

中西医结合治疗 210 例脑出血急性期患者临床研究

郑嵘, 徐玮, 冯博

武义县第一人民医院, 浙江 武义 321200

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗脑出血急性期的效果。方法: 将 210 例脑出血急性期患者随机分为治疗组和对照组, 2 组患者均使用常规的西医治疗, 对照组使用吡拉西坦注射液静脉滴注, 治疗组在对照组的基础上加用脑血通汤, 观察临床疗效。结果: 治疗后神经功能缺损评分 2 组均降低, 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 2 组治疗后比较, 差异也有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组总有效率为 95.5%, 对照组为 76.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后的血肿体积、周围水肿体积显著比治疗前缩小 ($P < 0.05$); 对照组治疗后的血肿体积也较治疗前缩小 ($P < 0.05$), 但周围水肿体积与治疗前比较, 反而显著增加 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后的血肿体积和周围水肿体积均较对照组降低 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗对脑出血急性期患者的临床治疗效果显著。

[关键词] 脑出血; 急性期; 中西医结合疗法; 脑血通汤

[中图分类号] R743.34 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0033-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.015

急性期脑出血是临床常见的神经系统疾病, 近年来发病率不断升高^[1]。目前, 中医药主要用于患者的恢复期, 但是由于脑出血急性期患者的治疗对于患者的神经功能的恢复非常重要^[2], 因此笔者尝试使用中西医结合的方法对脑出血急性期患者进行治疗, 疗效满意, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院住院治疗的 210 例患者, 所有患者均经过头颅 CT 检查证实为脑出血急性期患者, 并且均排除由血液病、肿瘤脑转移、颅脑外伤引起的脑出血。随机分为治疗组和对照组 2 组, 治疗组 110 例, 男 68 例, 女 42 例; 年龄 46~73 岁, 平均(60.34±6.81)岁; 出血量 11~49 mL, 平均出血量(24.63±3.65)mL。对照组 100 例, 男 64 例, 女 36 例; 年龄 44~75 岁, 平均(59.16±6.29)岁; 出血量 10~50 mL, 平均出血量(23.51±4.58)mL。2 组一般资料经统计学处理, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 1995 年全国脑血管学术会议通过的《各类脑血管病诊断要点》^[3]中脑出血的诊断标准。

2 治疗方法

所有患者接受以下常规的西医治疗: 保持卧床静养; 吸氧, 以保证呼吸道通畅; 使用心电图进行监护; 根据个人情况使其保证适当的营养; 针对患者的情况对其采用颅内血肿微创清除术。

2.1 对照组 患者在上述治疗的基础上采用西医综合疗法,

给予脱水、降颅压、降血压、对症、支持疗法, 并根据患者的个人情况辅以适当的康复训练, 并对患者使用吡拉西坦注射液 10 g 静脉滴注, 每天 1 次, 以 1 月为 1 疗程。

2.2 治疗组 在对照组的基础上给予脑血通汤, 处方: 天麻、竹茹、黄芩、天竺黄、石菖蒲、白术、郁金、栀子各 10 g, 牡丹皮、钩藤各 12 g, 生大黄 6 g, 羚羊角粉 0.6 g, 三七粉 3 g。每天 1 剂, 用水煎服, 每天 250 mL, 不能口服的患者给予鼻饲, 以 1 月为 1 疗程。

治疗 1 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 神经功能缺损评分: 参考那维亚评分法^[4]。同时观察血肿及周围水肿体积。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件对研究数据进行统计学分析, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《各类脑血管病诊断要点》^[3]中有关标准。基本治愈: 患者能够独立生活和工作, 不需要照顾, 神经功能缺损评分为零; 显著进步: 患者基本能够独立生活, 神经功能缺损评分至少减少 21 分, 病残程度为 1~3 级; 进步: 神经功能缺损评分减少 8~20 分; 无变化: 神经功能缺损评分变化不超过 8 分; 恶化: 神经功能缺损评分至少增加 9 分, 或者患者死亡。总有效率 = (基本治愈 + 显著进步 + 进步) / 总病例数 × 100%。

[收稿日期] 2015-01-22

[作者简介] 郑嵘 (1980-), 男, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗急性脑出血。

4.2 2 组神经功能缺损评分比较 见表 1。治疗后神经功能缺损评分 2 组均降低, 与治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 2 组治疗后比较, 差异也有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组神经功能缺损评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前		治疗后	
治疗组	110	34.2 ± 12.5	20.6 ± 14.3 ^{①②}		
对照组	100	34.3 ± 12.4	24.6 ± 13.2 ^①		

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

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。治疗组总有效率为 95.5%, 对照组为 76.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组临床疗效比较 例

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无效	恶化	总有效率(%)
对照组	100	6	53	17	16	8	76.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2 组血肿体积和周围水肿体积比较 见表 3。治疗组治疗后的血肿体积、周围水肿体积显著比治疗前缩小($P < 0.05$); 对照组治疗后的血肿体积也较治疗前缩小($P < 0.05$), 但周围水肿体积与治疗前比较, 反而有显著增加($P < 0.05$)。治疗组治疗后的血肿体积和周围水肿体积均较对照组降低($P < 0.05$)。

表 3 2 组血肿体积和周围水肿体积比较($\bar{x} \pm s$) ml

组别	n	血肿体积		周围水肿体积	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
		治疗组	110	28.8 ± 11.2	14.5 ± 12.8 ^{①②}
对照组	100	28.6 ± 11.3	17.5 ± 14.3 ^①	14.3 ± 11.6	19.6 ± 11.7 ^①

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

近年来, 由于人们生活水平的提高, 饮食结构发生了巨大的变化, 每年脑出血人数也在逐年增加^①。急性期是脑出血治疗的重点时期, 对患者后期的临床治疗和生活质量都有直接影响, 因此, 寻找有效的治疗方法对脑出血急性期患者来说至关重要。

有研究表明, 中医中药能够在脑出血急性期中的神经功能恢复起到重要的作用。脑出血早期血肿体积变大, 数小时后血肿周围开始出现不同程度的组织水肿现象, 之后现象持续加重, 最后导致患者出现严重的神经功能缺损现象^②。中医中药能够对脑出血急性期患者进行调理, 具有醒脑、清热解毒、活血通窍等功效及减轻脑水肿、降低颅内压、保护脑细胞的作用。有研究认为, 急性期脑出血最常见的病因是风火上扰、痰热内闭^③, 天麻、钩藤、羚羊角粉平肝息风; 黄芩、牡丹皮、生大黄清热泻火, 釜底抽薪; 竹茹、天竺黄、厚朴、三七粉化痰活血通络; 石菖蒲、郁金醒脑开窍; 白术健脾化痰, 和胃调中。治疗组患者治疗后无论是神经功能缺损评分还是血肿、周围水肿体积均较对照组显著改善($P < 0.05$), 而且治疗组患者经过中西医结合治疗后的总有效率也显著高于对照组, 提示中西医结合治疗脑出血急性期的临床效果显著。

综上所述, 中西医结合治疗能够显著降低脑出血急性期患者的血肿和周围水肿体积, 降低神经功能缺损评分, 对神经功能的恢复起着至关重要的作用。目前, 中西医结合疗法还没有在临床上广泛应用, 应当充分利用中医的优势, 最大限度地在大病治疗中发挥中医的作用。

[参考文献]

- [1] 李妍怡, 东红, 龚友义, 等. 中风膏治疗急性脑出血 45 例[J]. 中医研究, 2012, 25(2): 6-8.
- [2] 邵锦华. 中西医结合治疗脑出血急性期 62 例临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2012, 33(12): 35-36.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经外科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [4] 全国第 4 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]. 中华神经外科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [5] 梁婧, 丁良, 王振华, 等. 脑出血急性期中西结合治疗概况[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(11): 59-61.
- [6] 张轶丹. 破血化瘀填精补髓法治疗出血性中风临床研究[J]. 中国中医急症, 2012, 21(9): 1380-1381.
- [7] 封茂燕, 李爱民. 单味大黄治疗急性脑出血 33 例[J]. 中国药业, 2012, 21(8): 79-80.

(责任编辑: 骆欢欢)