

- [3] 赵智伟. 针灸联合药物在脑卒中后认知障碍的治疗分析[J]. 中医临床研究, 2014, 6(11): 40-41.
- [4] 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.
- [5] 李知莲. 脑卒中认知功能障碍评定研究进展[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2007, 34(2): 128-131.
- [6] 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.
- [7] 李惠兰. 脑卒中后认知障碍的中医药研究概况[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(9): 834-836.
- [8] 刘洪彬, 秦予民, 刘晓娜, 等. 补阳还五汤佐治急性脑梗死认知功能障碍疗效分析[J]. 实用中医药杂志, 2010, 26(11): 750-751.
- [9] 朱仁洋, 孙新芳, 吴国水, 等. 补阳还五汤加减联合天智颗粒治疗血管性认知障碍临床研究[J]. 浙江中西医结合杂志, 2015, 25(2): 132-134.
- [10] 冯晓东. 电针神庭、百会对脑卒中后认知障碍的临床及机制研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2013.
- [11] 黄凡, 刘悦, 周飞雄, 等. 针刺对脑梗死后血管性认知障碍的影响[J]. 广东医学, 2008, 29(11): 1918-1920.
- [12] 李国辉, 苏秀群, 何希俊, 等. 针刺结合认知训练治疗缺血性脑卒中后轻度认知功能障碍疗效观察[J]. 中医药学刊, 2006, 24(9): 1759-1761.
- [13] 刘金欢, 陈军, 严定芳, 等. 针灸对轻度认知功能障碍治疗效果的 Meta 分析[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(4): 537-538.

(责任编辑: 吴凌)

## 丹参多酚酸盐联合克林澳治疗急性脑梗死疗效观察

陈晔均

诸暨市人民医院, 浙江 诸暨 311800

**[摘要]** 目的: 观察丹参多酚酸盐联合克林澳治疗急性脑梗死的临床疗效。方法: 130例急性脑梗死患者随机分为2组。对照组予以常规急性脑梗死处理并加用克林澳; 观察组在对照组治疗基础上, 加用注射用丹参多酚酸盐。治疗后3月、6月、12月, 采用神经功能缺损评分(NIHSS)量表和改良Rankin量表(mRS)等综合评估。结果: 总有效率观察组87.69%, 对照组69.23%, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组治疗后3月、6月、12月NIHSS评分均有改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组NIHSS评分下降更明显, 与对照组同期比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组治疗后3月、6月、12月mRS评分均有改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组mRS评分下降更明显, 与对照组同期比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 在常规急性梗死处理措施上联合使用丹参多酚酸盐和克林澳, 可帮助恢复神经功能缺损症状, 临床疗效显著, 有利于改善预后。

**[关键词]** 急性脑梗死; 丹参多酚酸盐; 克林澳; NIHSS评分; mRS评分

**[中图分类号]** R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0053-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.021

现代医学认为脑梗死为脑实质细胞由于短期或长期内出现血液供应障碍, 从而患者出现神经症状的疾病。脑梗死多与动脉硬化、动脉血栓形成造成血管供血障碍有关。因此, 急性脑梗关键在于调整患者机

体的凝血机制, 抑制血栓的形成, 改善梗死灶的血液供应<sup>[1]</sup>。近年来, 丹参多酚酸盐逐渐被应用于临床, 其在脑水肿改善, 减少脑梗死体积, 恢复患者认知, 调节神经功能方面发挥了较好的作用<sup>[2]</sup>。本研究采用

**[收稿日期]** 2015-11-21

**[作者简介]** 陈晔均 (1981-), 男, 主治医师, 研究方向: 脑梗死的治疗。

丹参多酚酸盐配合克林澳以及常规急性脑梗处理手段进行治疗,收到较好的疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料 选取2011年2月—2014年2月本

院急性脑梗死患者,共130例。采用随机数字表法将其分为观察组和对照组,各65例。2组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性,见表1。

表1 2组一般资料比较

组别	n	性别		年龄(岁)	病程(h)	NIHSS评分(分)	高血压	糖尿病	冠心病
		男	女						
观察组	65	37	28	59.37±8.74	12.83±3.31	22.48±4.41	30	23	18
对照组	65	39	26	58.56±7.43	11.92±3.71	22.17±3.48	28	20	19
$\chi^2/t$ 值		0.127		0.569	1.476	0.445	0.125	0.313	0.038
P		>0.05		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 诊断标准 参照中华医学会神经病学分会发布的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》<sup>[3]</sup>。

## 2 治疗方法

2组均为急诊入院,必要时急救稳定生命体征,稳定血压、血糖、电解质平衡,根据患者情况予以溶栓治疗,抗血小板聚集以及抗凝治疗,同时给予甘露醇脱水,降低颅内压防止脑水肿,泮托拉唑预防应激性溃疡。

2.1 对照组 予以克林澳(马来酸桂哌齐特注射液,北京四环制药有限公司,批号:20100230)320mg+生理盐水500mL,静脉滴注,每天1次。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用丹参多酚酸盐(上海绿谷制药有限公司,批号:091106)200mg,加入0.9%生理盐水注射液250mL中静脉滴注,每天1次。

2组用药14天。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 美国国立卫生研究院神经功能缺损评分(NIHSS) NIHSS量表的评定主要通过患者的意识、凝视、语言、感觉、肢体运动等11项内容进行综合评定。

3.2 改良Rankin量表(mRS) 主要评分如下:0分:完全没有症状;1分:尽管有症状,但未见明显残障;能完成所有经常从事的职责和活动;2分:轻度残障;不能完成所有以前能从事的活动,但能处理个人事务而不需帮助;3分:中度残障;需要一些协助,但行走不需要协助;4分:重度残障;离开他人协助不能行走,以及不能照顾自己的身体需要;5分:严重残障;卧床不起、大小便失禁、须持续护理

和照顾;6分:死亡。

3.3 统计学方法 运用SPSS17.0软件处理,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,行 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据NIHSS评分和mRS评分制定5个等级。基本治愈:伤残等级0级,NIHSS评分和mRS评分降低 $\geq 90\%$ ;显效:伤残等级1-3级,NIHSS评分和mRS评分降低值在45%~90%;有效:伤残等级>3级,NIHSS评分和mRS评分降低值减少18%~45%;无效:伤残等级>3级,NIHSS评分和mRS评分降低值减少0~18%;恶化:伤残等级>3级,评分均增加。

4.2 2组治疗前后NIHSS评分比较 见表2。2组治疗后3月、6月、12月NIHSS评分均有改善,与本组治疗前比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组NIHSS评分下降更明显,与对照组同期比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 2组治疗前后NIHSS评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后3月	治疗后6月	治疗后12月
观察组	65	22.48±4.41	12.92±3.18 <sup>①</sup>	9.34±3.26 <sup>②</sup>	4.76±2.16 <sup>②</sup>
对照组	65	22.17±3.48	17.62±4.31 <sup>①</sup>	16.84±3.96 <sup>①</sup>	12.38±3.76 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较,① $P<0.05$ ;与对照组同期比较,② $P<0.05$

4.3 2组治疗前后mRS评分比较 见表3。2组治疗后3月、6月、12月mRS评分均有改善,与本组治疗前比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组mRS评分下降更明显,与对照组同期比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表3 2组治疗前后mRS评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后3月	治疗后6月	治疗后12月
观察组	65	4.15±1.21	2.83±0.98 <sup>①②</sup>	2.01±0.78 <sup>①②</sup>	0.99±0.42 <sup>①②</sup>
对照组	65	4.23±1.08	3.52±1.01 <sup>①</sup>	2.87±1.27 <sup>①</sup>	1.44±0.78 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与对照组同期比较, ② $P < 0.05$

4.4 2组临床疗效比较 见表4。总有效率观察组87.69%, 对照组69.23%, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表4 2组临床疗效比较 例

组别	n	基本治愈	显效	有效	无效	恶化	总有效率(%)
观察组	65	29	16	12	6	2	87.69 <sup>①</sup>
对照组	65	15	14	16	12	8	69.23

与对照组比较, ① $P < 0.05$

## 5 讨论

急性脑梗死是常见的高致死、致残率的神经系统疾病, 存活患者多有肢体运动功能障碍等后遗症, 生活质量较差。目前得到临床公认最有效治疗急性脑梗死的方法为静脉内溶栓治疗, 使梗死血管快速恢复畅通, 梗死灶尽快纠正缺氧缺血状态, 避免神经功能进行性丧失。时间窗是脑梗死溶栓适应症的重要指标, 但临床上多数患者送至医院时已经错过最佳时机。因此主要的治疗方法还是药物治疗<sup>[4-5]</sup>。动脉硬化是急性脑梗死发病的最主要原因。随着动脉硬化的形成, 动脉管壁弹性减弱、厚度增加, 发生血管狭窄。而随着患者机体凝血系统的激活, 血小板等的聚集, 逐渐形成血栓, 引起血管闭塞而发生急性脑梗死<sup>[6]</sup>。抗血小板聚集、溶栓等治疗在急性脑梗死的治疗中发挥了重要的作用。克林澳主要成分为马来酸桂哌齐特, 为钙离子通道阻滞剂, 通过阻止  $Ca^{2+}$  跨膜进入血管平滑肌细胞内, 使脑血管血管平滑肌松弛, 缓解血管痉挛, 降低血管阻力, 增加血流量。同时可提高红细胞的柔韧性和变形性, 增强通过细小血管的能力, 降低血液的粘性, 改善脑补微循环, 从而保护内源性神经系统。

急性脑梗死属中医学“中风”的范畴, 多用活血化瘀方法治疗。丹参多酚酸盐是由丹参中提取出物质以丹参酸镁盐为主, 经多数药理实验研究表明<sup>[7-8]</sup>, 该成分可活血化瘀, 在有效降低 C-反应蛋白浓度同时, 能抗氧化、减少氧自由基、调节血脂和血管内皮细胞功能, 对急性脑梗死引发的脑部动脉炎有较好的改善作用, 从而保护脑补神经来提高治疗急性脑梗死的临床疗效。本研究显示, 丹参多酚酸盐与克林澳的联合应用, 观察组 NIHSS 评分和 mRS 评分均显著降低, 其总有效率均显著高于对照组, 提示了两药联用的协同作用, 可提高急性脑梗死的临床疗效。

## 【参考文献】

- [1] 伞勇智, 李峰, 杨鸣, 等. 凝血机制新进展及脑梗死抗凝治疗的展望[J]. 中华脑血管病杂志: 电子版, 2012, 6(2): 35-40.
- [2] Tan L, Meyer T, Pfau B, et al. Rapid vinculin exchange dynamics at focal adhesions in primary osteoblasts following shear flow stimulation[J]. J Musculoskelet Neuronal Interact, 2010, 10(1): 92-99.
- [3] 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.
- [4] 刘鹏鸥. 依达拉奉联合丹参多酚酸盐治疗急性脑梗死的疗效[J]. 中国实用医刊, 2015, 42(11): 98-99.
- [5] 刘沛霖, 王林, 李新, 等. 初发急性脑梗死的时间序列研究[J]. 天津医药, 2014, 23(4): 370-373.
- [6] 陈影霞, 李银娣, 蔡小玲, 等. 丹红注射液联合克林澳配合针刺治疗急性脑梗死疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2015, 8(9): 120-121.
- [7] 鲁雅琴, 王颖, 何忠芳, 等. 丹参多酚酸盐治疗急性脑梗死的系统评价[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(18): 4559-4560.
- [8] 任贤, 谢楠, 徐向阳, 等. 注射用丹参多酚酸盐与21种临床常用药品配伍稳定性研究[J]. 中国药业, 2012, 21(2): 22-25.

(责任编辑: 马力)