

# 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)

治疗效果、预防再次出血尤为重要<sup>[1-2]</sup>。中医学认为,缺血性脑卒中属于“中风”范畴,其病机为气虚血瘀,因此在治疗上主张以活血、祛瘀、通络为法<sup>[3]</sup>。本研究采用补阳还五汤联合常规西药治疗缺血性脑卒中患者57例,观察其对血脂及血液流变学的影响,获得显效,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年4月至2018年6月本院收治的缺血性脑卒中患者114例,采用随机数字表法将其分为治疗组与对照组,每组各57例。治疗组中,男35例,女22例;年龄45~79岁,平均 $(67.13 \pm 7.62)$ 岁;病程2周至5个月,平均 $(2.08 \pm 1.28)$ 个月。对照组中,男37例,女20例;年龄44~79岁,平均 $(66.37 \pm 7.54)$ 岁;病程2周至5个月,平均 $(2.04 \pm 1.24)$ 个月。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2014》<sup>[4]</sup>拟定气虚血瘀证辨证标准。1)经CT或MRI确诊;2)出现颈内动脉系统和(或)椎-基底动脉系统症状和体征;3)伴有轻度意识障碍,无明显呕吐、头痛。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>拟定气虚血瘀证辨证标准。主症:半身不遂,口舌歪斜,不语或言语謇涩等;次症:气短乏力,自汗出;舌脉:舌质暗淡,苔薄白,脉细沉、细缓或细弦。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准及中医辨证标准者;2)无颅内出血者;3)无精神疾病,具有一定认知能力者;4)自愿参加本研究并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 1)病情危重或病情尚未稳定者;2)入组前进行过溶栓治疗者;3)造血系统及凝血系统异常者;4)药敏试验过敏者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 采用西药治疗。予以患者阿司匹林肠溶片(沈阳奥吉娜药业有限公司,批准文号:国药准字H20065051,规格:100mg/片)口服,1片/次,1次/d;阿托伐他汀钙片(北京嘉林药业股份有限公司,批准文号:国药准字H19990258,规格:20mg/片)口服,1片/次,1次/d。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用补阳还五汤治疗。处方:黄芪60g,丹参、当归各30g,石菖蒲15g,

制半夏、芍药、桂枝各12g,红花、桃仁、地龙、川芎、水蛭、制南星各10g。水煎,每天1剂,分早晚温服。

2组均连续治疗4周。

## 3 疗效观察

3.1 观察指标 1)血脂。检测患者治疗后三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平。2)血液流变学。检测患者治疗前后全血低切黏度、全血高切黏度、纤维蛋白原水平。3)神经功能缺损程度。采用美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)评价患者治疗前及治疗4周后的神经功能缺损情况,其中共包含11个项目,分值0~42分,评分越高则神经功能缺损越严重。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>拟定。显效:症状及体征部分消失,NIHSS评分减少 $\geq 90\%$ ;有效:症状及体征明显改善,NIHSS评分减少 $\geq 45\%$ , $< 90\%$ ;无效:症状及体征未有改善,NIHSS评分减少 $< 45\%$ 或增加。

3.3 统计学方法 采用SPSS 24.0统计学软件进行统计分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料用率(%)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 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。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

| 组别  | 例数 | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效                    |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|------------------------|
| 治疗组 | 57 | 31(54.38) | 22(38.60) | 4(7.02)   | 53(92.98) <sup>a</sup> |
| 对照组 | 57 | 23(40.35) | 22(38.60) | 12(21.05) | 45(78.95)              |

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗后血脂比较 2组患者治疗后血脂各项指标比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗后血脂比较( $\bar{x} \pm s$ ,mmol/L)

| 组别  | 例数 | TG                           | TC                           | LDL-C                        | HDL-C                        |
|-----|----|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 治疗组 | 57 | 1.26 $\pm$ 0.92 <sup>a</sup> | 4.31 $\pm$ 1.27 <sup>a</sup> | 1.98 $\pm$ 0.95 <sup>a</sup> | 1.96 $\pm$ 0.85 <sup>a</sup> |
| 对照组 | 57 | 2.17 $\pm$ 0.98              | 4.92 $\pm$ 1.31              | 2.47 $\pm$ 1.35              | 1.61 $\pm$ 0.92              |

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组治疗前后血液流变学比较 2组血液流变学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)

3.4.4 2组治疗前后NIHSS评分比较 2组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。(见表4)

表3 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 | 全血低切黏度<br>(mPa/s)          | 全血高切黏度<br>(mPa/s)         | 纤维蛋白原<br>(g/L)            |
|-----|----|------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 治疗组 | 57 | 治疗前  | 14.98 ± 3.42               | 6.55 ± 0.89               | 4.79 ± 0.51               |
|     |    | 治疗后  | 11.02 ± 2.05 <sup>ab</sup> | 4.82 ± 0.57 <sup>ab</sup> | 3.32 ± 0.35 <sup>ab</sup> |
| 对照组 | 57 | 治疗前  | 15.24 ± 3.57               | 6.58 ± 0.91               | 4.86 ± 0.52               |
|     |    | 治疗后  | 12.57 ± 2.34 <sup>a</sup>  | 5.39 ± 0.82 <sup>a</sup>  | 4.23 ± 0.41 <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> $P < 0.05$ 。

表4 2组治疗前后HINSS评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别  | 例数 | 治疗前          | 治疗后                       |
|-----|----|--------------|---------------------------|
| 治疗组 | 57 | 20.14 ± 3.35 | 9.68 ± 2.34 <sup>ab</sup> |
| 对照组 | 57 | 19.98 ± 3.45 | 13.68 ± 3.58 <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> $P < 0.05$ 。

#### 4 讨论

缺血性脑卒中患者在发病后,其血液中的纤维蛋白原及全血黏度水平高于正常,而全血黏度水平与机体内血流阻力具有重要相关性、血液黏度水平增加会使血流阻力上升,阻碍机体血液微循环,降低血流灌注效率,极易诱发动脉粥样硬化斑块脱落,形成血栓,加重病情。因此,纤维蛋白原及全血黏度可作为评价缺血性脑卒中病情发展情况的评价指标<sup>[6]</sup>。现代医学治疗方法主要为抑制血小板聚集、降脂、抗凝等,其中以阿托伐他汀钙、阿司匹林等药物最为常用。阿托伐他汀钙具有降脂作用,可抑制胆固醇合成,降低血脂,有利于改善患者血管动脉硬化。阿司匹林具有强效的抗血小板聚集作用,可起到抗血栓的效果。

中医学认为,脏腑气血亏虚、阴阳失调而致脑络失养,或外邪侵入人体导致气血运行受阻,邪浊瘀滞于脑络,使血脉运行不畅,导致发病。故以活血益气、祛瘀通络为治疗原则。补阳还五汤中黄芪具有补气固表之功效;当归补血活血;地龙清热平肝、通络;丹参活血祛瘀;水蛭破血通经;红花活血通络;桂枝助阳化气、温通经脉;赤芍散瘀止痛。现代药理研究表明,当归具有扩张血管、抗血小板聚集和抗血栓作用;黄芪可降低机体血液流变学指标、改善血液黏稠度,能预防血栓形成;地龙可抗凝、溶栓,对保护神经系统具有积极的作用<sup>[7]</sup>。

综上所述,补阳还五汤联合西药治疗可有效改善缺血性脑卒中患者血脂及血液流变学指标,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,其疗效优于单用西药治疗。

#### 参考文献

- [1] 徐辉,邹艳丽,周辉,等. 补阳还五汤对缺血性脑卒中患者恢复期的疗效评价[J]. 世界中西医结合杂志,2017,12(8): 1155-1157.
- [2] 王振清. 缺血性脑卒中患者应用尼莫地平联合针刺及补阳还五汤治疗方案的临床效果[J]. 血栓与止血学,2016,22(5): 538-541.
- [3] 王凯华,黄龙坚,黄建民,等. 气虚血瘀型急性缺血性脑卒中的TOAST分型及中西医结合治疗的临床研究[J]. 陕西中医,2016,37(2):145-148.
- [4] 中华医学会神经病学分会. 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):246-257.
- [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,2002:99-105.
- [6] 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.
- [7] 龙建飞,张秋霞,王蕾,等. 补阳还五汤治疗缺血性中风药理作用机制的研究进展[J]. 世界中医药,2015,10(5):805-807.

(收稿日期:2018-11-29)

### 女国医大师们的养生经(四)

**别让胃病“吃”出来** 今年86岁的葛琳仪是第三届国医大师中的五朵金花之一。她开创了浙江公立医院中医急诊的先河。她自称“半路出家”,凭借对中医的执着与自己的勤奋,从一位护士成长为中医内科专家。葛琳仪说,现在的消化道疾病往往是因为吃得太好引起的,以前的胃病是饿出来的,现在的胃病是吃出来的。她在治疗过程中将患者大致归结为三类:第一类是日子过得浑噩的人。白天工作,晚上视麻将、扑克为知己,吃饭都在麻将桌上,把胃置之“肚”外;第二类是日子过得轻松的人。暴饮暴食,纵酒无度,唱歌到更深半夜;第三类是日子过得紧张的人。经常工作到深夜,废寝忘食,长期处于精神紧张状态。葛琳仪说,胃病能通过改变饮食和生活习惯进行调理,尽量不要通过吃药来解决。她很注重早餐,她曾在媒体分享了常喝的粥谱:头天晚上将白木耳、薏苡仁、莲子、芡实、红枣一起煮粥,第二天早上喝粥,再喝杯牛奶加个鸡蛋就足够了。(http://www.cnntcm.com.cn/2019-03/08/content\_57934.htm)