

# 通痹益脑汤治疗血管性痴呆的临床观察

阳正国

(重庆市永川区中医院, 重庆 402160)

中图分类号: R749.1\*3 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2012)06-1003-02

**【摘要】目的** 观察通痹益脑汤治疗血管性痴呆(VD)的疗效。**方法** 将VD患者随机平均分为两组,对照组予脑复康,治疗组予益气补脑方,疗程3个月。观察治疗前后患者的临床症状、中医证候及简易智力状态速查表(MMSE)和日常生活能力量表(ADL)积分,血液流变学、血小板聚集试验、血脂分析等项指标。**结果** 治疗组在改善临床症状和中医证候,降低血脂,改善血液流变性,提高患者多种智力量表积分等方面均优于对照组。**结论** 通痹益脑汤能够促进学习记忆的恢复和改善临床症状,是治疗VD的有效中药方剂。

**【关键词】** 通痹益脑汤 血管性痴呆 学习记忆

笔者近年应用经验方通痹益脑汤治疗血管性痴呆(VD),疗效满意。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取重庆市永川区中医院VD患者60例,随机分为两组。治疗组30例,其中男性18例,女性12例;年龄(70.63±7.34)岁;病程(3.45±1.67)年;腔隙性脑梗死21例,多发性脑梗死21例,额顶部脑梗死6例,基底节区脑梗死2例,颞叶区脑梗死2例,顶深部脑梗死2例,大面积脑梗死1例,脑出血基底节区3例,脑白质退变2例。对照组30例,其中男性17例,女性13例;年龄(69.47±2.61)岁;病程(3.81±1.47)年;腔隙性脑梗死21例,多发性脑梗死20例,额顶部脑梗死6例,额颞部脑梗死4例,放射冠区脑梗死2例,脑髓质缺血性改变2例,基底节区脑梗死3例,脑血栓形成2例。两组资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 治疗组予益脑通痹汤:黄芪60g,丹参20g,熟地黄20g,制首乌20g,鹿角胶15g,川芎10g,郁金15g,石菖蒲15g,皂荚5g,神曲20g。每日1剂,水煎2次共取汁300mL,分早、中、晚3次口服。对照组服用脑复康片(每片含吡拉西坦0.4g,锦州制药一厂生产),每次3片,每日3次。两组均以90d为1疗程,可重复1~3疗程,观察期间均停服其他促智药。

**1.3 观察指标** 治疗前后分别计算患者的症状积分:显著而持续者3分;时轻时重或间断出现者2分;轻度或偶然出现者1分;无症状者0分。治疗前后均进行简易智力状态速查表(MMSE)、日常生活能力量表(ADL)评分;采用锥板法测定全血黏度、血浆黏度、红细胞压积;采用比浊法测定血小板聚集率;采用酶法测定血脂。

**1.4 疗效标准** (1)中医证候疗效评定标准:治疗后中医症状积分较治疗前下降 $>1/2$ 为显效;下降在 $1/2\sim 1/3$ 之间为有效;未达到上述标准为无效。(2)量表评分标准:根据各量表治疗前后积分进行评定。其中认知功能根据MMSE评定,以治疗后总分增加 $>4$ 分为显效;增加 $\geq 2$ 分, $\leq 4$ 分为有效;增加 $<2$ 分或下降者为无效。生活功能以ADL20项评定,治疗后总分下降 $\geq 6$ 分为显效;下降 $\geq 3$ 分为有效;下降 $<3$ 分或上升者为无效。

**1.5 统计学处理** 应用SPSS统计软件。采用 $t$ 检验及Ridit分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组治疗前后临床积分比较** 见表1。治疗后治疗组症状积分改善优于对照组( $P<0.01$ )。治疗后MMSE积分两组均有提

高,治疗组优于对照组( $P<0.05$ )。治疗后ADL积分两组均降低,而治疗组降低更为明显( $P<0.01$ )。

表1 两组治疗前后临床积分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别		中医症状积分	MMSE 积分	ADL 积分
治疗组 (n=30)	治疗前	30.81±11.02	16.50±4.01	52.54±15.93
	治疗后	21.20±10.62**	19.23±4.04** <sup>△</sup>	44.53±14.12** <sup>△△</sup>
对照组 (n=30)	治疗前	29.03±9.61	17.73±4.10	56.10±17.02
	治疗后	21.5±10.74**	19.50±4.40**	52.61±16.01**

与本组治疗前比较, \* $P<0.05$ , \*\* $P<0.01$ ;与治疗组差值比较,  $\Delta P<0.05$ ,  $\Delta\Delta P<0.01$ 。下同。

**2.2 两组治疗前后血液流变学指标比较** 见表2。治疗后两组血液流变学各项指标均有显著改善( $P<0.01$ ),治疗组优于对照组( $P<0.01$ )。

表2 两组治疗前后临床积分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别		全血黏度(mpa·s)			血浆黏度 (mpa·s)	红细胞压积 (mpa·s)
		t/10s	t/60s	t/120s		
治疗组 (n=30)	治疗前	10.40±1.34	6.1±0.5	5.0±0.53	1.72±0.43	46.84±4.30
	治疗后	9.33±0.91** <sup>△△</sup>	5.50±0.4** <sup>△△</sup>	4.54±0.41** <sup>△△</sup>	1.42±0.3** <sup>△△</sup>	44.43±3.31** <sup>△△</sup>
对照组 (n=30)	治疗前	10.60±1.82	6.02±0.40	5.10±0.72	1.61±0.21	45.82±3.34
	治疗后	10.24±1.83**	5.61±0.43**	5.01±0.72**	1.50±0.24**	45.10±3.03**

**2.3 两组治疗前后血脂指标比较** 见表3。治疗后两组血脂各项指标均有显著改善( $P<0.01$ ),治疗组优于对照组( $P<0.01$ )。

表3 两组治疗前后各项血脂指标比较(mmol/L,  $\bar{x}\pm s$ )

组别		胆固醇	甘油三酯	LDL-C	HDL-C
治疗组 (n=30)	治疗前	6.0±1.6	2.0±0.5	4.7±0.8	1.1±0.4
	治疗后	4.9±1.0** <sup>△△</sup>	1.5±0.3** <sup>△△</sup>	4.3±0.8** <sup>△△</sup>	1.4±0.3** <sup>△△</sup>
对照组 (n=30)	治疗前	5.9±1.4	1.8±0.4	4.8±0.6	1.1±0.3
	治疗后	5.7±1.4**	1.7±0.4**	4.6±0.7**	1.1±0.2*

## 3 讨论

VD属中医学“呆病”、“痴呆”范畴,其基本病机为痰瘀痹阻,髓减脑消,神机失用。乃本虚标实之证,本虚为气血肾精匮乏,髓海空虚,脑窍失于濡养,标实为瘀血痰浊阻滞脑络,形成虚实夹杂之候,气虚血瘀是其病机关键因素。VD的治疗大法为补虚益损,通痹利窍。

通痹益脑汤是笔者的临床经验方,重用黄芪为君药,大补元气,令气旺血行,瘀去络通;丹参乃活血通脉之要药,祛瘀而不伤

正,兼入心安神,用为臣药;佐以熟地黄、制何首乌、鹿角胶补肾填精生髓,皂荚、石菖蒲、郁金豁痰开郁利窍,神曲健胃和中;川芎活血止痛,引药上行为使药。全方共奏益气化痰、豁痰通痹利窍、补髓益脑之功。笔者应用通痹益脑汤治疗 VD,并以脑细胞代谢激活剂脑复康作为促智药研究的阳性对照药进行了临床观察。结果表明益气补脑方能明显改善 VD 患者的认知功能和生活动力,提高生活质量;降低 VD 患者的全血黏度、血浆黏度、红细胞压积,有效抑制血小板聚集率,改善血液流变性,降低高胆

固醇血症,从而增加脑血流量,改善微循环,缓解其脑缺血症状;与脑复康比较,差异均有显著性,证实了通痹益脑汤具有健脑益聪之功。

综上所述,通痹益脑汤具有益气化痰、豁痰通痹利窍、补髓益脑的功效,能够促进学习记忆的恢复,改善临床症状,改善血液流变性,是治疗 VD 的有效方药。

(收稿日期 2011-12-20)

## 齿状悬吊固定术加中药熏洗治疗混合痔 57 例

姜晓文 王 霆 纪艳华

(河北省廊坊市人民医院,河北 廊坊 065000)

中图分类号:R266 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2012)06-1004-02

**【摘要】**目的 观察齿状悬吊固定术加中药熏洗治疗混合痔的临床疗效。方法 将 110 例混合痔患者随机分为两组,治疗组(57 例)采用齿状悬吊固定术加中药熏洗治疗,对照组(53 例)采用齿状悬吊固定术加西医常规治疗,比较两组疗效。结果 治疗组治愈率、创面愈合时间及术后并发症方面均优于对照组。结论 齿状悬吊固定术加中药熏洗治疗混合痔疗效显著,可有效减轻术后并发症,促进创面愈合。

**【关键词】**混合痔 齿状悬吊固定 中药熏洗

混合痔是临床常见病、多发病,手术是治疗混合痔的重要方法,为了最大限度地保护肛门功能,减少术后并发症的发生,笔者应用齿状悬吊固定术加中药熏洗治疗混合痔,疗效显著。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2008 年 2 月至 2010 年 1 月廊坊市人民医院收治的混合痔患者 110 例,随机分为两组。治疗组 57 例,男性 29 例,女性 28 例;年龄 19~72 岁,平均 43.07 岁;病程 2~26 年。其中单个混合痔 4 例,多个混合痔 32 例,环状混合痔 21 例;对痔进行分期,Ⅲ度痔 36 例,Ⅳ度痔 21 例。对照组 53 例,男性 28 例,女性 25 例;年龄 21~70 岁,平均 42.02 岁;病程 2~24 年。其中单个混合痔 3 例,多个混合痔 31 例,环状混合痔 19 例;对痔进行分期,Ⅲ度痔 33 例,Ⅳ度痔 20 例。两组资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.2 治疗方法 患者术前用温生理盐水 100 mL 加开塞露 60 mL 灌肠后,采用 0.75%利多卡因 20 mL 骶管麻醉,取改良左侧卧位,常规用碘伏消毒肛周皮肤和直肠,手法扩肛至 2~4 指,先于脱垂痔核上极 2~4 cm 处,纵行钳夹脱垂粘膜 0.5~1.0 cm,用 2-0 可吸收线斜行“8”字缝扎,如黏膜悬吊不满意,可于结扎点上方 1~2 cm 再次纵行缝扎直肠黏膜,然后行内痔悬吊缝合,于内痔核上方约 1 cm 处进针,斜向下达痔核上 1/4 出针,“8”字缝合,深达粘膜下层,向上方牵拉痔核,于痔核上方结扎,各痔核结扎点之间呈齿状,避免在同一平面操作。各象限痔核结扎完毕,检查外痔情况,于外痔突起明显部基底做“V”形切口,彻底剥离静脉团,创面开放引流。治疗组于术后加用中药熏洗,药用芙蓉叶 30 g,蛤蟆草 30 g,五倍子 15 g 加水 1500 mL 煮沸后,文火煎煮 15 min,然后将芒硝 15 g,冰片 2 g 加入汤液中将其溶化,先用蒸气熏蒸患处,待水温适宜时,将肛门浸入药液中坐浴约 20 min。术后第 2 日开始,每日 1 剂,早晚各熏洗 1 次。对照组于术后第

2 日开始用 1:5000 高锰酸钾溶液坐浴,每日早晚各坐浴 1 次。两组均于术后第 3 日记录肛门疼痛、肛缘水肿及患者首次排便后出血情况,术后 2 周统计疗效。

1.3 疗效标准<sup>[1]</sup> 治愈:症状及阳性体征消失,痔核消失。好转:症状体征均明显改善,痔核缩小。无效:症状及体征均无变化。两组术后疼痛以需服止痛药为标准,术后出血指排便后伤口滴血,1.4 统计学处理 计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 *t* 检验及  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 两组疗效比较 见表 1。治疗组治愈率高于对照组 ( $P<0.05$ )。两组平均创面愈合时间比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

表 1 两组疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	无效	治愈率(%)	创面愈合时间(d, $\bar{x}\pm s$ )
治疗组	57	52	5	0	91.23 <sup>△</sup>	(9.63±3.24) <sup>△</sup>
对照组	53	42	11	0	79.25	(13.14±4.53)

与对照组比较,△ $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组术后并发症比较 见表 2。治疗组在术后疼痛、水肿、出血方面均明显优于对照组 ( $P<0.05$ )。

表 2 两组术后并发症比较(n)

组别	n	疼痛	水肿	出血
治疗组	57	5	3	4
对照组	53	12	7	9

### 3 讨论

“肛垫理论”认为,痔的治疗应尽可能保留肛垫组织<sup>[2]</sup>,减少对肛管解剖结构的破坏,保护肛管的生理功能。由于肛门局部解剖、生理、病理的特殊性,手术损伤可导致血液循环障碍引起水