

加味柴胡龙牡汤治疗缺血性脑卒中疗效观察

黄金海

普宁市中医医院, 广东 普宁 515300

[摘要] 目的: 观察加味柴胡龙牡汤治疗缺血性脑卒中的临床疗效。方法: 将 68 例缺血性脑卒中患者随机分为 2 组各 34 例, 对照组仅给常规治疗, 治疗组在常规治疗基础上加用加味柴胡龙牡汤, 比较 2 组患者美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分、Barthel 指数、血液流变学指标和临床疗效。结果: 治疗后, 2 组 NIHSS 评分、Barthel 指数均改善, 2 组比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 治疗组纤维蛋白原含量、血浆黏度均低于对照组 ($P < 0.05$)。总有效率对照组为 70.6%, 治疗组为 91.2%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 加味柴胡龙牡汤治疗缺血性脑卒中疗效显著, 值得临床推广。

[关键词] 缺血性脑卒中; 加味柴胡龙牡汤; Barthel 指数; NIHSS 评分

[中图分类号] R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 07-0045-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.021

缺血性脑卒中又称脑梗死, 是临床常见的脑血管疾病, 是由局部脑组织血流灌注减少或中止, 引起脑组织缺血、缺氧及相应组织坏死, 导致神经功能缺失, 具有较高的致残率、病死率和复发率^[1]。随着我国人口老龄化, 近年来缺血性脑卒中的发病率呈逐年上升趋势。约有 75% 的缺血性脑卒中患者在治疗后遗留神经系统症状, 存在不同程度的行为异常和认知障碍, 严重影响患者生活质量^[2]。本研究采用加味柴胡龙牡汤治疗缺血性脑卒中患者, 取得满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 2012 年 2 月~2013 年 2 月收治的缺血性脑卒中患者共 68 例, 按随机数字表法分为 2 组。对照组 34 例, 男 21 例, 女 13 例; 年龄 48~83 岁, 平均 (55.2 ± 9.7) 岁; 病程 7~48 天, 平均 (15.3 ± 2.7) 天。治疗组 34 例, 男 20 例, 女 14 例; 年龄 47~85 岁, 平均 (55.9 ± 9.2) 岁; 病程 8~45 天, 平均 (14.9 ± 2.1) 天。2 组患者性别、年龄、病程、原发病等一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择 所有患者入组前经 CT 或 MRI 检查确诊为缺血性脑卒中, 且符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[3] 相关标准。排除严重心、肺、肝、肾功能不全者; 严重免疫系统疾病者; 由脑肿瘤、脑外伤、先天性血管畸形等原因引发的脑卒中者; 严重出血、凝血障碍者; 脑卒中后接受颅脑手术治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予脑卒中常规治疗, 采用吸氧、抗血小板聚集、扩张血管、神经营养、降血糖、降颅内压、降血压等治

疗, 纠正电解质紊乱, 维持酸碱平衡。

2.2 治疗组 在对照组基础上, 给予加味柴胡龙牡汤治疗。处方: 柴胡、法半夏、生姜、大枣各 15 g, 生龙骨(先煎)、生牡蛎(先煎)各 30 g, 生大黄 5 g, 茯苓、白芍、黄芩各 10 g。肌肉抽动、手颤者加石决明、天麻; 胸闷、胸痛者加枳壳、丹参。水煎, 每天 1 剂, 分 2 次服用。

20 天为 1 疗程, 连续治疗 3 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察并比较 2 组患者美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、Barthel 指数、血液流变学、临床疗效。采用 Barthel 指数评分法评价患者日常生活能力, 包括穿衣、如厕、洗澡、进餐、行走、上下楼梯、床椅转移、个人卫生、大小便失控等方面, 满分为 100 分。采用 NIHSS 评分评价患者神经功能缺损程度。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献^[4]相关标准, 痊愈: 临床症状和体征消失, 病残程度 0 级, NIHSS 评分减少 $\geq 90\%$, 生活可自理; 显效: 临床症状和体征明显改善, 病残程度 1~3 级, $45\% \leq$ NIHSS 评分减少 $< 90\%$, 生活部分自理; 有效: 临床症状和体征稍有改善, $19\% \leq$ NIHSS 评分减少 $< 45\%$; 无效: 临床症状和体征无改善甚至恶化, NIHSS 评分减少 $< 19\%$ 。治疗总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

[收稿日期] 2014-03-03

[作者简介] 黄金海 (1973-), 男, 主治中医师, 主要从事中医治疗脑血管疾病临床工作。

4.2 2 组患者治疗前后 NIHSS 评分比较 见表 1。治疗后, 2 组 NIHSS 评分均降低, 2 组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组患者治疗前后 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	34	11.76 ± 2.56	5.98 ± 2.03 ^①
对照组	34	11.75 ± 2.73	7.84 ± 1.97

与对照组治疗后比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组患者治疗前后 Barthel 指数比较 见表 2。治疗后, 2 组患者 Barthel 指数均较治疗前提高, 治疗组高于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组患者治疗前后 Barthel 指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	34	36.44 ± 13.26	67.68 ± 12.53 ^①
对照组	34	36.85 ± 14.43	54.29 ± 11.92

与对照组治疗后比较, ① $P < 0.05$

4.4 2 组患者治疗前后血液流变学指标比较 见表 3。治疗前, 2 组患者纤维蛋白原含量、血浆黏度比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$); 治疗后, 治疗组纤维蛋白原含量、血浆黏度均低于对照组($P < 0.05$)。

表 3 2 组患者治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	纤维蛋白原含量(g/L)		血浆黏度(mPa·s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	34	4.14 ± 1.22	3.23 ± 0.98 ^①	1.89 ± 0.87	1.60 ± 0.55 ^①
对照组	34	4.16 ± 1.25	3.71 ± 1.07	1.90 ± 0.91	1.76 ± 0.84

与对照组治疗后比较, ① $P < 0.05$

4.5 2 组临床疗效比较 见表 4。总有效率对照组为 70.6%, 治疗组为 91.2%, 2 组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 4 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	34	9(26.5)	8(23.5)	7(20.6)	10(29.4)	70.6
治疗组	34	16(47.1)	10(29.4)	5(14.7)	3(8.8)	91.2 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

缺血性脑卒中中以脑组织动脉粥样硬化为病理基础, 由于颈动脉、椎动脉等血管管腔狭窄或痉挛, 血液黏稠度、凝集性增高, 血液流变学改变, 导致脑组织血管狭窄甚至闭塞, 引起脑组织血液灌注不足, 造成脑组织急性缺血、缺氧、坏死及神经细胞死亡, 严重损伤脑部神经, 临床主要表现为猝然昏迷、半身不遂、语言障碍甚至死亡^[4]。现代医学治疗缺血性脑卒中以抗凝、降低血液黏度、溶栓、减少神经功能损伤等对症治疗为主, 但远期疗效欠佳。

缺血性脑卒中属于中医学闭证、郁证等范畴, 中医学认

为, 缺血性脑卒中是由于气机阻滞, 脉道不利, 血行缓慢瘀滞, 脑腑失养所致。气血不足, 气不能行, 血不能荣, 气血瘀滞, 则脉络痹阻, 气虚血瘀是缺血性脑卒中的基本病机。所谓“气通血活, 何患疾病不除”, 理气通脉、活血化瘀的原则应贯穿缺血性脑卒中治疗的始终。柴胡龙牡汤由小柴胡汤演化而来, 有调畅气机、和解少阳、安神定气之功。方中柴胡疏肝解郁, 黄芩清肝胆郁热, 茯苓健脾补中, 白芍柔肝缓急, 牡蛎、龙骨重镇安神, 法半夏消痞散结, 大黄凉血祛瘀, 生姜除湿消痞, 大枣安中养脾、平胃气^[6]。Barthel 指数是评价日常生活活动能力(ADL)的常用方法, Barthel 指数得分越高, 则 ADL 越佳, 该指标被广泛用于预测治疗效果、住院时间、预后, 可信度高^[7]。本研究结果显示, 采用加味柴胡龙牡汤可有效提高缺血性脑卒中患者 Barthel 指数。而 NIHSS 分数越高代表神经功能缺损越严重, 经治疗, 治疗组患者 NIHSS 评分低于对照组($P < 0.05$), 提示加味柴胡龙牡汤可有效改善缺血性脑卒中患者神经功能缺损。现代血液流变学研究证明, 缺血性脑卒中患者存在血液“浓”、“黏”、“聚”的病理变化, 而加味柴胡龙牡汤可降低纤维蛋白原含量、血浆黏度。

可见, 采用加味柴胡龙牡汤治疗缺血性脑卒中, 可改善血液流变学相关指标、神经功能缺损, 提高日常生活活动能力、临床疗效, 值得临床推广。

[参考文献]

- [1] Jauch EC, Saver JL, Adams HP, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association[J]. Stroke, 2013, 44(3): 870-947.
- [2] 荣传平, 袁建喜, 陈嘉敏. 通腑醒神汤治疗缺血性脑卒中临床研究[J]. 中外医学研究, 2013, 11(25): 18-19.
- [3] 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.
- [4] 刘凯娅. 中西医结合规范化治疗缺血性脑卒中疗效观察[J]. 中医临床研究, 2013, 5(3): 15-16.
- [5] Adeoye O, Homung R, Khatri P, et al. Recombinant tissue-type plasminogen activator use for ischemic stroke in the United States: a doubling of treatment rates over the course of 5 years [J]. Stroke, 2011, 42(7): 1952-1955.
- [6] 金亚娟, 曹旻, 陈美芳. 加味柴胡龙牡汤治疗神经衰弱 60 例[J]. 现代中医药, 2007, 27(2): 6-7.
- [7] 黄晓琳, 陆敏, 喻澜, 等. Barthel 指数对脑卒中患者住院康复效果的预测[J]. 中国康复, 2003, 18(3): 139-141.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)