

大黄 35 克, 芒硝 30 克(烊化), 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。

出血性中风的中医治疗

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

者,治宜辛温开窍,豁痰熄风,急用苏合香丸灌服,同时并用涤痰汤加减。药用:半夏10克,橘红10克,胆南星10克,枳实12克,茯苓15克,党参12克,菖蒲12克,郁金12克,竹茹10克,肉桂6克,车前子10克。有抽搐者加全蝎6克,蜈蚣4条,熄风定搐。由于元气外脱,神不守舍所致者,急宜扶正固脱,益气回阳,方选参附汤加味。药用:生晒参10克,制附子12克。汗多不止加生黄芪30克,生牡蛎30克,五味子10克。敛汗固脱,此属危重,预后极差,应采用中西医结合方法进行抢救。无论闭证或脱证,均可用脑血康口服液,每服1支,每日3次。该药可促进血肿吸收,改善脑缺氧,降低血压及改善微循环。对出血性中风有较好疗效。

以上证型,颅压较高者,可用山楂60克煎汤100毫升,分2次口服。合并消化道出血者,可用三七粉2克,白及粉6克,灌服或鼻饲。

出血性中风的救治原则 和用药问题

广西玉林地区中医院内科 区显维

出血性中风是指高血压性脑出血或蛛网膜下腔出血,症见卒然昏仆,不省人事,或痰涎壅盛、咽喉作声,或口眼喎斜,手足瘫痪,或半身不遂,舌强不语。属于内科急症,死亡率极高。

在施治的具体遣方用药上,有些原则和治疗的用药问题,处理的得当与否对救治能否成功关系甚大。笔者根据多年实践,谈谈体会,旨在抛砖引玉,就教于同道。

(一)关于开窍。本病其病在里,内中脏腑。母论病机如何但最终是清窍被滞致闭而发病,因此在救治过程中开窍是使病机逆转最关键的一步。所以在临床上只要属于出血性中风,笔者必先开窍,除中药选菖蒲、郁金等开窍之品外,安宫牛黄丸必服,每日一至二丸,而且以山西产或北京同仁堂产者效最佳。此药本属热闭者

用,但临床体会,无论属于何种类型之闭证用之无误,昏迷与否、在出血性中风中只是闭窍程度深浅之别,因此均当应用此法,使闭窍者其窍早开,未闭者防患于未然,脑细胞得到保护。临床表明,开窍法用得早,病人神志易清醒,利于康复,成正比关系,所以本法至关重要。

(二)关于通腑。降脑压是西医治疗出血性中风的重要环节和常规,中医虽无降压一词,然通腑常可达此目的。因为出血性中风者为气血并走于上而发之大厥。发作时理论上虽云多有二便失禁,然实际上以小便失禁多见,而极少有大便失禁者,相反,多数病例为无大便或大便秘结,并见口气秽臭,舌苔黄厚,因此用通腑法治疗,使之腑气得通,犹如釜底抽薪,使气血转引而下,减轻脑压。但此类病人多已昏迷,无法口服药物,为此笔者常采用直肠滴入的方法,使腑气得通而达到治疗的目的,所遣药物以大承气汤为基础,虚者加党参,煎成200毫升,直肠滴入,每分钟15~20滴,临床表明,病人常随着腑气得通而神志转清。即使是正气虚者,只要具有大便秘结或无大便,用此法从直肠给药均无损于正气而有利于病情的好转。

(三)关于化痰。出血性中风患者多有痰浊闭窍,即使发病前没有痰,病后由于病人处于昏迷状态,气机骤然失调,津液代谢障碍,体内迅速有痰浊生成,成为病理产物,进一步阻碍气机,闭塞清窍,使病情进一步加重,因此化痰之法在出血性中风的救治中也是非常必要的。而且此时的痰多已化热或有化热之趋势,因此当用清热化痰之法。笔者常用胆南星、天竺黄、黄芩、全瓜蒌、鱼腥草,如有条件,最好用鲜竹沥水。

(四)关于和血。出血性中风者气血逆乱,血溢于上而发病,一旦确诊,切忌用破血活血之品,免使出血加重,不可救药。而当用和血之法,使血得和而宁,而血亦自止。笔者常用小剂量的当归(6~9克)、丹参(10克)、白芍(12克)以和之。丹参具有出血者止血,瘀血者