

脉平片对急性脑梗死患者脑循环动力学的影响

张建斌* 赵常宝* 王素芳* 吴丽丽*

脑梗死是临床常见的脑血管疾病,近年来发病率呈上升趋势,已成为不容忽视的社会问题。目前脉平片已经广泛应用于临床治疗急性脑梗死,各方面研究的报道较多,但尚未见脉平片对急性脑梗死患者的脑循环动力学影响的有关报道。本研究就脉平片对急性脑梗死患者神经功能缺失的治疗效果和对脑循环动力学的影响进行了初步临床探讨,现将结果总结如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

病例选择 2008 年 1 月~2009 年 12 月在我院住院或门诊的急性脑梗死患者 96 例。入选标准为急性发病后经头颅 CT 或 MRI 证实且均符合 1995 年全国第四次脑血管病学术会议制定的诊断标准^[1]的脑梗死患者,并排除已经静脉溶栓的脑梗死患者及有出血性疾病或有严重的心、肺、肾、肝功能障碍的患者。随机分为脉平片治疗组(简称治疗组)与常规治疗对照组(简称对照组),均在发病 72h 内入院或就诊。其中治疗组 50 例,男 26 例,女 24 例;年龄 40~75 岁,平均 54.6 岁;合并有高血压 34 例,血脂异常 19 例,糖尿病 16 例。对照组 46 例,男 24 例,女 22 例,年龄 42~78 岁,平均 55.6 岁;合并有高血压 23 例,血脂异常 14 例,糖尿病 13 例。所有患者入院时间均在发病 72h 内,经头颅 CT 或 MRI 证实为脑梗死,均能口服给药。两组病例的发病年龄、病程、病情轻重和既往史等经比较无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 药品与仪器 脉平片系甘肃独一味生物制药有限公司生产,国药准字:H11021129。脑循环动力学检测仪系上海仁和医疗设备公司生产 CVA-LH3000 型。

1.2.2 治疗方法 96 例患者均不适于用尿激酶溶栓,降纤酶降纤治疗。治疗组在常规治疗方案上加用脉平片 4 片,每日 3 次,治疗 4 周。对照组只按常规治疗方案用药。常规治疗方案:静脉点滴复方丹参、胞二磷胆碱,口服尼莫地平、阿司匹林以及抗高血压药物等。治疗时间为 4 周。

1.2.3 临床评分 临床评价在治疗前和治疗 4 周时,采用全国第四届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^[2]。对脉平片组及对照组患者进行治疗前及治疗后的神经功能缺损状态评分,按评分结果判断病情及治疗效果。疗效判定:评分减少 91%~100%,病残程度 0 级为基本治愈;评分减少 46%~90%,病残程度 1~3 级为显著进步;评分减少 18%~45%为进步;评分减少 17%以内为无变化;评分增加为恶化。临床有效为基本痊愈、显著进步、进步的总和。

1.2.4 脑循环动力学检测 对脉平片组及对照组患者用 CVA-LH3000 型检测仪测定,患者取平卧位,用超声多普勒探头及压力探头对两侧颈总动脉进行探查并测定用药前的及用药后第 4 周各项脑循环动力学指标(CVDI)。^①CVDI 的运动学参数,包括颈动脉最小血流速度(V_{min})、最小血流量(Q_{min});^②CVDI 的动力学参数,包括脑血管外周阻力(R)、脉搏波波速(W_v)、动态阻抗(DR)和临界压力(CP),其中 W_v 反映脑血管的弹性变化, DR 反映脑血管自动调节功能, CP 反映脑小血管闭锁状态。

1.3 统计学方法

两组之间比较用 t 检验,疗效比较用秩和检验。

2 结果

2.1 两组治疗前后神经功能缺损评分比较

治疗组治疗前、治疗前后神经功能缺损评分分别为(12.86 ± 3.15)分、(7.14 ± 1.36)分;对照组治疗前后分别为(12.32 ± 2.24)分、(7.42 ± 1.46)分。两组治疗后与本组治疗前比较有统计学差异($P < 0.01$);两组治疗后组间比较亦有统计学差异($P < 0.05$)。

2.2 两组临床疗效比较

治疗组 50 例中,基本治愈 12 例,显效 18 例,有效 14 例,无效 4 例,恶化 2 例,有效率 88.0%;对照组 46 例中,基本治愈 8 例,显效 14 例,有效 13 例,无效 8 例,恶化 3 例,有效率 76.1%。治疗组的疗效与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 脑循环动力学的改变

表 1 示,两组治疗前的 CVDI 值比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组治疗前后组内 CVDI 值的比较,其中 V_{min} 、 Q_{min} 、 DR 升高, CP 与 R 值降低,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后 CVDI 检测结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	V min(cm/s)	Qmin(ml/s)	R(pa·s/ml)	Wv(m/s)	DR(pa·s/ml)	CP(kPa)
治疗组	治疗前	50	8.14±1.65	5.16±1.23	2245±314	23.23±4.34	423.84±156	7.13±1.48
	治疗后	50	10.36±1.83*	5.28±1.35*	1756±287*	21.25±3.66*	545.63±155*	6.21±1.82*
对照组	治疗前	46	8.35±1.23	5.36±1.46	2258±236	22.62±7.56	522.23±145	7.86±1.46
	治疗后	46	10.22±1.25*	5.65±1.35*	1986±265*	21.45±4.56	545.13±148*	7.05±1.46*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$

3 讨论

脑梗死是一种多因素作用的疾病,动脉粥样硬化在脑梗死的发生过程中起着十分重要的作用。脉平片由银杏叶提取物和何首乌、当归、维生素 C、芦丁组方而成,共同起到降低患者血液黏稠度、扩张脑血管、改善脑微循环、营养和保护脑细胞的作用^[3]。脉平片具有很好的抗血栓、降脂及耐缺氧作用^[4]。脉平片对大鼠 3 个月长期毒性试验,未发现明显的毒性反应及延迟性毒性反应^[5]。

CVDI 是在现代流体力学理论上建立起来的脑血管功能无创性的检测方法,利用脑血管上游测量得到的血流及脉搏压力波信息计算脑血管运动学和动力学指标,是直接反映脑血管功能的定量指标。近年来的研究发现,脑血管血流动力学异常是缺血性脑血管疾病的重要发病机制之一^[6]。两组治疗前、后组内 CVDI 值的比较,其中 Vmin、Qmin、DR 升高,CP 与 R 值的降低比较突出,差异具有统计学意义($P<0.05$),说明两组的治疗方法均具有增加脑血流速度、降低脑血管阻力、提高脑组织灌注量的作用。本研究表明脉平片作为治疗急性脑梗死的药物,近期疗效稳定,可以广

泛用于急性脑梗死的治疗中,它能够有效降低脑循环阻力,减少神经功能缺损,提高生活质量,改善预后,应用安全性高,临床可推广应用。

参考文献

[1]全国第四届脑血管病全国诊断会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6) :379.
[2]全国第四届脑血管病学术会议. 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.
[3]黎俊华, 张骏. 脉平片对脑梗死患者病后功能康复的临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2006, 13(5) :61-62.
[4]郭大为. 脉平片治疗原发性高胆固醇血症的临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2006, 13(7) :73-74.
[5]沈敏. 脉平片对大鼠长期毒性试验研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2007, 15(5) :25-27.
[6]张建斌, 张丽玲, 王素芳等. 急性脑梗死患者脑血管血液动力学改变及临床意义[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(6) :664-665.

基金项目:山西省高校科技研究开发项目(200713024)
* 山西省长治医学院附属和济医院神经内科(046000)

温经通络法治疗腰椎骨质增生合并膨出型
腰椎间盘突出症 40 例

宋 光 虎*

腰椎骨质增生、腰椎间盘突出引起的腰痛是临床上的常见病、多发病,手术治疗风险较大,远期效果不理想,采用非甾体类解热镇痛药治疗,疗效不稳定,易复发,副作用较多,给患者生活带来诸多不良影响。2009 年 12 月~2010 年 11 月,我院骨科门诊选择 80 例腰椎骨质增生合并膨出型腰椎间盘突出症患者,用腰痛宁胶囊治疗观察,现将结果总结如下。

1 一般资料

1.1 病例选择标准

骨质增生诊断标准参照《中药新药临床研究指导

原则》:①常见于中老年人;②多累及负重关节,如腰、踝,本项临床观察以腰椎为研究对象;③受累关节隐痛,活动后或劳累后加重,休息后缓解,进而持续疼痛,伴关节僵硬,活动后好转或有关节积液,后期关节肿大,活动受限,局部压痛,有畸形,但无强直;④X 线提示为腰椎骨质退行性病变。

膨出型腰椎间盘突出症诊断标准参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》。临床表现:常发于青壮年有外伤或慢性劳损史,大多数病例腰椎间盘突出部位位于 L4~5 或 L5~S1,主要表现为腰痛,向臀部及下肢