低分子肝素联合安心达治疗不稳定性心绞痛

张茂峰　张蕾
（山东省枣庄市薛城区人民医院　枣庄 277000）

关键词：低分子肝素；安心达；不稳定性心绞痛；药物疗法
中图分类号：R 541.4　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2006)02-0053-02

不稳定性心绞痛（UAP）是一种介于稳定性心绞痛与急性心肌梗死之间的一组综合征，极易发展成急性心肌梗死或猝死，故选择合适的治疗方法对改善其预后有重要的临床价值。我院于 2003 年 2 月 ~2005 年 2 月应用低分子肝素治疗不稳定性心绞痛 36 例取得了较好的疗效。现报告如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　选择 UAP 患者 72 例，男 50 例，女 22 例，随机分为 2 组。常规治疗组（A 组）36 例，其中初发性劳力性心绞痛 18 例，恶化性劳力性心绞痛 7 例，自发性劳力性心绞痛 5 例，混合性劳力性心绞痛 6 例；低分子肝素（B）组 36 例，其

伸处距离的训练，并进行起立动作训练和坐位平衡的训练。Brunnstrom 达 4~5 级时主要应改善立位平衡，提高力位稳定性的训练，包括平衡杠内行走，拄拐杖步行和上下楼梯的训练，开始训练时治疗师及家属应给予一定的帮助和保护，消除患者的恐惧心理，保持正确姿势。Brunnstrom 达 5~6 级应继续前一段的训练，进一步巩固提高各种身体机能和技能。每一阶段的训练都应由易到难，动作由粗到细，以上治疗每日 1 次，每次 60min。

2.2　针灸疗法　根据患者病情进行辨证施治，上肢偏瘫取合谷、曲池、肩髃、臂臑、内关、极泉；下肢取伏兔、足三里、委中、阳陵泉、三阴交、太冲、解溪、昆仑等穴位加减。部分穴位特殊的针刺手法：极泉强刺激后，患者上肢有收缩现象后即可，不留针；委中强刺激后，以下肢有上抬现象即可。余穴位常规针刺，平补平泻，电针留针 20min，强度以患者能耐受为度。

2.3　多功能电脑中频电疗法　患侧上肢采用伸肌侧并置，下肢采用屈肌侧并置，每次 20min，每日 1 次，以减轻肢体痉挛。

2.4　主动性康复训练　主动性康复训练是以作业活动为主导，因人制宜地选择有效的、适合不同患者的活动。强调对与日常活动直接关联的运动控制能力进行特殊训练，这对重获有效的生活活动能力具有积极意义，在各个病期均应贯穿进行。如利用木钉盘、倾斜台训练手指和肩部的机能，同时也有一定的娱乐性。

3　疗效观察

3.1　疗效评定　患者偏瘫侧的上下肢运动功能采用简式 Fugl-Meyer 评估积分法来评定肢体治疗前后运动功能变化情况。患者日常生活 ADL 能力采用 Barthel 指数法。评定结果以（均数± 标准差）表示。

3.2　治疗结果　经治疗后 28 例患者症状、体征均有显著改善，其步行能力及其日常生活活动能力均有较明显改善，治疗后 Fugl-Meyer 各项积分和 Barthel 指数均有显著的提高。经统计分析，治疗前后各项积分均有显著性差异（$P<0.01$）。见表 1。

表 1　28 例患者治疗前后疗效比较　（$\overline{X}\pm S$）分

	上肢功能	下肢功能	Barthel
治疗前	14.52± 7.06	18.04± 6.48	28.62± 14.03
治疗后	29.54± 8.26	31.21± 9.23	56.32± 12.28

4　讨论

现代研究证实，脑卒中患者神经功能损伤后中枢神经系统结构上的重组和功能上的代偿，使脑细胞可通过轴突再生。在此基础上，运用神经促通技术可通过反射和随意运动的结合促进正确的运动反应形成，并通过反复训练降低神经传导中突触阻力，产生由意志控制的主动运动，从而在中枢神经系统中建立一条新的神经通路，并通过多次重复训练在锥体外系形成协调运动定型，从而恢复正常的运动功能[2]。

针灸是中医学中的一朵奇葩，它对治疗脑卒中后的运动功能障碍有很好的疗效。患者多因年老体弱，气虚运血无力，血瘀脉中致缺血性中风偏瘫；气虚化源不足，阴液亏损或情致失调，肾经亏耗，肝肾阴虚，阳亢风动气血逆乱，血瘀脉外致出血性偏瘫，故其主要病机在于气虚血瘀，治疗的关键是益气祛瘀，宣通经络。早期针灸治疗改善脑的氧代谢和血流量，使脑血管阻力降低，血及葡萄糖的供应增加，保护中枢神经元，减少缺血神经元的凋亡[3]，同时，针灸具有整体调节作用，能增强机体的抗病能力。

单一的治疗方法对脑卒中后的运动功能障碍疗效都有其不足之处，促通技术所需时间长，疗效慢，而通过针刺配合促通技术则能更有效地改善患者运动功能，增加患者的稳定、协调、平衡等能力，达到功能质的恢复。同时多功能电脑中频电疗法能使患侧上下肢异常肌张力减退，正常肌力提高，从而改善和增强肢体的独立活动能力[4]。而主动性的康复锻炼，在巩固疗效的基础上还能增加患者训练时的娱乐性，使很多患者能坚持疗程，故我们采取多种治疗手段综合治疗，减轻残疾程度，提高生存质量，尽可能在短时间内让患者看到疗效，增加患者康复的信心。

参考文献

[1]王拥军. 卒中单元[M].北京：科学技术文献出版社，2004.231~257
[2]戴红.运用促通技术对中枢性瘫痪进行训练的原理和处理原则[J].中国康复医学杂志,1994，9(6)：275
[3]黄东锋.重症患者早期康复医疗的现状与进展[J].中国康复医学杂志,2002,17（2）：122~123
[4]赵大贵,穆敬平.头针结合促通技术对脑卒中偏瘫康复疗效的观察[J].中国针灸，2005，25（1）：19

（收稿日期：2005-09-19）

中西医结合治疗溃疡性结肠炎

徐朝晖　姜荣良　沈红波

（浙江省衢州市中医院　衢州 324002）

关键词：溃疡性结肠炎；中西医结合疗法；辨证施治；保留灌肠

中图分类号：R 574.62　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2006)02-0054-02

溃疡性结肠炎又称慢性非特异性溃疡性结肠炎，简称UC，属中医“泄泻”、“久痢”、“休息痢”、“肠辟”等范畴，是临床上常见的疑难病症之一，其病因复杂，病性顽固，缠绵难愈，极易复发，临床常表现为：腹泻、黏液血便、脓血便、腹痛、腹胀、里急后重、消瘦、发热、纳差、恶心呕吐，有时有便秘和关节痛等，治疗较为棘手。近十年来，我们采用内服中药，中西药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 284 例，疗效满意。兹报告如下：

1　临床资料

1.1　一般资料　284 例中，其中男性 146 例，女性 138 例；年龄最小的 25 岁，最大的 68 岁，平均 38 岁；病程半个月至 10 年不等。

1.2　诊断标准　所有病例按照 1993 年太原全国非感染性肠道疾病学术会上修订的诊断标准。

2　治疗方法

2.1　中医分型证治

2.1.1　湿热内蕴型　以腹痛、里急后重、大便稀或伴有红色黏液为主，治以清热利湿，用葛根芩连汤加减：葛根、黄芩、黄连、秦皮、薏苡仁。

2.1.2　肝气郁结型　以腹中雷鸣、攻窜作痛、泻后则舒、嗳气食少为主，治以抑肝扶脾，用痛泻要方加减：陈皮、柴胡、白芍、防风、白术、薏苡仁。

2.1.3　脾胃虚弱型　以腹部隐痛、便稀挟有黏液、食少神疲为主，治以温中健脾，用小建中汤加减：白芍、肉桂、干姜、党参、白术、苍术。

2.1.4　脾肾两虚型　以黎明前脐周腹痛、肠鸣即泻、大便中挟有不化食物、形寒肢冷为主，治以温补脾肾，固涩止泻，用四神丸合附子理中丸加减：补骨脂、吴茱萸、附子、肉豆蔻、五味子、白术、干姜。

2.2　保留灌肠　(1)白及、五倍子、蒲公英、败酱草、白花蛇舌草、黄连、黄柏、地榆、苦参、枳壳、甘草，水煎浓缩至 100mL，每晚临睡前保留灌肠；(2)每日上午予生理盐水 100mL，庆大霉素针 1 支、锡类散 1 支，保留灌肠。

灌肠注药时应左侧卧位，注药后应臀高头低，俯仰或膝胸卧位交替 30min~1h，插入深度一般为 15~25cm，药温在 35~38℃之间。

3　疗效观察

3.1　疗效评定标准　痊愈：临床症状消失，肠镜复查提示黏膜病变恢复正常。显效：临床症状基本消失或明显减轻，肠镜见溃疡灶部分愈合。好转：临床症状改善，肠镜见黏膜溃疡病

中初发性劳力性心绞痛 17 例，恶化性劳力性心绞痛 8 例，自发性劳力性心绞痛 6 例，混合性劳力性心绞痛 5 例。2 组患者在年龄、性别、心绞痛临床表现方面无显著性差异，均无出血性疾病史，无严重肝肾功能损害，血小板及凝血酶原时间均在正常范围。

1.2　方法　2 组均应用常规治疗，如休息、吸氧、口服肠溶阿司匹林 50~100mg/d，心康 20mg/ 晚，并可根据病情选用钙拮抗剂、β - 受体阻滞剂、静滴硝酸酯类或其它降压、调血脂药物。治疗组在此基础上加用低分子肝素钠 5 000U 腹壁皮下注射，q12h，连用 10d；安心达 400mg 加入 5%葡萄糖溶液 250mL 静滴，1 次 /d。

2　疗效观察

2.1　疗效判断标准　显效：心绞痛发作消失，心电图原有 ST 段下移或 T 波倒置恢复正常。有效：心绞痛发作次数明显减少，程度明显减轻，或时间缩短，心电图有改善。无效：心绞痛仍有频繁发生，心电图无改变或缺血程度加重。

2.2　治疗结果　A 组显效 20 例（55.6%），有效 5 例（13.9%），无效 11 例（30.6%），总有效率为 69.4%。B 组显效 24 例（66.7%），有效 8 例（22.2%），无效 4 例（11.1%），总有效率 88.9%。2 组比较,总有效率差异有显著性（$P < 0.05$）。2 组病例均无猝死发生。B 组患者 36 例全部耐受治疗，无明显不良反应。2 组用药前后的血常规、血小板、凝血酶原时间均无明显改变。

3　讨论

UAP 的主要病理基础为冠脉粥样硬化斑块破裂伴有血栓形成，患者发生心脏事件的危险性显著增加。目前多主张采用抗凝治疗以防止和减少病变部位血栓形成和扩展。本组资料显示，选用低分子肝素加安心达治疗组在治疗近期心绞痛发作次数、间隔时间、心电图 ST-T 改善方面明显优于对照组，总有效率为 88.9%，高于对照组 69.4%。2 组间差异有显著性（$P < 0.05$），且无明显出血等不良反应。

低分子肝素治疗不稳定性心绞痛的作用机制为减少血栓形成，从而增加冠状动脉供氧。加上安心达具有扩张冠状动脉和脑血管、降低心肌耗氧量、改善微循环和抗血小板聚集的作用，使不完全堵塞的血栓溶解，改善冠脉循环，纠正心肌的缺血缺氧。低分子肝素皮下注射后作用维持时间长，吸收好，且无明显出血等不良反应，安全方便；安心达无明显不良反应。两药合用具有协同作用，适合于不稳定性心绞痛的治疗。我们体会，低分子肝素加安心达治疗不稳定性心绞痛尤其是在基层医院，不失为一种疗效显著、安全、方便的有效方法。

（收稿日期：2005-09-12）