

患者。均为单眼受伤,其中右眼 22 例,左眼 15 例;男性 29 例,女性 8 例;年龄 3~51 岁。以 10~20 岁青少年居多,占本组患者 89%。致伤原因明确。伤后多在 30min 或数小时内就诊,最长者在 3 天以内就诊。本组 37 例中前房积血,出血量均占整个前房的 1/2 以上,属Ⅱ级以上前房积血。其中并发虹膜根部断离 2 例,晶状体混浊 1 例,玻璃体出血 2 例。入院视力:未受伤眼视力均在 1.0 以上。伤眼视力:0.2~0.1 29 例;<0.1 但>0.05 者 3 例;0.05~光感 8 例。指测眼压:22 例正常,9 例为 T+1,6 例为 T+3。

2 治疗方法

2.1 一般治疗

眼科常规护理,清淡饮食,半卧位休息。伤眼 24h 内冷敷,积血量较多者,用眼垫遮盖双眼。保持大便通畅,密切观察积血的色、量变化和眼压情况。眼压高者,用噻吗心安滴眼液或贝特舒滴眼液滴眼。

2.2 辨证论治

早期以止血为主,后期以化瘀为主,利水渗湿贯穿治疗始终。止血用十灰散加减,药用大蓟、小蓟、三七(冲服)、侧柏叶、茜草根、梔子、大黄(泡饮)、牡丹皮、茯苓、薏苡仁、车前子、白茅根。化瘀用血府逐瘀汤加减,药用:桃仁、红花、当归、川芎、生地黄、赤芍、牛膝、三七(冲服)、枳壳、茯苓、薏苡仁、车前子、白茅根。止血剂用 3 天,然后进入化瘀治疗。药量以年龄大小常规用量,每日 1 剂。小儿每剂煎 200ml,分 3~5 次调少量白糖口服;成人每剂 600ml 分早、中、晚 3 次口服,也可加适量白糖调服。但是对于方中茯苓、薏苡仁、白茅根的用量则要加倍使用,尤其白茅根可以大量使用(小儿可用 20~50g,成年人可用 50~100g)。

2.3 其他治疗

入院首日给 10%葡萄糖注射液、止血敏、止血芳酸、止血环酸,20%甘露醇静脉滴注做应急治疗,待完成各项入院检查和汤药及时供给时则停用。对于入院 5 日积血量仍在 1/2 以上并高血压持续者,则行前房穿刺冲洗手术。

3 疗效分析

3.1 积血吸收情况

31 例积血在 5~10 天内完全吸收;4 例在 13~16 天完全吸收;2 例行前房穿刺冲洗手术,于 23 天完全吸收,并在 6 点处下方出现角膜血染。

3.2 视力恢复情况

出院视力:≥1.0 者 18 例,≥0.5 者 13 例,≥0.3 者 2 例,≥0.1 者 2 例,<0.1 但>0.05 者 2 例。

3.3 影响视力恢复的并发症分布

并发高眼压青光眼趋势者 15 例、虹膜根部断离 2 例、白内障 2 例、玻璃体积血及眼底出血 2 例。对于 15 例高眼压患者,经治疗均在当日恢复正常。虹膜根部断离 2 例瞳孔出现‘D’型改变。并发白内障、玻璃体积血及眼底出血的 4 例,在前房积血吸收完全后转上级医院进一步治疗。

4 讨论

钝伤性前房积血一病,有明确的钝物外伤史和眼部肿胀、疼痛、视力下降等典型的症状和体征,容易诊断。对于此病的治疗,早期以止血为主,后期以化瘀为主。但在治疗过程中,应注意止血与化瘀的关系,当防止血留瘀,瘀去而血复出之弊。因此在止血方中应佐以化瘀之品,在化瘀剂中应配以止血之药,尤其在化瘀药的选择中应慎用破血祛瘀之品。对并发症的防治:由于积血改变了房水成分使其黏稠度增加,而眼内组织的损伤也不尽相同,均有程度不同的虹膜根部断离或房角挫伤,因此房水循环遭到严重阻遏,形成瘀滞性高眼压而继发青光眼。这是此病的病机要点,也是此病的防治关键。对此无论在止血或化瘀中,始终使用利水渗湿之品的原因所在。方中大剂量使用白茅根,在于此药具有凉血止血、清热利水的双重功效,不仅在止血剂中助其止血,在化瘀剂中能防止瘀去而血复出,同时与利水渗湿剂协同促进房水代谢和维持眼压稳定作用,且取材丰富,物美价廉。此外,在指导患者服用汤药时调用适量白糖,不仅在于汤药的口感,更在于白糖可使汤药变成高渗溶液,同样具有利水渗湿的协同作用。

* 陕西省安康市汉滨区中医医院眼科(725000)

运用中药大方治疗中风病 122 例的临床体会

杨 仁 坤*

1 临床资料

122 例患者均符合《中医内科学》^[1]中风病诊断标准。其中男性 92 例,女性 30 例;年龄 40~81 岁,其中 40~50 岁 11 例,50~60 岁 30 例,70 岁以上 31 例;左侧不遂 57 例,右侧不遂 65 例;出血性中风 45 例,缺血性中风 77 例;病程 3 天~38 个月,平均 8.4 个月;服药 2~26 剂,平均 8.58 剂。77 例经上级医院 CT 检查为脑出血或脑梗死、脑血栓,45 例未经医院检查而症状均符合诊断标准。

2 治疗方法

治疗分两期:前期攻补兼施,整体推进;后期以补为主,以攻为辅加以巩固。治疗方药:中药复方大方。

3 结果

疗效判定标准:基本治愈:偏瘫肢体运动功能基本恢复,肌力达到正常,症状消失;显效:下肢不完全恢复功能,肌力正常,但上肢能活动自如,症状基本消失;有效:偏瘫肢体能扶杖行走,症状有不同程度改善。无效:积分少于 5 分以下。治疗结果:122 例中,基本治愈 39 例,显效 49 例,有效 28 例,无效 6 例,总有效率为 95%。

4 典型病例

张某,男,60岁,2007年7月22日上午突发头昏,左侧上下肢不活动住进某医院,西医诊断:脑出血。入院诉头痛明显,体温38.3℃,血压170/100mmHg,左侧上肢活动受限,肌力0级,下肢1~2级,经治症状稍减轻。7月27日出院后邀我诊治。症见:头顶痛剧,眼睛难睁,神志恍惚,左侧上下肢不能动,血压170/90mmHg,体温38.9℃,口干欲水,不欲食,5天未解大便,舌边尖红,苔厚黄腻,脉沉弦数。中医诊断:暑入阳明。治以清暑透邪。处方:金银花50g,连翘30g,淡竹叶10g,牛蒡子20g,芦根20g,天花粉30g,知母20g,石膏100g,黄芩10g,青蒿30g,醋鳖甲30g,生地黄30g,牡丹皮20g,麦冬20g,五味子10g,太子参30g,玄参20g,大黄5g,1剂,水煎服。二诊:7月29日,头痛稍减,血压120/80mmHg,体温正常,眼睛能睁,能少量进食,大便未下,口干,舌边尖红,苔微黄腻,脉沉弦。处方:赤芍20g,川芎15g,当归15g,地龙30g,黄芪80g,桃仁8g,续断50g,鸡血藤50g,僵蚕20g,白附子(先煎)30g,全蝎(冲服)15g,姜黄20g,白芥子20g,牛膝30g,木瓜15g,穿山甲(冲服)10g,人参20g,五味子10g,陈皮20g,石菖蒲20g,郁金20g,1剂,水煎服。三诊:8月2日,能安睡几小时,食量增加,患侧肩部有痒感,能自行翻身,小便如茶,神志时有恍惚,10天未下大便,舌边尖红,苔干黄,脉沉弦有力。诊断:痰热腑实,风痰上扰。治则:化痰通腑。处方:星蒌承气汤加減,胆南星20g,瓜壳20g,大黄(泡服)20g,芒硝(冲服)30g,丹参20g,赤芍20g,鸡血藤30g,钩藤30g,珍珠母(包煎)30g,沙参50g,麦冬15g,石斛30g,天麻20g,人参15g,石菖蒲20g,郁金20g,三七15g,五味子10g,1剂,水煎服。四诊:8月5日,大便已下,患侧已能缓动,可吃干饭,血压110/70mmHg,头痛缓解1/3,眼能睁,口稍干,舌红,苔微黄腻,脉沉濡数。继二诊原方1剂水煎服。此后效不更方或稍有出入,连进9剂,历时近2个月,患者除患侧上肢欠活动自如外,生活已能自理。使用二诊原方加減制成散剂以巩固。

5 体会

中药大方治病,源远流长,早在《黄帝内经》时期,如《素问·至真要大论》有“……君一臣三佐九制之大也。”已有大方称谓。张仲景在《金匱要略》中治疗“疟母”的鳖甲煎丸,用药达23味。近代上海老中医姜春华对大方运

用更有心得:认为“对病危证重势笃,常数法并进,对危重病便常出现气虚、血瘀、水聚、热毒、积滞等错综复杂的病机,病杂症也杂,如单治一证,势单力孤,往往顾此失彼,难以力挽狂澜,而多症兼顾,数法并用,能推动全局,互相协调增效。那么,何谓大方,近来有专家就其含义作了界定^[2]:“中药方剂由针对多组病症的多组中药组成,通常药味在15味以上,大多在20味左右;方药总量大至在200~350g,亦即在270g左右,通常能治疗3个以上主要病症的方剂称为大方或大复方”。据此,笔者在运用大方治疗中风病的临床实践中也证实了这些理论的正确性和有效性。

中风西医称脑血管意外。中医有中经络中脏腑之分,其病因病机复杂,主要特征是:“卒然昏仆,口眼歪斜,半身不遂”。因本病病死率和致残率极高,在上述病例中,西医诊断为脑出血,中医诊断为中脏腑。针对初诊时既有气滞血瘀,痰蒙清窍,阳明经证,阳明腑证之实证,又有气阴两虚,脾胃虚弱之虚证。此时用一方一法,必力单效弱,不足以拯其危,而按“急则治标,缓则治本”的原则,先解暑邪所致之阳明经,腑证及顾护脾胃。方用银翘散以解暑热,青蒿鳖甲汤透邪出表,白虎汤直折胃腑之热,参麦饮生津复脉以护正气。沙参易党参有增加滋阴清热之意,少许大黄有防过寒大泻致脱之虞。一剂18味药,重量485g,服后便获得了热退身凉,血压正常,饮食增加,精神好转的预期效果。在排除暑热、便秘的标症后,便开始治本。针对中风表现的几组特征证候,及虚实夹杂的病机特点,以补阳还五汤补气活血,牵正散化痰通络,参麦饮顾阴养心,解语丹化痰开窍,四方化裁,一剂21味药,重量达518g,稍加出入,连服13剂,患者基本痊愈。总之,临床实践中体会到,大方可用于中风病的各个阶段,只要以整体观念和辨证施治为指导,用之得当,就会收到良好效果。当然,大方治病也并非盲目重叠处方,要以多而不杂,杂而不乱,切合病机,与病相符为准则。

参考文献

- [1]黄文东.实用中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1984:414.
- [2]何泽民.中药大方治疗疑难病症的思考[J].中医杂志,2005,46(8):572.

* 贵州省绥阳县洋川镇云星村卫生室(563300)

通痹汤加減治疗痹证120例

王 遂 洋*

通痹汤是笔者根据自己多年来以医学理论与临床实践相结合,通过长期临床探索、验证、总结而形成的自拟方,运用通痹汤加減治疗各型痹证,经过临床120例典型病例观察,获效甚佳,现报道于下。

1 临床资料

本组120例均为门诊患者,其中男74例,女46例。

年龄25~72岁;其中25~35岁22例,35~55岁78例,55岁以上20例。病史在6个月左右94例,5年左右26例。临床表现:机体筋络、筋骨、关节、肌肉等部位发生疼痛,伸屈不利,活动不便,有的关节肿大变形,重者丧失劳动能力。体诊查见舌淡或微红,苔白或腻,脉象濡弦或略数。