

醒脑静联合西医常规疗法治疗急性脑出血

★ 贺萍 (浙江省宁波市中医院内二科 宁波 315010)

关键词:急性脑出血;中风;醒脑静;中西医结合疗法

中图分类号:R 743.34 文献标识码:B

急性脑出血是临床常见危急重症之一,病情变化迅速,治愈率低,合并症多,死亡率及致残率高。中医学以其起病急骤,症状多端,变化迅速,犹如风邪善行而数变,故将之归于中风范畴。积极综合治疗尤为关键。2004年11月~2007年3月我科在西医常规治疗基础上使用安宫牛黄类方、醒脑静进行干预,取得了满意效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 中小量(≤ 30 ml)脑出血患者共56例为观察对象,随机将患者分为2组。所有患者均符合1994年国家中医药管理局医政司制定的《中医内科急症诊断规范》及全国第4次脑血管病学术会议制订的《各类脑血管病诊断要点》的标准,并经颅脑CT证实。治疗组28例患者中男性17例,女性11例;年龄52~81岁,平均64.7岁;病程2~72小时;出血部位:基底节15例,丘脑4例,脑干3例,顶叶2例,颞叶3例,枕叶1例;入院时有昏迷12例,嗜睡或意识模糊5例;有高血压病22例,冠状动脉粥样硬化性心脏病(以下简称冠心病)10例,高脂血

症15例,糖尿病8例。对照组28例,男15例,女13例;年龄49~78岁,平均62.3岁;病程1.5~72小时;出血部位:基底节13例,丘脑6例,脑干2例,小脑1例,顶叶1例,颞叶3例,枕叶2例;入院时有昏迷10例,嗜睡或意识模糊6例;有高血压病史20例,冠心病12例,高脂血症12例,糖尿病5例。2组病例一般资料经统计学处理无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用西医常规治疗(包括降颅压,神经保护,抗感染,营养支持治疗等)。治疗组在西医常规治疗的基础上加用醒脑静注射液(江苏无锡济民可信山禾药业股份有限公司提供)20 ml加入5%葡萄糖或0.9%氯化钠250 ml中静脉滴注,每天1次,14天为一个疗程。

1.3 观察项目 分别于治疗前及治疗后观察意识改变,颅内血肿吸收情况,血压,检测血、尿常规,肝肾功能,检测入院后即时及第2、3、5、7天C-反应蛋白取其峰值,并进行神经功能缺损评分等。

1.4 疗效评定 意识障碍恢复情况评定:根据格拉

1次复位成功,患者术后自感背部不适明显减轻。2007年12月13日复诊,患者自述已无背部不适。查体:胸椎无压痛,T5、T6棘突右偏已纠正。

5 讨论

胸椎小关节包括胸椎后关节、肋椎关节。胸椎上关节突的关节面朝后而偏外上,下关节突的关节面朝前而偏内下,两者组成胸椎后关节,又称为关节突间关节。肋椎关节又包括肋骨小头关节和肋横突关节,肋骨小头关节由肋骨小头关节面与胸椎侧面的上下肋凹构成,肋横突关节由肋骨结节关节面与横突肋凹构成。胸椎小关节是联动微关节,当外伤、

劳损或胸椎退行性变使胸椎正常位置改变,内外平衡受破坏,从而导致胸椎小关节紊乱。胸椎小关节紊乱在中医学称之为“骨错缝”,中医学论著对骨错缝也早有论述,《医宗金鉴》云“若背筋隆起,骨缝必错,则成伛偻之形”。本篇治疗手法把现代解剖学与传统正骨手法有机结合起来,既有疏通气血,放松筋络,散结化瘀之功效,又能直接有效的使病变胸椎小关节回复正常位置,用于治疗胸椎小关节紊乱,效果显著。

(收稿日期:2008-06-24)

斯哥昏迷意识量表 (glasgow coma, GCS) 评分。

神经功能缺损评分: 根据斯堪的那维亚脑卒中量表对病人的神经系统缺损状态进行评分, 于治疗前及治疗 14 天后各评定 1 次, 总缺损分为 45 分, 最低为 0 分, 轻度功能缺损为 (0 ~ 15) 分, 中度为 (16 ~ 30) 分, 重度为 (31 ~ 45) 分。

CRP 测定用散射比浊法测定; 按本院标准 $< 8 \text{ mg/L}$ 为阴性, $\geq 8 \text{ mg/L}$ 为阳性。患者入院后到次日早晨的 24 小时内抽静脉血 1.5 ml, 置 EDTA-Na 抗凝管内, 离心分离出血浆; 正常对照组体检者采清晨空腹血。

1.5 统计学方法 计量资料采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 应用 SPSS11.1 统计软件对计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 治疗结果

2.1 两组治疗前后神经功能缺损评分比较 见表 1。治疗组明显优于对照组 ($P < 0.01$)。

表 1 两组治疗前后神经功能缺损评分比较 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	28	23.5 $\pm$ 3.07	16.5 $\pm$ 2.64
治疗组	28	24.0 $\pm$ 2.65	11.3 $\pm$ 2.45

注: 治疗组与治疗前比较, $P < 0.01$, 与对照组治疗后比较, $P < 0.01$ 。

2.2 两组意识障碍恢复情况比较 见表 2。治疗组意识恢复明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前及治疗后 1 周 GCS 评分 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	初评	1 周 GCS 评分
对照组	28	10.14 $\pm$ 2.15	12.61 $\pm$ 2.43
治疗组	28	10.28 $\pm$ 2.04	14.18 $\pm$ 1.97

注: 与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.3 CRP 峰值水平比较 见表 3。治疗组 CRP 峰值水平显著低于对照组 ($P < 0.01$)。

表 3 两组 CRP 峰值水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CRP 正常 (例)	CRP 异常 (例)	异常率	CRP 峰值
对照组	28	12	16	54.14	24.26 $\pm$ 2.93
治疗组	28	14	14	50	19.14 $\pm$ 2.07

注: 与对照组比较, $P < 0.01$ 。

3 讨论

急性脑出血属中医学“中风”范畴, 其发生是阴阳失调, 阴陷于下, 阳亢于上, 内风煽动, 遇用力、剧烈活动、情绪激动等诱因, 扰动气机, 气机逆乱, 化火生风, 风火相煽, “气之与血, 并走于上”, 导致络破脉损, 血溢脉外而发为中风。依据中医辨证为肝阳暴亢、风火上扰, 痰热腑实、风痰上扰或痰湿内蕴、瘀

血痹阻。故目前临床上出血性中风急性期采用清热化痰、醒神开窍治疗。醒脑静注射液系古方安宫牛黄丸减味而成的水溶性静脉注射液, 具有通络行气、化痰逐瘀之功效。主要由麝香、冰片、郁金、栀子组成。其中麝香气味芳香, 善于走窜, 能通诸窍不利, 开经络之壅滞; 冰片性凉, 长于泻火毒, 散热结, 辛香走窜, 助麝香以通诸窍, 清热解毒; 郁金性苦寒, 能清热泻火, 凉血解毒, 化痰开郁, 并能协同二药开窍通络; 栀子性味苦寒, 芳香开窍, 清热凉血, 清解毒邪, 清理三焦, 以解由痰瘀热邪所化生的诸毒。药理学研究已证明了^[1]该药能通过血脑屏障, 直接作用于中枢神经系统, 而发挥作用, 有消除脑水肿, 降低颅内压, 防止脑疝, 改善大脑血氧供应, 调节能量代谢, 清除自由基反应及促进脑细胞康复等作用。本研究观察到在西医常规治疗的基础上加用醒脑静注射液能显著改善神经功能缺损程度, 缩短昏迷时间, 促进醒脑, 恢复意识。急性脑出血后, 出血血管存在一定程度的损伤, 尤其是出血动脉管壁的结构破坏。CRP 是炎性反应的一个生物学标记物, CRP 水平由正常低值升到高值时, 预示着脑卒中或血管斑块的不稳定^[2]。有资料^[3]发现, 粥样斑块中含有 CRP, 且与细胞内皮功能不良有关。被破坏了内皮细胞的血管, 其脆性大大改变, 极有可能发生破裂而导致了脑出血。有研究^[4]表明在脑出血早期血液中的 CRP 含量增高与预后不良有关, CRP 含量越高, 其预后越差。故而 CRP 是脑出血早期判断预后的一个客观指标。本研究中醒脑静组在降低 CRP 方面显著优于对照组, 提示醒脑静在抑制由急性脑出血所诱发的炎症反应方面有效, 并可能是临床获益的原因之一。本研究中醒脑静注射液作为一种纯中药制剂, 在使用过程中无一例出现不良反应, 治疗急性脑出血疗效确切。

参考文献

- [1] 许雅琴, 陈泽锋. 醒脑静注射液对脑保护作用的临床分析[J]. 天津药学杂志, 2002, 2(1): 56-58.
- [2] 郭毅, 周志斌, 姜昕, 等. 急性脑梗死患者颈动脉斑块与血清 C 反应蛋白及白细胞计数的关系[J]. 临床神经病学杂志, 2003, 16: 266.
- [3] Pasceri V, Willerson JT, Yeh ET. Direct proinflammatory effect of C-reactive protein on human endothelial cells[J]. Circulation, 2000, 102: 2165.
- [4] 张一凡, 杨建华, 张忠雷. 急性脑出血患者 C 反应蛋白升高与预后的关系[J]. 临床神经病学杂志, 2005, 18(4): 304-305.

(收稿日期: 2008-05-13)