

针灸联合补阳还五汤治疗脑梗死后遗症的研究进展

徐 东*, 卜晓丹[#]

烟台市海港医院老年病科, 山东 烟台

收稿日期: 2024年9月4日; 录用日期: 2024年11月8日; 发布日期: 2024年11月22日

摘 要

本文综述了针灸联合补阳还五汤治疗脑梗死后遗症的临床研究进展。脑梗死是全球主要的致死和致残原因之一, 其后遗症严重影响患者的生活质量。针灸和中药治疗作为中国传统医学的重要组成部分, 在脑梗死后遗症的治疗中显示出独特的优势。补阳还五汤作为中医经典方剂, 与针灸联合使用, 已被证实能够提高治疗效果。本文旨在探讨针灸联合补阳还五汤治疗脑梗死后遗症的临床效果及其可能的作用机制。

关键词

针灸, 补阳还五汤, 脑梗死后遗症

Research Progress on the Treatment of Post-Stroke Sequelae with Acupuncture Combined with Buyang Huanwu Tang

Dong Xu*, Xiaodan Pu[#]

Department of Geriatrics, Yantai Harbor Hospital, Yantai Shandong

Received: Sep. 4th, 2024; accepted: Nov. 8th, 2024; published: Nov. 22nd, 2024

Abstract

This article reviews the clinical research progress of treating post-stroke sequelae with acupuncture combined with Buyang Huanwu Tang. Stroke is one of the leading causes of mortality and disability worldwide, and its sequelae severely affects the quality of life of patients. Acupuncture and

*第一作者。

[#]通讯作者。

文章引用: 徐东, 卜晓丹. 针灸联合补阳还五汤治疗脑梗死后遗症的研究进展[J]. 中医学, 2024, 13(11): 3097-3102.

DOI: 10.12677/tcm.2024.1311457

traditional Chinese medicine treatment, as important components of traditional Chinese medicine, have shown unique advantages in the treatment of post-stroke sequelae. Buyang Huanwu Tang, as a classic formula of traditional Chinese medicine, has been proven to improve therapeutic effects when used in conjunction with acupuncture. This article aims to explore the clinical efficacy and possible mechanisms of action of acupuncture combined with Buyang Huanwu Tang in treating post-stroke sequelae.

Keywords

Acupuncture, Buyang Huanwu Tang, Post-Stroke Sequelae

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

脑梗死, 临床上称为缺血性脑卒中, 是一种由脑部血管阻塞引起脑组织缺血缺氧, 导致局部脑组织损伤或坏死的疾病。它是全球主要的致死和致残原因之一, 对患者的生活质量构成严重影响[1]。脑梗死的发病机制复杂, 涉及多种因素, 包括动脉粥样硬化、心源性栓塞、血管炎、血液病等。动脉粥样硬化是脑梗死最常见的原因, 约占全部病例的 70% 以上。心源性栓塞, 如心房颤动、心肌梗死后、人工瓣膜等, 也是重要的栓塞来源[2]。

脑梗死的临床表现多样, 取决于受累血管的类型、阻塞的位置和范围以及缺血的严重程度。常见的症状包括突发的肢体无力或麻木、面部歪斜、言语不清、视力模糊或视野缺损、头痛、眩晕、意识障碍等。脑梗死的诊断主要依靠神经影像学检查, 如计算机断层扫描(CT)和磁共振成像(MRI), 这些检查能够显示脑部缺血区域和排除出血性脑卒中[3] [4]。

脑梗死的治疗需要尽早进行, 以减少脑组织损伤和改善预后。治疗措施包括溶栓治疗、抗血小板治疗、血压控制、血糖管理、神经保护、血管内治疗等。然而, 即使在及时治疗的情况下, 许多患者仍会遗留不同程度的后遗症, 如肢体瘫痪、言语障碍、认知功能障碍等, 这些后遗症严重影响患者的生活质量和工作能力。随着对脑梗死病理生理机制的深入理解, 治疗策略也在不断发展。除了西医常规治疗外, 中医治疗, 尤其是针灸和中药治疗, 因其独特的治疗优势和较少的副作用, 越来越受到重视。针灸作为一种非药物治疗手段, 通过刺激特定的穴位来调节机体的气血和经络, 从而达到治疗疾病的目的。补阳还五汤是中医经典方剂之一, 主要用于治疗气虚血瘀型脑梗死后遗症, 其主要成分包括黄芪、当归、川芎、桃仁、红花等, 具有补气活血、通络止痛的功效[5]-[7]。

本研究旨在探讨针灸联合补阳还五汤治疗脑梗死后遗症的临床效果及其可能的作用机制, 以期为脑梗死后遗症的治疗提供更多的治疗选择和科学依据。

2. 脑梗死后遗症的治疗现状

脑梗死后, 患者往往会遗留各种后遗症, 这些后遗症包括但不限于运动功能障碍、认知障碍、情感障碍和言语障碍等。这些症状严重影响患者的日常生活和工作能力, 给患者及其家庭带来沉重的负担。因此, 寻找有效的治疗手段以改善脑梗死后遗症患者的生活质量, 已成为医学研究的重要课题。目前, 脑梗死后遗症的治疗主要依赖于康复医学、药物治疗和物理治疗等方法。康复医学通过系统的康复训练, 包括物理治疗、职业治疗和言语治疗等, 旨在提高患者的功能恢复水平。药物治疗则主要针对脑梗死后

的病理生理过程, 如使用抗血小板药物、降压药物、降脂药物等, 以预防再次发生脑梗死, 并改善患者的预后。物理治疗, 如电刺激和机械辅助等, 也被用于促进患者的功能恢复[8]-[10]。

近年来, 随着对脑梗死病理生理机制的深入理解, 一些新型治疗方法, 如干细胞治疗和神经保护治疗, 也在研究之中。然而, 这些治疗方法仍处于实验阶段, 距离临床广泛应用还有一定距离。除了西医治疗方法, 中医治疗, 尤其是针灸和中药治疗, 因其独特的治疗优势和较少的副作用, 越来越受到重视。针灸通过刺激特定的穴位来调节机体的气血和经络, 从而达到治疗疾病的目的。中药治疗则通过辨证施治, 选用适当的中药方剂来调整患者的体质和改善症状。其中, 补阳还五汤是中医治疗脑梗死后遗症的常用方剂之一, 其在临床上显示出一定的疗效。

尽管目前的治疗方法在一定程度上能够改善脑梗死后遗症患者的症状, 但仍存在许多挑战和限制。例如, 康复训练需要长期坚持, 且效果因人而异; 药物治疗可能会带来一定的副作用; 而新型治疗方法的安全性和有效性仍需进一步验证[11]-[14]。因此, 探索更加有效和安全的治疗手段, 以提高脑梗死后遗症患者的生活质量, 是当前医学研究的重要方向。

3. 针灸和中药在脑梗死治疗中的应用

脑梗死作为一种严重的脑血管疾病, 其治疗一直是医学研究的热点。除了现代医学的常规治疗手段外, 传统中医治疗方法, 尤其是针灸和中药, 因其独特的治疗理念和方法, 在全球范围内受到了越来越多的关注和应用。针灸和中药治疗脑梗死及其后遗症, 主要是基于中医的整体观念和辨证施治原则, 通过调和人体的阴阳平衡, 疏通经络, 促进气血运行, 以达到治疗疾病的目的。

3.1. 针灸治疗

针灸是中医的重要组成部分, 通过在人体特定穴位施用针刺, 以调节机体的生理功能。在脑梗死治疗中, 针灸能够促进局部血液循环, 改善脑组织缺血缺氧状态, 减少脑损伤[15]。此外, 针灸还能缓解脑梗死后的肢体痉挛, 提高患者的运动功能。研究表明, 针灸能够通过激活内源性神经保护机制, 促进脑梗死后的神经功能恢复。医者们采用体针、头针、电针、艾灸、耳穴、杵针、芒针、眼针、腹针、舌针、腕踝针、梅花针、皮内针、火针、蜂针等可有效改善中风后的各种症状, 提高患者的生活质量[16]-[37]。

3.2. 中药治疗

中药治疗则是基于中医理论, 通过辨证施治, 选用适当的中药方剂来调整患者的体质和改善症状。在脑梗死治疗中, 中药能够通过活血化瘀、通络止痛等作用, 改善脑部血液循环, 促进脑细胞代谢, 减轻脑水肿, 保护神经细胞。补阳还五汤是治疗脑梗死常用的中药方剂之一, 其主要成分包括黄芪、当归、川芎、桃仁、红花等, 具有补气活血、通络止痛的功效, 已被证实对脑梗死患者有积极的治疗效果。陆青[38]、韩晓巍[39]、白行官[40]等医者证明补阳还五汤对脑梗塞后遗症有很好的效果, 治疗费用低, 适合地方基层医院进行推广使用。

3.3. 针灸与中药的联合应用

针灸与中药的联合应用, 能够相互补充, 提高治疗效果。针灸可以直接作用于经络穴位, 而中药则通过内服来调整整体气血平衡, 两者结合使用, 可以更全面地促进脑梗死患者的康复。临床研究表明, 针灸联合中药治疗脑梗死及其后遗症, 能够显著改善患者的神经功能缺损, 提高生活质量。薛南玲[41]将 62 例患者分为两组, 采取针灸治疗患者为对照组(31 例), 采取补阳还五汤联合针灸治疗患者为观察组(31 例)。对比两组治疗后中医证候积分、NIHSS 与 ADL 评分, 对比疗效差异。观察组经诊治, 总有效率 83.87%, 高于对照组的 61.29%, 差异有统计学意义。胡正芬[42]将 20 例脑梗死后遗症患者作为研究对

象, 随机分成对照组和观察组, 对照组采用常规西药治疗, 观察组在对照组基础上联合补阳还五汤与针灸治疗, 比较两组的临床疗效。结果观察组治疗有效率高于对照组, NIHSS 分数低于对照组, FMA 分数与 BI 指数高于对照组, 中医证候积分低于对照组, SF-36 分数高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。崔红卫[43]将 140 例患者, 采用随机、单盲法将其等分为 2 组, 观察组采取补阳还五汤联合针灸治疗, 对照组采用单一针灸治疗, 对比 2 组患者的治疗效果以及治疗前后身体各项指标的变化情况, 随访 3 个月后患者身体各项指标的情况。结果观察组患者的治疗总有效率为 97.14%, 高于对照组总有效率 87.14% ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后身体各项指标均高于对照组($P < 0.05$); 治疗 3 个月后观察组患者的生活质量明显优于对照组($P < 0.05$)。结论对脑梗死患者采用针灸联合补阳还五汤的治疗效果显著, 能够极大程度控制脑梗死患者病情, 并且有效降低患者后续各项后遗症的发生率。王亚明等[44]将本院中医科治疗的 130 例脑梗死后遗症患者随机分为两组, 每组各 65 例, 对照组给予常规西医治疗配合康复训练, 在此基础上观察组辅以补阳还五汤合四味健步汤联合针灸治疗, 治疗 3 个月后比较两组患者的临床疗效、神经功能缺损量表评分(NIHSS)、Fugl-Meyer 运动功能评分(FMA)、日常生活活动能力评分(ADL)、中医证候积分变化、血液流变学指标变化、不良反应。得出观察组对照组两组间有统计学差异($P < 0.05$); 观察组治疗后 NIHSS、FMA、ADL 评分较对照组显著改善; 观察组治疗后偏身感觉异常、偏瘫、口舌歪斜、语言蹇涩、神识昏蒙等中医证候积分明显较对照组降低; 观察组治疗后血浆黏度、全血高切黏度、全血低切黏度、血小板聚集率较对照组明显降低; 两组治疗期间均未有严重不良反应发生($P > 0.05$), 补阳还五汤合四味健步汤联合针灸治疗脑梗死后遗症有显著疗效, 能明显提高患者神经功能, 改善症状。

4. 讨论与展望

脑梗死属中医“中风”范畴, 因本病起病急骤, 变化迅速, 又与自然界变化迅速的风邪特征相类似, 所以古人以风类比, 名为中风。脑梗死作为全球范围内主要的公共卫生问题之一, 其高发病率、高致残率和高死亡率给患者、家庭以及社会带来了沉重的负担。随着人口老龄化的加剧, 脑梗死及其后遗症的治疗和康复需求日益增加。因此, 探索和验证有效的治疗手段, 对于提高患者的生存质量、减少医疗资源消耗、降低社会经济负担具有重要的意义。传统的治疗手段在脑梗死急性期和恢复期的治疗效果上存在一定的局限性。针灸和中药作为中国传统医学的重要组成部分, 其独特的治疗机制和方法为脑梗死的治疗提供了新的途径。脑梗死后遗症严重影响患者的日常生活和自理能力。针灸和中药在促进神经功能恢复、改善运动功能障碍等方面显示出潜在的优势。相比于药物治疗可能带来的副作用, 针灸和中药治疗通常被认为具有较好的安全性和较低的不良反应发生率。针灸和中药作为中华文化的瑰宝, 其在国际上的推广和应用不仅能够提升中华文化的影响力, 也为全球卫生保健提供了经济有效的选择[45]。

综上所述, 针灸联合补阳还五汤治疗脑梗死后遗症, 能够显著改善患者的神经功能缺损, 提高日常生活活动能力, 与单纯西医治疗相比, 显示出更好的疗效。研究中未发现明显的不良反应, 表明针灸联合中药治疗具有较高的安全性。针灸可能通过调节神经系统功能、改善血液循环、促进局部炎症因子的吸收等机制发挥作用。补阳还五汤则通过补气活血、通络止痛的作用, 改善脑梗死后的血液循环, 促进神经功能恢复。针灸联合补阳还五汤治疗脑梗死后遗症的方法具有临床推广价值, 可以作为脑梗死后遗症综合治疗的一部分。未来的研究应进一步探索针灸和中药的作用机制, 开展多中心、大样本的临床研究, 以验证其疗效和安全性。

参考文献

- [1] Sacco, R.L., Benjamin, E.J., Broderick, J.P., et al. (1997) American Heart Association Prevention Conference. IV. Prevention and Rehabilitation of Stroke. *Stroke*, **28**, 1507-1517.
- [2] Donnan, G.A., Fisher, M., Macleod, M. and Davis, S.M. (2008) Stroke. *The Lancet*, **371**, 1612-1623.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60694-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60694-7)

- [3] Lloyd-Jones, D., Adams, R.J., Brown, T.M., *et al.* (2010) Heart Disease and Stroke Statistics—2010 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*, **121**, e46-e215.
- [4] Roger, V.L., Go, A.S., Lloyd-Jones, D.M., *et al.* (2012) Heart Disease and Stroke Statistics—2012 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*, **125**, e2-e220.
- [5] Smith, W.S. (2004) Pathophysiology of Focal Cerebral Ischemia: A Therapeutic Perspective. *Neurosurgery*, **54**, 131-143.
- [6] Fisher, M., Feuerstein, G., Howells, D.W., Hurn, P.D., Kent, T.A., Savitz, S.I., *et al.* (2009) Update of the Stroke Therapy Academic Industry Roundtable Preclinical Recommendations. *Stroke*, **40**, 2244-2250.
<https://doi.org/10.1161/strokeaha.108.541128>
- [7] Wang, Y., Wang, Y., Zhao, X., *et al.* (2007) Prevalence and Outcome of Stroke in China: Results from a National Questionnaire Survey. *Neurology*, **68**, 2102-2109.
- [8] Duncan, P.W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J.Y., Glasberg, J.J., Graham, G.D., *et al.* (2005) Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline. *Stroke*, **36**, e100-e143.
<https://doi.org/10.1161/01.str.0000180861.54180.ff>
- [9] Langhorne, P., Coupar, F. and Pollock, A. (2009) Motor Recovery after Stroke: The Role of Intensive Rehabilitation. *The Lancet Neurology*, **8**, 474-483.
- [10] Sacco, R.L., Kasner, S.E., Broderick, J.P., Caplan, L.R., Connors, J.J., Culebras, A., *et al.* (2013) An Updated Definition of Stroke for the 21st Century: A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, **44**, 2064-2089. <https://doi.org/10.1161/str.0b013e318296aeca>
- [11] Teasell, R.W., Bhogal, S.K. and Speechley, M.R. (2001) Arm Function Recovery after Stroke: Results of the Stroke Recovery Assessment Group (SRAG). *Topics in Stroke Rehabilitation*, **8**, 1-8.
- [12] Wang, H., Zhao, X., Wang, J., *et al.* (2013) Efficacy of Traditional Chinese Medicine for Stroke Rehabilitation: A Meta-Analysis. *PLOS One*, **8**, e82908.
- [13] Chen, Y., Chen, Y., Lin, J., *et al.* (2015) A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Controlled Trial of Acupuncture for Patients with Post-Stroke Motor Dysfunction. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, **21**, 281-290.
- [14] Liu, M., Li, X., Yu, X., *et al.* (2016) Effectiveness of Traditional Chinese Medicine for Stroke Rehabilitation: A Meta-Analysis and Systematic Review. *International Journal of Rehabilitation Research*, **39**, 1-11.
- [15] 宁飞. 脑梗死后遗症患者针灸治疗的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2017, 15(10): 5-6.
- [16] 曾慧玲. 脑卒中后偏瘫肩痛的诊疗现状[J]. 光明中医, 2016, 31(2): 292-295.
- [17] 钟如春, 刘霞, 卢欣. 理气和胃调神法针刺治疗中风后呃逆疗效研究[J]. 陕西中医, 2019, 40(9): 1288-1290.
- [18] 杨旭东, 朱菊清, 刘爱京, 等. 头皮针治疗脑卒中患者 Broca 失语 40 例临床观察[J]. 甘肃中医药大学学报, 2017, 34(3): 71-72.
- [19] 贺建强, 韩润霞, 李明睿, 等. 头针带针状态进行康复训练治疗中风后假性球麻痹吞咽障碍疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2020, 42(2): 28-30.
- [20] 白俊敏, 闫秀丽, 吴明莉, 等. 互动式头针治疗中风后运动性失语的临床疗效[J]. 时珍国医国药, 2017, 28(6): 1394-1396.
- [21] 梁莉娜, 张亚军, 刘永宏. 针刺足三阴经配合低频脉冲电疗对脑卒中早期足下垂内翻的疗效观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(8): 1072-1073.
- [22] 金泽, 曹晓婷. 颈部电针治疗中风后痉挛型构音障碍 30 例[J]. 针灸临床杂志, 2015, 31(5): 26-28.
- [23] 宋丰军, 蒋松鹤, 郑士立, 等. 电针治疗中风后尿失禁: 多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2013, 33(9): 769-773.
- [24] 孙培养, 储浩然. 针灸治疗脑卒中后吞咽障碍的临床研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(7): 87-90.
- [25] 包烨华, 楚佳梅, 李丽萍, 等. 热敏灸治疗脑卒中后尿失禁的临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(7): 786-788.
- [26] 杨青, 杨淑萍, 李晓青. 耳针法对中风后轻度抑郁患者的影响[J]. 光明中医, 2015, 30(3): 550-552.
- [27] 申治富, 余思奕, 胡幼平. 杵针疗法的理论及临床运用[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(6): 575-578.
- [28] 周群, 蒋运兰, 郭秋月, 等. 杵针疗法结合情志护理对中风后抑郁患者康复效果的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2014, 30(5): 534-537.
- [29] 陆鹤, 赵卫锋, 贾成文, 等. 芒针透刺法对中风后偏瘫肌张力及运动功能的影响[J]. 陕西中医, 2015, 36(11): 1518-1519.
- [30] 杨森, 王鹏琴, 罗媛媛. 眼针运动疗法治疗中风后痉挛的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(9): 1961-1963.

-
- [31] 毕学琦, 熊琴, 魏敏, 等. 腹针疗法在卒中后抑郁治疗中的应用及效果分析[J]. 中国老年保健医学, 2017, 15(4): 41-44.
- [32] 许慧倩, 陈洁. 舌针治疗针对性改善运动性失语患者各项言语能力的临床观察[J]. 临床研究, 2020, 28(11): 103-104.
- [33] 孙阁, 周智梁, 毛蕾, 等. 腕踝针为主针刺治疗中风后偏身感觉障碍[J]. 中国针灸, 2011, 31(10): 35-39.
- [34] 王颖颖, 何立, 叶佳蓓, 等. 梅花针叩刺腕部三阴经治疗中风后腕关节拘挛临床观察[J]. 中国针灸, 2020, 40(1): 26-29.
- [35] 徐伟, 孙丹, 陈娜, 等. 皮内针久留针治疗脑卒中咽期吞咽障碍疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(11): 1281-1285.
- [36] 王宁, 李志峰, 吴海红. 火针疗法治疗中风后痉挛性偏瘫的临床疗效观察[J]. 针刺研究, 2015, 40(4): 304-308.
- [37] 袁双双, 崔韶阳, 王曙辉, 等. 蜂针联合 Bobath 疗法治疗中风后肩手综合征 33 例[J]. 中国针灸, 2020, 40(1): 30-31.
- [38] 陆青. 补阳还五汤治疗脑梗死后遗症临床疗效观察[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(3): 427-428.
- [39] 韩晓巍, 宋志. 补阳还五汤对脑梗塞后遗症的临床治疗效果分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(9): 91-92.
- [40] 白行官, 肖华业. 加服补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗死后遗症 48 例[J]. 广西中医药, 2010, 33(2): 26-27.
- [41] 薛南玲. 补阳还五汤联合针灸治疗脑梗死后遗症的临床效果分析[J]. 系统医学, 2021, 6(17): 142-144.
- [42] 胡正芬. 阿司匹林联合补阳还五汤 + 针灸治疗脑梗死后遗症疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2021, 9(20): 49-52.
- [43] 王亚明, 刘晓玲, 陈小俊. 补阳还五汤合四味健步汤联合针灸治疗脑梗死后遗症的临床效果分析[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(12): 2581-2583.
- [44] 崔红卫. 补阳还五汤联合针灸治疗脑梗死后遗症临床观察[J]. 光明中医, 2020, 35(14): 2115-2117.
- [45] 李长郁, 周鸿飞. 中医治疗脑梗死后遗症研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(12): 92-93.