

中西医结合治疗急性脑梗死急诊溶栓期的临床疗效及安全性研究

张院祥

魏县人民医院 河北 邯郸 056800

摘要: 探讨急性脑梗死急诊溶栓期采用中西医结合治疗的临床疗效与用药安全性,为急诊救治提供优化方案。选取符合标准的患者,随机分对照组和观察组,对照组行急诊常规静脉溶栓及西医基础治疗,观察组在此基础上加中医药辨证施治。对比两组神经功能缺损改善、临床总有效率、日常生活能力恢复情况,观察安全指标。结果显示,观察组神经功能修复更快、有效率更高,不良事件发生率与对照组无显著差异,该疗法适合临床推广。

关键词: 急性脑梗死; 急诊溶栓期; 中西医结合; 临床疗效; 安全性

引言: 急性脑梗死是临床高发急危重症,起病急、进展快、致残致死率高,严重威胁患者生命健康与生活质量。急诊静脉溶栓是当前急性期核心救治手段,能快速开通闭塞血管、恢复脑部供血,挽救缺血半暗带神经细胞,但单纯溶栓存在出血风险、神经修复效果有限、预后不佳等局限。近年来,中医药在脑卒中救治中应用广泛,其活血化瘀、醒脑通络、益气养阴等功效,可与西医溶栓形成协同作用。本文针对急性脑梗死急诊溶栓期患者,开展中西医结合治疗研究,观察临床疗效与安全性,探寻更高效、安全的急诊救治模式,提升患者预后水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院急诊科2023年1月至2025年12月收治的86例急性脑梗死患者为研究对象。根据预实验结果,设定 $\alpha=0.05$ 、 $\beta=0.2$,估算每组至少需39例,考虑10%脱落率,最终纳入86例。纳入标准:符合急性脑梗死诊断标准,发病至入院时间在静脉溶栓时间窗内,经影像学检查确诊,无溶栓禁忌证,患者及家属知情同意并签署同意书。排除标准:合并颅内出血、严重肝肾功能不全、凝血功能障碍、恶性肿瘤、感染性疾病,既往脑卒中病史伴严重后遗症,对研究药物过敏,无法配合治疗及随访者。

采用随机数字表法进行分组。由独立研究人员生成随机序列,将随机号装入密封信封,按患者入组顺序依次开启。将患者分为对照组、观察组,每组43例。对照组男23例,女20例;年龄45~78岁,平均(62.35±5.42)岁。观察组男24例,女19例;年龄46~79岁,平均(63.11±5.68)岁。两组患者性别、年龄、发病时长、基础疾病等一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),

具有可比性。由不知晓分组情况的独立神经科医师进行NIHSS及Barthel指数评估,确保结果客观性^[1]。

1.2 治疗方法

对照组予以急诊西医常规治疗,严格遵循溶栓诊疗指南,予以静脉溶栓药物治疗,溶栓过程中严密监测生命体征、意识状态、凝血功能,警惕出血不良反应。溶栓结束后,给予抗血小板聚集、改善脑部微循环、营养神经、调控血压血糖、纠正水电解质紊乱等基础治疗,卧床静养,预防肺部感染、深静脉血栓等并发症。

观察组在对照组西医治疗基础上,联合中医辨证施治。溶栓后24小时排除颅内出血后,即开始中药口服或鼻饲。以醒脑开窍、活血通络为核心治法,基础组方:黄芪30克、丹参15克、川芎10克、红花6克、当归尾12克。根据患者证型灵活加减:风痰瘀阻证见半身不遂、口眼歪斜、舌强语謇、舌苔白腻,加天麻10克、钩藤15克、胆南星6克,治以祛风化痰、活血通络;痰热腑实证见便秘、腹胀、舌红苔黄腻,加大黄6克、瓜蒌15克、枳实10克,治以通腑泻热、化痰通络;气虚血瘀证见肢体无力、面色苍白、气短乏力、舌质暗淡,加重黄芪至45克,配伍党参15克,治以益气活血、化痰通络。每日1剂,分2次温服。

同时配合中医特色疗法,患者生命体征平稳后,尽早开展醒脑开窍针刺治疗。选取内关、水沟、三阴交、极泉等穴位,常规消毒后行毫针针刺。内关直刺0.5~1寸,提插捻转泻法;水沟向鼻中隔方向斜刺0.3~0.5寸,雀啄泻法;三阴交沿胫骨后缘斜刺1~1.5寸,提插补法;极泉直刺0.5~0.8寸,提插泻法,以肢体抽动为度。留针30分钟,每日1次。全程密切监测患者症状变化,及时调整用药方案。

1.3 观察指标

(1) 神经功能缺损评分：采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)，分别于治疗前、治疗1周、治疗2周评估两组患者神经功能缺损程度，量表总分0-42分，分值越高代表神经缺损越严重。

(2) 日常生活能力评分：采用Barthel指数(BI)评定，于治疗前、治疗2周、治疗4周评估，总分0-100分，分值越高代表日常生活自理能力越强。

临床疗效判定：治疗4周后判定疗效，分为显效、有效、无效三个等级。显效：NIHSS评分降低 $\geq 45\%$ ，临床症状显著改善，肢体功能、语言功能基本恢复；有效：NIHSS评分降低18%-44%，临床症状有所好转，肢体、语言功能部分恢复；无效：NIHSS评分降低 $< 18\%$ ，临床症状无改善甚至加重。总有效率 = (显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

(3) 安全性指标：记录两组治疗期间出血事件(牙龈

出血、皮下瘀斑、颅内出血等)、胃肠道不适、头晕头痛等不良反应发生情况，统计总发生率，评估治疗安全性^[2]。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件处理数据，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组间对比行 t 检验，组内不同时间点对比行重复测量方差分析；计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，组间对比行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义， $P > 0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 两组神经功能缺损评分对比

治疗前，两组NIHSS评分对比，差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗1周、2周，两组NIHSS评分均较治疗前降低，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。说明中西医结合治疗能更快改善急性脑梗死溶栓期患者神经功能缺损症状，促进脑部神经细胞修复。具体评分数据见表1。

组别	例数	治疗前	治疗1周	治疗2周
对照组	43	13.26 \pm 2.18	9.45 \pm 1.76	6.82 \pm 1.53
观察组	43	13.41 \pm 2.23	7.13 \pm 1.62	4.26 \pm 1.31
t 值	-	0.312	6.247	7.865
P 值	-	> 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组日常生活能力评分对比

治疗前，两组Barthel指数评分对比，差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗2周、4周，两组评分均较治疗前升高，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义(P

< 0.05)。表明联合治疗能更有效提升患者日常生活自理能力，助力患者术后康复，减少卧床并发症，减轻家庭照护负担。具体评分数据见表2。

组别	例数	治疗前	治疗2周	治疗4周
对照组	43	38.62 \pm 4.35	57.34 \pm 5.26	72.18 \pm 6.43
观察组	43	38.47 \pm 4.29	68.52 \pm 5.41	86.35 \pm 6.72
t 值	-	0.158	9.124	9.783
P 值	-	> 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 两组临床疗效对比

治疗4周后，两组临床疗效对比如表3所示。观察

组总有效率显著高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	43	12(27.91)	20(46.51)	11(25.58)	74.42%
观察组	43	18(41.86)	22(51.16)	3(6.98)	93.02%

注： $\chi^2 = 5.472$ ， $P = 0.019$

不良反应总发生率对比，差异无统计学意义($P > 0.05$)，所有不良反应症状轻微，经对症处理后均缓解^[3]。

2.4 两组安全性对比

治疗期间，两组不良反应发生情况如表4所示。两组

组别	例数	出血事件	胃肠道不适	头晕头痛	总发生率
对照组	43	2(4.65)	1(2.33)	1(2.33)	9.30%
观察组	43	1(2.33)	1(2.33)	0(0.00)	4.65%

注： $\chi^2 = 0.718$, $P = 0.397$

3 讨论

3.1 急性脑梗死溶栓期救治现状与局限

急性脑梗死是脑部血管突发闭塞，导致脑组织缺血缺氧坏死的急性脑血管病变，急诊救治核心是快速开通血管、恢复脑灌注、保护神经细胞。静脉溶栓是目前指南推荐的首选急诊救治方案，能快速溶解血栓、疏通闭塞血管，挽救缺血半暗带，最大限度减少神经细胞坏死，降低致残致死率。但单纯西医溶栓存在一定局限性，溶栓时间窗严格，部分患者错过最佳时机；溶栓后易出现血管再闭塞、出血转化等风险；对已受损神经细胞的修复效果有限，部分患者预后不佳，遗留肢体偏瘫、言语障碍等后遗症。另外，溶栓药物剂量把控严格，个体差异较大，单一治疗难以满足临床救治需求，亟需探寻更完善的救治模式。

3.2 中医对急性脑梗死的认识与治疗优势

中医将急性脑梗死归属于“中风”范畴，认为本病核心病机为气虚血瘀、痰瘀阻络、肝阳上亢，导致脑脉闭阻、神机失用。急诊溶栓期患者多处于急性期，病机以痰瘀互结、脉络瘀滞为主，治疗应以醒脑开窍、活血化瘀、益气通络为基本原则。中医药治疗脑卒中历史悠久，现代药理研究证实，黄芪中的黄芪甲苷可抑制炎症因子表达，减轻脑水肿；丹参中的丹酚酸B具有抗氧化作用，保护血脑屏障；川芎中的川芎嗪可抑制血小板聚集，改善微循环。这些药物与西医溶栓形成协同作用，不增加出血风险，还能减轻溶栓后的炎症反应、氧化应激损伤。针刺疗法可疏通经络、调和气血，刺激脑部神经功能修复，改善肢体运动、语言功能，加快康复进程^[4]。

3.3 中西医结合治疗的协同作用与优势

中西医结合治疗急性脑梗死溶栓期，实现了西医快速溶栓、中医固本修复的协同互补。西医溶栓快速开通闭塞血管，恢复脑部供血，控制病情进展；中医辨证用药配合针刺，改善脑部微循环，减轻溶栓后的继发性脑损伤，修复受损神经细胞，降低血管再闭塞风险，提升神经功能恢复效果。二者联合使用，既能发挥西医急救见效快的优势，又能弥补中医起效缓慢、单独应用难以快速疏通大血管的不足，实现优势互补。本研究结果显示，观察组神经功能缺损评分更低、日常生活能力更强、

临床总有效率更高，且不良反应发生率无明显升高，证实该治疗模式安全高效，契合现代急诊救治理念。

3.4 临床应用注意事项与展望

临床应用中西医结合治疗急性脑梗死时，要严格把控溶栓时间窗与禁忌证，先确保西医急救规范落实，再尽早介入中医治疗。中医用药须精准辨证，依患者体质、证型灵活调整方剂，杜绝盲目用药；针刺治疗要在患者生命体征平稳后开展，严格遵循无菌操作以规避风险。同时，全程密切监测患者凝血功能、血压及意识状态，及时处理不良反应^[5]。

本研究存在局限：单中心研究、样本量有限，可能有选择偏倚；观察期短，未评估远期预后与卒中复发情况；未开展中医证型分层分析，影响结论精细化。后续可开展多中心、大样本、随机双盲对照研究，延长随访时间，深入探究作用机制，完善诊疗方案，为急性脑梗死规范化、个体化救治提供有力支撑。

结束语

急性脑梗死急诊溶栓期救治，要兼顾开通血管与神经保护，单一西医治疗有局限。中西医结合治疗融合现代急救规范与中医辨证精髓，急救修复同步，提升疗效且安全可控。临床救治应把握时机、规范用药、优化流程，发挥中西医协同优势。后续可扩大样本量、长期随访，探究机制、完善方案，为规范化、个体化救治提供支撑，降低致残致死率。

参考文献

- [1]郑云凤,王会乐,王冠.急性脑梗死中西医结合分型规律研究进展[J].临床误诊误治,2026,39(3):105-110.
- [2]屈艳红.中西医结合规范化护理对急性脑梗死静脉溶栓患者的疗效[J].吉林医学,2025,46(8):2024-2027.
- [3]张丽丽,周守贵.急性脑梗死为首表现的特鲁索综合征中西医结合治疗1例[J].临床合理用药,2024,17(12):149-151,157.
- [4]王馨宇,郭响,宋玉娟.高利教授中西医结合治疗心肌淀粉样变性继发急性脑梗死的经验总结[J].中国中西医结合急救杂志,2024,31(3):357-360.
- [5]张明珍,马晶,申雅菁,等.急性脑梗死的中西医结合护理研究进展[J].光明中医,2023,38(3):585-587.