

急性中风 104 例的临床观察分析

山东中医学院附属医院内科 陶 凯*

中风发病急骤，证候多变。为掌握其证候演变规律，提高中医治疗中风的效果，我们对1983年9月至1984年3月留我院急诊室观察的104例急性中风患者的临床资料进行分析探讨，以供临床研究工作者参考。

一般资料

本组104例，男性62例，女性42例。年龄在50岁以内5例，50~59岁29例，60~69岁41例，70~79岁21例，80岁以上8例。临床诊断为脑血栓形成78例，脑溢血17例，一过性脑溢血9例。死亡12例，1例死于心源性休克，其余均死于脑疝。留室观察时间最短半天，最长29天。

观察方法和结果

一、中医辨证

按中风病情轻重和病位深浅的不同，分为中经络和中脏腑两大类。

1. 中经络：参照1983年全国中风学术会议辨证分型，中经络主症为半身不遂、口眼喎斜、舌强语蹇。根据其不同兼症分为四型：(1)肝阳暴张型：眩晕，头痛，面红耳赤，口苦咽干，心烦易怒，溲赤便干，舌质红或红绛，苔黄，脉弦有力；(2)痰热瘀阻型：头晕目眩，呕恶痰多，胸腹满闷，昏蒙嗜睡，喃喃多语，舌暗红或红，苔黄腻，脉弦滑；(3)气虚血瘀型：面色㿔白或萎黄，倦怠乏力，心悸气短，自汗，便溏，舌淡红或暗红，苔白或黄，脉沉缓或沉弱；(4)阴虚风动型：烦躁失眠，手足心热，眩晕耳鸣，口干舌燥，舌红绛或暗，少苔或无苔，脉细数或细弦。

2. 中脏腑：参照1978年版全国统编《中医内科学》，中脏腑主症为突然昏仆，不省人

事。根据其不同兼症分为二型：(1)闭证：牙关紧闭，口噤不开，两手握固，大小便闭，肢体强痉。如兼见面潮红、呼吸气粗、口臭身热、躁动不安、大便干燥、唇舌红、苔黄腻、脉弦滑数者为阳闭；兼见面白唇暗、痰涎壅盛、静而不烦、四肢欠温、舌淡红或暗红、苔白腻、脉沉滑缓者为阴闭。(2)脱证：目合口开，鼻鼾息微，手撒肢冷，汗出舌痿，二便失禁，肢体软瘫，脉微欲绝。

二、中风病证候演变的观察

为探索中风病证候演变的规律，我们分别就本组病例在急性发病时、急性发病三天内和最后随访时的证候变化，进行观察和分析。观察结果见附表。

附表 104例急性中风患者病程中的证候变化

观察时间	实 证			虚 证		
	肝阳暴张型	痰热瘀阻型	闭证	气虚血瘀型	阴虚风动型	脱证
发 病 时	21	64	7	10	0	2
发病3天内	16	60	7	14	2	5
最后随访	9	11	6	66	6	6

1. 急性发病时：本组病例急性发病时多见实证，共92例，占88.5%，其中以痰热瘀阻型为最多，其次为肝阳暴张型，闭证较少；虚证仅12例，占11.5%，其中除2例脱证外，其余均为气虚血瘀型。

按中风证候分类，本组病例急性发病时中经络者95例，占91.3%，其中实证85例，痰热瘀阻型(64例)多于肝阳暴张型(21例)；虚证10例，均为气虚血瘀型。中脏腑者9例，占

* 现调急诊科工作

8.7%，其中实证(闭证)7例，阳闭(6例)多于阴闭(1例)；虚证(脱证)2例，1例为第三次发病，长期卧床，骨瘦如柴，另1例就诊较晚，病已垂危。

2. 急性发病后3天内：中风急性发病后3天内变化最大，与急性发病时相比较，实证减少，虚证增加。这期间实证83例，占79.8%；虚证21例，占20.2%。3例肝阳暴张型患者，经用益气活血及扩血管药物治疗后，2例突发抽搐不止，昏迷，嗜睡，1例颈项强直，呼吸浅促，最后均相继死亡。另2例肝阳暴张型患者，1例眩晕，口干，烦躁，舌苔黄厚，用燥湿化痰药治疗3天，舌苔退尽，舌质红绛而干，另1例舌红少苔，经用益气活血药2天，烦躁，口干，舌绛少苔，均转变为阴虚风动型。4例痰热瘀阻型患者经用祛痰清热平肝药治疗3天，出现以气虚血瘀为主的症状。

这期间按中风证候分类，中经络者减少，中脏腑者增加。本组病例在中风发病后3天内，中经络者92例，占88.5%，其中实证76例，痰热瘀阻型(60例)多于肝阳暴张型(16例)；虚证16例，气虚血瘀型(14例)多于阴虚风动型(2例)。中脏腑者12例，其中实证(闭证)7例，阳闭(6例)多于阴闭(1例)；虚证(脱证)5例。实证中有3例于出现脱证后死亡。

3. 最后随访：最后的随访结果表明，虚证显著增多，实证则明显减少。虚证共78例，占75%；实证仅26例(其中2例为复发病例)，占25%。实证转变为虚证多发生在治疗后的15~60天，且多为年老体弱者。据临床观察，痰热瘀阻型多转变为气虚血瘀型，肝阳暴张型多转变为阴虚风动型，本组50岁以下病例，急性发病时均表现为实证，在患病过程中无一例转为虚证。

按中风证候分类，本组病例最后随访时，中经络者92例，占88.5%，其中虚证72例，气虚血瘀型(66例)多于阴虚风动型(6例)；实证20例，痰热瘀阻型(11例)多于肝阳暴张型(9例)。中脏腑者12例，占11.5%；实证(闭证)、虚证(脱证)各6例，闭证中阳闭(5例)多

于阴闭(1例)。

三、帮助判断证候演变的客观指征

1. 血压：据临床观察，实证病人的血压较虚证者高。血压急剧升高提示病情加剧，多见于肝阳暴张型出现闭证时，特别是阳闭，有的患者血压可高达260/180毫米汞柱。血压急剧下降见于闭证转为脱证时。如血压保持稳定在160/100毫米汞柱以下，提示患者有由实证转为虚证的倾向；相反，如血压保持在160/100毫米汞柱以上并持续不降时，提示病人实证没有向虚证转化的倾向。但肝阳暴张型转为阴虚风动型时应属例外，因此时多见血压高且持续不降。

2. 舌诊：中风急性发病时多见舌红、苔黄或黄厚或黄腻。中风实证转为阴虚时多见舌红绛少苔；转为气虚时多见舌暗红、苔白或黄白相兼。如舌象不变，或舌质红绛少苔，或舌红绛而苔色变深变厚者，提示病情平稳，没有转变。舌红绛而干、苔焦黄而黑，多见于阳闭证。

3. 脉诊及其它：中风急性发病时多见弦脉(本组病例占86.1%)。脉由弦而有力或弦滑转为脉沉缓时，多示病由实证转为气虚；如出现脉弦细或细数时则多为阴虚。中风治疗后脉象沉缓多示病有转机；而脉弦硬有力或突变沉弱无力或细数，多示疗效欠佳。此外，肌张力增强、病理反射阳性多见于中风实证、阳闭证；而肌张力逐渐降低、病理反射阴性多为实证转虚的表现。以上这些客观检查，对中风证候演变的判断也有一定的帮助。

讨 论

中风的发生主要是由“痰火相煽”所引起。痰因脾虚湿盛所生，火除湿郁化热，热盛为火外，主要还因热灼阴液，肝阳亢盛，风火相煽而加剧，而壮火食气，又可进一步耗气伤阴，因而导致了中风的急性发作。如不及时祛痰平肝，反先补其虚，必助火生风，轻则耗阴伤气，重则风助火威，上扰清窍，而见窍闭。黄文东先生认为：“血压偏高、筋脉拘挛者，必须重在

平肝潜阳,在肝阳渐平后,始入补气药。”本组病例也观察到肝阳亢盛者误用益气活血药而出现阴虚风动和闭证的教训。张锡纯先生认为,这类患者(多为脑溢血患者)“至病发之时,更觉头痛眩晕益甚,或兼觉心中发热者,此为上升之血过多,唯确信王勋臣补阳还五之说,于方中重用黄芪,其上气血益多,脑中血管必将至破裂不止也。”他的这一见解是非常正确的。

中风“发于实,归于虚”。急则以肝阳、痰实、瘀热并见,缓则以气虚、血瘀、阴耗相连。判断中风治疗后是否顺转,在于病人有没有出现虚证。“邪气盛则实”,出现虚证乃邪去正安之象。据对本组病例的观察,痰热盛者脾虚为其本,顺转后多见气虚血瘀;肝阳盛者阴虚为其本,顺转后则见阴虚之象。应当指出,顺转后的阴虚与误治所致的阴虚均较气虚血瘀难

愈。顺转后阴虚乃邪已祛而正气虚,病势较轻;而误治所致阴虚,邪更盛,阴更虚,病情危重。如经治疗,病情逆转为实邪不去或实邪更盛,病人肢体功能恢复差,预后亦差,且易近期复发。另外,对那些发病前多有一侧肢体无力、麻木,或有皮肤蚁行感,发病迟缓,病情较轻,以表现为气虚血瘀证为主者,应以益气活血为治,方能收效。

总之,在中风病的治疗过程中要始终注意勿犯“虚虚实实”之戒。补气活血过急则暴阳痰火更盛,而清热燥痰太过又会耗阴损阳。必须根据中医辨证,注意观察血压、舌脉及体检变化,及时作出正确判断,谨守病机,调节阴阳,以平为期。

本文承蒙陆永昌副教授、邵念芳主治医师审阅,特此致谢。

针刺风池穴治疗足跟痛 216 例

齐齐哈尔铁路中心医院针灸科 赵万成

笔者在 1977~1985 年间,针刺风池穴治疗足跟痛 216 例,267 个足跟,疗效较为满意,现简介如下。

一、临床资料

216 例中,男 135 例,女 81 例;年龄 21~60 岁;病程 7 天~8 年;临床诊断跟骨刺 128 例,跟部滑囊炎 30 例,跟腱炎 15 例,跟垫炎 14 例,跟骨骨折 5 例,症状性足跟痛 24 例。

二、治疗方法

取穴风池。针刺方法如下:(1)直刺法,病人坐位。以 28 号 1.5 寸长毫针向穴位对侧眶口之内下角刺入 0.5~1 寸深,得气后,行快速捻转 5~10 次,留针 50 分钟,每隔 10 分钟重复一次手法。此法用于单侧足跟痛。(2)透刺法,病人坐或立位。术者左拇指、食指捏住两侧穴,右手持 28 号 3 寸长毫针贴押手拇指爪甲直入穴 2~3 分,随将针身横向对侧穴进 2~2.5 寸,但不要穿透皮肤表面。继而,提插 3~5 次,再行大幅度捻转,其刺激量应以病人能耐受为度。留针 50 分钟,酌情复用手法。此法用于双侧足跟痛。

三、疗效观察

疗效标准制定如下。治愈:站立、走路、踩脚跟

疼痛消失,功能恢复正常,随访半年未复发。显效:站立、走路疼痛基本消失。好转:疼痛有所减轻。无效:疼痛如故。按以上疗效标准统计,216 例中,治愈 134 例,占 62%;显效 43 例,占 19.9%;好转 22 例,占 10.2%;无效 17 例,占 7.9%。总有效率 92.1%。

四、典型病例

曲××,女,46 岁,干部。1985 年 5 月 10 日初诊。主诉:双侧足跟痛 3 年多,加重 1 个月。症见走路以脚掌着地而缓行,痛如锥刺,按之益甚,喜温畏凉,脉沉细,舌质淡,苔白。X 线片示双侧跟骨刺形成。采用透刺法,针至 8 次,左侧足跟痛止。后改直刺法取右风池,又针 5 次告愈。3 个月后,X 线拍片骨刺依然,但随访半年足跟痛未见复发。

五、体会

笔者根据“阳跷脉者,起于跟中,循外踝上行入风池,阴跷脉者,亦起于跟中,循内踝上行至咽喉交贯冲脉”和二跷“气并相还”及“病在下者,高取之”的医典记载,而试用风池穴治疗足跟痛,以期达到“通则不痛”的治疗目的。经本组临床观察,取得了比较满意的效果。