

导痰汤治疗椎基底动脉供血不足 106 例临床观察

张常彩 杜昌立 陈龙霏
(山东省日照市中医医院 日照 276800)

摘要:目的:观察导痰汤治疗椎基底动脉供血不足的临床疗效。方法:选择 106 例椎基底动脉供血不足的患者,随机分为 2 组,均给予肠溶阿司匹林、尼莫地平作为基础治疗后,将其中 54 例给予导痰汤治疗(治疗组),52 例给予培他啶治疗(对照组)。观察治疗前后患者主要临床症状及经颅多普勒超声(TCD)的变化及痰热症状。结果:导痰汤明显改善椎基底动脉供血不足患者的临床症状和 TCD 的流速异常及患者的痰热症状。结论:导痰汤对痰热型眩晕症的椎基底动脉供血不足患者具有良好的治疗效果。

关键词:导痰汤;椎基底动脉供血不足;中西医结合疗法;肠溶阿司匹林;尼莫地平

中图分类号:R 543.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0008-02

随着人口老龄化及社会、生活环境的变化,椎基底动脉供血不足发病率呈明显上升趋势。椎基底动脉供血不足症属中医学“眩晕症”的范畴,痰热是老年人眩晕的主要病机之一,以陈皮、半夏、菖蒲、郁金、南星等药组成导痰汤治疗痰热型眩晕,效果好。现总结于下:

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例均为 2006 年本院神经内科门诊和住院符合诊断标准的患者,随机分成 2 组,治疗组 54 例中,男 26 例,女 28 例;年龄 41~76 岁,平均 60.3 岁。对照组 52 例中,男 24 例,女 28 例;年龄 40~75 岁,平均 59.5 岁。2 组在性别、年龄、临床症状以及 TCD 方面均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 中医诊断参照 1994 年国家中医药管理局编制的《中医病症诊断疗效标准》:(1)头晕目眩,头重如裹,视物旋转,轻者闭目则止,重者如坐舟船,甚则昏仆;(2)可伴恶心呕吐,耳鸣耳聋,汗出,面色苍白;(3)慢性期病逐渐加重,或急性起病,或反复发作;(4)有明显痰热型的证候。痰热证参照北京中医药大学东直门医院制订的痰热证标准:胸闷呕恶,脘痞胀满,喘粗气急,形体肥胖,面红油垢,舌红,苔黄腻,脉滑数。西医诊断标准参照 1986 年中华医学会第二次全国脑血管病学术会议第三次修订的诊断标准。

2 治疗方法

全部病例均给予肠溶阿司匹林 75mg、静滴尼莫地平 4mg 作为基础治疗。

2.1 治疗组 基础治疗加导痰汤化痰通络治疗(药物组成:陈皮 9g,半夏 9g,菖蒲 15g,郁金 15g,南星 15g,大黄 9g,枳壳 9g,云苓 15g,丹参 24g,桃仁 9g,甘草 6g),汤剂采用本院煎药机统一煎取。每日 1 剂,共 2 袋(130mL/袋),早晚分服,15d 为 1 个疗程。

2.2 对照组 基础治疗加培他啶 500mL 静脉点滴,每日 1 次,15d 为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 中医证候根据症状显著程度进行评分:用统一语句提问,凡主动说出的症状比较显著为 3 分,不太显著为 2 分,提问方说出的症状按程度和持续时间综合评定依次记 2 分和 1 分,无症状记 0 分。舌脉象用文字描述。治疗前后各观察记录一次。治疗前后经颅多普勒超声检查比较疗效。

3.2 疗效标准

3.2.1 中医证候疗效评定标准 参照 1993 年卫生部颁布的

“中药新药临床研究指导原则”^[1]相关部分采用尼莫地平的方法: $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分})/\text{治疗前积分}]\times 100\%$ 。基本痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $>95\%$;显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $>70\%$;有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $>30\%$;无效:临床症状、体征无明显改善甚或加重,证候积分减少不足 30%。

3.2.2 临床疗效评定标准 依据国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》^[2]眩晕的疗效评定标准。痊愈:眩晕及并发症状、体征消失,TCD 检查结果基本正常;显效:眩晕消失,并发症状、体征减轻,TCD 检查结果显著改善;好转:眩晕缓解,并发症状、体征大部分减轻,TCD 检查结果有所改善;无效:眩晕及并发症状、体征无改善或加重,TCD 检查结果无改善。

3.3 治疗结果

3.3.1 临床疗效评定结果比较 见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 例						
	<i>n</i>	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	54	6	19	18	11	79.6
对照组	52	4	14	22	12	76.9

注:组间比较 $P>0.05$,差异无显著性。

3.3.2 临床症状积分比较 2 组治疗前后临床单项症状积分比较见表 2,2 组治疗前后痰热症状积分比较见表 3,经颅多普勒超声结果见表 4。

表 2 2 组治疗前后症状积分比较 ($\bar{X}\pm S$) 分								
	治疗组				对照组			
	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>P</i>	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>P</i>
眩晕	54	2.98± 0.76	0.77± 0.56	<0.05	52	2.97± 0.85	0.76± 0.62	<0.05
恶心呕吐	38	2.84± 0.85	0.53± 0.44	<0.05	35	2.85± 0.69	0.64± 0.35	<0.05
视物模糊	32	2.51± 0.55	0.48± 0.46	<0.05	31	2.39± 0.91	0.43± 0.52	<0.05
耳鸣	33	2.77± 0.53	1.25± 0.87	<0.05	30	2.82± 0.71	1.22± 0.94	<0.05
听力减退	15	2.41± 0.73	1.35± 0.22	<0.05	11	2.42± 0.04	1.32± 0.03	<0.05
颈项僵硬	30	2.01± 0.54	0.77± 0.45	<0.05	27	2.13± 0.52	0.82± 0.46	<0.05
肢体麻木	29	1.98± 0.47	0.93± 0.33	<0.05	27	1.97± 0.31	0.97± 0.79	<0.05

表 3 2 组治疗前后痰热症状积分比较 ($\bar{X}\pm S$) 分								
	治疗组				对照组			
	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>P</i>	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>P</i>
胸闷呕恶	23	2.91± 1.21	1.35± 0.22	<0.05	22	2.89± 1.12	2.81± 0.95	>0.05
脘痞胀满	23	2.85± 0.87	0.97± 0.70	<0.05	23	3.13± 1.03	3.01± 0.97	>0.05
喘粗气急	25	2.51± 0.55	0.49± 0.34	<0.05	26	2.39± 0.40	2.27± 0.47	>0.05
形体肥胖	31	2.43± 0.65	0.78± 0.52	<0.05	32	2.56± 1.23	2.46± 1.26	>0.05
面红油垢	28	2.67± 0.76	0.67± 0.35	<0.05	28	2.67± 0.78	2.56± 0.67	>0.05

表 4 2 组治疗前后 TCD 指标比较 ($\bar{X}\pm S$) cm/s											
	<i>n</i>	VA			PI	BA			PI		
		Vs	Vm			Vs	Vm				
治疗组	治疗前 54	42.73± 11.02	25.68± 8.86	0.89± 0.19	50.67± 19.32	32.56± 12.32	0.87± 0.19				
	治疗后 48	47.98± 10.08	29.53± 9.93	0.66± 0.23	58.36± 18.87	38.67± 13.32	0.64± 0.42				
对照组	治疗前 52	42.02± 10.96	26.37± 8.76	0.87± 0.20	51.45± 8.83	32.35± 12.67	0.85± 0.18				
	治疗后 48	47.56± 12.65	30.07± 8.89	0.63± 0.21	59.53± 19.02	38.87± 13.43	0.62± 0.38				

由表 4 可见,治疗组和对照组均能改善 TCD 各项指标,2 组疗效比较无显著性差异, $P>0.05$ 。

脑梗死超早期尿激酶溶栓治疗临床观察

杨思游

(浙江省苍南县第三人民医院 苍南 325804)

关键词: 脑梗死;超早期;尿激酶;溶栓治疗

中图分类号:R 743.9

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0009-02

脑梗死是临床常见病,发病率有增无减,致残率、死亡率居高,严重威胁人类健康,一旦发病,缺乏有效治疗措施。溶栓治疗为目前有效的一种治疗手段,是当前降低急性脑梗死致残率的关键治疗措施之一,国内大城市、大医院开展较广,基层医院刚刚起步,经验较少,值得进一步推广应用。但脑梗死的溶栓治疗有一定潜在危险性,如出血并发症等。本研究观察尿激酶静脉溶栓治疗早期脑梗死疗效及安全性。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集 2004 年 6 月~2006 年 3 月 40 例病人,符合《急性脑梗塞早期治疗临床研究工作手册》诊断标准,均经 CT 确诊。年龄 35~75 岁,男 21 例,女 19 例,随机分成 2 组,治疗组和对照组各 20 例,2 组平均年龄、性别、病情严重程度均无显著差异,具有可比性。

1.2 入选标准 (1)发病 6h 内;(2)意识清楚或轻度嗜睡,肌力 0~3 级;(3)血压控制≤180/100mmHg;(4)CT 扫描阴性或无与神经功能缺损相对应低密度灶;(5) 患者本人或家属签字同意。有以下情况之一者不入选:(1)有颅内出血史;(2)近 3 个月内有脑梗死或心肌梗死史;(3)严重心、肝、肾功能不全或严重糖尿病史;(4)有出血性倾向的疾病史;(5)血小板计数低于 100× 10⁹/L。

1.3 治疗方法 治疗组: 国产尿激酶 100 万 U + 生理盐水 100mL 静脉滴注,30min。对照组: 扩容、活血、脑细胞营养等常规治疗。

1.4 观察指标 神经功能缺损评分采用欧洲卒中量表 (ESS)评分标准,评分时点为溶栓前及溶栓后 1d、7d、1 月,并观察皮肤黏膜、消化道、泌尿道、脑有无出血并发症和其它不良反应,监测血压、PT、APTT、Fg。

1.5 疗效判定 完全恢复:ESS 评分 100 分;基本恢复:ESS

研究表明, 导痰汤和盐酸培他啶均能改善眩晕症状及 TCD 各项指标,而导痰汤在改善痰热症状方面明显优于盐酸培他啶。

4 讨论

椎基底动脉供血不足是由于脑动脉粥样硬化、颈椎病等原因所致的椎基底动脉系统供血障碍,为脑血管系统常见病、多发病,是老年人眩晕的常见原因。西医学对椎基底动脉供血不足的治疗主要采用抗凝、抗血小板聚集、扩张血管等措施,虽有一定的疗效,但治疗方案缺乏针对性、个体性,往往不能获得满意的疗效。本病属中医学“眩晕”的范畴,病位在脑,与肝、脾、肾三脏有关。眩晕的发病以气、血、阴、阳虚为本,以风、火、痰、瘀为标,肝肾亏虚,或素体阳盛,水不舍木,肝阳上亢,风火升动,脑窍受扰;脾胃为后天之本,气血升华之源,运化失司,气血虚弱,清阳之气不能上荣;脾主运化,若脾

评分≥95 分;有效:ESS 评分进步 >10 分,肢体肌力提高 2 级;无效:ESS 评分进步 <10 分。

1.6 统计处理 ESS 评分用 ($\bar{X} \pm S$) 表示,治疗前后神经功能缺损评分比较用 *t* 检验,2 组疗效结果比较用 χ^2 检验,

2 结果

2.1 治疗效果 见表 1、表 2。

表 1 用药前后 2 组 ESS 评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分							
	治疗前	治疗后 1d	治疗后 7d	治疗后 1 月			
治疗组	53.20± 13.59	70.90± 15.16	77.90± 14.56	86.20± 12.56*			
对照组	53.30± 13.36	58.55± 14.69	64.95± 13.90	72.95± 13.52			

从表 1 看出治疗组治疗后 1d、7d、1 月神经功能恢复均明显优于对照组。2 组神经功能缺损评分比较,*t* =3.216, **P* <0.01,疗效差异有显著统计学意义。

表 2 治疗组与对照组疗效比较(治疗后 1 月) 例					
疗效判定	<i>n</i>	完全恢复	基本恢复	有效	无效
治疗组	20	2	7	10	1
对照组	20	0	3	15	2

治疗组:(完全恢复 + 基本恢复)9 例 (45%), 对照组:(完全恢复 + 基本恢复)3 例 (15%), 2 组相比, χ^2 =4.286, *P* <0.05,疗效差异有统计学意义。

2.2 不良反应 非症状性脑出血 (出血性梗死): 治疗组 3 例,对照组 2 例,2 组均无死亡病例。观察中无 1 例其它脏器严重出血,无寒战、过敏等副作用。

3 讨论

急性脑梗死系脑供血动脉闭塞,脑组织缺血、缺氧,短期内脑组织中心区即坏死,其周边受侧枝循环的供血而处于“饥饿状态—缺血半暗带”。动物实验证明^[1],如闭塞血管能及时开通可减少梗死灶体积,且能增加半暗带神经细胞存活率,溶栓治疗是唯一能迅速使闭塞血管再通的治疗方法,关胃运化失司则痰浊内生;肾虚不能气化行水,水化为痰,痰阻经络,清阳不升,浊阴不降,脑窍失利,发为眩晕^[2]。痰热是许多老年人眩晕常见的病机之一,所以确立化痰清热的治疗原则,以陈皮、半夏、菖蒲、大黄、云苓、南星等药组成导痰汤,治疗痰热型眩晕,取得良好的临床效果。本方药物具有扩张冠状动脉、增加冠脉血流量、降低心肌耗氧量、明显改善脑循环、增加局部微血管血流、直接扩张外周动脉等作用,具有清热化痰、通络止晕之功效,治疗椎基底动脉供血不足之痰热型眩晕,疗效明显。

参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑)[S]. 1993.41~45
[2]黄业芳.颈型眩晕应从痰瘀论治[J].长春中医学院学报,1997,13 (3): 22

(收稿日期: 2007-02-13)