

- 肽、D-二聚体水平与病情的相关性分析[J]. 心血管康复医学杂志, 2017, 26(4): 384-388.
- [7] 王秋桐, 吴爽, 赵瑞. 肺栓塞发病机制及致病因素研究进展[J]. 临床误诊误治, 2020, 33(1): 108-112.
- [8] 肖月梅, 张卓红. 凝血相关指标在急性肺栓塞中的临床检测价值[J]. 血栓与止血学, 2021, 27(3): 423-425.
- [9] 王鹏飞, 王宝辉, 尚昆, 等. 骨盆髌臼骨折患者围手术期下肢深静脉血栓形成的发生规律及危险因素分析[J]. 中华创伤骨科杂志, 2017, 19(11): 941-947.
- [10] 冉颜, 白华, 巩丽颖. 不同孕期孕妇血浆 D-D 水平改变对凝血及纤溶系统的影响研究[J]. 中国实用医药, 2020, 15(15): 68-70.
- [11] 鞠彦秀, 赵凤芹, 胡娟. 蛋白 C、蛋白 S 缺乏与肺血栓栓塞的临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.08.029
- 症的相关性研究进展[J]. 国际呼吸杂志, 2017, 37(18): 1437-1440.
- [12] RODRIGUEZ-LEAL G A, MORAN S, CORONA-CE-DILLO R, et al. Portal vein thrombosis with protein C-S deficiency in a non-cirrhotic patient[J]. World J Hepatol, 2014, 6(7): 532-537.
- [13] 焦建华, 李霞. 低分子肝素钙联合利伐沙班治疗急性肺栓塞的效果及对凝血功能、血管内皮功能的影响[J]. 临床误诊误治, 2021, 34(6): 49-54.
- [14] 马品. 血栓弹力图和凝血四项评价患者凝血功能对比[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(16): 148-149.

(收稿日期: 2021-08-10 修回日期: 2022-03-06)

化痰通脉汤联合丁苯酞治疗缺血性脑卒中的临床疗效及安全性研究

卫丽红¹, 段林^{2△}

陕西省韩城市人民医院: 1. 中医康复科; 2. 神经内科, 陕西韩城 715400

摘要:目的 探讨化痰通脉汤联合丁苯酞治疗缺血性脑卒中的临床疗效及安全性。方法 回顾性选取 2019 年 2 月至 2021 年 2 月该院收治的缺血性脑卒中患者 90 例作为研究对象, 依据治疗方法分为联合治疗组(采用化痰通脉汤联合丁苯酞治疗)和单独治疗组(采用丁苯酞单独治疗), 每组 45 例。比较 2 组治疗前后神经功能缺损程度、日常生活能力、血液流变学、实验室检查指标的差异, 分析 2 组的临床疗效及不良反应发生情况。结果 治疗后, 联合治疗组爱丁堡-斯堪的纳维亚评分、Barthel 指数评分均高于单独治疗组($P < 0.05$)。联合治疗组治疗总有效率为 97.78%, 高于单独治疗组的 77.78%($P < 0.05$)。治疗后, 联合治疗组血小板聚集率、血浆黏度、纤维蛋白原、超敏 C 反应蛋白、白细胞介素-6、可溶性细胞间黏附分子、内皮素-1、同型半胱氨酸、神经元特异性烯醇化酶水平均低于单独治疗组($P < 0.05$)。联合治疗组和单独治疗组不良反应发生率(6.67% vs. 13.33%)差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 化痰通脉汤联合丁苯酞治疗缺血性脑卒中的临床疗效较丁苯酞单独治疗效果更好, 且安全性有保证。

关键词: 缺血性脑卒中; 丁苯酞; 化痰通脉汤; 疗效; 安全性

中图分类号: R743.3

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)08-1121-04

缺血性脑卒中是一种心脑血管疾病, 在临床较为常见, 发生机制为脑组织在局部缺血的情况下软化、坏死。早期缺血性脑卒中患者的血流动力学指标、炎症因子发生改变, 在血清炎症因子水平改变的情况下会发生血管内皮功能损伤, 进而扰乱机体代谢功能, 从而增加治疗的难度^[1]。在缺血性脑卒中的治疗中, 丁苯酞较为常用, 其能够改善患者的神经功能, 具有较高的安全性。但是, 长期单独应用丁苯酞会延长疗程, 起效速度较慢, 无法有效满足临床需求^[2]。近年来, 中西医结合治疗临床疗效显著, 在临床得到了日益广泛的应用^[3]。本文探讨丁苯酞联合化痰通脉汤治疗缺血性脑卒中的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 2 月至 2021 年 2 月本院神经内科缺血性脑卒中患者 90 例作为研究对象。

纳入标准: 所有患者均符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》中的诊断标准^[4]。排除标准: 有全身感染者。根据治疗方法将患者分为联合治疗组和单独治疗组, 每组 45 例。联合治疗组年龄 30~70 岁, 平均(50.61±4.17)岁; 女 22 例(48.89%), 男 23 例(51.11%); 体质质量指数 18~22 kg/m² 者 20 例(44.44%), >22~27 kg/m² 者 25 例(55.56%); 病变部位: 基底节区 19 例(42.22%), 脑干 15 例(33.33%), 脑叶 11 例(24.44%); 合并基础疾病: 糖尿病 19 例(42.22%), 高血压 18 例(40.00%), 高血脂 8 例(17.78%)。单独治疗组年龄 31~71 岁, 平均(51.42±4.86)岁; 女 21 例(46.67%), 男 24 例(53.33%); 体质质量指数 18~22 kg/m² 者 19 例(42.22%), >22~27 kg/m² 者 26 例(57.78%); 病变部位: 基底节区 18 例(40.00%), 脑干 17 例

△ 通信作者, E-mail: 422391209@qq.com。

本文引用格式: 卫丽红, 段林. 化痰通脉汤联合丁苯酞治疗缺血性脑卒中的临床疗效及安全性研究[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(8): 1121-1124.

(37.78%), 脑叶 10 例(22.22%); 合并基础疾病: 糖尿病 20 例(44.44%), 高血压 16 例(35.56%), 高血脂 9 例(20.00%)。2 组上述一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 单独治疗组: 给予控制血糖、血压, 降颅内压, 抗血小板聚集, 改善脑部微循环, 预防并发症的发生, 应用他汀类药物以稳固斑块, 静脉滴注依达拉奉清除氧自由基等处理。然后口服 0.2 g 丁苯酞软胶囊, 每天 3 次, 15 d 为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。联合治疗组: 在单独治疗组基础上给予化痰通脉汤加减治疗。具体药方: 全蝎 3 g, 白芍 10 g, 地龙 10 g, 川芎 10 g, 益母草 15 g, 玄参 20 g, 鹿角片 20 g, 黄芪 20 g, 生地黄 20 g。如患者舌质有瘀斑或黯淡, 则加入三七 5 g; 如患者痰浊及舌苔厚腻, 则加入陈皮 10 g、半夏 10 g。每天 1 剂, 用水煎服, 每剂煎出汁液 300 mL, 分早晚各 1 次口服, 15 d 为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标 (1) 神经功能缺损程度、日常生活能力。分别采用爱丁堡-斯堪的纳维亚评分(ESS)、Barthel 指数(BI)评分评估患者的神经功能缺损程度和日常生活能力。ESS 0~100 分, 评分从低到高表示神经功能损害程度从重到轻^[5]; BI 评分 0~100 分, 评分从低到高表示日常生活能力需重度依赖到无需依赖^[6]。(2) 血液流变学。采集 2.7 mL 静脉血置于含 0.3 mL 枸橼酸钠抗凝液试管中, 分离血小板与富血小板血浆, 将诱聚剂设定为 0.5 $\mu\text{mol/L}$ 的腺苷二磷酸, 使用上海通用机电技术研究所提供的智能血小板聚集仪(TYNX-961 型)及上海太阳生物技术有限公司生产的试剂测定血小板聚集率。采用方测精密仪器科技(深圳)有限公司生产的血凝分析仪测定纤维蛋白原(Fib)水平。采用全自动血液凝固分析仪(Stago Compact)测定血浆黏度。(3) 实验室检查结果。使用美国 MD 公司生产的全波长酶标仪(SpectraMax

190 型)及上海逸哈生物科技有限公司生产的试剂盒, 采用双抗体夹心法测定血清超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、可溶性细胞间黏附分子(sICAM-1)、内皮素-1(ET-1)、同型半胱氨酸(HCY)、神经元特异性烯醇化酶(NSE)水平。(4) 不良反应发生情况。

1.4 随访及疗效 2 组治疗结束后随访 1 个月, 随访结束后评定疗效。疗效评定标准: (1) 痊愈, 治疗后患者具有正常的语言, 肌力达到 IV 级以上, 生活能够自理, 无症状体征; (2) 显效, 治疗后患者具有基本正常的语言, 肌力提升 2 级, 基本无症状体征; (3) 有效, 治疗后患者具有较好的语言, 肌力提升 1 级, 具有较轻的症状体征; (4) 无效, 治疗后患者的语言没有改善或恶化, 肌力没有提升或降低, 症状体征没有减轻或加重^[7]。

1.5 统计学处理 使用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行分析。符合正态分布的计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 比较采用 t 检验; 计数资料以频数、率表示, 比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组神经功能缺损程度、日常生活能力比较 2 组治疗后 ESS、BI 评分均高于治疗前, 且联合治疗组高于单独治疗组($P<0.05$), 见表 1。

2.2 2 组临床疗效比较 联合治疗组治疗总有效率为 97.78%, 高于单独治疗组的 77.78%($P<0.05$), 见表 2。

2.3 2 组血液流变学比较 2 组治疗后血小板聚集率、血浆黏度、Fib 水平均低于治疗前, 且联合治疗组低于单独治疗组($P<0.05$), 见表 3。

2.4 2 组实验室检查结果比较 2 组治疗后血清 hs-CRP、IL-6、sICAM-1、ET-1、HCY、NSE 水平均低于治疗前, 且联合治疗组低于单独治疗组($P<0.05$), 见表 4。

表 1 2 组神经功能缺损程度、日常生活能力比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	ESS		BI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合治疗组	45	38.26 $\pm$ 6.42	69.56 $\pm$ 7.14 ^a	37.18 $\pm$ 7.95	82.05 $\pm$ 9.37 ^a
单独治疗组	45	40.25 $\pm$ 6.05	62.45 $\pm$ 6.56 ^a	37.25 $\pm$ 6.04	59.33 $\pm$ 9.26 ^a
t		1.513	4.919	0.047	11.576
P		0.134	<0.001	0.963	<0.001

注: 与同组治疗前比较, ^a $P<0.05$ 。

表 2 2 组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
联合治疗组	45	18(40.00)	15(33.33)	11(24.44)	1(2.22)	44(97.78)
单独治疗组	45	13(28.89)	12(26.67)	10(22.22)	10(22.22)	35(77.78)
χ^2						8.389
P						0.004

表 3 2 组血液流变学比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血小板聚集率(%)		血浆黏度(mPa·s)		Fib(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合治疗组	45	66.74±9.82	36.71±6.15 ^a	1.58±0.22	1.03±0.18 ^a	3.78±0.74	2.03±0.50 ^a
单独治疗组	45	66.34±9.38	45.15±7.22 ^a	1.57±0.20	1.41±0.16 ^a	3.86±0.81	2.74±0.42 ^a
t		0.198	5.970	0.226	10.585	0.489	7.294
P		0.844	<0.001	0.822	<0.001	0.626	<0.001

注:与同组治疗前比较,^aP<0.05。

表 4 实验室检查结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	hs-CPR(mg/L)		IL-6(ng/L)		sICAM-1(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合治疗组	45	30.18±7.27	9.66±1.31 ^a	57.46±6.60	13.43±1.13 ^a	351.06±9.26	243.17±9.61 ^a
单独治疗组	45	30.25±7.66	14.01±2.13 ^a	57.55±6.44	26.23±4.40 ^a	350.44±9.25	283.13±9.05 ^a
t		0.044	11.669	0.065	18.901	0.318	20.307
P		0.965	<0.001	0.948+	<0.001	0.751	<0.001

组别	n	ET(μg/L)		HCY(μmol/L)		NSE(μg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合治疗组	45	69.70±8.18	50.23±7.17 ^a	22.44±4.24	13.62±2.01 ^a	25.00±4.12	13.17±2.25 ^a
单独治疗组	45	69.86±8.23	59.12±7.64 ^a	22.37±3.16	17.64±2.25 ^a	24.95±4.05	18.24±3.71 ^a
t		0.092	5.692	0.089	8.938	0.058	7.838
P		0.927	<0.001	0.929	<0.001	0.954	<0.001

注:与同组治疗前比较,^aP<0.05。

2.5 2 组不良反应发生情况比较 2 组不良反应发生率分别为 6.67%、13.33%,差异无统计学意义(P>0.05),见表 5。

表 5 不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	n	恶心呕吐	胃肠道不适	头痛	总发生
联合治疗组	45	1(2.22)	1(2.22)	1(2.22)	3(6.67)
单独治疗组	45	2(4.44)	2(4.44)	2(4.44)	6(13.33)
χ ²					0.494
P					0.482

3 讨 论

3-正丁基苯酞的消旋体是丁苯酞的有效成分,其在缺血性脑卒中治疗中发挥积极作用的主要途径是将一氧化氮合成酶—一氧化氮-环磷酸鸟苷激活,同时还能够对神经进行保护,但是单独应用缺乏理想的效果^[8]。中医认为,缺血性脑卒中属于“中风”范畴,主要发病机制为脏腑功能在多种因素的影响下异常,瘀血在脑部聚集^[9],因此,其主要治疗原则为补气活血。化瘀通脉汤的主要功效为益气活血、滋养筋脉。方中黄芪的主要功效为行气活血、健脾益肺;玄参的主要功效为清热凉血、滋阴降火;川芎的主要功效为活血化痰、温经通络;白芍的主要功效为平抑肝阳、调经养血;益草的主要功效为祛湿通脉、强壮筋骨;鹿角的主要功效为散瘀活血、补气血;生地黄的为主要功效为清

热凉血、养阴生津;地龙的主要功效为清肺平喘、清热凉血;全蝎的主要功效为通络止痛、息风镇痉^[10]。相关医学研究表明,在缺血性脑卒中的治疗中,丁苯酞联合化痰通脉汤治疗能够改善患者的神经功能,提升患者日常生活能力,抑制炎症反应,改善血流动力学及血管内皮功能^[11]。

本研究结果表明,采用化痰通脉汤联合丁苯酞治疗后,联合治疗组 ESS、BI 评分均高于单独治疗组(P<0.05);联合治疗组治疗总有效率为 97.78%,高于单独治疗组的 77.78%(P<0.05);联合治疗组和单独治疗组患者的不良反应发生率(6.67%、13.33%)差异无统计学意义(P>0.05),原因为化痰通脉汤中玄参的有效成分能够发挥减小脑梗死面积、增加脑血流量、抗血小板聚集及保护神经元的作用。本研究结果还表明,治疗后,联合治疗组血小板聚集率、血浆黏度、Fib 水平均低于单独治疗组(P<0.05),原因为化痰通脉汤中川芎含酚类物质、生物碱,它们能够降低血管阻力,改善脑部血循环,川芎还能降低血小板表面活性,从而抵抗血小板聚集,降低血液黏度。本研究结果还表明,治疗后,联合治疗组血清 hs-CPR、IL-6、sICAM-1、ET-1、HCY、NSE 水平均低于单独治疗组(P<0.05),原因为化痰通脉汤中黄芪的有效成分黄芪甲苷能够有效抑制脑缺血再灌注组织中神经元的凋亡,抑制血栓形成,减少氧自由

基的生成,扩张外周血管进行,减轻炎症反应^[12]。

综上所述,化瘀通脉汤联合丁苯酞治疗缺血性脑卒中的临床疗效更好,且安全性有保证,值得临床推广。

参考文献

- [1] 徐玉婷,李若照,符文雄,等.化瘀通脉汤联合丁苯酞治疗缺血性脑卒中临床研究[J].中国药业,2019,28(15):55-58.
- [2] 李汇博,罗刚,胡昕.化瘀通脉汤联合电针疗法对缺血性脑卒中患者血液流变学、炎症反应、神经功能及日常生活活动能力的影响[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(11):67-70.
- [3] 周梅,余丹,陈南耀.疏血通联合丁苯酞对老年急性缺血性脑卒中患者神经功能、氧化应激及预后的影响[J].中国老年学杂志,2021,41(13):2698-2701.
- [4] 彭斌,吴波.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
- [5] 许朝卿,孙鑫海,舒龙,等.银杏达莫联合丁苯酞治疗缺血性脑卒中后认知功能障碍患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2021,37(14):1846-1850.
- [6] 刘海超,闫建伟,温宏峰,等.丁苯酞联合阿替普酶治疗对急性缺血性脑卒中患者神经功能凝血功能血清 TNF- α 、

hs-CRP、Hey 水平的影响[J].河北医学,2021,27(1):150-156.

- [7] 唐光旭,李汶蔓,安春霞,等.谷红注射液和丁苯酞注射液联合 Solitaire AB 型支架取栓治疗急性缺血性脑卒中的临床研究[J].现代生物医学进展,2021,21(9):1746-1750.
- [8] 庞荣.抗血小板聚集联合丁苯酞注射液治疗急性缺血性脑卒中的临床疗效[J].中国药物与临床,2021,21(3):418-420.
- [9] 周黎,项予良,郭昭婷,等.银杏内酯注射液对比丁苯酞注射液治疗大动脉粥样硬化性缺血性脑卒中的最小成本分析[J].中国药房,2020,31(18):2235-2239.
- [10] 卢荣,胡蕾.复方丹参注射液联合丁苯酞治疗对缺血性脑卒中神经功能缺损和血小板活化状态的影响[J].实用医院临床杂志,2020,17(6):179-182.
- [11] 张弛,王麒.补阳还五汤联合丁苯酞对缺血性脑卒中患者神经功能及预后的影响[J].医学临床研究,2020,37(12):1834-1836.
- [12] 李永峰,李伟,王登芹,等.丹参川芎嗪联合丁苯酞注射液治疗急性缺血性脑卒中患者的疗效及对 Ang II、Chemerin 水平影响[J].医学临床研究,2019,36(8):1486-1488.

(收稿日期:2021-08-20 修回日期:2022-03-04)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.08.030

3 859 例不孕不育患者支原体感染情况及药物敏感试验结果分析

魏士喜,乔 坤,范秋淋,范 羽,唐荣欣,刘玉兵,王 玲[△]

同济大学附属第十人民医院生殖医学中心,上海 200072

摘要:目的 探讨不孕不育患者支原体感染情况及药物敏感(简称药敏)试验特征,为临床合理用药提供科学指导。方法 回顾性选择 2018 年 1 月至 2021 年 5 月就诊于该院生殖医学中心的 3 859 例不孕不育患者为研究对象,女性采集阴道分泌物,男性采集精液作为标本进行支原体检测及药敏试验,计算不孕不育患者支原体阳性率,分析支原体阳性患者在不同年龄段的分布情况和对 12 种抗菌药物的敏感性,并进行统计学处理。结果 3 859 例患者中支原体总阳性率为 13.99%(540/3 859),其中 Uu 阳性率为 13.09%(505/3 859),明显高于 Mh 的 0.91%(35/3 859),差异有统计学意义($P < 0.05$);男性患者支原体总阳性率为 4.17%(101/2 423),明显低于女性的 30.57%(439/1 436),差异有统计学意义($P < 0.05$)。支原体阳性患者中以 $> 25 \sim 35$ 岁组的支原体感染构成比最高,为 70.93%(383/540)。药敏试验结果显示,对 Uu 敏感率最高的是交沙霉素(99.80%)和多西环素(99.80%),其次是米诺环素(99.60%)和阿奇霉素(97.62%),耐药率最高的是克林霉素(91.88%);对 Mh 敏感率最高的是米诺环素(100.00%)和交沙霉素(100.00%),耐药率最高的是红霉素(100.00%)和克林霉素(100.00%)。结论 不孕不育患者主要感染的支原体类型为 Uu,而 Mh 耐药性更为严重,治疗时应结合药敏结果科学给药,优先选用交沙霉素和米诺环素等敏感率高的药物。同时需加强生育健康教育,预防支原体感染。

关键词:泌尿生殖道; 不孕不育; 支原体; 药物敏感试验

中图分类号:R691.3;R446.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)08-1124-04

近年来,不孕不育的人群比例不断增高,随着三孩政策的全面开放,潜在的不孕不育人群也将增多,

[△] 通信作者,E-mail:wll20132013@163.com。

本文引用格式:魏士喜,乔坤,范秋淋,等.3 859 例不孕不育患者支原体感染情况及药物敏感试验结果分析[J].检验医学与临床,2022,19(8):1124-1127.