

醒脑静注射液辅助治疗病毒性脑炎疗效及安全性的Meta分析^Δ

何忠芳^{1*}, 武新安¹, 王燕萍¹, 鲁雅琴², 梁莉¹, 王晓华¹(1.兰州大学第一医院药剂科, 兰州 730000; 2.兰州大学第一医院神经内科, 兰州 730000)

中图分类号 R969.3 文献标志码 C 文章编号 1001-0408(2013)16-1473-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2013.16.08

摘要 目的: 系统评价醒脑静注射液辅助治疗病毒性脑炎的疗效及安全性。方法: 计算机检索 Pubmed、EMbase、Cochrane 图书馆临床对照试验资料库和中国生物医学文献数据库、中国期刊全文数据库、万方数据库, 收集醒脑静注射液辅助治疗病毒性脑炎的随机对照试验(RCT), 对符合纳入标准的临床研究进行质量评价和资料提取后, 采用 Rev Man 5.0 统计软件进行 Meta 分析。结果: 共纳入 14 项 RCT, 包括 1 114 例患者。Meta 分析结果显示, 与对照组比较, 醒脑静组能显著提高治愈率[儿童: OR=3.18, 95%CI(2.28, 4.44), $P<0.01$, 成人: OR=3.26, 95%CI(1.29, 8.23), $P=0.01$]、缩短发热消退时间[MD=-1.97, 95%CI(-2.43, -1.51), $P<0.01$]、头痛消失时间[MD=-1.86, 95%CI(-2.58, -1.14), $P<0.01$]、呕吐停止时间[MD=-0.76, 95%CI(-1.08, -0.43), $P<0.01$]、抽搐和惊厥停止时间[MD=-1.51, 95%CI(-2.20, -0.82), $P<0.01$]、意识障碍恢复时间[MD=-1.57, 95%CI(-2.38, -0.76), $P<0.01$], 且差异均有统计学意义; 醒脑静组不良反应发生率与对照组比较差异无统计学意义[OR=0.86, 95%CI(0.41, 1.82), $P=0.69$]。结论: 醒脑静注射液能显著提高病毒性脑炎患者的治愈率, 改善患者的临床症状和体征, 安全性较好, 但对远期预后的影响尚需进一步的临床研究。

关键词 醒脑静注射液; 病毒性脑炎; Meta 分析

Meta-analysis of Therapeutic Efficacy and Safety of Xingnaojing Injection for Adjuvant Therapy of Viral Encephalitis

HE Zhong-fang¹, WU Xin-an¹, WANG Yan-ping¹, LU Ya-qin², LIANG Li¹, WANG Xiao-hua¹(1.Dept. of Pharmacy, The First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730000, China; 2.Dept. of Neurology, The First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730000, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To evaluate the therapeutic efficacy and safety of Xingnaojing (XNJ) injection for adjuvant therapy of viral encephalitis. METHODS: Retrieved from Pubmed, EMbase, Cochrane Library, CBM, CNKI and Wanfang database, RCTs about XNJ injection for adjuvant therapy of viral encephalitis were collected. After evaluating quality and extracting data, Rev Man 5.0 software was used for Meta-analysis. RESULTS: A total of 14 RCTs were included, involving 1 114 patients. Results of Meta-analysis showed: compared with control group, XNJ injection could improved cure rate significantly [children: OR=3.18, 95%CI(2.28, 4.44), $P<0.01$, adult: OR=3.26, 95%CI(1.29, 8.23), $P=0.01$], and shortened the time of fever fadeaway[MD=-1.97, 95%CI(-2.43, -1.51), $P<0.01$], headache disappearance[MD=-1.86, 95%CI(-2.58, -1.14), $P<0.01$], stopping vomiting [MD=-0.76, 95%CI(-1.08, -0.43), $P<0.01$], stopping convulsions and consciousness [MD=-1.51, 95%CI(-2.20, -0.82), $P<0.01$], disorders recovery[MD=-1.57, 95%CI(-2.38, -0.76), $P<0.01$]; there was statistical significance. There was no significant difference in incidence of ADR between XNJ group and control group[OR=0.86, 95%CI(0.41, 1.82), $P=0.69$]. CONCLUSION: Current evidences show that XNJ can increase curative rate and improve clinical symptoms and signs of patients with viral encephalitis compared to control group. However, further clinical trials should be carried out to evaluate its long-term effectiveness.

KEY WORDS Xingnaojing injection; Viral encephalitis; Meta-analysis

- coronary abciximab improve the outcome of percutaneous coronary interventions? A randomized controlled trial[J]. *Rev Esp Cardiol*, 2006, 59(6):567.
- [17] Dave RM. Improving outcome of STEMI PCI: Preliminary Results of Crystal AMI trial[EB/OL].[2011-05-28]. http://www.clinicaltrialsresults.org/slides/CRYSTAL_slides.PPT
- [18] Schneider D J. Anti-platelet therapy: glycoprotein IIb/IIIa antagonists[J]. *Br J Clin Pharmacol*, 2011, 72(4):672.
- [19] Navarese EP, Kozinski M, Obonska K, et al. Clinical efficacy and safety of intracoronary vs. intravenous abciximab administration in STEMI patients undergoing primary percutaneous coronary intervention: a meta-analysis of randomized trials[J]. *Platelets*, 2012, 23(4):274.
- [20] Friedland S, Eisenberg M J, Shimony A. Meta-analysis of randomized controlled trials of intracoronary versus intravenous administration of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors during percutaneous coronary intervention for acute coronary syndrome[J]. *Am J Cardiol*, 2011, 108(9):1 244.

(收稿日期:2012-11-12 修回日期:2013-02-28)

Δ 基金项目: 甘肃省科技计划立项项目(No.1107RJZA238)

* 副主任药师, 本科。研究方向: 临床药学和循证药学。电话: 0931-8356579。E-mail: lzhezf@163.com

病毒性脑炎是临床常见的中枢神经系统感染性疾病,是各种病毒感染引起的脑实质的炎症,临床主要表现为头痛、发热、行为改变及意识水平的变化等,可伴有局灶性神经功能缺损及癫痫症状发作。流行病学研究统计,病毒性脑炎每年发病率为(3.5~7.4)/10万人口^[1]。该病治疗常采取抗病毒和对症支持疗法,若治疗不及时或不充分,可遗留智力障碍、肢体瘫痪等后遗症,严重者可危及生命。醒脑静注射液是新型水溶性静脉注射液,其主要成分有麝香、冰片、栀子和郁金等,具有清热解暑、凉血活血、开窍醒脑之功效,临床广泛用于治疗高热、昏迷、脑血管病、颅脑外伤、脑炎、急性中毒及各种眩晕症等。国内对醒脑静注射液辅助治疗病毒性脑炎的临床研究已有较多报道,但未对其进行系统评价。为此,笔者对醒脑静注射液辅助治疗病毒性脑炎的临床随机对照试验(RCT)进行系统评价,以客观评估醒脑静注射液的疗效和安全性,为临床治疗病毒性脑炎提供依据。

1 资料与方法

1.1 纳入与排除标准

1.1.1 研究类型 纳入RCT,排除综述及非RCT的研究。

1.1.2 研究对象 根据病史、临床症状和体征,结合脑脊液(CSF)检查,脑CT、MRI及脑电图检查确诊为病毒性脑炎患者。

1.1.3 干预措施 醒脑静组采用常规治疗+醒脑静注射液;对照组仅采用常规治疗。醒脑静注射液剂量:成人10~40 ml, iv, qd, 疗程10~20 d;儿童0.2~0.8 ml/(kg·d), qd或者bid, 或每次6~10 ml, iv, bid, 疗程7~14 d。常规治疗指抗病毒、降颅压、抗感染、止惊、降温、营养神经等综合治疗。排除使用了除上述药物外其他药物的研究。

1.1.4 结局指标 治疗结束时的治愈率;临床症状和体征消失时间(发热、头痛、恶心、抽搐和惊厥、意识障碍);治疗结束时不良反应发生情况。

1.2 检索策略

计算机检索Cochrane图书馆(2011年第12期)、Pubmed、EMbase、中国生物医学文献数据库(CBM)、中国期刊全文数据库(CNKI)和万方数据库,检索时间为1980年至2011年12月。使用主题词和关键词联合检索。英文检索词:“xingnaojing”、“encephalitis”、“viral encephalitis”;中文检索词:“醒脑静”、“脑炎”、“病毒性脑炎”等。以Cochrane图书馆为例,具体检索策略见图1。

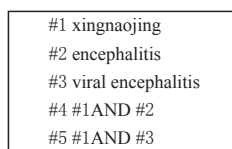


图1 Cochrane图书馆检索策略

Fig 1 Strategy for Cochrane Library search

1.3 质量评价和资料提取

使用统一的质量评价表格,由2位研究者独立对每篇符合纳入标准的文献进行质量评价和资料提取,并交叉核对。如有分歧,通过讨论或由第三位研究者协助解决。文献质量评价参考“Cochrane系统评价员手册5.1.0版”关于RCT的质量评价标准^[2]进行。评价内容包括随机序列的产生、分配隐藏、盲法、不完整资料说明、选择性报告等。提取资料以表格形式保存,主要包括:(1)一般资料:文题、作者姓名、发表日期和文献

来源;(2)研究特征:研究对象的一般情况、干预措施;(3)结局指标。

1.4 统计学方法

采用Cochrane协作网提供的Rev Man 5.0统计软件进行Meta分析。纳入研究间的异质性采用 χ^2 检验, $P<0.1$ 和 $I^2>50\%$ 时采用随机效应模型;反之,则采用固定效应模型进行合并分析。计数资料计算比值比(Odds ratio, OR),计量资料计算加权均数差值(MD)或标准化均数差值(SMD),均给出其95%可信区间(CI)。当纳入足够多的研究时,则进行倒漏斗图分析判断是否存在发表偏倚。若临床试验提供的数据不能进行Meta分析时,则只对其进行描述性分析。

2 结果

2.1 文献检索结果

初检出相关文献84篇,发表时间自2000年至2011年。经阅读文题及摘要后去重和排除综述、非随机试验、非对照试验、结局指标不符合纳入标准的文献及其他与研究目的不相关的文献,初纳入文献16篇。进一步阅读全文复筛,排除结局指标表述不一致而无法合并者2篇,最终纳入14篇文献^[3-16],均为中文文献。文献筛查流程详见图2。

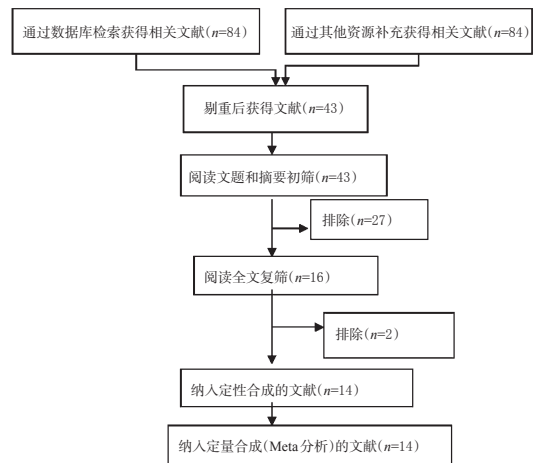


图2 文献筛查流程及结果

Fig 2 Literature screening process and results

2.2 纳入研究的基本特征

纳入的14项研究均为RCT,合计患者1114例,其中醒脑静组579例,对照组535例。醒脑静组干预措施为醒脑静注射液+常规治疗,对照组仅采用常规治疗。12项研究^[3-10,12-15]比较了对照组和醒脑静组治疗结束时的治愈率,其中9项研究^[4,6-10,13-15]纳入的患者为儿童,3项研究^[3,5,12]纳入的患者为成人;8项研究^[4,6-7,9,11,13-14,16]比较了对照组和醒脑静组临床症状和体征消失时间,其中8项研究比较了发热消退的时间,5项研究^[7,11,13-14,16]比较了头痛消失的时间,6项研究^[4,7,9,13-14,16]比较了呕吐停止的时间,7项研究^[4,6-7,9,11,13-14,16]比较了抽搐和惊厥停止的时间,7项研究^[4,6-7,9,13-14,16]比较了意识障碍恢复的时间;12项研究^[3-11,13-14,16]报道了对照组和醒脑静组不良反应的发生情况,其中4项研究^[3,11,14,16]报道两组均无不良反应发生,2项研究^[12,15]未述及两组不良反应的发生情况。纳入研究的基本特征详见表1。

2.3 纳入研究的方法学质量评价

2项研究^[7,10]描述了具体的随机方法,其中一项研究^[7]采用抽签法分组,另一项研究^[10]采用随机数字表法分组;2项研究^[3,8]

表1 纳入研究的基本特征

Tab 1 General information of included studies

第一作者及发表年份	例数		年龄,岁		干预措施		疗程,d	结局指标
	醒脑静组/对照组	醒脑静组	对照组	醒脑静组(剂量,频次)	对照组			
吴克礼2011 ^[9]	34/34	36.5	36.5	醒脑静注射液 10~20 ml, qd+常规治疗	常规治疗	15	①⑦	
甘炳天2003 ^[4]	31/24	7.2	7.3	醒脑静注射液 0.4~0.6 ml/(kg·d), qd+常规治疗	常规治疗	7	①②④⑤⑥⑦	
郑少君2006 ^[5]	40/31	50±9	48±9	醒脑静注射液 20 ml, qd+常规治疗	常规治疗	15	①⑦	
李莺2007 ^[6]	30/28	4.91±1.92	5.22±2.01	醒脑静注射液 0.2 ml/kg, bid+常规治疗	常规治疗	7~10	①②⑤⑥⑦	
楚永清2009 ^[7]	47/50	10个月~12岁	10个月~12岁	醒脑静注射液 0.4~0.6 ml/(kg·d), qd+常规治疗	常规治疗	7~10	①②③④⑥⑦	
田芸芳2008 ^[8]	39/33	11个月~14岁	11个月~14岁	醒脑静注射液 0.8 ml/kg, 体重质量>20 kg按20 ml/d, qd+常规治疗	常规治疗	14	①⑦	
姚福涛2008 ^[9]	38/35	4.8	5.1	醒脑静注射液 0.4~0.6 ml/(kg·d), qd+常规治疗	常规治疗	10	①②④⑤⑥⑦	
祝海燕2008 ^[10]	37/35	6.8	6.7	醒脑静注射液 0.5 ml/(kg·d), qd+常规治疗	常规治疗	14	①⑦	
党利华2011 ^[11]	60/60	37.1±8.2	36.9±7.9	醒脑静注射液 20 ml, qd+常规治疗	常规治疗	14	②③⑤⑦	
吴育彬2000 ^[12]	60/45	35.6	38.2	醒脑静注射液 20~40 ml, qd+常规治疗	常规治疗	10~20	①	
李玉珍2011 ^[13]	30/28	4.91±1.92	5.22±2.01	醒脑静注射液 0.2 ml/kg, bid+常规治疗	常规治疗	10	①②③④⑤⑥⑦	
郑伯花2004 ^[14]	33/30	<14	<14	醒脑静注射液 0.2~0.6 ml/(kg·d), qd+常规治疗	常规治疗	7	①②③④⑤⑥⑦	
王浙梅2011 ^[15]	45/45	7.2	7.1	醒脑静注射液 0.5 ml/(kg·d), qd+常规治疗	常规治疗	7	①	
姜淑华2002 ^[16]	54/54	7.3	7.1	醒脑静注射液 6~10 ml, bid+常规治疗	常规治疗	7~10	②③④⑤⑥⑦	

注:①治愈率;②热退时间;③头痛消失时间;④呕吐停止时间;⑤抽搐和惊厥停止时间;⑥意识障碍恢复时间;⑦不良反应发生率

note: ①cure rate; ②heat back time; ③time of headache disappearance; ④time of stopping vomiting; ⑤time of stopping convulsions; ⑥time of consciousness disorder recovery; ⑦incidence of ADR rate

采用了按入院先后顺序分组的错误的随机方法,其余研究虽写明“随机”,但未说明具体的随机方法。所有研究均未描述分配隐藏和使用盲法;有7项研究^[4-5,7-10,13]对不完整资料进行了说明,描述了退出/失访的人数,且对退出/失访原因进行了详细描述但没有采用 ITT 分析;所有研究描述了无选择性报告,但结果不清楚。纳入研究的方法学质量评价详见表2。

表2 纳入研究的方法学质量评价

Tab 2 Methodological quality evaluation of included literatures

第一作者及发表年份	随机方法	盲法	分配隐藏	退出/失访		ITT 分析	选择性报告
				醒脑静组/对照组	退出/失访		
吴克礼2011 ^[9]	入院顺序	未提及	未提及				不清楚
甘炳天2003 ^[4]	未详述	未提及	未提及	1/3		无	不清楚
郑少君2006 ^[5]	未详述	未提及	未提及	0/1		无	不清楚
李莺2007 ^[6]	未详述	未提及	未提及				不清楚
楚永清2009 ^[7]	抽签法	未提及	未提及	3/0		无	不清楚
田芸芳2008 ^[8]	住院先后顺序	未提及	未提及	1/3		无	不清楚
姚福涛2008 ^[9]	未详述	未提及	未提及	0/2		无	不清楚
祝海燕2008 ^[10]	随机数字表法	未提及	未提及	0/1		无	不清楚
党利华2011 ^[11]	未详述	未提及	未提及				不清楚
吴育彬2000 ^[12]	未详述	未提及	未提及				不清楚
李玉珍2011 ^[13]	未详述	未提及	未提及	1/2		无	不清楚
郑伯花2004 ^[14]	未详述	未提及	未提及				不清楚
王浙梅2011 ^[15]	未详述	未提及	未提及				不清楚
姜淑华2002 ^[16]	未详述	未提及	未提及				不清楚

2.4 Meta分析结果

2.4.1 治愈率 12项研究^[3-10,12-15]比较了醒脑静组与对照组的治愈率,各研究间有异质性,所以进行亚组分析。9项研究^[4,6-10,13-15]纳入的患者为儿童,共642例,各研究间无异质性($P=0.50, I^2=0$),故采用固定效应模型进行分析,详见图3。Meta分析结果显示,两组比较差异有统计学意义[OR=3.18, 95% CI(2.28, 4.44), $P<0.01$],提示儿童醒脑静组治愈率高于对照组。3项研究^[3,5,12]纳入的患者为成人,共244例,各研究间有异质性($P=0.08, I^2=61%$),故采用随机效应模型分析,详见图4。Meta分析结果显示,两组比较差异有统计学意义

[OR=3.26, 95% CI (1.29, 8.23), $P=0.01$],提示成人醒脑静组治愈率也高于对照组。

2.4.2 临床症状和体征消失时间比较 8项研究^[4,6-7,9,11,13-14,16]

比较了对照组和醒脑静组临床症状和体征消失时间,Meta分析结果详见图5。8项研究(632例患者)报道了发热消退的时间,各研究间有异质性($P<0.01, I^2=69%$),故采用随机效应模型进行分析,结果两组比较差异有统计学意义[MD=-1.97, 95% CI(-2.43, -1.51), $P<0.01$],提示醒脑静组发热消退的时间短于对照组;5项研究^[7,11,13-14,16](446例患者)报道了头痛消失的时间,各研究间有异质性($P<0.01, I^2=93%$),故采用随机效应模型进行分析,结果两组比较差异有统计学意义[MD=-1.86, 95% CI(-2.58, -1.14), $P<0.01$],提示醒脑静组头痛消失的时间短于对照组;6项研究^[4,7,9,13-14,16](454例患者)比较了呕吐停止的时间,各研究间有异质性($P<0.01, I^2=87%$),故采用随机效应模型进行分析,结果两组比较差异有

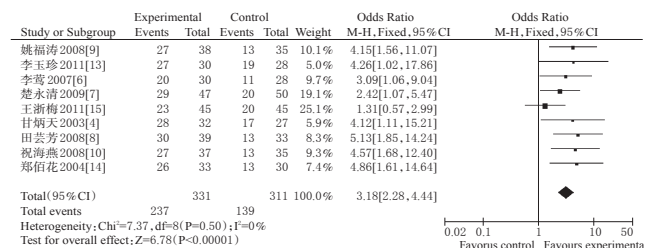


图3 儿童患者两组治愈率的Meta分析森林图

Fig 3 Forest plots of Meta-analysis of the cure rate in pediatric patients of 2 groups

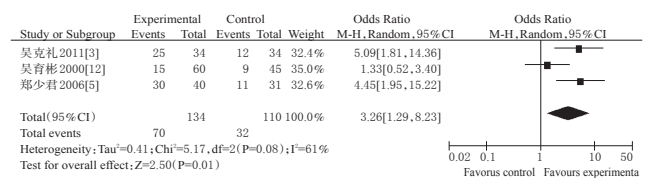


图4 成人患者两组治愈率的Meta分析森林图

Fig 4 Forest plots of Meta-analysis of the cure rate in adult patients of 2 groups

统计学意义[MD=-0.76, 95%CI(-1.08, -0.43), $P<0.01$],提示醒脑静组呕吐停止的时间短于对照组;7项研究^[4,6,9,11,13-14,16](535例患者)比较了抽搐和惊厥停止的时间,各研究间有异质性($P<0.01$, $I^2=95%$),故采用随机效应模型进行分析,结果两组比较差异有统计学意义[MD=-1.51, 95%CI(-2.20, -0.82), $P<0.01$],提示醒脑静组抽搐和惊厥停止的时间短于对照组;7项研究^[4,6-7,9,13-14,16](512例患者)比较了意识障碍恢复的时间,各研究间有异质性($P<0.01$, $I^2=95%$),故采用随机效应模型进行分析,结果两组比较差异有统计学意义[MD=-1.57, 95%CI(-2.38, -0.76), $P<0.01$],提示醒脑静组意识障碍恢复的时间短于对照组。

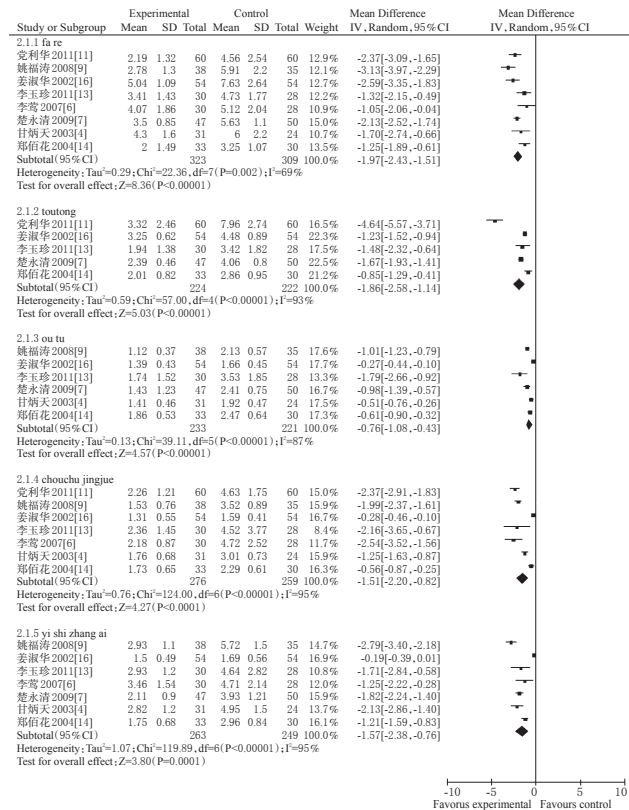


图5 两组临床症状和体征消失时间的Meta分析森林图
Fig 5 Forest plots of Meta-analysis of the time of clinical symptoms and signs disappearance in 2 groups

2.4.3 不良反应发生情况 8项研究^[4-10,13]报道了对照组和醒脑静组不良反应的发生情况,共574例患者。死亡12例,其中醒脑静组2例,对照组10例;两组不良反应表现为恶心、皮疹、过敏、胸闷、心悸等。各研究间无异质性($P=0.32$, $I^2=14%$),故采用固定效应模型进行分析,详见图6。Meta分析结果显示,两组不良反应发生率比较差异无统计学意义[OR=0.86, 95%CI(0.41, 1.82), $P=0.69$],提示醒脑静组不良反应的发生率与对照组相当。

2.4.4 不同干预措施的比较 14项研究均给予抗病毒、降颅压、抗细菌感染、营养神经治疗,必要时给予激素、降温 and 止惊等常规治疗。5项研究^[3,5,9-10,13]描述了具体药物,其中3项研究^[3,5,10]使用阿昔洛韦抗病毒,2项研究^[9,13]使用利巴韦林抗病毒;降颅压均使用甘露醇;激素均使用地塞米松;抗细菌感染使用青霉素、头孢吡辛或头孢曲松。9项研究^[4,6-8,11-12,14-16]未说明具体药物。使用阿昔洛韦抗病毒的2项研究^[3,5]纳入的患者

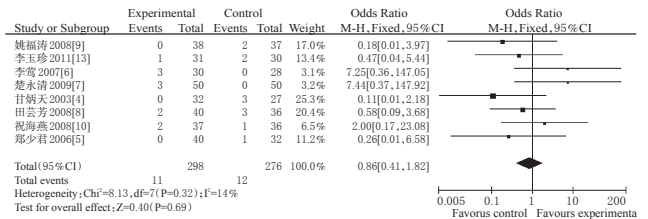


图6 两组不良反应发生率的Meta分析森林图
Fig 6 Forest plots of Meta-analysis the incidence of ADR in 2 groups

为成人,1项研究^[10]为儿童,使用利巴韦林的2项研究纳入的患者为儿童。由于分组后研究和患者数量太少,故无法进行合并分析。

2.5 发表偏倚

在以治愈率为结局指标的9项儿童患者研究中,以治愈率升高的OR值为横坐标,以SE(log[OR])为纵坐标绘制倒漏斗图(图7),图形存在不对称,提示可能存在发表偏倚。通过计算失安全系数(Failsafenum, Nfs)来估计发表偏倚对结果的影响。 $Nfs=K[(Z^2-1.645^2)]/1.645^2$,其中K为所合并的研究数,Z为合并效应统计检验的Z值,其值越大说明发表偏倚的影响越小^[17]。本研究的Nfs=144,远大于纳入研究数9,说明发表偏倚对研究结果的影响较小。

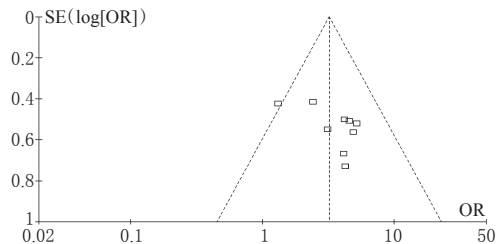


图7 两组治愈率比较的倒漏斗图
Fig 7 Inverted funnel plot of the cure rate in 2 groups

3 讨论

研究^[18]表明,不同病毒类型肺炎的组织病理改变虽有所差别,但病理特征均为脑皮层灰质及皮层下灰质核团的局限性或弥漫性水肿,神经细胞广泛变性、坏死和小软化灶形成,胶质细胞增生形成结节。醒脑静注射液是水溶性中药注射剂,药理学研究^[19-21]表明其能够透过血脑屏障,直接作用于中枢神经系统,能有效降低血脑屏障通透性,起到调节中枢神经、保护大脑、减轻脑水肿和改善微循环等作用,该作用机制为醒脑静注射液治疗病毒性肺炎提供了科学依据。基于临床研究证据,相关指南推荐了醒脑静注射液用于肺炎的治疗^[22]。

本系统评价结果显示,在病毒性肺炎患者(儿童、成人)中应用醒脑静注射液治疗能显著提高治愈率;在临床症状和体征改善方面:醒脑静组退热时间、头痛停止时间、呕吐停止时间、抽搐和惊厥停止时间、意识障碍恢复时间均明显缩短;同时,醒脑静组和对对照组不良反应发生率相当。

本系统评价以治愈率和临床症状、体征改善为指标研究醒脑静注射液对病毒性肺炎的疗效,也有研究^[9,11,14]以神经功能缺损(肢体瘫痪)、神经系统定位体征(锥体束征、脑膜刺激征)、血清S-100蛋白(S-100蛋白是中枢神经系统损伤灵敏和特异的生化标志)、glasgow昏迷评分等为替代指标考察醒脑静的疗效,因研究数量较少,无法进行Meta分析,但这些指标的改善在一定程度上证实了醒脑静注射液对病毒性肺炎的辅

助治疗作用。

本研究表明,醒脑静注射液能明显提高病毒性脑炎患者的治愈率,改善临床症状和体征,但由于系统评价为二次研究,其论证强度受到纳入研究的质量低、是否存在异质性等多种因素的影响,故结论存在一定的局限性。因此,建议今后设计前瞻性、多中心、大样本的 RCT,长期随访,并注意采用正确的随机方法、分配隐藏方案及盲法、报告失访情况、进行 ITT 分析,以减少选择性、实施性、测量性等各种偏倚;此外,研究应采用统一测量工具和国际通用的疗效量表和终点测量指标;并增加药物安全性方面的报道,来证实醒脑静注射液对病毒性脑炎患者近期疗效和远期预后的影响,为临床治疗病毒性脑炎提供一个有效的药物治疗方法。

参考文献

- [1] Hinson VK, Tyor WR. Update of viral encephalitis[J]. *Curr Opin Neural*, 2001, 14(3):369.
- [2] Higgins JPT, Green S. *Assessing risk of bias in included studies: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* 5.1.0.[EB/OL]. (2011-03-01) [2012-05-06]. <http://www.cochrane-handbook.org.html>.
- [3] 吴克礼.醒脑静辅助治疗病毒性脑炎临床效果观察[J].白求恩医学院学报,2011,9(1):24.
- [4] 甘炳天.醒脑静治疗小儿病毒性脑炎的疗效观察[J].医学文选,2003,22(2):190.
- [5] 郑少君.醒脑静注射液辅助治疗病毒性脑炎的疗效观察及护理[J].实用医技杂志,2006,13(5):819.
- [6] 李莺,谢敏慧,顾凤珍,等.醒脑静注射液辅助治疗儿童病毒性脑炎 30 例疗效观察[J].苏州大学学报:医学版,2007,27(6):1 019.
- [7] 楚永清.醒脑静注射液辅助治疗儿童病毒性脑炎 50 例临床观察[J].儿科药学杂志,2009,15(6):35.
- [8] 田芸芳,张兆仙.醒脑静注射液辅助治疗儿童病毒性脑炎[J].中西医结合心脑血管病杂志,2008,6(7):867.
- [9] 姚福涛,孙晨旭,芦慧明,等.醒脑静注射液辅助治疗小儿病毒性脑炎 38 例的疗效观察[J].井冈山学院学报:自然

科学版,2008,29(12):100.

- [10] 祝海燕.醒脑静注射液辅助治疗小儿病毒性脑炎[J].浙江中西医结合杂志,2008,18(8):496.
- [11] 党利华,王咏龙,娄芳芳,等.醒脑静注射液治疗病毒性脑炎伴意识障碍的疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2011,20(9):1 065.
- [12] 吴育彬,邱建史.醒脑静注射液治疗病毒性脑炎昏迷患者 60 例[J].中国中西医结合急救杂志,2000,7(5):272.
- [13] 李玉珍.醒脑静注射液治疗儿童病毒性脑炎 31 例疗效观察[J].河北中医,2011,33(5):750.
- [14] 郑伯花,叶清源,童良辉,等.醒脑静注射液治疗小儿病毒性脑炎 33 例[J].中国药业,2004,13(2):69.
- [15] 王浙梅.醒脑静注射液治疗小儿病毒性脑炎 45 例疗效观察[J].中国中医药科技,2011,18(1):81.
- [16] 姜淑华,王英杰.醒脑静注射液治疗小儿病毒性脑炎的疗效观察[J].滨州医学院学报,2002,25(4):299.
- [17] 何忠芳,刘芳,翟所迪,等.他汀类药物对脑梗死患者 C-反应蛋白和颈动脉内中膜厚度影响的系统评价[J].中国循证医学杂志,2009,9(8):873.
- [18] 杜滂,秦越,崔光彬,等.病毒性脑炎的病理基础与 MRI 诊断[J].实用放射学杂志,2010,26(4):470.
- [19] Xu M, Su W, Xu QP, et al. Effect of Xingnaojing injection on cerebral edema and blood-brain barrier in rats following traumatic brain injury[J]. *Chin J Traumatol*, 2010, 13(3):158.
- [20] 刘亚敏,夏鑫华,赵光锋,等.麝香配伍冰片对局灶性脑缺血再灌注大鼠脑含水量及血脑屏障通透性的影响[J].广州中医药大学学报,2007,24(6):498.
- [21] 徐元虎.醒脑静注射液的药理药效学研究与应用现状[J].现代中西医结合杂志,2010,19(4):507.
- [22] 刘芳,应颖秋,赵荣生,等.北京市醒脑静注射液医疗保险用药指南的建立[J].中国药房,2010,21(28):2 686.

(收稿日期:2012-11-13 修回日期:2012-12-29)

刘延东副总理出席国家卫生和计划生育委员会干部会议

本刊讯 国家卫生和计划生育委员会于2013年3月17日召开干部会议,中共中央政治局委员、国务院副总理刘延东出席并讲话,强调要贯彻党的十八届二中全会精神和十二届全国人大一次会议通过的决议,以转变职能为核心,扎实做好卫生计生机构改革各项工作。

刘延东指出,组建国家卫生和计划生育委员会,是从全面建成小康社会目标要求出发,为保障人民健康、提高人口素质所作的重要举措,是深化行政体制改革、进一步转变政府职能的必然要求,是合理配置资源、加强卫生和计生工作的客观需要,对于发展卫生计生事业、不断满足人民美好生活的新期待具有重要意义。

刘延东指出,长期以来,广大卫生计生工作者为有效控制我国人口增长、提高人民健康水平作出了历史性贡献,党中

央、国务院是充分肯定的,广大人民是会永远铭记的。她强调,国家卫生和计划生育委员会成立后,要坚持为人民健康服务、为提升人口素质服务、为计划生育群众服务,牢牢把握机构改革方向 and 基本要求,深刻理解改革目标、改革核心和改革重点,抓好国家卫生和计划生育委员会机构的组建和职能转变,确保机构改革各项工作的有序衔接。要统筹落实好各项工作部署,持续推进和深化“医改”,建立完善中国特色医疗卫生体制机制。继续抓好公共卫生服务体系建设、卫生信息化建设和卫生应急工作。坚持计划生育基本国策,继续实行党政一把手亲自抓、负总责,促进人口长期均衡发展。要加强卫生计生队伍作风建设,不负重托、同心协力,聚合改革正能量,开创工作新局面。