

以及白术和甘草等药物,可补脾益气。酸枣仁、远志以及茯苓可宁心安神。而当归和龙眼肉可补血养心,加木香可理气醒脾,从而让补气血的药物补而不滞,更好地发挥出补益的功效^[9]。其中生姜3片和大枣2枚,可调和脾胃,以利生化。黄芪与当归配伍,富含当归补血汤用意,促使患者达到气旺血生和血足心自养的效果。酸枣仁味酸可入肝经,而龙眼肉性甘温可入心经,和当归配伍,可补血滋补心肝之阴。木香搭配酸枣仁,既可醒脾气,又可调肝气。全方共同发挥出益气补血和健脾养心的功效^[10]。

综上所述,在西药对症治疗的基础上以归脾汤加减治疗心血不足型心悸,可提高疗效,改善患者心功能,效果较为显著,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 谢鸣. 方剂学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:201.
- [2] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2004:246-256.
- [3] 叶任高. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:

165-166.

- [4] 纪康宝. 呵字诀:治疗心悸的“良药”[J]. 中华养生保健,2013,8(1):70-71.
- [5] 袁世清,张琦,江泳,等. 《金匮要略》课程在教学向临床转化方面的探索[J]. 中国药物经济学,2014(3):252-253.
- [6] 王传舫. 归脾汤加味治疗稳定型心绞痛62例[J]. 实用中医内科杂志,2011,25(6):51-52.
- [7] 王宗信. 归脾汤加减治疗心脾两虚型心悸76例的疗效观察[J]. 中国实用医药,2008,3(5):21.
- [8] 王延超,郭灿合. 归脾汤加减治疗心血不足型心悸64例[J]. 河南中医,2013,33(3):409-410.
- [9] 桂裕江. 归脾汤治疗内科疑难病临证举隅[J]. 湖北中医药大学学报,2013,15(4):54-55.
- [10] 徐宏涛,孟春燕,胡平,等. 归脾汤小肠内滴注辅助治疗腹腔镜胃癌根治术后疲劳综合征临床观察[J]. 浙江中西医结合杂志,2013,23(6):433-435,439.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)

化浊行血汤对急性脑梗死炎性机制影响的临床研究

吴婷婷,张桂萍

莱芜市钢铁集团有限公司医院,山东 莱芜 271100

[摘要] 目的:观察化浊行血汤对急性脑梗死患者炎性机制的影响和临床效果。方法:采用随机对照的研究方法,选择符合标准的患者60例,根据随机数字表,按就诊时间顺序依次分为对照组和治疗组各30例。对照组予以西医综合治疗,治疗组在西医综合治疗的基础上加用化浊行血汤,疗程为1月。观察2组患者治疗前后核转录因子- κ Bp65(NF- κ Bp65)、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、改良的Rakin量表评分(MRS)及中医证候变化。结果:临床疗效治疗组总有效率为90%,对照组总有效率为70%,2组总有效率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),治疗组疗效明显优于对照组。中医证候疗效治疗组总有效率为90%,对照组总有效率为70%,2组总有效率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),治疗组疗效明显优于对照组。2组治疗后NIHSS评分治疗组(10.23±2.69)分,对照组(14.85±4.66)分,均较治疗前下降($P < 0.05$);2组治疗后组间比较,差异也有显著性意义($P < 0.05$)。2组治疗后MRS评分治疗组(1.30±0.74)分,对照组(1.60±0.82)分,均较治疗前下降($P < 0.05$);2组治疗后组间比较,差异无显著性意义($P > 0.05$)。2组患者经过治疗后NF- κ Bp65表达率各时间点均较治疗前降低,组内比较差异有显著性意义($P < 0.05$);2组患者治疗后第3天组间比较,差异无显著性意义($P > 0.05$),2组患者治疗后第7天组间比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),2组患者治疗后第14天组间比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),治疗组各时间点阳性细胞数减少得更为显著,提示治疗组在减轻患者炎性反应方面较对照组疗效好。结论:化浊行血汤能够减轻脑缺血后炎性反应,显著改善急性脑梗死患者的临床症状及中医证候,有助于改善患者预后。

[关键词] 急性脑梗死;化浊行血汤;炎性机制

[收稿日期] 2014-04-05

[作者简介] 吴婷婷(1986-),女,住院医师,研究方向:中西医结合脑血管病治疗。

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 09-0041-03
DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.020

急性脑梗死发病机制复杂,研究发现其机制与脑缺血后再灌注损伤有关,而损伤机制很多,炎症反应是导致脑缺血性损伤的主要因素之一。脑缺血损伤后多种多效性细胞因子参与其后的炎症反应,形成一个炎症细胞因子级联网络,多项研究提示,炎症在脑梗死急性期可能加剧了病情恶化,因此,及时阻遏炎症反应可以减轻脑缺血损伤。中医学认为,瘀、热、痰、毒多是“瘀阻脑络”而致急性脑梗死的诸端病因,若不及时清除这些病理产物,将滋生新的病理产物,加重脑缺血损伤^[1]。有研究表明,急性脑梗死以风痰瘀血痹阻脉络证为主^[2],宜活血化瘀,化痰湿、通经络,可以阻断中风的病理环节,阻断炎症反应,有助于改善脑梗死预后。本研究基于此,以补血活血、除湿解毒为法,应用化浊行血汤对急性脑梗死患者进行干预,患者临床症状显著改善,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例来自山东中医药大学附属医院神经内科病房,确诊为风痰瘀阻型急性脑梗死。60例患者按随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组30例,男15例,女15例,平均年龄(60.56±10.63)岁;对照组30例,男17例,女13例,平均年龄(59.40±9.82)岁。2组性别、年龄、合并症比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照2010年中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》^[3]及国家中医药管理局脑病急症协作组起草制订的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[4]。

1.3 纳入标准 符合以上诊断标准;发病在7天以内;经颅脑计算机断层扫描(CT)或磁共振成像(MRI)证实;年龄18~75岁(包括18和75岁);符合风痰瘀阻证临床表现;患者同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 陈旧性脑梗死;临床或实验室证据表明发病时或近期伴有炎症性或感染性疾病;入院时体温超过38℃;伴有肿瘤的患者;既往心血管事件(包括心肌梗死、不稳定心绞痛病史);慢性阻塞性肺疾病或慢性炎症疾病(如慢性炎症性肠病或风湿病);严重心、肝、肾等系统性疾病;免疫性疾病或应用激素治疗者;当前正在应用抗炎药物治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医综合治疗,包括调节血压、血脂、抗血小板聚集、清除氧自由基、脑组织保护及对症治疗。

2.2 治疗组 在西医综合治疗的基础上,加用化浊行血汤,处方:荷叶、赤芍各10g,焦山楂、何首乌各15g,决明子30g,制水蛭、酒大黄各5g,路路通、虎杖各20g。服法:水煎服,每天1剂,早晚分服。

治疗疗程均为1月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组治疗前后中医证候评分、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、改良的Rakin量表(MRS)评分。细胞免疫组化法测定核转录因子- κ Bp65(NF- κ Bp65)。

3.2 统计学方法 所有数据用SPSS16.0版统计软件进行分析,分类资料(临床资料与疗效)采用 χ^2 检验和Ridit分析;计量资料,方差齐时采用均数比较的 t 检验,方差不齐时采用 t' 检验,以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床疗效参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[4]疗效标准对治疗前后患者神志、言语、肢体运动功能等主症进行综合评价。中医证候疗效判定参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]。

4.2 2组临床疗效比较 治疗组30例患者经治疗后基本痊愈6例,显著进步12例,进步9例,无变化2例,恶化1例,总有效率为90%;对照组30例患者经治疗后基本痊愈3例,显著进步8例,进步10例,无变化6例,恶化3例,总有效率为70%。2组总有效率比较,差异有显著性意义($P<0.05$),治疗组疗效明显优于对照组。

4.3 2组中医证候疗效比较 治疗组30例患者经治疗后临床痊愈6例,显效12例,有效9例,无效3例,总有效率为90%;对照组30例患者经治疗后临床痊愈3例,显效8例,有效10例,无效9例,总有效率为70%。2组总有效率比较,差异有显著性意义($P<0.05$),治疗组疗效明显优于对照组。

4.4 2组治疗前后NIHSS评分比较 2组患者治疗前NIHSS评分治疗组(19.62±5.53)分,对照组(19.73±4.15)分,2组比较,差异无显著性意义($P>0.05$);2组治疗后治疗组(10.23±2.69)分,对照组(14.85±4.66)分,均较治疗前下降($P<0.05$),2组治疗后组间比较,差异也有显著性意义($P<0.05$),提示治疗组在改善脑梗死患者神经功能方面优于对照组。

4.5 2组治疗前后MRS评分比较 2组患者治疗前MRS评分治疗组(3.13±1.62)分,对照组(3.27±1.55)分,2组比较,差异无显著性意义($P>0.05$);2组治疗后治疗组(1.30±0.74)分,对照组(1.60±0.82)分,均较治疗前下降($P<0.05$),2组治疗后组间比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。

4.6 2组治疗前后NF- κ Bp65表达率比较 见表1。2组患者经过治疗后NF- κ Bp65表达率各时间点均较治疗前降低,组内比较,差异有显著性意义($P<0.05$);2组患者治疗后第3天组间比较,差异无显著性意义($P>0.05$),2组患者治疗后第7

天组间比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$), 2组患者治疗后第14天组间比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$), 治疗组各时间点阳性细胞数减少得更为显著, 提示治疗组在减轻患者炎症反应方面较对照组疗效好。

表1 2组治疗前后 NF- κ Bp65 表达率比较($\bar{x} \pm s$) %

组别	n	NF- κ Bp65 表达率			
		治疗前	第3天	第7天	第14天
治疗组	30	33.2 \pm 9.6	30.8 \pm 7.3	26.6 \pm 7.5	22.8 \pm 7.9
对照组	30	32.9 \pm 9.7	31.3 \pm 7.7	29.8 \pm 9.6	26.5 \pm 8.2

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组同时间点比较,

② $P < 0.05$

5 讨论

脑缺血引起的急性炎症反应在脑缺血损伤中具有重要作用。脑缺血产生的细胞坏死信号是诱导脑缺血神经炎症性反应的关键机制之一^[6]。脑缺血后, 缺血区产生具有致炎作用的细胞因子, 诱导多种黏附因子的表达, 并进一步促进白细胞浸润, 产生炎症反应, 加重脑损伤^[7], 具体表现为外周血白细胞在脑实质内浸润和内源性小胶质细胞激活, 脑缺血后引起神经元坏死及活性氧自由基产生, 从而激活 NF- κ B, NF- κ B 激活进入核内后与其靶基因结合, 诱导炎症细胞因子, 如肿瘤坏死因子释放至外周导致外周血白细胞和脑内小胶质细胞激活及脑血管壁上黏附因子表达, 黏附因子表达使白细胞吸引至血管内皮而浸润至脑组织内部, 随之, 小胶质细胞及白细胞分泌基质金属蛋白酶、花生四烯酸代谢产物、一氧化氮等炎症介质, 导致脑水肿^[8]。

脑梗死属中医中风范畴, 中风病位在心、脑, 与肝、肾密切相关, 病理性质多属本虚标实, 致病之本为肝肾阴虚, 气血衰少, 发病之标为风、火、痰、气、瘀, 即中风是由于气血衰少, 循行不畅, 痰湿、瘀血在体内停留而成, 故气血亏虚, 痰湿、瘀血阻络是中风的主要病机。化浊行血汤是齐鲁内科时病流派王新陆教授应用多年的经验方, 主治心脑血管病。方中荷叶味苦、涩、平, 入心、肝、脾经, 能升阳利湿, 清阳得升则浊阴自降, 湿邪得利则血浊可清; 焦山楂味酸、甘, 微温, 入脾、胃、肝经, 能入血分而活血散瘀消积, 所用于血浊兼瘀者; 决明子味甘、苦, 微寒, 入肝、肾、大肠经, 能清肝明目降脂, 通便祛浊^[9]; 三药平和, 化血浊, 活血瘀, 用为君药。制水蛭破血逐瘀; 酒大黄入血, 降压清脂, 活血祛瘀; 赤芍清热凉血, 祛瘀止痛; 三药同用, 增强化浊活血之功, 用为臣药。路路通通络利水除湿, 能通行十二经穴; 虎杖活血定

痛, 清热利湿解毒; 两药通经脉, 利湿浊, 以助君臣之药而为佐。何首乌补血益髓, 滋补肝肾, 使化浊行血之中而有补血之能, 生用并能通便祛浊消脂。诸药相伍, 共收化浊行血, 除湿解毒之效。有研究表明, 化浊行血汤可通过抑制缺血性脑损伤的炎症反应, 实现神经保护作用, 发挥清化血浊法对缺血性卒中的治疗作用^[10]。化浊行血汤可减少局灶性脑缺血再灌注大鼠脑梗死体积, 改善脑缺血后神经行为症状, 降低缺血半暗带区的细胞坏死率和凋亡率^[11]。

[参考文献]

- [1] 祝美珍, 肖健, 肖艳芬, 等. 清热化痰 号方对急性脑梗死患者神经功能及全血 ICAM-1、CD62P 表达的影响[J]. 广西医科大学学报, 2011, 28(4): 547.
- [2] 方美凤, 谭峰, 刘晓林, 等. 化痰通络颗粒对脑梗死患者外周血细胞因子信号转导抑制因子-3 及肿瘤坏死因子的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(11): 1144.
- [3] 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.
- [4] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 99.
- [6] 马英鑫, 陈贺愈, 夏伟梁, 等. 炎症反应在缺血性脑损伤中的作用和机制[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2011, 11(2): 160.
- [7] 陈素辉, 孙华, 徐虹. 西药对脑缺血损伤炎症机制的干预作用[J]. 医学研究杂志, 2011, 40(11): 15.
- [8] 姜红, 刘广志. 缺血性脑卒中与炎症[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2009, 16(3): 225.
- [9] 王新陆. 论“血浊”与“治未病”[J]. 天津中医药, 2008, 25(3): 117-118.
- [10] 马学盛. 清化血浊法治疗缺血性脑损伤的作用及机制研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2007.
- [11] 马学盛, 王兴臣, 王新陆, 等. 化浊行血汤对局灶性脑缺血再灌注大鼠的脑梗死体积和细胞死亡的影响[J]. 世界科学技术 - 中医药现代化, 2008: 10(1): 76-79.

(责任编辑: 骆欢欢)