

〔文章编号〕 1007-0893(2023)03-0039-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.03.012

# 丹红通经方联合西药治疗脑梗死患者临床疗效

薛 铮 张瀛颖 卢 磊

(南阳市第一人民医院, 河南 南阳 473000)

〔摘要〕 目的: 探讨丹红通经方联合西药对脑梗死患者神经功能及预后的影响。方法: 选取南阳市第一人民医院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间接诊的脑梗死患者 110 例进行研究, 随机分为观察组 (55 例) 与对照组 (55 例), 对两组患者均实施西药治疗, 观察组患者加以丹红通经方联合治疗, 两组患者均进行 2 周的治疗, 比较治疗前后神经功能缺损评分、日常生活能力评分、血清 C 反应蛋白 (CRP) 水平、中医证候积分及不良反应发生情况。结果: 治疗后两组患者的美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分均有不同程度下降, 改良 Barthel 指数 (MBI) 评分均有不同程度提升, 且治疗后观察组患者 NIHSS 评分低于对照组, MBI 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者的各项中医证候积分均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者各项中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者血清 CRP 水平均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者 CRP 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者治疗总有效率为 89.09%, 高于对照组的 72.73%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 丹红通经方联合西药治疗脑梗死, 可显著提高临床有效率, 降低患者血清 CRP 水平, 改善患者临床症状及神经功能缺损情况, 提升其日常生活能力, 且不会加重其肝肾功能异常、呕吐、恶心等不良反应情况, 安全性较高。

〔关键词〕 脑梗死; 丹红通经方; 奥扎格雷钠氯化钠注射液; 阿司匹林肠溶片

〔中图分类号〕 R 743.3 〔文献标识码〕 B

脑梗死为神经内科研究热点, 其起病急, 发病率、致残率、病死率均较高<sup>[1]</sup>。该病患者常因脑部血液供应异常, 导致脑组织因缺血缺氧坏死, 从而出现各类功能障碍, 对日常生活造成严重影响。在脑梗死治疗中, 西医常采用抗凝、降压、溶栓等对症治疗, 临床疗效较快, 但复发率较高; 中医则通过辨证分型对患者进行调理, 在患者病情无进展性加重时优势明显, 二者结合则可取长补短, 进一步提高临床疗效<sup>[2-3]</sup>。中医认为脑梗死患者气机升降失调, 脑部脉络瘀阻, 治疗时以活血化瘀、理气通经为主<sup>[4]</sup>。丹红通经方为中医经典方剂, 有活血通络、散肿润燥之功效, 常被用于脑梗死患者的临床治疗中<sup>[5]</sup>。本研究分析了丹红通经方联合西药对脑梗死患者的影响, 结果如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取南阳市第一人民医院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间接诊的脑梗死患者 110 例进行研究, 随机分为观察组 (55 例) 与对照组 (55 例)。观察组男、女例数分别为 29 例和 26 例; 年龄 42 ~ 69 岁, 平均年龄 ( $56.53 \pm$

6.14) 岁。对照组男、女分别为 31 例和 24 例; 年龄 43 ~ 69 岁, 平均年龄 ( $56.32 \pm 6.24$ ) 岁。本研究获得南阳市第一人民医院医学伦理委员会审批 (20191216), 且两组患者一般资料呈同质性, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 满足统计分析需求。

### 1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 (1) 西医诊断标准: 参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》<sup>[6]</sup>, ①多为安静状态发病; ②多数患者不伴有头痛或呕吐; ③发病慢, 或阶段性发病; ④发病后 2 d 内意识轻度障碍; ⑤计算机断层扫描 (computed tomography, CT) 或磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 检查可发现颈内或椎基底动脉存在粥样硬化。(2) 中医诊断标准: 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>, 脑梗死为中医中风病中经络型, 且为气滞血瘀证。①主症: 偏瘫, 口舌歪斜, 言语障碍, 意识模糊; ②次症: 晕眩, 头痛, 饮水发呛, 共济失调, 瞳神目偏, 舌紫暗, 脉沉涩、情志不舒、胸闷疼痛; ③起病急, 常伴发病诱因; ④患者多在 40 岁以上。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合中西医诊断标准; (2) 经 CT 及 MRI 确诊为脑梗死; (3) 入院时间均在

〔收稿日期〕 2022 - 11 - 23

〔作者简介〕 薛铮, 男, 住院医师, 主要研究方向是中医内科。

发病后 12 h 内；（4）均为首次发病入院；（5）对本研究知情同意。

### 1.2.3 排除标准

（1）精神病及传染病患者；（2）合并其他重要器官功能严重障碍患者；（3）合并免疫系统异常患者；（4）治疗依从性较差患者；（5）对本研究所用药物过敏患者。

### 1.3 方法

两组患者均予以血压及血糖控制、吸氧、电解质纠正等基础对症治疗，每日静脉注射奥扎格雷钠氯化钠注射液（信合援生制药股份有限公司，国药准字 H20040186），每次 100 mL，每日 2 次；口服阿司匹林肠溶片（甘肃祁连山药业股份有限公司，国药准字 H62021159），每次 100 mg，每日 2 次。观察组患者在此基础上给予丹红通经方联合治疗。组方：丹参 15 g，地龙 10 g，鸡血藤 30 g，川芎 15 g，红花 12 g，秦艽 15 g，茯苓 30 g，泽兰 15 g，桂枝 15 g，桑枝 30 g，甘草 6 g。临症加减：针对失眠患者加酸枣仁 10 g；便秘患者加火麻仁 10 g；燥热患者加金银花 10 g；眩晕耳鸣患者加天冬 10 g；肢体麻木患者加伸筋草 12 g。每日 1 剂，每剂水煎 2 次，水煎至 300 mL，于早晚饭前服用。两组患者均进行 14 d 的治疗。

### 1.4 观察指标

（1）治疗前后分别采用美国国立卫生研究院卒中量表（National Institute of Health stroke scale, NIHSS）及改良 Barthel 指数（modified Barthel index, MBI）对两组患者神经功能缺损情况及日常生活能力进行评分。NIHSS 量表总分为 42 分，分值高低与神经功能缺损情况呈正相关，MBI 量表总分为 100 分，分值越高代表生活能力越好。（2）参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>对两组患者进行中医证候评分，包含半身不遂、口舌歪斜、言语障碍、头晕等症状，采用 0~10 分评分法，评分越高者症状越严重。（3）比较两组患者治疗前后血清 C 反应蛋白（C-reaction protein, CRP），于治疗前与治疗晨起空腹状态下抽取静脉血，分离血清后检测 CRP 水平。（4）记录并比较两组患者肝肾功能、呕吐、恶心、血细胞异常等不良反应发生率。（5）疗效评定标准：疗效根据其临床症状及中医证候评分改善情况进行评估，临床症状基本消失，中医证候积分减少 95% 及以上为痊愈；临床症状改善明显，中医证候积分减少 70%~94% 为显效，临床症状有所改善，中医证候积分减少 30%~69% 为有效；其余为无效。总有效率 =（痊愈 + 显效 + 有效） / 总例数 × 100%。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，

$P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后 NIHSS、MBI 评分比较

治疗后两组患者的 NIHSS 评分均有不同程度下降，MBI 评分均有不同程度提升，且治疗后观察组患者 NIHSS 评分低于对照组，MBI 评分高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 NIHSS、MBI 评分比较  
( $n = 55, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	时间	NIHSS	MBI
对照组	治疗前	24.97 ± 5.31	61.48 ± 7.26
	治疗后	16.42 ± 3.84 <sup>a</sup>	73.56 ± 7.73 <sup>a</sup>
观察组	治疗前	24.63 ± 5.26	61.73 ± 7.59
	治疗后	11.07 ± 2.73 <sup>ab</sup>	86.34 ± 8.19 <sup>ab</sup>

注：NIHSS—美国国立卫生研究院卒中量表；MBI—改良 Barthel 指数。

与同组治疗前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗后两组患者的各项中医证候积分均有不同程度下降，且治疗后观察组患者各项中医证候积分均低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 ( $n = 55, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	时间	半身不遂	口舌歪斜	言语障碍	头晕
对照组	治疗前	6.95 ± 2.24	7.82 ± 2.19	7.48 ± 2.36	7.21 ± 2.43
	治疗后	4.87 ± 1.83 <sup>c</sup>	5.72 ± 1.85 <sup>c</sup>	5.97 ± 1.89 <sup>c</sup>	5.41 ± 1.75 <sup>c</sup>
观察组	治疗前	7.54 ± 2.19	8.07 ± 2.31	7.73 ± 2.59	7.26 ± 2.31
	治疗后	3.32 ± 1.56 <sup>cd</sup>	4.25 ± 1.76 <sup>cd</sup>	4.48 ± 1.23 <sup>cd</sup>	4.36 ± 1.06 <sup>cd</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者治疗前后血清 CRP 水平比较

治疗后两组患者 CRP 水平均有不同程度下降，且治疗后观察组患者 CRP 水平低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血清 CRP 水平比较  
( $n = 55, \bar{x} \pm s, \text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$ )

组别	治疗前	治疗后
对照组	29.57 ± 4.51	15.41 ± 3.18 <sup>e</sup>
观察组	28.16 ± 4.26	7.35 ± 2.34 <sup>ef</sup>

注：CRP—C 反应蛋白。

与同组治疗前比较，<sup>e</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>f</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 89.09%，高于对照组的 72.73%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 4。

表 4 两组患者治疗总有效率比较 (n = 55, n (%))

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	8(14.55)	18(32.73)	14(25.45)	15(27.27)	40(72.73)
观察组	12(21.82)	21(41.82)	16(29.09)	6(10.91)	49(89.09) <sup>§</sup>

注：与对照组比较，<sup>§</sup>P < 0.05。

### 2.5 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应总发生率比较，差异无统计学意义 (P > 0.05)，见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生率比较 (n = 55, n (%))

组别	肝肾功能异常	呕吐	恶心	血细胞异常	总发生
对照组	0(0.00)	1(1.82)	2(3.64)	1(1.82)	4(7.27)
观察组	1(1.82)	1(1.82)	0(0.00)	1(1.82)	3(5.45)

## 3 讨论

脑梗死为神经系统常见疾病，患者常伴运动、肢体等神经功能障碍。现代医学常通过改善脑部血液循环及进行神经保护来治疗该病，临床症状改善较快，短期疗效佳<sup>[8-9]</sup>。中医将脑梗死归为“中风”范畴，认为其发病机制为气机升降失调，使脑部脉络瘀阻，故治疗时以通畅血脉、理气化痰为主。

丹红通经方由 11 味中药组成，其中丹参与红花为君药，能通经、活血、散瘀、促进血管再生，且二者联合使用可对患者脑组织炎症反应产生阻碍作用；桂枝、桑枝及鸡血藤，有通经、祛湿之功效，为该方剂臣药，可促使机体神经功能快速修复；地龙可通络止痉、化痰熄风，佐助臣药；泽兰、茯苓、秦艽、川芎共为使药，能活血、化痰、消肿；甘草则发挥其调和作用，使上述药物共同发挥最佳疗效。诸药合用，可祛除瘀血、通畅经络、理气通经。丹红通经方与西药联合治疗，对脑梗死患者的神经功能具有促进恢复的作用，且可明显改善患者生活能力。本研究结果显示，治疗后，两组患者 NIHSS、MBI 评分及中医证候积分均显著改善，且观察组患者 NIHSS 评分及中医证候积分明显低于对照组，MBI 评分高于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)。但两组患者不良反应比较，差异无统计学意义 (P > 0.05)。说明丹红通经方与西药联合治疗，可提高临床治疗效果，减轻患者临床症状，并改善神经功能缺损情况，促进患者生活能力的恢复，且不会加重其肝肾功能异常、呕吐、恶心等不良反应情况，安全性较高。其原因在于丹红通经方中药物不仅能散瘀行气，其中丹参还能改善心脑血管功能、增加血流量、促进受损组织修复；红花则可增加冠状动脉流量、改善微循环障碍；川芎在解聚血栓方面有显著作用，可防止血液黏滞度升高；甘草可调节免疫功能、改善神经细胞活跃度及脑部代谢情况，将该方

剂与西药联合使用，可改善脑部血液供应情况，使受损细胞尽快修复，提高临床疗效。此外，血清 CRP 作为人体非特异性炎症反应敏感度较高的指标之一，其水平与脑梗死患者病情进展有关，当其在局部发生致炎作用时，可加剧机体内的炎症反应，加重患者病情进展。为此，临床上常将血清 CRP 水平作为评判患者疾病状态的指标。本研究结果显示经过治疗后两组患者血清 CRP 水平均有所下降，且观察组患者下降趋势更明显，差异具有统计学意义 (P < 0.05)。表明丹红通经方联合西医治疗可改善患者 CRP 水平，原因可能与丹红通经方中的药物成分有关，药方中的丹参其主要成分为丹参酚酸和丹参酮，可改善脑梗死患者微循环，减轻炎症反应；红花具有通络化痰效果，其主要成分为红花黄色素、红花多糖和红花甙，对血管具有扩张作用，同时可降低血浆黏度及抑制纤维蛋白的水平，降低炎症反应。

综上所述，丹红通经方与西药联合治疗，可提高临床治疗脑梗死的有效率，改善临床症状和神经功能缺损情况，促进患者生活能够恢复，且不会加重其肝肾功能异常、呕吐、恶心等不良反应情况，安全性较高。

### 〔参考文献〕

- 郝绍江. 丹红联合小牛血清去蛋白治疗急性脑梗死的疗效及对患者日常生活能力的影响 (J). 山西医药杂志, 2019, 48(11): 1311-1313.
- 郭建强, 郑婷婷, 汤兴华, 等. 化痰通络汤加味联合单唾液酸神经节苷脂注射液治疗痰热腑实证急性脑梗死疗效及对机体炎症因子水平影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2017, 26(35): 3954-3956.
- 张守菊, 李德成. 祛瘀化痰通络汤联合阿替普酶对急性脑梗死患者血液流变学及血清 NSE、S-100β、MBP 水平的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2020, 29(1): 95-98.
- 张东伟, 孙如, 张莎莎. 中西医结合治疗对脑梗死病人血液流变学、超氧化物歧化酶活性和神经功能的影响 (J). 中华中医药学刊, 2017, 35(2): 507-509.
- 陈茂锡, 颜建辉. 丹红通经方加减对急性脑梗死患者炎症标志物水平及神经功能的影响 (J). 亚太传统医药, 2018, 14(3): 173-174.
- 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.
- 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- 高长玉, 吴成翰, 赵建国, 等. 中国脑梗死中西医结合诊治指南 (2017) (J). 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 136-144.
- 高新, 王宁, 刘继男, 等. 丹红注射液联合依达拉奉治疗老年急性脑梗死的疗效及对血液流变学的影响 (J). 中国老年学杂志, 2021, 41(20): 4357-4360.