

浅析重症脑梗死之六大症

Analysis of the six syndrome of severe cerebral infarction

赵英霖¹ 赵冰²

(1.河南省中医院, 河南 郑州, 450000; 2.河南中医学院, 河南 郑州, 450000)

中图分类号: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)36-0043-03 证型: BDG

【摘要】我国急性脑血管病的发病率和死亡率均居各种疾病之首, 严重危害着中老年人的健康水平和生活质量, 给患者带来巨大的身心痛苦和沉重的经济负担, 重症脑梗死与其他类型脑梗死相比, 具有更高的致死率及致残率, 因此对其研究和防治已成为当今我国重大的公共卫生问题。文章结合笔者临床实践, 以中西医不同视角重症脑梗死发生发展过程中之六大症状及特色中医治疗方案, 以资共鉴。

【关键词】重症脑梗死; 六大症; 中西医

【Abstract】 The morbidity and mortality of acute cerebrovascular disease has been the top of the various disease, it is not only seriously affected the old people's health level and life quality, but also brought the great physical and mental pain and the heavy economic burden to them, compared with other types of cerebral infarction, the severe cerebral infarction has higher mortality and morbidity, so the research and the prevention and control has become a major public health problem in China today. Combining with clinical practice, the writer Analysis of the six syndrome of severe cerebral infarction from a different view between the traditional Chinese and western medicine.

【Keywords】 Severe cerebral infarction; Six syndrome; Traditional Chinese and western medicine

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.36.021

重症脑梗死即指大面积脑梗死或关键部位的梗死,关键部位主要指脑干梗死。脑干梗死在脑梗死比例中约占 20.0%,与其他类型脑梗死相比,具有更高的致死率及致残率。在重症脑梗死的发展过程中,临床上常伴有明显的意识障碍、肺部感染、中枢性高热等六大症状,它们起于重症脑梗死,若不及时控制,又能加速其发展,影响其愈后。所以正确认识及有效治疗对于重症脑梗死发展和愈后极其重要,本文浅析重症脑梗死患者常见之六大症状及特色中西医治疗方案。

1 意识障碍

急性重症脑梗死患者全脑血流均处于低灌注状态,特别是病灶侧,平均减少 64.1%,而健侧脑组织也有不同程度的下降,较同侧小脑平均减少 41.4%。中医认为,意识障碍属中风病中脏腑闭证,多因肝阳暴亢,阳升风动,气血上逆,挟痰火上蒙清窍,风火痰热之邪,内闭经络所致。治宜清肝熄风,辛凉开窍,应用安宫牛黄丸治之^[1]。方中以牛黄清热解毒,豁痰开窍,熄风止痉;犀角咸寒,清营凉血,安神定惊;麝香芳香,通达经络,开窍醒神,三者合而为主。辅以黄芩、黄连、栀子苦寒泄降,泻火解毒以助牛黄、犀角倾泻心包之热。雄黄解毒豁痰;冰片、郁金通窍醒神,化痰开郁;朱砂、珍珠、金箔清心镇静安神,熄风止痉定惊,共为佐使。诸药合用可收清热解毒、豁痰开窍之效,为治疗高热神昏、中风痰迷之要药。

2 发热

急性重症脑梗死损坏下丘脑等体温调节中枢,使体温居高不下,难以控制。研究表明,体温每升高 1℃,早期神经功能恶化的相对危险度增加 8.2 倍。发热可通过增加神经递质如谷氨酸、氨基丁酸等的释放,自由基产生增多,血脑屏障通透性增加,加重脑水肿,加重乳酸堆积,降低脑组织 ATP,破坏细胞骨架结构等机制加速缺血半暗带向坏死过渡,从而使梗死体积扩大,神经功能缺损加重。国际医学界将机体低温分为轻度低温(33~35℃)、中度低温(28~32℃)、深度低温(16~27℃)和超深度低温(16℃以下)。1993 年江基尧等首先将轻、中度低温称之为亚低温随后这一概念被国内所广泛引用^[2],其作用机制是每降 1℃,细胞代谢降低 4.0%,当体温降至 30℃,脑的耗氧量为正常时的 50.0%~55.0%颅内压降低 56.0%。亚低温治疗具有多重保护效应,可以同时作用于脑缺血级联损伤反应的多个靶点,保持脂质膜流动性、抑制破坏性酶反应、抑制脂质过氧化等。有报道认为亚低温治疗可降低再灌注期间脑低灌注时脑及全身其他重要器官的代谢和耗氧量,使能量消耗减少;维持正常的脑血流和细胞能量代谢,减轻乳酸堆积;保护血脑屏障,减轻脑水肿及降低颅内压;改善缺血后低灌注及防止过度灌注损伤;减少脑细胞结构蛋白破坏,促进脑细胞结构和功能修复^[3]。同时可辅以冰块,酒精擦洗一般物理降温及冰帽及冰毯的特殊物理降温等。中医认为,中风后发热在卫气营血及三焦辨证中属热入心包证,为痰热闭阻心窍,危及神明所致,当治以清心开窍为法。可选用中药制剂醒脑静注射液,其是在安宫牛黄丸配方基础上改制而成的水溶静脉注射液,其主要成分为麝香、冰片、栀子、郁金、牛黄、犀角、珍珠等,具有清心

泻火、凉血活血、开窍醒脑之功能。

3 高血糖

重症脑梗死患者因应激反应和分解代谢增加等因素导致血糖异常升高,急性高血糖可以增加血浆促炎症细胞因子如 TNF- α 、IL-6 及 IL-8 等的水平^[4],上述炎症因子既能加剧炎症细胞黏附渗出而致炎症恶性循环,又能损害细胞、血管和细胞外基质,导致血脑屏障破坏、细胞死亡和脑水肿加剧,加重缺血性脑损伤。高血糖破坏血脑屏障,导致缺血性卒中患者发生出血转化^[5,6]。卒中急性期高血糖既是机体严重应激反应的标志,也是疾病严重预后不良的预示。中医认为消渴发病常与血瘀有关。《血证论·发渴》曰:“瘀血发渴者,以津液之生,其根出于肾水。有瘀血,则气为血阻,不得上升,水津因不能随气上布是以发渴。”。可以认为,阴虚燥热,是消渴血瘀的主要原因。阴虚内热,耗津灼液而成瘀血或病损及阳,以致阴阳两虚,阳虚则寒凝,亦可致血瘀。故高血糖不仅是重症脑梗死的结果,同时也是导致卒中进展的主要危险因素。中医强调全程兼顾,活血化瘀通络,然发病后多数患者伴有意识障碍,鼻饲饮食使以往的进食方式发生改变,病前的血糖控制措施不得已中断等因素,血糖的控制及监测情况成为难题。根据长期临床实践,可根据患者既往血糖情况,决定基础胰岛素注射量,继而多次注射正规胰岛素 2 h 后连续数次监测血糖,根据实时血糖情况指导胰岛素用量。

4 感染

重症脑梗死多导致丘脑下部一垂体一肾上腺功能障碍,导致脑一肺综合征而并发感染。卒中诱导免疫抑制是卒中合并肺部感染的重要因素^[7],脑卒中患者年龄大、住院时间长、有意识障碍、吞咽困难、高血糖、侵入性操作是影响脑血管病并发肺部感染死亡的高危因素。西医注重抗生素、化痰药物应用,必要时及时气管切开,通畅气道。中医将其归于“咳嗽”“痰证”等范畴,病位在肺,痰热壅肺是基本病机,治疗多以清热化痰为大法,方选薤白散、麻杏石甘汤、加味温胆汤等。肺部感染属“肺气不利”肺主一身之气,具体而言,肺的呼吸运动,对全身之气的升降出入运动推动和激发了人体的各种生理活动,体现了脏腑的生理功能,因此,中风后肺气不利,可造成机体气机失调,免疫功能下降,容易发生继发感染。因肺与大肠相表里,通腑法亦为有效方法,可选三承气汤、大柴胡汤加减等。肺主气,“血为气之母”,故在上述方法中辅活血化瘀以改善肺循环。

5 应激性溃疡

重症脑梗死引起应激性溃疡发生上消化道出血,其发病机制为机体对神经内分泌系统的应激反应。一般认为与以下因素有关:中枢神经系统兴奋性增高,神经内分泌功能失调,胃黏膜屏障损伤,泌酸和抗酸机制失衡,H⁺在应激性溃疡中逆行扩散导致胃黏膜损害加重,胃黏膜代谢障碍等,这些因素造成胃壁溃疡侵蚀血管导致出血^[8]。中医认为应激性溃疡属肝火犯胃、胃中积热,热伤胃络致血热妄行,而发生呕血、便血等症状^[9]。本病属中医“吐血”范畴,其病因主要为外邪侵袭、情志不遂、

饮食失节、劳倦内伤等，但无论何种原因，病机大多为火盛或气虚，而出血之后，离经之血留积体内形成瘀血，阻滞脉络妨碍新血生成，不仅出血不易停止，并且加重出血。故治疗强调“止血为第一要法，止血不留瘀，化瘀不动血，以通降泻胃、化瘀止血”为法。给予冰盐水洗胃，持续胃肠减压应用。

6 顽固性呃逆

西医认为，呃逆中枢位于脑干，生理学上独立于呼吸中枢^[10]。当外周刺激迷走神经或膈神经的感觉神经纤维传入中枢，或中枢疾病使膈神经的运动纤维传出冲动增多，均可引起呃逆。治疗多给予甲氧氯普胺、氟哌啶醇、氯丙嗪、利多卡因、东莨菪碱等。中医认为，中风后出现顽固性呃逆多因胃气虚弱，痰浊内阻，气动上逆所致，针灸是治疗顽固性呃逆的首选方法，另临床选方有呃逆散、降气通腑汤等。

综上所述，脑梗死虽为脑病科常见病，然其发展过程可兼现多种相关病症，特别是重症脑梗死，尤以上述六大症多见，固对其治疗万不可掉以轻心，轻而蔑之，宏观把握疾病发展及预后，及时根据病情调整治疗方案，方可取得满意疗效。

参考文献：

[1]于加军,邵阳升.安宫牛黄丸联合亚低温治疗重症脑梗死的随机对照研究[J].中医临床研究,2013,5(4):10-11.

[2]江基尧,朱诚.亚低温与颅脑创伤临床研究进展[J].第二军医大学学报,2001,22(8):787-789.

[3]易声禹,只达石.颅脑损伤诊治[M].北京:人民卫生出版社,2002

[4]Krogh-Madsen R,Moller-K,Dela F,et al.Effect of hyperglycemia and hyperinsulinemia on the response of IL-6,TNF-alpha,and FFAs to low-dose endotoxemia in humans [J].Am J Physiol Endocrinol Metab,2004,286(5):E766-772.

[5]Firdou S.Concomitant tuberculous meningitis and lutebacher syndrome with multiple atrial septal defects and infective endocarditis [J].J Coll Physicians Surg Pak,2012,22(10):666-668.

[6]Kilic A,George TJ,Beatty CA,et al.The effect of center volume on the incidence of postoperative complications and their impact on survival after lung transplantation[J].J Thorac Cardiovasc Surg,2012,144(6):1502-1508.

[7]Ngo JT,Parkins MD,Gregson DB,et al.Population-based assessment of the incidence, risk factors, and outcomes of an-aerobic bloodstream infections [J].Infection,2013,42(1):41-48.

[8]张丹,周海平,朱敏.急性脑血管疾病并发应激性溃疡及其中医辨证分型的探讨[J].中西医结合实用临床急救,1999,2(6):85-88.

[9]张红梅,刘晓伟,曲宏达,等.左金丸对应激性溃疡大鼠下丘脑室旁核 C-fos 及 HPA 轴的调节作用[J].中国中西医结合急救杂志,2004,11(5):276-280.

[10]李振洲,郎森阳.呃逆与脑血管[J].国外医学脑血管疾病分册,2004,3(12):198-200.

编辑：赵聪 编号：EB-15091705F（修回：2015-10-10）