维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2005年第14卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2005, Vol.14, No.2

综合治疗高血压性脑出血120例疗效观察

丘冠桓，张天益，何碧军 （广东兴宁市人民医院神经外科，兴宁 514500）

［摘 要］ **目的** 观察综合治疗对高血压性脑出血急性期的疗效，探索有效治疗方法。**方法** 将240例高血压性脑出血患者随机分为两组，综合治疗组采用颅内血肿微创清除术、康复训练、西医治疗和中药三七散治疗；西医治疗组则采用微创手术加西医治疗。两组各120例，治疗时间均为28 d，比较两组疗效。**结果** 综合治疗组血肿吸收率为(98.17±6.32)%，临床治愈率为43.33%，总有效率为96.67%；西医治疗组血肿吸收率为(87.60±5.84)%，临床治愈率为30.00%，总有效率为88.33%。综合治疗组疗效优于西医治疗组($P<0.05$)。**结论** 综合治疗可提高高血压性脑出血患者的生存率，缩短病程，减少致残率，提高生活质量。

［关键词］高血压性脑出血；综合治疗；微创手术；中医药治疗
［中图分类号］R743.34 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2005)02-0086-02

Therapeutic efficacy of complex therapy in hypertensive cerebral hemorrhage in 120 cases

QIU Guan-huan, ZHANG Tian-yi, HE Bi-jun (Department of Neurosurgery, Xingning People's Hospital, Xingqing City 514500, Guangdong Province, China)

Abstract: Objective To observe the curative effects of the complex therapy in treating hypertensive cerebral hemorrhage and to investigate the effective methods. **Methods** A total of 240 patients with hypertensive cerebral hemorrhage were randomly divided into two groups ($n=120$ in each group). The patients in complex therapy group were treated with complex therapy including minimally invasive debridement of intracranial hematoma, rehabilitation training, western medicine and traditional Chinese medicine (Sanqi powder). Those patients in western medicine treatment group were treated with minimally invasive surgery and western medicine. The time for treatment in both groups was 28 d. The curative effects in the two groups were compared. **Results** The absorption rate, the clinical healing rate, and total effective rate in the treatment group were (98.17±6.32)%, 43.33%, and 96.67%, respectively, but those in the control group were (87.60±5.84)%, 30.00%, and 88.33%. There was significant difference between the two groups ($P<0.05$). **Conclusion** Complex therapy could increase the survival rate, improve the quality of life, and shorten the disease course and disability incidence of patients with hypertensive cerebral hemorrhage.

Keywords: hypertensive cerebral hemorrhage; complex therapy; minimally debridement; Sanqi; rehabilitation training

自1996年以来，我院应用综合治疗(颅内血肿小骨窗开颅、或钻孔置管外引流术、中药三七散、康复训练、西医治疗)治疗高血压性脑出血120例，取得显著疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

1996年1月至2004年6月在我科住院的240例患者，符合以下入选条件：①“各类脑血管疾病诊断要点”中的高血压性脑出血诊断要点[1]。②发病后72 h内入院，经头颅CT证实壳核出血>20 ml或已破入脑室；丘脑血肿>15 ml或已破入脑室；小脑血肿>10 ml或直径≥3 cm；皮质下血肿≥30 ml或有中线明显移位者；脑室血肿>20 ml，或第三、四脑室阻塞，或以第三脑室为中心形成脑室内外大血肿者。③生命体征较稳定。④根据改良爱丁堡+斯堪的纳维亚研究组标准[2]，入选病例均在24~41分之间(含41分)，即中型偏重与重型者。⑤年龄<80岁，中医诊断标准按国家中医药管理局脑病急症协作组1996年制订的“中风病诊断与疗效评定标准”，仅选择属风痰火亢、风火上扰、痰热腑实3个证型的出血性中风急性期患者。

1.2 分组

患者随机分为综合治疗组和西医治疗组，每组120例。年龄、性别、入院时神经功能缺损评分、伴发疾病计分、既往史计分、出血部位、平均血肿大小、平均血压等指标，经过统计学分析，两组间均无显著性差异($P>0.05$)，有较好的可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 综合治疗组 采用微创血肿清除，口服中药三七散，康复训练，西医治疗等综合治疗方法。①小骨窗开颅血肿清除术，一般在发病后6~24 h手术。头颅CT定位后，用电钻穿透颅骨后，穿刺针进入血肿中心，直到抽吸积血量的40%~80%，或扩大骨窗2~3 cm，直视下抽吸出血，然后血肿腔注入尿激酶$(1\sim2)\times10^4$ U，加生理盐水及电灼活动止血，留置管外引流。脑室出血者，在原发病侧或双侧额角钻孔外引流，每隔12~24 h放入尿激酶2×10^4 U，然后注入地塞米松注射液5 mg，直至血肿或脑室内积血引流出80%以上，方可拔引流，加压包扎。一般患者术后2~5 d即可拔管，对于较重的脑室出血者，应同时进行腰穿脑脊液置换术。②中医中药疗法，采用自制三七散(洋参5 g、丹参5 g、三七3 g、水蛭2 g)，研磨后温开水冲服或胃管注入，每日2~3次。③康复训练，患者生命体征平稳48 h后，即可开始康复治疗，必要时配合中医针灸、理疗、高压氧治疗。④西医治疗方法参照《实用内科学》第10版中有关高血压性脑出血的内科治疗方法。

1.3.2 西医治疗组 除不服用中药三七散外，其余方法同上。

1.4 疗效评定

采用“脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)”[2]，从8个方面进行评分，最高45分，最低0分，其中轻型0~15分，中型16~30分，重型31~45分。两组均在疗程结束后，依据原积分减少百分比评定临床疗效，分为以下6个档次：①基本痊愈，神经功能缺损评分减少91%~100%，病残程

［作者简介］丘冠桓(1954-)男，广东省兴宁市人，主治医师，本科，主要从事神经外科临床方面的研究。电话：(0753)3329832
［收稿日期］2004-11-15 ［修回日期］2005-01-10

维普资讯 http://www.cqvip.com

度为0级；②显著进步，神经功能缺损评分减少46%～90%，病残程度为1～3级；③进步，神经功能缺损评分减少18%～45%；④无变化，神经功能缺损评分减少17%左右；⑤恶化，神经功能缺损评分减少或增多18%以上；⑥死亡。

1.5 统计方法

计量资料用均数±标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，t检验；计数资料用率表示，Ridit分析法检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

两组临床疗效分析比较见表1，结果显示综合治疗组的疗效明显优于西医治疗组。两组血肿吸收情况比较见表2，治疗前两组血肿大小无明显差异（$P>0.05$）。治疗后7 d和28 d两组平均血种大小和血肿吸收率均有显著差异（$P<0.05$），综合治疗组优于西医治疗组。

表1 两组临床疗效分析

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	死亡	治愈率(%)	总有效率(%)
综合治疗组	120	52	43	18	2	2	0	43.33	96.67
西医治疗组	120	36	44	26	6	4	4	30.00	88.33

表2 两组治疗后脑内血肿吸收情况比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	治疗前血肿(ml)	治疗后血肿(ml)		血肿吸收率(%)	
		7 d	28 d	7 d	28 d
综合治疗组	68.16±16.32	3.44±3.82*	0*	96.07±8.42*	98.17±6.32*
西医治疗组	67.54±16.28	9.66±0.92	1.98±0.92	86.79±9.69	87.60±5.48

*：与西医治疗组比较，$P<0.05$

3 讨论

颅内血肿小骨窗开颅血肿清除术是继保守治疗与开颅血肿清除术之后被公认的治疗颅内出血的一种新技术，国内已有许多成功的报道[3-5]，但加用中药治疗相对较少。切开钻孔外引流或置管，在CT扫描或引导下，对高血压性脑出血及早小骨窗开颅血肿清除术具有及时、快速、准确、简便等优点，适用于硬膜外、皮质下、基底节区、丘脑、小脑、脑室血肿；对脑干出血亦可通过脑室引流降低颅内压，防止脑疝形成等方法，争取救治机会，提高生存率[6]。手术时机宜选择在出血后6～24 h进行，因6 h以内有继续出血的可能。24 h后，由于颅内压增高，脑缺氧或其他并发症的出现，对手术治疗不利。早期清除血肿，可减少血肿内凝血酶的释放，有利于减轻脑水肿及迟发性脑损害，降低病死率。

作者在长期临床实践中，依据其病因，筛选出一组中药复方三七散，取得了显著的临床效果。由于高血压性脑出血急性期血肿内凝血酶浓度急剧升高，易加重脑损害，不应常规使用止血剂已成共识。此时出血并非凝血指标异常，而是血压过高使硬化的动脉血管破裂所致，出血后控制好血压与颅内压，可防止再出血。实验研究证明，脑出血后4 h产生大量凝血酶，更加重了脑组织的毒性损伤，除及时微创清除颅内血肿外，应用破瘀活血药可使瘀血散、水肿消、脑脉通，所以早期不用止血药而使用破瘀活血药治疗脑出血是有科学依据的。若有活动性出血或脑出血6 h内有继续出血倾向者，应暂停破瘀活血药。三七散中田三七、大黄具有对出血者止血、瘀血者活血的双向调节作用，可有效预防再出血和出血后的瘀血，活血而不加重脑水肿；丹参可活血祛瘀，消热除烦，既可通心窍又能清血中热，洋参可益气生津，养阴清热，水蛭能破瘀血，而不伤新血，破血不伤阴，可促进血肿吸收；且大黄通腑泻热解毒，引血下行有利于颅内压下降、昏迷患者清醒。诸药共用有破血逐瘀、泄浊解毒醒神通脉之功效；田三七中活性成分三七皂甙具抗凝、溶栓作用，可降低外周血管阻力，扩张血管，增加脑血流量；大黄可降低血粘度、血细胞比容，明显抑制血小板聚集，缩短凝血时间，降低毛细血管通透性，改善血管脆性，使血管收缩作用加强，有利于减轻脑水肿。近年来中医药治疗高血压性脑出血的研究表明，此类中药制剂治疗脑出血的部分机制，如自由基的消除作用，钙拮抗作用、三七、丹参可活血散瘀而不留瘀之弊，消肿散瘀降低颅内压，解除脑血管痉挛，神经元保护作用，血-脑脊液屏障保护作用，促进血肿吸收等[6]。

本文采用的这种治疗高血压性脑出血的综合疗法，即颅内血肿的适时消除，中药三七散治疗，西医内科对症处理及早期康复训练，弥补了单一治疗方法中的不足，有效地降低致残率，提高生活质量，缩短病程，有进一步研究与推广的价值。

[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(6)：379－380.
[2] 中华神经科学会，中华神经外科学会. 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(6)：381－383.
[3] 包 华，阿荣高娃，陈碧林，等. 微创颅内血肿清除术治疗脑出血23例[J]. 中国危重病急救医学，2002，14(1)：48.
[4] 钟长明，金红阳，刘庆芳，等. 微创血肿清除术救治脑出血并脑疝疗效观察[J]. 中国危重病急救医学，2002，14(3)：177－178.
[5] 诸葛启钏，陈伟建，郭献忠，等. CT监视立体定向抽吸术治疗850例脑内血肿临床分析[J]. 中国危重病急救医学，2001，13(8)：481－484.
[6] 贺 丹，刘青蕊，赵静霞，等. 血栓通治疗急性期脑出血疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志，2002，9(1)：27－29.

（编辑：余汇洋）