

临 床 报 道

中西医结合治疗中风后 顽固性呃逆 66 例

四川省南充市中心医院神经内科(637000)

杨顺海 何国钊

呃逆是中风后常见的临床症状,病因复杂,临床治疗颇为棘手。尤其对中风后顽固性呃逆单用西药效果不佳。近年来我们采用中西医结合治疗本病,取得良好效果,现报道如下。

1 临床资料

66 例中,男 36 例,女 30 例,年龄 50~78 岁。脑梗死 32 例,脑出血 24 例,蛛网膜下腔出血 10 例。全部病例均为住院患者,并经头颅 CT 或 MRI 确诊。中风后出现呃逆的时间为 1~7 天。

2 治疗方法

所有病例均按出血性中风、缺血性中风的处理原则进行治疗,常规运用改善脑循环、活化脑细胞药物及对症给予降颅压,抗感染等。呃逆经用胃复安、阿托品口服 1~3 天无效者,应用本方法。中医治以平肝降逆,理气止呃,活血祛瘀。自拟方药:赭石 30g,旋覆花 10g(包煎),丁香 5g,柿蒂 10g,沉香 5g,枳实 10g,姜半夏 8g,竹茹 18g,生姜 6g,降香 10g,川芎 15g,甘草 6g。神昏谵语者加石菖蒲 25g,大便秘结者加大黄 10g,痰热较重者加胆南星 10g,阳亢者加天麻 10g、钩藤 20g,每日 1 剂,浓煎取汁 200ml,口服或鼻饲,每次 100ml,早、晚各 1 次,4 天后观察疗效。西医治疗予胃复安 10mg 或氟哌啶醇 5mg,肌肉注射,每日 1~2 次。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:治愈:4 天内呃逆症状消失,无复发;好转:4 天内呃逆程度明显减轻,间歇时间延长;无效:4 天内呃逆症状无改善。

3.2 治疗结果:66 例病例中治愈 57 例(86.4%),好转 7 例(10.6%),无效 2 例(3.0%)。总有效率 97%。

4 讨论

中医学认为,呃逆的发生总由胃气上逆动膈而成,而引起胃失和降的病理因素则有寒气蕴蓄,燥热内盛,气郁痰阻及气血亏虚等方面。中风后并发呃逆之病机应以中风病机为主,呃逆为其兼症。中风患者兼有肝、肾阴虚,燥热内盛,气郁痰阻,肝阳偏亢而引动内风上乘肺胃,导致胃气挟痰上逆动膈而发呃逆。再则,中风患者多兼气虚,气血亏虚,运血无力,血行失畅,瘀血阻脉,筋脉失养而致中风。气虚血瘀则脾胃升降失调,脾气当升不升,胃气当降不降,痰浊雍闭气机,气机失畅,上逆于胃而发呃逆。《医林改错》亦指出呃逆的发生因“血府血瘀”。方中

赭石苦寒平肝泄热,镇逆气,降痰涎兼凉血,尤以降气血上逆为专长,旋覆花性温通散而能下气,消痰涎,降逆以除呃。两药配伍,宣降合法,善治肝、胃气逆之呃逆;丁香性温,其气芳香,柿蒂苦涩,降气止呃,二者一升一降,共奏温中散寒、和胃降逆之功;沉香行气止痛,降逆调中,温肾纳气;枳实破气消积,化痰除痞;半夏燥湿祛痰,降逆止呃;竹茹甘寒清化热痰,降烦止呕,为“胃虚呕逆之要药”,生姜温中散寒,降香气香辛散,温通行滞,川芎辛香行散,活血行气,祛风止痛,温通血脉,既能活血祛瘀,又能行气开郁,具有通达气血的功效。活血化瘀药具有解除脑损伤部位血管痉挛状态、改善出血或缺血灶局部的微循环、增强吞噬细胞功能的作用,促进颅内血肿的吸收和缺血半暗带区神经细胞的修复,血管再灌注及侧支循环的重建。诸药合用,共奏平肝降逆,理气止呃,活血化瘀,标本兼治之功效。临床上采用中西医结合治疗本病有益于提高疗效。

中药内服外用配合功能锻炼治疗 青少年腰椎间盘突出症 97 例

山东省泗水县人民医院康复科(273200)

杜广振

中国中医研究院西苑医院医务处

程伟

腰椎间盘突出症(以下简称腰突症)多发生于成年人,发于青少年者临床上并不常见。但是由于青少年腰突症与成年人腰突症在发病机理及临床表现上不尽相同,因而在治疗方法与辨证用药上亦应有所区别。我们自 2000 年 2 月~2004 年 6 月间,采用中药内服外用配合针对性功能锻炼治疗青少年腰突症 97 例,取得了满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

本组 97 例均为门诊患者,其中男 51 例,女 46 例;年龄 13~21 岁,平均 18 岁;97 例中 48 例为在校学生(中学生 43 例,大学生 5 例),49 例为社会青年;病程 1.5~22 个月,平均 3.5 个月;16 例有比较明确的外伤史,62 例有长期蹲坐位工作或学习史;单纯腰痛 18 例,腰及臀部疼痛 23 例,腰痛伴有单下肢或双下肢疼痛 40 例,单下肢或双下肢疼痛 16 例;直腿抬高试验阳性 91 例,其中 29 例直腿抬高 $<30^{\circ}$ 。

2 治疗方法

2.1 中药内服:采用中医辨证分型论治。(1)血瘀气滞、络脉痹阻型 58 例,表现为腰及下肢疼痛、僵硬,各方向活动不便,患椎旁压痛、叩痛,患侧臀部及(或)下肢有条索状或结节样反应物,直腿抬高试验阳性,甚则 $<30^{\circ}$;舌质暗或有瘀斑瘀点,脉