

通心络胶囊对急性脑梗死患者血液流变学的影响

孔 亮* 王挺刚* 王引明* 邵小鹏* 桂树华*

急性脑梗死患者若积极给予改善血黏度、促进脑微循环的治疗,则可保护脑细胞、有利于神经功能恢复。我科自 2004 年 9 月~2009 年 6 月应用通心络胶囊治疗急性脑梗死患者 186 例,取得了较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择急性脑梗死住院患者 375 例,均符合全国第四届脑血管病学术会议制订的诊断标准^[1],并经头颅 CT 和/或 MRI 证实,发病至入院时间为 6~48h,随机分为治疗组和对照组。治疗组 186 例,男性 110 例,女性 76 例;年龄 45 岁~79 岁,平均(61.4±11.3)岁;按脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分^[2],分为中型(16~30 分)114 例,轻型(0~15 分)72 例;头颅 CT 和/或 MRI 示额叶梗死 16 例,颞叶梗死 25 例,枕叶梗死 13 例,基底节区梗死 121 例,脑干梗死 11 例。对照组 189 例,男性 108 例,女性 81 例;年龄 44~78 岁,平均(61.3±11.2)岁;临床神经功能缺损程度评分,中型 112 例,轻型 77 例;头颅 CT 和/或 MRI 示额叶梗死 15 例,颞叶梗死 26 例,枕叶梗死 12 例,基底节区梗死 124 例,脑干梗死 12 例。全部病例均为首次发病,两组患者的发病时间、既往史、伴发疾病、神经功能缺损评分以及影像学病变部位比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

治疗组入院后即口服通心络胶囊(河北石家庄以岭药业股份有限公司生产),4 粒/次,3 次/d,连用 3 周。治疗组和对照组均同时给予控制血压,并应用胞二磷胆碱、尼莫地平和阿司匹林等脑保护剂和抗血小板药物。

1.3 观察指标

分别于治疗前、治疗 3 周后检查血凝常规、血液流变学等检查。

1.4 疗效判定标准

在治疗前和治疗 3 周后按神经功能缺损程度评分标准与改良爱丁堡与斯堪的纳维亚研究组日常生活能力缺陷程度进行评分。疗效判定标准:①基本痊愈:功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度为 0 级;②显著进步:功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度为 1~3 级;③进步:功能缺损评分减少 18%~45%;④无变化:功能缺损评分减少≤17%;⑤恶化:功能缺损评分增加 18%以上;⑥死亡。

1.5 统计学方法

计量数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数数据以率表示,采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗组 186 例中,基本痊愈 65 例,显著进步 86 例,进步 49 例,无变化 8 例,恶化 1 例,死亡 0 例,显效率 80.1%;对照组 189 例中,分别为 49 例、77 例、45 例、15 例、3 例、0 例、64.6%。显效率比较治疗组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组治疗前后血液流变学指标

表 1 示,治疗组和对照组治疗前血液流变学指标比较无显著性差异;治疗组在治疗前后的全血黏度高切、全血黏度低切和血浆纤维蛋白原浓度等指标有统计学差异($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗组和对照组治疗后比较有显著性差异($P<0.01$)。

表 1 两组患者治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	全血黏度高切(mPa/s)	全血黏度低切(mPa/s)	血浆黏度(mPa/s)	血浆纤维蛋白原(g/L)
治疗组	治疗前	186	5.82±1.43	11.7±1.62	1.65±0.17	3.79±1.11
	治疗后	186	3.76±1.52 $\Delta\Delta\#$	8.74±1.43 $\Delta\Delta\#$	1.37±0.12 $\Delta\#$	3.16±1.21 $\Delta\#$
对照组	治疗前	189	5.67±1.31	11.79±1.62	1.64±0.18	3.80±1.13
	治疗后	189	5.32±1.24	10.95±1.74 Δ	1.61±0.16	3.76±1.32

注:与本组治疗前比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\# P<0.01$

3 讨论

脑梗死属中医“中风”范畴,唐宋之前对于中风的病因多以外风入侵或正虚邪中立论,金元时代强调机体阴阳气血逆乱所致,而《明医杂著》提出气滞、气虚、血滞、血虚是形成中风的病机,现代络病学理论认为中风病位在脑之络脉,无论何种原因导致的络气瘀滞、脑络瘀阻、脑络瘀塞等,皆为脑络之病变,是中风发病的重要病机^[3]。

通心络胶囊是由人参、水蛭、全蝎、土鳖虫、蜈蚣、蝉蜕、赤芍和冰片等组成的中药复方制剂,具有益气活血、通络止痛等功效。大量临床和基础研究证实,通心络胶

囊能改善血管内皮功能,降低黏附因子表达,抗炎症反应,抗血栓形成,增加脑血流及促进脑微循环,减轻脑再灌注损伤,降低脑梗死急性期兴奋性氨基酸的释放,提高脑细胞耐缺氧能力,保护和恢复神经功能^[3]。本组研究观察结果显示,通心络胶囊治疗组能显著改善急性脑梗死患者的血液流变学指标,改善患者的脑部微循环,显效率明显优于对照组,能促进神经功能更好更快的恢复,对减少减轻后遗症、提高患者的生活质量有显著临床价值。

参考文献

[1] 第四次全国脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-381.

[2]第四次全国脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.

[3]吴以岭. 络病学[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2004:

422-423, 444-446.

* 江苏省无锡市第三人民医院神经内科(214041)

中西医结合治疗肺胃燥热型消渴病 36 例

宋宗良¹ 杨晓燕² 王祥森²

我们在临床上,对于辨证属肺胃燥热者,常在西医基础上加用清热生津润燥中药治疗,对改善患者临床症状及降低血糖均有明显的作用。自 2005~2009 年间在西药降血糖的基础上加用降糖汤治疗肺胃燥热型糖尿病 36 例,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

观察 2 型糖尿病患者 72 例,均为我院 2005 年 3 月~2009 年 3 月的住院患者,符合 WHO1999 年提出的糖尿病的诊断与分类方法确定的 2 型糖尿病诊断标准^[1],中医按《实用中医内科学》消渴病肺胃燥热型为辨证标准^[2]。除外糖尿病急症。将患者按 1:1 随机分为治疗组和对照组。治疗组 36 例,其中男 20 例,女 16 例;年龄 30~63 岁,平均(45.3±12.8)岁;对照组 36 例,男性 22 例,女 14 例;年龄 32~60 岁,平均(42.4±9.3)岁;均为新诊断的 2 型糖尿病患者;空腹血糖 9.8~19.8mmol/L,餐后 2h 血糖 13.4~25.6mmol/L。两组病例一般资料比较,经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

所有患者均采用糖尿病饮食及运动疗法。对照组:诺和龙(丹麦诺和诺德有限公司)1mg/次,餐前 15min 服用,1 日 3 次和二甲双胍(北京中惠药业有限公司)0.25/次,1 日 3 次,餐后服。治疗组:在对照组治疗的基础上,加用降糖汤。组成:玄参 30g,生地黄 30g,葛根 15g,桑皮 10g,竹茹 6g,黄连 6g,苍术 6g,黄芪 10g,丹参 15g,鸡内金 6g。加减:口渴甚者加麦冬,天花粉;饥饿甚者加玉竹,重用生地黄;便秘者加知母,大黄;失眠者加柏子仁,夜交藤。每日 1 剂,分次水煎 30min,取汁 300ml,早晚各温服 150ml。4 周为 1 个疗程。1 周复查空腹血糖及 3 餐后血糖。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

根据《中药新药临床研究指导原则》^[3]拟定:显效:临床症状及体征消失,空腹血糖 $<7.2\text{mmol/L}$,餐后 2h 血糖 $<8.3\text{mmol/L}$,或较治疗前下降 30%以上;有效:临床症状及体征减轻,空腹血糖 $<8.3\text{mmol/L}$,餐后 2h 血糖 $<10\text{mmol/L}$,或较治疗前下降 10%~29%;无效:临床症状及体征改善不明显或无改善,空腹血糖和餐后 2h 血糖无变化或降低 10%以下。

3.2 两组患者临床疗效比较

两组总有效率比较,差异有显著性意义($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组,且部分治疗组患者西医降糖药物有不同程度的减量。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	36	25(69.44)	9(25.00)	2(5.56)	34(94.44)
对照组	36	17(47.22)	13(36.11)	6(16.67)	30(83.33)

3.3 两组患者治疗前后血糖变化比较

两组患者治疗后空腹血糖及餐后 2h 血糖与同组治疗前比较,有显著性差异($P<0.01$),两组间治疗后比较,差异有显著意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者空腹血糖及餐后 2h 血糖前后比较(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	空腹血糖	餐后 2h 血糖
治疗组	治疗前	36	14.19±2.60	19.11±2.76
	治疗后	36	6.47±1.08* Δ	7.82±1.236* Δ
对照组	治疗前	36	13.90±2.30	18.86±2.06
	治疗后	36	7.12±1.56	8.56±1.65

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

4 讨论

糖尿病属中医学“消渴”范畴。中医认为,消渴病的关键病机为阴虚燥热,终至肺燥胃热肾虚。临床上新诊断的 2 型糖尿病,以肺胃燥热型常见,故予以清热生津润燥为法,使用降糖汤治疗。降糖汤中重用玄参、生地黄清热滋阴,润燥止渴为君,臣以桑皮、黄连、竹茹、葛根助君药以清肺泻胃,恐其壮火食气,佐以黄芪、丹参以益气活血,又佐以苍术、鸡内金防玄参、生地黄之滋腻碍胃,而玄参配苍术系施今墨之经验,玄参甘苦咸入肺肾二经,能滋阴降火、清热解毒,以苍术辛温入脾胃二经,能燥湿健脾敛脾之精华,两药参合,润燥并用,相互制约,互相促进,具有滋阴清热、降血中伏火,又能健脾敛精以助运化之功效,使水升火降、中焦健旺、气复津回,则血糖自降。诸药合用,共收清热滋阴,润燥止渴之功。

参考文献

- [1]钱荣立. 关于糖尿病新诊断标准与分型,WHO 专家咨询报告:糖尿病的定义、诊断、分型与糖尿病并发症[J]. 中国糖尿病杂志,2000,8(1):3-6.
- [2]方药中. 实用中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1986:478.
- [3]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:233-237.

¹ 陕西中医学院附属医院内分泌科(712083);

² 陕西中医学院