

21(4): 451-459.

(3) 高放. 滋阴活血方治疗高血压合并冠心病的疗效分析 (J). 实用临床医药杂志, 2019, 23(4): 47-49, 53.

(4) 王阶, 邢雁伟. 冠心病心绞痛证候要素诊断标准 (J). 中医杂志, 2018, 59(6): 539-540.

(5) 田丰, 刘怀林, 黄学伟, 等. 黄连温胆汤加味治疗冠心病稳定型心绞痛的疗效及对血脂和 CRP 的影响 (J). 淮海医药, 2018, 36(1): 76-77.

(6) 高涛, 薛一涛. 冠心病危险因素的中医病因病机研究进展 (J). 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(22): 3521-3524.

(7) 中华医学会心血管病分会介入心脏病学组和动脉粥样硬化与冠心病学组, 中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会. 中国稳定性冠心病诊断与治疗指南 (J). 中华心血管病杂志, 2018, 46(9): 680-694.

(8) 王阶, 陈光. 冠心病稳定型心绞痛中医诊疗专家共识 (J). 中医杂志, 2018, 59(5): 447-450.

(9) 关敬树, 周云, 缪志静, 等. 丹参多酚酸盐对冠心病患者内皮功能及氧化应激状态的影响 (J). 中国药业, 2019, 28(24): 75-77.

(10) 杨晓华. 冠心病患者血清 Hcy 水平与氧化应激反应及冠脉病变的相关性 (J). 河北医药, 2020, 42(13): 2003-2006.

(11) 孙艳玲, 李联社, 武向阳. 冠心病合并高血压患者、冠心病患者中医证型分布及与冠状动脉病变程度关联性分析 (J). 中国中医急症, 2020, 29(1): 68-72.

(12) 崔伟锋, 刘萧萧, 韩静漪, 等. 原发性高血压病心血管危险因素分析 (J). 中国全科医学, 2020, 23(22): 2797-2803.

(13) 刘甜甜, 姚魁武, 段锦龙. 血府逐瘀汤治疗心血管病的药理机制研究进展 (J). 吉林中医药, 2019, 39(10): 1397-1400.

(14) 魏雪茹, 韩宝华, 张鲜芳. 柴胡疏肝散合血府逐瘀汤加减与阿司匹林联合用药对气滞血瘀型稳定性冠心病的疗效及机制分析 (J). 广州中医药大学学报, 2021, 38(9): 1804-1809.

(15) 侯莉, 于颖, 周淑妮, 等. 血府逐瘀汤加减联合西药治疗高血压合并冠心病的疗效观察 (J). 世界中西医结合杂志, 2021, 16(9): 1714-1718.

(文章编号) 1007-0893(2023)04-0037-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.04.010

针灸联合灯盏生脉胶囊治疗急性缺血性脑卒中的临床疗效

吴沐基 叶文艺 谭光长

(江门市新会区第二人民医院, 广东 江门 529100)

[摘要] **目的:** 探究针灸联合灯盏生脉胶囊治疗急性缺血性脑卒中的临床疗效。**方法:** 选取 2020 年 2 月至 2021 年 2 月在江门市新会区第二人民医院接受治疗的 66 例急性缺血性脑卒中患者, 电脑随机分组法分成观察组和对照组, 各 33 例。对照组患者行常规干预治疗, 观察组患者在对照组基础上加用针灸联合灯盏生脉胶囊治疗。比较两组患者治疗前后的神经功能缺损情况、凝血功能、生活质量及不良反应发生情况。**结果:** 治疗前, 两组患者的神经功能缺损评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患者神经功能缺损评分均低于治疗前, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者血浆凝血酶原时间 (PT)、凝血酶时间 (TT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT) 及纤维蛋白原 (FIB) 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患者 PT、TT 及 APTT 水平均高于治疗前, FIB 水平低于治疗前, 且观察组 PT、TT 及 APTT 水平高于对照组, FIB 水平低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者生活质量评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患者生理功能、躯体疼痛、社会功能、精神健康和心理健康等生活质量评分均高于治疗前, 且观察组高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者不良反应率为 6.06%, 与对照组的 9.09% 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 在基础治疗上, 加用针灸联合灯盏生脉胶囊治疗急性缺血性脑卒中可以有效地改善患者的凝血功能, 减少患者的神经功能缺损情况, 提高患者的生活质量, 且安全性较高。

[关键词] 急性缺血性脑卒中; 针灸; 灯盏生脉胶囊

[中图分类号] R 743 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2022-12-07

[作者简介] 吴沐基, 男, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合内科。

我国是全球脑卒中高发国家之一，每年因脑卒中造成的经济负担接近 500 亿元^[1]。而缺血性脑卒中是脑卒中的主要类型，占比超过 70%。同时，缺血性脑卒中致残、致死率极高，超过 70% 患者丧失自主生活能力^[2]。近年来，伴随我国的人口老龄化问题加剧，导致缺血性脑卒中患者发病率逐年升高。有相关研究显示^[3]，急性缺血性脑卒中患者经早期康复干预能够有效改善患者的预后康复效果。减少患者各类并发症，对于提高患者的预后生活质量具有重要研究意义。临床中对于急性缺血性脑卒中的主要干预手段包括介入、溶栓，减轻脑损伤，提高患者预后脑组织功能为主。中医作为我国的特色医学，其中的辨证思维对于现代临床具有重要的指导意义。灯盏生脉胶囊属于中成药的一种，具有活血健脑之功效，能够有效扩张血管，促进血流速度，对于急性缺血性脑卒中患者具有重要的应用意义^[4]。而针灸是中医的重要治疗手段，通过刺激人体穴位、经络，刺激神经恢复，对于多类疾病均具有较好的治疗效果。鉴于此，本研究探讨针灸联合灯盏生脉胶囊治疗急性缺血性脑卒中的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取在江门市新会区第二人民医院 2020 年 2 月至 2021 年 2 月接受治疗的急性缺血性脑卒中患者，将其以电脑随机分组法分成观察组和对照组，各 33 例。其中观察组男女比例为 15:18；年龄 48~68 岁，平均年龄（58.63±8.61）岁；病程 3~7 d，平均（4.24±1.08）d；基础疾病：高血压 11 例、糖尿病 9 例、高脂血症 7 例、冠心病 10 例。对照组中男女比例 17:16；年龄 49~69 岁，平均年龄（58.28±8.33）岁；病程 3~8 d，平均（4.31±1.24）d；基础疾病：高血压 9 例、糖尿病 10 例、高脂血症 8 例、冠心病 12 例。两组患者的性别、年龄、病程等一般资料比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.1.1 纳入标准 （1）患者均符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[5]中急性缺血性脑卒中的诊断标准；（2）符合《中医康复临床实践指南·脑卒中》^[6]中对于中风证型的相关诊疗标准；（3）18~75 岁；（4）发病时间≤14 d；（5）神志清晰；（6）患者均知情同意参与本研究。

1.1.2 排除标准 （1）合并严重心、肝、肾、肺等重要脏器功能不全；（2）合并恶性肿瘤；（3）既往精神病史；（4）3 个月内存在大手术史；（5）对本研究药物过敏。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用基础治疗方式，常规控制血压、血糖，给予科学饮食计划，加强日常睡眠，保证每天睡眠时间超过 8 h。加强有氧锻炼，以患者自身耐受为宜。控制体质量指数，戒烟戒酒。同时给予阿司匹林肠溶片（德国 Bayer S.p.A.，注册证号 H20160684）治疗，患者每日于进食前服用，100 mg·次⁻¹，1 次·d⁻¹；给予瑞舒伐他汀钙片（英国 Astrazeneca UK Limited.，注册证号 H20160547），10 mg·次⁻¹，每晚睡前口服 1 次。给予依达拉奉注射液（吉林省辉南长龙生化药业股份有限公司，国药准字 H20080592）30 mg 与 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 混匀后静脉滴注，30 min 内滴完，2 次·d⁻¹。给予甘露醇注射液（湖北济得药业有限公司，国药准字 H20033067）125 mL 浓度为 20%，静脉滴注，30 min 内滴完，1 次·d⁻¹，连续治疗 2 周。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上加用针灸联合灯盏生脉胶囊治疗，灯盏生脉胶囊（云南生物谷药业股份有限公司，国药准字 Z20026439），0.36 g·次⁻¹，3 次·d⁻¹，口服。针灸治疗方法：患者每日针灸 1 次，于午时治疗，治疗前将针具进行消毒。针刺穴位包括：环跳、水沟、极泉、三阴交、外关、足三里、阳陵泉、丰隆、曲池及阴陵泉 10 个穴位。针具选取 15 mm×0.38 mm 的毫针进行刺穴，相关穴位刺入之后应行针 1 min。并应用平补平泻法，后应留针 30 min。在留针期间每隔 15 min 进行施针 1 次。

两组患者均进行为期 14 d 的治疗，在治疗期间患者均停止一切与本研究无关的治疗行为。

1.3 观察指标

（1）应用神经功能缺损评分（national institute of health stroke scale, NIHSS）对两组患者的神经功能缺损情况进行测评。量表包括意识程度、眼球运动、肢体功能运动等 11 个条目，量表满分为 42 分。0~<1 分提示正常或趋于正常；1~<5 分提示存在轻度神经功能缺损；5~<15 分提示存在中度神经功能缺损；15~<20 分提示存在中重度神经功能缺损；≥20 分提示重度神经功能缺损，评分与患者的神经功能缺损情况呈正相关^[7]。

（2）凝血功能比较。以血浆凝血酶原时间（prothrombin time, PT）、凝血酶时间（thrombin time, TT）、活化部分凝血活酶时间（activated partial thromboplastin time, APTT）及纤维蛋白原（fibrinogen, FIB）测评患者的凝血功能。（3）生活质量比较。应用生活质量评价量表（short form 36 questionnaire, SF-36）对两组患者的生活质量情况进行测评，选取量表中生理功能、躯体疼痛、社会功能、精神健康和心理健康 5 个分量表，36 个条目。得分范围为 0~100 分，得分越高表明生活质量越高^[8]。

(4) 两组患者不良反应情况比较。患者发生的不良反应包括肠胃不适、恶心呕吐、皮疹、肾功能损伤。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计软件分析数据，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后神经功能缺损情况比较

治疗前，两组患者的神经功能缺损评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，两组患者神经功能缺损评分均低于治疗前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后神经功能缺损情况比较

(*n* = 33, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	16.28 ± 5.31	12.73 ± 4.75
观察组	16.47 ± 5.25	10.43 ± 4.26 ^a

注：与对照组治疗后比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后凝血功能比较

治疗前，两组患者 PT、TT、APTT 及 FIB 水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，两组患者 PT、TT 及 APTT 水平均高于治疗前，FIB 水平低于治疗前，且观察组 PT、TT 及 APTT 水平高于对照组，FIB 水平低于对照组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后凝血功能比较

(*n* = 33, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	PT/s	TT/s	APTT/s	FIB/g · L ⁻¹
对照组	治疗前	5.47 ± 1.39	12.46 ± 6.52	25.92 ± 6.30	6.94 ± 3.25
	治疗后	8.76 ± 2.23 ^b	15.48 ± 5.60 ^b	29.08 ± 4.02 ^b	4.85 ± 0.63 ^b
观察组	治疗前	5.36 ± 1.48	12.51 ± 6.37	25.49 ± 6.16	7.02 ± 3.18
	治疗后	12.31 ± 1.45 ^{bc}	19.02 ± 4.33 ^{bc}	32.41 ± 3.35 ^{bc}	3.17 ± 0.49 ^{bc}

注：PT 一凝血酶原时间；TT 一凝血酶时间；APTT 一活化部分凝血活酶时间；FIB 一纤维蛋白原。与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后生活质量评分比较

治疗前，两组患者生活质量评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，两组患者生理功能、躯

体疼痛、社会功能、精神健康和心理健康等生活质量评分均高于治疗前，且观察组高于对照组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后生活质量评分比较

(*n* = 33, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	生理功能	躯体疼痛	社会功能	精神健康	心理健康
对照组	治疗前	79.52 ± 3.85	81.27 ± 3.63	80.57 ± 3.72	81.27 ± 3.63	83.41 ± 3.64
	治疗后	82.67 ± 2.76 ^d	84.57 ± 2.66 ^d	83.73 ± 2.83 ^d	84.46 ± 2.77 ^d	86.52 ± 2.79 ^d
观察组	治疗前	79.63 ± 3.74	81.32 ± 3.75	80.66 ± 3.85	81.35 ± 3.72	83.52 ± 3.57
	治疗后	84.59 ± 2.84 ^{dc}	86.49 ± 2.57 ^{dc}	85.84 ± 2.76 ^{dc}	86.56 ± 2.85 ^{dc}	88.66 ± 2.85 ^{dc}

注：与同组治疗前比较，^d*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者的不良反应发生情况比较

观察组患者不良反应率为 6.06%，对照组患者不良反应率为 9.09%，组间比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者的不良反应发生情况比较 (*n* = 33, *n* (%))

组别	肠胃不适	恶心呕吐	皮疹	肾功能损伤	总发生
对照组	1(3.03)	0(0.00)	1(3.03)	1(3.03)	3(9.09)
观察组	1(3.03)	0(0.00)	1(3.03)	0(0.00)	2(6.06)

3 讨论

急性缺血性脑卒中的主要致病机制为患者因血管梗阻导致脑组织出现缺血性坏死。患者的主要临床症状包括语言障碍、吞咽障碍、偏瘫等^[9]。有报道显示^[10]，

对 4 万余名居民进行调查，其中缺血性脑卒中患者超过 1200 人，患病率高达 2.93%。且缺血性脑卒中患者复发率较高，患者需要进行积极预防复发。有研究显示^[11]，针灸治疗对于脑卒中具有重要的应用意义，能够有效改善脑缺血组织白细胞浸润，控制脑卒中面积及组织损伤，降低相关炎症因子水平。而灯盏生脉胶囊能够通过改善患者病灶，提高患者脑部供血情况。急性发作期经有效救治可显著降低患者的发作时间，并改善患者的预后。有研究显示，患者的急性期持续时间越短，对患者的神经损害越轻，反之亦然。临床中，对于急性期缺血性脑卒中患者的主要治疗方法为西药治疗，但是常规西药仅能维持病情发展，无法做到减轻症状等疗效。因此，寻求新的治疗方法势在必行。

针灸疗法属于中医治疗的重要组成部分,通过用针具刺激各个穴位,来改善患者的神经功能^[4]。经大量研究证实针灸疗法对于多数临床病症具有较好的疗效^[12]。缺血性脑卒中在中医辨证中属于内因所致,因患者气血亏虚,累及脏器,致使阴阳失调,导致血脉瘀堵。而灯盏生脉胶囊属于中成药,其成分为灯盏细辛、人参、五味子、麦冬,益气养阴,活血健脑,对于缺血性脑卒中属于对症治疗。本研究中,取穴环跳、水沟、极泉、三阴交等10个穴位,环跳穴有益气健脾的功效,配合阴陵泉等穴位可以有效活血通络。而极泉穴可以宽胸理气、打通经络;阴陵泉可以排渗脾湿,10个穴位相互配伍对缺血性脑卒中患者具有重要的治疗功效,针灸与灯盏生脉胶囊均可以治疗先天禀赋不足、情志不调等导致肝肾亏虚,功能失调,气血阻滞从而互结痹阻脑脉的病证^[13-14]。本研究结果显示:两组患者治疗后神经功能缺损评分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,两组患者PT、TT及APTT水平均高于治疗前,FIB水平低于治疗前,且观察组PT、TT及APTT水平高于对照组,FIB水平低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,两组患者生理功能、躯体疼痛、社会功能、精神健康和心理健康等生活质量评分均高于治疗前,且观察组高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者不良反应率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明灯盏生脉胶囊可以改善人体微循环,减少血小板凝集作用,避免形成血栓。李磊^[15]的研究显示,脑梗死患者经早期针灸联合康复治疗干预后,临床疗效显著提高,声音嘶哑、发音困难、手足麻木及吞咽困难临床症状显著减少,患者治疗有效率明显提高,肢体功能及日常生活能力显著提高。与本研究中患者生活质量等指标结论一致。而针灸刺激下血液循环加强,能够有效抑制患者的高凝血状态,减少患者的血栓,进一步改善患者的神经功能损伤。

综上所述,针灸联合灯盏生脉胶囊治疗急性缺血性脑卒中中可以进一步有效的改善患者的凝血功能,降低患者对药物的不良反应,并提高患者的生活质量。

[参考文献]

(1) 李薇,朱晓晨,朱贺,等.灯盏生脉胶囊用于缺血性脑卒

中二级预防的成本效用分析(J).中国新药杂志,2021,30(5):474-480.

(2) 李卓伦,杨彦涛,孙志,等.基于UHPLC-Q-Orbitrap和网络药理学的灯盏生脉胶囊治疗心绞痛的机制研究(J).中草药,2021,52(12):3501-3513.

(3) 王亚娟,赵东林,蔡薇薇,等.灯盏生脉胶囊联合尼可地尔治疗冠心病心绞痛的临床研究(J).现代药物与临床,2021,36(11):2375-2380.

(4) 郭红玲,欧阳艳红,王圣,等.灯盏生脉胶囊联合单硝酸异山梨酯缓释片对老年冠心病心绞痛患者心功能、血脂及血清IL-6、CRP水平的影响(J).现代生物医学进展,2021,21(12):2373-2376,2339.

(5) 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.

(6) 林志诚,薛偕华,江一静,等.中医康复临床实践指南·脑卒中(J).康复学报,2019,29(6):6-9,15.

(7) 侯东哲,张颖,巫嘉陵,等.中文版美国国立卫生院脑卒中量表的信度与效度研究(J).中华物理医学与康复杂志,2012,34(5):372-374.

(8) 叶华容,许珊丹,李国栋,等.SF-36简明生活质量量表应用于慢性前列腺炎病人的信度和效度分析(J).中国卫生事业管理,2019,36(1):66-68.

(9) 许超.疏血通注射液、针灸疗法联合西药治疗急性缺血性脑卒中的临床观察(J).数理医药学杂志,2021,34(12):1805-1807.

(10) 张超,赵希宇,张雅静,等.天津市社区居民缺血性脑卒中患病率及危险因素(J).中华脑血管病杂志(电子版),2021,15(3):170-174.

(11) 杨康,胡冠宇,王宇峰,等.腧针点按法对缺血性卒中后大鼠大脑皮层脑源性神经生长因子的影响(J).吉林中医药,2021,41(6):701-704.

(12) 王飞,高珊,杨林.针刺联合认知训练治疗缺血性卒中后认知功能障碍疗效观察(J).上海针灸杂志,2021,40(7):795-800.

(13) 王学文,谭峰,李丹丹,等.电针对急性缺血性卒中后运动障碍及皮质脊髓束损伤程度的影响(J).上海针灸杂志,2021,40(4):426-430.

(14) 吕晓丽.益气化风祛痰通络方治疗对缺血性脑卒中恢复期患者肌力、神经功能生活能力的影响(J).中国中医药科技,2020,27(5):812-814.

(15) 李磊.早期针灸联合康复治疗对脑梗死患者机体功能及生活质量的影响(J).实用医技杂志,2020,27(9):1236-1238.