

安宫牛黄丸联合盐酸纳洛酮注射液治疗急性脑梗死临床观察

邵丽丽

温州市中心医院神经内科, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 观察安宫牛黄丸联合盐酸纳洛酮注射液对急性脑梗死患者运动、感觉及神经功能的影响。方法: 选取 88 例急性脑梗死患者为研究对象, 按随机数字表法分为联合组和对照组各 44 例。其中, 对照组脱落 2 例, 余 42 例; 联合组脱落 4 例, 余 40 例。对照组给予盐酸纳洛酮注射液治疗, 联合组在对照组用药基础上联合安宫牛黄丸治疗。观察 2 组治疗前后的 Fugl-meyer 运动功能量表 (FMA) 评分、神经功能缺损评分 (NIHSS) 和感觉功能评分的变化, 以及不良反应发生情况。结果: 治疗总有效率联合组为 95.0%, 对照组为 59.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗前, 2 组 FMA、NIHSS 及感觉功能评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 FMA 评分均较治疗前升高 ($P < 0.05$), NIHSS 及感觉功能评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 联合组的 FMA 评分高于对照组 ($P < 0.05$), NIHSS 及感觉功能评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 安宫牛黄丸联合盐酸纳洛酮注射液治疗急性脑梗死, 有利于促进患者运动、神经及感觉功能的恢复。

[关键词] 急性脑梗死; 风痰火亢证; 安宫牛黄丸; 盐酸纳洛酮注射液; 运动功能; 神经功能; 感觉功能

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 10-0036-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.015

急性脑梗死是临床常见的脑血管疾病之一, 以突然昏仆, 言语蹇涩, 半身不遂等为主要表现, 该病起病急且病死率高, 严重威胁着患者的生命。安宫牛黄丸是“凉开三宝”之一, 具有清热解毒、豁痰开窍的功效, 对急性脑梗死伴高热治疗具有显著疗效^[1]。本研究选取 88 例急性脑梗死患者为研究对象, 探究安宫牛黄丸联合盐酸纳洛酮注射液治疗急性脑梗死的临床疗效, 旨在寻求更好的治疗方法, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2014 年 2 月—2015 年 1 月收治的 88 例急性脑梗死患者为研究对象, 按随机数字表法分为联合组和对照组各 44 例。联合组脱落 4 例, 余 40 例, 其中男 26 例, 女 14 例; 年龄 58~80 岁, 平均(68.5±4.3)岁; 发病至就诊时间间隔 1~4 h, 平均(2.2±0.9)h; 发病程度: 轻度 16 例, 中度 20 例, 中重度 4 例。对照组脱落 2 例, 余 42 例, 其中男 28 例, 女 14 例; 年龄 56~78 岁, 平均(68.2±4.6)岁; 发病至就诊时间间隔 1~4 h, 平均(2.3±0.9)h; 发病程度: 轻度 19 例, 中度 20 例, 中重度 3 例。2 组性别、年龄、发病至就诊时间间隔及发病程度等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》^[2]中脑卒中的诊断标准, 经影像学检查确诊。病残程度

以改良爱丁堡-斯堪的纳维亚神经卒中量表(MESSS)进行评估, 总分 0~45 分, 0 分为 0 级, 无伤残; 1~15 分为 1 级, 轻度伤残; 16~30 分为 2 级, 中度伤残; 31~45 分为 3 级, 重度伤残; ②符合《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[3]中风痰火亢证的辨证标准, 症见发病突然, 半身不遂, 口眼歪斜, 言语蹇涩或不语, 感觉减退或消失, 头晕目眩, 心烦易怒, 肢体强急, 痰多而黏, 舌红、苔黄腻, 脉弦滑; ③入院时神经功能缺损评分(NIHSS)为 1~20 分者; ④符合相关治疗适应症者; ⑤临床资料完整者; ⑥相关药敏检测合格者; ⑦患者或家属同意参与本研究, 并签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①年龄小于 50 岁或大于 80 岁; ②入院时的 NIHSS ≥ 20 分; ③合并其他器质性病变、自身免疫性疾病、严重脏器功能障碍或恶性肿瘤者; ④合并精神疾病或意识障碍者; ⑤依从性差者。

1.4 脱落标准 ①中途转院、治疗期间死亡、更改治疗方案或参与本研究期间失联者; ②严重不良反应致终止治疗者。

2 治疗方法

2 组在治疗期间均按时进行体征监测、康复训练、给药等护理措施。

2.1 对照组 给予 0.8 mg 盐酸纳洛酮注射液(山西普德药业股份有限公司, 规格: 1 mL: 0.4 mg)加 250 mL 生理盐水静

[收稿日期] 2016-06-15

[作者简介] 邵丽丽 (1986-), 女, 住院医师, 主要从事脑血管疾病诊治工作。

脉滴注治疗,每天1次,连续治疗4周。

2.2 联合组 在对照组用药基础上加用安宫牛黄丸(哈药集团世一堂制药厂,规格:每丸3g)治疗,每天1次,每次1丸,持续用药5天,第6天开始按对照组用药方案进行治疗。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组临床疗效和不良反应(皮疹、恶心、呕吐、头晕、高血压、心动过速、烦躁、嗜睡等)发生情况;记录2组治疗前后的Fugl-meyer运动功能量表(FMA)评分、NIHSS和感觉功能评分。FMA评分包括上肢和下肢的运动功能评分,共50项评分项,总分0~100分,轻度运动功能障碍:96~100分;中度运动功能障碍:50~95分;重度运动功能障碍<50分。NIHSS总分为0~42分,正常:0~1分;轻微:1~4分;中度:5~15分;中重度:16~20分;重度:≥20分。感觉功能评分以NIHSS中的感觉项作为评定标准,检测感觉或意识障碍及失语者对有害刺激的躲避情况,测试身体多处位置,确定有无偏身感觉缺失。严重或完全感觉缺失记2分,感觉针刺不尖锐或迟钝、或针刺感缺失但有触觉记1分,正常记0分。

3.2 统计学方法 采用SPSS15.0统计学软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]拟定。基本痊愈:NIHSS减少90%~100%,病残程度0级;显著进步:NIHSS减少46%~89%,病残程度1~3级;进步:NIHSS减少18%~45%;无变化:NIHSS减少或增加在18%以内;恶化:NIHSS增加18%以上。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗总有效率联合组为95.0%,对照组为59.5%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

| 组别 | n | 基本痊愈 | 显著进步 | 进步 | 无变化 | 恶化 | 例(%) |
|------------|-----|----------|----------|---------|----------|--------|----------|
| 联合组 | 40 | 16(40.0) | 17(42.5) | 5(12.5) | 2(5.0) | 0 | 38(95.0) |
| 对照组 | 42 | 8(19.0) | 12(28.6) | 5(11.9) | 13(31.0) | 4(9.5) | 25(59.5) |
| χ^2 值 | | 4.345 | 1.739 | 0.007 | 9.232 | 4.005 | 14.485 |
| P 值 | | 0.037 | 0.187 | 0.937 | 0.002 | 0.045 | 0.000 |

4.3 2组治疗前后FMA、NIHSS及感觉功能评分比较 见表2。治疗前,2组FMA、NIHSS及感觉功能评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组FMA评分均较治疗前升高($P < 0.05$),NIHSS及感觉功能评分均较治疗前降低($P < 0.05$);联合组的FMA评分高于对照组($P < 0.05$),NIHSS及感觉功能评分均低于对照组($P < 0.05$)。

4.4 2组不良反应发生情况比较 联合组发生恶心、头晕、高血压、烦躁各1例,不良反应发生率为10.0%;对照组恶

心、呕吐、嗜睡各1例,高血压2例,不良反应发生率为11.9%。2组比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.076$, $P=0.783$)。

表2 2组治疗前后FMA、NIHSS及感觉功能评分比较($\bar{x} \pm s$)分

| 组别 | 时间 | n | FMA评分 | NIHSS | 感觉功能评分 |
|-----|-----|-----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 联合组 | 治疗前 | 40 | 73.8±4.2 | 10.6±2.8 | 1.4±0.4 |
| | 治疗后 | 40 | 91.6±3.8 ^② | 6.5±1.0 ^② | 0.6±0.3 ^② |
| 对照组 | 治疗前 | 42 | 73.5±4.5 | 10.4±2.9 | 1.5±0.5 |
| | 治疗后 | 42 | 86.4±4.1 ^① | 8.4±1.1 ^① | 1.0±0.3 ^① |

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

5 讨论

目前临床治疗急性脑梗死多采用保护神经、抗凝、溶栓等,以疏通梗阻的血管,增加血流灌注量达到治疗目的。盐酸纳洛酮注射液作为一种阿片受体拮抗剂,可竞争性阻滞内源性阿片受体,抑制氧自由基及小胶质细胞的活化,以减轻阿片受体对脑神经功能的损害,达到降低神经元坏死、凋亡的目的。

中医学认为,中风的病因可归纳为虚、火、风、痰、气、血六端,情志郁怒、劳累过度、饮食不节或血液瘀滞均可导致中风发生。风痰火亢证作为中风的常见证型之一,以痰火上扰、蒙蔽神窍为病机,治宜以熄风清火、豁痰开窍为则。安宫牛黄丸最早载于清代吴鞠通所著的《温病条辨》,可在热病、邪入心包、高热惊厥、神昏谵语等证候的临床治疗中发挥积极作用。方中牛黄性凉味苦,有散热、解毒、定惊的功效;麝香性温味辛,有开窍醒神、活血通经的作用;水牛角可解毒、清心、凉血,三药共为君药,可发挥清热凉血、开窍醒神的功效。同泻心火的黄连、泻肺火的黄芩以及泻三焦火的栀子共用,以增强泻火解毒之效;同通窍开闭的冰片、郁金等药材合用,又可加强开窍醒神之功。诸药合用可奏熄风清火、豁痰开窍之效。现代药理研究证实,安宫牛黄丸可降低缺血模型大鼠的血液黏度,以促进血流灌注量恢复等方式调节神经功能状态、减轻脑水肿,调节运动功能与感觉功能^[5]。

本研究结果显示,治疗后2组FMA、NIHSS及感觉功能评分均较治疗前改善($P < 0.05$),与付耀武等^[6]的研究结论基本一致,可见单纯使用盐酸纳洛酮注射液治疗急性脑梗死,有利于减轻患者脑神经的损伤程度、促进患者运动和感觉功能的恢复。在盐酸纳洛酮注射液治疗基础上联合安宫牛黄丸治疗急性脑梗死,患者的FMA、NIHSS及感觉功能评分均优于单纯使用盐酸纳洛酮注射液治疗($P < 0.05$),说明联合用药对促进患者病情好转更有利。治疗期间2组均无严重不良反应发生,与李求兵等^[7]研究所得结论存在一定差异,可能与入组患者的体质、药物耐受力、敏感性等因素相关,待进一步排除干扰因素后予以证实。

综上所述,安宫牛黄丸联合盐酸纳洛酮注射液治疗急性脑梗死,有利于促进患者运动、神经及感觉功能的恢复,具有一

定的临床应用价值。鉴于此种联合用药方案在急性脑梗死中的应用情况报道较少,为深入探究联合用药效果,可扩大样本量或延长随访时间后,再行分析。

[参考文献]

- [1] 龙燮,吴海波. 安宫牛黄丸治疗急性脑梗死伴高热临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(10): 1922- 1923.
- [2] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246- 257.
- [3] 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.
- [4] 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: 104.
- [5] 刘宗涛, 刘江, 李继斌, 等. 安宫牛黄丸对实验性大鼠脑缺血模型的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(23): 188- 191.
- [6] 付耀武, 焦常新, 付立彪, 等. 醒脑静注射液联合纳洛酮治疗中风中脏腑临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(10): 1694.
- [7] 李求兵, 杨学青, 田心, 等. 安宫牛黄丸治疗老年重症急性脑血管疾病疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(4): 402- 403.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

化浊行血汤联合常规药物治疗短暂性脑缺血发作临床观察

周立群, 陈超群, 陈海英, 杨佳萍, 宋雪丹

中国人民解放军第一一三医院神经内科, 浙江 宁波 315040

[摘要] 目的: 观察化浊行血汤联合常规药物治疗短暂性脑缺血发作(TIA)的临床疗效。方法: 选取70例血浊证TIA患者为研究对象, 随机分为观察组与对照组各35例。对照组给予常规药物治疗, 观察组在对照组用药基础上联合化浊行血汤治疗。治疗后比较2组临床疗效, 观察2组治疗前后的超敏C-反应蛋白(hs-CRP)含量和血液流变学指标的变化。结果: 观察组总有效率为91.43%, 高于对照组的71.43%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 2组hs-CRP含量比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组hs-CRP含量均较治疗前降低($P < 0.05$); 组间hs-CRP含量比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗前, 2组全血黏度(高切)、全血黏度(低切)、血浆黏度和纤维蛋白原水平比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组4项血液流变学指标水平均较治疗前降低($P < 0.05$); 观察组的4项血液流变学指标水平均低于对照组($P < 0.05$)。结论: 化浊行血汤联合常规药物治疗血浊证TIA临床疗效显著, 可有效降低患者的hs-CRP含量, 改善患者的血液流变学指标, 有推广应用于临床的价值。

[关键词] 短暂性脑缺血发作(TIA); 血浊证; 中西医结合疗法; 化浊行血汤; 超敏C-反应蛋白(hs-CRP); 血液流变学

[中图分类号] R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)10-0038-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.016

短暂性脑缺血发作(TIA)是颈动脉或椎-基底动脉系统发生短暂性血液供应不足, 引起局灶性脑缺血导致突发的、短暂性、可逆性神经功能障碍, 是缺血性脑卒中发生的高危因素^[1]。临床多表现为眩晕、半身麻木、瘫软、晕厥等症, 一般发作会持续数分钟, 30 min后可自行恢复。若不接受系统治疗, 有1/3的TIA患者可能发展成为脑梗死, 严重威胁患者

的生命, 所以早期治疗TIA极其重要^[2]。中医学认为TIA属中风先兆范畴, 应从血瘀、痰热、肝风、内虚等方面进行干预, 化浊行血汤有畅通脉络、清化瘀血的功效, 对TIA有治疗意义^[3]。鉴于此, 笔者特选取本院70例血浊证TIA患者为研究对象, 进行随机对照研究, 以探究化浊行血汤联合常规药物治疗TIA的临床疗效, 研究结果报道如下。

[收稿日期] 2016-06-21

[作者简介] 周立群(1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 神经内科。

[通讯作者] 陈海英, E-mail: chenhaiying1111@sina.com。