

中医三步序贯法治疗急性脑出血 42 例临床观察

朱进波

(湖南省醴陵市中医院, 湖南 醴陵, 412200)

[摘要] 目的:观察中医三步序贯法治疗急性脑出血的临床疗效。方法:将84例急性脑出血患者随机分为2组各42例,对照组采用西医常规治疗,治疗组采用中医三步序贯法治疗。结果:总有效率治疗组为95.24%,对照组为73.81%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗后FMA评分与ADL评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:中医三步序贯法治疗急性脑出血的效果满意,可明显提升患者的运动功能与日常生活能力。

[关键词] 急性脑出血;中西医结合疗法;中医三步序贯法

[中图分类号] R277.733.4 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.028

脑出血是临床上一种常见的危急重症,具有发病急、进展快、病死率高等特点,严重威胁患者的生命安全^[1]。随着医疗技术的不断进步,脑出血患者的致残致死率有所降低,而急性脑出血的致残致死率却仍然高居不下。笔者采用中医三步序贯法治疗急性脑出血42例,收到了较好的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院2015年10月至2016年10月收治的急性脑出血患者84例,均经头颅CT或MRI等检查证实,入院时平均格拉斯哥昏迷评分(GCS评分)为 (8.2 ± 0.7) 分,临床上表现出不同程度的头痛、呕吐、意识障碍、偏瘫等症状。将其随机分为2组各42例。对照组中,男19例,女23例;年龄46~75岁,平均 (58.3 ± 3.6) 岁;出血量40~60mL,平均 (48.3 ± 5.2) mL;出血部位:基底节17例,脑叶15例,丘脑7例,小脑3例。治疗组中,男20例,女22例;年龄46~76岁,平均 (58.4 ± 3.5) 岁;出血量40~60mL,平均 (48.1 ± 5.4) mL;出血部位:基底节16例,脑叶14例,丘脑8例,小脑4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 参照“各类脑血管疾病诊断要点”^[2]制定。(1)常于体力活动或情绪激动时发病;(2)发作时常有反复呕吐、头痛和血压升高;(3)病情进展迅速,常出现意识障碍、偏瘫和其他神经系统局灶症状;(4)多有高血压病病史;(5)CT作为首选检查;(6)腰穿脑脊液多呈血性和压力增高(其中

20%左右可不含血)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用中医三步序贯法治疗。(1)第1步:发病3d内给予羚角钩藤汤治疗。处方:羚羊角、菊花、白芍、生地黄、竹茹各8g,钩藤10g,茯苓12g,石决明、夏枯草各20g。1剂/d,水煎,分早晚2次温服。同时给予清开灵注射液(广州白云山明兴制药有限公司生产,批准文号:国药准字Z44022855,规格:10mL/支)50mL+0.9%氯化钠注射液250mL,静脉滴注,1次/d。(2)第2步:发病4~7d给予星蒺承气汤治疗。处方:胆南星、生大黄、石菖蒲、远志、芒硝、天竺黄各8g,全瓜蒌10g。1剂/d,水煎,分早晚2次温服。同时给予七叶皂苷钠注射液(武汉普生制药有限公司生产,批准文号:国药准字H20057826,规格:5mg)10mg+0.9%氯化钠注射液250mL,静脉滴注,1次/d。(3)第3步:发病7d后给予天麻钩藤饮合化痰通络汤治疗。处方:怀牛膝6g,香附、桃仁、生大黄、栀子各8g,桑寄生、天麻各10g,石决明、杜仲各12g,钩藤15g,丹参20g。1剂/d,水煎,分早晚2次温服。同时给予灯盏花素注射液(广州万正药业有限公司生产,批准文号:国药准字Z44022330,规格:5mg)50mg+0.9%氯化钠注射液250mL,静脉滴注,1次/d。

2.2 对照组 采用西医常规治疗。降低颅内压,缓解脑水肿,纠正水电解质紊乱,静脉滴注20%甘露醇250mL,视患者病情静脉滴注醋酸地塞米松注射液+呋塞米注射液,1次/d,病情稳定后静脉滴注胞二磷胆碱0.5g+0.9%氯化钠注射液250mL,1次/d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)综合疗效:根据“脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)”^[3]评定神经功能缺损程度评分(NDS评分),并根据NDS评分判断综合疗效。(2)运动功能:根据FMA运动功能评分法进行评定,满分为100分。<50分为严重运动障碍,50~84分为明显运动障碍,85~95分为中度运动障碍,96~99为轻度运动障碍。(3)日常生活能力:根据日常生活能力量表(ADL)的Barthel指数计分法进行评定,>60分为良,表示轻度功能障碍,可独立完成部分日常活动;41~59分为可,表示中度功能障碍,需较大帮助方可完成日常活动;≤40分为差,表示重度功能障碍,大部分日常活动无法完成。

3.2 疗效标准 参照“脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)”^[3]拟定。痊愈:NDS减少≥90%,病残程度0级;显效:NDS减少≥45%,但<90%,病残程度1~3级;有效:NDS减少≥18%,但<45%;无效:NDS减少≤18%,或增加;恶化:NDS增加>18%;死亡。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件进行数据处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 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95.24%,对照组为73.81%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	恶化	死亡	总有效率(%)
治疗组	42	15	15	10	2	0	0	95.24 ^a
对照组	42	12	8	11	11	0	0	73.81

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗后FMA评分与ADL评分比较 2组治疗后FMA评分与ADL评分比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗后FMA评分与ADL评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	FMA评分	ADL评分
治疗组	42	79.3 ± 7.6 ^a	71.7 ± 7.6 ^a
对照组	42	56.1 ± 8.3	58.6 ± 4.9

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

脑出血是临床常见病,多因脑内血管破裂导致脑实质内出血。脑出血发病后,血肿会出现占位效应,还会对脑屏障、脑组织等造成破坏性影响,释放血管活性物质,继而出现大范围脑水肿,当脑组织受压迫而移位时,受压区域的神经功能将会受损,且会出现脑疝,严重者甚至死亡。中医学认为,脑出血属于“中风”范畴,多因患者机体阳亢或阴亏等因素所致,初期症状主要为风痰、风火上扰,因此于发病3d内给予羚角钩藤汤治疗,清除肝火,缓解阳亢,控制病情进展;中期给予星萎承气汤治疗,促进气血流通与血肿吸收,有助于病情恢复;后期给予天麻钩藤饮化痰通络汤治疗,平肝潜阳、活血化瘀,可有效预防疾病复发^[4]。治疗期间,同时静脉注射清开灵、七叶皂苷钠、灯盏花素等治疗,可促进血肿吸收、增加血液循环。

本观察结果表明,治疗后治疗组患者的FMA评分与ADL评分均明显高于对照组,治疗组患者的运动功能与日常生活能力均高于对照组,说明中医三步序贯法治疗的临床效果优于常规西药治疗。

参考文献

- [1] 庄须伟,周晓明,甄洪亮. 中医三步序贯法治疗急性脑出血的效果观察[J]. 中医临床研究,2016(24):66-67.
- [2] 各类脑血管疾病诊断要点[S]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [3] 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[S]. 中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.
- [4] 彭根兴,唐世忠. 三步序贯法治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 中医药临床杂志,2016(6):137-138.

(收稿日期:2017-09-05)

声 明

为适应我国信息化建设,扩大本刊及作者知识信息交流渠道,本刊已许可多家网络媒体和数据库以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文,其作者文章著作权使用费已采取版面费适当折减与赠送样刊两种形式给付。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我社上述声明;如作者不同意文章被收录,请在来稿时向本刊声明,本刊将作适当处理。