桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗老年中风恢复期临床研究

刘万霞，赵云霞，魏霞

驻马店市中医院老年病科，河南 驻马店 463000

［摘要］**目的：**观察桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗老年中风恢复期患者的临床疗效。**方法：**将60例老年中风恢复期患者以随机数字表法分为观察组与对照组各30例。2组均给予常规基础治疗，观察组给予桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗，对照组仅给予针刺治疗。比较2组临床疗效，并比较2组神经功能缺损程度、认知功能、肢体运动功能、颅内血流动力学及炎症因子水平。**结果：**治疗后观察组总有效率93.33%，高于对照组73.33%（$P<0.05$）。治疗后，2组美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评分均降低（$P<0.05$），且观察组低于对照组（$P<0.05$），2组简易智能精神状态检查量表（MMSE）、Fugl-Meyer评定量表（FMA）评分均升高（$P<0.05$），且观察组高于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组颅内基底动脉（VBA）、大脑前动脉（ACA）、大脑中动脉（MCA）、大脑后动脉（PCA）血流速度均增大（$P<0.05$），且观察组大于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组血清肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、白细胞介素-6（IL-6）水平均降低（$P<0.05$），且观察组低于对照组（$P<0.05$），2组血清白细胞介素-10（IL-10）水平均升高（$P<0.05$），且观察组高于对照组（$P<0.05$）。**结论：**针对老年中风患者采取桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗可提高临床效果，对患者神经功能、认知功能、肢体运动功能有积极改善效果，并能提高患者颅内血流速度，减轻机体炎症反应。

［关键词］中风恢复期；老年；桂枝茯苓汤；针刺；神经功能；认知功能；肢体运动功能；血流动力学
［中图分类号］R743.3 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2024）05-0021-05
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2024.05.005

Clinical Study on Modified Guizhi Fuling Decoction Combined with Acupuncture for Senile Patients in Stroke Recovery Period

LIU Wanxia，*ZHAO Yunxia*，*WEI Xia*

Department of Geriatrics，Zhumadian Traditional Chinese Medicine Hospital，Zhumadian Henan 463000，China

Abstract：Objective：To observe the clinical effect of modified Guizhi Fuling Decoction combined with acupuncture on senile patients in stroke recovery period. **Methods：**A total of 60 cases of senile patients in stroke recovery period were divided into the observation group and the control group according to the random number table method，with 30 cases in each group. Both groups were given routine basic treatment；the observation group was treated with modified Guizhi Fuling Decoction combined with acupuncture，and the control group was simply treated with acupuncture. The clinical effects were compared between the two groups；the scores of degree of neurological impairment，cognitive function and limb motor function were compared between the two groups；the levels of intracranial hemodynamics and inflammatory factors were compared between the two groups. **Results：**After treatment，the total effective rate was 93.33% in the observation group，higher than that of 73.33% in the control group（$P<0.05$）. After treatment，National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) scores in the two groups were

［收稿日期］2023-02-27
［修回日期］2023-12-04
［作者简介］刘万霞（1980-），女，副主任中医师，E-mail：17639655356@163.com。
［通信作者］魏霞（1970-），女，主任中医师，E-mail：505066540@qq.com。

decreased ($P<0.05$), and the score in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$), the scores of Mini-mental State Examination (MMSE) and Fugl-Meyer Assessment (FMA) in the two groups were increased ($P<0.05$), and the scores in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the blood flow velocity of intracranial basilar artery (VBA), anterior cerebral artery (ACA), middle cerebral artery (MCA) and posterior cerebral artery (PCA) in the two groups were increased ($P<0.05$), and the blood flow velocity in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the levels of tumor necrosis factor-α (TNF-α) and interleukin-6 (IL-6) in serum in the two groups were decreased ($P<0.05$), and the levels of serum interleukin-10 (IL-10) in the two groups were increased ($P<0.05$), and the level in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** The application of modified Guizhi Fuling Decoction combined with acupuncture for senile patients with stroke can enhance the clinical effect, improve the neurological function, cognitive function and limb motor function, increase the intracranial blood flow velocity, and reduce the body inflammation.

Keywords: Stroke recovery period; Senile; Guizhi Fuling Decoction; Acupuncture; Neurological function; Cognitive function; Limb motor function; Hemodynamics

中风又称为脑梗死，是因急性的脑血液循环供应障碍导致的神经功能缺损综合征，好发于老年人群。据相关统计显示，我国每年因中风死亡者约100万，严重威胁老年人群生命健康[1]。中风恢复期为2周~6个月，在这一时期内及时采取有效治疗措施对改善患者预后至关重要。目前，西医治疗中风尚无特效方法，针对恢复期患者以对症治疗缓解症状为主，但难以达到理想的预期效果[2]。中医认为本病因正虚邪中、脉络气虚、血瘀痰阻、外邪入侵所致。针灸疗法治疗中风恢复期具有显著优势，可达到平衡阴阳、调理气机、醒脑开窍及活血通络等效果，临床疗效显著[3]。桂枝茯苓汤出自《金匮要略》，具有活血化瘀的效果。本研究观察桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗老年中风恢复期的临床疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《实用神经病学》[4]中脑梗死的诊断标准。静息状态下发病，急性发病；临床表现为偏瘫、失语、口角歪斜及知觉障碍等；经头颅计算机断层扫描、核磁共振等影像学检查确诊。

1.2 辨证标准 参考《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》[5]中气虚血瘀证的辨证标准。症见：半身不遂，口眼歪斜，言语謇涩或不语，气短乏力，感觉减退或消失，自汗，面色㿠白；舌质暗淡，苔白腻；脉沉细。

1.3 纳入标准 满足上述诊断及辨证标准；60岁≤年龄<90岁；处于脑中风恢复期，病程2周~6个月；7分<美国国立卫生研究院卒中量表评分(NIHSS)<21分；研究执行前获得患者及其家属知情同意。

1.4 排除标准 脑中风急性期；有脑外伤、脑部肿瘤疾病；有严重肝肾功能损害、凝血功能障碍及呼吸、消化系统疾病；不能配合针刺治疗；中途退出研究。

1.5 剔除标准 纳入错误、未按规定治疗而无法判定疗效；资料不全无法判定疗效、安全性；有严重不良反应、并发症及特殊生理变化等难以继续治疗；使用影响疗效的药物。

1.6 一般资料 选取2021年12月—2022年12月驻马店市中医院老年病科脑三病区收治的60例老年中风患者，以随机数字表法随机分为观察组与对照组各30例。观察组男18例，女12例；年龄60~85岁，平均(74.15±8.23)岁；病程3周~5个月，平均(2.84±0.42)个月；合并症：高血压16例，高血脂10例，糖尿病6例。对照组男19例，女11例；年龄62~88岁，平均(75.20±9.13)岁；病程2周~6个月，平均(3.02±0.46)个月；合并症：高血压18例，

高血脂9例，糖尿病8例。2组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），有可比性。本研究获得驻马店市中医院伦理委员会审核批准（202101234号）。

2 治疗方法

2组入院后均给予控制血压、降糖、调脂、抗血小板聚集、脑神经保护及改善脑循环等常规对症治疗。

2.1 对照组 给予针刺治疗。取穴：百会、肩髃（患侧）、曲池（患侧）、足三里（患侧）、气海（患侧）。针刺方法：选择华佗牌一次性无菌针（苏州医疗用品厂有限公司，规格：0.30 mm×40 mm）针刺，百会穴以平刺法进针0.5~0.8寸，肩髃穴以垂直进针法直刺0.5~0.8寸，曲池穴以直刺法进针0.5~1.0寸，足三里穴以直刺法进针1.0~2.0寸，气海穴以向下斜刺法进针2.0~3.0寸，所有穴位运用捻转法得气后，留针30 min，每天1次，每针刺5 d，休息2 d。

2.2 观察组 在对照组基础上给予桂枝茯苓汤加减治疗。处方：黄芪、桂枝各15 g，桃仁、赤芍、茯苓、牡丹皮各10 g，甘草6 g。上药每天1剂，水煎取汁300 mL，分早晚2次服用。

2组均治疗2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。治疗2周后比较2组临床疗效。②神经功能缺损程度。以NIHSS评分[6]评估2组治疗前后神经功能缺损情况，包括意识、水平凝视、面瘫、言语、手肌力、步行能力、上肢及下肢肌力8项内容，满分45分，评分越高则神经功能受损程度越严重。③认知功能。以简易智能精神状态检查量表（MMSE）[7]评估2组治疗前后认知功能，该量表包括语言、视空间、地点定向力、时间定向力、即刻记忆、延迟记忆、注意力及计算力7项内容，总分30分，分值越低认知功能障碍越严重。④肢体运动功能。以Fugel-Meyer评定量表（FMA）[8]评估2组治疗前后肢体运动功能，该量表包括上肢（66分）、下肢（34分）两部分，评分越高则肢体运动功能越好。⑤颅内血液流变学指标。以经颅多普勒血流分析仪（徐州蓝海医疗科技有限公司，型号：LH-8000）测量2组治疗前后基底动脉（VBA）、大脑前动脉（ACA）、大脑中动脉（MCA）、大脑后动脉（PCA）的血流速度。⑥血清炎症指标。治疗前后取2组晨起空腹肘静脉血3 mL，以3 000 r/min低速离心处理10 min（离心半径15 cm），分离血清后-80 ℃低温下保存，以酶联免疫吸附法（北京欧蒙生物技术有限公司提供试剂盒）检测白细胞介素-6（IL-6）、白细胞介素-10（IL-10）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）水平。

3.2 统计学方法 以SPSS21.0统计学软件分析数据。计量资料符合正态分布以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，2组间比较采用成组t检验，同组治疗前后比较采用配对样本t检验；计数资料以百分比（%）表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》[9]拟定。痊愈：症状及体征基本消失，NIHSS评分减分率≥90%；显效：症状及体征显著改善，46%≤NIHSS评分减分率<90%；有效：症状及体征有所好转，18%≤NIHSS评分减分率<46%；无效：症状及体征无改善或加重，NIHSS评分减分率<18%。总有效率=（痊愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率93.33%，高于对照组73.33%（$P<0.05$）。

表1 2组临床疗效比较 例（%）

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	13（43.33）	9（30.00）	6（20.00）	2（6.67）	28（93.33）
对照组	30	6（20.00）	9（30.00）	7（23.33）	8（26.67）	22（73.33）
χ^2值						4.320
P值						0.038

4.3 2组治疗前后NIHSS、MMSE、FMA评分比较 见表2。治疗前，2组NIHSS、MMSE、FMA评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组NIHSS评分均降低（$P<0.05$），且观察组低于对照组（$P<0.05$），2组MMSE、FMA评分均升高（$P<0.05$），且观察组高于对照组（$P<0.05$）。

表2 2组治疗前后NIHSS、MMSE、FMA评分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

组别	时间	例数	NIHSS评分	MMSE评分	FMA评分	
					上肢	下肢
观察组	治疗前	30	24.21±4.50	12.54±3.45	28.08±5.24	15.70±3.56
	治疗后	30	11.58±3.10①②	24.18±4.16①②	42.40±7.16①②	26.15±4.38①②
对照组	治疗前	30	23.96±5.15	13.02±3.73	29.56±5.30	16.02±3.74
	治疗后	30	15.75±4.58①	19.76±4.27①	37.35±6.22①	21.38±4.01①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.4　2组治疗前后颅内VBA、ACA、MCA、PCA血流速度比较　见表3。治疗前，2组颅内VBA、ACA、MCA、PCA血流速度比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组颅内VBA、ACA、MCA、PCA血流速度均增大（$P<0.05$），且观察组大于对照组（$P<0.05$）。

表3　2组治疗前后颅内VBA、ACA、MCA、PCA血流速度比较（$\bar{x}\pm s$）　cm/s

组别	时间	例数	VBA	ACA	MCA	PCA
观察组	治疗前	30	32.20±4.45	33.48±4.18	46.27±6.15	34.10±5.64
	治疗后	30	41.34±5.12①②	48.27±6.30①②	63.45±7.24①②	45.76±6.12①②
对照组	治疗前	30	31.76±4.76	34.10±5.04	47.50±6.32	35.00±5.68
	治疗后	30	36.55±5.08①	40.96±6.13①	54.18±7.10①	40.67±5.83①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.5　2组治疗前后血清TNF-α、IL-6、IL-10水平比较　见表4。治疗前，2组血清TNF-α、IL-6、IL-10水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组血清TNF-α、IL-6水平均降低（$P<0.05$），且观察组低于对照组（$P<0.05$），2组血清IL-10水平均升高（$P<0.05$），且观察组高于对照组（$P<0.05$）。

表4　2组治疗前后血清TNF-α、IL-6、IL-10水平比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	例数	TNF-α（ng/L）	IL-6（ng/mL）	IL-10（pg/mL）
观察组	治疗前	30	3.75±0.60	52.23±10.54	11.44±3.76
	治疗后	30	1.70±0.42①②	20.85±6.70①②	27.72±5.21①②
对照组	治疗前	30	3.68±0.51	51.75±9.46	12.65±4.12
	治疗后	30	2.52±0.48①	29.36±7.58①	21.50±4.36①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

5　讨论

中风是老年常见脑血管疾病，具有并发症多、致残率高及病死率高等特点。中风恢复期漫长，多数患者中风后存在后遗症，如偏瘫、吞咽功能障碍及认知功能障碍等，导致患者生活不能自理，严重影响中风后恢复速度[10]。西医针对中风恢复期尚无特效方法，主要采取常规对症治疗，包括控制血压、调血脂、降血糖、脑神经保护及改善脑循环等。但对于改善中风恢复期后遗症无显著疗效。中医认为，中风恢复期多因老年人群久病耗气，正气虚损，气、血输布异常，气虚无以推动血液正常流动，而致血瘀阻于脉络不能传达，痹阻脑络而发病，以气虚血瘀为主要证型。鉴于中风后气虚血瘀证，治疗应以补气为主，以活血祛瘀为辅，佐以通经活络药，兼顾补气与活血，可使气旺血行，活血而不伤正气。故本研究采取桂枝茯苓汤加减治疗，该方有活血化瘀、消癥的功效，临床多用于妇科疾病、脑血管疾病及心血管疾病等。方中黄芪补益元气，为方中君药，可助血液运行，气旺则血行，瘀消而不伤正。桃仁活血化瘀，祛瘀生新；赤芍活血凉血；牡丹皮清热凉血、活血散瘀；桃仁、牡丹皮、赤芍为方中臣药，有活血化瘀、清热凉血的功效。桂枝温通经脉，行瘀滞；茯苓和中益气、渗湿利水；桂枝、茯苓为方中佐药，有通经活络、渗湿利水的功效。甘草为方中使药，调和诸药。诸药配伍，共奏益气活血、祛瘀通络之功。经笔者临床实践发现，针刺治疗脑梗死有调和阴阳、疏经通络作用，而将桂枝茯苓汤与针刺配合可达到事半功倍的效果。针刺所选取百会穴归属督脉，针刺有平衡脑内气血、调节机体阴阳的功效；肩髃属于手阳明大肠经，针刺有理气、疏经通络作用，可用于治疗上肢不遂、肩臂挛痛；曲池归手阳明大肠经，针刺有温经通络、补益气血功效，适用于治疗中风后肢体功能障碍；足三里归足阳明胃经，针刺有补气养血作用；气海穴为任脉上的腧穴，针刺有补益气血、温经通络作用。诸穴配伍，可补益气血、温经通络。本研究结果显示，治疗后观察组总有效率高于对照组，提示对老年中风患者以桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗，与仅使用针刺治疗比较，可进一步提升临床疗效。

现代药理研究表明，黄芪含黄芪多糖、皂苷及氨基酸等活性成分，可一定程度上改善脑缺氧缺血、缺血再灌注性损伤，对血管的舒张和收缩功能有调节作用，并能改善脑血管循环和修复脑组织损伤，同时黄芪有效成分黄芪甲苷对中枢神经系统有激发作用，可消除自由基、减轻脑水肿症状，从而减少脑梗死面积[11]。桂枝的活性成分桂皮醛、肉桂酸等，有促进血液循环、抑制血小板聚集作用[12]。桃仁中三油酸甘油酯有抗血栓、抗凝血作用，对脑部血管活性具有改善作用，同时桃仁水提物具有抗炎作用[13]。赤芍有效成分芍药苷可通过作用于M胆碱受

体、腺苷受体及 Ca^{2+}通道等途径对神经退行性疾病、脑缺血损伤及神经细胞损伤等发挥保护或治疗作用[14]。本研究结果显示，治疗后观察组 NIHSS 评分低于对照组，MMSE 评分、FMA 评分均高于对照组。表明以桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗老年中风患者可减轻患者神经功能程缺程度，改善认知功能，且能提高肢体运动功能。

研究表明，炎症因子为中风后炎症反应的重要参与者，因此抑制炎症反应也是治疗中风恢复期的关键环节[15]。TNF-α 为一种促炎细胞因子，当发生脑梗死后 TNF-α 水平上升，可导致周围组织释放大量炎性因子，而加重缺血缺氧损伤[16]；IL-10 为一种重要抗炎因子，能抑制 TNF-α、IL-6 的产生，且在脑梗死后脑细胞缺血损伤中具有保护神经和营养神经双重作用[17]；IL-6 也为一种重要的促炎细胞因子，在组织损伤或感染过程中释放，可促进炎症细胞趋化，对评估脑梗死后恢复期起着关键作用[18]。本研究结果显示，治疗后观察组血清 TNF-α、IL-6 水平均低于对照组，IL-10 水平高于对照组，此外，治疗后观察组颅内 VBA、ACA、MCA、PCA 均高于对照组。表明以桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗老年中风恢复期患者可减轻患者机体炎症反应，提高患者颅内血流速度。

综上所述，针对老年中风患者采取桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗可提高临床效果，改善患者神经功能缺损程度、认知功能及肢体运动功能，提高颅内血流速度，减轻机体炎症反应，在老年中风恢复期临床治疗中具有重要价值。

[参考文献]

[1] 邱胜卫. 脑心通胶囊治疗中风恢复期气虚血瘀证临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报，2018，20(7)：196-198.
[2] 郑会芬，张妙时，牛悦虹. 温针灸联合补阳还五汤对脑梗死恢复期气虚血瘀患者神经功能恢复及日常生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志，2020，29(2)：178-181.
[3] 张敏贤，杨帆，杜美茹，等. 芪龙胶囊联合针灸治疗脑梗死恢复期气虚血瘀证患者的临床研究及机制探讨[J]. 河北中医，2022，44(10)：1634-1638.
[4] 吕传真，周良辅. 实用神经病学[M]. 上海：上海科学技术出版社，2015：426.
[5] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 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.
[6] 美国国立卫生研究院. 美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)简介[J]. 临床荟萃，2009，24(8)：685.
[7] 周小炫，谢敏，陶静，等. 简易智能精神状态检查量表的研究和应用[J]. 中国康复医学杂志，2016，31(6)：694-696.
[8] 许光旭，高晓阳，陈文红. Fugl-Meyer运动功能评分的敏感性及实用性[J]. 中国康复，2001，16(1)：18-19.
[9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：99-104.
[10] 袁海妮，杨作卿，刘晶晶，等. 针灸结合补阳还五汤治疗气虚血瘀型中风的临床效果观察[J]. 中医临床研究，2019，11(33)：106-107.
[11] 马艳春，胡建辉，吴文轩，等. 黄芪化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报，2022，50(4)：92-95.
[12] 刘萍，张丽萍. 桂枝化学成分及心血管药理作用研究[J]. 辽宁中医杂志，2012，39(10)：1926-1927.
[13] 王仁芳，范令刚，高文远，等. 桃仁化学成分与药理活性研究进展[J]. 现代药物与临床，2010，25(6)：426-429.
[14] 胡增峣，徐岚，闫蓉，等. 芍药苷作用于神经系统的研究进展[J]. 中国中药杂志，2013，38(3)：297-301.
[15] 金正龙，余涛，梁敏莹，等. 桂枝茯苓汤对急性脑梗死患者侧支循环及临床疗效的影响[J]. 世界中西医结合杂志，2021，16(1)：167-171.
[16] 刘悦，王力，王超，等. 不同剂量阿托他汀联合依达拉奉对急性脑梗死患者血脂、炎症因子和脑血流指标的影响[J]. 现代生物医学进展. 2021，21(20)：3871-3875.
[17] 何地芹，方明昊，俞明明，等. 丹参多酚酸对急性脑梗死患者血清GFAP、PGP9.5、IL-5、IL-6、IL-8、IL-10表达水平和预后的影响[J]. 中风与神经疾病杂志，2022，39(10)：905-908.
[18] 李坚，梁茉，何勇. 强化降脂治疗急性脑梗死的疗效及对血清炎症因子的影响观察[J]. 中国现代药物应用，2022，16(15)：100-102.

(责任编辑：钟志敏)