桂枝茯苓丸合导痰汤联合温针灸治疗痰瘀滞络型急性脑卒中*

夏淋霞[1]，徐森华[2]，郑生华[2]，许迎烈[2]

1. 上海市浦东新区中医医院，上海 201299；2. 上海市浦东医院，上海 201399

摘要：目的：观察桂枝茯苓丸合导痰汤联合温针灸治疗急性脑卒中（痰瘀滞络证）的疗效及其对脑血流动力学的影响。方法：132 例痰瘀滞络型急性脑卒中患者随机平均分为汤药组、针刺组和联合组。汤药组给予桂枝茯苓丸合导痰汤，针刺组给予温针灸，联合组给予桂枝茯苓丸合导痰汤联合温针灸。3 组均以 2 周为 1 个疗程，3 个疗程后比较 3 组患者临床疗效、中医证候积分、脑血流动力学指标、脑损伤标志物水平、预后生活质量评分以及安全性。结果：联合组有效率为 93.18%（41/44），高于针刺组的 72.73%（32/44）和汤药组的 75.00%（33/44）（$P<0.05$）。治疗后，联合组中医证候积分包括半身不遂、口角歪斜、言语謇涩、舌苔白腻，分别为（1.31 ±0.42）分、（1.71 ±0.45）分、（1.98 ±0.49）分、（2.09 ±0.57）分，均低于针刺组[（1.83 ±0.45）分、（2.18 ±0.55）分、（2.31 ±0.57）分、（2.63 ±0.62）分]和汤药组[（1.92 ±0.43）分、（2.24 ±0.52）分、（2.44 ±0.52）分、（2.76 ±0.64）分]（$P<0.05$）。治疗后，联合组大脑中动脉收缩期峰值血流速度（systolic peak blood flow velocity，PSV）、舒张期峰值血流速度（diastolic peak blood flow velocity，PDV）分别为（42.31 ±5.92）cm·s^{-1}、（35.81 ±5.02）cm·s^{-1}，高于针刺组[（38.03 ±5.15）cm·s^{-1}、（30.28 ±4.85）cm·s^{-1}]和汤药组[（37.02 ±4.93）cm·s^{-1}、（31.04 ±4.92）cm·s^{-1}]；搏动指数（pulsation index，PI）、阻力指数（resistance index，RI）分别为（41.98 ±5.89）%、（54.09 ±5.82）%，低于针刺组[（47.01 ±5.95）%、（58.23 ±5.92）%]和汤药组[（46.34 ±5.42）%、（59.26 ±5.84）%]（$P<0.05$）。治疗后，联合组脑损伤标志物包括 S100 钙结合蛋白 β（S100 calcium - binding protein β，S100β）、脑型脂肪酸结合蛋白（brain - type fatty acid binding protein，B - FABP）、神经元烯醇化酶（neuron enolase NSE）分别为（69.10 ±7.87）μg·L^{-1}、（18.41 ±3.96）μg·L^{-1}、（38.19 ±5.35）μg·L^{-1}，低于针刺组[（76.45 ±8.61）μg·L^{-1}、（24.03 ±4.05）μg·L^{-1}、（45.32 ±5.98）μg·L^{-1}]和汤药组[（78.64 ±8.24）μg·L^{-1}、（24.37 ±4.41）μg·L^{-1}、（46.33 ±6.01）μg·L^{-1}]（$P<0.05$）。治疗后，联合组脑卒中生活质量量表（stroke quality of life scale，SS - QOL）各项评分分别为（82.31 ±7.92）分、（83.81 ±8.23）分、（84.98 ±8.19）分、（81.89 ±8.22）分，均高于针刺组[（78.03 ±7.15）分、（77.28 ±7.85）分、（79.01 ±8.05）分、（76.23 ±7.12）分]和汤药组[（77.02 ±7.93）分、（76.04 ±7.92）分、（75.04 ±8.42）分、（75.26 ±7.84）分]（$P<0.05$）。3 组间不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：桂枝茯苓丸合导痰汤联合温针灸治疗急性脑卒中（痰瘀滞络证）的疗效显著，可降低患者的中医证候评分，改善患者血流动力学，抑制脑损伤标志物水平，提高患者生活质量，且安全性良好。

关键词：急性脑卒中；痰瘀滞络证；桂枝茯苓丸；导痰汤；温针灸；脑血流动力学
DOI：10.16368/j.issn.1674 - 8999.2026.04.132
中图分类号：R255.2　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674 - 8999(2026)04 - 0899 - 06

Guizhi Fuling Pill Combined with Daotan Decoction as Well as Warming Acupuncture and Moxibustionin Treatment of Acute Stroke with Phlegm - Stasis Obstruction Syndrome

XIA Linxia[1]，XU Senhua[2]，ZHENG Shenghua[2]，XU Yinglie[2]

1. Shanghai Pudong New Area Traditional Chinese Medicine Hospital，Shanghai 201299；2. Shanghai Pudong Hospital，Shanghai 201399

* **基金项目**：上海市浦东新区中医高级师承人才培养项目（PDZY - 2024 - 1204）

Abstract: Objective: To observe the efficacy of Guizhi Fuling Pill combined with Daotan Decoction as well as warming acupuncture and moxibustion in treatment of acute stroke (phlegm – stasis obstruction syndrome) and its effect on cerebral hemodynamics. Methods: A total of 132 patients with Phlegm – stasis obstruction type acute stroke were randomly and equally divided into the decoction group, acupuncture group, and combined group. The decoction group received Guizhi Fuling Pill combined with Daotan Decoction, the acupuncture group received warming acupuncture and moxibustion, and the combined group received Guizhi Fuling Pill combined with Daotan Decoction along with warming acupuncture and moxibustion. Each group underwent a treatment course of 2 weeks, and after 3 courses, clinical efficacy, TCM syndrome scores, cerebral hemodynamic indices, levels of brain injury markers, quality of life scores for prognosis, and safety were compared among the three groups. Results: The effective rate of the combination group was 93.18% (41/44), which was higher than that of the acupuncture group (72.73% (32/44) and the decoction group (75.00% (33/44) ($P<0.05$). After treatment, the TCM syndrome scores in the combined group included hemiplegia, crooked corners of the mouth, astringent speech, and white and greasy tongue coating, which were (1.31 ± 0.42), (1.71 ± 0.45), (1.98 ± 0.49) and (2.09 ± 0.57) points, respectively, which were lower than those in the acupuncture group [(1.83 ± 0.45), (2.18 ± 0.55), (2.31 ± 0.57), (2.63 ± 0.62) and the decoction group [(1.92 ± 0.43) points, (2.24 ± 0.52) points, (2.44 ± 0.52) points, (2.76 ± 0.64) points] ($P<0.05$). After treatment, the systolic peak blood flow velocity (PSV) and diastolic peak blood flow velocity (PDV) in the combined group were (42.31 ± 5.92) cm · s^{-1} and (35.81 ± 5.02) cm · s^{-1}, respectively, which were higher than those in the acupuncture group [(38.03 ± 5.15) cm · s^{-1}, (30.28 ± 4.85) cm · s^{-1}] and decoction group [(37.02 ± 4.93) cm · s^{-1}, (31.04 ± 4.92) cm · s^{-1}]; The pulsation index (PI) and resistance index (RI) were (41.98 ± 5.89)% and (54.09 ± 5.82)%, respectively, which were lower than those in the acupuncture group [(47.01 ± 5.95)%, (58.23 ± 5.92)%] and the decoction group [(46.34 ± 5.42)%, (59.26 ± 5.84)%] ($P<0.05$). After treatment, in the combination group, brain injury markers including S100 calcium – binding protein β (S100β), brain – type fatty acid binding protein (B – FABP), and neuron enolase (NSE) were (69.10 ± 7.87) μg · L^{-1}, (18.41 ± 3.96) μg · L^{-1}, and (38.19 ± 5.35) μg · L^{-1}, respectively, lower than the acupuncture group [(76.45 ± 8.61) μg · L^{-1}, (24.03 ± 4.05) μg · L^{-1}, (45.32 ± 5.98) μg · L^{-1}] and the herbal medicine group [(78.64 ± 8.24) μg · L^{-1}, (24.37 ± 4.41) μg · L^{-1}, (46.33 ± 6.01) μg · L^{-1}] ($P<0.05$). After treatment, the scores on the Stroke Quality of Life Scale (SS – QOL) in the combination group were (82.31 ± 7.92), (83.81 ± 8.23), (84.98 ± 8.19), and (81.89 ± 8.22), all higher than the acupuncture group [(78.03 ± 7.15), (77.28 ± 7.85), (79.01 ± 8.05), (76.23 ± 7.12)] and the herbal medicine group [(77.02 ± 7.93), (76.04 ± 7.92), (75.04 ± 8.42), (75.26 ± 7.84)] ($P<0.05$). Comparison of the incidence of adverse reactions among the three groups showed no statistically significant difference ($P>0.05$). Conclusion: The combination of Guizhi Fuling Pill and Daotan Decoction with warming acupuncture and moxibustion has significant efficacy in treating acute stroke (Phlegm – stasis obstructing collaterals), which can relieve patients' traditional Chinese medicine syndromes, improve patients' hemodynamics, inhibit levels of brain injury markers, enhance patients' quality of life, and has good safety.

Key words: acute stroke; Phlegm – stasis obstructing collateral syndrome; Guizhi Fuling Pill; Daotan Decoction; warming acupuncture and moxibustion; cerebral hemodynamics

急性脑卒中是指患者脑血管突发破裂出血或阻塞，由此使得脑部血液循环中断出现脑组织缺血缺氧损伤的疾病[1-2]。西医治疗急性脑卒中主要通过药物治疗包括营养神经、脑保护药物干预以及各种物理康复训练，恢复脑卒中患者的身体各项机能，但患者的预后效果较差[3-4]。中医认为，脑卒中属于“中风”范畴，是由各种原因导致的痰浊内生，阻滞脑络，致使脑脉瘀滞而发病，引起意识、肢体功能障碍[5]。桂枝茯苓丸合导痰汤具有燥湿豁痰、活血祛瘀的功效[6]。温针灸为经典针灸疗法，通过辨证取穴和精准施针可获得疏通经络、行气止痛的功效[7]。本文以痰瘀滞络型急性脑卒中患者为观察对象，给予桂枝茯苓丸合导痰汤联合温针灸等疗法，评估其对患者的治疗效果及脑血流动力学的影响。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2021 年 9 月至 2023 年 9 月在上海市浦东新区中医医院就诊的 132 例痰瘀滞络型急性脑卒中患者，随机平均分为针刺组、汤药组及联合组。针刺组男 23 例，女 21 例；年龄 55 ~ 80 (66.23 ± 7.72) 岁；体质量指数 (body mass index, BMI) 18 ~ 27 (23.09 ± 2.31) kg · m^{-2}；发病至入院时间 4 ~ 11 (7.31 ± 2.39) h；基础疾病：高血压 12 例，糖尿病 11 例，高脂血症 8 例。汤药组男 21 例，女 23 例；年龄 55 ~ 80 (65.34 ± 7.23) 岁；BMI 18 ~ 28 (23.17 ± 2.90) kg · m^{-2}；发病至入院时间 3 ~ 13 (6.11 ± 2.01) h；基础疾病：高血压 10 例，糖尿病 12 例，高脂血症 8 例。联合组男 24 例，女 20 例；年

龄 55 ~ 82(67.31 ± 7.34)岁;BMI 18 ~ 28(22.81 ± 2.93) kg · m^{-2};发病至入院时间 2 ~ 12(6.62 ± 1.82) h;基础疾病:高血压 9 例,糖尿病 11 例,高脂血症 1 例。3 组患者基础资料比较,差异无统计学意义(P > 0.05),具有可比性。本研究经上海市浦东新区中医医院伦理委员会批准(伦理批号:pdzyyy - 2024 - 75),所有研究对象均签署知情同意书。

1.2　病例纳入标准　(1)符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》[8]中诊断标准的患者,均为脑梗死患者;(2)患者中医辨证分型为痰瘀滞络证;(3)患者对桂枝茯苓丸合导痰汤无禁忌证;(4)能够耐受温针灸疗法治疗;(5)认知功能正常,可配合治疗过程。

1.3　病例排除标准　(1)其他病因导致的肢体障碍患者;(2)原发性精神状态异常或肢体活动功能障碍性疾病患者;(3)原发性血液系统疾病患者;(4)纳入本研究前已经接受类似治疗方法的患者;(5)未完成治疗方案而中途退出的患者。

1.4　治疗方法　3 组患者均进行入院后的静脉溶栓治疗,以注射用阿替普酶(德国勃林格殷格翰制药,国药准字 S20160054,规格:20 mg)加入 100 mL 生理盐水稀释,剂量为 0.9 mg · kg^{-1}(体质量),首先采取总剂量的 10% 作为初始静脉推注剂量,随后将剩余 90% 剂量采取静脉滴注的方式给药,持续滴注 60 min。

汤药组给予桂枝茯苓丸合导痰汤,方药组成:桂枝 10 g,茯苓 10 g,桃仁 10 g,牡丹皮 15 g,赤芍 10 g,川芎 10 g,半夏 12 g,苍术 10 g,当归 10 g,枳实 10 g,香附 10 g,胆南星 10 g,陈皮 6 g,炙甘草 6 g。每日 1 剂,水煎煮为 200 ~ 300 mL,于早晚两次服用。2 周为 1 个疗程。

针刺组给予温针灸,选取患者的内关穴、极泉穴、尺泽穴、大陵穴、合谷穴、阳陵泉穴、解溪穴、殷门穴为主要针刺穴位,对各穴位皮肤以酒精消毒,患者仰卧位接受针刺治疗,采用一次性华佗牌针灸针(0.25 mm × 50.00 mm)对上述穴位进行针刺,垂直刺入进针,手法为提插捻转、平补平泻,患者出现麻、胀、酸、触电样感觉后留针 30 min。留针过程中取长约 2 cm,直径 1 cm 的艾炷点燃一端后插于针柄上,开始施灸,每穴施灸 5 壮。隔天治疗 1 次,2 周为 1 个疗程。

联合组给予桂枝茯苓丸合导痰汤联合温针灸,桂枝茯苓丸合导痰汤治疗方案同汤药组,温针灸治疗方案同针刺组。

3 组患者均治疗 3 个疗程后评估效果。

1.5　观察指标　(1)中医证候积分:评估两组患者主要中医证候积分,包括半身不遂、口角歪斜、言语謇涩、舌苔白腻,根据证候表现程度计为 0 ~ 6 分,分值越低证候越轻[9]。(2)脑血流动力学指标:于治疗前后采用 2V4M 型经颅彩色多普勒超声诊断仪(南京恒腾电子科技有限公司)检测患者的大脑中动脉的收缩期峰值血流速度(systolic peak blood flow velocity,PSV)、舒张期峰值血流速度(diastolic peak blood flow velocity,PDV)、搏动指数(pulsation index,PI)、阻力指数(resistance index,RI)水平。(3)脑损伤标志物水平:采集空腹静脉血约 3 mL,以 TK - 10M 型离心机(广州科诺仪器设备公司)离心分离,以酶联免疫吸附试验法检测患者脑损伤标志物,包括 S100 钙结合蛋白 β(S100 calcium - binding protein β,S100β)、脑型脂肪酸结合蛋白(brain - type fatty acid binding protein,B - FABP)、神经元烯醇化酶(neuron enolase,NSE)水平,检测仪器为 SR - MB10A 型酶标仪(山东岱罡仪器设备公司),试剂盒购置于郑州依诺生物技术公司。(4)脑卒中生活质量评分:采用脑卒中生活质量量表(stroke quality of life scale,SS - QOL)评估患者的生活质量,包括生理功能、心理功能、社会功能、日常活动,均以百分制计分,分值越高表示患者的生活质量越好[10]。(5)安全性:比较组间不良反应发生率。

1.6　临床疗效判定标准　参照《中国脑卒中早期康复治疗指南》[11]制定:显效:治疗后患者的言语不利、口角歪斜、半身不遂、肢体疼痛、运动障碍、感觉障碍等症状基本消退,中医证候积分下降 > 80%;有效:患者表观症状显著减轻,中医证候积分下降 30% ~ 80%;无效:患者症状、运动功能未改善,中医证候积分下降 < 30%。

有效率 = (显效 + 有效)/n × 100%

1.7　统计学方法　采用 SPSS 26.0 统计学软件,计量数据均符合正态分布,以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用独立样本 t 检验,3 组间比较采用 F 检验;计数资料以例(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　两组患者临床疗效比较　联合组有效率为 93.18%(41/44),高于针刺组和汤药组的 72.73%(32/44)、75.00%(33/44)(P < 0.05),见表 1。

表 1　两组患者临床疗效比较　例(%)

组别	n	显效	有效	无效	有效率
联合组	44	25(56.81)	16(36.36)	3(6.82)	(93.18)
针刺组	44	18(40.91)	14(31.82)	12(27.27)	(72.73)
汤药组	44	18(40.91)	15(34.09)	11(25.00)	(75.00)
χ^2 值					6.993
P 值					0.030

2.2　两组患者治疗前后中医证候积分比较　治疗后，联合组中医证候积分包括半身不遂、口角歪斜、言语謇涩、舌苔白腻均低于同期针刺组和汤药组($P<0.05$)，见表 2。

2.3　两组患者治疗前后脑血流动力学指标比较　治疗后，联合组大脑中动脉 PSV、PDV 高于针刺组和汤药组，PI、RI 低于针刺组和汤药组($P<0.05$)，见表 3。

表 2　两组患者治疗前后中医证候积分比较　($\bar{x}\pm s$，分)

组别	n	半身不遂		口角歪斜		言语謇涩		舌苔白腻	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	44	5.17±0.64	1.31±0.42	5.05±0.67	1.71±0.45	4.97±0.65	1.98±0.49	4.85±0.77	2.09±0.57
针刺组	44	5.11±0.65	1.83±0.45	5.04±0.73	2.18±0.55	4.83±0.70	2.31±0.57	4.83±0.81	2.63±0.62
汤药组	44	5.09±0.63	1.92±0.43	5.07±0.66	2.24±0.52	4.88±0.79	2.44±0.52	4.69±0.73	2.76±0.64
F 值		0.590	6.731	0.141	5.112	0.972	4.271	1.000	5.186
P 值		0.556	0.000	0.888	0.000	0.333	0.000	0.319	0.000

表 3　两组患者治疗前后脑血流动力学指标比较　($\bar{x}\pm s$)

组别	n	PSV(v/cm·s^{-1})		PDV(v/cm·s^{-1})		PI		RI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	44	21.37±4.34	42.31±5.92	16.35±3.87	35.81±5.02	75.37±7.65	41.98±5.89	82.97±8.37	54.09±5.82
针刺组	44	21.03±4.65	38.03±5.15	15.94±3.43	30.28±4.85	74.43±7.70	47.01±5.95	82.23±8.83	58.23±5.92
汤药组	44	21.89±4.13	37.02±4.93	15.47±3.66	31.04±4.92	74.83±8.09	46.34±5.42	83.65±8.13	59.26±5.84
F 值		0.354	4.554	1.095	4.501	0.574	3.613	0.387	4.159
P 值		0.724	0.000	0.276	0.000	0.567	0.000	0.700	0.000

2.4　两组患者治疗前后脑损伤标志物水平比较　治疗后，联合组脑损伤标志物包括 S100β、B－FABP、NSE 低于同期针刺组和汤药组($P<0.05$)，见表 4。

表 4　两组患者治疗前后脑损伤标志物水平比较　($\bar{x}\pm s$，μg·L^{-1})

组别	n	S100β		B－FABP		NSE	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	44	121.51±12.35	69.10±7.87	42.69±5.18	18.41±3.96	80.19±8.65	38.19±5.35
针刺组	44	123.09±11.22	76.45±8.61	43.56±5.12	24.03±4.05	81.36±8.67	45.32±5.98
汤药组	44	120.73±11.46	78.64±8.24	44.32±5.44	24.37±4.41	79.63±8.47	46.33±6.01
F 值		0.628	5.554	1.439	6.670	0.634	6.710
P 值		0.532	0.000	0.154	0.000	0.528	0.000

2.5　两组患者治疗前后生活质量评分比较　治疗后，联合组 SS－QOL 各项评分均高于同期针刺组和汤药组($P<0.05$)，见表 5。

表 5　两组患者治疗前后生活质量评分比较　($\bar{x}\pm s$，分)

组别	n	生理功能		心理功能		社会功能		日常活动	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	44	61.37±6.34	82.31±7.92	62.35±6.37	83.81±8.23	59.37±5.65	84.98±8.19	62.97±6.37	81.89±8.22
针刺组	44	61.03±6.65	78.03±7.15	62.94±6.43	77.28±7.85	58.43±5.70	79.01±8.05	60.23±6.83	76.23±7.12
汤药组	44	61.89±6.13	77.02±7.93	60.47±6.66	76.04±7.92	60.83±5.99	75.04±8.42	60.95±7.13	75.26±7.84
F 值		0.391	3.130	1.353	4.512	1.176	6.727	1.401	3.872
P 值		0.697	0.002	0.180	0.000	0.243	0.000	0.165	0.000

2.6　两组患者不良反应发生率比较　3 组间不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），见表 6。

表 6　两组患者不良反应发生率比较　例（%）

组别	n	头晕头痛	恶心呕吐	局部刺痛	食欲减退	发生率
联合组	44	2（4.55）	1（2.27）	1（2.27）	1（2.27）	（11.36）
针刺组	44	1（2.27）	1（2.27）	1（2.27）	0（0.00）	（6.81）
汤药组	44	1（2.27）	2（4.55）	0（0.00）	1（2.27）	（9.09）
χ^2 值						0.198
P 值						0.906

3　讨论

急性脑卒中具有发病急促、病情进展快、病情程度重的特点，对患者的危害程度大。该病发生的最主要原因是各种原因导致的颈动脉粥样硬化斑块形成、血栓形成，进而出现颈动脉、椎动脉管腔狭窄，严重者出现闭塞，进一步导致的大脑中动脉栓塞，颅内组织缺血缺氧，出现损伤坏死[12]。

中医将急性脑梗死归属于“中风”“瘫证”“痿证”等范畴，认为本病的根本病机在于痰瘀滞络，血脉不通，治疗时应从豁痰开窍、祛瘀活血、复脉通络等方面入手[13]。桂枝茯苓丸合导痰汤由桂枝、茯苓、桃仁、牡丹皮、赤芍、川芎、半夏、苍术、当归、枳实、香附、胆南星、陈皮、炙甘草等组成，方中桂枝具有温经通脉、升阳化气的功效，茯苓则可健脾宁心、燥湿化痰，桃仁活血祛瘀，牡丹皮可凉血清热、活血祛瘀，赤芍可散瘀止痛，川芎则是活血行气、祛瘀止痛之良药，半夏可化痰燥湿、消痞散结，苍术祛风散结、祛瘀化痰，当归具有养血补血的功效，枳实可化痰散结、行气消积，香附可疏肝解郁、理气宽中，胆南星可清热化痰、熄风定惊，陈皮理气健脾、燥湿化痰，炙甘草理气和中、调和诸药。诸药合用，配伍合理，共奏燥湿化痰、活血祛瘀、行气通络之功[14-15]。另外，本研究选取内关穴、极泉穴、尺泽穴、大陵穴、合谷穴、阳陵泉穴、解溪穴、殷门穴进行温针灸疗法治疗。温针灸集合了艾灸、针刺疗法两者的优势。内关穴是八脉交会之穴，具有宽胸理气、除痹止痛、宁心安神的功效；极泉穴属手少阴心经的要穴，具有宽胸理气、舒筋活血的功效，用于四肢不举，肘臂冷痛的治疗；尺泽穴具有通络行气、舒筋止痛、活血祛瘀的功效；大陵穴具有补中益气、安神益脑的功效；合谷穴属手阳明大肠经的要穴，具有通络止痛、活血行气的功效；阳陵泉穴属足太阴脾经，具有除湿降浊、疏通经络功效，可治疗腰骶疼痛、下肢痿痹，增强机体活动功能；解溪穴属足阳明胃经穴，有通经活络、散结止痛之功，以鼓舞少阳生发之机，可促进中风患者瘫痪肢体功能的恢复；殷门穴属足太阳膀胱经，具有疏通经络、强健腰腿的功效；以艾炷燃烧产生的热力作用，可疏通患者经脉气血、散寒止痛[16-18]。

痰瘀滞络型急性脑卒中患者多伴有脑部血流动力学改变，表现为脑部血流速度减慢[19]。本研究中联合组治疗后的大脑中动脉 PSV、PDV 高于针刺组和汤药组，PI、RI 低于针刺组和汤药组，主要由于中医联合疗法具有化痰通络、活血祛瘀的功效，进而改善患者的脑血流动力学，恢复患者正常的血液循环状态[20-21]。急性脑卒中患者由于颅脑缺血缺氧损伤脑部组织，使得脑损伤标志物水平下降。S100β 是经典的脑损伤标记蛋白，由脑内星形胶质细胞产生，当患者神经功能受损后，S100β 会透过血脑屏障释放入血[22]。NSE 分布在机体的颅内神经细胞中，是重要的脑功能状态的标志物，当患者的颅脑出现各种损伤时会刺激神经细胞释放大量的 NSE，呈高表达状态[23-24]。B-FABP 是脂肪酸结合蛋白家族中成员，是一种脑内疾病的特异性标志物，在脑卒中等颅脑疾病发病过程中呈现高表达[25]。本研究中，联合组治疗后的 S100β、B-FABP、NSE 低于同期针刺组和汤药组，表明该联合疗法能够减轻患者的脑损伤程度。在预后质量评分比较中，联合组 SS-QOL 各项评分均高于针刺组和汤药组，表明该联合疗法能够改善患者的预后。

综上所述，桂枝茯苓丸合导痰汤联合温针灸治疗急性脑卒中（痰瘀滞络证）疗效显著，可降低患者中医证候评分，改善患者血流动力学，抑制脑损伤标志物水平，提高患者生活质量，且安全性良好。

参考文献：

[1] WILSON S R, POWERS W J, MOLL S. Traditional risk factors and combined genetic markers of recurrent ischemic stroke in adults: Comment from Wilson et al[J]. J Thromb Haemost, 2022, 20(1): 263-264.

[2] 郑海燕，路屹，骆嵩. 阿替普酶静脉溶栓后急性缺血性脑

卒中患者早期疗效与长期预后的影响因素分析[J]. 安徽医学,2021,42(2):157 - 161.
[3]周敏,陈智利,张丽丽,等. 缺血性脑卒中后血脑屏障内皮跨细胞转运的调控机制及靶向治疗[J]. 中华神经医学杂志,2022,21(2):189 - 194.
[4]李京民,蒋同伯,杨道海,等. 醒神开窍针刺法联合经颅磁刺激对脑卒中后认知功能和运动功能的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2022,17(9):1881 - 1885.
[5]谢倩文,肖晶旻,邓雪仪,等. 建立中医药治疗缺血性卒中核心结局指标集的初步研究[J]. 中医杂志,2022,63(3):220 - 228.
[6]陈前波. 桂枝茯苓丸合苍附导痰汤加减在多囊卵巢综合征中的应用[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,28(3):211 - 213.
[7]郭伏玲,夏文广,张阳普,等. 耳迷走神经刺激联合温针灸对卒中患者肢体痉挛及睡眠质量的影响[J]. 上海针灸杂志,2022,41(12):1176 - 1180.
[8]中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南[J]. 中华神经科杂志,2018,51(9):666 - 682.
[9]SCHWENK E S,KASPER V P,SMOKER J D,et al. Mepivacaine versus bupivacaine spinal anesthesia for early postoperative ambulation[J]. Anesthesiology,2020,133(4):801 - 811.
[10]田凤霞. 中文版脑卒中后失语症生活质量量表的信度和效度研究[J]. 护理实践与研究,2020,17(4):10 - 12.
[11]中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑卒中早期康复治疗指南[J]. 中华神经科杂志,2017,50(6):405 - 412.
[12]李俊霖,雷昆,李文刚,等. 通窍活血汤联合康复训练对颅脑损伤患者血清炎症介质的影响[J]. 世界中医药,2022,17(10):1440 - 1443.
[13]张利丹,谢雁鸣,高阳,等. 2558 例缺血性脑卒中患者中医证候与体质的相关性[J]. 中医杂志,2021,62(16):1416 - 1420.
[14]许莎莎,余崇华,蒋同伯. 自拟清肺化痰汤联合超短波治疗脑卒中合并肺部感染临床观察[J]. 光明中医,2020,35(22):3590 - 3592.
[15]陈秋风,詹乐萍. 加味导痰汤联合针刺治疗急性缺血性脑卒中的疗效观察及对血液流变学的影响[J]. 中国中医药科技,2023,30(5):913 - 915.
[16]张艺泠,陈明英. 加味补阳还五汤配合温针灸治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的临床效果[J]. 临床合理用药,2023,16(25):67 - 70.
[17]王一斯,张天津,矫翠翠,等. 腹针联合温针灸治疗老年脑卒中后下肢痉挛性瘫痪的效果[J]. 中国老年学杂志,2022,42(5):1068 - 1071.
[18]DMGEN M A,BIGGIN P C. State - dependent protein - lipid interactions of a pentameric ligand - gated ion channel in a neuronal membrane[J]. PLoS Comput Biol,2021,17(2):e1007856.
[19]LI C,LIU F L,YANG X,et al. Targeting lectin - like oxidized low - density lipoprotein receptor - 1 triggers autophagic program in esophageal cancer[J]. Cell Death Differ,2022,29(4):697 - 708.
[20]JI W Q,HU Q,ZHANG M D,et al. The disruption of the endothelial barrier contributes to acute lung injury induced by coxsackievirus A2 infection in mice[J]. Int J Mol Sci,2021,22(18):9895.
[21]陈怡然,陈海生,高敏,等. 芪蛭通络汤对痰瘀阻络证脑卒中患者的临床疗效[J]. 中成药,2024,46(12):4232 - 4235.
[22]李燕,曹欣,巢小琳. 针刺运动疗法对改善痰瘀阻络型脑卒中后肩痛的临床效果[J]. 中国医药导报,2024,21(9):149 - 152.
[23]王佩,雷亚玲,曹瑾,等. 化痰活络饮联合醒脑静注射液治疗急性缺血性脑卒中(痰瘀阻络型)临床研究[J]. 陕西中医药大学学报,2022,45(1):93 - 97.
[24]丁震环,赵松伟,王静敏. 化痰通络方联合醒脑开窍针法对痰瘀阻络型脑卒中后肩手综合征患者的影响[J]. 中医药信息,2025,42(3):56 - 61.
[25]秦静海,周小丽,刘向哲. 通腑通络开窍汤联合西药治疗风痰瘀阻型急性缺血性脑卒中临床研究[J]. 新中医,2025,57(7):88 - 93.

收稿日期:2025 - 11 - 13
作者简介:夏淋霞(1981 -),女,上海人,医学硕士,副主任医师,研究方向:中医防治脑病。
通信作者:许迎烈(1982 -),女,上海人,医学硕士,研究方向:中医防治肿瘤、脑病。E - mail:xuyinglie02@126.com
编辑:秦小川