

催醒汤配合右正中神经电刺激治疗昏迷患者临床疗效观察

田建平, 杨国栋

(甘肃省天水市中西医结合医院, 甘肃 天水 741020)

【关键词】 颅脑损伤; 昏迷; 中西医结合疗法; 催醒汤; 电刺激

中图分类号: R245; R242 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.02.016

颅脑损伤致昏迷是脑外科临床威胁患者生命的主要疾病之一, 患者病情多危重, 变化快, 致残率较高, 昏迷时间长, 治疗较困难, 在治疗过程中如何提高觉醒率、存活率, 减少并发症, 降低病残程度, 改善患者生活质量, 是临床研究要解决的主要内容。本科在总结临床应用中西医结合治疗颅脑创伤性昏迷经验的基础上, 从 2006 年 5 月后采用自拟中药催醒汤配合右正中神经电刺激治疗颅脑创伤性昏迷患者, 取得了满意的催醒疗效, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 采用前瞻性研究方法, 选择本院 2006 年 5 月至 2009 年 8 月颅脑损伤致昏迷的住院患者 144 例, 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[1]、《颅脑创伤性昏迷诊断与治疗》^[2]、《王忠诚神经外科学》^[3] 诊断, 并经 CT 或 MRI 确诊有颅内损伤或出血灶。按随机数字表法分为两组。治疗组 96 例中男 61 例, 女 35 例; 年龄 18~76 岁, 平均 (31.5±6.8) 岁; 受伤至入院时间 0.5~21.5 h, 平均 2.9 h; 颅内血肿 32 例, 脑挫裂伤 22 例, 硬膜下血肿 12 例, 硬膜外血肿 16 例, 脑干损伤 14 例; 手术 38 例; 格拉斯哥昏迷评分 (GCS) 平均 5.8 分; 入院时浅昏迷 51 例, 昏迷 25 例, 深昏迷 20 例。对照组 48 例中男 29 例, 女 19 例; 年龄 18~74 岁, 平均 (32.5±7.3) 岁; 受伤至入院时间 0.5~26.5 h, 平均 3.2 h; 颅内血肿 15 例, 脑挫裂伤 14 例, 硬膜下血肿 4 例, 硬膜外血肿 7 例, 脑干损伤 8 例; 手术 22 例; GCS 平均 5.9 分; 入院时浅昏迷 23 例, 昏迷 15 例, 深昏迷 10 例。两组患者年龄、性别、病情、GCS 评分比较差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$), 有可比性。

中医辨证: 中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]。颅脑损伤昏迷患者常作者简介: 田建平 (1969-), 男 (汉族), 甘肃省人, 副主任医师。

表 1 两组昏迷患者临床疗效比较

组别	例数	觉醒时间 ($\bar{x} \pm s, d$)	觉醒率 [% (例)]	植物状态及死 亡 (例 [%])	GCS ($\bar{x} \pm s$, 分)		
					治疗前	治疗 7 d	治疗 21 d
治疗组	96	8.68±3.84 ^b	92.7 (89) ^a	7 (7.3)	4.63±2.08	5.47±3.13	10.68±3.52 ^{a,c}
对照组	48	13.58±3.87	72.9 (35)	13 (27.1)	3.75±2.16	5.68±3.16	8.43±4.06 ^c

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$; 与本组治疗前比较, ^c $P < 0.05$

因脑外伤或跌打损伤导致血溢经外, 瘀积于脑, 瘀而化热, 瘀热内结, 蔽阻神窍, 病理表现主要在瘀、痰。临床症见: 呼吸粗重, 口气重秽, 神昏迷睡, 呼之不应, 痰涎壅盛, 半身不遂, 两目斜视或直视, 口角流涎, 肢体强直, 躁扰不宁, 舌紫暗或淡紫, 苔黄厚或白腻, 脉弦数或沉实有力, 辨为瘀热内闭、瘀血阻络、蒙蔽清窍。临床治疗以活血通络、豁痰开窍、清热醒脑为法。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组: 催醒汤+西药常规治疗+右正中神经电刺激。催醒汤组成: 黄芪 60~120 g, 当归 60~120 g, 川芎 25 g, 钩藤 30 g, 石菖蒲 30 g, 桃仁 12 g, 胆南星 10 g, 赤芍 10 g, 琥珀 (冲服) 10 g, 郁金 15 g, 栀子 6 g, 牛膝 15 g, 地龙 10 g, 炙甘草 6 g。入院或手术后 48 h 胃管鼻饲注入, 每日 1 剂。随症加减: 躁动者加龙骨、牡蛎各 30 g, 龙胆草 15 g; 抽搐者加全蝎、蜈蚣各 10 g; 痰多者加鲜竹沥 10 ml, 天竺黄 20 g; 恶心、呕吐者加生姜 10 g, 半夏、竹茹各 12 g。西药常规治疗: 20% 甘露醇 250 ml 静脉滴注 (静滴), 每日 4 次, 根据颅内压情况调整剂量; 预防感染用头孢曲松钠 2.0 g 静滴, 每日 1 次, 共 5 d; 营养神经用脑复康 8 g 静滴, 每日 1 次, 尼莫地平 20 mg 口服, 每日 3 次, 14 d 为 1 个疗程; 注意纠正水、电解质失衡等治疗。入院 7 d 开始使用右正中神经电刺激, 每日治疗 8~12 h, 7 d 为 1 个疗程, 于 3 个疗程后进行疗效评价。

1.2.2 对照组: 西药常规治疗+右正中神经电刺激, 方法、疗程同治疗组, 不服用中药。

1.3 疗效评判标准: 参照文献^[1-4] 标准, 根据 GCS 意识障碍评分标准分为基本痊愈、显效、有效、无效。

1.4 观察指标: 治疗期间密切观察患者生命体征变化; 记录患者从昏迷至意识恢复的时间, 植物生存状态及死亡的情况; 记录治疗前及治疗 7 d 后患者的 GCS 评分; 随访伤后 3 个月的格拉斯哥预后评分 (GOS), 同时观察用药过程中可能出现的皮疹、低血压等药物不良反应情况。

1.5 统计学方法: 数据以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 (表 1): 治疗组近、远期疗效较对照组有明显改善, 主要表现在生命体征尚平稳, 觉醒时间明显缩短, 觉醒率明显提高 ($P < 0.01$ 和 $P < 0.05$)。

2.2 GCS 评分比较 (表 1): 治疗组与对照组治疗前 GCS 评分无显著差异, 随病程进展 GCS 评分均升高, 且 21 d 时治疗组明显高于对照组 (均 $P < 0.05$), 说明治疗组疗效较好。

3 讨论

昏迷属于中医“谵昏”、“昏蒙”、“中风”范畴^[5], 病机为外伤头部, 脑气受扰, 心乱气越, 脉络受阻, 神明皆蒙故神昏; 或脑髓严重损伤, 瘀血压迫脑髓, 髓不承压而内溢于脑窍, 致神明受扰, 临床见昏迷不省人事之重症。病理表现主要在瘀、痰^[6]。中医认为脑为元神之府、清窍所在, 脑外伤至瘀血内积、邪蒙清窍, 故神明不用, 出现昏迷^[7]。日久脾胃俱损、运化失司, 痰浊内生、上蒙清窍, 反过来又致昏迷持久不愈。

急性重型颅脑损伤是在外力的严重撞击下,造成颅骨骨折、脑挫裂伤、颅内血肿,继而发生一系列病理变化,引起继发性缺血、缺氧、无氧代谢,导致脑组织酸中毒,进而促使血管麻痹而充血,脑组织肿胀,从而形成恶性循环,导致严重的继发性脑损害^[4]。严重的颅脑创伤后,由于局部组织损伤、缺血,甚至继发感染,致脑津不足,而阴液丧失,气亦虚脱,甚者可出现真阴耗竭,阴气暴脱^[5]。故临床治疗早期应以扶正固本,祛瘀通窍,醒脑通络,益气活血,重镇降逆,熄风涤痰为治则,通过中药的平衡阴阳,救逆固脱,益气养血,达到开窍醒脑;配合右正中神经电刺激,促进症状改善,增强机体自身抗御疾病的能力。

催醒汤为补阳还五汤、佛手散等方加减化裁而成,方中当归有收血病之功效,使瘀去新生,血各有所归,血既有所归,则血安其部,而诸血病愈矣;川芎辛窜,捷于升散过则伤气;黄芪为益气要药,重用黄芪,在益气的基础上能利水并“逐五脏间恶血”,速固无形之气以救有形之血也;钩藤熄风通络;石菖蒲化痰开窍;琥珀平肝熄风;栀子清瘀血所化之热;牛膝引血下行;赤芍、桃仁、地龙活血化瘀通络;郁金具有芳香开窍、营养神经,刺激大脑皮质,促进苏醒的功效,又有助于甘露醇、地塞米松清除脑内自由基,调节脑细胞内各种微量元素的含量,改善脑积水和细胞变形,而使细胞的损害和微循环得到改善;胆南星清热化痰,熄风定惊,主治中风痰迷,癫狂惊痫;甘草调和诸药。全方共奏活血化瘀、涤痰通络、醒脑开窍之功效。中药对逆转中枢神经系统疾病昏迷患者的意识障碍及恢复

神经功能有很好的疗效^[7]。中西医结合治疗不仅使临床症状及体征得以明显改善,而且通过治疗前后的 CT 对比观察,脑水肿及血肿的吸收也比单纯西药治疗快,此外,还可显著缩短昏迷时间。

血肿的吸收很大程度上取决于血肿周围脑组织的微循环状况,活血化瘀中药能有效降低血液黏稠度,增强纤溶活性及吞噬细胞功能,促进血肿液化,改善微循环。

右正中神经电刺激有助于唤醒意识障碍患者的中枢神经系统,其中枢神经系统作用的基础在于增加脑血流和升高脑内多巴胺水平。电刺激是一种催化剂,用以增强中枢神经系统功能。右正中神经是中枢神经系统的外周门户,手的感觉代表区在皮质占据的范围比手的面积与躯干面积之比要大很多,在脑干中间,网状上行激活系统维持了清醒状态。意识状态改善的水平,不论是急性昏迷,还是慢性植物状态,或者微意识状态,都归因于电刺激引起的多巴胺水平和去甲肾上腺素水平的提高,在正中神经电刺激开始时短时间内可测得脑血流量的升高,可观察到语言、意识等的改善,是神经电刺激产生唤醒效果的重要因素^[2]。

中西医结合是医学发展的未来方向,对于危重患者的治疗更要强调现代急救技术的学习,并将之应用到临床实践中^[9]。辨证论治是中医的特色,证候研究是中医科研的基础,将中医证型与现代检测指标及实验数据融为一体是实现中西医结合的一条重要途径^[10]。创伤性颅脑损伤致昏迷的治疗关键在于加强临床监护观察及对昏迷患者的护理,在改善脑缺血、出血、缺氧及防治脑水肿、降

低颅压、止血等基础上,运用辨证论治法则,尽早运用活血化瘀类中药汤剂鼻饲灌服,可以祛瘀醒脑,开窍通络,调节脑代谢及促醒,预防并发症。

综上所述,本研究结果提示,自拟中药催醒汤配合右正中神经刺激和西药常规治疗急性重型颅脑损伤,能明显改善患者的生存质量,降低了致残率,缩短了昏迷时间,有较好的促醒作用和显著疗效,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 北京:人民军医出版社,1987:423-423.
- [2] 江基尧,高国一,艾德文. 库珀. 颅脑创伤性昏迷诊断与治疗. 上海:第二军医大学出版社,2008:40-275.
- [3] 王忠诚. 王忠诚神经外科学. 武汉:湖北科学技术出版社,2005:379-381.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1994:24-25.
- [5] 胡森,高飞. 中医药防治多器官功能障碍综合征回顾与展望. 中国中西医结合急救杂志,2001,8(6):323-325.
- [6] 陆兵勋,尹恕,周亮,等. 纳洛酮治疗中枢神经系统疾病致昏迷临床疗效观察. 中国危重病急救医学,2002,14(1):53.
- [7] 王承德,何风云. 实用中西医结合内科临床手册. 北京:中国医药科技出版社,1996:5-10.
- [8] 王今达. 开展中西医结合治疗急性危重病的思路和方法. 中国中西医结合急救杂志,2000,7(6):323-325.
- [9] 张敏州,丁邦哈,张维东,等. 375 例胸痹心痛患者冠状动脉造影结果与中医证型的对比研究. 中国中西医结合急救杂志,2004,11(2):115-117.
- [10] 李太喜,张德勇. 醒脑汤在颅脑外伤昏迷中应用 68 例疗效观察. 中华实用中西医结合杂志,2009,22(15):1255,1257.

(收稿日期:2009-12-20)
(本文编辑:李银平)

• 消息 •

中国科技信息研究所 2009 年版《中国科技期刊引证报告》(核心版)

——临床医学类及中医学与中药学影响因子和总被引频次前 10 位排序表

临床医学类影响因子排序			临床医学类总被引频次排序			中医学与中药学影响因子排序		
期刊名称	影响因子	排位	期刊名称	总被引频次	排位	期刊名称	影响因子	排位
中华医院感染学杂志	1.402	1	中华医院感染学杂志	5 887	1	中西医结合学报	0.961	1
中国感染与化疗杂志	1.347	2	中国急诊学杂志	3 332	2	中国中西医结合杂志	0.829	2
中国危重病急救医学	1.088	3	实用医学杂志	2 633	3	中国中西医结合急救杂志	0.790	3
ASIAN JOURNAL OF ANDROLOGY	0.857	4	中华检验医学杂志	2 591	4	中国中药杂志	0.701	4
中华检验医学杂志	0.709	5	中国危重病急救医学	2 534	5	世界科学技术-中医药现代化	0.641	5
临床麻醉学杂志	0.680	6	中国全科杂志	2 228	6	吉林中医药	0.599	6
中华急诊医学杂志	0.667	7	中华麻醉学杂志	2 066	7	针刺研究	0.597	7
中国临床解剖学杂志	0.661	8	临床麻醉学杂志	1 850	8	中华中医药杂志	0.546	8
中国循证医学杂志	0.655	9	中华急诊医学杂志	1 740	9	中草药	0.529	9
中国输血杂志	0.613	10	中华皮肤科杂志	1 692	10	北京中医药大学学报	0.505	10