

脑血康片治疗椎基底动脉供血不足性眩晕 50 例

★ 潘光强 (浙江省瑞安市人民医院中医科 瑞安 325200)

摘要:目的:观察脑血康片治疗椎基底动脉供血不足性眩晕的临床疗效。方法:将 96 例患者随机分为治疗组 50 例和对照组 46 例。对照组给予西药常规治疗,治疗组在此基础上加用脑血康片,疗程均为 15 天。结果:治疗组在临床总有效率以及降低患者全血粘度水平、扩张椎基底动脉、改善脑部的血液供应等方面均优于对照组($P < 0.05$)。结论:脑血康片治疗椎基底动脉供血不足性眩晕有较好疗效。

关键词:眩晕;椎基底动脉供血不足;脑血康片;中西医结合疗法

中图分类号:R 255.3 **文献标识码:**B

笔者自 2005 年 2 月~2006 年 12 月使用脑血康片治疗椎基底动脉供血不足性眩晕,疗效较好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 96 例观察对象均为门诊治疗的眩晕者。随机分为两组:治疗组 50 例,其中男性 22 例,女性 28 例;年龄 46~82 岁,平均 62.8 岁;病程半天~10 年。对照组 46 例,其中男性 23 例,女性 23 例;年龄 46~76 岁,平均 61.7 岁;病程 1 天~8 年。两组患者在性别、年龄、病程、病情等方面比较,差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 所有 96 例患者均符合《中药新药临床研究指导原则》^[1] 制定的“眩晕”诊断标准。(1)有典型的眩晕症状:自身有旋转晃动感;或目眩,或视景有旋转感;或自觉头晕,昏沉或晕胀不适;(2)可有反复发作史。同时,参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》^[2] 的诊断依据,对本组病例均经颅多普勒(TCD)及颈椎 X 线摄片诊断为椎基底动脉供血不足。排除耳源、眼源性眩

晕证,除外神经官能症及颅内肿瘤、急性脑血管意外等病变。

1.3 治疗方法 对照组采用复方丹参注射液 20 mL 加入生理盐水 250 mL 中静滴,每日 1 次;西比灵 10 mg,每晚睡前口服。治疗组在上述治疗基础上,加服脑血康片(通化东宝永健制药厂生产),每次 3 片,每日 3 次。1 个疗程结束后进行疗效评定。

1.4 统计学方法 计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。

2 治疗结果

2.1 临床疗效 参照有关标准进行疗效评定^[2]。治疗组治愈(症状、体征及有关实验室检查基本正常,随访半年不复发)17 例;好转(症状及体征减轻,实验室检查有改善,随访不足半年或半年内复发)30 例;未愈(症状无改变)3 例,总有效率为 94.0%;对照组相应为 11、26、9 例,80.43%。两组总有效率经卡方检验, $P < 0.05$,有显著性差异。

2.2 两组治疗前后血液流变学指标比较 见表 1。

表 1 治疗前后血液流变学指标比较

组别		全血比粘度(高切) /mPa·s	全血比粘度(低切) /mPa·s	血浆粘度 /mPa·s	纤维蛋白原 /mg·dL ⁻¹	红细胞压积(%)
治疗组	治疗前	6.08 ± 1.72	13.08 ± 1.67	1.98 ± 0.42	399.25 ± 24.25	47.37 ± 2.74
	治疗后	5.01 ± 1.49* [△]	10.34 ± 4.06* [△]	1.46 ± 0.13* [△]	261.59 ± 17.96* [△]	37.09 ± 2.55
对照组	治疗前	6.04 ± 1.83	13.03 ± 4.35	1.87 ± 0.18	407.75 ± 22.85	45.47 ± 2.70
	治疗后	5.51 ± 1.58	10.57 ± 4.10	1.69 ± 0.15	334.65 ± 22.86	41.45 ± 2.79

注:治疗组治疗前后比较,* $P < 0.05$;两组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$ 。

3 讨论

椎-基底动脉供血不足性眩晕是中老年人的常见病、多发病,不仅给患者身心健康带来危害,而且有发展为完全性脑梗塞的可能。目前西医治疗本病的

有效手段不多,而中西医结合治疗则具有明显疗效。现代医学认为,椎-基底动脉供血不足(VBI)是老年眩晕的主要原因,颈椎病的动脉硬化是本病的两大病理基础。高粘血症引起血流动力学改变,

康复技术对脑血管病偏瘫肢体的治疗作用观察

★ 王健 (天津市汉沽区中医院内三科 汉沽 300480)

摘要:通过 94 例脑卒中患者的临床观察,证明脑血管病早期运用系统的康复技术治疗是促进患者出院后功能恢复,改善和提高患者生活质量,减少患者痛苦,减轻家庭和社会负担的一项重要措施。

关键词:康复技术;脑血管病;临床运用

中图分类号:R 743 **文献标识码:**B

脑血管病(CVD)是指由于各种脑血管病变所引起的脑部病变。在神经病学中是常见的多发病,致残率极高,其发病率 100/10 万~300/10 万,患病率 500/10 万~740/10 万,死亡率 50/10 万~100/10 万,致残率占存活者 50%~70%。目前,对 CVD 还缺少特殊药物和有效的治疗方法,而 CVD 病人经过早期系统康复,约 70% 可以获得日常生活活动(ADL)自理能力。

1 一般资料

94 例病例均为 2004 年 5 月~2006 年 11 月在我科门诊和住院的脑卒中患者。男 61 例,女 33 例;年龄 45~84 岁,平均 64.5 岁;左侧偏瘫 35 例,右侧偏瘫 59 例;发病天数 1 小时~56 天;脑出血 10 例,脑梗塞 84 例。以上病例均经头颅 CT 检查明确诊断。

血流减慢,脑微循环障碍是椎-基底动脉供血不足性眩晕发作的主要原因。在正常状态下,血管半径变化对血流量具有极大的影响。但中老年人椎动脉受骨赘挤压或粥样硬化扭曲时,椎动脉代偿性扩张受到影响,通过调节血管内径来改善椎动脉血流量已不可能。此时,椎动脉血流量变化很大程度上取决于血液粘度的变化,血液粘度轻度升高,即可使椎动脉血流量显著减少,加重 VBI,头晕症状加重;而血液粘度降低或正常时头晕症状减轻或消失。历代医家对眩晕的治疗起初多从肝肾阴虚、肝阳上亢、风痰上扰等着手,用平肝潜阳、祛风痰等方法治疗。而明代虞抟提出了“血瘀致眩”的看法。《医灯续焰》云:“眩晕者多属诸风,又不独一风也。有因火者,有因痰者,有因死血者……血死则脉凝涩,脉凝涩则上注之力薄矣,薄则上虚而眩晕生焉。”现代有诸多医家系统康复:根据患者发病的不同发病部位、患肢不同

在康复开始时评估神经缺损程度^[1]。

随机分为两组,患者康复训练前一般情况:见表 1。

组别	例数	平均年龄 /岁	平均病程 /天	神经缺损度	出血 /例	梗塞 /例
康复组	46	61.9±1.7	7.30±2.4	21.3±4.6	5	41
对照组	48	60.8±2.4	8.30±2.7	23.1±3.7	5	43

2 治疗方法

首先要选择治疗时机,大面积脑梗死及脑出血患者进行常规输液治疗,病情稳定一周后进行康复治疗,而其他脑血管病患者进行常规输液治疗,且发病 48 小时后即可进行早期康复治疗。(1)对照组输液治疗基础上进行常规肢体锻炼。(2)康复组进行

结合现代医学研究,从血瘀立论,为中医治疗眩晕,特别是椎-基底动脉供血不足性眩晕拓展了新领域,并取得良好疗效。脑血康片由水蛭提取物水蛭素制成,水蛭咸、苦、平,具有破血、逐瘀、通经活络之功。现代研究证明水蛭素具有明显的抗凝作用,是目前世界上最强的凝血酶特效抑制剂。对各种血栓均有明显作用,且能降低全血比粘度和血浆粘度^[3]。故使用脑血康片治疗 VBI 可以取得满意的疗效。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 北京人民出版社, 1993. 24
- [2] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 23
- [3] 王静慧, 邹晓华, 刘勃, 等. 脑血康片治疗缺血性中风血瘀证的临床研究[J]. 长春中医学院学报, 2002. 12(4): 6

(收稿日期: 2007-04-10)

情况, 确定采取哪些康复技术, 确定总体治疗方案。