较高的致残率和致死率。临床上认为早期改善或恢复脑缺血组织的血流灌注是治疗的关键，因为大部分此类疾病患者均是由脑动脉栓塞或血栓引起，虽然不能直接恢复核心区域的脑血流供应，但是若能重建血流，使患者脑组织正常代谢，则能明显改善患者的临床症状，减轻患者脑部神经损伤[3]。

中医认为，急性缺血性脑卒中属于“中风”范畴，病在脑部，与肝肾脏腑功能不全、气虚邪中有关，治疗应以调节阴阳为主，调整脏腑阴阳、气血通畅，可促进神经功能的恢复。半夏白术天麻汤是熄风化痰、健脾祛湿的良药，方中半夏、天麻具有燥湿化痰、止眩止痉、消痞散结的功效；茯苓、白术可健脾益气、燥湿利水；黄芪可补益脾胃、敛汗固脱、利水消肿；橘红可燥湿化痰、理气宽中；石菖蒲可化痰开窍、祛风利痹、化湿行气；泽泻可利水、渗湿、泄热；丹参可活血化瘀；诸药合用可使全身气血通窍，起到活血通络、熄风化痰、健脾祛湿的功效。

依达拉奉是一种脑部保护剂，通过对脂质过氧化的抑制作用，可有效清除机体内的自由基，减少血管内皮细胞、脑细胞和神经细胞等的氧化损伤程度，缩小脑梗死的范围，抑制迟发型脑神经元的死亡，因此，对缺血性脑卒中具有良好治疗效果，能够大大改善患者的神经功能。同时，可减少脑水肿及脑损伤，提高脑组织对缺氧缺血的耐受程度，从而提升脑部神经功能。但此类药物服用时有一定的毒副作用，可能发生恶心、呕吐、肝异常等情况，严重时可能会出现急性肾衰竭，甚至威胁生命。因此，在服用此类药物时，需要密切监控患者的生命体征，防止发生意外。

本研究结果显示，采用半夏白术天麻汤加减联合依达拉奉治疗急性缺血性脑卒中患者，观察组治疗后的总有效率明显高于仅使用依达拉奉的对照组患者，且观察组患者的 NHISS 评分明显优于对照组，说明采用半夏白术天麻汤加减联合依达拉奉治疗急性缺血性脑卒中可以更好地改善患者神经功能障碍，促进患者神经功能恢复。且半夏白术天麻汤是中药制剂，无毒副作用，药物安全性高，可在一定程度上减轻依达拉奉的毒副反应。综上所述，采用半夏白术天麻汤加减联合依达拉奉治疗急性缺血性脑卒中，疗效显著，可明显降低患者的 NHISS 评分，有效促进患者神经功能恢复。

参考文献

[1]赵秀静,李文茹.半夏白术天麻汤合桃红四物加减联合西药治疗缺血性中风的效果[J].中国医药导报,2016,13(33):157-160
[2]肖桂荣,王赵伟,朱仁洋,等.丁苯酞注射液联合依达拉奉治疗急性脑梗死的疗效观察[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2016,23(1):51-54
[3]王伟英,桑文文,焉双梅,等.急性缺血性脑卒中患者 1 年复发危险因素 Cox 回归分析[J].中华老年心脑血管病杂志,2016,18(1):46-50

（收稿日期：2017-11-03）

黄芪桂枝五物汤联合尼莫地平治疗脑梗死的疗效观察

张洪阳　韩新生#　徐建可　张蕴　张艳　韩苗　荆宏建
（河南省开封市中心医院神经内科　开封 475000）

摘要：目的：观察黄芪桂枝五物汤联合尼莫地平治疗脑梗死的临床疗效。方法：选取我院神经内科 2014 年 3 月 ~2016 年 3 月诊治的脑梗死患者 84 例，随机分为研究组和对照组各 42 例。对照组给予常规西药治疗，研究组在对照组基础上加用黄芪桂枝五物汤治疗，比较两组治疗效果、治疗前后神经功能缺损评分及血流动力学变化。结果：研究组治疗总有效率高于对照组（$P<0.05$）；治疗前，两组神经功能与血流动力学比较无明显差异（$P>0.05$）；治疗后，两组均有所改善，且观察组改善程度显著优于对照组（$P<0.05$）。结论：黄芪桂枝五物汤联合尼莫地平治疗脑梗死有较好疗效，可有效改善患者神经功能及脑循环，且安全性较高，有利于疾病的转归和预后，值得临床推广应用。

关键词：脑梗死；黄芪桂枝五物汤；尼莫地平；神经功能；血流动力学
中图分类号：R743.33　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.026

脑梗死是由多种因素导致脑部血液供应障碍，造成脑组织缺血缺氧性病变坏死，从而影响神经功能[1~2]。临床上以争取超早期治疗为主要原则，尽可能在发病 4~5 h 内给予静脉溶栓，但 50%~70%的患者易留下后遗症，加重社会及家庭的经济负担。相关研究报道[3]，黄芪桂枝五物汤联合常规西药治疗脑梗死疗效显著，药物来源广、性价比高，且不良反应少。本研究旨在探讨黄芪桂枝五物汤联合尼莫地平治疗脑梗死的疗效。现报道如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取我院神经内科 2014 年 3 月 ~2016 年 3 月诊治的脑梗死患者 84 例，随机分为研

通讯作者：韩新生，E-mail：mengchi10@163.com

究组和对照组各 42 例。对照组男 22 例，女 20 例；年龄 47~82 岁，平均年龄（62.34± 3.01）岁。研究组男 23 例，女 19 例；年龄 46~81 岁，平均年龄（62.41± 3.21）岁。两组患者一般资料比较无显著性差异，P＞0.05，具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准：（1）所有患者均经头颅 CT、MRI 等相关检查，符合脑梗死临床诊断标准；（2）均为急性起病，且首次并发者；（3）患者及其家属均知晓本研究，并签署知情同意书。排除标准：（1）合并严重心、肺等脏器损伤者；（2）肝、肾功能不全者；（3）合并精神障碍者；（4）神经功能缺损评分＞40 分者；（5）有癫痫、消化道出血及出血倾向者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 两组患者均进行控制血压及血糖、纠正水电解质紊乱、营养脑神经等常规治疗。对照组给予尼莫地平注射液（国药准字 H20055035）8 mg，加入 0.9%氯化钠注射液 500 ml 进行稀释后静脉滴注，1 次 /d。治疗 7 d 后改为口服尼莫地平分散片（国药准字 H20000235），20 mg/ 次，3 次 / d，同时给予银杏达莫注射液（国药准字 H42022869）20 ml，加入 5%葡萄糖注射液 250 ml 中予以静脉滴注，1 次 /d。

1.3.2 研究组 在对照组基础上加用黄芪桂枝五物汤进行治疗，方剂组成：党参 30 g，黄芪 60 g，水蛭、石菖蒲、桂枝各 9 g，川芎、白术各 15 g。加水煎煮，取汁 400 ml，分两次服用，1 剂 /d。两组患者均连续用药 21 d。

1.4 观察指标及疗效判定 （1）观察两组治疗前后神经功能缺损评分，采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）进行评估，分数为 0~42 分，分数越高表示神经功能受损越严重。（2）观察两组临床治疗效果，判断标准：临床症状基本消失，NIHSS 评分减少 90%以上为痊愈；临床症状显著改善，NIHSS 评分减少 46%~90%为显效；临床症状有所缓解，NIHSS 评分减少 18%~45%为有效；临床症状无显著改善甚至加重，NIHSS 评分减少＜18%为无效。总有效率 =（痊愈 + 显效 + 有效）/ 总例数× 100%。（3）观察两组治疗前后脑血流动力状况，包括平均血流速（Vm）、脉动指数（PI）、阻力指数（RI），采用智能经颅多普勒超声分析仪进行检测。

1.5 统计学分析 本研究所得数据使用 SPSS19.0 软件予以处理，计量资料用（$\bar{x}$ ± s）表示，计数资料用%表示，分别进行 t 检验和 χ^2 检验，P＜0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 NIHSS 评分比较 治疗前，两组神经功能缺损评分比较无显著差异，P＞0.05；治疗后，两组 NIHSS 评分均有所改善，且研究组改善程度显著优于对照组，P＜0.05。见表 1。

表 1 两组治疗前后 NIHSS 评分比较（分，$\bar{x}$ ± s）

组别	n	治疗前	治疗后
研究组	42	23.5± 3.34	11.1± 2.36
对照组	42	23.6± 3.21	15.2± 3.04
t		0.138	6.841
P		＞0.05	＜0.05

2.2 两组治疗效果比较 研究组治疗总有效率为 95.24%，明显高于对照组的 80.95%，P＜0.05。见表 2。

表 2 两组治疗效果比较[例（%）]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
研究组	42	30（71.43）	6（14.29）	4（9.52）	2（4.76）	40（95.24）
对照组	42	21（50.00）	5（11.90）	8（19.05）	8（19.05）	34（80.95）
χ^2						4.086
P						＜0.05

2.3 两组治疗前后血流动力学比较 治疗前，两组各项血流动力学指标比较无显著性差异，P＞0.05；治疗后，研究组血流动力学指标改善程度明显优于对照组，P＜0.05。见表 3。

表 3 两组治疗前后血流动力学比较（$\bar{x}$ ± s）

组别	n	Vm（cm/s）		PI		RI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	42	23.1± 3.25	32.4± 4.34	1.23± 0.35	0.82± 0.21	0.89± 0.21	0.61± 0.11
对照组	42	23.4± 3.37	26.3± 3.52	1.24± 0.32	1.20± 0.28	0.87± 0.23	0.76± 0.14
t		0.415	7.074	0.136	7.036	0.416	5.460
P		＞0.05	＜0.05	＞0.05	＜0.05	＞0.05	＜0.05

3 讨论

脑梗死的致死率及致残率均较高，主要由于脑动脉硬化及血液流变学改变，血液凝集于脑动脉管腔中，造成管腔闭塞、狭窄，引起侧支循环不畅，导致脑组织缺血缺氧、变形坏死[4]。随着医学技术的不断发展，临床上对用药安全性及可靠性的要求越来越严格。近年来，中西医药技术的逐渐成熟，为脑梗死康复治疗提供夯实的药理学依据，临床上多采用银杏达莫注射液、双嘧达莫、阿司匹林、尼莫地平等药物进行治疗[5]。其中银杏达莫注射液为银杏叶制剂，

可显著抑制蛋白酶 C 及清除自由基的作用，进一步降低细胞凋亡速度。尼莫地平属二氢吡啶类衍生物，能有效透过血脑屏障，松弛平滑肌，增加血流。此外，西药虽疗效显著，但易发生毒副作用，且无法从根本上改善神经功能缺损状况，具有一定的局限性。

中医学认为[6]，脑梗死属“中风”范畴，主张以益气、活血、补气、通脉为治疗原则。《金匮要略》中记载：“血痹阴阳俱微，寸口关上微，尺中小紧，外证身体不仁，如风痹状，黄芪桂枝五物汤主之”。其中党参、黄芪温阳益气，阳升气旺，可有效消除瘀血；白术健脾补气；桂枝畅通经脉，增强药效；川芎活血化瘀；石菖蒲镇静平喘、化痰止咳；水蛭活血化瘀、通络祛风。诸药合用，具有益气活血、补气通脉的功效，可有效改善患者神经缺损及血流动力学状况[7]。

本研究结果显示，研究组治疗总有效率高于对照组（$P<0.05$）；治疗前两组神经功能与血流动力学比较无明显差异（$P>0.05$），治疗后两组均有所改善，且观察组改善程度显著优于对照组（$P<0.05$）。说明黄芪桂枝五物汤联合尼莫地平治疗脑梗死疗效颇佳，可有效改善患者神经功能及脑循环，且安全性较高，有利于疾病的转归和预后，值得临床推广应用。

参考文献

[1]呼日勒,牛广明,韩晓东.脑梗死的研究进展[J].内蒙古医科大学学报,2004,26(2):145-148
[2]姜淼,张凤杰,佐炳会.黄芪桂枝五物汤辅助治疗对脑梗死恢复期患者的影响[J].世界中医药,2017,12(7):1555-1558
[3]王水华,余小骊,欧阳小春.黄芪桂枝五物汤加减配合常规西药治疗脑梗死的临床效果分析[J].中药药理与临床,2015,31(2):236-237
[4]曹兵,丁奇,刘熙鹏,等.大株红景天注射液治疗大面积脑梗死的临床研究[J].世界中医药,2017,12(1):79-82
[5]金凤.尼莫地平治疗急性脑梗死的临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(8):103-104
[6]郭会军,高尚社,杨建宇,等.中医治疗脑梗死简述[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(23):112-117
[7]范青红,刁建新.黄芪桂枝五物汤加减治疗脑梗死临床观察[J].中国中医急症,2012,21(5):834-835

（收稿日期：2017-10-23）

丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍患者的疗效

刘素梅　王建伟
（河南省濮阳市人民医院　濮阳 457000）

摘要：目的：探讨急性脑梗死合并认知功能障碍患者采用丁苯酞序贯治疗的疗效及其对炎性因子的影响。方法：选取 2014 年 1 月 ~2017 年 1 月我院收治的急性脑梗死合并认知功能障碍患者 90 例，随机分为观察组和对照组各 45 例。对照组给予单纯的丁苯酞治疗，观察组给予丁苯酞序贯治疗，比较两组患者治疗效果及炎性因子改善情况。结果：治疗后，观察组患者总有效率明显高于对照组（$P<0.05$）；观察组患者神经功能缺损、认知功能缺损、日常生活能力评分与炎性因子指标改善情况均明显优于对照组（$P<0.05$）。结论：应用丁苯酞序贯治疗急性脑梗死合并认知功能障碍，可改善患者神经功能缺损，促进患者认知功能、生活能力的提高，还能改善患者炎性水平，促进患者恢复，提高预后，疗效显著，值得推广。

关键词：急性脑梗死；认知功能障碍；丁苯酞；序贯治疗

中图分类号：R749.13　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.027

脑梗死又称缺血性脑卒中，是指由各种原因造成局部脑组织区域血液循环障碍，导致脑组织缺血、缺氧性病变坏死，进而产生神经功能缺失的表现[1]。因此，急性脑梗死患者常合并认知功能障碍，严重影响患者生活质量，采取有效的治疗方法一直是临床研究的重要课题。本研究旨在探讨急性脑梗死合并认知功能障碍患者采用丁苯酞序贯治疗的疗效及其对炎性因子的影响。现报道如下：

1　资料与方法

1.1　*一般资料*　选取 2014 年 1 月 ~2017 年 1 月我院收治的急性脑梗死合并认知功能障碍患者 90 例，随机分为观察组和对照组各 45 例。观察组男 24 例，女 21 例；年龄 42~76 岁，平均年龄（59.4± 4.5）岁。对照组男 25 例，女 20 例；年龄 41~75 岁，平均年龄（59.6± 4.7）岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较无明显差异，$P>0.05$，具有可比性。所有患者均符合相关诊断标准并确诊为急性脑梗死合并认知功能障碍，均同意本次研究并签署知情同意书。

1.2　*治疗方法*　所有患者均控制血压血糖、清除氧自由基、稳定斑块、抗血小板聚集等常规对症治疗，根据患者病情及药物说明调整用药。对照组给予丁苯酞氯化钠注射液（国药准字 H20100041）25 mg 静脉滴注，2 次 /d，滴注时间 50 min 以上，2 次用药间隔需≥6 h，持续治疗 2 周。观察组在对照组治疗的基础上给予丁苯酞软胶囊治疗，患者在病情稳定之后即开始口服丁苯酞软胶囊（国药准字 H20050299），