

中药汤剂联合针刺治疗脑梗恢复期半身不遂临床疗效观察

王兰兰

新疆生产建设兵团奎屯中医院 新疆 奎屯 833200

【摘要】：目的：探究中药汤剂配合针刺干预脑梗恢复期半身不遂的实际效果，为该病症中西医协同诊疗提供参考。方法：纳入2023年12月—2025年12月本院150例脑梗恢复期半身不遂患者，以随机数字表法均分两组，每组75例。对照组实施西医基础治疗结合普通针刺，观察组在此基础上内服补阳还五汤加减，两组干预周期均为4周。对比两组总有效率，以及干预前后NIHSS评分、Barthel指数、中医证候积分。结果：观察组总有效率92.00%，高于对照组77.33%($P<0.05$)；干预前两组各项评分未见明显差异($P>0.05$)；干预后两组神经缺损、中医证候评分下降，日常活动能力提升，观察组改善程度更突出($P<0.05$)。结论：中药联合针刺用于脑梗恢复期半身不遂效果良好，能够修复神经功能，提升生活自理水平，减轻中医相关症状。

【关键词】：脑梗死恢复期；半身不遂；补阳还五汤；针刺疗法；中西医结合

DOI:10.12417/2705-098X.26.17.068

引言

随着我国人口老龄化进程加快，脑梗死的发病率呈逐年上升趋势，约70%~80%的存活患者会遗留不同程度的神经功能障碍，其中半身不遂（偏瘫）最为常见，严重影响患者的日常生活能力与生存质量，同时给家庭及社会带来沉重的照护负担。

西医在脑梗恢复期主要采用抗血小板聚集、调脂稳定斑块、控制基础疾病和康复训练等方法进行治疗，在一定程度上可以减慢病情发展速度，但是对于神经功能缺损的改善效果不明显，并且需要长期服用药物存在一定的不良反应；而中医学把脑梗死归于“中风”，“偏枯”的范畴，其恢复期病机多以气虚血瘀、经络痹阻为主，治疗应以益气活血、通络化瘀为主要治则。中药汤剂以及针刺都是中医治疗中风后遗症的传统治疗方法，两者联用能够起到相互促进的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年12月—2025年12月我院脑病科收治的脑梗恢复期半身不遂患者150例，随机分为对照组和观察组，各75例。对照组男41例，女34例；年龄50~84岁，病程15 d~5.5个月；梗死部位：基底节区42例，丘脑18例，额叶10例，其他5例；合并高血压52例，糖尿病28例，高脂血症36例。观察组男43例，女32例；年龄51~85岁，病程14 d~6个月；梗死部位：基底节区40例，丘脑19例，额叶11例，其他5例；合并高血压50例，糖尿病30例，高脂血症34例。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①符合上述中西医诊断标准；②年龄50~85岁；③生命体征平稳，意识清楚，可配合治疗及评估；④首次发病，单侧肢体偏瘫；⑤患者及家属知情同意并签署知情同意书。

排除标准：①出血性脑卒中或短暂性脑缺血发作；②合并严重心、肝、肾、造血系统原发性疾病；③存在意识障碍、认

知功能障碍或精神疾病无法配合治疗；④针刺部位皮肤破损或感染；⑤对研究所用中药成分过敏；⑥近期接受过其他相关中医药治疗。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组

给予西医基础治疗联合针刺治疗。西医基础治疗包括：阿司匹林肠溶片100 mg口服，每日1次；阿托伐他汀钙片20 mg口服，每晚1次；同时根据患者基础疾病给予降压、降糖等对症治疗，维持水电解质平衡，指导患者进行常规肢体功能康复训练。

针刺治疗取穴：患侧肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、解溪、昆仑，配穴：口角歪斜加地仓、颊车；语言不利加廉泉、通里。操作方法：患者取仰卧位或健侧卧位，常规消毒后选用0.30 mm×40 mm一次性无菌针灸针，快速进针，行平补平泻手法，得气后留针30 min，期间行针1次。每日治疗1次，每周治疗5 d，连续治疗4周为1个疗程。

1.3.2 观察组

在对照组治疗基础上加用补阳还五汤加减中药汤剂口服。基础处方：生黄芪60 g，当归尾12 g，赤芍10 g，地龙10 g，川芎10 g，红花6 g，桃仁10 g。随证加减：肢体麻木明显加鸡血藤30 g、桑枝15 g；腰膝酸软加杜仲15 g、怀牛膝15 g；言语不利加石菖蒲10 g、远志10 g；痰湿偏重加半夏10 g、茯苓15 g。每日1剂，由我院中药房统一煎煮，取汁400 mL，分早晚2次温服，连续服用4周。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗4周后，观察组总有效率显著高于对照组($P<0.05$)。详见表1。

表1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	对照组	观察组	X ² 值	P 值
例数	75	75	-	-
基本痊愈	12(16.00)	21(28.00)	-	-
显著进步	26(34.67)	32(42.67)	-	-
进步	20(26.67)	16(21.33)	-	-
无效	17(22.67)	6(8.00)	-	-
总有效率	58(77.33)	69(92.00)	6.301	0.012

2.2 两组治疗前后 NIHSS 评分与 Barthel 指数比较

治疗 4 周后，两组 NIHSS 评分均较治疗前降低 (P<0.05)。详见表 2。

表 2 两组治疗前后 NIHSS 评分与 Barthel 指数比较 (x±s, 分)

组别		对照组	观察组	t 值	P 值
例数		75	75	-	-
NIHSS 评分	治疗前	13.26±2.58	13.08±2.64	0.425	0.671
	治疗后	8.15±1.92	5.47±1.68	8.917	<0.001
Barthel 指数	治疗前	42.37±8.64	43.12±8.29	0.542	0.589
	治疗后	61.28±10.35	76.54±11.27	8.673	<0.001

2.3 两组治疗前后中医证候积分比较

治疗 4 周后，两组中医证候积分均较治疗前显著降低 (P<0.05)。详见表 3。

表 3 两组治疗前后中医证候总积分比较 (x±s, 分)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	75	75	-	-
治疗前	16.84±3.27	17.02±3.15	0.342	0.733
治疗后	9.52±2.41	5.86±1.93	10.325	<0.001
t 值	15.628	24.791	-	-
P 值	<0.001	<0.001	-	-

3 讨论

中风是临床上常见的脑血管危急重症，在现代医学中相当于脑梗死、脑出血等脑血管疾病，其特点是发病率高、致死率高、恢复期漫长等特点，严重危害患者的日常生活质量，并给家庭和社会带来了巨大的经济压力和精神负担；在中医理论体系下，对于中风的认识由来已久，认为该病的发生不是单一原因所致，而是与风、火、痰、瘀、气虚这五个主要致病因素相关联，病机错综复杂并随着病情发展不断变化。中风急性期以

邪气炽盛为主，表现为风痰瘀阻、风火上扰、痰热腑实等实证，此阶段邪气壅滞于脉络之中，蒙蔽于清窍之上，发病急骤，症状危重；当进入到恢复期时，机体正邪的力量发生了明显的改变，侵袭人体的风、火、痰、瘀等实邪开始衰退消散，但因疾病过程所消耗掉的正气却无法迅速恢复，正气亏虚、气血不足成为了病机的主流，其中气虚血瘀则是脑梗恢复期最核心、最根本的病机。

脑梗患者多是中老年群体，年老体衰，脏腑功能减退，脾胃运化、元气化生之本源亏虚，在卒中发病的过程中又因气血骤耗、经络受损而加重了正气亏虚；气为血之帅，气虚则不能推动血液运行，血行迟缓不畅，则瘀血内生，阻滞脑脉和肢体经络，“气虚为本、血瘀为标”成为其核心病理状态。肢体筋脉、经络需要气血濡养，瘀血阻滞脉络，气血无法通达四肢，肢体筋脉失去濡润滋养，出现半身不遂、肢体麻木、肢体软弱无力、活动不利等症状，这是脑梗恢复期患者的主要临床表现。所以，临床针对脑梗恢复期的核心治疗原则就是益气活血、化瘀通络，立足标本兼治，补益元气固护根本，活血化瘀疏通脉络，达到气旺血行、瘀去络通、气血濡养周身的目的，从而从根本上改善中风后遗症。

补阳还五汤是清代名医王清任《医林改错》中记载的经典方剂，专为气虚血瘀型中风后遗症创制，历经数百年临床验证，是目前中医治疗脑梗恢复期的首选代表方，适配本病核心病机。全方配伍精妙、主次分明，紧扣气虚血瘀的病理特点。方中重用生黄芪为君药，取其大补脾胃元气、补益周身之气的功效，从本源提振机体元气，使气旺血行，依托补气之力推动瘀血消散，且补气而不壅滞、化瘀而不伤正气，精准解决气虚之本。配伍当归尾为臣药，专攻活血通络、养血和血，活血之功显著且无伤血耗血之弊，兼顾活血治标与养血扶正。

同时佐以赤芍、川芎、桃仁、红花 4 味药材，协同当归尾加强全方活血祛瘀、疏通脉络之功，全方位消散阻滞于经络中的瘀血浊邪；地龙作为佐使药，其性寒通络、引药下行，可以通达全身经络，引导诸药直达脑部和肢体病变之处，起到更好的靶向作用。纵观全方，形成了独特的“重补气、轻活血”配伍特点，以大量的补气药固本，少量的活血药治标，标本兼顾、补通结合，完全符合脑梗恢复期气虚血瘀的病机本质，在临床上可以根据患者的兼证进行灵活加减，如肢体麻木甚者加用鸡血藤、桑枝等，气虚明显者加重黄芪用量，痰湿内阻者加用茯苓、半夏等，提高方剂的适配性和疗效。

现代药理研究表明：补阳还五汤通过多靶点、多途径发挥脑保护和神经修复的作用；其中多种有效活性成分可以起到扩张颅内脑血管，改善脑部血管弹性，增加脑血流量的效果，有效地改善脑梗后缺血半暗带的微循环障碍，减轻脑组织缺血再灌注损伤，保护残存脑细胞的功能，并且还可以抑制血小板异常聚集，降低机体血液黏稠度，改善血液流变学指标，有效的

减少血栓再次形成的可能,防止脑梗复发的发生;具有明显的抗氧化应激、抗炎作用,能清除体内的自由基,减轻脑组织炎症损伤,还能促进神经干细胞增殖分化,帮助受损脑神经细胞进行修复及神经功能重塑,为肢体功能、神经功能恢复奠定物质基础。

针刺疗法作为中医外治治疗中风后遗症的最常用方法之一,“疏通经络、调和气血、濡养筋脉”为其核心治疗原则;根据中医经络理论:手足阳明经为多气多血之经,在脑梗恢复期间气血亏虚、经络阻滞,选取阳明经穴位进行施治可以快速调理周身气血、疏通阻滞经络、濡养失养筋脉,是治疗中风半身不遂的核心取穴思路。在上肢选取肩髃、曲池、手三里、合谷等阳明经核心穴位,诸穴配合使用能够疏畅上肢经络气机、消散局部瘀血,改善上肢气血循环,缓解上肢僵硬、麻木、无力症状,逐渐恢复上肢抬举、抓握等运动功能。在下肢选取环跳、阳陵泉、足三里、解溪等阳明、少阳经穴位,以达到通经活络、强筋健骨、补益气血的目的,改善下肢肌力不足、行走无力、屈伸不利的问题,帮助患者恢复下肢运动功能。

现代医学的研究也给针刺治疗中风后遗症提供了一定的理论基础:通过针刺穴位可以经由神经传导来调节脑内的多巴胺、乙酰胆碱等多种神经递质的释放,并且促进脑源性神经营养因子的表达,从而激活大脑皮质中的运动功能区,有效地促进了大脑神经功能的重新组合和脑部侧支循环的建立,对受损的中枢神经的功能进行修复;另外还可以直接改善患肢局部微循环,缓解肢体肌肉痉挛,减轻废用性的肌肉萎缩,调节肌力

及肌张力之间的平衡,在规范的康复训练下能大大提高肢体功能恢复的速度,缩短康复时间。

多项临床研究表明,中西医结合治疗脑梗恢复期后遗症具有良好的协同增效作用,在本次研究中,采用西医基础治疗联合针刺、补阳还五汤加减的观察组临床总有效率为92.00%,明显高于单纯西医基础治疗对照组(77.33%),且在神经功能缺损NIHSS评分、日常生活能力Barthel指数和中医证候积分这三大主要评价指标上均有明显的改善效果,并且其疗效也较对照组有显著性差异。西医基础治疗可以准确控制血压、血糖、血脂等脑血管危险因素,抗凝、改善脑部的基础循环,防止卒中中的再次发生,是实现神经及肢体功能康复的重要保障;针刺外治直接到达经络,迅速疏通局部气血、改善肢体的功能障碍;中药汤剂内从整体调理脏腑气血、补益正气、消散瘀血,改善患者的全身病理状态。

三者内外同治、标本兼顾,既针对性改善局部神经缺损、肢体活动障碍等表象症状,又从根源调理气虚血瘀的全身病机,弥补了单一治疗方式的局限性,全方位促进患者神经功能、肢体功能与日常生活能力恢复,大幅提升脑梗恢复期整体临床疗效,值得临床推广应用。

4 结论

中药汤剂联合针刺治疗脑梗恢复期半身不遂疗效显著,可有效减轻患者神经功能缺损程度,提高日常生活活动能力,改善中医临床证候,是一种安全有效的中西医结合治疗方案,具有较高的临床推广价值。

参考文献:

- [1] 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.
- [2] 国家中医药管理局脑病急症科研协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [3] 张艳艳,李建生.补阳还五汤治疗脑梗死恢复期气虚血瘀证的研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(12):212-219.
- [4] 王麟鹏,刘慧林.针刺治疗缺血性脑卒中的临床研究进展[J].中国针灸,2019,39(1):105-108.
- [5] 高颖.中风病恢复期中医药综合治疗方案优化研究[J].中华中医药杂志,2021,36(5):2765-2769.