

## 急性脑梗死患者认知功能障碍的危险因素分析

李祥全<sup>1</sup>,姜莹<sup>2</sup>,丁华峰<sup>1</sup>**关键词** 急性脑梗死;认知功能障碍;危险因素;预防措施**中图分类号** R741;R743.3 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20181361**本文引用格式**:李祥全,姜莹,丁华峰.急性脑梗死患者认知功能障碍的危险因素分析[J].神经损伤与功能重建,2020,15(7):429-430.**作者单位**1.徐州市中心医院  
重症医学科

江苏 徐州 221000

2.徐州市中医院重  
症医学科

江苏 徐州 221009

**收稿日期**

2018-12-19

**通讯作者**

丁华峰

njmu2011@163.

com

急性脑梗死是神经内科常见的疾病之一,脑梗死患者的神经功能遭到不同程度的破坏,因此,急性脑梗死患者存在不同程度的认知功能障碍<sup>[1]</sup>。认知功能障碍可发生在多个认知领域,主要表现在执行功能损害方面,如概念模糊、注意力不集中、信息处理速度慢等<sup>[2]</sup>。如果患者的认知功能障碍未及时发现和治疗,最终可发展为痴呆,这给患者及其家庭带来沉重的负担<sup>[3]</sup>。目前,国内对急性脑梗死患者认知功能障碍的发生率、危险因素及其预防措施报道结果不一,为了进一步明确急性脑梗死患者的认知功能障碍严重程度,摸清影响认知功能障碍的相关危险因素,并提出针对性预防措施,本研究对183例急性脑梗死患者进行调查,报道如下。

收集2017年1月至2018年9月徐州市中心医院收治的急性脑梗死患者183例,男116例,女67例;年龄62~85岁,平均(56.58±9.21)岁。纳入标准:均符合脑血管病诊断标准<sup>[4]</sup>;通过MRI或CT影像学证实;发病72h内,意识清醒,均能配合检查或调查;患者及家属均知情同意,并签署知情同意书。排除既往有痴呆史、认知功能障碍、抑郁史、听力障碍、意识障碍、视觉障碍、严重失语、不能配合评估或调查的脑梗死患者。所有患者入院时采用简易精神状态量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)进行认知功能评估<sup>[5]</sup>,总分30分,27~30分为认知功能正常,20~26分为轻度认知障碍,10~19分为中度认知障碍,0~9分为重度认知障碍。根据以上分类标准,将急性脑梗死患者分为认知障碍组和认知正常组。收集所有患者的性别、年龄、文化程度、经济状况、吸烟、饮酒、糖尿病、高血压、颈动脉斑块、心脏病、脑卒中后抑郁、脑血管疾病史、美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIH Stroke scale, NIHSS)、脑梗死部位(额叶、颞叶、顶叶、基底节、丘脑、其他)、MMSE评分等资料。采用SPSS 13.0统计学软件分析数据, $\chi^2$ 检验,Logistic回归分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

183例急性脑梗死患者中,发生认知障碍77例(42.1%,认知障碍组),未发生认知障碍106例(57.9%,认知正常组)。2组的年龄、文化程度、经济状况、糖尿病、高血压、颈动脉斑块、脑卒中后抑郁、

脑血管疾病史、NIHSS评分、多发性脑梗死、大面积脑梗死、脑梗死部位等差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。以是否发生认知功能障碍为因变量,将单因素比较差异有统计学意义的12个因素作为自变量,进行多因素非条件Logistic回归分析。结果显示,糖尿病、高血压、颈动脉斑块、脑血管疾病史、NIHSS评分、多发性脑梗死等均为急性脑梗死患者认知功能障碍的危险因素,见表2。

本研究显示,急性脑梗死患者认知功能障碍的发生率为42.1%,这与刘涛等<sup>[6]</sup>报道的急性脑梗死后继发认知功能障碍发生率为44.7%相近,这说明脑梗死患者的认知功能障碍程度较严重。本研究多因素分析显示,糖尿病、高血压、颈动脉斑块、脑血管疾病史、NIHSS评分、多发性脑梗死等因素均为认知功能障碍的危险因素。糖尿病可引起大血管颈动脉斑块、小血管透明样变性,这会引起血管狭窄、闭塞从而而引起认知功能障碍<sup>[7]</sup>;长期高血糖还会引起氧自由基活性、抗氧化状况异常,从而促使神经元受损;糖尿病还会引起代谢紊乱、神经元变化,从而加重了缺氧脑组织的损伤<sup>[8]</sup>。高血压是急性脑梗死后发生认知功能障碍的重要病因,老年患者长期高血压可增加脑室周围和皮质下的白质病变风险,从而引起认知损害<sup>[9]</sup>。颈动脉斑块的OR值高达5.45,非稳定性斑块容易脱落,堵塞脑部血管,引起脑部缺血缺氧,导致脑组织损害,从而发生认知功能损害。复发性脑梗死患者发生认知功能障碍的风险性是首发脑梗死的4倍,多次发生脑梗死会使得脑血管系统损伤产生累积,病理上发生叠加病变,造成脑细胞损伤数目较多,引起患者脑部中枢神经损伤;而且多次脑梗死还会导致患者的记忆力、执行功能、视觉辨别能力减退<sup>[11]</sup>。NIHSS评分是神经系统损伤的重要评价指标,其分值越高表示患者的脑神经损害越严重,其认知功能就越差;本研究OR值为2.48,这与符晓艳等<sup>[12]</sup>报道的2.16相近。认知功能多依赖于患者左侧大脑皮质,而且很多高级智能活动中枢都在左顶叶<sup>[13]</sup>,该部位发生多发性脑梗死,更容易导致认知功能障碍,甚至痴呆。

因此,对于老年人群,应早期进行健康教育干

表1 急性脑梗死患者认知功能障碍的单因素比较分析[例(%)]

组别	例数	男性	年龄≥70岁	文化程度高中及以上	经济状况差	吸烟	饮酒
认知正常组	106	66(62.3)	39(36.8)	28(26.4)	13(12.3)	32(30.2)	26(24.5)
认知障碍组	77	50(64.9)	45(58.4)	10(13.0)	29(37.7)	26(33.8)	28(36.4)
$\chi^2$ 值		0.137	8.418	4.888	16.270	0.264	3.003
P值		0.711	0.004	0.027	0.000	0.608	0.083

  

组别	糖尿病	高血压	颈动脉斑块	心脏病	脑卒中后抑郁	脑血管疾病史	NIHSS评分>10分
认知正常组	13(12.3)	22(20.8)	30(28.3)	6(5.7)	10(9.4)	4(3.8)	27(25.5)
认知障碍组	30(39.0)	37(48.1)	47(61.0)	5(6.5)	18(23.4)	17(22.1)	39(50.6)
$\chi^2$ 值	17.684	15.213	19.612	0.055	6.690	14.710	12.262
P值	0.000	0.000	0.000	0.815	0.010	0.000	0.000

  

组别	多发性 脑梗死	大面积 脑梗死	脑梗死部位					
			额叶	颞叶	顶叶	基底节	丘脑	其他
认知正常组	46(43.4)	12(11.3)	9(8.5)	10(9.4)	24(22.6)	31(29.2)	15(14.2)	17(16.0)
认知障碍组	53(68.8)	21(27.3)	14(18.2)	16(20.8)	8(10.4)	12(15.6)	21(27.3)	6(7.8)
$\chi^2$ 值	11.620	7.678				21.061		
P值	0.001	0.006				0.001		

表2 急性脑梗死患者认知功能障碍的多因素 Logistic 回归分析

因素	B	S <sub>e</sub>	Wald	P	OR	95%CI
糖尿病	1.328	0.362	13.458	0.000	3.773	1.856~7.672
高血压	1.205	0.337	12.785	0.000	3.337	1.724~6.459
颈动脉斑块	1.695	0.408	17.259	0.000	5.447	2.448~12.118
脑血管疾病史	1.402	0.425	10.882	0.001	4.063	1.766~9.346
NIHSS评分(>10分)	0.910	0.297	9.388	0.002	2.484	1.388~4.447
多发性脑梗死	0.769	0.281	7.489	0.006	2.158	1.244~3.743

预,实施“合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡”等健康的生活方式,控制血压、血糖、血脂水平,预防心脑血管等不良事件发生率,减少认知功能障碍的病因、病理基础,从而实现认知功能障碍病因预防的目的。对于有高血压、糖尿病、高脂血症、动脉粥样硬化或颈动脉斑块的患者,应尽早进行基础疾病治疗,控制血压、血糖、血脂,减少这些高危因素对患者脑血管和脑组织的进一步损害<sup>[14]</sup>,降低急性脑梗死患者的认知功能障碍发生率。对于已经发生急性脑梗死的患者,应尽早进行认知功能训练,具体训练措施包括语言功能训练、运动训练、记忆力训练、计算能力训练等<sup>[15]</sup>。急性脑梗死患者多数存在一些心理障碍,应给予患者及其家属进行心理方面的干预治疗,改变患者及其家属对疾病的错误认识,引导积极、乐观的情绪;尤其是有认知功能障碍的患者,要有足够的耐心进行开导,消除患者焦虑、恐慌、抑郁等负性情绪,提高患者及其家属的积极性,更好地配合治疗和康复训练。

### 参考文献

- [1] 李灵真, 李山, 张华畅. 急性脑梗死后认知功能障碍危险因素分析[J]. 宁夏医科大学学报, 2011, 33: 16-19.
- [2] 戴轶伟, 季燕. 急性脑梗死后认知功能障碍相关影响因素[J]. 医学综述, 2016, 22: 4316-4318.

- [3] 刘孙雪. 老年腔隙性脑梗死患者认知功能障碍及危险因素分析[J]. 神经损伤与功能重建, 2015, 10: 337-338.
- [4] 中华神经科学会中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379-380.
- [5] Ciuca C, Fortuna D, Ferrari S, et al. Cognitive and quality of life trajectory after either surgical or transcatheter aortic valve replacement in high-risk patients [J]. G Ital Cardiol (Rome), 2016, 17: 15-21.
- [6] 刘涛, 郝姜蕾, 魏宏世, 等. 急性脑梗死后继发认知功能障碍的危险因素及预后探讨[J]. 成都医学院学报, 2015, 10: 438-441.
- [7] 高艳玲, 赵世刚. 脑卒中及其危险因素与脑卒中后认知功能障碍[J]. 医学综述, 2014, 20: 2004-2005.
- [8] 褚莺, 李玉玲, 坑蓉, 等. 工娱治疗对早期脑卒中所致认知障碍患者康复效果的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35: 3305-3307.
- [9] 王京. 有卒中危险因素患者脑卒中症状认知及急救意识临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18: 11-13.
- [10] 寇新慧. 急性脑梗死与颈动脉斑块形成的关系分析[J]. 数理医药学杂志, 2015, 28: 527-528.
- [11] 何国英, 张美云. 急性缺血性脑卒中后认知功能障碍评估及相关因素分析[J]. 贵州医药, 2015, 38: 23-25.
- [12] 符晓艳, 王羚入, 马瑞雪, 等. 高龄患者脑梗死后认知功能障碍相关危险因素的研究[J]. 重庆医学, 2017, 46: 1394-1396.
- [13] 栾丽芹. 急性脑梗死后认知功能障碍的相关危险因素分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18: 45-47.
- [14] 徐刚, 张新江, 陈斌, 等. 静脉溶栓后早期神经功能改善的急性脑梗死患者预后良好[J]. 神经损伤与功能重建, 2017, 12: 497-500.
- [15] 居海艳. 脑梗死后认知功能障碍患者相关因素分析及认知护理干预[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18: 127-128.

(本文编辑:王晶)