

表 1 两组患者脑梗死体积变化情况比较 (cm³, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 7 d	治疗 14 d
观察组	34	7.7± 2.2	2.1± 0.4*	1.0± 0.2*
对照组	34	7.5± 2.1	3.9± 0.7*	1.8± 0.3*
t		0.383	13.018	12.938
P		>0.05	<0.05	<0.05

注:与同组治疗前比较,*P<0.05。

2.2 两组患者认知功能评分比较 治疗前两组患者 NIHSS、MoCA 评分对比,差异无统计学意义 (P>0.05); 治疗后观察组患者 NIHSS 评分低于对照组,MoCA 评分高于对照组 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者认知功能评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	NIHSS	MoCA
观察组	34	治疗前	25.6± 5.5	18.3± 2.9
		治疗后	9.1± 1.4**	25.4± 2.0**
对照组	34	治疗前	25.8± 5.7	17.9± 2.6
		治疗后	13.4± 2.1*	23.1± 3.0*

注:与同组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,**P<0.05。

2.3 两组患者 ADL 评分比较 治疗前两组患者 ADL 评分对比,差异无统计学意义 (P>0.05); 治疗后观察组患者 ADL 分高于对照组,差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 3。

表 3 两组患者 ADL 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
观察组	34	45.28± 9.15	85.15± 7.82	19.315	0.000
对照组	34	46.18± 9.28	78.36± 8.15	15.193	0.000
t		0.403	3.505		
P		0.689	0.001		

3 讨论

脑梗死治疗的首要原则是恢复或改善患者脑血管灌注,减少缺血、缺氧导致的脑细胞坏死,恢复患者认知功能。静脉溶栓是治疗送治及时脑梗死患者的最佳方法,其中 rt-PA 是较常使用的一种溶栓药物。rt-PA 属糖蛋白,在注射后可与纤溶酶原激活并形成纤溶酶,继而促进血栓的溶解,缩小梗死面积。

同时相关研究也认为 rt-PA 对脑梗死患者认知功能的恢复作用较小,因而患者还需要使用其他治疗方法或药物以改善患者神经功能缺损的状况^[4-5]。

丁苯酞是我国自研的抗脑缺血药物,有效成分是 dl- 正丁基苯酞,对血小板聚集、血栓形成均有抑制作用,使患者缺血半暗带得到一定恢复,对降低脑梗死的危害性有重要意义。近年来有研究显示,丁苯酞对患者神经功能的改善也有一定作用^[9]。本研究结果显示,治疗后,观察组梗死面积缩小情况较对照组更为理想 (P<0.05); 观察组患者 NIHSS、MoCA 评分优于对照组 (P<0.05)。这表明在 rt-PA 静脉溶栓基础上应用丁苯酞可促进脑梗死临床疗效的提升,对改善患者的认知功能有积极作用。治疗后观察组患者 ADL 分高于对照组 (P<0.05),提示增加丁苯酞可促进患者生活能力恢复,使患者在治疗后其自主生活能力得到更大的改善。

综上所述,丁苯酞用于 rt-PA 静脉溶栓治疗脑梗死中,可提高治疗疗效,同时促进患者认知功能的改善,还有助于患者恢复更理想的自主生活能力,临床应用价值高。

参考文献

[1]苗培栋,姜宇东,李颖.丁苯酞与阿替普酶注射液联合治疗脑梗死的疗效观察[J].心脑血管病防治,2019,19(4):341-343.
[2]郭刚,李建辉,战丽萍,等.丁苯酞注射液对伴有认知障碍的脑梗死急性期患者脑血流灌注和认知功能的影响[J].中华神经医学杂志,2018,17(5):484-490.
[3]中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J].中华神经科杂志,2015,48(4):246-257.
[4]祁秀丽.rt-PA 早期静脉溶栓联合丁苯酞注射液对脑梗死患者 NIHSS 评分的影响[J].现代医学,2018,46(12):1392-1395.
[5]孙凡,刘恒,徐倩倩,等.rt-PA 静脉溶栓治疗对脑梗死患者 IL-6、TNF-α、C 反应蛋白的影响[J].广东医学,2019,40(1):124-127.
[6]刘美真,周蓉靖,范振毅.参麦注射液联合丁苯酞注射液对急性分水岭脑梗死的疗效观察[J].中风与神经疾病杂志,2019,36(7):642-645.

(收稿日期:2020-08-15)

通窍醒神汤联合针灸治疗高血压脑出血的疗效评价 *

罗妙泉 俞万香 王春梅

(广东省梅州市中医医院三外科 梅州 514000)

摘要:目的:探究通窍醒神汤联合针灸治疗高血压脑出血的疗效。方法:选取 2019 年 1 月~2020 年 4 月收治的 100 例高血压脑出血患者作为研究对象,并依据治疗方式不同分为对照组 54 例和实验组 46 例。对照组采用常规西医治疗,实验组在常规西医治疗的基础上联合通窍醒神汤、针灸治疗。比较两组治疗前后的日常生活活动力量表评分和格拉斯哥预后评分。结果:两组日常生活活动能力评分及格拉斯哥预后评分均在治疗后明显提高,且实验组高于对照组 (P<0.05)。结论:通窍醒神汤联合针灸治疗高血压脑出血的效果明显,可提升患者日常生活活动能力,改善远期预后,有利于患者健康的恢复,提高生活质量。

关键词:高血压脑出血;通窍醒神汤;针灸;日常生活能力;预后

中图分类号:R743.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.047

高血压是临床常见的慢性基础性疾病,是影响国民健康最为重要的一种心血管疾病。脑出血在临床上并不少见,具有较高的发生率^[1]。数据显示,我

国脑出血年发病率高达 50.6/10 万~80.7/10 万^[2]。高血压脑出血是指继发于高血压原发于脑实质内的出血性疾病,具有鲜明的特点,主要表现为“三高”,即

* 基金项目:广东省度梅州市社会发展科技计划项目 (编号:2018B053)

发病率高、致残率高、致死率高,对患者的生命安全构成严重威胁。在临床对于高血压脑出血的治疗中,传统内科保守治疗或开颅手术有着较高的应用频率,但是对于部分患者而言效果不佳。因此,必须进一步寻求更为理想的治疗方案。中医治疗高血压脑出血有良好的效果,对患者相关功能的恢复和预后的改善有十分重要的意义。为此,本研究探究了通窍醒神汤联合针灸治疗高血压脑出血的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月~2020 年 4 月收治的 100 例高血压脑出血患者作为研究对象,并依据治疗方式不同分为对照组 54 例和实验组 46 例。对照组男 32 例,女 22 例;年龄 41~75 岁,平均年龄(62.31± 3.57)岁;出血部位:基底节区 31 例,丘脑 12 例,枕叶 7 例,其余 4 例;基础疾病:糖尿病 21 例,冠心病 10 例,高血脂 8 例。实验组男 27 例,女 19 例;年龄 47~79 岁,平均年龄(60.25± 2.53)岁;出血部位:基底节区 28 例,丘脑 10 例,枕叶 5 例,其余 3 例;基础疾病:糖尿病 18 例,冠心病 8 例,高血脂 6 例。两组一般资料(性别、年龄、基础疾病及出血部位等)对比具有同质性。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 入组标准 纳入标准:(1)符合高血压脑出血的诊断标准^[1];(2)精神正常,意识清晰,无精神系统疾病;(3)自愿参与并签署知情同意书。排除标准:(1)合并严重心、肝、肾器质性病变;(2)合并凝血功能障碍;(3)合并肛周及肠道器质性病变;(4)合并恶性肿瘤。剔除标准:(1)依从性差,不配合治疗者;(2)中途病情恶化,无法满足试验条件者。研究期间有 3 例患者退出,根据相似原则进行增补,保证试验的可行性,不影响后续试验设计及研究。

1.3 治疗方法 对照组患者给予常规西医治疗,包括调节血压、降颅内压、控水肿、利尿、纠正水电解质失衡以及营养支持等,必要时行微创颅内血肿清除术,快速有效地将颅内血肿清除,在清除时要保护好周围正常组织。在对照组基础上,实验组患者联合通窍醒神汤、针灸治疗。通窍醒神汤组成:红花 20 g,赤芍 20 g,川芎 15 g,桃仁 15 g,钩藤 20 g,天麻 15 g,夏菇草 15 g,法半夏 10 g,生大黄 15 g,枳实 10 g。中药温水煎至 200 ml,1 剂/d,分早晚 2 次服用。4 周为一个疗程,用药 1 个疗程。中医针灸治疗:穴取太阳、外关配风池、四渎,印堂、合谷配上星、列缺,哑门、后溪配昆仑、曲池,涌泉、哑门配足三里、合谷,补

泻兼施,1 次/d,30 min/次,1 周为一个疗程,治疗 4 个疗程。

1.4 观察指标 (1)比较两组日常生活活动能力。采用日常生活活动能力量表(ADL)评价,满分 100 分,<20 分为极严重功能缺陷,生活完全需要依赖;20~40 分为生活需要很大帮助;41~60 分为生活需要帮助;>60 分为生活基本自理。(2)比较两组预后情况。格拉斯哥预后评分(GOS)评估,评分 1~5 分,从低至高分别表示死亡、植物生存、中重度残疾、轻度残疾、正常生活,评分越高表示预后越佳。

1.5 统计学分析 采用 SPSS23.0 软件处理,计量资料、计数资料分别采用($\bar{x} \pm s$)、率表示,分别给予 t 、 χ^2 检验。 $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 ADL 评分比较 治疗后两组 ADL 评分均较治疗前提高,且实验组高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组 ADL 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 1 个月后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	54	32.26± 4.81	57.89± 7.43	16.569	0.000
实验组	46	31.45± 4.70	63.28± 8.10	19.504	0.000
<i>t</i>		0.680	2.776		
<i>P</i>		0.499	0.007		

2.2 两组预后情况比较 治疗后两组 GOS 评分均较治疗前提高,且实验组高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组预后情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 1 个月后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	54	3.03± 0.32	3.97± 0.41	7.732	0.000
实验组	46	3.01± 0.30	4.33± 0.44	10.683	0.000
<i>t</i>		0.192	2.534		
<i>P</i>		0.849	0.016		

3 讨论

脑出血也被称为脑溢血,是指非外伤性脑实质内自发性出血。脑出血与高血压相关,超过 1/3 的患者有脑出血的可能,而约 95%的脑出血患者有高血压。高血压脑出血一旦救治不及时容易导致患者死亡,给患者家庭和社会带来沉重的负担。近年来,高血压脑出血的发病率逐年上升,严重威胁到了人们的安全,因此必须积极采取相应防治措施加以干预^[4]。高血压脑出血的预后与多种因素相关,其中疾病早期的治疗措施是非常重要的一项因素^[5]。手术是常见的高血压脑出血治疗手段,在开颅技术水平不断提高的背景下,有了更为广泛的应用,效果也日益提升,有效降低了患者的病死率和致残率,但血肿清除不彻底、颅内感染及颅内再出血问题,使其临

床应用受到限制。

中医对于高血压脑出血的治疗,近年来有了显著的进展,受到了高度关注。高血压脑出血属于中医学“中风”的范畴,由脑络破损,血溢脉外,瘀血上脑导致,治疗应以开窍醒神、活血化瘀、祛痰通络为主^[6-9]。本研究自拟通窍醒神汤中红花、赤芍、川芎、桃仁可活血化瘀、通经止痛,而钩藤、天麻、夏菇草可平肝散热,法半夏能祛痰通窍,生大黄和枳实有祛热之效,诸药合用共奏泻下通便、活血通络、平肝熄风之功效。且该方有很强的稳定血管内皮细胞和清除自由基作用,可促进血肿吸收及神经功能恢复,降低血液黏稠度,改善微循环,改善脑功能,有效降低颅内压和消除脑水肿。针灸属于中医“内病外治”的方式之一,以通经脉,调气血,使阴阳归于相对平衡,脏腑功能趋于调和,从而达到防疾病的目的。本研究将通窍醒神汤联合针灸应用于高血压脑出血治疗中,结果显示两组 ADL 评分及 GOS 评分均治疗后明显提高,且实验组高于对照组($P<0.05$),表明通窍醒神汤联合针灸可以改善患者的日常生活活动能力和预后。因此,在常规西医治疗的基础上联合通窍醒神汤、针灸治疗,可以取得更为理想的效果。综上所述,通窍醒神汤联合针灸治疗应用于高血压脑

出血的临床治疗中的效果明显,集中体现在对患者日常生活活动能力和预后的改善方面,是一种理想的治疗方法,具有较高的应用及推广价值。

参考文献

[1]吉磊,成睿,王春红,等.神经导航辅助内镜治疗高血压脑出血的疗效对比分析[J].国际外科学杂志,2016,43(10):663-667,F4.
[2]栾厚强.中医治疗高血压脑出血的临床研究进展[J].光明中医,2016,31(18):2751-2753.
[3]中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑出血诊治指南(2014)[J].中华神经科杂志,2015,48(6):435-444.
[4]高宏亮.不同手术方式治疗高血压脑出血的疗效对比分析[J].当代医学,2020,26(13):132-133.
[5]崔金涛,柳健雄.中西医结合治疗高血压急性脑出血研究进展[J].湖北中医药大学学报,2014,16(1):115-117.
[6]王新磊.中西医结合疗法治疗 98 例高血压脑出血患者的临床疗效评价[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(83):107.
[7]李学良,王力伟,郝晓,等.中西医结合治疗高血压脑出血患者的临床疗效[J].实用临床医药杂志,2015,19(13):139-140,143.
[8]赵李焦,梁袁赫.中西医结合治疗高血压脑出血的研究现状[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(9):143-145.
[9]费毅,梁元,王鹏程,等.通腑醒神汤治疗高血压脑出血微创术后病人神经损伤的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(13):1555-1558.

(收稿日期:2020-08-21)

经侧裂入路血肿清除术治疗基底节脑出血疗效分析

王兆斌 薛勇 赵学俊 赵建武

(河南省濮阳市油田总医院神经外科 濮阳 457001)

摘要:目的:探讨内镜下直切口小骨窗经侧裂入路血肿清除术在基底节脑出血患者中的应用效果。方法:选取 2018 年 1 月~2019 年 10 月收治的基底节脑出血患者 89 例,采用内镜下直切口小骨窗经侧裂入路血肿清除术 45 例为 A 组,采用骨瓣开颅皮层入路血肿清除术 44 例为 B 组。比较两组术中出血量、手术时间、血肿清除率、住院时间,术前与术后 1 周神经功能缺损评分、意识状态评分,术后并发症发生情况。结果:A 组术中出血量少于 B 组,手术时间、住院时间短于 B 组($P<0.05$);两组血肿清除率比较无明显差异($P>0.05$);术后 1 周,A 组神经功能缺损评分低于 B 组,意识状态评分高于 B 组($P<0.05$);A 组术后并发症发生率为 6.67%,低于 B 组的 25.00%($P<0.05$)。结论:内镜下直切口小骨窗经侧裂入路血肿清除术治疗基底节脑出血患者血肿清除率高,视野清晰,可减少术中出血量,缩短手术时间、住院时间,减轻神经功能缺损症状,改善意识状态,降低术后并发症发生率。

关键词:基底节脑出血;血肿清除术;经侧裂入路;显微镜皮层入路

中图分类号:R743.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.048

基底节脑出血为常见脑出血类型,占全部脑出血 60%~70%,具有起病迅猛、病情进展快、预后不良等特点,幸存者多伴有严重肢体功能障碍,影响患者生活质量^[1]。手术清除血肿是治疗基底节脑出血的有效手段,能预防脑疝、降低颅内压^[2]。血肿清除术为现阶段治疗脑出血常用手术方法,主要包括骨瓣开颅侧裂及皮层入路血肿清除术、直切口小骨窗经侧裂及皮层入路血肿清除术两种,显微镜及内镜均可辅助应用,手术方式选择与预后关系密切^[3]。本研

究选取基底节脑出血患者 89 例,比较骨瓣开颅皮层入路血肿清除术与内镜下直切口小骨窗经侧裂入路血肿清除术的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月~2019 年 10 月我院收治的基底节脑出血患者 89 例,采用内镜下直切口小骨窗经侧裂入路血肿清除术 45 例为 A 组,采用骨瓣开颅显微镜下皮层入路血肿清除术 44 例为 B 组。B 组女 19 例,男 25 例;年龄 41~75 岁,平