

· 国医国药 ·

“调气生脉逐瘀”法治疗急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死的临床效果研究

侯斌

【摘要】目的 分析“调气生脉逐瘀”法治疗急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死的临床效果。方法 80例急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死患者，随机分为对照组和治疗组，各40例。对照组应用常规西医治疗，治疗组采取“调气生脉逐瘀”法治疗。对比两组临床疗效、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、日常活动能力评分、炎症因子[超敏C反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)]及血管内皮生长因子(VEGF)水平。结果 治疗后，两组NIHSS评分比治疗前低，且治疗组NIHSS评分(8.54 ± 2.03)分比对照组的(10.93 ± 1.89)分低，有统计学差异($P < 0.05$)。相比于对照组(82.50%)，治疗组总有效率(97.50%)更高，有统计学差异($P < 0.05$)。治疗后，两组日常活动能力评分比治疗前高，且治疗组日常活动能力评分(84.45 ± 5.96)分比对照组的(72.15 ± 5.36)分高，有统计学差异($P < 0.05$)。治疗后，两组hs-CRP、IL-6、TNF- α 及VEGF水平低于治疗前，且治疗组hs-CRP、IL-6、TNF- α 及VEGF水平比对照组低，有统计学差异($P < 0.05$)。结论 “调气生脉逐瘀”法在治疗急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死方面具有显著的效果，可以改善患者的血清炎症因子，恢复患者神经功能，提高患者日常活动能力，值得应用。

【关键词】“调气生脉逐瘀”法；急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死；疗效

DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2025.10.033

Clinical study on the treatment of acute cerebral infarction with severe intracranial artery stenosis by "Tiaoqi Shengmai Zhuyu" method HOU Bin. Tai'an Traditional Chinese Medicine Hospital, Tai'an 271000, China

【Abstract】Objective To analyze the clinical effect of "Tiaoqi Shengmai Zhuyu" method in the treatment of acute cerebral infarction with severe intracranial artery stenosis. Methods 80 patients of acute cerebral infarction with severe intracranial artery stenosis were randomly divided into a control group and a treatment group, each containing 40 patients. The control group was given conventional western medicine treatment, and the treatment group was treated with "Tiaoqi Shengmai Zhuyu" method. Comparison of clinical efficacy, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) score, score of daily activity ability, inflammatory factors [hypersensitive C-reactive protein (hs-CRP), interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor- α (TNF- α)] and vascular endothelial growth factor (VEGF) levels between the two groups. Results After treatment, NIHSS scores in both groups decreased compared with before treatment, and the treatment group had a lower NIHSS score of (8.54 ± 2.03) points than (10.93 ± 1.89) points in the control group, with a statistical difference ($P < 0.05$). Compared with the control group (82.50%), the total effective rate of the treatment group (97.50%) was higher, and with a statistical difference ($P < 0.05$). After treatment, the scores of daily activity ability in both groups were increased compared with before treatment, and the score of daily activity ability (84.45 ± 5.96) points in the treatment group was higher than (72.15 ± 5.36) points in the control group, with a statistical difference ($P < 0.05$). After treatment, the levels of hs-CRP, IL-6, TNF- α and VEGF in both groups were lower than those before treatment; the levels of hs-CRP, IL-6, TNF- α and VEGF in the treatment group were lower than those in the control group; the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion "Tiaoqi Shengmai Zhuyu" method has remarkable effect in the treatment of acute cerebral infarction with severe intracranial artery stenosis, which can improve serum inflammatory factors, restore nerve function and improve daily activity ability of patients, and is worth applying.

【Key words】"Tiaoqi Shengmai Zhuyu" method; Acute cerebral infarction with severe intracranial artery stenosis; Curative effect

近年来随着我国生活水平日益提高,各种疾病发病率也明显攀升^[1],其中就包括急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死,其会让患者神经功能受损,若没有及时进行治疗,轻则出现后遗症,重则危及患者生命安全。随着中医药学在我国日益发展及广泛应用,中医治疗急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死的案例也日益增多。中医认为急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死属于“中风”范畴,多见气滞血瘀型^[2]。其中“调气生脉逐瘀”法具有活血化瘀、补气通络的功效,常用于急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死患者,但是关于该治疗方案的相关文献相对较少,为此本文将观察并分析急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死患者采用“调气生脉逐瘀”法治疗的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院收治的急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死患者进行研究,共80例,时间为2022年1月~2024年1月。将80例患者随机分为对照组和治疗组,均为40例。对照组中男性患者20例,女性患者20例;年龄49~72岁,平均年龄 (60.54 ± 3.85) 岁;发病时间3~24 h,平均发病时间 (8.53 ± 5.16) h。治疗组中男性患者21例,女性患者19例;年龄50~74岁,平均年龄 (61.34 ± 4.26) 岁;发病时间4~24 h,平均发病时间 (9.54 ± 4.86) h。两组的一般资料经统计学对比,无统计学差异($P>0.05$),研究可对比。

1.2 纳入、排除及剔除标准 纳入标准:经过中医辨证确诊为“中风”,见肢体软弱、心悸盗汗等症状,经过影像学检查后排除其他脑部病变^[3]。

排除标准:出血性脑卒中患者;肝肾功能异常患者;对治疗药物有过敏反应的患者;患有颅内肿瘤、颅脑创伤等其他疾病的患者。

剔除标准:不符合纳入/排除标准而错误地被纳入随机分组;参与者不遵守随机分组,或分配后未使用任何试验药物,或使用量极小($<10\%$);使用了可能影响疗效和安全性评估的其他治疗或药品;随机分配后未提供任何数据。这些情况需在盲态审查期间,由主要研究者、数据管理人员、统计学家和申办方共同讨论决定是否剔除。

1.3 方法

1.3.1 对照组 患者接受常规西医治疗。给予阿司匹林肠溶片0.1 g/次, q.d., p.o., 硫酸氢氯吡格雷首次顿服300 mg,之后改为75 mg/次, q.d., p.o.。连续治疗5周。

1.3.2 治疗组 患者采取“调气生脉逐瘀”法治疗。方药:人参10 g、麦冬10 g、五味子10 g、茯苓30 g、黄芪30 g、菖蒲10 g、川芎30 g、全蝎10 g、地龙15 g、益母草30 g、余甘子12 g、三棱10 g、莪术10 g。中药为北京康仁堂药房提供的颗粒剂,水冲服,1剂/d,分早晚2次温服。连续治疗5周。

1.4 观察指标及判定标准

1.4.1 NIHSS评分 治疗前和治疗后采用NIHSS对患者进行神经功能缺损程度评定,评分范围0~42分,分数越高神经功能缺损程度越严重^[4]。

1.4.2 临床疗效 通过NIHSS评分下降情况进行疗效判定,NIHSS评分下降率 $=$ (治疗前NIHSS评分-治疗后NIHSS评分)/治疗前NIHSS评分 $\times 100\%$ 。治愈:患者康复出院,NIHSS评分下降率达到90%以上,能正常参加日常活动;有效:患者可以照顾自己,但有不同程度的神经系统缺陷,NIHSS评分下降率达到45%~90%;无效:患者可以独立生活,但有显著的神经系统症状,NIHSS评分下降率达到20%~44%;无效:患者无法自我照顾,NIHSS评分下降率 $<20\%$ 。总有效率 $=$ (治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4.3 日常活动能力评分 治疗前后应用Barthel指数^[5]进行评价,评分范围0~100分,分数越高日常活动能力越好。

1.4.4 炎症因子及VEGF水平 于治疗前后检测两组患者血清TNF- α 、IL-6、hs-CRP、VEGF水平。抽取患者早晨空腹静脉血5 ml进行离心处理,设置离心参数,转速3000 r/min,时间15 min,检测方法为酶联免疫吸附试验(ELISA)。

1.5 统计学方法 本文指标数据由SPSS29.0系统统计分析。以率(%)表示计数资料,比较行 χ^2 值验证;计量资料(符合正态分布)以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,比较行 t 值验证。 $P<0.05$ 则表明有统计学差异。

2 结果

2.1 NIHSS评分 治疗前,治疗组NIHSS评分 (17.87 ± 2.16) 分与对照组的 (18.03 ± 2.65) 分对比无统计学差异($P>0.05$);治疗后,两组NIHSS评分比治疗前低,且治疗组NIHSS评分 (8.54 ± 2.03) 分相比于对照组的 (10.93 ± 1.89) 分更低,有统计学差异($P<0.05$)。见表1。

2.2 临床疗效 治疗组治愈15例,显效15例,有效9例,无效1例;对照组治愈13例,显效13例,有效7例,无效7例。与对照组(82.50%)对比,治疗组总有效率(97.50%)更高,有统计学差异($P<0.05$)。见表2。

2.3 日常活动能力评分 治疗前,治疗组日常活动能力评分 (60.65 ± 1.24) 分与对照组的 (60.25 ± 1.34) 分对比无显著差异($P>0.05$);治疗后,两组日常活动能力评分高于治疗前,且治疗组日常活动能力评分 (84.45 ± 5.96) 分相比于对照组的 (72.15 ± 5.36) 分更高,有统计学差异($P<0.05$)。见表3。

2.4 炎症因子及VEGF水平 治疗前,两组hs-CRP、IL-6、TNF- α 及VEGF水平对比无显著差异($P>0.05$);治疗后,两组hs-CRP、IL-6、TNF- α 及VEGF水平比治疗前低,且治疗组hs-CRP、IL-6、TNF- α 及VEGF水平比对照组低,有统计学差异($P<0.05$)。见表4。

表 1 两组 NIHSS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	40	18.03 ± 2.65	10.93 ± 1.89 ^a
治疗组	40	17.87 ± 2.16	8.54 ± 2.03 ^{ab}
<i>t</i>		0.296	5.450
<i>P</i>		0.768	0.000

注：与本组治疗前对比，^a*P*<0.05；与对照组治疗后对比，^b*P*<0.05

表 2 两组临床疗效对比 (n, %)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	13	13	7	7	82.50
治疗组	40	15	15	9	1	97.50 ^a
χ^2						5.000
<i>P</i>						0.025

注：与对照组对比，^a*P*<0.05

表 3 两组日常活动能力评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	40	60.25 ± 1.34	72.15 ± 5.36 ^a
治疗组	40	60.65 ± 1.24	84.45 ± 5.96 ^{ab}
<i>t</i>		1.386	9.705
<i>P</i>		0.170	0.000

注：与本组治疗前对比，^a*P*<0.05；与对照组治疗后对比，^b*P*<0.05

表 4 两组炎症因子及 VEGF 水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	hs-CRP(mg/L)		IL-6(pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	30.15 ± 4.15	26.93 ± 3.25 ^a	44.51 ± 5.15	38.72 ± 7.59 ^a
治疗组	40	30.22 ± 4.18	13.64 ± 5.17 ^{ab}	44.53 ± 5.18	34.96 ± 1.48 ^{ab}
<i>t</i>		0.075	13.764	0.017	3.075
<i>P</i>		0.940	0.000	0.986	0.003

组别	例数	TNF-α (pg/ml)		VEGF(pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	70.18 ± 4.44	60.51 ± 4.26 ^a	77.82 ± 4.11	70.61 ± 6.02 ^a
治疗组	40	70.23 ± 4.51	55.63 ± 4.86 ^{ab}	77.89 ± 4.13	60.44 ± 8.01 ^{ab}
<i>t</i>		0.050	4.776	0.076	6.419
<i>P</i>		0.960	0.000	0.940	0.000

注：与本组治疗前对比，^a*P*<0.05；与对照组治疗后对比，^b*P*<0.05

3 讨论

中医认为急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死的病因病机为(气虚、阴虚)、风(外风、肝风)、气(气滞、气逆)、血(血虚、血瘀)、痰(痰瘀、血瘀)、痰(风痰、湿痰)、火(心火、肝火)等。这些病因可单一致病，也可联合致病，各病因间相互影响、作用，侵扰机体而导致发病。气血是维持人体正常生命活动的重要物质基础，其通畅与充盈是人体健康的重要标志。急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死患者由于年老久病、情志过极、饮食不节、烦劳过度等原因，导致气血失调，

风、痰、瘀三邪互结，阻塞经络，致使脑失所养。正虚为发病之本，包括肝肾阴虚、气血不足等；邪实为致病之标，以风火痰浊瘀血为主。正虚邪实相互作用，导致脑络不通，神机失用。脑梗死的病位在脑，但脏腑涉及肝、脾、肾等。肝主疏泄，调畅气机；脾主运化，化生精微；肾主藏精，生髓通脑。脏腑功能失调，气血生化无源，脑失所养，从而发生脑梗死。由于情志过极、暴怒伤肝等原因，导致肝阳化风，阻塞经络，气血逆乱，引发脑梗死。气虚导致血液运行无力，血瘀则阻塞经络，气血受阻，导致脑梗死。痰浊内阻，阻塞经络，气血不

能正常运行,导致脑梗死。在治疗上,中医强调辨证施治,根据不同的病理机制选用不同的方药进行治疗,以调气活血、化痰祛风、清热平肝、滋补肾精为基本原则。

“调气生脉逐瘀”法方剂中的茯苓、人参以及麦冬、益母草都有活血益气之功效,其为君药;五味子、川芎则具有活血祛瘀的功效,其为臣药;地龙、菖蒲和全蝎起到通经止痛功效,其为佐药。此次方剂中的药物共同作用后即可补气活血、通络祛瘀,改善患者症状。且药理学研究中也表明,全蝎、地龙及余甘子具有抑制血小板的作用,川芎能够改善脑部循环障碍;人参则能减少血管内皮损伤,益母草降低血浆胆固醇,避免病情发展严重;莪术可以止血,治疗口歪眼斜,对脑梗死引发的头痛、肢体活动不利等症状有显著的改善,帮助患者尽快康复^[6]。

本次研究中,治疗后,两组NIHSS评分比治疗前低,且治疗组NIHSS评分比对照组低,有统计学差异($P<0.05$)。与对照组相比,治疗组总有效率更高,有统计学差异($P<0.05$)。治疗后,两组日常活动能力评分高于治疗前,且治疗组日常活动能力评分高于对照组,有统计学差异($P<0.05$)。治疗后,两组hs-CRP、IL-6、TNF- α 及VEGF低于治疗前,且治疗组hs-CRP、IL-6、TNF- α 及VEGF低于对照组,有统计学差异($P<0.05$)。原因在于,“调气生脉逐瘀”法属于中医范畴,其理论基础在于通过调和气血、疏通经络、消除瘀血等方法,改善脑部的血液循环,从而达到治疗脑梗死的目的^[7-9]。在应用该法治疗急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死时,通常会结合患者的具体情况,选用相应的中药方剂。这些方剂中的药物联用具有补气生血、活血化瘀的功效,能够帮助改善脑部缺血状态,促进神经功能的恢复。从中医的角度来看,“调气生脉逐瘀”法能够补益心气、活血化瘀、豁痰通阳,有效抑制血小板聚集和动脉粥样硬化,从而改善血液的高凝、粘、聚状态^[10,11]。

综上所述,急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死患者采取“调气生脉逐瘀”法进行治疗,效果明显,可改善患者神经功能,帮助患者尽快恢复日常活动能力,值得应用。

参 考 文 献

- [1] 林广勇,叶慧敏,黎月桃,等.高频重复经颅磁刺激对脑梗死吞咽功能障碍的影响及相关机制研究.中国实用医药,2024,19(1):11-14.
- [2] 狄美琪,殷晓菁,李超生,等.化痰熄风通络汤联合依达拉奉右莪醇治疗急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死的临床疗效分析.中国实用医药,2024,19(9):1-5.
- [3] 林树煌.针灸、推拿联用对老年脑梗死患者肢体功能及生活质量的影响分析.中国实用医药,2024,19(5):131-133.
- [4] 党宝齐,高凡,袁媛,等.中医针灸辅助现代康复治疗脑梗死患者的疗效观察.世界中西医结合杂志,2023,18(5):975-979,984.
- [5] 温隆妹.血府逐瘀汤联合综合康复训练对气虚血瘀型脑梗死偏瘫的疗效及肢体功能、神经功能的影响.中国医药导报,2022,19(24):139-142.
- [6] 融劲民,张京苗,高嘉,等.血府逐瘀汤联合奥拉西坦对脑梗死后血管性痴呆患者认知功能及NO、ET-1、IL-6水平的影响.现代中西医结合杂志,2022,31(9):1247-1250.
- [7] 吴俊乐.急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死治疗研究新进展.首都食品与医药,2023,30(4):24-26.
- [8] 何春艳,钟士江,张敬梅.急性颅内动脉重度狭窄性脑梗死的治疗进展.中国城乡企业卫生,2023,38(9):32-34.
- [9] 陈小妹,倪健.通络逐瘀汤联合血管内介入治疗对急性脑梗死患者侧支循环及血管再通的影响.中国医学创新,2024,21(13):101-104.
- [10] 邱银银.血府逐瘀汤加减治疗脑梗死形成恢复期的效果分析.内蒙古中医药,2023,42(12):46-48.
- [11] 聂亮.加味血府逐瘀汤对气虚血瘀型脑梗死患者疗效及脑血流动力学的影响.现代诊断与治疗,2023,34(17):2557-2558,2585.

[收稿日期:2024-07-29]