

中西医结合治疗高血压脑出血临床效果观察

王志新 张志立 罗培云
(河南省新蔡县中医院 新蔡 463500)

摘要:目的:比较中西医结合与单纯西医治疗高血压脑出血的临床效果。方法:采用平行随机对照设计,将 108 例高血压脑出血患者分为研究组和对照组各 54 例,对照组采用西医常规治疗,包括内科降低颅内压、对症处理,并根据病情采用外科大骨瓣开颅减压、立体定向血肿穿刺碎吸、血肿引流术等;研究组在西医常规治疗基础上急性期加用通窍活血汤,恢复期加用补阳还五汤为主治疗。观察急性期死亡、再出血、血肿吸收等,评价神经功能缺损程度(CNIS)和日常生活能力(ADL)。结果:(1)研究组和对照组 2 周内分别死亡 11 例 (20.37%) 和 12 例 (22.22%), $\chi^2=0.055, P=0.814$;(2)2 周内研究组和对照组再出血发生率分别是 9.26% (5/54) 和 7.41% (4/54), $\chi^2=0.121, P=0.728$;(3)14d 研究组和对照组血肿量分别是 (12.36 $\pm$ 6.35)mL 和 (17.39 $\pm$ 7.32)mL, $P<0.01$;(4)研究组 14d 和 90d CNIS 评分分别是 (20.23 $\pm$ 3.98) 分和 (5.65 $\pm$ 1.21) 分,对照组分别是 (23.46 $\pm$ 3.57) 分和 (11.40 $\pm$ 1.89) 分, $P<0.05$ 或 $P<0.01$;(5)90d 存活患者日常生活能力分级研究组优于对照组, $\chi^2=10.309, df=4, P=0.036$ 。结论:中西医结合治疗高血压脑出血可促进急性期血肿吸收,不增加再出血的风险,更利于神经功能和日常生活能力的康复。

关键词:脑出血;高血压;活血化瘀;中西医结合疗法

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0009-03

高血压脑出血(hypertensive intercerebral hemorrhage, HICH) 具有高发病率、高致残率、高死亡率和复发率的特点,降低急性期死亡、提高幸存患者的生活质量一直是医学界研究的重要课题,HICH 急性期西药止血治疗会影响淤血吸收,而采用抗凝和纤溶治疗又恐产生新的出血使颅内压进一步增加。急性期的合理干预对恢复期的预后至关重要,我们采用中西医结合治疗本病 54 例,并与单纯西医治疗的 54 例作对照。现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 108 例 HICH 患者为我院 2005 年 1 月~2008 年 3 月收治病人,均经 CT 或 MRI 确诊,符合第四届全国脑血管会议修订的高血压脑出血的诊断标准^[1]。排除合并严重心、肝、肾、肺等功能异常及脑肿瘤、外伤、血管畸形等。按照随机数字表法分为研究组和对照组各 54 例,研究组男 32 例,女 22 例;年龄 35.3~75.6 (56.35 $\pm$ 11.35) 岁;发病至就诊时间 0.5~34 (7.36 $\pm$ 4.36)h;血肿量 10~109 (42.78 $\pm$ 36.34)mL;内囊出血 34 例,皮质下出血 6 例,小脑出血 5 例,伴侧脑室出血 4 例,双侧或弥漫性出血 5 例;格拉斯哥昏迷评分 (Glasgow coma scale, GCS) 3~11 (6.55 $\pm$ 2.32) 分。对照组男 30 例,女 24 例;年龄 36.8~77.5 (56.78 $\pm$ 12.36) 岁;发病至就诊时间 1.0~36 (7.71 $\pm$ 4.16)h;血肿量 13~112 (43.07 $\pm$ 33.24)mL;内囊出血 36 例,皮质下出血 7

例,小脑出血 4 例,伴侧脑室出血 3 例,双侧或弥漫性出血 4 例;GCS 2~12 (6.45 $\pm$ 1.98) 分。两组资料基线无统计学差异 ($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 单纯采用西医治疗,包括降低颅内压、控制血压、神经保护治疗、对症处理、尽早介入康复措施。估计脑疝已经形成或有脑疝形成倾向者,外科开颅减压或微穿刺血肿碎吸和引流。

1.2.2 研究组 在西医常规处理基础上同时加用中药治疗,急性期(发病 2 周)用通窍活血汤加味治疗:麝香 0.1g(灌服),川芎 12g,赤芍 15g,桃仁 15g,红花 20g,大枣 7 枚,生姜 15g,大葱 3 根,天麻 10g,钩藤 20g,热盛加石膏,抽搐加全虫、僵蚕。常规煎法,每次 100mL 口服或鼻饲给药,每日 2 次。2 周后选用补阳还五汤加减:黄芪 60g,地龙 12g,赤芍 20g,川芎 15g,桃仁 15g,红花 20g,当归尾 20g,夏枯草 20g,伸筋草 20g,鸡血藤 20g。每日 1 剂,每剂 2 煎,每煎 150mL,混匀,早晚分服,昏迷患者鼻饲,治疗时间 2 周~3 个月。

1.3 观察方法 (1)急性期(14d)CT 动态检查再出血、血肿吸收情况,按多田公式(长 $\times$ 宽 $\times$ 层面数 $\times$ $\pi/6$) 计算血肿量;(2) 采用脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准(1995)进行临床神经功能缺损程度评价(CNIS)^[2];(3)随访 3 个月,评定日常生活能力(ability of daily living, ADL),分为五级, I 级完全恢

参考文献

[1]Wunder H. Increase A-scan accuracy for improved outcomes [J]. Review of ophthalmology,2003,10(1):36-38
[2]Ivanov MN,Sheve Aliu.Formula for calculating the IOL focal power [J].Vestn Oftalmol,2003,119(4):52-54
[3]Mezer E,Rooman DS,Abdolell M, et al.Early postoperative refractive outcomes of pediatric intraocular lens implantation [J].J Cataract Surg, 2004,30(3):603-610

[4]肖伟,陈明,盖春柳,等.不同仪器测量角膜曲率计算人工晶体屈光度的可行性分析[J].中国实用眼科杂志,2006,24(4): 407-409
[5]戴祖优,龚向明,杨晓,等.三种不同仪器测量角膜曲率的对比观察 [J].中国实用眼科杂志,2002,20(8): 618-619
[6]陆文秀.准分子激光屈光性角膜手术学[M].北京:科学技术文献出版社,2000.82-86

(收稿日期: 2009-01-14)

复社会和日常生活能力;Ⅱ级恢复部分社会生活能力或可独立生活;Ⅲ级生活需人帮助,拄拐可行走;Ⅳ级卧床但保持意识,Ⅴ级为植物性生存状态。

1.4 统计方法 以 $(\bar{X} \pm S)$ 表示计量资料,组间比较采用双独立样本 t 检验,自身前后比较采用配对 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,统计软件为 SPSS12.0。

2 结果

2.1 急性期死亡、再出血发生率比较 研究组 2 周内死亡 11 例(20.37%),存活 43 例(79.63%),对照组死亡 12 例(22.22%),存活 42 例(77.78%),组间比较 $\chi^2=0.055, P=0.814$;研究组和对照组再出血发生率分别是 9.26%(5/54) 和 7.41%(4/54), $\chi^2=0.121, P=0.728$ 。

2.2 血肿吸收情况比较 治疗前后各组自身血肿量比较差异显著, $P<0.01$;14d 后存活患者血肿量研究组少于对照组, $P<0.01$ 。见表 1。

表 1 两组血肿吸收情况比较 $(\bar{X} \pm S)$ mL

组别	n	治疗前	n	治疗后
研究组	54	42.78± 36.34	43	12.36± 6.35*#
对照组	54	43.07± 33.24	42	17.39± 7.32#

注:与对照组比较,* $P<0.01$;与治疗前比较,# $P<0.01$ 。

2.3 CNIS 比较 两组疗前 CNIS 评分无统计学差异,疗后 14d 和 90d CNIS 评分两组显著下降,以研究组下降更明显,与对照组比较 $P<0.05$ 或 $P<0.01$ 。见表 2。

表 2 两组 CNIS 比较 $(\bar{X} \pm S)$ 分

分组	n	治疗前	n	14d	n	90d
研究组	54	34.69± 5.14	43	20.23± 3.98**	40	5.65± 1.21**
对照组	54	34.02± 5.59	42	23.46± 3.57#	37	11.40± 1.89#

注:与对照组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与治疗前比较,# $P<0.01$ 。

2.4 ADL 分级比较 两组 90d 存活患者日常生活能力分级有显著统计差异, $\chi^2=10.309, df=4, P=0.036$ 。见表 3。

表 3 ADL 分级比较 例

分组	n	I	II	III	IV	V
研究组	40	22(55.00)	9(22.50)	3(7.50)	5(12.50)	1(2.50)
对照组	37	10(27.03)	7(18.92)	10(27.03)	6(16.22)	4(10.81)

注: $\chi^2=10.309, df=4, P=0.036$ 。

3 讨论

高血压脑出血急性期的病理生理机制为脑组织缺血缺氧、水肿、颅内高压形成,严重者脑干受压形成脑疝而危及生命。因此,降低颅内压、快速清除血肿、解除脑组织受压是降低病死率和致残率的关键。目前,单纯西医对出血的处理有两种观点,一种是应用止血药物防止血肿进一步扩大,但止血药物有妨碍淤血吸收的作用;二是应用抗凝和纤溶药物使出血吸收,但抗凝和纤溶药物有可能产生新的出血。因此,如何权衡止血与溶血的利弊而作出合理

选择,是脑神经科医生研究的重要课题。

本病属中医学“中风”范畴,急性期多为邪中脏腑,临床表现突然昏倒,不省人事,牙关紧闭,两手握固,面赤气粗,躁扰不宁,舌苔黄腻,脉弦滑而数等,治宜开窍醒神,活血化瘀,镇肝息风,通窍活血汤是活血祛瘀、通关开窍之主剂。方中麝香芳香开窍,窍开则气机畅通;桃仁、红花、赤芍、川芎行血祛瘀,瘀散则血行;生姜、老葱温经通阳开窍;加用天麻、钩藤以潜阳息风:本方是针对本病的风、火、痰、瘀等诸多病因和病理变化综合治疗^[3]。本文结果显示:研究组和对照组急性期再次出血发生率为 9.26%和 7.41%,表明通窍活血汤并不增加急性期再次出血的风险,14d 时两组血肿量分别是 (12.36 ± 6.35) mL 和 (17.39 ± 7.32) mL, $P<0.01$,提示中药干预可以促进血肿的吸收。由此可见,通窍活血汤具有活血不动血的作用。由于血肿尽快清除从而阻断了出血后的一系列病理改变,使受压而尚未破坏的神经元有恢复的可能,奠定了良好预后的基础。高血压脑出血急性期过后,大病伤气,因虚致瘀,补阳还五汤是王清任所创气虚血瘀理论的代表方剂,本方重用生黄芪大补元气,归尾、川芎、赤芍、桃仁、红花活血化瘀,地龙通行经络:诸药合用,使气旺血行,瘀祛络通,诸症渐愈。本组随访结果显示:研究组神经功能缺损评分低于对照组,日常生活功能分级优于对照组,患者生活质量明显提高。

现代医学研究证明:活血化瘀中药可以祛除瘀血,消除血肿,制止出血,促进神经细胞修复。毫无疑问,高血压和动脉硬化是导致脑出血的重要因素,此类患者常伴有不同程度的血液高凝状态,因此,脑出血的急性期,止血不是首要问题,如果应用大量止血药,增加血液的黏、稠、浓、聚、凝状态,有可能在出血的基础上造成新的梗死。现代药理研究表明,补阳还五汤可抑制血小板聚集,改善红细胞变形,清除自由基,促进神经元生长^[4],改善微循环,使侧支循环开放,毛细血管网增加,出血部位血管压力下降,有利于防止再出血和增加梗死区的血供。也有研究显示补阳还五汤能维持神经细胞内线粒体 Ca^{2+} 的相对恒定状态,提高超氧化物歧化酶(SOD)的活性^[5],从而达到保护神经元的作用。

综上,中西医结合治疗从多方位、多层面、多靶点改善高血压脑出血的一系列病理生理过程,疗效优于单纯西医治疗。但中药汤剂服用不便,尤其是对于昏迷患者,改善给药方法和途径,进一步探讨中药作用的细胞分子机制仍然是后续研究的重要内容。

天麻钩藤饮加减治疗高血压病疗效观察

章玲玲

(上海市彭浦社区卫生服务中心 上海 200435)

摘要:目的:观察天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢型高血压病的临床疗效。方法:将符合选择标准的患者随机分为治疗组 62 例,口服珍菊降压片加天麻钩藤汤加减,对照组 58 例,口服珍菊降压片。结果:两组患者治疗后血压、中医证候综合疗效总有效率治疗组 74.2%,对照组 58.2%。结论:在治疗肝阳上亢型高血压病时珍菊降压片加天麻钩藤汤加减的疗效要明显优于珍菊降压片。

关键词:高血压病;眩晕;肝阳上亢型;天麻钩藤饮;中医药疗法

中图分类号:R 544.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0011-02

高血压是常见病,随着社会压力增高、生活节奏加快以及人口的老齡化,其发病率在逐渐地增加。自 2000 年至今笔者采用天麻钩藤汤加减治疗高血压病,取得较满意的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准 高血压病的分期标准以 1999 年世界卫生组织 / 国际高血压联盟(WHO/ISH)高血压治疗指南的分类标准为依据^[1]。中医辨证分型标准和症状分级及评分标准参考 1993 年《中药新药临床研究指导原则》^[2] 中有关高血压病肝阳上亢型的诊断标准。凡具备肝阳上亢,眩晕耳鸣,头痛且胀,每因烦劳或恼怒而头晕、头痛加剧,面时潮红,急躁易怒,少寐多梦,口苦,舌质红,苔黄,脉弦的患者列为临床试验对象。同时合并有肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者及中医辨证为其他证型和未按规定用药,无法判断疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者不列入本次试验范围。

1.2 一般资料 共选择病例 120 例,全部为门诊患者,其中男 59 例,女 61 例。其中治疗组 62 例,年龄 48~70 岁,平均 (65.38± 11.61) 岁;病程 0.5~20 年,平均 (15.27± 6.21) 年;1 级高血压 35 例,2 级高血压 27 例。对照组 58 例,年龄 50~72 岁,平均 (67.38± 10.95) 岁;病程 1~25 年,平均 (18.27± 8.04) 年;1 级高血压 33 例,2 级高血压 25 例。两组比较差异无显著性,具有可比性 ($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组用珍菊降压片加天麻钩藤汤加减治疗:珍菊降压片每次 1 片,每日 3 次;天麻钩藤汤加减基本方:天麻 15g,钩藤 30g,石决明 30g,杜仲 15g,茯苓 12g,生山楂 30g,生首乌 30g,荷叶 15g,黄芩 12g,白蒺藜 15g,泽泻 15g,白菊花 15g。随证加减:肝阳亢盛者加夏枯草、水牛角(先

煎);瘀血重者加丹参、赤芍。加水 500mL,煎取 250mL,早晚分次口服,每日 1 剂,1 周为 1 个疗程,治疗 4 个疗程后观察疗效。对照组用珍菊降压片,每次 1 片,每日 3 次。疗程均为 1 个月。

此外,两组均配合非药物治疗:限制钠盐摄入,6g/d;减轻体重,降低每天热量的摄入,同时根据患者身体的实际情况,进行相应的体育活动,如行走、跑步、骑自行车、游泳等;调整情绪,保持良好心态。

1.4 观察方法 入组前停用除珍菊降压片外对血压有影响的各种药物至少 1 周,行相关临床和实验室检查。测血压采用标准水银柱袖带血压计常规测量右上臂坐位血压,服药前 1 周多次测量血压,取服药前 1d 非同日测量血压 2 次为治疗前血压,血压平均值作为服药前基础血压;服药后第 28 天血压平均值作为用药后血压。并观察主要症状头痛、眩晕及次要症状烦躁、失眠的改善情况。

1.5 统计学方法 采用 SPSS10.0 统计分析软件进行处理,计量资料用 t 检验、方差分析,计数资料用 χ^2 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效判定标准 显效:症状消失,血压保持在正常范围或在临界范围,或者舒张压没有降至正常,但下降 20mmHg;有效:临床症状明显减轻,血压虽然没有降至正常但较前明显改善;无效:临床症状及血压无明显改变。

2.2 临床疗效 见表 1。两组总有效率经统计学分析, $P<0.05$,有显著性差异,治疗组优于对照组。

表 1 两组血压、中医证候综合疗效 例(%)					
	n	有效	显效	无效	总有效
治疗组	62	6(9.7)	40(64.5)	16(25.8)	46(74.2)
对照组	58	5(8.6)	29(50.0)	24(41.4)	34(58.6)

2.3 血黏度变化 见表 2。治疗组与本组治疗前比

参考文献

[1]中华神经科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380
[2]中华神经科学会.脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383
[3]臧燕坤.活血化瘀法治疗出血性脑卒中急性期 50 例[J].河南中医,

2007,32(9):40-41
[4]王大伟,张宏业,罗翌,等.益气活血对缺血性脑卒中急性期(气虚血瘀证)神经保护作用的影响[J].新中医,2006,38(9):31-32
[5]王亚平,梅祥胜,任为.心脑血管研究[M].北京:中国人口出版社,1998.270

(收稿日期: 2008-10-14)