

活血祛瘀通络方治疗急性脑梗死缓解期疗效观察

符青伟

(河南省西峡县中医院脑病科 西峡 474550)

摘要:目的:探讨自拟活血祛瘀通络方加减辨治对急性脑梗死患者神经功能及凝血功能的影响。方法:选取 2018 年 4 月~2019 年 4 月收治的急性脑梗死患者 73 例,采用抽签方式分为对照组 36 例及研究组 37 例。对照组采用常规治疗,研究组在对照组基础上加用自拟活血祛瘀通络方加减辨治,比较两组干预前后神经功能状况、生活能力、凝血功能、炎症介质水平。结果:干预后研究组神经功能评分、纤维蛋白原、基质金属蛋白酶-9、白介素 6、肿瘤坏死因子- α 、超敏 C 反应蛋白水平低于对照组,生活能力评分、活化部分凝血酶时间、凝血酶原时间高于对照组($P<0.05$)。结论:自拟活血祛瘀通络方加减辨治急性脑梗死,能有效提高患者神经功能康复和生活能力,改善机体凝血功能、降低炎症反应。

关键词:急性脑梗死;活血祛瘀通络方;神经功能;凝血功能

中图分类号:R743.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.023

急性脑梗死是临床中常见的脑组织血液循环障碍疾病,具有高发病率、高致残率、高死亡率、高复发率及预后差等特点^[1-2]。脑梗死可造成患者身体功能性障碍及认知障碍,对患者生命健康和生活质量造成严重影响^[3]。目前针对急性脑梗死多采用西医治疗,但西药存在较多的不良反应。近年来,随着中医发展,中医地位逐渐上升,但目前临床对于中医治疗急性脑梗死研究越加重视,故本研究旨在为临床提供中医治疗急性脑梗死理论参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 对我院 2018 年 4 月~2019 年 4 月收治的脑梗死患者 73 例进行研究,纳入标准:符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》^[4]中相关诊断标准;经影像学检查确诊为急性脑梗死;第 1 次发病且发病时间小于 24 h。排除标准:合并严重心、肝、肾功能障碍者;意识障碍者;合并血液系统疾病和严重感染者;免疫系统疾病者。采用抽签方式将研究对象分为对照组 36 例及研究组 37 例。对照组男 19 例,女 17 例;年龄 24~74 岁,平均年龄 (63.35 ± 4.15) 岁;梗死部位:基底节区 14 例,颞叶 9 例,小脑 8 例,脑干 5 例。研究组男 19 例,女 18 例;年龄 25~75 岁,平均年龄 (63.39 ± 4.29) 岁,梗死部位:基底节区 13 例,颞叶 11 例,小脑 9 例,脑干 4 例。两组年龄、性别等一般资料比较无明显差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组入院后进行相关检查,根据患者情况进行抗血小板聚集、溶栓、调脂、血压与血糖控制、改善侧支循环、神经营养保护等处理。研究组在此基础上给予自拟活血祛瘀通络方加减辨治,组方:黄芪 60 g、鸡血藤 20 g、丹参 15 g、当归 15 g、桃仁 10 g、川芎 12 g、三七 10 g、红花 5 g、地龙 5 g、赤芍 5 g、水蛭 3 g。根据急性脑梗死后临床表现加减

辨治,言语不利者加远志 10 g、郁金 10 g;严重下肢瘫痪者加桑寄生 15 g、杜仲 15 g、川牛膝 15 g;严重上肢瘫痪者加片姜黄 10 g、桑枝 15 g;气滞者加香附 12 g;头晕严重者加珍珠母 5 g、天麻 5 g;偏寒者加附子 10 g;脾虚者加白术 10 g、党参 15 g;痰热较重者加川贝母 10 g、竹沥 12 g、胆南星 15 g;瘀血较重者加鸡血藤 30 g。水煎服,每日 1 剂,早晚餐后服用,连续治疗 4 周。

1.3 观察指标 (1)比较两组干预前后神经功能、生活能力评分。神经功能评分使用美国国立卫生研究院卒中量表 (National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)^[5]进行评价,评分越低神经功能损伤越轻。生活能力使用巴氏指数 (Barthel Index, BI)^[6]进行评价,共计 100 分,评分越高表示独立生活能力越强,反之则弱。(2)比较两组干预前后凝血功能。采取患者空腹静脉血,使用全自动凝血分析仪检测患者纤维蛋白原 (Fib)、活化部分凝血酶时间 (APTT)、凝血酶原时间 (PT)。(3)比较两组干预前后炎症介质水平。采取患者空腹外周血使用酶联免疫吸附试验对基质金属蛋白酶 (MMP)-9、白介素 6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 进行检测。

1.4 统计学方法 所有资料采用 SPSS22.0 专业统计学软件进行数据分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后神经功能、生活能力评分比较 干预前,两组神经功能、生活能力比较无显著性差异 ($P>0.05$);干预后,研究组神经功能评分显著低于对照组 ($P<0.05$),生活能力评分显著高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组干预前后神经功能、生活能力评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	NIHSS		BI	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	36	8.58± 2.34	6.07± 2.43	32.46± 6.72	45.53± 4.76
研究组	37	8.81± 2.29	4.12± 1.58	31.05± 6.28	53.32± 4.48
t		0.424	4.052	0.925	7.156
P		0.672	0.000	0.357	0.000

表 2 两组干预前后凝血功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	Fib(g/L)		APTT(s)		PT(s)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	36	4.35± 0.62	3.89± 0.56	24.27± 1.26	25.28± 1.87	10.64± 1.49	11.06± 0.42
研究组	37	4.41± 0.59	2.34± 0.67	24.33± 1.41	30.15± 1.32	10.39± 1.43	12.49± 0.57
t		0.423	10.736	0.191	12.823	0.731	12.225
P		0.673	0.000	0.848	0.000	0.467	0.000

2.3 两组干预前后炎症介质水平比较 干预前,两组 MMP-9、IL-6、TNF-α、hs-CRP 比较无显著性差异

($P>0.05$); 干预后, 研究组 MMP-9、IL-6、TNF-α、hs-CRP 均显著低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组干预前后炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	MMP-9(mg/L)		IL-6(ng/ml)		TNF-α(ng/ml)		hs-CRP(mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	36	825.27± 84.79	469.25± 55.19	0.51± 0.11	0.30± 0.12	32.88± 5.69	24.58± 4.91	13.07± 1.02	4.85± 0.64
研究组	37	826.64± 81.46	348.34± 36.29	0.53± 0.13	0.18± 0.10	31.38± 5.95	18.64± 4.21	12.91± 1.12	3.76± 0.41
t		0.070	11.028	0.710	4.635	1.101	5.542	0.638	8.638
P		0.944	0.000	0.479	0.000	0.274	0.000	0.525	0.000

3 讨论

在中医学中,急性脑梗死属于“郁病”范畴,主要与情志不遂、肝郁气滞、气血亏虚、肝郁怒伤、痰瘀阻络等因素有关^[8],因此,治疗应以活血祛瘀、通经活络为基本治疗方法。

本研究结果显示,自拟活血祛瘀通络方能减轻机体炎症反应,改善凝血功能,提高神经功能恢复。提示此结论与路永坤等^[8]研究结果相似。方剂中川芎主要成分为川芎嗪,具有活血化瘀、行气、降低血液黏度、解聚血小板作用,同时抑制血小板聚集,能有效抗血栓与扩张血管、抑制自由基、改善脑循环,同时提高脑血流量与耐氧能力,从而改善神经缺损;鸡血藤具有抗血栓形成效果;赤芍、丹参可降低血管内皮素与血小板表面活性、改善脑循环、扩张脑血管并改善脑血管供应、减少氧自由基,能有效促进脑神经的恢复,并对神经功能起到保护作用,同时具有通经活络功效,此外,丹参能减少炎症介质对脑神经的损伤,具有抗炎功效;水蛭提取物是目前最强的天然凝血酶抑制剂,具有抑制凝血酶原和降低血黏度效果。三七提取物能有效降低血黏度、抑制血小板聚集和黏附,改善脑血液循环,同时降低脑水肿,对脑神经的保护具有重要作用;地龙可通经活络、清热凉血;红花的红花黄色素能有效抑制血小板聚集,并能解聚聚集的血小板,明显提高纤溶酶激活剂活性,具有溶解局部血栓效果;桃仁提取物具有抗凝血效果,对二磷酸腺苷(ADP)与凝血酶诱导血小板聚集有显

2.2 两组干预前后凝血功能比较 干预前,两组 Fib、APTT、PT 比较无显著性差异($P>0.05$); 干预后, 研究组 APTT、PT 显著高于对照组($P<0.05$), Fib 显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

著抑制效果,同时能提高脑部血流量,预防脑缺血;当归可活血化瘀,具有较强的抗血栓与抗凝血效果,减缓缺血后脑细胞的凋亡,防止脑缺血损伤;黄芪可大补元气;同时本方根据不同的证型,依照“谨守病机,各司其属”辨证加减,达到标本兼治的目的。

综上所述, 自拟活血祛瘀通络方加减辨治急性脑梗死,能有效提高患者神经功能康复和生活能力,改善机体凝血功能、降低炎症反应,值得临床推广。

参考文献

[1]郑慧芬,宗惠花,俞燕,等.依达拉奉治疗急性脑梗死患者的临床疗效及其对血清 SOD、MDA 水平的影响[J].实用临床医药杂志,2014,18(17):18-21.

[2]马德有.超早期静脉溶栓用于脑梗死患者临床急救效果观察[J].航空航天医学杂志,2013,24(8):935-936.

[3]张全新.大剂量阿托伐他汀治疗急性脑梗死患者的疗效观察[J].中华老年心脑血管病杂志,2014,16(8):843-845.

[4]中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中华急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J].中华神经科杂志,2015,48(4):246-257.

[5]范文平,刘文华,聂时南,等.NIHSS 评分对急性缺血性卒中患者大血管闭塞的预测价值[J].国际脑血管病杂志,2014,22(11):842-847.

[6]孟利芳,何令敏.心理护理联合健康教育对脑梗死恢复期患者神经功能评分、巴氏指数评分及生活质量的影响[J].河北中医,2014,36(4):602-603.

[7]黄珊.半夏白术天麻汤通窍活血汤联合西药治疗急性脑梗塞 44 例[J].陕西中医,2014,35(2):142-143.

[8]路永坤,刘向哲,杨海燕,等.补阳还五汤加减方对气虚血瘀型脑梗死急性期血流灌注参数的影响[J].辽宁中医杂志,2019,46(5):1023-1026.

(收稿日期: 2020-06-20)