

梗阻性小儿脑积水辨治

中医科 徐相富 吴小平
吉林省人民医院 儿 科 杨学义

小儿脑积水(解颅)是小儿常见病,但目前中西医均无特效疗法。笔者从1969年潜心研究本病,到1985年前治验17例,总结经验以“小儿脑积水治验”为题,发表在《上海中医药杂志》1985年第4期上。该文将此症分为四型:毒热型、阴虚型、阳虚型、阴阳两虚型,以指导治疗。此后,临床上发现舌质暗红,舌边有瘀斑或齿痕,指纹发紫或隐青,脉弦或虚数等症,患此型者多于前四型,为指导临床,将此型称为瘀阻型。20年来,已治验51例。以下着重介绍瘀阻型辨治。

一、瘀阻型主证

本型包括西医所称梗阻性(阻塞)脑积水。其证候与前四型不同者,兼见气滞血瘀证。如:头上青筋显露,烦躁头痛,哭闹异常明显,面色多晄白而隐青或发暗、呆滞。重者半身麻木或不遂,口渴喂而不饮,唇舌发紫或舌边有齿痕或瘀斑,指纹色也发紫或隐青而淡滞,脉弦或虚数。头颅CT或核磁共振扫描,可见某部位梗阻,提示诊断为:梗阻性脑积水。

二、立法及方药选

痛则不通,不通则必痛,乃瘀阻积聚闭塞所致。瘀则当化之散之祛之,阻塞则当通之行。瘀阻积聚闭塞,则气化功能必然失常,头水蓄积膨胀,宜降无能致解颅。故本型必用消积化瘀、导滞通塞之品。予行气导滞,化瘀通阻为法。方用:“丹参桃红芎蚓汤”(自拟方),药物组成:丹参50克,桃仁25克,红花15克,川芎10克,地龙25克。症重便秘加用麝香0.01克,水蛭0.5克,有毒征合入牛黄0.1克,冰片0.5克,大黄7.5克(也可倍量入汤剂中),制成散剂合用,随汤冲服。周岁,每剂分二天匀

6~8次服。针灸与外敷药(天南星、柏子仁、防风,各等分为细末)并施。病程短、体壮实者先用上方。但本病除毒热型外多虚,即使是毒热型也必邪实本虚,故治当首审虚实,若兼阴虚、阳虚、阴阳两虚者,则还当合入另一主方,即杞菊地黄汤加牛膝。阴虚再加龟板胶(龟板最好)、阿胶,重用山萸肉,选加知母、黄柏,或旱莲草、女贞子、鳖甲、玉竹以滋阴护肾、化瘀通阻;阳虚加鹿角胶、阿胶,重用熟地,加仙灵脾、仙茅,或附子、肉桂、胡椒以温阳化气、补肾祛瘀通阻;阴阳两虚则二主方合用,再酌加驴皮胶、龟板胶、鹿角胶、胎盘粉、嫩鹿茸片可也。

方用丹参活血祛瘀、通络止痛;桃仁破积聚症瘕、消瘀润燥;红花活血止痛,祛瘀通络;川芎活血通经,祛风行气止痛引药上注于头;地龙定惊止痉、通络破阻、清热利水;五药相伍具行气导滞、散瘀通阻之功。大黄主瘀血水肿湿热停滞等,便秘者为汤中必用之品;水蛭破血逐瘀、消积散症,尤通血脉;牛黄、麝香、冰片开窍辟秽、化瘀通塞、行气活血、消肿止痛、定惊熄风、豁痰逐邪、清热泻火、醒脑解毒;杞菊地黄汤补肾养阴,龟得阴精最充,鹿得阳气最足,阿胶乃阴阳双补,其与胎盘均为血肉有情之品,添精益髓,用以治本,二方合用标本兼顾,可令瘀散、积消、阻塞通,邪去正复。如抽搐不止加用蜈蚣、僵蚕、天麻;惊悸、不寐、烦躁加琥珀、朱砂;痛甚加三七、元胡、没药、赤白芍;气虚脾弱加党参、白术、黄芪,兼食积或纳呆加山楂、神曲、麦芽、内金、砂仁;呕吐入姜半夏、竹茹、姜汁;便秘加当归、大黄、首乌;颈、肢软酌加炙马钱。

三、典型病例

例 1: 李××, 男, 13个月。足月正常产。1986年3月6日来信求治。按信意给予开方。服药后哭闹大减, 手足心热及许多症状渐见改善。家长携患儿来治。

1986年4月10日初诊见: 患儿不会说话, 头呈舟状, 发稀焦枯, 颅骨缝明显分裂, 饱满紧张, 前囟扩大, 微凸, 5.5×5.7厘米, 头围50.5厘米, 颈细难于支持, 肢软, 头向偏倒, 额部青筋露, 面色晄白隐青, 唇舌质暗, 舌边有齿痕, 神情呆滞, 呈愁烦貌, 双眼球下垂, 呈落日状。指纹淡滞微紫, 脉沉细微数, 轻度鸡胸龟背, 伴五软、五迟、凶填。

辅助检查: 头颅CT诊断: 梗阻性脑积水, 并硬膜下积液。

证属祖国医学“解颅”伴凶填, 阴虚兼瘀阻型。治则当行气开窍, 化瘀通阻, 导积水下行。因肾阴虚, 故合用滋阴补肾之剂, 丹参桃红芎归汤、杞菊地黄汤二方合用加知母、黄柏、龟板胶、阿胶、炙马钱子末用1克随汤冲服。初诊开始点刺头上青筋, 先上后下, 依次以梗米粒大距离排刺, 出血为佳, 手四缝中上两节交替用, 针人中沟下1/3与2/3处交替用, 刺印堂、通里、兑端、十宣。大椎穴点刺后加火罐拔10分钟。因呕吐加刺内关, 投鲜姜汁滴鼻各孔交替点二小滴, 经上法治疗一个月, 观病情稳定明显好转, 要求带药回家, 又一个月后来信告知, 诸症又明显改善。拟方前剂中加鹿角胶、胎盘、鹿茸、赤参, 制成散剂服用, 3个月后复查, 至期未来, 但来信告云: 患儿“服后方散剂2料已好了……”。回信嘱再按方配2剂服, 以巩固疗效。1989年来院复查头颅未再增大, 且舟状变圆。其父母说, 三年余头围未长, 分裂骨缝早已弥合, 颅骨已厚硬, 头发转黑, 能说会笑, 智聪体健, 除头尚稍大于同龄儿童外余无异常。

例 2: 刘××, 男, 足月正常产。4个月。突然抽搐10天, 此前多日哭闹异常, 头颅猛涨。经当地县医院诊断为脑积水, 介绍来院求治。1987年4月10日初诊, 经全面检查(包括CT), 确诊为梗阻性脑积水。收入院治疗。中医诊断,

解颅伴凶填, 瘀阻、兼阴虚型, 投封凶散(《金鉴》方: 天南星、柏子仁、防风各60克为细面, 因兼热加入等量青黛, 用米醋与猪胆汁调敷凶门)至凶门平止, 余法同前, 用药同例1。经31天治疗, 头围由46.6厘米缩小至46厘米, 前凶4.5×4.5厘米缩小至4.4×4.3厘米, 高凸额突消失。遂带一个月药回家治疗。药后病情稳定好转, 方剂中加覆盆子、当归、红参须、胎盘、鹿茸制散剂服。九月份来信告知, 患儿头形变圆, 颅骨由裂隙软而薄变厚, 毛发由枯黄转黑, 嘱再继续服散剂半年。2岁时随访, 一切正常。

四、讨论

对药物剂型的使用, 笔者经验是: 发病之急性期(病进时)各型均应以汤剂为主, 必要时兼用散剂; 慢性期(或稳定时)治以散剂为宜; 恢复期(巩固时)则丸散皆可。但丸散均应考虑以少而精为佳, 如剂中丹参、红花或加用黄芪等药, 均可煎熬取流浸膏兑入余药已研碎之料内, 以缩小剂型而减少服量。治疗期间嘱多食胡桃仁, 此物有助消食化积, 补肾健脑之功。本病无论何型皆属本虚、上盛下衰。当发病即治, 泄上补下(肾), 不失时机, 方能控制头颅猛涨, 并可使解颅由大缩小而复原。严禁单用利水药, 利则必逆而伤肾, 致成难治之痼疾。

· 会议消息 ·

全国中医学会耳鼻喉科学会第四次学术会议于1991年5月16日~19日在杭州举行。会议收到论文296篇。录用203篇在大会交流。178名正式代表和20名列席代表出席了会议。会议期间, 代表们交流了近几年来中医耳鼻喉科的科研成果, 许多文章回顾了中医耳鼻喉科的发展史, 展望今后发展方向。通过学术交流, 代表们认为, 中医耳鼻喉科经过近十几年的发展, 在基础理论、临床研究和实验研究等方面都取得了很大的成果。到会代表对学会组织编写的一批病种的诊断和疗效标准进行了认真的讨论和修改。会议决定, 下次学术会议于1993年在山东省召开。