

肝胆湿热型中风 45 例辨治的初步观察

广西玉林地区中医院 陆书诚 邹秋兰

我院近年住院观察 201 例中风病人,发现部分患者不但具有肝阳上亢、肝经实火的证候表现,而且也具有湿热内蕴为主的临床症状,试投龙胆泻肝汤治疗,收效甚佳。现将我们对属肝胆湿热证型的 45 例中风病人的治疗情况报告如下。

一、病例选择

1. 具备中风主症(卒仆昏迷、半身不遂、偏身麻木、口眼喎斜、舌强语蹇等)而诊断确立者。

2. 具备以下任何 3 项兼症者:烦躁易怒,夜卧不宁;身重目眩,疲软乏力;纳呆口腻或恶心欲吐;面红目赤;口干口苦;口气臭秽;大便干结,小便短黄;舌红、苔黄腻;脉弦滑数有力。

二、一般资料

本组病人均属急性期。男性 27 例,女性 18 例;年龄 40 岁以下 1 例,40~49 岁 6 例,50~59 岁 14 例,60 岁以上 24 例;住院时间最短 2 天,最长 127 天,平均 35.2 天;开始服用中药时间最短 1 天,最长 30 天,平均 5.6 天。

三、治疗方法

龙胆泻肝汤(龙胆草、黄芩、柴胡、栀子、木通、车前子、泽泻、归身、生地、甘草)每日 1 剂,水煎服。大便干结 3 天以上未解者加用大承气汤高位保留灌肠,每日 1 剂;昏迷、嗜睡、暴怒等神志障碍者加用安宫牛黄丸灌服或鼻饲,每天 1~2 丸,至神清为止。

本组病例经西医确诊为缺血性脑卒中者加用低分子右旋糖酐静脉点滴,每天 500 毫升,连用 10 天,维脑路通注射液每天肌注 2 支,连用 7 天;因血压明显偏高加服脉舒静,每天 3 次,每次 1~2 片,血压平稳后停药。

四、治疗效果

按全国中风协作组“全国中风病中医诊断及疗效评定标准”(中医急诊通讯 4:2, 1986),基本治愈 20 例(44.4%),显效 9 例(20.0%),有效 11 例(24.5%),无效 5 例(11.1%),总有效率 88.9%。经过治疗各种症状也获得不同程度的改善,详见附表。

附表

临床症状	疗前例数	疗后例数		
		消除	好转	无效
不省人事	5	4	0	1
半身不遂	41	18	17	6
口面喎斜	31	11	10	10
舌强语蹇	29	10	12	7
烦躁易怒	13	5	5	3
夜卧不安				
身重疲乏	9	0	0	9
纳呆口腻	26	12	7	7
恶心欲吐				
面红目赤	5	2	2	1
口干口苦	28	7	11	10
口气臭秽	30	8	9	13
大便干结	33	13	8	12
小便短黄				

患者舌、脉情况大部分随着病情的好转而有不同程度的改善,一部分患者的舌、脉象恢复正常。

五、讨论

在中医古籍中,未见有中风肝胆湿热的辨证记载,近代文献亦罕有报道。张锡纯氏曾指出“肝胆之火夹气血上冲头部”可导致中风,以头痛、眩晕、心中烦热等为主症而偶用龙胆草治疗,但未提到湿热见症。本组部分病例具有烦躁易怒、面红目赤、口干口苦等肝经实火的证候,大部分还具有纳呆口腻、恶心欲吐、口

气臭秽、身重疲乏、舌苔黄腻、脉弦滑数等湿热证候,投以清泻肝胆湿热药物后,随着症状的清除,中风可获得明显的改善,提示其发病特点及治疗效果符合肝胆湿热的辨治规律。

朱丹溪氏曾指出“湿痰生热”能导致中风。广西气候炎热多雨,许多疾病受到雾露瘴气的影响而具有湿热见症。统计表明,本组发病人数的高峰正是在当地每年降雨量最多的四、五、六月,这提示本病也受当时湿热气候影响。

本组病例均选用龙胆泻肝汤为主进行治疗。该方是清泻肝胆湿热的著名方剂,方内龙胆草、黄芩、栀子等泻肝胆实火,木通、泽泻、车前子等清热利湿,全方具有泻肝经实火、清利肝胆湿热的功用。现代药理研究表明,龙胆泻肝汤具有抗菌、消炎、降压、降脂、利尿等作用,因此有利于对中风的治疗和减轻或防止后遗症的发生,提示了该方治疗中风可能具备的特殊价值。

残胃无张力症治疗

喻森山

残胃无张力症,又称胃大部切除术后排空延迟症,是胃大部切除术后较少见的早期并发症之一。现结合经治的病例,谈点粗浅看法。

患者高××,男,51岁,住院号19448。于1986年8月28日收入院。1986年9月22日在硬膜外麻下行胃大部切除、胃空肠吻合、十二指肠乳头状瘤局部切除术。术后病人一般情况好。术后第7天(9月30日)晚上出现上腹部饱胀,频繁呕吐。经持续胃肠减压及对症处理,症状不见缓解。10月7日用碘化钾行胃造影,在X线透视下显示胃充盈良好,未见蠕动波,输出、入襻均未显影,诊为残胃无张力症。经输血、输蛋白,肌注新斯的明、地塞米松等药,病情仍不好转,认为“只有等待时机”(自行缓解)。为了尽快减轻病人痛苦,10月10日邀中医会诊。查患者神色尚可,近20天来未进食物(靠输液维持热量),未排便,肠鸣音微弱,上腹部胀满拒按,靠胃肠减压减轻痛苦,呕恶频作,口渴喜凉饮,脉弦,舌质红、苔薄白,证属手术后脾胃受损,升降失调,腑气不通,胃失和降。治以通腑降浊,和胃降逆为主,佐以益气扶正。药用,厚朴10克,莱菔子12克,枳实10克,生大黄(后下)15克,代赭石15克,旋复花(包)10克,桂枝10克,半夏12克,党参12克,黄芪15克。2剂,日一剂,水煎分两次胃管注入,保留30~60分钟。

10月11日复诊:给药后,病人自觉有下坠感及便意感,肠鸣音较前活跃,但仍腑气不通。为使药力专于通下,原方去党参、黄芪、桂枝,莱菔子加量为

15克,再加桃仁10克。3剂,用药方法同前。

10月15日三诊:给药2次,均有药入腹痛,继之呕吐的反应。自解大便1次。因顾虑再引起病人腹痛呕吐,故中药暂停。停服中药2天均无大便,口干渴喜凉饮,舌质深红,呈阳明腑实,化热伤阴之象,当再用中药急下存阴,予大承气汤加味,厚朴10克,枳实10克,生大黄(后下)15克,芒硝(分冲)20克,代赭石(先煎)15克,旋复花(包)10克,莱菔子15克,半夏12克。

次日凌晨口服给药后,无不适,中午自行解大便1次,质稀,量较多,午后相继又排便3次。至此腑气已通,停胃肠减压,能进流质饮食。后经调理治愈。

残胃无张力症是一种功能性改变,处理不当可延长几十天不愈。国内报告有的典型病例由于处理不当,经过72天方恢复进食。本例在用中药治疗后6天,服中药4剂,就使胃张力恢复,说明中药治疗可以缩短病程,使胃排空作用提前恢复,减少病人痛苦。从中医角度看,此系术后脾胃受损,升降失调,湿热痰浊结于中焦,气机为之格拒,故腑气不通,大便不行,胃气上逆,则上腹胀满、呕恶频作。治疗当通腑降浊,急下存阴。本例初诊时,已20天未大便,上腹胀满拒按,口渴喜凉饮,脉实舌红。本当以大承气类急下存阴,奈顾虑患者术后不久,恐峻下之剂不能耐受,用药比较保守,攻下之力不足,而达不到通腑的目的。当用大承气汤加味后,一剂而通,病人亦无不良反应。说明大承气汤用于残胃无张力症之里热实证者是合适的。