

机及时间特征,其病机主要为外感风邪、津亏燥热为主,症状主要以干咳为主,常常夜间发作明显,伴有鼻塞胸膈口渴。鼻为肺之外窍,外邪袭肺,首先伤鼻,鼻窍不通,肺气失宣则有鼻塞、咳嗽之症;肺窍闭塞,肺失宣发、津亏失布、燥热内生、肺脏不宁,则可出现胸闷、干咳、口渴等症;津亏内热,夜间阳气入阴、阴津不足,常为发病之时机;一方面外邪在肺在窍,反复激发人体咳嗽以抗邪外出排异,一方面津亏不足,燥热内生,形成阴虚内热之机(出现干咳口渴等),如此燥热内生、津液不足,还会兼鼻塞、胸膈等窍闭气阻之证候,由此造成病久反复难愈之势,津伤不足以发表宣肺、不耐燥湿化痰,燥热兼风痰不能单纯化痰止咳,常规的宣肺止咳、温肺化痰均无法有效治疗该病。因此,中医学认为本病寒热错杂、津亏与痰湿共存、外邪与内热同在。所以,根据本病特殊病机及发病时机,无法单纯使用汗吐下等驱邪法,也不能单纯滋阴补液。对此笔者设计采用《伤寒论》中的和法要剂柴胡桂枝干姜汤为主方,生津却邪、清热化痰止咳治疗。本方在《伤寒论》中主

要应用于“汗法及下法伤津、正气不足之后”,在此可以引申为本病中的津亏受邪的特殊病机。在主方基础上根据病性及病因加减,或宣肺、或通窍、或化痰、或补益气阴。结果显示治疗组改善临床症状程度优于对照组( $P < 0.05$ )。提示柴胡桂枝干姜汤联合孟鲁司特钠片中西医结合治疗 CVA 具有较为突出的疗效。此次研究仍有病例数及疗程受到限制等不足之处,不能很好观察该方案是否具有减少 CVA 复发率作用等,进一步研究需考虑加大病例数,延长疗程观察时限。

#### [参考文献]

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2009 版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 407-413.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 64-68.

(责任编辑: 骆欢欢)

## 醒脑静注射液治疗中风伴意识障碍临床观察

郭飞, 黎蓓蓓, 焦常新, 曹佑德, 赵标, 张冠

太和县中医院 ICU 科, 安徽 太和 236607

**[摘要]** 目的: 观察醒脑静注射液治疗中风伴意识障碍患者的疗效。方法: 将中风伴意识障碍患者 72 例随机分为治疗组与对照组, 对照组 36 例采用常规综合治疗, 治疗组 36 例在常规综合治疗基础上加用醒脑静注射液治疗。观察意识状态的改善程度及格拉斯哥昏迷评分法(GCS)评分的变化、治疗前后平均神经功能缺损程度评分。结果: 治疗组总有效率为 88.89%, 对照组为 58.33%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组 GCS 评分情况 3~8 分患者构成比比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。2 组患者治疗后神经功能缺损程度评分较治疗前明显改善 ( $P < 0.05$ ), 2 组治疗后比较, 差异也有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 醒脑静注射液对中风伴意识障碍患者具有较好疗效。

**[关键词]** 中风; 意识障碍; 中西医结合疗法; 醒脑静注射液

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 12-0055-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.026

中风伴意识障碍属中风之中脏腑范畴,是急性脑血管意外严重的临床表现,患者一旦出现意识障碍,死亡率和致残率明显提高。本科采用醒脑静注射液治疗中风伴意识障碍患者取得满意疗效,现报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 选择本科 2010 年 2 月~2014 年 4 月收治的

中风伴意识障碍患者 72 例,均为痰热内闭清窍证或痰湿蒙塞心神证,其中痰热内闭清窍证 28 例,痰湿蒙塞心神证 44 例;男 40 例,女 32 例;年龄 42~86 岁,平均 65.65 岁;脑出血 42 例,脑梗死 30 例。随机分为治疗组与对照组各 36 例,2 组性别、年龄、病种、格拉斯哥昏迷评分法(GCS)评分、辨证分型等一般资料经统计学处理,差异均无显著性意义( $P >$

**[收稿日期]** 2014-08-03

**[作者简介]** 郭飞 (1983-), 男, 主治医师, 研究方向: 重症医学。

0.05), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医内科学》<sup>[1]</sup>, 中医辨为中风之中脏腑, 经头颅 CT 证实为脑出血或脑梗死, GCS 评分 3~14 分。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 予以常规综合治疗, 如脱水、降颅压, 防治脑水肿, 营养脑细胞, 或结合脑外科手术治疗等。

2.2 治疗组 在常规综合治疗基础上, 加用醒脑静注射液(大理药业有限公司生产)20 mL, 加入 5% 葡萄糖注射液 250 mL 静脉滴注, 每天 1 次。

连用 7 天观察疗效。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察意识状态的改善程度及 GCS 评分的变化。参照《脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准(1995)》<sup>[2]</sup>, 比较 2 组治疗前后神经功能缺损程度评分。

3.2 统计学方法 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 采用 *t* 检验。计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效: GCS 评分提高 3 分及以上, 不同程度的意识障碍转为清醒者, 浅昏迷转为嗜睡者, 深昏迷转为嗜睡或昏睡者; 有效: GCS 评分提高 1~2 分, 昏睡转为嗜睡者, 浅昏迷转为昏睡者, 深昏迷转为浅昏迷者; 无效: GCS 评分无变化甚至减少, 意识障碍无改善甚至加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗组总有效率为 88.89%, 对照组为 58.33%, 2 组比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	36	18	14	4	88.89
对照组	36	12	9	15	58.33

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组 GCS 评分情况比较 见表 2。治疗后 2 组 GCS 评分情况 3~8 分患者构成比比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组 GCS 评分情况比较 例(%)

组别	<i>n</i>	3~8分	9~12分	13~14分
治疗组	36	8(22.22)	22(61.11)	6(16.67)
对照组	36	19(52.78)	15(41.67)	2(5.56)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后神经功能缺损程度评分比较 见表 3。2 组患者治疗后神经功能缺损程度评分较治疗前明显改善( $P < 0.05$ ), 2 组治疗后比较, 差异也有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表3 2组治疗前后神经功能缺损程度评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	<i>n</i>	时间	神经功能缺损程度评分
治疗组	36	治疗前	34.67 ± 6.95
		治疗后	24.78 ± 7.78
对照组	36	治疗前	33.64 ± 8.02
		治疗后	29.14 ± 10.03

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

## 5 讨论

中风属危急重病, 临床极为常见, 而痰热内闭清窍与痰湿蒙塞心神为其重要病机, 正如《丹溪心法·论中风》曰: “东南之人, 有风病者, 非风也, 皆湿土生痰, 痰生热, 热生风也”。故治疗上选用清热解毒, 凉血活血, 醒脑开窍之醒脑静注射液常获良效。醒脑静注射液是由中医经典急救方剂“安宫牛黄丸”拆方而来的一个中药复方制剂, 由人工麝香、冰片、郁金、栀子组成, 可用于气血逆乱, 脑脉瘀阻所致中风昏迷、偏瘫口喎。其中麝香辛散温通, 芳香走窜, 善开通窍闭, 又解经络之壅滞, 为开窍醒神之要药, 治窍闭证神昏无论寒热皆宜; 冰片辛香走窍, 微寒清泄, 善清郁热而通诸窍, 助麝香通诸窍, 清热解毒; 郁金性苦寒, 能清热泻火, 凉血解毒, 化痰开郁, 并能协同麝香、郁金二药开窍通络; 栀子性味苦寒, 芳香开窍, 清热凉血, 清解毒邪, 清理三焦, 以解由痰瘀热结所化生的诸毒。以上诸药合用为治疗中风之痰热内闭清窍与痰湿蒙塞心神证的良方。另现代药理学研究表明, 醒脑静注射液对中枢神经系统有调节作用, 对昏迷患者有明显的苏醒作用; 且能增加大脑对各种脑损伤因子的耐受性, 促进大脑的修复, 对大脑有保护作用; 并可保护病理性开放的血脑屏障, 减少血脑屏障损伤, 稳定血脑屏障, 从而减轻脑水肿<sup>[3]</sup>。本观察表明, 醒脑静注射液对中风伴意识障碍患者疗效肯定, 临床可辨证应用。

## [参考文献]

- [1] 王永炎. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 129.
- [2] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者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] 徐元虎. 醒脑静注射液的药理药效学研究与应用现状[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(4): 507.

(责任编辑: 骆欢欢)