

补肾调肝活血化痰法针药结合治疗老年中风偏瘫 82 例 临床研究

王剑刚 贺晓仔 刘水英 尹学梅 周桂花

(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

摘要:目的:观察研究补肾调肝活血化痰法针药结合治疗老年中风偏瘫的效果。方法:将 162 例老年中风偏瘫患者随机分为 2 组:治疗组 82 例,在西医常规治疗的基础上加用中药及针刺治疗;对照组 80 例,在西医常规治疗的基础上加服华佗再造丸;2 组均治疗 6 周。结果:治疗组治疗后的临床疗效、神经功能缺损程度评分、肌力变化情况、Fugl-Meyer 评分及 Barthel 指数均有明显改善,优于对照组($P < 0.01$)。结论:补肾调肝活血化痰法针药结合治疗老年中风偏瘫效果显著。

关键词:老年中风;偏瘫;针刺疗法;中西医结合疗法

中图分类号:R

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0012-03

老年中风是指老年期(60 岁以上,含 60 岁)发生的中风,与老年前期(45~59 岁)中风患者相比,具有病情复杂、合并症多、不易康复等特点。肢体偏瘫是中风病最常见的临床表现,其发病率、致残率均较高,我们自 2004 年 1 月~2006 年 10 月采用补肾调肝活血化痰法针药结合治疗老年中风偏瘫患者 82 例,取得较好疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 162 例老年中风偏瘫患者均系我院住院病例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 82 例,男性 51 例,女性 31 例;年龄 60~86 岁,平均(68.7±7.1)岁;其中脑梗死 57 例,脑出血 25 例;上肢肌力 0 级 15 例,Ⅰ级 17 例,Ⅱ级 28 例,Ⅲ级 19 例,Ⅳ级 3 例;下肢肌力 0 级 9 例,Ⅰ级 10 例,Ⅱ级 38 例,Ⅲ级 21 例,Ⅳ级 4 例;病变部位:基底节区 45 例,顶叶 5 例,额叶 6 例,颞叶 5 例,枕叶 2 例,病变部位有两处以上者 19 例;病情程度:轻型 16 例,中型 52 例,重型 14 例;合并高血压 69 例,冠心病 24 例,糖尿病 7 例。对照组 80 例,男性 48 例,女性 32 例;年龄 60~81 岁,平均(69.1±6.8)岁;其中脑梗死 54 例,脑出血 26 例;上肢肌力 0 级 13 例,Ⅰ级 16 例,Ⅱ级 29 例,Ⅲ级 20 例,Ⅳ级 2 例;下肢肌力 0 级 9 例,Ⅰ级 8 例,Ⅱ级 40 例,Ⅲ级 18 例,Ⅳ级 5 例;病变部位:基底节区 42 例,顶叶 6 例,额叶 7 例,颞叶 4 例,枕叶 3 例,病变部

2.3 不良反应 2 组均未见明显不良反应。

3 讨论

腔隙性脑梗死是在辐射冠、内囊、丘脑、大脑脚和脑桥区的深穿支微小动脉硬化、闭塞,造成微小局灶的脑组织缺血、坏死和软化而形成的腔隙灶。多呈圆形,其直径小于 20mm,引起腔隙性脑梗死的血管病变原因主要是高血压^[1]。其发病一般较快,缓慢起病者仅占 5%^[2]。腔隙性脑梗死的出现与高血压的程度呈正比。

复方丹参是传统的治疗脑梗死的药物,可扩张血管、改变微循环、改善血流变学,胞二磷胆碱是常用的促进脑代谢药物,两者合用有协同作用。灯盏花是菊科短葶飞蓬的全草,具有散寒解表、舒络止痛、活血治瘫之功效,灯盏花素对脑血管可有选择地产生扩张作用,在维持脑动脉血压的状态下显著增加脑血流量^[3]。脑复素是由动物脑蛋白提取的多种氨基酸混合物水溶液,内含多种人体必需的氨基酸、单胺神经递

位有两处以上者 18 例;病情程度:轻型 18 例,中型 49 例,重型 13 例;合并高血压 65 例,冠心病 20 例,糖尿病 8 例。2 组资料经统计学分析,差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 临床诊断及排除标准 中医诊断按照 1995 年国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[4]。西医诊断根据 1995 年全国第四届脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[5],162 例老年中风偏瘫患者均符合脑梗死、脑出血的诊断标准,并经头颅 CT 确诊。病情程度参照卒中神经功能缺损程度评分标准^[6],分为轻、中、重 3 型。排除既往残留有神经功能缺损的中风及合并有严重心肺肾功能不全、肿瘤等疾病者。

2 治疗方法

2.1 西医常规治疗 即急性期保持安静,保持呼吸道通畅,保持水、电解质和酸碱平衡,预防和治疗并发症,调整血压、稳定血糖,处理颅内高压和脑水肿,保护脑细胞及对症支持治疗,并注意整体综合与个体化相结合,针对不同病情、不同病因采取有针对性的措施,如脑梗死患者予以抗血小板、抗凝疗法及血液稀释疗法。

2.2 中药治疗 运用补肾调肝、活血化痰法,基本方:桑寄生 20g,怀牛膝 30g,杜仲 15g,龟板(先煎)15g,白芍 15g,天麻 10g,菊花 10g,钩藤 10g,当归 10g,川芎 10g,丹参 15g,水蛭质、肽类激素和酶的前体,能增强脑内氨基酸的代谢。两药合用从不同方面改善脑功能。

本研究应用灯盏花素合用脑复素组,总有效率达 86.7%,与对照组有显著性差异。因此对于原发性高血压并发腔隙性脑梗死应用灯盏花素合用脑复素安全且疗效满意。

参考文献

[1]刘力生,龚兰生,孔华宇.临床高血压病学[M].天津:天津科学技术出版社,1991.106~107
[2]赵德峰.腔隙性脑梗塞 186 例病因分析[J].山东医药,2000,40(13):56~57
[3]方析.现代内科学[M].北京:人民军医出版社,1995.590
[4]郭清林,张月英,刘惠明,等.高血压合并腔隙性脑梗塞 86 例临床分析[J].高血压杂志,1996,4(4):286
[5]魏亚芬,田春玲,徐琳,等.灯盏花注射液对脑梗塞患者血液流变学的影响[J].微循环学杂志,2000,10(1):56

(收稿日期:2006-07-11)

10g, 菖蒲 10g, 郁金 10g, 远志 10g。随证加减: 肝阳亢盛、风火上扰者加石决明、代赭石、黄芩、山栀子; 痰热腑实去龟板, 加生大黄、瓜蒌、胆南星; 阴虚较甚加生地、石斛、麦冬; 气虚者去菊花、钩藤, 加生黄芪。

2.3 针刺治疗 (1) 针刺取穴, 主穴取百会、神庭、太溪(双)、三阴交(双)、丰隆(双)、太冲(双)。配穴以患侧手足阳明经穴为主, 上肢取穴: 肩髃、曲池、手三里、内关、外关、合谷; 下肢取穴: 髀关、环跳、风市、足三里、阳陵泉、悬钟、解溪; 面部取穴: 攒竹、阳白、四白、地仓、颊车。每次上、下肢各取穴 4~6 个, 面部取穴 2~4 个。言语不利、吞咽困难取风府、哑门、风池、廉泉、人迎。(2) 操作: 主穴、配穴结合使用, 针刺得气后, 上肢与下肢各取二组穴位连接 G6805-2A 电疗仪, 断续波, 电流强度以患者可耐受为度, 通电 20min, 10 次为 1 个疗程, 疗程间隔 3d。

治疗组在患者入院 72h 后, 生命体征稳定, 在西医常规治疗的同时, 采用补肾调肝、活血化瘀法, 中药与针刺相结合治疗。对照组在西医常规治疗基础上加服华佗再造丸 8g, 每日 2 次。2 组疗程均为 6 周。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 (1) 参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的《脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准》^[3], 依据神经功能缺损积分值的减少(功能改善)和患者总的生活能力状态(评定时的病残程度)进行疗效评定。基本痊愈: 神经功能缺损评分减少 91%~100%, 病残程度为 0 级; 显著进步: 神经功能缺损评分减少 46%~90%, 病残程度在 1~3 级; 进步: 神经功能缺损评分减少 18%~45%; 无变化: 神经功能缺损评分减少 17%以下; 恶化: 神经功能缺损评分增多 18%以上。(2) 运动功能水平疗效评定参照 Fugl-Meyer 运动积分分级标准^[4]。日常生活能力疗效评定参照 Barthel 指数评定分级标准^[4]。

3.2 统计学方法 计量资料用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示, 两均数比较用 *t* 检验; 计数资料用 χ^2 检验。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组临床疗效比较 见表 1。2 组临床总有效率比较, 差异有显著性($P < 0.01$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	总有效
治疗组	82	28(34.1)	31(37.8)	18(22.0)	5(6.1)	77(93.9)
对照组	80	12(15.0)	19(23.8)	26(32.5)	23(28.8)	57(71.2)

3.3.2 2 组治疗前后神经功能缺损程度评分变化比较 见表 2。2 组治疗后神经功能缺损程度均有改善, 治疗组评分较对照组降低明显, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 2 2 组治疗前后神经功能缺损程度评分情况 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	82	23.37± 8.51	12.17± 6.43
对照组	80	22.86± 8.12	16.03± 6.92
P 值		>0.05	<0.01

3.3.3 2 组治疗前后肌力变化情况比较 见表 3, 治疗后 2 组肌力均有提高, 但治疗组提高更为明显($P < 0.01$)。

3.3.4 2 组治疗前后 Fugl-Meyer 评分及 Barthel 指数比较

治疗后, 2 组患者的 Fugl-Meyer 评分及 Barthel 指数均明显提高, 但治疗组明显大于对照组($P < 0.01$), 见表 4。

表 3 2 组治疗前后肌力变化情况比较 例

组别	肢体	时间	n	0 级	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
治疗组	上肢	治疗前	82	15	17	28	19	3	0
		治疗后	82	1	4	6	22	31	18
	下肢	治疗前	82	9	10	38	21	4	0
		治疗后	82	0	5	4	14	32	27
对照组	上肢	治疗前	80	13	16	29	20	2	0
		治疗后	80	2	8	13	31	21	5
	下肢	治疗前	80	9	8	40	18	5	0
		治疗后	80	0	7	14	28	20	11

表 4 2 组 Fugl-Meyer 评分及 Barthel 指数比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	n	时间	Fugl-Meyer 评分		Barthel 指数	
			上肢	下肢		
治疗组	82	治疗前	17.4± 12.3	12.9± 8.8	36.4± 11.5	
		治疗后	40.1± 17.6	26.3± 7.1	65.6± 16.7	
对照组	80	治疗前	17.8± 14.9	13.3± 7.6	35.8± 10.8	
		治疗后	23.5± 15.1	18.9± 8.5	46.2± 17.3	

4 讨论

通过对老年中风偏瘫患者的临床观察, 我们认为老年中风偏瘫在病因病机、治疗方法等方面有别于老年前期中风偏瘫患者。随着人的年龄增高, 即自然衰老, 脏气亏损, 肾精暗耗, 髓海不足, 脑脉虚损; 同时肾阴亏耗, 水不涵木, 阴虚血滞, 或阴虚阳亢, 阳热偏盛, 炼液为痰, 而致气血逆乱, 风火痰瘀上壅, 蒙阻清窍, 横窜经络而发本病。肝肾阴虚是发病基础, 风火痰瘀诸邪阻闭, 脉络不畅是病理关键。治宜补肾调肝, 活血化瘀。方中桑寄生、怀牛膝、龟板入肝肾血分, 滋补肝肾, 强筋健骨; 杜仲入肝肾气分, 补肾育肝; 四药合用有壮水制火、气中生精之效。菊花、钩藤清肝泻火, 平肝熄风; 白芍、天麻滋养肝血, 平抑肝阳; 当归、川芎、丹参、水蛭养血活血, 化瘀通脉; 菖蒲、郁金、远志化痰解郁, 醒脑开窍。诸药合用共奏滋补肝肾、强筋健骨、平肝熄风、活血祛瘀、化痰开窍之功。现代研究表明, 补肾法对神经内分泌及免疫系统, 上至神经递质, 下至靶腺及免疫细胞受体的多个环节都有调整作用, 能提高机体内环境稳定的能力, 使老年机体的代偿潜力得到进一步发掘; 调肝之药有调整血压、镇静等作用; 活血化瘀药可改善病灶周围循环, 使侧支循环开放, 缓解脑组织缺血缺氧、乳酸堆积和自由基反应, 减轻周围脑组织炎症反应及水肿, 从而有利于神经功能恢复; 化痰逐饮药有利于降低颅内压, 减轻脑水肿, 促进脑血液循环, 改善脑细胞缺氧现象。

头为诸阳之会, 手足六阳经皆上循于头面, 六阴经中手少阴与足厥阴经直接循行于头面部, 所有阴经的经别和阳经相合后上达于头面。针刺头部腧穴可直接刺激诸阳之会, 疏通经络, 调理气血, 醒脑开窍, 调节五脏六腑之精气, 促进偏瘫肢体恢复, 故选百会、神庭穴, 且百会位居巅顶, 开窍醒脑, 降冲逆而升清阳, 神庭穴为督脉、足太阳、阳明之会穴, 清头散风, 镇静醒神。肝肾阴虚, 阴不制阳, 则虚火内生, 或阴虚阳亢, 其治应滋其不足之阴, 制其亢盛之阳, 即所谓“壮水之主, 以制阳光”。方中太溪为足少阴肾所注为“输”, 亦即肾之“原穴”, 功能补肾益气, 滋阴填精, 配足三阴之会穴三阴交, 以补益三阴, 而奏滋补肝肾之效。风火痰浊之证, 多因脾弱肝旺,

血塞通与低分子肝素钠治疗急性脑梗死 30 例疗效观察

左绍祥 夏艳

(山东省兖州市人民医院 兖州 272100)

关键词:急性脑梗死;血塞通;肝素钠;中西医结合疗法

中图分类号:R 743.33

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0014-01

缺血性脑血管疾病占有所有脑血管疾病的 70%~85%^[1],其致残率较高,迄今为止,尚缺乏一种完善的治疗方法。近年来,我们应用血塞通与低分子肝素钠治疗急性脑梗死,取得了较好的临床效果。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 入选标准:(1)符合全国第四届脑血管病学术会议制定脑梗死诊断标准^[2];(2)头颅 CT 或 MRI 排除脑出血。排除标准:(1)昏迷或大面积脑梗死患者;(2)近期有消化道或其它系统出血倾向者;(3)血小板数目 <100 万 /mm³;(4)严重高血压患者,收缩压 >200mmHg,舒张压 >110mmHg。本组 60 例患者全部符合上述标准,并随机分为治疗组及对照组。

1.2 一般资料 治疗组 30 例;男 17 例,女 13 例;年龄 50~65 岁,平均年龄 57.3 岁;合并高血压 10 例,合并糖尿病 5 例,同时合并高血压及糖尿病 15 例。对照组 30 例,男 19 例,女 11 例;年龄 53~67 岁,平均年龄 57.3 岁;合并高血压 9 例,合并糖尿病 8 例,同时合并高血压及糖尿病 13 例。病情分级:肌力 3~4 级为轻度,2 级为中度,0~1 级为重度。2 组患者以上基本情况对比,无显著差异。

1.3 治疗方法 2 组均用生理盐水 250mL 加血塞通注射液 0.4g,生理盐水 250mL 加胞磷胆碱 0.5g 治疗,以及甘露醇及其它口服药物。治疗组加低分子肝素钠 5 000 单位,腹部皮下注射,每天 1 次,连用 1 周。

1.4 疗效评定 基本治愈:肌力达到 4~5 级;显效:肌力达到 3 级;有效:肌力 1~2 级;无效:症状、体征无改善或加重。

2 结果

2.1 临床疗效 2 组疗效比较,经统计学处理,治疗组治愈率明显高于对照组($P < 0.01$),治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.01$)。见表 1。

2.2 不良反应 治疗组中 5 例腹部注射部位局部青紫,2 例牙龈少量出血,未做处理,均自愈。

脾虚生痰,肝阳化风,痰随风动,上扰清窍。太冲为肝经之“输”、“原”合一穴,取之以平肝熄风,清热潜阳;丰隆为胃经之“络”,别走脾经,长于调理脾胃,涤痰蠲浊,故取之。风中经络、脉络失畅,瘀血内阻而半身不遂,其治以疏通经络、活血祛瘀为主,选穴按“以经取之”为原则。阳明为多气多血之经,阳明经气血通畅,有利于肢体功能恢复,故配穴取手足阳明经穴为主。

临床研究发现,治疗组在提高临床疗效、改善神经功能缺损程度、恢复肌力、提高 Fugl-Meyer 评分及 Barthel 指数等方面均明显优于对照组,表明补肾调肝、活血化瘀法针药结

表 1 2 组疗效比较 例(%)

组别	n	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	16(53.3)	9(30.0)	4(13.3)	1(3.3)	96.7
对照组	30	10(33.3)	11(36.7)	4(13.3)	5(16.7)	83.3

3 讨论

低分子肝素钠具有以下特点:(1)明显抗因子 Xa 活性,轻微抗凝活性, T₁₂ 长,不明显延长 APTT,出血不良反应少。(2)有促进纤溶作用,可促进血管内皮细胞释放纤维蛋白溶解酶原激活剂和缩短优球蛋白溶解时间,故抗栓作用强。(3)增强血管内皮细胞抗血栓作用,而不干扰血管内皮细胞其它功能,故对出血和血小板功能无明显影响^[3]。

血塞通注射液主要成分为三七总皂甙,能溶解血栓,恢复缺血部位再灌注,减轻因缺血引起的病理性损伤,抑制血小板聚集,降低纤维蛋白原含量和血液黏度,改善微循环,延长血液凝固时间,具有抗血小板和抗凝作用。

缺血性脑血管病的病因及发病机制,迄今尚未完全阐明,但近几年的研究证明,血脂代谢障碍、血液高凝状态及血液的流动和变性能力降低是导致动脉粥样硬化和缺血性脑血管病的危险因素。低分子肝素钠与血塞通注射液合用,能有效抑制血栓。本组资料提示,治疗组总有效率(96.7%)明显高于对照组(83.3%), $P < 0.01$,治疗组基本治愈率(53.3%)明显高于对照组(33.3%), $P < 0.01$ 。表明两者合用疗效较好。治疗组在治疗期间,5 例腹部注射部位局部青紫,2 例牙龈少量出血,但不影响治疗,停药后自愈,由于本组所选病例例数较少,确切疗效有待进一步探讨。

参考文献

[1] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 脑血管疾病分类及诊断(1995)[J]. 中华神经外科杂志,1997,13(1):2
 [2] 黄寿吾,王鸿利. 肝素临床应用[M]. 郑州:河南医科大学出版社,1999.254~258

(收稿日期:2006-09-11)

合治疗老年中风偏瘫有较好疗效,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 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
 [2] 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
 [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):381~382
 [4] 方岩,袁向东,李家亮,等. 临床脑血管疾病[M]. 郑州:河南医科大学出版社,1998.502~506

(收稿日期:2006-12-12)