

【临床研究】

作者简介:武 星(1985-),男,河北张家口人,学士,主治医师,研究方向:脑血管病、帕金森病。

clusion Butylphthalide soft capsules can significantly reduce the inflammatory reaction in patients with acute cerebral infarction,improve and recover the neurologic impairment;and its curative effect is remarkable.

Key words: butylphthalide soft capsules;acute cerebral infarction;C reactive protein;interleukin-6;platelet aggregation;neurological function

急性脑梗死多于休息或睡眠时发病,起病急骤,发病时因脑组织血供突然中断,病变脑组织急性缺血、缺氧,发生神经细胞、组织坏死,部分患者预后可遗留不同程度肢体障碍,严重影响患者生活质量^[1]。溶栓治疗可有效缓解急性脑梗死患者神经细胞损害,降低后遗症发生率,但因多数患者于夜间发病,就诊时已错过最佳溶栓治疗时间^[2-3]。因此,寻找更为有效的保守治疗方案,已成为改善急性脑梗死患者预后亟待解决的问题。有研究表明,丁苯酞可有效改善急性脑梗死患者脑缺血区微循环,增加脑血流量,改善脑缺血后脑组织的能量代谢,对急性脑梗死具有显著的治疗作用^[4]。本研究为观察丁苯酞软胶囊对急性脑梗死患者神经功能及炎症反应的影响,对急性脑梗死患者在常规治疗的基础上给予丁苯酞软胶囊治疗,取得了良好效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择张家口市第一医院和河北北方学院附属第三医院 2016 年 1 月至 2016 年 10 月收治的急性脑梗死患者 100 例,根据治疗方法分为对照组和治疗组,每组 50 例。2 组患者均于发病后 48 h 内入院,急性脑梗死诊断均符合全国第 4 次脑血管病会议修订标准^[5],并经 CT 和(或)磁共振成像(magnetic resonance imaging,MRI)检查确诊为颈内动脉系统脑梗死。排除椎-基底动脉系统脑梗死、颅内出血性疾病、脑栓塞、重度意识障碍、严重高血压、短暂性脑缺血发作及有血液系统疾病患者。对照组:男 29 例,女 21 例;年龄 47 ~ 77 岁,平均(63.2 ± 4.3)岁;入院时神经功能缺损评分(National Institute of Health stroke scale,NIHSS)5 ~ 25 分,平均(9.2 ± 3.0)分。治疗组:男 30 例,女 20 例;年龄 45 ~ 75 岁,平均(62.2 ± 4.9)岁;入院时 NIHSS 5 ~ 25 分,平均(9.3 ± 2.8)分。2 组患者性别、年龄、NIHSS 评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者入院后均给予调脂、稳定斑块、抗血小板聚集等常规药物治疗,治疗过程中根据患者血压、血糖情况进行控制血压、血糖治疗,并依据患者实际病情合理应用脱水剂及给予营养支持。治疗组患者在对照组常规治疗基础上给予丁苯酞软胶囊(石药集团恩必普药业有限公司,国药准字 H20050299)0.2 g,口服,每日 3 次,连续用药 6 个月。

1.3 观察指标 采集 2 组患者入院前及治疗 1 周时晨起空腹肘静脉血 5 mL,采用化学发光法检测血清白细胞介素-6(interleukin-6,IL-6)水平,采用免疫荧光干式定量法检测血清 C 反应蛋白(C reactive protein,CRP)水平,使用普利生 PREIL LBY-NJ4(北京普利生仪器有限公司生产)检测血小板聚集率;于治疗 4 周后使用 NIHSS 评价 2 组患者神经功能缺损情况,采用改良 Rankin 评分^[5]评价 2 组患者治疗 3 个月时神经功能恢复情况。疗效标准^[6]:痊愈:病残程度 0 级,NIHSS 评分下降 90% 以上;显效:病残程度 1 ~ 3 级,NIHSS 评分下降 46% ~ 89%;有效:NIHSS 评分下降 18% ~ 45%;无效:NIHSS 评分无变化或下降 17% 以下。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 17.0 统计学软件进行统计分析,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验及秩和检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者治疗前后血清 IL-6、CRP 水平及血小板聚集率比较 结果见表 1。治疗前 2 组患者血清 IL-6、CRP 水平及血小板聚集率比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后 2 组患者血清 IL-6、CRP 水平及血小板聚集率均较治疗前显著下降,差异有统计学意义($P < 0.05$),且治疗组患者治疗后血清 IL-6、CRP 水平及血小板聚集率显著低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组患者治疗前后血清 IL-6、CRP 水平及血小板聚集率比较

Tab.1 Comparison of IL-6,CRP levels and platelet aggregation rate between the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-6/(ng · L ⁻¹)	CRP/(mg · L ⁻¹)	血小板聚集率/%
对照组	50			
治疗前		8.68 ± 2.49	9.51 ± 2.40	70.66 ± 11.33
治疗后		5.00 ± 1.43 ^a	5.25 ± 1.88 ^a	43.18 ± 8.58 ^a
治疗组	50			
治疗前		8.72 ± 2.77	9.48 ± 2.74	69.89 ± 12.31
治疗后		3.67 ± 1.47 ^{ab}	3.54 ± 1.95 ^{ab}	32.63 ± 9.30 ^{ab}

注:与治疗前比较^a $P < 0.05$;与对照组比较^b $P < 0.05$ 。

2.2 2 组患者治疗前后 NIHSS、Rankin 评分比较 结果见表 2。2 组患者治疗前 NIHSS、Rankin 评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后 2 组患者 NIHSS、Rankin 评分均较治疗前显著下降,差异

有统计学意义($P < 0.05$);治疗后治疗组患者 NIHSS、Rankin 评分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组患者治疗前后 NIHSS、Rankin 评分比较

Tab.2 Comparison of NIHSS and Rankin scores between the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	NIHSS	Rankin
对照组	50		
治疗前		9.17 ± 3.03	3.67 ± 1.03
治疗后		6.21 ± 2.54 ^a	2.37 ± 1.07 ^a
治疗组	50		
治疗前		9.28 ± 2.98	3.72 ± 1.04
治疗后		4.82 ± 1.88 ^{ab}	1.87 ± 1.06 ^{ab}

注:与治疗前比较^a $P < 0.05$;与对照组比较^b $P < 0.05$ 。

2.3 2 组患者临床治疗效果比较 对照组患者治疗后痊愈 8 例,显效 18 例,有效 12 例,无效 12 例,总有效率 76.0% (38/50);治疗组患者治疗后痊愈 13 例,显效 24 例,有效 9 例,无效 4 例,总有效率 92.0% (46/50);治疗组患者治疗总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 13.22, P < 0.05$)。

3 讨论

急性脑梗死是临床常见的脑血管疾病,与恶性肿瘤、心脏病构成了人类致死性疾病的前 3 位,严重威胁人类生命健康^[7]。据统计,我国每年新增脑卒中患者约 200 万人^[8],每年死于该类疾病的患者约 150 万人。因此,如何积极有效地对该类疾病进行治疗,已成为临床亟待解决的问题。

研究发现,在脑缺血、缺氧损伤过程中存在着一系列炎症反应,炎症反应可能是缺血性脑损伤的关键病理学机制之一^[9-10]。另有学者认为,适度的炎症反应在生命的正常状态维持过程中起重要作用,可促进创伤愈合;而过度的炎症反应,则可导致机体产生过量的炎症因子和活性氧,对机体产生不利作用^[11]。急性脑梗死发病时,患者早期即可产生剧烈的炎症反应,随后即是免疫抑制反应^[12]。因此,如何降低发病早期的炎症反应,调控炎症反应,对减轻脑损伤意义重大。血小板聚集试验是临床检测血小板活化的常用方法,是反映血小板活化及血栓形成的重要指标^[13]。有研究表明,脑卒中患者降低血小板聚集率,能有效防止脑梗死的复发^[14]。丁苯酞软胶囊主要有效成分为丁基苯肽,是由芹菜中提纯的化合物,可有效治疗缺血性脑卒中^[15]。有研究证实,丁基苯肽可阻断急性缺血性脑损伤多个病理环节,改善脑半暗区血流量,减少细胞凋亡,减轻氧化应激损伤,抑制血小板聚集,治疗急性脑梗死疗效显著^[16]。本研究结果显示,治疗组患者治疗后血清 IL-6、CRP 水平及血小板聚集率显著低于对照组,且治疗总有效率显著高于对照组,亦证实 in 常规治疗

的基础上加用丁苯酞软胶囊可有效抑制急性脑梗死患者早期炎症反应,降低脑损伤程度。另外,治疗组患者治疗后 NIHSS、Rankin 评分显著低于治疗前和对照组,表明在常规治疗基础上加用丁苯酞软胶囊可有效降低患者神经损害,促进神经功能康复。

本研究结果表明,丁苯酞软胶囊可显著降低急性脑梗死患者血清 CRP、IL-6 水平及血小板聚集率,改善并恢复神经功能缺损症状。

参考文献:

[1] 王义振,彭端. 丁苯酞联合依达拉奉治疗急性分水岭脑梗死效果分析[J]. 中外医学研究,2016,14(16):136-137.

[2] 秋超,戚观树,邓玉,等. 丁苯酞注射液治疗急性脑梗死临床疗效评价[J]. 浙江中西医结合杂志,2016,26(3):235-236.

[3] 宁丹,吕星月. 丁苯酞联合奥拉西坦治疗血管性痴呆的效果分析[J]. 当代医学,2017,23(1):94-95.

[4] 孙国兵,曾铮,余丹芳,等. 高压氧联合丁苯酞治疗一氧化碳中毒迟发性脑病疗效分析[J]. 卒中与神经疾病,2016,23(2):119-121.

[5] 杨江胜,王达鹏,高志强,等. 丁苯酞软胶囊联合曲唑酮治疗缺血性卒中后抑郁的效果评价[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(21):2557-2558.

[6] 贾朝均,罗丽君,余巨明,等. 丁苯酞对脑小血管病患者血流灌注及认知功能影响的临床研究[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2016,40(14):2072-2077. DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2016.14.009.

[7] 庄源,徐文丽,安丽荣,等. 依达拉奉与丁苯酞软胶囊联合应用治疗脑梗死患者的临床效果研究[J]. 中国民康医学,2016,28(9):6-7.

[8] 贺永贵,张义东,张国彬,等. 丁苯酞联合氯吡格雷治疗急性分水岭脑梗死的临床疗效分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2016,19(8):1148-1150.

[9] 刘迪. 氟伐他汀联合丁苯酞软胶囊治疗急性脑梗死的疗效分析[J]. 中国疗养医学,2016,25(8):844-846.

[10] 林瑞声,吴承龙. 丁苯酞软胶囊联合氯吡格雷片治疗进展性脑梗死的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志,2016,32(20):1831-1833.

[11] 熊军,胡增. 丁苯酞对急性缺血性脑卒中患者循环内皮祖细胞水平的影响[J]. 中国药业,2016,25(10):29-31.

[12] 吴迎春. 丁苯酞软胶囊联合氟西汀对卒中后抑郁患者的疗效及神经功能缺损的影响[J]. 中国医学创新,2016,13(34):108-110,111.

[13] 刘敏,孙宏侠. 奥拉西坦联合丁苯酞软胶囊治疗血管性痴呆患者的临床疗效[J]. 中国药物经济学,2016,11(6):78-79.

[14] 曹云刚,杨婷,瞿曼,等. 丁苯酞序贯治疗大脑中动脉供血区急性梗死疗效观察[J]. 中国药师,2016,19(10):1889-1890,1896.

[15] 白璇. 尤瑞克林联合丁苯酞软胶囊对急性脑梗死预后的研究[J]. 中国现代药物应用,2016,10(2):129-130.

[16] 程颜梅,李博,张洪武,等. 丁苯酞对慢性脑供血不足患者超敏 C 反应蛋白、脑血流速度及血脂的影响[J]. 中国实验诊断学,2016,20(3):450-451.

(本文编辑:徐刚珍 英文编辑:孟 月)