

调气活血溶栓法治疗急性脑梗死的临床研究 *

冯骏 邵尤青 邵海晏 邢萌 曹东初 彭桂林

(江西省都昌县中医院 都昌 332600)

摘要:目的:观察调气活血溶栓法治疗急性脑梗死的临床效果。方法:选择急性脑梗死患者 45 例,随机分为两组。治疗组 30 例予调气活血法(调气活血醒脑汤口服或灌肠配合血塞通或参脉注射液静滴)加尿激酶溶栓治疗;对照组 15 例予口服尼莫地平片加尿激酶溶栓治疗,疗程均为 14 d。治疗前后分别进行神经功能缺损程度评分,测量颅脑 CT 梗死体积变化,采用经颅多普勒(TCD)观测脑血流动力学变化,并进行生活质量评分、疗效评定及副反应、并发症的观察。结果:被列入观察的各项指标显示,治疗组与对照组比较均有显著性差异($P<0.05$)。结论:调气活血溶栓法治疗急性脑梗死效果明显,安全实用,值得推广。

关键词:脑梗死;中西医结合疗法;调气活血溶栓法

Abstract:Objective:Observation of blood gas transfer thrombolytic treatment of acute cerebral infarction.Methods: 45 Patients with acute cerebral infarction,30 patients were randomly divided into treatment group in order to transfer gas activating blood (blood gas transfer refreshing soup with oral or enema or reference clock Xuesaitong intravenous injection) plus thrombolytic therapy; control 15 patients with oral nimodipine tablets plus thrombolytic therapy, treatment lasted 14 days.Before and after treatment for neurological deficit scores,measuring changes in brain CT infarction volume,using transcranial Doppler (TCD) observed changes in cerebral blood flow, and the quality of life scores, assessed efficacy and side effects and complications observed.Results:Was observed from the various indicators included in the treatment group compared with the control group were significantly different ($P<0.05$).Conclusion:Adjusting blood gas effects of thrombolytic therapy of acute cerebral infarction significantly, safe and practical, worth promoting.

Key words:Infarction;Traditional Chinese and Western medicine therapy;Regulating Qi and blood Thrombolysis

中图分类号:R 743.33

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.002

急性脑梗死是老年人的常见病、多发病,临床呈“五高”特点,即发病率高、死亡率高、后遗症率高、并发症率高、复发率高,严重影响老年人的健康和生活质量,也给家庭和社会带来严重负担。国家科委从八五规划开始,就把急性脑血管病列为重点攻关课题,中医药治疗急性脑梗死具有很大优势,尤其对减轻后遗症和并发症更为突出。为探索急性脑梗死治疗的新途径和方法,提高急性脑梗死抢救成功率,我院 2005 年 10 月以来在常规溶栓基础上,加以中药调气活血醒脑汤口服或灌肠、参脉注射液及血塞通粉针静滴,取得了较好的临床疗效。现报道如下:

1 对象与方法

1.1 研究对象 选择我院 2005 年 10 月~2009 年 4 月间符合中西医诊断标准^[1-2]的 45 例急性脑梗死患者,分为治疗组 30 例和对照组 15 例。治疗组男性 22 例,女性 8 例,平均年龄(52.32 ± 8.63)岁,平均溶栓时间(4.6 ± 0.8)d,既往史评分(8.33 ± 5.82)分,伴发疾病评分(8.21 ± 6.01)分,神经功能缺损评分(27.10 ± 6.56)分,梗死部位 MCA 21 例,ACA 9 例;对照组男性 10 例,女性 5 例,平均年龄(50.69 ± 8.26)岁,平均溶栓时间(4.1 ± 1.6)d,既往史评分(8.62 ± 6.08)分,伴发疾病评分(8.41 ± 4.63)分,神经功能缺损评分(27.79 ± 8.31)分,梗死部位 MCA 10 例,ACA 5 例。经统计学处理,两组患者的性别、年龄、梗死部位、神经功能缺损评分(NDS)、溶栓时

间、既往史评分、伴发疾病评分比较均无显著差异($P>0.05$),提示两组病例具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用尼莫地平口服,每次 30~60 mg,每日 4 次;加溶栓疗法,先予尿激酶 100~200 万 U,溶于 NS 500 mL 中静滴一次,滴速控制在 5 万 U/min,后予 20~50 万 U 溶于 500 mL NS 中静滴,维持 3~5 d,疗程 14 d。治疗组溶栓疗法与对照组相同,另予调气活血醒脑汤(黄芪、当归、川芎、地龙、茯苓、白术、桂枝、人参、郁金、法夏、胆南星、石菖蒲、柴胡、黄芩、陈皮、炙甘草)急煎取汁 200 mL,两次分服或灌肠,每日 1 剂,以调气化痰,活血通瘀,醒脑开窍;并用参脉注射液 30 mL 静滴以益气养阴;血塞通粉针 0.4 g 静滴以活血,疗程 14 d。

1.3 观察指标 (1)临床神经功能缺损程度评分变化^[3]。(2)颅脑 CT 梗死体积变化,CT 扫描时间为溶栓后 48 h、5 d,根据 Pallicino 法^[4],用公式 $V=\pi/6$ (长×宽×层面)计算梗死体积(mL)。(3)经颅多普勒(TCD)观测脑血流动力学变化^[5-6],由频谱分析处理系统计算诸血管不同段的收缩期峰值流速(Vs)、舒张期末流速(Vd)、平均血流速度(Vm)、脉动指数(PD)等频谱图像,并据此做出血流动力学判断^[7-8]。(4)生活质量评分,两组患者均于溶栓后 30 d 按照日常生活活动(ADL)量表^[9]进行 Barthel 评分。(5)记录各种不良反应。

1.4 疗效评价 两组分别于溶栓后 2 h、48 h、5 d、14 d,依据第四届全国脑血管学术会议制定的标准^[1]

* 江西省卫生厅中医药科研计划项目(编号:2006A55)

进行疗效评定。

1.5 统计学处理 采用 SAS6.12 统计软件进行统计学处理,计量资料用均数± 标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用配对 t 检验,临床分级比较用 Ridit 分析。

2 结果

2.1 对神经功能缺损程度评分的影响 见表 1。

2.2 对颅脑 CT 梗死体积比较 见表 2。

表 3 经颅彩色多普勒观测脑血流动力学变化比较 ($\bar{X} \pm S$)							
R	组别	n	时间	Vs(cm/s)	Vm(cm/s)	Vd(cm/s)	PI
MCA	治疗组	21	溶栓前	50.11± 1.36	35.18± 10.31	20.14± 12.41	1.439± 0.108
			溶栓后 5 d	64.41± 15.62	47.11± 18.72	30.12± 20.32	1.260± 0.112
	对照组	10	溶栓前	51.03± 12.41	35.42± 11.32	19.71± 10.83	1.431± 0.099
			溶栓后 5 d	56.31± 13.57	40.33± 12.29	24.36± 11.81	1.381± 0.118
ACA	治疗组	9	溶栓前	54.19± 19.46	33.67± 17.51	13.33± 10.69	1.393± 0.128
			溶栓后 5 d	60.49± 23.15	40.23± 20.41	18.03± 16.54	1.172± 0.123
	对照组	5	溶栓前	53.73± 18.81	33.48± 17.44	13.62± 13.01	1.392± 0.102
			溶栓后 5 d	56.42± 30.29	36.56± 22.83	16.73± 14.66	1.198± 0.974

注: Vd、Vs、Vm 比较, 治疗组与对照组溶栓前无明显差异, 溶栓后组内及组间比较, $P < 0.05$ 。PI 比较, 组内及组间比较均 $P > 0.05$ 。							
表 4 经颅彩色多普勒观测脑血流动力学变化比较 例							
组别	T	脑 A 硬化	脑 A 狭窄 / 闭塞	脑 A 供血不足 / 过度灌注	正常		
治疗组	治疗前	12	8	8	2		
	治疗后	9	2	2	17		
	治疗前	8	3	3	1		
对照组	治疗后	6	1	2	6		

2.4 对日常生活活动量表评分的影响 见表 5。

表 5 溶栓后 30 d 日常生活活动量表评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分							
组别	n	Barthel 评分					
治疗组	30	91.28± 11.96					
对照组	15	83.25± 12.13					

表 7 临床疗效比较 例						
组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化/恶化	死亡
治疗组	30	16	7	5	2	0
对照组	15	6	3	1	4	1

2.6 副作用及并发症观察 见表 8。

表 7 临床疗效比较 例							
组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化 / 恶化	死亡	
治疗组	30	16	7	5	2	0	
对照组	15	6	3	1	4	1	

3 讨论

急性脑梗死,中医称之为中风,属中脏腑急重症。脏腑虚损、气血亏虚、痰瘀内蕴,构成了中风病内在的发病学基础。气机紊乱则血滞为瘀,经脉受阻。《素问·调经论》云:“血之与气,并走于上,则为大厥,厥则暴死,气复返则生,不返则死。”现代医学认为:脑梗死的发生是由于脑血管狭窄,血液成分异常,导致血液黏度增高,构成内在发病学基础。

溶栓是当今世界治疗急性脑梗死的主要方法之一,但再通率仅占 50%左右,调气活血是急性脑梗死及溶栓再通后短时间内的重要治法。气与血的关系密切,气能行血,气能摄血,血能载气。所谓“气为血之帅”“血为气之母”。气机升降逆乱,致使气血和津液运行失常,产生痰、瘀、风、火阻于脉络,壅塞清窍发为中风。调气可使滞气得以运行,逆乱之气得以条畅、缓慢之气得以快速流动,进而使经络通

表 1 神经功能缺损程度评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分					
时间	n	治疗组	n	对照组	P 值
溶栓前	30	27.10± 6.56	15	27.79± 8.31	>0.05
	2 h	16.57± 7.72*	15	17.34± 8.29*	>0.05
	48 h	12.39± 6.28*	15	16.48± 8.18*	<0.05
溶栓后	5 d	9.33± 6.14*	14	13.81± 6.52*	<0.05
	14 d	5.62± 3.27*	14	9.74± 5.31*	<0.05

表 2 颅脑 CT 梗死体积比较 ($\bar{X} \pm S$) mL			
溶栓后时间	治疗组	对照组	P 值
48 h	8.32± 3.03	10.34± 3.61	<0.05
5 d	8.51± 2.82	11.52± 4.61	<0.05

2.3 对脑血流动力学变化的影响 见表 3、表 4。

表 3 溶栓疗效比较 例(%)		
组别	n	Barthel 评分
治疗组	30	91.28± 11.96
对照组	15	83.25± 12.13

注:经 t 检验, $P < 0.05$ 。

2.5 临床疗效评定 见表 6、表 7。

表 8 溶栓后副作用及并发症观察 例		
组别	n	颅内出血
治疗组	30	1
对照组	15	1

畅。正如张介宾所云:“凡人之气血,犹源泉也,盛则流畅,少则瘀滞,故气血不虚则不滞,虚则无有不滞者。”现代医学认为,脑梗死治疗的关键是最快、最充分、最持续的重建供血,以及溶栓后防止再闭塞,调气活血对稳定血液动力学是大有帮助的。调气活血溶栓法是把传统中医病机学与现代病理学相结合,传统中药药性理论和方剂理论与现代药理研究成果相结合,把中医学对脑梗死的治疗思想融为一体的综合治疗方法。调气活血法可应用于溶栓治疗的前、中、后期。本研究观察治疗 30 例,结果表明该法能明显提高急性脑梗死的再通率,降低 NDS 评分,加快患侧脑血流速度,缩小梗死体积,减少溶栓后再闭率,减少再灌注脑损伤,并且副作用小,并发症少,安全实用。

表 8 溶栓后副作用及并发症观察 例		
组别	n	颅内出血
治疗组	30	1
对照组	15	1

参考文献

[1]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

[2]王维治,罗祖明.神经病学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2004.140

[3]陈清棠.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

[4]张华,张茁,张薇薇.急性脑卒中患者血清 S-100B 蛋白主神经元特异性烯醇化酶的动态变化[J].北京医学,2004,26(1):26-29

[5]Christou I,Alexandrow AV,Burgin WS,et al.Timing of recanalization after tissue plasminogen activator therapy determ- (下转第 9 页)

(4.3± 0.78) 年; 对照组年龄 25~46 岁, 平均年龄 (33.1± 4.12) 岁, 病程 3 个月 ~10 年, 平均 (3.8± 0.54) 年; 两组在年龄、病程上比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。两组患者均于治疗前进行血常规、B 超、妇科常规和全身体格检查, 排除宫外孕、卵巢肿瘤、子宫内膜异位症、盆腔静脉曲张等疾病及妇科器质性病变, 同时排除内外科合并症、药物过敏史。

1.2 临床诊断标准^[1] 临床症状: 一侧或双侧下腹痛或下腹部、腰骶部坠胀痛, 于劳累、性交及月经前后加剧, 可伴有低热、疲乏、纳差, 病程超过 3 个月。临床体征: (1) 子宫内膜炎: 子宫增大, 宫体饱满, 压痛; (2) 输卵管炎: 子宫一侧或双侧增厚或增粗, 轻度或中度压痛, 或触及条索状增粗的输卵管; (3) 盆腔结缔组织炎: 子宫常呈后倾后曲, 活动受限或粘连固定, 子宫一侧或双侧片状增厚、压痛, 宫颈举痛或宫底韧带触痛。辅助检查: B 超协助诊断, 血常规检查可有白细胞总数或中性粒细胞轻度增高。

1.3 治疗方法 治疗组在经期静脉滴注青霉素 800 万 U 加入生理盐水 500 mL, 甲硝唑葡萄糖 250 mL 静脉滴注, qd, 7 d 为 1 个疗程。与月经干净后第 3 天开始服用妇炎康复胶囊 (国药准字: Z20033208, 规格: 0.38 g/粒) 4 粒 /d, 3 次 /d, 21 d 为 1 个疗程, 连用 3 个疗程。对照组于经期静脉滴注青霉素 800 万 U 加入生理盐水 500 mL, 甲硝唑葡萄糖 250 mL 静脉滴注, qd, 7 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效标准 痊愈: 下腹及腰骶部疼痛消失, 月经正常、白带正常, 精神状况良好, 妇科检查盆腔无压痛及抵抗。好转: 下腹及腰骶部疼痛基本消失或明显减轻, 妇科检查盆腔压痛不明显或有所缓解。无效: 治疗前后临床症状与体征无明显变化。治疗 3 个月评定疗效。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 11.5 统计软件包进行统计学处理, 计量资料采用 t 检验。

2 结果

2.1 两组疗效比较 见表 1、表 2。虽然对照组起效比较快, 但在整个治疗过程中治疗组总有效率明显高于对照组, 两组经统计学比较具有显著性差异。

表 1 两组疗效比较 例					
组别	n	痊愈	显效	有效	无效
治疗组	50	26	13	7	4
对照组	50	5	10	19	16

注: 两组比较, * $P<0.05$ 。

表 2 两组不同疗程的总有效率比较 例(%)			
组别	1 个疗程总有效率	2 个疗程总有效率	3 个疗程总有效率
治疗组	11(22)	37(74)*	46(92)*
对照组	18(36)	28(56)	34(68)

注: 与对照组比较, * $P<0.05$ 。

2.2 不良反应 在治疗期间对照组有 2 例患者有较轻的胃部不适, 如胃区隐痛、轻度恶心, 无其它不良反应, 且胃部不适反应轻, 未服用其它药物治疗, 也未停药。治疗组未见明显不良反应。

3 讨论

慢性盆腔炎的病因病机有湿热瘀阻、寒湿凝滞、气滞血瘀、气虚血瘀等类型, 临床上以湿热瘀阻者多见。中医学认为本病因行经及产后胞脉空虚或素体虚弱, 邪毒乘虚而入, 湿浊热毒蓄积下焦, 客于胞中, 瘀毒内结, 致气滞血瘀, 日久成疾。临床主要表现为少腹痛或小腹痛, 气血运行不畅, 不通则痛为其病机实质, 本病的治疗重点在于散“瘀”, 故活血化瘀、清利湿热之剂方能奏效^[2]。妇炎康复胶囊以败酱草、薏苡仁活血化瘀, 利湿消肿, 在化瘀的同时促进炎性水肿消除, 促进炎症的吸收; 同时配以赤芍、川楝子、陈皮增强利湿、散结化瘀的功效, 并增添益气活血定痛之功; 再佐以柴胡、黄芩和解少阳, 清透伏邪, 引药归经, 使药物快速到达病所。

因妇科炎症的发生多数为条件致病菌, 往往在机体抵抗力比较差的情况下发病。妇科慢性盆腔炎是妇女常见疾病, 大部分为逆行感染所致^[3]。抗生素对于急性炎症期细菌的抑制和杀灭作用较佳, 而对于慢性盆腔炎症, 由于耐药菌的产生以及纤维结缔组织增生、粘连形成等慢性炎症病理改变, 细菌对抗生素耐药, 同时炎症局部的抗生素较难达到有效血液浓度, 使抗生素治疗效果不佳; 而且长期、大剂量、广谱抗生素的使用, 导致菌群失调、胃肠功能紊乱和肝肾功能损伤。本治疗组仅在经期使用抗生素, 以杀灭经期因患者抵抗力、免疫力下降而增殖的非耐药菌, 配合中成药妇炎康复胶囊治疗, 在抗菌、抗病毒的同时增强机体的抵抗力, 调节机体内环境, 减少毒副作用的发生, 且能提高疗效, 值得临床推广。

参考文献

[1]曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1999.1 361-1 373
[2]张雪梅.丹香合剂治疗慢性盆腔炎 70 例临床观察[J].陕西中医学院学报,2003,26(5):31-32
[3]金瑛.盆腔炎 150 例致病因素分析[J].中国实用妇科与产科杂志, 2004,20(9):30
imtravenous tissue plasminogen activator [J].Stroke,2001,32:89
[7]赵军,胡圣阳,段爱琴.急性脑梗死经颅多普勒超声临床研究[J].中华临床医药,2004,5(10):34-35
[8]曾远明,李长清.73 例脑梗死患者 TCD 检测结果分析[J].现代医药卫生,2004,20(6):425

(收稿日期: 2011-03-07)

(上接第 4 页)-inded by transcranial doppler correlates with clinical recovery from ischemic stroke[J].Stroke,2000,31:1 812
[6]Demchuk AM,Burgin WS,Christou I,et al.Thrombolysis in brain ischemia (TIBI) transcranial doppler flow grades predict clinical severity,edrlly recovery,and mortality in patients treated with