

灯盏花素辅助治疗急性脑梗死患者临床疗效及对患者白介素-6、血管生成素-2水平的影响

王继兴

急性脑梗死是常见的一种神经内科疾病。近年来随着人口老龄化及生活方式的不断变化,急性脑梗死发病率也呈不断上升趋势,严重影响人们身心健康甚至生命安全^[1]。现代医学认为,血流被阻断或者减慢,血管闭塞以及脑组织灌注不足是造成脑梗死的主要病理机制^[2,3]。目前,临床上采用西医对急性脑梗死患者治疗疗效并不十分理想,而随着中医药的不断发展取得了良好临床疗效^[4,5]。灯盏花素注射液是一种中成药,具有增加脑血流量、抑制血栓形成、增强脑细胞对缺血缺氧的耐受力等作用,用于急性脑梗死的治疗取得了良好疗效^[6,7]。因此,本次研究旨在探讨灯盏花素辅助治疗急性脑梗死患者临床疗效及对患者白介素-6、血管生成素-2水平的影响。现报道如下。

表1 两组一般资料比较

组别	n	性别(男/女)	平均年龄/岁	梗死类型/例		
				基底节梗死	脑叶梗死	其他
观察组	46	28/18	57.38 ± 5.42	28	14	4
对照组	46	27/19	56.87 ± 5.36	27	15	4

1.2 方法 对照组:采用常规治疗,包括给予皮下注射低分子肝素抗凝治疗、口服拜阿司匹林抗血小板凝聚、滴注甘露醇预防缺血性脑水肿等。观察组:在对照组基础上给予灯盏花素注射液(由哈尔滨三联药业有限公司生产)20 mg,混合于250 ml的5%葡萄糖注射液中,静滴,每日1次。两组疗程均为2周。

1.3 疗效标准 ①基本治愈:患者症状、体征消失,以及患者美国卫生研究院卒中量表(national institutes of health stroke scale,NIHSS)评分降低91%~100%;②显著进步:患者症状、体征基本消失,以及

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择宁波市中医院神经内科于2015年6月至2016年12月收治的92例急性脑梗死患者,均通过颅脑MRI、CT等证实,且符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[8]相关诊断标准,意识清晰,自愿加入本次研究,签署知情同意书。排除:①大面积脑梗死,并且患者生命体征不稳定者;②合并肝肾功能严重异常者;③哺乳期或者妊娠期妇女;④患者存在精神功能障碍者。其中男性55例、女性37例;平均年龄(57.13 ± 5.39)岁;基底节梗死55例、脑叶梗死29例、其他8例。根据治疗方法不同将纳入患者分为观察组和对照组,各46例。两组一般资料见表1,两组性别、年龄、梗死类型比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

患者NIHSS评分降低46%~90%;③进步:患者症状、体征改善,以及患者NIHSS评分降低18%~45%;④无效:患者症状、体征无变化,以及患者NIHSS评分降低<18%^[9]。

1.4 观察指标 ①观察两组治疗前、治疗1周以及治疗2周NIHSS评分变化及疗效;②观察两组患者治疗前、治疗1周以及治疗2周白介素-6、血管生成素-2水平变化。分别于治疗前、治疗1周以及治疗2周抽取3 ml静脉血,以离心半径15 cm,3 000 r/min,离心10 min,分离血清,于24 h内检测,采用酶联免疫吸附法测定白介素-6含量,采用间接法测定血管生成素-2含量。

1.5 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件进行数据分析。计量资料采用 t 检验;计数资料的比较采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗2周后、治疗疗效和总有效率比较结果见表2

表2 两组治疗疗效对比(例(%))

组别	n	基本治愈	显著进步	进步	无效	总有效率
观察组	46	9(19.57)	21(45.65)	13(28.26)	3(6.52)	43(93.48)*
对照组	46	4(8.70)	15(32.61)	16(34.78)	11(23.91)	35(76.09)

注:*,与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,观察组治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=5.39, P < 0.05$)。

2.2 两组治疗前后NIHSS评分比较见表3

表3 两组治疗前后NIHSS评分比较/分

组别	n	治疗前	治疗1周	治疗2周
观察组	46	25.48 ± 2.19	19.32 ± 1.67* [△]	13.45 ± 1.29* [△]
对照组	46	24.98 ± 2.35	21.03 ± 2.19*	17.32 ± 1.58* [#]

注:*,与本组治疗前比较, $P < 0.05$;#:与本组治疗1周比较, $P < 0.05$;[△]:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,两组治疗前NIHSS评分比较,差异无统计学意义($t=1.06, P > 0.05$);两组治疗1周和治疗2周NIHSS评分均较治疗前降低(t 分别=15.17、32.10;8.34、18.35, P 均 < 0.05),且治疗2周NIHSS评分较治疗1周降低,差异均有统计学意义(t 分别=18.87、9.32, P 均 < 0.05)。观察组治疗1周和治疗2周NIHSS评分低于同期对照组,差异均有统计学意义(t 分别=4.21、12.87, P 均 < 0.05)。

2.3 两组治疗前后白介素-6、血管生成素-2水平比较见表4

表4 两组治疗前后白介素-6、血管生成素-2水平比较

组别	白介素-6/pg/ml			血管生成素-2/ng/L		
	治疗前	治疗1周	治疗2周	治疗前	治疗1周	治疗2周
观察组	82.13 ± 5.76	58.97 ± 4.32* [△]	39.42 ± 3.45* [△]	39.42 ± 2.56	30.17 ± 1.89* [△]	21.38 ± 1.57* [△]
对照组	80.98 ± 5.43	70.39 ± 4.76*	51.38 ± 4.21* [#]	39.02 ± 2.47	33.48 ± 2.03*	27.59 ± 2.19* [#]

注:*,与本组治疗前比较, $P < 0.05$;#:与本组治疗1周比较, $P < 0.05$;[△]:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表4可见,两组治疗前白介素-6、血管生成素-2水平比较,差异无统计学意义(t 分别=0.99、0.76, P 均 > 0.05);两组治疗1周和治疗2周白介素-6、血管生成素-2水平较治疗前降低(t 分别=21.82、19.72、43.14、40.74;9.95、11.75、29.22、23.48, P 均 < 0.05),且治疗2周白介素-6、血管生成素-2水平较治疗1周降低,差异均有统计学意义(t 分别=23.98、24.26;20.29、13.38, P 均 < 0.05)。观察组治疗1周和治疗2周白介素-6、血管生成素-2水平低于同期对照组(t 分别=12.05、8.09;14.90、15.63, P 均 < 0.05)。

3 讨论

急性脑梗死主要是因脑动脉粥样硬化血栓形成以及微血管血栓形成引起,一旦形成梗死,其关键治疗主要在于再灌注时间窗和抢救那些功能已受损但尚存活的脑组织缺血半暗带,且尽可能改善脑缺血区的血液循环,以及恢复脑细胞的正常代谢,降低再灌注损伤,避免发生再灌注损伤^[10,11]。灯盏花素是一种中成药,是从灯盏花中分离出的一类黄酮类成分,

现代药理学研究表明,灯盏花素可增加脑血流量,降低血管阻力,以及增强血脑屏障通透性;灯盏花素对抗由二磷酸腺苷造成的高凝滞血症和血小板聚集,以及抑制血栓形成^[12];灯盏花素能够有效降低脑梗死患者纤维蛋白原、血小板聚集率、血细胞比容及血浆黏度,以及抑制缺血性脑血管脂蛋白代谢异常;灯盏花素能够有效地改善缺氧期脑细胞膜的稳定性。王珂^[13]学者研究报道显示,灯盏花素联合常规治疗NIHSS评分低于常规治疗,Barthel评分高于常规治疗。本次研究结果表明,观察组治疗总有效率明显高于对照组($P < 0.05$),且观察组治疗1周和治疗2周NIHSS评分低于同期对照组($P < 0.05$),说明灯盏花素可减轻神经功能缺损,提高治疗疗效。这与王珂^[13]研究结果基本一致。

近年来研究表明,白介素-6和血管生成素-2与急性脑梗死发生、发展密切相关。炎症因子在脑梗死的病情和预后评估中具有重要意义,相关炎症因子如白介素-6,白介素-6对可诱导超敏C反应蛋白,对

造血系统和神经系统等具有广泛生物学效应。马淑青等^[14]研究报道显示,急性脑梗死患者血清IL-6含量明显高于正常对照组。血管生成素-2是分泌型的一种细胞因子,在脑梗死急性期其水平明显增加,原因可能是由于急性脑梗死后人体处于应激状态,应激反应会导致外周血中血管生成素-2的水平上升。孙岩^[15]学者研究报道显示,急性脑梗死患者血管生成素-2水平高于健康体检者,急性脑梗死恢复期血管生成素-2水平低于急性期,且大面积梗死灶血管生成素-2水平高于中、小面积梗死灶。本次研究表明,两组治疗1周和治疗2周白介素-6、血管生成素-2水平较治疗前降低($P<0.05$),观察组治疗1周和治疗2周白介素-6、血管生成素-2水平低于同期对照组($P<0.05$),说明灯盏花素可降低白介素-6、血管生成素-2水平。

综上所述,急性脑梗死患者应用灯盏花素辅助治疗疗效明显,且可能降低患者白介素-6、血管生成素-2水平。但本研究还存在一些不足之处,观察例数相对较少,因此还需后续研究中,增加观察例数进行进一步深入研究,提供可靠的临床参考价值。

参考文献

- 1 Kumar K, Strbian D, Sundararajan S. Acute cerebral infarction presenting with weakness in both legs and one arm[J]. Stroke, 2015, 46(6):134-136.
- 2 陈伟丽. 颈动脉粥样斑块稳定性与急性脑梗死发病机制关系的临床研究[J]. 世界临床医学, 2016, 10(16):17.
- 3 王佳楠, 张雄伟, 王翠玉, 等. 急性双侧脑梗死的病因分型及发病机制分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2015, 17(8):826-829.
- 4 尚广芹, 王志宏, 姜积军. 颈动脉重度狭窄或闭塞导致脑

- 梗死发病机制的研究[J]. 中风与神经疾病, 2016, 33(2): 128-130.
- 5 裴宇恒, 李永杰, 李东芳, 等. 住院急性脑梗死患者颅内外动脉病变评价策略分析[J]. 中国药物与临床, 2016, 16(12):1826-1828.
- 6 陈萍. 中西医结合治疗急性脑梗死58例[J]. 河南中医, 2015, 35(7):1537-1538.
- 7 陈升王, 郑振经. 中西医结合治疗急性脑梗死疗效观察[J]. 山西中医, 2015, 31(9):29-30.
- 8 中华医学会神经科分会. 各类脑血管疾病诊断要点[S]. 中华神经杂志, 1996, 29(6):379-381.
- 9 郑菽萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:68-73.
- 10 杜真真, 张灿飞, 汤媛媛, 等. 大动脉粥样硬化性脑梗死不同发病机制的危险因素分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2016, 18(4):394-397.
- 11 陈艳超, 雷春艳, 刘鸣. 急性脑梗死后出血转化与病前抗栓治疗的相关性研究[J]. 中国脑血管病杂志, 2015, 21(4): 174-179.
- 12 赵湧频, 陈薇, 张艳, 等. 丁苯酞软胶囊联合灯盏花素治疗急性脑梗死的临床观察[J]. 医药前沿, 2016, 6(22):110-111.
- 13 王珂. 灯盏花素治疗急性脑梗死对超敏C反应蛋白的影响[J]. 中国处方药, 2016, 14(4):117-118.
- 14 马淑青, 高美华. 血浆脂蛋白磷脂酶A2、同型半胱氨酸、白介素-6与急性脑梗死患者的相关性研究[J]. 医学检验与临床, 2014, 25(6): .
- 15 孙岩. 急性脑梗死患者血管内皮生长因子、血管生长素-2浓度的动态变化及意义[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(1):23-24.

(收稿日期 2017-04-08)
(本文编辑 蔡华波)



欢迎投稿

欢迎征订