

浮针扫散再灌注联合董氏奇穴动气针法治疗面肌痉挛临床观察*

李 斗 魏 嘉[△]

(首都医科大学附属北京中医医院, 北京 100010)

中图分类号: R746 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2023)08-1398-05

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2023.08.020

【摘要】 目的 观察浮针扫散再灌注联合董氏奇穴动气针法治疗面肌痉挛临床疗效。**方法** 选取61例面肌痉挛患者,随机分为观察组30例与对照组31例。对照组采用常规针刺配合浮针扫散再灌注治疗。观察组在对照组基础上配合董氏奇穴动气针法治疗。连续治疗4个疗程后,观察两组患者治疗前后面肌痉挛强度和频度分级、面部残疾指数(FDI)评分、生活质量(QOL)评分变化,比较两组总有效率和复发率。**结果** 1)治疗后,两组患者面肌痉挛强度、频度分级均较治疗前降低($P < 0.05$),且观察组效果明显优于对照组($P < 0.05$)。2)治疗后,两组患者面部残疾指数(FDI)和生活质量(QOL)评分均较治疗前改善($P < 0.05$),且观察组效果明显优于对照组($P < 0.05$)。3)观察组总有效率、痊愈率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。4)对两组痊愈患者进行1年电话随访,对照组复发率明显高于观察组($P < 0.05$)。**结论** 浮针扫散再灌注联合董氏奇穴动气针法能明显降低面肌痉挛患者痉挛强度和痉挛频度,减轻患者面部残疾指数,同时改善患者生活质量,远期疗效优势明显。

【关键词】 面肌痉挛 浮针扫散再灌注 董氏奇穴 动气针法

Clinical Observation on Treatment of Facial Muscle Spasm with Floating Needle Swing and Reperfusion Combined with Dong's Qi Activating Acupuncture Li Dou, Wei Jia. *Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China.*

【Abstract】 Objective: To observe the clinical efficacy of Floating Needle Swing reperfusion combined with Dong's Qi Acupuncture in the treatment of facial spasm. **Methods:** A total of 61 patients with facial spasm were randomly divided into an observation group of 30 cases and a control group of 31 cases. The control group was treated with routine acupuncture combined with Floating Needle Swing reperfusion. On the basis of the control group, the observation group was treated with Dong's Qi activating acupuncture at Qi points. After 4 consecutive courses of treatment, the changes in the intensity and frequency of facial spasm, facial disability index (FDI) scores, and quality of life (QOL) scores of the two groups before and after treatment were observed, and the total effective rate and recurrence rate of the two groups were compared. **Results:** 1) After treatment, the intensity and frequency grading of facial spasm in both groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$), and the effect of the observation group was significantly better than that of the control group ($P < 0.05$). 2) After treatment, the FDI and QOL scores of patients in both groups improved compared to those before treatment ($P < 0.05$), and the effect of the observation group was significantly better than that of the control group ($P < 0.05$). 3) The total effective rate and recovery rate in the observation group were significantly higher than those in the control group, with a statistically significant difference ($P < 0.05$). 4) After treatment, the recovered patients in the two groups were followed by telephone for one year. The recurrence rate in the control group was significantly higher than that in the observation group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The combination of Floating Needle Swing reperfusion and Dong's Qi activating acupuncture can significantly reduce the intensity and frequency of spasms in patients with facial spasm, reduce the FDI, and improve the QOL of patients. The long-term therapeutic advantage is significant, which is worth promoting and using in clinical practice.

【Key words】 Facial spasm; Floating Needle Swing reperfusion; Dong's Qi acupoint; Activating acupuncture

面肌痉挛^[1](HFS)又称面肌抽搐,是由局限性肌张

力障碍引起的周围神经类疾病,多与面神经受压有关,临床表现为一侧面部阵发性、无规则的自主抽搐。痉挛多从眼轮匝肌开始,逐步累及表情肌和口轮匝肌,且患者多为中老年女性,紧张、焦虑、疲劳等因素可诱发或加重。该病进展缓慢,病程较长,难以自愈,给患

* 基金项目:北京市医院管理中心临床医学发展专项——“扬帆”计划项目(ZYLX202140)

△通信作者(电子邮箱:weijia0623@aliyun.com)

者造成严重的心理负担和社交障碍^[2]。中医治疗面肌痉挛历史悠久,治法繁多,其中针刺疗法最为常用,优势明显^[3-4]。笔者采用浮针扫散再灌注联合动气针法治疗面肌痉挛。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

1)诊断标准:依据《神经病学》^[5]中面肌痉挛标准。患者女性居多,常中年以后发病;抽搐呈阵发性、不规则,常单侧发病;发作一般从眼轮匝肌起,逐渐累及面部和口角,不可自行控制;发作可持续几秒到几分钟不等,紧张、劳累后诱发或加重;神经肌电图检查可见异常,但无神经系统阳性体征;2)纳入标准:符合上述诊断标准;治疗前1个月内未接受该病任何治疗方法;无严重基础病和精神、血液系统疾病患者;头MRI、MRA检查无异常,排除血管因素和肿瘤占位等导致的继发性面肌痉挛;3)排除标准:近1个月内进行本病相关治疗者;孕、产期或意识、精神障碍者;异常影像学及脑电图表现者,排除颅内占位、血管畸形、癫痫等;严重原发病或血液系统疾病者。4)剔除和脱落标准:治疗期间接受该病其他治疗者;治疗期间出现其他疾病,导致严重身体不适者;不配合资料采集和疗效评价,自行退出者。

1.2 临床资料

选择2019年10月至2021年10月期间就诊于首都医科大学附属北京中医医院针灸科门诊患者61例,采用随机数字表法分为观察组30例和对照组31例。两组患者性别、年龄、病程、合并症临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组临床资料比较

组别	n	男/女 (n)	年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	病程 (d, $\bar{x}\pm s$)	合并症(n)	
					高血压	面神经炎
观察组	30	16/14	31.70±8.46	6.87±5.16	5	7
对照组	31	15/16	37.26±8.76	8.58±6.43	8	10

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采用常规针刺配合浮针扫散再灌注治疗。1)常规针刺治疗依照《针灸治疗学》^[6]中面肌痉挛的治疗方案。取穴:患侧阳白、攒竹、四白、太阳、下关、颊车、颧髎、地仓,双侧合谷、翳风、风池。操作方法:患者取坐位,穴位皮肤消毒后,用0.3 mm×40 mm一次性无菌毫针,常规手法针刺,捻转法行针,平补平泻,留针30 min,治疗每日1次,6次为1个疗程。2)浮针扫散再灌注:患者取端坐位,取患侧面面部额肌、颧肌、颊肌及颈阔肌上段,观察后确定痉挛明显部位,用手触摸后找到局部紧张、挛急、硬结处作为筋膜触发点(MTrP),在距离筋膜触发点(MTrP)2~3 cm处选取进针点。准备一

次性M号浮针、浮针进针器、棉球、医用胶带。皮肤常规消毒后,将浮针针芯放入软套管内,稍露出针尖并固定,浮针嵌入进针器,将针尖置于进针点处,朝MTpP方向,与皮肤呈15~25°角迅速破皮,针体沿皮下疏松结缔组织向前推进,推入时稍抬针尖,将软管全部埋入皮下同时皮肤表面可看到线状隆起,进针结束后,将针尖退回软管并固定,以进针点为中心,刺手持针柄在MTpP部位左右摇摆针体,进行小幅度扇形扫散运动,频率约100次/min,各个进针点扫散约1min。再灌注操作:(1)额肌:医者进行浮针扫散同时,嘱患者做抬额、蹙眉、用力闭眼动作,每个动作保持约15 s后放松,重复3次。(2)颧肌:医者进行浮针扫散同时,嘱患者做微笑、示齿动作,每个动作保持约15 s后放松,重复3次。(3)颊肌:医者进行浮针扫散同时,嘱患者做咬牙、咀嚼动作,每个动作保持约15 s后放松,重复3次。(4)颈阔肌:医者进行浮针扫散同时,嘱患者做张口、活动下颌动作,每个动作保持约15 s后放松,重复3次。操作结束后退出针芯,将软套管留置于皮下,医用胶带固定,留置3 h后拔出,起管后敷无菌纱布,24 h内勿沾水,留管期间可照常活动,嘱患者回家后避风寒、调情志、保证睡眠,治疗隔日1次,3次为1个疗程。所有治疗每疗程结束后休息1 d,连续治疗4个疗程后观察疗效。

1.3.2 观察组 患者在对照组基础上配合董氏奇穴动气针法治疗。1)取穴:主穴为董氏奇穴^[7]三泉穴(即下泉、中泉、上泉穴)、侧三里、侧下三里;配穴为合谷、翳风、风池,其中风池取双侧,余穴均单侧取穴,左病取右,右病取左。2)董氏奇穴定位:下泉(膝关节外侧面正中直上2.5寸)、中泉(下泉穴直上2寸)、上泉(下泉穴直上4寸)、侧三里(胫骨前缘,膝眼直下3寸,向外横开1.5寸)、侧下三里(腓骨前缘侧三里直下2寸)。3)操作:患者仰卧位,取健侧肢体,穴位皮肤常规消毒后,用0.3 mm×40 mm一次性无菌针灸针,下泉、中泉穴直刺约1寸,上泉穴直刺约1.5寸,侧三里与侧下三里直刺约1寸,合谷直刺约1.5寸,翳风、风池均直刺约1寸。各穴得气后,快速捻转法行针,平补平泻,边捻转边嘱患者做大幅度抬额、蹙眉、闭眼、鼓腮、张口等动作,各穴行针30 s后停止动作,留针30 min,不用电针,该治疗在浮针疗法后进行,隔日1次,3次为1个疗程,每疗程结束后休息1 d,连续治疗4个疗程后观察疗效。

1.4 观察指标

1)面肌痉挛强度分级:根据Cohen和Albert分级^[8-9]制定。0级:无痉挛;1级:外部刺激后瞬目增多。2级:面部肌肉轻微跳动,但无功能障碍。3级:面肌痉挛明显,伴轻微功能障碍。4级:面肌严重痉挛,功能障碍明显,如闭目困难。2)面肌痉挛频度分级:根据

Penn^[10]分级标准制定。0级:无痉挛。1级:刺激可诱发轻、中度痉挛。2级:痉挛少于1次/h。3级:痉挛发作1~10次/h。4级:痉挛>10次/h。3)面部残疾指数量表(FDI)评分^[11]:用于评估面神经疾病患者躯体和社会生活功能的变化,此量表共10个项目。1~5项反应躯体功能,每项分4级,计分2~5代表功能障碍由重到轻;6~10项反应社会生活功能,每项分6级,计分1~6代表功能障碍由轻到重,对患者残疾程度和临床干预疗效进行评价。4)生活质量量表(QOL)评分^[12]:包括健康相关生活质量(HRQOL)^[13]、HFS-7问卷和睡眠障碍(HFS-8)项目的扩展版问卷,同时附加了执行工作职责困难和社会孤立感等共10项,每项分5级,对应0分(从不)到4分(总是),代表症状由轻到重,全面评估HFS患者的生活质量。

1.5 疗效标准

依照《中医病证诊断疗效标准》^[14]和痉挛强度、频度分级拟定。痊愈:痉挛消失,患处无抽动和跳动,2个月内无复发,痉挛强度、频度均降至0级。显效:痉挛明显缓解,偶有眼睑肌轻度跳动,痉挛强度、频度分级均降低2级以上。有效:症状稍缓解,强直性挛缩减轻,痉挛强度或频度分级仅降低1级。无效:痉挛强度及频率较前无变化甚至加重。总有效率=(痊愈+显效+有效)÷总例数×100%;痊愈率=(痊愈+显效)÷总例数×100%。

1.6 统计学处理

应用SPSS22.0统计软件。计量资料用正态检验,对符合正态分布的计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较用两独立样本 t 检验;非正态分布计量资料采用卡方检验。计数资料以“ n 、 $\%$ ”表示,采用卡方检验。等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

见表2。观察组总有效率、痊愈率明显高于对照组($P>0.05$),提示观察组效果优于对照组。

表2 两组临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效($\%$)	痊愈($\%$)
观察组	30	21	6	3	0	30(100.00) [△]	27(90.00) [△]
对照组	31	11	8	7	5	26(83.87)	19(61.29)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后痉挛强度分级比较

见表3。经过4个疗程的治疗后,两组患者面肌痉挛强度均较治疗前减轻,差异有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比,观察组患者痉挛强度减轻更明显,差异有统计学意义($P<0.05$),提示观察组针刺方法抑制痉挛强度作用更佳。

表3 两组治疗前后痉挛强度分级比较(n)

组别	时间	0级	1级	2级	3级	4级
观察组 ($n=30$)	治疗前	0	9	11	7	3
	治疗后	21	5	3	1	0
对照组 ($n=31$)	治疗前	0	9	12	8	2
	治疗后	11	9	6	4	1

2.3 两组治疗前后痉挛频度分级比较

见表4。治疗后,两组患者面肌痉挛频度均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比,观察组患者痉挛频度降低更明显,差异有统计学意义($P<0.05$),提示观察组针刺法减轻痉挛频度效果更好。

表4 两组治疗前后痉挛频度分级比较(n)

组别	时间	0级	1级	2级	3级	4级
观察组 ($n=30$)	治疗前	0	8	11	9	2
	治疗后	21	4	3	2	0
对照组 ($n=31$)	治疗前	0	7	13	8	3
	治疗后	11	10	7	2	1

2.4 两组治疗前后FDI评分、QOL评分比较

见表5。治疗后两组患者FDI量表躯体功能评分均较治疗前升高,且观察组评分显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后两组患者FDI量表社会生活功能评分、QOL评分均较治疗前降低,观察组评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),提示观察组针刺方法可更好地改善患者FDI评分、QOL评分。

表5 两组FDI评分、QOL评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FDI评分		QOL评分
		躯体	社会生活	
观察组 ($n=30$)	治疗前	13.20±2.17	18.93±1.96	18.83±5.40
	治疗后	20.77±2.36 ^{*△}	7.20±1.37 ^{*△}	4.93±2.82 ^{*△}
对照组 ($n=31$)	治疗前	13.03±2.09	18.10±1.94	17.97±4.83
	治疗后	16.03±2.20 [*]	10.42±2.08 [*]	8.77±3.51 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

2.5 两组复发率比较

两组痊愈患者进行为期1年的随访。观察组随访21例,复发1例,复发率4.76%。对照组随访11例,复发2例,复发率18.18%。对照组复发率明显高于观察组($P<0.05$)。

3 讨论

面肌痉挛是一种神经科常见的难治病之一,其发病机制多为面神经根受压导致异位兴奋或伪突触传导,现代医学多采用口服卡马西平、肉毒素A局部注射

和MVD手术等治疗,但有较多副作用和并发症,远期预后不佳,难以被患者接受^[15]。中医学中本病属“筋惕肉瞤”“风痉”范畴。《素问·阴阳应象大论》云“风盛则动”,本病多因人体正气不足,风邪外袭;或脾虚乏源,筋失濡养;或肝血不足,血虚生风;或肝经火旺,上扰头面。病机以气血不足为本,风邪上扰为标,故治宜益气养血、疏风通络、息风止痉。

浮针扫散法与动气针法均属于运动类针法,皆由《黄帝内经》中恢刺法发展而来,强调针刺与运动有效结合,对肌肉痉挛类疾病具有较好疗效^[16]。其中动气针法作用较强,针刺较深,操作时以交经巨刺配合董氏奇穴循经远取为主,通过健侧远端取穴,配合患侧运动或按摩,疏通经脉,调和气血,促进两侧经气相引、平衡阴阳,此法刺激量较大,以得气为重。浮针扫散法则以病变局部为靶点,作用于浅筋膜层,不伤血肉,通过扫散法疏通局部经气,加强循经感传,此法刺激量小,以患者无痛为度。两者结合,一远一近、一深一浅,配合面部收缩、舒张运动,共奏疏风通络、调畅气血、约束宗筋之效。从作用机制上看,浮针扫散通过改变皮下结缔组织的空间结构,产生压电效应释放生物电信号,同时又反馈性作用于病变组织,产生反压电效应,改变细胞离子通道,加快局部血液循环,促进面肌缺血区再灌注,缓解面肌痉挛^[17]。两法行针过程中配合患者主动面部运动,提高面肌传入神经兴奋性,刺激中枢系统发放下行抑制冲动,缓解局部痉挛,加强通经达络、舒筋缓急之功^[18]。从临床症状来看,面肌痉挛主要累及额肌、颧肌、颊肌、口轮匝肌、眼轮匝肌及颈阔肌等,这些肌肉均属面神经支配,翳风穴为手少阳经要穴,深层为面神经干从茎乳孔穿出处,刺之可抑制面神经兴奋性,恢复面神经功能,发挥疏风通络止痉之功^[19]。而合谷为大肠经原穴,循行于对侧面颊,主宗筋,故治疗时取健侧合谷,舒患侧筋经,同时配合太冲“开四关”养血柔肝、息风止痉。

董氏奇穴为针灸学家董景昌先生所提出,在传统经络系统基础上,结合五行、藏象学说和全息思想,对穴位的分布和应用进行补充^[20]。董师认为,董氏奇穴与十二正经相通,属于“正经奇穴”,其中三泉穴属胆经,别通于心经,选用健侧针刺,可激发经气,促进气血互注,消除患侧面部经络痹阻,又可助心行血,加强风池息风止痉之效,符合“治风先治血,血行风自灭”原则^[21-22]。此外,侧三里、侧下三里为董氏奇穴中面部疾患的特效穴,采用缪刺法,对应面部全息,同时配合患侧面部浮针扫散与运动,调经络、和气血、止痉挛、复平衡,促进疾病向愈^[23]。

综合上所述,浮针扫散再灌注法与董氏奇穴动气针法协同作用,共奏益气养血,疏风通络,息风止痉之效,在治疗面肌痉挛过程中可发挥良好的即刻效应与

远期疗效。

参考文献

- [1] CHAUDHRY N, SRIVASTAVA A, JOSHI L. Hemifacial spasm: The past, present and future[J]. J Neurol Sci, 2015, 356(1/2):27-31.
- [2] HERMIER M. Imaging of hemifacial spasm[J]. Neurochirurgie, 2018, 64(2):117-123.
- [3] 张蓓蓓,丁砚兵. 面肌痉挛的中医病因病机与治疗现状分析[J]. 湖北中医杂志, 2017, 39(3):58-61.
- [4] 雷凯悦,杨东红. 针灸治疗面肌痉挛研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(6):1215-1218.
- [5] 吴江. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010:120.
- [6] 杜元灏,董勤. 针灸治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2016.
- [7] 杨维杰. 董氏奇穴针灸学[M]. 北京:中医古籍出版社, 1995.
- [8] COHEN DA, SAVINO PJ, STERN MB, et al. Botulinum injection therapy for blepharospasm: a review and report of 75 patients[J]. Clin Neuropharmacol, 1986, 9(5):415-429.
- [9] ALBERT W, KIM BS. Therapy of botulinum toxin[M]. New York: Marcel Dekker, 1994.
- [10] 张瑜,姜润哲,马铁明. 雷火灸联合针刺治疗面肌痉挛[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(8):30-33.
- [11] 陈平雁,范建中. 面部神经肌肉系统功能障碍的一种评价手段:面部残疾指数及其信度和效度[J]. 国外医学(物理医学与康复学分册), 1997, 7(4):173-176.
- [12] LAWRENCE JD, FREDERICKSON AM, CHANG YF, et al. An investigation into quality of life improvement in patients undergoing microvascular decompression for hemifacial spasm[J]. J Neurosurg, 2018, 128(1):193-201.
- [13] TAN EK, FOOK CS, LUM SY, et al. Validation of a short disease specific quality of life scale for hemifacial spasm: correlation with SF-36[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2005, 76(12):1707-1710.
- [14] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2012.
- [15] 杨雅慧,田野. 面肌痉挛的治疗进展[J]. 医学综述, 2021, 27(10):1993-1997.
- [16] 王俊翔,马良宵,宋越,等. 浅析运动类针法在痉挛治疗中的意义[J]. 中国针灸, 2019, 39(12):1335-1338.
- [17] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006.
- [18] 李胜吾,戴国钢,秦雪飞,等. 动气针法治疗中老年腰椎间盘突出症坐骨神经痛33例[J]. 南京中医药大学学报, 2016, 32(2):138-141.
- [19] 黄闪闪,孙燕,李玉堂. 翳风、下关深刺配合调神二穴为主治疗面肌痉挛的临床观察[J]. 中国中医急症, 2020, 29(11):2008-2010.
- [20] 白钰如. 董氏奇穴与传统针灸相关性研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2016.
- [21] 陈昱翔. 从董氏奇穴特点论与传统经穴异同的文献研究[D]. 南京:南京中医药大学, 2017.

- [22] 谢感共,蒋垂刚,徐信山. 子午对冲气血互注理论临床应用[J]. 中国针灸,2005,25(10):709-710
- [23] 聂卫华,黄霞,蒋良共. 董氏奇穴、足阳明胃经子午对冲经

穴为主治疗面肌痉挛23例[J]. 湖南中医杂志,2006,22(6):37.

(收稿日期2022-11-11)

散偏定痛饮加减对急性脑梗死(风痰瘀阻证)患者溶栓后神经功能恢复的疗效观察

熊晶[△] 余泽婷 梅蕊

(湖北省武汉市第一医院,湖北 武汉 430000)

中图分类号:R743.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)08-1402-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.08.021

【摘要】 目的 观察散偏定痛饮加减对急性脑梗死(ACI)(风痰瘀阻证)患者溶栓后神经功能恢复的疗效以及血流动力学的影响并探讨其作用机制。**方法** 88例患者随机分为两组,均参考指南行常规内科综合治疗;对照组行rtPA静脉溶栓,治疗组溶栓治疗同对照组,并采用散偏定痛饮加减内服。两组治疗1周。比较两组神经功能损伤程度、生活活动能力及风痰瘀阻证单项指标评分以及临床疗效、血流动力学指标。**结果** 治疗后两组ACI(风痰瘀阻证)患者的NIHSS评分低于治疗前($P<0.05$),BI评分高于治疗前($P<0.05$),且治疗组优于对照组($P<0.05$)。治疗后两组风痰瘀阻证单项指标评分、全血黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数、纤维蛋白原低于治疗前($P<0.05$),且治疗组低于对照组($P<0.05$)。治疗组的总有效率为92.50%,高于对照组的72.50%($P<0.05$)。**结论** 于常规干预措施基础上应用散偏定痛饮加减对ACI(风痰瘀阻证)患者溶栓后神经功能恢复的疗效明显,并能明显改善患者的中医证候和血流动力学。

【关键词】 急性脑梗死 神经功能 散偏定痛饮 风痰瘀阻证

急性脑梗死(ACI)是由于缺血缺氧引起脑组织坏死软化的一种神经功能缺损临床综合征,占全部脑卒中患者发生率的60%~70%,具有较高的致残率、死亡率,尤其近年伴随人们饮食、生活方式的变化以及人口老龄化的日趋,我国范围内的ACI发病率逐年上升^[1]。ACI治疗的关键在于尽快畅通闭塞血管、恢复循环以及挽救缺血半暗带,静脉溶栓有便捷、快速、效果确切等优势。目前重组组织型纤溶酶原激活剂(rtPA)静脉溶栓为指南推荐最有效的标准干预措施,其可有效挽救缺血半暗带、保护神经细胞功能,达到改善临床预后的目的^[2]。但一些ACI患者在溶栓术后神经功能恢复欠佳,甚或出现加重,即存在缺血再灌注损伤、出血、再梗死等并发症,而越来越多的研究报道了中医药是溶栓术后的重要策略之一,能有效改善神经功能损伤^[3-4]。ACI在中医属“中风”范畴,总体为本虚标实之证,其病机有虚、火、风、痰、气、血六端,此六端兼夹为患,风痰瘀阻为急性期患者的常见证型之一^[5]。在治疗上以息风化痰、祛瘀通络为主。散偏定痛饮加减源于中医世家新文清《五十年临证得失录》,其作用为祛风平肝、化痰通络、活血止痛。本研究探讨散偏定痛饮加减对ACI(风痰瘀阻证)患者溶栓后的神经功能改善作用。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准:参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[6]与《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]。纳入标准:符合ACI诊断和中医辨证要求;年龄50~75岁;首次发病者,且发病至入院<4.5 h;意识清醒者;临床资料齐全;具备溶栓适应证;签署知情同意书。排除标准:存在颅内出血或既往颅内出血史者;大面积脑梗死或伴其他颅内病变者;入院前48 h采取抗凝药物治疗者;存在动静脉畸形者;对本组用药过敏者;沟通困难者;存在心、肝、肾等脏器严重功能不全者。

1.2 临床资料 选取2021年7月至2022年7月间我院收治的ACI(风痰瘀阻证)患者88例,随机分为对照组与治疗组各44例。治疗组男性28例,女性16例;年龄55~71岁,平均(65.30±6.04)岁;发病至入院1~4.5 h,平均(2.82±0.43) h;美国国立卫生院神经功能缺损量表(NIHSS)^[7]评分为(14.44±2.81)分;合并症为高血压17例,糖尿病7例,高脂血症5例。对照组男性30例,女性14例;年龄56~70岁,平均(64.98±6.01)岁;发病至入院1~4.5 h,平均(2.75±0.41) h;NIHSS评分为(14.52±2.82)分;合并症为高血压15例,糖尿病5例,高脂血症6例。两组临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

[△]通信作者(电子邮箱:xjing778899@163.com)