

临床报道

自拟活血通脉散治疗缺血性中风 168 例临床观察

屈凤林* 王光月*

摘要 以自拟方活血通脉散为主治疗缺血性中风 168 例,与以静脉点滴维脑路通为主治疗的对照组比较,对治疗前后两组患者临床症状的改善情况及实验室相关检测指标的变化情况进行对比观察与分析,结果显示,治疗组愈显率为 75.6%,总有效率为 94.64%,对照组分别为 48.75%、81.25%,两组相比治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.01$),实验室相关指标亦有明显改善。

主题词 脑缺血/中医药疗法 @ 活血通脉散

自 1994~1998 年,我们用自拟活血通脉散结合中医辨证加味治疗缺血性中风 168 例,与西医用静脉点滴维脑路通 80 例作对照,结果治疗组疗效明显优于对照组,现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准:全部病例均按《中药新药临床研究指导原则》中“中药新药治疗中风病的临床研究指导原则”^[1]做出中西医双重诊断。

全部患者均符合西医诊断标准,并经头颅 CT 扫描确诊为脑血栓形成及脑栓塞,同时符合中医诊断标准,确诊为中经络型中风。凡有神昏、昏愤或有严重心衰及其他影响肢体运动功能合并症者,或由脑肿瘤、脑寄生虫、冠心病、代谢障碍、风心病、冠心病合并房颤等病引起的脑栓塞,以及短暂性脑缺血发作者,不作为观察对象。凡符合上述条件,且起始症状积分不低于 18 分,坚持治疗 30 天,资料完整者,为病例入选条件。

1.2 一般资料:缺血性中风的全部患者均来源于我院住院病人,按就诊顺序随机按 2:1 比例分为治疗组和对照组。治疗组 168 例,男 104

例,女 64 例,年龄 39~70 岁,平均 57.22 ± 9.03 岁,病程 5 小时~14 天,平均 4.7 ± 2.1 天。西医诊断为脑血栓形成 122 例,脑栓塞 46 例。中医辨证分型:(1)肝阳暴亢,风火上扰证 45 例;(2)风痰瘀血,痹阻脉络证 50 例;(3)痰热腑实,风痰上扰证 36 例;(4)气虚血瘀证 19 例;(5)阴虚风动证 18 例。168 例中伴有高血压病 103 例,冠心病 54 例,高脂血症 81 例,高粘血症 118 例,糖尿病 25 例。对照组 80 例,男 50 例,女 30 例。年龄 42~69 岁,平均 56.31 ± 10.21 岁。病程 3 小时~14 天,平均 4.6 ± 2.3 天。西医诊断为脑血栓形成 58 例,脑栓塞 22 例。中医辨证分型:(1)肝阳暴亢,风火上扰证 21 例;(2)风痰瘀血,痹阻脉络证 26 例;(3)痰热腑实,风痰上扰证 14 例;(4)气虚血瘀证 10 例;(5)阴虚风动证 9 例。80 例中伴有高血压病 52 例,冠心病 27 例,高脂血症 31 例,高粘血症 55 例,糖尿病 5 例。两组患者性别、年龄、病程、中医辨证分型、合并症及各项化验指标在治疗前差异无显著性,具有可比性($P > 0.05$)。

2 治疗及观察方法

治疗组:用自拟活血通脉散为主,结合辨证加味治疗。药物组成:水蛭、生大黄、女贞子各 10g,丹参 20g,生黄芪 30g。由我院制剂室加工研细粉分包,每包 10g,每次服 1 包,每日 2 次。中医辨证后加中药,每日 1 剂,水煎 2 次。14 天为 1 疗程,两疗程间隔 2~3 天,2 个疗程后统计疗效。

中医辨证分为中经络 5 型,除半身不遂、偏身麻木、口眼歪斜、舌强语謇或不语两个以上主症外,又兼见不同症状,予以辨证分型加味治疗。(1)肝阳暴亢,风火上扰型:兼见眩晕头痛、面红目赤、口苦咽干、心烦易怒、尿赤便干、舌质

* 北京市房山区中医医院,房山区保健路 4 号 (102400)

收稿日期:1999-03-29;修回日期:1999-08-08

红、苔薄黄、脉弦有力。加龙胆草 15g, 栀子、天麻各 12g, 钩藤(后下)20g, 以清肝泻火、熄风通络。(2)风痰瘀血, 痹阻脉络型: 兼见头晕目眩、舌质暗淡、苔薄白或白腻、脉弦滑。加入半夏 12g, 胆南星 6g, 制白附子 6g, 以祛风化痰、活血通络。(3)痰热腑实, 风痰上扰型: 兼见腹胀、便干便秘、头晕目眩、咳痰或痰多、舌质暗红或暗淡、苔黄或黄腻、脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。加胆南星 6g, 全瓜蒌 30g, 芒硝(分冲)10g, 以清热化痰、通腑泻浊。(4)气虚血瘀型: 面色㿔白、气短乏力、口流涎、自汗出、心悸便溏、手足肿胀、舌质暗淡、舌苔薄白、脉沉细。加生黄芪 30g, 桃仁、红花各 10g, 以益气活血。(5)阴虚风动型: 兼见烦躁失眠、耳鸣、手足心热、舌质红绛或暗红、少苔或无苔、脉细弦或细弦数。加龟甲、生地黄各 15g, 生牡蛎 30g, 以育阴潜阳、熄风通络。

对照组: 用维脑路通 400mg, 加入低分子右旋糖酐 500ml 中, 静脉点滴, 每日 1 次, 14 天为 1 疗程, 2 疗程间隔 2~3 天, 2 个疗程后统计疗效。

两组均配合针灸治疗。对两组的合并症, 如高血压、冠心病、糖尿病等, 均分别选用适当药物对症治疗。观察缺血性中风常见主要症状: 包括半身不遂、偏身麻木、口眼歪斜、语言障碍、头晕头痛。采用积分方法评定。

实验室测定指标: (1)血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白, 采用酶学法和试剂盒测定。(2)血液流变学检查: 全血比粘度、红细胞压积、纤维蛋白原, 用全血粘度仪、微量血毛细管离心法及毛细管热沉淀法测定。两组患者均采用普通饮食, 上午空腹采血样, 同一标本送检以上各项检查。

统计学方法: 治疗前后采用 t 检验, 数据采用 $(\bar{X} \pm S)$ 表示。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准: 治疗前满分 28 分, 起点分最低不低于 18 分, 其疗效评定采用尼莫地平方法: $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$, 以百分数表示。(1)基本痊愈 $\geq 85\%$, (2)显效 $\geq 50\%$, (3)有效 $\geq 20\%$, (4)无

效 $< 20\%$ [1]。

3.2 两组总疗效比较: 治疗组 168 例, 基本痊愈 42 例, 显效 85 例, 有效 32 例, 无效 9 例, 愈显率 75.60%, 总有效率为 94.64%。对照组 80 例, 基本痊愈 10 例, 显效 29 例, 有效 26 例, 无效 15 例, 愈显率 48.75%, 总有效率为 81.25%。两组疗效相比, 差异具有显著性 ($P < 0.01$)。

3.3 两组治疗后临床症状改善比较: 表 1 示, 两组治疗后, 对缺血性中风常出现的主要临床症状: 半身不遂、偏身麻木、口眼歪斜、语言障碍、头晕头痛的改善均有较好的疗效。对照组对头晕头痛的疗效最佳(总有效率 94.4%), 对口眼歪斜症状的改善较差(总有效率 78.3%)。治疗组对各临床症状的改善均有很好疗效(总有效率在 87.7%~95.5%)。两组间相比较, 除口眼歪斜、语言障碍差异有显著性外 ($P < 0.05$), 其他各症状改善差异均无显著性 ($P > 0.05$)。

3.4 两组治疗前后血液流变学变化比较: 表 2 示, 治疗组治疗后的全血比粘度、红细胞压积、纤维蛋白原明显低于治疗前 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 尤其对纤维蛋白原的改善最为显著。对照组治疗后只有红细胞压积明显低于治疗前 ($P < 0.05$), 其他化验指标治疗前后差异无显著性 ($P > 0.05$)。两组间治疗前后相比较, 血液

表 1 两组治疗后临床症状改善比较

	例数	基本痊愈 例数(%)	显效 例数(%)	有效 例数(%)	无效 例数(%)
半身不遂					
治疗组	138	51(37.0)	59(42.7)	11(8.0)	17(12.3)
对照组	66	13(19.7)	16(24.2)	26(39.4)	11(16.7)
偏身麻木					
治疗组	146	71(48.6)	41(28.1)	27(18.5)	7(4.8)
对照组	69	18(26.1)	23(33.3)	22(31.9)	6(8.7)
口眼歪斜					
治疗组	97	26(26.8)	42(43.3)	21(21.6)	8(8.3)
对照组	46	12(26.1)	11(23.9)	13(28.3)	10(21.7)
语言障碍					
治疗组	124	41(33.1)	52(41.9)	22(17.7)	9(7.3)
对照组	58	12(20.7)	16(27.6)	19(32.8)	11(18.9)
头晕头痛					
治疗组	112	57(50.9)	27(24.1)	23(20.5)	5(4.5)
对照组	53	15(28.3)	18(34.0)	17(32.1)	3(5.6)

表 2 两组治疗前后血液流变学变化比较($\bar{X} \pm S$)

分组	例数	全血粘度(mPa·s)	红细胞压积(%)	纤维蛋白原(mg%)
治疗组				
疗前	168	4.63±0.15	46.21±1.63	561.75±35.21
疗后	168	4.15±0.13*△	32.42±2.01**△	406.0±28.02**△
对照组				
疗前	80	4.52±0.47	47.31±1.87	531.19±47.42
疗后	80	4.49±0.51	46.50±2.50*	520.23±32.43

与治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;两组治疗后比较,△ $P<0.01$,下表同

表 3 两组治疗前后血脂变化比较($\bar{X} \pm S$)

分组	例数	胆固醇 (mmol/L)	甘油三酯 (mmol/L)	高密度脂蛋白 (mmol/L)	低密度脂蛋白 (mmol/L)
治疗组					
疗前	168	5.72±0.42	2.48±0.42	0.83±0.26	3.78±0.74
疗后	168	4.62±0.67*	1.62±0.53*△	1.03±0.19**△	2.57±0.67**△
对照组					
疗前	80	5.68±0.52	2.35±1.27	0.87±0.36	3.75±0.68
疗后	80	4.70±0.81*	2.29±1.48	0.86±0.37	3.67±0.82

流变学的 3 项指标差异均具有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。说明活血通脉散加味与静脉点滴维脑路通均可以使缺血性中风患者的血液流变学指标得到改善,而活血通脉散加味的疗效优于静脉点滴维脑路通。

3.5 两组治疗前后血脂变化比较:表 3 示,治疗组治疗后胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白的下降显著,高密度脂蛋白升高十分显著($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。对照组治疗后虽有下降趋势,但除胆固醇外,其他指标无统计学意义($P>0.05$)。两组间相比较,除胆固醇外,其他指标改善治疗组优于对照组,具有显著性差异($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。说明口服活血通脉散加味治疗缺血性中风在调节脂质代谢的作用方面明显优于静脉点滴维脑路通。

4 讨论

缺血性脑血管病属中医中风范畴。祖国医学认为,本病是由于气血亏虚,肝肾阴阳失调,阴亏于下,阳亢暴张,阳化风动,血随气逆,挟痰,挟瘀,挟火致血脉不畅,脑脉痹阻而发病。本病属本虚标实,在急性期是以标实为主,标实证又以血瘀为甚。瘀虽由虚而起,但瘀积已甚,瘀血不去,则新血不生,正气无由恢复,故本方以活血祛瘀为主,辅以扶正之品。近代临床报道及

文献研究也证实了“血瘀”是中风病的主要致病因素。活血通脉散正是针对本病这一病因病机而设。水蛭破血逐瘀以通血脉、治病之标实为君。辅以大黄活血去瘀、泻热攻积;丹参养血活血以化瘀血共为臣。黄芪益气行血,配丹参补益气血,与水蛭相伍可益气推动血液运行,助破血行瘀;黄芪平用为补、重用为通,本方重用至 30~60g,加大其气推血行之力,女贞子滋补肝肾之阴,配黄芪之益气行血,治该病之本,共为佐使。诸药配伍,共奏调补阴阳气血、活血逐瘀通脉之功效。现代药物研究证实,水蛭粉的主要成分有水蛭素、肝素、抗血栓素等,水蛭素不受热和乙醇的破坏,能阻止凝血酶对纤维蛋白原的作用,阻止血液的凝固,有扩血管、促进血液循环的作用。水蛭还有升高高密度脂蛋白的作用^[2,3]。大黄能缩短凝血时间,降低毛细血管的通透性,还可以改善脂质代谢紊乱^[4],并且有消炎的作用。丹参能抗凝,具有预防血栓形成的作用,能促进纤维蛋白溶解,可降低血浆粘度,调节红细胞压积,可改善微循环,对血瘀证患者血液的“粘、聚、滞”倾向有较好的治疗作用,还有抗炎、降血脂、降血糖的作用。女贞子有明显降低胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白,升高高密度脂蛋白的作用,能阻止或消减动脉硬化斑块

的形成^[5]。黄芪可以扩张血管,显著降低实验动物的血流变指标,对血压有双向调节作用。总之,本临床观察结果显示,自拟活血通脉散治疗缺血性中风具有较好疗效,其机制与本方药物有抗凝、消炎、扩张血管、改善微循环、调节脂质代谢、改善血流变的异常及降压等作用有关。

活血通脉散与辨证论治相结合加味治疗缺血性中风是本实验的一大特点,也是疗效比较显著的一个重要原因。中经络型中风的急性期的病因病机虽以“血瘀”为主,但由于个体差异,其临床表现各异,大致分为5个型。我们主张突出中医的整体观念,强调辨证施治,即在一病一方的基础上,根据不同症状辨证而加味治疗,因此对缺血性中风病人无论是在临床症状改善的疗效,还是化验指标的疗效,治疗组均优于对照组。

血液流变学的改善有利于减轻血管或内皮素的损伤及血小板的凝聚而抑制动脉硬化的形成和发展。即改善血液流变学的异常可以防止中风病的形成和发展。中风患者绝大部分存在着血液流变学的异常,表现在全血粘度、红细胞压积、纤维蛋白原等指标增高,即血液处于高凝状态^[6]。中医学的“血瘀”是中风病急性期的主要病因病机,血液流变学的异常与祖国医学的“血瘀”是相一致的,这点本实验结果和现代医学研究的报道是相符的。本实验结果显示,治疗组治疗后患者的全血比粘度、红细胞压积、纤维蛋白原明显低于治疗前($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),与对照组相比较有显著性差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。而对照组治疗后只有红细胞压积明显低于治疗前,其他两项无差异。提示自拟活血通脉散加味可改善缺血性中风患者的血流变学的各种指标,这与本方药的破血逐瘀功效及诸药具有抗凝、消炎、降低血液流变学指标,增加动脉血流量,改善微循环等作用有直接关系,这也是本方疗效高于静脉点滴维脑路通的又一原因。

缺血性中风的发生与脑动脉硬化有关,而高血脂证是促进脑动脉硬化的主要因素之一。因此改善脂质代谢是防治缺血性中风的关键,

尤其升高高密度脂蛋白可以抑制低密度脂蛋白的细胞毒性作用,减弱内皮素的损伤,起保护内皮素的作用,这是逆转动脉硬化机理的有利环节。本实验研究显示:治疗组能升高高密度脂蛋白、降低胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白,与治疗前比较有显著性差异,说明活血通脉散加味能调节脂质代谢,可以防治中风病的发生和发展,缩短病程,促进中风病的治愈,此作用与其组方所用中药水蛭、女贞子、大黄、丹参等都具有升高高密度脂蛋白、降低胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白的作用有关。而对照组用的维脑路通则无降血脂的作用。

5 参考文献

- 1 中华人民共和国卫生部制定发布. 中药新药临床研究指导原则. 1993:32.
- 2 李凤文,刘晓颖,张立石,等. 水蛭及其复方对实验性动脉粥样硬化家兔动脉内皮素基因表达的影响. 中医杂志 1993, 34(8):393.
- 3 王筠默主编,中药药理学. 上海:上海科学技术出版社, 1993:79.
- 4 杨俊伟,黎磊石. 大黄对实验性糖尿病大鼠肾脏肥大及高滤过作用的影响. 中国中西医结合杂志,1993,13(5):286.
- 5 马玉文,张英杰,边学义,等. 女贞子治疗高脂血症及其实验研究. 中医杂志,1993,34(8)493.
- 6 肖镇祥,孟家眉,丁铭臣,等. 脑血管疾病. 北京:人民卫生出版社,1982:6.

石家庄针灸推拿学校招生

石家庄针灸推拿学校是一所培训针灸、推拿人才的基地,以理论为基础,以实际操作为主导,采用面授、函授与电教相结合的方式,培养实用型保健医务人员。针灸推拿班以全国统编大学医学教材中的《中医基础理论》《正常人体解剖学》《中医诊断学》《针灸学》《推拿学》等为课程,面授4个月(不含实习2个月)。每年11月1日、3月1日、7月1日开学,学杂费990元,函授半年,学杂费452元,毕业后颁发石家庄市针灸推拿学业证,另开设初、中、高级按摩师、足疗短期班,学杂费初级班600元,中级班800元,高级班900元(包括证书费),学期1个月,每月1日开学,结业考核合格颁发国家通用的按摩师技术等级证书。报名时请寄身份证复印件1份、个人简历、医学或其它学历证明、2寸免冠近照4张、报名费5元。地址:石家庄市翟营南大街482号(从火车站乘6、12、26、33路公共汽车至终点下车,东海大酒店南侧),邮编:050031,电话:0311—5876145,6022035,联系人:张兆菊,李军

(广告编号:9911—11)