

益气活血化痰法治疗急性缺血性中风的临床研究

★ 马岩梅 王海燕 彭兴华 齐锡友 卢晨 孙三峰 谢春荣 佟琦媛 李连英 (北京市怀柔区中医医院 北京 101400)

摘要:目的:探讨益气活血化痰法在急性缺血性中风病治疗中的作用及该法对缺血性中风的症状、血浆纤维蛋白原、血脂的影响。方法:将所选入的缺血性中风患者随机分为治疗组和对照组,在神经内科常规处理的基础上,分别予以益气活血化痰法和活血化痰法治疗。观察两组间治疗前后疗效及血脂、纤维蛋白原变化。结果:两组的临床疗效评定显示,治疗组明显优于对照组;两组对血脂、血浆纤维蛋白原的作用经统计学检验,显示治疗组优于对照组。结论:益气活血化痰法治疗急性缺血性中风优于单纯活血化痰法。

关键词:缺血性中风病;益气活血化痰法

中图分类号:R 255.2 **文献标识码:**B

我们在中医辨证论治原则的指导下,采用益气活血化痰法对急性缺血性中风病患者进行了治疗,现报道如下:

1 临床资料

1.1 中医诊断标准 参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《中风病中医诊断、疗效评定标准》(二代标准),为中风病急性期,属中经络者。

西医诊断标准^[1]参照 1995 年中华医学会第四届脑血管病学术会议制定的《各类脑血管疾病诊断要点》。经头颅 CT 或 MRI 确诊为脑梗死的患者。

1.2 病例纳入标准 符合西医诊断标准的脑梗死患者;首发中风病,既往无器质性脑病史;发病 72 小时以内;年龄 40~75 岁。

1.3 病例排除标准 短暂性脑缺血发作患者;有昏迷的重症患者;有风湿性心脏病、冠心病及其它心脏病合并房颤引起的脑栓塞患者;经检查证实有脑肿瘤、脑外伤者;重症感染,严重糖尿病患者;溶栓治疗患者;再发脑中风病患者。

1.4 临床资料 80 例患者均为我院 2005 年 1 月~2006 年 3 月神经内科病房住院病人,随机分为两组。治疗组 42 例,男 22 例,女 20 例;年龄 42~75 岁,平均 63.6 岁;临床神经功能缺损程度,属轻型 17 例,中型 22 例,重型 3 例。对照组 38 例,男 17 例,女 21 例;年龄 45~74 岁,平均 65.1 岁;临床神经功能缺损程度,属轻型 16 例,中型 20 例,重型 2

例。两组在性别、年龄、神经功能缺损程度上比较,经统计学处理差异无显著性,具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法 所有入选患者都按照神经内科常规处理,包括对症治疗及支持治疗;调节血压及血糖;维持水、电解质、酸碱平衡;脑保护剂;血小板聚集抑制剂;颅压高的患者给予脱水降颅压等。

对照组患者静点齐噻注射液 400 mL(山东齐都药业有限公司生产,每 200 mL 含川芎嗪 80 mg)每日 1 次;治疗组在对照组治疗的基础上加服中药汤剂:党参 15 g,黄芪 15 g,丹参 15 g,益母草 15 g,水蛭 5 g,瓜蒌 10 g,胆南星 6 g,半夏 12 g,茯苓 15 g,生白术 15 g。随证加减:热盛者加山栀 10 g,黄连 6 g,大便不通或大便干者加生大黄 10 g(后下)、芒硝 10 g(冲),便通即止,每日 1 剂。2 周为一个疗程。

2.2 观察指标 按中风病记分法治疗前后评定患者语言及运动功能情况。治疗前及治疗 2 周后分别空腹取血检测血浆总胆固醇(CHO)、甘油三酯(TG)、血浆纤维蛋白原(FIB)。

3 结果

3.1 疗效标准 参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《中风病中医诊断、疗效评定标准》。诊断评分是各项最高分相加而成,满分为 52 分。采用尼莫地平法:〔(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分〕×100%。基本恢复≥81%,6 分以下;显著进步 56%~80%;进步 36%~55%;稍进

步 11%~35%;无变化<11%;恶化(包括死亡)负值。

3.2 治疗结果 见表1~3。

表1 两组临床疗效比较 例

	n	基本恢复	显著进步	进步	稍进步	无变化
治疗组	42	9	17	10	4	2
对照组	38	4	7	13	9	5

注:疗效经 Ridit 分析比较, $P<0.05$, 治疗组优于对照组。

表2 两组治疗前后血脂变化情况 mmol·L⁻¹

组别	CHO		TG	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	6.13±1.18	5.10±1.05**	2.18±1.13	1.52±0.89**△
对照组	6.08±1.20	5.26±1.06**	2.13±1.19	1.76±0.69*

注:与本组治疗前比较 ** $P<0.01$, * $P<0.05$; △观察组与对照组治疗后比较 $P<0.05$ 。

表3 两组治疗前后纤维蛋白原水平的比较 g·L⁻¹

组别	FIB	
	治疗前	治疗后
观察组	3.47±0.83	2.37±0.57**△
对照组	3.34±0.84	2.73±0.82*

注:与本组治疗前比较 ** $P<0.01$, * $P<0.05$; △观察组与对照组治疗后比较 $P<0.05$ 。

从表2、表3可以看出,治疗后两组的血浆CHO、TG,血浆纤维蛋白原均较治疗前明显下降。治疗后TG和血浆纤维蛋白原观察组与对照组比较,有显著性差异($P<0.05$)。

4 讨论

自《内经》首次记载中风一病以来,历代医家对中风病一致认为是“本虚标实”,“虚实夹杂”之证。如《灵枢》认为中风半身不遂的病机是“虚邪偏客于身半,其入深,内居营卫,营卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯”。仲景《金匱要略》中提出:“夫风之为病,当半身不遂……脉微而数,中风使然。”微为气血不足,数为病邪有余。王清任《医林改错》指出中风半身不遂,偏身麻木,是由“气虚血瘀”而成。人到中老年,机体的“正气”,即机体的正常机能减弱或失调,代谢紊乱,于是病理产物累积,进一步损伤机体,形成恶性循环,从而发为本病。其病因可以归纳为

虚、火、风、痰、气、瘀六端。但综观诸家之说,瘀乃是中风病机中的中心环节,虚则为其基础,痰为其表现。

缺血性中风现代医学又称为脑梗死,形成的主要原因是动脉粥样硬化,多见于中老年人。高血压、糖尿病、高血脂症等原因引起的高粘滞血症,血液高凝状态等也是缺血性中风的危险因素。中医认为高血脂、血脂代谢异常属于病理产物“痰”范畴。动脉粥样硬化形成及血液高粘状态属于“气虚血瘀”范畴。其发病与中医的正气不足、痰瘀痹阻的理论相一致,故说明两种不同的医学体系对本病的发病机制认识具有相同的内涵。

临床观察发现,在中风病的急性期多以气虚为本,血瘀痰阻为标。此时治疗单纯扶正或单纯祛邪都不能达到很好的治疗效果,只有扶正与祛邪并举才能能力挽狂澜,顿挫病势。方中党参、黄芪大补脾、肺之气,使五脏六腑正气得充,从而预防脏腑变证的发生,令气血生化之源不竭,有利于脑功能的恢复;丹参活血祛瘀,能祛瘀生新而不伤正;水蛭、益母草祛瘀通经;瓜蒌清热化痰、润肠通便;胆南星助瓜蒌清热化痰之力;半夏燥湿化痰,白术健脾燥湿,茯苓健脾渗湿,湿去脾旺,痰无由生;诸药相合,使气旺、瘀消、痰化,经脉通畅。扶正与祛邪兼顾,祛瘀而不伤正,扶正而不碍邪,共奏正复邪去、邪去正安的最佳疗效,如陈修园所说:“邪去正自复,正复邪自去,攻也,补也,一而二,二而一也。”益气化痰活血法治疗中风,体现了中医“治未病”和“整体观念”的思想,及“标本兼顾”的治疗法则。

通过本研究我们发现,治疗急性脑梗塞无论是从临床疗效还是对血脂和血浆纤维蛋白原的影响,益气活血化痰法均优于单纯活血化痰法。

参考文献

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 12(6): 379

(收稿日期:2006-05-10)

《江西中医药》征订启事

《江西中医药》创刊于1951年,是新中国创办最早的中医药杂志,也是第一批进入中文核心期刊的中国医药类核心期刊,并被多家知名权威检索期刊及数据库确定为固定信息源。五十多年来,《江西中医药》发表了数以万计的优论文,一大批中医药学者就是从这里走向成功、走向成名的。21世纪,《江西中医药》迎来的更大的发展机遇,2002年评为华东地区优秀期刊、江西省优秀期刊,2004年评为全国高校优秀期刊。2003年成功改为月刊,赢得了更多读者的青睐。本着“面向临床,面向基层,坚持传统,注重实用”的办刊思路,我们进一步充实内容,调整栏目,使文章更具可读性、实用性、信息性,以满足读者的需要。

《江西中医药》(ISS 0411-9584, CN 36-1095/R)为月刊,面向国内公开发刊。国内邮发代号为44-5,国外代号为BM1012。每期定价:4.80元。