

● 中医伤科 ●

本栏目由湖南省岳阳市中医院协办

中西医结合治疗重型颅脑损伤 35 例临床观察

高俊, 齐婧

(湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察中西医结合疗法对重型颅脑损伤的临床治疗效果。方法: 将 70 例不同原因导致的重型颅脑损害患者随机分成治疗组和对照组各 35 例, 对照组给予西医常规治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上加用依达拉奉静脉滴注及鼻饲龙琥醒脑颗粒。分别对 2 组患者治疗前后进行 GCS 评分(格拉斯哥昏迷评分), 评估疗效。结果: 总有效率治疗组为 77.14%, 优于对照组的 57.14% ($P < 0.05$)。2 组 GCS 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 联合使用依达拉奉及龙琥醒脑颗粒对于治疗重型颅脑损伤疗效更佳。

[关键词] 重型颅脑损伤; 中西医结合疗法; 依达拉奉; 龙琥醒脑颗粒

[中图分类号] R269.511 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.036

颅脑损伤是因来自于外界各种不同原因的暴力直接或间接作用于头部而引起的损伤, 可表现为单纯的头皮破损、颅骨骨折、脑实质出血、弥漫性轴索损害等多种形式^[1], 其中根据意识觉醒状态进行格拉斯哥昏迷评分, 评分 ≤ 8 分的患者属于重度颅脑损害, 很多患者可能丧失了生命, 而存活下来的也或多或少的遗留后遗症, 如植物状态、继发性癫痫、偏瘫等。为进行救治以及后期康复需耗费巨大的社会资源。本研究对重度颅脑损伤患者在常规治疗的基础上加用依达拉奉及龙琥醒脑颗粒治疗, 并与采用常规治疗的对照组进行比较, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有患者均来源于 2015 年 8 月至 2017 年 8 月在湖南中医药大学第一附属医院神经外科, 发病至就诊时间未超过 1d, 随机分为治疗组和对照组。治疗组中, 男 24 例, 女 8 例; 年龄 33 ~ 59 岁, 平均 (45.48 ± 7.06) 岁; 闭合性损害 24 例, 开放性损害 7 例, 混合性损害 4 例; 经开颅手术 25 例。对照组中, 男 24 例, 女 9 例; 年龄 35 ~ 58 岁, 平均 (46.37 ± 7.21) 岁; 闭合性损害 23 例, 开放性损害 8 例, 混合性损害 4 例; 经开颅手术 23 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《王忠诚神经外科学》^[2] 颅脑损伤分型, 重型颅脑损伤: (1) 有明确的外伤史; (2)

影像学检查如 CT/MRI 证实颅脑损伤的存在; (3) 格拉斯哥评分在 3 ~ 8 分之间。

1.3 纳入标准 (1) 发病至就诊时间未超过 1d; (2) 经头颅 CT/MRI 证实存在颅脑损害; (3) 有意识障碍; (4) GCS 评分在 3 ~ 8 分之间。

1.4 排除标准 (1) 严重心肺肝肾功能衰竭; (2) 有血管淀粉样病变、血管畸形、动脉瘤、肿瘤等基础病变; (3) 严重脑疝形成。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。(1) 保持呼吸道通畅, 营养支持治疗, 监测体温及生命体征, 积极采取抗感染、退热、排痰等对症治疗; (2) 根据情况配合甘露醇、速尿等脱水降低颅压; (3) 存在紧急手术指征者予以微创或开颅等相应手术治疗; (4) 依达拉奉 30mg + 氯化钠注射液 100mL 静脉滴注, 每天 2 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用龙琥醒脑颗粒。龙琥醒脑颗粒 1 袋, 每天 3 次。药物由湖南中医附一药剂科提供, 成分包括地龙 10g, 琥珀 3g, 当归 12g, 赤芍 10g, 桃仁 10g, 黄芪 30g, 三七 9g, 川芎 10g, 白芷 10g, 麝香 0.1g。连续使用 14d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 分别对 2 组患者治疗前后进行 GCS 评分、3 个月后进行 GOS 评分。观察 2 组的评分变化并评估疗效。

3.2 疗效标准 参照相关文献^[3]拟定。显效:恢复意识,神经功能缺损症状消失很轻、中度残疾,认知功能基本恢复正常,GOS评分属于4、5级;有效:恢复意识,但合并有严重残疾,认知功能存在部分障碍,GOS评分属于3级;无效:植物状态或死亡,GOS评分属于1、2级。

3.3 统计学方法 采用SPSS 21.0软件进行数据处理,所得数据均以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。疗效对比采取秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为77.14%,对照组为57.14%,2组比较,差异具有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效的比较(n)

组别	n	显著	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	15	16	8	77.14 ^a
对照组	35	9	11	15	57.14

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后GCS评分比较 2组GCS评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后GCS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	35	5.49 $\pm$ 1.54	9.31 $\pm$ 4.17 ^{ab}
对照组	35	5.46 $\pm$ 1.63	6.86 $\pm$ 3.84 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

重度颅脑损害是指格拉斯哥评分为3~8分而且伤后意识完全丧失状态持续时间在6h以上,或在伤后24h内恶变加重导致再次意识完全丧失6h以上的危急重症,多表现有神经功能缺损症状,且可伴有或者面临多脏器功能衰竭,致残率及病死率极高^[4]。颅脑损伤除了可直接导致脑组织的急性损伤之外,还可发生一系列的继发性损害,如神经元变性坏死、脑水肿、颅内血肿,这些都可进一步加重患者的病情。无论是钙离子内流增多、脑血管压力失衡还是氧自由基的大量增加都可导致血脑屏障的破坏,引起损害的进一步发展。氧自由基学说为医疗界研究一大热门。自由基是由Comberg最先在上世纪九十年代提出,它的种类有很多,包括

活性氧及氧自由基、脂类自由基和脂类过氧化物、半醌类自由基,其中氧自由基约占总自由基的95%以上^[5]。生理状态下,人体内也是同样存在自由基的,通过体内清除系统保持一个平衡的低浓度,参与了细胞的生长、生殖和凋亡,还能抑制某些病毒和细菌、调节基因信号传导通路^[6]。研究发现,在颅脑损伤后3d内氧自由基都属于升高趋势,7d内高水平持续不下降,严重超过机体自有清除功能,这将持续给脑组织带来损害^[7]。

体内自由基蓄积过多的时候,可导致细胞毒性作用,如DNA损伤、细胞衰亡。因此采取有效的方法成为防治创伤后脑损伤进一步发展的重要措施。

“脑”为髓之海,脑具有掌管人的精神、思维意识以及人的感觉运动的功能。从古代医学大家的理论著作来看,大多认为瘀血内停为颅脑损伤的基础病机,久则见虚瘀夹杂。盖因由外伤而起的颅脑损伤,多暴然遭受外力,脉络破损,血行脉外,遂为瘀血,瘀阻气滞,阻于脑络而不通,致清窍失养,故可见神昏、性情改变、头晕头痛甚可见肢体抽搐等诸症。而对于颅脑损伤并无一个确切的中医病名,通常根据其临床表现而将其划分至“头痛”“神昏”“厥证”等,范小璇等^[8]提出“外伤性脑病”,且综合古今医家理论将其分为4个证型:元神外脱、瘀阻清窍、瘀阻脑络、外伤瘀滞。从其分型中亦可见瘀阻在颅脑外伤中所占的重要地位。

依达拉奉是一种有效的自由基清除剂,它通过抑制脂质过氧化以及自由基、炎性因子的产生,且能一定程度上能够抑制血管痉挛,从而达到保护脑组织、减轻脑组织进一步损害的作用。本研究以依达拉奉联合龙琥醒脑颗粒治疗重度颅脑损伤患者,方中地龙有通经活络、活血化瘀之效,琥珀则能镇静安神、活血祛瘀,加以当归、川芎、桃仁、赤芍、三七等通脉活血行气之品,黄芪补气升阳固脱,白芷通窍止痛,麝香开窍通闭醒神,全方共奏活血化瘀、通脉醒神之功。本研究通过比较治疗组及对照组治疗前后GCS评分、3个月后GOS评分,结论证明,联合使用依达拉奉及龙琥醒脑颗粒治疗重度颅脑损伤患者的临床疗效优于对照组,且无明显不良反应,值得在临床应用。但临床需注意辨证使用,若属于元阳衰脱患者则应益气固脱。

外旋复位法联合中药内服 治疗急性肩关节前脱位 30 例

王 茜¹, 王林华², 谢心军²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察外旋复位法联合中药内服治疗肩关节前脱位的临床疗效。方法: 选取急性肩关节前脱位患者 60 例, 随机分为治疗组和对照组各 30 例, 治疗组采用外旋复位法治疗, 对照组采用手牵足蹬法治疗, 2 组患者均配合内服桃红四物液。结果: 2 组 VAS 评分治疗前后组内比较及治疗中组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组疼痛消失时间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组术后并发症发生率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 外旋复位法治疗肩关节前脱位, 较手牵足蹬法简单, 治疗过程中的疼痛较轻, 术后并发症少, 恢复时间快, 值得临床推广应用。

[关键词] 肩关节前脱位; 外旋复位法; 桃红四物液

[中图分类号] R274.947 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.037

肩关节是全身最灵活的关节, 肩关节的结构特点使其不足以维持其关节的稳定性, 故肩关节脱位在全身关节脱位中发病率最高, 占全身四大关节(肩、肘、髋、膝)脱位的 40.1%, 而其中又以肩脱位最常见^[1]。肩关节前脱位多是由于传达暴力及杠杆作用力使肱骨头向前脱位所致。手法复位是治疗肩关节脱位的最有效、简便的方法。治疗肩关节前脱位的复位手法有很多种, 如手牵足蹬法、牵引推拿法、椅背整复法、膝顶推位法、拔伸托入法等。笔者采用外旋复位法联合口服湖南中医药大学第一附属医院自制中药复方合剂桃红四物液治疗肩关节前脱位 30 例, 收到较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月至 2017 年 6 月湖南中医药大学第一附属医院就诊的急性肩关节前脱位患者 60 例, 采用随机数字表法分为治疗组

和对照组各 30 例。治疗组中, 男 18 例, 女 12 例; 左肩关节脱位 14 例, 右肩关节脱位 16 例。对照组中, 男 15 例, 女 15 例; 左肩关节脱位 12 例, 右肩关节脱位 18 例。2 组患者性别、年龄、部位及病程等资料比较, 差异无统计学 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《骨与关节损伤》^[2] 拟定。(1) 有明确外伤史, 伤后 24h 之内; (2) 肩部疼痛、肿胀, 肩关节活动受限; (3) 方肩畸形、肩部空虚感、可触及异位肱骨头, 弹性固定于外展位 $20^\circ \sim 30^\circ$, 搭肩试验 (Dugas 征) 阳性, 直尺试验阳性; (4) X 线片提示肩关节前脱位 (包括喙突下脱位、锁骨下脱位、胸腔内脱位和孟下脱位)。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医正骨学》^[3] 拟定。中医辨证为脱位初期气滞血瘀证, 伤后 2 周内, 患肢肿胀疼痛, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦或涩。

参考文献

- [1] 韦鹏翔. 中国中西医实用神经外科学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 408-413.
- [2] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2014: 380-381.
- [3] 杨树源, 杨新宇. 急性脑创伤后继发性神经细胞损伤的研究进展[J]. 中华神经外科杂志, 2004(2): 15-19.
- [4] 易波, 李保林. 重度颅脑损害的脑保护治疗措施进展[J]. 中华神经创伤外科电子杂志, 2017, 3(2): 119-121.
- [5] 解温品, 秦士新. 自由基医学研究进展[J]. 中华损伤与修复

杂志, 2012, 7(2): 194-196.

- [6] Thannickal VJ, Fanburg BL. Reactive oxygen species in cell signaling[J]. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol, 2000, 279(6): L1005-L1028.
- [7] 孙树清, 吴中学, 张友平. 脑损伤后脑组织自由基变化的实验研究[J]. 首都医科大学学报, 2002, 23(3): 236-239.
- [8] 范小璇, 赵晓平, 张毅. 颅脑损伤相关疾病中医病名的规范性[J]. 西部中医药, 2016, 29(7): 54-57.

(收稿日期: 2018-02-02)