

• 论著 •

中医辨证结合西医分期治疗急性高血压脑出血临床研究

班文明^{1a}, 倪代梅^{1a}, 谢道俊², 丁超^{1a}, 王朝亮^{1a}, 刘磊^{1a}, 陈伟^{1a}, 徐兵^{1a},
王静^{1a}, 马峰^{1a}, 朱伟^{1b}, 肖杰^{1a}

(1. 安徽中医学院附属太和中医院 ④神经内科, ⑤急诊科, 安徽 阜阳 236607;

2. 安徽省中医院神经内科, 安徽 合肥 230038)

【摘要】 目的 探讨急性高血压脑出血不同西医分期辨证使用自拟中药汤剂治疗的方法及临床疗效。方法 将 280 例急性高血压脑出血患者随机分为两组。对照组(120 例)给予调控血压与颅内压, 吸氧, 维持水、电解质平衡, 使用脑保护剂等常规治疗; 治疗组(160 例)在对照组常规治疗基础上结合急性高血压脑出血超急性期、急性期、恢复期 3 期病机特点, 分别采用杏林 I、II、III 号(杏林 I 号: 全瓜蒌、胆南星、天麻、钩藤、菊花、石菖蒲、生大黄、枳实, 杏林 II 号: 半夏、白术、天麻、桃仁、丹参、当归尾、茯苓、三七、苏木, 杏林 III 号: 生黄芪、党参、白术、全当归、桃仁、赤芍、川芎、广地龙、鸡血藤、桑寄生、炒杜仲、怀牛膝)配合针灸(上肢: 肩髃、合谷、曲池穴, 下肢: 环跳、阳陵泉、足三里、昆仑穴; 口角歪斜者加地仓、夹车穴)施治; 两组疗程均为 30 d。观察两组治疗前后血肿量、血肿吸收率、神经功能缺损程度评分(NDS)的变化及临床疗效。结果 治疗组血肿吸收率[(0.84±0.18)%]高于对照组[(0.59±0.15)%], $P<0.05$, 治疗后 NDS 评分[(13.1±11.3)分]低于对照组[(20.3±12.0)分]; 且治疗组总有效率(95.0%)明显优于对照组(72.5%), $P<0.05$ 。结论 运用自拟中药汤剂配合针灸结合西医分期辨证施治急性高血压脑出血患者, 疗效显著, 药剂价廉, 无毒副作用, 使用方法简便。

【关键词】 高血压脑出血, 急性; 中医辨证; 西医分期; 杏林 I、II、III 号; 针灸

中图分类号: R242; R743.34 文献标识码: A DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.04.015

A clinical study on combination of traditional Chinese medicine (TCM) and western medicine for treatment of acute hypertensive intra-cerebral hemorrhage based on TCM differentiating symptoms and signs and western clinical staging BAN Wen-ming*, NI Dai-mei, XIE Dao-jun, DING Chao, WANG Chao-liang, LIU Lei, CHEN Wei, XU Bing, WANG Jing, MA Feng, ZHU Wei, XIAO Jie. * Department of Neurology, Taihe Chinese Medicine Hospital of Anhui College of Traditional Chinese Medicine, Fuyang 236607, Anhui, China

【Abstract】 Objective To study the therapeutic effect of self-prepared traditional Chinese medicine (TCM) for treatment of acute hypertensive intra-cerebral hemorrhage based on TCM differentiating symptoms and signs and western clinical staging. Methods Two hundred and eighty cases with acute hypertensive cerebral hemorrhage were randomly divided into two groups. In control group, 120 patients received conventional treatment to control blood pressure and intracranial pressure, maintain water and electrolyte balance, protect cerebrum, and inhale oxygen. In treatment group, besides the conventional treatment used in the control group, 160 patients were additionally treated with self-prepared three types of TCM respectively, including Xinglin (杏林) I, II, III recipes [Xinglin I: Fructus trichosanthis (全瓜蒌), Arisaema cum bile (胆南星), Rhizoma gastrodiae (天麻), Ramulus uncaria cum unci (钩藤), Flos chrysanthemi (菊花), Rhizoma acori tatarinowii (石菖蒲), Rhubarb (生大黄), Fructus aurantii immaturus (枳实); Xinglin II: Rhizoma pinelliae (半夏), Rhizoma atractylodis macrocephalae (白术), Rhizoma gastrodiae (天麻), Semen persicae (桃仁), Radix et rhizoma salviae miltiorrhizae (丹参), Radix angelicae sinensis (当归尾), Poria (茯苓), Radix et rhizoma notoginseng (三七), Lignum sappan (苏木); Xinglin III: Radix astragali (生黄芪), Radix codonopsis (党参), Rhizoma atractylodis macrocephalae (白术), Radix angelicae sinensis (全当归), Semen persicae (桃仁), Radix paeoniae rubra (赤芍), Rhizoma Chuanxiong (川芎), Pheretima (广地龙), Caulis spatholobi (鸡血藤), Herba taxilli (桑寄生), Cortex eucommiae (炒杜仲), Radix achyranthis bidentatae (怀牛膝)]; according to the western clinical staging, the patients were divided into 3 stages: hyper-acute, acute and convalescent stages, and according to the characteristics of pathogenesis in different stages, Xinglin I, II, III recipes were respectively selected for treatment; the treatment was also combined with acupuncture (upper limb: Jianyu (肩髃), Hegu (合谷), Quchi (曲池); lower limb: Huantiao (环跳), Yanglingquan (阳陵泉), Zusanli (足三里), Kunlun (昆仑); Dicang (地仓) and Jiache (夹车) were pointed in patients with distortion of mouth angle]. The course of treatment was 30 days. The changes of hematoma content before and after treatment, the rate of hematoma absorption, neurologic defect score (NDS) and the clinical efficacy were observed. Results Hematoma absorption rate [(0.84±0.18)%] of treatment group was higher than that in control group [(0.59±0.15)%], $P<0.05$, and the NDS (13.1±11.3) of the treatment group was lower than that in the control group (20.3±12.0). The total therapeutic effective rate in treatment group (95.0%) was significantly better than that of the control group (72.5%), $P<0.05$. Conclusion The use of self-prepared decoction and acupuncture based on TCM differentiating syndromes and western clinical staging for treatment of acute cerebral hemorrhage has significant efficacy, without untoward side effects; the method is not expensive, and easy to apply.

【Key words】 Acute hypertensive cerebral hemorrhage; Traditional Chinese medicine; Differentiation of symptoms and signs; Clinical stage; Xinglin I, II, III; Acupuncture

急性高血压脑出血是严重威胁人类健康的疾病之一,发病率呈逐年上升趋势,绝大多数患者虽经西医积极治疗,甚至手术抢救治疗,仍没有达到显著减少病死率、致残率的目的,主要是对脑出血发病本身错综复杂的变化认识不足和治疗手段还不够完善,不能很好地满足患者对更高质量的需求^[1-2]。本课题组针对急性高血压脑出血病程的西医分期对应相应的中医证型,采用自拟中药汤剂配合针灸辨证施治取得了满意的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择:①入选标准:有高血压病史;发病至就诊用药时间未超过 12 h;无高热;初诊时收缩压<200 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa);无多发性血肿及皮灰质交界处血肿;无明显心、肝、肾功能障碍;经头颅 CT 证实为脑出血。②排除标准:长期大剂量服用抗凝药物(阿司匹林 600 mg/d 以上)者;长期饮酒(酗酒)者;幕上出血≥30 ml,小脑出血≥10 ml,脑干出血≥5 ml,丘脑、壳核或脑干出血并破入脑室者;近期有活动性出血性病者;顽固性恶性高血压患者;出血位于脑叶灰质白质交界处的淀粉样血管病所致出血的好发部位者;有肝功能损害者;外伤性脑出血者。

1.2 一般资料:入选的 280 例患者均为本院急诊或住院患者,按随机数字表法分为两组。治疗组 160 例中男 93 例,女 67 例;年龄 46~72 岁,平均(50.01±10.32)岁;神经功能缺损程度评分(NDS)为(287.87±77.89)分。对照组 120 例中男 71 例,女 49 例;年龄 43~73 岁,平均(50.21±11.61)岁;NDS 为(287.45±87.83)分。两组患者性别、年龄、出血部位、出血量、NDS 等比较差异均无统计学意义(均 P>0.05),有可比性。

1.3 治疗方法:对照组患者给予常规治疗,包括调控血压与颅内压,吸氧,维持水、电解质平衡,防治应激性溃疡,使用脑保护剂,防治感染及营养支持等。治疗组在对照组常规治疗的基础上,依据急性脑出血的西医分期标准^[3]进行针对性治疗,口服或鼻饲中药汤剂,每日 1 剂,并配合针灸治疗,疗程均为 30 d。脑出血超急性期:脑出血发病 6 h 内,选用杏林 I 号[全瓜蒌 20 g,胆南星 8 g,天麻 10 g,钩藤(后下)15 g,菊花 12 g,石菖蒲 15 g,生大黄(后下)10 g,枳实 12 g];脑出血急性期:脑出血发病 6 h~14 d,选用杏林 II 号[半夏 10 g,白术 10 g,天麻

10 g,桃仁 15 g,丹参 20 g,当归尾 15 g,茯苓 15 g,三七(冲服)4 g,苏木 10 g];脑出血恢复期:脑出血发病 14~30 d,选用杏林 III 号(生黄芪 30 g,党参 12 g,白术 10 g,全当归 10 g,桃仁 10 g,赤芍 10 g,川芎 15 g,广地龙 15 g,鸡血藤 15 g,桑寄生 12 g,炒杜仲 10 g,怀牛膝 15 g)。针灸主穴:上肢为肩髃、合谷、曲池穴,下肢为环跳、阳陵泉、足三里、昆仑穴;口角歪斜者加地仓、夹车穴。

1.4 观察指标及方法:①治疗前后进行头颅 CT 检查,了解血肿吸收情况,参照多田公式计算血肿量;并计算血肿吸收率[(治疗前血肿量-治疗后血肿量)/治疗前血肿量×100%];②治疗前后进行 NDS,并计算其下降值。

1.5 疗效判定标准:根据全国第四届脑血管病学术会议通过的脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)进行 NDS^[4],最高为 45 分(轻度),最低为 0 分(重度)。基本痊愈:NDS 减少 91%~100%,病残程度为 0 级;显著进步:NDS 减少 46%~90%,病残程度为 1~3 级;进步:NDS 减少 18%~45%;无变化:NDS 减少 17%左右;恶化:NDS 无减少或增加 18%以上;死亡。

1.6 统计学处理:采用 SPSS 11.5 软件进行统计学处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验, P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血肿量、血肿吸收率和 NDS 比较(表 1):两组治疗后脑血肿量均有所吸收,以治疗组较为显著,血肿吸收率明显高于对照组(P<0.05 或 P<0.01)。治疗组治疗后 NDS 显著减少(P<0.01),但两组间比较差异无统计学意义(P>0.05)。

表 1 两组患者治疗前后血肿量、血肿吸收率 和 NDS 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血肿量(ml)		血肿吸收率 (%)	NDS(分)	
		治疗前	治疗后		治疗前	治疗后
治疗组	160	20.6±5.9	2.8±4.2 ^a	0.84±0.18 ^b	28.9±7.9	13.1±11.3 ^a
对照组	120	21.0±5.3	4.5±4.0	0.59±0.15	28.5±9.8	20.3±12.0

注:与本组治疗前比较,^aP<0.01,与对照组比较,^bP<0.05

2.2 两组临床疗效比较(表 2):治疗组总有效率较对照组明显升高,差异有统计学意义(P<0.05)。说明治疗组疗效优于对照组。

2.3 不良反应:两组治疗过程中均未出现不良反应;两组治疗后血、尿、粪常规,肝、肾功能,出凝血时间与治疗前比较差异均无统计学意义。

基金项目:安徽省科技计划项目(08020304113)

作者简介:班文明(1972-),男(汉族),安徽省人,副主任医师。

3 讨论

急性高血压脑出血是一种发病率很高的急性脑血管病,至今尚无特别有效的治疗方法,对于重症高血压脑出血患者,行超早期手术治疗能够降低病死率,提高存活者的生存质量^[5-6]。影响脑出血预后的因素很多。关键伟和向阳^[7]的研究显示,意识水平、周围白细胞数、出血是否破入脑室及血糖等因素与高血压脑出血患者预后无显著相关,而治疗时机、出血量、脑疝和年龄等因素与预后显著相关。超早期血肿穿刺治疗、加强脱水降颅压、防止脑疝形成是提高抢救成功率的主要措施。但手术并不是惟一的选择。对于不适合手术而又可以保守治疗的患者,保守治疗是更为理想的选择^[8]。与同体积的脑梗死相比,脑出血的病死率和致残率较高,其主要致死、致残原因是脑出血后早期血肿扩大和脑水肿形成^[9]。郭富强等^[10]研究表明,脑出血患者发病 24~48 d 脑组织神经细胞、胶质细胞胞质、毛细血管内皮细胞超微结构严重受损,血肿周围组织继发性水肿。因此,在高血压脑出血的治疗过程中,既要重视血肿大小、脑水肿程度和颅内压的高低,同时也应注意血肿周围脑组织及其远隔部位的功能障碍和循环代谢改变,临床上也证明活血化瘀法有一定的治疗优势。

中医学认为,急性高血压脑出血属“中风”范畴,发病以元气虚为根本,病机较为复杂,变化多端,风、火、痰、瘀、滞交织,单纯平肝熄风、化痰通络、通腑调气、活血化瘀、益气活血等治疗难免偏颇,故应根据具体病情分期辨证施治,本研究中依据急性脑出血的西医分期标准进行治疗。超急性期(发病 6 h 内)证型多属痰热内闭,选用杏林 I 号,方中天麻、钩藤、菊花、石菖蒲平肝熄风、醒脑开窍,生大黄、枳实、全瓜蒌、胆南星涤痰通腑、泻热攻下,使邪去病除,推陈生新;全方共奏熄风醒脑、通腑化痰之功效,可显著改善出血性中风患者的血液高黏滞状态,降低了病死率。脑出血急性期(发病 6 h~14 d),痰瘀阻窍是中心病理和主要证候,选用杏林 II 号,方中三七活血止血,桃仁活血化瘀,丹参活血凉血安神,当归尾、苏木祛瘀通络,白术、茯苓健脾化痰利水,半夏燥湿化痰,天麻平肝熄风;全方共奏活血化瘀、化痰通络之功效,可减轻脑水肿,降低颅内压,促进脑水肿吸收,在缓解症状、恢复肢体功能以及促进血肿吸收等方面作用肯定。脑出血恢复期(病程 14~30 d)鉴于患者元气虚,病程既久,气血亦伤的病机,选用杏林 III

表 2 两组患者临床疗效比较

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	死亡	总有效率 % (例)
治疗组	160	28.75(46)	55.63(89)	10.63(17)	3.13(5)	1.25(2)	0.63(1)	95.00(152) ^b
对照组	120	11.67(14)	36.67(44)	24.17(29)	15.00(18)	6.67(8)	5.83(7)	72.50(87)

注:与对照组比较, ^bP<0.05

号,方中生黄芪、党参、白术补气行血通络,全当归、桃仁、赤芍、川芎、广地龙、鸡血藤活血通络,桑寄生、炒杜仲、怀牛膝补益肝肾;全方共奏益气活血、滋养肝肾之功效。

现代药理研究证实,丹参、当归等活血化瘀类中药配合针灸可增加吞噬细胞核胶质细胞的吞噬作用,加速损伤血管修复与再生,加速血肿吸收,控制脑水肿,促进脑出血缺血半暗带微循环,拮抗钙超载,抗兴奋性氨基酸毒性,抗自由基损害,保护脑细胞^[11-12];红花、桃仁、当归、川芎、广地龙等具有明显抑制血小板聚集及血栓形成的作用,从而有效控制及缩小血肿周围水肿面积,促进血肿吸收,加速 NDS 下降,改善患者肌力,促进患者康复^[13]。

本研究表明,采用结合西医分期、中医辨证运用中药及针灸治疗急性高血压脑出血,能有效改善脑组织损害及脑水肿引起的缺血、缺氧症状,有利于肢体功能恢复,显著降低致残率、致死率。

参考文献

- [1] 郭玉璞,王文志,李允德.中国脑血管病治疗专家论集.沈阳:沈阳出版社,1995:224.
- [2] 冯丽洁,黎檀实,沈洪.高血压脑出血早期治疗的新观点(Internet 网上病例讨论).中国危重病急救医学,2002,14(1):62-64.
- [3] 薛颖.脑出血的中西医结合辨证施护规律探讨.四川中医,2007,25(3):108-109.
- [4] 中华神经科学会.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995).中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.
- [5] 许彦钢,杨军,秋南,等.重症高血压脑出血患者的超早期手术治疗.中国危重病急救医学,2000,12(5):273-275.
- [6] 张建军,董伟峰,张俊,等.手术时机对高血压脑出血患者康复影响的研究.中国危重病急救医学,2002,14(9):551-553.
- [7] 关键伟,向阳.影响高血压脑出血预后的相关因素分析.中国危重病急救医学,2002,14(10):631-632.
- [8] 费舟,章翔,甄海宁,等.高血压脑出血——手术与保守治疗的选择.中国危重病急救医学,2007,19(6):375-376.
- [9] 常富业,王永炎,杨宝琴,等.利开灵治疗急性脑出血临床研究.中国中医急症,2005,14(5):393-394.
- [10] 郭富强,徐玉川,陈隆益,等.脑出血患者血肿周围组织水通道蛋白-4 表达与脑水肿及病理超微结构变化的关系.中国危重病急救医学,2008,20(11):674-677.
- [11] 戴高中.关于活血化瘀治疗脑出血急性期有关问题的思考.江苏中医,2001,22(7):3-5.
- [12] 孙建华,陈玮.微创清除术联合丹参注射液治疗高血压脑出血的临床研究.中国中西医结合急救杂志,2008,15(1):28-30.
- [13] 王荣忠.通窍活络汤治疗急性脑出血恢复期的临床观察.中国中西医结合急救杂志,2008,15(5):311.

(收稿日期:2010-03-30)

(本文编辑:李银平)