

- 2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146- 153.
- [4] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55- 56.
- [5] 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]. 中国实用内科杂志, 1997, 17(5): 313- 315.
- [6] 梁晓, 张允岭, 王新祥, 等. 清热活血组分对急性脑梗死火毒证大鼠 NF- κ B 炎症信号通路调控作用研究[J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(6): 377- 382.
- [7] 戚纪胜, 符玲萍. rt-PA 动脉溶栓结合丁苯酞治疗急性脑梗死的有效性及安全性[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(13): 3642- 3644.
- [8] 徐宗荣, 屈传强. 葛根素治疗急性脑梗死及对 MMP-2、MMP-9 的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(14): 3825- 3826.
- [9] 牛晓立, 李贯绯, 李彦彬, 等. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性脑梗死 50 例[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(10): 2863- 2864.
- (责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

通腑泄毒法治疗脑卒中后意识障碍临床观察

刘素霞, 董梅, 许亚平, 蔡静, 郭书英

河北医科大学第二医院, 河北 石家庄 050000

[摘要] 目的: 观察通腑泄毒法治疗脑卒中后意识障碍患者临床疗效。方法: 将神经内科收治的脑卒中后意识障碍患者 420 例随机分为 2 组各 210 例, 对照组给予西医基础治疗, 研究组在对照组基础上加用通腑泄毒中药治疗, 2 组治疗 1 疗程后, 比较治疗前后和组间的格拉斯哥- 庇斯布赫昏迷分度表评分 (G-PCS)、神经功能缺损程度 (NIHSS)、血清指标的改善以及临床不良事件发生情况。结果: 治疗后 2 组 G-PCS 评分均有提高 ($P < 0.05$), 但研究组升高更为显著 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组 NIHSS 评分均降低 ($P < 0.05$), 研究组降低更为显著 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组血清纤维蛋白原水平、同型半胱氨酸水平和血清 β -内啡肽均较高。治疗后 2 组得到较好的控制, 治疗后组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 通腑泄毒中药治疗脑卒中后意识障碍, 可恢复患者受损神经功能, 改善昏迷评分, 同时降低纤维蛋白原、同型半胱氨酸和 β -内啡肽水平, 安全性高, 具有较高的临床使用价值。

[关键词] 脑卒中; 意识障碍; 中医辨证论治; 通腑泄毒

[中图分类号] R743.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256- 7415 (2016) 06- 0024- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.011

脑卒中在临床神经内科属于常见危急重症, 具有起病急骤, 短时间内迅速发生弥漫性大脑功能缺失或局限性大脑功能缺失的征象^[1]。意识障碍具体为中枢神经系统接受内环境或外界环境刺激后对其反射减弱或消失。意识障碍的发生主要是因为脑血管急性病变, 脑血管出血性病变极易造成患者昏迷, 梗死范围大、大脑水肿而造成昏迷的发生。目前, 脑血管疾病发病率逐年增加, 且趋于年轻化发展, 死亡率高^[2]。中医学对脑卒中的认知, 主要以发病急骤、病情变化快、症见多端为主, 风性善行数变, 命名为中风。发病的主要机制为阴阳失衡, 气

血逆乱, 上犯于脑。脑卒中后患者发生意识障碍, 辨证属于中医学“中风 - 中脏腑”范围, 且认为中风后神志障碍, 病理机制为窍闭神匿, 神不导气, 气血瘀滞, 脑髓失去濡养^[3]。临床上针对脑卒中主要遵循开窍醒脑, 通腑清热泄毒的治疗原则, 笔者采用通腑泄毒法治疗脑卒中后意识障碍, 取得较满意结果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 2013 年 1 月—2015 年 1 月神经内科收治的脑卒中后意识障碍患者 420 例, 根据随机化原则分为 2

[收稿日期] 2016-02-12

[作者简介] 刘素霞 (1966-), 女, 副主任护师, 研究方向: 脑血管病的治疗与护理。

[通讯作者] 郭书英, E-mail: qindanjianxin@163.com。

组各 210 例, 研究组男 112 例, 女 98 例; 年龄 42~80 岁, 平均(62.1±4.2)岁; 住院治疗时间为 10~20 天, 平均(12.4±1.5)天; 脑梗死 115 例, 脑出血 95 例。对照组男 109 例, 女 101 例; 年龄 45~80 岁, 平均(62.5±4.9)岁; 住院治疗时间为 9~21 天, 平均(11.8±1.2)天; 脑梗死 110 例, 脑出血 100 例。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 病例选择 参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[4]制定病例选取标准: 患者起病急骤常合并有剧烈的头痛、呕吐等, 可合并精神症状, 意识发生障碍; 多合并脑膜刺激征, 少部分患者合并轻度偏瘫或颅神经局灶症状; 行腰部穿刺检查脑脊液表现为血性改变; 行 CT 或全脑血管造影检查确诊为脑卒中。遵循异病同治原则, 辨证与痰热腑实证相同, 主症为偏瘫、言语障碍或无法言语、神识昏蒙、口舌歪斜、偏身感觉异常; 次症表现为头疼、饮水呛咳、瞳神改变、眩晕、共济失调等。排除短暂性脑缺血发作、脑外伤、颅内肿瘤、代谢障碍、妊娠期及哺乳期女性、合并严重肝肾功能不全、精神异常者。

2 治疗方法

2 组入院确诊为脑卒中后意识障碍后均按照神经内科患者的基本处理原则完成治疗。

2.1 对照组 给予对应的基础治疗和对症支持治疗, 对脑水肿进行控制, 给予呋塞米、甘露醇等降低颅内压; 有效稳定血压和血糖、控制感染、维持水电解质平衡、营养脑神经等治疗, 同时给予纳洛酮(湖南康哲制药有限公司, 批准文号: H20033436)2~4 mg 加入 250 mL 生理盐水, 静脉滴注, 每天 1 次, 治疗 15 天为 1 疗程, 治疗 1 疗程。

2.2 研究组 以对照组为基准加用通腑泄毒中药治疗, 处方: 全瓜蒌 30 g, 大青叶、石菖蒲、生大黄(后下)各 15 g, 竹茹、栀子、胆南星、天麻、芒硝(冲服)各 10 g, 冰片(冲服)3 g。以患者临床症状为基础根据辨证论治理论酌情加减药物, 气虚者可加入党参、黄芪; 阴虚者加入白芍、首乌; 痰湿血瘀者加水蛭; 肢体偏瘫者加桑枝、威灵仙。由本院药房中药制剂室采用煎药包装一体机(JH07240)统一熬煮制成袋煎剂, 煎药前按照药方将药物浸泡 10 min, 时间设置为熬制 40 min, 每天 1 剂, 早晚各服用 1 袋(约 100 mL); 留置鼻饲管患者经鼻胃管采用注射器将药汁注入, 治疗 15 天为 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 治疗 1 疗程后比较 2 组格拉斯哥- 匹斯布赫昏迷分度表评分(G- PCS)、纤维蛋白原、同型半胱氨酸、神经功能缺损评分以及临床不良事件发生情况。血清纤维蛋白原和同型半胱氨酸的检测均在治疗前 1 天和/或治疗 15 天后肘静脉抽取空腹血 5 mL, 经 3000 r/min 的速度离心 15 min, 取上层清液在 -20℃ 的环境下保存。纤维蛋白原含量采用 Clauss 法检测, 试剂盒为配套试剂; 同型半胱氨酸采用酶联免疫吸附法(ELISA)测定, 试剂盒为配套试剂。血清 β- 内啡肽采用放射

免疫法测定, 试剂盒为配套试剂。G- PCS 评分共包含言语、运动和动眼 3 大项, 分为 7 个评定因子, 总分值为 35 分, 分值越高, 功能越好。神经功能缺损评分采用美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)评分^[5]评定, 总分值为 45 分, 分值越低神经功能恢复越佳。

3.2 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件包完成统计学分析, 等级资料采用单侧检验; 计数资料以频数(%)表示, 进行 χ^2 检验; 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 进行 t 检验。

4 评定标准与治疗结果

4.1 评定标准 采用相关标准^[6]评定, 研究对象可耐受, 对治疗和疗程无影响, 无需采取处理措施, 不影响预后评为轻度; 研究对象无法耐受, 需采取停药中止治疗或其他对症处理, 直接影响预后评为中度; 危及研究对象生命安全, 致残甚至致死, 需立即停药或抢救评为重度。

4.2 2 组昏迷评分、神经功能恢复比较 见表 1。2 组治疗前 G- PCS 评分、NIHSS 评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后 2 组 G- PCS 评分均有提高($P<0.05$), 但研究组升高更为显著($P<0.05$)。治疗后 2 组 NIHSS 评分均降低($P<0.05$), 研究组降低更为显著($P<0.05$)。

组别	n	G- PCS 评分		NIHSS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	210	13.1±3.2	19.6±5.6	26.1±8.5	21.7±5.2
对照组	210	13.5±3.8	17.1±4.2	25.8±8.3	23.3±5.5
t 值		1.1668	5.1755	0.3659	3.0633
P 值		0.2440	0.0000	0.7146	0.0023

4.3 2 组血清指标比较 见表 2。治疗前, 2 组血清纤维蛋白原水平、同型半胱氨酸水平和血清 β- 内啡肽均较高。治疗后 2 组得到较好的控制, 治疗后组间比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

组别	n	血清纤维蛋白原(g/L)		同型半胱氨酸水平(μmol/L)		血清 β- 内啡肽(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	210	3.9±0.7	2.8±0.4	18.6±5.7	11.4±4.3	185.5±21.6	139.5±20.7
对照组	210	3.8±0.5	3.2±0.6	18.2±5.9	14.2±4.9	186.3±22.1	154.6±23.8
t 值		1.6846	8.0384	0.7066	6.2241	0.3751	6.9373
P 值		0.0928	0.0000	0.4802	0.0000	0.7077	0.0000

4.4 2 组不良事件发生程度比较 见表 3。2 组均无严重的不良事件发生, 主要表现为发热、恶心、呕吐、皮疹等, 无需特殊处理, 肝肾功能检查, 治疗前后均无异常, 2 组不良事件发生程度比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

5 讨论

脑卒中在中医学又称为中风, 中医学理论中提出, 大脑是

表3 2组不良事件发生程度比较 例(%)

组别	n	轻度	中度	重度
研究组	210	5(2.38)	2(0.95)	0
对照组	210	25(11.90)	18(8.57)	10(4.76)
χ^2 值		7.6421	6.7032	5.1026
P 值		0.0057	0.0096	0.0239

奇恒之腑，由脑髓会聚于颅内而成。《本草纲目》中记载：脑为神之腑。说明古代医学者已经描述出大脑与精神活动、元神等关系密切。中医辨证理论提出：清窍蒙蔽所致昏迷，元神丧失其应有的作用进而造成昏迷，主要发病机制为神不导气，气血瘀滞，脑髓失去濡养^[7]。在昏迷初期常伴闭症的发生，治疗应遵照回阳醒神，通闭症开窍醒脑的原则。现代临床医学认为，此类疾病是因为脑血管发生病理性改变造成颅内压力的上升，压迫脑组织造成移位，对中脑造成压迫，血液供应不足或大脑皮层被广泛抑制，进而抑制脑干上的网状结构对觉醒的维持功能，因此发生意识障碍^[8]。中医学对此病的治疗主要利用整体观和辨证论治，分析发病原因和机制，采用整体治疗方案，通过多种途径进行多靶点治疗，进而恢复阴阳平衡，达到治疗目的。

本研究结果显示，治疗后2组患者各项指标均明显好转，研究组G-PCS评分低于对照组，NIHSS评分高于对照组；且研究组不良事件发生程度集中于轻度和中度，且发生率低于对照组($P < 0.05$)；提示通腑泄毒法对脑卒中后意识障碍具有显著疗效，且安全可靠。脑卒中后发生意识障碍是因为痰瘀、热毒等对形体产生破坏，导致大脑脉络损伤，中医学采用辨证论治时需要充分考虑毒邪的病理作用，以提高疗效。此通腑泄毒方选用药物包含瓜蒌、大青叶、石菖蒲、生大黄、竹茹、栀子、胆南星、天麻、芒硝、冰片等。其中芒硝配合生大黄荡涤肠胃、通腑泄毒；竹茹、胆南星、瓜蒌配合使用，清热化痰；石菖蒲开窍化痰；大青叶与栀子配合解毒、清热凉血；冰片醒脑开窍；天麻用量轻，祛风散邪。诸药合用，共奏清热化痰、开窍醒脑、通腑泄毒、祛风解毒之功。现代药理证实，大黄的有效药物成分中含有番泻苷，会导致腹泻，需要通过结肠的中远段与其中的细菌产生作用后才能有效的致泄。生成的大黄酸蒽酮可增强肠管张力，加速蠕动，故而泄毒。芒硝也属于泄药的一种，与大黄配合使用，增加肠管内的液体，扩张肠管，协同起到泄毒作用。瓜蒌药物有效成分中的瓜蒌皮总氨酸可有效祛痰，同时也可致泄但不脂肪进行吸收，进而通腑泻下。胆南星含有皂苷，祛痰作用显著，与竹茹配合可起到协同作用，加强祛痰效果。石菖蒲中有效成分 α 细辛醚对支气管有舒张作

用，促进肺部换气，进而提升血氧饱和度；与 β 细辛醚相互协同兴奋呼吸，加上冰片引药上行，达到醒脑开窍的目的。最后采用天麻对皮层功能进行调节，增强大脑组织耐缺氧，强化疗效^[9-10]。

综上所述，采用通腑泄毒法治疗脑卒中后意识障碍患者可有效通腑泻下、清热解暑、祛风散邪、醒脑开窍，显著降低血栓发生风险，恢复神经功能，值得在临床开展应用。

[参考文献]

- [1] 李冬梅, 唐启盛, 赵瑞珍, 等. 脑卒中后大鼠模型边缘系统血管内皮生长因子的动态改变及中药的干预作用[J]. 北京中医药大学学报, 2014, 37(9): 606-610.
- [2] 杨沛群, 陈朝俊, 蒋学余, 等. 益气醒神方结合针刺治疗脑梗死意识障碍的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(9): 88-91.
- [3] N. Venketasubramanian, Sherry Young, San San Tay, et al. Chinese Medicine NeuroAiD Efficacy Stroke Recovery- Extension Study (CHIMES- E Study): An Observational Multicenter Study to Investigate the Longer- Term Efficacy of NeuroAiD in Stroke Recovery[J]. Cerebrovascular diseases, 2013, 35(S1): 18-22.
- [4] 中华神经科学会, 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): 379-380.
- [5] 许伟, 宋新军, 赵林, 等. 丹参多酚酸对脑梗死患者的疗效及对同型半胱氨酸的影响[J]. 河北医科大学学报, 2015, 36(9): 1053-1055.
- [6] 袁晶, 朱以诚, 姚明, 等. 急性卒中患者中药服用情况横断面调查[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 284-287.
- [7] 吴海波, 张云云, 陈磊, 等. 中药益气活血法对缺血性脑卒中微栓子的调节作用[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(5): 578-579.
- [8] 付中应, 李向荣, 吴清明, 等. 针刺和中药结合卒中单元治疗缺血性脑卒中恢复期患者的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(1): 48-51.
- [9] 朱金鑫. 中药湿热敷治疗脑卒中合并肢体痉挛患者的效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2014, 18(14): 66-67.
- [10] 李小黎, 唐启盛, 李冬梅, 等. 益肾调气中药对缺血性脑卒中后边缘系统碱性成纤维生长因子时相变化的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(10): 672-676.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)