

加味补阳还五汤对缺血性脑中风患者 血液流变学及神经功能的影响

● 高永强¹ 刘建粉²

摘要 目的:分析加味补阳还五汤对缺血性脑中风患者血液流变学及神经功能的影响。方法:选取 2015 年 6 月至 2016 年 7 月接诊的缺血性脑中风患者 66 例,随机将其分为两组,各 33 例。对照组采用常规治疗,治疗组采用常规治疗+加味补阳还五汤治疗。对比两组疗效、血液流变学、神经功能变化情况以及不良反应发生情况。结果:治疗组治疗愈显率(90.91%)高于对照组(69.70%),差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗后纤维蛋白原、血浆黏度及 NIHSS 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);所有患者均未有严重不良反应出现,患者治疗过程中可耐受性好。结论:加味补阳还五汤治疗缺血性脑中风可显著提升临床治疗效果,对患者血液流变学及神经功能损伤情况均具有较好的改善作用,有助于患者病情恢复且安全性较高。

关键词 缺血性脑中风;补阳还五汤;血液流变学指标;神经功能

缺血性脑中风是临床常见的脑血管疾病,患者通常会伴随一定程度的神经功能损伤,且其具有较高的致残率与致死率,严重威胁患者的生命安全^[1]。常规西药治疗主要以缓解患者症状、改善其神经功能损伤为主。相关研究结果显示,将中药补阳还五汤用于治疗缺血性脑中风可有效改善患者临床症状与神经功能损伤情况^[2]。本研究旨在探讨加味补阳还五汤对缺血性脑中风患者血液流变学及神经功能的改善效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月至 2016 年 7 月南阳张仲景医院内科及医院社区服务中心的缺血性脑中风患者 66 例,随机将所选患者分为对照组和治疗组各 33 例。对照组男 21 例,女 12 例;年龄 47~76 岁,平均(61.52±7.40)岁;病变部位:基底节 18 例、颞叶 4 例、小脑梗死 8 例、脑干 3 例。治疗组男 20 例,女 13 例;年龄 45~77 岁,平均(61.60±7.52)岁;病变部位:基底节 16 例、颞叶 5 例、小脑梗死 9 例、脑干

3 例。两组患者一般资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 入选标准

1.2.1 纳入标准 ①西医诊断标准符合《中国脑血管疾病分类 2015》^[3]中急性期缺血性脑中风相关诊断标准,患者于静息或睡眠时发病,且可伴随单侧肢体功能受限、头晕目眩等症状;②中医诊断标准符合《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[4]中气虚血瘀证的诊断标准,主症:语言艰涩或不语,感觉减退或消失,口眼歪斜、半身不遂等症状;次症:面色㿗白,气短乏力,自出汗,舌质黯淡,舌苔白腻或有齿痕,脉沉细,且经影像学检查确诊;③患者及家属签署知情同意书;④经本院伦理委员会批准。

1.2.2 排除标准 ①合并恶性肿瘤者;②合并脑出血者;③合并血液疾病或存在外伤史者;④合并精神性疾病者;⑤合并严重肝、肾、心等脏器严重功能障碍者。

1.3 治疗方法 对照组采用常规西药治疗,阿司匹林肠溶片(山西兰花药业股份有限公司,国药准字 H14023980),100mg/次/d,口服;阿托伐他汀(北京嘉林药业股份有限公司,国药准字 H19990258)20mg/次/d,口服。治疗组在常规西药治疗基础上加用加味

• 作者单位 1. 南阳张仲景医院内二科(河南 南阳 473000);
2. 南阳张仲景医院社区服务中心(河南 南阳 473000)

补阳还五汤(黄芪 40g,葛根 30g,赤芍 20g,川芎 10g,当归 15g,红花 9g,丹参 20g,桃仁 9g,地龙 9g)。加水 700mL 煎,取汁 400mL,口服,1 剂/d,分早晚两次服用。两组均连续治疗 2 周。

1.4 评价指标 ①疗效:参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》制定。患者临床症状及体征消失或证候积分减少 $\geq 95\%$ 为痊愈;患者临床症状及体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 为显效;患者临床症状及体征开始缓解,证候积分减少 $\geq 30\%$ 为有效;不符合上述评估标准的为无效。愈显例数=痊愈例数+显效例数^[5]。②血液流变学:分别于治疗前、治疗结束后 1 周取患者空腹静脉血 2mL,离心处理备用。使用 LS300 血液流变仪[由亚铭(北京)科技有限公司提

供]检测纤维蛋白原与血浆黏度水平。③神经功能:分别于治疗前、治疗结束后 1 周使用国立卫生研究院卒中量表(美国)(National Institute of health stroke scale,NIHSS)^[6]评估患者的神经功能,分值与患者神经功能情况呈反比。④记录患者相关不良反应。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 两组治疗愈显率比较,治疗组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效对比[例(%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	愈显率
对照组(n=33)	1(3.03)	22(66.67)	7(21.21)	3(9.09)	23(69.70)
治疗组(n=33)	2(6.06)	28(84.85)	2(6.06)	1(3.03)	30(90.91)*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 两组血液流变学比较 治疗后,治疗组纤维蛋白原、血浆黏度水平均较对照组低,差异有统计学意

义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 治疗前后两组血液流变学指标变化对比($\bar{x} \pm s$)

组别	纤维蛋白原(g/L)		血浆黏度(mPa·s)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=33)	4.67 \pm 0.60	4.06 \pm 0.62*	2.80 \pm 0.91	2.13 \pm 0.34*
治疗组(n=33)	4.71 \pm 0.57	3.27 \pm 0.38*#	2.82 \pm 0.84	1.40 \pm 0.26*#

注:与本组治疗前相比,* $P < 0.05$;与对照组比较,# $P < 0.05$

2.3 神经功能缺损情况 与治疗前比较,两组治疗后 NIHSS 评分均降低,且治疗组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 NIHSS 评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后
对照组(n=33)	40.62 \pm 3.27	28.28 \pm 1.64#
治疗组(n=33)	41.11 \pm 3.16	24.23 \pm 1.57*#

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

2.4 不良反应 所有患者均未有严重不良反应出现,患者治疗过程中可耐受性好。

3 讨论

传统中医认为缺血性脑中风病变于脑,多为本虚

标实。其病机为气血亏虚,脑络受阻,血瘀不畅,经脉失养,涉及肝、脾、心、肾等脏器及经络、血脉,气虚则运血无力、筋脉肌肉失于濡养致肢体废而不用,表现出言语蹇涩、突然昏仆、口舌歪斜、偏身麻木等症。目前中医针对急性缺血性脑中风的的治疗主要以醒脑开窍为主,待患者病情稳定后可配以活血化瘀、通络筋骨之方维持^[7]。补阳还五汤出自《医林改错》,其方剂质量稳定,安全性高,且有较好的通经活络、活血化瘀之效。

本研究结果显示,治疗组治疗愈显率及血液流变学和神经功能改善情况均优于对照组,说明加味补阳还五汤联合常规西药治疗缺血性脑中风具有较好的临床效果,可显著改善患者的血液流变学情况及神经功能缺损情况。方中黄芪性温,味甘,有健脾益气、补

气还阳之效,佐以活血通络诸药,可助其发挥活血行气之功;川芎可清神醒脑、活血通络;当归可补血和血、润燥滑肠;赤芍可清热凉血、散瘀止痛;红花味辛,性温,归心、肝经,可活血通经、散瘀止痛;地龙可通经活络、清热熄风、利尿;桃仁可活血祛瘀^[8]。诸药合用,共奏活血行气、健脾通络之功。嵇远洋^[9]报道,补阳还五汤加味治疗缺血性中风急性期可改善患者神经功能及血流指标,促进其日常生活能力恢复,这与本研究结果相近。此外,两组患者治疗可耐受性均较好,无严重不良反应出现,说明两种治疗方式均具有较高的安全性。

综上所述,加味补阳还五汤治疗缺血性脑中风可显著提升其临床治疗效果,对患者血液流变学及神经功能损伤情况均具有较好的改善作用,有助于患者病情恢复,且安全性较高。

参考文献

[1]胡龙涛,蔡芳妮,王亚丽. 中风病病因病机探析[J]. 中西医结合心

脑血管病杂志,2017,15(7):883-885.

[2]罗银河,葛金文,刘 林. 补阳还五汤治疗缺血性中风临床应用进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(3):278-281.

[3]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. 中国脑血管疾病分类 2015[J]. 中华神经科杂志,2017,50(3):168-171.

[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)[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.

[5]郑筱萸.《中药新药临床研究指导原则》[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.

[6]金 煜. 补阳还五汤加减治疗缺血性中风后遗症临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志,2017,12(1):113-114,118.

[7]杨友高,苗 圃,秦维山,等. 缺血性中风从“痰瘀”论治的临床研究[J]. 世界中医药,2017,12(4):757-760.

[8]吉晓天,陈垂海,周少珑. 中西医结合治疗缺血性脑中风疗效探讨及其对血液流变学影响的临床观察[J]. 中国中医急症,2017,26(2):294-297.

[9]嵇远洋. 补阳还五汤加味治疗缺血性中风急性期 55 例[J]. 陕西中医,2017,38(6):687-689.

(收稿日期:2018-01-31)

(本文编辑:金冠羽)

(上接第 55 页)

参考文献

[1]卫生部继续教育委员会组. 女性生殖内分泌性激素补充疗法[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,1999:36.

[2]董 莉,归绥琪. 围绝经期抑郁症的研究进展[J]. 国外医学·妇幼保健分册,2004,15(4):237-240.

[3]全国绝经期妇女健康调查协作组. 妇女更年期症状及有关因素的调查分析[J]. 中华医学杂志,1991,71(10):585-587.

[4]乐 杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:322.

[5]林雪娟,李灿东,梁文娜,等. 围绝经期综合征中医证素特点研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2011,13(4):101-102.

[6]张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:170-171.

[7]周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:373-374.

[8]王晓慧,孙家华. 现代精神医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:152-154.

[9]朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:139-203.

[10]朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:163-228.

[11]许凤全,张 莹,张琳园. 补肾疏肝化痰汤治疗围绝经期抑郁症 82 例临床研究[J]. 河北中医,2013,35(03):333-334.

[12]张大伟,霍 磊. 庞氏围绝经安汤治疗围绝经期综合征[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(13):221.

[13]徐学武. 滋肾养肝法治疗围绝经期综合征 57 例[J]. 陕西中医,2008,29(9):1180.

[14]刘 蕾. 左归丸合酸枣仁汤治疗围绝经期综合征 42 例[J]. 陕西中医,2010,31(11):1453.

[15]沈振明,朱美兰,赵安全,等. 中药解郁丸与麦普替林治疗抑郁症的疗效对照观察[J]. 中国中西医结合杂志,2004,24(5):415.

[16]杨 敏,李灿东,梁文娜,等. 围绝经期综合征肝郁、肾虚病理与舌苔脱落细胞及性激素的相关性研究[J]. 中华中医药杂志,2011,26(9):1984-1986.

[17]倘余乐,段贤春,李 琴,等. 围绝经期综合征的中医病机及治疗进展[J]. 安徽医药,2013,17(5):730-732.

[18]耿元卿. 八段锦和五行音乐对心理亚健康状态干预作用的研究[D]. 南京中医药大学,2013.

(收稿日期:2018-09-03)

(本文编辑:金冠羽)