

- 363-365.
- (5) 向晶, 刘静. 附子理中汤结合芒硝外敷对非酒精性脂肪肝临床疗效及肝功能, 血清瘦素水平影响研究 (J). 中华中医药学刊, 2022, 41(6): 213-216.
- (6) 吴美芬, 潘海燕, 黄兴丽, 等. 沙格列汀对糖尿病合并非酒精性脂肪肝大鼠糖脂代谢紊乱的影响 (J). 中国老年学杂志, 2021, 41(4): 850-853.
- (7) 中华医学会肝病学会脂肪肝和酒精性肝病学组, 中国医师协会脂肪性肝病专家委员会. 非酒精性脂肪性肝病防治指南 (2018 更新版) (J). 传染病信息, 2018, 31(5): 393-402, 420.
- (8) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 (S). 北京: 中国中医药出版社, 2013.
- (9) 邱教, 谢兆兰, 李访贤, 等. 小檗碱对非酒精性脂肪肝大鼠肝脏脂肪沉积的改善作用及相关机制研究 (J). 中国临床药理学杂志, 2021, 37(4): 393-396.
- (10) 陈金玉, 郭晓霞, 钟晓妮. 二甲双胍联合双歧杆菌三联活菌胶囊治疗非酒精性脂肪性肝病患者疗效及血清 IRS1、IRS2 和 GLUT4 的变化 (J). 实用肝脏病杂志, 2021, 24(1): 63-66.
- (11) 孙智强, 李京涛, 魏海梁, 等. 常占杰教授从痰瘀互结论治非酒精性脂肪性肝病的学术经验 (J). 中西医结合肝病杂志, 2021, 31(1): 83-84.
- (12) 殷建敏, 王文川, 李鑫, 等. 荷叶调脂疏肝汤联合利拉鲁肽对糖耐量异常合并非酒精性脂肪肝患者的临床疗效 (J). 中成药, 2020, 42(2): 360-364.
- (13) 常晓燕, 李壮壮, 吴嘉硕, 等. 泽泻汤提取物三萜类化学成分分析及其抗非酒精性脂肪肝作用研究 (J). 现代生物医学进展, 2021, 21(1): 1-7, 12.
- (14) 宋丽, 唐宋琪, 童继威, 等. 血府逐瘀汤防治非酒精性脂肪肝的效应机制研究 (J). 中国中西医结合杂志, 2020, 40(9): 1103-1106.
- (15) 杨茹文, 商洪涛. 从升降学说论治非酒精性脂肪肝证体悟 (J). 江苏中医药, 2021, 53(2): 52-54.

〔文章编号〕 1007-0893(2023)08-0031-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.08.010

## 化痰通络汤联合针刺治疗脑梗死急性期偏瘫疗效观察

梅丹青 余育芳

(瑞昌市中医院, 江西 瑞昌 332200)

〔摘要〕 目的: 观察化痰通络汤联合针刺治疗脑梗死急性期偏瘫的效果及对肢体功能恢复、生活质量的影响。方法: 选取 2020 年 12 月至 2022 年 7 月于瑞昌市中医院治疗的 66 例脑梗死急性期偏瘫患者, 按照数表法随机分为对照组与观察组, 各 33 例。两组患者均给予常规对症治疗及康复辅助训练, 同时对照组患者给予针刺治疗, 观察组患者在对照组基础上给予化痰通络汤口服。比较治疗后两组患者临床疗效、中医证候积分 (半身不遂、偏身麻木、口舌歪斜)、中国脑卒中量表 (CSS) 评分、Fugl-meyer 运动功能评定量表 (FMA) 评分、脑卒中影响量表 (SIS) 评分。结果: 观察组患者总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 两组患者半身不遂、偏身麻木、口舌歪斜中医证候积分均低于治疗前, 且观察组患者低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 两组患者 CSS 评分低于治疗前, FMA 评分高于治疗前, 且观察组患者 CSS 评分低于对照组, FMA 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 两组患者各项 SIS 评分均高于治疗前, 且观察组患者高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 化痰通络汤联合针刺治疗能有效提高脑梗死急性期偏瘫患者临床疗效, 改善其临床症状, 促进肢体功能恢复, 并提升患者生活质量。

〔关键词〕 脑梗死急性期; 偏瘫; 化痰通络汤; 针刺

〔中图分类号〕 R 722.15<sup>1</sup> 〔文献标识码〕 B

脑梗死是由各种原因导致脑部血液循环异常, 致使局部脑组织因缺血缺氧而出现坏死, 是临床上常见的脑血管疾病。而偏瘫作为脑梗死最常见的并发症, 其主要

临床表现为同侧肢体运动能力明显受限, 常给患者生活质量带来巨大影响<sup>[1]</sup>。患者发病后的 2 周内被称为脑梗死急性期, 对于这个时期的患者采取积极的治疗能有效

〔收稿日期〕 2023-02-05

〔作者简介〕 梅丹青, 男, 主治中医师, 主要从事内科工作。

改善其相关症状, 促进其肢体功能及预后恢复。中医将脑梗死归于“中风”的范畴, 其主要病因病机是年老体虚、七情太过、饮食劳倦而致脾失运化, 痰浊内生, 气血运行不畅, 瘀血内生, 痰瘀互结, 痹阻脑脉而发为本病<sup>[2]</sup>。针刺作为中医外治法被广泛运用于脑梗死后偏瘫的康复治疗中, 并取得确切疗效<sup>[3]</sup>, 化痰通络汤能够祛痰活络、活血化瘀, 在脑梗死急性期偏瘫的治疗中疗效显著<sup>[4]</sup>。但临床上关于两者联合运用的报道较少, 故本研究将化痰通络汤联合针刺疗法用于脑梗死急性期偏瘫的治疗中, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 12 月至 2022 年 7 月于瑞昌市中医院治疗的 66 例脑梗死急性期偏瘫患者, 按照数表法随机分为对照组与观察组, 各 33 例。对照组男性 21 例, 女性 12 例; 年龄 46~75 岁, 平均年龄 (64.53±4.21) 岁; 病程 1~10 d, 平均 (5.67±1.72) d; 梗死部位: 基底节区 19 例, 小脑 3 例, 额叶 6 例, 其他 5 例。观察组男性 18 例, 女性 15 例; 年龄 44~78 岁, 平均年龄 (63.67±4.35) 岁; 病程 2~13 d, 平均 (6.12±1.85) d; 梗死部位: 基底节区 20 例, 小脑 4 例, 额叶 5 例, 其他 4 例。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 西医诊断符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》<sup>[5]</sup> 中脑梗死相关标准者;

(2) 中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup> 中风痰血瘀、痹阻脉络型中风相关标准者; (3) 病程≤2 周, 年龄≤80 岁; (4) 知情同意本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 合并其他严重影响肢体功能疾病者; (2) 合并脑出血者; (3) 精神或智力异常者;

(4) 耐受性差不能坚持本研究治疗者。

### 1.2 方法

两组患者均参照《中国脑梗死中西医结合诊治指南 (2017)》<sup>[7]</sup> 予以抗凝、改善脑循环、降糖降压等对症治疗, 以及每日康复辅助训练。

1.2.1 对照组 给予针刺治疗, 具体方法: 于患者患侧取穴百会、印堂、人中、肩髃、手三里、曲池、合谷、梁丘、足三里、阳陵泉, 使用一次性针灸针采用平补平泻的手法进行针刺, 轻柔捻针 1~2 min, 患者出现酸胀感后再留针 25~30 min, 每日 1 次, 每周 6 次。针灸过程中若患者出现心慌、恶心呕吐等情况应立即停止施针。连续治疗 2 周。

1.2.2 观察组 在对照组基础上给予化痰通络汤口服, 具体处方如下: 法半夏 6 g, 制天南星 5 g, 赤茯苓

12 g, 菖蒲叶 8 g, 当归 10 g, 人参 6 g, 红花 6 g, 郁金 6 g, 天麻 5 g, 甘草 6 g。以上药物以水煎煮, 取药汁 200 mL, 分早晚 2 次服用, 每日 1 剂。连续治疗 2 周。

### 1.3 疗效标准

参照《中国脑血管病一级预防指南 2015》<sup>[8]</sup> 中相关标准, 根据神经功能缺损评分下降率进行评定, 显效: 45% < 下降率, 临床症状明显好转; 有效: 18% ≤ 下降率 ≤ 45%, 临床症状有所好转; 无效: 下降率 < 18%, 临床症状无明显好转。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

### 1.4 观察指标

1.4.1 中医证候积分 将半身不遂、偏身麻木、口舌歪斜每项症状无记 0 分, 症状轻微记 1 分, 症状明显记 2 分, 症状严重记 3 分。分别于治疗前后对两组患者进行评分, 得分越高表示临床症状越严重。

1.4.2 神经功能缺损 分别于治疗前后采用中国脑卒中量表 (Chinese stroke scale, CSS)<sup>[9]</sup> 对两组患者进行评分, 该量表包含意识、面瘫、步行等 8 个方面, 评分范围为 0~45 分, 评分越高表示神经功能缺损越严重。

1.4.3 肢体运动功能 分别于治疗前后采用 Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (Fugl-Meyer assessment scale, FMA)<sup>[10]</sup> 对两组患者进行评分, 该量表包含了上肢功能及下肢功能的评估, 分值范围为 0~100 分, 评分越高表示肢体功能越好。

1.4.4 生活质量 分别于治疗前后采用脑卒中影响量表 (stroke impact scale, SIS)<sup>[11]</sup> 对两组患者进行评分, 该量表包括日常生活活动能力 (activities of daily living, ADL)、体力、思维记忆等 8 个维度, 共 59 项, 通过特定公式将每个维度换算至 0~100 分, 评分越高表明患者生活质量越好。

### 1.5 统计学分析

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 两组患者临床疗效比较

观察组患者总有效率为 96.97%, 高于对照组的 75.76%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 ( $n = 33, n(\%)$ )

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	12(36.36)	13(39.39)	8(24.24)	25(75.76)
观察组	18(54.55)	14(42.42)	1(3.03)	32(96.97) <sup>a</sup>

注: 与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗后，两组患者半身不遂、偏身麻木、口舌歪斜中医证候积分均低于治疗前，且观察组患者低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 ( $n = 33, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	半身不遂	偏身麻木	口舌歪斜
对照组	治疗前	2.18 ± 0.41	1.82 ± 0.58	1.94 ± 0.51
	治疗后	1.82 ± 0.54 <sup>b</sup>	1.51 ± 0.47 <sup>b</sup>	1.63 ± 0.53 <sup>b</sup>
观察组	治疗前	2.12 ± 0.43	1.87 ± 0.54	1.91 ± 0.52
	治疗后	1.53 ± 0.49 <sup>bc</sup>	1.26 ± 0.41 <sup>bc</sup>	1.37 ± 0.42 <sup>bc</sup>

注：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> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者治疗前后 CSS 及 FMA 评分比较

治疗后，两组患者 CSS 评分低于治疗前，FMA 评分高于治疗前，且观察组患者 CSS 评分低于对照组，FMA 评

分高于对照组，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 CSS 及 FMA 评分比较

( $n = 33, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	CSS	FMA
对照组	治疗前	33.47 ± 5.34	58.21 ± 7.72
	治疗后	26.57 ± 6.12 <sup>d</sup>	67.52 ± 8.25 <sup>d</sup>
观察组	治疗前	32.34 ± 5.26	59.46 ± 7.65
	治疗后	23.31 ± 5.87 <sup>de</sup>	72.37 ± 8.78 <sup>de</sup>

注：CSS — 中国脑卒中量表；FMA — Fugl-Meyer 运动功能评定量表。

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> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者治疗前后 SIS 评分比较

治疗后，两组患者各项 SIS 评分均高于治疗前，且观察组患者高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 SIS 评分比较

( $n = 33, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	体力	手功能	ADL	移动能力	交流	情绪	思维记忆	社会参与
对照组	治疗前	55.13 ± 7.76	56.26 ± 6.54	62.57 ± 8.12	52.67 ± 6.84	62.38 ± 8.18	57.64 ± 6.53	63.24 ± 8.21	57.24 ± 6.57
	治疗后	64.17 ± 8.24 <sup>f</sup>	63.18 ± 7.41 <sup>f</sup>	67.49 ± 8.74 <sup>f</sup>	61.58 ± 7.47 <sup>f</sup>	67.72 ± 8.63 <sup>f</sup>	62.37 ± 7.25 <sup>f</sup>	67.81 ± 7.86 <sup>f</sup>	62.83 ± 7.48 <sup>f</sup>
观察组	治疗前	54.62 ± 7.85	57.48 ± 6.75	61.89 ± 8.23	53.45 ± 6.79	63.47 ± 8.25	56.85 ± 6.49	62.56 ± 8.27	58.57 ± 6.62
	治疗后	68.59 ± 8.73 <sup>fg</sup>	67.54 ± 7.82 <sup>fg</sup>	72.58 ± 8.95 <sup>fg</sup>	66.24 ± 7.39 <sup>fg</sup>	73.15 ± 8.71 <sup>fg</sup>	66.42 ± 7.37 <sup>fg</sup>	72.43 ± 7.69 <sup>fg</sup>	67.24 ± 7.61 <sup>fg</sup>

注：SIS — 脑卒中影响量表；ADL — 日常生活能力。

与同组治疗前比较，<sup>f</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>g</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

脑梗死作为常见的脑血管病好发于老年人，但随着现代人不良生活及饮食习惯的增加，其发病平均年龄也呈现下降趋势，而脑梗死中约 70% 的患者会出现不同程度的后遗症，偏瘫就是其中最为常见的一种<sup>[12]</sup>。偏瘫不仅会导致患者肢体功能障碍，且目前临床上尚未有特效药物及治疗手段，因此，不断探寻更加优质的治疗方案具有十分积极的意义。

中医学将脑梗死归于“中风”的范畴，其病位在脑，病因病机较为复杂。年老或久病都会导致正气虚损，再加上过食肥甘，脾胃受损，水谷精微失于运化，湿邪内生，凝液成痰，而七情五志过极，致使气机上逆，血行不畅，痰凝与血瘀互阻，痹阻脑脉而发病。而脑梗死产生的后遗症常会进一步损耗患者正气，导致人体正气亏虚，气虚则血液运行无力，痰液血瘀交阻更甚，故而治则上应采取化痰祛瘀、益气通络之法<sup>[13]</sup>。本研究中可见，治疗后观察组患者临床疗效高于对照组，且观察组患者中医证候积分低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。这说明化痰通络汤联合针刺治疗脑梗死急性期偏瘫，能有效改善患者临床症状。究其原因，化痰通络汤中法半夏、制天南星能燥湿化痰，赤茯苓不仅能补益脾气，还能助半夏祛痰化湿之力，菖蒲叶能豁痰醒神，当归、红花能

活血补血、祛瘀通络，配以郁金行气解郁，加强全方破瘀除滞之效，天麻能平肝熄风，有效治疗肢体麻木，人参能补益正气，甘草不仅化痰益气，还能缓和诸药药性，以上药物配伍，共行涤痰化痰、益气活络之效。

本研究中还可见，治疗后观察组患者 CSS 评分低于对照组，观察组 FMA、SIS 评分高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。这说明针刺治疗能有效促进脑梗死急性期患者神经功能恢复，提升其肢体功能及生活质量，且联合化痰通络汤临床效果更佳。本研究针刺治疗的取穴中，百会、印堂能醒神开窍，人中能治疗口舌歪斜，手三里、曲池、足三里、阳陵泉等穴配伍能有效改善中风患者半身不遂、肢体麻痹的症状。据相关报道显示，针刺治疗能增加脑部血流量，改善脑组织病变及神经功能障碍，促进患者肢体功能恢复，并提升其生活质量<sup>[14]</sup>。相关药理学研究显示，天麻中含有的天麻素能够扩张血管，促进血液液循环，并且能够抗氧化，保护脑细胞，促进神经元修复<sup>[15]</sup>。天南星中的甾醇类、黄酮类等有效成分，不仅能够镇痛、抗炎、祛痰，还能对惊厥起到良好的抑制作用，并且对神经细胞的缺血性损害也具有一定的改善作用<sup>[16]</sup>。以上结果都进一步说明了化痰通络汤能有效改善脑梗死急性期偏瘫患者的神经功能恢复，提升其肢体运动功能。

综上所述,对脑梗死急性期偏瘫患者采取化痰通络汤联合针刺治疗临床疗效显著,能有效改善其神经、肢体功能,使患者获得更佳的生活质量。

〔参考文献〕

(1) 王瑶瑶,杨帆,张弦. 康复介入治疗对脑梗死后偏瘫患者运动功能及日常生活能力的影响(J). 实用医院临床杂志, 2017, 14(6): 134-137.

(2) 顾玉宝,刘敬霞,王枫,等. 中医药治疗脑梗死的临床研究进展(J). 中华中医药学刊, 2017, 35(2): 303-306.

(3) 刘金香. 早期针灸康复治疗急性脑梗死后偏瘫的疗效观察(J). 中国急救医学, 2018, 38(2): 263.

(4) 唐星球,杨辉,周丽华,等. 化痰通络汤治疗急性脑梗死的临床观察(J). 中国中医急症, 2016, 25(10): 1973-1975.

(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 2018(J). 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.

(6) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准(S). 北京: 中国中医药出版社, 2017.

(7) 中国中西医结合学会神经科专业委员会. 中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)(J). 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 136-144.

(8) 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. 中国脑血管病一级预防指南 2015(J). 中华神经科杂志, 2015, 48(8): 629-643.

(9) 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.

(10) 聂鹏坤,杨华,赵晓峰,等. 中风患者 Fugl-Meyer 运动能量表评价一致性检验(J). 辽宁中医杂志, 2009, 36(11): 1827-1829.

(11) 朱雪娇,姜小鹰. 脑卒中影响量表的测试研究(J). 中国实用护理杂志, 2006, 22(10): 3-5.

(12) 陈岚榕,王林林,陈松,等. 艾灸曲池、合谷穴结合康复训练对脑梗死恢复期患者上肢功能障碍恢复疗效的回顾性分析(J). 中华中医药杂志, 2017, 32(12): 5652-5655.

(13) 陈玺龙. 益气聪明汤治疗气虚痰瘀阻络型脑梗死后遗症的临床研究(J). 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(5): 833-835.

(14) 张博,董微,戴君妹. 早期针灸康复治疗急性脑梗死偏瘫的疗效观察(J). 湖南中医药大学学报, 2020, 40(2): 250-251.

(15) 李欣,王明达,林博浩,等. 天麻素神经保护作用机制的研究进展(J). 神经解剖学杂志, 2017, 33(4): 495-498.

(16) 李春娜,刘洋洋,李朋收,等. 东北天南星化学成分及药理作用(J). 吉林中医药, 2015, 35(3): 293-296.

〔文章编号〕 1007-0893(2023)08-0034-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.08.011

## 通窍活血汤治疗过敏性鼻炎患儿的临床效果

郭会丽 景晓辉 岳晓歌

(登封市人民医院,河南 登封 452470)

〔摘要〕 目的:分析通窍活血汤加减治疗过敏性鼻炎患儿的效果及对嗅觉功能的影响。方法:选择2018年7月至2021年12月在登封市人民医院诊治的95例过敏性鼻炎患儿,随机分为观察组(48例)与对照组(47例)。对照组患儿行常规西药治疗,观察组患儿在对照组治疗的基础上给予通窍活血汤加减治疗,比较两组患儿的疗效及对嗅觉功能的影响。结果:观察组患儿的总有效率为97.9%,高于对照组的80.9%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后两组患儿的呼气流量峰值、第1秒用力呼气量占用力肺活量比值均高于治疗前,且治疗后观察组患儿呼气流量峰值、第1秒用力呼气量占用力肺活量比值均高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组患儿不良反应发生率为6.3%,低于对照组的31.9%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后两组患儿的嗅觉功能评分低于治疗前,且治疗后观察组患儿嗅觉功能评分低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:通窍活血汤加减治疗过敏性鼻炎患儿能提高治疗效果,改善患儿的肺功能,减少不良反应的发生,改善患儿的嗅觉功能。

〔关键词〕 过敏性鼻炎;通窍活血汤;布地奈德;儿童

〔中图分类号〕 R 765.21 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2023-02-17

〔作者简介〕 郭会丽,女,副主任医师,主要从事中医耳鼻喉研究工作。