

# 安宫牛黄丸治疗急性中风 32 例疗效观察

罗清运

(信宜市中医院, 广东, 信宜, 525300)

**【摘要】**目的:观察分析安宫牛黄丸治疗急性中风的疗效结果。方法:将 2007 年 1 月 ~ 2008 年 12 月期间我院收治的 64 例急性中风患者随机分为治疗组 (32 例) 和对照组 (32 例), 两组患者各方面情况无显著性差异, 具有可比性 ( $P > 0.05$ )。两组均给与常规综合抢救治疗, 治疗组在对照组基础上添加应用安宫牛黄丸治疗。结果:两组患者在神经功能损伤评分比较方面具有显著性差异 ( $P < 0.01$ ); 综合疗效比较方面具有显著性差异 ( $P < 0.05$ ), 具有统计学意义。结论:采用安宫牛黄丸配合常规综合抢救治疗急性中风患者明显优于单纯常规综合抢救治疗, 短期应用安宫牛黄丸治疗中风急症除脱证外的其他证型, 确有奇效, 值得临床推广。

**【关键词】** 安宫牛黄丸; 治疗; 急性中风; 疗效

**【中图分类号】** R743.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1007-8517(2009)10-0045-02

## Angongniuhuang Pill treatment of acute stroke Clinical Observation of 64 cases

LUO Yunqing

(Hospital of XIN Yi, GUANG Dong, XIN Yi, 525300)

**【Abstract】** Objective: It is the treatment of acute stroke Angongniuhuang Pill efficacy results. Method: In January 2007 ~ December 2008 our hospital during the 64 cases of acute stroke patients were randomly divided into treatment group (32 cases) and control group (32 cases), all aspects of the two groups of patients with no significant difference ( $P > 0.05$ ), with comparable sexual. Both groups were given conventional General rescue treatment, the treatment group with Angongniuhuang Pill treatment. Results: Two groups of patients with neurological injury score compared with significant difference ( $P < 0.01$ ); General effects have significant differences with statistical significance ( $P < 0.05$ ). Conclusion: With the conventional use of general Angongniuhuang Pill rescue treatment of acute stroke patients better than a simple regular life-saving treatment, short-term application of Angongniuhuang Pill acute treatment of stroke in addition to evidence from other card-type, there are worthy to be popularized.

**【Keywords】** Angongniuhuang; treatment; acute stroke; curative effect

中风是以突然晕倒、不省人事,伴口角歪斜、语言不利、半身不遂,或不经昏厥仅以口歪、半身不遂为临床主症的疾病。因发病急骤,症见多端,病情变化迅速,与风之善行数变相似,故名中风、卒中。近年来中风发病率不断增高,发病年龄也趋向年轻化,是威胁人类生命和生活质量的重大疾患<sup>[1]</sup>,早期

进行有效的治疗甚为重要。2007 年 1 月 ~ 2008 年 12 月期间我院采用安宫牛黄丸配合常规综合抢救治疗急性中风,取得满意疗效,现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2007 年 1 月 ~ 2008 年 12 月期间我院收

后注意抗生素的选择,用药时间应较常规治疗长。对术前检查或术后发现血小板计数较高的高凝血状态患者,术后静脉滴注低分子右旋糖酐或低分子肝素 2~3 d,作预防性抗凝治疗,术前、术中应适当增加晶体液输入量,以改善机体脱水状态。并采取促进下肢静脉回流加速的措施,尽可能减少术中对髓内、外静脉的压迫;尽可能缩短麻醉及手术时间,减少对盆腔脏器的损伤。术后为改善下肢血液循环,鼓励患者尽早活动,尽早离床。不能离床的患者应按摩下肢,手法由远向近心方向按摩或使用袖带脉冲加压,直至患者可离床活动。术后肠胀气可增加腹压,加重腹膜后静脉受压,故应加强术后管理,防止过度腹胀。术中、术后尽可能避免两下肢静脉穿刺,避免输入对血管有刺激或损伤的药物。对贫血或术中失血多的患者,尽量输入新鲜血或成分输血。

2.3 治疗方法 DVT 的一般处理包括卧床休息,抬高患肢,针对性治疗有手术、溶栓及抗凝治疗。静脉切开取栓术适用于发病 48h 内的患者;溶栓治疗包括经外周静脉给药和经导管直接给药。经外周静脉溶栓加抗凝治疗是最常用的方法,

是针对髂股静脉及腘静脉血栓形成的有效治疗措施,但持续长时间的溶栓治疗常常导致广泛出血,其发生率高出抗凝治疗一倍之多<sup>[3]</sup>。有报道采用速避凝抗凝加尿激酶溶栓治疗取得满意效果,但是在治疗过程中出现阴道残端出血<sup>[4-5]</sup>。因此,对术后患者实施溶栓治疗需持谨慎态度,必须在严密监测凝血功能的条件下进行,防止溶栓后并发症的发生。

### 参考文献

- [1] 吕新生. 实用临床普通外科学 [M]. 长沙:中南大学出版社, 2006, 68: 1.
- [2] 王鸿利, 王学峰. 血栓病临床技术 [M]. 北京:人民军医出版社, 2003: 423 - 424.
- [3] 刘泽霖. 静脉血栓栓塞的基础研究与临床实践 (4) - 防治方案 [J]. 血栓与止血学, 2002, 8 (4): 189.
- [4] 徐成康, 梅卓贤. 妇科肿瘤手术及介入化学治疗术后下肢深静脉血栓形成的原因 [J]. 新医学, 2002, 33 (4): 217 - 218.
- [5] 许学云. 子宫切除术后并发下肢静脉血栓病 21 例分析 [J]. 江苏大学学报 (医学版), 2002, 12 (5): 493.

(收稿日期: 2009. 04. 01)

治的 64 例患者随机分为治疗组和对照组 32 例。治疗组中男 14 例,女 18 例,年龄 40~81 岁,平均年龄 60.8 岁;病程 31~47 日,平均 41.5 日;脑出血 15 例,脑梗死 17 例;既往病史:合并高血压病 9 例,冠心病 13 例,糖尿病 10 例;浅昏迷 2 例,中度昏迷 24 例,重度昏迷 6 例;肌力 0 级 14 例, I~II 级 15 例, III~IV 级 3 例。对照组中男 15 例,女 17 例,年龄 39~82 岁,平均年龄 61.2 岁;病程 32~48 日,平均 41.3 日;脑出血 16 例,脑梗死 16 例;既往病史:合并高血压病 9 例,冠心病 14 例,糖尿病 9 例;浅昏迷 3 例,中度昏迷 23 例,重度昏迷 6 例;肌力 0 级 15 例, I~II 级 14 例, III~IV 级 3 例。2 组患者性别、年龄、既往病史、昏迷程度、肌力分级等方面无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),具有可比性。两组患者发病前的先兆症状见表 1。

表 1 组患者发病前的先兆症状 [n (%)]

组别	n	无先兆	头痛	肢体麻木	眩晕	肌无力
治疗组	32	10 (31.25)	9 (28.13)	6 (18.75)	4 (12.50)	3 (9.38)
对照组	32	11 (34.38)	7 (21.88)	7 (21.88)	5 (15.63)	2 (6.25)

1.2 诊断标准 参照 1986 年中华全国中医学会内科学会制定的《中风病中医诊断疗效评定标准》<sup>[2]</sup>, 主症:半身不遂,口舌歪斜,神志昏蒙,舌强语蹇,偏身麻木。急性起病。病发多有诱因。好发年龄多在 40 岁以上。

1.3 治疗方法 2 组有颅高压者均予 20%甘露醇 125mL, 6~8 h 1 次快速静脉滴注,降低颅内压、控制脑水肿;有高血压病、糖尿病、合并感染者对症处理,对昏迷、抽搐、发热的控制,对照组针对病情给予胞二磷胆碱、安定、糖皮质激素治疗加物理降温。治疗组在对照组基础上采用安宫牛黄丸治疗,每次半丸,凉开水溶化后口服或鼻饲,每日 2 次,疗程 3~5 日。

1.4 疗效评定标准 根据中华人民共和国卫生部颁发的《常见中风脑病新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>,治疗前满分 28 分,起点分最高不超过 15 分,其疗效评定采用尼莫地平方法:〔治疗前积分 - 治疗后积分〕/治疗前积分  $\times 100\%$ 。基本痊愈 85%; 显效 50%; 有效 20%; 无效 <20%。

1.5 神经功能缺损评分标准 根据中华人民共和国卫生部颁发的《常见中风脑病新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>,采用积分法从神智状态、语言表达、上肢肩关节、上肢指关节、下肢关节、综合功能方面进行评定。

1.6 统计方法 计数资料采用  $\chi^2$  检验;计量资料采用均数比较,  $t$  检验。

## 2 结果

2.1 两组患者神经功能缺损评分比较 见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后神经功能缺损评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	神经功能缺损评分	
		治疗后	治疗前
治疗组	32	18.72 $\pm$ 8.43	9.65 $\pm$ 7.85*
对照组	32	18.96 $\pm$ 8.51	5.33 $\pm$ 6.91

注与对照组相比: \*  $P < 0.01$ 。

2.2 两组患者治疗前后疗效比较 见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后疗效比较

组别	n	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	32	3	8	17	4	87.50
对照组	32	1	3	17	11	65.63

注:与对照组相比:  $P < 0.05$ 。

两组患者治疗前后在神经功能缺损评分比较方面、疗效比较方面治疗组明显优于对照组,具有统计学意义。

## 3 讨论

急性中风主要见于缺血性脑血管病和出血性脑血管病,其病机主要有风火、痰湿、血瘀、气滞<sup>[4]</sup>。中风为本虚标实之证,在本为阴阳偏胜,气机逆乱;在标为风火相煽,痰浊壅塞,瘀血内阻。常见的病因有忧思恼怒,饮酒无度,或恣食肥甘,纵欲劳累,或起居不慎等。中风有中经络和中脏腑之分。中经络,一般仅见肌肤麻木,口眼喎斜,言语蹇涩,或半身不遂,无神志障碍。常见证型有:风邪入中,经络痹阻型。兼恶寒发热,苔薄脉浮。治宜祛风通络。方用大秦苻汤。肝肾阴虚,风阳上扰型。兼腰酸耳鸣,舌红脉细。治宜滋阴熄风,方用镇肝熄风汤。痰热腑实,风痰上扰型。兼痰多便秘,苔腻脉滑。治宜通腑化痰,方用小承气汤加味。中脏腑,除见中经络的症状外,还有朦胧思睡或昏愦无知等神志症状。又可分为闭脱二证:闭证。证见牙关紧闭,两手握固,肢体强痉等,多属实证。属阳闭者兼见面红身热,苔腻脉滑。治宜辛凉开窍,滋阴熄风,方用至宝丹和羚羊角汤。阴闭者兼面白唇暗,肢冷脉缓。治宜辛温开窍,豁痰熄风,方用苏合香丸和涤痰汤。脱证。证见面合口张,鼻鼾息微,手撒尿遗。多属虚证,治宜回阳固脱,方用参附汤。部分中风病人留有后遗症,如偏瘫、失语等,这与病情轻重,治疗和护理是否及时得当有关。安宫牛黄丸是我国传统药物中最负盛名的急症用药,中医将其与至宝丸、紫雪并称为“凉开(温病)三宝”,并奉为“三宝”之首。方中以牛黄清热解毒,豁痰开窍,熄风止痉;犀角咸寒,清营凉血,安神定惊;麝香芳香,通达经络,开窍醒神,共为主药。辅以黄芩、黄连、栀子苦寒泄降,泻火解毒以助牛黄、犀角清泄心包之热;雄黄解毒豁痰;冰片、郁金通窍醒神,化痰开郁;朱砂、珍珠、金箔清心镇静安神,熄风止痉定惊,共为佐使药。诸药合用共收清热解毒、豁痰开窍之效,为治疗高热神昏、中风痰迷的要药。本研究采用安宫牛黄丸治疗急性中风患者,因安宫牛黄丸具有芳香走窜,药效迅速的特点,从而达到熄风开窍,化痰通络的目的,故此在患者神经功能缺损评分方面、治疗疗效方面均优于常规治疗方法,短期应用安宫牛黄丸治疗中风急症除脱证外的其他证型,确有奇效。

## 参考文献

- [1] 于晓东,王秀芳,张洪品. 开窍丸治疗急性中风病 30 例疗效观察 [J]. 河北中医学报, 2006, 21 (2): 11 - 12.
- [2] 王松龄. 中西医结合防治脑血管病 [M]. 北京:人民卫生出版社, 1996, 37.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 [S]. 第 1 辑, 1993. 19 (11): 886.
- [4] 何欣. 清开灵注射液治疗急性中风 31 例 [J]. 上海中医药杂志, 2007, 41 (7): 18 - 19.

(收稿日期: 2009. 04. 20)