

现代疾病诊疗学

xiandai jibing zhenliao xue

主编 于凤管 群王贞喜
顶宇峰 李乃国 尹魁明

内蒙古科学技术出版社

现代疾病诊疗学

主 编 于 凤 管 群 王贞喜
项宇峰 李乃国 尹魁明

内蒙古科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代疾病诊疗学 / 于凤等主编. —赤峰: 内蒙古科学技术出版社, 2009. 7

ISBN 978 - 7 - 5380 - 1880 - 6

I. 现… II. 于… III. 疾病—诊疗 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 117316 号

出版发行: 内蒙古科学技术出版社

地 址: 赤峰市红山区哈达街南一段 4 号

邮 编: 024000

出 版 人: 额敦桑布

责任编辑: 那 明

封面设计: 魏 立

印 刷: 赤峰富德印刷有限责任公司

字 数: 602 千

开 本: 787 × 1092 1/16

印 张: 22.5

版 次: 2009 年 7 月第 1 版

印 次: 2009 年 7 月第 1 次印刷

定 价: 60.80 元

编委会

主 编:于 凤 管 群 王贞喜 项宇峰
李乃国 尹魁明
副主编:张宪忠 徐文菊 韩玉亭 黄桂宏
孙爱秀 陈 美

编者及所在单位:

于 凤	山东省淄博市妇幼保健院
管 群	山东中医药大学第二附属医院
王贞喜	山东省肿瘤防治研究院
项宇峰	山东省肿瘤防治研究院
李乃国	山东省昌邑市人民医院
尹魁明	山东省昌邑市人民医院
张宪忠	山东省日照市中医医院
徐文菊	山东中医药大学第二附属医院
韩玉亭	山东省昌邑市人民医院
黄桂宏	山东省昌邑市人民医院
孙爱秀	山东省昌邑市人民医院
陈 美	山东省肿瘤防治研究院

前 言

医学分子生物学的飞速发展,使得我国对临床疾病的研究取得了令人瞩目的成就。很多医务工作者尤其是基层医务工作者由于条件所限查阅资料不甚方便,迫切需要有一本能够介绍近年来诊疗前沿科学研究方面的著作。我们觉得有责任和义务将目前这些宝贵的科学研究前沿资料加以整理萃取,编写成书。

本书主要参考国际国内近三年的科学前沿文献,重点突出临床疾病诊疗方面的新知识、新技术、新进展。主要目的是让广大医务工作者能进行知识更新、提高临床诊治水平。

全书共二十七章,内容新颖、翔实、言简意赅。可作为各级医务人员、医学院校教师、医学生、研究生和相关科研工作者的专业书籍和参考读物。

本书参编人员来自于不同的专业,但所写内容均是作者所从事或熟悉的专业,对于不熟悉的专业内容宁缺毋滥,故而未能全面阐述临床疾病各方面的进展,加上编写时间紧、任务重、作者水平有限,不当之处在所难免,敬请读者海涵并指正。各位作者在百忙之中不辞辛苦按时完成各自承担的写作任务,才使得本书按时出版,在此表示衷心的感谢!

编委会
2009年5月

目 录

第一章 脑血管疾病	1
第一节 急性脑梗死的溶栓治疗	1
第二节 急性脑梗塞的中医药治疗	4
第三节 卒中后痉挛性瘫痪的中医药治疗	6
第四节 通窍活血汤治疗神经系统疾病概况	8
第五节 影像学在颅内动脉瘤诊治中的作用	10
第六节 脑卒中后肩—手综合征的治疗	12
第二章 老年痴呆症	15
第一节 乙酰胆碱酯酶抑制剂治疗老年痴呆症	15
第二节 加兰他敏治疗阿尔茨海默症	18
第三节 中药有效成分治疗阿尔茨海默病	22
第三章 脑炎及脑膜炎	27
第一节 结核性脑膜炎的诊断	27
第二节 病毒性脑炎急性期的治疗	30
第四章 晕厥	33
第五章 癫痫的基因治疗	36
第六章 神经电生理的临床应用	39
第一节 多灶性运动神经病神经电生理学检查	39
第二节 帕金森病的脑深部电刺激术治疗	40
第七章 甲状腺危象	43
第八章 肾上腺危象	46
第九章 垂体疾病	48
第一节 垂体生长激素腺瘤	48
第二节 垂体功能减退症	51
第三节 垂体危象	53
第十章 糖尿病	57
第一节 胰岛素抵抗的治疗	57
第二节 胰岛素类似物治疗糖尿病	61
第三节 代谢综合征与 2 型糖尿病血脂异常的治疗	64
第四节 糖尿病足的中西医结合治疗	65
第五节 银杏叶治疗糖尿病及并发症	69
第六节 苦碟子治疗糖尿病并发症	72
第七节 麝香保心丸治疗糖尿病合并冠心病	74

第八节	小檗碱治疗 2 型糖尿病	75
第九节	2 型糖尿病的中药治疗	78
第十一章	心血管疾病	81
第一节	高血压病的中医药治疗	81
第二节	中药结合再灌注治疗急性心肌梗死	82
第三节	慢性心力衰竭的治疗	87
第四节	左西孟旦治疗心力衰竭	92
第五节	慢性心力衰竭的中药治疗	94
第六节	他汀类药物治疗扩张型心肌病心力衰竭	97
第七节	他汀类药物治疗高血脂	99
第八节	依普利酮治疗心血管病概况	101
第十二章	肺部疾病	105
第一节	吸入抗生素治疗肺部感染	105
第二节	新生儿呼吸窘迫综合征	107
第十三章	肝炎	111
第一节	乙型肝炎病毒相关性肾炎	111
第二节	慢性乙型肝炎抗病毒治疗	114
第三节	替比夫定治疗慢性乙型肝炎	118
第四节	拉米夫定的临床应用	122
第五节	丙型肝炎防治	127
第六节	丙型肝炎病毒相关性肾小球肾炎	137
第七节	自身免疫性肝炎	139
第八节	慢性重型肝炎的中药治疗	142
第十四章	肝纤维化与肝硬化	145
第一节	肝纤维化非创伤性诊断模型	145
第二节	肝纤维化的超声诊断	149
第三节	肝纤维化的 CT、MRI 诊断	152
第四节	腹水的实验室诊断	155
第五节	靶向肝星状细胞治疗肝纤维化	158
第六节	中药灌肠治疗肝病肠源性内毒素血症	161
第七节	脾脏射频消融治疗脾功能亢进	163
第八节	肝移植病人的营养支持治疗	166
第十五章	酒精性脂肪肝	169
第十六章	肝癌	172
第一节	肝癌的分子靶向治疗	172
第二节	肝癌自杀基因治疗	181
第三节	小柴胡汤治疗肝癌	183
第十七章	胃肠疾病	187
第一节	复方中药治疗慢性胃炎	187

第二节	慢性溃疡性结肠炎的中医药治疗	190
第三节	中药治疗肠易激综合征	192
第四节	三氧化二砷治疗大肠癌	194
第五节	大肠癌的中药治疗	196
第六节	小檗碱治疗消化道疾病概况	198
第十八章	急性胰腺炎的中药治疗	202
第十九章	儿童疾病	206
第一节	小儿哮喘概况	206
第二节	小儿支气管哮喘的中西医结合治疗	209
第三节	儿童阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	212
第四节	儿童脓毒性休克的诊断	216
第五节	抗体靶向治疗儿童白血病	219
第六节	儿童骨髓增生异常综合征	221
第七节	儿童紫癜性肾炎的治疗	225
第八节	儿童慢性鼻窦炎的治疗	228
第九节	小儿胃轻瘫	231
第十节	小儿厌食症的中药治疗	234
第二十章	胎儿与新生儿疾病	238
第一节	胎儿发育迟缓	238
第二节	胎儿和新生儿心律失常	240
第三节	胎儿畸形的宫内治疗	244
第四节	新生儿缺氧缺血性脑病	247
第五节	新生儿缺氧缺血性脑病的亚低温治疗	250
第二十一章	感染的治疗	254
第一节	脓毒症的治疗	254
第二节	耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染的治疗	258
第三节	EV71 感染的治疗	261
第二十二章	妇科病的中医药治疗	264
第一节	排卵功能障碍的中药治疗	264
第二节	宫颈糜烂的中药治疗	267
第三节	外阴白色病变的中药治疗	269
第二十三章	产前诊断	272
第一节	非侵入性产前基因诊断	272
第二节	母体血浆中胎儿 DNA 在产前诊断中的作用	275
第三节	染色体非整倍体畸变的产前诊断	277
第二十四章	胎膜早破	282
第一节	胎膜早破的诊断	282
第二节	未足月胎膜早破的治疗	283
第二十五章	不孕不育	287

第一节	男性勃起功能障碍与不孕症	287
第二节	卵巢移植和冷冻保存技术的应用	290
第二十六章	妇产科操作并发症	295
第一节	产科手术并发症	295
第二节	药物流产并发症	308
第三节	穿刺取卵与取精的并发症	311
第二十七章	现代疾病的科学研究前沿	319
第一节	角膜移植免疫排斥反应的中药治疗进展	319
第二节	中药治疗狼疮肾炎的进展	321
第三节	猫爪草抗结核进展	324
第四节	青藤碱治疗类风湿关节炎进展	328
第五节	血吸虫病诊断进展	331
第六节	FK506 治疗激素依赖性重症肌无力进展	334
第七节	脑转移瘤局部治疗进展	335
第八节	中药促进血管生成的研究进展	338
第九节	绝经后骨质疏松症治疗进展	342
第十节	神经肽 Y 及受体在肥胖治疗中的应用进展	345
第十一节	他汀类药物治疗多发性硬化的进展	348

第一章 脑血管疾病

第一节 急性脑梗死的溶栓治疗

缺血性脑血管病是中老年人的常见病、多发病,不仅患病率高,致残率和复发率也高。一组 12 679 例脑梗死病例中,病残者 5 776 例(84.1%),复发者 4 120 例(60%)。人们一直在探索治疗脑梗死的有效方法,但至今仍不能达到明显效果。而溶栓治疗急性脑梗死一直引起人们的广泛关注,现在已经成为急性脑梗死治疗的研究热点。已经有大量的临床研究资料表明,超早期溶栓治疗可能是急性脑梗死最有效的一种根本性治疗方法。

一、溶栓治疗的目的

溶栓治疗的目的在于尽早使血流再通,迅速重建脑血液循环,挽救那些处于可逆状态的脑组织,缩小梗死面积,减轻神经功能缺损,改善预后。

二、溶栓治疗的时间窗

急性脑梗死可进行有效治疗的时间称为治疗时间窗。它可以受多种因素的影响,不同的个体也可以存在较大的个体差异。有报道慢性房颤患者,在心脏手术前突然发生急性脑梗死,右侧偏瘫和表达型语言功能障碍,患者出现神经功能缺损 95min 后即推注组织型纤溶酶原激活物(t-PA),然后输注该药 1h。溶栓后 25h 复查 CT、血管造影。结果显示左侧大脑中动脉和大脑外侧裂的皮质分支梗塞部位血管再灌注,神经功能缺损症状好转。因此及早使用溶栓剂对于神经功能的最佳恢复至关重要。2003 年美国卒中协会特别推荐脑梗死后 3h 内静脉用重组型组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA)溶栓治疗(总量 <90mg);而大的颅动脉包括基底动脉或大脑中动脉闭塞,发病 6h 内用 rt-PA 经动脉溶栓治疗。文献报道 423 例进展性脑梗死患者在发病 6h 后病情逐渐进展加重,首次溶栓时间 ≤3h,给予尿激酶静脉和动脉溶栓治疗,效果较好。总的来看,急性脑梗死发病 3h 内进行溶栓治疗是有效的;发病 3~6h 溶栓治疗可能有效;发病 6~12h 溶栓治疗也可能有效。但急性脑梗死溶栓治疗时间窗的最后确定有待于大规模、多中心、随机、双盲、安慰剂对照临床试验结果。

三、溶栓治疗前的超早期诊断

要想在脑梗死出现后 6h 内进行溶栓治疗就必须进行超早期诊断,由于种种原因,有的患者不容易在 6h 内确诊,这需要患者、家属、医生的通力合作。因此,应当采取下列措施:①加强对脑卒中防治的宣传教育,使群众认识到超早期诊断和治疗的重要意义。②提高医生对缺血性脑卒中的超早期诊断水平,对疑似卒中的患者,尽早进行脑 CT 扫描。③应用弥散加权成像和血流灌注成像磁共振技术及早行脑梗死的超早期诊断,并可了解缺血的情况决定是否进行溶栓治疗。

四、溶栓治疗的适应证和禁忌证

(一)适应证

- (1) 脑梗死在发病 6h 之内, 如果为进展性卒中、发病在 6~12h 之内也可考虑;
- (2) 颅脑 CT 排除脑出血, 且没有与神经功能缺损相对应的低密度影;
- (3) 无意识障碍, 但对基底动脉血栓形成, 由于预后极差, 昏迷也不禁忌;
- (4) 一般瘫痪肢体的肌力要求 0~3 级;
- (5) 年龄 ≥ 18 岁;
- (6) 患方同意。

(二) 禁忌证

- (1) 临床表现很轻或很快出现明显改善;
- (2) 活动性出血和已知有出血倾向;
- (3) 年龄在 80 岁以上;
- (4) 有脑出血史;
- (5) 近期有上消化道出血、手术、大创伤等;
- (6) 严重的心、肝、肺、肾功能障碍;
- (7) 正在使用抗凝剂如肝素等;
- (8) 未能控制的高血压, 收缩压超过 26.6kPa (200mmHg) 或舒张压超过 15.96kPa (120mmHg);
- (9) 休克;
- (10) 妊娠。

五、溶栓治疗的药物选择

(一) 溶栓药物的作用原理

它是一种纤溶酶原激活剂, 促使纤溶酶原转化为纤溶酶, 而纤溶酶能使血管内血栓的纤维蛋白链降解成无活性的小肽, 从而使血栓溶解。

(二) 溶栓药物的类型

溶栓药物包括第一代非选择性纤溶酶原激活剂如链激酶(SK)、尿激酶(UK); 第二代选择性纤溶酶原激活剂如 t-PA、rt-PA。目前临床上常用 UK 和 t-PA。UK 溶栓效果确切, 但维持时间短, 且出血等并发症较多。国家“九五”攻关课题协作组共 52 个医疗单位, 观察尿激酶治疗急性脑梗死(发病 6h 之内)的疗效及其安全性, 采用多中心随机、双盲、安慰剂对照临床研究。A 组 155 例, 用尿激酶 150 万 IU; B 组 162 例, 用尿激酶 100 万 IU; C 组 148 例, 用安慰剂, 采用欧洲卒中量表(ESS)、Barthel 指数(BI)、改良 Rankin 量表(mRS)评价神经功能恢复情况。结果 90d 致残率及接近完全恢复率 3 组有明显差异, A、B 组优于 C 组, A、B 组之间无明显差异。总死亡率 3 组之间无明显差异。表明静脉应用尿激酶对急性脑梗死有效, 且相对安全。t-PA 尤其是 rt-PA 较少产生全身抗凝、纤溶状态, 但价格昂贵。1995 年美国国家神经病与卒中研究所(NINDS)用 rt-PA 治疗脑梗死的随机双盲对照研究。治疗组、对照组各 312 例, 发病 3h 内用 rt-PA 0.9mg/kg, 最大剂量 90mg。结果: 3 个月后病死率各组为 17% 及 21%, 神经功能明显改善为 39% 及 26%, 症状性脑出血发生率为 6.4% 及 0.6%。1996 年美国食品药品监督管理局(FDA)确认 rt-PA 静脉溶栓治疗急性缺血性脑卒中是有效的方法。但大剂量可能增加出血, 因其半衰期更短而有一定血管再闭塞率, 因此应用受到一定的限制。

六、溶栓治疗的给药途径

(一) 静脉溶栓

主要是静脉滴注,目前临床上多采用此种方法。这种给药方式的特点是方便迅速,较容易掌握,创伤相对较小,可以在短时间内完成,且费用低,患者容易接受。缺点是用药剂量较大,对颈内动脉和大脑中动脉主干闭塞再通率低,颈内动脉闭塞再通率 10%,大脑中动脉主干闭塞再通率不足 30%,全身副作用大。

(二) 动脉溶栓

(1) 超选择动脉内给药:借助介入放射技术,超选择性的将导管移至闭塞区的供血血管,尽量在血栓附近灌注溶栓药物。这种方法能较好的增加局部的溶栓药物浓度,减少用药剂量,直接观察血栓崩解及血管再通情况,且便于控制用药剂量。缺点是需要有数字减影血管造影设备,所花时间长,价格昂贵。

(2) 颈动脉注射给药:无介入治疗的设备也可以从颈动脉注射给药。

(三) 动静脉联合溶栓

Keris 等报道一组 45 例急性严重半球卒中而早期 CT 没有征象的患者,卒中发作 6h 内先动脉后静脉内溶栓,溶栓 1 个月和 12 个月评价效果,恢复较好。对照组脑出血率是 6%。1 个月内死亡率溶栓组是 17%,对照组是 48%。因此谨慎选择 6h 内急性脑卒中患者,用小量(0.7mg/kg)rt-PA 动静脉联合溶栓是安全有效的。

七、溶栓治疗的药物剂量

药物使用的剂量目前无统一的标准,因个体差异,剂量波动范围较大。静脉内溶栓剂量较大,一般 UK 总量 60 ~ 345U,rt-PA 20 ~ 100mg。从开始给药至停止,总时间不超过 2h。动脉内溶栓 UK 总量 20 ~ 170U,t-PA ≤ 0.85mg/kg。

八、溶栓治疗的并发症

(一) 出血

溶栓治疗可以引起出血,主要是脑内出血,包括脑实质出血和出血性梗塞。这是影响溶栓治疗疗效和安全性的主要并发症,发生率为 4% ~ 20%。引起出血的相关因素包括年龄、未控制的高血压、大面积脑梗死、在发病 6h 以上用药、药物剂量过大、心肺肝肾等主要脏器疾患等。脑梗死溶栓后易发生出血的原因可能是:

(1) 脑梗死患者血管闭塞程度重,侧支循环差,则可在短时间内导致血管壁严重受损,溶栓治疗血管再通后,灌注压骤然升高,极易引起血管外渗。

(2) 溶栓治疗后纤溶亢进,止血凝血功能下降,从而加重脑内出血。

(二) 再灌注损害

闭塞的血管经溶栓再通后,短时间内症状和体征有时加重,形成脑缺血的再灌注损害,有可能引起脑水肿,形成高颅内压而危及生命。

(三) 血管的再闭塞

原因尚不清楚,有报道发生率可达 10% ~ 20%。

溶栓治疗是急性脑梗死的一种比较有效的治疗方法。发病 3h 内的患者超早期溶栓治疗最为有效,对发病超过 3 ~ 12h 的患者要注意进行病例选择。溶栓过程中应注意可能出现的并发症。

(尹魁明)

第二节 急性脑梗塞的中医药治疗

急性脑血管疾病的发病率、病死率和致残率均较高,其中急性脑梗塞占 50% ~ 70%。其发病机制与血液黏度高、组织缺氧、血管内皮细胞受损、自由基介导的脂质氧化损伤组织细胞等有关。

一、改善血液流变性

血液流变学异常是脑梗塞形成的主要危险因素之一。由于全血黏度、血浆黏度、血球压积、纤维蛋白原、血小板聚集性增高,促使血液流速变慢,血液流动阻力增高,使微循环的血液灌注减少,造成血管内皮细胞缺氧缺血,血管内皮退行性变、血管壁表面光滑度及负电荷降低,使红细胞、血小板与血管之间静电排斥减弱,引起脑血管的缺血性改变。研究发现,中成药对脑梗塞患者血液流变学指标有着显著改善。张凡雄观察复方白花前胡液对 40 例脑梗塞患者血液流变学参数的影响结果显示,能显著降低患者的血液黏度、红细胞的聚集能力(AGG)和红细胞压积(HCT),提高红细胞的变形性(DEF),治疗前后相比差异具有显著性($P < 0.01$)。孙萍等观察银杏叶提取物对 50 例急性脑梗塞患者,治疗前后血液流变学各项指标均有显著差别($P < 0.05$),表明能有效抑制血小板的活化与聚集,降低血黏度,改善微循环。张向宇等采用正电子发射型计算机断层显像(简称 PET)技术动态观察针刺前后局部脑葡萄糖代谢和脑细胞功能活动,探讨针刺的中枢作用机制,表明刺激人体的某组穴位,多个与其相关的大脑皮层功能区被激活,表现为局部血流量及血氧饱和度增加。这种血液循环的改变有利于改善局部组织的血氧和营养的供应,促进神经细胞的神经合成功能、能量代谢变化及代谢产物的清除,从而影响未受损伤神经元的代偿、未坏死神经元的恢复及功能区重塑。针刺康复的疗效与大脑皮层功能区血液循环的这种变化有关。

二、调整纤溶系统平衡,防治血栓形成

脑血栓形成是脑梗死中常见的类型,急性期的病死率为 5% ~ 15%,存活者中致残率较高,而近年来关于血纤溶系统活性与缺血性脑血管病的关系越来越受到重视,认为机体凝血—纤溶功能平衡是维持正常血液流通的基础,其中任何一方面功能的失调,都可能与血栓疾病有关,纤溶系统 $t-PA$ 、PAI 平衡失调和血小板膜蛋白-140(GMP-140)的增高以及 D-二聚体与脑血栓形成有密切关系。顾卫等观察了清开灵注射液和中风 I 号冲剂对脑梗塞患者 $t-PA$ 、PAI、GMP-140 活性的影响,发现能有效促进血管内皮细胞分泌 $t-PA$,抑制 PAI 的合成并抑制血小板释放 GMP-140,有利于恢复 $t-PA$ 、PAI 的平衡及血小板的功能($P < 0.05$),从而对防止血栓形成和脑梗塞再发具有积极意义。赵东采用单盲对照方法观察乐脉颗粒,可使 43 例老年脑梗塞患者的 D-二聚体水平明显下降($P < 0.01$)。青姚等观察针灸治疗 70 例脑梗塞患者,结果显示,患者血浆 GMP-140 水平明显降低($P < 0.001$),从而降低血小板的活化程度。

三、调节血脂代谢

血脂异常是脑梗塞发生的重要危险因素之一,文献中有关血脂异常和脑血管发病相关的阳性结果和阴性结果交替出现,但是各个版本的脑血管防治指南中都把降脂措施放在了十分重要的位置,而研究证实中医药在治疗脑梗塞同时也能有效地调节患者的血脂,发挥降脂作用。李艳等采用丽珠脑力隆治疗多发腔隙性脑梗塞 43 例,结果发现治疗后能明显降低

患者的胆固醇和甘油三酯水平($P < 0.01$)。莫进达等观察灯盏花素注射液对 68 例脑梗塞患者治疗后与治疗前相比,总胆固醇、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白均有显著改善作用($P < 0.01$),表明其能有效地减少脑梗塞的危险因素。韩景献等观察醒脑开窍针刺法治疗 60 例脑梗塞合并高脂血症患者的临床疗效,结果发现其改善血脂方面总有效率为 72.4%,表明其能有效调节脑梗死合并高脂血症患者脂质代谢的紊乱,改善主要临床症状。

四、调节机体免疫

免疫调节紊乱对脑梗塞的发生发展可能起重要作用,缺血再灌注时,炎症介质可激活免疫细胞、炎症细胞,并吸引大量白细胞侵入脑组织和黏附于血管内皮细胞,导致脑水肿和组织损伤破坏,而组织损伤破坏后释放的细胞成分又可激活免疫细胞,使免疫活性异常增强而加重组织损伤,因此免疫异常在脑梗塞的发生、发展及防治上都是不容忽视的。目前西药尚无疗效确切的免疫调节剂,而祖国医学在调节机体免疫方面有着较大的优势。付庆元等研究冬虫夏草对 60 例脑梗塞患者细胞免疫和体液免疫的影响,结果表明冬虫夏草对 IgA 有所提高,对细胞免疫影响较大,明显地提高了 E-RFC、A-RFC、CD3+、CD4+ 及 CD4+/CD8+,而降低了 CD8+ ($P < 0.01$),从而起到了改善细胞免疫、促进病情恢复的作用。俞征宙等研究中风 I 号方对脑梗塞患者免疫功能的影响,结果显示治疗组的淋巴转化率、CD3+、CD4+、CD8+、CD4+/CD8+ 及中性粒细胞吞噬率较治疗前差异显著($P < 0.05$),对照组各指标治疗前后差异无统计学意义($P > 0.05$)。提示中风 I 号方可以明显改善脑梗塞患者的细胞免疫功能。霍则军观察电针对大鼠全脑缺血再灌注免疫指标的影响,可以明显降低大鼠脑缺血再灌后的外周血白细胞数,并提高巨噬细胞吞噬力。前者有利于改善局部微循环,降低局部组织灌流阻力,后者与临床上常用的补充气血、增强免疫力的中医组方原则是相符的,从而从一个方面证实了早期应用电针对脑缺血疾病的治疗作用。

五、对缺血及再灌注后神经元损伤的保护作用

脑缺血后尽快地恢复血流供应是其治疗的重要环节,但近年研究表明,恢复血供后反而出现脑循环机能和脑代谢的异常,加重脑组织的损伤,即再灌注损伤。传统中医药能通过对抗氧化、细胞凋亡、血管损伤及脑细胞水肿与坏死等多方面改善缺血/再灌注造成的脑组织损伤,从而促进神经功能的恢复。王万等探讨醒脑静注射液(XNJI)对脑缺血/再灌注损伤(CI-R1)家兔丙二醛(MDA)浓度、超氧化物歧化酶(SOD)活性的影响,使用 XNJI 后,实验兔血浆 MDA 浓度和 SOD 活性分别显著低于和高于脑缺血/再灌注组相应时相点的对应值,脑组织 MDA 和 SOD 亦分别明显低于和高于脑缺血/再灌注组的相应值($P < 0.05$),表明 XNJI 可以有效地保护内源性 SOD 活性,抑制脂质过氧化反应,具有明显的抗氧自由基作用,从而达到抗 CIRI 的作用。梅爱农等探讨通心络胶囊对大鼠脑梗死皮层血管新生与神经元凋亡的影响,结果表明通心络胶囊能够通过增加 VEGF 表达而诱导脑梗死大鼠皮层血管增生,同时阻滞 caspase-3 活化而减轻神经元凋亡,其机理可能通过改善局部血液循环、改善细胞能量代谢而抑止线粒体凋亡酶的释放,也可能是减轻局部炎症因子如 TNF- α 的释放而中断外源性的凋亡途径。彭海东等观察灯盏花素对大鼠急性脑缺血再灌注损伤的保护作用,结果显示其能显著降低脑缺血再灌注后脑含水量($P < 0.01$)和脑组织钙含量($P < 0.01$),表明灯盏花素对大鼠急性脑缺血再灌注损伤具有保护作用。

急性脑梗塞的病理生理机制非常复杂,对其进行深入研究以及探索有效的防治药物是当代医学的重要目标之一。尽管现阶段中医药治疗脑梗塞取得了较为满意的效果,在作用

机制方面也进行了大量的研究,但并不深入也不完全,今后应进一步加强采用现代科学技术,对中医药开展多学科、多层次,乃至细胞及分子水平的研究,以明确其作用机理,为临床应用、药物剂型的改革及新药的开发提供科学的依据。

(张宪忠、韩玉亭)

第三节 卒中后痉挛性瘫痪的中医药治疗

卒中后肢体瘫痪在发生和发展过程中,几乎都会出现瘫痪肢体肌张力增高或痉挛。由于拮抗肌及牵张反射亢进,随意运动受到抑制,阻碍运动恢复及获得正常运动范围,使精确的技能运动及协调性运动难以恢复。肌张力增高如果得不到及时、恰当的治疗,不但会引起患肢的疼痛,并且可以造成患肢肌肉萎缩、关节挛缩及变形,导致关节活动度受限和康复训练的困难影响中风病人活动能力的恢复。因此,早期抗痉挛治疗在中风偏瘫的康复中非常重要。近年来,中医学者应用中医及中西医结合方法治疗本病,取得了一定的进展。

一、辨证分型治疗

近年来一些学者从不同的角度进行辨证分型治疗,都取得了较好的疗效。凌方明等引经据典,经过临床实践,将本病分为4型论治:肝肾阴虚、风痰阻络型治以滋养肝肾、熄风化痰通络,药选白芍、生地黄、何首乌、女贞子、天麻、钩藤、白蒺藜、水蛭、伸筋草、牛膝、炙甘草;气虚血淤、脉络阻滞型治以益气活血、化淤通络,药选黄芪、党参、当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、地龙、伸筋草、牛膝、炙甘草;气血亏虚、筋脉失养型治以补益气血、舒筋通络,药选熟地黄、白芍、当归、川芎、党参白术、茯苓、桑寄生、鸡血藤、伸筋草、炙甘草;脾虚痰湿阻络型治以益气健脾、涤痰通络,药选党参、白术、茯苓、桂枝、半夏、陈皮、胆南星、白附子、木瓜、伸筋草、炙甘草。如病延日久,即在辨证分型治疗基础上酌情加用虫类通络搜剔之品。吴晓秋综合历代医家之见,结合临床实践,将本病分为6型:肝阳亢盛、风火上扰型治以润阴熄风法,佐以潜阳清火,宣通经络,酌情选用天麻钩藤饮、羚羊角汤、镇肝熄风汤或三甲复脉汤,同时选用地龙等活血通络;风痰淤血阻络型治以化痰活血、和阳熄风法,佐以活血通络,用陈氏半夏白术天麻汤加减,若痰郁化热则选用羚羊钩藤汤加减;脾虚风痰阻络型治以甘温益气法,佐以祛痰活血通络,用李果半夏白术天麻汤加减;阴虚风动型治以滋阴柔肝熄风法,佐以活血通络,方用左归饮加减;肾精亏损及阴、虚风内动型方选还少丹加减;气虚血淤型治以益气活血,化淤通络,用补阳还五汤加减。朱平东等将本病分为风淤痰阻经络、气虚淤阻、肝阳潜逆3型进行辨证论治。

二、基本方加减

一些学者根据自己对卒中后痉挛性瘫痪的认识,在临床治疗经验的基础上拟定基本处方,随证加减。王颖等以黄芪、鹿角片(先煎)、生地、玄参、白芍、地龙、全蝎、川芎为基础方药,舌苔厚、腻,痰浊甚者,加陈皮、半夏;舌质黯淡或见淤斑,淤血阻络者,加三七冲服。郭志玲以水蛭、虻虫、僵蚕、桃仁、胆星、酒大黄为基础方,痰淤互阻型加涤痰汤;气虚血淤型合补阳还五汤;痰热腑实型合三化汤;肝阳上亢、风痰上扰型加天麻钩藤饮加减,若肢体麻木加皂刺;小便失禁加益智仁;语言不利加远志、石菖蒲;强哭强笑加生龙牡。宋国平以虻虫、水蛭、土鳖虫、川芎、丹参、干漆、伸筋草、木瓜、白芍、炙甘草为基础方药,随证加减。屈云等以镇肝熄风汤为基本方,有烦热者加栀子、黄芩;痰多者,加川贝母、竹沥;血淤者加用桃仁、红花、赤

芍、当归;失眠多梦者加夜交藤、茯神。

三、专方治疗

在辨证论治的基础上,对某一专方进行临床疗效观察,为治疗本病寻求有效的方剂。如用养阴通痹解痉汤、舒筋颗粒、养阴止痉颗粒、中风二代回春胶囊治疗本病,均取得较好疗效。

四、中西医结合疗法

在中、西医理论指导下,发挥中、西医各自的优势,采用中西医结合疗法治疗本病。如李宗衡等将 177 例脑血管病偏瘫分为治疗组和对照组。治疗组采用中医疗法加康复训练。①中药:舒筋缓痉饮,水煎口服,每次 150ml,2 次/日。②中药熏洗:复元通络饮熏洗患侧局部为主,时间为 30min。③针灸:取痉挛肌的拮抗肌侧经穴为主。每次取 2~3 穴,手法平补平泻,1 次/日,每次留针 20min。连续针刺 5d,休息 2d。④按摩疗法:先施按法于脊柱两侧,自上而下 2 次或 3 次。四肢一般先用摩法,逐渐改用揉法,从肢体远心端推到近心端,重点在穴位推拿。⑤康复训练:以 Bobath 方法为主。结果治疗组缓解上肢痉挛的总有效率为 49.6%,与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究还显示,采用中西医结合治疗本病不仅能提高疗效,而且在一定程度上可以改善病人的生活状态。欧海宁等将 29 例脑血管病偏瘫病人随机分为治疗组和对照组。治疗组采用注射 A 型肉毒毒素(BTXA)与舒筋活络洗剂局部熏蒸,对照组单纯局部注射 BTXA,结果显示采用中西医治疗能更好地降低偏瘫患肢的踝跖屈肌群肌张力,改善足下垂内翻步态,使病人步行的速度和步长增加,比单独注射 BTXA 效果明显。秦润笋等采用中医综合康复训练治疗脑血管病偏瘫病人,对照组采用现代康复训练,结果显示中医综合康复方法对痉挛状态的改善优于对照组($P < 0.01$),而运动能力和生活自理能力的提高,两组均有明显改善。杨楠等将 106 例脑卒中后痉挛性瘫痪随机分为治疗组(56 例)和对照组(50 例),两组均予西药盐酸乙哌立松片(妙纳片)治疗,治疗组加服自拟滋阴养血舒筋汤剂,结果显示治疗组病人肌张力改善情况、Fugel-Meyer 评分和 Barthel 指数评分均优于对照组。在中西医结合治疗的病人中,服用西药导致的不适感较少出现。

五、针灸疗法

针灸治疗本病疗效确切,无不良反应,近年来受到一些学者的重视。张闻东等认为本病是经脉不得阳气濡养所致,因此采用针刺督脉为主治疗 29 例,主穴取水沟、百会、风府、大椎、陶道、身柱、神道、至阳、筋缩、脊中、悬枢、命门、腰阳关、腰俞、长强,并配合关节局部取穴,对照组则采用传统取穴方法,即取偏瘫侧手足阳明经穴为主治疗 29 例,结果显示治疗后两组张力评分评定差异有统计学意义($P < 0.05$);运动功能评分与治疗前比较均明显升高($P < 0.01$),但治疗组与对照组比较,肢体运动功能改善更显著($P < 0.05$)。娄必丹等认为脑卒中后肢体痉挛状态当属阴急阳缓,以泻阴补阳为则,阴侧穴行提插捻转泻法,阳侧穴行提插捻转补法,取得了良好疗效。赵晓峰等将 60 例中风病偏瘫病人随机分为治疗组 30 例和对照组 30 例。治疗组采用补缓泻急针刺法,对照组采用现代康复训练,结果显示治疗组痉挛程度疗效上、下肢显效率分别为 56.0%、68.5%,而对照组分别为 24.9%、26.9%。郭小云将 68 例病人随机分为两组,治疗组采用电针配合穴位埋线治疗,对照组采用单纯电针治疗,结果显示治疗组疗效优于对照组。孙世晓等通过滞针兼透刺疗法治疗 86 例,并以患、健侧同治,结果表明不同级别肌痉挛都有不同程度的缓解,其中以轻型、肌痉挛出现时间短

的疗效好,关节运动灵活,肢体恢复较理想。对重型肌痉挛出现时间长的病人,经治疗大多有一定程度恢复,关节活动度有所改善。经与传统针刺组比较,有统计学意义,提示该方法临床疗效有明显优势。

中药、中西医结合、针灸治疗卒中后痉挛性瘫痪取得了较好疗效,并具有毒副反应小、复发率低等优点,显示了良好的应用前景。但从文献报道来看,中医药对卒中后痉挛性瘫痪的研究还很局限,仍有不少问题有待解决:①报道的文献病例不多,因而重复性较差;同时各家辨证分型不一致,疗效评定标准不统一,疗效的优劣难以准确评估;②相当一部分报道是没有设立具有可比性对照组的回顾性研究,使资料的可信度降低;③研究内容侧重于临床的疗效观察,对疗效机制的研究尚缺乏。因此,今后应加强随机、对照前瞻性设计的研究,确立痉挛性瘫痪的辨证分型标准体系,寻求更有效的治疗手段,在进一步广泛、深入开展中医药治疗卒中后痉挛性瘫痪临床疗效研究的基础上,积极开展其作用机制的研究。

(张宪忠、陈美)

第四节 通窍活血汤治疗神经系统疾病概况

通窍活血汤是清代王清任所创,以“治头面四肢周身血管血淤之证”(《医林改错·方叙》)。王清任在《医林改错》中说:“能使周身之气痛而不滞,血活而不淤,气通血活,何患疾病不除”。通窍活血汤配有通阳开窍的麝香、老葱、生姜等,故辛香通窍作用较好,主治淤阻头面之证,如淤阻头面的头痛、昏晕,或耳聋年久,或头发脱落,面色青紫,或酒渣鼻,或白癜风,以及妇女干血癆、小儿疳积而见肌肉消瘦、腹大青筋、潮热等。就目前临床应用的单个病种而言,通窍活血汤临床应用前10位从多到少依次是:头痛(含血管神经性头痛)、脑外伤、脑震荡后遗症、白癜风、老年性痴呆、脑溢血后遗症、耳聋、脱发、中枢性眩晕、眼底静脉曲张。

一、头痛

本方可治疗各种头痛,如史学瑞以通窍活血汤加减,药用川芎、赤芍、桃仁、红花、鸡血藤、石决明、柴胡、白芷、钩藤、黄芩、生地治疗血管性头痛,60例中痊愈48例,显效6例,好转4例,无效2例,总有效率96.7%。史氏重用川芎(30g以上),加白芷,取其辛窜走头之意,配桃仁、红花、当归、鸡血藤活血化淤通络止痛、疏调气血经气、柴胡疏导经络,余药中有滋阴潜阳平肝熄风、镇静安神等作用。游建明以加味通窍活血汤治疗偏头痛65例,总有效61例,总有效率为93.84%。龚梅芳等观察加味通窍活血汤对头痛患者血液流变性地影响,认为头痛患者存在明显的血液流变异常,而加味通窍活血汤能有效地改善头痛患者的血液流变各项指标及临床症状。李留霞认为,头痛反复发作、病程较长、久治不愈,日久便产生“久病入络”“久病必淤”的病理改变,用通窍活血汤加减,药用川芎30g,赤芍15g,桃仁12g,益母草20g,当归15g,白芷15g,细辛6g,延胡索15g,并酌加引经药。治疗顽固性头痛46例,显效29例,有效13例,无效4例,总有效率91.30%。田作造以通窍活血汤加味,药用葛根30g,川芎15g,赤芍药10g,桃仁10g,红花10g,全蝎6g,当归10g。治疗偏头痛42例,临床治愈18例,显效9例,有效12例,无效3例,总有效率92.8%。齐国香等以通窍活血汤治疗缺血性脑血管病性头痛62例,临床痊愈34例,显效23例,有效3例,无效2例,对改善血液流变学指标全血比黏度、血浆比黏度及总有效率均明显优于对照组($P < 0.05$)。利永华以通窍活血汤治