

小续命汤加减联合针刺治疗 缺血性脑卒中的疗效分析

艾绍军, 王 敏, 郭 芳

(新沂市人民医院中医科, 江苏 徐州 221400)

摘要: **目的** 探讨小续命汤加减联合针刺治疗缺血性脑卒中患者的临床效果及其对患者运动功能、血脂、血流动力学的影响。**方法** 选取新沂市人民医院 2020 年 6 月至 2021 年 12 月收治 80 例缺血性脑卒中患者进行研究, 依据随机数字表法将其分为对照组与试验组, 每组 40 例。均予以两组患者常规西医治疗, 同时给予对照组患者针刺治疗, 在此基础上, 给予试验组患者小续命汤加减治疗, 两组均连续治疗 1 个月。比较两组患者治疗后的临床疗效, 治疗前后 Fugl-Meyer 运动功能评分量表 (FMA)、Lindmark 运动功能评定法、改良 Ashworth 分级量表 (MAS)、日常生活活动能力量表 (ADL) 评分及血脂、血流动力学水平变化。**结果** 治疗后试验组患者临床总有效率高于对照组; 治疗后两组患者 FMA、ADL 评分与治疗前比均升高, 且试验组高于对照组; 治疗后两组患者 Lindmark、MAS 评分及血清总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 和血浆黏度 (PV)、红细胞沉降率 (ESR)、纤维蛋白原 (FIB) 水平与治疗前比均降低, 且试验组低于对照组 (均 $P<0.05$)。**结论** 应用小续命汤加减联合针刺治疗缺血性脑卒中患者可进有效调节患者机体血脂代谢, 改善其血流动力学水平; 同时还可促进患者运动功能的恢复, 利于其生活质量的提升, 疗效显著。

关键词: 缺血性脑卒中; 小续命汤; 针刺**中图分类号:** R743.3**文献标识码:** A**文章编号:** 2096-3718.2022.11.0090.04

缺血性脑卒中为脑血液循环障碍性疾病, 多发于中老年人, 具有较高的发病率、致残率, 严重时可危及生命, 已成为目前危害人类健康的主要疾病之一^[1]。现阶段, 常规西医治疗是临床治疗缺血性脑卒中常采用的方案之一, 但就临床效果而言, 部分患者预后并不十分理想, 治疗后存活患者中仍有较高的致残率。近年来, 随着中医理论逐渐在临床中运用, 中西医结合治疗缺血性脑卒中的效果得到肯定。中医认为, 缺血性脑卒中应归属于“中风”范畴, 其主要是从经络伤及脏腑, 患者常伴半身不遂、言语不利等症状, 中医经络学将机体的脏腑器官看作一个整体, 采用针刺刺激机体经络可发挥调和阴阳、祛风活络的作用^[2]。但由于多数缺血性脑卒中患者是由风邪侵袭、痰瘀阻滞、气血逆乱、津液输布失调导致通调不畅而发病, 因此, 中医内治应以行气、祛痰、活血等为治疗原则。小续命汤主要是由麻黄、川芎、防己等多味中药材组成, 其不仅可辛散温通、扶正祛风, 还可发挥活血祛瘀、通经活络的功效, 已在临床上缺血性脑卒中的治疗中应用广泛^[3]。但鉴于目前临床对于小续命汤加减联合针刺治疗缺血性脑卒中的报道较少, 故本研究纳入 80 例缺血性脑卒中患者, 旨在探讨联合治疗方案的临床应用效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取新沂市人民医院 2020 年 6 月至

2021 年 12 月收治 80 例缺血性脑卒中患者进行研究, 依据随机数字表法分为对照组与试验组, 每组 40 例。对照组患者中男性 28 例, 女性 12 例; 年龄 50~76 岁, 平均 (66.41 ± 7.36) 岁; 病程 1~5 个月, 平均 (2.71 ± 0.44) 个月; 美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS)^[4] 评分 21~34 分, 平均 (26.74 ± 3.85) 分。试验组患者中男性 29 例, 女性 11 例; 年龄 51~76 岁, 平均 (66.63 ± 7.74) 岁; 病程 1~4 个月, 平均 (2.66 ± 0.57) 个月; NIHSS 评分 21~33 分, 平均 (26.48 ± 3.67) 分。两组患者一般资料经比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 组间可进行比较。纳入标准: 符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》^[5]《中医临床诊疗指南释义: 脑病分册》^[6] 中的相关诊断标准者; 伴有卒中后肢体运动功能障碍者; 经影像学检查证实者; 均为初次发病者等。排除标准: 针刺部位存在皮肤破损者; 合并脑肿瘤者; 合并骨关节疾病者等。本研究已经院内医学伦理委员会批准, 且患者及其家属均已签署知情同意书。

1.2 治疗方法 均予以两组患者常规治疗: 抗凝、神经保护、抗感染、调节血压、血脂等。同时予以对照组患者针刺治疗: 穴位均取患侧百会、手三里、肩髃、臂臑、环跳、风市、昆仑等穴位, 以及双侧风池穴, 常规消毒皮肤与针具后, 采用提插捻转法使用针灸针针刺 4~5 cm, 留

作者简介: 艾绍军, 大学本科, 主任医师, 研究方向: 中西医结合治疗脑血管病。

针 30 min, 以患者耐受为宜, 3 次 / 周, 每次间隔 1 d。在对照组基础上, 予以试验组患者小续命汤加减治疗, 药物组方: 附片、党参、麻黄、杏仁、防己、甘草、川芎、黄芩、桂枝、白芍各 10 g, 生姜、防风各 15 g, 若患者瘀血重, 则加以赤芍 10 g, 水蛭 6 g; 若患者痰湿重, 则加以白术、半夏各 10 g; 若患者风邪重, 则加以钩藤、天麻各 15 g; 若患者痰火重, 则加以生石膏、玄参各 15 g, 加水煎至 400 mL, 200 mL / 次, 2 次 / d。两组患者均治疗 1 个月。

1.3 观察指标 ①临床疗效。依据 NIHSS 评分评估两组患者治疗后的临床疗效, 其中痊愈: NIHSS 评分减少 90% 及以上; 显效: NIHSS 评分减少 46%~89%; 有效: NIHSS 评分减少 18%~45%; 无效: NIHSS 评分减少 <18%, 甚至增加。总有效率 = 痊愈率 + 显效率 + 有效率。②分别于治疗前后采用 Fugl-Meyer 运动功能评分量表 (FMA)^[7]、Lindmark 运动功能评定法^[8]、改良 Ashworth 分级量表 (MAS)^[9]、日常生活活动能力量表 (ADL)^[10] 评估患者运动功能、手功能、上肢肌力、日常生活能力情况, 其中 FMA 评分分值范围为 0~100 分, 得分越高表明患者的运动功能恢复越好; Lindmark 评分包括腕部 3 项, 手部 8 项, 各项分值范围为 0~3 分, 满分 33 分, 得分越高表明患者的手功能障碍越严重; MAS 评分根据患者的上肢肌力恢复情况分为 0~5 级, 分别记为 0~5 分, 满分 25 分, 得分越高表明患者的上肢肌力恢复情况越差; ADL 评分分值范围为 0~100 分, 得分越高表明患者的日常生活活动能力恢复越好。③血脂水平。分别于治疗前后采集两组患者空腹静脉血约 5 mL, 转速: 3 000 r/min, 离心 10 min, 取血清, 使用全自动生化分析仪检测血清总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 水

平。④血流动力学。采血方法同③, 血液样本抗凝后经 3 000 r/min, 离心 10 min, 取血浆, 使用全自动血流变仪检测血浆黏度 (PV)、红细胞沉降率 (ESR)、纤维蛋白原 (FIB) 水平。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件分析数据, 计数资料以 [例 (%)] 表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗后试验组患者临床总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 FMA、Lindmark、MAS、ADL 评分 治疗后两组患者 FMA、ADL 评分与治疗前比均升高, 且试验组高于对照组; 治疗后两组患者 Lindmark、MAS 评分与治疗前比均降低, 且试验组低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 2。

2.3 血脂水平 治疗后两组患者血清 TC、TG、LDL-C 水平与治疗前比均降低, 且试验组低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 3。

2.4 血流动力学 治疗后两组患者血浆 PV、ESR、FIB 水平与治疗前比均降低, 且试验组低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 4。

3 讨论

缺血性脑卒中主要是由多种因素导致的脑部血液供应发生障碍, 使得脑组织局部缺血、缺氧性坏死, 进而损伤神经功能的一种临床综合征。临床上多是通过抗血小板聚集、改善微循环、清除自由基、改善神经功能等方式来控制缺血性脑卒中患者病情进展, 缓解临床症状, 但疗程长, 且效果不尽人意。

中医学认为, 缺血性脑卒中主要是以脾气亏虚、风邪

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	6(15.00)	11(27.50)	13(32.50)	10(25.00)	30(75.00)
试验组	40	10(25.00)	12(30.00)	16(40.00)	2(5.00)	38(95.00)
χ^2 值						6.275
P 值						<0.05

表 2 两组患者 FMA、Lindmark、MAS、ADL 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	FMA 评分		Lindmark 评分		MAS 评分		ADL 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	43.78 \pm 6.54	53.41 \pm 7.32*	27.83 \pm 3.56	22.11 \pm 3.38*	4.09 \pm 0.58	3.25 \pm 0.46*	52.12 \pm 6.57	65.52 \pm 7.34*
试验组	40	43.80 \pm 6.41	61.63 \pm 7.27*	27.77 \pm 3.49	10.28 \pm 2.31*	4.12 \pm 0.43	1.07 \pm 0.24*	52.27 \pm 6.42	72.38 \pm 8.27*
t 值		0.014	5.039	0.076	18.276	0.263	26.574	0.103	3.924
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。FMA: Fugl-Meyer 运动功能评分量表; MAS: 改良 Ashworth 分级量表; ADL: 日常生活活动能力量表。

组别	例数	TC		TG		LDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	7.73±1.37	5.47±0.45*	3.68±0.57	2.19±0.37*	5.24±0.56	3.37±0.43*
试验组	40	7.81±1.26	2.65±0.33*	3.52±0.51	1.41±0.25*	5.15±0.43	1.73±0.35*
<i>t</i> 值		0.272	31.961	1.323	11.047	0.806	18.708
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 4 两组患者血流动力学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PV(mPa · s)		ESR(mm/h)		FIB(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	2.42±0.34	1.98±0.32*	28.12±4.67	20.27±3.61*	6.19±0.78	5.64±0.63*
试验组	40	2.35±0.39	1.16±0.37*	28.36±4.52	12.98±2.39*	6.14±0.67	3.37±0.65*
<i>t</i> 值		0.856	10.602	0.234	10.649	0.308	15.860
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

患侧运动反射,促进患者运动功能的恢复;在此基础上,再加上小续命汤祛风除湿、行气活血的作用,可加快患者患处血液循环,促进机体肌力恢复,提升其运动功能和生活质量。

相关研究表明,血脂代谢异常可促进动脉粥样硬化的发生,加重缺血性脑卒中患者病情^[14]。此外,缺血性脑卒中患者的血液处于高凝状态,呈现黏、浓、凝、聚的特点,血液黏度升高可导致血行缓慢,无法维持正常的微循环与有效灌注,进一步加速血栓形成。血浆PV升高可导致患者发生凝血障碍,FIB是纤维蛋白的前体,可加速血液凝固,增大血栓风险;ESR可反映机体血液循环状态,当机体处于高凝血状态,其水平会出现升高,进而致使血流供应受阻。现代药理学研究表明,小续命汤中党参具有抗血小板聚集、清除氧自由基、降低细胞内胆固醇合成的作用;白芍具有抗炎、抗氧化的作用,可以改善血脑屏障的通透性,增加脑部局部血流供应,进而改善血流动力学;川芎、防风具有抗凝、抑制血栓形成的作用,从而增加脑灌注;而生姜亦能发挥抗血小板凝聚、抗炎、降脂的作用^[15]。本研究中,治疗后试验组患者血清TC、TG、LDL-C及血浆PV、ESR、FIB水平均低于对照组,说明在针刺治疗的基础上,加用具有祛风除湿、行气活血作用的小续命汤能够进一步改善缺血性脑卒中患者血脂代谢,进而利于其血流动力学水平恢复正常,促进患者预后恢复。

综上,应用小续命汤加减联合针刺治疗缺血性脑卒中患者可有效调节患者机体血脂代谢,改善其血流动力学水平;同时,还可促进患者运动功能的恢复,利于其生活质

针灸联合功能康复锻炼对缺血性脑卒中偏瘫恢复期患者神经功能与脑动脉血流速度的影响

许瑶瑶

(广东省第二人民医院康复医学科, 广东 广州 510317)

摘要: **目的** 探讨针灸联合功能康复锻炼对缺血性脑卒中偏瘫恢复期患者神经功能、脑动脉血流速度及血清碱性成纤维细胞生长因子(bFGF)、血管内皮生长因子(VEGF)、基质金属蛋白酶-9(MMP-9)、同型半胱氨酸(Hcy)水平的影响。**方法** 选取广东省第二人民医院2019年9月至2021年4月收治的60例缺血性脑卒中偏瘫恢复期患者,按照随机数字表法将其分为对照组(30例)和试验组(30例)。两组患者均结合患者实际病情给予降颅内压、改善脑循环、营养脑神经、抗血小板药物等常规治疗,对照组患者在常规治疗的基础上结合功能康复锻炼治疗,试验组患者在对照组的基础上联合针灸治疗,两组患者均连续治疗1个月。比较两组患者治疗前后改良Ashworth痉挛评定量表(MAS)、Fugl-Meyer运动功能量表(FMA)、日常生活活动能力评定Barthel指数(BI)、临床神经功能缺损程度评分量表(CSS)评分,脑动脉血流速度及血清bFGF、VEGF、MMP-9、Hcy水平。**结果** 与治疗前比,治疗后两组患者膝伸肌、踝屈肌、肘屈肌、腕屈肌MAS, CSS评分,血清MMP-9、Hcy水平均降低,且试验组低于对照组;治疗后两组患者FMA、BI评分,血清bFGF、VEGF水平均升高,且试验组高于对照组;治疗后两组患者脑前动脉、中动脉及后动脉平均血流速度均加快,且试验组快于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 缺血性脑卒中偏瘫恢复期患者采用针灸联合功能康复锻炼治疗可以通过调控血清bFGF、VEGF、MMP-9、Hcy水平,促进脑部血管生成,抑制神经细胞坏死,改善神经功能缺损症状,恢复脑部血流速度,控制病情进展,进而恢复患肢肌群力量和功能,提高患者日常活动能力。

关键词: 脑卒中; 偏瘫; 恢复期; 针灸; 功能康复锻炼; 神经功能; 脑血流速度

中图分类号: R255.2

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.11.0093.05

作者简介: 许瑶瑶, 大学本科, 住院医师, 研究方向: 中西医结合临床医学。

量的提升, 疗效显著, 值得临床推广和应用。

参考文献

- [1] 涂雪松. 缺血性脑卒中的流行病学研究[J]. 中国临床神经科学, 2016, 24(5): 594-599.
- [2] 郑新杰, 郑丹丹, 张须学. 灯盏花素联合针刺对缺血性脑卒中恢复期患者血清炎症因子及肢体功能的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(9): 1962-1964.
- [3] 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.
- [4] 张磊, 刘建民. 美国国立卫生研究院卒中量表[J]. 中华神经外科杂志, 2014, 30(1): 79.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.
- [6] 高颖, 中华中医药学会, 中国标准化协会中医药标准化分会, 等. 中医临床诊疗指南释义: 脑病分册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 18-30.
- [7] 聂鹏坤, 杨华, 赵晓峰, 等. 中风患者Fugl-Meyer运动功能量表评价一致性检验[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(11): 1827-1829.
- [8] 高霞, 王茂斌. 一种新的脑卒中感觉运动功能评定表-Lindmark感觉运动功能评定表[J]. 中国康复医学杂志, 1994, 9(4): 167-169.
- [9] 郭铁成, 卫小梅, 陈小红. 改良Ashworth量表用于痉挛评定的信度研究[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(10): 906-909.
- [10] 张英, 浦菊娣, 王响英, 等. 日常生活活动能力量表运用于分级护理中其质量及安全的研究[J]. 护理研究, 2012, 26(6): 555-557.
- [11] 李仕维, 李乃民, 高潇, 等. 针刺治疗缺血性脑卒中的研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(10): 83-85.
- [12] 桂华清, 王晓惠. 小续命汤治疗缺血性脑卒中及后遗症[J/CD]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2018, 6(19): 13-14.
- [13] 郭亚杰. 小续命汤加减联合针刺对缺血性中风患者FCA评分、上肢肌力及手功能的影响[J]. 四川中医, 2020, 38(2): 132-135.
- [14] 王骏, 孙燕, 张红智, 等. 加味星萎承气汤对急性缺血性脑卒中患者神经功能及血脂、血液流变学的影响[J]. 现代生物医学进展, 2020, 20(5): 992-995.
- [15] 冯鹏超, 李伟, 张霞, 等. 开窍通络针刺联合小续命汤加减用于脑卒中恢复期疗效观察[J]. 中国药业, 2022, 31(2): 94-96.