醒脑开窍针刺法合并补肾化痰活血方治疗急性脑梗死风痰瘀阻证的临床研究

付飞，樊飞*
（北京中医药大学孙思邈医院脑病科，陕西 铜川 727000）

摘要 目的：探究醒脑开窍针刺法合并补肾化痰活血方治疗急性脑梗死风痰瘀阻证的临床效果。方法：选择北京中医药大学孙思邈医院 2021 年 1 月—2023 年 12 月收治的急性脑梗死风痰瘀阻证患者 106 例，采用随机数字表法分为针刺组和联合组，每组 53 例。两组均给予抗凝、改善微循环、控制血压、神经保护、吸氧、心脏监测等常规西医治疗，针刺组给予醒脑开窍针刺法治疗，联合组在针刺组基础上给予补肾化痰活血方口服治疗。观察两组患者的中医证候积分、神经功能指标、血流动力学指标、神经功能与运动功能及日常生活能力评分、临床疗效、不良反应发生情况。结果：治疗后，两组中医证候积分、美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评分、神经胶质纤维酸性蛋白（GFAP）、神经元特异性烯醇化酶（NSE）、中枢神经特异蛋白（S100β）、血流峰值时间（TTP）与阻力指数（RI）水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且联合组低于针刺组（$P<0.01$）；治疗后，两组血清神经生长因子（NGF）、脑血容量（CBV）、平均血流量（Qmean）水平、简式 Fugl－Meyer 评分（FMA）与 Barthel 指数（BI）评分均较治疗前升高（$P<0.05$），且联合组高于针刺组（$P<0.01$）；联合组治疗总有效率高于针刺组（$P<0.05$）；两组不良反应总发生率差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：醒脑开窍针刺法合并补肾化痰活血方治疗急性脑梗死风痰瘀阻证可降低中医证候积分，缓解临床症状，增加脑血流量，改善神经功能，提高临床疗效，且安全性较高。

关键词 醒脑开窍针刺法；补肾化痰活血方；急性脑梗死；风痰瘀阻证
中图分类号：R255.2 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392(2025)01－0083－05
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250015

急性脑梗死，又称为急性缺血性脑卒中，是指由于血管堵塞导致脑部血液供应不足，引起脑组织缺血、缺氧及损伤的一种疾病，常见症状包括突发面部、肢体无力或麻木、说话困难、视力丧失或模糊以及头晕、失去平衡或协调能力等，严重者可能导致不可逆的脑损伤，造成长期残疾或死亡[1－2]。西医治疗急性脑梗死的方法包括溶栓、抗凝、降纤或机械取栓等，尽管取得了一定疗效，但仍存在一定局限性[3－4]。随着中医学理论的发展，近年来中医药手段治疗急性脑梗死因其独特优势逐渐受到青睐。急性脑梗死属中医“中风病”范畴，风痰瘀阻证是其常见证型之一，肾精亏虚，气血生化无源，肝风内动，导致气机逆乱，使气血运行不畅，痰瘀内生，上蒙清窍，阻滞脑络是其主要发病机制，因此，治疗当以息风化痰、祛瘀通络为主要原则[5－6]。

醒脑开窍针刺法为石学敏院士所创，通过刺激阴经穴辅以阳经穴，起到醒脑开窍的作用，在急性脑梗死的临床治疗中被广泛应用[7]。北京中医药大学孙思邈医院依据本病病因病机，自拟补肾化痰活血方，由牛膝、山茱萸、当归等组成，可补肾化痰、息风通络。目前尚未有本方与醒脑开窍针刺法联合治疗急性脑梗死的相关报道，本研究采用醒脑开窍针刺法合并补肾化痰活血方治疗急性脑梗死风痰瘀阻证患者，并观察其临床疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择北京中医药大学孙思邈医院 2021 年 1 月—2023 年 12 月收治的急性脑梗死风痰瘀阻证患者 106 例，采用随机数字表法分为针刺组与联合组，每组 53 例。针刺组女 24 例，男 29 例；年龄 41～75 岁，平均年龄（57.87±8.02）岁；体质量指数 18～26 kg/m^2，平

收稿日期：2024－01－30 **修回日期**：2024－06－04
基金项目：陕西省重点研发计划项目（2020SF－139）；铜川市 2021 年卫生健康领域科技计划资助项目（TCKJ－2021－027）
作者简介：付飞（1984－），男，主治医师，从事中医脑病相关研究。
*通信作者：樊飞（1989－），男，硕士，主治医师，从事中医脑病相关研究。

均体质量指数(22.13 ± 1.70) kg/m^2;病程 6 ~ 48 h,平均病程(25.88 ± 8.49) h。联合组女 22 例,男 31 例;年龄 40 ~ 75 岁,平均年龄(58.10 ± 7.97)岁;体质量指数 18 ~ 26 kg/m^2,平均体质量指数(22.16 ± 1.68) kg/m^2;病程 7 ~ 48 h,平均病程(26.93 ± 8.32) h。两组基线资料差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经北京中医药大学孙思邈医院医学伦理委员会批准(SSMYY - KYPJ - 2021 - 011)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

符合中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[8] 中急性脑梗死的诊断标准。①急性起病;②局灶性神经功能缺损(一侧面部或肢体无力或麻木,言语障碍等),少数为全面神经功能缺损;③当影像学显示有责任病灶时,症状和体征持续时间不限,当缺乏责任病灶时,症状和体征持续 24 h 以上;④排除非血管性病因;⑤头颅 CT/MRI 排除脑出血。

1.2.2 中医辨证标准

符合中风病诊断与疗效评定标准(试行)[9] 中风痰瘀阻证的辨证标准。主症:半身不遂、感觉减退或消失、言语謇涩或不语、口舌歪斜;次症:饮水呛咳、头晕目眩、痰多而黏、目偏不瞬,舌质暗淡,苔薄白或白腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准

①符合上述西医诊断及中医辨证标准;②年龄 40 ~ 80 岁;③发病时间在 72 h 内;④依从性强,能配合完成各项相关检查与治疗;⑤患者及家属自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准

①脑 CT/MRI 见出血者;②心源性脑梗死或短暂性脑缺血发作者;③合并类风湿关节炎者;④合并有恶性肿瘤及严重心、脑血管疾病或其他系统严重功能障碍者;⑤患有精神疾病或意识不清无法沟通者;⑥无法耐受针刺治疗或对本研究药物过敏者;⑦妊娠及哺乳期妇女。

1.5 脱落标准

①依从性差,未遵医嘱进行治疗者;②临床观察中出现过敏及其他严重不良事件者;③出现并发症不宜继续进行者;④自动退出者。

1.6 治疗方法

两组患者均依据指南接受抗凝、改善微循环、控制血压、神经保护、吸氧、心脏监测等常规西医治疗。

针刺组给予醒脑开窍针刺法治疗,取穴百会、水沟、内关、三阴交、足三里、委中、尺泽、极泉。直刺内关 1.5 cm,行提插捻转泻法 1 min;斜刺百会 1 cm,行平补平泻法 1 min;斜刺水沟 1 cm,行重雀啄法至患者眼眶湿润;斜刺三阴交、直刺委中 2 cm,行提插补法至下肢抽动;直刺极泉、尺泽 1.5 cm,行提插泻法至上肢抽动;直刺足三里 3 cm,行提插泻法。每日 1 次,每周 5 次,每次留针 30 min,连续治疗 4 周。

联合组在针刺组基础上加用补肾化痰活血方治疗,方药组成:熟地黄 20 g,牛膝 15 g,山茱萸 15 g,肉苁蓉10 g,当归 15 g,川芎 12 g,红花 10 g,赤芍 15 g,胆南星 10 g,竹茹 15 g,石菖蒲 10 g,天麻 6 g,炙甘草6 g。药物来自北京中医药大学孙思邈医院中药房,每份药物浸泡 30 min 后,每次加水 500 ~ 700 mL 煎煮 2 次,每次取汁 200 mL 混合为 1 剂,每剂 400 mL,每日1 剂,分早、晚 2 次服用,连续治疗 4 周。

1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 中医证候评分

分别记录两组患者治疗前、治疗后主症与次症情况,按照等级症状积分法分为无(0 分)、轻(2 分)、中(4 分)、重(6 分);舌质、舌苔、脉象分为有(1 分)、无(0 分),记录各证候积分[10]。

1.7.2 神经功能指标

治疗前后分别抽取两组患者静脉血 6 mL,离心后取血清,酶联免疫吸附法检测血清神经生长因子(NGF)、中枢神经特异蛋白(S100β)、神经胶质纤维酸性蛋白(GFAP)、神经元特异性烯醇化酶(NSE)水平。

1.7.3 血流动力学指标

使用彩色多普勒超声仪检测两组患者治疗前后的脑血容量(CBV)、平均血流量(Qmean)、阻力指数(RI)、血流峰值时间(TTP)。

1.7.4 神经功能、运动功能与日常生活能力评分

使用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)[11] 对两组患者治疗前后神经功能缺损进行评估,总分 42 分,神经功能越差得分越高;使用简式 Fugl - Meyer(FMA)[12] 评估两组患者运动功能,运动功能恢复越好得分越高;采用 Barthel 指数(BI)[13] 量表用于评估两组患者的日常生活活动能力,日常生活能力越强分数越高。

1.7.5 临床疗效

疗效指数(%) = (治疗前 - 治疗后)/治疗前中医证候积分 × 100%。治愈:临床症状及体征基本消失,疗效指数在 95% 及以上;显效:症状体征明显好转,70% ≤ 疗效指数 < 95%;有效:症状体征较前减轻,30% ≤ 疗效指数 < 70%;无效:症状体征未改善或改善不明显,疗效指数小于 30%。总有效率 = (治愈例

数 + 显效例数 + 有效例数)/总例数 ×100%。

1.7.6 不良反应

观察两组患者治疗过程中的药物不良反应发生情况。

1.8 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行统计学分析,计量资料符合正态分布者,用 t 检验,计数资料用(%)表示,采用 χ^2 检验,若两样本不满足正态性和方差齐性用秩和检验,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候积分比较

两组均未发生脱落,治疗后,两组患者中医证候积分均降低($P<0.05$),联合组低于针刺组($P<0.01$),见表 1。

2.2 两组神经功能指标比较

治疗后,两组患者 NGF 水平升高($P<0.05$),GFAP、NSE 与 S100β 水平均降低($P<0.05$),改善幅度均为联合组优于针刺组($P<0.01$),见表 2。

表 1 两组急性脑梗死风痰瘀阻证患者中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	主症		次症	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	53	16.72 ±2.81	10.27 ±2.29*	20.72 ±3.55	12.19 ±2.57*
联合组	53	17.51 ±2.77	6.65 ±1.92*	19.64 ±3.38	7.41 ±2.05*
t 值		1.458	8.819	1.604	10.585
P 值		0.148	0.000	0.112	0.000

注:与本组治疗前比较,*$P<0.05$。

表 2 两组急性脑梗死风痰瘀阻证患者神经功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	NGF/(ng/L)		GFAP/(μg/L)		NSE /(mg/L)		S100β/(μg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	53	98.91 ±21.26	120.41 ±23.18*	1.59 ±0.38	0.84 ±0.07*	31.17 ±3.01	17.64 ±2.23*	1.52 ±0.36	1.15 ±0.50*
联合组	53	101.22 ±21.89	160.74 ±21.62*	1.62 ±0.35	0.37 ±0.05*	30.59 ±2.95	9.77 ±2.54*	1.60 ±0.38	0.81 ±0.28*
t 值		0.551	9.263	0.423	39.776	1.002	16.951	1.113	4.319
P 值		0.583	0.000	0.673	0.000	0.319	0.000	0.268	0.000

注:与本组治疗前比较,*$P<0.05$。

2.3 两组血流动力学指标比较

治疗后,两组患者 CBV 与 Qmean 均升高($P<0.05$),TTP 与 RI 均降低($P<0.05$),改善幅度均为联合组优于针刺组($P<0.01$),见表 3。

表 3 两组急性脑梗死风痰瘀阻证患者血流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	CBV/(mL/100 mg)		Qmean/(cm/s)		TTP/s		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
针刺组	53	72.86 ±7.42	84.59 ±9.98*	9.19 ±2.08	9.84 ±2.87*	104.64 ±22.94	96.28 ±19.62*	0.62 ±0.15	0.55 ±0.11*
联合组	53	74.12 ±7.59	92.77 ±10.62*	8.72 ±2.15	11.35 ±2.95*	100.89 ±23.06	84.07 ±16.37*	0.64 ±0.16	0.40 ±0.08*
t 值		0.864	4.086	1.144	2.671	0.839	3.479	0.664	8.029
P 值		0.389	0.000	0.255	0.009	0.403	0.000	0.508	0.000

注:与本组治疗前比较,*$P<0.05$。

2.4 两组神经功能、运动功能与日常生活能力评分比较

治疗后,两组患者 NIHSS 评分降低($P<0.05$),FMA 与 BI 评分均升高($P<0.05$),改善幅度均为联合组优于针刺组($P<0.01$),见表 4。

表 4 两组急性脑梗死风痰瘀阻证患者血清学指标比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	NIHSS		BI		FMA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	53	19.26 ±2.75	14.94 ±1.87*	46.48 ±13.94	64.48 ±11.02*	43.82 ±5.18	52.54 ±6.95*
联合组	53	20.12 ±2.81	9.71 ±1.95*	44.91 ±13.75	73.24 ±10.62*	44.18 ±5.51	63.96 ±6.43*
t 值		1.592	14.093	0.584	4.167	0.347	8.781
P 值		0.114	0.000	0.561	0.000	0.730	0.000

注:与本组治疗前比较,*$P<0.05$。

2.5 两组临床疗效比较

经比较,联合组患者治疗总有效率高于针刺组($P<0.05$),见表 5。

表 5 两组急性脑梗死风痰瘀阻证患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
针刺组	53	2(3.77)	24(45.28)	19(35.85)	8(15.09)	45(84.91)
联合组	53	5(9.43)	30(56.60)	16(30.19)	2(3.77)	51(96.13)
χ^2 值						3.975
P 值						0.046

2.6 两组不良反应比较

两组不良反应总发生率差异无统计学意义($P>0.05$),见表 6。

表 6 两组急性脑梗死风痰瘀阻证患者不良反应发生率比较[例(%)]

组别	例数	恶心呕吐	腹痛腹泻	头晕头痛	皮疹	总发生率
针刺组	53	1(1.89)	1(1.89)	1(1.89)	0(0)	3(5.66)
联合组	53	2(3.77)	1(1.89)	0(0)	1(1.89)	4(7.55)
χ^2 值						0.153
P 值						0.696

3 讨论

急性脑梗死是脑血管疾病中最常见的类型之一,发病率较高,其发病率随着年龄的增加而增加,其他危险因素包括高血压、糖尿病、高血脂、吸烟和家族史等,也是全球范围内导致死亡和残疾的主要原因之一[14],早期干预可以减少脑组织损伤,并提高患者的预后[15],但目前西医治疗手段仍然存在局限性,如治疗时间窗口限制,可能增加的出血风险等,且治疗效果存在个体差异[16]。因此,探究更为安全、有效的治疗手段对于患者及家属具有重要意义。急性脑梗死的中医病名为“中风病”,中医认为本病的发生与肝、肾二脏关系密切,肾为先天之本,主水藏精,肾精不足则髓海空虚,气血乏源、运行不畅,久之痰瘀内生,阻塞经络,脑失所养,肝藏血,主疏泄,肝风内动则气机逆乱,痰瘀互结上蒙清窍,从而发病,因此,当以息风化痰、祛瘀通络为治则[17-18]。

本研究结果显示,醒脑开窍针刺法合并补肾化痰活血方可有效缓解患者临床症状,降低中医证候积分,提高临床疗效。补肾化痰活血方中,熟地黄补血滋阴、填精益髓,为君药;臣以牛膝、山茱萸补益肝肾、活血化瘀,肉苁蓉补肾阳、五味子滋肾阴,共同益精养血,当归、川芎、红花、赤芍补血活血、凉血化瘀;胆南星、竹茹清热化痰,石菖蒲开窍、醒神、豁痰,天麻平抑肝阳、祛风通络,共为佐药;炙甘草调和药性为使药。诸药合用,共奏滋肾益精、化痰祛瘀、息风通络之功。痰、瘀之邪尽除,气血运行畅通,脑络重新得到濡养,言语謇涩、偏身不利等症状自然得以缓解。本研究中,联合组患者 GFAP、NSE、S100β、TTP 与 RI 水平均低于针刺组,NGF、CBV、Qmean 水平均高于针刺组,表明醒脑开窍针刺法合并补肾化痰活血方可增加脑血流量,改善神经功能。现代药理学研究表明,熟地黄、山茱萸可通过影响血液系统、调节多种神经突触功能、促进细胞新陈代谢等途径有效保护缺血脑组织,山茱萸中所含环烯醚萜苷可通过 ERK 信号通路发挥对急性脑梗死小鼠的神经保护作用[19-21];天麻、牛膝均具有抗菌、抗炎及调节免疫的功效,对神经细胞损伤有明显的保护作用[22-23]。当归、川芎、天麻、红花可促进造血、抗凝血,可增加脑血流速度,从而保护神经功能,发挥抗缺血性脑卒中作用[24-26]。

醒脑开窍针刺法是由石学敏院士基于传统针刺疗法创制的中医治疗方法,临床被广泛应用于急性脑梗死的治疗。此法强调整体配穴,选取阴经穴为主穴,阳经穴为辅穴。水沟、内关、百会穴针刺可醒脑开窍、宁心安神;三阴交补肝益肾、健脾益血;足三里益气补虚、通络除痹、调和气血;委中疏经通络、活血化瘀;极泉、尺泽调气通络。有研究表明,醒脑开窍针刺法能够改善急性脑梗死患者氧化应激反应与脑血流量、调节血管内皮功能,减轻炎性反应,改善神经功能与运动功能[27-29]。有动物研究证实,刺激内关、足三里可促进脑缺血大鼠神经可塑性因子的表达,激活损伤后的神经可塑性,进而改善缺血性损伤后运动功能[30];针刺百会穴可改善缺血性卒中患者神经功能和认知功能[31]。

综上所述,醒脑开窍针刺法合并补肾化痰活血方治疗急性脑梗死风痰瘀阻证可有效缓解患者临床症状,改善神经功能及脑血流动力学,提高患者运动及日常生活能力,增强临床疗效,且安全性较高,值得临床推广。但本研究样本量较小,后续仍需进行大样本、多中心深入研究,进一步证实本研究结论。

参考文献:

[1] MENDELSON S J, PRABHAKARAN S. Diagnosis and management of transient ischemic attack and acute ischemic stroke: a review[J]. JAMA, 2021, 325(11): 1088-1098.

[2] FESKE S K. Ischemic stroke[J]. Am J Med, 2021, 134(12): 1457-1464. [PubMed]

[3] LI H J, FENG X Y, WANG J Q, et al. Research progress in acute anticoagulation therapy for cerebral infarction[J]. Minerva Pediatr, 2023, 75(6): 939-942.

[4] KRISHNAN R, MAYS W, ELIJOVICH L. Complications of mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke[J]. Neurology, 2021, 97(20 Suppl 2): S115-S125.

[5] 刘丹,李文志. 缺血性脑卒中的中医治疗的研究进展[J]. 心血管康复医学杂志, 2023, 32(6): 625-628.

[6] 史一丰,袁鹏,卞鹏飞,等. “祛痰化瘀方”辅助治疗风痰瘀阻型脑梗死 49 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2023, 55(8): 30-33.

[7] 杨娟,华志,陈其剑. 醒脑开窍针刺法联合阿替普酶溶栓对急性脑梗死患者炎性反应及血液循环的影响[J]. 中国中医急症, 2023, 32(9): 1576-1579.

[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 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018,51(9):666 - 682.
[9] 李平,吴钟璇,张云如,等. 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.
[10] 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,2002:322 - 324.
[11] SZATMARY P, GRAMMATIKOPOULOS T, CAI W H, et al. Acute pancreatitis: diagnosis and treatment [J]. Drugs, 2022, 82 (12): 1251 - 1276.
[12] GLADSTONE D J, DANELLS C J, BLACK S E. The fugl - meyer assessment of motor recovery after stroke: a critical review of its measurement properties[J]. Neurorehabil Neural Repair, 2002, 16(3): 232 - 240.
[13] CID - RUZAFA J, DAMIÁN - MORENO J. Disability evaluation: Barthel's index[J]. Rev Esp Salud Publica, 1997, 71(2): 127 - 137.
[14] ZHANG S N, YANG J. Factors influencing TCM syndrome types of acute cerebral infarction: a binomial logistic regression analysis[J]. Medicine, 2023, 102(46): e36080.
[15] SABER H, LIEBESKIND D S. Infarct progression in the early and late phases of acute ischemic stroke[J]. Neurology, 2021, 97(20 Suppl 2): S60 - S67.
[16] LIU L, LUO G Q, LIU Q, et al. Hemorrhagic risk factors after rt PA thrombolysis in acute cerebral infarction[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2023, 27(12): 5542 - 5551.
[17] 苏占清,夏毅,宁厚旭,等. 急性脑梗死中医病因病机、辨证研究概述及简评[J]. 世界科学技术 - 中医药现代化,2022,24(6):2481 - 2486.
[18] 吕莎,方邦江. 中医"通"法在脑梗死急性期治疗中的应用进展[J]. 中国中医急症,2022,31(5):921 - 925.
[19] LI X, SHANG Y, QI M X, et al. Proteomic study of Rehmannia glutinosa and Cornus officinalis herbal pairon the brain tissue of rats with ischemic stroke[J]. Journal of Chinese Pharmaceutical Sciences, 2023, 32(1): 32 - 44.
[20] 葛海,何艮霞,朱迎春,等. 山茱萸环烯醚萜苷通过介导胞外信号调节激酶信号通路对急性脑梗死小鼠的神经保护作用[J]. 安徽医药,2021,25(9):1727 - 1731,1910.
[21] 赵婧含,李雪,吴文轩,等. 熟地黄的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报,2023,51(6):110 - 114.
[22] 毕武,孙辉,丁野,等. 土牛膝的传统应用及化学成分和药理活性研究进展[J]. 药学研究,2023,42(7):502 - 510,516.
[23] 许春萍,杨茜,孟庆婷,等. 天麻不同提取部位抗缺血性脑卒中作用比较[J]. 中国药房,2023,34(4):429 - 432.
[24] 董湧,陈先让. 川芎嗪注射液联合天麻素注射液治疗脑梗死伴眩晕临床研究[J]. 新中医,2021,53(24):77 - 79.
[25] 郭双岩,梁旗,吕洁丽,等. 中药当归的药理作用及机制研究进展[J]. 新乡医学院学报,2023,40(7):678 - 685.
[26] 张玉东,吴仁愿,赵怡,等. 基于网络药理学探讨红花治疗缺血性脑卒中的机制[J]. 中国老年学杂志,2023,43(4):792 - 797.
[27] 李倩. "醒脑开窍"针刺法对脑中风后遗症患者血清炎症因子及血管内皮功能的影响[J]. 陕西中医,2022,43(1):114 - 117.
[28] 冼丽霞,李润明,朱海丰,等. 醒脑开窍针刺法治疗脑梗死早期运动功能障碍的临床观察[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(4):831 - 836.
[29] 任扬,赵义纯. 醒脑开窍针刺联合化瘀祛痰汤对急性脑梗死痰瘀互结证患者血小板相关参数、认知功能及神经功能的影响[J]. 吉林中医药,2023,43(7):845 - 848.
[30] 张游,靳子言,尹亚龙,等. 电针足三里、内关穴对大鼠缺血性损伤后神经可塑性相关因子 GAP - 43 和 SYN 的影响[J]. 中国比较医学杂志,2023,33(6):16 - 23.
[31] 汪节,朱婷婷,朱晓凯,等. 针刺百会穴结合长留针治疗缺血性卒中的疗效观察及对凝血功能的影响[J]. 上海针灸杂志,2023,42(8):802 - 807.

Clinical Study of the Xingnao Kaiqiao Acupuncture Method Combined with Bushen Huatan Huoxue Formula in Treating Acute Cerebral Infarction with Wind - Phlegm Stasis Syndrome

FU Fei, FAN Fei

(*Department of Brain Disease, Sun Simiao Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Tongchuan* 727000, *China*)

Abstract Objective: To investigate the clinical efficacy of the Xingnao Kaiqiao acupuncture method combined with the Bushen Huatan Huoxue formula in treating acute cerebral infarction with wind - phlegm stasis syndrome. Methods: A total of 106 patients who had acute cerebral infarction with wind - phlegm stasis syndrome treated at Sun Simiao Hospital of Beijing University of Chinese Medicine from January 2021 to December 2023 were selected. The patients were randomly divided into the acupuncture group and the combined group, with 53 cases in each group. Both groups received conventional Western medical treatments, including anticoagulation, microcirculation improvement, blood pressure control, neuroprotection, oxygen therapy, and cardiac monitoring. The acupuncture group received the Xingnao Kaiqiao acupuncture treatment, while the combined group received the Bushen Huatan Huoxue formula orally in addition to the acupuncture treatment. The TCM syndrome scores, neurological function indicators, hemodynamic parameters, neurological and motor function, daily living ability scores, clinical efficacy, and adverse reactions were observed in both groups. Results: After treatment, the TCM syndrome scores, NIH Stroke Scale (NIHSS) scores, glial fibrillary acidic protein (GFAP), neuron - specific enolase (NSE), S100β protein, time - to - peak (TTP), and resistance index (RI) levels in both groups were significantly lower than before treatment ($P<0.05$), with the combined group showing lower levels than the acupuncture group ($P<0.05$). After treatment, the levels of serum nerve growth factor (NGF), cerebral blood volume (CBV), mean blood flow (Qmean), simplified Fugl - Meyer assessment (FMA) scores, and Barthel Index (BI) scores in both groups were significantly higher than before treatment ($P<0.05$), with the combined group showing higher levels than the acupuncture group ($P<0.05$). The overall effective rate in the combined group was higher than that in the acupuncture group ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the total incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: The Xingnao Kaiqiao acupuncture method combined with the Bushen Huatan Huoxue formula in treating acute cerebral infarction with wind - phlegm stasis syndrome can reduce TCM syndrome scores, alleviate clinical symptoms, increase cerebral blood flow, improve neurological function, and enhance clinical efficacy with high safety.

Key words Xingnao Kaiqiao acupuncture method; Bushen Huatan Huoxue formula; Acute cerebral infarction; Wind - phlegm stasis syndrome