

大柴胡汤治疗风火上扰型缺血性脑卒中 35 例

张海文 孙敬青 张尧

【摘要】 目的 观察大柴胡汤对风火上扰型缺血性脑卒中患者的临床疗效。**方法** 选取 2013 年 6 月~2015 年 6 月本院脑病科收治的风火上扰型缺血性脑卒中患者共 70 例,按随机数字表法分成对照组和治疗组,各 35 例。对照组给予内科常规治疗,治疗组在内科常规治疗的基础上联合大柴胡汤颗粒剂口服治疗,以 21 天为一疗程,分别于治疗前一天以及治疗第 21 天检测患者血脂(甘油三酯、胆固醇及低密度脂蛋白)、血液流变学指标(全血比黏度、血浆比黏度及血沉),并对两组患者进行神经功能缺损程度评分、日常生活能力评分以及中医症状疗效评分以评定临床疗效。**结果** 治疗组治疗后血脂较对照组略有降低,但差异无统计学意义($P>0.05$);全血比黏度(高切)、全血比黏度(低切)、血浆黏度及血沉较对照组均明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$),神经功能缺损程度评分较前明显降低、日常生活活动能力评分较治疗前升高($P<0.05$),且治疗组评分优于对照组($P<0.05$)。治疗后两组患者中医症状疗效评分中头痛、头晕、口干、口苦、心烦、偏瘫、偏身麻木较治疗前明显好转($P<0.05$),而便秘、失眠评分差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 常规内科治疗联合大柴胡汤对风火上扰型缺血性脑卒中患者有一定的降脂效果,可改善患者血液黏稠度,并明显提高风火上扰型缺血性脑卒中患者的生活质量,值得在临床推广。

【关键词】 缺血性脑卒中; 大柴胡汤; 血脂; 血液流变学

【中图分类号】 R259 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.02.029

脑卒中是一种严重危害中老年人健康的疾病,具有反复发作、高死亡率、高致残率的特点,相对于出血性脑卒中,缺血性脑卒中在临床中更为常见,且本病发生率随着人口老龄化而逐年增加^[1]。西医治疗本病多采用溶栓、抗血小板凝集、神经保护药物及手术治疗等手段,但疗效一般,且不良反应较多,不仅难以提高患者生存质量,且价格较为昂贵,给患者及家庭带来极大的负担^[2]。中医因其特殊的辨证论治体系在延缓病情发展、减轻临床症状及提高患者生存质量上有较好疗效,逐渐受到广泛重视。笔者在临床中运用《伤寒论》治疗少阳阳明合病的代表方——大柴胡汤联合内科常规治疗方案治疗风火上扰型缺血性脑卒中,取得了满意疗效,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2013 年 6 月~2015 年 6 月就诊于本院脑病科,并明确诊断为缺血性脑卒中且中医辨证为风火上扰型的患者,共 70 例。按随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组 35 例。对照组:男 19 例,女 16 例,年龄 59~75 岁,平均(68.26±7.06)岁;治疗组:男 18 例,女 17 例,年龄 57~75 岁,平均(66.54±9.15)岁。两组患者在年龄、性别等基线资料上对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过伦理审核,所有患者均自愿参加并签署知情同意。

1.2 诊断标准

西医诊断标准^[3]:符合缺血性脑卒中西医诊断标准。中医诊断标准^[4]:符合中风病中经络及中医证候风火上扰型诊断标准。证型:风火上扰型。症见:半身不遂、偏身麻木、舌强语蹇或不语、口舌喎斜。眩晕头痛、面红目赤、口苦咽干、心烦易怒、尿赤便干、舌红绛、苔黄腻而干、脉弦数。

1.3 纳入标准

(1)符合西医诊断标准及中医诊断标准;(2)发病时间:14~180 天;(3)发病年龄:30~80 岁;(4)患者伴高脂血症但未规律口服降脂药;(5)自愿受试,并签署知情同意。

1.4 排除标准

(1)排除意识障碍者,合并严重脏器功能衰竭者,精神疾患、严重痴呆、交流障碍者;(2)对本实验药物过敏者。

基金项目:北京市医院管理局重点医学专业发展计划(ZYLX201412)

作者单位:100039 北京市中西医结合医院急诊科(张海文),脑病科(张尧);首都医科大学附属北京中医医院针灸中心(孙敬青)

作者简介:张海文(1968-),女,硕士,副主任医师。研究方向:中西医结合治疗糖尿病及心脑血管疾病。E-mail:zhanghw68@sohu.com

通信作者:孙敬青(1968-),女,硕士,主任医师。研究方向:中西医结合治疗神经系统疾病、杂病,针灸名家经验继承。E-mail:sjq100037@sina.com

1.5 治疗方法

对照组:给予内科常规治疗,参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[5]进行,包括针对缺血性脑卒中的抗血小板聚集治疗、改善脑血循环、肢体及言语康复治疗等,并予患者降脂治疗。

治疗组:在内科常规治疗的基础上加用中药大柴胡汤颗粒剂(每袋颗粒剂药物组成:柴胡 15 g、黄芩 10 g、白芍 15 g、枳实 15 g、清半夏 15 g、生大黄 10 g、炙甘草 6 g、生姜 10 g、大枣 10 g),每天 2 次,早晚餐后用 100 mL 开水冲泡中药颗粒剂 1 袋,颗粒剂药材采用北京康仁堂药业有限公司生产的全成分中药配方颗粒,免煎冲服。两组疗程均为 21 天。

1.6 观察指标

1.6.1 血脂及血液流变学指标 均于抽血前一天嘱患者晚 10:00 以后禁食,分别于治疗前 1 天及治疗第 21 天清晨抽取两组患者肘静脉血以检测血脂(胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白)及血液流变学指标[血沉、全血比黏度(高切)、全血比黏度(低切)及血浆黏度],采用 ELISA 试剂盒检测,具体操作事项见试剂盒说明书。

1.6.2 评分量表 分别于治疗前 1 天及治疗第 21 天对患者进行神经功能缺损程度评分量表(National Institute of Health stroke scale,NIHSS)^[6]评分及日常生活能力评分量表(改良 Barthel 指数)^[7]评分。

1.6.3 中医症状评分 分别于治疗前 1 天及治疗第 21 天对患者进行临床症状评分^[8]。按症状轻重分:轻度,占 1 分;中度,占 2 分;重度,占 3 分;无症状为 0 分。显效:症状为 0 分。有效:症状减 1 分或 2 分。无效:症状分数不变或增加。有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.7 统计学处理

数据采用 SPSS 17.0 软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用卡方检验;计量资料除两组患者治疗前后神经功能缺损程度评分不符合正态分布予进行非参数检验,其余计量资料均符合正态分布,采用 *t* 检验。以 $P < 0.05$ 视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血脂指标对比

治疗后,两组患者胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗后各指标略低于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$),不排除因为疗

程较短所致。详见表 1。

表 1 两组患者治疗前后血脂各指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胆固醇 (mmol/L)	甘油三酯 (mmol/L)	低密度脂 蛋白(mmol/L)
对照组	35			
治疗前		5.92±0.71	2.16±0.42	3.87±0.31
治疗后		3.78±0.55 ^a	1.33±0.34 ^a	2.27±0.26 ^a
治疗组	35			
治疗前		5.89±0.68	2.22±0.37	3.59±0.54
治疗后		3.49±0.63 ^a	1.29±0.49 ^a	2.19±0.32 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 NIHSS 评分及改良 Barthel 指数评分对比

两组患者治疗前 NIHSS 评分及改良 Barthel 指数评分比较无明显差异($P > 0.05$);治疗后,两组患者 NIHSS 评分较治疗前明显降低($P < 0.05$),改良 Barthel 指数评分较前明显升高($P < 0.05$);且治疗组均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者治疗前后神经功能缺损程度评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NIHSS 评分	改良 Barthel 指数评分
对照组	35		
治疗前		7.73±3.49	68.71±11.40
治疗后		5.57±3.07 ^a	76.57±12.11 ^a
治疗组	35		
治疗前		8.10±3.98	66.00±12.89
治疗后		4.00±2.18 ^{ab}	82.14±10.31 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组同期比较,^b $P < 0.05$ 。

2.3 血液流变学指标对比

两组患者治疗后较治疗前各血流变学指标明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗后各血流变学指标较对照组明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 3。

2.4 中医症状疗效评分对比

治疗后,治疗组头痛、头晕、口干、口苦、心烦、偏瘫、偏身麻木症状有效率较对照组高,差异具有统计学意义($P < 0.05$);而便秘、失眠症状虽有效率较对照组高,但无统计学差异($P > 0.05$)。详见表 4。

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	全血比黏度(高切)(mPa·s)	全血比黏度(低切)(mPa·s)	血浆黏度(mPa·s)	血沉(mm/h)
对照组	35				
治疗前		13.9±2.8	6.8±0.9	2.2±0.7	43.8±6.9
治疗后		12.1±1.7 ^a	6.2±0.7 ^a	1.9±0.5 ^a	40.2±5.7 ^a
治疗组	35				
治疗前		14.0±2.7	7.0±0.8	2.1±0.8	43.6±6.4
治疗后		9.1±1.6 ^{ab}	5.1±0.5 ^{ab}	1.4±0.4 ^{ab}	33.0±5.9 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组同期比较,^b $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者治疗前后中医症状疗效评分比较

中医症状	疗效	对照组(35 例)	治疗组(35 例)
头痛	显效	12	18
	有效	6	10
	无效	7	4
头晕	显效	12	20
	有效	8	10
	无效	9	0
口干	显效	6	22
	有效	8	7
	无效	12	1
口苦	显效	7	21
	有效	6	9
	无效	10	0
心烦	显效	6	18
	有效	9	10
	无效	7	0
便秘	显效	10	15
	有效	7	9
	无效	3	2
失眠	显效	7	4
	有效	5	10
	无效	4	3
偏瘫	显效	7	16
	有效	17	10
	无效	4	1
偏身麻木	显效	5	12
	有效	16	8
	无效	2	1

2.5 不良反应

两组患者均耐受性良好,实验中未出现不良反应。

3 讨论

缺血性脑卒中属于中医“中风”的范畴,患者多素体阳旺,性急易怒,常有口苦口干、头晕头痛等少阳郁热之征,多因情志刺激、过劳或饮食不节等因素致气机升降失常,热及阳明,腑气不通而发病,为少阳阳明合病。阳热上扰神明,脑髓受损,神机失用,则半身不遂,偏身麻木,舌强语蹇或失语,或口舌喎斜;阳热上犯,清阳被扰,则眩晕头痛;少阳阳明热盛,上熏头面孔窍,则面红目赤、口苦咽干;热扰心神,则心烦易怒;热邪下迫灼津,则可尿赤便干。舌红绛、苔黄腻或干,脉弦数,为少阳阳明热盛之象。大柴胡汤是《伤寒论》中治疗少阳阳明合病的代表方剂,根据“异病同治”的理论,临床上多采用大柴胡汤治疗风火上扰型缺血性脑卒中,效果颇佳。陈以卫等^[9]认为,大柴胡汤和解少阳,清泻阳明之功恰好是契合中风病少阳阳明经合病病机的良方。

大柴胡汤是由小柴胡汤去人参、甘草加大黄、枳实、芍药

而成,具有和解少阳、清泻阳明之功,为治少阳阳明合病之代表方剂。《医宗金鉴·订正仲景全书》云:“柴胡证在,又复在里,故立少阳两解之法。以小柴胡汤加枳实、芍药者,解其外以和其内也;去参、草者,以里不虚也;少加大黄,所以泻结热也;倍生姜者,因呕不止也。”方中柴胡为君,与黄芩合用,能和解清热,以除少阳之邪,大黄、枳实泻阳明热结,共为臣药;芍药缓急止痛,与枳实相配可治腹中实痛,与枳实相伍可调气血不和缓腹痛烦满不得卧;半夏降逆止呕,配合生姜以治呕逆不止,俱为佐药;大枣与生姜同用,能调和营卫与诸药,为使药。全方具有外解少阳、内泻热结之功。现代药理研究表明^[10],大柴胡汤尚有调脂、调节免疫、改善微循环、降压、解热、抗炎、利胆、解痉等多重作用。

本结果显示,治疗组能显著改善风火上扰型缺血性脑卒中患者神经功能缺损和日常生活能力;能缓解太阳阳明合并的典型症状,其中失眠、便秘症状两组患者无明显差异,可能的原因是本研究出现失眠、便秘症状的患者人数较少导致;本方可改善患者血液黏稠度,并有一定的降脂效果,且无不良反应,值得在临床推广使用,但其作用机理有待于进一步研究。

参 考 文 献

[1] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2010[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2010, 43(2):154-160.

[2] 孟文婷, 李东翔, 佟玲. 缺血性脑卒中的治疗研究进展[J]. 中国新药杂志, 2016, (10):1114-1120.

[3] 中华医学会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, 29(6): 378-380.

[4] 中华全国中医学会内科分会. 中风病中医诊断疗效评定标准[J]. 中国医药学报, 1986, (2):56.

[5] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中国医学前沿杂志电子版, 2010, 2(4):16-19.

[6] 陈清棠. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准及临床疗效评定标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):381-383.

[7] Granger MD, Dewis MD, Peters MD, et al. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index Measures[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1979, 60:14-17.

[8] 冯学功, 瞿道. 脑络宁治疗缺血性中风恢复期临床研究[J]. 中国中医急症, 1998, 7(5):199-201.

[9] 陈以卫, 胡华白. 基于大柴胡汤预防中风急性期肺部感染疗效观察探索中风病六经辨证的意义[J]. 黑龙江中医药, 2014, 43(5):4-5.

[10] 朱瑄. 大柴胡汤药理研究及临床新用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(17):272-273.

(收稿日期: 2016-11-02)

(本文编辑: 韩虹娟)