

· 经验交流 ·

中西医结合治疗脑出血临床观察

唐山工人医院神经内科 郭风鲁 司志国 王建秋 才艳玲

我院自1984年4月~1985年12月应用中西药治疗脑出血31例，同期随机无选择单纯西药组治疗25例，现就临床结果与CT观察报告如下。

临床资料

一般资料：中西药组31例，男19例，女12例，年龄25~74岁，51~70岁22例占70.9%；就诊时间：17例于发病后72小时来院。既往有高血压病史23例，冠心病史5例，糖尿病史3例，脑血管病史2例，支气管哮喘1例。西药组25例，男14例，女11例，年龄27~74岁，51~70岁18例占72%。有高血压病史14例，冠心病史3例，脑血管病史2例，糖尿病史1例。

临床症状与体征：中西药组病例活动中发病者20例(64.5%)，仅4例发病于安静状态下，余记录不详。入院时舒张压 $>110\text{mmHg}$ 16例，占51.6%，10例舒张压为 100mmHg ，仅5例血压正常。头痛13例，呕吐7例，意识障碍16例，其中昏迷7例(中度昏迷2例，轻度昏迷5例)。嗜睡5例，躁动不安4例，失语8例。体检：中枢性面瘫26例。不全性偏瘫17例，完全性偏瘫9例，偏身感觉障碍11例，假性球麻痹2例。病理反射Babinski's或Chaddock's阳性24例，其中左侧阳性10例，右侧阳性10例，双侧阳性4例。有16例脑电图异常，6例呈局限性改变。头颅超声检查5例提示中线波偏移。西药组舒张压 $\geq 100\text{mmHg}$ 19例，其中 $>110\text{mmHg}$ 9例。头痛10例，呕吐9例，意识障碍11例，其中中度昏迷5例，轻度昏迷4例，嗜睡2例。失语9例，偏瘫24例(其中不全性偏瘫14例)。Babinski's阳性20例，其中左侧阳性6例，右侧阳性8例，双侧阳性6例。脑电图异常8例。头颅超声检查中线波移位2例。

诊断依据：中西药组25例经CT确诊，有18例行腰椎穿刺，其中血性脑脊液11例，3例CT诊断脑出血而脑脊液检查正常。CT诊断脑出血部位分别为丘脑出血11例，其中有5例破入脑室；基底节区出血7例，破入脑室3例；顶叶出血2例，1例破入脑室；外囊出血2例；内囊出血、额叶出血及脑室出血各1例。25例中脑室有出血者占40%，其中以丘脑出血破入脑室为最多，占45.5%。出血量测算参照Steiner氏各断面体积相加法， $<10\text{ml}$ 者4例，11~20ml者10例，21~

40ml者6例， $>40\text{ml}$ 者5例。西药组有15例做CT检查，其中丘脑出血6例有2例破入脑室，基底节区出血4例，外囊出血3例，额叶和桥脑出血各1例。

治疗方法

西药组：主要给予降颅压药物20%甘露醇250ml，每4~6小时一次静点，重症病人加用氟美松20~30mg/日静点，有心电图异常改变给予极化液，并发感染酌情选用抗生素。昏迷或吞咽困难者于入院1~3天内即给予鼻饲，以保证中药的服用。

中西药组：在西药治疗的同时，根据中医辨证论治的原则，给予中药芳香开窍，平肝熄风，涤痰潜阳镇逆之品。一般主方为钩藤、珍珠母、石决明、牛膝各30g，天竺黄、石菖蒲各15~20g，郁金、陈皮、半夏、竹沥、菊花、甘草各10g，日一剂，水煎至200ml，分二次服用。重症闭证者加用安宫牛黄丸1丸，一日两次。脱证者用独参汤或生脉饮1支，一日三次服用。有躁动者加龙胆草15g，龙骨、牡蛎各30g；抽搐者加全蝎、蜈蚣各10g。在上方基础上，重用破血化瘀药物，三棱、莪术、乳香、没药各10g，桃仁6g，加入上药中同时煎服。病情好转渐改为养血活血药。如当归、丹参、赤芍、坤草等，恢复期参照补阳还五汤加减。

结 果

疗效评定标准：治疗后神志正常，肌力恢复到IV~V级，生活自理，无明显后遗症为临床痊愈；神志清楚，肌力较治疗前提高Ⅱ级以上，能扶杖行走者为显效；肌力进步但未达Ⅱ级，其它临床症状有改善为有效；治疗前后无变化者为无效。治疗四周评定疗效。

结果：中西药组临床痊愈11例(35.5%)，显效15例(48.4%)，有效5例(16.1%)。西药组临床痊愈5例(20%)，显效8例(32%)，有效4例(16%)。死亡8例(32%)，两组比较，经统计学处理有显著性差异($X^2=11.62$, $P<0.001$)。中西药组17例作了CT动态观察，血肿于二周内吸收者4例，三周吸收5例，四周吸收8例；脑电图恢复正常2例，1例由中度异常转为轻度异常；5例头颅超声中线波移位者全部转为正常。

体 会

脑出血为神经科多发病，国内报道病死率为24~43.3%，脑室有血者预后更差。本组经CT诊断脑出血破入脑室者40%，其中以丘脑出血破入脑室者最多(45.5%)，但经中西医结合治疗均取得满意疗效。在治疗中，重点应用了破血化瘀药物，如三棱、莪术、乳香、没药、桃仁等，不仅临床症状及体征改善，从治疗前后CT对比观察，血肿的吸收也比单纯西药治疗组

快。尤其对于因颅内血肿破入脑室，年龄过大或有心脏并发症的病人，已无法施行外科手术抢救治疗者，中西医结合治疗可望挽救病人生命。中西医结合治疗脑出血方便安全可行，无副作用。通过对17例病人CT动态观察，血肿吸收最快为二周，最长为57天。配伍破血化瘀中药治疗脑出血有促进血肿吸收、利于局部脑功能修复的作用，可为中西医结合治疗脑出血提供一个新的途径。

(本文CT检查，承蒙开滦总医院CT室协助，特此致谢)

中西医结合治疗溃疡病 350 例分析

解放军98医院 吴孝永

从1979年1月~1985年8月用我院研制的中药珍珠溃疡散结合西药阿托品、氢氧化铝凝胶治疗胃、十二指肠溃疡病350例。治疗前后均经纤维胃镜直视观察并部分活检作病理检查。疗效较好，报道如下。

临床资料 350例患者年龄在11~76岁，21~41岁198例。男231例，女119例。病程最长者39年，1~5年151例。患者均有不同程度的上腹隐痛、反酸、暖气、呕血和/或黑便，以及上腹压痛。经纤维胃镜检查诊断为胃、十二指肠溃疡。其中胃溃疡194例，十二指肠溃疡156例。最大溃疡面为 $2.5 \times 2.8\text{cm}$ 。溃疡最多者达17个。194例胃溃疡部位分布：幽门管52例，胃窦37例，胃角83例，胃体17例，胃底5例。156例十二指肠溃疡部位分布：球前壁53例，后壁50例，上壁13例，下壁34例，球后4例，胃与十二指肠、空肠吻合口各1例。随机取同一段时间内，年龄、性别、病程、溃疡部位与治疗组大致相同的30例，作为对照组。

治疗方法 (1)药物组成：珍珠、黄连各1g 海螵蛸15g 朱砂3g 硼砂6g 青黛、冰片各2g。将海螵蛸先用清水反复浸漂至无臭味，晒干后磨粉，再加入硼砂、朱砂、冰片、黄连研成细粉后与青黛、珍珠粉混匀，过100目筛即可。(2)用法：每日19时30分服阿托品0.6mg，20时将珍珠溃疡散5g与氢氧化铝凝胶20ml拌合吞服后禁食至次日早餐前。4周为一疗程，一个疗程结束后进行胃镜复查，如溃疡未愈合再行第二个疗程。

对照组用阿托品0.6mg、氢氧化铝凝胶20ml，每晚服一次，疗程同治疗组。

疗效观察 (1)疗效评定标准：参考1978年杭州全国消化系疾病会议溃疡病疗效标准。治愈：临床症状体征消失，原溃疡完全愈合。显效：临床症状体征明显

减轻，原溃疡缩小1/2以上或临床症状体征减轻不明显，原溃疡愈合。好转：临床症状体征减轻，原溃疡有缩小。无效：临床症状体征无改善，原溃疡无缩小或扩大。(2)结果：对照组第一疗程后17例胃溃疡愈合3例；13例十二指肠溃疡愈合5例；第二疗程后胃、十二指肠溃疡愈合各1例，其治愈率为33.33%。治疗组194例胃溃疡第一疗程后愈合138例，第二疗程后56例又愈合24例，其治愈率为83.51%，显效22例，好转9例，无效1例。156例十二指肠溃疡第一疗程后愈合132例，第二疗程后愈合15例，其治愈率为94.23%，显效7例，好转2例，全部有效。治疗前后活检病理检查胃和十二指肠溃疡各15例，治疗前主要见有坏死和肉芽组织及大量炎性细胞浸润，治疗后仅见有少量炎性细胞。治愈者上腹痛、反酸、暖气症状消失平均所需天数：胃溃疡分别为11、14.3、12.3天；十二指肠溃疡分别为15.2、11.5、10.1天。在治愈者中有114例于三个月、一年后进行随访和胃镜复查。其中三个月复查的29例，胃溃疡复发5例(17.2%)；48例十二指肠溃疡复发13例(27.1%)。于一一年后复查的15例胃溃疡复发4例(26.6%)；22例十二指肠溃疡复发9例(40.9%)。

体 会 本方中珍珠、青黛、黄连合用有清热、燥湿、养心安神、化腐生肌之功；硼砂、朱砂、冰片具有清热解毒防腐止痛、镇静、催眠之力；海螵蛸有制酸、止血、收敛疮面之效。珍珠溃疡散口服后可在溃疡表面形成药膜复盖溃疡，以减少胃酸对溃疡面的刺激，促进肉芽组织生长。同用少量阿托品、氢氧化铝凝胶可减少或中和胃酸，减弱胃肠道蠕动，解除平滑肌痉挛，加强珍珠溃疡散对溃疡面的附着，使之充分发挥药效，从而达到溃疡愈合的目的。