

- [14] 杨欢, 吴涛, 王瑞辉, 等. 电针干预对创伤性颅脑损伤大鼠脑组织中p-AMPK、p-mTOR蛋白表达的影响[J]. 时珍国医国药, 2022, 33(5): 1248-1251.
- [15] 潘胜莲, 郑士立, 周夏慧, 等. 针刺联合颈痛颗粒治疗神经根型颈椎病及对患者IL-6、TNF- α 、IL-1 β 和血液流变学指标的影响[J]. 中国针灸, 2019, 39(12): 1274-1278.
- [16] LIANG Z, GALEA O, THOMAS L, et al. Cervical musculoskeletal impairments in migraine and tension type headache: a systematic review and meta-analysis[J]. Musculoskelet Sci Pract, 2019, 42(4): 67-83.
- [17] 张红, 赵焕军, 宗晨旭, 等. 颈源性头痛中医外治机制研究进展[J]. 中医学报, 2022, 37(7): 1425-1431.
- [18] 杨小艳, 石国霰, 曾利, 等. 天麻素对偏头痛患者外周血CGRP、NO和ET-1表达的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2017, 33(1): 23-25.
- [19] 吕丹, 金迪, 乔文军, 等. 复方黄杞颗粒对实验性自身免疫性重症肌无力大鼠模型IL-6、IL-17、SI、AchRAb影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(7): 22-25.
- [20] 秦慧娟, 金晶, 任钰荣, 等. 痰湿型哮喘患者炎症因子IL-4、IL-5、IFN- γ 表达特点及临床意义[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(32): 3564-3567.

【责任编辑：宋威】

益气活血复遂汤联合针刺治疗脑梗死恢复期气虚血瘀证 痉挛性瘫痪的临床观察

王振焱, 房位昊, 张虎, 毛燕
(北京中医医院顺义医院, 北京 101300)

摘要:【目的】观察益气活血复遂汤联合针刺治疗脑梗死恢复期气虚血瘀证痉挛性瘫痪的临床疗效。【方法】将84例脑梗死恢复期气虚血瘀证痉挛性瘫痪的患者随机分为观察组和对照组, 每组各42例, 对照组给予“手足十二针”针刺治疗, 观察组在对照组治疗的基础上, 给予益气活血复遂汤治疗, 共治疗4周。治疗4周后, 评价2组临床疗效, 观察2组患者治疗前后中医证候积分的变化情况, 以及改良Ashworth量表(MAS)评分的情况。比较2组患者治疗前后简化Fugl-Meyer运动功能评定量表(FMA)以及改良Barthel指数(MBI)量表评分的变化情况。并评价2组的安全性及不良反应的发生情况。【结果】(1)观察组总有效率为90.48%(38/42), 对照组为57.14%(24/42)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者中医证候积分均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善气虚血瘀中医证候积分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者MAS评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善MAS评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗后, 2组患者FMA评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善FMA评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(5)治疗后, 2组患者日常生活活动能力明显改善($P < 0.05$); 且观察组在改善日常生活活动能力方面优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(6)2组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。【结论】益气活血复遂汤联合针刺治疗脑梗死恢复期气虚血瘀证痉挛性瘫痪, 能有效改善患者肢体痉挛的临床症状, 提高日常生活能力, 有利于提升患者日常生活活动能力, 疗效显著。

关键词: 益气活血复遂汤; 手足十二针; 脑梗死; 气虚血瘀证; 痉挛性瘫痪

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2023)09-2250-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2023.09.019

收稿日期: 2023-01-16

作者简介: 王振焱(1984-), 男, 副主任医师; E-mail: wangzhenyao8@126.com

通信作者: 毛燕(1983-), 女, 主任医师; E-mail: 664624369@qq.com

基金项目: 北京市科技重大专项“首都临床特色应用研究与成果转化”资助项目(编号: Z171100001017150)

Clinical Observation of *Yiqi Huoxue Fusui* Decoction Combined with Acupuncture in the Treatment of Spastic Paralysis with *Qi* Deficiency and Blood Stasis Syndrome in the Recovery Stage of Cerebral Infarction

WANG Zhen-Yao, FANG Wei-Hao, ZHANG Hu, MAO Yan

(Dept. of Rehabilitation, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101300, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of *Yiqi Huoxue Fusui* Decoction combined with acupuncture in the treatment of spastic paralysis with *qi* deficiency and blood stasis syndrome in the recovery stage of cerebral infarction. **Methods** Eighty-four patients with spastic paralysis of *qi* deficiency and blood stasis type during recovery from cerebral infarction were randomly divided into an observation group and a control group, with 42 patients in each group. The control group was treated with “acupuncture of twelve needles on hands and feet”, and the observation group was treated with *Yiqi Huoxue Fusui* Decoction on the basis of the control group. After 4 weeks of treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated, and the changes in the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score and the modified Ashworth Scale (MAS) score were observed before and after treatment. The changes in the simplified Fugl-Meyer Motor Function Assessment Scale (FMA) and the modified Barthel index (MBI) scale scores were compared before and after treatment in the two groups. The safety of the two groups and the occurrence of adverse effects were also evaluated. **Results** (1) The total effective rate of the observation group was 90.48% (38/42) and that of the control group was 57.14% (24/42). The efficacy of the observation group was superior to that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, the TCM syndrome scores of patients in both groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the TCM syndrome scores of *qi* deficiency and blood stasis, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (3) After treatment, the MAS scores of the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the MAS scores, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (4) After treatment, the FMA scores of patients in the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the FMA scores, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (5) After treatment, the ability of daily living activities were significantly improved in the two groups ($P < 0.05$); the observation group was superior to the control group in improving the ability of daily living activities, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (6) There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The combination of *Yiqi Huoxue Fusui* Decoction and acupuncture exerts significant effect in treating spastic paralysis with *qi* deficiency and blood stasis syndrome in the recovery stage of cerebral infarction. It can effectively improve the clinical symptoms of limb spasticity and the ability to perform daily activities, which is conducive to enhance the patient's ability to perform daily living activities.

Keywords: *Yiqi Huoxue Fusui* Decoction; twelve needles on hands and feet; cerebral infarction; *qi* deficiency and blood stasis syndrome; spastic paralysis

脑梗死是目前临床的常见病及多发病,其发病率呈逐渐上升趋势^[1]。痉挛性瘫痪(HSP)又称为上运动神经元瘫、中枢性瘫痪,为脑梗死的重要并发症与后遗症。有研究^[2]表明,脑梗死后痉挛性

瘫痪发生率高达72.9%。脑梗死后痉挛性瘫痪的治疗目前是一个临床难题。若痉挛得不到及时有效的治疗,会导致患肢肌肉疼痛、萎缩以及关节挛缩和变形,影响关节活动度,严重影响患者康复

训练的效果,甚至加重病情。因此,有效防治脑卒中后痉挛性瘫痪是改善脑梗死后患者生活质量的重要举措。目前,现代医学对脑梗死后痉挛性瘫痪的常用治疗方法包括:药物治疗、物理疗法、手术治疗等。药物治疗包括替扎尼定等肌松剂口服及肉毒素注射等。但长期服用肌松剂会出现较严重的不良反应,包括嗜睡、眩晕、疲乏和口干等^[3]。A型肉毒素局部肌肉注射是一种较为安全而有效的缓解痉挛的治疗方法,对肢体痉挛疗效显著,但治疗费用昂贵,超出了许多患者的经济承受能力^[4-5]。物理治疗包括运动治疗、手法治疗及物理因子治疗等,可以缓解脑卒中后痉挛引起的疼痛和关节挛缩变形,提高运动能力,改善生活质量,预防和减少脑梗死后并发症的产生,但由于其疗程较长、见效慢,因此,治疗的依从性较差^[6]。中医认为,脑梗死后产生痉挛性瘫痪的原因主要在肝肾阴虚、气血失调,人体经脉和肌肉失去了阳气滋养,再加上湿、风、瘀等因素共同作用,导致痉挛性瘫痪迁延不愈^[7]。国家级基层名老中医顾自悦先生在40余年中医脑病临床工作的基础上,总结出治疗脑梗死恢复期痉挛性瘫痪的经验方“益气活血复遂汤”,本方具有补肾益气、化瘀通络的功效,可有效缓解脑梗死后瘫痪患者肢体痉挛,促进患肢功效恢复。针灸泰斗王乐亭先生的“手足十二针”针刺方法是治疗脑梗死恢复期痉挛性瘫痪最主要的针刺方法之一,通过针刺可以益气活血,疏通经脉达到改善痉挛性瘫痪的作用。目前,针药并用在脑梗死恢复期痉挛性瘫痪的治疗中已取得了较好的疗效并得到广泛的认可^[8]。本研究采用益气活血复遂汤联合针刺治疗脑梗死恢复期痉挛性瘫痪,取得了显著疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2019年1月至2020年6月北京中医医院顺义医院病房及门诊收治的84例明确诊断为脑梗死且中医辨证为气虚血瘀证的痉挛性瘫痪患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组,每组各42例。本研究符合医学伦理学要求,并通过北京中医医院顺义医院伦理委员会的审核批准,伦理号:2019SYKY01-01。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《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)》中脑梗死的诊断标准^[9]。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[10]中有关中风(脑卒中)的诊断标准拟定。气虚血瘀证的辨证标准参照中国中医药出版社《中医临床诊疗指南释义·脑病分册》^[11]的诊断标准拟定。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄40~80岁;③脑卒中病程在14d~6个月之间;④神经功能缺损程度(NHSS)评分:5~22分之间;⑤自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①经头颅MRI/CT检查诊断为脑出血或蛛网膜下腔出血的患者;②因脑肿瘤、脑外伤、血液病等引起的中风病患者,或因风湿性心脏病、冠心病及其他心脏病合并房颤引起的脑栓塞的患者;③合并有肝、肾、血液系统、内分泌系统等严重疾病的患者;④妊娠期或哺乳期妇女;⑤正在参加其他药物、针灸或康复临床试验的患者;⑥神经或精神类疾病的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

给予“手足十二针”针刺治疗。具体操作方法如下:患者取舒适卧位,采用华成牌一次性不锈钢毫针(苏州东邦医疗器械有限公司,规格:0.25 mm×40 mm)。常规消毒穴位局部皮肤,选取双侧合谷、内关、曲池、足三里、阳陵泉、三阴交,左右共十二穴(取穴标准参照中华人民共和国国家标准GB12346-90),直刺进针15~20 mm,采用捻转补法40转/min,得气后留针20 min,每日1次,每周5次为1个疗程,共针刺治疗4个疗程。言语謇涩者加廉泉,头晕者加太冲,共济失调者加悬钟。针刺操作均由针刺经验丰富且通过本课题临床标准操作培训合格的2名针灸医师完成。

1.5.2 观察组

在对照组治疗的基础上,给予益气活血复遂汤治疗。益气活血复遂汤组成:生黄芪60 g,仙鹤

草 10 g, 当归 10 g, 川芎 10 g, 赤芍 9 g, 木瓜 10 g, 桑枝 15 g, 桃仁 10 g, 红花 10 g, 鸡血藤 20 g, 牛膝 15 g, 桂枝 10 g, 杜仲 12 g, 桑寄生 12 g, 地龙 6 g, 路路通 10 g。汤药由我院煎药室煎煮后灌装入密封中药袋, 每剂药煎取 400 mL, 分两次服, 每日 1 剂, 共服用 4 周。

1.5.3 常规处理

2 组患者均给予常规脑血管病二级预防治疗, 包括控制血压、降脂、抗凝、改善脑循环, 营养支持与康复锻炼良肢位摆放、关节活动度训练、抑制痉挛训练等。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分

参照国家中医药管理局制定的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[10]中关于中风病证候指标积分进行判定。包括神识、语言、面瘫、眼征、上肢瘫、指瘫、下肢瘫、趾瘫、其他症状等维度评分, 满分 52 分。积分越高, 症状越重。

1.6.2 痉挛程度评估

采用改良 Ashworth 量表 (Modified Ashworth Scale, MAS)^[12]评分对患者痉挛程度进行评估。评分越高, 表明患者肢体痉挛程度越严重。

1.6.3 运动功能评估

采用简化 Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (Fugl-meyer Exercise Assessment Scale, FMA)^[13]对患者的运动功能进行评估, 上、下肢评分满分分别为 66 分及 34 分。评分越高, 表明患者运动功能恢复情况越好。

1.6.4 日常生活能力

采用日常生活活动能力改良 Barthel 指数 (MBI) 量表^[14]进行评估。包括大小便、吃饭、穿衣、行走等, 该量表总分为 100 分, 根据功能障碍的程度进行评定, 极其严重的功能障碍: 0~20 分; 严重功能障碍: 21~45 分; 中度障碍: 50~70 分; 轻度障碍: 75~95 分; 生活自理: 100 分。分值越高, 提示患者日常生活活动能力越好。

1.6.5 不良反应

观察并记录 2 组患者在治疗过程中出现的肝肾功能损害、弯针、滞针、晕针、气胸、断针、皮下血肿等不良反应的发生情况。

1.7 疗效判定标准

参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[15]

中关于脑中风中后偏瘫的疗效标准进行判定。显效: 偏瘫临床症状基本消失, 神经、肢体运动功能以及日常生活能力完全恢复; 有效: 偏瘫临床症状明显好转, 神经、肢体运动功能以及日常生活能力基本恢复; 无效: 治疗前后偏瘫临床症状无明显改善。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总病例数 × 100%。

1.8 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内比较采用配对 *t* 检验, 组间比较采用独立样本 *t* 检验; 计数资料采用率或构成比表示, 组间比较采用卡方检验; 等级资料组间比较采用 Ridit 分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者基线资料比较

观察组 42 例患者中, 男 31 例, 女 11 例; 年龄 48~77 岁, 平均 (60.18 ± 10.12) 岁; 病程 14~82 d, 平均 (32.08 ± 16.47) d; 偏瘫肢体: 左侧 22 例, 右侧 20 例。对照组 42 例患者中, 男 31 例, 女 11 例; 年龄 46~78 岁, 平均 (59.66 ± 10.16) 岁; 病程 14~88 d, 平均 (33.15 ± 15.65) d; 偏瘫肢体: 左侧 21 例, 右侧 21 例。2 组患者的性别、年龄、病程、偏瘫肢体等一般情况比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 表明 2 组患者的基线特征基本一致, 具有可比性。

2.2 2 组患者临床疗效比较

表 1 结果显示: 观察组总有效率为 90.48% (38/42), 对照组为 57.14% (24/42)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 2 组患者治疗前后中医证候积分比较

表 2 结果显示: 治疗前, 2 组患者中医证候积

表 1 2 组脑梗死恢复期气虚血瘀证痉挛性瘫痪患者
临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between two groups of patients with qi deficiency and blood stasis type of spastic paralysis in the recovery stage of cerebral infarction [例(%)]					
组别	例数/例	显效	有效	无效	总有效
观察组	42	22(52.38)	16(38.10)	4(9.52)	38(90.48) ^①
对照组	42	12(28.57)	12(28.57)	18(42.86)	24(57.14)

注: ① $P < 0.05$, 与对照组比较

表2 2组脑梗死恢复期气虚血瘀证痉挛性瘫痪患者
治疗前后中医证候积分比较

Table 2 Comparison of the TCM syndrome scores between two groups of patients with qi deficiency and blood stasis type of spastic paralysis in the recovery stage of cerebral infarction before and

		after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)	
组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	42	23.02 ± 4.51	11.69 ± 4.91 ^{①②}
对照组	42	22.23 ± 4.28	16.67 ± 3.91 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者中医证候积分均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善气虚血瘀中医证候积分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 2组患者治疗前后MAS评分比较

表3结果显示: 治疗前, 2组患者MAS评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者MAS评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善MAS评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组脑梗死恢复期气虚血瘀证痉挛性瘫痪患者
治疗前后MAS评分比较

Table 3 Comparison of MAS scores between two groups of patients with qi deficiency and blood stasis type of spastic paralysis in the recovery stage of cerebral infarction before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	42	2.83 ± 0.94	1.714 ± 0.94 ^①
对照组	42	2.88 ± 0.86	2.333 ± 0.98 ^{①②}

注: ① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.5 2组患者治疗前后FMA评分比较

表4结果显示: 治疗前, 2组患者FMA评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者FMA评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善FMA评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.6 2组患者治疗前后MBI评分比较

表5结果显示: 治疗前, 2组患者MBI评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组

表4 2组脑梗死恢复期气虚血瘀证痉挛性瘫痪患者
治疗前后FMA评分比较

Table 4 comparison of FMA scores between two groups of patients with qi deficiency and blood stasis type of spastic paralysis in the recovery stage of cerebral infarction before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	42	36.57 ± 17.12	49.93 ± 15.06 ^{①②}
对照组	42	35.59 ± 14.49	42.26 ± 14.32 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

表5 2组脑梗死恢复期气虚血瘀证痉挛性瘫痪患者
治疗前后MBI评分比较

Table 5 Comparison of MBI scores between two groups of patients with qi deficiency and blood stasis type of spastic paralysis in the recovery stage of cerebral infarction before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	42	34.88 ± 12.01	54.67 ± 11.51 ^{①②}
对照组	42	36.02 ± 12.03	47.36 ± 13.91 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

患者日常生活活动能力明显改善($P < 0.05$); 且观察组在改善日常生活活动能力方面优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.7 2组患者的不良反应情况比较

2组患者治疗前后肝、肾功能均未见明显异常; 对照组和观察组中各出现2例针刺后皮下小血肿, 给予按压止血后皮下小血肿未再扩大; 2组患者在治疗期间均未出现过敏、断针、折针、晕针等不良反应, 2组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

脑梗死属中医中风病、偏枯等范畴, 其病因病机比较复杂, 其证候要素包括“风、火、痰、虚、瘀”等。但目前比较统一的认识是“气虚血瘀”为其核心病机^[16]。而在此基础上, 冯学功等^[17]认为, 肾虚亦是缺血性脑卒中的重要病机, 因本病多发生于中老年人, 其肾气渐亏, 肾虚精气不足, 无力生髓充脑, 造成脑髓失充, 脑的生理功能得不到很好的发挥, 临床上出现中风病后痉挛

性瘫痪症状难以改善。目前,较统一的认识是脑梗死后痉挛性瘫痪的病机是肝肾阴虚,气血失调,兼夹有风、痰、瘀;因此,治疗以补肝肾,调气血,化痰活血通络为法^[7]。目前,在脑梗死后痉挛性瘫痪的中医治疗方面,大多采用中药口服、外敷或针刺等手段,取得了一定的疗效,可以提高患者肌力、改善患者日常生活活动能力,但缺乏标准的、规范的治疗方案,临床推广存在难度。

因此,本研究通过肌痉挛程度、运动功能和日常生活能力的研究,旨在探讨益气活血复遂汤结合“手足十二针”针刺法对脑卒中后痉挛性瘫痪的临床疗效的影响,为其临床治疗提供一种有效的治疗方法。本研究中采用的益气活血复遂汤是全国基层名老中医顾自悦主任医师的经验方,临床验证疗效显著,方中生黄芪重用补益脾肺、益气通络为君药;杜仲、牛膝、桑寄生补益肝肾、强筋骨,当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、鸡血藤养血活血通络,两组药共为臣药;桂枝、木瓜、桑枝以枝达肢,通经活络为佐药;地龙、路路通善行走窜,长于通行经络,多用于经络阻滞、血脉不畅、肢体麻木,又与黄芪、当归、川芎、桃仁等补气活血之品配伍,更加强了其通络之功效,共为使药。全方共奏补肾益气、化瘀通络之功。本研究针灸采用的“手足十二针”是针灸学泰斗王乐亭先生的临床宝贵经验,主要包括双侧合谷、内关、曲池、足三里、阳陵泉、三阴交,左右共十二穴。“手足十二针”可有效降低缺血性脑梗死患者病灶对侧初级运动皮层兴奋性,改善双侧皮层兴奋性失衡状态,可能是其对卒中患者运动功能改善的潜在作用机制之一^[18]。“手足十二针”选择阳经的四个穴位:合谷、曲池、足三里、阳陵泉;阳经穴位中,根据内经“治痿独取阳明”理论,又以手足阳明经经穴为主,其中,合谷为手阳明大肠经的原穴,可推动经络之气运行;曲池为手阳明大肠经的合穴,气血旺盛,其性走而不守,凡一切经络客邪,气血阻滞,皆能调之;足三里为足阳明胃经合穴、胃经之下合穴,有健脾益气、养血补虚的作用。另外,阳陵泉为胆经合穴,八会穴中的筋会,宗筋主束骨而利关节,可促进中风后肢体功能的恢复。又根据“阴阳互根”“善补阳者必于阴中求

阳”等理论,选择阴经的两个穴位:内关、三阴交。内关为手厥阴心包络穴,心包经下络三焦,取之可以通三焦之气机。三阴交为足太阴脾经腧穴,有健脾、养血、补肝肾的功效。诸穴配伍,共取疏通经脉、调和气血之功效。

本研究结果显示:观察组总有效率为90.48%(38/42),对照组为57.14%(24/42)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,2组患者中医证候积分均明显改善($P<0.05$),且观察组在改善气虚血瘀中医证候积分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,2组患者MAS评分明显改善($P<0.05$),且观察组在改善MAS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,2组患者FMA评分明显改善($P<0.05$),且观察组在改善FMA评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,2组患者日常生活活动能力明显改善($P<0.05$);且观察组在改善日常生活活动能力方面优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组患者的不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。采用益气活血复遂汤联合“手足十二针”针刺方法治疗脑梗死恢复期气虚血瘀型痉挛性瘫痪,能明显改善患者中医临床症状,降低患者瘫痪肢体痉挛程度,提高患者的运动功能,进而提高患者日常生活活动能力。

脑梗死患者恢复期肢体痉挛性瘫痪的康复程度,主要取决于脑组织以及血管病变的恢复程度,主要包括:侧支循环的建立、脑水肿的消退等^[19]。中药汤剂能扩张心脑血管,抑制血小板聚集,促进血液循环,防御缺血再灌注损伤,具有保护神经,增加缺血脑组织对缺氧的耐受性等作用^[20],进而改善患者肢体运动功能。针刺具有调节皮层的兴奋性,影响神经环路重组、神经系统化学物质或神经的可塑性及特殊脑区的功能^[21]。其还可改善中风后局部血流,促进脑血管侧支循环的建立,增强血浆纤溶系统活性,达到改善脑及肢体的微循环,增加病灶组织血氧的供应,提高新陈代谢,激活神经细胞,使上下运动神经元的功能恢复^[22],从而使受损的脑功能得以重塑、恢复,肢体痉挛得到缓解,运动功能得到提高。针药并用能促进血液流变学,促进病灶周围组织或健侧脑细胞的重组和代偿,极大地发挥脑的可塑性,

缓解痉挛,更有利于患者运动功能的恢复^[23-24]。

综上所述,益气活血复遂汤联合“手足十二针”针刺法治疗脑梗死后恢复期气虚血瘀证可明显改善患者痉挛的程度,提高患者运动功能及日常生活活动能力,值得临床进一步推广应用和深入研究。

参考文献:

- [1] 王定坤.我国脑血管病的流行病学分析与防治对策[J].中医药管理杂志,2014,22(6):830-831.
- [2] WISSEL J, VERRIER M, SIMPSON DM, et al. Post-stroke spasticity: predictors of early development and considerations for therapeutic intervention[J]. PMR, 2015, 7(1): 60-67.
- [3] 郭禄斌.盐酸替扎尼定联合针灸对脑卒中上肢痉挛患者上肢运动功能及生活质量的影响[J].中国药业,2018,27(12):77-79.
- [4] YAN X, LAN J, LIU Y, et al. Efficacy and safety of botulinum toxin type a in spasticity caused by spinal cord injury: a randomized, controlled trial [J]. Med Sci Monit Med Sci Monit, 2018, 2(4): 8160-8171.
- [5] ROSALES RL, EFENDY F, TELEG ES, et al. Botulinum toxin as early intervention for spasticity after stroke or non-progressive brain lesion: A meta-analysis[J]. J Neurol Sci, 2016, 37(1): 6-14.
- [6] 卢陶陶, 杨文明.脑卒中后肢体痉挛的临床研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(18):2263-2268.
- [7] 庄朝安,叶晓倩,江一静,等.中风后痉挛性瘫痪的中医临床治疗研究综述[J].世界中医药,2016,11(12):2817-2820.
- [8] 李中,周德生,江元璋,等.针药结合治疗缺血性脑血管病临床研究述评[J].世界中医药,2016,11(9):1922-1928.
- [9] 中国中西医结合学会神经科专业委员会.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.
- [10] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [11] 高颖.中医临床诊疗指南释义·脑病分册[M].北京:中国中医药出版社,2015:18.
- [12] 郭铁成,卫小梅,陈小红.改良 Ashworth 量表用于痉挛评定的信度研究[J].中国康复医学杂志,2008,23(10):906-909.
- [13] 许光旭,高晓阳,陈文红.Fugl-Meyer 运动功能评分的敏感性及实用性[J].中国康复,2001,16(1):18-19.
- [14] 侯东哲,张颖,巫嘉陵,等.中文版 Barthel 指数的信度与效度研究[J].临床荟萃,2012,27(3):219-221.
- [15] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [16] 陈烨文,许琳,龚一萍.论“六经中风”的证治特点[J].浙江中医药大学学报,2015,39(2):92-94.
- [17] 冯学功,刘茂才.缺血性中风恢复期补肾培元、化痰祛瘀、散风通络治法初探[J].中医药学报,2001,29(3):4-5.
- [18] 刘璐,陈斯琦,魏嘉,等.针刺王氏“手足十二针”对缺血性脑卒中患者初级运动皮层神经可塑性的影响[J].环球中医药,2019,12(3):385-389.
- [19] 肖树平,王志峰,柴会立.化痰康复汤治疗脑梗死(恢复期)临床疗效分析[J].河北中医药学报,2014,29(1):32-33.
- [20] 邓丽,刘晓冬,张拥波,等.急性脑梗死的治疗进展[J].中国全科医学,2011,14(8):825-829.
- [21] 张亚平.头针配合体针治疗中风偏瘫临床观察[J].光明中医,2018,33(12):1769-1771.
- [22] 刘宏伟,李匡时,张勇,等.基于功能成像的针刺阳陵泉与被动对指对运动脑区影响的相关性研究[J].中华中医药杂志,2015,30(5):1443-1446.
- [23] 姬海棠.补阳还五汤联合针灸在气虚血瘀型中风恢复期治疗中的应用研究[J].首都食品与医药,2017,24(24):78-79.
- [24] 郭宗超.补阳还五汤联合电针治疗中风后上肢功能障碍(气虚血瘀)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2018,32(7):1-3.

【责任编辑:宋威】