

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.12.013

卫气营血辨证治疗对进展性卒中患者神经功能缺损及日常生活能力的影响

兰希福¹, 吴红玉¹, 张法伟², 赵曼丽¹, 王泽颖^{1*}

(1. 潍坊市中医院, 山东省潍坊市奎文区潍州路 1055 号, 261000; 2. 潍坊医学院)

摘要 目的 观察应用卫气营血理论辨治进展性卒中中的临床疗效。方法 将 120 名进展性卒中患者分为治疗组和对照组各 60 例, 治疗组卫分证、气分证、营分证、血分证患者各 15 例, 在西药常规治疗基础上卫分证加用自拟驱风汤, 气分证加用星蒺承气汤合玉女煎, 营分证加用清营汤, 血分证加用桃核承气汤或补阳还五汤; 对照组中肝阳暴亢、风火上扰证, 风痰瘀血、痹阻脉络证, 痰热腑实、风痰上扰证, 气虚血瘀证, 阴虚风动证组各 12 例, 在西药常规治疗基础上肝阳暴亢、风火上扰证加用天麻钩藤饮, 风痰瘀血、痹阻脉络证加用化痰通络汤, 痰热腑实、风痰上扰证加用星蒺承气汤, 气虚血瘀证加用补阳还五汤, 阴虚风动证加用镇肝熄风汤治疗。分别于治疗前及治疗 30 天、90 天观察两组各证型患者美国国立卫生院神经功能缺损评分 (NIHSS)、Barthel 指数量表评分 (BI) 情况。结果 治疗组及对照组各证型治疗 30 天、90 天的 NIHSS 均较本证型治疗前明显降低, BI 明显升高 ($P < 0.01$), 且治疗 90 天时 NIHSS、BI 改善均优于本证型治疗 30 天 ($P < 0.01$)。治疗组治疗 30 天、90 天 NIHSS、BI 改善均优于对照组 ($P < 0.01$)。结论 应用卫气营血辨证治疗进展性卒中患者可显著改善神经功能缺损情况及日常生活能力, 疗效优于传统脏腑辨证。

关键词 进展性卒中; 卫气营血辨证; 神经功能缺损

进展性卒中 (stroke in progression, SIP) 是指发病后神经功能缺损症状在 48 小时内逐渐进展或呈阶梯式加重, 属难治性脑血管病, 其发病率占缺血性脑卒中的 29% ~ 37%, 致残率、病死率较一般卒中高^[1]。我们发现 SIP 在其发生发展过程中有类似卫分证、气分证、营分证、血分证演变规律, 为探讨卫气营血理论在辨治 SIP 的价值和临床意义, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断及辨证标准

西医诊断标准参照 1995 年中华医学会第四次全国第四次脑血管病学术会议修订的《各类脑血管病诊断要点》^[2]。中医诊断标准参照《中风病诊断疗效评定标准》^[3]及《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[4]制定。主症: 半身不遂, 神志昏蒙, 言语蹇涩或不语, 偏身感觉异常, 口眼歪斜; 次症: 头痛, 眩晕, 目偏不瞬, 共济失调; 起病方

式: 发病前多有诱因, 常有先兆症状。具备 2 个主症以上, 或 1 个主症 2 个次症, 结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊; 不具备上述条件者, 结合影像检查结果可以确诊。

卫气营血辨证标准参照《温病学》^[5]制定, 1) 卫分证: 发热, 微恶风寒, 或伴有头痛、身痛, 咽干, 咳嗽, 苔白, 脉浮; 2) 气分证: 发热, 不恶寒, 舌红苔黄, 脉数, 常伴有心烦、口渴, 尿赤等; 3) 营分证: 身热夜甚, 口渴不甚, 自烦不寐或神昏谵语, 斑疹隐现, 舌红绛, 脉细数; 4) 血分证: a. 实热证: 病变多偏重于心肝两经, 临床症状在营分证的基础上, 更见烦热, 躁扰, 昏狂, 谵妄, 斑疹透露色紫或黑, 吐血, 便血, 尿血, 舌质深绛或紫, 脉细数, 或兼抽搐, 颈项强直, 角弓反张, 牙关紧闭, 脉弦数等; b. 虚热证: 病变多偏重于肝肾两经, 临床症状见: 持续低热, 暮热朝凉, 神倦耳聋, 肢体干瘦, 或见手足蠕动等。

脏腑辨证标准参照《中风病诊断疗效评定标准》^[3]中中风病辨证标准辨为肝阳暴亢、风火上扰证, 风痰瘀血、痹阻脉络证, 痰热腑实、风痰上扰

基金项目: 山东省中医药科技发展计划资助项目 (2009-208)

* 通讯作者: Wshan63@163.com, 13964627839

证, 气虚血瘀证, 阴虚风动证。

1.2 纳入标准

符合上述诊断及辨证标准者; 美国国立卫生院神经功能缺损评分 (NIHSS)^[4] ≥ 5 分; 发病 7h 以内; 年龄 35 ~ 85 岁; 以首次中风者为主, 若为复中, 则以往基本未遗留肢体运动功能障碍者; 签署知情同意书。

1.3 排除标准

轻型脑卒中患者; 大面积脑梗死需手术患者; 入院即形成脑疝; 合并严重感染或有肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重疾病者; 有影响功能恢复的骨关节病者; 目前正参加其他药物研究治疗者。

1.4 一般资料

收集 2011 年 7 月至 2013 年 7 月在潍坊市中医院脑病科住院的 SIP 患者 120 例, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 60 例。治疗组中男 35 例, 女 25 例; 年龄 45 ~ 78 岁, 平均 (62.25 $\pm$ 9.71) 岁; 有意识障碍者 8 例。对照组 60 例, 男 32 例, 女 28 例; 年龄 49 ~ 79 岁, 平均 (61.62 $\pm$ 8.64) 岁; 有意识障碍者 10 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组: 采用卫气营血辨证^[5], 卫分证选用自拟驱风汤 (组成: 蝉衣 6g, 荆芥 9g, 防风 9g, 羌活 9g, 白芷 6g, 黄连 6g, 黄芩 9g, 金银花 9g, 连翘 9g, 甘草 6g), 气分证选用星蒺承气汤合玉女煎 (组成: 瓜蒌 30g, 胆南星 6g, 大黄 10g, 芒硝 10g, 石膏 30g, 熟地黄 15g, 麦冬 15g, 知母 9g, 牛膝 12g, 麦冬 12g), 营分证选用清营汤 (组成: 水牛角 30g, 金银花 30g, 连翘 10g, 生地黄 15g, 玄参 10g, 竹叶 6g, 麦冬 10g, 丹参 6g, 黄连 6g), 血分证选用桃核承气汤或补阳还五汤 (组成: 桃仁 12g, 大黄 12g, 桂枝 6g, 芒硝 6g, 甘草 6g 或黄芪 60g, 赤芍 9g, 川芎 9g, 当归 9g, 地龙 9g, 桃仁 9g, 红花 9g)。每日 1 剂, 水煎服。

对照组: 采用脏腑辨证治疗, 肝阳暴亢、风火上扰证选用天麻钩藤饮 (组成: 天麻 9g, 钩藤 12g, 石决明 18g, 栀子 9g, 黄芩 9g, 川牛膝 12g, 杜仲 9g, 益母草 9g, 桑寄生 9g, 夜交藤 9g, 茯神 9g); 风痰瘀血、痹阻脉络证选用化痰通络汤 (组成: 清半夏 10g, 橘红 10g, 枳壳 10g, 川芎 10g, 红花 10g, 远志 10g, 石菖蒲 10g, 茯

神 15g, 党参 15g, 丹参 15g, 炙甘草 10g); 痰热腑实、风痰上扰证选用星蒺承气汤 (组成: 瓜蒌 30g, 胆南星 6g, 大黄 10g, 芒硝 10g); 气虚血瘀证选用补阳还五汤 (组成及剂量同治疗组); 阴虚风动证选用镇肝熄风汤 (组成: 牛膝 30g, 赭石 30g, 龙骨 30g, 牡蛎 30g, 龟甲 15g, 白芍 15g, 玄参 15g, 天冬 15g, 川楝子 6g, 麦芽 6g, 茵陈 6g, 甘草 4.5g)。每日 1 剂, 水煎服。

两组患者均服用中药 90 天, 同时服用拜阿司匹灵 (阿司匹林肠溶片, 每片 100mg, 拜耳医药保健有限公司生产, 国药准字 J20080078), 每日早晨空腹 1 片, 疗程 90 天。威澳 (丹参川芎嗪注射液, 每支 5ml, 吉林四长制药有限公司生产, 国药准字 H22026448) 10ml 静脉滴注, 每日 1 次, 共 15 天。欧兰同 (奥拉西坦注射液, 每支 1g, 哈尔滨三联药业有限公司生产, 国药准字 H200600701) 4g 静脉滴注, 每日 1 次, 共 15 天。

2.2 观察指标和方法

神经功能缺损情况参照美国国立卫生院神经功能缺损评分 (NIHSS)^[4]; 日常生活能力评价采用 Barthel 指数量表评分 (BI)^[6]。均于治疗前及治疗后第 30、90 天进行观察。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 均进行正态性和方差齐性检验, 如服从正态分布且总体方差齐, 用成组 t 检验或方差分析, 方差不齐用 t' 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。相关度分析采用 Spearman 相关分析。

3 结果

3.1 治疗组各证型患者治疗前后不同时间神经功能缺损比较

表 1 示, 治疗组卫分证、气分证、营分证、血分证患者治疗 30 天、90 天的 NIHSS 均较本证型治疗前明显降低, BI 明显升高 ($P < 0.01$)。治疗 90 天时 NIHSS 均较本证型治疗 30 天时降低更明显, BI 升高更明显 ($P < 0.01$)。

3.2 对照组各证型患者治疗前后不同时间神经功能缺损比较

表 2 示, 对照组各证型治疗 30 天、90 天的 NIHSS 较本证型治疗前明显降低, BI 明显升高 ($P < 0.01$)。治疗 90 天时 NIHSS 均较本证型治疗后 30 天降低更加显著, BI 升高更明显 ($P < 0.01$)。

表 1 治疗组进展性卒中患者卫气营血辨证各证型
治疗前后不同时间 NIHSS 及 BI 比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

证型	时间	例数	NIHSS	BI
卫分证	治疗前	15	5.29 ± 4.35	37.12 ± 14.86
	治疗 30 天	15	3.78 ± 2.38*	67.10 ± 8.24*
	治疗 90 天	15	2.56 ± 3.57* [△]	72.84 ± 5.89* [△]
气分证	治疗前	15	6.14 ± 3.15	33.17 ± 12.82
	治疗 30 天	15	4.65 ± 1.78*	53.11 ± 7.60*
	治疗 90 天	15	3.74 ± 2.09* [△]	68.13 ± 4.72* [△]
营分证	治疗前	15	9.23 ± 3.98	23.08 ± 12.42
	治疗 30 天	15	7.96 ± 2.62*	43.17 ± 9.10*
	治疗 90 天	15	5.17 ± 2.68* [△]	58.48 ± 7.97* [△]
血分证	治疗前	15	14.13 ± 2.67	19.52 ± 12.57
	治疗 30 天	15	10.62 ± 2.47*	34.16 ± 5.21*
	治疗 90 天	15	8.58 ± 3.48* [△]	42.34 ± 6.73* [△]

注: NIHSS, 美国国立卫生院神经功能缺损评分; BI, Barthel 指数量表评分; 与本证型治疗前比较, * $P < 0.01$; 与本证型治疗 30 天比较, $\Delta P < 0.01$

表 2 对照组进展性卒中患者脏腑辨证各证型
治疗前后不同时间 NIHSS 及 BI 比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

证型	时间	例数	NIHSS	BI
肝阳暴亢、	治疗前	12	6.18 ± 3.51	57.26 ± 11.63
风火上扰证	治疗后 30 天	12	4.56 ± 2.23*	68.08 ± 9.06*
	治疗后 90 天	12	2.60 ± 1.42* [△]	76.26 ± 9.26* [△]
风痰瘀血、	治疗前	12	7.26 ± 3.67	36.27 ± 11.62
痹阻脉络证	治疗后 30 天	12	4.90 ± 1.54*	55.31 ± 9.67*
	治疗后 90 天	12	2.70 ± 1.62* [△]	64.43 ± 3.82* [△]
痰热腑实、	治疗前	12	16.35 ± 5.71	25.74 ± 9.21
风痰上扰证	治疗后 30 天	12	10.58 ± 2.37*	43.71 ± 8.45*
	治疗后 90 天	12	7.64 ± 2.89* [△]	56.94 ± 8.73* [△]
气虚血瘀证	治疗前	12	13.74 ± 2.92	32.51 ± 10.36
	治疗后 30 天	12	9.72 ± 2.92*	46.93 ± 7.62*
	治疗后 90 天	12	7.43 ± 3.04* [△]	55.62 ± 5.43* [△]
阴虚风动证	治疗前	12	14.43 ± 2.96	37.67 ± 5.24
	治疗后 30 天	12	10.39 ± 2.81*	34.16 ± 5.21*
	治疗后 90 天	12	6.72 ± 2.91* [△]	45.47 ± 8.36* [△]

注: NIHSS, 美国国立卫生院神经功能缺损评分; BI, Barthel 指数量表评分; 与本证型治疗前比较, * $P < 0.01$; 与本证型治疗 30 天比较, $\Delta P < 0.01$

3.3 两组患者治疗前后不同时间神经功能缺损比较

表 3 示, 两组治疗 30 天、90 天 NIHSS、BI 均较本组治疗前明显改善 ($P < 0.01$), 且治疗组改善更为显著 ($P < 0.01$)。

4 讨论

进展性卒中属于中医学中风范畴, 风、火、痰、气、虚、瘀六端为主要病因病机^[8]。研究表明, 通腑泻热方剂能提高痰热腑实证急性脑梗死患者神经功能缺损的康复程度, 改善其日常生活能力, 并能调整脑梗死后机体炎症反应^[9]。营分证应用清

表 3 两组进展性卒中患者治疗前后不同时间
NIHSS 及 BI 比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	NIHSS	BI
治疗组	治疗前	60	8.77 ± 3.54	28.19 ± 13.17
	治疗后 30 天	60	6.72 ± 2.33* [△]	49.33 ± 7.49* [△]
	治疗后 90 天	60	5.05 ± 2.95* [△]	60.39 ± 6.40* [△]
对照组	治疗前	60	9.30 ± 3.75	37.86 ± 9.60
	治疗后 30 天	60	8.04 ± 2.38*	49.66 ± 7.98*
	治疗后 90 天	60	6.41 ± 2.49*	65.60 ± 7.08*

注: NIHSS, 美国国立卫生院神经功能缺损评分; BI, Barthel 指数量表评分; 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组同时间比较, $\Delta P < 0.01$

营汤, 其苦咸寒之水牛角为君药, 清解营分之热毒, 又以生地黄凉血滋阴、麦冬清热养阴生津、玄参滋阴降火解毒, 三药共用, 清营热而滋营阴; 血分证治以桃核承气汤, 方中大黄、芒硝、甘草即调胃承气汤, 具有荡热去实的功能; 所加的桃仁能破蓄血, 驱除血中结秘; 桂枝能通血脉, 疏解血行障碍。上述方剂对中风病火热、痰瘀有很好的治疗作用。本研究选用 NIHSS 来评估神经功能缺损程度, BI 来评估日常生活能力, 结果显示, 治疗组各证型患者治疗 30 天、90 天 NIHSS、BI 均较本证型治疗前明显改善, 说明卫气营血辨证对于 SIP 具有很好的治疗效果。并且, 治疗组治疗 30 天、90 天 NIHSS、BI 较同时间对照组明显改善, 说明卫气营血辨证在改善 SIP 患者神经功能缺损程度及日常生活能力方面优于脏腑辨证治疗。

总之, 卫气营血辨证在治疗 SIP 患者中具有可行性, 改善 SIP 患者神经功能缺损情况, 提高日常生活能力提供科学依据, 为诊治该病提供新的理论和方法。但是对于卫气营血辨证优于脏腑辨证治疗的研究, 仍需要大样本随机对照研究观察。

参考文献

[1] DÁVALOS A, TONI D, IWEINS F, et al. Neurological deterioration in acute ischemic stroke: potential predictors and associated factors in the European cooperative acute stroke study (ECASS) I [J]. Stroke, 1999, 30 (12): 2631-2636.

[2] 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, 1995, 29 (6): 379.

[3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断疗效评定标准 [J]. 北京中医药大学学报, 1994, 17 (3): 64-66.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 99.

- 林培政, 钟嘉熙, 李迎敏, 等. 温病学 [M]. 7 版. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 12-15.
- 蔡业峰, 贾真, 张新春, 等. 美国国立卫生院卒中量表 (NIHSS) 中文版多中心测评研究 - 附 537 例缺血性卒中多中心多时点临床测评研究 [J]. 北京中医药大学学报, 2008, 31(7): 494-498.
- 蔡业峰, 贾真, 李伟峰, 等. 中文版 Barthel 指数对多中心测评缺血性卒中患者预后的研究 [J]. 中国脑血管病杂志, 4(11): 486-490.
- 田德禄. 中医内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 269-279.
- 张春良, 刘宏顺. 大黄通腑汤治疗痰热腑实证急性脑梗死神经系统损害 80 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2012, 53(6): 499-502.

Effect of Syndrome Differentiation and Treatment of *Wei*, *Qi*, *Ying* and *Xue* on Neurologic Impairment and Activity of Daily Living in Patients with Progressive Stroke

LAN Xifu¹, WU Hongyu¹, ZHANG Fawei², ZHAO Manli¹, WANG Zeying¹

(1. Chinese Medicine Hospital of Weifang, Shangdong 261000; 2. Weifang Medical College)

ABSTRACT **Objective** To observe the clinical effect of syndrome differentiation and treatment on progressive stroke based on the theory of *Wei*, *Qi*, *Ying* and *Xue*. **Methods** Totally 120 patients with progressive stroke were divided into a treatment group and a control group, with 60 cases in each. There were 15 cases of Weifen syndrome, 15 of Qifen syndrome, 15 of Yingfen syndrome, and 15 of Xuefen syndrome in treatment group. Based on the routine treatment of western medicine, those with Weifen syndrome were added with *Qufeng Decoction* (驱风汤), those with Qifen syndrome were added with *Xinglou Chengqi Decoction* (星萎承气汤) combined with *Yunv Jian Decoction* (玉女煎), those with Yingfen syndrome were added with *Qingying Decoction* (清营汤), and those with Xuefen syndrome were added with *Taohe Chengqi Decoction* (桃核承气汤) or *Buyang Huanwu Decoction* (补阳还五汤). In the control group, there were 12 cases of liver Yang hyperactivity and wind fire pathogen syndrome, 12 of wind phlegm with blood stasis and stagnating collaterals syndrome, 12 of phlegm-heat accumulation and wind-phlegm invading upward syndrome, 12 of Qi deficiency with blood stagnation syndrome, and 12 of wind formation from Yin deficiency syndrome. Based on the routine western medicine treatment, those with liver Yang hyperactivity and wind fire pathogen syndrome were added with *Tianma Gouteng Yin* (天麻钩藤饮), those with wind phlegm with blood stasis stagnating collaterals syndrome were added with *Huatan Tongluo Decoction* (化痰通络汤), those with phlegm-heat accumulation and wind-phlegm invading upward syndrome were added with *Xinglou Chengqi Decoction*, those with Qi deficiency with blood stagnation syndrome were added with *Buyang Huanwu Decoction*, and those with wind formation from Yin deficiency syndrome were added with *Zhengan Xifeng Decoction* (镇肝熄风汤) for treatment. National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) and scale score of Barthe index (BI) of patients with each syndrome in each group were evaluated before and 30 days and 90 days after treatment respectively. **Results** NIHSS scores of each syndrome type in both the treatment group and the control group all remarkably decreased, while BI remarkably increased 30 days and 90 days after treatment compared with that before treatment ($P < 0.01$), and the improvement of NIHSS and BI 90 days after treatment were all superior to that 30 days after treatment ($P < 0.01$). Improvement of NIHSS and BI 30 and 90 days after treatment in the treatment group were all superior to that in the control group ($P < 0.01$). **Conclusion** Applying syndrome differentiation of *Wei*, *Qi*, *Ying* and *Xue* to treat patients with progressive stroke can remarkably improve neurologic impairment and activity of daily living. The curative effects were superior to that of the traditional viscera syndrome differentiation.

Keywords progressive stroke; syndrome differentiation of *Wei*, *Qi*, *Ying* and *Xue*; neurologic impairment

(收稿日期: 2013-11-22; 修回日期: 2014-01-13)

编辑: 叶 晨