

补气通滞方治疗气虚血滞型短暂性脑缺血发作临床观察

李宏

珠海市人民医院康复科, 广东 珠海 519000

[摘要] 目的: 观察补气通滞方治疗气虚血滞型短暂性脑缺血发作的有效性及其安全性。方法: 146例气滞血瘀型短暂性脑缺血发作患者, 随机分为2组, 每组73例。对照组给予西医常规治疗; 观察组给予补气通滞方口服, 每次100 mL, 每天2次。7天为1疗程。治疗3疗程后, 比较2组治疗总有效率、不良反应发生率及治疗前后神经内科临床评分量表(ABCD2)评分、超敏C-反应蛋白(hs-CRP)、D-二聚体、内皮素(ET)及血液流变学指标变化。结果: 治疗3疗程后, 总有效率观察组91.8%, 对照组78.1%, 观察组高于对照组, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。不良反应发生率观察组11.0%, 对照组21.9%, 观察组低于对照组, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 2组各指标均显著降低, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组各指标水平显著低于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 2组全血黏度等血液流变学均显著降低, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组各指标水平显著低于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 补气通滞方能够改善气虚血滞型短暂性脑缺血发作患者血管内皮细胞功能及血液流变学, 减轻血管壁炎症反应, 抑制血液纤溶亢进, 疗效确切。

[关键词] 短暂性脑缺血; 气滞血瘀型; 补气通滞方; 安全性

[中图分类号] R743.31

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415(2016)07-0030-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.014

短暂性脑缺血发作(TIA)是由血流动力学改变、微栓子、脑血管痉挛等多种因素引发的一种短暂性神经功能障碍疾病, 其典型的临床症状持续不到1 h, 且不遗留神经功能缺失症状和体征。有研究表明, 短暂性脑缺血频繁发作是脑卒中中等疾病的高危因素, 目前, 西医对于一经确诊的TIA患者, 多给予溶栓、降纤治疗预防其复发及发展为脑卒中, 但是效果并不理想^[1-2]。TIA属于中医学眩晕、中风先兆范畴, 正气内虚, 气滞血瘀为其主要病机^[3], 本院给予气滞血瘀型短暂性脑缺血发作患者补气通滞方治疗, 取得了较好的效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院2012年3月—2015年10月收治的146例气滞血瘀型短暂性脑缺血发作患者为研究对象。均符合第四届全国脑血管病学术会议及《中风先兆证诊断与疗效评定标准》^[4]制定的诊断标准, 均经头颅MRI/CT检查证实。采用随机数字法分为2组, 每组73例。观察组男45例, 女28例; 年龄41~74岁, 平均(56.1±14.4)岁。对照组男42例, 女31例; 年龄39~73岁, 平均(56.7±14.6)岁。2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入与排除标准 ①符合西医及中医诊断标准, MRI或头颅CT检查结果均未发现明显的病灶, 中医辨证为气滞血瘀型; ②所有患者均知情同意, 能够定期复查; ③症状发生时间为≥5 min。排除标准: ①耳源性眩晕、低血糖、颈椎病、阿-斯综合症等其他因素导致的神经功能障碍; ②年龄<35岁, 或>75岁; ③既往有精神病史或者中枢神经系统患者; ④严重肝肾心脑血管功能障碍患者; ⑤妊娠期或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2组患者均给予TIA发作后常规治疗, 具体包括: 纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡紊乱; 改善脑循环、营养神经; 控制血糖、血压等。

2.1 对照组 给予低分子肝素脐周皮下注射, 每次5000 IU, 每天2次; 阿司匹林口服, 每次75 mg, 每天1次。

2.2 观察组 给予补气通滞方口服, 处方: 黄芪、党参、白术、山药各15 g, 川芎、当归各10 g, 丹参、桃仁、红花各6 g, 炙甘草3 g。水煎200 mL, 每天1剂, 分2次服用。7天为1疗程。治疗3疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组治疗前后神经内科临床评分量表

[收稿日期] 2016-03-04

[作者简介] 李宏(1965-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 中医康复。

(ABCD2)、超敏 C- 反应蛋白(hs- CRP)、D- 二聚体、内皮素(ET)及血液流变学指标。于清晨采取空腹肘静脉血 3 mL。凝血 60 min(20~25℃)后,离心(4000r/min)取血清, - 80℃ 存储待测。采用酶联免疫吸附法(ELISA)测定 hs- CRP、ET,比浊法检测 D- 二聚体含量。使用全自动血液流变分析仪测定其血液流变学指标(全血浆度、血浆黏度、红细胞压积及红细胞最大聚集指数)。

3.2 统计学方法 运用 SPSS17.0 统计学软件处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料用(%)表示,采用 χ^2 检验或者秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[4]标准,痊愈:治疗 3 天内 TIA 发作被控制;显效:治疗 3~7 天内发作被控制;有效:治疗 7 天以上 TIA 发作被控制;无效:TIA 未被控制或者加重进展为脑梗死。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗 3 疗程后,总有效率观察组 91.8%,对照组 78.1%,观察组高于对照组,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	73	27	22	18	6	91.8 ^①
对照组	73	16	24	17	16	78.1

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2 组不良反应发生情况比较 见表 2。不良反应发生率观察组 11.0%,对照组 21.9%,观察组低于对照组,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	恶心/呕吐	腹泻	腹痛	口腔黏膜炎	不良反应发生率(%)
观察组	73	2	3	1	2	11.0 ^①
对照组	73	5	7	3	1	21.9

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后 ABCD2 评分、hs-CRP、D-二聚体、ET 比较 见表 3。治疗前,2 组 ABCD2 评分、hs- CRP、D- 二聚体、ET 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组各指标均显著降低,与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后观察组各指标水平显著低于对照组,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.5 2 组治疗前后血液流变学指标变化比较 见表 4。治疗前,2 组全血黏度等血液流变学指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组全血黏度等血液流变学指标均显著降低,与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后观察组各指标水平显著低于对照组,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前后 ABCD2 评分、hs-CRP、D-二聚体、ET 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	ABCD2 评分(分)	hs- CRP(mg/L)	D- 二聚体(μ g/L)	ET(ng/L)
观察组	73	治疗前	5.32± 0.68	16.0± 3.25	384.9± 22.4	102.7± 16.9
		治疗后	1.06± 0.30 ^{①②}	8.6± 1.35 ^{①②}	236.2± 18.0 ^{①②}	68.4± 9.35 ^{①②}
对照组	73	治疗前	5.29± 0.66	16.2± 2.98	382.7± 23.1	102.2± 17.1
		治疗后	3.41± 0.53 ^①	11.4± 2.07 ^①	301.4± 15.3 ^①	92.4± 11.7 ^①

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

表 4 2 组治疗前后血液流变学指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	全血黏度(mPa·S)	血浆黏度(mPa·S)	红细胞压积(L)	红细胞最大聚集指数
观察组	73	治疗前	28.7± 7.09	2.06± 0.38	1.06± 0.12	6.97± 1.34
		治疗后	20.6± 4.21 ^{①②}	1.14± 0.20 ^{①②}	0.44± 0.06 ^{①②}	4.89± 1.21 ^{①②}
对照组	73	治疗前	28.4± 6.89	1.98± 0.41	1.02± 0.15	7.02± 1.19
		治疗后	23.97± 5.10 ^①	1.61± 0.32 ^①	0.78± 0.09 ^①	5.70± 1.17 ^①

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

5 讨论

中医学将 TIA 归属于中风先兆、眩晕范畴,认为:“中风者,俱有先兆之证”、“平人手指麻木,不时眩晕乃中风之先兆,须防治之。”而对于其病机病因,认为病机为本虚标实,气虚为本,气滞、痰浊、瘀血为标,病因多与痰火瘀血、情志失调、劳心过度等致使脏腑气机、阴阳失其平衡,而气虚导致推动无力,血行缓慢易成瘀有关。多数医家认为 TIA 病理因素主要为风、火、痰、瘀互扰,即为治病产物,又为病理产物,相互转化,且再成新的病因,导致患者病情缠绵不愈,反复发作,因此,给予补气活血通络的方药既能够调理脏腑功能,同时许多药物有抗血小板聚集、改善脑微循环、扩张血管等功效,多靶点、多中心发挥作用,使阴阳失衡的状态得以扭转^⑥。针灸被逐渐应用于慢性疾病的治疗,具有操作简便、无不良反应、疗效确切等优点。

本研究针对“补气通滞方治疗气虚血滞型 TIA 发作的有效性及其安全性”进行探讨,结果显示:治疗 3 疗程后,观察组治疗总有效率 91.8%,对照组 78.1%,观察组显著高于对照组($P < 0.05$),提示补气通滞方治疗效果优于常规西药治疗,疗效确切。补气通滞方由黄芪、党参等补气中药及当归、桃仁等活血中药组成,方中黄芪、党参补中益气,白术、山药健脾益气,当归、丹参、桃仁、红花活血化瘀,补血,加强黄芪、党参补气之功,使补气而不滞,化痰且补血,全方合用,共奏补气化痰之功。ABCD2 评分是评价 TIA 患者病情、预后及 TIA 后卒中风险的重要指标,D- 二聚体是纤维蛋白单体经活化因子 XIII 的特异性降解产物,hs- CRP 多由机体中白细胞介素与 TNF 等炎症因子刺激肝脏细胞而合成,脑细胞正常的氧

化/还原反应的动态平衡被破坏,会诱发脑细胞产生大量的细胞因子及生长因子,加重内皮损害,在 TIA 发作时,D-二聚体等指标水平急剧升高^[6-7]。TIA 发生后,患者在血管本身病变基础上,血液流变性变化是 TIA 发生后继发缺血性脑卒中的主要原因^[8]。本研究中治疗前 2 组 ABCD2 评分、hs-CRP、D-二聚体、ET 及血液流变学指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组各指标均显著降低($P < 0.05$),且观察组各指标水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示补气通滞方具有较好治疗效果的机制可能与其改善血管内皮细胞功能,减轻血管壁炎症反应,抑制血液的高凝状态、纤溶亢进,改善血液流变学有关。现代药理实验证实,黄芪对造血微环境的基质细胞有保护作用,党参具有促进造血机能作用,丹参、红花等活血中药的主要活性成分均能够抑制血小板凝聚,扩张血管,促进血液循环,对受损伤的血管具有保护作用,改善纤维蛋白溶酶的活性作用^[9-11]。

本研究中观察组不良反应发生率 11.0%,对照组 21.9%,观察组显著低于对照组($P < 0.05$),提示中药的安全性较高。此外,研究中发现,部分患者及其家属对 TIA 的关注及重视不够,治疗依从性差,临床上应该加强 TIA 相关知识的宣教,以期及早干预,避免其发展为缺血性脑卒中,且本研究样本量较小,临床上应该扩大样本量,为 TIA 治疗提供更有力的临床证据。

综上所述,对于气滞血瘀型 TIA 发作患者,补气通滞方能够改善血管内皮细胞功能及血液流变学,减轻血管壁炎症反应,抑制血液纤溶亢进,具有疗效确切、安全性高等优点,值得临床上推广应用。

[参考文献]

- [1] Sanders LM, Srikanth VK, Jolley DJ, et al. Monash transient ischemic attack triaging treatment: Safety of a transient ischemic attack mechanism-based outpatient model of care[J]. Stroke, 2012, 43(11): 2936- 2941.
- [2] 王春霞,徐艳国,赵仁亮,等. 短暂性脑缺血发作早期脑卒中风险评估研究的进展[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2013, 15(8): 888- 890.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风先兆证诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医学院学报, 1993, 16(6): 426.
- [4] 甘永梅. 补肾益气活血法治疗短暂性脑缺血发作临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(11): 65- 66.
- [5] 张磊,刘涛. 补阳还五汤联合阿司匹林治疗短暂性脑缺血发作阿司匹林抵抗患者的随机对照观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(5): 594- 597.
- [6] 焦卫东. 活血祛瘀化痰通络法治疗短暂性脑缺血发作临床观察[J]. 中国中医急症, 2011, 20(4): 533- 534.
- [7] 程玉凤. 氟吡格雷联合丹红注射液治疗短暂性脑缺血发作 60 例分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(12): 71- 72.
- [8] 李永强,温秦庆,王颖. 短暂性脑缺血发作进展为脑梗死危险因素分析[J]. 中国医师进修杂志, 2013, 36(25): 27- 29.
- [9] 涂守东. 丹参粉针的临床应用进展[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(3): 149- 151.
- [10] 张庆,郑冬雁,徐红岩,等. 红花黄素对大鼠局灶性脑缺血再灌注损伤的保护作用[J]. 山东大学学报:医学版, 2011, 49(6): 11- 14.
- [11] 金玉青,洪远林,李建蕊,等. 川芎的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中药与临床, 2013, 4(3): 44- 48.

(责任编辑:马力)

更正:本刊 2016 年第 3 期 138 页,蔡仁燕职称应为主任医师。