

· 经验交流 ·

凉血通瘀口服液对自发性高血压脑出血患者早期康复的影响*

樊 莹¹ 周仲瑛² 金妙文² 李继英¹ 顾锡镇³ 沈卫平¹ 吴 萍⁴ 李代宽⁴

自发性高血压脑出血(简称脑出血)的病死率、致残率均很高,早期有效的治疗对于患者的康复有重要作用^[1]。我们以单盲、随机、分层配对的方案,观察了凉血通瘀口服液对于脑出血患者早期康复的影响,现报告如下。

临 床 资 料

全部病例均为 1997 年 2 月~1998 年 5 月急诊科留观和脑血管病房住院的患者,诊断均符合 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的脑出血病的诊断要点^[2],脑 CT 平扫证实为幕上脑实质内的出血,发病在 48h 内入院者;除外脑干、小脑、脑室出血,蛛网膜下腔出血,血液病、肿瘤及外伤所致的颅内出血,急性脑出血在入院后 24h 内死亡或入院后 24h 内病情急剧加重,神经功能缺损程度^[3]总积分增加达到 40 分以上者。

按照脑 CT 平扫提示的出血量及出血部位,将病情相似(指病情在同一级别^[2],出血量相差 < 5 ml,年龄相差 < 5 岁)的两例病员配对,随机^[4]分配入治疗组和对照组,符合以上条件者共 72 例,配成 36 对,其中男性 39 例,女性 33 例;年龄 37~86 岁。但因对照组和治疗组分别有 4 例和 1 例患者未完成疗程,自动出院,剔除无效对子,实际共 64 例病员,配成 32 对。治疗组男 19 例,女 13 例;年龄(64.44±12.12)岁;对照组男 17 例,女 15 例;年龄(61.31±11.91)岁。其中治疗组基底节出血 17 例,丘脑出血 4 例,基底节丘脑混合出血 5 例,脑叶出血 6 例,血肿破入脑室 8 例;对照组分别为 18 例,3 例,6 例,5 例,7 例;根据脑出血病情分级^[3],治疗组轻型(0~15 分)11 例,中型(16~30 分)13 例,重型(31~45 分)8 例;对照组则分别为 10 例,15 例,7 例(两组 Ridit 检验, $U = 0.02$, $P > 0.05$);平均脑出血量治疗组为(19.22±13.39) ml,对照组为

(19.16±9.82) ml,两组无显著性差异($t = 0.029$, $P > 0.05$)。根据明·李中梓《医宗必读》对于中风病的分证,治疗组中血脉 10 例、中腑 15 例、中脏 7 例(除外内闭外脱及脱证);对照组则分别为 9 例、16 例和 7 例。治疗组和对照组患者起点中风积分^[5](分)分别为 16.91±7.16 和 17.03±7.36,既往史积分^[3](分)分别为 5.84±2.95 和 5.88±2.21,伴发病积分^[3](分)分别为 6.41±4.61 和 7.41±3.74,均无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

方 法

1 治疗方法 所有患者均于入院起采用基础疗法,即卧床休息,保持安静,低流量吸氧;维持水与电解质平衡、酸碱平衡以及一般支持疗法;颅内压过高时予以脱水,用 20%甘露醇溶液 125 ml,每 8~12h 一次快速静脉滴注,对心功能不全的患者则加用速尿静脉推注或肌肉注射,合并感染者则予有效抗生素,可用先锋霉素类静脉滴注;舒张压超过 100 mmHg(13.3 kPa)者给予适当的降压药治疗;颅内压已不高但神志恢复不佳时,加用胞二磷胆碱或脑活素静脉滴注;治疗脑出血急性期的合并症,如应激性溃疡、心及肾功能不全等;疗程为 4 周。对照组单纯采用基础疗法;治疗组则在此基础上从入院起即加用凉血通瘀口服液,主要药物组成为制大黄 10g 水牛角 30g 生地黄 15g 桃仁 10g 等,南京中医药大学中医药研究院制剂,每毫升含生药量为 2.18g,每次 30 ml,每日 2 次口服或鼻饲,4 周为 1 个疗程。两组观察 1 个疗程后评定疗效。

2 观察项目 (1)患者病死人数;(2)临床总体疗效,疗效评定采用尼莫地平方案^[5],即:〔(治疗前中风积分-治疗后中风积分)/治疗前中风积分〕×100%。≥85%为基本痊愈;50%~84%为显效;20%~49%为有效;<20%为无效。中风积分方法按《中药新药治疗中风病的临床以及指导原则》实行;(3)日常生活活动(ADL)评分的变化,采用 Bathel 氏方案^[3];(4)脑 CT 平扫脑出血量及脑水肿的变化,脑内出血血肿量采用多田氏方案^[6],即: $V(\text{血肿量}) = \pi/6 \times L(\text{长轴}) \times S(\text{短$

* 江苏省科学技术委员会自然科学基金课题(No.97056)

1. 江苏省南京市中医院暨南京中医药大学第三附属医院脑血管病研究治疗中心(南京 210001);2. 南京中医药大学;3. 江苏省中医院;4. 高淳县人民医院

轴) × Slices(层次厚度);脑水肿分级采用吴延林氏方案⁽⁷⁾,脑水肿 CT 图像分级:A:无脑水肿;B:血肿伴周围低密度影;C:B 加脑室受压;D:C 加中线移位;(5)副反应及并发症的改善。

3 统计学方法 应用 586 微机内置统计软件包统计,计量资料组间比较采用成组 t 检验,同组治疗前后比较采用配对 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料组间比较采用 Ridit 检验。

结 果

1 患者大便情况及病死人数比较 经过治疗,两组患者均有所恢复,治疗组无死亡病例,而对照组有 1 例死亡,提示加用凉血通瘀口服液比单纯基础治疗略优,但未达统计上的差异($P > 0.05$)。治疗组所有病例在服用凉血通瘀口服液之后的当日及第 2 日大便干或秘结的现象消失,疗程中患者的大便均保持通畅;而对照组病例的大便干和秘结的较为普遍,大多数患者在 5~7 天病情初步稳定后大便干或秘结的情况方有改善,部分患者在疗程期间大便干结的程度没有减轻;两组患者在大便通畅的时间方面差异显著。

2 临床总体疗效比较 治疗 4 周后与入院时比较,无论治疗组还是对照组脑出血患者的中风积分均有显著的减少;治疗后治疗组和对照组基本痊愈、显效、有效、无效的患者数分别为 11、14、7、0 例和 7、10、4、11 例,总体疗效比较提示治疗组较对照组为优(Ridit 检验, $U = 2.33$, $P < 0.05$);治疗组愈显(显效以上)率为 78.13%,对照组则为 53.13%,两组比较,有显著性差异($\chi^2 = 4.43$, $P < 0.05$),提示加用凉血通瘀口服液对于促进脑出血患者神经机能及早恢复有积极意义。

3 ADL 评分的变化 两组脑出血患者经治疗 4 周后,治疗组和对照组 ADL 评分(分)分别由治疗前的 45.43 ± 10.66 和 44.98 ± 9.51 升到 90.12 ± 12.74 和 71.34 ± 15.04 ,较各自治疗前均有显著的改善($P < 0.01$);但治疗组比对照组 ADL 的变化更大($P < 0.01$);提示用凉血通瘀口服液能够进一步促进生活质量的改善。

4 脑 CT 平扫脑出血量及脑水肿的变化 治疗组和对照组治疗后脑内血肿量均见显著减少,治疗组血肿减少程度较对照组略大,但治疗后两组间血肿量比较无显著性差异($P > 0.05$);脑水肿较治疗前均有显著的改善($P < 0.01$),且治疗组比对照组改善程度更优($P < 0.01$),见表 1。脑内血肿完全吸收例数比较:治疗组为 19 例,对照组为 11 例,两组比较,有显著性差异($\chi^2 = 4.16$, $P < 0.05$),提示凉血通瘀口服液能

够促进脑内血肿的进一步吸收。

表 1 两组患者治疗前后脑 CT 平扫脑出血量及脑水肿的变化

组别		例数	脑出血量 (ml, $\bar{x} \pm s$)	脑水肿分级(例)			
				A	B	C	D
治疗	治疗前	32	19.22 ± 13.39	0	6	8	18
	治疗后	32	2.83 ± 4.19 *	27	4	1	0 * [△]
对照	治疗前	32	19.16 ± 9.82	0	4	8	20
	治疗后	32	4.46 ± 4.01 *	11	12	6	3 *

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组同级比较,[△] $P < 0.01$

5 副反应及改善并发症的比较 治疗期间,治疗组有 2 例轻度腹泻,每日 2~4 次,未予处理,2~3 日后消失;3 例有轻度胃脘部不适,改为餐后服药则该症状消失。对于中风急性期出现的并发症和西药治疗期间可能出现器官损害等的观察提示,治疗组有 2 例出现肾功能一过性损害,5 例电解质紊乱;而对照组则分别为 8、17 例,且有 3 例出现一过性肝功能异常,提示加用凉血通瘀口服液可以减少治疗期间肾功能一过性异常率($\chi^2 = 4.27$, $P < 0.05$)、电解质紊乱出现率($\chi^2 = 9.97$, $P < 0.01$)及一过性肝功能异常。此外,治疗组有 1 例患者于治疗期间出现上消化道出血(黑便),对照组则出现 7 例(6 例黑便,1 例呕血),两组有显著性差异($\chi^2 = 4.01$, $P < 0.05$),提示凉血通瘀口服液能够减少脑出血急性期患者上消化道出血合并症的发生。

讨 论

自发性脑出血是在高血压、脑动脉硬化等基础上发生的急性脑内出血,出血后形成血肿压迫局部,而致神经功能受损;同时,血肿在颅内形成占位性病变,导致颅内压骤然升高,产生脑水肿以及一系列病理生理变化,进而导致脑疝危及生命。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^(8,9),而脑水肿的轻重又与脑内血肿的大小正相关。因此,尽快消除脑血肿、减少其对神经细胞的损害,是改善患者预后的关键之一;但是近年来神经外科采用的脑部血肿清除术或脑内血肿引流术并没有达到显著减少该病病死率、减轻其致残率的目的⁽¹⁰⁾,提示治疗上不仅要针对血肿,还应该着眼打断其发病后的一系列病理生理方面的恶性循环。

我们认为,脑出血是在肝肾亏虚、络热血瘀基础上由某些因素诱发的脑络破损、血溢脑内,造成脑内“蓄血”^(11,12);病位主要在血分,瘀热阻窍证是脑出血急性期的中心病理和主要证候;凉血活血结合通腑泄浊是我们多年来治疗脑出血急性期筛选出的较好方案^(11,12)。本研究系统地对比凉血通瘀口服液(周仲瑛教

授经验处方) 治疗脑出血急性期的临床疗效进行考察, 发现在基础疗法之上加用凉血通瘀口服液比单纯的基础疗法疗效明显地优越, 不但患者的临床症状改善较快, 中风积分、日常生活活动评分也显著改善, 脑 CT 所测定的脑水肿分级减轻较多, 与对照组比较有统计学上的差别; 两组脑内血肿量于第 4 周末与各自治疗前比较均见显著减少, 加用凉血通瘀口服液者血肿吸收量较对照组吸收更多, 血肿完全吸收者亦较对照组显著增多。加用凉血通瘀口服液可以减少西医基础疗法治疗脑出血急性期可能出现的高渗药物性肾病^[13]以及电解质紊乱等并发症或副作用^[14]的出现; 并能减少因瘀热炽盛而并发的上消化道出血的发生。对于该病患者的早期康复有较为显著的促进作用。

参 考 文 献

1. 樊 莹. 活血化瘀法治疗脑出血急性期的临床与实验研究进展. 中国中医急症 1997; 6(3): 129—135.
2. 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志 1996; 29(6): 379—381.
3. 陈清棠. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准 (1995). 中华神经科杂志 1996; 29(6): 381—383.
4. 张季平. 医学科研方法学. 南京: 江苏科学技术出版社,

- 1992: 280—281.
5. 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 1993: 35—36.
6. 多田明. CT による脳内血腫量の測定. (日) 脳神経外科 1981; 9: 251—257.
7. 吴延林. 急性脑出血早期中西医结合治疗对患者康复的影响. 中国中西医结合杂志 1996; 16(1): 21—24.
8. 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 1997; 脑血管病研究进展专刊: 157—158.
9. 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—18.
10. 郭玉璞, 王文志, 李允德. 中国脑血管病治疗专家论集. 沈阳: 沈阳出版社, 1995: 224.
11. 樊 莹, 周安南. 从伤科角度谈出血性脑卒中活血化瘀治法的确立. 中国中医急症 1994; 3(3): 124—126.
12. 沈卫平, 王志贤, 樊 莹, 等. 超早期应用复方丹参注射液结合西医基础疗法治疗脑出血 48 例临床观察. 南京中医药大学学报 1997; 13(1): 15—17.
13. 边连防, 陈晓红, 李 津. 急性脑卒中的多器官损害. 中国实用内科杂志 1997; 17(11): 655—657.
14. 陈绍宏, 张晓云, 刘永家, 等. 逐瘀化痰口服液治疗急性脑出血的临床与实验研究. 中国中医急症 1995; 4(2): 58—60.

(收稿: 1999-01-26 修回: 1999-05-18)

中药制剂在空管药物疗法中的应用

于素平¹ 马 龙¹ 李 明²

近年来, 空管药物疗法由于操作简便、疗程短、疗效肯定而逐渐被患者所接受, 用于治疗牙髓及根尖病。笔者自 1995 年初开始, 用纯中药空管药物疗法治疗患者 72 例(88 颗牙), 均获得满意的效果。现报告如下。

资料和方法

1 临床资料 72 例患者中男 40 例, 女 32 例; 年龄 15~68 岁, 患牙 88 颗, 均为双尖牙或磨牙, 其中牙髓坏死 28 颗, 根尖病 60 颗。术前均拍摄 X 光片确诊。

2 治疗方法 (1) 药物配制: 取黄连、黄柏、大黄、细辛各等份, 溶于 95% 乙醇, 浸泡 3 天, 过滤, 滤液储于棕色磨口瓶内备用。上述各味药干燥粉末过 200 目筛, 置于防潮瓶中备用。另取天然蜂胶溶于 70% 乙醇中制成酞剂备用。用时将粉、液按适当比例调拌成糊剂即可。(2) 治疗方法: 按根管治疗程序, 去髓、根管预备, 封入樟脑酚或戊二醛捻 1 次, 复诊时若患牙仍有叩痛或临床症状, 则再根管冲洗封药; 若无, 则取适量空管糊剂置于根管口, 髓室内再放少许糊剂, 水门汀垫底, 永久充填。分别于治疗后 0.5、1 年复诊拍摄 X 光片, 并追踪观察 2 年后, 进

行疗效判定。

结 果

1 疗效标准 成功: 无自觉症状, 牙齿功能良好, 叩(-), 无松动, 无窦道, X 光片示根尖病灶消失或缩小; 好转: 无自觉症状, 牙齿功能改善, 叩(±), 无松动, 窦道无分泌物或已愈, X 光片示病灶缩小; 失败: 治疗后仍有自觉症状, 叩痛明显, 松动未变或增大, X 光片示根尖病灶无改变或扩大。

2 结果 72 例患者(88 颗牙) 成功 71 颗(80.7%), 好转 10 颗(11.4%), 失败 7 颗(8.0%)。

讨 论

笔者用中药空管药物疗法治疗牙髓及根尖病患牙 88 颗, 2 年成功率为 80.7%。这与国内报道的用抗生素、激素配方的成功率基本相同。空管药物疗法成功的关键在于彻底清除根管内的感染源及很好地控制住根管内残余感染。所用中药糊剂中黄连、黄柏的有效成分—生物碱具有广谱抗菌, 增加白细胞吞噬能力。蜂胶主要含有黄酮类化合物及酚、醛等挥发性物质, 具有抗菌、消炎、镇痛、促进组织再生等作用。其酞剂抗菌作用更强, 维持时间更长。大黄本身就具有较强的抗菌作用, 此外还有消炎、止血、消肿等作用; 尤其和蜂胶混合应用, 其抗菌作用显著增强, 特别是对厌氧菌群。

(收稿: 1999-06-08 修回: 1999-11-03)

1. 黑龙江省齐齐哈尔市第一医院(黑龙江 161005); 2. 齐齐哈尔医学院附属第二医院