

通窍活血汤加味治疗血管神经性头痛 54 例

张学昌

(江苏省昆山市第六人民医院 昆山 215321)

关键词: 血管神经性头痛; 通窍活血汤; 中医药疗法

中图分类号: R 747.2

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.035

血管神经性头痛又称偏头痛,是头颅部血管神经调节障碍所引起的一种反复发作性的头痛,低头、受寒受热、用力、咳嗽等均可使头痛加重,临床以一侧阵发性剧烈头痛,伴视物模糊、恶心呕吐为特征。近年来发病率呈明显上升趋势,其发病过程长且年轻化,是临床中常见的多发病,属于中医“头痛”范畴。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 54 例均为门诊患者且符合国际头痛分类诊断标准^[1]。其中男 17 例,女 37 例;年龄 14~47 岁;病程最短 3 个月,最长达十余年。本组病例临床表现为偏头痛或全头痛,头痛性质以搏动性跳痛为主,头痛剧烈时常伴有头晕、恶心呕吐。排除颅脑感染、颅脑占位性病变及五官、癫痫和全身其他疾病所致的头痛。

1.2 治疗方法 治宜活血化瘀、息风通络,药用通窍活血汤:川芎 30g、赤芍 15g、当归 15g、细辛 5~10g、白芷 15g、延胡索 15g、全蝎 3g(冲服)、蜈蚣 3 条、三七粉 6g(冲服)。每日 1 剂,分 3 次温服,半个月为 1 个疗程。服药期间禁烟戒酒,避风寒,怡情志,女性经期停用。均服用 1 个疗程。

1.3 治疗效果 痊愈:头痛及伴随症状消失,脑血

流图基本正常,随访 1 年未复发,共 46 例,占 85.2%;显效:头痛明显减轻,脑血流图较前好转,随访半年病情稳定;好转:头痛减轻,发作次数减少,共 6 例,占 11.1%;无效:经治疗病情无变化,共 2 例,占 3.7%。

2 典型病例

郭某,女,34 岁,2009 年 6 月 15 日初诊。发作性右侧头痛十余年,每于气候变化或劳累时诱发,每次发作数小时,可持续 3~5d,呈搏动性刺痛,痛连眼眶,视物昏花,畏寒怕风,曾服正天丸、麦角胺咖啡因片疗效不佳。体检:颈软,神经系统检查阴性,双侧眼压正常,眼底无异常变化,脑血流图右大脑动脉痉挛,头颅 CT 未见异常。予通窍活血汤治疗 5 剂,头痛减轻,10 剂后头痛及伴随症状消失,15 剂后脑血流图检查恢复正常,随访 1 年未见复发。

3 讨论

中医认为,头为诸阳之会,又为髓海所在。故六淫之邪外袭或脏腑阴阳失调,均可导致气血逆乱,瘀阻经络久则脑失所养而发偏头痛。偏头痛时发时止,缠绵难愈,久痛入络,久病必瘀,故选用通窍活血汤加味以活血化瘀、通络止痛,活血可以降低血液黏滞性,通络可解除脑血管痉挛。(下转第 68 页)

蒺藜 20~30g,浙贝母 10g,胆南星 10g,前胡 15g,枇杷叶 15g,甘草 10g,喘加地龙,热重加石膏。中药均每日 1 剂,水煎服,每日 2 次,6d 为 1 个疗程,连续服用 2 个疗程。不用抗生素,第 1 个疗程两组病例均可酌情使用支气管解痉药。

1.3 疗效判定标准 临床控制(临控):症状(咳、痰、喘)和肺部哮鸣音消失,恢复到急性发作前的状态;显效:症状和肺部哮鸣音明显好转;好转:症状和肺部哮鸣音好转;无效:症状和肺部哮鸣音无改变或加重。

1.4 临床疗效比较 治疗组 60 例,临控 26 例,显效 13 例,好转 16 例,无效 5 例,总有效率 91.7%。对照组 60 例,临控 18 例,显效 16 例,好转 10 例,无效 16 例,总有效率 73.3%。两组比较差异有显著性($P < 0.05$),治疗组疗效明显高于对照组。

2 讨论

本组治疗结果提示,外感湿邪在某种程度上与慢支痰热郁肺证发病有关。慢支属中医“咳嗽、喘证、痰饮”等范畴。长期以来,人们通常认为慢支痰热郁肺证乃痰热郁肺所致。在慢支痰热郁肺证患者中,部分病例见有腻苔或薄腻苔,笔者认为,从某种程度上讲,此乃外感湿邪致病在临床上的反应。应当指出的是,慢支痰热郁肺证毕竟是以痰热致病为主,湿邪乃兼夹致病,因此,在临床上可能只见一派痰热郁肺的症状,而缺乏湿邪致病的特征性表现,人们从证候中丝毫察觉不到湿邪的存在。这种有其病而无其症的现象,值得我们高度重视。本组治疗结果表明,清热化痰祛湿是治疗慢支痰热郁肺证的有效方法。

(收稿日期:2010-06-29)

孔,前房积脓多。

1.5 治疗方法

1.5.1 一般治疗 剪睫毛,冲洗结膜囊,按照无菌操作,做角膜表面麻醉,结膜下注射 20g/L 利多卡因做浸润麻醉。刮去病灶物,取其镜检。病灶小者,一次刮除干净;较大者,分次刮除。阳性者,切记完全彻底清除病灶,同时用 10g/L 聚维酮碘液涂抹溃疡面。

1.5.2 眼局部用药 用 0.5%氟康唑眼药水点眼, q 2h, 用 10g/L 阿托品常规散瞳。怀疑合并细菌感染,加用广谱抗生素眼药水点眼;怀疑合并病毒感染者,加用抗病毒眼药水点眼。

1.5.3 口服中药 根据“风热相搏于眼而患眼疾”的中医药理论以及“病在上,发而散之”的中医传统治疗原则,选用清热解毒、祛风散热中药进行治疗。基本方剂:荆芥、防风、羌活、独活、前胡、薄荷、金银花、蒲公英、大青叶、菊花、决明子、黄芩、柴胡、桔梗。每日 1 剂,水煎内服。

1.5.4 口服或静滴氟康唑 氟康唑属于三唑类广谱抗真菌药,口服吸收良好,生物利用度为 90%,服药后 0.5~1.5h 血中药物浓度达高峰,血浆半衰期 3h^[2]。根据病情选择口服用药还是静脉给药,根据轻、中、重度决定用药剂量,成年人一般口服量 100~300mg/d,静滴量 100~200mg/d。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 治愈:溃疡愈合,荧光素染色阴性,前房积脓吸收,角膜水肿消失,后弹力层皱褶消失。好转:溃疡大部分愈合,前房积脓减轻或消失。无效:溃疡无变化或扩大,前房积脓增加或角膜穿孔。

2.2 治疗效果 120 例中治愈 90 例(75.0%),其中包括轻度 41 例,中度 48 例,重度 1 例;好转 23 例(19.2%),其中包括中度 22 例,重度 1 例;无效 7 例(5.8%)。视力最后检查:提高 5 行以上者,70 例;1~5 行者,41 例;无提高者,9 例。疗程:10~60d,平均 25d。

3 讨论

真菌性角膜炎是一种难治性眼病,即使明确诊

断、用药及时,仍有部分患者不能控制病情,所以真菌性角膜炎应以预防为主。早期诊断、早期治疗及采用中西医结合等综合治疗方法,可取得满意的效果。否则,预后非常差,甚至导致摘除眼球^[3]。近年来,该病患病率有明显增加,似与抗生素的广泛应用、皮质类固醇的滥用有关。尤其局部大量应用,打破了结膜囊菌群共生平衡状态,加之外伤后角膜组织抵抗力下降,使得真菌在角膜内和结膜囊内大量生长增殖而致病。建议医务人员一定要合理应用抗生素和激素,这是预防该病的重要措施。

刮除病灶,用聚维酮碘涂抹创面,使药物直接作用于菌体,杀死真菌的作用明显。聚维酮碘系表面活性剂聚乙炔吡咯烷酮与碘的络合物,其游离碘浓度高,杀菌力强,为广谱杀菌剂。聚维酮碘的作用机制为:作为载体将络合的碘释放到细胞膜上,游离碘与菌体蛋白结合使之变性、氧化,迅速杀死病原体。氟康唑是广谱抗真菌药,具有抗真菌活性高、水透性好、半衰期长、眼内穿透性强、全身应用能透过血-脑屏障的特点,适合眼科应用^[4]。中药治疗真菌性角膜炎,有其不可忽视的特殊疗效。羌活、独活、荆芥、防风和前胡、薄荷,同方并用能起到温凉发散、祛风升散的作用;金银花、蒲公英、大青叶相辅相成,共起清热解毒功效;真菌性角膜炎以热证、实证多见,故用黄芩清除湿热,根据现代医学研究,黄芩有调整机体免疫的功能,能促进溃疡面愈合,防止复发;菊花、决明子有清热明目之效;桔梗载诸药上行于眼。本研究结果显示,中西医结合治疗真菌性角膜炎的治愈率和有效率分别为 75.0%和 94.2%。提示中西医结合治疗真菌性角膜炎疗效较好,值得临床应用。

参考文献

[1]Gaudio PA,Gopinathan U,Sangwan V,et al.Hughes TE.Polymerase chain reaction based detection of fungi in infected corneas [J].Br J Ophthalmol,2002,86(7):755-760

[2]冯国旗,孙玉信.常用药物鉴别名速查手册[M].北京:科学出版社,2001.175

[3]葛坚.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2005.6

[4]冯广忠,白洁.真菌性角膜炎的早期诊断及治疗方法的探讨[J].国际眼科杂志,2008,8(8):1 688

(收稿日期:2010-08-20)

(上接第 49 页)方中重用川芎能活血行气,祛风止痛,为“血中之气药”,性善走散,能上行头目,可扩张脑血管、改善脑循环,有明显抗血小板聚集、抗血栓形成的作用;赤芍、当归、延胡索、三七粉能活血止痛;蜈蚣、全蝎能够入络搜风;白芷、细辛能疏风

散寒止痛。诸药合用,能够降低血黏度,增加脑血流量,降低血管外周阻力,抑制大脑皮层及调节血管舒缩功能,起到稳定情绪、调节失眠等作用,对偏头痛尤为适用,且疗效好,不良反应少,值得临床应用。

(收稿日期:2010-06-24)