

加味补阳还五汤联合西药对脑梗死患者临床疗效

魏 青

(北京中医医院顺义医院脑病科,北京,101300)

摘要 目的:探讨加味补阳还五汤联合西药对脑梗死患者临床疗效、血脂以及血液流变学产生的影响。方法:选取 2015 年 2 月至 2017 年 5 月在北京中医医院顺义医院脑病科的脑梗死患者 160 例,采用随机数表法将患者分为对照组和观察组,每组 80 例。其中对照组采用常规西药进行治疗,观察组则在对照组基础上给予加味补阳还五汤,采用神经功能缺损(NIHSS)和日常生活能力(Barthel)指数分别对其治疗效果进行评分,根据所得数据分析血脂、血液流变学的变化。结果:2 组患者治疗前 NIHSS 及 Barthel 指数评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后 NIHSS 评分均有所降低($P<0.05$),但观察组分数明显大于对照组($P<0.05$);治疗后 Barthel 指数评分均有所升高($P<0.05$),但观察组升高程度明显大于对照组($P<0.05$);2 组患者在治疗前,NIHSS 评分中意识、凝视、视野、面瘫、上下肢运动、语言等评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后 2 组患者各评分有所下降($P<0.05$),但观察组各评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组患者治疗前 TC、TG、LDL-C 水平差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后上述指标值均明显降低,且观察组降低的水平明显低于对照组($P<0.05$);2 组患者治疗前血液流变学水平差异无统计学意义($P>0.05$),血液流变学指标数值在治疗后均有所降低,但观察组降低程度明显大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:加味补阳还五汤与西药联合治疗有利于改善脑梗死患者神经功能,提升其日常生活能力,同时降低患者的血脂并改善其血液流变学水平。

关键词 脑梗死;益气活血;补阳还五汤;西药;血脂;血液流变学

Effect of Jiawei Buyang Huanwu Decoction Combined with Western Medicine on the Clinical Effect, Blood Lipid and Hemorheology of Patients with Cerebral Infarction

Wei Qing

(Department of encephalopathy, Shunyi Hospital of Beijing Chinese Medicine Hospital, Beijing 101300, China)

Abstract Objective: To observe the effect of Jiawei Buyang Huanwu decoction combined with western medicine on the clinical effect, blood lipid and hemorheology in patients with cerebral infarction. **Methods:** A total of 160 cases of cerebral infarction admitted to our hospital from February 2015 to May 2017 were selected and divided into control group and observation group according to the random number table method, 80 cases in each group. The patients in the control group using conventional western medicine treatment, the observation group in the control group were given flavored Yang also five soup, the nerve function defect (NIHSS) and the ability of daily life (Barthel) assessed the therapeutic effect index of two groups of patients, and to analyze the changes of blood lipid and Hemorheology in the treatment of emergence. **Results:** Two groups of patients before treatment NIHSS score and Barthel index had no significant difference ($P>0.05$), the NIHSS score of the two groups were decreased after treatment ($P<0.05$), but the patients in the observation group was remarkably higher than that of control group ($P<0.05$ group); two patients with Barthel index were increased after treatment, but the observation group ($P<0.05$) patients with elevated level was significantly higher than the control group ($P<0.05$); the two groups of patients before treatment, no significant difference in NIHSS score of consciousness, gaze, vision, facial paralysis, upper limbs and lower limbs and language scores ($P>0.05$), after treatment, the score of the two groups decreased ($P<0.05$), but the observation group was significantly lower than the control group ($P<0.05$), with statistical significance. Two groups of patients before treatment, TG, TC, LDL-C levels were not significantly different ($P>0.05$), the two groups after treatment in patients with TG, TC and LDL-C levels were significantly decreased, and the observation group TG, TC and LDL-C levels were significantly lower than that of the control group ($P<0.05$); the blood rheology level is no significant difference between two groups ($P>0.05$), two groups of patients with blood rheology indexes were decreased after treatment, but the observation group was remarkably higher than that of control group ($P<0.05$), with statistical significance. **Conclusion:** Jiawei Buyanghuanwu Decoction Combined with western medicine is beneficial to improve neurological function, improve daily life ability, reduce blood lipid and improve hemorheology in patients with cerebral infarction.

Key Words Cerebral infarction; Yiqi Huoxue; Buyanghuanwu decoction; Western medicine

中图分类号:R255.2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.06.021

基金项目:北京市医管局局属医院培养计划(PZ2018008)

作者简介:魏青(1964.03—)男,本科,副主任医师,研究方向:中医脑病的临床研究,E-mail:lihuihear@126.com

脑梗死又称为缺血性脑卒中,其病理是脑部血液供应障碍,缺血、血氧而造成局限性脑组织缺血性软化或者坏死。此疾病可在任何年龄段出现,坏死程度也会因血栓的位置以及大小而有所差异,大多数患者均为45~70岁的中老年人。随着我国人口老龄化加剧,脑梗死发生率呈现不断上升的趋势。脑梗死危害巨大,若不及时治疗则会对患者的生命安全产生威胁。西药是临床常用的脑梗死治疗方法,而这种治疗方法并不能得到长期的治疗效果。本次研究针对我院脑梗死患者,分析加味补阳还五汤联合西药产生的治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年2月至2017年5月在北京中医医院顺义医院脑病科的脑梗死患者160例,采用随机数表法将患者分为对照组和观察组,每组80例。其中对照组男46例,女34例,年龄40~78岁,平均年龄(60.9 ± 11.7)岁;病程5~24 h,平均病程(14.0 ± 2.7)h。观察组中男48例,女32例;年龄41~79岁,平均年龄(61.3 ± 12.1)岁,病程4~25 h,平均病程(13.8 ± 2.7)h。2组患者一般资料(如年龄、性别等)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

1.2.1 西医诊断标准 中华医学会制定的脑梗死诊断标准(参照《中国急性缺血性脑卒中诊疗指南(2010年)》),所有入组患者均须经头颅CT或MRI检查确诊。

1.2.2 中医诊断标准 主症:阵发性眩晕、发作性偏身麻木、短暂性言语蹇涩、一过性偏身瘫软、昏厥发作;次症:头痛、手指麻、健忘、筋惕肉润、神情呆滞、倦怠嗜卧、步履不正。具有主症2项及其以上,和/或具有1项主症兼见次症3项(含3项)以上即可诊断。

1.3 纳入标准 1)符合西医脑梗死和中医中风气虚血瘀证的诊断标准者;2)年龄30~80岁;3)患者总胆固醇(Total Cholesterol, TC) ≥ 5.7 mmol/L,或三酰甘油(Triglyceride, TG) ≥ 1.7 mmol/L,或动脉彩超提示动脉粥样硬化斑块;4)知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)脑梗死由脑血管炎性反应引起;2)有严重心脏病、肝脏疾病、肾脏疾病、内分泌疾病等患者;3)有出血倾向;4)合并房颤或心脏瓣膜病;5)对阿托伐他汀过敏;6)妊娠和哺乳期妇女;7)近3个月内参加过其他临床研究实验。凡符合排除标准

中1项及以上者,均排除。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 患者给予常规西药治疗方法,具体如下:1)溶栓。在患者发病4.5 h内组织性纤溶酶激活剂(rt-PA)进行溶栓治疗,6 h内给予尿激酶静脉给药溶栓;2)抗血小板聚集。给予拜阿司匹林100 mg(德国拜耳制药公司,国药准字J20130078)和氯吡格雷(杭州赛诺菲公司,国药准字J20130083)75 mg治疗,服用1次/d,给予14 d连续治疗;3)降脂。服用阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司,国药准字J20071408)20~40 mg进行治疗,每晚服用1次。

1.5.2 观察组 在对照组治疗的基础上采用益气活血汤进行治疗,药方:丹参30 g、川芎10 g、当归尾10 g、红花5 g、桃仁5 g、全蝎6 g、天麻10 g、石菖蒲10 g、赤芍10 g、生黄芪80 g、钩藤10 g、地龙5 g。若患者气血不足,则添加党参10 g、阿胶6 g;若患者梗死面积较大,且伴随疼痛症状,则添加木香10 g、延胡索6 g。水煎服,250 mL为1剂,早晚分别服用,30 d为1个疗程。

1.6 观察指标 1)治疗效果,主要以患者神经功能缺损(NIHSS)评分判定。以临床症状基本消失,NIHSS评分降低90%以上,0级病残为基本治愈;以临床症状显著好转,NIHSS评分降低46%~89%,1~3级病残为显效;以临床症状有所好转,NIHSS评分降低18%~45%为有效;以症状无改善或有加剧,NIHSS评分降低<17%为无效;总有效为基本治愈、显效与有效之和。2)日常生活能力(Barthel)指数进行判定,分值越低则证实治疗效果越高;3)血脂水平,包括总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白(LDL-C);4)血液流变学水平,使用全自动血流变快速测定仪进行测定。

1.7 疗效判定标准 基本痊愈:中医症状和体征基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:中医症状和体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:中医症状和体征有所好转,证候积分减少 $\geq 30\%$,但 $\leq 70\%$;无效:中医症状和体征无好转甚或加重,证候积分减少 $\leq 30\%$ 。治疗总有效率=(基本痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.8 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件对数据进行分析。计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验;计数资料用率(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组疗效的比较 观察组总有效率优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组有效率比较

组别	基本治愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
对照组($n = 80$)	5	9	14	12	70
观察组($n = 80$)	10	13	14	3	92.5

2.2 NIHSS 评分、Barthel 指数变化 2 组患者治疗前 NIHSS 评分及 Barthel 指数差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后 NIHSS 评分均有所降低($P < 0.05$),但观察组评分明显低于对照组($P < 0.05$);治疗后 2 组患者 Barthel 指数均有所升高($P < 0.05$),但观察组 Barthel 指数明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后 NIHSS 评分、Barthel 指数变化($\bar{x} \pm s$)

组别	NIHSS 评分(分)	Barthel 指数
观察组($n = 80$)		
治疗前	25.7 $\pm$ 7.4	25.6 $\pm$ 7.6
治疗后	9.1 $\pm$ 4.6 * Δ	12.7 $\pm$ 6.3 *
对照组($n = 80$)		
治疗前	33.2 $\pm$ 8.6	32.8 $\pm$ 8.9
治疗后	73.1 $\pm$ 13.2 * Δ	61.2 $\pm$ 11.9 *

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$,与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 2 组患者意识、面瘫、凝视、视野、语言、上下肢运动评分比较 治疗前 2 组患者意识、面瘫、凝视、视野、语言、上下肢运动等评分差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后 2 组患者各评分有所下降($P < 0.05$),但观察组评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 血脂水平 2 组患者治疗前 TG、TC、LDL-C 水平差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后上述指标含量均明显降低,且观察组的数值明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

2.5 血液流变学水平 2 组患者治疗前血液流变学水平差异无统计学意义($P > 0.05$),观察组血液

流变学各项指标在治疗后均有所降低,同时对照组也出现降低趋势,但观察组降低较为明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

中医学将脑梗死归入“中风”的范畴^[1],主要责之于风、火、痰、虚、气等 6 种因素。按照中医辨证施治原则,急性期脑梗死多从风、火、痰、瘀来论治,恢复期可将脑梗死后遗症分为气虚血瘀型、风痰阻络型、肝肾阴虚型等,多从瘀、虚论治,采用补阳还五汤治疗。本研究之加味补阳还五汤是在补阳还五汤的基础上加丹参、钩藤、石菖蒲、全蝎、天麻。补阳还五汤原方出自清代王清任所著《医林改错》,乃是中医治疗脑卒中后后遗症的经典常用方,其组方特点:黄芪用量独大。本方将之用到 80 g,强补中气,是本方的用药关键。在急性脑卒中,取其补中气,摄血,统血,救急于危难之间之意;恢复期以益气活血和通经活络为主;后遗症期本虚标实,当以补气活血兼重,以起沉痾。现代药理学证实,黄芪还具有降低血小板聚集性、改善机体血液流变、扩张外周血管的功能,从而减小血栓素形成。故本方重用其为君药。本方的臣药为当归。当归,归肝、心、脾经,善于活血祛瘀,有补血活血之功。佐药:赤芍,川芎,桃仁,红花。其中,桃仁,能活血化瘀,以破血之功著称。现代药理研究指出,桃仁对大鼠脑组织缺血损伤及急性缺氧有保护作用。有效成分苦杏仁甙不仅可增加正常状态下脑中色素氧化酶的活性,也能增加脑缺血状态下的活性^[2]。红花性温,味辛,归心、肝经,有活血止痛之功。赤芍,活血、通络、化瘀,可有效促进脑组织微循环。丹参味苦,微寒,归心,肝经。具有养血生血、活血化瘀、止痛通络之效,许多研究表明,丹参还具有“平肝息风”的功能,对脑缺血有保护作用,提高临床疗效^[3];天麻,息风止痉,平肝息风。地龙味咸,寒,归肝、脾、肺经,功能清热熄风、祛风通络,故在中风病的治疗中不可缺少。现代药理研究证实,地龙有抗凝、溶栓、镇静之功效,可能降低缺血

表 3 2 组患者意识、面瘫、凝视、视野、语言、上下肢运动评分($\bar{x} \pm s$,分)

组别	意识	凝视	视野	面瘫	上下肢运动	语言
观察组($n = 80$)						
治疗前	4.24 $\pm$ 0.52	1.25 $\pm$ 0.22	2.13 $\pm$ 0.45	2.32 $\pm$ 0.35	5.41 $\pm$ 0.75	2.15 $\pm$ 0.45
治疗后	2.51 $\pm$ 0.25 * Δ	0.85 $\pm$ 0.16 * Δ	1.23 $\pm$ 0.26 * Δ	1.78 $\pm$ 0.36 * Δ	4.12 $\pm$ 0.62 * Δ	1.25 $\pm$ 0.35 * Δ
对照组($n = 80$)						
治疗前	4.25 $\pm$ 0.49	1.23 $\pm$ 0.23	2.21 $\pm$ 0.46	2.26 $\pm$ 0.41	5.32 $\pm$ 0.78	2.12 $\pm$ 0.51
治疗后	3.01 $\pm$ 0.62 *	1.03 $\pm$ 0.18 *	1.65 $\pm$ 0.68 *	2.01 $\pm$ 0.35 *	3.65 $\pm$ 0.75 *	1.79 $\pm$ 0.42 *

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$,与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

表 4 2 组患者治疗前后血脂变化($\bar{x} \pm s$, mmol/L)			
组别	TG	TC	LDL-C
观察组($n=80$)			
治疗前	2.58 $\pm$ 0.48	6.78 $\pm$ 1.47	3.73 $\pm$ 0.73
治疗后	1.42 $\pm$ 0.27 * Δ	4.88 $\pm$ 1.05 * Δ	2.70 $\pm$ 0.39 * Δ
对照组($n=80$)			
治疗前	2.62 $\pm$ 0.51	6.83 $\pm$ 1.53	3.67 $\pm$ 0.69
治疗后	2.02 $\pm$ 0.51 *	5.78 $\pm$ 1.27 *	3.18 $\pm$ 0.43 *

注:与治疗前比较,* $P<0.05$,与对照组比较, $\Delta P<0.05$

表 5 2 组患者血液流变学水平变化比较($\bar{x} \pm s$)			
组别	纤维蛋白原 (g/L)	血浆黏度 (mPa·s)	全血黏度 (mPa·s)
观察组($n=80$)			
治疗前	4.81 $\pm$ 0.91	2.42 $\pm$ 0.37	4.98 $\pm$ 1.01
治疗后	3.01 $\pm$ 0.58 * Δ	1.41 $\pm$ 0.32 * Δ	3.18 $\pm$ 0.64 * Δ
对照组($n=80$)			
治疗前	4.73 $\pm$ 0.86	2.36 $\pm$ 0.41	4.91 $\pm$ 1.06
治疗后	3.92 $\pm$ 0.67 *	1.98 $\pm$ 0.35 *	4.02 $\pm$ 0.71 *

注:与治疗前比较,* $P<0.05$,与对照组比较, $\Delta P<0.05$

性脑卒中的死亡率^[4]。全蝎,归肝经,息风止痉,通络止痛。石菖蒲,辛苦,温,归心、胃,开窍豁痰,醒神益智。钩藤,甘,凉,归肝,心包经。清热平肝,熄风定惊。以上诸药共用,“补”“通”并用,标本兼顾奏活血祛瘀通络,补气养血之功效^[5]。现代药理研究表明,补阳还五汤具有降血脂、抗脂质过氧化^[6-8]、抗血栓形成^[9-10]、抗血管内皮损伤等作用^[11-14]。而西药的中 rt-PA 和纤维蛋白结合后,诱导纤溶酶原成为纤溶酶,溶解血块,但对整个凝血系统作用是轻微的,因而不会出现出血倾向。尿激酶作为有效的溶栓药物,可直接作用于纤维蛋白酶原使其激活,产生高效的溶解作用;而阿司匹林的使用也能够对血小板产生抑制,达到抗血小板的作用。

本研究中,2 组患者治疗前 NIHSS 评分及 Barthel 指数差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后 2 组患者 NIHSS 评分均有所降低($P<0.05$),但观察组患者降低程度明显大于对照组($P<0.05$);治疗后 2 组患者 Barthel 指数均有所升高($P<0.05$),但观察组患者升高程度明显大于对照组($P<0.05$)。2 组患者在治疗前,NIHSS 评分中意识、凝视、视野、面瘫、上下肢运动、语言等评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后 2 组患者各评分有所下降($P<0.05$),但观察组各评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。此结果表明,西药联合加味补阳还五汤能有效改善脑梗死患者神经功能缺损,并提高患者日常活动能力。2 组患者治疗前 TG、TC、LDL-C 水平差异无统计学意义($P>0.05$),治疗

后 2 组患者血脂水平均明显降低,且观察组明显低于对照组($P<0.05$)。此结果表明,西药联合补阳还五汤能有效改善脑梗死患者血脂水平。2 组患者治疗前血液流变学水平差异无统计学意义($P>0.05$),观察组血液流变学各项指标在治疗后均有所降低,同时对照组也出现降低趋势,但观察组降低较为明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。此结果表明,西药联合加味补阳还五汤能有效改善纤维蛋白原、血浆黏度、全血黏度,而血液流变学的改善有助于降低患者再次脑梗死的风险。朱观祥等人也在研究中得出相似结论,证实了本次研究的价值。

综上所述,加味补阳还五汤与西药联合治疗有利于改善脑梗死患者神经功能,提升其日常生活能力,同时降低患者的血脂并改善其血液流变学水平。

参考文献

[1]覃事东. 益气活血汤联合西药治疗气虚血瘀型脑梗死恢复期随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志,2015,29(8):103-105.

[2]赵强,李莹,孔令升,等. 桃仁化学成分及药理作用研究进展[J]. 天水师范学院学报,2008,28(2):56-59.

[3]倪海斌,汪东良,韩威威,等. 丁苯酞(恩必普)联合丹参治疗缺血性脑卒中的临床疗效观察[J]. 中国现代医生,2014,52(13):53-55.

[4]颜正华. 中药学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2006:59-60.

[5]李冀. 方剂学[M]. 北京:中国中医药出版社,2006:279-230.

[6]张秀云. 补阳还五汤治疗高脂血症 82 例临床观察[J]. 新疆中医药,2009,16(1):20-21.

[7]张华. 补阳还五汤对冠心病患者氧自由基、载脂蛋白的影响及其治疗冠心病的临床研究[J]. 现代诊断与治疗,2014,6(5):262-265.

[8]叶小卫,侯灿,郑振声. 冠心病体外反搏加用补阳还五汤的抗氧化自由基损伤作用的研究[J]. 新中医,2008,30(7):33-34.

[9]林华,黄树莲,陈学芬,等. 加味补阳还五汤对大鼠的活血化瘀作用[J]. 中药新药与临床药理,2010,8(4):239-240.

[10]宫丽,张继平,李齐欢,等. 补阳还五汤家兔含药血清对 PAF 诱导的家兔血小板聚集的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2009,15(7):60-61.

[11]谢全锦,吴伟康,何勤,等. 补阳还五汤对受创内皮细胞 PDGF 受体基因表达的调节作用[J]. 中医药信息,2012,34(1):40-41.

[12]李晓华,贾克培,宋佐莉,等. 补阳还五汤对家兔Ⅲ型变态反应模型形成过程中 TNF- α ,RBC-C3b,CIC 的影响[J]. 天津中医,2011,15(6):272-273.

[13]刘海风. 通窍活血汤联合常规西药对急性脑梗死患者血液流变学、生活能力及神经功能影响[J]. 内蒙古中医药,2016,35(13):75-76.

[14]肖媛,陶玉慧,杨柳. 益气活血法对糖尿病并脑梗死血流变学影响的研究[J]. 医学信息,2016,29(28):95-96.