

表 1 2组术后第 7天、第 14天根性症状恢复情况 例											
组别	n	术后第 7天					术后第 14天				
		优	良	可	无效	优良率 /%	优	良	可	无效	优良率 /%
实验组	52	27	22	2	1	94	28	20	3	1	92
对照组	52	29	20	3	0	94	34	15	3	0	94

开正常解剖位置,对相应节段神经根产生机械性压迫或化学刺激,导致神经根发生功能或结构上的损害。通过手术椎板减压及髓核摘除可以解除神经根的压迫因素,术后腰腿痛症状大都可以马上消除或缓解,但很多患者术后患肢麻木症状仍很明显,魏振等^[1]观察约 55% 的患者会出现此症状,究其原因大多与神经根术前压迫变性、术中牵拉导致水肿、各种炎症递质的存在及术后切口内瘀血刺激有关。由于在手术中显露、减压、切除突出的椎间盘组织时需要牵拉、剥离神经根,过多、过久地牵拉和剥离都会对神经根产生刺激和损伤,导致神经根水肿、缺血;另外,神经根得到减压后发生缺血再灌注损伤,也会造成神经根的损害。虽然上述大部分损伤都是可逆的,但由此常引起患者下肢感觉异常、疼痛等,延长了术后恢复期,给患者增加了痛苦,从而也影响了手术疗效。临床上应用甲基泼尼松龙治疗效果较确切^[2]。

复方竹节参片采用当地药物竹节参(五加科植物竹节参 *Panax japonicus* C. A. Mey 的干燥根茎,又名竹节人参、北三七,是我国西南地区民间用以治疗风湿痹证、筋骨疼痛、虚损

劳伤的名贵中草药)为主,选用中药当归、淫羊藿、白芍、青风藤、地蜂子、穿山龙等配伍组方,浓缩提取,制备成复方竹节参糖衣片剂型,具有活血化瘀、消肿止痛、滋补强壮、止血祛痰、通络止痛、抗炎镇痛及免疫调节作用^[3-6]。本研究结果显示,复方竹节参片与甲基泼尼松龙治疗腰椎间盘突出症手术后的根性症状疗效无显著性差异,考虑与上述药理作用机制有关。

综上所述,复方竹节参片剂治疗椎间盘突出症术后的根性症状疗效确切,尚有给药方便、价格便宜、无明显不良反应等优点,值得临床应用。

[参 考 文 献]

[1] 魏振,夏青,江海良,等. 腰椎间盘突出症植骨融合内固定术后下肢痛原因分析[J]. 山东医药, 2010 50(14): 54-55

[2] 康晓鹏,赵晓芳,邹天南. 腰椎管狭窄症围手术期甲强龙的神经保护作用研究[J]. 中国医疗前沿, 2010 5(7): 3-4

[3] 鲁道旺,朱国豪. 土家族珍稀药材神参(竹节参)的研究概况[J]. 中国民族医药杂志, 2008 5(5): 66-67

[4] 陈龙全. 复方竹节参片治疗类风湿性关节炎的作用机理[J]. 中国中医药信息杂志, 2003 10(9): 27-28

[5] 陈龙全,陈朝俊. 复方竹节参片抗风湿作用的免疫调节机制研究[J]. 中国医药学报, 2003 18(4): 247-248

[6] 陈龙全. 复方竹节参片对类风湿性关节炎的血液流变学影响[J]. 湖北民族学院学报:医学版, 2002 19(2): 28-30

[收稿日期] 2010-07-10

中西医结合治疗丘脑出血破入脑室疗效观察

赵晓平,侯文,范小璇

(陕西中医学院附属医院,陕西 咸阳 712000)

[摘要] 目的 探讨丘脑出血破入脑室、脑室铸型的中西医结合治疗方法。方法 对经脑 CT证实的 50例丘脑出血破入脑室、脑室铸型的患者,入院后均行双侧脑室外引流术,术后随机分为 2组进行治疗,2组基础治疗相同,A组予以纯西医治疗,B组在西医治疗基础上于术后第 3天开始在辨证施治的前提下予以中药汤剂鼻饲。观察 2组患者清醒时间、再出血及脑室内血肿消失时间。结果 B组血肿消失时间及患者清醒时限明显缩短;2组再出血发生率无显著性差异。结论 采用中西医结合方法综合治疗丘脑出血破入脑室疗效较好,值得同道们研究探讨。

[关键词] 丘脑出血;中西医结合疗法;破入脑室

[中图分类号] R743.34 [文献标识码] B [文章编号] 1008-8849(2011)04-0427-02

丘脑出血是脑出血中致严重且病死率很高的疾病,破入脑室者更甚,术前昏迷程度越深,预后愈差,如单纯保守治疗病死率接近于 100%。由于血液阻塞脑脊液通道及其分解产物对脑干、下丘脑直接刺激损害作用,严重影响脑干及下丘脑而引起脑疝、高热、呼吸衰竭以及应激性溃疡等。故快速清除脑室内积血,解除脑室深部结构压迫,阻断其恶性循环尤为重要^[1]。应立即在镇静与控制血压的同时保持呼吸道通畅,早期引出脑室系统积血,逆转因梗阻引起的急症。丘脑出血并发症较多,积极有效的综合性治疗是术后治疗的关键。笔者临床实践中发现,在现代医学治疗的同时结合祖国医学的优

势,以中医理论为指导,辨证施治,可很大程度上改善患者的预后,降低病死率。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2006年 10月—2009年 12月本院收治的丘脑出血患者 50例,均为本地区病例,排除地域差异性,并经 CT检查确诊是丘脑出血破入脑室(未选择确诊或怀疑是动脉瘤性脑室内出血者)。随机分为 2组:A组 25例,男 11例,女 14例,性别比 0.76:1;年龄 34~79(56.5±1.2)岁;格拉斯哥评分(GCS):3~5分 4例,5~8分 15例,9~12分 6例;出血(发病)至手术时间<5 h 14例,5~12 h 11例;血肿破

入一侧侧脑室及第三脑室 7 例, 血肿破入双侧侧脑室及第三脑室 14 例, 血肿破入全脑室 4 例。B 组 25 例, 男 12 例, 女 13 例, 性别比 0.92; 年龄 33~76 (53.7±1.3) 岁; GCS 3~5 分 5 例, 5~8 分 13 例, 9~12 分 7 例; 出血至手术时间 < 5 h 13 例, 5~12 h 12 例; 血肿破入一侧侧脑室及第三脑室 6 例, 血肿破入双侧侧脑室及第三脑室 13 例, 血肿破入全脑室 6 例。2 组一般情况具有可比性。

1.2 治疗方法 2 组病例术前状况予以甘露醇 250 mL 加 20 mg 呋塞米、5 mg 地塞米松快速静滴, 完善术前准备后急诊行侧脑室外引流术, 按标准的手术操作方法进行^[2], 引流袋安放高度选择距外耳孔上 10 cm, 记录引出液的性状及液量。术后均予以冰毯、冰帽行亚低温治疗, 给予控制血压、脱水降颅压、止血、制酸、营养脑细胞、预防感染等对症支持治疗, 发现有堵管现象及时冲管, 保证引流通畅, 并每 2 d 灌肠通便 1 次。B 组从术后第 3 天开始在辨证分型的前提下以中药煎汁 100 mL 胃管注入, 早晚各 1 次, 间隔 12 h 10 d 为 1 个疗程。根据患者临床表现及脉象分为 3 型: ①肝阳暴亢型, 治疗以平肝潜阳、重镇降逆为主。处方: 钩藤 20 g 天麻 15 g 川楝子 10 g 石菖蒲 15 g 草决明 10 g 郁金 12 g 代赭石 15 g 白芍 15 g 天冬 15 g 川牛膝 15 g 龙骨 10 g 牡蛎 10 g 甘草 8 g ②痰热郁闭型, 治疗以清热化痰为主。处方: 石菖蒲 15 g 全瓜蒌 15 g 胆南星 10 g 大黄 10 g 芒硝 10 g 枳实 10 g 厚朴 10 g 郁金 12 g 竹茹 10 g 黄连 6 g 甘草 6 g ③瘀血内阻型: 当归 15 g 川芎 8 g 白芍 15 g 石菖蒲 15 g 桃仁 10 g 红花 8 g 郁金 12 g 三棱 6 g 莪术 6 g 槟榔 10 g 水蛭 10 g 葛根 10 g 鸡血藤 15 g 甘草 8 g 其中有气虚者加黄芪 30 g 阴虚者加麦冬 12 g 沙参 10 g 2 组患者当引流血性脑脊液色泽淡、颅内压恢复正常, CT 复查脑室血肿消失时, 予以拔管。拔管时间平均 8 d 个别病例视情况延长, 拔管前夹闭引流管 24 h 无异常后拔出引流管。所有患者分别于手术后 3 7 14 21 d 复查脑 CT (搬动患者时夹闭引流管, 防止因倒吸感染的可能), 观察患者意识恢复情况、脑室血肿液化消失情况和有无再出血出现。

2 结 果

A 组 2 例分别于发病后第 7 11 天放弃治疗; 死亡 5 例, 2 例死于心搏骤停, 3 例死于中枢性呼吸循环衰竭 (7 d 内)。B 组 2 例于第 9 13 天放弃治疗, 死亡 3 例, 死于中枢性呼吸循环衰竭 (7 d 内)。2 组病死率有显著性差异 ($P < 0.05$)。2 组血肿液化消失情况、再出血及清醒时限比较见表 1。

表 1 脑 CT 检查血肿液化消失情况、再出血及清醒时限比较							
组别	n	术后不同时间 CT 检查血肿消失情况				再出血	第 14 天清醒
		3 d	7 d	14 d	21 d		
A 组	25	0	8	13	18	2	11
B 组	25	0	13	18	20	2	17
P		> 0.05	< 0.05	< 0.05	> 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨 论

从中医角度来看, 脑出血属中医中风范畴, 病因病机较为复杂, 但归纳起来不外风、火、痰、瘀、虚 5 个方面。年老体衰, 肝肾阴虚, 阴不制阳, 肝阳化风, 迫血上行, 发为本病; 或饮食失节, 损伤脾胃, 脾失健运, 聚湿生痰, 痰浊上蒙, 亦致中风; 脑出血的病因, 不论风火为患, 或痰浊内闭, 瘀血阻滞, 或肝阳暴涨, 但总不离气血逆乱、血瘀脑腑这一端。从现代医学观点来看, 脑出血的病理基础是动脉粥样硬化和小动脉硬化, 最常见病因是高血压和动脉硬化。笔者通过观察, 发现丘脑出血急性期以痰热郁闭、瘀血内阻型多见, 但又不离于本虚, 成为本虚标实之证, 在治疗上根据证型予以涤痰泻热、活血化瘀为法治疗。现代血液流变学研究结果证明, 中风患者血液存在着“浓”(红细胞压积增高)、“黏”(全血黏度比、血浆黏度比和纤维蛋白原增高)、“聚”(红细胞电泳时间长)通过益气活血、化瘀通络药物治疗, 可以改善中风之浓、黏、聚情况^[3]。活血化瘀法同时也体现了“治风先治血, 血行风自灭”之意。在治疗中, 笔者应用了具有醒脑开窍的药物, 此类药物能抑制 TNF- α 、IL-6、IL-1 的表达, 减轻脑损伤, 抑制家兔血浆和脑组织中细胞因子的释放, 保护脑缺血或再灌注损伤, 其能减轻内毒素诱导的全身炎症反应综合征大鼠细胞因子的产生^[4]。

综上所述, 笔者认为对于丘脑出血破入脑室的患者, 在现代医学治疗的基础上, 将中医药理论适时的运用于治疗当中, 采用中西医结合的方法治疗, 能够有效保护脑神经功能, 降低应激反应的程度, 促进脑神经功能恢复, 从而缩短患者清醒时间, 促进血肿吸收溶解, 降低病死率, 改善患者预后。通过临床应用, 笔者体会: ①对于丘脑出血破入脑室者, 综合治疗是改善预后的关键, 每天要准确记录引流出血液的量, 观察引流液性状, 保持水、盐、电解质及酸碱平衡; ②中医药的治疗作用是肯定的, 可放心大胆早期应用; ③务必保持引流通畅, 及时清除堵塞在管腔中的血凝块和破碎脑组织, 及时处理堵管的发生; ④监察生命体征变化, 行亚低温治疗, 适宜使用脱水剂、抗生素、止血剂和制酸剂等, 防止肺部感染、消化道出血、急性肾衰竭等并发症发生; ⑤双侧脑室外引流联合中医药治疗有较好的疗效。通过中医理论对患者进行辨证施治, 合理用药, 将中医整体观念应用到临床实际, 中西医结合, 既弥补了西医之不足, 又能发挥中医药优势, 临床治疗效果得到了很大提高, 对疑难病的治疗也提供了新思路。

[参 考 文 献]

- [1] 王璞, 王明科. 双侧脑室引流加腰穿脑脊液置换治疗重型脑室出血的疗效分析[J]. 临床医学, 2000, 20(8): 381
- [2] 周良辅. 神经外科手术图解[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1998: 13
- [3] 张宁兴. 中医活血化瘀治疗脑卒中研究概况[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2003, 1(5): 292
- [4] 方永奇, 李翎. 醒脑开窍中药治疗脑病的共性作用概况[J]. 广州中医药大学学报, 2008, 25(15): 470-471

[收稿日期] 2010-07-10