

补阳还五汤与镇肝熄风汤治疗脑梗死后遗症的疗效比较[▲]

韦 殷 龙威力 凌建伟 何 荷 班志娟 江 惠 黄 洁 梁丽君 刘晓华

(广西钦州市第一人民医院中医康复科,钦州市 535000,电子邮箱:weiyi2911288@qq.com)

【摘要】 目的 探讨补阳还五汤、镇肝熄风汤辅助治疗脑梗死后遗症的临床效果。方法 选取90例脑梗死后遗症患者,采用随机数字表法分为治疗1组、治疗2组、对照组,每组30例,3组患者均给予常规治疗及常规康复训练,在上述常规治疗的基础上治疗1组加用镇肝熄风汤治疗,治疗2组加用补阳还五汤治疗,疗程均为30 d。采用美国国立卫生研究院脑卒中量表评价治疗效果,采用巴氏指数(Barthel指数)评价患者日常生活能力,采用爱丁堡-斯堪的纳维亚量表(改良版)评价神经功能缺损程度,采用改良Ashworth痉挛量表(ASS)评价患者肌张力改善情况。**结果** 治疗后,治疗1组、治疗2组、对照组总有效率分别为93.3%、83.3%、56.7%,治疗1组、治疗2组疗效好于对照组($P < 0.05$),但治疗1组与治疗2组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后3组患者Barthel指数均高于治疗前,神经功能缺损评分和上、下肢ASS评分均低于治疗前(均 $P < 0.05$),并且治疗1组、治疗2组上述指标改善好于对照组($P < 0.05$)。**结论** 在常规治疗及康复训练的基础上加用补阳还五汤或镇肝熄风汤治疗脑梗死后遗症效果更好,可改善患者临床症状,提高日常生活能力。

【关键词】 脑梗死后遗症;镇肝熄风汤;补阳还五汤

【中图分类号】 R 743.33 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2018)05-0575-03

DOI:10.11675/j.issn.0253-4304.2018.05.27

随着我国老龄人口的不断增加,心脑血管疾病的发病率呈现出上升趋势,脑卒中最具代表性,其起病急,致残、致死率高,严重影响患者的生活质量^[1]。中医药治疗脑卒中的效果逐渐获得临床认可^[2]。我科于2016~2017年开展了补阳还五汤、镇肝熄风汤结合常规康复训练治疗脑梗死后遗症患者的临床效果对比,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2016年9月至2017年5月我院收治的90例脑梗死后遗症患者作为研究对象,年龄30~80岁,男性52例,女性38例。纳入标准:(1)西医诊断符合全国第四届脑血管病会议诊断要点^[3],并经CT或MRI证实诊断为脑梗死。(2)中医诊断标准及证类诊断标准均符合《中风病诊断与疗效评定标准》(试行)^[4],临床表现有半身不遂,口舌歪斜,言语蹇涩或不语,感觉减退或消失,中医辨证属于肝肾阴虚、血瘀痰阻、血脉闭阻型。(3)偏瘫运动功能评定量表(Brunnstrom评估)分级^[5]均为II~IV患者,患侧肢体肌张力痉挛量表(Ashworth量表)^[6]评定均为0~IV患者;(4)生命体征平稳且神经学症状不再进展,临床心电图、B超、血常规、尿常规、心功能、肝功能、肾功能等各项理化检查均正常。排除标准:(1)合并有肝肾等严重危及生命的原发性疾病以及精神病、恶性肿瘤患者;(2)严重意识障碍者;(3)治疗过程中疾病症状加重者、出现新发疾病或意外事件者;(4)同时

应用其他药物或进行其他治疗可能影响结果判断者;(5)不愿或拒绝参加本研究、中途主动退出或未能完成评分测定者。符合上述标准的患者90例,采用随机数字表法将其分为治疗1组、治疗2组、对照组,每组30例。治疗1组中男17例,女13例,年龄(62.5±5.6)岁,病程(43.3±12.6)d。治疗2组男19例,女11例,年龄(63.3±5.5)岁,病程(45.1±12.8)d。对照组男16例,女14例,年龄(62.2±6.1)岁,病程(44.6±12.5)d。3组患者性别、年龄、病程等资料比较,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 3组患者均给予常规治疗:肠溶阿司匹林、维脑路通、脑复康、维生素E,同时给予吸氧、改善微循环、控制血压、血糖、血脂、营养支持等,并给予康复训练,即采用神经发育技术疗法及中医推拿手法以抑制肢体痉挛、关节变形、关节僵硬以及诱发患肢随意运动,抑制异常运动,根据患者的具体情况,选择个性化的治疗方式,由专业康复治疗师进行训练,50 min/次,1次/d,30 d为1疗程。(1)治疗1组:在上述常规治疗的基础上加用镇肝熄风汤治疗,方药组成:怀牛膝30 g、生赭石30 g、生龙骨15 g、生牡蛎15 g、生龟板15 g、生杭芍15 g、玄参15 g、天冬15 g、川楝子6 g、生麦芽6 g、茵陈6 g、甘草4.5 g,水煎取汁,1剂/d,分2次口服,30 d为1疗程。(2)治疗2组:在常规治疗的基础上加用补阳还五汤治疗,方药组成:生黄芪120 g、当归尾6 g、赤芍5 g、地龙

▲基金项目:广西中医药民族医学自筹经费科研课题(GZZC16-97)

作者简介:韦殷(1969~),男,本科,副主任医师,研究方向:中风的中西医结合治疗。

通信作者:龙威力(1986~),男,硕士,主治医师,研究方向:痉挛的临床管理与康复,电子邮箱:Woosa_ds@hotmail.com

3 g、川芎 3 g、红花 3 g、桃仁 3 g,水煎取汁,1 剂/d,分 2 次口服,30 d 为 1 疗程。

1.3 观察指标 (1)观察治疗前后患者的日常生活能力(activity of daily living, ADL)。采用 ADL 评分法中的巴氏指数(Barthel 指数)评分量表^[7]进行评价,该量表主要内容包括洗澡、修饰、进餐、穿衣、如厕、大小便控制、上下楼梯、床椅移动、平地走等内容,总分 100 分,分值越高说明患者日常生活能力越好。其中评分 > 60 分为生活基本自理,41 ~ 60 分为生活需要帮助,≤ 40 分为生活重度依赖。(2)观察治疗前后神经功能缺损程度:采用爱丁堡-斯堪的纳维亚量表(改良版)^[8]进行评定,总分 0 ~ 45 分,其中重度神经功能缺损 31 ~ 45 分,中度神经功能缺损 16 ~ 30 分,轻度神经功能缺损 0 ~ 15 分。(3)采用改良痉挛量表(Ashworth Spasticity Scale, ASS)^[9]评价患者治疗前后上、下肢肌张力,该量表分为 0 级、1 级、1+ 级、2 级、3 级、4 级,分别计 0、1、2、3、4、5 分,分值越高说明患者的痉挛程度越高,肌张力异常情况越重。0 级:无肌张力增加;1 级:轻微增加,表现为在抓握中被屈或伸至最后有小阻力;1+ 级:轻度增加,表现为在抓握至一半关节活动度(range of motion, TOM)以上有轻度阻力增加;2 级:肌张力在大部分 ROM 中有较大阻力增加,但肢体被动活动容易;3 级:肌张力明显增加,肢体被动运动困难;4 级:受累部分肢体强制性屈曲或伸直。

1.4 疗效评定标准 采用美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)^[10]评定。评定患者治疗前后 NIHSS 评分,治疗后 NIHSS 评分

减去治疗前 NIHSS 评分的差值作为本次研究的疗效判定标准^[11]。差值 ≥ 10 分为显效;差值 < 10 分但 ≥ 3 分为有效;差值 ≤ 2 分或患者死亡则视为无效。治疗总有效率 = (显效 + 有效) / 总病例数 × 100%。

1.5 统计学分析 应用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用独立样本 *t* 检验,多组比较采用方差分析,等级资料比较采用秩和检验,以 *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组临床疗效比较 3 组临床疗效比较,差异有统计学意义($u = 12.470, P = 0.002$),治疗 1 组、治疗 2 组疗效好于对照组($P < 0.05$),但治疗 1 组与治疗 2 组疗效比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 3 组临床疗效比较 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
治疗 1 组	30	13(43.3)	15(50.0)	2(6.7)	28(93.3)
治疗 2 组	30	9(30.0)	16(53.3)	5(16.7)	25(83.3)
对照组	30	7(23.3)	10(33.4)	13(43.3)	17(56.7)

2.2 3 组 Barthel 指数、神经功能缺损评分的比较 治疗前,3 组患者 Barthel 指数、神经功能缺损评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,3 组患者 Barthel 指数均高于治疗前,神经功能缺损评分均低于治疗前(均 $P < 0.05$),并且治疗 1 组、治疗 2 组患者 Barthel 指数高于对照组,神经功能缺损评分低于对照($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 3 组患者治疗前后 Barthel 指数、神经功能缺损评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	Barthel 指数		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	神经功能缺损评分(分)		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
治疗 1 组	30	38.45 ± 11.16	73.14 ± 8.39*	13.608	<0.001	27.95 ± 7.51	12.72 ± 6.52*	8.388	<0.001
治疗 2 组	30	37.56 ± 11.07	69.44 ± 9.74*	11.842	<0.001	26.37 ± 3.62	13.07 ± 4.91*	11.941	<0.001
对照组	30	39.17 ± 10.32	63.24 ± 9.74	9.291	<0.001	27.29 ± 6.53	19.55 ± 7.32	4.322	<0.001
<i>F</i> 值		0.461	3.671			0.283	3.537		
<i>P</i> 值		0.631	0.028			0.754	0.030		

注:与对照组比较,★ $P < 0.05$ 。

2.3 3 组 ASS 评分比较 治疗前,3 组患者上肢、下肢 ASS 评分比较,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),治疗后 3 组患者上、下肢 ASS 评分均低于治疗前(均 $P < 0.05$),

而且治疗 1 组、治疗 2 组患者上肢、下肢 ASS 评分均低于对照组(均 $P < 0.05$)。见表 3。

表 3 3 组患者治疗前后 ASS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	上肢		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	下肢		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
治疗 1 组	30	3.45 ± 1.06	1.68 ± 1.14*	6.228	0.001	13.28 ± 1.40	8.55 ± 1.54*	12.447	<0.001
治疗 2 组	30	3.32 ± 1.22	2.04 ± 1.01*	4.427	<0.001	13.02 ± 1.57	8.94 ± 1.41*	10.589	<0.001
对照组	30	3.50 ± 1.02	2.74 ± 1.21	2.630	0.005	13.32 ± 1.51	10.21 ± 1.82	7.023	<0.001
<i>F</i> 值		0.038	4.237			0.835	3.827		
<i>P</i> 值		0.961	0.018			0.437	0.024		

注:与对照组比较,★ $P < 0.05$ 。

3 讨论

脑梗死由于大脑局部出现供血不足导致脑细胞变性坏死,导致肢体、语言等功能出现异常,严重影响患者预后恢复^[12]。目前西医常规治疗多采用扩张血管、溶栓抗凝等,但患者恢复效果并不理想^[13]。脑梗死属中医学中风范畴,《医经溯源集》记载:“中风者,非外中风邪,乃本气自病也……或因忧喜忿怒伤其气者多有此疾。”《临证指南医案·中风》云:“有身体缓纵不收,耳聋目瞽,口开眼合,撒手遗尿,失音鼾睡,此本实先拨,阴阳枢纽不交,与暴脱无异,并非外中之风,乃纯虚症也。”故中医认为该病属本虚标实之证,发于“实”而归于“虚”,患者在发病之后,肝肾阴虚而致痰瘀互结,气血两亏而致经脉阻滞,因此脑失所养,虚实相杂;急则以肝风痰实癖热并见,缓则以气虚阴耗共有^[14]。故中医学主张在患者症状控制和缓解后,给予舒筋通络、益气活血治疗。

本研究将90例脑梗死后遗症患者分为3组,在常规治疗的基础上对治疗1组、2组分别给予了镇肝熄风汤和补阳还五汤治疗,结果显示,治疗1组、治疗2组总有效率分别为93.3%、83.3%,常规治疗的对照组总有效率为56.7%,治疗1组、治疗2组疗效好于对照组($P < 0.05$),但这两组疗效比较无差异($P > 0.05$),表明在常规治疗的基础上加用镇肝熄风汤或补阳还五汤治疗脑梗死后遗症均有较好效果。本文结果还显示,治疗后3组患者Barthel指数均提高,神经功能缺损评分和上、下肢ASS评分均低于治疗前,而且治疗1组、治疗2组上述指标改善好于对照组($P < 0.05$),这与毛光兰等^[15]的研究结果相近,表明在常规康复训练的基础上,给予补阳还五汤或镇肝熄风汤均能提高患者生活质量,改善临床症状。

补阳还五汤原方出自清代《医林改错》,方中黄芪为补气君药,当归、赤芍、红花、桃仁均为祛瘀活血之臣药,再配以地龙、川芎、远志、水蛭以活血通络,共奏补气活血,舒经通络之功^[16]。镇肝熄风汤出自《医学衷中参西录》,方中重用牛膝以引血下行,龙骨、芍药、龟板、牡蛎镇熄肝风,天冬、玄参促肺中清气以肃肝木之热,代赭石以降胃降浊,全方共奏镇肝熄风、滋阴潜阳之功^[17]。

综上所述,在常规治疗及康复训练的基础上采用补阳还五汤、镇肝熄风汤治疗脑梗死后遗症效果更好,可明显改善患者临床症状,提高生活质量。

参 考 文 献

- [1] 王丽萍,陈真,李梅,等.我国6省市脑卒中流行病学调查及危险因素分析[J].中国病案,2017,18(3):97-100.
- [2] 裴红民,徐新亚.中西医结合治疗缺血性脑卒中后遗症的临床研究[J].中华中医药学刊,2015,33(10):2519-2522.
- [3] 中华医学会全国第四次脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [4] 任占利,王顺道.中风病证候量化标准研究概述[J].北京中医药大学学报,1995,18(6):39-41.
- [5] 汪军,裴建,崔晓,等.互动式头针结合作业疗法治疗脑卒中上肢运动功能障碍:随机对照研究[J].中国针灸,2015,35(10):983-989.
- [6] 葛中林,钱明月,谭玉,等.运动疗法对帕金森病患者肌张力及步态的影响[J].蚌埠医学院学报,2015,40(3):336-338.
- [7] 王云,刘金平,刘伟萍,等.中期照护改善老年患者日常生活自理能力[J].北京医学,2016,38(10):1032-1035.
- [8] 梅正福,秦毅,邹伟.早期应用氟西汀治疗急性脑卒中患者的神经功能恢复探讨[J].检验医学与临床,2015,12(11):1513-1515.
- [9] 严晓华,何璐,郑韵,等.改良Ashworth量表与改良Tardieu量表在痉挛型脑瘫患儿评定中的信度研究[J].中国康复医学杂志,2015,30(1):18-21.
- [10] 田婷,关智媛,石正洪,等.复发性缺血性脑卒中的危险因素、严重程度及短期预后分析[J].中国康复理论与实践,2016,22(2):172-177.
- [11] 谢荣,殷春,马璟,等.规范化康复治疗脑卒中患者的临床疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(5):371-373.
- [12] 王玉龙,张焕,刘秋燕,等.活血化痰药治疗中风的中医药研究进展[J].中国中医急症,2015,24(8):1414-1417.
- [13] 王顺治,贾春华.基于中西医对比的中医中风内风说研究[J].世界中医药,2016,11(4):614-617.
- [14] 赵亚伟,傅天,张彦利.中医药治疗脑卒中的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2017,26(24):2733-2736.
- [15] 毛光兰,贾奎.加味补阳还五汤联合针刺养老穴治疗脑卒中后肩-手综合征疗效观察[J].新乡医学院学报,2015,32(1):62-64.
- [16] 黄学政.补阳还五汤治疗中风后遗症临床疗效观察[J].亚太传统医药,2015,11(5):109-110.
- [17] 孟东颖.镇肝熄风汤加减治疗急诊中风的临床研究[J].内蒙古中医药,2017,36(9):61.

(收稿日期:2017-11-05 修回日期:2018-01-25)