

辨证使用中成药注射液治疗缺血性脑卒中 180 例疗效分析

李 哲

慈利县人民医院药剂科 湖南张家界 427200

【摘要】目的 研究辨证使用中成药注射液治疗缺血性脑卒中的临床效果。**方法** 将 2015 年 3 月到 2016 年 9 月期间于我院接受治疗的缺血性脑卒中患者 180 例作为研究对象, 将其随机均分为对照组和试验组。给予对照组患者血塞通冻干粉治疗, 给予试验组患者中成药注射液辨证治疗。比较两组患者的临床治疗总有效率, 并对两组患者治疗前后的神经功能缺损评分进行比较。**结果** 试验组患者的治疗总有效率高, 两组数据相比 $P < 0.05$ 。两组治疗前的神经功能缺损评分相比 $P > 0.05$, 经过治疗后两组评分均得到明显改善, 但试验组治疗后的评分明显优于对照组, 两组数据相比 $P < 0.05$ 。**结论** 辨证使用中成药注射液治疗缺血性脑卒中的效果显著, 能明显改善患者的临床症状, 具有较高临床价值。

【关键词】 中成药注射液; 缺血性脑卒中; 临床疗效

【中图分类号】 R277.7

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2017) 06-160-02

缺血性脑卒中是指因各种原因导致脑部血液供应受阻, 导致患者的脑组织出现坏死的情况^[1]。临床上一般根据患者缺血的影响范围将其分为局限性脑缺血和弥漫性脑缺血, 其中局限性脑缺血主要是因为患者的脑动脉痉挛, 颅外颈内动脉或椎动脉出现狭窄、闭塞或血栓形成。弥漫性脑缺血主要是因为患者出现心搏骤停、低血压、贫血和低血糖等^[2]。本研究对辨证使用中成药注射液治疗缺血性脑卒中的临床效果进行分析, 现作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2015 年 3 月到 2016 年 9 月期间于我院接受治疗的缺血性脑卒中患者 180 例作为研究对象, 将其随机均分为对照组和试验组。所有患者均满足临床上对缺血性脑卒中的诊断标准, 并且表现出明显的临床症状, 排除患者中存在其它严重疾病的情况, 并排除患者存在精神疾病的情况等。对照组男 49 例, 女 41 例, 患者年龄在 41 ~ 82 岁, 平均年龄 (58.79 ± 7.52) 岁, 患者的病程在 1 ~ 4d, 平均病程 (2.12 ± 0.28) d。试验组男 52 例, 女 38 例, 患者年龄在 43 ~ 81 岁, 平均年龄 (58.67 ± 7.64) 岁, 患者的病程在 1 ~ 4d, 平均病程 (2.09 ± 0.31) d。两组患者的性别、年龄和病程等基本资料相比 $P > 0.05$, 满足对比研究的要求。

1.2 方法

所有患者入院后均采用常规西医治疗, 其中主要是采用抗血小板聚集剂对患者进行治疗, 同时给予患者抗感染治疗、抗凝治疗并对患者的脑水肿进行防治。

对照组在常规治疗的基础上采用血塞通冻干粉治疗, 其中主要是将 0.4g 血塞通冻干粉加入到 250 毫升浓度为 5% 的葡萄糖溶液中进行稀释后为患者进行静脉滴注, 按照 1 次 /d 的标准连续治疗 14d 为 1 个疗程。

给予试验组患者中成药注射液辨证治疗, 其中气虚血瘀型患者采用黄芪注射液治疗, 其中主要是将 20ml 黄芪注射液和 0.4g 血塞通冻干粉分别加入到 250ml 浓度为 5% 的葡萄糖溶液中, 然后按照 1 次 /d 的标准进行静脉滴注; 风痰瘀阻型患者采用天麻素注射液和川芎嗪冻干粉治疗, 其中主要是将 0.6g 天麻素注射液和 160mg 川芎嗪注射液加入到 250ml 浓度为 5% 的葡萄糖溶液中, 按照 1 次 /d 的标准进行静脉滴注; 热毒瘀阻型患者采用疏血通注射液和丹参注射液治疗, 其中主要是将 10ml 丹参注射液与 6ml 疏血通注射液加入到 250ml 浓度为 5% 的葡萄糖溶液中, 然后按照 1 次 /d 的标准进行静脉滴注, 连续治疗 14d 为 1 个疗程。

1.3 观察指标及疗效判定

观察两组患者的治疗效果, 并对两组患者治疗前后的神经功能缺损评分进行观察。其中疗效判定标准为: 患者治疗后临床症状完全消失, 中医症候积分明显改善, 并且神经功能缺损评分明显改善, 则视为显效; 患者治疗后临床症状有

所缓解, 神经功能缺损评分和中医症候积分有所改善, 则视为有效; 患者治疗后临床症状无明显变化甚至病情加重, 则视为无效, 治疗总有效率 = 显效率 + 有效率。神经功能缺损评分采用 NIHSS 量表完成, 分值越高表示缺损越严重。

1.4 数据处理

数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件完成, 其中分别采用百分率和 ($\bar{x} \pm s$) 表示计数资料与计量资料, 分别采用 χ^2 检验和 t 检验完成对两组数据组间对比的统计学检验, $P < 0.05$ 时表示两组数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗效果比较

试验组患者的治疗总有效率较对照组明显更高, 两组数据相比 $P < 0.05$, 如表 1 所示。

表 1: 两组患者临床疗效对比 (例 / %)

组别	显效	有效	无效	总有效率 (%)
试验组	44 (48.89)	36 (40.00)	10 (11.11)	88.89
对照组	36 (40.00)	30 (33.33)	24 (26.67)	73.33

2.2 两组患者治疗前后神经功能缺损评分比较

两组患者治疗前的神经功能缺损评分相比 $P > 0.05$, 经过治疗后两组评分均得到一定改善, 但治疗后试验组评分明显优于对照组, 两组数据相比 $P < 0.05$, 如表 2 所示。

表 2: 两组患者治疗前后神经功能缺损评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后
试验组	29.87 ± 5.62	17.25 ± 4.56
对照组	29.48 ± 5.73	23.54 ± 4.93

3 讨论

缺血性脑卒中是临床上常见的脑血管疾病, 其中在老年人群中发病率相对较高。根据临床上对缺血性脑卒中患者的观察, 其在发病后一般会出现突发的对侧肢体麻木、无力、感觉障碍、单眼黑朦、眩晕、复视和共济障碍等, 严重是导致患者直接死亡^[3]。因此, 在缺血性脑卒中患者发病后应及时采取有效的治疗措施, 确保患者的生命安全。目前临床上对缺血性脑卒中的治疗主要是给予其积极的内科治疗, 对其脑水肿和脑缺血进行改善, 减轻患者脑部受到的损伤, 并给予其抗感染和抗凝治疗等^[4]。

中医上认为缺血性脑卒中主要是因为血瘀所致, 因此在其进行治疗是应以活血化瘀为主要方法^[5]。目前, 临床上对缺血性脑卒中患者的治疗中主要是使用中成药注射液, 其能够起到活血化瘀的作用, 并且能有效改善患者缺血性脑卒中急性期的症状。本研究中根据患者的不同证型为其使用相应的中成药注射液进行治疗, 其中主要是给予气虚血瘀患者黄芪注射液和血塞通治疗, 给予风痰瘀阻型患者天麻素和川芎嗪进行治疗, 热毒瘀阻型患者采用疏血通注射液和丹参注

(下转第 161 页)

从“风”论类风湿关节炎

李 艳¹ 付新利²

1 山东中医药大学中医学院 山东济南 250000 2 山东中医药大学附属医院风湿免疫科 山东济南 250000

[摘 要] 类风湿关节炎是一种以侵蚀性、对称性多关节炎为主要临床表现的慢性、全身性免疫性疾病，中医可归为“痹证”的范畴。其症状多端，或有关节肿胀急骤，或有游走性疼痛，且易外感，此类症状皆为风邪侵袭所致。因此在导致痹证的“风寒湿”三气之中，风邪占据一定的地位。

[关键词] 关节炎；类风湿；经验；风邪；辨证论治

[中图分类号] R259

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2017)06-161-01

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种以侵蚀性、对称性多关节炎为主要临床表现的慢性、全身性免疫性疾病^[1]。本病在古籍中未有明确病名，根据其临床症状、体征，可归属于祖国医学“痹证”的范畴。

类风湿关节炎常常出现关节肿胀、疼痛，四肢乃至整个身体沉重无力，尤其发展到疾病的中后期，常会有痛位不移，得温则痛减的情况，故而有些人认为此关节肿痛由寒湿所致，忽略了对“风”的认知。

殊不知《内经》有云：风寒湿三气杂至，合而为痹。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也^[2]。这里的“行痹”、“痛痹”、“着痹”皆是因“风气”“寒气”“湿气”在三气中较“胜”而得之，并非一气单独所致，因此只从一气或是二气来论治，不免片面。

风邪作为外感病邪之一，在《黄帝内经》中地位卓然，《黄帝内经》中多处总结“风为百病之长”，《素问玉机真脏论》言“是故风者，百病之长也”，《素问风论》曰“故风者，百病之长也”，《素问生气通天论》曰“故风者，百病之始也”，《素问骨空论》曰“余闻风者，百病之始也”^[3]。类风湿关节炎虽是慢性病，但其初发与加重的常见诱因却是外感风寒，因此在治疗时亦不可放松对风邪的警惕。

此外，类风湿关节炎患者可出现周身关节疼痛，且痛处游走不定，近乎符合“行痹”的描述，故而不难判断出有“邪风”作祟。但到了中后期，患者关节疼痛部位基本稳定，“寒”盛者痛重，“湿”盛者力弱而肿甚，此时再辨别风邪有一定难度，余认为可以从以下两方面来观察。

其一，类风湿关节炎患者大多怕风，此处的怕风并非只是冷风，临床上亦见三伏烈日下衣被裹身者。此时寒邪几乎可以忽略，但在被风吹拂之时患者依旧感觉关节疼痛不适。患者并非怕冷，而是单纯怕风。是由于外来的风邪引动留驻于关节筋骨的内风，从而出现关节胀痛，甚则肿胀加重。风为百病之长，其性轻扬，善行数变，其致病，发病迅速，消退快，游走不定，故《医方考·中风方论》曰：风者，百病之长，得天之象，故其发也暴^[4]。当天气变化等诱因存在时，患者关节肿痛骤然加重，不可不说是风邪带动寒湿之邪所为。

其二，风为阳邪，具有升发、向上、向外的特性。风性开泄，容易使皮毛腠理疏松，又能趁其腠理疏松而侵袭人体。类风湿关节炎患者常常自述容易感冒，有时并非受凉而感，而是仅仅被热风吹拂便会出现头痛、流涕，甚则咽痛的症状，此时应用银翘散等疏风解表的方药有效，此时亦是有风邪作祟。

现代医学指出，风常以“气溶胶”的形式存在，100多种细菌和病毒都能通过气溶胶的方式引起疾病^[5]。亦有实验结果表明，风寒、寒湿、湿热三种气候模型能够降低正常及低免小鼠脾淋巴细胞的增殖能力，使效应淋巴细胞的合成数量减少，从而降低小鼠的免疫功能。若机体本身免疫力低下，则三种外邪环境对机体免疫功能的影响更为显著，侵袭低免机体则更易导致疾病的发生^[6]。

总言之，风邪为百病之长，风邪为六淫病的主要致病因素，其他邪气往往附于风邪而侵犯人体造成多种病症。如风寒、风湿、风火等等。因此古人认为风为百病的先导。《素问·骨空论》说：“风者，百病之始也”。^[7]故而在类风湿关节炎的治疗中对风邪的诊治不可忽视。同时，痹证非单一邪所致，治疗时亦需遵循中医的病因病机，提高诊治疾病的效率。

参考文献

- [1] 葛均波, 徐永健. 内科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 808.
- [2] 张灿坤, 迟华基. 内经选读[M]. 北京: 高等教育出版社, 2008: 152.
- [3] 韩江余, 崔健萍. 《黄帝内经》中的风邪理论探析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(4): 92.
- [4] 韩振蕴, 白文, 吕家坤, 张允岭, 王玉来. 风邪致病的病因病机[J]. 北京中医药大学学报, 2004, 27(3): 13.
- [5] 方耀丹, 李海昌, 温成平. 风邪与溶血性链球菌致病的关系[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(11): 2056.
- [6] 郭彩云. 不同外邪因素对小鼠免疫功能影响的研究[D]. 黑龙江: 黑龙江中医药大学, 2010: 40.
- [7] 刘丽娟. 风邪致病的临床证候分析[J]. 中国医药指南·医药学刊, 2005, 3(1): 89.

(上接第 160 页)

射液治疗^[6]。临床研究表明中成药注射液治疗缺血性脑卒中的效果显著，因此其在临床上对缺血性脑卒中患者的治疗中应用十分广泛。

本研究对辨证使用中成药注射液治疗缺血性脑卒中的效果进行分析，其中试验组患者的治疗总有效率高于对照组，并且试验组患者治疗后的神经功能缺损评分明显优于对照组，两组数据相比 $P < 0.05$ 。说明辨证使用中成药注射液治疗缺血性脑卒中的效果显著，值得在临床上推广使用。

参考文献

- [1] 张志新, 运奇政. 辨证使用中成药注射液治疗缺血性脑卒中 140 例疗效评价[J]. 中医临床研究, 2014, 10: 65-66+68.

- [2] 刘文锐, 肖辉亮, 周徐州. 丹参川芎嗪注射液辅助辨证缺血性脑卒中的临床研究[J]. 中国生化药物杂志, 2014, 02: 120-121.
- [3] 王晶, 蒋璐, 谭展鹏, 刘云涛. 黄芪注射液联合必净注射液对缺血性脑卒中急性期神经保护作用的研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 04: 349-351.
- [4] 孙颖, 孙瑜, 王健, 黄榕, 王家兴, 许雅倩, 刘佩瑶. 中药注射剂治疗缺血性脑卒中研究进展[J]. 天津药学, 2016, 01: 46-50.
- [5] 闫晨, 马德邻, 马妍, 朱金墙, 周敏. 治疗缺血性脑卒中中成药的临床分析[J]. 中国老年学杂志, 2016, 17: 4190-4192.
- [6] 裴学惠, 姚树贵, 邓小农. 不同中成药治疗缺血性脑卒中急性期的临床疗效对比观察[J]. 中国中医急症, 2015, 01: 132-134.