

参麦注射液联合尼莫地平用于脑复苏的临床研究

彭伟献 楼正家 诸葛丽敏
(浙江省杭州市中医院 杭州 310012)

摘要:目的:观察中西医结合方法用于脑复苏的效果。方法:87 例心搏骤停(CA)经心肺复苏成功者用数字表法随机分为中西医结合组(47 例)和对照组(40 例),2 组患者均给予降颅压、糖皮质激素、促进脑细胞代谢及亚低温等基础脑复苏措施,中西医结合组加用参麦注射液静脉滴注及尼莫地平静脉注射,2 组患者均计算脑复苏成功率和住院病死率,并在复苏即刻及复苏后 1、3、7d 进行格拉斯哥昏迷评分(GCS)。结果:与治疗前比较,中西医结合组治疗后 GCS 明显升高($P<0.05$);中西医结合组脑复苏成功率为 53.2%,住院期间病死率 46.8%,对照组脑复苏成功率 30.0%,病死率 70.0%,2 组间脑复苏成功率和病死率比较,有统计学意义(P 均 <0.05)。结论:参麦注射液联合尼莫地平对缺血再灌注脑组织损伤有明显拮抗作用,能提高脑复苏成功率,减低住院期间病死率。

关键词: 参麦注射液;尼莫地平;脑复苏;中西医结合疗法

中图分类号:R 459.7

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0016-02

由于《心脏紧急救治和心肺复苏(CPR)国际指南》在我国普及推广,越来越多的心搏骤停患者经基础复苏恢复了自主循环,但脑复苏成功率仍较低。如何加强以脑复苏为重点的后期复苏阶段的处理,提高脑复苏成功率,是国内外医学界近年来研究的热门课题。国内在中西医结合方法用于脑复苏的临床及实验研究方面进行了大量探索,并取得了较好成绩。本文就参麦注射液联合尼莫地平用于脑复苏的临床研究报告如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象 本组 87 例均为心搏骤停后基础 CPR 成功者(成功标准为经 CPR 后心脏恢复自主心律,平均动脉压 ≥ 60 mmHg,时间 >2 h),用随机数字表法随机分为中西医结合组 47 例和对照组 40 例。中西医结合组 47 例中男性 30 例,女性 17 例;年龄 18~65 岁,平均 (46.7 ± 7.8) 岁;冠心病 21 例,心肌炎 12 例,一氧化碳中毒 4 例,溺水 3 例,电击伤 4 例,多发伤 3 例。对照组 40 例中男性 25 例,女性 15 例;年龄 18~64 岁,平均 (46.8 ± 9.7) 岁;冠心病 20 例,心肌炎 9 例,一氧化碳中毒 3 例,溺水 3 例,电击伤 2 例,多发伤 3 例。2 组一般资料经统计学处理无显著性差异,有可比性。

1.2 治疗方法 2 组均给予常规延续生命支持措施:维持必要的呼吸循环功能,气管内插管,呼吸机辅助呼吸,维持平均动脉压,并予糖皮质激素、脱水降颅压、亚低温、促进脑细胞代谢、纳络酮推注等。中西医结合组在自主循环恢复后 2h 加用参麦注射液 60mL,加入葡萄糖或生理盐水 500mL 中静滴,每日 1 次,连用 7d;并给予尼莫地平静脉注射,最初 2h 以 0.5mg/h,后以 1mg/h,微量泵维持 3~5d。

1.3 观察指标及方法 2 组患者均在复苏即刻,复苏后 1、3、7d 进行格拉斯哥昏迷评分(GCS),15 分表示清醒, <7 分提示患者有昏迷,3 分意识最差^[1]。计算脑复苏成功率和住院期间病死率。脑复苏成功标准^[2]:(1)瞳孔对光反应恢复;(2)病人开始挣扎,出现肌张力增高;(3)有自主呼吸和吞咽动作。

1.4 统计学处理 计量资料用均值 $\pm$ 标准差($\bar{X}\pm S$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组 GCS 变化 见表 1。与复苏即刻比较,中西医结合

组 GCS 于复苏后 3d 开始显著升高($P<0.05$),且明显高于对照组。

表 1 2 组 GCS 比较 ($\bar{X}\pm S$) 分					
组别	n	复苏即刻	复苏后 1d	复苏后 3d	复苏后 7d
中西医结合组	47	6.6 $\pm$ 1.4	7.7 $\pm$ 1.5	9.8 $\pm$ 1.7	12.5 $\pm$ 1.8
对照组	40	6.8 $\pm$ 1.6	7.5 $\pm$ 1.5	8.2 $\pm$ 1.3	10.0 $\pm$ 1.7

注:与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.2 不同病因 CA 患者脑复苏成功例数比较 见表 2。

表 2 2 组不同病因 CA 患者脑复苏成功率比较 例/例								
组别	n	冠心病	心肌炎	一氧化碳中毒	溺水	电击伤	多发伤	合计
中西医结合组	47	9/21	8/12	3/4	2/3	2/4	1/3	25/47
对照组	40	6/20	2/9	1/3	1/3	1/2	1/3	12/40

2.3 2 组患者呼吸心跳恢复至脑复苏成功的时间 中西医结合组 (1.8 ± 0.9) d,对照组 (3.8 ± 0.9) d, $P<0.01$,有统计学意义。中西医结合组 47 例中,脑复苏成功 25 例,成功率 53.2%,死亡 22 例,住院期间病死率 46.8%。对照组 40 例中,脑复苏成功 12 例,成功率 30.0%,死亡 28 例,病死率 70.0%。2 组间脑复苏成功率和病死率比较, $P<0.05$,有统计学意义。

3 讨论

近年来国内外研究发现,CPR 后脑缺血再灌注损伤与脑微血管无再流、缺血后的低灌注状态、 Ca^{2+} 超载、自由基损伤有密切关系^[3]。本文研究结果表明参麦注射液联合尼莫地平能显著提高 GCS 评分及脑复苏成功率,这可能与参麦注射液、尼莫地平拮抗钙离子内流、减轻自由基损伤、扩张脑血管、改善脑循环有关。尼莫地平为钙离子拮抗剂,对脑血管平滑肌有高度选择性,能阻断钠钙交换和 N-甲基-D-门冬氨酸受体过度兴奋致与其耦联的钙通道开放,减轻细胞内钙超载造成的器官组织损害^[4]。参麦注射液在中医中有回阳救逆、益气养阴、复脉固脱作用,其主要成分为人参皂甙,大量实验研究表明,人参皂甙能拮抗钙内流,对脑神经有保护作用,其机制涉及调整海马细胞内钙浓度,防止海马神经细胞丢失,抑制谷氨酸(GLU),兴奋 γ -氨基丁酸(GABA)的作用,调整兴奋性与抑制性氨基酸的水平及比值,从而对脑神经起到保护作用^[5]。人参皂甙还是一种有效的氧自由基清除剂,能显著提高脑组织 SOD 活性,降低脂质过氧化物含量,增加 ATP 和乙酰胆碱,抑制脑水肿形成。参麦注射液具有提高线粒体呼吸链功能,能改善细胞能量代谢活动,抑制自由基诱导的脂质过氧化损伤^[6]。

中西医结合治疗高脂血症 30 例临床观察

覃海

(广西河池市第三人民医院 河池 547000)

摘要:目的:观察中药调脂汤加減与辛伐他汀治疗高脂血症的临床疗效。方法:将 60 例高脂血症患者随机分为 2 组。对照组使用辛伐他汀治疗,治疗组使用调脂汤加減与辛伐他汀治疗,2 组均治疗 3 个月后观察甘油三酯、血清总胆固醇、高密度脂蛋白的改善情况及药物的不良反应。结果:治疗组的疗效优于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗高脂血症比单纯西药治疗疗效显著。

关键词:高脂血症;调脂汤;辛伐他汀;中西医结合疗法

中图分类号:R 589.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)06-0017-02

笔者在临床工作中采用调脂汤加減联合辛伐他汀治疗高脂血症 30 例,并与辛伐他汀单独治疗的 30 例进行对照,取得较好的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为我院门诊患者,将其随机分为 2 组,每组 30 例。治疗组男 18 例,女 12 例;年龄 42~68 岁,平均(48.2±6.6)岁;病程 2~12 年,平均(6.5±3.6)年。对照组男 19 例,女 11 例;年龄 40~65 岁,平均(50.3±5.9)岁;病程 1.5~14 年,平均(7.3±2.8)年。2 组性别、年龄、病程等无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床指导原则》^[1],在正常饮食情况下,2 周内至少 2 次测得血清总胆固醇(TC)≥5.72mmol/L,或甘油三酯(TG)≥1.70mmol/L,符合其中任何一项者均可诊断。所有患者 1 个月内均未服任何降脂药,2 组治疗前 TG、TC、HDL-C 无显著性差异($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 根据辨证论治,随证服用调脂汤加減。调脂汤基本方:山楂 30g,泽泻 20g,大黄、丹参、茯苓、茵陈各 15g。无症状型:临床无明显症状表现,主要以实验室检查血脂升高为标准,选用调脂汤治疗。肝肾阴虚型:以失眠多梦,腰膝酸软,头晕眼花,耳鸣,手足心热,口干,健忘,舌红少苔,脉沉细或细数为主,治以滋养肝肾,方选调脂汤合六味地黄丸加減:枸杞、山茱萸、山药、丹皮、茯苓、丹参、泽泻各 15g,熟地黄 20g,山楂、茵陈各 18g,黄精 30g,首乌 30g。气滞血瘀型:胸闷刺痛,气短,胸胁胀痛,肢麻,舌质紫黯或有瘀点瘀斑,脉沉涩或结代,治以活血行气通络,方选调脂汤合血府逐瘀汤加減:党参、黄芪、赤芍、丹参、泽泻各 15g,川芎、枳壳、当归、大黄、桃仁、红花各 12g,柴胡 6g,山楂、茵陈、首乌各 20g。阴虚血瘀型:胸胁闷痛,口干咽燥,午后潮热,心烦,手足心热,舌质暗或紫暗,无苔或少苔,脉沉细数或细涩,治宜滋阴清热、活血通脉,方选调脂汤合桃红四物汤加減:赤芍、丹参、大黄各 15g,柴胡、川芎各 12g,当归、桃仁、红花各 15g,麦冬、生地、山楂、茵陈、首乌各 20g。脾肾阳虚型:精神萎靡,面白少华,形寒怕冷,神疲乏力,纳少便溏,脘闷腹胀,腰膝酸软,头昏,舌

质淡胖,苔白,脉沉细,治以温补脾肾,方选调脂汤合附子理中丸加減:党参、白术各 15g,干姜、附子各 12g,黄精、首乌、山楂各 30g,泽泻、茵陈各 15g,大黄 10g(大黄后下,附子先煎)。脾虚痰阻型:形体肥胖,头重如裹,懒言倦怠,肢麻沉重,胸闷气短,或伴心悸、乏力、口黏,舌质淡,苔白腻,脉濡缓,治以健脾化痰,方选调脂汤合二陈汤加減:陈皮、半夏各 15g,苍术、厚朴各 10g,山楂 30g,泽泻 20g,大黄、茯苓、茵陈各 15g。以上中药水煎服,每日 1 剂,分上、下午各服 1 次。并加服辛伐他汀(国药准字 H20050840),每日 10mg,每天 1 次。

2.2 对照组 单服辛伐他汀,用法、用量同治疗组。所有患者均维持用药前的饮食习惯和生活方式,停用其他可能影响血脂的药物。治疗 1 个月为 1 个疗程,3 个疗程后进行复查,所有病例治疗前后均检查 TG、TC、HDL-C、肝功能、血常规、肾功能、尿常规等。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》标准拟定^[2]。显效:TC 下降≥20%,或 TG 下降≥40%,或 HDL-C 上升>0.26mmol/L;有效:TC 下降 10%~20%,TG 下降 20%~40%,或 HDL-C 上升 0.11~0.26mmol/L;无效:治疗前后血脂无明显改变,未达到有效标准。

3.2 治疗结果

3.2.1 2 组临床疗效比较 见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	15	12	3	90.0
对照组	30	9	11	10	66.7

注:2 组疗效经 Ridit 分析, $P<0.05$,有显著性差异。

3.2.2 2 组治疗前后血脂的变化情况 见表 2。

表 2 2 组治疗前后血脂变化比较 ($\bar{X}\pm S$) mmol/L						
组别	n	TC		TG		HDL-C
治疗组	30	治疗前	7.15±1.22	4.02±1.63	0.89±0.16	
		治疗后	5.56±0.92* [#]	2.40±0.84* [△]	1.18±0.12* [△]	
对照组	30	治疗前	6.98±1.29	3.75±1.10	0.83±0.17	
		治疗后	6.13±1.05	3.01±0.85	1.06±0.16	

注:同组治疗前后比较,* $P<0.05$;2 组治疗后比较,[#] $P<0.05$,[△] $P<0.01$ 。

参考文献

[1]蔡春,王家同.Glasgow 昏迷计分与智残评分在脑复苏监测中的联合应用[J].中国康复医学杂志,1997,12(2):81~83
[2]汪洋,董雪松.纳络酮治疗脑复苏的临床观察[J].中国实用内科杂志,2003,26(5):367
[3]王一镗.心肺脑复苏[M].上海:上海科学技术出版社,2001.264~274
[4]曹权.尼莫地平对脑复苏影响的实验研究[J].南京:南京医科大学

学报,1999,19(2):100
[5]王卫霞,王巍,陈可冀.人参皂苷对动物脑神经保护作用及其机理研究进展[J].中国中西医结合杂志,2005,25(1):89
[6]水海峰,王凤.尼莫地平及麦注射液对脑复苏效应的实验研究[J].急诊医学杂志,1996,5(3):131~134

(收稿日期:2007-06-05)