

- [10] 陈庆友, 张艳蕉, 于广娜, 等. 脑卒中肥胖患者发病后血脂、血糖、血尿酸、同型半胱氨酸水平及血流动力学变化[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(15): 3701-3702.
- [11] 侯晨辉, 刘雯. 老年急性缺血性脑卒中患者神经功能缺损程度与炎症因子、Hcy、NT-proBNP 和 D-二聚体的相关性[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(19): 4631-4633.
- [12] 张巧红, 徐艳玲, 杨靖华. 人参皂苷干预酒精性脂肪肝形成的实验研究及对小鼠抗氧化应激的影响[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(12): 2970-2973.
- [13] 赵彩霞, 靳会欣. 丹参多酚酸盐的药理作用机制及临床应用研究进展[J]. 河北医药, 2017, 39(2): 294-299.
- (责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

通络熄风汤治疗阴虚型缺血性脑卒中临床研究

魏玉玲, 刘松年, 席佳佳

河南科技大学第一附属医院, 河南 洛阳 471003

[摘要] **目的:** 观察通络熄风汤联合西药治疗阴虚型缺血性脑卒中的临床疗效。**方法:** 将 88 例阴虚型缺血性脑卒中患者按照入院顺序排序, 根据奇偶数字法将其随机分为研究组和对照组, 各 44 例; 对照组采用西医常规治疗, 研究组在对照组的基础上加用通络熄风汤治疗, 2 组均以 10 天为 1 疗程, 共治疗 2 疗程, 观察比较 2 组中医证候积分疗效、格拉斯哥-匹斯布赫昏迷分度表评分 (G-PCS)、美国国立卫生院神经功能缺损评分 (NIHSS), 检测血清纤维蛋白原水平、同型半胱氨酸、 β -内啡肽水平。**结果:** 中医证候积分疗效总有效率研究组为 88.64%, 对照组为 65.91%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前 2 组 G-PCS、NIHSS 评分无明显差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 研究组 G-PCS 评分明显高于对照组、NIHSS 评分明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组血清纤维蛋白原、同型半胱氨酸、血清 β -内啡肽水平均处于一个较高水平, 且组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 研究组上述各项指标均明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 通络熄风汤联合西药治疗阴虚型缺血性脑卒中疗效显著, 能显著改善患者神经功能和肢体活动功能, 恢复血清学指标, 促进病情康复。

[关键词] 缺血性脑卒中; 阴虚型; 中西医结合疗法; 通络熄风汤

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2019) 03-0120-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.03.036

Clinical Study on Tongluo Xifeng Tang for Ischemic Stroke of Yin-deficiency Type

WEI Yuling, LIU Songnian, XI Jiajia

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Tongluo Xifeng tang combined with western medicine for ischemic stroke of yin-deficiency type. **Methods:** A total of 88 cases of patients with ischemic stroke of yin-deficiency type were divided into the study group and the control group by the odd-even number grouping method according to the order of admission, 44 cases in each group. The control group was treated with routine western medicine, and the study group was additionally treated with Tongluo Xifeng tang based on the treatment of the control group. Both groups were treated with two courses, 10 days being a course. The curative effect of Chinese medicine syndrome score, score of Glasgow-Pittsburgh coma scale (G-PCS), and score of National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) in both groups were observed and compared. The level of fibrinogen, homocysteine and β -endorphin in serum in both groups were detected. **Results:** The total effective rate of the curative effect of Chinese medicine syndrome score was 88.64% in the study group and 65.91% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). Before treatment, no significant difference was found in the comparisons of the scores of G-PCS and NIHSS between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, the score of G-PCS in the study group was obviously higher than that in the control group, and the score of NIHSS in the study group was obviously

[收稿日期] 2018-05-21

[作者简介] 魏玉玲 (1966-), 女, 副主任中医师, 研究方向: 中医内科学。

lower than that in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). Before treatment, the levels of fibrinogen, homocysteine and β -endorphin in serum in the two groups were at a high level, and there was no significant difference being found between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, the above indexes in the study group were obviously lower than those in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The therapy of Tongluo Xifeng tang combined with western medicine has significant curative effect in treating ischemic stroke of yin-deficiency type, which can significantly improve the neurological function and the limb function, restore the serum index and promote the recovery of disease.

Keywords: Ischemic stroke; Yin-deficiency type; Integrated Chinese and western medicine therapy; Tongluo Xifeng tang

脑卒中是神经内科常见疾病,发病主要是脑血管狭窄、阻塞等对大脑血液循环产生阻碍作用,引起缺血缺氧的发生,导致局部脑组织坏死或软化,具有发病率高、致死致残率高的特点^[1]。其主要临床表现为不同程度的神经功能损伤,如口舌歪斜、半身不遂、偏盲、吞咽功能障碍等,对患者生活质量造成影响,增加家庭负担。现代临床医学的主要治疗方法包括:抗凝、溶栓、抗血小板、营养神经等,虽然具有积极的治疗作用,但仍存在局限性^[2]。脑卒中归属于中医学中风范畴。众多医家从不同角度研究了中风的发病机制,以中医整体理论为基础,辨证施治,总结出不同的治疗方法,如内服中药汤剂、针刺治疗、推拿按摩等^[3]。应用中医药治疗脑卒中是中国临床独具的特色,在中国医疗体系中不可替代。本研究应用通络熄风汤治疗阴虚型缺血性脑卒中患者,取得显著疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为2015年12月—2017年12月间本院急诊科收入治疗的阴虚型缺血性脑卒中患者88例,按照入院顺序排序后根据奇偶数字法分为研究组和对照组,各44例。研究组男28例,女16例;年龄40~78岁,平均(57.64±8.73)岁;合并高血脂18例,高血压25例,冠心病30例,2型糖尿病12例。对照组男25例,女18例,年龄38~80岁,平均(56.86±9.33)岁;合并高血脂16例,高血压26例,冠心病32例,2型糖尿病13例。2组患者在性别、年龄、合并基础疾病等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[4]中对缺血性脑卒中的诊断标准:①起病急骤;②局部神经功能缺损,少部分患者为全面神经缺损;③影像学检查有责任梗死病灶时症状体征持续时间不限,有责任病灶时,症状体征持续时间在24h以上;④排除其他脑血管疾病;⑤行CT或MRI检查排除脑出血可能。

1.3 辨证标准 以《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》^[5]中阴虚风动型辨证标准:口舌歪斜,失语或言语不利,半身不遂,偏身麻木,头晕耳鸣,手足心热,口干咽干,舌质

红,舌体瘦,少苔或无苔,弦脉,脉细且数。

1.4 纳入标准 ①年龄在80周岁及以下;②符合脑卒中的西医诊断标准和中医辨证标准;③肝、肾等组织无功能异常;④对本研究知情且自愿参与整个疗程,并可坚持至研究结束。

1.5 排除标准 ①不符合诊断标准的患者;②对本研究用药过敏者;③妊娠或哺乳期患者;④不严格遵守医嘱,或其他组织器官功能严重障碍等患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 根据治疗指南和患者具体病情采用改善大脑循环、抗凝、抗血小板凝集、降血脂等常规对症支持治疗。给予吡拉西坦片(广东华南药业集团有限公司,国药准字H44020779)口服,每次3片,每天3次。同时给予胞磷胆碱钠注射液(山东新华制药股份有限公司,国药准字H19993062)0.75g+5%葡萄糖注射液250mL静脉滴注,每天1次,治疗10天为1疗程,持续治疗2疗程后评价疗效。

2.2 研究组 在对照组治疗的基础加用通络熄风汤。处方:生地黄、当归各20g,鸡血藤、钩藤各15g,山茱萸、天麻、丹参各12g,水蛭10g,白芍、甘草各9g。药物均由本院中药药房提供,经临床中医师鉴定为正品,统一由本院煎药室煎制:上述药物加水浸泡30min,加水煎煮,重复2次,每次煎煮30min,滤渣取汁,静置过滤后,1剂药分装2袋,每袋150mL,于早晚温服,每次1袋。治疗10天为1疗程,治疗2疗程后评价疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 中医证候积分评定 根据患者症状、舌脉变化表现进行赋值积分。①主证:口舌歪斜(无症状或症状消失记0分;鼻唇沟浅,伸舌稍偏记2分;患侧口角歪斜,伸舌略偏记4分;明显口舌歪斜记6分)、失语或言语不利(语言流利记0分;言语不清,能分辨词句,语言欠流畅记2分;言语不清,无法分辨词句,言不成句记4分;可发出声音,但无法说出语句记6分)、肢体症状(包括半身不遂、偏身麻木。无或症状消失记0分;轻微力弱,可自行活动记2分;明显力弱,无法自行活动记4分;半身不遂严重,甚至完全瘫痪记6分)。②次证:头晕耳鸣(无症状或消失记0分;偶尔出现记2分;偶尔出现,

但可忍受记4分,频繁发作,难以忍受记6分)、手足心热(无症状或消失记0分;偶尔发生记2分;偶尔发生,伴汗出记4分;频繁发生,汗湿手足心记6分)、口干咽干(无症状或消失记0分;偶尔发生记2分;偶尔发生,饮水后缓解记4分;频繁发生,饮水后无缓解记6分)、舌瘦红(无记0分,有记1分)、少苔或无苔(无记0分,有记1分)、弦脉或脉细且数(无记0分,有记1分)。疗效指数=(治疗前-治疗后)积分/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

3.2 血清学指标 血清学指标检测均在治疗前1天和治疗2疗程后经检测。纤维蛋白原含量采用Clauss法检测,试剂盒为配套试剂。同型半胱氨酸采用酶联免疫吸附法(ELISA)测定,试剂盒为配套试剂。血清 β -内啡肽采用放射免疫法测定,试剂盒为配套试剂。

3.3 神经功能评定 格拉斯哥-庇斯布赫昏迷分度表评分(G-PCS)评分共包含言语、运动和动眼3大项,分为7个评定因子,总分为35分,分值越高,功能越好。神经功能缺损评分(NIHSS)的总分为45分,分值越低神经功能恢复越好^[9]。

3.4 统计学方法 采用SPSS22.0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 χ^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《中风病诊断与疗效评定标准》^[10]拟定。显效:主证、次证基本消失,疗效指数在70%~100%;有效:主证和次证有所缓解,疗效指数在30%~70%;其余为无效。

4.2 2组中医证后积分疗效比较 见表1。总有效率研究组为88.64%,对照组为65.91%,2组比较,差异有统计学意义

($P < 0.05$)。

表1 2组中医证后积分疗效比较

组别	n	例数			总有效例(%)
		显效	有效	无效	
对照组	44	10(22.73)	19(43.18)	15(34.09)	29(65.91)
研究组	44	23(52.27)	16(36.36)	5(11.36)	39(88.64)
χ^2 值					6.397
P值					0.011

4.3 2组治疗前后G-PCS、NIHSS评分比较 见表2。治疗前2组G-PCS、NIHSS评分无明显差异($P > 0.05$)。治疗后,研究组G-PCS评分明显高于对照组、NIHSS评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后G-PCS、NIHSS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	G-PCS		NIHSS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	44	12.76 \pm 4.33	19.31 \pm 4.83	25.37 \pm 7.57	20.95 \pm 5.07
对照组	44	12.88 \pm 4.51	16.82 \pm 4.17	25.83 \pm 7.16	24.08 \pm 5.47
t值		0.127	2.588	0.293	2.784
P值		0.899	0.011	0.770	0.007

4.4 2组治疗前后纤维蛋白原、同型半胱氨酸、血清 β -内啡肽水平比较 见表3。治疗前,2组血清纤维蛋白原、同型半胱氨酸、血清 β -内啡肽水平均处于一个较高水平,组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,研究组上述各项指标均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后纤维蛋白原、同型半胱氨酸、血清 β -内啡肽水平比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	血清纤维蛋白原(g/L)		同型半胱氨酸($\mu\text{mol/L}$)		血清 β -内啡肽(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	44	3.86 \pm 0.81	2.67 \pm 0.31	19.05 \pm 5.84	10.75 \pm 4.51	176.95 \pm 19.64	137.58 \pm 18.63
对照组	44	3.75 \pm 0.64	3.31 \pm 0.48	18.85 \pm 6.11	13.78 \pm 4.83	178.94 \pm 21.68	150.47 \pm 20.73
t值		0.707	7.430	0.157	3.042	0.451	3.068
P值		0.482	0.000	0.876	0.003	0.653	0.003

5 讨论

脑卒中在临床的发病有逐渐升高之势,好发于高龄人群,致死致残率高,严重威胁人体健康。缺血性脑卒中主要是因大脑动脉硬化,动脉狭窄,血栓形成,淤阻血脉后发病;其可引起脑循环障碍,对中枢神经、大脑造成永久性损伤,甚至引起语言障碍、认知功能障碍、肢体瘫痪等,病情严重者甚至会导致死亡的发生^[1]。缺血性脑卒中发病原因多样化、发病机制复杂,病情急,病情变化快,防治难度大,且后遗症较多,因此积极有效的治疗是患者后期生存的保证。中医学理论认为,肝肾阴虚、瘀血阻滞、肝肾阴虚、肝阳化风、气血逆乱是此病的主要病理环节。气血运行不畅或瘀阻,导致瘀血的生成,新血

不生,血少不能化气,加重气虚,气虚血瘀互为因果,形成恶性循环,也是中风的主要病因和病机;且肝阳微亢,气血因此逆乱,遂发病为卒中。因此中医药治疗主要以益气活血、通络熄风为原则^[10]。

本研究中,通络熄风汤是临床治疗脑卒中的经验方剂,方中生地黄滋阴凉血,白芍养阴泄热、柔肝舒筋,为君药;与甘草配伍,有酸甘化阴、养阴生液、舒筋缓急之效,可加强熄风解痉之力;山萸肉补益肝肾、涩精固脱,入药可加强滋阴之功;钩藤归肝经,配伍天麻可增强解痉熄风、清热平肝之功;丹参活血通络,除恶血、生新血、调经脉;当归补血活血;鸡血藤行血补血、舒筋活络;水蛭活血通络。诸药合用,共凑滋

阴熄风、活血通络之效。本研究结果显示, 研究组治疗后总有效率显著高于对照组, G-PCS评分高于对照组, NIHSS评分低于对照组, 血清纤维蛋白原水平、同型半胱氨酸水平和血清 β -内啡肽水平均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。说明通络熄风汤联合西药治疗脑卒中临床疗效显著, 有效改善患者血清指标, 促进神经功能恢复。脑卒中发生后大脑组织缺氧, 造成局部以及周围脑组织酸中毒等, 对下丘脑有刺激作用, 进而促进肽能神经原分泌内源性鸦片肽, 抑制神经原的代谢和电生理活动。临床研究中证实机体处于危急重症状态下, 机体分泌内啡肽的作用增强, 血液中其含量可升高5~6倍, 而昏迷患者血浆中含有的内啡肽在第3天后一直处于升高状态, 提示机体受损时, 大脑内的内啡肽迅速释放, 神经纤维中储存的 β -内啡肽量降低, 然后其 β -内啡肽含量升高, 在应激状态下可维持较高水平^[9]。 β -内啡肽可通过抑制呼吸循环和意识状态, 降低大脑内部血液供应, 加重脑损伤。纤维蛋白具有关键的凝血作用, 裂解后以单体形式存在, 然后聚合形成血栓。内皮细胞的抗凝屏障被纤维蛋白原破坏后, 血小板凝聚, 血液黏稠度升高, 血栓形成。纤维蛋白原降低预示脑卒中后意识障碍患者发生血栓风险降低。而同型半胱氨酸作为脑卒中发病的独立危险因素在临床已经被证实, 其可增加颈动脉中膜厚度, 形成斑块, 进而诱发脑卒中^[10]。同型半胱氨酸水平上升预示着血管发生粥样硬化改变程度重, 血栓形成风险大。治疗后研究组血清纤维蛋白原水平、同型半胱氨酸水平和血清 β -内啡肽水平均降低显著低于对照组, 提示通络熄风汤联合西药治疗脑卒中能有效控制病情。

综上所述, 通络熄风汤联合西药治疗阴虚型缺血性脑卒中疗效显著, 有效改善患者昏迷情况, 恢复神经功能, 提高疗效, 其通过抑制血清纤维蛋白原、同型半胱氨酸水平和血清 β -内啡肽水平, 从而达到治疗疾病的目的, 值得临床推广

应用。

[参考文献]

- [1] 叶普法, 柯宁珠. 通络熄风汤联合西医基础治疗对缺血性脑卒中急性期的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2016, 23(2): 202-203.
- [2] 蔡天进. 通络熄风方联合依达拉奉治疗糖尿病合并急性脑卒中临床观察[J]. 中国中医急症, 2016, 25(1): 152-154.
- [3] 马建波, 徐霞. 通络熄风方加减辨治老年糖尿病合并急性脑卒中[J]. 吉林中医药, 2017, 37(2): 133-136.
- [4] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [5] 中华中医药学. 中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 258-264.
- [6] 国家中医药管理局脑病写作组. 中风病诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55.
- [7] 黄任锋, 石青, 吕小亮, 等. 通络熄风汤联合西医基础治疗对缺血性脑卒中急性期的临床疗效观察及其安全性评价[J]. 广州医药, 2016, 47(1): 73-75.
- [8] 贾盛豪, 王生力, 吴颖华, 等. 通络熄风汤联合西医基础治疗对缺血性脑卒中急性期的疗效观察[J]. 中西医结合研究, 2017, 9(3): 138-139, 141.
- [9] 赵少忠, 康珊. 熄风通络颗粒联合经皮穴位电刺激对脑卒中患者肢体功能、神经功能的影响[J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(3): 90-92.
- [10] 陈雪, 李振海. 中医药治疗脑卒中后吞咽障碍研究进展[J]. 河南中医, 2016, 36(7): 1290-1293.

(责任编辑: 冯天保)