

· 中西医结合 ·

# 颅脑损伤中西医结合治疗探讨

广东省东莞市中医院 叶伟洪

颅脑损伤不论平时或战时都比较常见，其发生率仅次于四肢损伤，但伤情及预后远比四肢伤严重，死亡率和致残率占各部位伤的首位，因此，如何降低颅脑损伤于死亡率和减少后遗症的发生，成为诊治颅脑创伤治疗的重要课题。我院自1983年1月至1986年9月，共收治颅脑损伤患者52例，均采用中西医结合方法治疗，效果尚称满意。兹报告如下：

## 临 床 资 料

52例全部住院治疗。其中男34例，女18例，年龄7个月~64岁，15岁以下共12例，致伤原因：交通伤19例，坠落伤16例，工伤9例，其他伤8例，脑挫裂伤（轻、中型）12例，颅内血肿6例，脑震荡34例。合并骨折者（包括颅底、颅骨和其他骨折）20例。按全国脑外伤分级标准〔2〕，属轻型者34例，中型12例，重型6例。

## 诊 断 依 据

（一）脑震荡：有头部外伤史，伤后短暂意识丧失（一般不超过半小时），四肢松弛，清醒后伤员不能回忆其受伤经过，即所谓“逆行遗忘症”。主诉可有头昏、头痛、恶心呕吐，神经系统无阳性体征，生命体征无影响，脑脊液正常。

（二）脑挫裂伤：有头部受伤史，受伤后即发生较长时间的昏迷，神经系统阳性体征（如偏瘫、失语、感觉障碍，视野缺损、脑膜激惹征，颅神经损害等），生命体征有改变。

（三）颅内血肿：伤后出现昏迷，意识障碍加深或出现中间清醒期，患侧瞳孔散大，对侧进行性偏瘫及锥体束征、生命体征明显改变。

## 治 法 与 结 果

（一）治疗方法：全部病例采用中西医结合方法，除使用西医的严密观察意识、瞳孔、生命体征及神经系统的各种变化，镇静，防治感染，加强护理等等的一般治疗，以及控制脑水肿的激素，高渗葡萄糖和脱水剂外，全部早期使用内服中药治疗，以血府逐瘀汤加减辨证施治。如头痛甚加茅根、钩

藤，意识障碍加菖蒲、郁金、田七，合并有骨折加苏木、泽兰，恶心呕吐加代赭石、法夏；每天一剂，同时加服“救急跌打丸”〔注〕。早晚各一丸，症重者加倍，儿童用量酌减，偏瘫失语者，结合针灸治疗。

（二）治疗结果：34例脑震荡和12例脑挫裂伤治愈。其中随访23例，有6例后遗头痛、头昏，记忆力减退，后经用益气化痰，通络安神的中药治疗，症状基本消失。6例颅内血肿，治愈1例，3例转院治疗，2例死亡，死亡原因：一例原发性脑伤太重，就诊过迟加上运送不当，在入院后6小时死亡。一例高龄患者、家人拒绝中转手术而死亡。

## 病 例 介 绍

杜××，男、21岁、未婚、农民，住院号5894，X光号10708，于1983年10月26日入院。伤者在工作时不慎被铁棒把手击伤左额部，当即昏迷约十分钟后清醒，伤处流血，即被抬送入院急诊。伤口呈横形约5×0.8cm，额骨粉碎性骨折。经清创、整复缝合后送回病房。这时病人出现烦躁、呕吐。检查：脉搏每分钟54次，心律不整，呼吸困难、每分钟16次，血压92/60毫米汞柱。病人神志从嗜睡发展到再次昏迷，瞳孔左侧大于右侧，对光反射迟钝，浅神经反射消失，小便失禁。入院印象：①脑外伤（颅内血肿），②额骨开放性粉碎性骨折。立即给予吸氧，注高渗葡萄糖、地塞米松以及镇静、止血、抗炎、脱水等急救治疗，严密观察神志瞳孔和生命体征的变化。保持呼吸道通畅，加强皮肤、口腔、泌尿系的护理。第二天，呕吐停止，病人安静、生命体征稳定，但神志瞳孔无好转，四天，瞳孔等圆等大、对光反射正常、浅神经反射已部分恢复，局部伤口愈合。激素减量使用。第五天，吞咽反射恢复，能进食少量流质。生命体征稳定正常，但仍然神志不清：观其面色沉滞、脉象涩弦。法宜活血化痰，疏通脑络，勿失良机。处方：川芎18克、茅根30克、田七末6克（冲服）、全当归12克、赤芍15克、牛夕12克、钩藤15克、桃仁12克、红花8克、菖蒲10克、远志6克、甘草6克，每天一剂，连进三剂。另增服“救急”跌打丸，每日二丸，分两

次用少许开水调和后徐徐灌服。第七天，病人神志转清、能答应呼唤，浅神经反射全部恢复。第8天神志完全清醒。但少气懒言，表情淡滞、遗忘、头昏。鼻唇沟向左侧歪斜、右侧肢体肌力减弱，舌苔白润而微黄、脉细弦。改用益气通络、和血舒肝法为治。处方：党参30克、北芪20克、全当归15克、郁金15克、远志8克、菖蒲10克、丹参30克、川芎15克、白芍20克、地龙10克、甘草6克，配合针灸治疗10天后、病人痊愈出院。住院共22天，出院时病者表情和行动较迟滞，出院后一年内曾有二次癫痫发作，发作时间约5分钟，发作后疲乏无力，懒言纳差、记忆减退。经服用益气化痰、通络安神方药30余剂后，至今再无发作，追踪随访2年，病人已参加邮电局接送邮件工作。

### 讨论

#### (一) 基层医院对颅脑伤的判断

闭合性脑损伤，一般认为包括脑震荡、脑挫裂伤、脑干损伤和颅内血肿。典型的脑震荡与严重的脑挫裂伤，在临床判断上是没有困难的。只是遇到大脑皮质所谓“哑区”（静区、亦即次要功能区）的局限性轻度脑挫裂伤、在临床上几乎与脑震荡无异，这时只有借助于腰穿脑脊液检查（含血与否），才能判定。在设备条件好的大医院，除了头颅X线平片、脑脊液生化测定、头颅超声波一般的检查外，还可借助于脑血管造影。特别是近年来、无创伤性头颅CT扫描问世，使颅内血肿和脑挫伤的早期诊断，有了最可靠的方法。但在基层小医院，没有先进的辅助检查设备条件，如何客观地判断颅脑损伤程度和预后？笔者认为，以临床症状和体征为基础的多因素分析是诊断颅内血肿简便可靠的方法，有的医院对头伤患者的神态、瞳孔、血压、脉搏、呼吸、体温、肢体活动、癫痫发作、头痛程度及呕吐等十项内容，定为“十联观察”。如能详细了解受伤史和伤后意识及肢体活动障碍情况、结合十联观察结果，作临床综合分析，那么，对颅脑损伤的伤情和预后，是能作出客观判断的。

#### (二) 活血化痰法应用体会

活血化痰法是祖国医学独具的治法之一。早在清代，吴秀昌著《伤科补要》已有颅脑损伤重症的记载：“外皮未破，而骨已碎、内膜已穿，血向内流，声哑不语、面青唇黑”。“顶骨塌陷，惊动脑髓，七窍出血、身挺僵厥，昏闷全无知觉。”古代医家通过长期的医疗实践、从理论到临床、已经积累了非常丰富的经验，并为我们提供了很多宝贵

的有效的方剂。近来用活血化痰法或用血府逐瘀汤颅脑伤获效者，时有报导。郭氏等对14例出现昏迷、高热、抽搐等危重症候的颅内血肿患者，由鼻饲管给予安宫牛黄丸，认为有宣郁、开窍、镇痉作用，能使昏迷时间缩短，早日恢复神志〔4〕。近年来，经各地反复实践，活血化痰法的广泛的临床疗效，已被肯定，从而日益受到国内外医药界的重视。现代学者从微循环、血液流变学、血液动力学、动物模型等实验方法以及从生化、药理等方面的加深研究，为活血化痰疗法提供了客观指标和科学依据。

祖国医学的理论认为，头为诸阳之会，清阳之府，又为髓海所在，五脏六腑气血皆上注于此。如外力卒然着力于头部，则气血受损、淤滞阻塞脉络、致五脏六腑之气血不能上注于头。所以颅脑损伤的病机，关键是脑络淤阻，灵窍失通。血府逐瘀汤的加减运用，正能起到化痰止痛、行气通络的作用。配合救急跌打丸的宣窍、镇痉，上达病所，共奏促醒之功。个人体会：茅根甘寒利水，凉血止血，有利于降低颅内压，宜重用之，可用至30至50克。川芎辛温走散，化痰熄风。近有学者发现川芎能改善微循环，改变流态，增加脑血管搏动性血容量，并能保护内皮细胞，对缺血、缺氧引起的脑水肿有较好的防治作用〔5〕。方中川芎可重用（20~30克）取其“头为诸阳之会，唯风可到”之意也。

重型颅脑伤病情复杂而凶险，特别是急性外伤性颅内血肿，其死亡率仍在14~62%〔6〕，在颅脑创伤死亡病例中，颅内血肿占51%〔7〕，采用非手术治疗治疗颅内血肿，国内外有成功的报导，但必须严格掌握适应症，如症状体征恶化，或血肿范围增大，应及时改用手术治疗。无手术条件者、应及时请求上级医院支援，不可盲目转送和延误抢救时机。

#### (三) 颅脑外伤后综合症的防治

颅脑外伤后综合症多见于轻、中型颅脑损伤恢复期的一部分病人。主要表现在急性期过后仍遗留头痛、头昏、眩晕、记忆力减退、精神不集中、心悸、易怒、多汗或月经不调、阳痿等，但体检或特殊检查无阳性发现。对颅脑外伤后综合症的治疗、除了要解除病人的思想负担，提高信心、加强身体锻炼外。中医治疗能起重要作用。此时证多属虚实并见，故治宜攻补兼施、孰轻孰重、随证施治也。值得重视的是，颅脑外伤早期除西药治疗外、结合使

(下转9页)

病史摘要：患儿一周前发高烧40度，伴咳嗽，经某卫生院对症处理而热退。但患儿仍哭啼不安、精神困倦、嗜睡、不思饮食、拒抱、左下肢软弱无力不能站立，肌力“0级”，跖神经反射迟钝甚或消失。入院住下不久测体温反复在39.2度至40.5度、呼吸每分钟60次、呼吸急促表浅、嘴唇发绀、鼻扇目合、昏睡，生命垂危，呼吸肌麻痹，告病危。

化验室检查：血红蛋白9克/100毫升，白细胞总数14.400/立方毫米、中性粒细胞26%，淋巴细胞74%，血小板计数12.7万/立方毫米；血清钾4.6毫当量/升，血清钠130毫当量/升，血清氯106毫当量/升，血清钙40毫当量/升。

胸透：两下肺纹理增粗，均杂有小片状阴影，表示双下肺支气管炎。

诊断：痿症（邪注经络）

治法：清热化湿、舒通经络，方用羌活胜湿汤化裁：羌活4克，独活4克，防风6克，藁本4克，川芎5克，生地8克，苍术4克，川夕8克，蔓京子5克，紫苑6克，生地6克，北杏6克，甘草3克，水煎，每日一剂，分3—6次口服，连服五剂，佐以针刺，穴位贴痿痹膏药和痿痹药酒，捏脊等对症处理。

经上法后，患儿逐见张目有神，体温逐渐恢复正常。化验室及X光复查基本正常，精神转佳，口面由淡暗发绀无华转红润，逗之活泼笑容，患肢可立，但仍不能行走，不拒抱，头汗出，尤以睡后身淋如雨。纳仍欠香，故改投以：党参15克，北芪30克，全归15克，山药20克，鸡血藤25克，羊藿草15克，杜仲10克，桑寄生15克，怀牛夕10克，白术10克，甘草5克，先后以此方化裁共进30剂后，患儿一切恢复正常，左下肢站立行跑无异，纳便正常。于67年4月20日（共住47天）痊愈出院，经追访至今无恙。

按：痿症一病，临床甚为棘手，急发期重症多，治疗不当，常导致生命危险。中医儿科五版教材称：“一般在肺胃症状消失后的3—4天发热又起，患儿肢体疼痛、哭闹不安、拒抱，继则出现瘫痪。在分析症候时又指出：热退后又复起，为湿热内蕴，热去湿存，湿又化热，风邪疫毒侵入经络，流串肢体，而为肌肉疼痛，拒绝抚抱，经络痹阻，气血运行不畅，则筋痿肉痹，渐至成瘫。”本例做到审症求因，病因病机分明，病方合拍，投以祛风胜湿、宣痹通络之剂，调整及时，随症加减为治，使患儿转危为安，收到“药到病除”的好效果。

## ※ 点压“缺盆”“天宗”穴治疗落枕 ※

成都军区机关第一门诊部

旷时恩

落枕多因活动不慎或睡眠时枕头高低不适，躺卧姿势不良，熟睡后项背部暴露被外，遭受风寒侵袭，使局部经气受阻，造成颈项部肌痉挛，疼痛不适和功能障碍。

近年来，我们用点压“缺盆”、“天宗”穴治疗34例，除2例点压2次外，其余的均为1次治愈，颈项部疼痛消失，活动正常。实践证明点压“缺盆”、“天宗”穴治疗落枕，操作简单，病人无痛苦，效果较好。现将操作方法介绍如下。

操作方法：

1、点压“缺盆”穴：患者正坐位，医者一手四指并拢搭于患者伤侧肩上，拇指放于锁骨上窝相当锁骨中1/3后缘“缺盆”穴处，而后逐渐向下按压1—2分钟（患者肩胛及上肢均有沉重酸胀热感），同

时令患者头部前后左右活动。

2、点揉“天宗”穴患者正坐位，医者站在患者背后，将两手四指并拢，放在患者的两肩上，两拇指自然下垂，按放在两肩胛骨冈下窝冈下肌中央处，即“天宗”穴。而后逐渐用力按揉2—3分钟（肩胛感觉沉重酸胀），同时令患者头部前屈后伸左右转动，活动时以痛侧为主，尽量加大活动角度。医者在点揉期间应以患者的伤侧为主，另一拇指可轻轻点揉，以配合患侧拇指进行。

以上手法点压揉力应以患者忍受为度，一般1次点压揉3—6分钟，颈项部疼痛基本消失，活动基本正常。重者可中间休息20—30分钟后，再进行第二次治疗。

（上接30页）

用救急跌打丸和活血化瘀剂，能更有效地解除脑受压，消除脑水肿，使含血脑脊液迅速更新。因观察治疗的病例尚少，所以要评价活血化瘀法对脑膜粘连、脑组织液化，萎缩以及其他颅脑损伤的合

并症和后遗症的防治作用，还有待于进一步研究探讨。〔注〕“救急跌打丸”为我科经验方，以熊胆、麝香、田七、乳香、没药、血竭等药精制而成每丸重3克、具有宣窍、镇痉、化瘀、止痛之功。

参考文献从略