

疗 30 d 后,病人的生活自理能力明显好转,而 60 d 时残疾率明显减轻。

综上所述,脑血疏口服液在一定程度上能改善出血性脑梗死病人预后,降低残疾率,是治疗出血性脑梗死较好的用药选择。但本次研究样本量较小,应进一步扩大样本量,进行长期随访。

参考文献:

[1] 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[J].中国实用内科杂志,1997,17(5):313-314.

[2] 肖展翅,甘小莉,吴雪花,等.出血性脑梗死误诊为进展 35 例分析[J].临床误诊误治,2014,27(2):48-50.

[3] 谭戈,刘鸣,雷春燕,等.急性脑梗死后非溶栓患者出血转化的影响因素分析[J].中国脑血管病杂志,2015,12(8):409-414.

[4] 周小卫,左毅,陈尚军,等.基底节区脑出血术后患者服用脑血疏

口服液临床疗效观察[J].陕西医学杂志,2015,44(7):866-867.

[5] 王寿先,宋仁兴,王喆等.脑血疏口服液促进血肿吸收的临床疗效评价[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(4):452-453.

[6] 王新高,赵性泉.脑血疏口服液治疗急性脑出血的配对研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(7):937-938.

[7] 康蓓,宋允章,郭生龙,等.脑血疏口服液治疗大面积脑梗死临床效果观察[J].中国医药,2015,10(4):508-510.

[8] 雷辉,刘志勤,杜晶晶.脑血疏口服液对缺血性脑卒中患者脑血管血流动力学及神经功能的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(20):102-103.

[9] 张世洪,吴波,谈颂.卒中登记研究中 Barthel 指数和改良的 Rankin 量表的适用性与相关性研究[J].中国循证医学杂志,2004,4(12):871.

(收稿日期:2016-03-21)

(本文编辑 郭怀印)

# 脑血疏口服液治疗重型颅脑损伤多发脑挫裂伤的疗效观察

畅涛<sup>1</sup>,王莉<sup>2</sup>,张毅<sup>1</sup>,赵晓平<sup>1</sup>,周振国<sup>1</sup>,柏鲁宁<sup>1</sup>

**摘要:**目的 观察脑血疏口服液治疗重型颅脑损伤多发脑挫裂伤的临床疗效及安全性。方法 通过随机数表法将我科收治的 56 例重型颅脑损伤多发脑挫裂伤病人分为治疗组及对照组,各 28 例,两组均行常规对症保守治疗,治疗组加用脑血疏口服液。结果 与对照组同时间比较,治疗组在挫裂伤血肿吸收方面十分明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );与对照组比较,治疗组格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分良好率升高显著,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );与对照组比较,治疗组头痛剧烈程度、持续时间,查体颈项强直持续时间及住院时间均明显变短,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 脑血疏口服液治疗重型颅脑损伤多发脑挫裂伤病人,可较快消除颅内血肿及减少血性脑脊液,减轻病人疼痛症状。

**关键词:**重型颅脑损伤;多发脑挫裂伤;脑血疏口服液;格拉斯哥昏迷量表;血肿吸收

中图分类号:R651.1 R289.5 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1672-1349.2016.16.038 文章编号:1672-1349(2016)16-1932-03

脑挫裂伤作为重型颅脑损伤较为常见的伴发病表现,当其多发现时病人常常可继发脑肿胀、水肿、颅内血肿及脑缺血形成,导致病程延长,致残致死率显著升高<sup>[1]</sup>。目前对于多发脑挫裂伤(multiple cerebral contusions, MCC)病人的救治主要是早期药物保守治疗,必要时手术大骨瓣减压等,虽然病程发展看似缓慢,但极易引起诊治忽视,导致病理连锁反应出现,造成广泛脑细胞损害,严重时因大量脑细胞凋亡坏死引起严重的颅内压增高,突发脑疝引起病人猝死等。但颅内多发性脑挫伤病人入院早期常常意识障碍较轻,出血不多。因此,目前对于这一类病人采取保守或手

术治疗,以及手术指征和手术选择时机尚无共识。近年来,我院对多发脑挫裂伤病人早期口服脑血疏口服液治疗,效果十分满意,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 入选标准** ①病人具有明确的头部外伤史;②伤后 24 h 内入院接受治疗;③CT 或磁共振成像(MRI)显示颅内多发性脑挫裂伤;④既往无明确脑血管疾病史;⑤排除其他心肺腹及四肢复合损伤;⑥无精神疾病史,能配合研究者;⑦签署知情同意书者。

**1.2 排除标准** ①入院格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分 < 8 分及呼吸衰竭者;②重度心、肝、肾疾病者;③合并恶性肿瘤或血液疾病者;④开颅手术、后期出现心肺等并发症者。

**1.3 一般资料** 选取我院 2013 年 7 月—2016 年 1 月收治的 56 例多发脑挫裂伤病人为研究对象,以随机数

作者单位:1.陕西中医药大学附属医院(西安 712000);2.陕西省人民医院

通讯作者:王莉, E-mail:9245582@qq.com

表法分为两组,各 28 例。对照组男 20 例,女 8 例;年龄 17 岁~65 岁(33.55 岁±3.23 岁);受伤至就诊时间(2.96±0.14)h;入院 GCS 评分(10.54±1.29)分。治疗组男 21 例,女 7 例;年龄 18 岁~73 岁(32.39 岁±4.08 岁);受伤至就诊时间(2.93±0.20)h;入院 GCS 评分(10.48±1.40)分。两组年龄、性别等一般资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

1.4 方法 对照组行常规对症支持治疗,包括绝对卧床休息,20%甘露醇静脉输注降颅压,24 h 内止血剂使用,营养神经,抑制胃酸及预防脑血管痉挛等。对于烦躁不安、呕吐频繁、头痛剧烈者可应用小剂量的解痉镇静剂。治疗组在对照组基础上于入院第 2 天加用脑血疏口服液(由山东沃华医药科技股份有限公司生产),每次 10 mL,3 次/日。两组均以 30 d 为 1 个疗程。治疗过程中严密观察病人体温、呼吸、心率、血压及瞳孔等生命体征变化<sup>[2]</sup>。若两组病人在整个治疗过程中,病情进行性加重,意识障碍加深,出现瞳孔散大者,根据复查头颅 CT 或 MRI 结果,必要时行开颅手

术治疗。凡一经开颅手术治疗或后期出现肺部感染等并发症者均予以剔除。

1.5 观察指标 分别从入院时及治疗的 3 d、6 d、9 d、15 d、30 d 测量两组病人颅内出血血肿量。比较 GCS 优良率,病人头痛、颈项强直等临床症状体征改善程度及平均住院时长等方面的差异性。GCS 评分优良率于术后 2 个月评定,共分为 5 级。良好(5 分):有轻微缺陷,但能正常生活;轻残(4 分):有残疾,但可独立生活;重残(3 分):有残疾,影响日常生活,需人照料;植物生存(2 分):仅有较小反应;死亡(1 分):病人死亡<sup>[3]</sup>。

1.6 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件行数据分析和处理,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,两组间以及组内比较采用  $t$  检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗前后挫裂伤伴发出血血肿量比较 与对照组同时间比较,治疗组在挫裂伤血肿吸收方面十分明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。详见表 1。

表 1 两组治疗前后挫裂伤伴发出血血肿量比较( $\bar{x} \pm s$ ) mL

组别	n	用药前	3 d	6 d	9 d	15 d	30 d
治疗组	28	32.45±1.95	28.22±2.14	19.35±1.87 <sup>1)</sup>	12.61±1.86 <sup>1)</sup>	5.12±1.58 <sup>1)</sup>	0 <sup>1)</sup>
对照组	28	33.14±2.03	28.46±2.08	24.67±1.93	18.86±1.81	12.36±2.02	4.98±1.79

与对照组比较,1)  $P < 0.05$ 。

2.2 两组 GCS 优良率比较 与对照组比较,治疗组的 GCS 评分良好率升高显著,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。详见表 2。

表 2 两组 GCS 优良率比较 例

组别	n	良好	轻残	重残	植物生存	死亡
治疗组	28	17 <sup>1)</sup>	7	3 <sup>1)</sup>	1	0
对照组	28	8	6	11	2	1

与对照组比较,1)  $P < 0.05$ 。

2.3 两组临床症状体征及住院时间比较 与对照组比较,治疗组头痛剧烈程度、持续时间,查体颈项强直持续时间及平均住院时间均明显变短,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。详见表 3。

表 3 两组临床症状体征及住院时间比较( $\bar{x} \pm s$ ) d

组别	n	头痛时间	颈项强直时间	住院
治疗组	28	6.34±2.02 <sup>1)</sup>	22.83±4.38 <sup>1)</sup>	21.54±2.37 <sup>1)</sup>
对照组	28	10.28±2.36	40.32±3.98	30.86±2.84

与对照组比较,1)  $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

随着工业及汽车时代的到来,重型颅脑损伤的病

人呈现爆发式增长,其中以多发脑挫裂伤的病人病情较为凶险,常导致病人出现高致残率、致死率,因此越来越受到临床医生的重视,目前单纯常规对症保守治疗,病人病死率高达 30% 以上<sup>[4]</sup>。因此,在治疗多发脑挫裂伤方面如果能寻找到方便实用,简单有效的诊疗措施,将具有十分重要的意义。

相关临床及实验室检查发现,脑挫裂伤发生时以急性神经细胞组织损伤为表现,常常伴随出现多发小血肿,血肿不断释放凝血酶,同时大量血红蛋白降解产物诞生以及继发产生的细胞因子导致血肿周边脑组织水肿和脑细胞凋亡,变性坏死炎性改变。当肿胀严重时导致周围正常脑组织受压,引起局部血流减少,出现局部脑组织缺血改变。恶性循环随即展开,最终引起多发脑组织肿胀脑疝,严重时引起死亡等<sup>[5]</sup>。因此在治疗时越早打破恶性循环链条对于病人的整体预后具有相当重要的意义。但早期静脉使用活血药物改善循环代谢因作用强烈常常存在增加出血风险,进一步加重病人临床症状,故而寻找一个能早期使用又安全有效的途径及药物至关重要。脑血疏口服液是由我国中国科学院西苑医院谢道珍教授经过多年临床实践所研

制的中成药,在临床中已经广泛应用于脑出血、脑梗死等脑血管疾病的治疗,其成分为黄芪、水蛭、石菖蒲、牡丹皮、牛膝、川芎、大黄。具有益气、活血、化痰的作用,临床疗效显著<sup>[6-7]</sup>,我科基于血肿同源的理论,将其应用于多发脑挫裂伤的治疗,研究结果显示,在挫裂伤血肿吸收方面,治疗组从第6天后较对照组十分明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。从复查头颅CT结果显示,治疗组病人挫裂伤周边水肿反应带较对照组明显减轻,考虑与脑血疏口服液提高脑组织超氧化物歧化酶(SOD)活性,降低脑组织丙二醛(MDA)含量,缓解血液中白细胞的炎症反应,降低炎症因子起到了抗自由基的作用有关<sup>[8]</sup>。同时还具有改善脑微循环障碍,促进血肿周边组织脑血流量改善,避免出现缺血改变,促进血肿吸收,间接减少血红蛋白降解产物和血肿释放的凝血酶,以及血浆蛋白、血小板、补体系统等各种活性物质带来刺激<sup>[9]</sup>,显著减轻病人头痛、颈项强直等神经功能缺损症状,改善病人预后。

脑血疏口服液治疗脑血管疾病的同时,在颅脑损伤的治疗领域也有相当广阔的治疗前景,该药疗效确

切,安全无毒副作用,简单易行,安全可靠,为多发脑挫裂伤的非手术治疗提供了新的途径。

参考文献:

[1] 李广兴,张继伟.影响急诊重型颅脑损伤死亡率的因素分析[J].军事医学,2015(2):158-159.  
 [2] 陈澈,院立新,张根明.脑血疏口服液在脑血管病方面的临床应用和实验研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(8):1005-1006.  
 [3] 苗文才,闫睿.脑血疏口服液治疗高血压脑出血疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2014(14):102-103.  
 [4] 刘丰年,吴越,姚志浩,等.重型颅脑损伤73例死亡原因分析[J].中外医学研究,2012(34):121-122.  
 [5] 冯斌,蔡明,朱红玉,等.颅内压 ICP 监测指导实施标准去大骨瓣减压术时机对颅内多发脑挫裂伤患者治疗效果观察[J].中国实用神经疾病杂志,2011,14(15):23-25.  
 [6] 雷辉,刘志勤,杜晶晶.脑血疏口服液对缺血性脑卒中患者脑血管血流动力学及神经功能的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(20):102-103.  
 [7] 刘晓萍.脑血疏口服液的实验研究与临床效果评价[J].中国药物经济学,2012(6):128-130.  
 [8] 陈尚军,王海燕,左毅,等.脑血疏口服液治疗脑出血后继发神经功能损害的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(2):199-202.  
 [9] 李书恒,韩小辉,姜广亚,等.颅内血肿微创清除术联合脑血疏口服液治疗高血压脑出血疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(17):82-83.

(收稿日期:2016-03-22)  
(本文编辑 郭怀印)

## 免疫营养对重症脑卒中病人免疫状态及炎症反应的影响

王燕宏<sup>1</sup>, 茹妍妮<sup>2</sup>, 李新毅<sup>1</sup>

**摘要:**目的 评价免疫增强型肠内营养对急性重症脑卒中病人免疫状态、炎症反应的影响。方法 将62例急性重症脑卒中病人随机分为免疫增强型肠内营养组(IEN组)和标准肠内营养组(SEN组)。入院后第1天、第7天及第13天分别检测两组病人的T细胞亚群(CD<sub>4</sub>、CD<sub>8</sub>、CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>)、血清免疫球蛋白(IgA、IgG、IgM)及C-反应蛋白(CRP),并通过第1天、第7天及第13天的格拉斯哥昏迷评分(GCS)评估病人的意识状态。统计两组病人感染发生例数,计算临床感染发生率。结果 两组病人CD<sub>4</sub>、CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>、IgA、IgG、IgM及GCS动态评分在入院第1天最低,CD<sub>8</sub>及CRP在入院第1天时最高。动态观察显示:入院第13天时CD<sub>4</sub>、CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>、IgA、IgG、IgM及GCS动态评分均较入院第1天时显著升高( $P < 0.05$ ),而入院第13天时CD<sub>8</sub>和CRP较入院第1天显著降低( $P < 0.05$ )。组间比较,第13天时IEN组CD<sub>3</sub>、CD<sub>4</sub>、CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>、IgA、IgG、IgM、CRP水平均高于SEN组( $P < 0.05$ ),IEN组CD<sub>8</sub>水平低于SEN组( $P < 0.05$ ),而两组病人各时间点GCS评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。IEN组病人临床感染率小于SEN组( $\chi^2 = 5.406, P < 0.05$ )。结论 重症脑卒中病人常出现意识障碍、吞咽功能障碍、神经源性呼吸衰竭等并发症,能够增加感染的风险,而免疫增强型肠内营养可上调机体受损的免疫功能,控制炎症反应,增强肠黏膜屏障功能,降低感染发生率。

**关键词:**重症脑卒中;免疫增强型肠内营养;免疫状态;炎症反应

中图分类号:R743 R255.2 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1672-1349.2016.16.039 文章编号:1672-1349(2016)16-1934-03

重症脑卒中病人在疾病早期常出现严重的应激反应,且多合并神经源性进食障碍,极易导致三大营养物质代谢紊乱,从而导致机体发生营养不良,出现免疫功

能降低、炎症失衡、呼吸功能受损等临床表现。谷氨酰胺、精氨酸、 $\omega$ -3多不饱和脂肪酸、核苷酸以及一些多肽化合物均有调控免疫反应的作用,认识到这类物质类似于药物的免疫调节作用后,有学者主张将其联合应用于肠内营养中,以控制和改善危重病病人的病程进展<sup>[1]</sup>。大量临床研究及Meta分析结果表明:免疫营养,即包含一种或多种上述特殊营养素的肠内营养方案对临床特定类型的病人有益,如烧伤、外科创伤、择期胃肠道手术的病人<sup>[1]</sup>,那么其对于重症脑卒中病人

基金项目:山西省卫计委资助项目(No.201301054)

作者单位:1.山西大医院(太原 030032),E-mail:13834676852@163.com;2.山西医科大学