

中风病气虚血瘀证研究进展

范丽萌¹ 张凤霞² 孙西庆²

(1 山东中医药大学, 济南, 250014; 2 山东中医药大学附属医院, 济南, 250011)

摘要 气虚血瘀证为中风病常见证型之一, 中医药治疗中风病气虚血瘀证有独特的优势, 医家运用补阳还五汤或补气活血类方或中成药、静脉制剂或联合针灸推拿等中医药治法, 取得显著疗效。今后应加强中医药治疗中风病气虚血瘀证多角度、多层次的研究, 进一步提高本病的防治水平。

关键词 中风病; 气虚血瘀证; 中医药治疗; 综述

Study Progress on Stroke with Syndrome of Qi Deficiency and Blood Stasis

Fan Limeng¹, Zhang Fengxia², Sun Xiqing²

(1 Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Ji'nan 250014, China; 2 The Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250011, China)

Abstract Qi deficiency and blood stasis is one of the common syndromes of stroke, and Chinese medicine has unique advantages in treating it. Doctors have applied Buyanghuanwu decoction, prescriptions that invigorating qi and promoting blood circulation, Chinese patent medicine, intravenous formulation, combined with acupuncture and tuina manipulation to treat the syndrome and gain significant therapeutic effect. In the future, studies shall be conducted from multiple perspectives and levels to enhance the prevention and treatment of stroke with syndrome of qi deficiency and blood stasis.

Key Words Stroke; Deficiency of Qi and blood stasis syndrome; therapy of TCM; Review

中图分类号: R255.2 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.02.036

中风病是中老年人的常见病、多发病之一, 其发病率、致残率及复发率高, 严重影响中老年人身体健康和生活质量, 及时治疗中风病是促进患者康复、提高生活质量的关键环节。气虚血瘀证是中风病常见证型之一, 近年来在证治方面疗效显著, 现就 2009—2013 年核心期刊所载相关文献进行综述。

1 气虚血瘀证的客观化研究

温学红等^[1]通过观察脑梗死患者血液流变学后发现: 气虚血瘀型中风病全血黏度、血浆黏度和红细胞沉降率明显高于其他证型。戚婉等^[2]通过研究表明基底节区、脑叶的缺血性梗塞灶与气虚血瘀型有关。张永全等^[3]通过研究证实急性脑梗死患者气虚血瘀型以放射冠区病变多见, 表现为小片状病灶。张同梅等^[4]通过观察指出血糖与气虚血瘀型中风病密切相关。

2 气虚血瘀证的发生机制

《素问·调经论篇第六十二》曰: “血气不和, 百病乃变化而生。” 气血的变化是疾病发生的基础。《素问·调经论篇》曰: “血于气, 并走于上, 则为大厥”, 气虚清阳不升, 气虚血行不畅, 气血瘀滞, 脑失濡养, 导致神

明失用^[5]。孟雪莲^[6]认为中风病是在气血内虚的基础上, 遇劳倦内伤, 忧思恼怒、嗜食厚味及烟酒等诱因, 进而引起脏腑阴阳失调、气血逆乱所致, 并具有起病急, 变化快如风邪善行数变的特点。《素问·玉机真藏论篇第十九》指出: “气虚身中卒至, 五脏绝闭, 脉道不通。” 《金匱要略·中风历节病脉证并治》指出, 正气亏虚则脉络空虚, 风邪乘虚入中, 致使经脉阻滞而发为中风。王清任根据自己的实践认为“无论外感、内伤……所伤者无非气血”, 元气虚不能达于血管, 血液无气推动, 必停留而瘀, 指出半身不遂主因在于元气虚损, 元气虚损则不能激发气血正常运行, 血液运行无力以致血瘀, 并指出“治病之要诀, 主明白气血”^[7]。中风病多发于中老年人, 年逾四十或形盛气衰之人, 气阴渐衰, 五脏亏虚, 功能低下, 气虚则不能运血, 血液运行不畅, 瘀阻脑络, 脑失所养, 神明失守, 动觉失司, 清窍不通而发中风。气虚是中风之根源, 血瘀是其核心^[8]。《风劳臆膈四大证治》说: “每见中风之人, 必中年以后。” 因为中年以后, 气血由强到弱不断衰退, 从而影响气血运行。《杂病源流犀烛》云: “人至五六十岁, 气血就衰, 乃有中风之病, 少壮无是也”。中老年人脏腑功

能衰退,则“肌肉枯,气道涩”,气为血之帅,血为气之母,中老年人元气亏虚,帅血无权,致气血瘀滞,脉络痹阻,肢体失养而偏废,发为中风^[9-10]。

3 中风病气虚血瘀证的中医药治疗

《医学衷中参西录》指出:“气血虚者,其经络多瘀滞……加以通血之品,以化其瘀滞,则偏枯、痿废者自愈。”“化其脑中瘀血,方能奏效。”可见,由于气虚不能运血,气不能行,血不能荣,气血瘀滞,脉络痹阻,而致肢体废不能用。因此,应用补气活血法治疗是极为重要的^[11]。王清任所创补阳还五汤是治疗中风病气虚血瘀证的常用方剂,延用至今,医家根据此方或自拟益气活血类方或应用中成药、静脉制剂或联合针灸推拿等,取得显著疗效。

3.1 补阳还五汤加减的应用 补阳还五汤出自王清任的《医林改错》,具有“不在逐瘀以活血,重在补气以活血”的配伍特点,开创了以补为通、以通为补、通补兼施的益气活血方法,临床主治气虚血滞、脉络瘀阻所致血脉不利的病证^[12]。方中重用黄芪大补脾胃之气,使气旺血行,祛瘀而不伤正,并助诸药之力为君药;当归长于活血,且有化瘀而不伤血之妙,是为臣药;川芎、赤芍药、桃仁、红花助当归活血祛瘀,地龙通经活络,均为佐药,诸药合用,共奏益气活血通络之功^[13]。谢静红^[14]通过治疗观察 60 例急性缺血性脑卒中气虚血瘀证患者神经功能缺损程度及日常生活能力状况 Barthel 指数变化情况,结论:补阳还五汤能有效阻止急性缺血性脑卒中的进展程度,改善急性脑梗死的预后。徐英敏等^[15]把 80 例气虚血瘀型中风病患者分为 2 组各 40 例,对照组按西药常规治疗,治疗组在对照组基础上加用加味补阳还五汤,结果治疗组总有效率为 92.50%,对照组为 70.00%。蔡新伦^[16]将 93 例气虚血瘀型中风后遗症患者随机分为治疗组 48 例、对照组 45 例,对照组给予对症治疗,治疗组加用补阳还五汤加味治疗,发现补阳还五汤加味联合西药治疗气虚血瘀型中风后遗症效果明显优于单纯用西药治疗者。谭峰^[17]等将 60 例气虚血瘀型脑梗死患者随机分为治疗组(补阳还五汤+基础治疗)32 例、对照组(基础治疗)28 例,发现治疗组 2 周后患者 Fugl-Meyer 评分显著高于同期对照组,神经功能缺损程度评分则显著低于同期对照组,治疗组 2 周后血清基质金属蛋白酶-9 及肿瘤坏死因子- α 含量均明显低于同期对照组。张永全等^[18]将 164 例气虚血瘀型脑梗死患者分为 2 组,均用西医常规治疗,治疗组加用补阳还五汤,结果显示治疗组在总有效率、神经功能评分、血流速度上均优于对照组,说明补阳还五汤对缺血性中风神经功能的缺失具

有明显的改善作用。现代医学研究认为中风病的治疗目的是改善脑部血循环,增加缺血区的半暗带区的血流及氧的供应,控制脑水肿,防治并发症^[19]。现代药理研究表明,黄芪、赤芍药、红花具有扩张血管作用,可改善脑部供氧和降低血压,促进坏死脑细胞恢复并预防再梗或再次出血^[20],当归尾可降低纤维蛋白原浓度、改善血流动力学以防止血栓再次形成,桃仁可降低血管阻力,增加血流速度以祛瘀,并具有一定的抗凝和溶栓作用,地龙可降低试验动物脑卒中后的症状和死亡率,川芎可兴奋呼吸中枢和运动中枢,诸药合用具有改善脑部血氧循环、促进神经细胞恢复再生、加快语言肢体功能恢复等作用^[21]。

3.2 自拟益气活血类方的应用 医家在补气活血大法的指导下,自拟益气活血类方,得到临床验证。赵乃平^[22]将 125 例中风病恢复期气虚血瘀型患者在常规治疗的基础上采用经验方黄七汤煎汁内服,发现神经功能缺损程度改善率为 96.00%。张崇泉等^[23]将 60 例脑梗死恢复期气虚血瘀证患者随机分为治疗组和对照组各 30 例,对照组给予血栓通分散片、拜阿司匹林片治疗,治疗组给予益气活血通络汤治疗,发现 2 组治疗后疾病临床疗效、中医证候评分及血液流变学指标变化上,治疗组疗效优于对照组。王君胜等^[24]选取 80 例急性脑梗死患者,随机分为治疗组与对照组各 40 例,对照组采用常规西医治疗加安慰剂,治疗组采用常规西医治疗加通窍健步汤,发现治疗组治疗后血浆 hs-CRP 下降,血清 MDA 值下降,血清 SOD 值上升,中医症状积分下降。

3.3 中成药的应用 中成药携带、服用方便,广大患者易于接受,现代医家通过临床疗效验证,中成药在治疗气虚血瘀型中风病上疗效确切。李学荣等^[25]将 16 月龄 SD 大鼠随机分为复元胶囊低、中、高剂量组、芪参胶囊组、模型组及空白对照组,建立气虚血瘀证大鼠模型,分别灌胃给药 4 周后测定大鼠血浆纤维蛋白原,血小板 P-选择素及 D-二聚体含量,发现模型组血浆纤维蛋白原,血小板 P-选择素和 D-二聚体的含量较空白对照组为高,与模型组比较,复元胶囊低、中、高三组血浆纤维蛋白原、血小板 P-选择素和 D-二聚体的含量均显著偏低,且偏低程度高于芪参胶囊组,说明气虚血瘀证大鼠存在凝血与纤溶系统异常,复元胶囊有调节气虚血瘀证凝血与纤溶功能紊乱的作用。王立军等^[26]通过使用抗栓胶囊对 120 例缺血性中风患者进行临床观察,发现抗栓胶囊治疗总有效率达到 86.67%,中医辨证气虚血瘀型各症状积分情况明显改善;明显改善缺血性中风的肢体关节功能障碍及肌力

下降情况;明显改善神经系统缺损表现。耿卫华^[27]将 235 例气虚血瘀型中风患者随机分为 2 组,治疗组 165 例选用参茸振痿宁胶囊治疗,对照组 70 例选用维脑路通治疗,发现治疗组有效率 83.7%。

3.4 静脉制剂的应用 静脉注射药物疗效迅速,为临床上必不可少的一种治疗方法,中药有效成分提取物在治疗上具有针对性,值得临床上推广使用。黄龙彪^[28]将 76 例中风病气虚血瘀型患者分为 2 组,对照组 37 例,予常规对症处理,治疗组 39 例,在对照组治疗基础上加用参麦注射液 60 mL,发现治疗组治疗后神经功能缺损评分较治疗前、对照组治疗后均降低。任丁等^[29]将 156 例急性缺血性中风患者随机分 2 组,治疗组 78 例在基础治疗上加用丹参酮 IIA 磺酸钠注射液,对照组 78 例在基础治疗上加用生理盐水,发现 2 组治疗后 SSS 评分、纤维蛋白原、血浆黏度、凝血酶原时间均较对照组治疗后显著改善,但治疗组改善程度优于对照组。侯晞等^[30]观察银杏叶提取物和依达拉奉及银杏叶提取物和依达拉奉组对气虚血瘀型脑缺血再灌注损伤大鼠脑组织一氧化氮及一氧化氮合酶表达的影响,发现银杏叶提取物和依达拉奉均能降低气虚血瘀型脑缺血再灌注损伤大鼠脑组织一氧化氮/诱导型一氧化氮合酶、总一氧化氮合酶含量,减轻神经细胞损伤,尤以两药联用效果更为显著。

3.5 其他中医治法 在治疗疾病上,中药与针灸推拿等关系密切,现代研究表明,针刺对血液循环系统有明显影响,可使脑血流量增加,脑血管阻力降低^[31]。捏脊疗法可能促进脑侧枝循环的建立,促进了病灶周围组织或健侧脑细胞的重组或代偿,极大地发挥了脑的“可塑性”^[32]。顾兆军^[33]将中风病气虚血瘀型患者随机分为 3 组:针药结合组、针刺组、中药组,1 个疗程后针药结合组总有效率与针刺组、中药组比较差异有统计学意义,发现针药结合治疗中风气虚血瘀型临床疗效显著。张振山等^[34]将 108 例气虚血瘀型缺血性卒中患者随机分为 3 组,针刺组 36 例予温通针法,中药组 36 例予补阳还五汤,针药结合组 36 例予温通针法加补阳还五汤,发现针刺组总有效率 61.1%,中药组总有效率 66.7%,针刺结合组总有效率 86.1%,针药结合组总有效率高于中药组、针刺组,3 组治疗后神经功能缺损评分及血液流变学指标均较本组治疗前明显改善,且针药结合组改善优于中药组及针刺组。杨姣玲^[35]将 60 例气虚血瘀证脑梗死患者随机分为对照组和观察组,对照组采用补阳还五汤治疗,观察组在对照组的基础上加用捏脊疗法治疗,发现观察组治疗后神经功能缺损评分显著优于对照组,观察组显效率、总有

效率显著高于对照组。

4 结语

总结近几年来中风病气虚血瘀证的研究现状,可以看到中医药在本病治法方药等方面做了大量的工作,有利于进一步提高本病的防治水平,但还存在着一些问题与不足,如临床研究方法不规范,疗效评价标准不统一,临床基础研究薄弱,因此在今后的工作中应该统一标准,进行大样本证候调查,结合实验研究、先进仪器检查等资料的分析,从多角度、多层次甚至跨学科进行研究,揭示中风病气虚血瘀证的形成机制和中药的作用机制,以便更好地指导临床实践,提高中医治疗中风病气虚血瘀证的疗效。

参考文献

- [1] 温学红,杨林,李青.不同中医证型的脑梗死患者血液流变学及血脂指标的比较[J].河北中医,2009,31(3):332-333.
- [2] 戚婉,吴成翰.磁共振波谱分析在缺血性中风中医证型研究中的应用[J].福建中医药大学学报,2011,21(4):70-71.
- [3] 张永全,邢军,张惠玉,等.急性脑梗塞的中医辨证分型与头颅 CT、MRI 的研究[J].贵阳中医学院学报,2011,33(5):45-48.
- [4] 张同梅,张小兰.急性脑梗死患者血脂、血糖与中医辨证分型关系[J].长春中医药大学学报,2009,25(1):35-36.
- [5] 李君玲,张秋梅,张江华.丹参粉针加补阳还五汤治疗气虚血瘀型缺血性脑中风疗效观察[J].河北中医药学报,2011,26(3):29-30.
- [6] 孟雪莲,吴建波,王继华,等.芪冬癩复胶囊治疗气虚血瘀型脑梗死恢复期 60 例[J].中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(11):133.
- [7] 陈雪林,王根民.王清任《医林改错》气虚血瘀理论刍议[J].中国中医急症,2010,19(4):646-647.
- [8] 张振山,戴恩海,李英华,等.温通针法联合补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗死的临床观察及对血流速度的影响[J].中国临床医生,2013,41(3):62.
- [9] 吴萍,肖定洪.补阳还五汤加味治疗气虚血瘀型中风后遗症疗效观察[J].上海中医药杂志,2011,45(1):44-45.
- [10] 刘新举,欧阳昊,刘勇,等.气虚血瘀型缺血性中风的治法[J].江西医药,2010,45(4):367.
- [11] 舒宇,曾良,齐迅捷,等.益气活血化瘀方治疗气虚血瘀型中风的血液流变学观察[J].微循环学杂志,2012,22(2):51-52.
- [12] 姜雪华.自拟益气活血颗粒治疗中风后后遗症气虚血瘀型疗效观察[J].中国误诊学杂志,2012,12(7):1541-1542.
- [13] 周冬青.补阳还五汤加减治疗脑梗死气虚血瘀证 30 例临床观察[J].河北中医,2009,31(12):1825.
- [14] 谢静红.补阳还五汤治疗急性缺血性脑卒中气虚血瘀证 30 例[J].河南中医,2011,31(2):188-189.
- [15] 徐英敏,张大伟,蒋士卿,等.加味补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗塞 40 例[J].中国中医基础医学杂志,2011,17(9):1036-1037.
- [16] 蔡新伦.补阳还五汤加减治疗气虚血瘀型中风后遗症 48 例临床观察[J].实用中西医结合临床,2011,11(5):16.
- [17] 谭峰,黄任锋,方美凤,等.补阳还五汤对气虚血瘀型脑梗死患者运动功能与基质金属蛋白酶-9 表达的影响[J].中国中医基础医学

- 杂志,2009,15(12):924-926.
- [18]张永全.补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗死的临床疗效及对血流速度的影响[J].中国中医急症,2010,19(8):1288-1289.
- [19]刘靖轩.补阳还五汤治疗气虚血瘀型缺血性脑中风疗效观察[J].内蒙古中医药,2010,29(12):11.
- [20]蔡粉桃.补阳还五汤治疗气虚血瘀型中风后遗症34例[J].甘肃中医,2009,26(1):19-20.
- [21]郭健.益气逐瘀方治疗气虚血瘀型中风后遗症86例疗效观察[J].新中医,2012,44(9):9-10.
- [22]赵乃平,符金荣.黄七汤治疗中风恢复期的临床研究[J].现代中医药,2010,30(6):14.
- [23]张泉崇.益气通络法治疗中风恢复期经验[J].湖南中医杂志,2013,29(3):21-22.
- [24]王君胜,汤学宇,周国和.通窍健步汤对急性脑梗塞气虚血瘀证患者临床疗效观察及对超敏C反应蛋白、过氧化物歧化酶、丙二醛的影响[J].中医临床研究,2012,4(3):13-14.
- [25]李学荣,李荣亨,徐丹.复元胶囊对气虚血瘀证模型大鼠血液高凝状态的影响[J].中国老年学杂志,2013,33(1):140-141.
- [26]王立军,李倜,刘金五,等.抗栓胶囊治疗气虚血瘀型缺血性中风的临床研究[J].中医药信息,2010,27(3):54-55.
- [27]耿卫华.参茸振雍宁胶囊治疗气虚血瘀型中风临床研究[J].中医学报,2011,157(26):738-739.
- [28]黄龙彪.参麦注射液治疗老年缺血性中风气虚血瘀证39例临床观察[J].河北中医,2011,33(2):258-259.
- [29]任丁,黄龙坚,王凯华.加用丹参酮IIA磺酸钠注射液治疗气虚血瘀型缺血性中风78例[J].广西中医药,2010,33(4):11-12.
- [30]侯稀,梁枫,李爱剑,等.银杏叶提取物联合依达拉奉对气虚血瘀型脑缺血再灌注损伤大鼠脑组织NO及NOS表达的影响[J].蚌埠医学院学报,2011,36(7):673-674.
- [31]任亚峰,刘黎明.针刺配合补阳还五汤治疗中风后遗症疗效观察[J].新中医,2012,44(1):21-22.
- [32]皮兴文,刘春梅,操良松,等.补阳还五汤配合捏脊疗法治疗气虚血瘀证脑梗死68例[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(15):28-29.
- [33]顾兆军,魏春玲.针刺结合补阳还五汤治疗缺血性中风气虚血瘀型疗效观察[J].山东中医杂志,2010,29(1):31-32.
- [34]张振山,秦艳梅,李英华.温通针法联合补阳还五汤治疗气虚血瘀型缺血性卒中临床观察[J].河北中医,2012,34(11):1609-1610.
- [35]杨姣玲.捏脊疗法联合补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗死30例临床分析[J].内蒙古中医药,2013,3(8):11-12.

(2013-06-16 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第256页)

- [6]陶沙,李蓓蕾.内隐认知:认识人类认知与学习的新窗口[J].北京师范大学学报:人文社会科学版,2002,172(4):12-19.
- [7]李桂侠,洪兰,汪卫东.TIP技术中导入睡眠认知的信息模块设计思路补遗[J].国际中医中药杂志,2013,35(2):143-144.
- [8]汪卫东.低阻抗意念导入疗法——“TIP技术”的理论与实践[M].北京:人民卫生出版社,2011:142-144.
- [9]闵妍,张鑫,汪卫东,等.低阻抗状态下的意念导入性分析领悟技术[J].国际中医中药杂志,2011,33(3):217-219.
- [10]汪卫东,张静霞,马彦,等.催眠状态下的意念导入性认知治疗[J].中国临床心理学杂志,2010,18(6):817-819.
- [11]罗家平,钟毅平.想象膨胀的发生与抑制[J].心理研究,2009,2(1):13-17.
- [12]Stefanie J. Sharman, Amanda J. Barnier. Imagining nice and nasty events in childhood or adulthood: Recent positive events show the most imagination inflation[J]. Acta Psychologica, 2008, 129(129):228-233.
- [13]李桂侠,洪兰,汪卫东,等.TIP睡眠调控技术联合西药治疗原发性失眠症的临床研究[J].世界中医药,2013,8(4):378-381.
- [14]Gui-xia Li, Yan-jiao Liu, Lan Hong. Clinical Study on Sleep-regulating Technique (TIP3-2) Combined with medication of Treating Primary Insomnia[J]. Sleep Medicine, 2013:355.

(2013-06-18 收稿 责任编辑:王明)

投稿须知:关于表格

凡能用文字说明者,尽量不用表格。一篇文章中,表格应控制在3~5个之内。表格均应有简要的表题。表序号一律用阿拉伯数字,分别按其在正文中出现的先后次序连续编码,并在正文中标示。即使只有1张表,也须标示“表1”。

表:表附在正文内,一律采用“三线表”,其内容不可与文字有差异。表内不设备注栏,如有需说明的事项(如P值等),以简练文字写在表的下方,表内依次用*、△、▲、□、■号标注在相应内容的右上角。表内参数的单位应尽量相同,放在表的右上方;如各栏参数的单位不同,则放在各栏的表头内。均值±标准差,用($\bar{x} \pm s$)表示,置于表题后的括号内。表内数据要求同一指标保留的小数位数相同,一般比可准确测量的精度多1位。统计学处理结果统一用*、△、▲、□、■表示 $P < 0.05$; **、△△、▲▲、□□、■■表示 $P < 0.01$, P为大写,斜体。