

亡病例临终时呈现阳闭证者12例,呈现脱证者8例。

三、典型病例

王××,女,57岁。门诊号:148654。于1986年4月12日下午6点来院急诊。素有高血压病史20余年,血压经常在210/100毫米汞柱左右。因生气引起头痛、眩晕,并见右侧肢体活动失灵,言语蹇涩,已有一天,烦躁,呕恶,痰多,腹胀满闷,大便不通。血压210/120毫米汞柱,形体肥胖,面色潮红,神清,嗜睡,颈软,口角向左歪斜,右侧鼻唇沟变浅,心肺无异常发现,腹部(一)。右侧肢体肌力0级,肌张力正常,巴氏征、高登氏征、奥本海姆氏征均阳性,腱反射略亢强;左侧肢体肌力正常,肌张力略高,无病理反射引出。舌暗红、苔黄燥,伸舌偏左,脉弦滑。颅脑CT检查示左内囊基底节部位出血,并破入脑室。脑电图示左颞枕区轻度异常。心电图示慢性冠状动脉供血不足。血糖142毫克%,胆固醇212毫克%。西医诊断为脑出血。中医诊断为中风,证属痰热腑实,肝阳亢盛,治以化痰通腑,镇肝熄风。方用大黄瓜蒌汤加减:生大黄9克,代赭石30克,胆南星12克,天竺黄9克,石菖蒲9克,瓜蒌15克,钩藤15克,赤芍12克,三七粉1克(冲服)。取上药水煎500毫升,分3次口服,日1剂。同时予20%甘露醇250毫升/日分2次静脉输入。4天后语言清晰,神志清楚,患肢可移动,但舌红绛无苔,仍烦躁,停用甘露醇,中药予六味地黄汤加减。10天后,病人可自己坐起,积分由入院时7分增加到17分。继用滋阴养液法治疗2个月后,可扶拐杖自己行走,舌淡红、苔薄白,脉沉细,自述无何不适,积分达26分。

讨 论

出血性中风发病急骤,病情危重,死亡率高,因此,辨证准确,治疗及时非常重要。另外,用药量要足,开始即予大剂量中药清痰热,开神窍。虽然本组病例病情较重,中脏者先后23例,94.4%,占总数53%,但是倘若能及时予

以辨证治疗,疗效还会提高。

甘露醇应用适量、及时,疗效可靠,但应掌握好停用指征。如典型病例虽治疗效果较好,但4天后舌苔全部退光,经停用甘露醇,并予滋阴治疗2个月后才生出薄白苔。更有甚者,阴虚风动的病人误用甘露醇,几天后可导致阳闭气绝。甘露醇应用适量也非常重要,本组2例阳闭病人,用药后神志转清,二便自知,但因未及时停药,又复昏迷、高热,最后呕血而亡;还可见诱发心脉闭阻而突然死于急性心肌梗塞者。根据舌象变化对观察甘露醇用药有一定帮助,舌干少津者应用宜慎重,而舌光无苔、舌质红绛者应即停用。另外,伴有心前区闷痛者应用亦需十分慎重,必要时可在心电图、血液流变学监护下应用。如应用后心电图有明显恶化,血液粘滞度有明显增高,应立即停药。我们除很好掌握停用指征外,在应用脱水剂的同时给予大量滋阴养液中药煎剂,避免了脱水剂伤阴昏迷及心脉闭阻的发生。

出血性中风病机多变,在其整个病程中,阴亏、阳亢、痰浊、腑实常可并见,但“痰热”占了重要地位,因热伤阴血,易动肝风,故“清痰热,柔肝熄风,泻心火,醒神开窍”为本病的主要治疗大法。切忌见“出血”而止血,只治其标,而不治其本,舍本求末。要时时掌握中风本虚标实的病机特点,观察病机转归,注意保津养阴,以顾其虚,切不可一味攻伐,以免更伤其阴而变证四起。

大黄侧柏香附散治疗进行性翼状胬肉

河南省新野县施庵乡卫生院 袁敬一

本方为吾师已故老中医王廷琪的经验方,由生大黄、黑侧柏、炒香附各等份研细末,每次9克用开水冲服,每日二次,每30天为一疗程。笔者曾以该方治疗进行性翼状胬肉患者35例,疗效满意。此多由恣食辛辣肥甘厚味,心肺雍热,经络瘀滞所致,而方中大黄苦寒,泻火凉血,活血化瘀,侧柏叶清热凉血消瘀,香附理气解郁。全方合用,共奏清热凉血,解郁消瘀之功。