

中西医结合治疗缺血性进展性卒中临床研究

吴玉芙 刘晓红 郭伟成 赵 杰 王浩然

(北京老年医院卒中病房,北京,100095)

摘要 目的:观察中西医结合治疗缺血性进展性卒中的临床疗效。方法:将 220 例进展性卒中患者分为中西医结合治疗组(观察组)与西医治疗组(对照组),每组 110 例。观察组在西医治疗的基础上根据中医辨证给予中药治疗,对照组给予西医治疗。结果:观察组愈显率 92.7%,对照组愈显率 81.8%。观察组疗效优于对照组($P < 0.05$)。观察组治疗后第 7 天、第 14 天、第 21 天 NIHSS 评分较治疗前均降低,观察组降低程度优于对照组($P < 0.05$)。结论:缺血性进展性卒中在西医规范化治疗的基础上进行中医辨证治疗可明显提高临床疗效。

关键词 中西医结合;脑梗死;进展性卒中;临床疗效

Integration of traditional Chinese and Western Medicine in Ischemic Progressive Stroke: A Clinical Research

Wu Yufu, Liu Xiaohong, Guo Weicheng, Zhao Jie, Wang Haoran

(Beijing Geriatric Hospital, Beijing 100095, China)

Abstract Objective: To observe the clinical effect of integrated traditional Chinese and western medicine in ischemic progressive stroke. **Methods:** All 220 patients with progressive stroke were divided into an integrated traditional Chinese and Western medicine treatment group and a western medicine group, 110 patients in each. The treatment group was given Chinese medicine based on western medicine treatment according to syndrome differentiation of traditional Chinese medicine. The control group was given western medicine treatment. **Results:** The effective rate was 92.7% in the treatment group, 81.8% in the control group. The treatment group was better than the control group ($P < 0.05$). The 7th, 14th and 21st days' NIHSS score after treatment all reduced in the treatment group, which decreased more than those of the control group. **Conclusion:** Differentiated TCM treatment based on standardized can significantly improve the clinical efficacy of Ischemic progressive stroke.

Key Words Combined traditional Chinese and western medicine; Cerebral infarction; Progressive stroke; Clinical effect

中图分类号:R255.2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.07.031

进展性卒中是急性脑卒中中比较棘手的特殊类型,可分为缺血性进展性卒中和出血性进展性卒中^[1]。其中缺血性进展性卒中在临床更常见,占脑梗死的 12%~42%^[2]。临床上因在起病 6 h 以后病情仍逐渐加重,使病死率、致残率增加,医务人员应对本病提高警惕,加强认识。我们近 3 年应用中西医结合的方法治疗进展性卒中取得了较好的疗效。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 6 月至 2016 年 4 月北京老年医院神经内科收治的发病 3~48 h 入院的缺血性进展性卒中患者 220 例,采用随机数字表法随机分为中西医结合治疗组(观察组)和西医治疗组(对照组),每组 110 例,观察组患者中,男 61 例,女 49 例,平均年龄(64.6 ± 8.2)岁,入院时 NIHSS 评分平均值为(15.9 ± 10.1);对照组患者中,男 67 例,女 43 例,平均年龄(65.2 ± 7.8)岁,入院时

NIHSS 评分平均值为(16.2 ± 9.6)。2 组患者年龄、性别和入院时神经功能缺损程度比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 首先符合 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的诊断标准^[3];中医诊断、辨证按照 1996 年国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[5]。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准的同时,经头部 CT 或头部 MRI 检查证实并排除出血的急性缺血性脑血管病患者;入院时出现局灶性神经系统症状和体征;发病后 48 h 内或更长时间病情进行性加重;美国国立卫生研究院卒中量表(The National Institutes of Health Stroke Scale,NIHSS)^[4]评分增加 2 分或以上。

1.4 排除标准 神经影像学复查排除脑出血及其他血管发生新的梗死或心功能不全所致的病情进展;排除短暂性脑缺血发作、脑梗死、完全性卒中及

基金项目:首都卫生发展科研专项批准项目(首发 2016-1-2194)

作者简介:吴玉芙(1976.03—),女,硕士研究生,副主任医师,研究方向:中医药防治心脑血管疾病的研究与临床工作,E-mail:13520190006@163.com

可逆性神经功能缺失;排除合并严重心肺肝肾功能不全、恶性肿瘤者。

1.5 脱落与剔除标准 研究对象出现了严重的不良反应、并发症或特殊的生理变化,不宜继续进行研究;研究对象不能耐受治疗过程,自行退出者;资料不全无法判定疗效者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 予西医常规治疗:阿司匹林肠溶片 100 mg,1 次/d,口服;丁苯酞软胶囊 0.2 g,3 次/d,口服;生理盐水 100 mL + 依达拉奉 30 mg,2 次/d,静脉滴注;生理盐水 250 mL + 奥扎格雷 80 mg,2 次/d,静脉滴注。调控血压,控制血糖,积极降温。根据神经功能缺损情况给予康复治疗。

1.6.2 观察组 对入组患者进行中医辨证,归纳为以下常见证型,即:风痰阻络型、气虚血瘀型、痰热腑实型、阴虚风动型。风痰阻络型证见半身不遂,口舌歪斜,言语謇涩或不语,感觉减退或消失,头晕目眩。舌质暗淡,舌苔薄白或白腻。脉弦滑。治以平肝熄风、化痰通络。方以天麻钩藤饮加减。主药:天麻、钩藤、苍术、半夏、胆南星、川牛膝、桃仁、大黄、白僵蚕、代赭石。气虚血瘀型证见半身不遂,口舌歪斜。言语謇涩或不语,感觉减退或消失,口角流涎,面色㿔白,气短乏力,自汗出,手足肿胀。舌质淡紫,苔薄白或有齿痕。脉沉细。治以益气活血,通经活络。方以补阳还五汤加减。主药:黄芪、当归、芍药、地龙、川芎、桃仁、红花。痰热腑实型证见半身不遂,口舌歪斜,言语謇涩或不语,感觉减退或消失,头晕目眩,咳痰或痰多,腹胀便秘。舌质暗红,苔黄或黄腻。脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。治以化痰通腑。代表方:星蒺承气汤加减。主药:胆南星、全瓜蒌、生大黄、芒硝。阴虚风动型证见半身不遂,舌强言謇或不语,口舌歪斜,感觉减退或缺失。眩晕耳鸣,口苦咽干,手足心热,舌质红瘦或红绛,少苔或无苔,脉细弦或细弦数。治以滋阴潜阳,熄风通络。方以镇肝熄风汤加减。主药:白芍、麦冬、玄参、龟甲、代赭石、川楝子、茵陈、龙骨、牡蛎、麦芽、牛膝、甘草。观察组在西医常规治疗的基础上,根据辨证加用中药汤剂治疗。中药汤剂由本院中药房统一熬制,1 剂/d,1 剂 2 包,2 次/d,分服。具体如下:风痰阻络型:西医治疗 + 天麻钩藤饮,1 包,2 次/d。气虚血瘀组:西医治疗 + 补阳还五汤。1 包,2 次/d。痰热腑实组:西医治疗 + 星蒺承气汤,1 包,2 次/d。阴虚风动组:西医治疗 + 镇肝熄风汤,1 包,2 次/d。21 d 为 1 个疗程。

1.7 观察指标 采用 NIHSS 评分量表评估入院时、

治疗后 7 d、14 d、21 d,2 组患者神经功能缺损程度。

1.8 疗效判定标准 参照《脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准》^[6]制定,以神经功能缺损积分值的减少为依据分为 5 级。1)基本痊愈:神经功能缺损评分减少 91%~100%;2)显著进步:神经功能缺损评分减少 46%~90%;3)进步:神经功能缺损评分减少 18%~45%;4)无变化;神经功能缺损评分减少 17%以下;5)恶化:神经功能缺损评分无减少反有升高>18%。所有患者均在入院时和入院 7 d、14 d、21 d 后进行 NIHSS 神经功能评分。

1.9 统计学方法 所有数据均在计算机上采用 SPSS 16.0 软件进行统计。对于一般资料、症候的描述采用描述性分析;疗效观察采用百分比;计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料比较 2 组患者的性别和年龄差异无统计学意义($P > 0.05$)。高血压、糖尿病、心脏病、高脂血症等危险因素比较显示 2 组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 观察组和对照组危险因素比较[例(%)]

组别	例数	高血压	糖尿病	心脏病	高脂血症
观察组	110	72(65.5)	36(32.7)	19(17.3)	41(37.3)
对照组	110	66(60.0)	38(34.5)	25(22.7)	39(35.5)

2.2 2 组患者临床疗效比较 2 组患者治疗 1 个疗程后,临床疗效结果显示观察组优于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	110	19(17.3)	38(34.5)	45(40.9)	8(7.3)	102(92.7)*
对照组	110	12(10.9)	36(32.7)	42(38.2)	20(18.2)	90(81.8)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 2 组患者神经功能缺损程度(NIHSS 评分)比较 结果显示神经功能的改善观察组优于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组治疗前后 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	入院时	治疗 7 d 后	治疗 14 d 后	治疗 21 d 后
观察组	15.9 $\pm$ 10.1	13.5 $\pm$ 8.0	8.7 $\pm$ 5.1	4.3 $\pm$ 2.2* $^{\Delta}$
对照组	16.2 $\pm$ 9.6	14.7 $\pm$ 8.1	10.4 $\pm$ 4.9	7.2 $\pm$ 3.1 $^{\Delta}$

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;2 组治疗前后比较, $^{\Delta}P < 0.01$ 。

3 讨论

缺血性进展性卒中最先由 Millikan 和 Siekert 于 1955 年报道,是指缺血性卒中发病后神经功能缺失

症状体征较轻微,但呈渐进性加重,在 48 h 内或更长时间内逐渐加重或呈阶梯式加重,直至出现较严重的神经功能缺损^[7]。进展性卒中在缺血性卒中中较为常见,其确切病理机制至今尚未明了,国外学者认为脑卒中后早期神经功能障碍的进展性加重是由于缺血半暗带和缺血周围正常脑组织进一步损伤的结果。国内有研究认为高血压、糖尿病史、血糖水平、高脂血症、高同型半胱氨酸血症及颅内血管狭窄与进展性卒中的发生相关^[8]。另有研究发现进展性卒中患者入院时微栓子阳性率及数量均高于非进展组^[9]。姚涛等^[10]研究发现进展性卒中患者超敏 C-反应蛋白水平的持续增长可能是进展性卒中发生的病理生理机制,可以作为进展性卒中发生的独立预测因子。尹亚东^[11]结合辨证分型发现中医辨证分型的火热证是缺血性卒中的进展的重要危险因素,其他还有便秘、年龄、血小板、凝血酶原时间、血糖等因素也是卒中进展的危险因素。

进展性卒中属中医学中的“中风”范畴,由于阴阳失调,产生风、火、痰、瘀,导致脑脉闭阻,病机离不开风、火、痰、瘀、气、血六端。中医对中风有颇多的论述。《黄帝内经·素问·卷二十七》说:“卒然外中寒或内伤于忧怒,则气上逆,气上逆则六俞不通、温气不行,凝血蕴里而不散,津液湿渗,著而不去,而积皆成矣。”说明外寒和忧思恼怒导致气逆上冲,而引起循环障碍。隋·巢元方《诸病源候论·风病诸候·半身不遂候》说:“风半身不遂者,脾胃气弱,血气偏虚,为风邪所乘故也。”论述气血虚衰是发病之根本,外为风所客,令血气不相周荣于肌肉,故令偏枯也。王清任《医林改错》指出中风半身不遂、偏身麻木是有“气虚血瘀”而成,创立补阳还五汤治疗偏瘫。

进展性卒中主要分为风痰阻络型、气虚血瘀型、痰热腑实型、阴虚风动型,分别可予天麻钩藤饮、补阳还五汤、星蒺承气汤和镇肝熄风汤加减治疗。其中天麻钩藤饮可通过抗氧化应激,抑制神经元凋亡^[12],治疗急性期脑梗死可更快的促进患者神经功能缺损重建,减少后遗症,提高患者的生命质量^[13]。刘敬霞^[14]比较研究了星蒺承气汤和补阳还五汤对脑缺血大鼠海马神经元损伤的影响,结果发现二者对缺血海马神经元均有保护作用,而且随着时间的延长(7 d),补阳还五汤显示出更为安全和显著的神经保护和功能修复作用。镇肝熄风汤对阴虚风动型中风也有较好的临床疗效,可有效改善卒中后患者的临床症状^[15]。本研究在西医基础治疗的基础上,

采取了中医辨证施治的方法。结果显示,观察组效果明显好于对照组,能够显著提高愈显率。观察组和对照组在治疗后第 7 天、第 14 天、第 21 天 NIHSS 评分较治疗前均降低,治疗前后评分比较有显著意义($P < 0.01$)。其中治疗第 7 天 NIHSS 评分降低较少,可能与入院后早期病情进展,评分增加有关。2 组之间比较,观察组降低程度优于对照组($P < 0.05$)。

综上所述,进展性卒中在西医规范化治疗的基础上进行中医辨证治疗,效果好于单纯采用西医治疗,能够在一定程度上阻止进展性卒中的发展,可以显著改善进展性卒中患者的神经功能缺损程度,提高患者的生活能力和肢体功能,降低了卒中患者的病死率和致残率。

参考文献

- [1] 李建章. 出血性进展性卒中[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2006, 9(1): 1, 封二.
- [2] Rödén-Jülig A. Progressing stroke: Epidemiology [J]. Cerebrovasc Dis, 1997, 7: 2-5.
- [3] 中华医学会神经科分会. 各类脑血管疾病的诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [4] Wityk RJ, Pessin MS, Kaplan RF, et al. Serial assessment of acute stroke using the NIH stroke scale. Stroke. 1994, 25: 362-365.
- [5] 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.
- [6] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381.
- [7] 王维治. 神经病学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 134-135.
- [8] 于海娜, 刘刚, 刘永丹, 等. 进展性缺血性卒中相关危险因素临床分析[J]. 脑与神经疾病杂志, 2013, 21(1): 20-22.
- [9] 曾庆宏, 庄爱霞, 孙德锦, 等. 进展性卒中与微栓子、脑血流动力学检测的相关性研究[J]. 脑与神经疾病杂志, 2012, 20(5): 342-345.
- [10] 姚涛, 任明山, 李淮玉. 缺血性脑卒中急性期超敏 C-反应蛋白水平变化与进展性卒中的相关性[J]. 实用医学杂志, 2016, 32(5): 735-738.
- [11] 尹亚东, 刘书红, 郑锐锋. 缺血性进展型卒中相关多因素分析及与中医辨证分型关系的研究[J]. 中国中医急症, 2013, 22(7): 1105-1107.
- [12] 何建成, 王文武. 天麻钩藤饮对帕金森病模型大鼠多巴胺能神经元凋亡的影响[J]. 中医杂志, 2010, 51(11): 1024-1027.
- [13] 曹峰. 丁苯酞联合天麻钩藤饮治疗风火上扰型急性期脑梗死的临床效果观察[J]. 中国当代医药, 2014, 21(33): 87-89.
- [14] 刘敬霞, 李建生, 俞维, 等. 星蒺承气汤和补阳还五汤对脑缺血大鼠海马神经元损伤的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(12): 233-237.
- [15] 李录山. 镇肝熄风汤加味治疗中风阴虚风动型疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(3): 93-94.