

加味芍药甘草汤合丁螺环酮治疗中风后小脑共济失调

唐学敏*, 朱艳

(南阳理工学院张仲景国医学院, 河南 南阳 473000)

[摘要] 目的:观察加味芍药甘草汤治疗中风后小脑共济失调的临床疗效。方法:158 例患者随机分为治疗组和对照组各 79 例,对照组给常规治疗并丁螺环酮,治疗组在对照组治疗基础上加用加味芍药甘草汤口服,疗程为 12 周。比较两组疗效。结果:治疗组有效率 93.2%,对照组有效率 78.3%,两组差异显著($P < 0.01$)。结论:加味芍药甘草汤合丁螺环酮治疗可增强中风后小脑共济失调的总体疗效。

[关键词] 小脑共济失调;中风;加味芍药甘草汤;丁螺环酮

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)19-0275-02

中风是世界各国公认的威胁人类健康最严重的疾病之一,中风病除偏瘫和语言障碍外,共济失调亦为常见临床表现。研究发现,小脑梗死者共济失调占 59%,原发性小脑出血以共济失调为首发症状者占 50.2%。患者由于躯体及肢体控制力差,导致行走不稳,持物困难,生活质量受到严重影响^[1]。我院采用中西医结合的方法治疗中风后小脑共济失调,取得了满意的疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 2004 年 5 月至 2009 年 8 月在脑血管科住院的患者,随机分为治疗组、对照组各 89 例。对照组病程最长 2 年,最短 2 周;女 37 例,男 52 例;年龄最大 73 岁,最小 36 岁;小脑梗死 70 例,小脑出血 19 例。治疗组病程最长 1 年半,最短 2 周;女 39 例,男 50 例;年龄最大 72 岁,最小 35 岁;小脑梗死 68 例,小脑出血 21 例。两组患者在病程、性别、年龄及病种方面无统计学差异,具有可比性。

1.2 诊断标准 中医诊断标准:参照国家中医药管理局脑病急症协作组 1996 年制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[2]。西医诊断标准:参照 1995 年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]。全部病例均经头颅 CT、MRI 检查显示小脑梗死或小脑出血灶,临床以共济失调、醉汉步态、协调运动障碍、眼球震颤、语言

障碍、辨距不良、反冲力消失,书写障碍为主要表现。

1.3 纳入标准 符合中风后小脑共济失调的诊断标准,病程 15 d 以上;年龄 35 岁以上,75 岁以下;已签定知情同意书。

1.4 排除标准 年龄 75 岁以上,35 岁以下;非脑血管病引起的共济失调;各种原因中途停止治疗者。

1.5 疗效判断标准 根据世界神经病联合会国际合作共济失调量表^[4]分别对治疗前后进行评分。按公式计算改善率。无效: $< 20\%$;有效: $\geq 20\%$, $< 50\%$;显效: $\geq 50\%$, $< 85\%$;基本痊愈: $\geq 85\%$ 。

改善率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$

2 方法

2.1 治疗方法 对照组:予脑血管病常规治疗,加用丁螺环酮(北京华素制药股份有限公司,批号 040509),初始剂量为每日 5 mg,1 次/d 晨服,第 2 周加至 5 mg,2 次/d,第 3 周可加至 10 mg,2 次/d;第 4 周可加至 10 mg,3 次/d;第 5 周可加至 10 mg,4 次/d。以后按此剂量服用,总疗程为 12 周。治疗组:在对照组治疗的基础上,予加味芍药甘草汤(白芍 30 g,炙甘草 15 g,全蝎 15 g,蜈蚣 2 条,地龙 15 g,天麻 20 g,丹参 30 g,当归 15 g),每日 1 剂,早晚分服,连续 21 d 为 1 个疗程,治疗 4 个疗程。

2.2 观察指标 临床症状体征评分,在治疗前和治疗后各观察 1 次。

2.3 统计方法 使用 SPSS 16.0 软件,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验和方差分析, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

3 结果

治疗结束后,对照组有 10 例未完成既定方案,治疗组有 6 例未完成既定方案,故剔除。

[收稿日期] 2011-06-21

[通讯作者] *唐学敏,副主任医师,副教授,从事中医内科教学及脑血管病临床, Tel: 15937751101, E-mail: nylgtxm@163.com

3.1 症状总积分 两组显著治疗前后症状总积分, 治疗组改善优于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后症状总积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 治疗前 | 治疗后 |
|----|----|--------------|-----------------------------|
| 治疗 | 73 | 57.51 ± 5.85 | 19.18 ± 13.99 ¹⁾ |
| 对照 | 69 | 57.76 ± 5.65 | 27.75 ± 15.06 |

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ (表 2 同)。

3.2 总疗效比较 两组患者治愈率及有效率比较有显著差异 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者总疗效比较 例 (%)

| 组别 | n | 基本痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 有效率 |
|----|----|-------------------------|-----------|-----------|-----------|----------------------|
| 治疗 | 73 | 25 (34.2) ¹⁾ | 27 (36.9) | 16 (21.9) | 5 (6.8) | (93.2) ¹⁾ |
| 对照 | 69 | 13 (18.8) | 17 (24.6) | 23 (33.3) | 16 (23.2) | (78.3) |

3.3 积分比较 两组患者治疗前后各项积分比较, 表列 4 项积分改善, 治疗组均优于对照组 ($P < 0.01$, $P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后各项积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 时间 | 姿势与步态 | 协调性 | 构音障碍 | 眼球运动障碍 |
|----|----|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 治疗 | 73 | 治前 | 25.97 ± 2.18 | 22.98 ± 2.24 | 6.37 ± 0.25 | 3.19 ± 1.18 |
| | | 治后 | 8.17 ± 6.20 ^{2,4)} | 8.26 ± 5.23 ^{2,4)} | 2.07 ± 1.43 ^{2,4)} | 0.68 ± 1.13 ^{1,3)} |
| 对照 | 69 | 治前 | 25.36 ± 2.06 | 22.93 ± 2.01 | 6.25 ± 0.26 | 3.22 ± 1.32 |
| | | 治后 | 12.27 ± 6.81 ¹⁾ | 11.22 ± 5.41 ¹⁾ | 2.99 ± 1.49 ¹⁾ | 1.27 ± 1.35 ¹⁾ |

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$, ²⁾ $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较³⁾ $P < 0.05$, ⁴⁾ $P < 0.01$ 。

4 讨论

1995 年 Lou^[5] 报道丁螺环酮可以部分改善小脑共济失调的症状, 随后国内外数组临床试验显示了相似的结果^[6-9]。但丁螺环酮常见的不良反应为头晕、头痛、困倦、恶心、呕吐、兴奋, 其中头晕的发生率最高, 可达 12%^[6]。影响到患者服药的依从性, 而降低了临床疗效。中医学无共济失调之病名, 但对其临床表现的描述类似于“眩冒”、“骨摇”、“中风”“掉摇”。《素问·至真要大论》云: 诸风掉眩, 皆属于肝。其病机主要责之于肝肾阴虚, 风、痰、火、瘀上扰于脑, 致阴阳失调, 气血逆乱, 脑脉痹阻或血溢脑脉之外, 脑髓受损, 筋脉失于濡养。治以滋阴补肾柔肝, 熄风化痰通络。芍药甘草汤是仲景《伤寒论·太阳病》篇中治疗“足挛急、不得伸”的名方, 功专滋阴补肝, 养血柔筋, 缓急止痉。一味丹参, 功同四物, 养血化瘀, 补中有疏, 所谓治风先治血, 血行风自灭。天麻味甘微温质润, 性兼润补, 乃治风之神药。它能熄内风而兼散外风, 同时清利头目, 减轻了丁螺环酮

所致的副作用。当归长于活血化瘀, 有祛瘀不伤正之妙^[10]。地龙、全蝎、蜈蚣搜风通络, 《医学衷中参西录》曰: 内而脏腑, 外而经络, 凡气血凝聚之处皆能开之, 内治肝风萌动, 癩痫眩晕, 抽掣, 小儿脐风, 外治经络中风, 口眼歪斜, 手足麻木。实验研究亦证实, 虫类药物可明显降低血液黏度, 减少血小板聚集, 提高红细胞变形能力, 降低纤维蛋白原的水平, 从而改善微循环, 增加脑血流量, 改善脑供血, 为神经细胞的功能恢复提供条件^[11]; 诸药相伍, 滋阴补肾柔肝治其本, 搜风祛瘀通络治其标, 推陈致新, 髓得养而脑络通。同时减轻了丁螺环酮所致的眩晕等副作用, 临床疗效满意, 可以推广运用。

[参考文献]

- [1] 张玉莲, 王颖. 中风后共济失调的研究概况 [J]. 北京中医药, 2008, 27(1): 67.
- [2] 国家中医管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准 (试行) [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55.
- [3] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断要点 [J]. 中华神经学杂志, 1996, 29(6): 379.
- [4] 陈琳, 郗海涛译. 世界神经病联合会国际合作共济失调量表 [J]. 立体定向和功能性神经外科杂志, 2006, 19(3): 158, 177.
- [5] Lou J S, Coldfarb L, Mc Shane L, et al. Use of buspirone for treatment of cerebellar ataxia. An open-label study [J]. Arch Neurol, 1995, 52: 982.
- [6] 郭建军, 蒋雨平. 共济失调和丁螺环酮 [J]. 中国临床神经科学, 2001, 9(4): 405.
- [7] Gazulla J, Modrego P. Buspirone and serotonin in spinocerebellar ataxia [J]. J Neurol Sci, 2008, 268: 199.
- [8] Assadi M, Campellone J V, Janson C G, et al. Treatment of spinocerebellar ataxia with buspirone [J]. J Neurol Sci, 2007, 260: 143.
- [9] 叶华, 范录平, 郭蕾, 等. 添加丁螺环酮治疗脑卒中后小脑共济失调 [J]. 中国临床神经科学, 2010, 18(4): 376.
- [10] 焦河玲, 唐成定. 参芪通脉汤治疗中风偏瘫 50 例 [J]. 中医杂志, 2008, 49(3): 245.
- [11] 吴剑浩. 从《伤寒论》抵当汤谈老年痴呆症从络病论治 [J]. 中医杂志, 2007, 48(7): 658.

[责任编辑 何伟]