

培元化痰方治疗创伤性脑积水的临床观察*

王更新 范小璇 赵晓平 柏鲁宁 罗卫 张毅 方永军 段海峰[△]

陕西中医药大学附属医院神经外科(咸阳 712000)

摘要 目的:观察培元化痰方对创伤性脑积水的治疗作用。方法:选择符合创伤性脑积水诊断标准的患者 48 例,随机分为治疗组和对照组各 24 例,治疗组在发现创伤性脑积水后在常规治疗基础上给予培元化痰方中药治疗,1d1 剂,30d1 个疗程;对照组给予常规(外伤康复)治疗,分别对两组患者在治疗前和治疗后 3 月进行额叶功能评价(FAB 量表评分)和影像学(Evans 指数)评价、比较。综合分析培元化痰方对外伤性脑积水患者的治疗作用。结果:研究表明,两组患者治疗前额叶功能评分无明显差别($P>0.05$),治疗组治疗后额叶功能评分较治疗前明显提高($P<0.05$),对照组治疗前后额叶功能评分较前略下降,无明显差异($P>0.05$);治疗前两组患者的 Evans 指数均 <0.3 ,两组无明显差异($P>0.05$);治疗组治疗后 Evans 指数下降、脑积水程度减轻,与治疗前有明显差($P<0.05$);对照组治疗前后 Evans 指数无明显变化($P>0.05$)。结论:培元化痰方能明显的改善外伤性脑积水患者额叶功能评分和 Evans 指数,减轻和延缓对外伤性脑积水的发展。

主题词 脑积水/中医药疗法 @培元化痰方

【中图分类号】 R651.1 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1000-7369.2015.08.012

创伤后脑积水是颅脑外伤后常见的继发性病变之一,常对患者的预后有明显的影响,严重的脑积水常需要手术治疗。一般认为,较为严重的颅脑损伤、特别是出血及脑挫裂伤等原发性疾病与脑积水的发生有关,腰椎穿刺和腰大池引流等治疗措施也与脑积水的发生存在关系^[1]。中医对于外伤后脑积水没有明确的记载,多属于“头部内伤”和“头痛”的范畴。我们认为,脑外伤患者脑髓受损、气机不畅、血运不达、瘀滞脑窍;重型损伤,耗伤元气,肾气亏虚,生髓无缘,故而颅脑水瘀、脑络壅塞。我们根据临床经验,采用培元化痰方,对外伤后脑积水进行治疗,效果较好,现报道如下。

临床资料 选择我科 2010 年 1 月~2014 年 12 月因颅脑损伤住院治疗的 48 例患者,受伤 2 周后出现脑积水的患者 48 例,其中男 33 例,女 15 例;年龄 18 岁~66 岁,平均(37.42±12.38)岁。

诊断标准 脑积水发生于颅脑创伤后 12 个月以内;头颅 CT 提示脑室增大(排除脑萎缩),Evans 指数(脑室额角最大径/同一层面颅骨内板最大径的比值) >0.3 是诊断脑积水的重要性指标;临床上表现为神经功能的进行性退化或者无显著临床进展^[2]。

排除标准 受伤前无脑积水和脑萎缩,严重多发伤及颅内感染者,伤后 2 周内出现脑积水者,脑积水严重呈迅速发展趋势者,脑积水出现后行手术治疗者。**剔除标准:**治疗过程中因患者及家属原因未完成治疗疗程,或者治疗过程中转手术治疗的。

治疗方法 对照组患者采取常规治疗,治疗组患者在其常规治疗基础上给予口服中药治疗,方用培元化痰方(生地、熟地、肉苁蓉、黄精、川芎各 12g,鹿角胶 6g,黄芪 30g,当归 15g,桃仁、地龙、生晒参各 6g)加减,水煎服,1d1 剂,分早晚服,30d 为 1 个疗程。

疗效标准 分别于治疗开始前和治疗后 3 月观察患者额叶功能评分(额叶功能评定量表^[3],Frontal assessment battery,FAB。由类似性、词汇流畅性、运动序列测试、不一致性指令、Go-No Go 试验、抓握行为 6 个项目组成,每项 3 分,总分 18 分)和 CT 表现侧脑室(Evans 指数)的变化情况。

统计学方法 计量资料用均数±标准差表示,采用 SPSS 13.0 软件进行统计分析,采用 *t* 检验。

治疗结果 本项研究过程中脱落患者 12 例,完成观察的患者共 36 例(男 25 例,女 11 例),其中治疗组 20 例,对照组 16 例。

两组患者治疗前后额叶功能评定比较(见表 1),两组患者治疗前额叶功能评分无明显差别($P>0.05$),治疗组治疗后额叶功能评分较治疗前明显提高($P<0.05$),对照组治疗前后额叶功能评分较前略下

*陕西省咸阳市中西医结合神经损伤与再生技术创新团队研究项目

陕西中医药大学附属医院科研项目(2014-04)

[△]陕西中医药大学附属医院 CT 室(咸阳 712000)

降,无明显差异($P>0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后额叶功能评分比较

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	20	10.90±2.60 [▲]	13.40±2.46 [▲]
对照组	16	10.88±2.14 [◇]	10.31±2.81 [◇]

注:治疗前治疗组和对照组无明显差异,△ $P=0.4852$;治疗组治疗前后有明显的差异,▲ $P=0.0228$;对照组治疗前后无明显差异,◇ $P=0.3828$

两组患者治疗前后 Evans 指数变化比较(见表 2),治疗前两组患者的 Evans 指数均 <0.3 ,两组无明显差异($P>0.05$);治疗组治疗后 Evans 指数下降、脑积水程度减轻,与治疗前有明显差($P<0.05$);对照组治疗前后 Evans 指数无明显变化($P>0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后 Evans 指数变化情况比较

组别	n	<0.3	0.3~0.35	0.36~0.4	>0.4
治疗组	20	0	7	10	3 [▲]
		4	11	4	1 [▲]
对照组	16	0	6	8	2 [◇]
		0	4	9	3 [◇]

注:治疗前治疗组和对照组比较, $\chi^2=0.06$,△ $P>0.05$;治疗组治疗前后比较,▲表示 $\chi^2=8.46$, $0.01<P<0.05$;对照组治疗前后比较 $\chi^2=0.66$,◇ $P>0.05$

讨论 外伤性脑积水是继发于颅脑创伤的脑积水,又称为颅脑创伤后脑积水。目前诊断并没有统一的标准,根据文献报道,其发生率为 0.7%~51.4%^[2],目前认为,该病的发生与颅脑损伤的程度和性质有一定的关系^[4],也有人认为,GCS 评分、弥散蛛网膜下腔出血、脑室出血为外伤后迟发性脑积水形成的危险因素,而腰穿/腰大池持续脑脊液外引流为其保护因素^[5],因此目前缺乏有效的预防方法。外伤性脑积水发生后,患者常表现为步态不稳、智力障碍和尿失禁,如果不积极的治疗不但会出现头痛等症状,更会出现痴呆等临床症状,对患者的生活质量带来明显的影响。

目前对于外伤性脑积水的治疗,主要采取的是单向阀门分流管行分流术,当外伤后脑积水引起的精神障碍未见好转或逐渐加重或神经功能缺失不能用局部脑损伤解释及脑脊液流体动力学障碍并有颅内压增高者,应及时 CT 复查,脑室持续扩大或脑室周围间质性水肿带持续扩大者应考虑行脑室腹腔分流术治疗^[6]。但是创伤对机体已经造成和很大的创伤,手术

与创伤的叠加使得手术分流的风险明显增加,患者及家属从思想上也很难接受,特别是对于轻度或者中度的脑积水,更是不愿意进行手术治疗;另外,有一些患者因创伤后机体功能明显衰退、神经功能明显缺损而使得家属不愿意进行手术治疗,采用药物治疗减轻或者延缓脑积水的发展成为临床的需求。

本项研究中发现,创伤性脑积水出现后,常规的创伤康复治疗不能有效的减轻和延缓脑积水的发展,患者的额叶功能评价和脑积水影像学评价(Evans 指数)均呈缓慢加重的趋势;培元化痰方治疗后,患者的额叶功能评分较前明显提高,影像学评价也明显好转,说明本方能延缓和减轻外伤性脑积水的发展。

国医大师张学文认为,脑积水以肾虚为本,瘀血、痰浊、水饮为标,病机关键是颅脑水瘀、脑络壅塞^[7]。治当培元固本、化痰通络。培元化痰方是在学习先辈学术经验的基础上总结出的补肾培元、化痰通络益智的方剂,方中生熟二地黄同用,肾阴肾阳共补;生晒参大补元气,补肾养精;鹿角胶、黄精填精髓、益气滋阴、补血;肉苁蓉补肾阳、益精血,补而不腻,温而不燥;黄芪补气升阳以行血;当归补血活血;桃仁、地龙破血化瘀;川芎化痰开窍,引药以达巅顶,全方共用,共达补肾益精填髓,化痰通络开窍的目的。

综上所述,培元化痰方能明显的改善外伤性脑积水患者额叶功能评分和 Evans 指数,减轻和延缓对外伤性脑积水的发展。

参考文献

[1] 徐玉英,崔铁军.重型颅脑外伤术后脑积水的高危因素及临床疗效分析[J].中国医师进修杂志,2012,35(26):63-65.

[2] 杨小锋,詹仁雅.外伤性脑积水的概念和流行病学[J].中华创伤杂志,2013,29(2):97-99.

[3] 王玲,吴楠,王健,等.老年人执行功能障碍与腔隙性脑梗死的关系[J].临床误诊误治,2011,24(8):19-21.

[4] 徐玉英,崔铁军.重型颅脑外伤术后脑积水的高危因素及临床疗效分析[J].中国医师进修杂志,2012,35(26):63-65.

[5] 王海波,管义祥,缪永华,等.外伤后迟发性脑积水形成相关危险因素探讨[J].南京医科大学学报(自然科学版),2015,35(2):243-245.

[6] 杨建雄.外伤性脑积水 60 例诊治分析[J].中国实用医药,2010,5(4):48-49.

[7] 周海哲.从《金匱要略》“血不利则为水”解析张学文教授论治颅脑水瘀证[J].新中医,2015,4:160.

(收稿 2015-03-29;修回 2015-04-17)