

益气活血汤治疗脑梗死 30 例疗效观察

梅丽俊

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:观察益气活血汤治疗脑梗死的疗效。方法:将 60 例脑梗死患者随机分为两组。对照组 30 例,在西药常规治疗基础上加用血栓通静脉点滴;治疗组 30 例,在西药常规治疗基础上加服益气活血汤。结果:治疗组总有效率为 93.33%,对照组为 73.33%,两组比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。治疗组治疗后全血比黏度高切值、血浆黏度、纤维蛋白原均显著降低,与对照组治疗后比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。结论:益气活血汤治疗脑梗死的疗效确切。

关键词:脑梗死;益气活血汤;血液流变学

中图分类号:R 743.33

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.006

脑梗死(cerebral infarction, CI) 是缺血性脑血管意外性疾病,属于缺血性脑中风,具有发病率高、复发率高、致残率高、致死率高和并发症多的特点。其临床症状出现快,恢复慢,病程长。我科自 2007 年 3 月~2008 年 3 月来运用益气活血汤加西药治疗该病,取得较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 诊断标准 符合中华医学会第 4 次全国脑血管学术会议修订的各类脑血管疾病诊断要点中的脑梗死诊断标准^[1],并经头颅 CT 证实。

1.2 一般资料 符合诊断标准的 60 例患者为 2007 年 3 月~2008 年 3 月我科住院患者,随机分为两组。治疗组 30 例,男 18 例,女 12 例;年龄 57.5~86.5 岁;神经功能缺损评分 15~39 分,平均(23.1±7.8)分。对照组 30 例,男 20 例,女 10 例;年龄 54.5~85.5 岁;神经功能缺损评分 14~38 分,平均(22.7±6.6)分。两组性别、年龄、神经功能缺损评分经统计学分析,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.3 治疗方案

1.3.1 对照组 采用西药常规治疗,即防治脑水肿、调整血压、脑细胞保护等对症、支持治疗。并配合血栓通 0.75g 加入 0.9%NS 250 mL 中静脉滴注,每天 1 次。14d 为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。

1.3.2 治疗组 西药常规治疗同对照组。在此基础上加用益气活血汤:黄芪 60g、党参 20g、天麻 12g、全蝎 6g、丹参 18g、当归 12g、鸡血藤 20g、白芍 15g、生地 30g、云苓 15g、白术 12g、橘红 9g。加减:痰多者加胆南星 12g、天竺黄 12g;痰浊内闭加石菖蒲 12g、郁金 15g;肝阳亢盛加羚羊角 15g(先煎)、夏枯草 15g、钩藤 15g;出现虚脱者加红参 12g、熟附子 9g;阴液亏耗者加西洋参 15g(炖服)、麦冬 15g、知母 15g。每天 1 剂,水煎取汁 600mL,日 2 服,每服 300mL,14d 为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。

1.4 观察项目 (1)临床疗效;(2)治疗前后血液流变学变化。

1.5 统计学处理 全部数据均采用 SPSS11.3 软件处理,等级资料用秩和检验,计量资料用 t 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 参照 1995 年中华医学会第四次脑血管病学术会议通过的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》^[2]。基本痊愈:功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度为 0 级;显著进步:功能缺损评分减少 46%~90%,且病残程度在 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%左右;恶化:功能缺损评分减少或增多 18%以上;死亡。

2.2 结果 两组临床疗效比较见表 1。治疗组总有效率为 93.33%,对照组为 73.33%,两组比较,差异有显著意义($P<0.05$),提示治疗组疗效优于对照组。

表 1 两组临床疗效比较 例						
组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	总有效率(%)
治疗组	30	7	10	11	2	93.33 [△]
对照组	30	4	7	11	8	73.33

注:与对照组比较,△ $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后血液流变学结果 见表 2。治疗组治疗后的高切、血浆黏度和纤维蛋白原指标都有改变,且前后差异具有统计学意义($P<0.05$);治疗后两组高切、血浆黏度和纤维蛋白原比较有显著性差异($P<0.05$),低切没有统计学意义($P>0.05$)。

表 2 两组治疗前后血液流变学比较 ($\bar{X}\pm S$) mPa·s						
组别	n	全血比黏度高切值	全血比黏度低切值	血浆黏度	纤维蛋白原(g/L)	
治疗组	30	6.71±0.84	16.06±2.50	1.98±0.27	5.08±0.36	
		5.58±0.61 ^{△*}	13.14±2.51 [△]	1.58±0.07 ^{△*}	3.27±0.31 ^{△*}	
对照组	30	6.64±0.95	16.40±2.13	1.89±0.28	4.99±0.65	
		6.54±0.82	13.31±2.60 [△]	1.43±0.21 [△]	3.37±0.36 [△]	

注:与治疗前比较,△ $P<0.05$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

2.4 不良反应 两组治疗过程中均无严重副反应。

3 讨论

脑梗死临床上多见于老年人,笔者认为该病辨证重点应以气虚为主,本虚标实,病机为元气亏虚、脾气不升。如《灵枢·天年》云:“六十岁,心气始衰,苦忧悲,血气懈惰,故好卧。”说明在生理演变上存在气血不畅的变化。若气虚日久必致血亏,脉道不利,气滞易血瘀,瘀血内停,久病入络,络脉瘀滞则致“中风”的发生,与病人血液流变学的“高凝状

急性心肌梗死行静脉溶栓治疗 61 例临床观察

葛晓珍

(南昌大学第二附属医院 江西南昌 330006)

关键词:急性心肌梗死;静脉溶栓;阿司匹林;尿激酶;肝素钙

中图分类号:R 542.22

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.007

急性心肌梗死(AMI)是由于冠状动脉急性血栓形成,导致冠状动脉腔急性完全性闭塞而引起,为心内科常见的急重症,起病急,病死率高。患者静脉溶栓可使闭塞的冠状动脉再通,心肌得到再灌注,濒临坏死的心肌得以存活或使坏死范围缩小,抑制梗死后心室重塑,改善预后,因此去除血栓就是主要治疗手段。现结合我院 2009 年 3~6 月急性心肌梗死患者行尿激酶药物溶栓治疗的资料,对 AMI 溶栓治疗的效果总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 3~6 月住院治疗的 AMI 患者 61 例,其中男 40 例,女 21 例;年龄 42~70 岁,平均 59 岁;下壁心肌梗死 17 例,广泛前壁心肌梗死 13 例,前间壁心肌梗死 25 例,下壁加右室心肌梗死 4 例,下后壁心肌梗死 2 例。发病至溶栓时间:≤2h 12 例,2~4h 18 例,4~6h 23 例,>6h 8 例。均符合美国心脏病学会和美国心脏病学院 (ACC /AHA) 关于 AMI 溶栓治疗指南的适应证:(1) 2 个或 2 个以上相邻导联 ST 段抬高 (胸导联≥0.2mV,肢体导联≥0.1mV),或提示 AMI 病室伴左束支传导阻滞(影响 ST 段分析),起病时间 <12h,年龄 <75 岁。(2) 对 ST 段抬高、年龄≥75 岁的患者,慎重权衡利弊后仍可考虑溶栓治疗。(3) ST 段抬高,发病时间在 12~24h 的患者,如有进行性缺血性胸痛和广泛 ST 段抬高,仍可考虑溶栓治疗。(4)对前壁心肌梗死、低血压(收缩压 <100mmHg)或心率增快(>100 次/min)患者,治疗意义更大。溶栓治疗禁忌证:(1) 半年内有脑卒中史。(2) 2 周内有重大手术或外伤史。(3) 未控制的高血压(BP >160/110 mmHg)。(4) 有出血性疾病史或有“出血倾向”,即中医的气虚血瘀病机有关^[1]。可见,气虚血瘀是脑梗死的基本病机。气虚是根本,瘀血是病理产物,又是致病因素,因此益气活血是本病治疗之根本大法。

益气活血汤的主药黄芪具有补中益气、扶正固本的功效,现代药理实验表明黄芪含多糖类、苷类、黄酮类、氨基酸、微量元素等多种生物活性成分,具有增强机体免疫功能、调节血糖、改善心脑血管功能、耐缺氧和抗应激等多种药理作用;党参、白术、云苓辅助黄芪健脾益气,当归、鸡血藤补血活血,天

出血倾向的患者。(5) 有创伤的长时间心肺复苏后。(6)对扩容和血管加压无反应的休克。(7) 梗死相关血管分布的心肌区域内有穿壁性心肌梗死史。(8) 10d 内有不能压迫的大血管(如颈内动、静脉或锁骨下动、静脉)穿刺史。(9) 肝、肾功能障碍及严重进展性疾病(如恶性肿瘤)。

1.2 治疗方法 常规给予卧床、镇静止痛、心电监护、吸氧和硝酸甘油、口服卡托普利和倍他乐克(有禁忌证者待血压、心率和心功能平稳后使用)、他汀类药物等对症支持治疗。入院后立即嚼服阿司匹林 0.3g,并给予尿激酶 100~150 万 IU 加生理盐水 100mL 静滴,30min 内滴完。溶栓后阿司匹林改为 0.1g/d。12h 后给予肝素钙 7 500 IU 皮下注射,每 12 小时 1 次,连用 5~6d。

1.3 血管再通临床判断指征 参考“急性心肌梗死溶栓疗法参考方案”^[2]执行。(1)输注溶栓剂后 2h 内 ECG 中抬高的 ST 段迅速下降≥50%;(2)胸痛(憋闷)自输入溶栓剂后 2~3h 内基本消失;(3)输注溶栓剂后 2~3h 内出现再灌注心律失常;(4)血清 CK2MB 酶高峰提前在发病后 14h 以内或 CK 酶峰在 16h 以内。具备上述 4 项中 2 项或 2 项以上者考虑再通,但(2)、(3)项不能组合判定再通。

2 结果

2.1 血管临床再通率 经溶栓治疗后血管临床再通率为 70.5% (43/61),其中溶栓治疗距发病时间 2h 以内再通率为 91.7%(11/12),2~4h 再通率为 77.8% (14/18),4~6h 再通率为 60.9%(14/23),6h 以上再通率为 50.0% (4/8);经溶栓治疗症状(胸痛)缓解率为 73.8%(45/61),溶栓治疗距发病时间 2h 以内、2~4h、麻、全蝎、丹参祛风活血,同时还有白芍养血缓急、生地滋阴补肾、橘红化痰辅佐:诸药合用,共达益气活血、化痰开窍、行瘀通络之效,长期服之,效果显著,同时可以降低复中的机率。

参考文献

[1] 王新德. 各类血管病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志,1996,29(6): 2 381
[2] 全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中国实用内科杂志,1997,17(5): 313-314
[3] 周建伟,张凡,何开梅. 缺血性中风与血液“高凝状态”关系的研究 [J]. 中国中医急症,1994,3(3): 112-113

(收稿日期: 2010-01-06)