

针药结合治疗缺血性脑血管病临床研究述评

李中¹ 周德生² 江元璋³ 胡华² 葛金文¹

(1 湖南中医药大学,长沙,410208; 2 湖南中医药大学第一附属医院,长沙,410007; 3 世界针灸学会联合会,台北,10044)

摘要 该文综述了2010—2015年针药结合治疗缺血性脑血管病的临床研究进展,同时分析了应用针药结合治疗缺血性脑血管病临床优势的原因,并探讨了潜在的问题,认为针药结合治疗缺血性脑血管病临床优势显著。

关键词 针药结合;缺血性脑血管病;临床;述评

Clinical Study on Treatment of Ischemic Cerebral Vascular Disease with Combined Acupuncture and Chinese Medicine

Li Zhong¹, Zhou Desheng², Jiang Yuanzhang³, Hu Hua², Ge Jinwen¹

(1 Hunan University of Chinese Medicine, PhD, Changsha 410208, China; 2 The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, China; 3 World Federation of Acupuncture and Moxibustion, vice president, Taipei 10044, China)

Abstract This paper reviewed clinical research progress of acupuncture combined with Chinese medicine in the treatment of ischemic cerebral vascular disease during 2010-2015, and analyzed the clinical advantages of the therapy as well as the potential problems. And it is concluded that combined Chinese medicine and acupuncture has obvious advantages in treating the disease.

Key Words Combined Acupuncture and Chinese Medicine; Ischemic cerebral vascular disease; Clinic; Review

中图分类号:R245.3 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.09.072

脑血管病(Cerebral Vascular Disease, CVD)^[1]目前由于发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高以及并发症多的“四高一多”特点而被医疗界及社会广泛关注。其中又以缺血性脑血管病(Ischemic Cerebral Vascular Disease, ICVD)最为多见,比例也越来越高,是CVD的主体。目前为止,针药结合在本病的治疗中已取得了较好的疗效并得到广泛的认可。鉴于此,基于针药结合治疗ICVD的急性期、恢复期、后遗症期3个方面,我们综述了2010—2015年的临床研究进展,同时分析应用针药结合治疗ICVD临床优势的原因以及存在的问题。

1 缺血性脑血管病的临床分期治疗

缺血性脑血管病属于中医学中风范畴。中医中草药治疗脑梗死一直讲究辨证求本,从本质入手,调整阴阳平衡,从而达到标本兼治的目的。现代医学在临床上将中风分为急性期、恢复期和后遗症期。古人对此种分法虽没有明确提出,但亦从不同角度对其进行了论述。历代医家对中风急性期的描述最多,从内风学说立论后,对其主要症状的描述基本趋于一致。中风以猝然昏倒,昏不知人为首要起病方

式。古人对中风恢复期及后遗症期的划分没有明确的标志^[2],此期证候也没有明确论述,与急性期难以截然分开。但文献记载中提及中风病久治不愈的证候。到了现代《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[3]对中风的分期标准作出以下规定:急性期:发病2周以内,神昏者可延长至发病4周。恢复期:发病2周至6个月。后遗症期:发病6个月以后。现今医师开展缺血性脑血管病的针药结合治疗实际应用时,也做到了辨病分期、辨证选方和选穴。

1.1 急性期的针药结合治疗 胡氏^[4]将纳入64例阴类证急性缺血性中风的患者,随机分为对照组和试验组各32例,对照组使用常规西医治疗,试验组在对照组治疗方案基础上服用镇肝熄风汤(代赭石、生龙骨、生牡蛎各30g,怀牛膝、龟甲20g,白芍、茵陈蒿15g,玄参、天冬、川楝子、炙甘草各10g;失眠多梦加用茯神、夜交藤;头痛眩晕加用钩藤、天麻;口眼歪斜加用白附子、全蝎;针刺主要取穴包括百会、风府、大椎、筋缩、命门、腰阳关、长强)。结果:试验组在NIHSS评分改善幅度、中风症状控制时间和总

基金项目:湖南省教育厅重点项目(编号:14A111);湖南省教育厅一般项目(编号:14C0869);湖南省教育厅一般项目(编号:2014SK3077);湖南省长沙市科林局一般项目(编号:K1308023-31)

作者简介:李中(1988.08—),女,在读博士研究生,研究方向:中医药防治脑血管疾病方向,E-mail:83695421@qq.com

通信作者:周德生(1966.11—),男,医学博士,博士研究生导师,教授、主任医师,研究方向:中医药防治脑血管疾病方向,E-mail:2478020529@qq.com

有效率这些指标上均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组的不良反应发生率无显著差异($P > 0.05$)。

付氏^[5]将60例缺血性中风急性偏瘫患者分为2组,均给与西医常规治疗,治疗组加用化痰通络汤(法半夏10g,茯苓15g,白术10g,胆南星10g,天竺黄10g,天麻10g,丹参15g,炙远志6g,石菖蒲10g,郁金15g,红花10g,地龙10g,川芎10g等)及普通针刺(针刺取穴处方1:百会,四神聪,风池,完谷,天柱;处方2:人中,患侧肩髃、肩髃、曲池、尺泽、手三里、内关、合谷、梁丘、血海、足三里、阳陵泉、阴陵泉、丰隆、三阴交、绝谷、足临泣等)。结果:总有效率治疗组96.7%,对照组为83.3%;治疗组临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组神经功能缺损程度改善优于对照组,Fugl-Meyer运动功能评分改善优于对照组($P < 0.01$)。

龚氏^[6]将216例诊断为风痰阻络型急性脑梗死患者随机分为观察组和对照组,观察组110例,采用针灸(肩髃、曲池、外关、合谷4个穴位,于下肢处取环跳、足三里、阳陵泉、三阴交4个穴位,同时加入丰隆穴位)联合半夏白术天麻汤(法半夏9g,白术9g,天麻12g,胆南星6g,丹参15g,香附9g,酒大黄6g)治疗,对照组106例,仅单服用半夏白术天麻汤治疗。结果:观察组在血液流变学指标上,全血黏度、血浆黏度、血浆纤维蛋白原、血小板黏附度有明显改善($P < 0.05$)。

石氏^[7]将120例急性脑梗死患者,随机法分为观察组和对照组,每组60例患者,对照组采取常规的西医治疗,观察组使用针刺(曲池,内关,足三里,阳陵泉,手三里,解溪,合谷)联合中药(红花,丹参,水蛭,川芎为基本方)治疗,结果:观察组NIHSS和BI评分均显著优于对照组,差异有统计学意义,治疗后观察组患者血液流变情况以及VEGF和NPY含量均显著优于对照组($P < 0.05$)。

1.2 恢复期的针药结合治疗 王氏^[8]将缺血性中风恢复期80例气虚血瘀型患者随机分为西药治疗对照组与中医针药结合治疗组。针灸予以体针取内关、人中、三阴交、极泉、委中、尺泽等为主穴;眼针取心区、脾区、上焦区、下焦区。中药汤剂予以扶正消栓汤加减治疗(黄芪50g,地龙20g,当归20g,川芎15g,桃仁20g,红花15g,赤芍20g,党参25g,牛膝25g,全蝎10g),利用BI指数等分析治疗效果。结果:针药治疗BI指数为(81.3±10.7),明显优于西药对照组(70.2±13.8)。

徐氏^[9]将缺血性中风恢复期患者120例,随机分为对照组和观察组各60例。分别给与缺血性脑卒中二级预防和在此基础上加用益气健脑方(黄芪30g,制何首乌20g,鸡血藤20g,石菖蒲20g,远志15g,银杏叶15g,丹参15g,天麻10g,当归10g,僵蚕10g,川芎10g,三七6g,全蝎6g)合穴位针刺(头针选择人中、百会、印堂及四神聪等穴位,体针则选择双侧内关、血海、足三里、三阴交和患侧极泉、尺泽及委中等穴位)辅助治疗。结果:观察组患者临床疗效显著优于对照组($P < 0.05$);观察组GCS评分、ADL-Barthel指数评分均显著优于治疗前($P < 0.05$)及同期对照组($P < 0.05$);观察组患者治疗后并发症发生率显著低于对照组($P < 0.05$)。

岳氏^[10]将84例缺血性中风恢复期患者随机分为对照组和观察组各42例。2组均按照缺血性脑卒中二级预防方案常规治疗,观察组在对照组治疗的基础上加用醒神通络方(黄芪30g,天麻10g,制何首乌20g,鸡血藤20g,三七粉6g,丹参15g,当归10g,银杏叶15g,水蛭3g,僵蚕10g,全蝎4g,川芎10g,石菖蒲20g,远志15g),同时采用醒神通络针灸(头针选择人中、百会、四神聪、印堂等穴位。体针选择内关、足三里、三阴交、血海等穴位及患侧极泉、尺泽、委中等)治疗。结果:观察组疗效总有效率为83.3%,优于对照组的57.14%($P < 0.05$);治疗后观察组除意识因子外,其他CSS因子评分及CSS总分均低于对照组($P < 0.01$);治疗后观察组ADL评分高于对照组($P < 0.01$);治疗后观察组和对照组均有改善。而治疗后的观察组ACA和MCA血流速度均较治疗前明显改善,并好于对照组($P < 0.01$);2组治疗后PCA血流速度均较治疗前改善($P < 0.01$);治疗后2组NO水平平均升高,观察组高于对照组($P < 0.01$);2组ET-4均下降,观察组低于对照组($P < 0.01$)。

曾氏^[11]选取脑梗死恢复期患者76例,随机分为对照组和观察组各38例,对照组患者采用常规方法治疗,观察组患者在对照组常规治疗的基础上加用电针灸(体针主穴:取肩髃、曲池、外关、肩前、尺泽、合谷、髀关、伏兔、阳陵泉、足三里。配穴:取手三里、曲泽、风市、阴陵泉、昆仑、委中、八邪、八风、廉泉)和补阳还五汤加味(黄芪50g,赤芍10g,桃仁6g,川芎10g,当归15g,地龙10g,红花6g。肢体麻木者加白芍、益母草、桂枝;上肢不利者加桂枝、桑枝各10g,下肢活动不利者加川续断30g,杜仲10g,桑寄生15g;半身不遂者加全蝎10g,水蛭10g,乌

稍蛇 3 g,土鳖虫 5 g)。结果:2 组神经功能损伤评分均较治疗前有降低($P < 0.05$),生活自理能力均有提高($P < 0.05$),观察组改善程度均优于对照组($P < 0.05$);观察组患者总有效率为 92.1%,明显高于对照组的 73.7%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

刘氏^[12]将 90 例气虚血瘀型缺血性脑卒中偏瘫恢复期患者随机分为针刺组、中药组和联合组,每组 30 例。联合组采用针刺(取风池、风府、后顶、百会、前顶、通天,气海、曲池、合谷、列缺、腕骨、血海、足三里、悬钟、三阴交、太冲、昆仑,肢体穴位取患侧,头部穴位取双侧。)配合口服黄芪桂枝五物汤(黄芪 30 g,桂枝 10 g,赤芍 10 g,白芍 10 g,当归 10 g,鸡血藤 30 g,水蛭 5 g,地龙 5 g,葛根 10 g)治疗,针刺组采用单纯针刺治疗,中药组采用单纯中药治疗。结果:联合组总有效率为 93.3%,针刺组为 80.0%,中药组为 83.3%,联合组总有效率与针刺组和中药组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。3 组治疗后 CSS 评分、FMA 评分及 BI 指数评分与同组治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。联合组治疗前后 CSS 评分、FMA 评分及 BI 指数评分差值与针刺组和中药组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

张氏^[13]将 124 例缺血性中风恢复期患者随机分为对照组和观察组各 62 例。对照组采用 Bobath 方法、强制性运动疗法、减重步行训练、运动再学习方案等。观察组在对照组治疗的基础上采用针灸(头针采用焦氏头针取健侧运动区、感觉区、血管舒缩区、平衡区、语言区。体针选肩髃、曲池、外关、灵骨、阴陵泉、三阴交、委中、承山、丘墟。言语蹇涩配哑门、通里;经筋屈曲拘挛配曲泽、大陵、曲泉、太溪等穴;口角歪斜者配颊车、地仓)和自拟通络牵正方(地龙 10 g,僵蚕 10 g,鸡血藤 15 g,红花 6 g,白附子 12 g,当归 10 g,天麻 15 g,石菖蒲 10 g,川芎 10 g,郁金 10 g;并以全蝎 3 份,蜈蚣 3 份,水蛭 3 份,冰片 0.2 份比例打细粉,每次冲服 3 g。随证加减,气虚者加黄芪 30 g,党参 15 g,白术 15 g;气滞者加香附、银杏叶各 10 g;肝肾不足加熟地黄 20 g,山茱萸 10 g)。结果:观察组疗效总有效率为 93.5%,优于对照组的 77.4% ($P < 0.05$);治疗后观察组 NIHSS, Ashworth, Fugl-Meyer(上肢和下肢)评分低于对照组, Barthel 指数评分高于对照组 ($P < 0.01$);治疗后 2 组 FCA 评分上升,观察高于对照组 ($P < 0.01$);治疗后 2 组中医证候积分下降,观察组低于对照组 ($P < 0.01$);观察组肢体运动功能残损和 Ashworth 肌张力分级的改善程度均优于对照组 ($P < 0.05$)。

1.3 后遗症期的针药结合治疗 王氏^[14]将 100 例缺血性中风后遗症期(肝肾亏虚型)患者采用滋养肝肾法服用左归丸合地黄饮子加减(熟地黄 20 g,山茱萸 20 g,菟丝子 20 g,牛膝 15 g,龟甲 15 g,巴戟天 15 g,肉苁蓉 15 g)结合针刺法(曲池、手三里、外关、合谷、后溪、环跳、风市、足三里、太溪、阳陵泉、太冲)治疗,观察其临床效果。结果:临床治愈 11 例,治愈率 11%,显效 36 例,有效 50 例,无效 3 例,总有效率 97%。

孔氏^[15]将缺血性卒中后遗症患者 150 例,随机分成对照组和观察组各 75 例。对照组口服补阳还五汤治疗,观察组口服补阳还五汤(生黄芪 50 g,桃仁、红花各 10 g,当归、川芎、地龙、赤芍各 20 g)配合针刺(针刺合谷、内关、曲池、手三里、肩髃)治疗。结果:观察组基本痊愈 40 例,有效 28 例,无效 7 例,总有效率 90.7% (68/75);对照组基本痊愈 28 例,有效 29 例,无效 18 例,总有效率 76.0% (57/75)。

黄氏^[16]将 97 例缺血性中风后遗症期患者均采用化痰通痹汤辨证加减联合针刺疗法进行治疗。化痰通痹汤根据患者临床常见瘀络痹阻证,拟定以下基本方:当归尾 15 g,赤芍 10 g,地龙 10 g,桃仁 10 g,红花 5 g,黄芪 120 g,白芍 10 g,全蝎 6 g,土鳖虫 9 g,天麻 10 g,甘草 6 g。辨证加减:肾虚腰脊下肢无力者加杜仲、桑寄生、续断、淮牛膝;肝阳上亢有高血压者容易发怒者加珍珠母、石决明;风邪盛痹痛窜麻明显者加用蜈蚣 3 条;阳不化气麻木甚者加桂枝、鸡血藤;肥胖血脂高痰盛者加山楂、大黄;阴虚者加熟地黄、菊花等。针刺疗法体针主要在患侧肢体上取穴。上肢:肩髃、曲池、手三里、外关、合谷;下肢:环跳、风市、阳陵泉、足三里、昆仑、解溪、太冲。有言语吞咽困难者取廉泉和夹廉泉。

关氏^[17]将 138 例患者分为 2 组,对照组 60 例常规西医处理,观察组 68 例加用针刺(针刺取穴选择患侧内关、水沟、肩髃、臂臑、曲池、三阴交、环跳、委中、足三里、昆仑)和中药补阳还五汤(黄芪 30 ~ 100 g,当归 15 g,白芍、赤芍、地龙、桃仁各 10 g,红花 6 g)治疗。结果:观察组基本痊愈 34 例,基本痊愈率 50.00%,总有效率 91.18%。对照组基本痊愈 18 例,基本痊愈率 30.00%,总有效率 79.33%。2 组比较,基本痊愈率和总有效率差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2 组神经功能缺损评分和日常生活能力与本组治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),与对照组治疗后比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2 针药结合治疗缺血性脑血管病临床优势的原因

随着社会环境以及临床疾病谱的不断变化。中医中草药在显示出自己独特的不可取代作用,同时也要求在临床上应用多技术多组合的综合治疗方法,全方位地采用多种治疗手段,从而达到多元化治疗作用。针灸和中药作为中医历史长河中最早出现的两类治疗手段,很早就被古代医家结合采用。现在它们作为当代中医治疗手段中运用最为广泛的两类,自然而然的被越来越多的医家所采用,显示出其强有力的生命力。缺血性脑血管病隶属于传统中医中风范畴,传统观点认为“中风”为内科难治性疾病之首,针对于这内科难治性疾病之首,古代医家往往采取针药结合共同治疗中风,针灸在外,可以通过调理腠理,疏通经络。配合中药汤剂内服,可以起到调理五脏六腑,从而内外兼顾。

2.1 传统观点认为缺血性脑血管病属于“中风”为范畴 中医内科学是中医临床学科中最早的学科,是临床各科的基础。但在我国宋代以前,中医文献中没有内科学专著,可能是由于内科学的建树与整个中医的理论实践成就很难截然划分,其内容皆融于伤寒、温病、杂病、病源、诊法、方书等类别文献中。直到金元学术争鸣时期,才出现内科学专著和内科专著著作,而内科病证多以“中风”为首^[18]。中风是以突然昏仆,不省人事,半身不遂,口眼歪斜,语言不利为主症的病证。由于本病^[19]起病急,变化快,“如矢石之中的,若暴风之疾速”,中风病的及时救治显得尤为重要。再且中风自古以来即为难症:即中风^[20]居风、癱、厥、膈中医四大难症之首,这里的中风包括缺血性中风,相当于现今的“缺血性脑血管病”,从古至今对该病的治疗均未达到理想状态。故历代医家对于中风病的预防、诊断、治疗都颇为重视。自隋代《诸病源候论》将“中风候”设为内科病之首^[18],后世的大部分内科文献都将“中风”作为首个病证论述。如《三因极一病证方论》《儒门事亲》《丹溪心法》《证治汇补》等。大部分综合性医书以及医学入门书中的杂病部分也是以“中风”为首。这就为运用针药结合多种手法并治,多法多靶点多途径提供了施行的环境。

2.2 针药结合是中医临床治疗中风的主流选择 针灸与药物相须为用,杂合以治,古已有之^[21]。从古至今,成为医学名家者并不仅限于单用针灸或中药治疗疾病。针药并举,这是有史可溯。《左传》载,晋景公患重病,医缓诊后说:这病治不了,在育之上,膏之下,攻之不可,达之不及,服药不至病所,无

法可治。这里“达”指针刺,可见针、药是当时普遍的治疗手段。《史记·扁鹊仓公列传》载,扁鹊治虢太子之病,先刺百会穴,继用药熨,最后服汤药而愈,可算是针灸药并用的先例。汉初医家仓公(淳于意),《史记》中记述了他的26个“诊籍”(即医案),他认为针灸药物各有所宜,有的病“不当饮药”,有的病“不当针灸”。故其诊籍中,有的用刺法失效,改用汤药而愈,有的则采用针灸、药物配合而提高了疗效。这些医家针灸药并用的有效医疗实践活动,为针药结合理论的提出打下了坚实的临床基础^[22]。到了奠定中医学发展的理论基础的成书——《黄帝内经》的问世,更是将针药同用的观点提到台面上来。如《素问·移精变气论》^[23]:“当今之世,必齐毒药攻其中,浚石针艾治其外”等都是明确的论述。张仲景虽为方书之祖,但其实也是一位针药并用,博采众长之人。其书《伤寒杂病论》^[24]开辟了汤液与针灸治病的典范,使针、药两法用于临床而相得益彰。唐代著名医家孙思邈在《备急千金要方》^[25]极倡导“知针知药”的观点。他说“若针而不灸,灸而不针,皆非良医;针灸而不药,药不针灸,尤非良医。”金元四大家中,张从正将灸、蒸、熏、煨洗、熨、针刺、导引、按摩等列入汗法门,其治疗过程多见针药兼施的案例^[26]。元代罗天益^[27]在其《卫生宝鉴》一书治疗中风,善于调和气血,预防先兆,针药同施。宋代许多医家崇尚仲景学派^[28],他们充分认识针药特性,许叔微在《普济本事方》及《伤寒九十论》、郭雍在《伤寒补亡论》中对仲景《伤寒论》临证治病,运用针药的经验有较多地继承和发挥。因而,从古代论著医案中分析探讨“各用其宜”与“杂合以治”的规律^[29],可以为总结针药结合适应证的范围提供借鉴。南宋医家王执中重视针灸,也很注重并擅于方药治病,《资生经》^[30]中处处体现着他关于“针灸须药”的思想。除了在卷二首篇进行论述外,书中他卷散在的实例众多。明代杨继洲著有针灸百科全书之称的《针灸大成》,其中提倡针灸药并用,不能单纯用一种疗法的思想。今临床之针灸名医也多是针药并用,内外兼治。故云:“针、药两者得兼,而后可与言医”。特别是随着西方医学卒中单元的引进和逐渐广泛的应用,卒中单元和/或中医卒中单元中的针药结合,致使针药结合之路越来越清晰。Cochrane系统评价^[31]共纳入14个随机对照试验(共1208例患者),荟萃分析显示,与对照组相比,针刺组远期死亡或残疾人数降低,差异达到统计学意义的临界值($P=0.05$),神经功能缺损评分显著改善。指南^[31]

推荐建议根据具体情况结合患者意愿决定是否选用针刺(II级推荐,B级证据)。神经系统疾病是临床针灸的主要病谱之一,据有数据^[33]统计,在WHO推荐的针灸所治疗的疾病中,神经系统疾病,包括17种,占针灸治疗所有疾病的40%,可见针灸在治疗神经系统疾病方面很有优势。据广州中医药大学附属医院针灸住院部统计^[32],住院患者中80%以上为神经系统疾病的患者,而神经系统疾病中,以脑血管意外为首位。吴氏^[33]搜集2000—2014年发表的文献,应用国际Cochrane协作网评价方法对纳入的针药结合治疗脑梗死的临床随机对照试验1123例患者,进行Meta分析得出的结论为:针药结合治疗脑梗死的临床疗效要优于单纯针刺或单纯用药(中药或西药),可以减少患者的死亡率以及致残率。

2.3 针药结合治疗缺血性脑血管病的优势 针药结合^[34],是在疾病的治疗过程中,对同一患者,针对其病症同时施以针灸和药物2种治疗措施,以达到防病治病的目的。其综合了针灸学与中药学、方剂学中的相关理论,是中医学中特色鲜明的治疗方法。千百年来针灸与药物一直广泛地被结合运用,其动力来自临床的需求和2者治疗特征所具有的优势互补。针灸治疗和中药治疗都是建立在辨证论治基础之上的具体治疗手段,同时辨证论治也是针药并用的理论核心。现今针药结合在方法和应用范围上都较传统的针药结合有很大的发展。与单纯针刺或单纯中药治疗脑血管病相比,针药结合临床药效如CSS评分、BI指数都有明显优势,这些都是有数据说明的。针药结合临床模式^[34]对于提高临床疗效,尤其是运用中医药治疗疑难复杂性疾病和危重疾病方面有较大的空间。脑血管病本身就存在临床的特殊性,脑血管病多发生于中老年,表现症状多为言语蹇涩或不语,半身不遂,口舌歪斜、肢体麻木等。单一的药物治疗和针刺治疗在治疗缺血性脑血管病这种急危重症上面是很有局限的。在脑梗死的超急性期^[35],中医综合疗法的多手段治疗能够发挥多靶点、多通道的综合作用,虽然在抑制兴奋性氨基酸释放以挽救缺血半暗带这单一靶点上事件上的作用目前还不甚明确,但在急性期干预损伤联级反应的多分子机制和在恢复期^[35]协助神经功能恢复上显现优势。而就中医方面看,针药结合对于缺血性脑血管病能够发挥中医药标本并治和脏腑经络并治的奇特魅力。中医的标本并治是建立在明察病机标本关系和因果关系的基础上,利用针灸和中药的不同特性,从标本2个方面同时治疗。如中风急性期^[5],标

实为主,正气不虚,多主攻标实,如果辨证病邪的核心是痰瘀阻塞,就针对这个化痰祛瘀,针刺此期多选用阳明经穴位,以祛风化痰,疏经通络,协助中药汤剂而使痰瘀及时祛除;中风恢复期^[8]机体处于恢复状态,正气多虚而气为血之帅,气行则血行,气机不利血运失常,久留机体成为血瘀。因此,中风恢复期多以气虚血瘀证多见,为本虚标实之象。治疗上多以扶正通络,益气活血为主,取穴手足阳明、手足少阳经行气活血通络为治标之法;后遗症期^[14]由于患病已久加之年老体衰导致肝肾亏虚,津液不能输布,水液停聚肢体经络,血瘀不行,故容易出现像偏瘫的常见后遗症,医家在此多以滋养肝肾法。因为在缺血性中风的急性期过后的后遗症期,所以选用头针治疗对于意识障碍、肢体神经功能缺失、言语功能障碍及相关症状均有明确疗效。体针对于有肢体功能障碍、神经功能缺损的缺血性中风后遗症患者均疗效明显。脏腑经络并治常用于脏腑经络同病之各种病症,尤其适合中风后遗症肢体麻痹。常用的对策是以中药辨证施治调整脏腑,以针灸行气活血疏通经络。总之,针灸对机体的失衡状态具有调整作用,这种作用是通过针灸的疏通经络、行气活血、调和阴阳等功效实现的。中药汤剂通过内服,可以更好的调和五脏六腑功能。实践证明,要想让针灸在更大空间中得到发展,就必须突出针药并用,内外结合,综合治疗。

3 针药结合治疗缺血性脑血管病存在的问题与展望

3.1 辨证用药、辨证取穴及辨证施护均欠规范

3.1.1 针药结合方案的优选 中医药及针灸治疗缺血性脑血管病疗效确切。其关键前提是在准确诊断,系统提高辨证水平的基础之上进行辨证施治。大量的临床实践是检验针药结合疗效的唯一判定标准。故此越来越多临床医师加入了此领域进行了大量总结及研究。综看近5年的临床文献研究也越来越重点落在针对具体病证、病期、证候的缺血性脑血管病上,从而看到了辨证的针药结合优选方案。但是应该看到陈述性较多,总结治疗和疗效规律较少,各自成一家,缺乏大样本、多中心、多临床的协作,在发挥针药结合治疗优势病种出现了局限性。然后具体用什么中药汤剂和如何临证取穴的选择上都固守各方,缺乏规范性。从相关文献报道可知,中药汤剂恢复期和后遗症期多选用补阳还五汤或者各医院各科室的经验方。针灸取穴多集中在阳明经、少阳经。

3.1.2 针药结合人才的培养 进入21世纪,传统中医教育面临着更加艰难的地步,一方面由于西方医学的笼罩,要求向专业化发展,中医内部分科也越来越细;一方面由于社会的多元化,疾病谱的多元化,要求中医医师能够结合中医的多种手段。虽然中医内部课程中,中医临床专业要进行针灸学学习,但是学完之后,在临床以至实习之际,操作少之甚少,到后期干脆只知大概理论框架,并不会针灸基本刺法。而针灸专业的学生,虽然也学习中基、中药、方剂,但是并不懂如何辨证给药,只擅长“专而精”的针灸技术,而疏于方药、只善于治病而疏于诊断,以致于在业内留下医技师的印象。依据现今要求疾病治疗多种手段并施的环境要求,应该对针灸人才培养和中医医师的培养重新定位,目标是在做一名合格中医师的基础上,又擅用针灸、中药等治疗手段,这样才是新型中医药人才。在临床实践中,我们需要注意发挥针刺治疗的优势和潜能,进一步加强针刺操作的规范培训,使之能够大面积推广与临床使用,同时开展与中药治疗手段相结合的综合治疗方法,促使缺血性脑血管病患者得到更好的恢复。

3.1.3 针药结合护理的到位 针药的缺失,应该包括两方面的含义。一方面针灸护理的缺失,由于针刺时间不够,而早早收针,从而不能发挥针刺的良好效果。也存在由于针刺时间过长,加上某些医师责任心不够,疏于穴位的准确度把握,没有对患者进行规定时间和规定次数的行针,使得针灸无法发挥良好行气的目的,更有甚者针刺时出现折针、弯针的现象。另一方面药物护理不够,药物的护理关键在于未能根据药物的特殊的煎煮方法进行,需要后下的未后下,需要布包煎服的未用布包煎,需要另煎的名贵药材未另煎,而是通通一窝端。同时也不顾及是否根据具体方剂要求区分使用文火或者武火。医师告知患者时候也未细心告知具体的煎煮时间、煎煮次数、服药时候。

3.2 针药结合治疗缺血性脑血管病的作用机制研究不够深入 近来文献的研究还是以西医NISS评分、BI指数作为疗效指标。但是也有临床文献把重点落在血液流变学等具体生化指标上来。对于针药结合作用机制的临床研究,大都是一笔带过或者干脆不提。究其原因都是大都依托现有的中药药理成果认为此方中某某药物具有某某机制,某某针刺穴位能够产生某某效果,未能自行查漏补缺。未能在现代生物学与生物化学技术背景下阐明具体的作用机制,亦未能清楚阐明针药对于机体的具体作用途径

与靶向。下一步应该根据现代制药学和中医理论,详细阐明针药结合作用机制与靶向途径,找出作用的靶器官、具体影响的因子及指标。也可以扩宽针灸的研究领域,加强针灸与其他边缘学科的合作,如生命科学的基因工程、生物工程、物理、化学等,运用多学科交织的内在联系来探索针灸的神秘面纱,从而寻求新的切入点,使针灸潜能得到突破。

3.3 针药结合治疗缺血性脑血管病的临床耐受性问题 虽然现在患者有针药同施的意识观念越来越强,但是针药同西药三法宝之一的抗生素一样面临着同样尴尬的困局。针药不能耐受是指针灸和中药患者短期运用效果显著,长期服用出现像抗生素一样耐药反应,患者症状无法改善,收效甚微。所以,现在针对缺血性脑血管病这种优势病种,当代很多医家提倡及早干预治疗,如石学敏院士就强调早针灸早受益。因此往往一确诊,参与时间越早疗效越佳,在内科病明确诊断下立即开展常规中药汤剂治疗时加入针灸,有利于神经功能恢复,提高治愈率,降低致残率^[36]。

4 结语

针药结合在治疗缺血性脑血管病存在良好的疗效,已经被越来越多的临床医师,通过随机对照试验和统计学分析所证实。缺血性脑血管病是中西医结合临床优势病种之一。但是影响针药结合临床疗效的因素仍然众多。在老龄化社会即将到来之时,针药结合治疗缺血性脑血管病临床基础、临床机制、临床技术、临床规范、临床路径、临床经验等等课题,需要我们解决和探究的问题仍然很多。建立针药结合治疗缺血性脑血管病的临床规范和临床路径,可以为中医临床及中西医结合临床树立典范。

参考文献

- [1] 李春林. 中风病风痰入络型危险因素的研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2012: 1-5.
- [2] 翁奎坤. 缺血中风诊断(行业标准)研究——中风病病名诊断标准的修订[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011: 8-10.
- [3] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 56-62.
- [4] 胡添非, 韦有仕, 湛韬. 中药与针刺联合治疗阴类急性缺血性中风的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(3): 74-75.
- [5] 付中应, 李向荣, 吴清明, 等. 化痰通络汤联合针刺治疗缺血性中风急性期偏瘫30例临床观察[J]. 中医药导报, 2015, 21(15): 59-61.
- [6] 龚翠兰, 车雄宇. 针灸联合药物对风痰阻络型脑梗死患者血液流变学的影响[J]. 中医临床研究, 2015, 7(1): 46-47.
- [7] 石凤琴, 杨宏山. 针刺联合中药治疗对急性脑梗死患者神经功能缺损情况影响的研究[J]. 四川中医杂志, 2015, 33(5): 153-154.

- [8]王迅. 针药结合治疗缺血性中风恢复期 80 例气虚血瘀型患者的临床研究[J]. 中国保健营养:下旬刊,2013,23(4):2117-2117.
- [9]徐薇薇. 益气健脑方穴位针刺在缺血性中风恢复期中的应用[J]. 中国中医急症,2015,24(8):1468-1470.
- [10]岳爱霞. 醒神通络方加针灸改善缺血性中风恢复期神经功能缺损的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2014,20(10):200-204.
- [11]曾令虹. 电针灸配合补阳还五汤加味治疗脑梗死恢复期疗效分析[J]. 亚太传统医药,2015,11(7):93-94.
- [12]刘传立. 针药并用对气虚血瘀型脑卒中偏瘫患者运动功能的影响[J]. 上海针灸杂志,2015,34(9):807-810.
- [13]张凤林. 通络牵正方联合针刺治疗中风恢复期神经功能的缺损[J]. 中国实验方剂学杂志,2014,20(18):212-215.
- [14]王艳明,孙奇,田庆玲,等. 滋养肝肾法结合针刺法治疗缺血性中风的疗效观察[J]. 中国现代药物应用,2015,9(9):245-246,247.
- [15]孔祥艳. 针灸配合补阳还五汤治疗卒中后遗症及对患者上肢痉挛程度和手功能的影响[J]. 中国医刊,2014,49(5):100-101.
- [16]黄晓辉,邓国辉. 化痰通痹汤联合针刺疗法治疗缺血性中风后遗症 97 例[J]. 云南中医中药杂志,2015,36(7):44-45.
- [17]关峰. 脑血栓后遗症患者针药并用疗法的临床研究[J]. 中医临床研究,2014,6(1):36-37.
- [18]艾青华. 中医古籍体例沿革与学术发展的关系研究概论[D]. 北京:中国中医科学院,2012:95-100.
- [19]马进. 缺血性中风病证候诊断量表研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2012:31.
- [20]赵德喜,张影,王禹,等. 明清时期中风病文献研究探析[J]. 中国中医药现代远程教育,2013,11(14):1-2.
- [21]陈丽智,王玲玲. 关于针药结合临床研究的思考[J]. 针灸临床杂志,2011,27(4):56-59.
- [22]龚东方,杨海燕,张家维. 针药结合学术思想溯源[J]. 针灸临床杂志,2004,20(8):3-4.
- [23]韩彬. 论中医针药并用过程中针灸和中药的关系[J]. 中医杂志,2012,53(15):1273-1276.
- [24]张达贵, Li-hong L. 《伤寒杂病论》针(灸)药结合思想的探讨[J]. 江西中医学院学报,2011,23(5):3-6.
- [25]王耀帅,张建斌,王玲玲,等. 对针药结合研究现状与发展趋势的思考[J]. 中医杂志,2012,53(6):473-475.
- [26]刘珊珊. 《伤寒杂病论》中针(灸)药并用的文献学研究[D]. 济南:山东中医药大学,2012.
- [27]杨景峰,任艳芸. 罗天益学术思想研究文献评价[J]. 陕西中医学院学报,2012,35(6):7-9.
- [28]吕芹. 浅谈《伤寒补亡论》的学术贡献[J]. 国医论坛,2011,26(5):1-3.
- [29]周树鹏,王耀帅. 古代针药结合学术思想对针灸医学发展的启示[J]. 山东中医药大学学报,2013,37(4):284-286.
- [30]尹萍. 对《针灸资生经》研究现状的探讨[J]. 云南中医中药杂志,2013,34(4):59-61.
- [31]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 2014[J]. 中华神经科杂志,2015,48(4):246-257.
- [32]张泓,何可. 针灸在神经系统疾病中的运用[J]. 2010 湖南省针灸学术年会资料汇编,2010.
- [33]吴波. 针药结合治疗神经系统疾病的临床方案的评价[D]. 南京:南京中医药大学,2014.
- [34]中国中医科学院针灸医院,韩彬. 针药并用中针灸和中药的关系(上)[N]. 中国中医药报,2012-10-31(004).
- [35]宋坚,倪光夏. 针药结合治疗缺血性中风规律探讨[J]. 吉林中医药杂志,2010,30(3):239-240.
- [36]李中,周德生,吴兵兵,等. 脑梗死中医临床研究的优势与发展[J]. 中国中医急症,2015,24(9):1591-1594.

(2016-04-11 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 1921 页)

- [36]Takara K,Horibe S,Obata Y,et al. Effects of 19 herbal extracts on the sensitivity to paclitaxel or 5-fluorouracil in HeLa cells[J]. Biological and Pharmaceutical Bulletin,2005,28(1):138-142.
- [37]Yamada I,Goto T,Takeuchi S,et al. Mao (Ephedra sinica Stapf) protects against D-galactosamine and lipopolysaccharide-induced hepatic failure[J]. Cytokine,2008,41(3):293-301.
- [38]Attard E,Vella K. Effects of ephedrine and Ephedra fragilis crude extracts on human peripheral lymphocytes[J]. Pharmacognosy Research,2009,1(2):38.
- [39]周云云,但红,宋成武,等. 麻黄非生物碱类成份对高脂血症模型小鼠脂质代谢的影响[J]. 湖北中医杂志,2011,33(6):3-5.
- [40]李良满,李静波,朱悦. 草麻黄补体抑制成分在大鼠急性脊髓损伤中的作用[J]. 中国医科大学学报,2011,40(5):405-407.
- [41]张文海,付兆柱,姜金凤. 麻黄及其常见伪品性状鉴别[J]. 求医问药:学术版,2011,9(4):125.
- [42]张红星. 祛寒止痛颗粒中的麻黄、赤芍薄层色谱鉴别研究[J]. 中国民族民间医药,2013,22(11):14.
- [43]董长虹. Matlab 神经网络与应用[M]. 北京:国防工业出版社,2007.

(2016-09-09 收稿 责任编辑:洪志强)