

## 扶阳方治疗脑梗死临床研究

莫雪妮<sup>1,3</sup>, 唐农<sup>2</sup>, 蒋春丽<sup>3</sup>, 赵清山<sup>1</sup>, 宁世猛<sup>3</sup>

1. 湖南中医药大学研究生院, 湖南 长沙 410000
2. 广西中医药大学中医经典研究所, 广西 南宁 530001
3. 广西中医药大学第一附属医院, 广西 南宁 530023

**[摘要]** 目的: 观察扶阳方治疗脑梗死的临床疗效及对神经功能、中医证候及超敏 C- 反应蛋白(hs-CRP)、颈动脉内膜中层厚度的影响。方法: 将临床诊断为脑梗死的中老年患者 56 例随机分为 3 组, 阿司匹林组(组) 19 例, 口服拜阿司匹林; 扶阳方组(组) 19 例, 口服扶阳方; 扶阳方联合阿司匹林组(组) 18 例, 联合服用拜阿司匹林和扶阳方。各组均观察 1 月。结果: 与治疗前比较, 组、组及组治疗后神经功能缺损积分均显著降低, 与治疗前比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。组与组和组治疗后比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。3 组患者治疗前中医证候积分比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性; 治疗后 3 组证候积分均明显降低, 与治疗前比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ ); 3 组间比较, 组及组效果优于组( $P < 0.05$ )。3 组治疗前血清 hs-CRP 含量比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ ); 治疗后各组 hs-CRP 含量明显下降, 与治疗前比较, 差异有显著性意义( $P < 0.01$ ); 组及组效果优于组( $P < 0.05$ )。3 组患者于治疗前后行颈动脉超声检测, 颈动脉内膜中层厚度比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ ); 组治疗后颈动脉中层厚度与治疗前比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ ); 而组、组经治疗后, 颈动脉内膜中层厚度明显改善, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ ), 与组比较, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。结论: 扶阳方联合阿司匹林对于降低 hs-CRP、颈动脉内膜中层厚度影响明显优于单用阿司匹林或扶阳方, 为临床脑梗死治疗选择提供依据。

**[关键词]** 脑梗死; 扶阳方; 拜阿司匹林; 超敏 C- 反应蛋白(hs-CRP); 颈动脉内膜中层厚度

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)03-0055-03

脑卒中(stroke)又称中风或脑血管意外, 是一组突然起病, 以局灶性神经功能缺失为共同特征的急性脑血管疾病。流行病学研究表明, 中国每年有 150~200 万新发脑卒中的病例, 年脑卒中病死率为(58~142)/10 万人口<sup>[1]</sup>, 脑梗死占脑卒中的 60%~80%。现代医学在防治脑梗死方面有所突破, 如高血压、糖尿病等因素干预及颈动脉内膜切除术手术、溶栓等治疗手段的研究, 但尚未有完善的治疗方案, 因此脑梗死的死亡率和致残率仍很高。中医药作为维护人民健康, 防病治病的重要手段, 治疗中风具有悠久历史, 治疗方法与临床疗效具有一定优势。中医火神派对此

有更为独到的见解, 郑寿全《医法圆通》认为: “阳衰在何处, 风邪即中何处”, 在治疗上提出“治之但扶其真元, 内外两邪皆能绝灭。是不治邪而实以治邪, 未治风而实以祛风”的治疗新主张<sup>[2]</sup>。笔者就此开展临床研究, 结果报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 病例为广西中医药大学第一附属医院 2011 年 1 月~2012 年 12 月脑病科住院的中、老年脑梗死的患者 60 例, 随机分为 3 组: 阿司匹林组(组)、扶阳方组(组)、扶阳方联合阿司匹林组(组), 其中 2 例失去联系, 2 例改服其他抗凝药物, 最

**[收稿日期]** 2013-08-11

**[基金项目]** 广西中医药管理局重大项目(编号: GZZD1202)

**[作者简介]** 莫雪妮(1978-), 女, 副教授, 研究方向: 中医药防治心脑血管病。

**[通讯作者]** 唐农, E-mail: ntang@gxtcmu.edu.cn.

终入选 56 例, 组 19 例、组 19 例、组 18 例。

1.2 诊断标准 西医诊断参照 2006 年中国中西医结合学会神经科专业委员会制定《脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)》中有关脑梗死的诊断标准: 突然起病, 迅速出现局灶性神经功能缺损症状和体征, 持续 24 h 以上; 常见的局灶性神经功能缺损的症状和体征, 包括偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲、言语障碍、眩晕、吞咽困难、共济失调等, 常于发病后 1~2 天内达到高峰, 发病多无或仅有轻度意识障碍, 病情严重者可呈进行性加重甚至昏迷; 神经影像学检查: 头颅 MRI 扫描能早期发现梗死灶, T1 呈低信号, T2 呈高信号, 弥散加权成像(DWI)和灌注加权成像(PWI)有助于缺血半暗带判断。中医诊断参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组 1996 年制定的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》, 中医症状评分标准参照 2002 年版《中药新药临床研究指导原则(试行)》制定。选择知情同意并签署知情同意书、志愿受试的脑梗死患者。

1.3 排除标准 年龄 < 55 岁; 腔隙性梗死及出血性梗死者, 风湿性心脏病、冠心病及其他心脏病合并心房纤颤而引起的脑梗死者; 妊娠或哺乳期妇女; 合并有心、肝、肾及血液系统和内分泌系统等严重原发病的患者。

## 2 治疗方法

2.1 组 口服拜阿司匹林, 每次 100 mg, 每天 1 次。拜阿司匹林为德国拜尔公司生产的肠溶阿司匹林片, 规格为每片 100 mg。

2.2 组 口服扶阳方, 每次 200 mL, 每天 3 次。扶阳方处方: 制附子(产地四川江油)、石菖蒲各 20 g, 桂枝尖(产地广西)、苍术、淫羊藿、三七各 15 g, 大黄 10 g。各种中药材均由广西中医药大学第一附属医院药剂科统一购买, 经专家鉴定符合《中国药典》2010 年版一部的规定。中药药材按以下过程处理: 混匀, 浸泡 0.5 h, 多功能提取罐煎煮 2 次(第一次共同煎煮 1.5 h, 第二次 1 h, 其中附子先煎后再混入其他药材共同煎煮), 合并 2 次滤液, 于阴凉处密封保存。

2.3 组 口服扶阳方, 每次 200 mL, 每天 3 次; 联合拜阿司匹林, 每次 100 mg, 每天 1 次。均为饭后服用。

均治疗 1 月。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 疗效性指标: 神经功能观察: 采用神经功能缺损评分积分法; 临床证候观察: 采用积分方法。检测指标: 采用 Beckman Array360- system 的速率散射比浊法测定超敏 C- 反应蛋白(hs- CRP); 颈动脉内膜中层厚度: 于广西中医药大学第一附属医院颈动脉超声室由专人行颈动脉超声, 仪器采用美国 GE- LOGIC7 彩色多普勒超声显像诊断仪, 探头频率 5.0~17.0 MHz。所有指标治疗前及治疗后 1 月各测 1 次。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据处理。计数资料比较用  $\chi^2$  检验, 计量资料采用  $t$  检验和方差分析。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床疗效判定标准: 根据 1995 年中华医学会第 4 次全国脑血管病学术会议通过的疗效评定标准制定。中医证候疗效标准: 根据 2002 年版《中药新药临床研究指导原则(试行)》制定。

4.2 各组神经功能缺损积分比较 见表 1。与治疗前比较, 组、组及组治疗后神经功能缺损积分均显著降低, 与治疗前比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。组与组和组治疗后比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表 1 各组神经功能缺损积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后
组	19	18.09 ± 3.65	8.56 ± 5.27 <sup>①②</sup>
组	19	17.86 ± 6.09	8.42 ± 4.81 <sup>①②</sup>
组	18	17.56 ± 6.21	6.08 ± 3.05 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.3 各组中医证候积分比较 见表 2。3 组患者治疗前中医证候积分比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性; 治疗后 3 组证候积分均明显降低, 与治疗前比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ ); 3 组间比较, 组及组效果优于组( $P < 0.05$ )。

表 2 各组中医证候积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后
组	19	17.79 ± 3.22	9.84 ± 3.82 <sup>①</sup>
组	19	19.07 ± 4.61	7.09 ± 1.04 <sup>①②</sup>
组	18	18.14 ± 3.84	6.23 ± 2.31 <sup>①②</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.4 各组治疗前后 hs-CRP 含量比较 见表 3。3 组治疗前血清 hs-CRP 含量比较, 差异无显著性意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后各组 hs-CRP 含量明显下降, 与治疗前比较, 差异有显著性意义 ( $P<0.01$ ), 提示联合用药效果更好; 组及 组效果优于 组 ( $P<0.05$ )。

表3 各组治疗前后 hs-CRP 含量比较( $\bar{x} \pm s$ ) mg/L

组别	n	治疗前	治疗后
组	19	4.96± 1.67	3.88± 1.21 <sup>①</sup>
组	19	4.81± 1.65	2.03± 1.26 <sup>②</sup>
组	18	4.83± 1.60	1.92± 1.17 <sup>②</sup>

与本组治疗前比较, ① $P<0.05$ ; 与 组治疗后比较, ② $P<0.05$

4.5 各组治疗前后颈动脉内膜中层厚度比较 见表 4。3 组患者于治疗前行颈动脉超声检测, 颈动脉内膜中层厚度比较, 差异无显著性意义 ( $P>0.05$ ); 组治疗后颈动脉中层厚度与治疗前比较, 差异无显著性意义 ( $P>0.05$ ); 而 组、 组经治疗后, 颈动脉内膜中层厚度明显改善, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P<0.05$ ), 与 组比较, 差异均有显著性意义 ( $P<0.05$ )。

表4 各组治疗前后颈动脉内膜中层厚度比较( $\bar{x} \pm s$ ) mm

组别	n	治疗前	治疗后
组	19	1.10± 0.17	1.09± 0.16
组	19	1.09± 0.16	1.05± 0.16 <sup>②</sup>
组	18	1.09± 0.17	0.99± 0.14 <sup>②</sup>

与本组治疗前比较, ① $P<0.05$ ; 与 组治疗后比较, ② $P<0.05$

## 5 讨论

hs-CRP 是一种急性时相反应蛋白, 多项前瞻性流行病学研究反映基线 CRP 水平和卒中中相关联<sup>[3]</sup>。颈动脉粥样硬化是引起脑梗死的重要原因之一, 颈部大血管的粥样硬化斑块脱落是导致动脉栓塞的常见原因, 而在动脉粥样硬化的发生发展过程中动脉壁内膜是最早受累部位, 可表现为增厚、不光滑、局限性隆起, 之后出现斑块形成乃至管腔狭窄, 血流速度增快等一系列的病理变化。颈动脉中层增厚被认为是颈动脉早期粥样硬化的标志<sup>[4-5]</sup>。

扶阳派在中风的认识上尤其重视“肾阳”, 本研

究发现用扶阳方治疗的患者, 其神经功能缺损积分及证候积分改善效果明显, 有研究指出中药附子有扩张心血管、增强肾上腺皮质系统的作用; 也有扩张脑血管, 提高机体血流量, 调节血压的作用; 能直接作用于神经, 具有抗炎及抗血栓形成作用<sup>[6]</sup>。本研究观察的结果也体现了此作用, 联合扶阳方及阿司匹林治疗的患者在 hs-CRP 和颈动脉内膜中层厚度比较中效果明显优于单用阿司匹林组。纵观此方, 君药附子, 性至刚至烈, 且刚中有柔, 能内能外, 能上能下。臣药桂枝尖有引阳出阴之能, 能拨通太阳、阳明开合之机, 扶助内外交通之意。桂枝病位主上, 附子病位主下, 一君一相次序井然, 二者合用, 保证气机的宣降, 达到祛除有行之邪的作用。苍术与桂枝合用可宣发中风病中标实的表实寒。石菖蒲行化痰开窍、化湿行气、祛风止痛等作用。三七为“止血神药”, 能抗血小板聚集、抗血栓形成。大黄推陈致新, 能逐瘀通经。附子得淫羊藿能引坤土之性, 入肾窍, 上通天, 中达地, 水火互功, 乾坤返本, 脾肾交固。诸药合用, 共奏扶阳益气、化痰开窍之功。综上所述, 扶阳方治疗脑梗死临床疗效确切, 此研究能为扶阳治疗脑梗死提供理论依据。

## [参考文献]

- [1] 中华医学会神经病学分会. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 154- 160.
- [2] 郑寿全(清). 郑寿全医学三书[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2006.
- [3] 王秀艳, 袁建新, 王轶瑾, 等. 血清超敏 C 反应蛋白与急性脑梗死的相关性研究[J]. 临床神经病学杂志, 2006, 19(3): 210- 212.
- [4] 花爱辉, 刘春燕, 梁芸, 等. 急性脑梗死合并代谢综合征患者 C 反应蛋白和凝血酶原时间的测定及临床意义[J]. 临床荟萃杂志, 2011, 26(17): 1515- 1516.
- [5] 刘芳, 杨浣. 国人颈动脉内膜-中膜厚度与心血管疾病的相关性研究[J]. 中国超声医学杂志, 2003, 19(1): 30- 32.
- [6] 丁涛. 附子的现代药理研究与临床新用[J]. 中医学报, 2012, 25(12): 1630- 1631.

(责任编辑: 骆欢欢)