实用中西医结合临床 2012 年 5 月第 12 卷第 3 期

果糖二磷酸钠联合醒脑静治疗 49 例急性脑梗死临床疗效观察

张雄

（湖北中医药大学附属医院湖北省中医院　武汉 430061）

摘要：目的：观察果糖二磷酸钠联合醒脑静注射液治疗急性脑梗死的临床效果和安全性。方法：选择急性脑梗死病程在 24 h 内的 98 例患者，随机分为观察组（果糖二磷酸钠 + 醒脑静）和对照组（醒脑静）各 49 例，在常规应用抗血小板聚集、抗凝、活血化瘀、营养神经和对症治疗方法的基础上，再进行相应治疗。治疗 7 d、14 d 后进行临床疗效和神经功能缺损评分。结果：7 d 和 14 d 后观察组和对照组的神经功能缺损评分较治疗前均明显降低，且观察组明显低于对照组，显效率明显高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。结论：果糖二磷酸钠治疗急性脑梗死有一定的疗效，果糖二磷酸钠联合醒脑静治疗急性脑梗死较单用醒脑静疗效更明显，显效率高，能有效降低患者的神经功能缺损评分，值得临床推广使用。

关键词：果糖二磷酸钠；醒脑静；急性脑梗死；疗效

中图分类号：R 743.33　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.009

随着人口老龄化的进展，急性脑梗死逐渐成为临床工作中的常见病、多发病，临床表现主要为肢体偏瘫、失语、吞咽障碍等突发的神经功能缺损症状。如治疗不当，常遗留有语言不利、肢体功能障碍等后遗症。我科自 2010 年 1 月 ~2012 年 1 月间采用果糖二磷酸钠联合醒脑静治疗急性脑梗死 49 例，取得了满意的疗效。现总结报告如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　98 例急性脑梗死患者中，男 52 例，女 46 例。随机分为两组，观察组男 27 例，女 22 例，年龄 53~78 岁，平均（64± 8）岁；对照组男 25 例，女 24 例，年龄 54~76 岁，平均（66± 7）岁。患者主要表现为头晕头痛 34 例、不同程度的意识障碍 38 例、恶心呕吐 31 例、肢体活动障碍 47 例、语言障碍（包括失语和构音障碍）28 例、发热 43 例，其中合并糖尿病 18 例，冠心病 25 例，高血压 37 例，高血脂 45 例。两组患者的性别、年龄、病史及临床表现等方面比较，差异无统计学意义（P>0.05）。

1.2　纳入标准　（1）均符合全国第四届脑血管病学术会议通过的脑梗死诊断标准[1]；（2）均经头颅 CT 和（或）MRI 证实；（3）住院至发病时间均小于 24 h。

1.3　排除标准　（1）出血、昏迷患者；（2）有明显的器官功能衰竭的患者（如肺、肝、肾或心等）；(3)肿瘤等严重原发性疾病，精神病患者；(4)有代谢免疫性疾病或接受免疫抑制剂治疗的患者。

1.4　治疗方法　两组均给予常规基础治疗，如抗血小板聚集、活血化瘀、营养神经、抗凝、扩血管等，高血压、高血糖患者，给予降压降糖治疗。观察组给予果糖二磷酸钠 10 g（国药准字 H20020522）静脉点滴，每日 1 次，连用 14 d；醒脑静 30 mL（国药准字 Z10920062）加入 0.9%氯化钠溶液 250 mL 中，静脉点滴，1 次 /d，连用 14 d。对照组给予醒脑静 30 mL 加入 0.9%氯化钠溶液 250 mL 中，静脉点滴，1 次 /d，连用 14 d。

1.5　疗效标准　临床疗效判断标准：根据 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制定的临床神经功能缺损程度评分标准[2]。基本痊愈：神经功能缺损程度评分减少 91%以上，神志清楚，言语流利，患肢肌力恢复到 4~5 级；显著进步：神经功能缺损程度评分减少 46%~90%，主要体征显著恢复，患肢肌力提高 2 级以上；进步：神经功能缺损程度评分减少 18%~45%；无效：神经功能缺损程度评分减少 <17%；恶化：神经功能缺损程度评分增加 18%以上；死亡。其中基本痊愈 + 显著进步为总显效；基本痊愈例数 + 显著进步例数 / 总例数为显效率。

1.6　安全性观察　两组治疗前后检测血、尿、大便常规及肝肾功能；如用药期间发生不良反应，应详细记录并作仔细分析。

1.7　统计学方法　采用 SPSS13.0 统计学软件进行数据处理，其中计量资料以均数± 标准差（$\overline{X}$± S）表示，神经功能缺损评分比较采用 t 检验；临床疗效（显效率和总有效率）比较用 χ^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　两组疗效比较　两组治疗 14 d 后，观察组的显效率明显高于对照组，差异有统计学意义（P< 0.05）。结果见表 1。

表 1　观察组与对照组疗效比较　例(%)

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无效	恶化	死亡	显效率(%)
观察组	49	11(22.4)	20(40.8)	9(18.4)	8(16.3)	1(2.0)	0（0）	63.3*
对照组	49	6(12.2)	12(24.5)	19(38.8)	10(20.4)	2(4.1)	0(0)	36.7

注：与对照组比较，*P<0.05。

2.2　两组神经功能缺损评分比较　治疗 7 d 后，两组的神经功能缺损评分较治疗前均明显降低，且观察组明显低于对照组，较对照组改善明显（P< 0.05）。治疗 14 d 后，观察组的神经功能缺损评分改

逐淤解郁汤联合西酞普兰治疗卒中后抑郁 30 例临床观察

杨秋霞　任金生

（河南省商丘市第二人民医院　商丘 476000）

摘要：目的：比较逐淤解郁汤联合西酞普兰与单纯应用西酞普兰治疗卒中后抑郁的临床疗效。方法：将 60 例卒中后抑郁患者随机分两组，分别应用逐淤解郁汤联合西酞普兰治疗与单纯给予西酞普兰治疗，疗程 6 周，用汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评定临床疗效，用神经功能缺损评分量表（SNFD）评定神经功能康复疗效。结果：治疗第 6 周末，两组总有效率、HAMD 评分及 SNFD 评分均有显著性差异（$P<0.05$）。结论：逐淤解郁汤联合西酞普兰治疗卒中后抑郁临床疗效优于单纯应用西酞普兰，有利于神经功能的康复，促进卒中后抑郁的全面康复。

关键词：卒中后抑郁；中西医结合疗法；西酞普兰；逐淤解郁汤

中图分类号：R 749.12　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.010

卒中后抑郁（PSD）指脑卒中后出现不同程度的抑郁症状且症状持续 2 周以上[1]。脑卒中后抑郁的诊断标准同普通抑郁症。卒中后抑郁是卒中最常见的并发症之一，尤其是首发卒中患者[2]，占脑卒中患者的 20%~50%，症状一般在脑卒中后 6 个月 ~2 年内最严重，一定程度上影响了脑卒中患者的神经功能、认知等方面的恢复[3]。我们采用逐淤解郁汤联合西酞普兰治疗 PSD，取得良好疗效。现将结果报告如下：

1　临床资料

1.1　对象　选择 2010 年 9 月 ~2011 年 6 月在我院住院并诊断为卒中后抑郁的 60 例患者。纳入标准：

善更为显著（$P<0.01$）。结果见表 2。

表 2　观察组与对照组神经功能缺损评分比较　（$\bar{X}\pm S$）　分

组别	n	治疗前	治疗后 7 d	治疗后 14 d
观察组	49	21.5± 9.3	14.3± 6.2*△	7.5± 9.5#△
对照组	49	22.4± 7.2	17.4± 9.4*	14.5± 9.3*

注：与治疗前比较，*$P<0.05$，#$P<0.01$；与对照组比较，△$P<0.05$。

2.3　不良反应　治疗组用药后有 5 例出现注射部位疼痛，经对症处理或减慢输液速度后缓解，对照组中未见不良反应。两组治疗前后血、尿、大便常规及肝肾功能均无显著差别。

3　讨论

急性脑梗死是临床老年科的常见病、多发病，占脑血管病的 70%~80%。现代研究表明脑梗死治疗的关键是尽早挽救缺血半暗带神经细胞，即梗死灶周边的可逆性受损区域的脑组织功能，减少缺血再灌注损伤[3]。如能及时给予脑保护剂等综合治疗，该区域的神经细胞可能被挽救，否则就转为不可逆损伤，使梗死灶扩大。

葡萄糖是人脑唯一的能量来源，但脑组织储存糖原很少，在正常情况下 85%~95%脑组织能量由葡萄糖有氧氧化而来。急性脑梗死时，脑组织无氧酵解增加，组织中乳酸堆积，能量产生急剧减少，ATP 降解，大量氧自由基产生，引起缺血再灌注损伤，而致细胞水肿、死亡；同时，Ca^{2+} 通道开启异常，Ca^{2+} 内流，破坏脑细胞膜的通透性及完整性，使损害进一步恶化。果糖二磷酸钠是能量代谢三羧酸循环的中间产物之一，它通过激活丙酮酸激酶、磷酸果糖激酶及乳酸脱氢酶来调节几个酶促反应，促进无氧糖酵解而增加磷酸激酶及 ATP 含量[4]。有利于急性脑梗死时缺血缺氧、水肿损伤状态下的细胞能量代谢及对葡萄糖的利用。同时，果糖二磷酸钠还可提供离子泵能量，阻止 Ca^{2+} 内流，抑制氧自由基生成，减少生物膜及细胞结构的破坏，延长红细胞寿命，稳定细胞膜，减轻缺血缺氧对脑组织造成的损害。醒脑静有拮抗阿片受体样作用，能清除氧自由基，减轻脑水肿，减轻炎性反应，改善脑循环从而全面保护脑细胞[5]。

本研究结果显示，果糖二磷酸钠治疗急性脑梗死有一定的疗效，果糖二磷酸钠联合醒脑静使用，对急性脑梗死的缺血半暗带区域神经细胞的保护有协同和相加作用，疗效更加明显。两组治疗 2 周后，观察组的显效率明显高于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗 7 d 后，两组的神经功能缺损评分较治疗前均明显降低，且观察明显低于对照组，较对照组改善明显（$P<0.05$）。治疗 14 d 后，观察组的神经功能缺损评分改善更为显著（$P<0.01$）。治疗后血、尿、大便常规及肝肾功能等均无显著差别，仅有少数患者出现注射部位疼痛，但基本都能耐受。说明果糖二磷酸钠在该剂量疗程上是比较安全的，值得临床推广使用。

参考文献

[1]中华神经科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380

[2] 中华神经科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准（1995）[J].中华神经科杂志,1996,29(6):62-64

[3]鲁明,李伟,袁振芝.果糖二磷酸钠治疗脑梗死 20 例[J].中国实用神经病学杂志,2008,11(5):87

[4]丁素菊.1、6- 二磷酸果糖对缺血性脑组织的保护作用[J].国外医学•神经病学神经外科学分册,1994,21(2):57-59

[5]张健莉.依达拉奉联合醒脑静治疗急性脑梗死的临床疗效观察[J].药物与临床,2011,49(1):27-28

（收稿日期：2012-03-20）