

安宫牛黄丸对重型脑损伤患者降温止抽和促醒作用的临床观察

刘令锁 孙喜波 王其瑞

重型脑损伤患者除有较长时间的昏迷和其他生命体征不稳定外,往往出现中枢性高热和抽搐症状,甚至出现去皮质强直。抽搐和去皮质强直的出现提示脑损伤较广泛、严重,且与高热和昏迷形成恶性循环。急性期治疗常规采用低温冬眠,保持呼吸道通畅,降低颅内压,改善脑细胞代谢和防治并发症,手术清除血肿减压等措施^[1]。尽管如此,部分重型脑损伤患者的高热和抽搐症状难以控制。1995 年 7 月~1997 年 12 月,我们采取早期鼻饲安宫牛黄丸辅助治疗,对患者高热、止抽和促醒收到一定的疗效。报告如下。

1 病例与方法

1.1 病例: 36 例重型脑损伤患者中男 28 例,女 8 例;年龄 12~68 岁。车祸伤 25 例,坠落伤 6 例,直接暴力砸伤 5 例。患者均经颅脑 CT 确诊:其中脑挫裂伤 25 例,脑干或丘脑下部损伤 6 例,颅内血肿 5 例。脑挫裂伤中合并脑干或丘脑下部损伤 11 例,合并颅内血肿 7 例。临床表现:患者均出现中枢性高热,体温可达 40.0~41.0℃;抽搐主要表现在面部和四肢。脑挫裂伤和颅内血肿(特别是硬膜下血肿和脑内血肿)患者多表现癫痫大发作和局限性发作。原发性脑干损伤表现肌张力增强或持续性癫痫发作,严重者表现典型去皮质强直状态。按照格拉斯哥昏迷评分(GCS):3~5 分 20 例,6~8 分 16 例。36 例随机分为 2 组。治疗组 18 例中男 15 例,女 3 例;年龄 12~15 岁 2 例,16~50 岁 11 例,51~60 岁 3 例,61~70 岁 2 例。GCS 3~5 分者 10 例,6~8 分者 8 例。重型脑挫裂伤

5 例,原发性脑干损伤及丘脑下部损伤 4 例,脑挫裂伤合并单处颅内血肿 6 例,合并多处颅内血肿 2 例,开放性颅脑损伤 1 例。入院后行血肿清除和减压手术治疗 13 例。

对照组 18 例中男 13 例,女 5 例;年龄 14 岁 1 例,16~50 岁 14 例,51~60 岁 2 例,68 岁 1 例。GCS 3~5 分 10 例,6~8 分 8 例。重型脑挫裂伤 4 例,原发性脑干及丘脑下部损伤 6 例,脑挫裂伤合并单处血肿 3 例,合并多处血肿 2 例,开放性脑损伤 3 例。入院后行血肿清除和减压手术治疗 12 例。2 组患者临床资料无显著性差异,有可比性。

1.2 治疗方法: 患者入院后或手术前后出现高热、抽搐症状时,在排除脑脊液鼻漏、鼻骨骨折等插管禁忌证外,治疗组均给插管鼻饲。将安宫牛黄丸 1 粒(3 g)研碎,以水冲泡注入胃内,极重症和体型强壮者每次 2 粒,每日 1 次,连用 3~5 日。均未采取低温冬眠措施。

另外常规治疗包括:脱水剂、止血剂、抗生素、脑细胞代谢药、保持呼吸道通畅等。对照组 18 例只采用上述常规疗法。对持续高热 40.0℃以上者,伴频繁抽搐或肺部感染时,给予低温冬眠措施:静滴冬眠 I 号(度冷丁 100 mg,冬眠灵 50 mg,异丙嗪 50 mg),患者高热降低后改物理降温。

1.3 高热降温标准: 腋温于 24 小时内开始下降,<37.5℃为显效,腋温 37.6~38.5℃为有效,体温不降或下降 0.3℃以内为无效。

2 结果

2 组患者疗效比较见表 1。治疗组中

死亡 2 例,均由于严重脑干损伤,其中 1 例合并肺挫伤。对照组中死亡 5 例,因脑干及丘脑下部损伤死亡 4 例,因重型脑挫裂伤并多处颅内血肿死亡 1 例。凡高热不退、抽搐不止、昏迷加深者均预后不佳。

3 讨论

3.1 安宫牛黄丸在祖国医药学中具有清心开窍、豁痰解毒的功效。 主要治疗因湿热之邪内陷心包,痰热闭阻引起的邪热壅盛,蒙蔽心窍之症。适用于神昏谵语、高热烦躁以及中风昏迷,小儿惊厥属邪热内闭者。方中牛黄能清心解毒,豁痰开窍;麝香开窍醒神共为君药。臣以犀角清心凉血解毒,黄连、黄芩、山栀清热泻火解毒,助牛黄以清心包之火;冰片、郁金芳香辟秽,通窍开闭,以加强麝香开窍醒神之效。佐以朱砂、珍珠镇心安神,以除烦躁不安;雄黄助牛黄以豁痰解毒^[2]。

3.2 有研究表明^[3]: 安宫牛黄丸具有镇静、抗惊厥、解热、抗炎、降低血压、降低机体耗氧量的效应,且对细菌内毒素损害脑细胞有一定保护作用。安宫牛黄丸 II 号具有以下几个特点:可减少小白鼠自主活动的次数;有增强硫酸妥钠的催眠作用;有抗苯丙胺兴奋的作用;

明显延长戊四氮引起的阵挛发作时间,还能明显地对抗戊四氮惊厥和降低死亡率;对细菌毒素引起的发热有明显的解热作用。

3.3 重度脑损伤后早期鼻饲安宫牛黄丸,可部分地替代降温药和镇静剂,减少糖皮质激素的用量。尤其是镇静剂在脑损伤中属慎用药物,确实排除了颅内血肿存在和高颅压的前提下才可使用。临

表 1 2 组患者疗效比较

组别	例数 (例)	高热降温				止抽				意识恢复				
		显效	有效	无效	总有效率(%)	停止	好转	无效	有效率(%)	1周内清醒	1日内清醒	植物状态存活	死亡	有效率(%)
治疗组	18	11	6	1	94.3	9	7	2	88.9	10	5	1	2	83.3
对照组	18	4	8	6	66.7	4	7	7	61.1	5	6	2	5	6.11

作者单位: 271000 山东省泰安市中医院外科

刘令锁,男,45岁,副主任医师。主要从事神经外科专业;现任泰安市神经外科学会学术委员会委员,已发表学术论文 5 篇。

床一般用冬眠 I 号或冬眠 II 号来控制高热和抽搐。

3.4 对重型脑损伤的治疗非常复杂。它包括诊断是否明确,有无手术指征,手术时间和方式,脱水药的应用,各种并发症的防治等。因这类患者昏迷较深,我们的体会是在常规治疗的基础上,只要插鼻

饲管无禁忌证,早期鼻饲安宫牛黄丸确有疗效。本药丸剂型使用方便,同时还可以通过鼻饲给奶类流质和治疗应激性溃疡的药物。

4 参考文献

- 1 王忠诚主编 神经外科学(一): 颅脑损伤 第 1 版 北京: 人民卫生出版社, 1974: 119 - 120

- 2 段富津主编 方剂学 第 1 版 上海: 上海科学技术出版社, 1995: 169

- 3 陈馥馨, 林育华, 史美瑶, 等 新编中成药手册 第 1 版 北京: 中国科技出版社, 1991: 284 - 285

(收稿 1998 - 05 - 03 修回: 1998 - 11 - 13)

(本文编辑: 弭鸿然)

· 经验交流 ·

中西医结合治疗急性期脑出血 26 例疗效观察

马素娟

1995 年以来,采用中西医结合治疗脑出血急性期患者 26 例,与对照组 22 例作比较。报告如下。

1 病例与方法

1.1 病例: 48 例均为我院内科收治的脑出血患者,均经颅脑 CT 确诊。随机分为治疗组 26 例,对照组 22 例。治疗组中男 15 例,女 11 例;年龄 40~ 76 岁。出血部位和出血量: 基底节区出血 9 例,出血量 8.0~ 30.0 ml; 丘脑出血 4 例,出血量 4.0~ 10.0 ml (2 例破入脑室); 小脑出血 2 例,出血量 7.0~ 10.0 ml; 脑叶出血 8 例(额叶 3 例,颞叶 4 例,枕叶 1 例),出血量 8.0~ 20.0 ml; 脑干出血 3 例,出血量 2.0~ 5.0 ml。对照组中男 13 例,女 9 例;年龄 35~ 75 岁。出血部位和出血量: 基底节区出血 8 例,出血量 9.0~ 30.0 ml; 丘脑出血 3 例,出血量 5.0~ 9.0 ml (1 例破入脑室); 小脑出血 2 例,出血量 6.0~ 11.5 ml; 脑叶出血 7 例(额叶 2 例,颞叶 3 例,枕叶 2 例),出血量 9.0~ 25.0 ml; 脑干出血 2 例,出血量 2.5~ 6.0 ml。治疗组患者入院时意识清楚者 15 例,嗜睡 7 例,浅昏迷 3 例,深昏迷 1 例; 肢体肌力 0 级 6 例, I 级 9 例, II 级 3 例, III 级 4 例, IV 级 2 例, V 级 2 例。对照组患者入院时意识清楚者 14 例,嗜睡 5 例,浅昏迷 2 例,深昏迷 1 例; 肢体肌力 0 级 4 例, I 级 7 例, II 级 4 例, III 级 3 例, IV 级 2 例, V 级 2 例。入院时治疗组血压正常者 8 例,余 18 例血压

为 20.0~ 28.0/12.6~ 16.0 kPa (1 kPa = 7.5 mmHg); 对照组血压正常者 8 例,其余 15 例血压为 19.3~ 28.7/12.0~ 17.0 kPa。2 组入院时神经功能缺损评分: 治疗组 31~ 45 分 12 例, 16~ 30 分 9 例, 0~ 15 分 5 例; 对照组 31~ 45 分 10 例, 16~ 30 分 8 例, 0~ 15 分 4 例^[1]。2 组患者临床资料和病情轻重无显著差异,有可比性。

1.2 治疗方法:

1.2.1 对照组给予 20% 甘露醇 250 ml 静滴,每 8~ 12 小时 1 次。同时给予适当降压药,补液,维持水、电解质平衡等综合治疗。

1.2.2 治疗组: 在对照组治疗基础上加用通腑泻热中药,组方: 大黄 12~ 15 g (后下),芒硝 10 g (冲服),枳实 10 g,牛膝,赭石,黄芩各 15 g,栝蒌 20 g。血压高者加菊花 12 g,夏枯草 50 g; 嗜睡或意识不清者加石菖蒲、郁金各 15 g。每日 1 剂,水煎服。昏迷患者均经鼻饲给药。

1.3 疗效标准: 基本痊愈: 神经功能缺损评分减少 91%~ 100%, 病残程度为 0 级; 显著进步: 神经功能缺损评分减少 46%~ 90%, 病残程度为 1~ 3 级;

进步: 神经功能缺损评分减少 18%~ 45%; 无变化: 神经功能缺损评分减少 17% 左右^[1]。

1.4 统计学处理: 采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗组有效 23 例(基本痊愈 6 例,显著进步 11 例,进步 6 例),无效 3 例(无变化 2 例,死亡 1 例),总有效率 88.5%; 对照组有效 15 例(基本痊愈 3

例,显著进步 7 例,进步 5 例),无效 7 例(无变化 5 例,死亡 2 例),总有效率 68.2%。经 χ^2 检验, $P < 0.05$, 2 组疗效比较有显著性差异,治疗组优于对照组。

3 讨论

脑出血后脑组织的病理生理改变主要是脑水肿、颅内压增高,严重者可导致中线结构移位,甚至脑疝形成。临床表现除局灶性神经功能缺损外,主要以头痛、呕吐、意识障碍为主。目前西医保守治疗主要是降血压、降颅压、维持水、电解质平衡等综合治疗,降颅压最常用高渗脱水剂 20% 甘露醇。静脉应用后使组织间水分渗透到血管内,从而使颅内压降低,但作用维持时间短,需反复给药,过频给药又会导致患者脱水或肾脏损害。为避免副作用,我们在西医常规治疗基础上,同时给予通腑泻热中药,使腑气通畅,每日排便保持在 2~ 3 次,并有协同降颅压作用。根据中医理论,大黄与牛膝、赭石相伍能引瘀血下行; 栝蒌、黄芩清热化痰; 菊花、夏枯草清泻肝热,有较好的降血压作用; 石菖蒲、郁金开窍醒神。因脑出血后脑水肿高峰期是 3~ 7 日,水肿持续时间约 2 周,所以我们 2 周内给予中西医结合治疗,经观察上述中药有协同降颅压作用,减少并发症发生,神经功能恢复好,值得临床推广应用。

4 参考文献

- 1 王新德执笔 各类脑血管疾病诊断要点 (脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准). 中华神经科杂志, 1996; 29(6): 379 - 383

(收稿: 1998 - 09 - 07 修回: 1998 - 11 - 04)

(本文编辑: 弭鸿然)

作者单位: 066300 河北省抚宁县中医院
马素娟, 女, 33 岁, 主治医师。