

补阳还五汤加味治疗脑梗死恢复期(气虚血瘀证)的临床观察

孟 薇^{1,2}, 李敬孝^{1△}, 张 莉²

(1. 黑龙江中医药大学, 黑龙江哈尔滨 150040; 2. 齐齐哈尔市中医医院, 黑龙江齐齐哈尔 161001)

摘要: **目的** 探讨补阳还五汤加味治疗脑梗死恢复期(气虚血瘀证)的临床疗效。**方法** 将 120 例脑梗死恢复期(气虚血瘀证)患者随机分为治疗组和对照组各 60 例。对照组给予常规神经内科治疗。治疗组在对照组常规神经内科治疗基础上予以补阳还五汤加味治疗。**结果** 治疗组总有效率为 85.0%, 对照组总有效率为 70.0%, 经秩和检验, 2 组临床疗效比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。2 组患者治疗后神经功能缺损评分、Fugl-Meyer 量表评分及 Barthel 指数评分同治疗前比较均明显改善, 治疗前后组内比较差异均有统计学意义 ($P<0.01$)。治疗后, 治疗组神经功能缺损评分、Fugl-Meyer 量表评分及 Barthel 指数评分均优于对照组, 与对照组比较差异具有统计学意义 ($P<0.01$)。**结论** 在常规治疗基础上加用中药补阳还五汤加味治疗不仅能够改善患者运动功能, 还能减轻神经功能缺损程度, 提高日常生活活动能力。

关键词: 脑梗死; 气虚血瘀证; 补阳还五汤

中图分类号: R255.2

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2014)02-00074-03

脑梗死即缺血性脑卒中, 是中老年人群的常见病和多发病。目前, 脑卒中(Stroke)与心脏病、恶性肿瘤构成了人类的三大死因, 具有发病率、死亡率及致残率均高的特点。脑梗死后患者常遗留不同程度的功能障碍, 严重影响患者的生活质量, 给患者的家庭和社会带来沉重的负担^[1-2]。大量研究显示, 中医药在脑血管疾病的临床治疗有较好前景^[3-4]。中医学认为, 脑梗死的病因病理与心、肝、肾三脏阴阳失调有关。笔者采用补阳还五汤加味治疗脑梗死恢复期(气虚血瘀证)60 例, 取得较为满意的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2012 年 3 月至 2013 年 10 月在黑龙江中医药大学附属第一医院及齐齐哈尔市中医医院住院或门诊就诊的 120 例脑梗死患者。将其按国际通用随机字母表随机分为治疗组和对照组两组。治疗组 60 例, 男 36 例, 女 24 例; 年龄 45~70 岁, 平均年龄(64.58 ± 7.63)岁; 病程最短 14d, 最长 60d, 平均病程(29.4 ± 8.1)d; 责任病灶位置: 基底节区 37 例, 额

叶 11 例, 颞叶 8 例, 脑室旁 4 例; 既往史: 高血压病史 33 例, 糖尿病史 15 例, 高血脂史 13 例。对照组 60 例, 男 33 例, 女 27 例; 年龄 47~69 岁, 平均年龄(65.37 ± 7.80)岁; 病程最短 15d, 最长 56d, 平均病程(28.5 ± 7.8)d; 责任病灶位置: 基底节区 36 例, 额叶 8 例, 颞叶 11 例, 脑室旁 5 例; 既往史: 高血压病史 31 例, 糖尿病史 17 例, 高血脂史 9 例。2 组患者在性别、年龄、病程、脑梗死位置及既往史等一般资料比较经统计学处理差异均无显著性意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断: 参照中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》(2010)。即: ①突然起病, 数小时或数日内达到高峰的脑局灶性损害症状; ②并且这些症状又符合脑部某一动脉血管供血区的功能缺损; ③无脑膜刺激征; ④脑 CT 或 MRI 有责任梗死病灶; ⑤脑 CT 或 MRI 排除脑出血和其他病变。

中医气虚血瘀证辨证标准: 参照采用 1988 年

收稿日期: 2013-11-25

作者简介: 孟薇(1982-), 女, 黑龙江齐齐哈尔人, 助理研究员, 在读博士研究生, 主要研究方向: 经方治疗疑难病的临床与基础研究。

△通信作者: 李敬孝, E-mail: 106715669@qq.com

国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的《中风病诊断疗效评定标准》(试行)和中药新药治疗中风(脑卒中)临床试验指导原则(征求意见稿)拟定。即:中医证候:半身不遂、气短乏力、口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木、面色恍白、自汗出。舌脉:舌质暗淡,舌苔白腻或有齿痕,脉沉细。其中半身不遂、气短乏力必备,其余症状4项,结合舌脉即可诊断气虚血瘀证。

1.3 纳入标准

①符合上述脑梗死西医诊断标准和中医气虚血瘀证辨证标准;②经脑CT或MRI检查示有责任梗死病灶;③OCSP临床分型为完全前循环梗死(TACI)或部分前循环梗死(PACI)者;④改良Rankin量表分级 >2 ,7分 $\leq$ 神经功能缺损评分 ≤ 22 分的轻中度患者;⑤首次发病者,或再次发作且本次发作前无残障(即Rankin量表得分0或1分);⑥年龄40~70周岁(含40周岁、70周岁),性别不限;⑦患者自愿参加临床研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①腔隙性梗死、短暂性脑缺血发作、脑梗死后脑出血、进展性卒中、后循环梗死(POCI)以及脑动脉炎患者;②由脑寄生虫病、脑外伤、脑肿瘤、风湿性心脏病、冠心病及其他心脏病合并房颤而引起的脑栓塞者;③急性期进行溶栓治疗的患者;④合并未控制的高血压及其它严重肝、肾、造血及代谢系统疾病者。

1.5 治疗方法

对照组:给予常规神经内科治疗,即:降低颅内压、抗血小板聚集、钙离子拮抗剂及营养支持治疗等处理,并根据患者既往史酌情进行控制血压、血脂,调整血糖,维持水电解质平衡及防治感染等对症治疗。共治疗3周。

治疗组:在对照组常规神经内科治疗基础上予以补阳还五汤加味治疗。方药组成:黄芪30g,当归15g,赤芍10g,地龙10g,川芎30g,水蛭10g,桃仁6g,红花6g,丹参20g,石菖蒲10g。随症加减:语言不利者,加郁金、远志;口眼喎斜者,加白附子、僵蚕;大便秘结者,加火麻仁、肉苁蓉、郁李仁;小便失禁者,加五味子、桑螵蛸、山萸肉。以上诸药水煎,取汁约200mL,每日1剂,早晚分服,7剂为1疗程,连续服用3个疗程。

合并用药规定:两组在整个临床研究期间,除

治疗组观察用药与基础治疗用药外,治疗期间应停用如含有三七、丹参、红花等活血化瘀中药成分的饮片、成药。

1.6 主要观察指标

两组于治疗前及治疗21d后分别进行神经功能缺损程度评定、肢体运动功能及日常生活活动能力(ADL)评定。其中,神经功能缺损程度评定参照全国第四届脑血管学术会议修订的“脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准”;肢体运动功能采用FMA(Fugl-Meyer)运动功能评定量表评定;ADL采用Barthel指数评定。

1.7 临床疗效判定标准

依据中华人民共和国卫生部颁布的《中药新药治疗中风病的临床研究指导原则》拟定。即:基于神经功能缺损的临床疗效评定分级标准。①基本痊愈:神经功能缺损评分减少90%~100%,同时病残程度0级。②显著进步:神经功能缺损评分减少46%~89%,同时病残程度1~3级。③进步:神经功能缺损评分减少18%~45%。④无变化:神经功能缺损评分减少或增加在18%以内。⑤恶化:功能缺损评分增加18%以上。总有效率=(基本痊愈+显著进步+进步)/n $\times 100\%$ 。

1.8 统计学方法

采用SPSS18.0软件完成统计处理;等级资料组间比较采用秩和检验;计量资料采用 t 检验。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较

治疗组总有效率为85.0%,对照组总有效率为70.0%。经秩和检验,2组临床疗效比较差异具有统计学意义($P<0.05$),提示治疗组临床疗效优于对照组。见表1。

表1 2组临床疗效比较(n)

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效率/%
治疗组	60	15	20	16	7	2	85.0
对照组	60	8	12	22	13	5	70.0

2.2 2组治疗前后神经功能缺损评分、Fugl-Meyer量表评分及Barthel指数评分比较

两组患者治疗后神经功能缺损评分、Fugl-Meyer量表评分及Barthel指数评分同治疗前比较均明显改善,治疗前后组内比较差异均有统计学意

义 ($P<0.01$)。治疗后, 治疗组神经功能缺损评分、Fugl-Meyer 量表评分及 Barthel 指数评分均优于对

照组, 与对照组比较差异具有统计学意义 ($P<0.01$)。具体见表 2。

表 2 2 组治疗前后神经功能缺损评分、Fugl-Meyer 量表评分及 Barthel 指数评分比较

组别	n	神经功能缺损评分		Fugl-Meyer 量表评分		Barthel 指数评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	60	20.51±6.29	7.80±3.66 ¹⁾²⁾	32.81±6.52	52.83±9.45 ¹⁾²⁾	40.39±8.14	69.44±10.18 ¹⁾²⁾
对照组	60	21.64±6.15	11.53±4.25 ¹⁾	31.94±7.17	48.73±8.26 ¹⁾	40.97±8.46	61.61±9.75 ¹⁾

注: 与同组治疗后比较, ¹⁾ $P<0.01$; 与对照组比较, ²⁾ $P<0.01$

3 讨论

脑梗死尚属于中医学“中风病”的范畴, 以突然昏仆、不省人事、口眼歪斜、语言不利或半身不遂为主要症状。有关中风的记载, 肇始于《内经》。目前, 中风病是危害人类生命与健康的常见病和多发病, 具有发病率高、致残率高、病死率高和复发率高的特点, 是中老年人致死和致残的主要疾病之一。古代医家已认识到其严重性和难治性, 将其列为“风、痲、膈、膈”四大难证之首。我国每年新增中风患者 150 万~180 万, 其中缺血性中风患者约占 43%~65%^[5], 因此, 对中风病的防治不仅一直是古代医家的重要研究课题, 也成为当今医学和社会密切关注的课题, 积极探索治疗脑梗死的有效方法, 降低病死率, 提高存活者的生活能力和生活质量有着重大的临床意义^[6]。

中医认为, 中风病为本虚标实之证, 本虚在于肝肾不足, 气血虚少; 标实乃肝风内动、火热内郁、痰湿壅盛、瘀血内阻等因素。其病机主要在于阴虚阳亢, 或气血不足, 气不运血致气滞血瘀, 经脉不通而发病^[7]。“补阳还五汤”出自于《医林改错》。本方是体现王清任所创气虚血瘀理论的代表方剂。本方配伍特点为大量补气药与少量活血药相配, 气旺则血行, 活血而又不伤正, 共奏补气活血通络之功。现代药理学研究^[8-10]表明, 补阳还五汤能改善脑循环, 增加脑血流量, 改善血流动力学, 减少炎症反应; 直接保护神经元, 使神经元对缺血的耐受性提高; 影响内皮细胞, 促进血管新生, 使缺血区血流代偿增加。本组研究结果显示, 在常规神经内科治疗基础上加用补阳还五汤加味治疗组临床疗效显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 且在临床神经功能缺损评分、运动功能评分、日常生活活动能力方面

均优于对照组 ($P<0.05$)。可见, 在常规治疗基础上加用中药补阳还五汤加味治疗不仅能够改善患者运动功能, 还能减轻神经功能缺损程度, 提高日常生活活动能力。

参考文献:

- [1] 韦世友, 王炎林, 杨小华, 等. 早期康复治疗对脑卒中神经功能重建的影响 [J]. 神经损伤与功能重建, 2006, 1(4): 219-220.
- [2] 王维治. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 126-130.
- [3] 张思为, 邓世芳, 何纲, 等. 芪棱汤对急性脑梗死患者血中同型半胱氨酸浓度及神经功能缺损评分的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(7): 823-825.
- [4] 吴远华, 朱广旗, 曹丽平, 等. 通窍化栓汤对急性脑梗死患者血清中 VEGF、Ang-1 的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(8): 1446-1448.
- [5] 姚宏军, 李丽. 缺血性中风急性期中医药治疗研究进展 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(4): 458.
- [6] 李在望, 张剑平, 石国锋, 等. 天丹通络胶囊治疗轻中度脑梗死的临床观察[J]. 云南中医学院学报, 2013, 36(4): 79-80.
- [7] 金远林, 周凌云. 论“瘀”与中风[J]. 云南中医学院学报, 2012, 35(5): 34-36.
- [8] 刘芳, 白雪松, 刘柏炎, 等. 补阳还五汤对脑缺血大鼠碱性成纤维细胞生长因子的影响 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15(1): 9-12.
- [9] 宫健伟, 叶蕾. 补阳还五汤对脑缺血再灌注大鼠脑组织 NO 及 NOS 的影响 [J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26(6): 819-820.
- [10] 曾平, 符秀琼, 王启瑞, 等. 加味补阳还五汤对动脉粥样硬化斑块形成及炎症细胞因子表达谱的影响[J]. 中药药理与临床, 2009, 25(6): 11-13.

(编辑: 徐建平)