

中西药结合治疗急性大面积脑梗死的临床疗效观察

张 玉 莲

(天津中医药大学第二附属医院,天津市河北区王申声真理道2号路,300150)

摘要 目的:探索提高治疗急性大面积脑梗死临床疗效的途径。方法:将48例患者随机分为治疗组和对照组。对照组24例,采用常规西医脱水降颅压、脑保护、抗血小板聚集、改善循环及对症支持等治疗;治疗组24例,采用常规西医治疗配合中药灌肠。28天后统计疗效。结果:治疗组总有效率为79.8%,对照组总有效率为53.6%,经统计学处理,组间差异有显著性意义($P < 0.05$)。美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分治疗组明显优于对照组($P < 0.05$)。昏迷量表(GCS)评分治疗组明显优于对照组($P < 0.05$)。结论:中西药结合治疗大面积脑梗死明显优于单纯西医治疗,能明显改善患者的神经功能缺损程度,降低死亡率。

关键词 急性大面积脑梗死/中西医结合疗法

Clinical Observation of Treatment of Acute Massive Cerebral Infarction with Integrative Chinese and Western Medicine

Zhang Yulian

(Second Hospital of Tianjin University of Chinese Medicine, Add.: No. 2, Zhenli Lu, Hebei District, Tianjin City, Postal code: 300150)

Abstract **Objective:** to explore effective treatments for acute massive cerebral infarction. **Methods:** Forty-eight patients were randomly divided to treatment group and control group. Twenty-four patients of the control group were given routine western medicine treatment, such as reducing intracranial pressure using dehydrator, cerebral protection, anti-platelet aggregation, blood circular improvement, and symptomatic therapy; The 24 patients of the treatment group were given enema of Chinese medicine in addition to western medicine treatment. Effect was observed 28 days later. **Results:** the total effective rate for treatment group was 79.8% with a significant difference to 53.6% of the control group ($P < 0.05$). Treatment group also scored significantly higher at National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ($P < 0.05$) and Glasgow Coma Scale (GCS) ($P < 0.05$). **Conclusion:** Integrative treatments of Chinese and western medicine is superior to simple western treatment, and can remarkably reduce neurologic impairment and death rate.

Key Words Acute Massive Cerebral Infarction/ Chinese Medical Therapy

大面积脑梗死通常是脑干、皮层支的完全性卒中,面积较大,一般预后差、重残率高、死亡率高。笔者自2007年以来观察我院脑系科重症监护室采用中药灌肠“开鬼门,洁净府”疗法和纯西药治疗该病患者48例的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 48例入选病例均在发病后12h内入院,均经内科治疗,随机分为治疗组24例、对照组24例。年龄 < 75 岁,男28例,女20例。

1.2 诊断标准 参照1995年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议制订的《各类脑血管病诊断要点》^[1]。

1.3 影像学检查 所有病例入院后即给予头颅CT检查,24~48h后复查头MRI,33例显示颞叶、额叶、顶叶及基底节区低密度影,其中24例显示占位效应;全部病例均有侧脑室受压,25例中线结构轻度移位,17例明显移位。本观察病例均采取梗死灶总面积 $> 20\text{cm}^2$ 或同时累及2个以上脑叶的诊断标准。

2 治疗方法

2.1 对照组 治疗遵循《中国脑血管病防治指南》原则,予20%甘露醇250mL或500mL,静脉点滴,每6~8h1次,交替使用呋塞米20~40mg静脉注射,每日2次,根据临床观察逐渐减量,于10~15天后停药,以脱水降颅压控制脑水肿。同时采用自由基清除剂,脑细胞保护剂,抗血小板聚集,改善循环治疗,予1,6-二磷酸果糖10g或胞二磷胆碱0.5g静脉滴注,1次/日,14天为1个疗程;舒血宁20mL或奥扎格雷钠160mg静脉点注,1次/日,14天为1个疗程;阿司匹林肠溶片100mg口服,1次/日,房颤患者予低分子肝素钙4100U皮下注射,1次/日,10~14天为1个疗程,以及防治各种并发症、对症支持等内科综合治疗,有意识障碍或吞咽困难者予胃管鼻饲饮食以保证营养。

2.2 治疗组 在西药组西医常规治疗基础上加用中药灌肠。中药灌肠方:生大黄30g,槐花30g,煅牡蛎45g,丹参30g,玄明粉12g。水煎取汁250mL,左侧卧位,抬高臀部灌肠,插肛管50~60cm,保留灌肠40min,

药温 37℃ 左右。由第 1 天开始,隔日灌肠 1 次,连续 10 次。2 组均治疗观察 28 天。

2.3 统计学方法 所有数据应用 SPSS 11.0 统计软件进行统计学处理,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示。自身前后及组间比较采用 *t* 检验,计量资料用单因素方差分析,计数资料使用 χ^2 检验。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的关于《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[2],依据美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)治疗前后分值的变化评价疗效。计算方法:评分率 = [(治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分] × 100%。显效:神经功能缺损评分减少 46% 以上;有效:神经功能缺损评分减少 18% ~ 46%;无效:神经功能缺损评分减少 18% 以下;恶化:神经功能缺损评分增加 18% 以上。

3.2 治疗结果

3.2.1 疗效比较 治疗组在治疗 28 天时的总有效率为 79.8%,较西药组 53.6% 为优。2 组间疗效差异具有显著性意义(*P* < 0.05)。表 1 可见治疗组死亡 3 例(12.5%),对照组死亡 8 例(33.3%)。经 *t* 检验,治疗组和对照组的临床疗效(肾衰、上消化道出血、心衰、呼吸衰、昏迷、死亡)差异具有非常显著性意义(*P* < 0.05)。

3.2.2 NIHSS 评分比较 存活患者不同时间段 NIHSS 量表评分比较在治疗前和治疗 72h、7 天、14 天、28 天后进行量表测定,各评分 1 次,在 28 天后进行疗效总体评定。结果:治疗前治疗组平均积分(21.76 ± 2.55)分,对照组平均积分(21.54 ± 2.64)分,组间比较 *P* = 0.573,说明 2 组患者神经功能缺损程度相似,具有可比性。治疗 72h 后组间评分差异无显著性意义(*P* = 1.00),治疗 7 天、14 天、28 天后组间差异有极显著性意义(*P* < 0.05)。

表 1 2 组急性脑梗死患者临床疗效比较[例(%)]

	肾衰	上消化道出血	心衰	呼吸衰	昏迷	死亡
对照组	24 12(50)	8(33.3)	9(37.5)	9(37.5)	8(33.3)	8(33.3)
治疗组	24 3(12.5)	4(16.7)	3(12.5)	2(8.33)	2(8.33)	3(12.5)

4 讨论

中药灌肠方具有开窍启闭、通腑泻热、凉血解毒功效,又能降低病灶周围组织的钠水含量降低颅内压^[3]。生大黄、玄明粉攻积导滞泄热凉血,活血散瘀;槐花助大黄行气导滞;丹参活血凉血安神;煅牡蛎镇肝熄风,诸药合用上病取下,通经活络、去菟陈、泻郁热、下瘀血,开上窍,共奏“毒去腑通,神调脑清”之功。大面积

脑梗死临床以死亡率高、重残率高为特点,急性期多有意识障碍,合并急性神经源性肺水肿、心衰、肾衰、呼吸衰、上消化道出血等多脏器功能紊乱。目前治疗多以西医综合治疗为主,常需行去骨瓣减压术及气管切开术,但因创伤大,脑神经细胞损害更加严重,再发感染率高,预后差,且患者多为高龄,不愿接受,故急性期进行脑保护、预防并发症的产生、降低死亡率、减轻神经功能缺损症状,是目前研究的重点。大面积脑梗死抢救的关键是,急性期进行脱水降颅压防止脑疝形成,故急性期静脉点注甘露醇等高渗性脱水药作为治疗常规,但其对心脏、肾脏副作用大,易引起心衰、肾衰而加重病情,危及生命。蒙桂英等报道^[4]中药灌肠能改善肾小球再吸收功能及滤过功能,促进肠蠕动,抑制氮质代谢而治疗肾衰。笔者通过临床观察发现,治疗组能够减少甘露醇剂量,减轻对肾功能的损害,并可清热解毒,减少肺感染,减轻心负荷等内脏综合征发生,从而明显降低死亡率。同时应该注意及时查电解质和心肾功能等,并且予以对症支持治疗。本研究采用中西药结合治疗,减少了脑梗死的临床并发症,改善了神经功能缺损程度,明显降低了死亡率,表明中医在急性卒中治疗中有重要的作用。

参考文献

[1] 中华神经科学会. 各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.

[2] 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). 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381.

[3] 甘露, 李敬波, 闻树群, 等. 活血通腑汤对大鼠脑出血后脑水肿的作用. 心脑血管病防治, 2005, 15(3): 16.

[4] 蒙桂英, 蒙静. 中药灌肠治疗甘露醇致急性肾功能衰竭的疗效观察. 四川中医, 2003, 21(3): 36.

(2008 - 04 - 28 收稿)

《光明中医》杂志 2009 年征订征稿启事

《光明中医》杂志是国家中医药管理局主管、中华中医药学会主办的国家级中医药科技综合期刊,刊号 CN11 - 1592/R,ISSN - 8914。国内外公开发行,每月 20 日在北京出版。以广大基层中医药临床工作者、中医爱好者、科技、教学工作及中医药院校师生为主要读者对象。系中国科技核心期刊(遴选)数据库、中国学术期刊(光盘版)、科技部万方数据库、中文科技期刊数据库全文收录期刊。主要栏目:论著、实验研究、薪火传承、硕博论坛、针灸探骊、中西医结合、临床研究、医案医话、方药纵横、民族医药、教管研究、社区医药、护理研究、科研进展等。

《光明中医》杂志为月刊,大 16 开,内文 168 页,每册定价 8.0 元,全年定价 96.0 元,邮发代号:82 - 525。各地邮局均可办理订购。若当地邮局订购有困难,亦可直接与本刊广告发行部订购。欢迎广大读者、作者、赐稿订阅。本刊专用的投稿、汇款、通联信箱:北京 105 信箱(相当于通函地址)邮编:100036。电话 010 - 51813510/3503(传真)。本刊网站: <http://bigmzy.com>。本刊在线投稿信箱: gmyzy@sina.com。本刊社址:北京市复兴门南大街甲 2 号如医堂配楼 102 室。