

缺血性中风从“痰瘀”论治的临床研究

杨友高 苗圃 秦维山 马芙蓉

(重庆市黔江民族医院神经内科,重庆,409000)

摘要 目的:观察缺血性中风从“痰瘀”论治对神经功能缺损程度、血液流变学、血脂的影响及其临床疗效。方法:120例缺血性中风随机分为对照组和观察组各60例,对照组予常规西药治疗,观察组加用加味化痰活血汤,2周为1个疗程。比较2组神经功能缺损评分、血液流变学、血脂及临床疗效。结果:治疗后,观察组神经功能缺损评分差值为 (3.50 ± 1.06) ,高于对照组的 (2.37 ± 0.49) ($P < 0.05$);全血黏度、血浆黏度、胆固醇、三酰甘油水平的改善程度优于对照组 ($P < 0.05$);临床总有效率为91.67%,高于对照组的76.67% ($P < 0.05$)。结论:以“痰瘀”为主论治缺血性中风思路正确,方选加味化痰活血汤加减治疗缺血性中风疗效肯定,值得临床推广运用。

关键词 缺血性中风;痰瘀;加味化痰活血汤;疗效

Clinical Observation on the Effect of Dissolving Phlegm-stasis in Patients with Ischemic Stroke

Yang Yougao, Miao Pu, Qin Weishan, Ma Furong

(Department of neurology, Chongqing Qianjiang National Hospital, Chongqing 409000, China)

Abstract Objective: To observe the effect of dissolving phlegm-stasis on neurological function deficits, blood rheology, blood lipid and clinical efficacy in patients with ischemic stroke. **Methods:** Totally 120 patients with ischemic stroke were randomly divided into a control group (60 cases) and a study group (60 cases). The control group received conventional western medicine treatment, the study group Jiawei Huatan Huoxue decoction, additionally. All treated for 2 weeks. Neurological function deficits scores, blood rheology, blood lipids and clinical effects were compared. **Results:** After treatment, for the study group, the difference of neurological function deficits score was (9.05 ± 1.16) , which was higher than that of control group of (5.25 ± 0.79) ($P < 0.05$); the level of whole blood viscosity, plasma viscosity, cholesterol and triglycerides were all lower than those of control group ($P < 0.05$); the total effective rate was 91.67%, which was significantly higher than that of control group of 76.67% ($P < 0.05$). **Conclusion:** Dissolving phlegm-stasis with Chinese medicine Jiawei Huatan Huoxue decoction is effective in the treatment of ischemic stroke, and is worthy of clinical use and promotion.

Key Words Brain ischemia stroke; Phlegm-stasis; Jiawei Huatan Huoxue decoction; Efficacy

中图分类号:R243;R255.2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.04.011

脑卒中分为缺血性和出血性2种,其中缺血性脑卒中占了多数(60%~70%),缺血性中风属现代医学的缺血性脑血管病范畴,包括后循环缺血、短暂性脑缺血发作和脑梗死等,是中老年人一种常见病,具有发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高的特点,及时采取有效治疗措施可改善患者预后,目前药物治疗仍是缺血性中风主要的治疗方法^[1-2]。中医学早在《黄帝内经》中就记载了对中风的认识,后世医家在此基础上不断完善发展,积累了大量丰富的治疗经验^[3-4]。中医学认为,风、火、痰、虚、瘀为中风的主要病机,其中,痰(痰凝)、瘀(血瘀)又是缺血性中风的主要病机,痰瘀互阻地存在于缺血性中风的整个过程,因此临床上痰瘀同治尤为关键^[5-6]。本文禀承痰瘀同治之法,采用化痰活血汤加减治疗60例缺血性中风患者,疗效较好,现整理如下,供业内同仁参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究病例为我科2011年1月至2015年1月的住院患者。按随机数字表法将患者随机分为对照组和观察组各60例。对照组患者中,男32例,女28例,年龄42~74岁,平均年龄 (60.2 ± 6.8) 岁;病程6h至15d,平均病程 (5.2 ± 3.8) d。观察组患者中男34例,女26例,年龄40~75岁,平均年龄 (61.2 ± 6.1) 岁;病程5h~15d,平均病程 (5.3 ± 3.4) d。经统计学处理,2组性别、年龄、病程等基本资料无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 中医诊断:按照1993年中华全国中医内科学会制定的标准^[7],属于中风病中经络或中脏腑轻症,主症为半身不遂,或伴言语蹇涩,口舌歪斜,偏身麻木,神志清楚或昏蒙。西医诊断:按照1995年全国第四届脑血管病会议制定的标准《各类

脑血管疾病诊断要点》^[8]中动脉粥样硬化性血栓性脑梗死诊断标准。

1.3 纳入标准 性别不限;符合中西医诊断标准;发病 12 ~ 72 h;患者或家属签署知情同意书。

1.4 排除标准 由脑肿瘤、脑外伤、血液病等引起的中风病;合并有肝、肾、造血系统、重症糖尿病及骨关节病、精神病、癫痫、严重心力衰竭等患者。

1.5 脱落(剔除)标准 患者自行退出;因严重不良反应等未完成治疗等。

1.6 治疗方法 2 组患者均常规应用甘露醇、速尿等脱水剂降低颅内压、阿司匹林抗血小板聚集,血栓通改善脑循环、奥拉西坦改善脑代谢,对合并有高血压病、糖尿病、高脂血症、感染等疾病给予相应的治疗和处理。在此基础上,观察组加用中药加味化痰活血汤^[9],组成:法半夏、陈皮、竹茹、枳实、桃仁、赤芍、川芎各 10 g、天麻 12 g、茯苓 20 g、葛根 30 g、红花、水蛭各 6 g、制南星 9 g、生甘草 2 g。依据辨证标准,肝风上扰,加钩藤、牛膝、菊花各 15 g,生石决明 30 g(先煎 30 min);痰热腑实,加生大黄 10 g(后下)、全瓜蒌 10 g;气虚,加黄芪 30 g、党参 15 g、鸡血藤 15 g,阴虚,加鳖甲 20 g(先煎)、生地黄、麦冬各 15 g。上述中药加水 400 mL,先浸泡 15 min 后,煎至 180 mL,分早、中、晚 3 次温服,1 剂/d,2 周为 1 个疗程。

1.7 观察指标 2 组治疗前后进行美国国立卫生院神经功能缺损量表(NIHSS)评分,测定血液流变学、血脂指标;治疗前后检测血压、心率、肝肾功能、血、尿、粪常规,记录临床不适。

1.8 疗效判定标准^[10] 基本痊愈:治疗后神经功能缺损评分减少 91% ~ 100%,病残程度 0 级,工作学习如常、可操持家务,生活自理;显著进步:神经功

能缺损评分减少 46% ~ 90%,病残程度 1 ~ 3 级,部分生活自理;进步:神经功能缺损评分减少 18% ~ 45%,少数生活自理;无变化:神经功能缺损评分减少或增加 ≤ 18%,生活无法自理;恶化:未达上述标准或出现死亡。前 3 种情况记为临床有效。

1.9 统计学方法 应用 SPSS 17.0 软件统计数据,定性资料用 χ^2 检验,定量资料组间比较采用独立样本 t 检验,组内治疗前后自身比较采用配对 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者 NIHSS 评分比较 2 组治疗后 NIHSS 评分均显著降低($P < 0.05$),组间相比,治疗前后评分差值有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 血液流变学及血脂指标比较 治疗前,2 组患者血液流变学及血脂指标相近($P > 0.05$)。治疗后,对照组全血黏度、血浆黏度及胆固醇显著降低;观察组全血黏度、血浆黏度、胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白均显著降低($P < 0.05$);组间比较,观察组全血黏度、血浆黏度、胆固醇、三酰甘油水平更低($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s, n = 60$)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
对照组	60	7.12 ± 1.11	4.75 ± 0.88	2.37 ± 0.49
观察组	60	7.15 ± 1.15*	3.65 ± 1.08*	3.50 ± 1.06 [△]
t		0.513	1.623	2.105
P		>0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;组间治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.3 2 组患者临床疗效比较 治疗过程中,2 组均无明显不良反应出现。治疗 2 周后,对照组总有效率为 76.67%,观察组为 91.67%,组间差异有统计学意义($\chi^2 = 5.065, P = 0.024 < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者血液流变学及血脂指标比较($\bar{x} \pm s, n = 60$)

指标	对照组		观察组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
全血黏度(mpa · s)	4.84 ± 0.20	4.50 ± 0.34*	4.85 ± 0.42	4.22 ± 0.36* [△]
血浆黏度(mpa · s)	1.92 ± 0.38	1.76 ± 0.28*	1.95 ± 0.44	1.54 ± 0.21* [△]
血浆纤维蛋白原(g/L)	3.08 ± 0.76	2.92 ± 0.40	3.13 ± 1.14	2.66 ± 1.21
胆固醇(mmol/L)	6.72 ± 0.62	5.82 ± 1.32*	5.91 ± 1.31	4.23 ± 1.32* [△]
三酰甘油(mmol/L)	3.44 ± 1.21	2.82 ± 1.27	3.41 ± 1.12	2.14 ± 0.62* [△]
高密度脂蛋白(mmol/L)	1.36 ± 0.37	1.42 ± 0.52	1.36 ± 0.42	1.46 ± 0.31
低密度脂蛋白(mmol/L)	5.23 ± 1.15	4.72 ± 1.25	5.22 ± 1.05	4.37 ± 1.15*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;组间治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

表 3 2 组患者临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效率(%)
对照组	60	14(23.33)	11(18.33)	21(35.00)	10(23.33)	4(6.67)	76.67
观察组	60	18(30.00)	17(28.33)	20(33.34)	3(5.00)	2(3.33)	91.67*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

中风病机《金匱要略》以外风立论,唐宋以后以内风立论。近代医家多继承唐宋以后的内因中风学说,主张从痰瘀论治。痰是津液代谢失常所形成的病理产物,瘀是血液运行不循常道,溢出脉外形成的病理产物。津血同源,均来源于水谷精微。津血是形成痰瘀,导致中风发生的物质基础。人到老年,五脏渐衰,致气血津液的化生和血行的调节,水液的输布功能减退,气血运行失畅常致血瘀,水液输布失调易形成痰湿,痰瘀互为因果。痰、瘀形成于发病之前,加重于中风之后,难以驱除,深入经髓络窍,以致胶结不化,阻碍气行血流,经脉通行不畅,迁延难愈。

现代社会物质生活水平提高,饮食中油肉蛋鱼等明显增加,而老年人脾胃虚弱,运化不及,肥甘厚味不得运化,黔江地区居民喜食辛辣炙味,生湿助痰,加之老年患者多离休在家,活动减少,脾胃运化功能减弱,而久坐久卧则血脉运行缓慢,易致血瘀痰阻。

对于痰瘀是如何引起中风,各种经方和各位医家均有自己的观点。《素问·生所通天论》言“阳气者,大怒则形气绝,则血菀于上,使人薄厥”。明代医家朱丹溪《丹溪心法·论中风》言“中风内者……风火直下直上,将胃中津液顷刻化为痰浊,雍塞上焦……麻痹不流也……湿土生痰,痰生热,热生风也”。名医沈宝蒲曰“百病兼痰瘀,痰瘀同源”。名老中医关幼波曰“痰与血同属阴,易于交结凝固,气血流畅则津液并行,无痰以生,气滞则血瘀痰结”,又言“治痰要治血,血活则痰化”。陕西西府名医张建夫医师也坚持痰瘀互结是缺血性中风病机的关键,痰、瘀同源而异物,二者存在互为因果的关系^[11]。因此治疗时或以祛瘀通络为主,辅以化痰;或以化痰为主,佐以活血通络。上述可归结为痰瘀同源、痰瘀同病、痰瘀同治。

西医认为血液成分、血流状态、血管壁改变是血栓形成的3个因素。血液流变性和血细胞动态变化,在缺血性脑血管病发病中起重要作用。脂质代谢异常是导致冠状动脉硬化的重要环节和血栓形成的重要原因。因此,改善血液流变学、调控血脂紊乱,对治疗缺血性中风意义重大。

《灵枢·血络论》言“血气俱盛而阴气多者,其血滑,刺之则射,阳气蓄积,久留而不泻者,其血黑以浊,故不能射”。其中“其血黑以浊”与西医学高脂血症、高黏血症等相似^[6]。周瑕青等^[12]利用动物模型比较研究了活血化瘀法(水蛭、川芎),健脾化痰

法(半夏、陈皮、茯苓、竹沥、甘草)和痰瘀同治法(上述2种方法合并)。3种中医治法对实验性高脂血症家兔动脉内膜脂斑形成及脂质水平的影响,结果表明,在降低血脂、拮抗脂质过氧化、抑制动脉血管脂质斑块形成,改善细胞膜结构、流动性等方面,后2种方法均较活血化瘀法有较明显的优势,而综合结果显示,以痰瘀同治法为最佳。梁伟雄教授等的统计数据也显示:中风证候中血瘀证和痰证的发生率最高,分别达67.5%和52.0%;此外,血瘀证、痰证合并发生的频率高达43.1%^[6],也突出痰瘀同治的重要性。

本研究以“痰瘀”论治缺血性中风,在常规西药治疗基础上加化痰活血汤加味治疗。化痰活血汤由法半夏、陈皮、竹茹、枳实、赤芍、桃仁、川芎、红花、天麻、茯苓、葛根、水蛭、制南星和生甘草组成,方中法半夏、陈皮、竹茹、制南星、茯苓燥湿化痰、和中消痞;天麻平肝熄风;桃仁、川芎、赤芍、红花活血化瘀通络;葛根引药上行;甘草调和诸药。全方具有化痰消痞、活血通络等功效。随证加减,每收验效。本文研究结果证实,中西医结合治疗的观察组在神经功能缺损恢复、血液流变学(全血黏度、血浆黏度)及血脂(胆固醇、三酰甘油)改善程度及临床疗效(91.67% vs 76.67%)均优于纯西药治疗的对照组。推测痰瘀同治法通过作用于血管及血液流变学、脂质代谢等方面,发挥了对缺血性中风治疗的良好治疗作用。此外,有报道认为痰瘀同治在炎症反应递质、免疫反应等方面也有较好疗效^[13],化痰活血汤加味是否也有类似作用,有待在后续研究中加以探讨。

刘新胜等^[14]认为缺血性中风急性期痰浊、瘀血症状较为突出,可以选定痰瘀同治的化痰活血汤为基础方进行临床辨证加减治疗,根据证情的差异进行配药,辨清痰瘀孰轻孰重对化痰药或祛瘀药之比重加以调整,同理按寒热虚实不同配以相应中药进行治疗。

缺血性中风为临床难治性疾病,本研究发现加用中药汤剂,除部分患者反映口服中药汤剂味道较苦外,血尿常规及肝肾功能等均无明显改变,无不良反应出现,临床疗效肯定,可与西药起到协同作用,达到标本同治、增强疗效的目的。

综上所述,以“痰瘀”为主论治缺血性中风思路正确,化痰活血汤加味治疗缺血性中风疗效显著,且可明显改善血液流变学及血脂水平,值得临床推广运用。

参考文献

[1] Dries DJ, Hussein HM. Stroke; Part 1 [J]. Air Med J, 2015, 34 (5) : 236-239.

[2] 马聪吉, 杜晓华, 杨为民. 缺血性脑卒中的病理机制及药物研究进展[J]. 医学信息, 2014, 27(11) : 538-539.

[3] 蒋春丽, 唐农, 蓝金, 等. 缺血性中风的中医药治疗概况[J]. 光明中医, 2015, 30(11) : 2493-2494.

[4] 李新龙, 刘文娜, 贺立娟, 等. 中医药对缺血性中风远期活动能力影响的系统综述[J]. 环球中医药, 2015, 10(5) : 629-636.

[5] 张佛明. 痰瘀同治法治疗缺血性中风 Meta 分析[J]. 南京中医药大学学报, 2007, 23(6) : 358-361.

[6] 吴兴裕, 何志明. 缺血性中风从痰瘀诊治[J]. 中医临床研究, 2014, 6(19) : 53.

[7] 王松龄, 王爱凤, 张社峰. 中西医结合防治急性脑血管病[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2012, 437-438.

[8] 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.

[9] 雷国文. 化痰活血汤治疗眩晕 35 例小结[J]. 中医药导报, 2008, 14(2) : 17-18.

[10] 王明盛, 林建英. 舒血宁对老年缺血性脑卒中疗效及生活质量的影响[J]. 中国动脉硬化杂志, 2012, 20(10) : 923-926.

[11] 张梅奎, 张效科, 谢福恒. 张建夫教授化痰祛瘀法辨治缺血性中风痰瘀互结证经验探析[J]. 现代中医药, 2014, 34(4) : 21-22.

[12] 王莉, 夏韵. 探讨痰瘀互结、痰瘀同治与缺血性中风治疗机制的相关性[J]. 中医药信息, 2010, 27(3) : 4-7.

[13] 周瑕青, 宋建南, 吕爱平, 等. 中医不同治法对实验性高脂血症兔主动脉内膜脂斑形成的影响[J]. 中医杂志, 1996, 37(3) : 174.

[14] 刘新胜, 崔书克. 缺血性中风的中医药研究进展[J]. 河南中医, 2012, 32(1) : 129-131.

(2016-05-19 收稿 责任编辑: 白桦)

(上接第 756 页)

[5] 相里伟, 刘强, 南璇. 下肢多阶段动脉硬化闭塞症杂交手术的近期临床疗效和围手术期并发症[J]. 当代医学, 2011, 17(2) : 43-44.

[6] 韩运峰, 陈韵岱. 冠状动脉粥样硬化病变演变的研究进展[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2013, 5(6) : 661-663.

[7] Aboyans V, Criqui MH, Abraham P, et al. Measurement and interpretation of the ankle-brachial index: a scientific statement from the American Heart Association [J]. Circulation, 2012, 126 (24) : 2890-2909.

[8] 李建华, 赵军, 任岩东, 等. 冠状动脉粥样硬化斑块消退的研究进展[J]. 中国心血管杂志, 2014, 19(1) : 56-58.

[9] Yamaoka-Tojo M, Tojo T, Wakaume K, et al. Circulating interleukin-18: A specific biomarker for atherosclerosis-prone patients with metabolic syndrome[J]. Nutr Metab (Lond), 2011, 8 : 3.

[10] Porazko T, Kúzníar J, Kusztal M, et al. IL-18 is involved in vascular injury in end-stage renal disease patients [J]. Nephrol Dial Transplant, 2009, 24(2) : 589-596.

[11] 唐嘉宇, 邓平. IL-18 与心血管疾病的相关性进行研究的成果[J]. 当代医药论丛, 2015, 13(6) : 192-193.

[12] 罗丽, 胡家才, 杨智杰. 加味四妙勇安汤治疗肢体动脉硬化闭塞症急性期疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(7) : 697-699.

[13] 朱宏斌, 郝建军, 朱旭. 四妙勇安汤对动脉粥样硬化大鼠 SOCS1 和 SOCS3 的影响[J]. 中国医院药学杂志, 2013, 33(14) : 1122-1125.

[14] 田庆来, 官月平, 张波, 等. 甘草有效成分的药理作用研究进展[J]. 天然产物研究与开发, 2006, 18(2) : 343-347.

[15] 谢小艳, 夏春森. 中药玄参的化学成分及药理研究进展[J]. 亚太传统医药, 2010, 6(5) : 121-125.

[16] 王勤. 中药金银花药用成分及药理作用分析[J]. 亚太传统医

药, 2015, 11(18) : 30-31.

[17] 巩瑞. 当归的药理作用研究进展[J]. 黑龙江科技信息, 2015 (17) : 111.

[18] 王茜. 茵陈的药理作用及其主要化学成分药物代谢动力学研究进展[J]. 安徽中医学院学报, 2012, 31(4) : 87-90.

[19] 张雪静, 黄秀兰, 王伟. 土茯苓抑制白介素-1 诱导的血管内皮细胞细胞间黏附分子-1 的表达[J]. 中国医药学报, 2004, 19(6) : 344-346.

[20] 韩旭, 高洁, 韩冰冰(审校), 等. 中药薏苡仁现代临床研究进展[J]. 陕西中医, 2014, 35(9) : 1270-1271.

[21] 董亚男, 陈逸云, 张富永, 等. 垂盆草的现代实验和临床研究综述[J]. 云南中医学院学报, 2014, 37(1) : 93-96.

[22] 王舒. 中药黄连研究进展[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(9) : 44-46.

[23] 阮金兰, 赵钟祥, 曾庆忠, 等. 赤芍化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中国药理学通报, 2003, 19(9) : 965-970.

[24] 孙军红. 丹参药理活性成分的整合效应[J]. 中国医药指南, 2014, 12(9) : 188-188.

[25] 冯丽, 赵文静, 常惟智. 牡蛎的药理作用及临床应用研究进展[J]. 中医药信息, 2011, 28(1) : 114-116.

[26] 张哲锋, 杨连荣, 李彦冰, 等. 豨莶草化学成分与药理活性的研究进展[J]. 中医药信息, 2006, 23(3) : 15-17.

[27] 刘成彬, 张少聪. 中药蒲黄的药理与临床研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(2) : 149-152.

[28] 方琴. 肉桂的研究进展[J]. 中药新药与临床药理, 2007, 18(3) : 249-252.

[29] 叶品良, 彭娟, 刘娟. 川牛膝研究概况[J]. 中医学报, 2007, 35 (2) : 51-53.

(2016-08-26 收稿 责任编辑: 王明)