

黄腻,脉弦大。检查:神志朦胧,颈有抵抗,左侧完全性瘫痪,肌力零度,左上下肢腱反射活跃,双侧巴彬斯基氏征(+)。腰穿脑脊液呈血性。脑CT检查:右丘脑外侧区有一呈鸡卵大小密度增高阴影。西医诊断:出血性脑卒中(右侧内囊)。中医辨证:中风,风火上扰清窍。治宜平肝熄风,方用自拟“佛手熄风汤”加减:岷当归15克,川芎9克,菊花9克,钩藤15克,白芍20克,怀牛膝30克,代赭石20克,生地15克,桑叶9克,甘草5克,竹沥30克(调服)。以此方加减共服6剂,神志渐清,脉由弦大转为弦脉,舌象转平,更用佛手益气活血汤加减:岷当归90克,川芎10克,赤芍15克,伸筋草12克,胆南星12克,甘草5克。水煎分二次服,每日一剂。随证加减。服上方5剂后左上下肢可稍能屈伸,肌力0~1度。经治疗一个疗程(30天)结束,患者已能下地,扶持步行,再治1个疗程,可以上下楼,院中散步。

卒中辨证急救的临床体会

牡丹江市中医院 初振才 卢海山

我院四年来抢救卒中病人116例,由西医各项检查及CT诊断为脑出血或脑血栓形成,中医诊断以中华全国中医学会内科学会拟定的《中风病中医诊断、疗效评定标准》为依据而确立诊断。

116例卒中病例,采取随机抽样的方法,分为西医治疗组和中医治疗组,对照观察。

卒中发病急骤,变化迅速,死亡率较高,为医界瞩目。本文通过两个组的对比,可以明显地看出,卒中以中医辨证,中医药急救,显著地提高了抢救成功率,使患者获得进一步治疗的机会。

治疗方法:西医组主要采取西医抢救脑出血、脑血栓的常规措施,由于篇幅所限,恕不赘述。

中医组的抢救方法,主要是以中医辨证方法为基础,改变传统的给药途径,采用鼻饲、

灌肠、静点、静注的方法。几年来,在临床中形成了抢救常规,这个常规的实施,务须一丝不苟,往往是急救成功与否的关键。

中风急救常规:

(1) 中脏腑:阳闭:静点清开灵20~40ml,加10%葡萄糖300ml,每日1~2次,肌注醒脑净4ml,6小时1次,急煎镇肝熄风汤兑安宫牛黄丸,口服或鼻饲,每日二次。血压高、颅压高头痛,大便燥结用大承气汤急煎灌肠,达到降血压、降颅压之目的。

镇肝熄风汤降亢盛之阳,大承气汤泄上逆之气,釜底抽薪,开窍醒脑(方药组成根据辨证,可做加减)。

阴闭:静点参附针4ml,加入10%葡萄糖中,每日1~2次。导痰汤、涤痰汤兑苏合香丸口服、鼻饲或灌肠。达到温化涤痰开窍醒脑之目的。

脱证:急用参附汤或独参汤鼻饲,静点参附针、生脉针,可做6小时交替点入。属阳盛者给安宫牛黄丸鼻饲或静点清开灵20~40ml,属阴盛者给苏合香丸口服或鼻饲。

(2) 中经络:阳亢痰壅用镇肝熄风汤,痰热腑实用温胆汤,气虚血瘀用补阳还五汤,阴虚风动用天麻钩藤饮。

经CT确诊为脑血栓者给予静点血栓通4ml,每日1次,加入10%葡萄糖300ml中共同点入。

少部份脑出血危重患者临时给予西药静点止血、静注甘露醇、肌注利血平降压。

典型病例:如患者吴××,男,57岁,住院号870075。脑出血住院(经CT检查),中医辨证为中风,属中脏腑,阳闭。因怒发病,神识昏蒙,口眼歪斜,左侧肢体不用,颜面赤红,舌质红、苔黄腻,手握,眼合,口闭。查血压260/120mmHg,脉象弦滑数。急投镇肝熄风汤鼻饲兑服安宫牛黄丸1丸,静点清开灵40ml。经用西药利血平肌注降压,静推甘露醇降颅压,6小时1次,不见显效,血压仍在260~240/120mmHg上下。根据患者4天未排便及邪热上逆诸证,急投大承气汤灌肠,方药为:

大黄 35 克, 芒硝 30 克(烺化), 枳实 15 克, 木香 15 克。

用药后矢气频频, 后排燥屎及稀水数次, 患者血压很快降到 160/100mmHg, 病情逐渐稳定, 抢救成功, 经 40 天治疗痊愈出院。

再如: 患者李××, 男, 55 岁, 住院号 870319。脑出血住院(经 CT 检查), 中医辨证为中风, 属中脏腑, 脱证。

患者浴后发病, 汗出、面白、鼾声, 舌淡苔白腻, 神识昏蒙, 口眼歪斜, 肢体偏瘫, 手撒遗尿, 脉沉滑无力, 血压 170/100mmHg, 时有下降。急用生脉针 4ml, 参附针 4ml 交替静点, 灌服独参汤兑苏合香丸 1 丸, 病情基本控制后改用参附汤与导痰汤以祛痰开窍固脱, 方药为: 人参 15 克, 黄芪 50 克, 半夏 25 克, 白术 15 克, 南星 10 克, 竹沥 25 克, 陈皮 15 克, 云苓 20 克, 浙贝母 25 克, 石菖蒲 25 克, 僵蚕 15 克, 附子 10 克。

住院第二天检查心电图并请心血管医生会诊, 诊断为脑出血合并心后壁广泛性梗塞, 时时危及生命。但因脑出血禁用西药治疗心梗药, 根据中医辨证属于气虚痰浊蒙心之胸痹, 在前药方中加丹参炭 15 克, 三七粉 5 克, 瓜蒌 35 克。连服 10 余剂, 使病情得到控制, 经 48 天治疗, 病愈出院, 随访二年, 患者生活自理并能参加适当劳动。

体会: (1) 以中医辨证为指导, 用中医药为主要手段对脑卒中的急救, 根据我们近几年的临床观察和总结, 优于西医急救。两组比较脑出血中医急救比西医急救提高成功率 27.2%, 脑血栓抢救成功率提高 14.6%。

(2) 中医救治规范化。综合了历代医家关于中风的论述及治疗经验, 就其病机可分为风、火、痰、虚、瘀而致肝气上冲, 肝阳暴张, 肝风夹痰, 阴虚阳亢, 痰热壅盛, 气虚血瘀等几种类型。治疗中有镇逆、潜阳、降火、祛痰、补虚、固脱、通络、开窍诸方。

对脑出血者, 降逆、清火、通腑泄热, 应用活血止血药, 可除出血之因, 又可止血不留瘀, 使亢盛之阳得降得泄, 起到良好降压之效。

从而使中医治疗中风有了常规, 向系统化科学化迈进一步。

(3) 目前, 因中药制剂及剂型与治疗要求不能同步发展, 限制了研究的深入。疗效好, 给药途径方便的新剂型不能更多地提供临床, 这是一个很大的矛盾。比如, 降颅压、止血、抗休克等药的剂型改革及新药, 急需提供临床。

出血性中风的中医疗

中国中医研究院西苑医院 周绍华

出血性中风又称出血性卒中或脑溢血, 是一种病残率、死亡率很高的疾病, 其死亡率高达 30~70%, 是目前临床上三大主要死因之一。所以, 积极预防和治疗出血性中风有着重要意义。

出血性中风中医称为中风、大厥、薄厥。目前国内多数中医学者将中风分为中经络和中脏腑两大类。无意识障碍的按中经络辨证, 有意识障碍者按中脏腑辨证。由于出血性中风多有意识障碍, 属中脏腑范围, 所以这里主要介绍中脏腑治疗。

出血性中风急性期能否单独用中药治疗, 从多年临床实践证明, 凡无意识障碍或意识障碍不太重的病人可以, 但对意识障碍较重者, 由于目前中药治疗给药途径多为口服, 受到一定限制, 影响治疗, 应该采用中西医结合方法挽救病人生命, 待病情平稳后再采用中药治疗。临床有以下几种分类。

由于肝阳暴张、风火夹痰、蒙闭清窍(阳闭)所致者, 治宜辛凉开窍, 清肝熄风。偏于痰浊内闭者, 急用局方至宝丹灌服或鼻饲; 偏于热邪内陷, 热入心包者, 急用安宫牛黄丸灌服或鼻饲, 或用清开灵 20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖 500 毫升静点。同时并用羚羊角汤加减。药用: 羚羊角粉 2 克分冲, 醋龟板 30 克, 生地 30 克, 丹皮 10 克, 柴胡 10 克, 白芍 12 克, 郁金 12 克, 菖蒲 12 克, 夏枯草 10 克, 竹茹 10 克。尿滞留加猪苓 15 克, 车前子 10 克以利尿。由于痰湿阻络, 蒙闭心神(阴闭)所致