

涤痰逐瘀法联合西药治疗脑血管狭窄 80 例临床观察

周美红

永康市第一人民医院, 浙江 永康 321300

[摘要] 目的: 观察涤痰逐瘀法联合西药药物治疗脑血管狭窄的临床效果。方法: 将 160 例脑血管狭窄患者, 随机分为观察组和对照组, 每组 80 例, 观察组采用中西医结合治疗, 对照组仅给予西药药物治疗。观察 3 月后 2 组临床治疗效果, C-反应蛋白水平 (CRP)、血小板聚集率 (PAR) 和纤维蛋白原水平 (FIB) 以及不良反应。结果: 总有效率观察组 80.00%, 对照组 63.75%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组 CRP、PAR、FIB 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。不良反应发生率观察组 5.00%, 对照组 2.50%, 2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 涤痰逐瘀法联合西药药物治疗脑血管狭窄临床效果显著, 各项指标改善明显, 且不良反应少, 值得推广。

[关键词] 脑血管狭窄; 涤痰逐瘀法; 临床疗效

[中图分类号] R743.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0056-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.022

脑血管狭窄是引起缺血性脑梗死等脑血管病的直接诱发因素之一^[1], 在临床中运用医学影像技术可使脑血管狭窄检出率逐渐提升, 降低脑血管事件死亡率^[2]。目前临床治疗脑血管狭窄方式主要包括药物治疗、支架治疗及外科治疗, 确诊后选择合适、有效的治疗方式可明显缓解脑血管狭窄程度, 延迟患者脑血管病发病时间^[3]。因此, 探索更有效、安全治疗方法十分重要。本次研究观察涤痰逐瘀法联合西药药物治疗脑血管狭窄的临床效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 6 月—2015 年 6 月本院脑血管狭窄患者, 共 160 例。男 91 例, 女 69 例; 年龄 42~79 岁, 平均(57.24 ± 4.23)岁。随机将 160 患者分为观察组和对照组, 每组 80 例。观察组男 46 例, 女 34 例; 平均年龄(57.64 ± 4.26)岁; 高血压 68 例, 糖尿病 19 例, 脑梗死 23 例。对照组男 45 例, 女 35 例; 平均年龄(56.87 ± 4.21)岁; 高血压 71 例, 糖尿病 18 例, 脑梗死 24 例。2 组性别、年龄、病情等方面经统计学处理, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 参考《脑血管疾病分类诊断要点》^[4], ①经影像学检查确诊为脑血管狭窄。②依从性好, 配合并坚持治疗者。③符合药物治疗指征。④自愿签署知情同意者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规治疗, 拜阿司匹林(拜耳医药保健有限公司, 批号 BTA65E2), 每天 1 片, 口服; 普拉固(中美上海施贵宝制药有限公司, 批号 B01004901), 每天 1 片, 口服, 连用 3 月。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用中药方, 处方: 生黄芪 20 g, 陈皮、生姜、半夏、半枝莲各 10 g, 黄连、胆南星、肉桂各 9 g, 大黄 5 g, 白术、生地黄各 12 g, 桑叶 30 g, 菊花、钩藤各 15 g。水煎服, 早晚各 1 次, 连续治疗 3 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 3 月后 2 组患者临床治疗效果, C-反应蛋白水平(CRP)、血小板聚集率(PAR)和纤维蛋白原水平(FIB)以及不良反应。

3.2 统计学方法 运用 SPSS19.0 进行统计学处理。计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料采用 t 检验。

[收稿日期] 2015-10-18

[作者简介] 周美红 (1976-), 女, 副主任中医师, 研究方向: 神经内科 (血管认知功能障碍)。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据《第五届全国脑血管病学术会议简介》^[6]中脑动脉狭窄分级。显效：分级改善2级以上或狭窄消失；有效：分级改善1级；无效：分级无改善甚至恶化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组80.00%，对照组63.75%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|--------------------|
| 观察组 | 80 | 21 | 43 | 16 | 80.00 ^① |
| 对照组 | 80 | 15 | 38 | 27 | 63.75 |

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2组实验室各项检测指标比较 见表2。观察组CRP、PAR、FIB与对照组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组实验室各项检测指标比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | CRP(g/L) | PAR(%) | FIB(g/L) |
|-----|----|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 观察组 | 80 | 0.41 ± 0.21 ^① | 42.53 ± 13.42 ^① | 3.04 ± 1.32 ^① |
| 对照组 | 80 | 0.53 ± 0.22 | 49.24 ± 14.25 | 3.52 ± 1.41 |

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.4 2组不良反应比较 见表3。不良反应发生率观察组5.00%，对照组2.50%，2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表3 2组不良反应比较

| 组别 | n | 转氨酶升高 | 上消化道出血 | 牙龈渗血 | 发生率(%) |
|-----|----|-------|--------|------|--------|
| 观察组 | 80 | 2 | 1 | 1 | 5.00 |
| 对照组 | 80 | 1 | 0 | 1 | 2.50 |

5 讨论

脑血管狭窄是引起缺血性脑血管病发生的主要原因之一，而动脉粥样硬化恰是导致脑供血动脉狭窄的重要因素。大中动脉分叉、弯曲部位因血流方向、冲力改变，因此是动脉粥样硬化的好发部位。临床影像学及影像辅助介入操作是脑血管狭窄的主要诊断方式，通过脑血管造影可较详细了解患者脑血管狭窄部位、程度、分布，并且对后续发生卒中进行一定预测，早期防范干预，降低脑血管事件发生率。中医学认为，“本虚标实”是最常见病因，体虚、忧思、疲倦或好酒等原因引起正气不足，阴阳失衡，气血两

逆，引发颅脉瘀堵^[7]。近些年来，现代中医亦将活血化瘀作为缺血性中风病的主要治疗方法，结果发现治疗效果较为明显。

血瘀是脑血管狭窄的重要病因，而痰瘀阻滞是导致体内颅脉瘀滞的主要因素，因此在治疗中加入涤痰可增加治疗效果。中药方中生姜、半夏、陈皮有健脾行气，平燥化痰之功效，辅以生姜、半夏，以祛痰湿燥、利胃化痰，降逆止呕，黄连、大黄、胆南星、黄连清热燥湿，泻火解毒，大黄、胆南星清热泻火。结果显示，总有效率观察组80.00%，对照组63.75%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组CRP、PAR、FIB与对照组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。不良反应发生率观察组5.00%，对照组2.50%，2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。提示，治疗后观察组体内炎症反应有所下降，可降低血小板凝集，改善血凝瘀滞状态，进一步改善脑血管狭窄。同时，本结果显示，2组患者治疗后不良反应发生率无明显差异。综上所述，涤痰逐瘀法联合西医药物治疗脑血管狭窄临床效果显著，各项指标改善明显，且不良反应少，值得推广。

[参考文献]

- [1] 陈冰, 胡镜清, 马雅奎, 等. 祛痰化瘀方药对心血管病中内皮细胞保护作用的研究评述[J]. 环球中医药, 2015, 8(6): 668-671.
- [2] 吕志国, 谢雁鸣, 黎明全, 等. 缺血性脑血管病活血化瘀类中成药注射液的合理应用[J]. 中国中药杂志, 2012, 37(22): 3494-3499.
- [3] 盛松, 徐凤芹. 活血化瘀中药抗动脉粥样硬化的作用机制研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(5): 591-592.
- [4] 中华神经科学会. 脑血管疾病分类诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [5] 魏兴海. 第五届全国脑血管病学术会议简介[J]. 现代康复, 2000, 4(3): 357.
- [6] 李晋生, 陈霞, 靳冉, 等. 活血化瘀中药干预兔动脉粥样硬化形成作用研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(4): 35-37.
- [7] 姜恺, 沈融, 谢吟灵, 等. 益气活血化瘀方治疗老年下肢动脉粥样硬化[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(4): 576-577, 584.

(责任编辑: 马力)