

病例讨论

脑梗死病案

汪振宇¹ 李琳² 整理

主题词 脑梗死/中医药疗法 针药并用

1 病历摘要

患者孟某某,男,69岁,既往高血压5年。2001年10月7日大量饮酒后突发眩晕站立不稳,伴头痛、恶心呕吐。在外院做头部CT未见异常,对症治疗病情未见缓解,并出现吞咽困难、饮水呛咳等症状。次日来我院做头部MRI提示:右侧小脑梗死、脑干梗死。急诊以“中风”为诊断收入我病区。入院时血压:200/120mmHg,意识清楚,构音不良,无失语,右侧周围性面瘫,右侧咽反射消失,四肢肌力V级,右侧共济失调,左侧浅感觉减退。舌质红、苔黄腻,脉弦滑。入院中医诊断:中风(风痰上扰);西医诊断:脑梗死(Wallenberg综合征)。中医治以平肝熄风、豁痰通络之法,方用镇肝熄风汤加减。针刺取穴:太冲、足三里、丰隆、曲池、百会、颊车、地仓。西医治以降低颅压、血压,营养神经细胞对症治疗。经中西医结合治疗1周后,患者无明显眩晕,站立时向右倾斜,在家属扶持下尚能行走。但仍然不能进食,无法拔掉鼻饲管,且构音不清,右侧咽反射及下颌反射消失,右侧掌颌反射阴性。

2 病例讨论

住院医师:该患者系老年男性,既往有高血压、饮酒等多种脑血管病易患因素,本次急性起病,有神经系统定位体征,结合影像学诊断为中风(脑梗死),但目前按中风病常规治疗无明显效果,故提请全科进行病例讨论。

主治医师:从西医诊断来看,Wallenberg综合征又称延髓背外侧综合征,是由小脑后下动脉闭塞所致。临床表现较复杂,常因累及前庭下核而出现眩晕、眼震;累及三叉神经脊束核而出现交叉性感觉障碍;累及疑核而出现吞咽麻痹、声嘶;累及绳状体而出现病侧肢体共济失调;累及交感神经下行纤维而出现霍纳氏综合征。目前认为,在上述5组症状中,只要同时具有真性

球麻痹和交叉性体征,结合影像学检查即可确诊。

从中医诊断来看,中风病是由于气血逆乱产生风、火、痰、瘀,导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外而致。中医临床多将脑梗死、脑出血等脑血管意外参照中风病辨证论治,中风病临床以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木为主症,Wallenberg综合征似乎与中风病的主症有一定距离,故文献多以眩晕、喉痹、音哑等为中医诊断进行辨证论治。该患者目前突出矛盾已由眩晕转移到吞咽功能麻痹上,故中医诊断应为喉痹。本病名最早见于《内经》,《素问·阴阳别论》云:“一阴一阳结,谓之喉痹。”系指邪气结于厥阴、少阴二经之喉痹病,多见舌咽不顺、声音低哑、阵咳声重等症。

副主任医师:同意大家从神经内科定位及定性角度对该患者病情的分析,目前的突出矛盾的确是由球麻痹造成的。所谓球麻痹即延髓麻痹,临床可有真性、假性之分,其共同点都有饮水反呛、吞咽困难、构音障碍等症状。其鉴别要点在于延髓本身是否直接受损,这一点主要通过延髓自身控制的反射是否存在来判定。如咽反射、掌颌反射等均消失即为真性球麻痹,反之以上延髓反射未消失甚至亢进则为假性球麻痹。现代中医学通过大量的临床及实验研究,对球麻痹的病因、病机逐渐认清,并制定出合理的治疗法则及相应的组方。特别是天津中医学院第一附属医院应用醒脑开窍针刺法治疗球麻痹获得了满意的临床疗效。Wallenberg综合征属于中医理论的中风范畴,其病位在脑、经络(肝、肾、脾经)、舌、咽喉等关窍,其根本病机为神不导气、关窍痹阻。辨证分型包括水不涵木、风阳上扰;脾虚痰恋、痹阻关窍;肝肾阴虚、筋脉失养。故治之以调神导气,滋补三阴、通关利窍。

针刺法可在前方的基础上加用风府、风池、完骨、天柱、人中、内关、三阴交、极泉、委中。针刺风府、风池、完骨、天柱可以直接促进脑干侧枝循环的建立,加强局部血流,减轻局部水肿,缩小坏死面积。从局部解剖来看,风府深部为环枕后膜和小脑延髓池,再深即为延髓。其针刺角度及深度直接影响疗效。临床多令患者

(下转第225页)

1 天津中医学院博士研究生,天津市南开区玉泉路88号洋园

524号(300193)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2 辽宁省营口市市中医院内科

收稿日期:2005-05-26

少腹:相当于西医腹部九分法之左右下腹部;左右肋下:相当于西医腹部九分法左右中腹部;左右肋部:相当于西医腹部九分法左右上腹部;胃脘(心下):诊胃、心、胆;脐部:脾、胃;左右少腹:肠、肝;左右肋下:诊肝、胆;左右肋部:诊肝、胆;小腹:肾膀胱、胞宫。

3 腹诊的应用

3.1 胃病腹诊辨证:胃脘(心下)如果胃脘部有轻度压痛、无板结,病程较短,多为胃炎活动期,说明胃病在初期,多为浅表性胃炎。结合舌脉及症状,治疗宜理气清热和胃,多用柴胡、香附、延胡索、枳实、蒲公英、败酱草、茵陈等。若中、重度压痛,并伴有明显的节律性疼痛,诊之有条索状物,多为溃疡病或糜烂性胃炎。结合舌脉及症状,治疗宜清热解毒,化瘀通络和胃,多用蒲公英、连翘、败酱草、当归、徐长卿、延胡索、红藤、川芎、地榆、墨旱莲、冬凌草、三七粉等。若有凝滞、板结,说明胃病病程日久,病史一般较长,腹部干涩,板结明显,而压痛不明显,说明气滞、血瘀、痰凝,治疗宜活血化瘀,通络散结,多选用当归、莪术、徐长卿、丹参、姜黄、白花蛇舌草、冬凌草、五灵脂。若按之较软,有“振水声”或“咕咕”之声,说明病程短,多为水湿内停,宜化湿和胃,选用茯苓、生薏苡仁、白豆蔻、白术、白芍、石菖蒲、猪苓、桂枝、厚朴。若局部涩滞,按之胀满,有水声,多为胃动力不足,宜理气化湿,选用厚朴、枳实、八月札、炒莱菔子、紫苏梗、荷梗、厚朴花、白残花、砂仁、大腹皮等。若腹部干涩,按之有板状感,轻按有分层感,说明病程久,乃瘀血阻络正虚邪实之候,治宜扶正与祛邪并重,宜缓缓图之,选用理气而不伤气,化瘀而不伤正之剂,如佛手、香橼、八月札、当归、隔山消、三七粉、川芎、郁金、丹参、桃仁等。若腹部干涩,按之有板结感,局部发凉(触之皮温低),此多为气滞、湿热、瘀血,阻滞络脉,胃腑失于荣养,治宜选用调理气机、清热化湿、活血通络之品,如柴胡、黄芩、香附、佛手、八月札、连翘、蒲公英、败酱草、当归、莪术、徐长卿等。切不可因胃脘、脐周局部发凉、怕冷而用辛温燥热之剂。若腹部皮肤干涩,

按之板结,且明显搏动感,多为胃病日久,气血亏虚,邪实正虚之候,宜攻补兼施,此时患者多有纳呆、乏力、头晕、失眠等表现,宜选用八月札、佛手、当归、丹参、生牡蛎、珍珠母、合欢皮、夜交藤、炒酸枣仁。若腹部皮肤干涩,按之板结,腹部干瘪,纳呆、乏力、消瘦,舌红嫩、无苔,多为胃病日久,阴血亏虚,宜选用石斛、百合、沙参、女贞子、生甘草、乌梅、五味子、麦冬等,并佐以佛手、八月札、炒谷芽、炒麦芽调气和中消导。

3.2 肠病腹诊辨证:脐部(大腹)左右少腹,多反映脾与肠的病理变化,如脐左右压痛明显,多为脾虚或肠道湿热,大便规律有改变。若右少腹(脐右³寸)有压痛多为大便秘结,兼见腹满,舌红苔腻,脉滑(弦滑、实)等,多为热结肠腹。可选用瓜蒌、火麻仁、败酱草、生石膏、女贞子、玄参、枳实、红藤。若左少腹(脐左³寸)有压痛多为大便溏泄,兼见腹满,舌淡苔腻,脉细(沉细、细滑)等,多为脾虚夹湿。可选用茯苓、炒白术、炒薏苡仁、山药、防风、葛根、砂仁、仙鹤草、凤尾草等。若小腹(脐下²寸)有压痛多为乙状结肠病变,根据兼证的不同,灵活加减选药:湿热者选用黄连、黄芩、败酱草、地榆、白头翁、叶下珠、秦皮;气滞者选用八月札、佛手、香附、柴胡;血瘀者选用五灵脂、丹参、姜黄、郁金、桃仁、川芎。

3.3 腹诊与辨病相结合:慢性胃炎:胃脘部有压痛,多为浅表性胃炎,压痛明显多为浅表性胃炎活动期、溃疡病或糜烂性胃炎。按之胀满不痛,有板结者多为萎缩性胃炎,如板结明显,一般胃炎病史较长,按之有分层感、有条索状物者,结合病史多为萎缩性胃炎伴肠上皮化生、异型增生。

腹诊是中医一般诊断方法在胸腹病变诊察中的综合运用,是中医四诊体系中的一个子系统,同时又有其完整自身体系和特点,是中医学宝库中的重要遗产。在胃肠病的临床实践中,正确应用腹诊,对于脾胃肠常见病的诊断、治疗(遣方、选药)、预后等,具有非常重要的意义,应当认真继承、发展、提高、推广,使之发挥更大的作用。

(上接第 211 页)

取坐位,头微前倾,进针向口或下颌方向,深度 1~1.5 寸,约为患者颈围的 12%~14%。也有人按回归方程计算进针深度,即 $Y = 2.6475 \pm 0.0778X$ (Y 为进针深度, X 为颈围)。风池、完骨、天柱进针 1.5~2 寸,针尖指向喉结,震颤徐入 2.5~3.0 寸,施小幅度高频率捻转补法 1 分钟。人中为督脉之穴,手足阳明之会,针以开窍醒脑、疏通经络。内关为心包之络,乃八脉交会穴,能通阴维,可宁心安神。三阴交为脾、肾、肝经交会之

处,可调补肝肾。极泉、委中以舒经活络,促进患肢功能恢复。随症配穴,以提高疗效。

3 后记

经过讨论后处方如下:风府、风池、完骨、天柱、人中、内关、三阴交、极泉、委中、太冲、足三里、丰隆、曲池、百会、颊车、地仓。中药用镇肝熄风汤加减,西医对症治。该患者经上述治疗 4 天后,已拔掉鼻饲管。2 周后逐渐行走自如,吞咽及构音基本正常,最终于 2001 年 11 月 12 日治愈出院。随访 1 年未复发。