

“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系” 治疗症状性大脑中动脉狭窄的远期疗效

牛昱光^{1,2}, 李加玲¹, 黄燕^{1*}

(1. 广州中医药大学第二附属医院, 广州 510120;
2. 广州中医药大学2011级博士研究生, 广州 510405)

[摘要] **目的:**探讨“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”对治疗症状性大脑中动脉狭窄患者预后的影响。**方法:**对采用“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”结合内科治疗的46例(观察组)及仅采用内科药物治疗的35例(对照组)症状性大脑中动脉狭窄病例进行回顾分析。记录两组随访期内再中风及死亡的发生情况;采用经颅多普勒超声(TCD)检测患者血流动力学;应用改良兰金评分量表mRS(modified rankin scale, MRS)标准系统评价患者功能。**结果:**随访时间内观察组再中风发生率为6.52%,低于对照组的22.86%($P < 0.05$);观察组死亡率4.35%,对照组为14.29%,差异无统计学意义;比较血管收缩期峰值(peak value of systole, Vs),治疗后观察组Vs病/Vs健较治疗前明显下降($P < 0.05$),对照组与治疗前比较变化不明显,治疗后观察组Vs病/Vs健低于对照组($P < 0.05$);两组治疗后MRS评分均比治疗前下降($P < 0.05$),治疗后观察组MRS评分低于对照组($P < 0.05$)。**结论:**“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”联合内科治疗可有效降低症状性大脑中动脉狭窄患者的再中风率,改善脑血流速度和改善神经功能缺损症状。

[关键词] 症状性大脑中动脉狭窄; 阴类证; 阳类证

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2014)06-0192-04

[doi] 10.11653/syfy2014060192

‘Stroke and Syndrome Differentiation and Syndrome Treatment System’ to Treat Symptomatic Middle Cerebral Artery Stenosis Term Observation of Curative

NIU Yu-guang^{1,2}, LI Jia-ling¹, HUANG Yan^{1*}

(1. Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510120, China;
2. Philosophiae Doctor candidate in Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China)

[Abstract] **Objective:** To discuss the influence of ischemic stroke traditional Chinese medicine syndrome types differentiated from yin-syndrome and yang-syndrome and its efficacy system on treating symptomatic middle cerebral artery atherosclerosis stenosis on prognosis. **Method:** Forty-six patients of symptomatic middle cerebral artery atherosclerosis stenosis treated with ischemic stroke traditional Chinese medicine syndrome types differentiated from yin-syndrome and yang-syndrome and its efficacy system with medical treatment (observation group) and thirty-five patients of the same disease with only medical treatment (control group) were retrospectively analyzed. the rates of recurrent stroke and mortality of the two groups in the follow-ups were recorded. The haemodynamics results were evaluated by TCD (transcranial dopper) and mRS (modified rankin scale) were evaluated. **Result:** In the average periods of follow-ups, the rates of recurrent stroke were 6.52% in the

[收稿日期] 20131118(216)

[基金项目] 广东省科学技术厅-广东省中医药科学院联合科研专项(2011B032200013)

[第一作者] 牛昱光, 博士研究生, 从事脑血管病临床与基础研究, Tel: 15999931575, E-mail: niuyuguang001@163.com

[通讯作者] * 黄燕, 主任医师, 从事中医脑病学研究, Tel: 15918705021, E-mail: dr_mxxt@163.com

observation group and 22.86% in the control group ($P < 0.05$); the mortality rates were 4.35% in the observation group and 14.29% in the control group, which were statistically insignificant. The ratio of Vs (peak value of systole) before and after treatment was statistically significant ($P < 0.05$) in the observation group, while the ratio in the control group was statistically insignificant. After the treatment, the ratio compared with the two groups were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Ischemic stroke traditional Chinese medicine syndrome types differentiated from yin-syndrome and yang-syndrome and its efficacy system with medical treatment is proved to reduce the rate of recurrent ischemic stroke, change the brain blood speed and improve the neurological defects with regard to the patients suffered from symptomatic middle cerebral artery atherosclerosis stenosis.

[**Key words**] symptomatic middle cerebral artery atherosclerosis stenosis; yin-syndrome; yang-syndrome

颅内动脉粥样硬化性狭窄是导致缺血性脑卒中的重要原因之一^[1],约90%的病例存在动脉血流动力学上的显著狭窄^[2],其中大脑中动脉(middle cerebral artery, MCA)血供范围广,狭窄发病率最高,约66%~77%。症状性大脑中动脉狭窄发病机制与狭窄远端血流动力性障碍、狭窄部位不稳定斑块导致血栓形成或脱落、狭窄部位穿支血管闭塞有关,治疗方法主要包括内外科治疗及血管内治疗。但是内科治疗有较高的中风再发率^[3],外科手术风险大且再中风率高,血管内治疗围手术期并发症发生率和支架术后再狭窄率高^[4],因此,寻找合理、安全、有效的治疗方案,具有十分重要的临床意义。

“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”是广东省中医院脑病中心黄燕教授在继承国医大师任继学教授及广东省名老中医刘茂才教授和黄培新教授学术思想基础上,根据“体质从化”理论提出的辨证论治体系^[5]。采取阴阳类证辨证方法,可更好地把

握中风急性期的辨证规律,易于临床操作,在临床实际应用过程中能起到执简驭繁的作用。本文将该体系联合内科药物治疗与单纯内科药物治疗两种方案进行比较,旨在探究“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”对症状性大脑中动脉狭窄的治疗效果及预后。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例来自2006年5月-2011年11月广东省中医院脑病中心收治的81例明确诊断为缺血性脑血管病患者,均经全脑血管造影术(digital subtraction angiography, DSA)诊断为大脑中动脉中、重度狭窄。其中46例接受了“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”联合内科药物治疗(观察组),35例接受了单纯内科药物治疗(对照组)。两组患者在性别、年龄、高危因素(包括高血压病史、糖尿病史、高脂血症、吸烟史构成比较等)及平均随访时间无统计学差异,见表1。

表1 两组人口学资料比较

组别	性别/例(%) (男/女)	年龄/岁 $\bar{x} \pm s$	高血压病史 /例(%) (无/有)	糖尿病史 /例(%) (无/有)	高脂血症 /例(%) (无/有)	烟酒史 /例(%) (无/有)	平均随访时间 /d/ $\bar{x} \pm s$
对照组 (n=35)	26(74.29) /9(25.71)	59.22 ± 7.24	24(68.57) /11(31.43)	7(20.00) /28(80.00)	9(25.71) /26(74.29)	22(62.86) /13(37.14)	347.15 ± 114.43
观察组 (n=46)	40(86.96) /6(13.04)	61.93 ± 7.14	31(67.39) /15(32.61)	12(26.09) /34(73.91)	11(23.91) /35(76.09)	30(65.21) /16(34.79)	376.22 ± 98.26

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照1995年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[6]。

1.2.2 中医诊断标准 参照广东省中医院脑病中心“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”中关于阴阳类证的辨证标准^[7]。

1.3 自拟纳入标准 ①符合缺血性中风临床诊断

标准;②DSA提示一侧大脑中动脉中、重度狭窄,狭窄程度 $\geq 50\%$,对侧大脑中动脉正常;③病变侧狭窄的大脑中动脉为责任血管;④第一次发病或既往有缺血性中风病史但未遗留严重后遗症;⑤中医辨证分型为中风中经络,符合阴阳类证辨证标准。

1.4 排除标准 ①颅内外多发动脉硬化者;②相关检查提示中风可能与房颤,颅外动脉狭窄或其他原因有关者;③大脑中动脉狭窄与先天性发育不良、烟

雾病或动脉炎有关者;④严重心、肺肝肾造血系统等原发性疾病者;⑤怀孕期妇女、精神病患者及不能配合检查者。

1.5 治疗方法 两组内科治疗参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[8],均口服拜阿司匹林(拜耳医药保健有限公司,批号 J20080078)100 mg·d⁻¹或氯吡格雷(sanofi pharma bristol-myers squibb SNC,批号 J20040006)75 mg·d⁻¹均为长期服用。

观察组在西医治疗的基础上加用中医治疗,阴类证辨证为风痰瘀血、痹阻脉络,气阴两虚、瘀血阻络和气虚血瘀 3 个 II 级证型,分别处之以半夏白术天麻汤加减、地黄饮子加减、补阳还五汤加减,1 剂/d,并予脑脉 I 号胶囊(广东省中医院院内制剂,批号 0221),主要由天麻、川芎、制天南星、黄芪等组成,2 粒/次,3 次/d,口服。阳类证主要为风火痰瘀、痹阻脉络,方药主要采用天麻钩藤饮加减,1 剂/d,并予脑脉 II 号胶囊(广东省中医院院内制剂,批号 0222),主要由人工牛黄粉、水牛角、龙胆草、虎杖、水蛭、益母草等组成,2 粒/次,3 次/d,口服。其中上述中药汤剂平均服药时间为 20.2 d,中成药(脑脉 I 号、II 号)平均服药时间为 117 d。

1.6 观察指标 ①终点事件发生率:即随访期内再中风及死亡的发生情况;②经颅多普勒超声(TCD)检查结果,即分别比较两组治疗前与最近一次复查 TCD 检查结果,取血管收缩期峰值(Vs)为标准,以 Vs 病表示病变侧峰值, Vs 健表示健侧峰值,取 Vs 病/Vs 健对两组患者血流动力学改变进行分析;③应用改良兰金评分量表(modified rankin scale, mRS)进行评分比较,即用 mRS 标准系统^[9]分别评价两组治疗前与目前评分并分析:完全无症状,0 分;尽管有症状,但无明显功能障碍,能完成所有日常工作和生活,1 分;轻度残疾,不能完成病前所有活动,但不需帮助照料自己的日常事务,2 分;中度残疾,需部分帮助,但能独立行走,3 分;中重度残疾,不能独立行走,日常生活需别人帮助,4 分;重度残疾,卧床,二便失禁,日常生活完全依赖他人,5 分;死亡,6 分。

1.7 统计学处理 数据分析采用 SPSS 17.0 统计软件处理,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,终点事件情况进行 χ^2 检验,血流动力学前后改变行配对 t 检验,血流动力学组间比较及 MRS 评分行 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组终点事件发生情况比较 在随访时间内,

观察组再中风发生率为 6.52%,低于对照组的 22.86%,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组死亡率 4.35%,对照组为 14.29%,差异无统计学意义,见表 2。

表 2 两组终点事件发生情况比较

组别	例数	再中风/例	死亡/例
对照	35	8	5
观察	46	3 ¹⁾	2

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 TCD 检测结果比较 治疗后观察组 Vs 病/Vs 健较治疗前明显下降($P < 0.05$),对照组与治疗前比较变化不明显;治疗后观察组 Vs 病/Vs 健低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组治疗前后 TCD 检测结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照	35	2.16 ± 0.73	2.19 ± 0.71
观察	46	2.66 ± 0.43	1.63 ± 0.44 ^{1,2)}

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ (表 4 同)。

2.3 两组治疗前后 mRS 评分比较 两组治疗后 MRS 评分较治疗前均下降($P < 0.05$),治疗后观察组 MRS 评分低于对照组($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组治疗前后 MRS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

例数	例数	治疗前	治疗后
对照	35	2.35 ± 0.99	1.69 ± 0.88 ¹⁾
观察	46	2.47 ± 1.04	1.22 ± 0.92 ^{1,2)}

3 讨论

国家“十五”攻关项目“中风病急性期综合治疗方案研究”提出了“出血中风急性期分阴类证、阳类证为纲辨证”,并经过验证该分型与常用的中风病辨证 9 分型有很高的一致性,且简洁可行,并在临床实践中逐渐形成了“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”,取得显著的临床效果^[10]。

本组资料显示观察组在随访期内再中风率为 6.52%,低于对照组的 22.86%,提示“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”联合内科药物治疗可有效控制大脑中动脉狭窄,降低再中风的发生率。观察组 4.35% 的死亡率低于对照组的 14.29%,差异无统计学意义,可能与样本量少及随访周期短等因素有关。

TCD 是检测脑血流动力学的一种手段,对缺血中风的诊断有较高的特异性。本组资料显示治疗后

观察组 Vs 病/Vs 健较治疗前明显下降,对照组治疗后变化不明显,治疗后观察组的改善优于对照组,也提示了“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”联合内科药物治疗可有效改善血流速度,这可能与中药具有稳定狭窄段斑块、抑制其血栓形成或脱落,进而缩小斑块、改善血管狭窄程度的作用有关,因而可以达到预防降低再中风率甚至死亡率的效果。

两组治疗后 MRS 评分较治疗前均下降,治疗后观察组 MRS 评分低于对照组。说明两组治疗均可改善症状性大脑中动脉狭窄患者的神经功能缺损症状,而“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”联合内科药物治疗可以更有效的提高神经功能的恢复效果。这可能与观察组中中药稳定并缩小斑块,改善血流速度,从而促进神经功能的恢复的功效有关。

综上所述,“中风阴阳类证辨证及其方证疗效体系”联合内科治疗可有效降低症状性大脑中动脉狭窄患者的终点事件发生率,改善血流速度及神经功能缺损症状。但由于研究是回顾性的,不能在随访时间及样本量上做出更好的调整,可能给试验结果带来了误差。

[参考文献]

[1] Wityk R J, Lehman D, Klag M, et al. Race and sex differences in the distribution of cerebral atherosclerosis [J]. Stroke(S0039-2499), 1996, 27(11):1974.
[2] 王伊龙,王拥军,吴敌. 中国卒中防治研究现状[J].

中国卒中杂志, 2007. 2(1):20.
[3] Famakin B M, Chimowitz M1, Lynn M J, et al. Causes and severity of ischemic stroke in patients with symptomatic intracranial arterial stenosis [J]. Stroke, 2009, 40(6):1999.
[4] Leung T W, Y U. S C., Wong K S. Have medical therapy and stenting been fairly compared? A repercussion upon termination of recruitment in the SAMMPRIS trial[J]. Int J Stroke, 2011, 6(4):312.
[5] 秦秀德,陈杰,周喜燕,等. 黄燕教授防治中风病经验介绍[J]. 新中医, 2009, 39(4):13.
[6] 中华神经外科学会中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379.
[7] 黄培新,黄燕,卢明,等. 急性脑出血中西医结合综合治疗方案研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(7):590.
[8] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中国医学前沿杂志:电子版, 2010, 2(4):50.
[9] Eriksson M, Norrving B, Terént A, et al. Functional outcome 3 months after stroke predicts long-term survival [J]. Cerebrovasc Dis, 2008, 25(5):423.
[10] 尤劲松,黄燕,蔡业峰,等. 缺血性中风急性期患者阴阳类证中医证候特点的多中心临床研究[J]. 中西医结合学报, 2008, 6(4):346.

[责任编辑 蔡仲德]

《中国当代医药》杂志 欢迎投稿 欢迎订阅

《中国当代医药》杂志是国家卫生和计划生育委员会主管,中国保健协会、当代创新(北京)-医药科学研究院主办的医药卫生专业期刊,本刊已被万方数据数字化期刊群、中国核心期刊(遴选)数据库、中国知网、中国学术期刊网络出版总库、中文科技期刊数据库全文收录,系中国学术期刊综合评价数据库统计源期刊。现为旬刊,国内刊号:CN11-5786/R,国际刊号:ISSN 1674-4721,邮发代号:2-515,定价:每期 20 元,通过本刊发行部订阅全年 36 期杂志优惠价为 540 元。

主要栏目:研究进展、论著、短篇论著、临床研究、药理与毒理、药品鉴定、药物与临床、麻醉与镇痛、医学检验、影像与介入、中医中药、护理研究、工作探讨、医护论坛等 50 多个栏目。根据全国继续医学教育委员会的《继续医学教育学分授予与管理办法》学分授予标准,在本刊发表的论文可获得国家级继续教育学分。本刊出版周期短,来稿无论录用与否均在短期内告知作者。对省、部级以上部门立项的科研论文以及本刊订户的论文予以优先刊登。本刊订户凭订阅单复印件投稿,同等条件优先录用。欢迎各医药单位、院校、厂家刊登广告。

社址:北京市朝阳区惠惠家园惠润园(壹线国际)5-3-602 邮编:100025

投稿热线:010-59679076 59679077 发行热线:010-59679533 传真:010-59679056

投稿邮箱:ddy@vip.163.com 网址:www.dangdaiyiyao.com(网站改版中)