

镇肝熄风汤加减联合针刺治疗阴虚风动型脑卒中的疗效及对免疫平衡的影响

赵宝元¹, 张瑾², 符文彬^{3,4}, 孙勇¹, 曹颖¹, 冯雯雯¹, 王佳鑫⁵, 王聪^{3,4}(1. 武威市中医医院, 甘肃 武威 733000; 2. 中山大学附属第三医院, 广东 广州 510630; 3. 广州中医药大学第二附属医院(广东省中医院), 广东 广州 520120; 4. 广州中医药大学, 广东 广州 510405; 5. 广东省中医药学会, 广东 广州 510000)

摘要: **目的** 探讨镇肝熄风汤加减联合针刺治疗阴虚风动型脑卒中的疗效及对血清白细胞介素 6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)和辅助性 T 细胞 17(Th17)/调节性 T 细胞(Treg)免疫平衡的影响。**方法** 将 126 例阴虚风动型脑卒中患者采用随机数字表法分为对照组(63 例)和观察组(63 例)。2 组患者服用抗血小板药物及保护神经药物等常规支持治疗, 对照组给予针刺治疗, 观察组给予针刺联合镇肝熄风汤加减治疗, 治疗 12 周。观察 2 组患者治疗前后中医症状评分、Barthel 指数(BI)量表评分、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、血清炎症因子(IL-6 和 TNF- α)、Th17、Treg 水平和 Th17/Treg 比值变化, 并评价 2 组患者的临床疗效和安全性。**结果** (1)治疗后, 观察组总有效率为 95.24%(60/63)高于对照组的 84.13%(53/63), 差异有统计学意义($P < 0.05$); (2)治疗后, 2 组患者自汗、舌质暗、气短乏力及肢体麻木等中医症状评分较治疗前均显著降低, 且观察组中医症状评分均低于对照组($P < 0.05$); (3)治疗后, 2 组患者 BI 评分较治疗前显著增加、NIHSS 评分显著降低, 且观察组 BI 评分高于对照组, NIHSS 评分低于对照组($P < 0.05$); (4)治疗后, 2 组患者血清 IL-6、TNF- α 水平较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且观察组炎症因子水平低于对照组($P < 0.05$); (5)治疗后, 2 组患者 Th17 水平、Th17/Treg 比值较治疗前显著降低, Treg 水平明显升高, 且观察组 Th17/Treg 免疫平衡调节能力优于对照组($P < 0.05$); (6)2 组患者在治疗期间内均未发生严重的不良反应。**结论** 镇肝熄风汤加减联合针刺治疗阴虚风动型脑卒中疗效显著, 可有效地缓解患者临床症状, 减低炎症因子水平, 恢复 Th17/Treg 细胞平衡, 安全性较高。

关键词: 镇肝熄风汤加减; 针刺; 阴虚风动型脑卒中; 血清炎症因子; 免疫平衡

中图分类号: R285.6 **文献标志码:** A **文章编号:** 1003-9783(2021)10-1537-06

doi: 10.19378/j.issn.1003-9783.2021.10.018

Therapeutic Effect of Acupuncture Combined with Modified *Zhengan Xifeng* Decoction on the Treatment of Yin Deficiency Pneumatic Stroke and its Effect on Immune Balance

ZHAO Baoyuan¹, ZHANG Jin², FU Wenbin^{3,4}, SUN Yong¹, CAO Ying¹, FENG Wenwen¹, WANG Jiaxin⁵, WANG Cong^{3,4}(1. Wuwei Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuwei 733000 Gansu, China; 2. The Third Affiliated Hospital of Sun Yat Sen University, Guangzhou 510630 Guangdong, China; 3 The Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine (Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine), Guangzhou 520120 Guangdong, China; 4. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China; 5. Guangdong Society of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510000 Guangdong, China)

Abstract: Objective To investigate the curative effect of modified *Zhengan Xifeng* decoction combined with acupuncture in the treatment of yin deficiency pneumatic stroke and its effect on serum IL-6, TNF- α and Th17/

收稿日期: 2021-05-21

作者简介: 赵宝元, 男, 副主任中医师, 研究方向: 中药结合针刺治疗脑卒中。Email: liqiang357480523 @163.com。通信作者: 王聪, 女, 硕士, 副主任中医师, 研究方向: 针刺结合中药改善脑可塑方面的研究。Email: 54149376@qq.com

基金项目: 广东省名中医传承工作室建设项目[粤中医办函(2020)1 号]; 2018 年甘肃省中医药管理局科研课题(GZK-2018-67)。

Treg immune balance. **Methods** 126 cases of patients with *yin* deficiency pneumatic stroke were divided into a control group (63 cases) and an observation group (63 cases) using a random number table method. Patients in the 2 groups took conventional supportive treatments, such as antiplatelet and neuroprotective therapy. The control group was treated with acupuncture, and the observation group was treated with acupuncture combined with modified *Zhengan Xifeng* decoction. The treatment period was 12 weeks. TCM symptom scores, BI scale scores, NIHSS scores, serum inflammatory factors (IL-6 and TNF- α), the levels of Th17, Treg and Th17/Treg ratio in 2 groups were observed, and the clinical efficacy and safety of the 2 groups of patients were evaluated. **Results** (1) After treatment, the total effective rate of the observation group was 95.24%(60/63), which was higher than 84.13%(53/63) in the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, TCM symptom (spontaneous sweating, dark tongue, shortness of breath, fatigue and limb numbness) scores in the two groups decreased significantly compared with those before treatment, and TCM symptom scores of the observation group were lower than those of the control group ($P < 0.05$). (3) After treatment, the BI scores of the two groups of patients rose significantly compared with those before the treatment, and the NIHSS score was significantly lower than that before the treatment. The BI score of the observation group was higher than that of the control group, and the NIHSS score was lower than that of the control group ($P < 0.05$). (4) After treatment, the levels of serum IL-6 and TNF- α in the two groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of inflammatory factors in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). (5) After treatment, the levels of Th17 and Th17/Treg ratio of the two groups of patients decreased significantly compared with those before treatment, and the level of Treg increased significantly compared with that before treatment, and the regulation of Th17/Treg immune balance of the observation group was better than that of the control group ($P < 0.05$). (6) No serious adverse reactions occurred in the two groups of patients during the treatment period. **Conclusion** Modified *Zhengan Xifeng* decoction combined with acupuncture has a significant effect on the treatment of *yin* deficiency pneumatic stroke. It can effectively relieve the clinical symptoms of patients, reduce the level of inflammatory factors, and restore the balance of Th17/Treg cells. The safety is high.

Keywords: Modified *Zhengan Xifeng* decoction; acupuncture; *yin* deficiency pneumatic stroke; serum inflammatory factors; immune balance

近年来,由于人口老龄化加剧和受到不良生活习惯、肥胖等多种因素影响,脑卒中的发病率呈逐年递增趋势^[1]。脑卒中的临床症状主要表现为口舌歪斜、半身不遂、偏身麻木、口齿不清或失语等,对患者的身心健康和生活品质造成了严重影响^[2]。目前西医针对脑卒中多采用溶栓、手术及药物等常规治疗,虽然可有效改善脑卒中的临床症状,但仍存在高复发率及高致残率等不足,难以取得良好的治疗效果^[3]。中医药能够发挥出多靶点、多层次等综合作用,在脑卒中治疗中积累了大量经验。

脑卒中属于中医学“中风”范畴,且证型众多,其中阴虚风动型是脑卒中常见证型之一,中医认为其病机为肝肾阴虚、肝阳化风^[4]。镇肝熄风汤为《医学衷中参西录》中治疗脑卒中的经典方剂,具有镇肝熄风,滋阴潜阳的作用^[5]。王晓丽等^[6]研究发现镇

肝熄风汤可增加大鼠脑组织谷胱甘肽(GSH)含量,上调谷氨酸-半胱氨酸连接酶催化亚基(GCLC)表达,减轻脑内氧化应激损伤,从而有效缓解脑血管病的临床症状。针刺疗法具有通经活络、通窍醒神的效果,在治疗脑卒中后遗症方面有一定的效果,已得到临床医师的认可^[7]。针刺联合中药治疗脑卒中效果显著,安全性高。研究表明针刺治疗能够加强药物的有效利用,而中药则可延长针刺效应,二者联合可相辅相成,优势互补,增加疗效^[8]。此外,有研究报道免疫炎症反应在脑卒中的病理生理过程中具有重要作用^[9]。因此,本研究选用镇肝熄风汤联合针刺治疗阴虚风动型脑卒中,观察其对血清白细胞介素 6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)和辅助性 T 细胞 17(Th17)/调节性 T 细胞(Treg)免疫平衡的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象与分组 选取 2018 年 5 月至 2020 年 4 月在武威市中医医院康复科收治的阴虚风动型脑卒中患者 126 例, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组患者各 63 例。所有患者或家属均同意本研究, 并签署知情书。本研究已通过武威市中医医院伦理委员会审核批准(2018-009-01)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《中国脑血管病防治指南》^[10]中关于脑卒中的诊断标准: 患者表现为语言表达不清或理解语言困难, 双眼向一个方向凝视, 单眼或双眼视力模糊或失明, 口角歪斜、单侧面部麻木、单侧肢体无力、麻木, 抽搐或意识障碍等; 出血性脑卒中患者表现为恶心、呕吐、头痛、不同程度的肢体瘫痪和意识障碍等。

1.2.2 中医诊断标准 符合《中风病的中医治疗与康复指南》中医辨证为阴虚风动型标准^[11]。主症: 言语謇涩或者不言语, 口舌歪斜, 偏身无力或麻木, 半身不摄; 次症: 口燥咽干, 痰多而黏, 耳鸣头昏, 失眠烦躁; 脉弦细、舌质暗红、少苔或者无苔。主症必备加 2 项以上次症, 参考舌、脉即可确诊。

1.3 纳入标准 ①符合西医脑卒中、中医辨证为阴虚风动型的诊断标准者; ②发病时间未超过 6 个月者; ③患者年龄 ≥ 18 岁, 性别不限; ④生命体征平稳者; ⑤能够配合服用中药汤剂, 具备良好的治疗依从性者; ⑥患者及家属已知晓研究全过程并在同意书上签字者。

1.4 排除标准 ①智力低下并患有精神疾病者; ②处于妊娠或哺育期女性患者; ③对治疗药物过敏者; ④不是因脑卒中引起的偏瘫者; ⑤有认知功能障碍及昏迷或意识不清晰者; ⑥不接受针刺治疗者; ⑦患者近期存在感染性疾病史或手术史等者; ⑧酗酒、吸烟、吸毒、药物滥用者; ⑨存在严重心、脑、肾、肺、肝等功能损害或恶性肿瘤疾病者; ⑩临床资料不齐全者。

1.5 治疗方法

1.5.1 常规治疗 所有患者均服用阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司, 国药准字 J20171021)抗血小板药物, 每天 1 次, 1 次 100 mg; 存在高血压可服用苯磺酸氨氯地平片(浙江京新药业股份有限公司, 国药准字 H20103356), 每天 1 次, 每次 5 mg; 存在糖尿病可服用盐酸二甲双胍缓释片(山东司邦得制药有限公司, 国药准字 H20060230), 每日 3 次,

1 次 0.5 g; 存在高血脂可服用阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司, 国药准字 H20051408), 每晚 1 次, 1 次 20 mg; 饮食上禁止辛辣、生冷刺激性食物, 保持营养均衡及规范生活作息等, 在治疗期间内禁止服用与本研究无关的药物。

1.5.2 对照组 对照组患者采用针刺治疗, 选取通里、合谷、太冲、廉泉、曲鬓、风池、百会及水沟等穴位, 使用华佗牌一次性无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司生产, 规格: 0.25 mm $\times$ 40 mm)进行针刺, 针刺深度控制在 15~20 mm, 捻转穴位得气后留针 15 min 左右, 每天 1 次。连续治疗 12 周。

1.5.3 观察组 观察组患者采用针刺联合镇肝熄风汤加减治疗。药物组成: 甘草 4.5 g, 茵陈、川楝子(捣碎)、生麦芽各 6 g, 天冬、白芍、玄参、生牡蛎(捣碎)、生龟板(捣碎)、生龙骨(捣碎)各 15 g, 怀牛膝、代赭石(轧细)各 30 g。随症加减, 若失眠多梦者可增加夜交藤 10 g; 肢体麻木者可增加木瓜 15 g; 大便不通者可增加黄芩、生大黄各 10 g。每日煎服 1 剂(水煎服, 取汤汁 400 mL), 分早晚 2 次温服, 连续治疗 12 周。针刺方法同对照组。

1.6 观察指标

1.6.1 血清炎症因子检测 在清晨空腹状态下, 抽取患者治疗前后静脉血 5 mL, 以离心半径 3 cm、4 000 r $\cdot$ min⁻¹ 离心处理 10 min 后, 取上清液。应用酶联免疫吸附法(ELISA), 严格按照试剂盒说明书步骤操作检测血清中 IL-6 和 TNF- α 水平。ELISA 试剂盒均由滁州仕诺达生物科技有限公司提供。

1.6.2 Th17/Treg 免疫细胞水平检测 在清晨空腹状态下, 分别抽取患者治疗前后的静脉血 2.0 mL, 以离心半径 5 cm、3 500 r $\cdot$ min⁻¹ 离心处理 10 min 后, 取上清液。采用美国贝克曼公司生产的 EPICS-XL 型流式细胞仪检测患者血清中 Th17、Treg 水平, 并计算 Th17/Treg 免疫细胞比值。

1.6.3 中医症状评分^[12] 对患者治疗前后自汗、舌质暗、气短乏力及肢体麻木等症状按轻重程度分别计为 0、2、4、6 分, 总分 24 分。分值越高表明患者的症状越严重。

1.6.4 日常生活能力和神经功能缺损评分^[13-14] 参照 Barthel(BI)指数评分和美国国立卫生院脑卒中量表(NIHSS)评分分别评估患者治疗前后的日常生活能力和神经功能缺损评分。BI 评分总分 100 分, BI 评分越低, 表明患者日常生活能力越差; NIHSS 评分总分 45 分, NIHSS 评分越高, 表明患者神经功能缺

损程度越严重。

1.6.5 临床疗效评价 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[12]将患者疗效分为无效、有效、显效、临床治愈 4 个级别。无效:证候积分降低 < 30%, 体征及症状没有丝毫减弱甚至加深;有效:证候积分降低 $\geq 30\%$, 体征及症状有所好转, 生活基本可自理、但反应迟钝;显效:证候积分降低 $\geq 70\%$, 体征及症状明显好转, 生活能够自理, 反应一般;临床痊愈:证候积分降低 $\geq 95\%$, 体征及症状消失或基本消失, 能够进行一般社会活动, 神志清晰, 定向健全。总有效率=(有效例数+显效例数+临床痊愈例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

1.6.6 安全性 观察 2 组患者治疗前后不良反应发生情况。

1.7 统计学处理方法 选用 SPSS 24.0 统计软件对数据进行分析。计数资料以率或构成比表示, 组间比较采用 χ^2 检验。计量资料以均值 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组内比较采用配对 t 检验; 组间比较采用独立样本 t 检验分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者基线资料比较 2 组患者性别、年龄、病程等基线资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

表 1 2 组阴虚风动型脑卒中患者的基线资料比较

Table 1 Baseline data of two groups of patients with yin deficiency pneumatic stroke

指标		对照组(63 例)	观察组(63 例)
性别[例(%)]	男	37(58.73)	35(55.56)
	女	26(41.27)	28(44.44)
年龄($\bar{x} \pm s$)岁		58.58 $\pm$ 6.42	59.14 $\pm$ 6.74
病程($\bar{x} \pm s$)个月		3.17 $\pm$ 0.68	3.22 $\pm$ 0.75
体质量指数($\bar{x} \pm s, \text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$)		23.64 $\pm$ 1.85	23.47 $\pm$ 1.78
基础病[例(%)]	高血压	17(26.98)	20(31.75)
	糖尿病	15(23.81)	18(28.57)
	高血脂	11(17.46)	14(22.22)

2.2 2 组患者临床疗效比较 治疗后, 观察组总有效率为 95.24% (60/63), 对照组的总有效率为 84.13% (53/63), 组间比较, 观察组总有效率显著高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组患者中医症状评分比较 治疗前, 2 组患者自汗、舌质暗、气短乏力及肢体麻木症状评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组患者自汗、舌质暗、气短乏力及肢体麻木等症状评分较治疗前均显著下降, 且观察组各中医症状评分

均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 2 组患者日常生活能力和神经功能缺损评分比较 治疗前, 2 组患者 BI、NIHSS 评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组患者 BI 评分较治疗前明显增加、NIHSS 评分显著降低, 且观察组 BI 评分高于对照组、NIHSS 评分低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 2 2 组阴虚风动型脑卒中患者临床疗效比较[例(%)]

Table 2 Comparison of clinical treatment effects between two groups of patients with yin deficiency pneumatic stroke [n(%)]

组别	例数/例	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	63	31(49.21)	16(25.40)	6(9.52)	10(15.87)	53(84.13)
观察组	63	35(55.96)	18(28.57)	7(11.11)	3(4.76)	60(95.24)*

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

表 3 2 组阴虚风动型脑卒中患者中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of TCM symptom scores between the two groups of patients with yin deficiency pneumatic stroke ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	时间	自汗/分	舌质暗/分	气短乏力/分	肢体麻木/分
对照组	63	治疗前	4.76 $\pm$ 0.72	4.92 $\pm$ 0.68	5.14 $\pm$ 0.48	5.26 $\pm$ 0.42
	63	治疗后	2.15 $\pm$ 0.23*	2.13 $\pm$ 0.25*	2.35 $\pm$ 0.24*	2.11 $\pm$ 0.26*
观察组	63	治疗前	4.73 $\pm$ 0.67	4.94 $\pm$ 0.71	5.17 $\pm$ 0.53	5.28 $\pm$ 0.45
	63	治疗后	1.52 $\pm$ 0.12**	1.61 $\pm$ 0.14**	1.25 $\pm$ 0.17**	1.48 $\pm$ 0.17**

注: 与同组治疗前相比, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后相比, ** $P < 0.05$

表 4 2 组阴虚风动型脑卒中患者 Barthel 指数(BI)、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of BI and NIHSS scores between the two groups of patients with yin deficiency pneumatic stroke ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	时间	BI 评分/分	NIHSS 评分/分
对照组	63	治疗前	35.34 $\pm$ 3.76	13.85 $\pm$ 1.86
	63	治疗后	58.27 $\pm$ 9.64*	8.52 $\pm$ 1.06*
观察组	63	治疗前	35.46 $\pm$ 3.82	13.74 $\pm$ 1.93
	63	治疗后	64.71 $\pm$ 6.25**	6.76 $\pm$ 1.95**

注: 与同组治疗前相比, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后相比, ** $P < 0.05$

2.5 2 组患者血清 IL-6、TNF- α 水平 治疗前, 2 组患者血清 IL-6、TNF- α 水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组患者血清 IL-6、TNF- α 水平较治疗前均明显下降($P < 0.05$), 且观察组炎症因子水平低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

2.6 2 组患者血清 Th17、Treg 水平和 Th17/Treg 比值比较 治疗前, 2 组患者 Th17 含量、Treg 含量、Th17/Treg 比值比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 2 组患者 Th17 含量、Th17/Treg 比值

较治疗前显著下降, Treg 含量较治疗前上升明显, 且观察组 Th17 含量、Th17/Treg 比值低于对照组, Treg 含量高于对照组($P < 0.05$), 见表 6。

表 5 2 组阴虚风动型脑卒中患者血清白细胞介素 6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)水平比较($\bar{x} \pm s$, ng·L⁻¹)

Table 5 Comparison of serum IL-6 and TNF- α levels in the two groups of patients with *yin* deficiency pneumatic stroke($\bar{x} \pm s$, ng·L⁻¹)

组别	例数/例	时间	IL-6	TNF- α
对照组	63	治疗前	368.12 $\pm$ 45.63	64.85 $\pm$ 8.59
	63	治疗后	179.25 $\pm$ 25.47 [#]	25.16 $\pm$ 4.25 [#]
观察组	63	治疗前	370.35 $\pm$ 47.38	66.28 $\pm$ 8.16
	63	治疗后	121.35 $\pm$ 22.56 ^{**}	12.52 $\pm$ 3.26 ^{**}

注: 与同组治疗前相比, [#] $P < 0.05$; 与对照组治疗后相比, ^{*} $P < 0.05$

表 6 2 组阴虚风动型脑卒中患者血清 Th17、Treg 水平和 Th17/Treg 比值比较($\bar{x} \pm s$)

Table 6 Comparison of serum Th17, Treg and Th17/Treg in the two groups of patients with *yin* deficiency pneumatic stroke ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	时间	Th17/%	Treg/%	Th17/Treg 比值
对照组	63	治疗前	14.35 $\pm$ 1.56	3.12 $\pm$ 0.52	3.83 $\pm$ 0.45
	63	治疗后	10.23 $\pm$ 0.98 [#]	5.18 $\pm$ 0.83 [#]	2.03 $\pm$ 0.34 [#]
观察组	63	治疗前	14.54 $\pm$ 1.62	2.98 $\pm$ 0.47	3.79 $\pm$ 0.42
	63	治疗后	8.13 $\pm$ 0.65 ^{**}	6.79 $\pm$ 0.72 ^{**}	1.22 $\pm$ 0.21 ^{**}

注: 与同组治疗前相比, [#] $P < 0.05$; 与对照组治疗后相比, ^{*} $P < 0.05$

2.7 安全性评价 2 组患者在治疗期间内均无严重的不良反应发生。

3 讨论

脑卒中属于中医学“中风”范畴, 认为脑卒中是由气机不调、耗伤正气, 加之环境、工作等多重因素影响, 形成“痰浊、瘀血”等病理产物, 导致机体阴阳失衡、阳化风动、阳亢阴虚等症状产生, 其病机为“肝肾阴虚, 肝阳化风”。肝乃风木之脏, 若肾水未能上济心火, 则气血随之逆乱, 遂致卒中^[15]。

针刺疗法有调和阴阳、平肝熄风、通经活络及醒神开窍等作用, 临床上常将针刺疗法作为治疗脑卒中及其后遗症的有效措施。多项研究发现针刺疗法可显著改善患者的神经功能, 减轻中医症状各项评分, 有助于提高临床疗效^[16-18], 故选择针刺作为对照组。本研究针刺通里穴可通经活络、养血安神; 合谷穴通经活络、镇惊止痛; 太冲穴平肝熄风, 清热利湿, 通络止痛; 廉泉穴通经活络; 曲鬓穴和风池穴消肿散风; 百会穴开窍醒神、固脱回阳; 水沟穴

开窍醒神、清热熄风, 诸穴合用, 起到通经活络、通窍醒神的效果。中药也是临床上脑卒中常用的治疗手段, 临床研究发现针药结合能够进一步增加疗效^[19]。本研究采用镇肝熄风汤联合针刺治疗脑卒中患者, 疗效显著。方中怀牛膝入血分, 性善下性, 有引血下行、补益肝肾等功效, 为君药; 代赭石质重沉降, 可重镇降逆、平肝潜阳, 龙骨、龟板、牡蛎、白芍, 可镇肝熄风、益阴潜阳, 5 药共为臣药, 与君药合用可急治其标; 玄参、天冬可下走肾经、清热滋阴, 与龟板、白芍合用可滋水以涵木, 滋阴以柔肝。肝乃刚脏, 性恶抑郁而喜条达, 若过度使用重镇之品, 势必对条达之性有所影响, 因此, 又加以茵陈、川楝子、生麦芽, 起到疏肝理气、清泄肝热的作用, 并助其以遂其性, 为佐药。甘草与生麦芽共用可和胃安中, 防止金石类药物阻碍胃功能, 并可调和诸药, 为使药。诸药合用, 随症加减, 从而起到了镇肝熄风, 潜阳滋阴的作用^[20]。故本研究观察组总有效率高于对照组, 其减轻自汗、舌质暗、气短乏力及肢体麻木等症状效果优于对照组, 表明与针刺治疗比较, 镇肝熄风汤联合针刺疗法治疗脑卒中疗效更显著, 可有效改善患者的中医临床症状。

研究发现, T 细胞亚群在脑卒中初期发挥着重要作用, 其分泌的细胞因子也参与到整个病理过程, 导致炎症级联反应被激活, 引起全身性或局部免疫反应, 使脑组织损伤进一步加深^[21]。研究发现 Treg 的消耗可促进大脑炎症细胞因子和小胶质细胞的表达, 损害脑部功能, 引起 Th17 数量增加, 而 Th17 数量增加又能抑制 Treg 分化, 加剧炎症反应^[22]。IL-6 和 TNF- α 是重要的促炎因子, 其水平的提高会进一步增加炎症反应^[23]。故抑制炎症反应, 调节促炎和抗炎细胞之间的平衡, 可能是缓解脑卒中患者临床症状的有效治疗措施。在本研究结果中, 治疗后观察组患者血清 IL-6、TNF- α 水平均低于对照组, Th17 含量、Th17/Treg 比值低于对照组, Treg 含量高于对照组, 提示镇肝熄风汤联合针刺治疗具有更好的抗炎效果, 可恢复免疫平衡, 发挥保护脑组织的作用。据现代药理表明, 方中怀牛膝中牛膝多糖对免疫功能有调节作用, 可增强机体免疫系统活性, 起到抗炎镇痛等作用^[24]; 白芍中白芍总苷具有抗炎和免疫调节等药理作用, 保护因四氯化碳、黄曲霉毒素 B1、D-半乳糖胺所致的肝损伤, 同时抗菌效果十分显著^[25]。茵陈中的香豆素类、黄酮类、挥发油等化学成分有保护神经、免疫调节、抗炎等药理活性^[26]。

说明了这些中药能够抑制 IL-6、TNF- α 水平升高,促使 Treg 数量增加,降低 Th17/Treg 比值,以减轻机体免疫应激的状态,维护内部环境稳定,对治疗脑卒中发挥了重要作用,切中病机,药证相符,故治疗效果更佳。

Barthel 指数(BI)评分、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分能够分别对患者的日常生活能力和神经功能缺损评分进行评估。本研究结果显示,治疗后,2 组患者 BI 评分较治疗前上升明显、NIHSS 评分较治疗前下降显著,且观察组 BI、NIHSS 评分均优于对照组。此外,本研究未发现明显不良反应。这些结果提示针刺联合镇肝熄风汤加减比单纯针刺疗法更有利于加快患者的神经功能恢复,增强日常生活能力水平,有利于疾病预后恢复,且安全性较好。

综上所述,镇肝熄风汤加减联合针刺治疗阴虚风动型脑卒中疗效显著,可有效地缓解患者临床症状,减低炎症因子水平,恢复 Th17/Treg 细胞平衡,有助于恢复患者日常生活能力,安全性较高。另外,鉴于本研究未对患者进行长期随访,因此对于镇肝熄风汤加减对治疗脑卒中的结论还需要在今后进行更多的临床试验加以验证。

参考文献:

- [1] 郭君怡,叶小聪,林海玉,等.温州市某社区居民脑卒中知行现状调查[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(4): 407-410.
- [2] SPRINGER M V, LABOVITZ D L. The effect of being found with stroke symptoms on predictors of hospital arrival[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2018, 27(5): 1363-1367.
- [3] 杨占辉,尹学敬,王树平,等.早期静脉溶栓联合机械取栓治疗急性缺血性脑卒中的效果及预后研究[J]. 临床误诊误治, 2019, 32(7): 34-39.
- [4] 张子英,吴伯涛,翟清华.益气活血法与化痰通络疗法对脑卒中症状治疗的应用价值探讨[J]. 陕西中医, 2019, 40(2): 250-252.
- [5] 韦殷,龙威力,凌建伟,等.补阳还五汤与镇肝熄风汤治疗脑梗死后遗症的疗效比较[J]. 广西医学, 2018, 40(5): 575-577.
- [6] 王晓丽,朱兰芹,蔡艳秋,等.镇肝熄风汤对帕金森病肝阳上亢证模型大鼠脑组织谷胱甘肽抗氧化系统的影响[J]. 中医学报, 2018, 33(7): 1289-1293.
- [7] YUAN Y, CAI X H, CHEN F, et al. Clinical trials of acupuncture treatment of post-stroke dysphagia by deep acupuncture of Tiantu (CV22) in combination with swallowing rehabilitation training[J]. Zhen Ci Yan Jiu. 2019, 44(1): 47-50.
- [8] 于占富,张丽花,杨廷全,等.培元还五汤联合针灸治疗缺血性脑

卒中恢复期患者的疗效及对血清细胞因子和睡眠质量的影响[J]. 现代生物学进展, 2019, 19(11): 2125-2128.

- [9] TALHADA D, RABENSTEIN M, RUSCHER K. The role of dopaminergic immune cell signalling in poststroke inflammation[J]. Therapeutic Advances in Neurological Disorders, 2018, 11: 1756286418774225.
- [10] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [11] 张红星. 中风病的中医治疗与康复指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998.
- [12] 国家药品监督管理局. 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, 99-104.
- [13] 张磊. 美国国立卫生研究院卒中量表[J]. 中华神经外科杂志, 2014, 30(1): 79.
- [14] 张明园,何燕玲. 日常生活能力量表问卷与应用说明[J]. 上海精神医学, 1995, 37(7): 5-6.
- [15] 赵亚伟,傅天,张彦利. 中医治疗脑卒中的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(24): 2733-2736.
- [16] 冯晔,汤继芹,任健. 针药结合治疗中风后假性球麻痹吞咽障碍 Meta分析[J]. 吉林中医药, 2020, 40(3): 398-401.
- [17] 齐春蕾,田丙生. 血栓通联合针刺治疗脑卒中的临床研究[J]. 中国医药导报, 2020, 17(21): 157-160, 176.
- [18] 李春琴,邓寒冰,张黎,等. 针刺对脑卒中大鼠炎症损伤及 miR-214 的影响[J]. 天津医药, 2020, 48(12): 1175-1179.
- [19] 黄麟荇,王彭汉,郭斌,等. 针药结合对脑卒中肢体痉挛大鼠脑组织海马 γ -氨基丁酸 a 型受体和脑源性神经营养因子表达的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2020, 27(1): 45-50.
- [20] 韦殷,龙威力,凌建伟,等. 镇肝熄风汤加减结合康复及西药治疗中风后共济失调下肢功能障碍的效果观察[J]. 广西医科大学学报, 2018, 35(2): 201-204.
- [21] 任厚伟,顾彬,郭婷,等. 急性脑梗死患者并发脑卒中相关性肺炎外周血 T 淋巴细胞亚群与炎症因子的临床分析[J]. 中华临床感染病杂志, 2020, 13(6): 406-411.
- [22] 彭皓均,庾国桢,杨小梅,等. 刘氏菖郁汤对缺血性脑卒中风痰阻络证患者 Th17/Treg 免疫平衡的影响[J]. 中药新药与临床药理, 2021, 32(1): 117-122.
- [23] 朱凯,王凯华,班欣欣. 息风平肝汤辅助西药治疗脑梗死急性期疗效及对 IL-6、TNF- α 水平的影响[J]. 中国中医急症, 2018(9): 1609-1611.
- [24] 徐道芬,陈舒,胡欣欣,等. 镇肝熄风汤在肾阴虚型早发性卵巢功能不全患者中的疗效分析[J]. 中华全科医学, 2018, 16(5): 830-834.
- [25] 任敏霞,吴素香,詹淑玉,等. 白芍总苷及其所含主要成分芍药苷和芍药内酯苷对四氯化碳致小鼠急性肝损伤的保护作用[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(5): 244-247, 283.
- [26] 刘玉萍,邱小玉,刘烨,等. 茵陈的药理作用研究进展[J]. 中草药, 2019, 50(9): 2235-2241.

(编辑: 沈崇坤)