

中西医结合治疗椎-基底动脉供血不足临床观察

王俊 任慧君

(浙江省台州医院路桥院区 台州 318050)

关键词: 东莨菪碱; 银杏达莫注射液; 椎-基底动脉供血不足

中图分类号: R 541.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0047-01

1 临床资料

1.1 一般资料 所有患者均为住院病人。病例选择符合以下标准^[1]: (1) 年龄 45 岁以上, 有高血压病史, 有动脉硬化或颈椎增生的证据; (2) 旋转性头晕或有晃动感、摇船感, 伴恶心或呕吐, 有平衡障碍或视物模糊; (3) 不伴明显的耳鸣及失聪; (4) 仰颈、转颈诱发缺血试验阳性; (5) TCD 提示椎-基底动脉供血不足; (6) 头颅 CT 或 MRI 排除梗死及出血。64 例患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 32 例, 治疗组男 20 例, 女 12 例, 年龄 46~76 岁, 平均 (58 ± 3.5) 岁; 对照组男 18 例, 女 14 例, 年龄 45~75 岁, 平均 (59 ± 3.1) 岁。两组在性别、年龄、发病时间、病情轻重等方面均无明显差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均给予常规控制血压、降血糖、调脂、镇静等基础治疗。此外, 治疗组给予东莨菪碱针 0.3mg 肌注, 银杏达莫注射液 20mL 加入 5%GS 或 0.9%NS 500mL 中静滴, 1 次/d, 疗程 7d; 对照组给予丹参 30mL 加入 5%GS 或 0.9%NS 250mL 中静滴, 1 次/d, 疗程 7d。

1.3 不良反应 治疗组部分出现轻微的咽部不适, 口干, 未予处理, 1 例男性患者出现尿潴留, 改东莨菪碱针 0.15mg 肌注和膀胱按摩后症状改善, 小便自解。

1.4 疗效评定 显效: 临床症状、体征完全消失; 有效: 临床症状、体征明显减轻, 可正常生活及工作; 无效: 治疗前后症状无变化。

1.5 统计学处理 计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

疗程结束后评定疗效, 治疗组显效 22 例, 有效 8 例, 无效 2 例, 总有效率 93.75%; 对照组显效 7 例, 有效 16 例, 无效 9 例, 总有效率 71.88%。两组临床疗效比较见表 1。

组别	n	显效	有效	无效
治疗组	32	22(68.75)	8(25.00)	2(6.25)
对照组	32	7(21.88)	16(50.00)	9(28.12)

注: 两组总有效率比较, $\chi^2=3.95$ ($P < 0.05$); 显效率比较, $\chi^2=14.19$ ($P < 0.01$)。

3 讨论

椎-基底动脉供血不足性眩晕 (VBI) 是一种常见的神经系统病症, 该病多发于中老年人, 主要原因有动脉粥样硬化、血管狭窄、血管痉挛、血流动力及血液成分的变化、微栓子栓塞、颈椎病变等。临床表现以发作性眩晕、恶心欲呕、共济失调为主要症状, 其病症特点为易反复, 缠绵难愈, 在早期虽很少形成梗死, 但经反复发作, 最终可能形成脑干、小脑或枕叶梗死, 因此尽快终止或减少 VBI 发作可预防和降低脑梗死, 特别是小脑和脑干梗死。

银杏达莫注射液主要有效成分为银杏黄酮甙和双嘧达莫, 研究证实, 银杏黄酮类提取物具有很强的扩张脑血管、降低脑血管阻力、增加血流量作用; 双嘧达莫可抑制 ADP、血栓素 A_2 (TXA₂), 双重阻断血小板的聚集。东莨菪碱具有调节自主神经系统的作用, 可对抗儿茶酚胺引起的血管痉挛, 扩张血管; 还具有抗氧化和直接的膜稳定作用, 可增加红细胞膜的流动性, 使红细胞的变形能力增强, 能抑制血小板和红细胞的聚集, 降低血黏度, 增加微血管的自律运动, 使血流速度加快和血流量增加, 从而改善微循环。此两种药物均能治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕。该次临床观察发现东莨菪碱联合银杏达莫注射液具有协同作用, 可提高疗效, 减少单药剂量, 不良反应少, 是临床治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的较好药物选择。

参考文献

[1] 韩仲岩, 唐盛孟, 石秉霞. 实用脑血管病学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1994. 164-165

(收稿日期: 2007-07-10)

血塞通注射液治疗急性脑梗死 60 例

戴其军

(江苏省海安县中医院 海安 226600)

关键词: 血塞通注射液; 脑梗死; 中西医结合疗法; 尼莫地平; 阿斯匹林; 辛伐他丁

中图分类号: R 743.33

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0047-02

《中国脑血管病防治指南》指出: 脑血管疾病在全死因顺位中列第二位, 已存活者约四分之三不同程度丧失劳动能力, 其中重度致残者约 40%。脑梗死占脑血管病 70%, 其高致死率、高致残率一直困扰着人民的健康和日常生活。笔者运用血塞通注射液治疗急性脑梗死, 疗效满意, 能有效改善急性脑梗死的预后。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例脑梗死患者全部为我院 2006 年 4~12 月收治的住院患者。疾病诊断均符合 1995 年全国第四次脑血管病会议通过的标准^[1], 均处于急性期。按照入院时间依次分为血塞通治疗组及对照组, 其中治疗组男性 16 名, 女性 14 名, 平均年龄为 (61.1 ± 3.5) 岁, 平均发病时间为 $(15.5 \pm$

中西医结合治疗神经根型颈椎病 78 例

俞哲平 蔡国宏 何其俊

(浙江省龙游县中医院 龙游 324400)

关键词:神经根型颈椎病;中西医结合疗法;牵引;辨证施治;新 B₁ 片;地巴唑

中图分类号:R 681.55

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0048-02

我院自 2004 年起运用中西药配合牵引治疗神经根型颈椎病 78 例,取得满意效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 78 例,男 45 例,女 33 例;年龄最小 15 岁,最大 72 岁,平均 43.2 岁;病程最短 10d,最长 8 年。多数患者以颈肩部、颈后枕部酸痛、手臂痛或手指麻痛为主要症状,或怕风寒,或伴头晕、四肢不温,患侧局部皮肤感觉改变,肱二头肌腱反射、肱三头肌腱反射减弱,肌力减弱甚至肌肉萎缩。X 片及颈椎 MR 显示颈椎退行性改变,颈椎盘侧方突出,或椎体后缘骨赘特别是钩椎关节增生突向椎间孔。

1.2 治疗方法

1.2.1 中西药物治疗 中医根据辨证,风寒型:治宜祛风散寒,通络止痛,方用桂枝附子汤加味,颈项疼痛者加葛根、元胡,上肢痹痛者加鸡血藤、木瓜,痛剧者加制乳香、没药。虚寒型:治宜温阳散寒、通络止痛,方用黄芪桂枝五物汤加味,颈项疼痛者加葛根、元胡,伴有头晕加钩藤、天麻。每天 1 剂,7d 为 1 个疗程。西药予以新 B₁ 片 25mg,每天 3 次,地巴唑片 10mg,每天 3 次。对于手臂麻木疼痛较重者,用 20%甘露醇 250mL+地塞米松注射液 5mg 静滴,根据病情用 3~5d,亦可配合非甾体抗炎药芬必得 0.3g,每天 2 次,口服。对于局部疼痛明显且有明确压痛点的,以利多卡因 2.5mL+曲安舒松针 2.5mL 局部痛点注射,必要时隔 1 周重复 1 次。

4.0)h;对照组男性 17 名,女性 13 名,平均年龄为 (62.4± 2.7) 岁,平均发病时间为 (18.5± 4.8)h。两组年龄、性别、发病时间等经统计学处理无显著性差异 (P>0.05),具有可比性。

1.2 观察指标 60 例脑梗死患者入院时均由我院神经专科医师应用 mRS 及 NIHSS 评分量表进行评分,建立卒中登记。按照脑梗死治疗方案干预,1 个月后再次进行 mRS、NIHSS 评分,立表对比,分析两组评分的差异性,进行统计分析。

1.3 治疗方案 两组均给予尼莫地平 20mg,每日 3 次;(拜)阿斯匹林 0.1g,每晚 1 次;辛伐他汀 20mg,每日 1 次;输液予胞二磷胆碱 0.75g 等,脑水肿明显时加甘露醇。治疗组在对照组基础上加用血塞通注射液 0.8g 静滴,1 个月为 1 个疗程。

1.4 统计学处理 数据用 stata7 软件统计分析,正态分布者用均数±标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示。入院时及治疗 1 个月后结果比较,用配对设计 t 检验, P<0.05 有显著性差异。

1.5 治疗结果 见表 1。入院时治疗组患者生活能力评分 (mRS) 及神经功能评分 (NIHSS) 与对照组对比无显著性差异 (P>0.05)。随着治疗方案的干预,两组 mRS 及 NIHSS 评分明显改善,血塞通治疗组改善幅度明显优于对照组,两组对比差异有显著性 (P<0.05)。

2 讨论

脑梗死(占脑血管病 70%左右)是指脑血液供应障碍引

1.2.2 牵引治疗 患者坐位或仰卧位,用枕颌带牵引,重量开始小些,逐渐增加到 4~5kg,每天 2 次,每次 45~60min,10d 为 1 个疗程。牵引时颈部应置于疼痛可明显缓解位置,一般颈前屈 15°~20°,若牵引时疼痛加重,应停止牵引。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 临床治愈:临床症状消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作。好转:原有症状减轻,颈、肩背疼痛减轻,颈、肢体功能改善。未愈:自觉症状及阳性体征治疗前后无变化。

2.2 结果 本组病例治疗时间最短 10d,最长 70d。治愈 58 例,好转 12 例,未愈 8 例,总有效率为 89.7%。

3 讨论

神经根型颈椎病是由于颈椎间盘退变,颈椎骨质增生,颈椎关节、韧带的松动、错位,刺激或压迫了颈神经根等组织而发生的一种临床综合症候群。它是颈椎病发病率最高的一种类型,占颈椎病的 60%,好发于脑力劳动者,尤其是中老年人,但随着电脑的普及,年轻患者发病率也在上升,逐渐成为临床的常见病和多发病。由于长期不良姿势或低头工作时间反复过长,造成颈椎间盘膨隆、突出,颈椎骨质增生、颈椎钩椎关节突磨损退化变尖,导致椎间孔狭窄以及周围组织炎症、充血、水肿等。颈椎牵引能限制颈椎活动,解除肌肉痉挛,纠正椎后关节的错位,增大椎间隙及椎间孔,改变颈椎负荷

表 1 两组入院时、治疗 1 个月后结果比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	入院时 mRS	入院时 NIHSS	1 个月后 mRS	1 个月后 NIHSS
治疗组	3.75± 0.72 [#]	11.51± 1.61 [#]	2.07± 0.58 [*]	6.15± 0.97 [*]
对照组	3.78± 0.67	11.29± 1.47	2.49± 0.42	8.53± 1.12

注:两组对比,[#]P>0.05,^{*}P<0.05。

起缺血、缺氧,导致局限性脑组织缺血性坏死或脑软化,出现局灶性神经系统症状和体征^[2]。脑梗死高致死率、高致残率一直困扰着人民的健康和日常生活。因此,在急性脑梗死的治疗中应尽快恢复梗死区的血流灌注,最大程度挽救缺血半暗带濒死的脑细胞。

笔者发现活血化瘀中药能有效改善脑梗死区及缺血区的血液循环,而且比西医的血液再通治疗安全,可以贯彻脑梗死治疗的始终。本研究表明血塞通治疗组能改善患者的 mRS 及 NIHSS 评分,1 个月后改善幅度明显优于对照组 (P<0.05)。血塞通注射液的主要成分是三七总皂苷,具有活血化瘀、通脉活络之功效。现代药理研究认为本品具有活血栓、降血压、扩张血管、改善心脑血管细胞的供血等作用。

参考文献

[1] 中华神经科学会. 各类脑血管病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996,29(6): 379-380
 [2] 王维治. 神经病学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 134

(收稿日期: 2007-08-06)