

祛风化痰通络方联合揲针治疗风痰阻络证中风的临床效果研究

程松 邢锡熙

(江苏省南京市江宁中医院神经内科,江苏 南京 211100)

基金项目:南京中医药大学自然科学基金(项目编号:XZR2020067)。

关键词:中风;风痰阻络证;祛风化痰通络方;中医临床症状评分

中图分类号:R277.7

文献标识码:B

文章编号:1000-0704(2022)12-0038-03

脑卒中,中医称之为“中风”,其中约70%为缺血性卒中,在我国发病率呈现增长趋势^[1],现已成为我国居民首位致残和致死原因,严重影响了居民的身心健康及生活质量^[2]。针对缺血性卒中的治疗,西医强调早期开通血管的必要性(包括静脉溶栓、机械取栓等)^[3],后期主要体现在抗栓、降脂、管理血压血糖、抗凝、神经保护等方面^[4]。中医治疗中风方面,根据患者发病不同病机、证型,强调辨证论治。有研究结果发现痰湿质、血瘀质是急性缺血性卒中的主要体质,其中风、痰、瘀是其重要的致病因素^[5-6]。本研究根据江苏省名中医吴绣莲教授(1939—2019)治疗中风病的经验方化裁而来,旨在观察

祛风化痰通络方对中风病属于风痰阻络证患者的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取2020年11月—2021年9月我院脑病科住院的中风患者84例,按照随机数字表法分为观察组41例与对照组43例。观察组中男26例,女15例,年龄43~89岁,平均年龄(68.37±11.52)岁,病程6.5h~4.5d;对照组中男30例,女13例,年龄45~87岁,平均年龄(67.93±9.78)岁,病程7.5h~5.0d。两组在年龄、性别等经统计学处理,差异均无显著意义($P>0.05$),均衡可比。本研究经南京市江宁中

参考文献:

[1] 王斌,邢丹,董圣杰,等.中国膝骨关节炎流行病学和疾病负担的系统评价[J].中国循证医学杂志,2018,18(2):134-142.

[2] 中华医学会骨科学分会.骨关节炎诊治指南(2007年版)[J].中华骨科杂志,2007,27(10):28-30

[3] 薛立功,张海荣.经筋理论与临床疼痛诊疗学[M].北京:中国中医药出版社,2002,525-537,135-144.

[4] 国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:350-351.

[5] 岳建兴,陈莉秋,张春侠,等.膝骨关节炎经筋病变分布规律的临床研究[J].上海针灸杂志,2016,35(4):457-459.

[6] Moskowitz, RolandW. 骨关节炎诊断与治疗[M]. 谢利民译.北京:人民卫生出版社,2008:296.

[7] 余志勇,梁朝,洪军,等.玻璃酸钠结合针刀疗法对早期膝骨性关节炎软组织张力的影响[J].现代中医临床,2010,17(6):29-32

[8] 钟伟华,庞向华.改良针刀疗法改善早期膝骨性关节炎患者膝关节功能临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(2):113-115.

[9] 刘建成,董宝强,张文静,等.基于经筋理论的银质针治疗膝骨性关节炎53例临床观察[J].江西中医药大学学报,2018,30(1):55-58.

(稿件修回日期:2022-10-10)

医院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

西医诊断参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[7]诊断标准 (1)急性起病 (2)局灶性或者全面性神经功能缺损 (3)影像学出现责任病灶或者症状/体征持续 24h 以上 (4)排除非血管性病因 (5)排除脑出血。

中医诊断符合国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制订的《中风病中医诊断疗效评定标准》(试行,1995 年)^[8]中医中风-中经络,风痰阻络证辨证标准。

1.3 纳入标准

(1)符合急性缺血性卒中西医诊断标准者 (2)签署知情同意书,有良好的依从性者。

1.4 排除标准

(1)妊娠或者哺乳期妇女 (2)具有严重的基础疾病者 (3)容易过敏体质或已知对本药成分过敏者 (4)已经接受静脉溶栓或者取栓者。

2 治疗方法

所有患者均采用饮食调摄、情志调控、抗栓、调脂、神经保护、改善侧支循环、稳定内环境等基础治疗。视患者病情需要管理血压血糖,使之保持在安全合理范畴。

对照组:根据患者临床症状,选用以揸针^[9](日本清铃株式会社,规格 0.2mm×1.2mm)为主,辅以普通针刺^[10](苏州医疗用品厂有限公司,规格 0.3mm×40mm)、手指点穴、按摩、肢体偏瘫训练等康复手法^[11],每日 1 次。揸针(根据辨证选取耳穴肝、脾、肾、神门)治疗时先用 75% 酒精常规消毒,将针尖对准耳部穴位快速刺入并留针,每日按压 4~5 次,每 24h 更换 1 次揸针。针刺(选穴为患侧内关、支沟、三阴交、手三里、曲池、委中、丰隆、合谷、足三里、风池)每日针刺 1 次,75% 酒精消毒后,采用夹持进针法进针,行提插捻转手法平补平泻,得气后留针 30min,每 10min 捻转行针 1 次。

观察组:在对照组西医基础治疗及康复治疗的基础上口服祛风化痰通络方,药物组成:法半夏 9g,天麻 9g,茯苓 15g,陈皮 6g,桃仁 9g,山楂 15g,川芎 9g,赤芍 9g,当归 9g,炒枳壳 9g,地龙 9g,生白术 12g,泽泻 9g,荷叶 9g,甘草 3g。水煎服,每日 1 剂,早晚分服。

两组均以 1 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。分别在治疗 1 周、2 周后评价疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准

参照《中药新药治疗中风临床研究技术指导原则》^[12],根据患者美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分来评价^[13]。基本痊愈:治疗后患者的 NIHSS 症状评分减少 >90%,无明显临床症状;显效:90% NIHSS 症状评分减少 >45%,临床症状显著好转;有效:45% NIHSS 症状评分减少 >18%,临床症状有好转;无效:NIHSS 症状评分减少 <18% 或者增加,不符合上述任何标准,临床症状无改善。

3.2 观察指标

(1)神经功能缺损程度:采用 NIHSS 评分,最高分值 42 分,分值越高表示神经功能损害越严重,在入院时、入院后 1 周、入院后 2 周各评分 1 次;(2)中医临床症状评分,包括神志状态、语言表达、四肢关节活动、综合功能等,分别计 0~4 分,得分越高,表示临床症状越重,治疗前满分 28 分,其疗效标准采用尼莫地平方法[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%,以百分数表示,在入院时、入院后 1 周、入院后 2 周各评分 1 次;(3)ADL(日常生活活动)能力评分:采用日常生活能力评分(Bathel)指数分级,分数越高,独立性越好,依赖性越低,预后亦越好,在入院时、入院后 1 周、入院后 2 周各评分 1 次。

3.3 结果

3.3.1 两组患者临床疗效比较:见表 1。

表 1 两组临床疗效比较(例)

组别	例数	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	41	14	23	2	2	95.12 [*]
对照组	43	3	21	9	10	76.74

与对照组比较,*P<0.05。

3.3.2 两组患者治疗前后 NIHSS 评分、中医临床症状评分、Bathel 指数分级比较:见表 2。

表 2 两组治疗前后 NIHSS 评分、中医临床症状评分、Bathel 指数分级比较(分 $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NIHSS	中医临床症状评分	Bathel 指数
观察组 (n=41)	治疗前	4.05±3.68	6.63±5.87	74.63±20.38
	治疗后 1 周	2.63±3.43 [*]	4.35±5.00 [*]	81.71±20.87 [*]
	治疗后 2 周	1.68±3.31 ^{**}	2.32±4.22 ^{**}	89.51±17.60 ^{**}
对照组 (n=43)	治疗前	3.67±1.98	6.44±4.65	77.67±10.98
	治疗后 1 周	3.02±2.76 [*]	4.86±4.64 [*]	82.21±16.81 [*]
	治疗后 2 周	2.74±3.47 [*]	4.16±5.46 [*]	84.77±16.79 [*]

与本组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后同期比

较, # $P < 0.05$ 。

3.3.3 治疗不良反应情况 观察组在治疗初期呈现出现腹泻、腹胀现象,通过饮食调整以及中药加减,症状均消失,对照组未表现出不良反应现象。

4 讨论

缺血性脑卒中归属于中医“中风”范畴,中风为本虚标实、上实下虚之病。其致病因素不外乎风、火、痰、瘀、虚。随着物质条件的提高,饮食的不断丰富,过食肥甘油腻,酗酒无常,致使脾胃受伤,运化失职,内生痰热,阻滞经络,蒙蔽清窍,或瘀滞为变,痰瘀互结,携风阳之邪,窜扰经脉,发为中风,由此可见风、痰、瘀为其常见致病因素。江苏省名中医吴绣莲教授结合临床经验,根据祛风、化痰、活血的原则,由半夏白术天麻汤合桃红四物汤化裁出祛风化痰通络方。方中半夏白术天麻汤祛风化痰通络,桃红四物汤活血祛瘀生新,增用地龙加强熄风通络之力,佐以山楂、泽泻、荷叶增强化痰降浊之功。全方健脾化痰不留邪,祛瘀通络不伤正,起到祛风化痰,活血通络之功。现代药理学亦研究证实桃红四物汤以及地龙对血管生成、对抗动脉粥样硬化、保护脑缺血损伤等方面有积极保护的作用^[14-15]。而揸针刺入是将微针长时间埋在并固定于特定穴位的皮下。它的优点明确:具有全天24h治疗作用,以时效积累量效,不断地刺激经络,促进气血的运行周转,并且操作方便,无痛苦,无副作用,相比较针刺、电针等传统治疗,患者更易于接受。配合普通针刺、手指点穴、偏瘫肢体训练等康复手法,能极大的提高患者的配合率和治愈率。

综上所述,西医使用溶栓、取栓治疗中风病有一定的优势,但需要特定的时间窗内且费用高、出血及并发症风险大,不易被患者接受。本次研究结果可推广至各基层医院,在时间窗外的风痰阻络证中风患者多了一条改善病症新途径,提高病患的日常生活能力以及活动社交能力,降低致残致畸致死率,从而提高中风患者的整体预后。中风患者的康复治疗是终身的,在坚持缺血性卒中抗板、降脂等二级预防的基础上,采用中药汤剂口服以及揸针治疗可以更快恢复身体机能。

参考文献:

[1] 宇传华,罗丽莎,李梅,等.从全球视角看中国脑卒中疾

病负担的严峻性[J].公共卫生与预防医学,2016,27(1):1-5.

- [2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组缺血性脑卒中二级预防指南撰写组.中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014[J].中华神经科杂志,2015,45(4):258-273.
- [3] 彭斌.急性缺血性脑卒中的诊治[J].中华神经科杂志,2020,53(2):122-126.
- [4] Chinese Society of Neurology, Chinese Stroke Society. Chinese guidelines for diagnosis and treatment of acute ischemic stroke 2018 [J]. Zhonghua Shen Jing Ke Za Zhi, 2018, 51: 666-682.
- [5] 李柱,王清峰,吴银玲,等.200例急性缺血性中风(中经络)患者中医证候与中医体质辨识相关性研究[J].中医临床研究,2016,8(17):15-17.
- [6] 黄显雯,刘启华,邹玲,等.中风多虚多瘀多痰病机与自噬调控相关性的研究进展[J].南京中医药大学学报,2020,36(1):130-135.
- [7] 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.
- [8] 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,1996,719(1):55-56.
- [9] 李亚等.揸针对脑梗死后上肢功能障碍患者神经功能及血液流变学的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,12(17):3908-3912.
- [10] 王瑞奇,吴清忠,黄春华,等.4种针刺疗法治疗中风后肩手综合征的网状Meta分析[J].中国针灸,2021,41(5):563-569.
- [11] 刘发华,邹景宇,何兰兰.早期康复治疗急性脑梗塞时间窗的临床观察[J].转化医学电子杂志,2016,3(9):40-41.
- [12] 石进,王科花.对《中药新药治疗中风临床研究技术指导原则》中疗效评估的解读[J].中国新药杂志,2017,26(9):973-975.
- [13] 何诚,万文俊.头电针联合新Bobath技术治疗脑卒中患者下肢运动功能障碍的疗效观察[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(2):275-279.
- [14] 肖移生,侯吉华,伍庆华,等.地龙对大鼠大脑局灶性脑缺血损伤保护作用研究[J].中药药理与临床,2009,25(6):62-64.
- [15] 王淑美,徐晓玉,张文亮,等.桃红四物汤及其拆方对血管生成的影响[J].中药药理与临床,2005,21(4):4-7.

(稿件修回日期 2022-09-20)