

针刺配合穴位注射治疗颅脑外伤后昏迷 15 例疗效观察

何 竞* 吴 滨* 张永玲*

摘要 目的:观察针刺配合穴位注射对颅脑外伤后昏迷的促醒作用。方法:30 例颅脑外伤后昏迷的患者按照住院号随机分为两组,对照组只接受神经内科基础治疗,治疗组在基础治疗的同时,接受针刺和穴位注射治疗。以格拉斯哥昏迷量表(GCS)评估并比较两组疗效,同时比较两组的主要症状的变化。结果:治疗组的 GCS 分值较对照组高,但无统计学意义($P>0.05$),治疗组的主要症状如失语、偏瘫、面神经、动眼神经、外展神经等颅神经损伤好转明显,与对照组比较差异有显著性($P<0.05$)。结论:针刺配合穴位注射对颅脑外伤后昏迷有促醒的趋势。对面神经、动眼神经、外展神经损伤等颅神经损伤及失语等症状具有确切疗效。

关键词 脑损伤/并发症 昏迷/针灸疗法 穴位疗法

颅脑损伤(TBI)是一种常见的外伤,约占全身各部位损伤的 20%左右。颅脑外伤后昏迷是颅脑损伤后常见的并发症。我们在运用针灸治疗颅脑外伤后遗症如肢体功能障碍、失语、颅神经损伤(多见面神经、动眼神经、外展神经损伤)的同时,从 2002 年 10 月开始,采用针刺和穴位注射治疗颅脑外伤后昏迷及其并发症,取得一定效果,现报道如下。

1 临床资料

根据 2000 年人民卫生出版社出版的《神经系统疾病鉴别诊断学》诊断要点和格拉斯哥昏迷量表(GCS)进行诊断和评分。昏迷判定:(1)不能按吩咐动作。(2)不能说话。(3)不能睁眼视物。患者一旦能说话或睁眼视物即是昏迷的结束^[1]。合并有其它严重颅内出血、内脏损伤、频发癫痫的病例予以排除。30 例纳入病例全部为脑外科住院患者,四大生命体征基本平稳后,其中住院号为奇数的 15 例开始针灸治疗。治疗组男 13 例,女 2 例,年龄 31.3 ± 10 岁,病程 5~20 天,平均 11.3 ± 5 天;住院号为偶数的 15 例为对照组,男 12 例,女 3 例,年龄 28.4 ± 14 岁,病程 7~24 天,平均 12.4 ± 6 天;治疗组 GCS 评分为 6.3 ± 2.1 ,对照组 GCS 评分为 6.1 ± 2.0 ,两组性别、年龄、病程基本一致,差异无显著性($P>0.05$),有可比性。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:对照组接受神经外科康复病区的基础治疗,即静脉滴注醒脑静、胞二磷胆碱和香丹注射液等

改善脑功能、活血化瘀的药物。治疗组在上述基础上,同时接受针灸和穴位注射治疗,方法如下。

针刺:采用华佗牌毫针,针身长度在 0.5~4cm (0.5~1.5 寸)左右,直径 0.32~0.38cm (28~30 号)左右。仰卧位取穴,单手进针法,头针行捻转手法,体针行提插泻法,强刺激(足三里、三阴交提插补法),留针 1 小时左右。疗程:每日针 1 次,5 次为 1 个疗程,每个疗程间休息 2 天,治疗 4 个疗程后评价疗效。

穴位注射:选择 5ml 一次性注射器。药物选择乙酰谷酰胺,生脉注射液。单手进针法,提插手法,针下有沉紧感时,回抽无回血时注入药液。快速出针,并用消毒棉球按压针孔。乙酰谷酰胺 2ml 穴位注射,每天 1 次,5 天 1 个疗程,休息 2 天,继续下一个疗程。生脉注射液 4ml 穴位注射,分别注入两个穴位,每穴 2ml,每天 1 次,5 天为 1 个疗程,休息 2 天,继续下一个疗程。

取穴:主穴:内关、人中、风池、百会、足三里、三阴交、太冲。配穴:失语选取哑门、廉泉、通里,肢体瘫痪选取患肢的阳明经穴和头部运动区,头痛、头昏取印堂、太阳等。乙酰谷酰胺的穴位注射以头部哑门、百会为

主,生脉注射液主要注射肾俞、足三里。

2.2 统计学方法:采用卡方检验。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:显效:能说话或睁眼视物,GCS 评分提高 4 分以上。有效:睁眼或言语反应迟缓,但可以服从命令作相应运动,GCS 评分提高 1~3 分。无效:GCS 评分无提高。

3.2 两组疗效比较:治疗组 15 例中显效 11 例,有效 3 例,无效 1 例,总有效率 93.3%;对照组 15 例中显效 9 例,有效 4 例,无效 2 例,总有效率 86.7%。治疗组的总有效率高于对照组,但经卡方检验,两组总有效率差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 治疗前后主要症状变化比较:失语,偏瘫,面神经、动眼神经、外展神经等颅神经损伤是严重颅脑外伤后常见的症状和体征,不少患者这几种症状合并出现,治疗组的总有效率均高于对照组。失语:治疗组 10 例,显效 9 例,减轻 0 例,无效 1 例,显效率 90%;对照组 10 例,分别为 3 例、4 例、3 例及 30%。瘫痪:治疗组 7 例,显效 5 例,减轻 1 例,无效 1 例,显效率 71.4%;对照组 8 例分别为 2 例、3 例、3 例及 25%。颅神经损伤:

* 四川大学华西医院针灸科,成都市武侯区国学巷 37 号

(610041)

收稿日期:2003-12-02;修回日期:2004-02-27

治疗组 6 例中显效 5 例,减轻 0 例,无效 1 例,显效率 83%;对照组 8 例分别为 1 例、4 例、3 例及 13%。经卡方检验,差异均有显著性($P < 0.05$),说明针刺和穴位注射治疗颅脑外伤所致的颅神经损伤、失语和偏瘫有较好的疗效。

4 讨论

现代研究表明,严重颅脑外伤后,脑组织出现一系列的病理反应,如水肿、血肿,或者皮质的保护性抑制,从而出现昏迷。现代医学对改善颅内水肿(甘露醇等药物),去除颅内血肿(手术)等病理因素已有行之有效的方法,但对昏迷尚无确切疗效的治疗方案。

本研究根据针灸可以兴奋大脑皮质,提高病理抑制状态下的下丘脑兴奋性,促进甲襞循环、改善脑组织的缺血、缺氧状态的理论^[2,3],采用针刺和穴位注射治疗颅脑外伤后昏迷。颅脑外伤后昏迷相当于中医“厥证”的范畴,中医辨证为脑络瘀阻,闭塞清窍。本研究一

方面以强针刺刺激头面部的人中、风池、百会,体部的内关、足三里、三阴交、太冲,另一方面,头穴注射乙酰谷酰胺改善脑功能,强壮穴肾俞、足三里注射生脉注射液加强行气补气的力量,共同达到醒脑开窍,行气活血祛瘀的目的,从而起到促醒及改善颅脑外伤后各种并发症的作用。本研究结果表明,针刺和穴位注射对颅脑外伤后昏迷有促醒的趋势,但无统计学意义($P > 0.05$),针刺和穴位注射对颅脑外伤后昏迷的促醒作用尚须进一步研究。对面神经、动眼神经、外展神经等颅神经损伤及偏瘫,失语等症状具有确切疗效。

参考文献

- 1 安得仲. 神经系统疾病鉴别诊断学. 北京:人民卫生出版社,2000:560—565.
- 2 余茜,申丕强. 针刺对严重颅脑损伤恢复期甲状腺功能的影响. 中国针灸,1996,16(8):1.
- 3 丁晶,张存生. 闭合性颅脑损伤术后针刺治疗的疗效对比观察. 中国针灸,1996,16(11):1—2.

牡蛎泽泻散临床运用举隅

苗 新 凤*

治病求本,平衡阴阳,异病同治,重在辨证。笔者应用牡蛎泽泻散方加减治疗不同原因所引起的胸水、腹水,临床上取效满意。现报告如下。

1 胸水

杨某某,男,60岁,1999年11月29日初诊。1月前患者因咳嗽无力,身体日渐消瘦来我院就诊。经检查后确诊为“肺癌”,收住胸外科手术治疗,术中顺利,刀口如期愈合后出院。出院2周,患者咳嗽加重,继而出现胸闷气短,呼吸困难,来我院复诊,拍X线胸片示:(1)左侧胸水;(2)左上叶肺膨胀不全。由于患者术后时间短,不愿接受胸穿,故转入我科治疗。接诊时患者咳嗽气短,胸闷,午后身烦热,但体温不高,盗汗,舌质红,苔薄白,脉沉细,治拟攻逐水饮,下气平喘。处方:牡蛎30g,葶苈子15g,泽泻10g,瓜蒌根10g,桑白皮12g,杏仁10g,陈皮12g,甘草6g。服药1周,胸闷、气喘咳嗽好转,余症如故,原方加生地黄10g,青蒿9g,鳖甲15g(先煎)。2周后患者午后身烦热,盗汗明显好转,胸闷、气喘咳嗽减半,纳食增加,可见药与病合。调方如下:牡蛎40g,葶苈子15g,桑白皮12g,泽泻15g,党参15g,茯苓20g,川芎12g,生地黄15g,鳖甲15g(先煎),带药出院。

服药2个月,患者诸症悉除,精神尚可,舌质稍红,苔薄白,脉沉细,X线胸透未见胸水。原方加知母12g。再服1个月后来诊,患者一般情况好,故停药观察。半年后病情仍稳定。

按:肺癌术后,肺之通调涩滞,脾之传输无权,肾之蒸化失职,三者互为影响,导致水液停积。陈修园说:“凡五脏有偏虚之

处而饮留之”。就是指出了脏气虚的内在条件。故用牡蛎泽泻散逐水,加用益气养阴健脾之品,病情很快好转。

2 腹水

李某某,男,42岁,2000年8月14日初诊。患者2月前因肝硬化腹水住进某医院治疗,出院后一般情况好。1周前因朋友聚会饮酒偏多,近3天来感觉腹部撑胀,进食后尤甚,气短胸闷前来就诊。接诊时患者面色灰暗,腹膨大,气短息促,双下肢肿,按之如泥,尿少,舌质暗淡,舌边齿痕,苔白腻,脉沉细滑。B超报告:(1)肝硬化(门静脉增宽、脾大);(2)腹水。证属水湿内停,气血瘀阻。拟益气活血,攻下逐水。方药组成:牡蛎40g,泽泻15g,海藻30g(洗去咸),大腹皮30g,猪苓、茯苓各30g,白术12g,黄芪20g,大黄5g(后下),白芍12g,当归12g,川芎12g,桃仁9g,红花6g。5天后复诊,患者小便增多,撑胀稍松,纳食增,大便软,每日2~3次,下肢肿如故,原方加山药、生薏苡仁各30g。半月后3诊,腹大渐小,下肢肿明显消退,效不更方,守原方继服,后在本方基础上加大牡蛎用量,加桑寄生20g,改黄芪为30g,去海藻、大黄,共服药60剂,患者面色灰暗好转,纳食可,二便调,B超报告:肝硬化、门静脉增宽。一般情况可,半年后恢复工作。告患者忌酒,以巩固疗效。

按:嗜酒过度,饮食无节,滋生湿热。少壮之年,脾胃强健,尚能随食随化,但积之过久,又因体气渐衰,使脾肾虚弱,脾弱则运化失职,酒湿之浊气蕴滞不行,清阳当升不升,浊阴当降不降,以至清浊相混,壅于中焦。脾土壅滞则肝失条达,气血郁滞而不行,水液渐积渐多,加之肾气不足,开阖不利,水不得泄,遂成腹水。故治疗先以益气活血,攻下逐水,后以益气健脾、补肾行水,使脏气功能恢复正常,诸症随之消除。

* 河北省邯郸市第一医院,邯郸市丛台路24号(056002)

收稿日期:2004-01-19