

- 员会. 不稳定性心绞痛诊断和治疗建议[J]. 中华心血管病杂志, 2002, 28(6): 409-412.
- [3] 邓名琨. 曲美他嗪联合辛伐他汀治疗不稳定型心绞痛临床观察[J]. 中国医药导报, 2010, 7(20): 57-58.
- [4] 戚晓栋, 杨兴义. 曲美他嗪联合舒降之治疗不稳定型心绞痛的临床疗效评估[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(17): 2093-2095.

(责任编辑: 吴凌)

脑栓通胶囊与氯吡格雷片对脑梗死恢复期患者运动功能及日常生活能力的影响

王知非, 詹乐昌, 潘锐焕, 郭友华, 杨志敬, 李梅, 朱乐英, 陈红霞

广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察脑栓通胶囊与氯吡格雷片治疗脑梗死恢复期的临床疗效。方法: 将符合标准的患者随机分成 3 组, 3 组基础治疗相同 (包括基础疾病药物及康复训练), 中成药组口服脑栓通胶囊, 西药组口服硫酸氢氯吡格雷片, 中西药结合组予脑栓通胶囊加硫酸氢氯吡格雷片同服。3 组在治疗前及治疗 4 周后予 Fugl-Meyer 运动功能评分量表 (FMA)、改良 Barthel 指数 (MBI) 分别评定运动功能和日常生活能力。结果: 治疗后, 中西药结合组 FMA、MBI 评分均高于中成药组与西药组 ($P < 0.05$), 中成药组 FMA、MBI 评分与西药组比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 4 周, 3 组脑梗死复发率、心脑血管病引起的死亡率比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。中成药组不良反应发生率与西药组、中西药结合组分别比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 西药组与中西药结合组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 脑栓通胶囊配合氯吡格雷片可促进脑梗死恢复期患者的肢体运动功能恢复, 提高日常生活能力。

[关键词] 脑梗死; 脑栓通胶囊; 硫酸氢氯吡格雷片; 日常生活能力; 运动功能

[中图分类号] R743.32 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0021-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.010

脑卒中具有高发病率、高致残率、高复发率等特点。脑卒中的二级预防是一项长期甚至终生的治疗措施。缺血性脑卒中二级预防, 原则上都应该规律服用抗血小板或抗凝药物进行卒中预防, 但是抗血小板或抗凝药有一个不容回避的事实是其出血的不良反应, 造成很大一部分患者因此不能服用。从中医药的角度, 选择具有抗血小板聚集作用的现代中药进行研究, 将为脑血管病二级预防用药开辟新的途径。中药能够从多层次、多环节、多靶点地发挥药理作用, 达到最佳的防治效果。而且中药制剂药效缓和, 不良反应较少, 最适宜作为二级预防用药长期服用。本研究予脑梗死恢复期患者服用中药制剂脑栓通胶囊或西药氯吡格雷片或脑栓通胶囊加氯吡格雷片, 并结合标准化康复方法, 观察 3 种方法对脑梗死恢复期患者运动功能、日常生活能力的影响。报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 根据《各类脑血管疾病诊断要点》^[1] 脑卒中的诊断和分类标准, 诊断为脑梗死, 并经 CT 或 MR 确诊; 年龄 45~85 岁; 为发病 15~180 天的初发脑梗死; 签署知情同意书。

1.2 排除标准 脑出血、脑部占位性病变; 合并严重心、肝、肾及感染等疾病; 认知功能及精神状态差, 不能配合治疗, 不能按时服药; 有房颤、恶性肿瘤或其他疾病。

1.3 一般资料 本研究为前瞻性、随机对照研究。纳入 2010 年 10 月—2013 年 6 月在本院康复科住院的患者。由计算机将入选患者随机分为中成药组、西药组及中西药结合组。中成药组 26 例, 西药组 25 例, 中西药结合组 26 例; 最终完成临床观察、资料收集完整的病例为中成药组 20 例, 男 15 例,

[收稿日期] 2015-03-10

[基金项目] 国家科技部 863 计划科研课题子课题 (2009ZX09520-030)

[作者简介] 王知非 (1982-), 女, 医学硕士, 住院医师, 研究方向: 神经系统疾病的康复治疗。

女5例；平均年龄(72.47±11.25)岁，平均病程(72.35±59.44)天。西药组24例，男18例，女6例；平均年龄(69.04±8.70)岁，平均病程(68.04±50.97)天。中西药结合组21例，男20例，女1例；平均年龄(70.14±9.28)岁，平均病程(64.14±44.11)天。未能完成临床观察的主要原因包括未完成4周治疗(包括基础药物治疗、康复训练及研究用药治疗等)，中间更换其他治疗，未完成入院及出院临床评定，出现严重并发症。3组性别、年龄、病程、病情轻重、Fugl-Meyer运动功能评分量表(FMA)评分和改良Barthel指数(MBI)评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

3组基础治疗相同，基础治疗干预方案主要参考《中国脑血管病防治指南》^[2]进行标准化治疗，常规康复功能训练方案按《中国脑卒中康复治疗指南》进行康复训练治疗，并严格控制各种卒中危险因素。3组患者均未用溶栓、降纤药物。有合并症的患者进行对症治疗，如高血糖患者控制血糖，伴有高血压者给予降压药，伴有脑水肿者给予脱水治疗，伴有心脏病者予心脏用药。

2.1 中成药组 口服脑栓通胶囊(广东华南药业集团有限公司，规格：每粒0.4g)，每次3粒，每天3次。

2.2 西药组 口服硫酸氢氯吡格雷片(杭州赛诺菲民生制药，商品名：波立维，规格：每片75mg)，每次1片，每天1次。

2.3 中西药结合组 同时服用脑栓通胶囊与硫酸氢氯吡格雷片，服用方法同上。

3组治疗时间均为4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①采用FMA作为偏瘫患者运动能力评价方法。②采用MBI评估日常生活能力，包括进食、洗澡、穿衣、大便控制、小便控制、用厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯10项内容，总分：100分，正常；0~20分：完全残疾，生活完全依赖；21~40分：重度功能障碍，生活依赖明显；41~60分：中度功能障碍，生活需要帮助；60分以上：生活基本自理。③观察并统计治疗周期内脑梗死的复发率、不良反应发生率及心脑血管病引起的死亡率。

3.2 统计学方法 资料用Epidata软件录入计算机，用SPSS17.0软件包进行统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用方差分析，方差齐性用LSD检测，方差不齐用Dunnnett's T3检测；组内治疗前后比较用t检验，方差不齐用t检验，方差不齐用秩和检验。

4 治疗结果

4.1 3组治疗前后FMA、MBI评分比较 见表1。治疗前，3组FMA、MBI评分分别比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，3组FMA、MBI评分与治疗前比较，差异均有统计学意义($P<0.05$)；3组FMA和MBI评分经方差分析，差异均有统计学意义($P<0.05$)；中西药结合组FMA、MBI评分均高

于中成药组与西药组，差异均有统计学意义($P<0.05$)，中成药组FMA、MBI评分与西药组比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。

表1 3组治疗前后FMA、MBI评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	FMA		MBI	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中成药组	30.17±23.07	36.47±24.59 ^①	33.06±19.40	52.47±20.41 ^①
西药组	35.50±23.43	41.00±23.50 ^①	44.88±23.08	51.00±22.93 ^①
中西药结合组	35.95±29.67	59.90±23.29 ^{①②③}	36.19±28.34	70.86±16.63 ^{①②③}

与治疗前比较，① $P<0.05$ ；与中成药组治疗后比较，② $P<0.05$ ；与西药组治疗后比较，③ $P<0.05$

4.2 3组脑梗死复发率、不良反应发生率及心脑血管病引起的死亡率比较 见表2。治疗4周，3组脑梗死复发率、心脑血管病引起的死亡率比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，提示3组在预防脑梗死复发方面疗效相当。不良反应方面，中成药组无不良反应发生；西药组2例，其中1例为粪便常规检查示潜血弱阳性，另一例为恶心欲呕、腹胀；中西药结合组1例，为消化不良、反酸、暖气。3组不良反应发生率经方差分析，差异有统计学意义($P<0.05$)。中成药组不良反应发生率与西药组、中西药结合组分别比较，差异均有统计学意义($P<0.05$)，西药组与中西药结合组比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。提示中成药与西药联合服用并没有增加不良反应的发生。

表2 3组脑梗死复发率、不良反应发生率及心脑血管病引起的死亡率比较 例(%)

组别	n	及心脑血管病引起的死亡率比较		例(%)
		脑梗死复发	不良反应	
中成药组	20	0	0	0
西药组	24	0	2(8.3) ^①	0
中西药结合组	21	0	1(4.7) ^①	0

与中成药组比较，① $P<0.05$

5 讨论

在脑梗死治疗方面，中医药与西药均有不能替代的特点和优势。本研究在康复治疗的基础上，结合口服脑栓通胶囊、硫酸氢氯吡格雷片治疗脑梗死恢复期的患者。氯吡格雷是一种血小板聚集抑制剂，此类药物能选择性地抑制二磷酸腺苷(ADP)与它的小板受体结合及继发的ADP介导的糖蛋白GPIIb/IIIa复合物活化，从而抑制血小板聚集，降低血液黏度^[3]，减轻脑组织缺血后再灌注损害，防止脑神经组织的进一步损伤，促进神经功能的恢复，因此该药能降低动脉粥样硬化性血管疾病的发生率。

中成药在脑血管病的日常治疗中广泛应用。《中国脑血管病防治指南》^[2]中指出，动物试验研究显示，部分中药单成分或多种药物组合制剂可降低血小板聚集、改善脑血流、降低血

液黏稠度，并具有神经保护作用。临床经验也显示对缺血性卒中的预后有帮助。按中医学理论，脑梗死属缺血性中风范畴，风、痰、瘀血痹阻脉络是其病理基础，因此活血通络、祛风化痰为其主要治法。中药制剂脑栓通胶囊具有活血通络、祛风化痰的作用，其中天麻祛风化痰，蒲黄、赤芍、郁金行气活血化痰，漏芦舒筋通络。据现代药理研究和长期临床观察表明，脑栓通胶囊具有降血脂、抑制血小板凝集，增加脑血流量，减少缺血性脑梗死的梗死面积等作用，这些是预防脑卒中与复发以及治疗脑卒中的药效学基础，其中蒲黄具有扩张血管、改善微循环的作用；赤芍具有镇静、防血栓、抑制血小板凝集作用；郁金具有降血脂、抗动脉粥样硬化作用；天麻具有镇静、抗惊厥作用；漏芦具有清除自由基、保护脑组织作用^[4]。该药适用于缺血性脑卒中的治疗。

本研究结果提示，中西药结合组在提高脑梗死恢复期患者的运动能力及日常生活能力方面均优于中成药组与西药组，中

成药与西药联合用药并没有增加不良反应的发生，是脑梗死恢复期的理想药物组合，值得在临床治疗中推广应用。

[参考文献]

[1] 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.
 [2] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京：人民卫生出版社，2007：110，120.
 [3] 付国惠，张保朝. 氯吡格雷预防急性脑梗死复发的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志，2007，10(10): 201- 203.
 [4] 林子玲，陈跃虹，周武. 脑栓通胶囊对脑梗死患者神经功能缺损程度及运动功能的影响[J]. 中国实用医药，2010，5(8): 103- 105.

(责任编辑：吴凌)

脑小血管病变脑白质疏松与中医体质相关性研究

钟经馨，张峰，招远祺，李小燕，张莹，罗娅莎，莫秀云

广东省中医院，广东 广州 510120

[摘要] 目的：探讨脑小血管病变(SVD)患者中医体质分布特点及其与脑白质疏松的关系。方法：纳入126例SVD患者，分析其中医体质类型分布，采用美国国立卫生所卒中量表(NIHSS)评分，脑白质疏松采用Wohlon分级标准。结果：SVD中医体质以痰湿质、瘀血质和气虚质最多，分别占42.9%、40.5%和15.9%；其中，痰湿质和瘀血质在脑白质疏松分级中，各级比较，差异均有统计学意义(P<0.05)；单因素分析显示脑白质疏松的主要危险因素有年龄、高血压及瘀血质；多变量Logistic回归分析发现，脑白质疏松与年龄和高血压密切相关。结论：SVD的中医体质以痰湿质和瘀血质为主；脑白质疏松危险因素有年龄、高血压和瘀血质；年龄和高血压与脑白质疏松密切相关。调控血压、改善病理体质类型，或许对降低SVD的发病率大有裨益。

[关键词] 脑小血管病变；中医体质；脑白质疏松

[中图分类号] R743 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)08-0023-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.011

脑小血管病变(small vessel disease, SVD)是指脑内微小动脉、毛细血管病变所导致的疾病，影像学表现为腔隙性脑梗死、微出血及脑白质疏松。既往临床对于这些微小血管引起的“静息性”脑梗死并不予以重视，然而，近年的研究表明，SVD是老年认知障碍和血管性痴呆的重要亚型^[1]。随着人口老龄化的趋势及核磁共振成像(MRI)的普及，发现越来越多的人存在SVD，在我国SVD患者高达46%^[2]。如果急性脑梗死合

并存在脑白质损害，则未来出现日常生活能力残疾的可能性增加，病死率亦增高^[3]。本研究就SVD中脑白质疏松患者的中医体质及危险因素进行分析，以期对SVD的早期预防、体质调理提供依据。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为本院脑病中心2013年1月—2014年6月收治的脑小血管病变患者。共126例，男83例，

[收稿日期] 2015-02-19

[基金项目] 广东省中医药局课题(20131220)

[作者简介] 钟经馨(1969-),女,主治医师,主要从事脑血管超声工作。