

# 丁苯肽胶囊联合脑心通胶囊对脑梗死恢复期患者认知及肢体运动功能障碍的影响

徐国强

永康市第一人民医院神经内科, 浙江 永康 321300

**[摘要]** 目的: 观察丁苯肽胶囊联合脑心通胶囊对脑梗死恢复期患者认知及肢体运动功能障碍的影响。方法: 选取 88 例脑梗死恢复期认知功能障碍患者, 随机分为中西药组和西药组。2 组均酌情予以抑制血小板聚集、控制血压、血糖和血脂等常规治疗。中西药组加用丁苯肽胶囊联合脑心通胶囊治疗, 西药组单纯予以丁苯肽胶囊治疗。2 组均治疗 4 周。观察并比较 2 组患者治疗前后认知功能、肢体运动功能及日常生活行为能力的变化, 并评估临床疗效。结果: 治疗 4 周后, 2 组神经行为认知状态测试(NCSE)量表、画钟试验(CDT)、Fugl-Meyer 量表(FMA)评分和 Barthel 指数(BI)均较治疗前上升( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ), 且中西药组各指标值均高于西药组( $P < 0.05$ )。中西药组认知功能总改善率高于西药组( $P < 0.05$ )。结论: 在常规治疗基础上加用丁苯肽胶囊联合脑心通胶囊治疗脑梗死恢复期认知及肢体运动功能障碍的疗效确切, 可明显改善患者的认知功能, 有利于肢体运动功能的恢复, 提高日常生活行为能力。

**[关键词]** 脑梗死; 恢复期; 认知功能障碍; 肢体运动功能障碍; 丁苯肽胶囊; 脑心通胶囊

**[中图分类号]** R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)06-0020-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.009

认知功能障碍是脑梗死恢复期常见的并发症之一, 表现为定向、记忆、计算及言语等能力下降, 其发病率约占 1/3, 部分患者可发展为血管性痴呆, 影响肢体功能及日常生活行为能力的改善<sup>[1-2]</sup>。目前临床上治疗脑梗死恢复期认知功能障碍缺乏特效的药物, 近年来研究发现中西药结合治疗对脑梗死恢复期认知及肢体运动功能障碍具有较大的改善作用<sup>[3]</sup>。本研究观察了丁苯肽胶囊联合脑心通胶囊对脑梗死恢复期患者认知及肢体运动功能障碍的影响, 报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 1 月—2015 年 6 月在本院神经科门诊治疗的脑梗死恢复期认知与肢体运动功能障碍患者, 共 88 例。采用随机数字表法分为中西药组和西药组各 44 例。中西药组男 24 例, 女 20 例; 平均年龄(71.9±7.5)岁; 平均简易精神状态评价量表(MMSE)评分(20.4±2.7)分; 平均病程(23.1±4.1)天。西药组男 24 例, 女 20 例; 平均年龄(72.1±7.1)岁; 平均 MMSE 评分(20.7±2.5)分; 平均病程(22.7±3.4)天。2 组性别、年龄、MMSE 评分及病程等情况比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入标准** 符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》<sup>[4]</sup>中缺血性脑卒中的诊断标准, 并经 CT 或磁共振等确诊存在梗死灶; 急性起病后的 2~4 周; 患者或其家属知情同

意, 并签署知情同意书。

**1.3 排除标准** 以往有神经和精神系统疾病史, 患有严重失语、失认, 是文盲的患者; 治疗前 4 周使用过胆碱酯酶抑制剂、脑代谢营养剂及麦角制剂等促智药的患者。

## 2 治疗方法

2 组均酌情予以抑制血小板聚集, 控制血压, 调节血糖和血脂等常规治疗。

**2.1 中西药组** 加用丁苯肽胶囊联合脑心通胶囊治疗。丁苯肽胶囊(恩必普公司), 每次 200 mg, 每天 4 次, 口服; 脑心通胶囊(山西步长制药有限公司), 每次 3 片, 每天 3 次, 口服。疗程 4 周。

**2.2 西药组** 单纯以丁苯肽胶囊治疗, 用法、用量及疗程与中西药组完全相同。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 观察并比较 2 组患者治疗前后认知功能、肢体运动功能及日常生活行为能力的变化, 并评估临床疗效。采用中文版神经行为认知状态测试(NCSE)量表和画钟试验(CDT)评定患者的认知功能, 采用 Fugl-Meyer 量表(FMA)评价肢体运动功能, 采用 Barthel 指数(BI)评价日常生活行为能力。

**3.2 统计学方法** 采用 SPSS18.0 软件统计数据。计量资料采用  $t$  检验, 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

**[收稿日期]** 2016-02-20

**[作者简介]** 徐国强 (1986-), 男, 住院医师, 主要从事神经内科临床工作。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准<sup>[6]</sup> 显著改善：治疗后，MMSE 评分较前升高 $\geq 4$ 分；改善：治疗后，MMSE 评分较前升高1~3分；无效：治疗后，MMSE 评分较前变化不明显或反而减少。

4.2 2组治疗前后 NCSE、CDT、FMA 评分和 BI 比较 见表1。治疗前，2组 NCSE、CDT、FMA 评分和 BI 比较，差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗4周后，2组 NCSE、CDT、FMA 评分和 BI 均较治疗前上升( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )，且中西药组各指标值均高于西药组( $P < 0.05$ )。

表1 2组治疗前后 NCSE、CDT、FMA 评分和 BI 比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

| 组别   | 时间  | n  | NCSE评分                         | CDT评分                          | FMA评分                          | BI                             |
|------|-----|----|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 西药组  | 治疗前 | 44 | 35.78 $\pm$ 3.28               | 12.43 $\pm$ 1.74               | 39.79 $\pm$ 6.12               | 70.91 $\pm$ 8.75               |
|      | 治疗后 | 44 | 42.04 $\pm$ 3.84 <sup>①</sup>  | 17.72 $\pm$ 2.05 <sup>①</sup>  | 47.28 $\pm$ 7.27 <sup>①</sup>  | 79.46 $\pm$ 2.52 <sup>①</sup>  |
| 中西药组 | 治疗前 | 44 | 36.17 $\pm$ 3.16               | 12.17 $\pm$ 1.86               | 40.02 $\pm$ 6.86               | 71.23 $\pm$ 9.32               |
|      | 治疗后 | 44 | 47.69 $\pm$ 3.95 <sup>②③</sup> | 22.68 $\pm$ 2.55 <sup>②③</sup> | 53.24 $\pm$ 7.23 <sup>②③</sup> | 88.24 $\pm$ 9.85 <sup>②③</sup> |

与同组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$ ，<sup>②</sup> $P < 0.01$ ；与西药组治疗后比较，<sup>③</sup> $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。治疗4周后，中西药组认知功能总改善率高于西药组( $\chi^2=4.06$ ,  $P < 0.05$ )。

表2 2组临床疗效比较

| 组别   | n  | 显著改善 | 改善 | 无效 | 总改善[例(%)]              |
|------|----|------|----|----|------------------------|
| 西药组  | 44 | 20   | 16 | 8  | 36(81.82)              |
| 中西药组 | 44 | 24   | 18 | 2  | 42(95.45) <sup>①</sup> |

与西药组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

#### 5 讨论

目前现代医学治疗脑梗死恢复期认知功能障碍的常用药物有胆碱酯酶抑制剂、脑代谢营养剂及麦角制剂<sup>[6-7]</sup>。丁苯肽是治疗认知功能障碍的多作用靶点药物，其主要作用机制为抑制体内兴奋性氨基酸——谷氨酸的大量释放，抑制钙超载，降低细胞内钙浓度；干扰花生四烯酸代谢，降低花生四烯酸含量；增加脑微循环，重构缺血区微循环，改善脑缺血区记忆障碍，延缓认知功能下降，提高患者的认知与记忆能力，但由于丁苯肽不能根据中医学的辨证论治理论进行治疗，因此，部分患者治疗效果仍欠理想<sup>[8-9]</sup>。

认知功能障碍属中医学健忘、痴呆等范畴<sup>[10]</sup>。脑心通胶囊是由16种中药组成的复方制剂，其中君药黄芪，补气升阳，气行则血行；臣药水蛭、地龙、全蝎通络镇痉、活血化痰，佐药当归、川芎、丹参、红花、赤芍活血化痰，共助君臣药疏通瘀阻，使药桂枝、牛膝温经通脉，逐瘀通络，全方具有益气活血、化痰通络之功效。近年研究发现，脑心通胶囊能通过降低血液流变学指标，改善微循环，增加脑部血流量及能量代谢，促进中枢神经系统建立新的神经联络通路来改善脑梗死患者的认知和肢体运动功能<sup>[11-12]</sup>。

本研究结果显示，治疗4周后，中西药组 NCSE、CDT、FMA 评分和 BI 均高于西药组，且中西药组认知功能总改善率

高于西药组。提示在常规治疗基础上加用丁苯肽胶囊联合脑心通胶囊治疗脑梗死恢复期认知及肢体运动功能障碍的疗效明显优于单纯的丁苯肽胶囊治疗，能明显提高患者的 NCSE、CDT、FMA 评分和 BI，改善认知功能，有利于肢体运动功能的恢复，提高日常生活行为能力，具有临床推广价值。

#### [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]. Dementia & Geriatric Cognitive Disorders, 2011, 31(4): 291- 299.
- [2] NKronenberg G, Katchanov J, Endres M. Post- stroke depression: clinical aspects, epidemiology, therapy and pathophysiology [J]. Nervenarzt, 2006, 22(5): 455- 468.
- [3] 邵荣. 中西医结合治疗急性脑梗死合并认知功能障碍 36 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2013, 45(5): 34- 35.
- [4] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146- 153.
- [5] 陈生弟, 樊东升, 高旭光, 等. 中国防治认知功能障碍专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(2): 171- 173.
- [6] Stato S, Yamakawa Y, Terashima Y, et al. Efficacy of milnacipran on cognitive dysfunction with post- stroke depression open- label study [J]. Psychiatry Clin Neurosci, 2006, 60(5): 584- 589.
- [7] Nakamura S, Matsuda K, Arai N, et al. Mini- incision posterior approach for total hip arthroplasty [J]. Int Orthop, 2004, 28(4): 214- 217.
- [8] Chong ZZ, Feng YP. Effects of DL- 3- n- butylphthalide on Arachidonic Acid Release and Phospholipase A2 mRNA Expression in Cerebral Cortex After Middle Cerebral Artery Occlusion in Rats [J]. Acta Pharm Sin, 2000, 35(8): 561- 565.
- [9] 吴建新, 陈丽颖. 丁苯肽胶囊治疗急性缺血性脑梗死的效果观察[J]. 中国当代医药, 2013, 20(24): 80- 81, 83.
- [10] 高旭军. 中医疗法对脑梗死患者脑供血及认知功能的影响[J]. 中国中医急症, 2014, 23(11): 2113- 2114.
- [11] 王剑虹, 王曦. 步长脑心通对脑梗死患者神经认知功能的影响[J]. 遵义医学院学报, 2011, 34(4): 386- 387.
- [12] 沈冰, 吴江, 周春奎, 等. 步长脑心通对慢性脑缺血致血管性痴呆大鼠认知功能及神经细胞凋亡的影响[J]. 吉林大学学报: 医学版, 2007, 33(2): 219- 222.

(责任编辑: 吴凌)