

总之,急性药物中毒如能早期发现,及时就诊,规范治疗,绝大多数患者可获新生。同时急性药物中毒在内科急诊中十分常见,因此除采用正确及时的抢救措施外,还应加强人生观的教育,并加强作用于中枢的药物在流通中的管理,以减少服药中毒事件的发生。

参考文献

[1] 洪建芳,李维义,林建功. 2238例急性中毒患者流行病学特征分析[J]. 中华急诊医学杂志, 2005, 14(6): 861
 [2] Clark RF. Fred harchelroad toxicology screening of the trauma patients a change profile[J]. Ann Emerg Med, 1991, 20: 151
 [3] 刘淑英,赵敏,王玉芝. 616例急性中毒患者流行病学调查[J].

中华急诊医学杂志, 2004, 13: 401
 [4] 冯旭明,张文武,龚鸿裕,等. 急性药物中毒 102例分析[J]. 中华急救医学杂志, 2004, 13(10): 705
 [5] 李焕德,张毕奎,王峰,等. 毒物分析与中毒抢救 10年临床实践[J]. 中国药学杂志, 2001, 36(8): 562
 [6] 连玮. 纳洛酮治疗镇静安眠药急性中毒 113例疗效观察[J]. 苏州大学学报, 2004, 24(5): 644
 [7] 田继生,雷登山. 氟马西尼救治苯二氮革类药物中毒昏迷 48例的疗效观察[J]. 中华综合医学杂志, 2001, 2(10): 908
 (2009 - 04 - 29 收稿)(周济桂 编辑)

安宫牛黄丸结合高压氧治疗重型颅脑损伤 256例临床疗效观察

张桂湘 牛立堂 朱金华 刘常权

(河北省冀中能源邢台矿业集团总医院神经外科 邢台 054000)

摘要 目的 探讨安宫牛黄丸结合高压氧治疗重型颅脑损伤的疗效。方法 回顾性分析 256例重型颅脑损伤应用安宫牛黄丸结合高压氧治疗的疗效及预后。结果 苏醒 185例(72.9%),明显提高了临床治疗效果。结论 应用安宫牛黄丸结合高压氧治疗重型颅脑损伤,可明显改善治疗效果。

关键词 安宫牛黄丸 高压氧 重型颅脑损伤

中图分类号 R 651.15 **文献标识码** B **文章编号** 1008 - 6633(2009)04 - 521 - 02

重型颅脑损伤是颅脑损伤中较严重的一种,在我国发病率较高,临床表现为严重的意识障碍、言语及肢体功能障碍等多种形式,临床治疗方法较多。2004年 8月~2008年 2月,我们收治重型颅脑损伤患者 256例,均在早期应用安宫牛黄丸结合高压氧促醒治疗,对其资料进行回顾性分析,结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 256例重型颅脑损伤患者中,男 175例,女 81例;年龄 6~82岁,其中 <19岁 39例;20~59岁 125例;>60岁 92例。伤后即持续昏迷 165例;“中间清醒期”后再出现昏迷 91例。双侧瞳孔散大 156例;一侧瞳孔散大 100例。伤后 GCS 3分 31例;GCS 4分 67例;GCS 5分 53例;GCS 6分 34例;GCS 7分 30例;GCS 8分 41例。所有患者伤后早期均在专职神经外科医师、ICU病房进行有效的诊断和治疗。256例患者中,行开颅血肿清除+去骨瓣减压术 151例,单纯去骨瓣减压手术 38例,余 67例行保守治疗。

1.2 方法 所有患者均在第 3天给予安宫牛黄丸鼻饲(1丸,2次/d,持续 1周),如无高压氧治疗禁忌证,即采用高压氧(1/日×90天)治疗,138例昏迷 1~3个月(53.9%),75例昏迷 4~6个月(29%),43例昏迷 >6个月(16.7%)。

2 结果

256例重型颅脑损伤长期昏迷患者中,185例苏醒(72.9%)。苏醒成功率与昏迷时间的关系:138例昏迷 1~3个月的患者,99例苏醒(71.9%);75例昏迷 4~6个月的患者,36例苏醒(48%);43例昏迷 >6个月的患者,11例苏醒(25.5%)($P < 0.05$)。苏醒成功率与原发脑干损伤的关系:在 153例原发脑干损伤患者中,苏醒成功 86例(56.2%),另 103例无严重原发脑干损伤的患者中苏醒 79例(77%)($P < 0.05$)。苏醒成功率与脑疝的关系:83例双侧瞳孔散大的患者,苏醒 37例(45%);143例一侧瞳孔散大并苏醒 98例(69%);其他 40例瞳孔正常的患者苏醒 30例(75%)($P < 0.05$)。苏醒与 GCS 评

分关系:140例 GCS 3~5分的患者,74例苏醒(53%),116例 GCS 6~8分患者中苏醒 86例(74%)($P < 0.05$)。苏醒成功率与年龄的关系:39例 <19岁患者中,33例苏醒(87%);125例 20~59岁的患者中,苏醒 83例(66%),92例 >60岁的患者中,苏醒 21例(22.8%)($P < 0.05$)。

3 讨论

3.1 本组 256例重型颅脑损伤长期昏迷患者的临床资料表明,经过安宫牛黄丸结合高压氧促醒治疗后,有 161例患者恢复意识,其中大部分患者在昏迷 3个月内苏醒。资料进一步分析表明,长期昏迷的患者能否苏醒,取决于患者是否有原发脑干损伤、脑疝、伤情、年龄等多种因素。

3.2 安宫牛黄丸主要由牛黄、犀角、黄连、黄芩、生栀子、朱砂、珍珠、麝香、冰片、明雄黄、郁金等组成,有清热开窍、镇心安神作用。其中牛黄、犀角、珍珠粉清热解毒、凉血定惊及化痰;麝香、冰片活血消肿止痛;黄连、黄芩止血燥湿、清热泻火;生栀子、朱砂利尿解毒、清心镇惊;明雄黄、郁金祛风杀菌、行气解郁、凉血破瘀。现代研究表明,朱砂能抑制中枢神经系统兴奋,起镇静和催眠作用,外用能抑杀皮肤细菌及寄生虫,研磨作丸外衣,有防腐作用。明雄黄含三硫化二砷,能抑制巯基酶系统以影响细胞代谢,因而抑制生长迅速的肿瘤细胞。冰片含右旋龙脑,对大肠杆菌、金黄色葡萄球菌有抑制作用。麝香含各种甾醇,具有兴奋中枢神经、强心利尿、促进腺体分泌的作用。珍珠粉含碳酸钙及多种氨基酸,与牛黄合用(珠黄散)具有抗真菌感染的功效。黄连所含多种生物碱,主要为小檗碱,用于湿热、呕吐、泻痢、黄疸及高热神昏。黄芩含的类黄酮成分可显著地抑制淋巴细胞增殖。故安宫牛黄丸为一种具有抗炎、抗癌、抑制细胞代谢、强心利尿和抗真菌感染等复合作用的中成药。安宫牛黄丸临床传统应用于清热解毒、镇惊开窍,主治热邪内陷、传入心包引起的高烧不退、烦躁不安、神昏谵语、痰涎壅盛以及小儿惊风等症。近年来,随着中药基础研究以及中医临床实践的深入,安宫牛黄丸的



药理学作用得以阐明,临床应用范围也得以扩展。本组病例均应用安宫牛黄丸治疗。

3.3 改善病灶区脑组织缺氧,减轻脑水肿,降低颅内压力。早期 HBO能降低颅脑损伤患者血浆内皮素,改善 MCA血流速度,降低血管阻力,迅速改善脑损伤后血管痉挛及脑缺血、缺氧所致的继发性脑水肿,脑肿胀。促进血肿吸收,HBO下脑血管收缩,对抗毛细血管扩张,减少渗出,提高血氧张力,促进脑细胞的新陈代谢,引起红细胞类脂质的过氧化作用,产生溶血机制,使血肿早期有溶蚀破坏作用,对血肿的机化作用增强,有利于血肿溶解成微小碎片,从而加速血肿的吸收。HBO能活化无效的神经元。无效的神经元即在缺血半影区内代谢不活泼和无电位活动,但尚存活。通过 HBO纠正缺氧,促进代谢而恢复电位活动。HBO可促进侧支循环的形成,保护损伤病灶周围的缺血半影区的神经细胞。可增加脑干及网状结构激活系统供血量,刺激上行网状系统的兴奋,有利于改善觉醒状态,促使昏迷患者苏醒。目前,临床采用的促醒方法缺乏严格随机双盲对照研究,所以各种促醒治疗方法的确切疗效被难以肯定。但世界各国神经外科医师没有放弃努力,仍坚持综合促醒治疗。期望促使长期昏迷患者苏醒^[1]。目前,国内外对长期昏迷患者综合治疗,包括下列措施:首先,预防各种并发症是长期昏迷患者苏醒的基本条件,尤其要注意防治肺部感染、营养不良、高热和癫痫的发生;其

次,促醒药物的应用^[2],主要为:精神兴奋剂,如甲氯芬脂;阿片受体拮抗剂,如纳洛酮;清除脑自由基类,如依达拉奉;钙离子拮抗剂,如尼莫通,此药可解除颅底血管痉挛,改善微循环。第三,积极治疗交通性脑积水,一旦发生交通性脑积水、脑室进行性扩大、无明显脑萎缩者,尽早行脑室腹腔分流术,可取得理想的促醒效果^[3]。第四,高压氧是目前用于长期昏迷促醒行之有效的方法之一,颅脑损伤一旦病情平稳,应尽早接受高压氧治疗,疗程通常为 30~90天左右。虽然采用各种促醒手段,促使患者苏醒,但仍有超过 80%的患者存在严重的功能障碍,如瘫痪、语言障碍、记忆功能障碍、情感障碍。要根本改善长期昏迷患者的生存质量和远期疗效仍是摆在我们面前的难题。

参考文献

- [1] 江基尧,朱 诚.现代颅脑损伤学[M].上海:第二军医大学出版社,1999.473-477
- [2] 全国多中心双盲临床研究课题组.盐酸纳洛酮治疗急性颅脑损伤病人随机双盲多中心前瞻性临床研究[J].中华神经外科杂志,2001,17(2):135
- [3] 袁小勇,陈子祥.脑外伤后脑积水脑室腹腔分流的意义[J].现代中西医结合杂志,2008,22:3478

(2009-03-19 收稿)(陈 迁 编辑)

脑卒中吞咽障碍早期针刺加康复训练的效果观察

李晓华

(河北省唐山市康复医疗中心 唐山 063000)

[关键词] 脑卒中 吞咽障碍 针刺疗法 康复训练

[中图分类号] R 473.5 [文献标识码] B

[文章编号] 1008-6633(2009)04-522-02

吞咽障碍是卒中常见的症状,常由球麻痹或假性球麻痹引起,轻者只有吞咽不畅感或者出现误咽,重者出现水和营养的摄取困难^[1]。若得不到及时有效的康复治疗,患者可因吞咽障碍出现误吸,发生吸入性肺炎,严重者因窒息而危及生命。因此,在卒中早期有计划地根据病情对意识清楚的吞咽障碍患者进行康复治疗,使患者及时得到足够的营养补充,增强机体抵抗力,对疾病的康复有着重要的意义^[2]。2003~2006年,我院对 76例卒中患者进行针刺及康复训练,结果报告如下。

1 临床资料

本组 76例均系我院神经内科住院卒中引发吞咽障碍患者,符合 1986年第二次全国脑血管会议的诊断标准^[3]。其中男 47例,女 29例;年龄 54~72岁,首次发病 27例,再发病例 49例。病变部位:全部经头 MR或 CT确认梗死或出血的部位,其中脑出血 12例,脑梗死 24例。双侧内囊、基底节区多发病变 31例,双侧皮层、皮层下病变 19例,双侧基底节伴脑干梗死 16例。66例患者均意识清楚,无感觉性失语。本组吞咽障碍重度 22例,中度 32例,轻度 12例。吞咽能力分级标准:重度:完全不能经口进食;中度:可进少量糊状食物及水;轻度:进食中吞咽食物缓慢,偶可出现呛咳。将其分为观察组和对照组。对照组按常规护理,观察组给予针刺和康复训练。两组患者病程、病情及一般情况,具有可比性。

2 针刺及康复训练方法

2.1 针刺方法 针刺取风府、翳风、风池、廉泉、太溪、照海、列缺。风府直刺 1寸,廉泉直刺 1寸,翳风针尖向鼻尖方向进针 1寸,针感向喉部传导;风池针尖向同侧喉结边缘进针 1.5寸,使针感向喉部传导;太溪穴针尖向外踝方向,向内踝后缘倾斜进针 1寸,使针感向腓肠肌或足大趾放射;列缺与桡骨小头呈 30°向肘关节方向进针 1寸。以上穴位均系用平补平泻手法,除注明外均取局部针感,除风府、风池不留针外,其他穴均留针 30分钟,每日 1次,10天为 1个疗程,休息 3天。

2.2 康复训练方法 冷刺激和空吞咽。将冰冻棉棒蘸少许水,轻轻刺激软腭、腭弓、舌根及咽后壁,然后嘱患者做空吞咽动作。冷刺激能有效地强化吞咽反射,反复训练,可使之易于诱发且吞咽有力。模拟吞咽训练。吸气 屏气 吞咽唾液 呼气 咳嗽。深呼吸训练。嘱咐患者每天早晨做深呼吸运动 30次,每日 3次。发声训练。让患者双手于胸前平放,再屏气做 a i u等构音训练。每天 2次,分别于上午、下午做,每次 5~10分钟。口唇和舌的被动和主动训练。嘱患者对着镜子做吹哨、吸吮和微笑或大笑等动作,每日 3次,每次 5~10分钟。如口唇不能运动者治疗者可用手轻轻按摩嘴角和唇缘;不能伸舌者用纱布轻轻帮助舌进行上下左右运动。进食体位。一般让患者取躯干 30°仰卧位头颈部前屈,患侧肩部以枕垫起,治疗者位于患者健侧。此时进行训练,食物不易从口中漏出,有利于食物向舌根运送,还可以减少向鼻腔逆流及误咽的危险。颈部前屈也是预防误咽的一种方法。

3 结果