

DOI: 10.3969/j.issn.1006-9771.2013.03.017

·临床研究·

血府逐瘀汤治疗急性缺血性脑卒中的疗效

李应宏

[摘要] 目的 观察血府逐瘀汤治疗急性缺血性脑卒中的近期临床疗效。方法 72 例急性缺血性脑卒中患者随机分为治疗组和对照组各 36 例, 对照组采用常规药物治疗及依达拉奉, 治疗组在对照组的基础上加用血府逐瘀汤, 共 14 d。比较两组临床疗效、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、Barthel 指数(BI)及中医症候积分。结果 治疗组与对照组总有效率分别为 97.22% 和 77.78%, 愈显率分别为 80.55% 和 50.00% (均 $P < 0.05$); 治疗后治疗组 NIHSS、BI 及中医症候积分均显著优于对照组 ($P < 0.001$)。结论 血府逐瘀汤治疗急性缺血性脑卒中效果显著。

[关键词] 急性缺血性脑卒中; 血府逐瘀汤; 神经功能; 日常生活活动能力

Effect of Xuefuzhuyu Decoction on Acute Ischemic Stroke LI Ying-hong. Gansu Wuwei Tumour Hospital, Wuwei 733000, Gansu, China

Abstract: Objective To explore the recent clinical effects of Xuefuzhuyu Decoction on acute ischemic stroke. **Methods** 72 patients were randomly divided into treatment group ($n=36$) and control group ($n=36$). The control group received routine medicine and Edaravone, and the treatment group received Xuefuzhuyu Decoction in addition, for 14 d. They were assessed with National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), Barthel index (BI) and Traditional Chinese Medicinal (TCM) symptom accumulated points. **Results** The total rate of improvement were 97.22% and 77.78% for the treatment group and the control group respectively, while the rate of very improvement were 80.55% and 50.00% respectively ($P < 0.05$). The scores of NIHSS, BI and TCM symptom accumulated points improved more in the treatment group than in the control group ($P < 0.001$) after the treatment. **Conclusion** Xuefuzhuyu Decoction is effective on acute ischemic stroke.

Key words: acute ischemic stroke; Xuefuzhuyu Decoction; neurological function; activities of daily living

[中图分类号] R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-9771(2013)03-0263-03

[本文著录格式] 李应宏. 血府逐瘀汤治疗急性缺血性脑卒中的疗效[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(3): 263-265.

缺血性脑卒中是常见的脑血管疾病类型, 占全部脑卒中的 60%~80%。我们采用血府逐瘀汤治疗急性缺血性脑卒中, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2010 年 10 月~2012 年 10 月本院住院的急性缺血性脑卒中患者 72 例, 均符合 1995 年全国第四届脑血管病会议所制订的诊断标准^[1], 并经头颅 CT 或 MRI 证实, 病程 ≤ 3 d, 均为首次发病; 无治疗禁忌证, 无严重并发症。排除脑出血。

利用数字表法将患者随机分为两组: ①治疗组 ($n=36$): 男性 26 例, 女性 10 例; 年龄 53~81 岁, 平均 (63.43 ± 12.56) 岁; ②对照组 ($n=36$): 男性 24 例, 女性 12 例; 年龄 51~80 岁, 平均 (63.67 ± 12.64) 岁。根据美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)确定病情程度: 治疗组轻度 6 例, 中度 18 例, 重度 12 例; 对照组轻度 7 例, 中度 16 例, 重度 13 例。两组开始治疗均为入院当天。两组间性别、年龄、病情程度无显著性差异

($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

两组均采用常规治疗, 包括脱水降颅压、减轻脑水肿、抗血小板、脑细胞保护、神经营养及维持水电解质平衡等, 并加用依达拉奉注射液(昆明积大制药有限公司)30 mg+0.9%氯化钠 100 ml 静脉滴注, 30 min 滴完, 每天 2 次。治疗组在此基础上加用血府逐瘀汤加减内服治疗。处方: 当归 12 g、生地 15 g、桃仁 12 g、红花 9 g、枳壳 9 g、赤芍 9 g、柴胡 12 g、甘草 6 g、桔梗 9 g、川芎 12 g、牛膝 9 g, 每天 1 剂, 水煎 2 次服用, 每次煮沸 30 min, 2 次共取汁约 500 ml, 中午及晚饭后各温服 250 ml。若气虚明显者, 加党参 15 g、太子参 10 g; 言语不利, 加远志 10 g、石菖蒲 10 g、郁金 10 g; 心悸、喘息, 加桂枝 10 g、炙甘草至 20 g; 肢体麻木加木瓜 10 g、伸筋草 15 g、防己 10 g; 上肢偏瘫明显者, 加桂枝 10 g; 下肢偏瘫明显者, 加川断 10 g、桑寄生 10 g、杜仲 10 g; 小便失禁者, 加桑螵蛸 10 g、益智仁 10 g; 血瘀重者, 加莪术

作者单位: 甘肃省武威肿瘤医院, 甘肃武威市 733000。作者简介: 李应宏(1971-), 男, 甘肃武威市人, 硕士, 主治医师, 主要研究方向: 中西医结合神经内科。

10 g、水蛭 10 g、鸡血藤 15 g。治疗前, 向患者告知其病情、所采用的治疗方法及治疗风险等, 并签订知情同意书。疗程 14 d。

1.3 疗效评定标准

1.3.1 西医 治疗前后分别评定患者 NIHSS 及 Barthel 指数(BI)。根据 1995 年全国第 4 届脑血管病会议所制订的标准判断临床疗效。

1.3.2 中医 参照《中风病诊断与疗效评定标准》^[2], 于治疗前后进行中医症候积分评定。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 13.0 软件进行统计学处理。计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。显著性水平 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 临床疗效

治疗组与对照组总有效率分别为 97.22% 和 77.78%, 愈显率分别为 80.55% 和 50.00% ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	基本治愈	显著进步	进步	无变化	恶化	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	36	11	18	6	1	0	80.55	97.22
对照组	36	5	13	10	6	2	50.00	77.78

注: 愈显率两组间比较, $\chi^2=7.414$, $P=0.006$; 总有效率: $\chi^2=6.222$, $P=0.013$ 。

2.2 NIHSS

治疗前两组间 NIHSS 评分无显著性差异 ($P>0.05$); 治疗后两组 NIHSS 评分均显著改善 ($P<0.001$), 治疗组改善显著优于对照组 ($P<0.001$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 NIHSS 评分比较

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	36	25.98 \pm 2.36	10.36 \pm 1.82	-44.908	0.000
对照组	36	25.89 \pm 2.42	20.85 \pm 1.79	-17.136	0.000
t		0.261	-31.814		
P		0.794	0.000		

2.3 BI

治疗前两组间 BI 评分无显著性差异 ($P>0.05$); 治疗后两组 BI 评分均显著改善 ($P<0.001$), 治疗组改善显著优于对照组 ($P<0.001$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 BI 评分比较

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	36	24.98 \pm 10.28	62.38 \pm 14.31	25.325	0.000
对照组	36	25.12 \pm 9.98	41.65 \pm 13.75	11.821	0.000
t		-0.029	15.483		
P		0.977	0.000		

2.4 中医症候积分

治疗前两组间中医症候积分无显著性差异 ($P>0.05$); 治疗后两组中医症候积分均显著改善 ($P<0.001$), 治疗组改善显著优于对照组 ($P<0.001$)。见表 4。

表 4 两组治疗前后中医症候积分比较

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	36	25.68 \pm 8.49	10.35 \pm 4.19	-16.639	0.000
对照组	36	25.74 \pm 8.67	20.24 \pm 4.36	-7.583	0.000
t		-0.124	-12.325		
P		0.901	0.000		

2.5 不良反应

治疗前及治疗后 7 d、14 d 检查血常规、肝肾功能及凝血四项, 治疗组 1 例活化部分凝血酶时间(APTT)轻度升高, 对照组 1 例丙氨酸转氨酶(ALT)轻度升高。

3 讨论

缺血性脑卒中又称脑梗死, 是现代社会中致死和致残的重要中枢神经系统血管事件。在急性期, 由于血管阻塞引起以其支配领域为中心的脑血流量减少, 组织进入缺血状态, 在脑组织缺血再灌注时产生大量自由基, 被认为是缺血性脑血管损害的主要因子。自由基在脑缺血缺氧损害过程中起着关键性作用, 其通过和兴奋性氨基酸毒性、钙超载等彼此重叠、相互联系, 引起脂质过氧化、膜功能损害及蛋白质、DNA、RNA 损害, 最终形成炎症、凋亡等病理过程^[3]。

现代研究表明, 内皮素-1(ET-1)和一氧化氮(NO)为血管内皮细胞分泌的两种重要的活性物质。在正常情况下, ET-1、NO 保持平衡状态。急性脑梗死发生后, 血管内皮功能损伤, 导致 ET-1 合成增多, NO 分泌下降, 两者的平衡遭破坏, 导致脑梗死边缘侧支血管强烈收缩, 病灶周围血流量进一步减少, 加重梗死

区的缺血缺氧, 扩大梗死面积, 神经组织进一步受损^[4]。

缺血性脑卒中的治疗原则是尽快改善脑血液灌注, 增加缺血区的血流量及氧的供应, 及早采用各种抗氧化策略进行干预, 包括抑制自由基的生成、清除自由基以及增加自由基的降解等, 从而消除脑水肿, 减轻脑损伤^[5]。

急性缺血性脑卒中属中医“中风”病范畴, 其病因病机中, 血瘀占重要地位。由于血行不畅, 血液黏稠度增高, 流动性下降, 从而导致血阻滞不畅, 血栓形成; 再者, 中老年人随着年龄的增长, 气血渐衰, 气虚血瘀。气虚血瘀是缺血性中风病最常见的证型, 贯穿中风始终^[6-7]。中医治疗宜用活血化瘀之法, 其中血府逐瘀汤为其代表方剂之一。

依达拉奉是一种脑保护剂及强效的自由基清除剂, 其主要成分为 3-甲基-1-苯基-2-吡啶啉-5-酮。该药能减少缺血半暗带的面积, 抑制迟发性神经元死亡, 还能防止血管内皮细胞损伤, 发挥抗缺血作用; 其血脑屏障穿透率约为 60%, 可在脑内达到有效治疗浓度, 能显著减轻神经功能障碍^[8-9]。

N-乙酰门冬氨酸(NAA)是特异性存活神经细胞的标志, 缺血性脑卒中发病初期含量急剧减少。缺血性脑卒中急性期患者给予依达拉奉, 可抑制梗死周围局部脑血流量的减少, 使发病后第 28 天脑中 NAA 含量较甘油对照组明显升高^[10]。基础研究和临床试验均表明, 依达拉奉对缺血再灌注损伤具有保护作用, 它可抑制脂质过氧化反应, 减轻脑内花生四烯酸引起的脑水肿, 抑制迟发性神经元死亡, 并缓解所伴随的神经症状^[11]。

血府逐瘀汤用桃仁、红花、川芎、赤芍活血祛瘀, 配合当归、生地活血养血, 使瘀血去而又不伤血; 柴胡、枳壳疏肝理气, 使气行则血行; 牛膝破瘀通经, 引瘀血下行, 桔梗入肺经, 为诸花舟楫引药上行, 牛膝引瘀血下行, 一升一降, 使气血更易运行; 甘草缓急, 通百脉以调和诸药。

现代药理研究表明, 桃仁具有抗凝血、抗血栓等作用, 对心肌缺血损伤和脑部血管活性有改善作用^[12]。当归具有抑制血小板聚集、抗凝作用^[13]。红花具有扩张冠状动脉作用, 可改善动脉的血流量, 降低血管阻力, 有抗血小板聚集、抗血栓作用^[13]。川芎的有效成分川芎嗪和阿魏酸等具有清除氧自由基、减轻 Ca^{2+} 超载、保护血管内皮细胞、扩张血管、抑制细胞

凋亡和肥大、调节免疫状态、抗血小板聚集和血栓形成, 影响多种细胞因子的表达等作用, 从而能针对多系统、多器官、多种病证发挥作用^[14]。赤芍能抑制脂质过氧化反应, 对局灶性脑缺血再灌注损伤有保护作用, 能使脑组织梗死面积减少, 显著提高缺血脑组织中 Na-K^{+} -ATP 酶、 Ca^{2+} -ATP 酶的活性, 改善梗死后脑组织的能量代谢^[15]。诸药相合, 临床上可控制梗死面积, 保护心脑血管和细胞, 改善神经功能^[4,16]。

【参考文献】

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点 (1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [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(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-57.
- [3] 程朔, 孙万军. 依达拉奉治疗急性缺血性脑卒中的临床观察[J]. 临床合理用药, 2012, 5(4B): 84-85.
- [4] 胡方方, 李东风, 谢静芳, 等. 血府逐瘀汤对急性脑梗死患者血管内皮功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2010, 8(9): 1069-1070.
- [5] 赵峰, 姜亚军. 卒中治疗的抗氧化策略[J]. 国际脑血管病杂志, 2006, 14(6): 401-412.
- [6] 包祖晓, 赵国平. 缺血性中风与气虚血瘀病机的相关性探讨[J]. 中国中医药信息杂志, 2002, 9(4): 45-46.
- [7] 刘苏. 缺血性中风病因病机的探讨[J]. 安徽中医临床杂志, 2001, 13(5): 383-384.
- [8] Uno M, Kitazato KT, Suzue A, et al. Inhibition of brain damage by Edaravone, a free radical scavenger, can be monitored by plasma biomarkers that detect oxidative and astrocyte damage in patients with acute cerebral infarction [J]. Free Radic Bio Med, 2005, 39(8): 1109-1116.
- [9] Amemiya S, Kamiya T, Nito C, et al. Anti-apoptotic and neuroprotective effects of edaravone following transient focal ischemia in rats [J]. Eur J Pharmacol, 2005, 516(2): 125-130.
- [10] 鲁殿荣. 依达拉奉注射液治疗大面积脑梗死的疗效观察[J]. 中外健康文摘, 2008, 19: 36.
- [11] 周沐科, 杨洁, 何俐, 等. 依达拉奉治疗急性脑梗死的随机双盲对照试验[J]. 现代预防医学, 2007, 34(5): 966-968.
- [12] 王仁芳, 范令刚, 高文远, 等. 桃仁化学成分与药理活性研究进展[J]. 现代药物与临床, 2010, 25(6): 426-429.
- [13] 李应宏, 赵明芳, 阮建彪, 等. 身痛逐瘀汤联合医用臭氧治疗膝关节炎性关节炎症疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(8): 64-65.
- [14] 舒冰, 周重建, 马迎辉, 等. 中药川芎中有效成分的药理作用研究进展[J]. 中国药理学通报, 2006, 22(9): 1042-1047.
- [15] 马仁强, 朱邦豪, 陈健文, 等. 赤芍总苷注射液对大鼠局灶性脑缺血的保护作用和对脑血流量的影响[J]. 中成药, 2006, 28(6): 835-838.
- [16] 孙玉玲. 血府逐瘀胶囊对缺血性脑血管病恢复期 30 例血脂及血流变的影响[J]. 北京医学, 2005, 24(1): 61.

(收稿日期: 2012-11-22 修回日期: 2012-12-20)