

清热活血法联合脑脊液置换术治疗原发性蛛网膜下腔出血临床观察

张玉松

(广东省江门市新会区中医院, 广东 江门 529100)

【摘要】 目的:探讨中西医结合方法治疗原发性蛛网膜下腔出血(SAH)的临床疗效。方法:将 60 例患者按随机原则分为治疗组(32 例)和对照组(28 例)。两组均给予脑脊液置换术和西医常规处理,治疗组加用中药清热活血方〔组方:大黄粉 6 g(冲服),天麻 15 g,钩藤 15 g,川牛膝 20 g,杭菊花 20 g,黄芩 15 g,栀子 15 g,石菖蒲 20 g,桃仁 15 g,红花 6 g,赤芍 15 g,丹参 15 g〕,每日 1 剂,治疗 15 d,若大便次数超过每日 3 次,则大黄粉量减半。结果:1 个月后,治疗组临床治愈率(62.5%)和总有效率(临床治愈+显著好转,81.3%)明显高于对照组(35.7%和 53.6%),两组比较差异均有显著性(P 均 <0.05)。与对照组相比,治疗组头痛、颈强直持续时间均明显缩短,因头痛剧烈需加用镇痛药次数亦显著减少,两组比较差异均有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗组脑梗死、脑积水、应激性溃疡出血、肺部感染发生率也均较对照组明显下降,差异均有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗组病死率及再出血率和尿道感染发生率虽均低于对照组,但差异无显著性(P 均 >0.05)。结论:清热活血法联合脑脊液置换术治疗原发性 SAH 能明显提高临床治愈率和总有效率,缩短头痛、颈强直持续时间,减少镇痛药应用次数和并发症的发生。

【关键词】 蛛网膜下腔出血,原发性;脑脊液置换术;清热活血法;中西医结合疗法

中图分类号:R285.6;R255.2 文献标识码:A 文章编号:1008-9691(2006)06-0351-03

Clinical observation on clearing away heat and promoting blood circulation method (清热活血法) combined with cerebrospinal fluid replacement for primary subarachnoid hemorrhage ZHANG Yu-song, Xinhui Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangmen 529100, Guangdong, China

【Abstract】 **Objective:** To observe the curative effect of clearing away heat and promoting blood circulation method (清热活血法) combined with cerebrospinal fluid replacement for treatment of primary subarachnoid hemorrhage (SAH). **Methods:** Sixty patients with primary SAH were randomly divided into treatment group (32 cases) and control group (28 cases). Both groups were treated with cerebrospinal fluid replacement and routine western medicine. Additionally, the treatment group was treated with traditional Chinese medicine (TCM) of clearing away heat and promoting blood circulation prescription [pulvis radici et rhizomae rhei (大黄粉) 6 g taking with water, rhizoma gastrodiae elatae (天麻) 15 g, ramulus uncaria cum uncis (钩藤) 15 g, radix cyathulae officinalis (川牛膝) 20 g, flos chrysanthemi Hangzhouensis (杭菊花) 20 g, radix scutellariae (黄芩) 15 g, fructus gardeniae (栀子) 15 g, rhizoma acori tatarinowii (石菖蒲) 20 g, semen persicae (桃仁) 15 g, flos carthami (红花) 6 g, radix paeoniae rubra (赤芍) 15 g, radix et rhizoma salviae miltiorrhizae (丹参) 15 g] once per day for 15 days. Radix et rhizoma rhei was reduced to half of the original dosage when the frequency of stool was more than three times per day. **Results:** In the treatment group, the clinical cure rate (62.5% vs. 35.7%) and the total effective rate (81.3% vs. 53.6%) were higher than those in the control group (both $P<0.05$), the time of persistent headache and neck rigidity and the frequency of exerting analgetic extra were lower compared to the control group, the differences being significant ($P<0.05$ or $P<0.01$). The incidences of cerebral infarction, hydrocephalus, stress ulcer hemorrhage and lung infection in the treatment group were all more significantly decreased in the treatment group than those of the control group, and the differences were significant ($P<0.05$ or $P<0.01$). The mortality and the incidence of re-hemorrhage and urethral infection were lower in the treatment group compared to those in the control group, but the differences were not significant (both $P>0.05$). **Conclusion:** Clearing away heat and promoting blood circulation method combined with cerebrospinal fluid replacement for primary SAH can increase the clinical cure rate and the total effective rate significantly, shorten the time of persistent headache and neck rigidity, decrease the frequency of exerting analgetic extra and the incidences of developing various complications.

【Key words】 primary subarachnoid hemorrhage; cerebrospinal fluid replacement; clearing away heat and promoting blood circulation method; treatment of integrated traditional Chinese and western medicine

原发性蛛网膜下腔出血(SAH)是神经内科常见的一种危重病,起病急骤,病情凶险,病死率及复发率较高,主要病因为颅内动脉瘤和动静脉畸形,应及早进行手术治疗,动脉瘤常用瘤颈夹闭术和动脉瘤切除术,动静脉畸形常采用整块切除术,但费用高,风险大,有些患者及家属难以接受。中医认为原发性SAH的病机特点为风、火、痰、瘀,应以清肝泻火、化痰熄风和活血化瘀为主要治则。为此,2003年1月—2006年4月,我们采用前瞻、随机、对照方法选择本院住院患者60例,其中32例患者在脑脊液置换术基础上加用清热活血中药治疗,取得满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:全部患者均符合全国第4次脑血管会议修订的原发性SAH诊断标准^[1],并经腰穿、头颅CT确诊;排除有严重心、肝、肺、肾、造血系统、内分泌系统等原发性疾病。按随机原则将60例患者分为两组。治疗组32例中男21例,女11例;年龄40~65岁,平均(50.4±8.5)岁;发病至入院时间3h~3d;入院时意识清楚26例,嗜睡4例,昏迷2例;脑膜刺激征阳性30例;出血量(按Fisher的SAH分级法分为4级)Ⅰ级5例,Ⅱ级15例,Ⅲ级9例,Ⅳ级3例。对照组28例中男19例,女9例;年龄42~63岁,平均(51.8±8.1)岁;发病至入院时间4h~3d;入院时意识清楚23例,嗜睡3例,昏迷2例;脑膜刺激征阳性27例;出血量Ⅰ级4例,Ⅱ级14例,Ⅲ级8例,Ⅳ级2例。两组患者的年龄、性别、发病至入院时间、意识状态及出血量等差异均无显著性(P 均 >0.05),具有可比性。

1.2 治疗方法:两组患者均进行西医常规治疗和腰穿不等量脑脊液置换术。方法:腰穿前先予质量分数为20%的甘露醇125ml快速静脉滴注,0.5h后常规腰椎穿刺,成功后测初压,以半堵方式放出脑脊液,放液速度控制在10~15滴/min,每次放出脑脊液5ml,然后注入5ml生理盐水,如此反复4~6次,每次间隔5min,共置换脑脊液20~30ml,术毕测脑脊液终压,注入地塞米松5mg。依据病情决定置换次数,每日或隔日1次。脑脊液置换过程中密切观察患者的意识状态、血压、呼吸频率、脉搏。两组患者同时予卧床、止血、脱水降颅内压、镇静止痛、预防感染及脑血管痉挛等治疗。治疗组在此基础上加用清热活血方:大黄粉6g(冲服),天麻15g,钩藤15g,川牛膝20g,杭菊花20g,黄芩15g,栀子

15g,石菖蒲20g,桃仁15g,红花6g,赤芍15g,丹参15g。水煎取汁150ml,口服或鼻饲,每日1剂,连服15d,以大便稀、每日不超过3次为度;若超过3次,大黄粉剂量减半。

1.3 观察指标及疗效评价标准:根据全国第4次脑血管会议修订的疗效评定标准进行评价,并分析以下指标:①头痛持续时间;②头痛剧烈需加用镇痛药次数;③颈强直(颌胸距 >4 cm判断为颈强直)持续时间;④脑血管痉挛致脑梗死例数(CT证实);⑤脑积水例数(CT证实);⑥应激性溃疡出血例数;⑦肺部感染例数;⑧尿道感染例数;⑨再出血例数。治疗1个月后进行疗效评价;期间患者死亡终止研究。根据上述指标按临床治愈、显著好转、进步、死亡进行疗效统计,总有效率为临床治愈和显著好转之和。

1.4 统计学处理:计数资料用 χ^2 检验;计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示, t 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较(表1):治疗组的临床治愈率($\chi^2=4.29$)和总有效率($\chi^2=5.29$)均明显高于对照组,差异均有显著性(P 均 <0.05)。治疗组病死率虽低于对照组,但两组比较差异无显著性。

表1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical effects

组别	例数(例)	between two groups				例(%)
		临床治愈	显著好转	进步	死亡	
治疗组	32	20(62.5)*	6(18.7)	3(9.4)	3(9.4)	26(81.2)*
对照组	28	10(35.7)	5(17.9)	7(25.0)	6(21.4)	15(53.6)

注:与对照组比较;* $P<0.05$

2.2 两组存活患者症状和体征变化的比较(表2):治疗组头痛持续时间($t=3.73$)、颈强直持续时间($t=3.64$)均明显短于对照组,两组比较差异有显著性(P 均 <0.01);治疗组头痛剧烈需加用镇痛药次数少于对照组,差异有显著性($t=2.22, P<0.05$)。

表2 两组存活患者症状和体征变化的比较($\bar{x}\pm s$)

Table 2 Comparison of changes in symptom and

physical examination of survival patients

组别	例数(例)	between two groups($\bar{x}\pm s$)		
		头痛持续时间(d)	头痛剧烈需加用镇痛药次数(次)	颈强直持续时间(d)
治疗组	29	6.7±3.1**	2.5±1.6*	13.3±3.1**
对照组	22	11.1±5.2	3.7±2.2	16.9±4.0

注:与对照组比较;* $P<0.05$,** $P<0.01$

2.3 两组并发症比较(表3):治疗组脑血管痉挛致脑梗死($\chi^2=3.87$)、脑积水($\chi^2=4.44$)、应激性溃疡

出血($\chi^2=7.08$)、肺部感染发生率($\chi^2=5.72$)均明显低于对照组,两组比较差异均有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗组再出血和尿道感染发生率虽低于对照组,但差异均无显著性(P 均 >0.05)。

表 3 两组并发症比较

Table 3 Comparison of complication morbidity between two groups 例(%)

组别	例数 (例)	脑梗死	脑积水	应激性 溃疡出血	肺部 感染	尿道 感染	再出血
治疗组	32	2(6.3)*	1(3.1)*	1(3.1)**	1(3.1)*	0(0)	2(6.3)
对照组	28	8(28.6)	7(25.0)	9(32.1)	8(28.6)	3(10.7)	6(21.4)

注:与对照组比较;* $P<0.05$,** $P<0.01$

3 讨论

原发性 SAH 属中医“中风”范畴。中风是在气血阴阳亏虚的基础上,由风、火、痰等多种因素共同作用于人体,导致脏腑功能失调,气血逆乱于脑而产生。中医认为“离经之血便是瘀血”,SAH 系离经之血,虽是“清血、鲜血,但亦是瘀血”,故本病病机特点为风、火、痰、瘀,治疗上除清肝泻火、化痰熄风外,始终离不开活血化瘀。有文献报道,应用通腑泻下、活血化瘀法治疗 SAH,能尽快消除临床症状,降低病死率及再出血发生率^[2]。针对原发性 SAH 的病机特点,我们在治疗组加用中药大黄以清热泻火,通里攻下,化瘀止血;天麻、钩藤、菊花平肝潜阳熄风;黄芩、栀子清泻肝火;牛膝利尿,引血下行;石菖蒲化痰开窍;桃仁、红花、赤芍、丹参活血行血,祛瘀生新。结果表明,治疗组加用清热活血方后,较对照组能明显减轻临床症状,减少并发症发生率,提高治愈率。

SAH 后血液积聚在脑表面、脑池及脑室内时,可形成薄层凝块,血凝块和血液刺激脑膜分泌大量渗出液引起蛛网膜粘连,导致脑脊液循环障碍,加剧颅内压升高;此外,流入蛛网膜下腔的血液直接刺激或血细胞破坏产生多种活性物质刺激血管,引起脑血管痉挛而加重头痛,严重时可引起脑梗死;部分血性脑脊液刺激丘脑下部,可引起中枢性发热、应激性溃疡^[3,4]。因此在不能针对病因治疗时,应尽快清除血性脑脊液。

朱冬胜等^[5]研究表明,应用中医辨证治疗急性脑出血患者的临床显效率显著升高,且血肿吸收率亦显著高于西医对照组和清开灵对照组;应用中药灌胃治疗脑出血模型大鼠,可显著降低脑组织含水量,减轻脑水肿。清热活血方中桃仁、红花、赤芍、丹参等活血化瘀中药能促进脑脊液中红细胞崩解,增强巨噬细胞吞噬功能^[6];改善微循环,加快瘀血吸收,防止脑血管痉挛,预防脑积水;栀子具有脱水、利尿、减轻脑水肿作用,与西药脱水剂起协同作用;大黄的主要成分大黄酚可改善毛细血管脆性,具有良好的止血作用,还有改善微循环、减轻脑水肿、减轻神经细胞损伤作用^[5,7];另外,大黄可提高急性肺损伤家兔胃肠黏膜内 pH 值,并中和胃肠及血循环中的毒素,防止细菌移位肺脏,改善肺内分流及肺部通气/血流比值,对肺脏和胃肠黏膜有保护作用^[8],可防治肺部感染和应激性溃疡出血。清热药大黄、栀子、黄芩、菊花具有广谱抗菌、抗病毒作用,可防治感染的发生,减少并发症。治疗组病死率、再出血发生率虽低于对照组,但差异无显著性,可能与未能针对病因治疗有关,故本病一旦确诊,就应尽早及时进行手术治疗。

参考文献:

- [1]王新德. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379-381.
- [2]鞠作泉, 王凤霞. 通腑活血法治疗蛛网膜下腔出血 35 例[J]. 中国中医急症, 2005, 14: 268.
- [3]陈灏珠. 实用内科学[M]. 第 10 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 2217.
- [4]侯照德. 神经病学[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 127.
- [5]朱冬胜, 徐敏华, 卫洪昌, 等. 中风系列制剂治疗急性脑出血的临床与实验研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2000, 7: 133-137.
- [6]周琨. 活血化瘀对清除出血性脑血管病脑脊液红细胞的作用[J]. 山东中医杂志, 1994, 12: 444-445.
- [7]徐晓筑, 廖银华, 齐玉昌, 等. 大黄预防重型颅脑外伤后多器官功能障碍综合征的临床观察[J]. 中国危重病急救医学, 2001, 13: 545-547.
- [8]李瑜, 张林, 褚海辰, 等. 大黄对家兔内毒素性急性肺损伤的保护作用研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12: 173-176.

(收稿日期: 2006-08-19 修回日期: 2006-10-13)

(本文编辑: 李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国中西医结合急救杂志》稿约说明

《中国中西医结合急救杂志》稿约刊登在每年的第 1 期上, 欢迎广大作者踊跃投稿, 投稿请严格按照稿约的要求。同时交付文稿 1 份、单位介绍信或文稿加盖公章、软盘(word 排版)、审稿费每篇 40 元、课题批件复印件, 以利于稿件审稿过程, 提高稿件刊出速度。

本刊对所有来稿均采用同行审稿的方式进行公平、公正地审定。

(本刊编辑部)