

温胆汤对脑梗塞急性期血脂、血液流变学及临床疗效的影响

● 潘晓鸣

摘要 目的:观察温胆汤对血脂、血液流变学及临床疗效影响,阐明温胆汤治疗脑梗塞急性期的作用机制,从而为脑梗塞急性期治疗提供有效的治疗手段。方法:将68例中风急性期患者随机分为对照组33例和温胆汤组35例。对照组入院后予吸氧、脱水、改善脑循环、以及脑保护等神经内科常规治疗,温胆汤组在对照组治疗的基础上加用温胆汤治疗。结果:温胆汤组的血脂及血液流变学各指标均低于对照组,神经功能缺损积分、改良 Barthel 指数与对照组比较差异显著($P < 0.05$);临床疗效温胆汤组显著高于对照组($P < 0.01$)。结论:温胆汤能够调节血脂、降低血液粘稠度,改善患者神经功能及日常生活活动能力,提高临床疗效。

关键词 脑梗塞 痰证 温胆汤 血脂 血液流变学

脑梗塞属中医“中风”范畴,对于中风的病因病机,历代医家论述颇多,其中“痰”是最主要的病因。首先嗜食肥甘,脾胃受损,痰浊内生,郁久则化热而生风,窜扰经脉发为中风,即《丹溪心法》所谓“湿土生痰,痰生热,热生风也”。此外,痰浊痹阻经络,影响血液的运行,而形成痰瘀互结,瘀滞经脉,上蒙清窍,发为中风,其中急性期多为以痰湿内阻为主。根据临床实践,我们在中风急性期的治疗上遵循“中风大率主血虚有痰,治痰为先,次养血行血”(《丹溪心法·中风门》)的治则,首从痰治。笔者在2009年1月~2012年1月采用温胆汤治疗脑梗塞急性期35例患者,取得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009年1月~2012年1月福建中医药大学附属第二人民医院住院部收住的符合纳入标准的脑梗塞急性期患者68例,其中男38例,女30例;年龄49~78岁,平均63.0岁;病程14天;其中39例有高血压病史,18例糖尿病病史;全部病例发病时间不超过48h。68例患者随机分为温胆汤组35例和对照组33例,两组性别、年龄、病程等一般资料经统

计学处理,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 ①西医诊断标准依据1995年第四届全国脑血管病学术会议制定的《各类脑血管病诊断要点》^[1]中关于急性脑梗塞的诊断标准;②中医诊断标准依据国家中医药管理局全国脑病急症科研协作组制定的《中风病诊断疗效评定标准》^[1]中关于中风的诊断标准;③证候要素判断标准则采用《中风病辨证诊断标准》,当痰证证候要素评分 ≥ 7 分时,痰证诊断成立。

1.3 纳入标准 ①经临床症状、体征、头颅CT或MRI检查确诊,符合急性脑梗塞诊断;②符合“中风”痰证的诊断标准。

1.4 排除标准 ①短暂性脑缺血发作(TIA)者;②脑出血、脑肿瘤、脑外伤者;③合并有肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重疾病及精神病者。

1.5 治疗方法 对照组患者入院后根据病情不同采用吸氧、营养支持、控制血压、血糖、脱水降颅压、维持水与电解质平衡、脑保护等综合疗法。温胆汤组在对照组治疗的基础上加用温胆汤治疗:半夏12g,陈皮10g,茯苓30g,枳实10g,竹茹10g,甘草6g,水煎服,日1剂,分2次服,14天为1疗程。

1.6 检测方法 于第1次治疗前及治疗14天后分

• 作者单位 福建中医药大学附属第二人民医院(350000)

别空腹取血;其中3ml加入3.8%枸橼酸钠抗凝管,用于血小板聚集试验和血液粘度测定;标本采集后离心10min(3000r/min),分离血浆,用STAGO全自动血凝仪检测。抽取4ml静脉血,迅速放入4℃冰箱静置1~2h待凝,凝固后以高速冷冻离心机离心15min(3000r/min)分离血清,用于检测血脂指标。所有标本收集完毕后分批检测。

1.7 疗效评定 采用美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)观察治疗前、治疗后14天,神经功能缺损变化情况;采用改良Bathel指数于治疗前、治疗14天后各评定1次日常生活活动能力;根据1995年全国第

四次脑血管病学术会议制定的神经功能缺损程度(NFDS)标准^[1]进行疗效评定。

1.8 统计学方法 采用SPSS13.0统计软件进行数据处理,所有数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间数据比较用独立样本 t 检验,组内比较采取配对 t 检验。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 温胆汤组总有效率达82.86%,高于对照组的63.64%,差异有非常显著性意义($P < 0.01$)(见表1)。

表1 两组临床疗效比较(n,%)

组别	n	基本恢复	显著进步	进步	无效	恶化	总有效(%)
对照组	33	3	12	6	8	4	63.64
温胆汤组	35	5	15	9	5	1	82.86 [#]

注:与对照组比较,[#] $P < 0.01$ 。

2.2 两组治疗前后血脂水平变化 对照组和温胆汤组的血脂水平在治疗后均显著降低,且治疗后温胆汤组血脂水平较对照

组显著降低($P < 0.01$),说明温胆汤组与对照组在调节血脂方面均有效,但温胆汤组比对照组更优(见表2)。

表2 两组治疗前后血脂水平变化($\bar{x} \pm s$,mmol/L)

组别	n	TG(mmol/L)		TC(mmol/L)		LDL-C(mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	33	2.96 ± 0.68	2.13 ± 0.23 [*]	6.89 ± 0.75	5.46 ± 0.92 [*]	4.51 ± 0.53	3.79 ± 0.65 [*]
温胆汤组	35	2.89 ± 0.71	1.69 ± 0.34 [#]	6.91 ± 0.69	4.23 ± 0.89 [#]	4.53 ± 0.49	2.86 ± 0.67 [#]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;两组治疗后比较,[#] $P < 0.01$ 。

2.3 两组治疗前后血液流变学指标变化 温胆汤组与对照组在改善血液粘稠度方面均有效,但温胆汤组

比对照组更优($P < 0.01$)(见表3)。

表3 两组治疗前后血液流变学指标变化($\bar{x} \pm s$,mPa. s,g/L,%)

组别	n	全血高切粘度(mPa. s)		全血低切粘度(mPa. s)		纤维蛋白原(g/L)		血小板聚集率(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	33	6.81 ± 0.31	5.78 ± 0.56 [*]	9.49 ± 0.71	7.92 ± 0.18 [*]	50.34 ± 1.95	41.47 ± 2.72 [*]	4.34 ± 0.27	3.68 ± 0.28 [*]
温胆汤组	35	6.79 ± 0.35	4.16 ± 0.51 [#]	9.55 ± 0.68	5.61 ± 0.21 [#]	51.38 ± 2.11	30.28 ± 3.74 [#]	4.36 ± 0.23	2.42 ± 0.31 [#]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与本组治疗前及与对照组治疗后比较,[#] $P < 0.01$ 。

2.4 两组治疗后NIHSS评分情况 治疗后14天,温胆汤组NIHSS评分与对照组相比差异有显著性意义($P < 0.05$),表明在神经功能恢复中,温胆汤较对照组效果更优(见表4)。

表4 两组治疗后NIHSS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	33	13.95 ± 5.34	10.58 ± 3.22
温胆汤组	35	14.21 ± 6.28	6.08 ± 3.67 [#]

注:与对照组比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者治疗后 Barthel 指数情况 治疗后 14 天,温胆汤组的改良 Barthes 指数评分较对照组显著增加($P < 0.01$),表明在远期日常生活能力方面,温胆汤组效果优于对照组(见表 5)。

表 5 两组治疗后 Barthel 指数比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	33	38.4 ± 2.28	59.8 ± 2.04
温胆汤组	35	37.7 ± 2.34	82.5 ± 1.93 [#]

注:治疗后与对照组比较,[#] $P < 0.01$ 。

3 讨论

中风病起病急骤,病情重,变化快,急性期以标实为主。痰浊内闭是其发病的主要病机^[3]。《兰室秘藏》云:“中风为百病之长,乃气血闭而不行,此最重痰。”痰浊不仅是中风病发生的启动因素,也是该病急性期加重的主要因素^[4]。《张氏医通》云“凡瘫痪,愈疽,半身不遂等症,皆伏痰留滞而然,不祛痰邪,病何由愈。”故脑梗塞急性期的治疗,宜以除痰为主。温胆汤出自清代陆廷珍的《三因极一病症方论》。方用半夏为君,降逆和胃,燥湿化痰;以竹茹为臣,清热化痰,止呕除烦;枳实行气消痰,使痰随气下;佐以陈皮理气燥湿,茯苓健脾渗湿,俾湿去痰消。全方具有清热燥湿、理气化痰的

功效。动物实验研究表明,温胆汤可通过调节大鼠肝脏 LDLR 转录水平预防脂质代谢紊乱^[5],同时温胆汤能有效降低机体内脂质过氧化程度,降低细胞受损程度,对抑制由高血脂引起的动脉粥样硬化患者有重要作用^[6]。本实验研究结果显示,经过治疗后,温胆汤治疗组的 TC、TG、LDL-C 明显低于对照组;全血高切粘度、低切粘度、纤维蛋白原、血小板聚集率也显著低于对照组;而神经功能缺损积分、改良 Barthel 指数变化表明温胆汤治疗后患者神经功能缺损恢复以及日常生活活动能力提高明显。

参考文献

[1] 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): 379-380.
 [2] 国家中医药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): 55-56.
 [3] 李海英, 李海敏, 樊鹏. 通腑法在中风急性期的应用[J]. 河北中医, 2007, 29(4): 327-328.
 [4] 牛豫洁. 中风病急性期治法探究[J]. 山西中医, 2010, 26(1): 1-2.
 [5] 淳泽, 李佳楠, 陈东辉, 等. 温胆汤对高脂血症大鼠脂质代谢的影响[J]. 中国中药杂志, 2003, 28(12): 1184-1185.
 [6] 李佳楠, 陈东辉, 罗霞, 等. 温胆汤降脂作用研究[J]. 华中科技大学学报(医学版), 2002, 31(6): 666.

(上接第 46 页)

证上又有寒、热、虚、实的不同,而朱丹溪在《金匱钩玄》中有这样一句话:“溏泄者,所下汁积粘垢,湿兼热也”,《金匱要略》中又指出寸脉浮数,下利脓血是由于湿热熏蒸胃肠,邪热炎上而升,阳热气盛,李东垣在《活发机要》中提到“脏腑泄痢,其证多种,大抵从风、湿、热也,是知寒少热多……溲而便脓血,知气行而血止也”,朱丹溪在《金匱钩玄》中从湿、气虚、火、痰、食积论治泄泻,《温病条辨》中提到:“湿之化气,为阴中之阳,氤氲浊腻……小便短涩黄热者……大便溏而不爽,或濡泄者,天气病地气因而不调也。”综合各医家以及自身多年临床经验,笔者认为在发作期是以湿热内蕴型为主,临床主要表现为腹泻、黏液脓血便、腹痛、肛门灼热、里急后重、小便短赤、身热、舌苔黄腻、脉滑数等。在缓解期也潜藏着湿热内蕴这一病机。故以清热燥湿,调气和血为其治疗原则,用组方三草溃结方用于临床,获效颇佳。三草溃结方源于《太平惠民和剂局方》中的香连丸与《袖珍》卷一引《圣惠》中的三黄汤以及《伤寒论》中的白头翁汤佐以西洋龙芽草、蛇总管、山苦菜、血箭

草、当归这五味药。白头翁汤是治疗湿热下痢的一首名方,具有清解热毒,凉血止痢的功效,为三草溃结方之君方;香连丸清热燥湿,行气化滞,药简力薄,作用平和,侧重于调气和中,与清热燥湿之力较强的三黄汤共助君方清热解毒止痢,为臣方;西洋龙芽草,性苦、涩、平,归心、肝经,具有收敛止血,止痢,截疟,补虚的功效;蛇总管、山苦菜清热解毒,祛瘀止痛;血箭草凉血止血,解毒敛疮;当归行血和血,此五味佐进上三方共奏清热燥湿,调气和血之效。全方充分体现中医治病辨证与辨病相结合,宏观与微观相结合的优势,实为治疗溃疡性结肠炎的一首良方,尤其对湿热内蕴型溃疡性结肠炎患者的临床症状有明显改善作用。

参考文献

[1] 安阿玥. 肛肠病学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998.
 [2] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J]. 中华消化杂志, 2007, 27(8): 545-546.
 [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 156-162.