

临床报道

培元化痰方对脑积水患儿脑血流阻力的影响

范小璇 赵晓平 张毅 方永军 段海峰

(陕西中医药大学附属医院 陕西 咸阳 712000)

摘要:目的: 研究经验方培元化痰方对脑积水患儿脑血流阻力的影响。方法: 选择符合脑积水诊断标准的患儿 24 例(治疗组)、同时选择同龄健康儿童自愿者 24 例(对照组) 通过经颅多普勒检测大脑前、大脑中、大脑后动脉进行平均血流速度(V_m) 与阻力指数(RI) 对脑供血情况进行评价。评价后治疗组给予培元化痰方加减进行治疗, 每日 1 剂, 治疗 30 天后采用上述方法对脑供血情况进行在评价, 并与治疗前进行比较。综合分析培元化痰方对脑积水患儿脑血流阻力的影响。结果: 研究表明 除过大脑前动脉的平均血流速度($P > 0.05$) 以外, 治疗组和对照组大脑中动脉和大脑后动脉的平均血流速度和阻力指数均有明显差异($P < 0.05$)。治疗组治疗前后大脑前、大脑中、大脑后动脉血管阻力指数均明显降低($P < 0.05$) , 以大脑前、大脑后动脉降低最为明显($P < 0.01$) ; 大脑前和大脑中动脉平均血流速度无明显变化($P > 0.05$) , 大脑后动脉平均血流量明显改善($P < 0.05$)。结论: 培元化痰方对小儿脑积水有一定的治疗作用, 能明显降低脑积水患儿脑血流阻力, 改善大脑供血, 从而减轻脑积水引起的脑损害。
关键词: 脑积水; 小儿; 培元化痰方; 脑血管阻力

中图分类号: R255. 6; 259. 742. 7 文献标识码: B 文章编号: 1002 - 2392(2015) 05 - 0092 - 02

小儿脑积水属于中医学“解颅”“凶填”的范畴, 蒙医称之为“太日格乃·萨”。临床可见头大, 凶门扩大逾期不闭, 颅缝解开, 头皮青筋显露, 叩之呈破壶音, 头发萎黄而稀少, 目珠下垂如落日状为临床特征。在隋代《诸病源候论》对本病进行了详细的论述, 明确指出了本病的发生主要由于肾气不足, 不能充养脑髓所致, 认为解颅的病因病机是肾气不足; 国医大师张学文教授认为, 本病发病有先天因素和后天因素, 以肾虚为本, 瘀血、痰浊、水饮为标, 病机关键是颅脑水瘀、脑络壅塞^[1]。我们根据先辈的经验, 采用培元化痰方对小儿脑积水进行治疗, 取得了较好的效果, 现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集渭南市中心医院和陕西中医学院附属医院 2010 年 1 月—2014 年 12 月就诊的小儿脑积水患儿 24 例, 男 15 例, 女 7 例, 年龄最小 2.5 岁, 最大 6 岁。选正常小儿 24 例作为对照组, 年龄 2 岁~6 岁, 两组性别、年龄经统计学处理均无显著性差异($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

根据中华人民共和国中医药行业标准制定的解颅诊断依据(以头大, 凶门扩大逾期不闭, 颅缝解开, 头皮青筋显露, 叩之呈破壶音, 头发萎黄而稀少, 目珠下垂如落日状为主要临床特征) 结合 CT 诊断标准^[2]: 脑室系统和或蛛网膜下腔的病理性扩大, 头颅 CT 测脑室双额角最外侧连线和颅内板最大横径之比(额角指数) > 0.23 。

1.3 排除标准

患儿因外伤、脑肿瘤、硬膜下血肿、硬膜下积液等其它原因引起的继发性脑积水。

1.4 剔除标准

治疗过程中因患者家属原因未完成治疗疗程, 或者治疗过程中转手术治疗的。

1.5 治疗方法

所有患者就诊后完成常规检查, 排除其它全身性疾病, 进行经颅多普勒超声检查后给予口服中药治疗, 方用培元化痰方(生地黄、熟地黄、生晒参、肉苁蓉、黄精、鹿角胶、黄芪、当归、桃仁、地龙、川芎) 加减, 水煎服, 每日 1 剂, 分早晚服, 30 日为 1 个疗程。

1.6 观察指标

患者治疗前后行经颅多普勒超声(TCD) 检查, 四通道经颅多普勒血流分析仪, 探查频率 2MHz, 深度为

收稿日期: 2015 - 04 - 11 修回日期: 2015 - 05 - 20
基金项目: 咸阳市中西医结合神经损伤与再生技术创新团队研究项目;
陕西中医药大学附属医院科研项目(2014 - 04)
作者简介: 范小璇(1979 -) 男, 博士研究生, 研究方向: 中西医结合神经损伤与再生技术研究。

10mm~15mm, 采样容积 50mm~70mm, 声速与血流方向的夹角 $\leq 60^\circ$, 经颞窗检测左右大脑中动脉(MCA)、前动脉(ACA)后动脉(PCA)。分别测量各动脉的平均血流速度(V_m)与阻力指数(RI)。对治疗前后的探查结果进行分析比较。

1.7 数据分析

所有数据采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 SPSS13.0 软件进行统计分析, 计量资料采用 t 检验。

2 结果

2.1 治疗组与对照组治疗前脑供血评价比较

治疗前治疗组和对照组比较(见表1), 大脑中动脉、大脑后动脉 V_m 有明显差异($P < 0.05$), 大脑前动脉 V_m 无明显差异($P > 0.05$)。大脑中、大脑前、大脑后动脉 RI 均有明显差异($P < 0.05$)。

表1 治疗组与对照组治疗前脑供血评价比较($\bar{x} \pm s$)

检测血管	组别	n	V_m	RI
MCA	对照组	24	90.83 ± 17.28	0.61 ± 0.07
	治疗组	24	54.24 ± 10.79	0.82 ± 0.08
	t		8.936	9.678
	P		$P < 0.05$	$P < 0.05$
ACA	对照组	24	76.53 ± 16.75	0.44 ± 0.04
	治疗组	24	67.15 ± 16.26	0.60 ± 0.07
	t		1.968	9.722
	P		$P > 0.05$	$P < 0.05$
PCA	对照组	24	46.95 ± 9.84	0.53 ± 0.06
	治疗组	24	34.36 ± 7.48	0.66 ± 0.07
	t		4.990	6.909
	P		$P < 0.05$	$P < 0.05$

注: 研究结果表明 除过大脑前动脉的平均血流速度以外, 治疗组和对照组大脑中动脉和大脑后动脉的平均血流速度和阻力指数均有明显差异

2.2 治疗组治疗前后脑供血评价比较

治疗组治疗前后脑供血情况有明显变化(见表2) 治疗组治疗前后大脑前、大脑中、大脑后动脉血管阻力指数均明显降低($P < 0.05$), 以大脑前、大脑后动脉降低最为明显($P < 0.01$); 大脑前和大脑中动脉平均血流速度无明显变化($P > 0.05$), 大脑后动脉平均血流量明显改善($P < 0.05$)。

表2 治疗组治疗前后脑供血评价比较($\bar{x} \pm s$)

检测血管	类别	治疗前	治疗后	t	P
MCA	V_m	54.24 ± 10.79	60.92 ± 12.71	1.963	$P > 0.05$
	RI	0.82 ± 0.08	0.76 ± 0.07	2.765	$P < 0.05$
ACA	V_m	67.15 ± 16.26	71.53 ± 13.17	1.025	$P > 0.05$
	RI	0.60 ± 0.07	0.53 ± 0.05	3.986	$P < 0.01$
PCA	V_m	34.36 ± 7.48	39.68 ± 8.21	2.346	$P < 0.05$
	RI	0.66 ± 0.07	0.58 ± 0.06	4.251	$P < 0.01$

注: 研究结果表明 治疗组治疗前后大脑前、大脑中、大脑后动脉血管阻力指数均明显降低, 以大脑后动脉降低最为明显; 大脑前和大脑中动脉平均血流速度无明显变化, 大脑后动脉平均血流量明显改善

3 讨论

人之始生, 肾中之精气为人之根本, 解颅之证, 头大, 颅缝解开, 凶门扩大, 逾期不闭, 叩之呈破壶音, 目珠下垂如落口状为特征, 常兼见智慧不聪及五迟、五软等症, 故当先天禀赋不足, 肾中精气亏虚; 宋·钱乙《小儿药证直诀·解颅》认为“年大则凶不合, 肾气不成也, 长必少笑, 更有目白睛多, 白色, 瘦者, 多愁少喜也, 余见肾虚。”小儿先天禀赋不足, 肾气亏虚是发病的主要因素。先天禀赋不足, 肾中精气亏虚。精气亏虚, 则肾难以主骨生髓, 脑失髓养, 髓海空虚而易致水邪内积于脑, 而呈头大, 颅缝开解, 凶门扩大, 智慧不聪, 五迟、五软等症。国医大师张学文教授认为: 解颅以肾虚为本, 瘀血、痰浊、水饮为标, 病机关键是颅脑水瘀、脑络壅塞。盖肾为先天之本, 为水脏, 内寄元气, 是气化之本, 对气血运行和津液代谢起调节作用。小儿先天禀赋不足, 肾气亏虚, 气血衰少, 致使气化失常, 气血运行不利、津液输布障碍, 造成肾虚血瘀于脑, 水浊上犯而壅塞脑络。小儿后天失养, 卫外不固, 外感邪气, 壅遏上攻于脑, 或跌扑损伤脑络气机, 以致脑络瘀阻^[3]。

Silva 对脑积水婴儿的脑血流 TCD 研究显示, 脑血流与脑室大小呈负相关关系, 并且如果颅内压长期高于脑灌注压阈值, 脑积水病人的预后将明显变差^[4], 动物实验中血流量和磁共振波谱检测证实, 脑积水能引起脑皮质和皮质下区脑血流减少和氧代谢的改变, 提示脑积水导致的脑血流减少后的缺血缺氧是导致脑损害的重要途径^[5]。经颅多普勒(transcranial doppler, TCD) 超声技术可通过监测血流动力学参数间接反映脑灌注压(CPP)、(ICP) 和脑血管功能状态, 是目前颅内血流动力学检查中能反映脑血管内血流动力学的有效手段^[6-7]。 V_m 能反映脑血管平均血流的变化, RI 主要反映脑血管阻力的变化。

本研究发展, 脑积水患儿大脑中动脉和大脑后动脉的平均血流量明显低于正常患儿, 大脑前、大脑中、大脑后动脉血管阻力指数明显高于正常患儿, 这与脑积水导致脑血流减少的结论是一致的, 也就是说, 脑血流的变化能反映脑积水导致脑损害的程度。本项目研究中, 脑积水患儿治疗前后大脑后动脉平均血流量明显增加, 大脑前、大脑中、大脑后动脉血管阻力指数明显降低, 说明运用培元化痰方加减治疗后, 患儿脑血管阻力降低, 进而说明脑积水所致的脑损害有所减轻。

经验方培元化痰方是在学习先辈学术经验的基础上总结出的补肾培元、化痰通络益智的方剂, 由生地、熟地黄、生晒参、肉苁蓉、黄精、黄芪、当归、桃仁、地

龙、川芎组成，共奏补肾填髓、化痰开窍之功。方中生熟二地黄同用，肾阴肾阳共补，生晒参大补元气，补肾养精，鹿角胶、黄精填精髓、益气滋阴、补血，肉苁蓉补肾阳、益精血，补而不腻，温而不燥；黄芪补气升阳以行血，当归补血活血，桃仁、地龙破血化痰、川芎化痰开窍，引药以达巅顶，全方共用，共达补肾益精填髓，化痰通络开窍的目的。

综上所述，培元化痰方对小儿脑积水有一定的治疗作用，能明显降低脑积水患儿脑血流阻力，改善大脑供血，从而减轻脑积水引起的脑损害。

参考文献：

[1] 孙景波, 华荣, 符文彬. 张学文教授从颅脑水瘀论疑难脑病经验[J]. 中国中医急症, 2006, 15(6): 628-629.

[2] 李龄, 张光璞. 脑积水现代神经外科处理[M]. 广州: 华南理工大学出版社, 1999: 276.
[3] 张惠云, 张宏科. 张学文教授辨治小儿脑积水用药方法介要[J]. 陕西中医, 2005, 26(10): 1070-1071.
[4] Silva MC, Michowicz S, Drake JM, et al. Reduced local cerebral blood flows in periventricular White matter in experimental neonatal hydrocephalus - restoration With CSF shunting [J]. J Cereb Blood Flow Metab, 1995, 15(6): 1057-1065.
[5] 石艺华, 康健. 脑积水的发病机制及其继发性脑功能损害的最新研究[J]. 中国临床康复, 2005, 9(7): 136-138.
[6] 朱文利, 李长清. 经颅多普勒超声的临床应用与研究进展[J]. 临床超声医学杂志, 2011, 13(1): 36-39.
[7] 江志静, 李兵, 胡世颀, 等. 经颅多普勒在颅脑外伤合并蛛网膜下腔出血中的监测作用[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2014, 13(5): 434-437.

清热除湿、理气散满法治疗肝硬化腹水的临床研究

胡青海, 侯静

(黑龙江省大庆市第二医院, 黑龙江 大庆 163000)

摘要: 目的: 探讨清热除湿、理气散满法治疗肝硬化腹水的有效性, 体现中药治疗的优势, 减轻患者痛苦, 减少和避免西药治疗的不良并发症发生几率, 合理利用社会医药资源, 减轻医疗经济压力。方法: 本研究随机选取 120 例诊断为乙型肝炎后肝硬化失代偿期的住院患者, 随机分为治疗组(60 例)及对照组(60 例), 分别给予不同方法治疗, 对比两组患者治疗前后临床症状评分、腹水量及生存质量指标的变化情况。结果: 治疗前治疗组与对照组比较, 各观察指标均无明显差异, 治疗后, 治疗组的综合总有效率优于对照组, 腹水量相关指标 ($P < 0.01$) 及生存治疗指标 ($P < 0.05$) 比较, 治疗组优于对照组。结论: 清热除湿、理气散满法治疗肝硬化腹水疗效优于单纯西药治疗, 并可有效减缓患者症状, 减少腹水量, 提高患者生存质量, 体现中医药治疗优越性。

关键词: 清热除湿; 理气散满; 肝硬化; 腹水

中图分类号: R256.42; R575 文献标识码: B 文章编号: 1002-2392(2015)05-0094-03

肝硬化腹水为西医学之病名, 是肝硬化失代偿期最典型症状之一, 中医学中虽无肝硬化腹水之类病名, 但却对本病有较早的认识, 且随时间推移不断产生新的认知。在我国, 乙肝病毒是引起慢性肝炎、肝硬化腹水的主要原因, 目前西医治疗主要以保肝、减少腹水量、维持机体水电解质平衡为其主要治疗方向^[1-2]。本文应用传统医学理论治疗肝硬化腹水, 并与西医疗法比较, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究随机选取本科室 2014 年 1 月—2015 年 1 月的 120 例诊断为乙型肝炎后肝硬化腹水的住院患者, 年龄在 19~57 岁, 平均(42.1±16.3)岁, 男 64 例, 女 56 例。随机分为治疗组 60 例, 对照组 60 例, 经统计两组患者性别、年龄、病程及病情等基线水平上, 均无统计学差异 ($P > 0.05$)。

1.2 病例选择

1.2.1 西医诊断标准

西医诊断标准参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会 2003 年所修订的《肝硬化中西医结合诊治方案(草案)》^[3] 及第 8 版《内科学》^[4] 有关肝硬化失代偿期腹水诊断原则制定标准。

收稿日期: 2015-07-09 修回日期: 2015-07-30
基金项目: 大庆市指导性科技计划项目(S2d-2015-67)
作者简介: 胡青海(1980-) 男, 主治医师, 主要从事中西医结合肝病临床工作。
* 通讯作者: 侯静(1986-) 女, 硕士, 主治医师, 主要从事中西医结合肝病临床工作。