

# 探讨苏合香丸治疗脑梗死的效果分析

姜正轵

(陇南市第一人民医院 甘肃陇南 746000)

**摘要:** 目的: 分析脑梗死患者服用苏合香丸的效果。方法: 从 2021 年 6 月-2022 年 6 月的脑梗死患者中随机抽取 62 例, 双盲法均分为 A 组(常规治疗)和 B 组(常规治疗+苏合香丸), 疗效对比。结果 治疗有效率、不良反应发生率 B 组为 96.77%、6.45% 优于 A 组的 77.42%、25.81% ( $\chi^2=5.166、4.292, p=0.023、0.038$ ); 治疗后 B 组 NIHSS 评分、FMA 评分优于 A 组 ( $p<0.05$ )。结论: 苏合香丸用于治疗脑梗死患者效果理想。

**关键词:** 脑梗死; 苏合香丸; 治疗有效率; 不良反应发生率; NIHSS 评分; FMA 评分

脑梗死是临床接诊脑血管疾病中患者数量较多的一类疾病, 主要诱因是脑血管狭窄导致局部脑组织出现缺血、缺氧、坏死等问题, 使局部脑神经不能正常地发挥生理功能<sup>[1]</sup>。脑梗死的主要特点是病情突然发病且在短时间内恶化、高患病率和复发率等, 受到多种因素的影响, 我国脑梗死患者的总体数量呈现日益提升的趋势, 随着医疗技术手段的提升, 虽然脑梗死抢救成功率不断提升, 但是却没有有效的改善致残情况, 严重损伤患者的日常生活质量<sup>[2]</sup>。阿加曲班能对脑梗死患者血管内皮细胞功能有效调节, 扩张血管, 改善炎症反应, 有利于恢复脑神经功能。苏合香丸的主要作用是醒神、开窍, 用于治疗脑梗死, 能提高脑组织的耐缺氧能力、降低损伤脑组织程度、调节中枢神经系统<sup>[3]</sup>。本研究分析了脑梗死患者服用苏合香丸的效果, 阐述如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

从 2021 年 6 月-2022 年 6 月的脑梗死患者中随机抽取 62 例, 双盲法均分为 A 组和 B 组, A 组(31 例)年龄 50-75 岁, 均值(62.38 ± 3.47)岁, 体重 49.23-82.19kg、均值(67.59 ± 4.26)kg, 病程 10-65h、均值(42.68 ± 3.49)h, 男女比例(19:12); B 组(31 例)年龄 51-74 岁、均值(62.41 ± 3.45)岁, 体重 49.38-82.46kg、均值(67.43 ± 4.37)kg, 病程 11-68h、均值(42.86 ± 3.35)h, 男女比例(18:13)。一般资料对比 ( $p>0.05$ )。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 A 组

A 组静脉滴注阿加曲班注射液, 10mg/次, 2 次/d。治疗 10d。

#### 1.2.2 B 组

B 组在 A 组上口服苏合香丸。1 丸/次, 2 次/d。治疗 10d。

### 1.3 指标观察

1.3.1 治疗有效率=100%-无效率。显效: 临床症状无、损伤神经程度恢复 90%以上; 有效: 临床症状显著改善, 损伤神经程度恢复 60%-90%; 无效: 临床症状、神经损伤程度无变化。不良反应发生率=(头晕+恶心呕吐+药物性皮炎)/总例数 × 100%。

1.3.2 NIHSS 量表评估值和患者神经功能缺损严重程度成正比。

1.3.3 FMA 评分量表评估值和运动功能恢复情况成正比。

### 1.4 统计学分析

SPSS20.0 处理数据, ( $\bar{x} \pm s$ ) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别用  $t$  值与  $\chi^2$  检验, ( $P<0.05$ ) 有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 对比治疗有效率、不良反应发生率

B 组治疗有效率、不良反应发生率优于 A 组 ( $P<0.05$ ), 见表 1。

### 2.2 对比 NIHSS 评分

治疗前两组 NIHSS 评分对比 ( $p>0.05$ ), 治疗后 B 组低于 A 组 ( $P<0.05$ ), 见表 2。

### 2.3 对比 FMA 评分

治疗前两组 FMA 评分对比 ( $p>0.05$ ), 治疗后 B 组高于 A 组 ( $P$

$<0.05$ ), 见表 3。

表 1 对比治疗有效率、不良反应发生率[n (%)]

分 组	例 数	治疗有效率			不良反应发生率				
		显著	有效	无效	有效率	头晕	药物 性皮 疹	恶 心 呕 吐	发生率
B 组	31	21	9	1	30	1	0	1	2
		67.74	29.03	3.22	96.77	3.22	0.00	3.22	6.45
A 组	31	12	12	7	24	4	1	3	8
		38.71	38.71	29.03	77.42	12.90	3.22	9.68	25.81
$\chi^2$	-	-	-	-	5.166	-	-	-	4.292
P	-	-	-	-	0.023	-	-	-	0.038

表 2 对比 NIHSS 评分[ $\bar{x} \pm s$  (分)]

指 标	例 数	意识水平		面 瘫		语言障碍		上下肢运动障碍	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
B 组	31	5.23 ± 1.41	1.15 ± 0.63	5.19 ± 1.53	1.24 ± 0.95	5.21 ± 1.67	1.12 ± 0.41	5.15 ± 2.36	1.29 ± 0.23
		5.19 ± 1.43	1.95 ± 0.63	5.13 ± 1.46	2.17 ± 0.67	5.27 ± 1.62	1.84 ± 0.56	5.19 ± 2.38	2.32 ± 1.24
$t$ 值	-	0.110	4.999	0.157	4.454	0.143	5.775	0.066	4.547
P 值	-	0.912	0.000	0.875	0.000	0.886	0.000	0.947	0.000

表 3 对比 FMA 评分[ $\bar{x} \pm s$  (分)]

指 标	例 数	上肢反射活动		屈曲手指		下肢关节屈曲		震颤	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
B 组	31	1.26 ± 0.23	3.89 ± 1.12	1.31 ± 0.26	3.17 ± 1.38	1.71 ± 0.38	3.94 ± 1.53	1.35 ± 0.28	3.58 ± 1.21
		1.16 ± 0.34	2.34 ± 0.91	1.27 ± 0.32	2.18 ± 0.65	1.58 ± 0.34	2.61 ± 0.76	1.31 ± 0.34	2.34 ± 0.85
$t$ 值	-	1.356	5.980	0.540	3.613	1.419	4.334	0.505	4.668
P 值	-	0.180	0.000	0.591	0.000	0.160	0.000	0.615	0.000

## 3 讨论

脑梗死的主要诱因是脑血管在多种因素的共同作用下而出现堵塞问题, 从而诱发多种临床症状。脑梗死患者中占比最高的是老年人, 高发季节是冬春二季, 主要是血管内皮细胞受到不同程度的损伤而导致功能失调<sup>[4]</sup>。中医将脑梗死纳入“中风”范畴, 中老年人由于自身各个脏器功能进行性衰退, 导致肝、肾、脾等脏器处于亏虚状态, 不利于机体正常的运化水湿<sup>[5]</sup>。患病后大部分患者都出现半身不遂、口斜眼歪、昏迷等症状, 虽然病变部位是脑部, 但是疾病的发生和发展受到其他主要脏器(心、肝、脾、肾等)功能的影响, 由于患者情志不愉、正气耗损严重、劳累过度、饮食失调等因素导致患者机体阴阳失去平衡、气血逆乱, 导致痹阻脑部经脉<sup>[6]</sup>。临床治疗该病的主要原则是预防后遗症, 以往临床中普遍使用西医疗法, 虽然能在一定程度上改善临床症状, 但是随着用药时间的延

长而极易出现不良反应。中医治疗脑梗死的方式较多,这些疗法不仅疗效显著,还具有较高的安全系数,而将中西药物联合起来治疗脑梗死患者,能显著提升疗效<sup>[7]</sup>。再加上人们日常生活条件的不断改善,中老年人大量食用肥甘厚腻食物,导致体重大增,气血亏虚,脉络不畅。气血亏虚导致机体无力运行气血,导致气血不能顺畅地运行,痰湿在脉络中淤堵,内生毒素,使脾胃不能正常的运行,导致痰湿内生,使脑部经络受阻,诱发该病。中医从五脏、营卫、气血痰瘀等方面辨证分析脑梗死疾病的致病因素,中医治疗的基本原则是泻实补虚、调整脏腑阴阳<sup>[8]</sup>。

本文中治疗有效率、不良反应发生率 B 组为 96.77%、6.45% 优于 A 组的 77.42%、25.81% ( $\chi^2=5.166, 4.292, p=0.023, 0.038$ ); 治疗后 B 组 NIHSS 评分[意识水平 ( $1.15 \pm 0.63$ ) 分、面瘫 ( $1.24 \pm 0.95$ ) 分、语言障碍 ( $1.12 \pm 0.41$ ) 分、上下肢运动障碍 ( $1.29 \pm 0.23$ ) 分]较 A 组的更低 ( $t=4.999, 4.454, 5.775, 4.547, p$  均=0.000); 治疗后 B 组 FMA 评分[上肢反射活动 ( $3.89 \pm 1.12$ ) 分、屈曲手指 ( $3.17 \pm 1.38$ ) 分、下肢关节屈曲 ( $3.94 \pm 1.53$ ) 分、震颤 ( $3.58 \pm 1.21$ ) 分]较 A 组的更高 ( $t=5.980, 3.613, 4.334, 4.668, p$  均=0.000), 证实在常规治疗的基础上脑梗死患者口服苏合香丸能更好地改善临床症状,使其神经功能有效改善。脑梗死患者发病后,作为促炎性细胞因子的 IL-6 水平显著提升,促使机体分泌数量更多的细胞黏附分子,使机体聚集和黏附大量的白细胞,加重炎症反应,导致脑梗死患者出现缺血性损伤,导致脑组织局部发生缺血、缺氧等不良症状<sup>[9]</sup>。Hey 是一种氨基酸,参与脑动脉血管形成斑块的过程,刺激机体生成大量的氧自由基,加重炎症反应,使内皮细胞受到损伤,同时加大凋亡数量,激活血小板,使平滑肌细胞增殖等。TNF- $\alpha$  促使黏附分子水平提升,激活小胶质细胞,促使机体释放更多的炎症细胞,加重脑损伤。脑血管内膜受到 hs-CRP 水平增高的刺激,而加重脑细胞损伤。阿加曲班对血管内皮细胞直接发挥作用,对内皮细胞增殖有效抑制,抑制诱发脑出血的多种毒性因子,降低炎症反应和脑水肿的严重程度,对其神经功能有效改善<sup>[10]</sup>。苏合香丸的

主要成分有苏合香、冰片、沉香等中药,能使神经功能得到更好的恢复,改善脑组织微循环,有利于改善预后和治疗效果。在常规治疗的基础上联合苏合香丸能对脑梗死患者受损的脑神经有效改善,使炎症反应严重程度降低,促使机体在短时间内恢复。

综上所述,苏合香丸用于治疗脑梗死患者效果理想。

参考文献:

- [1]杨月君,戴海琳,胡磊,袁亚楠,赵凤丽.苏合香丸联合氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床研究[J].现代药物与临床,2022,37(8): 1749-1753.
- [2]单萍,姚汉云,王莉,张亚云.基于网络药理学和分子对接的苏合香丸治疗缺血性卒中的机制探究[J].药物评价研究,2022,45(7): 1294-1311.
- [3]郭晓芳,范田,许瑞丽.苏合香丸联合阿加曲班治疗急性脑梗死的临床研究[J].现代药物与临床,2022,37(6):1334-1337.
- [4]徐徐飞.苏合香丸配合平肝化浊汤治疗突发性耳聋疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(34):6-7.
- [5]牛永彬,曹碧,张毫,周伟佳.苏合香丸联合尼莫地平治疗蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛的临床研究[J].现代药物与临床,2022,37(1):75-80.
- [6]曾路.苏合香丸联合血管通注射液治疗急性脑梗死的效果及对血液流变学指标、氧化应激反应水平的影响[J].中国医学创新,2021,18(29):53-57.
- [7]刘辉,王姣,马岱朝,潘鹏宇,梁国标.苏合香丸治疗蛛网膜下腔出血的网络药理学研究[J].辽宁中医杂志,2020,47(07):131-136+223.
- [8]付德明.苏合香丸与丝路医药文化交流[J].医疗社会史研究,2020,5(1):85-104+238.
- [9]袁巍,康廷国,张慧.苏合香丸中丁香的显微定量研究[J].辽宁中医杂志,2020,47(6):155-157.
- [10]饶文娟.苏合香丸联合比索洛尔治疗冠心病心绞痛的疗效观察[J].医学理论与实践,2020,33(11):1759-1760.