

· 临证心得 ·

## 中药直肠滴注治疗脑出血探讨

王立新

(广州中医药大学 510402)

指导: 刘茂才

中图分类号: R244.9 文献标识码: A

文章编号: 1005-1180(2001)02-0033-02

中医药对中风病恢复期及后遗症期的疗效优势已得到医学界的公认, 相比之下, 对出血性中风急性期的疗效尚不如人意, 中药直肠滴注对此作了有益的探索, 国内几家医院的临床随机对照研究表明, 采用中药直肠滴注治疗急性脑出血可明显改善意识障碍、失语等症状, 有助于神经功能缺损的恢复, 减少死亡率<sup>[1][2]</sup>。

### 1 中药直肠滴注治疗脑出血的合理性:

#### 1.1 脑出血急性期口服给药困难

中、大量脑出血急性期患者多起病急骤, 出现神昏、头痛、恶心、呕吐甚则呕血、鼻鼾、痰鸣、吞咽困难、牙关紧闭等症状。此时给药困难, 即使鼻饲给药, 因昏迷或咽喉肌麻痹, 插管时患者不能配合, 易损伤食管, 而中药直肠滴注操作简便、无痛苦, 掌握适当滴速药液可不漏出(优于中药灌肠法), 不受患者昏迷、吞咽困难等影响。

#### 1.2 脑出血时消化道应激反应

现代研究证实, 脑出血急性期由于丘脑及下丘脑植物神经中枢及脑干迷走神经颅内通路受损, 导致胃肠分泌的胃动素、胃泌素增多, 刺激胃酸分泌, 降低幽门括约肌张力, 使十二指肠液反流入胃致胃粘膜受损, 胃终末血管痉挛, 引起胃粘膜损伤缺血, 发生消化道溃疡和出血, 胃肠内细菌、毒素易吸收入血加重病情。因此保持大便通畅, 降低腹压, 减少毒素产生是脑出血急性期治疗的重要一环。中药直肠滴注不仅可通便, 补充肠道水分, 排除肠内毒素, 又可经肠粘膜吸收, 避免对损伤胃粘膜的刺激, 发挥中药的全身性调节作用。

#### 1.3 阳明腑实证是脑出血急性期常见证型

大量临床观察表明, 阳明腑实证是脑出血发病后病情加剧的诱因, 因肺与大肠相表里, 阳明燥结, 肺失肃降, 痰热壅滞于肺。故应辨证施治, 选用中药直肠滴注, 可通腑泻下、化痰平喘、清热熄风、祛瘀利水, 既着眼于局部热结腑实, 又兼顾全身整体的病机变化, 与开

塞露等单纯通便药相比, 更符合中医辨证论治特色。

### 2 中药直肠滴注治疗脑出血的优点

2.1 克服了脑出血急性期患者口服给药困难的问题, 有利于综合抢救措施的实施。且具有给药量大、吸收快、疗效高、简便实用等优点。

2.2 符合脑出血急性期的病机特点。脑出血急性期以肝阳暴亢, 风火上扰, 气血上冲, 血溢脑脉之外为主要病机, 多兼有阳明腑实证。中药直肠滴注可通腑泻热、调畅中焦气机, 降泄痰热瘀滞, 直折暴逆之肝阳, 引血下行, 使气机通畅, 风痰瘀热不得上行而有出路, 促使神志清醒; 又可急下存阴, 防止热邪内耗阴液加重, 虚风内动、阳脱阴竭等危候。

2.3 保持中药复方性能, 充分发挥疗效。直肠滴注中药多采用传统制剂, 药物炮制、水煎和中药口服一样, 保持了中药复方本来的性能。不同于现代开发出的一些新中药制剂, 多只提取中药中某些有效成份, 如葛根素注射液、川芎嗪注射液、清开灵注射液等, 其所含有效成份只是中药或复方水煎液中的一部分。而中药煎液直肠滴注更符合中医药理论。

2.4 保持“辨证论治”特色, 有利于个体化治疗。出血性中风起病急、变化快、病机复杂, 对其抢救非一方一药所能适用, 须结合个体发病的不同临床表现及舌、脉, 辨证施治, 随证处方。或破血逐瘀、或通腑泻热、或平肝熄风、或逐水泻浊等。只要符合中医理论, 通过口服能达到治疗目的的, 均可采用直肠滴注途径给药。在目前尚无一种中药新制剂能适应不同病人的病情而随证加减给药, 采用直肠滴注给药更能适应脑出血急性期病情变化的特点。

2.5 直肠给药不等于中医“下法”, 适合于出血性中风的各个证型。中医理论认为“大肠者, 传导之官, 变化出焉”, 说明大肠不仅是传送糟粕的通道, 而且是吸收精微物质(药物)的途径, 又因“直肠亦肺之下截也”, 其经络络肺, 与口服药物的吸收不同, 药物不是经“脾气散精, 上输于肺”, 而是直接由相络属的经络上输于肺, “肺朝百脉, 主治节”, 将药物输布于全身, 直达病所, 达到治疗目的。对出血性中风而言, 直肠滴注不仅仅有泻下作用, 尚有祛瘀化痰、泄浊利水、平肝潜阳、滋阴熄风、开窍醒神等功效。适当调整滴速, 可使药液不漏出, 充分发挥中药的全身性调节作用。

### 参考文献

1 申锦林, 陈评, 赵安明, 等. 冰黄液直肠滴注治疗竞争性脑出血的疗

效. 中国中医急症, 1998; 7(4): 151~152

- 2 余恒才. 直肠滴注通腑醒神液治疗高血压脑出血 32 例疗效观察. 中西医结合实用临床急救, 1999; 6(1): 33~34

(收稿日期: 2001-8-27)

## 心理治疗合并药物治疗 神经性厌食症一例

白炳清

(天津市第一中心医院心理卫生医院 300011)

中图分类号: R 749.055 文献标识码: B

文章编号: 1005-1180(2001)02-0034-01

### 1 临床资料

患者女性, 17 岁, 高一学生。因减肥节食, 渐至厌食, 消瘦, 体重明显下降伴闭经半年余。于 2000 年 5 月以“神经性厌食症”收住院治疗。主诉开始少吃, 不吃主食, 渐至少吃副食, 仅吃些水果、蔬菜、喝水, 体重下降, 渐渐地越来越消瘦, 并出现闭经。近两月来情绪波动明显, 时心烦急躁, 时抑郁, 少语, 面色苍白, 疲乏无力, 头晕, 餐后恶呕不适, 体质虚弱, 睡眠欠佳, 严重影响正常生活与学习。患者身高 1.62 m, 无既往病史, 病前体重 60 kg。

心理测评: 1) 艾森克个性问卷(EPQ)为: 内向不稳定型。2) 抑郁自评量表<sup>[1]</sup>(SDS)总分 53 分。3) 焦虑自评量表<sup>[2]</sup>(SAS)总分 55 分。诊断为神经性厌食症。

### 2 治疗方法

支持治疗: 给予能量合剂, 复方氨基酸静脉点滴; 饮食治疗: 禁零食, 规律进食, 并保证进食后不呕吐。制定目标体重, 定期测量, 如每周增加 0.5~1.0 kg 体重; 认知行为治疗(心理治疗): 对患者进行健康教育, 讲解传授解决内心冲突的方法。矫正患者在热量摄入, 体型、体重等方面的认知偏差, 引导患者正确认识体型美、健康美。患者表示有所感悟, 配合治疗。同时指导患者转向正常的进食模式: 不对呕吐和体重给予特别的关注。并采用阳性强化, 给予表扬鼓励, 充分调动患者的积极性, 巩固疗效。

药物治疗: 辅以小剂量舒必利 0.2 g/d, 氯丙咪嗪 50 mg/d, 抗抑郁治疗。用疏肝健脾, 益气调经的中药汤剂, 调理情绪与内分泌功能。

### 3 治疗结果

治疗两月余, 体重达 51 kg, 摄食正常, 精神状态良好, 情绪平稳, 月经来潮, 生活正常。出院半年后随访, 一切平稳, 面色红润, 丰满健康, 心情愉快。治疗后 SDS 总分 27 分, SAS 总分 29 分。

### 4 讨论

本症患者为年轻女性, 正值青春期发育阶段, 追求美, 关注形体而有意识地减肥, 节食减轻体重, 以至厌食不能自控, 出现内分泌失调(闭经), 电解质紊乱, 情绪波动, 影响正常学习与生活, 可排除器质性疾病和其他精神疾病所为。诊断符合 CCMD-2-R<sup>[4]</sup> 中神经性厌食症标准。临床采用认识行为心理治疗为主的综合治疗, 疗效满意。

## 小柴胡汤的临床应用

王晓莉

(天津市医学科学技术信息研究所 300001)

中图分类号: R 289.5 文献标识码: B

文章编号: 1005-1180(2001)02-0034-02-0035-02

小柴胡汤为《伤寒论》所载和解少阳之方, 本人在临床实践中, 运用此方治疗各种疾病, 效果显著, 现报道如下。

### 1 治疗肾盂肾炎

刘某某, 女, 42 岁, 初诊: 高热 4 天, 往来寒热, 恶心呕吐, 呕出胃内容物, 食欲不振, 周身酸痛, 小便短赤而灼痛, 苔白滑, 脉弦数, 查: 体温 39℃, 表情淡漠, 左肋脊角压痛, 双侧肾区叩击痛, 尿常规: WBC(+ +)、RBC(+), 蛋白(+), 中医辨证为: 湿热郁结少阳。治以和解少阳, 清热利水通淋, 小柴胡汤加减。处方: 柴胡 15 g, 黄芩 10 g, 半夏 10 g, 生姜 10 g, 大枣 4 枚, 炙草 6 g, 瞿麦 10 g, 滑石 15 g, 蒲公英 10 g, 车前草 20 g, 茯苓 12 g。水煎服, 日 1 剂, 分 3 次服; 3 剂后, 体温正常, 不呕, 效不更方, 6 剂续服, 复查尿常规正常, 再服 3 剂以巩固疗效。

按: 急性肾盂肾炎属中医淋病范畴, 治宜清热利水通淋, 临床多用八正散治疗。本例患者, 以寒热往来, 恶心呕吐, 小便不利为主证。《伤寒论》第 96 条: “伤寒五六日, 中风, 往来寒热, 胸胁苦满, 嘿嘿不欲饮食, 心烦喜呕……小柴胡汤主之。”此例患者为湿热郁结少阳, 三焦阻滞, 故令水道不利, 以和解少阳, 清热利水。方用