

〔文章编号〕 1007-0893(2021)06-0063-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.06.026

针灸联合补阳还五汤治疗脑卒中后痉挛性瘫痪临床观察

王思朦 段亚平

(许昌市中医院, 河南 许昌 461000)

〔摘要〕 **目的:** 观察针灸联合补阳还五汤加减治疗脑卒中后痉挛性瘫痪的疗效。**方法:** 选取许昌市中医院 2019 年 2 月至 2020 年 2 月期间收治的 68 例脑卒中后痉挛性瘫痪患者, 按照是否应用针灸联合补阳还五汤加减治疗将患者分为对照组(34 例, 单纯应用西药治疗)与观察组(34 例, 西药治疗基础上应用上述中医特色治疗方案), 比较两组患者治疗效果。**结果:** 治疗前两组患者炎症指标比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后两组患者炎症指标均有不同程度下降, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗 3 个疗程预后观察组患者治疗总有效率(97.06%) 高于对照组(76.47%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 脑卒中后痉挛性瘫痪患者应用针灸联合补阳还五汤加减治疗方案可显著提升治疗效果。

〔关键词〕 脑卒中; 痉挛性瘫痪; 针灸; 补阳还五汤

〔中图分类号〕 R 743.3 〔文献标识码〕 B

近些年伴随我国人口老龄化程度的加剧, 脑卒中发病率逐年攀升, 本病的发生主要是由于脑血管破裂或脑血管闭塞引起的脑组织损伤, 流行病学调查显示本病好发于 50 岁以上中老年群体, 脑卒中后痉挛性瘫痪患者运动功能明显受限, 常规西药治疗效果有限, 近些年, 部分医学研究者提出联合针灸、中药等中医特色疗法以提升治疗效果^[1-2]。本研究为论证上述观点, 比较本院 2019 年 2 月至 2020 年 2 月期间收治的 34 例单纯应用西药治疗以及 34 例西药治疗基础上应用针灸联合补阳还五汤加减治疗方案脑卒中后痉挛性瘫痪患者预后情况, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2019 年 2 月至 2020 年 2 月期间收治的 68 例脑卒中后痉挛性瘫痪患者, 按照是否应用针灸联合补阳还五汤加减治疗将患者分为对照组与观察组, 各 34 例。观察组患者中男 17 例、女 17 例, 年龄 56~77 岁、平均年龄(65.52±1.42) 岁, 病程 1~7 个月, 平均病程(4.42±0.11) 个月。对照组患者中男 18 例、女 16 例, 年龄 54~80 岁、平均年龄(65.51±1.44) 岁, 病程 1~7 个月, 平均病程(4.41±0.14) 个月。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 参考《2017 年英国国家卫生与临床优化研究所(NICE) 脑性瘫痪指南》^[3] 制定的脑性瘫痪指南相关内容, 患者均既往有脑卒中确诊病史, 且患者经

临床诊疗脱离生命危险, 但偏瘫且患侧肌张力增高、腱反射亢进、浅反射减弱、消失或出现病理性反射。(2) 患者或家属对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 伴严重心、肝、肾脏器疾病患者。

(3) 确诊全身性皮肤病患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 应用盐酸乙哌立松片(卫材药业有限公司, 国药准字 H20041061)、阿司匹林片(拜耳医药保健有限公司, 国药准字 J20130078)、阿托伐他汀钙片(北京嘉林药业股份有限公司, 国药准字 H20093819) 等西药, 盐酸乙哌立松片每次口服剂量为 5 mg, 3 次·d⁻¹。阿司匹林片每次口服 100 mg, 1 次·d⁻¹。阿托伐他汀钙片每次口服 10 mg, 1 次·d⁻¹。持续给药治疗 4 周为 1 个疗程, 连续治疗 3 个疗程。

1.3.2 观察组 在对照组常规西药治疗的基础上联合针灸与补阳还五汤加减治疗, (1) 针灸: 患者在针灸时取仰卧位, 应用一次性针灸针, 肩井穴直刺 0.5~0.8 寸, 合谷穴直刺 0.5~0.8 寸, 曲池穴直刺 1.0~2.5 寸、手三里直刺 0.8~1.2 寸。足三里直刺 1.0~2.0 寸。阳陵泉直刺 0.8~1.2 寸。环跳穴斜刺 2.0~3.0 寸。隔日针灸 1 次, 每次针灸得气后均留针 30 min, 每隔 10 min 行针 1 次。(2) 补阳还五汤加减治疗, 补阳还五汤基础方药如下: 黄芪 125 g, 当归尾 6 g, 赤芍 5 g, 地龙 3 g, 川芎 3 g, 红花 3 g, 桃仁 3 g。若患者食欲不振, 则加焦山楂 3 g、焦麦芽 3 g。若患者伴有恶心呕吐等症, 加砂仁 5 g、半夏 3 g。若患者肋肋胀痛, 加枳壳 5 g、柴胡 3 g。1 剂·d⁻¹, 水煮取汁 300 mL·剂⁻¹, 150 mL·次⁻¹, 分

〔收稿日期〕 2021-01-03

〔作者简介〕 王思朦, 女, 住院医师, 主要研究方向是中医药防治脑血管疾病。

早晚 2 次温服。持续给药治疗 4 周为 1 个疗程，连续治疗 3 个疗程。

1.4 观察指标

(1) 比较两组患者治疗前、治疗治疗后肿瘤坏死因子 (tumor necrosis factor, TNF-α)、超敏 C 反应蛋白 (hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP) 等炎症因子变化情况。(2) 参考《诊断学》^[4] 中临床肌力分级标准评估两组患者治疗治疗后总有效率，若患者治疗后患侧肌力恢复至 V 级且生活可以自理，为治疗显效。若患者治疗后患侧肌力提升 2 级且生活基本自理，为治疗有效。若患者治疗后患侧肌力未提升 2 级且生活依赖他人，无法自理，为治疗无效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后炎症指标比较

治疗前两组患者炎症指标比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组患者炎症指标均有不同程度下降，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后炎症指标比较 (n = 34, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	TNF-α/ng · L ⁻¹	hs-CRP/mg · L ⁻¹
对照组	治疗前	48.19 ± 2.11	30.15 ± 3.16
	治疗后	35.11 ± 1.37 ^a	15.43 ± 1.33 ^a
观察组	治疗前	48.16 ± 2.14	30.18 ± 3.12
	治疗后	28.53 ± 1.35 ^{ab}	8.58 ± 1.34 ^{ab}

与同组治疗前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^b $P < 0.05$
注：TNF-α — 肿瘤坏死因子；hs-CRP — 超敏 C 反应蛋白

2.2 两组患者总有效率比较

治疗 3 个疗程预后观察组患者治疗总有效率 (97.06 %) 高于对照组 (76.47 %)，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者总有效率比较 (n = 34, n (%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	14(41.18)	12(35.29)	8(23.53)	76.47
观察组	17(50.00)	16(47.06)	1(2.94)	97.06 ^c

与对照组比较，^c $P < 0.05$

3 讨论

脑组织损伤的始动因子为 TNF-α、hs-CRP，炎症因子

大量合成、分泌可致使血管通透性降低，继而引起水肿，而加剧神经损伤，目前临床常用抗血小板聚集药、降血脂药以及肌松药，其中阿司匹林可抑制血小板聚集，阿托伐他汀钙片口服给药后可抑制羟甲戊二酰辅酶 A 还原酶活性，从而降低脂蛋白、胆固醇^[5]。抗血小板聚集药的应用可降低血小板聚集能力，联合降血脂药以改变血流变学，促 TNF-α、hs-CRP 等炎症介质吸收，肌松药物盐酸乙哌立松的应用可抑制脊髓反射，降低骨骼肌的紧张，从而缓解肌紧张亢进。中医学将脑卒中后痉挛性瘫痪归属于“中风”范畴，认为本病病机为阴阳失调，针灸治疗实施过程中通过对局部腧穴给予刺激，曲池、手三里、肩井、合谷等穴位针刺可疏通机体经络，足三里、阳陵泉、环跳等穴位针刺适用于下肢麻痹症状，有舒筋活络的作用^[6]。补阳还五汤加减治疗中在结合患者症状，进行加减，补阳还五汤方中黄芪可补中益气，当归尾、川芎、桃仁、赤芍、红花均有活血化瘀的作用，地龙可活血通络，食欲不振患者加焦山楂、焦麦芽以消食化积^[7]。恶心呕吐患者加砂仁、半夏以降逆止呕。肋肋胀痛患者加枳壳、柴胡以宽胸行气，诸药合用共奏活血化瘀的作用，缓解患者不适症状^[8]。本研究显示应用针灸联合补阳还五汤加减治疗的观察组治疗治疗后 TNF-α、hs-CRP 等炎症显著降低，且总有效率高。

综上所述，脑卒中后痉挛性瘫痪患者针灸治疗可显著改善偏瘫症状，联合补阳还五汤加减治疗发挥中药活血化瘀的作用，有利于机体炎症因子的吸收，从而提升患者治疗效果。

[参考文献]

- (1) 安然. 分析针灸联合补阳还五汤加减治疗脑卒中后痉挛性瘫痪的价值 (J). 中国医药指南, 2020, 18(13): 176-177.
- (2) 魏莉. 补阳还五汤加减联合针灸治疗脑卒中偏瘫后遗症效果分析 (J). 中国保健营养, 2020, 30(10): 346.
- (3) 吴德, 唐久来. 2017 年英国国家卫生与临床优化研究所 (NICE) 脑性瘫痪指南解读 (J). 中华实用儿科临床杂志, 2017, 32(24): 1862-1865.
- (4) 万学红, 卢雪峰. 诊断学 (M). 9 版, 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- (5) 黄群英, 曾志琴, 李梅. 补阳还五汤加减联合针灸治疗脑卒中偏瘫后遗症的临床疗效 (J). 临床合理用药杂志, 2019, 12(15): 99-100.
- (6) 雷华平, 陈建华, 张万桂, 等. 补阳还五汤加减联合针灸治疗脑卒中后遗症 (J). 吉林中医药, 2017, 37(8): 835-837.
- (7) 沙碧源, 罗婷婷, 张丽荣. 补阳还五汤加减联合针灸治疗脑卒中偏瘫 45 例临床评价 (J). 中国药业, 2017, 26(20): 57-59.
- (8) 李东方. 补阳还五汤加减联合针灸治疗脑卒中偏瘫 100 例疗效观察 (J). 中国民族民间医药, 2017, 26(1): 95-96.