

对胃黏膜发生炎性病变的患者疗效显著<sup>[6]</sup>。有研究认为,四君子汤是补脾健胃的基本方药,可以有效地增强患者的脾胃功能,整体促进患者胃排空,刺激体内组胺分泌增多,同时调节患者的免疫功能,并改善胃黏膜的微循环,此外本方有杀灭幽门螺杆菌的作用,特别是方中枳实,随着浓度的增加,其对幽门螺杆菌的抑制效果逐渐增强<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示,观察组的疗效及治疗后胃痛 VAS 评分、胃泌素改善情况均优于对照组( $P < 0.05$ )。2 组不良反应发生情况比较,差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。提示采用四君子汤加减联合多潘立酮治疗慢性胃炎疗效可靠,可明显改善患者的胃痛症状,不良反应轻微,值得在临床上使用。

#### [参考文献]

[1] 申霞. 126 例慢性胃炎胃镜下表现与病理诊断对照[J]. 中国卫生产业, 2011, 6(5): 77- 85.

- [2] 曾晓婷. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎 135 例临床疗效分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(29): 270- 271.
- [3] 孙晓燕. 中西医结合治疗慢性浅表性胃炎 95 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(25): 45- 57.
- [4] 杨淑范. 中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎 37 例临床疗效观察[J]. 医学信息, 2010, 23(6): 78- 90.
- [5] 李宝江. 多潘立酮、奥美拉唑治疗慢性浅表性胃炎疗效观察[J]. 中国当代医药, 2009, 16(12): 158- 159.
- [6] 陈学彬, 朱妮, 李联社, 等. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 山西中医, 2010, 26(9): 24- 25.
- [7] 练慧, 张正利. 柴胡疏肝散合四君子汤加减治疗慢性萎缩性胃炎 47 例[J]. 上海中医药杂志, 2009, 40(5): 27- 28.
- [8] 唐迎雪. 益气化痰药在慢性萎缩性胃炎治疗中的应用[J]. 中国中药杂志, 2000, 25(1): 46- 49.
- [9] 卫小燕. 四君子汤加味治疗慢性胃炎 50 例[J]. 陕西中医, 2011, 32(9): 1128- 1129.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

## 补肾活血方药治疗血管性痴呆疗效观察

唐小芳

嵊州市康复护理医院, 浙江 嵊州 312400

[摘要] 目的: 观察补肾活血方药治疗血管性痴呆的临床疗效。方法: 将 68 例住院患者按随机数字表法分为 2 组各 34 例, 治疗组给予补肾活血方药治疗, 对照组口服石杉碱甲片治疗。7 天为 1 疗程, 2 疗程后对临床患者的治疗效果进行对比分析。结果: 临床疗效总有效率治疗组 88.2%, 对照组 67.6%, 2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。连续治疗 2 疗程后, 2 组日常生活活动力量表 (ADL)、简易智能量表 (MMSE) 评分均较治疗前升高, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ ); 治疗组治疗后的 ADL、MMSE 评分均高于对照组, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ )。2 组患者在治疗过程中均未出现不良反应。结论: 补肾活血方药治疗血管性痴呆具有良好的临床疗效, 有助于提高患者的日常生活能力与总体认知能力。

[关键词] 血管性痴呆; 中医疗法; 补肾活血; 石杉碱甲片

[中图分类号] R749.1+6

[文献标识码] A

[文章编号] 0256- 7415 (2014) 04- 0061- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.026

血管性痴呆属于与血管性因素有关的痴呆。由于脑血管疾病与心血管发生变化, 缺血性脑损害导致患

者的认知功能下降, 从而影响患者的日常生活与工作能力, 给患者和社会带来沉重的负担。血管性痴呆归

[收稿日期] 2013-12-27

[作者简介] 唐小芳 (1974-), 女, 中医主治医师, 研究方向: 中医内科。

属于中医学痴呆、善忘的范畴,该疾病的病变位置为脑部,髓海不足,神机失用,表现为肾虚髓空,气虚亏虚等症。补肾活血方药主要是将黄芪、熟地黄、当归、何首乌以及山药等中药按照一定比例进行配制,并进行口服,有研究表明,该治法可以有效治疗血管性痴呆。本院对 2011 年 1~10 月收治的 68 例血管性痴呆患者实施补肾活血法,取得了良好的治疗效果,现将结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 西医诊断标准 血管性痴呆患者符合美国精神病学会制定的《精神障碍诊断与统计手册》中血管性痴呆的诊断标准。患者具有痴呆表现,同时具有脑血管疾病的证据。

1.2 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>中痴呆的诊断标准。主要症状为神情呆滞,智力减退,善忘,语言不流利,肢体麻木,神疲乏力,头晕,口干不欲饮,舌淡暗,或有瘀点瘀斑,苔白,脉细弦或脉涩。辨为肾虚血瘀证。

1.3 纳入标准 符合中西医诊断标准,辨证属肾虚血瘀证;签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①为其他疾病、证候或合并症的患者;②已接受相关治疗并可能影响效应观测指标;③伴有影响效应指标观测、判断的其他生理或病理状况;④有严重心、肝、肾损害,影响药物代谢;⑤特征人群(孕妇、婴幼儿、未成年人,高龄、精神病患者,病情危笃或疾病晚期患者);⑥其他诸如住地过远、不便随访等情况。如纳入前正在接受药物治疗,经过洗脱期后符合纳入标准,不视为排除病例。

1.5 退出标准 ①未按规定服药无法判定疗效;②资料不全无法判定疗效、安全性;③有严重不良反应、并发症,特殊生理变化等,难以继续治疗(有不良反应者纳入不良反应统计);④使用影响疗效的药物。退出病例按退出时的疗效情况纳入疗效判定。

1.6 一般资料 采用随机平行对照方法,选择本院血管性痴呆住院患者 68 例,获得本院伦理委员会批准并跟踪全过程。纳入病例按随机数字表法随机分为 2 组各 34 例。治疗组男 23 例,女 11 例;年龄 31~64 岁,平均(43±21)岁;病程 1~7 月,平均(4.5±2.1)月;伴随轻度患者 12 例,中度患者 13 例,重度患者 9 例。对照组男 22 例,女 12 例;年龄 28~66 岁,平均(42±22)岁;病程 1~8 月,平均(4.9±1.6)

月;伴随轻度患者 13 例,中度患者 10 例,重度患者 11 例。2 组性别、年龄以及病程等临床资料比较,差异均无显著性意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 口服石杉碱甲片(上海复旦复华药业有限公司,国药准字 H10960133,规格:每片 50 μg),每次 2~4 片,每天 2 次。

2.2 治疗组 给予补肾活血方药治疗。处方:黄芪 10 g,熟地黄、山药各 20 g,当归、何首乌、鸡血藤各 15 g,炙甘草 5 g。每天 1 剂,加入 500 mL 水,武火加热,浓缩至 200 mL 以后,调为文火,煎 2 次以后,两煎混合,分 2 次服用。根据患者的病情增减熟地黄用量。

2 组均连续治疗 7 天为 1 疗程。治疗 2 疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前、2 疗程后对患者进行日常生活活动力量表(ADL)与简易智能量表(MMSE)的评分。ADL 总分为 100 分,其中进食 10 分,洗澡 5 分,洗脸、刷牙等修饰 5 分,穿衣服 10 分,控制大、小便各 10 分,独立上厕所 10 分,床椅转移 15 分,独立行走 15 分,上下楼梯 10 分。20 分以下为完全残疾,20~40 分属于重度残疾,40~60 分属于中度残疾,60 分以上为良,生活可以自理。MMSE 总分为 30 分,其中定向力 10 分,记忆力 3 分,注意力和计算力 5 分,回忆能力 3 分,语言能力 9 分。20~30 分为正常,低于 20 分为认知功能障碍。并观察 2 组是否有不良反应,如头晕、恶心、乏力等。

3.2 统计学方法 应用 SPSS15.0 软件分析数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,使用  $t$  检验。计数资料以百分比表示,使用  $\chi^2$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准》<sup>[2]</sup>。显效:患者的神志清醒,生活自理,回答问题正确,反应灵活,可以进行社交活动;有效:患者的精神症状逐渐减弱,生活基本自理,但反应迟钝,智力和人格之间存在障碍;无效:上述临床症状无明显改善,甚至出现加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察期间无退出和脱落病例。总有效率治疗组 88.2%,对照组 67.6%,2 组总有效率比较,差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。提示治疗组临床疗效优于对照组。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	34	18(52.9)	12(35.3)	4(11.8)	30(88.2) <sup>①</sup>
对照组	34	13(38.2)	10(29.4)	11(32.4)	23(67.6)

与对照组比较, ① $P < 0.05$ 

4.3 2组治疗前后 ADL、MMSE 评分比较 见表 2。连续治疗 2 疗程后, 2 组 ADL、MMSE 评分均较治疗前升高, 差异均有非常显著性意义( $P < 0.01$ ); 治疗组治疗后的 ADL、MMSE 评分均高于对照组, 差异均有非常显著性意义( $P < 0.01$ )。

表2 2组治疗前后 ADL、MMSE 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	ADL		MMSE	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	34	40.41 ± 5.98	64.99 ± 8.25 <sup>②</sup>	13.88 ± 2.31	18.99 ± 3.45 <sup>②</sup>
对照组	34	40.21 ± 5.67	54.69 ± 7.21 <sup>①</sup>	13.55 ± 2.86	17.31 ± 2.45 <sup>①</sup>

与治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$ 

4.4 不良反应情况 2 组患者在治疗过程中均未出现不良反应。

## 5 讨论

血管性痴呆是由于患者的脑髓逐渐消减, 而表现出愚笨、善忘、神机失用等神志异常的疾病。该疾病主要是在脑血管疾病的基础上出现了记忆、认知功能缺损状态, 患者的语言、视空间技能以及情感等会遭到持续性损害。石杉碱甲是从石杉科石杉属的千层塔中提取的生物碱, 该药为可逆性乙酰胆碱酯酶抑制剂, 具有较高的选择性, 可以透过血-脑脊液屏障, 对脑内部的乙酰胆碱酯酶产生强烈的抑制性, 保持或提高患者的记忆能力。但服用该药会产生较大的副作用, 如恶心、呕吐、腹泻等, 不利于患者长期使用。

中医学认为, 血管性痴呆的发生与患者肾虚以及血瘀有密切联系<sup>[3]</sup>。当患者肾精充足时, 脑髓则充实; 当肾精亏虚时, 则髓海会失养, 患者出现记忆力减退, 智能出现严重障碍。临床研究专家还指出, 血管性痴呆也与中风引发的智能障碍有关<sup>[4]</sup>。患者中风以后由于脑络瘀阻, 对脑髓产生较大影响, 气血精气难以上传。本研究采用的补肾活血方药中, 以黄芪、熟地黄与山药为君药, 熟地黄补血滋润, 益精填髓,

滋肾益阴, 黄芪补气以生血, 山药益气养阴、补脾肺肾。当归、何首乌、鸡血藤以及炙甘草等为臣药, 当归活血化瘀、补血, 何首乌补益精血、补肝肾, 鸡血藤活血养血、开窍通络, 炙甘草益气补中、调和诸药。现代药理研究表明, 黄芪可增强并调节机体免疫功能, 提高抗病能力, 还可有效抑制细菌、病毒, 降低血小板的黏附力, 减少微血栓的形成, 通络止痛。甘草可有效补充损失掉的能量, 促进消化, 提升患者食欲<sup>[5]</sup>。何首乌可有效抑制白细胞介素以及一氧化氮的产生, 发挥保护神经元作用<sup>[6]</sup>。有研究表明, 补肾活血方药可以有效改善血管性痴呆患者的血液流变学指标, 增加患者的脑血流量, 改善脑组织供血, 减轻神经细胞的损伤, 促进神经组织修复, 维持神经元的完整性, 加快神经细胞的恢复<sup>[7]</sup>。本研究结果显示, 服用补肾活血方药的治疗组临床总有效率高于口服石杉碱甲片的对照组( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后的 ADL 评分与 MMSE 评分均高于对照组( $P < 0.01$ )。

综上所述, 补肾活血方药治疗血管性痴呆具有良好的临床疗效, 有助于提高患者的日常生活能力与总体认知能力, 值得在临床中应用。

## [参考文献]

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 2 辑[S]. 1995: 260.
- [2] 田金洲, 朝明向, 涂晋文, 等. 血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准[J]. 北京中医药大学学报, 2000, 23(5): 16.
- [3] 刘兴山, 王静慧. 补肾活血化痰法治疗血管性痴呆的临床研究[J]. 中国老年学杂志, 2005, 25(6): 657-659.
- [4] 宋旭霞. 补肾降浊法治疗血管性痴呆的研究概况[J]. 山东中医杂志, 2001, 20(10): 636-638.
- [5] 杨成林. 补肾活血化痰法治疗血管性痴呆的临床研究[J]. 中外医疗, 2013, 22(8): 17, 19.
- [6] 唐学敏, 张运克, 周英武. 补肾益气活血法治疗血管性痴呆病经验[J]. 中医杂志, 2013, 54(11): 968-969.
- [7] 伍大华, 祝皓. 补肾活血法治疗血管性痴呆用药规律文献研究[J]. 中国中医急症, 2011, 20(12): 1970-1971.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)