

• 临床研究 •

醒神活血汤联合针灸治疗高血压脑出血恢复期 45 例

陈阳 史胡桃 吴秀艳

【摘要】 目的 探讨醒神活血汤联合针灸治疗高血压脑出血恢复期的临床疗效。方法 将 95 例高血压脑出血恢复期患者分为治疗组 47 例和对照组 48 例。对照组脱落 3 例, 剩余 45 例患者进行西医常规治疗, 口服茴拉西坦胶囊和长春西汀片。治疗组脱落 2 例, 剩余 45 例患者在对照组基础上, 使用醒神活血汤联合针灸治疗。运用神经功能缺损评分 (national Institute of Health stroke scale, NIHSS) 评估两组的疗效。运用改良 Barthel 指数评估患者的生活质量。对比两组的头颅电磁系数、血肿量、水肿量。检测两组治疗前后血清内皮素 1 (endothelin-1, ET-1)、白介素 1 β (interleukin 1 β , IL-1 β)、血管紧张素 II (angiotensin II, Ang-II) 的水平。结果 治疗组治疗 1 个月的总有效率为 93.33%, 对照组为 75.56%, 组间比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。两组治疗后的改良 Barthel 指数各项评分高于治疗前 ($P < 0.05$); 且治疗组的改良 Barthel 指数各项评分高于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后的头颅电磁系数、血肿量、水肿量显著降低, 且治疗组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后的 ET-1、IL-1 β 、Ang-II 低于治疗前 ($P < 0.05$); 治疗组治疗后的 ET-1、IL-1 β 、Ang-II 低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 醒神活血汤联合针灸治疗高血压脑出血恢复期的疗效确切, 能显著减轻临床体征, 改善神经功能和生存质量, 其机制与降低血管内皮功能损伤有关。

【关键词】 醒神活血汤; 针灸; 高血压脑出血; 恢复期; 临床体征; 神经功能; 生存质量; 血管内皮功能

【中图分类号】 R259 **【文献标识码】** A doi: 10.3969/j.issn.1674-1749.2023.03.035

脑出血是高血压患者的严重并发症, 颅内形成的血肿可压迫脑组织引起颅内压升高, 还能引发局部过度的氧化应激反应和炎症反应, 给神经细胞造成继发性损伤^[1]。高血压脑出血具有较高的致死率和致残率, 制定积极有效的治疗方案对改善患者的预后具有积极意义^[2]。目前西医对高血压脑出血治疗以营养神经、抗炎等治疗为主^[3]。中医认为高血压脑出血的主要病因包括气血亏虚、阴不制阳、肝阳上亢、阴阳失和、肝风内动等, 受到情绪、劳倦等刺激后, 可导致气血逆乱, 脑络破损, 血溢脉外, 发为脑出血, 脑出血恢复期属虚实夹杂证, 以肝肾阴虚、气血亏虚为本, 瘀血为主要标实, 瘀阻脉络, 导致脑络痹阻, 痰瘀互结, 气血运行不畅, 脑络失养, 治疗当以补气通络、活血祛瘀、醒神开窍为主要原则^[4]。本研究在西医常规治疗基础上, 拟采用醒神活血汤联合针灸治疗, 以期获得更佳治疗效果。结果总结如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2019 年 5 月~2022 年 4 月在安徽省宿松县中医院就诊的 95 例高血压脑出血恢复期患者, 按照随机数字表法分为治疗组 47 例和对照组 48 例。治疗组脱落 2 例, 剩余 45 例, 男性 28 例, 女性 17 例, 年龄 41~73 岁, 平均 (57.03 \pm 6.14) 岁, 血肿量 30~57 mL, 平均 (47.38 \pm 7.06) mL, 发病时间 1~24 小时, 平均 (14.93 \pm 3.08) 小时, 高血压病程 3~15 年, 平均 (9.46 \pm 1.50) 年, 出血部位分为基底 23 例、脑室 12 例、脑叶 7 例、丘脑 3 例。对照组脱落 3 例, 剩余 45 例, 男性 25 例, 女性 20 例, 年龄 41~72 岁, 平均 (57.28 \pm 6.30) 岁, 血肿量 31~56 mL, 平均 (47.09 \pm 7.25) mL, 发病时间 1~24 小时, 平均 (14.70 \pm 3.25) 小时, 高血压病程 3~15 年, 平均 (9.21 \pm 1.62) 年, 出血部位分为脑室 13 例、基底 25 例、丘脑 2 例、脑叶 5 例。2 组资料未见明显差异 ($P > 0.05$), 存在可比性。本文所有研究内容经过安徽省宿松县中医院的伦理委员会批准。

1.2 纳入标准

(1) 经 CT 扫描或 MRI 影像学确诊, 符合高血压脑出血诊断标准^[5]; (2) 病情稳定, 处于恢复期; (3) 符合《中药新药

作者单位: 246500 安徽省宿松县中医院康复科

作者简介: 陈阳 (1988-), 硕士, 主治医师。研究方向: 针灸治疗高血压脑出血。E-mail: 18171719097@163.com

临床研究指导原则》的气虚血瘀诊断标准,主症为半身不遂、言语蹇涩、偏身麻木、口眼歪斜,次症为气短乏力、面色苍白、心悸、口角流涎、便溏,舌淡苔白腻,脉细弱;(4) 满足 2018 年《中国高血压防治指南》中高血压的诊断标准;(5) 患者或直系家属同意并签订同意书。

1.3 排除标准

(1) 外伤、颅内肿瘤、凝血障碍等引起脑出血;(2) 伴有心、肝、肺、骨髓等机体主要器官功能不全;(3) 外科手术治疗禁忌症;(4) 易过敏体质;(5) 参与其他的临床研究;(6) 伴有其他急慢性感染病变;(7) 继发性高血压。

1.4 脱落标准

(1) 主动退出者;(2) 未按规定治疗或复查;(3) 发生严重不良反应,需改变疗效;(4) 临床资料丢失,影响疗效判定。

1.5 分组与治疗

对照组:进行西医常规治疗,包括降压、降脂、神经保护、抗感染等,口服茴拉西坦胶囊(无锡凯西药业有限公司,0.1 g/粒,生产批号:20190311、20200207、20210130、20211207),每日 3 次,每次 0.2 g;口服长春西汀片(浙江泰利森药业有限公司,5 mg/片,生产批号:20190221、20200115、20210307、20211124),每日 3 次,每次 5 mg,连续治疗 1 个月。

治疗组:在对照组基础上,使用醒神活血汤联合针灸治疗。醒神活血汤方中组成黄芪 30 g、川芎 15 g、当归 15 g、杜仲 15 g、红花 10 g、桃仁 10 g、鸡血藤 15 g、地龙 10 g、桑枝 10 g、续断 10 g、桂枝 10 g、赤芍 10 g,同时联合随症加减,头痛甚者加菊花 10 g、石决明 10 g、钩藤 10 g;阴虚者,加麦冬 10 g、玄参 10 g、生地黄 6 g;失语者,加远志 15 g、石菖蒲 10 g;上肢偏瘫者,加丝瓜络 10 g、姜黄 10 g;下肢偏瘫者,加伸筋草 10 g、木瓜 10 g;由本院药剂科煎制成 200 mL 的药液袋,每剂共 2 袋,早晚各服用 1 次,连续治疗 1 个月。同时联合针灸治疗,选取四神聪、足三里、阴陵泉、太白、丰隆、中腕、委中、尺泽为主穴,使用一次性毫针(安迪 0.30×40 mm)针刺,以患者酸麻胀感为度,行平补平泻法,得气后留针 30 分钟,给予 1 cm 长的艾柱进行灸法,每穴 2 壮,隔日治疗 1 次,连续治疗 1 个月。

1.6 观察指标

1.6.1 临床疗效比较 运用神经功能缺损评分(national institute of health stroke scale,NIHSS)评估患者神经缺损程度^[6],包括意识、凝视、视野、上下肢、共济失调、语言等总分 45 分,分值越低则神经功能越好。分为:(1)痊愈,NIHSS 降低 $\geq 90\%$,病残 0 级;(2)显效,45% \leq NIHSS 降低 $< 90\%$,1~3 级病残;(3)改善,18% \leq NIHSS 降低 $< 45\%$;(4)无效,NIHSS 降低 $< 18\%$ 。总有效率=(改善+痊愈+显效)/45×100%。

1.6.2 生存质量 运用改良 Barthel 指数评估患者的生活质

量^[7],包括进食(0、2、5、8、10)、修饰(0、1、3、4、5)、穿衣(0、2、5、8、10)、洗澡(0、1、3、4、5)、如厕(0、2、5、8、10)、肛门控制(0、2、5、8、10)、膀胱控制(0、2、5、8、10)、床椅转移(0、3、8、12、15)、行走(0、3、8、12、15)、上下楼梯(0、2、5、8、10)共十个项目,每个项目分 5 个等级。总分值 100 分,分值越小则生活质量越差。

1.6.3 体征变化 运用无创脑水肿动态监护仪(寰熙医疗 BORN-BE 型)测定患者的头颅电磁系数;比较两组患者的血肿量和水肿量的改变,患者取仰卧位,使用 4 个一次性电极片成两两对称粘贴于患者头部周围,电极粘贴部位需将毛发剔除干净,测试前需将粘贴部位进行酒精消毒、干燥,设置参数频率 50 Hz,输出电流不高于 2 mA。

1.6.4 血清理化指标 采集患者治疗前后晨起空腹时肘正中的静脉血 4~5 mL,经离心处理 15 分钟后,采集上层清液,置于-70℃恒温箱中待测,在酶标仪(珀金埃尔默 VICTOR Nivo 型)上运用放射免疫法检测内皮素 1(endothelin-1,ET-1)、白介素 1 β (Interleukin 1 β ,IL-1 β)、血管紧张素 II(Angiotensin II,Ang-II)的水平,试剂盒由武汉赛培生物公司。

1.7 统计学处理

数据采用 SPSS 22.0 分析,临床疗效为计数资料,以百分率表示,以 χ^2 检验进行组间比较,计量资料满足正态分布且方差齐,以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,以独立 t 进行组间比较,以配对 t 进行组内比较, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

治疗组治疗 1 个月的总有效率为 93.33%,对照组为 75.56%,组间比较有显著性差异($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组高血压脑出血恢复期患者临床疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	改善	无效	总有效率(%)
治疗组	45	21	14	7	3	93.33
对照组	45	18	11	5	11	75.56

2.2 生存质量比较

两组治疗后的改良 Barthel 指数各项评分高于治疗前($P<0.05$);且治疗组的改良 Barthel 指数各项评分高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

2.3 体征比较

两组治疗后的头颅电磁系数、血肿量、水肿量显著降低,且治疗组显著低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

2.4 血清理化指标

两组治疗后的 ET-1、IL-1 β 、Ang-II 低于治疗前($P<0.05$);治疗组治疗后的 ET-1、IL-1 β 、Ang-II 低于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 2 两组高血压脑出血恢复期患者的改良 Barthel 指数比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	进食	修饰	穿衣	洗澡	如厕
治疗组	45					
治疗前		4.32±1.29	2.19±0.71	4.28±1.41	2.81±0.79	3.84±1.09
治疗后		7.97±2.16 ^{ab}	3.83±1.09 ^{ab}	8.13±1.87 ^{ab}	4.03±0.88 ^{ab}	8.23±1.76 ^{ab}
对照组	45					
治疗前		4.19±1.36	2.25±0.76	4.51±1.63	2.90±0.82	3.91±1.16
治疗后		5.82±1.87 ^a	2.99±0.95 ^a	5.89±1.75 ^a	3.41±0.75 ^a	6.49±1.53 ^a
组别	例数	肛门控制	膀胱控制	床椅转移	行走	上下楼梯
治疗组	45					
治疗前		4.02±1.17	4.31±1.29	7.53±1.61	7.92±1.74	3.87±1.03
治疗后		7.95±1.48 ^{ab}	8.24±1.65 ^{ab}	12.38±2.19 ^{ab}	11.88±2.35 ^{ab}	7.45±2.18 ^{ab}
对照组	45					
治疗前		4.15±1.29	4.48±1.37	7.92±1.74	8.01±1.86	3.94±1.25
治疗后		6.48±1.35 ^a	6.75±1.49 ^a	10.41±2.08 ^a	9.93±2.11 ^a	5.36±2.03 ^a

注: 与同组治疗前比较, ^a $P<0.05$; 与对照组比较, ^b $P<0.05$ 。

表 3 两组高血压脑出血恢复期患者的头颅电磁系数、水肿量、水腫量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	头颅电磁系数	水肿量(mL)	水腫量(mL)
治疗组	45			
治疗前		166.39±6.05	47.38±7.06	14.09±2.15
治疗后		127.15±4.09 ^{ab}	18.14±3.15 ^{ab}	7.10±1.68 ^{ab}
对照组	45			
治疗前		163.08±6.13	47.09±7.25	14.03±2.23
治疗后		134.59±5.52 ^a	24.20±5.11 ^a	9.24±2.05 ^a

注: 与同组治疗前比较, ^a $P<0.05$; 与对照组比较, ^b $P<0.05$ 。

表 4 两组高血压脑出血恢复期患者的 ET-1、IL-1 β 、Ang-II 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	ET-1 ($\mu\text{g/L}$)	IL-1 β (pg/mL)	Ang-II (ng/mL)
治疗组	45			
治疗前		128.64±13.05	3.14±0.78	93.48±16.93
治疗后		90.17±9.93 ^{ab}	2.30±0.52 ^{ab}	57.79±11.12 ^{ab}
对照组	45			
治疗前		127.51±14.02	3.09±0.80	91.66±16.04
治疗后		102.36±11.47 ^a	2.75±0.69 ^a	73.23±12.75 ^a

注: 与同组治疗前比较, ^a $P<0.05$; 与对照组比较, ^b $P<0.05$ 。

3 讨论

高血压可引起脑基底动脉发生病理性改变, 小动脉的血管上出现纤维样变性或局部出现, 引起血管壁强度降低, 逐渐形成小动脉瘤, 在情绪、劳累、低温等因素刺激下, 血压急剧升高, 导致脑血管破裂而形成脑出血^[8]。目前临床治疗高血压脑出血的治疗原则为防止活动性出血或继续出血, 抗脑水肿, 降低颅内压, 预防并发症, 主要治疗手段包括外科手

术、神经保护剂、止血剂、钙通道阻滞剂等, 由于病理机制复杂和个体差异较大, 临床整体疗效不理想^[9]。

高血压脑出血属于中医“中风”的病证范畴, 虚、气、风、痰、瘀、热等共同参与出血性中风的形成, 患者多气血亏虚, 肝阳上亢, 化热化风, 遇见情绪刺激、劳累等诱因, 扰动气机, 气虚逆乱, 血不循经, 溢于脉外, 形成脑出血。高血压脑出血恢复期的根本病机为气虚血瘀, 瘀血留置于颅内, 脉道不利, 气血运行不畅, 血不利则为水, 瘀血加重代谢紊乱, 血不循经, 阻于脑窍, 蒙蔽清窍^[10]。本文选用醒神活血汤治疗, 方中黄芪、当归用作君药, 黄芪能健脾益气, 扶正固表, 养血生津, 通痹行滞; 当归能活血补血, 通经止痛; 赤芍、川芎、鸡血藤、桃仁用作臣药, 赤芍能祛瘀止痛, 凉血清热; 鸡血藤能通经止痛、活血补血, 加强当归活血补血之效; 川芎能行气活血, 止痛; 桃仁能破血化瘀; 杜仲、红花、桑枝、地龙、续断、桂枝用作佐使药, 杜仲、续断能补肝益肾, 强筋壮骨; 红花能活血散瘀, 通经止痛; 桑枝可行气利水, 祛风除湿; 地龙能平肝降压、通痹利尿, 清热息风; 桂枝能温经通脉, 助阳化气, 全方合用, 共同发挥健脾补气, 活血祛瘀, 行气止痛, 通脉除痹之效。

潘才钰等^[11]采用化痰涤痰利脑汤辅助治疗老年高血压脑出血恢复期的总有效率为 90.7%。而本研究运用醒神活血汤联合针灸治疗的总有效率 93.33%, 且 Barthel 指数比对照组高。结果提示, 醒神活血汤联合针灸可有效提高高血压脑出血恢复期的疗效, 可提高患者的生活质量。本文联合针灸治疗选取四神聪、足三里、阴陵泉、太白、丰隆、中脘、委中、尺泽为主穴, 可联合发挥理气止痛、健脾益气、平肝熄风、醒脑开窍、清利头目的功效。阎立安等^[12]使用针灸辅助治疗重症脑出血患者, 可有效提高疗效, 控制炎症因子的释放, 减轻神经缺损程度, 提高脑血管血流量。

电磁扰动技术可通过生物电磁场原理检测脑部的脑电

磁扰动系数,脑电磁扰动系数是脑出血的敏感指标,可用于评估病情的发展和疗效的转归^[13]。本文显示,治疗组治疗后的头颅电磁系、血肿量、水肿量均低于对照组,结果表明,醒神活血汤联合针灸有助于进一步减轻高血压脑出血患者的脑血肿、水肿症状。

ET-1 可促使脑血管收缩,促使引起脑组织血压升高,加重缺血症状^[14]。IL-1 β 具有多种生物活性的炎症物质,可诱导多种炎症因子的分泌,加重脑组织水肿和血肿症状,加剧神经细胞的炎性损伤^[15]。Ang-II 是强效缩血管肽类物质,能促使全身小动脉血管收缩,升高血压,加重脑缺血症状^[16]。本文显示,治疗组 ET-1、IL-1 β 、Ang-II 比对照组更低,结果提示,醒神活血汤联合针灸能降低高血压脑出血患者的炎症反应,有助于改善血管内皮功能。

综上所述,醒神活血汤联合针灸治疗高血压脑出血恢复期的疗效确切,能有效减轻临床体征,改善神经功能和生存质量,其机制与减轻血管内皮损伤有关。

参 考 文 献

- [1] 高利,姜树军,牛俊英. 高血压脑出血的临床研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(8): 977-979.
- [2] 吴有志,罗良生,张健,等. 高血压脑出血患者诊疗及预后的影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(14): 3328-3329.
- [3] 邢锡熙,吴绍钦,王益俊,等. 高血压脑出血的中西医治疗进展[J]. 医学综述, 2020, 26(5): 997-1001.
- [4] 班文明,倪代梅,谢道俊,等. 中医辨证结合西医分期治疗急性高血压脑出血临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(4): 234-236.
- [5] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点(1995) [J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12(7): 559.
- [6] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995) [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-382.
- [7] 侯东哲,张颖,巫嘉陵,等. 中文版 Barthel 指数的信度与效度研究[J]. 临床荟萃, 2012, 27(3): 219-221.
- [8] 郑毅. 高血压脑出血病理及病理生理研究进展[J]. 重庆医学, 2012, 41(4): 385-387.
- [9] 王丽琴,孙逸坤,王晓峰,等. 醒脑静注射液对大鼠脑出血模型血脑屏障通透性及相关蛋白的影响[J]. 环球中医药, 2021, 14(6): 993-999.
- [10] 班文明,倪代梅,谢道俊,等. 中医辨证结合西医分期治疗急性高血压脑出血临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(4): 234.
- [11] 潘才钰,盛和静,薛思源. 化痰涤痰利脑汤联合长春西汀片治疗老年高血压脑出血恢复期的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(3): 746-750.
- [12] 阎立安,谢耀君,胡艳文,等. 针灸辅助康复训练对重症脑出血患者神经缺损功能和脑血管功能的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(2): 196-199.
- [13] 高文文,王凤鹿,蒋小兵,等. 扰动系数在脑出血患者脑水肿监测治疗中的作用[J]. 中华脑科疾病与康复杂志: 电子版, 2020, 10(5): 305-308.
- [14] 王振金,李英杰,魏微,等. 脑出血患者血浆及血肿液内皮素-1 含量及临床意义[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2000, 2(2): 95, 105.
- [15] 张陇平,韩小芳,李雅. 高血压脑出血患者血清中 IL-1 β 和 TNF- α 的表达及其与脑水肿的关系[J]. 重庆医学, 2016, 45(5): 682-684.
- [16] 董伟峰,陈高. 脑出血患者血管紧张素 II 水平测定的临床意义[J]. 浙江医学, 2010, 32(9): 1355-1356.

(收稿日期: 2022-09-19)

(本文编辑: 邱灵慧)