

# 自发性脑出血术后并发多器官功能障碍综合征临床回顾分析

薛道金<sup>1</sup>, 黄涛<sup>1</sup>, 沈有碧<sup>1</sup>, 韩富<sup>1</sup>, 李创南<sup>2</sup>, 彭子壮<sup>2</sup>

1. 广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120; 2. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510405

**[摘要]** 目的: 分析自发性脑出血 (ICH) 术后并发多器官功能障碍综合征 (MODS) 的危险因素, 以及 ICH 术后的中医证型和所用方药的分布情况。方法: 收集 54 例 ICH 术后患者的病历资料, 根据术后有无发生 MODS 分为 MODS 组与非 MODS 组。入院后, 对 2 组患者进行格拉斯哥昏迷评分法 (GCS) 评分, 计算 2 组发病至手术开始时间以及术后机械通气时间, 并对 2 组患者进行中医辨证分组及方药分布统计。结果: 2 组 GCS 评分、发病至手术开始时间及术后机械通气时间 > 48 h 的患者所占比例比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。GCS 评分、发病至手术开始时间及术后机械通气时间与 MODS 的发生呈正相关 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。MODS 组方药使用集中于羚角钩藤汤和涤痰汤, 非 MODS 组方药则集中于羚角钩藤汤、涤痰汤和天麻钩藤饮。结论: GCS 评分、发病至手术开始时间及术后机械通气时间均会影响 MODS 的发生, 可作为 ICH 术后继发 MODS 的预测指标。ICH 术后患者发病多与“风、火、痰、瘀”有关, 可从“熄风、清热、化痰、活血”进行干预治疗。

**[关键词]** 自发性脑出血 (ICH); 多器官功能障碍综合征 (MODS); 危险因素; 中医证型

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0036-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.016

自发性脑出血 (ICH) 具有发病凶险、病情变化快、致死率高的特点, 有超过 70% 的患者发生早期血肿扩大或累及脑室的情况, 合并多器官功能障碍综合征 (MODS) 者存活率仅为 30%<sup>[1]</sup>。本研究通过收集 54 例 ICH 术后患者的病历资料, 旨在分析 ICH 术后并发 MODS 的危险因素, 以及 ICH 术后的中医证型和所用方药的分布情况, 以期为 ICH 术后并发 MODS 的防治提供参考。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 收集广州中医药大学第二附属医院 2014 年 1 月—2016 年 3 月收治的 54 例 ICH 术后患者的病历资料, 根据术后有无发生 MODS 分为 MODS 组 34 例与非 MODS 组 20 例。MODS 组男 25 例, 女 9 例; 平均年龄  $(62.03 \pm 12.64)$  岁; 糖尿病 4 例, 冠心病 2 例。非 MODS 组男 9 例, 女 11 例; 平均年龄  $(61.20 \pm 11.15)$  岁; 糖尿病 5 例, 冠心病 2 例。2 组性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入标准** 符合 ICH 的诊断标准。急性起病, 局灶神经功能缺损症状 (少数为全面神经功能缺损), 常伴有头痛、呕吐、血压升高及不同程度意识障碍, 头颅 CT 或 MRI 显示有出血灶; 符合 MODS 的诊断标准, 采用 Marshall JC 等<sup>[2]</sup>提出的 MODS 评分系统进行判定 (该项适用于并发 MODS 的患者); 病历资料记录完整; 术前未发生 MODS。

**1.3 排除标准** 术后病理检查证实为肿瘤性出血; 术前存在严重的心、肺和凝血功能障碍等原发性疾病以及精神病患者; 资料不全影响结果判定者。

## 2 观察指标与统计学方法

**2.1 观察指标** 观察 ICH 术后并发 MODS 的危险因素 [包括格拉斯哥昏迷评分法 (GCS) 评分、发病至手术开始时间和术后机械通气时间]; 观察 2 组术后的中医证型和所用方药的分布情况。肝阳暴亢证: 阵发头胀剧痛, 面红目赤, 急躁易怒, 眩晕欲仆, 口苦口干, 舌红、苔黄, 脉弦数; 风火痰瘀证: 壮热口渴, 神志昏迷, 手足抽搐, 颈项强直, 角弓反张, 牙关紧闭, 舌红绛、苔黄, 脉弦数; 风痰瘀血证: 头晕头痛, 突然昏仆, 神志昏迷, 喉中痰鸣, 舌淡、苔腻, 脉滑。

**2.2 统计学方法** 采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析。计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 采用  $t$  检验; 计数资料以率 (%) 表示, 采用  $\chi^2$  检验。以 ICH 术后并发 MODS 为因变量, 相关危险因素为自变量, 将各项相关危险因素引入 Logistic 回归模型, 进行 Logistic 回归分析。

## 3 结果

**3.1 2 组术后 GCS 评分比较** MODS 组术后 GCS 评分为  $(6.44 \pm 1.99)$  分, 非 MODS 组术后 GCS 评分为  $(10.80 \pm 3.40)$  分, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

**3.2 2 组发病至手术开始时间比较** MODS 组发病至手术开

**[收稿日期]** 2016-04-15

**[作者简介]** 薛道金 (1985-), 男, 住院医师, 主要从事治疗脑血管病的临床工作。

始时间为(10.63±5.07)h,非MODS组发病至手术开始时间为(17.30±8.36)h,2组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

3.3 2组术后机械通气时间比较 MODS组术后机械通气时间>48h的患者34例(占100%),非MODS组术后机械通气时间>48h的患者2例(占10%),2组比较,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。

3.4 ICH术后并发MODS的危险因素分析 见表1。GCS评分、发病至手术开始时间以及术后机械通气时间与MODS的发生均呈正相关( $P<0.05$ , $P<0.01$ )。

表1 ICH术后并发MODS的危险因素分析

项目	$\beta$	SE	Wald	P值
GCS评分	-0.759	33	4.615	0.032
发病至手术开始时间	7.348	15	6.701	0.005
术后机械通气时间	8.521	16	6.903	0.009

3.5 2组中医证型及方药分布情况 见表2。非MODS组肝阳暴亢,风火上扰证患者所占比例大于MODS组( $P<0.05$ )。MODS组风火痰瘀,痹阻脉络证患者所占中医证型比例大于非MODS组( $P<0.05$ )。MODS组,方药使用集中在羚角钩藤汤和涤痰汤非MODS组,方药使用则集中于羚角钩藤汤、涤痰汤和天麻钩藤饮。

表2 2组中医证型及方药分布情况 例(%)

项目	分型	MODS组(n=34)	非MODS组(n=20)
中医证型	肝阳暴亢,风火上扰	13(38.24)	10(50.00)
	风火痰瘀,痹阻脉络	18(52.94)	7(35.00)
	风痰瘀血,痹阻脉络	3(8.82)	3(15.00)
中医方药	天麻钩藤饮	6(17.65)	5(25.00)
	镇肝熄风汤	2(5.88)	2(10.00)
	羚角钩藤汤	10(29.41)	4(20.00)
	涤痰汤	16(47.06)	9(45.00)

与非MODS组比较,① $P<0.05$

#### 4 讨论

通过回顾性分析本院收治的54例ICH术后患者的临床资料,笔者发现ICH术后并发MODS与GCS评分、发病至手术开始时间以及术后机械通气时间呈正相关。2组中医证型多集中于肝阳暴亢,风火上扰和风火痰瘀,痹阻脉络两型,而所用方药则集中于羚角钩藤汤和涤痰汤。

本研究结果提示,ICH患者GCS评分越低,MODS发生率越高,GCS评分所指向的神经功能损害直接影响患者的预后。GCS评分也可作为ICH患者的手术效果预测指标,GCS评分低于3分,提示脑干功能衰竭,死亡率极高,手术治疗不能改善预后。

ICH术后昏迷程度越深,且术后机械通气时间超过48h的患者,发生MODS的几率越大。主要考虑为患者神志昏迷,主要依靠机械辅助通气,致肺部感染风险增加,尤其增加了氧合指数( $PaO_2/FiO_2$ )的评分,MODS评分也将随之增加。故术后尽早促进患者神志恢复,脱离呼吸机辅助通气是减少发生MODS的关键。此外,从发病至手术开始时间与MODS的发生呈正相关的研究结果来看,ICH患者手术时机的选择也尤为重要。结合John Hopkins医学院的Daniel Hanley教授的意见,原因如下: 深部脑出血,手术将破坏更多的深部脑组织; 清除血肿的同时将破坏与出血紧密相连的皮质下纤维; 手术时间太早,出血会继续; 手术时间推迟,出血的毒性以及继发的缺血性损伤会伤害更多的神经元。故Daniel Hanley教授认为ICH患者的手术时间在20h为最佳。本研究进一步证实了ICH手术时机的选择不宜过早或过迟,超早期或过晚的手术均无法有效改善患者的神经功能,反而增加发生MODS的风险。

从中医证候角度分析,ICH主要证型为肝阳暴亢、风火上扰及风火痰瘀、痹阻脉络证,均为中风阳闭证,病机在于风火内闭,气机逆乱,血热风动。故笔者早期采用平肝熄风、清热泻浊降气之法,取得较好效果,代表方为羚角钩藤汤。若病情进展,气机逆乱加重,津液停聚,火灼为痰而阻滞气机,将会出现痰浊阻肺、痰热内闭心窍,使病情进一步恶化,此时则采用涤痰汤加减治疗。

现代医学认为MODS是一个连续的过程,是诸多疾病的共同通道,具有复杂多变、虚实夹杂的特点,尤其是与ICH合并后,病机特点复杂多变、虚实夹杂。虚多为肝肾阴虚,气血不足,实则多为风、火、痰、瘀相因为患。因六经辨证包容性较强,且能较好反映证型特点,进而指导具体治疗的辨证体系,故应用此辨证方法可取得显著疗效。

综上,GCS评分、发病至手术开始时间及术后机械通气时间,均会影响MODS的发生,可作为ICH术后继发MODS的预测指标。ICH术后患者发病多与“风、火、痰、瘀”有关,可从“熄风、清热、化痰、活血”进行干预。

#### [参考文献]

- [1] Mayer SA, Rincon F. Treatment of intracerebral haemorrhage[J]. Lancet Neurol, 2005, 4(10): 662-672.
- [2] Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, et al. Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome[J]. Crit Care Med, 1995, 23(10): 1638-1652.

(责任编辑:吴凌,刘迪成)