

血脂康对脑梗死患者血脂与颈动脉粥样硬化的调控作用

张晋

宁波港集团有限公司职工医院, 浙江 宁波 315000

[摘要] 目的: 探讨血脂康对脑梗死患者血脂水平、颈动脉粥样硬化的调控作用。方法: 采用随机对照双盲的前瞻性研究方法, 将本院收治的 122 例脑梗死合并高血脂、动脉粥样硬化的患者随机分为实验组和对照组各 61 例, 2 组患者均给予溶栓、抗凝、扩张血管以及营养神经的一般治疗, 实验组在此基础上给予血脂康胶囊治疗 8 周, 比较 2 组血脂水平与颈动脉中-内膜厚度 (IMT) 积分的变化。结果: 治疗前, 2 组血脂水平、IMT 积分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 实验组总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、IMT 积分均较治疗前降低 ($P < 0.01$, $P < 0.05$), 高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 较治疗前升高 ($P < 0.01$); 对照组治疗前后各指标比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 实验组 TC、TG、LDL-C、IMT 积分均低于对照组 ($P < 0.01$, $P < 0.05$), HDL-C 高于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 对于脑梗死合并高血脂、动脉粥样硬化患者, 血脂康能够有效改善患者的血脂情况, 并在一定程度上逆转患者的动脉粥样硬化, 从而降低再梗死的风险。

[关键词] 脑梗死; 高血脂; 颈动脉粥样硬化; 血脂康胶囊

[中图分类号] R743.3

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2015) 05-0046-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.022

脑梗死属于缺血性脑血管疾病的一种, 主要由脑部血管血栓形成后血流减少或中断, 导致脑组织缺血缺氧和进一步的病理改变, 最终引起患者残疾甚至死亡^[1]。而动脉粥样硬化则是引起脑梗死的病理基础, 血脂异常则是引起动脉粥样硬化的高危因素。控制脑梗死患者的血脂水平、减缓和逆转动脉粥样硬化对于预防再梗死的发生、提高患者的生存质量有十分重要的意义^[2]。本研究采用随机对照试验的方法观察了血脂康对脑梗死患者血脂及颈动脉粥样硬化的调控作用, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合全国第四届脑血管病学术会议拟定的脑梗死诊断标准^[3]; 患者存在高脂血症, 总胆固醇 (TC) > 5.2 mmol/L, 甘油三酯 (TG) > 1.7 mmol/L, 低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) > 3.38 mmol/L, 高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) < 0.91 mmol/L; 颈部彩色多普勒超声检查颈动脉中-内膜厚度 (IMT) ≥ 1.3 mm; 未服用其他降血脂药物; 签署知情同意书, 本研究已获得本院伦理审查委员会审查通过。

1.2 排除标准 各种原因导致的脑栓塞患者; 伴有重要脏器严重功能障碍的患者; 患家族性难治性高脂血症者; 不能配合研究和治疗的患者。

1.3 一般资料 纳入 2009 年 4 月—2014 年 4 月本院治疗的 122 例脑梗死患者, 按照完全随机分组的方法分为实验组和对照组。实验组 61 例, 男 36 例, 女 25 例; 年龄 49~78 岁,

平均 (61.2 ± 12.0) 岁; 病程 2~10 天, 平均 (4.5 ± 2.1) 天。对照组 61 例, 男 35 例, 女 26 例; 年龄 48~77 岁, 平均 (60.8 ± 11.9) 岁; 病程 1~11 天, 平均 (4.8 ± 2.0) 天。2 组性别、年龄、病程、血脂水平、IMT 值等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2 组患者均给予降血压、溶栓、抗凝、扩张血管以及营养神经等脑梗死常规治疗。实验组患者在此基础上给予血脂康治疗。血脂康胶囊 (北京北大维信生物科技有限公司生产), 每次 2 粒, 每天 2 次, 共服用 8 周。2 组均随访 8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较 2 组患者治疗前后血脂水平的变化, 采用彩色多普勒超声仪测定 2 组患者的 IMT。IMT 积分: 若 $IMT \geq 1.2$ mm 则判断为斑块形成, 此时不考虑各个斑块的长度, 而将各个孤立性斑块的厚度 (mm) 相加, 得到两侧颈动脉斑块积分的和, 即为斑块 IMT 积分。采用斑块积分法评估颈动脉粥样硬化的严重程度, 计算双侧颈总动脉、颈内动脉、颈外动脉各斑块厚度总和, 不计算斑块长度。治疗前后分别于禁食 10 h 后抽取静脉血, 采血前禁酒且不能改变原有的饮食结构和生活方式, 不能服用其他影响血脂的药物。抽取的静脉血采用全自动生化分析仪测定 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平。

3.2 统计学方法 采用 SPSS14.0 软件对数据进行统计学分

[收稿日期] 2015-01-06

[作者简介] 张晋 (1972-), 女, 主治医师, 主要从事脑梗死临床研究工作。

析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组治疗前后血脂水平比较 见表 1。治疗前,2 组各指标水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,实验

组 TC、TG、LDL-C 均较治疗前降低($P < 0.01$),HDL-C 较治疗前升高($P < 0.01$);对照组治疗前后各指标比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。实验组 TC、TG、LDL-C 均低于对照组($P < 0.01$),HDL-C 高于对照组($P < 0.01$)。

表 1 2 组治疗前后血脂水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TC		TG		LDL-C		HDL-C		mmol/L
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
实验组	61	5.27±1.05	4.10±0.68	1.80±0.81	1.21±0.54	3.40±1.02	1.84±0.86	0.90±0.08	1.25±0.12	
对照组	61	5.31±1.11	5.14±1.20	1.76±0.72	1.70±0.70	3.38±0.96	3.27±0.89	0.91±0.10	0.94±0.11	
t 值		0.204 5	5.889 1	0.288 3	4.328 8	0.111 5	9.024 3	0.609 9	14.873 2	
P 值		0.838 3	<0.001	0.773 6	<0.001	0.911 4	<0.001	0.543 1	<0.001	

4.2 2 组治疗前后 IMT 积分比较 见表 2。治疗前,2 组 IMT 积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,实验组 IMT 积分较治疗前降低($P < 0.05$),对照组 IMT 积分无显著变化($P > 0.05$);实验组 IMT 积分低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后 IMT 积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	分
实验组	61	4.86±2.15	4.06±1.87	
对照组	61	5.02±3.01	5.22±3.05	
t 值		0.337 8	2.532 4	
P 值		0.736 1	0.012 6	

5 讨论

心脑血管疾病目前已成为威胁人类健康的头号疾病,脑梗死属于其中发生率、死亡率较高的一种疾病。大量研究已经证明,血脂异常是心脑血管疾病发生的独立危险因素,而控制血脂水平也成为预防和治疗心脑血管疾病的重要手段^[4]。2011 年《美国脑梗死和短暂性脑缺血发作预防指南》指出,对于已经发生脑梗死的患者,应当将 LDL-C 降低 50% 以上,或者低于 1.7 mmol/L^[5]。对于脑梗死患者,除了常规的溶栓、抗凝、扩张血管以及营养神经等治疗和后期的康复训练外,血脂控制也尤为重要。研究发现,与不服用降血脂药的患者相比,服用降血脂药的患者脑梗死再次发作的风险显著降低^[6]。目前,临床上控制血脂的药物主要为他汀类药物,其机制是抑制羟甲基戊二酰辅酶 A(HMG-CoA),从而降低胆固醇合成,并降低体内 TG 水平。但是,他汀类药物的作用机制单一,对于部分难治性患者效果不佳,因此,临床需要一种联合降脂药物。

血脂康是由特制红曲提炼的天然调制药物,其主要成分包括洛伐他汀、多种不饱和脂肪酸、19-氨基酸、麦角甾醇和少量黄酮类物质^[7],其有除湿祛痰、活血化瘀、健脾消食的功

效,可用于高脂血症,也可用于由高脂血症及动脉粥样硬化引起的心脑血管疾病的辅助治疗。目前该药已经广泛应用到临床中,但观察其降血脂作用的随机对照研究尚不多。辛艳秋^[8]研究报道,采用血脂康与脑心通联合应用能够显著降低患者的血脂水平。闫斌等^[9]则比较了血脂康、辛伐他汀单独使用及联合使用对患者血脂水平的影响,结果表明,联合使用的降脂效果显著优于单独使用。本研究结果显示,采用血脂康治疗的患者 TC、TG、LDL-C 降低,HDL-C 升高,较对照组有统计学差异。大量研究在上述研究的基础上发现,稳定和控制动脉粥样硬化斑块是预防心脑血管事件的关键。张晶等^[10]的报道则证实了血脂控制与动脉粥样硬化斑块逆转之间的相关性。本研究除了观察患者的血脂变化外,也进一步探讨了血脂康对患者颈动脉粥样硬化斑块的作用,结果表明,患者的 IMT 积分降低。王俊等^[10]研究报道,血脂康能通过抑制巨噬细胞源性泡沫细胞的形成和 ATP 结合盒转运体 A1(ABCA1)、ATP 结合盒转运体 G1(ABCG1)的表达逆转动脉粥样硬化斑块形成。综上所述,对于脑梗死合并高血脂、动脉粥样硬化患者,加用血脂康能够有效改善患者的血脂情况,并在一定程度上逆转患者的动脉粥样硬化,从而降低再梗死的风险。

[参考文献]

- [1] 丁海娟,欧映伟,刘春香.老年人血脂水平与颈动脉粥样硬化的相关性[J].中国老年学杂志,2013,33(21):5441-5442.
- [2] 谢东阳,黄旭华,刘永华.血脂康在降低血脂正常脑梗死患者不良心脑血管事件中的效果观察[J].中国医疗前沿,2013,8(17):77-78.
- [3] 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.
- [4] 薛飞,路楷,袁建新.血脂康胶囊对颈动脉硬化症的抗氧化和抗炎作用[J].江苏医药,2011,37(8):924-926.
- [5] 陈略,朱飞奇.盐酸小檗碱联合阿托伐他汀对脑梗死患者血脂水平和颈动脉粥样硬化斑块的影响[J].中国神经精神疾病杂志,2014,40(6):348-352.

- [6] 刘红军, 王丽华, 魏文红. 血脂康对不稳定型心绞痛患者炎症因子、内皮功能及颈动脉粥样斑块的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(16): 322-327.
- [7] 闫斌, 郭金涛, 刘素梅. 血脂康、辛伐他汀对急性脑梗死患者的血脂及血清超敏 C-反应蛋白水平的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(7): 21-23.
- [8] 辛艳秋. 血脂康与脑心通联合应用对血脂及颈动脉粥样硬化的影响[J]. 临床医药实践, 2012, 21(10): 747-748.
- [9] 张晶, 关欣, 王伟, 等. 血脂代谢与颈动脉粥样硬化不稳定性斑块的相关性[J]. 中国动脉硬化杂志, 2012, 20(9): 833-836.
- [10] 王俊, 蒋卫民, 钟勇, 等. 血脂康胶囊对巨噬细胞源性泡沫细胞形成以及 ABCA1、ABCG1 表达的影响[J]. 解放军医学杂志, 2014, 39(2): 116-120.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

中西医结合治疗痰热闭窍型急性脑梗死临床研究

余成勇

仙居县中医院呼吸内科, 浙江 仙居 317300

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗痰热闭窍型急性脑梗死患者的治疗效果。方法: 选择 180 例痰热闭窍型急性脑梗死患者为研究对象, 按照随机数字表将患者分为观察组与对照组, 观察组 90 例采用中西医结合疗法救治, 对照组 90 例采用常规西医治疗, 比较 2 组患者的治疗效果, 观察欧洲脑卒中量表 (ESS) 评分和日常生活能力评定量表 Barthel 指数的变化。结果: 观察组愈显率为 96.67%, 明显高于对照组, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组 ESS 评分、Barthel 指数基本相当 ($P > 0.05$)。治疗后 1、3、7、30、90 天, 观察组 ESS 评分、Barthel 指数均高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗痰热闭窍型急性脑梗死具有十分显著的疗效, 可明显改善患者的脑神经功能与日常生活能力, 缓解临床不适症状, 提高生活质量。

[关键词] 急性脑梗死; 中西医结合疗法; 痰热闭窍型; 针刺; 康复训练; 欧洲脑卒中量表 (ESS) 评分; Barthel 指数

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0048-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.023

脑梗死又称缺血性脑卒中, 是指情志郁怒, 五志过极, 心火暴甚, 引动内风而发卒中。临床以暴怒伤肝为多, 因暴怒则顷刻之间肝阳暴亢, 气火俱浮, 迫血上涌则其候必发。忧思悲恐、情绪紧张均为本病的诱因^[1-2]。脑梗死的中医发病机制在于内风动越, 年老体衰, 肝肾阴虚, 肝阳偏亢; 或思虑烦劳过度, 气血亏损, 真气耗散, 复因将息失宜, 致使阴亏于下, 肝阳鸱张, 阳化风动, 风阳煎灼津液为痰, 风痰阻于经络, 气血运行不畅, 筋脉肌肉失于濡养而发本病。近年来, 随着人们生活水平的不断提高, 急性脑梗死的发生率也在不断升高, 给患者及其家庭带来了沉重负担^[3]。因此, 及时治疗和干预对患者的预后具有十分重要的意义。本研究选择本院收治的 180 例急性脑梗死患者作为研究对象, 探讨中西医结合救治急性脑梗死患者的治疗效果, 总结如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 参照文献^[4]中急性脑梗死的诊断标准。

1.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]中的相关标准。中医辨证分型为痰热闭窍型, 症见: 突然起病的脑局灶功能丧失或意识障碍; 鼻鼾痰鸣, 肢体痉挛, 项背身热, 躁扰不宁, 甚至手足厥冷, 或见呕血, 舌质红、苔黄腻或干腻, 脉弦滑数。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准与中医辨证标准, 有前循环梗死临床表现; 病程在 7 天以内; 年龄 40~80 岁。

1.4 排除标准 混合型卒中者; 合并严重的心、肝、肾等原发性疾病者; 妊娠及哺乳期妇女; 精神病患者; 有同侧脑梗死病史且有后遗症者; 格拉斯哥昏迷评分(GCS) > 8 分者。

1.5 一般资料 选择本院 2011 年 3 月—2013 年 3 月收治的

[收稿日期] 2015-01-19

[作者简介] 余成勇 (1976-), 男, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗呼吸内科疾病。