

# 灯盏花素合用脑复素治疗原发性高血压并发腔隙性脑梗死

罗小平<sup>1</sup> 范海斌<sup>2</sup> 汪洋<sup>2</sup>

(1 集美大学医疗中心 福建厦门 361021; 2 湖北省十堰市中医院 十堰 442012)

**摘要:**目的:探讨治疗原发性高血压并发腔隙性脑梗死的有效方法。方法:将原发性高血压并发腔隙性脑梗死 62 例随机分为 2 组,治疗组 30 例,对照组 32 例,治疗组给予灯盏花素合用脑复素治疗,对照组给予丹参合胞二磷胆碱常规治疗。结果:治疗组有效率为 86.7%,对照组为 71.9%,2 组比较有显著差异( $P < 0.05$ )。结论:灯盏花素合用脑复素治疗原发性高血压合并腔隙性脑梗死疗效满意。

**关键词:**灯盏花素;脑复素;高血压;腔隙性脑梗死

中图分类号:R 743.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0011-02

腔隙性脑梗死是脑卒中的常见发病类型之一,文献报告约占 10%~30%<sup>[1]</sup>。由于 CT、MRI 等影像诊断技术的普及和成熟,腔隙性脑梗死的检出率实际上已超过此比例,临床迫切需要有较好的治疗方案。我们应用灯盏花素合用脑复素治疗原发性高血压所致的腔隙性脑梗死,取得较好的疗效。现报道如下:

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 原发性高血压并发腔隙性脑梗死 62 例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例,男 19 例,女 11 例;平均年龄(60.4±9.3)岁(52~79 岁);高血压病史 5~18 年,平均(7.9±2.9)年;其中并发高脂血症 9 例,糖尿病 6 例,平均收缩压(167±18)mmHg,平均舒张压(95±18)mmHg。表现为纯感觉性脑卒中 9 例,纯运动性脑卒中 17 例,共济失调性脑卒中 1 例,构音不良性 3 例,急性发病 24 例,缓慢发病 6 例。对照组 32 例,男 23 例,女 9 例;平均年龄(58.8±7.2)岁(51~76 岁);高血压病史 2~40 年,平均(7.9±5.3)年;平均收缩压(170±20)mmHg,平均舒张压(99±16)mmHg。表现为纯感觉性 5 例,纯运动性 26 例,共济失调性 1 例,急性发病 26 例,缓慢发病 6 例。脑 CT 结果:治疗组多发性腔隙性脑梗死 23 例,单发性 7 例,梗死位于基底节区 26 例,额叶 3 例,顶叶 1 例;对照组多发性腔隙性脑梗死 18 例,单发 14 例,位于基底节区 25 例,额叶 3 例,顶叶 4 例。

**1.2 治疗方法** 2 组基础药物均为卡托普利、尼莫地平、阿房颤 1 例;II 组(芬太尼 2μg/kg)虽然也有血压、心率的波动,但较基础值无显著性差异( $P > 0.05$ ),无需特殊处理;III 组在诱导后 2min、气管插管后 2min 和 5min 均显著下降( $P < 0.05$ ),其中有 6 例 SBP 降至 80mmHg 以下,4 例心率降至 50 次/min 以下,经用麻黄碱、阿托品后好转。

本文 3 组病例基础条件基本相同,异丙酚虽然对心血管具有抑制作用,但所用剂量均为最小有效量(意识刚刚消失),各组间的影响无显著差异,说明 3 组血压、心率变化的显著差异是芬太尼用量的不同引起的。本研究结果说明复合异丙酚时,1μg/kg 的芬太尼用量不能有效抑制气管插管时的应激反应而致血压、心率波动幅度较大,2 例快速型心律失常的出现提示我们要重视诱导时的用药和方法;3μg/kg 的芬太尼用量则可显著抑制心血管系统而导致血压、心率显著下降;2μg/kg 的芬太尼用量是血流动力学变化最稳定的一组,是复合异丙酚在老年患者气管插管时较为合适的剂量。但在

斯匹林等。治疗组给予灯盏花素(国药准字 Z43020998)30mL 加入 5%葡萄糖 250mL 中静滴,每日 1 次,共 14d,同时给予脑复素(国药准字 H22024578)20mL 加入 0.9%氯化钠注射液 250mL 中静滴。对照组给予复方丹参 20mL 加入 5%葡萄糖 250mL 中静脉滴注,每日 1 次,共 14d,同时给予胞二磷胆碱 0.5g 加入 0.9%氯化钠 250mL 中静滴。共观察 1 个月。

**1.3 疗效评定** 参照 1995 年全国第四次脑血管病会议制定的神经功能缺损程度及总的生活能力状态评分进行评定,分为基本治愈:功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度为 0 级;有效:功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度为 1~3 级;进步:功能缺损评分减少 18%~45%;无变化:功能缺损评分减少 <17%。

**1.4 统计学处理** 2 组结果比较采用秩和检验。

## 2 结果

**2.1 2 组疗效比较** 治疗组总有效率为 86.7%,对照组为 71.9%,2 组比较有显著差异(秩和检验  $U_c = 2.76, P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组疗效比较 例

组别	n	治愈	显效	进步	无变化	死亡	总有效率(%)
治疗组	30	7	14	5	4	0	86.7
对照组	32	4	13	6	9	0	71.9

**2.2 恢复时间** 治疗组恢复在 1~2 周最明显,平均 7.5d;对照组在 1~2 周最明显,平均 9.2d。2 组比较无明显差异。

其它年龄组或复合其它药物诱导时有文献报道芬太尼用量可达 5μg/kg 以上<sup>[4]</sup>,故要根据具体病情来决定诱导方式和诱导用药,特别是有一种或多种合并症的老年患者更要慎重选择,充分的表麻可减轻气管插管时的应激反应从而减少诱导用药剂量<sup>[5]</sup>。

## 参考文献

- [1]邓庆华,王若松,戴建强.老年病人围手术期自主神经功能的变化[J].临床麻醉学杂志,2001,17(8):484
- [2]蒋夏.小剂量芬太尼预防气管插管时严重心血管反应[J].中华麻醉学杂志,1987,7(1):24
- [3]张国楼.全麻插管期间心血管副反应的防治[J].临床麻醉学杂志,2001,17(12):673
- [4]贾桂林,陈宁,石莹.预防气管内插管对心血管反应的研究[J].人民军医,2001,44(3):147
- [5]严火柴,宋剑乔.咽喉表麻慢诱导减轻老年病人气管插管时心血管反应的观察[J].浙江医学,2003,25(3):158

(收稿日期:2006-12-30)

# 补肾调肝活血化痰法针药结合治疗老年中风偏瘫 82 例临床研究

王剑刚 贺晓仔 刘水英 尹学梅 周桂花

(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

**摘要:**目的:观察研究补肾调肝活血化痰法针药结合治疗老年中风偏瘫的效果。方法:将 162 例老年中风偏瘫患者随机分为 2 组:治疗组 82 例,在西医常规治疗的基础上加用中药及针刺治疗;对照组 80 例,在西医常规治疗的基础上加服华佗再造丸;2 组均治疗 6 周。结果:治疗组治疗后的临床疗效、神经功能缺损程度评分、肌力变化情况、Fugl-Meyer 评分及 Barthel 指数均有明显改善,优于对照组( $P < 0.01$ )。结论:补肾调肝活血化痰法针药结合治疗老年中风偏瘫效果显著。

**关键词:**老年中风;偏瘫;针刺疗法;中西医结合疗法

中图分类号:R

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0012-03

老年中风是指老年期(60 岁以上,含 60 岁)发生的中风,与老年前期(45~59 岁)中风患者相比,具有病情复杂、合并症多、不易康复等特点。肢体偏瘫是中风病最常见的临床表现,其发病率、致残率均较高,我们自 2004 年 1 月~2006 年 10 月采用补肾调肝活血化痰法针药结合治疗老年中风偏瘫患者 82 例,取得较好疗效。现报道如下:

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 162 例老年中风偏瘫患者均系我院住院病例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 82 例,男性 51 例,女性 31 例;年龄 60~86 岁,平均(68.7±7.1)岁;其中脑梗死 57 例,脑出血 25 例;上肢肌力 0 级 15 例,I 级 17 例,II 级 28 例,III 级 19 例,IV 级 3 例;下肢肌力 0 级 9 例,I 级 10 例,II 级 38 例,III 级 21 例,IV 级 4 例;病变部位:基底节区 45 例,顶叶 5 例,额叶 6 例,颞叶 5 例,枕叶 2 例,病变部位有两处以上者 19 例;病情程度:轻型 16 例,中型 52 例,重型 14 例;合并高血压 69 例,冠心病 24 例,糖尿病 7 例。对照组 80 例,男性 48 例,女性 32 例;年龄 60~81 岁,平均(69.1±6.8)岁;其中脑梗死 54 例,脑出血 26 例;上肢肌力 0 级 13 例,I 级 16 例,II 级 29 例,III 级 20 例,IV 级 2 例;下肢肌力 0 级 9 例,I 级 8 例,II 级 40 例,III 级 18 例,IV 级 5 例;病变部位:基底节区 42 例,顶叶 6 例,额叶 7 例,颞叶 4 例,枕叶 3 例,病变部

**2.3 不良反应** 2 组均未见明显不良反应。

## 3 讨论

腔隙性脑梗死是在辐射冠、内囊、丘脑、大脑脚和脑桥区的深穿支微小动脉硬化、闭塞,造成微小局灶的脑组织缺血、坏死和软化而形成的腔隙灶。多呈圆形,其直径小于 20mm,引起腔隙性脑梗死的血管病变原因主要是高血压<sup>[1]</sup>。其发病一般较快,缓慢起病者仅占 5%<sup>[2]</sup>。腔隙性脑梗死的出现与高血压的程度呈正比。

复方丹参是传统的治疗脑梗死的药物,可扩张血管、改变微循环、改善血流变学,胞二磷胆碱是常用的促进脑代谢药物,两者合用有协同作用。灯盏花是菊科短葶飞蓬的全草,具有散寒解表、舒络止痛、活血治瘫之功效,灯盏花素对脑血管可有选择地产生扩张作用,在维持脑动脉血压的状态下显著增加脑血流量<sup>[3]</sup>。脑复素是由动物脑蛋白提取的多种氨基酸混合物水溶液,内含多种人体必需的氨基酸、单胺神经递

位有两处以上者 18 例;病情程度:轻型 18 例,中型 49 例,重型 13 例;合并高血压 65 例,冠心病 20 例,糖尿病 8 例。2 组资料经统计学分析,差异无显著性( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 临床诊断及排除标准** 中医诊断按照 1995 年国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》<sup>[4]</sup>。西医诊断根据 1995 年全国第四届脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[5]</sup>,162 例老年中风偏瘫患者均符合脑梗死、脑出血的诊断标准,并经头颅 CT 确诊。病情程度参照卒中神经功能缺损程度评分标准<sup>[6]</sup>,分为轻、中、重 3 型。排除既往残留有神经功能缺损的中风及合并有严重心肺肾功能不全、肿瘤等疾病者。

## 2 治疗方法

**2.1 西医常规治疗** 即急性期保持安静,保持呼吸道通畅,保持水、电解质和酸碱平衡,预防和治疗并发症,调整血压、稳定血糖,处理颅内高压和脑水肿,保护脑细胞及对症支持治疗,并注意整体综合与个体化相结合,针对不同病情、不同病因采取有针对性的措施,如脑梗死患者予以抗血小板、抗凝疗法及血液稀释疗法。

**2.2 中药治疗** 运用补肾调肝、活血化痰法,基本方:桑寄生 20g,怀牛膝 30g,杜仲 15g,龟板(先煎)15g,白芍 15g,天麻 10g,菊花 10g,钩藤 10g,当归 10g,川芎 10g,丹参 15g,水蛭质、肽类激素和酶的前体,能增强脑内氨基酸的代谢。两药合用从不同方面改善脑功能。

本研究应用灯盏花素合用脑复素组,总有效率达 86.7%,与对照组有显著性差异。因此对于原发性高血压并发腔隙性脑梗死应用灯盏花素合用脑复素安全且疗效满意。

### 参考文献

[1]刘力生,龚兰生,孔华宇.临床高血压病学[M].天津:天津科学技术出版社,1991.106~107  
[2]赵德峰.腔隙性脑梗塞 186 例病因分析[J].山东医药,2000,40(13):56~57  
[3]方析.现代内科学[M].北京:人民军医出版社,1995.590  
[4]郭清林,张月英,刘惠明,等.高血压合并腔隙性脑梗塞 86 例临床分析[J].高血压杂志,1996,4(4):286  
[5]魏亚芬,田春玲,徐琳,等.灯盏花注射液对脑梗塞患者血液流变学的影响[J].微循环学杂志,2000,10(1):56

(收稿日期:2006-07-11)