

中医护理

安宫牛黄丸辅助治疗颅脑外伤致中枢性发热疗效观察

张东奎,于锡海,刘玉珍

(青岛疗养院康复中心, 山东 青岛 266071)

Clinical Observation on the Effect of Angong Bezoar Pills on the Centric Fever Caused by Cranial Trauma ZHANG

Dongkui, YU Xihai, LIU Yuzheng

摘要:将 206 例颅脑外伤所致中枢性发热病人分为中西医结合组(中西组,126 例)和西药组(80 例)。两组均采用脱水、保持水电解质平衡、应用抗生素等措施治疗;西药组加用糖皮质激素类药物加物理降温治疗,中西组在此基础上给予安宫牛黄丸口服。结果中西组疗效显著优于西药组($\chi^2 = 60.5, P < 0.01$)。提示在西药治疗的基础上加用安宫牛黄丸对颅脑外伤引起中枢性发热可提高疗效,而做好高热病人的护理是保证其疗效的重要措施。

关键词:颅脑外伤; 中枢性发热; 安宫牛黄丸; 护理

中图分类号:R473.6;R282.71 文献标识码:B 文章编号:1001-4152(2004)24-0036-02

颅脑外伤引起的中枢性发热在临床治疗上较为棘手。1995 年 5 月至 2002 年 10 月,笔者对 206 例颅脑外伤引起的中枢性发热采用中西医结合的方法治疗,效果满意,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

206 例均为 1995 年 10 月至 2002 年 10 月在康复中心住院的病人,均有颅脑外伤史,伴有不同程度的意识障碍,言语不清,肢体活动不灵。持续高热($T 39 \sim 41$, 平均 39.5),经颅脑 CT 证实,符合颅脑外伤引起的中枢性发热诊断,并排除其他致热病因。将 206 例病人分为两组,其中安宫牛黄丸辅助治疗(中西组)126 例,男 102 例、女 24 例,年龄最大 76 岁,最小 12 岁,平均 46.3 岁;闭合性颅脑损伤 84 例,开放性颅脑损伤 42 例;病程 1~4 d。西药组 80 例,男 69 例、女 11 例,年龄最大 72 岁,最小 10 岁,平均 42.8 岁;闭合性颅脑损伤 52 例,开放性颅脑损伤 28 例。两组年龄、性别、病情、病程比较,均 $P > 0.05$,差异无显著性意义。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法:两组病人都采取降低颅内压,控制脑水肿,保持水电解质平衡,吸氧等综合措施。开放性颅脑损伤予清创缝合、止血等措施,使其转为闭合性损伤,并及时处理其他复合损伤、并发症后再参与分组治疗。西药组给糖皮质激素类药物加物理降温(因水杨酸类解热药有抗凝作用,加重脑出血而未采用)。地塞米松 10 mg 加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液中滴注,每天 2 次;50% 乙醇擦

浴,每次 20 min;头颅、腋下放置冰块,防止大脑损伤。中西组除用上述措施治疗外,予安宫牛黄丸 1 丸(3 g),儿童减量,溶于 50 ml 灭菌注射用水中,调成稀糊状鼻饲(神志清醒者予口服),对体温仍不降,且神志无改变者,24 h 后再给 1 丸,方法同上。

1.2.2 评定标准:用药 2.5 d 内体温下降至 37.5 以下,神志清醒者为显效;体温下降至 37.5~38.5,神志有明显改善为有效;体温不降,神志无明显改善为无效,显效加有效视为总有效。

1.2.3 统计学方法:所得数据采用 χ^2 检验。

2 结果

两组疗效比较,见表 1。

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
西药组	80	22(27.5)	17(21.3)	41(51.2)	39(48.8)
中西组	126	88(69.8)	32(25.4)	6(4.8)	120(95.2)*

与西药组比较 * $P < 0.01$

3 讨论

脑温为脑卒中和脑外伤时决定脑损害程度的重要因素之一,脑卒中后即使体温轻度增高(0.5~1.0),亦可使病人预后恶化,全身和脑温的轻度升高,可明显加重神经元的损害。脑外伤病人脑温可较预期的高,正确地确定脑温和控制发热在脑复苏过程中极为重要^[1]。中枢性发热是脑外伤后脑出血血肿或(和)脑出血导致的脑水肿影响丘脑下部体温调节中枢,使产热与散热中枢功能障碍而出现发热^[2],其特点是高热无汗,在临床上通常使用糖皮质激素加物理降温等对症治疗,但疗效欠佳。

祖国医学认为,中枢性发热属中风(中脏腑)阳闭范畴^[3]。其主要病因病机是心肝肾三脏阴阳失调,肝肾阴亏,肝阳暴长,阳升风动,血随气逆夹痰火横窜经隧,蒙蔽清窍,故出现突然昏迷,不省人事,舌蹇肢厥,面赤身热。安宫牛黄丸一方载于清·吴鞠通《温病条辨》一书中,是中医药治疗高热急症的三宝之一。全方由牛黄、犀角(水牛角)、郁金、黄芩、黄连、雄黄、山栀、朱砂各 30 g,冰片、麝香各 7.5 g,珍珠 15 g,金箔为衣,每丸 3 g。方中有清热解毒,芳香开窍,清心安神三类药物组成。全方有清热开窍,豁痰解毒之功,对中枢性发热不仅起到了降温解热,镇静安神之效,其开窍醒神之功也促进了神志清醒及中枢神经系统功能的恢复。表 1 显示,中西组与西药组总有效率比较,差异有显著性意义($P < 0.01$),提示安宫牛黄丸对颅脑外伤引起的中枢性发热有较好的治疗作用,配合上述综合治疗措施,临床上取得了满意的疗效。

在本症的治疗过程中,临床护理尤其重要,应密切观察病人体温、血压、脉搏的变化,鼓励病人多饮水,给与营养充足的流质食物。高热不退时注意勤换冰块或用冷生理盐水灌肠,防止惊厥、抽风的发生。大汗后注意保暖,防止受凉。在服用安宫牛黄丸时,如烦躁、无汗、脉实者,用金银花、薄荷煎汤送服,病人虚弱,脉虚者,可用人参煎汤送服,效果更佳。

参考文献:

[1] 王一镗. 脑温的正确确定及其意义[J]. 中国急救医学, 1999, 19(7): 399.
 [2] 威仁锋. 诊断学[M]. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社, 1996. 8.
 [3] 张佰庚. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1999. 124-125.

作者简介:张东奎(1957-),女,大专,主管护师。

收稿日期:2004-08-31;修回日期:2004-09-29

(本文编辑 颜巧元)

辨证施护肛瘻病人的疗效观察

姚康群

(湖北省中医院中医外科,湖北 武汉 430061)

Effect of Evidence-based Nursing for Patients with the Anal Fistula YAO Kangqun

摘要:将 60 例病人分为治疗组和对照组各 30 例,分别给予辨证施护和常规护理。结果治疗组痊愈率(76.7%)、显效率(20.0%)、有效率(3.3%)和治愈时间(24.7 ± 6.1)d 与对照组[50.0%、46.5%、3.3%及(32.5 ± 7.19)d]比较,差异有显著性意义($P < 0.01$, $P < 0.05$)。提示辨证施护能促进肛瘻病人康复,效果优于常规护理方法。

关键词:肛瘻; 辨证施护; 护理

中图分类号:R248.9 文献标识码:B 文章编号:1001-4152(2004)-0037-02

肛瘻是肛肠科的常见病和多发病。因肛门直肠周围脓肿破溃后,余毒未尽,蕴结不散,气血凝滞,血行不畅或因肺脾两虚所致^[1]。我科 2003 年 7~11 月对 30 例肛瘻病人根据不同证型进行辨证施护,取得满意的治疗效果。介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 60 例肛瘻病人,男 55 例、女 5 例,年龄 21~58 岁,平均 39.5 岁。病程最短 1 个月,最长 10 年。按就诊的先后顺序将病人分为两组各 30 例。治疗组病程(10.1 ± 8.8)个月;肝瘻程度:轻度 9 例,中度 16 例,重度 5 例;湿热内蕴型 13 例,气血不足型 8 例,阴虚内热型 9 例。对照组病程(11.25 ± 9.59)个月;肝瘻程度:轻度 10 例,中度 13 例,重度 7 例;湿热内蕴型 11 例,气血不足型 7 例,阴虚内热型 12 例。两组病人性别、年龄、病程、病情及中医辨证分型比较,差异无显著性意义(均 $P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗及护理方法:治疗组病人入院后即行肛瘻切开挂线术后行中医治疗,根据病人整体情况进行辨证施护。对照组治疗方法同上,予常规护理。

1.2.2 评定标准:肛瘻程度。根据直肠环区硬化程度将肛瘻分为轻度,直肠环肥厚;中度,直肠环后正中硬化;重度,直肠环后方硬化呈半环形。治疗效果。痊愈,创面愈合,症状消失;显效,创面愈合,症状明显改善;有效,创面未愈,症状有所改善;未愈,创面未愈,症状改善不明显。

1.2.3 统计学方法:采用 χ^2 检验和 t 检验。

1.3 结果

两组病人治疗效果比较,见表 1。

组别	例数	痊愈	显效	有效
对照组	30	15(50.0)	14(46.7)	1(3.3)
治疗组	30	23(76.7)	6(20.0)	1(3.3)