

物,力求一次用药即控制癫痫发作。首选安定 10~20 mg(儿童为每次 0.25~0.50 mg/kg)缓慢静脉注射。安定静脉注射对控制大发作和癫痫持续状态均有效,但药物作用时间很短,安定静脉注射半衰期仅 15 min,所以在静脉注射抽搐发作控制后数分钟内,给作用时间较长的苯巴比妥 0.2 g 肌肉注射,以后每 8 h 肌肉注射 0.1 g,维持 2~3 天后视病情改口服的苯妥英钠,或鲁米那或卡马西平等。安定静脉注射时一定要注意要缓慢给药,快速注入可导致呼吸或心跳停止,特别是老年病人引起呼吸抑制通常发生在开始 5 min 之内。

2 不可忽视一般处理 抽搐发作或癫痫持续状态的患者头偏向一侧,防止口腔内分泌物和呕吐物吸入气道;应将裹纱布的压舌板垫在上下齿之间,以防咬破舌及颊部;及时清除口腔及咽部的分泌物,保持呼吸道畅通;吸氧、输液;密切观察患者生命体征的变化并及时做好记录。

3 随时注意并发症处理 癫痫频繁发作或癫痫持续状态者多有脑水肿,应及时应用脱水药物,可用甘露醇或甘油盐水等;有高热感染者应及时应用有效的抗生素;有酸中毒、水电介质失衡者应注意纠正;合并有心衰者应强心等对症处理。

4 标本兼治,治病求本 因属脑血管病所致癫痫发作,在控制抽搐发作(治标)同时应用治疗脑梗塞的药物,改善脑供血促进神经功能恢复。应用活血化瘀、祛痰熄风等中药治本。

5 中医治疗 “癰癩”的病因病机:癰癩四肢,癰癩心经,病由在内之风火激痰,风痰流注四肢,阻痹经脉气血,因成癰癩;风痰循络攻心蒙窍则成惊癰抽搐。《金匱要略·中风历节病脉证并治第五》有“风引汤”,用干姜、赤白石脂,养心脾之正,以补脾除痰湿之根;大黄导热以逐邪热,下彻心脾之热,涤风痰留滞之邪;用龙骨、牡蛎、寒水石、紫石英、滑石、石膏等取其重以敛神,寒以清热,可取其涩,以堵截风痰流注之路也;滑石、桂枝又利窍通阳。共奏治癰病之属于痰火者。临床据“风引汤除热癰癩”,为治疗脑血管病并发癫痫提供了理论依据和治疗经验。

(收稿:1996-05-20)

多发性脑梗塞痴呆的 辨证分型和治疗

上海第二医科大学附属瑞金医院 (上海 200025)

陈俊宁

多发性梗塞性痴呆,临床上必须有痴呆综合征,

即应有高级神经活动的智能障碍,特别是认知功能障碍,患者可表现记忆力减退,定向力障碍,注意力分散,计算力困难等症象,严重时还可以影响到言语、人格、行为等智能改变。

Hachinski(1974)分析 1313 例老人尸检资料,发现 ≤ 4 个梗塞灶组为 26.9%, 5~7 个梗塞灶组为 29.9%, ≥ 8 个梗塞灶组为 36.4%;经病理证实多发性梗塞灶总面积 > 50 ml 时,可引起痴呆。小梗塞灶尽管神经障碍轻微,但数目多,使皮层下白质传导纤维多处损害与多次断裂,破坏了边缘系统 Papez 环路 Livingston 环路的完整性与统一性,从而影响认知功能;若梗塞位于海马、乳头体、杏仁核等边缘系统要害处,则会直接导致痴呆。Kameyama(1973)报道,多发性额叶梗塞灶 60% 会导致痴呆,其他脑区多发性梗塞灶仅 27% 引起痴呆。双侧半球白质梗塞灶与痴呆关系密切,尤其从扣带回至胼胝体的白质(单侧或双侧),此处的梗塞灶因阻断额叶的联系纤维而引起痴呆。

中医认为因血瘀气滞,使脏腑化生的气血不能正常充养于脑,或因血瘀阻滞脉络,气血不能上荣脑髓,因中脏腑、中经络、闭症或脱症诸类卒中发作,久而成痴呆。

本病中医辨证可见血瘀气滞,精髓错杂,清窍受蒙,灵机呆钝,神情淡漠,反应迟钝,善忘善恐,寡言少语,思维离奇,行为反常。舌质暗紫,有瘀点瘀斑,舌苔薄白,脉弦细、沉迟,或见涩脉。

按从瘀辨证,本病的分型和治疗为:(1)痰瘀交阻型:表情迟钝,反应缓慢,或易烦易怒,伴头重且痛,徘徊不眠,嘴流涎沫,胸胁胀满,温饱不知,舌紫红,苔白腻或黄腻,脉弦滑或滑数。治以活血化瘀,豁痰开窍,方用黄连温胆汤合通窍活血汤加减,或酌情酌加礞石滚痰丸。(2)气滞血瘀型:表情呆滞,妄思离奇,语言蹇涩,或情绪躁扰,多言易怒,行为古怪,伴有颜面晦暗,肌肤甲错,胸胁胀闷,入夜乱梦纷纭,舌紫,苔薄白,脉弦细或涩。治以行气活血,祛瘀开窍,方用癫狂梦醒汤化裁。(3)气虚血瘀型:表情痴呆,沉默寡言,顾前忘后,口齿含糊,言不达意,伴有神萎气短,食少纳呆,口涎外溢,四肢不温,舌胖色紫,苔薄白,脉细弱。治以益气升阳,活血开窍,方用益气聪明汤合桃红四物汤加减。(4)髓空血瘀型:表情呆板,双目无神,懒惰思卧,记忆衰退,思维困难,伴有头晕耳鸣,腰酸膝软,四肢震颤,步履不稳,舌嫩而淡紫,苔薄白,脉沉细而弱。治以补肾填精,活血化瘀,方可用颜氏拟定的醒脑益

智汤, 或通窍活血汤加减。

在中西医结合的医疗实践中, 中西医都应相互学习与合作, 尽力达到中西医融会贯通, 促使中西医结合诊治多发性脑梗塞性痴呆上一个新的台阶。

(收稿: 1996-05-20)

短暂性脑缺血发作的 中西医结合治疗

长春中医学院附属医院(长春 130021) 金润泉

短暂性脑缺血发作(TIA)常以一过性神经功能缺失为特征, 其中颈内动脉系统 TIA 主要表现为偏瘫或失语, 似中医小中风; 椎基底动脉系统 TIA 主要表现为眩晕、伴恶心呕吐、共济失调等, 属中医眩晕范畴。

近年来在脑血管病防治工作中, 大家逐渐认识到 TIA 的早期诊断和及时治疗非常必要, 据有关资料报道在已有 TIA 发作, 但未经治疗者中有 1/3 患者在数年之内有发生脑梗塞的可能。目前西医认为 TIA 的病因主要是动脉粥样硬化。西药治疗主要有以下几类药物: (1)抗血小板聚集药物, 如小剂量阿司匹林长期服用; (2)钙离子拮抗剂, 如脑益嗪、盐酸氟桂嗪等; (3)抗凝治疗: 常用肝素静脉滴注或口服新双香豆素等, 但抗凝治疗只适用于 TIA 反复发作, 治疗时应严密监测凝血酶原时间, 以防出血。

颈内动脉系统 TIA 似中医小中风, 其辨证主要分为以下三型: (1)肝阳暴亢, 风火上扰型: 治疗宜平肝熄风, 清热泻火, 常用天麻钩藤饮加减; (2)痰热腑实, 风痰上扰型: 治疗宜化痰通腑, 方用星蒌承气汤加减(生大黄、芒硝、全瓜蒌、胆南星); (3)气虚血瘀型: 治疗宜益气活血化瘀, 方用补阳还五汤加减。

椎—基底动脉系统 TIA 属中医眩晕范畴, 其辨

证以虚(阴虚、阳虚)、火(实火、虚火)、痰(实痰、虚痰)为要点。(1)表现为眩晕耳鸣、头重眼花、脑鸣、倦怠嗜卧、食少, 脉缓滑者, 为虚痰眩晕, 治疗宜补脾肾以治痰, 常用六味地黄丸或人参归脾丸内服, 同时可静脉滴注生脉注射液或刺五加注射液。(2)表现为眩晕不已、胸闷不舒, 证实脉实者为实痰眩晕, 常用滚痰丸或二陈汤加黄芩、黄连等, 同时可静脉滴注清开灵注射液。(3)表现为头晕目眩、头胀痛等症者为实火眩晕, 风火皆属阳, 多为兼化, 阳主动, 两动相搏, 则为眩晕, 可内服牛黄清心丸, 至宝丹, 静脉滴注清开灵注射液。(4)TIA 反复发作者多为虚火眩晕, 表现为头晕、头重足轻、心悸、健忘等症, 治疗宜滋肾养肝, 常用六味地黄丸加桑椹、女贞子、白芍、生地、石决明等, 静脉滴注刺五加注射液或脉络宁注射液。(5)表现为头晕、发落、面赤、耳热、口干、烦躁不能入睡、便秘、尿赤等症者为阴虚眩晕, 治疗宜填精补脑, 常用杞菊地黄丸加何首乌、桑椹子。(6)表现为面青、神疲气短、肢冷畏寒、头晕目眩、恶心者为阳虚眩晕, 治疗宜引火归元, 常用八味肾气丸加味, 加鹿角胶或鹿角霜, 益火之元, 以生元气。此外对短暂性脑缺血发作各证型通用方为羚羊角散: 羚羊角(用水牛角代)2.5 g 茯神 2.5 g 川芎 1.0 g 防风 2.0 g 白芷 2.0 g 半夏 2.0 g 枳壳 2.5 g 附子 1.0 g 麝香 0.3 g 西红花 1.0 g 共为细末, 每次 1.0 g, 每日 3 次内服。

总之, 用中药治疗短暂性脑缺血发作应注意辨证施治, 随证加减, 随访时间不宜少于 1 年, 治疗有效的主要标志是 TIA 发作频率减少, 发作持续时间缩短, 甚至发作停止而不发生中风, 否则为无效。

(收稿: 1996-05-20)

首届“中医与保健”研讨会在香港举行

由香港大学与香港保健协会联合主办的首届“中医与保健”研讨会于 1996 年 11 月 23~24 日在香港大学举行。研讨会的目的乃探讨中医学在香港、其他亚洲及西方国家和大地区的大众健康上未来所担任的角色, 旨在加强对中医学及其科学基础、临床疗效、培训与教育等的认识, 及讨论香港政府对中医药的政策等。

到会代表约 130 人, 香港大学医学院院长周肇平教授主持开幕式, 来自中国大陆及台湾、英国、美国等国家和地区的专家在会上报告了中医学在本地区的发展与地位。香港卫生局有关人士及立法局议员介绍了有关中医药的质量保证和标准, 政府政策及香港社会对中医药的需求等。会议闭幕前香港保健协会董事长周文轩教授做了总结性发言。会议气氛热烈, 代表们对中医在香港的未来发展充满信心。

(本刊讯)