

· 学术探讨 ·

中西医结合对中风理论与治则的新认识

山西铝厂职工医院(山西河津 043300) 杨树德 薛 轴 杨金菊

中风的传统理论要发展,中、西医疗要革新,急性期活血化瘀是关键。只有把中、西医理论有机结合,取长补短,互相渗透,形成新的中风理论体系,才会在治疗上取得突破性进展。对此提出如下新认识。

一、中风的病因病机

不论缺血性中风或出血性中风,都是气虚血瘀,本虚标实。气虚是致病的根源,血瘀是病邪的核心。缺血性中风和出血性中风是“同源异流”,多是在脑血管硬化的基础上出现的缺血或充血,即血管内压减低(血流缓慢——低动力)或增高(血流加快——高动力)所致的两种不同病证(梗塞或出血)。这是由慢性虚证到急性虚证,由慢瘀证发展到急瘀证的表现⁽¹⁾,也是本虚恶化和标实激化的结果⁽²⁾。

中风又有中经络与中脏腑之分。意识清楚为中经络,嗜睡、朦胧、昏迷为中脏腑。所谓中经络与中脏腑是指病邪的轻重与病位的深浅,也是急性脑血管病轻重不同的两个类型,两者既有区别又有联系。实质上二者与血瘀的程度呈正相关,即与脑受压及脑损害的严重程度有很大的相关性。

中风的病因病机可概括为如下因果关系:

1. 气虚导致血瘀,在充血或高动力作用下发生出血。出血又加重血瘀。血瘀既是出血的原因,又是出血的结果。

2. 气虚血瘀,在缺血或低动力作用下,脉络闭阻,发生梗塞。梗塞又造成血瘀。血瘀是梗塞的原因,也是梗塞的结果。

3. 出血与梗塞是气虚血瘀发展的两个不同结果,是同源异流,在血流动力学变化的情况下,二者可以相互转化。

4. 瘀血内阻,久必生痰;痰滞日久,更加重血瘀。

5. 瘀血内阻,久必耗气伤阴;气阴亏损,必加重血瘀。

以上可以看出,不论出血性或缺血性中风,都是一个错综复杂、因果交替的恶性循环关系。气虚是中风的根源,血瘀是中风发生发展的核心。因此,益气化瘀即是治疗的关键。

二、中风的病理

脑出血形成血肿和颅内高压,压迫脑组织,致使缺血、缺氧、酸性代谢产物堆积和脑实质受损。由于

缺氧,使脑血管的通透性增加而致脑水肿,以至脑疝死亡。脑梗塞同样造成脑组织急性缺血缺氧,以至损伤、坏死、软化,相继出现脑水肿、脑受压、脑疝形成。由此推理,治疗出血性中风首当促进血肿吸收,降低过高血压和高颅内压,改善脑血液循环,增加氧供;治疗缺血性中风重在疏通脉络,脱水和改善侧支循环,限制梗塞范围扩大。

三、现代医学对益气化瘀的研究

益气化瘀法是中医的一大优势,对气虚血瘀证有显著疗效。现代研究表明,益气化瘀可以改善病灶(出血或梗塞灶)周围血液循环^(3~5),解除血管痉挛,促进血肿吸收和阻止梗塞范围扩大,减轻脑水肿,降低颅内压,缓解脑受压,提高神经组织对缺氧的耐受性,有利于神经功能的恢复⁽⁴⁾。

实验研究表明,丹参和多种活血化瘀药物对凝血机制具有双向调节作用⁽⁴⁾。此外,多种中药及有效成分,如人参、丹参等,均有直接或间接减少氧自由基(OFRs)的产生,清除 OFRs,提高超氧化物歧化酶(SOD)活性以及抗氧化酶类的功能,对组织缺血和再灌注损伤有保护作用。

由此可见,益气化瘀法对缺血性或出血性脑血管病将会有突破性治疗作用。

四、需要澄清的两个问题

目前,有人在中风急性期应用活血化瘀法治疗缺血性脑血管病,担心会出现脑内溢血;治疗出血性脑血管病,怕致再出血。特别是后者,医学界一直心有余悸,甚至被视为禁区,因而在治疗上迟迟不前,进展缓慢。

中医学早就有“见血休止血,首当祛瘀”、“活血可以止血”和“瘀血不去,则出血不止,新血不生”等理论。这些千古名训,精辟地说明了活血化瘀有去除瘀血(消除血肿),制止出血和促进再生的良好作用。从未有活血可以出血之说。这是用西医的观点对活血化瘀法的误解。

与此相反,现代医学研究表明,活血化瘀可以改善微循环,使侧支循环开放,毛细血管网增加,出血部位或梗塞区周围的血管压力下降,有利于防止再出血⁽⁴⁾和增加梗塞区的血供。

近两年来,我们在临床实践中,中西医结合,以

益气化瘀法为主,治疗急性期脑血管病139例,其中闭塞性106例,出血性33例,都收到了显著效果,治愈率46.04%,好转率42.45%,总有效率达88.49%,无一例出现上述弊端。如有一位经CT证实为重型脑出血患者,深昏迷1周,用益气化瘀法为主治疗15天,临床表现基本消失,CT复查证实,血肿全部吸收。这足以说明,那种怕导致再出血的担心是没有必要的,也是没有根据的。

五、中风的治疗原则

采取中西医结合,“异病同治”或“大同小异”,急性期治疗是关键,活血化瘀是核心。活血化瘀药的早期、足量应用是提高疗效、改善预后的重要措施。其治疗原则是:(1)增加氧供,减低氧耗;(2)降低颅内高压;(3)益气化瘀;(4)防治并发症;(5)维持必要的营养,防治水、电解质紊乱;(6)手术治疗。此外,出血性中风重在适当降低高血压;缺血性中风贵在溶栓并治(溶栓和清除氧自由基)。

具体运用中,应辨证论治。如阳闭宜辛凉开窍,镇肝熄风;阴闭宜辛温开窍,豁痰熄风;脱证宜扶正固脱,益气温阳;肝肾阴虚宜滋阴潜阳,平肝熄风;里热实证宜通腑化瘀。

六、讨论

1. 中医传统中风理论,数千年来虽经不断沿革和发展,但都还是宏观推理,缺乏揭示本质的微观指标,与近代医学进入分子和电子时代极不适应。应该超越风、火、痰、虚这一藩篱。中风理论必须借鉴现代脑血管病的理论及检测手段加以补充发展,使其更直观、更科学、更系统、更完整和更具有实际意义。用中医益气化瘀等治法,使脑血管病的治疗更全面、更有效。两者结合,取长补短,形成新的中风理论体系和新的治疗原则,才会在治疗上有新的突破。

2. 益气化瘀法可以改善血肿和梗塞区周围血液循环,减低其压力,促进血肿吸收和限制梗塞面积扩大,防止再出血和梗塞区盗血现象的发生。同时还可减轻脑水肿,降低颅内压,减轻脑受压,保护脑细胞及细胞器,有利于神经功能恢复。

3. 中、西医关于脑血管病的一些概念、术语,绝不能简单地牵强附会去理解。如西医常用的血管扩张剂不能等同于中医的活血化瘀药;同样,中医的活血化瘀药也不能等同于西医的抗凝剂。出血性中风急性期可以应用活血化瘀疗法,并不等于可以应用抗凝剂;缺血性中风急性期不宜应用血管扩张剂,但不能

理解为不能应用活血化瘀药物。

4. 中风急性期的治疗是提高疗效、改善预后的关键所在。活血化瘀药早期(愈早愈好)、足量应用是治疗的核心。切不可万忽一时,贻误时机。以往将活血化瘀疗法应用在出血性中风的慢性期或后遗症期,是其疗效不著的重要原因。活血化瘀疗法是中医得天独厚的优势,且不可用形而上学的观点去理解,否则,将是非颠倒,耽误治疗。

5. 中风急性期标实激化比较突出的患者,常伴有里热实证,在益气化瘀的同时,应配合通里攻下法。大黄为攻下要药,不仅能通瘀泻热,而且可凉血止血及活血化瘀,具有双向调节作用⁽⁶⁾。

6. 在益气化瘀的同时,兼以补肾疗法,疗效更著。因为“肾生髓通于脑”,更有利于神经细胞及其功能的恢复。二者兼顾,相得益彰。

7. 对高血压病所致的出血性中风,我们不主张用止血剂。中医学早就有“见血休止血,首当祛瘀”的论述。脑血管硬化和血压增高是导致脑出血的主要危险因素,而不是凝血机制障碍。相反,高血压性脑出血患者,血液多处于高凝状态,应用止血剂更增加了血液浓、粘、聚、凝的弊端,对脑组织供血供氧极为有害。降压和化瘀就起到很好的协同止血效果。止血剂反而有碍活血化瘀的疗效,是自相矛盾的。

8. 对“血瘀证诊断参考标准”(血瘀证研究国际会议,1988年10月,北京),建议补充神昏和抽搐。因为在急性脑血管病中,此类症状分明是血瘀所致。

9. 中西医结合既发展了中医也发展了西医。新中风理论的形成是中西医结合的必然产物。益气化瘀法为中风非手术治疗开辟了美好的前景。

参考文献

1. 陈士奎. 中西医结合新理论概念的创造与介评(一). 中西医结合杂志 1991; 11(1):44.
2. 陈可翼,等. 脑血管病的治疗. 中西医结合杂志 1990; 10(6):327.
3. 苑 懿. 活血化瘀治疗硬皮病临床实验观察. 中西医结合杂志 1989; 9(1):19.
4. 王合森,等. 脑出血急性期的活血化瘀治疗研究概况. 中西医结合杂志 1990; 10(11):691.
5. 朱伯卿,等. 补气活血药治疗气虚血瘀型心力衰竭的临床观察. 中西医结合杂志 1987; 7(10):591.
6. 高晓山,等. 为了全人类健康用好大黄——首届国际大黄学术会议论文述要. 中西医结合杂志 1990; 10(12):754.