

用0.9%氯化钠注射液100~250 ml 稀释后静脉滴注,每日1次,连用14天为一疗程,治疗前后观察临床症状、心电图变化、血液流变学、血小板聚集率等变化。

1.5 统计学方法 各种数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,均值比较用 t 检验,率的比较用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 临床疗效及心电图改变情况见表1。

表1 老年心肌缺血患者治疗前后症状与心电图改善情况

项目	总例数	显效	有效	无效	总有效(%)
临床症状改变	60	24	29	7	88.3
心电图改变	60	26	28	6	90.9

2.2 血液流变学情况 观察期间停用阿司匹林、潘生丁、肝素类及一切抗凝药。血小板聚集测定采用ADP为诱导剂,使用北京普利生仪器公司生产的锥板式黏度仪(LBY-N6),结果表明灯盏花注射液对血小板聚集率和血黏度有明显改善作用,见表2。

2.3 不良反应 3例患者输液1~2天后出现轻度头晕,面部潮红,均在每日输入20~30 ml 后发生,将输液速度放慢,症状好转。1例患者输至第11天后突发寒战、发热、面红,立即停药并予以抗过敏治疗,症状很快消失。

表2 灯盏花注射液对血小板聚集率和血黏度的影响($\bar{x} \pm s, n = 60$)

观察指标	治疗前	治疗后
低切变率下全血黏度(mPa·s)	8.96±1.69	6.02±1.12*
高切变率下全血黏度(mPa·s)	7.85±1.11	5.10±1.26*
血浆黏度(mPa·s)	1.96±0.97	1.71±0.95
血球压积(%)	46.5±5.29	40.37±5.94*
红细胞聚集指数	1.55±0.15	1.41±0.11*
纤维蛋白原(S/L)	5.05±1.79	3.10±1.60**
血小板聚集率(%)	79.58±15.59	75.88±15.01

与治疗前比较: * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

3 讨论

3.1 灯盏花又名灯盏细辛,是云南省高山区特产。由其主要成分灯盏花素制成的灯盏花注射液为单味纯中药制剂,经现代医学研究证实^[1-3],主要具有扩张心脑血管,降低血管阻力,增加心脑血管灌注量,改善微循环,降低血黏度,改善血液流变性,抑制血小板凝集等多方面作用。本研究中60例老年心肌缺血患者应用灯盏花注射液治疗,对临床症状改善总有效率88.3%,心电图改善总有效率为90.9%。

3.2 血液流变学异常是老年心肌缺血的主要病理生理改变之一。灯盏花注射液具有明显改善血液流变学作用^[3],这是该药缓解并减少老年心肌缺血症状发作的一个有效途径。高黏血症是心血管疾病的主要因素之一,提高血液流变学指标是防治心血管疾病的主要措施,血液的黏度与红细胞压积密切相关,灯盏花注射液能明显降低红细胞压积,从而降低血液黏度,增加血流量和流速,改善组织缺氧。纤维蛋白是影响血浆黏度的最重要成分,并严重影响血液的流动性能,而灯盏花注射液能降低纤维蛋白原,降低血浆黏度。另外血小板异常,聚集性增高,是引起高凝的重要因素。同时由于血黏度增高,血流缓慢增加了血小板等有形成分与血管接触的机会,更易使血栓形成,而灯盏花注射液具有明显降低血小板聚集率,降低血黏度,改善血液流变性,及微循环和组织缺氧的作用。

3.3 再有实验表明^[4],心肌缺血患者血浆过氧化物(LPO),血小板、血栓素 B_2 (TXB₂)明显高于健康人,血浆氧化物歧化酶(SOD)6-Keto-PGF₁₂(前列环素代谢物)明显低于正常人。而云南灯盏花注射液能降低心肌缺血时LPO,具抗氧化作用,可清除自由基,保护心肌,起到临床治疗心肌缺血之效果,因此对老年心肌缺血有广泛的应用前景。

参考文献

- 郭济贤,潘伟坚,杨瑞萍.中药灯盏花及其同属部分植的的研究概论.中成药研究,1996,5(6):30
- 丁国华.灯盏花素药理研究和临床应用进展.时珍国医国药,1999,10(4):303
- 唐丽,杨崇青,臧力学.灯盏花注射液治疗高黏血症64例疗效观察.实用中西医结合杂志,1997,10(11):1045
- 盛净,徐济民,等.灯盏细辛对急性心肌缺血时血小板聚集功能、TXB₂和6-酮PGF₁₂的影响.中华心血管病杂志,1995,23(1):53

(收稿日期:2001-04-09)

养血清脑颗粒治疗眩晕60例

姜海华

(浙江省江山市人民医院 江山 324100)

中图分类号:R285.6

文献标识码:A

文章编号:1006-5687(2001)04-0040-02

笔者自1999年起应用养血清脑颗粒治疗眩晕证,取得较好疗效,总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60例患者均符合眩晕证诊断标准,其中男25

例,女35例,年龄最小17岁,最大81岁,平均49岁。病程1年内15例,1~3年20例,4~10年18例,10年以上7例。按中医辨证分型,肝阳上亢型27例,气血肾精不足型25例,痰湿中阻型8例。

1.2 诊断标准 按中医临床病证诊断疗效标准(中华人民共

和国卫生部药政司编制),①有典型的眩晕症状,如自身有旋转或晃动感,或目眩,或视景物有旋转感,或自觉头晕、昏沉,或昏胀不适。②有反复发作史。

2 治疗方法

养血清脑颗粒(天津天士力制药有限公司生产),每次1袋(4g),每日3次,口服,7天为一疗程。

3 疗效标准与结果

3.1 疗效评定标准 临床痊愈:眩晕消失,舌脉恢复正常。显效:眩晕明显改善。有效:眩晕程度减轻。无效:主要症状无变化甚至病情加重。

3.2 治疗结果:见表1。

表1 60例眩晕患者治疗结果

证型(例):	临床痊愈 (%)	显效 (%)	有效 (%)	无效 (%)
肝阳上亢型(27)	6(22.2)	11(40.8)	5(18.5)	5(18.5)
气血肾精不足型(25)	9(36.0)	13(52.0)	3(12.0)	0
痰湿中阻型(8)	0	1(25.0)	4(50.0)	3(25.0)

4 病案举例

徐××,男,47岁,住院号143807。因“车祸致多处疼痛,出血,右踝功能障碍一天”入院。入院后经骨科手术处理,术后1周出现眩晕,盗汗,失眠多梦等,请中医会诊,刻诊舌淡,苔薄,脉沉细。西医诊为创伤性脑神经综合征,中医诊为眩晕,证属气血肾精不足型,给予养血清脑颗粒,每次1袋(4g),每日3次口服。1周后复诊,诉眩晕减轻,盗汗明显减少,失眠多梦好转。嘱继续服1周,诸症基本消失,再服1周以巩固疗效,又15天后告愈。

5 体会

眩晕证属临床常见病多发病,历代医家论述颇多。《素问·至真要大论》说:“诸风掉眩,皆属于肝。”“掉眩”即眩晕,“肝”指肝木风动。《河间六书·眩运》则认为:“诸风掉眩,皆属肝木。

风气甚而头目眩晕者,由风木旺,必是金衰不能制木,而木复生火,风火皆属阳,阳多为兼化,阳主乎动,两动相搏则为之旋转。”故有“无风不作眩”,“无火不作眩”之说。《灵枢·海论》说:“脑为髓之海……髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩暈,目无所见,懈怠安卧。”认为眩暈乃虚之故。张景岳在《景岳全书·眩运》中认为:“眩暈一证,属虚者居其八九,而兼火,兼痰者十中一二耳。”也强调“无虚不作眩。”朱丹溪则偏重于痰,《丹溪心法·头眩》说:“头眩,痰挟气虚并火,治痰为主,挟补气药及降火药,无痰则不能作眩,痰因火动,又有湿痰者,有火痰者。”陈修园总结前贤之经验,并阐发古人之幽微。在《医学从众录·眩暈》中说:“盖风者,非外来之风,指厥阴风木而言,与少阳相火同居,厥阴气逆,则是风升火动,故河间以风火立论也,风生必挟木势而克土,土病则聚液成痰,故仲景以痰饮立论,丹溪以痰火立论也。究之肾为肝母,肾主藏精,精虚则脑海空虚而头重,故《内经》以肾虚及髓海不足立论也,其言虚者,言其病根,其言实者,言其病象,理本一贯。”眩暈总是以风、火、痰、虚综合为患,而诸因之间彼此也是相互影响,相互转化的。据此,眩暈大致可以分为:肝阳上亢型、痰湿中阻型和气血肾精不足型。

养血清脑颗粒是由当归、川芎、熟地、珍珠母、决明子、细辛等多味中药组成的制剂,具有滋阴补血,平肝潜阳,活血通络,解除头眩,制止头痛的标本兼治之功效,经药理研究证明有改善软脑膜微循环,增加脑血流量,缓解血管痉挛的作用,其组方原则切中眩暈的病因病机。经临床使用,对肝阳上亢型和气血肾精不足型眩暈总有效率可达81.5%和100%,而临床上眩暈属肝阳上亢及气血肾精不足两型者居多。对痰湿中阻型疗效较差。

在临床使用过程中,有2例出现轻微恶心,继续服药,数日后恶心感自行消失。由此可见,养血清脑颗粒作为一种眩暈证用药是安全有效的。

(收稿日期:2001-05-25)

(上接35页)

与红霉素是较易产生耐药的药物。值得注意的是,青霉素和阿莫西林在临床上曾被广泛使用,且疗效很好,但目前这2种单纯的青霉素制剂对G⁻杆菌和G⁺球菌同时呈高度的耐药性,这与大量频繁使用有关,特别是不合理使用使细菌耐药性发生变迁,势必造成治疗效果的下降。

3.3 对G⁻杆菌和G⁺球菌,敏感度较高的药物分别是复方哌拉西林(5.83%)、头孢氨噻肟(7.81%)、哌嗪妥因(3.64%)和哌拉西林(0%)。复方哌拉西林对G⁻杆菌高度敏感,原因是:复方哌拉西林是哌拉西林和他唑巴坦钠的复合制剂,他唑巴坦钠为新型不可逆竞争性β-内酰胺酶抑制剂,就细菌耐药机制而言,约有80%的病原菌的耐药性与产生β-内酰胺酶有关^[2],他唑巴坦钠具有较强抑酶活性,又使抗生素不被水解,与哌拉西林联合,增强了对耐药菌的敏感性。此外由于此药属

于较新的制剂,目前临床多用于其他抗生素治疗无效的中、重度感染,因此尚未造成滥用。

3.4 定期将常见菌株流行情况及耐药情况反馈给临床,根据耐药谱拟定医院主要致病菌治疗的首选、次选和暂停使用的抗生素,在一定程度上保证了抗生素的活力和有效性,延长了使用周期,防止或延缓耐药菌株的产生,将院内感染控制到最小程度,具有深远意义。

参考文献

- 1 江夏,宋德妹,张婴元.上海部分医院细菌耐药性监测及临床意义.中华传染病杂志,1996,14(3):118
- 2 于守凡.病原菌对β-内酰胺酶类抗生素的耐药性.国外医学,抗生素分册,2000,21(1):53

(收稿日期:2001-03-14)