

硬膜下血肿伴对侧硬膜下积液治验

上海岳阳医院 周荣根 傅绪梅[△] 黄振翔

我们采用健脾燥湿、补益肝肾、去瘀生新法，治愈一例左侧额顶区硬膜下血肿，右侧额颞部硬膜下积液，伴有慢性颅内高压、空泡蝶鞍的患者，报道如下。

病案介绍

吕××，男性，60岁。住院号：89—206。

病史：患者1948年在长途行军中因极度疲劳而瞌睡，致前倾跌扑，面额部撞在行驶的车辆上，事后无异常发现。1988年3月，在挑水时不慎被扁担击中头顶部，同年10月在后仰时枕部撞在床靠背上。1988年10月18日开始头晕头痛，呈持续状态，有阵发性加剧。经当地医院治疗后，症状缓解。12月10日，头晕头痛又作，且较前为重，并出现双侧下肢软弱无力，步履不稳，虽经治疗，症状不能控制。12月16日，患者突感头痛异常剧烈，频繁恶心呕吐，不久便出现神识昏迷。当地以“脑血管意外”进行抢救，神志逐渐恢复。清醒后仍觉头晕头痛，不能单独下地行走。1989年2月转入本院病房治疗。以往有血压偏高病史，但无烟酒嗜好。入院时神志清楚，应答切题，体检能合作。瞳孔直径左侧为0.3厘米，右侧为0.2厘米，对光反射存在。屈颈试验有轻度抵抗感。膝反射较迟钝，病理反射未引出。上肢肌力五级，下肢肌力四级，无偏瘫。四肢感觉无异常，左下肢腓肠肌轻度萎缩。血压150/100毫米汞柱。1989年2月28日头颅CT示，左侧额顶区硬膜下慢性血肿，右侧硬膜下积液。1989年3月6日头颅X线正侧位片诊断，蝶鞍扩大，慢性颅内高压，可疑颅骨骨折。1989年3月18日第二次CT示，左侧额顶部慢性硬膜下血肿，右侧额颞部硬膜下积液，空

泡蝶鞍。脑血流图示双侧波幅降低，提示脑血流量减少。心电图示S_T增强。胸片及心电图正常。血促肾上腺皮质激素放射免疫法为654.1 pg/ml（正常1~50 pg/ml）。血泌乳素放射免疫法为49.9 ng/ml（正常0~21 ng/ml）。DNA多聚酶阴性。眼底检查：左眼视乳头轻度充血，边界模糊，视网膜动静脉细，提示左侧视神经乳头轻度水肿。入院时中医诊断：眩晕（痰浊上扰型）；头痛（瘀血内积型）。西医诊断：左侧硬脑膜下慢性血肿，右侧硬脑膜下积液；慢性颅内高压；空泡蝶鞍；原发性高血压。

治疗经过：形体肥胖，头晕头痛，以痛为主，下肢软弱无力，步履困难，以往有突然昏扑不省人事史，脉滑带弦数，苔白腻质胖，有瘀点。证属痰浊内阻，上扰清空，肝肾两亏，瘀血留着，治宜健脾燥湿，补益肝肾，去瘀生新。药用，炒党参15克，广陈皮9克，制半夏9克，云茯苓15克，陈胆星9克，石菖蒲12克，杜仲9克，明天麻6克，益母草30克，全当归12克，川芎9克，枸杞子6克，鸡血藤30克，怀牛膝12克，炙甘草5克。口苦加龙胆草6克；纳呆加缩砂仁5克、白蔻仁5克（均后下）；恶心改制半夏为姜半夏；目糊加夏枯草12克；胸闷兼大便干燥加全瓜蒌12克、丹参15克；大便不实用生山楂12克，六曲12克包煎；失眠用朱灯芯3克。日服一剂，浓煎分二次服完。整个病程中除加用少量西药降压药外，全部予以中药治疗。

服上药至第三周，患者头晕头痛减轻，自觉有轻松感；第四周头痛逐渐消失，头晕亦止。

[△]湖北省沙市第二人民医院中医科进修医师

第五周能扶物单独步行十余米。该方迭进五十余剂。诸症霍然，左下肢萎缩之腓肠肌逐渐恢复正常。起居履地判若常人，病告痊愈。1989年4月20日头颅CT复查示：左侧额顶部血肿基本吸收，右侧硬膜下积液未见。

体会

慢性硬膜下血肿，大多由头颅损伤引起，最常见为矢状窦旁的皮层桥静脉破裂出血，导致血液积聚于硬脑膜与蛛网膜之间。硬脑膜下积液亦常见于外伤之后，主要为蛛网膜撕裂，

脑脊液进入硬脑膜下腔。一侧硬膜下血肿，伴对称性另一侧硬膜下积液，临床上极为少见。该病中医诊断为“头痛”“眩晕”，其病机为湿痰滞于上，痰夹虚火上冲头目，痰瘀互结阻于脉络。治以健脾燥湿化痰为主，既扶正气，又祛病邪；辅以补益肝肾。盖肾为先天之本，内藏元阴元阳，肝为藏血之器，乙癸同源，补其不足，正可以制其有余；佐以去瘀生新，有助于头部积聚的水饮瘀血消除，使之恢复正常的血液循环。由于用药紧扣病机，终收全功。

仝佬医药线直接点灸痔核治疗痔疮 30 例

广西罗城县民族医院 卢世成 韦日全

我们自去年以来采用药线直接点灸痔核的治疗方法，观察了 30 例各期内痔、外痔、混合痔，取得满意的效果。现总结报告如下：

一、临床资料

30 例中，男 19 例，女 11 例；内痔 20 例，外痔 6 例，混合痔 4 例；年龄最大 55 岁，最小 20 岁；病程最短 1 年，最长 20 余年。全部患者都有痔疮的症状和体征，部分患者经多次枯痔治疗效果不佳而改用本法治疗。

二、治疗方法

(一) 点灸用具：自制药线一根，腊烛一支，火柴一盒，消毒大号肛窠一付，中号血管钳一把，石腊油，千分之一新洁尔灭液，消毒棉签。

(二) 点灸部位：用药线的火星直接点灸痔核表面(包括顶部、体部、根部)。核小的一般点 2~3 壮。痔核大的或外翻脱出者每个可点 8~10 壮不等。

(三) 点灸方法：先让患者排空大便，取侧卧位，曲膝、弯腰、暴露肛门，用石腊油润滑肛窠及肛门，嘱病人张口呼吸，放松肛门，然后缓缓插入肛窠，暴露痔核。用千分之一新洁尔灭液常规消毒，再用棉签擦干痔核表面。用中号止血钳挟持药线的一端，点燃腊烛，点燃药线的前端，用药线火星直接点灸痔核表面致灰白色。溃疡出血，化脓感染部位均可点灸。关键是掌握准确快速的要领，以免使局部灼伤。

(四) 注意事项：1. 痔核外翻脱出嵌顿者不能插入肛窠；2. 不能用明火烧灼；3. 不能用脱出寒心的宽套插入直肠，要插入必需放入寒心后才能插入，以免损伤直肠黏膜引起出血。

痔无痛感，外痔及混合痔有轻度灼痛，告诉患者不必紧张。

三、治疗效果

治愈：痔核完全消失，颜色恢复正常，出血停止，自觉症状消失。共 21 例，占 70%。好转：痔核缩小 1/2 以上，出血停止，自觉症状明显减轻者。共 9 例，占 30%。无效：自觉症状、体征均无变化者。

四、体会

本法是以中医气血、经络学说为理论依据，针对痔疮气血运行不畅，气血瘀积，凝滞不散，聚结而成的机理。而采用具有止痛、止痒、行气通络、活血化痰、消肿散结作用的药线来直接点灸痔核表面，通过局部刺激、经络的传导，使气血运行通畅，血管壁弹性恢复正常，使痔核枯萎消失脱落，从而达到治疗目的。

我们所用的药线是自制的，是通过反复试验几经筛选，选用多种具有止痛止痒、消炎杀菌、行气通络、活血化瘀、消肿散结的中药炮制而成。用此药线点灸不会发生感染或灼伤，无不良反应及毒性。而且简便易学，花钱少易推广，患者痛苦小易接受，安全可靠，无疤痕及其他并发症。再者无局限性，不论痔核的多少、大小、外翻脱出或是化脓感染还是内痔、外痔、混合痔均可同时施行本法治疗。

本法一般经 1~2 次治疗后见效，如一次未愈可作再次治疗，可 3~5 天灸一次。临床观察 30 例绝大多数患者点灸后均有舒服感，疼痛立即减轻，就是痔外翻嵌顿者或感染者点灸后都感到舒服，全部患者疗程顺利无不良反应。