

灯盏花素治疗急性脑出血 60 例疗效观察

陈根生

(山东省济宁市任城区中医院 济宁 272000)

摘要:目的:探讨灯盏花素对脑出血患者血肿吸收、周围水肿改善及神经功能恢复的影响。方法:将 120 例患者随机分为治疗组(60 例)和对照组(60 例),分别于入组第 1、7、21 天利用 CT 测量血肿体积、水肿面积,并行临床神经功能缺损评分(CSS),以此判断疗效。治疗组给予静滴灯盏花素 20mg,1 次/d,连用 14d。结果:治疗组水肿面积、血肿体积和疗效均较对照组明显改善($P < 0.01$)。结论:灯盏花素有益于促进脑出血患者的血肿吸收、水肿消退和神经功能的改善。

关键词:脑出血;血肿;水肿;中西医结合疗法;灯盏花素;脱水剂;脑细胞活化剂

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)03-0023-02

脑出血是临床上的急症,其发病率有逐年增高的趋势^[1],是死亡率极高的重症^[2],无论内科保守治疗还是外科手术治疗,病死率和致残率都居高不下,一直是临床治疗的难题。我科在中医理论指导下,应用灯盏花素治疗急性脑出血患者 60 例,取得了较好疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 对象 选择 2001 年 1 月~2004 年 3 月,在我科住院的急性脑出血患者 120 例,所有病例符合 1995 年第四届全国脑血管病会议制定的诊断标准^[3],经头颅 CT 证实,并符合以下条件(1)发病 ≤ 48 h;(2)平均年龄 ≤ 80 岁;(3)出血量 ≤ 50 mL;(4)意识清楚、生命体征稳定;(5)排除凝血机制障碍。将这 120 例患者按住院日期随机分为治疗组和对照组。治疗组 60 例,男 37 例,女 23 例;年龄 50~78 岁,平均 65.6 岁;治疗前血肿量 10~20mL 20 例,21~30mL 20 例,31~40mL 10 例,41~50mL 10 例,平均(30 \pm 8)mL;神经功能缺损评分(CSS)^[4],平均(25 \pm 6);既往有高血压病史 58 例。对照组 60 例,男 38 例,女 22 例;年龄 51~77 岁,平均 64.5 岁;治疗前血肿量为 10~20mL 21 例,21~30mL 22 例,31~40mL 10 例,41~50mL 7 例,平均(29 \pm 7)mL;CSS(24.5 \pm 7);既往有高血压病史 57 例。2 组患者的性别、年龄、治疗前血肿量、CSS、高血压病史,经统计学处理($P > 0.05$)差异无显著意义,具有可比性。

1.2 方法 2 组患者均常规给予脱水剂,脑细胞活化剂,维持水电解质平衡,防治并发症等治疗。治疗组在起病 2d 后加用 5%葡萄糖注射液 250mL(糖尿病患者改为 0.9%生理盐水 250mL)+灯盏花素 20mg(湖南省湘衡制药厂生产,规格 10mL,10mg)静脉滴注,1 次/d 连用 14d,观察终止时间为第

21 天。观察项目:2 组患者在入组时、入组后第 7、21 天,根据多田氏公式,应用 CT 测量并计算血肿体积、血肿周围水肿带面积(以血肿直径最大的层面为准),同时根据神经功能缺损减少分数评定疗效。疗效评定标准参照 1995 年全国脑血管会议制定的神经功能缺损程度及生活状态进行评分^[4],结果:基本痊愈:功能缺损评分 90%~100%,病残程度为 0;显著进步:功能缺损评分 46%~89%,病残程度 1~3 级;进步:功能缺损评分减少 18%~45%;无变化:功能缺损评分增减在 17%以内;恶化:功能缺损评分增加 18%以上。

1.3 结果 血肿、水肿变化见表 1,疗效比较见表 2。

表 1 2 组治疗前后血肿体积、水肿面积变化($\bar{X} \pm s$)

组别	n	血肿体积/mL	水肿面积/mm ²
治疗组 60	入院时	30 \pm 8	—
	入院后 7d	18 \pm 7	4.4 \pm 0.7
	入院后 21d	5 \pm 5*	2.1 \pm 0.6 ^A
对照组 60	入院时	29 \pm 7	—
	入院后 7d	21 \pm 8	4.7 \pm 0.8
	入院后 21d	12 \pm 8	3.6 \pm 0.5

注:与对照组同期相比,* $t=3.13, P < 0.01$; $\Delta t=3.02, P < 0.01$;
—为无水肿。

表 2 治疗组和对照组疗效比较 例(%)

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	显效率	总有效率
治疗组 60	16(26.7)	28(46.7)	12(20.0)	4(6.7)	0	44(73.3)	56(93.3)	
对照组 60	8(13.3)	21(35.0)	20(33.3)	10(16.7)	1(1.7)	29(48.3)	49(81.7)	

注:与对照组相比, $P < 0.01$ 。

由表 1 可见:2 组血肿在第 7、21 天均较治疗前缩小,同期相比,第 7 天治疗组血肿无扩大,反而较对照组有所缩小,但差异无显著意义($P > 0.05$);第 21 天,治疗组血肿明显缩

错过了溶栓治疗时间窗。注射用疏血通是由中药水蛭和地龙经现代工艺提取有效成分精制而成。中医学认为:水蛭味咸、性平,为破血逐瘀之良药;地龙味咸、性寒、走血分,可消瘀滞而通血脉。二药配伍共奏活血逐瘀、通经活络之效,对中风所致的头昏头晕、半身不遂、偏身麻木、口眼歪斜、唇甲紫暗、舌紫脉涩等症有明显疗效。现代药理研究证明:疏血通内含主要有效成分为水蛭素和蚓激酶样作用的物质,并含有抗血栓素、蛋白质、氨基酸等,具有抗凝、溶栓、降纤、抗血小板聚集、调节血脂、改善血循环、细胞保护的多重作用^[5],从而改善脑缺血,保护脑组织,促进受损神经功能的修复。尤其是内含有抗血栓素的溶栓作用较强,很有利于错过西药溶栓治疗

时间的患者。通过对 80 例急性脑梗死患者的应用后临床观察,我们认为疏血通使用安全,疗效确切,值得在临床上推广应用,尤其适用于在基层医院还没有溶栓条件的患者。

参考文献

- [1] 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积分评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381~383
- [2] 粟秀初, 吴保仁, 黄远桂. 新编神经病学[M]. 西安: 第四军医大学出版社, 2002. 292~298
- [3] 刘捷, 张秀杰, 李辉. 疏血通治疗脑梗塞疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2001, 22(2): 31~32

(收稿日期: 2005-01-14)

小,与对照组相比,差异有显著意义($P < 0.01$),提示灯盏花素有利于血肿的吸收。第 7 天 2 组患者脑水肿周围均出现明显水肿,第 21 天时水肿明显减轻。治疗组在第 7 天时水肿面积小于对照组,第 21 天时与对照组比较,差异有显著意义($P < 0.01$),提示灯盏花素可减少血肿周围水肿带。由表 2 可见:治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.01$),提示灯盏花素有利于脑出血患者神经功能恢复。

2 讨论

脑出血的主要生理、病理改变是血肿本身及其周围的继发性脑缺血、脑水肿。应用 SPECT 和 DET 技术,已证明脑出血急性期血肿周围出现类似“缺血半暗带”的局部脑血流 rCBF 下降^[5],rCBF 下降至正常值的 48%~50%时,可能会引起脑组织损伤,rCBF 下降是脑水肿发生发展的原因之一^[6]。该区域内脑组织的病理在一定时间内是可逆的,如果能在此时间窗内给予适当的治疗,可使受损组织恢复功能。中医认为脑出血为“络破血溢,出血致瘀”,“离经之血即是瘀血”,“瘀血宜活血化瘀”。施永德等运用现代血液流变学的方法,对 42 例脑出血患者进行研究,发现出血性中风不论是低血细胞压积型还是高血细胞压积型,其血浆粘度、红细胞电泳时间、纤维蛋白原、血沉方程 K 值等 4 项指标均明显增加,为出血性中风患者具有血瘀提供有力的佐证^[7]。不少学者^[8]进一步从现代医学角度以活血化瘀法治疗急性出血性中风提供依据,认为这种疗法和现代医学研究结果并不矛盾。

文献报道^[9],脑出血早期存在继续出血现象,传统治疗多顾忌扩张血管药物的应用会增加再出血的危险。但 Herbstein 等认为高血压脑出血仅发生在很短时间内,他们通过研究推论高血压脑出血的活动性出血,很少持续在 2~3h^[10]。灯盏花素是由灯盏花提取分离纯化的单一成分—灯盏花乙素。化学结构为 4,5,6-三羟基黄酮-7-O-葡萄糖醛酸苷,可调节血管系统,改善脑血管循环,增加脑组织血流量,改善微循环,降低毛细血管通透性,改善脑组织代谢,保护脑组织,清除自由基,拮抗自由基对组织的损伤;抗血小板凝聚,抑制内凝酶功能,促进纤溶活性,从而减轻脑水肿,促进血肿吸收,减轻脑

组织缺血,促进神经功能恢复。研究发现,灯盏花素能抑制缺血大鼠的神经元凋亡,对缺血性神经元损伤有明显的保护作用^[11]。本组资料显示,应用灯盏花素治疗急性脑出血患者,与对照组比较,血肿、水肿未见扩大,且血肿、水肿较对照组明显减少($P < 0.01$),疗效明显好于对照组($P < 0.01$)。因此,我们认为脑出血急性期应用灯盏花素治疗,不仅没有增加出血危险,而且有利于血肿、水肿的吸收,改善脑出血的预后,是值得探讨的一种治疗方法。由于本组例数尚少,出血量 > 50mL 的病例未收入内,确切疗效仍有待进一步验证。

参考文献

- [1]黄智武.高血压脑出血治疗的临床研究进展[J].医学文选,2004,23(6):814
- [2]郭茹,田明顺,徐力.62 例高血压脑出血治疗的临床观察[J].中原医刊,2004,31(19):25
- [3]中华神经科学会. 各类脑血管病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379
- [4]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
- [5]Siddique MS,ferandes HM,Wooldrige TD,et al.Reversible ischemia around intracerebral hemorrhage:a single-photon emission computerized tomography study[J].J Neurosurg,2002,96:736~741
- [6]Mayer SA,Lignelli A,Fink ME,et al.Perilesional blood flow and edema formation in acute intracerebral hemorrhage:a SPECT study [J]. Stroke,1998,29:1791~1798
- [7]施永德.脑血管的血瘀证据及活血化瘀疗效观察[A].见姜春华.活血化瘀研究新编[M].上海:上海科技大学出版社,1990.139~192
- [8]杨树德.中西医对中风理论与治则的新认识[J].中国中西医结合杂志,1992,12(2):111~112
- [9]褚晓凡,曲松滨,石峰,等.高血压性脑出血继续出血问题研究(50 例 CT 与尸体解剖研究)[J]. 中风与神经疾病杂志,1998,15(1):25~27
- [10]Herbstein D,Schaumburg H.Hypertensive intracerebral hematoma:an investigation of the initial hemorrhage and rebleeding using Cr51 labeled erythrocytes[J].J Arch Neurol,1974,30:412~414
- [11]罗祖明,商慧芳,席静.灯盏花素对脑缺血再灌注操作保护作用的实验研究[J].中风与神经疾病杂志,2000,17(4):230

(收稿日期:2005-02-03)

四逆散加味治疗慢性盆腔炎 86 例

司秋荣 岳伟真

(山东省济宁市中区妇幼保健院 济宁 272100)

关键词:四逆散加味;慢性盆腔炎;中医药疗法

中图分类号:R 711.33

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)04-0024-01

慢性盆腔炎是妇科常见病、多发病,病程长,缠绵难愈。自 2001 年 3 月~2003 年 3 月,我们运用四逆散加味治疗慢性盆腔炎 86 例,疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

资料来源:86 例患者均来自我院中医科门诊,均为育龄妇女。其中 26 岁~30 岁 20 例,30 岁~40 岁 50 例,40 岁~50 岁 16 例;病程最短 6 月,最长 5 年。临床表现:小腹一侧或两侧作痛,或腰底部酸痛,尤其在性交后、劳累,排卵期或月经

前后加重。带下量多,质粘稠,色黄白,月经失调或有不孕史。妇科检查:子宫呈后位,活动差,有压痛;一侧或双侧附件增厚,有压痛;子宫骶骨韧带增粗,有触痛。

2 治疗方法

治则:疏肝理气、化瘀止痛为主,辅以清热利湿解毒。四逆散加味药用:柴胡 9g,赤、白芍各 12g,枳壳 9g,香附 9g,当归 9g,桃仁 9g,莪术 6g,川芎 9g,红藤 15g,败酱草 15g。加减:血热盛者加蒲公英 15g、连翘 12g,(下转第 30 页)