

安宫牛黄丸治疗重症脑出血疗效观察

雷利锋 帅家忠

(江西省铜鼓县人民医院, 江西铜鼓 336200)

[摘要] 目的 评价安宫牛黄丸治疗重症脑出血的疗效。方法 重症脑出血患者 48 例, 随机分成对照组及常规组, 常规组按常规使用 20%甘露醇脱水, 肌苷、辅酶 A、胞二磷胆碱等神经营养药物及其他并发症的治疗, 对照组在常规治疗基础上加用安宫牛黄丸。结果 重症脑出血在常规治疗的基础上加用安宫牛黄丸后, 疗效显著。结论 重症脑出血常规治疗加用安宫牛黄丸有更好的临床疗效。

[关键词] 安宫牛黄丸; 重症脑出血; 常规治疗

[中图分类号] R743.34 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1673-9701(2007)20-61-02

重症脑出血是血管破裂出血压迫脑组织, 最终导致脑疝形成, 本病病死率高。祖国医学认为脑出血为中风窍闭, 使用安宫牛黄丸治疗该病有悠久的历史。本研究选用安宫牛黄丸对 25 例重症脑出血患者进行治疗, 旨在探讨安宫牛黄丸治疗重症脑出血的临床疗效, 现将 2003~2006 年收治的 48 例重症脑出血作回顾性分析如下。

1 材料与方法

1.1 病例选择

重症脑出血 48 例均为临床及 CT 确诊病例, 随机分为两组: 安宫牛黄丸对照组 25 例(男 17 例, 女 8 例); 常规组 23 例(男 14 例, 女 9 例)。48 例患者发病年龄: 40~49 岁 4 例, 50~59 岁 14 例, 60~69 岁 21 例, 70 岁以上 9 例, 两组病人的年龄比较相似。48 例起病前均有高血压病史, 最短 1 年, 最长 25 年。发病时平均血压 185/120mmHg。均为急性起病, 有重症脑出血的典型临床症状及体征, 符合中医辨证的实热证: 呕吐、昏迷、偏瘫及高热烦躁等。48 例患者均在起病 2d 内行头颅 CT 检查, 证实为脑出血, 且都深度昏迷。出血的部位及血肿大小的比较差异无显著性, 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组病例脑出血的部位及出血量比较

组别	脑出血的部位		出血量 (mL)	
	基底节	其他部位	< 20	> 20
常规组	12	11	10	13
对照组	13	12	12	13

注: 两组比较, $P > 0.05$

1.2 研究方法

对照组: 应用安宫牛黄丸(北京同仁堂), 在起病的 1~2d 内开始服用, 每次 1 丸, 每日 1 次, 鼻饲给药, 连用 5d。西药治疗按脑出血急性期酌情处理, 给予 20%甘露醇脱水, 每 6~8 小时予 1 次; 口服或鼻饲心痛定, 控制血压在 150~160/90~100mmHg。应用肌苷、辅酶 A、胞二磷胆碱等神经营养药物, 常规使用抗生素防治肺部感染及其他并发症, 随时纠正水、电解质平衡及酸碱失调。常规组: 其治疗方法除无服用安宫牛黄丸外, 其余与治疗组相同。

1.3 临床疗效判定

参考 1981 年全国脑血管病会议制定的疗效标准。基本治愈: 意识清楚, 上下肢瘫痪肌力恢复到 5 级, 能独立行走。显著好转: 意识清楚, 瘫痪肢体恢复 2 级以上。好转: 意识清楚, 瘫痪肢体恢复 1 级, 或失语、球麻痹并发症有好转。无效: 较治疗前恢复不明显或死亡。

1.4 统计学处理

显著性检验采用 χ^2 检验。

2 结果

如表 2 所示, 对照组总有效率 80.0%, 死亡 5 例, 占 20.0%, 常规组总有效率 47.8%, 死亡 12 例, 占 52.2%; 对照组基本治愈及显著好转之和共 15 例, 常规组为 6 例, 两组比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。

表 2 两组病例治疗效果对比(6 周内)

组别	疗效				总有效率 (%)
	基本治愈	显著好转	好转	无效	
对照组	7	8	5	5	80.0
常规组	2	4	5	12	47.8

注: 两组总有效率比较, $P < 0.05$

3 讨论

重症脑出血患者, 急性期的镇静解痉、开窍醒脑是十分关键的一个环节。安宫牛黄丸治疗脑出血急性期的阳闭症, 已为临床学家认可^[1]。而在实践中, 西药的治疗往往是以上两方面不能同时兼顾, 应用镇静剂控制抽搐的同时会加深意识障碍, 抑制呼吸和心血管运动中枢, 如掌握不当, 反而会使病情加重。安宫牛黄丸能解热止痉, 对中枢的调节作用, 既有兴奋作用又有明显的抑制作用^[2], 对生命中枢有一定的保护作用^[3,4]。能降低体温, 防止或减少惊厥, 减少气管内分泌物, 从而减轻脑水肿及脑细胞的损害, 促进大脑功能恢复^[5]; 对细菌、病毒有抑制和灭活作用^[6]。减轻细菌内毒素对脑细胞的损害; 调节中枢神经介质乙酰胆碱和儿茶酚胺的活性, 从而恢复脑干网状结构上行激活功能, 从而达到开窍复苏功能。从以上两组病例对比结果表明, 6 周内症状恢复的程度, 对照组优于常规组; 治愈率与病死率比较, 对照组也优

(下转第 85 页)

纤维蛋白原, 血脂, 血糖, 肝功能, 肾功能。患者入院时及治疗后均进行神经缺损评分, 进展性脑梗死从进展之日起每日评分1次, 同时取其最高的一次分别作为高峰值进行统计学处理; 头部CT检查分别于治疗前后各复查1次, 症状加重时随时复查; 用药期间密切观察有无颅内出血及其他部位出血情况。

1.4 统计学处理

采用SPSS 10.0统计学软件, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用t检验。

2 结果

2.1 两组进展性脑梗死发生率的比较

治疗组进展性脑梗死发生率为12.50%(5/40), 对照组为27.50%(11/40), 两组比较有显著差异($P < 0.05$)。

2.2 进展性脑梗死的严重程度及近期预后比较

治疗组进展性脑梗死的严重程度明显较对照组轻($P < 0.01$), 近期预后明显较对照组好($P < 0.01$)。两组进展性脑梗死患者神经功能缺损评分比较: 对照组11例发生进展性脑梗死, 入院时评分 15 ± 4 , 进展性高峰值 26 ± 8 , 20d时 18 ± 5 ; 治疗组5例发生进展性脑梗死, 入院时评分 16 ± 2 , 进展性高峰值 22 ± 2 , 20d时 13 ± 6 。两组入院时评分比较, 经t检验 $P > 0.05$, 两组进展高峰、20d时比较, 经t检验 $P < 0.01$ 。

2.3 梗死体积比较

对照组进展性脑梗死患者治疗前入院时及治疗后梗死灶体积分别为 3 ± 2 cm³ (7 ± 3) cm³。治疗组进展性脑梗死患者治疗前入院时及治疗后梗死灶体积分别为 3 ± 2 cm³ (4 ± 2) cm³。治疗前入院时两组间梗死灶体积比较无差异($P > 0.05$), 治疗后两组梗死灶进展程度比较有非常显著性差异($P < 0.01$)。

2.4 实验室指标

治疗组治疗前后血常规、尿常规、凝血酶原时间、纤维蛋白原、血脂、血糖、肝功能、肾功能, 经统计学处理, 无显著差异。

2.5 药物不良反应

治疗组未见颅内出血, 消化道出血, 泌尿系统出血病例。

3 讨论

在缺血性脑卒中的治疗中, 尤以进展性脑梗死的治疗最为重要, 最大限度的挽救功能已受损而短期内尚存活的脑组织, 即所谓“缺血半暗带”, 以改善其缺损的局部功能, 可使临床症状有较大改善。脑梗死超早期溶栓治疗疗效显著, 但发病时间限定在6h以内, 而国内脑梗死患者6h就诊率仅为15%^[3]。进展性脑梗死

溶栓治疗的疗效、安全性意见并不一致^[4,5]。近年研究提示由缺血半暗带发展为脑梗死是一个动态的演变过程, 血栓进展是进展性脑梗死基本机制之一。

脑梗死由动脉粥样硬化血栓形成、微血管血栓形成和其他机制所致, 血栓形成与否取决于血栓形成和溶解时间的动态转化。进展性脑梗死的发生率约占全部脑梗死26%~43%, 且有较高的致残率和死亡率。急性脑梗死由中心坏死区及周围的缺血半暗带组成。坏死区由于完全性缺血导致脑细胞死亡, 但缺血半暗带仍存在侧支循环, 可获得部分血液供应, 尚有大量可存活神经元, 如果血液迅速恢复使大脑代谢改善, 损伤仍然可逆, 神经细胞可存活并恢复功能。奥扎格雷钠能有效的阻断TXA₂合成酶^[6], 从而减少TXA₂的产生, 同时具有促进前列腺素合成的作用, 增加血液中前列环素I₂的浓度, 并具有抗血小板聚集作用使凝血过程受到有效抑制, 并使已形成的血栓素靠血液平衡关系的打破被自行溶解从而达到疏通血管的作用。增加缺血局部的血流量, 改善局部缺血, 使受损的脑组织功能逐渐恢复^[7]。本研究通过奥扎格雷钠与依达拉奉合用对进展性脑梗死的治疗观察, 发现进展性脑梗死发生率明显低于对照组, 差异有显著性。治疗组进展性脑梗死严重程度较对照组轻, 差异有非常显著性意义; 近期预后较对照组好, 差异有非常显著性意义。治疗组进展性脑梗死病灶体积明显小于对照组, 差异有显著性。同时各项指标基本正常, 没有出现出血等不良反应, 说明是安全的。所以奥扎格雷钠与依达拉奉合用对于进展性脑梗死的治疗是有临床价值的。

[参考文献]

- [1] 陈兴洲, 李宏建, 陆兵勋. 恶性性卒中[J]. 国外医学: 脑血管疾病分册, 2000, 8(2): 109-111.
- [2] Castillo J. Deteriorating stroke: diagnostic criteria, predictors, mechanisms and treatment[J]. Cerebrovasc Dis, 1999, 9 (Suppl 3): 1-8.
- [3] 国红, 张晓燕, 王新德, 等. 急性脑卒中患者来诊时间和CT确诊时间的观察[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 332-335.
- [4] 蔡若尉, 洪志林, 林健康, 等. 溶栓治疗进展性脑梗死[J]. 福建医科大学学报, 1998, 32(2): 174-176.
- [5] 张为烈, 周金兰, 赵凤玲, 等. 中等剂量尿激酶静脉溶栓治疗急性脑梗死近期疗效观察[J]. 脑与神经疾病杂志, 2001, 9(4): 230-231.
- [6] 吕红星, 刘鸿雁, 张国莉, 等. 奥扎格雷治疗脑血栓形成[J]. 中国新药与临床杂志, 1999, 18(1): 57.
- [7] 丁煜. 抗凝药奥扎格雷钠[J]. 国外医学: 合成药生化药制剂分册, 1990, 11(3): 179-180.

(收稿日期: 2007-06-29)

(上接第61页)

于常规组。提示安宫牛黄丸在治疗重症脑出血方面有一定价值, 值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 黄友岐. 神经系统疾病治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1984: 36.
- [2] 虞坚尔, 邱根祥, 李小葵, 等. 安宫牛黄丸在儿科临床的再运用-附340例小结[J]. 上海中医药杂志, 1994, 41(5): 18-19.

- [3] 黄玉芳. 安宫牛黄丸的研究近况[J]. 南京中医学院学报, 1991, 7(1): 58-60.
- [4] 黄红英. 安宫牛黄丸及其类方的临床应用和药理研究进展[J]. 福建中医药, 1993, 24(2): 63-64.
- [5] 许再玲. 安宫牛黄丸和肝安治疗重型极重型流行性乙型脑炎80例[J]. 浙江中医杂志, 1995, 30(7): 302-303.

(收稿日期: 2007-07-17)