

中西医结合治疗中风 87 例

江苏省阜宁县中医院(江苏 224400) 钱康源 魏振兰

1987年6月~1992年7月, 我们采用中西医结合方法治疗中风87例, 疗效满意, 现报告如下。

临床资料

87例中男46例, 女41例, 年龄45~78岁, 平均62.6岁; 病程: 1~30天75例, 31~90天12例。脑溢血37例, 脑梗塞50例。其中深昏迷16例, 浅昏迷20例, 失语38例, 大、小便失禁37例, 87例均有半身不遂。所有病例均符合1986年第二届全国脑血管病会议拟订的诊断标准(中华神经科杂志1988; 2(1): 60)。随机分组。中西医结合组(44例)和对照组(43例)按肌力6级分类法分为3型: 重型: 肌力0~1级, 或伴有不同程度的意识障碍; 中型: 肌力2~3级, 合并颅神经症状; 轻型: 不合并颅神经症状, 肌力4级。结合组44例, 重型27例, 中型13例, 轻型4例。对照组43例, 重型26例, 中型12例, 轻型5例。

治疗方法

对照组: 20%甘露醇250ml加地塞米松5mg, 快速静脉滴注, 每日2次; 10%葡萄糖溶液500ml加维生素C 2g, ATP40mg, 辅酶A100u, 10%氯化钾10ml, 静脉滴注, 每日1次。脑溢血患者甘露醇可酌情增至每8h或每6h1次, 另加用10%葡萄糖溶液500ml, 止血芳酸0.5g静脉滴注, 每日1次; 脑梗塞患者颅内压不高者, 不用甘露醇, 用扩容剂、血管扩张剂, 常规使用低分子右旋糖酐或706代血浆, 维脑路通或胞二磷胆碱; 早期(6h内)使用溶栓治疗, 可用链激酶或尿激酶; 或使用中药。随时纠正水、电解质平衡紊乱及酸碱平衡, 防止肺部感染及其他并发症, 常规使用青霉素、链霉素或小诺霉素。中西医结合组: 在上述治疗的同时另加用中药(加味补阳还五汤): 黄芪、淫羊藿各60g, 当归15g, 川芎、丹参各30g, 赤芍、桃仁、红花、地龙、全蝎各6g, 蜈蚣3条, 大黄10g(后下); 阴虚加玄参20g, 生地30g; 肝阳上亢加羚羊角粉0.3g(冲), 石决明30g; 风痰加姜黄10g, 天南星10g; 昏迷加菖蒲、佩兰各10g。每日1剂, 水煎服。两组患者有昏迷者可鼻饲或保留灌肠。出血性中风另加用云南

白药0.5g, 每6h1次。(3)针刺: 用654-210mg, 维生素B₁100mg, 维生素B₁₂100μg作患侧穴位注射(合谷、曲池、肩髃、光明、阳陵泉、环跳), 每穴0.5ml, 每日或隔日1次。口眼歪斜加用患侧太阳、下关、颊车; 舌强语蹇刺金津、玉液出血。上述两组均以10~15天为1个疗程, 一般应用1~2个疗程。激素、止血剂用5~7天; 脱水剂用7天, 后减量用至2周左右; 小诺霉素用2周。

结 果

疗效标准 基本治愈: 意识清楚, 瘫痪肢体肌力恢复达5级, 无病残。显效: 在原肌力基础上提高2级以上, 生活基本自理。有效: 在原肌力基础上提高肌力1级。无效: 治疗前后无变化, 或病情恶化、死亡。结果: 结合组与对照组基本治愈分别为22例、4例, 显效分别为12例、14例, 有效分别为6例、4例, 无效分别为4例、21例; 显效率分别为77.3%、41.9%, 总有效率分别为90.9%, 51.2%。两组比较, $P < 0.01$, 结合组疗效明显高于对照组。

疗效分析 对照组43例, 重型26例, 有效10例占38.5%; 轻、中型17例, 有效12例占70.6%。结合组44例, 重型27例, 有效24例占88.9%; 轻、中型17例, 有效16例占94.1%。两组比较, 结合组轻、中型和重型疗效均高于对照组, $P < 0.05$ 和 $P < 0.01$ 。

讨 论

本病为气虚血瘀, 益气化瘀是本病治疗的关键, 因此选用加味补阳还五汤。本方重用川芎因该药具有扩张周围血管及降压作用。方中丹参可加强当归、赤芍、红花、桃仁活血祛瘀之效能。配合地龙、全蝎、蜈蚣搜风、熄风、解痉, 促进瘀血的吸收。黄芪为益气要药, 重用效果尤佳。

针刺阳经六穴主要是疏通经络、益气活血。肩髃穴为手阳明阳跷之会, 除药物作用外, 还因药物滞留于穴位, 从而使其酸、麻、胀感持续, 并通过神经传导至大脑一定部位的感应点, 故比单纯针刺效果更佳。