

[参考文献]

- [1] 马洪明, 马大勇. 中医药辨证适时干预治疗中风后病病的体会[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(7): 1053- 1055.
- [2] 商敏, 王玉凤, 杨凤梅, 等. 系统康复治疗对脑卒中恢复期患者认知功能、运动功能及生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(23): 6551- 6553.
- [3] 郝跟龙. 针刺治疗脑卒中研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(2): 204- 206.
- [4] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 336.
- [5] 中华神经科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381- 383.
- [6] 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(6): 379- 380.
- [7] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 99.
- [8] 中华医学会神经病学分会. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 61- 63.
- [9] 徐远红, 王俊华, 李海峰, 等. 头针联合康复训练对脑卒中后痉挛期患者运动功能及日常生活能力的影响[J]. 中国康复, 2015, 30(2): 120- 121.
- [10] 张洪清, 鄢燕, 李艳华. 针刺阳明经治疗脑外伤偏瘫[J]. 湖南中医药大学学报, 2010, 30(8): 54- 55.
- [11] 王芳, 游进慧, 徐静静, 等. 手法按摩结合康复护理对脑卒中恢复期患者的影响[J]. 中国康复, 2010, 25(6): 481- 482.

(责任编辑: 吴凌)

丹红注射液辅助治疗急性脑梗死临床观察

吴乐程, 鲍德国

浙江绿城心血管病医院内科, 浙江 杭州 310012

[摘要] 目的: 观察丹红注射液辅助治疗急性脑梗死的临床疗效。方法: 回顾性分析 98 例急性脑梗死患者的临床治疗资料, 西医组 49 例采用前列地尔注射液、依达拉奉注射液、阿司匹林肠溶片治疗; 中西医结合组 49 例在西医组用药基础上加丹红注射液。于治疗前、疗程结束后 1 天分别评价 2 组患者的神经功能缺损程度、日常生活自理能力及血浆同型半胱氨酸 (Hey) 变化情况; 统计 2 组的临床疗效及不良反应情况。结果: 总有效率中西医结合组 91.8%, 高于西医组的总有效率 (69.4%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组神经功能缺损程度 (NIHSS) 评分、Barthel 指数与 Hey 水平比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 2 组 NIHSS 评分、Barthel 指数与 Hey 水平均较治疗前改善 ($P < 0.05$), 中西医结合组各指标改善程度均较西医组显著 ($P < 0.05$)。治疗期间 2 组患者均未见明显不良反应。结论: 丹红注射液辅助治疗急性脑梗死疗效显著且安全性好。

[关键词] 急性脑梗死; 丹红注射液; 神经功能; 日常生活自理能力; 血浆半胱氨酸 (Hey)

[中图分类号] R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 04-0020-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.04.007

脑梗死主要是指患者因各种原因所致其脑部血液供应障碍而引起脑组织缺血、缺氧性坏死, 最终致患者发生相应神经功能缺损。该疾病发病急且重, 患者病情变化多, 因此存在较高死亡率及致残率。脑卒中发病原因及机制较为复杂, 现代医学主要采取抗血小

板聚集、溶栓及脑细胞保护等治疗, 除溶栓治疗外, 其余治疗效果并不理想。临床应用西医常规治疗联合丹红注射液有助于脑组织梗死区等恢复, 减少对神经细胞的损害, 有利于神经功能恢复, 加速患者康复^[1]。本研究观察加用丹红注射液辅助治疗急性脑梗死的疗

[收稿日期] 2015-12-21

[作者简介] 吴乐程 (1980-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 内科疾病。

效,旨在拓宽丹红注射液的临床应用范围,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[2]脑卒中诊断及病残程度分级标准,患者发病急、临床症状及体征持续数小时,经脑部 CT 或 MRI 确诊存在梗死病灶。病残程度分级标准:0级:能恢复工作或进行家务;1级:可独立生活及生活自理;2级:基本可独立生活,部分需人协助;3级:部分生活可自理,需人照料;4级:可站立行走,但需人照料;5级:能坐、卧床且各项生活均需人照料;6级:卧床,有部分意识;7级:植物状态。参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[3]中风诊断标准,主症:神识昏蒙、偏瘫、口舌歪斜等;次症:饮水发呛、头痛、共济失调等。

1.2 纳入标准 符合以上诊断标准,病残程度属轻型;年龄 60~88 岁;知情且签署同意书。

1.3 排除标准 脑出血、大面积脑梗死、蛛网膜下腔出血、严重肝肾功能障碍、意识障碍、过敏体质等。

1.4 一般资料 回顾性分析本院 2012 年 3 月—2015 年 8 月收治的 98 例急性脑梗死患者的临床治疗资料,按照随机数字表法分为西医组和中西医组各 49 例。中西医结合组男 31 例,女 18 例;年龄 61~84 岁,平均(67.4±5.7)岁;基础疾病:高血压病 20 例,糖尿病 14 例,高脂血症 16 例。西医组男 30 例,女 19 例;年龄 60~87 岁,平均(68.1±5.4)岁;基础疾病:高血压病 22 例,糖尿病 15 例,高脂血症 13 例。2 组基本资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 西医组 前列地尔注射液(本溪恒康制药有限公司)10 μ g 加 100 mL 0.9%氯化钠注射液,静脉滴注,每天 1 次;依达拉奉注射液(国药集团国瑞药业有限公司)30 mg 加 100 mL 0.9%氯化钠注射液于 30 min 内滴注完,每天 2 次;阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司),每次口服 100 mg,每天 1 次。14 天为 1 疗程,共治疗 1 疗程。

2.2 中西医结合组 在西医组治疗基础上加用丹红注射液(菏泽步长制药有限公司)治疗,丹红注射液 40 mL 加入 0.9%氯化钠注射液 250 mL 中静脉滴注,

每天 1 次,7 天为 1 疗程,共治疗 2 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 于治疗前、疗程结束后 1 天分别评价 2 组患者的神经功能缺损程度、日常生活自理能力及血浆同型半胱氨酸(Hcy)变化情况;统计 2 组的临床疗效及不良反应情况。采用脑卒中患者神经功能缺损程度(NIHSS)评分标准^[4]评价患者的神经功能缺损情况,分值范围为 0~45 分,分数越低说明神经功能恢复越好,得分越高,代表病情越严重;于清晨抽取患者空腹下静脉血液 5 mL,离心处理(转速 3000 r/min,离心 5 min),留取血浆,采用双抗体夹心酶联免疫吸附法检测,Hcy 正常范围 5~15 μ mol/L,高 Hcy: >15 μ mol/L。采用 Barthel 指数评价日常生活自理能力,满分为 100 分,分数越高说明患者独立性越强。

3.2 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据患者治疗前后的 NIHSS 评分采用尼莫地平法评价,疗效指数=(治疗后得分-治疗前得分)/治疗前得分 \times 100%。基本痊愈:临床症状、体征明显消失,疗效指数降低 >90%,病残程度为 0 级;显效:临床各项症状好转,生活可自理,疗效指数降低 46%~90%,病残程度 1~3 级;有效:疗效指数降低 18%~45%;无效:疗效指数降低 \leq 17%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率中西医结合组 91.8%,高于西医组的总有效率(69.4%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
西医组	49	15	10	9	15	69.4
中西医结合组	49	21	14	10	4	91.8 ^①

与西医组比较,① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后 NIHSS 评分、Barthel 指数与 Hcy 水平比较 见表 2。治疗前,2 组 NIHSS 评分、Barthel 指数与 Hcy 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组 NIHSS 评分、Barthel 指数与 Hcy 水平均较治疗前改善($P < 0.05$),中西医结

合组各指标改善程度均较西医组显著($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后NIHSS评分、Barthel指数
与Hcy水平比较($\bar{x} \pm s$, $n=49$)

组别	时间	NIHSS评分(分)	Barthel指数(分)	Hcy($\mu\text{mol/L}$)
西医组	治疗前	16.2 \pm 4.2	47.9 \pm 6.3	33.9 \pm 7.1
	治疗后	9.2 \pm 2.5 ^①	62.5 \pm 5.8 ^①	19.7 \pm 4.7 ^①
中西医结合组	治疗前	15.9 \pm 4.1	48.1 \pm 6.5	34.1 \pm 7.3
	治疗后	5.2 \pm 1.8 ^②	74.8 \pm 6.9 ^②	15.4 \pm 3.2 ^②

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与西医组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.4 不良反应 治疗期间2组患者均未见明显不良反应。

5 讨论

脑梗死属中医学薄厥、偏枯、卒中、中风范畴,起病急骤,急性期的治疗对预后很关键。此次研究采用的丹红注射液是将丹参和红花按科学配方提取的复方制剂,丹参、红花均有活血化瘀通经之功效,主要成分有丹参酮、丹参酚酸、红花黄色素等,能降低血黏度、降低血脂、抗血小板聚集、扩张血管,使血流通畅,增加组织血液灌注量,改善微循环和细胞代谢。该药主要以活血化瘀为主导,可通过增加患者脑血流量,减轻脑水肿及神经元缺失、保护脑功能、促进新血管生成,从而有效改善缺血区周围组织灌注,缩小脑梗死体积,加速神经功能恢复,促进患者康复。Hcy为人体血液内产生超氧化合物的组成成分,其可使细胞功能及形态发生变化,从而致血管内皮细胞坏死、凋亡,最终使血管内皮细胞动脉粥样硬化,促进血管内血栓形成,增加血小板聚集率及黏附率,促进血栓形成而增加脑梗死的发生。

西医治疗脑梗死疗效有限,而中西医结合治疗,如丹红注射液联合西医常规治疗脑梗死可促进患者脑功能恢复,有效改善神经功能及日常生活能力,同时还可避免因长期服用西药所带来的不良反应。有研究发现动脉血栓为脑血管疾病产生的独立性危险因素,

而动脉血栓形成与高水平Hcy有紧密联系,所以高Hcy可能为脑血管疾病的发病机制之一。中医学者研究认为,高Hcy与脾、胃、肾及心功能失调有关;然对于长期卧床的脑梗死患者来说,其肝、肾等脏腑功能减退,同时因气血亏虚,易生痰浊,痰浊阻滞气血运行则易形成瘀血,瘀瘀相互搏结则致高Hcy。此次研究结果显示,治疗后,2组Hcy水平均降低,中西医结合组下降程度较西医组明显,提示加用丹红注射液可更显著下调Hcy水平。从本次研究结果可知,2组治疗后NIHSS评分、Barthel指数均较治疗前显著改善,中西医结合组改善程度较西医组显著;中西医结合组治疗总有效率高于西医组;治疗期间未见明显不良反应。提示加用丹红注射液有助于改善患者的神经功能,提高其生活自理能力,同时具有较高的安全性。

综上所述,应用丹红注射液辅助治疗急性脑梗死疗效显著且安全性好。但因本次研究样本数量较少,同时随访时间、依从性、治疗时间短等均影响疗效评价。所以为得出更为准确的数据,需扩大研究样本,延长随访时间,以得出更为准确的研究结论。

[参考文献]

- [1] 李清华,肖伟忠,储新娟,等.丹红注射液联合叶酸对脑梗死患者S100 β 、同型半胱氨酸和高敏C反应蛋白的影响[J].中国中医药科技,2015,22(2):136-138.
- [2] 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2010[J].中华神经科杂志,2010,43(2):146-153.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.

(责任编辑:吴凌)