

# 辅加更昔洛韦治疗进展性卒中的临床分析

付庆贤<sup>1</sup>, 荣根满<sup>2</sup>

1.辽宁省朝阳市喀左县中蒙医院神经内科, 辽宁喀左 122000; 2.中铁十九局集团中心医院, 辽宁辽阳 111000

**[摘要]** 目的:探讨辅加更昔洛韦治疗进展性卒中的临床疗效。方法:将发病在72 h内的急性进展性脑梗死患者64例分为治疗组和对照组,各32例。治疗组在对照组常规治疗的基础上加用更昔洛韦治疗。观察两组用药后临床症状与体征停止进展的天数,并于治疗前及治疗后3、7、14、21 d分别进行神经功能缺损程度评分。结果:治疗组较对照组进展期明显缩短,神经功能缺损程度明显改善,治愈率和总有效率明显增加( $P<0.01$ )。结论:辅加更昔洛韦抗病毒药治疗进展性卒中疗效显著,早期加用效果较好,疗程以2~3周为宜。

**[关键词]** 抗病毒药;更昔洛韦;进展性卒中;疗效

**[中图分类号]** R743.3

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1674-4721(2011)11(c)-053-02

## The clinical curative effect of the ganciclovir in treatment evolutionary apoplexy

FU Qingxian<sup>1</sup>, RONG Genman<sup>2</sup>

1.Nerve Internal Medicine Department of Zhongmeng Hospital of Kazuo County, Chaoyang City, Liaoning Province, Kazuo 122000, China; 2.The Central Hospital of Zhong Tie 19 Office, Liaoning Province, Liaoyang 111000, China

**[Abstract] Objective:** To investigate the clinical efficacy of stroke in progression in the treatment of ganciclovir. **Methods:** 64 cases of acute progressive cerebral infarction happened in seventy-two hours were divided into treatment group (32 cases) and control group (32 cases). Control group were given conventional therapy, but treatment group were given ganciclovir in addition to conventional therapy. Control of disease condition and NIHSS of two group were observed. **Results:** Control of disease condition, NIHSS, cure rate and total effective rate of treatment group were better than control group ( $P<0.01$ ). **Conclusion:** Ganciclovir is particularly effective against stroke in progression. If ganciclovir is used early, its clinical efficacy is better. Two to three weeks is optimal period of treatment.

**[Key words]** Antiviral; Ganciclovir; Stroke in progression; Clinical efficacy

进展性卒中(stroke in progression, SIP)是临床上常见的脑缺血性疾病,是指在发病72 h脑缺血进展或脑组织坏死加重以致神经功能恶化,经治疗后病情没有好转,仍进行性加重的脑缺血性疾病,其在全部脑梗死中占据33%~51%<sup>[1]</sup>。既往对其治疗的报道甚多,但疗效均不甚理想。现将本科在2006年1月~2008年12月收集的64例SIP患者随机分为对照组32例,治疗组32例,对照组采用抗凝、降纤、降低血小板聚集和改善微循环等治疗;治疗组采用在与对照组完全相同基础上辅加抗病毒药更昔洛韦治疗,发现疗效显著,现报道如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

所有脑梗死患者发病至治疗时间在1~10 d,且发病72 h局灶神经功能缺损症状仍进行性加重,其诊断均符合1995年全国第四届脑血管学术会议所制定的脑梗死诊断标准,并经影像学资料确认,以除外脑出血。治疗组32例,其中,男22例,女10例;平均年龄(62.9±6.6)岁;按神经功能缺损程度分型:重型(31~45分)9例,中型(15~30分)15例,轻型8例;颈内动脉系29例,其中根据CT结果又分为大灶(5.1~8.0 cm)6例、中灶(3.1~5.0 cm)15例、小灶(1.5~3.0 cm)8例;椎-基底动脉系3例;合并症:高血压21例,糖尿病3例,高脂

血症12例,肺部感染2例。对照组32例,其中,男20例,女12例;平均年龄(63.2±5.8)岁;按神经功能缺损程度分型:重型(31~45分)10例,中型(15~30分)13例,轻型9例;颈内动脉系27例,其中根据CT结果又分为大灶(5.1~8.0 cm)7例、中灶(3.1~5.0 cm)14例、小灶(1.5~3.0 cm)6例;椎-基底动脉系5例;合并症:高血压20例,糖尿病4例,高脂血症11例,肺部感染3例。两组患者性别、年龄、神经功能缺损程度评分、合并症等比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

#### 1.2 方法

对照组采用降纤酶降纤、阿司匹林抗凝、尼莫地平解除脑血管痉挛及胞二磷胆碱或脑复康神经保护剂,并对有颅高压及伴有高血压、糖尿病者相应地给予脱水、降压及降糖等治疗。治疗组是在与对照组的完全相同基础上加用更昔洛韦(长春富春制药有限公司生产,国药准字H20057691)0.25 g溶于0.9%氯化钠溶液250 ml静滴,每12小时1次,连用2~3周。

#### 1.3 疗效观察

观察用药后临床症状与体征停止进展的天数,并于治疗前及治疗后3、7、14、21 d分别进行神经功能缺损程度评分。判定标准,痊愈:神经功能缺损评分减少91%~100%;显效:神经功能缺损评分减少46%~90%;有效:神经功能缺损评分

减少18%~45%;无效:神经功能缺损评分减少17%及以下。总有效=痊愈+显效+有效。

1.4 统计学方法

采用SPSS 11.0统计软件,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较用t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后1、3、7、14、21 d的病情控制情况比较

见表1。

表1 两组治疗后病情控制情况比较[n(%)]

组别	例数(n)	1 d	3 d	7 d	14 d	21 d
治疗组	32	3(9.375)	18(56.250)*	28(87.500)*	31(96.875)	31(96.875)
对照组	32	2(6.250)	10(31.250)	19(59.375)	27(84.375)	27(84.375)

注:与对照组比较,\* $P < 0.01$

治疗组中有4例患者病情在7 d内仍进行性加重,其中1例因脑疝死亡;对照组中有13例患者病情在7 d内仍进行性加重,3例死亡,其中1例因严重感染死亡,2例因脑水肿、

脑疝死亡。

2.2 两组治疗前、后神经功能缺损程度评分比较

见表2。

表2 两组治疗前、后神经功能缺损评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

病程	治疗前	治疗后			
		3 d	7 d	14 d	21 d
治疗组(n=32)	21.3±10.7	17.4±9.8*	13.5±11.3**	12.1±7.6	10.8±8.2
对照组(n=32)	20.8±9.1	21.7±11.8	18.2±11.6	17.7±9.1	15.3±9.1

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ ,\*\* $P < 0.01$

2.3 两组疗效比较

见表3。

3 讨论

急性进展性脑梗死在所有脑梗死中占据了33%以上,有学者报道血栓再形成是进展性脑梗死的主要发病原因<sup>[2-3]</sup>,而血栓形成多来自动脉粥样硬化(AS)。自从1983年Fabricant CG等<sup>[4]</sup>首次用巨细胞病毒在火鸡诱发出AS以来,关于人疱

表3 两组疗效比较[n(%)]

组别	7 d末						21 d末					
	痊愈	显效	有效	无效	治愈+显效	总有效	痊愈	显效	有效	无效	治愈+显效	总有效
治疗组(n=32)	1(3.125)	3(9.375)	18(56.250)	10(31.250)	4(12.500)	22(68.750)*	7(21.875)	9(28.125)	13(40.625)	3(9.375)	16(50.000)**	29(90.625)
对照组(n=32)	0(0.000)	1(3.125)	12(37.500)	19(59.375)	1(3.125)	13(40.625)	2(6.250)	4(12.500)	17(53.125)	9(28.125)	6(18.750)	23(71.875)

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ ,\*\* $P < 0.01$

疹病毒中特别是人巨细胞病毒感染与AS的密切关系被相继报道<sup>[5]</sup>,其被认为是AS的主要致病因素之一。其发病机制是人巨细胞病毒通过即刻早期表达蛋白与P53基因的表达蛋白相结合,抑制P53基因作用,从而促进动脉平滑肌细胞发生增殖,造成冠状动脉再狭窄,同时人巨细胞病毒感染后可产生病毒糖蛋白及黏附因子,它们可促使动脉内膜从抗凝状态转为促凝状态,血栓形成<sup>[6-13]</sup>,以致发生SIP。

目前常规采用抗凝、降纤、降低血小板聚集和改善脑微循环等措施治疗,难于遏制病情发展,选用辅加抗病毒药更昔洛韦0.25 g 静脉点滴,2次/d,3~11 d,平均(4.12±2.31) d治疗后,病情停止发展,经12~21 d,平均(17.63±3.76) d治疗后较治疗前神经功能改善平均(77.23±17.85)%,7 d末及21 d末的治愈显效率与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

更昔洛韦(Ganciclovir)主要是通过抑制胸腺嘧啶激酶和病毒DNA多聚酶活性,对病毒DNA复制和表达进行干扰,从而起到抗病毒作用。本文治疗组32例SIP患者经更昔洛韦0.25 g 静脉点滴,2次/d,连续2~3周治疗后,临床疗效显著,仅少数有轻度胃肠不适,粒系细胞减少,经过对症处理及停药后均恢复正常。

目前SIP的病毒学研究相继被许多国内外学者所重视,但加用抗病毒药治疗SIP的报道甚少,辅加更昔洛韦治疗SIP不失为临床医师的一种选择,其疗效也需广大临床医师在实践中验证。

【参考文献】

[1] JC Gautier.Strock-in-progression[J].Strock,2005,26(4):729-733.  
[2] 贾站斗.低分子肝素治疗进展性脑梗死的临床疗效及安全性研究[J].脑

与神经疾病杂志,2000,8(1):52-53.  
[3] 匡晓明,荣阳,荣根满,等.进展性脑梗死的临床分型与诊断的前瞻性研究[J].中国现代医生,2008,46(12):68-69.  
[4] Fabricant CG,Fabricant J,Milnic CR,et al.Hepes virusat - ueroscleosis in chicken[J].Fed Proc,2003,42(3):2476-2479.  
[5] Vercellotti GM.Effect of activation of the vessel wall on infammation and thrombosis[J].Blood Coagul Fibrinolysis,1998,9(2):3-6.  
[6] 李明林.进展性卒中与疱疹病毒感染相关性临床研究[J].脑与神经疾病杂志,2002,10(8):211-214.  
[7] 徐蓓,王蓓,李慧.进展性脑梗死的相关因素临床分析[J].中国医药导报,2007,4(33):17.  
[8] 缪心军.进展性脑梗死相关危险因素分析[J].中国实用内科杂志,2005,25(10):895-896.  
[9] Homig CR,Rust DS,Busse O,et al.Space-occupying cerebellar infarction[J].Clinical Course and Prognosis Stroke,2004,25(2):372-374.  
[10] Shiozaki T,Nakajimay Y,Taneda M,et al.Efficacy of moderate hypothermia in patients with severe head injury and intracranial hypertension refractory to mild hypothermia [J].J Neurosurg,2003,99(1):47-51.  
[11] Mayer TE,Hamann GF,Brueckmann HJ.Treatment of basilar artery tmbolism with a mechanical extraction device:necessity of flow reversal[J].Stroke,2002,33(9):2232.  
[12] Schwarz S,Egelhof T,Schwab S,et al.Basilar artery embolism.Clinical of the basilar artery[J].Neurology,2003,49(5):1346-1352.  
[13] Hadani M,Bruk B,Ram Z,et al.Transiently increased basilar artery flow velocity following severe head injury:a time course transcranial Doppler study[J].J Neurotrauma,2003,14(9):629-636.

(收稿日期:2011-07-18)