

通腑息风汤对急性脑梗死患者的临床疗效

陈仕银，胡朋

(海口市人民医院中医科，海南 海口 570000)

摘要：目的 考察通腑息风汤对急性脑梗死患者的临床疗效。方法 102 例患者随机分为对照组和观察组，每组 51 例，对照组给予常规治疗，观察组在对照组基础上加用通腑息风汤，疗程 4 周。检测 BI 评分、NIHSS 评分、CAT、VEGF、bFGF、血压变异性 (24 h 收缩压、24 h 舒张压)、缺血半暗带体积变化。结果 治疗后，2 组 BI 评分、CAT、VEGF、bFGF 升高 ($P < 0.05$)，NIHSS 评分、血压变异性降低 ($P < 0.05$)，缺血半暗带体积减小 ($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)。结论 通腑息风汤可改善急性脑梗死患者神经功能障碍，提高日常生活自理能力，稳定血压，促进康复。

关键词：通腑息风汤；常规治疗；急性脑梗死

中图分类号：R287

文献标志码：B

文章编号：1001-1528(2024)04-1413-03

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2024.04.057

急性脑梗死为临床常见脑血管意外，具有高致死、高致残的特点，流行病学研究显示，本病致死率在全球范围内排第 2 位，我国每年发病人数在 270 万左右，而且有不断增长的趋势。高血压、糖尿病、动脉血管粥样硬化等是其常见致病因素^[1]。目前，针对急性脑梗死的治疗仍以强化抗血小板、降脂、降低颅内压、营养神经为主。

高血压作为急性脑梗死的独立危险因素，一直是相关防治的研究重点，医学界普遍认为良好的血压管理对患者预后意义重大，包括最高血压控制水平和血压 24 h 波动幅度 2 个方面，前者是急性脑梗死独立危险因素，后者是独立预测因素^[2]，虽然西药能有效降低血压，但同时是否能降低长、短期血压变异性一直存在争议，也缺乏足够的临床研究。医学界普遍认为，血压变异性与急性脑梗死发生、发展、预后关系密切，也是目前临床研究热点^[3]。课题组前期以常规西医临床路径用药为基础自制通腑息风汤，本研究考察该方对急性脑梗死患者的临床疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2019 年 7 月 1 日至 2021 年 10 月 1 日就诊于海口市人民医院的 102 例急性脑梗死患者，随机数字表法分为对照组和观察组，每组 51 例。其中，对照组男性 27 例，女性 24 例；平均年龄 (46.89 ± 10.89) 岁；平均 NIHSS 评分 (13.29 ± 2.66) 分，而观察组男性 26 例，女性 25 例；平均年龄 (45.23 ± 10.69) 岁；平均 NIHSS 评分 (13.34 ± 2.79) 分，2 组一般资料比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。研究经医院伦理委员会批准（编号 [2019] 013 号）。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 ①高血压参照《中国高血压防治指南》标准^[4]，急性脑梗死参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》标准^[5]；②影像学头颅 CT 或 MRI 确认为脑组织缺血性脑梗死改变。

1.2.2 中医 参照 2017 年《中国脑梗死中西医结合诊治指南》^[6]标准中的痰热腑实证，包括头晕目眩、心情烦躁、发病急促、偏身废用、口舌歪斜、神志欠清、肢体强急、痰多而粘、大便干结、舌红苔黄、脉弦滑。

1.3 纳入标准 ①符合“1.2”项下诊断标准；②起病时间 72 h 以内， $140 \text{ mmHg} \leq \text{收缩压} < 180 \text{ mmHg}$ ， $90 \text{ mmHg} \leq \text{舒张压} < 110 \text{ mmHg}$ ；③影像学提示首次发病；④出现明显神经缺损症状，NIHSS 评分 > 4 分；⑤患者及其家属了解本研究，签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①在溶栓、取栓时间窗内；②高血压继发于其他疾病；③生命体征不稳定，依从性差；④伴随严重内科基础疾病。

1.5 治疗手段

1.5.1 对照组 采用常规治疗，包括抗血小板（口服阿司匹林肠溶片 100 mg，每天 1 次，广东九明制药有限公司，国药准字 H44021139）、降脂（口服阿托伐他汀钙片 20 mg，每天 1 次，辉瑞制药有限公司，国药准字 H20051408）、降低颅内压（静脉滴注甘露醇注射液 125~250 mL，每天 3~4 次，山东威高药业有限公司，国药准字 H20053865）、清除氧自由基（静脉滴注依达拉奉 30 mg，每天 2 次，吉林省辉南长龙生化药业股份有限公司，国药准字 H20031342）、改善脑循环（静脉滴注丁苯酞注射液 100 mL，每天 2 次，石药集团恩必普药业有限公司，国药准字 H20100041）、降压（口服苯磺酸左旋氨氯地平片 2.5 mg，每天 2 次，扬子

收稿日期：2023-01-13

作者简介：陈仕银（1985—），女，住院医师，研究方向为中医内科学。Tel: 18889622808

江药业集团有限公司, 国药准字 H20103342), 连续治疗4周。

1.5.2 观察组 在对照组基础上加用通腑息风汤, 组方药材桃仁10 g、大黄5 g、芒硝10 g、枳实10 g、陈胆星10 g、黄芩10 g、瓜蒌10 g、桃仁10 g、赤芍10 g、丹皮10 g、牛膝10 g、羚羊角10 g、钩藤10 g、珍珠母10 g、石决明10 g、竹沥15 g、半夏10 g、菖蒲10 g、郁金10 g, 每天1剂, 加400~500 mL水煎取250 mL左右, 早晚2次饭后服用, 连续治疗4周。

1.6 指标检测

1.6.1 BI评分 参考文献[7]报道, 满分100分, 包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大、小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯10个方面, 分为4个等级, 分别为重度依赖(评分≤40分)、中度依赖(评分41~60分)、轻度依赖(评分61~99分)、无需依赖(100分)。

1.6.2 NIHSS评分 参考文献[8]报道, 总分45分, 从意识水平、指令配合度等8个方面进行评估, 轻型0~15分, 中型16~30分, 重型31~45分, 分数越高, 神经功能缺损程度越大。

1.6.3 血清CAT、VEGF、bFGF水平及缺血半暗带评估

参考文献[9]报道, 采用放射免疫法检测CAT、VEGF、bFGF水平, 相关试剂盒均由北京北方生物技术研究所有限公司提供。采用MRI弥散加强成像评估缺血半暗带体积。

1.6.4 血压变异性 采用iE70动态血压监测仪(南京贝

登医疗股份有限公司)进行24 h动态血压监测, 记录24 h平均收缩压(SBP)和24 h平均舒张压(DBP), 计算血压变异性, 公式为血压变异性=(血压标准差/血压平均值)×100%, 其间嘱咐患者避免情绪波动和剧烈运动。

1.7 统计学分析 通过SPSS 17.0软件进行处理, 计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示, 组间比较采用t检验, 组内比较采用配对样本t检验; 计数资料以百分率表示, 组间比较采用卡方检验; 等级资料比较采用Wilcoxon秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 BI评分、NIHSS评分 表1显示, 治疗后2组BI评分升高($P<0.05$), NIHSS评分降低($P<0.05$), 以观察组更明显($P<0.05$)。

表1 2组BI评分、NIHSS评分比较($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

组别	时间	BI评分/分	NIHSS评分/分
对照组	治疗前	31.26±4.46	23.78±3.16
	治疗后	45.30±3.69 Δ	18.34±3.46 Δ
观察组	治疗前	30.95±4.46	24.15±2.98
	治疗后	55.72±4.79 $\Delta\Delta$	14.65±3.65 $\Delta\Delta$

注: 与同组治疗前比较, $\Delta P<0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.2 血清CAT、VEGF、bFGF水平 表2显示, 治疗后2组CAT、VEGF、bFGF水平升高($P<0.05$), 以观察组更明显($P<0.05$)。

表2 2组血清CAT、VEGF、bFGF水平比较($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

组别	时间	CAT/(pg·mL ⁻¹)	VEGF/(pg·mL ⁻¹)	bFGF/(pg·mL ⁻¹)
对照组	治疗前	13.56±2.76	237.84±51.78	21.43±1.74
	治疗后	17.24±5.37 Δ	285.89±50.33 Δ	27.34±1.68 Δ
观察组	治疗前	13.35±2.81	237.79±1.33	21.67±1.89
	治疗后	20.13±2.45 $\Delta\Delta$	324.23±0.24 $\Delta\Delta$	31.68±1.96 $\Delta\Delta$

注: 与同组治疗前比较, $\Delta P<0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.3 血压变异性 表3显示, 治疗后2组24 h SBP、24 h DBP降低($P<0.05$), 以观察组更明显($P<0.05$)。

表3 2组血压变异性比较($\bar{x}\pm s$, $n=51$, 1 mmHg=0.133 kPa)

组别	时间	24 h SBP/mmHg	24 h DBP/mmHg
对照组	治疗前	6.56±1.76	8.84±1.78
	治疗后	5.24±1.37 Δ	7.89±0.93 Δ
观察组	治疗前	6.35±1.81	8.79±1.73
	治疗后	4.13±1.15 $\Delta\Delta$	4.23±0.64 $\Delta\Delta$

注: 与同组治疗前比较, $\Delta P<0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.4 缺血半暗带体积 表4显示, 治疗后2组缺血半暗带体积减小($P<0.05$), 以观察组更明显($P<0.05$)。

3 讨论

急性脑梗死在中医中属“中风”范畴, 以猝然昏仆、神志不清、偏身废用、口角歪斜、言语不利等为主要病症, 由于发生突然, 起病急骤, 变化多端, 与自然界“风性善变而数变”特征相似而得名“中风”, 感受风邪为本病主因, 依据邪中深浅分为中经络和中脏腑2种类型, 治则为

表4 2组缺血半暗带体积比较($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

组别	时间	缺血半暗带体积/mL
对照组	治疗前	86.56±10.76
	治疗后	36.24±10.37 Δ
观察组	治疗前	86.35±10.81
	治疗后	24.13±9.45 $\Delta\Delta$

注: 与同组治疗前比较, $\Delta P<0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

疏风散邪、扶助正气^[10-12], 根据其发病机制, 可分为肝肾阴虚、肝阳上亢、气血逆乱、脾失健运、痰浊内生、淤阻脑脉^[13-15]等类型。通腑息风汤中枳实通滞, 除痞满胀痛, 半夏祛湿化痰、消痞散结, 共为君药; 桃仁活血化瘀、润肠通便, 大黄泻热攻积, 陈胆星清火化痰、镇惊定痫, 黄芩清热解毒除湿, 赤芍行瘀、凉血, 丹皮清热凉血、活血化瘀, 竹沥清热滑痰、镇惊利窍, 菖蒲化湿通窍, 郁金行气解郁、凉血破瘀, 羚羊角平肝息风, 钩藤泻热平肝、熄风止痉, 共为臣药, 一方面强化化痰熄风功效, 另一方面活血通经活络, 加强气血运行, 从而改善脑梗死后遗症;

芒硝清火泻热、润肠通便，瓜蒌宽胸散结、润肠通便，共为佐药；牛膝逐瘀通经、补肝肾、强筋骨，珍珠母和石决明平肝潜阳、安神定惊，共为使药，诸药合用，共奏通脏腑、痰浊、血瘀，平肝息风潜阳之功。

现代研究认为，高血压为急性脑梗死独立危险因素之一，机体动脉血管系统因血压较高而发生收缩、痉挛、透明玻璃样变、血管纤维组织增生、动脉粥样硬化等不良事件，最终导致血管管径减小梗塞^[16-17]。目前，血压变异性被认为是脑梗死独立预测因素，其大小与脑梗死预后关系密切^[18-19]，因此对其良好的管理是控制血压的重要前提。脑梗死缺血区域由中心坏死区及周围的缺血半暗带组成，由于存在侧枝循环而导致部分神经元存活，成为急性脑梗死治疗的主要目标^[20]，同时它具有高氧化应激及低侧枝循环状态，故如何降低氧化应激水平、提高侧枝循环成为挽救关键。CAT 为人体常见抗氧化酶，其主要作用是清除氧自由基，其水平与神经功能缺损和后期日常生活能力正相关。VEGF 为重要促血管生成因子，可加强脑血管侧枝循环，减少细胞死亡。bFGF 可使血管生成因子在脑损伤部位聚集，加速血管内膜细胞增殖，从而促进相关血管生成。

本研究发现，治疗后观察组 BI、NIHSS 评分高于对照组，表明通腑息风汤可改善急性脑梗死患者后期日常生活能力和神经功能缺损；观察组 CAT、VEGF、bFGF 水平高于对照组，提示通腑息风汤可降低患者脑损伤组织氧化应激水平，促进脑组织侧枝循环形成改善脑灌注；观察组血压变异性低于对照组，缺血半暗带体积更小，提示通腑息风汤在降低患者血压的同时可进一步稳定血压 24 h 波动。

综上所述，通腑息风汤可改善急性脑梗死患者日常生活自理能力及神经缺损功能，其机制可能与控制血压变异性、降低脑组织氧化应激水平、促进脑血管侧枝循环等因素有关，今后将进一步加大样本量作深入研究。

参考文献：

- [1] 徐耀铭, 齐晓飞, 王姝瑶, 等. 急性脑梗死早期进展相关危险因素的临床研究[J]. 中风与神经疾病杂志, 2018, 35 (6): 548-549.
- [2] 钟浩新, 黄 坚, 钟善全. 心脑血管病联合防治体系的建立对脑梗死患者临床转归的影响[J]. 临床医学进展, 2022, 12(7): 6113-6118.
- [3] 成红学, 是明启. 血压对急性脑梗死静脉溶栓患者脑血流及预后的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2018, 21 (21): 2378-2382.
- [4] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 2010[J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701-704.

- [5] 中华医学会神经病学会. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 75.
- [7] 朱晓鹏, 戎 军, 周明倩. 柔筋汤联合温针灸治疗脑卒中恢复期痉挛性偏瘫临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(2): 112-115.
- [8] McArthur K, Fan Y H, Pei Z, et al. Optimising outcome assessment to improve quality and efficiency of stroke trials [J]. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res, 2014, 14(1): 101-111.
- [9] 牛永义, 王芸生. 清热熄风活血汤合葛根素注射液治疗急性脑梗死风阳上扰证疗效观察[J]. 安徽医药, 2020, 24 (1): 27-32.
- [10] 孙海岩. 中风偏瘫临床针灸治疗的体会[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(23): 23-24.
- [11] 米晓峰, 吕玉娥. 针刺夹脊穴为主联合补阳还五汤治疗缺血性中风后偏瘫痉挛状态的临床观察[J]. 山西中医药大学学报, 2020, 21(4): 279-281; 309.
- [12] 袁宁华. 补气活血方联合针灸治疗脑中风后遗症临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2020, 41(9): 56-58.
- [13] 朱 静. 活血化瘀法联合西医常规治疗急性脑梗死临床疗效的 Meta 分析[J]. 四川中医, 2018, 36(9): 218-221.
- [14] 杨 路, 曾凡兴, 汪文林. 针刺联合核心稳定性训练对中风后偏瘫患者肢体功能、平衡能力及生活能力的改善作用[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(6): 1027-1028; 1033.
- [15] 詹小井, 曹 艳, 黄民君, 等. 针灸推拿对中风后痉挛性瘫痪患者康复治疗的研究[J]. 中医临床研究, 2019, 11 (31): 39-41.
- [16] 陈英道, 李海宁, 张岐平, 等. 脑侧支循环对急性脑梗死患者机械取栓术后疗效及预后的影响[J]. 实用医学杂志, 2021, 37(12): 1563-1568.
- [17] 李佩湖, 隆海银, 姚 辉. 中性粒细胞与淋巴细胞比值纤维蛋白原与急性脑梗死侧支循环建立的关系研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2020, 23(20): 1760-1765.
- [18] Milonas D, Tziomalos K. Blood pressure variability: Does it predict the outcome of acute ischemic stroke? [J]. Am J Hypertens, 2017, 30(5): 476-477.
- [19] Mizuno H, Hoshide S, Tomitani N, et al. Comparison of ambulatory blood pressure-lowering effects of higher doses of different calcium antagonists in uncontrolled hypertension: the Calcium Antagonist Controlled-Release High-Dose Therapy in Uncontrolled Refractory Hypertensive Patients (CARILLON) Study[J]. Blood Press, 2017, 26(5): 284-293.
- [20] 李文磊, 沈佳心, 厉 励, 等. 潜阳育阴颗粒对急性脑梗死血压变异性及短期神经功能恢复的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2020, 36(2): 179-183.