



中药针剂联合中医特色疗法 治疗脑梗死急性期瘀血阻络证疗效回顾性分析*

高晓峰¹,程慧娟²,刘利娟¹,郭纯¹,杨仁义²,陈瑶¹,周德生^{1,2Δ}

1 湖南中医药大学第一附属医院神经内科,湖南长沙,410007; 2 湖南中医药大学

【摘要】目的:回顾性分析中药针剂联合不同的中医特色疗法治疗脑梗死急性期瘀血阻络证的临床疗效。方法:回顾性分析480例脑梗死急性期瘀血阻络证患者的病历资料,将病例分为甲组(西医基础治疗+活血化瘀类针剂)、乙组(西医基础治疗+活血化瘀类针剂+针刺治疗)、丙组(西医基础治疗+活血化瘀类针剂+中药汤剂)、丁组(西医基础治疗+活血化瘀类针剂+中医外治法),记录并比较4组患者总有效率积分及治疗前后中医证候、神经功能缺损美国国立卫生研究院卒中量表(national institute of health stroke scale, NIHSS)、日常生活能力量表(activities of daily living, ADL)评分。结果:甲、乙、丙、丁组总有效率分别为85.83%、96.67%、91.67%、95.83%,疗效均显著;与甲组相比,乙、丙、丁组总有效率提高明显($P < 0.05$),其中乙组疗效最显著。4组中医证候积分、NIHSS评分、ADL评分均较治疗前改善($P < 0.05$)。中医证候积分、ADL评分治疗后乙、丁组较甲组下降明显($P < 0.01$),丙组与甲组比较评分差异无统计学意义($P > 0.05$);与甲组相比,乙组、丙组、丁组治疗后NIHSS评分均降低($P < 0.05$),乙组降低最显著。结论:中药针剂联合不同中医特色疗法如针刺、汤剂、外治法均能有效改善脑梗死急性期瘀血阻络证患者的神经功能缺损症状、中医证候积分,提高患者日常生活能力,以针剂联合针刺疗效最明显。

【关键词】脑梗死急性期;瘀血阻络证;中药针剂;中医特色疗法;回顾性研究

[中图分类号] R283.6 [文献标识码] B [文章编号] 2096-9600(2022)09-0115-04

Retrospective Analysis of Curative Effects of Traditional Chinese Medicine Injection in Combination with TCM-featured Therapy in the Treatment of Acute Cerebral Infarction of Blood Stasis Obstructing Collaterals Pattern

GAO Xiaofeng¹, CHENG Huijuan², LIU Lijuan¹, GUO Chun¹, YANG Renyi², CHEN Yao¹, ZHOU Desheng^{1,2Δ}

1 Department of Neurology, the First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, China;

2 Hunan University of Chinese Medicine

Abstract Objective: To retrospectively analyze clinical effects of TCM injection joined with different TCM-featured therapies in treating acute cerebral infarction of blood stasis obstructing collateral pattern. Methods: After retrospective analysis of clinical data of 480 patients with acute cerebral infarction of blood stasis obstructing collateral pattern, all the patients were divided into A group (basic therapy of Western medicine+the injection of activating blood and resolving stasis), B group (basic therapy of Western medicine+the injection of activating blood and resolving stasis+acupuncture therapy) and C group (basic therapy of Western medicine+the injection of activating blood and resolving stasis+herbal decoction), as well as D group (basic therapy of Western medicine+the injection of activating blood and resolving stasis+TCM external therapy), to record and compare the scores of total clinical effects, TCM syndrome, NIHSS and ADL before and after the treatment between four groups. Results: Total effective rates of A, B, C and D groups were 85.83%, 96.67%, 91.67% and 95.83% respectively, and clinical effects were remarkable; compared with A group, total effective rates of B, C and D groups were increased distinctly ($P < 0.05$), among them, clinical effects of B group were significant. TCM syndrome integrals, NIHSS scores and ADL scores of four groups were improved compared with these before the treatment ($P < 0.05$). The decrease of TCM syndrome integrals and ADL scores in B and C groups were more noticeable than these of A group ($P < 0.01$), the difference had no statistical meaning when C group was compared with A group ($P > 0.05$); compared with A group, NIHSS scores of B, C and D groups were lowered after the treatment ($P < 0.05$), the decrease of B group was the most remarkable. Conclusion: TCM injections combined with different TCM-featured therapies including acupuncture, decoction, external therapy could effectively improve the symptoms of neurological deficits and TCM syndrome integrals, raise the patients' ability of daily living, clinical effects are the most noticeable when the injection could be combined with acupuncture.

Keywords acute cerebral injection; blood stasis obstructing collateral; TCM injection; TCM-featured therapy; retrospective study

卒中是导致人类致死、致残的主要疾病之一。调查显示,缺血性脑卒中(ischemic stroke, IS)约占全部卒中的69.6%^[1],是最常见的卒中类型,也是脑卒中死亡的第一位原因。近年研究显示缺血性脑卒中发病率为91.3~263.1/10万,年平均发病率为145.5/10万,复发率为8.47%^[2]。缺血性中风是成年后期失能的主要原因,也是导致痴呆的第二大原因^[3]。所以急性缺血性卒中(acute ischemic stroke, AIS)的救治水平不仅关系到我国居民的健康,更与家庭负担、医疗经济支出密切相关;可见积极探讨对急性脑梗死的最佳中医治疗方案具有重要的临床及社会意义。

本研究收集急性脑梗死瘀血阻络证患者病历资料进行多中心回顾性研究,以期找到最佳治疗方案。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2018年1月1日至2018年12月31日在湖南中医药大学第一、第二附属医院及湘雅博爱医院、株洲市中医院、长沙市第八医院住院的脑梗死急性期瘀血阻络证患者480例,根据住院期间采用的治疗方法将病历资料进行分组,甲组:西医基础治疗+活血化瘀类针剂病历,乙组:在甲组治疗基础上联合针刺病历,丙组:在甲组治疗基础上联合中药汤剂病历,丁组:在甲组治疗基础上联合中医外治病历,各120例患者。4组患者性别、年龄比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1—2。

表1 各组患者性别分布情况

组别	例数	男(例)	女(例)	χ^2	P
甲组	120	74	46	3.9867	0.2629
乙组	120	81	39		
丙组	120	83	37		
丁组	120	70	50		

表2 各组患者年龄分布情况

组别	例数	40~50岁(例)	51~60岁(例)	61~70岁(例)	71~80岁(例)	χ^2	P
甲组	120	14	21	48	37	3.9543	0.9114
乙组	120	15	23	42	40		
丙组	120	12	19	50	39		
丁组	120	11	26	40	43		

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》^[4]执行。

1.2.2 中医诊断标准 参照1996年由国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制定《中风病

诊断与疗效评定标准(试行)》^[5]执行。中医证候诊断标准参照《中药治疗中风病的临床研究指导原则》^[6]执行。

1.3 纳入标准 1)符合西医脑梗死急性期诊断标准及中医证候诊断标准;2)病程在6 h至2周内;3)年龄40~80岁,性别不限;4)无意识障碍,能够配合相关检查;5)有详尽的个人及病历资料,统计数据完整;6)住院期间治疗手段均采用2种或3种中西医综合疗法;7)住院治疗时间在2个月内。

1.4 排除标准 1)不符合中、西医诊断标准;2)已经进行溶栓降纤治疗者;3)既往有脑血管意外病史且遗留明显后遗症者;4)偏瘫由脑外伤、脑肿瘤、脑寄生虫病、代谢障碍等原因导致;5)法律规定的残疾患者及由其他原因引起影响神经功能缺损评价的肢体残疾者;6)患有严重原发性心、肝、肺、肾、血液或影响其生存的严重疾病,或合并严重感染性疾病者;7)病历资料不完善者。

1.5 治疗方法

1.5.1 西医治疗 参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》(排除发病4.5 h或6 h内行溶栓治疗者)。内科基础治疗:吸氧、心电监护、体温、血压及血糖控制、营养支持等。特异性治疗:抗血小板聚集、调脂稳斑、抗凝、降纤、脑代谢保护、降低颅内压等。

1.5.2 中药针剂治疗 使用下述任何1种或2种活血化瘀类针剂(参考《活血化瘀类中药注射剂在治疗急性脑梗死中的临床应用》^[7])。

1)三七皂苷类制剂:注射用血塞通和血栓通(昆明制药集团股份有限公司,国药准字Z20026438,规格200 mg/支);2)银杏叶制剂:舒血宁注射剂和银杏达莫(石药银湖制药有限公司,国药准字Z14021945,规格5 mL/支);3)川芎提取物类制剂:注射用川芎嗪(哈尔滨三联药业股份有限公司,国药准字H20041175,规格80 mg/支);4)丹红注射剂:红花注射液和丹红注射液(四川峨眉山药业有限公司,国药准字Z14021944,规格5 mL/支);5)灯盏细辛制剂:灯盏细辛注射液和灯盏花素注射液(云南生物谷灯盏花药业有限公司,国药准字Z53021569,规格10 mL/支);6)水蛭、地龙复方制剂:疏血通注射液(牡丹江友博药业有限责任公司,国药准字Z20010100,规格:2 mL/支)。用法:静脉滴注,加入5%葡萄糖注射液250 mL或0.9%氯化钠注射液250 mL充分混合匀后缓慢滴注,每日1次。

1.5.3 针刺治疗 乙组入选病例中包含任意1种针刺治疗方法,如体针、头针、温针、电针等。具体处方参照新世纪(第二版)全国高等中医院校规

划教材《针灸学》^[8]。1)主穴:三阴交、尺泽、水沟、内关、极泉、委中。2)配穴:上肢不遂配肩三针、曲池、手三里、合谷;下肢不遂配环跳、委中、足三里、风市、阳陵泉、悬钟、太冲。病侧肢体屈曲痉挛者,肘部配曲泽、尺泽,腕部配大陵、神门,膝部配曲泉、踝部配太溪、昆仑;足内翻配丘虚透照海;足外翻配太溪、中封;足下垂配解溪。嘴角歪斜配地仓、颊车、下关、合谷、太冲;言语不利配廉泉、哑门、通里;吞咽困难配金津、玉液、廉泉。

1.5.4 中药汤剂 凡使用活血化瘀类中药汤剂为治疗手段的纳入丙组。中药汤剂:桃红四物汤、血府逐瘀汤等活血化瘀方加减。桃红四物汤:桃仁15 g、红花15 g、芍药10 g、川芎10 g、当归10 g、熟地黄15 g、茯苓10 g、白术10 g。血府逐瘀汤:桃仁12 g、红花10 g、当归10 g、生地黄10 g、牛膝10 g、川芎10 g、桔梗10 g、赤芍6 g、枳壳6 g、甘草6 g、柴胡3 g。可根据患者兼、次证情况适当加减药物并确定用量。由湖南中医药大学第一附属医院制剂室煎煮,真空包装,每袋200 mL,每剂2袋。每日1剂,分2次温服。

1.5.5 中医外治法 艾灸、中医定向透药、穴位贴敷、耳穴压豆等中医外治法,采用任意1种或几种中医外治法纳入丁组。

1.6 观察指标 记录临床总有效率及治疗前后中医证候积分、美国国立卫生研究院卒中量表(national institute of health stroke scale, NIHSS)及日常生活能力量表(activities of daily living, ADL)评分。疗效标准按照《中风病诊断与疗效评定标准》。临床痊愈:临床症状体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:临床症状体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$, $< 95\%$;有效:临床症状体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$, $< 70\%$;无效:临床症状体征均无明显改善,证候积分减少 $< 30\%$ 。

总有效率(%)=(痊愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$

1.7 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件分析数据。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,若组间比较满足正态和方差齐性,采用单因素方差分析,多重比较采用 q 检验,若不满足正态和方差齐性采用非参数秩和检验;组内治疗前后比较采用 t 检验;计数资料用例数或%表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 总有效率乙组、丙组、丁组高于甲组($P < 0.05$),乙组疗效最显著。见表3。

2.2 中医证候积分 各组患者治疗后中医证候

积分均较治疗前下降($P < 0.05$)。治疗后乙、丁组较甲组评分下降明显($P < 0.01$),丙组与甲组、乙组与丁组比较积分均无明显差异($P > 0.05$)。见表4。

2.3 NIHSS评分 各组患者治疗后NIHSS评分均低于治疗前($P < 0.05$)。乙、丙、丁组治疗后NIHSS评分均较甲组下降明显($P < 0.05$),乙组最明显,其次为丁组。见表5。

2.4 ADL评分 各组治疗后ADL评分较治疗前提高($P < 0.05$)。治疗后乙组和丁组ADL评分较甲组升高明显($P < 0.01$),丙组则无明显差异($P > 0.05$);乙组与丁组比较无显著性差异($P > 0.05$)。见表6。

表3 各组患者临床疗效比较

组别	例数	临床痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
甲组	120	2	13	88	17	85.83
乙组	120	24	40	52	4	96.67*
丙组	120	8	22	80	10	91.67*
丁组	120	15	33	67	5	95.83*

注:*表示与甲组比较, $P < 0.05$

表4 各组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
甲组	120	14.23 $\pm$ 4.80	11.17 $\pm$ 5.04*
乙组	120	14.54 $\pm$ 4.49	6.64 $\pm$ 5.20* Δ
丙组	120	14.38 $\pm$ 4.84	9.98 $\pm$ 5.23*
丁组	120	14.03 $\pm$ 4.88	7.86 $\pm$ 4.70* Δ

注:*表示组内治疗前后比较, $P < 0.05$; Δ 表示与甲组治疗后比较, $P < 0.01$

表5 各组患者治疗前后NIHSS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
甲组	120	7.88 $\pm$ 3.48	6.39 $\pm$ 3.05*
乙组	120	8.07 $\pm$ 3.38	3.73 $\pm$ 2.57* Δ
丙组	120	7.99 $\pm$ 3.64	5.47 $\pm$ 2.97* Δ
丁组	120	7.78 $\pm$ 3.81	4.47 $\pm$ 2.75* Δ

注:*表示组内治疗前后比较, $P < 0.05$; Δ 表示与甲组治疗后比较, $P < 0.01$

表6 各组患者治疗前后ADL评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
甲组	120	50.31 $\pm$ 14.71	61.41 $\pm$ 15.55*
乙组	120	49.83 $\pm$ 11.92	75.61 $\pm$ 18.11* Δ
丙组	120	49.84 $\pm$ 14.36	64.86 $\pm$ 15.98*
丁组	120	51.02 $\pm$ 12.49	71.58 $\pm$ 16.37* Δ

注:*表示组内治疗前后比较, $P < 0.05$; Δ 表示与甲组治疗后比较, $P < 0.01$

3 讨论

脑梗死属中医“缺血中风”范畴,病位在脑窍,正气亏虚,瘀血阻络为其基本病机,瘀血贯穿病程始终,常因素体亏虚,或年长逐渐虚衰,脏腑功能失调,气血津液代谢失常,又以情志饮食等因素诱

发,气虚无力行血,阴亏而血液粘滞不畅,留而为瘀,瘀血阻络,络脉不通,发为“中风”。中医学“血瘀”理论与现代医学中颈动脉粥样硬化、血液高粘滞性、血液流变性、易损斑块及血小板功能改变等理论高度一致^[8-9]。本研究显示4组患者治疗后总有效率分别为85.83%、96.67%、91.67%、95.83%,疗效肯定,与单用西医基础治疗和中药针剂组相比,联合针刺、中药汤剂、中医外治法总有效率提高明显($P<0.05$),其中以联合针刺疗效最显著。4组患者中医证候积分、NIHSS评分、ADL评分均较治疗前改善($P<0.05$)。联合针刺组改善最显著。

现代医学已证实活血化瘀类中药可减少血小板聚集与粘附,减轻血液高凝状态,从而起到改善循环及抗血栓形成的作用,且可抑制神经细胞凋亡,具有抗凝、降脂、抗氧化功能,为临床应用活血化瘀制剂治疗脑梗死提供了依据^[10]。中药针剂不仅具有传统中药多靶点、多组分的作用特点,也具有现代西药起效快、生物利用度高的特性,如三七总皂苷制剂可降低血液黏度、具有改善脑组织微循环、促进血块溶解作用^[11-13]。银杏叶制剂能抑制神经细胞凋亡,保护神经细胞,抑制血小板和脂质聚集,清除氧自由基,且能改善血液流变学指标^[14]。川芎嗪能有效透过血脑屏障,清除氧自由基,控制血小板聚集,降低血液黏稠度,有效改善炎症反应,从而积极对抗脑缺血-再灌注损伤,促进受损神经细胞恢复正常^[15]。因此中药针剂是中药现代化的产物和必然发展趋势。

中医针刺治疗脑梗死急性期患者可有效改善血液循环,抑制脑细胞死亡,最大限度挽救缺血半暗带,对于神经元的恢复有积极意义,能降低致残率和致死率^[16-18]。针刺三阴交穴可调理气血以滋养脑窍,针刺水沟和内关可改善脑缺血动物神经功能,调整内源性神经营养因子NRG-1水平从而保护神经元^[19]。艾灸在脑梗死急性期主要在于可以有效改善脑组织血液循环,减轻脑损害,从而促进神经功能恢复。中药熏洗可改善局部病灶血液循环,减轻神经缺损症状,提高生活质量^[20]。

综上所述,活血化瘀类中药针剂联合中医特色疗法治疗脑梗死急性期瘀血阻络证疗效肯定,且能在不同程度上促进神经功能恢复,降低患者中医证候积分,有效改善患者日常生活能力,其中以中药针剂联合针刺治法的效果最显著。

参考文献

- [1] 孙海欣,王文志. 中国60万人群脑血管病流行病学抽样调查报告[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2018, 18(2): 83-88.
- [2] 涂雪松. 缺血性脑卒中的流行病学研究[J]. 中国临床神经科学, 2016, 24(5): 594-599.

- [3] TITOV B V, MATVEEVA N A, MARTYNOV M Y, et al. Ischemic stroke as a complex polygenic disease [J]. Mol Biol (MOSK), 2015, 49(2): 224-248.
- [4] 刘鸣, 贺茂林. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.
- [5] 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.
- [6] 王北婴. 中药治疗中风病的临床研究指导原则[J]. 中国医药学报, 1988, 3(4): 70.
- [7] 陈博年. 活血化瘀类中药注射剂在治疗急性脑梗死中的临床应用[J]. 天津药学, 2017, 29(4): 72-75.
- [8] 石学敏. 针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 5-378.
- [9] 陈可冀, 马晓昌. 关于传统血瘀证的现代分类[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 20(7): 487.
- [10] 黄港. 中医辨证运用活血化瘀药治疗急性缺血性脑卒中的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2014, 6(1): 88-89.
- [11] YANG B R, YUEN S C, FAN G Y, et al. Identification of certain Panax species to be potential substitutes for Panax notoginseng in hemostatic treatments [J]. Pharmacol Res, 2018, 134: 1-15.
- [12] ZHOU X, CHEN L L, XIE R F, et al. Chemosynthesis pathway and bioactivities comparison of saponins in radix and flower of Panax notoginseng (Burk.) F. H. Chen [J]. J Ethnopharmacol, 2017, 201: 56-72.
- [13] WU Q, DENG J J, FAN D D, et al. Ginsenoside Rh4 induces apoptosis and autophagic cell death through activation of the ROS/JNK/p53 pathway in colorectal cancer cells [J]. Biochem Pharmacol, 2018, 148: 64-74.
- [14] 刘皋林. 银杏制剂的药理作用与临床应用[J]. 上海医药, 2016, 37(3): 8-22.
- [15] 黄玲, 郑玲利, 蒋婷, 等. 丹参川芎嗪注射液辅助治疗急性脑梗死的疗效与安全性评价[J]. 中国药业, 2015, 24(8): 29-32.
- [16] 陈惠军. 疏血通注射液治疗脑梗死的作用机理及疗效评价[J]. 中国实用医药, 2018, 13(33): 113-114.
- [17] 郭婷, 黎元元. 灯盏细辛注射液药理和毒理作用研究进展[J]. 中国中药杂志, 2012, 37(18): 2820-2822.
- [18] 刘红星, 赵亚男, 冯家云. 针刺治疗脑梗塞急性期45例临床观察[J]. 中国中医药基础医学杂志, 2010, 16(10): 923-924.
- [19] 张丽丽, 刘宝山, 杜宇征, 等. 针刺水沟、内关穴对局灶性脑缺血再灌注大鼠内源性NRG-1表达的影响[J]. 上海针灸杂志, 2013(9): 767-770.
- [20] 蒲玉婷, 胥青梅, 白雪. 熏洗结合按摩对缺血性中风急性期患者临床症状及神经功能的影响研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(22): 69-71.

收稿日期: 2022-04-06

*基金项目: 湖南省科技厅科技创新平台与人才计划-中医脑病临床研究中心项目(2017SK4005); 湖南省中医药管理局资助项目(201824, 202046, 202037); 湖南中医药大学中西医结合一流学科开放基金项目(2019ZXYJH08)。

作者简介: 高晓峰(1971—), 男, 副教授, 副主任医师。研究方向: 神经病学中医药防治。

△通讯简介: 周德生(1966—), 男, 博士研究生导师, 教授, 主任医师。研究方向: 中医脑病。