

· 临床研究 ·

柔肝熄风汤对中风先兆症患者 高危因素影响的临床研究

朱建贵 田琳 孙利民 胡瑞 史强 陈小蕾 孙端端 张静如

(中国中医科学院广安门医院, 北京市宣武区北线阁 5 号, 100053)

[摘要] **目的** 评价治疗中风先兆经验方柔肝熄风汤干预中风先兆症的临床疗效。**方法** 采用随机双盲对照研究方法, 将 60 例中风先兆症患者随机分为柔肝熄风汤治疗组和天麻钩藤饮对照组, 给药 4 周后, 观察两组给药前后中医证候、血压、脉搏、心率、血脂、血糖、血液流变学等指标的变化。**结果** 治疗组治疗后总胆固醇, 切变率 200、30、5 mPa·s 全血黏度, 纤维蛋白原, 收缩压, 舒张压, 血糖较治疗前均有明显改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。**结论** 柔肝熄风汤不仅能够明显改善中风先兆症患者临床症状, 且对患者血脂、血液流变学、血压、血糖等指标具有明显改善作用。春季服用柔肝熄风汤以平熄风阳, 对中风先兆症的发生发展具有控制作用。

[关键词] 中风先兆; 柔肝熄风汤; 临床评价

Study on the Effect of Rougan Xifeng Decoction on High-risk Factors of Threatened Apoplexy

ZHU Jianguai, TIAN Lin, SUN Limin, et al.

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medicinal Sciences, Beijing 100053)

ABSTRACT **Objective** To evaluate the therapeutic effect of Rougan Xifeng Decoction (Decoction for eliminating the liver wind) on high-risk factors of threatened apoplexy patients. **Methods** The 60 threatened apoplexy patients were randomly assigned to two groups: treatment group (Rougan Xifeng Decoction) and control group (Tianma Gouteng Decoction). After 4-week treatment, the changes of TCM syndrome, blood pressure, pulse, heart rate, blood lipid, blood sugar and hemorheology were evaluated. **Results** In the treatment group, the total cholesterol (TC), blood viscosity at shear rate 200, 30, 5 mPa·s, fibrinogen, systolic pressure, diastolic pressure, and blood sugar were significantly different from those before treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** Rougan Xifeng Decoction can not only relieve the symptoms of threatened apoplexy but also improve the indices of blood lipid, hemorheology, blood pressure and blood sugar. Taken in spring, Rougan Xifeng Decoction functions to control the incidence and development of threatened apoplexy.

Key Words Threatened apoplexy; Rougan Xifeng Decoction; Clinical evaluation

作为“风、痰、火、瘀”四大难证之首的中风, 其发病率、患病率、致残率高, 近年来其发病年龄也更趋向于年轻化, 对中风先兆症的治疗就显得格外重要。中风先兆包括了西医的短暂性脑缺血 (TIA) 等病, 根据《黄帝内经》“春夏养阳, 秋冬养阴”的治未病思想, 我们认为春季养阳不是补益阳气, 应是平熄风阳, 从而提出“春季养阳防中风”的理念, 用名老中医赵金铎经验方柔肝熄风汤治疗中风先兆症 31 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例均为 2007 年 3~5 月中国中医科学院广安门医院老年病科门诊中风先兆症患者, 运用 SAS 6.12 统

计软件, 产生入选病例的随机安排, 按照 1:1 分为治疗组 31 例和对照组 29 例。治疗组中, 男 10 例, 女 21 例; 年龄 44~79 岁, 平均 62.19 岁; 合并高血压者 21 例, 冠心病 3 例, 高脂血症 5 例。对照组中, 男 11 例, 女 18 例; 年龄 48~82 岁, 平均 64.69 岁; 合并高血压者 25 例, 冠心病 4 例, 高脂血症 6 例。两组在性别、年龄、伴发疾病等方面差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

中风先兆症诊断依据^[1]: 主症: 阵发性眩晕; 发作性偏身麻木, 短暂性言语謇涩, 一过性偏身瘫软, 晕厥发作, 瞬时性视物昏瞶。次症: 手胀痛, 手指麻, 健忘, 筋惕肉瞤, 神情呆滞, 倦怠嗜卧, 步履不正。理化检查: 血压、血糖、血脂和血液流变学异常。具有两项以上主症, 结合次症、理化检查异常即可诊断。

肝阳化风证辨证标准^[2]:以眩晕欲仆,头胀头痛,肢体麻木,耳鸣,急躁易怒,面赤,舌红,脉弦等为常见症。

1.3 纳入及排除标准

符合上述诊断和辨证标准者,年龄在40岁以上,签署知情同意书者纳入。排除耳源性眩晕、低血糖、脑炎、颈椎病、腰椎病、脊髓病及周围神经炎患者。

2 方法

2.1 给药方法

治疗组采用柔肝熄风汤,组成:枸杞子12g,菊花12g,夏枯草12g,桑寄生15g,白蒺藜12g,当归9g,牛膝12g,钩藤9g,珍珠母24g,赤芍、白芍各12g等,每日1剂,水煎分两次服,每次200ml,连服4周。对照组采用天麻钩藤饮,组成:天麻9g,钩藤12g(后下),石决明18g(先下),栀子9g,黄芩9g,杜仲9g,桑寄生9g,益母草9g,夜交藤9g,牛膝12g,茯苓9g,每日1剂,水煎分两次服,每次200ml,连服4周。两组药物均由广安门医院煎药室提供。

2.2 观察指标及方法

中医证候计分:根据中风先兆症的主症和次症进行评定^[1],主症按4级评定(分别为0、2、4、6分),次症按二级评定(分别为0、2分);血压:于午前测量,被测量者安静休息5分钟,选择水银柱式血压计进行测量,取2次读数的平均值记录。脉搏:计数患者桡动脉1分钟搏动频率。血脂、血液流变学、血糖:受检者空腹采血,用全自动测量仪检测。

2.3 疗效判定标准

临床疗效参照《中风先兆诊断与疗效评定标准》^[1]以疗效百分数为主要依据,并参考理化指标进行评定。疗效百分数=(治疗前总分数-治疗后总分数)/治疗前总分数×100%。临床治愈:疗效百分数≥95%;显效:疗效百分数≥60%,但<95%;有效:疗效百分数≥20%但<60%;无效:疗效百分数<20%,或疗效百分数为负数,甚至发生中风。

证候疗效评定标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]。显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%;有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少≥30但<70%;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少<30%。

2.4 统计学方法

采用SPSS13.0统计软件进行数据统计分析,所有数据均采用均数±标准差表示,计量资料的前后比较采用配对t检验或方差检验,计数资料采用χ²检验或百分统计。

3 结果

3.1 两组临床疗效及治疗前后主要症状评分比较

治疗组中显效8例(25.8%),有效20例(64.5%),无效3例(9.7%),总有效率90.3%;对照组显效13例(44.8%),有效13例(44.8%),无效3例(10.3%),总有效率89.6%。两组间差异无统计学意义(P>0.05)。

表1示,两组对于眩晕程度、发作的次数与持续时间、昏厥、偏身麻木、发作次数及持续时间、言语謇涩、晕厥、视物昏瞀、手指麻、倦怠嗜卧等症状评分改善显著。

表1 两组患者治疗前后主要症状评分比较(分, x ± s)

症状	治疗组(31例)		对照组(29例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
眩晕程度	3.29±1.42	1.42±1.18**	3.31±1.34	1.10±1.15**
发作次数及持续时间	3.61±1.67	1.35±1.08**	3.52±1.57	1.17±1.37**
偏身麻木	2.45±2.11	0.77±1.23**	3.31±2.47	1.17±1.47**
发作次数及持续时间	2.19±1.89	0.71±1.10**	2.34±1.93	1.24±1.55*
言语謇涩	1.16±1.70	0.39±0.80**	0.55±1.06	0.07±0.37*
晕厥	0.39±0.80	0.13±0.50**	0.55±0.91	0
轻瘫	0.39±1.20	0.19±0.79	0.34±0.94	0
视物昏瞀	1.61±1.41	0.71±0.97**	1.72±1.83	0.55±1.06**
手胀痛	1.35±0.95	0.77±0.99*	1.03±1.02	0.48±0.87*
手指麻	1.55±0.85	0.77±0.99**	1.38±0.94	0.76±0.99*
健忘	1.87±0.50	1.61±0.83**	1.66±0.77	1.24±0.99*
筋惕肉瞤	1.10±1.01	0.39±0.80**	1.03±1.02	0.34±0.77**
神情呆滞	0.19±0.60	0.06±0.36	0.28±0.70	0.14±0.52
步履不正	0.84±1.00	0.26±0.68*	0.97±1.02	0.41±0.83*
倦怠嗜卧	1.68±0.75	0.45±0.15**	1.52±0.87	0.28±0.70**

注:与本组治疗前比较,*P<0.05,**P<0.01

3.2 两组患者治疗前后血脂变化比较

表2示,两组治疗后血脂各项情况较前有不同程度的改善,总胆固醇(TC)与治疗前比较差异有统计学意义(P<0.05),与对照组治疗后比较TC下降亦有统计学意义(P<0.05);治疗组甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、极低密度脂蛋白胆固醇(VLDL-C)变化差异均无统计学意义(P>0.05);对照组TG、HDL-C、VLDL-C治疗前后比较差异均无统计学意义(P>0.05)。

表2 两组患者治疗前后血脂变化比较(mmol/L, x ± s)

组别	时间	例数	TC	TG	HDL-C	VLDL-C
治疗组	治疗前	31	5.67±0.92	1.73±0.73	1.50±0.31	0.76±0.34
	治疗后	31	5.41±0.97*△	1.64±0.83	1.50±0.30	0.78±0.38
对照组	治疗前	29	5.58±1.06	1.67±0.78	1.59±0.44	0.76±0.35
	治疗后	29	5.92±1.16*	1.71±0.73	1.57±0.48	0.78±0.33

注:与本组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,△P<

表 3 两组患者治疗前后血液流变学指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	全血黏度				红细胞压积 (L/L)	红细胞最大 变形指数	红细胞最大 聚集指数	纤维蛋白原 (g/L)
			200mPa·s	30mPa·s	5mPa·s	1mPa·s				
治疗组	治疗前	31	4.85±0.83	6.38±1.13	10.82±2.03	23.89±4.88	0.48±0.41	3.25±0.31	4.93±0.39	2.49±0.59
	治疗后	31	4.26±0.66** [△]	5.69±1.05**	9.72±2.33*	21.77±4.88 [△]	0.46±0.49	3.27±0.69	4.92±0.87	2.12±0.46** ^{△△}
对照组	治疗前	29	4.75±0.44	6.20±0.60	10.41±0.99	22.71±2.35	0.44±0.05	3.31±0.44	4.78±0.28	2.51±0.50
	治疗后	29	4.22±0.54**	5.45±0.65**	9.09±1.11**	19.91±3.06*	0.47±0.05**	3.50±0.28*	4.92±0.77	2.84±0.44**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$

3.3 两组患者治疗前后血液流变学变化比较

表 3 示,治疗组治疗后切变率 200、30、5mPa·s 全血黏度均有明显下降($P<0.05$ 或 $P<0.01$);纤维蛋白原较前降低亦有统计学意义($P<0.01$);切变率 1mPa·s 全血黏度、红细胞压积、红细胞最大变形指数和红细胞最大聚集指数无显著变化($P>0.05$);与对照组治疗后比较,切变率 200mPa·s 和 1mPa·s 全血黏度降低方面,治疗组不如对照组($P<0.05$),但在降低纤维蛋白原治疗组效果更优($P<0.01$)。

3.4 两组患者治疗前后血压、空腹血糖变化比较

表 4 示,两组患者收缩压、舒张压和血糖治疗后与治疗前比较均有明显下降($P<0.05$ 或 $P<0.01$);与对照组治疗后比较,治疗组治疗后的收缩压优于对照组($P<0.05$)。

表 4 两组患者治疗前后血压、血糖变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	收缩压(mm/Hg)	舒张压(mm/Hg)	血糖(mmol/L)
治疗组	治疗前	31	138.00±19.22	83.65±13.51	7.57±3.15
	治疗后	31	126.13±13.96** [△]	79.23±7.50*	6.50±2.18**
对照组	治疗前	29	135.34±16.23	80.93±7.15	6.14±0.74
	治疗后	29	129.83±11.91*	81.72±7.47*	5.75±0.61**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$,与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

3.5 随访

两组中风先兆受试者在 1 年后春季进行了随访,60 例均未发生中风,经统计学处理,两组间差异无统计学意义。

4 讨论

中风病患者在发病前往往有先兆症状,即中风先兆症,其临床症状为眩晕、肢体麻木、一过性言语不利、偏身无力、视物黑朦等,在中风先兆阶段及早进行治疗,对防止或延缓中风病的发生具有非常重要的意义,而针对危险因素的预防更加重要。

流行病学调查研究表明^[4],脑血管病的危险因素可分为可干预性和不可干预性两类。不可干预的危险因素包括年龄、性别、种族等,可干预的危险因素包括高血压、糖尿病、血脂异常、吸烟、酗酒、肥胖等。本研究结果显示,应用柔肝熄风汤治疗 1 周后,治疗组收缩压、舒张压和血糖均有明显下降,差异有统计学意义

($P<0.05$ 或 $P<0.01$);收缩压降低与对照组比较,差异亦具有统计学意义($P<0.05$)。

脂质代谢紊乱是脑卒中的危险因素之一,血清 TC、TG 和 LDL-C 升高与动脉粥样硬化有关,而脑内大动脉的粥样硬化与血清胆固醇增高显著相关^[4]。本研究显示,治疗组血脂各项指标较治疗前均有不同程度的改善,TC 值下降与治疗前比较差异有统计学意义($P<0.05$),且优于对照组;而对照组血脂各项指标自身前后比较差异均无统计学意义。血浆纤维蛋白原增高是动脉粥样硬化和血栓及栓塞性疾病的独立危险因素,与脑卒中密切相关^[4]。缺血性脑卒中事件的发生和凝血因素有密切关系,纤维蛋白原是凝血因素中唯一确定的脑卒中发病危险因素。治疗组纤维蛋白原降低较治疗前有统计学意义,且纤维蛋白原降低程度优于对照组。由于条件有限,本研究存在一些不足之处,如观察病例较少,随访时间较短等,我们将在今后的研究中,针对“春季养阳防中风”这一理念,进一步探讨。

参考文献

- [1]中国中医药学会内科学会脑病专业委员会第六次学术会议/国家中医药管理局脑病急症协作组.中风先兆诊断与疗效评定标准[J].北京中医学院学报,1993,16(6):66-67.
- [2]朱文锋,王永炎,唐由之,等.中医临床诊疗术语[M].北京:中国标准出版社,1997:136.
- [3]郑筱萸主编.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:99-104.
- [4]吴江主编.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2006:153-155.

(收稿日期:2008-04-10;修回日期:2008-07-17)

[编辑:邓媛]

中国中医科学院培训中心

1. 高级中医宗筋特色疗法班:3 月 12~15 日、7 月 2~5 日,周嘉荣传授其特殊推拿手法。2. 胡光经典医案之和諧针法班:3 月 16~22 日、7 月 6~12 日,胡光及其弟子传授特色针法。3. 名中医临证经验汇讲:5 月 11~15 日,拟邀请傅世垣、李俊龙、周平安、史欣德、高飞等传授临床经验。4. 中医证候动物模型学名家讲座:6 月 10-16 日,陈小野主讲证候动物造模方法。我中心还定期举办推拿按摩、针灸、手诊、足疗、小针刀、埋线、火疗、拔罐、中药调剂员、骨科膏药制备、灸疗、砭石疗法等培训班,电话:010-64062096、64028399;www.120px.cn