

东菱迪芙治疗椎基底动脉短暂脑缺血发作疗效观察

宋建良 诸国嘉 孙新芳 金国良 丁靖

(浙江省绍兴市人民医院 绍兴 312000)

关键词:椎基底动脉;短暂性脑缺血;药物疗法;东菱迪芙

中图分类号:R 743.31

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)02-0018-02

椎基底动脉系短暂脑缺血发作(TLA)具有反复发作的特点,一旦形成血栓病情危重,常规治疗以血小板聚集抑制剂、扩血管及针对病因治疗为主,但疗效不肯定。本文采用由日本东菱药品工业株式会社提供的东菱迪芙(DF-521)治疗椎基底动脉 TLA 患者,对其疗效作部分报道。

1 对象和方法

1.1 一般资料 根据详细病史、神经系统检查、入选病历均符合 1996 年全国第 4 届脑血管病会议提出诊断标准^[1],神经系统症状偏侧或两侧肢体运动、感觉等多种症状组合;颅神经症状:眩晕、复视、吞咽困难、两眼视力消失或偏盲等;发作频繁,每次发作症状易变,且每日 TLA 发作次数≥2 次,并于治疗前及病程 24~48h 后检查头颅 CT 或 MRI 无异常病灶。凡具有出血史及有胃肠溃疡病史者,新近做过手术的患者,有出血可能性者,重度肝肾功能损伤,心功能衰竭及药物过敏者均不入选。全部病例均行头部 CT 检查,38 例行 MRI 检查,除外脑干占位病变,均行脑电图检查,除外眩晕性癫痫。

治疗组 32 例,男性 19 例,女性 13 例;年龄 39~72 岁,平均(57.5依.3)岁;眩晕 15 例,单瘫 7 例,共济失调 5 例,倾倒发作 3 例,失语 2 例;平均每日 TLA 发作次数(3.5依.3)次;平均病程(31.3依.2.3)h。对照组 30 例,男性 16 例,女性 14 例;年龄 41~73 岁,平均(55.8依.8)岁;眩晕 19 例,单瘫 5 例,共济失调 3 例,倾倒发作 2 例,失语 1 例;平均每日 TLA 发作次数(3.2依.5)次;平均病程(29.6依.1.9)h。2 组之间年龄、性别、发作类型、发作频率及治疗前后病程无统计学差异($\chi^2=43.72, P>0.05$)。

1.2 治疗方法 治疗组 32 例使用东菱迪芙(DF-521)加在生理盐水中隔日静脉滴注 1 次,共 3 次,按厂家推荐剂量使用,每个疗程共 20BU/U,第 1 天用 10BU,第 3 天用 5BU,第 5 天用 5BU。滴注时间 1h 以上,治疗期间不用血小板聚集抑制剂,抗凝剂及扩血管药物。对照组 30 例使用常规治疗频发的椎基底动脉系 TLA 药物,包括低分子右旋糖酐、中药活血化瘀药物、抗血小板聚集剂、钙通道拮抗剂等。

1.3 观察项目及统计学处理 观察治疗后 TLA 发作停止的时间、例数。于治疗前及 1 个疗程结束后分别测定血液流变学指标, TCD 指标。应用 SYSTAT 统计软件对用药前后的数据采用 χ^2 检验及 t 检验。

2 临床疗效

2 组治疗结果见表 1。从表中可见治疗组与对照组治疗后 24h 内 TLA 发作控制率分别为 59.34%和 23.33%,3d 内 TLA 发作控制率分别为 87.50%和 66.67%;对照组有 2 例于病程第 4 天及第 5 天发生左基底节区脑梗死、枕叶脑梗死。2

组未发生出血等并发症。

表 1 2 组椎基底动脉系 TLA 患者治疗效果比较 例(%)

例数	治疗后 TLA 发作停止时间			脑梗塞
	<24h	24h~3d	>3d	
治疗组 32	19(59.34)	9(28.13)	4(12.53)	0(0.00)
对照组 30	7(23.33)	13(43.33)	8(26.67)	2(6.67)

注:治疗组与对照组比较, $\chi^2=11.912, P<0.01$ 。

血液流变学指标见表 2。

表 2 东菱迪芙治疗椎基底动脉系 TLA 前后血液流变学变化

观察指标	治疗前平均数	治疗后平均数/d	差数的平均值/s	差数标准差	P
高切变/mPa·s	8.13	6.04	1.13	1.07	<0.01
全血粘度低切变/mPa·s	13.3	8.47	4.93	3.25	<0.01
血浆粘度(比)	1.84	1.53	0.22	0.13	<0.01
红细胞压积	48.69	45.3	3.23	1.87	<0.01
聚集指数	1.67	1.23	0.61	0.38	<0.01
全血还原粘度/mPa·s	25.31	19.33	5.26	3.52	<0.01
红细胞电泳时间/s	19.01	16.96	1.83	0.89	<0.01
纤维蛋白原/g·L ⁻¹	4.76	3.23	1.02	0.67	<0.01
血小板计数/伊0 ⁹ ·L ⁻¹	1.13	2.35	1.27	3.34	<0.05

TCD 结果见表 3。

表 3 东菱迪芙治疗前后 TCD 变化的比较 (\bar{X} 依 S)

	左椎动脉			右椎动脉			基底动脉		
	Vp	Vd	Vm	Vp	Vd	Vm	Vp	Vd	Vm
用药前	30.7依.9	13.5依.9	19.3依.0	33.2依.3	11.2依.8	17.9依.5	37.7依.3	15.1依.3	21.4依.9
用药后	43.1依.5	18.2依.5	25.3依.7	40.1依.6	15.32依.6	23.9依.7	47.7依.1.6	20.9依.7	39.8依.2

注:治疗组治疗 5d 后较治疗前比较, $P<0.001$ 。

3 讨论

迅速控制 TLA,防止脑梗死的发生是防治急性缺血性脑血管的一项重要原则。东菱迪芙是新强力溶栓改善微循环新药,具有分解纤维蛋白原、抑制血栓形成、诱发 t-PA 释放、增强 t-PA 的作用,促进纤维蛋白溶酶的生成,减少 α -PI 及溶血栓的作用^[2-4]。国外资料证实^[5],东菱迪芙具有降低血液粘度,抑制红细胞聚集、沉淀,增强红细胞变形能力,降低血管阻力,改善微循环的作用。经国内外临床应用证实,对频发的 TLA,多数在 24h 内发作控制,最快在用药后 1h 发作就被控制。本组资料用 DF-521 治疗后 24h 内及 3d 内 TLA 发作控制率分别为 59.34%和 87.50%,均明显高于对照组(23.33%和 66.67%), $P<0.01$ 。表明 DF-521 对频发的 TLA 疗效显著,且起效快。本组资料也证实,DF-521 可降低血液粘度和纤维蛋白原浓度,对照组全血粘度降低,但血浆粘度和纤维蛋白原浓度无明显变化,与以往报道一致。从本组资料看,DF-521 治疗组无 1 例发生脑梗死,而对照组有 2 例发生脑梗死,也提示早期应用 DF-521 治疗频发的 TLA 可防止脑梗死的发生。

参考文献

[1]中华医学会.脑血管病诊断和分类诊断要点神经功能缺损程度的评分标准[J].中华神经科杂志,1996,29(5):376
 [2]强丽娟,林菊香,吴松寒,等.东菱精制克栓酶治疗脑梗塞的临床研究[J].临床神经病学杂志,1995,8(1):55

龙芪汤配合中药导入治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕疗效观察

吕玉凤

(广东省湛江市霞山骨伤科医院 湛江 524003)

关键词: 眩晕; 椎 - 基底动脉供血不足; 中医药疗法; 龙芪汤; 中药离子导入

中图分类号: R 743

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)02-0019-02

笔者自 2000 年以来观察自拟龙芪汤配合中药离子导入治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕 53 例, 取得满意结果。现报道如下:

1 临床资料

全部病例为门诊患者, 均符合诊断标准^[1], 并经颅多普勒 (TCD) 确诊。治疗 53 例, 男 23 例, 女 30 例; 年龄最小 45 岁, 最大 75 岁, 平均 58 岁; 病程最长 15 年, 最短 1 周; 其中合并动脉硬化 12 例, 颈椎病 13 例, 高血压病 4 例, 高脂血症 8 例, 天合并症 16 例。病变程度轻度 (发作时眩晕轻微, 每月 2~3 次, 持续时间 <1h, 不影响生活和工作) 14 例; 中度 (发作时眩晕严重, 每月 3~6 次, 持续时间 1~3h, 不影响生活和工作) 23 例; 重度 (发作时眩晕严重, 每月发作 >6 次, 持续时间 >3h, 不能坚持生活和工作, 甚至需卧床休息) 16 例。凡颅内肿瘤、脑血管意外不纳入观察对象。高血压者以控制血压正常为度。

2 治疗方法

2.1 中药治疗 自拟龙芪汤, 药物组成: 黄芪 60g, 地龙 15g, 丹参 30g, 赤芍 15g, 茯苓 10g, 天麻 15g, 炙甘草 6g。兼肝肾虚加枸杞子 10g, 头痛加葛根 30g、白芷 10g, 恶心呕吐加藿香 10g, 痰浊内蕴加胆南星 10g、法半夏 10g、天竺黄 10g, 失眠多梦加柏子仁、酸枣仁各 10g, 肝阳亢盛加菊花 10g、石决明 30g, 肾阴虚加何首乌 15g、女贞子 10g, 气血虚甚加党参 30g、当归 10g。每天 1 剂, 水煮分 2 次服, 连服 10d 为 1 个疗程。

2.2 中药离子导入法 药物由桃仁 30g、红花 6g、乳香 30g、没药 30g、赤芍 50g、延胡 30g、法夏 20g、丹参 30g、川芎 20g、藁本 30g、黄芪 60g 组成。用 1 500mL 升水煎成 500mL 备用。采用 DZY-B 型骨质增生治疗仪, 操作时将所需中药汁加热成 40℃ 左右, 用制备好一定大小的棉布垫浸透药液并沥尽水分, 紧贴颈椎两侧, 左右各 1 块药垫, 药垫背面插入电胶板, 上面覆塑料布, 压上沙袋, 接通电源, 电流调节由小到大, 以患者能忍受为宜。每次 25min, 每天 1 次, 连续 10d 为 1 个疗程; 疗程间隔 3~7d。治疗 2 个疗程随访观察, 2 个月后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈: 眩晕及伴发症状和体征消失, 检查椎

- 基底动脉供血正常, 2 个月内不复发; 显效: 眩晕程度, 持续时间均有明显改善, 伴发症状及体征多数消失, 检查椎 - 基底动脉供血明显好转, 2 个月内发病比原来下降一半以上; 好转: 眩晕程度减轻, 持续时间缩短, 伴发症状及体征部分消失, 检查椎 - 基底动脉供血改善, 2 个月内发病次数减少 1/3; 无效: 眩晕及伴发症状和体征无改善或改善不到 1/3, 检查椎 - 基底动脉供血无改善。

3.2 治疗结果 治疗 53 例, 治愈 13 例, 显效 18 例, 有效 16 例, 无效 6 例, 显效率 58.5%, 总有效率 88.7%。

4 典型病例

患者陈某, 女, 45 岁, 2003 年 9 月就诊。头晕恶心呕吐反复发作 2 年余, 加重 2 周。患者 2 年来, 时发头晕, 1 月数次, 每次发作历时短暂, 数秒至数分钟不等。曾经颅多普勒超声示: 椎 - 基底动脉供血不足。并予西比灵、潘生丁、川芎嗪片等, 其效不显, 近 2 周因操劳过度, 眩晕发作频繁, 最多日达 3~4 次, 持续时间也较前延长, 感觉乏力, 动则甚, 劳累加重。查体: 形体偏胖, 神情痛苦面容, 面色苍白, 生命体征及心肺正常, 舌淡苔白, 脉弱。证属气虚挟瘀, 痰阻经络。治则补气活血, 化痰通络。用龙芪汤加味。处方: 黄芪 60g、地龙 15g、赤芍 15g、法半夏 10g、天麻 15g、丹参 30g、茯苓 15g、葛根 30g、炙甘草 6g。每日 1 剂水煎服, 配合中药离子导入治疗。治疗 10d 基本痊愈, 后又治疗 1 个疗程, 随访至今无复发。

5 讨论

椎 - 基底动脉供血不足性眩晕, 多见于中老年人, 眩晕发作表现多与头位有关, 发作短暂, 伴有颈部不适或僵直, 甚则恶心呕吐, 神倦耳鸣, 失眠多梦等, 多合并动脉硬化、高血压、高血脂、颈椎病。笔者认为椎 - 基底动脉供血不足性眩晕, 多属本虚标实。由于年老肾精不能化生元气, 元气虚衰, 鼓动无力, 血行不畅, 脉络瘀阻, 血液不能上奉养脑而致。故在治疗上以补气活血通络为原则, 采用大量补气药物。方中重用黄芪大补元气, 使气旺促血行, 祛瘀而不伤正; 地龙性走窜, 取其通络以行血之力; 丹参、赤芍活血通络, 促使血液循环; 天麻、茯苓止晕。

中药离子导入是在电流的作用下, 提高组织膜和细胞膜的通透性, 使药物分子通过药物浓度梯度的扩散作用, 经皮

[3]高波廷, 史庭慧, 卜碧涛, 等. 东菱精纯克栓酶治疗脑梗塞的疗效及机理探讨[J]. 中国新药杂志, 1996, 5(3):194

[4]朱国行. 脑梗塞的溶栓治疗[J]. 国外医学·神经病学神经外科学分册, 1995, 22(2): 55

[5]Izumi Y, Tsuda Y, Ichihara SI, et al. Effects of defibrination on hemorheology cerebral blood flow velocity and CO₂ reactivity during hypocapnia subjects[J]. Stroke, 1996, 27:1 328~1 332