

高压的同时,加用丹参川芎注射液,能有效降低肺动脉高压,改善血流变学指标,提高临床疗效,应用过程中未发现不良反应,值得临床广泛使用。

参考文献

1 全国第二次肺心病专业会议.慢性肺源性心脏病病情分级和疗效判断标准.中华结核和呼吸系统疾病杂志,1978,1:58.
2 裴晶,林殿杰.肺心病急性加之期注射丹参可抑制血小板活化增强疗效.实用医药杂志,2006,23:1158-1160.

3 吴瑞芬,程时杰.丹参酮治疗慢性心脏病并心力衰竭疗效观察.中国基层医药,2010,18:1116-1117.
4 莫晓能,陈文彬.丹参防治肺动脉高压的研究.中国中西医结合杂志,1999,19:252-253.
5 陈可翼主编.川芎嗪的化学药理与临床应用.第1版.北京:人民卫生出版社,1999.1.

(收稿日期:2011-12-01)

doi: 10.3969/j.issn.1002-7386.2012.15.083

· 中医 · 中西医结合 ·

舒脑欣滴丸治疗血管性老年痴呆疗效观察

张梅兰 金素敏 李英 刘敏

【关键词】 舒脑欣滴丸;老年痴呆;血管性

【中图分类号】 R 743 【文献标识码】 A 【文章编号】 1002-7386(2012)15-2375-02

舒脑欣滴丸能有效改善脑缺氧,增加脑血流量,降低血液中乳酸含量,改善微循环,增强学习和记忆功能。现就我门诊部就诊患者给予舒脑欣滴丸联合用药进行观察,以期对血管性痴呆(VD)治疗提供理论依据及用药参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2010年1至12月门诊收集的老年性痴呆(AD)患者经筛选共有66例病例符合NINDS-AIREN VD诊断标准^[1],依照对痴呆患者认知受损程度评估的临床痴呆量表(CDR),对患者记忆力、定向力等六项功能进行判定,共分5级:CDR=0健康、0.5可疑痴呆、1轻度痴呆、2中度痴呆、3重度痴呆。而CDR评分量表评分≤0.5或=3、Hachinski缺血量表评分≥7分、Cornell痴呆中的抑郁量表评分≥8分、年龄小于46岁或大于82岁、脑出血及失语失认等情况患者将排除不在本研究范围内。而后通过头颅核磁共振成像(CT),判定患者中有无明确脑梗死病灶,排除非脑血管因素引起的痴呆病例。66例患者采用多中心随机对照双盲双模拟试验,随机分为治疗组36例,其中男23例,女13例;平均年龄64.6岁;平均病程(1.8±1.3)年,对照组30例,其中男19例,女11例;平均年龄62.3岁;平均病程(1.7±1.2)年。2组发病年龄、性别比、文化程度及病情分布等方面具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 用药方法 口服给药连续服用60d为1疗程,连续治疗2个疗程。治疗前后分别进行1次观测,2组治疗前2周均停止服用神经营养剂、促智药和中药滋补剂以及治疗VD的其它药物或疗法,直至疗程结束(治疗期间,可予降压、降脂、降糖等基础治疗药物)。治疗组:舒脑欣滴丸(天津中新药业第六中药厂生产,批号:671007)2次/d,3粒/次;联合服用奥拉西坦(石药集团欧意药业有限公司生产,批号:05091002,0.4g/粒)2粒/次,3次/d。对照组仅服用奥拉西坦2粒/次,3次/d。

1.3 疗效观察 通过智力状态量表(MMSE)评价AD患者

治疗前后的定向力、计算力和注意力、即刻记忆和延迟记忆、语言等变化来进行认知功能的测定。通过日常生活能力量表(ADL)中6项躯体生活自理量表和8项工具性ADL测评患者治疗前后的日常生活能力。

1.4 疗效判定 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]标准。智能疗效评定标准的主要参考指标为简易MMSE,日常生活能力疗效评定的主要参考指标为日常生活能力量表(ADL)。疗效指数计算公式(尼莫地平法):[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。疗效指数≥20%痊愈; <20%、≥10%显效; <10%、≥0%有效; <0%、≥-10%无效; <-10%恶化。总有效为显效+有效。

1.5 统计学分析 计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效分析 2组用药后疗效差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

组别	例(%)			总有效率(%)
	显效	有效	无效	
治疗组($n=36$)	9(25.0)	19(52.8)	8(22.2)	77.8*
对照组($n=30$)	6(20.0)	11(36.7)	13(43.3)	56.7*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 治疗前后认知及日常生活能力分析 治疗前MMSE评分2组差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗前后组内比较差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后组间比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗前2组差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗前后组内比较差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗后组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.3 不良反应 在治疗过程中,治疗组稍感头晕1例,腹泻(轻度)1例,没停药也没做对症处理,症状自行缓解。所有患者用药后没有出现严重不良反应。

作者单位:050050 石家庄市,河北省直属机关第二门诊部

表 2 2 组治疗前后 MMSE 评分与 ADL 评分比较分, $\bar{x} \pm s$

时间	组别	MMSE	ADL
治疗前	治疗组(n = 36)	18.1 ± 2.2	34 ± 5
	对照组(n = 30)	18.2 ± 2.3	34 ± 4
治疗后	治疗组(n = 36)	20.2 ± 2.1*	30 ± 4*
	对照组(n = 30)	19.0 ± 1.9*	32 ± 3*

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, # $P < 0.05$

3 讨论

VD 是一系列脑血管因素导致脑血管损害所引起痴呆的总称^[3], 多见于 60 岁以上的老人, 临床上表现为记忆障碍及其它认知功能障碍(如综合理解力、定向力、判断力、计算力等), 常常随脑卒中反复出现上述表现呈阶梯样加重趋势。虽然随着现代医学水平提高, 挽救了许多急性脑血管病患者的生命, 但是却无法避免包括 VD 在内的后遗症的发生。目前 VD 的发病机制尚不完全明确, 其中重要机制之一为胆碱能递质通路受损^[4]。胆碱能神经系统对脑血流有一定的调节作用, 因此胆碱能神经功能紊乱可导致脑血流量降低和灌注量降低而在 VD 的发病过程中起关键作用。临床观察及研究表明舒脑欣滴丸可改善 VD 患者的记忆障碍及其它认知功能障碍, 机制可能是与其对胆碱能递质通路损伤的保护, 促进神经前体细胞的增殖, 对神经元的保护等作用有关^[5]。

中医学认为脑中风后, 心脾不足、肝阳上亢或肾精亏虚, 而虚风内动致使痰阻血瘀, 多致 AD 发生。舒脑欣滴丸借鉴了中国古代的益智方剂“芎归汤”, 川芎主要成分有川芎嗪、川芎酚, 阿魏酸、丁基苯酚, 川芎内酯, 为“血中之气药”, 可“上达巅顶, 下通血海, 中开郁结”, 能够行气活血, 充分保证大脑的血液供

应。当归主要含挥发油, 挥发油主要成分为藁本内酯, 并含有多种多糖、氨基酸、磷脂类等成分, 具有“补血、养血、和血”的功效。当归之润可制川芎辛燥, 川芎辛燥又防当归之腻, 使祛瘀而不耗伤气血, 养血而不致血壅气滞, 二药合用具有增加脑血流量, 改善脑膜微循环, 降低血液乳酸含量及血液粘度, 对海马神经元的缺氧损伤有抑制作用, 可改善 VD 患者学习记忆能力, 可以达到标本兼治多重目的。目前奥拉西坦是美国 FDA 批准的用于治疗老年痴呆的药物之一, 对各种类型痴呆的疗效早已被广泛证实^[6]。本临床观察结果表明, 舒脑欣滴丸与奥拉西坦联合应用可改善轻中度 VD 患者 MMSE 及 ADL 的评分, 在改善患者的记忆力、定向力、认知功能以及行为能力等方面有着积极疗效, 与仅服用奥拉西坦疗效比较, 差异有统计学意义。

参考文献

- 1 田金洲, 时晶. 血管性痴呆的诊断标准和评价工具介绍. 北京中医药大学学报 2002; 25: 17-21.
- 2 郑筱萸主编. 中药新药临床研究指导原则. 第 1 版. 北京: 中国医药科技出版社 2002. 168.
- 3 卢海丽, 杨建芳, 梁桂琴, 等. 丁苯酞软胶囊治疗血管性痴呆精神心理量表评分的变化及临床疗效观察. 临床误诊误治 2011; 24: 35.
- 4 樊敬峰, 王伟斌, 吕佩源, 等. 血管性痴呆小鼠海马胆碱乙酰转移酶 mRNA 表达特征研究. 中华神经医学杂志 2006; 5: 986-969.
- 5 杨云凤, 吴碧华. 神经前体细胞与缺血性脑损伤. 中华临床医师杂志 2011; 5: 2339-2341.
- 6 刘卫红, 付吕平, 冯巧荣, 等. 银杏达莫治疗血管性痴呆疗效评价. 河北医药 2011; 33: 2793.

(收稿日期: 2011-08-23)

doi: 10.3969/j.issn.1002-7386.2012.15.084

· 中医 · 中西医结合 ·

参麦注射液治疗颅脑损伤后综合征

臧旭峰 苏宪 王建飞 李强 刘俊茹 耿韶辉 张志红

【关键词】 参麦注射液; 颅脑损伤后综合征; 细胞凋亡

【中图分类号】 R 651.15 【文献标识码】 A 【文章编号】 1002-7386(2012)15-2376-02

颅脑损伤后综合征指颅脑损伤患者在恢复期, 临床未发现确切的神经系统阳性体征, CT、MRI 等检查无异常, 但头痛、头晕、失眠、嗜睡等症状 3 个月以上仍无好转^[1]。2010 年 1 月至 2012 年 3 月, 我科将参麦注射液应用于颅脑损伤后综合征患者, 疗效显著。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 1 月至 2012 年 3 月于我院就诊的 102 例颅脑损伤后综合征患者按随机分组方法分为治疗组和对照组。所选病例中确诊为脑震荡 66 例、轻度闭合型颅脑损伤 22 例、中度闭合型颅脑损伤 14 例, 经行非手术治疗临床痊愈后,

出现头昏、头痛、记忆力下降、食欲不振、失眠多梦等自觉症状持续 3 个月以上病例, 体查无神经系统阳性体征, 复查头颅 CT 或 MRI 等无异常, 发病前无高血压、脑血管病、颅内占位性病变及其他慢性疾病等。入选病例经临床查体和实验室检查, 基本情况相似, 其中治疗组 62 例, 均为男性, 年龄 45~65 岁, 平均年龄 59.4 岁; 对照组 40 例, 均为男性, 年龄 43~62 岁, 平均年龄 57.5 岁。2 组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组: 给予参麦注射液(雅安三九药业产, 批号: 100101, 10 ml/支) 30 ml, 加于 5% 葡萄糖液中静滴, 1 次/d, 14 d 为 1 个疗程。对照组: 给予维生素 B6 100 mg 加于 5% 葡萄糖液中静脉滴注, 1 次/d; 谷维素、维生素 B1 等常规治疗, 14 d 为 1 个疗程。

作者单位: 050800 河北省正定县人民医院(臧旭峰、王建飞、李强); 河北省石家庄市中心医院(苏宪、刘俊茹、耿韶辉、张志红)