

## ● 临床报道 ●

## 滋阴活血解毒方治疗脑梗死恢复期30例临床观察

林欣莹, 邓奕辉

(湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208)

**[摘要]** 目的:观察滋阴活血解毒方治疗脑梗死恢复期的临床疗效。方法:将脑梗死恢复期患者60例随机分为治疗组和对照组,每组各30例。对照组予以西医常规治疗,治疗组在对照组基础上加用滋阴活血解毒方治疗。2组均治疗30d。比较2组治疗前后日常生活能力(ADL)评分、美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)评分、中医证候积分、血液流变学指标、临床疗效及不良反应。结果:总有效率治疗组为93.3%,对照组为83.3%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2组ADL评分、NIHSS评分、中医证候积分、血液流变学指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:采用滋阴活血解毒方治疗脑梗死恢复期患者可获得良好的临床疗效,其治疗机制值得进一步研究。

**[关键词]** 脑梗死恢复期;中西医结合疗法;滋阴活血解毒方

**[中图分类号]** R277.73 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.09.018

脑梗死是高龄人群中最常见的脑血管疾病之一,是因脑部血液供应障碍导致的局限性脑组织缺血性坏死或软化,临床以猝然昏倒、不省人事、半身不遂、言语障碍为主要特征,治疗不及时可引起患者急性昏迷,甚至死亡,严重影响患者生存质量<sup>[1]</sup>。随着医学的发展,急性脑梗死患者通过溶栓及抗凝等治疗后可迅速脱离生命危险,但对脑梗死恢复期的疗效不佳,常遗留偏瘫、言语功能障碍等后遗症,给患者家庭及社会带来巨大负担,因此脑梗死恢复期的治疗是临床亟需解决的重大难题。中医药在治疗脑梗死等脑血管疾病上具有很好的疗效,本研究观察滋阴活血解毒方对脑梗死恢复期的临床疗效,以期为脑梗死恢复期的临床治疗提供新的方案。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取2018年2月至2019年1月湖南中医药大学附属第一医院收治的60例脑梗死患者作为研究对象,采用随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各30例。治疗组中,男16例,女14例;年龄54~72岁,平均 $(61.42 \pm 5.23)$ 岁;合并症:糖尿病4例,高脂血症8例,冠心病6例,高血压病21例;梗死部位:颞叶区8例,侧脑室基底核区17例,双侧额叶12例;平均发病到住院时间 $(5.81 \pm 0.43)$ h。对照组中,男17例,女13例;年龄57~71岁,平均 $(64.52 \pm 4.21)$ 岁;合并症:糖尿

病3例,高脂血症7例,冠心病9例,高血压病19例;梗死部位:颞叶区9例,侧脑室基底核区18例,双侧额叶8例;平均发病到住院时间 $(6.57 \pm 0.49)$ h。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》<sup>[2]</sup>拟定。1)神经功能出现局灶性缺损表现;2)症状、体征持续24h以上;3)头颅影像扫描中有梗死病灶表现,并排除脑溢血及其他病变。

**1.2.2 中医辨证标准** 参照2002年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>中瘀毒互结、气阴两虚证拟定。主症:偏瘫,口舌歪斜,语謇、舌强,肢体知觉消失或减退。次症:1)神疲气短,乏力,头痛,自汗;2)五心烦热,盗汗,眩晕耳鸣;3)心烦,易怒,便干,口渴。舌象:舌红或暗淡,苔黄或黄腻;脉:脉沉细或细数。发病年龄:多在40岁以上。具备2个及以上主症,兼有2个及以上者次症,结合舌象、脉象可确诊。

**1.3 纳入标准** 1)符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;2)处于脑梗死恢复期,即发病2周至1个月内;3)年龄40~75岁;4)患者为首次发病,或既往曾有发病,但经治疗后基本痊愈,无偏瘫等后遗症;5)患者就诊时美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)评分为7~22分;6)自愿参加本研究并签

署知情同意书。

1.4 排除标准 1)因脑寄生虫病、外伤、血液病、心脏病、代谢障碍、肿瘤等引起的脑卒中者;2)语言及意识障碍,影响沟通交流者;3)有肌肉、关节病变,并引起肢体活动功能障碍者;4)有内分泌、造血系统等疾病,或多脏器疾病者;5)有精神疾病者;6)妊娠及哺乳期妇女;7)对本研究药物过敏者;8)正在参加其他临床研究者。

1.5 剔除、脱落、终止标准 1)依从性差或误纳者,予以剔除;2)自行退出,或失访,或死亡但死因与本研究无关者,视为脱落;3)出现病情恶化或发生严重不良反应者,予以终止试验。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。予以患者二级预防、康复等常规脑梗死治疗方案治疗。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用滋阴活血解毒方治疗。处方:熟地黄 20g,水蛭 8g,枸杞 12g,黄连 10g,山茱萸 12g,川芎 12g,地龙 12g,黄芪 30g,丹参 20g,石菖蒲 8g。水煎,每天 1 剂,分 2 次服用。

2 组均连续治疗 4 周。

## 3 疗效观察

3.1 观察指标 1)NIHSS 评分及日常生活能力(ADL)评分。2)中医证候积分。观察患者口舌歪斜、偏身麻木、半身不遂、手足肿胀、心悸便溏等 5 项症状体征,按照无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分。3)血液流变学指标。纤维蛋白原、血浆黏度、全血高切黏度、血小板黏附率。4)不良反应。

3.2 疗效标准 根据 NIHSS 评分的下降率进行疗效判定。下降率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。临床治愈:NIHSS 评分下降率 > 90%;显效:NIHSS 评分下降率 > 45%、但 ≤ 90%;有效:NIHSS 评分下降率 > 18%、但 ≤ 45%;无效:NIHSS 评分下降率 ≤ 18%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行统计分析,计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,采用  $t$  检验;计数资料以率 (%) 表示,采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 治疗组总有效率为 93.3%,对照组为 83.3%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

| 组别  | 例数 | 临床治愈    | 显效       | 有效      | 无效      | 总有效                   |
|-----|----|---------|----------|---------|---------|-----------------------|
| 治疗组 | 30 | 8(26.6) | 18(60.0) | 2(6.7)  | 2(6.7)  | 28(93.3) <sup>a</sup> |
| 对照组 | 30 | 5(16.7) | 16(53.3) | 4(13.3) | 5(16.7) | 25(83.3)              |

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 NIHSS 评分、ADL 评分比较 2 组 NIHSS 评分、ADL 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 NIHSS 评分、ADL 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别  | 例数 | 时间节点 | NIHSS 评分                  | ADL 评分                     |
|-----|----|------|---------------------------|----------------------------|
| 治疗组 | 30 | 治疗前  | 15.09 ± 0.28              | 36.42 ± 0.95               |
|     |    | 治疗后  | 7.38 ± 0.29 <sup>ab</sup> | 72.31 ± 2.06 <sup>ab</sup> |
| 对照组 | 30 | 治疗前  | 15.62 ± 0.26              | 35.92 ± 0.53               |
|     |    | 治疗后  | 9.84 ± 0.30 <sup>a</sup>  | 57.08 ± 0.96 <sup>a</sup>  |

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组口舌歪斜、偏身麻木、半身不遂、手足肿胀、心悸便溏积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后中医证候积分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别  | 例数 | 时间节点 | 口舌歪斜                      | 偏身麻木                      | 半身不遂                      | 手足肿胀                      | 心悸便溏                      |
|-----|----|------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 治疗组 | 30 | 治疗前  | 5.33 ± 0.88               | 5.50 ± 0.90               | 5.36 ± 0.80               | 5.43 ± 0.97               | 5.50 ± 0.73               |
|     |    | 治疗后  | 1.93 ± 0.69 <sup>ab</sup> | 2.00 ± 0.69 <sup>ab</sup> | 1.90 ± 0.71 <sup>ab</sup> | 2.13 ± 0.73 <sup>ab</sup> | 1.93 ± 0.36 <sup>ab</sup> |
| 对照组 | 30 | 治疗前  | 5.43 ± 0.93               | 5.46 ± 1.00               | 5.66 ± 0.92               | 5.46 ± 0.89               | 5.53 ± 1.10               |
|     |    | 治疗后  | 3.00 ± 0.74 <sup>a</sup>  | 2.86 ± 0.73 <sup>a</sup>  | 2.83 ± 0.79 <sup>a</sup>  | 2.80 ± 0.71 <sup>a</sup>  | 2.90 ± 0.71 <sup>a</sup>  |

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

3.4.4 2 组治疗前后血液流变学比较 2 组纤维蛋白原、血浆黏度、全血高切黏度、血小板黏附率治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 4)

表 4 2 组治疗前后血液流变学比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 时间节点 | 纤维蛋白原(g/L)                | 血浆黏度(mPa/s)               | 全血高切黏度(mPa/s)             | 血小板黏附率(%)                  |
|-----|----|------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 治疗组 | 30 | 治疗前  | 4.34 ± 0.12               | 1.55 ± 0.03               | 5.40 ± 0.02               | 37.10 ± 0.75               |
|     |    | 治疗后  | 2.14 ± 0.06 <sup>ab</sup> | 1.09 ± 0.02 <sup>ab</sup> | 2.76 ± 0.06 <sup>ab</sup> | 24.58 ± 0.56 <sup>ab</sup> |
| 对照组 | 30 | 治疗前  | 4.35 ± 0.11               | 1.56 ± 0.04               | 5.42 ± 0.04               | 36.40 ± 0.49               |
|     |    | 治疗后  | 3.57 ± 0.06 <sup>a</sup>  | 1.33 ± 0.02 <sup>a</sup>  | 4.39 ± 0.09 <sup>a</sup>  | 33.53 ± 0.52 <sup>a</sup>  |

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

3.4.5 不良反应 2 组患者于研究期间均未出现明显不良反应。

# 中西医结合治疗缺血性脑卒中 57 例临床观察

史娜

(河南省许昌市人民医院,河南 许昌,461000)

**[摘要]** 目的:观察补阳还五汤联合西药治疗缺血性脑卒中的临床疗效。方法:将缺血性脑卒中患者 114 例随机分为治疗组与对照组,每组各 57 例。对照组给予西药治疗,治疗组在对照组基础上给予补阳还五汤治疗。比较 2 组综合疗效、血脂、血液流变学及神经功能缺损程度。结果:总有效率治疗组为 92.98%,对照组为 78.95%,2 组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2 组血脂水平治疗后组间比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2 组血液流变学指标、美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:补阳还五汤联合西药可有效改善缺血性脑卒中患者血脂及血液流变学水平,改善脑部血液微循环,恢复脑部供血,促进受损神经功能的恢复,提高疗效。

**[关键词]** 缺血性脑卒中;中西医结合疗法;补阳还五汤

**[中图分类号]** R277.73 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.09.019

缺血性脑卒中作为临床常见的一种脑血管疾病,具有发病急、病情发展迅速、致残率高等特点,严重威胁患者的生命。目前临床对该病的治疗方

法主要有抗凝、抗血栓及脑保护等,虽可有效缓解病情,但仍存在再次出血的风险。因此,在常规治疗的基础上寻求更高效、更安全的治疗方法对提高

**作者简介:**史娜,女,医学硕士,主治医师,研究方向:中西医结合治疗神经内科疾病

## 4 讨 论

脑梗死是由于脑部循环障碍引发的脑组织局部缺氧、缺血性坏死,并出现运动功能性障碍、感觉功能混乱及中枢性瘫痪,对患者生命造成严重威胁。临床研究表明,急性期脑梗死的有效一线方案是溶栓、保护神经、抗血小板及抗凝治疗,对促使脑血管再通及预后具有重要意义<sup>[4]</sup>。其可提高脑梗死急性期治愈率,但对脑梗死恢复期的疗效较差。

中医学认为,脑梗死属“中风”范畴,多发于中年后。本病以气阴两虚为本,瘀毒阻滞为标。治疗脑梗死应以滋阴活血解毒为法。滋阴活血解毒方由熟地黄、水蛭、枸杞、黄连、山茱萸、川芎、地龙、黄芪、丹参、石菖蒲组成,有滋阴益气、活血祛瘀解毒之功。实验研究表明该方用于脑部疾病治疗的临床效果显著<sup>[6]</sup>。

本研究结果显示,治疗组总有效率明显高于对照组,且 ADL 评分及 NIHSS 评分改善情况均明显优于对照组,提示滋阴活血解毒方可有效提高脑梗死恢复期的治疗效果,提高患者的神经功能及生活能力。此外,治疗组治疗后各项血液流变学指标、中医证候积分均明显低于对照组,表明滋阴活血解

毒方对于改善症状及血液流变学状态具有重要作用。

综上所述,滋阴活血解毒方联合西医常规疗法治疗脑梗死恢复期疗效确切,可有效改善患者症状、神经功能,且对高龄人群的用药安全性较高。望后期在安全性及具体作用机制方面进行深入研究。

## 参考文献

- [1] Arai N, Deguchi I, Hayashi T, et al. Recombinant tissue plasminogen activator therapy for acute ischemic stroke in older patients [J]. Nihon Ronen Igakkai Zasshi, 2018, 55(4): 632-639.
- [2] 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. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010 [J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 16-19.
- [3] 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: 109-117.
- [4] Leischner H, Flottmann F, Hanning U, et al. Reasons for failed endovascular recanalization attempts in stroke patients [J]. Journal of Neurointerv Surg, 2018.
- [5] Fuhrer H, Schenberger S, Niesen WD, et al. Endovascular stroke treatment's impact on malignant type of edema (ESTIMATE) [J]. Journal of Neurol, 2019, 266(1): 223-231.
- [6] 颜佳博. AGEs 诱导损伤的血管内皮细胞 RAGE, mTOR, NF- $\kappa$ B 的表达及滋阴活血解毒方的干预作用研究 [J]. 长沙: 湖南中医药大学, 2017.

(收稿日期: 2019-01-08)