

# 中西医结合治疗急性脑梗死对血清炎症介质水平的影响

江育才

兰溪市中医院检验科, 浙江 兰溪 321100

**[摘要]** 目的: 探讨急性脑梗死(气虚血瘀证)患者中西医结合治疗血清炎症介质水平的变化及临床意义。方法: 将急性脑梗死(气虚血瘀证)患者80例, 随机分为2组各40例。对照组予以血栓通针、拜阿司匹林肠溶片、氯吡格雷、阿托伐他汀片等治疗; 观察组在对照组基础上加用补阳还五汤加减口服。2组均治疗2周, 观察评估2组病例治疗前后血清白细胞介素(IL)-6、IL-10水平以及脑梗死病灶大小的变化情况。结果: 治疗后, 2组血清IL-6水平较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ), IL-10水平较治疗前明显上升( $P < 0.05$ ); 且观察组上述指标改善较对照组更显著( $P < 0.05$ )。治疗后, 2组脑梗死病灶均比治疗前明显缩小( $P < 0.05$ ), 且观察组病灶缩小较对照组更显著( $P < 0.05$ )。结论: 中西医结合治疗气虚血瘀证急性脑梗死患者疗效确切, 能显著改善血清IL-6、IL-10水平, 从而纠正促炎和抗炎症介质的比例失调, 缩小脑梗死病灶。

**[关键词]** 急性脑梗死; 气虚血瘀证; 补阳还五汤; 炎症介质

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0046-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.018

急性脑梗死是中老年患者常见病和多发病, 其发病率、致残率及病死率较高, 近年来随着人口老龄化其发病率呈逐年上升趋势<sup>[1]</sup>。急性脑梗死的发病机制十分复杂, 其中炎症因子介导的动脉硬化斑块破裂过程逐渐引起临床重视, 其中白细胞介素(IL)-6和10是参与急性脑梗死的代表性的促炎症介质与抗炎症介质<sup>[2-3]</sup>。本研究探讨了补阳还五汤加减联合西药治疗急性脑梗死(气虚血瘀证), 对患者血清IL-6、IL-10水平及脑梗死病灶大小的影响, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取2014年6月—2015年10月在本院住院治疗的急性脑梗死患者共80例, 采用随机数字表法分为观察组与对照组各40例。观察组男24例, 女16例; 平均年龄( $69.1 \pm 6.7$ )岁; 发病时间( $12.3 \pm 2.9$ )h。对照组男24例, 女16例; 平均年龄( $68.6 \pm 6.5$ )岁; 发病时间( $11.9 \pm 2.7$ )h。2组性别、年龄、发病时间等方面比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入标准** ①西医诊断符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2010版)》<sup>[4]</sup>中相关诊断标准, 并经

头颅CT或MRI等影像学检查确诊; ②发病时间在24h内; ③中医辨证属气虚血瘀证; ④方案经医院伦理委员会批准; ⑤入选者知情同意, 并签署知情同意书。

**1.3 排除标准** ①急慢性炎症性疾病、风湿免疫性疾病、内分泌代谢性疾病和恶性肿瘤等; ②既往有脑梗死、短暂性脑缺血发作、脑出血、颅脑外伤等神经精神疾病史。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 予以血栓通针500mg, 静脉滴注, 每天1次; 拜阿司匹林肠溶片0.1g, 口服, 每天1片; 氯吡格雷75mg, 口服, 每天1次; 阿托伐他汀片20mg, 口服, 每天1次。

**2.2 观察组** 在对照组基础上加用补阳还五汤加减口服。处方: 黄芪60g, 当归、地龙各15g, 红花、赤芍、桃仁、川芎各10g。加减: 气虚甚者加人参; 痰阻明显者加法半夏、胆南星; 口眼歪斜者加僵蚕、全蝎; 语言不利者加石菖蒲、胆南星; 伴肢体麻木、疼痛者加桂枝、鸡血藤。每天1剂, 水煎2次, 分早晚服用。

**[收稿日期]** 2015-12-19

**[作者简介]** 江育才(1972-), 男, 主管技师, 主要从事临床检验工作。

2组均治疗2周。

### 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 观察评估2组病例治疗前后血清IL-6、IL-10水平以及脑梗死病灶大小的变化情况。IL-6、IL-10水平检测采用夹心酶联免疫吸附测定法进行测定,严格按照试剂盒说明书进行操作。

**3.2 统计学方法** 采用SPSS18.0软件,计量资料采用 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

### 4 治疗结果

**4.1 2组血清IL-6、IL-10水平比较** 见表1。治疗后,2组血清IL-6水平较前明显下降( $P < 0.05$ ),IL-10水平较前明显上升( $P < 0.05$ );且观察组上述指标改善较对照组更显著( $P < 0.05$ )。

表1 2组血清IL-6、IL-10水平比较( $\bar{x} \pm s$ ) pg/mL

组别	时间	n	IL-6	IL-10
观察组	治疗前	40	57.26 ± 10.15	15.07 ± 2.74
	治疗后	40	39.25 ± 6.14 <sup>①②</sup>	28.16 ± 4.21 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	40	58.17 ± 9.78	14.98 ± 3.18
	治疗后	40	48.71 ± 5.07 <sup>①</sup>	22.75 ± 4.07 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

**4.2 2组治疗前后脑梗死病灶比较** 见表2。治疗后,2组脑梗死病灶体积均比治疗前明显缩小( $P < 0.05$ ),且观察组病灶缩小较对照组更显著( $P < 0.05$ )。

表2 2组治疗前后脑梗死病灶比较( $\bar{x} \pm s$ ) cm<sup>3</sup>

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	40	6.72 ± 0.84	4.17 ± 0.56 <sup>①②</sup>
对照组	40	6.69 ± 0.89	5.04 ± 0.72 <sup>①</sup>

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

近年来研究发现,不稳定动脉粥样硬化斑块破裂与促炎和抗炎症介质比例紊乱密切相关,在急性脑梗死发病中发挥重要作用<sup>[5-6]</sup>。IL-6是主要由单核巨噬细胞分泌的促炎症介质,可诱导炎症细胞在病灶部位的聚集和活化,参与脑梗死发病后的促炎症反应过程。IL-10是一种抗炎症介质,主要通过直接或间接抑制其他促炎症介质的分泌与释放,在脑梗死发病中起负调控效应。IL-6、IL-10是参与脑梗死发病过程

的主要促炎和抗炎症介质,介导促炎症和抗炎症反应。因此,调节血清IL-6与IL-10水平、纠正促炎与抗炎症介质的比例紊乱,是治疗急性脑梗死的新方向。

中医学认为,脑梗死属中风范畴,其病理病机主要以气虚为本、血瘀为标,治疗当以益气活血为主。补阳还五汤出自《医林改错》,方中黄芪大补元气,以帅血液运行;当归补血活血;红花、桃仁、川芎、赤芍活血祛瘀;地龙化痰通络。诸药合用,共奏活血化瘀、益气通络之效。本研究发现,治疗2周后观察组血清IL-6水平下降、IL-10水平上升幅度较对照组更显著,且观察组病例脑梗死病灶缩小幅度明显大于对照组。提示中西医结合治疗气虚血瘀证急性脑梗死的疗效明显优于单纯的西医治疗,更好地改善血清IL-6、IL-10水平,纠正促炎和抗炎症介质的比例失调,从而明显缩小脑梗死病灶,改善其神经功能缺损程度。总之,中西医结合治疗气虚血瘀证急性脑梗死的疗效确切,其机制可能的通过改善血清IL-6、IL-10水平,纠正促炎和抗炎症介质的比例失调而起效。

### [参考文献]

- [1] Banach M, Markuszewski L, Zaslonka J, et al. The role of inflammation in the pathogenesis of atherosclerosis[J]. Przegl Epidemiol, 2004, 58(4): 663-670.
- [2] 李宗信, 黄小波, 陈文强, 等. 脑梗死患者血清炎症因子与颈动脉粥样硬化程度的关系[J]. 中国脑血管病杂志, 2008, 5(8): 337-340.
- [3] 肖玲, 冯涛, 祝鸿雁, 等. 急性脑梗死患者血清IL-6与IL-10的关系及意义[J]. 黑龙江医学, 2011, 35(3): 170-171, 174.
- [4] 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.
- [5] 曹红元, 刘雨辉, 李惠允, 等. 急性脑梗死后炎症因子的动态变化及其与神经功能的相关性研究[J]. 解放军医药杂志, 2014, 26(3): 51-54.
- [6] Liu N, Chen R, Du H, et al. Expression of IL-10 and TNF-alpha in rats with cerebral infarction after transplantation with mesenchymal stem cells [J]. Cell Mol Immunol, 2009, 6(3): 207-213.

(责任编辑:冯天保)