

血通络,开窍醒神;赤芍、川芎、桃仁、红花活血化瘀;生姜、大枣调和营卫,通利血脉;老葱通阳入络。诸药合用,共奏活血化瘀、开窍醒神之功效。本观察发现,治疗后治疗组血清 ET-1、NO 水平改善较对照组更明显,且治疗组总有效率高于对照组,提示以通窍活血汤辨证加减,中西医结合治疗急性脑梗死疗效明显优于单纯的西医治疗,能明显降低患者血清 ET-1 水平,升高血清 NO 水平,能更有效地改善其血管内皮功能。

[参考文献]

- [1] 张鑫,谢道俊,鲍远程. 急性脑梗死治疗进展[J]. 中医临床杂志, 2011, 23(12): 1124- 1125.
- [2] 江波,许士民,张红香. 急性脑梗死患者血管内皮功能和同型半胱氨酸水平变化及治疗分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(23): 105- 107.
- [3] 戴文卓,石静萍,葛剑青,等. 厄贝沙坦对急性脑梗死病人血浆溶血磷脂酸、内皮素-1和血清一氧化氮含量的影响[J]. 临床神经病学杂志, 2007, 20(2): 81- 83.

- [4] 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]. 中国全科医学, 2011, 14(12B): 4013- 4017.
- [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- 105.
- [6] 许著一,徐德恩,姚晴宇. 急性脑梗死患者血管内皮功能损害的临床研究[J]. 神经疾病与精神卫生, 2010, 10(6): 610- 612.
- [7] Tymianski M. Novel Approaches to Neuroprotection Trials in Acute Ischemic Stroke [J]. Stroke, 2013, 44(10): 2942- 2950.
- [8] 齐丽莎,贾存伟,谢峥. 丹红注射液对脑梗死病人血浆内皮素和一氧化氮含量的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(12): 1477- 1478.
- [9] 艾宗耀. 中医药治疗急性脑梗死的临床研究概况[J]. 中国中医急症, 2014, 23(11): 2601- 2603.
- [10] 刘新胜,崔书克. 缺血性中风的中医药研究进展[J]. 河南中医, 2012, 32(1): 129- 131.

(责任编辑:冯天保)

中西医结合治疗气虚血瘀证中风后遗症疗效观察

陈燕¹, 谢玲玲²

1. 诸暨市人民医院, 浙江 诸暨 311800; 2. 诸暨市第四人民医院, 浙江 诸暨 311800

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗中风后遗症的临床疗效。方法: 将 98 例中风后遗症患者随机分为 2 组各 49 例。对照组采用阿司匹林肠溶片、弥可保、康欣片口服治疗; 治疗组在对照组的基础上加用补阳还五汤治疗, 疗程均为 14 天, 观察比较 2 组神经功能缺损程度(NIHSS)评分、日常生活能力(ADL)评分以及甘油三酯、胆固醇、全血黏度高切、全血黏度低切等生化指标变化, 并评价其临床疗效及不良反应。结果: 治疗后 2 组 NIHSS 评分均较治疗前下降 ($P < 0.05$); 且治疗组 NIHSS 评分下降较对照组更显著 ($P < 0.05$)。总有效率治疗组为 93.88%, 对照组为 75.51%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组 ADL 评分均较治疗前升高 ($P < 0.05$); 且治疗组 ADL 评分升高较对照组更显著 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组甘油三酯、胆固醇、全血黏度高切、全血黏度低切值明显降低, 与治疗前及对照组治疗后比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组均未见严重不良反应。结论: 补阳还五汤联合西药治疗气虚血瘀证中风后遗症疗效显著, 可明显改善患者神经功能。

[关键词] 中风后遗症; 中西医结合疗法; 气虚血瘀证; 补阳还五汤; 神经功能

[中图分类号] R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 03-0020-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.008

中风又为脑卒中, 主要是由于多种诱发因素致使的急性脑血液循环障碍性疾病。近年来, 该病发病率

呈上升趋势, 具有较高致残率、病死率^[1]。中风后遗症是指发生在出血性中风、缺血性中风急性期过后遗

[收稿日期] 2015-10-16

[作者简介] 陈燕 (1972-), 女, 副主任药师, 主要从事中药临床研究工作。

留下来的口眼歪斜、语言不利、半身不遂等症状,给患者家庭和社会造成了严重的负担^[2]。近年来,笔者采用补阳还五汤联合西药治疗气虚血瘀证中风后遗症,取得了较好的临床效果,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均来自2013年5月—2015年5月期间诸暨市人民医院收治的中风后遗症患者98例。根据随机数字表法随机分为2组各49例。治疗组49例,男30例,女19例;年龄43~79岁,平均(61.48±8.92)岁;病程10月~5年,平均(2.56±0.49)年;其中缺血性中风29例,出血性中风21例。对照组49例,男31例,女18例;年龄41~76岁,平均(60.39±9.13)岁;病程1月~6年,平均(2.71±0.57)年;其中缺血性中风30例,出血性中风19例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]中相关标准:①局灶性神经功能缺损,少部分为全面神经功能缺损;②脑CT或MRI证实有梗死病灶;③脑CT或MRI已排除脑出血与其他病变者。中医诊断参照《中风病中医诊断、疗效评定标准》^[4]中关于中风后遗症标准,辨证属气虚血瘀证:半身不遂、言语謇涩、口眼歪斜、小便频数或遗尿失禁、口角流涎、舌暗淡、苔白、脉缓无力。

1.3 纳入标准 ①符合中西医诊断标准者;②属气虚血瘀证;③均经医院伦理委员会审核者;④签订知情同意书者。

1.4 排除标准 ①不符合上述诊断标准者;②缺血性卒中急性期者;③合并肺、肾、心、肝等功能严重异常者;④脑出血或蛛网膜下腔出血者;⑤过敏体质者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗。阿司匹林肠溶片(石家庄康力药业有限公司)口服,每次100 mg,每天1次;弥可保(卫材中国药业有限公司)口服,每次0.5 mg,每天3次;欣康片(鲁南贝特制药有限公司)口服,每次20 mg,每天1次。

2.2 治疗组 在对照组的基础上联合补阳还五汤治疗。处方:黄芪120 g,当归、赤芍各15 g,川芎、桃仁、红花各10 g,地龙6 g。加减:半身不遂以上

肢为主者,加桂枝、桑枝以引药上行;语言不利者,加远志、郁金、石菖蒲以化痰开窍;下肢为主者,加杜仲、牛膝以引药下行;脾胃虚弱者,加白术、党参以补气健脾。每天1剂,水煎,取汁300 mL,分早晚2次温服。

2组疗程均为4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察2组治疗前后神经功能缺损程度(NIHSS)评分变化,评分依据美国国立卫生研究院卒中量表进行评定,评分0~6分为轻度神经功能缺损,评分7~15分为中度神经功能缺损,评分16~20分为中重度神经功能缺损,评分为21~42分为重度神经功能缺损。②观察2组治疗前后日常生活能力(ADL)评分变化,ADL评分参照Barthel指数评分标准:评分>60分:表示患者生活功能良好,能够自理;评分40~60分,表示患者存在功能障碍,需帮助可生活;评分<20分,表示患者重度功能障碍,完全无法自理。③观察2组治疗前后甘油三酯、胆固醇、全血黏度高切、全血黏度低切等生化指标的变化。④观察2组不良反应,并评价临床疗效。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0软件包进行处理数据,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗效果

4.1 疗效标准 基本治愈:患者肢体功能、神志、语言基本恢复正常,生活能够完全自理;好转:患者肢体功能、神志、语言好转,生活尚可自理;无效:患者肢体功能、神志、语言及生活无变化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为93.88%,对照组为75.51%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

组别	n	例(%)			总有效
		基本治愈	好转	无效	
治疗组	49	9(18.37)	37(75.51)	3(6.12)	46(93.88) ^①
对照组	49	4(8.16)	33(67.35)	12(24.49)	37(75.51)

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后NIHSS评分比较 见表2。治疗后2组NIHSS评分均较治疗前下降($P<0.05$);且治

疗组 NIHSS 评分下降较对照组更显著($P < 0.05$)。

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	49	18.42± 2.89	8.93± 1.76 ^②
对照组	49	18.04± 3.17	11.87± 1.98 ^①

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

4.4 2 组 ADL 评分比较 见表 3。治疗后 2 组 ADL 评分均较治疗前升高($P < 0.05$); 且治疗组 ADL 评分升高较对照组更显著($P < 0.05$)。

表 3 2 组 ADL 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	49	32.47± 8.92	74.27± 12.28 ^②
对照组	49	33.53± 9.48	54.48± 11.92 ^①

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

4.5 2 组治疗前后生化指标变化比较 见表 4。治疗后治疗组甘油三酯、胆固醇、全血黏度高切、全血黏度低切值明显降低, 与治疗前及对照组治疗后比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。对照组上述各指标治疗前后无明显改善($P > 0.05$)。

表 4 2 组治疗前后生化指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

项目	n	治疗组		对照组	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
甘油三酯(mmol/L)	49	3.84± 0.78	1.83± 0.48 ^②	3.79± 0.73	3.68± 0.76
胆固醇(mmol/L)	49	7.09± 1.03	5.03± 0.83 ^②	7.18± 1.12	6.98± 1.01
全血黏度高切(mPa·s)	49	4.73± 1.09	3.15± 0.87 ^②	4.79± 1.13	4.73± 1.19
全血黏度低切(mPa·s)	49	9.65± 1.48	7.07± 1.07 ^②	9.81± 1.56	9.78± 1.63

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

4.6 不良反应 治疗期间 2 组均未见严重不良反应。

5 讨论

中风后遗症主要是由于脑动脉粥样硬化以及血流动力学血凝障碍引起的闭塞, 并且由此产生局部脑组织软化坏死, 而其中临床表现相应的血管供血部分脑组织神经的损害是不可逆的, 故而致使患者肢体功能障碍以及生活能力下降^[5]。因此, 对其治疗应以促进神经功能恢复、提高脑血区供血, 进而恢复肢体的运动功能为目标。

中医学认为, 中风后遗症属偏枯、偏风等范畴,

其主要是由于正气亏虚、气虚血滞、脉络瘀阻引起^[6]。正气亏虚, 不能行血, 故而导致脉络瘀阻, 筋脉肌肉失去濡养, 症状可见口眼喎斜、半身不遂。正如《灵枢·刺节真邪》曰: “虚邪偏客于身半, 其入深, 内居荣卫, 荣卫稍衰则真气去, 邪气独留, 发为偏枯。”气虚血瘀, 舌本失养, 可见语言謇涩; 气虚失于固摄, 可见口角流涎、小便频数。本观察入选气虚血瘀证患者为观察对象, 治当以补气为主, 活血通络为辅。补阳还五汤方中重用黄芪, 具有补益元气, 意在气旺则血行, 瘀去络通, 为君药; 当归具有活血通络而不伤血的功效, 为臣药; 桃仁、赤芍、红花、川芎协同当归以活血祛瘀; 地龙通经活络, 力专善走, 周行全身, 以行药力, 为佐药。诸药合用, 共奏补气活血、祛瘀通络功效。目前, 西医主要采用阿司匹林肠溶片、弥可保等药物对症治疗, 虽起效快, 但其远期效果并不十分理想。而采用中西医结合治疗, 能够减轻西医治疗引起的药物依赖性, 还可弥补中医药治疗起效慢缺点, 近远期疗效满意。故而中西医结合治疗相辅相成, 疗效显著。

本研究结果表明, 采用补阳还五汤联合西药治疗, 其疗效明显高于单纯西药治疗, 对改善患者 NIHSS、ADL 评分及甘油三酯、胆固醇、全血黏度高切、全血黏度低切等指标效果显著, 值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 康娟, 耿东辉, 宋会荣, 等. 中风的流行病学分析及防控原则[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2013, 13(36): 423.
- [2] 曾劲松, 肖航航. 化痰涤痰汤结合针灸治疗中风后遗症 60 例临床观察[J]. 中医药导报, 2011, 17(1): 74-75.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 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] 中华全国中医学会内科学会. 中风病中医诊断、疗效评定标准[J]. 中国医药学报, 1986, 1(2): 56.
- [5] 江涛, 刘金民, 尹岭, 等. 中风后遗症患者主要证型及其血液动力学研究[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(3): 630-631.
- [6] 黄妹, 黄永革. 中西医结合治疗中风后遗症疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(3): 177-178.

(责任编辑: 冯天保)