

◆经方古方◆

半夏白术天麻汤联合针刺治疗缺血性脑血管病康复期患者临床研究

徐日, 周敏亚, 吴小山, 李丹丹

丽水市第二人民医院康复科, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察半夏白术天麻汤联合针刺治疗缺血性脑血管病康复期患者临床疗效。方法: 选取 83 例缺血性脑血管病康复期患者, 按随机数字表法分为对照组 40 例和治疗组 43 例。对照组采用针刺治疗, 治疗组采用半夏白术天麻汤联合针刺治疗。比较 2 组临床疗效, 以及治疗前后炎症因子 [白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏 C-反应蛋白 (hs-CRP)] 水平、血液流变学指标、简易智力状态检查量表 (MMSE) 评分、美国国立卫生院神经功能缺损量表 (NIHSS) 评分变化。结果: 治疗组总有效率为 93.0%, 对照组为 82.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组血清 IL-6、TNF- α 、hs-CRP 水平均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且治疗组 IL-6、TNF- α 、hs-CRP 水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组全血低切黏度、血浆黏度、全血高切黏度均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且治疗组全血低切黏度、血浆黏度、全血高切黏度均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 MMSE 评分均较治疗前升高 ($P < 0.05$), NIHSS 评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 且治疗组 MMSE 评分高于对照组 ($P < 0.05$), NIHSS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 半夏白术天麻汤联合针刺治疗缺血性脑血管病康复期患者, 能够进一步提高临床疗效, 减轻机体炎症反应及神经功能损伤, 有效改善患者认知功能及血液流变学状态。

[关键词] 缺血性脑血管病; 康复期; 半夏白术天麻汤; 针刺疗法; 简易智力状态检查量表评分; 美国国立卫生院神经功能缺损评分

[中图分类号] R743 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2023) 14-0020-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.14.004

Clinical Study on Banxia Baizhu Tianma Decoction Combined with Acupuncture for Patients with Ischemic Cerebrovascular Disease During Convalescence

XU Ri, ZHOU Minya, WU Xiaoshan, LI Dandan

Rehabilitation Department of The Second People's Hospital of Lishui, Lishui Zhejiang 323000, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Banxia Baizhu Tianma Decoction combined with acupuncture for patients with ischemic cerebrovascular disease during convalescence. **Methods:** A total of 83 cases of patients with ischemic cerebrovascular disease during convalescence were selected and divided into the control group and the treatment group according to the random number table method, with 40 and 43 cases in each group respectively. The control group was treated with acupuncture, and the treatment group was treated with Banxia Baizhu Tianma Decoction combined with acupuncture. The changes in levels of inflammatory factors [interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor- α (TNF- α)],

[收稿日期] 2022-05-15

[修回日期] 2023-04-26

[基金项目] 丽水市科技计划项目 (2021SJZC048)

[作者简介] 徐日 (1990-), 女, 住院医师, E-mail: blossom_2021@163.com。

[通信作者] 李丹丹 (1988-), 女, 主治医师, E-mail: sm_art@sohu.com。

hypersensitive C-reactive protein (hs-CRP)], hemorheology indexes, Mini-mental State Examination (MMSE) scores, and National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) scores before and after treatment as well as the clinical effects were compared between the two groups. **Results:** The total effective rate was 93.0% in the treatment group and 82.5% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, the levels of IL-6, TNF- α , and hs-CRP in serum in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of IL-6, TNF- α , and hs-CRP in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, whole blood low-shear viscosity, plasma viscosity, and whole blood high-shear viscosity in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and whole blood low-shear viscosity, plasma viscosity, and whole blood high-shear viscosity in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, MMSE scores were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and NIHSS scores were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$); MMSE score in the treatment group was higher than that in the control group ($P < 0.05$), and NIHSS score was lower than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Banxia Baizhu Tianma Decoction combined with acupuncture for patients with ischemic cerebrovascular disease during convalescence can further improve clinical effect, reduce inflammation and neurological defects, and effectively improve the cognitive function and hemorheological state of patients.

Keywords: Ischemic cerebrovascular disease; Convalescence; Banxia Baizhu Tianma Decoction; Acupuncture therapy; Mini-mental State Examination scores; National Institutes of Health Stroke Scale scores

缺血性脑血管病属于临床常见多发病, 涵盖脑梗死、脑栓塞、脑血栓形成、短暂性缺血发作等疾病。其发病原因主要为脑部供血障碍引发脑组织缺氧、缺血, 甚至坏死, 持续缺血则可导致神经功能缺失, 致残风险较高^[1]。缺血性脑血管病发病机制复杂, 病情变化多端, 具有发病率高、死亡率高和复发率高等特点, 对患者生活质量影响较大^[2]。当缺血性脑血管病患者生命体征稳定, 疾病处于康复阶段时, 给予相应有效治疗可改善病情, 提高生活质量。临床观察发现, 半夏白术天麻汤可降低机体血液黏稠度, 提高血液流速, 改善椎基底动脉供血不足^[3]。本研究观察半夏白术天麻汤联合针刺治疗缺血性脑血管病康复期患者的临床疗效, 及对患者认知功能和神经功能的影响, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国脑血管病影像应用指南的更新》^[4]有关缺血性脑血管病的诊断标准。存在不同程度语言障碍, 无意识障碍; 存在明显肢体运动

障碍, 患侧肢体肌力在 0~3 级; 经临床诊查及 CT、MRI 检查确诊。

1.2 纳入标准 符合上述诊断标准; 病程超过 1 周; 既往有缺血性脑血管疾病史, 但无神经功能缺损情况; 为首次患病; 签署知情同意书。

1.3 排除标准 近期内曾使用过降血脂、抗血小板等药物者; 合并肾、肝、心等重要脏器严重障碍者; 对研究所用药物过敏或过敏体质者; 存在血液系统疾病者。

1.4 一般资料 选取 2019 年 1 月—2021 年 12 月丽水市第二人民医院收治的缺血性脑血管病康复期患者 83 例, 按随机数字表法分为对照组 40 例和治疗组 43 例。对照组男 24 例, 女 16 例; 年龄 48~76 岁, 平均(62.1±15.3)岁; 疾病类型: 脑栓塞 15 例, 脑梗死 25 例。治疗组男 25 例, 女 18 例; 年龄 45~79 岁, 平均(62.2±15.1)岁; 疾病类型: 脑栓塞 17 例, 脑梗死 26 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2组均给予常规基础治疗,包括控制血糖、维持水电解质平衡等。并予血塞通注射液(西安汉丰药业有限责任公司,国药准字Z61021577)400 mg加入0.9%氯化钠溶液250 mL中静脉滴注治疗,每天1次;辛伐他汀片(山西华元医药生物技术有限公司,国药准字H20123114)口服,每次10 mg,每天2次;阿司匹林片(河南凤凰制药股份有限公司,国药准字H41023181)口服,每次100 mg,每天1次。治疗14 d。

2.1 对照组 采用针刺治疗。操作:选取丰隆、足三里、三阴交、阳陵泉、环跳、曲池、外关、肩髃、侧合谷,采用一次性针灸针进行针刺,针刺留针30 min;采用提插泻法针刺丰隆、阳陵泉、环跳、曲池、外关、肩髃、侧合谷,采用提插补法针刺足三里、三阴交。治疗14 d。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用半夏白术天麻汤治疗。处方:白附子、甘草各6 g,白芍、当归、鸡血藤、橘红各9 g,茯苓、石菖蒲、白术各12 g,法半夏、天麻各15 g。随症加减:呕吐者加旋覆花、厚朴各9 g;失眠者加酸枣仁12 g;头痛者加白芷、蔓荆各9 g;大便干结者加大黄9 g。每天1剂,所有中药均由丽水市第二人民医院中药房统一煎煮,共取药汁300 mL,分早晚2次服用。治疗14 d。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①炎症因子。于治疗前后检测血清白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏C-反应蛋白(hs-CRP)水平。②血液流变学指标。于治疗前后检测全血低切黏度、血浆黏度、全血高切黏度水平。③认知功能和神经功能评分。于治疗前后采用简易智力状态检查量表(MMSE)对认知功能进行评估;采用美国国立卫生院神经功能缺损量表(NIHSS)对神经功能进行评分。④临床疗效。

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0统计学软件分析所有数据。计数资料采用百分比(%)表示,行 χ^2 检验;计量资料符合正态分布者采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,行两独立样本 t 检验或配对样本 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 基本治愈:治疗后患者病残程度为0级,神经功能缺损评分降低91%~100%;显著

进步:治疗后患者病残程度在1~3级,神经功能缺损评分降低46%~90%;进步:治疗后神经功能缺损评分降低18%~45%;无变化:治疗后神经功能缺损评分提升或降低在18%以内;恶化:与治疗前比较神经功能缺损评分升高超过18%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率为93.0%,对照组为82.5%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较							例(%)
组别	例数	基本治愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效
治疗组	43	4(9.3)	16(37.2)	20(46.5)	3(7.0)	0	40(93.0)
对照组	40	2(5.0)	12(30.0)	19(47.5)	7(17.5)	0	33(82.5)
χ^2 值							5.128
P 值							0.024

4.3 2组治疗前后炎症因子水平比较 见表2。治疗前,2组IL-6、TNF- α 、hs-CRP水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,IL-6、TNF- α 、hs-CRP水平均较治疗前降低($P < 0.05$),且治疗组IL-6、TNF- α 、hs-CRP水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	时间	例数	IL-6(ng/mL)	TNF- α (ng/L)	hs-CRP(mg/L)
治疗组	治疗前	43	16.5 $\pm$ 2.5	21.1 $\pm$ 5.2	12.3 $\pm$ 2.9
	治疗后	43	7.2 $\pm$ 1.4 ^{①②}	8.2 $\pm$ 2.2 ^{①②}	2.2 $\pm$ 0.9 ^{①②}
对照组	治疗前	40	16.4 $\pm$ 2.4	20.8 $\pm$ 5.1	12.3 $\pm$ 3.2
	治疗后	40	9.7 $\pm$ 1.6 ^①	12.3 $\pm$ 2.8 ^①	4.3 $\pm$ 1.0 ^①

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

4.4 2组治疗前后血液流变学指标比较 见表3。治疗前,2组全血低切黏度、血浆黏度、全血高切黏度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组全血低切黏度、血浆黏度、全血高切黏度均较治疗前降低($P < 0.05$),且治疗组全血低切黏度、血浆黏度、全血高切黏度均低于对照组($P < 0.05$)。

4.5 2组治疗前后MMSE、NIHSS评分比较 见表4。治疗前,2组MMSE、NIHSS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组MMSE评分均较治疗前升高($P < 0.05$),NIHSS评分均较治疗前降低($P < 0.05$);且治疗组MMSE评分高于对照组($P < 0.05$),NIHSS评分低于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$) mPa·s

组别	时间	例数	全血低切黏度	血浆黏度	全血高切黏度
治疗组	治疗前	43	23.5±3.0	2.4±0.3	6.5±0.4
	治疗后	43	13.1±2.0 ^{①②}	1.3±0.1 ^{①②}	4.2±0.2 ^{①②}
对照组	治疗前	40	23.4±3.0	2.4±0.3	6.4±0.4
	治疗后	40	17.4±2.6 ^①	1.7±0.1 ^①	4.8±0.2 ^①

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

表4 2组治疗前后MMSE、NIHSS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	例数	MMSE评分	NIHSS评分
治疗组	治疗前	43	10.8±2.1	18.8±4.5
	治疗后	43	17.8±4.2 ^{①②}	12.9±2.7 ^{①②}
对照组	治疗前	40	10.9±2.1	19.0±4.6
	治疗后	40	14.9±3.3 ^①	15.6±3.5 ^①

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

5 讨论

缺血性脑血管病是目前临床常见疾病之一, 血栓形成、血流动力学异常为主要病理生理机制^[5-6]。现代医学认为, 缺血性脑血管病是由于机体血小板激活、脑缺血缺氧等, 对机体的内皮细胞、脑组织产生一定程度的损伤, 引发机体炎症反应。缺血性脑血管病最重要的致病因素是血液流变学改变, 当机体血液处于高凝状态, 可与炎症反应发生相互作用, 使脑血管阻塞, 机体神经功能损伤, 从而加速病情恶化。现阶段, 对于脑梗死康复期患者的治疗仍以药物二级预防为主^[7]。缺血性脑血管病康复期, 应用降颅压、抗血小板聚集、抗凝等常规西医治疗临床疗效有限, 而中西医结合治疗可为临床提供新的治疗思路。

中医学认为, 缺血性脑血管病归属于中风范畴, 患者在气候变化、用力过度、饮食不节、劳倦内伤、情志过极、正气虚弱、脏腑功能失调等诱因下, 出现心火亢盛, 肝阳暴亢, 上冲犯脑, 致痰瘀阻滞, 脑络不通, 发为本病。其病机总以瘀(血瘀)、虚(血虚、气虚、阴虚)、痰(痰热、湿痰、风痰)、火(心火、肝火)、风(肝风)为主。故治疗以熄风化痰、活血通络为原则。针刺治疗是中医特色治疗方法之一, 具有疏通经络、行气活血等功效, 在改善脑血管病后偏瘫、痉挛等症状可取得良好疗效^[8]。本次针刺治疗取穴主要以阳明经穴为主, 选穴

丰隆、足三里、三阴交、阳陵泉、环跳、曲池、外关、肩髃、侧合谷。针刺丰隆可通络化痰; 采用泻法针刺外关、阳陵泉等穴位, 可活络通经、散热祛邪; 采用补法针刺足三里、三阴交, 可固本扶正。针刺穴位可发挥疏通经络、平衡阴阳、调节机体整体功能及兼顾病变局部, 临床疗效确切^[9]。针刺治疗缺血性脑血管病可对患者锥体外系的神经功能起到加强、激发的作用, 同时还能够提高局部血流量, 降低脑血管阻力, 从而有效改善患者的神经、肢体功能。

本研究治疗组加用半夏白术天麻汤治疗, 收到较好疗效。半夏白术天麻汤出自《医学心悟》, 主治肝风夹痰证之眩晕。后世历代医家根据本方健脾、祛湿、风痰并治、标本兼顾的配伍特点, 对其加减化裁而用于治疗循环系统、消化系统、神经系统疾病等, 扩大了临床应用范围, 疗效显著^[10]。半夏白术天麻汤方中法半夏、天麻同为君药, 法半夏可燥湿化痰、降逆止呕, 天麻熄风平肝; 茯苓、白术同为臣药, 茯苓健脾止泻, 白术益气健脾, 两者配伍能够杜绝痰湿生成之源; 橘红为佐药, 可熄风疏肝、化痰顺气; 白芍、当归柔肝补血; 鸡血藤化瘀活血、舒筋活络; 石菖蒲开窍醒神; 白附子熄风祛痰; 甘草调和诸药。诸药合用, 共奏熄风化痰、活血化痰、舒筋活络之效。

本研究结果显示, 治疗后治疗组总有效率高于对照组, 全血低切黏度、血浆黏度、全血高切黏度均低于对照组。表明半夏白术天麻联合针刺治疗对患者血液流变学状态有显著的改善作用, 从而使整体疗效得到进一步提高。本研究结果还显示, 治疗后治疗组血清IL-6、TNF- α 、hs-CRP水平及NIHSS评分均低于对照组, MMSE评分高于对照组。表明半夏白术天麻汤联合针刺治疗缺血性脑血管病康复期患者, 可有效减轻机体炎症反应, 改善认知功能及神经功能, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 张丽萍, 程冰. 路径式早期康复护理对脑梗死患者神经功能及日常生活能力的影响[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(6): 737-739.
- [2] 魏亚军, 王婉, 徐靖, 等. 3D-ASL灌注技术在缺血性脑血管疾病中的应用价值[J]. 中国CT和MRI杂志, 2021, 19(3): 16-19.
- [3] 李章哈, 黎华茂, 艾年年. 半夏白术天麻汤联合丁苯酞注射液治

- 疗急性脑梗死(风痰阻络证)疗效及对炎症因子、MCP、VEcadherin的影响[J]. 中国中医急症, 2021, 30(7): 1272-1274.
- [4] 徐运. 中国脑血管病影像应用指南的更新[J]. 中华神经科杂志, 2020, 53(4): 241-243.
- [5] 刘炜, 张换立, 高超. 血管内介入联合静脉溶栓治疗对老年急性缺血性脑血管病患者神经功能、凝血功能及脑血管血流状态的影响[J]. 川北医学院学报, 2022, 37(3): 340-344.
- [6] GÓMEZ-LADO N, LÓPEZ-ARIAS E, IGLESIAS-REY R, et al. [18F]-FMISO PET/MRI Imaging Shows Ischemic Tissue around Hematoma in Intracerebral Hemorrhage[J]. Molecular Pharmaceutics, 2020, 17(12): 4667-4675.
- [7] 赵倩煜, 刘运海, 张金涛, 等. 葛酮通络胶囊对缺血性脑卒中恢复期病人中医证候改善的多中心随机对照临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(23): 4039-4043, 4049.
- [8] 张倩, 秦海, 宋英楠, 等. 针刺结合现代康复运动疗法在上肢痉挛模式脑血管疾病患者中的应用效果[J]. 中国医药导报, 2020, 17(8): 152-155, 159.
- [9] 范琳, 吉文彬. 针灸联合等速肌力训练干预脑卒中偏瘫恢复期的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(16): 2826-2829.
- [10] 闫梦晗, 李晓, 姜月华. 半夏白术天麻汤的临床应用及药理研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(14): 2265-2268.

(责任编辑: 冯天保, 邓乔丹)

《新中医》杂志稿约

《新中医》是由广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的中医药学术期刊, 1969年创刊。标准刊号: ISSN 0256-7415, CN 44-1231/R, 2020年由原月刊改为半月刊, 期刊代号, 国内: 46-38, 国外: SM186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范, 对来稿做出如下要求。

一、征稿内容 实验研究、网络药理学、用药规律、文献综述、经方古方、临床证治、肿瘤研究、针灸推拿、特色疗法、调研报告、思路方法、名医传承、经典古籍、临证医案等。

二、来稿要求 主题鲜明, 论点明确, 论据充分, 文字精炼, 内容真实, 资料可靠, 数据准确, 数据比较应做统计学处理。

三、来稿格式 参照本刊格式。

四、投稿方式 在线投稿。投稿时需同时上传单位投稿证明。网址: <http://xzy.ijournal.cn>。

五、文责自负 作者如有侵权行为, 本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》, 本刊对文稿有修改权、删节权, 修改稿未按时寄回视作自动撤稿。

六、稿件采用 需与编辑部签订论文著作权转让书, 并及时寄回《新中医》编辑部档案室。编辑部地址: 广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学办公楼7楼。邮编: 510006。电话: 020-39354129。