

化痰活血方联合西药治疗缺血性中风恢复期的疗效观察

师会 王凯

(天津中医药研究院附属医院 天津 300120)

摘要:目的:观察化痰活血方治疗缺血性中风的临床疗效。方法:将 110 例缺血性中风患者随机分为治疗组与对照组,连续治疗 2 周。对照组口服肠溶阿斯匹林 75 mg,每日 1 次,尼莫地平片 20 mg,每日 3 次,静脉注射 5%葡萄糖或 0.9%生理盐水加长春西汀 30 mg,每日 1 次,控制血糖血压;治疗组在对照组西医治疗基础上,加用自拟化痰活血方。观察治疗前后治疗组与对照组的中医证候及神经功能缺损程度改善情况。结果:治疗组中医证候疗效总有效率为 96.36%,对照组中医证候疗效总有效率为 81.82%($P<0.05$)。治疗组神经功能缺损程度疗效总进步率为 90.91%,对照组总进步率为 83.64%($P<0.05$)。结论:化痰活血方中西医结合治疗缺血性中风恢复期患者,疗效优于单纯西医治疗,值得临床推广。

关键词:化痰活血方;缺血性中风恢复期;疗效观察

中图分类号:R 743.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.008

中风是中医“风痙鼓膈”四大顽证之一,是中老年人的常见病、多发病,是现今人类死亡率最高的三大疾病之一^[1]。全球每年有 460 万人死于脑中风(又称脑卒中),中国每年死于脑中风者高达 160 万,50%~70%的存活者遗留瘫痪、失语等严重残疾。我院脑病科于 2009 年 5 月~2011 年 2 月对缺血性中风恢复期属风痰上扰血瘀内阻患者应用自拟化痰活血方的疗效进行疗效评价。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 110 例患者均为 2009 年 5 月~2011 年 2 月天津中医药研究院附属医院脑病科住院病例。其中男 63 例,女 47 例,年龄 45~82 岁,随机分两组。治疗组 55 例,其中男 35 例,女 20 例;年龄 45~82 岁,平均(61.6±4.7)岁;合并高血压 37 例,糖尿病 23 例,冠心病 32 例;基底节区梗死 27 例,脑叶梗死 8 例,丘脑梗死 5 例,脑干梗死 2 例,小脑梗死 2 例,多发性梗死 11 例。对照组 55 例,其中男 28 例,女 27 例;年龄 45~81 岁,平均(58.7±5.6)岁;合并高血压 34 例,糖尿病 28 例,冠心病 12 例;基底节区梗死 25 例,脑叶梗死 6 例,丘脑梗死 6 例,脑干梗死 1 例,小脑梗死 3 例,多发性梗死 14 例。两组年龄、性别、病情程度、既往史积分、伴发病积分及神经功能缺损评分、日常生活能力积分等,经统计学处理均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照 1996 年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》^[2] 中脑梗死诊断标准和国家中医药管理局全国中医脑病急症科研协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[3](1996 年),经头颅 CT 证实。中医诊断标准符合国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制订的《中风病诊断与疗效评定标准》(试行),证属风痰瘀阻证;主症:半身不

遂,口舌歪斜,言语謇涩或不语,感觉减退或消失,饮水发呛,共济失调。次症:头痛或头晕目眩,舌质暗紫或有瘀点或瘀斑,舌苔薄白或白腻,脉弦或弦涩。起病、发病前多有诱因,常有先兆症状。发病年龄多在 40 岁以上。具备 2 个主症以上,或 1 个主症 2 个次症,结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊。

1.3 纳入标准 符合中医中风病风痰血瘀、脉络瘀阻证者;疾病分期属恢复期:发病 2 周~6 个月,中风病症积分 6~21 分;神经功能缺损评分 6~45 分;病程 14~28 d。

1.4 排除标准 短暂脑缺血发作,由脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍、风湿性心脏病及其他心脏病合并房颤而引起的脑梗死者;合并肝、肾、造血及代谢系统严重原发性疾病及糖尿病严重并发症者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予单纯西药基础治疗:口服肠溶阿斯匹林 75 mg,每日 1 次,尼莫地平片 20 mg,每日 3 次,静脉注射 5%葡萄糖或 0.9%生理盐水加长春西汀 30 mg,每日 1 次,控制血糖血压。

1.5.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用自拟化痰活血方汤(枳壳 15 g,半夏 20 g,胆南星 10 g,茯苓 30 g,竹茹 10 g,石菖蒲 20 g,郁金 10 g,川芎 15 g,川楝子 10 g,地龙 10 g,蜈蚣 1 条等),日 1 剂,水煎服,分早晚 2 次,饭前 30 min 服用。两组均治疗 2 周,评定治疗前后中医证候及神经功能缺损程度的变化。

1.6 疗效评定标准

1.6.1 中医证候疗效评定标准 参考《中药新药临床研究指导原则》的要求采用中风病计分法,评定神志状态、语言表达、上肢肩关节、上肢指关节、下肢膝关节、下肢关节、综合功能等七个方面,每个方

面 0~4 分,轻度:0~10 分;中度:11~20 分;重度:21~28 分。采用尼莫地平法计算中医证候改善率。临床痊愈:体征消失或基本消失,积分减少 $\geq 95\%$;显效:体征明显消失,积分减少 70%~95%;有效:体征均有好转,积分减少 30%~70%;无效:体征无明显改善,甚或加重,积分减少 $<30\%$ 。

1.6.2 神经功能缺损程度疗效评定标准 参照全国第四届脑血管病学术会议通过的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》评定治疗前后患者神经功能缺损程度的变化。神经功能缺损程度分级标准:轻型 0~15 分;中型 16~30 分;重型 31~45 分。病残程度评价标准:0 级:能恢复工作或操持家务;I 级:生活自理,独立生活,部分工作;II 级:基本独立生活,部分需人帮助;III 级:部分生活活动可自理,大部分需人帮助;IV 级:可站立走步,但需要人照料;V 级:卧床,能坐,各项生活需要人照料;VI 级:卧床,有部分意识活动,可喂食;VII 级:植物状态。神经功能缺损程度评分共包括八个方面的内容,其中意识 0~9 分,水平凝视功能 0~4 分,面瘫 0~2 分,言语、上肢肩关节肌力、手肌力、下肢肌力、步行能力每个方面皆为 0~6 分。基本痊愈:神经功能缺损评分减少 90%~100%,且病残程度评价为 0 级;显著进步:神经功能缺损评分减少 46%~89%,且病残程度评价为 I~III 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或增加 18%以内;恶化:神经功能缺损评分增加 18%以上。

1.7 统计学方法 采用 SAS8.1 版统计软件进行分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,所有计量资料均采用 $(\bar{X} \pm S)$ 表示。 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

2 治疗结果

2.1 中医证候疗效比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组中医证候疗效比较 例(%)					
组别	n	临床痊愈	显效	有效	总有效率(%)
治疗组	55	4(7.27)	22(40.00)	27(49.09)	96.36*
对照组	55	1(1.82)	20(36.36)	24(43.64)	81.82

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 神经功能缺损评分比较 见表 2。

表 2 两组治疗前后神经功能评分情况 $(\bar{X} \pm S)$ 分			
组别	n	神经功能缺损评分	
治疗组	55	治疗前	21.62 $\pm$ 7.34
		治疗后	16.18 $\pm$ 8.56* ^a
对照组	55	治疗前	22.35 $\pm$ 8.76
		治疗后	18.12 $\pm$ 8.92*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^a $P < 0.05$ 。

2.3 神经功能缺损程度疗效比较 见表 3。治疗组总进步率 90.91%,对照组总进步率 83.64%,两组比较, $P < 0.05$ 。

表 3 治疗组与对照组神经功能缺损程度疗效比较 例(%)					
组别	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化
治疗组	4(7.27)	18(32.73)	28(50.91)	4(7.27)	1(1.82)
对照组	2(3.64)	19(34.54)	25(45.45)	6(10.91)	3(5.45)

3 讨论

中医学对中风病的研究肇始于《内经》,如《素问·通评虚实论》曰:“仆击、偏枯……肥贵人则膏粱之疾也”,初步论述了痰浊在发病中的重要作用。后世医家对此亦颇多阐发,《丹溪治法心要》云:“半身不遂,大率多痰。痰壅盛者,口眼歪斜者,不能言者,法当吐……引出风痰。”《临证指南医案·中风》中强调:“风木过动,中土受戕,不能御其所胜……饮食变痰……或风阳上僭,痰火阻窍,神识不清。”临床实践中常见痰湿体质之人,平素嗜食膏粱厚味,复因长期精神紧张、年老体弱等因素导致中风病发生,此时治疗通常从痰浊入手,痰瘀是中风病发病的基础,气血逆乱是该病的主要病机,风挟痰瘀闭阻络脉是该病的关键。王永炎教授指出,痰瘀互阻是中风急症的主要病机^[4]。现代医家任继学将中风归结为“瘀塞经络”和“络伤血溢”^[5],这些均说明风挟痰瘀闭阻络脉是该病的关键。

临床体会认为中风证属风痰血瘀内阻较多见,病久则瘀血痰浊互结阻于脑脉血络,痰浊瘀血伴随中风急性期及恢复期始终。自拟化痰活血方治疗,君以石菖蒲开窍化痰;臣以蜈蚣、地龙熄风通络,虫类药物以入络搜邪;配以川芎、当归活血祛风通络;合半夏、茯苓健脾杜痰浊之源;痰浊久蕴伴痰热蕴结,辅以胆南星、竹茹;佐以鸡血藤、郁金解郁活血;川楝子疏泄肝气,枳壳行脾胃之气,两药为使,引药调达气机。诸药相配,气血同调,痰瘀并治。

参考文献

[1]王倩.治疗缺血性脑卒中新药 - 依达拉奉[J].中国药房,2004,15(6): 370
[2]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):973
[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]王永炎,刘炳林.中风病研究进展评述[J].中国中医急症,1995,4(2): 521
[5]任继学.中风病辨治[J].吉林中医药,1983,5(4):12-15
(收稿日期: 2012-02-24)