

• 基层园地 •

中西医结合序贯法救治脑出血 44 例的临床观察

解放军 149 医院(江苏连云港 222042)

王 超 吴效平 袁福华 孙德谦

从 1995 年元月始,我们开展了中西医结合颅内血肿微创清除术和扩血管活血化瘀相连贯治疗方法的临床观察,共救治脑出血 44 例,收到了较好效果,现报告如下。

资料与方法

1 临床资料 1995 年 1 月~1999 年 12 月收治的患者,共 44 例,均符合全国第四届脑血管病学术会议通过的标准(中华神经科杂志 1996;6:379,381),其中男性 23 例,女性 21 例,年龄 46~68 岁,平均 53 岁。均做头颅 CT 扫描,其中出血灶位于脑叶 34 例,基底节区 6 例,硬膜下血肿 2 例,混合型 2 例。以多田氏公式计算出血量: $<20\text{ml}$ 7 例, $21\sim30\text{ml}$ 8 例, $31\sim40\text{ml}$ 6 例, $41\sim50\text{ml}$ 14 例, $51\sim60\text{ml}$ 5 例, $>60\text{ml}$ 者 4 例。入院时神志清醒者 28 例,意识朦胧 11 例,浅昏迷者 4 例,深昏迷 1 例,已伴发脑疝 4 例。肢体偏瘫者 28 例,运动性失语 9 例。2 例发病前有外伤史。

2 治疗方法 在稳定血压、抗脑水肿、抗感染、防治并发症常规治疗的同时,采取下列两个步骤相连贯的治疗方法进行治疗:(1)行介入微创颅内血肿清除术。操作要领是:根据头颅 CT 片,确定头皮穿刺点,并确定进针方向及深度,头皮常规消毒,局麻后用针具对准血肿中心穿刺,穿刺成功后,通过引流管进行等量置换,直至血肿全部清除,拔出穿刺针,局部包扎。(2)患者生命体征稳定,颅内高压的症状和体征消除及 CT 扫描检查无再出血,无明显脑水肿时应用扩血管活血化瘀药刺五加注射液(为单味中药刺五加精制而成,每支 20ml,含生药 20g,黑龙江省完达山制药厂生产)静脉滴注,每次 40ml,每天 1 次,14 天为 1 个疗程,间隔 5 天可重复 2~3 个疗程。

3 观察项目 (1)治疗前、治疗后 1 周、6 周复查头颅 CT,并计算血肿量及水肿面积;(2)观察患者意识、语言、患肢肌力等主要体征;(3)观察用药期间和停药后有无复发性脑出血等不良反应。

结 果

1 临床疗效判定 按 1996 年全国第四届脑血管病学术会议制订的疗效标准。本组 44 例中治愈 18 例,显效 20 例,有效 4 例,无效 2 例,总有效率 95.4%。

2 头颅 CT 扫描复查结果 1 周后复查头颅 CT,积血量均少于 5ml,较术前减少 90% 以上;血肿周围水肿面积缩小 60% 以上。6 周后复查头颅 CT,30 例原高密度影像均消失,12 例有少许液性暗区,脑水肿不明显,2 例因自我感觉良好提前出院。

3 不良反应 本组在用药期间无复发性脑出血或其他脏器出血,无 1 例出现颅内感染。

讨 论 脑出血属于中医学的中风范畴,手术治疗创伤大,死残率高,单一的颅内血肿穿刺清除术,疗效和预后不十分理想。本研究先应用微创术清除颅内血肿,然后适时应用扩血管、活血化瘀药物相连贯的治疗方法,临床证实可明显提高疗效。先予清除血肿,后适时给予扩血管活血化瘀药对改善缺血缺氧、减轻脑水肿、对侧枝循环的建立、神经功能缺损的改善、提高生活质量大有裨益。刺五加为中药材加工提取精制而成的供静脉滴注的注射液,经 CT 扫描动态观察证实,能够扩张血管、促进血液循环、增加脑血流量、加速血肿吸收过程、促进血肿周围组织水肿消退,使血肿引起的占位影响较早解除,有利于神经细胞功能恢复。本组患者治疗期间无再发脑出血及其他脏器出血,安全有效,值得推广应用。

(收稿:2000-01-17 修回:2000-07-25)

中西医结合治疗醒状昏迷患者的 临床观察

新乡医学院第三附属医院(河南新乡 453003)

李金彩

解放军 306 医院 肖 华 姜玉峰

山东省济宁市第二人民医院 耿明亮

醒状昏迷是长期昏迷中常见类型,患者主要表现为除眼睛有无意识活动外无其他活动,持续昏迷达 3 个月或以上。近年来国内外有报告表明:多巴胺系统功能受损是醒状昏迷产生的重要因素之一。美多巴和溴隐亭对醒状昏迷患者有一定的疗效。中医学对长期昏迷患者有深刻的论述,用辛香走窜,以开窍醒神为主要功效的药物长期昏迷患者,取得显著疗效。

资料及方法

1 临床资料 我们从 1995~1998 年诊治 30 例醒状昏迷患者(其中珠江医院 15 例,306 医院 7 例,新乡医学院 8 例),均符合醒状昏迷诊断标准。其中男 18 例,女 12 例,年龄为 25~68 岁,平均 45 岁。其中脑外伤 19 例,颅内肿瘤术 4 例,高血压脑出血 5 例(其中 3 例钻孔引流术后),脑梗塞 2 例。影像学检查排除颅内占位,无明显心、肺、肾脏等脏器功能损害,无褥疮等并发症。临床表现:双目睁开,眼睑活动自如,眼球无目的活动,知觉、思维、情感、记忆、意志、语言等完全丧失,对自身及外界的环境不能理解,对外界刺激毫无反应,不能说话,不能执行各种动作及命令,肢体无自主活动。生命体征稳定。30 例患者随机分为西药治疗组(A 组:10 例,平均年龄 43 岁,平均昏迷时间 185 天)、中西药治疗组(B 组:10 例,平均年龄 48 岁,平均昏迷时间 225 天)及对照组(C 组:10 例,平均年龄 44 岁,平均昏迷时间 167 天)。

2 治疗方法 A 组:美多巴(每片为 250mg,上海罗氏制药有限公司生产),开始剂量为每次为 0.125g,溴隐亭(每片为 2.5mg,瑞士山德士药厂生产),开始剂量每次为 1.25mg,每日 3 次,以后每周增量 1 片。若治疗过程中意识好转,有语言活动等,维持该用量 2 周后按增量幅度减量。B 组:除给西药外,同时给中药:石菖蒲 20g 远志肉 15g 当归 12g 川芎 15g 丹

参 30g 地龙 15g 桃仁 12g 益智仁 20g 赤芍 10g 白芍 10g 鸡血藤 20g 生黄芩 40g 黄精 15g。每日 1 剂,分 2 次早晚服。C 组:给予温开水。3 组均鼻饲给药,温开水灌入,并给予高压氧,针灸,按摩,营养支持等治疗。疗程均为 2 个月。

3 观察项目 用格拉斯哥氏昏迷分级法动态观察患者恢复情况;行脑电图及脑干诱发电位了解脑电图情况。

4 统计学处理 采用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效评定分级 根据患者恢复情况分 4 级。优:意识正常,成人能工作,学生能上学;良:意识正常,生活自理,但不能工作或学习;中:意识轻度障碍,生活不能自理;无效:治疗无效果。

2 治疗结果 A 组:优 1 例,良 1 例,中 2 例,无效 6 例;B 组:优 2 例,良 2 例,中 3 例,无效 3 例;C 组:良 1 例,中 1 例,无效 8 例。3 组比较,差异有显著性($\chi^2 = 15.517, P < 0.01$)。

3 脑电图 治疗前,绝大多数患者有不同程度的表现为广泛持续性慢波,基本节律紊乱消失,周期延长等。治疗后有不同程度的恢复;脑干听觉诱发电位:治疗前波幅下降,潜伏期延长,左右侧有明显差别。治疗后波幅及潜伏期都有不同程度的恢复。对照组患者在电生理上变化不明显。

4 随访结果 随访 1~2.5 年,经 1 个疗程的治疗后,已经清醒的患者继续保持清醒;B、C 组各有 1 例经 2 个疗程的治疗后清醒;有 6 例(A 组 2 例,C 组 4 例)未能随访。

讨 论 研究表明:中枢多巴胺损害是醒状昏迷发病机理之一。中医学认为:脑为元神之府,伤后元神受损而致昏厥;或瘀血攻心,心者,神明之府也,神明受扰后则昏厥;肺主气,若伤后瘀血乘肺,则气机受阻,清气不入,浊气不出,宗气不能生成而致昏厥;在大失血后,血不养心,心神失养,神魂散失,亦成昏厥等。美多巴则可抑制左旋多巴在脑外的脱羧作用,使脑内转变成多巴胺的效率大大提高,少量的美多巴可产生较大剂量左旋多巴的作用。溴隐亭作为多巴胺受体的激动剂,可提高受体多递质的敏感度,从而进一步增加多巴胺的作用效率。中医学认为昏迷为瘀血攻心,神明受扰,瘀血乘肺,则气机受阻,清气不入,浊气不出,宗气不能生成而致,或因血不养心,心神失养,神魂散失等,故选用辛香走窜,以开窍醒神为主药治疗长期昏迷患者。本研究选用的方剂主要活血化瘀。用美多巴和溴隐亭治疗醒状昏迷需注意的几个问题:(1)25 岁以下的患者或孕妇不用美多巴。(2)用药过程中出现严重的脏器损害时停药。(3)加量或减量都要按一定的幅度进行,不应大剂量加量或减量。(4)虽然国外有报道溴隐亭最大量用到 120mg,但用时应注意全身变化。(5)用药时偶有恶心呕吐等胃肠道反应,对症处理和注意增加或减量幅度时常可恢复,严重时应停药。

(收稿:1999-11-11 修回:2000-03-20)

复方大黄煎剂灌肠治疗 肝性脑病 35 例

北京地坛医院(北京 100011)

王融冰 马 烈 江宇泳 韩 昊 吴 璐

肝性脑病多见于肝病晚期肝功能衰竭者,临床表现为进行

性肝昏迷或反复发生的肝昏迷。常用乳果糖灌肠或口服,清除氨等有毒物质,使患者神志恢复,达到治疗目的。但因其价格较贵而使用受限,笔者采用复方大黄煎剂,高位保留灌肠治疗肝昏迷 35 例,并与同期乳果糖治疗效果比较。现将临床情况报告如下。

临床资料 全部病例均为本院 1997~1999 年住院患者。临床诊断为病毒性肝炎慢性重型(慢重肝)或肝硬化、肝性脑病。肝昏迷 II~III 度,诊断依据 1995 年全国病毒性肝炎会议修订标准。肝性脑病诊断及肝昏迷 5 度划分根据《肝炎学大典》。共观察 70 例患者,全部为男性。所有病例在发生肝昏迷 8h 内开始治疗,随机分为中药治疗组(治疗组)和乳果糖治疗组(对照组),各组均为 35 例。治疗组年龄 32~80 岁,中位年龄 50 岁。慢重肝 20 例,肝硬化 15 例;II 度昏迷 26 例,III 度昏迷 9 例;治疗前有 7 例血清尿素氮轻度升高,血氨浓度平均值为 $141.4 \mu\text{mol/L}$ 。对照组年龄 36~65 岁,中位年龄 52 岁。诊断慢重肝 21 例,肝硬化 14 例;II 度昏迷 25 例,III 度昏迷 10 例;治疗前有 9 例血清尿素氮轻度升高,血氨浓度平均值为 $149.1 \mu\text{mol/L}$ 。两组患者在年龄、肝功能、病情等方面非常接近。

治疗方法 治疗组:用生大黄 60g 乌梅 30g 芒硝 20g,急煎 5min,取药液 700ml,温置后用 30cm 肛管缓慢灌达结肠,尽量保留,一般为 5~10min 后排泄。对照组:用乳果糖配制成浓度为 30% 的水溶液,总量为 500~700ml,灌肠方法和部位同治疗组。基础抗肝昏迷治疗两组相同,可同时用甘露醇脱水、支链氨基酸滴注、口服大黄煎剂或乳果糖,以及治疗原发病和其他伴随症。观察两组患者治疗前和灌肠 5h 后血氨,同时观察并记录患者昏迷程度、意识改变、病理体征的变化。

结 果

1 疗效判定标准 根据患者的精神、思维、定向、计算能力、扑翼、踝阵挛、神经深浅反射的引出情况,确定患者昏迷度数。以血氨的变化判定疗效,本院血氨正常值为 $41 \mu\text{mol/L}$,一次灌肠后血氨下降原值 50% 以上判定显效,血氨下降 30% 为有效,否则皆视为无效。

2 治疗结果 两组患者在灌肠后 24h 之内排稀便 1~4 次,患者的精神、意识、病理体征随血氨下降而改善。治疗组显效 13 例,有效 18 例,无效 4 例,总有效率 88.6%;治疗后 5h 血氨均值是 $69 \mu\text{mol/L}$ 。对照组显效 14 例,有效 16 例,无效 5 例,总有效率 85.7%;治疗后 5h 血氨均值 $73 \mu\text{mol/L}$ 。两组疗效比较经统计学处理,差异无显著性($\chi^2 = 0.03, P > 0.05$)。有效病例在灌肠 5h 后血氨显著下降,意识改善,昏迷度数下降;显效病例 1 次灌肠后即纠正肝昏迷。部分病例原有腹胀、低热等症状也同时缓解。未见不良反应;无效病例皆因进行性肝衰竭难以一次纠正,需重复多次灌肠及增加或改用其他治疗方法。治疗组死亡 3 例,对照组死亡 4 例,均因存在严重肝病和合并症。

讨 论 肝性脑病是多种因素导致的肝衰竭患者中枢神经系统严重障碍。复方大黄煎剂灌肠采用中西医结合的思路和方法,改变了传统的中药给药途径,大大提高了药物疗效。

肝昏迷的中医辨证多数学者认为是肝病日久,失于疏泻,