

注射用疏血通治疗急性脑梗死 80 例疗效观察

冯刚民

(陕西省韩城市医院神经内科 韩城 715400)

摘要：目的：观察疏血通治疗急性脑梗死临床疗效。方法：160 例住院患者随机分为 2 组，治疗组给予静滴注射用疏血通 6mL,1d1 次,14d 为 1 个疗程。对照组给予静滴盐酸川芎嗪注射液 120mg(6mL)。结果：治疗组总有效率为 95%,对照组为 70%,2 组有显著性差异($P<0.05$)。结论：疏血通治疗急性脑梗死疗效确切,无毒副作用。

关键词：疏血通注射液;急性脑梗死;中医药疗法;疗效观察

中图分类号:R 743.3

文献标识码:B

文献编号：1671-4040(2005)03- 0022-02

我们自 2001 年 3 月~2004 年 2 月对收住我院的急性脑梗死患者 80 例,给予注射用疏血通进行治疗,疗效较为满意。今报道如下:

1 临床资料

本组共收住院病例 160 例,均符合 1995 年第 4 次全国脑血管病会议修订的脑梗死诊断标准,并均经头颅 CT 扫描确诊,发病在 6~72h 以内(平均 36h)。随机分为 2 组。2 组病人的症状、体征及头颅 CT 改变均经卡方检验,无明显差别($P>0.05$),具有可比性。治疗组 80 例,男 60 例,女 20 例;年龄 41~73 岁,平均 59.5 岁;其中单灶性梗死 45 例,多发性梗死 15 例,腔隙性梗死 20 例。对照组 80 例,男 62 例,女 18 例;年龄 39~70 岁,平均 58.2 岁;其中单灶性梗死 46 例,多发性梗死 14 例,腔隙性梗死 20 例。

2 治疗方法

治疗组给予注射用疏血通(牡丹江市友博制药厂生产)6mL 加入 5%葡萄糖注射液 250mL 中静脉点滴,1d1 次。对照组应用盐酸川芎嗪注射液 120mg(6mL)加入 5%葡萄糖 250mL 中静脉点滴,1d1 次。2 组均同时应用胞二磷胆碱 0.75g 加入生理盐水 250mL 中静脉点滴,1d1 次,并根据病情均酌情加用 20%甘露醇注射液。2 组均以 14d 为 1 个疗程(注:若患有糖尿病患者 5%葡萄糖改用为生理盐水)。

3 观察项目

治疗前后查全血细胞计数、血小板、凝血酶原时间、纤维蛋白原、肝功、肾功、血糖、血清电解质、血液流变学及心电图

各学者对抗抑郁药治疗 FD 的作用和适应症尚未获得共识,且很多抗抑郁、焦虑的西药副作用大,有的患者服后不能坚持正常日常活动,因此,有必要探索一种新的治疗 FD 的方法。

FD 属中医“胃脘痛、痞症”等范畴,其临床表现较为复杂,其病机多因饮食失节、寒温失调、情志失畅而致肝气郁滞,克伐脾土,运化失健;或上犯于胃,胃失和降,从而引起腹胀痛、早饱、嗝气、返酸等一系列“滞”而失降的临床表现。正如《素问·五常政大论》所云:“气相得则和,不相得则病。”本病病位在肝、脾、胃,而肝郁气滞是病机的关键。故采用疏肝理气之法治疗。笔者所用中药基本方中柴胡、苏梗、佛手疏肝理气,和胃降逆;木香行气止痛,尤长于行肠胃滞气;枳壳、厚朴行气化湿,散结消痞;白芍养血敛阴,柔肝止痛;白术、炙草益气健脾;麦芽消食健脾,兼疏肝。全方合用,共奏疏肝理气、消痞除胀、化湿健脾、和胃降逆之功,从而达到了改善 FD 患

等。

4 疗效观察

按 1995 年全国第 4 届脑血管病会议通过的脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准^[1],根据神经功能缺损积分值及病残程度分为基本痊愈、显著进步、进步、无效(包括恶化及死亡)4 组。治疗结果:2 组治疗结果疗效比较见表 1。治疗组的总有效率与对照组有明显的差异($P<0.05$)。

表 1 2 组脑梗死疗效比较						例
	n	基本痊愈	显著进步	进步	无效	总有效率(%)
治疗组	80	21	41	14	4	95.0
对照组	80	10	24	22	24	70.0

从治疗前后观察疏血通延长凝血酶原时间,降低纤维蛋白原,降低胆固醇及甘油三酯,提高高密度脂蛋白,降低全血粘度、血浆粘度,降低血小板的聚集性,对肝、肾功能均无异常改变。

5 讨论

急性脑梗死属中医学的“中风”范畴。近年来,随着广大人民群众生活质量的逐步提高,其发病率、致残率及死亡率均很高,直接威胁着广大中老年人的身体健康和生活质量。其发病原因主要为阴阳失调、气血逆乱、血行瘀滞、脑脉痹阻不通所致。现代医学认为,其发病主要为动脉粥样硬化和高血压性小动脉硬化,形成附壁血栓,在血压下降、血流缓慢、血流减少、血粘度增高和血管痉挛等情况的影响下,血栓逐渐增大,最后导致脑血管闭塞^[2]。而在发病后 6h 内有的患者

者症状的目的。

本观察治疗组采用疏肝理气中药配合西药治疗,显效率 65.5%,总有效率 90.9%,明显优于单纯西药对照组($P<0.01$), $P<0.05$);症状改善方面,治疗组对上腹胀满、早饱、嗝气及食欲减退等症状改善高于对照组。说明本方可能协同西药吗丁啉调节胃肠功能、雷尼替丁抑酸的作用,且未见明显副作用。充分表现中西医结合疗法治疗 FD 具有明显的优越性,不失为临床治疗 FD 的一种有效方法,值得临床推广使用。

参考文献

[1]张锦坤.消化不良的诊断与治疗中的几个问题[J].中国实用内科杂志,1995,15(5):57

[2]田虹,周汉建,戈兰,等.功能性消化不良患者焦虑和抑郁调查分析[J].广东医学,1999,20(11):858~859

(收稿日期:2004-12-09)

灯盏花素治疗急性脑出血 60 例疗效观察

陈根生

(山东省济宁市任城区中医院 济宁 272000)

摘要:目的:探讨灯盏花素对脑出血患者血肿吸收、周围水肿改善及神经功能恢复的影响。方法:将 120 例患者随机分为治疗组(60 例)和对照组(60 例),分别于入组第 1、7、21 天利用 CT 测量血肿体积、水肿面积,并行临床神经功能缺损评分(CSS),以此判断疗效。治疗组给予静滴灯盏花素 20mg,1 次/d,连用 14d。结果:治疗组水肿面积、血肿体积和疗效均较对照组明显改善($P < 0.01$)。结论:灯盏花素有益于促进脑出血患者的血肿吸收、水肿消退和神经功能的改善。

关键词:脑出血;血肿;水肿;中西医结合疗法;灯盏花素;脱水剂;脑细胞活化剂

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0023-02

脑出血是临床上的急症,其发病率有逐年增高的趋势^[1],是死亡率极高的重症^[2],无论内科保守治疗还是外科手术治疗,病死率和致残率都居高不下,一直是临床治疗的难题。我科在中医理论指导下,应用灯盏花素治疗急性脑出血患者 60 例,取得了较好疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 对象 选择 2001 年 1 月~2004 年 3 月,在我科住院的急性脑出血患者 120 例,所有病例符合 1995 年第四届全国脑血管病会议制定的诊断标准^[3],经头颅 CT 证实,并符合以下条件(1)发病 ≤ 48 h;(2)平均年龄 ≤ 80 岁;(3)出血量 ≤ 50 mL;(4)意识清楚、生命体征稳定;(5)排除凝血机制障碍。将这 120 例患者按住院日期随机分为治疗组和对照组。治疗组 60 例,男 37 例,女 23 例;年龄 50~78 岁,平均 65.6 岁;治疗前血肿量 10~20mL 20 例,21~30mL 20 例,31~40mL 10 例,41~50mL 10 例,平均 (30 ± 8) mL;神经功能缺损评分(CSS)^[4],平均 (25 ± 6) ;既往有高血压病史 58 例。对照组 60 例,男 38 例,女 22 例;年龄 51~77 岁,平均 64.5 岁;治疗前血肿量为 10~20mL 21 例,21~30mL 22 例,31~40mL 10 例,41~50mL 7 例,平均 (29 ± 7) mL;CSS (24.5 ± 7) ;既往有高血压病史 57 例。2 组患者的性别、年龄、治疗前血肿量、CSS、高血压病史,经统计学处理($P > 0.05$)差异无显著意义,具有可比性。

1.2 方法 2 组患者均常规给予脱水剂,脑细胞活化剂,维持水电解质平衡,防治并发症等治疗。治疗组在起病 2d 后加用 5%葡萄糖注射液 250mL(糖尿病患者改为 0.9%生理盐水 250mL)+灯盏花素 20mg(湖南省湘衡制药厂生产,规格 10mL,10mg)静脉滴注,1 次/d 连用 14d,观察终止时间为第

错过了溶栓治疗时间窗。注射用疏血通是由中药水蛭和地龙经现代工艺提取有效成分精制而成。中医学认为:水蛭味咸苦、性平,为破血逐瘀之良药;地龙味咸、性寒、走血分,可消瘀滞而通血脉。二药配伍共奏活血逐瘀、通经活络之效,对中风所致的头昏头晕、半身不遂、偏身麻木、口眼歪斜、唇甲紫暗、舌紫脉涩等症有明显疗效。现代药理研究证明:疏血通内含主要有效成分为水蛭素和蚓激酶样作用的物质,并含有抗血栓素、蛋白质、氨基酸等,具有抗凝、溶栓、降纤、抗血小板聚集、调节血脂、改善血循环、细胞保护的多重作用^[5],从而改善脑缺血,保护脑组织,促进受损神经功能的修复。尤其是内含有抗血栓素的溶栓作用较强,很有利于错过西药溶栓治疗

21 天。观察项目:2 组患者在入组时、入组后第 7、21 天,根据多田氏公式,应用 CT 测量并计算血肿体积、血肿周围水肿带面积(以血肿直径最大的层面为准),同时根据神经功能缺损减少分数评定疗效。疗效评定标准参照 1995 年全国脑血管会议制定的神经功能缺损程度及生活状态进行评分^[4],结果:基本痊愈:功能缺损评分 90%~100%,病残程度为 0;显著进步:功能缺损评分 46%~89%,病残程度 1~3 级;进步:功能缺损评分减少 18%~45%;无变化:功能缺损评分增减在 17%以内;恶化:功能缺损评分增加 18%以上。

1.3 结果 血肿、水肿变化见表 1,疗效比较见表 2。

表 1 2 组治疗前后血肿体积、水肿面积变化($\bar{X} \pm S$)			
组别	n	血肿体积/mL	水肿面积/mm ²
治疗组 60	入院时	30± 8	—
	入院后 7d	18± 7	4.4± 0.7
	入院后 21d	5± 5*	2.1± 0.6 ^Δ
对照组 60	入院时	29± 7	—
	入院后 7d	21± 8	4.7± 0.8
	入院后 21d	12± 8	3.6± 0.5

注:与对照组同期相比,* $t=3.13, P < 0.01$; $\Delta t=3.02, P < 0.01$;—为无水肿。

表 2 治疗组和对照组疗效比较							例(%)
组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	显效率
治疗组 60	16(26.7)	28(46.7)	12(20.0)	4(6.7)	0	44(73.3)	56(93.3)
对照组 60	8(13.3)	21(35.0)	20(33.3)	10(16.7)	1(1.7)	29(48.3)	49(81.7)

注:与对照组相比, $P < 0.01$ 。

由表 1 可见:2 组血肿在第 7、21 天均较治疗前缩小,同期相比,第 7 天治疗组血肿无扩大,反而较对照组有所缩小,但差异无显著意义($P > 0.05$);第 21 天,治疗组血肿明显缩

时间的患者。通过对 80 例急性脑梗死患者的应用后临床观察,我们认为疏血通使用安全,疗效确切,值得在临床上推广使用,尤其适用于在基层医院还没有溶栓条件的患者。

参考文献

[1] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损积分评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381~383
[2] 栗秀初,吴保仁,黄远桂.新编神经病学[M].西安:第四军医大学出版社,2002.292~298
[3] 刘捷,张秀杰,李辉.疏血通治疗脑梗塞疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2001,22(2):31~32

(收稿日期: 2005- 01-14)