

清热活血醒脑开窍法治疗进展性脑梗死临床观察

张玉松, 杨劲松, 李洁儿, 莫碧颖

江门市新会区中医院, 广东 江门 529100

【摘要】目的: 观察清热活血醒脑开窍法治疗进展性脑梗死的临床疗效。**方法:** 将90例进展性脑梗死患者按随机原则分为治疗组和对照组, 各45例。2组均采用西医常规内科治疗方法, 治疗组加清热活血醒脑开窍法中医治疗(大黄粉、水蛭胶囊、清开灵注射液), 对照组不加任何中医治疗。评估治疗前、第7天、第14天患者神经功能缺损情况和日常生活能力(ADL)及临床疗效。**结果:** 治疗前2组间比较, 神经功能缺损评分差异无显著性意义($P>0.05$); 治疗组治疗第7天和第14天与对照组同时间比较, 神经功能缺损评分均降低, 差异均有非常显著性意义($P<0.01$)。组内治疗前后比较, 治疗组治疗前与治疗第7天和第14天、治疗第7天与第14天比较, 差异均有非常显著性意义($P<0.01$); 对照组治疗第7天和第14天神经功能缺损评分虽有降低, 但与治疗前比较, 差异均无显著性意义($P>0.05$)。治疗第14天总有效率治疗组为91.1%, 远高于对照组的71.1%, 差异有显著性意义($P<0.05$), 治疗组疗效优于对照组。2组治疗第14天ADL情况比较, 差异有非常显著性意义($P<0.01$), 治疗组明显优于对照组。2组治疗过程中均未出现颅内出血及其他内脏出血。对照组出现腹壁注射部位皮下瘀斑4例, 治疗组出现3例, 未经特殊处理, 停药后自行消退。治疗组3例出现腹痛、腹泻, 经大黄粉减量或对症处理后症状消失, 所有病例未影响用药。**结论:** 清热活血醒脑开窍法中药治疗进展性脑梗死能促进神经功能缺损恢复, 提高ADL, 降低致残率, 明显提高临床疗效, 而未见不良反应增加。

【关键词】 进展性脑梗死; 清热活血; 醒脑开窍; 中西医结合疗法

【中图分类号】 R743.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2013) 12-0040-03

进展性脑梗死是指脑梗死发病1周内神经功能缺损症状逐渐进展或呈阶梯式加重。国内统计其发生率大约为脑梗死的30%左右, 国外统计大约为9.8%~43.0%, 致残率、死亡率均较高。目前, 进展性脑梗死尚无统一的治疗方法, 本院对此类患者在西医常规内科治疗方法的基础上加清热活血、醒脑开窍中药治疗, 取得满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 全部90例病例为本院2009年1月~2012年12月神经内科住院患者, 按随机原则分为2组。治疗组45例, 男25例, 女20例; 年龄40~78岁, 平均57.5岁。对照组45例, 男23例, 女22例; 年龄39~77岁, 平均57.1岁。2组病例一般资料比较, 差异无显著性意义($P>0.05$), 具有

可比性。

1.2 病例选择 ①符合全国第四届脑血管病会议修订的脑梗死诊断标准^[1]; ②发病6h后症状仍在进展, 改良爱丁堡-斯堪的那维亚卒中量表(MESSS)评分^[2]较发病3h评分下降2分或更多, 发病72h内无意识障碍; ③起病72h内入院; ④首次发病或过去曾发病但未留下神经功能缺损, 现第2次发病; ⑤CT检查排除脑梗死后出血。

1.3 排除标准 ①明确为心源性脑栓塞; ②消化性溃疡及全身出血史; ③有近期手术、活动性出血及出血倾向; ④严重血液系统疾病; ⑤严重心、肺、肝、肾功能衰竭。

2 治疗方法

2.1 对照组 常规给予拜阿司匹林, 每次0.1g, 每

【收稿日期】 2013-05-03

【作者简介】 张玉松 (1974-), 男, 副主任医师, 主要从事神经内科疾病临床工作。

天1次;阿托伐他汀,每次20mg,每天1次;胞二磷胆碱,每次0.75g,加入5%葡萄糖注射液或生理盐水100mL中静脉输注,每天1次;大面积脑梗死者予甘露醇、速尿交替脱水利尿降颅内压;非大面积脑梗死者均予低分子肝素钠,每次5000IU,每天2次,共7天;其中查纤维蛋白原高于正常者予降纤酶,每次10U,加入生理盐水100mL静脉滴注,每天1次,连用3天,如发现纤维蛋白原下降至100mg/L以下,立即停用降纤酶;血压 \leq 140/90mmHg者予706代血浆500mL静脉输注,每天1次;并严格控制血糖、血压、体温、电解质等。

2.2 治疗组 在对照组基础上加大黄粉每次1g、水蛭胶囊每次2粒(相当于生药0.5g)口服或鼻饲,每天3次;清开灵注射液,每次40mL,加入5%葡萄糖注射液或生理盐水250mL中静脉输注,每天1次;并注意观察大便情况,以大便稀烂,每天不超过3次为度,若超过3次,大黄粉用量减半。

疗程共2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 评估治疗前、第7天、第14天患者神经功能缺损情况和日常生活能力(ADL)及临床疗效。神经功能缺损情况按《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》^[2]评分。ADL采用Barthel指数评定,包括10项内容,正常总分100分,61~99分者为良,生活基本自理;41~60分者为中度功能障碍,生活需要帮助;21~40分者为重度功能障碍,生活依赖明显; \leq 20分者为完全残疾,生活完全依赖。

3.2 统计学方法 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间治疗前后比较采用 t 检验,组内治疗前后比较采用方差分析和 q 检验;等级资料用例(n)和百分率(%)表示,采用Ridit分析;由本院计算机医用数理统计系统计算结果。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 基本痊愈:功能缺损评分减少91%~100%,病残程度为0级;显著进步:功能缺损评分减少46%~90%,病残程度1~3级;进步:功能缺损评分减少18%~45%;无变化:功能缺损评分减少17%左右;恶化:功能缺损评分无减少或增多18%以上;死亡。总有效=基本痊愈+显著进步+进步。

4.2 2组治疗前及治疗第7天、第14天神经功能缺损评分比较 见表1。治疗前2组间比较,神经功能缺损评分差异无显著性意义($P>0.05$);治疗组治疗第7天和第14天与对照组同时间比较,神经功能缺损评分均降低,差异均有非常显著性意义($P<0.01$)。组内治疗前后比较,治疗组治疗前与治疗第7天和第14天、治疗第7天与第14天比较,差异均有非常显著性意义($P<0.01$);对照组治疗第7天和第14天神经功能缺损评分虽有降低,但与治疗前比较,差异均无显著性意义($P>0.05$)。

表1 2组治疗前及治疗第7天、第14天

神经功能缺损评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	治疗前	治疗第7天	治疗第14天
治疗组	45	21.05 \pm 9.46	16.54 \pm 5.88 ^{①③}	11.57 \pm 6.24 ^{②③}
对照组	45	20.78 \pm 10.12	19.56 \pm 8.98	17.63 \pm 7.34

与本组治疗前比较,① $P<0.01$;与本组治疗第7天比较,② $P<0.01$;与对照组同时间比较,③ $P<0.01$

4.3 2组治疗第14天临床疗效比较 见表2。治疗第14天总有效率治疗组为91.1%,远高于对照组的71.1%,差异有显著性意义($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

表2 2组治疗第14天临床疗效比较 例

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效率(%)
治疗组	45	9	20	12	3	1	91.1 ^①
对照组	45	6	13	13	10	3	71.1

与对照组比较,① $P<0.05$

4.4 2组治疗第14天ADL情况比较 见表3。2组治疗第14天ADL情况比较,差异有非常显著性意义($P<0.01$),治疗组患者日常生活能力明显优于对照组。

表3 2组治疗第14天ADL情况比较 例

组别	n	正常	良	中度功能障碍	重度功能障碍	完全残疾
治疗组	45	3	18	16	6	2
对照组	45	1	11	14	14	5

4.5 不良反应 2组治疗过程中均未出现颅内出血及其他内脏出血。对照组出现腹壁注射部位皮下瘀斑4例,治疗组出现3例,未经特殊处理,停药后自行消退。治疗组3例出现腹痛、腹泻,经大黄粉减量或对症处理后症状消失,所有病例未影响用药。

5 讨论

进展性脑梗死主要是指缺血半暗带向不可逆损伤的转化,进展原因不是单一的,有血流动力学改变原因,也与生化机制改变有关,所以治疗较复杂。国内一般采用单一降纤、抗凝或者联合抗血小板药治疗进展性脑梗死,而笔者针对疾病进展的不同病因采用不同治疗手段:对于大面积脑梗死,应用脱水药减轻脑水肿;为了防止血栓进一步扩大,应用抗凝药物;对于纤维蛋白原高于正常者,应用降纤药物;血压低者,予升压和扩容,通过增加脑血流量来限制脑缺血的进展。

进展性脑梗死属于中医学中风范畴。中医药治疗中风已有几千年的历史。中医学认为,中风在急性期多表现为肝阳上亢、肝火上炎、痰热腑实、血瘀内阻、清窍蒙蔽,病机属风火痰瘀,以邪气实为主。针对中风的病机特点,笔者在治疗组选用大黄粉通腑泄热,活血化瘀,水蛭破血逐瘀通络,清开灵注射液清热解毒、镇静安神、化痰祛瘀、醒脑开窍。结果表明,治疗组能够促进神经功能缺损恢复,提高 ADL,降低致残率,明显提高临床疗效,而不良反应未见增加。

研究发现,大黄的主要成分大黄酚可改善毛细血管脆性,具有良好的止血作用,还有改善微循环、减轻脑水肿、减轻神经细胞损伤作用^[3-4],另外大黄粉活血止血之性可防止降纤酶引起的出血倾向,二者联合应用既可防止出血副作用,又可提高疗效^[5];水蛭提取液能参与调节内皮细胞释放血管性血友病因子,调节纤溶平衡及保护受损的血管内皮细胞,具有明显的抗凝、抗血栓效果^[6],可增加抗血小板、降纤、抗凝药物的疗效;清开灵注射液可拮抗谷氨酸的神经毒性^[7]、降低白细胞介素-6(IL-6)^[8],减轻细胞炎症反应,而血浆谷氨酸、IL-6 水平升高是进展性脑梗死的独立预测因子^[9]。

临床观察表明,对照组在治疗第 14 天神经功能

缺损评分虽有降低,但与治疗前比较,差异无显著性意义($P > 0.05$),符合进展性脑梗死高致残率的特点,也可能与研究例数少有关。而治疗组在西医治疗基础上加用清热活血醒脑开窍中药,治疗第 7 天神经功能缺损评分已明显降低,治疗第 14 天降低更加明显,与治疗前及与同时间对照组比较,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$),体现中医药治疗进展性脑梗死的优势,值得临床进一步研究。

[参考文献]

- [1] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [2] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [3] 朱冬胜,徐敏华,卫洪昌,等. 中风系列制剂治疗急性脑出血的临床与实验研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2000, 7(3): 133-137.
- [4] 徐晓筑,廖银华,齐玉昌,等. 大黄预防重型颅脑外伤后多器官功能障碍综合征的临床观察[J]. 中国危重病急救医学, 2001, 13(9): 545-547.
- [5] 杨劲松,罗治华. 大黄粉配合降纤酶治疗急性脑梗死 25 例临床观察[J]. 新中医, 2003, 35(11): 38-39.
- [6] 黄莺,张晓青,李龙,等. 水蛭提取液对凝血酶诱导血管内皮细胞释放凝血因子的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18(2): 75-77.
- [7] 岳少杰,罗自强,邓世林,等. 清开灵和 654-2 对谷氨酸神经毒性脑水肿的影响[J]. 中草药, 1999, 30(5): 355-357.
- [8] 谭峰,顾卫,黄涛,等. 清开灵注射液对急性脑梗死患者血小板 CD62P 与细胞因子的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(3): 195-197.
- [9] 付海龙,吕晓红. 进展性缺血性脑卒中预测与治疗的研究[J]. 中风与神经疾病杂志, 2008, 25(3): 378-379.

(编辑: 骆欢欢)