

活血化瘀方联合针灸治疗对脑梗后遗症患者 脑血管血液流变动力学及神经功能的影响

孙荣丽

(沈阳市第二中医医院针灸科, 沈阳, 110101)

摘要 目的:探讨活血化瘀方联合针灸治疗对脑梗后遗症患者脑血管血液流变动力学及神经功能的影响。方法:选取2016年1月至2017年1月沈阳市第二中医医院收治脑梗后遗症患者120例作为研究对象,对照组61例患者接受针灸治疗;观察组59例患者接受活血化瘀方联合针灸治疗。2组连续治疗30 d。比较2组患者脑血流变学指标、神经功能评分、中医证候积分、临床疗效。结果:治疗前2组患者脑部平均血流速度、左侧椎动脉血流量、右侧椎动脉血流量、基底动脉血流量比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后观察组患者脑部平均血流速度、左侧椎动脉血流量、右侧椎动脉血流量、基底动脉血流量大于对照组($P < 0.05$)。治疗前2组患者NIHSS评分、MMSE评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后观察组患者NIHSS评分显著低于对照组,MMSE评分高于对照组($P < 0.05$)。治疗前2组患者头晕目眩、语言謇涩、半身不遂、患侧麻木、舌苔白腻证候评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后研究患者头晕目眩、语言謇涩、半身不遂、患侧麻木、舌苔白腻证候评分显著低于对照组($P < 0.05$)。2组患者临床疗效比较,差异有统计学意义($Z = -5.626, P = 0.000$)。结论:活血化瘀方联合针灸能改善脑梗后遗症患者脑血管血液流变动力学指标,保护神经功能。

关键词 活血化瘀方;针灸;脑梗后遗症;血液流变动力学;神经功能

Effects of Blood-Invigorating and Stasis-Dissolving Prescriptions Combined with Acupuncture on Cerebrovascular Hemorheology Indexes and Neurological Function in Patients with Sequela of Cerebral Infarction

Sun Rongli

(Department of Acupuncture, Shenyang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110101, China)

Abstract Objective: To investigate the effects of blood-invigorating and stasis-dissolving prescriptions combined with acupuncture on cerebrovascular hemorheology indexes and neurological function in patients with sequela of cerebral infarction. **Methods:** In this study, 120 patients with sequelae of cerebral infarction admitted to Shenyang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2016 to January 2017 were retrospectively analyzed. The control group including 61 patients received acupuncture treatment, while 59 patients in the study group received blood-invigorating and stasis-dissolving prescriptions combined with acupuncture, both treated for 30 d. The cerebral hemorheological indexes, neurological function scores, TCM symptom scores and clinical effects were compared between the two groups. **Results:** The average cerebral blood flow velocity, left vertebral artery blood flow, right vertebral artery blood flow and basilar artery blood flow between the two groups showed no significant difference before treatment ($P > 0.05$), and the numbers of the study group were higher than those of the control group after treatment ($P < 0.05$); the NIHSS score and the MMSE score of the patients of the two groups showed no significant difference before the treatment ($P > 0.05$), and patients in the study group had lower NIHSS scores and higher MMSE scores compared with those in the control group ($P < 0.05$); the TCM syndrome scores of dizziness, speech sluggishness, hemiplegia, ipsilateral numbness and white greasy coating of tongues between the two groups showed no difference before treatment ($P > 0.05$), and the scores of the study group were lower than those of the control group after treatment ($P < 0.05$); the clinical efficacy of the two groups presented significance ($Z = -5.626, P = 0.000$). **Conclusion:** The blood-invigorating and stasis-dissolving prescriptions combined with acupuncture is an effective way to ameliorate the cerebrovascular hemorheology and protect the neurological function in patients with sequela of cerebral infarction, which is worthy of application.

Key Words Blood-invigorating and stasis-dissolving prescriptions; Acupuncture; Sequela of cerebral infarction; Hemorheological dynamics; Neurological function

中图分类号: R289.5; R245 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.04.053

脑梗死是临床常见的心脑血管疾病,其病理基础是脑动脉粥样硬化,脑动脉血黏稠度增加导致脑动脉狭窄,引发脑组织供血不足^[1]。急性脑梗死容易引起大面积及脑组织缺血性坏死,引发脑梗后偏瘫、语言障碍、认知障碍^[2],导致患者日常生活不能自理,严重影响患者生命质量,加之巨额的康复费用,加重患者经济压力。针灸是常规康复治疗措施,通过刺激穴位,可显著改善患者脑动脉血液流变动力学,提高预后。活血化瘀方是纯中药方剂,该方由黄芪、当归、丹参、桃仁等组成,具有活血化瘀,理气活血的作用。我们对收治的脑梗后遗症患者应用活血化瘀方及针灸治疗,获得较理想的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 1 月沈阳市第二中医医院收治的脑梗后后遗症患者 120 例作为研究对象,其中 61 例对照组患者接受针灸治疗;另 59 例观察组患者接受活血化瘀方联合针灸治疗。对照组患者中男 41 例,女 19 例,年龄 54~69 岁,平均年龄 (61.48 ± 1.47) 岁,美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)评分 9~21 分,平均分 (18.48 ± 1.59) 分,简易精神状态量表(MMSE)评分 15~24 分,平均评分 (18.59 ± 1.44) 分。观察组患者中男 42 例,女 17 例,年龄 54~70 岁,平均年龄 (61.44 ± 1.49) 岁,美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)评分 9~20 分,平均评分 (18.48 ± 1.61) 分,简易精神状态量表(MMSE)评分 15~25 分,平均评分 (18.61 ± 1.48) 分。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 所有参与研究的患者均满足 TOAST 脑梗死诊断标准。

1.3 纳入标准 1)病情稳定的患者;2)知情同意的患者;3)脑梗后后遗症的患者;4)气虚血瘀型患者;5)NIHSS 5~21 评分的患者。

1.4 排除标准 1)合并其他脑部疾病的患者;2)心脏病患者;3)内分泌系统疾病的患者;4)痴呆患者;5)哺乳期、妊娠期患者;6)中途退出研究的患者;7)对治疗药物过敏的患者。

1.5 脱落与剔除标准 1)治疗期间出现严重不良反应;2)患者要求终止试验。

1.6 治疗方法 2 组患者均接受低脂低盐饮食,给以语言指导,肢体功能训练及日常营养支持等。对照组患者接受针灸治疗:选取神庭、百会、本神、脑户、率谷、脑空穴及患侧上肢手三里、三里、内关、外关、

肩髃、曲池穴位,患侧下肢足三里、三阴交、梁丘、血海、解溪、环跳、丰隆、委中穴位,1 次/d,留针 20~25 min,共 10 d。而后用电针治疗 1 次/d,留针 20~25 min,共 20 d。观察组患者接受活血化瘀方联合针灸治疗:1)针灸同对照组。2)活血化瘀方内容:黄芪 120 g、当归 6 g、丹参 14 g、桃仁 3 g、红花 4 g、川芎 4 g、地龙 5 g、赤芍 6 g。随证加减,下肢瘫痪加水蛭 10 g、穿山甲 11 g;语言障碍患者加远志 12 g、石菖蒲 15 g、全蝎 10 g。清水煎熬,分服,1 次/d,每次 80 mL,连续用药 30 d。

1.7 观察指标 1)脑血流流变学;2)神经功能;3)中医证候积分;4)临床疗效。

1.8 疗效判定标准 1)脑血流流变学:在治疗前及治疗 30 d 采用北京乐普生 EBYNGA 检测仪监测患者脑部平均血流速度、左侧椎动脉血流量、右侧椎动脉血流量、基底动脉血流量情况。应用 NIHSS 量表及 MMSE 量表对患者神经功能进行评价。NIHSS 量表检测内容包括意识水平及程度,意识指令、凝视、视野、构音障碍、共济失调等,单项评分 0~9 分,分数越高表示患者神经功能受损越严重。MMSE 量表检测内容有定向力、记忆力、注意力、执行力、语言表达能力、回忆能力,单项评分 1~10 分,分数越高表示患者认知能力恢复越好。3)中医证候积分:对脑梗死后遗症主症(头晕目眩、语言謇涩、半身不遂、患侧麻木、舌苔白腻)进行评分,单项主症 0~3 分,分数越高表示该项症状越严重。4)临床疗效:痊愈,NIHSS 评分降低 $> 90\%$,MMSE 评分提高 $> 40\%$ 。显效:NIHSS 评分降低 $> 50\%$,MMSE 评分提高 $> 20\%$ 。有效:NIHSS 评分降低 $> 30\%$,MMSE 评分提高 $> 10\%$ 。无效:NIHSS 评分降低 $\leq 30\%$,MMSE 评分提高 $\leq 10\%$ 。治疗有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 29.00 统计软件进行数据分析,等级资料以例表示,采用秩和检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者脑血流流变学比较 治疗前 2 组患者脑部平均血流速度、左侧椎动脉血流量、右侧椎动脉血流量、基底动脉血流量比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后观察组患者脑部平均血流速度、左侧椎动脉血流量、右侧椎动脉血流量、基底动脉血流量大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者脑血流流变学比较($\bar{x} \pm s$)

组别	脑部平均血流速度 (cm/s)	左侧椎动脉血流量 (mL/min)	右侧椎动脉血流量 (mL/min)	基底动脉血流量 (mL/min)
观察组 ($n = 59$)				
治疗前	12. 50 $\pm$ 1. 18	122. 54 $\pm$ 48. 40	102. 51 $\pm$ 49. 17	230. 47 $\pm$ 60. 22
治疗后	14. 59 $\pm$ 1. 54 * Δ	169. 58 $\pm$ 49. 51 * Δ	103. 59 $\pm$ 48. 14 * Δ	289. 59 $\pm$ 60. 21 * Δ
对照组 ($n = 61$)				
治疗前	12. 59 $\pm$ 1. 17	122. 58 $\pm$ 48. 47	102. 59 $\pm$ 49. 21	230. 48 $\pm$ 60. 21
治疗后	16. 87 $\pm$ 1. 59 *	137. 59 $\pm$ 49. 51 *	127. 59 $\pm$ 38. 54 *	251. 48 $\pm$ 60. 23 *

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 2 2 组患者神经功能评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	NIHSS 评分	MMSE 评分
观察组 ($n = 59$)		
治疗前	18. 48 $\pm$ 1. 61	18. 61 $\pm$ 1. 48
治疗后	5. 47 $\pm$ 1. 52 * Δ	27. 59 $\pm$ 1. 43 * Δ
对照组 ($n = 61$)		
治疗前	18. 48 $\pm$ 1. 59	18. 61 $\pm$ 1. 48
治疗后	11. 15 $\pm$ 1. 51 *	27. 59 $\pm$ 1. 43 *

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 3 2 组患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	头晕目眩	语言謇涩	半身不遂	患侧麻木	舌苔白腻
观察组 ($n = 59$)					
治疗前	1. 82 $\pm$ 0. 74	2. 22 $\pm$ 0. 53	2. 97 $\pm$ 0. 67	1. 97 $\pm$ 0. 40	1. 78 $\pm$ 0. 67
治疗后	0. 91 $\pm$ 0. 19 * Δ	1. 46 $\pm$ 0. 54 * Δ	1. 85 $\pm$ 0. 59 * Δ	1. 21 $\pm$ 0. 31 * Δ	0. 85 $\pm$ 0. 62 * Δ
对照组 ($n = 61$)					
治疗前	1. 87 $\pm$ 0. 75	2. 24 $\pm$ 0. 52	2. 98 $\pm$ 0. 66	1. 98 $\pm$ 0. 41	1. 77 $\pm$ 0. 68
治疗后	1. 14 $\pm$ 0. 20 *	1. 84 $\pm$ 0. 50 *	2. 08 $\pm$ 0. 54 *	1. 59 $\pm$ 0. 21 *	1. 25 $\pm$ 0. 32 *

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.2 2 组患者神经功能评分比较 治疗前 2 组患者 NIHSS 评分、MMSE 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后观察组患者 NIHSS 评分显著低于对照组,MMSE 评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组患者中医证候积分比较 治疗前 2 组患者头晕目眩、语言謇涩、半身不遂、患侧麻木、舌苔白腻证候评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后患者头晕目眩、语言謇涩、半身不遂、患侧麻木、舌苔白腻证候积分显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 4 2 组患者临床疗效比较(例)

组别	痊愈	显效	有效	无效
对照组 ($n = 61$)	21	18	12	9
观察组 ($n = 59$)	51	5	1	2

注:2 组患者临床疗效比较, $Z = -5.626, P = 0.000$

2.4 2 组患者临床疗效比较 观察组患者治疗有效率为 96.61%,对照组患者治疗有效率为 85.25%;2 组患者临床疗效比较,差异有统计学意

义($Z = -5.626, P = 0.000$)。见表 4。

3 讨论

脑梗死发病率、致死率、致残率较高。脑梗后遗症以偏瘫、失语、认知障碍为主^[3-5]。西医认为,脑梗死后遗症发病机制与血液流变学及血流动力学紊乱有关^[6],严重的脑部缺血、缺氧导致中枢神经系统损伤^[7]。目前,临床主要以减少脑组织缺血病灶形成,改善血液循环,清除病灶为主,常用药物主要作用机制是抑制血小板聚集^[8-],改善血液流变性及脑血流量,从而纠正脑组织缺血、缺氧状态^[9]。中医认为,脑梗死属“中风”范畴,其主要原因是患者元气有亏,气虚血瘀,最终引发脑动脉痹阻,致使肢体不调,静脉受损^[10-12]。因此,中医多以益气补血、活血化痰为主。活血化痰方源于《医林改错》,由我国清代名医王清任所拟,是治疗脑梗死及其后遗症的明方。后历代中医学者不断增补,最终形成以黄芪、当归、赤芍、地龙为君药,以地龙、赤芍、穿山甲为臣药的中药方剂。该方剂具有疏肝利胆,活血散风,通经活络,益气补血之功效,主治半身不遂、口歪眼

斜等症。根据神经学研究报道^[13],中医学中的穴位及静脉多位于机体游离神经末梢较集中位置,针灸这些穴位能调解血管功能,改善患者血液流变学。针刺手三里、内关、外关、足三里能显著改善上下肢动脉粥样硬化,加快身体血液循环,提高细胞携氧能力。

本研究结果显示,观察组患者脑部平均血流速较快,左侧椎动脉血流量、右侧椎动脉血流量、基底动脉血流量较多;提示,活血化瘀方联合针灸能显著改善脑梗后遗症患者脑血管血液流变学,预防血瘀。观察组患者 NIHSS 评分较低,MMSE 评分较高。提示,活血化瘀方联合针灸能提高患者认知能力及行为能力^[15],优化神经功能。观察组患者头晕目眩、语言謇涩、半身不遂、患侧麻木、舌苔白腻证候积分较低;表明,活血化瘀方联合针灸能有效改善脑梗后遗症。观察组患者临床治疗有效率较对照组高;表明活血化瘀方联合针灸是治疗脑梗后遗症有效方法。

综上所述,活血化瘀方联合针灸能显著改善脑梗后遗症患者脑部血流动力学,优化神经功能,提高治疗有效率。

参考文献

- [1] 韩松勇,任克吉,王秀荣.小剂量肝素钙皮下注射联用中药治疗脑梗死 46 例疗效观察[J].中国中西医结合急救杂志,1999,6(9):428-429.
- [2] 安斌,曹峰.尤瑞克林联合针灸治疗对急性脑梗死患者血液流变学及神经功能的影响[J].中国社区医师,2017,33(25):102,104.
- [3] 刘海风.通窍活血汤联合常规西药对急性脑梗死患者血液流变

学、生活能力及神经功能影响[J].内蒙古中医药,2016,35(13):75-76.

- [4] 李大东.补阳还五汤对急性脑梗死患者神经功能缺损及血液流变学指标的影响[J].实用中医药杂志,2017,33(4):347-348.
- [5] 赵慧新,赵会媛,姜晔.急性脑梗死合并阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者超敏 C 反应蛋白与同型半胱氨酸水平的变化[J].中国老年医学杂志,2015,35(18):5119-5120.
- [6] 陈国贤,王伟民,彭碧婷.中医药康复综合疗法治疗脑梗死后遗症的疗效[J].实用临床医学,2016,17(7):8-10,24.
- [7] 王渝蓉,余晓霞.化痰祛瘀汤对脑梗死患者的治疗效果及血液流变学、血流动力学的影响[J].环球中医药,2016,9(7):856-858.
- [8] 云红,黎嘉慧,胡方.丹红注射液对脑梗死患者脑血流动力学和血液流变学的影响[J].海南医学,2017,28(7):1059-1061.
- [9] 李华伟.丹红注射液联合奥拉西坦对脑梗塞患者脑部血液流变学及神经功能恢复的影响[J].实用中西医结合临床,2017,17(8):17-18,50.
- [10] 顾亚兰,张鑫,张丰智,等.依达拉奉联合神经节苷脂治疗急性脑梗死对患者神经功能及血液流变学的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(22):23-25.
- [11] 赵蕊,桂桂莲.丁苯酞软胶囊联合依达拉奉对急性脑梗死患者神经功能及血液流变学的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(11):115-116.
- [12] 宋卫红.参芎葡萄糖注射液联合脑蛋白水解物治疗对急性脑梗死患者神经功能及血液流变学的影响[J].内科,2017,12(3):370-371,386.
- [13] 刘志华.通窍活血汤对脑梗死患者的疗效及血流变指标的影响分析[J].中医临床研究,2016,8(6):50-51.
- [14] Naess H, Kurtz M, Thomassen L, et al. Serial NIHSS scores in patients with acute cerebral infarction[J]. Acta Neurol Scand, 2016, 133(6):415-420.

(2018-05-12 收稿 责任编辑:杨觉雄)

“让世界共享中医药”——世界中医药学会联合会亚太地区中医药高峰论坛在东京召开

2019 年 4 月 7 日,世界中医药学会联合会亚太地区中医药高峰论坛暨日本中医药研究会第十五次全国大会在日本东京开幕。本次论坛的主题是“世界共享中医药”,吸引了来自 15 个国家和地区的 700 多名代表出席。

中国驻日本大使馆宋耀明公使出席论坛并致辞,他代表中国驻日本大使馆向大会的召开表示热烈的祝贺。中国国家中医药管理局原副局长、世界中医药学会联合会创会副主席兼秘书长李振吉先生在大会致辞中指出,本次会议以“世界共享中医药”为主题,抓住了中医药国际发展的主旋律,反映了当今国际社会的共同呼声。中国国家中医药管理局国际合作司王笑频司长出席会议并致辞。日本中医药研究会

会长乾康彦先生代表承办方致辞,公益财团法人日中医学协会副会长安达勇先生出席并发表致辞,日本星火产业株式会社吉田由美子社长代表协办方致辞。

会议期间,各位代表围绕大会主题,就中医药基础理论与临床实践,中药材流通国际化,针灸各流派,特别是生殖专业和皮肤科专业展开了广泛而深入的交流。会议气氛浓厚,专业性强,受到与会代表的高度认可。

论坛由中国国家中医药管理局指导,世界中医药学会联合会主办,日本中医药研究会承办,驻日中国大使馆,中日友好协会,日中医学协会,中国中药学会,日中科学技术文化中心,日本中国传统医药学会共同支持。