

中风病中医药防治研究的回顾与现状分析

高颖 周莉

【摘要】 本文回顾了近 20 年中风病在证候规范的研究、辨证论治规律的探讨、综合治疗方案的研究评价及预防等方面的研究成果,并分析研究和治疗现状,强调立足我国国情和中医药防治优势开展中风病的研究。根据目前存在的问题提出今后中风病研究的重点任务:急性脑血管病中医药早期干预的研究;脑血管病中医药预防服务网络的建设;脑血管病中医康复医疗服务网络建设;脑血管病中医药临床诊疗规范化研究;脑血管病中医药脑保护机制研究等。

【关键词】 中风病; 脑血管病; 述评; 中医药

【中图分类号】 R255.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-1749(2009)01-0015-04

随着世界人口老龄化的发展,中风病的发病率、致残率、复发率和死亡率不断增加,已成为危害人类生命和健康的重大疾病。世界卫生组织 2006 年 12 月发布的“全世界脑血管病死亡地图”中,中国是全世界脑血管病死亡率最高的地方,全国每年有 150 万人死于脑血管病。脑卒中在造成患者生存质量下降的同时,给家庭、社会也造成了沉重的负担,给我国医疗卫生经济造成了巨大压力。脑血管病的研究和防治已成为当今我国重大的公共卫生问题。

近 20 年来,对中风病症状学、证候规范化、证候演变规律、中风病危险因素的筛查与控制以及中风病综合防治方案的研究和优化、中医药有效药物的研究等方面进行了连续、逐步深入的临床科学研究,提出了新理论、新方法指导临床实践,取得了一系列研究成果。

1 证候规范的研究

早在 80 年代初期,中西医专家就拟定了中风病辨证量表,并进行了初步临床验证。1989 年在国家中医药管理局全国中医脑病急症科研协作组工作会议上确定了“中风病专家经验辨证量表”。国家“八五”科技攻关项目中,按照临床流行病学的研究方法,开展了前瞻性、多中心、大样本的中风病证

候调研,研究制定了用于证候量化评定的《中风病辨证诊断标准》^[1]。专家经验辨证与《中风病辨证诊断标准》的临床对照研究,总体符合情况达到 87.79%,证候可辨率为 98.8%^[2]。该标准较好地表达出不同病人之间的证候差异,既提高了临床辨证的一致性,又可以显示病人的个体特征,在目前的临床研究中广泛应用。

运用《中风病辨证诊断标准》探讨中风病证候的动态演变规律及其与疾病转归的关系也是证候研究的内容之一。任占利等^[2]运用《中风病辨证诊断标准》对中风病始发态(72 小时以内)的证候发生组合规律及急性期证候演变规律进行研究,结果表明证候发生概率依次为风、痰、火、气虚、血瘀、阴虚阳亢;证候组合十分复杂,有 54 种组合形式,其中二、三证组合最多,达到 62.84%。

在中风病证候研究的基础上,王永炎^[3,4]进一步提出证候具有“内实外虚、动态时空、多维界面”的特征,以及以“证候要素,应证组合”为核心完善中医辨证方法体系的创新思路。基于以上认识,近年来开展了更加科学规范的中风病证候诊断与疗效评价标准的研究。高颖^[5]探索了中风病证候要素的提取方法,提出了建立病证结合的中风病诊断与疗效评价体系的新思路。

2 辨证论治方法的研究

针对中风病不同阶段的证候特点,探讨新治法、新方药,丰富中风病的临床治疗手段和中医证治理论,提高临床疗效,是近年研究热点之一。

作者单位:100700 北京中医药大学东直门医院神经内科

作者简介:高颖(1963-),女,医学博士,教授,主任医师,博士生导师。主要研究方向:中医药防治脑血管病等神经系统疾病的研究。中华中医药学会内科分会秘书长。

活血化癥法治疗中风病研究颇多。多年的临床实践和科学研究^[6-9]表明活血化癥法是治疗缺血性中风的有效治疗方法,已被中西医学界和临床医生广泛接受,并研制了多种具有活血化癥作用的中药注射液^[6-9]。中医学认为离经之血便是血瘀,但关于出血性中风使用活血化癥药是否安全,也有不同的观点:有人认为运用活血化癥法治疗脑出血符合中医辨证论治思想,活血化癥不会引起再出血;也有学者认为,对脑出血超早期用活血化癥药治疗应持慎重态度。国家“八五”科技攻关课题组研究发现,具有破血逐瘀通络功效的中风脑得平冲剂对自发性高血压大鼠出血性中风神经元有保护作用,并有保护血脑屏障功能,对脑水肿有明显的防治作用^[10-11];经过临床观察证实,具有破血行瘀、化痰、醒脑健神功效的醒脑健神胶囊对出血性中风具有良好的疗效^[12]。孙塑伦等^[13]研究表明,救脑宁注射液中活血化癥药与解毒化痰开窍药协同作用,优于单纯的活血化癥药。陈绍宏等^[14]观察以破血逐瘀为主要功效的中风醒脑口服液治疗急性脑出血的疗效,结果:治疗组总有效率 82.40%,病死率 14.40%;对照组总有效率 46.73%,病死率 40.16% ($P < 0.01$);治疗组在降低颅内压、减轻脑水肿、促进血肿吸收等方面均有明显的效果,可明显降低患者的致残率。但活血化癥法治疗出血性中风急性期的安全性问题尚缺乏循证医学的研究证据。

80 年代将清开灵注射液用于中风病急性期的治疗,取得了较好的疗效,从而确立了清热解毒法治疗中风急症的新治法。国家“七五”攻关“清开灵注射液治疗中风病痰热证的临床与实验研究”进一步证实了其疗效,其研究成果获得 1991 年度国家科技进步三等奖。王永炎^[15-16]根据中风病研究成果进而提出“毒损脑络”的病机学说,中风后可产生瘀毒、热毒、痰毒等,毒邪可损伤脑络;提出了络脉、病络、络病的概念,认为络病是以络脉阻滞为特征的一类疾病,邪入络脉标志着疾病的发展和深化,其基本的病理变化是虚滞、瘀阻、毒损络脉。根据“毒损脑络”病机的认识,李澎涛等^[17-18]在清开灵研究基础上,结合药性理论创立了“解毒通络方”,实验研究结果显示,其具有促进突触再建和增强、完善再建突触效能的作用,在抗脂质过氧化损伤的能力方面解毒通络方与尼莫地平有相当的功效。

化痰通腑法是中风病急性期的主要治疗方法

之一,已成为国内专家共识。王永炎^[19]牵头的研究小组在 20 世纪 80 年代初开展了化痰通腑法治疗中风病痰热腑实证的临床研究,治疗有效率达 82.3%,并总结出应用化痰通腑法的临床指征是便干便秘,舌质红,苔黄腻,脉弦滑有力,其作用有三:一可通畅腑气,敷布气血,促进半身不遂等症的恢复;二可清除肠胃痰热积滞,使浊邪不得上扰神明;三可急下存阴,以防阴劫于内,阳脱于外。对于该治法近些年很多学者从不同层面对其进行了深入探讨^[20]。

醒脑开窍法是治疗中风闭证的传统治疗方法,在安宫牛黄丸、苏合香丸等药物应用的同时,醒脑静注射液是近年来用于治疗中风神昏的中药制剂。蔡定芳等^[21]采用随机对照方法观察 256 例急性缺血性中风患者,治疗组采用醒脑静注射液治疗,对照组采用低分子右旋糖酐静脉滴注,治疗 14 日后治疗组总有效率 80.6%,对照组总有效率 61.2% ($P < 0.05$);治疗组能有效改善患者的神经功能缺损 ($P < 0.05$)。傅强等^[22]研究结果显示,醒脑静治疗组较脑缺血再灌注模型组可显著抑制由缺血再灌注诱导的脑神经细胞凋亡。

张根明、孙塑伦等^[23]提出扶正护脑法则治疗中风病,突出了正虚(气虚、阴虚)在中风病机转化中的主导作用,指出中风急性期治疗的关键在于扶正,通过扶助正气,不仅可以挽救气阴,而且可抑制内生毒邪的产生,达到扶正以祛邪的目的。张根明等^[24]以参麦注射液为工具药进行临床随机对照研究,结果显示参麦注射液在改善神经功能及治疗总有效率明显高于尼莫地平注射液。何丽云等^[25]的实验研究报告为扶正护脑法则的确立及应用也提供了一定的科学依据。

3 综合治疗方案的研究

随着中风病临床研究的深化,逐步从对一方一药的临床观察到辨证论治为核心的综合治疗方案的研究。中风病综合治疗方案的制定和推广验证,有力地提高了中风病的临床疗效和防治水平。

张伯礼^[26]主持,由北京中医药大学、天津中医学院等全国 11 家单位共同完成的国家“十五”攻关课题“中风病急性期综合治疗方案研究”,在国家“七五”、“八五”、“九五”攻关研究成果的基础上,制订了中风病急性期综合治疗方案,首先开展了通治、辨治、针灸方案与西医治疗方案的多中心、随机

对照研究,通治方案采用一种中药注射液(脑出血用清开灵注射液,脑梗死用苦碟子注射液),辨治方案采用辨证论治口服中药汤剂,针灸方案以针灸治疗为主。根据临床随机对照研究结果,集各治疗方案优势,建立了以辨证论治为特点的综合治疗方案,并进行了多中心的临床验证和评价。共观察 522 例中风病急性期患者,从神经功能、中医证候、日常生活活动能力、认知功能、生存质量等方面进行全面评价,结果表明综合治疗方案疗效优于西医治疗方案。

黄培新^[27]主持的广东省中医院等全国 12 家单位共同完成的国家“十五”攻关课题,观察了中西医结合综合方案治疗急性脑出血的疗效,中西医结合治疗方案包括外科手术、内科一般治疗和辨证论治使用中药,结果与对照组比较,结合组患者治疗后 28 天和 90 天时神经功能缺损评分均改善($P < 0.05$); 90 天严重致残加病死率($BI < 75$)降低($P < 0.05$); 90 天完全康复和轻微残疾率($BI \geq 95$)提高($P < 0.05$); 90 天社会功能活动(FAQ)改善($P < 0.01$)。

4 中风预防的初步研究

中医药在中风病的预防方面也有其独到之处。1993 年 11 月国家中医药管理局脑病急症协作组讨论通过了《中风先兆证诊断与疗效评定标准》,明确了中风先兆证的诊断标准、疗效评定标准等^[28]。国家“八五”攻关课题,采用 1:2 配对病例对照研究方法,用调查问卷方式进行调查,调查了 8 个城市,对数据进行条件 Logistic 回归分析,探讨了中风病急性期发病前的相关症状^[29-33]。大部分学者认为,脑梗死的预防要整体调节,在中药、针灸等预防性的治疗之外,还要重视一般性预防措施^[34-35]。总体来说,虽然对于中风先兆症的症状、治疗等近代文献有所涉及,但临床研究不多,研究结论未形成有共识的成果。

总之,近 20 年来中医药防治中风病的研究一直作为国家重点支持领域,取得了一系列重大研究成果,涉及预防、治疗、康复等多个层面,中药新药的研究和开发成果显著,显示出了中医药在防治中风病方面的优势,即减轻患者的神经功能缺损,促进功能恢复,减轻病残程度,提高生活质量。同时,中医药防治中风病具有良好的临床依从性,治疗中风病的中成药,尤其中药注射液在中医医院、西医

综合医院已经广泛应用,成为我国中风病治疗的显著特点。但目前中风病的临床研究中,仍然存在以下亟需解决的问题,也应成为今后中风病临床研究中的重点任务。

4.1 中风病预防研究工作薄弱

中医古籍中对中风先兆症早有详细的描述。融入中医养生、保健在内的中风防治方法蕴含了中医整体观念,依从性好。但目前存在以下问题:临床实践中多遵循西医的脑卒中防治指南,普遍服用阿司匹林等抗血小板药物,有很多患者还同时口服具有活血化瘀功效的中成药,但这种中西药物联用的方法给患者带来的益处有多大,成本-效益如何,是值得进行深入研究和评价的。由于民众以及医务人员对于中医养生保健知识的缺乏,导致中医药知识难以贯彻到中风病的预防工作中。

4.2 中医药早期干预缺乏客观评价

中风病的有效抢救措施,关键在于能否在症状出现后数小时内及时有效的治疗,院前期是早期干预的最大障碍。我国国情导致了救治延迟的现状,调查资料表明我国救治情况明显慢于发达国家。

中医药早期干预主要针对中风病辨证治疗,缺血性、出血性中风均可应用,可使患者在影像学检查之前,甚至在救护车上或家中即能得到及时有效的治疗,缩短了发病至诊疗的时间。但目前临床实际中存在一些问题:中医药早期干预的疗效缺乏循证医学证据,虽然救护车上也给患者使用醒脑静等中药注射液,但难以成为有效的措施写入中国脑血管病防治指南中;由于时间窗的限制,溶栓难以令更多的患者接受,中药注射液广泛使用,但缺乏对其时效、量效、证效关系的研究,导致中药注射液使用不规范的现象出现;公众对中医药治疗方法的知晓率较低,难以做到及时接受中医药治疗,因而影响了治疗的效果。

4.3 中医康复方法尚未规范

中医康复方法如针灸、中药泡洗、推拿按摩等,具有较好的疗效,操作手法方便易行,安全有效,不仅应用于医院、基层,且适合于家庭。目前,由于康复网络不完善,中医康复方法缺乏规范的操作规程,各地区康复技术发展不平衡,由于公众缺乏降低致残的知识等因素导致中医康复医疗覆盖率低,多数患者难以得到有效的康复治疗。

因此,针对以上问题,下一步研究重点应该包括:急性脑血管病中医药早期干预的研究;脑血管

病中医药预防服务网络建设;脑血管病中医康复医疗服务网络建设;脑血管病中医药临床诊疗规范化研究;脑血管病中医药脑保护机制研究等。

参 考 文 献

- [1] 国家中医药管理局脑病急症科研组. 中风病辨证诊断标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1994, 17(93): 64-65.
- [2] 任占利, 郭蓉娟. 中风病证候诊断标准的研究[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(4): 49-50.
- [3] 郭蕾, 王永炎, 张志斌, 等. 关于证候概念的诠释[J]. 北京中医药大学学报, 2003, 26(2): 5-7.
- [4] 张志斌, 王永炎. 辨证方法新体系的建立[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(1): 1-3.
- [5] 高颖. 关于构建中医临床评价体系若干问题的思考[J]. 中国中医基础医学杂志, 2006, 12(4): 256-258.
- [6] 吴建平, 李爱琴, 郝素琴. 脑心通治疗脑梗死 131 例临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(4): 319-320.
- [7] 王喜芹. 通心络胶囊治疗急性脑梗死 56 例疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2006, 9(6): 27.
- [8] 赵映前, 张方健, 巴元明, 等. 血塞通滴丸治疗中风(脉络瘀阻证)的临床研究[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2004, 9(9): 1023-1025.
- [9] 李宗衡, 邹忆怀. 欣麦通胶囊治疗脑梗死恢复期证候和疗效的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2007, 5(4): 306-308.
- [10] 李克玲, 黄启福, 朱陵群, 等. 中风脑得平冲剂对实验性急性脑水肿的作用[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(4): 22-24.
- [11] 李克玲, 黄启福, 严京. 中风脑得平冲剂对大鼠实验性脑水肿诱发脑水肿的影响[J]. 北京中医药大学学报, 1997, 21(3): 35-36.
- [12] 朱陵群, 蒋玉凤, 黄启福, 等. 醒脑健神胶囊对 SHRsp 出血性中风海马 EAA 和神经元的影响[J]. 临床神经病学杂志, 1998, 11(3): 131-134.
- [13] 黄世敬, 黄启福, 孙塑伦, 等. 救脑宁注射液对实验性脑出血大鼠脑水肿及脂质过氧化的影响[J]. 北京中医药大学学报, 1998, 21(2): 38-40.
- [14] 陈绍宏, 张晓云. 中风醒脑口服液治疗急性脑出血临床研究. 中国中医急症, 2004, 13(12): 793-794.
- [15] 王永炎. 关于提高脑血管疾病疗效难点的思考[J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(4): 195-196.
- [16] 王永炎, 杨宝琴, 黄启福. 络脉病与病络. 北京中医药大学学报, 2003, 26(4): 1-2.
- [17] 李澎涛, 冀宏, 黄启福, 等. 解毒通络方促进脑缺血损伤后神经元突起再生的研究[J]. 神经解剖学杂志, 2002, 18(4): 337-341.
- [18] 李澎涛, 潘彦舒, 黄启福, 等. 解毒通络方对脑缺血损伤海马区突触可塑性的影响[J]. 解剖科学进展, 2002, 8(2): 106-110.
- [19] 王永炎, 李秀琴, 邓振明, 等. 化痰通腑法治疗中风病 158 例疗效观察[J]. 中国医药学报, 1986, 1(1): 22-24.
- [20] 王新志, 李燕梅, 等. 中风星蒺通腑胶囊治疗急性缺血性中风 120 例[J]. 中医药学刊, 2002, 20(2): 153-154.
- [21] 蔡定芳, 赵剑华, 等. 醒脑静注射液治疗急性缺血性中风的临床与实验研究[J]. 中国中医急症, 2000, 9(2): 45-48.
- [22] 傅强, 崔华雷, 孙中吉, 等. 醒脑静注射液对脑缺血再灌注诱导的脑神经细胞凋亡防治作用的实验研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2000, 7(3): 144-146.
- [23] 张根明, 孙塑伦, 高颖. 扶正护脑法在缺血性中风急性期治疗中的应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2004, 10(6): 8-10.
- [24] 张根明, 高颖, 邹忆怀, 等. 参麦注射液治疗急性缺血性中风 120 例临床观察[J]. 中华实用中西医杂志, 2004, 4(17): 953-955.
- [25] 何丽云, 孙塑伦, 范吉平, 等. 参麦注射液对神经细胞凋亡及胞浆钙变化的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2001, 21(8): 605-607.
- [26] 张伯礼, 王玉来, 高颖, 等. 中风病急性期综合治疗方案研究与评价——附 522 例临床研究报告[J]. 中国危重病急救医学, 2005, (5): 12.
- [27] 黄培新, 黄燕, 卢明, 等. 急性脑出血中西医结合综合治疗方案研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(7): 590-593.
- [28] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病先兆诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医学院学报, 1993, 16(1): 66-67.
- [29] 王泓午, 王玉来, 王振海, 等. 中风病发病前 24 小时内先兆症状的病例对照研究[J]. 北京中医药大学学报, 1998, 21(3): 38-46.
- [30] 王泓午, 王玉来, 金章安, 等. 缺血性中风发病前 3~7 天内症状的条件 Logistic 回归分析[J]. 中国中医急症, 2003, 12(1): 40-43.
- [31] 王泓午, 王玉来, 金章安, 等. 中风发病前 3~7 天内症状的 1:2 配对病例对照研究[J]. 中国医药学报, 2002, 17(8): 470.
- [32] 王泓午, 王玉来, 金章安, 等. 中风发病前 7d~30d 内先兆症状的 1:2 配对病例对照研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(9): 56-58.
- [33] 王泓午, 王玉来, 金章安, 等. 缺血性中风发病前 7~30d 内症状的病例对照研究[J]. 天津中医药, 2004, 21(6): 470-473.
- [34] 王永炎. 脑血管病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1983.
- [35] 高颖. 医学博士漫话-脑中风[M]. 北京: 科学出版社, 2005.

(收稿日期: 2008-12-12)

(本文编辑: 张磊)