

颅脑外伤术后患者中医辨证结合综合康复疗法早期干预的疗效观察

许 健¹

随着我国经济水平的提高及交通的高速发展,创伤性颅脑外伤(trumatic brain injury, TBI)的发生率也逐年增高。脑外伤患者术后往往伴随着各种躯体的或心理的后遗症,如何对脑外伤患者术后进行早期的、有效的综合康复成为现代神经外科及康复医学科共同面临的重要问题。本研究通过早期中医辨证施治结合综合康复疗法干预脑外伤术后患者,取得较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2010年9月—2012年10月由我院神经外科转入康复医学科住院治疗的颅脑外伤术后患者86例,按数字表法随机分为中西医综合康复组(观察组)44例和综合康复组(对照组)42例,两组患者在性别、年龄及脑原发损伤类别差异均无显著性意义,具有可比性($P>0.05$),见表1。纳入标准:有明确头面部外伤史,经颅脑CT或MRI确诊为颅脑损伤;颅脑外伤术后10—30d转科患者;生命体征平稳能够配合康复者。排除标准:意识不清者;严重的脏器功能不全或合并严重肢体功能障碍影响康复者。脱落标准:治疗未滿30d,或未按规定治疗者;治疗过程中因术后病情再次加重或合并其他疾病而中断治疗者。脱落者由之后患者补充。

表1 两组患者各项一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁)	脑原发损伤(例)			
		男	女		脑挫 裂伤	硬膜外 血肿	硬膜下 血肿	脑内 血肿
观察组	44	26	18	42.68 ± 12.25	9	18	11	6
对照组	42	22	20	45.75 ± 14.82	7	17	12	6

1.2 治疗方法

观察组和治疗组均给予以下治疗措施:基础药物治疗,包括脱水药物、神经保护剂、改善脑循环药物、预防癫痫药物。高压氧治疗,60min/次,1次/日,10天为1个疗程,连续3个疗程。针对各项神经功能障碍主要采用:良肢位摆放;运动疗法(采取肢体功能训练,从仰卧到床边坐起训练,坐位平衡训练,站起与坐下训练,站立平衡训练,行走训练);作业疗法,选择相应项目训练患者运动功能、身体感知觉功能和认知功能;言语治疗,主要针对伴有失语或构音障碍患者;运动

方法、作业疗法、言语疗法均为40min/次,1次/d,连续治疗30日;理疗法,根据患者神经功能缺损情况适当应用,如肢体功能障碍早期给予电疗、气压肢体治疗,下肢功能障碍增加功率自行车或Motomed训练等。针刺,用于伴有运动障碍或躯体感觉障碍者,因绝大多数患者为去骨瓣减压术后,故均不予行头针,主要以普通体针结合电针治疗。所有患者在行康复治疗期间如出现病情变化,则停止相应康复项目,观察病情稳定后再继续康复训练。

观察组在上述治疗基础上增加中医辨证施治,根据颅脑外伤患者的中医四诊合参及目前相关临床报道^[1-2],主要辨证分型及方药如下:①瘀血阻络型,症见头痛如刺,痛有定处,舌质紫黯,舌面或舌边有瘀点或瘀斑,脉细涩或沉涩。治以活血化瘀通络,方选通窍活血汤加减:麝香(石菖蒲代)、桃仁、红花、赤芍、生大黄、黄芪、川芎、生姜、大枣等。②气血两虚型,症见头晕乏力,心悸失眠,气短懒言,唇舌色淡,苔薄,脉沉细弱。治以益气养血,方选归脾汤加减:黄芪、人参、当归、白术、天麻、升麻、茯神、酸枣仁、远志、龙眼肉、赤芍、大枣等。③痰热上扰型,症见头重昏蒙,胸中郁热,惊悸虚烦,头目眩晕,口腻纳呆,舌淡苔黄厚腻,脉滑数。治以清热化痰开窍,方选温胆汤和半夏白术天麻汤加减:半夏、橘皮、石菖蒲、白术、天麻、茯苓、竹茹、枳实、郁金、胆南星、瓜蒌、大枣等。④阴虚阳亢风动型,症见头晕目涩,心悸失眠,或盗汗,手足心热,口干,或伴肢体抽搐,颈项强直,两目斜视,舌红少苔或无苔,脉细数或弦细。治以滋阴潜阳熄风,方选镇肝熄风汤或羚角钩藤汤加减:怀牛膝、白芍、玄参、麦冬、龙骨、牡蛎、代赭石、丹皮、鳖甲、地龙、蜈蚣、全蝎、钩藤、水牛角等。⑤肝肾阴虚型,症见头晕腰酸、失眠多梦、耳鸣健忘,舌红无苔,脉细或细数。治以滋补肝肾,方选地黄饮子加减:熟地、麦冬、石斛、五味子、山茱萸、远志、石菖蒲、茯神、酸枣仁等。所有中药制剂均由我院煎药室提供,均浓煎至100ml/包,真空包装,每次1包,每天2次,早晚餐后30min服用,吞咽障碍者予鼻饲,7天为1个疗程,连续服用4个疗程。

1.3 疗效评定

采用简化Fugl-Meyer运动功能评分(Fugl-Meyer assessment scale, FMA)评估躯体运动功能,共50小项,每项按运动功能由低到高分0、1、2分。其中上肢33项共66分,下

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.01.021

1 浙江省衢州市人民医院康复医学科,衢州市,324000

作者简介:许健,男,硕士,住院医师;收稿日期:2012-12-20

肢17项共34分,总分100分;采用Barthel指数评定日常生活能力,总分100分,75—90分为轻度功能缺陷,50—70分为中度功能缺陷,25—45分为严重功能缺陷,<25分为极严重功能缺陷;采用简明精神状态检查(mini mental status examination, MMSE)评定认知功能,总分30分,<22分有认知障碍,<15分为严重的认知障碍。

1.4 统计学分析

试验数据以均数±标准差表示,应用SPSS 15.0统计软件包分析,采用t检验,P<0.05为差异有显著性意义。

2 结果

两组患者在转入时Fugl-Meyer评分、Barthel指数、MMSE评分差异均无显著性(P>0.05),经30d治疗,两组各项参数均较治疗前有明显改善(P<0.01)。治疗后,观察组患者运动功能改善更为明显,与对照组相比差异有显著性(P<0.01);观察组患者日常生活能力相比对照组有明显提高,两组比较差异具有显著性意义(P<0.05);认知功能(MMSE评分)改善方面观察组患者同样提高更为显著,与对照组相比差异有显著性(P<0.01),见表2。

表2 两组患者各项评分指标比较 (x±s)

组别	例数	Fugl-Meyer评分		Barthel指数		MMSE评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	44	37.26±15.16	77.50±16.39 ^{①③}	53.65±14.28	78.48±18.54 ^{①②}	14.22±2.02	21.96±2.67 ^{①③}
对照组	42	39.68±13.59	65.86±12.64 ^①	49.36±13.93	69.71±15.86 ^①	13.36±2.34	19.57±2.85 ^①

①组内前后比较P<0.01;与对照组治疗后比较:②P<0.05,③P<0.01

3 讨论

创伤性颅脑外伤可由外界直接或是间接的暴力引起,引起患者发生头皮的撕脱伤、头皮的裂伤、皮下血肿、脑震荡、颅骨骨折、颅内发生血肿及脑部挫裂伤等,是一系列极其复杂的创伤过程。原发性颅脑损伤在伤后立即产生,基本不可逆转,而一系列如脑水肿、颅内血肿、创伤性脑血管痉挛(cerebral vasospasm,CVS)等继发性颅脑损伤往往接踵而至,使损伤程度进一步加剧。脑外伤手术能快速的控制病情、减轻颅脑损伤、保存和恢复神经功能,挽救患者生命。而脑外伤术后患者往往遗留有不同程度的残疾。据Corrigan等^[3]的调查,美国每年TBI住院患者中,有43.3%的患者在接受康复治疗1年后遗留有不同程度残疾。因此制订合理有效的康复计划,对TBI患者的预后及长期生存质量至关重要。多数学者普遍主张TBI后康复治疗介入应尽可能早^[4]。TBI的康复涉及运动、言语、认知、吞咽等诸多方面,在住院期间根据TBI患者的具体情况,早期进行有针对性的综合康复成为必然趋势。

颅脑外伤尚无统一中医病名,可归属于祖国医学中“脑伤”、“打仆损伤”、“跌仆”、“颠顶骨伤”、“金创”等范畴,也有学者建议用“头部损伤”概括颅脑损伤中医病名体系^[5]。对该病的中医病机研究,几乎所有医家都认为瘀血内阻是TBI的基本病机。李展^[6]认为颅脑损伤发展迅速,并发症多,病机复杂,证候多变,证变规律不易把握,通过辨证分瘀血阻滞、水湿内停、痰浊瘀阻、邪热内盛、情志失调、髓海虚损、气血亏虚、气机失调等证型。中医药治疗颅脑外伤的疗效已有较多报道,认为中医药疗效肯定且合并中医药治疗重型颅脑损伤较单纯西医治疗治愈率高,清醒时间短,并发症少,死亡率更低^[7]。而中医药早期参与治疗TBI,能改善微循环,增加脑部血液灌注,保护脑组织,有效阻断继发性病理损害,提高TBI的治愈率,并且具有疗效较好、副作用小的特点^[2]。以往研究

多从某一单一中药剂型或方药研究其治疗颅脑外伤的疗效,而极少参照中医望闻问切四诊进行辨证具体施治。祖国医学经过几千年的发展,形成了独具特色的诊断和治疗方法,辨证论治是其精髓之一,在中医整体观念的基础上突出个体化论治。中医临床认识和治疗疾病,既辨病又辨证,但主要不是着眼于“病”的异同,而是放眼于“证”的区别上,通过辨证而进一步认识疾病。相同疾病的不同患者可能有其不同的临床表现,而某一疾病在其发展过程的每一阶段同样有各自的特点,因此中医治疗一般不拘泥于某一单一方法。本次研究主要观察对象为早期颅脑外伤术后患者,并根据中医四诊合参结合相关报道总结为瘀血阻络、气血两虚型、痰热上扰、阴虚阳亢风动及肝肾阴虚五种类型,并根据不同证型给予相应方药治疗,通过观察可以发现早期中医辨证治疗结合现代综合康复疗法能够更好的改善颅脑外伤术后患者的肢体运动功能、认知障碍及日常生活能力。该方法即突出了中医治疗的特色,同时又应用了现代康复的新模式,力求早期介入,使患者全面康复。

参考文献

[1] 赵晓平,范小璇.中医药治疗颅脑损伤的探讨[J]. 陕西中医学院学报,2008,31(5):5—7.
[2] 韦相兰,黄李平,李凯,等.颅脑损伤的中医药治疗进展[J].中国中医急症,2011,20(1):106—108.
[3] Corrigan JD, Selassie AW, Orman JA. The epidemiology of traumatic brain injury [J]. J Head Trauma Rehabil, 2010, 25(2):72—80.
[4] 林超,董艳,于明琨.创伤性颅脑损伤去骨瓣减压术后并发症的危险因素分析[J]. 第二军医大学学报,2012,33(11):1260—1262.
[5] 陈雷雷,黄良文,胡鹏,等.颅脑损伤中医病名探析[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(11):91—93.
[6] 李展.颅脑损伤的中医病机探讨[J]. 新中医,2009,41(5):3-4.
[7] 刘增韬,苏凯燕,苏凯娇.中医药治疗重型颅脑损伤[J]. 中国中医急症,2011,20(6):949—950.