

验案采撷

双重性中风治验 2 则

张 觉 人*

主题词 中风/中医药疗法 @ 双重性中风

1 脑窍血肿与梗死均为风阳损伤脑脉而致

双重性中风者,是一人发病同时出现“脑脉痹阻”与“血溢脑络之外”,其病机难以用中络、中经、中脏、中腑及缺血性、出血性来解释。在现代医学看来,双重性中风患者往往有多年高血压病史及多次中风史。笔者认为,本病临床上虽以血肿与梗死同时出现,但在病机上则有先后演进:“年四十而阴气自半”,一方面气虚则运血无力,血流不畅,阳亢风动,携痰浊、瘀血上阻清窍;在此基础上,若再遇烦劳,肝阳暴张,血随气逆,导致血溢于脑络之外,故而脑 CT 或 MRI 上显示一处为出血灶,另一处为缺血灶。

病例介绍:刘某某,男,48岁,2001年10月15日就诊。患者1998年11月因“高血压危象”曾抢救。2天前猝发头晕,短暂构词困难,右手握物不能,右下肢感行动不便、跛行,但神志清楚。刻诊:神情呆滞,沉默少言,口眼正中,右手可以抬举,但握物不紧,右下肢发软,步履蹒跚,询之头晕重,言语欠利,纳食呆滞,大便2日未行,脉弦,舌质紫暗、舌苔黄腻。血压:190/90mmHg,脑CT报告:右内囊膝部一小片状低密度灶,大小为0.6cm×0.8cm,左丘脑一小团片状高密度灶,大小为2cm×1.7cm,灶周见水肿带,临近侧脑室受压略变窄,中线结构移位不明显。意见:(1)右内囊腔隙性脑梗死;(2)左丘脑血肿。病系双重性中风,告病重。审证系风阳损伤脑脉,清窍为血肿、痰浊所梗,治拟潜阳熄风、化痰清瘀,处方:天麻10g,天竺黄9g,浙贝母10g,土茯苓20g,茯苓20g,橘红10g,姜半夏9g,枳实9g,竹茹10g,胆南星9g,莲子心9g,石菖蒲9g,远志9g,三七粉9g(先煎),每日1剂,每煎服3次。

10月18日二诊:服上方患者精神逐渐好转,神志清楚,询之头晕重感明显减轻,右下肢步履较前有力,患手能握,但握物不紧,言语尚利,大便1次、质干结,舌红微紫、苔黄腻。血压:140/90mmHg。治守原法,原方茯苓加至40g,三七加至12g,加熟大黄6g,以化解痰浊、瘀血从二便而解。

10月22日三诊:服上方4剂,患者面有表情,步履较稳,患上肢握物不紧次数减少,纳食正常,大便日1次,干稀适中,惟头稍觉昏,患者时时烦躁,舌淡红苔黄腻,脉弦。血压:150/100mmHg。治守原法,原方加钩藤18g,紫贝齿10g以助潜阳熄风之力。

10月25日四诊:病情稳定无变化,血压:150/90mmHg,守原方每日1剂。10月29日五诊、11月1日六诊一直服上方。头已不晕,神清言利,右上肢手指精细动作恢复,双手握力正常,舌淡红尖微赤、苔薄黄,脉象弦细,血压:150/90mmHg。脑CT复查:原左丘脑血肿、右内囊腔隙性脑梗死。与2001年10月15日CT片比较,左丘脑血肿已基本吸收,右内囊腔隙性脑梗死密度较前减低,边界较前清晰。改服天麻钩藤饮5剂,巩固善后,并常服中成药脉君安以谨防复中。

2 潜阳与清瘀皆使窍清而血重循行于脑络

双重性中风系出血与缺血并见,故在治法上宜二者兼顾。若偏于潜阳熄风,血虽得凉而凝,但血凝有加重梗死之碍;若针对梗死而通络,更恐加重出血。笔者体会,只能潜阳与清瘀并举。重用茯苓、土茯苓,并加熟大黄,意在使消散之痰浊、瘀血从二便排出。

病例介绍:彭某某,男,59岁,2001年11月15日就诊。素有陈旧性脑梗死病史。1周前不慎跌倒,当即由家人扶走,神志清楚。惟1周来,感觉阵发头晕,右半身不遂,其中右手握物不住,右下肢呆板跛行,纳少便调,舌质暗红、间布裂纹、尖有瘀斑、舌苔薄黄。血压:180/80mmHg。脑CT报告:(1)左丘脑区小血肿;(2)全基底节区脑梗死(陈旧性)。病系双重性中风,治拟滋阴潜阳、熄风清瘀,处方:天麻10g,钩藤18g(后下),石决明24g,杜仲10g,桑寄生10g,怀牛膝10g,黄芩9g,栀子9g,益母草9g,茯苓20g,夜交藤10g,珍珠母10g,花蕊石9g,三七粉9g(先煎),每日1剂,每煎服3次。予方服至10剂,三诊头晕悉除,神清言利,血压:150/80mmHg,患者下肢功能较前为稳,上肢手能呆板握物,原方加石楠藤15g,稀莪草10g,以加强通络,连进15剂后再诊,神清言利,患侧功能基本恢复,仅感觉不适,纳可便调,舌淡红微紫、间有裂纹、苔薄黄,血压:140/80mmHg。嘱服杞菊地黄丸以巩固疗效。

* 湖北省武汉市中医医院内科,武汉市汉口区黎黄陂路49号(430014)

收稿日期:2004-02-11