

壮医贴敷联合标准大骨瓣减压治疗重型颅脑损伤的效果[▲]

韦树德

(广西医科大学附属武鸣医院外四科, 南宁市 530199, 电子邮箱: 1348286076@qq.com)

【摘要】 目的 探讨壮医贴敷联合标准大骨瓣减压治疗重型颅脑损伤的效果。方法 将 120 例重型颅脑损伤患者随机分为观察组和对照组, 每组 60 例。两组患者均行标准大骨瓣减压治疗, 观察组术后给予壮医贴敷治疗。比较两组患者术后住院时间、治疗费用及术后并发症发生情况。手术前及手术后 7 d 采用美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 进行评估, 术后随访 6 个月采用格拉斯哥预后量表 (GOS) 评价两组患者预后情况。结果 术后两组患者 NIHSS 评分均低于术前, 且观察组术后 NIHSS 评分低于对照组 (均 $P < 0.05$)。观察组术后住院时间、治疗费用、术后并发症发生率均短于或低于对照组, 且预后优于对照组 (均 $P < 0.05$)。结论 壮药贴敷联合标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤疗效确切, 可更好地降低患者术后并发症发生率以及改善预后。

【关键词】 重型颅脑损伤; 壮医; 贴敷; 标准外伤大骨瓣减压

【中图分类号】 R 651.15 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2018)21-2608-03

DOI: 10.11675/j.issn.0253-4304.2018.21.26

重型颅脑损伤发病突然且较为凶险, 损伤程度较重、发生率较高, 在各种创伤中占 40% ~ 50%, 患者的致死率和致死率较高^[1]。传统的骨瓣减压术由于骨窗的位置较高且较小, 颅底部无法充分暴露, 不能有效清除坏死脑组织, 影响手术效果, 而且术中止血效果不佳; 减压效果不理想, 容易导致患者出现再灌注性缺氧, 加重脑水肿的发生及发展, 从而可引起脑组织的血液循环障碍并形成恶性循环^[2-3]。因此, 目前临床上多以标准外伤大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤, 临床效果较好^[4]。壮医是我国民族医药中的瑰宝, 目前有关壮医联合标准外伤大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤的研究报道较少。本研究采用壮药贴敷联合标准外伤大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤, 取得良好效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2016 年 3 月至 2018 年 6 月我院收治的 120 例重型颅脑损伤患者作为研究对象。诊断标准^[5]: (1) 广泛颅底骨折、脑挫裂、脑干损伤或颅内血肿; (2) 神经阳性体征显著; (3) 深昏迷超过 12 h, 意识障碍逐渐加重或出现再昏迷; (4) 生命体征变化明显。纳入标准: (1) 年龄 24 ~ 68 岁, 均有明确外伤史, 受伤至送院时间 < 12 h; (2) 入院时格拉斯哥昏迷量表评分 < 9 分, 具备开颅手术指征, 均行标准外伤大骨瓣减压术治

疗; (3) 患者家属均知情本研究并签署知情同意书。排除标准: 严重肝肾功能不全、心肺功能不全、脑血管疾病、呼吸系统疾病、凝血功能障碍、恶性肿瘤、手术禁忌证、双侧瞳孔散大者。采用随机数字法将 120 例患者分为观察组和对照组, 每组 60 例。对照组中, 男 39 例, 女 21 例, 年龄 (39.75 ± 3.85) 岁; 致伤原因: 交通事故 28 例, 高空坠落 20 例, 摔跌伤 4 例, 暴力殴打 8 例; 损伤类型: 开放性颅脑损伤 16 例, 闭合性颅脑损伤 44 例; 伤后持续昏迷 8 例; 血肿类型: 硬膜外血肿 20 例, 硬膜下血肿 (含合并脑内血肿) 24 例, 硬膜外 + 硬膜下血肿 8 例, 单纯脑内血肿 8 例。观察组中, 男 36 例, 女 24 例, 年龄 (40.19 ± 3.88) 岁; 致伤原因: 交通事故 24 例, 高空坠落 20 例, 摔跌伤 4 例, 暴力殴打 12 例; 损伤类型: 开放性颅脑损伤 18 例, 闭合性颅脑损伤 42 例; 伤后持续昏迷 10 例; 血肿类型: 硬膜外血肿 19 例, 硬膜下血肿 (含合并脑内血肿) 25 例, 硬膜外 + 硬膜下血肿 10 例, 单纯脑内血肿 6 例。两组患者在性别、年龄、致伤原因、损伤类型、血肿类型等一般资料比较, 差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 手术方法 两组患者术前均完善相关检查, 均行标准大骨瓣开颅减压术治疗, 均由同一组医生进行手术。患者均行全身麻醉, 取仰卧位, 于颞弓处向上耳屏前 1 cm 做手术入口, 切口沿耳廓上向后上方延伸直至近顶骨正中线, 沿正中线至额发际内翻皮瓣; 按标准

▲基金项目: 广西医药卫生科研课题 (Z20170949)

作者简介: 韦树德 (1979 ~), 男, 硕士, 副主任医师, 研究方向: 颅脑损伤、脑出血的诊治。

大骨瓣设计,骨瓣大小 14 cm × 15 cm,做 3 个主要钻孔,切口内再做 2~3 个孔,充分暴露颅底及其外侧面,咬除蝶骨嵴外 1/3 区域并再向中颅窝底行扩大处理,清除硬膜外血肿,颅内止血。切开硬脑膜,充分显露前、中颅底及顶叶,彻底清除坏死脑组织、颅内血肿及硬膜下血肿并止血。采用温生理盐水反复冲洗血肿腔、侧裂池及硬膜下腔,减少血管痉挛、减轻脑水肿。对于术中血肿清除后急性脑膨出,及时切除其额、颞极以同步减压,去除骨瓣,留置引流管,采用人工脑膜、额肌筋膜以减张缝合法严密修补并缝合硬脑膜,术后常规复查头颅 CT。

术后密切观察患者生命体征变化、保持呼吸道通畅、维持水电解质平衡、补充营养,并使用广谱抗生素进行预防感染,对于引流管以及留置尿管患者则定期关注引流管的液体量和性状改变。术后 2 d 给予观察组患者壮医穴位贴敷治疗:选择百会、涌泉、三阴交为主穴,配合内关、委中穴位使用。贴敷方药包括伸筋藤 20 g、五爪风 20 g、飞龙掌血 15 g、生姜 10 g 等,研磨成粉,用少量纯净水调成干湿适宜的糊状,取适量药物涂于大小 5 cm × 9 cm 的敷贴上,分别贴敷于上述穴位上,贴敷期间询问并观察患者贴敷处有无瘙痒、红肿、红疹等皮肤过敏情况,对于过敏者立即停止贴敷。贴敷时间为 6~24 h,1 次/d,共治疗 7 d。

1.3 观察指标 (1)采用美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health Stroke Scale,NIHSS)对两组患者手术前及手术后 7 d 的神经功能缺损程度进行评价,临床疗效评价标准^[6]:① 显效:术后 NIHSS 评分较术前评分减少 ≥46% 但不足 91%;② 有效:术后 NIHSS 评分较术前评分减少 ≥18% 但不足 46%;③ 无效:术后 NIHSS 评分较术前评分减少不足 18%。临床总有效率=(显效+有效)例数/总例数 × 100%。(2)记录两组患者术后住院时间、治疗费用,观察患者术后 7 d 内并发症(包括脑梗死、脑切口疝、脑积水、硬膜下积液以及外伤性癫痫)的发生情况。(3)所有患者均随访 6 个月,

表 2 两组患者术后并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	脑梗死	脑切口疝	脑积水	硬膜下积液	外伤性癫痫	合计
观察组	60	1(1.67)	1(1.67)	6(10.00)	2(33.33)	2(3.33)	12(20.00)
对照组	60	4(6.67)	3(5.00)	11(18.33)	3(5.00)	2(3.33)	23(38.33)

2.3 两组患者预后情况比较 术后随访 6 个月,观察组患者预后情况优于对照组($u = -2.090, P = 0.037$)。见表 3。

表 3 两组患者预后情况比较[n(%)]

组别	n	良好	中残	重残	植物状态	脑死亡
观察组	60	35(58.33)	13(21.67)	7(11.67)	3(5.00)	2(3.33)
对照组	60	23(38.33)	18(30.00)	12(20.00)	4(6.67)	3(5.00)

采用格拉斯哥预后量表(Glasgow Outcome Scale,GOS)对两组患者预后情况进行评价^[7]:GOS 评分 5 分视为预后良好,GOS 评分 4 分为患者中残,GOS 评分 3 分为患者重残,GOS 评分 2 分为患者植物状态,GOS 评分 1 分为患者脑死亡。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术前后两组患者 NIHSS 评分及临床疗效比较 两组患者术前 NIHSS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),两组患者术后 NIHSS 评分均低于术前,且观察组术后 NIHSS 评分低于对照组(均 $P < 0.05$),见表 1。观察组临床总有效率为 88.33%(53/60),对照组为 80.00%(48/60),两组临床总有效率比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 1.563, P = 0.317$)。

表 1 两组患者手术前后 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	术前	术后	t 值	P 值
观察组	60	43.92 ± 4.34	12.90 ± 2.44	48.260	<0.001
对照组	60	43.49 ± 4.61	16.66 ± 1.71	42.267	<0.001
t 值		0.526	9.775		
P 值		0.300	<0.001		

2.2 两组患者术后住院时间、治疗费用及术后并发症发生率比较 观察组患者术后住院时间、治疗费用为(10.23 ± 3.78)d、(1.56 ± 0.32)万元,均短于或少于对照组的(15.33 ± 4.23)d、(2.11 ± 0.45)万元($t = 6.964, P < 0.001; t = 7.715, P < 0.001$)。观察组患者术后并发症总发生率低于对照组($\chi^2 = 4.881, P = 0.044$)。见表 2。

3 讨论

标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤的优势包括^[3,8]:(1)骨窗位置低,有利于减压,促进脑疝复位;(2)切口大、视野清晰,有利于入路和相关操作;(3)不影响血液回流,避免或降低了脑血管痉挛。本研究结果显示,术后两组患者NIHSS评分均低于术前评分,且观察组术后NIHSS评分低于对照组(均 $P < 0.05$)。说明标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤效果确切,而联合壮医敷贴可更有效促进患者神经功能恢复,其原因可能是穴位贴敷不仅具有促醒作用,而且还能促进肢体肌力恢复^[9]。

中风的中医辨证施治以中经络和中脏腑为主,中经络选穴以手厥阴经、督脉及足太阴经穴为主,以达到醒脑调神、疏通经络;中脏腑选取手厥阴经及督脉穴为主,可达到醒脑开窍、启闭固脱作用^[10]。本研究选取百会、涌泉、三阴交为主穴,配合内关、委中穴位,其中百会是督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经、手少阳三焦经和足厥阴肝经之所会,能贯通诸阳经,为百脉朝会之处,该穴具有升阳举陷、益气固脱、安神益智、醒脑利窍、通络理气、熄风开窍、散风外之功能^[11]。李莉等^[12]研究发现艾灸百会穴可加快脑血流,增加脑血流量,脑部供血明显改善。壮医药泥具有芳香、辛散等特性,其中伸筋藤入肝肾,活血通络、舒筋壮骨;五爪风行血止痛、舒筋活络;飞龙掌血入肝、膀胱经,具有散瘀止痛、舒筋活络;生姜具有行阳散气、镇痛及抗惊厥作用^[13]。药物通过穴位贴敷能由皮肤渗入经络,直达病所,可疏通经络气血,活血消肿,化瘀止痛;经穴位药敷达到调整气血逆乱,使气血归于正常,加快促进患者神经功能恢复及肢体肌力恢复^[14]。但两组临床总有效率差异无统计学意义($P > 0.05$),这可能与本研究患者例数较少、观察时间较短有关。

此外,本研究结果显示,相比于对照组,观察组患者术后住院时间更短,治疗费及术后并发症发生率更低(均 $P < 0.05$),说明壮药贴敷联合标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤可明显降低患者术后并发症发生率,从而缩短住院时间,减少患者费用。

综上所述,壮药贴敷联合标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤疗效确切,可明显降低患者术后并发症发生率,从而提高预后情况,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 孙敬伟,赵振林,黄 富,等. 影响重型颅脑损伤患者预后后的临床因素分析[J]. 中华神经医学杂志,2016,15(3):279-283.
- [2] 王 辉. 重型颅脑损伤患者标准大骨瓣减压的临床效果观察[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22(25):2769-2770.
- [3] 李 锐,郎志刚,欧阳荣健. 重型颅脑损伤改良大骨瓣减压术的疗效[J]. 创伤外科杂志,2016,18(8):500-502.
- [4] 江永嘉. 高压氧联合标准外伤大骨瓣减压手术治疗重型颅脑损伤的临床疗效[J]. 中国实用医药,2015,10(12):133-134.
- [5] Jennett B,Teasdale G,Fry J, et al. Treatment for severe head injury[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1980, 43(4):289-295.
- [6] 罗小程. 重症颅脑损伤患者术后NIHSS评分的影响因素分析[J]. 临床与病理杂志,2016,36(8):1108-1112.
- [7] 孙胜玉,马 辉,郝少才,等. 重型颅脑损伤致中央型脑疝的手术治疗[J]. 中华创伤杂志,2016,32(6):506-509.
- [8] 甘 宁,刘思思,李英姿,等. 重型颅脑损伤患者改良大骨瓣减压术中渐进减压与常规减压对比观察[J]. 山东医药,2017,57(27):70-72.
- [9] 罗安志,黄志敏,王 敏. 标准大骨瓣减压术对重型颅脑损伤患者术后颅内压及血清PA、MBP水平的影响[J]. 中国临床研究,2017,30(12):1627-1630.
- [10] 常璐璐,海 英. 中风病从五脏论治探讨[J]. 江苏中医药,2016,48(7):12-14.
- [11] 胡龙涛,蔡芳妮,王亚丽. 中风病病因病机探析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(7):883-885.
- [12] 李 莉,王祖红,易 荣,等. 腹针配合压灸百会穴治疗椎基底动脉供血不足性眩晕疗效观察[J]. 针灸临床杂志,2013,29(5):23-25.
- [13] 周 逸,刘宁宁,熊 晖. 早期应用中医药保护脑血屏障及改善颅脑损伤患者神经功能的作用探讨[J]. 中国中医急症,2017,26(9):1625-1628.
- [14] 郑秀萍,马 莉,赵若华,等. 吴茱萸穴位贴敷对重型颅脑损伤术后患者胃肠功能障碍疗效观察[J]. 海峡药学,2015,27(9):84-85.

(收稿日期:2018-06-14 修回日期:2018-09-18)