

苏醒后不能回忆头部外伤的过程,且出现头痛、头晕、恶心、呕吐、烦躁,在本县人民医院查体及颅脑CT,无异常发现。按脑震荡治疗20d,恶心呕吐消失,头痛头晕减轻出院,后一直头痛头晕,健忘不寐,辗转数家医院求治,疗效欠佳,痛苦异常,故来我院求治。刻诊舌质暗红,苔薄白,脉弦涩,以“血瘀头痛”、“脑外伤后遗症”为诊断治疗,西医采取上述治疗的同时加服血府逐瘀汤原方,加蜈蚣2条,桃仁12g,炒枣仁30g,连服10剂,上症消失,1年随访无复发。

**讨论** 脑外伤后遗症属中医“血瘀头痛”范畴,其病机为瘀血阻滞,元神受损。瘀血阻滞头面经络不通则头痛,头晕、健忘则属头脑伤元神受损的表现。血府逐瘀汤中桃仁四物汤活血化瘀,扩张脑血管,改善脑组织血液循环,促进组织修复;枳壳、牛膝、柴胡调理气机,使气血调和,血瘀而气不滞,从而纠正脑髓功能失调;甘草调和诸药,全方合用达瘀散病解、益脑健肾之功,中西合用相得益彰,值得探讨。

闫士钦 河南省郸城县公疗医院(477150)

## 灯盏细辛注射液配中医辨证治疗缺血性脑卒中 108 例

笔者对我科2003~2005年收住缺血性脑卒中病例采用中西医结合治疗观察,现报道如下。

**临床资料** 本组108例患者,均系我科2003~2005年住院病例,有详尽的临床资料及CT头颅检查,病灶均大于1.5cm,其中男38例,女20例;年龄最大87岁,最小32岁,平均年龄65.7岁,首次发病92例,2次以上者16例,其中12例伴意识障碍,所有病例合并高血压者72例,合并高脂血症者46例,合并冠心病者28例,合并糖尿病患者21例。

**治疗方法** 全部病例均给予5%葡萄糖注射液250ml或生理盐水250ml加用灯盏细辛注射液30ml静脉滴注,每疗程14d,根据临床辨证,最短1个疗程,最长3个疗程。配合中药辨证治疗,证属气虚血瘀,风痰阻络型:选用补阳还五汤合半夏白术天麻汤加减,黄芪30g,白术15g,当归、半夏各12g,天麻、赤芍、川芎、桃仁、地龙各9g,甘草12g;肝阳上亢型:方选天麻钩藤饮加减,天麻、

钩藤各12g,山栀、黄芩各9g,石决明、牛膝、杜仲、益母草、夜交藤、朱茯神各15g;肝肾阴虚、肝风内动型:方用镇肝熄风汤加减,牛膝、生赭石各30g,生龙骨、生牡蛎、生龟版各15g,生白芍、玄参、天冬各12g,川楝子、生麦芽、茵陈各9g,甘草12g。以上均水煎约500ml每日1剂,分早晚服。

**疗效标准** 根据全国中医急症中风病科研协作组,全国中医学会中风学组疗效评定标准作评价。肌力分度标准:0级完全瘫痪,1级可见肌肉收缩,但无肢体运动;2级有肢体运动,可作水平移动,但不能抬离床面;3级肢体能抬起,但不能抵抗阻力;4级能作抵抗运动,但运动差于正常人;5级正常肌力。临床疗效:显效:症状明显改善,肌力恢复正常;有效:自觉症状减轻,肌力较原来提高;无效:自觉症状及肌力均无改变。

**治疗结果** 治疗前后肌力疗效见表1,总有效率92.6%。

表1 治疗前后肌力疗效对比表

| 治疗前后 | 0级 | 1级 | 2级 | 3级 | 4级 | 5级 |
|------|----|----|----|----|----|----|
| 治疗前  | 46 | 24 | 21 | 9  | 8  |    |
| 治疗后  | 8  | 42 | 24 | 12 | 15 | 7  |

临床疗效:经过3个疗程后,显效51例,头晕头痛,肢体无力明显改善,肌力基本恢复;有效46例,自觉症状明显好转,肌力较原来提高;无效12例,各项症状及肌力无改变。总有效率88.9%。

**讨论** 中医认为缺血性脑卒中病机为本虚标实,本为阴阳偏盛,脉络空虚;标为风、痰、瘀血痹阻脉络,故因虚致瘀,瘀阻脉络为病理核心,治疗上根据临床辨证施治。气虚血瘀,风痰阻络型用补阳还五汤合半夏白术天麻汤加减,方中重用黄芪能大补脾胃之元气,使气旺以促血行,瘀去络通,祛瘀而不伤正,为君药,配以归尾活血,有祛瘀而不伤妇血之妙,川芎、桃仁、赤芍、助当归活血祛瘀,地龙通经活络,配以半夏、白术、天麻健脾燥湿,祛湿化痰,达到补气活血,祛风通络之功效;肝阳上亢型方用天麻钩藤饮,方中天麻、钩藤平肝熄风,石决明平肝潜阳,川牛膝引血下行,山栀、黄芩清热泻火,使肝经之热不致偏亢,益母草活血利水,杜仲补益肝肾,夜交藤、朱茯神安神合用以平肝熄风,清热活血,补益肝肾;肝肾阴虚型方用镇肝熄风汤加减,方中怀牛膝补益肝肾,代赭石、龙

骨、牡蛎、龟版、白芍,益阴潜阳,镇肝熄风,玄参、天冬滋养阴液,以制阳亢,而茵陈、川楝子、生麦芽,清泻肝阳之余,条达肝气之郁滞,甘草调和诸药,以达镇肝熄风之目的。西医认为缺血性脑卒中是多种原因引起的脑动脉粥样硬化以致血管弹性降低,管腔狭窄,加之血液粘稠度增高,血脂高使血流缓慢,血流动力学的改变致血栓形成,动脉闭塞造成相应区域脑血流中断,缺血坏死区神经功能丧失,而出现相应神经功能缺损(偏瘫、失语等)。患者在早期体内呈高凝状态,采用早期抗凝治疗,灯盏细辛注射液是较理想之药物,它具有较强的抑制血管内凝血和促进纤溶活性的功能,能抑制血小板聚集,增加脑血流量、降低脑血管阻力,提高脑组织抗缺氧能力,合并高脂血症配以降血脂,糖尿病控制血糖,配合早期肢体功能锻炼。以上辨证施治配合灯盏细辛注射液联合应用,可以达到疏通经络,补虚祛实,调整阴阳,有效缩短病程,促进肢体功能恢复。

许 萌 陕西省大荔县人民医院(715100)

## 心通饮治疗冠心病心绞痛 61 例

近年来,我们在临床上突出中医治疗慢性病的优势,结合病区工作特点,对稳定性非劳力型心绞痛的病例进行长期观察总结,发现其中尤以痰瘀互结症型者较多,用心通饮治疗此类病人 61 例,获得较满意的疗效,报道如下。

**临床资料** 可评价病例共 91 例,均为住院病人。91 例病人按 2:1 的比例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 61 例,其中:男性 36 例,女性 25 例;年龄 35~86 岁,平均 62.8 岁;病程 2h~20 年,平均 6.8 年。对照组 30 例,其中:男性 20 例,女性 10 例;年龄 43~78 岁,平均 61.6 岁;病程 1h~22 年,平均 5.9 年。两组间病情、症候、病人来源、性别、年龄、病程等无明显差异,具有可比性( $P > 0.05$ )。

**诊断标准** 西医诊断标准参照 1979 年国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组的报告《缺血性心脏病的命名诊断标准》,符合自发性心绞痛特征,胸痛发作与心肌耗氧量的增加无明显关系。心电图常出现某些暂时性 ST 段压低 T 波改变;同时参考 1979 年全国

中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会修订的心绞痛分型,符合稳定性非劳力型心绞痛分级。中医诊断参照《中医病症诊断疗效标准》。中医辨证分型参照《临床疾病诊断掌握治愈好转标准》选择了胸闷如窒而痛、心悸气短等主症,属痰瘀互结证。

**治疗方法** 心通饮药物组成:栝楼 15g,陈皮、薤白、半夏、川芎各 12g,丹参 20g,桂枝、枳实、苍术各 9g。治疗组以心通饮水煎口服治疗,每日一剂,15d 为一疗程。对照组按常规治疗:消心痛片()口服 1 次 10mg,每日 3 次;肠溶阿司匹林片每日 1 次,饭后顿服 80mg;倍他乐克片口服,每次 12.5mg,每日两次。两组病人如有突发心绞痛者均常规含服硝酸甘油,量 0.5~1.0mg,观察发作次数,持续时间,心电图改变。

**疗效标准** 依据 1979 年中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会《冠心病心绞痛及心电图疗效标准》,定为显效、有效、无效。

**治疗结果** 治疗组显效 19 例,有效 31 例,无效 11 例;对照组显效 7 例,有效 7 例,无效 16 例。总有效率治疗组为 82%,对照组为 46.6%,经统计学处理,治疗组的疗效优于对照组( $P < 0.01$ )。

治疗后两组主要症状、体征及心电图改善比较:治疗组每周心绞痛发作 0 次者 16 例,1~2 次者 29 例,3~5 次者 10 例,6 次以上者 6 例。对照组每周心绞痛发作 0 次者 5 例,1~2 次者 7 例,3~5 次者 9 例,6 次以上者 9 例。心电图改善情况:治疗组显效 18 例,改善 25 例,基本无改变 14 例,加重 4 例;对照组显效 2 例,改善 8 例,基本无改变 11 例,加重 9 例。两组比较有显著性差异( $P < 0.05$ )。

冠心病心绞痛属中医胸痹心痛病范畴,因脏器功能不强,胸阳不振,阴寒、痰浊、瘀血内聚所致,故为本需标实证,而尤以痰瘀互结情况较多,尤其近年来随着生活水平的提高,人们过食膏粱厚味或嗜酒过度,脾胃受损,运化失健,聚湿生痰,痰浊阻遏胸阳,更易导致本病的发生。通阳泄浊,豁痰开窍,活血化瘀为治疗本病的主要大法。心通饮中栝楼、薤白、丹参、桂枝温通心阳,祛痰涤痰,陈皮、半夏、枳实燥湿健脾,化痰除痞,宽胸下气,川芎活血化瘀,苍术走而不守,以助诸药,增燥湿醒脾,祛痰化瘀之效,诸药合用,共奏通阳泄浊,豁