

# 安宫牛黄丸对急性脑梗死伴意识障碍患者的促醒作用

项琳

丽水市中医院, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察安宫牛黄丸对急性脑梗死伴意识障碍患者的促醒作用。方法: 将 86 例急性脑梗死伴意识障碍患者随机分为对照组和观察组各 43 例。对照组给予常规西药综合治疗措施, 观察组在对照组治疗的基础上加用安宫牛黄丸。疗程 10 天。于治疗前、治疗后第 5、10 天进行格拉斯哥昏迷指数评分(GCS) 和美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS) 评分; 评价治疗前后脑水肿情况。结果: 2 组临床疗效经 Ridit 分析, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 观察组优于对照组; 治疗第 5、10 天 2 组 GCS 各维度(睁眼反应、语言反应和肢体运动) 及总分均呈持续升高趋势, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ), 观察组在第 5、10 天睁眼反应、语言反应及总分均高于对照组( $P < 0.01$ ); 治疗后 2 组第 5、10 天 NIHSS 评分均持续下降, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ), 观察组在第 10 天 NIHSS 评分低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 治疗后观察组中线移位轻于对照组( $P < 0.01$ )。结论: 在西医常规治疗的基础上, 安宫牛黄丸对急性脑梗死伴意识障碍患者具有一定的促醒作用, 能减轻脑水肿, 改善神经功能缺损, 促进神经功能恢复。

[关键词] 急性脑梗死; 意识障碍; 安宫牛黄丸; 促醒作用

[中图分类号] R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0019-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.009

中风伴意识障碍患者属中风中脏腑, 其病位在脑。急性脑梗死是临床常见病、多发病, 伴意识障碍患者提示在发生基底动脉血栓或大面积脑梗死时, 脑组织缺血缺氧严重, 脑组织水肿, 中线结构移位, 脑干网状结构上行激活系统受累, 病情进展快, 尤为凶险, 病死率极高<sup>[1]</sup>。促醒治疗是救治的一个重要目的, 若能尽快恢复意识, 其肺部感染、尿路感染等并发症将明显减少, 发展为迁延性植物状态的几率也显著下降<sup>[2]</sup>。安宫牛黄丸能清热解毒、镇惊开窍, 素有“救急症于即时, 挽垂危于顷刻”之美誉。临床协同其它药物和疗法治疗脑出血、脑缺血性损伤, 脑炎, 中风等脑病及其所致的高热昏迷疗效独特。药理研究显示具有镇静、复苏及脑保护、降热、抗惊厥等作用<sup>[3-4]</sup>。笔者观察了安宫牛黄丸对急性脑梗死伴意识障碍患者的促醒作用。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为丽水市中医院 2012 年 10 月—2014 年 8 月神经内科住院部患者, 共 86 例。采用随机数字表法分为对照组和观察组各 43 例。对照组男 24 例, 女 19 例; 年龄 54~72 岁, 平均(62.7±9.5)岁; 昏迷程度: 轻 20 例, 中 17 例, 重 6 例; 格拉斯哥昏迷指数评分(GCS)平均(7.7±2.1)分; 美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)评分平均(27.7±4.9)分。观察组男 27 例, 女 16 例; 年龄 53~75 岁, 平均

(62.1±10.3)岁; 昏迷程度: 轻 22 例, 中 13 例, 重 8 例; GCS 平均评分(7.8±2.2)分; NIHSS 评分平均(27.2±4.5)分。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义, 具有可比性( $P > 0.05$ )。

1.2 诊断标准 参照 1995 年全国第 4 届脑血管会议制定的诊断标准<sup>[5]</sup>诊断为急性脑梗死, 所有患者均经 CT 和(或)MRI 诊断证实。

1.3 入选标准 ①均符合急性脑梗死诊断标准, 且伴有意识障碍; ②GCS 评分为 4~14 分; ③年龄 50~75 岁者; ④生命体征基本平稳; ⑤取得患者家属知情同意。

1.4 排除标准 ①起病已经超过 48 h 者; ②蛛网膜下腔出血; ③由血液病或外伤、脑瘤、风湿性心脏病、冠心病等合并房颤引起的急性脑卒中患者; ④有严重心、肝、肾、消化系统、内分泌系统疾病者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 西医综合处理措施, 包括: 保持呼吸道通畅, 给予吸痰、吸氧; 降低颅压, 控制脑水肿; 预防感染; 预防应激性溃疡; 抗血小板聚集, 改善循环; 营养支持、维持水电解质平衡; 脑保护及促醒作用。

2.2 观察组 在对照组综合干预措施的基础上给予安宫牛黄丸(哈药集团世一堂制药厂), 每次 3g, 每天 1 次, 治疗 10 天为 1 疗程。

[收稿日期] 2015-03-10

[作者简介] 项琳(1981-), 男, 主治医师, 主要从事神经内科临床工作。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①采用NIHSS评价神经功能缺损评分,采用GCS评价昏迷程度,分别于治疗前,治疗第5、10天各进行1次评价;②脑水肿采用CT或MRI检查,记录中线移位情况,于治疗前后各进行1次评价。

3.2 统计学方法 采用SPSS16.0软件进行统计分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照NIHSS标准<sup>[6]</sup>:显效:治疗后NIHSS评分改善率≥75%。好转:治疗后NIHSS评分改善率≥25%,且<75%。无效:治疗后NIHSS评分改善率<25%,或症状无改善,甚至加重或死亡。NIHSS评分的改善率=(治疗前NIHSS评分-治疗后NIHSS评分)/治疗前NIHSS评分×100%

4.2 2组临床疗效比较 见表1。2组临床疗效经Ridit分析,差异有统计学意义(P<0.05),观察组优于对照组。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	n	显效	好转	无效
对照组	43	10	20	13
观察组	43	19	20	4

4.3 观察组不同时间点GCS评分比较 见表2。治疗第5、10天2组GCS各维度(睁眼反应、语言反应和肢体运动)及总分均呈持续升高趋势,差异均有统计学意义(P<0.01),观察组第5、10天睁眼反应、语言反应及总分均高于对照组,差异均有统计学意义(P<0.01)。

表2 2组不同时间点GCS评分比较(x±s) 分

组别	时间	睁眼反应	语言反应	肢体运动	总分
对照组	治疗前	1.71±0.42	2.53±0.48	3.11±0.42	6.88±1.36
	第5天	2.26±0.48 <sup>①</sup>	2.99±0.55 <sup>①</sup>	3.63±0.57 <sup>①</sup>	7.02±1.84 <sup>①</sup>
	第10天	3.34±0.67 <sup>①</sup>	3.72±0.76 <sup>①</sup>	4.06±0.64 <sup>①</sup>	11.58±1.75 <sup>①</sup>
观察组	治疗前	1.68±0.39	2.49±0.50	3.06±0.45	6.92±1.43
	第5天	2.66±0.52 <sup>①</sup>	3.53±0.68 <sup>①</sup>	3.88±0.68 <sup>①</sup>	9.77±1.79 <sup>①</sup>
	第10天	3.95±0.71 <sup>②</sup>	4.24±0.75 <sup>②</sup>	4.28±0.53 <sup>①</sup>	12.66±1.83 <sup>②</sup>

4.4 2组不同时间点NIHSS评分比较 见表3。治疗后2组第5、10天NIHSS评分均持续下降(P<0.01),观察组在第10天NIHSS评分低于对照组,差异均有统计学意义(P<0.01)。

表3 2组不同时间点NIHSS评分比较(x±s) 分

组别	治疗前	治疗第5天	治疗第10天
对照组	27.7±4.9	22.4±4.6	16.8±3.1
观察组	27.2±4.5	21.6±4.1 <sup>①</sup>	13.7±3.5 <sup>②</sup>

4.5 2组治疗前后颅内水肿中线移位情况比较 治疗前对照组和观察组颅内水肿中线移位分别为(6.92±1.35)mm和(6.87±

1.26)mm,治疗后分别为(3.67±0.74)mm和(2.82±0.71)mm,治疗后2组中线移位均较治疗前减轻,差异均有统计学意义(P<0.01),治疗后观察组中线移位情况与对照组比较,差异有统计学意义(P<0.01)。

5 讨论

急性脑梗死伴意识障碍属中医学“仆击”“煎厥”“薄厥”“大厥”等范畴。其病位在心脑,与肝、肾相关,为本虚标实之证。《素问》曰:“阳气者,大怒则形气绝,而血宛于上,使人薄厥”;“血之与气,并走于上,则为大厥,厥则暴死,气复返则生,不返则死”;“阳气者,烦劳则张,……使人煎厥。目盲不可以视,耳闭不可以听”。脑梗死急性期多以风、痰、瘀、热等实证表现为主,多因痰瘀热结、痰浊蒙窍出现意识障碍,因此临床多施以清热化痰、醒脑开窍之法<sup>[6-7]</sup>。

安宫牛黄丸由牛黄、郁金、犀角、麝香、黄连、黄芩、生栀子、朱砂、珍珠、冰片、明雄黄等药物组成。以牛黄清热解毒,豁痰开窍,熄风止痉;犀角咸寒,清凉凉血,安神定惊;麝香芳香,通达经络,开窍醒神;黄芩、黄连、栀子苦寒泄降,泻火解毒以助牛黄、犀角清泄心包之热;雄黄解毒豁痰;冰片、郁金通窍醒神,化痰开郁;朱砂、珍珠镇静安神,熄风止痉定惊。全方共奏清热凉血、解毒镇惊、通腑醒神之功<sup>[8]</sup>。药理研究显示,安宫牛黄丸能减少缺血模型大鼠脑梗死面积,降低脑含水量及皮层和海马脂质过氧化,并升高皮层的过氧化氢酶和谷胱甘肽酶<sup>[9]</sup>。安宫牛黄丸能改善脑电图和改变皮层单胺类递质,从而起到促清醒作用<sup>[4]</sup>。安宫牛黄丸能够有效减轻实验大鼠脑出血后脑组织含水量、减少脑系数并改善神经功能缺损症状,能调节中枢神经介质乙酰胆碱和儿茶酚胺的活性,恢复脑干网状结构上行激活功能,起到开窍复苏的作用<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示,对急性脑梗死伴意识障碍患者在西医常规治疗的基础上,加用安宫牛黄丸治疗后患者的GCS评分升高,昏迷程度减轻,显示其具有一定的促醒作用。同时患者NIHSS评分持续下降,并低于同期对照组,治疗后颅内水肿中线移位情况轻于对照组,提示了安宫牛黄丸能减轻颅内水肿,改善神经功能缺损,促进神经功能恢复。

综上,在西医常规治疗的基础上,安宫牛黄丸对急性脑梗死伴意识障碍患者具有一定的促醒作用,能减轻脑水肿,改善神经功能缺损,促进神经功能恢复。

[参考文献]

[1] 李艺,王双玲,李柏,等. 羚茅汤联合醒脑静注射液治疗脑卒中昏迷疗效观察[J]. 北京中医药, 2009, 28(8): 614-616.

[2] James W, Bales AE, Kline AK, et al. Targeting dopamine in acute traumatic brain injury [J]. Open drug Discov J, 2010, 45(2): 119-128.

[3] 崔爱瑛. 安宫牛黄丸的药理及临床研究进展[J]. 中国实

- 验方剂学杂志, 2012, 18(20): 341-344.
- [4] 陆远富, 吴芹, 刘杰, 等. 安宫牛黄丸药理和毒理实验研究进展[J]. 成都医学院学报, 2010, 5(4): 306-310.
- [5] 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.
- [6] 林沛. 通腑醒脑汤保留灌肠对中风昏迷患者促醒作用的观察[J]. 陕西中医, 2011, 32(3): 296-297.
- [7] 沈长青, 刘仲富, 奚耀, 等. 醒脑静注射液治疗急性脑梗死伴意识障碍患者的临床研究[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(8): 18-20.
- [8] 赵雍, 曹春雨, 王秀荣, 等. 含与不含朱砂和雄黄的安宫牛黄丸对大鼠局灶性脑缺血的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2002, 22(9): 684-686.
- [9] 董世芬, 楼黎明, 张硕峰, 等. 安宫牛黄丸(含天然麝香或人工麝香)对实验性脑缺血的保护作用[J]. 世界科学技术: 中医药现代化, 2013, 15(1): 85-90.

(责任编辑: 刘淑婷)

## 加味三黄汤治疗对中小量高血压性脑出血患者血肿变化及神经功能的影响

文钦生<sup>1</sup>, 杨劲松<sup>1</sup>, 李兵<sup>2</sup>, 张玉松<sup>1</sup>

1. 江门市新会区中医院, 广东 江门 529100; 2. 佛山市中医院三水医院, 广东 佛山 528100

[摘要] 目的: 观察加味三黄汤对中小量高血压性脑出血患者血肿体积变化及神经功能的影响。方法: 将62例中小量高血压性脑出血患者随机分为2组, 各32例。2组均给予脱水、降血压及营养神经等治疗, 治疗组加用加味三黄汤中药口服, 治疗3周后分别评估治疗前后患者颅内血肿体积变化及神经功能评分。结果: 2组治疗前后血肿体积比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后血肿体积治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组治疗前后神经功能缺损比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后治疗组与对照组神经功能缺损比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 加味三黄汤可有效促进血肿吸收, 改善高血压性脑出血神经功能评分及预后。

[关键词] 高血压性脑出血; 加味三黄汤; 神经功能缺损评分

[中图分类号] R743.34 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0021-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.010

高血压性脑出血是一种常见病、多发病, 其致残率、死亡率均占脑血管病的首位, 严重威胁着人民的生命安全。及时有效的救治是降低病死率、致残率, 提高患者生活质量的关键。临床上早期加用中医中药的治疗, 有效促进高血压性脑出血患者血肿的吸收, 恢复患者的肢体功能。笔者应用加味三黄汤治疗高血压性脑出血, 取得满意疗效, 现报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为本院2014年1-12月诊治高血压性脑出血患者, 共62例, 随机分为2组。治疗组32例, 男20例, 女12例; 年龄38~80岁, 平均(65.3±16.6)岁; 基底节区出血13例, 丘脑出血6例, 脑叶出血8例, 小脑出血3例,

脑干出血2例。对照组30例, 男18例, 女12例; 年龄40~79岁, 平均(65.2±11.2)岁; 基底节区出血10例, 丘脑出血7例, 脑叶出血8例, 小脑出血2例, 脑干出血3例。2组一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>中风病的诊断标准。西医诊断参照第四次全国脑血管病会议脑出血的诊断标准<sup>[2]</sup>, 并经颅脑CT确诊为脑出血。

1.3 纳入标准 发病72h内入院, 有明确的高血压病史, 经头颅CT检查颅内血肿, 出血量分别为: 基底节区 $< 30$  mL; 丘脑 $< 10$  mL, 脑叶 $< 30$  mL, 小脑 $< 10$  mL, 脑干 $< 5$  mL; 生命体征稳定; 无外伤、淀粉样脑血管病等脑出血, 未合并严重

[收稿日期] 2015-01-22

[作者简介] 文钦生(1982-), 男, 主治医师, 主要从事神经内科工作。