

· 结合医学 ·

(文章编号) 1007-0893(2021)04-0036-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.016

## 血府逐瘀汤合五苓散对颅脑损伤的疗效

刘平文 刘德亮 李嘉荣 区学明 孔祥波

(广东省中西医结合医院, 广东 佛山 528200)

**〔摘要〕** **目的:** 观察血府逐瘀汤合五苓散对颅脑损伤的疗效。**方法:** 选取广东省中西医结合医院2018年1月至2019年10月期间收治的88例颅脑损伤患者,按照是否应用血府逐瘀汤合五苓散治疗将患者分为对照组(44例:应用常规西药治疗)与观察组(44例:对照组基础上应用血府逐瘀汤合五苓散治疗),比较两组患者治疗效果。**结果:** 治疗前两组患者的血清炎症因子水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗2个疗程后,两组患者的血清炎症因子水平均有不同程度降低,且观察组均低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗前两组患者的美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗2个疗程后,两组患者的NIHSS评分均有不同程度的降低,且观察组低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 颅脑损伤患者应用血府逐瘀汤合五苓散治疗有利于血清炎症因子的吸收,同时有利于神经功能的恢复与日常生活能力的提高。

**〔关键词〕** 颅脑损伤;血府逐瘀汤;五苓散

**〔中图分类号〕** R 651.1<sup>+</sup>5 **〔文献标识码〕** B

颅脑损伤患者脑部血液出现供应障碍,脑细胞膜发生去极化改变,脑部缺血中心区域坏死,伴随颅脑损伤,超敏C反应蛋白(hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)、肿瘤坏死因子(tumor necrosis factor, TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)等血清炎症因子大量合成释放,若未及时行有效治疗可危及患者生命<sup>[1]</sup>。颅脑损伤包括药物治疗以及手术治疗,其中脱水剂、抗癫痫药物、降压药物、营养神经药物均为常用西药,中医认为颅脑损伤患者颅内瘀血内生,应以活血化瘀为主<sup>[2]</sup>。本研究为论证血府逐瘀汤合五苓散对颅脑损伤患者治疗效果,比较88例应用常规西药治疗以及常规西药联合应用血府逐瘀汤合五苓散治疗颅脑损伤患者治疗效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取本院2018年1月至2019年10月期间收治的88例颅脑损伤患者,按照是否应用血府逐瘀汤合五苓散治疗将患者分为对照组(44例)与观察组(44例)。观察组患者中男22例、女22例,年龄43~76岁、平均年龄(63.52 $\pm$ 1.42)岁,发病至入院治疗病程0.32~10.32 h,平均病程(4.42 $\pm$ 0.42)h。病因:车祸伤、打击伤、坠落伤或其他伤例数分别为18例、10例、12例、4例。对照组患者中男23例、女21例,年龄41~77岁、平均年龄(63.51 $\pm$ 1.41)岁,发病至入院治疗病程0.32~10.35 h,平均病程(4.41 $\pm$ 0.44)h。病因:车

祸伤、打击伤、坠落伤或其他伤例数分别为17例、11例、12例、4例。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

#### 1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 (1)参考《诊断学》<sup>[3]</sup>中颅脑损伤临床诊断标准,患者均颅脑损伤发生后12 h内送入医院接受治疗,患者经颅CT检查确诊。(2)本研究均征得患者家属同意。

1.2.2 排除标准 (1)伴胸腹部或其他部位损伤者。(2)合并颅内严重感染、不可逆性脑干损伤或脑死亡者。

#### 1.3 方法

1.3.1 对照组 入院后给予持续低流量吸氧,甘露醇(湖北天药药业股份有限公司,国药准字H12020569)、苯巴比妥钠(天津金耀药业有限公司,国药准字H12020381)、硝普钠(武汉人福药业有限责任公司,国药准字H20065354)、奥拉西坦(朗天药业(湖北)有限公司,国药准字H20174066)等常规西药治疗,甘露醇给药剂量为1~2 g $\cdot$ kg<sup>-1</sup>,25%甘露醇30~60 min内静脉滴注给药。苯巴比妥钠每次静脉输注0.1~0.2 g,每日给药1~2次。奥拉西坦4 g与100 mL 0.9%氯化钠注射液混合后静脉滴注给药,每日给药1次。持续给药1周为1个疗程。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予血府逐瘀汤合五苓散治疗,基本药物组成如下:桃仁12 g,红花9 g,当归9 g,生地黄9 g,牛膝9 g,川芎4.5 g,桔梗4.5 g,赤芍6 g,枳

**〔收稿日期〕** 2021-01-10

**〔基金项目〕** 佛山市科技创新项目医学类科技攻关项目资助课题(2017AB000532)

**〔作者简介〕** 刘平文,男,主治医师,主要研究方向是中西医结合外科。

壳 6g, 甘草 6g, 柴胡 3g, 猪苓 12g, 泽泻 20g, 白术 12g, 茯苓 12g, 桂枝 8g, 1 剂·d<sup>-1</sup>, 水煮取汁 300 mL·剂<sup>-1</sup>, 150 mL·次<sup>-1</sup>, 分早晚 2 次温服。持续给药 1 周为 1 个疗程。

1.4 观察指标

(1) 两组患者入院时、治疗用药 2 个疗程清晨空腹抽取患者 5 mL 静脉血应用酶联免疫吸附法检测 hs-CRP、TNF-α、IL-6 等血清炎症因子。(2) 借助美国国立卫生研究院卒中量表 (national institute of health stroke scale, NIHSS) 评分判断两组患者入院时、治疗 2 个疗程后神经功能缺损程度, 该量表评分范围在 0~42 分, 评分越高预示神经功能损伤越重。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗前两组患者的血清炎症因子水平, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗 2 个疗程后, 两组患者的血清炎症因子水平均有不同程度降低, 且观察组均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 (n = 44,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	hs-CRP /mg·L <sup>-1</sup>	TNF-α /ng·L <sup>-1</sup>	IL-6 /pg·mL <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	24.29±2.22	152.87±21.11	154.19±12.74
	治疗 2 个疗程后	15.42±2.43 <sup>a</sup>	138.85±21.14 <sup>a</sup>	104.54±8.48 <sup>a</sup>
观察组	治疗前	24.26±2.25	158.85±21.15	154.17±12.72
	治疗 2 个疗程后	8.23±2.43 <sup>ab</sup>	108.42±21.11 <sup>ab</sup>	85.24±8.45 <sup>ab</sup>

与同组治疗前比较, <sup>a</sup>*P* < 0.05; 与对照组治疗 2 个疗程后比较, <sup>b</sup>*P* < 0.05

注: hs-CRP—超敏 C 反应蛋白; TNF-α—肿瘤坏死因子; IL-6—白细胞介素-6

2.2 两组患者治疗前后 NIHSS 评分比较

治疗前两组患者的 NIHSS 评分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗 2 个疗程后, 两组患者的 NIHSS 评分均有不同程度的降低, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 NIHSS 评分比较 (n = 44,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	治疗前	2 个疗程后
对照组	28.55 ± 2.13	22.33 ± 1.28 <sup>c</sup>
观察组	28.52 ± 2.11	11.53 ± 1.24 <sup>cd</sup>

与同组治疗前比较, <sup>c</sup>*P* < 0.05; 与对照组治疗 2 个疗程后比较, <sup>d</sup>*P* < 0.05

注: NIHSS—美国国立卫生研究院卒中量表

3 讨论

颅脑损伤常出现创伤性脑水肿, 轻者引起颅内压增高,

致患者出现头痛, 恶心呕吐, 严重者可能出现昏迷、双侧瞳孔散大甚至出现呼吸、心跳停止死亡, 必要时需手术抢救治疗。目前对脑水肿的治疗主要通过使用甘露醇脱水减轻脑水肿降低颅内压、呋塞米利尿、激素冲击疗法以及亚低温等治疗。临床治疗使用甘露醇特别是大剂量使用甘露醇脱水可加重患者肾脏负担, 损伤患者肾功能; 激素冲击疗法可导致患者出现免疫能力下降, 并发严重的机会性感染, 消化道应激性溃疡等并发症; 亚低温治疗可能会导致患者出现严重的肺部感染, 增加患者住院时间, 加重患者医疗费用负担<sup>[4]</sup>。

中医认为颅脑损伤发生后, 离经之血蓄积颅内, 瘀血内停、经络阻滞、进而影响津液输布。血府逐瘀汤方中桃仁与红花共为君药有活血化瘀的作用, 赤芍与川芎可助君药祛瘀通络, 牛膝可活血通络, 与赤芍、川芎共为臣药<sup>[5]</sup>。生地、当归均有养血滋阴的作用, 桔梗可宣肺平喘, 枳壳可宽胸行气, 柴胡可疏肝解郁, 枳壳、柴胡与桔梗共用可理气行滞, 气行则血行, 甘草调和药性, 从而使全方诸药共奏化瘀行气的作用。现代药理研究显示, 川芎、当归、桃仁、红花均可扩张脑部微动脉, 改善脑部微循环, 赤芍可减少氧自由基的生成, 促进 hs-CRP、TNF-α、IL-6 等血清炎症因子的吸收<sup>[6]</sup>。五苓散中茯苓、泽泻、猪苓均有化湿利水的作用, 白术可益气健脾以淡利水湿, 桂枝性温, 诸药合用共奏温阳化气、利水渗湿的作用。颅脑损伤患者脑部微循环功能障碍的发生可诱发脑水肿, 血府逐瘀汤合并五苓散治疗, 在活血化瘀的同时可温阳利湿促进脑水肿消退<sup>[7]</sup>。

本研究中观察组患者治疗 2 个疗程后 hs-CRP、TNF-α、IL-6 等血清炎症因子以及 NIHSS 评分均低于对照组 (*P* < 0.05)。综上所述, 颅脑损伤患者血府逐瘀汤合五苓散治疗有利于血清炎症因子的吸收, 同时有利于神经功能的恢复与日常生活能力的提高。

[参考文献]

- (1) 何辰军. 血府逐瘀汤联合阿托伐他汀治疗慢性硬膜下血肿的临床效果观察 (J). 浙江创伤外科, 2020, 25(6): 1143-1144.
- (2) 刘帅. 黄芪加血府逐瘀汤治疗气虚血瘀型急性脑梗死的临床观察 (J). 中国冶金工业医学杂志, 2020, 37(6): 696-670.
- (3) 万学红, 卢雪峰. 诊断学 (M). 8 版, 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- (4) 方金, 张新文, 张洁. 加味五苓散对脑外伤中度脑水肿患者血清炎症因子水平的影响 (J). 中国现代医生, 2019, 57(31): 111-115.
- (5) 弓铭, 张伟. 血府逐瘀汤合五苓散治疗不寐个案报道 (J). 世界睡眠医学杂志, 2019, 6(2): 173-174.
- (6) 周小毛, 任醒华, 张家明, 等. 五苓散治疗脑水肿疗效及安全性的 Meta 分析 (J). 中国中医急症, 2019, 28(2): 248-252.
- (7) 钟志明. 血府逐瘀汤合五苓散治疗缺血性心肌病临床观察 (J). 中国中医急症, 2012, 21(1): 108-110.