

中西医结合治疗脑出血40例体会

浙江省椒江市中医院内科 李文浩

1979年10月以来,我们采用中西医结合治疗脑出血40例,取得较好效果,报告如下。

一般资料 本组40例中男性23例,女性17例。年龄:50~79岁35例,占87%,其中60~69岁者23例,占56%。

40例均发病急骤,其中一小时内发病者34例占85%。属轻型3例,占7.5%,呈不完全偏瘫,神志清或嗜睡;中型22例,占55%,呈完全性偏瘫,神志朦胧或浅昏迷;重型11例,占27.5%,呈完全性偏瘫,中度昏迷,病侧瞳孔扩大;极重型4例,占10%,呈完全性偏瘫或去大脑强直,双侧瞳孔散大,深昏迷等。

治疗方法 急性期以减轻脑水肿、降低颅内压和控制高血压为治疗原则。西药选用20%甘露醇250ml静脉推注每6小时1次,地塞米松5~10mg静脉推注每日2次,7天为1疗程,及利血平1mg肌注,隔6小时重复使用,同时加用利尿剂,使高血压有所改善,但降压不能过速过低。中药选用通腑攻下之法,不论患者有无腑实之证,均投以承气汤加味:生大黄10g(后下) 玄明粉10g(冲) 枳实10g 胆南星12g 地龙12g 石菖蒲10g 厚朴6g 淮牛膝20g 鲜竹沥60ml(分冲);或单味大黄6~10g冲服(或鼻饲)。

药物加减:昏迷者同时予安宫牛黄丸;痰盛加天竺黄;抽搐加全蝎、僵蚕、蜈蚣;头晕重加牡蛎、龙骨、石决明、钩藤。每日一剂煎服(或分二次鼻饲)。部分病例并用丹参注射液。

恢复期治疗以丹参注射液(每支2ml,相当于3g生药)16ml加入葡萄糖液500ml中每日静脉滴注,二周为一疗程。同时服用补阳还五汤加味。

辅助治疗: 能量支持,预防并发症,低流量给氧,精心护理,及时排痰,清洁口腔,少量流质饮食,预防褥疮,病室消毒。

治疗效果 1.疗效标准:据卫生部1981年编制的《疾病治疗效果评定标准》(征求意见稿)(1)痊愈:意识清醒,肢体运动功能基本正常。(2)好转:症状减轻,遗留肢体偏瘫。(3)无效:症状无改变,肢体瘫痪。

2.治疗效果见表1。

体会 1.上病下取,通里攻下:痰阻血瘀为中风的重要发病机理。因痰生热,因火生痰,痰火互结,阻

表1 40例脑出血病例治疗结果

分 类	例 数	痊 愈	好 转	死 亡
轻 型	3	3	—	—
中 型	22	18	—	4
重 型	11	3	2	6
极重型	4	—	—	4
小 计	40	24	2	14
%	—	60%	5%	35%

滞中焦,升降失常,而成痰热腑实之证;进而胃腑浊热上熏,更助上亢之肝阳、肝火作祟;故在急性期立用通腑法,荡涤肠胃积滞以釜底抽薪,使无形之热邪,失去凭藉;中焦气机得通,气血运行条达,则中风诸症可缓解。《素问·调经论》亦云:“形有余则泻其阳经”。胃热清,则五脏六腑无热邪熏蒸也。从本组病例临床辨证来看,阳闭属风痰上扰、痰热腑实证者最多见。故治用通腑祛痰法,每每见效。

明代吴又可可在《温疫论》中指出:“承气本为逐邪,而非为结粪设也”。主张“急症急攻”,突破了使用下法的一般规定。吴氏虽从温疫立论,但笔者认为,此论对中风证的治疗,颇有借鉴之处。是以本组病例中部分患者虽无明显的腑实之证,但从“逐邪”着眼,取脏邪以腑为出路也,仍投以轻剂承气、或单味大黄冲服(或鼻饲),从临床来看,疗效尚佳。现代医学亦证明通里攻下能增加游离肠祥血流量,扩张血管,降低血管通透性,并能抗感染,减轻颅内压力。

2.活血止血,应用丹参:丹参对缺血性卒中及冠心病的治疗作用已经肯定,但在本病的治疗上,多被认为不宜使用。笔者对本组病例在常规治疗的基础上加用大剂量丹参静滴(每日16ml,每ml相当于丹参1.5g),主要依据以下两点:(1)脑出血时,颅内血肿和脑血液循环障碍,按中医辨证,即是瘀。同时,由于脱水剂和利尿剂的应用,血容量明显降低,血液粘稠度增加,血流减慢,促进了“瘀”的形成;且脑出血时多伴有心肌缺血,心肌梗塞等临床表现,亦是心血瘀阻的“瘀”象;因而,在治疗中伍用活血化瘀的药物是必要的。前人亦有“活血止血”之论。(2)现代药理研究证明丹参能使血液粘稠度降低,血细胞聚集减轻,血流加速和毛细血管网开放增多,而具有改善微循环的作用;且能明显扩张冠脉,使冠脉流量短暂增加。本组40例中,其中16例在急性期加用了丹参。用丹参治疗者存活率高于不用丹参组,未见任何明显副作用,(表2)。但经统计学处理,无显著意义($P>0.05$),可能与例数太少有关。丹参是否能提高本病存活率有待进一步探讨。

表 2 用与不用丹参的治疗结果

	用 丹 参					不 用 丹 参				
	小计	轻	中	重	极重	小计	轻	中	重	极重
例 数	16	2	6	6	2	24	1	16	5	2
死亡数	4	—	—	2	2	10	—	4	4	2
存活数	12	2	6	4	—	14	1	12	1	—
%	75%					58%				

(参考文献略)

化瘀止血散治疗上消化道出血

40 例临床疗效观察

湖北省宜昌市第二人民医院

赵先觉 罗昌祥

我院运用中药化瘀止血散治疗上消化道出血 40 例，与随机抽样用西药治疗的 34 例对比，效果良好，报告如下。

一般资料 中药组中男 29 例，女 11 例，年龄最小 21 岁，最大 75 岁；西药组中男 24 例，女 10 例，年龄最小 16 岁，最大 78 岁。两组病人病情大致相似，入院前大便潜血均为阳性，入院后经 X 线钡餐检查：中药组十二指肠球部溃疡 32 例，胃溃疡 4 例，出血性胃炎 4 例；西药组分别为 24、5 和 5 例。

治疗方法 中药组口服化瘀止血散（每包含三七 0.75g 炒蒲黄 2g 五灵脂 2g 白芨 5g 大黄 1.5g），每日 3 次，每次 1 包，空腹凉开水吞服。进食困难、呕吐严重者可给静脉输液。Hb6.0g 以下者可考虑输血。西药对照组均采用西药治疗。

疗效分析 疗效标准：参考中华内科杂志(1979; 4:306)“关于上消化道急性大出血的诊断和治疗问题”座谈纪要中的指标，结合临床拟定为：1. 速效：治疗 3 天内大便潜血试验阴性，无呕血、便血，血压稳定，病情好转；2. 显效：治疗 4~6 天内大便潜血试验阴性，无呕血、便血，腹痛腹胀消失，血压稳定；3. 有效：治疗 7 天以上，大便潜血阴转，临床症状好转；4. 无效：经内科治疗不能止血，转外科手术及死亡者。据上述标准，中药组中获速效者 19 例，显效 15 例，有效 6 例。大便潜血转阴最快者 24 小时，最长 9 天，平均 4.05 天。西药对照组中，速效 2 例，显效 11 例，有效 20 例，1 例转外科手术治疗。大便潜血转阴最快者为 48 小时，最长 22 天，平均 8.39 天。统计学处理结果，速效与显效比较， $0.05 > P > 0.01$ ；大便潜

血转阴平均天数比较， $P < 0.01$ 。

体会 本方中运用三七、五灵脂及炒蒲黄活血化瘀止血，白芨止血，大黄通里攻下，排出瘀血，达到止血不留瘀、迅速止血目的。这与国内外报道插胃管抽瘀血后再行止血的思路方法是一致的。但中药化瘀止血，安全迅速，病人痛苦小是其优点，且无副作用，方法简便，适于广大农村推广。

“甘草花蜜汤”加味治愈 肝脾结肠曲综合征 40 例

湖南东安县人民医院急诊室 赵升仁

我院从 1982 年 2 月至 1984 年 3 月，共治疗 40 例，效果很好，报道如下。

临床资料 本组 40 例中，年龄最大 58 岁，最小 20 岁；其中男 32 例，女 8 例；病程最长 8 天，最短 3 天；病史除 5 例患过胃痛及习惯性便秘，余 35 例均无任何其他疾病；住院日数最长 8 天，最短 4 天；平均 6 天。本组 40 例入院时均经 X 线胸腹部透视，肝胆超声波，血尿淀粉酶测定，血液常规， CO_2cp 等五项检查证实。全部病例入院时除 X 线胸腹部透视及 CO_2cp 异常改变外，余三项检查均在正常范围。出院时均做上述二项复查正常。

诊断标准 1. 起病前有着凉，情绪紧张，胃痛及习惯性便秘历史；2. 具有上腹部持续性疼痛，呕吐，腹胀，便秘及发热等五大症状；3. 查体见上腹部局限性隆起，压痛，肠型及蠕动波，肠鸣音减弱或消失者；4. X 线胸腹部透视提示膈肌运动减弱，结肠肝曲或结肠脾曲明显广泛性胀气，无游离气体及梗阻液平面；5. 血浆 CO_2cp 降低。

药物用法及疗效观察 本组 40 例均以“攻腑泻热，清燥除湿，行气导滞，润肠通便”为治则，用“甘草花蜜汤”为基本方，方药：生甘草 10g 花粉 20g 蜂蜜 30g。用法：将生甘草，花粉一剂加水煎成 500 ml，取汁 200ml，然后将蜂蜜 30g 分别二次放入中药 200ml 内冲服，每日一剂，分四次服。在上方的基础上根据辨证随症加减：1. 热盛便秘加生大黄 15g（后下）芒硝 10g（冲服）；2. 腹胀明显加川厚朴 15g 枳实 12g 青皮 10g 广木香 10g；3. 腹痛甚者加白芍 10g；4. 食欲不振者加六神曲 12g 莱菔子 12g。本组服药最多 7 剂，最少 4 剂。一般病例服药 2 剂症状缓解，服药 6 剂症状消失，饮食、精神、体温及二便恢复如常。X 线胸腹部透视结肠肝曲及结肠脾曲胀气消失。血浆 CO_2cp 于五天内复查正常。