

尿激酶、组织纤溶原激活物配合活血祛瘀汤治疗脑梗死临床疗效及对血液黏稠度的影响

沈国谷

岱山县第一人民医院 ICU, 浙江 岱山 316200

[摘要] 目的: 观察尿激酶、组织纤溶原激活物配合活血祛瘀汤治疗脑梗死临床疗效。方法: 100例患者随机分为2组, 对照组以尿激酶、组织纤溶原激活物治疗, 观察组在对照组基础上加用活血祛瘀汤治疗。治疗15天。观察2组患者临床疗效, 并记录治疗后血液黏稠度变化情况。结果: 总有效率观察组92.00%, 对照组78.00%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组全血黏度、血浆黏度、血小板聚集率均较对照组低, 2组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗24h、48h、15天神经功能缺损评分(NIHSS)评分均较对照组低, 2组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 尿激酶、组织纤溶原激活物配合自拟活血祛瘀汤治疗脑梗死, 临床疗效显著, 可提高患者生活质量。

[关键词] 脑梗死; 活血祛瘀汤; 溶栓治疗; 血液黏稠度

[中图分类号] R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0017-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.008

脑梗死是由局部脑组织血液循环异常诱发的疾病, 发病期间会伴随头晕、失语、昏迷、感觉障碍等症状, 若未及时进行针对性治疗, 可能增加的致残率, 甚至可能诱发生命危险。有资料指出^[1], 早期进行溶栓治疗, 是控制脑梗死发展的有效途径。尿激酶、组织纤溶原激活物等是治疗溶栓治疗的常用药物, 可有效抑制病情恶化。虽然西药能够提高脑梗死患者的预后, 但用药物副作用相对较大, 且适用范围受限。笔者采用尿激酶、组织纤溶原激活物配合活血祛瘀汤治疗脑梗死, 收到较好疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入与排除标准 ①符合《脑卒中》^[2]中脑梗死临床诊断标准; ②发病至入院时间低于24h; ③意识清醒或嗜睡; ④患者及其家属自愿签署知情同意书。排除标准: ①有脑外伤、脑肿瘤等疾病诱发的脑梗死; ②药物过敏; ③严重心肺功能障碍; ④合并脑出血或活动性出血; ⑤免疫性疾病。

1.2 一般资料 观察病例为2012年4月—2014年4月本院脑梗死患者, 共100例, 随机分为2组各50例。观察组男34例, 女16例; 年龄2~67岁, 平均(42.06±3.04)岁; 发病至入院时间为50min~17h, 平均(10.26±1.09)h。临床症状: 语言功能障碍29例, 失语30例, 偏瘫41例。对照组男32例, 女18例; 年龄23~66岁, 平均(41.59±3.17)岁; 发病至入院时间为42min~18h, 平均(11.55±1.72)h。临床症状语言功能

障碍26例, 失语34例, 偏瘫43例。2组年龄、入院治疗时间比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 入院后均取抗血小板聚集、降颅内压药物等行常规治疗。将100万U尿激酶置入100mL生理盐水中行静脉滴注, 时间控制在30min, 观察患者肌力改善状况, 若症状无明显改善, 再取50万U尿激酶用药; 按照每千克0.7mg的剂量取组织纤溶原激活物行溶栓治疗, 先取10%组织纤溶原激活物行溶栓静脉推注, 其余剂量行静脉滴注, 时间控制在60min。若无出血状况, 取5000U低分子肝素用药, 每天2次。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予活血祛瘀汤治疗, 组成: 生黄芪60g, 赤芍、桃仁、当归、白芍、水蛭(研磨成粉)各15g, 桂枝、石菖蒲各6g, 地龙、刺五加各20g, 丹参30g。水煎, 每天1剂。

2组患者持续用药15天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①持续用药15天后, 评估2组患者的临床疗效; ②观察2组治疗后血液黏稠度变化情况; ③参照美国国立卫生学院制定的神经功能缺损评分(NIHSS)评估治疗前、治疗后1天、2天、15天后的病残程度, 总分42分, 20分以上为中重度分。

[收稿日期] 2015-01-06

[作者简介] 沈国谷(1973-), 男, 主治医师, 研究方向: 神经内科。

3.2 统计学方法 采用统计学软件 SPSS18.0 分析数据, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 并行 t 检验; 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[3]制定。基本治愈: 神经功能缺损评分减少 91%以上, 未见残疾症状; 显效: 神经功能缺损评分减少 46%以上, 存在轻度残疾症状; 有效: 神经功能缺损评分减少 18%以上, 存在中度残疾症状; 无效: 神经功能缺损评分未见明显变化, 部分患者病情呈严重化发展。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组 92.00%, 对照组 78.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例

组别	n	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	50	16	21	9	4	92.00 ^①
对照组	50	9	14	16	11	78.00

①与对照组比较, $P < 0.05$

4.3 2 组治疗后血液黏稠度比较 见表 2。治疗后观察组全血黏度、血浆黏度、血小板聚集率均较对照组低, 2 组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗后血液黏稠度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	全血黏度(mPa·s)	血浆黏度(mPa·s)	血小板聚集率(%)
观察组	5.69± 1.00 ^①	1.46± 0.21 ^①	49.61± 3.29 ^①
对照组	7.91± 1.35	1.81± 0.33	61.75± 4.43

①与对照组比较, $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后 NIHSS 评分比较 见表 3。观察组治疗 24 h、48 h、15 天 NIHSS 评分均较对照组低, 2 组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前后 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	治疗前	治疗 24 h	治疗 48 h	治疗 15 天
观察组	15.92± 5.57	10.68± 7.26 ^①	7.11± 3.10 ^①	3.68± 1.24 ^①
对照组	15.63± 5.20	16.32± 8.42	13.52± 4.19	7.20± 1.91

①与对照组比较, $P < 0.05$

5 讨论

调查研究表明, 脑梗死的发病率占脑卒中发病率的 70%, 该疾病的致死率和致残率相对较高, 直接影响着人们的健康。有研究指出, 脑梗死主要是由脑部供血动脉出现粥样硬化或血栓, 造成脑内供血不足诱发的疾病, 尽早取药物行溶栓治疗, 可改善颅内缺血、缺氧症状, 是缩小脑梗死面积的有效途

径^[4]。尿激酶、组织纤溶原激活物是临床常用的溶栓药物, 可恢复受损的神经细胞, 改善脑组织受损症状。然而, 有资料指出, 溶栓药物的价格较为昂贵, 还可能诱发脑出血等症^[5-6]。

脑梗死属于中医学“中风”范畴, 中医学认为, 中风病是在气血失调、阴阳失衡的基础上遇劳倦内伤、忧思恼怒、气候变化、嗜食烟酒或病久失治等诱因, 进而引起脏腑阴阳失调, 气逆乱直冲犯脑, 导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外而发病, 临床以半身不遂、口眼喎斜、神志昏蒙、舌强言謇或不语、偏身麻木为主症。该病具有起病急、变化快、病情危重易损害神志的特点, 多见于体衰的中老年人。现代医学常用溶栓治疗, 笔者在此基础上加用活血祛瘀汤治疗。活血祛瘀汤主要由生黄芪、赤芍、桃仁、当归、桂枝、地龙、丹参、刺五加等组成, 其中黄芪补气健脾, 赤芍活血祛瘀; 桃仁、当归均具有补血、活血的作用; 桂枝温经血脉, 丹参活血养血; 刺五加补气安神。全方共奏补气活血, 温经通脉作用。

本研究表明, 观察组神经功能缺损评分以及血液黏稠度相关指标均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 研究结果证实, 尿激酶、组织纤溶原激活物配合自拟活血祛瘀汤在提高脑梗死患者预后中具有较高的应用价值。综上所述, 尿激酶、组织纤溶原激活物配合自拟活血祛瘀汤治疗脑梗死, 临床疗效显著, 可改善患者症状, 还可有效控制疾病发, 值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 杨娟, 白青科, 赵振国, 等. 颅内大动脉狭窄对 MRI 指导的超急性脑梗死静脉溶栓疗效的影响[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2012, 18(6): 490-493.
- [2] 黄如训, 苏镇培. 脑卒中[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 264.
- [3] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 2 版. 北京: 人民军医出版社, 1998: 116-120.
- [4] 顾彬, 张劲松, 赵高年, 等. 急诊尿激酶静脉溶栓治疗超早期脑梗死临床观察[J]. 中华急诊医学杂志, 2010, 19(9): 957-959.
- [5] 李淼, 陈广永, 刘洪涛, 等. 大脑中动脉供血区急性期脑梗死尿激酶超选择介入动脉溶栓 17 例[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(18): 4005-4006.
- [6] 宋玉强, 邹宏丽, 姜振泼, 等. 低频超声联合尿激酶溶栓治疗大鼠脑梗死的疗效观察[J]. 中国卒中杂志, 2013 (11): 887-892.

(责任编辑: 马力)