

# 针药结合治疗中风后遗症疗效观察

黄皖生 梁羽 黎协民 殷汉贤 王志艺

(广东省化州市人民医院 化州 525100)

**摘要** :目的 探讨针灸、中药结合治疗中风后遗症的效果及安全性。方法 将 123 例中风偏瘫分为治疗组和对照组,治疗组采用针灸、中药结合治疗,对照组采用西药治疗,观察 2 组治疗总有效率。结果 治疗组和对照组总有效率分别为 92.4%和 61.4%,2 组有显著差异( $P < 0.05$ )。结论 针灸、中药结合治疗中风后遗症有显著疗效,是治疗中风后遗症的理想疗法。

**关键词** :中风后遗症;针药并用;电针疗法;头针;体针;瘫复饮

中图分类号 R 255.2

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)02-0033-02

中风偏瘫是由于急性脑血管病引起的脑损害症状,属于上运动神经元瘫痪范畴。临床上通过营养脑细胞,改善脑循环,抗血栓或止血以及降低颅内压等药物治疗,急性期至稳定期疗程一般需要 2 周时间,因恢复期(即后遗症)时间较长,治疗则需 1~3 个月,长者甚达数年。我们在社区采用针灸、中药结合对中风后遗症的患者 79 例,收到较理想的效果。现将方法和结果报告如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 根据 1986 年 6 月中华全国中医学会内科学泰安会议修定的《中风病中医诊断标准》<sup>[1]</sup>,选择 1998 年 5 月~2003 年 5 月中风偏瘫患者 123 例,其中男性 78 例,女性 45 例,所有病例均经头颅 CT 检查得到明确诊断。按家庭病床、医院病区分为治疗组和对照组,治疗组 79 例,男性 45 例,女性 34 例;年龄 50~85 岁;肢体不利 66 例,语言障碍 13 例,均属中经络。对照组 44 例,男性 33 例,女性 11 例;年龄 43~78 岁;肢体不利 35 例,语言障碍 9 例,均属中经络。经统计学处理,2 组间年龄、病位和神经功能缺损均有可比性。

**1.2 观察指标及方法** (1) 对临床出现的主症(半身不遂、口眼歪斜、手足麻木、口中流涎、舌强舌偏、语蹇不语)、兼症(眩晕头痛、面红耳赤、心烦易怒、气短乏力、手足肿胀、尿赤便秘、耳鸣及舌质舌苔、脉象等)逐项进行查问,并依据《延缓衰老中药筛选规程及临床观察规范》<sup>[2]</sup>中的方法记分。即主动说出的症状计 4 分,经询问说出的症状并且明显或持续出现计 3 分,时轻时重计 2 分,症状轻微或偶见计 1 分,无症状计 0 分,在治疗前后进行填写。(2) 神经功能缺损程度测定即对面瘫、言语功能、上肢肌力、肩关节功能、手肌力、下肢肌力、步行能力按中风协作组织定的标准进行综合评分。

### 1.3 治疗方法

**1.3.1 治疗组** 采用头针、体针和中药配合进行治疗。(1) 头针:根据中风偏瘫后遗症的情况,选患肢对侧运动区、感觉区、足运感区、运用区等。失语选语言一区、二区或三区。常规消毒头皮部,用 28 号毫针 2~2.5 寸,快速刺入所选穴位,采用捻转,200 次/min 左右,强度以患者能耐受为度,每次 3min;同时鼓励病人作患肢运动,休息 5min 后再进行捻转,如此反复数次,留针 30min。每日 1 次,15 次为 1 个疗程,2 个疗程之间休息 1 周。(2) 体针:基本穴为风府、风池、曲池、三阴交、足三里、太溪。上肢瘫轮取患侧的肩髃、阳池、后溪等穴,下肢瘫轮取风市、阴市、悬钟、环跳、委中、阳陵泉透阴陵泉,中枢性面瘫轮取合谷、地仓透颊车、阳白、攒竹、承泣,舌强语涩取廉泉、通里,肘部拘挛加曲泽,腕部拘挛加大陵,膝部拘挛加曲泉,踝部拘挛加太溪,足趾拘挛加八风,手指拘挛加八邪,失语加哑门,吞咽困难加照海、天突。用电针机以疏密波治疗(以肢体节律跳为佳),留针 30min,每日 1 次,15 次为 1 个疗程,2 个疗程之间休息 1 周。(3) 中药治疗:自拟瘫复饮:黄芪 90~120g,鸡血藤 120~150g,丹参 30~50g,赤、白芍各 15~20g,地龙 8~10g,全蝎粉(冲服)5~6g,天麻 12~15g,白术 15~20g,伸筋草 15~20g,甘草 5~10g。如患侧手足浮肿者,加茯苓 20~30g;言语不利者,加石菖蒲 12~15g、远志 12~15g;痰盛者,加竹沥水 20~40mL;小便失禁者,加益智仁 15~30g;大便秘结者,加火麻仁 20~30g;血压较高者,加川牛膝 20~30g、代赭石 30~50g。每日 1 剂,水煎 2 次温服,服 15 剂为 1 个疗程,2 个疗程之间休息 1 周。

**1.3.2 对照组** 用 5%GS 250mL 加胞二磷胆碱 0.5g 或脑复康 8~12g 静脉滴注,每日 1 次,15d 为

1 个疗程。口服维生素 E 胶囊,每次 2 粒,每日 3 次;肠溶阿司匹林 20~50mg,每日 1 次。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 中医症状采用《延缓衰老中药的筛选规则和临床规范》标准,神经缺损恢复采用尼莫地平标准进行评分计算,即(药前积分-药后积分)/药前积分100%。显效:中医症状积分下降 2/3 以上,神经缺损恢复 81%以上;有效:中医症状积分下降 1/3~2/3,神经缺损恢复 11%~80%;无效:中医症状积分下降小于 1/3,神经缺损恢复小于 10%。

2.2 治疗结果 见表 1、2。

| 表 1 临床症状积分值总疗效评定比较 例(%) |    |           |           |           |
|-------------------------|----|-----------|-----------|-----------|
| 组别                      | n  | 显效        | 有效        | 无效        |
| 治疗组                     | 79 | 21(26.58) | 52(65.82) | 6(7.59)   |
| 对照组                     | 44 | 10(22.73) | 17(38.64) | 17(38.63) |

注:从表 1 可见,治疗组和对照组总有效率分别为 92.4%和 61.37%,治疗组和对照组显著差异(P<0.05)。

| 表 2 神经功能缺损恢复总疗效评定比较 例(%) |    |           |          |           |
|--------------------------|----|-----------|----------|-----------|
| 组别                       | n  | 显效        | 有效       | 无效        |
| 治疗组                      | 79 | 13(16.46) | 44(53.7) | 22(27.83) |
| 对照组                      | 44 | 7(15.9)   | 19(43.2) | 18(40.9)  |

注:从表 2 可见,治疗组和对照组总有效率分别为 72.16%和 59.1%,2 组有显著差异(P<0.05)。

3 讨论

中风后遗症患者病程较长,一般会出现肌张力增高、关节挛缩、足腕下垂现象,且较难逆转,治疗棘手。我们根据中医理论结合临床实践,采用针灸、

中药结合治疗中风患者,取得良好效果,总有效率达 92.4%。

早在唐代孙思邈就认识到针药结合这种方式的重要性,在《千金翼方》中提出:“针灸而不药,药而不针灸,尤非良医也……知针知药故是良医。”“汤药攻其内,针灸攻其外”、“内外相扶”,针药并用能取长补短,相互辅佐,疗效叠加。中风后遗症是本虚标实的虚损病症<sup>[1]</sup>,治疗过程较长,针灸能够调整和激发机体功能,但只是一种外在刺激。在针灸治疗同时,给与血肉有益益肾填精之品,可助针灸疗效发挥,还可以缓解长期接受治疗的患者出现的穴位疲劳现象。中药强化针灸刺激的效应,远非两者单独运用疗效可比。

中风病情危重者,必须中西医结合抢救治疗,病情平稳后(即中风后遗症期)应及时进行针灸配合中药治疗,同时指导患者进行瘫痪肢体的功能锻炼。本文结果显示,该治疗方法效果显著,且可明显减轻患者及家属的心理和经济压力,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 中华全国中医内科学会. 中风病中医诊断疗效评定标准[J]. 中国中医药学报,1986(2): 56~57  
[2]周文泉. 延缓衰老中药的筛选规程和临床观察规范[J]. 中西医结合杂志,1986(6): 684  
[3]潘建军. 针药并用治疗中风偏瘫疗效观察[J]. 湖南中医学院学报,2000,20(1): 53~54

(收稿日期:2003 -12- 01)

(上接第 17 页)

3 讨论

研究认为急性脑梗死多是由于动脉粥样硬化使动脉管腔狭窄、闭塞或在狭窄基础上形成血栓造成脑局部血流中断所致。病理、生理上存在血液粘稠度增高,脑组织缺血后的侧支循环不同程度的开放,再灌注造成缺血区炎症反应,同时促发自由基的异常释放和积聚,从而加重脑损伤,脑组织缺氧导致自由基清除、防御系统破坏等一系列改变。本病属中医学“中风”范畴,病机为痰瘀阻络,脑脉痹阻,脑脊髓神经受损。活血化瘀法治疗脑梗死疗效较为满意。红花为活血去瘀之要药,红花注射液为其提取物,其主要成分为红花甙、红花黄色素、红花多糖。药理研究证实其具有扩张血管,降低血管阻力,对 ADP 引起的血小板聚集有明显的抑制作用,能够改善微循环,降低血液粘度,降低纤维蛋白的

含量,提高纤维蛋白溶解活性,清除自由基,抗脑血管再灌注损伤,抗炎,增加脑缺血区血供,建立侧支循环,并提高脑细胞耐缺氧能力,减轻脑缺血引起的细胞损害,减轻脑水肿。通过以上药理作用,红花注射液能有效地治疗急性脑梗死。本组资料表明:治疗组的总有效率和显效率均明显高于对照组,血液流变学指标及脑动脉血流速度与对照组比较差异均有显著性意义(P<0.01),同时在治疗过程中,未发现明显的副作用,因此红花注射液为治疗急性脑梗死安全而有效的药物。

参考文献

[1] 中华医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(16): 379~380  
[2] 陈清棠. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995) [J]. 中华神经杂志,1996,29(6): 381~382

(收稿日期:2003 -08- 12)