

# 补阳还五汤加减对急性脑梗死 hs-CRP、IL-6 及 PCT 影响的临床研究

——附 30 例临床资料

李士明 钟 萍 吴 滢

(上海中医药大学附属上海市中西医结合医院, 上海 200082)

**摘要** 目的:观察补阳还五汤加减治疗急性脑梗死的疗效及对 hs-CRP、IL-6、PCT 水平的影响。方法:选取 60 例患者,随机分为 2 组。对照组 30 例按照西医脑梗死诊疗指南予常规治疗,治疗组 30 例在西医常规治疗基础上加用补阳还五汤加减方。4 周后进行 NIHSS 评分、血清 hs-CRP、IL-6 及 PCT 水平的比较。结果:2 组 NIHSS 评分均明显降低,治疗组较对照组下降更为显著;2 组血清 hs-CRP、IL-6 及 PCT 水平均明显降低,治疗组较对照组下降更为显著。结论:补阳还五汤加减能显著降低急性脑梗死患者血清 hs-CRP、IL-6 及 PCT 水平,改善患者神经功能缺损症状。

**关键词** 脑梗死 补阳还五汤 C 反应蛋白 白介素 6 降钙素原 中西医结合疗法

**中图分类号** R743.310.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2015)06-0034-03

目前认为动脉粥样硬化(AS)主要是一种炎症性疾病,炎症细胞因子超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、白介素-6(IL-6)及降钙素原(PCT)等在动脉粥样硬化性脑梗死病理过程中具有重要作用<sup>[1-2]</sup>。补阳还五汤是收载于《医林改错》中的经典方剂,治疗中风具有良好的临床疗效,在临床应用已达一百多年历史。本研究探讨补阳还五汤加减对急性动脉粥样硬化性脑梗死患者炎症细胞因子 hs-CRP、IL-6 及 PCT 的影响,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取 2013 年 12 月至 2014 年 11 月我院脑病科住院患者,共 60 例,随机分为 2 组。治疗组 30 例:男 17 例,女 13 例;平均年龄(71.47±6.49)岁;合并高血压 22 例,糖尿病 9 例,冠心病 8 例;平均体温(36.78±0.29)℃;美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)评分(7.10±1.37)分。对照组 30 例:男 18 例,女 12 例;平均年龄(69.83±9.26)岁;合并高血压 24 例,糖尿病 11 例,冠心病 11 例;平均体温(36.74±0.33)℃;NIHSS 评分(6.90±1.35)分。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 1996 年全国第四次脑血管病学术会议修订的急性动脉粥样硬化

性脑梗死诊断标准<sup>[3]</sup>,并经头颅 CT 或 MRI 证实。中医辨证分型标准参照 1996 年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)》<sup>[4]</sup>和全国高等中医药院校规划教材《中医内科学》<sup>[5]</sup>,属气虚血瘀证。

**1.3 纳入标准** (1)符合中西医诊断标准;(2)年龄 18~75 岁;(3)发病时间 24~72h;(4)患者及家属签署知情同意书。

**1.4 排除标准** (1)NIHSS 评分 $\geq 17$ 分者;(2)发病前 1~3 个月内有急性感染或存在免疫系统疾病者;(3)昏迷或存在严重肝、肾、心功能异常者;(4)存在肿瘤疾病者;(5)入院时体温 $\geq 38.5$ ℃者;(6)近 2 周内服用其他中药制剂者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 按照急性脑梗死诊疗指南采用常规西医基础治疗。包括阿司匹林(拜耳制药有限公司,批号 J20080078)100mg 口服,1 次/d;阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司,批号 H20051408)20mg 口服,1 次/d。并予调整血压、控制血糖等治疗。

**2.2 治疗组** 在常规西医基础治疗基础上加服中药补阳还五汤加减方。方药组成:黄芪 30g,丹参 15g,当归尾 9g,赤芍 9g,桃仁 9g,红花 9g,地龙 9g。

基金项目:上海市第一批虹口区“临床医学优秀青年人才”培养项目;上海市高级中西医结合人才培养项目(12YSNXD012-RC-RXY019)

随证加减:言语蹇涩加菖蒲、郁金;肩关节疼痛加独活;手足肿胀加桂枝、茯苓;便秘加生大黄。药材由上海市中西医结合医院中药房提供,每日1剂,水煎取400mL,分早晚2次温服。

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)神经功能缺损:2组患者均在治疗前及治疗4周后行NIHSS评分测定。(2)实验室指标血清hs-CRP、IL-6及PCT的测定:所有患者均于入院第2日及治疗4周后空腹采集肘静脉血样5mL,使用离心机以1500r/min离心后采集血清,应用ELISA法测定血清hs-CRP、IL-6及PCT水平,试剂盒均采用德国BRAHMS诊断公司提供检测仪和配套试剂,严格按说明书操作。

3.2 统计学方法 采用SAS 9.2软件进行统计学处理,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用t检验,计数资料以百分率表示,采用 $\chi^2$ 检验,以 $P<0.05$ 为有显著性差异。

### 3.3 治疗结果

#### 3.3.1 NIHSS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
治疗组	30	7.10±1.37	3.93±1.31* <sup>△</sup>
对照组	30	6.90±1.35	4.59±1.53*

注:与同组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

#### 3.3.2 血清hs-CRP、IL-6及PCT水平比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后血清hs-CRP、IL-6及PCT水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	hs-CRP(mg/L)	IL-6(pg/L)	PCT(ng/L)
治疗组	30	治疗前	12.15±7.49	10.75±3.45	0.1132±0.0326
		治疗后	8.18±4.69 <sup>△</sup>	8.03±2.68 <sup>△</sup>	0.0713±0.0353 <sup>△</sup>
对照组	30	治疗前	12.56±8.73	10.55±2.92	0.1131±0.0347
		治疗后	10.83±7.38*	9.26±2.73*	0.0923±0.0271*

注:与同组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

### 4 讨论

急性脑梗死属中医学“缺血中风”范畴,为本虚标实之疾。王清任《医林改错》指出“元气即虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”,阐明了气虚、血瘀二者在病理方面的联系,提出了气虚血瘀为中风的主要病机,益气化瘀为其主要治疗原则。补阳还五汤方中生黄芪益气健脾,使气能行血,当归尾活血祛瘀,川芎、赤芍、桃仁、红花助归尾活血祛瘀,地龙通经活络。其方特点为大量补气药与少量活血药相配,使气旺则血行,活血而不伤正。药理研究表明,补阳还五汤具有脑保护作用,能增加血小板内环磷酸腺苷的含量,抑制血小板

聚集和释放反应,抑制和溶解血栓,以改善微循环,促进侧支循环,并能扩张脑血管,增加脑血流量,改善血液流变学,降低脑缺血/再灌注损伤;可保护血脑屏障,修复神经组织及抑制细胞凋亡,促进脑组织修复和功能重建。临床实践中,赵光恒等<sup>[6]</sup>发现,补阳还五汤能明显改善缺血性卒中患者神经功能,本研究也表明,补阳还五汤加减能明显降低患者的NIHSS评分,改善患者神经缺损症状,这与其研究结果一致。

越来越多的研究发现,炎症细胞因子在动脉粥样硬化的发生、发展、演变中起着重要作用<sup>[7]</sup>。临床研究发现,不同程度的脑梗死患者的血清hs-CRP水平具有差异性,hs-CRP水平越高,患者的病情越重,预后越差<sup>[8]</sup>。在缺血半暗带脑组织中,IL-6表达会明显增高,其可损伤血管内膜,影响血管通透性,可使炎症级联反应扩大,促进动脉粥样硬化的发生发展。脑梗死急性期IL-6明显增高,高浓度的IL-6水平与缺血性脑卒中的严重程度和后期较差的功能恢复有关<sup>[9-12]</sup>。PCT作为机体炎症反应的一项早期特异性诊断指标,在脑梗死急性期可激活特异性G蛋白,活化血小板,促血小板聚集形成血栓<sup>[13]</sup>,PCT越高,提示病情越严重<sup>[14]</sup>。因此,炎症因子作为动脉粥样硬化性脑梗死治疗的新靶点越来越受到人们的关注。本研究发现,补阳还五汤有助于降低急性动脉粥样硬化性脑梗死患者血清hs-CRP、IL-6及PCT水平,提示补阳还五汤可抑制急性脑梗死后机体的炎症反应。

综上所述,在西医常规治疗基础上,加用补阳还五汤能显著降低急性脑梗死患者的NIHSS评分和血清hs-CRP、IL-6及PCT水平,进而我们推测抗炎作用可能是补阳还五汤在脑梗死治疗中取得疗效的作用机制之一。本研究样本量较小,今后仍需开展多中心、大样本随机对照研究,并加强远期疗效及终点事件的观察,将为补阳还五汤治疗脑梗死提供更多的循证依据。

### 参考文献

- [1] Ross R. Atherosclerosis is an inflammatory disease. Am heart J, 1999, 138(5):419
- [2] 张芹,王云峰,张拥波,等.卒中相关炎症生化标志物的种类及作用.中国卒中杂志,2013,8(4):276
- [3] 中华神经科学会.各类脑血管疾病诊断要点.中华神经科杂志,1996,29(6):379
- [4] 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).北京中医药大学学报,1996,19(1):55
- [5] 周仲瑛.中医内科学.北京:中国中医药出版社,2003:224
- [6] 赵光恒,张芳,刘仁斌.补阳还五汤对急性缺血性卒中患者神经功能及同型半胱氨酸的影响.河北中医,2014,36(4):544

# 温经汤治疗子宫内位症痛经 30 例临床观察

汤艳秋 吴燕虹

(昆山市中医医院,江苏昆山 215300)

**摘要** 目的:观察温经汤治疗子宫内位症痛经的临床疗效。方法:将 60 例患者随机分为治疗组和对照组各 30 例,治疗组口服温经汤,对照组口服布洛芬缓释胶囊,治疗 3 个月经周期,观察 2 组临床疗效和 VAS 评分变化。结果:治疗组总有效率 90.0%,明显高于对照组的 76.7%( $P<0.05$ );2 组 VAS 评分均显著降低( $P<0.05$ ),且治疗组较对照组降低明显( $P<0.05$ )。结论:温经汤治疗子宫内位症痛经疗效显著,值得临床推广应用。

**关键词** 子宫内位症 并发症 痛经 温经汤 视觉模拟评分

中图分类号 R711.710.5 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2015)06-0036-02

子宫内位症是育龄妇女的多发病、常见病,其临床表现具有多样化,尤以疼痛为主,如痛经、非经期下腹痛、深部性交痛、急腹症、盆腔外疼痛等,约占全部症状的 70%。近年来,笔者采用温经汤治疗子宫内位症引起的痛经患者 30 例,并与服用布洛芬缓释胶囊者作对照观察,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 所有病例均为 2013 年 3 月至 2013 年 10 月间我院妇科门诊患者,共 60 例,随机分为 2 组。治疗组 30 例:年龄 22~42 岁,平均年龄(32.9±5.4)岁;病程 1~8 年,平均病程(4.1±1.9)年。

对照组 30 例:年龄 24~45 岁,平均年龄(33.0±5.6)岁;病程 1~10 年,平均病程(4.0±2.5)年。2 组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** 西医诊断标准参照第七版《妇产科学》<sup>[1]</sup>子宫内位症诊断标准制定:(1)临床表现:继发性痛经,且多渐进性加重;(2)妇科检查:后穹窿或附件区可触及包块,轻度触痛;(3)影像学或实验室检查:B 超检查发现内异症病灶,CA125 升高。中医证候寒凝血瘀型诊断标准<sup>[2]</sup>——主症:经前或经期,小腹冷痛拒按,得热痛减;次症:经量少,色黯有块,畏寒肢冷,面色青白;舌脉:舌黯,苔白,脉沉紧。

[7] Hansson GK. Inflammation, atherosclerosis and coronary artery disease. *N Eng J Med*, 2005, 352(16):1685

[8] 丁则显, 李晓光, 崔丽英, 等. 急性期高敏 C 反应蛋白对脑梗死预后的评估. *中华神经科杂志*, 2007, 40(1):11

[9] Waje-Andreassen U, Krakenes J, Ulvestad E, et al. IL-6: an early marker for outcome in acute ischemic stroke. *Acta Neurol Scand*, 2005, 111(6):360

[10] Basic KV, Simundic AM, Nikolac N, et al. Proinflammatory and anti-inflammatory cytokines in acute ischemic stroke and their relation to early neurological deficit and stroke outcome. *Clin Biochem*, 2008, 41:1330

[11] Persson J, Folkersen L, Ekstrand J, et al. High plasma adiponectin concentration is associated with all-cause mortality in patients with carotid atherosclerosis. *Atherosclerosis*, 2012, 225(2):491

[12] Whiteley W, Wardlaw J, Dennis M, et al. The use of blood biomarkers to predict poor outcome after acute

transient ischemic attack or ischemic stroke. *Stroke*, 2012, 43(1):86

[13] Chung S M, Bae O N, Lim K M, et al. Lysophosphatidic acid induces thrombogenic activity through phosphatidylserine exposure and procoagulant microvesicle generation in human erythrocytes. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 2007, 27(7):414

[14] 李舟. 急性脑梗死患者血清血小板活化因子、超敏 C 反应蛋白和降钙素原变化及临床意义. *浙江实用医学*, 2012, 17(6):408

**第一作者:**李土明(1981—),男,本科学历,主治医师,从事中西医诊治脑血管病临床工作。

**通讯作者:**钟萍,研究生学历,副主任医师。  
zphgl@163.com

收稿日期:2015-01-20

编辑:王沁凯 岐 轩