

补阳还五汤联合常规疗法治疗急性进展性脑梗死临床观察

文钦生, 杨劲松, 张玉松, 李洁儿

广州中医药大学附属新会中医院, 广东 新会 529100

[摘要] 目的: 观察补阳还五汤联合常规疗法治疗急性进展性脑梗死的临床疗效。方法: 将 60 例气虚血瘀型急性进展性脑梗死患者随机分为观察组和对照组各 30 例。2 组采用常规疗法治疗, 观察组加服补阳还五汤, 2 组疗程均为 3 周。观察 2 组患者治疗前后美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分、日常生活能力量表 (ADL) 评分的变化与不良反应情况, 比较 2 组的临床疗效。结果: 治疗后, 观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组 NIHSS 评分均较治疗前下降, ADL 评分均较治疗前升高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组 NIHSS 评分低于对照组, ADL 评分高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在常规疗法基础上应用补阳还五汤治疗气虚血瘀型急性进展性脑梗死患者, 能有效促进神经功能的恢复, 提高日常生活能力, 临床疗效良好。

[关键词] 进展性脑梗死; 气虚血瘀型; 中西医结合疗法; 补阳还五汤; 美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS); 日常生活能力量表 (ADL)

[中图分类号] R743 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 08-0050-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.08.014

Clinical Observation of Buyang Huanwu Tang Combined with Routine Therapy for Acute Progressive Cerebral Infarction

WEN Qinsheng, YANG Jinsong, ZHANG Yusong, LI Jie'er

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Buyang Huanwu tang combined with routine therapy for acute progressive cerebral infarction. **Methods:** Divided 60 cases of patients with acute progressive cerebral infarction of qi deficiency and blood stasis type into the observation group and the control group randomly, 30 cases in each group. Both groups were given the routine therapy, while the observation group was additionally given Buyang Huanwu tang. The treatment for both groups lasted for 3 weeks. Observed the changes of scores of national institutes of health stroke scale (NIHSS) and activities of daily life (ADL) as well as adverse reactions of patients before and after treatment. Compared the clinical effect in the two groups. **Results:** After treatment, the curative effect in the observation group was better than that in the control group, difference being significant ($P < 0.05$). The NIHSS scores in both groups were decreased when compared with those before treatment, and the level of ADL scores were increased when compared with those before treatment, differences being significant ($P < 0.05$). The NIHSS score in the observation group was lower than that in the control group, and the ADL score was higher than that of the control group, differences being significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The application of Buyang Huanwu tang on the basis of the routine therapy for acute progressive cerebral infarction of qi deficiency and blood stasis type can effectively promote the recovery of nerve function and improve the ability of daily life, which has a good clinical effect.

Keywords: Progressive cerebral infarction; Qi deficiency and blood stasis type; Integrated Chinese and western medicine therapy; Buyang Huanwu tang; National institutes of health stroke scale (NIHSS); Activities of daily life (ADL)

进展性脑梗死是临床上一种常见且严重的脑梗死类型, 发病率高、致残率高, 虽经治疗, 但病情仍呈进行性或阶梯式的

加重, 目前的治疗手段效果仍不理想, 患者的预后较差^[1], 因而积极探索, 寻找有效的方法治疗本病, 已成为脑血管病专科

[收稿日期] 2018-06-12

[作者简介] 文钦生 (1982-), 男, 副主任医师, 主要从事脑病专科临床工作。

医生的重点工作之一。本研究应用补阳还五汤早期干预急性进展性脑梗死,取得了比较满意的临床疗效,现将研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究病例来源于2012年1月—2016年12月在本院脑病专科住院并诊断为急性进展性脑梗死的患者,共63例,按照治疗的先后顺序采用抽签法随机分为观察组和对照组;治疗了约2/3的病例时,将剩余病例根据组间性别、年龄和病程等比例差异在2组间进行均衡分配。在治疗过程中观察组有2例不配合而被剔除,对照组有1例死亡,最终纳入资料分析的共有60例患者,每组30例。观察组男18例,女12例;年龄40~78岁,平均(66.7±17.6)岁;病程1~16h,平均(6.6±2.2)h;伴高血压病18例,糖尿病9例,冠心病5例,有脑梗死病史者6例。对照组男16例,女14例;年龄39~79岁,平均(65.8±17.6)岁;伴高血压病16例,糖尿病10例,冠心病4例,有脑梗死病史者7例;病程2~15h,平均(6.4±2.1)h。2组性别、年龄、病程、入院时神经功能缺损程度评分及日常生活能力评分等经统计学处理,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2010)》^[2]制定急性缺血性脑卒中的诊断标准:突发起病,病情在数小时或数天内呈进展性加重,出现脑局灶性损害症状;头颅CT或MRI排除脑出血,并且发现急性期脑梗死责任病灶。

1.3 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]气虚血瘀型中风的辨证标准,主症:偏瘫或半身不遂,意识模糊,言语不利,偏身感觉障碍,口角歪斜,伸舌歪斜,神疲乏力。次症:头痛,头晕,饮水呛咳,行走不稳,面色苍白,自汗出,舌质暗红、苔薄白,脉沉细或细缓。具备2个以上主症,或者1个主症、2个次症,即可确诊。

1.4 纳入标准 符合上述诊断标准与辨证标准;年龄39~79岁;发病后72h内给予常规治疗,病情仍然呈进行性加重,肢体肌力下降2级以上。

1.5 排除标准 神经影像学检查结果显示脑出血或大面积脑梗死;短暂性脑缺血发作及心源性栓塞患者;严重意识障碍;患有心、肺、肝、肾功能严重异常及血液病等疾病者;妊娠或哺乳期妇女;患精神疾病及老年性痴呆;入院前1月有重大手术史。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规的治疗方法,如抗血小板聚集、降脂、改善微循环、消除自由基,控制血糖、血压,维持水、电解质平衡,防治并发症等,待病情稳定后行针灸、康复功能训练。常规治疗3周为1疗程,观察1疗程。

2.2 观察组 在对照组基础上给予补阳还五汤治疗,处方:黄芪60g,葛根30g,鸡血藤20g,石菖蒲15g,川芎、当归

尾、赤芍、地龙各10g,红花、桃仁各5g。随症加减:气虚明显者,可加党参、太子参;语言不利者,加远志、郁金;肢体麻木者,加海风藤、木瓜、僵蚕;瘀血重者,加水蛭、土鳖虫;小便失禁者,加桑螵蛸、益智仁、山茱萸。每天1剂,水煎取汁200mL,分早晚2次口服,吞咽障碍或饮水呛咳者通过胃管灌入,3周为1疗程。观察1疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 于治疗前和治疗3周后采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评价2组患者的神经功能缺损程度;以日常生活能力量表(ADL)对2组患者的日常活动能力进行评价。并观察2组患者的不良反应情况。

3.2 统计学方法 应用SPSS20.0统计软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;等级资料采用Ridit分析。 $P < 0.05$ 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^[4] 本研究在资料分析中已将未完成1疗程的死亡患者剔除。1疗程结束后,根据NIHSS评分减少情况进行疗效评定。基本痊愈:NIHSS评分减少91%~100%;显著进步:NIHSS评分减少46%~90%;进步:NIHSS评分减少18%~45%;无变化:NIHSS评分减少17%左右;恶化:NIHSS评分未减少或增多18%以上;死亡。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。2组疗效经Ridit分析,差异有统计学意义($U=2.33, P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	例(%)				
		基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化
观察组	30	13(43.3)	8(26.7)	7(23.3)	1(3.3)	1(3.3)
对照组	30	6(20.0)	7(23.3)	11(36.7)	4(13.3)	2(6.7)

4.3 2组治疗前后NIHSS评分和ADL评分比较 见表2。治疗后,2组NIHSS评分均较治疗前下降,ADL评分均较治疗前升高,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组NIHSS评分低于对照组,ADL评分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

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

组别	n	NIHSS		ADL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	18.42±4.64	9.65±2.55 ^{①②}	13.10±9.86	69.12±7.50 ^{①②}
对照组	30	17.81±4.68	12.15±2.85 ^①	12.90±7.68	46.53±8.35 ^①

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

4.4 不良反应 2组患者在治疗过程中均无不良反应发生。

5 讨论

进展性脑梗死发病不同于普通脑梗死,发病后进展速度快,发病机制较为复杂,一般认为是由多种病理机制和多种危

险因素共同作用所致,主要包括低灌注、脑水肿、再灌注损伤、栓子不稳定等^[6]。目前溶栓治疗效果明显,但其治疗时间窗和适应症非常严格,且治疗期间不良反应较多^[6],因此,仍缺乏有效的预测手段和治疗方法。有临床研究报道了补阳还五汤治疗脑梗死急性期和后遗症期有较好的疗效,但应用于治疗进展性脑梗死则报道较少。笔者在临床尝试应用补阳还五汤治疗急性进展性脑梗死,取得了不错的效果。

进展性脑梗死为脑梗死中的特殊类型,也可归属于中医学中中风范畴,临床所见,患者以气虚血瘀型最为多见^[6],故治疗上以益气补血、活血通络为重要原则,以达到气旺血行,脏腑气机调畅,脑络通畅,脏腑气机恢复^[7]。补阳还五汤出自清代王清任的《医林改错》,该方具有“不在逐瘀以活血,重在补气以活血”的配伍特点,开创了以补为通、以通为补、通补兼施的益气补血、活血通络法。方中重用黄芪大补元气,气旺则血行,当归尾、鸡血藤补血祛瘀,黄芪配当归尾具有补气生血、祛瘀而不伤正之妙。川芎、赤芍行气活血;桃仁、红花活血化瘀;地龙平肝熄风,通经活络;葛根解肌通络;石菖蒲醒脑开窍。诸药合用,有补气活血、散瘀通络之效。尉建辉等^[8]研究指出,补阳还五汤可改善急性脑梗死患者的临床症状。明康文等^[9]研究表明,补阳还五汤能够促进责任管血流速度的改善及侧支代偿血管的建立,挽救缺血半暗带,更好地促进患者神经功能缺损的恢复。宋汉秋^[10]认为补阳还五汤既能改善脑血流灌注,又能抗血小板聚集、降低脑血管阻力。有药理研究认为,补阳还五汤具有扩张血管、增加脑血流量,改善脑部血液循环以及血液流变性等作用,可较好地促进神经功能恢复^[11]。相关研究还显示,补阳还五汤可消除脑动脉粥样硬化,改善大脑血液循环,修复大脑神经元,因此有助于改善肢体活动能力^[12]。

本研究结果显示,观察组疗效优于对照组,NIHSS评分低于对照组,ADL评分高于对照组,提示在常规疗法基础上应用补阳还五汤治疗气虚血瘀型急性进展性脑梗死患者,能有效促进神经功能恢复,提高日常生活能力,临床疗效良好,值得在临床上推广应用。

[参考文献]

- [1] 任乃勇,赵康仁,张渭芳,等.依达拉奉联合降纤酶治疗进展性脑梗死的疗效观察[J].临床神经病学杂志,2009,22(2):148-150.
- [2] 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):146-152.
- [3] 郑筱萸.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,2002:101.
- [4] 中华神经科学会,中华神经外科学会.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.
- [5] 葛永玲.进展性脑梗死危险因素及其发病机制的研究进展[J].内蒙古医学杂志,2014,46(6):708-709.
- [6] 张永全,邢军,张惠玉,等.急性脑梗塞的中医辨证分型与头颅CT、MRI的研究[J].贵阳中医学院学报,2011,33(5):45-48.
- [7] 王敏,路娟.补阳还五汤联合疏通注射液治疗急性脑梗死的临床疗效[J].陕西中医,2016,37(3):31-33.
- [8] 尉建辉,张建军,张会平,等.补阳还五汤对急性脑梗死患者神经功能及心脏血清学指标的影响[J].中国中医急症,2016,25(11):2136-2138.
- [9] 明康文,洪佳明.补阳还五汤对急性脑梗死患者侧支循环的影响[J].广州中医药大学学报,2016,33(1):1-4.
- [10] 宋汉秋.补阳还五汤治疗急性缺血性脑梗塞46例[J].陕西中医,2013,34(2):158-160.
- [11] 刘宁飞.补阳还五汤联合西药治疗恢复期脑梗塞随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2013,27(6):133-135.
- [12] 姚军强.补阳还五汤加减治疗脑病的药理研究及临床应用[J].光明中医,2012,27(12):2574-2575.

(责任编辑:吴凌)