

中药配合超早期颅内血肿清除术 治疗脑出血 48 例

河北省唐山市丰润区中医院中风科(064000)

王秀芳 于晓东

脑出血是神经内科常见病之一,病死率较高。近几年来,我院对大量脑出血患者采用醒脑开窍中药配合超早期微创清除术治疗,取得较好疗效,现介绍如下。

1 临床资料

48 例均为我院 2002 年 6 月~2001 年 6 月的住院患者,按 1995 年全国第四届脑血管病学术会议拟定的急性脑血管病诊断标准,并经头颅 CT 检查证实为脑出血患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组 48 例,男 30 例,女 18 例,年龄 40~75 岁,平均 60 岁;头颅 CT 提示基底节出血 30 例,脑叶出血 18 例,其中破入脑室 14 例;出血量 30~49ml 30 例,50~79ml 14 例,≥80ml 4 例,平均出血量 45.6ml;既往有高血压病史 32 例,糖尿病病史 12 例,冠心病病史 13 例。对照组 48 例,男 28 例,女 20 例,年龄 45~73 岁,平均 62.5 岁;头颅 CT 提示基底节出血 27 例,脑叶出血 2 例,其中破入脑室 9 例;出血量 30~49ml 28 例,50~79ml 17 例,≥80ml 3 例,平均出血量 44.5ml;既往有高血压病史 29 例,糖尿病病史 11 例,冠心病病史 3 例。治疗组意识清楚 3 例,意识模糊 9 例,昏睡 14 例,浅昏迷 12 例,中重度昏迷 10 例;对照组意识清楚 4 例,意识模糊 12 例,昏睡 15 例,浅昏迷 15 例,中重度昏迷 2 例。

2 治疗方法

两组都采用内科保守治疗和超早期颅内血肿清除术,治疗组加开窍丸口服,每日 1 丸,连服 5 天,不能口服者鼻饲灌服。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:日常生活能力(ADL)用 Barthel 指数(BI)计分法。100 分:独立,完全恢复正常生活;≥75 分且<100 分:轻度依赖,部分恢复日常生活或可独立进行家庭生活;≥50 分且≤75 分:中度依赖,家庭生活需帮助并拄杖行走;≥25 分且≤50 分:重度依赖,卧床不起但保持意识清醒;0~25 分:植物状态。

3.2 结果:(1)血肿清除率:根据抽出血量和复查 CT 血肿缩小情况计算治疗组血肿的初次清除率和总清除率。初次清除率为 26%~80%,平均 34%,拔管时的总清除率达 73%~91%,平均 87.6%,其余均在 1~2 周内消失。对照组患者在内科保守治疗 7 天后复查 CT,血肿自然清除率平均只有 3%。(2)两组 ADL 评分:治疗后 3 个月随访,治疗组存活 40 例,存活率 83.33%,对照组存活 21 例,存活率 43.75%,两者差异有显著性($P<0.01$)。两组存活患者中 ADL 缺陷程度治疗组能自理者(100 分)5 例,轻度缺陷者(75~95 分)21 例,明显比对照组多(1 例、5 例)。而治疗组严重缺陷(25~45 分)和极严重缺陷者(0~20 分)分别为 5 例、1 例,明显比对照组(7 例、5 例)少。

4 讨论

大量脑出血属中医“中风”范畴,多属中脏腑型,急性期大

多表现为肝阳暴亢,痰热腑实,痰蒙神窍。开窍丸是我院自制中药,由麝香、石菖蒲、胆南星、大黄、郁金、黄连、葶苈子、牛黄、枳实等药物组成,具有醒脑开窍、化痰通腑泄热之功效。现代研究认为,本组药物可以保护脑细胞的超微结构,兴奋大脑皮质,增强中枢神经系统的耐缺氧能力;改善脑代谢,提高脑细胞活力,促进神经功能恢复。大黄尚有止血的功效。从本组的资料可以看出,中西医结合治疗可大大降低脑出血的病死率,降低患者的神经功能缺损程度和护理依赖,能提高临床疗效。

痴复康口服液治疗血管性痴呆 36 例

广东省中医院神经一科(510120)

郭建文 杜宝新 张新春

指导:黄 燕 刘茂才

血管性痴呆(VD)是指脑血管病引起的痴呆,是中老年人的常见病、多发病。目前国内外尚缺乏特效的治疗本病或控制本病病程进展的方法和药物。我院老中医刘茂才主任医师通过研究古今文献,结合 30 多年临床经验,探索出治疗 VD 的痴复康口服液,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

全部病例均为我院 2003 年 2 月~2005 年 4 月住院或门诊患者,应用查随机数字表法随机分为两组。治疗组 36 例,男 20 例,女 16 例;年龄(65.30±4.50)岁;病程(8.52±3.15)个月;合并高胆固醇者 19 例,高甘油三酯者 10 例,高血糖者 10 例,高血压者 26 例,高黏血症者 25 例。对照组 32 例,男 18 例,女 14 例;年龄(64.30±3.25)岁;病程(8.21±2.93)个月;合并高胆固醇者 12 例,高甘油三酯者 6 例,高血糖者 8 例,高血压者 22 例,高黏血症者 21 例。两组患者年龄、性别、合并症等差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

中医诊断参照 1990 年 5 月全国老年痴呆专题会议制定的《老年痴呆的诊断、辨证分型及疗效标准(讨论稿)》进行。西医诊断参照美国精神病学会的诊断标准和统计手册(DSM-IV-1)/及 ICD-10。参照 ICD-10、修改后的长谷川痴呆量表(HDS-R)、日常生活能力(ADL)量表作出痴呆严重程度的诊断。

2 治疗方法

治疗组采用痴复康口服液(由广东省中医院制剂室提供)10ml 口服,每日 3 次,30 天为 1 个疗程。对照组采用多奈哌齐,5mg 开始起用,每天 1 次,口服,30 天为 1 个疗程,根据患者的耐受情况确定是否加减量。治疗期间停用一切其他促智药物。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:临床疗效评定参照 1990 年 5 月全国老年痴呆专题会议制定的《老年痴呆的诊断、辨证分型及疗效标准(讨论稿)》进行。痊愈:主要症状基本消失,神志清醒,定向健全,回答问题正确,反应灵敏,生活自理,能进行一般社会活动;有效:主要精神症状有所减轻或部分消失,生活基本自理,回答问题基本正确,但反应迟钝,智力与人格仍有部分障碍;无效:主要症状无改变或病情有发展,生活不能自理,回答问题不准确,神志痴呆。认知功能评定按 HDS-R 积分评定。生活能力评

定按 ADL 积分评定。

3.2 两组疗效比较:(1)两组临床疗效比较:治疗组 36 例,痊愈 4 例,有效 22 例,无效 10 例,总有效率 72.2%;对照组 32 例,痊愈、有效、无效及总有效率分别为 4 例、19 例、9 例及 71.9%。两组总有效率比较差异无显著性($P>0.05$)。(2)两组 HDS-R 积分比较:治疗组治疗前后 HDS-R 积分分别为 (18.23 ± 1.05) 分、 (25.01 ± 0.78) 分,对照组分别为 (17.98 ± 0.79) 分、 (24.96 ± 0.76) 分,两组治疗前后自身比较,均有明显改善($P<0.01$)。(3)两组 ADL 积分比较:治疗组治疗前后 ADL 积分分别为 (40.56 ± 25.78) 分、 (25.78 ± 1.72) 分,对照组分别为 (41.16 ± 2.79) 分、 (31.93 ± 2.82) 分,两组治疗后比较,差异有显著性($P<0.05$),治疗组优于对照组。

4 讨论

痴复康口服液以黄芪、边条参、当归、何首乌大补气血,配用紫河车、巴戟天益肾填精以治本;以法半夏、石菖蒲、远志、牛黄粉涤痰开窍醒脑以治标,标本兼治,共奏醒脑益智之功。现代药理研究表明,黄芪、何首乌、巴戟天具有抗衰老、抗缺氧的能力。石菖蒲、远志、黄芪、人参、何首乌对实验性动物学习、记忆障碍都有不同程度的改善作用。

以往的研究资料表明,痴复康可能通过降低血脂,降低全血黏度,改善大脑缺血,增加脑血流量,改善脑细胞的代谢,促进脑细胞功能的恢复,使痴呆患者的智能得到改善。

中医综合疗法治疗持续性植物状态 20 例

河北省人民医院康复科(050051)

刘宏丽 徐金秀

植物状态(VS)是一种特殊的意识障碍,主要特征是对自身和外界的认知功能完全丧失,能睁眼,有睡眠—觉醒周期,下丘脑及脑干功能基本保存。VS 持续 1 个月以上诊断为持续性植物状态(PVS)。中医无此病名,但关于其症状、病因病机及治疗散见于中医对外感热病、“中风”、“痰证”、“痫证”、“呆病”、“脱证”等疾病的论述中。我们于 2003 年 1 月~2004 年 10 月采用中医综合疗法治疗 PVS 患者 20 例,收到较好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

20 例 PVS 患者中男性 17 例,女性 3 例,年龄 17~86 岁;其中脑外伤 9 例,CO 中毒 2 例,电击伤 1 例,脑出血 4 例,脑梗死 2 例,老年血管性痴呆后 PVS 者 2 例;入院时植物状态持续时间 <2 个月 10 例,2~3 个月 6 例, >3 个月 4 例;PVS 量表评分:入院时 5~7 分 12 例,8~9 分 8 例。10 例均符合 2001 年 11 月南京会议《关于修订我国持续性植物状态(PVS)诊断和疗效标准》。

2 治疗方法

2.1 营养支持:给予足够的营养,保持水电解质平衡。不能自主进食者给予鼻饲饮食,并配合中药治疗。脾胃虚弱者方用参苓白术散加减,胃阴虚者以益胃汤加减。为了维持体重和蛋白

质更新而进行的营养补充对于防止褥疮和长期的消耗是必须的。

2.2 中药治疗:根据患者病因及临床表现大致分为 4 型予以辨证论治。中药每日 1 剂,水煎取汁 400ml,分两次早晚温服。(1)气虚血瘀:治以益气活血,以补阳还五汤加减,处方:黄芪 60~120g,赤芍 15g,当归 12g,川芎、地龙、菖蒲、郁金、桃仁、红花各 10g;(2)髓海失养:治以补肾填精,以地黄饮子加减,处方:熟地黄 15g,肉苁蓉 12g,山茱萸、巴戟天、麦冬、石斛、五味子、菖蒲、远志、茯苓各 10g,肉桂、薄荷各 6g,生姜 3 片,大枣 3 枚;(3)痰蒙清窍:治以清心化痰,以导痰汤合礞石滚痰丸加减,处方:青礞石 15g,胆南星、茯苓、黄芩、郁金各 12g,枳实、陈皮、半夏、大黄、沉香、栀子、竹茹各 10g;(4)瘀血痹阻:治以化瘀通络,醒脑开窍,以通窍活血汤加减,处方:当归 15g,赤芍、川芎、桃仁各 12g,红花、菖蒲、郁金各 10g,麝香(冲)0.2g。

2.3 针刺治疗:以醒脑开窍为主,头针选用感觉区、运动区、百会、四神聪等;体针选用合谷、三阴交、足三里、内关、劳宫等穴位,采用强刺激,留针 30 分钟,每日 1 次,配合中频脉冲电刺激,双侧乳突、内关、三阴交(两侧交替),每日 1 次,每次 30 分钟。

2.4 高压氧治疗:采用多人高压氧舱面罩吸氧,1.2MPa 加压 20 分钟,吸氧 60 分钟,中间休息 10 分钟,减压时间 20 分钟,每日 1 次。

2.5 运动疗法:进行被动活动,不断变换体位,病情稳定的患者要离开床,并逐渐过渡到坐位平衡训练及站立平台训练,维持与恢复关节活动度,预防关节挛缩,增强肢体本体感觉输入,患者苏醒后进行主动运动及日常生活活动能力训练。

2.6 生理刺激:反复听熟悉的音乐,让亲人呼唤、抚摸患者,看电视,并给予嗅觉、味觉刺激等。

3 治疗结果

疗效标准:(1)植物状态:完全不能执行指令或无语言(失语除外);(2)初步脱离植物状态:能执行简单指令或简单对答;(3)脱离植物状态:能执行较复杂指令或能对答。参照 PVS 量表,基本痊愈 ≥ 12 分,表现初步脱离或脱离植物状态;显效:提高 4~6 分,但 <12 分;好转:提高 1~3 分,但 <12 分;无效:无变化、恶化或死亡。本组病例基本痊愈 4 例(20%),显效 5 例(25%),好转 7 例(35%),无效 4 例(20%),其中无变化 2 例,死亡 2 例,以上病例中治疗 <3 个月 4 例,3~6 个月 10 例, >3 个月 6 例。

4 讨论

中医认为,精神活动、思维、记忆、语言等功能归于心、脑。PVS 总的病因病机是清窍失灵,神明失守。导致神明失守的病理不外虚实两大类,实证为邪蔽清窍,阴阳逆乱;虚证为正气衰竭,神无所依。各种因素均可导致清阳不升,浊阴不降,神明失主,肢体失用,七窍失司,因而 PVS 患者表现出默默不语,神识不清,昏不识人,二便不知等症。其病理关键在虚、瘀、痰三方面,多表现为虚实夹杂,故治疗时应标本兼治,使补而不滞,驱邪而不伤正。