

理论探讨

凉血通瘀法是治疗脑出血急性期的重要法则

樊 莹¹ 周仲瑛²

主题词 脑出血/中医药疗法 凉血 祛瘀

“中风”一证,历来受到众多医家的关注;10余年来“中风”——急性脑血管病一直是我国城乡居民第二位的死亡原因^[1];脑出血是“中风”病中之重笃者,而其凶险则主要表现在脑出血急性期。因此,探讨脑出血急性期的治疗法则对于提高临床疗效、减少病死率和致残率具有重要意义。

1 肝肾亏虚,络热血瘀是脑出血的发病基础

1.1 病因——内伤积损,气血失调

脑出血是在高血压、动脉硬化基础上发生的急性脑血管疾病,继发并导致了一系列的脑组织、细胞的病理生理变化和神经功能的缺损,甚则因继发脑疝而致患者死亡。其病虽速,其来也渐,脑出血的急性发病往往是在长期的潜隐性退变基础上发生的,其病因可概括为精血亏耗、情志所伤、饮食不调,使得内伤积损、气血长期失调。现分述于下。

精血亏耗:本病多发于中年之后,《内经》有言“年四十而阴气自半”,提示生理性肝肾亏虚之时每易发生本病。有资料表明,年龄每增加5岁,该病的死亡率增加接近1倍。据1982年国内6城市调查,65~74岁组的该病患率是35~44岁组的26.6倍;而农村60岁以上老人的发病率则是60岁以下人群的21倍^[2,3]。可见,男子“八八”、女子“七七”后肝肾精血大衰之际,是本病发病的危险期,发病则易于陷入危笃。更

有素禀不足,后天又不识颐养,肝肾亏虚;或者用脑过度、入房太甚,斫伤肾精;或长期罹疾,久病及肾,损耗真元;致使精血暗耗,不能荣养脉络;脉络脆弱,遇有触动,则易于破裂、出血。诚如张景岳所言“本皆内伤积损颓败而然”。此又为病理性肝肾亏虚的致病之由。因此,本病的发病随增龄而上升,不识颐养及久病多病患之人发病尤多,提示肝肾亏虚、精血亏耗是发生本病的重要基础。

情志所伤:情志不畅,肝气久郁;五志过极,皆能化火;长期紧张,情绪焦虑,无以自拔,肝失疏泄,均可造成心肝郁火,气血失调。肝气郁结,气有余则为火,暗灼阴血,煎熬阴津,造成津伤液耗、血分郁热,从而络热血瘀、脉络暗损。

饮食不调:嗜好酒浆、贪食肥甘厚味,酿热生痰,《医学入门》云:“热痰因厚味积热”。饥饱失宜,或形盛气弱,中气亏虚,脾失健运,聚湿生痰,汇于脉络,痰郁化热,瘀阻脉道,热灼血液,均可致血行瘀滞;痰瘀胶结,瘀热相搏,日积月累,脉络渐伤。

研究表明,动脉硬化特别是脑动脉硬化及高血压病均与肝肾亏虚、络热血瘀有密切关系,而高血压病与气血的升降失调更是直接相关。如张玉萍通过对200例动脉硬化症患者的证候调查,发现50%的患者均有肾虚衰老表现,从而提出肾虚是动脉硬化的共同病理基础^[4],贝润甫等提出动脉硬化与年老肾亏,精髓渐空,脑海不充有关^[5~7];另一方面,动脉硬化与高血压病以及冠心病等均为心身疾病,与情志、个性因素导致的植物神经功能紊乱密切相关^[8];而这些脑出血发病的基础病变与饮食不调的关系更是不言而喻^[9,10]。

1 南京中医药大学第三附属医院,江苏省南京市金陵路1号(200001)

2 南京中医药大学

收稿日期:1999-01-08

1.2 诱因——情志、劳逸、气候、餐饮之不当

内伤积损,气血失调只是具备了脑出血发病的内在基础;发病与否,则必由某些特定因素所触动,致使气血骤然失调,这是脑出血发病的重要条件。现分述如下。

情志失宜:卒然大怒,或因事过于焦虑、急躁紧张,肝气失疏,肝阳上亢,致使气血骤然逆乱,血随气逆,上冲于巅;气有余则为火,血有余则是瘀,瘀热煎灼,气血冲激,加之脑络本弱,乃使络破血溢,致成脑中“蓄血”。因此《素问·生气通天论》云:“大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥”。

劳逸过当:不思年岁高低,争强斗胜,辛勤劳作;或者处心积虑,用脑太过;也有房室纵欲,过于疲劳;更有大便干结,难于努责;肝气过旺、疏泄失常,肝阳上亢,导致气血激荡,上冲于脑,发为脑络破损之疾。

气候骤变:冬春之际,抑或秋冬之交,气候暴冷或冷暖交替骤变,寒邪外裹,气血内郁,肝气疏泄受扰,气血循行骤然逆乱,气旺鼓血上逆,气血激荡,血随气升,上冲于脑。因此,脑出血的发生,具有明显季节性。

餐饮不节:过饮酒浆,激动气血,血气逆乱,上冲于脑,适遇脑络薄弱,则破溃溢血。

上述诱因虽与病因诸项有相似的一面,但诱因之情志、劳逸、餐饮等造成的气血失调往往是骤然发生,变化剧烈,其来也速;而病因中相对应之因素造成的气血失调往往是作用长而持久、变动的程度较小而缓,其来也渐。病因之内伤积损、气血失调是脑出血发病的基础,而诸诱因则在此基础上造成“血之与气,并走于上,则为大厥”(《内经》)的结局,它导致了气血的逆乱,血压之骤升。

1.3 脑出血病因和诱因的回顾性调查

我们回顾了1986年到1996年10年间南京市中医院收治的脑出血患者资料。在513例脑出血患者中,中医病因有肝肾亏虚者387例(75.44%),情怀久郁,紧张焦虑者433例(84.41%),饮食不节者453例(88.30%),嗜酒者147例(28.65%),常食肥甘者259例

(50.48%),饮食过咸者47例(18.91%)。前期疾病中,患高血压病487例(94.93%),动脉硬化366例(71.35%),糖尿病271例(52.83%),冠心病387例(75.44%)。脑出血的诱因中,情志不节109例(21.25%),与人争执26例(5.07%),看电视31例(6.04%),烦恼52例(10.14%),气候骤变344例(67.06%),饮酒61例(11.89%),劳逸过当194例(37.82%),用脑76例(14.81%),体力劳动45例(8.77%),大便51例(9.94%),睡眠过少18例(3.51%)。中医病因中,肝肾亏虚,情怀久郁、紧张焦虑及饮食不节3个方面所占百分比之和远远大于100%;前期4个疾病所占百分比之和也超出100%;提示脑出血的病因是多方面综合作用而成,前期疾病也是重叠兼见。诱因也可相兼,而以某一因素为主。

2 瘀热阻窍是脑出血急性期的中心环节和主要证型

2.1 血随气逆,络破血溢

在肝肾不足,络热血瘀造成脉络暗损基础上,由于诱因的触动,肝之疏泄失调,脏腑气机升降骤然逆乱,则血随气逆,冲激于脑;加之气有余则为火,血有余则是瘀,发病之时气火上冲,迫血上涌,血分瘀热,煎灼脑络;复加脑络本已薄弱,乃致络破血溢。瘀热程度较轻,则出血量较少而缓;瘀热程度较重,则出血量较多而急,故血分瘀热上冲,是造成脑络破损的直接原因。《素问·调经论》所说:“血之与气,并走于上,则为大厥。气复反则生,气不反则死”。即已明确指出中风——大厥的发病基础为血随气逆。

2.2 脑中蓄血,瘀热阻窍

脑络破损,血溢于脑;离经之血,蓄积于脑,便是脑中蓄血^[1]。瘀血阻滞脑窍,血停则气滞、气滞则血瘀,二者互为因果,导致气血壅滞脑窍,不能顺降;郁而化热,而致瘀血搏结,此即张秉成所说“血瘀之处,必有伏阳”(《成方便读·复元活血汤》),故脑中蓄血必然形成瘀热阻窍之证。瘀热留滞不去,除损害脑元、滞碍神机之外,也是导致部分患者脑部血肿扩展或急性期

内再度出血的原因。

2.3 风、痰、火、虚，皆因瘀热

脑出血急性期病在脑窍，但从整体观念辨证分析，涉及心、肝、肺、肾、肠等多个脏腑功能的失调，见症多端，而其病理重点是气血失调，病理的中心环节则在血分瘀热，瘀热阻窍是脑出血急性期的本证，亦即主要证型。

如果血分瘀热本不甚著，脑络破损后出血量不多，则瘀热阻窍的病理较轻，临床上可以仅见不典型的瘀热阻窍证候，症见面色轻度潮红、肢体偏侧麻木乏力、舌质偏红、脉来弦劲，即明·李中梓所说的“中血脉”证候（无神志及腑实证候）；血分瘀热较甚，脑络破损中等量出血，则临床可见到比较典型的瘀热阻窍证候，出现神昏、躁扰、半身不遂、舌强语謇、腹胀硬满、大便秘结，或见身热、面色红赤甚至暗红、舌质红绛甚或紫暗、舌苔黄、脉弦滑数或结等症，肝风、痰热、火炎及正虚之表现可以不著，即李中梓所指“中腑”的证候（“内有便尿之阻隔”，可以伴轻、中度神志障碍）；若血分瘀热极盛，脑络破损出血量大者，则瘀热阻窍证更加显著，出现一系列变证。

瘀热胶结，搏结不解，则热愈炽、瘀益甚，气机愈壅，而进化火，生风，成痰（水），三者互为因果、兼夹，表现“火动风生”、“风助火势”、“痰因火动”、“痰郁化火”、“风动痰升”、“气滞津停”、“血不利则为水”等病理演变，终致风火相煽，痰瘀闭阻，进一步加重了脑出血急性期瘀热阻窍的病理。表明瘀热为致病之本，风、火、痰（水）为发病之标。同时瘀热炽盛，必然燔灼阴津，耗伤正气，因实致虚，肝肾暗伤。瘀热炽盛，弥漫三焦，气机升降愈加壅滞；痰热壅盛，阻塞气道，肺失肃降，则见痰多息涌，声如拽锯；阳明瘀热，轻则热结肠腑，积滞内停，大便不通，发热如潮，重则神识昏蒙；甚则燔灼阴络，导致便黑如漆的继发性下焦蓄血证，也可并见吐血（“中腑”）。甚则转入“九窍闭塞”的“中脏”（包括闭、脱两证），表现“阳闭”证候；若正气逐渐不支，则势必转为“中脏”的“内闭外脱”。若出血量大或位在生命中枢，病势急迫，瘀热阻窍证的外在证候尚未完

全显现，正气已经不支，阴阳迅即离决，则可突发卒倒无知、汗出如油，直接表现为“脱”证而并无“闭”证过程，此又为瘀热炽盛而出现的极为凶险的另一类变证。

2.4 瘀热阻窍证的辨证要点

根据脑出血急性期病员的临床证候表现，脑出血急性期瘀热阻窍证的辨证要点可归纳为以下几点：（1）神昏躁扰不宁，或昏蒙不语，或神志恍惚不清；（2）半身不遂，肢体强痉拘急，口歪，舌强语謇；（3）腹胀硬满，大便干或大便秘结；（4）或有身热；（5）面色红或暗红如赭色；（6）舌质红绛或紫暗，舌苔黄；（7）脉弦滑数或结。符合以上 4 条者，即可诊断为瘀热阻窍证；此即脑出血急性期瘀热阻窍证的证候诊断标准。本证可兼“风”、“火”、“痰（水）”证，但不包括“内闭外脱”、“脱证”。

3 凉血通瘀法是治疗脑出血急性期重要法则

3.1 凉血清热折病势

肝肾亏虚、内伤积损、络热血瘀、脉络暗伤是脑出血发病之本源；五志过极、酒食肥甘、感受寒冷、劳逸不当是其发病条件；病发之后，脑络破损，脑中蓄血，气滞血瘀，瘀热阻窍，搏结不解，变生风、火，酿化痰水，而致证候繁复，变化多端。但其病机之根本在于血分瘀热。

张景岳在“非风”治则中谈到，“治热必从血分，甚者用苦寒，微则用甘凉”，开创了凉血清热法治疗本病的先河。应用甘寒凉血、苦寒清热是血分瘀热的正治。凉血则热自消，清热则血自凉，二者相辅相成，既可使血中之热不致煎熬营血成瘀，并能防止瘀郁生热，阻断瘀热化火、生风、酿痰之病理链。同时凉血清热对于已生之风、火、痰也有直接清除作用。

瘀热搏结，迫血妄行，不仅是造成脑出血的原始动因，且使神机被阻，络瘀血热更甚；造成脑中血肿进一步扩展或二次出血，并继发性上消化道出血，故凉血清热直折病势，可以宁血止血，并有助于防止继发性动血。

3.2 通腑降逆顺气机

“血之与气，并走于上”，脑络破损，瘀热阻窍。气机有升无降，脑中瘀热，壅搏结不解，精明

失用,损害脑腑,变生诸症,故及时顺降气血是解除瘀热阻窍证的重要一环。

瘀热阻窍,每与热结阳明相关。因阳明胃、肠专司气机之通降;机体气机紊乱、升降失调则阳明通降之责失司,积滞内停,燥矢内结,腑热上蒸,必然加重瘀热阻窍之病势;瘀热酿痰,痰热阻滞阳明,腑气益加不通;瘀热里结阳明,则可见到络脉破损,阳明蓄血,粪色如漆,大便反易。是故本证之治,必须包括通腑泄热、顺降阳明之法。

再者瘀热阻窍,弥漫三焦,可使正气受损、多脏同病。“脏病以腑为出路”,通腑泄热法能给邪以出路,故及时应用通腑之法,可以“釜底抽薪”,达到“以下为清”的目的,挫气火上逆之势,清解血分瘀热。本法不仅适用于“中腑”之证,对于“中血脉”之证也有预防阻断作用,对于“中脏”之阳闭证也有泄热通闭醒神作用,使病情逆转。因此,通腑是顺降气血之逆的快捷而有效的方法。

3.3 通脉散瘀除蓄血

脑中蓄血既是瘀热上冲的结果,也是引起瘀热阻窍、搏结不去的原因之一。通脉散瘀可以消散脑中有形之蓄血,以免酿化生郁热,瘀热相搏;同时通脉散瘀可以畅通周身血行,孤立热势,以免血与热结,损伤正气,耗伤阴津,血液稠浊;血热易生风,血行风自灭,行血散血可有效地防止动风及酿痰。

3.4 凉血通瘀法的组方思路

凉血通瘀法是我们根据脑出血急性期的中心病理环节和主要证型——瘀热阻窍证而制订的治疗大法。经系统的临床观察,该法对于脑出血急性期具有良好的治疗作用,临床和实验证明,该制剂有促进脑内血肿吸收、减轻脑水肿、改善瘀热阻窍证症状和神经功能缺损积分(及中风积分)、抗脂质过氧化损伤及钙离子过载、调节血栓素/前列环素比值、降低内皮素、调节考的松及甲状腺激素等多层次、多方面的综合作用。

凉血通瘀法采用《千金要方》犀角地黄汤和《伤寒论》桃核承气汤加减,以大黄、水牛角为

主,大黄清热泻火、凉血祛瘀、通腑泄热,是历代治疗中风主药之一,如河间“三化汤”中即有该品,《本经》谓其能“下瘀血、血闭寒热…荡涤肠胃,推致致新。”水牛角功类犀角,有清热凉血之功,两药相合互补,更能加强凉血化瘀作用;生地为辅,滋阴清热,凉血宁血,更兼散瘀之功,是治疗营血热盛的代表药物,古方“清营汤”、“犀角地黄汤”等均含本品,《本草求真》说“生地黄……凡吐血…蓄血,其证果因于热盛者,无不用此调治”,可见其效之佳。佐以桃仁活血祛瘀润燥,助大黄泻下瘀热,是治疗蓄血证的代表药物,桃核承气汤、复元活血汤等含有本品,《珍珠囊》称其能“治血结、血秘、血燥、通润大肠,破蓄血。”使以冰片芳香走窜,开窍醒神,引药上行以达巅顶,《本草纲目》云:“(冰片)通诸窍,散郁火”。诸药配合,共奏凉血化瘀、通腑泄热之功。该方苦寒、甘寒相合,清热、散瘀同用,祛邪为主,兼以顾正,组方融古鉴今,故临床对脑出血急性期瘀热阻窍证具有良好的治疗作用。

4 参考文献

- 1 全国脑血管病防治研究领导小组及办公室. 全国脑血管病防治研究规划纲要(1990~2000年). 中华神经外科杂志, 1990, 6(1): 72.
- 2 王新志, 韩群英, 陈贺华. 中华实用中风病大全. 北京: 人民卫生出版社, 1996, 15.
- 3 王忠诚. 中国六城市神经疾病的流行病学调查. 中华神经精神科杂志, 1985, 18: 1.
- 4 张玉萍, 陈小翠, 张国庆. 从“肾”论治动脉硬化症. 上海中医杂志, 1989(2): 10.
- 5 贝润甫. 脑动脉硬化证治. 浙江中医杂志, 1986, (3): 107.
- 6 林曲. 升清养髓汤治疗脑动脉粥样硬化 82 例. 广西中医药, 1988, 11(1): 10.
- 7 杨先环. 脑动脉硬化症之我见. 湖北中医药杂志, 1990, (1): 32.
- 8 北京医学院等六校合编. 医学心理学. 南京: 江苏科学技术出版社, 1984, 72.
- 9 刘超然. 国外医学生物医学分册, 1979, (3): 273.
- 10 周仲瑛. 周仲瑛临床经验辑要. 北京: 中国医药科技出版社, 1998, 54.
- 11 樊葵, 周安南. 从伤科角度谈出血性脑卒中活血化瘀治法的确立. 中国中医急症, 1994, 3(3): 124.