

通络扶正汤联合针刺治疗老年缺血性脑卒中偏瘫早期临床观察

毛一亮, 裘亚龙

奉化市溪口医院, 浙江 奉化 315502

[摘要] 目的: 观察在常规临床治疗与康复训练基础上采用通络扶正汤联合针刺治疗老年缺血性脑卒中偏瘫早期的临床效果。方法: 选取 164 例老年缺血性脑卒中偏瘫早期患者, 随机分为观察组与对照组各 82 例。2 组患者均给予常规药物治疗和康复训练, 观察组在对照组治疗基础上加以通络扶正汤联合针刺进行治疗, 治疗 4 周后, 评价 2 组患者的中医证候评分、神经功能缺损评分、运动功能评分及日常生活活动能力评分。结果: 中医证候疗效总有效率观察组为 89.0%, 对照组为 68.3%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组神经功能缺损评分均低于治疗前, 运动评分与日常生活活动能力评分均高于治疗前, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组各项评分与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组的神经功能缺损、运动功能及日常生活活动能力疗效的总有效率均高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在常规临床治疗与康复训练基础上采用通络扶正汤联合针刺治疗老年缺血性脑卒中偏瘫早期患者具有较好的治疗作用, 可有效改善临床症状、神经功能缺损、运动功能和日常生活活动能力。

[关键词] 缺血性脑卒中; 偏瘫; 中西医结合疗法; 通络扶正汤; 针刺

[中图分类号] R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0011-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.006

缺血性脑卒中是常见的脑血管类疾病, 在老年患者中具有较高的致残率与致死率^[1], 约有 80% 的中风患者会产生不同程度的肢体运动功能障碍, 其中偏瘫的情况最为普遍, 严重影响到患者的生存质量。在患者发生脑卒中后偏瘫早期即实施有效的干预治疗措施, 能显著提高临床治疗效果, 由于该病的发病机制与临床表现十分复杂, 因此采用单一的治疗措施很难产生良好的疗效^[2]。本次研究分析了通络扶正汤联合针刺治疗老年缺血性脑卒中偏瘫早期的临床效果, 现将相关研究情况报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[3]制定: 根据临床症状, 并结合核磁共振成像或头颅 CT 确诊缺血性脑卒中。

1.2 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]拟定气虚血瘀证辨证标准, 症见: 半身不遂, 口舌歪斜, 舌强语蹇或不语, 偏身麻木或感觉减退、消失; 面色晄白, 气短乏力, 自汗出, 舌质暗淡、苔白腻, 或有齿痕, 脉沉细。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准与辨证标准; 发病时间 15 天 ~3 月; 自愿配合观察治疗; 生命体征稳定, 意识清楚; 签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并感染或自身免疫性疾病; 重要器官有器质性疾病; 患有精神疾病。

1.5 一般资料 选取在本院接受检查与治疗的 164 例老年缺血性脑卒中偏瘫早期患者, 采用区组随机方法分为观察组与对照组各 82 例。观察组男 39 例, 女 43 例; 年龄 56 ~77 岁, 平均(68.1 ± 4.6)岁。对照组男 42 例, 女 40 例; 年龄 57 ~78 岁, 平均(67.8 ± 5.1)岁。2 组性别、年龄等临床资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 进行常规的临床治疗, 主要包括控制血压、血糖, 调节血脂, 防止血小板聚集和营养神经等。机体康复训练, 包括: 被动训练: 当患者生命体征平稳 48 h 后, 选择仰卧位、患侧卧位、健侧卧位、床上坐位, 进行适当的肢体按摩和关节运动。主动训练: 让患者进行适当的翻身训练、坐位训练、蹲起训练、步行训练以及日常生活能力训练。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上运用通络扶正汤联合针刺进行治疗。具体治疗措施如下: 服用通络扶正汤, 处方: 黄芪 90 g, 丹参 30 g, 鸡血藤 25 g, 络石藤 20 g, 蜈蚣 3 条, 地龙、忍冬藤、钩藤各 15 g, 乌梢蛇、土鳖虫各 9 g, 全蝎 6 g, 随症加减, 每天 1 剂, 水煎, 早晚服用。取合谷、曲

[收稿日期] 2016-06-29

[作者简介] 毛一亮 (1967-), 男, 副主任中药师, 研究方向: 医院药学, 中药二次开发。

池、风市、委中、中渚、阳陵泉、足三里、悬钟、手三里、外关、后溪、环跳、肩髃、解溪等相关穴位为主要治疗穴位。每次针刺取穴以患侧阳明经、少阳经腧穴为主，采用平补平泻法，留针约20 min，每天1次。

2组均持续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 中医证候评分参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]，根据无、轻度、中度及重度，主症分别记为0、2、4、6分，次症分别记为0、1、2、3分，治疗前后各评价1次。神经功能缺损情况采用美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)^[5]评定，治疗前后各评价1次。日常生活活动能力评定标准：评定内容包括饮食情况、排大小便情况、肢体运动情况等10个项目，根据巴氏指数(BI)，61~100分表示生活能够自理；41~60分表示生活能够部分自理；≤40分表示生活几乎不能自理，需依赖其他人完成。治疗前后各评价1次。运动功能采用Fugl-Meyer运动功能评分法^[6]进行评分，上肢最高分66分，下肢最高分34分，得分越高表示运动功能越好。

3.2 统计学方法 本次实验数据均使用SPSS 19.0统计学软件进行统计分析。计量资料采用*t*检验，计数资料采用 χ^2 检验。*P* < 0.05表示差异具有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 中医证候疗效标准^[5] 基本痊愈：中医证候评分相比治疗前减少≥85%，临床症状和体征消失；显效：中医证候评分减少≥70%，临床症状与体征明显改善；有效：中医证候评分减少≥30%，临床症状与体征明显缓解；无效：中医证候评分减少<30%，临床症状与体征几乎没有明显的改善。

4.2 神经功能缺损疗效标准^[5] 依据临床神经功能缺损评分的减少情况(功能改善)及总的生活能力状态进行评定。基本痊愈：神经功能缺损评分减少≥90%，病残程度为0级；显效：神经功能缺损评分减少45%~89%，病残程度为1~3级；有效：神经功能缺损评分减少18%~44%；无效：神经功能缺损评分减少<18%。

4.3 运动功能疗效标准^[7] 基本痊愈：运动评分增加100%，各项运动机能正常；显效：运动评分增加92%~98%，部分运动机能有轻度的障碍；有效：运动评分增加10%~91%，大部分运动机能有重度的障碍；无效：运动评分增加<10%或者减少，绝大部分的运动机能已经受到损害。

4.4 日常生活活动能力疗效标准 基本痊愈：BI增加≥90%，显效：70%≤BI增加<90%，有效：30%≤BI增加<70%，无效：BI增加<30%。

4.5 2组中医证候疗效比较 见表1。观察组总有效率为89.0%，对照组总有效率为68.3%，2组比较，差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

表1 2组中医证候疗效比较 例(%)

组别	<i>n</i>	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	82	11(13.4)	21(25.6)	24(29.3)	26(31.7)	68.3
观察组	82	19(23.2)	32(39.0)	22(26.8)	9(11.0)	89.0 ^①

与对照组比较，^①*P* < 0.05

4.6 2组治疗前后NIHSS、运动评分及BI比较 见表2。治疗后，2组NIHSS均低于治疗前，运动评分与BI均高于治疗前，差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。观察组各项评分与对照组比较，差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。

表2 2组治疗前后NIHSS、运动评分及BI比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	<i>n</i>	NIHSS	运动评分	BI
对照组	治疗前	82	21.2±5.8	39.2±4.6	47.9±5.8
	治疗后	82	12.8±7.9	62.5±4.1	68.1±7.6
观察组	治疗前	82	20.1±5.6	39.1±6.1	46.6±4.8
	治疗后	82	9.4±6.4	72.7±5.1	79.1±6.2

与治疗前比较，^①*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^②*P* < 0.05

4.7 2组神经功能缺损、运动功能及日常生活活动能力疗效比较 见表3。治疗后，观察组的神经功能缺损、运动功能及日常生活活动能力疗效的总有效率均高于对照组(*P* < 0.05)。

表3 2组神经功能缺损、运动功能及日常生活活动能力疗效比较

项目	组别	<i>n</i>	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
神经功能缺损	对照组	82	12(14.6)	22(26.8)	26(31.8)	22(26.8)	73.2
	观察组	82	21(25.6)	31(37.8)	24(29.3)	6(7.3)	93.0
运动功能	对照组	82	3(3.6)	21(25.6)	39(47.6)	19(23.2)	76.8
	观察组	82	8(9.8)	39(47.6)	28(34.1)	7(8.5)	91.5
日常生活活动能力	对照组	82	7(8.5)	29(35.4)	24(29.3)	22(26.8)	73.2
	观察组	82	14(17.1)	34(41.4)	26(31.7)	8(9.8)	90.2

与对照组比较，^①*P* < 0.05

5 讨论

脑卒中偏瘫是脑血管疾病较为常见的后遗症，该类疾病变

化复杂，现代医学还没有较好的治疗手段。从中医角度来看，本病属多种致病因素综合作用在机体产生影响的一类疾病，脑

部虽然是最初的发病部位,但是与机体的脏腑病变均有着一定的联系^[8]。该疾病一般是因肝肾亏虚、暗耗元气,气血渐虚,血行不畅成瘀,致使脑络痹阻,神机受损,出现半身不遂等症^[9]。在本次实验研究中,运用通络扶正汤联合针刺治疗老年缺血性脑卒中偏瘫早期具有显著的临床效果。通络扶正汤的组方包括黄芪、丹参、土鳖虫、蜈蚣、地龙、全蝎、乌梢蛇、忍冬藤、钩藤、鸡血藤、络石藤等药物,黄芪可大补元气,气旺则血行,消瘀却不伤正气,同时配伍土鳖虫,用其咸寒以入血,性善走窜,具有止痛活血消肿之功,加上丹参来增加止痛消瘀的作用;乌梢蛇、蜈蚣、地龙、全蝎具有祛除经络风邪之功效;忍冬藤、钩藤、鸡血藤、络石藤为藤类药物,善于祛风通络,两类药物相互配伍,具有祛风通络止痛、安正驱邪的作用^[10]。针刺曲池可清热解表、疏通经络;外关可补阳益气、理气活血;足三里可健脾化湿、生发胃气;悬钟可补肾疏肝、熄风舒筋;解溪可舒筋活络、镇惊安神。针刺以上穴位有益气活血等功效。从现代医学的角度,针刺可有效刺激神经末梢及细胞的电位活动,加强脑细胞的代偿功能,调整中枢神经系统结构和功能上的重组^[11]。且针刺治疗缺血性脑卒中偏瘫的临床效果确切且安全性高,现代实验研究证实针刺能引起脑血管壁上 β 受体兴奋,促使血管扩张,增加脑组织氧和能量代谢,使脑组织缺血状态得到缓解,针灸能够通经活络,改善脑卒中后偏瘫患者的中枢神经功能,对于脑损伤后的恢复也具有重要作用^[12]。结合本次研究结果,笔者认为在常规临床治疗与康复训练基础上采用通络扶正汤联合针刺治疗老年缺血性脑卒中偏瘫早期患者具有较好的治疗作用,可有效改善临床症状、神经功能缺损、运动功能和日常生活活动能力。

[参考文献]

- [1] 丁丽春. 老年缺血性脑卒中患者采用早期康复护理干预对偏瘫肢体的影响分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(68): 160-161.
- [2] 朱德军, 杨小琼, 袁婉丽. 针灸联合通络扶正汤在老年缺血性脑卒中偏瘫早期干预中的临床疗效[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(11): 2948-2950.
- [3] 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 2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146-153.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 99-106.
- [5] 林峻安. 电针结合穴位敷贴治疗缺血性脑卒中偏瘫的疗效观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2008.
- [6] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准及临床疗效评定标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381.
- [7] 卓大宏. 中国康复医学[M]. 北京: 华夏出版社, 2003: 121-175.
- [8] 王玉宇, 徐宁, 董卫华, 等. 地黄饮子治疗肝肾两虚证中风失语临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(23): 172-175.
- [9] 卢瑞. 针灸联合中药透敷改善老年脑卒中偏瘫患者关节活动度临床研究[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(6): 73-74.
- [10] 尹建中, 黄智斌. 通络扶正汤配合针灸治疗缺血性中风后偏瘫 154 例[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(5): 835-837.
- [11] 郭京伟, 谢欲晓, 孙启良, 等. 针刺疗法在脑卒中早期康复中的应用[J]. 康复医学杂志, 2005, 20(1): 40-43.
- [12] 孔立滨. 针灸联合通络扶正汤在老年缺血性脑卒中偏瘫早期干预中的临床疗效[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(10): 242-243.

(责任编辑: 吴凌)