

• 临床研究 •

凉血通瘀方治疗出血性中风急性期
瘀热阻窍证患者 73 例临床观察张兰坤¹ 过伟峰^{2*} 徐 丹¹ 袁 园² 李建香³ 马慧敏⁴ 张红新⁵

(1. 南京中医药大学第一临床医学院 2008 级硕士研究生, 江苏省南京市鼓楼区汉中路 282 号, 210029;

2. 南京中医药大学; 3. 南京市中医院; 4. 河南省中牟县人民医院; 5. 江苏省张家港市中医医院)

基金项目: 国家重点基础研究发展计划(“973”计划)资助项目(2006CB504807)

* 通讯作者: gwfwfg2003@sina.com, (025)85811958

[摘 要] 目的 评价凉血通瘀方治疗出血性中风急性期瘀热阻窍证的临床疗效。方法 将 135 例患者随机分为治疗组 73 例和对照组 62 例, 两组均采用西医内科常规治疗, 治疗组同时服用凉血通瘀方, 疗程均为 21 天。疗程结束后统计并比较两组中风病类诊断评分、瘀热阻窍证候积分、综合疗效及脑出血量情况。结果 治疗后两组中风病类诊断评分均明显下降, 与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.01$); 治疗组治疗后评分明显低于对照组($P < 0.05$), 治疗前后差值明显大于对照组($P < 0.01$)。两组患者治疗后 11 天、21 天瘀热阻窍证候评分及脑出血量均较治疗前明显下降($P < 0.01$), 治疗后 21 天与 11 天比较, 证候评分及脑出血量亦明显下降($P < 0.01$); 治疗后 21 天, 两组瘀热阻窍证候评分及脑出血量比较, 治疗组明显低于对照组($P < 0.01$)。治疗组总有效率 93.1%, 对照组总有效率 77.4%, 两组比较差异具有统计学意义($P < 0.01$)。结论 凉血通瘀方治疗出血性中风急性期瘀热阻窍证能显著提高疗效, 降低中风病类诊断评分及瘀热阻窍证候评分, 促进脑出血吸收。

[关键词] 出血性中风; 急性期; 瘀热阻窍证; 凉血通瘀方; 疗效评价

Clinical Observation on Liangxue Tongyu Formula Combined with Western Medicine for Acute Hemorrhagic Stroke with the TCM Syndrome of Stasis-Heat Obstructing in the Brain: a Report on 73 Cases

ZHANG Lankun¹, GUO Weifeng², XU Dan¹, YUAN Yuan², LI Jianxiang³, MA Huimin⁴, ZHANG Hongxin⁵

(1. Postgraduates of year 2008, the First Clinical Medical College, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029; 2. Nanjing University of Chinese Medicine; 3. Nanjing Municipal Hospital of TCM; 4. People's Hospital of Zhongmo County, Henan Province; 5. Hospital of TCM of Zhangjiagang, Jiangsu Province)

ABSTRACT **Objective** To evaluate the effect of Liangxue Tongyu Formula (Formula to cool blood and remove stasis) in the treatment of the TCM syndrome of stasis-heat obstructing in the brain in the acute hemorrhagic stroke. **Methods** Totally 135 cases were randomized into treatment group, 73 cases, and control group, 62 cases. Both groups were treated with the routine medication of western medicine, and the treatment group was administered Liangxue Tongyu Formula additionally. The course of treatment for the two groups was 21 days. Then, their scores of stroke diagnosis, scores of syndrome of stasis-heat obstructing in the brain, comprehensive effect, and cerebral hemorrhage were compared. **Results** After treatment, the scores of stroke diagnosis of the two groups were both significantly lowered significantly (both $P < 0.01$); the score of the treatment group was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$), and the difference between before and after treatment was significantly bigger than that of the control group ($P < 0.01$). After treatment of 11 and 21 days, the scores of syndrome hemorrhage of the two groups were both significantly lowered compared with before treatment ($P < 0.01$), and the scores and hemorrhage after 21 days were also significantly reduced compared with that after 11 days ($P < 0.01$). After treatment for 21 days, the score of syndrome and hemorrhage of the treatment group was significantly less than those of the control group ($P < 0.01$). The total effective rate of the treatment group and the control group was 93.1% and 77.4% respectively, and the difference was significant ($P < 0.01$). **Conclusion** Liangxue Tongyu Formula could significantly improve the therapeutic effect of the syndrome of stasis-heat obstructing in the brain in the acute hemorrhagic stroke patients, lowering the score of stroke diagnosis and the score of syndrome, and promoting the haematoma absorption.

Keywords hemorrhagic stroke in the acute stage; syndrome of stasis-heat obstructing in the brain; Liangxue Tongyu Formula (Formula to cool blood and remove stasis)

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

国医大师周仲瑛教授认为“瘀热阻窍”为出血性中风急性期的中心病理环节和临床常见证候^[1],临床以凉血通瘀为治疗大法。相关研究表明,瘀热证是出血性中风急性期的主要证候^[2]。本研究采用周仲瑛教授创制的凉血通瘀方治疗出血性中风急性期瘀热阻窍证患者 73 例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

脑出血西医诊断标准:参照 1995 年中华医学会第四次全国脑血管学术会议制订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]。出血性中风急性期瘀热阻窍证证候诊断标准采用国家重点基础研究发展计划(“973”计划)项目“瘀热病因在内科难治病发病中的机制及其分子基础研究”课题组制定的标准。该标准采用评分法,将各项所得最高分相加,满分为 30 分, ≥ 10 分即可诊断为瘀热阻窍证。①神情:a 心烦 2 分;b 躁扰不宁 3 分;c 神昏谵语 4 分。②发热类型:a 头面烘热 2 分;b 潮热 3 分;c 烦热 4 分。③面唇:a 面唇深红 3 分;b 面唇暗红 4 分;c 面唇深紫或紫暗 5 分。④腹症:a 腹胀 1 分;b 腹满 2 分;c 腹痛 3 分。⑤大便:a 便干或难解 1 分;b 便干 3 日未解 2 分;c 便干 3 日以上未解 3 分。⑥舌质:a 暗红 3 分;b 瘀点或瘀斑 4 分;c 绛或紫或舌下脉络青紫 5 分。⑦口中感觉:口干 2 分。⑧脉象:弦或滑或涩或结 2 分。⑨舌苔:黄或灰黑 2 分。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:①符合脑出血西医诊断标准;②符合出血性中风急性期瘀热阻窍证诊断标准;③年龄 ≤ 90 岁;④发病 72h 以内入院且患者知情同意。

排除标准:①短暂性脑缺血发作、脑梗死、蛛网膜下腔出血及由血液病、肿瘤或外伤等引起的颅内出血;②脑疝或深度昏迷者;③有严重心、肺、肝、肾并发症者。

1.3 一般资料

所有病例均来源于 2007 年 3 月至 2010 年 7 月江苏省中医院、南京市中医院、连云港市中医院、泰州市中医院及江阴市中医院的住院患者,共 135 例。采用多中心、随机、平行对照临床试验设计方案,应用 SPSS 16.0 统计软件产生随机排列表,根据就诊先后顺序提取相应的随机号,按随机号码分入治疗组和对照组。其中治疗组 73 例,男 55 例,女 18 例;年龄 31~88 岁,平均(62.00 $\pm$ 12.68)岁;中经络者 50 例,中脏腑者 23 例;脑出血部位:基底节区 48 例,丘脑 10 例,脑叶 13 例,小脑 2 例,脑干 3 例,平

均出血量(18.26 $\pm$ 15.48)ml;病情程度分级:轻型 18 例,普通型 27 例,重型 20 例,极重型 8 例;合并手术 7 例。对照组 62 例,男 35 例,女 27 例;年龄 28~85 岁,平均(64.15 $\pm$ 11.56)岁;中经络者 31 例,中脏腑者 31 例;出血部位:基底节区 36 例,丘脑 9 例,脑叶 14 例,小脑 3 例,脑干 2 例,平均出血量(24.29 $\pm$ 19.56)ml;病情程度分级:轻型 19 例,普通型 16 例,重型 15 例,极重型 12 例;合并手术 6 例。两组患者性别、年龄、中风分型、出血部位、出血量、病情严重程度及外科手术情况等比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组:采用西医内科综合治疗,给予脱水降颅压;20%甘露醇 125ml(山东齐都药业有限公司,国药准字 H37020780)静脉滴注,每 12 小时 1 次或每 8 小时 1 次;调整血压:缬沙坦胶囊(商品名:代文,北京诺华制药有限公司,国药准字 H20040217)80mg,口服,每日 1 次;硝苯地平控释片(商品名:拜新同,拜耳医药保健有限公司,国药准字 J20080091)30mg,口服,每日 1 次;维持水电解质平衡、抑酸护胃、防治感染等对症处理,少数病例根据病情、出血部位和出血量采用外科手术治疗,如微创穿刺血肿清除术或小骨窗血肿清除术等,并在研究观察表中记录。

治疗组:在对照组治疗基础上加用凉血通瘀方。方药组成:(熟)大黄 10g,水牛角 30g(先煎),生地黄 20g,赤芍 15g,牡丹皮 10g,石菖蒲 10g。若大便秘结改为(生)大黄 6~10g(后下)。每日 1 剂,分两次水煎服。病重者每日 3 次,必要时鼻饲。

两组均以 21 天为 1 个疗程,疗程结束后进行疗效观察。

2.2 观察指标及方法

①神志、语言、运动功能及神经系统体征等改善情况参照《中风病诊断与疗效评定标准》^[4]中的“中风病类诊断评分”评价,于治疗前后各评价 1 次。中风病类诊断评分主要从患者的神志、语言、运动功能及神经系统体征等方面评定,采用计分法,满分为 52 分。评分越高,表明病情越重,神经功能损伤越严重。②瘀热阻窍证证候评,于治疗前、治疗后 11 天及 21 天各评价 1 次;③头部 CT 扫描脑出血量吸收情况,于治疗前、治疗后 11 天及 21 天各检查 1 次。

2.3 疗效评定标准

依据文献^[4]评定。首先根据治疗前后症状积

分,计算积分改善百分率(S): $S=(\text{疗前评分}-\text{疗后评分})/\text{疗前评分}\times 100\%$ 。再根据 S 结合治疗后评分(F),参照下述标准评定综合疗效。基本恢复: $S\geq 81\%$, $F\leq 6$ 分;显著进步: $81\%>S\geq 56\%$;进步: $56\%>S\geq 36\%$;稍进步: $36\%>S\geq 11\%$;无变化: $S<11\%$;恶化(包括死亡):S 负值。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均值 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后中风病类诊断评分比较

表 1 示,治疗后两组中风病类诊断评分均明显下降,与治疗前比较差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗组治疗后评分明显低于对照组($P<0.05$);治疗前后差值明显大于对照组($P<0.01$)。提示治疗组治疗后病情改善程度明显优于对照组。

3.2 两组患者治疗前后瘀热阻窍证候评分比较

表 2 示,两组患者治疗后 11 天、21 天瘀热阻窍证候评分均较治疗前明显下降($P<0.01$),治疗后 21 天与 11 天比较,评分亦明显下降($P<0.01$),提示随治疗干预,两组瘀热阻窍症状、体征均逐渐减轻。治疗后 21 天,两组瘀热阻窍证候评分比较,治疗组明显低于对照组($P<0.01$)。提示治疗组治疗后瘀热阻窍症状、体征减轻程度明显优于对照组。

3.3 两组患者治疗前后脑出血量比较

表 3 示,两组患者治疗后 11 天、21 天脑出血量均较治疗前显著下降($P<0.01$),且治疗后 21 天均较治疗后 11 天显著下降($P<0.01$)。提示随治疗干预,两组脑血肿均逐渐吸收。治疗后 11 天及 21 天两组间比较,治疗组脑出血量明显小于对照组($P<0.01$)。提示治疗组治疗后减轻脑血肿的效果明显优于对照组。

3.4 两组患者综合疗效比较

表 4 示,两组患者综合疗效比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。其中两组总有效率比较,差异亦具有统计学意义($P<0.01$)。提示治疗组综合疗效及总有效率均明显优于对照组。

表 1 两组患者治疗前后中风病类
诊断评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值
治疗组	73	22.68 $\pm$ 11.55	11.19 $\pm$ 9.13* Δ	11.49 $\pm$ 8.05 $\Delta\Delta$
对照组	62	24.16 $\pm$ 13.63	16.69 $\pm$ 13.35*	7.47 $\pm$ 8.49

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组同项目比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$

表 2 两组患者治疗前后瘀热阻窍证候积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 11 天	治疗 21 天
治疗组	73	19.29 $\pm$ 4.41	12.55 $\pm$ 6.95*	7.56 $\pm$ 5.08* Δ
对照组	62	19.29 $\pm$ 4.13	14.27 $\pm$ 6.69*	10.82 $\pm$ 6.35* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与本组治疗后 11 天比较,# $P<0.01$;与对照组同时间比较, $\Delta P<0.01$

表 3 两组患者治疗前后脑出血量比较(ml, $\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前	治疗 11 天	治疗 21 天
治疗组	18.26 $\pm$ 15.48(72)	11.17 $\pm$ 13.24(57)* Δ	3.18 $\pm$ 6.79(41)* Δ
对照组	24.29 $\pm$ 19.56(59)	15.04 $\pm$ 13.64(37)*	6.43 $\pm$ 10.83(33)* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与本组治疗后 11 天比较,# $P<0.01$;与对照组同时间比较, $\Delta P<0.01$;括号内为例数

4 讨论

周仲瑛教授在长期临床实践的基础上,体会到出血性中风的病机有两大特点:①病位主在脑窍;②瘀热为发病的中心病理环节。其发病源于瘀热相搏,血气蒸腾;血之与气,并走于上;冲荡激越,损伤脑络;血不循经,溢于脉外,形成瘀血,闭阻清窍,神机失用,神昏偏瘫由是而成。脑络破损,血溢于脑,便是脑中蓄血。瘀血阻滞脑窍,血瘀则气滞,气血壅滞,郁而化热,而致瘀热搏结成瘀热阻窍之证。瘀热不解,令热愈炽、瘀益甚,气机愈壅,进而化火、生风、成痰,终致风火相煽,痰瘀闭阻,进一步加重瘀热阻窍的病势^[5]。周教授认为,出血性中风急性期病危势急,当急挫病势,泻其实热,通其瘀滞。针对瘀热阻窍的核心病机,给予凉血通瘀治疗大法,以期通过凉血清热,折其病势;通下瘀热,顺降气血;凉血化瘀,防其动血;通脉散瘀,消散蓄血,从而达到清热凉血、散瘀通络、通腑开窍诸法于一炉的治疗目的。

课题组通过收集分析大量文献和临床病例回顾,从神情、发热类型、面唇、腹症、大便、舌脉等方面

表 4 两组患者综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	基本恢复	显著进步	进步	稍进步	无变化	恶化	总有效
治疗组	73	15(20.5)	20(27.4)	16(21.9)	17(23.3)	4(5.5)	1(1.4)	68(93.1)*
对照组	62	7(11.3)	16(25.8)	8(12.9)	17(27.4)	10(16.1)	4(6.5)	48(77.4)

注:与对照组比较,* $P<0.01$

经功能缺损症状跟患者的生活关系十分密切。本研究表明,两组在治疗后15天及30天时,在主要神经功能缺损程度改善方面,同组自身前后比较、两组同时间点比较,其改善程度均有统计学差异,说明在治疗中风后神经功能缺损方面,CT定位围针与传统头针语言区、运动区、感觉区均有明显疗效,且CT定位围针法与传统头针法比较疗效更加显著。

针刺病灶侧头皮言语区、运动区、感觉区治疗中风后神经功能缺损的临床应用相当广泛,疗效也较为肯定,其理论基础是中风后神经功能缺损的产生是由于大脑言语区、运动区、感觉区中枢受损所致。近年来,应用CT已能分析出损伤的神经解剖部位,发现上述3个中枢以外的皮质区及皮质下深部结构病变也可导致失语,说明传统的言语、运动、感觉中枢并非唯一的神经管理中枢^[4]。CT定位围针法能针对性地刺激病灶相应头皮,并随着病灶的部位、大小、形状、数量灵活应用,因而较之传统头针的线状针刺固定区域更具有针对性和灵活性。

已有研究证明,头针可以反射性增加皮质的血流量,改善皮质缺氧状态,刺激神经细胞生长,从而促进部分神经功能、皮质功能的恢复^[5]。CT定位

围针法治疗中风具有显著疗效,其机理也可能是通过针刺病灶在头皮的投射区,促进了病变部位侧枝循环的建立和皮质缺血缺氧状态的改善,重建功能活动的神经通路,使患者缺损神经功能得以恢复。

CT定位围针法是广州中医药大学杨文辉教授、江钢辉教授在长期临床实践中,在传统头针基础上,结合现代影像学技术而创立的针灸疗法,经临床观察,比传统头针有更显著的疗效。通过随机对照研究,可为该疗法的应用提供一定的临床依据。

参考文献

- [1] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [2] 任占利, 王顺道. 中风病诊断和疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [3] 曹起龙. 1995年脑血管疾病的基础及临床研究概况[J]. 国外医学脑血管疾病分册, 1998, 4(4): 195-200.
- [4] 朱朝辉, 陈伟贤, 李弘钧, 等. 急性脑血管病所致言语障碍与病变部位的关系研究[J]. 临床神经病学杂志, 1998, 11(4): 234-235.
- [5] 江钢辉, 李艳慧, 陈振虎. CT定位围针法治疗中风失语症临床观察[J]. 中国针灸, 2001, 21(1): 15-16.

(收稿日期: 2011-03-29; 修回日期: 2011-09-04)

[编辑: 崔京艳]

(上接第30页)

制订了出血性中风急性期瘀热阻窍证候量化诊断标准。本研究在西医内科综合治疗基础上, 加用凉血通瘀方治疗出血性中风急性期患者总有效率达93.1%, 明显高于对照组的77.4%, 且治疗组在降低中风病类诊断评分(病情程度)、瘀热阻窍证证候积分及加快血肿吸收方面, 均明显优于对照组, 进一步从疗效揭示、反证了瘀热阻窍为出血性中风急性期的中心病理环节, 凉血通瘀法为其治疗大法。

凉血通瘀方是周仲瑛教授根据多年的临床经验, 在综合《千金要方》的犀角地黄汤和《伤寒论》桃核承气汤组方用药特点的基础上创制的治疗出血性中风急性期的验方。方中大黄苦寒清热泻火、凉血逐瘀, 对于中风急性期之邪实窍闭证, 无论有无腑实证候, 均可应用, 剂量因病情而定, 以下为度。水牛角性味甘凉, 功类犀角, 专主清热凉血。二药共为君药, 清热凉血并行, 可达热清血自凉、血凉热自清的功效, 正如张景岳所言: “治热必从血分, 甚则用苦寒, 微者用甘凉”。生地黄最善清热凉血, “凉头面之火, 清肺肝之热, 热血妄行, 或吐血, 或衄血, 或下血, 宜用之为主”(《本草新编》), 又能滋阴养血、去积聚

而补阴, 故用为臣药, 清热凉血、养阴生津, 以治瘀热相搏所致之伤阴耗血。佐以赤芍、牡丹皮, 凉血活血散瘀, 既可阻断血中之热煎熬成瘀, 又可防瘀热生风化痰。使以石菖蒲, 芳香走窜, 开窍豁痰、醒神益智, 引药上行以达巅顶。全方共奏清热泻火、通腑泄热、凉血活血、开窍通络之功。

注: 作者张兰坤现工作单位为南京中医药大学第二附属医院神经内科(江苏省南京市建邺区南湖路23号, 210017)

参考文献

- [1] 袁园, 过伟峰. 论出血性中风急性期瘀热阻窍证[J]. 中西医结合心脑血管疾病杂志, 2007, 5(8): 723-725.
- [2] 李建香, 过伟峰, 吴勉华, 等. 出血性中风急性期证候分布及变化规律分析[J]. 中医杂志, 2011, 52(11): 938-940.
- [3] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [4] 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(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [5] 陈四清, 郭立中. 周仲瑛从瘀热阻窍论治出血性中风急性期经验——周仲瑛瘀热论学术思想临证应用之二[J]. 江苏中医药, 2010, 42(1): 12-15.

(收稿日期: 2011-02-18; 修回日期: 2011-05-19)

[编辑: 叶晨]