

· 临床论著 ·

养阴益气活血方治疗气阴两虚、瘀血阻络证
缺血性中风疗效观察万海同¹ 别晓东² 姚 政³ 徐 彬⁴ 刘 华² 杨洁红¹ 张宇燕¹ 何 昱¹ 周惠芬¹

摘要 目的 研究养阴益气活血方(养阴通脑颗粒基本方)治疗缺血性中风气阴两虚、瘀血阻络证临床疗效。**方法** 将 312 例患者采用分层随机分配法分为对照组和治疗组,其中养阴益气活血方随证加减治疗组(治疗组)226 例,血栓心脉宁对照组(对照组)86 例。疗程均为 4 周。观察两组气阴两虚、瘀血阻络证及其兼证急性期、恢复期构成比;治疗前后临床疗效、临床症状积分、全血黏度比、血浆黏度比、红细胞压积、ESR、TC、TG、HDL-C、LDL-C 变化。**结果** 缺血性中风急性期、恢复期的气阴两虚、瘀血阻络证及其兼证构成比差异有统计学意义($P < 0.01$),气阴两虚、瘀血阻络证是两组的基本证型。治疗组愈显率(71.24%, 161/226)明显高于对照组(43.02%, 37/86),治疗组总有效率(91.15%, 206/226)高于对照组(76.74%, 66/86),差异均有统计学意义($P < 0.01$)。治疗组症状积分、全血黏度比、血浆黏度比、红细胞压积、ESR、TC、TG、HDL-C 和 LDL-C 较治疗前显著改善,差异均有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。**结论** 养阴益气活血方随证加减可显著改善缺血性中风症状,并对全血黏度比、血浆黏度比、红细胞压积、ESR、血脂异常代谢等指标有显著改善作用。缺血性中风患者存在气阴两虚致血瘀的病理变化,气阴两虚、瘀血阻络证是缺血性中风的基本证型。

关键词 养阴益气活血方;缺血性中风;气阴两虚证;瘀血阻络证;中医治则治法

Treating Ischemic Stroke Patients of Deficiency of Qi and Yin Syndrome and Static Blood Obstructing Collaterals Syndrome by Yangyin Yiqi Huoxue Recipe: a Clinical Study of Therapeutic Effect
WAN Hai-tong¹, BIE Xiao-dong², YAO Zheng³, XU Bin⁴, LIU Hua², YANG Jie-hong¹, ZHANG Yu-yan¹, HE Yu¹, and ZHOU Hui-fen¹ 1 Institution of Cardiocerebral Vascular Disease, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou (310053), China; 2 Department of Traditional Chinese Medicine, Second Affiliated Hospital, Medical College of Zhejiang University, Hangzhou (310053), China; 3 Department of Neurology, Zhejiang Chinese Medicine Hospital, Hangzhou (310053), China; 4 Department of Neurology, Zhejiang Xinhua Hospital, Hangzhou (310053), China

ABSTRACT Objective To observe the clinical effect of Yangyin Yiqi Huoxue Recipe (YYHR, the basic recipe of Yangyin Tongnao Granule) in treatment of ischemic stroke patients of deficiency of qi and yin syndrome (DQYS) and static blood obstructing collaterals syndrome (SBOCS). **Methods** Totally 312 patients were assigned to the control group (86 cases) and the treatment group (226 cases) using stratified randomized allocation method. Patients in the treatment group were treated with modified YYHR, while those in the control group took Xueshuan Xinmaining. The treatment course was 4 weeks for all. Constituent ratios of the acute stage and the recovery stage of DQYS and SBOCS and their complicated syndromes were observed in the two groups. Changes of the clinical curative effect, clinical symptoms integral, whole blood viscosity ratio, plasma viscosity ratio, hematocrit, erythrocyte sedimentation rate (ESR), total cho-

基金项目:国家自然科学基金资助项目(No. 81374053, No. 81173647, No. 81073139);浙江省自然科学基金资助项目(No. LR12H27001);浙江省卫生高层次创新人才培养工程项目;浙江省中医药(中西医结合)重点学科(No. 2012-XK-A06)

作者单位:1. 浙江中医药大学心脑血管病研究所(杭州 310053);2. 浙江大学医学院附属第二医院中医科(杭州 310053);3. 浙江省中医院神经内科(杭州 310053);4. 浙江省新华医院神经内科(杭州 310053)

通讯作者:万海同, Tel: 0571-86613711, E-mail: wanhaitong@zjtcn.net

DOI: 10.7661/CJIM.2015.03.0281

lesterol (TC), triglyceride (TG), high density lipoprotein cholesterol (HDL-C), and low density lipoprotein cholesterol (LDL-C) were detected in the two groups before and after treatment. Results There was statistical difference in constituent ratios of the acute stage and the recovery stage of DQYS SBOCS and its complicated syndromes between the two groups ($P < 0.01$). DQYS and SBOCS was basic syndrome types of the two groups. The cured and markedly effective rate was 71.24% (161/226) in the treatment group and 43.02% (37/86) in the control group. The total effective rate was 91.15% (206/226) in the treatment group, higher than that of the control group (76.74%, 66/86) with statistical difference ($P < 0.01$). There was statistical difference in the clinical symptoms integral, whole blood viscosity ratio, plasma viscosity ratio, hematocrit, ESR, TC, TG, HDL-C, and LDL-C ($P < 0.05$, $P < 0.01$). Conclusions Symptoms of ischemic stroke patients could be improved by modified YYHR. Indices such as the whole blood viscosity, plasma viscosity ratio, hematocrit, ESR, abnormal metabolism of blood lipids were also significantly improved. Pathological changes of blood stasis induced by qi-yin deficiency exist in ischemic stroke patients, and DQYS and SBOCS were basic syndrome types.

KEYWORDS Yangyin Yiqi Huoxue Recipe; ischemic stroke; deficiency of qi and yin syndrome; static blood obstructing collaterals syndrome; therapeutic principles and treatment of Chinese medicine

脑卒中是对人类危害严重的全球性问题,发病率与病死率占前三位;致残率与复发率高给社会带来沉重负担^[1]。缺血性中风相当于西医学脑梗死等急性缺血性脑血管疾病,约占脑血管病 50%~65%,病死率 15%~25%^[2,3]。该病已成为国内外医学界关注的重要课题。

中医药学在防治该病方面具有一定优势,但其疗效有待提高。本研究以中医学理论为指导,以临床实际为依据,结合本项目组大量基础研究成果,参照中医学有关中风病风、痰、火、瘀、虚的证候标准以辨别中风病证候。以气阴两虚、瘀血阻络为缺血性中风为基本病机,以养阴、益气、活血为基本治则,采用养阴益气活血方随证加减治疗该病取得了良好疗效,现报告如下。

资料与方法

1 诊断标准及辨证分型标准 脑梗死、动脉粥样硬化(atherosclerosis, AS)性血栓性脑梗死诊断标准参照文献[4]。中风病中医诊断参照文献[5],中医证候积分 > 7 分为诊断成立。中医气阴两虚证、瘀血阻络证辨证分型标准参考文献[6]。

2 纳入及排除标准 纳入标准:符合诊断标准及中医辨证分型标准;尚未经中医药治疗;经伦理委员会同意,并签署知情同意书。排除标准:伴严重疾患,如严重心衰;合并有肝、肾、造血系统、重症糖尿病及骨关节病、精神病、癫痫;短暂性脑缺血发作;脑肿瘤、脑外伤、血液病等引起的中风病。

3 一般资料 312 例为 1998 年 5 月—2012 年 12 月就诊于浙江省中医院(65 例)、浙江大学附属第

二医院(95 例)、浙江省新华医院(109 例)、浙江中医药大学中医门诊部(43 例)的门诊和住院患者。治疗组与对照组控制一定比例,并按性别随机分配分为血栓心脉宁对照组(对照组)和养阴益气活血方随证加减治疗组(治疗组),其中治疗组 226 例,对照组 86 例。治疗组男 141 例,女 85 例,平均年龄(62 ± 10)岁;对照组男 55 例,女 31 例;平均年龄(62 ± 8)岁。两组一般资料比较(表 1),差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 治疗方法 治疗组以养阴、益气、活血为基本治则,方药采用养阴益气活血方(即养阴通脑颗粒基本方)随证加减治疗。处方组成:生地黄 15 g 石斛 15 g 黄芪 15 g 葛根 18 g 水蛭 3 g 川芎 10 g。每天 1 剂分 2 次口服。随证加减:兼风痰,以祛风化痰,加天南星、半夏等或真方白丸子加减;兼风火上扰,以平肝潜阳,加天麻、钩藤、羚羊角等;兼痰热腑实,以通腑、化痰,加大黄、虎杖、栝蒌等;兼痰湿蒙神,以辛温开窍,豁痰,急配用苏合香丸;兼痰热内闭,以清热化痰、开窍,急配用安宫牛黄丸或清开灵注射液等;兼热毒,以解毒,加黄芩、黄连等;兼肾虚,以补肾,加巴戟天、川断等;兼湿,以利湿,加茯苓、泽泻等,饮片均来自杭州华东中药饮片有限公司,煎药方法按照统一制定方法由各医院制剂室制备。对照组服用血栓心脉宁胶囊(川芎、丹参、水蛭、人参茎叶皂甙等,0.5 g/粒,吉林华康药业股份有限公司,批号:980205、020414、060601、100203),每次 4 粒,每天 3 次,口服。两组均可配西医常规治疗方法,如急救时采用脱水、抗栓、降脂等,两组疗程均为 4 周,均停用其他中药。

表 1 两组一般资料比较 (例)

项目	治疗组	对照组	项目	治疗组	对照组	项目	治疗组	对照组	项目	治疗组	对照组
症状			气短	83	24	高血脂	122	47	舌有齿痕	79	36
心悸	46	18	口黏痰多	46	12	高心病	14	9	舌体歪斜	159	55
胸痛	34	12	自汗	30	15	冠心病	36	16	舌背脉络曲张	63	32
喘息	18	7	便秘	37	16	风心病	7	5	脉络暗紫	169	57
嗜睡	39	14	溲赤	35	13	房颤	12	5	脉络淡紫	32	22
腹胀	27	10	眼花	79	26	帕金森	26	13	脉象弦	112	53
腹痛	10	6	发病时间			遗忘症	13	6	滑	53	30
恶心	26	13	夜间	139	53	舌象少苔	63	24	数	20	11
呕吐	18	10	白天	87	33	薄苔	93	46	细	73	40
食欲不振	63	26	诱因			厚苔	70	16	缓	35	12
咳嗽	26	9	体质	49	22	舌质淡暗	136	46	结代	15	9
水肿	43	17	激动	76	26	舌有紫斑	32	12	涩	72	23
头痛	42	20	寒冷	34	13	舌质嫩	36	19	中医病名		
眩晕	57	23	劳力	47	21	舌质少津	20	16	中经络	223	80
耳鸣	27	15	饮食	27	10	舌体胖	37	22	中脏腑	13	7
心烦	32	11	排便	23	10	舌体瘦	54	21	西医病名		
失眠	41	32	病史						脑梗形成	149	59
			高血压病	142	52				脑梗塞	77	27
			糖尿病	75	27						

4 观察指标及方法 记录缺血性中风发病 1 周内(急性期)、发病第 3 周内(恢复期)及治疗过程的病情变化等情况,综合分析肢体活动、语言、生活能力等全身症状变化情况。

4.1 两组证型构成比 参照中风病风、痰、火、瘀、虚的证候标准,以辨别中风病证候,辨证采用评分法,每一证候得分是诊断该证候的各项因素所得最高分相加而成。分为气阴两虚、瘀血阻络证基本证型及基本证型兼风痰、兼风火上扰、兼痰热腑实、兼痰湿蒙神、兼痰热内闭证。制定统一的缺血性中风观察表,证候及治疗情况采集者均经严格培训,并由副主任医师以上参与。比较两组急性期和恢复期证型构成比。

4.2 疗效评定方法 参照国家中医药管理局脑病急症协作组《中风病中医诊断与疗效评定标准》(试行)^[3]中神志状态、语言表达、上肢肩关节、上肢指关节、下肢髋关节、下肢趾关节、综合功能等指标评定,每项由轻到重为 0~4 分,治疗前总分为 28 分。治疗每周记录 1 次,共观察 4 周。

4.3 疗效判断标准 参照文献[3],疗效值按下列公式计算:病情改善率=(用药前总评分-用药后总评分)/用药前总评分×100%。基本痊愈:疗效值≥85%(含 50%);显效:疗效值 50%~85%;有效:疗效值 20%~50%(含 20%);无效:疗效值<20%。

4.4 实验室指标检测 治疗前后晨 8:00 点前并

已空腹 12 h 后采静脉血 10 mL,检测血常规、血液流变学(全血黏度比、血浆黏度比、红细胞压积、ESR),采用血液流变学分析仪常规测定。血脂(TG、TC、HDL-C、LDL-C)测定分别采用甲醇硅酸变色酸法、酶法、磷钨酸镁测定法、聚乙烯硫酸(PVS)法。

4.5 随访 治疗组和对照组用药后随访时间均为 6 个月,此期间定时通过走访或电话咨询记录服药后反应等情况。

5 统计学方法 采用 SPSS 11.5 统计软件,计数资料采用四格表 χ^2 值检验,两样本均数比较使用 t 检验,多个样本均数比较先进行正态检验,方差齐性检验,符合正态检验和方差齐性,进行单因素方差分析,组间两两比较用 q 检验;不符合正态检验或方差齐性,进行变量变换后使之符合;变量转换后仍不能满足正态检验和方差齐性的,采用非参数检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 两组证型构成比比较(表 2) 与本组急性期比较,两组恢复期气阴两虚、瘀血阻络证构成比升高($P<0.01$, $P<0.05$),其他证型构成比降低($P<0.01$, $P<0.05$)。与对照组恢复期比较,治疗组恢复期气阴两虚、瘀血阻络证及兼痰热内闭证构成比升高,其他证型构成比降低($P<0.05$)。

表 2 两组证型构成比比较 [例(%)]

组别	时间	例数	气阴两虚、瘀血阻络	兼风痰	兼风火上扰	兼痰热腑实	兼痰湿蒙神	兼痰热内闭
治疗	急性期	226	72(31.86)	97(42.92)	18(7.96)	26(11.50)	8(3.54)	5(2.21)
	恢复期	226	129(57.08)**	70(30.97)**	6(2.65)**	12(5.31)**	6(2.65)**	3(1.33)**
对照	急性期	86	29(33.72)	35(40.70)	7(8.14)	10(11.63)	3(3.49)	2(2.33)
	恢复期	86	39(45.35)*△	30(34.88)*△	5(5.81)*△	8(9.30)*△	3(3.49)*△	1(1.16)*△

注:与本组急性期比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与治疗组恢复期比较,△ $P<0.05$

2 两组临床疗效比较(表3) 治疗组痊愈率及总有效率显著高于对照组($P<0.01$)。

表3 两组临床疗效比较

组别	例数	基本痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	痊愈率 (%)	总有效率 (%)
治疗	226	66	95	45	20	71.24*	91.15*
对照	86	16	21	29	20	43.02	76.74

注:与对照组比较,* $P<0.01$

3 两组治疗前后症状积分比较(表4) 与本组治疗前比较,两组治疗后症状积分降低($P<0.01$)。治疗组积分差值高于对照组($P<0.01$)。

表4 两组治疗前后症状积分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗	226	12.2 $\pm$ 5.3	5.4 $\pm$ 2.4*	6.8 $\pm$ 2.9 Δ
对照	86	12.5 $\pm$ 5.6	7.9 $\pm$ 2.8*	4.7 $\pm$ 2.7

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组比较, $\Delta P<0.01$

4 两组治疗前后全血黏度比和血浆黏度比比较(表5) 与本组治疗前比较,治疗组治疗后全血黏度比和血浆黏度比均降低($P<0.05$, $P<0.01$),对照组低切全血黏度比和血浆黏度比均降低($P<0.05$)。治疗组低切全血黏度比差值高于对照组($P<0.01$)。

表5 两组治疗前后全血黏度比和血浆黏度比比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	全血黏度比		血浆黏度比
			高切	低切	
治疗	226	治疗前	5.7 $\pm$ 1.4	10.7 $\pm$ 2.1	2.12 $\pm$ 0.37
		治疗后	4.2 $\pm$ 1.1*	7.3 $\pm$ 1.4**	1.31 $\pm$ 0.20*
		差值	1.4 $\pm$ 0.6	3.4 $\pm$ 0.7 Δ	0.81 $\pm$ 0.19
对照	86	治疗前	5.5 $\pm$ 1.3	11.0 $\pm$ 1.6	2.26 $\pm$ 0.22
		治疗后	4.9 $\pm$ 1.0	8.7 $\pm$ 1.2*	1.55 $\pm$ 0.17*
		差值	0.6 $\pm$ 0.5	2.2 $\pm$ 0.7	0.71 $\pm$ 0.12

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组差值比较, $\Delta P<0.01$

5 两组治疗前后红细胞压积、ESR 比较(表6) 与本组治疗前比较,治疗组治疗后红细胞压积、ESR 均降低($P<0.05$),对照组红细胞压积降低($P<0.05$)。治疗组红细胞压积、ESR 差值高于对照组($P<0.05$)。

表6 两组治疗前后红细胞压积、ESR 比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	红细胞压积(mm)	ESR(mm/h)
治疗	226	治疗前	46.36 $\pm$ 6.37	38.8 $\pm$ 7.3
		治疗后	40.61 $\pm$ 5.12*	31.1 $\pm$ 6.7*
		差值	5.75 $\pm$ 1.45 Δ	7.7 $\pm$ 1.2 Δ
对照	86	治疗前	45.25 $\pm$ 4.93	38.5 $\pm$ 7.0
		治疗后	41.62 $\pm$ 4.79*	34.5 $\pm$ 6.7
		差值	3.63 $\pm$ 0.28	4.0 $\pm$ 0.5

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较, $\Delta P<0.05$

6 两组治疗前后 TC、TG、HDL-C、LDL-C 比较(表7) 与本组治疗前比较,两组治疗后 TC、TG、LDL-C 均降低($P<0.01$),治疗组治疗后 HDL-C 升高($P<0.01$)。治疗组 TC、LDL-C 差值高于对照组($P<0.05$)。

表7 两组治疗前后 TC、TG、HDL-C、LDL-C 比较 (mmol/L, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	TC	TG	HDL-C	LDL-C
治疗	226	治疗前	6.8 $\pm$ 1.1	2.56 $\pm$ 0.42	0.68 $\pm$ 0.32	3.92 $\pm$ 0.36
		治疗后	5.1 $\pm$ 0.8*	1.62 $\pm$ 0.51*	1.13 $\pm$ 0.27*	2.90 $\pm$ 0.25*
		差值	1.8 $\pm$ 0.6 Δ	0.94 $\pm$ 0.21	0.45 $\pm$ 0.16	1.02 $\pm$ 0.28 Δ
对照	86	治疗前	7.0 $\pm$ 0.8	2.72 $\pm$ 0.53	0.65 $\pm$ 0.42	3.98 $\pm$ 0.52
		治疗后	6.1 $\pm$ 0.4*	2.12 $\pm$ 0.45*	0.86 $\pm$ 0.39	3.23 $\pm$ 0.32*
		差值	0.9 $\pm$ 0.4	0.60 $\pm$ 0.27	0.21 $\pm$ 0.12	0.75 $\pm$ 0.22

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

7 不良反应 治疗期间,治疗组9例出现腹泻症状,停药后腹泻症状即消失,不影响治疗;治疗组治疗期间和6个月随访期间未见与本方药治疗相关的不良反应。对照组有6例出现头痛,5例出现失眠,6例出现大便干结症状。

讨 论

缺血性中风辨证分型与治疗已有多家报道,认识多不尽一致,近年来多趋于参照国家中医药管理局脑病急症科协作组制定的《中风病辨证诊断标准》,在中风标准化研究方面起到一定作用,但该标准是将缺血性、出血性中风合并辨证,这对辨病与辨证相结合尚需完善。结合本项目早期大量基础与临床研究成果,笔者提出气阴两虚是缺血性中风病理本质,是致瘀血,或痰瘀、热瘀、风瘀、风火及痰蒙、热闭等标实之本,相应提出缺血性中风辨证论治方案,治疗思路、方法、方药等,有助缺血性中风辨治和提高临床疗效。

气阴两虚致瘀是缺血性中风主要病机变化。上述临床资料表明急性期除表现为气阴两虚、瘀血阻络证外,并多兼有风痰、风火上扰、痰热腑实之标实证。恢复期风痰、风火上扰、痰热腑实等本证兼标实证显著减少,气阴两虚、瘀血阻络证显著增加。

缺血性中风存在着血瘀病理状态,中医药以往对缺血性中风的治疗大多采用益气活血或活血化瘀法,多选补阳还五汤,其历来为医家所推^[7,8]。笔者和有关学者已认识到益气活血或活血化瘀等方药(如补阳还五汤)确有一定临床疗效,但该类治法易致脑出血、脑缺血再灌注损伤,伤阴等不良作用^[9]。已认识到补阳还五汤“养阴不足”,补气不养阴,则气之推动之功失于阴液滋润,正如无水生舟,难以见效^[10]。因此,重

视养阴药应用可有效避免以气虚血瘀论治缺血性中风有“补气活血有余,养阴不足之弊”。故针对缺血性中风宜养阴益气并用,针对本病“无瘀不致病”,须用活血之法治之。

本研究选以气阴两虚、瘀血阻络作为基本证型及兼风痰、兼风火上扰、兼痰热腑实、兼痰湿蒙神、兼痰热内闭诸证论治。采用以养阴益气活血方药基本治则并随证治疗缺血性中风可达到标本兼治,提出了新的辨证施治方法。本项目组前期研究表明养阴益气活血方药治疗该病具有协同作用,但机制不尽相同^[11],如提出养阴药(生地、石斛等)通过保护血管 EC、恢复脏腑组织功能达到“化瘀”,防止出血;即通过滋补阴液,增水行血;濡润脉道,有利血行;滋养脏腑、调节血行;滋阴降火等达到“滋而能通”。益气药(黄芪、人参等)抑制能量耗竭,补气以推动血液运行,加强活血药作用,养阴益气治阴虚气弱之本。活血药(川芎、水蛭等)抗栓溶栓,改善微循环以祛瘀血之标实。针对兼证加以祛风化痰,平肝潜阳,通腑,开窍,解毒,补肾,利湿治之,并注重急则治其标之法。

本项目组早期开展养阴益气活血方药及其代表方——养阴通脑颗粒应用基础研究。表明养阴生津方药对培养人脐静脉内皮细胞具有抗栓消凝等作用,在对某些指标的改善上甚至优于活血化瘀类中药^[12-14]。将养阴生津与益气活血方药配伍用实验研究表明,该法组合在抗脑缺血与再灌注损伤具有显著作用^[15-18]。养阴通脑颗粒对大鼠脑缺血后脑组织内皮素-1 基因表达具有调节作用^[19]、抗炎^[20]、增加家犬脑血流量^[21],改善大鼠血液流变学和血小板聚集^[22],表明养阴益气活血方药在抗脑缺血性损伤方面具有协同效应^[23]。

本课题组已开展了以益气活血方药——消栓通颗粒为对照,评价养阴益气活血方治疗中风阴虚气弱、瘀阻脑络证安全性和有效性随机双盲、安慰剂、阳性药平行对照、多中心Ⅱ期与Ⅲ期临床试验(SFDA 药品临床批件:2003L00206)。经 8 家药物临床试验机构完成了养阴通脑颗粒Ⅱ与Ⅲ期临床试验,共入组病例 728 例,结果显示本品治疗中风病安全、有效。

本研究所选用的对照药血栓心脉宁胶囊,具有益气活血等功效,用于气虚血瘀所致的中风等病^[24],其与治疗组在益气活血方面的功效有类似之处。研究表明治疗组临床疗效显著优于对照组($P < 0.05$),说明本方药治疗缺血性中风更切合缺血性中风病病机特点。血瘀证症状积分反映了综合状况,其变化反映了缺血性中风变化的总趋势,治疗组血瘀证积分下降尤

为显著,反映了该方药能显著改善缺血性中风症状。

研究结果表明缺血性中风患者治疗前全血高切比黏度、全血低切比黏度、血浆比黏度均显著高于治疗后,两组治疗前后差值有显著差异。提示养阴益气活血方能显著降低全血高切比和低切比黏度、血浆比黏度,其作用显著优于对照组。

两组缺血性中风患者治疗前后红细胞压积、ESR 差异均有统计学意义,治疗前患者红细胞压积增高,ESR 加快,两组治疗后均能使红细胞压积降低、ESR 减慢,两组治疗前后差值有显著差异。表明养阴益气活血方治疗组对异常红细胞压积增高、ESR 加快有改善作用。养阴益气活血方可使缺血性中风患者的浓、黏、聚状态有显著改善。

缺血性中风病例多伴有不同程度的血脂异常代谢变化,表现为 TC、TG、LDL-C 升高、HDL-C 降低。脂代谢紊乱是造成 AS 的重要因素,而 AS 又是脑梗死的病理基础,本项目研究提示缺血性中风患者存在不同程度的脂质代谢紊乱。养阴益气活血方与对照组相比,能显著降低血中 TC、TG、LDL-C 含量,升高 HDL-C 含量,有助改善血脂异常代谢变化,促进血中胆固醇的运转和排泄,预防其沉积。

本研究以养阴益气活血方药治疗该病取得了较好疗效。遵循中医“审证求因,审因论治,以效证因”、“以方测证”观点,提示缺血性中风患者存在着气阴两虚致血瘀病理变化,气阴两虚、瘀血阻络是缺血性中风的基本证型和重要证型。综合各家之言,结合临床实际及有关实验结果,笔者认为缺血性中风的基本病理变化系人至老年,气血渐衰,肾精气亏虚,阴液不足,脏腑功能衰竭,气血津液不能正常运行,瘀血或兼有风、痰(浊)、热,阻滞脉络,脑窍。因此,针对缺血性中风,气阴两虚、瘀血阻络基本病理变化,宜选用养阴、益气、活血为基本方药加减治之,达到标本兼治,符合中医学“审因论治”、“治病必求于本”的治疗原则。本研究尚需加大病例观察,综合分析缺血性中风证型;深入探讨养阴益气活血方药的药效物质和作用机制。

参 考 文 献

- [1] 陈志强. 缺血性脑血管病的研究进展[J]. 亚太传统医药, 2010, 6(7): 159-162.
- [2] 阴文丽, 薛军, 吴迪, 等. 心血管疾病患者脑卒中相关危险因素的研究进展[J]. 医学综述, 2014, 20(18): 3329-3331.
- [3] 鲁岳, 李涛. 活血化瘀中药对颈动脉粥样硬化及缺血性脑血管事件的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2014,

- 34(3): 303-307.
- [4] 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): 379-380.
 - [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): 55-57.
 - [6] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病辨证与诊断标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1994, 17(3): 64-66.
 - [7] 张磊, 刘涛. 补阳还五汤联合阿司匹林治疗短暂性脑缺血发作阿司匹林抵抗患者的随机对照观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(5): 593-597.
 - [8] 顾燕频, 廖月玲, 章忱, 等. 补阳还五汤对腹主动脉缩窄致大鼠心肌肥厚肌浆网钙摄取功能的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(5): 627-631.
 - [9] 陈冬, 杨洁红. 补阳还五汤抗脑缺血作用的研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2010, 28(1): 72-74.
 - [10] 肖春海. 补阳还五汤临证运用体会[J]. 实用中西医结合临床, 2010, 10(2): 77-80.
 - [11] 万海同, 杨进. 论养阴是治疗血瘀证的重要法则[J]. 中医杂志, 1996, 37(1): 8-11.
 - [12] 杨洁红, 张宇燕, 万海同. 养阴益气活血方对培养人脐静脉内皮细胞抗凝和纤溶功能的作用[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15(1): 377-379.
 - [13] 万海同, 白海波, 杨洁红, 等. 养阴与益气活血方药对培养人脐静脉内皮细胞抗凝和纤溶等功能影响的对比研究[J]. 中国医药学报, 2002, 17(4): 217-220.
 - [14] 万海同, 严伟民, 周佳音, 等. 应用光-色素法动脉血栓模型研究养阴益气活血冲剂的抗血栓作用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2000, 6(12): 47-49.
 - [15] 别晓东, 万海同, 陈悦青. 养阴益气活血方活性物质对脑缺血性损伤的保护作用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(11): 33-35.
 - [16] 万海同, 白海波, 杨洁红, 等. 养阴益气活血冲剂对脑缺血-再灌注损伤保护作用的实验研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(2): 85-87.
 - [17] 蔡宇, 白海波, 万海同, 等. 养阴益气活血冲剂对沙土鼠脑缺血时去甲肾上腺素的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2001, 7(2): 22-24.
 - [18] 李永强, 金枚, 仇盛蕾, 等. 益气养阴活血中药对急性心肌梗死患者血运重建后心室壁运动的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(4): 300-304.
 - [19] 杨洁红, 别晓东, 杜月光, 等. 大鼠脑缺血后脑组织内皮素-1 基因表达及养阴通脑颗粒对其干预的作用[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11(6): 324-326.
 - [20] 杜月光, 万海同, 张宇燕, 等. 脑缺血-再灌注损伤时 MMP9 表达及养阴通脑颗粒干预作用的研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10(6): 330-332.
 - [21] 朱肖星, 梅其炳, 王跃民, 等. 养阴通脑颗粒增加脑血流量的机制[J]. 第四军医大学学报, 2001, 22(14): 1276-1278.
 - [22] 杨洁红, 郭莹, 别晓东, 等. 养阴益气活血方药对大鼠血液流变学和血小板聚集的影响[J]. 中医康复研究, 2005, 9(39): 108-110.
 - [23] 郭莹, 万海同. 统计矩法评价养阴通脑颗粒各有效部位配伍在脑缺血再灌注大鼠中的药动学变化[J]. 中国中药杂志, 2010, 35(4): 493-496.
 - [24] 黄常旺, 包太成, 彭梅. 血栓心脉宁片治疗脑梗死的疗效观察[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(19): 2972-2973.

(收稿: 2014-03-18 修回: 2014-11-24)

《中国中西医结合杂志》获“2014 中国最具国际影响力学术期刊”

2014 年 12 月 16 日, 中国学术期刊(光盘版)电子杂志社、清华大学图书馆、中国学术文献国际评价研究中心联合发布《中国学术期刊国际、国内引证报告(2014 版)》。引证报告显示, 2012 年以来中国国际影响力优秀学术期刊的国际总被引频次连续 3 年大幅增长, 中国学术期刊的国际影响力正不断提升。同时发布了“2014 中国最具国际影响力学术期刊”和“2014 中国国际影响力优秀学术期刊”名单。《中国中西医结合杂志》获“中国最具国际影响力学术期刊”。本刊国际影响力指数 CI 为 90.907, 国际他引总引频次 1003 次, 国际他引影响因子 0.172。