

蒙药扎冲十三味丸治疗急性脑梗死 68 例疗效观察

包巴根那¹, 陈娟²

(1. 内蒙古呼伦贝尔市人民医院, 内蒙古 海拉尔 021008;

2. 呼伦贝尔市海拉尔区内科诊所, 内蒙古 海拉尔 021008)

【关键词】蒙药扎冲十三味丸; 脑梗死, 急性; 疗效观察

中图分类号: R285.6; R277.7 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2006)05-0315-02

脑梗死是脑血管疾病的常见病, 主要以脑动脉血栓形成、栓子、炎症、损伤等导致局部脑组织急性缺血而发生坏死、软化、形成脑梗死灶的脑血管疾病。临床常见类型包括脑血栓、脑栓塞、脑隙性脑梗死等^[1]。脑梗死在蒙医学中称之为“萨病”、“白脉病”。蒙药扎冲十三味丸主要有祛风通窍、舒筋活血、镇静安神等作用, 为脑血栓形成、脑栓塞、腔隙性脑梗死类疾病的首选用药。我们从 2000 年 1 月—2006 年 6 月用蒙药扎冲十三味丸治疗急性脑梗死(ACI)患者 68 例, 取得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择: 136 例在 1 周内发病的 ACI 患者, 均符合全国第 4 届脑血管病会议修订的 ACI 诊断标准^[2]。均经头颅 CT 或 MRI 证实。其中住院治疗 94 例, 社区门诊治疗 42 例。按随机原则分为两组。治疗组 68 例, 男 45 例, 女 23 例; 年龄 54~88 岁, 平均(65.0±7.3)岁; 病程 3 d~1 周, 平均(3.0±2.4)d。梗死部位: 基底节 42 例, 腔隙性 12 例, 脑叶 8 例, 小脑 4 例, 脑干 2 例。根据全国第 4 届脑血管病会议通过的神经功能缺损程度评分(NDS)标准^[3], 分为轻型(0~15 分)9 例, 中型(16~30 分)33 例, 重型(31~45 分)26 例。对照组 68 例, 男 44 例, 女 24 例; 平均年龄(66.0±6.8)岁; 病程 2.5 d~1 周, 平均(3.0±3.2)d; 梗死部位: 基底节区 44 例, 腔隙性 14 例, 脑叶 6 例, 小脑 2 例, 脑干 2 例; SSS 评分: 轻型 10 例, 中型 33 例, 重型 25 例。两组在性别、年龄、病程及病情严重程度等方面差异均无显著性(P 均>0.05)。

1.2 治疗方法: 治疗组在调整血压、血糖、降低颅压、营养脑细胞的基础上, 加

表 1 治疗前后血液流变学比较($\bar{x} \pm s, n=68$)

组别		全血黏度(mPa·s)		血浆黏度(mPa·s)	血细胞比容
		高切黏度	低切黏度		
治疗组	治疗前	7.15±0.72	9.34±1.18	1.86±0.41	0.48±0.03
	治疗后	6.26±0.44 ^{△△#}	7.51±1.58 ^{△△}	1.48±0.32 [△]	0.45±0.03 ^{△△#}
对照组	治疗前	7.19±0.77	58.74±1.32	1.82±0.38	0.49±0.03
	治疗后	6.34±0.51 ^{△△}	8.47±1.67 ^{△△}	1.61±0.27 [△]	0.46±0.03 ^{△△}

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: $\# P < 0.05$

用蒙药扎冲十三味丸, 根据年龄、体重、病情严重程度, 每晚睡前开水送服 7~11 粒。对照组用 706 代血浆 300 ml 加入盐酸川芎嗪 120 mg, 每日 1 次静脉滴注, 两组均 15 d 为 1 个疗程。对照组常规治疗如调整血压、血糖、降颅压及营养脑细胞等与治疗组相同。

1.3 观察指标: 治疗前及治疗后 16 d 分别检测血压、心电图、血和尿常规、血糖、血脂、肝和肾功能及血液流变学。

1.4 疗效标准: ①基本治愈: NDS 减少 91%~100%, 病残程度 0 级; ②显著进步: NDS 减少 46%~90%, 病残程度 1~3 级; ③进步: NDS 减少 18%~45%; ④无效: NDS 减少或增加 < 18%; ⑤恶化: NDS 增加 > 18%。

1.5 统计学方法: 数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用秩和检验、 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效: 治疗组与对照组基本治愈率分别为 88.2%、79.7%; 显著进步为 36.3%、23.6%; 进步为 44.1%、52.9%; 无效为 11.7%、20.5%; 总有效率为 88.2%、77.4%; 与对照组比较差异无显著性($\chi^2=1.95, P > 0.05$)。

2.2 血液流变学改变(表 1): 两组治疗后血液流变学参数较治疗前均明显改善($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗组高切黏度、血细胞比容较对照组改善更为显著($P < 0.05$)。

2.3 治疗前后 NDS 和日常生活能力(ADL)评分(表 2): 两组患者治疗后 NDS 及 ADL 评分均较治疗前明显改善(P 均<0.01)。且治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。

表 2 治疗前后 NDS 和 ADL 评分比较($\bar{x} \pm s, n=68$) 分

组别		NDS	ADL
治疗组	治疗前	14.21±3.36	59.32±1.87
	治疗后	10.93±3.11 ^{△△}	68.98±1.67 ^{△△#}
对照组	治疗前	13.88±3.12	58.74±1.32
	治疗后	10.12±2.97 ^{△△}	64.38±1.62 ^{△△}

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

2.4 不良反应: 治疗组有 4 例患者出现舌尖及口周麻木, 经减量 1~2 粒后上述症状消失, 不影响继续治疗。两组患者治疗前后血、尿常规及肝、肾功能检查均无异常改变。

3 讨论

蒙药扎冲十三味丸是传统蒙药处方^[4], 由柯子、草乌(制)、木香、石菖蒲、沉香、甘草、禹粮土、麝香、珊瑚(制)、丁香、磁石、肉豆蔻、珍珠(制)配合组成, 具有祛风通窍、活血通脉、清热、镇静安神之功效。本研究结果表明, 蒙药扎冲十三味丸治疗脑梗死疗效确切, 进一步肯定了扎冲十三味丸缓解血管痉挛, 改善微循环、降低血液黏度、促进脑供血的药理功效。同时, 该药用安

作者简介: 包巴根那(1966-), 男(蒙古族), 内蒙古通辽人, 医学学士, 副主任医师。

全可靠、服用方便,值得临床推广使用。

参考文献:

- [1] 王维治. 神经病学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 54-68.
[2] 中华医学会神经科学会. 各类脑血管疾病

诊断要点[J]. 中华神经杂志, 1996, 9: 379.

- [3] 陈清棠. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准及临床疗效评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29: 381-382.

[4] 中华人民共和国卫生部药典委员会. 中华人民共和国卫生部药品标准 蒙药分册[M]. 1998: 138.

(收稿日期: 2006-08-03)

(本文编辑: 李银平)

· 基层园地 ·

急性有机磷农药中毒的治疗体会

林国棟, 杨贵美, 吴爱英

(福建省大田县医院急诊科, 福建 大田 366100)

【关键词】 中毒, 急性; 有机磷农药; 抢救

中图分类号: R278 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2006)05-0316-01

急性有机磷农药中毒(AOPP)发生率高, 各级医院治疗方法不同。现针对不同胆碱酯酶(ChE)活性的诊断意义、体内清除毒物的方法及抗毒药物合理使用等问题讨论如下。

1 不同 ChE 活性的诊断意义

1.1 ChE 活性测定方法: ChE 分乙酰胆碱酯酶(AChE)和丁酰胆碱酯酶(BuChE), 其组织分布不同, 正常参考值也不同。可利用不同底物或分离不同组织成分加以区分。常用的测定方法有羟胺比色法(羟胺铁比色法)、二硫代双硝基苯甲酸(DTNB)比色法、检压法、pH 法、潜血 ChE 快速测定盒比色法等。

1.2 ChE 活性的判断标准: ChE 活性的抑制和恢复与有机磷毒物种类以及中毒程度有关, 重活化剂应用效果也不尽相同。由于检验方法不同, 其数值的评价也有区别。人体全血中 AChE 和 BuChE 分别占 60% 和 40%。而当发生 AOPP 时 BuChE 较 AChE 活性明显降低, 并且对重活化剂相对不敏感。目前只有 AChE 的抑制水平才能真正代表有机磷农药中毒程度。由于 DTNB 测定 ChE 主要代表 BuChE 活性, 因此, 以此数值作评价常常高估了临床中毒程度, 造成过量使用抗毒药物现象。由于基层医院条件有限, 只能采取 ChE 测定盒, 其方法为: 取患者耳垂血, 用测定纸吸附后夹在玻片中, 放置于患者腰带内 10 min 后取出; 与测定盒正常参考值对比。观察了 30 例 AOPP 患者全血 ChE 活性的变化情况,

初步得出: 全血 ChE 测定盒测定的 ChE 活性降低至 60% 以下时为重度中毒, 60%~80% 为中度, 80% 以上时为轻度。

1.3 动态监测 ChE 活性的意义: 不同的急性有机磷农药中毒后 ChE 抑制程度与恢复快慢不同, 轻度和中度患者全血 ChE 活性可在 48 h 和 96 h 内恢复, 重度中毒时全血 ChE 活性恢复较慢。

2 毒物的清除

2.1 洗胃: 洗胃是 AOPP 常用的毒物清除方法。因重度昏迷患者在洗胃过程中可出现呼吸暂停现象。因此, 建议在洗胃前先进行气管插管, 并注意监测呼吸、心率和血压变化情况。中毒量较大的患者, 首次洗胃要充分, 并保留胃管, 48 h 内反复洗胃, 每 4~6 h 1 次, 每次 100~200 ml, 或直至洗胃液无色、无味为止。

2.2 血液净化: 与 ChE 结合的农药不能被吸附或透析, 所以, 排毒与解毒作用一般不明显, 但可清除血中的抗毒药物。

2.3 输血和换血: 输血和换血对所有各类急性严重中毒均有一定益处, 但根据有无输血或换血的适应证进行。AOPP 时主要是由于进入体内的有机磷农药迅速与神经细胞突触前后膜的 AChE 结合而引起一系列中毒症状, 输血和换血可补充血液 ChE, 但对神经细胞突触前后膜的 AChE 活性无明显影响或直接作用; 故输血或换血亦无明显祛毒或直接抗毒作用, 而只有治疗作用。

3 抗毒药物的使用方法

3.1 抗胆碱药物

3.1.1 阿托品: 应尽早首次给予足量的阿托品, 根据患者毒蕈碱样症状消失或

出现“阿托品化”反应来调整用量, 达到阿托品化后改用维持量。生产性中毒患者的阿托品用量一般不要太大, 口服中毒者, 特别是口服量大者使用量差异很大, 一定要重视阿托品中毒问题。在中毒后期或 ChE“老化”时, 可酌情给予小剂量阿托品。应逐渐减量, 切忌突然停药。

3.1.2 长效托宁(盐酸戊乙奎醚): 长效托宁注射液是使用简便、安全、长效和疗效确定的 AOPP 新治疗药物。其具有特异性强、作用时间长和不良反应小等特点。对于轻、中和重度 AOPP 者, 长效托宁首次使用剂量分别为 1.0~2.0 mg、2.0~4.0 mg 和 4.0~6.0 mg, 根据症状可重复半量。长效托宁应用剂量充足的标准主要以口干、皮肤干燥和气管分泌物消失为主, 而与传统的“阿托品化”概念有所区别。

3.2 重活化剂: 尽可能选用氯磷定, 因为从药效学来比较, 一般 1 g 氯磷定相当于 1.5 g 解磷定, 且后者重活化作用弱, 必须静脉给药, 使用不便。48 h 后给药疗效差, 甚至无明显重活化使用。因此应尽早用药, 一般采用静脉注射或肌肉注射。首次使用剂量, 轻度为 0.50~0.70 g, 中度 0.75~1.50 g, 重度 1.50~2.50 g, 根据病情和药物的半衰期(约为 1.0~1.5 h)重复用药, 维持有效血药浓度。重度患者在 48 h 内 4~6 h 给药 1 g。

本品对乐果、敌百虫和马拉硫磷等中毒酶活性的重活化作用较差, 但不等于无重活化作用。

(收稿日期: 2006-06-30)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 林国棟(1956-), 男(汉族), 福建仙游人, 副主任医师。