

用中西医结合方法探讨颅脑损伤与血瘀证的相关性

李 展

(广西医科大学第一附属医院中医科, 广西南宁 530021)

【摘要】 目的 观察颅脑损伤患者急性期和恢复期的凝血指标变化, 探讨颅脑损伤与血瘀证的相关性, 为颅脑损伤的诊治提供理论依据。方法 将 78 例颅脑损伤患者分成急性期(30 例)与恢复期(48 例), 并以 29 例健康体检者作为对照组。取受试者肘静脉血, 检测凝血酶原时间(PT)、凝血酶时间(TT)、纤维蛋白原(FIB)、活化部分凝血活酶时间(APTT)及 D-二聚体, 并结合相关文献, 从中西医结合出发探讨颅脑损伤与血瘀证的相关性。结果 颅脑损伤患者急性期、恢复期 FIB(g/L)和 D-二聚体($\mu\text{g/L}$)均明显高于健康对照组(FIB: $6.34 \pm 1.60, 6.21 \pm 1.27$ 比 4.01 ± 0.83 , D-二聚体: $1480.60 \pm 1606.36, 1229.40 \pm 2483.81$ 比 192.24 ± 107.04), 差异有统计学意义(均 $P < 0.05$); 而 3 组间 PT、TT、APTT 比较差异无统计学意义。各指标在颅脑损伤急性期与恢复期间比较差异无统计学意义。结论 在颅脑损伤的病程中存在着高凝状态, 即与血瘀证相关; 应在中医药理论指导下辨证地使用活血化瘀药。

【关键词】 颅脑损伤; 血瘀证; 中西医结合

中图分类号: R242; R651.1 文献标识码: A DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2011.03.007

An approach to correlation between craniocerebral injury and syndrome of blood stasis (血瘀证) with a method of integrated traditional Chinese and western medicine LI Zhan. Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Nanning 530021, Guangxi, China

【Abstract】 Objective To observe changes in coagulation indexes in cases with craniocerebral injury in the acute and recovery stages and to discuss the correlation between craniocerebral injury and blood stasis syndrome (血瘀证) in order to provide a theoretical basis for diagnosis and treatment of craniocerebral injury. Methods Seventy-eight cases with craniocerebral injury were divided into an acute stage (30 cases) and a recovery stage (48 cases) groups, and 29 healthy cases were assigned as the control group. The venous blood was taken from a cubital vein to measure the prothrombin time (PT), thrombin time (TT), fibrinogen (FIB), activated partial thromboplastin time (APTT) and D-dimer. With relevant literature, the correlation between craniocerebral injury and blood stasis syndrome in traditional Chinese medicine (TCM) was discussed from the standpoint of view in integrated TCM and western medicine. Results FIB (g/L) and D-dimer ($\mu\text{g/L}$) were significantly higher in acute and recovery stages of patients with craniocerebral injury than those in the healthy control group (FIB: $6.34 \pm 1.60, 6.21 \pm 1.27$ vs. 4.01 ± 0.83 , D-dimer: $1480.60 \pm 1606.36, 1229.40 \pm 2483.81$ vs. 192.24 ± 107.04 , all $P < 0.05$). There was no statistical significant difference in PT, TT and APTT among the three groups. In acute stage of craniocerebral injury, the various indexes had no statistical significant differences from those in the recovery stage. Conclusion The existence of hypercoagulability during the course of craniocerebral injury is associated with blood stasis syndrome and should be dialectically treated by using herbs of promoting blood circulation and removing blood stasis under the correct guidance of TCM theory.

【Key words】 Craniocerebral injury; Blood stasis syndrome; Combination of traditional Chinese medicine and western medicine

急性颅脑损伤具有伤情重、死亡和伤残率高的特点, 已引起国内外医学界的高度重视。虽然西医学对颅脑损伤的救治建立了规范、标准化的诊疗体系, 但远远不能满足临床实际需要, 而中医药的参与则给予了很大程度上的弥补。本研究中通过对颅脑损伤患者凝血酶原时间(PT)、凝血酶时间(TT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、纤维蛋白原(FIB)及 D-二聚体进行检测, 观察其在颅脑损伤急性期与恢复期的变化, 并结合相关文献, 探讨颅脑损伤与血瘀

证的相关性, 为活血化瘀药在颅脑损伤治疗中的安全、合理应用提供相关理论依据。

1 资料与方法

1.1 病例选择与排除标准: 采用前瞻性研究方法, 选取 2009 年 1 月至 2010 年 12 月本院神经外科或中医科住院诊治的颅脑损伤患者 78 例, 均符合《临床疾病诊断依据治愈好转标准》中有关的颅脑损伤诊断标准^[1]; 并经头颅 CT 或 MRI 检查确诊; 脑震荡 2 例, 颅骨骨折(包括颅底骨折)46 例, 硬膜外血肿 12 例, 硬膜下血肿 28 例, 外伤性蛛网膜下腔出血 41 例, 脑内血肿 39 例, 脑挫裂伤 72 例, 弥漫性轴索损伤 9 例。排除标准: ①伤前有肝、肾、心、脑及血液系统疾病者; ②有引起凝血及纤溶功能改变疾病者;

基金项目, 广西壮族自治区中医药管理局中医药民族医药传承研究课题(GZCC-20)

作者简介: 李 展(1966-), 男(汉族), 广西壮族自治区人, 副教授, 副主任医师, Email: lzan007@163.com.

③常年服用抗凝药物者。

1.2 病例分组:急性期〔发病 2 周内,平均(6.5±4.4) d〕30 例,男 21 例,女 9 例;平均年龄(41.1±13.8)岁。恢复期〔发病 2 周~6 个月,平均(43.5±34.0) d〕48 例,男 40 例,女 8 例;平均年龄(36.8±15.2)岁。选择同期 29 例健康体检者作为对照组,男 17 例,女 12 例;平均年龄(40.3±15.5)岁。3 组研究对象性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义(均 $P>0.05$),具有可比性。

本研究符合医学伦理学标准,并经医院伦理委员会批准,所有治疗得到了患者或家属的知情同意。

1.3 检测指标及方法:取空腹肘静脉血 1.8 ml,加入枸橼酸钠 0.2 ml 抗凝,使用全自动血液凝固分析仪检测血浆 PT、TT、FIB、APTT 和 D-二聚体。

1.4 统计学分析:采用 SPSS 13.0 统计软件处理数据。计量数据以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用方差分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 1 结果显示,颅脑损伤急性期、恢复期 FIB、D-二聚体均明显高于健康对照组(均 $P<0.05$);各指标在颅脑损伤急性期与恢复期间比较差异无统计学意义(均 $P>0.05$)。而 3 组间 PT、TT、APTT 比较差异无统计学意义(均 $P>0.05$)。

表 1 健康对照组与颅脑损伤患者 PT、TT、APTT、FIB、D-二聚体的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	PT(s)	TT(s)	FIB(g/L)
健康对照组	29	11.63±1.43	12.89±1.26	4.01±0.83
颅脑损伤急性期	30	12.47±3.14	12.85±1.71	6.34±1.60*
颅脑损伤恢复期	48	12.49±1.35	13.03±1.60	6.21±1.27*
组别	例数	APTT(s)	D-二聚体($\mu\text{g/L}$)	
健康对照组	29	30.42±3.68	192.24±107.04	
颅脑损伤急性期	30	30.24±3.00*	1 480.60±1 606.36*	
颅脑损伤恢复期	48	31.40±3.09	1 229.40±2 483.81*	

注:与健康对照组比较,* $P<0.05$

3 讨论

活血化瘀药在颅脑损伤治疗中应用的研究取得了较大进展,临床实践证明了其前景光明^[2-3],但相关争议仍不断,尤其是对应用时机及适应指征的问题至今仍无一个结论,涉及到活血化瘀药在治疗颅脑损伤中的安全性、合理性。

中医应用活血化瘀药是以辨证理论为指导思想,其中最著名的论点之一就是“离经之血则为瘀血”,从而倡导使用活血化瘀药,并一直影响至今。《黄帝内经》中说:“人有堕坠,恶血留内。”此“恶血”即为瘀血。隋代医家巢元方认为,“若因堕落损伤,即

血行失度……皆成瘀血”(《诸病源候论》)。清代医家唐容川则明确提出,“离经之血,与好血不相合,是谓瘀血”(《血证论》)。认为凡出血即为“离经之血”,若不能及时消除而停留体内则成为病理性瘀血,导致血瘀证。“此血在身,不能加于好血,而反阻新血之化机,故凡血证,总以去瘀为要”(《血证论》)。

中医学通过长期的临床实践观察,总结出“离经之血则为瘀血”,颅脑损伤之血肿亦属离经之血,“瘀血不去,则出血不止,新血不生”(《血证论》),应使用活血化瘀药,实践证明也的确起到了一定的指导作用。但临床经验的总结与现代医学的要求还有距离,对颅脑损伤是否应用活血化瘀药治疗,一些西医持否定的态度,尤其不主张在颅脑损伤急性期有出血者应用活血化瘀药,视为禁忌证;而一些专家则认为活血化瘀药可应用于急性期,问题的关键是何时、恰当、合理地运用^[4],这才是问题的关键所在。

随着循证医学的发展,人们认识到过去很多凭经验治疗的案例中,有相当一部分是错误的,或者是存在缺陷的。不仅是中医存在这样的错误,西医中也同样存在这样的缺陷。循证医学是遵循科学证据的现代医学。提倡以临床医师个人的临床实践经验与客观的科学研究证据相结合,为医治对象提供最佳诊疗方案。循证医学要求科学的、客观的最佳证据,应用循证医学的思想观点来衡量现代临床医学措施的实用性,这一点既适用于西医,也可应用于中医学。

FIB 增高提示凝血酶的激活;D-二聚体是交联纤维蛋白经纤溶酶降解所产生的一种特异性产物,是反映高凝状态和纤溶功能亢进的分子标志物。FIB、D-二聚体高水平状态表明体内存在着病理性的高凝状态,且体内存在促使高凝的因素,并激活了凝血的内源或外源途径,而血液高凝状态是血瘀证的重要表现与特点^[5]。在正常生理状态下,血液中凝血、抗凝、纤溶系统活性维持着动态平衡,也就是中医学所谓的气血冲和,若平衡失调就会发生凝血或出血倾向。颅脑损伤后,脑组织及血管内皮细胞受损,释放大量的组织因子,激发外源性凝血系统,而内、外源途径有交叉作用,故内源性凝血途径同时被激活,机体出现高凝状态,导致血栓形成,从而继发纤溶亢进,D-二聚体升高;此外,脑损伤后所释放的血管活性肽,如儿茶酚胺、皮质激素等可影响凝血机制;而炎症反应,所合并的缺氧、酸中毒、细菌感染、休克等,亦可导致血管内皮细胞受损,从而触发内源性凝血系统,均可导致凝血、纤溶功能障碍^[6-7]。

本研究结果表明,在颅脑损伤的病程中,在患者

病情相对稳定、无活动性出血的情况下, D-二聚体、FIB 在颅脑损伤急性期、恢复期均处于高水平状态, 表明血液处于高凝状态, 即颅脑损伤与血瘀证相关, 并贯穿于颅脑损伤的病程当中, 应用活血化瘀药是合理的; 而 PT、TT、APTT 水平正常, 则提示了应用活血化瘀药是安全的。

所以, 在颅脑损伤的整个病程中存在血瘀证, 这为活血化瘀药的应用提供了循证医学的依据。活血化瘀药的应用必须以中医药理论为指导, 而颅脑损伤事起突然, 在实际临床中颅脑损伤早期血瘀证四诊的证候往往未及表现, 从而被质疑为无证可辨, 其实不然。现代医学提供了颅脑损伤应用活血化瘀药的微观依据, 而中医学可借用上述指标作为辨证的据点, 宏观指标与微观指标的整体结合, 依然坚持辨证论治的原则。此外, 颅脑损伤患者的依从性、个体差异、病情及诊疗时间的不同, 而上述指标的监测对

掌握其时机及适应指征, 为灵活配伍运用活血化瘀药提供了依据, 且快速、方便。

参考文献

- [1] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 2 版. 北京: 人民军医出版社, 1998, 467-474.
- [2] 郭宝平, 何炳威, 钱东翔, 等. 中西医结合抢救重型原发性颅脑损伤的临床研究. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(4), 236-238.
- [3] 王晓燕. 颅脑损伤的中医药治疗. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10(6), 385-387.
- [4] 董巧云, 李文东, 张立清. 活血化瘀方药治疗脑出血急性期的进展. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(5), 320-321.
- [5] 李春阳, 李林, 魏海峰, 等. 局灶性脑缺血大鼠血瘀证相关指标和脑损伤病理生理的动态变化. 中国中西医结合急救杂志, 2007, 14(5), 259-263.
- [6] 艾比拜·玉素甫, 谢自敬. 糖尿病餐后高凝状态及其影响因素. 中国慢性病预防与控制, 2004, 12(4), 158-160.
- [7] 孙含蓄. 急性颅脑损伤及脑出血患者血浆 D-二聚体水平动态变化探讨. 中国实用神经疾病杂志, 2010, 13(10), 53-54.

(收稿日期: 2011-03-18)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

食用蝗虫过敏 90 例病例分析

蒋建玲, 廖艳江

(广西壮族自治区兴安县中医院, 广西 兴安 541300)

【关键词】 过敏反应; 蝗虫

中图分类号: R593.1 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2011.03.008

蝗虫为药食两用昆虫, 笔者当地特别盛行食用蝗虫。但是过敏体质的人进食蝗虫后很快会引起较严重的过敏反应, 如抢救不及时会有生命危险。近 3 年本院急诊科共救治食用蝗虫过敏患者 90 例, 报告如下。

1 临床资料

男 50 例, 女 40 例, 年龄 18~53 岁, 平均 35 岁; 发病前均食用过油炸蝗虫, 食后 5~20 min 发病。临床表现: 皮肤瘙痒 90 例, 口唇及眼睑水肿, 口唇麻木 72 例, 丘疹样荨麻疹 81 例, 红斑 9 例, 面部潮红、结膜充血 36 例, 头晕 27 例, 胸闷 54 例, 腹痛、腹泻、呕吐 18 例, 呼吸困难 8 例, 心率 > 100 次/min 67 例, 哮喘 5 例, 口唇发绀、面色苍白、大汗淋漓、意识模糊、血压下降 2 例。

治疗经过: 病情较轻者立即静脉滴注(静滴)5%葡萄糖注射液 100 ml 加 10%葡萄糖酸钙 10 ml, 肌肉注射(肌注)

氯苯那敏注射液 10 mg, 静脉注射(静注)地塞米松 5~10 mg, 口服氯苯那敏(扑尔敏)、阿司咪唑(息斯敏)、泼尼松; 2 例过敏性休克患者立即皮下注射 1% 肾上腺素 0.3~0.5 ml, 静注地塞米松 10~20 mg 或甲泼尼龙 500 mg, 同时给予低分子右旋糖酐 500 ml 或 706 代血浆 500 ml 快速静滴以扩容, 多巴胺 20~40 mg 加入 5% 葡萄糖 250 ml 静滴; 保持呼吸道通畅, 有喉头水肿、呼吸困难, 血氧下降到 0.90 以下者给予气管插管。经以上处理, 20 min 至 1 h, 患者病情逐渐好转, 皮疹逐渐消失。2 例过敏性休克患者约 2 h 后清醒, 血压回升, 病情稳定, 转入病房留院观察治疗, 3 d 后治愈出院。90 例患者全部治愈。

2 讨论

蝗虫作为菜肴和食物, 早在古代就有记载, 在汉文帝时宫内就盛行食用浸渍后拌蜜的蝗虫。蝗虫为动物蛋白质, 且含有丰富的脂肪、钙、铁、磷及维生素 A、B 等成分。蝗虫亦可入药, 中医认为有暖

胃助阳, 健脾运湿之功效, 清代著名医家赵学敏在《本草纲目拾遗》中记载: “蚱蜢性串烈, 能开关通窍。……治咳嗽, 惊风, 破伤风, 疗折损, 冻疮, 斑疹不出。”但是蝗虫作为一种异体蛋白, 具有抗原性, 个人食用后会引起过敏反应, 严重者甚至会导致过敏性休克。引起休克的机制为: 异体蛋白进入人体后与相应的抗体相互作用, 能激发广泛的 I 型变态反应, 使组织释放组胺、缓激肽、5-羟色胺和血小板激活因子等, 导致全身毛细血管扩张和通透性增加, 血浆迅速渗到组织间隙, 循环血量急剧下降, 引起休克。因此在接诊蝗虫过敏的患者时一定要处置及时、得当, 如不及时治疗, 轻型患者亦有可能转为重型, 特别对于过敏性休克的患者若抢救不及时, 可能会有生命危险。有特殊过敏史的人或第一次吃这类食物的人, 一定要小心。一旦发生食用蝗虫过敏, 一定要及时就医。

(收稿日期: 2011-03-18)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 蒋建玲(1970-), 女(汉族), 广西壮族自治区人, 主治医师。