

指标均较治疗前下降 ≥50% ,并低于正常值 2 倍;无效:未达到上述指标者。

1.5 统计学方法 采用 SPSS12.5 统计软件包处理资料,组间及组内比较均采用 *t* 检验, *P* < 0.05 表示差异有显著性, *P* < 0.01 表示差异有极显著性。

2 结果

2.1 症状与体征改善情况 两组治疗后临床症状和体征均有明显改善,但两组间差异无显著性。

2.2 肝功能改善情况 治疗后两组患者肝功能均有显著改善(均 *P* < 0.01),但两组间差异无显著性。结果见表 1。

表 1 两组患者治疗前后肝功能检测结果

$\bar{x} \pm s$

组别与时间	例数	ALT/(U · L ⁻¹)	AST/(U · L ⁻¹)	TBIL/(μmol · L ⁻¹)	r-GT/(U · L ⁻¹)	ALP/(U · L ⁻¹)
治疗组	31					
治疗前		237.4 ± 87.3	303.4 ± 84.2	94.3 ± 28.1	203.9 ± 73.5	202.8 ± 56.7
治疗后		56.1 ± 26.4* ¹	63.1 ± 21.4* ¹	22.1 ± 14.8* ¹	90.8 ± 25.6* ¹	126.3 ± 26.8* ¹
对照组	30					
治疗前		229.5 ± 96.7	293.8 ± 98.1	89.3 ± 26.7	216.5 ± 72.3	208.2 ± 43.4
治疗后		68.2 ± 32.1* ¹	61.7 ± 32.7* ¹	25.6 ± 13.6* ¹	92.3 ± 24.5* ¹	128.1 ± 25.6* ¹

与本组治疗前比较,*¹*P* < 0.01

2.3 综合疗效 治疗组显效 22 例(70.9%),有效 8 例(25.8%),无效 1 例(3.2%),总有效率(96.8%);对照组显效 20 例(66.7%),有效 8 例(26.7%),无效 2 例(6.7%),总有效率(93.4%)。两组比较差异无显著性。

2.4 不良反应 治疗前后两组血清电解质均无显著变化。治疗组有 1 例出现轻度水肿,经对症治疗后恢复正常,无需减量或停药,不影响临床疗效。对照组有 1 例患者出现轻度皮疹,经对症治疗好转。

3 讨论

肝脏在药物代谢中起着十分重要的作用,但药物及其代谢产物又可影响肝脏的结构和功能,造成肝脏的严重损害。药物性肝病的主要作用机制包括药物本身及其代谢产物的毒性、变态反应、影响肝实质摄取、干扰胆盐及有机阴离子的转运和排出等方面。病理上可累及肝内所有细胞,并可引起所有类型的肝损伤。其中急性肝炎最常见,约占 90%^[3]。治疗在停用并防止给予同类药物,清除和促进造成损伤的药物排泄的基础上选择有效的保肝药物,对及时有效的恢复肝功能至关重要。近年来,用还原型谷胱甘肽治疗药物性肝损害已取得了显著疗效^[4]。

复方甘草酸苷是以 β 体甘草酸为主要成分,辅以甘氨酸、半胱氨酸制成的强力肝细胞保护药,通过阻断花生四烯酸在起

始阶段的代谢水平保护肝细胞膜,降低转氨酶。该药可通过抑制磷脂酶 A₂ 的活性以及抑制补体经典途径的激活而起到抗炎作用^[5]。此外,该药还具有免疫调节、预防肝纤维化和类固醇样作用。

本实验中复方甘草酸苷治疗 DILD,患者肝功能恢复、临床症状及体征改善方面与还原型谷胱甘肽相似;总有效率略高于还原型谷胱甘肽。表明复方甘草酸苷是治疗 DILD 的理想药物,值得推广应用。

[参考文献]

[1] 殷新光,杨志宏,顾金森,等. 浙江地区药源性肝病及胃肠黏膜损伤的临床流行病学调查[J]. 中国实用内科杂志,2003,23(12): 739-741.

[2] 姚光弼. 药物性肝病[J]. 中华消化杂志,1999,19(5):339-342.

[3] 王志耀,邵洋生. 药物性肝病的治疗[J]. 临床肝胆病杂志,2003,19(6):327-329.

[4] 翁明钢. 谷胱甘肽治疗抗结核药物性肝损害(附 18 例疗效观察)[J]. 中国综合临床,2001,17(8):576.

[5] Kroes B H, Beukelman C J, Vandenberg A J, et al. Inhibition of human complement by B-glycyrrhetic acid[J]. *Immunology*, 1997, 90:115.

大剂量疏血通注射液治疗急性脑梗死 32 例

叶军强,鲍贤俊

(浙江省温岭市第一人民医院神经内科,317500)

[摘要] 目的 比较大剂量和常规剂量疏血通注射液治疗急性脑梗死的疗效。方法 将 62 例急性脑梗死患者随机分为治疗组 32 例和对照组 30 例,治疗组给予疏血通注射液 8 mL 静脉滴注,qd;对照组给予疏血通注射液 4 mL 静脉滴注,qd。两组均治疗 15 d。结果 治疗组和对照组的临床总显效率分别为 68.8% 和 46.7%,治疗组明显高于对照组(*P* < 0.01);治疗组第 15 天神经功能缺损程度评分明显高于对照组(*P* < 0.01);疏血通注射液能明显降低凝血因子 I 浓度,但降低程度与给药剂量无关。结论 大剂量疏血通注射液治疗脑梗死疗效显著,不良反应少,值得临床推广。

[关键词] 疏血通;脑梗死

[中图分类号] R973.2;R743.3

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-0781(2006)05-0436-02

笔者于 2004 年 5 月~2005 年 3 月对发病时间 <72 h 的脑梗死患者分别采用大剂量和常规剂量疏通注射液治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 入选患者 62 例均经详细询问病史、神经系统检查及头部 CT、MRI 检查证实为首次发病,且病程 <72 h 内的脑梗死患者,均无严重心、肺、肝、肾等重大疾病,符合文献[1]确定的脑梗死诊断标准。将 62 例患者随机分为治疗组 32 例和对照组 30 例,其中治疗组男 21 例,女 11 例,年龄 43~77 岁,平均 64.3 岁;对照组男 21 例,女 9 例,年龄 42~78 岁,平均 63.8 岁。两组患者年龄、性别、并发症、既往史积分、病程、体重、神经功能缺损程度以及血液流变学指标、凝血因子 I 定量均差异无显著性,具有可比性。

1.2 治疗方法 所有患者均给予疏通注射液(牡丹江友博制药厂生产,有效成分为水蛭素和蚓激酶样作用物质,规格:每支 2 mL,每毫升含生药 0.5 g,批准文号:国药准字 Z20010100)治疗,qd,共 15 d。治疗组将疏通注射液 8 mL 加入 0.9% 氯化钠注射液 250 mL 中静脉滴注;对照组将疏通注射液 4 mL

加入 0.9% 氯化钠注射液 250 mL 中静脉滴注。

1.3 疗效判定标准 参照文献[2]中方法判定疗效。治疗前后分别检测凝血因子 I 定量和血液流变学指标,同时检测血、尿常规,血糖、血脂及肝、肾功能等的变化,详细记录不良反应。

1.4 统计学方法 采用 Ridit 检验及 *t* 检验,数据均用($\bar{x} \pm s$)表示。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗 15 d 后,治疗组和对照组总有效(基本痊愈+显著进步+进步)率分别为 87.5% 和 86.7%,差异无显著性,说明疏通注射液对发病 <72 h 的脑梗死患者治疗有效。但治疗组和对照组总显效(基本痊愈+显著进步)率分别为 68.8% 和 46.7%,治疗组明显高于对照组($P < 0.01$),说明大剂量疏通注射液治疗脑梗死疗效明显,优于常规剂量的疏通注射液。

2.2 两组神经功能缺损程度评分 两组治疗前和治疗开始后神经功能缺损程度评分见表 1。说明大剂量疏通注射液在治疗 15 d 后神经功能缺损程度减少明显优于常规剂量疏通注射液。

表 1 两组患者治疗前后神经功能缺损程度评分

组别	例数/例	0 d	3 d	5 d	10 d	15 d
治疗组	32	21.63 ± 9.52	17.19 ± 8.41	15.42 ± 7.96	10.26 ± 5.88 ^{*1}	5.27 ± 4.93 ^{*2}
对照组	30	21.15 ± 9.26	18.76 ± 8.52	16.74 ± 9.04	12.81 ± 7.49	10.07 ± 8.14

与对照组比较, ^{*1} $P < 0.05$, ^{*2} $P < 0.01$

2.3 治疗前后血液流变学指标和凝血因子 I 定量 两组治疗前全血黏度、血浆黏度、红细胞压积和凝血因子 I 定量均差异无显著性;治疗 15 d 后,两组与治疗前相比,均有明显变化。具体结果见表 2。由表 2 可知,大剂量疏通注射液改变血液流变学指标的效果优于常规剂量疏通注射液。

表 2 两组治疗前后血液流变学指标和凝血因子 I 定量测定结果

组别与时间	全血黏度/ (mpa·s)	血浆黏度/ (mpa·s)	红细胞 压积/%	凝血因子 I/ (mg·L ⁻¹)
治疗组				
治疗前	5.76 ± 0.79	1.67 ± 0.26	51.12 ± 5.41	4.86 ± 0.77
治疗后	3.87 ± 0.52 ^{*1}	1.35 ± 0.19 ^{*2}	44.56 ± 4.07 ^{*2}	2.98 ± 0.63
对照组				
治疗前	5.69 ± 0.81	1.69 ± 0.25	50.87 ± 5.62	4.76 ± 0.74
治疗后	4.66 ± 0.78	1.46 ± 0.18	46.73 ± 4.65	3.04 ± 0.65

与同时点对照组比较, ^{*1} $P < 0.01$, ^{*2} $P < 0.05$

2.4 不良反应 两组在治疗过程中均未见药物所致不良反应和出血倾向,血、尿常规,血糖、血脂和肝、肾功能检查均无异常。

3 讨论

临床研究表明,预防和治疗脑梗死,目前除溶栓治疗外,较为理想的就是抗血小板聚集与抗凝血治疗^[3]。疏通注射液

由水蛭、地龙等中药提取而成,其有效成分为水蛭素和蚓激酶。水蛭素是一种特异的凝血酶高亲和抑制药,呈多肽结构,具有抑制凝血酶和血小板聚集的作用,水蛭素中含有的组织胺样物质能缓解血管痉挛,增加缺血组织的血供;蚓激酶是一种非均一的糖蛋白,具有纤溶酶原的类尿源激酶活性,而且更有直接水解纤维蛋白的纤溶酶活性^[4]。

针对脑梗死发病特点和疏通注射液的药理作用,笔者在本实验中比较了两种不同剂量疏通注射液对急性脑梗死的疗效,结果表明,疏通注射液能明显降低凝血因子 I 浓度,但降低程度与用药剂量无关,给予大剂量疏通注射液的患者总显效率、神经功能缺损程度评分、全血黏度、血浆黏度、红细胞压积均优于小剂量组,且治疗过程中无药物不良反应和出血倾向。因此,笔者认为疏通注射液治疗脑梗死疗效确切、安全,大剂量疏通注射液治疗脑梗死的疗效优于常规剂量。

[参考文献]

- [1] 中华医学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经精神杂志, 1998, 21(1): 60.
- [2] 中华医学会. 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定标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [3] Armstrong P W, Lorell B H, Nissen S, et al. Prarastatin and aspirin [J]. *Circulation*, 2002, 106(6): 9011-9012.
- [4] 王松. 疏通对急性脑梗死患者肿瘤坏死因子和细胞间黏附分子含量的影响[J]. 医药导报, 2004, 23(2): 84-86.

[收稿日期] 2005-09-14 [修回日期] 2005-12-07

[作者简介] 叶军强(1971-),男,浙江温岭人,主治医师,主要从事神经内科工作。电话:0576-6206166。