

## 补阳还五汤与低分子肝素钙治疗急性脑梗死临床疗效比较

谢明剑

(广西贺州市中医医院内科, 广西 贺州 542800)

【关键词】 脑梗死, 急性; 补阳还五汤; 低分子肝素钙

中图分类号: R242; R743.3 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2007)03-0189-02

补阳还五汤是古今治疗脑卒中的著名方药。低分子肝素钙具有抗凝作用,也常用于急性脑梗死(ACI)的治疗。比较两者的疗效,报告如下。

## 1 临床资料

1.1 病例:60例患者为2004年6月—2006年6月本院住院患者。诊断符合全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准<sup>[1]</sup>,临床神经功能缺损评分标准参照第四届脑血管病会议制定的标准<sup>[2]</sup>。全部患者均经头颅CT确诊,治疗前凝血时间检查均在正常范围内。采用随机原则将60例患者分为两组:低分子肝素钙(A)组30例中男18例,女12例;平均年龄(63.2±10.2)岁;神经功能缺损评分:轻8例,中17例,重5例;梗死面积:小7例,中17例,大6例。补阳还五汤(B)组30例中男20例,女10例;平均年龄(64.3±9.9)岁;神经功能缺损评分:轻7例,中19例,重4例;梗死面积:小6例,中19例,大5例。两组间各指标经统计学处理差异无显著性,有可比性。

1.2 治疗方法:两组患者常规治疗相同。A组使用低分子肝素钙5kU脐周皮下注射,每日1次,连用15d;B组口服补阳还五汤水煎剂(黄芪100g,桃仁

12g,川芎15g,红花10g,地龙12g,赤芍15g,当归9g)每日1剂,连服15d。

1.3 检测指标:血液流变学指标、血液载脂蛋白A1及凝血项。

1.4 统计学方法:计数资料以率(%)表示,行 $\chi^2$ 检验;计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,行 $t$ 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 疗效比较(表1):两组患者15d总有效率比较差异无显著性。

表1 两组患者15d总体疗效比较

组别	例数(例)	临床疗效(例)				总有效率(%)
		基本痊愈	显效	进步	无效	
A组	30	2	11	10	7	77.8
B组	30	2	13	9	6	80.0

注: $\chi^2=0.1, P>0.05$ 

2.2 两组神经功能缺损评分、凝血项及载脂蛋白A1比较(表2):两组治疗后神经功能缺损评分均有所减少,以B组更明显;两组治疗后凝血项时间均有延长,说明两者均有抗凝作用;治疗后A组载脂蛋白A1稍改善,而B组改善较明显。

2.3 两组患者治疗前后血液流变学变化(表3):两组治疗均能改善患者血液流变学状态。

表2 两组患者治疗前后神经功能缺损评分、凝血项及载脂蛋白A1的变化( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数(例)	神经功能缺损评分(分)	PT(s)	TT(s)	APTT(s)	载脂蛋白A1(g/L)
A组	治疗前	24.90±4.22	10.52±3.85	11.30±4.15	31.98±9.24	11.38±0.21
	治疗后	17.63±5.67	9.98±4.23	12.12±4.54	33.26±8.87	13.14±0.18
B组	治疗前	25.10±3.99	11.02±4.10	12.13±5.16	30.56±10.11	11.92±0.20
	治疗后	15.28±5.55	10.99±4.56	12.98±5.01	32.46±9.12	14.13±0.15

表3 两组患者治疗前后血液流变学的变化( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数(例)	全血比黏度(低切)	全血比黏度(高切)	血浆比黏度	红细胞比容	血沉(mm/h)	全血还原黏度(mPa·s)
A组	治疗前	7.22±0.83	4.21±0.65	2.23±0.52	0.373±0.05	29.44±3.67	13.38±2.75
	治疗后	6.35±0.88*	3.87±0.42	1.89±0.47*	0.355±0.04	28.11±3.34	12.69±2.17
B组	治疗前	7.34±0.92	4.05±0.51	2.31±0.50	0.384±0.05	28.99±3.42	13.24±2.82
	治疗后	6.31±0.64*	3.84±0.22	1.88±0.40*	0.367±0.04	27.86±2.67	11.32±2.56**

注:与本组治疗前比较;\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ 

作者简介:谢明剑(1966-),男(汉族),广西壮族自治区人,主治医师。

## 3 讨论

脑梗死的发生可能与组织因子途径的启动以及纤溶、抗凝系统受到抑制从而导致血液呈高凝状态有关<sup>[3]</sup>。田凤石等<sup>[4]</sup>研究表明,ACI发病初期,可溶性细胞间黏附分子-1、可溶性血管细胞黏附分子-1表达增强,血小板活性及纤溶活性增强,二者相互作用可诱导血栓形成和溶解,血液高凝状态持续存在。补阳还五汤是治疗中风病的基本方药,现代药理学研究表明其具有改善血液流变学的作用<sup>[5]</sup>,与本组观察结果相似。亦有研究表明,补阳还五汤可通过改善脑组织能量代谢发挥抗脑缺血作用<sup>[6]</sup>。低分子肝素钙具有抗凝、抗血栓形成作用,常用于治疗ACI<sup>[7]</sup>。蔡蔚等<sup>[8]</sup>临床研究表明,在西医综合治疗基础上加用补阳还五汤可达到比单纯西医治疗更好的效果,明显提高痊愈、显效率,缩短了昏迷时间。本研究结果显示,两组治疗后均可获得优良的临床效果;15d两组患者神经功能缺损评分均有不同程度减低;在血液流变学、凝血项的改善方面,两组患者均可获得满意疗效,且两组比较差异无显著性。而B组载脂蛋白A1改善情况优于A组,可能中药复方对载脂蛋白A1

更好的治疗作用,治疗时间越长,治疗作用可能表现得越明显。

#### 参考文献:

- [1]中华医学会全国第四次脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.  
 [2]中华医学会全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381.  
 [3]文志斌,熊石龙,何晓凡,等. 急性脑梗死发作期间组织因子途径改变的观察[J]. 中国

- 危重病急救医学, 2003, 15(9): 529-531.  
 [4]田凤石,巩岩霞,葛进,等. 急性脑梗死患者可溶性细胞黏附分子及相关因素的研究[J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12(12): 751-752.  
 [5]高兆录,司毅,贺景宏. 补阳还五汤合用维生素 E 对急性脑梗死患者自由基及血液流变性的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2000, 7(1): 57-59.  
 [6]刘志龙,宋含平,邓常青,等. 补阳还五汤对沙土鼠脑缺血损伤能量代谢的影响

[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(1): 36-37.

- [7]谢明剑,谢明映,赖学威,等. 合用灯盏花注射液与低分子肝素钙治疗急性脑梗死临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10(3): 187.  
 [8]蔡蔚,喻坚柏,韩景光. 补阳还五汤治疗闭合性颅脑损伤临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10(1): 54-55.

(收稿日期: 2006-11-15)

(本文编辑: 李银平)

## • 经验交流 •

# 冠心病无症状性心肌缺血的动态心电图结果分析

李娟, 陆虹

(天津市第一中心医院, 天津 300192)

【关键词】 冠心病; 心肌缺血, 无症状性; 动态心电图

中图分类号: R541.4 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2007)03-0190-01

对 289 例无症状性心肌缺血(SMI)患者的动态心电图(DCG)资料进行分析, 现报告如下。

### 1 临床资料

1.1 病例: 289 例患者诊断符合 1997 年国际心脏病学会和 WHO 冠心病诊断标准, 其中男 189 岁, 女 100 例; 年龄 41~85 岁, 平均(60.8±8.9)岁; 隐匿型冠心病 85 例, 心绞痛 91 例, 不稳定型心绞痛 47 例, 心肌梗死(心梗)59 例。

1.2 检测指标: 采用 DCG 记录仪, 应用 CM1、CM3、CM5 导联同步记录。观察 ST 段下移阵数与症状的关系、DCG 与普通心电图的关系、ST 段下移的昼夜分布规律、心律失常的检出率。

1.3 统计学方法: 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 DCG 检测情况: 289 例冠心病患者中, 检出 SMI 215 例(占 74.4%), 有症状性心肌缺血 74 例(占 25.6%), 两组比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。共检出心肌缺血 1 902 阵次, 其中 SMI 1 350 阵次, 有症状性心肌缺血 551 阵次; ST 段平均降低 0.1~0.4 mV。说明冠心病患者 SMI 十分常见, 占缺血发作的 2/3。SMI 发作时心率、血压与基础心率、血压

相比无明显改变; 有症状性心肌缺血发作时血压有轻度升高, 心率亦较基础心率增加 20~26 次/min。心电图 ST 段下移检查中检出 SMI 109 例(占 50.7%), 有症状性心肌缺血 41 例(占 55.4%), 两组比较差异无显著性( $P > 0.05$ )。

2.2 ST 段下移昼夜分布情况: 289 例患者 1 902 阵次中心肌缺血发生在昼间 1 555 阵次, 夜间 347 阵次, 二者比较差异有显著性( $P < 0.05$ ), 尤以 06:00~12:00 为缺血发作高峰, 共 1 013 阵次(占 53.26%)。昼间 SMI 发作共 1 119 阵次, 有症状性心肌缺血 377 阵次。90% 在 ST 段压低时心率加快, 夜间心肌缺血阈值较低, 但缺血时间及 ST 段压低程度明显重于昼间。说明 DCG 不仅可用于心律失常监测, 而且也是日常生活中监测一过性心肌缺血的最好方法。

2.3 心律失常检出率: 289 例患者中共检出心律失常 175 例(占 60.5%), 其中 SMI 组中伴严重室性心律失常 135 例(占 62.7%), 室上性心动过速、心房颤动 28 例(占 13%), 房室传导阻滞 18 例(占 8.3%); 有症状性心肌缺血组中严重室性心律失常 29 例(占 39.1%), 房室传导阻滞 5 例(占 6.7%), 室上性心动过速、心房颤动 6 例(占 8.1%)。

### 3 讨论

DCG 较普通心电图简便易行, 可复

性强, 并可捕捉一过性心肌缺血、心律失常及短暂性 ST 段变化, 可弥补常规心电图只能记录静息状态心电图形而难以发现突发、短暂性心肌缺血的不足, 并能提高心肌缺血检出率, 尤其是提高了 SMI 的检出率<sup>[1]</sup>, 适用于不能做运动试验的患者, 对预防冠心病及其伴发的严重心律失常具有重要指导意义。

临床研究证实<sup>[2]</sup>, 自发性 SMI 发作是冠状动脉(冠脉)供血减少, 而非心肌需求增加。自发性 SMI 患者貌似健康, 但常以心源性猝死、心梗为首发临床表现; 心脏负荷试验时, 诱发性 SMI 是冠脉固定狭窄基础上心肌耗氧量增高的结果。本组 SMI 发作时心率、血压无明显变化, 说明 SMI 发作可能主要由于一过性冠脉血流下降, 或同时存在冠脉内血栓、血小板凝聚阻塞, 因而仅在生理范围内的冠脉血管收缩即可减少血流。DCG 检查可提供心肌缺血(有症状及无症状) ST 段改变幅度、阵次及持续时间等信息, 对计算心肌缺血总负荷有重要价值。

#### 参考文献:

- [1]郭继鸿, 张海澄, 译. 动态心电图最新进展[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 150.  
 [2]卢喜烈, 译. 冠心病心电图[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2005: 62.

(收稿日期: 2007-03-15)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 李娟(1960-), 女(汉族), 天津市人, 主管技师。