

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2018.05.005

· 临床报道 ·

红参加补阳还五汤治疗气虚血瘀型急性脑梗死的临床观察

宋平瑞

范县人民医院,河南濮阳 457500

急性脑梗死是危害我国人口生命健康的重要疾病,具有高发病率、高致死率、高致残率和低治愈率的特点。目前,西医治疗本病多采用抗凝、抗血小板等方式,以帮助促进脑部血液循环、改善神经功能。传统中医将本病归属于“中风”、“卒中”等范畴,其主要病因病机为元气亏虚、痰瘀闭阻而致脑络不通、肢体失用,治疗应以活血化瘀、补中益气为主。补阳还五汤出自清代名著《医林改错》,具有化瘀通络、益气行血的作用;而红参具有补气、滋阴、养血等功效,常用于肢冷脉微、气不摄血、体虚欲脱之证^[1]。本研究观察红参加补阳还五汤对急性脑梗死的治疗效果,旨在探讨该方对患者神经功能、中医证候积分及炎症因子的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2016 年 3 月—2018 年 3 月于本院治疗的 56 例急性脑梗死患者作为研究对象,按随机数表法分为对照组与观察组,每组 28 例。对照组,其中男 16 例,女 12 例;年龄 61~78 岁,平均年龄(69.26±5.17)岁;基底核梗死 10 例,脑叶梗死 7 例,内囊梗死 6 例,丘脑梗死 5 例。观察组,其中男 15 例,女 13 例;年龄 59~79 岁,平均年龄(69.42±5.22)岁;基底核梗死 11 例,脑叶梗死 6 例,内囊梗死 5 例,丘脑梗死 6 例。2 组一般资料相比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:经头颅 CT/MRI 确诊为急性脑梗死;美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分为 7~20 分;符合《中医内科常见病诊疗指南》^[2]中关于气虚血瘀证诊断标准。排除标准:脑部肿瘤及其他脑血管疾病;严重肝、肾、造血系统及代谢系统疾病;精神异常无法配合治疗者。

1.3 治疗方法

所有患者均给予脱水、补液、补充电解质等对症

支持治疗以及调节血压、血糖及血脂、保护神经等综合治疗。对照组采用:①阿司匹林片(山西力玖药业有限公司,国药准字 H14020442)口服,100 mg/次,1 次/d;②阿托伐他汀钙(浙江海正药业股份有限公司,国药准字 H20103631)口服,10 mg/次,1 次/d。在此基础上,观察组采用红参加补阳还五汤,方剂组成为生黄芪 60 g,当归、川芎、赤芍、桃仁各 15 g,地龙 10 g,红花、红参各 6 g,1 剂/d,水煎煮,去渣留汁 200 mL,早晚温服。2 组均连续治疗 2 周后进行疗效评价。

1.4 观察指标与疗效评价

比较 2 组治疗前后神经功能与中医证候积分:采用 NIHSS 评分评估神经功能缺损程度,评分范围 0~42 分,分数越高表示神经缺损越严重^[3];中医证候积分参考《中药新药临床研究指导原则》^[4],症状包括半身不遂、口眼歪斜、面色苍白等,总分 12 分,得分越高提示症状越严重。比较 2 组治疗前后炎症因子水平:采集治疗前后空腹状态下静脉血 5 mL,离心取血清,采用酶联免疫吸附法检测血清中 IL-6、hs-CRP 水平。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件处理数据,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组 NIHSS 评分与中医证候积分比较

治疗后,2 组 NIHSS 评分及中医证候积分均较治疗前降低,且观察组上述评分降低更明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 2 组炎症因子比较

治疗后,观察组血清 IL-6 与 hs-CRP 水平均较治疗前及对照组显著降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 治疗前后 NIHSS 评分与中医证候积分比较 (n=28, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NIHSS 评分	中医证候积分
对照组	治疗前	18.31 ± 2.51	9.04 ± 2.46
	治疗后	11.62 ± 1.08*	4.29 ± 1.64*
观察组	治疗前	18.09 ± 2.33	8.96 ± 2.37
	治疗后	6.38 ± 0.84* [△]	2.73 ± 1.52* [△]

与治疗前比较* P<0.05; 与对照组比较[△] P<0.05

表 2 治疗前后炎症因子比较 (n=28, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IL-6(pg/L)	hs-CRP(mg/L)
对照组	治疗前	10.69 ± 3.05	12.56 ± 5.23
	治疗后	9.26 ± 2.69	10.82 ± 5.36
观察组	治疗前	10.53 ± 2.98	12.19 ± 5.62
	治疗后	7.04 ± 2.62* [△]	8.13 ± 4.12* [△]

与治疗前比较* P<0.05; 与对照组比较[△] P<0.05

3 讨论

急性脑梗死多发于中老年患者,其发病机制主要为脑血栓引起的栓塞性血管阻塞,导致脑供血不足、脑组织坏死,如不及时救治可遗留诸多后遗症,危及生命健康。多种炎症因子在脑梗死的发生、发展和演变中具有重要作用:IL-6 在缺血半暗带脑组织中的表达明显升高,可对血管内膜产生损伤,增加血管通透性,扩大炎症级联反应,促进动脉粥样硬化的发生及发展;hs-CRP 是反映炎症反应的敏感性指标,与病情的严重程度呈正比。脑梗死患者急性期 IL-6、hs-CRP 水平明显上升,且水平高低与病情的严重程度及预后具有密切联系^[5]。

急性脑梗死归属于“中风”范畴,主要病机为气虚血瘀,治疗以补气为本、活血为标,标本兼治,以达到气充血旺、脑络畅通之效。补阳还五汤是中医治疗缺血性中风的代表方剂,具有“不以逐瘀活血,重在补气以活血”的配伍特点。本方由桃红四物汤演化而来,其中黄芪为君,具有补元气、旺气血、祛瘀通络之效;当归为臣,可祛瘀、养血、活血;赤芍、川芎、桃仁、红花同为佐药,可助臣药活血化瘀;地龙具有通经活络、平肝熄风的作用^[6]。该方以少量活血药物与大量补气药进行配伍,以促进气旺血行,活血而不伤正。现代药理研究^[7]证实,该方可提高血小板内环磷酸腺苷水平,有效抑制血小板聚集,改善微循环及侧支循环;同时可促进脑血管扩张,增加脑血流量,降低再灌注损伤,改善神经功能。红参具有大补元气、摄血益气、复脉固脱的功效,将其加入补阳还五汤中,可加强益气、活血、通络的功效,提高治疗效果^[8]。本研究对气虚血瘀型急性脑梗死患者,在西医常规治疗基础上,采

取补阳还五汤加红参进行治疗,结果显示,观察组治疗后 NIHSS 评分、中医证候积分、IL-6 与 hs-CRP 水平均显著低于对照组,表明红参加补阳还五汤治疗急性脑梗死疗效优于单纯西医治疗,其可减轻神经功能损伤,降低炎症反应,促进中医证候改善。

综上所述,在西医治疗基础上,采用红参加补阳还五汤治疗急性脑梗死,可促进患者中医证候改善,减轻炎症反应,降低神经系统缺损,促进神经功能修复。

参 考 文 献

- [1] 江思德,唐明山,肖静,等.脑梗死急性期治疗临床研究进展[J].医学综述,2016,22(8):1513-1515.
- [2] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南(中医病证部分)[M].北京:中国中医药出版社,2008:56-57.
- [3] 张文敏,苏秀坚.补阳还五汤佐治急性脑梗死的临床疗效及对 NIHSS 和 ADL 评分的影响[J].中医药信息,2018,35(3):101-105.
- [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,2002:54-60.
- [5] 钟芳芳,吴承龙,孙新芳,等.补阳还五汤联合依达拉奉对小鼠急性脑缺血再灌注损伤的神经保护作用[J].中国现代应用药学,2016,33(3):293-297.
- [6] 纪永毅.补阳还五汤加减联合脂必泰对气虚血瘀型脑梗死病人炎症因子和颈动脉粥样硬化的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(18):2168-2170.
- [7] 吴引萍,郭树林.针灸联合补阳还五汤加减治疗急性脑梗死临床观察[J].中国中医急症,2016,25(3):544-545.
- [8] 王敏,路娟.补阳还五汤联合疏血通注射液治疗急性脑梗死的临床疗效[J].陕西中医,2016,37(3):271-273.

(收稿日期:2018-07-18)