

# 血栓通治疗急性脑梗死

蒋可<sup>1\*</sup>, 贾守凯<sup>2</sup>

(1. 中国中医科学院西苑医院, 北京 100091; 2. 中医杂志社, 北京 100700)

**[摘要]** 目的: 观察血栓通治疗急性脑梗死的临床疗效及对神经功能缺损的改善。方法: 采用随机数字表法, 将所观察的急性脑梗死患者随机分为治疗组及对照组各 35 例, 对照组采用常规治疗, 治疗组在常规治疗的基础上加用血栓通, (450 mg 加入葡萄糖或生理盐水 250 mL 中 iv gtt, 1 次/d, 疗程 2 周)。结果: 治疗组治疗后其临床疗效及神经功能缺损评分均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 活血化瘀疗法有利于改善患者神经功能缺损程度, 促进患者的功能康复。

**[关键词]** 脑梗死; 血栓通; 疗效观察

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)22-0242-02

世界卫生组织 (WHO) 将脑梗死定义为缺血性因素导致急骤发作的局灶/半球的脑功能障碍持续 24 h 以上的疾病, 包括脑血栓形成、脑栓死、腔隙性脑梗死及未明原因的脑梗死, 不包括短暂性脑缺血发作和慢性脑血管病死亡。据统计, 26% ~ 43% 的急性脑梗死患者可出现神经功能恶化, 且与残疾率和死亡率有关。我院应用血栓通治疗急性脑梗死患者, 疗效满意。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 70 例观察对象均为本院 2007 年 11 月至 2008 年 9 月住院病人, 采用随机数字表法, 按病例的纳入顺序将受试对象随机分配至治疗组 (血栓通组) 与对照组 (常规治疗组)。经统计学处理, 两组在性别、年龄、病程等方面无统计学差异, 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 全部病例的诊断符合 1995 年第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》标准<sup>[1]</sup>。入选标准 ①急性脑梗死; ②起病 1 周内, 神经功能缺损评分 10 ~ 35 分, 意识清楚; ③首次发病或复发, 但前次发作未留任何后遗症; ④年龄 40 ~ 75 岁。

**1.3 排除标准** ①合并严重心脏病者; ②严重肝肾功能障碍者; ③严重糖尿病者; ④有精神病史或严重精神症状者; ⑤严重失语者; ⑥重度痴呆, 不能配合检

查者。

## 1.4 治疗方法

对照组主要治疗措施包括: ①保持呼吸道通畅; ②合理使用降压药; ③积极抗感染治疗; ④纠正高血糖。药物治疗方案按照《BNC 脑血管病临床指南》, 根据患者的具体病情, 给予相应的药物治疗。包括: ①溶栓治疗; ②抗凝治疗; ③抗血小板治疗。

治疗组在常规治疗的基础上加注射用血栓通 (批号 070617)。将注射用血栓通 450 mg 加入 5% 葡萄糖或生理盐水 250 mL 中, iv gtt, 1 h 左右滴完, 1 次/d, 2 周为 1 个疗程。

**1.5 统计方法** 计数资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 用  $t$  检验, 计量资料用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为有统计学意义。

## 2 疗效判定标准

按照全国第四届脑血管病会议修订的“脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准”评定<sup>[1]</sup>。①基本痊愈: 病残程度为 0 级, 可恢复工作和操持家务; ②显著进步: 神经功能缺损评分减少 21 分以上, 且病残程度在 I ~ III 级, 部分生活自理; ③进步: 神经功能缺损评分减少 8 ~ 20 分; 病残程度在 IV ~ V 级; ④无变化: 神经功能缺损评分减少或增多不足 8 分; 病残程度在 VI 级, 卧床, 有部分意识活动, 可喂食。⑤恶化: 神经功能缺损评分增加 9 分或更多, 病残程度在 VII 级, 即植物状态; ⑥死亡。

## 3 结果

**3.1 治疗前后两组神经功能缺损程度比较** 治疗前, 两组神经功能缺损程度评分无显著差异, 治疗后, 治疗组神经功能缺损程度评分优于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

[收稿日期] 2011-02-14

[通讯作者] \* 蒋可, 博士后, 中国中医科学院西苑医院针灸科, Tel: 13699261307, E-mail: jiangkel26@126.com

3.2 两组间临床疗效比较 治疗组临床疗效优于对照组 ( $P < 0.05$ ),见表2。两组在用药过程中均未见明显的不良反应。

表1 治疗前后神经功能缺损程度比较( $\bar{x} \pm s, n = 35$ )

组别	神经功能缺损程度评分	
	治疗前	治疗后
治疗	20.87 ± 1.75	13.01 ± 4.25 <sup>1,2)</sup>
对照	19.65 ± 1.18	15.64 ± 1.78 <sup>1)</sup>

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与对照组比较<sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

表2 两组临床疗效比较( $n = 35$ )

组别	治愈	显著进步	进步	无变化	总有效率 /%
	/例	/例	/例	/例	
治疗	9	13	9	4	88.6 <sup>1)</sup>
对照	9	12	7	7	80.0

注:与对照组比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

#### 4 讨论

脑缺血损伤后神经元损伤的机制是一个复杂的病理生理过程,脑血流中断造成局部脑组织的缺血缺氧,造成脑组织的能量障碍,同时又存在着血流对脑组织的再灌注,这些会使脑组织细胞产生损伤级联反应,至少涉及以下几种不同的机制:能量障碍和兴奋性氨基酸毒性,梗死周围去极化,钙离子的内流,炎症及细胞凋亡等,它们均由缺血缺氧及血流的再灌注引发,在不同时间点发生,彼此重叠并相互联系。级联反应造成的脑损害会互为因果,形成一种恶性循环,各种损害因素的大量蓄积最终会造成脑组织的不可逆损伤<sup>[2]</sup>。因此,早期再通闭塞血管,恢复血供,尽量挽救神经功能就成了首要目标。

本病属祖国医学“中风”范畴,病位在脑髓血脉。因气虚或气滞不能运血,气不能行,血不能荣,气血瘀滞,脉络痹阻,肌肉筋脉失于濡养所致。基本

病机为瘀血内停。故脑梗死的主要治疗目的在于最大限度地改善脑部供血,减少缺血脑组织的不可逆损伤,挽救神经功能。其治疗原则以活血化瘀为主。目前临床治疗方法主要为抗凝、溶栓、抗血小板聚集等<sup>[2]</sup>。血栓通系传统中药三七主根提取的有效活性成分——三七总皂苷注射液。三七具有活血化瘀止血定痛等功效,适用于因瘀血内阻而血不循经诸证。《医学衷中参西录》:“三七……善化瘀血,又善止血妄行……病愈后不至血留于经络……化瘀血而不伤新血,允为理血妙品”。三七总皂苷具有抗血小板聚集、改善微循环、保护血管内皮细胞、抗神经细胞凋亡、抗氧化、抗自由基,改善神经细胞膜流动性、抗脑水肿等作用;对脑神经细胞缺氧性损伤、脑血管缺血缺氧损伤、脑缺血再灌注损伤有保护作用,对脑神经细胞凋亡有抑制作用<sup>[3]</sup>。本研究用血栓通粉针治疗,结果显示:治疗组治疗后其临床疗效及神经功能缺损评分均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。说明通过活血化瘀,有利于改善神经功能缺损程度,促进患者的功能康复。其机制可能是通过改善急性脑梗死缺血区的缺血缺氧状态,达到减轻神经细胞的损伤,促进患者受损神经功能的恢复。

#### [参考文献]

- [1] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能损伤程度评分标准及临床疗效评定标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381.
- [2] 赵建国. 脑梗死[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 7, 149.
- [3] 胡志洁, 张志耘. 三七总皂苷对心脑血管的药理作用研究[J]. 天津药学, 2006, 18(6): 51.

[责任编辑 何伟]