

(文章编号) 1007-0893(2021)15-0058-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.15.025

# 针药结合对缺血性脑血管病患者神经功能的影响

吴笛 杨健生 钟莉 谢永红

(暨南大学附属广州红十字会医院, 广东 广州 510220)

**〔摘要〕** **目的:** 探讨黄精四草汤加味联合针刺对缺血性脑血管病患者神经功能及炎性状态的影响。**方法:** 选取暨南大学附属广州红十字会医院 2018 年 8 月至 2020 年 1 月期间收治的 70 例确诊缺血性脑血管病患者, 通过随机数字表法分为对照组和观察组, 各 35 例。对照组予以针刺治疗, 观察组在对照组的基础上接受黄精四草汤加味治疗, 两组均连续治疗 30 d。比较两组患者治疗后的临床疗效, 治疗前后的美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS)、Barthel 指数、Fugl-Meyer 评分及血清白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子 (TNF)- $\alpha$ 、C 反应蛋白 (CRP) 水平。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为 94.28%, 高于对照组的 74.29%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后两组患者的 Barthel 指数、上肢、下肢 Fugl-Meyer 评分各项较治疗前升高, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组的 NIHSS 评分均较治疗前降低, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后两组患者的血清 IL-6、TNF- $\alpha$ 、CRP 水平均较治疗前降低, 且观察组的 IL-6、TNF- $\alpha$ 、CRP 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 黄精四草汤加味联合针刺能改善缺血性脑血管病患者的神经功能损伤程度, 降低患者体内的炎症反应程度, 临床疗效较好。

**〔关键词〕** 缺血性脑血管病; 黄精四草汤加味; 针刺

**〔中图分类号〕** R 743 **〔文献标识码〕** B

缺血性脑血管病是不同程度缺血性脑血管疾病的总称, 其临床类型主要包括短暂性脑缺血、脑梗死等, 发病短时间内致残、致死率均较高<sup>[1]</sup>。针刺常用于该病的治疗及康复, 但由于该病病情较复杂, 单独使用效果不佳。黄精四草汤加味具有通络活血、平肝潜阳、滋养肝肾的功效。本研究主要探讨黄精四草汤加味联合针刺对缺血性脑血管病患者神经功能恢复和炎性状态的作用, 总结如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 基本资料

选取本院 2018 年 8 月至 2020 年 1 月期间收治的 70 例确诊缺血性脑血管病患者, 通过随机数字表法分为对照组和观察组, 各 35 例。对照组男 17 例, 女 18 例, 病程 0.5~20 年, 平均病程 (11.87 $\pm$ 3.56) 年; 年龄 43~80 岁, 平均年龄 (58.89 $\pm$ 10.31) 岁; 观察组男 19 例, 女 16 例, 病程 1~20 年, 平均病程 (11.96 $\pm$ 3.54) 年; 年龄 42~81 岁, 平均年龄 (59.77 $\pm$ 10.61) 岁。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 诊断标准** 符合《缺血性脑血管病》<sup>[2]</sup>中缺血性脑血管病的诊疗标准; 中医诊断标准: 符合《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>中相关诊断标准。

**1.2.2 纳入标准** 临床症状和以上诊断标准相符者; 脑

血流图、脑血管多普勒检查呈阳性者; 对本研究知情同意。

**1.2.3 排除标准** 对本研究相关的药物过敏者; 肝、肾功能严重受损者; 患有精神疾病者; 治疗过程中中途退出者等。

### 1.3 方法

两组均给予常规治疗, 包括控制血压、血糖、血脂、抗血小板凝集、纠正水电解质紊乱、抗自由基等。

**1.3.1 对照组** 在常规治疗的基础上接受针刺治疗, 主穴为大椎、百会、四神聪、极泉、水沟和三阴交。配穴: 口角蜗斜者取穴迎香、地仓透颊车; 上肢不遂者取合谷、曲池、手三里等; 下肢不遂者取足三里、阳陵泉、悬钟; 吞咽困难、失语者取哑门、廉泉、通里穴; 尿失禁者取气海、关元; 肝风内动者取太冲、太溪; 肝肾亏虚者取太溪; 肾虚血亏者取气海、足三里。操作方法: 大椎用提插泻法, 百会、四神聪用捻转补泻法, 极泉穴直刺, 使用提插泻法至肢体出现酸麻胀痛, 水沟用雀啄法, 三阴交采用提插补法; 采用平补平泻法。得气之后留针 30 min, 每日 1 次。持续治疗 30 d。

**1.3.2 观察组** 在对照组的基础上接受黄精四草汤加味治疗, 组方: 黄精、夏枯草各 20 g, 车前子 12 g, 益母草 15 g, 丹参、豨莶草、水蛭各 10 g, 地龙、川牛膝各 6 g, 全蝎、人工牛黄各 0.5 g。气虚者加黄芪 15 g; 血瘀者加三七 10 g; 痰湿壅盛者加陈皮 5 g、半夏 10 g; 肝阳上亢者加天麻 15 g、钩藤 15 g; 每日 1 剂, 水煮取汁 400 mL $\cdot$ 剂<sup>-1</sup>, 200 mL $\cdot$ 次<sup>-1</sup>,

**〔收稿日期〕** 2021-05-24

**〔作者简介〕** 吴笛, 女, 副主任医师, 主要研究方向是针药结合治疗骨关节病、脑血管病等。

分早晚 2 次温服。持续治疗 30 d。

#### 1.4 观察指标

(1) 临床疗效比较。使用美国国立卫生研究院卒中量表 (national institute of health stroke scale, NIHSS)<sup>[4]</sup> 来评估神经功能受损程度, 分值与神经功能受损程度成正比。治愈: 临床症状消失, 评分较治疗前下降 91% 及以上; 显效: 临床症状显著缓解, 评分较治疗前下降 46%~90%; 有效: 临床症状有一定的缓解, 评分较治疗前下降 18%~45%; 无效: 临床症状未见缓解或病情恶化, 评分较治疗前下降 <18%。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。

(2) NIHSS、Barthel、Fugl-Meyer 评分比较。采用 NIHSS 评分量表对治疗前后两组患者的神经功能缺损程度进行评估; 采用 Barthel 指数<sup>[5]</sup> 对治疗前后各组患者的日常生活活动能力进行评估, 分数越高代表日常生活活动能力越强; 采用 Fugl-Meyer 评分<sup>[6]</sup> 对两组患者运动功能进行评估。分数越高, 代表运动能力越好。(3) 血清白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子 (tumor necrosis factor, TNF)-α、C 反应蛋白 (C-reaction protein, CRP) 比较。在治疗前后采取两组中每位患者的空腹静脉血, 采用多功能酶标仪检测血清 IL-6、TNF-α、CRP 的水平。

表 2 治疗前后两组的 NIHSS、Barthel、Fugl-Meyer 评分的比较 (n=35,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	NIHSS 评分	Barthel 指数	上肢 Fugl-Meyer 评分	下肢 Fugl-Meyer 评分
对照组	治疗前	27.01 ± 3.21	37.54 ± 4.35	38.87 ± 4.47	12.53 ± 2.51
	治疗后	16.41 ± 2.73 <sup>b</sup>	58.31 ± 5.66 <sup>b</sup>	44.67 ± 5.50 <sup>b</sup>	18.21 ± 2.90 <sup>b</sup>
观察组	治疗前	26.21 ± 3.16	37.57 ± 5.12	38.12 ± 4.34	12.69 ± 2.41
	治疗后	10.93 ± 2.35 <sup>bc</sup>	71.25 ± 6.19 <sup>bc</sup>	54.68 ± 4.98 <sup>bc</sup>	24.40 ± 3.51 <sup>bc</sup>

与同组治疗前比较, <sup>b</sup>P < 0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>c</sup>P < 0.05  
注: NIHSS—美国国立卫生研究院卒中量表

#### 2.3 两组患者治疗前后血清 IL-6、TNF-α、CRP 水平比较

治疗后两组患者的血清 IL-6、TNF-α、CRP 水平均较治疗前降低, 且观察组的 IL-6、TNF-α、CRP 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血清 IL-6、TNF-α、CRP 水平比较 (n=35,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	IL-6/pg·mL <sup>-1</sup>	TNF-α/ng·mL <sup>-1</sup>	CRP/mg·L <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	20.92 ± 2.91	7.06 ± 1.39	22.42 ± 2.91
	治疗后	15.11 ± 2.65 <sup>d</sup>	3.48 ± 0.61 <sup>d</sup>	7.29 ± 1.58 <sup>d</sup>
观察组	治疗前	20.86 ± 2.72	6.97 ± 1.40	22.45 ± 3.46
	治疗后	11.99 ± 2.12 <sup>de</sup>	2.37 ± 0.39 <sup>de</sup>	4.28 ± 1.01 <sup>de</sup>

与同组治疗前比较, <sup>d</sup>P < 0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>e</sup>P < 0.05  
注: IL-6—白细胞介素-6; TNF-α—肿瘤坏死因子-α; CRP—C 反应蛋白

### 3 讨论

缺血性脑血管疾病是以视力下降、肢体偏瘫、感觉意识障碍等为主要临床表现, 严重者会有不同程度的后遗症。缺血性脑血管疾病属于中医“中风”范畴, 病机是气血逆乱,

#### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 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  $\chi^2$  检验, P < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

#### 2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 94.28%, 高于对照组的 74.29%, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 (n=35, 例)

组别	治愈	显效	无效	总有效率/%
对照组	5	11	9	74.29
观察组	8	12	2	94.28 <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup>P < 0.05

#### 2.2 两组患者治疗前后 NIHSS、Barthel 指数、Fugl-Meyer 评分比较

治疗后两组患者的 Barthel 指数、上肢、下肢 Fugl-Meyer 评分各项较治疗前升高, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。两组的 NIHSS 评分均较治疗前降低, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 2。

上犯于脑致脑脉痹阻而发病<sup>[6]</sup>。治疗原则主要为平肝熄风, 育阴潜阳, 化痰通络。黄精四草汤加味中的黄精益阴补肾; 夏枯草平肝阳; 豨莶草、地龙、全蝎能通络; 益母草、丹参、水蛭有活血化瘀之效; 牛膝引血下行, 胆南星可化痰熄风; 天麻有祛风之功; 车前子可渗湿止泻; 人工牛黄能开窍解毒; 陈皮、半夏理气健脾, 燥湿化痰。督脉总督一身之阳, 为阳脉之海, 循行入属于脑, 故针刺选用督脉腧穴大椎、百会、水沟以醒脑开窍; “经脉所过、主治所及”, 选用四神聪平肝潜阳, 益智醒神, 三阴交调补肝脾肾, 配合极泉穴通经活血化瘀。从而达到通利枢机, 调和阴阳之效。本研究结果中, 治疗后对照组的临床总有效率低于观察组, 观察组 Barthel 指数、上肢、下肢 Fugl-Meyer 评分高于对照组, 而 NIHSS 评分低于对照组, 差异均具有统计学意义 (P < 0.05), 提示黄精四草汤加味联合针刺的治疗方法能更好地恢复缺血性脑血管病患者受损的神经功能, 改善患者的四肢运动功能。血清 IL-6、TNF-α、CRP 与脑血管粥样硬化程度及疾病严重程度相关, 在缺血性脑血管病患者体内水平升高,

刺激病情发展<sup>[7]</sup>。从本研究结果看, 治疗后观察组的血清 IL-6、TNF- $\alpha$ 、CRP 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 表明黄精四草汤加味联合针刺可降低缺血性脑血管病患者机体炎症因子水平, 抑制炎症反应。

综上所述, 黄精四草汤加味联合针刺能改善缺血性脑血管病患者的神经功能损伤程度, 降低患者体内的炎症反应, 临床疗效较好。

#### [参考文献]

- (1) 申艳茹, 吕晓红. 代谢综合征与缺血性脑血管病临床研究 (J). 中风与神经疾病杂志, 2020, 37(10): 4.
- (2) 盛鹏杰. 缺血性脑血管病 (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2010: 25-28.
- (3) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 (S). 北京: 中国医药科技出版社, 2012.
- (4) 谷娇娇. 养血柔筋方加减结合解痉纠偏针法治疗缺血性脑卒中后肢体痉挛的临床疗效观察 (J). 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(20): 134-137.
- (5) 陈淼. 卒中评分系统在急性缺血性脑卒中评估中的应用及浅析 (J). 临床误诊误治, 2014, 27(1): 15-17.
- (6) 国家中医药管理局. 中风的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001. 1-94) (J). 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(10): 16.
- (7) 黄翠波, 黄之虎. 缺血性脑血管病相关的新型生物标志物的研究进展 (J). 检验医学与临床, 2021, 18(8): 1159-1163.

[文章编号] 1007-0893(2021)15-0060-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.15.026

## 自拟活血祛痰通络汤治疗中风恢复期偏瘫肩痛的疗效观察

范芳伟<sup>1</sup> 冯国强<sup>2</sup>

(1. 九江市第一人民医院, 江西 九江 332000; 2. 九江学院附属医院, 江西 九江 332000)

**[摘要]** **目的:** 观察中风恢复期偏瘫肩痛患者采用自拟活血祛痰通络汤治疗的疗效。**方法:** 择取九江市第一人民医院 2019 年 10 月至 2020 年 10 月收治的 100 例中风恢复期偏瘫肩痛患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 各 50 例。对照组患者接受常规治疗, 观察组患者接受自拟活血祛痰通络汤治疗, 比较两组患者的临床疗效、神经功能评分、疼痛情况。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为 94.0%, 高于对照组的 70.0%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗前两组患者神经功能情况评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗后两组患者评分均低于治疗前, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗前两组患者视觉模拟评分法 (VAS) 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗后观察组 VAS 评分改善明显优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 中风恢复期偏瘫肩痛患者接受自拟活血祛痰通络汤治疗后, 神经功能明显改善, 疼痛情况也有所缓解, 一定程度上提高了临床治疗效果。

**[关键词]** 中风; 偏瘫肩痛; 活血祛痰通络汤

**[中图分类号]** R 743 **[文献标识码]** B

中风在临床上又称脑卒中, 经常会引起偏瘫肩痛等并发症, 对患者的生活质量带来极大的影响<sup>[1]</sup>。中风恢复期偏瘫肩痛可能导致上肢功能康复缓慢, 严重的情况下甚至会影响生存质量, 临床上常使用常规西药进行治疗, 但是作用效果并不显著, 易引起各类并发症。有研究发现针刺联合化痰通络汤应用于脑卒中后遗症期治疗的过程中, 能够在缓解肩痛的同时, 促进神经功能改善, 降低不良反应产生<sup>[2]</sup>。本研究择取了 100 例中风恢复期偏瘫肩痛患者作为研究对象, 针对自拟活血祛痰通络汤的应用效果进行探讨, 具体报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

择取九江市第一人民医院 2019 年 10 月至 2020 年 10 月收治的 100 例中风恢复期偏瘫肩痛患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 各 50 例。对照组男 26 例, 女 24 例, 年龄 45~81 岁, 平均年龄 (65.5 $\pm$ 3.5) 岁, 病程 15~120 d, 平均病程 (65.5 $\pm$ 5.3) d; 观察组男 29 例, 女 21 例, 年龄 42~84 岁, 平均年龄 (65.9 $\pm$ 3.2) 岁, 病程 14~128 d, 平均病程时间 (69.6 $\pm$ 5.5) d。两组患者的年龄、病程等基础资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

[收稿日期] 2021-06-06

[作者简介] 范芳伟, 男, 住院医师, 主要研究方向是针灸治疗疼痛。