

三七通舒胶囊对高血压脑出血术后的影响观察

俞仑青¹ 魏 风² 陈 健¹

(1.广西南宁市第七人民医院 南宁 530000 2.广西南宁市第二人民医院 南宁 530000)

摘要:目的:观察三七通舒胶囊对高血压脑出血术后疗效的影响。方法:采用随机对照方法对81例出血量 $\geq 30\text{mL}$ 高血压脑出血术后患者进行观察,观察组41例在常规治疗基础上,给予三七通舒胶囊治疗,其余对照组予常规治疗,疗程持续28天。记录两组治疗前,治疗后14天、28天GCS评分以及治疗前后血液流变学多项指标的测定比较。结果:治疗后两组病人的GCS评分均有改善,但治疗后28天观察组GCS评分与对照组比较有显著差异($P < 0.01$);治疗后28天观察组全血高切粘度、全血低切粘度较对照组有显著性改善($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗期间未见不良反应发生。结论:三七通舒胶囊治疗高血压脑出血术后患者具有改善脑部改善微循环,促进受损脑功能恢复的作用。

关键词:三七通舒胶囊 高血压脑出血 中西医结合

【中图分类号】R4

【文献标识码】A

【文章编号】1008-1879(2011)08-0015-02

高血压脑出血是中老年人常见的脑血管疾病,在我国发病后1个月内病死率高达30%~50%,存活者中超过30%遗留神经功能障碍^[1],严重影响着病人的生命及生存质量。2006年4月至2010年10月,我们采用小骨窗开颅血肿清除术后常规治疗基础上加用三七通舒胶囊治疗,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择。选择年龄在45~75岁,起病时间在7d以内,并经头颅CT检查证实出血部位在基底节区,出血量 $\geq 30\text{mL}$,无破入脑室者。除外合并严重心、肝、肾脏功能障碍、非高血压病导致脑出血以及深昏迷者。全部病例数为81例,其中男48例,女33例;采用随机对照试验的研究方法分成三七通舒胶囊观察组和对照组,观察组41例,男性26例,女性15例,年龄48~72岁,平均 60.10 ± 10.56 岁,平均出血量 $41.02 \pm 9.63\text{ml}$,GCS 6.7 ± 0.8 ;对照组40例,男性22例,女性18例,年龄50~68岁,平均 59.83 ± 10.37 岁,平均出血量 $39.93 \pm 8.78\text{ml}$,GCS 6.8 ± 0.6 。两组间性别、年龄、出血量、GCS评分差异均无显著性($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法。入院后两组均采用小骨窗开颅血肿清除术,术后按常规使用20%甘露醇125ml每8h1次快速静脉滴注,连用6~8d,降低颅内压以及控制高血压、维持营养及水电解质平衡、处理并发症等。治疗组在术后加用三七通舒胶囊(成都华神集团股份有限公司制药厂生产,每粒含三七三醇皂苷100mg),每次1粒,溶于温开水50ml,口服或鼻饲胃管注入,每日3次,连用28d为一个疗程。

1.3 观察指标。①根据格拉斯哥昏迷评分(Glasgow Coma Scale, GCS),入院时和治疗14d后、治疗28d后分别进行GCS评分比较;②血液流变学检测包括全血高切粘度、全血低切粘度、血浆粘度、红细胞压积、血沉等。均在治疗前和治疗后28d观察并记录。

1.4 安全性判断。用药前后均行肝肾功能、凝血功能、血常规检查。

1.5 统计学方法。数据以均数 \pm 标准差($\bar{X} \pm S$)表示;对两组用药前后意识状态、检测指标进行统计学分析,运用方差分析和t检验。

2 结果

2.1 两组入院时和治疗14d后、28d后患者GCS评分比较结果见表1。结果显示,两组于治疗第28d时GCS评分均较治疗前及治疗第14d时明显升高(均 $P < 0.01$);两组间比较治疗第28d时观察组GCS评分较对照组升高明显($P < 0.01$)。

表1 治疗组与对照组治疗前后GCS评分变化($\bar{X} \pm S, n$)

组别	例数	治疗前	治疗14d	治疗28d
治疗组	41	6.7 \pm 0.8	8.0 \pm 1.1	12.1 \pm 0.7*
对照组	40	6.8 \pm 0.6	7.9 \pm 1.2	10.5 \pm 0.9*

注:两组比较* $P < 0.01$ 。

2.2 血液流变学检测。结果见表2。结果表明,两组治疗前后血液流变学指标差值比较,观察组降低血液流变学指标的全血

高切粘度和低切粘度作用大于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。

表2 血液流变学指标治疗28d与治疗前差值比较($\bar{X} \pm S, n$)

组别	例数	高切(mPa·s)	低切(mPa·s)	血浆(mPa·s)	红细胞(%)	血沉(mm/h)
治疗组	41	-1.34 \pm 1.21*	-2.33 \pm 1.68**	-0.29 \pm 0.43	-4.3 \pm 3.58	-5.21 \pm 22.43
对照组	40	-0.56 \pm 0.82	-0.81 \pm 0.95	-0.28 \pm 0.42	-5.1 \pm 2.67	-3.63 \pm 28.65

注:两组治疗28d与治疗前差值比较* $P < 0.05, ** P < 0.01$ 。

2.3 不良反应。血尿常规、肝肾功能、凝血功能在治疗前后均无明显变化。不良反应比较两组差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

高血压脑出血血肿形成后产生占位效应直接破坏脑组织,造成血肿周围组织缺血,同时脑内出血在凝结和随后的液化分解过程中所释放的凝血酶、补体、血红蛋白降解产物等物质可造成继发性脑损伤,影响患者预后^[2]。对出血量较大患者,单纯内科保守治疗,病死率高,在急性期以手术治疗收效较快,但单一的治疗方法难以取效,中医药治疗高血压脑出血的临床应用有多年的历史,并取得了良好的效果,可显著改善患者的预后^[3,4]。中医认为,高血压脑出血属“中风”范畴,出血性中风为血溢脉道而出血致淤,缺血性中风为血液黏滞阻塞而致病,二者均有“淤”的因素存在,所以活血化瘀为现代临床常用之法,即“治风先治血,血行风自灭”之意。以往的观点认为脑出血早期不能用活血化瘀药,否则可能导致再出血。现代医学认为,高血压性脑出血的病理基础是由脑内小动脉的玻璃样变性和小动脉瘤破裂引起,与凝血障碍无关。而出血中风患者血液流变学多呈粘、浓、凝、聚的特点,活血化瘀药对凝血机制和血液流变学指标具有双向调节作用^[5]。三七通舒胶囊主要成分为三七三醇皂苷,为中药三七提取物。具有活血化瘀、止血、疏通经络的功能。

本研究结合西医长处,采用手术清除血肿以尽快消除占位效应,术后保持呼吸道通畅、脱水降颅压、控制血压、维持营养、水电解质酸碱平衡、积极预防并发症等治疗。在常规治疗的基础上,观察组采用术后加用三七通舒胶囊治疗。结果发现治疗后第14天,两组的GCS评分与对照组比较无差异,但从第28天后GCS评分明显高于对照组,有统计学意义($P < 0.01$)。用两组治疗前后血液流变学指标差值比较,观察组降低血液流变学指标的全血低切粘度和高切粘度作用大于对照组($P < 0.05, P < 0.01$);说明采用三七通舒胶囊能改善脑出血患者血液流变学。据此可以推测三七通舒胶囊具有改善脑部血液循环作用,从而能有效提高患者的生活质量。

脑出血急性期病情多危重、复杂,通过观察高血压脑出血术后使用三七通舒胶囊治疗,表明三七通舒胶囊作为中药活血化瘀药,具有综合调理作用,疏通血脉,改善微循环、促进神经功能恢复的作用,在高血压性脑出血稳定期使用是安全有效的。提示采用中西医结合治疗高血压性脑出血,可以弥补单一治疗方法中的不足。

参考文献

[1] 杨磊,秦伟,胡文立.脑出血研究新进展[J].中风与神经疾病杂志,2007,24(1):114-116

腰椎间盘突出症的生物力学分析

王录军 党小利

(陕西省渭南职业技术学院护理系微药教研室 渭南 714000)

摘要:腰椎间盘突出症是临床上常见的腰腿痛疾病,该病在椎间盘变性的基础上,由于外伤受寒史或积累劳损而诱发。好发于中青年,发病部位以L4~5、L5/S1椎间盘多见。为了快速有效的治疗此症,根据生物力学原理分析椎间盘组织的生理与病理特性,再以力学原理的方法,利用中医推拿手法与现代高科技技术相结合,多方位快速牵引床治疗腰椎间盘突出症,使突出的髓核回纳或移位,不再压迫神经根,以消除腰部和下肢的临床症状及体征,而使本症在短时间内得到治愈。

关键词:腰椎间盘突出症 生物力学原理

【中图分类号】R4

【文献标识码】A

【文章编号】1008-1879(2011)08-0016-01

椎间盘是人体椎骨之间不可缺少的弹性软垫,对人体的垂直重心起缓冲作用,缺少不可。由于重力的作用及人体生理弯曲,特别是腰曲,从腰曲以上的重力,主要重心压在腰曲处。也就是在L3~L4~L5~骶1间三部位椎间盘的受力最大,且稳定度不高。在临床上以三个部位椎间盘突出为多见,引起腰腿痛、麻等一系列腰腿症状,严重的病人不能行走,坐卧不安。要全面了解腰椎间盘突出症,就先要了解腰椎的生物力学特点。

1 腰椎的生物力学特点大致如下

1.1 腰椎的生理曲度:正常情况下,腰椎前凸,顶端在腰3和腰4椎体前面。这种生理曲度是人类从婴幼儿爬行时开始到站立后逐渐形成的。在婴儿爬行时,由于腹部的重量牵拉,腰部自然凹陷,使腰椎生理曲度初步形成。站立后,由于负重使椎体及椎间隙前宽后窄,椎间盘前宽后薄。腰椎生理曲度在性别上也有一定的差异,女性一般较男性为大。腰椎生理曲度的存在是脊柱自身稳定和平衡的需要。腰椎生理曲度变化,说明腰椎的稳定性和平衡受到了影响,某些组织就处于非正常受力状态,易发生相应部位的劳损性疼痛。

1.2 腰椎的连接和支持:腰椎的连接和支持除了骨性连接和椎间盘外,还有周围的韧带、肌肉,髋部、胸腹部的肌肉也发挥着重要的作用。主要的韧带有前纵韧带、后纵韧带、黄韧带、棘间韧带及棘上韧带。一旦腰椎的韧带发生损伤,也可以在不同程度上造成腰部疼痛。腰部、筋部和胸腹部支持腰椎稳定的肌肉很多,直接作用于腰椎的肌肉有背阔肌、下后锯肌、骶棘肌、腰方肌、腰大肌等,间接作用于腰椎的肌肉有腹前外侧壁肌、臀大肌、股二头肌、半腱肌、半膜肌等。这些肌群以腰椎为轴心,前后左右相互平衡和协调,协助韧带维持腰椎相对稳定;维持腰椎于某一特定状态;提供动力,使腰椎产生各个方向的运动;在一定程度上承受作用于躯干的外力。外伤、劳损、受寒可使上述肌肉及其筋膜发生炎症而产生腰部疼痛等症状。

1.3 腰椎的负荷:腰椎的负荷相当大,站立时,躯干、双上肢和头颈部的重量要经过腰椎向下传导,坐位时,重力对腰椎的影响可略微减少一些。即使在完全卧床、全身放松时,椎旁的肌肉仍然对椎间盘产生挤压作用;在人体背负重物时,腰椎所承受的压力则更大。实验证明,咳嗽时腰3-4椎间盘的负荷有80公斤,屈膝直腰上举10公斤的重物时承受的负荷是180公斤。因此,腰椎比其它关节较易发生退行性变,尤其是椎间盘髓核的退变

2 导致腰椎间盘突出的原因,有内因也有外因,内因主要是腰椎退行性改变;外因则有外伤,劳损或过劳,受寒受湿等

2.1 椎间盘的退行性改变:椎间盘缺乏血液供给,修复能量较弱,日常生活中椎间盘受到各方面的挤压,牵拉和扭转作用,易使椎间盘髓核、纤维环、软骨板逐渐老化,导致纤维环易于破裂,而致椎间盘突出。

2.2 外伤:由于腰椎排列呈生理前凸,椎间盘前厚后薄,当患者

在腰部损伤、跌伤、闪腰等时,椎间盘髓核向后移动,而致椎间盘向后突出。

2.3 过度负荷:当腰部负荷过重,长期从事弯腰工作,如:煤矿工人或建筑工人,需长期弯腰取重物,椎间盘负重超过100千帕/平方厘米以上时,即导致椎间盘纤维环破裂。

2.4 长期震动:汽车和拖拉机驾驶员在驾驶过程中,长期处于坐位及颠簸状态时,椎间盘承受的压力过大,可导致椎间盘退变和突出。同时震动亦影响椎间盘营养,对微血管的影响均可加速椎间盘突出。

2.5 腰穿:早在1935年就有发现腰穿后椎间隙变窄及椎间盘突出报道。

3 腰椎间盘突出症的治疗主要是牵引治疗

牵引疗法是应用力学中作用力与反作用力之间的关系,通过特殊的牵引装置来达到治疗目的的一种方法,主要作用:起腰部的固定和制动作用、松弛腰背部肌肉。在牵引时,若将患者腰椎放置在生理曲线状,随着牵引时间的延长,列线不正的现象可以逐步恢复至正常。牵引疗法还可使椎间隙逐渐被牵开,而有利于突出物的还纳。对于病程相对较长的患者,牵引可合粘连组织和挛缩的韧带、关节囊牵开使椎管间隙相应增宽,两侧狭窄的椎间孔也可同时被牵开,从而缓解或消除了对神经根的压迫与刺激,对减轻下肢麻木和疼痛有较好效果。腰椎间盘突出症的治疗还有式手法治疗,是一种通过操作者的双手,在患者骨关节部位进行推动、牵拉、旋转等被动活动的一种治疗方法。它以骨关节的功能解剖为治疗基础,以骨关节活动的生物力学原理为指导,采取相应的手法技术,以达到改善患者骨关节功能、缓解临床症状的目的,针对腰椎间盘突出症。药物治疗,椎间盘突出症的药物治疗一般仅作为以缓解症状为主要目的的一种辅助性治疗手段。对于疼痛症状难以忍受、不能平卧、不能入睡的患者可适当给予抗炎和止痛药物口服;或者可用解痉镇痛酊外涂,以缓解局部疼痛。尽量减轻患者的痛苦,有利于施行其它康复治疗。急性期,脊神经根袖处水肿较为明显,为了消除局部的反应性水肿,可静脉滴注类固醇类药物,服用双氢克尿塞等利尿剂,静脉加压滴注甘露醇等脱水剂。对于在退行性改变基础上发生的腰椎间盘突出症患者,特别是老年患者,可以服用硫酸软骨素A(康得灵)。

4 腰椎间盘突出症的康复及预防

人们出现腰痛的机会越来越多。除了腰肌劳损、急性腰扭伤等引发腰痛外,椎间盘突出症是引发中老年人腰痛的又一常见原因。这种腰痛,轻者仅为腰酸背痛,重者则表现为腰直不起来,并伴下肢麻木、酸胀、疼痛等。由于椎间盘突出是种退行性病变,因此要想让这种腰腿痛完全断根是不太可能的;惟有平时注意自我保健,方可缓解症状,预防疼痛再度发作。

[2] Huang FP, Xi G, Keep RF, et al. Brain edema after experimental intracerebral hemorrhage: role of hemoglobin degradation products [J]. J Neurosurg, 2002, 96(2): 287-293

[3] 王白玲, 王晓东. 脑出血急性期中医治法概况[J]. 中国中医急症, 2006, 15(9): 1025-1026

[4] 梁焕英. 中西医结合治疗急性脑出血病的研究进展[J]. 中医药信息, 2007, 24(3): 4-7

[5] 陈汝兴. 应加强脑血管疾病活血化瘀治疗的研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2000(7): 131