

灯盏花素针联合西药治疗急性脑梗死临床观察

骆晓兰, 鲍洪雅

绍兴文理学院附属医院, 浙江 绍兴 312000

[摘要] 目的: 观察灯盏花素针联合西医治疗急性脑梗死临床疗效。方法: 将急性脑梗死患者 70 例随机分为 2 组各 35 例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上给予灯盏花素治疗, 于治疗前、治疗后 1 天分别评价 2 组患者神经功能缺损 (NIHSS) 评分、生活自理能力及血浆半胱氨酸 (Hcy) 变化情况, 2 组临床疗效及不良反应情况。结果: 2 组治疗后 NIHSS 评分及日常生活能力评分、Hcy 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 2 组治疗后 NIHSS 评分、Brathel 指数、Hcy 水平均较治疗前改善 ($P < 0.05$), 观察组改善程度较对照组显著 ($P < 0.05$)。总有效率观察组 94.3%, 对照组 68.6%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组: 呕吐 1 例。对照组: 呕吐 4 例, 腹泻 2 例, 皮疹 3 例。观察组不良反应率 2.9%, 低于对照组 25.7% ($\chi^2=14.53$, $P=0.00$)。结论: 灯盏花素针联合西医治疗急性脑梗死疗效显著且安全。

[关键词] 急性脑梗死; 灯盏花素针; 中西医结合疗法; 半胱氨酸 (Hcy)

[中图分类号] R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0022-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.010

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, 存在较高死亡率、致残率。据流行病学调查显示, 脑卒中发病原因及机制较为复杂, 大多因风、火、痰、血、气等所致, 然现代医学主要通过抗血小板聚集、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^[1]。脑梗死属中医学中风等范畴, 然促血管新生治疗可促进梗死区、缺血半暗区微血管新生^[2]。临床应用西医常规治疗联合灯盏花素针治疗可有助于患者脑组织梗死区等恢复, 减少对神经细胞的损害, 有利于其神经功能恢复, 加速其康复。本研究观察灯盏花素针联合西医治疗急性脑梗死临床疗效, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[3], 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; 中医符合《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[4], 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, 年龄 40~90 岁, 同意参与研究且签署知情同意书, 医院伦理委员会批准。

1.3 排除标准 不符合以上各项标准, 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 将 2013 年 3 月—2015 年 8 月本院收治的急性脑梗死患者 70 例分为 2 组各 35 例。观察组男 20 例, 女 15 例; 年龄 61~84 岁, 平均(67.4±5.7)岁; 基础疾病: 高血压病 10 例, 糖尿病 10 例, 高脂血症 16 例。对照组男 18 例, 女 17 例; 年龄 60~87 岁, 平均(68.1±5.4)岁; 基础疾病: 高血压病 11 例, 糖尿病 12 例, 高脂血症 14 例。2 组基本资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 比拉西坦氯化钠注射液(江苏晨牌药业集团股份有限公司, 规格: 20 g), 每天 1 次, 静脉滴注; 马来酸桂哌齐特注射液(北京四环制药有限公司, 规格: 2 mL: 80 mg), 8 mL 加入 500 mL 0.9% 氯化钠注射液, 静脉滴注, 滴速 100 mL/h, 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)加入 100 mL 0.9% 氯化钠注射液中, 30 min 内滴注完, 每天 2 次; 阿司匹林肠溶片(德国拜耳公司, 100 mg/片), 每次 100 mg, 每天 1 次。14 天为 1 疗程, 共 1 疗程。

2.2 观察组 灯盏花素针(昆明龙津药业股份有限公司, 规格: 10 mg×10 瓶)20 mg 加入 500 mL 生理盐水, 静脉滴注, 每天 1 次。阿司匹林肠溶片(德国拜耳公司, 100 mg/片), 每次 100 mg, 每天 1 次, 口服; 依达拉奉注射液(国药集团国瑞药业有限公司), 30 mg 加入 100 mL 0.9% 氯化钠注射液, 于

[收稿日期] 2016-01-16

[作者简介] 骆晓兰 (1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 临床内科。

30 min 内滴注完毕, 每天 2 次。14 天 1 疗程, 共 1 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 于治疗前、治疗后 1 天分别评价 2 组患者神经功能缺损、生活自理能力及血浆 Hcy 变化情况; 统计 2 组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评分标准评价患者神经功能缺损(NIHSS)评分^[5], 分数越低说明其神经功能恢复越好, 0~45 分, 得分越高, 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, 检测 Hcy 正常范围: 5~15 umol/L, 高 Hcy: >15 umol/L^[6]。采用 Brathel 指数^[7]评价其日常生活自理能力, 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 数据采用 SPSS17.0 软件分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验; 计数资料采用率表示, 采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床疗效采用尼莫地平法评价, 基本痊愈: 临床症状、体征明显消失, 神经功能缺失降低 >90%, 病残程度为 0 级; 显效: 临床各项症状好转, 生活可自理, 神经功能缺失降低 46%~90%, 病残程度 1~3 级; 有效: 神经功能缺失降低 18%~45%; 无效: 神经功能缺失降低 <17%。

4.2 2 组治疗后 NIHSS 评分、Brathel 指数、Hcy 水平比较见表 1。治疗前, 2 组治疗后 NIHSS 评分及 Brathel 指数、Hcy 水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 2 组治疗后 NIHSS 评分、Brathel 指数、Hcy 水平均较治疗前改善($P < 0.05$), 观察组改善程度较对照组显著($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗后 NIHSS 评分、Brathel 指数、Hcy 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	NIHSS(分)	Brathel 指数	Hcy 水平(umol/L)
对照组	35	治疗前	29.7±4.2	47.9±6.3	33.9±7.1
	35	治疗后	18.7±3.6 ^①	62.5±5.8 ^①	19.7±4.7 ^①
观察组	35	治疗前	29.4±4.1	48.1±6.5	34.1±7.3
	35	治疗后	12.4±2.7 ^{②③}	74.8±6.9 ^{②③}	15.4±3.2 ^{②③}

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

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。总有效率观察组 94.3%, 对照组 68.6%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组临床疗效比较

组别	n	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	35	10	9	5	11	68.6
观察组	35	17	10	6	2	94.3
χ^2 值						8.19
<i>P</i> 值						0.04

4.4 不良反应 观察组: 呕吐 1 例。对照组: 呕吐 4 例, 腹

泻 2 例, 皮疹 3 例。观察组不良反应率 2.9%, 低于对照组 25.7% ($\chi^2=14.53, P=0.00$)。

5 讨论

近年来, 随着人口老龄化进程不断严重, 脑梗死发病人数也逐渐增加, 西医治疗脑梗死则十分有限。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^[8]。Hcy 为人体血液内科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、黏附率, 促进血栓形成而增加患者脑梗死发生^[9]。

本研究结果提示, 2 组治疗后 NIHSS 评分及 Brathel 指数、Hcy 水平较前改善, 观察组疗效优于对照组。灯盏花素的主要成分是焦炔康酸及野黄芩甙元等黄酮类化合物, 其对蛋白激酶有很强的抑制作用, 可扩张微血管, 降低血管阻力, 增加脑血流量, 降低血黏度, 从而改善微循环, 减轻再灌注时继发性氧自由基、兴奋性氨基酸、钙超载等损害; 对抗由二磷酸腺苷引起的血小板聚集, 增加纤维蛋白溶解酶活性, 防止血栓形成, 促进血栓溶解, 有利于病变部位神经功能恢复。Hcy 为人体血液内科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患者脑梗死发生。因此中西医结合联合治疗, 尤其是灯盏花素联合西医常规治疗脑梗死可促进患者脑功能恢复, 有效改善其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。随着临床深入研究脑血管疾病的发病机制、原因及影响因素, 发现动脉血栓为脑血管疾病产生的独立危险因素, 而动脉血栓形成与高水平 Hcy 有紧密联系, 所以高 Hcy 可能为脑血管疾病发病机制之一。中医学研究认为, 高 Hcy 与人体脾、肾、胃及心功能失调有关; 然对于长期卧床脑梗死患者来说, 其肾、肝等功能减退, 同时因患者气血素虚, 易内生痰浊, 然痰浊阻滞气运行则易形成瘀血, 痰瘀相互搏结则致高 Hcy; 本研究说明灯盏花素针可改善患者 Hcy 水平, 有利于患者临床症状改善。可见, 应用灯盏花素针综合治疗急性脑梗死疗效显著且安全。

[参考文献]

- [1] 李京, 高春锦, 杨晶, 等. 高压氧联合化痰祛瘀汤治疗急性脑梗死 126 例临床观察[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2013, 20(3): 174-177.
- [2] 安志刚, 王威, 任江, 等. 血塞通和银杏达莫治疗急性脑梗死临床对照研究[J]. 第三军医大学学报, 2013, 35(8): 806-808.
- [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] 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.
- [5] 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]. 中国实用内科杂志, 1997, 17(5): 313- 315.
- [6] 梁晓, 张允岭, 王新祥, 等. 清热活血组分对急性脑梗死火毒证大鼠 NF- κ B 炎症信号通路调控作用研究[J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(6): 377- 382.
- [7] 戚纪胜, 符玲萍. rt-PA 动脉溶栓结合丁苯酞治疗急性脑梗死的有效性及安全性[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(13): 3642- 3644.
- [8] 徐宗荣, 屈传强. 葛根素治疗急性脑梗死及对 MMP-2、MMP-9 的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(14): 3825- 3826.
- [9] 牛晓立, 李贯绯, 李彦彬, 等. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性脑梗死 50 例[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(10): 2863- 2864.
- (责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

通腑泄毒法治疗脑卒中后意识障碍临床观察

刘素霞, 董梅, 许亚平, 蔡静, 郭书英

河北医科大学第二医院, 河北 石家庄 050000

[摘要] 目的: 观察通腑泄毒法治疗脑卒中后意识障碍患者临床疗效。方法: 将神经内科收治的脑卒中后意识障碍患者 420 例随机分为 2 组各 210 例, 对照组给予西医基础治疗, 研究组在对照组基础上加用通腑泄毒中药治疗, 2 组治疗 1 疗程后, 比较治疗前后和组间的格拉斯哥- 庇斯布赫昏迷分度表评分 (G-PCS)、神经功能缺损程度 (NIHSS)、血清指标的改善以及临床不良事件发生情况。结果: 治疗后 2 组 G-PCS 评分均有提高 ($P < 0.05$), 但研究组升高更为显著 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组 NIHSS 评分均降低 ($P < 0.05$), 研究组降低更为显著 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组血清纤维蛋白原水平、同型半胱氨酸水平和血清 β -内啡肽均较高。治疗后 2 组得到较好的控制, 治疗后组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 通腑泄毒中药治疗脑卒中后意识障碍, 可恢复患者受损神经功能, 改善昏迷评分, 同时降低纤维蛋白原、同型半胱氨酸和 β -内啡肽水平, 安全性高, 具有较高的临床使用价值。

[关键词] 脑卒中; 意识障碍; 中医辨证论治; 通腑泄毒

[中图分类号] R743.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256- 7415 (2016) 06- 0024- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.011

脑卒中在临床神经内科属于常见危急重症, 具有起病急骤, 短时间内迅速发生弥漫性大脑功能缺失或局限性大脑功能缺失的征象^[1]。意识障碍具体为中枢神经系统接受内环境或外界环境刺激后对其反射减弱或消失。意识障碍的发生主要是因为脑血管急性病变, 脑血管出血性病变极易造成患者昏迷, 梗死范围大、大脑水肿而造成昏迷的发生。目前, 脑血管疾病发病率逐年增加, 且趋于年轻化发展, 死亡率高^[2]。中医学对脑卒中的认知, 主要以发病急骤、病情变化快、症见多端为主, 风性善行数变, 命名为中风。发病的主要机制为阴阳失衡, 气

血逆乱, 上犯于脑。脑卒中后患者发生意识障碍, 辨证属于中医学“中风 - 中脏腑”范围, 且认为中风后神志障碍, 病理机制为窍闭神匿, 神不导气, 气血瘀滞, 脑髓失去濡养^[3]。临床上针对脑卒中主要遵循开窍醒脑, 通腑清热泄毒的治疗原则, 笔者采用通腑泄毒法治疗脑卒中后意识障碍, 取得较满意结果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 2013 年 1 月—2015 年 1 月神经内科收治的脑卒中后意识障碍患者 420 例, 根据随机化原则分为 2

[收稿日期] 2016-02-12

[作者简介] 刘素霞 (1966-), 女, 副主任护师, 研究方向: 脑血管病的治疗与护理。

[通讯作者] 郭书英, E-mail: qindanjianxin@163.com。