

● 临床报道 ●

引用:申晓稚,卢鑫. 中医分阶段治疗急性脑出血 46 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(1):26-27.

中医分阶段治疗急性脑出血 46 例临床观察

申晓稚, 卢 鑫

(漯河市中医院, 河南 漯河, 462000)

[摘要] 目的:观察中医分阶段治疗对急性脑出血患者血肿吸收及神经功能的影响。方法:将 92 例急性脑出血患者随机分为 2 组,每组各 46 例。对照组采取西医常规治疗,治疗组在对照组基础上采用中医分阶段治疗。比较 2 组综合疗效、血肿吸收情况、中医证候积分及神经功能(NIHSS)评分。结果:总有效率治疗组为 95.65% (44/46),对照组为 80.43% (37/46),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组血肿体积、中医证候积分及 NIHSS 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:中医分阶段治疗急性脑出血患者,可有效提升临床疗效,促进血肿吸收,改善临床症状,加快神经功能恢复。

[关键词] 急性脑出血;中医分阶段治疗;血肿吸收;神经功能

[中图分类号] R277.733.4 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.01.010

脑出血属于内科常见疾病,主要指原发性脑实质出血,急性期病死率较高,可达 30%~40%,对患者的身心健康造成严重影响^[1]。临床常采取吸氧、控制血压、控制血糖、降颅内压等西医疗法对脑出血患者进行治疗,虽可在一定程度上减轻症状,但临床效果不佳。近年来,中医疗法治疗急性脑出血优势逐渐凸显,受到广大患者的认可。笔者在西医常规治疗的基础上采用中医分阶段治疗急性脑出血 46 例,获得较好效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2017 年 7 月至 2018 年 6 月收治的 92 例急性脑出血患者,利用随机数字表法将其随机分为治疗组和对照组,每组各 46 例。治疗组中,男 25 例,女 21 例;年龄 47~81 岁,平均(63.42±5.73)岁;出血部位:基底节出血 28 例,脑叶出血 18 例。对照组中,男 24 例,女 22 例;年龄 48~79 岁,平均(63.14±5.62)岁;出血部位:基底节出血 30 例,脑叶出血 16 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[2]中脑出血的诊断标准。患者常于情绪激动或体力活动后发病;均伴有不同程度的反复头痛、呕吐、血压升高等表现;起病急骤,病情进展迅速;伴有意识障碍及其他神经系统局灶症状。

1.2.2 中医诊断标准 符合《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[4]中的诊断标准。主症:神识昏蒙、偏瘫、言语謇塞、口舌歪斜;次症:头痛、眩晕、瞳神改

变、目偏不瞬、共济失调、饮水发呛。具备 2 项或 1 项主症和 2 项次症即可确诊。

1.3 纳入标准 1)符合上述中西医诊断标准;2)CT 检查确诊;3)首次发病,且发病时间 < 48h;4)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)脑出血是由脑外伤、脑肿瘤等引发;2)凝血功能异常;3)精神障碍;4)合并心、肝、肾功能不全;5)治疗依从性较差。

2 治疗方法

2.1 对照组 采取吸氧、降温、降颅内压、控制血糖及血压、改善脑细胞代谢等西医常规治疗。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用中医分阶段治疗。

1)第一阶段(发病 1~3d):自拟中风醒脑方内服合中药保留灌肠、针灸治疗。①中风醒脑方内服。药物组成:三七 20g,红参、川芎各 15g,生大黄 3g。以水煎服,取 300ml 药汁,100ml/次,3 次/d。②便秘者自拟通腑灌肠方保留灌肠。药物组成:赤芍、莱菔子各 20g,生大黄、枳实、厚朴、芒硝、生地黄各 15g,丹参 12g。以水煎煮,取 100ml 药汁,保留灌肠,时间约 30min,1 次/d,共治疗 2d。③针灸治疗。取穴:顶颞前斜线、肩髃、太阳、臂髃、足三里、伏兔,手法为小幅度快速捻转,得气后,留针 30min,1 次/d。2)第二阶段(发病 4~14d):采用蛭龙活血通瘀胶囊合中药熏蒸、针灸治疗。①蛭龙活血通瘀胶囊内服。蛭龙活血通瘀胶囊(黑龙江肇东华富药业有限责任公司,批准文号:国药准字 B20020249,规格:0.4g/粒)由水蛭、地龙、黄芪、桂枝、大血藤等组成,1.2g/次,3 次/d。②肢体痉挛者自拟中风 2 号方煎水熏蒸。药物组成:黄芪 60g,酒川芎、赤芍各 50g,燀桃

仁40g, 红花、伸筋草、威灵仙各30g, 地龙、当归、桂枝、石菖蒲、羌活、荆芥、炒僵蚕、秦艽各20g, 细辛12g。煎煮后取500ml药汁, 置于熏蒸仪器内, 温度约37℃~39℃, 患侧肢体熏蒸, 30min/次, 1次/d。③针灸治疗。具体方法与第一阶段相同。

2组均治疗14d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 血肿吸收情况: 利用头颅CT检查确定, 血肿体积 = 最大面积长轴(cm) × 最大面积短轴(cm) × 层面数 × 0.5。2) 中医证候积分: 临床表现包括神识昏蒙、偏瘫、偏身感觉异常、言语謇塞、口眼歪斜、头痛、眩晕、瞳孔改变、共济失调、目偏不瞬等, 各项分值0~3分, 分值越高, 代表症状越严重^[3]。3) 神经功能评分: 利用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)^[4]判定。分值0~42分, 分值越高, 代表神经功能越差。上述指标均于治疗前及治疗14d后测定。4) 根据症状体征及血肿、神经功能情况观察综合疗效。

3.2 疗效标准 参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[3]拟定。临床控制: 临床症状消失, 血肿完全吸收, 中医证候积分减少 $\geq 95\%$, NIHSS评分下降 $\geq 90\%$; 显效: 临床症状明显改善, 血肿吸收量 $\geq 10\text{ml}$, 中医证候积分减少 $\geq 70\%$ 、 $< 95\%$, NIHSS评分下降 $\geq 45\%$ 、 $< 90\%$; 有效: 临床症状有所改善, 血肿吸收量 $\geq 5\text{ml}$ 、 $< 10\text{ml}$, 中医证候积分减少 $\geq 30\%$ 、 $< 70\%$, NIHSS评分下降 $\geq 18\%$ 、 $< 45\%$; 无效: 上述情况无变化或加重。

3.3 统计学方法 采用SPSS 25.0软件处理数据, 计数资料用 χ^2 检验, 以百分数表示; 计量资料用 t 检验, 以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为95.65%, 对照组为80.43%, 组间比较, 差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	46	10(21.74)	18(39.13)	16(34.78)	2(4.35)	44(95.65) ^a
对照组	46	6(13.04)	17(36.96)	14(30.43)	9(19.57)	37(80.43)

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后血肿吸收情况、中医证候积分及神经功能评分比较 2组血肿体积、中医证候积分及NIHSS评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义。(见表2)

4 讨论

脑出血在中医学中属“中风”范畴, 多因脏腑阴阳失调, 致机体气血逆乱, 脑脉受损, 血溢于脑, 形成

表2 2组治疗前后血肿体积、中医证候积分及NIHSS评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	血肿体积(cm^3)	中医证候积分(分)	NIHSS评分(分)
治疗组	46	治疗前	16.52 \pm 8.29	23.89 \pm 3.47	12.39 \pm 3.24
		治疗后	6.25 \pm 2.87 ^{ab}	9.87 \pm 2.52 ^{ab}	5.42 \pm 2.68 ^{ab}
对照组	46	治疗前	17.24 \pm 8.43	24.16 \pm 3.54	12.26 \pm 3.18
		治疗后	9.36 \pm 3.54 ^a	12.34 \pm 2.63 ^a	7.31 \pm 2.96 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

瘀积, 蒙蔽清窍而引发。脑出血急性期病机主要为元气亏虚、痰瘀互阻、风火相煽, 以元气亏虚为本, 以风、火、痰、瘀为标。笔者认为瘀血阻滞是诱发急性脑出血的重要因素, 治疗应以活血祛瘀为主。

常规的西医治疗虽然可有效控制颅内压、血压、血糖等指标, 保护脑细胞, 但治疗效果尚不理想^[5]。笔者将脑出血患者分为第一阶段(发病1~3d)和第二阶段(发病4~14d)两个阶段治疗。第一阶段主要采用中风醒脑方口服、通腑灌肠方保留灌肠及针灸进行治疗, 其中中风醒脑方可醒脑开窍、复脉固脱、活血祛瘀; 通腑灌肠方可润肠通腑、活血散瘀。第二阶段主要采用蛭龙活血通瘀胶囊口服、中风2号方煎水熏蒸及针灸治疗, 其中蛭龙活血通瘀胶囊可活血祛瘀、益气通络; 中风2号方可补气养血、活血、化痰、通络。针灸在脑出血的治疗中具有明显优势, 辨证取穴, 以活血化瘀、疏经活络为主, 可有效促进血液循环, 刺激大脑皮质层, 使肢体运动中枢得以重塑, 进而促进病情恢复^[6]。

本研究结果显示, 与对照组相比, 治疗组总有效率高, 血肿体积、中医证候积分及NIHSS评分低, 说明中医分阶段治疗急性脑出血患者可有效提升临床疗效, 促进血肿吸收, 改善临床症状, 加快神经功能恢复, 值得临床进一步推广应用。

参考文献

- [1] 张阳, 谢云杰, 魏玉镇, 等. 醒脑静注射液治疗急性脑出血的临床疗效及对血清炎症因子的影响[J]. 陕西中医, 2016, 37(8): 997-999.
- [2] 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, 1995, 29(6): 379.
- [3] 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.
- [4] 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] 杨思进, 王蔚, 杜渊, 等. 中医分阶段治疗脑出血急性期临床观察[J]. 四川中医, 2017, 35(3): 113-115.
- [6] 王蔚, 杜渊, 白雪, 等. 中医分阶段综合治疗脑出血急性期30例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(6): 7-9.

(收稿日期: 2019-02-12)