

临床报道

65例急性中风死亡病例分析

山东中医学院附属医院内科 陶 凯

急性中风发病突然,变化急骤,病情重笃,病死率高。因此,对急性中风重症发展规律及证候特点作一分析研究实为重要。现将我院1981年12月至1988年1月间的65例急性中风死亡病例作一分析总结,供同道参考。

临床资料

本组65例中,男37例,女28例。年龄46~90岁,平均68岁,60岁以上44例。参照1986年泰安会议的诊断标准⁽¹⁾,入院时中经28例,中腑26例,中脏11例。中经者28例,辨证属肝阳暴亢9例,风痰瘀阻7例,痰热腑实6例,阴虚风动6例。中脏腑者37例,参照全国统编中医内科学(1978年版)诊断为阳闭21例,阴闭9例,脱证7例。参照1978年全国第二次神经精神会议标准,65例中西医结合诊断为脑梗塞40例(其中15例经CT诊断,有13例为多发性脑梗塞),脑出血25例。

本组病例有高血压病史者51例,其中在10年以上者28例。有中风病史者43例,其中有小中风(一过性脑缺血)史19例,脑梗塞第二次复发13例,三次以上复发11例。并有冠心病25例,颈椎病18例,糖尿病4例,肺心病3例,真性红细胞增多症、肝硬化腹水各1例。

本组病例这次发病的诱因据不完全统计,由郁怒、激动等情志因素诱发者9例;中风后因长期卧床,褥疮感染7例;坠积性肺炎8例;突发心肌梗塞、严重心律失常9例;外感发热3例;腹泻、痢疾2例;急性胃肠炎2例;因饮酒饱食和长时间看电视诱发各2例;不适当的使用降压、镇静剂3例;扩容剂应用

不当2例;益气活血药物应用过早2例;使用脱水、利尿剂及中药通腑药物量大而时间过长者2例;地塞米松应用量大,而阳闭症状更显著者4例;可能与高枕入眠有关2例。

根据本组病例临终前的症状观察和各项检查结果,65例中死于脑疝者56例,死于急性心肌梗塞者9例。所有病例均同时合并有呼吸衰竭和心力衰竭;怀疑合并有DIC者7例,怀疑合并有肺栓塞2例。

临床证候和检查结果

一、临床证候分析

1. 头痛: 为中风昏迷前常见的症状。头痛并见面色红赤,脉弦劲13例;并见面色灰暗、萎黄,呕恶痰多,脉沉弦滑数4例;伴有口臭、便秘8例;另有2例因误投益气活血剂而头痛加剧,并见项强、斜视,一天后出现昏迷。

2. 二便失禁与不知: 失禁为自知二便泄遗而不能禁;不知为二便或闭或泄而无感觉。前者为肾气欲绝,后者为肾气绝闭。本组病人突发昏迷34例中,小便不知26例,小便失禁8例,大便不知泄下2例。复发中风病人神志时清时寐,常可根据其小便禁与不禁、知与不知判断病情。从小便不知到失禁,转而又可自控者,提示病情好转;如小便从自控到失禁,进而不知,提示病情加重。复发中风昏迷12例有小便先失禁后不知的过程。昏迷后期所有病人都表现小便不知。尿闭而不知者全组仅有6例,均在中脏时出现,伴有腹胀、喘急,为痰热瘀血俱盛的闭证;尿自遗而不知者除少数为脱证外,大多数仍为闭证,与前者相同。几

乎所有病人昏迷后均大便闭而不知。口服或鼻饲通腑剂可解出大便者病情尚轻,随大便排出神志有所恢复;如服泻剂仍无大便排出者病情多重。后期大便泄下而无所知者常提示预后极差。

3. 语蹇与失语:发病时语言尚流利,突然蹇涩,或由蹇涩进而突然失语为心脉瘀阻、舌窍不利,是心气欲绝的先兆。本组病人语蹇23例,失语37例,语言尚流利者仅5例。先有语言障碍加重而后昏迷者12例。

4. 进水呛咳与吞咽不能:发病时喝水呛咳,但仍可进食半流质饮食。随着病情的加重,吞咽困难加重而进食不能为脾胃气绝,提示延髓有假性球麻痹形成。本组病人发病时进食不能42例,进水呛咳13例,先见吞咽障碍加重而后昏迷者9例。

5. 呃逆与呕吐:顽固性呃逆21例,中经、中腑、中脏者均可见。经按压双侧乳突、施用针灸、足三里穴位注射654-2无效者常提示病重;随昏迷程度加深而停止。呕吐者26例。中经呕吐多为宿食、痰涎;中腑呕吐多为痰涎、瘀血;中脏呕吐多剧烈,为大量的黑色胃内容物,痰涎不断涌出,为脏气衰绝的表现。

6. 喘急与气息不调:呼吸深大、急促规则,不时有痰涎吐出并不受体位影响为急性中风特征之一。开始面色潮红而后唇紫、面青、气息微弱且时停为肺气闭绝。

7. 躁动与抽搐:单一肢体反复重复一个动作者5例;躁扰不宁、有无意识动作、全身抽搐者2例;2例病人持续弄舌,发出很响声音。躁动与抽搐总为肝风内动、痰火扰心,切忌用大量镇静剂,以免痰火内闭,经脉气绝。

8. 耳聋与目瞽:耳聋与目瞽暴发提示脏气绝闭,肝肾精竭;七窍不通为后期表现。

9. 腹胀:突然腹胀如鼓,伴有面色潮红、高热、汗出、喘促者24例,为非通腑药所可治者,预后不良。

10. 汗出:汗为心液,心气绝则汗外泄。本组有汗出者49例,常见于昏迷后期。全身

汗出不止,量多似水者为阳气暴脱;皮肤湿冷,如油而粘者为阳脱阴竭。

11. 昏睡、昏蒙、昏迷、昏愤:复发中风昏迷病人12例,可见到从开始昏睡逐渐加重到昏愤的四个阶段。急性中风突然昏愤者亦有逐渐好转的情况,一般在两天内仍昏迷或昏愤不醒者预后不良。

12. 死亡先兆:急性中风或复发中风急性期患者出现下列症状者常为死亡前先兆,应引起足够注意:昏迷、喘促、发烧、项强、二便不知、脉弦硬痰数、血压持续增高、腹胀如鼓、口唇和面目青紫者;或突然大汗淋漓;或皮肤潮冷、汗出如油;或突然呕吐大量黑色液体及痰涎者;或两侧瞳孔不等大;或凝视一侧、脉搏突然沉弱无力、血压下降、呼吸不调者;或突然呼吸急促、躁扰不宁、周身青紫者。

复发中风长期卧床者突然出现下列症状也常为死亡前先兆:昏迷、二便不知、呼吸浅表急促或时停止、血压突然下降、脉微欲绝,以及突然喘促、汗出、呕吐黑色液体者。

二、各项检查分析

1. 体温:脱证为元阳衰微,阳气将脱,体温均在正常以下,多低于 36°C 。阳闭为痰火、肝阳、痰热、腑实内闭,以五实(脉盛、皮热、腹胀、前后不通、闷瞢)及喘促、面赤为其特点,体温升高明显,均在 37.5°C 以上,其中13例高热($38.5\sim 42^{\circ}\text{C}$)不退。阴闭为痰浊、瘀血阻闭于内,痰热内生,以面色灰暗、痰涎臭秽自口鼻中不断涌出、唇舌紫暗为其特点,体温多在 37°C 左右,无高于 38°C 者。

2. 血压:发病时血压大都高于发病前。阳闭证常见血压持续增高,服降压剂无效,随病机顺转血压多缓降。血压骤降者为闭证转脱证或合并心脉闭阻所致。脱证者血压均低于正常。

3. 眼征:9例眼球位置异常,出现斜视、凝视;14例瞳孔异常,两侧不等大或两侧均缩小;16例有动脉硬化眼底改变;2例视乳头有水肿(昏迷晚期),为肝气绝表现。

4. 脉象:脉以弦劲疾滑应指者为最多见

(38例)。如脉由盛骤转沉细欲绝者为阴阳俱脱,预后不良。

5. 舌象:发病时舌红苔黄腻者多见(38例),随着病情发展,红绛无苔者增多(29例)。本文舌红绛无苔者高于一般文献观察⁽²⁾,这与本组病例病情重而大量使用脱水剂、利尿剂、激素等有关。我们曾观察到11例病人,随着病情的加重,舌苔逐渐退净,直到红绛干裂,临终前见舌蜷缩。临床所见,舌暗红如猪肝无苔者,或苔黄厚而干者,或舌红绛中间有黑燥苔并伴有唇舌干裂甚至起皮者为阳闭;舌暗紫苔黄厚腻者为阴闭;舌紫暗、暗淡或舌红无苔者为脱证。我们感到舌象确是观察中风病机转归的良好指征。此外,有无项强、病理反射、肌张力亢进或降低、有无难愈的褥疮等均有有助于分辨虚实,判断预后。

6. 心电图:发病时心电图异常率为89.4%(42/47例),其中窦性心动过速18例,窦性心动过缓6例,室性早搏5例,房性早搏3例,束支传导阻滞11例,左室大18例,慢性ST-T改变23例,急性ST-T改变19例。提示心脉瘀阻程度因风、痰、热、瘀而加重。由于急性中风造成缺血性急性ST-T改变,有自复性、持续时间短的特点,心肌活化酶谱可作鉴别,但合并急性心肌梗塞者并不少见,本组有9例。

7. 脑血图:11例病人于昏迷前受检查,尽管病人血压明显增高,2例在180/110毫米汞柱以上,但脑血流图波幅明显降低(低于正常人的1/2~1/3以上),上升时间也有程度不同的延迟,示脑血流量较正常人明显下降。

8. 颅脑CT:在作CT检查的脑梗塞15例中,13例为多发性脑梗塞,占86.7%,伴有脑萎缩6例,其中诊断为阳闭4例,辨证为风痰瘀阻和痰热腑实者(8例)多于辨证为肝阳暴亢者(3例)。有人观察脑出血CT 180例,认为出血量大于35毫升者近90%病例死亡;还有人提出中线移位大于3毫米者预后不良。

9. 血气分析:昏迷病人10例(阳闭7例,阴闭2例,脱证1例)均为呼吸性碱中毒(PaCO_2 40毫米汞柱以下),其中代偿性2例,合并代谢性酸中毒4例。10例中 PaO_2 高于100毫米汞柱2例,余均低于70毫米汞柱。1例 PaO_2 为21.2毫米汞柱,标本采集后2小时病人死于肺气闭绝。

10. 其他:作脑电图3例均呈异常表现,病灶区可见较多的慢波。作血液流变学检查4例,血浆比粘度均增高。血糖增高、尿糖阳性者16例,其中12例并无糖尿病史。检查血脂16例,增高9例。检查血沉16例,血沉增快14例。查血白细胞52例,总数>1万/立方毫米者41例,中性细胞>75%者43例,无一例查见嗜酸细胞。查血小板计数31例,均无明显异常。查二氧化碳结合力48例,46例降低。查尿素氮47例,>16毫克%者42例,与肾动脉损伤有关。

讨 论

中风病目前已有了一些治疗进展,但对其重症危候的治疗,仍为临床治疗中很棘手的问题⁽³⁾。人们已经观察到中药益气活血剂和西药扩容剂,在急性期应用不当可助风生变。在本组病例抢救治疗过程中,我们发现有些脑梗塞病人在使用降压剂后,血压不但降反而升高。本文中曾提及11例病人,昏迷前血压均明显高于正常,但脑血流图表明其脑血流量不足正常人的二分之一,如这时给予降压剂,脑血流量下降,不仅减少了脑灌量,而且又通过体内调节产生大量血管活性物质,可使血压更高,这对病人脑血管及脑组织水肿的情况肯定是一个不利因素。因此,我们认为遇急性中风血压升高时,除出血性中风外,使用降压剂要慎重。对发病前高血压治疗,已有人提出可诱发中风的观察报告⁽⁴⁾。笔者认为使用降压剂要参考病人反应:如服药后症状减轻者可以给药;如服药后症状反而加重者要考虑是否影响了脑灌量,不能给药。

另外,对急性期病人的烦躁症状,最好用清热化痰、平肝熄风的药物治疗,使用大剂量镇静剂可使“痰火内闭”。抢救中所常使用的肾

上腺糖皮质激素,虽可减少渗出,但它有类似温补肾阳药物的作用,在阳闭时运用常可使面赤、舌红、发热加重,应引起注意。现已有人提出在脑出血时应用激素弊多利少,在脑梗塞时应用就更不利了。脱水、利尿剂为抢救急性中风的有效药物,但使用时应注意观察病人舌象变化。如舌红绛干裂无苔者,提示机体伤阴耗液严重,如这时病情已有好转者应注意及时减少脱水、利尿剂用量或停用;如病情无好转者提示预后不良。

急性中风患者常见呼吸深大、急促,常可导致呼吸性碱中毒。二氧化碳结合力降低常为代偿机制所致,此时病人动脉血pH并不降低,若误予碱性药物治疗,不仅可抑制呼吸,还可使氧解离曲线左移,组织缺氧会更加严重,造成病人猝死。正确的治疗方法,可用纸袋罩于病人口鼻处,重复呼吸以纠正呼吸性碱中毒。

有条件者可采用高频喷射型呼吸机鼻导管供氧方法治疗,可纠正呼吸性碱中毒,还能改善组织缺氧。若于湿化瓶中加入菖蒲、郁金等开窍醒神中药煎剂,湿化氧气吸入,可促使病人神志恢复,利于排痰,效果更好。

对中风这一重危证候,早期发现,正确救治是减少其死亡率的重要措施。症状、舌脉、体征、现代医学检查是观察中风的重要指标,只要我们正确地注意和掌握这些指标,相信我们对中风病的重危证候的认识还会提高。

本文承蒙陆永昌教授、胡遵达副主任医师审阅,谨此致谢。

参 考 文 献

- (1) 王永炎.中国医药学报 1986; (2):55.
- (2) 陶凯.中医杂志 1986; 11(27):33.
- (3) 李春和.临床医学杂志 1988; 1(4):15.
- (4) Jansen PAF, et al. Age and Ageing 1986; 15(3):129.

· 中医药信息 ·

* 西安市韩森寨痔瘘专科医院陈国义改进祖传秘方“压缩丹”,增强止血、止痛、消炎和去腐生肌作用,经对九千多例观察,治愈率高达98%。

* 解放军空军兰州医院刘海宇、谢联奇共同研制的龙蛇花消肿止痛糖浆(地龙、水蛭等9味中药制成),治疗软组织挫伤、撕裂伤及骨折合并软组织损伤等,经兰州军区总院等五家医院临床验证,消肿有效率94%以上,止痛率98%以上。

* 上海吴淞电器研究所和宝山区淞声电讯设备厂联合试制成功气功康复仪,经上海仁济医院等数家医院临床应用,证实对偏瘫、骨质增生、血管神经性头痛、腰痛、关节炎、肩周炎、三叉神经痛等症效佳。

* 西安市新城区中医院第二门诊部中医男科医生牛宪杰,在继承祖传方药的基础上研制的生精泥和通精灵,治疗阳痿早泄和无精子少精子等引起的男性不育症500多例,治愈率达95%。

* 黑龙江省物价局最近决定部分中药材和中成药实行降价销售,降低幅度分别为2.3%至27.3%。甘草每千克由6.03元降到4.42元,黄连由64.3元降至62.5元,当归由10元降到9元,陈皮由2.23元降至

1.75元。

* 海南省药材公司已建立起1600亩南药生产基地,种植白豆蔻、巴豆、丁香、沉香、檀香等,并推广槟榔红脉穗螟防治术和白豆蔻栽培管理技术,还与定安县合作对槟榔进行加工增值取得较好经济效益。

* 湖北省中医药研究院院长李同生教授的紫金酒治疗软组织损伤的科研课题最近通过鉴定。紫金酒是以中药血竭、红花、鹅不食草、制乳没、冰片、白酒为主要原料制成,对骨关节损伤与急性软组织损伤未破溃者,劳损及风寒湿痹治疗274例,有效率达95.9%。

* 卫生部副部长兼国家中医药管理局局长胡熙明接见治理整顿中医医疗秩序论证会代表时指出,今后搞气功医疗的必须是搞医的,不懂医的人不能搞气功医疗。各级中医药卫生行政部门必须加强中医气功医疗的管理,并制订出管理办法。

* 国家中医药管理局最近发出通知,要求各地整顿中药市场发展中药生产,重点整顿批发环节,充分发挥国营药材公司的经营主渠道作用,对市场进行调控,坚持打击制售假药与转手倒卖的不法行为,严格控制价格上涨幅度。

* 由湖北省中药材公司主持的全国订货会3月20日在武昌结束,在近800万元的销售总额中,中成药销售额达474万元,还出现了中药材换取中成药的易货交易现象,滋补性中成药销售量增加。