

● 临床论著 ●

引用:胡穗发,胡小凤,石浩珂,谢桂,周成,熊佳,廖小香,彭天忠. 解毒降糖复瘫汤治疗糖尿病性脑梗死急性期患者 60 例[J]. 湖南中医杂志,2021,37(8):1-4.

解毒降糖复瘫汤治疗 糖尿病性脑梗死急性期患者 60 例

胡穗发¹,胡小凤¹,石浩珂²,谢桂¹,周成¹,熊佳¹,廖小香¹,彭天忠¹

(1. 南昌市洪都中医院,江西 南昌,330008;2. 江西中医药大学,江西 南昌,330045)

[摘要] 目的:观察解毒降糖复瘫汤治疗糖尿病性脑梗死(DCI)急性期患者的临床疗效。方法:将 120 例 DCI 急性期患者随机分为治疗组和对照组,每组各 60 例。2 组均给予基础治疗,治疗组予以解毒降糖复瘫汤治疗,对照组予以补阳还五汤加减治疗。2 组均采用脑卒中残损评定法(SIAS)、Barthel 指数(BI)、汉密尔顿抑郁量表(HRSD)和简明精神状态检查表(MMSE)进行评价,并比较疗效。结果:总有效率治疗组为 90.00%(54/60),对照组为 80.00%(48/60),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组患者治疗后 SIAS、BI、MMSE 评分均有改善,且治疗组优于对照组($P<0.05$),而 2 组 HRSD 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:解毒降糖复瘫汤治疗 DCI 急性期患者疗效确切,能明显改善患者神经功能和日常生活能力,值得临床推广应用。

[关键词] 糖尿病性脑梗死;急性期;中医药疗法;解毒降糖复瘫汤;补阳还五汤

[中图分类号] R259.871,R277.733.3 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.08.001

Clinical effect of Jiedu Jiangtang Futan decoction in treatment of patients in the acute stage of diabetic cerebral infarction:an analysis of 60 cases

HU Suifa¹,HU Xiaofeng¹,SHI Haoke²,XIE Gui¹,ZHOU Cheng¹,XIONG Jia¹,LIAO Xiaoxiang¹,PENG Tianzhong¹

(1. Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine,Nanchang 330008,Jiangxi,China;

2. Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine,Nanchang 330045,Jiangxi,China)

[Abstract] Objective:To investigate the clinical effect of Jiedu Jiangtang Futan decoction in the treatment of patients in the acute stage of diabetic cerebral infarction (DCI). Methods:A total of 120 patients in the acute stage of DCI were randomly divided into treatment group and control group,with 60 patients in each group. In addition to basic treatment,the patients in the treatment group were given Jiedu Jiangtang Futan decoction,and those in the control group were given Buyang Huanwu decoction. The two groups were evaluated based on Stroke Impairment Assessment Set (SIAS),Barthel Index (BI),Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD),and Mini-Mental State Examination (MMSE),and clinical outcome was compared between the two groups. Results:There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [90.00% (54/60) vs 80.00% (48/60), $P<0.05$]. After treatment,both groups had significant improvements in SIAS,BI,and MMSE scores,and the treatment group had significantly better scores than the control group ($P<0.05$);there was no significant difference in HRSD score between the two groups ($P>0.05$). Conclusion:Jiedu Jiangtang Futan decoction has a marked clinical effect in the treatment of patients in the acute stage of DCI and can significantly improve patients' neurological function and activities of daily living,and therefore,it holds promise for clinical application.

[Keywords] diabetic cerebral infarction;acute stage;traditional Chinese medicine treatment;Jiedu Jiangtang Futan decoction;Buyang Huanwu decoction

基金项目:江西省卫生健康委员会中医药科技计划项目(2017A167)

第一作者:胡穗发,男,副主任中医师,硕士研究生导师,研究方向:中医药治疗脑血管病临床研究

通讯作者:彭天忠,男,副主任中医师,硕士研究生导师,研究方向:针灸治疗脑血管病的临床研究,E-mail: pengtianzhong@126.com

糖尿病性脑梗死(diabetes cerebral infarction, DCI)是指糖尿病患者并发缺血性脑卒中的一种常见并发症,也是最为严重的并发症之一^[1];与非糖尿病性脑梗死比较,具有病死率高、致残率高、复发率高、后遗症重、治疗费用高等特点,故已成为糖尿病研究领域主要热点之一^[2-3]。我院根据多年临床实践,采用解毒降糖复瘫汤治疗 DCI 急性期患者,取得了较好疗效,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年7月至2019年11月就诊于南昌市洪都中医院神经内科的糖尿病性脑梗死急性期住院患者120例,采用随机数字表法将合格受试者按1:1原则随机分为2组,每组各60例。治疗组中,男37例,女23例;年龄40~83岁,平均 (63.06 ± 8.51) 岁;病程6 h至2周,平均 (3.21 ± 2.87) d;左侧脑梗死36例,右侧脑梗死24例。对照组中,男35例,女25例;年龄43~80岁,平均 (59.65 ± 8.86) 岁;病程6.5 h至2周,平均 (3.07 ± 2.69) d;左侧脑梗死34例,右侧脑梗死26例。2组在性别、年龄、病程和发病部位等一般资料方面比较,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 目前暂无明确的 DCI 的西医诊断标准,但根据相关文献^[4-5],可认为凡是在急性脑梗死发生之前有2型糖尿病病史,同时符合2型糖尿病和急性脑梗死的诊断标准者,即可诊断为 DCI。2型糖尿病诊断标准参考《中国2型糖尿病防治指南(2017年版)》^[6]制定;脑梗死诊断标准依据《中国脑血管病防治指南》^[7]制定。

1.2.2 中医辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[8]中“消渴”和《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[9]中“中风”的诊断及辨证分型标准拟定 DCI 气虚血瘀证辨证标准。1)主症:①半身不遂,舌强语謇,口舌歪斜,肢体麻木;②口渴喜饮,小便频多,多食易饥。2)次症:头晕目眩,肢体强急或软瘫,气短乏力,面色晄白,唇甲紫暗,便干便秘,心悸,汗出,失眠,健忘,夜尿频多。3)舌脉:舌体胖或有齿痕,舌淡红、暗或紫暗,有瘀点、瘀斑,舌苔薄白或白腻,舌下脉络青紫迂曲;脉弦涩,沉涩或沉细、沉迟涩。具备主症①②中各2项,或主症①中2项同时有2型糖尿病病史;或主症①②中各1项+次症2项,结合舌脉即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)脑梗死发病时间为6 h至2周;3)40岁≤年龄≤85岁;4)患者知情并自愿参与。

1.4 排除标准 1)脑出血、蛛网膜下腔出血、短暂性脑缺血发作、高血压脑病,以及动脉炎、血液病引起的脑血栓形成和其他器质性脑病患者;2)合并重度心律不齐、心功能不全,肝、肾、造血系统等严重原发性疾病,精神病,以及3个月内有严重出血性疾病者;3)患者近1个月内出现过糖尿病酮症、酮症酸中毒或者严重感染;4)妊娠、哺乳期妇女;5)拒绝服用中药汤剂或对汤剂中含有的药物过敏者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 依据《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》^[10]和《中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)》^[11]制定,包括糖尿病教育、糖尿病饮食治疗、一般治疗(保持呼吸道通畅、合理使用降压药、纠正血糖、抗感染及对症支持治疗)、稳定斑块、抗血小板聚集、改善循环和改善脑营养代谢等治疗,以及康复治疗及专业护理。

2.2 治疗组 在基础治疗上加用解毒降糖复瘫汤治疗。药物组成:黄芪60 g,黄连6 g,石菖蒲10 g,远志10 g,天花粉15 g,当归10 g,葛根18 g,赤芍15 g,水蛭10 g,鬼箭羽10 g,丹参15 g,制胆南星6 g。采用全自动中药煎药机(北京东华原医疗设备有限责任公司,型号 YFY20、YBS200),每剂煎成2袋,150 ml/袋,1袋/次,2次/d,饭后30 min服用。

2.3 对照组 在基础治疗上加用补阳还五汤加减治疗。药物组成:黄芪60 g,当归10 g,赤芍15 g,地龙10 g,川芎10 g,桃仁10 g,红花10 g。煎药方法、服用方法及所煎药物的包装同上。

2组均连续用药4周,分别在治疗第15天和治疗结束进行指标观察和疗效判定。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)功能缺损程度评分。参照《中风病诊断疗效评定标准》^[9],对主要症状和次要症状进行评分以评定患者功能缺损程度。2)脑卒中残损评定法(SIAS)评分。其包括上下肢的运动功能、肌张力、感觉、关节活动度、疼痛、躯体平衡、视空间认知、语言及监测肢体功能等9个大项目,共22个小项目,每项评分0~5分或0~3分,总分为76分^[12]。3)日常生活活动能力评估量表-巴氏指数(BI)评分。满分为100分,<20分为严重功能缺

陷,生活完全需要依靠, ≥ 20 分、但 <40 分为生活需要很大帮助, ≥ 40 分、但 <60 分为生活需要帮助, ≥ 60 分为生活基本自理^[12]。4)汉密尔顿抑郁量表评分(HRSD)。总分 <7 分为正常,总分 ≥ 7 分、但 <17 分为可能有抑郁症,总分 ≥ 17 分、但 <24 分为肯定有抑郁症,总分 ≥ 24 分为有严重抑郁症^[12]。5)简明精神状态检查表(MMSE)评分。最高分为30分,文盲 <17 分、文化程度为小学 <20 分、文化程度为中学及以上 <24 分评定为痴呆^[12]。2组于治疗前、治疗第15天及治疗结束时各评定SIAS、BI、HRSD和MMSE评分1次。量表评定由经过专门培训的人员进行,并经过一致性检验,评定者不知晓分组情况。

3.2 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[8],根据患者功能缺损程度评分采用尼莫地平法计算疗效指数,根据疗效指数评定综合疗效。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。基本恢复:疗效指数 $>90\%$;显效:疗效指数 $>45\%$ 、但 $\leq 90\%$;有效:疗效指数 $>18\%$ 、但 $\leq 45\%$;无效:疗效指数 $\leq 18\%$ 或增加。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件进行数据分析,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组内比较,配对差值满足正态性时,用配对 t 检验;不满足正态性时,用配对秩和检验。组间比较,满足正态性时,方差齐性用 t 检验,方差不齐用 t' 检验;不满足正态性时,用成组比较的秩和检验。计数资料以率($\%$)表示,采用 χ^2 检验;等级资料用Radit分析。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90.00%,对照组为80.00%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	基本恢复	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	8(13.33)	16(26.67)	30(50.00)	6(10.00)	54(90.00) ^a
对照组	60	3(5.00)	12(20.00)	33(55.00)	12(20.00)	48(80.00)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后SIAS评分比较 2组治疗前SIAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗第15天及治疗后2组患者SIAS评分与本组治疗前比较均明显提高,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后同时间节点组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

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

组别	例数	治疗前	治疗第 15 天	治疗后
治疗组	60	48.52 $\pm$ 13.12	62.07 $\pm$ 9.38 ^{ab}	70.12 $\pm$ 9.42 ^{ab}
对照组	60	48.67 $\pm$ 13.18	52.16 $\pm$ 9.03 ^a	59.68 $\pm$ 9.82 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组同时间节点比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.3 2组治疗前后BI评分比较 2组治疗前BI评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗第15天及治疗后2组患者的BI评分均较本组治疗前明显提高,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后同时间节点组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表3)

表 3 2 组治疗前后 BI 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗第 15 天	治疗后
治疗组	60	24.89 $\pm$ 4.65	49.82 $\pm$ 6.93 ^{ab}	69.08 $\pm$ 7.54 ^{ab}
对照组	60	26.08 $\pm$ 5.17	39.61 $\pm$ 5.92 ^a	54.32 $\pm$ 6.27 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组同时间节点比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.4 2组治疗前后HRSD评分比较 2组治疗前HRSD评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗第15天及治疗后2组HRSD评分均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后2组同时时间节点组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表4)

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

组别	例数	治疗前	治疗第 15 天	治疗后
治疗组	60	20.88 $\pm$ 4.63	16.54 $\pm$ 3.75 ^{ab}	12.06 $\pm$ 3.74 ^{ab}
对照组	60	21.09 $\pm$ 4.54	17.13 $\pm$ 3.94 ^a	12.31 $\pm$ 4.24 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组同时间节点比较,^b $P>0.05$ 。

3.4.5 2组治疗前后MMSE评分比较 2组治疗前MMSE评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);2组治疗第15天及治疗后MMSE评分与本组治疗前比较均明显提高,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后同时间节点组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表5)

表 5 2 组治疗前后 MMSE 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗第 15 天	治疗后
治疗组	60	12.67 $\pm$ 1.63	20.68 $\pm$ 2.19 ^{ab}	26.21 $\pm$ 2.37 ^{ab}
对照组	60	11.89 $\pm$ 1.68	14.56 $\pm$ 2.08 ^a	17.21 $\pm$ 2.46 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组同时间节点比较,^b $P<0.05$ 。

4 讨 论

DCI在中医学中并无此病名,但根据其症状和

临床表现,可将其归属于“消渴”和“中风”范畴。消渴患者合并中风在古代中医文献中早有记载,如《证治要诀·消瘴》中载:“三消日久,精血既亏损,或目无所见,或手足偏废,如风疾”,其中“手足偏废”即为中风偏瘫,认为精血亏损是主要病机。然而由于当时历史条件有限,对于此类消渴合并中风的病因病机没有系统的认知,其治则与治法亦很少系统论述。近年来关于中医药治疗消渴合并中风的报道越来越多,多数医家认为消渴病久,气阴两虚、痰浊瘀血痹阻是本病的主要病机^[13-15],本虚标实,与心、肝、脾和肾脏相关,治法应以益气养阴、补益肝肾、活血化瘀、健脾化痰等为主^[16-20]。王永炎等^[21]认为:“消渴日久,气阴耗伤,致气血运行不畅,脉络瘀阻,故见中风偏瘫失语等症;阴血不足,不能濡养肌肤,则见偏身麻木。”可见,早期以“阴虚为本”的消渴,病久耗伤精气,转为“气虚为主”,气阴两虚,血脉失养,无力推动而致血瘀,瘀血阻于脑络则发为缺血性中风。

结合长期的临床实践,笔者发现“气阴两虚-浊瘀生毒-毒损脑络”可能是 DCI 急性期的主要病机,毒损脑络是病机演变关键。消渴患者多为先天禀赋不足,或过食肥甘厚腻,损伤脾胃,脾胃运化失权,气血生化无源而气阴两虚;患者气阴两虚,脾胃失养,运化水湿不健,痰浊内阻,脉络不通,瘀血内生,浊瘀互结而生毒邪,毒损脑络,蒙蔽清窍,窍闭神匿,神不导气,发为中风。其病位在脑窍,治疗当以益气养阴、解毒通络为法。笔者总结出经验方解毒降糖复瘫汤治疗,临床取得了较好疗效。该方由黄芪、黄连、石菖蒲、远志、天花粉、当归、葛根、赤芍、水蛭、鬼箭羽、丹参和制胆南星组成。方中黄芪益气健脾扶正为君,当归养血活血为臣,佐以天花粉、葛根养阴生津,赤芍、丹参活血化瘀,制胆南星燥湿化痰,石菖蒲、远志化浊开窍,鬼箭羽、黄连清热解毒通络,水蛭破血化瘀通络。诸药合用,祛邪与扶正兼顾,益气与活血同施,解毒与醒神并用,共奏益气养阴、解毒通络之功。

本研究结果显示,在基础治疗上联合中药汤剂治疗均能有效改善 DCI 患者的临床症状。但基础治疗联合解毒降糖复瘫汤在改善患者神经功能缺损症状、日常生活质量和精神状态等方面与基础治疗联合补阳还五汤治疗比较,差异有统计学意义($P<0.05$),对于焦虑抑郁状态的改善,2组比较,差异则无统计学意义($P>0.05$)。

参考文献

- [1] 舒建中. 益气养阴活血法治疗糖尿病性脑梗死的系统评价[J]. 贵阳医学院学报, 2014, 36(2): 14-16.
- [2] 纪立农. 丰富中国 2 型糖尿病防治措施的临床证据链, 建立基于中国人群证据的糖尿病防治指南——纪念第 1 版《中国 2 型糖尿病防治指南》发布 10 周年[J]. 中国糖尿病杂志, 2014, 22(1): 1-4.
- [3] 江华, 荆丹清, 尹士男. 糖尿病防治指南指导 2 型糖尿病大血管病变治疗效果分析[J]. 山西医科大学学报, 2012, 43(8): 595-597.
- [4] 钱荣立摘译. 关于糖尿病的新诊断标准与分型(WHO)专家咨询报告: 糖尿病的定义、诊断、分型与糖尿病并发症[J]. 中国糖尿病杂志, 2000, 8(1): 5-6.
- [5] 吴宏靖, 石峰, 宋秀婧, 等. 纤溶酶治疗糖尿病性脑梗死的疗效评价[J]. 糖尿病新世界, 2016, 35(13): 35-36.
- [6] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2017 年版)[J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(4): 292-344.
- [7] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[J]. 中风与神经疾病杂志, 2006, 23(1): 4-8.
- [8] 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: 233-237.
- [9] 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.
- [10] 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): 246-257.
- [11] 中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室. 中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301-318.
- [12] 王拥军. 卒中单元[M]. 北京: 科学技术与文献出版社, 2004: 392-525.
- [13] 周方圆, 陈璇. 糖尿病中医体质研究现状[J]. 中医学报, 2015, 30(3): 343-346.
- [14] 张延群. 2080 例糖尿病患者证候与并发症相关性流行病学调查报告[J]. 上海中医药杂志, 2000, 34(1): 23.
- [15] 韩辉, 田金洲, 韩明向, 等. 糖尿病性脑梗死的中医证候特征[J]. 中医药临床杂志, 2010, 22(11): 1002-1005.
- [16] 马建波, 徐霞. 通络熄风方加减辨治老年糖尿病合并急性脑卒中[J]. 吉林中医药, 2017, 37(2): 133-136.
- [17] 林兰, 董彦敏, 倪青, 等. 氮-氦激光合益气养阴活血中药治疗糖尿病脑梗塞临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2000, 7(4): 56-57.
- [18] 张海生. 从浊毒论治糖尿病并发急性脑梗死[J]. 环球中医药, 2015, 12(8): 29-30.
- [19] 宋原敏, 邹清, 邓桂兰. 芪葛蛭丹通络汤治疗气虚血瘀型糖尿病脑梗死 50 例临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(14): 1666-1668.
- [20] 陈婷婷, 刘静君. 迟基教授治疗消渴病经验浅析[J]. 中医药信息, 2017, 34(1): 27-28.
- [21] 王永炎, 栗德林. 今日中医内科(下卷)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 654. (收稿日期: 2020-12-07)