

## • 论著 •

## 解毒活血法治疗急性脑出血 32 例疗效观察

宗武三

(甘肃省武威市中医医院, 甘肃 武威 733000)

**【摘要】** 目的:探讨解毒活血法治疗急性脑出血的疗效。方法:将 62 例急性脑出血患者随机分为治疗组(32 例)和对照组(30 例),均予以基础治疗(吸氧、排痰、抗感染、维持水及电解质平衡等)。治疗组在此基础上加用解毒活血中药(由酒制大黄、水蛭、甘松、黄连、栀子、蝉衣、姜黄、葶苈子、桑白皮等组成)口服(或鼻饲),每日 1 剂,分两次服用,两组疗程均为 28 d。结果:治疗组总有效率(93.75%)高于对照组(80.00%),但差异无显著性( $P>0.05$ );治疗组愈显率为 75.00%,明显高于对照组的 43.33%,差异有显著性( $P<0.05$ )。治疗组治疗后神经功能缺损程度评分[(9.37±2.46)分]较治疗前[(21.48±7.63)分]显著降低( $P<0.01$ ),且与对照组治疗后[(14.30±9.76)分]比较差异亦有显著性( $P<0.05$ )。治疗组治疗后 ADL 量表 Barthel 指数评分[(70.36±22.88)分]较治疗前[(25.44±18.72)分]显著升高( $P<0.01$ ),且与对照组治疗后[(57.58±23.50)分]比较差异有显著性( $P<0.05$ )。治疗组脑出血水肿的吸收情况[(4.78±2.74)ml 比 (21.16±7.85)ml]明显优于对照组 [(7.23±3.04)ml 比 (20.36±7.68)ml],差异有显著性( $P<0.05$ )。结论:解毒活血法治疗急性脑出血可减轻脑水肿,促进血肿吸收,提高治愈率,降低病残率。

**【关键词】** 中西医结合治疗;脑出血,急性;解毒活血法

中图分类号:R285.6;R255.2 文献标识码:A 文章编号:1008-9691(2006)04-0218-04

**Observation on curative efficacy of clearing away toxic material and activating blood circulation method (解毒活血法) on 32 cases with acute cerebral hemorrhage** ZONG Wu-san. Wuwei Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuwei 733000, Gansu, China

**【Abstract】** **Objective:** To investigate the curative efficacy of clearing away toxic material and activating blood circulation method (解毒活血法) on patients with acute cerebral hemorrhage (ACH). **Methods:** Sixty-two patients with ACH were randomly divided into treatment group ( $n=32$ ) and control group ( $n=30$ ). All patients were treated with general therapy (inhaling oxygen, exhausting sputum, anti-infection, keeping the balance of water and electrolytes and so on); traditional Chinese medicine of clearing away toxic material and activating blood circulation including rhubarb (大黄), hirudo (水蛭), nardostachys chinensis (甘松), coptis chinensis (黄连), gardenia jasminoides (栀子), periostracum cicadae (蝉衣), curcuma longa (姜黄), semen letidii (葶苈子), cortex mori (桑白皮) etc was given 1 dosage a day that was divided into twice to be taken orally or by nasal feeding in treatment group. The therapeutic course was 28 days for two groups. **Results:** The total effective rate (93.75%) in treatment group was higher than that (80.00%) in control group, but there was no significant difference between the two groups ( $P>0.05$ ). The curative and markedly effective rate (75.00%) in treatment group was significantly higher than that (43.33%) in the control group, and there was significant difference between the two groups ( $P<0.05$ ). The deficiency scores of neural function in treatment group were significantly lower after treatment (9.37±2.46) than that before treatment (21.48±7.63,  $P<0.01$ ), and there was significant difference between treatment group and control group (14.30±9.76) after treatment ( $P<0.05$ ). After treatment, Barthel index score in activity of daily living in treatment group (70.36±22.88) was higher than that before treatment (25.44±18.72,  $P<0.01$ ) and that after treatment in the control group (57.58±23.50,  $P<0.05$ ). The absorption of hematoma in treatment group [(4.78±2.74) ml vs. (21.16±7.85) ml] was superior to that of the control group [(7.23±3.04) ml vs. (20.36±7.68) ml,  $P<0.05$ ]. **Conclusion:** Clearing away toxic material and activating blood circulation method may alleviate cerebral edema, promote the absorption of hematoma, increase the rate of cure and reduce the rates of disease and disability.

**【Key words】** integrated traditional Chinese and western medicine therapy; acute cerebral hemorrhage; clearing away toxic material and activating blood circulation method

脑出血是中老年人常见病、多发病,其起病急骤,变化迅速,病情危重,致残率、病死率均很高,严重危害着中老年人的健康,是当今医学研究的重要课题。我们应用解毒活血法治疗 32 例急性脑出血患者,取得了较好的疗效,报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例:2000 年 6 月—2003 年 12 月本院住院患者,临床首次发病,病程 < 48 h,伴明显中枢神经系统功能缺损症状和体征。脑出血诊断参照文献[1]标准;神经功能缺损程度评定标准参照文献[2]标准;并经颅脑 CT 确诊。按入院顺序编号分组,奇数号为治疗组,偶数号为对照组;3 例脱落,其中治疗组 1 例,对照组 2 例;最终 62 例完成观察。治疗组 32 例中男 21 例,女 11 例;平均年龄(60.20±8.54)岁;病程(21.14±15.41)h;既往史评分(11.22±4.13)分,伴发疾病评分(8.75±3.64)分,神经功能缺损程度评分(21.48±7.63)分,日常生活活动能力(ADL)量表 Barthel 指数评分(25.44±18.72)分;按照多田公式计算颅内血肿出血量(21.16±7.85)ml;脑出血部位:右基底节 15 例,左基底节 9 例,丘脑 4 例,脑叶 3 例,脑干 1 例。对照组 30 例中男 20 例,女 10 例;平均年龄(58.86±9.04)岁;病程(22.14±12.38)h;既往史评分(11.52±3.93)分,伴发疾病评分(8.45±4.17)分,神经功能缺损程度评分(22.06±6.80)分,ADL 量表 Barthel 指数评分(24.84±18.97)分;颅内血肿出血量(20.36±7.68)ml;脑出血部位:右基底节 14 例,左基底节 9 例,丘脑 3 例,脑叶 4 例。排除标准:有明显出血倾向;有心房颤动、人工心脏瓣膜置换术后正使用抗凝剂者;患继发性高血压、高黏血症、脑血管畸形、脑出血;合并肝、肾、造血、内分泌系统严重疾病;精神病患者。两组患者治疗前一般临床资料比较差异均无显著性( $P$ 均>0.05),具有可比性。

1.2 治疗方法:严密观察患者意识、瞳孔及生命体征变化,对占位效应进行性加重者及时中转手术治疗。两组基础治疗方法相同,均为保持安静、卧床休息、保持呼吸道通畅、常规吸氧;必要时进行气管插管或气管切开;西医常规治疗颅内压升高者;选择速

尿、质量分数 20%甘露醇或 20%的白蛋白降颅内压;选择适当的抗生素预防或治疗感染;有高血压者酌情适当降压;有血糖升高、发热、癫痫发作、头痛以及消化道出血等情况均给予对症处理;营养支持,保持水、电解质平衡等。治疗组加用解毒活血方(组成:酒制大黄、水蛭、甘松、黄连、栀子、蝉衣、姜黄、葶苈子、桑白皮),水煎服,每日 1 剂,分两次服用,意识不清者鼻饲给药,两组疗程均为 28 d。

1.3 观察指标:治疗前及治疗后 7、15 和 28 d 各记录 1 次头颅 CT 扫描,以观察病灶变化情况;治疗前后进行神经功能缺损程度评分和 ADL 量表 Barthel 指数评分;治疗前后各记录 1 次安全性指标(包括血、尿、粪常规,X 线胸片,心电图,肝、肾功能)。

1.4 疗效标准:参照 1995 年中华医学会第 4 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》评定疗效,分为基本痊愈、显著进步、进步、无效、恶化和死亡。用基本痊愈、显著进步的例数合计计算愈显率。

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

2 治疗结果

2.1 两组临床疗效比较(表 1):治疗 28 d 后两组总有效率差异无显著性( $P > 0.05$ );但治疗组愈显率为 75.00%,对照组为 43.33%,两组比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。

2.2 两组治疗前后神经功能缺损程度评分及 ADL 量表 Barthel 指数评分比较(表 2):治疗组治疗后神

表 2 两组治疗前后神经功能缺损程度评分及 ADL 量表 Barthel 指数评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 2 Comparison of neural function deficiency score, ADL and Barthel index score before and after treatment between two groups( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	例数(例)	神经功能缺损程度评分		ADL 量表 Barthel 指数评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	32	21.48±7.63	9.37±2.46**△	25.44±18.72	70.36±22.88**△
对照组	30	22.06±6.80	14.30±2.76	24.84±18.97	57.58±23.50

注:与本组治疗前比较:\*\* $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较: $\Delta P < 0.05$

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical curative efficacy between two groups

组别	例数(例)	基本痊愈	显著进步	进步	无效	恶化	死亡	愈显率	总有效率
治疗组	32	9(28.12)	15(46.88)	6(18.75)	2(6.25)	0(0)	0(0)	24(75.00) <sup>△</sup>	30(93.75)
对照组	30	4(13.33)	9(30.00)	11(36.67)	6(20.00)	0(0)	0(0)	13(43.33)	24(80.00)

注:与对照组比较: $\Delta P < 0.05$

例(%)

经功能缺损程度评分较治疗前明显降低,且明显低于对照组( $P < 0.01$  和  $P < 0.05$ );治疗组治疗后及 ADL 量表 Barthel 指数评分较治疗前明显升高,且明显高于对照组( $P < 0.01$  和  $P < 0.05$ )。

**2.3 两组治疗前后血肿吸收情况比较(表 3):**治疗组和对照组各有 2 例未完成治疗后 CT 检查。CT 结果显示:治疗 7 d,治疗组出血灶周围水肿带不明显;对照组有轻度水肿。治疗 15 d,治疗组血肿完全吸收 5 例,部分吸收 10 例,血肿周围水肿带较 7 d 明显;对照组血肿完全吸收 2 例,部分吸收 10 例,血肿周围水肿明显。治疗 28 d,治疗组完全吸收 20 例,部分吸收 10 例,血肿周围水肿带明显缩小,有的甚至未见水肿;对照组完全吸收 11 例,部分吸收 17 例,大部分血肿周围水肿明显。说明治疗组脑出血血肿的吸收情况明显优于对照组( $P < 0.05$ )。

表 3 两组治疗前后血肿吸收情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 3 Comparison of absorption of hematoma before and after treatment between two groups( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (例)	血肿量(ml)		完全吸收 [例(%)]	部分吸收 [例(%)]
		治疗前	治疗后		
治疗组	30	21.16±7.85	4.78±2.74**△	20(66.67)△	10(33.33)
对照组	28	20.36±7.68	7.23±3.04	11(39.29)	17(60.71)

注:与本组治疗前比较:\*\* $P < 0.01$ ,与对照组比较:△ $P < 0.05$

**2.4 药物不良反应:**治疗组中有 5 例服药过程中出现胃肠反应(腹泻),减少药量后症状消失。

**2.5 安全性检测:**治疗前后患者均检查血、尿、粪常规,粪隐血试验;X 线胸片、心电图;肝、肾功能均未发现与治疗有关的异常改变。

### 3 讨论

脑出血属中医学“中风”范畴,属本虚标实证。在急性期是以标实为主,多由风、火、痰、瘀之毒壅阻脑络,脑窍闭塞,气机失调,阴阳气血逆乱而为病,其毒邪包括风毒、火毒、痰毒、瘀毒等,以毒为中心。脑出血的临床表现也多呈热毒之征,兼有痰瘀之象。一则由于积损正衰、肝肾亏虚、脏腑功能失调,加之忧思恼怒,或烦劳过度、心阴暗耗、肝失条达,日久而致心阳偏亢、肝郁化火,终致心肝火旺、火热内炽、炼津成痰、炼血为瘀、痰瘀交阻相互搏结,气血运行受阻、日久又可郁而化火。如此恶性循环,火、热、痰、瘀蕴积日久,即可成毒。既成之毒,寓痰瘀之形,更具火热之性,若遇诱因,骤然起病,所致诸症多呈火热之象,故称热毒。热毒其性峻烈、横窜经隧、损伤脑络,终致脏腑失用、气血逆乱,突发中风。构成了本病之标。二则情志不遂、饮食不节、精气亏虚、阴阳失衡,以致五

志过极、心火暴甚、肝阳暴亢、风火相煽,气机升降逆乱,气血并走于上,致人卒倒,发为本病。三则火盛则迫血妄行,血溢脉外。而离经之血又为新瘀,可致脑髓受损,水津不能循行,窍络痹阻,正如明代著名医家王肯堂所云“瘀则生水”,“瘀则津液外渗,则成水也”。瘀血阻滞脑络,则清窍不遂;瘀血阻滞神明,则昏不识人。可见中风病急性期是多因素同时作用于机体,病机数变,相互影响在于分时之间,此病因、病机之六端相互交织,仅对其一或部分病因和局部病变的单项治法,对于纠正整体功能紊乱、改善全身状态不利。临床施治当以清热解毒为要,重在清热泻火、解毒排毒,辅以调理气机、活血化痰。

我们将中风病与温病进行了比较研究,认为中风在病因、病机、病位、预后治疗诸方面均与温病有着相似之处,与火性有关,可借鉴温病的经验治疗中风早期火热证。本方以黄连解毒汤、抵当汤及升降散三方化裁而成,其中黄连解毒汤“治一切火邪”,清热解毒,泻三焦之火;配大黄通腑泻浊、推陈致新,泻火解毒;酒制使其能达身体上部而导热下行;黄连配大黄取泻心汤之意,清热解毒泻三焦之火,疏调气机,有清热解毒、泻下、止血、活血化痰和健胃等作用;水蛭能破瘀血而不伤新血,入血分而不伤气分,破血而不伤阴,并可促进脑水肿的吸收,解除脑组织受压,以利于神经功能的恢复;蝉衣宣散血分之郁热,升浊中之清阳;大黄、姜黄降阳中之浊阴,一升一降,斡旋气机;甘松“治暴热”(《神农本草经》),张锡纯谓“其能助心房运动有力,以多输血于脑,且为调养神经之要药,能引诸药于脑,以调养其神经也”;葶苈子、桑白皮逐饮利水、通调水道。诸药合用,清热解毒,逐瘀利水,条达气血,切中中风急性期病机,故临床获效。

现代药理研究表明:大黄主要成分为大黄素、大黄酸、芦荟和鞣质等,具有活血化瘀、改善微循环、清除肠道细菌和毒素、促进新陈代谢的作用;能增加纤维蛋白原含量、缩短凝血时间;降低毛细血管通透性、改善脆性、减少体液外渗;可增加血小板数量,改善血液流变性,促进血凝而止血,缩短止血时间;抑制肾小球系膜的生长,并有效降低肾小管上皮细胞的增殖,降低其细胞代谢,增加肾血流量与肾小球滤过率;改善低血容量休克时肠道血流量;使吸收热消退快,并能降压、扩张末梢血管。临床上重用大黄可防止或减轻对靶器官的打击,保护全身脏器,减少手术率、降低病死率<sup>[3-6]</sup>。大黄作为钙通道阻滞剂,可防止脑细胞内钙超载而起保护作用;通过泻下减少肠道积滞导致的毒素吸收,改善人体新陈代谢,排除毒

素,增加胃肠蠕动,调节植物神经功能紊乱,降低机体应激状态,降低颅内压改善脑循环<sup>[6,7]</sup>。

#### 参考文献:

- [1]中华神经科学会、中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379-380.  
[2]全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29: 381-383.  
[3]陈德昌, 李红江. 大黄在危重病急救领域的药理作用机制[J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12: 439-440.

- [4]焦东海. 大黄在急救医学中的应用概述[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2000, 7: 3-4.  
[5]姜兴禄, 陈德昌, 景炳文, 等. 大黄对低血容量性休克大鼠脑肠肽影响的观察[J]. 中国危重病急救医学, 1998, 10: 644-657.  
[6]王晓燕, 王静怡, 杨琳, 等. 清热祛瘀法并早期脑超声治疗脑出血临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11: 294-296.  
[7]周仲瑛, 周琨, 金妙文, 等. 凉血通瘀注射液治疗出血性中风急性期的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9: 276.

(收稿日期: 2005-11-19 修回日期: 2006-03-27)

(本文编辑: 李银平)

### • 经验交流 •

## 中药内服加中西药灌肠治疗溃疡性结肠炎 36 例体会

王绍春<sup>1</sup>, 朱旭声<sup>2</sup>

(1. 浙江省松阳县中医院外科, 浙江 松阳 323400; 2. 浙江省松阳县古市医院, 浙江 松阳 323406)

【关键词】 结肠炎, 溃疡性; 中药; 内服; 灌肠, 中西医结合治疗

中图分类号: R242 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2006)04-0221-01

溃疡性结肠炎(UC)是一种原因不明的慢性直肠和结肠炎性疾病,目前无特效的药物。作者以中药内服、中西药结合保留灌肠治疗 UC 36 例,取得较好疗效,报告如下。

#### 1 临床资料

1.1 一般资料:参照 1993 年全国慢性非感染性肠道疾病研讨会制定的《溃疡性结肠炎的诊断及治疗标准》<sup>[1]</sup>,本组患者经纤维结肠镜和病理检查确诊为活动期 UC 36 例。其中男 22 例,女 14 例;年龄 21~52 岁,平均 32 岁;病程 6 个月~8 年。临床症状以腹痛、腹泻及黏液血便为主,伴肛门坠胀、神疲、纳差。

1.2 治疗方法:中药内服同时联合中西药保留灌肠。方用:大黄 10 g,黄芪 30 g,炒白术 15 g,丹参 15 g,党参 15 g,白芍 15 g,山药 12 g,地榆 15 g,黄连 10 g,苍术 10 g,五倍子 10 g,红藤 20 g,败酱草 20 g。每日 1 剂,水煎汁 500 ml,取 300 ml,分两次口服;留 200 ml,加入思密达 9 g,柳氮磺胺吡啶(SASP)4 g,重症者加入氢化可的松 100 mg,睡前高位保留灌肠,每晚 1 次。灌肠用导尿管,插入 20~30 cm;患者先取左侧卧位,灌肠后 20 min 再取膝胸位、右侧卧位及平卧位,各保持 20 min。4 周为 1 个疗程。

作者简介:王绍春(1966-),男(汉族),浙江松阳人,主治医师(E-mail: sygsy1951@163.com)。

#### 2 结果

按照文献<sup>[1]</sup>标准,治愈 29 例,有效 6 例,无效 1 例,总有效率 97.2%。

#### 3 讨论

溃疡性结肠炎属中医“泻泄”、“痢疾”、“肠痹”等范畴,中医认为多因外感六淫邪毒,内伤饮食生冷,使脾胃受损、升降失常、脾虚水湿不化,下迫大肠、湿热蕴结大肠、气血瘀滞、壅滞成脓、溃而成疡,多为虚实夹杂之证。发作期多实证,久病则脾胃亏虚。病变部位主要累及直肠、乙状结肠和降结肠。临床以腹泻、黏液血便或脓血便、腹痛和里急后重为主要症状。SASP、类固醇激素口服及抗生素应用为西药治疗的主要方法。由于药物不良反应等原因,多数患者不能坚持服药,致使病情容易复发,迁延不愈。我们采用中药内服加中西药保留灌肠,不仅使药液直达病变部位,而且避免了药物胃肠道不良反应及经过肝脏代谢的“首过效应”,从而提高了药物的生物利用度。方中白芍、五倍子收敛止血、涩肠固脱;红藤清热解毒、活血止痛;地榆凉血止血、收敛生肌;败酱草清热解毒、消痈排脓,消除局部炎症,促进溃疡修复;苍术燥湿健脾;大黄清热解毒、活血祛瘀,改善微循环,现代研究表明大黄能清除自由基、保护黏膜屏障,促进肠黏膜细胞增生,抑制肠道内细菌过度繁殖,抑制肠道内毒素吸收<sup>[2]</sup>。丹参活血凉血、化瘀

消痛,能抑制血小板聚集,降低血黏度,改善微循环<sup>[3]</sup>,有利于缺血区的血流迅速恢复及毒性物质的排除,对肠黏膜有保护作用。党参、黄芪、山药补脾益气,具有增强机体免疫功能。现代药理研究表明清热解毒、活血化瘀药物可直接作用于病变局部,清除炎性产物与细胞毒素,改善肠道菌群及组织循环,有利于病变恢复。思密达对消化道病毒、细菌及产生的毒素有固定抑制作用,对消化道黏膜有覆盖功能,可局部止血及促进上皮细胞再生、加速病变黏膜修复。SASP 灌肠用药可提高直肠和结肠内药物浓度,明显提高疗效,降低全身不良反应。实践表明,中药内服结合中西药保留灌肠有全身调理与局部治疗作用,通过健脾温肾、活血祛湿化瘀,有效地改善肠道局部血液循环,保护受损肠黏膜,使之修复再生,提高治疗效果。本方法操作简便,值得在社区医院及家庭中推广应用。

#### 参考文献:

- [1]全国慢性非感染性肠道疾病学术研究会. 溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准[J]. 中华消化杂志, 1993, 13: 354.  
[2]陈德昌, 景炳文, 杨易兴, 等. 大黄对肠黏膜屏障保护作用的机制探讨[J]. 中国危重病急救医学, 1996, 8: 499-451.  
[3]江苏新医学院. 中药大辞典[M]. 上海: 上海科技出版社, 1986: 4977.

(收稿日期: 2006-06-10)

(本文编辑: 李银平)