

补阳还五汤对急性脑梗死患者凝血指标和生活质量的影响

张雨蒙*, 施战宝*, 宋雨航

(西安市鄠邑区中医医院脑病科, 陕西 西安 710300)

【摘要】目的 探讨补阳还五汤治疗急性脑梗死的临床疗效及对患者凝血指标、生活质量的影响。**方法** 选取 2020 年 2 月至 2022 年 2 月西安市鄠邑区中医医院收治的急性脑梗死患者 200 例, 以随机数字表法分为对照组与观察组, 各 100 例。对照组接受常规治疗(清除氧自由基、抑制血小板聚集等), 观察组则在对照组基础上加用补阳还五汤治疗, 两组患者均持续治疗 2 周。比较两组患者临床疗效, 治疗前后脑卒中生活质量量表(QOF)、Fugl-Meyer 运动功能评定量表(FMA)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分, 纤维蛋白原、全血黏度、血浆黏度、红细胞聚集指数及血清超敏-C 反应蛋白(hs-CRP)、基质金属蛋白酶-2(MMP-2)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平, 以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 观察组患者的治疗总有效率高于对照组; 与治疗前比, 治疗后两组患者 QOF、FMA、MoCA 评分均升高, 且观察组高于对照组; 治疗后两组患者 NIHSS 评分、纤维蛋白原、全血黏度、血浆黏度、红细胞聚集指数及血清 hs-CRP、MMP-2、IL-6、TNF- α 水平均降低, 且观察组低于对照组(均 $P < 0.05$); 治疗期间, 两组患者均未发生不良反应。**结论** 补阳还五汤治疗急性脑梗死能够有效减轻神经功能缺损, 提高认知、运动能力及生活质量, 还可改善凝血指标, 抑制炎症反应, 安全性良好。

【关键词】 急性脑梗死; 补阳还五汤; 神经功能; 凝血指标; 生活质量

【中图分类号】 R743.33

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.11.0082.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.11.028

急性脑梗死是临床常见的神经系统疾病之一, 通常是由于脑动脉出现粥样硬化或形成血栓, 导致脑组织血供突然中断后所引发的脑组织软化、坏死, 严重者会危及生命。目前, 国内对于急性脑梗死患者主要以抗血小板聚集、清除自由基等常规药物为主要治疗方案, 虽可起到一定效果, 但仍有部分患者疗效欠佳, 预后质量较差。中医将脑梗死归为“中风”的范畴, 多是由于先天禀赋不足、后天失养而气虚, 脾气衰虚而无力运血, 精血亏虚则脑髓失养, 三焦元气失主, 脏腑虚衰; 再加上患者情志所伤、饮食不节, 瘀血阻滞, 脑脉痹阻所致。益气活血法是中医理论体系中气血说的组成之一, 意在补气扶正、旺盛血运, 从而疏通血脉、活血化瘀, 正合急性脑梗死的治疗思路, 而补阳还五汤是益气活血法的代表方剂之一, 具有补中益气、通络活血的功效^[1]。本研究旨在探讨补阳还五汤治疗急性脑梗死的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取西安市鄠邑区中医医院 2020 年 2 月至 2022 年 2 月收治的 200 例急性脑梗死患者, 根据随机数字表法将其分为对照组(100 例)与观察组(100 例)。对照组患者中女性 40 例, 男性 60 例; 年龄 63~76 岁, 平均(68.51±4.24)岁; 病程 2~15 h, 平均(7.52±1.67)h。

观察组患者中女性 37 例, 男性 63 例; 年龄 64~77 岁, 平均(68.85±4.63)岁; 病程 1~14 h, 平均(7.31±1.24)h。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 组间有可比性。诊断标准: 西医符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[2]中脑梗死的诊断标准; 中医符合《中医病证诊断疗效标准》^[3]中“中风”的诊断标准。纳入标准: ①经影像学检查未发生脑出血者; ②能进行沟通交流者等; ③近期未接受抗凝药物、抗血小板药物、抗感染药物、自由基清除剂等。排除标准: ①严重器质性疾病者; ②神志不清, 智力与心理障碍严重者; ③合并恶性肿瘤者等。本研究经西安市鄠邑区中医医院医学伦理委员会批准, 所有患者及家属均签订知情同意书。

1.2 治疗方法 对照组患者接受维持水和电解质平衡、清除自由基、改善循环、抑制血小板聚集等常规治疗, 同时对患者血糖、血压、血脂水平进行控制^[4]。观察组患者则在对照组的基础上加用补阳还五汤, 组方: 地龙、赤芍、桃仁、红花、当归尾、川芎各 10 g, 黄芪 60 g。1 剂/d, 水煎后取 400 mL 药汁, 2 次/d, 200 mL/次, 早晚温服。两组患者均治疗 2 周。

1.3 观察指标 ①依据《中医病证诊断疗效标准》^[3]评估临床疗效。显效: 言语不利、耳鸣、头痛、眩晕、手足

作者简介: 张雨蒙, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 中医脑病诊疗。

通信作者: 施战宝, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 中医脑病诊疗。E-mail: 13630221637@163.com

麻木、半身不遂等症状得到显著改善；有效：上述症状得到基本缓解；无效：上述症状未改善甚至恶化。临床总有效率 = 显效率 + 有效率。②分别于治疗前后评估患者的生活质量、运动、认知功能及神经受损情况。脑卒中生活质量量表（QOF）^[5] 评分总分 10 分，其分值越高，生活质量越高；Fugl-Meyer 运动功能评定量表（FMA）^[6] 评分总分 100 分，得分越低者运动功能则越差；蒙特利尔认知评估量表（MoCA）^[7] 评分总分 30 分，分值越高则认知能力越高；美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）^[8] 评分总分 42 分，分值越低则神经受损越轻。③凝血指标水平。分别于治疗前后采集两组患者的空腹静脉血 6 mL，以全自动生化分析仪（迪瑞医疗科技股份有限公司，型号：CS-1200）检测纤维蛋白原、全血黏度、血浆黏度及红细胞聚集指数水平。④炎症因子水平。采血方法同③，经 3 500 r/min 离心 5 min 分离血清，以酶联免疫吸附法检测血清基质金属蛋白酶 -2（MMP-2）水平、白细胞介素 -6（IL-6）、肿瘤坏死因子 - α （TNF- α ）；以胶乳增强免疫透射比浊法检测血清超敏 -C 反应蛋白（hs-CRP）水平。⑤记录患者治疗期间不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计学软件分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用 χ^2 检验；计量资料经 S-W 法检验证实符合正态分布，以 $(\bar{x} \pm s)$ 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 两组患者临床疗效比较 与对照组比，观察组患者治疗总有效率更高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

2.2 两组患者 QOF、FMA、MoCA、NIHSS 评分比较 与治疗前比，治疗后两组患者 QOF、FMA、MoCA 评分均升高，且观察组各评分升高幅度比对照组更大；治疗后两组患者 NIHSS 评分均降低，且观察组 NIHSS 评分降低幅度比对照组更大，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 2。

2.3 两组患者凝血指标水平比较 与治疗前比，治疗后两组患者纤维蛋白原、全血黏度、血浆黏度、红细胞聚集指数水平均降低，且观察组低于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 3。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	100	55(55.00)	17(17.00)	28(28.00)	72(72.00)
观察组	100	70(70.00)	19(19.00)	11(11.00)	89(89.00)
χ^2 值					9.205
P 值					<0.05

表 2 两组患者 QOF、FMA、MoCA、NIHSS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	QOF 评分		FMA 评分		MoCA 评分		NIHSS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	100	3.92 \pm 0.47	4.96 \pm 0.77*	18.95 \pm 3.27	47.58 \pm 5.31*	18.14 \pm 2.38	22.29 \pm 2.52*	19.35 \pm 2.86	9.29 \pm 1.22*
观察组	100	3.95 \pm 0.45	7.22 \pm 1.64*	18.72 \pm 3.14	56.95 \pm 6.24*	18.21 \pm 2.52	26.96 \pm 2.13*	19.22 \pm 2.78	5.16 \pm 0.73*
t 值		0.461	12.474	0.507	11.436	0.202	14.153	0.326	29.049
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P < 0.05$ 。QOF：脑卒中生活质量量表；FMA：Fugl-Meyer 运动功能评定量表；MoCA：蒙特利尔认知评估量表；NIHSS：美国国立卫生研究院卒中量表。

表 3 两组患者凝血指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	纤维蛋白原 (g/L)		全血黏度 (mPa · s)		血浆黏度 (mPa · s)		红细胞聚集指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	100	4.18 \pm 0.57	2.89 \pm 0.32*	15.42 \pm 2.87	11.38 \pm 1.36*	2.84 \pm 0.32	1.48 \pm 0.26*	3.86 \pm 0.48	2.37 \pm 0.35*
观察组	100	4.15 \pm 0.54	2.26 \pm 0.35*	15.51 \pm 2.34	8.75 \pm 1.22*	2.87 \pm 0.34	0.95 \pm 0.13*	3.82 \pm 0.46	1.84 \pm 0.21*
t 值		0.382	13.285	0.243	14.395	0.643	18.233	0.602	12.985
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者血清炎症因子水平比较 与治疗前比, 治疗后两组患者血清 hs-CRP、MMP-2、IL-6、TNF- α 水平均降低, 且观察组各指标水平降低幅度比对照组更大, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 4。

3 讨论

急性脑梗死是临床较为常见的脑血管疾病, 起病突然, 常于安静休息或睡眠时发病, 易错过治疗时机, 严重威胁患者生命安全。目前临床常规治疗主要以抗血小板聚集、调脂稳斑、改善循环等为主, 虽具有一定治疗效果, 但为进一步提升临床对该疾病的控制, 本研究采取中西医结合治疗的方式进行观察。中医理论认为, 急性脑梗死的病位在脑, 上盛下虚、本虚标实为病性, 气血衰少、肝肾阴虚为本, 痰湿壅盛、瘀血阻滞、风火相煽、肝阳上亢为标, 病机总属阴阳失调、气血逆乱, 在治疗时应以益气活血为主要治疗原则。补阳还五汤中以黄芪为君药, 能滋补元气, 并旺气行血, 从而通络去瘀; 以当归尾为臣药, 活血的同时兼之养血, 化瘀却不伤血气; 以赤芍、桃仁、红花及川芎为佐药, 进一步辅佐君药; 并以地龙为使, 调和各药以通经活络; 全方以大量补气之药配合少量活血之药, 气旺则血行, 活血的同时又不会伤及正气, 全方共奏补气、活血、通络之效。本研究中, 观察组患者治疗总有效率及 QOF、FMA、MoCA 评分均高于对照组, NIHSS 评分低于对照组, 表明以补阳还五汤治疗急性脑梗死临床疗效显著, 能够有效减轻神经损伤, 提高患者认知、运动能力, 从而有效改善其生活质量。

急性脑梗死患者脑动脉中血流速度过缓, 形成血栓导致血管堵塞, 脑组织由于供血不足而软化坏死, 因此急性脑梗死患者的血液黏度较高。本研究结果显示, 观察组患者纤维蛋白原、全血黏度、血浆黏度、红细胞聚集指数水平均低于对照组, 表明急性脑梗死患者以补阳还五汤进行治疗能够改善凝血相关指标, 恢复血液循环通畅, 降低血液黏度。现代药理学研究表明, 补阳还五汤中所用地龙中所含蚓激酶能够有效溶解血栓, 从而改善高凝状态^[9]; 赤芍中内含赤芍总苷, 其抗凝效果更为显著^[10]; 因此, 补阳

还五汤能够降低血液黏度, 改善脑部微循环, 增加脑血流量, 改善患者凝血指标。

急性脑梗死发病时, 机体会产生大量炎症因子, 导致病灶周围的神经组织损伤, 加重神经功能缺损。相关研究显示, 补阳还五汤可扩张脑部血管, 抵抗自由基氧化所造成的损伤, 从而抑制炎症因子的释放, 减轻血管内皮细胞的损伤程度^[11]。本研究中, 观察组患者血清 hs-CRP、MMP-2、IL-6、TNF- α 水平均低于对照组, 表明急性脑梗死患者以补阳还五汤进行治疗, 能够降低炎症因子水平, 疗效更为优越。本研究中, 两组患者治疗期间未发生明显不良反应, 表明加用补阳还五汤不会增加临床治疗急性脑梗死的不良反应, 具有良好的安全性。

综上, 急性脑梗死患者以补阳还五汤进行治疗能够有效减轻神经功能缺损, 提高认知、运动能力及生活质量, 改善凝血指标水平, 降低炎症因子水平, 疗效显著, 安全良好, 值得临床应用与推广。

参考文献

[1] 王德功, 董锐, 宫鼎鼎. 补阳还五汤加减治疗脑梗死恢复期气虚血瘀型的临床疗效及对患者神经功能的影响探析 [J]. 中医临床研究, 2022, 14(6): 48-51.

[2] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 39.

[4] 林琳, 宴丽丽, 王峥, 等. 补阳还五汤对急性缺血性脑卒中患者炎症因子、氧化应激指标及脑神经功能影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(10): 1391-1395.

[5] 翁桂洲, 文钦生, 马泽君. 补阳还五汤辅助治疗急性脑梗死的效果及对患者生活质量的影响 [J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(5): 67-68.

[6] 刘先松, 董永书. 温针灸联合中药熏洗对脑卒中肌张力增高病人肌张力水平、FMA 评分及 CNS 评分的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(6): 1020-1023.

表 4 两组患者血清炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	hs-CRP(mg/L)		MMP-2(μ g/L)		IL-6(pg/mL)		TNF- α (μ g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	100	18.34 \pm 2.48	11.26 \pm 1.49*	88.48 \pm 9.57	57.25 \pm 6.46*	147.65 \pm 18.39	96.54 \pm 9.86*	21.57 \pm 3.28	12.46 \pm 1.37*
观察组	100	18.26 \pm 2.83	8.18 \pm 1.34*	88.64 \pm 9.16	45.12 \pm 6.83*	145.52 \pm 16.46	65.91 \pm 7.23*	21.48 \pm 3.64	8.71 \pm 1.28*
t 值		0.213	15.370	0.121	12.903	0.863	25.052	0.184	20.001
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P<0.05$ 。hs-CRP: 超敏 -C 反应蛋白; MMP-2: 基质金属蛋白酶 -2; IL-6: 白细胞介素 -6; TNF- α : 肿瘤坏死因子 - α 。

复方芩兰口服液治疗小儿疱疹性咽峡炎的 临床效果分析

张晓辉

(平山县人民医院儿科, 河北 石家庄 050400)

【摘要】目的 分析复方芩兰口服液治疗小儿疱疹性咽峡炎的临床效果, 以及对患儿免疫功能与心肌酶谱指标的影响。**方法** 以随机数字表法将平山县人民医院 2022 年 1 月至 12 月收治的 120 例疱疹性咽峡炎患儿分为两组, 每组 60 例, 对照组患儿采用常规治疗 (注射用更昔洛韦静脉滴注, 并口服头孢克洛干混悬剂), 观察组患儿在对照组的基础上联合复方芩兰口服液治疗, 均治疗 5 d。比较两组患儿临床效果与临床症状改善情况, 治疗前后血清免疫球蛋白 A (IgA)、免疫球蛋白 M (IgM)、免疫球蛋白 G (IgG) 及乳酸脱氢酶 (LDH)、肌酸激酶 (CK)、肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 水平。**结果** 与对照组比, 观察组患儿治疗总有效率更高, 临床症状消失时间均缩短; 与治疗前比, 治疗后两组患儿血清 IgA、IgM、IgG 水平均升高, 血清 LDH、CK、CK-MB 水平均降低, 与对照组比, 观察组免疫功能指标升高幅度更大, 心肌酶谱指标降低幅度更大 (均 $P < 0.05$)。**结论** 复方芩兰口服液可有效改善疱疹性咽峡炎患儿的临床症状, 并提高免疫功能, 降低心肌酶谱指标, 防治心肌损伤, 治疗效果显著。

【关键词】 疱疹性咽峡炎; 头孢克洛干混悬剂; 复方芩兰口服液; 免疫功能; 心肌酶谱

【中图分类号】 R766.12

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.11.0085.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.11.029

疱疹性咽峡炎属于临床上较为常见、高发的儿科疾病, 也是上呼吸道感染疾病中较为特殊的一种。目前, 临床上治疗小儿疱疹性咽峡炎常以抗感染、抗病毒、退热等药物为主。更昔洛韦属于抗病毒药物, 能抑制病毒 DNA 复制, 有效缓解疱疹性咽峡炎患儿的症状; 抗病毒的同时还需要联合抗感染对症治疗, 头孢克洛干混悬剂属于临床上常用的头孢菌素类药物, 广泛运用于呼吸道感染疾病治疗中, 该药通过抑制细菌细胞壁的合成而起到杀菌作用, 但极易出现胃部不适、腹泻等不良反应, 临床应用受到一定限制^[1]。疱疹性咽峡炎在中医辨证中, 属湿热喉痹, 多为外感湿热, 上攻咽峡所致, 临床以发热、咽痛、厌食等为主要表现。复方芩兰口服液属于中成药, 由金银花、板蓝根、连翘、黄芩等中药组成, 具有清热解毒、辛凉解表等功效, 在发热、咳嗽、咽痛等上呼吸道感染疾病中应用广泛^[2]。基于此, 本研究旨在分析复方芩兰口服液治疗小儿疱疹性咽峡炎的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以随机数字表法将平山县人民医院 2022 年 1 月至 12 月收治的 120 例疱疹性咽峡炎患儿分为对照组、观察组, 每组 60 例。对照组患儿体温 37.5~40 °C, 平均 (38.45 ± 0.54) °C; 男、女性患儿各 30 例; 年龄 1~6 岁, 平均 (3.83 ± 1.57) 岁; 病程 2~6 d, 平均 (4.12 ± 1.34) d。观察组患儿体温 37.5~40 °C, 平均 (38.48 ± 0.63) °C; 男、女性患儿分别为 32、28 例; 年龄 2~6 岁, 平均 (3.73 ± 1.57) 岁; 病程 1~5 d, 平均 (3.82 ± 1.14) d。两组患儿基线资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 组间可比。纳入标准: 符合《疱疹性咽峡炎诊断及治疗专家共识 (2019 年版)》^[3] 中小儿疱疹性咽峡炎与《实用中医内科诊疗》^[4] 中“口疮病”的诊断标准, 且辨证为外感风热证者; 患儿伴有高热、咽痛、流涎等临床表现, 查体可见咽部充血、红肿, 且咽弓、软腭及悬雍垂黏膜出现多个灰白色疱疹, 并在 1~2 d 出现破溃形

作者简介: 张晓辉, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 呼吸系统感染性疾病的诊治。

- [7] 肖桂荣, 孙新芳, 章燕幸, 等. 蒙特利尔认知评估量表对腔隙性脑梗死患者认知功能障碍的评估价值研究 [J]. 中国全科医学, 2012, 15(15): 1674-1676.
- [8] 解益宁, 姜素兰, 张晶晶. 介入溶栓联合高压氧对急性闭塞性脑梗死患者 NIHSS 评分和生活质量的影响 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2022, 39(11): 982-985.

- [9] 商烨, 齐丽娜, 金华, 等. 地龙化学成分及药理活性研究进展 [J]. 药物评价研究, 2022, 45(5): 989-996.
- [10] 张石凯, 曹永兵. 赤芍的药理作用研究进展 [J]. 药学实践杂志, 2021, 39(2): 97-101.
- [11] 徐丽红, 吴海科. 补阳还五汤联合西药治疗急性脑梗死的疗效研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(5): 999-1001.