



·论 著·

脑出血运用不同剂量甘露醇治疗的效果分析

彭胜军

(安化县人民医院 湖南安化 413500)

摘要：目的：探讨不同剂量甘露醇治疗脑出血患者的应用效果。方法：选取我院2017年3月-2018年3月期间收治的脑出血患者64例为研究对象，均分为两组，对照组为大剂量甘露醇，观察组为小剂量甘露醇，对比两组治疗情况。结果：治疗后，两组的脑血肿体积、NIHSS评分低于治疗前，观察组低于对照组，观察组的不良反应发生率6.67%低于对照组的33.33%，统计学有意义($P < 0.05$)。结论：不同剂量甘露醇治疗脑出血患者均有一定程度的疗效，大剂量和小剂量的甘露醇进行比较，小剂量甘露醇的不良反应发生率更低，脑血肿体积更小，值得应用。

关键词：脑出血；不同剂量；甘露醇；应用效果

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 08-136-02

脑出血为临床上常见疾病，也为典型神经内科病症，该疾病在脑血管病症中所占比例非常高，达到了20%-30%，存在高致残率、高病死率的特点，一旦确诊，会对患者的神经系统造成严重的损伤，生活质量和生存质量会出现严重负面影响，越早治疗越好，甘露醇为典型的治疗药物，治疗效果显著，选用不同剂量的甘露醇进行治疗，治疗效果存在差异性，如何选取最佳的剂量成为了关键所在[1]。本文为探讨不同剂量甘露醇治疗脑出血患者的应用效果，特选取我院2017年3月-2018年3月期间收治的脑出血患者64例为研究对象。报道如下。

1. 资料与方法

1.1 资料

选取我院2017年3月-2018年3月期间收治的脑出血患者64例为研究对象，均分为两组，每组32例，其中，对照组男性患者19例，女性患者13例，年龄在51-82岁，平均年龄为(63.21±1.25)岁，出血量在16-30ml，平均出血量为(20.15±2.25)ml；观察组男性患者20例，女性患者12例，年龄在51-83岁，平均年龄为(63.26±1.24)岁，出血量在16-32ml，平均出血量为(20.14±2.23)ml。两组在(年龄、出血量、性别)等方面，统计学无意义($P > 0.05$)。纳入标准：依据《中国脑血管病防治指南》[2]中关于脑出血的诊断标准，确诊为脑出血患者；所有患者均签署知情同意书。排除不签署知情同意书者；排除精神疾病者；排除全身免疫性疾病者。

1.2 方法

患者进入医院后，为其办理好入院手续，给予患者实施常规的治疗处理，主要为脑细胞活化、血压控制、营养脑神经、血糖控制等，做好记录；

对照组为大剂量甘露醇，甘露醇(黑龙江肇东华富药业有限责任公司生产，国药准字：H23020469)，静脉滴注，剂量为250ml，浓度控制为20%，每天给药三次，每隔8h，给予患者用药一次，滴注速度依据实际情况进行调整。

观察组为小剂量甘露醇，甘露醇(黑龙江肇东华富药业有限责任公司生产，国药准字：H23020469)，静脉滴注，剂量为125ml，浓度

控制为20%，每天给药三次，每隔8h，给予患者用药一次，滴注速度依据实际情况进行调整。

两组患者连续治疗一个月，做好记录。

1.3 观察指标

观察两组治疗前后脑血肿体积、美国国立卫生研究院脑卒中评分量表(NIHSS)评分变化情况、不良反应发生情况。NIHSS评分依据美国国立卫生研究院脑卒中评分量表进行评价，0-42分，评价分数越高，表示神经功能缺损越严重，反之，神经功能缺损越轻[3]。不良反应：水和电解质紊乱、渗透性肾病、血栓性静脉炎、过敏。

1.4 统计学处理

将数据输入到SPSS19.0中，分析，用($\bar{x} \pm s$)表示平均值，组间用t、 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，统计学有意义。

2. 结果

2.1 两组治疗前后脑血肿体积、NIHSS评分变化情况

治疗前，两组的脑血肿体积、NIHSS评分进行比较，统计学无意义($P > 0.05$)；治疗后，两组的脑血肿体积、NIHSS评分低于治疗前，观察组低于对照组，统计学有意义($P < 0.05$)；见表1。

表1. 两组治疗前后脑血肿体积、NIHSS评分变化情况($\bar{x} \pm s$)

组别	脑血肿体积(ml)		NIHSS(分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=30)	18.53 ± 2.12	5.32 ± 1.15	32.54 ± 1.26	12.54 ± 2.58
对照组 (n=30)	18.55 ± 2.13	8.54 ± 1.45	32.53 ± 1.25	23.54 ± 2.05
t值	0.5254	3.5724	0.5684	5.6832
P值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组不良反应发生情况

两组的不良反应发生率为6.67%和33.33%，观察组的不良反应发生率低于对照组，统计学有意义($P < 0.05$)；见表2。

(下转第138页)



• 论 著 •

治疗后 0.55±0.16 0.96±0.08 0.78±0.37

3. 总结

慢性荨麻疹是皮肤病中病程相对较长、反复率较高且顽固难治的疾病,该疾病主要是由于皮肤黏膜小血管扩张以及渗透性增加从而导致局限性水肿[5]。其发病原因及发病机制较为复杂,当前尚无统一论。大多认为抗原物质进入人类机体从而激活补体,对活性炎性物质产生了刺激,最终造成毛细血管扩张和血管通透性增加[6]。该疾病严重影响了患者的正常的生活学习、睡眠质量以及心理健康。目前临床针对慢性荨麻疹的治疗中仍以控制症状继续发展为主,开展病因治疗价值十分有限,而病因治疗是成功治疗多种疾病的关键,对慢性荨麻疹患者来说,开展病因治疗目前尚无充足的理论及临床实践经验支撑。目前西药对于慢性荨麻疹采取对症治疗的的手段为主,H1受体抗组胺药物在临床治疗中广泛应用。虽然在多数急性荨麻疹治疗中有一定效果,但对反复发作的慢性荨麻疹来说,并无明显效果。阿伐斯汀是强效的组胺 H1 受体拮抗剂,虽然很难突破血脑屏障,嗜睡和抗胆碱作用也比较小,但见效较快,具有良好的止痒效果。但是阿伐斯汀需每日分 3 次服用,对患者依从性有着极大的负性影响[7]。而中药对于慢性荨麻疹的治疗具有显著作用,患者往往在采取西药治疗无明显效果和担心长期服用西药引发不良反应的情况下转而采取中药治疗。中医古籍中早有关于中医药治疗慢性荨麻疹的文献记载,当归饮子出自《济生方》,当归饮子主要用于治疗气血不足、卫气不固、风邪外束等症状。经长期临床实践发现当归饮子在慢性荨麻疹治

疗中效果突出,可有效抑制引发过敏反应迟发的炎症介质,但是治疗周期较长。本文研结果表明由于抗组胺药可能引发的不良反应以及中药疗程较长等方面因素,阿伐斯汀联合当归饮子加减方在慢性荨麻疹治疗中临床应用价值显著,且安全性较高,值得临床借鉴使用。

参考文献:

- [1]赵辨.中国临床皮肤病学[M]第 4 版.南京:江苏科学技术出版社,2009,743-748.
- [2]中国医学学会皮肤性病学分会.荨麻疹诊疗指南(2014 版)[J]中华皮肤科杂志,2014,47(7):514-516.
- [3]张丹露;季梅;傅英华;徐瑛;蒋寒芳.当归饮子加减方联合治疗慢性荨麻疹疗效观察[J]中国中西医结合皮肤性病学杂志,2016,15(3):155-157.
- [4]蔡林;张建中.咪唑斯汀治疗慢性荨麻疹临床试验[J]临床皮肤科杂志,2003,32(1):42-43.
- [5]付昱;杨静;魏义花.阿伐斯汀联合芪苈颗粒治疗慢性荨麻疹的疗效观察[J]中国药师,2015,18(9):1548-1550.
- [6]郝飞;钟华.慢性荨麻疹发病机制和治疗策略的思考[J]中华皮肤科杂志,2010,43(1):1-5.
- [7]Greaves MW, Tan KT. Chronic urticaria: recent advances[J]. Clin Rev Allergy Immunol, 2007, 33: 134-143.

(上接第 136 页)

表 2. 两组不良反应发生情况 (n, %)

组别	例数	水和电解质紊乱	渗透性肾病	血栓性静脉炎	过敏	发生率
观察组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	2 (6.67)
对照组	30	4 (13.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	4 (13.33)	10 (33.33)
χ ² 值						5.8564
P 值						<0.05

3. 讨论

脑出血作为神经内科典型危险性病症,危害性极大,该疾病的产生,会导致脑部组织供血不足,形成缺血、缺氧症状,进而导致脑部组织形成功能性障碍,神经功能缺损严重,患者的生活质量和生存质量变得极差,死亡率和致残率非常高,应给予重视[4]。

通过对该疾病的研究,发现脑出血产生的主要原因为患者颅内压升高,临床上,针对该疾病的治疗,主要为降低颅内压的药物,甘露醇作为常见治疗药物,为六碳糖醇类单糖物质,进入患者体内后,不会被代谢掉,会使得患者体内的血浆渗透压升高,进而使得血液和脑脊液之间形成差异的渗透压,使得患者脑组织中的水分子进入到患者的血液中,减少了脑部产生脑水肿的发病率,降低了颅内压力,达到治疗的效果;甘露醇虽然有着很好的降低颅内压力的效果,但是,该药物进入人体后,还能对人体肾脏产生损伤,电解质出现紊乱的现象,因此,选择最佳的使用剂量非常的重要和关键;本文中,通过对比大剂量和小剂量对脑出血患者的应用效果,发现,两种剂量均能达到有效止血的目的,但是,小剂量甘露醇的使用中,脑血肿体积更小,NIHSS 评分更低,水和电解质紊乱、渗透性肾病、血栓性静脉炎、过敏等不良反应发生率更低,表明,在针对脑出血患者的治疗过程中,宜选用小剂量的甘露醇进行治疗,这有利于缩小脑血肿的体积,降低 NIHSS

评分,水和电解质紊乱、渗透性肾病、血栓性静脉炎、过敏等并发症发生率更低,小剂量甘露醇值得脑出血患者优先选用[5]。

综上所述,不同剂量甘露醇治疗脑出血患者均有一定程度的疗效,大剂量和小剂量的甘露醇进行比较,小剂量甘露醇的不良反发生率更低,脑血肿体积更小,小剂量甘露醇值得脑出血患者应用。

参考文献:

- [1]王志刚,李春永,刘浩然,等.自拟补肾益髓汤佐治高血压脑出血术后认知功能障碍 34 例[J].中国药业,2015,24(8):101-103.
- [2]朱宝贤,张宝国.醒脑静注射液对急性脑出血患者的神经保护作用及机制[J].山东医药,2015,55(33):38-39.
- [3]陈建玲,谈晓侠,刘会玲.甘露醇用量和疗程与高血压性脑出血后迟发性水肿的关系[J].中国药业,2016,25(3):26-29.
- [4]余江,肖峰.不同剂量甘露醇治疗幕上脑出血的临床疗效及其对早期血肿扩大的影响[J].川北医学院学报,2015,30(4):509-511.
- [5]左瑞云,贾志莲.甘露醇与甘油果糖联合治疗脑出血的疗效及其对肾功能损害的临床观察研究[J].医学综述,2015,21(5):943-944.