

凉血通腑汤灌肠治疗中小量急性脑出血疗效观察

赵君颖, 徐 里, 刘志华*

(河南省中医院, 河南 郑州 450002)

摘 要:目的 观察凉血通腑汤灌肠治疗中小量急性脑出血的疗效。方法 将急性脑出血患者 110 例随机分为治疗组和对照组。对照组采用西医常规疗法治疗, 治疗组在西医常规治疗基础上加用凉血通腑汤灌肠, 比较两组疗效。结果 治疗组总有效率为 87.27%, 明显优于对照组 61.82% ($P < 0.05$); 治疗后神经功能缺损评分下降及颅内血肿减少程度, 治疗组均明显优于对照组 ($P < 0.05$), 且未见用药后的不良反应。结论 凉血通腑汤灌肠治疗中小量急性脑出血疗效明显, 用药安全, 值得临床推广。

关键词:凉血通腑汤; 脑出血; 灌肠

中图分类号: R285.6

文献标识码: A

文章编号: 0253-2670(2009)09-1446-03

脑出血是临床常见的危重症之一, 属中医出血性中风范畴, 上有病情发展急骤、常合并多种凶险并发症, 致死率及病残率高的特点, 治疗颇为棘手。特别是急性期的治疗对挽救生命, 预防并发症, 降低致残率、提高临床疗效等方面尤为关键。笔者从 2006 年 1 月至 2008 年 5 月, 采用凉血通腑汤治疗中小量脑出血急性期 55 例, 疗效满意。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 110 例脑出血急性期观察病例均为河南省中医院神经内科住院患者, 均符合第四届全国脑血管疾病会议制定的诊断标准^[1]。并经头颅 CT 或 MRI 确诊; 中医诊断符合 1996 年国家中医药管理局脑病急症协作组中医中风病诊断标准^[2]。中风病主证: 半身不遂, 言语謇涩或不语, 口舌歪斜, 兼下列 3 项或以上: 面赤身热, 烦躁甚则躁扰不宁, 口苦咽干, 大便秘结, 舌质红, 苔黄(腻), 脉弦数或滑数。以上患者发病均在 48 h 以内, 将入选患者 110 例按数字表法随机分为两组, 治疗组 55 例, 男 36 例, 女 19 例; 年龄 40~81 岁, 平均 (59.3 ± 11.0) 岁, 平均病程 (17.5 ± 5.9) h, 出血部位: 基底节 28 例、丘脑 15 例、脑叶 5 例、小脑 4 例、脑干 3 例。对照组 55 例, 男 40 例, 女 15 例; 年龄 39~82 岁, 平均 (63.2 ± 12.4) 岁; 平均病程 (17.2 ± 6.1) h, 出血部位: 基底节 31 例、丘脑 13 例、小脑 4 例、脑叶 5 例、脑干 2 例。两组患者年龄、性别、病程、神经功能缺损评分、出血部位、出血量经统计学处理, 差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准: ①符合脑出血诊断, 发病 3 d 以

内; ②出血部位主要在基底节区、脑叶、丘脑及脑干; ③出血量(以多田氏公司计算)基底节区、脑叶 ≤ 3 mL, 丘脑 ≤ 15 mL, 小脑 ≤ 10 mL, 脑干 ≤ 5 mL; ④签署知情同意书。

1.2.2 排除标准: ①排除脑血管畸形、脑肿瘤、脑外伤、凝血功能障碍等脑出血; ②合并有肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病及精神病患者; ③不能按规定用药, 无法判断疗效者。

1.3 治疗方法: 对照组采用西医常规疗法治疗, 如吸氧、降低颅压、控制血压、防治感染、维持水与电解质平衡、营养支持等。治疗组在西医常规治疗的基础上加用凉血通腑汤(河南省中医院院内制剂, 总生药 6.7 g/mL, 批号 060102, 规格为每瓶 500 mL, 经 HPLC 测定, 含厚朴酚 0.096 mg/mL、苦玄参苷 Ia 0.081 mg/mL、三七皂苷 R₁ 0.039 mg/mL)点滴灌肠, 使用时药物温度在 37~38 °C, 患者取左侧或右侧卧位, 通过输液器下接导尿管, 插入肛门 15 cm 左右, 滴速 60 滴/min, 2 次/d, 14 d 为 1 个疗程。便秘者先用肥皂水灌肠。

1.4 观察指标

1.4.1 临床疗效评定: 参考文献方法^[4]中的脑卒中临床疗效评分标准, 治疗前评分与治疗后评分百分数折算法[(治疗前评分 - 治疗后评分)/治疗前评分]。疗效评价分级如下: a 基本痊愈(神经功能缺损积分减少 90% 或以上); b 显著进步(神经功能缺损积分减少 46%~89%); c 进步(神经功能缺损积分减少 18%~45%); d 无变化(神经功能缺损积分减少或增加不足 18%); e 恶化(神经功能缺损积分增加 18% 或更多); f 死亡。总有效率以 a+b+c

* 收稿日期: 2009-02-01

例数占总例数的百分率计算。

1.4.2 神经功能缺损积分评定: 参考文献方法^[3], 于治疗前、治疗后各评定 1 次。

1.4.3 颅内血肿吸收量测定: 按多田氏法^[4]计算颅内血肿体积[血肿最大长径×最大宽径×血肿层面数×π/6], 治疗前后各测量 1 次。

1.5 统计学分析: 使用 SPSS 13.0 统计软件, 计数资料比较用 χ^2 检验, 计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 用均数 U 检验统计。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较: 治疗 14 d 后, 治疗组临床总有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison of therapeutic effect between two groups

组别	总例数	基本痊愈/例	显著进步/例	进步/例	无变化/例	恶化/例	死亡/例	总有效率/%
治疗	55	13	17	18	4	3	0	87.27 *
对照	55	5	11	18	11	10	0	61.82

与对照组比较: * $P < 0.05$

* $P < 0.05$ vs control group

2.2 两组神经功能缺损评分比较: 治疗 14 d 后, 治疗组神经功能缺损评分与对照组相比, 有显著性差异 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组治疗前后血肿量比较: 治疗 14 d 后, 治疗组与对照组相比, 血肿量明显减少, 差异有显著性 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者神经功能缺损评分及血肿量比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of neurologic impairment of score and hematoma volume of patients between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	神经功能缺损评分/分		血肿量/mL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗	55	28.36 ± 6.45	10.24 ± 4.56 *	17.38 ± 9.64	9.30 ± 4.78 *
对照	55	27.98 ± 5.87	13.98 ± 3.25	18.45 ± 10.19	11.47 ± 4.56

与对照组比较: * $P < 0.05$

* $P < 0.05$ vs control group

2.4 安全性观察: 在应用凉血通腑汤灌肠过程中观察患者均未发生如药物外流、腹胀、心慌气促、诱发再次脑出血等不良反应。

3 讨论

急性脑出血属中医学“中风”范畴, 具有发病率高、死亡率高、致残率高的特点, 其病理特点是出血部位的局灶性和血肿、脑水肿等引起的高颅压征。急性期的正确治疗对降低病死率及患者神经功能恢复至关重要。中风病基本病机是脏腑失调, 阴阳偏

胜, 气血逆乱。患者在肝肾亏虚、血热血瘀基础上, 由于诱因触动, 瘀热动血, 导致脏腑功能骤然失调, 气血逆乱, 血随气逆, 上冲巅顶, 络破血溢。脑出血急性期以肝阳暴亢、风火上扰、瘀热相搏、痰热腑实为核心病机。因此笔者以凉血熄风化痰通腑为治则。

脑出血患者多神志不清, 口服给药不能配合, 加上患者腑气不通、邪热内盛, 使用中药灌肠疗法具有给药量大, 吸收充分, 简单、安全、无副作用等优点, 通过肠道吸收, 避免了口服药物对上消化道的刺激反应, 药物可由直肠下静脉吸收入下腔静脉, 而不经肝脏破坏, 生物利用度高, 可提高疗效, 临床上容易实施推广。

凉血通腑汤药物组成为水牛角、生地、玄参、天麻、钩藤、全瓜蒌、制胆星、生大黄(后下)、厚朴、枳实、三七、地龙、川牛膝, 是以中医理论为组方依据, 应用现代制药工艺制成的复方制剂, 紧扣脑出血急性期的病机, 方中水牛角、生地、玄参凉血止血; 天麻、钩藤平肝潜阳、熄风止痉, 减轻肝阳上亢之症状, 减轻烦躁, 以防躁动不安后再出血; 全瓜蒌、制胆星、清热化痰通腑开窍; 生大黄、厚朴、枳实通腑泻热, 峻下腑实, 祛瘀破积, 直挫上逆之亢盛阳气, 以免便秘而诱发再出血, 且大黄有止血活血作用; 三七、地龙活血通络祛瘀; 牛膝引血下行。药理研究表明大黄、三七、地龙等活血经能降低血小板表面活性, 促进血液循环, 促进血肿的吸收, 减轻脑水肿, 降低颅内压, 能使全血黏度、全血还原黏度和纤维蛋白原水平下降; 水牛角、钩藤、天麻能镇静, 降压, 抗惊厥, 扩张脑及冠状动脉, 使其血流量增加^[5], 通过本临床研究表明凉血通腑汤联合西医常规治疗, 明显较单纯西医常规治疗更能加速颅内血肿的吸收, 降低神经功能缺损得分, 提高临床疗效, 亦未见用药后的不良反应, 从而为恢复期、后遗症期加速肢体功能恢复打下基础, 缩短患者康复时间, 临床值得推广。

参考文献:

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379
- [2] 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
- [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] 刘庆宪, 于文, 宋永建. 丹参注射液治疗高血压性脑出血时间窗研究[J]. 中医杂志, 2005, 46(1): 824-825
- [5] 宗全和. 中医方剂通释[M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1995