

• 临床报道 •

天智颗粒治疗震颤麻痹 20 例

王 蕊 娄广亮

(河南大学淮河医院中医科, 475000)

震颤麻痹又称帕金森病(PD), 是发生于中老年以上的黑质和黑质纹状体通路变性疾病。本病属于中医学“颤证”、“内风”等范畴。近年来, 我们以天智颗粒治疗本病 40 例, 现将观察结果介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

自 2007 年 9 月~2009 年 9 月, 我们收治来自门诊及住院的震颤麻痹患者 40 例, 随机分成两组。治疗组 20 例, 其中男 13 例, 女 7 例; 年龄 37~74 岁, 平均(56.4±1.2) 岁; 病程 0.4~12 年, 平均(4.1±0.7) 年; 病情轻度 5 例, 中度 9 例, 重度 6 例。对照组 20 例, 其中男 15 例, 女 5 例; 年龄 33~77 岁, 平均(56.8±0.9) 岁; 病程 0.6~11 年, 平均(3.8±1.4) 年; 病情轻度 8 例, 中度 10 例, 重度 2 例。两组性别、年龄、病程、临床表现、Hoehn-Yahr 分级情况等基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

参照 1984 年 10 月全国锥体外系疾病讨论会关于《帕金森病及帕金森综合征的诊断标准和鉴别诊断》^[1]标准。入组条件符合原发性帕金森病。中医诊断标准: 根据中华全国中医学会老年医学会《中医老年颤证诊断和疗效评定标准》(试行)^[2]中的证候诊断进行辨证。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准: Hoehn-Yahr 帕金森病分级标准Ⅳ级以内; 年龄在 80 岁以下, 不伴有痴呆、心肌梗死、急性脑卒中、脑卒中后遗症, 无严重肝肾病变。排除标准: 帕金森综合征; 家族遗传性帕金森病; 合并特发性震颤或痴呆及进行性核上性麻痹等疾病, 伴有严重的精神疾病、认知障碍; 严重心、脑、肺疾病者。

2 治疗方法

对照组口服多巴丝肼片(美多芭, 上海罗氏制药有限公司, 卫药准字: H10930198, 每片含左旋多巴 200mg、盐酸苄丝肼 50mg), 服用剂量为 125~500mg/次, 每日 2~4 次(剂量按个体化治疗原则, 根据病情轻重进行增减)。治疗组在对照组治疗的基础上加服天智颗粒(由河南宛西制药股份有限公司提供, 国药准字: Z20040041, 每包 5g), 冲服, 每次 1 包, 每日 3 次。疗程为 3 个月。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

按中华全国中医学会老年医学会《中医老年颤证诊断和疗效评定标准》(试行)^[2]中的疗效评定标准即改良的 Webster 功能评分法进行疗效评定。其中进步率 100% 为痊愈, 50%~99% 为显效, 20%~49% 为有效, <20% 为无效。

3.2 中医老年颤证疗效判定

治疗组 20 例, 痊愈 2 例, 显效 7 例, 有效 10 例, 无效 1 例, 总

有效率 95.00%; 对照组痊愈 1 例、显效 5 例、有效 9 例、无效 5 例, 总有效率 75.00%; 经卡方检验, 两组疗效差异具有显著性意义($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后统一帕金森病评定量表(UPDRS) 评分比较

治疗组、对照组治疗前 UPDRS 积分比较差异无显著性($P>0.05$), 分别为(72.00±19.47) 分、(69.8±19.82) 分, 治疗后治疗组、对照组分别为(23.33±15.44) 分、(40.93±20.12) 分。组内比较治疗前后 UPDRS 积分差异均有显著性($P<0.01$)。治疗后组间 UPDRS 积分比较差异有显著性($P<0.01$)。

3.4 两组治疗前后美多芭用量比较

两组患者治疗前美多芭用量差异无显著性($P>0.05$); 治疗组治疗前后比较美多芭用量减少明显($P<0.05$); 对照组治疗前后比较美多芭用量无明显改变($P>0.05$)。

4 讨论

天智颗粒是以天麻钩藤饮化裁而成, 由天麻、钩藤、石决明、杜仲、牛膝、桑寄生、茯神、夜交藤、槐花、栀子、黄芩、益母草组成, 具有平肝熄风、清热活血、补肾益智之功效, 能够标本同治, 缓解临床症状。近年来研究表明, 神经退行性疾病的发生与线粒体功能异常密切相关, 帕金森病患者线粒体呼吸链复合体 I 活性下降, 天智颗粒对线粒体损伤能量代谢障碍引起的胆碱能神经系统损伤具有保护作用。

参考文献

- [1] 王新德. 帕金森病及帕金森综合征的诊断标准和鉴别诊断[J]. 中华神经精神杂志, 1985, 18(4): 256-257.
- [2] 中华全国中医学会老年医学会. 中医老年颤证诊断和疗效评定标准[J]. 北京中医学院学报, 1992, 15(4): 39-41.

冠通方对冠状动脉裸金属支架植入术后 再狭窄患者白细胞介素 18 的影响

王 强

(广西中医学院附属瑞康医院, 530011)

经皮冠状动脉介入术(PCI) 已经成为缺血性心脏病患者的主要治疗方法, PCI 后冠状动脉再狭窄尤其是远期再狭窄仍然是 PCI 后患者的主要问题, 裸金属支架再狭窄率为 15%~35%^[1]。我们根据冠状动脉再狭窄的病机, 研制成冠通方, 观察其在临床上预防冠心病患者 PCI 冠状动脉裸金属支架植入术后心绞痛复发、心脏事件发生及对白细胞介素 18(IL-18) 的影响, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例均为 2005 年 1 月~2008 年 1 月本院冠状动脉内裸金属支架植入术成功的冠心病患者, 共 120 例。随机双盲分为两组, 各 60 例。治疗组男 40 例, 女 20 例; 平均年龄 66.5 岁; 病程 2 个月~13 年, 平均 5.3 年。对照组男 39 例, 女 21 例; 平均 66.2 岁; 病程 3 个月~11 年, 平均 5.1 年。两组患者一般资料差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

①年龄 40~70 岁,有心绞痛症状,经冠状动脉造影(CAG)证实缺血性心脏病或心肌梗死符合支架植入术治疗的患者;②CAG 证实单支或多支病变(靶病变狭窄 $\geq 70\%$),并成功植入冠状动脉内支架的患者;③未参加药物或其他医疗装置的临床试验项目。

1.3 排除标准

①依从性差的患者;②有严重心律失常的患者;③严重心、肺功能不全患者;④有肝、肾、血液、免疫系统疾病的患者;⑤并发炎症感染或肿瘤性炎症者。

2 治疗方法

CAG 应用 X 线数字血管造影仪(GE 公司 OEC9800),复查采取与首次介入治疗时相同体位角度。所用球囊与支架为上海微创公司生产,根据冠状动脉病变程度由两位以上手术者共同决定,选择与之相匹配的球囊与支架。相关的血液生化检查由医院检验科完成。按 Judkins 法行 CAG。术前 72h 每次常规服用肠溶阿司匹林 100mg,每日 1 次;氯吡格雷每次 75mg,每日 1 次;介入治疗术前即刻动脉给肝素 3000IU,冠状动脉成形术前加用肝素 5000IU,每延长 1h 加用肝素 1000IU;急诊冠状动脉介入术前 2h 给予氯吡格雷 300mg,肠溶阿司匹林 100mg;术后 24h 静脉泵入肝素 600~800IU/h,24h 后每次皮下注射低分子肝素 1 支,每日 2 次,连用 3~5 日。

冠状动脉内支架植入成功标准:支架植入时充分打开,残余狭窄 $< 20\%$,血流达到 TIMI3 级。对照组每次常规使用肠溶阿司匹林 100mg,每日 1 次;波立维每次 75mg,每日 1 次;每晚阿托伐他汀 20mg;倍他乐克 12.5~25mg,12 小时 1 次,每日 2 次。共治疗 6 个月。治疗组在对照组治疗基础上,于支架植入当日内开始服用冠通方煎剂(由三七、丹参、地龙、瓜蒌、生晒参、绞股蓝、陈皮、麦冬组成),每日 1 剂,水煎至 300ml,分 2 次温服,每次 150ml,连续服用 1 个月,1 个月后改隔日 1 剂,服用 5 个月,共 6 个月。

3 疗效观察

3.1 两组患者术后心绞痛复发及心脏事件发生比较

在 6 个月的随访观察中各组无死亡病例,对照组 60 例中复发心绞痛 11 例(18.33%),心脏事件 2 例(3.33%);治疗组 60 例中复发心绞痛 3 例(5.00%),心脏事件 2 例(3.33%)。两组复发率比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3.2 两组血清 IL-18 测定值比较

治疗组 60 例,术前、术后第 1 天、治疗后 IL-18 测定值分别为(72.33 ± 13.21) pg/ml、(86.45 ± 13.11) pg/ml、(43.35 ± 13.28) pg/ml;对照组 60 例分别为(71.45 ± 11.35) pg/ml、(85.34 ± 12.26) pg/ml、(56.48 ± 11.31) pg/ml。与对照组比较,治疗组改善程度明显为优($P < 0.01$)。

4 讨论

冠通方是根据冠状动脉内支架植入术后再狭窄多由气阴两虚,痰热瘀血阻滞心脉所致的理论拟定的方剂,方中选用三七、丹参、地龙、瓜蒌、生晒参、绞股蓝、麦冬、陈皮等药相互为伍,全方具有益气养阴,清热解毒化痰,行气活血化痰通络之功。本方配伍特点是活血祛瘀与清热解毒化痰中兼能理气,祛邪中兼益气养阴扶正,使元气旺盛,气化复常,瘀血得化,痰热得清,气行血活,而心脉通畅。在研究中还发现,冠心病支架植

入术后患者服用冠通方煎剂后临床症状明显改善,提高了患者术后的生活质量,疗效确切,无明显的副作用。

参考文献

[1] Ockene IS, Matthews CE, Rifai N, et al. Variability and classification accuracy of serial high-sensitivity C-reactive protein measurements in healthy adults [J]. Clin Chem, 2001, 47(3): 444-450.

针刺结合现代康复对中风患者肢体功能的影响

欧阳钢¹ 王 彤² 张丽霞²
陈 旗² 朱晓军¹ 葛 伟¹

(1. 江苏省省级机关医院, 210024; 2. 江苏省人民医院)

单纯运用传统康复方法治疗中风有一定的局限。为此我们开展了针灸配合现代康复治疗中风的研究,现报道如下。

1 临床资料

181 例脑卒中住院患者均来自我院康复医学科。纳入标准:①年龄在 40~70 岁,符合脑卒中的诊断标准^[1],并经 CT 或 MRI 证实;②发病 2 个月以内,生命体征稳定,意识清醒;③有明显的步行功能障碍;④有良好的认知功能,能明白治疗师的指令,配合训练;⑤无其他急性疾病及严重并发症者;⑥自愿参加本研究项目签署知情同意书。排除标准:严重失语、严重的意识障碍及严重的认知障碍;患病前有严重心肺及神经肌肉骨骼功能障碍。

181 例卒中患者随机分为两组,治疗组 95 例,男 64 例,女 31 例,其中脑出血 41 例,脑梗死 54 例;平均年龄(62.0 ± 7.2) 岁;对照组 86 例,男 59 例,女 27 例,其中脑出血 39 例,脑梗死 47 例;平均年龄(64.0 ± 8.1) 岁。两组患者年龄、性别、病变性质及入院时病情严重程度方面差异均无显著性($P > 0.05$),具有可比性,两组的药物等治疗方案基本相同。

2 治疗方法

两组患者均按照神经内科诊疗常规,予以控制血压、血糖,改善循环及对症支持治疗。治疗组同时接受针灸和康复治疗。针灸治疗:根据患者的实际情况而采用不同的针灸方法,在中风病早期,即肌张力不超过 I 级,主要应用醒脑开窍针法,取百会、水沟、极泉、内关、合谷、环跳、委中、三阴交等,操作按照醒脑开窍针刺法操作^[2],每日 1 次;在疾病的后期,主要以头皮针和手足阳明经穴为主,辅以太阳、少阳经穴,以补气益血,疏经通络为主,头皮针取病灶侧的顶颞前斜线,快速捻转 2min 后(200 次/min),再用电针,电针参数为:时间 30min,密波,强度以患者能耐受为度。体穴取患侧肩髃、曲池、手三里、外关、后溪透合谷、环跳、风市、足三里、阴陵泉、三阴交、丘墟透照海,平补平泻法,每日针刺 1 次,每次 30min,10 次为 1 个疗程,休息 1 周后,继续下一个疗程,共治疗 2 个疗程。康复手法主要应用 Brunstrom、Bobath、Rood 等神经易化技术,重点是运动功能的恢复,以及坐位平衡训练、站位平衡训练、步行训练和作业治疗。对照组患者在治疗原发病的基础上,同时给予增强脑细胞代谢、活化剂及改善脑血液循环等药物治疗,给予正确的床上卧姿指导及早期床边坐位平衡、直立平衡、正确步态的指导。

3 疗效观察