

文章编号 1006-8147(2019)05-0496-03

论著

星萎承气汤对痰热腑实型脑卒中患者的临床疗效观察

王雅妹^{1,2}, 张新颖², 韩颖², 张晋², 傅强³

(1.天津医科大学研究生院, 天津 300070; 2.河北大学附属医院感染控制办公室, 保定 071000; 3.天津市第四中心医院重症医学科, 天津 300140)

摘要 目的:观察星萎承气汤对痰热腑实型脑卒中患者的神经功能改善状况。方法:将100例痰热腑实型脑卒中患者随机分为治疗组与对照组各50例,两组患者均给予常规治疗14 d。治疗组加服星萎承气汤,每日1剂,两组均治疗14 d后观察临床疗效。结果:对2组患者治疗前后进行NIHSS评分、BI评分、MRS评分和中风病诊断与疗效判定标准评分,治疗前两组资料相比较,差异无显著性,具有可比性。治疗组各项评分均优于对照组($P<0.05$)。结论:星萎承气汤能显著提高痰热腑实型脑卒中患者的临床疗效,显著改善患者的神经功能缺损。

关键词 星萎承气汤;痰热腑实型脑卒中;临床疗效;神经功能

中图分类号 R743.3

文献标志码 A

Clinical observation of Xing Lou Chengqi Decoction on patients with apoplexy due to phlegm heat and viscera excess syndromeWANG Ya-mei^{1,2}, ZHANG Xin-ying², HAN Ying², ZHANG Jin², FU Qiang³

(1. Graduate School, Tianjin Medical University, Tianjin 300070, China; 2. Infection Control Office, Affiliated Hospital, Hebei University, Baoding 071000, China; 3. Department of Critical Care Medicine, Tianjin Fourth Central Hospital, Tianjin 300140, China)

Abstract Objective: To observe the improvement of neural function of Xing Lou Cheng Qi Decoction on patients with apoplexy due to phlegm heat and excess viscera. **Methods:** One hundred patients with phlegm heat and viscera type stroke were randomly divided into treatment group and control group with 50 cases in each group. Two groups of patients were given conventional basic treatment for stroke for 14 days. **Results:** Before and after treatment of the 2 groups, the NIHSS score, the BI score, the MRS score and the stroke diagnosis and the evaluation standard of the curative effect were determined. There was no significant difference between the two groups before the treatment, and the results were comparable. After treatment, P value of the treatment group and the control group was less than 0.05, and the difference was significant. The scores in the treatment group were higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Xing Lou Chengqi Decoction can significantly improve the clinical efficacy for the patients with phlegm heat and Fu Zheng type of stroke, and significantly reduce the neurological impairment of patients.

Key words Xing Lou Chengqi Decoction; apoplexy due to phlegm heat and viscera excess syndrome; clinical efficacy; nerve function

脑卒中是一种突然起病的脑血液循环障碍性疾病,是指各种诱发因素引起脑内动脉狭窄、闭塞,而造成急性脑血液循环障碍而出现的临床症状和体征^[1]。调查显示我国脑卒中发病率高达11.2%,脑卒中患者幸存者中75%不同程度地丧失劳动能力,40%重残。因脑卒中死亡人数逐年增加,2012年世界卫生组织(WHO)公布的全球前10位主要原因中,脑卒中仅次于缺血性心脏病,排名第2位,因脑卒中死亡人数达到670万,占总死亡的比例11.9%^[2]。脑卒中根据《中风病诊断与疗效判定标准》(试行)^[3]分为痰热腑实型、风痰阻络型及气虚血瘀型等,急性期时又以痰热腑实型最为常见^[4]。治疗当

以化痰通络、畅通腑气为主则。本研究运用王永炎院士首创的星萎承气汤^[5],治疗痰热腑实型脑卒中,取了较好的临床疗效。

1 资料与方法**1.1 临床资料****1.1.1 诊断标准**

1.1.1.1 中医诊断标准:参照《中风病诊断与疗效判定标准》(试行)^[3]。主症:偏瘫、神识昏蒙,言语謇涩或不语,偏身感觉异常,口舌歪斜。次症:头痛,眩晕,瞳神变化,饮水发呛,目偏不瞬,共济失调。急性起病,发病前多有诱因,常有先兆症状。发病年龄多在40岁以上。具备2个主症以上,或1个主症2个次症,结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊;不具备上述条件,结合影像学检查结果亦可确诊。疾病分期标准:急性期发病2周以内,中脏腑最长至1个月;恢

基金项目 天津市卫生计生委科技基金(15KG121)

作者简介 王雅妹(1987-),女,主治医师,学士,研究方向:中西医结合临床研究;通信作者:傅强, E-mail:13920864938@163.com。

复期发病2周至6个月;后遗症期发病6个月以后。

根据《中风病诊断与疗效判定标准》(试行)^[3],中风病证类诊断标准分为7个证型:风痰火亢、风火上扰、痰热腑实、风痰瘀阻、痰湿蒙神、气虚血瘀、阴虚风动。痰热腑实证证型为半身不遂,口舌歪斜,言语謇涩或不语,感觉减退或消失,头痛目眩,咯痰或痰多,腹胀便干便秘,舌质暗红,苔黄腻,脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

1.1.1.2 中风病西医诊断标准:参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》^[6]。

1.1.2 纳入标准 (1)签署知情同意书;(2)符合急性缺血性卒中的诊断标准;(3)符合出血性梗死的诊断标准;(4)符合中医中风病及中医证候的诊断标准;(5)发病2周内;(6)年龄在40~75岁的患者。

1.1.3 排除标准 (1)发病超过2周;(2)非脑血管意外引起的脑梗死;(3)年龄>75岁或<40岁;(4)精神病患者,妊娠期或哺乳期妇女;(5)不符合中医痰热腑实、痰湿蒙神证型者;(6)OCSF分型中的全前循环梗塞(TACI)、腔隙性梗塞(LACI);(7)蛛网膜下腔出血;(8)卒中由脑肿瘤、脑外伤、血液病、脑血管畸形(先天异常)或动脉瘤等引起;(9)合并有心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病;合并应激性溃疡;(10)GCS<4分,预计24 h内死亡的患者;(11)目前正在参加其他药物研究者;(12)合并应激性溃疡者;(13)对方案中使用的药物过敏者。

1.1.4 一般资料 收集2014年1月1日-2015年12月31日在河北大学附属医院中西医结合科住院的40~75岁痰热腑实型脑卒中患者100例,按入院时患者住院号随机将研究对象分为治疗组50例(常规治疗+星菱承气汤),对照组50例(常规治疗)两组患者一般情况无显著差异($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组患者在治疗前性别、年龄、发病时间上的比较

Tab 1 Comparison of sex, age and onset time before treatment between the two groups

组别	n	性别		年龄/岁 ($\bar{x}\pm s$)	发病时间/h ($\bar{x}\pm s$)
		男(%)	女(%)		
治疗组	50	25(50.0)	25(50.0)	59.28±9.86	6.10±1.764
对照组	50	29(58.0)	21(42.0)	62.82±8.54	6.18±1.769
χ^2		0.644		1.919	0.226
P		0.422		0.058	0.821

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

1.2.1.1 对照组:给予常规西医治疗方法,按照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》^[6]。主要包括保持呼吸道通畅、清除呼吸道分泌物、预防和处理吸入性肺炎;监护和处理心律失常及缺血性心脏病;

调控血压和血糖;早期溶栓处理;适当使用脱水药、抗血小板聚集剂;脑保护;维持水与电解质平衡、营养支持等治疗14 d。

1.2.1.2 治疗组:在对照组常规治疗基础上给予星菱承气汤加减,生大黄(后下)10~15 g、芒硝(冲服)10~15 g、全瓜蒌30~40 g、胆南星6~10 g。每日1剂,煎汁200 mL,分2次服用,口服或鼻饲。根据患者体质和病情变化调整用药剂量,体壮实者可予重剂,体弱者需用轻剂,不宜过量^[5]。

1.2.2 观察指标与方法 治疗前后对两组患者进行美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)^[7]评分、日常生活活动能力量表 Barthel 指数(BI)^[8]评分、实际完成日常生活活动的改良 Rankin 量表(MRS)^[9]评分和中风病诊断与疗效判定标准(试行)^[3]。

1.2.3 疗效判定标准

1.2.3.1 NIHSS 评分:根据 NIHSS 评分测定神经功能,观察神经功能缺损程度。

1.2.3.2 格拉斯哥昏迷评分(Glasgow Coma Scale, GCS):判定病人的意识状况。

1.2.3.3 生活能力:根据 Barthel(BI)指数评分观察。

1.2.3.4 神经功能恢复状况:根据实际完成日常生活活动的改良 Rankin 量表(MRS)评分。

1.2.3.5 中医证候评分计算:(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%

(1)临床痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%;(2)显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%;(3)有效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少≥30%;(4)无效:中医临床症状、体征无明显改善,或加重,证候积分减少不足30%。

1.3 统计学方法 应用 SPSS 19.0 统计软件进行数据处理,计数资料采用 χ^2 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前各项指标评分比较 见表2。治疗前两组患者 NIHSS、GCS、BI、MRS、中医证候评分 $P>0.05$,差异无显著性,具有可比性。

表2 两组患者在治疗前 NIHSS、GCS、BI、MRS、中医证候评分比较
Tab 2 Comparison of NIHSS, GCS, BI, MRS and TCM syndromes scores between the two groups before treatment

评分项目	治疗组(n=50)	对照组(n=50)	t	P
NIHSS	8.40±1.85	7.84±1.39	1.710	0.091
GCS	10.78±1.80	10.22±1.48	1.702	0.092
BI	44.72±5.31	45.14±4.35	0.433	0.666
MRS	3.66±0.823	3.44±0.73	1.411	0.161
中医证候评分	26.38±6.72	27.20±8.03	0.553	0.582

2.2 治疗前后两组病例各项指标评分 见表 3。经过观察, 治疗后治疗组与对照组的神经功能缺损

和中医证候评分均比治疗前有明显改善, 但治疗组各项评分差值均大于对照组, 以治疗组为优。

表 3 两组患者不同观察指标评价下治疗效果情况

Tab 3 The therapeutic effect of two groups of patients evaluated by different observation indexes

观察指标	治疗组(n=50)			对照组(n=50)		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
NIHSS	8.40±1.85	5.96±1.84 [*]	2.44±0.88 [▲]	7.84±1.39	7.12±1.51 [*]	0.72±0.70 [▲]
GCS	10.78±1.80	12.46±1.54 [*]	-1.68±1.04 [▲]	10.22±1.48	11.18±1.47 [*]	-0.96±0.78 [▲]
BI	44.72±5.31	58.72±6.92 [*]	-14.00±3.63 [▲]	45.14±4.35	54.30±8.87 [*]	-9.16±6.97 [▲]
MRS	3.66±0.823	1.82±0.774 [*]	1.84±0.55 [▲]	3.44±0.733	2.48±0.839 [*]	0.96±0.64 [▲]
中医证候评分	26.38±6.72	10.82±4.83 [*]	15.60±4.98 [▲]	27.20±8.05	16.96±6.87 [*]	10.24±3.53 [▲]

与同组治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组同时时间点比较, [▲] $P<0.05$

2.3 不良反应 治疗期间, 两组患者均未发生较严重的药物不良反应。中药治疗以调理为主, 注重内外治疗平衡, 故临床用药安全性高^[10]。

3 讨论

中风一词最早见于《黄帝内经》, 立论于《金匱要略》, 以后各家学说纷纭, 各有阐发。最先把通腑化痰法应用于中风病的首推金元时代张元素所创立的三化汤(大黄、枳实、厚朴、羌活), 通过通肠泄热, 活瘀祛风, 使腑气传化而生新。王永炎先生在众多医书中融汇知新, 研究发现急性脑卒中约 77.2% 的患者存在痰热腑实^[11], 并在 1982 年提出了中风痰热腑实证的化痰通腑治法^[12]。

现代医学研究表明: 中风急性期, 胃肠蠕动减慢, 肠内容物留滞, 肠源性内毒素被吸收, 从而加剧了脑循环障碍, 加重了患者的意识状态。中风病中痰热腑实证痰热内阻、内风旋动, 痰热、风邪裹挟游串, 清阳不升, 治无缓法, 速去其病^[13]。星萎承气汤可以排除积于肠中的代谢废物, 改善血液循环, 有利于降低脑水肿, 清除自由基以减少脑细胞损伤, 降低血小板, 抗凝, 改善脑卒中患者的脑血流、降低血液黏滞度等作用, 从而改善脑卒中患者的神经功能缺损程度, 改善患者的生活质量。与西医常规通便疗法相比, 星萎承气汤能更好地缓解脑梗死后腑实便秘, 其通腑疗效需要一定时间治疗后显示治疗效果^[14]。脑卒中急性期患者常伴有便秘, 肺部感染, 化痰通腑法通过“肺与大肠相表里”脏腑联系, 随着腑实症状的解除, 整个肺系的痰湿证、火热证表现亦随之解除, 而“痰湿”“火热”正是急性上呼吸道感染、肺部感染的致病因素及病理因素。化痰通腑法可通过调节脏腑表里功能关系来达到改善卒中相关性肺炎症状及体征的作用^[15]。研究认为, 化痰通腑法治疗中风病急性期主要通过降低机体应激状态, 调整自主神经功能紊乱, 稳定血压, 增加脑供血, 调

整血管通透性, 改善微循环, 减轻意识障碍, 使患者更容易度过急性期^[16]。临床发现, 星萎承气汤能改善脑钠肽对胃肠道的调节功能, 促进肠管运动, 随着患者的大便通畅, 病人舌苔黄腻苔明显好转, 口中臭气渐除, 食欲渐增, 神志好转。总之, 星萎承气汤集通腑泄热、化痰散结、疏利气机于一体, 通过排除浊毒, 畅通腑气, 使气机恢复有序升降, 五脏安和。

本研究运用星萎承气汤治疗痰热腑实型脑卒中, 破瘀涤痰, 通腑开窍, 全方由全瓜蒌、胆南星、生大黄、芒硝四味中药组成。全瓜蒌含三萜皂甙、有机酸及其盐类^[17], 清热化痰散结, 利大肠, 使痰热下行; 胆南星熄风解痉, 也有清化痰热的作用, 二味合用清化痰热, 散结宽中。生大黄苦寒峻下, 荡涤胃肠积滞; 芒硝咸寒软坚, 润燥散结, 助大黄以通腑导滞^[18]。诸药共用, 承顺失降胃气, 以恢复其主降的功能; 清化热痰浊毒, 防止痰热化风, 风痰上扰, 窍闭神昏诸证。星萎承气汤总属于承气类方药, 但较大承气汤、小承气汤相比药力稍缓, 对于中风病患者而言, 凡见痰热腑实之证, 不论症状出现的早晚, 也不论临床表现的轻重, 使用后均有明显效果。本研究显示: 常规治疗联合星萎承气汤治疗的治疗组能降低脑卒中患者的 NIHSS 评分、MRS 评分, 提高 GCS 评分、BI 评分, 改善患者的中医证候评分($P<0.05$), 在提高痰热腑实型脑卒中患者的临床疗效, 改善神经功能缺损状态, 提高日常生活活动能力, 降低中医证候评分方面均优于对照组, 显示出了很好的治疗效果。

综上所述, 对痰热腑实型脑卒中患者给予星萎承气汤治疗, 能改善患者的神经功能和日常生活能力, 提升治疗效果。

参考文献:

- [1] 刘焱, 刘芳. 银丹心脑通软胶囊促进缺血性卒中大鼠神经功能恢复的相关机制[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 13(4): 493

- 2013,8(1):4
- [16] Bertelsen C A, Fabricius R, Kleif J, et al. Outcome of negative-pressure wound therapy for open abdomen treatment after nontraumatic lower gastrointestinal surgery: analysis of factors affecting delayed fascial closure in 101 patients[J]. *World J Surg*, 2014, 38(4):774
- [17] Diaz J J Jr, Cullinane D C, Dutton W D, et al. The management of the open abdomen in trauma and emergency general surgery: part 1—damage control[J]. *J Trauma*, 2010, 68(6):1425
- [18] Rasilainen S K, Mentula P J, Leppäniemi A K, et al. Vacuum and mesh-mediated fascial traction for primary closure of the open abdomen in critically ill surgical patients[J]. *Br J Surg*, 2012, 99(12):1725
- [19] Regner J L, Kobayashi L, Coimbra R. Surgical strategies for management of the open abdomen[J]. *World J Surg*, 2012, 36(3):497
- [20] 王彦峰. 负压封闭引流在腹部外科的应用[J]. *创伤外科杂志*, 2016, 18(8):452
- [21] Anand R J, Ivatury R R. Surgical management of intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome[J]. *Am Surg*, 2011, 77(S1):S42
- [22] 保红平, 姚永良. 腹腔双套管持续冲洗负压引流技术在腹部外科的临床应用[J]. *中国普外基础及临床杂志*, 2011, 18(12):1323
- [23] 张渝科, 谭云火, 吴国庆, 等. 自制双套管持续冲洗负压吸引治疗结肠癌术后肠瘘[J]. *局解手术学杂志*, 2016, 25(6):460
- [24] 钱洪军, 胡申万, 薛欢, 等. 肠道损伤合并腹腔重度感染吻合口瘘的预防与治疗[J]. *实用临床医学*, 2017, 18(9):30
- [25] 任建安. 危重患者急性胃肠损伤与肠康复治疗[J]. *中华消化外科杂志*, 2013, 12(1):21
- [26] 任建安. 重视肠瘘的综合治疗[J]. *腹部外科*, 2015, 28(3):145
- [27] Badrasawi M M, Shahar S, Sagap I. Nutritional management of enterocutaneous fistula: a retrospective study at a Malaysian university medical center[J]. *J Multidiscip Healthc*, 2014, 7:365
- [28] Coetzee E I, Rahim Z, Boutall A, et al. Refeeding enteroclysis as an alternative to parenteral nutrition for enteric fistula[J]. *Colorectal Dis*, 2014, 16(10):823
- [29] 郝文立. 小肠外瘘的治疗进展[J]. *天津药学*, 2013, 4(25):64
- [30] 李宁. 肠功能障碍的肠内营养策略[J]. *肠外与肠内营养*, 2010, 17(4):193
- [31] 贺更生, 陈国栋, 文武, 等. 肠内营养在腹部外科大手术病人围手术期中的临床应用[J]. *肠外与肠内营养*, 2014, 21(1):8
- [32] Pedrazzoli S. Pancreatoduodenectomy (PD) and postoperative pancreatic fistula (POPF): a systematic review and analysis of the POPF-related mortality rate in 60,739 patients retrieved from the English literature published between 1990 and 2015[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2017, 96(19):e6858

(2018-12-12 收稿)

(上接第 498 页)

- [2] WHO. Media centre, The top 10 causes of death[Z], 2014
- [3] 国家中医药管理局急症协作组. 中风病诊断与疗效判定标准[J]. *北京中医药大学学报*, 1996, 19(1):55
- [4] 柳叶. 中西医结合治疗痰热腑实型缺血性中风病的临床研究[J]. *中国中医急症*, 2014, 23(7):1343
- [5] 简文佳, 时晶, 田金洲. 王永炎先生运用化痰通腑法治疗中风浅析[J]. *天津中医药*, 2015, 32(2):65
- [6] 沈崇灵, 法理学. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. *中华神经科杂志*, 2015, 48(4):246
- [7] Lyden P, Brott T, Tilley B, et al. Improved reliability of the NIH Stroke Scale using video training[J]. *Stroke*, 1994, 25(11):2220
- [8] Mahoney F I, Barthel D W. Functional evaluation: the Barthel Index[J]. *Md State Med J*, 1965, 14(4):61
- [9] Van Swieten J C, Koudstaal P J, Visser M C, et al. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients[J]. *Stroke*, 1988, 19(5):607
- [10] 叶安玉. 星蒺承气汤治疗急性缺血性中风病痰热腑实的临床观察[J]. *云南中医中药杂志*, 2017, 38(10):52
- [11] 王永炎. 中医药治疗急性缺血性脑血管病 120 例疗效观察[J]. *中医杂志*, 1981, 26(7):31
- [12] 王永炎, 邓振明, 董建华, 等. 缺血性脑卒中辨证论治初探[J]. *上海中医药杂志*, 1982, 27(7):5
- [13] 陈沛, 凌丽丽, 江澜, 等. 星蒺承气汤治疗急性缺血性中风病痰热腑实证临床观察[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2016, 14(18):2097
- [14] 王珊, 陈沛, 江澜, 等. 星蒺承气汤治疗脑梗死急性期痰热腑实便秘的疗效观察[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2017, 15(23):3056
- [15] 江澜, 陈沛, 吴爽, 等. 化痰通腑法对急性脑梗死不同状态点下炎症反应干预特点的探讨[J]. *环球中医药*, 2018, 11(1):53
- [16] 王永炎, 沈绍功. 今日中医内科[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000:62
- [17] 李继龙. 加味星蒺承气汤治疗中风急性期的临床研究[J]. *中医中药*, 2018, 1(1):49
- [18] 王永炎, 李秀琴, 邓振明, 等. 化痰通腑法治疗中风病 158 例疗效观察[J]. *中国医药学报*, 1986, 1(2):22

(2018-11-27 收稿)