

# 熄风振颓煎联合时辰干预法对缺血性中风二级预防临床研究

程善廷, 王嘉锋, 杨小兰, 贾玉生, 魏岳斌

广州市黄埔区中医医院, 广东 广州 510700

**[摘要]** 目的: 观察熄风振颓煎联合时辰干预法对缺血性中风患者二级预防的效果。方法: 将 80 例患者随机分为治疗组和对照组各 40 例。2 组均接受中风的西医二级预防治疗, 治疗组在此基础上给予熄风振颓煎口服, 并以时辰干预法对患者进行养生指导。2 组治疗 24 周, 进行临床神经功能缺损程度评分 (NIHSS) 评定神经功能、Barthel 指数 (BI) 评定日常生活活动能力。结果: 2 组 NIHSS 治疗第 12 周、第 24 周分别与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ ); 2 组第 12 周、第 24 周组间 NIHSS 比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。2 组 BI 治疗第 12 周、第 24 周分别与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ ); 2 组第 12 周、第 24 周组间 BI 比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组在 1 月内复发 1 例, 1~3 月内复发 1 例, 3~6 月内复发 1 例, 共复发 3 例, 复发率 7.5%; 对照组 1 月内复发 5 例, 1~3 月内复发 2 例, 3~6 月内复发 2 例, 共复发 9 例, 复发率 22.5%。对照组的复发率高于治疗组, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。随访期间, 治疗组患者死亡 2 例, 病死率 5%, 其中因心血管疾病死亡 1 例, 中风死亡 1 例; 对照组患者死亡 3 例, 病死率 7.5%, 其中因心血管疾病死亡 1 例, 中风死亡 2 例。2 组病死率比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 熄风振颓煎联合时辰干预法对缺血性中风患者的二级预防具有良好的效果。

**[关键词]** 缺血性中风; 二级预防; 熄风振颓煎; 时辰干预法

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2013) 12-0048-03

中风是严重威胁人类健康的疾病, 其发病和死亡率已高居疾病谱的前三位。中风具有高患病率、死亡率和致残率的特点, 其发病率为 217/10 万<sup>[1]</sup>, 致残率为 70%~85%<sup>[2]</sup>。而且有中风病史的患者, 有 1/4~3/4 可能在 2~5 年内复发, 严重危害人们的身心健康及生活质量。预防或降低再次发生卒中的危险, 对于减轻残疾程度, 促进患病后的机能康复, 从而提高患者的生活质量, 有着十分重大的意义。笔者以熄风振颓煎联合时辰干预法对缺血性中风进行二级预防, 取得良好的效果, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 全部病例来自于本院 2012 年 7~11 月门诊及住院的缺血性中风患者。按就诊顺序编号随机分为对照组和治疗组各 40 例。治疗组男 21 例, 女 19 例; 年龄 44~74 岁, 平均(61.37±7.26)岁;

平均病程(58.21±0.45)天。对照组男 20 例, 女 20 例; 年龄 47~75 岁, 平均(59.92±7.53)岁; 平均病程(57.91±0.49)天。2 组一般资料经统计学处理, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照 1996 年国家中医药管理局脑病急诊协作组《中风病诊断及疗效评定标准(试行)》。

**1.3 纳入标准** 符合中西医诊断标准的缺血性中风患者(辨证为气虚血瘀兼风痰上扰证); 年龄 40~75 岁; 第 1 次发病, 时间在 14 天~6 月; 临床神经功能缺损程度评分(NIHSS)为 16~35 分。

**1.4 排除标准** 有意识障碍[以格拉斯哥昏迷评分量表(GCS)结合临床意识标准判断]; 有严重智能障碍者[简易智能精神检查量表(MMSE)评分小于 24 分], 有失语、失认、失写等; 除动脉粥样硬化以外其他原因的缺血性卒中, 如: 心源性脑栓塞、动脉炎、

**[收稿日期]** 2013-05-26

**[基金项目]** 广州市黄埔区科技计划立项项目 (编号: 201229-11)

**[作者简介]** 程善廷 (1980-), 男, 主治医师, 研究方向: 内科常见疾病的中医及中西医结合诊治。

真性红细胞增多症、血小板增多症、镰状细胞性贫血、血栓栓塞性血小板减少性紫癜、弥漫性血管内凝血、脑淀粉样血管病、Moyamoya病、颅内血管畸形等；发病时有严重的心脏病、心功能不全、肝功能障碍、肾功能不全、呼吸衰竭、恶性肿瘤、消化道出血等；预计不能完成随访6月者；依从性差，不予配合者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 接受中风的西医二级预防[干预方案主要参考《中国脑血管病防治指南》<sup>[3]</sup>，严格控制各种卒中危险因素。

**2.2 治疗组** 在对照组基础上给予熄风振颓煎，处方：菊花40g，党参20g，法半夏、茯苓、当归、川芎各15g，桂枝、防风、白术、桔梗、黄芩各10g，干姜、细辛、牡蛎各5g。每天1剂，水煎服。并以时辰干预防对患者进行养生指导：加强子时、丑时、寅时、卯时的观察和看护；鼓励中风患者卯时、申时进行适当锻炼；指导患者在戌时娱乐、调畅情志；指导患者在申时学习、锻炼思维；提高子时、午时的睡眠质量；重视辰时、未时的膳食指导，以时辰指导康复治疗。

治疗24周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 按照2005年卫生部疾病控制司及中华医学会神经病学分会组织专家编写的《中国脑血管病防治指南》<sup>[3]</sup>及1995年全国第四届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[4]</sup>在入组时及治疗后第12周、第24周进行NIHSS评定神经功能、Barthel指数(BI)评定日常生活活动能力。追踪随访每例患者在治疗期间的缺血性脑卒中发生次数、死亡例数，统计卒中复发率、病死率。卒中复发的定义：在原有神经功能缺损稳定(2周内无进展)后，出现新的神经系统定位症状和体征，影像学发现新的病灶(出血或缺血)；排除非缺血性病因(如水肿、并发内科疾病)，可认为是卒中复发。应结合神经影像检查，找到与前次卒中不同的新病灶，从而证实新发卒中。非致死性卒中复发：根据世界卫生组织卒中的定义，突发的局灶性或全面性神经功能缺损的临床征象，并且神经功能缺损的临床征象持续时间超过24h，排除其他非血管性原因(如原发性脑肿瘤、脑转移瘤、硬膜下血肿、癫痫发作后麻痹、脑外伤等)造成的脑功

能障碍，包括脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血。由神经科主治医师以上医生判定，并提供影像学资料(头颅CT/MRI检查结果)。致死性卒中事件：在治疗随访期间，与脑梗死相关的死亡，如大面积脑梗死、颅内出血等脑源性损害导致的死亡，并有死亡医学证明书证明死亡原因。均进行每月随访，随访方式为门诊、住院、电话，按要求填写原始病历报告表、做好随访记录(尤其对卒中复发及死亡事件做好随访及记录)。

**3.2 统计学方法** 采用SPSS14.0统计软件包建立数据库和进行数据统计分析，计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 治疗结果

**4.1 2组治疗前后NIHSS比较** 见表1。2组NIHSS治疗第12周、第24周分别与治疗前比较，差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )；2组第12周、第24周组间NIHSS比较，差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组治疗前后NIHSS比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

| 组别  | 时间   | n  | NIHSS                    |
|-----|------|----|--------------------------|
| 治疗组 | 治疗前  | 40 | 21.14 ± 6.2              |
| 对照组 | 治疗前  | 40 | 21.45 ± 5.6              |
| 治疗组 | 第12周 | 40 | 12.3 ± 4.1 <sup>①②</sup> |
| 对照组 | 第12周 | 40 | 16.5 ± 4.5 <sup>①</sup>  |
| 治疗组 | 第24周 | 40 | 10.6 ± 3.3 <sup>①②</sup> |
| 对照组 | 第24周 | 40 | 13.6 ± 3.1 <sup>①</sup>  |

与本组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$ ；与对照组同期比较，<sup>②</sup> $P < 0.05$

**4.2 2组治疗前后BI比较** 见表2。2组BI治疗第12周、第24周分别与治疗前比较，差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )；2组第12周、第24周组间BI比较，差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组治疗前后BI比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间   | n  | BI值                       |
|-----|------|----|---------------------------|
| 治疗组 | 治疗前  | 40 | 52.21 ± 18.5              |
| 对照组 | 治疗前  | 40 | 53.12 ± 17.9              |
| 治疗组 | 第12周 | 40 | 82.21 ± 5.1 <sup>①②</sup> |
| 对照组 | 第12周 | 40 | 59.12 ± 4.3 <sup>①</sup>  |
| 治疗组 | 第24周 | 40 | 92.23 ± 7.2 <sup>①②</sup> |
| 对照组 | 第24周 | 40 | 70.26 ± 6.1 <sup>①</sup>  |

与本组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$ ；与对照组同期比较，<sup>②</sup> $P < 0.05$

**4.3 2组患者卒中复发率比较** 2组患者均随访半

年,治疗组在1月内复发1例,1~3月内复发1例,3~6月内复发1例,共复发3例,复发率7.5%;对照组1月内复发5例,1~3月内复发2例,3~6月内复发2例,共复发9例,复发率22.5%。对照组的复发率高于治疗组,差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

**4.4 2组患者病死率比较** 随访期间,治疗组患者死亡2例,病死率5.0%,其中因心血管疾病死亡1例,中风死亡1例;对照组患者死亡3例,病死率7.5%,其中因心血管疾病死亡1例,中风死亡2例。2组病死率比较,差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。

## 5 讨论

缺血性中风的二级预防是指对已有缺血性中风病史的个体再发中风的预防。卒中后再发生中风与中医学的复中相似。明·秦景明在《病因脉治》中提到:“中风之症……一年半载,又复举发,三四发作,其病渐重。”说明了“复中”容易发作,且屡发屡重,甚则危殆。中风的二级预防与中医学“未病先防,已病防变,病后防复”的思想不谋而合,笔者结合文献资料和实践体会,将化裁的中医经典方药与自创的时辰干预法相结合。一方面,把中医经典《金匱要略》中的侯氏黑散加减化裁为口服汤剂熄风振颓煎;另一方面,中风的发生、变化、转归跟时辰有密切的关系,以时辰干预法对中风患者进行预防、治疗、保健、康复等方面的干预与指导,将两者有机结合。中风的病机为本虚标实。风、痰、瘀是中风发病的主因,而气虚则是痰瘀内停的根本,临床上以风痰上扰兼气虚血瘀之证最为多见,因此中医治疗应兼顾熄风、活血、化痰、益气等方面。熄风振颓煎是本院自创方药,由《金匱要略·中风历节》中的侯氏黑散加减化裁而成。侯氏黑散:“治大风,四肢烦重,心中恶寒不足者”。仲景首推本方治疗中风,兼顾了熄风、活血、化痰、益气等,具有很高的临床实用价值。熄风振颓煎用侯氏黑散原方,量仿原方比例。因人参量大,恐其过温,以党参易之。矾石多入丸、散剂,故以法半夏代之。考虑到缺血性中风为慢性疾病,把熄风振颓煎在本院代煎,以800mL清水文火煎至200mL,用一次性包装储存、调配给患者,既保证煎煮和储存质量,又方便了患者携带和服用,大大提高了患者的依从性。本方以菊花甘苦而凉为君,清火养肝以平木,木平则风熄;以防风为臣助菊花祛风;

配党参、白术、茯苓、干姜益气健脾,培土熄风;配当归、川芎养血活血以通络;桂枝、防风、细辛祛风通络;以黄芩、法半夏、桔梗化痰;配牡蛎潜降肝阳又防菊花、桔梗、防风轻清上升之品升散太过;另外桔梗又可以开通气机而利五脏。综观全方,攻补兼施、内外兼治、寒热并进、升降同用,共奏祛风通络、补气养血、消痰祛瘀之功。

中风病程较长,病因复杂,症状多变,单纯用中药口服疗效不够理想。因此,除了运用口服汤剂,笔者在中医学传统养生思想基础上研究出一套时辰干预法对中风患者进行指导。中医学认为一日之中阴阳之气的消长变化影响人体相应变化。《灵枢·顺气一日分为四时》云:“朝则人气始生病气衰,故旦慧;日中人气长,长则胜邪,故安;夕则人气始衰,邪气始生,故加;夜半人气入脏,邪气独居于身,故甚也。”旦慧、昼安、夕加、夜甚是—般规律。这种传统的时辰观得到了证实。笔者根据时辰规律,自创出一套时辰干预法对中风患者进行预防、治疗、康复等方面的干预与指导,具体措施包括:加强子时、丑时、寅时、卯时的观察和看护;鼓励中风患者卯时、申时进行适当锻炼;指导患者在戌时娱乐、调畅情志;指导患者在申时学习、锻炼思维;提高子时、午时的睡眠质量;重视辰时、未时的膳食指导,以时辰指导康复治疗。本研究充分挖掘中医学经典,将中医学经典名方化裁为自创方药,并结合传统时辰观进行指导,既突出了中医经方的优势,又体现了中医养生法对中风的指导价值,取得满意的疗效,为该病的预防及治疗探索了富含中医优势及专科特色、又有效而简便的方法,值得进一步研究及应用。

## 【参考文献】

- [1] 赵琦. 我国脑血管意外护理新进展[J]. 上海护理, 2001, 6(3): 33-34.
- [2] 谢德利. 现代康复护理[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2000: 169.
- [3] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 36-38.
- [4] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.

(编辑: 骆欢欢)