

# 镇肝熄风汤治疗高血压性急性脑出血临床效果研究

覃健<sup>1</sup> 黄学言<sup>2</sup> 杨绍兴<sup>1</sup> 张东<sup>1</sup>

1 钦州市中医医院外三科 广西钦州 535000 2 钦州市中医医院脑病科 广西钦州 535000

**【摘要】目的** 探讨镇肝熄风汤治疗高血压性急性脑出血临床效果。**方法** 本文回顾性分析我院2018年2月~2019年1月期间收治的80例高血压性急性脑出血患者。采用电脑随机分号法将80例患者分成实验组(n=40)和对照组(n=40),对照组采用西医常规治疗,实验组给予镇肝熄风汤治疗,对两组患者的临床效果进行对比分析,观察比较两组患者治疗前后日常生活能力(ADL)。**结果** 实验组患者临床有效率为92.50%,与对照组临床有效率75.00%相比,差异明显具有统计学意义(P<0.05);较治疗前相比,治疗后两组ADL评分明显升高,且实验组患者ADL评分明显高于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05)。**结论** 镇肝熄风汤治疗高血压性急性脑出血临床效果显著,稳定患者血压,积极改善患者临床症状,提高日常生活能力,值得在临床中推广应用。

**【关键词】** 镇肝熄风汤; 高血压性急性脑出血; 临床效果

**【中图分类号】** R277.7

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1672-0415 (2019) 05-001-02

**【基金项目】** 钦州市科学研究与技术开发计划项目申报, 合同编号: 201819205, 项目名称: 镇肝熄风汤联合针刺治疗脑出血的临床研究。

高血压性脑出血是常见的一种心脑血管危重症,有着较高的发病率、死亡率和致残率,严重威胁着人类生命安全及身心健康。由于当前人们不良生活习惯的养成,该疾病在急性期死亡率高达30%~40%之间<sup>[1]</sup>,具有起病急、病情重、进展快等特点。西医治疗主要采取手术或者药物保守治疗方法,采取吸氧、呼吸道通畅方法,保持水、电解质平衡。祖国医学博大精深,在治疗高血压性急性脑出血疾病中积累了丰富的经验,并且遵循辩证治疗的原则。为进一步准确评价镇肝熄风汤治疗高血压性急性脑出血临床效果,本文选取我院80例高血压性急性脑出血患者,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本文回顾性分析我院2018年2月~2019年1月期间收治的80例高血压性急性脑出血患者。所有病例均有高血压史,且经CT脑部扫描发现不同程度的出血情况<sup>[2]</sup>。采用电脑随机分号法将80例患者分成实验组(n=40)和对照组(n=40),实验组患者年龄49~85岁,其中男女比例为23:17,平均年龄为(65.72±4.28)岁;对照组患者年龄50~86岁,其中男女比例为24:16,平均年龄为(65.68±4.54)岁。排除标准:(1)非高血压因素导致出血者;(2)心、肝、肾等重大器官功能异常者;(3)合并动静脉畸形、动脉瘤、肿瘤出血者;(4)未签署知情同意书者。从年龄、性别、纳入标准、排除标准分析,两组临床资料无统计学意义(P>0.05),具有对比性。

### 1.2 方法

对照组采用西医常规治疗,为患者营造安静舒适的休息环境,昏迷患者需取侧卧位,进行吸氧,保持呼吸道通畅,保证营养及水、电解质平衡;根据患者实际血压加以调整,静脉注射200ml 20%甘露醇、静脉滴注200ml 10%果糖甘油降颅内压,每日1次,

病情严重者可静脉注射速尿20~60mg,每间隔4~6h1次,避免形成脑疝,并采取补液、抗炎及对症处理,预防并发症出现。实验组给予镇肝熄风汤治疗,具体配方组成如下:白芍、玄参、天冬、龟板、生龙骨、生牡蛎各15g(先煎),龟甲、钩藤、菊花各10g,代赭石20g,怀牛膝30g,生地黄12g,生麦芽、川楝子、生甘草、胆南星各6g。根据中医辩证治疗原则,随证加减,头痛较重者加水牛角、石决明、夏枯草;神昏者加郁金;痰湿重者去龟甲、生地黄,加石菖蒲、地龙、全蝎;热甚者加黄芩、山栀子;心烦失眠者,加黄芩、夜交藤便秘加入黄、芒硝;抽搐者加地龙、僵蚕。每日1剂,温水煎服,去渣留汁250ml,每日早晚2次服下,意识不清醒者采取鼻饲给药法。

### 1.3 观察指标及判定标准

对两组患者的临床效果进行对比分析,观察比较两组患者治疗前后日常生活能力(ADL)。根据《中药新药临床研究指导原则》将治疗标准划分为基本痊愈、显效、有效和无效四项<sup>[3]</sup>,基本痊愈:神经功能缺损评分减少在90%以上;显效:神经功能缺损评分减少超过46%;有效:神经功能缺损评分超过评分18%;无效:与治疗前相比,神经功能缺损评分无变化,甚至有恶化加重趋势。参照ADL量表评价治疗前后日常生活活动能力,评分越高,日常生活与活动能力越强。

### 1.4 统计学处理

使用统计学软件SPSS17.0对两组数据处理分析,使用标准差( $\bar{x} \pm s$ )代表计量资料,用t检验;运用%代表计数资料,以 $\chi^2$ 验证,P<0.05表示具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床效果对比

实验组患者临床有效率为92.50%,与对照组临床有效率75.00%相比,差异明显具有统计学意义(P<0.05)。详见表1。

表1: 两组患者临床效果对比(例,%)

组别	例数	基本痊愈	显效	有效	无效	有效率
实验组	40	7 (17.50)	20 (50.00)	10 (25.00)	3 (7.50)	92.50
对照组	40	3 (7.50)	13 (32.50)	14 (35.00)	10 (25.00)	75.00

### 2.2 两组患者治疗前后ADL评分对比

较治疗前相比,治疗后两组ADL评分明显升高,且实验组患者日常生活能力评分明显高于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05)。详见表2。

表2: 两组患者治疗前后ADL评分对比( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
实验组	40	23.36±6.49	74.46±4.53
对照组	40	23.39±6.27	66.25±4.10

## 3 讨论

高血压性脑出血的发病是基于高血压和心脑血管疾病基础上发展而来,其发病生理机制是脑组织缺血缺氧、水肿、颅内高压等。祖国医学将高血压性脑出血纳入到“中风范畴”<sup>[4]</sup>,认为该病病因复杂多样,受到内外因兼夹致病,临床症状表现为突然昏倒、不省人事、牙关紧闭、舌苔黄腻等,治疗上遵循滋阴潜阳、平肝熄风的原则,镇肝熄风汤含有多味中药,白芍、玄参、天冬滋养阴液,柔肝熄风;怀牛膝补益肝肾,引血下行;龙骨、牡蛎、龟板、代赭石镇肝潜阳,降逆平冲;钩藤、菊花息风清热;川楝子、

(下转第4页)

表3: 革兰阳性菌对抗菌药物的耐药率(%)

抗菌药物 (部分)	金黄色葡萄球菌		凝固酶阴性 葡萄球菌	尿肠 球菌	粪肠 球菌
	MRSA	MSSA			
青霉素G	100.0	93.8	70.0	100.0	16.7
庆大霉素	15.4	12.5	20.3	66.7	66.7
利福平	38.5	16.7	15.3	100.0	20.0
左氧氟沙星	75.0	25.0	33.9	100.0	33.3
复方磺胺	7.7	8.3	20.0	-	-
红霉素	100.0	57.5	60.8	100.0	45.0
利奈唑胺	0.0	0.0	0.0	0.0	13.2
万古霉素	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
替考拉宁	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

## 2.4 不同细菌对抗菌药物的耐药性分析

从表2表3可以看出,不同细菌对不同的抗生素耐药性不同。肠杆菌科产ESBLs菌株对各种抗菌药耐药率明显比不产ESBLs的菌株高,对亚胺培南,美罗培南,阿米卡星耐药性较低,在5%以下。在非发酵菌属中,铜绿假单胞菌属对氯霉素耐药率最高,而对多粘菌素,阿米卡星,舒普深等耐药性在10%以下,鲍曼不动杆菌对多粘菌素、美罗培南、替加环素耐药率为20%以下,嗜麦芽芽孢单胞菌较窄,仅限头孢他啶、复方新诺明、左氧氟沙星,其他体外药敏试验,体内无效,选择用药范围较窄。革兰阳性菌中,尿肠球菌属和粪肠球菌属的药敏结果显示,两种细菌对万古霉素和替考拉宁的耐药率均为0,粪肠球菌对万古霉素、替加环素、氨苄西林、利奈唑胺、青霉素的耐药性在20%以下,尿肠球菌属除对万古霉素、替考拉宁、利奈唑胺耐药性为5%以下,对其他的抗菌药物的耐药率较高。金黄色葡萄球菌对利奈唑胺、万古霉素、替考拉宁耐药率均为0,MRSA对复方磺胺,庆大霉素耐药率

15%以下,对其他的抗菌药物的耐药率较高。

## 3 讨论

微生物包含的种类比较多样,比如真菌、细菌和病菌以及小型原生动物的,容易使人类出现感染性疾病<sup>[2]</sup>。抗生素滥用这一问题在我国早些年与很常见,使得一些菌株开始发生变异,最终的耐药性增强<sup>[3]</sup>。随着抗菌药物的大量使用,细菌的耐药性随着时间的推移,呈现递增的状态<sup>[4]</sup>。在本次研究2880例病原菌中,其中革兰阳性菌占14.3%,在革兰阴性菌占85.7%。革兰阴性菌对临床常用的大多数抗菌药物耐药率较高。这与医生在临床用药的习惯有关,一方面一开始就用很高级的抗菌药物,针对性不强,另一方面,在诊断不明确的情况下,凭经验盲目用药,导致一些不可避免的耐药性的发生。基于此种问题,需要全面细致开展临床微生物标本的检验,为后期更加准确的诊治提供基础。临床应根据细菌的药敏结果,针对不同的细菌使用不同的抗菌药物,做到合理,有效,经济的选用抗生素。

综上所述,认为微生物标本的检验以及对于细菌耐药性的相关分析是后期开展诊治的必要途径,对于医院感染率控制的提升也有重要的积极影响,值得在临床推广使用。

## 参考文献

- [1] 胡艳军. 关于临床微生物检验和细菌耐药性监测分析[J]. 中国农村卫生, 2016, (22):12-13.
- [2] 魏琼. 对临床微生物检验及细菌耐药性的监测分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2016, (12):1810-1812.
- [3] 邓丹. 临床微生物检验和细菌耐药性监测分析[J]. 中国民康医学, 2016, (06):78-79.
- [4] 杨宁莲张丽萍我院临床抗生素应用与细菌耐药性分析[J]. 中国现代应用药学杂志, 2008, 21(4):337-338.

(上接第1页)

麦芽清泄肝阳,柔达肝气之郁滞,诸药配伍合用可从诸多病因出发,针对经引起的风、火、痰、瘀综合作用病因入手治疗<sup>[5]</sup>。镇肝熄风汤最早记载于《医学衷中参西录》中,主要是治疗肝阳上亢,气血上逆之类中风的经典方剂,隶属于张锡纯所创的“引气血下行”之法。本次研究结果显示,实验组有效率明显高于对照组,基本痊愈人数明显多于对照组;从两组患者日常生活能力来看,两组在治疗后评分均提高,但是实验组患者评分更高,其中中药汤效果更佳。

综上所述,镇肝熄风汤治疗高血压性急性脑出血临床效果显著,稳定患者血压,积极改善患者临床症状,提高日常生活能力,值得在临床中推广应用。

(上接第2页)

底康复器综合治疗,结果显示观察组总有效率为96.67%,显著高于对照组的73.33%( $P < 0.05$ );两组治疗前Qmax、FDV、VV及盆底肌肌力比较无显著差异( $P > 0.05$ ),治疗后观察组前述指标均优于对照组( $P < 0.05$ )。传统电刺激能促进神经肌肉的兴奋,锻炼肌肉肌力,避免肌肉萎缩,还能促进神经细胞功能恢复。同时,还可刺激尿道外括约肌,促进其收缩,加大神经回路,提高控尿能力。生物反馈治疗可将盆底肌肉治疗探头置入阴道,在计算机控制系统中显示肌肉收缩信息,治疗者通过信号与图像指导患者实施盆底肌肉训练,促进其自主完成相关康复训练。当然,为了进一步提高预后,还应重点加强盆底肌肉的锻炼,即凯格尔运动,通过锻炼盆底肌肉,改善盆底功能,改善压力性尿失禁症状。本次研究采取阴道哑铃置入阴道,并根据锻炼恢复情况逐渐增加重量,循序渐进,最终促进了患者的康复。

## 8 结语

综上所述,中老年压力性尿失禁患者采取盆底康复综合疗法

## 参考文献

- [1] 胡伍毅. 镇肝熄风汤配合补阳还五汤治疗高血压脑出血临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2013, 22(8).
- [2] 罗应权. 化裁镇肝熄风汤治疗急性期高血压性脑出血的疗效观察[J]. 四川中医, 2011(2):88-89.
- [3] 樊素娟. 化裁镇肝熄风汤治疗高血压性脑出血临床观察[J]. 光明中医, 2016, 31(13):1895-1896.
- [4] 丘雄杰, 刘伯乐, 葛春强. 镇肝熄风汤联合常规药物治疗高血压性脑出血术后临床研究[J]. 新中医, 2017(07):44-46.
- [5] 张卫锋. 化裁镇肝熄风汤治疗高血压脑出血患者的效果观察[J]. 中国民康医学, 2018, v.30(07):89-90.

治疗,不仅可以提高疗效,而且可以改善尿动力学指标与盆底肌肌力,值得应用。

## 参考文献

- [1] 陈艳梅, 李红莲, 钟连苑. 三种不同盆底康复综合疗法对中老年妇女轻度压力性尿失禁的效果研究[J]. 中国医药科学, 2018, 8(7):196-200.
- [2] 王艳华. 全子宫切除手术对盆底功能的影响及盆底康复. 治疗现状[J]. 河北医药, 2016, 38(21):3330-3334, 3338.
- [3] 毕晓春. 生物反馈盆底肌肉锻炼与电刺激对女性压力性尿失禁患者生活质量的影响[J]. 中国民康医学, 2016, 28(10):46-48.
- [4] 吴龙英. 妊娠和不同分娩方式对产后压力性尿失禁的影响以及早期盆底康复锻炼的疗效观察[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2015.
- [5] 林蓓蓓, 祖月娥, 范幸, 等. 盆底肌锻炼联合电刺激及生物反馈治疗产后盆底肌力下降的疗效分析[J]. 中华生物医学工程杂志, 2015, 21(6):545-548.