

● 综述与进展 ●

中风神昏的中医药研究进展

曹守梅 刘文武 邱玉崇

(湖北省随州市中医医院 随州 441300)

关键词: 中风神昏; 中医药疗法; 综述

中图分类号: R 743.3

文献标识码: A

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.065

中风病是危害人类健康的常见病,位居风、痲、虫、膈四大顽症之首,中风神昏是临床之危候,表现为昏睡、神识模糊、时昏时醒、昏迷不醒等不同程度的意识障碍。神昏时间越长,并发症就越多,治疗难度、费用增加,预后也越差。尽快促进神志复苏,有利于降低病死率与致残率,是治疗的关键之所在。近年来,中医药在治疗中风神昏方面做了大量的探索,本文从中风神昏的病因、机理及临床研究等方面综述如下:

1 病因病机的研究

1.1 痰热腑实 唐晓军等^[1]认为中风神昏是由于腑实痰热中阻,枢机不利,气机升降失调,气血逆乱,肝阳暴亢,上犯心神脑窍,浊毒损及脑脉、脑络,神机失用所致。薛双凯^[2]认为中风中脏腑是因气血逆乱,风火相煽,升降失调,痰瘀壅滞,腑气不通所致。李长聪^[3]认为中风病急性期以标实为主,表现为痰热,甚阳明腑实者亦可出现浊邪蒙闭清窍,气血不能上承而神识不清,即中风神昏。原金隆^[4]认为中风急性期主要病机为标实,其中腑实在整个实证中占有重要位置。腑实是指大肠燥粪内结、腑气壅滞不通的证候,病位在阳明胃肠,但其影响甚广,肠道积滞郁而化热生毒,导致气机升降失调,气血逆乱,肝阳暴亢,上犯脑窍,最终造成血溢脑脉或脑络瘀塞。由此可见,腑实的病理产物当为燥实、热毒、痰浊、气血互结。上述充分说明腑实便结足以引起窍闭神昏,同时也证实腑实与神昏在病理上有内在的必然联系;在临床上,还发现中风急性期患者便秘的严重程度与病情的轻重及预后有着至关重要的联系,腑实时间越长,病情越重,预后越差。

1.2 毒损脑络 任丽等^[5]认为中风病的发生是由诸多病邪使脑络长期、反复受损,自我调节功能紊乱,日久病邪积而成毒,更伤脑络,脑络自我调节功能丧失,最终毒邪痹阻脑络或络破血溢而发病。脑络受阻、受损,一方面气血不得濡养脑髓,脑神失用;另一方面,毒邪不得从络脉排出,进一步败坏脑络、脑髓和其它脏腑组织器官。毒邪扰心可致神昏,如此相互影响,形成恶性循环,这亦是中风病情复杂、险恶、难以治愈的关键。常富业等^[6]认为中风急性期

的发病,始于血肿,次之气肿,由生水肿,继之演化为泛痰、淀浊、酿毒的系列变化,引起脑之玄府气郁、水瘀、毒滞是病机关键,序贯而生它邪是病情复杂与病势旋进的重要因素,即水淫玄府、浊毒损脑乃中风病急性期脑水肿的基本病机。

1.3 气血逆乱,邪闭清窍 杜美如^[7]认为在机体肝肾阴阳失调、气血逆上的基础上,复加各种刺激因素使人体阴液耗伤,阳气亢奋,促使病情进一步加重,终使肝阳暴涨,阳化风动,脏腑气机逆乱,经脉气血上逆,气血闭阻脑络,或鼓胀血脉,络破血溢;风、火、痰、瘀、水、毒闭阻神窍,阻滞脑络发为中风神昏。中风昏迷乃脑窍滞闭,神明被困,脑失其司,五脏失统,经脉失和,脏腑逆乱之故。虽病机复杂,但总不离气血逆乱之根本^[8]。

1.4 痰瘀互结,水停脑窍 王玉民^[9]认为中风神昏瘀血的成因,一是肝风内动气血上涌,血停脑脉之内或脑脉张极而破,血溢脉外皆成为瘀血;另外气逆于上,气闭于内,肺气痹阻,治节失司,影响血液运行,会使瘀血进一步加重。中风病神昏痰浊的形成,一是素有痰浊,随气血上逆停滞于络;二是脏腑气机闭塞,肺气宣降失常或脾失运化、胃失和降等因素皆可致人体津液代谢失常,而生痰浊。痰瘀既成,二者又相互影响,相互滋生,共同为患,神窍闭阻,神机不运而令神昏加重。中风神昏病人,发病之初独见痰或瘀。后由于气机骤然闭塞,气血运行阻滞,津液代谢障碍,使痰浊瘀血互结而见面暗唇紫、痰多息粗、舌质暗红、舌下脉络瘀紫、苔腻、脉滑等痰瘀征象并见。

1.5 血瘀窍闭 《内经》云:“阳气者,大怒则形气绝,血菀于上,使人薄厥。”说明了中风神昏是因气血上涌到头部,使头部的血管破裂或者阻塞而导致的血瘀窍闭。倪祥惠等^[10]认为脑血栓形成的昏迷是血瘀窍闭,脑血栓形成是由于血液黏稠度的增高,血流缓慢,有时合并有脑血管痉挛而导致血栓形成或脑供血不足的缺血性脑血管病;并认为脑出血的昏迷病机亦是血瘀窍闭,脑出血是血溢脉外,离经之血即为瘀血,脑出血在发病之初即存在着瘀血的病理改变,发病后的血液黏稠度增高、应激反应的

发生,致使血管收缩,局部脑组织受压、水肿、缺血等一系列变化,均是血瘀的表现。因此,脑出血所见的昏迷病机当是血瘀窍闭。

2 中医药治疗

2.1 醒脑开窍法 王秀芳等^[11]运用开窍丸(麝香、石菖蒲、胆南星、熟大黄、郁金、黄连、葶苈子、牛黄、枳实等)治疗中风中脏腑 36 例,治疗组在常规西医治疗的基础上加服开窍丸,5d 后治疗组有效率 88.9%,对照组 74.2%,有统计学差异,通过口服开窍丸缩短了昏迷时间,减轻了脑水肿,改善了血压,临床疗效明显优于单纯西药组,体现了中医药治疗急危重症的优越性。靳利利^[12]观察复苏饮(牛黄、人参、三七、猴枣、郁金、大黄等,研末分装胶囊,0.4 g/粒)对急性脑血管病患者意识障碍的促醒作用,治疗组在对照组西医治疗的基础上予复苏饮鼻饲或超声雾化器中雾化吸入,3 次/d,7 d 后复苏饮组的患者 GCS 积分较对照组明显提高,神经功能缺损评分较对照组明显提高,总有效率高于对照组。李文浩^[13]以菖蒲郁金汤加减水煎鼻饲治疗出血中风伴意识障碍 120 例,临床疗效、意识障碍改善情况、平均意识障碍时间均优于纯西药 ($P < 0.01$)。刘爱群等^[14]运用安宫牛黄丸灌肠治疗中风中脏腑,治疗组疗效及神经功能缺损程度评分改善均优于对照组,认为运用具有醒脑开窍、清热豁痰、镇静止痉作用的安宫牛黄丸治疗中风意识障碍提高了疗效,降低了死亡率。

2.2 通腑泻下法 通腑泻下法属八法之下法,通腑与醒脑联合运用可发挥协同作用,对辨证属腑实阳闭证而出现神昏的中风有明显的促醒作用。通腑不等同于单纯通大便,同时还具有清热解毒、祛瘀泄浊及理气降逆等功能,这些作用在于调整机体阴阳、气血、脏腑之间的平衡,促使热毒燥实之邪排出,为开窍醒神治疗奠定基础^[4]。刘向哲^[15]认为通腑法适用于中风病的各阶段,甚至未见腑证或腑证不明显,亦可加用通腑法。在中经络时加用通腑法,可防病势向中腑发展;在中腑时运用通腑法,可减轻或防止中风之变证如厥脱、呃逆、吐血、便血等。崔应麟^[16]在西药脱水、降压等常规治疗基础上以醒脑灌肠液(大黄、水蛭、冰片、石菖蒲等)灌肠通腑治疗急性脑出血昏迷 40 例,7 d 为 1 个疗程,结果总有效率治疗组为 87.5%,对照组为 65.0%,有显著差异 ($P < 0.05$)。

2.3 从毒论治 翟泽玲等^[17]运用清开灵注射液治疗急性脑梗死 80 例,结果表明治疗组在神志复苏、退热效果、临床症状及脑水肿改善方面优于对照组

($P < 0.05$)。有医家^[18]认为毒损脑络是中风发病、损害严重、难以治愈的关键环节。因此,针对病因解毒以祛除损害因素,针对病位、病势通络以畅天气血的渗灌,从而恢复脑神功能,是中风病治疗的核心环节;毒去则脑络易通、气血易灌、脑髓得养、脑神易复,络通则有利于排毒解毒、毒有出路。如此脑络、脑髓、脏腑组织器官不会进一步受损,且能得到气血的滋养,疾病向愈。

2.4 针灸治疗 张思忠等^[19]将中风神昏者分为治疗组 30 例、对照组 20 例,治疗组在对照组基础上加用醒脑开窍针刺法,取穴为人中、内关、合谷、三阴交、太冲、涌泉等,结合音乐疗法,每日 2 次,治疗 4 周后,比较两组的临床疗效及 GCS 评分差异有统计学意义,提示运用醒脑开窍针刺法结合音乐疗法可激活大脑的上行投射系统,改善脑部缺血、缺氧的状态,有利于脑部功能的恢复、减轻脑损伤,促使患者早日苏醒。王承明等^[20]将脑出血昏迷患者 40 例分为治疗组与对照组各 20 例,治疗组在西医常规基础上给予电针及电刺激治疗,上午行电针治疗,针刺取穴为百会、人中、四神聪、神庭、神门、涌泉,下午行电刺激治疗,电刺激部位为健侧正中神经(腕关节掌面正中神经点),结果治疗组有效率 80%,明显优于对照组 40%。卓廉士^[21]指出灸治是中风中脏的抢救措施之一,认为艾火之性温而不燥,其体也柔,而火气入经,能化痰消积、活血化瘀,急救时又能开窍启闭、回阳固脱;采用艾灸治疗中风,非但治标,而且补阴和阳,兼以治本。李平雨等^[22]对 73 例中风昏迷患者常规神经内科治疗外,参考石学敏的“醒脑开窍针刺法”对病人针刺促醒。所有病例伤后 1 周内脑干听觉诱发电位(BAEP)全部异常,1 周时 BAEP 出现明显好转的 34 例病人 1 个月后意识均有效复苏,而 2 周时 BAEP 未见好转的 21 例病人 1 个月后有 16 例仍处于昏迷状态,GCS < 4 分的原发性脑干损伤和弥漫性轴索损伤的 16 例病人 1 个月后 GCS 评分、BAEP 及脑电功率谱均无显著好转。提示“醒脑开窍针刺法”在一定程度上可以促进病人意识的复苏,BAEP 和脑电功率谱是严重脑损伤的良好预测指标。

2.5 中药注射剂治疗 蔡茂生^[23]将 36 例脑梗死昏迷患者随机分为三组(每组 12 例),观察组在常规治疗基础上加用纳洛酮与丹参冻干粉针,对照组 I 采用单纯常规治疗,对照组 II 在常规治疗基础上加用纳洛酮注射液。结果观察组患者恢复清醒时间比对照组 I、II 明显缩短(P 均 < 0.05),治疗总有效率亦明显高于对照组 I、II ($P < 0.05$)。醒脑静注射液为安

宫牛黄丸改进而成的中药制剂,由麝香、冰片、栀子、郁金等组成,具有芳香开窍、醒神止痛、化痰通瘀、清热解毒等作用。药理研究认为^[24]醒脑静注射液可修复受损的血-脑屏障,直接作用于神经系统,促进神经细胞功能;尚能修复脑组织细胞,改善毛细血管通透性,减轻脑水肿,降低颅内压;另外还能改善脑代谢,调节电解质酸碱平衡,清除氧自由基,促进大脑神志恢复。张伟等^[25]将 215 例急性脑血管病意识障碍者随机分为两组,两组均采用西医常规治疗,治疗组同时加用麝香注射液,7 d 后治疗组总有效率为 93.52%,优于对照组 74.77%。现代药理研究证实^[26]:清开灵具有改善脑循环、减轻脑水肿、增强脑细胞缺氧耐受力的作用;且方中药物均有清热作用,黄芩、金银花、栀子、板蓝根又具解毒作用,即抗病毒和抑制细菌生长作用。有报道^[27]医院内感染是脑出血的主要致死原因之一,据观察脑血管病意识障碍患者院内感染率较高,直接影响意识障碍的恢复,应用清开灵,既可直接改善意识障碍程度,又可防治院内感染,有助于意识恢复。

2.6 雾化治疗 有研究认为^[28-30],鼻腔给药后,药物除可以通过鼻黏膜及肺部丰富的毛细血管吸收外,还可以直接通过鼻黏膜-脑脊液途径进入脑脊液,从而使药物快速入脑。中药雾化吸入具有简便、快速、安全、有效的优点,能直接吸入到终末细支气管和肺泡,迅速进入血液循环,有利于速效和高效的发挥作用。鼻腔给药结合雾化吸入为治疗提供了新型的给药途径,发展了中风病急救外治法。江涛等^[31]将中风昏迷患者 53 例随机分为治疗组 27 例、对照组 26 例,均予机械通气及西医常规处理,治疗组加用中药雾化吸入(醒脑静注射液 10 mL、庆大霉素 8 万 U 加入生理盐水 10 mL),每次 30min,每日 2 次,连用 7 d,结果治疗组促醒效果优于对照组,且并发症少。醒脑开窍外治法能够改善中风昏迷患者的意识状态,同时还可减少应激性溃疡等并发症的发生,从而遏制患者病情的恶化,为进一步治疗争取了宝贵的时间。

2.7 中药直肠滴注治疗 直肠滴注是指通过肛门将药物滴入肠管,通过直肠黏膜的迅速吸收进入大循环,从而发挥药效以治疗全身或局部疾病的给药方法。中药直肠滴注法与常规保留灌肠相比更简便易行,能够根据病情调节滴速,且该法是一种渐进给药方式,使药液能在肠道中停留较长时间,有利于肠道吸收药液,不象常规保留灌肠会引起部分病人马上排出药液,不能起到肠道给药的作用;亦可保持大便通畅,使邪有去路,有利于调整和保护内

外环境,减少并发症。王立新等^[32]将中风中脏腑 61 例分为治疗组 31 例、对照组 30 例,在常规西医治疗的基础上,对照组用通腑醒神胶囊鼻饲,治疗组加用通腑醒神液 200 mL 直肠滴注,7 d 后两组临床疗效相近,但治疗组在促醒及减轻昏迷程度方面优于对照组。杨志远等^[33]运用冰黄液(黄连、冰片、菖蒲、大黄、牛黄等)直肠滴注救治中风急性期患者 41 例,以意识障碍、失语及血压为观察指标,结果治疗组意识障碍改善时间为 28 h,对照组为 32 h;失语及血压均较对照组为优。从临床报道看,直肠滴注给药对中风病意识障碍的治疗有较好的疗效,有良好的发展前景。

3 问题及展望

中医药治疗中风病意识障碍无毒副作用,有独到之处,有助于意识的恢复,能够提高中风神昏的治愈率及降低死亡率。近年来随着科技的发展,尽管也开发出了许多中药新制剂,对中风急症的治疗起到了很好的推动作用,亦进行了不少的临床和实验研究,但仍无法满足对中风急危重症的抢救需要,特别是中医药如何取得治疗效果的机制方面,研究欠深入,还缺乏具有说服力的证据。且大多研究属拆方研究,不能反映复方中药成分在体内的真实情况。如能将复方效应与复方成分的体内变化结合起来研究,对效应物质基础的研究将更深入、更符合临床实际情况。为此,今后除了仍需在中风神昏的病因、病机研究外,还应继承发扬中医学的优势,有必要深入挖掘古代医家治疗中风神昏的方法和手段,以拓宽思路,进一步提高治疗中风重症的临床疗效。

参考文献

- [1]唐晓军,刘波,曲秀娟.通腑化痰法治疗中风中脏腑闭证的临床观察[J].光明中医,2007,22(7):56-57
- [2]薛双凯.浅谈大黄在中风病中的临床应用[J].中华现代中西医杂志,2005,3(7):638
- [3]李长聪.通腑化痰活血醒脑汤治疗痰热腑实证中风病中脏腑的临床观察[J].北京中医药,2009,28(9):729
- [4]原金隆.通腑醒脑法抢救中风神昏机制的探讨[J].中西医结合实用临床急救,1998,5(2):95-96
- [5]任丽,曹晓岚,王芳.中风病毒损脑络释义[J].中华中医药学刊,2008,26(8):1 703-1 704
- [6]常富业,张云玲,王永炎.浅谈中风病急性期脑水肿之玄府郁滞、浊毒损脑[J].江苏中医药,2008,40(6):12-14
- [7]杜美如.从整体观念探讨中风神昏[J].时珍国医国药,2006,17(10):2 055-2 056
- [8]陈曦,关明智,程广书.中风昏迷证的机理及治则[J].中国中医基础医学杂志,1998,4(11):5-6
- [9]王玉民.中风神昏病机探讨[J].中医杂志,1999,40(9):521-523
- [10]倪祥惠,李宝京,单静.血瘀窍闭说[J].中国中医基础医学杂志,2004,10(1):71-72
- [11]王秀芳,刘锦丽.开窍丸治疗中风中脏腑 36 例疗效观察[J].河北中医药学报,2005,20(2):18
- [12]靳利利.复苏饮对急性脑血管病患者意识障碍的促醒作用[J].福

人工流产后月经过少的中医药研究进展

胡胜蓝¹ 贾晓航²

(1 浙江中医药大学 杭州 310053; 2 浙江省中医院 杭州 310006)

关键词: 月经过少; 人工流产后; 中医药疗法; 综述

中图分类号: R 711.51

文献标识码: A

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.066

月经过少在妇科临床中比较常见,是指患者的月经周期正常,月经量明显减少(小于 20 mL),或经期时间不足 2 d,甚至点滴即净^[1]。引起月经过少的原因有多种,而近年来,随着人工流产率逐年上升,由此所致的月经过少的发病率亦有增高的趋势。月经过少如不及时治疗,可发展为闭经、不孕,同时,长期月经过少会给病人带来极大的心理压力。中医从整体出发,针对根本,采用辨病辨证的方法审因论治,治疗该病取得较好的临床疗效。现就近年来本病的中医药研究进展综述如下:

1 病因病机

中医学认为,女子的月经是天癸、脏腑、气血、经络协调作用于胞宫的生理现象,其中以肾为主,月经来潮与肾气的强盛、肾精的充盈、冲任的通盛有着密切的联系。《内经》有云:“肾气盛,天癸至,月事以时下。”现代中医学者认为人工流产耗气伤血,损伤肾气,使肾的阴阳平衡失调,同时人流手术损伤胞脉,使冲任气血失调,从而导致月经紊乱。此外,人工流产时患者多处于一种恐惧心理,《素问·阴阳应象大论》云:“恐伤肾”,也可导致肾气紊乱,月经量少甚则闭经。因此,肾虚血瘀是本病发生的病理特点。本病的病机可分虚实两端。虚者,乃人流不当,损伤冲任,伤及肾气,肾精亏乏,气血不足,经

血无以化源;实者,多见邪毒瘀血阻滞胞宫,而致冲任不通。何少山^[2]认为人工流产损伤胞宫,累及冲任,气血虚损,痰浊内阻,冲任气血运行不畅,故治疗时既要补其不足,亦要损其有余。袁萍等^[3]认为肾精亏虚、瘀血阻滞为本病的主要病机,治疗当填补精血为主,佐以助阳化瘀之品。郭梅英^[4]认为:刮宫后,胞宫受伤,冲任受损,导致精血瘀阻,脾统血为气血生化之源,肾系胞为阴阳气血之根,冲任受损亦影响脾肾两虚,冲任不足,在治疗上当采用攻补兼施之法,以活血化瘀为主,兼补脾益肾。张淑敏等^[5]认为血瘀日久肾虚为本病之要,中药治疗初期以活血化瘀调经止痛为主,中后期以培本固元和活血化瘀并重。

现代医学认为是下丘脑 - 垂体 - 卵巢轴系统功能的失调。侯秀环等^[6]认为人工流产一方面使正常生长的子宫内膜受到损伤,对卵巢激素不能产生反应;另一方面,人工流产手术时患者的恐惧紧张情绪扰乱了中枢神经与下丘脑间的功能,从而影响下丘脑 - 垂体 - 卵巢轴的内分泌调节。同时,宫腔异常为人工流产后月经量少、闭经的另一主要原因。人工流产手术时过度或不按顺序搔刮宫腔、吸宫负压过高、时间过长、反复出入子宫腔,这些均可导致子宫内膜损伤,裸露或破坏内膜基底层,引起子宫内膜

建中医药,2005,36(3):14-15.

[13]李文浩.菖蒲郁金汤加减治疗出血性中风伴意识障碍 120 例[J].中西医结合实用临床急救,1998,5(8):380-381

[14]刘爱群,李玉环.安宫牛黄丸保留灌肠治疗中风 - 中脏腑临床观察[J].中国中医急症,2006,15(1):5-6

[15]刘向哲.通腑排毒治疗中风病急性期探讨[J].山东中医杂志,2004,23(6):326-327

[16]崔应麟.醒脑灌肠汤治疗急性脑出血性昏迷的疗效观察[J].辽宁中医杂志,2000,27(8):364

[17]翟泽玲,石丽.大剂量清开灵注射液治疗急性脑梗塞 40 例[J].陕西中医,2004,25(2):125-126

[18]袁拯忠,朱陵群.浅谈解毒法治疗中风病[J].中国中医基础医学杂志,2004,10(11):819-820

[19]张思忠,郑德元,齐智勇,等.醒脑开窍针刺法结合音乐疗法对中风神昏的影响[J].湖北中医杂志,2010,32(1):15-16

[20]王承明,王纪新.电针配合电刺激治疗脑出血昏迷患者 20 例[J].中国中医药信息杂志,2005,12(11):71

[21]卓廉士.“中脏”宜施灸论[J].中国中医急症,2004,13(11):766-767

[22]李平雨,黄益洪,周忠义,等.针刺治疗在颅脑损伤昏迷病人的应用[J].当代医学,2009,15(6):146-147

[23]蔡茂生.纳洛酮与丹参冻干粉联合治疗脑梗塞昏迷有效性分析[J].右江民族医学院学报,2008,30(6):961-962

[24]樊宝才.醒脑静临床应用于昏迷患者的探讨与分析[J].实用临床医药杂志,2008,10(5):79-80

[25]张伟,秦素霞.复方麝香注射液治疗急性脑血管病意识障碍 108 例[J].中西医结合心脑血管病杂志,2006,4(6):108

[26]冯滨.感染后脑出血 62 例分析[J].中国急救医学,1995,15(2):42

[27]牛秀环,郭冬梅.清开灵治疗脑血管病意识障碍 42 例[J].菏泽医学学报,2001,13(3):65-66

[28]杜雪君.加味通关散雾化吸入对中风神昏患者催醒作用的临床观察[D].北京:中国中医科学院,2007.38

[29]钱俊华,胡秀敏.中医鼻疗法的开上启下作用[J].湖北中医杂志,2005,27(4):26-27

[30]钮跃贞.鼻腔给药的研究概况[J].中国新药与临床杂志,2001,20(5):381-383

[31]江涛,刘金民,吴疆,等.机械通气纯氧雾化吸入中药治疗中风昏迷患者疗效观察[J].中国中医急症,2009,18(5):694-695

[32]王立新,刘茂才,陆兵勋,等.通腑醒神液直肠滴注对急性脑出血意识状态的影响[J].中国中医急症,2004,13(2):72-73

[33]杨志远,申锦林,赵安民,等.中药“冰黄液”直肠滴注在救治脑出血急性期的作用[J].中西医结合实用临床急救,1998,5(2):58-59

(收稿日期: 2010-06-21)