

· 临床报道 ·

化痰祛瘀汤对脑梗死患者的治疗效果及血液流变学、血流动力学的影响

王渝蓉 余晓霞

【摘要】 目的 探讨中药方剂化痰祛瘀汤治疗脑梗死患者的临床效果及对血流动力学、血液流变学指标的影响作用。**方法** 选取重庆市中医院神经内科 2013 年 1 月至 2014 年 5 月收治的 120 例基本情况一致的脑梗死患者,采用随机数字表法分为中医组和西医组各 60 例,西医组患者给予常规康复治疗,中医组加用化痰祛瘀汤,连续治疗 4 周后观察两组患者的临床效果。**结果** 治疗后:中医组患者的神经功能缺损评分显著低于西医组患者($P<0.05$),中医组患者的最大峰值流速、舒张末期流速、平均流速值均显著高于西医组患者($P<0.05$),中医组的血管阻力指数、搏动指数值显著低于西医组($P<0.05$),中医组患者的血浆黏度、全血黏度、纤维蛋白原、红细胞压积值均显著低于西医组患者($P<0.05$);中医组的治疗愈显率 73.33% 显著高于西医组的 55.00% ($P<0.05$);中医组患者的治疗总有效率 93.33% 与西医组的 88.33% 差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 化痰祛瘀汤治疗脑梗死患者较单纯西医疗法具有更显著的临床效果,同时可改善患者的血流动力学及血液流变学指标。

【关键词】 化痰祛瘀汤; 脑梗死; 血流动力学; 血液流变学

【中图分类号】 R259 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.07.029

脑梗死是临床常见的脑血管疾病之一,多发生于中老年患者,致残率和死亡率均较高。近年来随着临床诊疗水平的提高,脑梗死引起的死亡率已大大降低,而存活患者常遗留不同程度的神经功能缺损。在临床治疗时应尽快开通闭塞的脑血管,恢复缺氧区域脑组织的再灌注,保护缺血半暗带的细胞活性,尽量减少神经功能缺损,改善患者预后^[1]。近年来有研究发现,脑梗死患者血液黏滞度高于正常,继而影响循环阻力,降低脑血流量。基于血液流变学异常是脑梗死的重要环节,在临床应用时应注意改善患者的血液黏滞度,促进局部血液循环^[2]。脑梗死属于中医学理论中“中风”之范畴,“痰瘀同病”是其基本病机特点,脉络瘀阻而导致气血不畅,蒙蔽清窍。治疗时应以活血祛瘀、燥湿化痰为法^[3]。本研究探讨了中药方剂化痰祛瘀汤治疗脑梗死患者的临床效果及对血流动力学、血液流变学指标的影响作用,现将结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取重庆市中医院 2013 年 1 月至 2014 年 5 月收治的 120 例基本情况一致的脑梗死患者,采用随机数字表法分为

中医组和西医组各 60 例。

中医组 60 例患者,其中男 36 例、女 24 例,年龄 57~84 岁,平均(69.9±8.7)岁,合并基础疾病:高血压 31 例、糖尿病 22 例、高血脂 13 例、心脏病 9 例,治疗前美国国立卫生研究院卒中量表(national institute of health stroke scale, NIHSS)评分(21.8±3.4)分,脑梗死范围(5.9±1.7)cm³,梗死部位:基底节 32 例、脑叶 16 例、脑干 8 例、小脑 4 例。西医组 60 例患者,其中男 39 例、女 21 例,年龄 55~84 岁,平均(70.6±8.4)岁,合并基础疾病:高血压 34 例、糖尿病 13 例、高血脂 10 例、心脏病 6 例,治疗前 NIHSS 评分(22.2±3.6)分,脑梗死范围(6.0±1.4)cm³,梗死部位:基底节 34 例、脑叶 17 例、脑干 6 例、小脑 3 例。两组患者的上述各项资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)急性脑梗死患者的诊断主要依据 1996 年第四届全国脑血管病学术会议制定的《各类脑血管疾病的诊断要点》中的诊断标准,入院后经 CT、MRI 检查予以证实;(2)患者发病至入院时间≤48 小时;(3)获得患者家属的知情同意,本研究治疗方案获得医学伦理委员会的批准。

1.2.2 排除标准 (1)颅内出血的患者;(2)患者血压范围>180/110 mmHg 的患者;(3)近 3 个月内有脑外伤病史的患者;(4)合并上消化道溃疡、出血的患者;(5)合并凝血功能障碍的患者。

1.3 治疗方法

西医组患者给予常规康复治疗,包括静脉注射甘露醇脱

作者单位:400011 重庆市中医院神经内科(王渝蓉),内分泌科(余晓霞)

作者简介:王渝蓉(1964-),女,本科,副主任中医师。研究方向:脑血管疾病。E-mail:liguodong0070@163.com

通讯作者:余晓霞(1972-),女,本科,副主任医师。研究方向:糖尿病并发症。E-mail:863757947@qq.com

水、胞二磷胆碱保护神经,口服阿司匹林抗血小板,维持水电解质和酸碱平衡等综合治疗。

中医组患者加用化痰祛瘀汤治疗,西医常规治疗同西医组,同时采用自拟的化痰祛瘀汤治疗,方用丹参 15 g、红花 10 g、赤芍 10 g、当归 10 g、川芎 6 g、石菖蒲 10 g、法半夏 10 g、葛根 10 g、地龙 10 g、水蛭 6 g、天麻 6 g、钩藤^{后下} 10 g。上药每天 1 剂,加水煎煮 2 次,早晚服用。

1.4 仪器

美国 ATL-UMK4 型脉冲式多普勒超声诊断仪测定,探头功率 10 MHz。天津普利生血液流变学测定仪。

1.5 检测指标

对比两组患者治疗前、治疗 4 周后的神经功能缺损评分 (berve function defect score,NIHSS)的变化情况,对比两组患者治疗前、治疗 4 周后的双侧大脑血流动力学指标:最大峰值流速 (vascular maximum peak flow, Vs)、舒张末期流速 (vascular diastolic velocity, Vd)、平均流速 (vascular average velocity, Vm)、血管阻力指数 (vascular resistance index, RI)、搏动指数 (pulsatility index, PI)。对比两组患者治疗前、治疗后的血液流变学指标:血浆黏度、全血黏度、纤维蛋白原、红细胞压积的变化情况。

1.6 评价标准

对比两组患者治疗 4 周后的临床效果:根据《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》制定,临床痊愈:患者的 NIHSS 评分减少 91% ~ 100%,病残程度 0 级,可恢复日常生活;显效:患者 NIHSS 评分减少 46% ~ 90%,病残程度 1 ~ 3 级;有效:患者的 NIHSS 评分减少 18% ~ 45%;无效:患者的 NIHSS 评分减少 <17% 或者增高。

1.7 统计学方法

数据分析在 SAS 9.3 软件包中处理,正态分布的计量指标

采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两组间比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。*P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的 NIHSS 评分比较

中医组和西医组治疗前的 NIHSS 评分差异无统计学意义 (*P*>0.05),治疗后两组患者的 NIHSS 评分较本组治疗前均显著降低 (*P*<0.05),治疗后中医组患者的 NIHSS 评分显著低于西医组患者 (*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后的 NIHSS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|----|----------|----------|
| 中医组 | 60 | 21.8±3.4 | 11.8±2.4 |
| 西医组 | 60 | 22.2±3.6 | 14.2±3.0 |

2.2 两组患者治疗前后大脑中动脉的血流动力学指标比较

中医组和西医组治疗前的 Vs、Vd、Vm、RI、PI 测定值差异无统计学意义 (*P*>0.05),治疗后中医组患者的 Vs、Vd、Vm 值显著高于西医组患者 (*P*<0.05),中医组的 RI、PI 值显著的低于西医组 (*P*<0.05)。见表 2。

2.3 两组患者治疗前后血液流变学指标比较

中医组和西医组治疗前的血浆黏度、全血黏度、纤维蛋白原、红细胞压积测定值差异无统计学意义 (*P*>0.05),治疗后中医组患者的血浆黏度、全血黏度、纤维蛋白原、红细胞压积值显著低于西医组患者 (*P*<0.05)。见表 3。

2.4 两组患者治疗效果比较

中医组的治疗愈显率 73.33% 显著高于西医组的 55.00% (*P*<0.05);中医组患者的治疗总有效率 93.33% 与西医组的 88.33% 比较差异无统计学意义 (*P*>0.05)。见表 4。

表 2 两组患者治疗前后大脑中动脉的血流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 例数 | Vs (cm/s) | Vd (cm/s) | Vm (cm/s) | RI | PI |
|-----|----|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 中医组 | 60 | | | | | |
| 治疗前 | | 34.9±2.1 | 21.3±2.4 | 26.4±1.7 | 0.70±0.09 | 0.87±0.11 |
| 治疗后 | | 40.1±2.4 ^{ab} | 25.9±3.1 ^{ab} | 29.1±2.2 ^{ab} | 0.57±0.05 ^{ab} | 0.70±0.09 ^{ab} |
| 西医组 | 60 | | | | | |
| 治疗前 | | 35.3±2.5 | 22.0±2.2 | 25.9±2.2 | 0.68±0.10 | 0.85±0.10 |
| 治疗后 | | 38.3±2.2 ^a | 24.3±2.7 ^a | 27.8±2.4 ^a | 0.61±0.06 ^a | 0.77±0.10 ^a |

注:与本组治疗前比较^a*P*<0.05,与西医组比较^b*P*<0.05。

表 3 两组患者治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 例数 | 血浆黏度 (mPa/s) | 全血黏度 (mPa/s) | 纤维蛋白原 (g/L) | 红细胞压积 (%) |
|-----|----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 中医组 | 60 | | | | |
| 治疗前 | | 2.64±0.56 | 7.53±1.14 | 4.67±0.85 | 47.84±3.29 |
| 治疗后 | | 1.44±0.26 ^{ab} | 5.20±0.98 ^{ab} | 3.31±0.59 ^{ab} | 40.60±2.81 ^{ab} |
| 西医组 | 60 | | | | |
| 治疗前 | | 2.51±0.49 | 7.60±1.27 | 4.62±0.79 | 46.93±3.41 |
| 治疗后 | | 1.89±0.33 ^a | 6.18±1.05 ^a | 3.85±0.60 ^a | 43.51±2.97 ^a |

注:与本组治疗前比较^a*P*<0.05,与西医组比较^b*P*<0.05。

表 4 两组患者治疗效果比较

| 组别 | 例数 | 临床痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 愈显率(%) | 总有效率(%) |
|-----|----|------|----|----|----|--------|---------|
| 中医组 | 60 | 13 | 31 | 12 | 4 | 73.33 | 93.33 |
| 西医组 | 60 | 7 | 26 | 20 | 7 | 55.00 | 88.33 |

3 讨论

脑梗死是神经内科临床常见病,患者局部脑组织由于血液循环障碍而发生缺血缺氧,导致脑组织的软化、坏死,具有起病急骤、进展迅速等特点,需要在短时间内实现血管再通,使梗死区域局部脑组织不至于发生不可逆的损害^[4]。目前西医对脑梗死的治疗原则是在最佳治疗时间窗内尽快恢复局部血流灌注,一般采用抗凝、溶栓治疗改善脑梗死患者的凝血机制,改善血液流变性,预防和逆转血栓的形成。通过扩张血管改善局部血流灌注,调节机体免疫功能,清除氧自由基,使脑梗死患者的神经功能缺损程度降至最低^[5]。

近年来,随着中医药事业的蓬勃发展,采用中西医结合法治疗疾病的理念已深入人心,在多种急慢性疾病的治疗中显现出独特的优势^[6]。中医学理论认为,脑梗死属于“中风”范畴,其发病机制比较复杂,与肝阳上亢、气血逆乱、痰瘀内生等均有关^[7]。治则以活血化瘀、燥湿祛痰为法。在西医降低颅内压、抗凝、溶栓、保护脑神经等综合治疗的基础上适当辅以化痰祛瘀类中药治疗具有一定的可行性^[8]。

本研究中采取自拟的化痰祛瘀汤治疗脑梗死,方中以丹参为君药,功擅活血行血、化瘀通脉,古籍中有云:一味丹参散,功同四物汤^[9];以红花、赤芍、当归共为臣药,其中红花活血化瘀、通经止痛;赤芍养血和营、缓急止痛;当归活血化瘀、补血润燥^[10];佐以川芎行气化痰、活血止痛;石菖蒲化湿开窍、行气祛风;法半夏燥湿化痰、降逆止呕;葛根清热健脾、解肌退热;地龙清热平肝、止喘通络;水蛭活血散瘀、通经止痛;天麻熄风定惊、治风止眩;钩藤清热平肝、熄风定惊。诸药合用,共奏化痰祛瘀之功效^[11]。

现代药理学研究也发现,丹参中的活性成分丹参酮具有扩张冠脉、抑制血小板聚集、提高细胞耐缺氧能力等药理作用。红花中的红花黄色素具有降压、抗栓、耐缺氧、免疫抑制等作用。川芎中的川芎嗪可抑制血小板聚集、降低血管阻力,对脑梗死患者的高黏、高凝状态具有良好的改善效果。地龙、水蛭等动物类药材中的蛋白类成分可抑制磷酸二酯酶活性,抑制血小板过度激活,减少血小板黏附和聚集,增强红细胞变形能力,同时可促进纤维蛋白溶解,使已经形成的血栓溶解^[12]。

本研究中中医组的患者治疗后 NIHSS 评分显著低于西医组患者,这一结果提示,采用中医化痰祛瘀汤辅助治疗脑梗死可明显减轻患者的神经功能缺损程度,对患者的预后有益。中医组患者的 Vs、Vd、Vm 值显著高于西医组患者,RI、PI 值显著低于西医组,这一结果提示,采用中医化痰祛瘀汤辅助治疗脑梗死有助于改善患者的血流动力学指标,促进局部血液循环。中医组患者的血浆黏度、全血黏度、纤维蛋白

原、红细胞压积值显著低于西医组患者,这一结果提示,采用中医化痰祛瘀汤辅助治疗脑梗死有助于改善患者的血液流变学指标,阻碍血栓形成。虽然两组患者的总有效率差异无统计学意义,但中医组的治疗愈显率显著高于西医组,这一结果提示,采用中医化痰祛瘀汤辅助治疗脑梗死比单纯西医治疗具有更好的临床疗效。

本研究结果表明:化痰祛瘀汤治疗脑梗死患者较单纯西医医疗法具有更显著的临床效果,同时可改善患者的血流动力学及血液流变学指标。

参 考 文 献

[1] Sasao H, Fujiwara H, Murai H, et al. Does motor dysfunction after cerebral infarction impede the development of angina symptoms? A comparison of coronary angiographic findings in patients with and without prior cerebral infarction. [J]. Int heart J, 2013, 54 (1):1-6.

[2] 杨娟, 杨静. 急性脑梗死患者微量白蛋白尿对病情预后评估价值[J]. 现代仪器与医疗, 2015, 4(4):36-37, 40.

[3] 郭燕周, 马建伟, 王小雨, 等. 脑梗死分期与中医病性证素相关性研究[J]. 江苏中医药, 2015, 8(11):21-22.

[4] 郑天衡, 王少石. 急性脑梗死的血管再通治疗[J]. 内科急危重症杂志, 2012, 18(1):7-10.

[5] Lee J H, Choi H C, Kim C, et al. Fulminant cerebral infarction of anterior and posterior cerebral circulation after ascending type of facial necrotizing fasciitis [J]. Journal of stroke and cerebrovascular diseases; The official journal of National Stroke Association, 2014, 23(1):173-175.

[6] 李青兰, 王雁飞. 中西医结合治疗脑梗死 100 例疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 9(5):699-700.

[7] 李发明. 急性脑梗死患者早期进行中西医结合康复治疗的研究[J]. 中国医药指南, 2013, 5(18):295-297.

[8] 杜笑, 张秋娟, 张红智, 等. 中西医结合综合方案治疗急性脑梗死的预后评价[J]. 江苏大学学报(医学版), 2012, 22(6):523-526.

[9] 任建福. 化痰祛瘀汤对脑梗死患者神经功能的影响[J]. 中国社区医师, 2015, 9(26):76-77.

[10] 张绪伟, 马艳平, 王友培, 等. 化痰祛瘀汤联合康复治疗对老年脑梗死患者神经功能恢复的作用[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 7(6):112-114.

[11] 王震宇, 刘晶晶. 探讨化痰祛瘀汤对脑梗死急性期患者治疗效果[J]. 中国保健营养(上旬刊), 2013, 23(8):4116.

[12] 李艳辉. 化痰祛瘀汤联合康复治疗对老年脑梗死患者神经功能恢复的影响[J]. 中外医疗, 2014, 5(8):114-115.

(收稿日期: 2016-03-01)

(本文编辑: 蒲晓田)