

# 超早期溶栓脑梗死患者联合补气通滞汤及血必净注射液治疗对炎症因子的动态影响

曹善盖

宁海县急救站, 浙江 宁海 315600

**[摘要]** 目的: 观察超早期溶栓脑梗死患者联合补气通滞汤及血必净注射液治疗对炎症因子变化的影响。方法: 选取本院 106 例超早期溶栓脑梗死患者为研究对象, 随机分为观察组与对照组, 2 组均为 53 例, 观察组采取补气通滞汤联合血必净注射液治疗, 对照组仅采取血必净注射液治疗, 比较 2 组炎症因子改变。结果: 治疗后 2 组炎症因子水平均明显下降, 与治疗前比较显著较低 ( $P < 0.05$ ), 治疗后观察组白细胞介素-8 (IL-8)、白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、C-反应蛋白 (CRP) 显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 超早期溶栓脑梗死患者联合补气通滞汤血必净注射液治疗效果显著, 可降低炎症因子水平, 具有较高的临床应用价值。

**[关键词]** 脑梗死; 超早期溶栓; 补气通滞汤; 血必净注射液

**[中图分类号]** R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0038-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.017

脑梗死为神经内科常见疾病, 具有较高的致残、致死率, 部分患者可出现意识障碍、咽喉肌麻痹、脑水肿等不良事件, 尤其是大面积脑梗死或脑干梗死发生率更高。有研究显示, 患者炎症因子水平改变与脑梗死病理进展密切相关<sup>[1]</sup>。本次研究对超早期溶栓脑梗死患者采取补气通滞汤及血必净注射液治疗, 以分析中西医结合治疗方案在脑梗死患者中的应用价值。

## 1 临床资料

**1.1 纳入标准** ①满足《各类脑血管病的诊断要点》<sup>[2]</sup>西医诊断标准及《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[3]</sup>中医诊断标准, 并经头颅 CT 及 MRI 确诊; ②配合治疗并于治疗前签署知情同意书者; ③均为 6 h 内入院行超早期溶栓干预者。

**1.2 排除标准** ①合并脑水肿的大面积脑梗死; ②呼吸循环衰竭; ③严重肝肾功能障碍; ④药物成分过敏或者依从性差者。

**1.3 一般资料** 选取本院 2011 年 8 月—2014 年 8 月 106 例脑梗死患者为研究对象, 男 64 例, 女 42 例, 年龄 42~72 岁, 平均(52.54±8.18)岁; 入院时间均为发病 6h 内; 梗死部位: 基底节区 31 例、脑叶 18 例、脑干 16 例、丘脑 21 例、小脑 11 例、多发性梗死 9 例。将上述患者抽签随机分为观察组与对照组, 2 组均为 53 例, 性别、年龄等基线资料经统计学处理, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方式

2 组均行超早期尿激酶溶栓治疗, 并进行降血糖、降颅压、降血压等。

**2.1 对照组** 采取血必净注射液(国药准字 Z20040033, 天津红日药业股份有限公司)治疗, 每次 100 mL, 每天 2 次。

**2.2 观察组** 采取补气通滞汤联合血必净注射液治疗。补气通滞汤处方: 黄芪 40 g, 刺五加、赤芍各 15 g, 丹参、红花、鸡血藤、川芎各 10 g, 地龙 30 g, 甘草 6 g。常规水煎服用, 每次 200 mL, 每天 2 次。

均治疗 2 周为 1 疗程, 治疗 4 疗程后对 2 组患者临床疗效及炎症因子改变进行观察。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 检测 2 组治疗前后炎症因子白细胞介素-8 (IL-8)、白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、C-反应蛋白(CRP)水平, IL-8、IL-6 采取酶联免疫吸附法检测, TNF- $\alpha$  为 125I-放射免疫分析法, CRP 采取免疫比浊法测定。

**3.2 统计学方法** 选用统计学软件 SPSS19.0 对研究数据进行分析, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间对比进行  $\chi^2$  检验和  $t$  值检验。

## 4 治疗结果

2 组炎症因子比较。见表 1。治疗后 2 组炎症因子水平均

[收稿日期] 2015-01-22

[作者简介] 曹善盖 (1977-), 男, 主治医师, 研究方向: 急诊急救。

明显下降，与治疗前比较显著较低( $P < 0.05$ )，治疗后观察组 IL-8、IL-6、TNF- $\alpha$ 、CRP 显著低于对照组( $P < 0.05$ )。

表 1 2 组炎症因子比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	IL-8 (ng/L)		IL-6 (ng/L)		TNF- $\alpha$ (ng/L)		CRP (mg/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
观察组	23.16 $\pm$ 4.85	7.26 $\pm$ 4.02 <sup>①</sup>	22.34 $\pm$ 6.25	6.24 $\pm$ 3.15 <sup>①</sup>	2.84 $\pm$ 0.74	1.41 $\pm$ 0.24 <sup>①</sup>	4.14 $\pm$ 1.25	2.17 $\pm$ 0.52 <sup>①</sup>
对照组	23.25 $\pm$ 5.02	12.66 $\pm$ 5.21 <sup>①</sup>	21.79 $\pm$ 7.03	13.58 $\pm$ 6.52 <sup>①</sup>	2.81 $\pm$ 0.77	2.17 $\pm$ 0.62 <sup>①</sup>	4.11 $\pm$ 1.31	2.91 $\pm$ 0.74 <sup>①</sup>
t 值	0.094	5.974	0.426	7.380	0.205	8.322	0.121	5.957
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

5 讨论

脑梗死为临床常见疾病，西医尽管可一定程度上改善病情，但治疗缺少针对性，临床效果不够理想。对于超早期溶栓脑梗死患者而言，联合中药治疗可强化疗效，从中医整体观控制病情进展。补气通滞汤具有益气活血之效，以黄芪为主药大补元气，祛瘀不伤正，补气升阳、益气固表，另可消肿生肌；辅以川芎、赤芍、红花、丹参等物养血活血，疏通经络，同时以地龙、鸡血藤通经活络，具有较好的临床效果。刺五加可健脾补肾强腰；赤芍清热凉血，散瘀止痛；丹参活血化瘀、清心安神；红花活血通经，祛瘀止痛；川芎活血行气，祛风止痛；鸡血藤行血补血，舒筋活络；地龙清热风，利尿通络；甘草补脾益气，主要起调和之效，可缓和药性。现代药理学研究显示，黄芪不仅可抑制兴奋性氨基酸释放，还可有效清除自由基，具有显著的脑保护作用；刺五加内含刺五加皂苷可预防血管动脉硬化，另可保护神经功能；赤芍可抑制钠离子通道开放，抑制颅内海马回的神经钠离子流，利于脑功能恢复，同时还可抗凝、抑制血小板聚集、改善动脉硬化、降脂稳定斑块；丹参可抑制血小板聚集，降低血液黏稠度，有利于改善脑供血，同时丹参注射液可降低血液黏稠度，抗血小板聚集；红花具有抗血栓、抗脑缺血损伤及降血压作用；川芎可改善脑缺血再灌注损伤，缓解脑水肿，改善患者神经功能，另可抗氧

化，减少神经功能及脑组织的损害；地龙可抗血小板聚集，改善动脉硬化程度；鸡血藤可降脂、抗血栓。

本研究显示，观察组炎症因子水平治疗后均显著低于对照组，表示补气通滞汤可减少炎症渗出，通过改善局部血液循环使炎症吸收加快，使炎症病灶局限化从而避免炎性肉芽肿的形成，可提高网状内皮细胞吞噬功能及吸附能力，对免疫系统有调节作用。同时观察组治疗有效率显著高于对照组。

综上，补气通滞方联合血必净注射液治疗超早期溶栓脑梗死效果显著，炎症因子含量明显下降，具有较高的临床应用价值。

[参考文献]

[1] 刘清娥，廖辉，徐杰，等. 血必净对脑梗死患者 sICAM-1 的表达及神经功能缺损的影响[J]. 陕西中医, 2012, 33(3): 295-297.

[2] 全国第四次脑血管病学术会议. 各类脑血管病的诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.

[3] 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.

(责任编辑: 骆欢欢)

=====

· 书讯 · 中西医结合系列教材已出版，《新中医》编辑部代售的有：中西医结合病理生理学(42 元)，中西医结合诊断学(59 元)，中西医结合外科学(58 元)，中西医结合妇产科学(60 元)，中西医结合儿科学(46 元)，中西医结合骨伤科学(52 元)，中西医结合眼科学(46 元)，中西医结合耳鼻喉口齿科学(46 元)，中西医结合护理学(44 元)，中西医结合临床科研方法学(29 元)。需购买者请汇款(含邮资)至广州市番禺区广州大学城外环东路 232 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科，并在汇款单附言栏注明书名、册数。邮政编码：510006，电话：(020)39354129。