

温通血脉，二者共为君药，重在增强益气活血通络之功。赤芍活血行气、白芍养血敛气，共为臣药，辅佐君药益气活血，气行血行则风自灭。当归活血补血，血能载气，血足载气旺盛以补气虚；鸡血藤补血行血、舒筋活络，改善肢体萎软功能；地龙、水蛭性善走窜，逐瘀破血通经络，共为佐药。葛根升举阳气，引药直达病所。党参补益气血，茯苓健脾益气，远志、益智仁益聪安神定志，甘草调和诸药，补益中气。共奏益气活血通络之功。

本研究结果提示，治疗后治疗组 FAC、MWS、6MWT 量表均优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗 4 周后患侧单腿负重时间、动态 BBS 评分均高于对照组，而静态闭眼重心移动总轨迹距离低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示黄芪桂枝五物汤能调节大鼠 TXB_2 -PGF $_{1\alpha}$ 的失衡状态，改善微循环血液流变性，阻断或纠正血液高黏滞状态的恶性循环，减少血栓的生成^[6]。

综上所述，中药合康复治疗能改善偏瘫患者的步行能力和、静态平衡功能，从而提高患者及家庭的生活质量。

[参考文献]

- [1] 刘克英. 护理干预对脑卒中后抑郁症患者的效果研究[J]. 中国实用医药, 2014, 9(33): 213- 215.
- [2] 中华神经科学会. 脑血管疾病分类、诊断要点、神经功能缺损评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 376- 383.
- [3] 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.
- [4] 吴琼, 丛芳, 宋桂芸. 水中平板训练和减重平板训练对脑卒中偏瘫患者步行和平衡功能的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2015, 21(2): 207- 211.
- [5] 胡川, 顾莹, 李军. 悬吊运动训练对脑卒中后偏瘫患者平衡功能的影响[J]. 中国康复, 2015, 30(2): 114- 116.
- [6] 王永辉, 李艳彦, 周然, 等. 黄芪桂枝五物汤对实验性冻疮大鼠血液流变性的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(6): 231- 233.

(责任编辑: 刘淑婷)

益智方联合西药治疗脑梗死临床观察

赵涵^{1,2}, 邵蓓¹

1. 温州医科大学, 浙江 温州 325000; 2. 温州市中西医结合医院神经内科, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 观察益智方联合西药治疗脑梗死的临床疗效及其对患者肾功能的影响。方法: 选取本院收治的 80 例脑梗死患者为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各 40 例。对照组给予阿托伐他汀钙片与阿司匹林肠溶片治疗, 观察组在对照组用药基础上加用自拟益智方治疗, 2 组均治疗 3 疗程。比较 2 组临床疗效, 以及治疗前后内皮细胞上清液一氧化氮(NO)、内皮素-1(ET-1)的含量, 比较 2 组治疗前后的美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)与日常生活能力(MBI)评分, 检测 2 组血清胱抑素 C(Cys C)和血尿素氮(BUN)水平, 观察 2 组不良反应发生情况。结果: 总有效率观察组为 90.00%, 高于对照组的 72.50%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 2 组 NO、ET-1、Cys C、BUN 水平比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 NO、ET-1、Cys C、BUN 水平均较治疗前降低($P < 0.05$), 观察组 4 项指标的水平均低于对照组($P < 0.05$)。治疗前, 2 组 NIHSS 及 MBI 评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 NIHSS 评分均较治疗前降低($P < 0.05$), MBI 评分均较治疗前升高($P < 0.05$), 观察组的 NIHSS 评分低于对照组($P < 0.05$), MBI 评分高于对照组($P < 0.05$)。治疗期间 2 组均无不良反应情况发生。结论: 采用益智方联合西药治疗脑梗死患者, 可有效改善患者的内皮细胞损伤、肾功能、神经受损状况以及提高患者日常生活能力, 且用药安全。

[关键词] 脑梗死; 中西医结合疗法; 益智方; 肾功能

[中图分类号] R743.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)08-0042-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.019

[收稿日期] 2016-04-09

[作者简介] 赵涵(1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 神经内科。

[通讯作者] 邵蓓, E-mail: shaobei56@126.com。

脑梗死是因脑动脉狭窄、堵塞或血栓形成导致大脑局部供血中断或血供不足,从而引发脑组织缺血、坏死的一种脑血管疾病。常表现为偏瘫、失语等神经系统症状,也极有可能出现不同程度的肾功能障碍或相关指标异常等表现。临床治疗多以溶栓、抗凝为主,存在治标不治本、药物毒副作用大、作用靶点单一等缺点^[1]。中医学认为脑梗死属中风范畴,其发病不外虚、火、风、痰、气、血六端。治疗上提倡标本兼顾,且用药安全,故本研究选取80例脑梗死患者进行分组对照研究,旨在探究在西药治疗基础上加用自拟益智方治疗脑梗死的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合脑梗死的诊断标准,经头颅CT和MRI确诊;②符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中中风病的辨证标准,辨为风痰瘀血、痹阻脉络兼气虚证,症见半身不遂,口舌歪斜,言语謇涩或不语,偏身麻木,面色晄白,气短乏力,舌质淡暗或紫、舌苔薄白或白腻,脉沉细滑或细弦滑;③年龄<75岁;④美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分7~22分;⑤伴有不同程度肾功能异常;⑥经医院医学伦理委员会批准,患者或家属知情并签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①有血管性认知功能障碍;②视力、听力、优势侧上肢功能障碍;③严重的心、肝功能衰竭;④对本研究使用药物过敏或正参加其他药物临床试验;⑤各种因素导致不能完成评分量表检测。

1.3 一般资料 选取本院2013年3月—2015年3月收治的80例脑梗死患者为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组各40例。观察组男24例,女16例;年龄49~72岁,平均(60.33±8.97)岁;梗死面积:29例梗死最大切面直径≤3cm,11例梗死最大切面直径>3cm。对照组男27例,女13例;年龄50~74岁,平均(62.24±8.51)岁;梗死面积:27例梗死最大切面直径≤3cm,13例梗死最大切面直径>3cm。2组性别、年龄、梗死面积等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司)和阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司)治疗。阿托伐他汀钙片每天睡前口服1次,每次20mg;阿司匹林肠溶片每天早餐前口服1次,每次100mg。28天为1疗程,治疗3疗程。

2.2 观察组 在对照组用药基础上加服自拟益智方。处方:红花、天麻、钩藤、川芎各8g,枸杞子、杜仲、桑寄生、胆南星、白芍、鸡血藤各10g,熟地黄、菟丝子、五味子各18g,丹参、莲子、山药、茯苓各20g。每天1剂,慢火煎制成汤液,分早、中、晚餐后口服,每次200mL,疗程同对照组。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察2组临床症状、体征的变化情况,对

中医证候(包括头晕目眩、头痛、心烦易怒、肢体强急等症状)积分进行评定,0分为无症状,1分为轻度,2分为中度,3分为重度,每一症状评分后分数相加即为中医证候积分;②观察2组治疗前后内皮细胞上清液一氧化氮(NO)和内皮素-1(ET-1)的含量,采用硝酸还原酶法检测细胞上清液NO含量,采用放免法检测ET-1含量;③比较2组治疗前后的NIHSS评分与日常生活能力(MBI)评分。NIHSS评分用于评估患者神经受损状况,评分范围为0~42分,分数越高表示神经受损越严重。MBI评分用于评估患者日常生活能力,总分100分,分值越高表示日常生活能力越好;④观察2组治疗前后血清胱抑素C(Cys C)和血尿素氮(BUN)水平,治疗前后采集患者空腹静脉血,分离血清。采用免疫比浊法检测Cys C水平,采用酶法检测BUN水平;⑤观察2组不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件处理数据。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]拟定。痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,中医证候积分减少≥95%;显效:临床症状、体征明显改善,中医证候积分减少≥70%;有效:临床症状、体征均有好转,中医证候积分减少≥30%;无效:临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,中医证候积分减少不足30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组为90.00%,高于对照组的72.50%,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[例(%)]
观察组	40	17	9	10	4	36(90.00)
对照组	40	11	11	7	11	29(72.50)
χ^2 值						4.021
P						<0.05

4.3 2组治疗前后NO、ET-1含量比较 见表2。治疗前,2组NO、ET-1含量比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组NO、ET-1含量均较治疗前降低($P<0.05$),观察组2项指标的含量均低于对照组($P<0.05$)。

组别	NO($\mu\text{mol/L}$)		ET-1(ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	134.79±12.81	74.95±11.64 ^①	31.25±3.03	23.30±2.01 ^①
对照组	136.09±13.42	92.06±14.61 ^①	30.67±3.12	26.24±2.11 ^①
t 值	0.443	5.793	0.843	6.381
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与同组治疗前比较,① $P<0.05$

4.4 2组治疗前后NIHSS、MBI评分比较 见表3。治疗前,2组NIHSS及MBI评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组NIHSS评分均较治疗前降低($P<0.05$),MBI评分均较治疗前升高($P<0.05$),观察组的NIHSS评分低于对照组($P<0.05$),MBI评分高于对照组($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后NIHSS、MBI评分比较($\bar{x}\pm s, n=40$)分

组别	NIHSS评分		MBI评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	27.34±3.14	12.02±4.34 ^①	28.68±6.90	47.33±3.51 ^①
对照组	26.99±3.42	15.06±4.61 ^①	29.21±6.08	42.87±4.96 ^①
t值	0.477	3.037	0.364	4.642
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与同组治疗前比较,① $P<0.05$

4.5 2组治疗前后Cys C、BUN水平比较 见表4。治疗前,2组Cys C、BUN水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组Cys C、BUN水平均较治疗前降低($P<0.05$),观察组2项指标水平均低于对照组($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后Cys C、BUN水平比较($\bar{x}\pm s, n=40$)mmol/L

组别	Cys C		BUN	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	1.09±0.12	0.77±0.18 ^①	5.92±0.99	4.69±1.47 ^①
对照组	1.08±0.14	0.86±0.21 ^①	5.89±1.12	5.34±1.11 ^①
t值	0.343	2.058	0.126	2.232
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与同组治疗前比较,① $P<0.05$

4.6 2组不良反应发生情况比较 2组均未发生明显的不良反应。

5 讨论

脑梗死是缺血性脑卒中的总称,是由于脑组织局部供血动脉血流突然减少或停止,造成该血管供血区的脑组织缺血、缺氧导致脑组织坏死、软化,并伴有相应部位的临床症状和体征的脑部病变。脑梗死与血管内皮功能损伤有重要联系,而NO和ET-1是由血管内皮细胞分泌的一对作用相反的血管活性分子,两者相互制约以维持血管功能的平衡。可见,NO与ET-1的平衡与血管内皮功能的正常与否密切相关^[3]。与此同时,脑梗死尤其是急性脑梗死患者大多伴有不同程度的肾功能损伤,严重者甚至可见肾功能衰竭,而Cys C、BUN是临床常用来诊断肾功能早期损害的灵敏指标,可准确反映患者的肾功能状况^[4]。故选取上述4个指标进行观察,以判断患者治疗后的恢复情况。

阿托伐他汀钙片是一种还原酶抑制剂,可有效降低血脂水平,抑制胶原酶,改善血管内皮细胞功能,还可有效抑制平滑肌细胞并促进其逐渐凋亡,是治疗脑梗死的常用药物之一^[5]。阿司匹林肠溶片为酸性非甾体药物,具有解热、镇痛、消炎的特性,可抑制血小板血栓素A₂的生成,从而抑制血小板聚集。两药合用治疗脑梗死具有起效快、改善症状明显等特点,但存在治标不治本、作用靶点单一、亦出现胃肠道不适、水肿、肾损伤等不良反应。

中医学认为脑梗死属中风范畴,病理因素主要有风、痰、瘀等,其形成与脏腑功能失调有密切相关。脾失健运,痰浊内生,或火热炼液为痰。暴怒血菀于上,或气虚无力推动,皆可致瘀血停滞。治疗当以益气养血,活血化瘀,化痰通络为主。本研究所用自拟益智方由山药、茯苓、桑寄生、胆南星、白芍药、鸡血藤、红花、天麻、枸杞子、钩藤、川芎、菟丝子、五味子等中药组成。其中,鸡血藤、川芎、红花、天麻、丹参为君药,具有益气养血、活血化瘀的功效,钩藤、枸杞子、杜仲、桑寄生、胆南星、白芍药为臣药,可化痰通络,配以菟丝子、五味子、茯苓等药材,可达益气养血,活血化瘀,化痰通络之功效。

研究结果显示,观察组临床疗效优于对照组($P<0.05$),治疗后,NO、ET-1、Cys C、BUN水平以及NIHSS评分均低于对照组($P<0.05$),MBI评分高于对照组($P<0.05$),表明观察组在改善患者内皮细胞损伤、肾功能、神经受损状况以及提高患者日常生活能力等方面均优于对照组,且用药安全,益智方联合西药是一种可靠的治疗手段之一。

[参考文献]

- [1] 李中,周德生. 脑梗死中医药临床研究的优势与发展[J]. 中国中医急症, 2015, 24(9): 1591-1594.
- [2] 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: 101-104.
- [3] 陈茂华,朱迪海. 脑心通胶囊对脑梗死患者神经功能的影响及其相应机制的研究[J]. 医学研究杂志, 2015, 44(8): 162-164.
- [4] 谢淑华,徐鸿绪,黄健宇,等. 血清肾功能指标及尿微量白蛋白在糖尿病肾病早期诊断中的意义[J]. 中国卫生检验杂志, 2011, 21(5): 1209-1210.
- [5] 梅赓,陈力超. 阿托伐他汀联合脑心通胶囊治疗脑梗死并颈动脉粥样硬化的临床研究[J]. 中国基层医药, 2013, 20(3): 391-393.

(责任编辑:吴凌,刘迪成)