脑心通胶囊联合依达拉奉治疗急性脑梗死临床观察

马传花，冉刚

浙江省台州医院，浙江 台州 317000

[摘要] 目的：观察脑心通胶囊联合依达拉奉治疗急性脑梗死的疗效及对患者神经功能和生化指标的影响。方法：将急性脑梗死患者 96 例按随机数字表法分为 2 组各 48 例。观察组采用脑心通胶囊联合依达拉奉治疗，对照组仅采用依达拉奉治疗。2 组疗程均为 4 周。比较 2 组疗效，治疗前后神经功能缺损程度（NIHSS）评分、日常生活能力（ADL）评分、血清生化指标水平变化及不良反应。结果：总有效率观察组 91.67%，对照组 72.92%，2 组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。2 组治疗前 NIHSS 评分和 ADL 评分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；2 组治疗后 NIHSS 评分下降（$P<0.05$），ADL 评分升高（$P<0.05$）；观察组 NIHSS 评分低于对照组（$P<0.05$），ADL 评分高于对照组（$P<0.05$）。2 组治疗前血清超敏 C-反应蛋白（hs-CRP）、N-末端脑钠素原（NT-proBNT）、S100β、肽素（Copeptin）水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2 组血清 hs-CRP、NT-proBNT、S100β、Copeptin 水平下降（$P<0.05$）；观察组血清 hs-CRP、NT-proBNT、S100β、Copeptin 水平均低于对照组（$P<0.05$）。结论：脑心通胶囊联合依达拉奉治疗急性脑梗死疗效显著，可减轻患者神经功能缺损，降低血清 hs-CRP、NT-proBNT、S100β、Copeptin 水平，且安全可靠。

[关键词] 急性脑梗死；脑心通胶囊；依达拉奉；疗效；神经功能；生化指标

[中图分类号] R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415（2016）03-0023-03

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.009

急性脑梗死是常见的神经内科疾病，流行病学研究发现其发病率呈不断上升趋势，致残率高和致死率高，严重影响了人们身心健康[1～2]。笔者采用脑心通胶囊联合依达拉奉治疗急性脑梗死，疗效显著，现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选自 2014 年 6 月—2015 年 6 月本院收治的急性脑梗死患者 96 例，依据随机数字表法分为 2 组各 48 例。观察组男 32 例，女 16 例；年龄 40～76 岁，平均(59.29± 8.37)岁；发病至入院时间 1～43 h，平均(20.39± 5.46)h。对照组男 31 例，女 17 例；年龄 43～72 岁，平均(58.72± 7.95)岁；发病至入院时间 1～47 h，平均(21.42± 6.14)h。2 组一般资料经统计学处理，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 病例选择 所有患者于发病 48 h 内入院，且经头颅 CT 或 MRI 确诊为脑梗死。依据《各类脑血管疾病诊断要点》[3]中脑梗死的诊断标准。《中药新药临床研究指导原则(试行)》[4]相关标准，症状表现：半身不遂，言语謇涩或不语，口舌歪斜，气短乏力，舌质暗淡、舌苔白腻或有齿痕，脉沉细。

2 治疗方法

2 组均于入院后采取常规对症治疗，包括抗血小板聚集、改善脑循环、调脂稳定斑块、降纤、控制血压血糖等治疗。

2.1 对照组 在常规对症治疗基础上结合依达拉奉(由国药集团国瑞药业有限公司生产，国药准字 H20080056，剂型 20 mL：30 mg)30 mg 加入 100 mL 0.9%氯化钠注射液中，每天 2 次，静脉滴注。

2.2 观察组 在对照组基础上口服脑心通胶囊(由陕西步长制药有限公司生产，国药准字 Z20025001)，每次 2 粒，每天 3 次。

2 组疗程均为 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者神经功能缺损程度(NIHSS)评分和日常生活能力(ADL)评分治疗前后变化；观察 2 组患者生化指标水平变化，包括超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)、N-末端脑钠素原(NT-

[收稿日期] 2015-12-15

[作者简介] 马传花（1980-），女，主治医师，研究方向：神经内科学。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

proBNT)、S100β 、肽素(Copeptin)，分别于治疗前后采集患者外周静脉血 6 mL，离心，分离血清，于 - 20℃下保存待测；观察 2 组不良反应，分别于治疗前后检测心电图、血常规、尿常规、肝肾功能，观察药物相关不良反应。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件处理数据，计量资料采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[4]相关标准拟定基本治愈：NIHSS 评分减少 90% ～100%，且患者病残程度 0 级(0 级：能够恢复工作或操持家务)；显著进步：NIHSSS 评分减少 46% ～89%，且患者病残程度 1～3 级(1 级：生活自理，独立生活以及部分工作；2 级：基本独立生活以及小部分需要帮助；3 级：部分生活活动可自理以及大部分需人帮助)；进步：NIHSS 评分减少 18% ～45%；无效：NIHSS 评分减少或增加在 18% 以内，甚至恶化。

4.2 2 组疗效比较 见表 1。总有效率观察组 91.67%，对照组 72.92%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.3 2 组治疗前后 NIHSS 评分和 ADL 评分比较 见表 2。2 组治疗前 NIHSS 评分和 ADL 评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)；2 组治疗后 NIHSS 评分下降($P < 0.05$)，ADL 评分升高($P < 0.05$)；观察组 NIHSS 评分低于对照组($P < 0.05$)，ADL 评分高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 2 组疗效比较 例(%)

组 别	n	基本治愈	显著进步	进步	无效	总有效率(%)
观察组	48	12(25.00)	19(39.58)	13(27.08)	4(8.33)	91.67①
对照组	48	6(12.50)	15(31.25)	14(29.17)	13(27.08)	72.92

与对照组比较，①$P < 0.05$

表 2 2 组治疗前后 NIHSS 评分和 ADL 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组 别	n	NIHSS		ADL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	15.54± 2.46	4.52± 1.04①②	33.09± 6.41	68.31± 9.13①②
对照组	48	15.18± 2.71	6.98± 1.42①	32.47± 6.82	51.49± 8.74①

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

4.4 2 组治疗前后生化指标水平比较 见表 3。2 组治疗前血清 hs- CRP、NT- proBNT、S100β 、Copeptin 水平比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组血清 hs- CRP、NT- proBNT、S100β 、Copeptin 水平均较治疗前下降($P < 0.05$)；观察组血清 hs- CRP、NT- proBNT、S100β 、Copeptin 水平均低于对照组($P < 0.05$)。

4.5 不良反应 2 组均未见严重用药不良反应。

表 3 2组治疗前后生化指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	n	hs- CRP(mg/L)		NT- proBNT(pmol/L)		S100β(μg/L)		Copeptin(pmol/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	48	17.34± 3.14	8.39± 1.23①②	356.28± 49.87	153.69± 24.51①②	1.63± 0.51	0.89± 0.24①②	7.13± 1.68	3.14± 1.02①②
对照组	48	16.98± 3.28	13.24± 1.68①	364.13± 54.26	236.71± 36.28①	1.67± 0.48	1.34± 0.29①	7.34± 1.75	5.79± 1.23①

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

5 讨论

急性脑梗死发病机制尚未明确，且临床上单纯采用西医治疗急性脑梗死患者效果并不十分理想。近年来，随着中医药的不断发展，中西医结合治疗急性脑梗死取得了良好的临床效果，安全可靠，明显提高患者生活质量，改善患者神经功能缺损的相关症状[5]。中医学认为，急性脑梗死属中风范畴，其病机主要为气虚血瘀，脉络瘀阻，筋脉失养，故而出现乏力、头痛、眩晕、肢体活动不遂、偏身麻木、口舌歪斜、言语謇涩等，故笔者认为应以活血祛瘀、益气、通络止痛为治则[6]。脑心通胶囊由黄芪、丹参、川芎、当归、赤芍、红花、没药、乳香、桃仁、牛膝、桑枝、桂枝、鸡血藤、水蛭、全蝎、地龙等组成，方中黄芪补气升阳以助血行瘀，赤芍、丹参、当归、红花、桃仁具有活血化瘀功效，桑枝、桂枝、鸡血藤温经通络，地龙、全蝎熄风通络，诸药共用，可奏活血祛瘀、益气、通络止痛功效。现代药理研究表明，黄芪具有扩张脑血管，增加脑血流量，抑制脂质过氧化，抑制血栓形成及清除氧自由基作用；水蛭、地龙、全蝎含有大量血栓溶解因子，能够溶解血栓，从而抑制血栓形成；赤芍、红花、乳香具有抑制血小板聚集以及降低血液黏稠度作用[7]。研究结果显示，采用脑心

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

通胶囊联合依达拉奉治疗其疗效优于采用依达拉奉治疗，且脑心通胶囊联合依达拉奉治疗可明显降低患者 NIHSS 评分、增加 ANDL 评分，降低血清 hs- CRP、NT- proBNT、S100β 、Copeptin 水平。提示脑心通胶囊联合依达拉奉治疗急性脑梗死疗效确切，值得临床推广运用。

参考文献

[1] 刘国权，王四安，梁昌华. 基层医院急性脑梗死流行病学特点及预后分析[J]. 右江医学，2013，41(9)：555-556.
[2] 高昕，张金涛，彭颖，等. 急性脑梗死患者入院临床特征与出院结局的关系[J]. 中华疾病控制杂志，2012，16(1)：18- 21.
[3] 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.
[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，2002：99- 104.
[5] 张景江，丁为国，王颖，等. 中西医结合治疗急性脑梗死的临床观察[J]. 河南中医学院学报，2013，24(5)：84.
[6] 刘辉武，马柏生. 中西医结合治疗急性脑梗死 38 例临床观察[J]. 中国中医急症，2012，21(4)：626- 627.
[7] 李秀池，赵冬梅，向安玲. 脑心通胶囊对急性脑梗死患者血液流变学和凝血功能的影响[J]. 中国药房，2014，25(28)：2623- 2625.

(责任编辑：骆欢欢，李海霞)

瑞舒伐他汀联合心血通胶囊预防冠状动脉支架术后再狭窄临床研究

肖南海，刘宝华，张永光

佛山市顺德区中医院，广东 佛山 528333

【摘要】 目的：观察瑞舒伐他汀联合心血通胶囊预防冠状动脉支架术后再狭窄的临床疗效。方法：将 120 例冠状动脉支架术后患者随机分为 2 组各 60 例，对照组予西医常规治疗加瑞舒伐他汀和安慰剂，治疗组予西医常规治疗加瑞舒伐他汀和心血通胶囊，2 组均治疗 6 月。治疗结束后复查冠脉造影，观察比较 2 组患者的冠状动脉支架再狭窄率、血脂和超敏 C-反应蛋白（hs-CRP）水平变化。结果：冠状动脉支架术后再狭窄率对照组 13.33%，治疗组 3.33%，2 组比较，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。治疗后 2 组血脂水平比较，差异均无统计学意义（$P > 0.05$）；治疗后，2 组总胆固醇（TC）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）水平均较治疗前明显下降（$P < 0.05$）。治疗前 2 组 hs-CRP 比较，差异无统计学意义（$P > 0.05$）。治疗后，2 组 hs-CRP 水平均较治疗前下降，差异有统计学意义（$P < 0.05$）；治疗组 hs-CRP 水平低于对照组（$P < 0.05$）。结论：瑞舒伐他汀联合心血通胶囊可显著改善冠状动脉支架术后再狭窄，有效抑制炎症。

【关键词】 冠状动脉支架术后；冠状动脉再狭窄；血脂；瑞舒伐他汀；心血通胶囊；超敏 C-反应蛋白（hs-CRP）
【中图分类号】 R654.2 【文献标志码】 A 【文章编号】 0256-7415（2016）03-0025-03
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.010

冠心病血运重建的手段已从当初单纯的经皮冠状动脉腔内血管成形术(PTCA)，发展到如今的冠状动脉内支架植入术、斑块旋磨术、激光血管成形术等新的介入技术，其中冠状动脉内支架植入术是临床应用最广、效果最确切的一种。然而冠状动脉内支架植入术后再狭窄(In- stent Restenosis，ISR)影响了冠状动脉内支架植入术的远期疗效，限制了其广泛应用。近年来，药物洗脱支架降低了术后再狭窄率，研究发

【收稿日期】 2015-11-03
【基金项目】 广东省佛山市医学类科技攻关项目（2014AB002203）
【作者简介】 肖南海（1982-），男，中西医结合主治医师，主要从事心血管疾病方面临床研究。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net