

的重要作用机理。

#### [参考文献]

- [1] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146-153.
- [2] 田景平, 郑光, 郭洪涛, 等. 利用文本挖掘技术探索复方丹参注射液应用规律[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 9(4): 330-334.
- [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] 黄伟, 吴绪平, 丁昀, 等. 针刺对急性脑梗死患者凝血和纤溶系统的影响[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(8):

1713-1715.

- [5] 白雪, 王明杰, 杨思进, 等. 麻葛全蝎汤对急性脑梗死患者 t-PA、PAI 的影响及临床评价[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(13): 40-42.
- [6] 牛军启, 于红亮. 缺血性脑卒中患者溶栓前后 D-二聚体的变化[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(7): 32.
- [7] 戚其学, 李玉芬, 曹云鹏. 急性脑梗死病人血浆纤维蛋白原、D-二聚体含量和纤溶酶原活性的变化[J]. 微循环学杂志, 2006, 16(2): 72-73.
- [8] 郭泽兴. 脑梗死患者凝血和纤溶指标检测的临床意义[J]. 血栓与止血学, 2009, 15(4): 182-183.

(责任编辑: 马力)

## 化痰通腑泻热法治疗缺血性中风急性期临床研究

杨慧艳<sup>1</sup>, 车志英<sup>2</sup>, 陈东晖<sup>3</sup>, 王国斌<sup>2</sup>

1. 郑州陇海医院神经内科, 河南 郑州 450003

2. 河南中医学院基础医学院, 河南 郑州 450046

3. 郑州大学第二附属医院消化内科, 河南 郑州 450014

**[摘要]** 目的: 观察化痰通腑泻热法(加味星蒺承气汤)对缺血性中风急性期患者的治疗效果。方法: 收集缺血性中风急性期痰热腑实证患者 60 例, 分为对照组和治疗组各 30 例, 对照组使用西医综合疗法, 治疗组在西医综合疗法基础上加用加味星蒺承气汤, 治疗 14 天。研究比较治疗前后 2 组患者的临床症状改善、神经功能、血清同型半胱氨酸(Hcy)、血脂各项指标差异, 明确其临床疗效。另取健康体检者 20 例为基线对照。结果: 2 组治疗后均能改善临床症状, 证候积分与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ ), 2 组治疗后比较, 差异也有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。2 组治疗后均能改善神经功能缺损, 美国国立卫生院脑卒中量表(NIHSS)评分与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ ), 2 组治疗后比较, 差异也有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后能改善 Hcy, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ ), 2 组治疗后比较, 差异也有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组能显著改善总胆红素(TBil)、直接胆红素(DBil)、甘油三酯(TG)水平 ( $P < 0.05$ ), 间接胆红素(IBil)变化不显著; 对照组可显著改善 TG 水平 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 治疗组 TBil、DBil 显著高于对照组 ( $P < 0.05$ )。2 组治疗后血脂低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、载脂蛋白 A1(ApoA1)、载脂蛋白 B(ApoB)水平改善均不显著 ( $P > 0.05$ )。结论: 加味星蒺承气汤可显著提高缺血性中风急性期患者的临床治疗效果, 降低病理损害程度、改善血脂状况。

**[关键词]** 缺血性中风; 急性期; 加味星蒺承气汤; 同型半胱氨酸(Hcy)

**[中图分类号]** R743.3

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 0256-7415(2014)08-0037-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.019

研究认为, 通腑化痰法治疗中风病急性期主要通过降低机体应激状态, 调整植物神经功能紊乱, 稳定血压, 增加脑

供氧, 调整血管通透性, 改善微循环, 减轻意识障碍, 使患者更容易度过急性期<sup>[1]</sup>。既往临床观察发现, 中风急性期患

**[收稿日期]** 2014-01-20

**[基金项目]** 河南省中医药科学研究专项课题(编号: 2013ZY02032); 河南中医学院博士科研基金项目(编号: BSJJ2012-17, BSJJ2010-38)

**[作者简介]** 杨慧艳(1980-), 女, 主治医师, 研究方向: 中医药防治老年病。

**[通讯作者]** 车志英, E-mail: chezy365@aliyun.com。

者腑气不通具有普遍性,尤其是危重症患者,运用通腑法可改善临床症状及促进神经功能缺损恢复,降低病残率<sup>[2]</sup>。本研究以实验室常用的血清学指标来评价使用化痰通腑泄热法治疗缺血性中风急性期的神经功能恢复的效果,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60例痰热腑实型缺血性中风急性期患者,按1:1随机分为2组。2组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。同时,搜集20例健康体检人群作为基线对照。

1.2 诊断标准 参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组研究制定的《中风病证候诊断标准》。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医综合疗法治疗,如吸氧、降低颅内压、控制血压、防治感染和消化道出血、维持水与电解质平衡、营养支持及其他对症支持治疗等。

2.2 治疗组 在对照组西医综合疗法治疗的基础上,加用加味星萎承气汤,处方:胆南星、钩藤各20g,全瓜蒌30g,生大黄(后下)9g,芒硝(冲服)、甘草各6g,竹茹、石菖蒲各12g,远志、丹参各15g。每天1剂,水煎服。

疗程均为14天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 中医证候评分:参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组研究制定的《中风病证候诊断标准》,记录治疗前后同一证候积分值的改变情况。神经功能缺损评分:参照美国国立卫生研究院脑卒中量表(National Institutes of Health stroke scale, NIHSS)进行。患者分别于入院后第2天及第14天清晨空腹抽取静脉血,分离新鲜血清,检测血清同型半胱氨酸(Hcy)、血清胆红素、血脂。

3.2 统计学方法 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,两样本率采用 $\chi^2$ 检验(Chi-Square Tests)。治疗前后,组内数据采用配对 $t$ 检验,组间数据采用独立样本 $t$ 检验。数据在SPSS16.0统计分析软件上进行统计学处理。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后证候积分比较 见表1。2组治疗后均能改善临床症状,证候积分与治疗前比较,差异均有显著性意义( $P < 0.05$ );2组治疗后比较,差异也有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组治疗前后证候积分比较 $(\bar{x} \pm s)$  分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	21.40 ± 2.11	12.37 ± 3.92
对照组	30	20.77 ± 2.12	16.80 ± 2.50

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

4.2 2组治疗前后NIHSS评分比较 见表2。2组治疗后均能改善神经功能缺损,NIHSS评分与治疗前比较,差异均有显

著性意义( $P < 0.05$ );2组治疗后比较,差异也有显著性意义( $P < 0.05$ )。

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

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	20.40 ± 2.11	14.37 ± 1.94
对照组	30	21.04 ± 2.31	17.80 ± 2.49

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

4.3 2组治疗前后血清Hcy变化比较 见表3。治疗组治疗后能改善Hcy,与治疗前比较,差异均有显著性意义( $P < 0.05$ );2组治疗后比较,差异也有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表3 2组治疗前后血清Hcy变化比较 $(\bar{x} \pm s)$   $\mu\text{mol/L}$

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	20.94 ± 8.63	14.48 ± 7.42
对照组	30	21.90 ± 8.92	20.12 ± 7.88
健康组	20	11.36 ± 3.86	—

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

4.4 2组治疗前后血清胆红素、血脂水平变化比较 见表4。治疗组能显著改善总胆红素(TBil)、直接胆红素(DBil)、甘油三酯(TG)水平( $P < 0.05$ ),间接胆红素(IBil)变化不显著;对照组可显著改善TG水平( $P < 0.05$ )。治疗后,治疗组TBil、DBil显著高于对照组( $P < 0.05$ )。

表4 2组治疗前后血清胆红素、血脂水平变化比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	时间	TBil( $\mu\text{mol/L}$ )	DBil( $\mu\text{mol/L}$ )	IBil( $\mu\text{mol/L}$ )	TG( $\text{mmol/L}$ )
治疗组	30	治疗前	15.38 ± 8.70	7.40 ± 8.09	7.98 ± 3.89	4.94 ± 0.22
		治疗后	22.22 ± 6.93	12.60 ± 6.36	8.67 ± 4.15	2.36 ± 0.31
对照组	30	治疗前	16.03 ± 5.94	7.37 ± 5.72	8.66 ± 3.18	4.91 ± 0.26
		治疗后	17.22 ± 4.17	7.71 ± 4.60	9.51 ± 3.23	2.45 ± 0.22
健康组	20	—	16.32 ± 3.39	6.43 ± 1.84	9.82 ± 2.90	0.79 ± 0.34

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

4.5 2组治疗前后血脂水平比较 见表5。2组治疗后血脂低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、载脂蛋白A1(ApoA1)、载脂蛋白B(ApoB)水平改善均不显著( $P > 0.05$ )。

表5 2组治疗前后血脂水平变化 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	时间	HDL-C( $\text{mmol/L}$ )	LDL-C( $\text{mmol/L}$ )	ApoA1( $\text{g/L}$ )	ApoB( $\text{g/L}$ )
治疗组	30	治疗前	1.20 ± 0.27	3.06 ± 1.42	1.14 ± 0.22	1.24 ± 0.47
		治疗后	1.39 ± 0.28	2.65 ± 0.34	0.97 ± 0.24	1.06 ± 0.45
对照组	30	治疗前	1.28 ± 0.17	3.19 ± 1.38	1.16 ± 0.26	1.25 ± 0.75
		治疗后	1.40 ± 0.16	2.83 ± 0.36	1.01 ± 0.25	1.07 ± 0.78
健康组	20	—	1.20 ± 0.29	2.05 ± 0.57	1.10 ± 0.07	0.83 ± 0.21

5 讨论

引起脑梗死的主要原因包括：血管壁病变、血液成分和血液动力学改变。动脉粥样硬化是基本病因之一，脂质代谢紊乱导致动脉粥样硬化(尤其为颈动脉的粥样硬化)而引起脑血管病，脂质代谢紊乱已经成为脑血管病的危险因素。Hcy为评价缺血性中风的主要指标，用以观察疾病严重程度和治疗效果<sup>[3]</sup>。早期调节 Hcy 能够明显降低脑血管疾病的发生<sup>[4]</sup>。

HDL-C 将泡沫细胞中的胆固醇，转运至肝脏分解代谢；还可能通过抗感染，抗氧化和保护血管内皮功能而发挥其抗动脉粥样硬化作用。HDL 作为人体内具有抗动脉粥样硬化的脂蛋白已逐步得到认可。载脂蛋白对血浆脂蛋白的代谢起核心作用，对动脉粥样硬化也有重要影响。TBil 具有抗脂质氧化功能(尤其对 LDL-C)，以降低脑梗死的发病率，是内源性保护物质，可促进胆固醇降解，早期 TBil 水平较低，脑梗死发生及治疗过程中其水平会增高<sup>[5]</sup>。现代医学认为，高胆固醇血症特别是 LDL-C 的增高，为动脉粥样硬化的危险因素。LDL-C 被巨噬细胞氧化吞噬并在细胞内沉积逐渐形成泡沫细胞，而巨噬细胞释放的炎症介质加重恶性循环。同时 LDL-C 还抑制损伤的自我修复并导致血管内皮通透性增高，增加血管舒缩反应异常和内皮细胞、炎症细胞的反应<sup>[6]</sup>。TBil、IBil 降低与动脉硬化性脑梗死增加成负相关<sup>[7]</sup>。

现代医学研究表明，化痰通腑泻热法治疗中风主要有以下几方面的作用：减少梗死面积，降低梗死程度；清除肠道有害物质氨类吲哚内毒素进入血循环，使高热、烦躁、便秘等症状好转；改善脑肠肽对胃肠道的调节功能促进肠管运动<sup>[8-9]</sup>。清热化痰法能够显著改善血压、血脂、凝血功能、Hcy、C-反应蛋白(CRP)水平，尤其在降低纤维蛋白原、二聚体疗效方面更佳。

现代药理研究证实，黄芪具有明显的扩张血管，降血压，降血脂，抗凝血，增进末梢血液循环，增强机体免疫力的作用；当归、川芎、水蛭、丹参等能够抑制血小板聚集，增强脑血流量，改善微循环，提高大脑耐缺氧能力，具有很强的抗栓溶栓功效；丹参是防止缺血性中风有效而安全的药物；灯盏花用于治疗各种脑血管病所致瘫痪。现代医学分析，通腑攻下可稳定血压，改善颅内高压和脑水肿，增加脑细胞血氧供应情况<sup>[10-12]</sup>。

综上所述，近年来中医药治疗缺血性中风取得长足发展，临床研究提出许多新的理论和观点。实验研究方法新颖，理论

上有突破。尤其是中医药研究与现代分子生物学及基因理论的结合代表了近年来的研究方向。加味星萎承气汤可显著提高缺血性中风患者临床治疗效果，降低病理损害程度、改善血脂状况。

[参考文献]

- [1] 王永炎, 沈绍功. 今日中医内科[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 62.
- [2] 李燕梅, 王新志. 通腑化痰法配合西医疗法治疗急性缺血性中风 160 例临床观察[J]. 中医杂志, 2002(11): 831-832.
- [3] 袭祥印. 急性脑梗死患者血清同型半胱氨酸与高敏 C 反应蛋白及肿瘤坏死因子 α 水平检测的临床意义[J]. 中国医药, 2011, 6(2): 163-164.
- [4] 刘怡伶, 蒋洪昆, 蒙毅军. 脑梗塞患者血清中同型半胱氨酸测定结果分析[J]. 中国民族民间医药, 2011, 20(10): 53.
- [5] 黄贾生, 张泽敏. 急性脑梗死和血脂关系的临床研究[J]. 临床医学, 2011(15): 45-46.
- [6] 丛晓强, 孟晓萍, 李颖. 基质金属蛋白酶在动脉粥样硬化中的作用研究进展[J]. 中国动脉硬化杂志, 2007, 15(5): 397-399.
- [7] 于常英, 卢冬喜. 老年脑梗死患者超敏 C 反应蛋白及胆红素分析[J]. 山东医药, 2008, 48(37): 47-48.
- [8] 吕晓莉, 张华, 闰福堂, 等. 血清同型半胱氨酸水平与脑梗死相关性分析[J]. 陕西医学杂志, 2010, 39(7): 875-879.
- [9] 侯凌波, 郭建文. 中医药治疗脑梗死的研究进展[J]. 河南中医, 2012, 32(10): 1405-1406.
- [10] 刘树权. 开窍通腑化痰法治疗急性缺血性中风的机理探讨[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(3): 2.
- [11] 唐开武, 李明君. 泄浊化痰汤灌肠治疗缺血性中风昏迷 32 例临床观察[J]. 山东中医杂志, 2012, 31(5): 323-325.
- [12] 杨春霞, 社会山. 缺血性中风患者中医辨证分型与脑血管造影结果相关性研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(8): 700-703.

(责任编辑: 骆欢欢)

· 书讯 · 欢迎购买《新中医》杂志合订本。合订本便于收藏，易于查阅，最有益于读者。1996年每套53元，1997年、1998年每套各55元，1999年、2000年每套各67元，2001年、2002年、2003年、2004年每套各88元，2005年、2006年每套各110元，2007年、2008年每套各130元，2009年、2010年每套各150元，2011年每套200元，2012年、2013年每套各230元（均含邮费）。欲购者请汇款至广州市机场路12号大院广州中医药大学《新中医》编辑部发行科（邮政编码：510405），并在汇款单附言栏注明书名、套数。