

本文引用:袁春云,伍大华,谢乐.中西医结合脑心同治论治大面积脑梗死合并冠心病的体会[J].湖南中医药大学学报,2017,37(4):398-401.

中西医结合脑心同治论治大面积脑梗死合并冠心病的体会

袁春云¹,伍大华^{1*},谢乐²

(1.湖南省中医药研究院附属医院脑病科,湖南长沙 410006;2.湖南中医药大学研究生院,湖南长沙 410208)

〔摘要〕 脑卒中是我国主要致残、致死性疾病,大面积脑梗死是其中预后较差的一类,且常合并冠心病。本文从中西医结合脑心同治理论阐述大面积脑梗死合并冠心病的治疗体会,主张急性期“闭证宜开”、“脱证宜固”以治其标,后期当滋养肝肾、化痰通络以治其本,并结合西医治疗,取得良好疗效,值得借鉴。

〔关键词〕 大面积脑梗死;冠心病;脑心同治;闭证;脱证;中西医结合

〔中图分类号〕R2-031;R25 **〔文献标识码〕**B **〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2017.04.015

The Experience of Preserving Pathogenesis Theory based on Integrated Chinese and Western Medicine in Treating Massive Cerebral Infarction Combined with Coronary Heart Disease

YUAN Chunyun¹, WU Dahua^{1*}, XIE Le²

(1. Neurology Department, the Affiliated Hospital of Hunan Institute of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410006, China;

2. Graduate School, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China)

〔Abstract〕 Stroke is a high morbidity and mortality disease in China. Massive cerebral infarction, which often combine with coronary heart disease, has a poor prognosis. Here we present the experience of treating brain and heart simultaneously with integrated Chinese and Western medicine in massive cerebral infarction combined with coronary heart disease. "The open treatment principles ought be used in blocking syndrome" and "The astringent therapy ought to be used in collapsed syndrome" were proposed to merely alleviate the symptoms in the acute phase. Nourishing liver and kidney, removing phlegm, and dredging collaterals ought to be used in the late phase. The treatment combined with Western medicine show good effect.

〔Keywords〕 massive cerebral infarction; coronary heart disease; preserving pathogenesis theory; blocking syndrome; collapsed syndrome; integrated Chinese and Western medicine

近年来脑卒中已成为我国致残和致死的主要疾病,其中缺血性脑卒中占80%,而大面积脑梗死占有缺血性脑卒中的10%左右。具有疾病急骤、进展迅速、致残及病死率高的特点^[1]。我国2000年全国脑血管病专题研讨会制定的大面积脑梗死诊断标准为:大脑半球梗死超过1个脑叶(2个脑叶或以上),梗死直径在5 cm以上^[2]。大面积脑梗死主要因颈内动脉或者大脑中动脉闭塞且有效侧枝循环尚未形成所致。主要临床症状有偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲及意识水平下降等。往往并发危及生命的

脑细胞性及脑血管性的脑水肿,出现意识障碍、双侧瞳孔改变、恶心呕吐、呼吸衰竭、心动过缓等颅高压及脑疝症状,非手术内科保守治疗时死亡率达41%~80%之间^[1],且大面积脑梗死患者常合并冠心病,需要脑心同时治疗。

因心脑二脏在生理病理上有着密切联系,民国医家张锡纯提出脑心相通理论,认为“神明之体藏于脑,神明之用发于心”(《医学衷中参西录·论中医之理多包括西医之理》)。到现代赵步长教授在此基础上提出“脑心同治”的治疗原则^[3]。脑心二脏:(1)

〔收稿日期〕2016-01-05

〔作者简介〕袁春云,女,硕士,副主任医师,研究方向:中西医结合治疗心脑血管疾病研究。

〔通讯作者〕*伍大华,女,博士,主任医师,E-mail:893049352@qq.com。

生理相关:脑心以血脉为基、共主神明、有着共同的解剖、生理基础;(2)病理同源:病因均为过食肥甘厚味或过饮酒浆、情志内伤、肝肾亏虚、气血不足等,病位同在于络脉,病机同为络脉瘀阻、绌急、瘀塞等,病理改变同为动脉粥样硬化;(3)异病同治:中医治则同为化痰通络,西医治疗原则同为抗动脉粥样硬化,具体为抗血小板聚集及调脂稳定斑块治疗等。大面积脑梗死在中医常归属于中风中脏腑,又可分为闭证与脱证,闭证宜开,脱证宜固,结合西医治疗,并依据病情变化及时调整治疗方案,特总结于下。

1 闭证

患者肝肾阴血亏虚于下,阴虚化风,夹痰上扰清窍,壅滞络脉,脑络瘀阻,性灵蒙蔽,遂发该病。症见:突然昏仆,不省人事,半身不遂,牙关紧闭,唇面赤红,大便秘结,舌红苔黄腻,脉弦滑。因兼胸痹之疾,可见胸闷、心慌、心痛、气促等症状。中医治疗宜先以化痰开窍醒神治其标,方用涤痰汤化裁;后当滋养肝肾、化痰通络以治其本,方用柔肝通络汤(周慎教授自拟方)。西医方面主要在于抗血小板聚集、调脂、脱水减轻脑水肿、改善心肌重构、改善心肌供血等治疗。

验案举隅:患者李某某,男,40岁,因“左侧肢体活动障碍9天,加重伴意识改变1天”于2015年8月25日入院。患者于8月16日突发左侧肢体活动障碍,言语不利,当天去当地住院治疗,头部MRI+DWI示:右侧半卵圆形中心、右侧尾状核,右颞叶异常信号。诊断为“大面积脑梗死(急性期)”。经抗血小板聚集、调脂、减轻脑水肿,营养神经、清除氧自由基等治疗后病情较前好转,可下床行走。但24日突然出现左侧肢体活动不利、言语含糊不清加重,不能行走,神志模糊。为求进一步诊治,到我院住院诊治。既往史:30岁发现高血压病,最高血压190/110 mmHg,近期服用卡托普利及尼群地平降压,血压控制情况不详。35岁曾发脑梗死,当时左侧肢体活动障碍,经当地医院住院治疗后完全康复,未遗留神经功能缺损症状。38岁有脑外伤病史,经治疗后遗留有智能稍下降(具体不详),既往有冠心病史,未服药治疗,否认药物及食物过敏史。个人史:吸烟10余年,每天1包,饮酒10余年。入院时症见:神志模糊,左侧肢体乏力,行走不能,言语不利,偶饮水呛咳,无头痛头晕、恶心呕吐,无口干口苦,纳寐一般,大便秘结难解。舌质暗红,苔白厚,脉弦滑。查体:神志模糊,查体欠合作,构音不清晰,左侧软颚抬举无

力,左侧鼻唇沟变浅,口角右歪,伸舌左偏,左上肢肌力1级,左下肢肌力2级,左巴彬斯基征(+)。心脏:心界向左下扩大,心间搏动点位于第5肋间左锁骨中线外1 cm,未闻及明显杂音,双下肢无水肿。NIHSS评分15分,改良Rankin评分4分。辅助检查:血常规、凝血常规、肝肾功能、心肌酶、电解质、血糖、血沉等基本正常,血脂:低密度脂蛋白1.73 mmol/L,NT-proBNP 972.36 pg/mL。心电图:1.窦性心律,2.左心室肥厚伴劳损。胸部正侧位片:心影增大,呈普大影,肺血增多,建议进一步检查。心脏彩超:左心肥大、升主动脉弹性减退、二、三尖瓣、主动脉瓣轻度返流、左心衰。颈部血管彩超:双侧颈总动脉内膜中层增厚、双侧颈部血管斑块形成(扁平斑较大的有31.3 mm×4.5 mm)。颅脑CT:1.右侧额、颞及顶叶多发脑梗死,右侧额叶梗塞灶内少量出血可能,建议复查或MRI。磁共振颅脑平扫+MRA+DWI:1.右侧颞叶及枕叶大片异常信号,考虑为:大面积亚急性脑梗死;2.颅内多发腔隙性脑梗塞,脑白质病变;3.右侧大脑中动脉M1段狭窄,远端分支稀疏,请结合临床。DSA(2015年9月5日):右侧大脑中动脉M1段狭窄80%,余血管走形正常。诊断:中医诊断:中风(中脏腑)痰蒙神窍证。西医诊断:1.大面积脑梗死(急性期)、2.高血压病(3级 很高危组)、3.冠心病(慢性心肌缺血综合征 心功能II级)、4.双肾结石、5.陈旧性脑梗死。入院后采用中西医结合脑心同治,中医方面拟方涤痰汤合星蒺承气汤化裁化痰通腑、开窍醒神,药用:胆南星10 g,瓜蒌皮10 g,大黄6 g,厚朴6 g,丹参30 g,葛根30 g,僵蚕10 g,法半夏10 g,陈皮10 g,石菖蒲10 g,郁金10 g,白术10 g,茯苓10 g,地龙10 g,红花6 g,神曲10 g。7剂,水煎服,日1剂,分2次温服。二诊:上方服后,结合西医治疗,患者神识转清、痰湿得化、腑气得通,故转方柔肝通络汤化裁滋养肝肾、化痰通络以治其本:桑椹子15 g,枸杞30 g,丹参30 g,葛根30 g,豨莶草15 g,大伸筋15 g,山楂15 g,地龙10 g,蝉蜕10 g,白芍15 g,天麻10 g,石斛10 g,当归10 g,郁金10 g,石菖蒲10 g。7剂,水煎服,日1剂,分2次服温服。西医治疗采用抗血小板聚集、调脂、减轻脑水肿、营养脑神经、降压、改善心肌重构、改善心肌供血等措施。疗效:经积极治疗后患者出院时神志清楚,认知功能下降,能自由步行行走,左上肢肌力5-级,左下肢5级。NIHSS评4分,改良Rankin评分2分。

按:该患者虽正值壮年,然禀赋肝肾亏损,久患

风眩之疾,加之摄生不慎,恣食膏粱厚味,起居无常,“食气入胃,浊气归心,淫精于脉”(《素问·经脉别论》),“胃之支脉上络心脑”(《重订通俗伤寒论》何秀山按),“浊气”运化不及,蓄积脑络,化生痰脂,痰浊为患,促使脑络瘀阻的形成。金元四大家之朱丹溪就提出“湿土生痰,痰生热,热生风”,明代医家王纶亦言“若血浊气滞,则凝聚而为痰”(《明医杂著》)。近代医家张山雷同样指出“卒中之证,肝阳上扰,气升火升,无不挟其胸中痰浊,陡然泛滥,壅塞气道,以致性灵蒙蔽,昏瞆无知”。故此患者肝肾阴虚亏于下,阴虚化风,夹痰上扰清窍,壅滞络脉,脑络瘀阻,导致肢体偏枯、神识昏蒙,诸症乃生,尊“急则治其标”原则,初诊拟方涤痰汤合星萎承气汤化裁以化痰通络、开窍醒神。患者久患胸痹之疾,因心之络脉与脑络同属一体,“浊气”运化不及,蓄积络脉,化生痰脂,痰浊为患,同时促使心脑络脉瘀阻的形成。故选用丹参、红花、地龙、半夏、陈皮、瓜蒌皮等化痰祛瘀宽胸之品,以冀心脑络脉同时得治。二诊患者神识转清、痰湿得化、腑气得通,故转方柔肝通络汤化裁滋养肝肾、化痰通络以治其本。二诊同样选用丹参、地龙、石菖蒲、郁金等化痰祛瘀之品心脑同治。该患者中风期间患者记忆力锐减,乃因“脑为髓之海”(《灵枢·海论》),肝肾之阴精,因瘫痪肢体濡养之所需而消耗更多,因脑络瘀阻而上承更难,使脑髓之虚者更虚,加之肝风挟痰上扰,痰邪蒙蔽清窍,脑窍失却灵巧之性,故使健忘、智能障碍。

西医方面,该患者既往有高血压病、冠心病(慢性心肌缺血综合征 心脏扩大心功能Ⅱ级)等病史,中风期间采用改善心肌供血、改善心肌重构、扩冠护心,经处理,患者耐受 DSA 手术,术中生命体征平稳,未出现心衰现象,为大面积脑梗死的诊治提供保障。患者脑梗死为颅内动脉狭窄,灌注不足,血栓清除率下降,呈进展性大动脉粥样硬化型大面积脑梗死。治疗上予以阿司匹林抗血小板聚集,他汀类调脂。依据《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2014》,大面积脑梗死急性期采用单抗治疗^[4]。而患者 DSA 发现右侧大脑中动脉 M1 段狭窄 80%,但侧枝循环建立良好,故暂不考虑支架治疗,依据 AHA/ASA 2014 年发布的“Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack”、《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2014》:由颅内主要血管重度狭窄(70~99%)导致的近期(30 d内)

发生卒中或 TIA 的患者,可推荐联合氯吡格雷和阿司匹林治疗 90 d,故建议患者双抗治疗 90 d^[4-5]。依据《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014》,选用“黄金搭档”β受体阻滞剂与 ACEI 类药物改善心肌重构、降低心衰患者病死率^[6]。脑梗死与冠心病的基础同为动脉粥样硬化,此患者颈部动脉硬化并斑块形成是为佐证,选用的抗血小板聚集与调脂药物在预防脑梗死的同时可以预防心血管事件的发生,这也是心脑同治的典范。

2 脱证

其基本病机同样在于肝肾真阴亏竭于下,龙雷之火失其涵养则化风上扰清窍,脑中气血逆乱,脉络阻滞。不同则是脱证中出现清窍闭塞,脑中阴阳气不相顺接而欲离,进而发生昏瞆、不省人事,出现内闭外脱之危重。症见:突然昏仆,不省人事,半身不遂,肢体软瘫,颧面淡红或青紫,气息微弱,自汗淋漓,二便失禁,舌淡紫苔白,脉微欲厥。中医治疗当先固其元气,方选独参汤或参附汤,也可以选用参麦注射液、生脉注射液或参附注射液静滴以益气回阳。后期当随证之变化辨证施治。西医方面在于抗血小板聚集、调脂、脱水减轻脑水肿、改善心肌重构、改善心肌供血等治疗。

验案举隅:患者陈某某,女,83岁。因“左侧肢体乏力、口角流涎 1 d,伴意识障碍 1 h”于 2015 年 11 月 16 日入院。患者家属代诉患者一天前无明显诱因出现左侧肢体乏力、口角流涎、行走不稳,当时未引起重视。今为求中西医结合诊治来我院门诊就诊,门诊查头部 CT 时突然出现意识障碍、神志昏迷,立即送至我科抢救治疗。既往史:既往有“冠心病”病史 10 余年,未规律服药治疗,有“高血压病”病史 10 余年,最高血压达 180/100 mmHg,未规律服药治疗。入院时症见:神志昏迷,呼之不应,口角流涎,四肢软瘫,大小便失禁,舌红苔白,脉微细数并结代。查体:BP:80/50 mmHg,神志昏迷,呼之不应,心率 142 次/min,心律不齐,第一心音强弱不等。四肢未见自主活动,四肢腱反射减弱,双巴氏征(-)。NIHSS 评分 18 分,改良 Rankin 评分 5 分。入院急查头部 CT 未见出血病灶,床边心电图示:快速型房颤。入院诊断中医:中风(中脏腑 脱证)元气衰败证。西医诊断:1.脑梗死(急性期) 2.冠心病(慢性心肌缺血综合征 心功能Ⅱ级心房纤颤)、3.高血压病(3级很高危组)。入院后急予以参麦注射液益气回阳升压、醒脑静注

射液开窍醒神,患者神志逐渐转清,血压回升至正常。继续予以抗血小板聚集、调脂、脱水减轻脑水肿、清除氧自由基、抑制胃酸保护胃黏膜、改善心肌供血、改善心肌重构、维持水电酸碱平衡等处理,患者房颤消失,恢复窦性心律。19日完善头部MRI+DWI:1.右侧额、颞、顶叶大面积急性脑梗死;2.脑内多发腔隙性脑梗死;3.脑白质疏松症,脑萎缩。颈动脉彩超:双侧颈动脉内膜中膜增厚并硬化斑块形成(硬斑、混合斑),左侧颈内动脉起始段轻度狭窄。心脏彩超示:1.左心房增大;2.升动脉硬化;3.二、三尖、主动脉瓣轻度返流;4.左室舒张功能减退。故西医诊断修正为:大面积脑梗死(急性期)。予以加强脱水,患者血压185/83 mmHg,舌红苔黄厚,脉弦细。故中医辨证为肝风内动、痰瘀阻络,拟方熄风化痰通络汤化裁(国医大师刘祖贻经验方)平肝熄风、化痰通络,药用:天麻10g,钩藤20g,菊花15g,法半夏10g,丹参30g,葛根30g,蝉蜕10g,胆南星10g,天竺黄10g,竹茹10g,石菖蒲10g,蜜远志10g,郁金10g,甘草3g。共5剂,水煎服,日1剂,分2次温服。二诊:上方服后,结合西医及康复治疗,患者舌苔黄厚明显改善,故转方熄风通络汤化裁(国医大师刘祖贻经验方)平肝熄风、化痰通络,药用:天麻10g,钩藤20g,刺蒺藜10g,丹参30g,葛根30g,地龙10g,苦丁茶10g,豨莶草15g,杜仲25g,桑寄生30g,山楂15g,玉米须30g,夏枯草10g,络石藤30g。共7剂,水煎服,日1剂,分2次温服。后以周慎教授经验方柔肝通络汤化裁善后。疗效:经积极治疗后患者出院时神志清楚,能缓慢步行行走,左上肢肌力3-级,左下肢4-级。NIHSS评分5分,改良Rankin评分2分。

按:患者年老体衰,久患“胸痹”、“风眩”之疾,肝肾真阴亏竭于下,龙雷之火失其涵养则化风上扰清窍,脑中气血逆乱,脉络阻滞。此次发病时更兼“心悸(房颤)”之疾。此为胸痹日久,心包络脉瘀阻不暢,心之气营亏虚,心体失养,以致心之动击失序,正如《素问·三部九候论》言“参伍不调者病”,心体动击失序则易导致气血运行逆乱,痰浊瘀血由是而生。心中之新生痰瘀病理产物随龙雷之火循肝经上扰清窍,则清窍闭塞,脏腑之气不能与脑中元神相接,上下不相交通,神机失用,重则脑中阴阳不相顺接而欲离,进而发生昏聩、不省人事,出现内闭外脱之危重^[7]。此患者经参麦注射液益气回阳升压、醒脑静注射液

开窍醒神后,患者神志逐渐转清,血压回升至正常,此诚中医能治急危重症之典范。经中西结合治疗脑中阴阳之气得以顺接,然龙雷之火仍亢于上,故中药汤剂初诊选用国医大师经验方熄风化痰通络汤化裁,方中天麻、钩藤、菊花平肝熄风,蝉蜕熄风通络,石菖蒲、蜜远志化痰开窍,更有丹参、葛根化痰通络,半夏、胆南星、天竺黄、竹茹化痰通络,脑心同治。二诊患者痰湿得化,故转方国医大师刘祖贻经验方熄风通络汤化裁平肝熄风、化痰通络,患者龙雷之火得以潜藏,故转方周慎教授经验方柔肝通络汤滋补肝肾、化痰通络以治其本以巩固疗效。

西医方面,患者长期患冠心病、高血压病病史多年,颈动脉多发斑块。此次发病时新发心房纤颤,为房颤导致血流动力学改变,心房内血流速度减慢,血液粘稠度升高,形成附壁血栓,栓子脱落随血流入脑,阻塞大脑中动脉,形成大面积脑梗死,为典型的心病及脑。治疗上经积极改善心肌供血、改善心肌重构、稳定心律、抗血小板聚集、调脂等治疗后患者恢复窦性心律。此案提示,冠心病心房纤颤需早发现、早治疗,以避免发生严重的脑血管事件。此案与前案之抗血小板聚集及调脂同为脑心同治之实例。

参考文献:

- [1] 周红青,刘 鸣.大面积脑梗死的研究进展[J].实用医院临床杂志,2013,10(3):9-12.
- [2] 黄如训,郭玉璞.2000年广州全国脑血管病专题研讨会脑卒中的分型分期治疗(建议草案)[J].中国神经精神疾病杂志,2001,27(1):73-75.
- [3] 赵步长,庄 欣.论心脑血管疾病的脑心同治原则[J].世界中医药,2006,1(1):16-17.
- [4] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014[J].中华神经科杂志,2015,48(4):258-273.
- [5] Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association [J]. Stroke, 2014, 45(7):2160-2236.
- [6] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会,中国心力衰竭诊断和治疗指南2014[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122.
- [7] 袁肇凯,郭振球教授学术经验撷英(三)——谨守五脏病机,调治老年诸疾[J].湖南中医药大学学报,2013,33(3):47-49.

(本文编辑 李 杰)