

急性脑出血早期中西医结合治疗 对患者康复的影响

吴延林

内容提要 对比观察了早期中西医结合治疗与单纯西医常规治疗, 对急性高血压性脑出血患者的病后康复状况的影响。结果表明中西医结合治疗组无论在促进颅内血肿的吸收及脑水肿的消除, 还是在促进患者神经功能的恢复方面, 疗效均较单纯西医治疗为优; 两组比较差异显著($P < 0.05 \sim P < 0.01$)。表明早期应用中西医结合的治疗方法, 对于脑出血患者的病后康复有着明显的帮助。

关键词 脑出血 颅内血肿 补肾活血 神经康复

Effect of Integrated Chinese Medicine on Early Stage of Acute Cerebral Hemorrhage WU Yan-lin LI Hui-li Hospital of Ningbo Medical Center, Zhejiang(315040)

The effect of integrated Chinese medicine (ICM) on the convalescent of acute cerebral hemorrhage patients were observed. The results showed that the effect of patients treated with ICM was better than that treated with Western medicine alone on the aspects of absorption of brain hematoma, elimination of encephaledema and recovery of neural function ($P < 0.05, 0.01$). It suggested that early application of integrated Chinese medicine is very helpful in rehabilitation of cerebral hemorrhage patients

Key words cerebral hemorrhage, intracranial hematoma, reinforce Kidney and activate the Blood, rehabilitation of nerve

为了提高脑出血患者的生存质量, 笔者对脑出血的早期中西医结合治疗与常规西医保守治疗两种方法, 进行了临床对比观察, 现报告如下。

临床资料

所选病例均为 1991 年 6 月~1993 年 6 月期间的住院患者。经 CT 等检查确诊为高血压性脑出血, 按治疗组与对照组 3:2 的比例进行分组(发病 3 日内死亡者不计入本观察)。对照组 18 例, 男性 11 例, 女性 7 例; 年龄 47~77 岁, 平均 59.61 ± 7.78 岁; 发病后 24 h 内就诊 14 例, 24~72 h 2 例, 超过 72 h 2 例; CT 检查提示血肿位于基底节区 14 例, 丘脑区 3 例, 脑叶者 1 例; 病后患者意识状态清醒者 4 例, 嗜睡者 7 例, 浅昏迷者 5 例, 深昏迷者 2 例; 病情程度分型^①属于轻型者 2 例, 中型者 10 例, 重型者 6 例, 既往史积分^①为

$5.83 \pm 2.38 (\bar{x} \pm S, \text{下同})$ 分。治疗组 27 例, 男性 18 例, 女性 9 例; 年龄 46~74 岁, 平均 60.19 ± 7.79 岁; 发病后 24 h 内就诊 19 例, 24~72 h 5 例, 超过 72 h 3 例; 经 CT 检查血肿位于基底节区 20 例, 丘脑区 3 例, 小脑 3 例, 脑叶 1 例; 发病后患者意识状态清醒者 6 例, 嗜睡者 9 例, 浅昏迷者 9 例, 深昏迷者 3 例; 病情程度分型属于轻型者 3 例, 中型者 13 例, 重型者 11 例; 既往史积分 6.85 ± 1.73 分。

以上两组各对应数值经统计学处理, 均无显著性差异($P > 0.05$), 有可比性。

治疗方法

1 治疗方法 对照组采用常规西医保守治疗。主要为降颅压、调控血压及对症治疗。在急性期(病后 7~10 天)内, 可根据病情选用静脉点滴 20% 甘露醇 250 ml, 6~8 h 1 次, 白蛋白 5 g 加入 5% 葡萄糖液 250 ml 中, 每天

浙江省宁波市医疗中心李惠利医院神经内科(浙江 315040)

1~2 次, 以及速尿、抗生素、抗应激性溃疡等治疗。急性期过后, 可酌情加用胞二磷胆碱等脑细胞活化剂。治疗组采用中西医结合治疗。在上述治疗基础上, 于患者发病后 3 天左右加用补肾活血中药, 每天 1 剂, 共 2 煎约 400 ml, 分 2 次口服, 服 5~7 剂后可间隔 1 天。对有意识障碍或吞咽障碍者, 予以鼻饲管注入。基本处方: 生大黄 9~20 g 丹参 15~30 g 何首乌 12~20 g 川牛膝 12 g 山萸肉 10 g 石菖蒲 10 g。在急性期(7~10 天以内)加用三七粉 3 g 活血止血; 对肝阳亢盛者加石决明 60 g, 天麻 12 g, 钩藤 10 g, 兼有气虚者加用黄芪 20~60 g, 太子参 15~30 g; 瘀血征象明显者可再加川芎 12~20 g, 赤芍 15 g, 红花 10 g, 桃仁 9 g, 以加强活血化瘀作用; 兼有痰湿者加用清半夏 12 g, 竹茹 15 g, 胆南星 10 g。

以上两组患者, 均以 4 周为 1 个疗程, 4 周后 CT 复查, 并评价疗效。

2 颅内血肿计算方法 按照 1981 年多田明^[2]提出的颅内血肿计算公式计算出血量。公式: $V(\text{血肿量}) = \frac{\pi}{6} \times L(\text{长轴}) \times S(\text{短轴}) \times \text{slice}(\text{层次厚度})$ 。

3 脑水肿程度分级 根据临床实践, 按照患者 CT 图象划分为以下 4 个等级: A. 无脑水肿; B. 血肿伴周围低密度影; C. B+脑室受压; D. B+C+中线移位。

4 病情评分方法 根据 1986 年全国第二次脑血管病学术会议通过的“对脑卒中临床研究工作的建议”^[1]中提出的有关标准与方法, 在患者入院后病情相对稳定时及病后 4 周 CT 复查后, 逐项对其病情进行评分。

5 统计方法 采用 χ^2 检验或 t 检验。

结 果

1 两组治疗前后颅内血肿及神经功能缺损评分比较 见附表。对照组与治疗组分别治疗 28.51 ± 9.36 天与 26.88 ± 9.64 天, 治疗期间两组各死亡 1 例。治疗组 26 例颅内血肿吸

收 18 例, 未吸收 8 例; 对照组 17 例, 吸收 7 例, 未吸收 10 例。治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$); 患者的神经功能缺损改善情况亦较对照组优 ($P < 0.01$)。表明中西医结合治疗能够明显加快脑出血患者的早期康复。治疗组平均服中药 19.28 ± 7.65 剂。

附表 两组治疗前后颅内血肿及神经功能缺损评分比较 ($\bar{x} \pm S$)

组 别	例数	颅内血肿(ml)	神经功能缺损评分
对 照	治前 18	29.84 ± 17.32	28.06 ± 7.59
	治后 17	$14.68 \pm 4.34 \Delta$	$16.12 \pm 5.73^*$
治 疗	治前 27	30.87 ± 19.17	27.22 ± 9.05
	治后 26	$21.88 \pm 7.83 \Delta \Delta$	$11.35 \pm 5.46^{* \Delta \Delta}$

注: 与治疗前比较, $^*P < 0.01$; 与对照组治后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta \Delta P < 0.01$; Δ 为已吸收的血肿体积

2 治疗后两组脑水肿改善情况 治疗前两组均无 A 级, 对照组 B 级 5 例, C 级 5 例, D 级 8 例; 治疗组 B 级 5 例, C 级 8 例, D 级 14 例, 两组比较无显著性差异 ($\chi^2 = 0.585$, $P > 0.05$)。治疗后对照组 A 级 4 例, B 级 6 例, C 级 5 例, D 级 2 例; 治疗组 A 级 15 例, B 级 9 例, C 级 2 例, 无 D 级。两组比较有显著性差异 ($\chi^2 = 8.755$, $P < 0.05$), 治疗组疗效较好。

3 两组病死率比较 两组在治疗期间各有 1 例死亡, 致死原因均为脑疝。治疗组患者死于病后第 4 天, 对照组患者死于病后第 6 天。病死率分别为 3.7%、5.56%。

讨 论

众多研究认为, 决定脑出血预后的主要因素为颅内血肿的部位、大小及脑水肿的程度^[3,4], 而脑水肿的轻重又与颅内血肿的大小呈正相关关系。因此尽快消除颅内血肿、减少其对神经细胞的损害, 是改善患者康复预后的关键所在。

目前脑出血临床保守治疗主要是以 20% 甘露醇为代表的降颅压类药物, 该类药作用强, 疗效确切。但唐北沙等对脑出血动态观察研究后认为, 脑出血后血肿吸收速度与降颅压

等治疗无相关性,脑出血血肿量大于 40 ml 者在病后 8 周以上才能完全或近完全吸收⁽⁵⁾。西药中目前尚未发现成熟理想的消除颅内血肿的药物。所以笔者选择了中西医结合的治疗方法,以弥补上述不足。经临床对比观察,采用中西医结合治疗有助于患者颅内血肿吸收和脑水肿的尽快消除,减轻患者神经功能的缺损程度。患者康复预后优于单纯西医保守治疗,两组间经统计学处理存在着显著差异。在本观察中有 1 例出血量达 80 ml 的重型脑出血患者,经 4 周中西医结合治疗(服中药 24 剂),血肿量仅剩近 15 ml,脑水肿基本消失,半年后患者的生活、劳动能力基本正常。显然,这与颅内血肿早期快速消除有着密切关系。本研究两组病死率明显低于文献报道⁽³⁾,可能与病例选择有关(即入院 3 日内死亡者不计入本研究)。

中医学认为,脑出血是由于肝肾亏损、肝阳暴涨、气血逆乱、瘀血阻滞所致。选用以大黄、丹参、山萸肉、何首乌、石菖蒲、牛膝等组成复方,以补肾活血为主兼平肝潜阳、通腑理气、逐痰降逆。方中的活血化瘀药物,经现代药理学证实,具有改善微循环障碍、降低毛细血管通透性、增强吞噬细胞功能、加速纤维蛋白溶解的作用^(6,7)。能促使侧支循环的建立,改善脑细胞缺血缺氧状态,从而可加快颅内血肿的吸收和脑水肿的消除。其中何首乌、丹参、三七、山萸肉等药物,又能提高超氧化物歧化酶(SOD)的活性,抑制过氧化脂质

(LPO)的产生^(8~10),减轻脑出血急性期神经细胞的损伤。上述中药与降颅压作用确切的西药合用,相辅相成,提高了疗效。笔者认为,这是脑出血早期康复的有效治疗方法之一,值得深入研究。

参 考 文 献

1. 1986 年全国第二次脑血管病学术会议,对脑卒中临床研究工作的建议. 中华神经精神科杂志 1988; 21(1): 57.
2. 多田明, CT による脳内血腫量の測定. 脳神経外科 1981; 9: 251.
3. 刘之荣, 吴志英, 段德新, 等. 脑出血患者的临床与死亡原因分析. 临床神经病学杂志 1993; 脑血管病研究进展专刊: 157.
4. 张雪林, 黄其流, 陈燕萍. 脑出血 CT 改变与预后. 中风与神经疾病杂志 1989; 6(1): 15.
5. 唐北沙, 杨期东, 杨 欢, 等. 脑出血的动态 CT 扫描观察. 临床神经病学杂志 1993; 脑血管病研究进展专刊: 382.
6. 李春越. 血瘀症及活血化瘀方药研究进展. 中西医结合杂志 1988; 8(5): 317—320.
7. 王合森, 赵习德. 脑出血急性期的活血化瘀治疗研究概况. 中西医结合杂志 1990; 10(11): 694—696.
8. 郭肇铮, 卢泳才, 刘小青, 等. 白首乌抗自由基损伤的研究. 中西医结合杂志 1988; 8(5): 282—284.
9. 金 鸣. 活血化瘀与自由基损伤. 中草药 1993; 24(5): 269.
10. 董而博, 冯兰飞, 高国丽, 等. 三七对大鼠 LPO 及 SOD 的影响. 中草药 1990; 21(4): 26.

(收稿: 1995—02—20 修回: 1995—08—29)

(上接第 17 页)

助于稳定和减轻病情。同时这些药本身就具有一定的抗炎、镇痛、促进组织血液循环的作用。

参 考 文 献

1. 卢 苇, 许得盛, 王文健, 等. 类风关合剂治疗类风湿关节炎 22 例. 上海中医药杂志 1993; 9: 26.
2. 戴自英. 实用内科学. 上册. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 790.
3. 徐卫东, 李 岩, 刘成贵. 类风湿关节炎患者细胞免疫反应异常的初步观察. 中华内科杂志 1990; 29(5): 296.

4. 王绪辉, 朱显华, 闵熙敬, 等. 痹证一类风湿性关节炎的实验动物模型研究. 中西医结合杂志 1990; 11(基础理论研究特集): 149.
5. 左冬梅, 张绍伦. 东北雷公藤对小鼠细胞免疫功能的抑制作用. 白求恩医科大学学报 1986; 12(5): 394.
6. 苑道学. 关于类风湿性关节炎的病因、发病机制及治疗的新观点. 国外医学·免疫学分册 1990; 3: 209.
7. Weksler ME, Moody CE Jr, Kozak RW. The autologous mixed lymphocyte reaction. Adv Immunol 1981; 31: 271.

(收稿: 1994—12—30 修回: 1995—10—19)