

路路通注射液治疗脑梗死疗效观察

臧清华 吴巧燕 卢利员
(广东省河源市中医院 河源 517000)

摘要:目的:观察比较路路通对脑梗死的疗效。方法:120 例急性脑梗死患者,随机分为治疗组和对照组,治疗组采用路路通注射液治疗,对照组采用川芎嗪注射液治疗,观察 2 组疗效及血脂、血流的变化。结果:治疗组临床总有效率为 92.3%,对照组总有效率为 76.4%,差别有显著意义($P<0.05$),路路通有降低血脂及改善血流变各参数的作用。结论:路路通注射液治疗脑梗死疗效优于川芎嗪注射液。

关键词:脑梗死;路路通注射液;中西医结合疗法;胞二磷胆碱;尼莫地平

中图分类号:R 743.33 **文献标识码:**B **文献编号:** 1671-4040(2007)02-0015-02

随着人们生活水平的普遍提高,近年急性脑梗死的发病率逐渐上升,如何有效治疗脑梗死和降低其致死率成为目前临床上研究的重要课题。我院自 2004 年 1 月~2005 年 7 月采用路路通注射液治疗 65 例急性脑梗死患者,取得较理想的效果。现将观察结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 入选病例全部符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制定的诊断标准^[1],并经颅脑 CT 或 MIR 证实。所有病例均无出血史、肝肾功能障碍,近期未用抗凝剂、抗纤溶剂或血小板聚集抑制剂。实验室检查有下列其中一项异常者,血清总胆固醇(TC) $\geq 5.95\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ 和(或)三酰甘油(TG) $\geq 1.81\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血小板聚集率 $>70\%$ 和(或)血浆凝血因子 I $\geq 4.0\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ 。选择我院住院患者 120 例,随机分为治疗组 65 例,男 40 例,女 25 例;年龄 33~80 岁,平均(61.3 $\pm$ 10)岁;高血脂 42 例。对照组 55 例,男 37 例,女 18 例;年龄 37~79 岁,平均(61 $\pm$ 10)岁;高血脂 34 例。按病情分型:治疗组轻型 20 例,中型 30 例,重型 15 例;对照组轻型 18 例,中型 25 例,重型 12 例。2 组数据经统计学分析, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组:路路通注射液 0.75g(每支 10mL,内含 250mg,国药准字 Z22022855)加入 5%葡萄糖液中 500mL 静脉滴注,每天 1 次;对照组:川芎嗪注射液 80mg(每支 2mL,含生药 40mg,国药准字 H44023345)加入 5%葡萄糖液 250mL 中静脉滴注,每天 1 次。2 组均 14d 为 1 个疗程,用 1~2 个疗程。同时 2 组加用脑细胞活化剂,胞二磷胆碱 0.75g 加入 5%葡萄糖液或生理盐水 250mL 中静脉滴注;口服钙离子拮抗剂尼莫地平;依脑水肿程度,适量采用 20%甘露醇静脉滴注;血压高者酌情使用降压药。

1.3 观察指标 治疗前和治疗结束后 24h 内作 TC、TG、血细胞比容、全血黏度、血浆黏度、血小板聚集率、凝血因子 I 检查,每周复查 1 次血常规、出血凝血时间及肝肾功能。治疗前常规行颅脑 CT 扫描,对梗死灶大小及部位进行对照,治疗结束后再次行颅脑 CT 检查。

1.4 疗效判断 全部病人治疗前后,参考脑卒中病临床神经功能缺损程度评分标准分别进行评分^[2], (1)基本痊愈:功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度 0 级; (2)显著进步:功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度 1~3 级; (3)进步:功能缺损评分减少 18%~45%; (4)无效:功能缺损评分减少 17%左右; (5)恶化:功能缺损评分增加 18%以上。

1.5 统计学处理 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗组总有效率 92.3%, 对照组总有效率

76.4%,2 组比较有显著差异($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组疗效比较 例						
组别	<i>n</i>	痊愈	显著进步	进步	无变化	总有效率(%)
治疗组	65	30	21	9	5	92.3
对照组	55	20	10	12	13	76.4

注:2 组总有效率比较, $P<0.05$ 。

2.2 用药前后血脂变化比较 路路通组治疗后 TC 和 TG 均下降,差别有非常显著意义($P<0.01$);川芎嗪组在治疗后 TC 下降,差别有非常显著意义($P<0.01$),TG 下降,差别有显著意义($P<0.05$)。2 组 t 检验差别有非常显著意义($P<0.01$)。见表 2。

2.3 血液流变学改变 路路通组在治疗后各项血液流变学指标皆有显著下降,差别有非常显著意义($P<0.01$);川芎嗪组在治疗后仅见全血比黏度、血浆比黏度降低($P<0.01$),而对血细胞比容、凝血因子 I、血小板聚集率无显著影响。见表 2。

2.4 不良反应 治疗组 3 例皮疹,停药后症状消失,1 例头晕较轻,未影响治疗;对照组未见明显不良反应。2 组均未发现末梢血象、尿常规、肝功、肾功能损害。

表 2 2 组治疗前后的实验室检测结果比较 ($\bar{X}\pm S$)				
项目	组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
TC/ $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$	治疗组	42	7.3 $\pm$ 0.6	5.1 $\pm$ 0.8*☆
	对照组	34	7.2 $\pm$ 0.6	5.7 $\pm$ 0.9*
TG/ $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$	治疗组	42	3.3 $\pm$ 0.7	1.2 $\pm$ 0.5*☆
	对照组	34	3.1 $\pm$ 0.9	2.6 $\pm$ 1.2 Δ
血细胞比容	治疗组	65	0.45 $\pm$ 0.1	0.41 $\pm$ 0.1* Δ
	对照组	55	0.44 $\pm$ 0.	0.43 $\pm$ 0.1
全血比黏度 / $\text{mPa}\cdot\text{s}$	治疗组	65	7.2 $\pm$ 1.2	6.5 $\pm$ 1.0*
	对照组	55	7.1 $\pm$ 1.3	6.1 $\pm$ 1.2*
血浆比黏度 / $\text{mPa}\cdot\text{s}$	治疗组	65	2.1 $\pm$ 0.3	1.8 $\pm$ 0.2*
	对照组	55	2.1 $\pm$ 0.3	1.8 $\pm$ 0.4*
凝血因子 I/ $\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$	治疗组	65	4.2 $\pm$ 0.7	3.4 $\pm$ 0.9*☆
	对照组	55	4.1 $\pm$ 0.9	3.9 $\pm$ 0.8
血小板聚集率 /%	治疗组	65	51 $\pm$ 14	40 $\pm$ 18*☆
	对照组	55	49 $\pm$ 12	46 $\pm$ 15

注:与治疗前比较,* $P<0.01$, $\Delta P<0.05$;与对照组比较,☆ $P<0.01$, $\Delta P<0.05$ 。

3 讨论

脑梗死是一种多发于中老年人致残率高的疾病,其发病基础为脑动脉粥样硬化和血管内皮损伤、高黏滞血症、高血压、糖尿病等危险因素^[3]。发病后所致临床功能障碍的程度不仅取决于梗死直接致死坏神经元的多少及部位,更主要是由于梗死灶周围脑组织因缺血、水肿所形成的半暗带区内因缺氧导致钙离子超载,钙离子与钙调蛋白失衡, β - 内咖啡增加

益气养阴、活血化瘀法在慢性肺心病中的应用

高宪虹 刘军
(浙江省湖州市中医院 湖州 313000)

关键词: 益气养阴;活血化瘀;中西医结合疗法;慢性肺心病;抗生素;中药煎剂
中图分类号: R 541.5 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2007)02-0016-02

慢性肺源性心脏病(简称肺心病),是呼吸系统的一种常见病。笔者在长期的实践中观察到 50%左右的肺心病患者临床都有中医气阴两虚、气滞血瘀的表现,运用中西医结合方法,采用益气养阴、活血化瘀法治疗,取得满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2003 年 1 月~2006 年 1 月确诊为肺心病的住院病人中,临床表现为气阴两虚、气滞血瘀 42 例(排除病情危重抢救无效死亡及拒服中药者),男性 24 例,女性 18 例,年龄在 50~89 岁,均有慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿病史,其中伴有陈旧性肺结核 11 例,支气管扩张 5 例,矽肺 3 例,胸腔积液 18 例,高血压 12 例,糖尿病 7 例,慢性胃炎 13 例。入院时肺、心功能代偿期 31 例,肺、心功能失代偿期 11 例。

1.2 治疗方法 病情严重或合并肺性脑病、酸碱失衡、严重心律失常者需进行积极抢救治疗,运用西药控制感染;通畅呼吸道,改善呼吸功能;纠正缺氧和二氧化碳潴留;控制呼吸和心力衰竭。病情缓解后采用中西医结合法治疗,在肺心病的缓解期选用中医中药固本治疗。基本方:生黄芪 15g,炒党参 12g,北沙参 12g,天麦冬各 12g,北五味 10g,广地龙 10g,桃仁 10g,紫丹参 15g,上肉桂 3g。随症加减:气虚严重者黄芪改为 30g,并加炒白术 10g、防风 10g;咳嗽加半夏 10g、紫菀 10g、款冬花 10g;干咳无痰加焙百部 10g、蒸百合 10g;痰咳不爽加白杏仁 10g、贝母 10g;气喘加炙麻黄 6g、炒苏子 10g、沉香 3g;痰中带血加白及 10g、侧柏叶 10g;低热加地骨皮 10g、青蒿 10g、鳖甲 12g;腹胀满加厚朴 10g、沉香 3g、莱菔子 10g;胸腔积液加白芥子 10g、葶苈子 10g;气滞血瘀明显加红花 10g、当归 10g、川芎 10g;便秘加制大黄 10g、火麻仁 10g、枳壳 10g。服药 15d~6 个月(包括出院后继续服药者)。

引起自由基大量形成,发生脂质过氧化反应,引起脑神经元迟发性损害^[4]。而在临床上促进血栓溶解、吸收,建立侧支循环降低缺血区(半暗带)内钙离子及钙调蛋白浓度、 β -内啡含量及清除氧自由基减轻再灌注损伤,以阻断脑组织缺血后所致神经元损伤的恶性循环是治疗的关键。

路路通注射液为从名贵中药材三七中提取的有效成分三七总甙,经进一步提纯精制而成的液体制剂,中医学认为其活血祛瘀、生新。现代药理作用:抗凝,降低血及脑组织中钙离子、钙-钙调蛋白复合物(CaM)的含量,阻断细胞内钙超载^[5];能清除自由基,改善内皮功能,抑制血小板聚集,降低血黏度,改善微循环,抗血栓形成^[6]。

本组治疗结果表明,路路通注射液对脑梗死具有较好的临床应用价值,其疗效明显优于川芎嗪注射液。能降低 TC 和 TG,明显改善血流量,扩张血管,促进脑细胞功能恢复,有效

1.3 治疗结果 42 例中好转 30 例(占 71.43%):咳嗽咳痰、胸闷心悸消失,气急明显减轻,肺部干湿罗音消失,有关实验室检查提示病情好转;缓解 7 例(占 16.67%):咳嗽咳痰、胸闷心悸部分消失,气急减轻,肺部干湿罗音减少,有关实验室检查提示病情缓解;无效 5 例(占 11.90%):病情无改善(包括短期内自动出院)。追踪观察:出院后继续服中药 2 月以上者,自觉症状及精神状态明显好于短期服药者,急性发作率及病情程度亦明显低于短期服药或单用西药治疗者。

2 病案举例

曾某,男,86 岁,2005 年 4 月 20 日就诊。患者咳喘反复发作 10 余年,再发 1 月,加重 1 周入院。入院时咳嗽咳痰不爽,气急不能平卧,胸闷心悸阵作,伴口干、乏力、便紧。体检:口唇紫绀,颈静脉充盈,桶状胸,两下肺干湿罗音,舌苔光净,舌质中裂色暗,脉细数。胸片:两肺慢支伴两下肺感染,肺气肿,右上肺陈旧性结核。心电图:(1)窦性心动过速,心率 107 次/min;(2)正常心电图轴;(3)频发房性早搏,部分成对;(4)短串房性心动过速;(5)肺型“P”波。入院诊断:慢性支气管炎急性发作期,慢性阻塞性肺气肿,慢性肺源性心脏病。给予吸氧,西药抗炎、解痉平喘。中药以基本方为主,加白杏仁 10g,炒苏子 10g,炒枳壳 10g,火麻仁 10g,制大黄 10g。每日 1 剂,分 2 次煎服,5d 后,咳嗽气急减轻,胸闷心悸偶有发作,大便通,原方去制大黄,加川芎 10g,5 剂。症状明显好转,停用西药,继续中药治疗 1 周,咳嗽咳痰、胸闷心悸消除,活动后略感气急,两下肺干湿罗音消失,胸片示两下肺感染灶消失,心电图示明显好转而出院。继续服中药近 3 月,患者病情稳定,精神较好,至今无咳喘发作。

3 体会

肺心病是肺心功能衰竭为主要表现的全身性疾病,大多由慢性支气管炎逐步演变而来,反复呼吸道感染为其主要诱因地改善梗死灶的供血。

参考文献

[1]中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):378-380
[2]陈清棠.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383
[3]戴自英.实用内科学[M].第 9 版.北京:人民卫生出版社,1993.2 061
[4]刘芳玲.实验性迟发性脑血管痉挛与内皮素的关系[J].中华内科学杂志,1998,37(2):78
[5]韩金安,胡威夷,孙增会,等.脑梗损伤后钙、钙调蛋白的变化及三七总甙的治疗作用[J].中国中西医结合杂志,1999,19(4):228
[6]王阶,许军,袁敬柏,等.三七总甙对高黏血症患者血小板活化因子表达和血小板聚集的影响[J].中国中西医结合杂志,2004,24(4):312-315

(收稿日期:2006-09-30)