# 灸刺督脉治疗气虚血瘀型缺血性脑卒中临床观察

王保国,曹 奕,李 芹,贾泽坤,马 月,王振亚,陈倩倩

(安徽中医药大学第二附属医院,安徽 合肥 230061)

**[摘要]目的** 观察评价灸刺督脉疗法治疗气虚血瘀型缺血性脑卒中的临床疗效。**方法** 将气虚血瘀型缺血性脑卒中患者41例,随机分为对照组(20例)和治疗组(21例)。两组均予以基础病管理,对照组采用脑卒中气虚血瘀型常规针刺治疗,取穴为顶颞前后斜线、极泉、尺泽、内关、委中、足三里、三阴交、气海、血海;治疗组在常规针刺治疗基础上加用灸刺督脉疗法,取通督七穴(水沟、神庭、百会、风府、大椎、命门、腰阳关),其中百会艾灸,大椎刺络,其余腧穴予以针刺治疗。治疗周期为14 d。疗程结束后以美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health stoke scale,NIHSS)及改良Rankin量表(modified Rankin scale,MRS)评分结果评价两组的临床疗效。**结果** 两组患者治疗后NIHSS及MRS评分均较治疗前显著降低($P<0.05$),治疗组NIHSS及MRS评分差值与对照组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组临床疗效分布比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 灸刺督脉疗法治疗气虚血瘀型缺血性脑卒中临床疗效确切,优于常规针刺治疗。

**[关键词]**缺血性脑卒中;艾灸;刺络;督脉;气虚血瘀

**[中图分类号]**R255.2 [DOI]10.3969/j.issn.2095-7246.2020.01.013

缺血性脑卒中具有发病率高、致残率高、复发率高和病死率高等特点,严重威胁着中老年人的健康及生活质量。调查显示,无论农村或者城市居民,随着年龄的增长,脑卒中检出率有逐年升高的趋势,40~64岁脑卒中患病人数占45.63%[1]。因此,应积极制定出更为有效的防治措施,全面推广适合中国国情及高危人群的干预手段,进一步降低脑卒中对中国国民经济及居民健康所产生的危害[2]。目前,脑卒中后的康复治疗是中西医研究治疗的热点,中医围绕针刺疗法展开的研究较多。基于脑卒中"气虚血瘀"的病机特点,结合中医"祛瘀生新"理论,笔者在临床上运用灸刺督脉疗法治疗气虚血瘀型缺血性脑卒中,临床疗效较为显著,现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 缺血性脑卒中的诊断依据《中国急性缺血性脑卒中诊疗指南2015》[3]中制定的诊断标准。

1.1.2 中医诊断标准 中医证候诊断标准依据国家中医药管理局脑病急症协作组修订的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》[4]中风病气虚血瘀证的诊断标准。患者症见:肢体偏枯无力麻木,口舌歪斜,面色淡白或萎黄,气短乏力,心悸自汗,舌质淡紫或伴瘀斑,舌苔薄白或白腻,脉象细涩。

1.2 纳入标准 ①符合西医缺血性脑卒中诊断标准、中医中风病气虚血瘀证诊断标准;②病程在发病后7 d至6个月之间;③美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health stoke scale,NIHSS)评分7~29分、改良Rankin量表(modified Rankin scale,MRS)评分2~4分的脑卒中患者,避免病情过轻或病情过重影响疗效判定;④年龄为40~75岁;⑤知情同意并签署同意书。

1.3 排除标准 ①不符合中西医诊断标准;②短暂性脑缺血发作、腔隙性脑梗死、脑栓塞及出血性脑梗死者;③外伤、肿瘤、血液系统疾病导致的脑卒中患者;④病程小于7 d,生命体征不稳定或伴有感染的重症患者;⑤有严重心脏器质性病变、或伴严重肝肾功能不全及恶性肿瘤患者;⑥失语或有意识障碍不能配合治疗、完成评分的患者;⑦妊娠及哺乳期妇女;⑧年龄小于40岁或超过75岁者。

1.4 一般资料 经过安徽中医药大学第二附属医院伦理委员会批准,选取41例于2016年1月至2018年8月在安徽中医药大学第二附属医院脑病六科住院的缺血性脑卒中患者,入院首诊医师通过中医辨证,诊断为气虚血瘀型。将41例患者按照随机数字表法,分为对照组20例和治疗组21例,其中对照组男12例,女8例,平均年龄(62.80±6.61)

**基金项目:**国家"十二五"临床重点专科脑病科资助项目(卫医政〔2012〕700号);安徽省名中医曹奕工作室建设项目;安徽中医药大学第二附属医院第二周期名医工程项目

**作者简介:**王保国(1985- ),男,主治医师,讲师

**通信作者:**曹奕(1959- ),女,主任医师,教授,zjyycaoyi@163.com

岁，平均病程(1.95±0.83)个月；治疗组中男11例，女10例，平均年龄(61.00±6.39)岁，平均病程(1.90±0.70)个月。两组患者性别、年龄、病程比较，差异无统计学意义(性别：$\chi^2=0.241$，$P=0.623$；年龄：$t=0.887$，$P=0.381$；病程：$t=0.190$，$P=0.851$)，具有可比性。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

2.1.1 一般治疗 所有入组患者若合并有高血压、糖尿病、血脂异常等均予以基础病管理，同时规范服用抗血小板聚集、调脂、稳定斑块类药物以规范脑卒中二级预防。入院后所有入组患者行血常规、尿常规、大便常规、凝血功能、免疫系列、生化、心电图等检查，进行安全性评价。

2.1.2 对照组 依据中国中医药出版社《经络腧穴学》[5]定位标准：患者取仰卧位，用0.30 mm×40 mm毫针(苏州天协针灸器械有限公司生产，苏械注准20162270894)，取头皮针顶颞前后斜线、气海、双侧血海，患侧肢体极泉、尺泽、内关、委中、足三里、三阴交，予以常规针刺，其中气海、足三里用补法，血海、三阴交用泻法，其余腧穴平补平泻，得气后留针30 min，期间行针1次，每日1次，连续治疗14 d。

2.1.3 治疗组 在对照组基础上，加用灸刺督脉疗法。具体方法：取神庭、百会、风府、大椎、至阳、命门、腰阳关七穴，其中百会穴采用艾灸治疗，大椎穴采用刺络治疗，其余腧穴予以针刺治疗(平补平泻，得气后留针30 min，期间行针1次，每日1次)。参照中国中医药出版社《刺法灸法学》[6]操作方法。百会穴艾灸：采用温和灸，患者取坐位，灸架固定于百会穴，置入无烟艾条(上海泰成科技发展有限公司生产，沪食药监械(准)字2005第2270981号)进行温和灸30 min。大椎穴刺络：采用三棱针(苏州针灸用品有限公司生产，苏食药监械(准)字2012第2270802号)点刺法，患者取坐位，按揉大椎穴使其局部充血，常规无菌操作后，左手固定腧穴区域，右手拇指、食指握持针柄，中指指腹紧贴针身，预留针尖2～3 mm，与皮肤呈90°角度快速刺入腧穴，快速出针，待出血1～2 mL后用无菌干棉签按压止血，每日1次。灸刺督脉疗法连续治疗14 d。

### 2.2 观察指标及方法

2.2.1 NIHSS评分 NIHSS是目前用于评估卒中神经功能缺损严重程度的主要手段之一，该量表主要从患者的意识、有无凝视及视野缺损、有无面瘫、肢体功能、共济失调、感觉功能、语言功能、有无构音障碍及忽视等方面来计算患者得分情况，进而判断患者神经功能缺损程度，总分为42分，所得分值与神经功能缺损严重程度呈正相关[7]。本研究主要评价中度缺血性脑卒中的疗效，对于NIHSS≤6分的轻型脑卒中患者、NIHSS≥30分重症脑卒中患者，均不纳入本研究范围，轻型脑卒中患者往往缺乏典型神经功能缺损症状，重症脑卒中患者往往不能配合治疗及量表评分，从而影响疗效判定。

2.2.2 MRS评分 MRS作为评价神经功能缺损水平的判定指标，由于其不仅对患者的日常生活能力进行评价，还可用于评价患者的社会生活能力，目前广泛用于脑卒中临床研究当中。该量表评分标准基于患者临床症状及生活自理情况将脑卒中患者分为0、1、2、3、4、5分，共6个等级[8]。对于MRS≤1分的轻型脑卒中患者和MRS评分为5分的重症脑卒中患者不纳入本研究范围。

2.3 疗效评价标准 主要依据NIHSS评分减分情况进行疗效判定。痊愈：评分减少率为90%～100%；显效：评分减少率为46%～89%；有效：评分减少率为18%～45%；无效：评分减少率<18%。评分减少率=(治疗前评分－治疗后评分)/治疗前评分×100%。

2.4 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行数据分析，连续型变量采用“均数±标准差($\bar{x}\pm s$)”进行统计学描述。同组治疗前后均数比较采用配对$t$检验，两组组间均数比较采用两个独立样本$t$检验，两组组间数据分布比较以及临床疗效分布比较采用秩和检验(Mann-Whitney $U$检验)。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

## 3 结果

3.1 两组患者治疗前后NIHSS、MRS评分比较 两组患者治疗后NIHSS及MRS评分均较治疗前显著降低($P<0.05$)，治疗组NIHSS及MRS评分差值与对照组比较，差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

**表1 两组治疗前后NIHSS、MRS评分比较($\bar{x}\pm s$)**

| 组别 | $n$ | NIHSS评分 | | | MRS评分 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 差值 | 治疗前 | 治疗后 | 差值 |
| 对照 | 20 | 15.50±3.27 | 12.10±3.37* | 3.40±1.05 | 3.25±0.85 | 2.20±0.89* | 1.05±0.22 |
| 治疗 | 21 | 15.19±2.56 | 10.29±2.61* | 4.90±0.62# | 3.38±0.86 | 1.86±0.65* | 1.62±0.50# |

注：与治疗前比较，*$P<0.05$；与对照组比较，#$P<0.05$

3.2 两组临床疗效比较 两组临床疗效分布比较，差异有统计学意义（$P<0.05$），提示治疗组临床疗效优于对照组。见表2。

**表2 两组临床疗效比较**

| 组别 | $n$ | 痊愈/例 | 显效/例 | 有效/例 | 无效/例 | 平均秩次 | $Z$值 | $P$值 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 对照 | 20 | 0 | 10 | 8 | 2 | 17.48 | −2.274 | 0.023 |
| 治疗 | 21 | 1 | 16 | 4 | 0 | 24.70 | | |

## 4 讨论

《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014》[9]显示，中国40岁以上人群中有15%面临脑卒中高风险，发病率以9%的速度攀升，且呈明显年轻化趋势。同时缺血性脑卒中发病率明显高于出血性脑卒中，因此，对缺血性脑卒中病因、病机、诊断及治疗的研究是目前医学界关注的重点和热点问题。

缺血性脑卒中属中医“中风”范畴。中医认为本病是由于脏腑阴阳失调，气机逆乱所致，阳亢化风、风痰瘀血痹阻脉络已成为公认的发病病机[10]。脑卒中恢复期又因气血失调，血脉不畅，气虚则血瘀，而后遗经络诸证。根据中医理论，脑卒中的病位在脑之络脉，治疗应以“活血通络、祛瘀生新”为大法。又因气虚贯穿于脑卒中的全过程，故除活血化瘀、清除脑络瘀阻外，还应该补气行滞，使气旺血运、气行瘀除，瘀去而生新。故清代王清任所著《医林改错》中，着重论述了脑卒中气虚血瘀的病机特点，创立了“补阳还五汤”“通窍活血汤”等著名方剂，现代诸多学者通过研究发现，“补阳还五汤”治疗气虚血瘀型脑卒中疗效确切[11-13]。

督脉为阳脉之海，手足六阳经皆与督脉会于大椎，督脉在循行路线上通过主干及其分支与脑发生了直接或间接的联系，成为与脑联系最为广泛的经络，故通过灸刺督脉，可以直达病所，沟通脑、心、肾，以调节全身气血。《针灸资生经》载：“百会、大椎，治中风暴卒、小儿身强、角弓反张。”《针灸逢源》载：“百会、大椎，治中风入脏，皆危之证。”《灵枢·刺节真邪》载：“脉中之血，凝而留止，弗之火调，弗能取之。”《金匮要略》载：“干血去，则邪出正旺。”基于中风病“气虚血瘀”病机特点，临证治疗采用灸刺督脉以“祛瘀生新”。

课题组前期围绕灸刺督脉展开研究发现，艾灸百会、大椎刺络对缺血性脑卒中患者炎症细胞因子、Caspase-3、Caspase-9及骨髓间充质干细胞、成纤维细胞生长因子、血管内皮生长因子（vascular endothelial growth factor，VEGF）表达均有不同程度的干预作用，同时对大脑皮质生物电活动及局部脑血流有良性调节作用，能显著改善患者的神经功能缺损症状[14-17]。动物实验研究发现，艾灸百会、大椎刺络对大脑中动脉阻塞再灌注模型大鼠，血清VEGF、VEGFR-2表达，大脑皮质区CD34、CD133灰度值均有不同程度影响，提示该疗法对血管新生因子有良性调节作用，可促进梗死区域血管新生[18]。

艾灸疗法是以艾草点燃后熏灼相应的经络腧穴或者病变部位，以达到防治疾病的传统治疗方法，艾灸通过以温促通、以温促补、以温促泻的方式达到调节阴阳、补益气血的作用[19]。《灵枢·刺节真邪》载：“火气已通，血脉乃行”，充分说明了艾灸具有促进血液循环的作用。任秦有等[20]研究发现，正常成年人连续对百会进行艾灸5 d后，大脑后动脉血流速度明显增快，血管阻力指数显著降低，局部血流量明显增加。姚宝龙[21]研究发现，艾灸百会可通过改善缺血性脑卒中患者脑部血液流变学及血脂水平，从而改善患者神经功能缺损症状，临床疗效确切。由此可见，艾灸百会对改善脑部血液循环具有调节作用。

刺络疗法是一种通过三棱针对浅表络脉、特定腧穴进行针刺，放出适量血液，以治疗疾病的中医传统方法，该疗法在临床上应用广泛，具有操作简便、费用低廉、疗效显著的特点[22]。“菀陈则除之”的刺络治疗原则首见于《黄帝内经》，其中对于针刺的论述，一半均为描述刺络放血疗法[23]。当机体发生病变时，古人以刺络放血疗法祛除血脉中的瘀血以及各种阻滞经络的物质，以达“疏经活络，调和气血”之功[24]。在此理论基础上，经过历代医家的临床实践及理论探索，刺络放血疗法的治病机制和应用范围已大大丰富，现代学者贺普仁教授“贺氏三通法”之一的“强通法”，就是以三棱针针刺为主的刺络放血法，提出“以血行气”的观点[25]。

督脉通髓达脑，是阳气阴精入脑的途径，对气血具有调节作用。历代医家素有“病变在脑，首取督脉”之说，同时，百会穴为“百穴之巅”，取其艾灸，能温阳生新、升清复用，以起温阳升清之功；大椎穴为“诸阳之会”，取其刺络，可泻阳之亢、祛络之瘀，以起刺络祛瘀之效；两穴同为督脉要穴，二者合用，既可祛其血瘀之标，又能复其失用之本，以达祛瘀生新之效，虚实并调、标本兼治。

本研究结果显示，治疗组NIHSS及MRS评分差值与对照组比较，差异均有统计学意义（$P<0.05$），提示灸刺督脉治疗气虚血瘀型缺血性脑卒中临床疗效确切，优于常规针刺治疗，其具体机制可能是灸刺督脉疗法作用于脑窍，通其经脉，调其气血，

从而达到“活血通络、祛瘀生新”之目的，促进受损神经功能恢复，改善患者预后。灸刺督脉疗法临床疗效确切，值得纳入脑卒中后康复临床应用。

**参考文献：**

[1] 王丽萍，陈真，李梅，等.我国6省市脑卒中流行病学调查及危险因素分析[J].中国病案，2017，18(3)：97-100.
[2] 孙海欣，王文志.中国60万人群脑血管病流行病学抽样调查报告[J].中国现代神经疾病杂志，2018，18(2)：83-88.
[3] 中华医学会神经病学分会脑血管病组急性缺血性脑卒中诊断指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊疗指南2015[J].中国医学前沿杂志(电子版)，2015，2(4)：52.
[4] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报，1996，12(1)：55-56.
[5] 沈学勇.经络腧穴学[M].北京：中国中医药出版社，2016：8.
[6] 王富春，马铁明.刺法灸法学[M].北京：中国中医药出版社，2016：8.
[7] LYDEN P. Using the national institutes of health stroke scale: a cautionary tale[J]. Stroke, 2017, 48(2): 513-519.
[8] BRODERICK J P, ADEOYE O, ELM J. Evolution of the modified Rankin scale and its use in future stroke trials [J]. Stroke, 2017, 48(7): 2007-2012.
[9] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组缺血性脑卒中二级预防指南撰写组.中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014[J].中华神经科杂志，2015，48(4)：1-7.
[10] 王金宝，孟宇晴，马宏，等.中风病始发态气虚血瘀证临床特点的回顾性分析[J].中国中医基础医学杂志，2018，24(11)：1552-1553.
[11] 王素霞.补阳还五汤加味治疗气虚血瘀中风后遗症临床观察[J].北方药学，2018，15(12)：132-133.
[12] 白静.补阳还五汤治疗气虚血瘀型中风恢复期临床[J].内蒙古中医药，2018，37(4)：28-29.
[13] 韦殷，龙威力，凌建伟，等.补阳还五汤加味在缺血性脑中风(气虚血瘀型)康复治疗中的应用[J].内蒙古中医药，2018，37(3)：4-5.
[14] 王琳，曹奕，宋祖贤.针灸对缺血性脑卒中炎性细胞因子影响研究概况[J].实用中医药杂志，2016，32(4)：386-387.
[15] 郑婉群，曹奕.针灸通督法对缺血性脑卒中患者Caspase-3、Caspase-9水平影响的临床研究[J].浙江中医药大学学报，2014，38(9)：1106-1110.
[16] 王玉影，曹奕.针灸通督法对缺血性脑卒中患者BMSCs的影响[J].上海针灸杂志，2015，34(2)：101-104.
[17] 陈倩倩，曹奕.针灸通督法对缺血性脑卒中患者BFGF、VEGF的干预作用[J].中医药临床杂志，2014，26(5)：470-472.
[18] 王保国，马月，孔红兵，等.通督调神针灸法对局灶性脑缺血再灌注模型大鼠皮质区CD34、CD133及血清VEGFR-2表达的影响[J].安徽中医药大学学报，2017，36(6)：44-49.
[19] 张馨月，颜非，刘建宇，等.艾灸以温为治的中医理论探源[J].双足与保健，2018，27(18)：167-168.
[20] 任秦有，赵宁侠，郭瑞林，等.艾灸百会穴对大脑后动脉血流速度的影响[J].浙江中医学院学报，2004，28(3)：48-49.
[21] 姚宝龙.艾灸百会穴治疗缺血性中风的临床研究[J].现代中西医结合杂志，2014，23(13)：1369-1371，1374.
[22] 杨丽，袁秀丽.刺络放血疗法机理探讨及研究进展[J].亚太传统医药，2016，12(2)：67-69.
[23] 赵银龙.《黄帝内经》论刺络法[J].上海针灸杂志，2015，34(1)：75-76.
[24] 王永丽，李一，周爽.刺络放血治疗中风后遗症的研究进展[J].中国卫生标准管理，2017，8(14)：85-87.
[25] 贺普仁.贺普仁针灸传心录[M].北京：人民卫生出版社，2013：74.

**(收稿日期：2019-01-01；编辑：曹健)**

# Clinical Effect of Acupuncture and Moxibustion at the Governor Vessel in Treatment of Ischemic Stroke with Qi Deficiency and Blood Stasis

*WANG Bao-guo, CAO Yi, LI Qin, JIA Ze-kun, MA Yue, WANG Zhen-ya, CHEN Qian-qian*
(*The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei* 230061, *China*)

[**Abstract**] **Objective** To investigate the clinical effect of acupuncture and moxibustion at the governor vessel in the treatment of ischemic stroke with Qi deficiency and blood stasis. **Methods** A total of 41 patients with ischemic stroke with Qi deficiency and blood stasis were randomly divided into control group with 20 patients and treatment group with 21 patients. In addition to the management of underlying disease, the patients in the control group were given conventional acupuncture for stroke with Qi deficiency and blood stasis at the acupoints of the anterior and posterior oblique parietotemporal lines, Jiquan, Chize, Neiguan, Weizhong, Zusanli, Sanyinjiao, Qihai, and Xuehai, and those in the treatment group were given acupuncture

# 针刺联合首乌益智汤治疗脑卒中后认知功能障碍30例

丁义侠,张闻东

(安徽中医药大学第二附属医院,安徽 合肥 230061)

[摘要]**目的** 观察针刺联合首乌益智汤治疗脑卒中后认知功能障碍的疗效。**方法** 将60例脑卒中后认知功能障碍患者随机分为研究组和对照组,每组30例。两组在常规治疗的同时,对照组给予盐酸多奈哌齐,研究组患者给予针刺联合首乌益智汤治疗。治疗前后分别采用蒙特利尔认知评估量表(montreal cognitive assessment,MoCA)、修订Barthel指数(modified Barthel index,BI)、简易精神状态量表(mini-mental state examination,MMSE)对两组患者认知能力和日常生活活动能力进行评估。**结果** 治疗后两组患者MoCA、BI、MMSE评分均较治疗前显著升高($P<0.05$),研究组患者MoCA、BI、MMSE评分升高程度显著大于对照组($P<0.05$);研究组患者治疗后认知功能障碍的疗效显著优于对照组($P<0.05$)。**结论** 针刺联合首乌益智汤能够显著改善脑卒中后认知功能障碍患者的认知功能和日常生活活动能力。

[关键词]脑卒中;认知功能障碍;针刺;首乌益智汤

[中图分类号]R743.3 [DOI]10.3969/j.issn.2095-7246.2020.01.014

脑卒中后认知功能障碍(post-stroke cognitive impairment,PSCI)是脑卒中患者较为常见的并发症,其发病率仅次于偏瘫。本病的发生与脑卒中导致的脑神经、组织不同程度的缺血低氧相关,患者主要表现为不同程度的记忆功能、定向能力、注意力及视空间功能的障碍[1-2]。PSCI的严重程度多与脑卒中的严重程度、早期干预及临床诊疗效果、机体各项生理功能等多种因素相关,可分为非痴呆性认知障碍及痴呆两类[3]。PSCI的发生将会对脑卒中的康复产生较大的负面影响,延缓机体其他功能的恢复,同时对患者的生存质量、预后效果也将产生较大的负面影响。目前临床诊疗中针对PSCI的治疗手段较多,西医、中医及中西医结合在本病治疗中均有应用,主要有药物干预(中药、西药及中西医结合给药等)、认知功能训练、针灸、经皮颅神经磁电刺激等[4-6]。PSCI属中医学"郁证""健忘""痴呆"等范畴,本病的病机主要为髓脑空虚、清窍阻闭,临床主要治则为通络醒脑、活血益气、解郁化痰等[7-9]。安徽中医药大学第二附属医院近年来对部分PSCI患者开展了针刺联合首乌益智汤治疗,治疗效果较为满意,报道如下。

**作者简介**:丁义侠(1985-),女,硕士,主治医师

## 1 临床资料

### 1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 符合《血管性认知障碍诊治指南》[10]中拟定的血管性认知功能障碍(vascular-cognitive impairment,VCI)诊断标准,并经由颅脑CT、MRI确诊为血管源性。

1.1.2 中医诊断标准 符合《血管性痴呆诊断、辨证及疗效判定标准》[11]中相关中医证型的辨证诊断,以智力降低、健忘、言语功能退化、精神障碍、面

and moxibustion along the governor vessel (at the seven acupoints of Shuigou, Shenting, Baihui, Fengfu, Dazhui, Mingmen, and Yaoyangguan) in addition to the treatment in the control group, with moxibustion at Baihui, blood-letting puncture at Dazhui, and acupuncture at the other five acupoints. The course of treatment was 14 days for both groups. National Institute of Health stoke scale (NIHSS) and modified Rankin scale (MRS) were used to evaluate clinical outcome. **Results** Both groups had significant reductions in NIHSS and MRS scores after treatment ($P<0.05$), and the treatment group had significantly greater reductions than the control group ($P<0.05$). There was a significant difference in the distribution of clinical outcomes between the two groups ($P<0.05$). **Conclusion** Acupuncture and moxibustion at the governor vessel has a good clinical effect in the treatment of ischemic stroke with Qi deficiency and blood stasis, with a better clinical effect than conventional acupuncture.

[**Key words**]Ischemic stroke; Moxibustion; Blood-letting puncture; Governor vessel; Qi deficiency and blood stasis