

在表皮层中,角质层增厚,其间有排列成层的角化不全细胞,层与层之间充满空气,使鳞屑显为白色。在静止期病变,表皮角化过度或角化不全明显。在角化不全的部位下方,颗粒层的细胞很少或完全消失。银屑病的的基本病理特点是表皮细胞增殖过快和角化不全,一种药物如能抑制表皮细胞的增生,或者改善角化不全(促进颗粒层形成)者,就具有治疗银屑病的药理作用<sup>[3]</sup>。小鼠尾部鳞片的表皮,其天然的角化形式与人类银屑病表皮相似,都缺少颗粒层的形成。本实验利用这种动物模型对香鳞毛蕨醇提

物软膏与水提物软膏对小鼠尾部鳞片表皮的颗粒层形成作用进行评价。实验结果显示,无论是醇提物软膏还是水提物软膏都能显著促进颗粒层的形成,故对银屑病具有治疗作用。但香鳞毛蕨水提物软膏比醇提物软膏作用弱,有显著性差异( $P < 0.01$ )。

参考文献:

- [1] 徐冬英. 药用蕨类植物的研究进展 [J]. 中医药信息, 1997, 14(4): 20-21.
- [2] 苏艳, 钟白玉. 复方治银屑对鼠尾鳞片表皮的实验研究 [J]. 重庆医学, 1999, 29(4): 309-310.
- [3] 郑家润. 抗银屑病药物治疗和研究的现状及展望 [J]. 中华皮肤科杂志, 1997, 14(4): 18-20.

## 天眩清注射液治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床研究

姜守军<sup>1</sup>, 白卫星<sup>2</sup>, 陈文霞<sup>1\*</sup>

(1. 河南中医学院第一附属医院, 河南 郑州 450003; 2 郑州市第四人民医院, 河南 郑州 450000)

椎-基底动脉供血不足(VBI)性眩晕是神经系统的常见病,其特点为反复发作,缠绵难愈,易于导致急性脑血管病。颈椎病和动脉粥样硬化是导致本病的两大基础病因,虽然治疗方法很多,但缺乏有效的治疗方法。笔者于1998年9月~2001年3月将天眩清注射液与丹参注射液治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕72例进行了对照观察,取得了满意疗效,现报道如下:

### 1 临床材料

1.1 观察对象: 72例椎-基底动脉供血不足性眩晕患者均为本科住院或门诊患者,随机分为观察组和对照组。观察组40例,男22例,女18例,年龄44~71岁,平均年龄59岁,病程2个月~5年,合并动脉硬化22例,高脂血症11例,缺血性脑卒中史7例。对照组32例,男19例,女13例,年龄45~70岁,平均年龄60岁,病程3个月~4.5年,合并动脉粥样硬化15例,高脂血症13例,缺血性脑卒中史4例。入选72例病人中,头颅超声多普勒(TCD)检查,观察组35例异常,阳性率为87.5%;对照组27例异常,阳性率为84.4%,主要表现为血流速度减慢、频谱离散度增大、波峰不规则。观察组椎动脉(VA)异常15例(单侧异常8例,双侧异常7例),同时有基底动脉(VA+BA)异常20例(单侧异常7

例,双侧异常13例);对照组椎动脉异常12例(单侧异常7例,双侧异常5例),同时有基底动脉异常15例(单侧异常6例,双侧异常9例)。观察组与对照组眩晕伴猝倒者为8例与6例;复视或视野模糊为5例与4例;双侧上下肢无力各4例;耳鸣为12例与10例;构语障碍4例与3例;听力减退各3例。

1.2 诊断标准<sup>[1]</sup>: (1)反复发作性眩晕,眩晕为旋转感,或视物晃动感,多因头位或和体位变动而诱发;(2)伴有其它脑干一过性缺血症状,如黑朦、复视、内耳疼痛、肢体麻木无力、猝倒、昏厥等;(3)有轻微脑干损害体征,如角膜和咽反射减退,辐辏反射异常,自发性或轻轻压迫一侧椎-基底动脉后诱发眼震等;(4)病因明确,如颈椎病、动脉硬化、高脂血症等引起;(5)排除眼、耳和颈部及其它疾患所致眩晕;并经TCD、颈部X线片、CT、脑血流图检查等证实为椎-基底动脉供血不足性眩晕者。

### 2 方法

2.1 治疗方法: 观察组与对照组基础治疗相同(5%葡萄糖注射液或生理盐水500 mL,丹参注射液20 mL iv,每天1次,10 d为1疗程),观察组再给予天眩清注射液(昆明制药集团股份有限公司生产,每支含天麻素200 mg),3支加入5%葡萄糖注射液或生理盐水500 mL中静滴,每天1次,10 d为1

\* 收稿日期: 2001-12-01

作者简介: 姜守军(1966-),男,河南沈丘县人,副主任医师,医学硕士,1988年毕业于河南中医学院中医系,1997年获得河南中医学院医学硕士学位,现在河南中医学院第一附属医院从事内科临床、科研、教学工作。曾在学术期刊上发表论文10余篇,并主持参与省科委、教委科研项目4项,获二等奖以上2项。Tel: 13838157072

疗程

2.2 观察内容:记录治疗前 1个月眩晕发作次数及治疗期间眩晕发作次数;治疗前及治疗后各作 1次 TCD 检查

2.3 统计学处理:采用 t 检验

3 结果

3.1 疗效评定标准<sup>[2]</sup>:治疗结果分为完全控制、显效、有效和无效 4种。治疗 1个月的疗效评定按以下公式求得眩晕系数:眩晕系数=治疗 1个月平均发作次数/治疗前 1个月平均发作次数× 100%,如眩晕系数为 0,则为完全控制,1%~ 40% 为显效,41%~ 80% 为有效,大于 80% 为无效

3.2 治疗结果

3.2.1 治疗 1个月症状改善结果:见表 1

表 1 两组疗效结果 (% 例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	20/8	55/22	12.5/5	12.5/5	87.5/35 <sup>△</sup>
对照组	32	12.5/4	21.9/7	31.2/10	34.4/11	65.6/21

与对照组比较:△P < 0.05

3.2.2 治疗后 6个月,观察组 40例中 25例追踪观察 6个月,眩晕完全控制 10例,显效 12例,有效 3例;对照组 32例中有 18例追踪观察 6个月,完全控制 2例,显效 1例,有效 4例

3.2.3 血流指标变化:经 TCD检测(治疗前与治疗 1个月各作一次 TCD)观察血流速度和血管搏动指数(PI),PF=收缩峰速度-舒张末速度/平均速度。两项指标的变化见表 2

两组治疗前血流速度及 PI值比较具有可比性

表 2 两组治疗前后血流速度及 PI比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	血流速度 (cm/s)		PI		
		V <sub>A</sub>	V <sub>A+</sub> B <sub>A</sub>	V <sub>A</sub>	V <sub>A+</sub> B <sub>A</sub>	
观察组	治疗前	35	28.6 ± 5.05	30.02 ± 6.55	1.14 ± 0.14	1.4 ± 0.13
	治疗后		37.23 ± 6.74 <sup>△△*</sup>	38.22 ± 5.61 <sup>△△*</sup>	0.81 ± 0.22 <sup>△△**</sup>	1.17 ± 0.25 <sup>△△*</sup>
对照组	治疗前	27	29.0 ± 5.01	31.07 ± 6.14	1.15 ± 0.13	1.43 ± 0.12
	治疗后		32.93 ± 6.71 <sup>△</sup>	34.98 ± 5.75 <sup>△</sup>	1.02 ± 0.18	1.29 ± 0.17 <sup>△</sup>

与本组治疗前比较:△P < 0.05 △△P < 0.01; 与对照组治疗后比较:\* P < 0.05 \*\* P < 0.01

(P > 0.05),观察组治疗后与对照组治疗后血流速度及 PI值比较有显著性差异。

4 讨论

椎-基底动脉供血不足性眩晕是神经内科常见病之一。现代医学认为,本病主要与动脉硬化,血流动力学改变以及椎-基底动脉周围疾患如颈椎病密切相关。其基本病理生理改变是由于各种原因导致椎-基底动脉系统血流量减少,造成局部脑组织,尤其是平衡器的供血不足<sup>[3]</sup>。本病属祖国医学“眩晕”范畴,多发于老年人。由于老年人阴阳失调,肝阳偏亢,加之血流缓慢,气血失和,瘀血阻于脑窍、脉络,气血不能上荣头目,脑失所养而头晕目眩。治以平肝潜阳,活血通络。天眩清注射液是从中药天麻中提取的有效单体天麻素精制而成。现代药理研究表明:天麻素具有增加中央和外周动脉血管顺应性,降低外周阻力,增加椎-基底动脉供血,以及神经保护作用<sup>[4]</sup>。基于此认识,我们治疗本病,在常规静滴丹参

注射液的基础上,静滴天眩清注射液以达平肝潜阳,活血通络,疗效满意,总有效率达 87.5%,明显优于对照组(有效率为 65.5%),且疗效巩固,远期疗效亦较好。同时通过治疗前后 TCD 指标的观察,提示两者合用能明显增加 V<sub>A</sub> B<sub>A</sub>的血流速度,降低 PI 值以改善脑血液循环,为临床治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕开辟了新的途径。在观察过程中,除 1 例静滴天眩清注射液出现口干(停药后消失)外,未发现其它不良反应。说明静滴天眩清安全可靠,提供了临床应用的可行性。

参考文献:

[1] 黄珉芳. 桃红四物汤为主治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕 50 例观察 [J]. 浙江中医杂志, 1999, 34(5): 193-194.  
 [2] 赵沛英,李志光. 西比灵治疗周围性眩晕疗效观察 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1993, 28(1): 32-33.  
 [3] 孙岩,陈眉. 醒脑静注射液为主治疗椎-基底动脉供血不足 46 例 [J]. 浙江中医学院学报, 2000, 24(2): 123-124.  
 [4] 薛柳华,唐一鹏,孙承琳. 天麻素对缺血再灌注神经细胞膜的保护作用 [J]. 北京中医药大学学报, 1998, 21(3): 18-21.

欢 迎 投 稿      欢 迎 订 阅