

针灸配合中医定向透药疗法对缺血性脑卒中患者肢体功能恢复及高凝状态的影响

刘军兵, 陈蓉, 任胜洪

(重庆市九龙坡区中医院, 重庆 400080)

[摘要] 目的 探讨针灸配合中医定向透药疗法对缺血性脑卒中患者肢体功能恢复及高凝状态的影响。方法 将确诊为缺血性脑卒中且中医证型属于风痰阻络的 90 例患者纳入研究并随机分为 3 组, 每组 30 例, 对照 1 组患者采用常规西医治疗, 对照组 2 组联合中医定向透药疗法, 观察组在对照 2 组基础上再联合针灸治疗, 14 d 为 1 个疗程。比较 3 组患者治疗前后血清凝血酶原时间(PT)、D-二聚体(D-D)、纤维蛋白原(Fib)及超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)水平情况, Furler-Meyer 运动功能评分量表(FMA 评分)及神经功能(NIHSS 评分)改善情况, 比较 3 组临床疗效。结果 治疗后, 3 组患者 PT、D-D、Fib 及 hs-CRP 水平、NIHSS 评分显著降低, FMA 评分显著升高, 上述指标改善情况对照 2 组优于对照 1 组, 观察组优于对照 2 组, 差异均有统计学意义(P 均 < 0.05); 观察组与对照 2 组总有效率明显高于对照 1 组($P < 0.05$)。结论 针灸配合中医定向透药疗法治疗缺血性脑卒中疗效显著, 可更好地促进肢体功能恢复, 改善高凝状态, 值得推广应用。

[关键词] 针灸; 中医定向透药疗法; 缺血性脑卒中; 肢体功能恢复; 高凝状态

doi:10.3969/j.issn.1008-8849.2018.19.023

[中图分类号] R743.33 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8849(2018)19-2129-05

缺血性脑卒中即急性脑梗死, 是一种由于脑血管畸形或血栓脱落等因素引起脑血管阻塞, 使其供血部分脑组织缺血缺氧并肿胀坏死, 最终导致神经功能损伤为表现的疾病^[1]。近年来随着老龄化社会的来临, 本病发病率逐渐升高, 已成为威胁国民健康的重要原因。对于发病 6 h 内的患者而言, 及时溶栓可使血管快速再通, 从而有效改善预后。但是, 由于受到依从性及当地发展水平的制约, 部分患者就诊时已错过最佳治疗时机, 因此内科保守治疗仍是临床研究的重点。多项研究表明, 血液高凝状态伴随疾病全程, 不但是引起梗死发作的重要因素, 还可影响疾病治疗效果及预后^[2]。因此, 对于此类患者而言积极抗凝具有重要意义。本病隶属于“中风”范畴, 是由风痰扰动清窍, 神明受损所致。笔者采用针灸配合中医定向透药疗法联合的治疗方案治疗该病效果显著。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2014 年 6 月—2016 年 12 月于我院确诊为缺血性脑卒中且中医证型属于风痰阻络的 90 例患者纳入研究, 依据随机数据表法分为 3 组。对照 1 组 30 例, 其中男 17 例, 女 13 例; 年龄 41 ~ 72 (57.26 ± 9.63) 岁; 病程 6 ~ 13 (7.95 ± 1.20) h; 基础病: 糖尿病 18 例, 高血压 16 例, 高脂血症 20 例;

发病类型: 局灶型梗死 19 例, 大面积梗死 8 例, 脑干梗死 4 例。对照 2 组 30 例, 其中男 18 例, 女 12 例; 年龄 42 ~ 70 (58.02 ± 9.86) 岁; 病程 6 ~ 12 (8.03 ± 1.31) h; 基础病: 糖尿病 17 例, 高血压 19 例, 高脂血症 21 例; 发病类型: 局灶型梗死 20 例, 大面积梗死 7 例, 脑干梗死 3 例。观察组 30 例, 其中男 16 例, 女 14 例; 年龄 39 ~ 75 (57.79 ± 10.67) 岁; 病程 6 ~ 14 (8.12 ± 1.87) h; 基础病: 糖尿病 16 例, 高血压 18 例, 高脂血症 21 例; 发病类型: 局灶型梗死 20 例, 大面积梗死 6 例, 脑干梗死 4 例。3 组患者年龄、性别、病程、基础病、发病类型等一般资料比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05), 具有可比性。

1.2 诊断标准 缺血性脑卒中诊断及中医证型标准参照《中风病诊断疗效评定标准》^[3]: ①存在脑动脉硬化病史, 静态发病, 起病缓慢, 逐渐加重, 发病 1 ~ 2 d 内意识轻度障碍或清楚; ②有椎-基底动脉系统和/或颈内动脉系统症状体征; ③经 MRI 或 CT 发现脑部缺血灶。中医证型: 主证见突然昏仆、言语蹇涩、半身不遂、口舌歪斜、偏身麻木; 兼证见眩晕, 饮水发呛, 目偏不瞬, 胸闷痰多, 舌红苔白厚腻, 脉弦滑。

1.3 纳入标准及排除标准 纳入标准: ①符合诊断标准, 入院时存在肢体功能障碍, 要求内科保守治疗并知情同意者; ②经医学伦理会审核通过; ③中医证型属风痰阻络者; ④2 周内未出现出血性脑卒中者。

排除标准:①受试药物过敏或施针部位破溃者;②妇女妊娠或生理期不便纳入者;③存在脑部肿瘤、癫痫等疾病者;④凝血功能障碍者;⑤存在晕针病史者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照 1 组 采用低流量吸氧,保持呼吸道通畅,心电监护。药物予阿司匹林肠溶片(拜耳医药,国药准字 J20130078)100 mg 口服,1 次/d。奥扎格雷钠氯化钠注射液(华鲁制药,国药准字 H20052059)100 mL 静滴,1 次/d。阿托伐他汀钙片[山德士(中国)制药,国药准字号 J20150080]10 mg,每晚 1 次口服。并根据是否存在糖尿病、高血压以及急性脑梗相关并发症进行相应药物干预,治疗过程中注意能量营养支持,生命体征稳定后尽早采用康复训练。康复训练时以循序渐进为原则,根据患者情况逐渐增加训练强度。主要包括以下内容:①体位转换和良姿位摆放。定时翻身,提高患肢的感觉刺激,逐步由被动转为主动^[4]。②被动活动。定期按摩患肢四肢关节,刺激肌肉,牵拉躯干,如肢体痉挛可选用抑制手法使肌张力降低。行坐位平衡训练及起坐训练以增强患者肢体肌力、耐力、平衡力。采用穿衣、步行、梳头等进行日常生活活动能力训练等,每次 30 min,1 次/d,持续治疗 14 d。

1.4.2 对照 2 组 在对照组 1 组基础上联合中医定向透药疗法治疗,方由天麻、白术、地龙、红花、地龙、钩藤各 15 g,桃仁、当归、川芎、法半夏、丹参、陈皮各 10 g,甘草 6 g 等药物组成。由中药房提供并代煎,每剂药均煎煮两次取汁 300 mL,电极片放入药汁浸透后待用。采用 NPD-4AS 型药物离子导入仪,将电极贴片紧贴于患侧臂臑、曲池、风市、足三里,调节输出强度,以患者耐受为标准,温度 37~40℃,以患者舒适为宜,每次治疗 30 min,共治疗 14 d。

1.4.3 观察组 在对照 2 组基础上再联合针灸治疗,取双侧合谷、内关、水沟,患侧三阴交、曲池、委中、丰隆为主穴,并随症加减用穴。半身不遂:下肢选择环跳、阳陵泉、风市、足三里、照海;上肢选择阳溪、曲池、肩髃、手三里;口角歪斜:颊车、地仓、下关、攒竹、翳风、鱼腰;失语:金津、风池、玉液、风府;神志不清:四神聪、百会、上星、印堂,急性期每周 1 次行十宣刺络放血。尺泽、合谷、委中、内关、三阴交、水沟等穴位采用开窍醒神针法,操作时直刺患者双侧内关 1.0~1.5 寸,行提插捻转泻法,时间持续 60 s;用雀啄手法针刺水沟,以患者双眼湿润或流泪为度;沿胫骨后缘进针刺患侧三阴交 1.0~1.5 寸,针尖与

皮肤角度保持约 45°角,行提插补法,以下肢出现抽动 3 次为标准;嘱患者抬腿,取患侧委中穴,进针深度 1.0~1.5 寸,行提插泻法,以患侧肢体出现 3 次抽动为标准。直刺患侧尺泽 1.0~1.5 寸,行提插捻转泻法,以患侧肢体出现 3 次抽动为标准。委中采用仰卧直腿抬高取穴,直刺 0.5~1 寸,用提插泻法使下肢抽动 3 次。风池针向喉结,进针 2~2.5 寸,采用小幅度高频率捻转补法 1 min,使局部产生酸胀感。合谷针向三间穴,进针 1~1.5 寸,采用提插泻法,使患者第二手指抽动或五指自然展开为度。上廉泉针向舌根 1.5~2 寸,用提插泻法;金津、玉液用三棱针点刺出血 1~2 mL。同时,选择董氏奇穴大白穴(在手背面的示指与拇指叉骨间陷中,即第一掌骨与第二掌骨中间之凹处)、灵骨穴(在手背面的示指与拇指叉骨间,第一掌骨与第二掌骨接合处),其中大白相当于三间穴处,灵骨位于一二掌骨结合处,两穴合用即倒马针法。丰隆、合谷则采用常规泻法,颊车透地仓,和其余穴位均常规采用平补平泻法,针刺深度及角度参照《针灸学教材》以“得气”为度。主穴均接电针,采取疏密波,每次 25 min,3 组均以 14 d 为 1 个疗程。

1.5 观察指标 ①比较 3 组患者治疗前后血清凝血酶原时间(PT),D-二聚体(D-D),纤维蛋白原(Fib)等凝血功能指标改善情况,采用法国 STAGO 公司 Stago Compact 全自动血凝仪测定。②比较 3 组治疗前后血清 hs-CRP 改善情况,清晨空腹采集 3 mL 肘静脉血,离心处理后将标本置于合适温度冰箱中,以 ELISA 方法检测,试剂盒由上海酶联公司提供,均为同一批次。③比较 3 组患者治疗前后 Fuel-Meyer 运动功能评分量表^[5](FMA)评分及神经功能 NIHSS 评分(美国国立卫生研究院卒中量表)改善情况。FMA 评分:Ⅰ级,严重运动障碍,运动功能积分 <50 分;Ⅱ级,明显运动障碍,运动功能积分 50~84 分;Ⅲ级,中度运动障碍,运动功能积分 85~95 分;Ⅳ级,轻度运动障碍,运动功能积分 96~99 分;Ⅴ级,正常,运动功能积分 100 分。④比较 3 组临床疗效差异。疗效标准依据 NIHSS 评分降幅而定,治愈:降幅不低于 91%;显效:降幅 <91%,但不低于 46%;有效:降幅 <46%,但不低于 18%;无效:降幅 <17%^[6]。

1.6 统计学方法 采用统计学软件 SPSS 19.0 对研究数据进行统计分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较用 *t* 检验,组间比较采用单因素方差分析。计数

资料以率表示,比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 3组治疗前后血液流变学指标比较 治疗前3组血液流变学指标比较无显著性差异(P 均 >

表1 3组治疗前后血液流变学情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PT/s		D - D/($\mu\text{g}/\text{mL}$)		Fib/(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照1组	30	9.48 ± 0.82	10.92 ± 0.74 ^①	1.95 ± 0.49	1.35 ± 0.41 ^①	3.63 ± 0.45	3.16 ± 0.49 ^①
对照2组	30	9.44 ± 0.85	11.58 ± 0.56 ^{①②}	1.91 ± 0.51	1.12 ± 0.31 ^{①②}	3.71 ± 0.49	2.72 ± 0.36 ^{①②}
观察组	30	9.57 ± 0.86	13.02 ± 0.64 ^{①②③}	1.94 ± 0.56	0.82 ± 0.25 ^{①②③}	3.82 ± 0.52	2.35 ± 0.27 ^{①②③}

注:①与治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照1组比较, $P < 0.05$;③与对照2组比较, $P < 0.05$ 。

2.2 3组治疗前后 hs - CRP 改善情况比较 3组治疗前 hs - CRP 比较无显著性差异(P 均 > 0.05);治疗后,3组患者 hs - CRP 水平均明显降低(P 均 < 0.05);治疗后观察组 hs - CRP 水平最低,对照2组次之,对照1组则最高,3组间比较差异有统计学意义(P 均 < 0.05)。见表2。

表2 3组治疗前后 hs - CRP 水平比较($\bar{x} \pm s$, mg/L)

组别	n	治疗前	治疗后
对照1组	30	25.51 ± 4.49	18.71 ± 3.22 ^①
对照2组	30	25.36 ± 4.46	15.36 ± 2.89 ^{①②}
观察组	30	25.19 ± 4.38	12.93 ± 1.93 ^{①②③}

注:①与治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照1组比较, $P < 0.05$;③与对照2组比较, $P < 0.05$ 。

2.3 3组治疗前后 FMA 评分及 NIHSS 评分比较 治疗前3组 FMA 评分及 NIHSS 评分比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05);治疗后,3组患者 FMA 评分较前显著升高(P 均 < 0.05),NIHSS 评分则显著降低(P 均 < 0.05);治疗后观察组 NIHSS 评分最低,FMA 评分则最高,对照2组次之,对照1组患者 NIHSS 评分最高,FMA 评分最低,差异均具有统计学意义(P 均 < 0.05)。见表3。

表3 3组治疗前后 FMA 评分及 NIHSS 评分改善情况比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	FMA 评分		NIHSS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照1组	30	32.79 ± 4.65	41.54 ± 6.61 ^①	25.62 ± 5.41	14.75 ± 4.20 ^①
对照2组	30	33.25 ± 4.72	46.86 ± 5.20 ^{①②}	25.28 ± 5.24	11.36 ± 2.68 ^{①②}
观察组	30	32.92 ± 4.81	51.62 ± 6.48 ^{①②③}	25.36 ± 5.58	8.18 ± 1.90 ^{①②③}

注:①与治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照1组比较, $P < 0.05$;③与对照2组比较, $P < 0.05$ 。

2.4 3组临床疗效 观察组与对照2组总有效率

0.05);治疗后,3组患者 Fib、D - D 水平均显著降低(P 均 < 0.05),PT 则显著升高(P 均 < 0.05);组间比较,治疗后观察组 Fib、D - D 水平最低,PT 则最高,对照2组次之,对照1组 Fib、D - D 水平最高,PT 最低(P 均 < 0.05)。见表1。

明显高于对照1组(P 均 < 0.05);观察组与对照2组总有效率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表4。

表4 3组患者临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照1组	30	9(30.00)	7(23.34)	4(13.33)	10(33.33)	20(66.67)
对照2组	30	11(36.67)	9(30.00)	6(20.00)	4(13.33)	26(86.67) ^①
观察组	30	13(43.33)	12(40.00)	3(10.00)	2(6.67)	28(93.33) ^①

注:①与对照1组比较, $P < 0.05$ 。

3 讨 论

急性缺血性脑卒中是临床常见的心脑血管疾病,具有致死率及致残率均高的特点。本病发病机制复杂,目前认为与吸烟、高血压及血脂异常等因素关系密切。研究表明,高血压等心血管疾病可引起血管内皮损伤、炎症因子升高、血小板凝集、微循环障碍等病理表现,并可促使冠状动脉硬化的发生,甚至诱发血栓形成而发病^[7]。受到时间窗及医疗水平的限制,内科保守治疗在部分地区仍为首选。对于急性期患者而言,抗血小板、调脂抗炎、抗凝等药物的应用在促进血管再通方面发挥了重要作用,但存在不良反应大且远期疗效不理想的弊端^[8]。本病隶属于“中风”范畴,中医认为体虚为本,风、痰、瘀等病理产物蓄积为标。患者嗜食肥甘厚味,痰浊蕴结于血管脉络,因寒冷、情志不畅等因素诱发而动风,风痰上扰清窍,故而神志不清、突然昏仆。脑络受损,元神失司,则肢体偏瘫。痰浊蕴结日久则瘀血内生,加之急性期患者脑部血流不畅,导致痰瘀并存。因此笔者认为风痰是致病的重要病理因素,而瘀血则是疾病发展过程中必然出现的病理产物^[9]。治疗当以祛风化痰、化瘀开窍为法,从而达到祛除病邪,调和脑部气血的目的。

现代研究表明,缺血性脑卒中患者血液处于高凝状态,此与中医“瘀血”理论相符合。中医定向透药疗法是临床常用的中医外治法,它将热磁技术、中频仿生按摩治疗技术、中频药物导入技术等巧妙结合,降低了患者的皮肤电阻,从而发挥促进药物渗透吸收,并具有改善微循环的作用^[10]。研究表明,中频电流产生的电场还可促进药物离子定向移动,将事先准备好的药物贴贴密封在患者臂臑、曲池、风市、足三里等穴位,可促使药物分子深入敷贴处的皮肤,使穴位处保持较高的药物浓度,起到药穴联合的效果。方剂中地龙有熄风止痉作用,对于内外风均有显著抑制作用;法半夏燥湿化痰,与陈皮合用则燥湿之力增,且可行气醒脾,促进脾运化功能的恢复;白术健脾益气,培护脾土以防水土湿新生;天麻、钩藤平肝潜阳,熄风止痉,与虫类药物合用在熄风的同时还可平抑肝阳,从根本上杜绝病程的进一步发展;瘀血不去则新血化生障碍,因此方中以红花、桃仁活血化瘀以加强地龙化瘀功效,且以当归补血活血,促进肢体功能的康复;瘀血郁久化热可见出血,丹参性偏寒,化瘀的同时还可预防避免邪热入里;川芎、红花气血同调,促进瘀血消散;甘草调和药性,全方共奏祛风化痰、化瘀开窍功效。本研究对照 1 组采用常规治疗,对照 2 组联合中医定向透药疗法,结果显示 2 组患者 FMA 评分及 NIHSS 评分均改善,但对照 2 组改善更显著,与李淑玲^[11]的研究结果相一致。血液流变学方面,治疗后对照 2 组患者 PT、D-D、Fib 等凝血功能水平均降低更显著,证实了中医定向透药疗法在改善高凝状态方面的效果。炎症反应与本病的关系是近年来研究的热点,脑卒中患者血清中 IL-6、hs-CRP 等炎症指标水平显著升高,且升幅与预后呈负相关,被视为缺血再灌注伤的重要表现^[12]。研究表明,及时改善炎症反应可加速缺血灶血供的恢复,避免梗死面积进一步扩大,而中医定向透药疗法的应用可有效降低 Hs-CRP 等炎症指标水平。现代研究发现,丹参、地龙等活血化瘀药物可有效改善微循环,抑制血管炎症反应,改善血管内皮功能,从而促进缺血灶神经功能的恢复^[13];天麻则可改善脑循环,且可促进神经功能的恢复。

本病病位在脑,波及经筋、经脉,且和心肝肾等多个脏器相关。《内经》首次提到了肢体功能障碍与脑的关系,《灵枢》曰“髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒,懈怠安卧”。李时珍则认为脑是“元神之府”,强调了肢体功能障碍从脑论治的重要性。扁

鹊曰“疾在肌肤,针石之所及也”,可见针灸对于脑卒中的临床研究由来已久且已较为成熟。委中、内关、三阴交、水沟是治疗本病的必用穴,具有醒脑之功,笔者在针刺时对这 4 穴采用开窍醒神针法,该针法为石学敏院士开创,对于脑卒中的治疗有较好的疗效。现代研究发现,“开窍醒神针法”与常规针刺法相比可更好地改善脑卒中患者的血循环、增加脑血流量、促进缺血灶侧支循环的建立及受损脑组织的修复^[14]。同时,笔者操作时还选择董氏奇穴大白、灵骨倒马针法治疗。倒马针法由董师所创,是通过同时针刺同经邻近的 2 个穴位以达到提高针刺效果的目的^[15]。中医认为,阳明经多气多血,而大白、灵骨位于大肠经,因此针刺大白、灵骨可达到温阳补气、活血通络功效,且符合“治痿独取阳明”理论。治疗过程中,笔者还根据偏瘫部位对穴位进行加减,将特定穴、循经取穴、远近配合、局部取穴等方法相结合,从而将针灸功效发挥到最佳水平。“头者,诸阳之会也”,神志不清者笔者侧重取头部腧穴,选择四神聪、百会等穴位加强开窍功效。合谷、曲池属“马丹阳十二穴”配穴法,上肢瘫痪时笔者多选择此配伍,下肢偏瘫者常采用合谷、太冲穴名以开“四关”。

观察组联合针灸治疗,结果显示患者在血液流变学指标及 hs-CRP 水平改善方面均更显著。同时,观察组在 FMA 评分及 NIHSS 评分改善方面也较对照组有较大优势。但临床疗效方面,观察组和对照组 2 组高于对照组 1 组、对照组 2 组与观察组无显著性差异,笔者认为可能与样本量较小有关。

综上,笔者认为观察组治疗方案效果显著,可更好地改善患者肢体功能,值得推广。作用机制方面可能是通过降低炎症因子水平、调整血管内皮功能、抗氧化应激等作用实现的,但本研究受研究条件限制未得以证实^[16]。日后的研究若条件允许可进一步明确其作用机制以更好地评价疗效。

[参 考 文 献]

- [1] 卫明圣. 脑心痛与阿司匹林联合治疗腔隙性脑梗死的疗效观察[J]. 临床合理用药, 2012, 5(11B): 53-54
- [2] 沃静波. 丁苯酞软胶囊联合复方丹参注射液治疗急性缺血性脑卒中临床疗效分析[J]. 海峡药学, 2013, 25(14): 133-135
- [3] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 201
- [4] 夏毓华, 杨杰. 早期康复护理对脑卒中肢体功能障碍恢复的影响[J]. 中国当代医药, 2014(30): 113-115
- [5] 王薇薇, 王新德. 第六届全国脑血管病学术会议纪要[J]. 中华神经科杂志, 2004, 37(8): 346-348

益肾活血方联合氯沙坦对维持性血液透析患者血管内皮功能及炎症细胞因子的影响

于锦容, 马 慧

(大连医科大学附属第一医院, 辽宁 大连 116011)

[摘要] 目的 观察益肾活血方联合氯沙坦对维持性血液透析患者血管内皮功能及炎症细胞因子的影响。方法 将90例维持性血液透析患者随机分为2组, 对照组45例给予氯沙坦治疗, 观察组40例在此基础上加用益肾活血方治疗, 观察2组治疗前后营养不良-炎症反应评分(MIS)、血尿素氮(BUN)、血肌酐(Cr)、三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、硫化氢(H₂S)、硫化血红蛋白(SHb)、血浆内皮素(ET-1)、一氧化氮(NO)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)及白细胞介素-6(IL-6)水平, 统计2组临床疗效。结果 2组治疗后MIS评分、BUN、Cr、TC、TG、LDL-C、ET-1、hs-CRP、TNF- α 及IL-6显著降低(P 均 < 0.05), H₂S、SHb及NO水平均显著提高(P 均 < 0.05), 且观察组治疗后以上指标改善情况均显著优于对照组(P 均 < 0.05); 观察组治疗总有效率显著高于对照组($P < 0.05$)。结论 益肾活血方联合氯沙坦用于维持性血液透析患者可有效改善机体营养状态和肾脏功能, 调节血脂指标, 减轻血管内皮功能损伤及机体炎症反应。

[关键词] 益肾活血方; 维持性血液透析; 血管内皮功能; 炎症细胞因子

doi:10.3969/j.issn.1008-8849.2018.19.024

[中图分类号] R692.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8849(2018)19-2133-04

对于终末期肾脏病患者维持性血液透析是最为有效甚至唯一的治疗手段, 但长时间应用后可导致多种并发症, 其中以心血管系统疾病最为常见, 亦是导致患者死亡主要原因之一; 流行病学报道显示, 合并心血管系统疾病维持性血透患者5年病死率为正常人群的20~30倍^[1]。近年来研究证实, 营养不良、钙磷代谢紊乱及微炎症状态均参与维持性血流患者动脉粥样硬化及其他心血管损伤病情进展过

程中^[2]。西医以往对于行维持性血液透析患者多通过消除病因及减轻微炎症状态等方式进行对症干预, 但在缓解临床症状, 减轻机体炎症反应水平方面效果不佳, 且易导致多种药物不良反应^[3]。中医药治疗慢性肾脏疾病有悠久历史, 以中药方剂为代表的中医疗法经国内外基础及临床研究证实, 在保护肾脏功能, 消除微炎症状态及改善远期预后方面较西医疗法更佳^[4]。2015年4月—2016年11月笔者观察了益肾活血方联合氯沙坦对维持性血液透析患者血管内皮功能及炎症细胞因子的影响, 现将结果

[通信作者] 马慧, E-mail: 672825461@qq.com

- [6] 全国第四届脑血管学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383
- [7] Lyu T, Zhao Y, Zhang T, et al. Effect of statin pretreatment on myocardial perfusion in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention: a systematic review and Meta-analysis[J]. Clin Cardiol, 2013, 36(9): E17-E24
- [8] 耿介立, 俞羚, 孙亚蒙, 等. 急性缺血性卒中患者早期处理指南: 美国心脏协会/美国卒中协会的健康职业者指南[J]. 神经病学与神经康复学杂志, 2013, 10(1): 33-80
- [9] 王著敏, 王峰, 孙学平, 等. 消栓肠溶胶囊对缺血性中风气虚血瘀型患者血流流变学及凝血功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(17): 190-193
- [10] 郑学威, 方俊成, 王伟军. 补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗死疗效及对患者血浆金属蛋白酶-2、8水平影响[J]. 中国药师, 2014, 17(3): 431-432; 440
- [11] 李淑玲, 唐霞珠, 熊佳. 中医定向透药疗法联合康复训练对脑

- 卒中患者肢体功能恢复效果的研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(19): 109-111
- [12] 宋欣, 蒋丽萍, 李林萌, 等. 血浆APTT、FIB、D-二聚体和hs-CRP检测在脑梗死患者中的临床意义[J]. 中国现代医生, 2014, 52(3): 65-67
- [13] 周岚, 梅晓云. 中药复方促周围神经再生的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 16(16): 209-211; 215
- [14] 张曦, 王世娟, 王恩龙. 运用石学敏“醒脑开窍”针法治疗中风的研究[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 29(4): 41-42
- [15] 龚晓强, 任毅, 李振. 倒马针法治疗中风后假性球麻痹所致构音障碍临床研究[J]. 中医学报, 2013, 28(11): 1766-1768
- [16] 周叶, 陆征宇, 赵虹. 小续命汤治疗风痰瘀阻型急性缺血性中风的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 13(13): 1483-1486

[收稿日期] 2017-04-05