神经内镜治疗蛛网膜囊肿虽然具有很多优点,但手术中仍有许多问题需要注意。内镜手术仍需要解决止血的问题,虽手术的创面较小,但是如果出血不能止住,影响手术中的视野,这时,通常需要大量的冲洗液进行长时间的冲洗,这样便会引起颅内压增高的情况;内镜手术还受工作通道和光缆通道的限制性;内镜造瘘口后在术后一段时间内会逐渐闭合,囊肿的缩小程度有一定的限制性等[11-12]。这些问题都是神经内镜术今后改进的方向。总之,神经内镜手术治疗蛛网膜囊肿仍是较好的手术方式之一,应该在临床上大力推广。

参考文献:

[1] Johnson R D, Chapman S, Bojanci S. Endoscopic fenestration of middle cranial fossa arachnoid cysts: does size matter? [J]. J Clin Neurosci, 2011, 18(5): 607-612.

[2] 郭俭, 席永强, 汤深. 囊壁切除加囊腔屏蔽术治疗颅内蛛网膜囊肿[J]. 中国临床神经外科杂志, 2008, 13(11): 688-690.

[3] 张俊义, 李玉峰, 王建军, 等. 肌肉填塞治疗颅内蛛网膜囊肿[J]. 中华神经外科杂志, 2003, 19(2): 155.

[4] 左明武, 张陇平, 陈宁军, 等. 蛛网膜囊肿外科治疗55例临床分析[J]. 临床医学, 2010, 30(11): 104-105.

[5] 张婷, 马杰. 颅内蛛网膜囊肿的诊断与治疗新进展[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2010, 9(2): 187-189.

[6] 杨利孙, 章翔, 费舟, 等. 儿童颅内蛛网膜囊肿的手术探讨[J]. 中华小儿外科杂志, 2001, 22(3): 163-165.

[7] Netra R, Min L, Shao-Hui M, *et al*. Spinal extradural meningeal cysts: an MRI evaluation of a case series and literature review[J]. J Spinal Disord Tech, 2011, 24(2): 132-136.

[8] Nowoslawska E, Polis L, Kaniewska D, *et al*. Neuroendoscopic techniques in the treatment of arachnoid cysts in children and comparison with other operative methods[J]. Childs Nerv Syst, 2006, 22(6): 599-604.

[9] Fleck S K, Baldauf J, Langner S, *et al*. Arachnoid cyst confined to the internal auditory canal-endoscope-assisted resection: case report and review of the literature[J]. Neurosurgery, 2011, 68(1): E267-E270.

[10] Alexiou G A, Varela M, Sfakianos G, *et al*. Shunting for the treatment of arachnoid cysts in children[J]. Neurosurgery, 2010, 67(6): 1632-1636.

[11] Gedikbasi A, Palabiyik F, Oztarhan A, *et al*. Prenatal diagnosis of a suprasellar arachnoid cyst with 2- and 3-dimensional sonography and fetal magnetic resonance imaging: difficulties in management and review of the literature[J]. J Ultrasound Med, 2010, 29(10): 1487-1493.

[12] 崔刚, 吕健, 巩守平. 神经内镜手术治疗外侧裂蛛网膜囊肿临床分析[J]. 临床神经外科杂志, 2009, 6(1): 21-23.

(**收稿**:2012-10-12;**修回**:2013-02-21)

(编辑 栾 嘉)

经验交流

文章编号:1000-5404(2013)08-0806-03

血塞通和银杏达莫治疗急性脑梗死临床对照研究

安志刚,王 威,任 江 (110101 沈阳,辽宁省血栓病中西医结合医疗中心)

[**关键词**] 急性脑梗死;血塞通;临床观察;银杏达莫

[**中图法分类号**] R743.33 [**文献标志码**] B

急性脑梗死已成为严重危害人类健康的疾病之一。李学国[1]于2007年尝试在西医常规治疗的基础上,配合中医治疗急性脑梗死,取得了一定的临床效果。我们于2009-2010年,利用中药针剂血塞通注射液和银杏达莫注射液分别治疗急性脑梗死各120例,取得了比较满意的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2009-2010年来我院中西医结合医疗中心内科、诊断为"急性脑梗死"的住院患者。纳入标准:①发病<3 d。首次发病。②符合全国第4次脑血管病学术会议修订的诊断标准。③CT扫描确诊:梗塞灶面积的最大直径在3 cm以下。

[**通信作者**] 安志刚,E-mail:azg117@sina.com

[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130131.1705.002.html(2013-01-31)

排除标准:选择病例时排除了颅内出血、合并严重器质性疾病、感染性疾病(乙型病毒性肝炎、丙型病毒性肝炎、戊型病毒性病毒肝炎、艾滋病)、脑外伤、严重心血管疾病如心肌梗死和代谢性疾病如尿酸症和严重糖尿病等及近期手术者。该临床研究项目经过本院伦理委员会批准,并与患者签订了知情同意书。

1.2 诊断标准

按照1995年第4届全国脑血管病学术会议制定的脑梗死诊断标准[2],选择发病3 d以内的病例,全部病例经头部CT和/或MRI确诊。中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》[3]。

1.3 分组及治疗方法

患者分为2组,血塞通治疗组:120例,男性61例,女性59例,年龄48~68岁,平均57岁;银杏达莫治疗组:120例,男性66例,女性54例,年龄50~70岁,平均58岁。2组患者年龄、性别、神经功能障碍及伴发疾病无明显差别。

血塞通治疗组:给予血塞通注射液10 mL(200 mg,云南植物药业有限公司,国药准字z53020134)加入5%葡萄糖注射液

250 mL静脉滴注,每天1次,14 d为1个疗程。

银杏达莫治疗组:给予银杏达莫注射液(山西普德药业有限公司,国药准字H14023515)20 mL加入0.9%氯化钠注射液100 mL静脉滴注每天1次,14 d为1个疗程。

2组应用脱水剂及辅助治疗相同(阿司匹林100 mg/d,蝮龙抗栓丸5 g×3次/d)。1个疗程结束后根据病情采用口服药物治疗或/和康复治疗。

1.4 疗效评定标准

治疗14 d进行疗效判定,根据1995年第4届全国脑血管病学术会议制定的脑梗死诊断标准[2]为依据。基本治愈:自觉症状完全缓解,肌力达到Ⅳ~Ⅴ级,生活自理;显效:自觉症状缓释,肌力提高Ⅱ级以上,生活部分自理;好转:瘫痪及失语改善,肌力提高Ⅰ级,生活不能自理;无效:症状、体征与治疗前无变化或加重。

1.5 观察指标

临床表现:每天问诊,了解患者自觉症状缓解情况,检查肌力等体征变化。

CT影像:观察治疗前后头部CT影像变化,重点观察梗死病灶半暗带消失情况。

血液流变学指标检测:治疗前和治疗后定期采血,常规方法检测全血黏度、血浆黏度、血浆纤维蛋白原含量的变化,分析比较治疗前后血液流变学的改善情况。

1.6 统计学分析

采用SPSS 13.0统计软件,血塞通治疗组和银杏达莫治疗组临床疗效的差别和血液流变学指标变化采用配对t检验进行分析。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较

2组患者年龄、性别、神经功能缺损及伴发疾病比较无明显差别。血塞通和银杏达莫治疗组临床疗效见表1,2组均显示出一定的疗效,患者自觉症状好转,肌力有一定的恢复。经统计学分析2组疗效差别有统计学意义($P<0.05$)(表1),提示血塞通治疗组总有效率明显优于银杏达莫治疗组。

表1 血塞通和银杏达莫治疗组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率
血塞通组	120	74(61.7)[a]	28(23.3)	12(10.0)	6(5.0)[a]	114(95.0)[a]
银杏达莫组	120	54(45.0)	30(25.0)	20(16.7)	16(13.3)	104(86.7)

a:$P<0.05$,与银杏达莫组比较

2.2 2组治疗前后血液流变学指标的变化

血塞通和银杏达莫治疗前后血液流变学指标的变化见表2,除全血黏度高切外,血塞通组治疗1个疗程后(14 d),所检测的3项血液流变学指标即全血黏度低切、血浆黏度、血浆纤维蛋白原含量均明显降低,与治疗前比较,其差别有统计学意义($P<0.05$,$P<0.01$)。而银杏达莫治疗组经1个疗程的治疗后,所检测的4项血液流变学指标呈现了一定的下降趋势,除纤维蛋白原外,其他3项指标与治疗前相比,其差别无统计学意义($P>0.05$),提示血塞通治疗对血液黏稠度的改善略优于银杏达莫。

表2 血塞通和银杏达莫治疗前后血液流变学指标变化($\bar{x}\pm s$)

组别	n	全血黏度低切(mPa·s)	全血黏度高切(mPa·s)	血浆黏度(mPa·s)	纤维蛋白原(g/L)
血塞通组	120				
治疗前		12.70±2.68	5.58±1.42	2.88±0.62	4.40±0.45
治疗后		7.08±1.81[a]	4.30±1.12	1.59±0.42[b]	3.38±0.54[b]
银杏达莫组	120				
治疗前		13.15±3.12	5.57±1.32	2.65±0.95	4.43±0.41
治疗后		10.60±3.47	4.61±1.01	1.92±0.91	3.69±0.38[b]

a:$P<0.01$,b:$P<0.05$,与治疗前比较

2.3 2组头部CT影像变化

头颅CT证实2组均有病灶半暗带消失、好转者血塞通治疗组为102例(85.0%),平均治疗起效时间为8(3~10)d。银杏达莫治疗组为76例(63.3%),平均起效时间为10(4~11)d,血塞通治疗组平均起效时间略优于银杏达莫治疗组。

3 讨论

现代医学认为,脑梗死是动脉粥样硬化基础上的血栓形成或动脉硬化斑块脱落造成的脑血管闭塞,引起局部脑组织坏死,其发病与血液黏度升高、血小板聚集、血栓形成、血管内皮细胞损伤及活性氧自由基增加等密切相关。

血塞通注射液主要成分为三七总皂苷,由人参皂苷和三七皂苷组成,具有益气、化痰祛瘀、活血化瘀等作用。近年的一系列研究表明,血塞通具有改善微循环、抗炎、清除自由基、保护神经细胞等作用。本研究利用血塞通注射液治疗脑梗死发现:血塞通治疗能够改善全血黏度和血浆黏度,血浆纤维蛋白原含量明显降低。头部CT检查显示不同部位的脑梗死病灶经血塞通治疗半暗带消失。同时临床观察可见:血塞通治疗组患者神经系统的症状和体征有逐渐改善之趋势,总有效率达95.0%。银杏达莫注射液也是急性脑梗死的常用药物,主要有效成分为银杏黄酮。本研究利用银杏达莫注射液进行治疗,也观察到了较好的有效率(86.7%),这一结果与文献[4-5]报道相似。另外,本研究中银杏达莫注射液在使用后个别病例出现了头痛、恶心等副作用,可能是个体的不适应。本研究结果提示血塞通和银杏达莫在一个疗程(14 d)的总体疗效相似,但血塞通略显优势,且起效时间略快。

近年来,有关血塞通用于治疗神经系统疾病和心血管疾病的临床研究逐年增多[6-10]。总体上,血塞通注射液不同程度地改善了患者的血液黏度和组织器官的缺血缺氧状况,收到了一定的疗效。本研究利用血塞通注射液治疗急性脑梗死所观察的临床疗效较其他报道略高,总有效率达95.0%。而且,本研究所用的血塞通剂量较小,每天200 mg的用量,14 d的疗程可以收到预期的疗效。文献[11]报道与我们临床经验均发现血塞通有一定的副作用,且用药剂量偏大或用药时间过长,患者会出现不良反应。因此我们主张血塞通注射液剂量不宜过高,用药时间不易过长。综合本研究结果和文献报道,我们认为血塞通治疗急性脑梗死疗效确切,临床上可以积极推广使用。

参考文献：

[1] 李学国. 半夏白术天麻汤加味治疗风痰瘀阻型缺血性中风的疗效观察[J]. 北京中医, 2007 , 26(5): 287 -288.

[2] 王新德. 脑血管疾病分类草案[J]. 中华神经精神科杂志, 1988, 21(1): 59 -60.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 24 -25.

[4] 陈娟, 李淑君. 银杏达莫注射液治疗急性脑梗死的临床疗效观察[J]. 神经损伤与功能重建, 2007, 2(5): 291 -293.

[5] 买振江, 李卫玲,党娟娜. 银杏达莫注射液配合西药治疗急性脑梗塞10例[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(10): 33 -34.

[6] 吴媚. 疏血通与血塞通治疗急性脑梗死的临床疗效[J]. 中国老年学杂志, 2011, 30(21): 3166 -3167.

[7] 杨挺, 蒋赞利, 茅祖斌. 血塞通在中枢神经系统疾病中的应用[J]. 现代医学, 2010, 38(1): 86 -89.

[8] 丁俊蓉, 周益伟, 赵晓燕. 血塞通软胶囊对颈动脉粥样硬化软斑块的影响[J]. 国际中医中药杂志, 2010, 32(1): 20 -21.

[9] 陈实, 蒋科威, 卢杭桢. 注射用血塞通治疗急性脑梗死的近期疗效[J]. 实用医学杂志, 2006, 22(12): 1405 -1406.

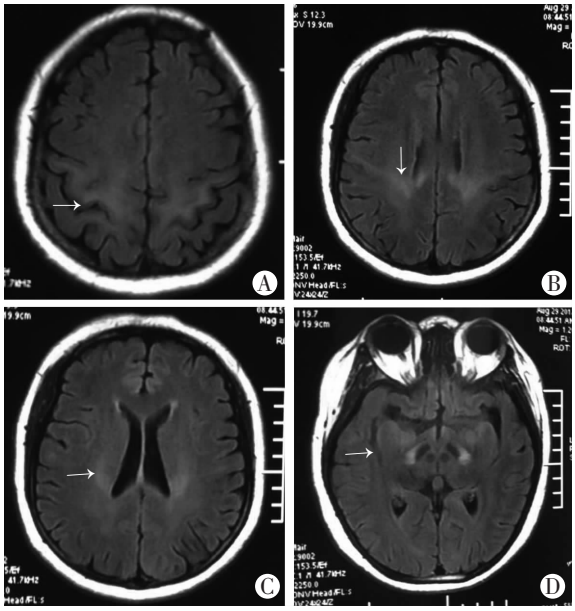
[10] 葛晓航. 血塞通对糖尿病与非糖尿病性脑梗死病人血脂及血液流变学的影响[J]. 陕西医学杂志, 2009, 38(11): 1489 -1491.

[11] 鞠翠玲, 刘爱艳, 王光龙. 血塞通的不良反应[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(12): 3012 -3013.

(收稿:2012-12-30;修回:2013-01-18)

(编辑 王 红)

(上接804页)



A:双大脑皮层异常信号;B:半卵圆中心异常信号;C:双内囊后肢异常信号;D:双丘脑异常信号;箭头示锥体束走行区高信号

图1 肌萎缩侧索硬化症患者从皮层到丘脑部位异常MRI表现

2 讨论

肌萎缩侧索硬化症(amyotrophic lateral sclerosis,ALS)是运动神经元病的一种,是病因未明的选择性侵犯脊髓前角细胞、脑干后组运动神经元及锥体束的慢性进行性变性疾病。临床上上下运动神经元受损症状体征并存,表现肌无力、肌萎缩与锥体束征,感觉和括约肌功能一般不受影响。根据临床症状、体征(肢体远端小肌肉无力、萎缩)和肌电图检查,通常可以确定下运动神经元的受累,而上运动神经元损害目前仅从体征(如锥体束征)上加以察觉,常规MRI可以显示锥体束的T_2加权像(T_2WI)异常高信号,从而为判定上运动神经元病变提供客观的依据。锥体束为人体最大、最重要的下行白质纤维束,由于组织上的特点在正常人群中可表现局限性T_1WI略低信号及T_2WI略高信号,有报道称锥体束对称性明显高信号(信号强度高于正常灰质)才符合ALS诊断,特别是内囊后肢处高信号征象如果同时出现于T_2WI和质子加权像(PDWI),则高度支持ALS的诊断[1],临床工作中需要与正常影像鉴别。除正常人群存在锥体束MRI稍高信号外,一些疾病如多发性硬化、脑白质病变、脑出血等同样表现高信号征象,只是多不仅限于锥体束走行区,故鉴别并不困难。本患者头颅MRI:双顶叶、半卵圆中心、内囊后肢、丘脑、大脑脚对称性斑片状明显高信号,均为锥体束走形区,对诊断ALS提供了影像上的支持。ALS患者MRI的异常信号与病程的关系目前尚不明确,有病例报道出现皮质脊髓束T_2WI高信号患者的病程相对较短(平均9个月),而上述区域表现为正常时则患者的病程相对较长(平均22.5个月)[2],这种现象是否可解释常规MRI异常信号显示率不高,或者说明ALS患者MRI异常信号与病程有关,有待于多中心大样本临床试验证实。

弥散张量成像(DTI)为近年发展起来的新的影像技术,可检测到常规MRI无法显示的白质束的损害,尤其DTI各向异性分数(fractional anisotropy,FA)和平均弥散率(mean diffusivity MD)对ALS诊断意义重大,文献[3]报道FA的减少与疾病严重程度和疾病进展速度有关,尤其在伴有延髓病变患者FA值减少较明显;而皮质脊髓束中MD的增加与病程有关。与传统MRI在ALS患者中异常病灶不易被发现且缺乏特异性相比,DTI对于疑似ALS能提供快速而特异性的影像参考,从而能及时明确临床诊断,其优势明显。

参考文献：

[1] 韩静, 马林. 肌萎缩侧索硬化症的MRI研究进展[J]. 中国医学影像技术, 2006, 22(5): 785 -788.

[2] 马林, 李德军, 印弘, 等. MRI及MR扩散张量成像对肌萎缩侧索硬化症的初步评价[J]. 中华放射学杂志, 2003, 37(10): 892 -895.

[3] Agosta F, Chio A, Cosottino M, *et al*. The Present and the Future of Neuroimaging in Amyotrophic Lateral Sclerosis[J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2010, 34(10): 1769 -1777.

(收稿:2012-12-30;修回:2013-02-25)

(编辑 王小寒)