

• 临 床 •

抗栓 1-5 号治疗脑梗死后遗症期患者 53 例临床观察

沈乃莹¹, 金宇安¹, 闫 征², 何培英², 王申五²

(1. 北京中医药大学附属护国寺中医医院, 北京 100035; 2. 北京医科大学人民医院, 北京 100044)

中图分类号: R255.2 文献标识码: B 文章编号: 1005-9903(2001)02-0054-02

脑梗死属中医的“中风”范畴,其系缺血性中风,是老年人的多发病、常见病,我们依据患者的不同体质、不同基因型,从同病异治、缓则治其本的角度拟订抗栓 1-5 号,治疗中风后遗症期患者 53 例,并与西药阿斯匹林组 50 例对照观察 1 年复发率,取得了良好疗效,现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 按照 1996 年全国脑血管病学术会议修订的诊断标准^[1],并经 CT 或 MRI 证实。随机选择了急性脑梗死经中西医治疗半年以上属后遗症期^[2]患者 103 例,全部患者均自 1999 年 4 月~7 月开始门诊长期随诊坚持服用抗栓 1~5 号或西药阿斯匹林 1 年。又将 103 例患者随机分为两组,中药组 53 例,男 29 例,女 24 例,年龄 40~81 岁,平均 58.9±8.5 岁,并按中医体质专家匡调元、王琦体质分型标准^[3]进行中医体质分型,其中包括阳虚质 1 例、阴虚质 8 例、气虚质 21 例、痰湿质 11 例、血瘀质 12 例;西药阿斯匹林组 50 例,男 29 例,女 21 例,年龄 41~76 岁,平均 57.9±7.5 岁。

1.2 治疗方法

1.2.1 中药组 (1) 阳虚质(抗栓 1 号): 附子、白芍、桂枝、鹿茸粉^[4]、淫羊藿、威灵仙,阳虚欲脱加山萸肉、煅龙牡; (2) 阴虚质(HLA-DQA1* 0501 基因型)(抗栓 2 号): 山萸肉、枸杞、二地、牛膝、天冬、元参、龟板、附子,阴虚阳亢肝风内动加煅龙牡、白芍; (3) 气虚质(HLA-DQA1* 0301 基因型)(抗栓 3 号): 黄芪、人参^[5]、党参(太子参)、山药、白术,气虚欲绝加煅龙牡、五味子; (4) 痰湿质(HLA-DQA1* 0301 基因型)(抗栓 4 号): 煅龙牡、半夏、天南星、白附子、白芥子、白前、皂荚,痰壅热盛加青礞石、胆南星、青竹

茹、天竺黄; (5) 血瘀质(HLA-DQA1* 0301 基因型)(抗栓 5 号): 水蛭、地龙、虻虫、桃仁、红花、赤芍、归尾、鸡血藤、丹参,血瘀较重加莪术、三棱、乳香、没药。

注: 若见气阴两虚质当 2+3 号加减; 若见气虚血瘀质当 3+5 号化裁; 若见痰湿血瘀质当 4+5 号互用; 若广见阴虚痰湿质当 2+4 号定酌等等。

1.2.2 阿斯匹林对照组 肠溶阿斯匹林 50mg 日服 1 次,温开水送服。对合并高血压、糖尿病、高血脂患者可分别给予降压药、降糖药、降脂药对症治疗。

2 疗效观察

2.1 临床复发指标 (1) 原有的症状、体征加重,或出现新的症状及体征; (2) 必须经 CT 或 MRI 复查并与首次发病时 CT 或 MRI 比较,以确诊复发。

2.2 治疗结果: 见表 1。

表 1 中药抗栓 1-5 号及阿斯匹林治疗脑梗死后遗症期患者 1 年复发率比较

	复发(%)	未发(%)	合计
中药组	2(3.77)	51(96.23)	53
阿斯匹林组	8(16.00)	42(84.00)	50
X ² 值	4.3873*		

注: 两组比较: * $P < 0.05$

2.3 疗效评价 中药抗栓 1-5 号针对脑梗死后遗症期患者不同体质进行治疗,以延缓复发的疗效明显优于阿斯匹林组, (3.77% 对 16.00%, $P < 0.05$), 见表 1。中药组 1 年复发率为 3.77%, 远低于 Rocherter^[4] 报道。

3 讨论

脑梗死及其多种中医体质具有强烈的遗传易感性,我们运用 HLA-DQA1 抗原对脑梗死患者进行中医体质分型,发现 HLA-DQA1* 0501 基因型与阴虚质相关联,HLA-DQA1* 0301 基因型与气虚质、痰湿质及血瘀质相关联,因阳虚质例数甚少,未作统计学

处理。

脑梗死致残率高,复发率高,尤其值得重视的是复发率高,其复发的关键在于脑梗死的体质是长存的,正如中医体质专家匡调元所说^[5]:体质主要是在遗传的基础上,在缓慢的、潜在的环境因素作用下,在其生长、发育和衰老的过程中渐进性地形成的个体特殊性。证则不然,它主要是在明显的、特定的、相对而言比较急剧的致病因子作用于体质以后形成的临床类型,显然其变化是比较迅速的,“证”可以很快消失,但“质”依然存在,可以成为另一次发病的基础,这就是脑梗死复发率高的关键所在。

随着对中风病认识的不断提高和科学技术的发展,中医对本病的认识逐渐归缩到气血问题上。国家中医药管理局在1984年6月28日发布的《中医病症诊断疗效标准》将中风定义为“气血逆乱导致脑脉痹阻或血溢于脑。”而脑梗死属缺血性中风,其为脑脉痹阻,血瘀于脉道,血脉不通,脑失所养而致病。

据此,我们把患者的基因型与四诊相参相结合。按照特定的抗栓1-5号药物的配伍,大体治疗以益气养阴、活血、化痰通络为多见,痰湿盛者加祛痰蠲饮之品,气虚补气,阳虚助阳,并在通经活络上下功夫。据临床观察常用附子、白芍、山萸肉、二地、煅龙牡、枸杞子、黄芪、半夏、水蛭、虻虫、三棱、莪术。阳虚质取附子味辛,性大热,为补助元阳之主药,其力能升能降,能内达能外散,凡凝寒锢冷之结于脏腑、着于筋骨、痹于经络血脉者,皆能开之、通之,常取其与芍药同用,收敛浮越之元气,归藏于阴也;阴虚质用山萸肉佐熟地以填补其破阴之纽。萸肉善补肝,枸杞善补肾,肝肾充足,元气必旺,脑髓自充。芋肉为补肝之主药,其酸温之性又能引诸药入肝以熄风,取濡润收敛之品萸肉、芍药、龙牡并用,为熄内风之妙品;气虚质则腠理不固,风寒易受,血脉瘀阻,痰涎易郁,故重用黄芪为君,以补气分,并能助气上升达脑中,且血液即可随气上注;痰湿质其关节皆有顽痰凝滞,取龙骨敛正气而不敛邪气,若与牡蛎同用,不仅不敛邪气,转能逐邪气使之外出,龙属阳而潜于海,故其骨能引逆上之火、泛滥之水下归于宅,龙牡

同用为治痰之神品,最善理关节之痰。痰涎壅滞以半夏降之,痰涎自息也;血瘀质取水蛭,其为噬血之物,故善破血,为其气腐,其气味与瘀血相感召,不与新血相感召,故但破瘀血而不伤新血。三棱、莪术化瘀血之要药,一切血凝气滞之证,若与参、术、芪诸药并用,大能调血活血,化血之力三棱优于莪术,理气之力莪术优于三棱。地龙辅虻虫同用,地龙善引,虻虫善接,有助脑部侧支循环建立。加之萸肉禀木气最厚,木主疏通,能通利九窍,其既能补正,又善逐邪,酸收之中,实大具条畅之性,与活气血之药并用,收奇效也。

从表1中可看出中药组1年复发率(3.77%)明显低于阿斯匹林组(16.00%)($P < 0.05$),具有显著差异。提示将脑梗死的中医体质进行HLA-DQA1等位基因分型,依不同的基因型、不同的体质治病论疾可大大降低复发率,体现了同病异治、治病求本的优越性,证实了服用抗栓1-5号改善中医体质,就能延缓复发,而阿斯匹林组仅单纯抗血小板凝聚,降低血液粘稠度,未注意体质的差异,故疗效远不及中药组。

今后可对脑梗死后遗症期患者做加大样本、延长服药间隔的观察,甚至可做5年复发率的观察,为抗栓1-5号改善脑梗死的中医体质、降低复发率提供更有价值的科学依据。

参考文献:

- [1] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 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] 国家中医药管理局医政司脑病急症协作组. 诊断标准[S]. 中风病急症诊疗规范, 1988. 3
- [3] 秦德平. 浅谈气质及其与辩证施治的关系[J]. 广西中医药, 1984, 7(2): 60-62.
- [4] 隋森. 脑血管疾病-MR、CT、DSA与临床[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1991. 113.
- [5] 匡调元. 关于体质学(constitutionology)研究的若干问题[J]. 北京中医学院学报, 1986, 9(4): 2.