

活血化瘀为脑出血急性期治疗关键

▲复旦大学附属中山医院 蔡定芳



蔡定芳 教授

近代张伯龙、张山雷、张锡纯结合现代医学知识,认为卒中的发生主要是由于肝阳化风,气血并逆,直冲犯脑所致。

脏腑功能失调,气血逆乱,血溢脑脉之外而发病,瘀血既为脑出血的病

理基础,又为其病理产物,故活血化瘀为脑出血急性期治疗之关键。多项研究提示,活血化瘀法具有促进血肿吸收,改善神经功能缺损,降低致死、致残率,以及改善远期预后及生活质量等作用。

中国中医科学院西苑医院谢道珍教授,以中医经典理论“气为血之帅,血为气之母,气行则血行,气滞则血瘀”为指导原则,化裁中医经典《金匱要略》中祛瘀生新功效的“大黄蛰虫丸”及《医林改错》中补气活血功效的“补阳还五汤”,拟定黄芪、水蛭、石菖蒲、牛膝、

牡丹皮、大黄、川芎7味药组方,经研发制成脑血疏口服液,具有益气、活血、化瘀之功。多项临床研究提示,可以改善神经功能缺损程度,预防二次脑损伤发生,促进残留血肿吸收,降低并发症,缩短脑出血患者的住院时间,减少整体医疗卫生费用等作用,从而改善患者预后。

现代网络药理学研究提示其治疗脑出血的机制涉及靶标40个、相关信号通路20条,可能与PI3K-Akt、肿瘤坏死因子、细胞凋亡等信号通路有关,而且ESR1、AKT1、

PIK3CA、AKT3、EGFR、PTGS2、MMP2、MMP3等靶点可能在治疗脑出血过程中发挥着关键作用。

脑出血发病30d的病死亡率高达35%~52%,仅约20%的患者在6个月后能够恢复生活自理能力。活血化瘀法是治疗脑出血的有效方法,但在运用时间窗、药物用量等细节方面尚需参考国外经典随机临床研究设计,譬如主要疗效指标采用发病第90d的改良Rankin评级,遵循多中心、随机、空白对照等原则,进而获取更高级别的循证医学证据。

中西医结合改善脑出血远期预后

▲上海中医药大学附属曙光医院 俞晓飞



俞晓飞 教授

中医称出血性卒中为脑出血,常见病因是自发性高血压性脑出血。脑出血发病急骤、病势凶险、死亡率高,占有出血性卒中患者的20%,却导致了50%的卒中死亡。急性脑出血30d内死亡率接近35%,存活者中70%~80%遗留后遗症且不同程度地丧失劳动能力。

缺乏改善预后的有效措施

急性脑出血治疗包括内科药物治疗和外科手术两类。脑出血药物治疗原则主要为控制血压避免再出血、神经监护、对症基础治疗、防止相关并发症等。目前,仍没有明确的干预措施可改善脑出血临床预后。近十年相关临床研究,如止血药物限制血肿扩大、急性期强化降压、不同方式清除血肿等,结果均显示不能有效改善脑出血患者90d预后。

脑出血损伤包括原发性损伤和继发性损伤。原发性损伤由急性期颅内血肿对周

围脑组织机械压迫和刺激所产生;继发性损伤主要包括脑水肿和炎症反应等。

脑出血后血肿周边脑组织缺血、缺氧,导致细胞功能受损、坏死,激活大量炎症细胞,使相关炎症细胞因子释放入血,产生全身性的瀑布炎症反应,从而加重脑损伤,影响疾病发展和预后。

中医论证病理机制

关于脑出血病理发展机制的深层次研究是指导和引领临床治疗措施的关键。中国医药学认为:

火热迫血证 治疗决策为清热凉血,方药推荐生

地大黄汤,实验研究证实可改善脑出血模型大鼠神经功能,通过抑制急性脑出血大鼠HMGB1/TLR4/MMP-9信号通路表达,减轻炎症损伤和脑水肿程度,促进神经功能恢复。

气虚血瘀证 治疗决策为益气活血化瘀。方药推荐补阳还五汤合大黄蛰虫丸加减,即脑血疏口服液组方:黄芪、水蛭、石菖蒲、牛膝、牡丹皮、大黄、川芎。临床研究提示,可改善神经功能缺损程度,预防二次脑损伤发生,促进残留血肿吸收,降低并发症风险,从而改善远期预后,提高患者的生活质量。

中西医结合改善缺血性卒中患者神经功能缺损

▲上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 陆征宇



陆征宇 教授

缺血性卒中是各种脑血管病变所致脑部血液供应障碍,导致局部脑组织缺血、缺氧性坏死,而迅速出现相应神经功能缺损的临床综合征。本病属于中医学“中风”之范畴,以半身不遂、肌肤不仁、

口舌歪斜、言语不利,甚则突然昏仆、不省人事为主要临床表现。

辨病和辨证相结合

缺血性卒中约占全部卒中的70%~80%,具有发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高的特点,严重危害人类健康。临床上,中西医结合诊治缺血性卒中推荐辨病和辨证相结合。首先,根据急性起病、迅速出现局灶性脑损害的症状和体征,结合头颅CT、磁共振等影像学检

查发现相应的责任病灶或相关疾病的依据,作出明确诊断,进而选择静脉溶栓、抗血小板聚集、抗凝、脑保护、血管内介入治疗等最合适的现代医学规范化治疗方案。

同时,在中医学经典理论指导下,四诊合参,辨明中经络与中脏腑,闭证与脱证,顺势与逆势,并结合中医的辨证要点,急则治其标,缓则治其本,选择活血化瘀、化痰通络、平肝熄风、滋养肝肾、开窍醒神、回阳固脱等治法。

通脉养血治疗慢性脑缺血

▲复旦大学附属中山医院 张雯



张雯 医师

慢性脑缺血(CCH)是一组由脑灌注降低导致的慢性脑功能障碍综合征。2017年,中华医学会神经病学分会提出CCH是脑整体水平血液供应减少的状态【脑血流量25~45 ml/(100 g·min)】,而非局灶性的脑缺血。

CCH是中老年人的常见病、多发病,也是卒中、血管性痴呆、宾斯旺格病等多种疾病发生、发展的重要原因。2016年我国流行病学调查显示,65岁以上的人群中2/3有CCH病史,50~65岁人群中约50%有CCH病史。

2018年《慢性脑缺血中西医结合诊疗专家共识》提出诊断标准为:年龄大于60岁,病史超过3个月;具有慢性脑功能不全的表现,如头晕、头昏、头胀痛,记忆力减退,反应迟钝,注意力不集中,情绪不稳定,工作能力减退,

睡眠障碍及情绪障碍等;具有脑血管病危险因素,如高血压病、糖尿病、血脂异常和冠心病病史;无脑部的局灶神经系统体征;存在支持脑动脉硬化证据;头CT血管造影/磁共振无血管性器质性脑改变;脑灌注影像检查证实存在脑部低灌注;排除癔病、焦虑躯体化障碍、抑郁及各种变性病或主观性头晕等引起的慢性脑功能不全。

临床分型按照缺血区域可分为后循环、前循环、全脑缺血型。积极治疗慢性脑缺血可减少急性缺血性脑卒中及血管性认知损害等恶性事件发生。

西医治疗方法包括干预危险因素,如高血压、高血脂、糖尿病等;病因治疗包括颅内外动脉狭窄、脑小血管病变、白质疏松等;改善脑循环;抗抑郁及改善认知;抗血小板、抗凝等。

中国医药学认为“脑脉血瘀脑髓不荣”为核心病机,治疗决策为通脉养血。方药推荐补阳还五汤加味:炙黄芪30g,地龙10g,当归10g,川芎10g,赤芍10g,桃仁10g,红花6g,天麻10g,钩藤15g,羌活10g,僵蚕10g等。

中西医结合 专栏编委会

栏目总编辑: 陈可冀

本期轮值主编: 蔡定芳

执行主编:

陈香美 唐旭东 黄光英
张允岭 刘献祥 蔡定芳
张敏州 吴宗贵 吴永健
王 阶 凌昌全 王文健
崔乃强 梁晓春 彭 军
郭 军 徐丹苹 杨传华
李 浩 徐凤芹 陈志强
方敬爱 刘勤社 陆付耳
张学智 付长庚 林 谦
王肖龙 陆 峰 施海明
贾小强 苗 青

主编助理: 刘龙涛