

大柴胡汤加减治疗高血压脑出血开颅术后痰热腑实证的临床研究

张俊龙 关春燕 何小敏 杨太生

阳江市中医医院 广东阳江 529500

摘要: 目的: 分析高血压脑出血 (HICH) 开颅术后痰热腑实证采取大柴胡汤加减治疗的效果。方法: 选取 2020 年 8 月至 2023 年 2 月收治的 HICH 开颅术后痰热腑实证患者 40 例, 随机数字表法分为治疗组 (大柴胡汤加减) 和对照组 (西药) 各 20 例, 对比效果。结果: 术前 1 天, 两组各指标组间对比 ($P>0.05$); 术后 14 天和 28 天, 治疗组各指标优于对照组 ($P<0.05$)。结论: 大柴胡汤加减对 HICH 开颅术后痰热腑实证治疗效果显著, 值得应用。

关键词: 高血压脑出血; 大柴胡汤; 神经功能; 开颅术; 痰热腑实证

高血压脑出血 (HICH) 属于患者高血压导致动脉出现硬化, 在多种因素影响下引起脑实质小血管发生破裂, 从而出现脑实质内出血^[1]。HICH 出现后会导致电解质紊乱、脑疝、坠积性肺炎、脑水肿等情况, 严重影响患者的生存质量, 威胁其生命安全。此病的出现常常比较突然, 伴随的致死率、致残率均较高, 影响患者生命健康^[2]。临床对于该病的治疗以常规治疗为主, 如营养脑细胞、手术清除血肿、脱水降颅压等, 但是会在经过治疗后残留较多问题, 如神经功能缺损、残余血肿等, 常常未获得理想疗效。在中医学的迅速发展下, 此病采取中医疗法治疗逐渐普遍起来, 且效果良好^[3]。中医药存在千年历史, 普遍应用在临床中, 因此本研究对 HICH 开颅术后的痰热腑实证患者采取中药汤剂大柴胡汤加减治疗, 此方既可以存在良好的治疗效果, 而且存在疗程少、见效快特点, 同时不良反应较轻且少, 并且具有广泛的药源, 费用较低, 操作简单, 可有效将患者的生活、工作质量改善, 同时存在的经济效益、社会效益良好, 并且对该类患者来讲存在治疗的新途径^[4]。具体内容如下。

1. 资料和方法

1.1 临床资料

2020 年 8 月至 2023 年 2 月为样本收录时间的跨度, 40 例 HICH 开颅术后痰热腑实证患者为研究对象, 随机数字表法分为治疗组 20 例, 男 12 例, 女 8 例, 平均年龄 (68.3 ± 0.5) 岁; 对照组 20 例, 男 11 例, 女 9 例, 平均年龄 (67.2 ± 0.4) 岁, 两组资料对比 ($P>0.05$)。

纳入标准: 首次发病; 术后符合痰热腑实证; 高血压病史不低于 30 天; 患者和家属了解研究内容且签署同意书;

符合手术标准且进行开颅手术治疗。排除标准: 同时参与其他研究者; 发病前伴随神经功能缺损问题; 严重脏器疾病; 因动脉瘤等疾病导致的脑出血。

1.2 方法

对照组: 西药。硝苯地平控释片 (拜耳医药保健有限公司; 国药准字 J20180025) 30mg / 次, 1 次 / d, 口服。

治疗组: 西药 (同对照组) + 每天予口服中药汤剂大柴胡汤加减, 柴胡 10g、枳实 10g、生姜 12g、大枣 10g、黄芩 6g、芍药 10g、半夏 5g、大黄 6g。上述诸药随症加减。每日 1 剂, 水煎, 取汁共 400ml, 分早晚两次, 每次 200ml, 饭后温服。

两组均治疗 4 周。

1.3 观察指标

中医证候积分^[5]: 包括头晕目眩、颈项强急、口干口渴等项目, 评分范围为 0~3 分, 分数越高表示症状越严重。

神经功能^[6]: 神经功能缺损量表 NIHSS 评价, 分数越高代表神经功能缺损越严重。

意识功能^[7]: 格拉斯哥预后 GOS 评价, 分数越高表示恢复越好。

治疗效果^[8]: 痊愈、显效、有效、无效。其中痊愈为体征、症状基本或者全部消失, 证候积分减少不低于 95%; 显效: 症状和体征改善明显, 证候积分减少不低于 70%; 有效: 症状和体征好转, 证候积分减少不低于 30%; 无效: 症状、体征均未改善或加重, 证候积分减少低于 30%。

1.4 统计学处理

SPSS18.0 分析数据, $P < 0.05$ 统计学成立。

2. 结果

2.1 两组不同时间点中医证候积分比较

术前 1 天:

治疗组: 头晕目眩 (2.8 ± 0.1) 分、头痛 (2.7 ± 0.2) 分、心烦易怒 (2.8 ± 0.1) 分、肢体强急 (2.7 ± 0.2) 分、颈项强急 (2.8 ± 0.2) 分、肢体麻木 (2.8 ± 0.1) 分、痰多 (2.7 ± 0.2) 分、气短乏力 (2.8 ± 0.1) 分、自汗 (2.8 ± 0.1) 分、便干便秘 (2.8 ± 0.1) 分、口干口渴 (2.8 ± 0.1) 分、总积分 (30.5 ± 1.6) 分。

对照组: (2.9 ± 0.1) 分、(2.7 ± 0.1) 分、(2.8 ± 0.1) 分、(2.8 ± 0.1) 分、(2.7 ± 0.1) 分、(2.7 ± 0.1) 分、(2.8 ± 0.1) 分、(2.7 ± 0.2) 分、(2.8 ± 0.6) 分、(2.8 ± 0.1) 分、(2.8 ± 0.1) 分、(30.5 ± 1.7) 分。

组间对比 (P>0.05)。

术后 14 天:

治疗组: (1.9 ± 0.2) 分、(1.8 ± 0.1) 分、(1.7 ± 0.2) 分、(1.6 ± 0.1) 分、(1.5 ± 0.2) 分、(1.8 ± 0.2) 分、(1.7 ± 0.2) 分、(1.8 ± 0.1) 分、(1.8 ± 0.5) 分、(1.9 ± 0.2) 分、(1.8 ± 0.4) 分、(19.3 ± 2.4) 分。

对照组: (2.3 ± 0.1) 分、(2.4 ± 0.1) 分、(2.5 ± 0.1) 分、(2.7 ± 0.2) 分、(2.6 ± 0.1) 分、(2.4 ± 0.2) 分、(2.3 ± 0.1) 分、(2.2 ± 0.2) 分、(2.3 ± 0.1) 分、(2.3 ± 0.2) 分、(2.3 ± 0.1) 分、(26.3 ± 1.5) 分。

组间对比 (P<0.05)。

术后 28 天:

治疗组: (1.0 ± 0.2) 分、(1.2 ± 0.2) 分、(0.4 ± 0.2) 分、(0.7 ± 0.1) 分、(0.6 ± 0.1) 分、(1.1 ± 0.1) 分、(0.7 ± 0.2) 分、(0.4 ± 0.2) 分、(0.5 ± 0.2) 分、(0.5 ± 0.2) 分、(0.5 ± 0.2) 分、(7.6 ± 1.9) 分。

对照组: (1.5 ± 0.3) 分、(1.3 ± 0.2) 分、(1.4 ± 0.8) 分、(1.5 ± 0.3) 分、(1.4 ± 0.5) 分、(1.2 ± 0.2) 分、(1.7 ± 0.1) 分、(1.4 ± 0.2) 分、(1.3 ± 0.2) 分、(1.4 ± 0.2) 分、(1.3 ± 0.1) 分、(15.4 ± 3.1) 分。

组间对比 (P<0.05)。

2.2 两组不同时间点 NIHSS 评分、GOS 评分比较

术前 1 天:

治疗组: NIHSS 评分 (29.3 ± 1.0) 分、GOS 评分 (2 ± 0.2) 分。

对照组: (29.3 ± 1.3) 分、(2 ± 0.1) 分。

组间对比 (P>0.05)。

术后 14 天:

治疗组: (10.0 ± 2.0) 分、(2.8 ± 0.3) 分。

对照组: (12.5 ± 3.6) 分、(2.1 ± 0.4) 分。

组间对比 (P<0.05)。

术后 28 天:

治疗组: (6.3 ± 2.0) 分、(3.8 ± 1.0) 分。

对照组: (9.6 ± 1.4) 分、(3.0 ± 0.9) 分。

组间对比 (P<0.05)。

2.3 两组临床疗效比较

组间对比 (P<0.05)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比 (n,%)

分组	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	20	6	10	3	1	95.00
对照组	20	4	9	2	5	75.00
X ² 值						13.502
P 值						<0.05

3. 结论

通过对上述研究数据分析可知大柴胡汤加减在治疗 HICH 开颅术后痰热腑实证患者中存在有效性。

4. 讨论

在中医学中, HICH 属于“中风病范畴, 是因为瘀、火等多个病理因素导致的一种危急重症疾病, 上述的病理因素不但可以单独引发疾病, 而且也属于因果关系, 交织发病, 进而导致患者肝阳上亢、气弱体虚、阴阳失调而引起气血逆乱, 进而导致疾病的出现。因为, 该类患者常伴随颅内高压、脑水肿情况, 而且重症患者更加严重, 因此, 临床常通过大量的脱水药物使患者的脑水肿情况改善, 进而将颅内压有效降低, 但是, 脱水药物的大量应用会导致严重的体液丢失, 失水会引起耗损阴津, 引起腑实不通的情况, 并且此病极易存在阳盛阳亢情况, 失水后存在更高的真阴亏虚发生率, 使腑实表现加重。以上的恶性循环会使患者上阳盛、下阴亏, 发生肤燥干燥、面红目赤、高热不退舌苔焦黄、血压升高等症。因为此病急性期的主要病机属于腑气不通、血瘀气滞, 因此中医治疗主要是通腑降浊和理气化痰。

本研究中的大柴胡汤属于中医方剂中的一个明方, 方中包括芍药、大黄、生姜、半夏等中药。其中的柴胡可条达疏通、和解少阳, 化积消滞; 半夏可降逆消痞、燥湿消痰; 黄芩清热泻火; 芍药养阴柔肝; 生姜温肺温中、解表散寒, 抑制诸寒药之性; 大枣可养血安神、补中益气; 大黄化痰下

气、可解热毒。上述诸药合用,可起到活血祛瘀、清热利湿、化痰泻浊、同时兼顾补虚之功效,正契合高血压脑出血的痰热腑实证之证。现代研究表明大黄存在降血脂、降血压,降血脂,排毒的作用。诸药联合应用可实现益气清热、疏肝解郁、调和气血的效果^[9]。而且现代的药理研究表明,柴胡可以将患者的毛细血管增加其通透性,并且可以降低血脂,实现降血压的效果^[10]。而且也有研究指出,大柴胡汤应用在高血压的前期治疗过程中可以对血小板的聚集产生抑制作用,进而将动脉硬化的情况有效改善,增加供应脑部的血液,促使失眠乏力、头晕、头痛等症状的减轻。现代药理研究指出,大柴胡汤不但存在护胃、利胆、护肝的作用,而且可以对和肝脂质、脂质、血清脂蛋白进行作用,从而将高血脂的 LDL-C、TG 等指标明显降低,增加 HDL-C 水平。并且,此中药方剂可以使血液流变、糖代谢情况显著改善,增加抑制动脉发展粥样硬化的进程。简而言之大柴胡汤属于从多个方面对脂代谢、糖代谢改善,在 HICH 病情发展中存在良好的抑制作用。本研究结果同样证实此组方存在良好的治疗效果。

总之, HICH 开颅术后为痰热腑实证患者提供大柴胡汤加减治疗对于患者症状的减轻、神经功能缺损的改善、意识功能的提升存在促进作用,值得应用。

参考文献

[1] 严旭, 张晓岐, 江天. 中医针灸联合减重步行训练对高血压性脑出血后下肢功能恢复的影响研究 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020,8(2):155,174.

[2] 孙龙, 董致邳, 王革生, 等. 凉血散瘀汤对高血压脑出血微创术后患者中医症候积分、神经功能缺损评分的影响 [J]. 陕西中医, 2023,44(8):1061-1064.

[3] 傅爱莲. 中医辨证施护对 ICU 重症脑出血术后患者脑神经功能、生活质量的影响及其肺部感染的预防效果 [J]. 中外女性健康研究, 2023(3):132-133,169.

[4] 王毅, 刘俊雄. 破瘀醒神汤联合吴茱萸穴位贴敷对脑出血恢复期患者神经功能、中医症候积分及 ADL 评分的影响 [J]. 四川中医, 2022,40(7):113-116.

[5] 赵玉玲, 侯耀歌, 任琳. 中医辨证施护在脑出血微创血肿清除术后肺部感染患者中的应用效果 [J]. 中西医结合护理(中英文), 2022,8(8):66-69.

[6] 江珊, 俞晓飞. 基于脑出血后小胶质细胞极化及细胞自噬活动探讨中医药干预发挥的抗损伤-促修复双重作用机制的研究进展 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020,22(2):346-352.

[7] 段世英, 司东明, 高飞. 脑内血肿软通道外引流术治疗脑出血患者后实施中医集束化护理联合中医整体护理的应用效果及对康复效果、不良反应的影响 [J]. 黑龙江中医药, 2021,50(1):201-202.

[8] 汤洁莹, 钟晓琴, 罗惠君. 中医定向治疗联合早期肢体康复训练对高血压脑出血术后患者肢体功能及生活质量的影响 [J]. 黑龙江中医药, 2020,49(5):79-80.

[9] 郭云萍, 薛华, 张春丽, 等. 中医护理对高血压脑出血微创血肿清除术后肺部感染及预后的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2021,30(35):3966-3969.

[10] 赵文灏, 张尚尚, 毛丽军. 脑出血恢复期病人血压变异性与中医证型的相关性分析 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020,18(18):3116-3117,3120.