

脑 部 肿 瘤 治 验 二 则

湖北省武穴市第一人民医院(湖北436400) 周 容 华

近年来,余以中医中药治疗颅内肿瘤五例,均取得比较满意的近期疗效。现将病历资料保存较完整者二例介绍如下:

例一:蝶鞍前上方占位病变、脑血管瘤

王××,男,58岁,干部。1989年11月20日初诊。上月19日晚11时许,患者突然耳鸣目眩,头痛如劈,随后不省人事,经急救苏醒后仍剧烈头痛,呕吐,腰胀,双侧大腿胀痛,不能步履。在我院住院八天,因头痛不减送某医院行脑部CT检查,头部平扫蝶鞍前上方可见 $1.8 \times 2.0\text{cm}$ 稍高密度灶,边界清楚,CT值约 52H^{cc} ,增强后病灶密度稍增加,CT值约 58H^{cc} ,病灶边界清楚,周围未见水肿。诊断:蝶鞍前上方占位病变、脑血管瘤。该院神经科建议手术治疗,患者因害怕手术而求治于余。就诊时诉巅顶剧痛,同时从太阳穴至下颌角痛如刀割,步履艰难,须人搀扶,饮食少进,肌肉瘦削,舌质淡胖、舌边紫暗、苔白厚腻,脉象弦滑而大。此乃痰瘀互结于脑,脑络痹阻,治以活血化瘀,通络开窍,化痰散结法。处方:归尾、赤芍、桃仁、红花、钩藤(后下)、天麻、川贝、半夏各10克,全蝎、僵蚕各8克,丹参20克,鸡血藤、半枝莲、白花蛇舌草各30克,每日一剂,水煎服。服药一月后,头痛减轻,饮食增加,不呕吐,苔薄腻,脉象缓滑,仍肢软乏力。原方去半夏,加女贞子、川牛膝各10克,龟板30克,五剂。服后诸证减轻,效不更方,后以此方出入连服五月,症状消失,继以上方制丸药一料,服两月以巩固疗效。并于1990年7月9日在某医院行CT复查,头部CT扫描未见异常。追访至1991年2月未见复发,患者已于1990年底重新工作。

例二:鞍内嫌色细胞瘤

徐××,女,37岁,工人。1986年3月24日初诊。三个月前,病人感头昏,双目视力减退,远视力左眼0.1,右眼0.7,在我院五官科住院治疗半月,未见疗效,出院时双目红赤,视物模糊。1986年2月25日到某院摄片检查,侧位平片:示蝶鞍前后径及深径增大,后床突向前稍向上移位;断层片:示蝶鞍扩大,鞍底骨质模糊,骨质破坏。诊断:鞍内占位性病变。1986年3月14日在该院作CT检查。颅脑CT扫描,见蝶鞍增大,密度减低,CT值为 -61H^{cc} 。结合平片,诊断为:(1)空蝶鞍,(2)鞍内嫌色细胞瘤。建议住院手术治疗,患者不愿接受而求治于余。刻诊:头昏,头左侧由太阳穴至头顶至后脑如织布梭来回钻痛,双目红赤,视物不清,精神紧张,舌质紫暗,脉细弦偏数。此由痰凝瘀阻,清窍闭塞,风火上扰所致,治以化痰散结,活血祛瘀,平肝熄风法。处方:僵蚕、全蝎各6克,归尾、赤芍、桃仁、红花、天麻、青蒿、黄芩各10克,丹参15克,连翘24克,金银花、白花蛇舌草、钩藤(后下)各30克,每日一剂,水煎服。连服两月后,自觉头痛渐除,双目红赤已退,视力明显好转,但仍时感头昏、失眠、多梦、倦怠无力。肝肾亏虚之象明显,拟上方去青蒿、黄芩、连翘、金银花,加蜈蚣2条,丹皮6克,女贞子、旱莲草、潼蒺藜各10克,连服四月,诸证皆失,远视力左1.2、右1.5。后以上方制丸剂一料,服两月以巩固疗效。1991年1月18日在我院摄片复查:见蝶鞍扩大,鞍底骨质清楚,骨质未见破坏。诊断:多为封闭式空蝶鞍。1991年3月随访,病已痊愈,患者已上班工作四年,未见复发。

体会

颅内肿瘤，祖国医学一般认为属髓海病变，临证多以剧烈头痛、眩晕、目疾等为主要表现。究其成因，多由痰湿之邪凝聚于脑，脑部气滞血瘀，痰瘀互结所致。在其病变过程中，痰瘀互结，脑络痹阻，日久化热动风，风火鸱张，同时损伤阴液，肝肾不足，以上病理互相作用，从而出现剧烈头痛、头昏目眩、耳鸣、目赤等证。在治疗时，化瘀通络、软坚散结、清热熄风、滋补肝肾便成为本病的基本治法。余常选用全蝎、僵蚕、蜈蚣、地龙、归尾、赤芍、桃仁、红花、丹参、钩藤(后下)、天麻、半夏、川贝、半枝莲、白花蛇舌草等组成专方。此外，尚可据证加减，如风火甚而头痛剧烈者可加青蒿、山栀、菊花、夏枯草；视力

障碍加女贞子、旱莲草；颅内压增高加川牛膝、葛根；呕吐加生姜、竹茹；便秘加麻仁、番泻叶；多饮多尿加石斛、芦根、龟板、益智仁、桑螵蛸等。在临证中，我体会到本病初期头痛剧烈者，用全蝎、僵蚕、蜈蚣、地龙等虫类药与桃仁、红花、丹参、钩藤(后下)、天麻、法半夏、川贝等合用有显著的化瘀通络、软坚散结、熄风止痉等功效，对消散肿块，解除刀割样的剧烈头痛有效。头痛缓解后，应及时加入滋养肝肾之品以滋水涵木，扶正祛邪。脑内占位性病变常致颅内压增高，故辛燥助阳之品如细辛、川芎、白芷、吴茱萸之类宜慎用，用之常使风火肆虐，于病有害无益。总之，颅内肿瘤若能辨病辨证，守方勿辍，用中医中药治疗有很好的前景。

针刺上下对应点治疗坐骨神经痛 125 例

河南省孟县中医院(河南454750) 孟庆良

笔者近年来采用针刺上下对应点治疗坐骨神经痛 125 例，疗效颇为满意，现报告如下。

一、一般资料

本组 125 例，男 76 例，女 49 例。年龄最大 77 岁，最小 24 岁，其中 50 岁以下 73 例，50 岁以上 52 例。病程最短 1 天，最长 3 年，其中 3 个月以内 82 例，3 个月以上 43 例。

二、治疗方法

取穴：以患侧下肢的疼痛部位，选择同侧上肢的对应部位予以针刺(即上下对应点)。如疼痛经臀部沿大腿外侧向下放射至足趾，针同侧上肢的肩髃、曲池、合谷、外关，余随证加减；若病在臀部，针对应点三角肌中点；病在大腿外侧，针肱二头肌的中点；在腘窝，针肘窝正中；在腓肠肌处(小腿后)，针前臂屈侧的中点；在腰部针阿是。余以此类推。

穴位选准后，先常规消毒局部，用 1.5~2 寸毫针快速刺入 1~1.5 寸，采用强刺激手法，体弱者手法宜轻。得气后尽量使针感上下放射，留针 20~30 分钟，每隔 5 分钟行针 1 次。留针期间病肢反复做伸

屈运动，部分患者下肢疼痛可立即缓解。对初发重症患者，可适当延长留针时间。每日 1 次，10 次为一疗程。间隔 3 天后行第 2 疗程。

三、治疗结果

治疗后症状与体征消失，行走如常，一年内无复发评为痊愈者 81 例(64.8%)；症状与体征基本消失，或每于气候变化时偶有不适评为好转者 40 例(32.0%)；体征改善甚微或无改善评为无效者 4 例(3.2%)。

四、体会

临床对坐骨神经痛的针刺治疗，常规多取患肢经脉局部和邻近等穴，笔者在实践中根据“下病刺上，上病刺下”的取穴原则，选择同侧上肢的上下对应点针刺，获效每较常规取穴捷便、迅速而持久。但必须注意穴位的选择、针感及手法等诸项环节，尤其是对应点的选择，越准疗效越佳。本法对感受风寒湿邪而致者疗效显著，常有针入痛止之效。而对于由椎间盘突出、椎体病变或椎管内肿瘤等压迫神经引起者疗效较差。