

The Effect of 36 Cases of Acute Stroke in Central Heating Treated with Ling Jiao Gou Teng Decoction

Yanchao Wang

Department of Neurology, Yichuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Luoyang Henan
Email: wangbqi@126.com

Received: May 4th, 2017; accepted: May 22nd, 2017; published: May 25th, 2017

Abstract

Objective: To observe the clinical efficacy in 36 cases of patients with central heating treated with Ling Jiao Gou Teng Decoction. **Method:** 60 cases of acute cerebral stroke complicated with central fever patients in ICU of our hospital during on April 2014 to October 2016, were randomly divided into 24 cases of routine group (control group) and 36 cases of treatment group. All the two group patients were treated with intensive caring, ice physical cooling, bromocriptine nasal feeding 3 times a day quietly and intravenous infusion of Xingnaojing to control blood pressure and prevent complications at the same time. While in the conventional treatment, the treatment group was also treated 7 days as a course of treatment with nasal feeding with Ling Jiao Gou Teng Decoction. The two groups were observed the results of temperature control in the treatment of 3, 5, 7 days, the state of consciousness improvement on the 3, 7 days, the incidence of complications 7 days later. And the improvement of prognosis was also observed all time. **Result:** The treatment group treated with Ling Jiao Gou Teng Decoction can not only shorten the time of the temperature control effectively, but also improve the patient's state of consciousness and prognosis, and polish up complications reduction compared with the control group. **Conclusion:** Ling Jiao Gou Teng Decoction is of much clinical value because of reducing the time of the patient's body temperature control, improving the state of consciousness and prognosis and reducing the complications of stroke in central heating.

Keywords

Ling Jiao Gou Teng Decoction, Acute Stroke, Central Heat

羚角钩藤汤加减治疗急性脑卒中中枢热36例

王延超

河南省伊川县中医院神经内科, 河南 洛阳

Email: wangbqi@126.com

收稿日期: 2017年5月5日; 录用日期: 2017年5月22日; 发布日期: 2017年5月25日

摘要

目的: 观察羚角钩藤汤加减治疗36例中枢热患者的临床疗效。**方法:** 将我院重症监护病房2014年4月~2016年10月间收住的60例急性脑卒中并发中枢热患者, 随机分为常规组(对照组) 24例和治疗组36例, 所有两组病人均在重症监护下治疗, 运用冰帽物理降温, 溴隐亭日3次鼻饲, 醒脑静静滴, 控制血压, 预防并发症。治疗组在常规治疗的同时给予羚角钩藤汤鼻饲, 治疗7天为一疗程。分别观察两组在治疗3, 5, 7天的体温控制情况, 3, 7天意识状态改善情况, 及7天后并发症发生的多少, 病情预后改善情况。**结果:** 羚角钩藤汤治疗组不仅能有效缩短体温控制的时间, 并且对改善患者意识的状态, 改善患者的预后, 减少并发症等方面均优于对照组。**结论:** 羚角钩藤汤治疗中枢热可明显的缩短控制患者体温的时间, 改善意识状态, 减少并发症, 改善预后, 值得推广。

关键词

羚角钩藤汤, 急性脑卒中, 中枢热

Copyright © 2017 by author and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

中枢热是由于颅脑损伤下丘脑体温调节中枢, 导致体温调节点上移所引起的非感染性发热, 其病因多为出血性灶或脑水肿压迫损伤, 或血液、坏死物质及其产生的病例产物刺激体温调节中枢, 患者出现中枢热时病情危重, 预后多不良, 并发症多, 单纯西药疗效差, 病死率高, 笔者通过配合羚角钩藤汤中药治疗, 可明显的控制患者的体温症状, 改善意识状态及预后, 临床可操作性强, 值得推广。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

60例中枢热病人, 均选自我院自2014年4月~2016年10月重症监护收住的住院患者, 经头颅CT确诊其原发病为脑血管病, 经胸部CT排除肺部感染, 实验室检查排除泌尿系感染, 排除糖尿病, 诊断为中枢性发热的病人, 将其随机分为二组; 治疗组36人, 最大年龄83岁, 最小36岁, 平均年龄60岁, 其中女16人, 脑出血破入脑室9例, 昏迷5例, 意识模糊3例, 清醒1例, 脑室出血4例, 均昏迷, 脑干梗塞1例昏迷, 大面积脑梗塞2例, 均昏迷。发病3小时发热的有6人, 24小时内发热的有10人, 其中脑室出血均在6小时内出现中枢热, 脑干梗塞病人在6小时内发热, 脑出血破入脑室有1例在6小时内发热, 大面积脑梗塞及其他脑出血破入脑室病人均在24小时内出现中枢热, 均有不同程度的呕吐情况, 有3例有消化道出血。男20人, 脑出血破入脑室11例, 昏迷7例, 意识模糊2例, 清醒2例, 脑室出血5例, 均昏迷, 脑干梗塞2例昏迷, 大面积脑梗塞2例, 均昏迷。发病3小时发热的有9人, 24小时内发热的有12人, 其中脑室出血均在6小时内出现中枢热, 脑干梗塞病人在6小时内发热, 脑出血破入脑室有2例在6小时内发热, 大面

积脑梗塞及其他脑出血破入脑室病人均在 24 小时内出现中枢热，均有不同程度的呕吐情况，有 5 例有消化道出血量，出血量小。对照组 24 人，最大年龄 78 岁，最小 44 岁，平均年龄 61 岁，其中女 9 人，脑出血破入脑室 6 例，昏迷 4 例，意识模糊 1 例，清醒 1 例，脑室出血 1 例，昏迷，脑干梗塞 1 例昏迷，大面积脑梗塞 1 例，均昏迷。发病 3 小时发热的有 3 人，24 小时内发热的有 6 人，其中脑室出血均在 6 小时内出现中枢热，脑干梗塞病人在 6 小时内发热，脑出血破入脑室有 1 例在 6 小时内发热，大面积脑梗塞及其他脑出血破入脑室病人均在 24 小时内出现中枢热，均有不同程度的呕吐情况，有 2 例有消化道出血。男 15 人，脑出血破入脑室 9 例，昏迷 7 例，意识模糊 1 例，清醒 1 例，脑室出血 4 例，均昏迷，脑干梗塞 1 例昏迷，大面积脑梗塞 1 例，均昏迷。发病 3 小时发热的有 5 人，24 小时内发热的有 10 人，其中脑室出血均在 6 小时内出现中枢热，脑干梗塞病人在 6 小时内发热，脑出血破入脑室有 1 例在 6 小时内发热，大面积脑梗塞及其他脑出血破入脑室病人均在 24 小时内出现中枢热，均有不同程度的呕吐情况，有 3 例有消化道出血量，出血量小。两组在性别，年龄，原发病，病情危重程度，并发症情况等方面无显著差别，具有可比性。

2.2. 中西医诊断标准

2.2.1. 中医诊断标准

参照《中医内科学》[1]中风病，痰火瘀闭的诊断标准突然昏迷不省人事，面赤身热，气粗口臭，苔黄腻，脉弦滑数。

2.2.2. 西医诊断标准

通过影像学确诊原发病为急性脑血管病，24 小时内出现高热，排除并发肺部感染，泌尿系感染，消化道感染情况，符合中枢性高热的临床症状，①突然高热，不伴有寒颤，体温陡然升高，达 40°以上，持续数小时到数天直至死亡，或体温突然下降，②体温分布具有向心性的特点，躯体温度最高，肢体温度次之，且双侧体温可以不对称，温度相差超过 0.5°以上。③无颜面潮红及躯体潮红等情况，可以表现为皮肤干燥，发汗减少，四肢发凉等情况。④无脉搏和呼吸增快等情况，体温容易随外界变化而波动，并且解热药无效等特点。

2.3. 入选标准

①符合急性脑血管病并发中枢热的诊断标准。②没有脑疝形成，有治疗价值。③患者家属积极配合治疗切有一定经济能力。④辩证分型符合中医诊断标准。

2.4. 排除标准

①有糖尿病，慢性支气管炎病史容易并发肺部感染，泌尿系感染或已经感染的患者。②入院时有误吸情况，容易形成坠积性肺炎或已经发生的患者。③患者家属不配合治疗，或有医疗安全隐患，④病情特别严重，入院时或不到 24 小时患者瞳孔散大，呼吸衰竭，脑死亡。

2.5. 药物及方法

2.5.1. 原发病的治疗

所用两组病人均在重症监护下治疗，严密观察生命六联征(心率，血压，呼吸，脉搏，瞳孔变化，意识状态)的变化，冰帽的早期运用，保持颅内温度在 32°~35°左右，保持呼吸道通畅，留置尿管，血压控制在 130~160 mmHg/70~95 mmHg 左右，运用冰帽物理降温，溴隐亭(意大利诺华制药公司，规格 2.5 mg/片)日 3 次鼻饲，醒脑静注射液(河南天地药业股份有限公司。规格 10 ml/支) 20 ml 加入生理盐水 250 ml 中静滴，日 1 次，控制颅脑压，预防并发症，翻身拍背预防褥疮及坠积性肺炎，按摩下肢，预防静脉血栓形成，

胃粘膜保护剂运用预防消化道出血，维持水电解质平衡，营养支持治疗。基础疾病为脑出血破入脑室，及脑室出血者均给予脑室引流手术，常规甘露醇脱水降颅压，脑室出血的患者还要运用止血药物运用，预防脑室再次出血，大面积脑梗塞及脑干梗塞的给予脱水，氯吡格雷(赛诺菲制药有限公司，规格 75 mg/片) 75 mg，阿司匹林(神威药业集团有限公司，规格 25 mg/片) 100 mg，阿托伐他汀(北京嘉琳药业有限公司，规格 10 mg/片) 20 mg 每晚鼻饲，活血化瘀，营养神经及对症处理，所有患者均给予留置鼻饲管。

2.5.2. 治疗组的药物治疗

在原有方案的基础上给予羚羊角钩藤汤加减，方药组成：羚羊角粉 4 g (冲服)，钩藤 9 g，赤芍 15 g，贝母 10 g，生地黄 30 g 甘草 6 g，日一剂，加水 500 ml 煎半小时，200 ml 早晚各一次鼻饲灌服。

2.6. 疗效判断

2.6.1. 体温控制情况

显效：体温正常，停用冰帽后体温不升高，有效：体温明显下降，停用冰帽后体温复升，无效：体温不下降。

2.6.2. 昏迷改善情况

显效：昏迷程度明显减轻或清醒(格拉斯评分上升大于 5 分；有效：昏迷程度减轻(格拉斯评分上升大于 3 分；无效：昏迷程度无变化或死亡(格拉斯评分上升小于 2 分)。

2.6.3. 并发症发生情况

显效：没有出现并发症发生；有效，有轻微并发症；无效，出现严重并发症。

2.7. 统计学处理

数据采用 SPSS16.0 统计软件进行分析。计量资料采用 t 检验，计数资料 x² 检验，P < 0.05 为差异，有统计学意义。

3. 结果

羚羊角钩藤汤治疗组不仅能缩短体温控制的时间，并能对改善患者意识状态，改善患者的预后，减少并发症。见表 1~表 6。

Table 1. The results of temperature control 3 days later
表 1. 3 天内体温控制情况

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	36	21(58.3)	10(27.8)	5(13.9)	86.1%
对照组	24	11(45.8)	6(25.0)	7(29.2)	70.8%

治疗组的有效率 86.1%明显高于对照组的 70.8%，具有可比性(P < 0.05)。

Table 2. The results of temperature control 5 days later
表 2. 5 天后内体温控制情况

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	36	30(83.3)	5(13.9)	1(2.8)	97.2%
对照组	24	14(58.3)	8(33.3)	2(8.3)	91.7%

治疗组的有效率 97.2%明显高于对照组的 91.7%，具有可比性(P < 0.05)。

Table 3. The results of temperature control 7 days later**表 3.** 7 天后体温控制情况

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	36	33(91.6)	2(5.6)	1(2.8)	97.2%
对照组	24	19(79.2)	3(12.5)	2(8.3)	91.7%

治疗组的有效率 97.2% 明显高于对照组的 91.7%，具有可比性($P < 0.05$)。在 5 天后有效率没有随治疗时间而发生变化，但显效病例明显增多。

Table 4. The Glass score on the third day**表 4.** 3 天格拉斯评分(GCS)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	36	12(33.3)	21(58.3)	3(8.3)	91.7%
对照组	24	6(25.0)	15(62.5)	3(12.5)	87.5%

治疗组的有效率 91.7% 明显高于对照组的 87.5%，具有可比性($P < 0.05$)。

Table 5. The Glass score on the third day**表 5.** 3 天格拉斯评分(GCS)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	36	30(83.3)	5(13.9)	1(2.8)	98.2%
对照组	24	17(70.8)	5(20.8)	2(8.3)	91.6%

治疗组的有效率 98.2% 明显高于对照组的 91.6%，具有可比性($P < 0.05$)。意识状态在 3~7 天是恢复的比较快的黄金时间段。

Table 6. The incidence of complications 7 days later**表 6.** 7 天后并发症的发生情况

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	36	14(38.9)	18(50.0)	4(11.1)	88.9%
对照组	24	6(25.0)	11(45.8)	7(29.2)	70.8%

治疗组的有效率 88.9% 明显高于对照组的 70.8%，具有可比性($P < 0.05$)。

4. 讨论

急性脑卒中后中枢性高热是脑血管病危重的临床表现，其发生原因为下丘脑体温调节中枢损伤所引起，多由于脑出血破入脑室，脑室出血，蛛网膜下腔出血，脑干出血，脑干梗塞，大面积脑梗塞等疾病发生后，或血肿本身或周围水肿直接压迫体温调节中枢，或血小板破裂后释放的 5-羟色胺及其他小分子物质刺激下丘脑体温调整中枢所致[2]。临床表现为突然高热，不伴有寒颤，体温陡然升高，可达 40° 以上，持续数小时到数天直至死亡，或体温突然下降，其体温分布具有向心性的特点，躯体温度最高，肢体温度次之，且双侧体温可以不对称，温度相差超过 0.5° 以上。无颜面潮红及躯体潮红等情况，可以表现为皮肤干燥，发汗减少，四肢发凉等情况。无脉搏和呼吸增快等情况。体温容易随外界变化而波动，并且解热药无效等特点。有研究表明当体温上升达 40.5° 以上时脑细胞容易产生热损害，增加脑细胞耗氧量，加快脑细胞代谢，增加代谢毒素的产生，加快脑细胞水肿带细胞缺氧的发生速度，损伤血脑屏障，并且对长期预后造成不良影响。因此有效控制体温，特别是颅内温度，对病情预后是很有必要性的。现在比较普遍的做法是采用物理降温合并溴隐亭多巴胺受体激动剂治疗。运用亚低温疗法对脑细胞进行保护，

通过亚低温促使脑细胞处于半睡眠状态，减少脑细胞的氧耗及能量的损失，保护神经元细胞的功能，并能保护血脑屏障。亚低温治疗的效果与发病时间到采取亚低温保护的时机成正相关，即亚低温对脑细胞的保护有时间依赖性，越早越好。而血脑屏障是保护脑组织细胞避免直接受外界有毒物质损伤的重要结构，其功能与结构的完整对颅内代谢的稳定有决定性作用[3] [4]。亚低温还能通过降低患者颅内压(IGP)，及血糖，乳糖，脑脊液中兴奋性氨基酸的浓度，改善预后[5]。中枢性高热与颅脑组织内多巴胺受体功能失调有关，而溴隐亭是多巴胺受体激动剂，能通过血脑屏障，作用于中枢多巴胺受体的突出后膜上，增强对多巴胺的敏感性，提高多巴胺的活性，并且有直接的多巴胺受体激动作用，而达到改善神经功能的目的[6]。而溴隐亭联合冰毯，冰帽等物理疗法治疗中枢性高热的有效率高达85%以上[7]。醒脑静注射液作为中药制剂，已经被大家接受，特别是其有确切的疗效，被广泛运用于昏迷病人，临床已有大量的报道。醒脑静注射液是安宫牛黄丸的水溶性针剂，是由麝香，栀子，郁金，冰片等组成。均有开窍的功能，其中麝香能通九窍醒神，冰片，散热泻火，辛香走窜，共为引经药，带领诸药物上达清窍，作用与脑神，郁金清热泻火解毒，化痰开窍，通络，栀子清热凉血解毒，现代药理也证实了他们组成的醒脑静注射液能快速通过血脑屏障，直接作用与脑神经细胞，其机理为，a 对中枢神经有双相调节作用，b 影响神经细胞的调亡，c 清除氧自由基，抗氧化作用，d 抑制病理性细胞因子与细胞粘液因子的表达，像肿瘤坏死因子(TNF)，白细胞介素-1，白细胞介素-6 等治病因子的脑内表达[8] [9] [10] [11]，因此脑静注射液可以有效降低急性脑血管病并发中枢性发热，有效率可以达到90%左右，并且有助于意识状态的恢复及预防院内感染[12] [13]，本次结果与其报道结果基本相符，从本次入选的资料来看，符合脑血管病男比女发病率高特点，其中男性比女性高的原因可能与男性生活节奏快，压力大，应酬多，性格外向，粗心大意，平时对身体不在意等等因素有关。脑出血破入脑室的发生率要明显高于脑室出血，可能与我国高血压病人多，血压控制不理想有关，并且脑室出血出现中枢性高热的病人多是出血量大，预后没有脑出血破入脑室的预后好。脑干梗塞的发生率其实不低，但是出现中枢性高热的几率就比较底。体温的控制及意识的恢复的快慢与长期预后呈线性相关，体温控制的越快，意识恢复的越早，长期预后就越好，并发症也越少，特别是前5天是治疗的关键，7天后意识不恢复，其以后恢复的可能性就很小，死亡率明显增高，并发症的发生也越多。

我国对中枢性发热的临床表现早有记载，其中以清·王清任的描述最为详细，贴切，《医林改错·血府逐瘀汤所治之症目》云：“身外凉，心里热，故名灯笼病，内有瘀血”，其与中枢性高热的身躯温度最高，肢体温度次之相似，而《医林改错，气血合脉说》“后半日发热，前半夜更甚，后半夜轻，前半日不烧，此是血府血瘀，血瘀之重者不分四段”，说明脑卒中重症的发热可以没有时间性，持续存在。而现代的中风病，痰火瘀闭证与急性脑血管病并发的中枢性高热相似，是由于肝肾阴虚，肝阳上亢，肝风内动，挟痰携火上扰清窍，神识被蒙所致，主方多采用羚角钩藤汤加减治疗，药用羚羊角、钩藤、赤芍、贝母、生地黄、茯苓、甘草等。羚羊角为主要药物，其性寒，入肝经，心经，有平肝熄风，清热解毒的作用，能治疗温热病壮热神昏，热毒发斑之证。临床上大量运用于高热惊厥的治疗，并且疗效确切。古代《本草纲目》曾云：“相火寄于肝胆，在气为怒，病则烦满气逆，噎塞不通，寒热及伤寒伏热，而羚羊角能降之”，现代多项研究证明羚羊角水溶性蛋白质有解热，镇惊，镇痛的作用[14]。钩藤，性凉，入肝经，心包经，有清热平肝，熄风止痉的作用，其有效成分为钩藤碱，是吲哚类衍生物，有镇静，降压作用，对精神方面有特异作用。贝母，苦，甘，微寒，入心经，肺经，清热化痰，润肺止咳，其主要成分贝母碱有明显的化痰，镇咳作用，并能抑制胃酸分泌，治疗胃溃疡；而贝母的另一成分贝母素丙能使血压下降。生地为清热凉血药的代表，甘，苦，寒，有清热凉血，养阴生津之功效，现代研究，其有增强心脏的收缩力的作用，并能降血，调整血糖，有明显的镇静作用。赤芍，苦寒，清热凉血，活血化瘀，入肝经，善走血分，能清肝火，泄血分郁热而有凉血，止血之功能，芍药苷有降温及镇痛作用，

有镇静抗惊厥作用，能改善患者的血液流变性，使中、低切速下全血黏度降低，细胞电泳时间延长，血小板聚集性降低，能提高血浆纤维联结蛋白的水平，增强网状内皮系统的吞噬功能和加强调理素活性，保护肝细胞，防止肝脏免疫损伤和促进干细胞在生，促进体内代谢毒物的排出，能降低肝线粒体膜脂质流动性增加肝线粒体还原型谷胱的含量而保护肝脏功能，甘草调和诸药，诸药合用，有解热镇惊，清热化痰，保胃的作用，故运用于急性脑卒中并发的中枢性高热，能调整体温，化痰合胃，预防肺部感染，消化道出现等并发症。因此能起到良好的效果，值得推广。

参考文献 (References)

- [1] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 304-315.
- [2] 王维治. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 145-151.
- [3] 孔伟, 吴硕琳, 毛淑静, 等. 亚低温对大鼠脑缺血再灌注后出血转化及超微结构的影响[J]. 中国卒中杂志, 2012, 7(2): 103-108.
- [4] 张建波, 陈志, 张渊, 等. 大鼠脑室出血后急性期脑损伤病理特点的初步探讨[J]. 中华神经医学杂志, 2013, 12(7): 65-669.
- [5] 周路球, 马真, 纠智松, 等. 轻度低温联合依达拉奉治疗提高重型颅脑损伤疗效[J]. 中华神经医学杂志, 2013, 12(8): 815-817.
- [6] 杜芳, 李锐, 李俊枝, 等. 多巴胺受体激动剂的神经保护作用[J]. 中国新药与临床杂志, 2005, 24(2): 151-154.
- [7] 王晶余, 徐中信, 康志臣. 溴隐亭治疗中枢性高热临床观察[J]. 吉林医学, 2004, 25(12): 30-31.
- [8] 庄伟端, 欧利民, 郑俊忠, 等. 醒脑静注射液对急性脑梗死意识障碍患者的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(6): 34-36.
- [9] 李保平, 马金叶. 醒脑静注射液治疗脑出血疗效观察[J]. 河南大学学报: 医学版, 2006, 25(1): 136-137.
- [10] 陈坚, 张素平, 徐伟华, 等. 醒脑静注射液对急性脑出血患者细胞因子水平影响的研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11(4): 224-261.
- [11] 闫秀林, 催志刚, 王钊鹏. 醒脑静注射液治疗脑出血并发发热临床疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(35): 4516-4517.
- [12] 宋建英, 沈晓明, 马云枝. 醒脑静注射液治疗急性脑血管病并发中枢性高热临床研究[J]. 中医学报, 2011, 26(7): 841-842.
- [13] 林峰. 醒脑静注射液对急性脑卒中昏迷伴中枢性高热的疗效[J]. 中医学报, 2014(B12): 362-363.
- [14] 杨广民, 彭新君, 田育望, 等. 羚羊角水溶性蛋白质成份的解热、镇惊和镇痛作用研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2002, 9(4): 31-32.

期刊投稿者将享受如下服务:

1. 投稿前咨询服务 (QQ、微信、邮箱皆可)
2. 为您匹配最合适的期刊
3. 24 小时以内解答您的所有疑问
4. 友好的在线投稿界面
5. 专业的同行评审
6. 知网检索
7. 全网络覆盖式推广您的研究

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱: tcm@hanspub.org