

● 针推医学 ●

针刺联合补阳还五汤治疗
脑中风后遗症40例总结

张静, 陈莉, 王丽娜

(河南省漯河市第二人民医院, 河南 漯河, 462000)

[摘要] 目的: 观察针刺联合补阳还五汤治疗脑中风后遗症的临床疗效。方法: 将80例脑中风后遗症患者随机分为治疗组和对照组各40例, 治疗组采用针刺联合补阳还五汤治疗, 对照组给予西医常规治疗。结果: 总有效率治疗组为95.0%, 对照组为72.5%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2组生活能力(ADL)评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 针刺联合补阳还五汤治疗脑中风后遗症临床疗效显著, 能明显改善临床症状, 提高患者生活能力。

[关键词] 脑中风后遗症; 中医药疗法; 补阳还五汤; 针刺疗法

[中图分类号] R277.791 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.035

脑中风又称脑卒中, 是临床较为常见的心脑血管疾病, 患者多因生活习惯、饮食、遗传等因素导致脑血管变窄或阻塞, 进而导致脑组织局部供血供氧不足, 最终发生脑卒中^[1-2]。该病多发于中老年人群, 具有发病率高、病死率高、致残率高等特征, 严重威胁患者的生命。现代医疗技术可以在脑中风前期给予患者有效治疗, 以保障患者的生命安全, 但卒中所带来的后遗症很难根治, 且治疗过程较为漫长, 这不仅影响了患者的生活质量, 还给患者家庭带来严重的经济负担。笔者采用针刺联合补阳还五汤治疗脑中风后遗症40例, 疗效显著, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院2015年12月至2017年6月收治的脑中风后遗症患者80例, 随机分为治疗组和对照组各40例。治疗组中, 男23例, 女17例; 年龄45~74岁, 平均 (57.08 ± 4.50) 岁; 病程1~13个月, 平均 (5.58 ± 1.50) 个月。对照组中, 男24例, 女16例; 年龄46~73岁, 平均 (56.80 ± 5.01) 岁; 病程1~14个月, 平均 (6.18 ± 1.31) 个月。2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合“各类脑血管疾病诊断要点”^[3]中关于脑中风的相关标准。患者经头颅CT确诊为脑卒中, 中风后遗症表现为脑出血、偏瘫、口眼歪斜及语言障碍等。

1.3 纳入标准 (1)符合诊断标准, 意识清醒, 病

情平稳; (2)签署知情同意书; (3)排除凝血障碍或不适合针刺治疗的患者; (4)排除严重心、肝、肾等器质性病变的患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用针刺联合补阳还五汤治疗。(1)针刺治疗。半身不遂取内关、合谷、曲池、手三里、环跳、肩髃、阳陵泉、承山、太溪、血海、委中、三阴交、足三里穴; 语言障碍及口眼歪斜患者取百会、太阳、人中、地仓、下关、哑门、攒竹、风府、廉泉穴。循序渐进, 交替针刺诸穴。施针后留针30min, 1次/d。(2)补阳还五汤治疗。处方: 黄芪60~70g, 当归20g, 地龙20g, 川芎20g, 赤芍20g, 红花10g, 桃仁10g。每天1剂, 水煎, 分早晚2次服。2种治疗方法均以15d为1个疗程, 连续治疗3个疗程。

2.2 对照组 采用常规西医药治疗。丹参注射液30mL, 静脉滴注, 每天1次, 连续治疗20d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察2组患者综合疗效、生活能力评分(ADL)及不良反应发生情况。

3.2 疗效标准 参照相关文献^[4]拟定。治愈: 患者生活能自理, 语言及肢体功能基本恢复正常; 显效: 肌力>Ⅳ级, 语言能力明显改善, 并且可进行较为简单的日常活动; 有效: 语言及自理能力有进步, 肌力>Ⅲ级; 无效: 患者症状未改善, 生活不能自理。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行统计分析, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间比较采用 t 检

验;计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为95.0%,对照组为72.5%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	12(30.0)	14(35.0)	12(30.0)	2(5.0)	38(95.0) ^a
对照组	40	7(17.5)	13(32.5)	9(22.5)	11(27.5)	29(72.5)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组ADL评分比较 2组ADL评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组ADL评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	11.90 ± 2.09	78.03 ± 11.00 ^{ab}
对照组	40	11.85 ± 2.17	64.49 ± 9.54 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.5 2组不良反应比较 治疗过程中对照组出现头晕1例、恶心2例、呕吐1例,不良反应发生率为10.0%。治疗组出现恶心1例、呕吐2例,不良反应发生率为7.5%。2组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨论

中医辨证理论认为中风后遗症主要是由阴阳失调、气血逆乱引起的气虚血瘀、经脉阻滞。气血不畅则肢体废而无用,因此中风后遗症的治疗原则应以“补气行气、活血化瘀”为主,同时应兼顾“提升心脾肾阳,消除肝肾之阴虚”,标本兼顾,方能药到

病除。本研究所选补阳还五汤是治疗中风后遗症的经典方剂,方中黄芪提升阳气,补气血;赤芍、川芎活血化瘀、行气补气;地龙、红花、桃仁通经活络;当归润燥、止痛、滑肠。诸药合用通经活络、益气活血。针刺治疗可激活人体大脑皮层兴奋,促进神经功能恢复。足三里、关元、百会穴能改善脑局部血液循环,改善脑细胞缺血缺氧状态^[5-6]。诸穴交替针刺,可减少刺激疲劳,显著降低血浆纤维蛋白原,达到改善症状、调节神经功能的功效,能有效增强脑动脉弹性,扩张血管,提高血流量,这对患者脑局部供血及病灶周围缺血性缺氧状况的恢复都极为有利^[7-8]。综上所述,脑中风后遗症患者采用针刺联合补阳还五汤治疗疗效显著,可明显改善患者症状,有效改善患者神经功能,提高患者生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 陈巧明,潘林平. 脑中风后遗症患者中医护理干预康复效果[J]. 青岛医药卫生,2016,48(3):234-236.
- [2] 秦春洁. 补阳还五汤联合针灸治疗脑中风后遗症临床观察[J]. 中国城乡企业卫生,2017,32(5):115-116.
- [3] 中华医学会神经科学分会. 各类脑血管疾病诊断要点[S]. 中华神经科杂志,2010,29(6):379-380.
- [4] 刘艳阳,刘佩军,郑艳华,等. 脑中风后遗症中医治疗的研究概述[J]. 国际中医中药杂志,2016,38(6):569-572.
- [5] 张克飞,王旋旋,王兵. 补阳还五汤加味联合针刺治疗脑中风后遗症期疗效观察[J]. 陕西中医,2017,38(9):1170-1171.
- [6] 吕寅生. 补阳还五汤联合针灸治疗脑中风后遗症50例临床观察[J]. 实用中医内科杂志,2013,27(14):55-56.
- [7] 孟庆伟. 针灸联合康复训练在治疗脑中风后遗症方面的临床疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2016,16(9):178.
- [8] 周波. 血府逐瘀汤加减配合功能锻炼治疗中风后遗症临床观察[J]. 中华中医药杂志,2012,27(6):1724-1726.

(收稿日期:2018-03-28)

(上接第74页)

参考文献

- [1] 张学军. 皮肤性病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:164.
- [2] 陈红风. 中医外科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:370.
- [3] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2001:935.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:292-294.
- [5] 徐宜厚,王保方,张赛英. 皮肤病中医诊疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,1997:105.
- [6] 刘亚南,黄青,赵慧娟. 318例寻常痤疮患者中医体质类型分析[J]. 中医杂志,2015,56(3):223-227.
- [7] 石云. 与中医体质类型的相关性研究[J]. 西部中医药,2015,25(5):87-88.

- [8] 中国中医研究院广安门医院. 朱仁康临床经验集:皮肤外科[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:203-205.
- [9] 张若珺. 痤疮病因病机探析[J]. 世界最新医学信息文摘,2016,16(92):30.
- [10] 杨柳,钱江,庞卿强,等. 清肺愈疮丸治疗湿热蕴结型痤疮临床研究[J]. 四川中医,2005(2):71-72.
- [11] 施健健,陶茂灿. 五味消毒饮和枇杷清肺饮治疗肺经风热型痤疮60例[J]. 甘肃中医学院学报,2015,38(5):44-45.
- [12] 刘慧颖,姜长涛,冯娟,等. 丹参酮类化合物研究进展[J]. 中国药理学通报,2016,32(12):1643-1647.
- [13] 彭蕾蕾. 丹参酮对痤疮患者血清性激素水平的影响[J]. 河南中医,2017,37(6):1062-1064.
- [14] 王昕. 丹参酮药理研究及临床应用进展[J]. 光明中医,2011,26(7):1514-1517.

(收稿日期:2018-04-04)