

血塞通联合丁苯酞对急性脑梗死病人 神经功能及血液流变学的影响

陈莹娟

(汤阴县人民医院 神经内科,河南 汤阴 456150)

摘要:目的:分析血塞通联合丁苯酞在急性脑梗死(ACI)病人中的应用效果。方法:回顾性选取2018-06~2019-12期间我院ACI病人60例,均接受常规对症治疗,在此基础上对照组(30例)接受丁苯酞治疗,联合组(30例)予以血塞通联合丁苯酞治疗,比较两组疗效、治疗前后神经功能(NIHSS、MoCA评分)、血液流变学指标[血浆黏度(PV)及全血高切黏度(HWBV)]。结果:联合组总有效率93.33%高于对照组73.33%($P < 0.05$);治疗后联合组NIHSS评分低于对照组,MoCA评分高于对照组($P < 0.05$);治疗后联合组PV及HWBV水平低于对照组($P < 0.05$)。结论:血塞通联合丁苯酞治疗ACI病人,效果确切,可提高病人神经功能,明显改善病人血液流变学指标。

关键词:血塞通;丁苯酞;急性脑梗死;神经功能;血液流变学

中图分类号:R54

文献标识码:B

文章编号:1673-9388(2020)06-0454-03

DOI: 10.19891/j.issn1673-9388.(2020)06-0454-03

急性脑梗死(ACI)属于脑血管疾病中的常见类型,发病率、致残致死率均较高,病人多伴有不同程度神经功能障碍,由于其诱发因素与病机复杂,迄今无特效治疗ACI的方案,严重威胁病人生命健康^[1]。目前以改善循环、抗血小板聚集等方式治疗,但效果有待提高。丁苯酞可作用于脑梗死多个病理环节,改善神经损伤,效果确切^[2]。近年中西医结合治疗ACI取得较佳治疗效果。中医认为经络堵塞是ACI根本病机,而活血化瘀类中药对其效果较佳^[3,4]。血塞通以三七总皂苷为主要成分,可发挥活血散瘀之效^[5]。本研究将血塞通、丁苯酞联合应用,探讨其对ACI病人神经功能及血液流变学的影响。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取2018-06~2019-12期间我院60例ACI病人,经脑MRI及CT等检查确诊,均为首次发病,病人尚未出现意识障碍,排除合并颅内出血性疾病、短暂性脑缺血发作、血液系统疾病、合并全身

感染、已接受抗血小板等药物治疗者,依据治疗方法不同分2组,各30例。联合组男性16例,女性14例;年龄41~75岁,平均(57.54±8.18)岁;病程6~26h,平均(15.90±4.91)h。对照组男性15例,女性15例;年龄40~74岁,平均(55.97±7.95)岁;病程8~26h,平均(16.63±4.28)h。两组基线资料均衡可比($P > 0.05$)。

1.2 方法

均予以基础对症治疗,绝对卧床休息,根据基础疾病进行血压、血脂等调节,维持电解质平衡,予以脱水剂治疗,缓解脑水肿,并进行脑保护。

1.2.1 对照组 给予丁苯酞(国药准字H20100041,规格:丁苯酞25mg、氯化钠0.9g/100mL,石药集团恩必普药业有限公司)治疗,丁苯酞氯化钠注射液100mL/次,滴注时间≥50min,2次/天,2次间隔时间需>6h。

1.2.2 联合组 予以血塞通[国药准字Z22002103,规格:200mg/2mL,哈尔滨珍宝制药有限公司]联合丁苯酞治疗,血塞通注射液200mg溶于0.9%NaCl注射液500mL中,静脉滴注,1次/天;丁苯酞用药方法同对照组,两组均用药2周。

收稿日期:2020-07-10;修回日期:2020-11-20

作者简介:陈莹娟(1985-),女,汤阴县人民医院神经内科主治医师。

1.3 观察指标

(1)疗效。以NIHSS(美国国立卫生研究院卒中量表)减分率进行评估,基本治愈:无病残,NIHSS减分范围在91%~100%;显效:病残1~2级,NIHSS减分范围在46%~90%;有效:病残3~4级,NIHSS减分范围在18%~45%;无效:未达上述标准,将基本治愈、显效、有效计为总有效;(2)神经功能。选择NIHSS、MoCA(中文版蒙特利尔认知评估量表)进行治疗前后两组神经功能评估,NIHSS共11条,分值0至42分,得分越低,神经功能缺损越轻;MoCA共8项,总分30分,评分越高,认知越好;(3)血液流变学。使用血液流变仪检测治疗前后两组血浆黏度(PV)及全血高切黏度(HWBV)。

1.4 统计学分析

用SPSS 22.0数据分析,计量资料 $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验,计数资料 n 表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效

联合组基本治愈12例,显效11例,有效5例,无效2例;对照组基本治愈5例,显效9例,有效8例,无效8例。联合组总有效率93.33%(28/30)高于对照组73.33%(22/30)($\chi^2=4.320, P=0.038$)。

2.2 神经功能

治疗后联合组NIHSS评分低于对照组,MoCA评分高于对照组($P < 0.05$)(见表1)。

2.3 血液流变学

治疗后联合组PV及HWBV水平低于对照组($P < 0.05$)(见表2)。

3 讨论

ACI主要是由于脑动脉粥样硬化造成脑血管内膜损伤,引发脑动脉管腔狭窄,血小板聚集在脑动

表1 对比治疗前后两组NIHSS及MoCA评分($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	NIHSS		MoCA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	30	17.23 ± 3.40	4.46 ± 1.35	11.85 ± 2.31	21.02 ± 5.01
对照组	30	16.45 ± 3.21	7.12 ± 2.01	12.06 ± 2.05	17.23 ± 4.78
<i>t</i>		0.914	6.017	0.372	2.998
<i>P</i>		0.365	< 0.001	0.711	0.004

表2 比较治疗前后两组PV及HWBV水平($\bar{x} \pm s, n$)

组别	<i>n</i>	PV		HWBV	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	30	2.52 ± 0.38	1.71 ± 0.32	6.52 ± 0.63	5.38 ± 0.51
对照组	30	2.45 ± 0.42	2.08 ± 0.20	6.40 ± 0.55	6.01 ± 0.43
<i>t</i>		0.677	5.370	0.786	5.173
<i>P</i>		0.501	< 0.001	0.435	< 0.001

脉管壁上,致使血液处于高黏滞状态,诱发脑部组织缺血,进而破坏神经元细胞,损伤病人神经功能^[6,7]。因此改善血液高黏滞状态、促进神经功能恢复是治疗ACI的关键,而目前尚无特效治疗手段,

探寻有效合理的治疗方式对病人恢复有重要意义。

在常规对症治疗基础上,本研究引入丁苯酞作为对照组。丁苯酞是新型脑保护药物,其左旋芹菜甲素能降低细胞内 Ca^{2+} 浓度、花生四烯酸含量,减少

自由基生成,改善微循环;还可促进线粒体增殖,保持机体线粒体结构完整,增强线粒体复合酶IV活性,促进能量代谢,从而减轻炎症反应,促进神经功能恢复^[8,9]。近年中药物在脑血管疾病治疗中逐渐得到认可^[10]。欧阳娟^[11]等研究显示,对ACI病人,在依达拉奉治疗基础上应用血塞通,能够显著改善病人神经功能,降低神经损伤,减轻炎症反应,说明血塞通作为活血化瘀的中成药,在脑梗死中有确切的应用效果。本研究在脑保护药丁苯酞西药治疗基础上,加用血塞通,探究中西医用药效果。中医认为ACI属“中风”范畴,因素体气血亏虚,致气滞血瘀、瘀阻脉络,清窍受阻、脑失所养、蒙蔽神明,治疗应以活血化瘀、开窍醒脑为主。血塞通是从三七中提取的中药制剂,三七性温,味甘,微苦,归肝经、胃经,有散瘀止血、消肿定痛之效,属止血药下属分类化瘀止血药,活性成分为三七总皂苷,有疏通经脉、活血祛瘀之效^[12]。现代药理表明,三七总皂苷能增强机体功能,对脑血管疾病有良好作用,在血液及造血系统中具有抗血小板聚集、溶栓、溶血、造血等作用;通过阻碍血小板聚集、改善微循环,来清除自由基,降低脑耗氧量,提高氧化物歧化酶活性,进而起到保护脑细胞作用;此外,三七皂苷还具有增强免疫能力、抗炎的作用^[13]。因而本研究将血塞通、丁苯酞联合应用后,总有效率高于对照组,NIHSS评分低于对照组,MoCA评分高于对照组($P < 0.05$),说明在、改善神经功能方面作用显著,可协同起效,提高治疗效果。

血液流变学指标包括PV、HWBV等,近年研究发现其在脑梗死中作用明显,其水平升高,提示脑梗死加重^[14,15]。故本研究引入PV、HWBV血液流变学指标,用于评价用药前后微循环,结果发现治疗后联合组PV及HWBV水平低于对照组($P < 0.05$),说明血塞通联合丁苯酞还可改善血液高黏滞状态,进而改善微循环。

综上,血塞通联合丁苯酞应用于ACI病人,疗效显著,可提高病人神经功能,明显改善血液流变学指标。

参考文献

- [1]邵淋淋,陈良富,方跃屏,等.丁苯酞注射液对急性脑梗死病人疗效及侧支代偿血管建立的影响[J].浙江临床医学,2018;20(4):616-618
- [2]吴迪训,王云飞.丁苯酞软胶囊联合依达拉奉对老年脑梗死病人oxLDL、TXB2水平及Rankin评分的影响[J].中国老年学杂志,2018;38(6):1324-1326
- [3]戴军,罗亚明,曹雄彬,等.自拟活血化癥方联合西药治疗急性脑梗死病人的疗效及对病人血液流变学和血脂的影响[J].世界中医药,2018;13(4):874-877,881
- [4]李运鹏,张青松.谷红注射液联合丁苯酞治疗急性脑梗死的临床研究[J].现代药物与临床,2018;33(1):41-45
- [5]杨铭,林海燕,傅志泉.黄芪注射液联合血塞通治疗气虚血瘀型急性脑梗死临床疗效观察[J].中华中医药学刊,2017;35(5):1077-1079
- [6]杜春艳,王庆广.尤瑞克林联合依达拉奉对急性脑梗死病人作用机制的研究[J].海南医学院学报,2017;23(3):429-432
- [7]丁志刚,王青松,周佩洋,等.单唾液酸四己糖神经节苷脂联合舒血宁对急性脑梗死病人神经功能的影响及机制研究[J].中国中西医结合急救杂志,2017;24(2):158-161
- [8]饶艳玲,黄威.丁苯酞联合依达拉奉对急性脑梗死病人的临床疗效分析[J].临床内科杂志,2018;35(11):783-784
- [9]孙冰.灯盏细辛注射液联合丁苯酞治疗急性脑梗死的临床研究[J].现代药物与临床,2019;34(5):1348-1351
- [10]常慧敏,李常新.注射用丹参多酚酸治疗急性脑梗死的研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018;16(2):183-185
- [11]欧阳娟,黄骥,阳军.血塞通联合依达拉奉治疗急性脑梗死的疗效及对病人血清超敏C反应蛋白、同型半胱氨酸、神经元特异性烯醇化酶的影响[J].血栓与止血学,2017;23(1):61-63,67
- [12]朱燕,卢桂兰,周经霞.血塞通注射液联合丁苯酞对急性脑梗死疗效及对病人神经功能的影响[J].血栓与止血学,2016;22(6):618-620
- [13]王焕欣,牛文阁.丁苯酞联合血塞通治疗急性脑梗死的临床疗效[J].神经损伤与功能重建,2017;12(1):70-72
- [14]魏丽萍,司君增,元晓丽.经颅多普勒超声辅助动脉溶栓后联合活血化癥汤治疗急性脑梗死临床疗效研究[J].中华中医药学刊,2017;35(10):2685-2689
- [15]王建,谷云飞.益心健脑汤辅助治疗对急性脑梗死并发脑心综合征病人血液流变学的影响分析[J].四川中医,2018;36(6):133-135