

· 面向 21 世纪的中国传统医学 ·

关于中风病治疗的难点与突破口的思考

刘茂才

中风之病,主要是指急性脑血管疾病。古称之为四大难症之一,主要责之于病因病机复杂,起病急,症见多端,变化迅速,有如巍峨大厦而基础不固,一遇大风则颓然崩倒,故一经发病,类多难于治疗,尤其是卒中昏迷而程度深沉的预后极差,虽经救治挽回生命,但后遗症亦往往难于消除,且有复中之可能。本文主要针对高血压性脑出血和动脉硬化性脑梗塞进行分析。

中风病目前的临床现状

中风病之病因是多方面的,病机也是很复杂的,历代争议甚多。但多认为由于体内气血虚弱,脏腑阴阳偏胜为基础,在各种激发因素的作用下,风、火、痰、虚、气、瘀等因素交错为患,而致脏腑阴阳失调,气血逆乱在脑而致中。

由于病情的复杂和对中风病病机认识的差异,使中风病的治疗立法遣方趋向多样化,有如任氏八法、薛氏四法、张氏七法、汪氏六要等,各有特色⁽¹⁾。

急性脑出血用活血化瘀治疗,在医学界一直担心会加重出血,或引起再出血而心有余悸,因而往往将脑出血作为活血化瘀的禁区。近十多年来,运用活血化瘀治疗急性脑出血,从临床疗效,各项理化检查,乃至动物实验疗效机制的探讨等各方面资料看,初步显示了活血化瘀治疗急性脑出血的可行性、安全性和有效性。急性脑出血的急性期,痰瘀为患,痰瘀互阻清窍的主要病机愈来愈受到人们的重视。脑出血用活血化瘀的禁区正在被突破,活血化瘀疗法正在成为脑出血的新的有效治疗措施。研究表明活血化瘀具有抗脑水肿,加速血肿吸收,对保护脑组织,恢复神经功能有积极作用。我们所作的“毛冬青甲素治疗高血压急性脑出血的临床与实验研究”课题也证实这点⁽²⁾,多数临床报道疗效也比较满意。但是对较大量的脑出血未能迅速解除血肿占位效应,因而疗效受到影响。

尽管近年来,中医对中风病研究进一步深入,取得了大量成果,药物的剂型和品种在增加,治疗手段在不断完善,但对中风病急性期的救治,特别是重危症患者的救治,目前仍是一个薄弱环节,仍缺少有效的药物和手段。从现代医学而言,由于 CT 和 MR 的广泛应用,

高血压脑出血的诊断变得迅速而准确,为脑出血的超早期手术提供了条件,并随着显微外科、立体定向等技术的广泛采用,使高血压脑出血的手术适应症进一步扩大,成功率进一步提高,致使近年来外科治疗脑出血取得了较大的进展。对极重型脑出血,内科治疗几乎 100% 死亡的病者中,手术能挽救其中约 25% 患者的生命。但由于手术本身的创伤和麻醉可带来对机体的进一步打击,以及由于脑出血导致脑的血液循环障碍,致脑组织缺氧缺血,从而产生脑的局部乃至全脑的继发性损伤,甚至造成恶性循环,与病死率、致残率息息相关,致总体疗效不尽人意。

现代医学内科对脑出血的治疗,手段相当有限,内科保守疗法主要是抗脑水肿,降颅压等对症治疗,疗效不尽人意,通常报道急性期的病死率在 18% ~ 75%,其病后生存者有 60% ~ 65% 留有后遗症,胡家正等则指出:高血压脑出血内科治疗总的病死率为 50% ~ 90%,而外科治疗目前国内外统计为 3% ~ 51%⁽³⁾。对缺血性卒中溶栓治疗则有新的进展。

中风病临床难点分析

各种资料显示中风病的发病率在上升,已成为我国死亡原因前六位重大疾病中的第一杀手,存活者中的 3/4 的患者不同程度地丧失劳动能力,重度致残者 40% 以上,约 1/4 ~ 1/3 的初治患者将在 3 ~ 5 年内复发⁽⁴⁾。因此如何及早预防以避免或减少中风病的发生和复发,以及发病后如何及时、合理、有效地救治以减低中风病的病死率及致残程度,是目前防治中风病的首要任务,当务之急,亦正是攻克中风病的难点。难点的存在,有方方面面的原因,主要取决于颅脑生理功能特性。脑是高级神经中枢,对血液供应的高度依赖,对缺氧缺血的高度敏感,对缺氧缺血的耐受时间的极度短暂,一旦造成组织与功能的损害则难于再复,加之颅腔容积的局限性及血脑屏障的关系,给临床治疗带来极大的难度。然而,仅从临床角度说中风病之难点,病因病理的复杂性与治疗时间上的紧迫性是关键。

1 病因病理的复杂性 影响中风发病的因素多种多样,有血管壁病变因素,血流动力学因素,血液成分改变的因素,血液流变学因素等。而这些因素中又与遗传、代谢、内分泌、饮食嗜好的因素息息相关。在

临床上往往是多个因素同时存在,共同作用,缓慢演变,最后在各种诱因作用下,由量变到质变,导致脑血管病的急性发作。一旦发作,使对缺氧缺血高度敏感的脑组织产生一系列复杂的病理生理改变。这些改变目前许多尚未弄清楚,还是一个未知数,加之颅腔容积的局限性及血脑屏障的关系,使得许多治疗难于奏效。

高血压、动脉硬化是中风病的主要因素之一,实际上中风病往往是高血压动脉硬化的重要并发症,是由缓慢演变而至突然加剧,是一个由量变到质变的一个过程。中风病之所以多发和复发,在于对于原发病高血压、动脉硬化未能得到有效的防治的结果。

2 治疗时间的紧迫性 中风病,病在脑,脑为元神之府,清窍之所在,主宰五脏六腑,司神明,调情志,适应环境。一旦气血逆乱,直冲犯脑,或闭阻清窍,则神明失用,五脏六腑无所主,阴阳气血无所从,为闭为脱,易致阴阳离决,故当急促救治。中风病无论出血或缺血,其结果都是引起局部脑血流障碍,导致脑缺血、缺氧。通常急性脑血管病的局部脑缺血,在早期很多是不完全的,缺血区内还有一些残余灌流。缺血中心区血流处于离子泵和能量代谢衰竭阈值以下,不可逆损害已发生,但在中心区周围,早期还存在一个缺血边缘区,这个边缘区,在临床上,它可以变好或变坏,如血流供应马上恢复,它可以恢复正常功能,否则,缺血区将扩大,并演变为不可逆的永久性损害。因此,维持和增加急性局灶缺血区内的血流,对卒中的结果将产生重要意义。因而争分夺秒的有效治疗,将是减少病死率,减轻致残程度的关键。根据目前研究资料显示,出血性中风血肿的清除,宜在病后 7h 之内进行;缺血性中风,血流的再通宜在病后 4~6h 之内进行,方能起到较好的效果。这一时间窗反映了中风治疗时间的紧迫性,在目前的条件下,难度却相当大。

突破口的思考

由于中风病病因病机复杂及由于颅脑生理功能特性,以及防治工作未能跟上。加之目前尚缺少有效的药物和手段,致使中风病的发病率、病死率、致残率、复发率目前仍处于高水平的状态。要改变这种现状,难度很大,必须采取防治结合、中西医结合的综合措施,方能收效。

1 加强防治 积极预防可以避免或减少中风病的发生和复发。并对高危人群和轻型病例采取合理的预防性治疗,从减少发病率开始,作为降低病死率、致残率的突破口。

2 加强救治研究 在未能取得良好的防治效果前提下,搞好救治工作就显得非常重要。提高中风病的治愈率,降低病死率及致残程度,其重要环节就是发病后能得到及时、合理、有效的救治。(1)把握时间窗,及时施治。鉴于脑组织对缺氧缺血的高度敏感性,因而对中风发病后要争分夺秒地进行合理救治,减少不必要的时间延误。加强宣传和不断完善配套设施,使得患者能及时就诊,及时接受治疗,使适合手术治疗的出血性中风患者,能在病后 7h 内施行手术治疗以清除血肿;使适合溶栓治疗的梗塞患者能在 4~6h 内接受血管再通治疗,亚低温法具有脑保护作用,可为各种治疗争得时间,值得进一步研究。(2)综合手段:利用各种给药途径,各种治疗手段,发挥中西医各自的优势,进行综合救治。如出血性中风,中医对较大量的出血,却不能迅速解除血肿占位效应,而手术则有其长处。因而,选择适应病例,手术清除血肿,迅速解除血肿占位效应,争得时间。发挥中医药的优势,特别是活血化瘀法的作用,对缺血性中风,中医药亦有肯定的疗效,但如何使梗塞灶迅速再通,以减轻缺氧缺血对脑组织的损害,却力不从心。早期的溶栓治疗,则能收到较好效果。但静脉给药溶栓易出现出血倾向,采用动脉介入溶栓则能减少出血倾向,从而提高疗效,所以选择病例,介入溶栓治疗中风病值得深入研究。(3)探明基本病机,给予综合救治。中风病乃一大证,尤其是重症患者,仅靠一方一法,却难奏效。加强机理的研究,探明基本病机,给予综合施治,方能提高疗效。中风病病因病机复杂,许多机理尚不清楚。出血性中风急性期痰瘀互阻已为许多学者所接受,但中风病缺血与出血各有差异,或是同为缺血或出血,其机理亦有种种差异,加强共性的研究,开发高效药品,改变给药途径,采取宏观与微观相结合的综合救治,实为提高疗效的有效方法,亦不失为提高治愈率,降低病死率,减轻致残程度的突破口。

参 考 文 献

1. 王永炎,刘炳林. 中风病研究进展述评. 中国中医急症. 1995;4(2):51—54.
2. 刘茂才,陈根成,张壮战,等. 毛冬青甲素治疗高血压性脑出血的实验研究. 广州中医学院学报 1995;12(4):42—43.
3. 胡家正,陈立强,席孝庄,等. 高血压脑出血外科治疗进展. 国外医学神经病学神经外科学分册 1994;21(6):307—309.
4. 全国脑血管病防治研究领导组、全国脑血管病防治研究办公室. 全国脑血管病防治研究规划纲要. 中华神经外科杂志 1996;6(2):72—74.

(收稿:1997-05-14)