

敏使朗联合长春西丁治疗椎-基底动脉供血不足临床疗效观察

陈历国
(浙江省云和县人民医院 云和 323600)

摘要:目的:探讨敏使朗联合长春西丁治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床疗效。方法:将 106 例椎-基底动脉供血不足性眩晕患者随机分成两组,治疗组(敏使朗联合长春西丁注射液)55 例和对照组(维脑路通注射液联合低分子右旋糖酐注射液)51 例,观察头晕、眩晕等临床症状改善情况。同时经颅多普勒超声(TCD)观察两侧椎(VA)、基底动脉(BA)的血流速度、搏动指数(PI)和血液流变学指标变化。结果:治疗组总有效率为 94.54%,对照组总有效率为 70.59%,两组 TCD 血流速度指标及血液流变学指标有显著性差异($P<0.05$)。结论:敏使朗联合长春西丁注射液治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕临床疗效明显。

关键词:椎-基底动脉供血不足;眩晕;敏使朗;长春西丁

中图分类号:R 743.31 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.010

椎-基底动脉供血不足(vertebro-basilar ischemia,VBI)是神经内科多发病、常见病,其病因为椎-基底动脉系统循环功能不全而引起脑干、小脑及大脑半球后部(即后循环灌注区)的机能障碍。临床表现以眩晕、呕吐为主要症状,VBI 治疗方法较多,且疗效各异。我们应用敏使朗(甲磺酸倍他司

汀)联合长春西丁注射液治疗 55 例此类患者,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 本组 106 例 VBI 患者均系我院 2008 年 5 月~2010 年 4 月神经内科住院病人,均以眩晕、呕吐为初发症状,主要症状符合 VBI 诊断标

2 结果

2.1 临床疗效 见表 1。对照组总有效率 83.3%,治疗组总有效率 90.6%。两组结果有显著性差异($P<0.05$),显示治疗组疗效优于对照组。

1.4 统计学处理 计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

表 1 两组临床疗效比较 ($\bar{X} \pm S$) 例										
组别	<i>n</i>		心率(次/min)	SV(mL)	LVEDD(mm)	LVEF(%)	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	30	治疗前	95.4± 15.8	47.2± 10.6	144.5± 38.2	35.36± 5.88	7	18	5	83.3
		治疗后	89.8± 15.9	48.8± 10.8	137.2± 36.4	40.13± 7.78				
治疗组	32	治疗前	96.4± 15.4	46.5± 10.5	145.9± 37.3	35.43± 6.55	15	14	3	90.6
		治疗后	93.5± 10.5	56.8± 16.8	130.4± 30.3	46.88± 8.65				

2.2 不良反应 治疗期间两组各 1 例患者分别因电解质紊乱及肺源性心脏病严重低氧血症致洋地黄中毒而停用洋地黄制剂,余均未出现明显不良反应。

3 讨论

各种原因导致的充血性心力衰竭病情严重,甚至危及生命,安全且有效的治疗尤为关键^[3]。洋地黄为强心类药物,在充血性心力衰竭患者的治疗上已有 200 余年历史,在改善症状、减少住院率、增加心排量方面已得到公认。但洋地黄用药安全窗小,面对老年人、心肌严重缺氧患者及电解质紊乱时更易引起中毒,且合并预激综合征、病态窦房结综合征等均是洋地黄使用禁忌。环磷腺苷葡胺是一种非洋地黄类正性肌力药,效果佳,不良反应少,在充血性心力衰竭治疗中发挥着重要作用,尤其适用于洋地黄禁忌的心力衰竭患者。环磷腺苷葡胺药理作用:(1)正性肌力,改善心肌收缩功能,增加心排量。(2)扩血管,降低心脏负荷,改善心功能。(3)减少心肌氧耗。(4)改善窦房结 p 细胞功能。(5)抑制血小

板活化,防止血栓形成^[2]。银杏达莫为复合制剂,其中银杏总黄酮具有扩张冠脉血管功能;双嘧达莫抑制血小板聚集,高浓度(50 $\mu\text{g/mL}$)可抑制血小板释放。总之,银杏达莫能稳定细胞膜,保护心肌细胞,抑制氧自由基,扩张血管,抑制血小板聚集,降低血黏度,改善心肌缺血^[4]。银杏达莫属于益气活血类中成药,对心衰的治疗有积极意义^[5]。

本文通过对 62 例充血性心力衰竭患者的观察,结果显示治疗组总有效率 90.6%,对照组 83.3%,说明环磷腺苷葡胺联合银杏达莫治疗充血性心力衰竭安全有效,值得推广使用。

参考文献

[1]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.慢性心力衰竭诊断治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志,2007,35(12): 1 076-1 095
[2]聂颖.对环磷腺苷葡胺治疗慢性心力衰竭的临床评估[J].临床和实验医学杂志,2010,9(4):271
[3]高劭云,陶华清,辛冬玲.复方丹参滴丸联合生脉注射液治疗老年充血性心力衰竭 56 例[J].实用中西医结合临床,2010,10(2):14-15
[4]于伟凡.银杏药理与临床应用研究进展[J].中国乡村医药,2005,12(12):28-29
[5]张忠,钟晓玲,罗陆一,等.益气温阳、活血利水法对充血性心力衰竭患者神经内分泌因子的影响[J].江西中医药,2006,37(8):18-19
(收稿日期:2012-05-04)

准^[1],所有患者治疗前均行三大常规、肝肾功能、血糖、血脂、心电图、经颅多谱勒(TCD)、头颅 CT 或 MRI 检查,排除小脑脑干梗死或出血。随机将患者分为治疗组和对照组。治疗组:55 例,其中男性 26 例,女性 29 例,年龄 48~81 岁,平均年龄(64.3±5.6)岁。对照组:51 例,其中男性 24 例,女性 27 例,年龄 44~80 岁,平均年龄(62.2±6.3)岁。两组年龄、性别、病情、既往史均无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 治疗组:敏使朗 6 mg,每天 3 次,餐后服用;长春西丁注射液 20 mg 加入 5%葡萄糖 250 mL 或 0.9%生理盐水 250 mL 中,每日 1 次静滴,疗程 2 周。对照组:维脑路通注射液 400 mg 加入低分子右旋糖酐 500 mL 中静滴,每日 1 次,共治疗 2 周。两组对伴有高血压、糖尿病、高黏血症者,治疗期间继续服用原治疗药物,但禁服其他对血管舒缩有影响的药物。治疗前后用 TCD 观察左右椎动脉(VA)、基底动脉(BA)的血流速度、搏动指数(PI)的变

化。 $PI=[收缩期峰血流速度(Vs)-舒张期末血流速度(Vd)] / 平均血流速度(Vm)$ 。

1.3 疗效评定标准 基本痊愈:临床症状消失,TCD 示椎-基底动脉血流基本恢复正常。显效:临床症状基本消失,TCD 示椎-基底动脉血流有明显改善。有效:临床症状减轻,TCD 示椎-基底动脉血流改善不明显。无效:临床症状无明显减轻,TCD 示椎-基底动脉血流无变化。

1.4 统计学处理 应用 SPSS17.0 分析软件,计量资料用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较用 t 检验,率的比较用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 临床疗效 见表 1。治疗组临床疗效优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较 例						
组别	n	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	55	23	18	11	3	94.54
对照组	51	11	16	9	15	70.59

2.2 治疗前后椎-基底动脉血流速度比较 见表 2。

表 2 两组治疗前后椎-基底动脉血流速度比较 ($\bar{X} \pm S$) cm/s								
组别	n		LVA	RVA	BA	PI _{LVA}	PI _{RVA}	PI _{BA}
治疗组	55	治疗前	40.31±3.40	41.51±3.96	45.32±6.04	1.19±0.22	1.18±0.21	1.21±0.19
		治疗后	47.65±2.54* [△]	49.87±4.03* [△]	55.65±5.97* [△]	0.77±0.12* [△]	0.81±0.11* [△]	0.83±0.15* [△]
对照组	51	治疗前	40.65±4.83	42.92±5.21	46.23±4.58	1.20±0.20	1.19±0.23	1.17±0.22
		治疗后	45.76±4.05*	46.71±4.76*	52.49±5.81*	0.91±0.20*	0.95±0.18*	0.94±0.19*

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

2.3 治疗前后血液流变学指标比较 见表 3。

表 3 两组治疗前后血液流变学指标比较 ($\bar{X} \pm S$) mPa·s						
组别	n		全血高切黏度	全血低切黏度	血浆黏度	RBC 压积(%)
治疗组	55	治疗前	5.61±0.92	12.27±0.89	1.89±0.10	41.98±3.27
		治疗后	4.53±0.32* [△]	10.21±0.39* [△]	1.63±0.09* [△]	35.67±3.23* [△]
对照组	51	治疗前	5.62±0.34	11.78±0.76	1.86±0.08	42.98±3.93
		治疗后	4.75±0.35*	11.13±0.46*	1.73±0.07*	38.22±3.29*

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

2.4 不良反应 治疗组无明显不适;对照组有 1 例出现面部潮红伴轻度头痛,经减慢输液速度后症状消失。两组均未发现其它不良反应。

3 讨论

VBI 是常见的脑血管病变之一,是卒中发病的先兆,任其自然发展约有 1/3 的患者在以后数年内发展为脑梗死^[2]。其根本原因为脑部血液循环障碍,病理基础之一是血流动力学异常,由于血流速度变缓或血流量过低,引起脑灌注压下降而导致脑供血不足,从而导致脑组织缺血、缺氧,表现为眩晕、走路不稳、伴有恶心、呕吐等一系列症状。TCD 为一种无创性检查方法,可检测颅内动脉血流速度、方向和频谱,而 PI 是反映血管阻力及扩张程度的重要指标。PI 增高提示血管外周阻力增大、血管弹性减退以及血流量减少。研究发现 TCD 能反映出脑血管的血流状态^[3-4],通过了解 TCD 变化可尽早了解脑血流动力学,提供有效的脑血循环状态的客观依

据。

敏使朗为双胺氧化酶抑制剂,对椎-基底动脉系统有较明显的扩张作用,显著增加脑血流量,改变脑循环,并降低全身血压,此外能增加耳蜗和脑底血流量,从而消除内耳性眩晕、耳鸣,能对抗儿茶酚胺的缩血管作用及降低动脉压,并有抑制血浆凝固及二磷酸腺苷(ADP)诱导的血小板凝集作用,普遍用于治疗眩晕症。长春西丁是从长春花中提取的一种吲哚类生物碱。据研究其药理作用为^[5-6]:(1)增加脑血流量,具有抑制钙离子依赖性磷酸二酯酶活性及增加血管平滑肌松弛的信使-环磷酸鸟苷的作用,能选择性地增加脑血流量。(2)改善血液流动性和微循环,本品具有增强红细胞变形力(健康成人)、降低血黏度(成人脑血管障碍患者)及抑制血小板凝聚作用(成人脑血管障碍患者)。(3)改善脑代谢,本品具有增加脑氧供给、促进脑组织摄取葡萄糖、促进脑内单胺的代谢转化、抑制脑缺血的脑

补阳还五汤联合尼莫地平片治疗脑梗死临床观察

李永春

(河南省范县人民医院 范县 457501)

摘要:目的:观察补阳还五汤联合尼莫地平片治疗脑梗死的疗效。方法:将 96 例脑梗死患者随机分成观察组与对照组,每组 48 例,对照组西医常规治疗,观察组加用补阳还五汤和尼莫地平片。两组均使用全国第四届脑血管病学术会议制定的神经功能缺损和生活能力状态量表进行评分,治疗前和治疗后各评一次。结果:治疗组与对照组差异有统计学意义($P<0.01$)。结论:补阳还五汤联合尼莫地平片能够有效地促进脑血管病患者的恢复,改善生活质量优于单独西药常规治疗。

关键词:脑梗死;补阳还五汤;尼莫地平;联合治疗

中图分类号:R 743.33 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.011

脑梗死是发生于中老年人的常见病、多发病,其具有发病率高、致残率高、复发率高的特点,目前对该病尚无特效的治疗方法。我院 2009 年 10 月~2011 年 10 月,对 48 例脑梗死患者采取补阳还五汤联合尼莫地平治疗,取得较好疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 入选患者为 2009 年 10 月~2011 年 10 月在我院神经内科住院的患者,符合以下条件:(1)符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制定的急性脑梗死诊断标准,且经头颅 CT 或 MRI 证实;(2)发病 72 h 以内;(3)首次发病或既往虽有卒中史但未留下神经功能缺损者;(4)入组前未经抗凝、溶栓等治疗。入选患者按照入院顺序随机分成观察组和对照组,每组 48 例。观察组:男 23 例,女 25 例,平均(63±8)岁,其中基底节区脑梗死 20 例,多发性脑梗死 18 例,脑干梗死 6 例,小脑梗死 4 例。对照组:男 28 例,女 20 例,平均(62±8)岁,其中基底节区脑梗死 19 例,多发性脑梗死 18 例,脑干梗死 5 例,小脑梗死 6 例。两组患者的年龄及病情严重程度分布无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 给药方法 观察组:在西医常规治疗基础上,口服尼莫地平片 40 mg,2 次/d,同时应用补阳还五汤为基础方随证加减(生黄芪 90 g、当归 25 g、地龙

10 g、赤芍 25 g、桃仁 6 g、红花 10 g、川芎 15 g,气虚甚者加党参 25 g,血瘀甚者加乳香 10 g、没药 10 g,阳虚甚者加淫羊藿 30 g、菟丝子 20 g,肢体麻木者加豨莶草 25 g、鸡血藤 20 g,痰多者加茯苓 25 g、半夏 20 g),水煎服,每日 1 剂,分 2 次口服。对照组:按西医常规治疗,给予抑制血小板积聚、脱水降颅压、清除自由基、改善微循环、保护脑细胞等治疗。两组患者根据具体的病情给予控制血压、调节血糖、控制感染、吸氧、维持水及电解质平衡等治疗。

1.3 疗效评价方法 两组均使用全国第四届脑血管病学术会议制定的神经功能缺损和生活能力状态量表进行评分,在治疗前后各评分一次。(1)基本治愈:功能缺损评分减少 90%~100%,病残程度 0 级;(2)显著进步:功能缺损评分减少 40%~89%,病残程度 1~3 级;(3)进步:功能缺损评分减少 15%~39%;(4)无变化:功能缺损评分减少或增加在 15%以内;(5)恶化:功能缺损评分增加在 15%以上;(6)死亡。

1.4 统计学处理 组间比较采用 t 检验、 χ^2 检验。

2 结果

2.1 神经功能缺损评分比较 见表 1。治疗前两组的神经功能缺损评分无显著性差异。治疗后,两组神经功能缺损评分有明显下降,但观察组较对照组

内乳酸的增加和使 ATP 含量增加的作用,同时还具有增加血红蛋白氧解离力的作用。(4)保护脑缺血,本品能延迟脑缺血患者的痉挛发生时间,同时还能抑制过氧化脂的产生。

本项临床研究表明,敏使朗联合长春西丁注射液可明显增加椎-基底动脉血流量,改善血管弹性,减少血管阻力,能快速及时地改善和缓解 VBI 患者症状,并对椎-基底动脉血流速度及血液流变学状态具有良好的改善作用,可促进脑部血液循环,增加脑血流量。故两药合用对改善脑细胞供血供氧、

恢复受损脑细胞的功能、改善眩晕等症状具有较好的疗效。

参考文献

[1]曹培卫,赵忠新.颈部血管彩超、MRA 对椎基底动脉供血不足病因诊断的价值[J].临床神经病学杂志,2003,16(1):36-37

[2]王维治.神经病学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,2002.129

[3]钱传忠,刘向远,高苹,等.SPECT、TCD 及 BAEP 对椎基底动脉缺血性眩晕的诊断价值[J].临床神经病学杂志,2003,16(5):257-259

[4]郭新生.养血清脑颗粒合氟桂利嗪治疗椎基底动脉供血不足临床观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(2):57-58

[5]曹贵方,杨期东.长春西丁(润坦)在神经科的应用及机制[J].中南药学,2004,16(3):172-174

[6]何同光.新编实用药理学[M].北京:科学技术出版社,2005.398

(收稿日期:2012-05-18)