

凉血通瘀方联合醒脑开窍针刺法对瘀热阻窍证急性脑出血患者的临床疗效

刘 燕^{1,2}, 兰 巍², 严奇才³, 杨礼跃⁴
(1. 安庆医药高等专科学校医学院, 安徽 安庆 246052; 2. 安徽中医药大学, 安徽 合肥 230012; 3. 安庆医药高等专科学校, 安徽 安庆 246052; 4. 芜湖市中医医院, 安徽 芜湖 241000)

摘要: **目的** 考察凉血通瘀方联合醒脑开窍针刺法对瘀热阻窍证急性脑出血患者的临床疗效。**方法** 84 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 42 例, 2 组均采用常规治疗, 同时对照组给予醒脑开窍针刺法, 观察组在对照组基础上加用凉血通瘀方, 疗程 14 d。检测临床疗效、瘀热阻窍证候评分、NIHSS 评分、BI 评分、血清指标 (Hcy、LP-PLA2、sIL-2R)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组瘀热阻窍证候评分、NIHSS 评分降低 ($P<0.05$), 并且治疗 14 d 后低于治疗 7 d 后 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$); BI 评分升高 ($P<0.05$), 并且治疗 14 d 后高于治疗 7 d 后 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$); 血清指标降低 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 凉血通瘀方联合醒脑开窍针刺法可安全有效地治疗瘀热阻窍证急性脑出血。

关键词: 凉血通瘀方; 醒脑开窍针刺法; 常规治疗; 急性脑出血; 瘀热阻窍

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2023)09-3162-03

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2023.09.061

脑出血又称为出血性卒中, 患病人数占有卒中患者的 10%~20%, 重症早期病死率接近 50%, 轻症、少量出血者可采用保守治疗, 西医以降颅压、减轻脑水肿等为主^[1]。现代中医名家周仲瑛教授^[2]提出, 瘀热阻窍是出血性中风的病机, 针对瘀热之病机应采用清热凉血、活血化瘀疗法^[3]。石学敏院士^[4]认为, 瘀血、痰浊、肝风等病理因素蒙蔽脑窍是中风的病机, 并在 1972 年提出醒脑开窍针刺法, 以醒脑开窍、滋补肝肾为主, 疏通经络为辅, 在中风及其后遗症治疗中发挥了良好疗效, 目前在中医神经科

中经常应用。基于此, 本研究考察凉血通瘀方联合醒脑开窍针刺法对瘀热阻窍证急性脑出血患者的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022 年 1 月至 2022 年 12 月收治于芜湖市中医医院的 84 例瘀热阻窍证急性脑出血患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 42 例, 2 组一般资料见表 1, 可知差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。本研究经医学伦理委员会批准 (批号 2022-07-001)。

表 1 2 组一般资料比较 [例 (%), $\bar{x}\pm s$, $n=42$]

组别	(男/女)/例	平均年龄/岁	平均发病至入院时间/h	中风(轻型/普通型)/例	高血压	糖尿病	高脂血症
观察组	28/14	65.72±6.30	22.69±4.08	4/38	29(69.05)	8(19.05)	6(14.29)
对照组	31/11	64.34±5.97	23.08±5.12	6/36	33(78.57)	5(11.90)	4(9.52)

1.2 纳入标准 (1) 西医诊断符合《中国脑出血诊治指南 (2019)》^[5]标准; (2) 首次发病; (3) 发病至入院时间 ≤ 72 h; (4) 基底节区小量出血 (壳核出血 <30 mL, 丘脑出血 <15 mL), 进行内科保守治疗; (5) 参照《中风病诊断与疗效评定标准》^[6], 中风分级为轻型~普通型 (中风病类诊断评分 ≤ 26 分, 满分 52 分); (6) 符合周仲瑛教授^[2]提出的瘀热阻窍证辨证标准, 包括神情 (心烦 2 分, 燥扰不宁 3 分, 神昏谵语 4 分)、发热 (头面烘热 1 分, 潮热 2 分, 烦热 3 分)、面唇 (深红 2 分, 暗红 4 分, 深紫 6

分)、腹症 (腹胀 1 分, 腹满 2 分, 腹满痛 3 分)、大便 (干燥难解 1 分, 干燥 3 d 未解 2 分, 干燥 3 d 以上未解 5 分)、舌质 (暗红 2 分, 暗红伴瘀点或瘀斑 3 分, 暗红伴舌下脉络青紫 4 分, 绛紫 5 分)、脉象 (弦或滑或涩或结 2 分)、舌苔 (黄或灰黑 2 分) 8 个项目, 满分 30 分, 得分 ≥ 10 分即可确诊; (7) 患者及 (或) 其监护人对治疗注意事项及可能造成的不良反应知晓, 签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1) 外伤、肿瘤、血液系统疾病引起的脑出血; (2) 合并脑疝或重度昏迷; (3) 发病前存在风湿

性关节炎、先天性残疾等肢体运动功能障碍；（4）存在视听障碍、智力障碍等难以配合治疗的疾病；（5）既往有癫痫、强迫症等神经-精神疾病史。

1.4 剔除标准 （1）入院 48 h 死亡；（2）入组后主动退出或失访。

1.5 治疗手段 2 组均采用常规治疗，包括减轻脑水肿、降颅压、控制血压血糖、保护脑组织、维持水电解质平衡、防控感染等。同时，对照组给予醒脑开窍针刺法，入院次日参照《中风病与醒脑开窍针刺法》^[7]，以双侧内关、三阴交、人中为主穴，双侧极泉、尺泽、委中为辅穴，其中内关穴采用直刺进针法，进针 1.0~1.5 寸后提插捻转 1 min；三阴交则向斜后侧入针 1.0~1.5 寸，施提插捻转法至下肢抽动；人中向下斜刺入 0.5 寸，采用捻转法，以得气为度；双侧辅穴使用直刺法刺入 1.0~1.5 寸后提插捻转，使上肢或下肢抽动，每天 1 次，每次 30 min，疗程 14 d。观察组在对照组基础上采用凉血通瘀方，组方药材大黄（熟）10 g、水牛角 30 g（先煎）、生地黄 20 g、赤芍 15 g、牡丹皮 10 g、石菖蒲 10 g，每天 1 剂，水煎 300 mL，入院次日开始服用，大便秘结者，将大黄（熟）10 g 更换为大黄（生）6~10 g 后下；证见肝肾亏虚、以下肢瘫痪为主者，加杜仲、牛膝、桑寄生等；证见口眼喎斜者，加全蝎、僵蚕等；证见舌强语蹇、肢体麻木者，加石菖蒲、远志、木香等，疗程 14 d（若存在呛咳等不能口服者，则经鼻饲给药）。

1.6 疗效评价 参照《中风病诊断与疗效评定标准》^[6]进行中风病类诊断评分，计算改善率，公式为改善率=〔（治疗前中风病类诊断评分-治疗后中风病类诊断评分）/治疗前中风病类诊断评分〕×100%，分为基本恢复（改善率

81%，治疗后评分≤6 分）、显著进步（56%≤改善率<81%）、进步（36%≤改善率<56%）、稍进步（11%≤改善率<36%）、无变化（改善率<11%）。总有效率=〔（基本恢复例数+显著进步例数+进步例数+稍进步例数）/总例数〕×100%。

1.7 指标检测 （1）瘀热阻窍证候评分，按“1.2”项下标准进行；（2）美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）^[8]，总分 0~42 分，得分越高，神经功能缺损越严重；（3）Barthel 指数（BI）^[9]，包括进餐、洗澡、穿衣、大小便控制等多项日常生活活动，总分 0 分（完全依赖）~100 分（独立）；（4）血清指标，治疗前后采集患者清晨空腹外周静脉血各 3~4 mL，3 500 r/min 离心 10 min，血清置于-20 ℃冰箱中，采用循环酶法（AECHITECT I2000 全自动免疫分析仪，美国雅培公司）检测同型半胱氨酸（Hcy）水平，酶联免疫吸附法（相关试剂盒由天津康尔克生物科技有限公司提供）检测血清脂蛋白相关磷脂酶 A2（LP-PLA2）、可溶性白细胞介素-2 受体（sIL-2R）水平；（5）不良反应发生率，治疗期间记录胃肠道反应、皮疹、皮肤肿痛等发生情况，计算其发生率。

1.8 统计学分析 通过 SPSS 24.0 软件进行处理，呈正态分布、方差齐性的计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 *t* 检验，组内比较采用配对样本 *t* 检验；计数资料以百分率表示，其中疗效为等级资料，组间比较采用秩和检验，而总有效率等其他资料组间比较采用卡方检验。以 *P*<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组（*P*<0.05），见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较 [例（%），*n*=42]

组别	基本恢复	显著进步	进步	稍进步	无变化	总有效
观察组	6(14.29)	15(35.71)	16(38.10)	4(9.52)	1(2.38)	41(97.62)*
对照组	3(7.14)	10(23.81)	15(35.71)	6(14.29)	8(19.05)	34(80.95)

注：与对照组比较，**P*<0.05。

2.2 瘀热阻窍证候评分 治疗后，2 组瘀热阻窍证候评分降低（*P*<0.05），并且治疗 14 d 后低于治疗 7 d 后（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 3。

表 3 2 组瘀热阻窍证候评分比较（分， $\bar{x}\pm s$ ，*n*=42）

组别	治疗前	治疗 7 d 后	治疗 14 d 后
观察组	15.39±2.72	12.12±2.24* [△]	7.08±1.69* ^{#△}
对照组	14.88±2.69	13.30±2.37*	8.32±1.83* [#]

注：与同组治疗前比较，**P*<0.05；与同组治疗 7 d 后比较，[#]*P*<0.05；与对照组治疗同一时间点后比较，[△]*P*<0.05。

2.3 NIHSS 评分、BI 评分 治疗后，2 组 NIHSS 评分降低

表 4 2 组 NIHSS 评分、BI 评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，*n*=42）

组别	NIHSS 评分/分			BI 评分/分		
	治疗前	治疗 7 d 后	治疗 14 d 后	治疗前	治疗 7 d 后	治疗 14 d 后
观察组	9.22±1.94	7.24±1.36* [△]	4.33±0.97* ^{#△}	60.96±7.13	73.65±6.37* [△]	85.58±5.24* ^{#△}
对照组	8.89±1.88	7.98±1.79*	5.05±1.08* [#]	59.32±7.48	70.44±6.63*	82.79±5.61* [#]

注：与同组治疗前比较，**P*<0.05；与同组治疗 7 d 后比较，[#]*P*<0.05；与对照组治疗同一时间点后比较，[△]*P*<0.05。

（*P*<0.05），并且治疗 14 d 后低于治疗 7 d 后（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05）；2 组 BI 评分升高（*P*<0.05），并且治疗 14 d 后高于治疗 7 d 后（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 4。

2.4 血清指标 治疗后，2 组 Hcy、LP-PLA2、sIL-2R 水平降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 5。

2.5 不良反应发生率 治疗期间，对照组出现 1 例皮疹、1 例皮肤肿痛，观察组出现 1 例食欲减退、2 例腹胀、1 例皮疹，经对症处理后均好转，2 组不良反应发生率（4.76%、9.52%）比较，差异无统计学意义（*P*>0.05）。

表 5 2 组血清指标比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=42$)

组别	Hcy/(mmol·L ⁻¹)		LP-PLA2/(μg·L ⁻¹)		sIL-2R/(pmol·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗 14 d 后	治疗前	治疗 14 d 后	治疗前	治疗 14 d 后
观察组	238.96±11.59	168.72±9.95 ^{*#}	158.26±13.45	133.20±8.36 ^{*#}	106.48±15.11	69.44±10.05 ^{*#}
对照组	236.18±13.08	175.34±11.24 [*]	155.97±12.73	139.55±7.95 [*]	102.96±14.29	77.13±11.37 [*]

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组治疗 14 d 后比较，[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

醒脑开窍针刺法在缺血性中风及出血性中风、颅脑损伤等多种疾病中，均可发挥活血健脑、开窍醒神之效^[10]。

瘀热互结为脑出血发病的基本，血瘀则内停，血热则妄行，血凉自可循经，瘀散则血自畅行^[11]。本研究发现，观察组瘀热阻窍证候评分、NIHSS 评分低于对照组，总有效率、BI 评分更高，提示凉血通瘀方可发挥良好凉血、泻热、散瘀之效，解除瘀热之病理因素，醒神启窍，减轻中风症状。

近年来研究发现，肠道能调节神经系统、内分泌系统、免疫系统等实现脑—肠双向交流^[12-13]。中医认为，脑与肠腑关联密切，中风导致神明受扰，加之热瘀互结，肠腑传化失司，浊气不降，上逆为患，扰神损窍，故对于中风，应脑肠同治^[14-15]。凉血通瘀方中大黄具有泻热通肠之效，对实热便秘、积滞腹痛疗效良好^[16]，现代药理研究也证实该成分具有调控胃肠激素、改善胃肠动力的功效^[17]。

中风后，大脑稳态失调，诱导炎症、兴奋性毒性及免疫功能障碍等一系列生理病理反应，从而加剧脑损伤^[18-19]，本研究发现，观察组血清炎症因子（LP-PLA2）、免疫功能紊乱相关因子（sIL-2R）水平低于对照组，提示凉血通瘀方治疗在降低炎性水平、调节免疫功能方面更具优势，可能与该方经胃肠道吸收后调节脑肠互动，发挥抗炎、免疫调节功效有关。Hcy 具有促凝、促血管平滑肌增殖等作用，是中风的独立危险因素^[20-21]，本研究发现，观察组血清 Hcy 水平低于对照组，提示凉血通瘀方可能下调其表达来发挥促病情转归的功效，但其作用机制尚不明确，还需后续进一步论证。另外，2 组不良反应发生率无明显差异，表明凉血通瘀方安全可靠。

综上所述，凉血通瘀方联合醒脑开窍针刺法治疗瘀热阻窍证急性脑出血疗效显著，并且安全性较高，具有一定临床应用意义。

参考文献：

[1] 张 超, 潘平康, 吴宗涛, 等. 自拟出血性中风 1、2 号方治疗急性出血性中风疗效评价[J]. 海南医学, 2021, 32(19): 2503-2506.

[2] 周仲瑛. 出血性中风（瘀热阻窍证）证治的研究[J]. 中华中医药学刊, 2002, 20(6): 709-711; 723.

[3] Liu H, Zhang B, Li X W, *et al.* Acupuncture inhibits mammalian target of rapamycin, promotes autophagy and attenuates neurological deficits in a rat model of hemorrhagic stroke[J]. *Acupunct Med*, 2022, 40(1): 59-67.

[4] 赵 琦, 姚晶晶. 石学敏院士“脑府”立论治疗中风病的学术思想阐释[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(5): 58-61.

[5] 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. 中国脑出血诊治指南（2019）[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(12): 994-1005.

[6] 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.

[7] 石学敏. 中风病与醒脑开窍针刺法[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1998: 36-40.

[8] 毛锦龙, 徐永革, 罗永春, 等. 基底节区高血压脑出血锁孔内镜和立体定向置管联合尿激酶引流术式疗效的比较[J]. 中国医学科学院学报, 2020, 42(4): 513-520.

[9] 张世洪, 吴 波, 谈 颂. 卒中登记研究中 Barthel 指数和改良的 Rankin 量表的适用性与相关性研究[J]. 中国循证医学杂志, 2004, 4(12): 871-874.

[10] 应明军, 陈 晟, 吕志灵, 等. 醒脑开窍针刺法结合高压氧治疗颅脑损伤意识障碍患者的临床观察[J]. 中国中医急症, 2023, 32(2): 307-310.

[11] 邹 冲, 方祝元. 从瘀热搏结辨治心悸[J]. 南京中医药大学学报, 2022, 38(2): 162-165.

[12] 赵楚南, 张景宇, 戴双双, 等. 脑肠轴在创伤性脑损伤中的作用及机制研究进展[J]. 中华创伤杂志, 2021, 37(9): 841-847.

[13] 向 岁, 石和元, 谭爱华, 等. 基于“脑肠轴”学说探讨血管性痴呆的中医脑肠同治思路[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(9): 2231-2233.

[14] 付 璐, 刘 毅, 苏志霞, 等. 卒中急性期并发胃肠功能紊乱中医证型与脑肠肽胃动素、胃泌素的相关性研究[J]. 中国中医急症, 2022, 31(12): 2128-2131.

[15] 温 雅, 许永楷, 孙美灵, 等. 从“浊邪害清”论“湿热致中”[J]. 北京中医药大学学报, 2021, 44(11): 987-991.

[16] 刘 莹, 贾 兰, 张晓喻, 等. 肠道菌群紊乱对泻心汤药效成分大黄素药动力学的影响[J]. 中草药, 2022, 53(16): 5066-5073.

[17] 杨伟宁, 姚 锐, 王文升. 大黄素对术后肠梗阻大鼠胃肠动力、炎症和氧化应激反应的影响及机制研究[J]. 陕西医学杂志, 2023, 52(3): 252-256.

[18] 王 慧, 雷寿清, 杜小正, 等. “脑肠同调”法针刺治疗急性脑梗死及对 IL-17、hs-CRP 和 TMAO 水平的影响[J]. 中国针灸, 2022, 42(8): 853-856.

[19] 赵风华, 李万春, 阮世旺, 等. NLRP3 炎症小体的活化水平与急性缺血性脑卒中患者认知功能改变的关系[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2021, 30(6): 515-521.

[20] Liu W, Ma X L, Gu H Q, *et al.* Low estimated glomerular filtration rate explains the association between hyperhomocysteinemia and in-hospital mortality among patients with ischemic stroke/transient ischemic attack or intracerebral hemorrhage: Results from the Chinese Stroke Center Alliance [J]. *Int J Stroke*, 2023, 18(3): 354-363.

[21] Wu Q, Liu J F, Wang Y N, *et al.* Higher serum homocysteine levels are associated with an increased risk of hemorrhagic transformation in patients with acute ischemic stroke[J]. *BMC Neurol*, 2023, 23(1): 103.