

通元针法联合益气通络汤加减对卒中后肢体运动障碍(气虚血瘀证)患者的治疗效果分析

赵莉, 庞青民, 赵欲晓

郑州市中心医院针灸理疗科, 河南 郑州 450007

摘要 目的:分析对卒中后肢体运动障碍(气虚血瘀证)患者采用通元针法联合益气通络汤加减治疗的效果。方法:选取郑州市中心医院 2021 年 1 月—2023 年 3 月收治的 172 例卒中后肢体运动障碍(气虚血瘀证)患者随机分为对照组、针刺组、汤药组与联合组,每组 43 例。4 组均接受常规治疗,针刺组另予以通元针法,汤药组另予以益气通络汤加减,联合组另予以通元针法联合益气通络汤加减,均治疗 3 个月。观察 4 组中医症状评分,神经功能缺损程度、肢体运动功能和日常生活能力、临床疗效、血液流变学变化及安全性。结果:治疗后 4 组主症、次症、舌脉象和总分,NIHSS 评分,血液黏稠度、全血高切黏度、全血低切黏度、红细胞聚集指数均下降($P < 0.05$),且联合组最低($P < 0.05$),针刺组与汤药组均稍高,对照组最高;治疗后 4 组 Fugl-Meyer 与 BI 评分均升高($P < 0.05$),且联合组均高于其余 3 组($P < 0.05$),针刺组和汤药组均高于对照组($P < 0.05$);联合组总有效率最高 97.50% (39/40),针刺组和汤药组稍低,分别为 80.00% (32/40)、82.50% (33/40),对照组最低 63.42% (26/41);4 组不良反应发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:对卒中后肢体运动障碍(气虚血瘀证)患者采用通元针法、益气通络汤加减治疗均可减轻症状、增强疗效、改善血液流变学,且二者联合的作用更佳,具有安全性。

关键词 通元针法;益气通络汤;卒中后肢体运动障碍;气虚血瘀证

中图分类号:R242

文献标识码:A

文章编号:1002-2392(2026)01-0074-06

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.260014

卒中后肢体运动障碍是指脑卒中引起的中枢神经功能缺损导致的肢体功能障碍,包括偏瘫、共济失调、平衡功能障碍等,可影响精细动作。调查显示^[1],我国脑卒中的发病率约为 0.4%,且每年约有 196 万人死于脑卒中。另有统计资料指出^[2],脑卒中后约有 80%~90% 的患者有肢体运动障碍,严重影响其生存质量。临床上针对卒中后肢体运动障碍患者常实施常规康复治疗,但见效慢、效果不理想^[3]。中医认为,卒中后肢体运动障碍归属于“中风”范畴,与饮食不节、忧思恼怒、劳累过度、恣酒纵欲等有关,可引起气血逆乱、上犯于脑,伤于脑络,则引起半身不遂、言语謇涩、口歪眼斜^[4]。报道^[5]发现,气虚血瘀证是卒中后肢体运动障碍的常见中医证型,气虚血瘀是其主要病因,也是卒中的病理产物。通元针法是著名针灸大师赖新生基于“经穴-脑”理论自创的中医针法,可通督养神、

引气归元,在脑卒中恢复期有良好效果^[6]。益气通络汤出自《效验秘方-续集》,具有益气养阴、温经通络、活血化瘀之效,善治肢体麻痹、通脉活络。有研究^[7]指出,益气通络汤可促进气虚血瘀型脑梗死患者功能恢复。基于此,本研究选取 172 例卒中后肢体运动功能障碍(气虚血瘀证)患者进行临床试验,尝试在常规治疗的基础上联合通元针法、益气通络汤加减,以期增强疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取郑州市中心医院 2021 年 1 月—2023 年 3 月收治的 172 例卒中后肢体运动障碍(气虚血瘀证)患者随机分为对照组、针刺组、汤药组与联合组,每组 43 例。对照组男 28 例、女 15 例;年龄 41~78 岁,平均年龄(61.75 ± 7.83)岁;合并症:糖尿病 27 例、高血压 29 例、高脂血症 30 例;卒中类型:出血性 9 例、缺血性 34 例。针刺组男 26 例、女 17 例;年龄 38~79 岁,平均年龄(60.56 ± 7.89)岁;合并症:糖尿病 26 例、高血压 30 例、高脂血症 29 例;卒中类型:出血性 10 例、缺血性 33 例。汤药组男 29 例、女 14 例;年龄 35~78 岁,

收稿日期:2024-12-27 修回日期:2025-09-30

基金项目:河南省医学科技攻关计划项目(LHGJ20230719)

作者简介:赵莉(1984-),女,硕士,副主任医师,主要从事针灸临床及慢性疾病调理相关研究。

平均年龄(61.42 ± 7.96)岁;合并症:糖尿病 28 例、高血压 27 例、高脂血症 31 例;卒中类型:出血性 11 例、缺血性 32 例。联合组男 29 例、女 14 例;年龄 37 ~ 79 岁,平均年龄(62.20 ± 8.11)岁;合并症:糖尿病 29 例、高血压 27 例、高脂血症 31 例;卒中类型:出血性 10 例、缺血性 33 例。4 组一般资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。本研究已经过郑州市中心医院伦理委员会审批(202012)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参考文献^[8]确诊卒中后肢体运动障碍,经影像学检查证实脑卒中,上肢/下肢肌力下降(MRC 肌力分级 ≤ 4 级)或协调障碍(病程不短于 24 h),且肢体运动障碍发生于卒中后 72 h 内、持续至少 2 周。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中医病证诊疗常规》^[9]中“中风病”诊断标准,辨证属气虚血瘀证,符合全部主症(半身不遂、肢体麻木、心慌气短、全身乏力)+次症中 2 项(言语謇涩、面色蜡黄、口舌歪斜)+舌脉象(苔白腻、脉细数)即可诊断。

1.3 纳入、排除与剔除标准

1.3.1 纳入标准

①符合中西医诊断标准;②年龄 ≤ 80 岁;③本人(或家属)签署本研究知情同意书。

1.3.2 排除标准

①卒中前即存在肢体运动障碍者;②合并肢体创伤或其他骨骼肌肉疾病影响肢体运动功能者;③合并其他神经系统疾病者,如脑膜炎、脑胶质瘤等;④有研究方法治疗禁忌证者;⑤有肝肾功能障碍者。

1.3.3 剔除标准

①未依从治疗或检查者;②转院患者;③出现其他需调整治疗方案者;④失访者。

1.4 治疗方法

对照组均予以常规治疗,包括降压、控糖、调脂、改善脑循环、抗血小板、营养脑神经、康复锻炼等,具体参照《中西医结合脑卒中循证实践指南(2019)》^[8]。

针刺组另予以通元针法,取百会(前发际正中直上 5 寸)、印堂(两眉毛内侧端中间的凹陷中)、前顶(前发际正中直上 3.5 寸)、后顶(前发际正中直上 5.5 寸)、心俞(第 5 胸椎棘突下,后正中线旁开 1.5 寸)、肝俞(第 9 胸椎棘突下,后正中线旁开 1.5 寸)、肾俞(第 2 胸椎棘突下,后正中线旁开 1.5 寸)、太溪(内踝尖与跟腱之间凹陷中)、昆仑(外踝尖与跟腱之间凹陷中)、后溪(第 5 掌指关节尺侧近

端赤白肉际凹陷中)穴位。用一次性无菌针灸针(华佗牌,直径 0.3 mm,1 寸和 1.5 寸)。患者侧卧,健侧在下。常规 75% 酒精消毒后,百会、前顶、后顶穴位选用 1 寸针灸针斜刺,进针 0.5 寸(约 12.5 mm),捻转手法针刺,以针下有酸麻胀痛感为宜;印堂穴选用 1 寸针灸针斜刺,进针 0.4 寸(约 10 mm),捻转手法针刺,以有酸麻胀痛感为宜;心俞、昆仑、肝俞、太溪、后溪穴选用 1 寸针灸针直刺,进针 0.6 寸(约 15 mm),捻转手法针刺,以有酸麻胀痛感为宜;肾俞选用 1.5 寸针灸针直刺,进针 0.8 寸(约 17.5 mm),捻转手法针刺。每 5 min 行针 1 次,采用平补平泻手法。每个穴位均留针 30 min。每天 1 次,连续治疗 5 d 后休息 2 d。

汤药组另予以益气通络汤加減,组方:黄芪 30 g,党参 20 g,炒白术、当归、赤芍、川芎、桃仁、红花各 10 g,僵蚕、地龙各 10 g,全蝎 5 g,桑枝、桂枝各 10 g,豨莶草、川牛膝、桑寄生各 15 g,炙甘草 5 g。若头晕加天麻 10 g;若失眠加陈皮 12 g;若烦躁加松茸 10 g。水煎分 2 次取汁 400 mL,每天 1 剂,分 2 次早晚餐后温服。

联合组另予以通元针法联合益气通络汤加減。

所有患者均治疗 3 个月。

1.5 观察指标及疗效判定标准

1.5.1 症状变化

观察 4 组治疗前后中医症状评分,主症每项 0 ~ 6 分,次症和舌脉象每项 0 ~ 3 分,评分越高表示症状越重,总分为主症、次症、舌脉象评分之和^[10]。

1.5.2 神经功能缺损程度、肢体运动功能和日常生活能力变化

分别以美国国立卫生院神经功能缺损(NIH-SS)^[11]量表、Fugl-Meyer 肢体运动功能量表^[12]和改良 Barthel 指数(BI)^[13]量表评价,总分分别为 42 分、100 分(上肢 66 分、下肢 34 分)、100 分,评分越高分别认为神经功能缺损越严重/肢体运动功能越强/日常生活功能越佳。

1.5.3 临床疗效

将治疗后 NIHSS 评分减少 $\geq 90\%$ 、病残程度 0 级计为基本痊愈;将治疗后 NIHSS 评分减少 $\geq 45\%$ 且病残程度 1 ~ 3 级计为显著进步;将治疗后 NIHSS 评分减少 $\geq 18\%$ 计为进步;将治疗后 NIHSS 评分减少 $< 18\%$ 或增加者计为无效。总有效率 = 基本痊愈率 + 显著进步率 + 进步率。

1.5.4 血液流变学指标变化

采用全自动血流变仪(北京赛科希德 SA-9000 型)检测血液黏度、全血高切黏度、全血低切黏度、红细胞聚集指数。

1.5.5 安全性

每个月 1 次对患者进行血尿常规、肝肾功能检测,并观察不良反应发生情况,其中常规治疗常见不良反应有恶心、乏力等;益气通络汤口服常见不良反应有恶心、呕吐、腹泻等;通元针法常见不良反应有针刺点出血、感染等。

1.6 统计学方法

采用 SPSS21.0 统计软件分析数据。计量资料(呈正态性和方差齐性),描述形式为“ $\bar{x} \pm s$ ”,以单因素方差分析和 SNK- q 检验多样本差异,以配对 t 检验分析本组内治疗前后差异;计数资料描述形式为

“%”,以 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 4 组治疗前后中医症状评分比较

对照组有 1 例不依从、1 例失访;针刺组有 3 例不依从;汤药组有 2 例不依从、1 例转院;联合组有 2 例不依从、1 例并发急性心肌梗死需要调整治疗方案,均剔除本研究。

治疗后 4 组主症、次症、舌脉象评分和总分均下降($P < 0.05$),且治疗后以上评分联合组均最低、针刺组和汤药组稍高、对照组均最高($P < 0.05$),见表 1。

表 1 4 组卒中后肢体运动障碍(气虚血瘀证)患者治疗前后中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	主症		次症		舌脉象		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	41	20.15 $\pm$ 4.10	14.29 $\pm$ 2.15 [*]	7.12 $\pm$ 1.24	3.05 $\pm$ 0.51 [*]	6.44 $\pm$ 1.02	2.44 $\pm$ 0.40 [*]	33.71 $\pm$ 5.85	19.78 $\pm$ 3.12 [*]
针刺组	40	20.08 $\pm$ 4.02	10.05 $\pm$ 2.02 ^{*#}	7.10 $\pm$ 1.10	2.10 $\pm$ 0.42 ^{*#}	6.30 $\pm$ 1.04	1.73 $\pm$ 0.36 ^{*#}	33.48 $\pm$ 5.96	13.88 $\pm$ 2.46 ^{*#}
汤药组	40	20.00 $\pm$ 4.03	10.00 $\pm$ 2.01 ^{*#}	7.08 $\pm$ 1.06	2.08 $\pm$ 0.40 ^{*#}	6.30 $\pm$ 1.08	1.70 $\pm$ 0.35 ^{*#}	33.38 $\pm$ 6.02	13.78 $\pm$ 2.51 ^{*#}
联合组	40	20.25 $\pm$ 4.04	7.10 $\pm$ 1.24 ^{*##△}	7.15 $\pm$ 1.17	1.50 $\pm$ 0.31 ^{*##△}	6.25 $\pm$ 1.01	1.03 $\pm$ 0.22 ^{*##△}	33.65 $\pm$ 5.78	9.63 $\pm$ 1.67 ^{*##△}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P < 0.05$;与针刺组治疗后比较,[&] $P < 0.05$;与汤药组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.2 4 组治疗前后 NIHSS、Fugl-Meyer 与 BI 评分比较

治疗后 4 组 NIHSS 评分均下降($P < 0.05$),且联合组低于其余 3 组($P < 0.05$),针刺组和汤药组低于

对照组($P < 0.05$);治疗后 4 组 Fugl-Meyer 与 BI 评分均升高($P < 0.05$),且联合组均高于其余 3 组($P < 0.05$),针刺组和汤药组均高于对照组($P < 0.05$),见表 2。

表 2 4 组卒中后肢体运动障碍(气虚血瘀证)患者治疗前后 NIHSS、Fugl-Meyer 与 BI 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	NIHSS		Fugl-Meyer 上肢		Fugl-Meyer 下肢		BI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	41	14.12 $\pm$ 2.10	11.15 $\pm$ 1.72 [*]	31.15 $\pm$ 4.68	37.66 $\pm$ 4.52 [*]	17.59 $\pm$ 2.15	20.15 $\pm$ 2.69 [*]	54.56 $\pm$ 5.79	61.17 $\pm$ 5.26 [*]
针刺组	40	14.20 $\pm$ 2.04	9.20 $\pm$ 1.10 ^{*#}	31.75 $\pm$ 4.29	40.15 $\pm$ 5.18 ^{*#}	17.63 $\pm$ 2.22	22.48 $\pm$ 2.75 ^{*#}	55.18 $\pm$ 5.63	66.40 $\pm$ 5.74 ^{*#}
汤药组	40	14.35 $\pm$ 2.05	9.25 $\pm$ 1.08 ^{*#}	31.58 $\pm$ 4.32	40.03 $\pm$ 5.26 ^{*#}	17.73 $\pm$ 2.19	22.53 $\pm$ 2.78 ^{*#}	54.35 $\pm$ 5.72	67.25 $\pm$ 5.80 ^{*#}
联合组	40	14.25 $\pm$ 2.11	7.05 $\pm$ 1.03 ^{*##△}	31.60 $\pm$ 4.37	44.35 $\pm$ 5.69 ^{*##△}	17.50 $\pm$ 2.20	27.18 $\pm$ 3.10 ^{*##△}	55.20 $\pm$ 5.24	72.08 $\pm$ 6.18 ^{*##△}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P < 0.05$;与针刺组治疗后比较,[&] $P < 0.05$;与汤药组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.3 4 组临床疗效比较

4 组临床疗效分布差异有统计学意义($P < 0.05$),

且联合组总有效率高于其余 3 组($P < 0.05$)、针刺组和汤药组总有效率均高于对照组($P < 0.05$),见表 3。

表 3 4 组卒中后肢体运动障碍(气虚血瘀证)患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无效	总有效
对照组	41	2(4.88)	10(24.39)	14(34.15)	15(36.59)	26(63.41)
针刺组	40	4(10.00)	12(30.00)	16(40.00)	8(20.00)	32(80.00) [#]
汤药组	40	5(12.50)	12(30.00)	16(40.00)	7(17.50)	33(82.50) [#]
联合组	40	10(25.00)	18(45.00)	11(27.50)	1(2.50)	39(97.50) ^{*##△}

注:与对照组比较,[#] $P < 0.05$;与针刺组比较,[&] $P < 0.05$;与汤药组比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.4 4 组治疗前后血液流变学变化比较

治疗后 4 组血液流变学指标均下降($P < 0.05$),

且联合组均低于其余 3 组($P < 0.05$),针刺组和汤药组均低于对照组($P < 0.05$),见表 4。

表 4 4 组卒中后肢体运动障碍(气虚血瘀证)患者治疗前后血液流变学变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血液黏稠度/(mpa·s)		全血高切黏度/(mpa·s)		全血低切黏度/(mpa·s)		红细胞聚集指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	41	2.32±0.30	2.01±0.27 [*]	4.92±0.41	4.68±0.37 [*]	10.76±0.71	9.65±0.67 [*]	2.41±0.30	2.27±0.24 [*]
针刺组	40	2.37±0.31	1.82±0.21 ^{**}	4.95±0.43	4.25±0.32 ^{**}	10.80±0.73	9.12±0.57 ^{**}	2.39±0.28	2.06±0.21 ^{**}
汤药组	40	2.35±0.30	1.84±0.22 ^{**}	4.93±0.40	4.22±0.30 ^{**}	10.71±0.69	9.10±0.52 ^{**}	2.42±0.29	2.04±0.19 ^{**}
联合组	40	2.36±0.32	1.66±0.20 ^{**Δ}	4.98±0.41	3.98±0.27 ^{**Δ}	10.69±0.68	8.73±0.48 ^{**Δ}	2.44±0.29	1.82±0.17 ^{**Δ}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$;与针刺组治疗后比较, ^{Δ} $P<0.05$;与汤药组治疗后比较, ^{Δ} $P<0.05$ 。

2.5 4 组安全性比较

所有患者血尿常规、肝肾功能检测均正常。对照组有 1 例恶心;针刺组有 2 例恶心、1 例针刺点出血;汤药组有 1 例恶心、1 例腹泻;联合组有 2 例恶心、1 例呕吐、1 例针刺点出血。4 组不良反应发生率分别为 2.44% (1/41)、7.50% (3/40)、5.00% (2/40)、10.00% (4/40),差异无统计学意义(校正 $\chi^2=0.145$, $P=0.826$)。

3 讨论

卒中后肢体运动障碍与脑血管供血障碍引起的神经组织损伤有关,可引起中枢神经功能缺损及神经支配的相应肢体功能异常^[14]。目前常规的西药支持治疗、康复治疗等在卒中后肢体运动障碍患者中应用存在明显的局限性,影响患者的日常生活能力及生存质量。随着人们对脑病中医病因病机及中医疗法应用的认识不断加深,中西医结合已成为卒中后肢体运动障碍治疗的新趋势。

中风病病位在脑,与积劳正衰、七情内伤、饮食不节等均有关,多因虚、风、火、痰、气、血所致。《内经》曰:“虚邪偏客于身半,其入深”,可知邪气入侵、日渐深入是其主要病因;《明医杂著》云:“中风偏枯,麻木诸症……气虚死血为言”,提示气虚血瘀、气血留滞是其病因,并可见四肢麻木之症。现代中医学家认为^[15],对中风病而言,气虚为本、血瘀为标,气虚多由真气损耗,或先天不足等所致,各病因夹杂,可致真气亏虚、气虚无力;血瘀既是主要病因,同时也是病理产物,瘀血阻滞于脉络,脑窍受阻、伤于神机,发为脑病。脑由先天之精化生,元神藏于脑窍,主宰生命。脑为元神之府,散动觉之气于筋而达百节,是周身连接之领,令之运动,脑窍受损则肢体挛缩拘急、行动不利,且言语謇涩、口歪眼斜。故而中风病好发肢体运动障碍,尤以气虚血瘀证为著,而治疗次症当以补气、活血、化瘀、通脑为治则。

本研究中治疗后 4 组中医症状评分、NIHSS 评分均下降,且治疗后联合组均低于其余 3 组,针刺组与汤

药组均低于对照组,而 Fugl-Meyer 与 BI 评分变化趋势正相反,提示通元针法、益气通络汤加减均可减轻卒中后肢体运动障碍(气虚血瘀证)患者的症状和中枢神经功能缺损程度,提高肢体功能和日常生活能力,而通元针法联合益气通络汤加减的作用更理想,在临床疗效对比结果中也可得出一致推论。

通元针法全称“通督养神、引气归元”针法,将针刺、经络机理与脑病病因相结合,强调辨因施治,以神识为引导、以任督二脉为基础,可调节阴阳、补气养神。该法选用的脑部穴位针刺后可促进人身运化,达温养、防御之功;选用的背俞穴针刺可调节脏腑功能,符合“经穴特异性-脑功能”理论;选用的任脉、腹部穴位针刺则可培本固元、调节阴阳,使阴阳平和,疾病自消。有研究^[16]显示通元针法在脑卒中后遗症患者中有确切疗效,本研究与该报道相符。另有报道^[17]指出,通元针法对机体穴位产生的刺激可经过大脑中枢神经系统的整合并反映至靶器官上,进而可产生减轻脑功能缺损、提升靶器官功能的作用。赖榆芳等^[18]研究表明通元针法有利于调节肝气郁结型卒中后抑郁患者的下丘脑-垂体-肾上腺素轴功能、提高血清神经营养因子水平。结合该报道推测,通元针法治疗卒中后肢体运动障碍(气虚血瘀证)也有可能是增加了血清神经营养因子水平从而降低了 NIHSS 评分、提高了肢体运动功能及日常生活能力。

益气通络汤加减方中重用黄芪大补元气,培本固元、扶正祛邪、行气活血、祛瘀通络,为君药;党参、炒白术补中益气、健脾理气,赤芍、川芎、桃仁和红花活血化瘀、通络行气,当归补血调经、活血止痛,共为臣药,可助力黄芪活血祛瘀;全蝎、僵蚕、地龙均善走行,可疏经通络、息风止痉、活血化瘀,桑寄生补肝益肾、养血调经、通脉活络,桑枝、桂枝温阳益气、通络行气,豨莶草活血化瘀、通络止痛,川牛膝活血化瘀、强筋壮骨,共为佐药,可增君药行气通络之效;川牛膝还可引药下行,使经络畅达、全身筋脉得以濡养;炙甘草调和药性。在此基础上辨证加味,标本兼顾、虚实兼治。本研究在原

益气通络方的基础上加炒白术、僵蚕、全蝎、桂枝、稀莖草、桑寄生、炙甘草,增强补中益气、培本固元、活血化瘀、通脉活络、减痛止痛之效;原方中丹参调整为党参,增强补中益气之效。现全方合用,可使气血旺盛、祛瘀通络、濡养筋骨、通利关节。现代药理研究指出,黄芪中的有效成分黄芪多糖可保护脑缺血再灌注大鼠的脑组织^[19];黄芪注射液对慢性脑缺血性脑神经损伤也有良好的保护作用^[20];黄芪与川芎可减轻脑缺血再灌注大鼠多糖包被与血脑屏障损伤^[21];稀莖草提取物对脑缺血/再灌注大鼠也有神经保护作用^[22]。因此通元针法、益气通络汤加减对卒中后运动功能障碍(气虚血瘀证)均有良效,而二者联合可相互利用各自的优势,从不同途径共同减轻患者的中枢神经功能缺损程度,并减轻症状体征、提升肢体运动功能和日常生活能力,因此二者联用的作用更佳。既往有报道^[23]显示,通元针法结合通脑活血方能减轻脑卒中恢复期患者的临床症状及中枢神经功能缺损程度,也证实通元针法与中医药联用可增强疗效。但目前尚未见通元针法与益气通络汤加减联用治疗卒中后运动功能障碍(气虚血瘀证)的相关报道。

本研究还发现,治疗后 4 组血液流变学均改善,联合组效果最佳,针刺组与汤药组均优于对照组,证实通元针法、益气通络汤加减均可改善卒中后运动功能障碍(气虚血瘀证)的血液流变学,且二者联合的改善作用更强,这可能是二者改善患者运动功能、增强疗效的主要作用机理。血液黏滞性增强而流动性下降是卒中后运动功能障碍患者的共性。通元针法通过对相关穴位产生刺激可加快血液运行、改善血液循环。李季等^[24]研究显示通元针法治疗后患者的血液流变学指标显著改善,推测与针刺治疗推动气血运行有关,本研究与其结果一致;李素丹等^[25]报道发现采用通元针法治疗脑梗死昏迷患者后其血浆黏度、全血高切黏度、全血低切黏度均较常规治疗者显著下降,本研究结果趋势与其相符,但数据有一定偏差,可能与疾病情况、常规治疗措施等差异有关。黄芪、党参中的丹参多酚、川芎中的川芎嗪等均在既往的报道中被证实可改善血液流变学^[26-28]。延艳斌等^[29]也通过前瞻性随机对照试验证实益气通络汤能改善气虚血瘀证缺血性脑卒中患者的血液流变学指标,且认为该作用的发挥与方中存在的丹参多酚酸盐、川芎嗪等有关。本研究结果也与上述报道相符,且本研究中通元针法及益气通络汤加减可协同、显著改善血液流变学,进而能促进脑组织血供恢复、提升康复疗效。本研究还显示,4 组不良反应发生率相当,提示通元针法、益气通络汤加减治疗卒中

后运动障碍(气虚血瘀证)均安全,且二者联合并不会显著增多不良反应。

综上,以常规西医治疗为基础,采用通元针法、益气通络汤加减治疗卒中后运动功能障碍(气虚血瘀证)均可减轻症状与神经功能缺损,提高肢体运动功能与日常生活能力,增强疗效,且还可改善血液流变学,二者联合的效果及作用均更佳,且安全。但二者治疗此类疾病的具体分子调控机制尚不清楚,后续仍需重点探讨该问题。

参考文献:

- [1] 张燕,何荆贵. 脑卒中的多中心筛查分析[J]. 中国临床保健杂志, 2023, 26(2): 171-175.
- [2] VIRANI S S, ALONSO A, APARICIO H J, et al. Heart disease and stroke statistics - 2021 update: a report from the American heart association[J]. Circulation, 2021, 143(8): e254-e743.
- [3] DAWSON J, LIU C Y, FRANCISCO G E, et al. Vagus nerve stimulation paired with rehabilitation for upper limb motor function after ischaemic stroke (VNS-REHAB): a randomised, blinded, pivotal, device trial[J]. Lancet, 2021, 397(10284): 1545-1553.
- [4] 黄启勇,覃瑞明,文润嘉,等. 脑心通胶囊对脑卒中气虚血瘀证rt-PA 静脉溶栓后静脉血 S100b 蛋白表达、学习记忆及肢体运动功能的影响研究[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(7): 237-240.
- [5] 黄婷婷,吴海科,练梦结,等. 不同频率重复经颅磁刺激联合补阳还五汤对气虚血瘀型卒中患者运动功能的疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2023, 39(4): 499-504.
- [6] 冯子桐. 赖氏通元针法治疗脑梗死后认知功能障碍的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2023.
- [7] 强茗,胡元娟. 益气通络汤对气虚血瘀型脑梗死患者功能恢复的作用研究[J]. 实用医院临床杂志, 2021, 18(4): 12-15.
- [8] 倪小佳,陈耀龙,蔡业峰. 中西医结合脑卒中循证实践指南(2019)[J]. 中国循证医学杂志, 2020, 20(8): 901-912.
- [9] 陈园桃. 中医病症诊疗常规[M]. 南京:东南大学出版社, 2008: 114-118.
- [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: 156-159.
- [11] 姚芳兰,屈慧,樊丹丹. 急性脑梗死近期预后与首次美国国立卫生院神经功能缺损评分相关性研究[J]. 临床军医杂志, 2021, 49(2): 221-223.
- [12] 张玉阁,张通. 卒中中偏瘫患者下肢 Fugl-Meyer 评分与步态参数的相关性研究[C]//中华医学会第十八次全国神经病学学术会议论文汇编(下). 成都:中华医学会, 2015: 344-345.
- [13] 林娜,颜国富,李淑君. 不同行针时间对脑梗死恢复期患者 SIAS 评分、BI 指数的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(8): 942-943.
- [14] CHIARAMONTE R, VECCHIO M. Dysarthria and stroke. The effectiveness of speech rehabilitation. A systematic review and meta-analysis of the studies[J]. Eur J Phys Rehabil Med, 2021, 57(1): 24-43.
- [15] 龚子崴,周凯,龙依萍,等. 中风 II 号方联合常规治疗对缺血性脑卒中气虚血瘀证患者的临床疗效[J]. 中成药, 2022, 44(3): 780-784.

- [16] 杨羚,王继红,高一城,等. 赖氏引气归元针法辨治任脉偏歪[J]. 广州中医药大学学报,2021,38(12):2652-2655.
- [17] 郗欧,姚亮,李丽丽,等. 通元针法与清脑方辅助常规西医治疗在缺血性脑卒中恢复期患者中的应用研究[J]. 现代中药研究与实践,2021,35(3):79-83.
- [18] 赖榆芳,陈进杰,老洁慧,等. 通元针法对肝气郁结型卒中后抑郁患者血清神经营养因子和下丘脑-垂体-肾上腺素轴功能的影响[J]. 现代生物医学进展,2024,24(8):1464-1467,1570.
- [19] 王琰,马兴铭,苏韞. 黄芪多糖对脑缺血再灌注大鼠脑组织 Caspase-3 表达及形态学的影响[J]. 甘肃农业大学学报,2015,50(3):49-53.
- [20] 程芳,鄢宇梅,盛艳梅,等. 黄芪注射液对慢性脑缺血性脑神经损伤的保护作用[J]. 现代药物与临床,2021,36(12):2457-2463.
- [21] 翁国虎,刘卫花,钟亨任. “黄芪-川芎”药对减轻脑缺血再灌注大鼠多糖包被与血脑屏障损伤[J]. 湖北医药学院学报,2022,41(1):16-20.
- [22] 吴慧玲,吴青青,陈景泉,等. 稀莶草提取物对脑缺血/再灌注大鼠的神经保护作用[J]. 中国药理学通报,2024,40(1):70-75.
- [23] 王振永. 通脑活血方联合通元针法在脑卒中恢复期患者中的应用[J]. 实用中西医结合临床,2021,21(24):52-53.
- [24] 李季,代明星,谭荐文,等. 赖氏通元针法治疗缺血性脑卒中吞咽功能障碍的临床观察[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(10):2296-2302.
- [25] 李素丹,赖东建,李亮雄,等. 通元针法联合高压氧治疗脑梗死昏迷的疗效及对患者脑电图和血液流变学指标的影响[J]. 中国老年学杂志,2023,43(15):3613-3616.
- [26] 李力. 黄芪丹参汤对脑梗死恢复期患者的有效性及对血清 MMP-9, hs-CRP 水平的影响[J]. 河北医药,2022,44(5):723-725,729.
- [27] 杨薇,蔡新好,高冉冉,等. 丹参多酚酸注射液联合阿托伐他汀钙片治疗脑梗死疗效及对患者血液流变学影响[J]. 陕西中医,2022,43(3):334-337.
- [28] 宋元良. 盐酸川芎嗪注射液联合丁苯酞软胶囊治疗急性脑梗死效果及对血液流变学的影响研究[J]. 贵州医药,2021,45(7):1114-1115.
- [29] 延艳斌,刘文武. 益气通络汤联合针灸治疗气虚血瘀证缺血性脑卒中患者血液流变学、神经功能的影响[J]. 中国基层医药,2025,32(1):47-52.

Analysis of the Therapeutic Efficacy of Tongyuan Acupuncture Combined with Modified Yiqi Tongluo Decoction in Patients with Post-Stroke Limb Movement Dysfunction (Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome)

ZHAO Li, PANG Qingmin, ZHAO Yuxiao

Department of Acupuncture and Moxibustion, Zhengzhou Central Hospital, Zhengzhou 450007, China

Abstract Objective: To analyze on the effect of Tongyuan acupuncture combined with modified Yiqi Tongluo Decoction in the treatment of patients with limb movement disorders (Qi deficiency and blood stasis syndrome) after stroke. Methods: 172 patients with post stroke limb movement disorders (Qi deficiency and blood stasis syndrome) admitted to Zhengzhou Central Hospital from January 2021 to March 2023 were randomly divided into 4 groups. All four groups received routine treatment, and the acupuncture group was additionally treated with Tongyuan acupuncture, and the Decoction group was additionally treated with modified Yiqi Tongluo Decoction, while the combination group was additionally treated with Tongyuan acupuncture combined with modified Yiqi Tongluo Decoction. All four groups were treated for 3 months. Scores of traditional Chinese medicine symptoms, degrees of neurological deficit, limb motor functions and daily living abilities, clinical efficacy, hemorheological changes and safety were observed. Results: After treatment, the main symptoms, secondary symptoms, tongue pulse and total scores, NIHSS scores, blood viscosity, whole blood high shear viscosity, whole blood low shear viscosity, and red blood cell aggregation indexes of the four groups all decreased ($P < 0.05$), which were lowest in the combination group, higher in the acupuncture group and B, highest in control group ($P < 0.05$). After treatment, the Fugl-Meyer and BI scores in all four groups increased ($P < 0.05$), and those of the combination group were higher than the other three groups ($P < 0.05$), of which the acupuncture group and the Decoction group were both higher than the control group ($P < 0.05$). The total effective rate of the combination group was highest (97.50%), followed by the acupuncture group and B (80.00%, 82.50%), lowest in control group (63.42%). The incidences of adverse reactions were consistent among the four groups ($P > 0.05$). Conclusion: For patients with limb movement dysfunction (Qi deficiency and blood stasis syndrome) after stroke, Tongyuan acupuncture and modified Yiqi Tongluo Decoction can alleviate symptoms, enhance efficacy, and improve blood rheology. Moreover, the combination of the two has a better effect, with safety.

Key words Tongyuan acupuncture; Yiqi Tongluo Decoction; Post-stroke limb movement dysfunction; Qi deficiency and blood stasis syndrome