

通络醒神汤联合依达拉奉对高血压脑出血微创术后神经功能恢复的影响

曹勇, 郑慧军, 范鲁鼎, 张新昌

河南省中医院神经外科, 河南 郑州 450002

[摘要] 目的: 观察通络醒神汤联合依达拉奉对高血压脑出血微创术后患者神经功能的恢复和促醒作用。方法: 将 86 例高血压脑出血微创术后患者随机分为对照组和观察组各 53 例。2 组均给予西医常规综合干预措施治疗, 对照组予依达拉奉注射液静脉滴注, 观察组在对照组治疗基础上采用通络醒神汤, 疗程 14 天。采用格拉斯哥昏迷量表 (GCS) 评价昏迷程度、美国国立卫生院神经功能缺损 (NIHSS) 评分评价神经功能缺损程度, 采用 CT 检测脑水肿情况。结果: 总有效率观察组为 90.7%, 对照组为 74.4%, 观察组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后 7、14 天, 观察组 NIHSS 评分均低于对照组 ($P < 0.01$), 观察组脑水肿体积均小于对照组 ($P < 0.01$)。治疗后 7 天, 观察组 GCS 睁眼反应、肢体运动评分和总分均高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在西医常规综合疗法的基础上加用通络醒神汤联合依达拉奉注射液, 能减轻高血压脑出血微创术后患者的脑水肿, 促进神经功能恢复, 改善昏迷程度, 具有一定的促醒作用, 临床疗效优于单纯西医治疗。

[关键词] 高血压脑出血 (HICH); 微创术; 中西医结合疗法; 通络醒神汤; 依达拉奉注射液; 格拉斯哥昏迷量表 (GCS)

[中图分类号] R544.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0035-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.016

微创颅内血肿清除术是临床治疗高血压脑出血(HICH)的有效方法, 然而 HICH 导致的神经功能缺损, 即使早期手术也不能使其完全恢复, 仍有 40% 左右的患者留有不同程度的后遗症, 严重影响了患者的生存质量, 给家庭和社会造成极大的负担^[1]。因此, 如何促进患者微创术后的神经功能恢复、改善预后成为术后关注的重点。依达拉奉在临床已被广泛用于 HICH 术后神经功能恢复的治疗^[2]。本研究观察了经验方通络醒神汤联合依达拉奉对 HICH 术后患者的促醒作用和对神经功能恢复的影响。报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 86 例观察病例均来源于 2013 年 1 月—2014 年 10 月本院神经外科。采用随机数字表法分为对照组和观察组各 43 例。对照组男 28 例, 女 15 例; 年龄 56~74 岁, 平均(61.8±7.5)岁; 平均出血量(44.1±15.2)mL; 美国国立卫生院神经功能缺损(NIHSS)评分(27.4±6.1)分; 格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分(8.4±2.3)分。观察组男 30 例, 女 13 例; 年龄 52~73 岁, 平均(62.1±8.4)岁; 平均出血量(43.7±14.3)mL; NIHSS 评分(28.1±5.8)分; GCS 评分(8.3±2.1)分。2 组性别、年龄、出血量、NIHSS 评分、GCS 评分等一般资料比较, 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《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》^[3]中急性脑出血的诊断标准, 并经核磁共振成像(MRI)证实出血部位及出血量。

1.3 中医辨证标准 辨证属痰热腑实证。主症: 半身不遂, 口舌歪斜, 言语謇涩或不语, 感觉减退或消失; 次症: 腹胀, 大便干或便秘, 痰黄或痰多, 头痛目眩, 面色晦暗或紫暗, 口唇紫暗或青紫; 舌脉: 舌质暗红或紫暗或有斑点, 苔黄腻, 脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

1.4 纳入标准 ①既往有明确的高血压病史, 且符合急性脑出血的诊断标准; ②出血量≤90 mL, 均在 CT 引导下行微创颅内血肿清除术, 术后 3 天内; ③年龄 50~75 岁; ④取得患者家属知情同意。

1.5 排除标准 ①非首次脑出血; ②自发性蛛网膜下腔出血者; ③术后存活未超过 3 天或病程已经超过 3 天; ④混合型卒中患者; ⑤术后病情危重或再出血; ⑥合并有肝、肾、心、内分泌系统和造血系统等严重原发性疾病及精神病患者。

2 治疗方法

2 组均采用综合基础治疗措施^[4]: 包括脱水降颅压、防治感染、控制血压, 维持水、电解质平衡, 营养神经、保护胃黏膜、对症支持治疗等。

[收稿日期] 2015-02-23

[作者简介] 曹勇 (1975-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 神经外科。

2.1 对照组 依达拉奉注射液(南京先声东元制药有限公司), 每次 30 mg 加入 100 mL 生理盐水中稀释后静脉滴注, 30 min 内滴完, 每天 2 次。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用通络醒神汤, 组方: 地龙、石菖蒲、川芎、黄芩各 15 g, 三七、栀子、生大黄(后下)、制南星各 10 g, 郁金 12 g, 银杏叶、竹茹、丹参各 20 g, 全蝎 3 g。气虚加黄芪 30 g, 人参 10 g; 腑通则去大黄, 发热加金银花、水牛角各 30 g(先煎)。每天 1 剂, 常规水煎 2 次, 分 2~3 次胃管给药。

2 组疗程均为 14 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①脑水肿: 采用 CT 进行检测, 根据多田公式^[6]计算出水肿体积、总占位效应体积, 脑水肿体积 = 总占位效应体积 - 血肿体积。分别于治疗前与治疗 7、14 天进行评价。②昏迷程度: 采用 GCS 评分, 包括睁眼反应、语言反应和肢体运动, 共 15 分, 得分越高, 表示意识状态越好, 14 分以上属于正常状态, 7 分以下为昏迷, 评分越低表示昏迷程度越重, 分别于治疗前、治疗第 7 天进行评价。③神经功能缺损程度: 采用 NIHSS 评分, 分别于治疗前、治疗后 7、14 天进行评价。

3.2 统计学方法 数据分析采用 SPSS16.0 统计分析软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 比较采用 *t* 检验; 计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[6] 基本痊愈: NIHSS 评分减少 $\geq 91\%$, 病残程度为 0 级; 显著进步: NIHSS 评分减少 46%~90%, 病残程度为 1~3 级; 进步: NIHSS 评分减少 18%~45%; 无变化: NIHSS 评分减少 $< 18\%$; 恶化: 病情加重或死亡。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组为 90.7%, 对照组为 74.4%, 观察组疗效优于对照组($\chi^2 = 3.956, P < 0.05$)。

组别	<i>n</i>	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效率(%)
对照组	43	2	14	16	9	2	74.4
观察组	43	3	21	15	2	2	90.7 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组不同时间 NIHSS 评分比较 见表 2。治疗后 7、14 天, 2 组 NIHSS 评分均呈逐渐下降趋势($P < 0.01$), 观察组 NIHSS 评分均低于对照组($P < 0.01$)。

4.4 2 组不同时间脑水肿体积比较 见表 3。治疗后 7、14 天, 2 组脑水肿体积均呈逐渐缩小趋势($P < 0.01$), 观察组脑水肿体积均小于对照组($P < 0.01$)。

4.5 2 组 GCS 评分比较 见表 4。治疗后 7 天, 2 组睁眼反应、语言反应、肢体运动评分和总分均较治疗前升高($P <$

0.01), 观察组睁眼反应、肢体运动评分和总分均高于对照组($P < 0.05$)。

组别	治疗前	治疗后 7 天	治疗后 14 天
对照组	27.4 ± 6.1	21.5 ± 5.0 ^①	14.1 ± 4.2 ^①
观察组	28.1 ± 5.8	16.8 ± 4.8 ^{①②}	11.3 ± 3.5 ^{①②}

与前一时间点比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同时点比较, ② $P < 0.01$

组别	治疗前	治疗后 7 天	治疗后 14 天
对照组	26.4 ± 5.5	16.6 ± 5.1 ^①	10.3 ± 3.5 ^①
观察组	26.9 ± 6.1	12.4 ± 4.6 ^{①②}	5.9 ± 2.1 ^{①②}

与前一时间点比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同时点比较, ② $P < 0.01$

组别	时间	睁眼反应	语言反应	肢体运动	总分
对照组	治疗前	1.9 ± 0.6	2.6 ± 0.7	3.5 ± 0.9	8.4 ± 2.3
	第 7 天	3.3 ± 0.9 ^①	3.9 ± 0.8 ^①	4.0 ± 0.8 ^①	11.3 ± 2.1 ^①
观察组	治疗前	1.8 ± 0.5	2.7 ± 0.8	3.4 ± 0.7	8.3 ± 2.1
	第 7 天	3.9 ± 0.8 ^{①②}	4.2 ± 0.9 ^①	4.5 ± 0.8 ^{①②}	12.5 ± 2.0 ^{①②}

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

HICH 的早期救治目的是尽快清除血肿, 降低颅内压, 以挽救生命, 并且尽可能在早期减少血肿对周围脑组织的压迫, 降低致残率^[6]。微创颅内血肿清除术具有及时、简便、有效等优点, 能有效清除血肿, 降低病死率; 但术后多存在血液残留, 导致脑水肿无法及时消退, 从而引起系列继发性神经损伤, 因此, 阻止和消除脑水肿是治疗急性脑血管病的关键^[7]。手术虽可清除血肿, 但也造成脑络的进一步损伤。

HICH 归属于中医学中风范畴, 其病机为肝肾亏虚, 气血逆行, 肝阳暴亢, 血溢滞脑, 蒙蔽心窍。中医素有“离经之血即为瘀血”“血不利则为水”“瘀则成水”之说。中风后血之与气, 并走于上, 冲荡激越, 脑络损伤, 血不循经, 溢于脉外, 形成瘀血, 阻滞脉道, 气血津液, 输布失常, 水津停滞。同时火热灼津, 炼液成痰, 瘀热积痰, 闭阻清窍, 灵机失用, 元神不明^[8]。因此应治以化痰通络、清热化痰、通腑醒脑之法。

本组通络醒神汤中地龙活血通络、清热平肝、利水, 银杏叶、三七、丹参活血散瘀, 川芎活血通络, 诸药合用, 能使血脉通利, 瘀血散去。石菖蒲配郁金开窍豁痰、醒神益智, 竹茹化痰清热, 全蝎、制南星熄风化痰, 黄芩、栀子清热, 生大黄通腑泻热, 醒神。全方共奏散瘀通络、清热化痰、开窍醒神之功。

本研究结果显示, 在治疗后 7、14 天, 观察组脑水肿体

积均小于对照组($P < 0.01$), NIHSS 评分均低于对照组($P < 0.01$), 提示通络醒神汤的使用有助于减轻脑组织水肿, 从而有利于神经功能的恢复。同时治疗后 7 天, 观察组睁眼反应、肢体运动评分和总分均高于对照组($P < 0.05$), 提示了通络醒神汤可减轻患者昏迷程度, 具有一定的促醒作用。

综上, 在西医常规治疗基础上, 对 HICH 术后患者采用通络醒神汤联合依达拉奉注射液, 能减轻脑水肿, 促进神经功能恢复, 改善昏迷程度, 具有一定的促醒作用, 临床疗效优于单纯西医治疗, 值得临床应用。

[参考文献]

[1] 周一敏, 蒙剑, 张琰, 等. 针药结合对脑出血术后偏瘫早期干预的临床研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(8): 267-269.
[2] 朱文焕, 张俊平, 孙德举, 等. 依达拉奉注射液联合脑心通胶囊用于高血压脑出血术后的疗效观察[J]. 中国药房, 2012, 23(12): 1097-1099.

[3] 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.
[4] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 49-58.
[5] 王引明, 胡玲玲, 孙钧铭. 醒脑静对脑出血患者 S100B、神经肽 Y 和脑水肿的影响[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(8): 1473-1475.
[6] 鲍远程. 《脑出血中西医诊疗指南》解读[J]. 中医药临床杂志, 2013, 25(11): 941-946.
[7] 方永军, 张毅, 柯尊华, 等. 生大黄粉对脑出血术后患者血清补体 C3、C4 及 hs-CRP 的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(2): 168-171.
[8] 孙兆, 杨如意, 张红武, 等. 中西医结合治疗高血压脑出血 51 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(17): 271-273.

(责任编辑: 吴凌)

脑卒中绿色通道临床实施要点及中医治疗切入点

龙亚秋¹, 秦劭晨², 覃小兰¹

1. 广东省中医院, 广东 广州 510120; 2. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 探讨急性脑卒中中西医结合绿色通道的构建方法。方法: 分为传统治疗组 65 例, 绿色通道组 44 例。制订急性脑卒中中西医结合绿色通道流程, 传统组按医疗常规完成治疗, 绿色通道组按绿色通道实施诊疗过程。观察 2 组患者一般情况、住院天数、住院费用等指标。结果: 2 组住院天数比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 实施急性脑卒中绿色通道能够优化患者诊治流程, 提高医疗质量, 保障医疗安全。

[关键词] 脑卒中; 中西医结合; 绿色通道

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0037-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.017

脑卒中是神经科常见病, 具有较高致残率、致死率和复发率, 严重危害人体健康的同时也给家庭和社会带来沉重负担。近年来, 随着生活水平提高和人口老龄化, 脑卒中发病率呈上升趋势^[1]。临床路径是指针对某种疾病或手术而制定的治疗计划^[2], 其计划中详细规定了医生、护士和其他人员需要进行的诊断和治疗活动, 通过各部门紧密配合, 高效、快捷、安全的规范化管理, 提高救治质量和治疗效果。而对脑血管意外患者

开启绿色通道, 及时进行抢救可以有效地提高患者的存活率, 提高生活质量。本院通过急救绿色通道临床路径的实施取得了满意的效果, 现报道如下。

1 临床资料

本院 2005 年 4 月启动脑卒中绿色通道。本研究纳入 2004 年 10 月 1 日—2005 年 3 月 31 日急性脑梗死患者 65 例为传统治疗组。纳入 2011 年 1 月 1 日—6 月 30 日启动绿色

[收稿日期] 2015-03-23

[作者简介] 龙亚秋 (1983-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合急症。

[通讯作者] 覃小兰, E-mail: longqixinxin@163.com。