

病例讨论

右侧头痛、左侧偏瘫、神识恍惚、便秘病案

吴国伟* 杨维亮* 徐文君* 姚文范* 整理

主题词 脑出血/中医药疗法

1 病历摘要

鲁某,男,62岁,农民,住院号 9999。因突发右侧头痛、左侧半身不遂 8 小时而于 1997 年 7 月 5 日 16 时入院。患者 5 年前发现高血压,未正规治疗,时有头晕。患者于今上午 8 时许在田间劳动中,突感右侧头痛,恶心欲吐,随后出现左侧肢体活动不利,言语不流利,继而跌倒在地,当时神清,无二便失禁及四肢抽搐,被其子发现即送当地卫生院,在治疗过程中反而出现神识恍惚,左侧肢体完全不能活动,而送至本院求诊。当时主症:右侧头痛,左侧偏瘫,口角右歪、流涎,神识恍惚,大便 5 日未解。无口吐白沫及惊厥。体格检查:神识昏蒙,表情痛苦,语言蹇涩、口角右歪,左侧肢体偏瘫,舌质红绛、边有瘀斑、苔黄腻而干、伸舌左歪,脉弦滑。体温 36.8℃,呼吸 22 次/分,脉搏 68 次/分,血压 23/13kPa。意识模糊,瞳孔等大等圆,约 0.3cm,对光反射灵敏。左鼻唇沟变浅,伸舌偏左,口角右歪,颈软,全身浅表淋巴结无肿大。两肺呼吸音清,心界不大,心率 68 次/分,律齐,无杂音,主动脉瓣第二心音亢进。腹平软,肝脾未触及。双下肢不肿。左上、下肢肌力 0 级,左侧肢体肌张力低,左侧肢体痛觉、音叉震动觉减弱,腱反射左侧亢进,左侧巴氏征阳性。眼底检查可见视盘边界清晰,颜色正常,黄斑中心凹处视网膜动脉变细,无出血、渗出。实验室检查:血常规:血红蛋白 113g/L,血红细胞 $4.35 \times 10^{12}/L$,血白细胞 $5.4 \times 10^9/L$,中性 0.85,淋巴 0.15。

尿及大便常规正常。脑脊液检查:清,潘氏试验阴性,糖 4.0mmol/L,氯化物 121mmol/L。血生化:血糖 4.9mmol/L,血肌酐 $94 \mu\text{mol/L}$,血尿素氮 6.4mmol/L,血二氧化碳结合力 24mmol/L,血钾 4.8mmol/L,血钠 136mmol/L,血钙 2.0mmol/L,血氯化物 105mmol/L,血总胆固醇 3.88mmol/L,血甘油三酯 0.79mmol/L,血总蛋白 64g/L,白蛋白 40g/L,球蛋白 24g/L。HBsAg 阴性。血沉 6mm/h。心电图示正常。头颅 CT:右侧基底节区可见 22.7mm×53.3mm×31.2mm 高密度阴影,CT 值为 532HU,边界光滑,右侧脑室占位,中线偏左,提示:右基底节区血肿。

入院诊断:中医诊断:中风、中腑、风火上扰清窍。西医诊断:右脑基底节区出血。治法:祛邪以防窍闭,治拟清热熄风,开窍醒神。

方药:(1)清开灵 40ml 加入 5%葡萄糖氯化钠 500ml 静滴,每日 1 次。(2)甘露醇 125ml,静滴,每 6 小时 1 次。(3)地塞米松 10mg 静推,每日 2 次,连用 3 天。(4)尼莫地平片 40mg,每日 3 次。(5)10%葡萄糖 500ml 加维生素 C 5.0g、胰岛素 10U、10%氯化钾 15ml,林格氏液 500ml 加雷尼替丁 0.15、10%氯化钾 10ml,静滴,每日 1 次。(6)中药汤剂:天麻钩藤饮加减:天麻(另炖)10g,钩藤(后下)15g,生石决明(先煎)30g,丹参 30g,川牛膝 15g,生大黄(后下)10g,黄芩 15g,栀子 15g,夏枯草 10g,天竺黄 10g。

2 第 1 次讨论(1997 年 7 月 6 日 10 时)

姚建伟实习医师:汇报病史。

毛世文医师:该患者起病急,突发右侧头痛,左半身不遂,语言不利,口舌歪斜,故可以诊为中风病。以半身不遂为主,并出现神识恍惚,

* 浙江省开化县中医院,浙江省开化县城关镇环城路 26 号(324300)

收稿日期:1998-06-06

故属中腑。发病时,虽有头痛倒地,但无四肢厥冷和一过性神志丧失,以及移时清醒的表现,故不能诊为厥病,而且厥病醒后无半身不遂、口舌歪斜及语言不利现象。无四肢抽搐、两目上视、口吐白沫、昏不知人、醒后如常人等症,故与痫病不同。患者无项背强直、四肢抽搐及角弓反张,故不符痉病。痿病有肢体瘫痪,活动无力,但多起病缓慢,或有肌萎缩等症,显然不象。此外,应与口僻区别:此为突然口眼歪斜、口不能合为重要特征,是由外风引起,常伴目不能闭、额纹消失、不能皱眉、无半身不遂等症,故容易区别。

徐文君医师:同意毛医师诊断。但尚应与中暑相鉴别。中暑也可以昏仆不省人事为主症,但中暑者必是在高温高热环境下发病,先出现头昏、出汗多、乏力、呕恶,而后神昏,无半身不遂、口舌歪斜等中风病见症,故不符。从头颅CT看,患者为右脑出血,部位在基底节区,出血量约为38ml。从体检看尚未影响锥体外系。一般来说,血肿量小于30ml,内科保守治疗效果较好;血肿量大于30ml,适宜手术,例如锥颅碎吸或开颅血肿清除术。限于本院条件及患者家属的要求,结合壳核出血的意识障碍分度,此患者介于Ⅰ~Ⅱ度之间,而且脑脊液无红细胞,说明无继发脑室出血,故可暂内科保守治疗。

吴国伟主治医师:本病例特点:(1)老年男性,急性起病;(2)首发症状右侧头痛,继而左侧偏瘫、口歪斜、神识恍惚,既往有高血压病史。(3)发病后测血压23/13kPa。因此,同意“中风、中腑”之诊断。(4)症、舌、脉之表现为:左侧偏瘫,神识恍惚,右侧头痛,大便5日未解,舌绛苔黄腻,脉弦滑,属本虚标实之证。古人云“年四十而阴气自半,起居衰矣”。患者年逾花甲,阴血亏虚,则阴不制阳,阴亏于下,阳亢于上,阳化风动,本易酿生此疾。“阳气者,烦劳而张”,复因过劳,易使阳气升张,引起风阳上扰,造成内风旋动,夹瘀血上扰清窍,横窜经络而见头痛、肢瘫、泛呕。风善行而数变,未及时治疗而转中腑,故见腑实的表现:苔黄腻、脉弦滑、便秘。神明扰动,故见神识恍惚、舌红绛,提示上盛下虚、风火

上扰清窍之象。病位在脑髓血脉。因风火上扰神明,进一步发展有邪闭清窍之趋势,故治疗的关键是祛邪以防窍闭。同时有腑实之象,兼予以通腑。此外此病人还有血瘀征象:如舌边有瘀斑,而且风火之邪易夹血上逆,可加活血化瘀、凉血降逆之品,引血下行,以达“治风先治血,血行风自灭”。所以,我建议上方加入水蛭粉(分吞)3g,每日3次。另可加入大承气汤治疗。据文献报道,水蛭有减轻脑血肿周围的炎症反应,促进血肿吸收,促进神经功能恢复,降低死亡率和减少病残率作用。而大承气汤等下法,可以改善血液循环,促进新陈代谢,排除肠道毒性产物;通过泻下逐水,能降低颅内压,减轻脑水肿。(5)结合病史,临床查体及头颅CT,西医诊断符合脑出血。由于出血性中风急性期,病情变化快,死亡率高,完全放弃西药而采用中药治疗是不现实的。应在西医对症处理的基础上配合中药治疗。

西医急性期治疗原则是:积极消除脑水肿,降低颅内压;控制血压;防治并发症。脑出血急性期高血压处理,切忌见高就降。有条件应了解病前血压,如变化不大或收缩压小于21.3kPa则不降,收缩压介于21.3kPa则可降可不降;收缩压大于26.7kPa或平均动脉压大于18.7kPa时应降。降压可先用速尿等降颅压的药物,如通过降颅压,血压得不到改善,可用较温和的降压药物,如硫酸镁等。至于那些有明显降压效果的药物应慎重使用。

杨维亮主治医师:中风患者因阳亢风动,痰火易上扰,邪热内炽,导致便秘。反之腑气不通邪热不得下泄,阳明实热上壅痰火更加重病人气血逆乱气机升降失常。据统计,出血性中风90%以上的患者都具有大便不畅和腑气不通的症状。因此,通腑是治疗的关键:(1)可通畅腑气,祛痰通络,使半身不遂及中腑症状好转;(2)可清除胃肠浊邪,使其不得上扰神明,以防闭脱;(3)可急下存阴。所谓“陈莖去而肠胃洁,症瘕尽而营卫昌”。据我们以往经验,疗效满意。此病人应坚决使用,同意使用大承气汤。但使用过程中不宜过量,得腑气后即可改用它法。由于出

血性中风急性期,脑水肿较为突出,早期输液时多主张输入 5%葡萄糖氯化钠或林格氏液加等量 10%葡萄糖为宜。这是因为:(1)当短期内输入大量葡萄糖后,无氧酵解增多,乳酸堆积加重脑组织的酸中毒,葡萄糖利用减少,ATP 进一步减少,使钙离子主动向细胞外扩散受抑,细胞内外正常梯度不能维持,细胞膜变性,离子通透性改变,加重脑水肿。(2)由于葡萄糖易通过血脑屏障并带有水分,糖在体内迅速被代谢利用或转复为糖原,而剩下的等量水使血和细胞间液稀释或低渗状态,更有利于水分进入细胞,亦加重脑水肿。

姚文范副主任医师:高血压脑出血急性期输液的量应注意如下:发病最初 1~3 天,机体对失水状态还存在一定程度的代偿能力,而脑部急性出血性病变更有脑疝形成,而不宜有过多的液体输入,故补液量要严格控制,一般不超过 1500ml(不包括甘露醇量),以保持一定程度的负氮平衡。发病 3 天后,无论有无意识障碍,如不能经口进食,应积极鼻饲,保持足够营养,并注意水、电解质平衡。其次,补液时要结合有无发热呕吐及消化道出血等合并症,适当调节剂量及品种。一般体温升高 1℃,失水量增加 15%~20%,补钠每天 6~12g,补钾每天 4~6g。

此外应掌握用药宜忌:中风为本虚(气虚、肝肾不足)标实(风、痰、火、瘀)之证,急性期以标实为急。治标时须防耗气伤阴,急性期过后,病势恢复之时,以本虚为主,治本之时还应兼顾化痰、行瘀、清热熄风,勿使恋邪,不使阳升风旋。

3 治疗过程

病人自 1997 年 7 月 6 日下午在原方基础上加水蛭粉(分吞)3g,每日 3 次,同时加厚朴 15g、枳实 10g、芒硝(另冲)10g。服用 1 剂后大便变软但不溏,神识仍恍惚,续服 3 剂,至 7 月 9 日,神识转清,大便偏溏。

4 第 2 次讨论(1997 年 7 月 9 日 16 时)

胡云英主任医师:从病史及舌脉症看,此病人为老年男性,急性起病,有偏瘫、口舌歪斜、神

识恍惚等症状,符合“中风、中腑”诊断。入院时大便干结 5 天未解,而且神识恍惚,经治疗后患者神志转清,大便软,说明清窍得开,腑气已通,已转为中经络,病体正逐渐恢复。这时应注意防止的是水电解质失衡、感染及再出血等并发症的发生,应注意监测和观察。同时待病情稳定后,可使用一些能改善脑细胞代谢、促使血肿周围脑组织功能恢复的药物,如脑活素、胞二磷胆碱等脑细胞赋活药物。由于患者目前舌脉症有左半身不遂,口舌歪斜,气短乏力,便溏,舌质暗淡苔薄白,脉细弦等气虚血瘀之象,故治法也应作相应调整,可停通腑开窍,改用益气活血之法。我们常用补阳还五汤出入:生黄芪 60g,红花 10g,川芎 10g,桃仁 10g,全当归 10g,赤芍 20g,干地龙 10g,丹参 30g,水蛭(分吞)3g。据我们以往治疗经验,发现无论是缺血性还是出血性中风恢复期,使用了此法,病人的偏瘫恢复时间明显缩短,作用机理可能是:改善脑缺氧、水肿,促进血肿的吸收,扩张脑血管,改善脑血液循环,提高神经组织对缺氧的耐受性,有利神经功能的恢复。另外,可针对病人的适应性,选择针灸治疗,并加强患肢的功能锻炼也是非常重要的。

5 治疗结果

遵胡云英主任医师医嘱,服用补阳还五汤出入方。5 剂后,患者左侧肌力恢复为 I 级,此时减少甘露醇次数,续服补阳还五汤出入方 5 剂,左侧肌力恢复为 III 级,而停甘露醇、清开灵,用 5%葡萄糖注射液 500ml 加胞二磷胆碱 0.75g 静滴,每日 1 次,共 10 天;仍服补阳还五汤出入方。共服 20 剂时,左侧肌力恢复为 IV 级以上,语言清楚,口角不歪。

曾于 7 月 25 日行头颅 CT 复查:见大小低等混合密度影,右侧脑室受压、中线偏左,与 7 月 5 日检查相比较明显好转,血肿已液化并部分吸收。7 月 26 日临床痊愈出院。

出院带回华佗再造丸,每次 1 丸,每日 2 次;尼莫地平片 40mg,每日 3 次,续服 1 个月。随访 2 个月,患者左侧肢体恢复如常,已能参加一般劳动。