

中药熏药疗法结合艾炷灸法治疗脑卒中患者上肢肌张力增高的临床疗效观察

戴奉德¹ 魏晓晶¹

脑卒中已成为一类致死率较高的脑血管疾病^[1]。在我国第三次死因调查中,脑卒中已跃居首位^[2]。而在康复恢复期中出现的肌张力增高,不仅阻碍康复进程的进行,对患者身心也会有巨大影响^[3]。有研究显示,近半数脑卒中偏瘫患者会出现肌张力增高的情况^[4]。我院康复医学科针对脑卒中患者肌张力增高,采用中药熏药疗法结合艾炷灸法进行治疗,取得了一定效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

60例伴有偏瘫侧肱二头肌肌张力增高的脑卒中后遗症患者均来自2016年9月—2018年9月就诊于我院康复医学科门诊及住院部的患者。采用随机数字表法进行分组。根据纳入的时间先后将所有患者按次序编号为1—60,并依次在随机数字表里挑选一对应数字。其中末位为零或偶数对应序号的患者分到对照组,末位为奇数对应序号的患者分到治疗组。随后把所有病例相对应的随机数字和分组情况装入密封信件里,依照受试者进入临床观察的先后,由治疗师对号拆封查看,分成治疗组30例与对照组30例。其中治疗组男性18例,女性12例;脑梗死17例,脑出血13例;平均年龄(59.1±6.96)岁;平均病程(54.9±12.83)天。对照组中男性20例,女性10例;脑梗死18例,脑出血12例;平均年龄(57.93±7.83)岁;平均病程(55.8±12.28)天。两组在以上各项均无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 病例标准

1.2.1 纳入标准:符合第四届全国脑血管病学术会议在1995年修订的脑卒中诊断标准,同时由CT/MRI确诊^[5];纳入观察的脑卒中患者均为第一次发病;偏瘫侧的肱二头肌肌张力增高(改良Ashworth分级>1级);年龄均为75周岁以下。

1.2.2 排除标准:患者生命体征不平稳;有严重的心、肝、肾功能不全;查体不配合或伴有认知障碍的;皮肤有破溃者。

1.2.3 伦理学说明:本次临床方案已提交本院伦理委员会进行研究设计及方案实施的跟踪审查。所有临床研究对象在

研究开始前均知晓此次研究的目的与性质,并在知情同意的情况下,签署有效的知情同意书。此外,所有研究对象的隐私将得到保护,对相关个人信息实行保密原则。

1.3 方法

1.3.1 治疗方法:两组患者均接受康复医学科常规宣教,配合药物及康复训练。前者包括改善循环、营养神经等传统药物治疗;后者包括局部肌肉牵张训练、作业疗法、卧床期间良姿位的摆放等。治疗时长12周,其中康复训练每周5天。

对照组:在以上基础上,配合自拟方配伍的中药熏药疗法。自拟方药物均由本院中药房提供(伸筋草30g、桑寄生30g、独活20g、红花20g、当归20g、桂枝20g、桑枝30g、威灵仙30g)。熏蒸仪采用的是河南华康宏力医疗器械有限公司生产的HKHL-XZ型中药熏蒸治疗机。中药由布袋包裹后浸泡2h,浸泡后放入煎药机进行煎煮,时间为30min,随后倒入熏蒸仪器内。熏蒸温度控制在(39±2)°C,以患者舒适为宜,每日1次,每次30min,每周治疗6d,治疗时长12周。每次治疗结束后观察患者局部皮肤有无烫伤,有无皮疹。

治疗组:在对照组的的治疗基础上,配合艾炷灸法治疗。艾炷灸材料选取的是启辰医疗器械有限公司生产的臻品艾炷。施灸穴位为手三里、合谷及外关。治疗时嘱患者选取舒适体位,将艾炷点燃后扣合在已粘贴至施灸穴位的灸筒中,治疗温度以患者感到舒适为宜,每穴1柱,每日1次,每周治疗6d,治疗时长12周。治疗师在治疗期间也需询问患者是否有不适症状。

1.3.2 观察方法:两组患者在治疗前、治疗4周、8周、12周后及治疗结束后12周后进行疗效评估。运用改良Ashworth痉挛量表评估患者肌肉痉挛情况,按照肌张力大小从低到高分0—4级^[6];运用Barthel指数量表评估患者日常生活活动能力^[7];运用Fugl-Meyer上肢运动功能评定量表评定运动功能^[8]。

1.4 统计学分析

运用数据SPSS17.0软件包进行数据分析。其中用均数±标准差表示计量资料,用两组独立样本资料的 t 检验法表

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2020.05.018

1 宁波市镇海龙赛医院康复医学科,浙江宁波,315200

第一作者简介:戴奉德,男,硕士,中医师; 收稿日期:2018-11-02

示显著性差异, $P < 0.05$ 表示差异有显著性意义。

2 结果

60 例研究对象均完成了治疗, 随访期间治疗组中的 1 位受试者因无法取得联系而被剔除, 即最终完成随访的病例为 59 例(治疗组 29 例及对照组 30 例)。表 1 示, 4 周、8 周、12 周后及随访期, 治疗组与对照组在 Ashworth 评分、Barthel 指数、Fugl-Meyer 上肢评分的指标改善上, 均达到明显的效果 ($P < 0.01$)。在这三项的组间对比中, 除外 12 周及随访期时两组在 Barthel 指数上的组间对比无显著性意义 ($P > 0.05$), 治疗组均占优 ($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后在 Ashworth 评分、Barthel 指数、Fugl-Meyer 上肢评分的疗效对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

	Ashworth 评分	Barthel 指数	Fugl-Meyer 上肢评分
治疗组(0周)	2.18±0.68	30.33±10.74	9.73±2.70
治疗组(4周)	0.87±0.54 ^{①②}	56.33±8.90 ^{①②}	29.33±4.89 ^{①②}
治疗组(8周)	0.82±0.50 ^{①②}	69.17±9.48 ^{①②}	39.10±4.29 ^{①②}
治疗组(12周)	0.30±0.47 ^{①②}	83.33±6.21 ^①	49.73±6.30 ^{①②}
治疗组(随访期)	0.23±0.43 ^{①②}	85.34±6.54 ^①	52.45±5.74 ^{①②}
对照组(0周)	2.20±0.65	35.17±11.41	9.53±3.28
对照组(4周)	1.28±0.54 ^①	47.50±10.23 ^①	24.07±5.00 ^①
对照组(8周)	1.12±0.47 ^①	63.50±10.52 ^①	33.20±4.94 ^①
对照组(12周)	0.62±0.61 ^①	81.67±6.21 ^①	46.10±6.10 ^①
对照组(随访期)	0.53±0.60 ^①	83.83±6.39 ^①	48.63±5.95 ^①

相同时间点两组间比较: ① $P < 0.01$; ② $P < 0.05$

3 讨论

一般认为, 肌张力的存在是维持人体正常姿势及运动发起的重要保证, 其形式多样, 包括静止性肌张力、运动性肌张力、姿势性肌张力等。但肌张力增高的现象会对脑卒中患者的日常生活自理与活动造成严重影响。如今对肌张力增高的发生原理, 多数学者认为与软组织内在特性的改变及主导反射发生的神经机制有关联^[9]。文献中提到脑卒中肌张力增高现象遵循 Brunnstrom 的六阶段理论^[10], 在脑卒中急性期时, 由于运动系统丧失控制, 原本被抑制的中枢运动被释放, 进入软瘫期, 之后出现肌群与肌群间的协调错乱, 出现关节运动的异常, 最终导致肌张力的增高。祖国医学里, 脑卒中的肌张力增高符合中医“痉证”的描述。早在古代, 就已有相关论述。如明朝张介宾曾在《景岳全书》中提到: “其病在筋脉, 筋脉拘急, 所以反张, 其病在血液, 血液枯燥, 所以痉挛”, 也有医家将“痉证”病因病机归纳为“经脉失养、经脉不通”, 这都是对脑卒中患者肢体痉挛现象的描述。

现代医学对于肌张力增高的治疗主要分为康复治疗及药物干预。在康复治疗中, 治疗师施加的手法作用不言而喻, 适当强度的手法治疗可以缓解局部痉挛的状态, 对后期的康复影响重大^[11]。此外, 神经阻滞疗法、电刺激疗法等在

临床上也较为常见^[12], 但治疗效果常存在较大个体差异且有病情反复。如电刺激疗法, 可提高颅脑初级感觉区与部分运动区的皮质兴奋度^[13], 然而其对不同程度或类型的肌张力增高疗效截然不同, 其有效程度也未得到充分证明^[14]。药物治疗主要为乙哌立松、巴氯芬等解痉药物^[15]。以巴氯芬为例, 通过抑制相关神经递质的释放, 降低突触兴奋性, 从而改善痉挛的症状^[16]。曾有研究表明, 对残存肌力情况较好的患者, 口服巴氯芬对肢体活动控制能力的改善效果可观^[17], 但此类解痉药物临床使用时需遵从个体差异, 一部分患者甚至会出现胃肠道不适、嗜睡等症状, 长期服用情况下少数患者亦有肝肾功能不同程度的损害。有学者甚至在研究中发现, 巴氯芬类药物的使用可能影响卒中患者认知功能的恢复^[18]。

中药熏药治疗是中医里传统的外治方法。熏蒸时, 中药材中的有效成分被浓缩, 经过皮肤被人体吸收, 有活血通络、增强免疫、作用直接等诸多优点。越来越多的学者尝试运用中药熏药法治疗脑卒中后的肢体功能障碍。冯森坚等^[19]在中药熏蒸配合减重步行训练的方法观察脑卒中患者神经及运动功能的临床观察中, 运用了桃红四物汤为主方的熏药药方, 疗效明显。孙芳芳等^[20]提及祛风化痰通络之法治疗脑梗死后患者肌张力增高的状况, 选用了天麻钩藤饮加减应用到中药熏药之中, 临床治疗可靠安全。故笔者在此次熏药自拟方中, 尝试将活血通经及祛风通络之法相结合。方中伸筋草、桑寄生、独活、桑枝、威灵仙五药相合, 具有祛风湿、通经络之功, 配伍红花、当归活血通经止痛之效, 最后加桂枝以温通经脉, 八药一同奏祛风除湿、舒筋活络、活血止痛之用, 药物的作用配合熏药时的温热效应, 契合中医对于“肌痉挛”治疗的治则与治法。

艾炷灸法是应用艾火刺激局部特定穴位施治的方法, 根本的目的在于治病防病, 与中药熏药疗法的作用存在诸多相似之处, 如局部的药理作用、温通经络、副作用少等。《本草从新》提到艾的作用: “通十二经, 走三阴, 理气血, 逐寒湿。”傅壬桃^[21]在脑卒中痉挛康复的穴位选择中选取了中腕、关元、天枢及水道, 上述穴位施灸具有温阳健脾、益气通脉之效, 以达到伸筋通络的目的。也有采用阳陵泉、悬钟等足少阳胆经诸穴施术缓解卒中后肌痉挛的研究, 临床效果明显^[22]。笔者在此次艾灸治疗中, 施灸穴位选取手三里、合谷及外关。手三里与“合”穴定位接近, 隶属手阳明大肠经, 临床多用于手足麻木诸症^[23]。手三里的穴位刺激在“经筋病”的治疗中有明显功效^[24]。从解剖学角度来看, 手三里深面有桡神经走行, 并位于桡侧腕伸肌与指伸肌处, 选择拮抗肌穴位施灸, 同时可抑制痉挛肌, 从而达到阴阳协调^[25]。合谷为大肠经原穴^[8], 多认为有宣通气血之功^[26], 是治疗上肢疼痛及偏瘫的要穴^[27]。外关作为手少阳三焦经腧穴, 具有联络气血之效, 在运动关节类疾病中已广泛应用。

本次临床疗效观察表明,无论从短期或长期疗效来看,以自拟方配伍的中药熏药治疗结合艾炷灸法在肌痉挛的缓解及上肢运动功能方面的改善较对照组更明显,也就是说,两种治疗方法的结合,在降低肌张力及提高肢体活动功能上的效果更好。而在 Barthel 指数的改善方面,鉴于日常生活活动能力不仅体现于上肢肢体的活动功能,其评估更涵盖了二便能力、下肢活动功能、重心转移能力等其他多个方面,虽治疗组在短期治疗上效果更明显,但两组在改善日常生活活动能力的远期疗效方面差异不大。因此,中药熏药治疗与艾炷灸法在改善脑卒中患者上肢肌张力增高上,疗效显著且安全可靠,对于患者远期日常生活活动能力改善的选择上,也是值得临床借鉴的。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 张薇,范宇威,高静,等.脑卒中流行病学调查相关文献复习[J].中国临床神经科学,2014,22(6):699—703.
- [3] 陈自光,赵睿,童玲艳,等.中西医联合康复治疗对急性期脑卒中并发抑郁患者的治疗效果研究[J].国际精神病学杂志,2015,42(1):44—45.
- [4] Barker RN, Brauer S, Carson R. Training-induced changes in the pattern of triceps to biceps activation during reaching tasks after chronic and severe stroke[J]. Exp Brain Res, 2009, 196(4):483—496.
- [5] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(12): 379.
- [6] 刘宏玲,涂林芬,何彧砚,等.任督二脉穴位埋线治疗脑卒中后肌张力增高临床研究[J].实用中医学杂志,2014,30(5):438—440.
- [7] 南登崑,黄晓琳.实用康复医学[M].北京:人民卫生出版社,2009:227.
- [8] 中华人民共和国卫生部医政司主编.中国康复医学诊疗规范[M].北京:华夏出版社,1999:220—231.
- [9] 朱华林.平衡针刺法结合中药熏蒸治疗脑卒中后痉挛性瘫痪疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(22):2491.
- [10] Pinedo S. Complications in the hemiplegic patient in the first year after the stroke[J]. Revista de Neurologia, 2011, 32(3):206—209.
- [11] Sahin N, Ugurlu H, Albayrak I. The efficacy of electrical stimulation in reducing the post-stroke spasticity: a randomized controlled study[J]. Disabil Rehabil, 2012, (34):151—156.
- [12] 关兴荣,姜迎萍.脑卒中后肌张力增高的康复治疗进展[J].新疆中医药,2017,35(5):131.
- [13] 胡佳,冉军,马凤豪,等.感觉电刺激对慢性期脑卒中患者上肢运动及感觉功能的影响[J].中国康复医学杂志,2018,33(2):188.
- [14] 李嘉明,李楠,王景,等.脑深部电刺激术治疗药物难治性原发性全身型肌张力障碍的远期疗效[J].中华神经外科杂志,2017,33(12):1248.
- [15] Herre WH, Jan PH, Rienk D, et al. Improved gait performance in a patient with hereditary spastic paraplegia after a continuous intrathecal baclofen test infusion and subsequent pump implantation: a case report[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2015, 9(6):1166—1169.
- [16] Elovic E. Principles of pharmaceutical management of spastic hypertonia[J]. Phys Med Rehabil Clin N Am (S1671-9526), 2001, 12:793—816.
- [17] Schiess MC, Acosta F, Izor R, et al. Functional motor control improvement after intrathecal baclofen pump therapy in stroke related spastic hemiplegia[J]. Neural Repair, 2006, 66(5 Suppl 2).
- [18] Goldstein LB. Potential effects of common drugs on stroke recovery[J]. Arch Neurol, 1998, 55:454—456.
- [19] 冯森坚,刘玉峰,孟杰,等.中药熏蒸结合减重步行训练对脑卒中病人的康复治疗观察[J].广州医药,2007,38(2):70—72.
- [20] 孙芳芳,蔡蔚.中药熏蒸结合针灸治疗脑梗死后肌张力增高的临床观察[J].中国中医急症,2017,26(8):1433—1435.
- [21] 傅壬桃.艾灸联合康复训练治疗卒中后上肢肌张力增高的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2015,(10):67—68.
- [22] 霍新慧,赵百孝,周钰,等.艾灸配合康复治疗对中风后下肢痉挛状态的影响[J].上海针灸杂志,2014,33(2):105—107.
- [23] 马素兰,冯玲媚.温针灸合谷、足三里治疗中风偏瘫疗效观察[J].辽宁中医杂志,2007,34(11):1627—1628.
- [24] 吴立红,周潇,沈良册,等.低频脉冲电穴位刺激结合抗痉挛康复运动训练对脑卒中后上肢肌痉挛的影响[J].中国康复医学杂志,2009,24(10):948—949.
- [25] 霍新慧.艾灸结合康复训练对卒中后偏瘫痉挛状态的临床研究[D].北京:北京中医药大学,2014:94.
- [26] 乔晓迪,柳奇奇,刘竹青.合谷穴治疗作用研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(3):248.
- [27] 赵义,王苇,周龙江,等.针刺健康志愿者合谷和外关的脑功能磁共振成像初步研究[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(5):358.