时导尿通便,保持呼吸道通畅,必要时镇静镇痛。手术在出血 6h 以后进行,术前根据颅脑 CT 确定穿刺点、穿刺方向及深度,带芯软管穿刺过程中速度均匀、不可横向切割,首次抽吸近半血肿后持续外引流,规范尿激酶应用,CT 监测,指征具备,尽

早拔管。

参考文献

- [1] 李毅毅,马宝新,郑定柯,等.小骨窗开颅经外侧裂显微手术治疗基底核区中等量脑出血的效果分析[J].中国微侵袭神经外科杂志,2015,20(3):110-112.
- [2] 孔刚,封硕,陈进.硬通道穿刺和侧裂入路手术治疗基底核区高血压脑出血的临床研究[J].中国微侵袭神经外科杂志,2014,19(12):556-557.
- [3] 钟高贤,王伟,唐洲平.急性脑卒中患者脑水肿动态变化及微创血肿清除术减轻脑水肿作用的研究[J].临床神经病学杂志,2006,19(2):99-100.
- [4] 陈润成,王合金,谭朝晖.微创清除术救治重症高血压脑出血的临床观察[J].临床神经病学杂志,2004,17:216.
- [5] 张国谨,赵增,荣主编.国外脑血管疾病研究进展[M].北京:中国医药科技出版社,2000(1):486-494.
- [6] 陈建民,许小兵,林发牧.微创血肿清除术治疗高血压性脑出血后再出血的危险因素分析[J].国际医药卫生导报,2011,10(20):2502-2503.
- [7] Steiner T, Bosel J. Options to restrict hematoma expansion after spontaneous intracerebral hemorrhage[J].Stroke, 2010, 41(2): 402.

(上接第 167 页)

结果显示术前 KPS ≥ 70 分者中位 PFS 明显长于 <70 分者 (51.8vs43.6 个月, $P=0.019$)。

到目前为止已有许多的研究可证明替莫唑胺治疗低级别胶质瘤可以改善患者生存状态,且未出现明显的不良反应。低级别胶质瘤患者如果身体状态合适,应当建议患者采纳化疗措施,以达到延长 PFS 的目的。对于替莫唑胺能否提高患者 OS,由于低级别胶质瘤的病人的生存时间相对来说比较长,约 5-10 年,因此化疗对低级别胶质瘤治疗效果的评价也需较长的时间。

参考文献

- [1] Walker DG, Kaye AH. Low grade glioma[J]. J Clin Neurosci, 2003, 10(1):1-13.
- [2] Sigurdson ER. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology:central nervous system cancers[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2015, 11(7):58-77.
- [3] Liu R, Solheim K, Polley MY, et al. Quality of life in low-grade glioma patients

receiving temozolomide. NeuroOncol, 2009, 11:59-68.

- [4] Brown TJ, Brennan MC, Li M, et al. Association of the Extent of Resection With Survival in Glioblastoma: A Systematic Review and Meta-analysis[J]. JAMA Oncol, 2016, 2(11):1460-1469.
- [5] Badiyan SN, Markovina S, Simpson JR, et al. Radiation therapy dose escalation for glioblastoma multiforme in the era of temozolomide[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2014, 90(4):877-885.
- [6] Deb P, Sharma MC, Mahapatra AK, Agarwal D, Sarkar C. Glioblastoma multiforme with long-term survival[J]. Neurol India, 2005, 53:329-332.
- [7] Jaeckel KA, Decker PA, Ballman KV, et al. Transformation of low grade glioma and correlation with outcome: an NCCTG database analysis[J]. J Neurooncol, 2001, 104:253-259.
- [8] 阮士玉. 脑胶质瘤预后因素的临床研究[J]. 吉林医学, 2014, 22: 4915-4916.
- [9] Alvarez-Vega MA, et al. Prognostic factors and survival study in high-grade glioma in the elderly[J]. Br J Neurosurg, 2016, 330-6.