

中西医结合治疗弥漫性脑肿胀的体会

王更新¹ 侯文² 赵晓平¹ 畅涛¹ 周雄波¹

(1 陕西中医学院附属医院 咸阳 712000 2 陕西中医学院 2008 级硕士研究生 咸阳 712000)

摘要 :目的:探讨外伤性弥漫性脑肿胀脑损伤治疗经验。方法:回顾性分析我院 2007~2008 年收治的 36 例外伤性弥漫性脑肿胀脑损伤患者中西医结合治疗方法及预后状况。结果:36 例中,死亡 15 例,重残 2 例,中残 5 例,轻残 1 例,恢复良好 13 例。死亡率为 41.7%。结论:该病的治疗方法主要是综合治疗,有手术指征的,尽早积极手术,术后患者生命体征平稳后以中医系统理论辨证施治,中西医结合能提高生存率,改善病人预后,降低死亡率。

关键词 弥漫性脑肿胀;中西医结合疗法;开颅去骨瓣减压术;中药

中图分类号 R 651.22

文献标识码 B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.056

弥漫性脑肿胀脑损伤是目前颅脑损伤治疗的难题之一,死亡率高,预后较差。随着 CT 和 MRI 的广泛应用,重型颅脑外伤病人中,急性脑肿胀脑损伤的发现率明显增加^[1]。该损伤临床发展过程十分迅速,处理较为困难,患者往往于短期内死于不能遏制的恶性颅内高压以及由此引起的各种并发症,如脑疝、应激性溃疡大出血、肺部感染等,死亡率很高,文献报道 70%左右^[2]。即使通过积极的治疗仍不可避免地存留严重的残疾,影响病人生活质量。本症状,有 8 例病例就诊近期出现疼痛不适感。表皮样囊肿囊壁内衬复层鳞状上皮,外绕致密纤维结缔组织,因而在声像图上肿块有包膜、境界清晰、形态规则。本资料中 33 例(33/41)肿块边界清晰,有明亮完整包膜,形态规则,呈椭圆形或类圆形,应证了这一病理基础。另 7 例肿块呈条形,1 例呈不规则椭圆形,包膜不完整,边界不规则,病理结果均提示囊肿破裂或伴感染,结合病史发现,此 8 例患者近期均出现肿块处疼痛不适而就诊。

表皮囊肿囊内为角化物,即干酪样物质并混有脱落的表皮细胞碎屑,因而相对应地声像图通常不表现为典型的囊肿无回声,而为有光点的低回声。本组中无 1 例内部回声呈无回声暗区,均充满光点,我们根据肿块内部声像图表现分为五型:(1)均匀细弱光点型(11/41),其病理特征为肿块内角化物含水量适中,分布均匀。(2)均匀光点内夹杂小暗区或暗带型(5/41),病理显示肿块内角化物有液化。(3)均匀光点夹杂短线状光带型(8/41),其病理特点为肿块内角化物含水量少,角化物稠厚。(4)不均匀型(13/41),病理组织学显示角化物含量多,水分含量少,内伴脱落的上皮、无定形物质或多种炎性细胞成分。此型中有 10 例误诊为实性肿块,其中 6 例为囊肿破裂或伴感染,包膜不完整,呈条形或不规则形。(5)“洋葱征”型(4/41),病理显示肿块内水分含量低,致密的角化物呈螺旋形环状分布,内可见坏死的鳞状上皮细胞,可见钙化。此型中有 2 例位

文总结我科 2007 年 1 月~2008 年 12 月收治经 CT 证实的外伤后弥漫性脑肿胀脑损伤患者 36 例,对其治疗方法及预后进行分析,探讨此类疾病发病机制、更加有效的治疗方法。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 36 例患者中,男 25 例,女 11 例;年龄最小 12 岁,最大 71 岁,平均 43.8 岁,其中 <40 岁 16 例,40~60 岁 14 例,>60 岁 6 例。全部病人行 CT 扫描确诊,均有头部外伤史,入院时均呈不同程度于睾丸实质内,声像图特征呈典型的洋葱样改变,与文献报道的睾丸表皮样囊肿声像图表现一致^[1,2]。由于此病少见,先前缺乏对此病的认识,此 2 例患者术前均被误诊为恶性肿瘤。本组病例中以均匀型最多见(24/41),具有一定特征性,其中又以光点均匀细弱型最多(11 例),与黄景等^[3]报道的 27 例病例肿块内回声均为不均匀有差异。可能对肿块内部回声均匀度的判定标准不一致是造成差异的因素之一,我们认为均匀光点内杂夹小暗区、小暗带型及线状光带型均属均匀类型。

综上所述,浅表表皮样囊肿的声像图分型与病理结构相关,声像图表现具有一定特征性,超声对诊断具有重要作用:对于病程长、无症状、位于皮下、单发、边界清晰、有完整包膜、椭圆形、形态规则、内部充满均匀低回声光点、无明显血流信号的低回声肿块,应想到表皮样囊肿的可能;对于病程长,近期出现疼痛不适感的皮下条形低回声包块,包膜不完整或边缘不规则,内部回声均匀或不均匀者,应考虑到表皮样囊肿破裂或伴感染的可能;睾丸内肿块呈典型洋葱样、螺旋样改变时,应想到表皮样囊肿的诊断。

参考文献

- [1]王扬,张舜欣,刘欣.睾丸表皮样囊肿的超声表现及其与病理的关系[J].中华医学超声杂志,2007,4(2):102-104
- [2]Cho JH,Chang JC, Park BH, et al. Sonographic and MR imaging findings of testicular epidermoid cysts[J].AJR,2002,178(3):743-748
- [3]黄景,文晓蓉,罗燕,等.高分辨力超声检查浅表表皮样囊肿 27 例报告[J].中国超声医学杂志,2008,24(7):661-663

(收稿日期:2010-03-06)

度昏迷。其中车祸伤 21 例，高处坠落伤 9 例，棍（砖、石块等）击伤 6 例；合并颅内血肿 10 例（其中中线偏移 5 例），脑挫裂伤及蛛网膜下腔出血 22 例（其中中线偏移 11 例），颅颌面骨骨折 7 例，四肢骨折 10 例，骨盆骨折 1 例，肋骨骨折、急性肺损伤 6 例，酒精中毒 4 例。受伤至入院时间最短 1h，最长 9h，平均 3.5h。入院时 GCS 评分 3~5 分 16 例，6~8 分 11 例，9~13 分 9 例。瞳孔变化：双侧散大 6 例，单侧散大 15 例。神经系统定位征：双侧巴宾斯基征阳性 7 例，单侧阳性 11 例，去脑强直 4 例。

1.2 CT 征象 所有患者入院后均在 24h 内行头颅 CT 检查确诊，血肿量均小于 30mL，CT 显示中线结构移位者 16 例。所有患者均有脑室、脑池受压改变，按 CT 表现大致分为 4 类：(1) 两侧弥漫性大脑半球肿胀，无明显挫伤与出血，脑室受压变小、变形，脑池受压变小或消失，中线无明显移位或轻度移位，部分病人显示纵裂有蛛网膜下腔出血，此类病人共 4 例；(2) 两侧弥漫性脑肿胀合并一侧或两侧脑内小血肿，共 10 例；(3) 双侧脑肿胀伴薄层硬脑膜下或硬脑膜外血肿，合并脑挫伤、脑内多发小血肿、蛛网膜下腔出血，共 15 例；(4) 一侧脑肿胀或一侧脑肿胀合并薄层硬膜下或硬膜外血肿，共 7 例。

1.3 治疗方法 本组 36 例入院后，先予 20% 甘露醇 250mL 联合速尿 40mg 及地塞米松 10mg 快速静脉滴注，后均急诊行标准大骨瓣开颅去骨瓣减压术，骨窗位置达中颅凹底，放射状切开硬膜，清除血肿或挫伤失活的脑组织，尽量释放血性脑脊液，充分减压。术后确保气道通畅，予亚低温治疗、脱水降颅压、促醒、预防应激性溃疡、营养脑神经等基础治疗。其中 4 例因术中发生恶性脑膨出而死于术后第 2 天，6 例术后脑疝症状未改善，死于中枢性呼吸循环功能衰竭，2 例继发颅内感染致多器官功能障碍死亡，3 例继发急性肾功能衰竭死亡。2 周后余 21 例患者生命体征基本稳定，其中 9 例处于浅昏迷状态，此时开始进行中医药辅助治疗，所有患者予以鼻饲中药煎剂。根据术后患者临床表现、舌苔、脉象，我们将其辨证为气虚血瘀、痰湿内阻 11 例，肝肾阴竭、虚火内灼 6 例，真阳衰竭、命门火衰、脉络瘀阻 4 例。气虚血瘀、痰湿内阻者以补阳还五汤合血府逐瘀汤加减：黄芪 30g、当归 15g、川芎 6g、人参 15g、红花 10g、生地 10g、桃仁 10g、红花 8g、陈皮 10g、枳实 10g、怀牛膝 10g、茯苓 10g、滑石粉 80g、炙甘草 60g。肝肾阴竭、虚火内灼者以当归六黄汤合六味地黄汤加减：当归 15g、黄芪 30g、生熟地黄各

10g、黄柏 10g、知母 15g、秦艽 10g、黄芩 10g、山药 15g、山茱萸 10g、泽泻 20g、牡丹皮 15g、麦冬 10g、肉桂 6g、炙甘草 6g。真阳衰竭、命门火衰、脉络瘀阻者处方：桂枝 30g、制附片 15g、西洋参 30g、干姜 15g、炙甘草 30g、桃仁 10g、川芎 10g、川牛膝 20g、石菖蒲 20g、细辛 10g、桔梗 6g、生姜 5 片、大枣 5 枚。以上各证型诸药分别共煎汁 300mL，分早晚空腹注入，每次约 150mL，5d 为 1 个疗程，根据患者病情及证型变化调整方案。期间有变证者，包括病人出现烦躁、血压波动、癫痫等，予以西医对症处理缓解病情。

1.4 结果 治疗 1 个月后，21 例患者全部清醒，智力及思维正常。36 例中，死亡 15 例，重残 2 例，中残 5 例，轻残 1 例，恢复良好 13 例。死亡率为 41.7%。

2 讨论

弥漫性脑肿胀是在严重脑损伤后发生的急性继发性损伤，属于闭合性脑损伤范畴，是重型颅脑损伤死亡的主要原因之一。其发生机制目前认为^[3]：(1) 外力（尤其是旋转性外力）使桥脑蓝斑、中脑网状结构、丘脑和下丘脑等血管运动中枢受损，致脑血管自动调节功能丧失后麻痹，引起脑血管扩张，脑血容量增加，全脑弥漫性膨胀，脑体积增大，脑肿胀，继颅压升高，静脉回流受阻，水分渗出，脑水含量增加，形成脑水肿。(2) 头外伤后患者呕吐、误吸致呼吸道梗阻，患者抽搐、呼吸抑制、休克等原因致脑组织缺氧，影响神经细胞代谢，细胞膜系统功能障碍，ATP 生成减少，使神经细胞内、外的钠、钾、钙离子交换障碍，细胞内高钠、钙超载等，导致细胞内水肿，全脑弥漫性肿胀。(3) 头外伤使血脑屏障受损、破坏，致毛细血管通透性增加，水渗出增加，积聚于血管周围和细胞间隙，致半球性脑肿胀。

对弥漫性脑肿胀，我们主张早期手术治疗，考虑到伤后水肿会进一步增大，因此我们主张早期行标准大骨瓣开颅去骨瓣减压术缓解颅内压力，改善脑血液循环及脑缺血、缺氧所致的继发损害。并根据术后患者临床表现进行中医辨证施治，如气虚血瘀、痰湿内阻者因病后正气亏虚、气虚血滞、瘀血阻滞脉络而致，故以补阳还五汤合血府逐瘀汤补气，活血化瘀，行气通络；肝肾阴竭、虚火内灼者因肾藏精，为先天之本，肝藏血，精血可互相转化，久病肝肾阴血俱虚，使阴不能济阳，虚火外浮，故以当归六黄汤合六味地黄汤滋补肝肾，滋阴泻火；真阳衰竭、命门火衰、脉络瘀阻者因元气虚，命门火衰，脏腑组织器官不能得到阳气的推动，故用桂枝、附子、干姜等温肾助阳，桃仁、川芎等行气活血化瘀，更有牛膝、桔梗载药通达全身。通过对伤后患者进行辨证

舒惠荃教授治疗慢性尿酸性肾病的经验

杨小梅¹ 张小玉¹ 杨海俊¹ 王艳¹ 指导:舒惠荃²

(1 成都中医药大学 2007 级硕士研究生 四川成都 610075 2 成都中医药大学附属医院 四川成都 610075)

关键词:慢性尿酸性肾病;治疗经验;舒惠荃

中图分类号 R 692

文献标识码 B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.057

尿酸性肾病(UAN)又称为痛风性肾病,是因嘌呤代谢紊乱导致血尿酸产生过多或由多种因素导致肾脏排泄减少引起的高尿酸血症,尿酸盐沉积于肾引起肾脏病变或肾小管堵塞,其肾损害是除关节炎外的重要临床表现。以往认为多在欧、美等发达国家常见,近年来,该病在我国的发病率日益增多。导师舒惠荃教授,四川省名中医,长年从事临床医疗、教学和科研,在中西医结合治疗肾脏疾病方面造诣颇深。笔者有幸于 2007 年随师学习,受益匪浅,兹将侍诊所得加以概括,以飨同道。

1 病因病机

中医学的医学书籍中无“尿酸性肾病”这个病名,但根据其临床表现,近代中医将此病归属于“淋证”、“痹证”、“虚劳”的范畴。舒惠荃教授认为其病因仍然分为外因、内因。外因责之为风、寒、湿、热等外邪侵袭人体,闭阻经络,气血运行不畅,导致湿、热、痰、瘀等病理产物流注关节肾络;内因责之为先天禀赋不足、七情劳倦内伤或饮食不节,嗜食肥甘厚味,导致风寒、湿热留注关节,形成早期所见关节红、肿、热、痛及功能障碍,即“痹证”。以后可因误诊或延误治疗、治疗不当导致病邪由浅至深,由经络入脏腑,伤及肾阴,后期因进一步恶化导致肾气虚衰或脾肾气虚,形成“虚劳”。如《景岳全书·虚损》指出:“疾病误治及先天失于调理者,病后多成虚损。”

2 辨证论治

舒教授认为本病为虚实夹杂、邪盛正虚之证,所以治疗时应标本兼治。正虚分为肝肾阴虚、气阴两虚、脾肾气虚,邪盛则指湿热、寒湿。在此尤为强调整个疾病的全过程是以血瘀贯穿始终。

2.1 肝肾阴虚兼血瘀 证候:头昏目眩,耳鸣健忘,腰膝酸软,筋脉拘挛,关节肿痛,大便干结,舌质红或暗红,少苔,脉细数。治则:滋补肝肾,辅以活血化瘀。方药:枸杞地黄丸加减:枸杞子 15g,熟地黄 15g,施治,合理用药,将中医整体观念应用到临床实际,既弥补了西医之不足,又能发挥中医药优势,临床治疗效果得到了很大提高,对疑难病的治疗也提供了新思路。

参考文献

[1]胡国庆,李斌,顾明星,等.外伤后弥漫性脑肿胀临床分析(附 48 例

淮山 15g,山茱萸 12g,茯苓 15g,丹皮 15g,泽泻 15g,川芎 15g,当归 15g,钩藤 15g,三七 10g。心烦失眠、睡眠欠佳者,加合欢皮 30g、首乌藤 30g;口咽干燥、手足心热者,加知母 15g、黄柏 15g。

2.2 气阴两虚兼血瘀 证候:神疲乏力,少气懒言,夜尿频多,腰膝酸软,大便干结,面色无华,或有关节肿痛,舌质红或暗红,苔白,脉弦细。治则:益气养阴,辅以活血化瘀。方药:参芪地黄汤加减:党参 15g,黄芪 20g,熟地黄 15g,茯苓 15g,山药 15g,山茱萸 12g,泽泻 15g,当归 15g,三七 8g,川芎 15g,芡实 15g。关节肿痛者,加延胡索 15g。

2.3 脾肾气虚兼血瘀 证候:神疲困倦,动则乏力,小便量多且清长,夜间尤甚,腹胀,大便时溏,纳少,四肢欠温,舌质淡红或暗红,边有齿痕,苔白,脉沉缓。治则:补益脾肾,辅以活血化瘀。方药:补中益气汤加减:党参 20g,黄芪 30g,白术 15g,炙甘草 6g,当归 15g,陈皮 20g,升麻 15g,柴胡 12g,芡实 15g,川芎 15g,三七 10g。夜尿频多者,加益智仁 15g。

2.4 湿热蕴结兼血瘀 证候:身重嗜睡,口干口苦,纳呆,不思饮食,关节红肿疼痛,舌红或暗红,苔黄腻,脉滑数。治则:清热利湿,辅以活血化瘀。方药:三仁汤加减:藿香 15g,薏苡仁 15g,蔻仁 15g,白术 15g,黄芩 15g,连翘 15g,当归 15g,三七 8g,川芎 15g。大便干结甚者,加酒制大黄 10g;尿频尿痛者,加金银花 30g、蒲公英 30g。

2.5 寒湿痹阻兼血瘀 证候:四肢欠温,筋脉、关节疼痛,舌质暗红,脉濡。治则:温经祛湿,活血化瘀。方药:桂枝 15g,制附子 15g,麻黄 15g,炮姜 20g,白术 15g,红花 10g,桃仁 10g,川芎 15g,三七 10g,桑枝 15g。

3 诊疗特点

3.1 强调饮食治疗 舒教授强调合理饮食,是治疗尿酸性肾病的关键所在。首先避免(下转第 94 页)

报告[J].宁夏医学院学报,2000,22(6):414-416
[2]吴思荣.外伤后急性弥漫性脑肿胀研究进展[J].国外医学·神经病学神经外科学分册,1996,23(4):258-259
[3]董吉莱,江基尧,朱诚,等.重度颅脑损伤术中急性脑膨出原因及防治[J].中华神经外科杂志,1996,23(7):15-46

(收稿日期:2009-12-22)