

白虎汤加味治疗脑出血 急性期中枢性高热 45 例

王凌立 王振国 宋虎杰*
(西安中医脑病医院,陕西 西安 710032)

摘要:目的 探究白虎汤加味治疗脑出血急性期合并中枢性高热的临床疗效。方法 选择 2014 年 8 月~2016 年 8 月我院收治的 90 例脑出血急性期合并中枢性高热患者,随机分为两组,治疗组在常规西医治疗基础上加用白虎汤加味治疗,对照组仅给予常规西医治疗,对比两组疗效。结果 治疗后治疗组总有效率为 91.1% 显著高于对照组 75.6%,治疗组死亡率为 4.4% 显著低于对照组 13.3% ($P<0.05$);两组治疗后 7d、14d 体温及头痛、意识障碍、肢体活动障碍、语言障碍症状积分均显著低于治疗前 ($P<0.05$),且治疗组治疗后 14d 头痛、意识障碍、肢体活动障碍、语言障碍症状积分均显著低于对照组 ($P<0.05$);两组治疗 28 天后 glasgow 评分、NIHSS 评分均显著优于治疗前 ($P<0.05$),且治疗组 NIHSS 评分显著低于对照组 ($P<0.05$)。结论 白虎汤加味治疗脑出血急性期合并中枢性高热,能够有效改善患者症状、体征,改善脑功能,促进意识及肢体功能康复,效果显著,值得临床推广采用。

关键词:白虎汤;脑出血急性期;中枢性高热

中图分类号:R255.1 文献标识码:B 文章编号:1672-0571(2018)03-0020-03

DOI:10.13424/j.cnki.mtcm.2018.03.008

中枢性高热是脑出血急性期常见的危重症之一,由脑出血导致脑水肿、高颅压、血肿或中线结构异常损伤丘脑下部体温调节中枢所导致,患者临床症状主要以高热为主,严重加大了脑损伤,影响脑功能的恢复,增加患者死亡率^[1-2]。临床常规西医治疗,包括药物解热、物理降温等。但采用西药治疗可导致多种不良反应,影响预后;物理降温未能从根本上控制体温,进而延误病情治疗。随着中医药临床应用的深入研究,发现采用白虎汤加味治疗能够有效控制脑出血急性期合并中枢性高热的临床症状,且可有效改善患者脑功能,促进意识及肢体功康复,效果显著。本研究中 45 例脑出血急性期并发中枢性高热患者采用白虎汤加味治疗,效果良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 8 月~2016 年 8 月我院收治的 90 例脑出血急性期合并中枢性高热患

者入选本研究,男 49 例,女 51 例,年龄为 32~78 岁,平均年龄为 (59.4 ± 7.3) 岁。治疗组 45 例,2 例合并嗜睡,10 例合并昏睡,3 例合并昏迷;对照组 45 例,其中 4 例合并嗜睡,9 例合并昏睡,4 例合并昏迷。随机将全部患者分为治疗组与对照组,各 45 例,两组在性别、年龄、体温。比较差异无显著性 ($P>0.05$),治疗组伴意识障碍者为 15 人,对照组 17 人,见表 1。

表 1 两组一般资料对比

组别	n	男/女	平均年龄	平均体温	嗜睡	昏睡	昏迷
治疗组	45	25/20	59.3 ± 7.4	39.6 ± 2.1	2	10	3
对照组	45	24/21	59.7 ± 8.0	39.5 ± 1.9	4	9	4

1.2 纳入标准 符合《中国脑血管病防治指南》中脑出血急性期诊断标准并经头部 CT 确诊^[3-4];全部患者均表现为持续高热,体温为 39~41℃。

1.3 排除标准 排除泌尿系统、肺部感染及其他非中枢性因素致高热患者。

* 通讯作者:宋虎杰(1968-),男,主任医师,研究方向:脑病中医康复。E-mail:13909231298@163.com