

清热化痰Ⅱ号治疗缺血性中风的疗效及对神经功能缺损评分和中医证候评分的影响研究

周 靖 邓 志 代 雷

(四川省达州市中西医结合医院治未病中心,达州,635000)

摘要 目的:探讨清热化痰Ⅱ号方治疗缺血性中风的临床治疗效果。方法:将我院2012年6月至2013年9月收治的120例缺血性脑卒中患者随机分为对照组与观察组,每组60例,对照组在常规治疗的基础上加用尼莫地平,观察组加用清热化痰Ⅱ号方,比较两组临床疗效及治疗前后神经功能缺损和中医证候评分。结果:观察组总有效率为93.33%,显著高于对照组的76.67% ($P < 0.05$);观察组治疗后神经功能缺损及中医证候评分分别为 (10.63 ± 1.01) 分和 (14.92 ± 2.06) 分,均低于治疗前和对照组 ($P < 0.05$)。结论:清热化痰Ⅱ号方治疗缺血性中风疗效显著,可明显促进患者神经功能恢复,安全有效,值得临床推广和应用。

关键词 清热化痰Ⅱ号方;缺血性中风;神经功能缺损;中医证候评分

Therapeutic Effect of No. Ⅱ Qingren Huayu Formula in Treating Ischemic Stroke and Its Effect on Neurological Deficit and TCM Syndrome Scores

Zhou Jing, Deng Zhi, Dai Lei

(Disease Prevention Center of Dazhou Hospital of Integrated Traditional and Western Medicine of Sichuan Province, Dazhou 635000, China)

Abstract Objective: To explore clinical effect of No. Ⅱ Qingren Huayu (clearing heat and resolving stasis) in treatment of ischemic stroke and its effect on neurological deficit scores and TCM syndrome scores. **Methods:** One hundred and twenty patients with ischemic stroke in our hospital from June 2012 to September 2013 were randomly divided into control group and observation group, with 60 cases in each. Patients in the control group were given nimodipine on the basis of the conventional treatment while the observation group was given No. Ⅱ Qingren Huayu formula. The clinical effect, neurological deficits and TCM syndrome scores before and after treatment were compared between the two groups. **Results:** The total effective rate of the observation group was 93.33%, which was significantly higher than that of the control group (76.67%) ($P < 0.05$); after treatment, the neurological deficit and TCM syndrome scores of the observation group were 10.63 ± 1.01 and 14.92 ± 2.06 , which were significantly lower compared with the scores before treatment and those of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The therapeutic effect of No. Ⅱ Qingren Huayu formula in treatment of ischemic stroke is significant, and it can significantly promote the recovery of neurological function. It is safe and effective, which is worth of being promoted and applied in clinical practice.

Key Words No. Ⅱ Qingren Huayu formula; Ischemic stroke; Neurological deficit; TCM syndrome score

中图分类号:R243;R255.2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.02.015

缺血性中风是由于各种原因引起的脑组织局部动脉的血流灌注减少或中断,导致脑组织缺血、缺氧而软化、坏死,临床主要表现为言语不利、口角歪斜或半身不遂等,具有较高的发病率、致残率和死亡率^[1-3]。缺血性中风多起病急、变化快,且无明显的前驱症状,直接导致患者脑部或肢体功能障碍,严重影响其工作能力和正常生活,目前临床治疗的目的是最大程度地挽救神经功能的缺损,以改善患者预后,防止病情复发^[4-6]。我们对我院2012年6月至2013年9月收治的缺血性中风患者采取清热化痰Ⅱ号方治疗,取得了满意疗效,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例均为我院2012年6月至2013年9月收治的缺血性中风患者共120例,其中男性67例,女性53例,年龄均在45~80岁。均符合《各类脑血管疾病诊断要点》及《中药新药临床研究指导原则》中制定的诊断标准^[7],且经脑部CT确诊,排除合并肝、肾功能异常者;严重认知功能障碍或意识模糊者;脑出血或短暂性脑缺血发作者等。患者均知情且签署同意书。将患者随机分为两组,对照组($n=60$)中男性33例,女性27例,平均年龄为 (60.11 ± 3.20) 岁;观察组($n=60$)中男性34例,女性26例,平均年龄为

(59.68 ± 3.52) 岁;两组一般资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均给予降压、脱水、抗凝、溶栓、脑保护剂等综合对症治疗,对照组在此基础上口服尼莫地平片 20 mg/次,3 次/d;观察组采取清热化痰Ⅱ号方治疗,水煎至 300 mL,分两次温水送服,主要组方为:水牛角(先煎)、水蛭、丹参、赤芍、地龙、川芎、牛膝、大黄(酒制)、胆南星等。两组均治疗 14 d,观察其临床疗效及治疗前后神经功能缺损和中医证候评分。

1.3 疗效判定 疗效判定标准为^[8]:基本痊愈:治疗后神经功能缺损评分减少 $\geq 91\%$ 且病残程度为 0 级;显著进步:评分减少 46% ~ 90% 且病残程度为 1 ~ 3 级;有效:评分减少 18% ~ 45%;无效:评分减少 $\leq 17\%$ 。总有效率 = (基本痊愈 + 显著进步 + 有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计学软件处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验,检验值 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组总有效率为 93.33%,显著高于对照组的 76.67%,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$),结果见表 1。

表 1 两组临床疗效比较(例,%)

组别	例数	基本痊愈	显著进步	有效	无效	有效率(%)
对照组	60	11	20	15	14	46(76.67)
观察组	60	16	24	16	4	56(93.33)*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后神经功能缺损及中医证候评分比较 两组治疗后神经功能缺损及中医证候评分均较治疗前明显改善,差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组治疗后神经功能缺损及中医证候评分分别为(10.63 $\pm$ 1.01)分和(14.92 $\pm$ 2.06)分,均低于对照组,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$),结果见表 2。

表 2 两组治疗前后神经功能缺损及中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	神经功能缺损评分	中医证候评分
对照组	治疗前	22.19 $\pm$ 1.20	31.24 $\pm$ 2.67
	治疗后	17.42 $\pm$ 1.13 [△]	25.62 $\pm$ 2.10 [△]
观察组	治疗前	21.83 $\pm$ 1.11	30.75 $\pm$ 2.45
	治疗后	10.63 $\pm$ 1.01* [△]	14.92 $\pm$ 2.06* [△]

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,与治疗前比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

缺血性中风是临床上较为常见和多发的一种脑血管疾病,约占脑血管疾病的 70% 左右,临床以危、急、

重症为突出特点,其发病率较高且呈逐年上升的趋势,因其致残率和复发率高,严重危害患者的身心健康^[9-10]。缺血性中风临床症状多且病因复杂,患者主要表现为半身不遂、舌歪语蹇、气短乏力、偏身麻木、面色淡白、心悸自汗等,临床主要采取溶栓和抗凝等治疗,同时辅以降压、脱水、扩张血管或抗血小板聚集等综合对症治疗,随着近年来医疗技术的不断发展,疾病的治疗方案逐渐增多,但临床疗效有待进一步验证^[11-12]。

中医认为中风为“本虚表实”证,即为内伤积损所致脏腑功能失调,加之饮食不节、情志过极、忧思恼怒、气候变化或劳逸过度等因素诱导而影响气血运行,导致气滞血瘀、痰浊瘀阻、筋脉失养,因此气虚血瘀是缺血性脑卒中的主要病机,临床治疗应以益气通络、活血化瘀为主^[7]。清热化痰Ⅱ号方中主药水牛角清热解毒,丹参、赤芍活血化瘀,川芎行气止痛,水蛭、地龙清热解毒、熄风通络,大黄和胆南星祛痰化热,方药合用共奏清热解毒、益气活血、祛瘀通络之功效,可有效阻断或控制缺血性中风的病理环节,祛瘀血而通脑络、除痰饮而消瘀毒,从而改善患者的脑部血液供应,促进脑络通畅,缩小梗死面积,改善神经功能缺损症状,具有较好的临床应用价值^[8]。

本研究选取我院 2012 年 6 月至 2013 年 9 月住院部收治的缺血性中风患者,采取清热化痰Ⅱ号方进行治疗取得了满意疗效,由临床结果可知,其总有效率达 93.33%,高于对照组($P < 0.05$);且经统计学分析得出,观察组治疗后神经功能缺损及中医证候评分均低于治疗前和对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),结果提示清热化痰Ⅱ号方治疗缺血性中风效果显著,具有较好的临床应用价值。

综上所述,清热化痰Ⅱ号方治疗缺血性中风可明显促进患者神经功能恢复,提高其生活质量,安全有效,值得临床进一步推广和应用。

参考文献

- [1] 杨海发,叶少荣.中药活血化瘀、益气通络法联合西药综合治疗缺血性中风临床疗效与安全性观察[J].实用心脑血管病杂志,2012,20(3):162-163.
- [2] 张慧敏.头针对局灶性脑缺血微血管内皮细胞 ICAM-1 影响的动态观察[J].现代生物医学进展,2007,7(5):682-685.
- [3] 黄清苑,温利辉.补阳还五汤治疗缺血性中风对神经功能的影响[J].河北医学,2011,17(7):973-974.
- [4] 潘峰,黄燕,郭建文,等.中医药治疗急性缺血性中风的意向性和安全性分析[J].广东医学,2011,32(5):653-656.
- [5] 张波,方媛媛,江婷战,等.温阳通脉颗粒治疗脾肾阳虚型缺血性中风疗效观察[J].中国中西医结合急救杂志,2011,18(16):333-336.

(下接第 192 页)

留灌肠组的每日的治疗费用 8.1 元,1 个疗程仅需 114.94 元。表明中药盆炎灌肠方保留灌肠组治疗慢性盆腔炎无明显不良反应,安全可靠,而且费用低廉。

4)慢性盆腔炎属妇科多发病、疑难病,属中医“妇人腹痛、带下病”等病范畴^[7]。从中医的角度出发,慢性盆腔炎症状表现复杂,正气不足以御邪,热毒湿邪结于下焦、困阻气机,影响气血之畅行,滞而成瘀,血瘀又加重了湿热,湿热瘀血互结、缠绵不解,盘踞胞脉,瘀血内阻而致腹痛、痛经等病证^[8];再加上抗生素的广泛应用,产生了不同程度的耐药性,导致了慢性盆腔炎迁延难愈的病理特征^[9]。可见湿热和瘀血系本病关键所在^[10]。因此临床上应抓住“湿、热、瘀”为其治疗要点^[11]。

针对湿热瘀结这一主要病因病机,结合其局部病理改变,我们采用盆腔灌肠方灌肠治疗盆腔炎性疾病患者,观察其临床症状的改善情况。研究结果显示,经过盆腔灌肠方灌肠治疗后盆腔炎性疾病患者的临床综合疗效与 C 组(内服蒲皂愈炎汤加盆炎灌肠方保留灌肠)的疗效相仿,而单项症候和体征疗效明显优于其他 3 组,表明该疗法优于西药内服组和单纯口服中药组,且方法简单,患者在家中也能自己治疗,有明显的优势。

盆腔灌肠方中蒲公英、紫花地丁二者共为君药,具有清热解毒,活血祛瘀止痛,清利湿热,消肿排脓之功。赤芍、延胡索、透骨草、半枝莲、乳香、没药为臣药,具有清热凉血,活血化瘀;渗湿利水,清热排脓;疏肝理气,调经止痛,以上六味共助君药之力,为臣药,气血并治。王不留行、路路通为佐助药,活血通经,利尿通淋助君臣化瘀止痛。全方具有清热利湿、活血化瘀的作用。由于盆腔内诸静脉与痔静脉相相互交通^[12],通过中药保留灌肠,药物可直接通过直肠、结肠的吸收到达盆腔

组织^[13],药物滴入肛内被肠道吸收后,可促使局部气血运行,炎症局限吸收^[14],且温热药液对周围组织起到热敷作用,能促使局部血液循环,修复炎症组织^[15]。

参考文献

- [1]郎景和,向阳.高级医师案头丛书.妇产科学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2000:1591.
- [2]乐杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:246-252.
- [3]韩崇.中医治疗盆腔炎临床探讨[J].内蒙古中医药,2010,29(11):2-3.
- [4]郑筱萸.中药临床新药研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:244-253.
- [5]国家药品监督管理局.中药新药研究的技术要求[S].北京:中国医药科技出版社,2000:29-30.
- [6]王恩真.神经外科麻醉学[M].北京:北京人民卫生出版社,2000:902-903.
- [7]程玲,丁永芬,黄楠,等.多途径给药中医综合治疗慢性盆腔炎临床疗效观察[J].辽宁中医杂志,2010,37(4):667-668.
- [8]曾倩,董婷,徐晓娟,等.“择期疗法”治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎 64 例临床观察[J].辽宁中医杂志,2010,37(10):9541-9543.
- [9]赵灵.黄可佳教授论治湿热瘀阻型慢性盆腔炎经验[J].辽宁中医药大学学报,2012;14(9):167-168.
- [10]洪建云,欧兰芳,李福,等.腹丛刺合骶髂刺治疗慢性盆腔炎临床观察[J].中国针灸,2005,25(7):471-473.
- [11]徐君霞.加味红藤汤口服并保留灌肠治疗盆腔炎 151 例[J].中国中医急症,2009,18(4):629-630.
- [12]陈建华.腹针配合艾灸治疗慢性盆腔炎疗效观察[J].上海针灸杂志,2008,27(4):26.
- [13]陈妙玲,鞠琰莉.慢性盆腔炎针灸治疗进展[J].上海针灸杂志,2011,30(10):714-717.
- [14]陈红霞,金成兰,李素琴.超短波抗炎及对细菌作用的国内研究概况与展望[J].中华理疗杂志,2000,23(6):375-376.
- [15]许燕.综合疗法治疗慢性盆腔炎 80 例[J].新中医,2007,39(12):63.

(2013-04-05 收稿 责任编辑:曹柏)

(上接第 187 页)

- [6]景珩,韩涛,陈素玲,等.43 例缺血性中风患者认知功能评估及影响因素分析[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(8):241-243.
- [7]马松华.阿司匹林联合西洛他唑治疗急性脑梗死的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2011,20(5):557-558.
- [8]周红霞.益气活血补肾法治疗缺血性中风之气虚血瘀证 28 例临床观察[J].中医药导报,2010,16(4):23-25.
- [9]伍龙,刘一尔,李文华.疏血通治疗缺血性脑卒中 40 例的疗效观察[J].广西医学,2009,31(1):100-101.

- [10]闰也,赵用,李亚明,等.眼针治疗缺血性中风 SPECT-rCBF 的临床研究[J].辽宁医学院学报,2009,30(3):212-214.
- [11]韩雪梅,夏宝林,李科全.针刺调节缺血性中风患者血脂和血液流变学的临床分析[J].中国医药导报,2012,9(14):116-117.
- [12]祝美珍,王琳,胡跃强.清热化瘀 II 号方对急性缺血性中风患者神经功能及中医证候评分的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(8):950-952.

(2013-07-17 收稿 责任编辑:曹柏)