电针为主治疗神经外科昏迷39例临床观察

王学建　陈　杨
（南通市第一人民医院，江苏南通 226001）

摘　要　目的：观察电针对神经外科昏迷患者的促醒作用。方法：82例神经外科昏迷患者随机分为治疗组42例和对照组40例，治疗组在对照组西医常规治疗的基础上加电针刺激合谷、曲池、足三里和三阴交，治疗结束时对患者治疗前后GCS评分进行统计分析。结果：2组患者治疗后GCS评分均较治疗前有所改善（$P<0.05$），治疗组GCS评分高于对照组（$P<0.05$）。结论：电针治疗可有效促进神经外科昏迷患者苏醒，改善其生存状态及预后。

关键词　昏迷　电针　神经外科疾病
中图分类号　R651.05　　**文献标志码**　A　　**文章编号**　1672-397X(2017)08-0052-02

目前，对于神经外科昏迷主要采用药物、高压氧、针灸、电针及音乐疗法等多种措施综合治疗[1-6]。为提高神经外科昏迷患者的治疗效果并进一步认识电针对于昏迷患者的促醒作用，我院近几年采用以电针为主的综合疗法治疗神经外科昏迷患者取得初步成效，现将相关临床研究结果报道如下。

1　临床资料

1.1　一般资料　2014年6月至2016年2月期间本院神经外科脑损伤昏迷住院患者82例，随机分为治疗组和对照组。治疗组42例：男性27例，女性15例；年龄23~64岁，平均年龄42.6岁；脑外伤25例，脑出血17例；手术治疗27例，非手术治疗15例。对照组40例：男性26例，女性14例；年龄21~65岁，平均年龄41.4岁；脑外伤22例，脑出血18例；手术治疗31例，非手术治疗9例。2组患者性别、年龄、疾病分类等一般资料比较无统计学差异（$P>0.05$），具有可比性。

1.2　入选标准　（1）脑损伤昏迷患者，病情稳定后仍处于昏迷状态，格拉斯哥昏迷评分法（GCS）评分≤8分；（2）年龄20~65岁；（3）无基础性疾病，如慢性心功能不全等；（4）既往无头部外伤及疾病病史；（5）所有患者家属均签署知情同意书。

2　治疗方法

2.1　对照组　按照神经外科临床治疗规范，给予常规治疗。手术或非手术者予脱水降颅压、抗生素（感染者）、营养神经、预防及控制癫痫、改善微循环、抑酸护胃、药物促醒及营养支持等治疗；长期昏迷且痰多者予气管切开；不能进食者留置胃管，鼻饲营养液[7]。10d为1疗程，治疗2~3个疗程。

2.2　治疗组　在对照组常规药物治疗基础上加电针治疗。选取水沟、内关、合谷、劳宫、涌泉、神门、足三里、三阴交，在针刺得气后接G6805-2型电疗仪，用断续波中度刺激，工作频率18~24次/min，治疗中输出强度以患者的肌肉局部可见轻微的抖动为度，留针时间40min，每日1次，10d为1个疗程，治疗2~3个疗程。

3　疗效观察

3.1　观察指标　GCS评分。

3.2　统计学方法　采用SPSS 10.0统计软件进行数据的统计学分析，患者GCS评分计量资料采用（$\bar{x}\pm s$）表示。

3.3　治疗结果　治疗过程中，对照组有2例、治疗组有3例患者终止实验，为脱落病例。治疗结果见表1。治疗结果显示，2组患者的GCS评分均有所改善（$P<0.05$），提示2组所用治疗方法均有治疗作用；治疗组GCS评分高于对照组（$P<0.05$），

基金项目：南通市科技项目（MS12015016），江苏省中医药科技项目（YB2015113）

提示电针联合药物治疗的效果优于单纯药物治疗。

表1　治疗组、对照组治疗前后GCS评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	39	5.76±1.57	6.82±1.94*▲
对照组	38	5.37±1.62	6.05±1.86*

注：*与本组治疗前比较，$P<0.05$；▲与对照组治疗后比较，$P<0.05$。

4　讨论

神经外科昏迷是患者颅脑损伤后出现的一种意识障碍的生存状态，既往因缺乏有效的治疗方法，严重影响患者家属的生活并加重社会负担。由于部分患者家属治疗态度消极，护理不到位，患者可出现褥疮、呼吸道及尿道感染等并发症，导致病情恶化甚至死亡。目前临床采用多种方法综合治疗，效果不断改善。从近年国内外文献资料来看，神经外科昏迷并不是不可恢复的[1,8]。西医学认为，神经外科昏迷是由于原发或者继发的脑损伤，导致脑干网状上行觉醒系统功能损坏，使患者大脑皮质及相关神经功能散失[9]。中医学认为神经外科昏迷属“神昏”等意识障碍范畴，属心脑病症[8,10]。动物实验研究证明，电针刺激可以明显调节脑皮质内微循环血管运动状态[10-11]。有研究发现通过电针内关、三阴交等穴位可缓解脑血管痉挛状态从而降低脑血管阻力及改善脑血供，提高超氧化物歧化酶(SOD)的活性从而减少自由基损伤等多种途径实现对脑损伤的治疗作用[9,12]。还有研究认为，电刺激可促进及改善星形胶质细胞缺血导致的水肿，增强星形胶质细胞活性，在高级中枢受到损伤时，星形胶质细胞可在一定条件下部分代替神经细胞的功能，可能是在中枢神经系统中通过反射刺激从运动皮质至前角细胞开通了一条新的通路[13-14]。本研究采用电针配合药物的治疗方式与既往的单纯药物治疗对比，不仅证实药物治疗及电针治疗均有效，而且通过统计学分析进一步了解电针相较于药物治疗的效果，证明电针治疗在药物治疗基础上有叠加的治疗效果，验证了对于神经外科颅脑损伤患者进行综合治疗的重要性。通过临床观察，笔者体会到神经外科昏迷患者的意识康复，不仅与患者家属的护理有关，还需要积极的治疗，对该类患者的治疗是一个综合、多元的系统工程，正确认识昏迷患者的病情，在原发病病情稳定后及时治疗，可有效减少并发症，降低致残率，改善生存状态，对患者家庭及社会具有积极意义。

参考文献

[1] 韦茂军，赵敬，刘建驰，等.催醒治疗颅脑外伤昏迷的研究进展[J].当代医学，2016，22(13)：9.

[2] WISEMAN-HAKES C，MURRAY B，MOINEDDIN R，et al. Evaluating the impact of treatment for sleep/wake disorders on recovery of cognition and communication in adults with chronic TBI[J]. Brain Inj，2013，27(12)：1364.

[3] 陈宗跃，焦丽强.大剂量纳洛酮治疗重度颅脑损伤疗效观察[J].现代中西医结合杂志，2012，21(1)：51.

[4] 李成宇，胡武，郑飞，等.右侧正中神经电刺激对颅脑外伤昏迷患者的催醒治疗[J].医学信息，2013，27(28)：513.

[5] 卢天达.针灸治疗颅脑外伤昏迷37例临床观察[J].中国民族民间医药，2015，24(10)：99.

[6] 魏璐城，蒋金泉，黎莉，等.个体化音乐疗法治疗颅脑损伤20例的疗效观察[J].医药前沿，2012，2(30)：94.

[7] KLODELL C T，CARROLL M，CARRILLO E H，et al. Routine intragastric feeding following traumatic brain injury is safe and well tolerated[J].Am J Surg，2000，179(3)：168.

[8] 曹文胜，熊政瑜.电针为主促醒持续性植物状态26例疗效观察[J].中国针灸，2003，23(9)：511.

[9] 乡志雄，谢泽宇，庄明华，等.电针及高压氧治疗对迁延性昏迷患者神经功能恢复的影响[J].中国临床康复，2004(28)：6130.

[10] 鹿传娇，李响.头针对昏迷患者促醒效果的疗效观察[J].上海针灸杂志，2014，33(4)：326.

[11] 白晔，庄明华，黄集前，等.共聚焦激光扫描显微镜活体观察针刺家兔双侧风池穴对大脑皮质内微循环的影响[J].微循环学杂志，2000，10(2)：31.

[12] 赵美玉. 醒脑开窍针刺治疗脑卒中后遗症的效果分析[J].中国临床康复，2003，7(22)：3147.

[13] 单爱军，尹卫，贾少微，等.针刺对严重脑损害昏迷患者疗效的量化研究[J].广东医学，2002，23(3)：248.

[14] 方燕南，王雪晶，洪华，等.电刺激促进脑梗死大鼠星形胶质细胞与神经元可塑性的重建[J].中国临床康复，2005，9(37)：129.

第一作者：王学建(1982—)，男，医学硕士，主治医师，神经外科学专业。

通讯作者：陈杨，医学硕士，副主任医师。hufan021@163.com

修回日期：2017-02-17

编辑：华　由　王沁凯