

通腑化痰法配合西医疗法治疗急性缺血性 中风 160 例临床观察

李燕梅* 王新志* 刘向哲* 黄新生* 赵敏*

摘要 目的:观察通腑化痰法治疗急性缺血性中风的临床疗效。方法:290 例急性缺血性中风病人随机分为治疗组 160 例和对照组 130 例,治疗组服用中风星萎通腑胶囊,对照组采用西药常规治疗。所有病人治疗前后均进行神经功能缺损程度评分,并做血液流变学检查。结果:治疗组总有效率 92.5%,愈显率 74.4%;对照组总有效率 68.5%,愈显率 38.5%,两组疗效比较,差异有显著性($P<0.01$)。两组病人神经功能缺损程度评分和血液流变学各项指标在治疗前差异无显著性($P>0.05$),治疗后比较,治疗组较对照组改善明显,差异具有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结论:中风星萎通腑胶囊治疗急性缺血性中风临床疗效确切,并且明显优于西药常规治疗。

关键词 脑缺血/中医药疗法 @ 通腑化痰

通腑法属中医八法中下法范畴,通腑化痰法作为缺血性中风急性期的重要治法已成共识。自 2000 年 7 月~2001 年 12 月,我们采用具有通腑化痰、活血通络作用的中风星萎通腑胶囊治疗急性缺血性中风,取得了满意的疗效,现报道如下。

1 临床资料

全部病例均为我院住院患者,发病 2 周以内,并经头颅 CT 或 MRI 证实,共 290 例。男性 165 例,女性 125 例,年龄 34~83 岁。随机分为治疗组 160 例,对照组 130 例。其中,治疗组男性 91 例,女性 69 例,年龄 34~81 岁;动脉粥样硬化性血栓性脑梗塞(脑血栓形成)145 例,脑栓塞 15 例。对照组 130 例,其中男性 74 例,女性 56 例,年龄 32~83 岁;脑血栓形成 120 例,脑栓塞 10 例。根据意识、言语、面瘫、上下肢肌力等进行病情分型(轻型 0~15 分,中型 16~30 分,重型 31~45 分),治疗组轻型 33 例,中型 100 例,重型 27 例;对照组轻型 26 例,中型 84 例,重型 20 例。以上诊断及分型均符合全国第四届脑血管病学术会议(1995)通过的《各类脑血管疾病诊断要点》及《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》(以下简称《标准》)^[1]。另外,根据 1995 年中国中医药学会内科脑病专业委员会提出的《中风病诊断与疗效评定标准》^[2],治疗组 160 例患者中医辨证分型为气虚血瘀证 28 例,风痰瘀阻证 40 例,痰热腑实证 92 例。经统计学处理,两组病人性

别、年龄、梗塞类别及病情分型比较,差异均无显著性($P>0.05$)。

2 治疗及观察方法

所有病人均根据病情给予相应的基础治疗,包括溶栓(发病在 6 小时之内的患者)、稳定血压、维持水电解质平衡、控制感染及对症支持治疗等。并且用低分子右旋糖酐 500ml,加入胞二磷胆碱 0.75g,每日 1 次静脉滴注。治疗组在此基础上每次加用中风星萎通腑胶囊 2g(每粒 0.5g),每日 3 次,口服。意识障碍或吞咽困难者,发病 48 小时后插胃管鼻饲,15 天为 1 个疗程。所有病人治疗前后均按照《标准》进行神经功能缺损程度评分,并做血液流变学检查。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:两组病例临床疗效评定标准均按《标准》之附件三,分基本痊愈(功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度为 0 级)、显著进步(功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度为 1~3 级)、进步(功能缺损评分减少 18%~45%)、无变化(功能缺损评分减少 17%以下)、恶化(功能缺损评分增多 18%以上)、死亡。

3.2 两组临床疗效比较:治疗组 160 例中,基本痊愈 41 例(25.6%),显著进步 78 例(48.8%),进步 29 例(18.1%),无变化 4 例(2.5%),恶化 3 例(1.8%),死亡 5 例(3.2%)。对照组 130 例,基本痊愈 17 例(13.0%),显著进步 33 例(25.4%),进步 39 例(30%),无变化 21 例(16.2%),恶化 8 例(6.1%),死亡 12 例(9.3%)。治疗组总有效率 92.5%,愈显率 74.4%,恶化率加死亡率 5%;对照组总有效率 68.4%,愈显率 38.4%,恶化率加死亡率为 15.4%,其中两组死亡病例均为重型病人。两组疗效比较,差异有显著性($P<0.01$)。

3.3 两组存活病例治疗前后神经功能缺损程度评分、

表 1 两组存活病例治疗前后神经功能缺损程度
评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	平均减少分数
治疗组	155	27.58 $\pm$ 9.88	9.04 $\pm$ 8.17 [△]	18.55 $\pm$ 1.71 [*]
对照组	118	26.29 $\pm$ 10.57	17.19 $\pm$ 9.79 [△]	9.10 $\pm$ 0.78

与本组治疗前比较, $\Delta P<0.01$; 与治疗前对照组比较, $* P<0.01$

基金项目:河南省“九五”科技攻关项目(001170714)

* 河南中医学院第一附属医院,郑州市人民路 19 号(450000)

收稿日期:2002-05-10;修回日期:2002-06-10

表2 两组存活病例治疗前后部分血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

项 目	治疗组(155例)		对照组(118例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
全血高切比粘度(mPa·s)	6.95±0.70	5.44±0.27 $\Delta\Delta$ *	7.20±0.58	7.01±0.78 Δ
全血低切比粘度(mPa·s)	17.45±3.66	9.99±3.55 $\Delta\Delta$	16.02±1.51	15.70±1.77
血浆比粘度(mPa·s)	1.73±0.21	1.36±0.45 $\Delta\Delta$	1.90±0.26	1.82±0.41
纤维蛋白原(g/L)	4.56±1.78	3.10±0.89 $\Delta\Delta$	4.25±2.31	4.18±1.60
红细胞压积(%)	47.1±7.70	35.00±1.70 $\Delta\Delta$	45.00±4.1	45.00±4.5

与本组治疗前比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$; 与治疗后对照组比较, * $P < 0.05$

表3 治疗组存活病例中3种不同中医证型疗效比较(分, $\bar{x} \pm s$)

证 型	例数	神经功能缺损程度评分		平均减少分数
		治疗前	治疗后	
气虚血瘀	28	27.13±9.97	11.33±6.02 Δ	15.96±3.89*
风痰瘀阻	38	27.43±6.95	10.85±7.51 Δ	16.59±0.58*
痰热腑实	89	28.85±9.91	5.23±9.47 Δ	23.62±0.46

与本证型治疗前比较, $\Delta P < 0.01$; 与痰热腑实证比较, * $P < 0.01$

血液流变学部分指标变化比较:表1、表2示,两组存活病例神经功能缺损程度评分和血液流变学各项指标在治疗前差异无显著性($P > 0.05$),两组神经功能缺损程度评分治疗后较治疗前均有显著改善($P < 0.01$)。治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。治疗组血液流变学指标治疗后较治疗前明显改善,差异有显著性($P < 0.01$),而对照组除全血高切比粘度治疗前后有差异外($P < 0.05$),其他指标差异均无显著性($P > 0.05$)。

3.4 治疗组存活病例中3种不同中医证型疗效比较:表3示,治疗组3种不同中医证型神经功能缺损评分治疗后比治疗前均有显著降低,差异均有显著性($P < 0.01$),治疗后证型间比较,差异亦有显著性,痰热腑实证患者疗效明显为优($P < 0.01$)。

4 讨论

缺血性中风急性期是治疗的关键时期,认识和把握此阶段的病机对本病的治疗和预后具有极为重要的意义。金·张洁古首先提出中风中腑者用生化汤(大黄、枳实、厚朴、羌活)通下论治,最早把通腑法应用于中风病的治疗,其后刘河间在《素问病机气宜保命集·中风论》中也提出“中风内有便溺阻格,复以三化汤主之”;明·王肯堂拟三一承气汤治疗“中风便秘,牙关紧闭,浆粥不入者”,均示腑气不通为中风急症的主要病机,并为后人运用通腑法治疗中风开启新径。据北京中医药大学东直门医院报道^[3],依中医辨证分型,中风属痰热腑实者占74.17%,说明腑气不通在中风病中占有重要地位。王永炎^[4]提出通腑化痰的治疗方法,并认为脑络瘀阻导致营卫失和,卫气壅滞而化生火毒进一步损伤脑络。我们认为,缺血性中风虽有本虚,但急性期以标实为主,其主要病机为风、火、痰、瘀相搏,人体气

血运行逆乱,邪实充斥三焦,阻滞中腑,蕴而发热。故在辨证时以痰热腑实证居多。其证候表现为:突然昏仆、半身不遂,口眼歪斜,舌强言謇或不语,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。此时证实标急,刻不容缓,治疗上当务之急是通腑化痰,此法一可通畅腑气,祛瘀达络,敷布气血,使半身不遂趋向好转;二可消除胃肠的痰热积滞,使浊邪不能上扰神明,气血逆乱得以纠正。

自拟方中风星萎通腑胶囊作为院内制剂已应用10余年,效果良好,且未发现明显毒副作用。由上述临床资料可以看出,中风星萎通腑胶囊临床适应证较广,而对痰热腑实证效果最佳。还能够改善患者临床神经功能缺损程度,降低全血比粘度、血浆比粘度、红细胞压积、纤维蛋白原等血流变各项指标。该药由大黄、胆南星、瓜蒌、枳实、丹参等组成。方中大黄、胆南星为君药。大黄性味苦寒,有通腑泻热、活血逐瘀之功。《神农本草经》云:“下瘀血,血闭寒热,破症瘕积聚,留饮宿食,荡涤肠胃,推陈致新,通利水谷”。胆南星,苦、微辛,凉,有清热化痰,熄风定惊的功效。《开宝本草》云:“主中风,麻痹,除痰,下气,破坚积”。因此二药配伍可收通腑攻下,化痰清热,活血通络之效。用瓜蒌、枳实为臣药,瓜蒌甘微苦而寒,有清热化痰、润肠通便之功。《本草纲目》云:“涤痰结……利大肠”。枳实苦、辛,微寒,有破气除痞,化痰消积之效。瓜蒌、枳实二者共助君药荡涤痰热、通腑下气。丹参,苦,微寒,有活血祛瘀、养血安神之功,为佐药,助君药和臣药降而行血,通脉安神。

参考文献

- 1 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)及各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-383.
- 2 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- 3 曾大方. 略谈腑气不通在中风病中的地位及临床意义. 吉林中医药, 1984, (1): 14-15.
- 4 李澎涛, 王永炎, 黄启福. “毒损脑络”病机假说的形成及其理论与实践意义. 北京中医药大学学报, 2001, 24(1): 1-6.