

缺血性中风 108 例临床观察

蒋 红 玉*

主题词 脑缺血/中医药疗法 中风(中医)/中医药疗法

自 1992 年以来,笔者运用辨病与辨证相结合的方法,对 108 例轻、中度缺血性中风进行临床观察,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 108 例,男性 72 例,女性 36 例;年龄最大 82 岁,最小 36 岁;所有病例均经 CT 检查确诊,其中脑血栓形成 91 例,脑栓塞 5 例,腔隙性脑梗塞 11 例;病程在 21 天以内者 86 例,22 天~6 个月者 22 例;初次中风者 87 例,再次中风者 21 例;有高血压病史者 49 例,冠心病史者 26 例,糖尿病史者 18 例,风心病史者 3 例,有血液粘度增高、高脂血症者 92 例;住院时间最长者 150 天,最短者 12 天,平均住院天数 51 天。

2 治疗方法

采用辨病与辨证相结合的治疗方法。

辨病论治:缺血性中风的主症为半身不遂,口舌歪斜,舌强语謇或不语,偏身麻木。其基本病机是瘀血阻滞,脑络不通。治疗宜针对这一基本病机拟用辨病基本方:三棱 10g,莪术 10g,地龙 15g,稀莪草 15g,当归 15g,川芎 10g。

辨证论治:根据临床表现分为五型,在辨病论治的基础上,基本方随辨证加减:

(1)气虚血瘀型:计 36 例。症见中风主症加面色㿔白,神疲气短,流涎汗出,纳差便溏,舌质淡暗,脉弦细或细缓。基本方加补阳还五汤。常用药物有:三棱、莪术、地龙、当归、川芎、稀莪草、黄芪、桃仁、赤芍等。

(2)痰浊阻络型:计 32 例。症见中风主症加

形体肥胖,喉间痰鸣,胸脘痞闷,舌苔黄腻,脉弦滑。基本方加温胆汤。常用药物有:三棱、莪术、地龙、当归、川芎、稀莪草、制南星、枳实、竹茹、鲜竹沥、法半夏等。

(3)肝阳上亢型:计 22 例。症见中风主症加头晕头痛,面赤烘热,口苦口干,烦躁易怒,耳鸣,舌质红,脉弦细。基本方加天麻钩藤饮。常用药物有:三棱、莪术、地龙、当归、川芎、稀莪草、天麻、钩藤、石决明、牛膝、桑寄生、栀子、杜仲等。

(4)阴虚血瘀型:计 12 例。证见中风主症加头晕耳鸣,心烦失眠,肌肤干瘪,舌暗红少苔,脉弦细涩数。基本方加加减复脉汤。常用药物有:三棱、莪术、地龙、当归、川芎、稀莪草、生地、白芍、麦冬、五味子等。

(5)痰热闭窍型:计 6 例。症见中风主症加神识昏蒙,面赤气粗,烦躁不安,舌苔黄腻,脉弦滑。急用安宫牛黄丸煎水鼻饲,同时采用西药脱水降颅压,降血压,抗感染,及护心护脑等急救处理,待病人神志转清后按中医辨证论治。

在 5 型基本方的基础上,再随兼症加减药物:胸痹心痛者加全瓜蒌、九香虫、丹参;心烦不眠者加夜交藤、磁石、珍珠母;关节肿痛灼热者加芍药、知母、忍冬藤;大便秘结者加大黄、芒硝、瓜蒌;上肢瘫痪重者加片姜黄、桑枝;下肢瘫痪重者加川牛膝、杜仲;口眼歪斜重者加白附子、僵蚕;血压高者加石决明、夏枯草;血脂增高者加泽泻、山楂;血糖增高者加葛根、花粉。

另外,对 18 例梗塞面积较大、血小板正常者配合用了腹蛇抗栓酶治疗 1~2 个疗程。

3 疗效分析

疗效标准:根据中华全国中医内科学会与卫生部中医急症中风病协作组,于 1986 年 6 月在泰安市制定的《中风病中医诊断及疗效评定标准》进行疗效评定。

* 深圳市人民医院,深圳市深南东路 197 号

(518001)

收稿日期:1995-04-27

治疗结果:108例中,基本痊愈40例(其中气虚血瘀型17例,痰浊阻络型15例,肝阳上亢型5例,阴虚血瘀型3例),占37.03%;显效39例(其中气虚血瘀型12例,痰浊阻络型10例,肝阳上亢型11例,阴虚血瘀型5例,痰热闭窍型1例),占36.11%;有效19例(其中气虚血瘀型5例,痰浊阻络型5例,肝阳上亢型4例,阴虚血瘀型3例,痰热闭窍型2例),占17.6%;无效10例(其中气虚血瘀型2例,痰浊阻络型2例,肝阳上亢型2例,阴虚血瘀型1例,痰热闭窍型3例),占9.26%,总有效率90.74%。

各证型疗效比较,经统计表明,气虚血瘀型、痰浊阻络型、肝阳上亢型、阴虚血瘀型的疗效相似($P>0.05$),痰热闭窍型因病例较少,未进行组间比较,但与国内文献报道的疗效相近。

血液流变学各指标(红细胞压积、全血比粘度、血浆比粘度、红细胞电泳),治疗前后均有显著下降($P<0.001$ 、或 $P<0.05$)。

4 讨论与体会

缺血性中风的辨病论治是解决疾病基本矛盾的治疗方法。其病之本为肝肾阴阳失调,脾不健运;病之标为风、痰、瘀血。其发病多与内伤虚

损、饮食不节、情志失调等因素有关,临床表现有气虚血瘀、痰浊阻络、肝阳上亢、阴虚血瘀、痰热闭窍等不同类型。但病位在脑,基本病机乃瘀血内停,痹阻脑络,神明失养,而瘀血又是贯穿于疾病始终的重要病理产物,因之,治疗以活血破瘀,通络宣痹为基础法则。方中三棱破血行气,莪术行气破血,二药合用活血化瘀而通脑络,与地龙为伍,增强通络之功,以达活血破瘀、通利经络的作用,与现代药理研究能扩张血管,降低血液粘滞性及血小板聚集、溶解血栓的功能相吻合。稀莪草能通经络而利血脉;当归、川芎补血活血,使瘀血祛而不伤新血。诸药合用,有活血逐瘀,通络宣痹,达到消除病理产物,疏通脑络,以恢复肢体功能的作用。

缺血性中风的辨证论治是在诊断疾病的基础上,根据病人个体差异,阴阳偏胜偏衰的不同,于疾病过程中的临床表现,分为气虚血瘀、痰浊阻络、肝阳上亢、阴虚血瘀、痰热闭窍等五型。在辨病治疗的前提下,遵循“谨守病机,各司其属”的原则,用基本方随证加减用药,以截断病理产物,保护脑络,促进肢体功能的恢复,减少后遗症。通过对已完全康复的42例患者的半年随访,均已正常生活。

艾灸治疗耳廓软骨膜炎33例报告

黄正*

耳廓软骨膜炎(又名耳廓假性囊肿)是耳科常见病,病因复杂,为一种软骨膜的无菌性炎症反应。自1993年以来,笔者用单纯艾条灸法治疗本病33例,获得满意效果,现报道如下:

1 一般资料:本组病例诊断参阅《耳鼻咽喉科学》(武汉医学院第一附属医院编著,人民卫生出版社,1977),分为浆液性软骨膜炎和化脓性软骨膜炎。33例中,病耳33只,左耳19只,右耳14只,浆液性32只,化脓性1只;其中男性26例,女性7例,年龄在18岁~55岁之间,平均35.8岁;病程不等,最长约1年,最短为7天。

2 治疗方法:将耳廓常规消毒,在囊肿波动感明显的最低处,抽出淡黄色或血性液体,每次灸前如囊中有液

体必须先抽净。取艾条的一端点燃,对准病灶区约1寸左右作上下提放式或旋转式施灸,使患部有温热感,明显痛时可将艾条移开片刻,每次灸10~15分钟。每日1次,连续3~4次,对化脓性可延长次数,每次灸后,不须加压包扎,嘱睡时患耳向上。灸疗过程中,如误伤皮肤可服消炎药或外涂消炎药膏,防止浸水。

3 治疗结果:本组33例中,仅1例为较严重化脓感染结合西药和手术治愈外,均经3~4次灸治全部治愈。其中最短3天,最长8天。

4 体会:耳为宗脉之所聚,耳廓软骨膜炎从中医辨证与寒、湿、外邪有着密切关系,证属寒湿内停,湿蕴化热,湿热相搏而成。或脾肾两虚,感受外邪,邪毒滞留,聚而化火,脾虚生湿,火与湿结,久蒸于耳。通过艾灸治疗,可达到温经通络,驱除水湿,促进血液循环,改善微循环,增强局部抵抗力的目的。

* 江西省进贤县人民医院,江西省进贤县(331700)

收稿日期:1994-08-04