

醒脑静注射液联合西药对高血压脑出血术后神经功能恢复的影响

何惟高, 潘世群, 张斌, 胡军, 周家强, 江汉清

浙江大学明州医院神经外科, 浙江 宁波 315000

[摘要] 目的: 观察醒脑静注射液联合西药对高血压脑出血(HICH)术后神经功能恢复的影响。方法: 将 80 例 HICH 患者随机分为对照组和研究组各 40 例。2 组均在 CT 引导下微创碎吸术, 术后给予综合西医处理措施, 并采用依达拉奉注射液治疗, 研究组在对照组治疗的基础上加用醒脑静注射液。2 组疗程均为 14 天。术后 0、7、14、21 天各进行美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分; 术后 0、7、14 天进行格拉斯哥昏迷指标(GCS)评分, 并采用 MRI 检查中线结构移位情况。结果: 经 Ridit 分析, 研究组临床疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。术后 7、14、21 天, 2 组 NIHSS 评分均逐渐下降 ($P < 0.01$); 研究组术后 7、14、21 天的 NIHSS 评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。术后 7、14 天, 2 组 GCS 评分均逐渐下降 ($P < 0.01$), 研究组同期 GCS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。术后 7、14 天, 2 组中线结构移位逐渐缩小 ($P < 0.01$), 研究组同期缩小程度优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在西医常规治疗的基础上加用醒脑静注射液, 能进一步改善 HICH 微创术后患者的神经缺损程度, 促进患者觉醒, 提高临床疗效。

[关键词] 高血压脑出血(HICH); 中西医结合疗法; 醒脑静注射液

[中图分类号] R743.34 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)10-0037-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.017

颅内血肿微创碎吸术是治疗高血压脑出血(HICH)的有效方法, 能尽快尽早清除血肿, 减轻血肿占位效应, 但并不能解决脑水肿及其导致的循环障碍与缺血损伤^[1]。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, 给家庭和社会造成了极大的负担^[2]。术后须以包括中药、针灸在内的中西医综合措施以降低颅内压, 促进神经功能恢复, 减少并发症。醒脑静注射液能清热泻火、凉血解毒、开窍醒脑, 透过血脑屏障, 直接作用于中枢神经系统, 能有效降低血脑屏障通透性, 减轻脑水肿, 并有抗氧化作用, 能促进患者苏醒, 缩短昏迷时间, 减少并发症^[3]。本研究笔者观察了醒脑静注射液联合西药对 HICH 患者微创碎吸术后神经功能恢复的影响。报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 80 例观察对象为 2008 年 7 月—2015 年 3 月本院神经外科收治的患者。随机分为对照组和研究组各 40 例。对照组男 25 例, 女 15 例; 年龄 50~71 岁, 平均(61.8±7.2)岁; 发病到入院时间: 4~41 h, 平均(14.8±10.2)h; 出血量(根据多田公式计算): 30~78 mL, 平均(48.1±19.5)mL; 美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分(30.4±7.5)分。研究组男 23 例, 女 17 例; 年龄 52~75 岁, 平均

(62.4±8.0)岁; 发病到入院时间: 6~47 h, 平均(15.2±11.9)h; 出血量: 34~75 mL, 平均(37.7±15.2)mL; NIHSS 评分(29.6±7.7)分。2 组性别、年龄、发病时间、出血量等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照文献[4]中高血压脑病的诊断标准制定, 经 CT 或 MRI 证实出血部位及出血量。

1.3 纳入标准 ①有高血压病史, 经 CT 或 MRI 证实为脑出血; ②病程≤48 h; ③30 mL<出血量<80 mL; ④在 CT 引导下微创碎吸术; ⑤术后生命体征基本平稳; ⑥获得医院伦理委员会同意, 并取得家属知情同意。

1.4 排除标准 ①其他原因如外伤、颅内血管瘤、动静脉畸形、血液病造成脑出血的患者; 再发性脑出血患者; ②有手术禁忌症者; ③出血量超过 80 mL, 需要开颅治疗者; ④合并心、肺、肝、肾等重要脏器功能衰竭者; ⑤同期采用其他中药治疗, 影响疗效判定者。

2 治疗方法

2.1 对照组 在 CT 引导下微创碎吸术, 术后适时复查头颅 CT, 以确定停止引流时间。按照《中国脑血管病防治指南》^[5]严格控制血压, 防治感染, 采用甘露醇脱水、降低颅压, 维持水、电解质平衡, 及其他对症支持处理。依达拉奉注射液(扬子江药业集团南京海陵药业有限公司), 每次 30 mg,

[收稿日期] 2015-05-23

[作者简介] 何惟高 (1982-), 男, 主治医师, 主要从事神经外科临床工作。

每天 2 次,加入适量生理盐水稀释后静脉滴注,30 min 内滴完。

2.2 研究组 西医常规处理同对照组,并加用醒脑静注射液(无锡济民可信山禾药业股份有限公司),每次 20 mL 加入生理盐水 500 mL 中静脉滴注,每天 1 次。

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神经功能缺损程度:采用 NIHSS 评分^[4],术后 0、7、14、21 天各评价 1 次;②昏迷程度^[5]:采用格拉斯哥昏迷指数(GCS)评分,术后 0、7、14 天各评价 1 次;③脑水肿:采用 MRI 检查,记录中线结构移位情况,术后 0、7、14 天各评价 1 次。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验;等级资料采用 Ridit 分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[4] 显效:NIHSS 评分改善率 $\geq 75\%$;好转: $25\% \leq$ NIHSS 评分改善率 $< 75\%$;无效:NIHSS 评分改善率 $< 25\%$,或症状无改善,甚至加重或死亡。NIHSS 评分改善率 = (治疗前 NIHSS 评分 - 治疗后 NIHSS 评分) / 治疗前 NIHSS 评分 $\times 100\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。经 Ridit 分析,研究组临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	<i>n</i>	显效	好转	无效
对照组	40	10	17	13
研究组	40	15	19	6

4.3 2 组不同时点 NIHSS 评分比较 见表 2。术后 7、14、21 天,2 组 NIHSS 评分均逐渐下降($P < 0.01$);研究组术后 7、14、21 天的 NIHSS 评分均低于对照组($P < 0.05$)。

组别	<i>n</i>	术后 0 天	术后 7 天	术后 14 天	术后 21 天
对照组	40	29.7 \pm 6.3	22.4 \pm 5.1 ^①	14.6 \pm 4.2 ^①	9.2 \pm 2.5 ^①
研究组	40	29.4 \pm 6.0	19.5 \pm 4.6 ^{①②}	11.3 \pm 3.7 ^{①②}	7.5 \pm 2.2 ^{①②}

与前一时刻比较,① $P < 0.01$;与对照组同期比较,② $P < 0.05$

4.4 2 组不同时点 GCS 评分和中线结构移位情况比较 见表 3。术后 7、14 天,2 组 GCS 评分均逐渐下降($P < 0.01$),研究组同期 GCS 评分低于对照组($P < 0.05$)。术后 7、14 天,2 组中线结构移位逐渐缩小($P < 0.01$),研究组同期缩小程度优于对照组($P < 0.05$)。

5 讨论

HICH 最重要的病理改变是血肿压迫周围组织引起水肿、

表 3 2 组不同时点 GCS 评分和中线结构移位情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	GCS 评分(分)	中线结构移位(mm)
对照组	40	术后 0 天	11.75 \pm 2.64	6.86 \pm 1.74
	40	术后 7 天	7.04 \pm 1.93 ^①	4.61 \pm 1.48 ^①
	40	术后 14 天	5.25 \pm 1.47 ^①	3.19 \pm 0.83 ^①
研究组	40	术后 0 天	12.06 \pm 2.91	6.91 \pm 1.85
	40	术后 7 天	6.13 \pm 1.53 ^{①②}	3.76 \pm 1.31 ^{①②}
	40	术后 14 天	4.46 \pm 1.38 ^{①②}	2.35 \pm 0.94 ^{①②}

与前一时刻比较,① $P < 0.01$;与对照组同期比较,② $P < 0.05$

缺血及周围组织血液循环障碍。早期予微创血肿清除术治疗,有利于消除血肿,减轻血肿占位效应,降低颅内压,从而避免出现脑疝,让受压脑组织能够尽快恢复^[6]。

本病属于中医学中风范畴,基本病机是脏腑功能失调,阴阳失衡,气血逆乱,上犯于脑,络破血溢于脑脉之外,重症者可闭塞清窍,蒙蔽神明^[7]。急性期因血分瘀热、搏击不解、闭阻脑窍,而令邪热愈炽、瘀阻益甚,进而化火生风,导致风火相煽、痰瘀闭阻^[8]。

醒脑静注射液是由安宫牛黄丸方剂改制而成,采用静脉给药,是常用的急救药品。醒脑静注射液由麝香、冰片、郁金、栀子等组成,方中麝香开窍通络、辟秽、散瘀,冰片开窍醒神、清热止痛,栀子泻三焦之火毒,清热、凉血,郁金活血、行气、解郁、清心,全方共奏清热解毒、醒脑开窍、活血凉血之功,正合 HICH 痰热蒙蔽清窍的病机特点。研究表明本品能够透过血脑屏障,直接作用于中枢神经系统,调节中枢神经系统,促进昏迷患者的苏醒;能有效抑制氧自由基的产生和过氧化反应,起到脑保护的作用;能稳定血脑屏障,防止渗出物流入组织间隙或细胞间隙,减轻脑水肿。药理研究显示醒脑静注射液具有兴奋中枢、解热、镇痛、抑菌、抗炎、保肝的作用^[9]。临床将该药广泛用于脑血管病、脑外伤、急性中毒、重症中暑、病毒性脑炎和血管性认知障碍等多种疾病的治疗。

本研究结果显示,醒脑静注射液的使用可改善 HICH 微创吸术后患者的神经功能,减轻患者昏迷程度,对患者术后康复起到了促进作用。

[参考文献]

- 段登洪. 微创治疗高血压脑出血的体会[J]. 重庆医学, 2011, 40(36): 3742- 3744.
- 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.
- 林森,吴波,刘鸣,等. 醒脑静注射液治疗脑出血的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2008, 8(2): 93- 96.
- 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.
- [5] 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.
- [6] 王鸣池, 李伟伟, 于盼盼, 等. 微创颅内血肿清除术联合醒脑开窍针刺法治疗脑出血的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(12): 2469-2471.
- [7] 中华中医药学会. 脑出血中医诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(23): 110-112.
- [8] 徐丹, 张兰坤, 过伟峰, 等. “瘀热”病机对脑出血急性期病情及预后的影响[J]. 中医杂志, 2011, 52(22): 1922-1924.
- [9] 李俊芳. 醒脑静注射液的药理分析研究[J]. 中国药物经济学, 2014, 4(1): 48-49.
- (责任编辑: 吴凌)

柏叶散联合生长抑素辅助治疗上消化道出血临床观察

蔡雅萍, 沈小玲, 王晓燕

杭州市第一人民医院急诊科, 浙江 杭州 310006

[摘要] 目的: 观察柏叶散联合生长抑素辅助治疗上消化道出血的临床疗效。方法: 将 88 例上消化道出血患者随机分为对照组和研究组各 44 例。对照组予常规治疗, 研究组在对照组基础上予柏叶散联合生长抑素治疗。观察 2 组患者的血流动力学(心率、血氧饱和度、收缩压)变化、不同时间段(第 2 h、6 h、12 h、24 h)仍出血患者的总例数及临床疗效。结果: 研究组总有效率为 100%, 对照组总有效率 90.9%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组心率低于对照组, 收缩压高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2 组血氧饱和度比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。研究组在第 2 h、6 h、12 h、24 h 的出血总例数均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 柏叶散联合生长抑素辅助治疗上消化道出血, 有助于快速止血, 有效改善血流动力学, 提高临床疗效。

[关键词] 上消化道出血; 柏叶散; 生长抑素; 中西医结合疗法

[中图分类号] R573.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 10-0039-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.018

上消化道出血, 失血一般较多, 是一组发病快、病情急、病势危的临床常见疾病。据相关文献报道, 上消化道出血可在短时间内超过 1000 mL, 迅速导致周围循环衰竭; 其发病率占总住院人数的 0.1%, 死亡率约 10%, 甚至高达 20%, 严重威胁着患者的生命^[1]。本院采用柏叶散联合生长抑素辅助治疗上消化道出血, 获得一定疗效。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 10 月—2014 年 11 月在本院治疗的 88 例上消化道出血患者, 随机分为对照组和研究组各 44 例。对照组男 28 例, 女 16 例; 年龄 22~59 岁, 平均(37.62±3.47)岁; 十二指肠球部溃疡者 22 例, 胃溃疡者 15 例, 急性黏膜损伤者 7 例。研究组男 29 例, 女 15 例; 年龄 23~58 岁, 平均(38.35±3.46)岁; 十二指肠球部溃疡者 24

例, 胃溃疡者 14 例, 急性黏膜损伤者 6 例。2 组性别、年龄及病来源经统计分析, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照中国医师协会急诊医师分会 2010 年制定的《急性上消化道出血急诊诊治专家共识》^[2]中的诊断标准拟定。①呕血, 为上消化道出血特征, 其颜色可根据出血量、出血速度及胃内停留时间等发生变化; ②黑便或便血, 非上消化道出血特征, 其颜色可根据出血量、出血速度及胃肠蠕动等发生改变; ③失血性周围循环衰竭, 及贫血、发热、氮质血症等其他临床表现; ④结合患者病史, 即可诊断。

1.3 辨证标准 脾虚不摄证^[3]: 呕血色暗淡而量多, 大便黑溏, 胃脘隐痛, 伴神疲乏力, 面色少华, 心悸气短; 舌淡、苔薄白, 脉细弱。

[收稿日期] 2015-05-20

[作者简介] 蔡雅萍 (1985-), 女, 护师, 研究方向: 急诊护理。