

# 中西医结合治疗脑梗死恢复期 34 例临床研究

江雪梅<sup>1,2</sup> 盛 蕾<sup>2</sup> 张兰坤<sup>2</sup> 胡 丹<sup>2</sup> 过伟峰<sup>1</sup>

(1.南京中医药大学,江苏南京 210023; 2.南京中医药大学第二附属医院,江苏南京 210017)

**摘要** 目的:观察中西医结合治疗脑梗死恢复期的临床疗效。方法:选取 68 例患者,随机分为 2 组。对照组 34 例,按照缺血性卒中二级预防指南常规治疗;治疗组 34 例,在对照组治疗基础上加用益气养阴活血方。2 组疗程均为 4 周。比较 2 组临床疗效、NIHSS 评分及血流动力学参数。结果:治疗组总有效率 82.4%,明显高于对照组的 61.8%;治疗组较对照组更能显著降低 NIHSS 评分,增加平均血流速度及平均血流量,降低外周血管阻力。结论:中西医结合治疗期脑梗死恢复期,可显著提高疗效,减少神经功能缺损症状、体征,改善血流动力学。

**关键词** 脑梗死恢复期 中西医结合疗法 益气养阴活血方 血流动力学 NIHSS 评分

**中图分类号** R743.330.5 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)07-0029-03

2013 年 3 月至 2014 年 3 月期间,我们在常规西医治疗基础上,加用益气养阴活血方治疗脑梗死恢复期患者 34 例,取得较好疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 所有病例均为门诊及住院患者,共 68 例,随机分为 2 组。治疗组 34 例:男 23 例,女 11 例;平均年龄(62.3±9.9)岁;合并高血压病 18 例,糖尿病 9 例,冠心病 8 例。对照组 34 例:男 20 例,女 14 例;平均年龄(64.1±10.1)岁;合并高血压病 14 例,糖尿病 10 例,冠心病 9 例。2 组患者一般资料比较无统计学差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 西医诊断标准参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[1]</sup>,且经头颅 CT 或 MRI 检查确诊,脑梗死恢复期指发病 2 周之后;病情程度采用美国国立卫生研究院卒中量表评定的轻中度患者(NIHSS 评分 4~20 分)。中风病气阴两虚、瘀血阻络证候诊断参照《中医内科学》教材制定:半身不遂,肌肉萎缩或拘急僵硬,口舌歪斜,舌强言謇或不语,偏身麻木,伴有神疲乏力,少气懒动,自汗盗汗,眩晕耳鸣,口干,舌质暗红,少苔或薄白苔,舌下脉络显露青紫,脉细软或细数而涩。

**1.3 纳入标准** (1)符合西医诊断标准及中医证候诊断标准;(2)神志清楚,发病 2 周之后,且 NIHSS 评分 4~20 分的轻、中度患者;(3)年龄 18~80 岁,男女不限;(4)愿意受试,并自愿接受随访和配合检测。

**1.4 排除标准** (1)符合中西医诊断标准,但年

龄>80 岁或年龄<18 岁;(2)合并意识障碍,伴有严重心、肝、肾、造血系统、内分泌系统及重要脏器衰竭的患者;(3)精神病患者;或合并脑肿瘤、脑寄生虫病及脑外伤者等;(4)对本制剂组成药物过敏者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 参照 2010 年中国缺血性卒中二级预防指南给予常规治疗<sup>[2]</sup>,控制危险因素,管理血压血糖,根据病情酌情使用抗凝、降纤、活血化瘀等药物。常规予拜阿司匹林 0.1g,每晚 1 次;氟伐他汀 40mg,每晚 1 次;脑细胞保护剂如胞二磷胆碱、奥拉西坦等。

**2.2 治疗组** 在对照组治疗基础上加服益气养阴活血方。方药组成:炙黄芪 30g,太子参 15g,生地黄 10g,当归 10g,石斛 15g,丹参 15g,水蛭粉(冲服)3g,葛根 15g。所有药材均由江苏省第二中医院药剂科统一采购,能保证药材的质量及制剂的合法性和科研批号。每日 1 剂,由医院中药煎剂室统一取药、煎制,煎取 200mL,分装每袋 100mL,早晚饭后温服。

2 组均于治疗 4 周后进行疗效观察。

## 3 疗效观察

**3.1 观察指标** (1)症状和体征:主要通过《中风病辨证诊断标准》<sup>[3]</sup>中指标来考察,包括神识、语言、面瘫、眼征、上肢瘫、指瘫、下肢瘫、趾瘫等中风相关症状和体征。2 组分别于治疗前后进行临床观察。(2)神经功能缺损评分:根据美国国立卫生研究院神经功能缺损评分(National Institutes of Health Stroke Scale,NIHSS)进行评分。(3)血流动力学参数:采用上维迪公司经颅多普勒超声诊断仪(TCD),应用标

准的血管超声检测方法在患侧颈总动脉分叉近端搏动最明显处检测,并通过计算机记录治疗前后平均血流速度(Vm)、平均血流量(Qm)、外周血管阻力(R)等参数的变化。

**3.2 疗效评定标准** 参照 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》<sup>[4]</sup>进行疗效评价。依据根据中风病的病类诊断标准,计算治疗前、治疗后两次评分,计算积分改善百分率。积分改善百分率 (S)=(疗前评分-疗后评分)/疗前评分×100%,同时结合治疗后评分(F),具体如下:基本恢复:S≥81%,F≤6分;显著进步:81%>S≥56%;进步:56%>S≥36%;稍进步:36%>S≥11%;无变化:S<11%;恶化(包括死亡):S 负值。进一步按显效、有效、无效三级疗效评定方法进行疗效统计。①显效:包括基本恢复和显著进步;②有效:包括进步和稍进步;③无效:包括无变化和恶化。

**3.3 统计学方法** 本研究所有统计数据均经 SPSS17.0 软件处理,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 t 检验,计数资料采用卡方检验,以 P<0.05 为有显著性差异。

### 3.4 治疗结果

**3.4.1 2 组临床疗效比较** 治疗组 34 例中,基本恢复 8 例,显著进步 4 例,进步 9 例,稍进步 7 例,无变化 6 例,恶化 0 例,总有效率 82.4%;对照组 34 例中,基本恢复 4 例,显著进步 3 例,进步 8 例,稍进步 6 例,无变化 11 例,恶化 2 例,总有效率 61.8%。2 组总有效率比较具有显著性差异(P<0.05),治疗组临床疗效明显优于对照组。

**3.4.2 2 组神经功能缺损评分比较** 见表 1。

表 1 治疗组与对照组治疗前后 NIHSS 评分比较( $\bar{x}\pm s$ ) 分

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值
治疗组	34	13.23±2.17	5.94±1.05*▲	7.27±1.47▲
对照组	34	12.63±2.34	7.30±1.07*	5.34±1.75

注:与同组治疗前比较,\*P<0.01;与对照组比较,▲P<0.01。

**3.4.3 2 组血流动力学参数比较** 见表 2。

表 2 治疗组与对照组治疗前后血流动力学参数比较( $\bar{x}\pm s$ )

项目	治疗组(n=34)			对照组(n=34)		
	治疗前	治疗后	治疗前后差值	治疗前	治疗后	治疗前后差值
Vm(cm/s)	12.1±2.6	14.3±1.7*	2.2±1.9▲	16.0±5.0	14.9±2.6	-1.1±1.5
Qm(ml/s)	6.4±1.5	7.5±2.2*	1.1±1.2▲	7.5±1.7	7.4±1.2	-0.1±0.3
R(Pa/ml)	2763±668	2517±473*▲	-246±70*	1910±473	1831±339*	-179±44

注:与同组治疗前比较,\*P<0.05;与对照组比较,▲P<0.05。

## 4 讨论

脑梗死急性期治疗多是基于抢救缺血半暗带中组织细胞,力争使可逆性损害恢复正常。但急性

期病情稳定后,此类人群则面临着一个更为艰巨的任务,即恢复期的治疗及二级预防。脑梗死恢复期,梗死灶周围血管缺血痉挛,血流缓慢,此外,由于脑缺血,易产生氧自由基,细胞内钙超载,血小板聚集和血管舒缩功能障碍,导致脑血管痉挛、收缩、血小板聚集、微血栓形成、微循环障碍,脑血流量锐减,造成恶性循环,使梗死区扩大。脑梗死后常伴有脑循环动力学改变,已有许多研究表明脑梗死病灶侧颈动脉血流量和血流速度明显降低。目前西医对脑梗死造成的神经功能缺损症状尚无有效药物治疗,仍以改善脑循环、脑细胞复活剂及神经营养制剂为主,如尼麦角林、胞磷胆碱胶囊、奥拉西坦及神经生长因子等,疗效不确定且价格昂贵,给众多家庭增添了沉重的经济重负,导致许多患者丧失了长期治疗的信心。

中医学认为,脑梗死恢复期多表现为虚(气虚、阴虚)、瘀(瘀血),气虚、阴虚、瘀血三者相互影响,气血亏虚,更损阴津,津血同源,阴津亏损,血脉失养,脉管硬化,血液黏稠,血行迟滞,脑脉不通,更促使和加剧了中风的进程。基于脑梗死恢复期“气阴两虚、瘀血阻络”的基本病机,治疗应以益气养阴、化痰通络为主。方中黄芪补气通络,太子参益气养阴生津,配黄芪则补益之效大增;地黄、石斛滋补肝肾、养阴生津,当归、丹参养血活血,化痰通络;久病入络,佐以水蛭,取其行走攻窜之效,破瘀血而不伤新血;葛根气味俱轻,引领诸药上达脑窍。全方有机配伍,共奏益气养阴、化痰通络之功,达到补气、养阴液以治其本,化痰、通脑络以治其标的标本兼治之目的。结合现代药理研究,益气养阴活血方是一种多重药理作用的血管活性药物,使血管扩张,抑制血小板聚集,能在体内和体外引起血管平滑肌松弛,且有较弱的钙拮抗作用,可增加末梢血管和脑部缺氧组织的血液供应量,降低血黏度,抑制血小板聚集。我们前期的临床研究已证实,本方能提高脑梗死急性期临床疗效,减轻急性期神经功能缺损,改善中医学临床证候,且可抑制血小板聚集率,降低血黏度值及纤维蛋白原水平<sup>[5-6]</sup>。本次研究结果进一步表明,益气养阴活血方能增加颈动脉血流量和血流速度,降低脑血管外周阻力,改善脑微循环。据此我们推测,这可能也是益气养阴活血方对脑梗死的治疗及预防作用机理。

综上所述,益气养阴活血复法治疗脑梗死恢复期,能显著提高疗效,降低神经功能缺损症状、体征,且可显著增加脑血流量,降低脑循环阻力,是治疗脑梗死恢复期的有效药物,值得进一步研究和推广。

# 维持性腹膜透析营养不良患者中医证型分布规律研究

杨波 苏行 任桐 姜晨 张琳 林燕 杨洪涛

(天津中医药大学第一附属医院,天津 300193)

**摘要** 目的:分析维持性腹膜透析营养不良患者的中医证型特点,为中医药临床辨证施治提供参考。方法:从实虚两方面对102例维持性腹膜透析营养不良患者进行辨证分型,并检查患者主要临床症状、各证型分布情况、证型与透析时间的关系以及证型与主观综合营养评估(SGA)、血清白蛋白(ALB)、血红蛋白(Hb)、总尿素清除指数(KT/V)的关系等。结果:本虚证中脾肾气虚证在透析初、中期出现;脾肾阳虚证主要在中期、后期出现;阴阳俱虚证分布在后期。脾肾阳虚及阴阳两虚证SGA和ALB、Hb、Kt/V明显低于脾肾气虚及气阴两虚证。标实证中热毒证及湿热证主要在透析早中期;湿浊证在早中晚期;瘀血症随着透析时间延长比例不断增加。无兼证SGA和ALB、Hb、Kt/V明显高于其他证型;热毒证、瘀血症及风动证SGA和ALB、Hb、Kt/V明显低于湿浊证及湿热证。结论:维持性腹膜透析营养不良患者中医证型分布有一定规律可循,且与现代医学检查结果有一定相关性,可以为中医药临床辨证施治提供参考。

**关键词** 维持性腹膜透析 营养不良 辨证分型

**中图分类号** R459.5 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)07-0031-03

近年来,我们对长期维持性腹膜透析营养不良患者进行中医证型调查和分析,以期为临床长期腹透合并营养不良患者应用中医药改善临床症状、提高透析质量及生存质量提供理论依据。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 102例持续不卧床腹膜透析(CAPD)患者均为2012年1月~2013年5月天津中医药大学第一附属医院门诊或住院患者。男55例,女47例;平均年龄(55.8±13.7)岁;原发病:慢性肾

小球肾炎54例,糖尿病肾病31例,高血压肾损害14例,狼疮性肾病1例,过敏性紫癜性肾炎1例,慢性间质性肾炎1例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准符合2002年K/DOQI指南中慢性肾脏病的定义。中医诊断标准参照2006年《慢性肾衰竭的诊断、辨证分型及疗效评定(试行方案)》<sup>[1]</sup>制定:中医正虚本证分为脾肾气虚证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证、气阴两虚证、阴阳两虚证;邪实兼证分为湿浊证、湿热证、热毒证、瘀血症、风动证。

基金项目:天津市中医药管理局中医中西医结合科研课题资助项目(2011050)

## 5 参考文献

- [1] 中华神经科学会.各类脑血管病诊断要点.中华神经科杂志,1996,29(6):379
- [2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组缺血性脑卒中二级预防指南撰写组.中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2010.中华神经科杂志,2010,43(2):154
- [3] 国家中医药管理局脑病急症科研组.中风病辨证诊断标准(试行).北京中医药大学学报,1991,17(3):64
- [4] 国家中医药管理局脑病协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行).北京中医药大学学报,1996,19(1):55
- [5] 张兰坤,盛蕾,胡丹,等.“益气养阴活血方”在脑梗死二级

预防中的价值评价:附40例疗效观察及对血小板活化功能的影响.中药药理与临床,2012;28(2):168

- [6] 胡丹,盛蕾,张兰坤,等.“脑心疏”对脑梗死急性期患者FIB和血液流变学影响的临床研究.江苏中医药,2013;45(1):28

第一作者:江雪梅(1980-),女,中西医结合临床医学研究生,主治医师,从事中西医结合诊治神经系统疾病临床工作。

通讯作者:过伟峰,gwfwfg2003@sina.com

收稿日期:2014-04-21

编辑:王沁凯 岐 轩