

中西医结合治疗急性脑梗死痰瘀阻络证 40 例临床研究

曹盼盼 吴明华

(南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029)

摘要 目的:观察中西医结合治疗急性脑梗死痰瘀阻络证的临床疗效。方法:将 80 例急性脑梗死患者随机分为治疗组和对照组各 40 例,对照组给予常规西药治疗,治疗组在常规西药治疗的基础上加服自拟中药方。观察治疗后 7d、14d 时临床疗效、NIHSS 评分、mRS 评分及 ADL 评分变化,并记录不良反应。结果:治疗组总有效率 77.50%,高于对照组的 45.00%($P<0.05$)。治疗后 14d 治疗组 NIHSS 评分和 mRS 评分均低于对照组($P<0.05$),ADL 评分高于对照组($P<0.05$)。治疗组根据年龄、发病时间和 OCSF 分型分组的两亚组间治疗后 7d、14d 时 NIHSS 评分、mRS 评分、ADL 评分及临床疗效比较均无统计学差异($P>0.05$);根据有无 MCAS 分组,治疗后 14d,无 MCAS 组的 NIHSS 评分低于 MCAS 组($P<0.05$),总有效率高于 MCAS 组($P<0.05$)。2 组均未发生不良反应。结论:中西医结合治疗急性脑梗死痰瘀阻络证可显著提高临床疗效,尤其对无 MCAS 患者更有优势,而与年龄、发病时间和 OCSF 分型无关。

关键词 脑梗死 痰瘀阻络 涤痰汤 天麻钩藤饮 通窍活血汤 虫类药 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(2017)06-0026-04

急性脑梗死是最常见的卒中类型,约占全部脑卒中的 60%~80%^[1]。目前常规治疗主要以改善脑血液循环和神经保护为主。有研究表明早期联合中药治疗能更加有效地预防病情进一步进展、降低致残率及防止早期复发。本研究旨在观察常规西药联合自拟中药方治疗急性脑梗死痰瘀阻络证的临床疗效,进一步评估发病年龄、发病时间、牛津郡社区卒中研究分型(OCSF 分型)及有无大脑中动脉狭窄(MCAS)对其疗效的影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2016 年 4 月至 10 月于江苏省中医院脑病中心住院的急性脑梗死患者 80 例,采用随机数字表法分为 2 组。治疗组 40 例:男 22 例,女 18 例;平均年龄(66.63±10.01)岁;美国国立卫生研究院卒中量表评分(NIHSS 评分)4~17 分;合并高血压 30 例,2 型糖尿病 21 例。对照组 40 例:男 20 例,女 20 例;平均年龄(67.30±11.53)岁;NIHSS 评分 4~17 分;合并高血压 27 例,2 型糖尿病 22 例。其中治疗组根据发病年龄、发病时间、OCSF 分型及有无 MCAS 分为 2 个亚组。治疗组与对照组患者性别、年龄、既往疾病史等一般资料比较无统计学差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 中医诊断标准参照 1996 年国家中医药管理局脑病急诊协作组《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[2],西医诊断标准参照中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014^[1]。

1.3 纳入标准 (1)符合上述中西医诊断标准;(2)NIHSS 评分≥4 分,所有患者均出现轻度至中度的神经功能缺损症状,如口角歪斜、言语不利、肢体乏力、共济失调、意识障碍甚至昏迷等;(3)首次发病或有脑梗死病史但未遗留神经功能缺损症状的再次发病者,不影响本次 NIHSS 评分;(4)均经头颅 MRI 确诊;(5)血压≤180/100mmHg;(6)患者或由其受委托人签署知情同意书。

2 治疗方法

2.1 对照组 依据中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014^[1],给予改善脑代谢、清除氧自由基、营养神经、调脂稳斑等常规西药治疗。对合并高血压、糖尿病的患者积极进行降压、降糖,并适时进行康复训练。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上,加服自拟中药方治疗。方药组成:川芎 10g,制南星 10g,天麻 10g,钩藤 30g(后下),赤芍 15g,天竺黄 10g,石斛 10g,水蛭 5g,地龙 10g,僵蚕 10g,炙甘草 3g。每日 1 剂,水煎煮取汁 300mL,早晚分次温服。

基金项目:江苏省 333 高层次人才培养工程(BRA2016507)

2组患者均以14d为1个疗程,疗程结束后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标 以美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)、改良 Rankin 量表(mRS)、日常生活活动能力量表(ADL)为观察指标,分别记录2组入院时、治疗后7d、治疗后14d时的NIHSS、mRS及ADL评分。

3.2 疗效评定标准 根据全国第四届脑血管病学术会议制定的临床神经功能缺损程度评分标准判断临床疗效^[3]。基本痊愈:NIHSS评分减少91%~100%;显著进步:NIHSS评分减少46%~90%;进步:NIHSS评分减少18%~45%;无变化:NIHSS评分减少或增加17%以内;恶化:NIHSS评分增加18%以上。总有效率=(基本痊愈+显著进步+进步)/总例数×100%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件进行数据分析,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,采用t检验,计数资料用百分率表示,等级资料采用秩和检验,以P<0.05为有统计学差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 临床疗效比较 治疗组40例中,基本痊愈1例,显著进步23例,进步7例,无变化5例,恶化4例,总有效率为77.50%;对照组40例中,显著进步12例,进步6例,无变化9例,恶化13例,总有效率为45.00%。2组总有效率比较,具有统计学差异(P<0.05),表明治疗组临床疗效优于对照组。

3.4.2 治疗组亚组临床疗效比较 按发病年龄、发病时间、前后循环、有无MCAS对治疗组进一步划分亚组进行分析,结果表明发病年龄、发病时间、前后循环等亚组临床疗效比较无统计学差异(P>0.05),而无MCAS组总有效率则高于MCAS组(P<0.05)。详见表1。

3.4.3 NIHSS、mRS及ADL评

分比较 治疗后14d,治疗组NIHSS评分和mRS评分低于对照组(P<0.05),而ADL评分则高于对照组(P<0.05)。详见表2。

3.4.4 治疗组各亚组NIHSS、mRS及ADL评分比较

3.4.4.1 按年龄分组 分为≤65岁组和>65岁组。2个亚组入院时、治疗后7d、治疗后14d时NIHSS、mRS及ADL评分比较均无统计学差异(P>0.05)。详见表3。

3.4.4.2 按发病时间分组 分为<24h组和≥24h组。2个亚组入院时、治疗后7d、治疗后14d时NIHSS、mRS及ADL评分比较均无统计学差异(P>0.05)。详见表4。

3.4.4.3 按OCSP分型分组 根据入院后MRA检查,OCSP分型将治疗组患者分为TACI组、PACI

表1 治疗组各亚组临床疗效比较

组别	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总例数	总有效率(%)
≤65岁	0	13	3	2	1	19	84.21
>65岁	1	10	4	3	3	21	71.43
<24h	0	19	4	2	2	27	85.19
≥24h	1	4	3	3	2	13	61.54
前循环	1	5	5	1	4	16	68.75
后循环	0	7	0	1	0	8	87.50
无MCAS	1	19	4	4	1	29	82.76*
MCAS	0	4	3	1	3	11	63.64

注:*与MCAS组比较,P<0.05。

表2 治疗组与对照组治疗前后NIHSS、mRS及ADL评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	NIHSS			mRS			ADL		
		入院时	治疗后7d	治疗后14d	入院时	治疗后7d	治疗后14d	入院时	治疗后7d	治疗后14d
治疗组	40	8.35±3.45	5.30±3.01 [†]	4.25±2.64 ^{†#}	3.65±1.08	3.05±1.40 [†]	2.35±1.82 ^{†#}	57.88±22.42	66.00±27.16	75.75±27.14 ^{†#}
对照组	40	8.25±3.02	7.10±2.98 [†]	6.85±3.53 [†]	3.50±0.96	3.13±1.09	3.00±0.85 [†]	58.88±21.65	61.88±20.25	64.38±23.10

注:*与同组入院时比较,P<0.05;#与对照组治疗后14d比较,P<0.05。

表3 治疗组≤65岁组与>65岁组NIHSS、mRS及ADL评分比较($\bar{x}\pm s$)

项目	组别	例数	入院时	治疗后7d	治疗后14d
NIHSS	≤65岁	19	9.05±3.37	5.00±3.27	4.00±2.58
	>65岁	21	7.71±3.47	5.57±2.80	4.48±2.73
mRS	≤65岁	19	3.42±1.17	2.79±1.40	2.11±1.85
	>65岁	21	3.86±0.96	3.29±1.38	2.57±1.81
ADL	≤65岁	19	64.74±21.05	70.53±28.33	76.58±29.96
	>65岁	21	51.67±22.27	61.90±26.05	75.00±25.05

表4 治疗组发病时间<24h组与≥24h组NIHSS、mRS及ADL评分比较($\bar{x}\pm s$)

项目	组别	例数	入院时	治疗后7d	治疗后14d
NIHSS	<24h	27	8.56±3.67	5.30±3.28	4.00±2.70
	≥24h	13	7.92±3.01	5.31±2.46	4.77±2.52
mRS	<24h	27	3.67±1.04	3.04±1.48	2.19±1.82
	≥24h	13	3.62±1.19	3.08±1.26	2.69±1.84
ADL	<24h	27	58.52±20.75	67.41±28.37	77.96±26.61
	≥24h	13	56.54±26.41	63.08±25.29	71.15±28.73

组、POCI组及LACI组,比较前循环亚组(TACI组+PACI组)和后循环亚组(POCI组)。2个亚组入院时、治疗后7d、治疗后14d时NIHSS、mRS及ADL评分比较均无统计学差异($P>0.05$)。详见表5。

3.4.4.4 按有无MCAS分组 根据入院后TCD或MRA检查将治疗组患者分为MCAS亚组和无MCAS亚组。治疗后14d时,MCAS亚组NIHSS评分明显高于无MCAS亚组,具有统计学差异($P<0.05$)。详见表6。

3.5 不良反应 2组均未出现影响治疗的不良反应,如脑出血、恶心、呕吐、腹泻、过敏、凝血障碍及明显肝功能异常等。

4 讨论

脑梗死属于中医学之“中风”范畴,多因劳倦内伤、久病积损或禀赋不足导致正气亏虚,津停成痰,血停为瘀,痰瘀互结,留于脑窍,阻滞经络,致脑脉失养,肢体失用,其病机总属阴阳失调,气血逆乱。痰根于津,瘀本于血^[4],津血同源,两者互相转化,相互作用,相兼为病,是中风急性期的首要致病因素,也是病理关键^[5-7]。以上述理论为基础,自拟中药方以涤痰汤、天麻钩藤饮和通窍活血汤3个基本方加虫类药物化裁而成。方中川芎活血行气化痰,制南星祛风燥湿化痰,天麻平肝息风通络,三者相伍为君,共奏祛风化痰、活血通络之功;臣以钩藤平肝息风,赤芍活血散瘀,天竺黄、石斛滋阴清热化痰;佐以水蛭、地龙、僵蚕虫类药物搜风剔络,破血逐瘀通经;甘草为使,调和诸药。全方具有痰瘀共治、痰化血行、血行痰清、气血贯通的作用。

现代研究方面,陈磊等^[8]认为涤痰汤可以通过下调GMP-140水平抑制血小板聚集、抗血小板活化、减少炎症细胞黏附发挥其抗血栓形成的治疗作用。陆军等^[9]研究表明天麻钩藤饮有明显扩张血管作用,能拮抗5-HT引起的脑基底动脉痉挛,提高脑耐缺氧能力和增加脑血流,通过降低血清胆固醇、甘油三酯和血小板聚集,预防血栓和防治动脉硬化。另有报道认为通窍活血汤能通过降低全血高切黏度和纤维蛋白原减轻脑缺血炎症反应,改善血液循环状态,减少脑缺血缺氧引

表5 治疗组前循环亚组与后循环亚组NIHSS、mRS及ADL评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

项目	组别	例数	入院时	治疗后7d	治疗后14d
NIHSS	前循环	16	9.13±4.11	6.56±2.90	5.56±2.94
	后循环	8	9.00±3.93	5.25±3.20	3.75±2.32
mRS	前循环	16	3.75±1.24	3.56±1.24	3.38±1.82
	后循环	8	3.25±1.66	2.63±1.51	2.38±1.09
ADL	前循环	16	52.50±26.39	54.56±26.25	62.81±30.71
	后循环	8	61.88±21.03	73.13±28.78	78.13±28.02

表6 治疗组MCAS亚组与无MCAS亚组NIHSS、mRS及ADL评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

项目	组别	例数	入院时	治疗后7d	治疗后14d
NIHSS	无MCAS	29	8.21±3.41	4.93±3.05	3.66±2.29
	MCAS	11	8.73±3.69	6.27±2.80	5.82±2.96*
mRS	无MCAS	29	3.62±1.05	2.90±1.40	2.10±1.72
	MCAS	11	3.73±1.19	3.45±1.37	3.00±2.00
ADL	无MCAS	29	59.14±22.20	68.79±27.05	79.31±25.59
	MCAS	11	54.55±23.71	58.64±27.30	66.36±30.09

注:*与无MCAS组比较, $P<0.05$ 。

起的脑损伤,促进神经细胞功能恢复^[10-11]。药理学方面,水蛭含有水蛭素、组织胺样物质、肝素和抗血栓素,具有抗凝、抗血栓及降血脂等作用,其中抗凝和抗血栓作用不需要辅助因子的参与,且溶解后的血栓不易复发,是目前最强的凝血酶抑制剂^[12]。地龙含雌黄嘌呤、琥珀酸、蚯蚓素、蚓激酶等提取物,其中蚓激酶可以激活纤溶系统,促进纤溶酶原激活剂(t-PA)抑制纤溶酶原激活物生成,增强内源纤溶活力^[13]。另外,僵蚕能较好地抑制ADP和凝血酶诱导的血小板聚集,其抗血栓机理与抑制血小板聚集和凝血酶诱导的内皮细胞释放作用有关^[14]。

本研究结果表明,与单纯的常规西药治疗相比,加服自拟中药方对无MCAS的急性脑梗死痰瘀阻络证患者具有较好的临床疗效,且随着时间的延长,神经功能缺损、病情严重程度及日常生活能力的改善更为显著。鉴于本次研究样本量尚少,观察时间较短,未能进行长期的跟踪随访,下一步拟通过临床动物实验进一步探讨中药疗效的确切机制,更好地服务于临床。

参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014[J].中华神经科杂志,2015,48(4):246.
- [2] 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.
- [3] 中华神经科学会.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经内科学杂志,1996,29(6):381.

血清胆汁酸与 2 型糖尿病痰湿证的相关分析

杜娟 李梦婷 尚文斌

(南京中医药大学第一临床医学院, 江苏南京 210023)

摘要 目的:探讨血清胆汁酸(BA)水平与 2 型糖尿病痰湿证的相关性,为 2 型糖尿病中医辨证提供客观依据。方法:收集 2 型糖尿病患者 278 例,辨证分为痰湿证 110 例和非痰湿证 168 例,检测患者血清 BA,记录并分析患者 BA 水平与年龄、腰围(WC)、身体质量指数(BMI)、血压(SBP、DBP)、空腹血糖(FBG)、糖化血红蛋白(HbA1c)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白(LDL-C)、高密度脂蛋白(HDL-C)、空腹胰岛素(FINS)、空腹 C-肽(FC-P)、胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)等的相关情况。结果:痰湿证组 BA 水平显著高于非痰湿证组($P<0.05$),此外腰围、BMI、TG、FINS、FC-P 水平均显著高于非痰湿证组($P<0.05$),HbA1c、HDL-C 显著低于非痰湿证组($P<0.05$)。Spearman 相关分析显示 BA 水平与年龄、腰围、BMI、FC-P 呈正相关($P<0.05$),与 HbA1c 呈负相关($P<0.05$),运用偏相关分析,在排除血压、脂代谢指标的影响后,BA 水平与年龄、腰围、BMI、FC-P、HbA1c 均未显示显著相关性($P>0.05$)。结论:血清 BA 水平反映了 2 型糖尿病痰湿证的征象,可作为临床上 2 型糖尿病痰湿证辨证的客观依据。

关键词 2 型糖尿病 血清胆汁酸 痰湿

中图分类号 R587.104

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)06-0029-03

糖尿病(DM)是一类以高血糖为主要特征的代谢紊乱疾病,中医称之为“消渴”,除阴虚燥热的基本病机外,痰浊阻滞也是消渴及各种并发症的重要影响因素。现代医家认为痰湿可以导致胰岛素抵抗,是胰岛素抵抗的病理基础之一,主张临床治疗应从痰湿入手^[1-2]。

血清胆汁酸(BA)是临床中常见的生化指标,近年来,有研究表明胆汁酸可通过影响肠道激素

的分泌,参与调节葡萄糖代谢^[3-4]。而作为降脂药物的胆汁酸螯合剂(BAS)不仅可以改善空腹及餐后血糖水平^[5],并且能促进肠道胰高血糖素样肽-1(GLP-1)的分泌,增加胰岛素敏感性^[6-7]。由于 2 型糖尿病痰湿证的客观辨证依据相对缺乏,BA 可能与痰湿证存在密切相关关系。因此我们观察 2 型糖尿病痰湿证与非痰湿证患者的 BA 水平及其与糖脂代谢的相关性,以探讨 BA 与 2 型糖尿病痰

- [4] 王晓勇,吴明华,张秀胜,等.自拟祛痰活血方治疗急性缺血性脑卒中痰瘀阻络证的临床疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(5):526.
- [5] 杨峰,闫永梅.浅探中风与痰瘀[J].黑龙江中医药,2014,43(3):2.
- [6] 魏勇军.高社光从痰瘀论治中风病经验[J].中医杂志,2012,53(5):379.
- [7] 董启武,吴明华.痰瘀阻络方治疗急性脑梗死的疗效观察[J].江苏医药,2013,39(24):3043.
- [8] 陈磊,汪涛,张云云,等.涤痰汤对急性脑梗死患者血小板 GMP-140 的影响[J].中国中医急症,2013,22(3):391.
- [9] 陆军,魏庆兰.天麻钩藤饮治疗脑中 60 例[J].中医临床研究,2014,6(14):87.
- [10] 姜远飞.通窍活血汤治疗脑梗死急性期临床观察[J].中国中医急症,2015,24(3):549.
- [11] 刘义桥,许正国.通窍活血汤加减治疗脑梗塞 80 例[J].

光明中医,2011,26(2):255.

- [12] 来要水,胡跃强.水蛭治疗中风的研究进展[J].河北中医,2013,35(5):785.
- [13] 陈登青.百奥蚓激酶治疗急性脑梗死的临床观察[J].首都医药,2009,16(18):48.
- [14] 许光明,张前燕,彭延古.僵蚕抗凝血酶诱导血管内皮细胞释放作用的研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2007,5(9):837.

第一作者:曹盼盼(1988—),女,硕士研究生,从事中医药治疗神经系统疾病的临床及基础研究。

通讯作者:吴明华,医学硕士,主任中医师,硕士研究生导师。mhuawu@163.com

收稿日期:2017-04-13

编辑:王沁凯 岐 轩