

- [16] 黄也, 王强, 朱晓伟, 等. 瓜蒌治疗冠心病的药理作用及研究进展[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(23): 18.
- [17] 和焕香, 郭庆梅. 瓜蒌化学成分和药理作用研究进展及质量标志物预测分析[J]. 中草药, 2019, 50(19): 4808-4820.
- [18] 乔凤仙, 蔡皓, 裴科, 等. 中药薤白的研究进展[J]. 世界中医药, 2016, 11(6): 1137-1140.
- [19] 盛华刚. 薤白的化学成分和药理作用研究进展[J]. 药学研究, 2013, 32(1): 42-44.
- [20] 杨广, 江巍, 张敏州, 等. 化痰中药半夏及山慈菇抗动脉粥样硬化的作用机制研究[J]. 中药新药与临床药理, 2013, 24(3): 230-233.
- [21] 唐琪晶, 陈素红, 潘丹丹, 等. 白术精提物对代谢性高脂血症大鼠的药效及机制研究[J]. 中国中药杂志, 2015, 40(9): 1803-1807.
- [22] 邓桃妹, 彭代银, 俞年军, 等. 茯苓化学成分和药理作用研究进展及质量标志物的预测分析[J]. 中草药, 2020, 51(10): 2703-2717.
- [23] 刘珊珊, 郭杰, 李宗艾, 等. 泽泻化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志, 2020, 45(7): 1578-1595.
- [24] 徐锋, 王德健, 王凤, 等. 桂枝挥发油的药理作用研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(11): 4653-4657.
- [25] 曹慧敏, 吴瑾, 贾连群, 等. 丹参酮ⅡA对心血管系统药理作用的研究进展[J]. 世界中医药, 2017, 12(7): 1718-1722.
- [26] 唐逸丰. 延胡索化学成分与药理作用研究概况[J]. 中医临床研究, 2018, 10(23): 144-146.

【责任编辑：陈建宏】

## 化痰熄风法对痰湿体质缺血性脑卒中患者临床疗效的影响

王洪华<sup>1</sup>, 宁为民<sup>2</sup>

(1. 广州中医药大学东莞医院神经内科2018级硕士研究生, 广东东莞 523000;  
2. 广州中医药大学东莞医院神经内科, 广东东莞 523000)

**摘要:**【目的】探讨化痰熄风法对痰湿体质缺血性脑卒中患者临床疗效的影响。【方法】将74例痰湿体质缺血性脑卒中患者随机分为试验组和对照组, 每组各37例。对照组急性期按照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》给予常规药物治疗, 恢复期按照《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014》给予药物二级预防治疗, 试验组在对照组的基础上给予化痰熄风法(天麻健脑饮颗粒)治疗, 疗程为4周。观察2组患者治疗前、治疗7d后和治疗4周后中医证候积分、痰湿体质分值、美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)和改良Barthel指数(MBI)评分的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效。【结果】(1)研究过程中, 对照组脱落1例, 试验组脱落3例, 最终对照组36例、试验组34例患者完成全部疗程。(2)治疗4周后, 试验组的总有效率为94.12%(32/34), 对照组为75.00%(27/36), 组间比较, 试验组的疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(3)治疗7d和4周后, 2组患者的中医证候积分、NIHSS评分和痰湿体质分值均较治疗前降低( $P < 0.05$ ), MBI评分均较治疗前提高( $P < 0.05$ ), 且试验组在不同时段对中医证候积分、NIHSS评分和痰湿体质分值的降低作用以及对MBI评分的提高作用均优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。【结论】在常规药物治疗基础上结合化痰熄风法治疗痰湿体质缺血性脑卒中患者疗效确切, 能有效降低患者的中医证候积分和神经功能缺损评分, 改善患者的痰湿体质, 提示中医体质学说在疾病的治疗方面具有指导意义, 通过体质干预可对疾病的转归产生深远影响。

**关键词:**化痰熄风法; 天麻健脑饮颗粒; 痰湿体质; 缺血性脑卒中; 中医体质干预

中图分类号: R277.7

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)12-2571-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.12.005

收稿日期: 2021-04-01

作者简介: 王洪华(1994-), 女, 硕士研究生; E-mail: whhdwyx0915@163.com

通讯作者: 宁为民, 男, 主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: whhdwyx0915@163.com

基金项目: 广东省中医药局科研项目(编号: 20181264)

## Clinical Efficacy of Therapy of Resolving Phlegm and Extinguishing Wind on Ischemic Stroke Patients with Phlegm-damp Constitution

WANG Hong-Hua<sup>1</sup>, NING Wei-Min<sup>2</sup>

(1. Graduate in 2018, Dept. of Neurology of Dongguan Hospital Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine, Dongguan 523000 Guangdong, China; 2. Dept. of Neurology of Dongguan Hospital Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine, Dongguan 523000 Guangdong, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the clinical efficacy of therapy of resolving phlegm and extinguishing wind on ischemic stroke patients with phlegm-damp constitution. **Methods** Seventy-four patients of ischemic stroke with phlegm-damp constitution were randomly divided into the trial group and the control group, 37 cases in each group. The control group was treated with routine medicine in acute phase following “Chinese Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute Ischemic Stroke 2018”, and then was given medicine for the secondary prevention in recovery phase following “Chinese Guidelines for Secondary Prevention of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack 2014”. The trial group was treated with *Tianma Jiannao Yin* Granules for resolving phlegm and extinguishing wind on the basis of treatment for the control group, and the course of treatment for the two groups lasted 4 weeks. Before treatment, 7 days and 4 weeks after treatment, the changes of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, phlegm-damp constitution scores, National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) scores for neurological impairment and modified Barthel Index (MBI) scores in the two groups were observed. After treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated. **Results** (1) During the trial, one case fell off from the control group and 3 cases fell off from the trial group. At the end of the trial, 36 patients in the control group and 34 patients in the trial group completed the whole course of treatment. (2) After 4 weeks of treatment, the total effective rate of the trial group was 94.12% (32/34), and that of the control group was 75.00% (27/36). The intergroup comparison showed that the curative effect of the trial group was significantly superior to that of the control group, the difference being statistically significant ( $P < 0.05$ ). (3) After 7 days and 4 weeks of treatment, the TCM syndrome scores, NIHSS scores and phlegm-damp constitution scores of the two groups were decreased compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ), and MBI scores were increased compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ). The trial group had stronger effect on reducing TCM syndrome scores, NIHSS scores and phlegm-damp constitution scores and on increasing the MBI scores in different periods than the control group, the difference being statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Based on conventional medicine treatment, the combined use of therapy of resolving phlegm and extinguishing wind exerts a certain effect on patients of ischemic stroke with phlegm-damp constitution. The therapy can effectively reduce the TCM syndrome scores and neurological impairment scores, and improve the phlegm-damp constitution of the patients, which indicates that the theory of TCM constitution has guiding significance in the treatment of diseases, and the intervention of constitution can have a profound impact on the prognosis of the disease.

**Keywords:** therapy of resolving phlegm and extinguishing wind; *Tianma Jiannao Yin* Granules; phlegm-damp constitution; ischemic stroke; traditional Chinese medicine (TCM) constitution intervention

缺血性脑卒中 (cerebral ischemic stroke, CIS) 是指因脑部血液循环障碍, 缺血、缺氧所致的局限性脑组织的缺血性坏死或软化的一种致残性疾病。据《中国脑卒中防治报告 2019》统计, 我国脑卒中每年新发病例数超过 200 万, 而缺血性脑卒

中占 70% 以上。总结其特点不难发现, 该病发病率高, 患病率逐年攀升, 死亡率和致残率居高不下, 该病所带来的经济负担呈爆发性增长<sup>[1]</sup>。目前缺血性脑卒中的治疗手段有限, 具有循证医学证据的仅有严格时间窗口内的溶栓治疗及机械取

栓,但由于以上严格时间窗的限制,缺血性中风的临床治疗仍难以取得满意效果。如何降低死亡率及致残率仍是目前缺血性中风的治疗难点<sup>[2]</sup>。

缺血性脑卒中属于中医“中风病”范畴,中医药治疗中风虽遵循相同的中医理论,但存在不同的学术观点和流派,中医体质学说就是其中之一。从中医体质学说的兴起及完备以来,全国多中心的体病相关性研究中对4 920例缺血性脑卒中患者进行Logistic回归分析,结果提示中医体质与缺血性脑卒中具有相关性<sup>[3-5]</sup>;研究表明,体质贯穿缺血性脑卒中的急性期及恢复期,结合中医体质对缺血性脑卒中患者进行干预治疗,对其临床疗效有积极的影响<sup>[6-7]</sup>。可见体质是疾病与个体的枢纽。基于岭南地区人群疾病的中医体质特点,缺血性脑卒中患者的中医体质分布以痰湿体质多见,痰湿体质贯穿疾病的整个病程。基于此,本研究采用化痰熄风法治疗痰湿体质缺血性脑卒中患者,取得较好的临床效果。现将研究结果报道如下。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象及分组** 选取2020年5月至2021年1月在东莞市中医院脑病科住院并符合纳入标准的痰湿体质缺血性脑卒中患者,共74例。根据入院顺序,采用随机数字表将患者随机分为试验组和对照组,每组各37例。本研究符合医学伦理学要求并通过东莞市中医院医学伦理委员会的审核批准。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照中华医学会神经病学分会发布的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》<sup>[8]</sup>中的诊断标准:①急性起病;②局灶神经功能缺损,少数为全面神经功能缺损;③影像学检查显示出现责任病灶或症状/体征持续24 h以上;④排除非血管性病因;⑤脑X线计算机断层扫描(CT)或核磁共振成像(MRI)检查排除脑出血。

**1.2.2 中医诊断和体质判定标准** (1)中医诊断标准:参照2008年中华中医药学会颁布的《中医内科学常见病诊疗指南·中医病证部分》<sup>[9]</sup>中有关中风病痰湿阻络型的辨证标准。①主症:半身不遂,口舌歪斜,言语蹇涩或不语,感觉减退或消失。②次症:眩晕或头昏沉,咽干口苦,咯痰或

痰多而黏,腹胀便干便秘,舌质暗或有斑点或舌下脉络迂曲,苔白或白腻、黄或黄腻,脉弦细或沉滑。③急性起病,具有2个主症以上,或1个主症及2个次症。不具备上述条件者,可依据影像学检查诊断。(2)中医体质判定标准:参照2009年中华中医药学会颁布的《中医体质分类与判定(ZYYXH/T157-2009)》<sup>[10]</sup>:痰湿体质转化分数 $\geq 40$ 分者。

**1.3 纳入标准** ①符合急性缺血性脑卒中的中西医诊断标准;②中医体质辨识为痰湿体质,且无其他兼夹体质;③首次发病或既往曾有缺血性脑卒中病史但无明显后遗症,此次发病时间在6~72 h内,未接受溶栓及血管内治疗;④入院时一般生命征尚可,无意识障碍或轻度嗜睡能唤醒,与研究者言语沟通无明显障碍;⑤年龄为18~75岁;⑥自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

**1.4 排除标准** ①TOAST分型为心源性卒中的患者;②合并有重度认知功能障碍、失语、意识障碍等,不能参与调查研究的患者;③合并有其他神经系统疾病,如感染、遗传代谢性、免疫性疾病及恶性肿瘤等的患者;④合并有严重的伴随疾病,如心、肝、肾功能严重不全、多脏器衰竭、严重糖代谢紊乱等的患者;⑤3个月内参加过其他临床试验的患者;⑥不愿意参加本研究的患者。

### 1.5 治疗方法

**1.5.1 对照组** (1)急性期:按照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》<sup>[8]</sup>给予常规药物治疗。①清除氧自由基:0.9%氯化钠注射液100 mL+依达拉奉注射液(西安利君制药有限责任公司,批准文号:国药准字H20120042;规格:20 mL/30 mg)30 mg,静脉注射,每天2次。②抗血小板聚集:阿司匹林肠溶片(山东新华制药股份有限公司;批准文号:国药准字H20030396;规格:300 mg $\times$ 100片),口服,每次100 mg,每天1次。③基础疾病治疗:包括个体化调脂稳斑和调控血压、血糖等。(2)恢复期:按照《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014》<sup>[11]</sup>给予药物二级预防治疗。①抗血小板聚集:阿司匹林肠溶片口服,每次100 mg,每天1次。②基础疾病治疗:包括个体化调控血压、血糖、血脂等。疗程为4周。

**1.5.2 试验组** 在对照组的基础上给予化痰熄风



法中药天麻健脑饮颗粒治疗。用法：天麻健脑饮颗粒(本院制剂，由法半夏、白术、茯苓、石菖蒲、泽泻、天麻、钩藤、红景天等中药组成，具有化痰熄风作用)，急性期每次1袋，每天3次，恢复期每次1袋，每天2次，用100 mL温开水冲服。疗程为4周。

### 1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[12]</sup>，制定中医证候评分表，根据症状的严重程度分无、轻度、中度、重度4级，其中主症分别计为0、2、4、6分，次症分别计为0、1、2、3分。观察2组患者治疗前、治疗7 d和4周后中医证候积分的变化情况。

1.6.2 美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS) 采用NIHSS评分评估患者的神经功能缺损程度，分值越高，表示神经功能缺损越严重。观察2组患者治疗前、治疗7 d和4周后NIHSS评分的变化情况。

1.6.3 改良Barthel指数(MBI)评分 采用MBI评分评估患者的功能障碍程度，总分为0~100分，分值越高，表示功能越好。观察2组患者治疗前、治疗7 d和4周后MBI评分的变化情况。

1.6.4 痰湿体质改善情况 观察2组患者治疗前、治疗7 d和4周后痰湿体质分值的变化情况。

1.7 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[12]</sup>中有关中风病的疗效评定标准，即根据治疗前后中医证候积分的变化情况来评定疗效。计算公式(尼莫地平法)：证候积分减少率 = (治疗前证候积分 - 治疗后证候积分) / 治疗前证候积分 × 100%。疗效评定标准：显效：临床症状、体征明显改善，证候积分减少率 ≥ 70%。有效：临床症状、体征均有改善，证候积分减少率为30%~70%。无效：临床症状、体征无明显改善，证候积分减少率 < 30%。加重：临床症状、体征较前加重，证候积分减少率 < 0。总有效率 =

(显效例数 + 有效例数) / 总病例数 × 100%。

1.8 统计方法 采用SPSS 20.0统计软件进行数据的统计分析。服从正态分布的计量资料用均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示，若方差齐，治疗前后比较采用配对 *t* 检验，组间比较采用两独立样本 *t* 检验；若方差不齐或不服从正态分布的计量资料用平均秩次和四分位数 [ $\bar{R}(P_{25}, P_{50}, P_{75})$ ]表示，组内治疗前后比较采用配对秩和检验，组间比较采用Mann-Whitney *U* 检验。计数资料用率或构成比表示，组间比较采用卡方检验；等级资料组间比较采用秩和检验。均采用双侧检验，以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患者脱落情况及基线资料比较 研究过程中，对照组脱落1例，试验组脱落3例，最终对照组36例、试验组34例患者完成全部疗程。对照组36例患者中，男22例，女14例；年龄54~71岁，平均年龄(62.47 ± 3.98)岁；病程在6~72 h内。试验组34例患者中，男22例，女12例；年龄52~73岁，平均年龄(62.74 ± 5.10)岁；病程在6~72 h内。2组患者的性别、年龄、病程、高危因素等基线资料比较，差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )，具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后痰湿体质分值比较 表1结果显示：治疗前，2组患者的痰湿体质分值比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )，具有可比性。治疗7 d和4周后，2组患者的痰湿体质分值均较治疗前降低( $P < 0.05$ )，且试验组在不同时段对痰湿体质分值的降低作用均优于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

2.3 2组患者治疗前后NIHSS评分比较 表2结果显示：治疗前，2组患者的NIHSS评分比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )，具有可比性。治疗7 d和4周后，2组患者的NIHSS评分均较治疗前降低

表1 2组缺血性脑卒中患者治疗前后痰湿体质分值比较

Table 1 Comparison of phlegm-damp constitution scores between the two groups of ischemic stroke patients before and after treatment

组别	例数(例)	[ $\bar{R}(P_{25}, P_{50}, P_{75})$ , 分]		
		治疗前	治疗7 d后	治疗4周后
对照组	36	37.89(46.88, 46.88, 52.35)	41.83(40.63, 43.75, 50.00) <sup>①</sup>	46.18(40.63, 43.75, 46.88) <sup>①</sup>
试验组	34	32.97(43.75, 46.88, 50.00)	28.79(37.50, 40.63, 44.53) <sup>①②</sup>	24.19(34.38, 37.50, 40.63) <sup>①②</sup>

①  $P < 0.05$ ，与治疗前比较；②  $P < 0.05$ ，与对照组同期比较

表2 2组缺血性脑卒中患者治疗前后NIHSS评分比较

Table 2 Comparison of NIHSS scores between the two groups of ischemic stroke patients

组别	例数(例)	before and after treatment		
		治疗前	治疗7 d后	治疗4周后
对照组	36	36.42(2.25, 5.50, 8.75)	40.14(0.25, 2.50, 4.00) <sup>①</sup>	41.22(0.00, 2.00, 3.00) <sup>①</sup>
试验组	34	34.53(3.00, 5.00, 8.00)	30.59(0.00, 1.00, 3.00) <sup>①②</sup>	29.44(0.00, 0.00, 2.00) <sup>①②</sup>

① $P < 0.05$ , 与治疗前比较; ② $P < 0.05$ , 与对照组同期比较

( $P < 0.05$ ), 且试验组在不同时段对NIHSS评分的降低作用均优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

2.4 2组患者治疗前后中医证候积分比较 表3结果显示: 治疗前, 2组患者的中医证候积分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。治疗7 d和4周后, 2组患者的中医证候积分均较治疗前降低( $P < 0.05$ ), 且试验组在不同时段对中医证候积分的降低作用均优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

2.5 2组患者治疗前后MBI评分比较 表4结果显示: 治疗前, 2组患者的MBI评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。治疗7 d和4周

后, 2组患者的MBI评分均较治疗前提高( $P < 0.05$ ), 且试验组在不同时段对MBI评分的提高作用均优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

2.6 2组患者临床疗效比较 表5结果显示: 治疗4周后, 试验组的总有效率为94.12%(32/34), 对照组为75.00%(27/36), 组间比较, 试验组的疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 3 讨论

历代医家对中风病病因病机的研究历史悠久, 最终总结出“痰、风、火、气、瘀”等病理因素, 而“痰”在其中占据着举重若轻的地位。《本草新编》记载: “中风未有不戾于痰者”, 指出

表3 2组缺血性脑卒中患者治疗前后中医证候积分比较

Table 3 Comparison of TCM scores between the two groups of ischemic stroke patients

组别	例数(例)	before and after treatment		
		治疗前	治疗7 d后	治疗4周后
对照组	36	31.58(12.25, 16.00, 17.75)	40.15(9.00, 12.00, 16.00) <sup>①</sup>	43.06(8.00, 10.00, 13.00) <sup>①</sup>
试验组	34	39.65(14.75, 16.50, 20.00)	30.57(9.00, 11.00, 12.00) <sup>①②</sup>	27.50(4.00, 8.00, 9.00) <sup>①②</sup>

① $P < 0.05$ , 与治疗前比较; ② $P < 0.05$ , 与对照组同期比较

表4 2组缺血性脑卒中患者治疗前后改良Barthel指数(MBI)评分比较

Table 4 Comparison of MBI scores between the two groups of ischemic stroke patients

组别	例数(例)	before and after treatment		
		治疗前	治疗7 d后	治疗4周后
对照组	36	34.04(56.25, 72.00, 81.25)	29.40(76.25, 82.00, 90.75) <sup>①</sup>	30.14(80.50, 86.00, 95.00) <sup>①</sup>
试验组	34	37.01(58.25, 74.00, 72.00)	41.96(79.75, 89.50, 95.00) <sup>①②</sup>	41.18(85.00, 95.00, 98.00) <sup>①②</sup>

① $P < 0.05$ , 与治疗前比较; ② $P < 0.05$ , 与对照组同期比较

表5 2组缺血性脑卒中患者临床疗效比较

Table 5 Comparison of clinical efficacy between the two groups of ischemic stroke patients

组别	例数(例)	[例(%)]					$\bar{R}$ 值
		显效	有效	无效	加重	总有效	
对照组	36	3(8.33)	24(66.67)	9(25.00)	0(0.00)	27(75.00)	22.67
试验组	34	10(29.41)	22(64.71)	2(5.88)	0(0.00)	32(94.12) <sup>①</sup>	49.00

① $P < 0.05$ , 与对照组比较

痰是中风病程的关键要素,即大多数为痰阻经脉而发中风者;故朱丹溪在《丹溪心法》中也指出:“半身不遂,大率多痰”。痰横窜血脉,血行不畅,血液积滞可成瘀,同时,痰郁可化火生风,痰又可随风游走于经脉,阻滞脉络,上扰脑窍,神窍不通,故“痰”本身作为病理产物影响中风,又可产生其他病理产物而加重中风,导致中风病情反复,病程缠绵。痰湿体质与“痰”这一要素紧密相关。随着中医体质学说的发展,发现痰湿体质不仅在中风发生后突出,在中风高危人群中也被观察到,并且常随着痰湿体质指数的加重而诱发中风。虽然随着中风病程的发展,痰湿体质的指数缓慢下降,但在中风恢复期仍长期存在,并与复中有相关性,故逐渐出现基于体质学说所建立的中风病复发风险评估模型。同时,岭南地区地卑土薄,气候潮湿,六淫致病以“湿”多见,兼本地区人群嗜食生冷及肥甘厚味之品,更加重脾失健运,痰湿内生,日久体质偏颇,痰湿体质为患,故临床上痰湿体质的缺血性脑卒中患者多见。

脑组织缺血缺氧后发生的缺血性级联反应是缺血性脑卒中的病理机制,其中炎症级联反应及外周免疫反应是重要影响因素之一。痰湿体质被证明存在Th细胞分化的偏移,与T细胞亚群Th17及Th1/Th2细胞比率相关<sup>[13-14]</sup>,其中Th17、Th1细胞为体内免疫细胞,被启动后会分泌白细胞介素17(IL-17)、干扰素 $\gamma$ (IFN- $\gamma$ )、肿瘤坏死因子 $\beta$ (TNF- $\beta$ )等促炎细胞因子等。近年来,王琦团队利用液相芯片技术研究痰湿体质人群,发现痰湿体质人群促炎介质IL-6、TNF- $\alpha$ 和单核细胞趋化蛋白1(MCP-1)水平高于平和质人群,且痰湿体质评分与其呈正相关<sup>[15]</sup>。以上的免疫细胞及促炎介质均在缺血性脑卒中的炎症级联反应及外周免疫反应起关键作用。也有研究从基因多态性论证痰湿体质在缺血性脑卒中发病的倾向性,研究结果显示,痰湿体质人群发生缺血性脑卒中后其MTHFR C677T基因型倾向于表现为CT基因型<sup>[16]</sup>,而此基因突变会引起MTHFR酶的活性降低,从而促进同型半胱氨酸(Hcy)水平的增高。刘霞等<sup>[17]</sup>从侧支循环的角度去研究,发现痰湿体质与侧支循环建立相关,痰湿体质可致侧支循环开放不良,从侧面验证对痰湿体质的干预可促进新生血管的再生。

基于此,本研究采用化痰熄风法治疗痰湿体质缺血性脑卒中患者。结果显示,在常规药物治疗基础上结合化痰熄风法治疗痰湿体质缺血性脑卒中患者疗效确切,其对患者的中医证候积分、NIHSS评分和痰湿体质分值的降低作用以及对MBI评分的提高作用均优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结果证实化痰熄风法对缺血性脑卒中患者的神经功能缺损、痰湿体质、中医证候积分等方面的改善更具优势,提示中医体质学说在疾病的治疗方面具有指导意义,通过体质干预可对疾病的转归产生深远影响。

#### 参考文献:

- [1] WU S, WU B, LIU M, et al. Stroke in China: advances and challenges in epidemiology, prevention, and management [J]. *Lancet Neurol*, 2019, 18(4): 394-405.
- [2] CAMPBELL B C V, SILVA D A D, MACLEOD M R, et al. Ischaemic stroke [J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2019, 5(1): 70.
- [3] LIU J, XU F, MOHAMMADTURSUN N, et al. The analysis of constitutions of traditional Chinese medicine in relation to cerebral infarction in a Chinese sample [J]. *J Altern Complement Med*, 2018, 24(5): 458-462.
- [4] 甄晓敏, 陈曦, 郭德莹, 等. 中医体质与缺血性脑卒中的相关性研究 [J]. *中国中医急症*, 2015, 24(4): 650-652.
- [5] 吴宏赞, 张继伟. 脑梗死恢复期中医体质分布特点研究 [J]. *中国中医急症*, 2015, 24(11): 1961-1964.
- [6] 杨明, 程玉静, 管士伟, 等. 中药治疗痰湿体质脑梗死恢复期患者的疗效研究 [J]. *中国现代医学杂志*, 2018, 28(2): 69-72.
- [7] 孙雪琴, 张月娟, 余艳兰, 等. 中医辨体施护对急性期缺血性脑卒中患者神经、运动功能的影响 [J]. *中医药导报*, 2018, 24(7): 113-115.
- [8] 彭斌, 吴波. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018 [J]. *中华神经科杂志*, 2018, 51(9): 666-682.
- [9] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 56-62.
- [10] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定 (ZYYXH/T157-2009) [J]. *世界中西医结合杂志*, 2009, 4(4): 303-304.
- [11] 缪中荣, 王拥军, 王春雪. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2014 [J]. *中华神经科杂志*, 2015, 48(4): 258-273.
- [12] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 69-72.
- [13] 曾慧妍, 杨彩凤, 周钦云, 等. 痰湿质肥胖人群腹型肥胖指标与外周血 T 辅助细胞极化变化的关联 [J]. *中医药导报*, 2020, 26(9): 82-84.
- [14] 史会连, 田文君, 刘丽娜, 等. 痰湿体质非酒精性脂肪性肝病临床特点及其与 T 细胞亚群 TH-17 相关性研究 [J].



- 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(11): 61-64.
- [15] 郑璐玉, 杨玲玲, 李玲孺, 等. 液相芯片技术检测痰湿体质人群TNF- $\alpha$ 、IL-6、CRP及MCP-1的表达研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(7): 920-923.
- [16] 孙帅玲, 谢雁鸣, 张寅, 等. 缺血性中风病患者体质、证候与MMP-9、IL-6、MTHFR基因多态性的相关性研究[J]. 中国中药杂志, 2017, 42(18): 3602-3612.
- [17] 刘霞, 甄飞, 张蝶, 等. 单侧颈动脉狭窄患者一级侧支循环与中医体质相关性[J]. 中国中医药信息杂志, 2019, 26(6): 23-27.

【责任编辑：陈建宏】

## 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗少阳郁火型消渴郁证的疗效观察

王桂娟, 刘福晓, 龚丽, 曾纪斌  
(广州中医药大学附属宝安中医院, 广东深圳 518100)

**摘要:**【目的】探讨柴胡加龙骨牡蛎汤治疗少阳郁火型2型糖尿病合并抑郁状态(消渴郁证)患者的临床疗效及其可能的作用机制。【方法】将70例少阳郁火型2型糖尿病合并抑郁状态(消渴郁证)患者随机分为试验组和对照组, 每组各35例。对照组患者给予控制血糖、血压、血脂等西医常规治疗, 试验组在对照组的基础上给予柴胡加龙骨牡蛎汤口服治疗, 疗程为12周。观察2组患者治疗前后中医证候积分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、空腹血糖(FPG)、餐后2h血糖(2hPG)、糖化血红蛋白(HbA1c)、空腹胰岛素(FIns)、胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)和血清脑源性神经营养因子(BDNF)水平的变化情况, 评价2组患者的抑郁改善疗效、中医证候疗效及安全性。【结果】(1)脱落情况: 研究过程中, 2组各有5例患者脱落, 最终各有30例患者完成试验。(2)抑郁改善疗效: 治疗12周后, 试验组的总有效率为86.7%(26/30), 对照组为40.0%(12/30), 组间比较, 试验组的总体疗效和总有效率均明显优于对照组( $P < 0.01$ )。(3)中医证候疗效: 治疗12周后, 试验组的总有效率为90.0%(27/30), 对照组为43.3%(13/30), 组间比较, 试验组的总体疗效和总有效率均明显优于对照组( $P < 0.01$ )。(4)治疗后, 2组患者的HAMD评分和中医证候积分均较治疗前明显降低( $P < 0.01$ ), 且试验组的降低作用均明显优于对照组, 组间治疗后及差值比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。(5)治疗后, 试验组的FPG、2hPG、HbA1c、FIns、HOMA-IR水平和对照组的2hPG、HbA1c水平均较治疗前明显降低( $P < 0.01$ ), 且试验组对FPG、2hPG、HbA1c、FIns、HOMA-IR水平的降低作用均明显优于对照组, 组间治疗后及差值比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。(6)治疗后, 试验组患者血清BDNF水平较治疗前明显提高( $P < 0.01$ ), 而对照组无明显变化( $P > 0.05$ ); 试验组对血清BDNF水平的提高作用明显优于对照组, 组间治疗后及差值比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。(7)治疗期间, 2组患者均无明显不良反应发生, 且患者的三大常规和肝肾功能等安全性指标均未见明显异常。(8)Pearson相关分析结果显示: HAMD评分与HOMA-IR呈显著正相关( $r = 0.685$ ,  $P < 0.01$ ); 血清BDNF分别与HAMD评分、HOMA-IR呈显著负相关( $r = -0.790$ 和 $r = -0.688$ ,  $P < 0.01$ )。【结论】柴胡加龙骨牡蛎汤治疗少阳郁火型2型糖尿病合并抑郁状态(消渴郁证)患者的临床疗效确切, 可改善患者的抑郁情绪并改善患者的糖代谢和胰岛素抵抗, 其机制可能与上调血清BDNF水平有关。

**关键词:** 柴胡加龙骨牡蛎汤; 消渴郁证; 2型糖尿病; 抑郁状态; 少阳郁火型; 脑源性神经营养因子

中图分类号: R277.7; R749.2

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)12-2577-09

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.12.006

收稿日期: 2021-03-21

作者简介: 王桂娟(1995-), 女, 硕士研究生; E-mail: happybox1058@126.com

通讯作者: 龚丽(1986-), 女, 主治医师; E-mail: 361877475@qq.com

基金项目: 广东省中医药局科研项目(编号: 20201316); 深圳市宝安区医疗卫生基础研究项目(编号: 2020JD511)