

Observation of the Curative Effect of Bushen Huoxue Decoction in the Treatment of Vascular Dementia

Lei Wang, Yanjin Qu, Lisha Feng, Fuying Liang

Affiliated Hospital of Tianjin TCM Research Institute, Tianjin
Email: wlibby@163.com

Received: Jul. 23rd, 2015; accepted: Aug. 4th, 2015; published: Aug. 11th, 2015

Copyright © 2015 by authors and Hans Publishers Inc.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

Abstract

Objective: To investigate the clinical effect of Bushen Huoxue Decoction in the treatment of vascular dementia. **Methods:** 110 patients with vascular dementia were randomly divided into a treatment group and a control group: nicergoline and Bushen Huoxue Decoction plus nicergoline were given to the treatment group; nicergoline was given to the control group. Then the clinical curative effect was observed. **Results:** Compared with the control group, scores of both MMSE and HDS-R were improved in the treatment group. **Conclusion:** Bushen Huoxue Decoction and nicergoline have good therapeutic efficacy.

Keywords

Vascular Dementia (VD), Bushen Huoxue, Curative Effect Observation

何氏补肾活血方治疗血管性痴呆的疗效观察

王磊, 曲艳津, 冯丽莎, 梁富英

天津市中医药研究院附属医院, 天津
Email: wlibby@163.com

收稿日期: 2015年7月23日; 录用日期: 2015年8月4日; 发布日期: 2015年8月11日

摘要

目的：探讨何氏补肾活血方治疗血管性痴呆的临床疗效。**方法：**将110例血管性痴呆患者随机分为治疗组和对照组，治疗组以何氏补肾活血方水煎剂加尼麦角林口服，对照组予尼麦角林口服，观察疗效。**结果：**治疗组MMSE评分、HDS-R (长谷川痴呆量表)、ADL (日常生活能力)评分优于对照组。**结论：**何氏补肾活血方加尼麦角林口服具有较好的疗效。

关键词

血管性痴呆，补肾活血，疗效观察

1. 引言

血管性痴呆是脑血管疾病导致的认知功能障碍临床综合征，是痴呆第三位常见病因[1]，为一种慢性进行性疾病，以认知、记忆、言语、情感、性格等方面的精神减退或消失为主要表现，给老年人的健康和生存质量造成较大影响。何氏补肾活血方系由天津市已故名老中医何世英的经验方增智丹化裁而来，功擅补肾益智、益精添髓，曾广泛应用于临床。何老传承者继承发扬其学术思想，在增智丹益精填髓为基本治则的基础上，酌加化痰之品，以补肾活血益智法为原则治疗血管性痴呆，临床颇多效验。本文观察何氏补肾活血方治疗60例血管性痴呆患者，疗效满意，报道如下。

2. 临床资料

2.1. 诊断标准

1) 西医诊断标准采用1993年美国国立神经系统疾病与卒中研究所和瑞士神经科学研究国际协会制订的很可能血管性痴呆诊断标准，作出血管性痴呆的诊断：①有痴呆(通过临床和神经心理学检查有充分证据表明符合痴呆的诊断标准；同时排除了由意识障碍、谵妄、神经症、严重失语及全身性疾病或脑变性疾病所引起的痴呆)。②有脑血管病的证据(临床证明有脑血管病所引起的局灶性体征，如偏瘫、中枢性舌瘫、病理征、偏身失认、构音障碍等；影像学检查如CT或MRI，如大血管梗塞、重要部位的单个梗塞、多发性脑梗塞和腔隙性脑梗塞、广泛的脑室周围白质病变、上述病变共存等)。③上述两种损害有明显的因果关系(在明确的卒中后3个月内出现痴呆；突然出现认知功能衰退，或波动样、阶梯样进行性认知功能损害)。

2) 中医诊断标准《中药新药临床研究指导原则》中的“中药新药治疗痴呆的临床研究指导原则”。综合其肾虚髓减证型和气虚血瘀证型制定肾虚血瘀证型的辨证标准：主症：①神情呆滞；②智能减退；③言语不利；④善忘；⑤肢体麻木；⑥舌质瘀暗或有瘀点。次症：①烦躁易怒；②口干不欲饮；③久病反复加重；④脉弦细或涩。具备主症4项以上及次症中任何一项者即可确诊。

2.2. 纳入标准

1) 符合血管性痴呆诊断标准；2) 病程在2周以上，年龄在50岁~80岁之间；3) Hachinski缺血指数 ≥ 7 分以上者；4) 患者对研究人员的观察和评价有良好的依从性；5) 签署知情同意书。

2.3. 排除标准

1) 阿尔茨海默病及其他类型痴呆者。2) 血管性痴呆终末期患者。3) 脑血管疾病发生前已有痴呆者。

4) 假性抑郁性痴呆或重度抑郁。5) 老年精神病、精神分裂症。6) 癫痫或帕金森氏病。7) 严重心、肺、肝、肾、内分泌和代谢障碍疾患。8) 年龄>80岁或<55岁。9) 未按规定治疗,无法判定疗效或本研究相关资料不全者。10) 药物过敏者。

2.4. 病例剔除和脱落标准

1) 纳入观察后发现不符合纳入标准或未按试验方案规定用药的病例,予以剔除。2) 纳入病例发生严重不良事件、出现并发症不宜继续接受试验,自行退出或未完成这个疗程而影响疗效或安全性评价的病例,均应视为脱落。3) 疗程未结束而出现过敏反应或严重不良反应者,应中止试验。4) 试验期间病人出现因认知损害加重引起的危险事件,应中止试验。

2.5. 一般资料

所有病例来自于2013年5月至2015年3月我院脑病科及脑病二科的门诊患者,纳入病例110例,由SPSS统计软件随机分组。治疗组55例,脱落8例,对照组55例,脱落10例。两组病例在入组时性别、年龄、病程、Hachinski缺血指数等比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性(见表1)。

2.6. 治疗方法

1) 基础治疗

对血管性认知功能障碍的危险因素进行干预,对高血压、糖尿病、血脂异常、吸烟等进行积极的干预和管理,加强健康教育。基础治疗包括抗血小板聚集治疗,使用拜阿司匹林;有高血压、高血糖以及血脂紊乱患者,均干预控制血压、血糖以及调整血脂治疗。

2) 对照组:基础治疗 + 尼麦角林片 10 mg,口服,日三次。12周为一个疗程。

3) 治疗组:基础治疗 + 何氏补肾活血方 + 尼麦角林片 10 mg,口服,日三次。12周为一个疗程。

何氏补肾活血方基本药物组成:生黄芪 30 g、何首乌 15 g、黄精 15 g、益智仁 15 g、熟地 15 g、山萸肉 15 g、山药 15 g、杜仲 10 g、丹参 15 g、郁金 10 g、地龙 15 g、桃仁 10 g、红花 10 g、川芎 15 g、木香 10 g、石菖蒲 15 g。临证加减:火炽者,加黄连 10 g、栀子 10 g;痰浊盛者,加半夏 10 g、陈皮 10 g、茯苓 15 g;若反复发作,兼见气血亏虚者,加红参 10 g、当归 10 g;便秘加生大黄 10 g(后下);失眠加夜交藤 15 g、酸枣仁 15 g。煎服方法:上方加水 500 ml,文火煎 30 min,取汁 200 ml,煎 2 次后,两煎混合,分 2 次服。

两组均治疗一个疗程。

2.7. 疗效标准

符合血管性痴呆诊断标准结合认知功能障碍,采用MMSE(简易精神状态检查量表)、HDS-R(长谷川痴呆量表)、ADL(日常生活能力)评分,通过评分改善情况判定治疗效果。

Table 1. Comparison of general information between two groups

表 1. 两组患者基线比较

组别	例数 (n)	性别		年龄 (岁)	病程 (月)	Hachinski 缺血指数
		男	女			
治疗组	47	21	26	69 ± 8.58	10.45 ± 3.63	11.36 ± 4.41
对照组	45	22	23	70 ± 8.43	11.58 ± 4.17	10.32 ± 4.93

1) 认知功能评价

显效: MMSE 总分增加 ≥ 4 分和 ADL 增加 ≥ 20 分、HDS-R 评分达 30 分以上或评分提高 10 分以上,有效: MMSE 总分增加 > 2 分和 ADL 增加 ≥ 10 分、HDS-R 评分提高 2~10 分,无效: MMSE 总分增加 ≤ 2 分或下降者和 ADL 增加 < 10 分、HDS-R 评分提高不足 2 分。

2) 生活质量评价

采用日常生活自理能力量表(ADL)评价患者的自理能力和生活质量。

2.8. 数据处理

使用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,实验数据均采用均数 \pm 标准差($\bar{X} \pm S$)表示,两个独立样本均数间比较采用 t 检验,各组间的比较采用单素方差分析,四格表资料进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表明差异有统计学意义。

3. 结果

治疗组的三项评分在治疗前后比较均有显著差异($P < 0.05$),对照组的 ADL 评分治疗前后差异显著($P < 0.05$)。治疗后组间比较,治疗组的 MMSE 和 ADL 评分优于对照组,差异显著($P < 0.05$)。详见表 2。

从表 3 可见,治疗组总有效率 80.85%,对照组为 68.89%,经 χ^2 检验, $P < 0.05$,两组疗效比较有显著性差异,说明何氏补肾活血方配合西药较单纯西药效果明显。

4. 讨论

血管性痴呆现代医学认为是由明显脑梗死、脑出血或一些不明显的脑血管病,如脑白质疏松、慢性脑缺血等引起大脑功能全面衰退,以记忆力、认知力、情绪和行为障碍为主要症状和体征的痴呆综合征[2]。血管性痴呆的主要病理改变为脑部动脉血管的粥样硬化,导致脑缺血,从而出现脑组织局灶性萎缩,出现认知功能障碍。因此,增加脑灌注量,可以改善血管性痴呆患者的认知功能[3]。尼麦角林为半合成麦角碱衍生物,具有 α 受体阻滞作用和扩血管作用,可加强脑细胞能量的新陈代谢,增加氧和葡萄糖的利用,促进神经递质多巴胺的转换而增加神经的传导,加强脑部蛋白质的合成,改善脑功能。因此西药治疗也有一定的临床疗效。

Table 2. Comparison of scores before and after treatment of two groups

表 2. 治疗前后两组各评分比较($\bar{X} \pm S$)

组别	时段	例数	MMSE 评分	HDS-R 评分	ADL 评分
治疗组	治疗前	47	19.84 \pm 2.39	18.49 \pm 4.12	35.26 \pm 5.95
	治疗后	47	25.91 \pm 4.18 ^{ab}	23.58 \pm 3.56 ^a	27.47 \pm 3.86 ^{ab}
对照组	治疗前	45	19.18 \pm 2.47	19.13 \pm 3.42	35.11 \pm 4.12
	治疗后	45	21.39 \pm 3.82	21.17 \pm 2.85	31.33 \pm 4.41 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;治疗后组间比较,^b $P < 0.05$ 。

Table 3. Comparison of clinical effect in patients of two groups

表 3. 两组疗效比较(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	47	14 (29.79)	24 (51.06)	9 (19.15)	38 (80.85)
对照组	45	10 (22.22)	21 (46.67)	14 (31.11)	31 (68.89)

血管性痴呆属中医“呆证”范畴,《灵枢·天年》云:“年过四十,阴气自半。”而《千金翼方》亦指出:“人年五十以上,阳气日衰……忘前失后。”清·程钟龄《医学心悟》云:“肾主智,肾虚则智不足”,古人早已指出随着年龄增长,人的脏腑功能开始衰减,气血虚衰,肾精亏虚。精血同源,精血互化,精亏则血虚,脉道不充,血行不畅,涩而为瘀;肾精亏虚亦可致元阳化生不足,推动无力,血行缓慢,留而为瘀。该病其发生以肝肾精血亏损、气血衰少、髓海不足为本,以肝阳化风、心火亢盛、痰湿蒙窍、肝郁情志不遂等为标,属本虚标实之证[4]。肾虚血瘀为痴呆病人病情发展变化过程中最基本的环节,故补肾活血法应为痴呆治疗诸法之基。以补肾填精治其本,祛瘀通络治其标,如此,髓海充盈,脉络通畅,脑髓得以濡养,清阳达于诸窍。

基础方何氏增智丹为天津市已故名老中医何世英的经验方,功擅补肾益智、益精添髓,曾广泛应用于临床。为继承发扬名老中医学术思想,我们在原方补肾益智为基本治则的基础上,酌加化痰之品,以补肾活血益智法为原则治疗血管性痴呆,疗效明显。方中山萸肉、山药补肾益气,杜仲补肝肾、强筋骨,益智仁、黄精及何首乌归肾经,补肾填髓,熟地为滋肾填精补髓生血之上品;选黄芪、丹参、桃仁、红花益气活血,川芎为血之气药,上行头目,下行血海,走而不守;佐以木香、石菖蒲、郁金和地龙,行气化痰通络。以上诸药合用,共奏补肾填精、益气活血之功。本研究观察到何氏补肾活血方联合西药治疗血管性痴呆,能明显提高轻中度血管性痴呆患者的量表评分,改善认知功能,疗效确切,值得临床进一步推广。

参考文献 (References)

- [1] 王维治, 罗祖明 (2004) 神经病学(第5版). 人民卫生出版社, 北京, 270.
- [2] 张冰洁, 王玉良 (2006) 脑源性神经营养因子在血管性痴呆发病中的作用. *国际脑血管病杂志*, **11**, 841.
- [3] 苏保江 (2012) 中西医结合治疗血管性痴呆 30 例. *中国医学创新*, **4**, 44-45.
- [4] 张连城, 张权 (2011) 补肾中药治疗血管性痴呆 32 例临床研究. *国医论坛*, **1**, 22-23.