

星蒺承气汤联合针刺治疗急性脑梗死痰热腑实证的疗效观察

黄霞

(河南省原阳县中医院中医内科 原阳 453500)

摘要:目的:探讨星蒺承气汤联合针刺在急性脑梗死痰热腑实证治疗中的临床效果。方法:纳入 2018 年 6 月~2020 年 8 月治疗的 84 例急性脑梗死痰热腑实证患者,采用随机数字表法分为研究组(42 例)及对照组(42 例)。对照组行西药治疗,研究组在对照组基础上采用星蒺承气汤联合针刺治疗,两组均治疗 7 d。比较两组临床疗效,治疗前后中医证候积分、神经功能缺损评分及日常生活能力评分。结果:相比于对照组,研究组治疗总有效率较高,差异有统计学意义($P<0.05$);相比于对照组,研究组治疗后中医证候积分、神经功能缺损评分较低,日常生活能力评分较高,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:星蒺承气汤联合针刺治疗痰热腑实证急性脑梗死疗效确切,有助于缓解病情,减轻神经功能缺损,提高日常生活能力,利于患者更快融入社会。

关键词:急性脑梗死;痰热腑实证;星蒺承气汤;针刺;中医证候积分
中图分类号:R743.3 **文献标识码:**B **doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2021.15.025

急性脑梗死是多种因素影响下脑组织缺血缺氧、灌注异常等引发的脑组织损害,具有较高的病死率、致残率^[1]。半身不遂、肢体麻木、言语障碍等是急性脑梗死常见的临床表现,若不及时干预,将对患者生命安全构成威胁^[2]。目前,西医针对急性脑梗死患者给予抗凝、溶栓等特异性治疗,以改善脑组织缺血状态、恢复再灌注,对改善预后意义重大。但上述治疗对时间要求较高,临床易错过最佳治疗时机,影响治疗效果。中医学将急性脑梗死归结为“中风”范畴,痰热腑实证是该病常见证型,在急性期治疗中主张“急则治其标”,结合“痰瘀互患、痰瘀同源”的原则,采用星蒺承气汤联合针刺治疗可获得较为满意的效果^[3]。鉴于此,本研究采用星蒺承气汤联合针刺治疗痰热腑实证急性脑梗死,旨在探讨其临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入我院 2018 年 6 月~2020 年 8 月治疗的 84 例急性脑梗死痰热腑实证患者,采用随机数字表法分为研究组(42 例)及对照组(42 例)。研究组女 17 例,男 25 例;年龄 47~75 岁,平均(62.40±3.59)岁;发病时间 2~48 h,平均(25.06±2.86)h。对照组女 18 例,男 24 例;年龄 47~76 岁,平均(62.59±3.41)岁;发病时间 2~49 h,平均(25.14±2.97)h。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究获医院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准 西医符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》^[4]中疾病诊断标准,急性起病;症状及体征持续时间超过 2 h;影像学检查可见脑梗死病灶;局灶性神经功能缺损等。中医符合《中医病证诊断疗效标准》^[5]中痰热腑实证诊断标准:痰多黏腻,

脘腹胀满,大便干结,神志障碍,口干舌燥,小便赤黄,口苦口臭,头昏头痛,渴不欲饮,食欲不振;舌质红,苔黄腻,脉滑数。

1.3 入选标准 纳入标准:符合上述中西医诊断标准;自愿参与研究,签署知情同意书。排除标准:严重心脏疾病或心功能不全;肝、肾功能异常;造血系统异常;免疫缺陷性疾病;无法完成本研究。

1.4 治疗方法 对照组口服阿托伐他汀钙片(国药准字 H19990258),1 片/次,1 次/d 阿司匹林肠溶片(注册证号 H20130339),1 片/次,1 次/d;另经静脉注射甘露醇注射液(国药准字 H32021568),250 ml/次,1 次/d。研究组在上述治疗基础上采用星蒺承气汤联合针刺治疗。(1)星蒺承气汤组方:芒硝(冲服)、胆南星、羌活各 6 g,生大黄(后下)10 g,全瓜蒌 30 g。水煎取汁 200 ml 分两次服用,2 次/d,1 剂/d。若患者神志昏迷或伴有吞咽障碍,则可采用鼻饲疗法。(2)针刺疗法:取百会穴、水沟穴、太阳穴、风府穴、风池穴、委中穴、承山穴、血海穴、阴陵泉、环跳穴、阴陵泉、太冲穴、肩贞穴、肩髃穴、肩髃穴、曲池穴、合谷穴、内关穴。采用平补平泻法,依次刺入穴内,针刺得气后留针 30 min,1 次/d。两组均连续治疗 7 d。

1.5 观察指标 (1)临床疗效:各症状及体征基本消失,美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分下降≥90%为临床控制;各症状及体征明显好转,NIHSS 评分下降 45%~89%为显效;各症状及体征好转,NIHSS 评分下降 18%~44%为有效;未达上述标准为无效。总有效=临床控制+显效+有效。(2)中医证候积分:于治疗前及治疗 7 d 后对患者各症状严重程度进行评估,采用 0、2、4、6 分评分法,症状越严重,评分越高。(3)神经功能缺损评分:于治疗前

及治疗 7 d 后采用 NIHSS 评分评估患者神经功能缺损程度,满分 42 分,缺损越严重,评分越高。(4)日常生活能力评分:采用日常生活能力评分表(ADL)评估患者治疗前及治疗 7 d 后日常生活能力变化,满分 100 分,日常生活能力与总评分呈正相关。

1.6 统计学分析 采用 SPSS22.0 软件处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 相比于对照组,研究组治疗总有效率较高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效
研究组	42	20(47.62)	15(35.71)	4(9.52)	3(7.14)	39(92.86)
对照组	42	13(30.95)	14(33.33)	5(11.90)	10(23.81)	32(76.19)
χ^2						4.459
P						0.035

2.2 两组治疗前后中医证候积分比较 相比于对照组,研究组治疗后中医证候积分较低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	治疗前	治疗后	t	P
研究组	42	13.82± 3.61	3.20± 0.75	18.667	0.000
对照组	42	13.79± 3.58	6.94± 0.87	12.050	0.000
t		0.038	21.101		
P		0.970	0.000		

2.3 两组治疗前后 NIHSS 及 ADL 评分比较 相比于对照组,研究组治疗后 NIHSS 评分较低,ADL 评分较高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 NIHSS 及 ADL 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	NIHSS 评分		ADL 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	42	29.16± 4.20	12.81± 4.19	36.52± 5.75	70.39± 8.85
常规组	42	29.20± 4.53	18.76± 4.22	37.01± 5.20	63.54± 7.96
t		0.042	6.484	0.410	3.730
P		0.967	0.000	0.683	0.000

3 讨论

现代医学在急性脑梗死治疗中以预防脑组织坏死、恢复脑部供给、改善缺血缺氧状态为原则。阿托伐他汀钙为他汀类药物,在动脉粥样硬化性疾病治疗中具有重要作用,能够改善血脂代谢紊乱,缓解病情;阿司匹林可避免血小板黏附、聚集、活化,有助于减少血栓形成。两者联用能够抑制动脉粥样硬化斑块的形成,并在多种调节机制下避免急性脑梗死的复发,获得较好的临床效果^[9]。甘露醇为脱水剂,在

脑梗死治疗中应用广泛,可控制脑水肿、减低颅内压,但长时间应用易出现高渗脱水,或诱发水、电解质紊乱,影响预后恢复。

中医学认为,中风的发生以气血内虚为基础,受到饮食不节、劳倦内伤等因素影响,导致脏腑阴阳失调、脑脉痹阻。痰热腑实证是该病常见证型,痰热内阻,上则侵扰脑窍,清阳不升,经络阻滞,下则腑气不通。此外,本病属本虚标实之证,在治疗中无缓治之法,仅可速去其病即安^[7]。本研究结果显示,相比于对照组,研究组治疗总有效率较高,中医证候积分、NIHSS 评分均较低,ADL 评分较高,表明采用星蒺承气汤联合针刺治疗能够有效改善患者病情,改善神经功能缺损,提升日常生活能力,疗效确切。星蒺承气汤组方中芒硝、生大黄清热解毒、泻下攻积、软坚散结;胆南星熄风定惊;羌活解表散寒;全瓜蒌润肺化痰、润肠通便、清热散结^[8-9]。全方配伍,具有活血祛瘀、通腑泻下、化痰清热之效。另取头部、下肢、上肢等穴位行针刺治疗,可达行气活血、疏经通络、醒脑开窍之效,还可改善脑部微循环,修复受损的神经元,减轻脑组织损伤,利于脑功能恢复^[10]。

综上所述,在痰热腑实证急性脑梗死治疗中采用星蒺承气汤联合针刺疗效确切,有助于改善各临床症状,减轻神经功能缺损,提高日常生活能力,值得推广。

参考文献

[1]许新书,翟宏江,胡文霞.缺血性脑小血管病危险因素分析及其对急性脑梗死患者预后的影响[J].安徽医学,2018,39(07):852-854.
[2]纪利利,李美杰,姚丽娜,等.他汀类药物联合急性脑梗死对患者颈动脉粥样硬化斑块及炎症反应的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(22):2491-2494.
[3]康盛华,倪敬年,吴冬月,等.星蒺承气汤治疗急性脑梗病痰热腑实证的临床效果[J].世界中医药,2018,13(7):1649-1652,1657.
[4]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.
[5]国家中医药管理局医政司.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2017.39.
[6]王心颖,鲍双振,王志超,等.阿司匹林联合阿托伐他汀治疗脑梗死的疗效研究[J].河北医药,2018,40(1):80-83.
[7]朱文浩,胡浩,刘现锋,等.缺血性中风证候要素分布规律与影响因素的研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(23):3690-3694.
[8]姚钰宁,周波,付高爽,等.星蒺承气汤加减治疗急性缺血性脑卒中痰热腑实证效果的系统评价[J].北京中医药,2020,39(1):50-55.
[9]尹书会,刘爽,牛焕敏,等.星蒺承气汤治疗缺血性中风病急性期痰热腑实证的临床疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(11):1487-1489.
[10]惠振,佟朝霞,张敬华,等.通脑活络针刺法联合复方通络饮治疗脑梗死急性期患者临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(11):167-169.

(收稿日期: 2021-02-24)