

针灸合灯盏花素注射液治疗颈性眩晕 60 例临床观察

李艳文

(天津市宝坻区史各庄医院 天津 301800)

关键词: 针灸; 灯盏花素注射液; 眩晕

中图分类号: R 255.3

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.040

颈性眩晕又称椎动脉型眩晕,以反复发作性头晕为主诉,是临床常见病,40 岁以上中年患者发病率较高,多伴头晕头胀、颈部僵直及恶心呕吐、胸闷心慌、视物不清、耳鸣等交感神经症状。多普勒脑血流图检测是目前评价椎动脉型颈椎病脑血流状态和血流量的有效方法。笔者自 2008~2010 年用针灸合药物治疗颈性眩晕 60 例,并与单用药物治疗的 60 例作对比,取得了较好疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 120 例均为住院患者,治疗组 60 例,男 27 例,女 33 例;年龄 27~69 岁,平均 63 岁;病程最短 3 个月,最长 6 年。对照组 60 例,男 29 例,女 31 例;年龄 30~72 岁,平均 62 岁;病程最短 4 个月,最长 5 年。

1.2 诊断标准 中医辨证分为 4 型:痰浊中阻型、肝肾阴虚型、气血亏虚型、肾阳不足型。西医诊断标

1.4 统计学处理 使用 SPSS11.0 软件处理,计量数据比较采用成组 t 检验;计数数据组间比较采用卡方检验, $P<0.05$ 表示有统计学差异。

2 结果

两组病人的血压均有所降低,B 组病人牵拉时心率减慢较明显,与术前及 A 组比较有明显差异($P<0.05$)。A 组病人血压下降明显($P<0.01$),其中 10 例病人需用麻黄碱升压处理。B 组有 20 例出现牵拉反应,阻滞不完全,肌松不满意,其中 6 例伴有恶心、呕吐($P<0.01$)。结果提示 B 组神经阻滞不全的发生率高,病人不适较多。A 组神经阻滞完善,术中牵拉、恶心、呕吐反应少。

3 讨论

随着人口老龄化,老年患者的手术日渐增多。老年人常有某些神经功能方面的不全,全麻术后认知功能障碍(POCD)的发生率较高^[1]。研究表明,麻醉方式或麻醉用药能影响学习记忆功能^[2]。因此,在无椎管内麻醉禁忌证的前提下,老年患者在维持必要的血流动力学平稳前提下,谨慎选择硬腰联合麻醉,不仅显著降低老年患者 POCD 发生率,还有助于减少深静脉栓塞等围术期高危并发症^[3-4]。但老年患者均伴有不同程度的自主神经调节功能削弱,压力反射反应、冷刺激的血管收缩反应和体位改变后的血压自稳的调控能力下降,故老年人采用迅速阻滞交感神经的麻醉技术,如蛛网膜下腔阻滞或硬脊膜外腔阻滞,都很可能导致低血压而倍受争议。选择合适的椎管内麻醉以改善椎管内麻醉阻滞效果,降低血流动力学不平稳的并发症,对于老年患者临床麻醉管理具有很重要的意义。采用左布比卡因硬

腰联合麻醉可降低心脏毒性,减少因椎管内麻醉平面过广给患者造成的各种不适及血压下降、呼吸抑制等副作用^[5]。本研究比较左布比卡因硬腰联合麻醉与单纯硬膜外麻醉的效果,结果显示,左布比卡因鞘内给药,不仅麻醉效果确切,且更有助于维持血流动力学的平稳。单纯硬膜外阻滞法的完全阻滞平面无法完全阻滞盆腔神经丛,因此常可出现牵拉反应。采用腰硬联合麻醉平面固定快且神经阻滞充分,麻醉前充分扩容,循环亦较稳定,效果确切,肌松满意,硬腰联合麻醉应用针内针操作简单,并采用了较细的 25G 腰穿针穿刺,大大降低了腰麻后所致的头痛。

值得注意的是,凡不能合作、有慢性高血压(血压控制不稳定)、慢性呼吸阻塞性疾病急性期、不稳定性心绞痛、近期发生过心肌梗死、凝血功能紊乱或有腰麻禁忌者等椎管内麻醉禁忌的老年病人不能应用此法。综上所述,左布比卡因硬腰联合麻醉为高龄患者行下腹部及下肢手术提供满意麻醉效果的同时,可有效增加高龄患者心血管系统的稳定性和减少副作用的发生,具有较佳临床应用价值。

参考文献

[1]Rawal N. The combinedspinal-epidural technique [J].Best Practice Research Clinical Anaesthesiology,2003,17(3):347-364

[2]Morrison JH,Hof PR.Life and death of neurons in the asingbrain[J]. Science,1997,278(5 337):412-419

[3]岳云,冯春生.全身麻醉药物影响记忆机制的研究[J].首都医科大学学报,2006,27(1):39

[4]毛剑霞,许靖.腰麻-硬膜外联合麻醉在老年患者的应用[J].临床麻醉学杂志,2009,25(4):359

[5]杨少秋,黄秋力.盐酸小剂量布比卡因复合芬太尼腰硬联合麻醉应用于老年患者的临床研究 [J]. 临床麻醉国际麻醉学与复苏杂志, 2010,31(4):332-334

(收稿日期: 2011-03-22)

芪苈强心胶囊治疗慢性心衰 30 例临床观察

代国方 杨素娟

(河南省洛阳市第一中医院 洛阳 472200)

摘要:目的:观察芪苈强心胶囊治疗慢性心衰的临床疗效。方法:将 60 例慢性心衰患者随机分为治疗组(30 例)与对照组(30 例)。两组均予西医常规治疗,治疗组加用芪苈强心胶囊。疗程 3 个月,观察临床疗效、心电图。结果:治疗组心电图心肌缺血疗效、临床疗效均优于对照组($P<0.05$)。结论:芪苈强心胶囊治疗慢性心衰疗效显著,可明显提高慢性心衰患者的生活质量。

关键词:芪苈强心胶囊;慢性心衰;中西医结合疗法

中图分类号:R 541.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.041

1 资料与方法

1.1 一般资料 60 例住院患者均来源于我院心脏中心慢性心衰患者。治疗组(中药干预组)30 例,男 23 例,女 7 例,年龄最小 45 岁,最大 76 岁,平均(60.50 ± 8.62)岁,病程最短 9 个月,最长 212 个月,平均(75.47 ± 9.13)个月;对照组 30 例,男 24 例,女 6 例,年龄最小 47 岁,最大 74 岁,平均($61.12\pm$

8.73)岁,病程最短 10 个月,最长 208 个月,平均(74.13 ± 10.01)个月。两组在年龄、性别、病程等方面经统计学分析,均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 慢性心衰诊断根据 Framing-han 诊断标准,心功能分级按照 NYHA 分级^[1],选择 NYHA III~IV 级的患者按照随机原则分为对照组和

组, $P<0.05$,具有显著差异性。

表 1 两组疗效比较 例

分组	n	治愈	有效	无效	总有效(%)
治疗组	60	22	36	2	96.67
对照组	60	13	37	10	83.33

3 讨论

颈性眩晕是由于颈椎骨质的退化性变,引起椎-基底动脉痉挛或狭窄而导致大脑供血不足而成。属中医“眩晕”范畴,历代医家有“无虚不作眩”、“无风不作眩”之论。头为清阳之府、诸阳之会,凡五脏之气血精华、六腑清阳之气,皆上注于头,一旦受到外邪或内伤之干扰,便会产生眩晕之症。现代医学认为主要由于颈椎椎体失稳或钩椎关节增生刺激或压迫椎动脉,以致血管狭窄扭曲,从而引起椎基底动脉供血不足,进而导致眩晕。针刺颈椎夹脊穴 C₃₋₅、风池穴可起到缓解肌肉痉挛、调节植物神经功能、扩张血管、改善脑部血供之作用;百会为六阳之会,能开阳益气、熄风潜阳、益髓定眩、通督解痉;大杼为骨之会,能壮骨益髓,调节颈部肌群张力,使颈椎重新恢复自身的动态平衡。痰浊中阻型配丰隆、中脘健脾止呕,利痰湿;气血亏虚型取足三里、合谷以健脾胃、益气活血;肝肾阴虚型取太冲、三阴交滋阴清火、补肝肾;肾阳不足型取命门、肾俞以温补肾阳。灯盏花素注射液主要成分是菊科短葶飞蓬植物灯盏花中提取的有效成分总黄酮。《本草纲目》记载:灯盏花有散寒解表、活血舒筋、止痛消积等功能。现代实验研究证明,该药能轻度强心,扩张微血管,增加动脉血流,降低血液黏度,增加脑局部血流灌注。经临床比较,针药组疗效明显优于药物组。

(收稿日期:2011-02-12)

准:(1)与头颅位置密切相关的眩晕,头颅转动及过屈过伸等诱发或加重眩晕,并排除其他原因(内耳疾患、脑部炎症、出血、外伤、高血压、低血压、全身性中毒、眼源性、代谢性、感染性疾病)所致眩晕者;(2)X 线摄片有颈椎骨质退化性改变与增生者。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 予针灸合药物治疗。主穴:颈椎夹脊穴及风池、百会、大杼。颈椎夹脊穴在 C₃₋₅ 棘突下旁开 0.5 寸处进针,直刺骶关节突骨质。小幅度提插捻转,平补平泻法,以酸麻胀重感能忍受为度,深 1~1.5 寸。配穴:痰浊中阻型加双侧丰隆、中脘,用泻法;肝肾阴虚型加双侧太冲、三阴交,用泻法;气血亏虚型加双侧合谷、足三里,用泻法;肾阳不足型加命门、双侧肾俞,用补法。留针 20 min,针灸治疗每日 1 次。药物予灯盏花素注射液 50 mg+0.9%氯化钠注射液 250 mL 静脉点滴,每日 1 次,15 d 为 1 个疗程。

1.3.2 对照组 单用灯盏花素注射液 50 mg+0.9%氯化钠注射液 250 mL 静脉点滴,每日 1 次,15 d 为 1 个疗程。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 治愈:临床症状与体征完全消失,查 TCD 提示椎动脉和基底动脉血流速度达到正常水平。有效:临床症状与体征明显减轻,查 TCD 提示椎动脉和基底动脉血流速度明显加快。无效:临床症状与体征无明显减轻,查 TCD 提示椎动脉和基底动脉血流没有变化。

2.2 治疗结果 见表 1。治疗组疗效明显优于对照