

中医综合干预对脑白质疏松症并脑梗死患者预后的影响

李含章^{1*}, 王筱薇², 袁岳鹏¹, 孙粉珍¹

(1. 甘肃庆阳市优抚医院, 甘肃 庆阳 745000; 2. 甘肃庆阳市妇幼保健院, 甘肃 庆阳 745000)

[摘要] 目的:研究合并脑白质疏松症对于脑梗死的影响以及中医综合干预的治疗效果。方法:选择急性缺血性脑梗死的患者,根据 CT 和 MRI 检测结果分为脑白质疏松症(LA)组和非 LA 组;进一步根据治疗方式将 LA 组患者随机分为给予中医综合干预的观察组和给予西医常规治疗的对照组,观察患者的神经功能、精神状态、活动状态、生活质量以及预后情况。结果:非 LA 组神经功能缺损程度(CSS)评分、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分明显低于 LA 组,简易精神状态量表(MMSE)评分明显高于 LA 组;治疗后 3 个月,观察组 CSS 评分、NIHSS 评分明显低于对照组,MMSE 评分、卡式行为状态(KPS)评分、躯体功能、心理功能、社会功能、认知功能和总体生活质量评分明显高于对照组。结论:脑白质疏松症会加重脑组织的缺血程度,给予中医综合干预后,能够明显改善神经功能、精神状态、活动状态、生活质量以及预后情况,对于脑白质疏松症并脑梗死具有积极的治疗意义。

[关键词] 脑白质疏松症; 脑梗死; 中医干预; 神经功能

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)23-0336-03

脑白质疏松症(leukoaraiosis, LA)是指影像学上脑室周围区域以及半卵圆中心区域的脑白质弥散样或斑点样改变。目前认为脑白质疏松症的发生与脑组织的缺血密切相关。近年来的研究发现,与脑组织供血异常密切相关的脑白质疏松症和缺血性脑梗死之间存在相互作用、相互影响的关系。为了进一步探讨合并脑白质疏松症对于脑梗死的影响以及中医综合干预的治疗效果,笔者进行了相关研究,现将结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集 2008 年 5 月—2011 年 5 月期间在我院住院治疗的 150 名急性缺血性脑梗死患者的临床资料。西医诊断标准:不同程度的头痛头晕、恶心呕吐、突发性的晕厥、运动和感觉功能异常,经头颅 CT 或 MRI 扫描确诊为急性缺血性脑梗死。中医辨证分型标准:出现半身不遂、口舌歪斜、言语蹇涩、偏身麻木、饮水呛咳,步履不稳,具体分为风火痰热证、风痰瘀阻证、痰热腑实证、气虚血瘀证、阴虚风动证、痰湿蒙神证、痰热内闭证、元气败脱证。

1.2 分组方法 根据是否合并脑白质疏松症将 150 名急性脑梗死患者分为 83 名 LA 组和 67 名非 LA 组。LA 组入选标准:①CT 表现:双侧侧脑室前角和后角周围以及脑室体部旁及半卵圆中心区域的

脑白质区呈现斑片状、条片状或弥漫型稍低密度影,CT 值 18~25 HU;病变部位边界不清,双侧对称;伴有不同程度的脑室、脑沟扩大,基底节区域和皮层下白质的腔隙性梗死灶;②MRI 表现:两侧侧脑室周围及半卵圆区域中心的脑白质 T1WI 稍低信号, T2WI 和 T2flair 为斑片状高信号,两侧基本对称、边界不清晰;主要分布在侧脑室旁的额部、体部、枕部脑白质区。

进一步根据治疗方式不同,将 83 名 LA 组患者随机分为观察组和对照组。对照组 41 名患者给予西医常规治疗,包括镇静,甘露醇脱水降低颅内压,脑细胞保护剂,降血压、降血脂药物,维持水电解质平衡、营养支持、低分子肝素钠 5 000 U 皮下注射、2 次/d,其中男性病人 26 例、女性病人 15 例、年龄 42~59 岁、平均年龄(52.11±7.13)岁,起病 3~12 h、平均(5.45±0.61)h;观察组 42 名患者在西医治疗的基础上给予中医综合干预,其中男性病人 28 例、女性病人 14 例、年龄 43~57 岁、平均年龄(51.38±7.38)岁,起病 2~10 h、平均(5.38±0.63)h。两组患者一般情况、起病时间等均无统计学差异,具有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 中药剂水煎服 基本方:川芎 8 g, 桃仁 8 g, 红花 8 g, 地龙 8 g, 三棱 8 g, 莪术 8 g, 当归 8 g, 赤芍 12 g, 水蛭 8 g。随证加减:阴虚阳亢者加用熟地黄 15 g, 龟板 12 g, 鳖甲 10 g, 石斛 8 g, 天麻 6 g;气虚者加用黄芪 80 g;风痰者加用天竺黄 10 g, 栝楼 25 g,

[收稿日期] 20120626(001)

[通讯作者] *李含章,主治医师,从事中西医结合临床研究, Tel:15294430035, E-mail:763395781@qq.com

胆南星 8 g;腑实者加用生大黄 12 g,芒硝 10 g;舌强言謇者加用石菖蒲 6 g,郁金 8 g,远志 8 g;口角喎斜者加白附子 12 g,乌梢蛇 12 g,全蝎 8 g,僵蚕 10 g;肢体偏瘫者加桂枝 8 g,牛膝 12 g,地鳖虫 6 g,川断 10 g。水煎服,1/d。2 周为 1 个疗程。

1.3.2 中成药静脉滴注 5% 葡萄糖 250 mL 或 500 mL 中加入盐酸川芎嗪注射液 160 mg 静脉滴注,每日 1 次;5% 葡萄糖 250 mL 或 500 mL 中加入复方丹参注射液 40 mL 静脉滴注,每日 1 次。2 周为 1 个疗程。

1.3.3 针灸治疗 取中脘、气海、滑肉门、中极、中极、大横、天枢、梁丘、水分、三阴交、阴陵泉加减进行针刺治疗。食欲亢进配上脘、手三里、足三里、下巨虚,便秘配腹结、支沟、上巨虚;伴高血压者配风池、太冲,高血脂症配足三里、太白、阴陵泉,糖耐量异常配合中极、大横、曲池、支沟、丰隆、足三里。穴位局部消毒后,选用扬州医疗用品公司生产的华佗牌一次性毫针,规格 0.3 mm × 50 mm,刺入穴位得气后留 30 min。2 日 1 次,10 次为 1 个疗程。

1.4 观察指标

1.4.1 两组患者的神经功能和精神状态 治疗后 3 个月时采用中国脑卒中临床神经功能缺损程度评分(CSS)、简易精神状态量表(mini-mental state examination, MMSE)、美国国立卫生研究院卒中量表(national institute of health stroke scale, NIHSS)判断患者的神经功能和精神状态。

1.4.2 两组患者的活动状态和生活质量 治疗后 3 个月,采用卡氏行为状态评分表(KPS)评估患者的活动状态,总分 100、每 10 分为 1 个等级,得分越

高、活动状态越好;采用生活质量核心量表(QLQ-C30)进行测评,包括躯体功能、心理功能、社会功能、认知功能和总体生活质量,得分越高表示生活质量越好。

1.4.3 两组患者复发情况 随访观察治疗后 6 个月、1,3 年后两组患者再次发生缺血性脑梗死的例数以及死亡例数,以反映患者的预后情况。

1.5 统计学方法 使用统计学软件 SPSS 18.0 对所得数据进行统计学分析,计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 LA 组和非 LA 组治疗前神经功能和精神状态 治疗前,非 LA 组 CSS 评分(19.31 ± 2.21)分、NIHSS 评分(23.81 ± 2.49)分,明显低于 LA 组 CSS 评分(24.84 ± 3.27)分、NIHSS 评分(29.31 ± 3.93)分;MMSE 评分(31.51 ± 3.71)分,明显高于 LA 组(22.51 ± 2.34)分($P < 0.05$)。

2.2 两组患者治疗后神经功能和精神状态 治疗后 3 个月,观察组 CSS 评分(16.37 ± 2.03)分、NIHSS 评分(19.84 ± 2.28)分,明显低于对照组 CSS 评分(21.94 ± 2.87)分、NIHSS 评分(25.83 ± 3.47)分;MMSE 评分(27.48 ± 3.28)分,明显高于对照组(23.26 ± 2.94)分($P < 0.05$)。

2.3 两组患者治疗前后活动状态和生活质量 治疗前,两组患者各项指标无差异;治疗后,观察组 KPS 评分、躯体功能、心理功能、社会功能、认知功能和总体生活质量评分明显高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 观察组和对照组治疗前后活动状态和生活质量情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	KPS 评分	躯体功能	心理功能	社会功能	认知功能	总体生活质量
观察	治疗前	67.21 ± 6.31	57.93 ± 5.48	44.82 ± 6.13	49.11 ± 4.31	49.21 ± 5.21	69.21 ± 6.29
	治疗后	84.37 ± 8.21 ¹⁾	74.17 ± 7.61 ¹⁾	59.31 ± 5.37 ¹⁾	57.83 ± 2.74 ¹⁾	58.84 ± 5.74 ¹⁾	81.84 ± 8.34 ¹⁾
对照	治疗前	67.45 ± 6.98	57.87 ± 1.32	44.11 ± 5.71	48.92 ± 4.34	49.42 ± 5.84	69.42 ± 6.14
	治疗后	72.38 ± 6.48	64.31 ± 6.84	47.84 ± 4.37	51.33 ± 4.32	50.38 ± 5.04	73.31 ± 6.94

注:与对照组治疗后比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗后复发情况 治疗后 6 个月,观察组复发例数多于对照组($P < 0.05$)、病死例数与对照组无差别。治疗后 1,3 年时,观察组复发例数和病死例数均多于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

3 讨论

LA 是由脑部各种病变引起的脑白质异常,是首先由加拿大神经科医生 Hachinski 在 1987 年提出用

表 2 两组治疗后复发情况

组别	总例数	治疗后 6 个月		治疗后 1 年		治疗后 3 年	
		复发	病死	复发	病死	复发	病死
观察	42	1 ¹⁾	0	3 ¹⁾	1 ¹⁾	3 ¹⁾	0 ¹⁾
对照	41	6	0	10	3	8	2

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

于描述脑室周围区域以及半卵圆中心区域的脑白质

弥散样或斑点样改变^[1],是脑组织缺血性改变的征象。脑白质疏松症并无特异性的临床症状,可表现为认知功能障碍、神经系统体征^[2]。目前,关于该病的发病机制尚无统一结论,多数研究倾向于认为脑白质疏松症的发生与脑部小血管的硬化、血供的异常密切相关^[3]。缺血性脑梗死是在遗传因素、环境因素、饮食因素等共同作用下发生的脑组织缺血性坏死,多由脑血管粥样硬化、管腔狭窄、血供中断引起^[4]。

脑组织内小血管的粥样硬化、管腔狭窄会引起脑组织缺血性的改变,而脑组织缺血又与脑白质疏松症和缺血性脑梗死的发生密切相关^[5]。笔者在上述研究中通过分析缺血性脑梗死合并脑白质疏松症患者与单纯性脑梗死患者入院时的神经功能和精神状态,来探讨脑白质疏松症对缺血性脑梗死的影响。通过结果可以看出,非 LA 组 CSS 评分(19.31 ± 2.21)分、NIHSS 评分(23.81 ± 2.49)分,明显低于 LA 组;MMSE 评分(31.51 ± 3.71)分,明显高于 LA 组。说明单纯性脑梗死患者的神经功能和精神状态明显好于缺血性脑梗死合并脑白质疏松症患者,推测脑白质疏松症会加重脑组织的缺血程度、使患者脑梗死的症状恶化。

针对缺血性脑梗死合并脑白质疏松症的情况,我们在传统脱水、利尿、抗凝等西医药物治疗的基础上^[6],给予中医综合干预。根据中医辨证施治的理论,脑组织缺血性疾病属于中医“中风”、“偏枯”、“偏风”、“身偏不用”、“痲风”的范畴。患者体衰气虚、血运无力,情志抑郁、气滞凝阻,寒湿、风痰和痰火阻塞脉络,最终导致血液运行不畅、组织缺血缺氧^[7]。因此,活血化瘀是治疗该类疾病的主要方法。本研究中采用的中药剂水煎服、中成药静脉滴注以及针灸治疗均具有活血化瘀、通经活络的功效,且起效温和缓慢,能够在西药治疗的基础上起到辅助作用^[8]。通过观察患者治疗后的神经功能、精神状态、活动状态和生活质量可知,观察组 CSS 评分、

NIHSS 评分、明显低于对照组;MMSE 评分、KPS 评分、躯体功能、心理功能、社会功能、认知功能和总体生活质量评分(81.84 ± 8.34),明显高于对照组。这就说明患者在接受中医综合干预后,神经功能、精神状态、活动状态和生活质量明显改善。进一步随访患者的复发和病死情况可知,中医综合干预对于改善疾病的预后也有显著意义。

综合以上讨论我们可以得出结论,脑白质疏松症会加重脑组织的缺血程度、使患者脑梗死的症状恶化;在给予中医综合干预后,能够明显改善神经功能、精神状态、活动状态、生活质量以及预后情况,是脑白质疏松症并脑梗死行之有效的治疗方式。

[参考文献]

- [1] 黄旭华,钟善全,刘铮. 脑梗死患者脑白质疏松症发病率及其相关因素分析[J]. 赣南医学院学报,2011,31(2):200.
- [2] 童慧,赵岩,张习红. 脑白质疏松症对大面积脑梗死预后的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志,2008,11(6):27.
- [3] 安红伟,卢昌均,赵德强. 脑白质疏松对脑梗死预后的影响[J]. 郑州大学学报(医学版),2012,47(2):235.
- [4] 戴书华,廖翠薇,杨柳. CT 及 MRI 对脑白质疏松症的诊断价值探讨[J]. 第三军医大学学报,2008,30(9):871.
- [5] 赵春梅. 低场强 MRI FLAIR 序列在脑白质疏松症诊断中的应用价值[J]. 中国实用神经疾病杂志,2006,9(4):103.
- [6] 中国培达预防卒中研究组. 脑梗死患者脑白质病变及其危险因素[J]. 中华神经科杂志,2007,40(3):182.
- [7] 林琅,张微微,赵秀欣. 脑小血管病对卒中后转归和并发症的影响[J]. 中国卒中杂志,2009,4(8):634.
- [8] Arsva E M, Rahman R, Rosand J. Severity of leukoaraiosis correlated with clinical outcome after ischemic stroke[J]. Neurology,2009,72(16):1403.

[责任编辑 邹晓翠]