

- [3] 缪鸿石,朱辅连. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 北京:华夏出版社 1996,149.
- [4] 于兑生. 运动疗法技术学[M]. 北京:华夏出版社 2005:189.
- [5] 李爱东,刘洪涛. 综合康复治疗对脑卒中后肩关节半脱位并肩痛的疗效分析[J]. 中国康复医学杂志,2006,26(8):718-719.
- [6] 袁光辉. 偏瘫肩关节半脱位的早期康复护理介入[J]. 中国康复医学杂志, 2006,21(4):360-361.
- [7] 杨丹丹,徐琳峰. PNF 技术治疗早期偏瘫后肩关节半脱位的疗效[J]. 中国康复,2007,22(2):104-105.

(收稿 2009-10-20)

## 灯盏生脉胶囊治疗椎基底动脉供血不足的疗效观察

张 鹏 高志强 戴 琰

南京医科大学第二附属医院神经内科 南京 210011

**【摘要】** 目的 观察灯盏生脉胶囊治疗椎基底动脉供血不足的临床疗效。方法 将 62 例椎基底动脉供血不足患者随机分为治疗组 32 例和对照组 30 例,对照组给予抗血小板、扩血管等常规治疗,治疗组在此基础上给予灯盏生脉胶囊,治疗两个月后观察疗效;并于治疗前后行经颅多普勒检查。结果 对照组总有效率 70%,治疗组总有效率 93.75%,2 组疗效有显著性差异( $P < 0.05$ ),治疗组治疗后椎基底动脉血流速度改善明显优于对照组( $P < 0.05$ )。结论 灯盏生脉胶囊能有效治疗椎基底动脉供血不足,无明显不良反应。

**【关键词】** 灯盏生脉胶囊;椎基底动脉供血不足;经颅多普勒

**【中图分类号】** R743 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-5110(2009)23-0068-02

椎基底动脉供血不足(VBI)是临床常见疾病,好发于中老年人,但近年来其发病有年轻化趋势,因此日益受到临床医师的重视<sup>[1]</sup>。我们自 2008-06~2009-06 使用灯盏生脉胶囊治疗椎基底动脉供血不足取得较好疗效,现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2008-06~2009-06 本院就诊的椎基底动脉供血不足患者共 62 例,随机分为治疗组与对照组,治疗组 32 例,男 20 例,女 12 例,年龄 45~80 岁,平均(55±12)岁,其中合并高血压 18 例,糖尿病 15 例,高血脂症 20 例;对照组 30 例,男 19 例,女 11 例,年龄 44~81 岁,平均(53±13)岁,其中合并高血压 18 例,糖尿病 13 例,高血脂症 18 例;2 组患者性别、年龄、临床表现、伴随疾病无明显差异( $P > 0.05$ )。

1.2 诊断标准 2 组入选患者均符合以下诊断标准<sup>[2]</sup>:(1)眩晕为旋转感或视物晃动或不稳感,多因头位和(或)体位改变而诱发;(2)眩晕至少同时伴有一种椎基底动脉供血不足发作的其他症状,如眼的症状(黑蒙、闪光、视物变形、复视)、内耳疼痛、肢体麻木或无力、猝倒、晕厥等;(3)有轻微的脑干损害体征,如角膜和(或)咽反射减退或消失,眼调节和(或)辐辏障碍、自发性或转颈压迫一侧椎动脉后跟震以及阳性病理反射;(4)有明确的病因,如颈椎病、颈椎外伤、脑动脉硬化、糖尿病、心脏病、高血压、低血压等。(5)所有的病例均经 CT 和(或)MRI 检查除外脑梗死、脑出血及肿瘤、炎症所致的眩晕,且排除耳源性眩晕。

1.3 治疗方法 2 组均给予肠溶阿司匹林 100mg qd,西比灵 5mg qn 等常规治疗,合并有高血压、糖尿病及血脂异常者同时给予降压、降糖及调脂治疗。治疗组在此基础上给予灯盏生脉胶囊(云南生物谷灯盏花药业有限公司,国药准字 Z20026439)2 粒(0.36g) tid 口服。2 组均连续治疗 2 个月为一疗程。

1.4 疗效评定标准 痊愈:眩晕及其伴随的临床症状、体征消失,TCD 检查示平均血流速度(Vm)明显改善;显效:阵发性眩晕、恶心、呕吐及其他神经系统症状及体征消失,偶有头晕,Vm 改善;有效:眩晕、恶心、呕吐等临床症状及体征明显减轻,但未完全消失,Vm 改善不明显;无效:症状、体征和 Vm 无明显变化或恶化<sup>[3]</sup>。

1.5 检测观察指标 治疗后观察患者临床症状和体征,有无皮疹、出血等不良反应。分别于治疗前后用 TCD 检测椎基底动脉血流情况,测定两侧椎动脉(VA)及基底动脉(BA)的平均血流速度(Vm)。

1.6 统计学方法 所有计数资料以均值±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内及组间比较用  $t$  检验,率的比较用  $\chi^2$  检验。用 SPSS15.0 软件统计数据,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 临床疗效 见表 1。

表 1 2 组疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	32	20(62.50)	10(31.25)	2(6.25)	93.75
对照组	30	10(33.33)	11(36.67)	9(30.00)	70.00

注:2 组总有效率有显著性差异( $P < 0.05$ )

2.2 椎基底动脉血流变化 见表 2。

表 2 2 组治疗前后椎基底动脉平均血流速度比较(cm/s,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	治疗前			治疗后		
	LVA	RVA	BA	LVA	RVA	BA
治疗组	31.15±3.38*	29.64±5.47*	35.27±6.77*	44.12±6.55 <sup>△</sup>	43.89±7.41 <sup>△</sup>	48.16±5.48 <sup>△</sup>
对照组	30.52±2.35	32.12±2.55	36.12±8.36	35.45±6.56	34.12±3.89	39.11±6.68

注:2 组治疗前 LVA、RVA、BA 平均血流速度无明显差异

(\* P>0.05), 治疗后 2 组椎基底动脉平均血流速度均较治疗前增加, 而治疗组比对照组增加更明显有显著性差异( $\Delta P < 0.05$ )

2.3 不良反应 2 组均未见皮疹、出血等明显的不良反应。

### 3 讨论

椎基底动脉供血不足是临床上造成剧烈眩晕的常见急症之一。早期一般不形成梗死, 若反复发作最终会形成脑干、小脑或枕叶梗死, 造成严重的神经系统功能障碍, 给患者带来很大的危害。因此及时治疗及预防椎基底动脉供血不足发作, 对防治后循环脑血栓及改善预后具有重要意义。脑动脉粥样硬化、椎基底动脉斑块形成、微栓子脱落、血液黏度增高、颈椎病等是引起该病的主要原因, 目前认为扩张血管, 降低血液黏度, 解除椎基底动脉压迫等是治疗该病的基本方法。

灯盏生脉胶囊以灯盏细辛为主药, 辅以人参、五味子、麦冬制成的复方制剂, 其有效化学成分为二咖啡酰奎宁酸酯及灯盏花乙素、芹菜素、高黄芹菜素等酚类化合物, 具有抑制血小板及红细胞凝聚, 降低血液黏滞度, 促进纤溶活性, 抑制血管内凝血, 扩张血管, 改善微循环和细胞代谢, 增加动脉血流量, 降低外周血管阻力的作用<sup>[4]</sup>。本研究结果显示治疗组治疗后椎基底动脉平均血流速度较治疗前及对照组明显增加, 提示灯盏生脉胶囊可明显改善椎基底动脉供血不足患者的血流动力学, 从而改善临床症状。

椎基底动脉供血不足好发于有高血压、糖尿病、高血脂血

症等基础疾病的患者, 高血糖、高血脂可造成血管内皮损伤、血液黏滞度增高等从而给治疗带来困难, 本组资料中常规治疗无效的病例均合并有糖尿病及高血脂症。近年来研究显示灯盏生脉胶囊由于其独特的组方, 还具有抗脂质氧化、保护血管内皮、调节血脂及改善 2 型糖尿病胰岛素抵抗的作用<sup>[5-6]</sup>。故这可能是治疗组疗效优于对照组的原因之一。

通过本研究结果显示灯盏生脉胶囊能有效的治疗椎基底动脉供血不足, 无明显不良反应, 且口服制剂便于长期应用, 值得临床推广。

### 参考文献

[1] 张宇浩, 陈婕, 朱文炳. 椎-基底动脉供血不足的研究进展[J]. 中国临床医学, 2003, 10(5): 780-781.

[2] 贾建平主编. 神经学新进展[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 130-141.

[3] 杨任民. 椎-基底动脉短暂缺血发作、椎-基底动脉供血不足与慢性脑供血不足[J]. 临床神经病学杂志, 2002, 15(6): 247-249.

[4] 陈新谦, 金有豫, 汤光. 新编药理学[M]. 第 15 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 363.

[5] 常乐军, 时美珠. 灯盏生脉对血脂水平和颈动脉粥样硬化斑块的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2008, 11(4): 100-101.

[6] 沈璐, 刘红梅, 胡筱娟. 灯盏生脉胶囊改善 2 型糖尿病胰岛素抵抗的临床观察[J]. 中成药, 2009, 31(4): 499-501.

(收稿 2009-11-10)

## 64 排 CT 血管成像对肾血管性高血压的筛查

范红燕 慕建成 侯艳军

河南焦作市第二人民医院 CT 室 焦作 454001

【关键词】 体层摄影术; X 线计算机; 血管成像; 高血压; 肾动脉狭窄

【中图分类号】 R544.1 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-5110(2009)23-0069-02

肾动脉狭窄(renal arterial stenosis, RAS)是肾血管性高血压最常见的病因, 虽然占全部高血压患者的 1%~5%, 其诊断对治疗有很重要的意义。随着多层螺旋 CT 的出现, 尤其是 64 排 CT 的问世及应用, 在影像重建技术中发生了重大变革, 大大促进了多层螺旋 CT 血管成像(CTA)这一无创性血管成像技术的临床应用, 为直观准确评价肾动脉相关性疾病提供了重要的客观依据。本文旨在研究 CTA 在肾血管性高血压病因筛查中的临床应用价值。

### 1 材料与与方法

1.1 一般资料 2009-02-07, 对 51 例临床疑似 RSA 的高血压患者, 51 例血压正常的健康人进行 64 排 CT 血管成像。51 例高血压患者, 男 35 例, 女 16 例。年龄 23~76 岁, 平均 46 岁。收缩压 150~240mmHg(1kPa = 7.5mmHg), 平均 180mmHg, 舒张压 60~145mmHg, 平均 106mmHg。有高血压

家族史 16 例, 有冠心病家族史 9 例。血压正常健康人组男 34 例, 女 17 例, 年龄 24~74 岁, 平均 43 岁, 2 组年龄比较 P>0.05。

1.2 检查方法 采用 GE lightspeed 64 螺旋 CT 机。扫描范围自膈下至髂嵴上缘。扫描条件: 电压 120KV, 电流 395mA, 层厚 0.625mm, 螺距 0.984:1, 转速 0.6s, 扫描总时间 5.4s。造影剂为碘普罗胺 370(370mg/ml), 总量 60~80ml, 注药速度 3.5~5ml/s, 随即以同样速度注入生理盐水 30ml。动脉期利用 Smart Prep 软件监控, 监控层面设于肾门平面的腹主动脉, 将其作为靶血管, 监视延迟时间(monitoring delay)设为 15s, 诊断延迟时间(diagnostic delay)设为 5s, 扫描间隔时间设为 1.4s, 扫描触发阈值设定 200Hu, 当感兴趣区实时阈值图(real time monitoring image)显示监控靶血管的 CT 值达到设定阈值时启动扫描。以上图像传至工