

[22] 谢感共,蒋垂刚,徐信山. 子午对冲气血互注理论临床应用[J]. 中国针灸, 2005, 25(10): 709-710
[23] 聂卫华,黄霞,蒋良共. 董氏奇穴、足阳明胃经子午对冲经

穴为主治疗面肌痉挛23例[J]. 湖南中医杂志, 2006, 22(6): 37.

(收稿日期 2022-11-11)

散偏定痛饮加减对急性脑梗死(风痰瘀阻证)患者溶栓后神经功能恢复的疗效观察

熊晶[△] 余泽婷 梅蕊

(湖北省武汉市第一医院,湖北 武汉 430000)

中图分类号:R743.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)08-1402-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2023.08.021

【摘要】 目的 观察散偏定痛饮加减对急性脑梗死(ACI)(风痰瘀阻证)患者溶栓后神经功能恢复的疗效以及血流动力学的影响并探讨其作用机制。**方法** 88例患者随机分为两组,均参考指南行常规内科综合治疗;对照组行rtPA静脉溶栓,治疗组溶栓治疗同对照组,并采用散偏定痛饮加减内服。两组治疗1周。比较两组神经功能损伤程度、生活活动能力及风痰瘀阻证单项指标评分以及临床疗效、血流动力学指标。**结果** 治疗后两组ACI(风痰瘀阻证)患者的NIHSS评分低于治疗前($P < 0.05$),BI评分高于治疗前($P < 0.05$),且治疗组优于对照组($P < 0.05$)。治疗后两组风痰瘀阻证单项指标评分、全血黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数、纤维蛋白原低于治疗前($P < 0.05$),且治疗组低于对照组($P < 0.05$)。治疗组的总有效率为92.50%,高于对照组的72.50%($P < 0.05$)。**结论** 于常规干预措施基础上应用散偏定痛饮加减对ACI(风痰瘀阻证)患者溶栓后神经功能恢复的疗效明显,并能明显改善患者的中医证候和血流动力学。

【关键词】 急性脑梗死 神经功能 散偏定痛饮 风痰瘀阻证

急性脑梗死(ACI)是由于缺血缺氧引起脑组织坏死软化的一种神经功能缺损临床综合征,占全部脑卒中患者发生率的60%~70%,具有较高的致残率、死亡率,尤其近年伴随人们饮食、生活方式的变化以及人口老龄化的日趋,我国范围内的ACI发病率逐年上升^[1]。ACI治疗的关键在于尽快畅通闭塞血管、恢复循环以及挽救缺血半暗带,静脉溶栓有便捷、快速、效果确切等优势。目前重组组织型纤溶酶原激活剂(rtPA)静脉溶栓为指南推荐最有效的标准干预措施,其可有效挽救缺血半暗带、保护神经细胞功能,达到改善临床预后的目的^[2]。但一些ACI患者在溶栓术后神经功能恢复欠佳,甚或出现加重,即存在缺血再灌注损伤、出血、再梗死等并发症,而越来越多的研究报道了中医药是溶栓术后的重要策略之一,能有效改善神经功能损伤^[3-4]。ACI在中医属“中风”范畴,总体为本虚标实之证,其病机有虚、火、风、痰、气、血六端,此六端兼夹为患,风痰瘀阻为急性期患者的常见证型之一^[5]。在治疗上以息风化痰、祛瘀通络为主。散偏定痛饮加减源于中医世家新文清《五十年临证得失录》,其作用为祛风平肝、化痰通络、活血止痛。本研究探讨散偏定痛饮加减对ACI(风痰瘀阻证)患者溶栓后的神经功能改善作用。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准:参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[6]与《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]。纳入标准:符合ACI诊断和中医辨证要求;年龄50~75岁;首次发病者,且发病至入院<4.5h;意识清醒者;临床资料齐全;具备溶栓适应证;签署知情同意书。排除标准:存在颅内出血或既往颅内出血史者;大面积脑梗死或伴其他颅内病变者;入院前48h采取抗凝药治疗者;存在动静脉畸形者;对本组用药过敏者;沟通困难者;存在心、肝、肾等脏器严重功能不全者。

1.2 临床资料 选取2021年7月至2022年7月间我院收治的ACI(风痰瘀阻证)患者88例,随机分为对照组与治疗组各44例。治疗组男性28例,女性16例;年龄55~71岁,平均(65.30±6.04)岁;发病至入院1~4.5h,平均(2.82±0.43)h;美国国立卫生院神经功能缺损量表(NIHSS)^[7]评分为(14.44±2.81)分;合并症为高血压17例,糖尿病7例,高脂血症5例。对照组男性30例,女性14例;年龄56~70岁,平均(64.98±6.01)岁;发病至入院1~4.5h,平均(2.75±0.41)h;NIHSS评分为(14.52±2.82)分;合并症为高血压15例,糖尿病5例,高脂血症6例。两组临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

[△]通信作者(电子邮箱:xjing778899@163.com)

1.3 治疗方法 基础治疗:参考指南^[6]行常规内科综合治疗,入吸氧、心电监护、抗感染、调脂降糖稳血压、维持水/电解质平衡以及改善脑代谢等。对照组:入院后行重组组织型纤溶酶原激活剂(rtPA)(勃林格殷格翰制药,注册证号S20160054)静脉溶栓,单次剂量0.9 mg/kg,最大剂量≤90 mg;首先在1 min之内静脉推注rtPA总量的10%,再静脉滴注剩余的90%,在60~90 min内滴完;rtPA溶栓后24 h行头颅MRI、凝血4项,排除颅内出血;低分子肝素(深圳市天道医药,国药准字H20056845),每次皮下注射5 000 U,每日2次;阿司匹林肠溶片(神威药业,国药准字H13023716),每次口服100 mg,每日1次。治疗组:溶栓治疗同对照组,并采取散偏定痛饮加减内服,药物包括生地黄30 g,当归12 g,川芎、赤芍、白芍各20 g,桃仁、红花、天麻、白芷、升麻各10 g,白蒺藜、白芥子、地骨皮各15 g,石决明22 g,细辛、全蝎、蜈蚣各6 g,甘草10 g;以上药物除全蝎、蜈蚣之外加水常规煎煮2次,混合药汁取350 mL左右,分2次口服;同时全蝎、蜈蚣研细末分2次冲服。两组疗程为治疗1周。

1.4 观察指标 神经功能损害程度:对患者行NIHSS评分^[7]判定,参评指标包括意识水平、共济失调、感觉、构音障碍、语言以及上下肢运动等11项,总分42分,评分少于7分为轻度,评分>7分,且≤15分为中度,评分超15分为重度,于治疗前、治疗7 d后判定。生活活动能力:对患者行Barthel指数(BI)评分^[9]判定。参评指标包括进食、转移、洗澡、行走、上下楼梯以及穿脱衣服等10项,总分100分,≤40分(严重),41~60分(中度),61~99分(轻度),100分(生活可自理),于治疗前、治疗7 d后判定。风痰瘀阻证单项指标评分^[7]:参评指标包括头晕目眩、痰多、舌质暗,按4级计分法为正常(0分)、轻(2分)、中(4分)、重(6分),于治疗前、治疗7 d后判定。血流动力学:晨起空腹时采集患者肘脉血5 mL,运用全自动血液流变仪检测血流动力学指标包括全血黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数、纤维蛋白原,于治疗前、治疗7 d后测定。

1.5 疗效标准^[7] 痊愈:NIHSS减分率≥90%,风痰瘀阻证减分率≥95%。显效:NIHSS减分率≥45%,<90%,风痰瘀阻证减分率为≥70%,<95%。好转:NIHSS减分率≥18%,<45%,风痰瘀阻证减分率≥30%,<70%。未愈:NIHSS减分率<18%,风痰瘀阻证减分率<30%。风痰瘀阻证减分率=(治疗前风痰瘀阻证单项指标总评分-治疗后风痰瘀阻证单项指标总评分)÷治疗前风痰瘀阻证单项指标总评分。总有效为痊愈、显效、好转的病例数之和。

1.6 统计学处理 应用SPSS21.0统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以“n/%”表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后NIHSS与BI评分比较 见表1。治疗后两组ACI(风痰瘀阻证)患者的NIHSS评分低于治疗前($P < 0.05$),BI评分高于治疗前($P < 0.05$),且治疗组优于对照组($P < 0.05$)。

表1 两组治疗前后NIHSS与BI评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NIHSS	BI
治疗组 (n=44)	治疗前	14.44±2.81	48.99±6.31
	治疗后	7.22±0.86 [△]	81.78±9.56 [△]
对照组 (n=44)	治疗前	14.52±2.82	49.13±6.34
	治疗后	9.31±1.40 [*]	69.71±8.46 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗前后风痰瘀阻证单项指标评分比较 见表2。治疗后两组ACI(风痰瘀阻证)患者的风痰瘀阻证单项指标评分低于治疗前($P < 0.05$),且治疗组低于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组治疗前后风痰瘀阻证单项指标评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	头晕目眩	痰多	舌质暗
治疗组 (n=44)	治疗前	4.63±0.61	4.39±0.58	4.79±0.63
	治疗后	2.41±0.40 [△]	2.39±0.38 [△]	2.51±0.40 [△]
对照组 (n=44)	治疗前	4.69±0.62	4.30±0.55	4.73±0.62
	治疗后	3.09±0.46 [*]	3.01±0.44 [*]	3.04±0.45 [*]

2.3 两组治疗前后血流动力学指标比较 见表3。治疗后两组ACI(风痰瘀阻证)患者全血黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数、纤维蛋白原低于治疗前($P < 0.05$),且治疗组低于对照组($P < 0.05$)。

表3 两组治疗前后血流动力学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	全血黏度(mPa·s)	红细胞压积(%)	红细胞聚集指数	纤维蛋白原(g/L)
治疗组 (n=44)	治疗前	5.41±0.69	0.62±0.08	8.25±0.97	3.04±0.45
	治疗后	4.16±0.56 [△]	0.44±0.05 [△]	6.91±0.84 [△]	2.41±0.39 [△]
对照组 (n=44)	治疗前	5.49±0.70	0.65±0.08	8.40±0.98	3.09±0.46
	治疗后	4.49±0.59 [*]	0.51±0.06 [*]	7.31±0.88 [*]	2.72±0.43 [*]

2.4 两组临床疗效比较 见表4。治疗组的总有效率高于对照组($P < 0.05$)。

表4 两组临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	好转	未愈	总有效(%)
治疗组	44	15	15	11	3	41(93.18) [△]
对照组	44	9	12	12	11	33(75.00)

注:与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

ACI的发病机制复杂,主要由于血管、血液、血流动力学异常引起大脑动脉的狭窄和堵塞所致,血栓阻塞动脉为其主要病理变化。目前早期静脉溶栓是其首要疗法,可有效改善脑缺血,挽救患者生命^[10]。而中医协同ACI静脉溶栓治疗取得广泛认可,对提高溶栓率有良好促进效果^[11]。中医认为ACI多因正气亏虚、饮食、情志、劳倦内伤等引起气血逆乱,产生风、火、痰、瘀,导致脑脉痹阻为基本病机。对于ACI(风痰瘀阻证)者,由于年老体弱或劳倦内伤等,使脏腑功能失调,痰浊、瘀血内生,同时外风乘虚侵入,或阴血亏虚而内风动越,风邪携痰浊、瘀血阻遏气机,止扰清窍,突发中风^[12-13]。因此,对于本病临证以祛风化痰、活血通络为主要治则。

散偏定痛饮加减生地、当归、川芎、白芍合用,可养血补血,取治风先治血之意;白蒺藜、天麻、石决明平肝息风、蠲痹止痛;全蝎、蜈蚣祛风止痉,通络止痛;细辛、白芷祛风而止痛;桃仁、红花、当归、赤芍活血化瘀、通络止痛;升麻升举阳气;白芥子善治皮里膜外痰阻,使经络通畅;甘草调和诸药;以上药物共用,起到熄风化痰、活血化瘀、通络止痛的作用。本观察数据显示,治疗7d后,两组NIHSS评分明显减少、BI评分显著提升,且治疗组改善更明显,表明散偏定痛饮加减治疗更有利于患者神经功能缺损与日常生活能力的改善。治疗7d后,两组风痰瘀阻证单项指标评分显著减少,但治疗组减少更明显;治疗组的总有效率为92.50%,高于对照组的72.50%。结果表明散偏定痛饮加减能有效改善患者的中医证候,也体现了中医辨证论治的原则。

静脉溶栓在短时间内使血管再通,有效缓解血流阻滞状态,然瘀血散而未除,造成血瘀的痰热毒邪等因素尚存,血瘀病机仍未解除^[14]。血流动力学异常可导致血流变缓,纤维蛋白原聚合为不可溶性纤维蛋白,增加了血液黏度,诱导血小板发生活化、聚集以及血栓形成^[15]。血流动力学异常为ACI患者不良临床预后的独立因素之一^[16]。本组治疗数据显示,治疗7d后,两组ACI(风痰瘀阻证)患者全血黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数、纤维蛋白原显著降低,但治疗组减少更明显。结果表明散偏定痛饮加减能明显改善ACI患者溶栓后的血流动力学,有助于患者临床预后的提高,也提示散偏定痛饮加减对ACI患者溶栓后神经功能恢复的可能作用机制。

综上所述,于常规干预措施基础上予散偏定痛饮加减对ACI(风痰瘀阻证)患者溶栓后神经功能恢复的疗效明显,并能明显改善中医证候、血流动力学,可于

临床推广使用。但鉴于本研究纳入的病例较少,疗程较短,其作用机制尚待扩大样本量并延长观察时间以明确。

参 考 文 献

- [1] 李孟汉,鲁海,杜元灏,等. 针刀结合醒脑开窍针刺法治疗脑梗死恢复期感觉障碍:随机对照研究[J]. 中国针灸, 2021,41(1):9-12.
- [2] 张然,田浩林,王丽婷,等. 静脉溶栓及血管内治疗急性脑梗死的国内研究进展[J]. 中华全科医学, 2020, 18(11): 1916-1920.
- [3] 曹和琴,胡文宏. 益气补肾活血方配合静脉溶栓治疗急性脑梗死的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2019, 26(3): 437-439.
- [4] 张继伟,乔天慈,吴宏赞. 中药对急性缺血性脑卒中静脉溶栓增效作用的研究进展[J]. 中国中医急症, 2021, 30(4): 749-752.
- [5] 李文娟,王净净,冯慧媛,等. 王净净从风、痰、瘀、虚论治中风经验[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(2): 14-15.
- [6] 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2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [7] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:99-104.
- [8] 侯东哲,张颖,巫嘉陵,等. 中文版美国国立卫生院卒中量表的信度与效度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34(5): 372-374.
- [9] 侯东哲,张颖,巫嘉陵,等. 中文版Barthel指数的信度与效度研究[J]. 临床荟萃, 2012, 27(3): 219-221.
- [10] 朱艳丽. 法舒地尔联合rt-PA静脉溶栓治疗急性脑梗死的临床效果[J]. 中国实用医刊, 2021, 48(17): 109-112.
- [11] 叶先智,姚桂芬,彭安林,等. 活血通络解毒方联合rtPA动脉溶栓治疗急性脑梗死临床疗效及对MCP-1、sICAM-1变化的研究[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(1): 22-24.
- [12] 李存明,赵广峰,张秀芳,等. 桃红四物汤合涤痰汤对脑梗死急性期风痰瘀阻证脑血流动力学、血清脂蛋白A和同型半胱氨酸水平的影响[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(6): 152-155.
- [13] 肖俊锋,饶凯华,于晓明,等. 加味天麻钩藤饮对急性脑梗死患者(风痰瘀阻型)VEGF、TIMP-1、EPCs、NSE及高凝状态的影响[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(6): 1348-1351.
- [14] 吴婧,张志辰,李中浩,等. 急性脑梗死患者静脉溶栓后中医证候要素演变[J]. 北京中医药大学学报, 2020, 43(1): 74-78.
- [15] 董雪婧. 不同时段rt-PA静脉溶栓治疗急性脑梗死对患者神经功能和血流动力学的影响[J]. 中国医师杂志, 2022, 24(2): 291-293.
- [16] 朱衡亚,孙晓燕,胡正刚,等. 脑梗死后血管性认知功能损害与rtPA静脉溶栓的相关性[J]. 中华全科医学, 2020, 18(6): 962-964.

(收稿日期 2022-12-26)