

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.

脑卒中是典型的脑血管障碍疾病,以缺血性脑卒中较为常见,偏瘫是脑卒中患者最常见的肢体功能障碍,处于脑卒中偏瘫恢复期的患者又以上肢肌痉挛较为常见,若治疗不及时,可导致关节永久性挛缩,甚至终身残疾。目前临床常用常规药物结合肢体功能康复训练的方式治疗脑卒中偏瘫恢复期患者,通过及时的康复训练能够提高中枢神经系统的紧张度,调节各器官的功能活动,可使机体能量代谢趋于平衡,改善全身状态,并可预防长期卧床导致的压疮、静脉血栓等并发症的发生。但大多患者及其家属对功能康复锻炼的认识不足,治疗依从性不佳,不能规律、持续进行康复训练,导致整体疗效并不理想^[1]。中医认为,缺血性脑卒中属“中风”范畴,脑卒中偏瘫患者年事渐高,心、肝、肾三脏阴阳失调,引发肝阳上亢,血随风逆,血菟于脑,血滞不散,阻闭脑络。针灸是我国传统治疗方法之一,能够调理脏腑气血,疏通全身经脉,从而疏通局部气血,发挥加强局部血循环、纠正凝血功能紊乱的作用,且具有费用低、操作方便等优点^[2]。本研究旨在探讨应用针灸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,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 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)。对照组中男、女患者分别为16、14例;年龄44~79岁,平均(65.53±4.32)岁。试验组中男、女患者分别为19、11例;年龄41~83岁,平均(64.36±4.62)岁。两组患者一般资料相比,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。诊断标准:西医参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[3]中的相关诊断标准,中医参照《中医临床诊疗指南释义:脑病分册》^[4]中的相关诊断标准。纳入标准:符合上述中西医诊断标准,且经临床CT检查确诊者;具有肢体功能障碍者;针灸穴位附近未有皮肤感染者等。排除标准:意识不清或生命体征不平稳、病情不稳定者;出血性脑卒中者;合并凝血功能障碍者;合并恶性肿瘤者等。本研究经院内医学伦理委员会批准,且患者或家属签署知情同意书。

1.2 治疗方法 两组患者均结合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,功能康复锻炼主要包括:①坐姿训练。主要有翻身、移动、背部肌肉训练、腹部肌肉训练及呼吸肌训练等方面内容;此外,还需要进行上下肢的活动训练,主要训练目的为锻炼其日常生活技能,同时使患者坐起,对预防吸入性肺炎也有重要意义。②站姿与步行训练。待坐姿平衡训练满

意之后再开始站姿平衡训练,患者可以站立之后,再转为步行训练。步行训练是偏瘫患者自我保健的关键,应该首先进行步行准备训练,再进行支撑走路训练,最后过渡到走路和步态训练。功能康复锻炼1h/次,2次/d。试验组患者在对照组的基础上联合针灸治疗,主穴选取内关、曲池、委中、极泉、太冲、尺泽、足三里、三阴交,配穴:上肢不遂取肩髃、手三里、合谷;口角歪斜取颊车、地仓;下肢不遂取阴、阳陵泉、环跳、风市;肝阳暴亢取太溪;痰热腑实取内庭、丰隆;风痰阻络取合谷、丰隆;阴虚风动取风池、太溪。采用一次性无菌针灸针,常规消毒患者皮肤后针刺所选穴位,采用提插捻转法留针30min,1次/d,5次/周。两组患者均连续治疗1个月。

1.3 观察指标 ①比较两组患者治疗前后改良Ashworth痉挛评定量表(MAS)^[5]评分。MAS分为0级(0分)、I级(1分)、I+级(2分)、II级(3分)、III级(4分)、IV级(5分),0级为无肌张力增加;I级为肌张力轻度增加,受累部分被动屈伸时,关节活动范围之末呈现最小的阻力或出现突然卡住和释放;I+级为肌张力轻度增加,被动屈伸时,在关节活动后50%范围内突然出现卡主,当继续将关节活动范围检查进行到底时,始终有小的阻力;II级为肌张力明显增加,通过关节活动范围大部分时,阻力均较明显的增加,但受累部分仍然能较容易地移动;III级为肌张力严重增高,进行检查有困难;IV级为僵直,受累部分不能屈伸。比较两组患者治疗前后膝伸肌、踝屈肌、肘屈肌、腕屈肌肌张力,评分越高则痉挛障碍越严重。②比较两组患者治疗前后Fugl-Meyer运动功能量表(FMA)^[6]、日常生活活动能力评定Barthel指数(BI)^[7]、临床神经功能缺损程度评分量表(CSS)^[8]评分。FMA包含上肢33个项目,下肢17个项目,每项2分,总分为100分,得分越高表示肢体运动功能康复效果越明显。BI包含10个项目,总分为100分,得分越高表明患者的日常生活活动能力越强;CSS总分为45分,评分越高表明神经功能缺损越严重。③比较两组患者治疗前后脑动脉血流速度。采用颅彩色多普勒超声检测患者大脑前动脉、中动脉及后动脉的平均血流速度。④比较两组患者治疗前后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。采集患者空腹静脉血约5mL,待其凝固后以3000r/min离心15min,取上血清,采用荧光免疫法检测血清bFGF、VEGF水平,采用酶联免疫吸附实验法检测血清MMP-9、Hcy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 MAS 评分 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 评分均降低, 且试验组低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 1。

2.2 FMA、BI、CSS 评分 与治疗前比, 治疗后两组患者 FMA、BI 评分均升高, 且试验组高于对照组; CSS 评分均降低, 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 脑动脉血流速度 与治疗前比, 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, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 3。

2.4 血清 bFGF、VEGF、MMP-9、Hcy 水平 与治疗前比, 治疗后两组患者血清 bFGF、VEGF 水平均升高, 且试验组高于对照组; 血清 MMP-9、Hcy 水平均降低, 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

缺血性脑卒中是由于各种因素引起的脑组织局部供血

表 1 两组患者 MAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	膝伸肌		踝屈肌		肘屈肌		腕屈肌	
		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	30	3.05±0.12	2.35±0.91*	3.01±0.02	2.09±1.03*	3.10±0.25	2.52±1.01*	3.20±0.11	2.12±1.01*
试验组	30	3.08±0.06	1.75±0.51*	3.02±0.03	1.52±0.51*	3.14±0.13	1.43±0.51*	3.17±0.14	1.56±0.34*
<i>t</i> 值		1.225	3.150	1.519	2.716	0.778	5.277	0.923	2.878
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P<0.05$ 。MAS: 改良 Ashworth 痉挛评定量表。

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

组别	例数	FMA 评分		BI 评分		CSS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	61.56±8.24	75.44±9.98*	37.96±6.33	62.03±8.45*	18.02±2.36	12.45±1.49*
试验组	30	58.47±9.22	80.65±8.45*	38.11±7.01	74.59±8.87*	18.54±2.01	8.15±1.03*
<i>t</i> 值		1.369	2.182	0.087	5.616	0.919	13.002
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P<0.05$ 。FMA: Fugl-Meyer 运动功能量表; BI: Barthel 指数; CSS: 临床神经功能缺损程度评分量表。

表 3 两组患者脑动脉血流速度比较 ($\bar{x} \pm s$, cm/s)

组别	例数	脑前动脉		脑中动脉		脑后动脉	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	48.25±2.69	51.46±2.42*	66.24±4.12	72.36±5.11*	34.36±4.18	37.14±4.54*
试验组	30	47.74±2.94	53.06±2.31*	65.31±4.21	75.89±4.26*	34.21±4.06	41.87±3.18*
<i>t</i> 值		0.701	2.619	0.865	2.906	0.141	4.674
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P<0.05$ 。

表 4 两组患者血清 bFGF、VEGF、MMP-9、Hcy 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	bFGF(pg/mL)		VEGF(ng/mL)		MMP-9(μg/L)		Hcy(μmol/L)	
		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	30	21.42±4.34	31.75±6.44*	378.54±57.64	445.12±69.41*	180.23±20.14	108.56±10.41*	35.66±5.02	22.59±2.01*
试验组	30	20.78±4.21	36.26±6.59*	381.47±56.36	493.41±71.79*	181.01±18.79	89.44±7.48*	35.79±4.87	18.25±1.87*
<i>t</i> 值		0.580	2.681	0.199	2.649	0.155	8.170	0.102	8.659
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P<0.05$ 。bFGF: 碱性成纤维细胞生长因子; VEGF: 血管内皮生长因子; MMP-9: 基质金属蛋白酶-9; Hcy: 同型半胱氨酸。

动脉血流异常,出现缺血和缺氧情况,进而导致脑组织坏死、软化,引发患者神经功能缺损,从而出现偏瘫症状,严重影响患者生命质量。有研究表明,缺血性脑卒中患者脑组织损伤,受损部位邻近区域的脑细胞在受到一定刺激后,可增殖、分化为神经元,促使受损部位恢复^[9]。功能康复锻炼是患者偏瘫后的重要环节,其是通过患者主动和被动的改善患者局部或全身功能的疗法,通过反复、特定的训练刺激,使受损神经系统发生适应性改变,促进病灶附近神经细胞突触形成,从而重建神经通路,实现神经系统的重组,最终恢复神经功能;此外,康复训练还可维持肌肉、关节活动,防止关节僵硬,促进血液循环,但部分患者不能坚持或康复力度和时间不够,从而导致应用效果一般^[10]。

中医认为,缺血性脑卒中患者由于气虚血瘀、阳气郁阻导致肢体痉挛性瘫痪,为本虚标实之症,年高体弱或肝肾亏虚、经脉瘀阻为本病基础,外邪侵袭、饮食失调、忧思恼怒、房事劳累等导致五志过极化火、内风扰动为本病诱因,阴亏于下、气血逆乱,夹痰夹瘀,阳亢于上,内风旋动,风痰血瘀横窜经络,上逆于脑而蒙蔽清窍,则导致脑卒中后偏瘫的发生,进入恢复期后,邪气大势已去,但正气尚未恢复,痰湿瘀血未尽^[11]。针灸作为中医治疗的重要组成部分,可虚则补之,患肢的经络气血可经针刺该经穴激发,操作简便,疗效确切。针灸穴位内关、足三里、风池穴具有养心安神、通调气血之功;针灸穴位三阴交、太冲、地仓、内庭、太溪穴可补三阴、益脑髓、调气血、安神志;针灸穴位极泉、曲池、肩髃、手三里、合谷、颊车、风市、环跳、丰隆穴;以及阴、阳陵泉可宽胸理气、通经活络;针灸穴位委中、尺泽穴可提高肌张力。故而针灸治疗缺血性脑卒中偏瘫患者可发挥疏通经络、醒神通络、醒脑开窍,改善元神之府大脑的功能的功效,并通过针灸刺激增加局部组织器官血液供应,改善关节肌肉营养,缓解肢体活动,改善患者生活质量^[12]。本研究结果显示,试验组患者膝伸肌、踝屈肌、肘屈肌、腕屈肌 MAS 评分, CSS 评分均低于对照组,患者 FMA、BI 评分均高于对照组,表明针灸联合功能康复锻炼治疗缺血性脑卒中偏瘫恢复期患者,可有效改善患者肌群力量,提高患者日常活动能力。

脑动脉血流速度反映脑血管的紧张度、弹性、搏动性、外周阻力和血管调节机能的变化,脑动脉血流速度降低,会导致脑供血不足,出现头晕、头疼等症状,还会引起缺血性脑卒中的发生。bFGF 作为神经营养因子,可修复受损神经元并促进神经元的再生,其水平升高可加速损伤神经组织功能的恢复;VEGF 是一种具有高度生物活性的二聚体阳离子糖蛋白,其作用于血管内皮细胞,可促进

毛细血管通透性增加、血管内皮细胞迁移、增殖和血管形成等,其水平升高有利于血管内皮细胞生成,从而有利于血液循环,控制病情进展;MMP-9 为 IV 型胶原酶,其活性增强,可降解细胞外基质,破坏动脉粥样硬化斑块纤维帽的结构,从而激活凝血细胞,导致血栓形成;还可导致血脑屏障通透性增加,加重脑水肿;Hcy 属于胱氨酸与蛋氨酸的代谢产物,其水平过高,可加重脑血管损伤与神经功能缺损,促使缺血性脑卒中偏瘫患者的病情发展^[13-14]。现代医学认为,针灸治疗缺血性脑卒中偏瘫恢复期患者通过对内关、足三里、风池穴位进行针刺,可改善脑部及患肢供血、供氧,纠正血液成分的异常,调节生化代谢及脑血管弹性,促进脑血管侧支循环的建立,进而改善血液循环及脑部血流速度^[15]。本研究结果显示,治疗后试验组患者脑前动脉、中动脉、后动脉平均血流速度均快于对照组,血清 bFGF、VEGF 水平均高于对照组,血清 MMP-9、Hcy 水平均低于对照组,表明针灸联合功能康复锻炼治疗缺血性脑卒中偏瘫恢复期患者可以改善脑部血流速度,抑制神经细胞坏死,进而控制病情进展。

综上,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,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 韩墨洋. 温针灸联合康复治疗对中风恢复期病人中医证候、肌痉挛及神经功能缺损的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(20): 3199-3202.
- [2] 罗欢欢, 李娜, 吴丹, 等. 针灸结合康复对脑卒中偏瘫疗效及血清 NPY、Hcy 水平和神经功能的影响 [J]. 四川中医, 2021, 39(5): 182-186.
- [3] 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 2018 [J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [4] 高颖. 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: 153.
- [5] 邓思宇, 卢茜, 鄢淑燕, 等. 等速测试指标与改良 Ashworth 量表用于踝痉挛评定的相关性研究 [J]. 中国康复理论与实践, 2016, 22(2): 178-183.
- [6] 林艳. 运动疗法联合 Fugl-Meyer 量表对大面积脑梗死功能预后评估 [J]. 贵州医药, 2016, 40(11): 1208-1210.
- [7] 闵瑜, 吴媛媛, 燕铁斌. 改良 Barthel 指数 (简体中文版) 量表评定脑卒中患者日常生活活动能力的效度和信度研究 [J]. 中华物

清金化痰汤加味治疗慢性阻塞性肺疾病 急性加重期痰热壅肺证的临床研究

王 娟

[苏州市吴江区中医医院 (苏州市吴江区第二人民医院) 肺病科, 江苏 苏州 215200]

摘要: **目的** 探讨清金化痰汤加味对慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (AECOPD) 痰热壅肺证患者用力肺活量 (FVC) 与第 1 秒用力呼气容积 (FEV₁) 的影响。**方法** 按照随机数字表法将 2019 年 3 月至 2021 年 3 月苏州市吴江区中医医院 (苏州市吴江区第二人民医院) 收治的 70 例 AECOPD 患者分为两组, 各 35 例。对照组患者采用支气管扩张剂、抗感染等常规治疗, 观察组患者在对照组治疗的基础上采用清金化痰汤治疗, 两组患者均以 7 d 为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。比较两组患者治疗后临床疗效, 治疗前后 FVC、FEV₁、动脉血氧分压 (PaO₂)、动脉血二氧化碳分压 (PaCO₂)、动脉血氧饱和度 (SaO₂)、C-反应蛋白 (CRP)、降钙素原 (PCT) 及白细胞介素 -6 (IL-6) 水平, 以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 观察组患者临床总有效率与对照组比升高; 治疗后两组患者 FVC、FEV₁、PaO₂、SaO₂ 水平均高于治疗前, 而 PaCO₂ 及血清 CRP、PCT、IL-6 水平均低于治疗前, 且观察组 FVC、FEV₁、PaO₂、SaO₂ 水平高于对照组, PaCO₂ 及血清 CRP、PCT、IL-6 水平均低于对照组; 治疗期间观察组患者不良反应总发生率 (2.86%) 与对照组 (25.71%) 比降低 (均 $P < 0.05$)。**结论** 应用清金化痰汤加味治疗 AECOPD 痰热壅肺证患者能有效提高患者肺功能, 从而改善血气指标, 抑制炎症反应, 且安全性较高。

关键词: 慢性阻塞性肺疾病; 急性加重期; 痰热壅肺证; 清金化痰汤; 用力肺活量; 第 1 秒用力呼气容积

中图分类号: R563

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.11.0097.04

慢性阻塞性肺疾病是临床常见的呼吸系统疾病, 以气流阻塞为特征, 当患者短期内出现咳嗽、气喘、痰量增多等症状加重时为慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, AECOPD)。临床主要采用气管舒张剂、糖皮质激素类药物治疗, 其目的是通过抑制炎症因子和腺体的分泌, 达到抗炎与减少痰液的作用, 但患者长期使用易导致体内代谢紊乱^[1]。中医认为, AECOPD 属“肺胀”“喘证”“痰饮”等范畴, 病因在于情志失调、劳倦过度等, 以痰瘀留滞

伤正气所致^[2]。清金化痰汤组方中黄芩、栀子、桔梗等药物具有化痰泻火、利气止咳、泻肺平喘之功效^[3]。因此本研究旨在探讨清金化痰汤加味对 AECOPD 痰热壅肺证患者用力肺活量 (FVC) 与第 1 秒用力呼气容积 (FEV₁) 的影响, 并分析治疗前后血气指标、炎症因子水平, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照随机数字表法将 2019 年 3 月至 2021 年 3 月苏州市吴江区中医医院 (苏州市吴江区第二人民医

作者简介: 王娟, 硕士研究生, 主治中医师, 研究方向: 肺部疾病的诊治。

- 理医学与康复杂志, 2008, 30(3): 185-188.
- [8] 陶子荣. 我国脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准信度、效度及敏感度的评价 [J]. 第二军医大学学报, 2009, 30(3): 283-285.
- [9] 孔林, 苟成钢. 中风针刀康复术治疗脑卒中后肱二头肌痉挛的临床疗效 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(7): 1094-1095.
- [10] 刘桑, 焦富英. 针灸联合康复治疗对老年中风偏瘫患者日常生活能力评分与运动功能评分的影响 [J]. 世界中医药, 2018, 13(4): 974-977.
- [11] 傅小欧, 海霞, 张运克. 基于缺血性脑卒中的中医诊断思维研究 [J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(10): 1467-1470.
- [12] 李昕阳, 刘素萍, 王佳良, 等. 血府逐瘀汤联合针灸治疗缺血性脑卒中偏瘫患者的临床研究 [J]. 中国医药导报, 2020, 17(5): 137-140.
- [13] 王雪, 胡志高, 戴春花, 等. 针灸及功能锻炼对脑中风瘫痪恢复期疗效及脑血流、功能恢复的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(11): 2588-2591.
- [14] 王凯, 杨建全. 运动康复联合针灸对急性脑卒中偏瘫患者肢体运动能力和日常生活活动能力的影响 [J]. 西部中医药, 2017, 30(7): 107-110.
- [15] 刘艳华, 张静, 孙艳, 等. 针灸联合康复治疗对脑梗死患者神经功能恢复、血清细胞因子分泌的影响 [J]. 世界中医药, 2019, 14(9): 2488-2491.