

· 综 述 ·

中医药防治缺血性中风的临床研究概况

黄月芳* 章正贤

(浙江省中医院神经内科, 杭州市邮电路 54 号, 310006)

* 通讯作者: ydh@zjwst.gov.cn, (0571) 87071039

[摘要] 中医药防治缺血性中风, 辨证施治主要有 3 型: 阴虚风动, 气虚血瘀, 痰浊阻滞。也有按病情缓急分型辨治。具体治则治法有活血化瘀, 益气活血, 祛风化痰, 活血利水, 化痰通络, 解毒护脑等。存在问题: 应重视科研设计, 制定统一标准, 寻找新的有效方法, 加强新制剂研究等。

[关键词] 中医药; 缺血性中风; 临床研究

缺血性中风具有发病率高、病死率高、致残率高等特点。有报道, 脑血管病是老年入三大主要死因之一, 其中急性缺血性脑血管病占脑血管病的 43%~65%, 病死率为 15%~25%^[1], 脑血栓形成占出血以外脑血管病的 9/10^[2]。现将近年来中医药防治缺血性中风的临床研究进展概述如下。

1 辨证施治

辨证施治是中医药防治疾病有效的方法, 其辨证以下列 3 型出现次数最多。即: ①阴虚风动型, 症见头晕头痛, 面红目赤, 烦躁易怒, 呕吐呃逆, 半身不遂, 语言不利, 肢体震颤, 筋脉拘急。舌红、苔黄, 脉弦数。治予补益肝肾, 镇肝熄风。方选天麻钩藤饮, 或地

黄饮子, 或青蒿鳖甲汤, 或镇肝熄风汤。②气虚血瘀型, 症见头晕心悸, 面黄神疲, 气短乏力, 半身不遂, 舌强语謇, 偏身麻木。舌胖淡暗或有瘀斑, 舌苔薄白或白腻。治予益气活血。方多选补阳还五汤。③痰浊阻滞型, 症见形体肥胖, 胸腹痞满, 神识昏蒙, 半身不遂, 口眼歪斜, 四肢不温, 喉中痰鸣, 舌质暗淡、苔腻, 脉弦滑。治予化痰通络, 方选半夏白术天麻汤, 或温胆汤, 或导痰汤等。如陈建华等^[3]除分上述 3 型外, 肝阳暴亢型, 方用龙胆泻肝汤加减; 痰热腑实型, 方用温胆汤合大承气汤加减, 并配合血疗。结果痊愈、显效率及总有效率与对照组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。徐龙云^[4]对急性缺血性中风除上述分型

药用: 通草 10g, 炙甘草 30g, 益母草 30g, 当归 15g, 细辛 10g, 桂枝 15g, 乌枣 20g, 吴茱萸 10g, 赤芍 15g, 川芎 15g, 桃仁 10g, 牡丹皮 10g, (炮) 附子 20g, 干姜 20g, 麻黄 5g, 生姜 30g。每日 1 剂, 水煎服, 共 7 剂。配合中药热奄包(吴茱萸 30g, 黄芥子 30g, 紫苏子 30g, 菟丝子 30g) 热敷小腹以祛脏寒。隔日配合传统疗法雷火灸治疗以助阳气得复。2010 年 6 月 29 日二诊: 服药后诸症缓解, 睡眠改善, 夜尿减少, 大便干结改善, 现大便成形顺畅; 配合雷火灸治疗后腰部畏寒好转, 经期仍有少许腰痛, 末次月经: 2010 年 6 月 18 日, 月经量较前多; 经色改善, 现经色鲜红, 无痛经, 白带量减少。手脚冰凉改善, 手脚心微出汗。面部、前额未见新发痤疮。情绪稳定。舌淡、苔薄白, 脉沉细。前方药物增加当归、乌枣、(炮) 附子药量, 续服。嘱继续配合中药热奄包及雷火灸治疗。2010 年 8 月 3 日三诊: 服上药 20 余剂后患者诸症明显改善, 现停药 2 周, 未

次月经后期 9 日, 色质量同前, 已无明显带下异常。少许大便干结, 成形尚顺畅。余病情稳定。舌淡红、苔薄白, 脉沉细。考虑患者沉寒已破, 现应以八珍汤补肾益气养血, 温养冲任。温补先天肾气以生精, 培补后天脾胃以生血, 使精血充足, 冲任得养, 以助胎孕成。药用: 当归 15g, 白芍 15g, 川芎 15g, 熟地黄 15g, 党参 30g, 白术 30g, 茯苓 30g, 炙甘草 15g, (姜制) 砂仁 10g, (熟) 附子 15g(先煎), 巴戟天 10g, 干姜 10g。2010 年 9 月 14 日四诊: 服用上方后腰部寒凉感诸症明显缓解, 已停药 6 周; 末次月经 2010 年 7 月 20 日, 色质量同前。现停经 56 天, 查血、尿妊娠试验阳性。诊为早孕。

参考文献

- [1] 杨志敏, 黄鹂, 杨小波, 等. 亚健康人群的中医体质特点分析[J]. 广州中医药大学学报, 2009, 26(6): 589-592.
 - [2] 中国中医药学会. 中医学名词术语 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994.
- (收稿日期: 2010-11-12; 修回日期: 2011-01-16)

[编辑: 洪涛]

治疗外,还分痰迷心窍型,方用涤痰汤、解语丹,结果42例患者显效20例,好转22例。

还有根据病情缓急进行分型辨治。如吴长富^[5]治疗52例中风患者,其中脑血栓形成39例,急性期分为风痰入络型,用天麻钩藤饮合导痰汤;痰热壅盛、蒙窍阻络型,用羚羊钩藤汤合承气汤;脱证用参附龙牡汤合生脉饮。恢复期为气虚血瘀型,用补气活血法治之。总有效率为90.38%。

以上述辨证施治,其分型与治则基本一致,但具体用药又有许多不同。对气虚血瘀型,基本上都是采用补阳还五汤;对阴虚阳亢型,分为阴虚阳亢型,肝风内动型^[4];对痰浊阻滞型,根据痰阻部位和痰浊性质又划分为风痰入络,痰热壅盛、蒙窍阻络两型^[5]。

2 治则治法

中医学认为,中风的形成不外乎虚、风、火、痰、气、血六端,病机总属阴阳失调,气血逆乱。病位在脑,与肝、肾密切相关。治疗其总体思路“以法立方,随症加减”。

2.1 活血化瘀法

血瘀是本病基本病机,活血化瘀法乃治疗本病的基本大法。王建新^[6]根据临床治疗经验,提出中风病本质为血瘀,治疗以祛瘀为要,无论是缺血性中风,抑或出血性中风,活血化瘀法贯穿于治疗的始终,并根据临床证型不同,适当配合相应方法,可获得相得益彰的效果。从有关报道看,尽管许多学者强调活血化瘀法在缺血性中风的应用,但单以活血化瘀法治之者甚少,多是以活血化瘀法为主配以它法,或以它法为主配以活血化瘀法。

2.2 益气活血法

气虚血瘀是中风的重要病机,气虚是本病之本,血瘀乃本病发生发展的核心,气虚血瘀为缺血性中风急性期的一个主要病理基础,气虚血瘀则脑脉闭阻,发为中风。在治疗中采用益气活血法治疗本病,选方多用补阳还五汤,或自拟益气活血方。张德景^[7]对102例脑梗死患者随机分为治疗组(72例)及对照组(30例),分别采用益气活血通络法治疗和维脑路通治疗,结果治疗组总显效率为70.83%,对照组为44.33%($P < 0.05$),治疗组总有效率为94.44%,对照组为76.67%($P < 0.05$)。

2.3 祛风化痰法

褚桂克^[8]认为,急性缺血性中风的基本病机为风痰瘀痹阻脑络,脑络瘀阻造成脑失所养,而致神志、精神、语言、肢体功能等诸种障碍,脑络瘀阻以络

虚为本,风、火、痰、毒、热皆可致瘀,为中风之标实,其急性期常是多种因素同时作用于机体、病机多变,风(内风与外风)、火、痰、热、毒、瘀、气、虚等相互影响。用熄风化痰活血汤治疗,通过临床观察证明其有改善血液循环、抗血栓形成及抗血小板聚集作用,可明显改善缺血性中风患者的血液流变学指标,同时升高血清NO水平,对血管内皮有保护作用。

2.4 活血利水法

张学文^[9]提出颅脑水瘀是本病的主要病机,颅脑瘀血与水湿痰浊互阻脑窍,认为中风急性期,瘀血内停,水津外渗,易造成水瘀互结于脑导致水瘀证。神明失主、肢体失用、七窍失司症为主要表现。治疗宜活血瘀结合利水,认为活血可促进行水,利水可促进活血。本法具有扩张脑血管,缓解血管痉挛等作用,其采用活血利水法制成的脑窍通口服液治疗本病取得了显著的疗效。

2.5 化痰通络法

缺血性中风急性期痰浊症状表现尤为突出,即使是在急性期过后,痰瘀阻络仍贯穿于整个病机过程,故化痰祛瘀通络为中风急性期后重要治则。因此,根据病情以化痰法配合活血通络或配其他方法治疗本病。张英才等^[10]采用化痰通络汤(清半夏,生白术,天麻、胆南星、丹参等)治疗缺血性中风46例,总有效率为95.6%,揭示本方有化痰、通络、降低血液黏稠度,改变血液的浓、黏、凝、聚的作用。

2.6 养阴活血法

认为中风后遗症期以肝肾阴虚、脉络瘀阻证为多见,中风后的常用治法为益气活血养阴,具有益气活血养阴的汤剂及中成药在临床上被广泛使用,国内在临床、临床基础及实验方面都做了大量的工作,并取得了一定的成绩。

2.7 益肾祛瘀通络

冯学功等^[11]认为,肾虚气弱、风痰瘀血阻络为缺血性中风恢复期的重要病机,以益肾培元、化痰祛瘀、疏风解郁通络为法,组方脑络宁,治疗42例缺血性中风恢复期患者,愈显率76.19%。治疗组临床疗效、症状疗效及改善血脂、血糖、血流变学等方面均优于对照组($P < 0.05$),并有一定降压作用。

2.8 解毒护脑法

刘毅^[12]认为,“内生毒邪”是缺血性中风的重要致病因素,“毒损脑络”是病机关键,治疗上予中风解毒方,通腑泻毒、清热解毒、活血祛毒、豁痰化毒,效果显示,中高剂量中风解毒方能缩小梗死面积,改善

神经功能缺损评分,保护脑功能,为中风从毒治疗提供了实验依据。

3 单方复方

治疗缺血性中风的单味或复方大多以活血化瘀药为主组成。

曹晓岚等^[13]采用脑安胶囊治疗急性缺血性中风50例,结果表明,该药治疗缺血性中风的临床疗效愈显率为54%,总有效率94%;证候疗效愈显率72%,总有效率92%,均优于对照组。认为本药具有治疗效果好,证候改善快的特点。

刘慰祖等^[14]应用心脑血管舒通片治疗脑血栓形成30例,结果显效21例,有效8例,无效1例,总有效率为96.7%。治疗后血总胆固醇,低密度胆固醇及全血高、低切黏度,血浆黏度均有明显下降($P<0.01$),与心脑血管舒通胶囊对照组相比,两者差异无统计学意义。

陈玉明等^[15]应用脉络宁注射液、生脉注射液对30例CT检查证实的急性脑梗死患者进行治疗,取得了显著疗效。全达^[16]以大剂量川芎嗪(240mg/d、320mg/d)治疗本病80例,结果治疗组总有效率为90%,疗效显著优于对照组。张海声^[17]以大剂量丹参注射液静脉推注治疗本病,其疗效优于同剂量静脉滴注,有效率分别为96.6%和79.9%。周绍华等^[18]以赤芍801(通脉酯注射液)治疗263例急性脑血栓形成,总有效率为92.01%,疗效优于低分子右旋糖酐对照组。陈建家^[19]用水蛭口服液治疗脑梗死50例,有效率和痊愈率分别为98%和20%,疗效优于低分子右旋糖酐加丹参对照组。

单既良^[20]采用中药消栓片(地龙、牛膝、川芎、丹参等)治疗脑血栓形成100例,并设浙江腹蛇抗栓酶对照组,结果疗效显著优于对照组,血液流变学等指标也随之改善。林越^[21]用清开灵治疗脑血栓形成急性期39例,有效率为82.1%。张学文等^[22]用通脉舒络液(黄芪、丹参、川芎、赤芍等)静脉滴注,同时口服补阳还五汤治疗脑血栓214例,总有效率99.1%。李长生^[23]对缺血性中风患者30例用脑塞奇克口服液治疗,结果基本痊愈11例,总有效率为86.7%,疗效显著优于对照组,认为脑塞奇克口服液是防治脑血管病的有效药物。王云翔等^[24]运用中药脑心康胶囊配西药扩张血管剂治疗的缺血性中风65例,并与西药扩张血管剂治疗的30例作对照,结果治疗组治愈率为61.6%,对照组治愈率为50%。俞大毛^[25]用消栓汤治疗脑血栓形成急性期68例,总有效率为

83.8%。彭士桥^[26]用加味黄连解毒汤治疗急性脑梗死,总有效率为92%,认为本方可增加大脑各部血流,缩小梗死范围。杨庭光^[27]用中风1号方(大黄、桃仁、水蛭等)治疗脑梗死急性期100例,痊愈29例,显效30例,总有效率98%。

刘国华^[28]神脑康对急性缺血性中风患者神经功能及载脂蛋白的影响,将400例急性缺血性中风患者随机分为神脑康组212例,口服神脑康胶囊;对照组口服脑益嗉片,疗效均为8周。结果神脑康胶囊治疗急性缺血性中风能明显改善神经功能缺损程度,并使脂代谢紊乱得到改善。

4 问题与对策

4.1 应重视科研设计

从文献中可以看出,多数临床报道文献缺乏合理的科研设计。缺乏合理的科研设计,无形中降低了研究结果的可信度和科学性,或者说其疗效优劣不能真正反映出来。临床设计应该遵循下列原则:有明确的研究目的,研究对象的选择要严格,采用随机化分组和“盲法”原则,规定统一的治疗方法,选择客观的疗效观察指标,选择诊断标准与疗效评定标准以及合适的统计学分析方法等。其中最重要的是对照组的设立,采用随机化分组和“盲法”原则。中风病属神经系统疾病之一,在中风病中,神经系统功能缺失的恢复包括自愈过程和病理学的修复过程两个部分^[29]。因此,中风病设立对照组显得尤为重要,否则,很难区分是自然康复或是治疗效果。正确的分组是保证齐同对比的关键之一,目的是减少偏倚,增加治疗结果的正确性,结合中风病形成因素甚多,病情复杂,中风病分组方法最好采用随机分层分组原则。另外,为了避免偏倚,设计中还应采用“盲法”(包括单盲,双盲)。实际上,不仅中风病临床设计中存在许多问题,其他疾病的临床设计也同时存在这方面问题^[30],因此,提高中医临床科研设计水平更为迫切。

4.2 应制定统一的辨证分型标准和疗效评定标准

由于分型标准的不统一,势必会影响疗效的评定,使各个相关资料缺乏对比性,以致难以从中找出较好诊治规律来指导临床工作。本病有效率的报道相差很大,其原因除治疗方法不同,分型标准不统一外,其中疗效评定标准不统一也是重要原因。因此,研究辨证分型和疗效评定标准的个别特殊情况外,应及早制定较为完善的全国统一的辨证分型标准和疗效评定标准,并予以实施。

4.3 应寻找新的有效方法

一般认为,血瘀是本病的基本病机,因此,大多数学者倾向于活血化瘀法或补气活血法的应用。随着缺血性研究的深入,可以看到,活血化瘀药物治疗本病也有许多问题有待解决。活血药多有溶栓、扩张血管、增加脑血流量的作用,这对缺血性中风早期虽有重建供血,但可使脑中自由基增多,甚至促发出血性梗死,引起缺血性再灌注损伤、使病情进一步恶化,而补气活血法是更强的血管扩张剂,这些方法对本病应慎用或禁用。现代医学对抗凝治疗结果表明,完全性脑卒中抗凝治疗所获得的效益都被脑出血危险的增加所掩盖,因而被摒弃,进展性卒中如有大血管进行性血栓性闭塞,短期内应用抗凝治疗可能有益,但还存在争论。利水、化痰之法尽管在一定时期内能起到一定作用,但易致血液的高凝状态等许多不良后果。我们认为,对缺血性中风的中医治疗,不应局限于所谓的活血、补气活血等法,应结合现代医学研究成果和较为先进的检测方法,进一步探索缺血性中风的形成机理,探求治疗缺血性中风的新途径,寻找更有效的治则治法及相应方药。

4.4 加强中药新制剂的研究

缺血性中风具有发病急,病情危重,变化快等临床特点。从目前所用的中药制剂看,大多数是传统剂型,因此必须采用先进工艺,研究疗效确切,作用迅捷的新剂型。

参考文献

- [1]陈可冀.急性缺血性脑血管病的治疗[J].中西医结合杂志,1990,10(6):327.
- [2]刘梓荣.老年医学[M].北京:人民卫生出版社,1985:134.
- [3]陈建华,杨秀捷,赵冰.中医辨证合血疗治疗急性脑梗死60例临床观察[J].中国中医急症,1998,7(2):72-73.
- [4]徐龙云.辨证治疗缺血性脑卒中42例疗效分析[J].吉林中医药,1986,(1):22.
- [5]吴长富.中医辨证救治中风52例临床分析[J].江苏中医,1988,9(2):6-7.
- [6]王建新,刘芳,魏稼.中风之本与活血化瘀之用[J].江西中医药,1995,26(4):17-18,20.
- [7]张德景.益气活血通络法治疗脑梗死72例疗效观察[J].中医研究,1996,9(3):19-21.
- [8]褚桂克.熄风化痰活血汤治疗急性缺血性中风30例临床研究[J].国医论坛,2006,21(1):18-19.
- [9]李军.张学文教授论颅脑水病证治[J].中国中医急症,1993,2(5):209.

- [10]张英才,高纪英.化痰通络汤治疗缺血性中风46例[J].陕西中医,1996,17(3):108.
- [11]冯学功,瞿道.脑络通治疗缺血性中风恢复期临床研究[J].中国中医急症,1998,7(5):199-201.
- [12]刘毅.中风解毒方对急性脑缺血大鼠脑梗死面积和神经功能缺损的影响[J].上海中医杂志,2005,39(6):50-55.
- [13]曹晓岚,关新华,张秀清,等.脑安胶囊治疗急性缺血性中风50例[J].中国中医急症,1999,8(2):70-71.
- [14]刘慰祖,陈汝兴,袁灿兴,等.心脑舒适片治疗脑血栓形成30例疗效观察[J].中成药,1998,20(2):23-24.
- [15]陈玉明,洪霞.联用脉络宁生脉注射液治疗急性脑梗死[J].中成药,1999,21(1):48.
- [16]全达.大剂量川芎嗪治疗急性缺血性脑血管病80例[J].实用中西医结合杂志,1992,5(32):145-146.
- [17]张海声,敬长春.大剂量丹参注射液治疗缺血性脑血管病120例[J].陕西中医,1991,12(4):153.
- [18]周绍华,孙怡,林世和,等.赤芍801治疗急性脑血栓形成临床疗效观察[J].中国中西医结合杂志,1986,6(9):561.
- [19]陈建家.水蛭治疗脑梗死50例疗效观察[J].江苏中医杂志,1987,(4):11-12.
- [20]单既良.中药消栓片治疗脑血栓形成的临床与实验室检查[J].中药新药与临床药理,1992,3(3):15-17.
- [21]林越,高彦彬,寿小云,等.清开灵在内科急诊中的应用[J].中医杂志,1993,34(1):31-33.
- [22]张学文,陶根鱼,李守朝,等.通脉舒络液结合辨证治疗中风[J].中医杂志,1987,28(7):506-507.
- [23]李长生,盛子敬,关新华,等.脑塞奇克口服液治疗缺血性中风的临床观察[J].中西医结合实用临床急救,1996,3(7):289-291.
- [24]王云翔,陈治水,孙旗立,等.脑心康治疗缺血性脑血管疾病65例[J].辽宁中医杂志,1995,22(12):552-553.
- [25]俞大毛.消栓汤治疗脑血栓形成68例[J].浙江中医杂志,1987,22(10):441.
- [26]彭世桥,阎坤.加味黄连解毒汤治疗脑梗死[J].浙江中医杂志,1991,(6):26-27.
- [27]杨庭光.中风1号对脑梗死急性期治疗前后血液流变学的影响[J].中国中医急症,1993,2(4):151.
- [28]刘国华,闫瑞萍,李丽华,等.神脑康对急性缺血性中风患者神经功能及载脂蛋白的影响[J].中国中医药信息杂志,1999,6(8):51.
- [29]孟家眉.神经内科临床新进展[M].11版.北京:北京出版社,1994:5-6.
- [30]万海同.要重视临床试验设计[J].南京中医学院学报,1994,10(6):56.