

定的临床应用价值。鉴于此种联合用药方案在急性脑梗死中的应用情况报道较少,为深入探究联合用药效果,可扩大样本量或延长随访时间后,再行分析。

#### [参考文献]

- [1] 龙燮,吴海波. 安宫牛黄丸治疗急性脑梗死伴高热临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(10): 1922- 1923.
- [2] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246- 257.
- [3] 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.

- [4] 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: 104.
- [5] 刘宗涛, 刘江, 李继斌, 等. 安宫牛黄丸对实验性大鼠脑缺血模型的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(23): 188- 191.
- [6] 付耀武, 焦常新, 付立彪, 等. 醒脑静注射液联合纳洛酮治疗中风中脏腑临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(10): 1694.
- [7] 李求兵, 杨学青, 田心, 等. 安宫牛黄丸治疗老年重症急性脑血管疾病疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(4): 402- 403.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

## 化浊行血汤联合常规药物治疗短暂性脑缺血发作临床观察

周立群, 陈超群, 陈海英, 杨佳萍, 宋雪丹

中国人民解放军第一一三医院神经内科, 浙江 宁波 315040

**[摘要]** 目的: 观察化浊行血汤联合常规药物治疗短暂性脑缺血发作(TIA)的临床疗效。方法: 选取70例血浊证TIA患者为研究对象, 随机分为观察组与对照组各35例。对照组给予常规药物治疗, 观察组在对照组用药基础上联合化浊行血汤治疗。治疗后比较2组临床疗效, 观察2组治疗前后的超敏C-反应蛋白(hs-CRP)含量和血液流变学指标的变化。结果: 观察组总有效率为91.43%, 高于对照组的71.43%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗前, 2组hs-CRP含量比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2组hs-CRP含量均较治疗前降低( $P < 0.05$ ); 组间hs-CRP含量比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗前, 2组全血黏度(高切)、全血黏度(低切)、血浆黏度和纤维蛋白原水平比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2组4项血液流变学指标水平均较治疗前降低( $P < 0.05$ ); 观察组的4项血液流变学指标水平均低于对照组( $P < 0.05$ )。结论: 化浊行血汤联合常规药物治疗血浊证TIA临床疗效显著, 可有效降低患者的hs-CRP含量, 改善患者的血液流变学指标, 有推广应用于临床的价值。

**[关键词]** 短暂性脑缺血发作(TIA); 血浊证; 中西医结合疗法; 化浊行血汤; 超敏C-反应蛋白(hs-CRP); 血液流变学

**[中图分类号]** R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)10-0038-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.016

短暂性脑缺血发作(TIA)是颈动脉或椎-基底动脉系统发生短暂性血液供应不足, 引起局灶性脑缺血导致突发的、短暂性、可逆性神经功能障碍, 是缺血性脑卒中发生的高危因素<sup>[1]</sup>。临床多表现为眩晕、半身麻木、瘫软、晕厥等症, 一般发作会持续数分钟, 30 min后可自行恢复。若不接受系统治疗, 有1/3的TIA患者可能发展成为脑梗死, 严重威胁患者

的生命, 所以早期治疗TIA极其重要<sup>[2]</sup>。中医学认为TIA属中风先兆范畴, 应从血瘀、痰热、肝风、内虚等方面进行干预, 化浊行血汤有畅通脉络、清化瘀血的功效, 对TIA有治疗意义<sup>[3]</sup>。鉴于此, 笔者特选取本院70例血浊证TIA患者为研究对象, 进行随机对照研究, 以探究化浊行血汤联合常规药物治疗TIA的临床疗效, 研究结果报道如下。

**[收稿日期]** 2016-06-21

**[作者简介]** 周立群(1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 神经内科。

**[通讯作者]** 陈海英, E-mail: chenhaiying1111@sina.com。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院2011年7月—2013年7月收治的70例血浊证TIA患者为研究对象,随机分为观察组与对照组各35例。观察组男21例,女14例;年龄43~68岁,平均(55.28±8.49)岁;病程12~34h,平均(23.18±5.14)h。对照组男19例,女16例;年龄45~66岁,平均(45.85±7.18)岁;病程11~35h,平均(23.04±10.12)h。2组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合《中风脑病诊疗全书》<sup>[4]</sup>中TIA的诊断标准,经头颅CT或MRI检查确诊;②符合血浊证的辨证标准,症见言语呆滞、神情淡漠、食欲不振、面无血色,舌淡、苔白,脉迟;③神经内科临床评分量表(ABCD<sup>2</sup>)评分 $\geq 4$ 分;④经本院医学伦理委员会批准,患者自愿参与本研究,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①严重心、肝、肾等重要脏器功能不全或患有造血系统疾病者;②经头颅CT或MRI检查示颅内出血或梗死灶者;③近期接受过大手术或遭受过严重创伤者;④对本研究所用药物过敏者;⑤精神疾病患者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规药物治疗。阿司匹林肠溶片[上海海虹实业(集团)巢湖今辰药业有限公司],每天口服1次,每次100mg。既往有高血压病、糖尿病的患者,可继续给予降压、降糖等药物治疗。1月为1疗程,用药3疗程。

2.2 观察组 在对照组用药基础上联合化浊行血汤治疗。处方:制水蛭、酒大黄各5g,荷叶、赤芍各10g,焦山楂、制首乌各15g,路路通、虎杖各20g,决明子30g。随证加减:脾胃气虚者,加党参、白术、太子参;气机郁滞者,加郁金、香附;肝肾亏虚者,加熟地黄、肉苁蓉、桑寄生;浊郁化热者,加牡丹皮、紫草;血浊致瘀者,加丹参、泽兰;痰湿重者,加二陈汤(半夏、橘红、茯苓、炙甘草)或温胆汤(半夏、竹茹、枳实、陈皮、炙甘草、茯苓)。每天1剂,水煎取汁500mL,分早、晚2次温服,1月为1疗程,每1疗程连服3周后停药1周,用药3疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察2组临床疗效。根据中风主、次要症状评分进行评定,主症[包括眩晕、偏身麻木、言语謇涩、晕厥、轻瘫]的症状评分按照4级评定标准,每项症状根据严重程度计0、2、4、6分,分数越高表明越严重;次症[包括头痛、手指麻、健忘、筋惕肉瞤、神情呆滞、倦怠嗜卧、步履不正]的症状评分按照2级评定标准,症状消失计0分,症状存在计2分。疗效百分数=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分 $\times 100\%$ 。②观察2组治疗前后超敏C-反应蛋白(hs-CRP)含量的变化,采用胶乳增强的免疫比浊法检测。③观察2组治疗前后血液流变学指标[全血黏度(高切)、全血黏度

(低切)、血浆黏度、纤维蛋白原]的变化。全血黏度采用毛细管式黏度计测定法测定,纤维蛋白原采用酚试剂比色法测定。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件分析数据。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中风脑病诊疗全书》<sup>[4]</sup>拟定。临床治愈:疗效百分数 $\geq 95\%$ ;显效:60% $\leq$ 疗效百分数 $\leq 94\%$ ;有效:20% $\leq$ 疗效百分数 $\leq 59\%$ ;无效:疗效百分数 $<20\%$ ,或百分数为负数。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率为91.43%,高于对照组的71.43%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

组别	<i>n</i>	临床治愈	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
观察组	35	7	15	10	3	32(91.43)
对照组	35	4	12	9	10	25(71.43)
$\chi^2$ 值						4.629
<i>P</i>						$<0.05$

4.3 2组治疗前后hs-CRP含量比较 见表2。治疗前,2组hs-CRP含量比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,2组hs-CRP含量均较治疗前降低,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );组间hs-CRP含量比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	35	9.41±7.25	1.36±2.18 <sup>①</sup>
对照组	35	9.43±7.18	1.83±3.58 <sup>①</sup>
<i>t</i> 值		0.012	0.663
<i>P</i>		$>0.05$	$>0.05$

与同组治疗前比较,① $P<0.05$

4.4 2组治疗前后血液流变学指标比较 见表3。治疗前,2组全血黏度(高切)、全血黏度(低切)、血浆黏度和纤维蛋白原水平比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,2组4项血液流变学指标水平均较治疗前降低,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );观察组的4项血液流变学指标水平均低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

## 5 讨论

中医学认为TIA属于中风先兆范畴,发病机制与血浊有关,血浊容易化痰致瘀,阻碍血液运行,致患者体内气血逆乱;血瘀产生热毒,侵蚀人体,浊血污脑逆乱脑神,导致TIA发生。化浊行血汤根据血浊的致病特点,畅通受阻脉络、散瘀扶正,能有效减少TIA的发作次数<sup>[4]</sup>。其中制水蛭有破血、逐瘀、通经的功效;酒大黄味苦,归胃、脾、肝、心经,入血可降压清脂、活血化瘀;荷叶味微苦,有散瘀止血的功效;赤芍

表3 2组治疗前后血液流变学指标比较( $\bar{x} \pm s$ ,  $n=35$ )

指标	时间	观察组	对照组	t值	P
全血黏度(高切) (mPa·s)	治疗前	5.64±0.68	5.81±0.57	0.667	>0.05
	治疗后	4.90±0.54 <sup>①</sup>	5.23±0.47 <sup>①</sup>	2.727	<0.05
全血黏度(低切) (mPa·s)	治疗前	10.25±1.73	11.04±1.68	1.938	>0.05
	治疗后	9.21±1.79 <sup>①</sup>	10.06±1.41 <sup>①</sup>	2.207	<0.05
血浆黏度(mPa·s)	治疗前	2.17±0.32	2.24±0.28	0.278	>0.05
	治疗后	1.56±0.38 <sup>①</sup>	1.78±0.45 <sup>①</sup>	2.210	<0.05
纤维蛋白原(g/L)	治疗前	0.73±0.20	0.76±0.19	0.214	>0.05
	治疗后	0.41±0.07 <sup>①</sup>	0.52±0.31 <sup>①</sup>	2.048	<0.05

与同组治疗前比较, <sup>①</sup> $P < 0.05$

味微苦,有散瘀止痛、清热凉血之功效;焦山楂味酸,能行气散瘀,常用于瘀血闭经诸证;制首乌味甘、涩、苦,有补精益髓的功效;路路通味苦,可活血镇痛、清热解毒;虎杖味微苦,常用于清热解毒、散瘀止痛;决明子性寒,味微咸,有明目降脂、通便祛浊之功效。全方共奏化浊通脉,行血散瘀之效。

本次研究发现,治疗后观察组的总有效率高于对照组( $P < 0.05$ );全血黏度(高切)、全血黏度(低切)、血浆黏度和纤维蛋白原水平均低于对照组( $P < 0.05$ )。提示化浊行血汤联合常规药物治疗血浊证 TIA,临床疗效显著,可进一步改善患者的血液循环,降低血液黏度,并能对血管内皮起保护作用。治疗后 2

组 hs-CRP 含量均较治疗前降低( $P < 0.05$ ),但组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),说明两种治疗方法均能有效控制患者体内的炎症反应。

综上,化浊行血汤联合常规药物治疗血浊证 TIA,可有效改善患者的症状,降低血液黏度和控制体内的炎症反应,值得在临床推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 旃培艳,张临洪,徐武平,等.短暂性脑缺血发作后短期脑卒中危险因素及脑动脉狭窄的特点[J].中国老年学杂志,2013,33(24):6265-6266.
- [2] 陈芳,吕海东,秦东香,等.ABCD<sup>2</sup>评分及责任血管狭窄对短暂性脑缺血发作进展为脑梗死的预测价值[J].中华神经医学杂志,2013,12(3):289-292.
- [3] 吴婷婷,张桂萍.化浊行血汤对急性脑梗死炎症机制影响的临床研究[J].新中医,2014,46(9):41-43.
- [4] 王新志,韩群英,郭学芳.中风脑病诊疗全书[M].北京:中国医药科技出版社,2000:272-273,205.
- [5] 葛凤兰,刘亚静,赵荣国,等.自拟中药汤剂联合西药治疗短暂性脑缺血发作临床疗效观察及安全性评价[J].湖北中医药大学学报,2014,16(5):27-29.

(责任编辑:吴凌,刘迪成)

## 启咽汤治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍临床研究

张瑞,孙博,陈红霞

乌鲁木齐市中医医院,新疆 乌鲁木齐 830000

[摘要] 目的:观察启咽汤治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍的临床疗效。方法:将120例缺血性脑卒中后并发吞咽障碍患者随机分为对照组和治疗组各60例。2组均予脑卒中内科常规治疗,同时采用通脑活络法针刺及吞咽训练进行治疗,治疗组在此基础上加用中药启咽汤口服或鼻饲治疗,治疗前后对患者进行洼田饮水试验评分、神经功能缺损评分(NIHSS)、Barthel(BI)指数及中医症状评分的评定,并评价临床疗效。结果:治疗组总有效率为95.0%,高于对照组的80.0%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗前,2组洼田饮水试验评分、NIHSS、BI指数、中医症状评分相比,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。疗程结束后,2组洼田饮水试验评分、NIHSS及中医症状评分均较治疗前下调,BI指数则提高,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ );与对照组相比,治疗组洼田饮水试验评分、NIHSS、BI指数及中医症状评分改善更加明显,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。结论:启咽汤口服配合常规西药、通脑活络法针刺及吞咽训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍,能明显缓解临床症状,恢复患者的吞咽功能,提高生存质量。

[收稿日期] 2016-06-01

[基金项目] 乌鲁木齐市中医医院院级课题(201516)

[作者简介] 张瑞(1976-),女,副主任医师,主要从事治疗脑血管疾病临床工作。