补阳还五汤配合中医针灸治疗中风后肢体功能障碍的疗效

周艳朋　张小建　焦雪蕾
（北京中医医院顺义医院脑病科，北京，101300）

摘要　目的：分析补阳还五汤配合中医针灸对中风后肢体功能障碍的疗效。方法：选取 2015 年 5 月至 2016 年 6 月收治的中风后肢体功能障碍患者共 90 例，按入院顺序随机均分为 2 组。入院后观察患者采用西医基础治疗，静脉滴注甘露醇 125 mL，阿司匹林 1 片/d；复方丹参滴丸 10 丸/次，3 次/d，进行常规治疗。观察组则采用补阳还五汤口服配合中医针灸治疗。结果：观察组显效 23 例，有效 19 例，总有效率 93.33%；对照组显效 12 例，有效 21 例，总有效率 73.33%。2 组治疗效果差异有统计学意义（$P<0.05$）；观察组经治疗后 Fugl-Meyer 评分、MAS 评分均明显高于对照组（$P<0.05$），而 NIHSS 评分明显低于对照组（$P<0.05$），观察组患者在接受治疗后血清 MMP-9、hs-CRP 水平明显下降，显著低于对照组（$P<0.05$）。结论：补阳还五汤配合针灸能进一步改善患者中风后出现的肢体功能障碍。

关键词　补阳还五汤；中医针灸；中风；肢体功能障碍

Curative Efficacy of Buyang Huanwu Decoction with Traditional Chinese Medicine Acupuncture in Treating Limb Dysfunction after Apoplexy

Zhou Yanpeng, Zhang Xiaojian, Jiao Xuelei
(*Department of Encephalopathy*, *Beijing Hospital of TCM Shunyi Hospital*, *Beijing* 101300, *China*)

Abstract　**Objective**: To analyze the curative efficacy of Buyang Huanwu Decoction with acupuncture on limb dysfunction after apoplexy. **Methods**: A total of 90 patients with limb dysfunction after apoplexy who were admitted in our hospital from May 2015 to June 2016 were selected, and were randomly divided into 2 groups according to admission order. After admission, the patients were treated with Western medicine with intravenous drip of mannitol 125 mL and aspirin 1 tablet /d; Compound Danshen Dripping Pills 10 pills / times, 3 times /d as conventional treatment. The observation group was treated with Buyang Huanwu Decoction with acupuncture. **Results**: The observation group was markedly effective in 23 cases, effective in 19 cases with the total effective rate of 93.33%. The control group was markedly effective in 12 cases, effective in all cases with total effective rate of 73.33%. The treatment effects of the 2 groups had significant difference ($P<0.05$); After treatment, Fugl Meyer score and MAS score in the observation group were significantly higher than the control group ($P<0.05$), while the NIHSS score was significantly lower than the control group ($P<0.05$). After treatment, the serum MMP-9, hs-CRP levels in observation group decreased significantly, which was significantly lower than the control group ($P<0.05$). **Conclusion**: Buyang Huanwu Decoction combined with acupuncture can further improve limb dysfunction after apoplexy.

Key Words　Buyang Huanwu Decoction; Traditional Chinese medicine acupuncture; Apoplexy; Limb dysfunction
中图分类号：R289.5　　**文献标识码**：A　　**doi**：10.3969/j.issn.1673-7202.2018.01.045

中风急性期过后患者常出现半身不遂、口眼歪斜等后遗症，其中后肢体功能障碍是最常见的症状[1]。患者一侧的肢体出现运动或感觉障碍，致使其生活无法自理，严重影响到患者的正常生活[2]。部分严重的后肢体功能障碍患者因病情较重需要长期卧床，还会造成褥疮、泌尿系统感染等并发症，不仅加重病情还会危及到患者的生命[3-4]。本研究补阳还五汤配合中医针灸对中风后肢体功能障碍疗效分析，现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2015 年 5 月至 2016 年 6 月我院收治的中风后肢体功能障碍患者共 90 例，男 49 例，女 41 例，年龄 52～75 岁。按入院顺序随机均分为 2 组，其中对照组 45 例，男 25 例，女 20 例，年龄 52～72 岁，平均年龄（64.62 ± 5.87）岁，脑出血 23 例，脑缺血 22 例，左侧偏瘫者 24 例，右侧偏瘫者 21 例；观察组 30 例，男 24 例，女 21 例，年龄 55～75 岁，平均年龄（67.27 ± 5.79）岁，脑出血 25 例，脑缺

基金项目：北京市中医药科技项目（JJ2013-27）
作者简介：周艳朋（1986.06—），男，本科，住院医师，研究方向：神经内科，E-mail：2473677360@qq.com

血 20 例,左侧偏瘫者 21 例,右侧偏瘫者 24 例。所有患者一般资料经统计学分析无明显差异。纳入及排除标准:患者对本研究知情同意,且整个研究经本院伦理委员会的批准通过。

1.2 诊断标准 参照中华医学会全国脑血管学术会议制订的《各类脑血管病诊断要点》中脑梗死诊断标准,CT 或 MRI 检查明确梗死灶,一至数日内有脑局灶性损害症状、体征,具有颈内动脉系统和(或)椎-基底动脉系统症状和体征,腰穿脑脊液检查一般不应含血,常于安静状态下发病,多发于中年以上高血压及动脉硬化患者;中医诊断标准参照国家中医药管理局《中风病诊断和疗效评定标准》,主症:半身不遂,口舌歪斜,神识昏蒙,舌强言謇不语,偏身麻木。具有主症 2 个以上,急性起病,舌、脉、诱因、先兆、年龄等符合相应标准。

1.3 纳入标准 1)患者均为首次发生中风,有肢体功能障碍;2)符合中西医诊断标准,病历完整清晰,无药物过敏史;3)患者治疗前未接受其他治疗方式;4)无神经、肌肉和骨关节等方面的疾病。

1.4 排除标准 1)有严重高血压等不适宜服用补阳还五汤的患者;2)自身免疫性疾病或严重感染性疾病;3)类风湿性关节炎、关节畸形;4)参与本研究前接受过其他治疗方式;5)对本研究所用药物过敏者或不能进行针灸治疗者。

1.5 脱落与剔除标准 1)研究中心自行退出或未完成整个治疗过程的患者;2)研究中难以评价疗效者;3)研究实施中发生严重偏差,难以评价疗效;4)研究过程中出现严重不良反应及其他严重并发症者;5)申请人要求终止试验者。

1.6 治疗方法 入院后对照组患者采用降压、降糖药等西医基础治疗,静脉滴注甘露醇 125 mL,静滴,1 次/d;阿司匹林(拜耳医药保健有限公司,国药准字 H43021814,B14200669174),1 片/d;复方丹参滴丸(天士力制药集团股份有限公司,国药准字 Z10950111,C14000013742),10 丸/次,3 次/d,进行常规治疗。观察组采用补阳还五汤口服配合中医针灸治疗。补阳还五汤:黄芪 50 g、当归尾 10 g、赤芍 15 g、川芎 10 g、地龙 10 g、桃仁 10 g、红花 10 g、鸡血藤 15 g、秦艽 15 g。水煎服,1 剂/d,早晚分 2 次口服。针刺治疗:针灸治疗主穴取内关、百会、人中、合谷、三阴交、足三里;副穴取极泉、尺泽、委中、四神聪、印堂、极泉、尺泽、手三里、血海、委中、太溪、气海、关元。针具为一次性针灸针(0.30 mm×50 mm,苏州医疗用品有限公司),百会、印堂、四神聪平刺,进针 0.8 ~ 1.2 寸,施捻转补法 30 s;极泉、内关、委中、三阴交、手三里、合谷、血海、足三里、太溪、气海、关元直刺 0.5 ~ 1.2 寸,采用提插捻转泻法,得气后运针 30 s。1 次/d,6 次/周,12 次/疗程,暂停 2 d 后继续,共观察治疗 2 个疗程。同时指导:2 组患者进行功能康复训练。

1.7 观察指标 观察 2 组患者临床疗效,Fugl-Meyer 评分、MAS 评分、NIHSS 评分及血清 MMP-9、hs-CRP 水平。分别采用简式 Fugl-Meyer 运动功能评分法评价患者运动障碍程度,美国国立卫生研究院卒中量表 NIHSS 评价患者神经功能。Fugl-Meyer 评分、MAS 评分得分越高,患者运动功能越好;NIHSS 评分越低,说明患者神经功能越好。血清 MMP-9、hs-CRP 水平采用 ELISA 法检测,试剂盒购自武汉博士德生物工程有限公司。

1.8 疗效判定标准 临床疗效判断:显效:临床症状基本改善,肢体功能基本恢复;有效:临床症状改善,肢体肌肉痉挛改善不明显,关节活动及僵直有所改善;无效:临床症状无改善,关节活动度无变化。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行数据统计,计量资料以平均值 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间及组内比较采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验进行比较,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组治疗效果比较 观察组显效 23 例,有效 19 例,无效 3 例,总有效率 93.33%;对照组显效 12 例,有效 21 例,无效 12 例,总有效率 73.33%。2 组治疗效果差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 2 组患者治疗前后运动功能及神经功能评分比较 观察组经治疗后 Fugl-Meyer 评分、MAS 评分均明显高于对照组($P < 0.05$),而 NIHSS 评分明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.3 2 组患者血清 MMP-9、hs-CRP 水平比较 观察组患者在接受治疗后血清 MMP-9、hs-CRP 水平明显下降,显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

3 讨论

中风是常见的老年人多发性性疾病,具有较高的发病率、致死率及致残率。中风在中医理论里有外风和内风之分,外风是因外感风邪所致,而内风则属于内伤病证,又称脑卒中等。现代临床上的中风一般多指内伤病证类中风,患者由于气血逆乱、脑脉痹阻、血溢于脑等原因,导致猝然昏迷、半身不遂、肢体麻木、口舌歪斜等为症状的疾病[5]。中风多起病急、善行数变。造成中风的原因可能与患者情志

表 1　2 组患者治疗前后运动功能及神经功能评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	Fugl-Meyer 评分		MAS 评分		NIHSS 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n =45)	62.27 ±14.27	86.35 ±11.69 *	20.71 ±5.36	32.15 ±4.71 *	8.12 ±2.57	4.62 ±2.56 *
观察组(n =45)	60.35 ±14.35	78.39 ±15.52 *	21.67 ±5.59	26.38 ±5.26 *	8.25 ±2.81	7.02 ±2.15 *
t	0.636 4	2.748 2	1.299 3	5.482 0	0.229 0	4.815 8
P	0.526 1	0.007 3	0.197 2	0.000 0	0.819 4	0.000 0

注:治疗前后比较,* P <0.05

表 2　2 组治疗前后血清 MMP-9、hs-CRP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	MMP-9(μg/L)		hs-CRP(mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n =45)	395.71 ±41.42	91.72 ±1.30△	7.15 ±1.03	3.21 ±0.75△
对照组(n =45)	401.68 ±42.49	195.29 ±1.37	7.21 ±1.05	5.82 ±0.82
t	0.674 9	367.870 3	0.273 6	15.755 5
P	0.501 5	0.000 0	0.785 0	0.000 0

注:组内比较,△P <0.05

过极、饮食不节、过度劳累、血瘀气滞、气候变化等有关[6]。脑中风患者经过治疗后,极易出现半身不遂、半侧肢体障碍、肢体麻木、交叉性感觉障碍、眼球震颤、语言障碍、记忆力下降、口眼歪斜等后遗症[7-8]。患者之所以会出现这些症状,其原因在于脑血管内部的血液病变和血管病变,这些病变形成的血栓会导致脑组织缺血缺氧甚至坏死,若脑神经控制的运动神经系统受到损伤,即出现肢体障碍、半身不遂等相关的后遗症[9]。

C-反应蛋白(CRP)与动脉粥样硬化密切相关,能刺激内皮细胞和平滑肌细胞的炎性反应,诱导细胞凋亡[10]。hs-CRP 被证实是脑血管疾病的危险因素之一。MMP-9 为明胶酶 B,是造成细胞凋亡的因子之一,MMP 在脑缺血时被激活,并起到促进细胞凋亡的作用[11]。MMP-9 和 hs-CRP 属于缺血性中风的敏感炎性反应指标,一般中风患者血清 MMP-9 及 hs-CRP 水平呈现异常增高水平[12]。补阳还五汤能抑制 MMP-9、hs-CRP 的水平而抑制炎性反应的发生,保护神经元细胞而保护脑功能。

补阳还五汤由王清任首创,以补气药为主,活血药为辅,常被运用于中风后遗症患者。方中黄芪甘温,为补气之要药,黄芪还能改善血液循环,增强机体免疫力[13]。气为血之帅,气行则血活。当归活血通络,能使冠状动脉血流量增加,改善心功能和心肌缺血缺氧状况[14]。赤芍、桃仁、川芎、红花活血祛瘀;上述四药对人体血液系统都具有改善作用,因此对脑循环也有良好的改善作用[15]。辅以菟丝子、枸杞子补肝益肾。全方补气活血、通络化瘀,使气旺则血行,活血又不伤正。现代药理研究也证实补阳还五汤能增加血小板内环磷酸腺甙的含量,抑制血小板聚集和溶解血栓,发挥缓慢而持久的降压作用,起到改善微循环,增强机体免疫功能的作用[16]。

相关学者认为针灸可使血管扩张而改善大脑局部区域的供血,促进脑组织的恢复。本研究所取穴位中内关穴是八脉的交会穴之一,有养心安神、疏通气血之功。人中为督脉、手足阴阳之合穴。针灸可起到通调督脉,开窍启闭,健脑宁神的功用[17]。三阴交补肾滋阴,益精生髓。内关、人中、委中、极泉、尺泽可开窍醒神,疏通经络。针灸治疗中风疗效确切,针灸可促进受损神经细胞的恢复,还可调节阴阳、扶正祛邪。同时现代医学研究也证明针刺治疗可降低患者血液流变学,改善微循环,增加局部组织血流量[18]。还能增加血氧浓度,对局部神经功能起到良好的改善作用。因此采用针灸来配合治疗,以起到改善患者大脑皮质相应运动功能区域的血液循环,恢复中风后肢体运动障碍患者的运动功能,还有利于保护中风后受损的神经功能。

本研究中观察组总有效率显著高于对照组;观察组经治疗后 Fugl-Meyer 评分、MAS 评分均明显高于对照组,而 NIHSS 评分明显低于对照组,观察组患者在接受治疗后血清 MMP-9、hs-CRP 水平明显下降,显著低于对照组,提示补阳还五汤配合针灸能进一步改善患者中风后出现的肢体功能障碍。

参考文献

[1]李成国,胡一莉,戴慧峰,等.针刺结合运动康复疗法对中风偏瘫患者肢体运动功能和日常生活能力的影响[J].中国中医急症,2014,23(3):442-443.

[2]Maltais F,Decramer M,Casaburi R,et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement:update on limb muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease[J]. Am J Respir Crit Care Med,2014,189(9):e15-62.

[3]游义.醒脑开窍针法配合补阳还五汤对中风中经络证患者康复的影响[J].河南中医,2014,34(2):239-241.

[4]刘道龙,姜德友,褚雪菲.阴阳经穴透刺治疗中风后遗症痉挛性瘫痪的疗效观察[J].陕西中医,2016,37(8):1068-1069.

(下接第 189 页)

Depression[J]. Cell Physiol Biochem,2017,41(4):1393-1402.
[4]陈鹏启. 柴桂温胆定志汤合用氟哌噻吨美利曲辛治疗脑卒中抑郁症的研究[J]. 中国继续医学教育,2015,7(16):184-185.
[5]张乐翊. 中风解郁汤联合氟西汀治疗脑卒中抑郁症的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(6):634-636.
[6]岳红霞. 针灸联合体感音乐治疗对脑卒中后抑郁患者康复的影响[J]. 吉林中医药,2015,35(2):203-205.
[7]中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
[8]中华医学会精神科学会主编. 中国精神疾病分类方案与诊断标准(CCMD-3)[M]. 3 版. 济南:山东科学技术出版社,2001:230.
[9]陈永新,朱利芳,李焕芬,等. 米氮平联合杏灵分散片治疗脑卒中后抑郁症的疗效分析[J]. 世界中西医结合杂志,2015,10(1):100-102.
[10]孙成梅,刘晶晶,范爱娥. 认知干预改善脑卒中后抑郁症患者神经功能和认知功能的效果分析[J]. 中外医疗,2016,35(25):153-155.
[11]梁友云,马纯. 柴胡疏肝散加针灸配合三级康复治疗脑卒中后抑郁的疗效观察[J]. 四川中医,2015,33(07):115-117.
[12]胡阳,高昆. 针灸配合西药治疗脑卒中后抑郁症的疗效与安全性评价[J]. 云南中医中药杂志,2016,37(2):54-55.
[13]沈显群,龚自力. 血清高迁移率族蛋白 B1 白细胞介素-18 和-23 S100B 及同型半胱氨酸和神经肽 Y 水平检测对缺血性脑卒中预后的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志,2015,6(19):16-18.
[14]薛忠元,宋洋. 帕罗西汀对脑卒中后抑郁症患者血浆 P 物质、神经肽 Y 和促肾上腺皮质激素释放因子的影响[J]. 中国老年学杂志,2012,32(10):2148-2149.
[15]林优美,褚文浩,汤义平. 度洛西汀对脑卒中后抑郁症患者下丘脑-垂体-肾上腺轴及认知功能的影响[J]. 中国乡村医药,2017,24(1):12-13.
[16]陈巧莲,钟根明. 氟西汀对脑卒中后抑郁症患者下丘脑-垂体-肾上腺素轴功能的影响[J]. 中国药业,2012,21(2):32-33.

(2017－04－12 收稿　责任编辑:杨觉雄)

(上接第 185 页)

[5]黄奕旻,曾科学. 补阳还五汤加减配合太极针法治疗中风后便秘 32 例[J]. 河南中医,2015,35(6):1378-1379.
[6]范学科,郭林. 康复训练联合针刺对中风后遗症患者神经功能和运动能力的影响[J]. 南京中医药大学学报,2016,32(5):428-430.
[7]李桂玲,名盛. 补阳还五汤加减治疗中风后遗症 60 例临床观察[J]. 疾病监测与控制,2014,8(12):786-788.
[8]王重洋. 补阳还五汤配合针灸治疗中风后遗症疗效观察[J]. 中医临床研究,2014,6(31):39-40.
[9]黎杰,何振雄,伍忠荣,等. 腹针联合足底反射区按摩治疗缺血性中风后遗症临床研究[J]. 湖北中医药大学学报,2016,18(5):102-103,104.
[10]汤轶波,孔冉,白雪,等. 脑缺血再灌注损伤的中西医治疗研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(10):1100-1103.
[11]王珩,王彦云,刘琳等. 补阳还五汤对中风患者血清基质金属蛋白酶-9 及超敏 C-反应蛋白水平的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志,2014,9(6):423-426.
[12]Parker-Duffen JL, Nakamura K, Silver M, et al. Divergent roles for adiponectin receptor 1(AdipoR1) and AdipoR2 in mediating revascularization and metabolic dysfunction in vivo[J]. J Biol Chem, 2014,289(23):16200-16213.
[13]刘显红,郑安敏. 四逆补阳还五汤化裁治疗中风 30 例临床观察[J]. 中国社区医师,2014,30(5):82-83.
[14]Albani A, Ferraù F, Angileri FF, et al. Multidisciplinary Management of Pituitary Apoplexy[J]. Int J Endocrinol, 2016, 2016: 7951536.
[15]刘雁,冯晓东,任彬彬,等. 放血疗法治疗脑卒中后肢体痉挛患者的临床观察[J]. 中国康复医学杂志,2015,30(4):393-394.
[16]刘绍晨,吴晓光,杨岚,等. 补阳还五汤对脑出血大鼠脑组织水通道蛋白 4 表达及血-脑脊液屏障通透性的影响研究[J]. 中国全科医学,2016,19(21):2557-2561.
[17]李社芳,郑绍周. 疏血通联合中医针灸治疗中风恢复期患者的临床观察[J]. 中国药房,2016,27(26):3713-3714,3715.
[18]张贤明. 针灸结合康复技术治疗中风后偏瘫的疗效观察[J]. 实用临床医药杂志,2015,19(z1):135-136.

(2017－02－22 收稿　责任编辑:杨觉雄)