

血塞通联合施慧达对脑梗死并发高血压患者的血压水平及神经缺损修复的效果

Effect of Xuesaitong Combined with Levamlodipine on Blood Pressure and Repair of Nerve Defect in Patients with Cerebral Infarction Complicated with Hypertension

邓尧宇 (DENG Yao-yu)¹, 龙贤齐 (LONG Xian-qi)²

(1. 北京市西城区广外医院心血管呼吸科, 北京, 100055;

2. 贵州省都匀市湘君医院中医科, 都匀, 558000;

1. Beijing city Xicheng District Guangwai Hospital Cardiovascular Department of respiration, Beijing, 100055, China;

2. Guizhou province Tuyun Xiangjun hospital Department of traditional Chinese medicine, Tuyun, 558000, China)

摘要: 目的 研究血塞通联合施慧达(苯磺酸左旋氨氯地平)治疗脑梗死并发高血压患者的临床效果,为临床该类疾病的治疗提供更多参考。方法 对2015年8月至2016年12月我院入院治疗的188例脑梗死并发高血压患者进行了研究,随机分为两组,每组各94例,对照组单独给与施慧达进行治疗,观察组患者在施慧达治疗基础上,加用血塞通,比较两组患者治疗前后的NIHSS评分及颈动脉超声的变化,两组患者治疗前后的血压及脉压的变化,以及两组患者治疗前后的血脂水平和CRP水平变化,最终比较两组患者的脑梗死临床总有效率。结果 研究表明,与治疗前比较,两组患者的NIHSS、斑块大小和IMT水平均明显降低,在治疗后两组上述相关数据比较中,观察组患者的NIHSS、斑块大小和IMT均明显低于对照组,两组间比较差异明显($P < 0.05$);与治疗前比较,观察组与对照组患者的收缩压、舒张压以及脉压均明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),且观察组患者治疗后的上述三项指标均明显低于对照组,两组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者治疗前TG、TC、LDL-c与CRP水平基本相当,经过治疗后,两组患者的TC、TG、LDL-c和CRP水平均明显降低,且观察组下降的幅度更为明显,差异有统计学意义($P < 0.05$);在两组患者脑梗死临床总有效率比较中,观察组总有效率达90.4%,明显高于对照组的74.5%($P < 0.05$)。结论 血塞通联合施慧达治疗脑梗死并发高血压临床效果显著,可以明显的提升患者的神经损伤修复效果,降低患者的血压,并且有效的降低患者体内的血脂及CRP水平,提升脑梗死整体的治疗效果。

关键词: 血塞通;左旋氨氯地平;高血压;脑梗死

[中图分类号] R743

[文献标志码] B

[文章编号] 1009-6213(2017)06-0983-03

临床上收缩压 ≥ 140 mmHg,舒张压 ≥ 90 mmHg即可诊断为高血压^[1]。高血压的发病因素很多,包括年龄、遗传、生活习惯、药物因素和其他疾病的影响等^[2]。血压升高不仅会引起患者头晕、心慌、嗜睡等症状,还会引起心、脑、肾脏等多个器官的损伤,严重时可引起急性脑梗死,该病预后较差,如不及时治疗,可危及患者的生命安全,因此早期确诊和治疗非常关键^[3]。本文观察了血塞通联合施慧达对脑梗死并发高血压患者的治疗效果,现报道于下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有患者均为我院在2015年8月至2016年12月收治的188患者,这些患者都符合

《中国高血压防治指南》和WHO中高血压和脑梗死的诊断标准^[4],排除患有严重的心、肝、肾疾病,脑出血患者,有严重的肿瘤、入院前2周服用降血压药物等患者。将这些患者采用随机化分组方式分为两组,各94例,其中观察组包括男性患者50例,女性患者44例,年龄65岁~80(70.9 \pm 8.6)岁,他们的高血压病程从2~35(29.4 \pm 6.4)年;对照组包括男性患者49例,女性患者45例,年龄64~80(71.2 \pm 9.1)岁,病程1~35(29.0 \pm 7.0)年。两组患者的一般资料,没有明显差异($P > 0.05$),有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者入院后进行的常规的治疗,包括吸氧、抗感染、维持酸碱平衡、抗血小板聚集等。其中对照组患者给予左旋氨氯地平(扬子江药业集团上海海尼药业有限公司生产,国药准字

H20103342) 治疗, 药物剂量为每天 1 次, 每次 2.5 mg; 观察组在对照组的基础上, 采用血塞通。两组患者均连续治疗 4 周。

1.3 疗效判定标准 采用美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)对两组患者治疗前后的神经功能缺损情况进行评分。记录比较颈动脉超声中斑块大小及静动脉内中膜厚度(IMT); 整个治疗过程中, 24 h 动态监测患者的血压变化情况; 最后比较两组患者的血脂指标(TC、TG、LDL-c)和CRP(C-反应蛋白)指标。

本次试验的诊断标准如下^[5], 显效: NIHSS 评分改善 $\geq 91\%$, 梗死病灶面积明显减少, 没有出现明显的致残; 有效: NIHSS 评分改善程度 $50\% \sim 90\%$, 梗死病灶面积有减少, 患者的致残程度为 1~3 级; 无效: NIHSS 评分没有明显减少或出现增加, 梗死病灶面积没有减少, 甚至增加。临床总有效率为显效例数及有效例数之和, 除以总例数, 再乘以 100% 。

1.4 统计分析 对所有采集数据通过 SPSS 13.0 统计软件进行统计分析, 其中的计量数据以平均值 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)的形式表示, 同组治疗前后的比较方式采用配对 *t* 检验, 治疗后两组间比较方式采用成组 *t* 检验, 计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 示差异有统计

学意义。

2 结 果

2.1 两组患者治疗前后 NIHSS 评分及颈动脉超声变化比较(表 1) 与治疗前比较, 两组患者的 NIHSS 斑块大小和 IMT 水平均明显降低($P < 0.05$)。在治疗后两组上述相关数据比较中, 观察组患者的 NIHSS、斑块大小和 IMT 均明显低于对照组($P < 0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后血压及脉压水平比较(表 2) 与治疗前比较, 两组患者的收缩压、舒张压和脉压水平均明显降低($P < 0.05$)。在治疗后两组相关数据比较中, 观察组患者的收缩压、舒张压和脉压均明显低于对照组($P < 0.05$)。

2.3 两组患者治疗前后血脂水平及 CRP 水平比较(表 3) 与治疗前比较, 两组患者的 TC、TG、LDL-c 水平均明显降低($P < 0.05$)。在治疗后两组相关数据比较中, 观察组患者的 TC、TG 和 LDL-c 均明显低于对照组($P < 0.05$)。

2.4 两组患者脑梗死临床有效率比较 观察组患者中显效例数为 60 例(63.8%), 有效患者为 25 例(26.6%), 临床总有效率可达 90.4%; 对照组中, 显效患者有 33 例(35.1%), 有效患者为 37 例(39.4%), 临床总有效率为 74.5%; 观察组明显高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后 NIHSS 评分及颈动脉超声变化比较

组别		NIHSS(分)	斑块大小(cm^3)	IMT(μm)
观察组($n=94$)	治疗前	15.6 \pm 1.9	0.09 \pm 0.01	1.4 \pm 0.2
	治疗后	7.9 \pm 1.0 [*]	0.05 \pm 0.01 ^{**}	0.7 \pm 0.1 ^{**}
对照组($n=94$)	治疗前	16.1 \pm 1.8	0.09 \pm 0.02	1.5 \pm 0.2
	治疗后	12.9 \pm 1.3 [*]	0.07 \pm 0.01 [*]	1.2 \pm 0.1 [*]

注: 与治疗前比较, ^{*} $P < 0.05$; 与对照组比较, ^{*} $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者治疗前后血压及脉压水平比较

组别		收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)	脉压(mmHg)
观察组($n=94$)	治疗前	173.2 \pm 20.8	109.4 \pm 15.3	68.7 \pm 9.6
	治疗后	128.4 \pm 16.7 ^{**}	80.2 \pm 8.8 ^{**}	55.4 \pm 5.0 ^{**}
对照组($n=94$)	治疗前	172.9 \pm 19.0	108.9 \pm 9.8	68.9 \pm 8.3
	治疗后	141.3 \pm 14.1 [*]	89.7 \pm 10.8 [*]	63.2 \pm 7.0 [*]

注: 与治疗前比较, ^{*} $P < 0.05$; 与对照组比较, ^{*} $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者治疗前后血脂水平及 CRP 水平比较

组别		TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	LDL-c (mmol/L)	CRP (mg/L)
观察组 (n=94)	治疗前	6.4 ± 0.8	2.4 ± 0.3	3.9 ± 0.5	6.8 ± 1.0
	治疗后	3.2 ± 0.4**	1.1 ± 0.1**	2.1 ± 0.2**	3.2 ± 0.5**
对照组 (n=94)	治疗前	5.9 ± 0.6	2.3 ± 0.2	3.8 ± 0.5	6.7 ± 0.9
	治疗后	4.7 ± 0.5 [#]	1.7 ± 0.2 [#]	2.9 ± 0.3 [#]	5.4 ± 0.7 [#]

注:与治疗前比较, [#]P < 0.05; 与对照组比较, * P < 0.05。

3 讨 论

高血压和高血脂是脑卒中发生的独立危险因素,因此,抗高血压治疗对于脑梗死的一级预防具有非常重要的意义。关于高血压与脑梗死的并发机制,有文献报道^[5],收缩压升高可能会导致缺血的脑组织血液灌注增加,但长期的高压,会加重脑梗死及水肿。血塞通是一种中成药制剂,是从三七中提取的总皂苷制剂,传统中医认为^[6],三七总皂苷具有活血化瘀、通达经遂、滋养阴液等作用,特别适用于中风偏瘫以及各种脑血管病的后遗症。现代医学认为^[7],三七总皂苷具有多种药理活性,包括抗血小板聚集、抗动脉粥样硬化等,因此可以扩张血管,降低血液粘度,改善血液动力学,提高血流量,进而减少缺血与缺氧的状态。另有研究表明,三七总皂苷可以降低因梗死产生的大量自由基,从而形成神经保护,有利于神经损伤的修复。同时三七总皂苷还可以溶解血小板的聚集,提升抗纤溶酶原活性,最终抑制血栓形成,达到治疗效果,该药物已经广泛应用于心血管疾病的预防及治疗。

氨氯地平属于新一代钙离子通道阻滞剂,通过阻断钙离子内流来减弱平滑肌的收缩能力,从而达到降血压的效果,临床上主要用于高血压及心绞痛的治疗^[8]。另有文献报道,氨氯地平具有抗氧化、抑制炎症、减少内皮细胞凋亡以及抑制基质金属蛋白酶的表达等多方面的药理作用。在长期服用氨氯地平后,患者的血管顺应性增加、外周阻力减少,在降低血压的同时,减轻血管壁粥样硬化程度^[9]。其中左旋氨氯地平是氨氯地平的左旋异构体,药理活性是右旋异构体的 1 000 倍,并且由于右旋异构体会引发副作用。

本次研究中,我们重点考察了血塞通联合施慧达治疗脑梗死并发高血压患者的临床效果,研究结果表明,与治疗前比较,两组患者的 NIHSS、斑块大小和 IMT 水平均明显降低,在治疗后两组上述相关数据比

较中,采用联合治疗的观察组患者的 NIHSS、斑块大小和 IMT 均明显低于对照组,且观察组患者收缩压、舒张压以及脉压均明显低于对照组,两组间比较差异有统计学意义;经过治疗后,两组患者的 TC、TG、LDL-c 和 CRP 水平均明显降低,且观察组下降的幅度更为明显;在两组患者脑梗死临床总有效率比较中,观察组总有效率可达 90.4%,明显高于对照组的 74.5%。

参考文献

- [1] 马丽媛,王 文,邓 卿,等.马来酸左旋氨氯地平治疗对高血压患者动态血压和左心室质量的影响[J].中华高血压杂志,2013(9):780-783.
- [2] 李明初,廖长琦,杨晓平.血塞通注射液联合阿托伐他汀钙治疗糖尿病合并脑梗死疗效及对患者神经功能的影响[J].中国现代医学杂志,2015(31):49-52.
- [3] 耿亚兰,占伊扬.奥拉西坦注射液对高血压脑梗死患者神经系统的疗效观察[J].中国生化药物杂志,2014(6):151-152.
- [4] 张兰凤.高血压[J].中国中医药出版社 2015:63-66.
- [5] 陈松芳,邵胜敏,何志勇,等.阿托伐他汀短期治疗对高血压合并腔隙性脑梗死伴血脂异常患者血清内脏脂肪特异性丝氨酸蛋白酶抑制剂水平的影响[J].中华高血压杂志,2016(5):477-480.
- [6] 张春华.中西医结合治疗高血压伴腔隙性脑梗死病人的临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015(6):860-861.
- [7] 李春雷,张 峰,黄川锋.血塞通注射液联合苏合香丸治疗脑梗死急性期的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2016(15):1350-1352.
- [8] 钟 萍,孙学春,张清琼,等.苯磺酸左旋氨氯地平联合普伐他汀治疗老年高血压合并血管病变的疗效[J].中国老年学杂志,2016(21):5310-5311.
- [9] 张 硕,马 静,张赛丹.左旋氨氯地平联合厄贝沙坦或阿罗洛尔对原发性高血压患者左心室舒张功能的影响[J].中华高血压杂志,2015(3):276-279.

(收稿日期:2017-05-20)