

活血化瘀法在出血性中风急性期的运用及常见问题探讨

★ 严容 (南京中医药大学 2004 级硕士研究生 南京 210029)

★ 指导:张钟爱 (南京中医药大学 南京 210029)

关键词:出血性中风;急性期;活血化瘀

中图分类号:R 255.2 文献标识码:A

“出血中风”是近代中医学者在西医学传入我国后,对中医学中风病的进一步深化认识、中西医汇通基础上提出的。晚清时期,近代医家张伯龙、张山雷、张锡纯总结前人经验,开始结合西方医学知识,认为本病主要由于肝阳化风、气血上逆、上动犯脑所致,开创了中风治血之先河,为后世治疗本证运用活血化瘀方法奠定了基础。

近年来,运用活血化瘀法治疗缺血性中风已成为常规,而对于能否使用活血化瘀法治疗出血性中风的问题一直存在着争议。但是随着大量临床及实验资料的报道,使用活血化瘀法治疗出血性中风已日益被人们接受,能否使用活血化瘀法不再是问题的关键。而对于使用活血化瘀法的时间窗问题,使用时间的长短,使用的禁忌与适应症以及如何处理活血化瘀法与中医辨证的关系及疗效等问题如何统一论是需要解决的问题。本文将对近年来围绕这几个问题的各家之言做个简单的概述,以便临床运用。

1 活血化瘀法治疗出血性中风的理论基础

(1)传统中医学理论认为:“离经之血便是瘀”。脑出血是离经之血蓄于脑。清·唐容川《血证论》指出:“凡系离经之血与周身之血已睽绝而不合”,又说“此血在身不能加于好血,而反阻新血生化之机,故凡血证总以去瘀为要”。(2)现代医学研究将血液流变学、微循环和血小板聚集异常等作为血瘀证的诊断标准,通过大量研究显示出血性中风符合血瘀之证^[1]。(3)脑出血病理生理机制以及再出血与活血化瘀的关系。现代生理病理研究显示脑出血的发病机理主要在于血管壁的变化而非凝血因素改变所致。脑出血急性期非手术治疗的关键在于减轻颅内血肿引起的占位效应及出血引起的一系列病理生理变化。(4)活血化瘀中药药理作用的研究表明,活血

化瘀法可以改善出血病灶周围血液循环,解除血管痉挛并加强吞噬细胞功能,促进血肿吸收,降低颅内压,减轻脑水肿,提高神经组织对缺氧的耐受性,有利于神经功能的恢复,促进侧枝循环开放,毛细血管网增加,使出血部位周围的血管压力下降,有利于防止再出血区的供血,而活血化瘀的作用机理与西医的扩血管和抗凝剂不同^[2]。

2 急性出血性中风慎用活血化瘀方药立足依据

陈松深^[3]等认为(1)古代经典理论存在时代的局限性。认为脑出血根据临床症状辨证虽属于中风范畴,但结合现代研究也符合中医血证特点。“离经之血便是瘀”不是特指中风,脑出血的“离经之血”产生的血肿虽会产生病理后果,但在颅脑这一特定环境下,能在一定程度上防止继续出血使“新血”不再离经且有“机化”作用。“故凡血证,总以祛瘀为要”的理论不能运用于所有血证如“食管、胃底静脉曲张破裂出血”,其对中风的治法也尚待进一步论证。(2)祛瘀之法可引血离经。(3)急性出血性中风早期存在活动性出血即有继续出血和再出血可能。对于继续出血有人提出超早期止血的方法。(4)活血化瘀药物的抗凝作用不容忽视。若真活血化瘀方药不同于西药的抗凝剂,那活血化瘀方药对缺血性脑病和缺血性心脏病的长期大量应用并一再得到临床效应和重复验证无法解释。且目前尚无确切资料证明活血化瘀中药引起的抗凝作用不同于西药抗凝剂引起的出血倾向。

3 活血化瘀法治疗出血性中风的研究状况

李鲁阳等^[1]以单克隆抗体做分子探讨,经流式细胞术测定了 32 例出血性中风患者及 30 例健康者的小血小板膜糖蛋白 CD62P、CD63、TSP 表达。结果,出血性中风患者的 CD62P、CD63、TSP 显著高于对

对照组($P < 0.01$)。出血性中风患者血小板活化水平升高,是血瘀证的重要分子学基础。说明了对出血性中风进行瘀血辨证及活血化瘀治疗的重要性。陈孔辉^[4]在控制血压、常规应用脱水药基础上于发病 3 天后对生命体征平稳、出血量小于 20 mL 的高血压性脑出血患者 85 例使用丹参注射液治疗,结果治愈 43 例,显效 27 例,有效 11 例,无效 4 例。郭建文等^[5]通过全面收集活血化瘀中药及复方的治疗急性脑出血的临床试验,在严格质量评价的基础上,利用 RevMan4.1 软件进行 Meta 分析,对纳入的文献进行活血化瘀中药的筛选。得出结论:活血化瘀疗法治疗急性脑出血可能有效,有降低脑出血患者病死率、严重致残率的趋势;大黄、水蛭和三七是治疗急性脑出血的主要药物。李东芳等^[6]将出血部位及量相类似的脑出血病人按入院顺序随机分为活血化瘀组(治疗组)26 例及常规组(对照组)20 例,进行头颅 CT 动态观察分析,发现治疗组血肿平均吸收速度明显快于对照组($P < 0.01$),治疗组水肿半暗带及中风囊平均面积明显小于对照组($P < 0.05$)。得出脑出血早期进行活血化瘀治疗可促进血肿吸收,减小水肿带,防止细胞损伤,提高疗效,降低致残率的结论。

4 活血化瘀法临床运用问题探讨

4.1 活血化瘀法在治疗出血性中风中的地位 出血性脑血管病急性期的主要病理基础是颅内血肿和脑水肿,使颅内压升高,对周围组织的压迫导致了神经功能障碍。因此,消除血肿、促进血肿的吸收、液化,减轻脑水肿是治疗出血性脑血管病极为重要的一个环节。李奎生^[7]认为出血性卒中主要是气血运行不畅,气血凝滞,瘀阻脑脉。瘀是根本病因,痰水则是病理产物,痰水为害可进一步阻碍气机,闭塞清窍,使病情进一步加重。所以,出血性中风血瘀是基础,痰水是标急所在,活血化瘀有利于消除痰水毋庸置疑,故治疗上应以活血化瘀为第一要义,须首选活血化瘀行水药。常用的活血化瘀药有当归、川芎、赤芍、牛膝、水蛭、地龙、郁金、益母草、红花、桃仁等。邓友丽^[8]认为活血化瘀应列为脑出血急性期的治疗法则。存在活动性出血的脑出血患者也可以使用活血化瘀之法,只要符合中医血瘀证的辨证即可,方药可以桃红四物汤加减。红花要求量少,3 g 为宜。笔者认为中风有经络与中脏腑的不同,中脏腑又有闭证和脱证的区别,活血化瘀药物的使用应在辨证论治的基础上进行,根据辨证有针对性的组方用药,不能一味照搬古方或者简单的将活血化瘀药物堆积组方,由于不同的证型最后都可导致瘀血的存

在,故在使用不同的方法治疗出血中风时可适当加入活血之品。

4.2 时间窗问题 杨万章^[9]认为脑出血时由于应激、血管收缩,脑血管内外压差加大,凝血机制产生的溃口封堵尚不稳固,如用药后凝溶平衡倾向于溶血,则易再次破溃引起出血。故出血时不能用活血药,更不能用单纯的破血逐瘀药。活血化瘀药当在出血 24 小时后,生命体征平稳、无消化道出血的情况下使用。超早期或早期更主张通腑启闭,开窍醒神。丹参、水蛭、川芎等活血强的药物 72 小时内使用宜慎重。活血化瘀药物使用时间长短宜根据血肿吸收状况而定,使用早期宜考虑出血量。陆国俊^[10]认为活血化瘀治疗可促进离经而瘀积在脑中之血得以迅速吸收,使患者肢体功能很快恢复,减少后遗症,使患者的生存质量得以提高,故应用越早越好。郭建文等^[11]在破血逐瘀治疗出血中风方面提出了 72 小时的概念也分析证明了 48~72 小时比 0~6 小时、7~24 小时、24~48 小时等几个时间段效果好。另有人认为 24 小时内应以活血止血为主,可选用三七、蒲黄等。7 天内应慎用或小剂量应用破瘀之品^[12]。总之,中医活血祛瘀是多靶点多效应,这类中药不少有活血、止血的双重功效,既能止血又祛瘀,及时的使用活血化瘀药物能很大程度上改善出血中风的预后,从笔者总结的大量文献报道来看,一般认为 6~24 小时使用活血化瘀法疗效较好。

4.3 活血化瘀与辨证分型问题 屠庆祝等^[13]认为出血中风存在“血瘀”的病理机制与“瘀血”的病理产物,传统的辨证来自感官的直接刺激,而 CT 以及现代生理病理研究已经证明感官不能直接感受到的“血瘀”状态和“瘀血”产物确实存在,“血瘀证”是出血中风各证候中的共有现象,是出血性中风的一个共性,而“瘀血”产物又是引起各型中风病发生的关键因素,因此,辨“血瘀证”已不是一般含义上的辨证,实质上起到了辨病的作用。因此,应用活血化瘀法也不再是一般意义上的辨证施治,而是辨证施治的深化与补充,即辨病施治。姜可等^[14]认为首先当辨瘀血证的存在。如果没有瘀血证,治疗不必拘泥于活血化瘀药物的使用。存在血瘀的,在药物的选择上,可以根据血瘀的程度选择和血、活血、破血的不同药物。辨证分型大致分为外伤血瘀、血热血瘀、血寒血瘀、气滞血瘀、血虚血瘀五种。总的来说,近年来对急性出血中风的治疗方法大概可归为四种:平肝熄风法、通腑泻热法、活血化瘀法、解毒化痰开窍法,而具体的使用需要结合医生的临床辨证。且对于在出血后急性期使用活血化瘀法治疗同时配合

使用止血方法的疗效还需要进一步临床验证。

4.4 活血化癥药物使用的适应与禁忌证问题 温玉华等^[15]对使用红花注射液治疗的146例出血中风中的12例再出血患者进行分析认为,以下几种情况暂不宜用活血化癥之法:年龄小于50岁;凝血时间延长,血小板低于 $100 \times 10^9/L$;长期饮酒肝功能不良或者脾功能亢进者;血压居高不降者;蛛网膜下腔出血者。一般来说,出血部位对使用活血化癥法无特殊要求,位于中线附近及破入脑室的出血血肿,手术清除困难者,更是活血化癥药使用适应症。发生再出血较大量的出血不能迅速解除血肿占位效应者,需根据出血部位、出血量及脑水肿的程度采取手术或者手术加中药的中西医结合治疗方法。对于大量出血(如脑叶出血 $\geq 40 mL$)、颅压升高、昏迷状态、并发内出血者,应当慎用。用活血化癥法时要实时检测血液、血流变、理化指标,注意用法和方药选用。

4.5 活血化癥法药物选择问题 王左^[16]认为,对于出血性中风患者,在其急性期即当合理应用活血化癥药,且宜早不宜迟;药物的选择要遵循三个原则:(1)尽量选取具有活血止血或活血补虚等双重或多重功效的药物,从而可以一药多效。(2)尽量选取现代药理研究证明对受损脑组织有保护作用或对出血性中风的发病机制有阻断作用的药物。(3)尽量选取已有静脉制剂的中药。笔者认为对于活血药物选择的数字化研究仍相当重要,即在选择药物时应当根据患者年龄、性别、病情轻重量化用药,使活血化癥药物的使用更具有科学性。采用活血化癥中药治疗脑出血的作者主张活血化癥药不具有强烈的抗凝和扩血管作用,而采用这些药物治疗缺血性疾病的中医工作者又竭力向人们证实,这类中药具有强烈的扩血管作用和抗凝作用,对于这个矛盾,笔者认为除了与中药具有双重调节的作用外,由于活血化癥药物作用的复杂性,不能根据单味中药,甚至单味中药中的某项提取物的抗凝或促纤溶作用就断言其可能引起出血。应看到活血化癥药有通过组方、配伍抵消这部分副作用的可能。

5 结语

祖国医学把中风列为“风、劳、臆、膈”四大难证之首,而对于中风的治法也是百家争鸣缺乏统一的定论。随着我国社会的老年化进程,发生脑血管疾

病的比率也在上升,寻找有效治疗中风的途径以及如何减少死亡率、致残率将日益引起社会的关注。自19世纪80年代提出出血中风属于中医血证、瘀血阻滞是出血中风急性期最基本的病机以来,活血化癥法治疗出血中风取得了很大的进展并日益被人们广泛接受。活血化癥药能在一定程度上弥补西医对出血后血肿无有效消除手段的不足,但关于“血瘀生风”理论的建立、活血化癥方药在脑出血急性期的应用时间、作用机制、应用安全性、药物选择、临床科研设计等问题,仍有待于在更深层次上的探讨和研究。

参考文献

- [1]李鲁扬,刘艺鸣,孔令钧.出血性中风患者血小板活化表达与血瘀证[J].辽宁中医杂志,2000,27(8):337~338
- [2]李军.张学文教授论颅脑水瘀证治疗[J].中国中医急症,1993,209(5):209
- [3]陈松深,邱浩强.治疗急性出血性中风慎用活血化癥方药[J].现代中西医结合杂志,2001,10(11):1 096~1 097
- [4]陈孔辉.丹参注射液治疗高血压性脑出血85例临床观察[J].临床医药实践杂志,2005,14(12):425~427
- [5]郭建文,刘明洁.活血化癥中药及复方治疗急性脑出血的Meta分析[J].中日友好医院学报,2001 15(5):283~286
- [6]李东芳,连霞,李光来.脑出血早期活血化癥治疗CT动态观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2003,1(4):213~214
- [7]李奎生.论活血化癥法在中风治疗中的地位[J].现代中西医结合杂志,2004,13(13):1 082~1 083
- [8]郑友丽.脑出血急性期的中医治疗法则探析[J].广西中医药,2004,27(5):25~26(总273~274)
- [9]杨万章.出血性中风活血化癥法应用时间窗探讨[J].中国医药学报,2002,17(12):743~745
- [10]王建平,陆国俊.中风辨治经验[J].甘肃中医,2003,16(5):124~126
- [11]郭建文,何迎春,陈绍宏,等.复方中风醒脑口服液干预急性脑出血治疗时间窗的研究[J].中国脑血管病杂志,2005,2(6):271~273
- [12]常斌.活血化癥法治疗中风急性期脑水肿的脑保护机制探析[J].陕西中医,2003,24(2):153~177
- [13]屠庆祝,张增强.对活血化癥法治疗脑出血急性期有关问题的再认识[J].浙江中西医结合杂志,2001,11(5):304~306
- [14]姜可,范刚启,王辉.活血化癥中成药在中风治疗中的应用[J].辽宁中医杂志,2003,30(9):717~718
- [15]温玉峰,张爱华,师庆彬.红花注射液治疗脑出血致再出血临床分析[J].中国中医急症,2005,14(1):19
- [16]周震,王左.论扶正活血法治疗急性出血性中风[J].上海中医药大学学报,2004,18(4):36~37

(收稿日期:2006-05-30)

欢迎投稿! 欢迎订阅!