

益气活血通络汤治疗缺血性中风临床研究

蔡小丽¹, 李倩²

1. 广州市白云区中医医院, 广东 广州 510470; 2. 天津市中医药研究院附属医院, 天津 300120

[摘要] 目的: 观察益气活血通络汤治疗缺血性中风的临床疗效。方法: 将120例患者随机分为2组各60例。对照组给予常规西医治疗, 治疗组在对照组的基础上, 加用自拟益气活血通络汤, 2组治疗时间均为4周。治疗前后分别采用Fugl-Meyer运动功能积分法(FMA)、日常生活能力量表(ADL)评价其疗效, 检测治疗前后血清超敏C-反应蛋白(hs-CRP)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平的变化情况。结果: 治疗后, 2组FMA评分与治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗后FMA评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 2组Barthel指数与治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗后Barthel指数高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 2组hs-CRP、TC、LDL-C水平均明显下降, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 益气活血通络汤可改善缺血性中风患者的神经功能, 同时改善患者的血脂代谢, 降低hs-CRP水平。

[关键词] 缺血性中风; 气虚血瘀型; 益气活血通络汤; 超敏C-反应蛋白(hs-CRP); 血脂

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)02-0008-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.02.004

缺血性中风多发于中老年人, 是临床的常见病、多发病, 是指脑血栓形成或在脑血栓的基础上导致脑梗死、脑动脉堵塞而引起的偏瘫和意识障碍。因其高致残率、低治愈率, 很多患者虽经抢救存活下来, 但大部分遗留了以偏瘫为主的运动功能障碍, 严重影响了日常生活。本研究在常规西医治疗的基础上, 加用益气活血通络汤治疗缺血性中风患者60例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医依据《中国急性缺血性脑卒中诊疗指南2010》^[1]中缺血性中风的诊断标准: 急性起病。局灶性的神经功能缺损, 甚或全面性的神经功能缺损。症状和体征持续时间超过几个小时以上。头颅CT或MRI检查排除其它脑血管病变。

头颅CT或MRI检查有责任性梗死病灶。中医依据《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[2]: 主要症状: 偏身不遂, 偏身感觉异常, 言语困难, 或无法言语, 意识模糊, 口舌歪斜。次要症状: 眩晕、头痛、瞳孔变化等, 饮水困难或呛咳、偏盲、共济运动失调等。起病方式: 急性起病, 发病前大多有诱发

因素, 常伴有一些先兆症状。起病年龄: 发病年龄在40岁以上。符合2个主要症状及以上, 或者符合1个主要症状伴2个次要症状及以上, 同时结合患者发病时的诱因、起病方式、年龄等即可确诊。不符合上述条件者, 影像结果也可以作为确诊的参考依据。

1.2 证候标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]制定的气虚血瘀型中风的标准: 主要症状: 偏身不遂, 感觉障碍, 口舌歪斜, 言语困难, 或者无法言语。次要症状: 面色苍白, 自汗, 乏力气短, 舌质暗淡、苔白腻, 脉沉细。符合2个主要症状以上, 或者符合1个主要症状伴2个次要症状及以上即可诊断。

1.3 恢复期标准 发病2周至半年之内。

1.4 病例选择 知情同意者; 符合缺血性中风的中、西医诊断标准及中医证候标准; 发病时间2周至半年之内; 发病年龄40~80岁; 入选和随机分组期间的临床情况稳定。排除脑出血或者蛛网膜下腔出血; 头颅外伤、颅内肿瘤、造血系统疾病等引起的中风患者; 伴有严重的肝肾功能损害;

[收稿日期] 2015-07-11

[作者简介] 蔡小丽(1983-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗心脑血管疾病。

合并较严重认知障碍,及完全性失语无法配合治疗者;精神疾病患者;妊娠期或者哺乳期女性;正在参加其它药物临床试验者。

1.5 一般资料 将2013年1月—2015年4月在广州市白云区中医院院内科住院,符合标准的缺血性中风患者120例采用随机分组方法分为2组各60例。治疗组男28例,女32例;年龄40~80岁,平均(59.4±11.8)岁;病程0.5~6.0月,平均(2.4±1.4)月。对照组男31例,女29例;年龄40~80岁,平均(59.7±12.2)岁;病程0.8~5.8月,平均(2.5±1.1)月。2组性别、年龄、病程、血脂水平等比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用最新的《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2010》推荐的方法,纳入该研究的患者均给予抗血小板聚集、调脂、改善脑循环等西药基础治疗:常规治疗:注意休息、低盐低脂饮食、吸氧等;血压的管理:合并高血压者,控制血压 $<140/90$ mmHg;血糖的管理:合并糖尿病的患者,控制血糖在 $6\sim 10$ mmol/L;抗血小板聚集药物:拜阿司匹林肠溶片100 mg,每晚饭后服用1次;降脂药的应用:阿托伐他汀钙片20 mg,每晚睡前服用1次;治疗期间,停止服用可能影响临床观察结果的药物,如活血化瘀类中药、中成药等。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上,给予益气活血通络汤,处方:黄芪60 g,当归尾、赤芍、红花各15 g,鸡血藤30 g,土鳖虫、全虫、僵蚕、地龙、川芎、桃仁各12 g,甘草6 g。辨证加减:肢冷者,加桂枝10 g、熟附子15 g温通经络;腰膝酸软者,加续断15 g、杜仲15 g、桑寄生20 g补肝肾、强腰膝;夹有痰浊者,加石菖蒲12 g、远志6 g化痰开窍;日久效果不显著者,加水蛭3 g、虻虫3 g以破瘀通络;大便秘结者,加火麻仁20 g、草决明20 g润肠通便。用法:将上述药物混合后,加水800 mL煎至200~300 mL,每天2次,分早晚2次饭后口服。

2组均以4周为1疗程,治疗1疗程后观察其效果。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 用Fugl-Meyer运动功能积分法^[4]

(FMA)评价其恢复情况,日常生活能力量表(ADL)^[5]评价其日常生活活动能力(Barthel Index, BI),并进行治疗前后的方差组间比较。肢体运动功能的测定:采用Fugl-Meyer评分法^[4]来评定,于治疗前、治疗后各评定1次。日常生活能力的评定:采用Barthel指数分级法^[6]来评定,于治疗前、治疗后各评定1次。观察2组治疗前后血清超敏C-反应蛋白(hs-CRP)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)的水平变化。

3.2 统计学方法 采用SPSS15.0统计软件,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验,组间比较采用随机区组设计资料的方差分析。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后FMA评分比较 见表1。治疗后,2组FMA评分与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗后FMA评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	60	33.68±17.56	56.13±21.84
对照组	60	33.71±18.33	47.23±20.89

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Barthel指数比较 见表2。治疗后,2组Barthel指数与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗后Barthel指数高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	60	41.94±23.16	63.51±21.73
对照组	60	42.28±21.36	52.39±20.44

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hs-CRP、TC、LDL-C水平变化比较 见表3。治疗后,2组hs-CRP、TC、LDL-C水平均明显下降,与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

缺血性中风发病原因,多与人体正气不足相关,

表3 2组治疗前后血清hs-CRP、TC、LDL-C水平变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	hs-CRP(mg/L)	TC(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)
治疗组	60	治疗前	6.98±0.98	6.12±0.80	3.88±0.93
		治疗后	3.01±0.32	3.40±0.85	2.56±0.56
对照组	60	治疗前	6.79±1.10	6.31±0.69	4.10±0.78
		治疗后	4.23±0.78	4.98±1.10	3.68±0.77

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

如李杲所云：“中风者，非外来邪风，乃本气病也。”气为血之帅，正气不足则血行无力，尤其中风后，元气耗伤，气虚则帅血无力，血液瘀滞，痹阻脉中，经脉无以濡养，故发偏枯。笔者认为，缺血性中风的主要病机是气虚血瘀，气虚为本，血瘀为标，气虚血瘀是中风的病机关键。因气虚而致血瘀，血瘀而使经脉瘀塞不通，血液无法达于肢体，筋肉失于气血濡养，废而不用，而形成缺血性中风。故对于气虚血瘀型中风，强调从气从血论治，治疗重在益气活血、通络利肢，使脏腑气血平衡，达到血随气行，四肢百骸得充，脑神得养之目的。如戴思恭所云：“治之之法，调气为先”，“及其久也，即当活血”。本临床研究中，自拟益气活血通络汤正是立足于上述观点，取其益气补虚，活血通络之效，益气活血通络汤是在补阳还五汤的基础上，加减化裁而来，方中重用黄芪补益正气，气旺则血行，行气而化瘀；当归尾、鸡血藤补血活血，化瘀而不伤血；川芎为血中气药，合赤芍、桃仁、红花活血化瘀，疏通经脉；土鳖虫、全虫、僵蚕、地龙力专善走，周行全身，通经活络；甘草调和上述药物之性；全方补气药与活血药相配，补气而不壅滞，活血而不伤正，共奏补气虚、泻实瘀，标本兼顾之功。

现代药理研究已证实，黄芪对缺血缺氧的神经细胞具有保护作用，可降低血液黏稠度，减少血小板聚集，使氧自由基得以清除，改善脑循环。当归可扩张周围血管，抗动脉粥样硬化，抑制血小板聚集。川芎能使动脉内壁脂质含量显著下降，起到降低血脂的作用，改善大脑血管内皮功能。红花能显著改善大脑的耐缺氧能力，对缺血缺氧性脑病有保护作用，亦可抑制血小板聚集，减少血栓形成。赤芍可以扩张脑血管，改善大脑微循环。地龙可以有效减轻血管痉挛，起到保护大脑血管内皮细胞的作用。研究显示，2组

患者FMA评分、Barthel指数与治疗前比较有明显增高($P < 0.05$)，提示2组缺血性中风患者的日常生活活动能力均得到明显的改善；其中治疗组明显高于对照组($P < 0.05$)，提示常规西医治疗配合服用益气活血通络汤剂对气虚血瘀型缺血性中风患者的日常生活能力、运动功能的改善效果更加显著，可加快患者的康复进度，从而提高患者的生存质量，减轻社会和家庭的负担。本临床研究过程中，2组未见毒副作用及不良反应，安全性确切。hs-CRP、TC、LDL-C与动脉粥样硬化的发生有着密切的关系，尤其hs-CRP在预测斑块稳定性上有着较高的敏感性和精确性^[7]。近年来，国内外通过对缺血性脑卒中的炎症递质研究确定hs-CRP是炎症的敏感指标之一，是缺血性脑血管病的独立危险因素之一^[8]。hs-CRP作为非特异性炎症标志物，大量研究显示hs-CRP与心脑血管疾病有关，并且对于监测、病情评估与疗效判断都具有重要的价值。hs-CRP能够促进巨噬细胞表达基质金属蛋白酶-9(MMP-9)，导致动脉内斑块的破裂^[9]。本研究结果显示益气活血通络汤能够不同程度的改善患者的血脂代谢，能明显降低患者的TC、LDL-C水平，降低血清hs-CRP的含量($P < 0.05$)。

可见，自拟益气活血通络汤具有攻补兼施的作用，活血通络寓于补气之中。气为血之帅，气行则血行，方中投益气化瘀、补血活血之属，使脉络瘀血得以化之、畅之、通之，气血得舒，令其调达而致和平，周身气血津液得充，经脉得以濡养，则偏废自愈。现代药理发现，全方可起到拮抗氧自由基、改善脑部缺血缺氧状态、降低血脂稳定斑块、抗炎的作用。经临床研究证实，其疗效确切且安全，可作为治疗缺血性中风恢复期之良方。

[参考文献]

- [1] 贾建平. 神经病学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 175-186.
- [2] 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, 9(1): 55-56.
- [3] 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: 99-104.
- [4] 周维金, 孙启良. 偏瘫康复评定手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 45-51.

- [5] 王玉龙. 康复评定[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 269.
- [6] 于兑生. 康复医学评价手册[M]. 北京: 华夏出版社, 1993: 180.
- [7] Ridker PM, Morrow DA. C-reaction protein and cardiovascular risk rationale for screening and primary prevention[J]. Am J Cardiol, 2003, 21(3): 315-325.
- [8] 左鹰, 于东明. 灯盏花素治疗急性脑梗死对超敏C反应蛋白的影响及疗效机制[J]. 中国急救医学, 2008, 28(2): 109.
- [9] Abe N, Osanai T, Fujiwara T, et al. C-reactive protein-induced upregulation of extracellular matrix metalloproteinase inducer in macrophages: Inhibitory effect of fluvastatin[J]. Life Sciences, 2006, 78(9): 1021-1028.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

化痰通络汤对风痰阻络型缺血性中风患者神经功能与肿瘤坏死因子- α 表达的影响

黄任锋, 余尚贞, 石青, 吕小亮, 李晓敏, 刘晓林

江门市五邑中医院脑病科, 广东 江门 529000

[摘要] 目的: 观察化痰通络汤对风痰阻络型缺血性中风患者神经功能及肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 表达的影响。方法: 对照组给予给予基础治疗, 治疗组在对照组的基础上加服化痰通络汤。采用 Barthel 指数、NIHSS 方法评价 2 组治疗前、治疗后 2 周神经功能评分, 用双抗体夹心酶标免疫分析法 (ELISA) 检测 2 组治疗前第 1 天、治疗后第 7 天、第 14 天 TNF- α 含量。结果: 治疗后, 治疗组 Barthel 指数高于对照组 ($P < 0.05$), NIHSS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。入院第 7 天, 治疗组 TNF- α 水平低于对照组, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 入院第 14 天, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。大、中、小梗死面积组的 TNF- α 浓度比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 化痰通络汤能改善缺血性中风患者神经功能, 其作用可能与其下调 TNF- α 表达及抑制炎症反应等机制密切相关。

[关键词] 缺血性中风; 风痰阻络型; 化痰通络汤; 肿瘤坏死因子- α (TNF- α); 神经功能

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 02-0011-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.02.005

研究表明, 肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 与缺血性脑血管病的发生发展、脑缺血损伤、细胞程序性凋亡等密切相关, 控制 TNF- α 有助于促进脑血管病神经功能恢复^[1~3]。中风的病因病机以风、火、痰、瘀、虚五者为主, 虚实夹杂, 肝肾阴虚为本, 风、火、痰、瘀充斥于体内为标, 而以痰瘀痹阻经脉最为重要。故痰瘀是中风病急性期发病的基础, 气血逆乱是主要病机, 风挟痰瘀闭阻络脉是发病的关键^[4]。笔者

采用 Barthel 指数、NIHSS、双抗体夹心酶标免疫分析法 (ELISA) 等方法观察化痰通络汤对风痰阻络型缺血性中风 (ACI) 患者神经功能评分, 以及血清 TNF- α 含量的影响, 进一步探讨化痰通络汤改善 ACI 患者神经功能的获益机制。

1 临床资料

1.1 诊断标准 ACI 的诊断符合 1995 年全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准, 所有病例均经头颅

[收稿日期] 2015-07-11

[基金项目] 江门市科技计划项目 (2014020)

[作者简介] 黄任锋 (1980-), 男, 主治中医师, 主要从事脑血管病的基础与临床工作。