针刺联合西药治疗脑梗死恢复期 75 例临床研究

王锐利 杨颖 巩付华 陈松盛 沈亚宁

(西安交通大学第二附属医院, 陕西西安 710004)

摘要 目的:观察常规治疗基础上采用针刺联合阿托伐他汀治疗脑梗死恢复期患者的临床疗效。方法:将150例脑梗死恢复期患者随机分为治疗组和对照组,每组75例。对照组予脑梗死基础治疗联合阿托伐他汀口服,治疗组在对照组基础上联合针刺治疗,2组均治疗1个月。比较2组患者治疗前后血清同型半胱氨酸(Hcy)、血脂水平及肌力的变化情况。结果:2组治疗后血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)均较治疗前明显降低($P<0.05$),高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)均较治疗前明显升高($P<0.05$),且治疗组血脂指标改善情况均明显优于对照组($P<0.05$);2组治疗后Hcy水平均较治疗前明显降低($P<0.05$),且治疗组明显低于对照组($P<0.05$);治疗组肌力恢复总有效率为97.3%,明显优于对照组的88.0%($P<0.05$)。结论:常规治疗基础上采用针刺联合阿托伐他汀治疗脑梗死恢复期有效,可以降低患者血脂水平,促进肌力和肢体功能的恢复,减少动脉粥样硬化发生风险,值得临床应用。

关键词 阿托伐他汀;脑梗死;血脂;血清同型半胱氨酸;针刺疗法

中图分类号 R743.310.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)09-0068-02

脑梗死又称为缺血性卒中,系由各种原因所致的局部脑组织区域血液供应障碍,导致脑组织缺血缺氧性病变坏死,进而产生临床上对应的神经功能缺失表现。我国是脑梗死疾病高发国家,大部分脑梗死患者存在后遗症现象,严重威胁患者的生活质量。研究表明我国每年因脑血管疾病,特别是脑梗死所致的残疾及死亡人数已超500万,且治疗后存活的患者中约有50%~70%遗留不同程度的残疾^[1]。目前临床治疗一方面要控制病情、延长患者生命,同时要定期监测脑梗死的相关危险因素,并结合神经外科、针灸康复科等多个科室的一体化治疗,以最大程度提高治疗效果和改善预后。近年来我们临床采用针刺联合西药治疗脑梗死恢复期患者取得较好疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年12月至2019年1月我院门诊及病房确诊为脑梗死恢复期患者150例,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组75例。治疗组男44例,女31例;年龄49~70岁,平均年龄(65.70 ± 2.35)岁;病程0.3~2年,平均病程(1.22 ± 0.34)年。对照组男45例,女30例;年龄50~70岁,平均年龄(65.33 ± 2.30)岁;病程0.5~2年,平均病程(1.21 ± 0.23)年。2组患者一

般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)》^[2]拟定。

1.3 纳入标准 符合脑梗死恢复期诊断标准者;患者资料收集完整、病史资料齐全;性别不限;签署知情同意书者。

1.4 排除标准 脑梗死急性期患者;患有严重心、肝、肾等重要器官衰竭性疾病者;血液系统及免疫系统疾病者;精神及意识障碍性疾病者;依从性差,不能配合治疗者。

2 治疗方法

2组均予脑梗死常规治疗,包括抗血小板聚集、控制血压血糖及康复训练。

2.1 对照组 予阿托伐他汀(辉瑞制药有限公司,国药准字:J20130030)口服,每次20mg,每日1次。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上联合针刺治疗。穴位选择:百会、水沟、风府、太冲、后溪、内关、通里、阳陵泉、肩髃。采用华佗牌一次性针灸针,常规消毒穴位后,慢速捻转进针,进针得气后行平补平泻法,留针15min。每日1次,治疗6d休息1d。

2组均连续治疗1个月后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 实验室指标 治疗前后抽取2组患者空腹静脉血5mL,离心-20℃备用,采用全自动生化分析仪检测血清同型半胱氨酸(Hcy)及血脂水平。Hcy是动脉粥样硬化等心血管疾病发病的独立危险因素,正常参考值5~15μmol/L。血脂水平主要检测血清胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)指标,高TC、TG或低HDL-C均易引起斑块形成,导致动脉粥样硬化发生,诱发脑梗死。

3.1.2 肌力恢复情况 治疗前后采用Loveet肌力6级法评价2组患者肌力情况,将肌力分为0~6级^[3]。0~2级记为差,3级记为可,4级记为良好,5级记为正常,计算肌力恢复总有效率。

3.2 统计学方法 应采用SPSS 25.0统计软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验,治疗前后组内比较采用配对样本t检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者治疗前后血脂及Hcy水平比较 见表1。

3.3.2 2组患者肌力恢复情况比较 见表2。

表1 治疗组与对照组治疗前后血脂及Hcy水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TC (mmol/L)		TG (mmol/L)		HDL-C (mmol/L)		Hcy (μmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	75	8.04±0.63	4.53±0.36 [#]	3.90±0.45	1.62±0.26 [#]	0.83±0.28	1.75±0.26 [#]	25.76±3.29	12.12±1.52 [#]
对照组	75	8.02±0.61	5.10±0.38 [*]	3.89±0.30	1.77±0.24 [*]	0.82±0.13	1.70±0.23 [*]	24.55±2.39	12.55±2.14 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

表2 治疗组与对照组肌力恢复情况比较

组别	例数	差	可	良好	正常	总有效率(%)
治疗组	75	2	25	24	24	97.3 [#]
对照组	75	9	26	21	19	88.0

注:与对照组比较,# $P < 0.05$ 。

4 讨论

脑梗死病因主要为动脉粥样硬化,因而出现动脉粥样硬化的因素即发生脑梗死的常见病因^[4]。全球范围调查研究发现脑梗死风险中的90%可归咎于10个简单危险因素,依次为高血压病、吸烟、腰臀比过大、饮食不当、缺乏体育锻炼、糖尿病、过量饮酒、过度的精神压力及抑郁、有基础心脏疾病和高脂血症。中医学将脑梗死归属于“中风”范畴,其病机为气血瘀滞,血脉痹阻,肌肤筋脉失于濡养,为本虚标实之证。患者多以肢体活动不灵、麻木、眩晕、乏力、语言障碍、口眼歪斜等为主要临床表现。

本研究采用针刺治疗,循经取穴,达到醒脑开窍、

疏通气血、舒筋活络之效,从而缓解脑梗死恢复期患者肌肉痉挛状态,提高肌力,增强肌群功能,促进肢体功能的恢复^[5]。头为诸阳之会,百脉之宗,百会穴为百脉之会,是各经脉气会聚之处,穴性属阳,对调节机体的阴阳平衡起着重要作用;水沟穴是人中穴的别称,针刺该穴不仅可以醒神开窍、安神定志,还有疏利腰脊、通经活络之功;风府穴有清热散风、通关开窍的作用,配伍百会、太冲可疏肝理气、通阳止痛;内关、水沟、阳陵泉侧重醒脑开窍、滋补肝肾,通过调神利脑窍、补肝肾充脑髓,达到以神导气、以气通经的功效;肩髃、后溪、通里调畅经络、疏通气血,达到气行血和、神安窍利。

本研究结果显示2组治疗后血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)均较治疗前明显降低($P < 0.05$),高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)均较治疗前明显升高($P < 0.05$),且治疗组血脂指标改善情况均明显优于对照组($P < 0.05$);2组治疗后Hcy水平均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且治疗组明显低于对照组($P < 0.05$);治疗组肌力恢复总有效率为97.3%,明显优于对照组的88.0%($P < 0.05$)。表明常规治疗基础上采用针刺联合阿托伐他汀治疗脑梗死恢复期有效,可以降低患者血脂水平,促进肌力和肢体功能的恢复,减少动脉粥样硬化发生风险。下一步拟对其具体起效机制进行深入研究。

参考文献

- [1] 王雪茵,胡永华.脑卒中病因流行病学的家系研究[J].中华流行病学杂志,2013,34(6):647.
 - [2] 赵建国,高长玉,项宝玉,等.脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)[J].中国中西医结合杂志,2006,26(10):948.
 - [3] 王小兵.手法肌力检查法与Brunnstrom评估法相关性初探[J].上海铁道大学学报,2000,21(1):65.
 - [4] ZHAO Y H, PENG R, ZHAO W, et al. Zhibitai and low-dose atorvastatin reduce blood lipids and inflammation in patients with coronary artery disease[J]. Medicine (Baltimore), 2017, 96(7): e6104.
 - [5] 李颖,于清宏.针刺循经取穴治疗纤维肌痛综合症46例临床观察[C]//全国第十届中国中西医结合风湿病学术会议论文集.2012:178.
- 第一作者:王锐利(1977—),女,医学硕士,主治医师,研究方向为帕金森病、脑炎等的治疗。
wangruili12233@126.com

修回日期:2019-06-03

编辑:强雨叶