

四味宁舒散外敷治疗脑卒中后肌张力增高 30 例

● 孙 静 张龙生[▲] 汪歆宁 时 磊 董宝杰 范庆菁 齐宝云 陈玉娇

摘 要 目的:观察四味宁舒散外敷治疗脑卒中后肌张力增高的临床疗效。方法:将 60 名符合入组条件患者随机分至巴氯芬治疗组及四味宁舒散外敷治疗组,分别在治疗前及治疗第 7 天、第 14 天、第 21 天及第 30 天采用改良 Ashworth 痉挛量表评估患者患肢肌张力增高改善情况、采用 Fugl - Meyer 法测定肢体的运动功能、采用 Barthel 法评定患者日常生活活动能力。结果:四味宁舒散外敷治疗及口服巴氯芬治疗组均可不同程度改善 Ashworth 评分,同时可逐步改善患者 Fugl - Meyer 法评分及 Barthel 评分。结论:四味宁舒散外敷可有效改善卒中后肌张力增高。

关键词 四味宁舒散 外敷 卒中后肌张力增高

肌张力是维持身体各种姿势以及正常运动的基础,是保证人体正常活动的重要条件。临床部分脑卒中患者出现患肢肌张力增高,导致异常运动模式和(或)关节的僵硬畸形等,最后甚至形成挛缩,给患者肢体康复造成极大困难。笔者偶得阅览清代黄元御《四圣心源》,书中描述中风后肢体痉挛,对痉挛的左右肢体,应用不同的四味中药研末后热熨,可达到患肢舒展的效果。我科将其命名为“四味宁舒散”。经过临床应用,取得了一定疗效,现报道如下。

1 临床资料和方法

1.1 纳入标准 年龄 18 ~ 80 岁的男性或女性,符合第四届全国脑血管病学术会议通过的诊断标准^[1],并经头颅 CT 或头颅 MRI 确诊。临床表现为一侧上下肢瘫痪,呈痉挛性,肌张力增高,改良的 Ashworth 评定瘫痪肢体肌张力 \geq II 级,腱反射亢进,引出或引不出病理反射。近期末服用过中西镇静药及肌肉松弛药。志愿参加本研究并签署同意

书者。

1.2 排除标准 合并恶性肿瘤、梅毒性神经病、嗜酒、吸毒或滥用精神性药物者;严重神经功能缺损,如失语、视听障碍,不能配合检查和治疗者;中度痴呆患者;影响运动、感觉及认知的疾病,如严重糖尿病周围神经并发症、Alzheimer 病、各种肌病、关节病等;短暂性脑缺血发作、可逆性缺血性神经功能缺失、蛛网膜下腔出血者。

1.3 一般资料 选择符合上述标准,并于 2011 年 8 月至 2013 年 5 月在我科住院的脑卒中患者共 60 例,包括脑梗死 34 例,脑出血 26 例,其生命体征平稳。将患者按随机数字表法分为巴氯芬治疗组(对照组)及四味宁舒散外敷组(治疗组),每组各 30 例。两组资料经统计学处理,在性别、年龄、病种及偏瘫分布等方面无统计学差异($P > 0.05$),组间具有可比性,见表 1。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 采用巴氯芬片(卫达化学制药,批号:339106,10mg/片)口服治疗。第 1 ~ 3 天,每次 5mg,每日 3 次,早中晚餐后半小时服用;第 4 天以后,每次 10mg,每日 3 次,早中晚餐后半小时服用。

▲通讯作者 张龙生,男,主任医师。研究方向:脑血管病的中西医结合诊疗、抑郁失眠等身心疾病的中医治疗。E-mail:zhanglos@163.com

• 作者单位 北京中医药大学东直门医院(101100)

表1 两组患者一般情况比较

组别	性别[n(%)]		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 天)	病种[n(%)]		偏瘫侧(上下肢)[n(%)]	
	男	女			脑出血	脑梗死	左	右
治疗组 (30例)	15(50%)	15(50%)	59.2 ± 6.31	32.55 ± 23.36	12(40%)	18(60%)	13(43.33%)	17(56.67%)
对照组 (30例)	16(53.33%)	14(46.67%)	60.1 ± 6.27	34.19 ± 24.77	14(46.67%)	16(53.33%)	14(46.67%)	6(53.33%)

1.4.2 治疗组 采用四味宁舒散外敷治疗。对左侧偏瘫者处以:首乌 100g,茯苓 100g,桂枝 100g,附子 100g。右侧偏瘫者处以:黄芪 100g,茯苓 100g,生姜 100g,附子 100g。偏瘫侧上肢选择肩、肘、腕关节,偏瘫侧下肢选择髋、膝、踝关节,每个痉挛关节使用一组药物。具体操作方法:首先将上药研成粉末混匀,装入统一制作的白布药袋中,药袋长 30cm,宽 20cm,每个药袋一剂药量。使用前用将中药连同布袋一同放入微波炉中,中高火加热 3 分钟,然后包绕或覆盖患侧关节进行热敷。要求白布药袋直接接触皮肤,每日 1 次,每次 30 分钟,以患者能耐受的最长时间为准,定时翻转药袋。布袋可重复使用,中药粉末每周更换 1 次。以上操作由经过培训的护士进行,同时对家属做二次培训。操作过程中注意观察热敷皮肤的局部状况,询问患者有无不适反应。

1.5 观察指标 病例于治疗前及治疗第 7 天、第 14 天、第 21 天及第 30 天分别采用改良 Ashworth 痉挛量表(MAS)^[2]分别测定上、下肢痉挛程度,采用 Fugl -

Meyer^[3]运动功能评分法测定肢体的运动功能,采用 Barthel 评分法^[4]测定患者日常生活活动能力。所有评定由 2 名经过评定培训的医生独立进行,评定人员不参与临床治疗。

1.6 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行统计处理,结果用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用配对 *t* 检验进行组间检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 改良 Ashworth 评分比较情况 治疗组的 Ashworth 评分从 3 周开始逐渐降低,其中第 21 天与治疗前比较具有显著性意义($P < 0.05$),第 30 天与治疗前比较差异具有非常显著性意义($P < 0.01$);而对照组从 2 周开始即逐步降低,第 14、21、30 天与治疗前相比差异均具有非常显著性意义($P < 0.01$)。两组组间比较,除治疗组(下肢)在第 7、21 天差异具有统计学意义外,其它时间点差异均无显著性意义($P > 0.05$)。见表 2。

表2 改良 Ashworth 评分比较情况($\bar{x} \pm s$)

	治疗时间				
	治疗前	第 7 天	第 14 天	第 21 天	第 30 天
治疗组(上肢)	3.29 ± 1.07	3.21 ± 1.79	3.14 ± 1.45	3.00 ± 1.93 ⁴⁾	2.33 ± 1.54 ³⁾
对照组(上肢)	3.42 ± 1.00	3.32 ± 1.31	3.13 ± 1.91 ³⁾	2.90 ± 1.33 ³⁾	2.36 ± 1.52 ³⁾
治疗组(下肢)	3.16 ± 1.09	3.01 ± 1.14 ²⁾	2.90 ± 1.10	2.56 ± 1.74 ¹⁾³⁾	2.17 ± 1.94 ³⁾
对照组(下肢)	3.27 ± 1.43	3.31 ± 1.97	2.97 ± 1.03 ³⁾	2.80 ± 1.61 ³⁾	2.02 ± 1.96 ³⁾

注:与对照组比较,¹⁾ $P < 0.01$,²⁾ $P < 0.05$;与该组治疗前比较,³⁾ $P < 0.01$,⁴⁾ $P < 0.05$

2.3 Fugl - Meyer 评分比较情况 治疗组(上肢)的 Fugl - Meyer 评分从 2 周开始逐渐提高,第 14、21、30 天与治疗前比较差异均具有非常显著性意义($P < 0.01$);治疗组(下肢)的 Fugl - Meyer 评分从 3 周开始逐渐提高,其中第 21 天与治疗前比较差异具有显著性意义($P < 0.05$),第 30 天与治疗前比较差异具有

非常显著性意义($P < 0.01$);对照组从 3 周开始逐渐提高,第 21、30 天与治疗前比较差异均具有非常显著性意义($P < 0.01$)。两组组间比较,治疗组(上肢)在第 14 天、治疗组(下肢)在第 21 天及第 30 天均优于对照组,差异具有显著性意义($P < 0.05$);其它时间点差异均无显著性意义($P > 0.05$)。见表 3。

表3 Fugl-Meyer 评分比较情况($\bar{x} \pm s$)

	治疗时间				
	治疗前	第7天	第14天	第21天	第30天
治疗组(上肢)	31.02 ± 1.30	35.76 ± 1.92	46.47 ± 1.43 ¹⁾²⁾	52.77 ± 1.45 ²⁾	66.03 ± 1.28 ²⁾
对照组(上肢)	32.07 ± 1.17	35.91 ± 1.23	38.69 ± 1.28	53.57 ± 1.34 ²⁾	68.76 ± 1.92 ²⁾
治疗组(下肢)	32.20 ± 1.26	38.92 ± 1.57	42.18 ± 1.00	53.76 ± 1.28 ¹⁾³⁾	65.65 ± 1.54 ¹⁾²⁾
对照组(下肢)	31.27 ± 1.95	38.41 ± 1.57	43.02 ± 1.81	50.26 ± 1.21 ²⁾	61.95 ± 1.19 ²⁾

注:与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$;与该组治疗前比较,²⁾ $P < 0.01$,³⁾ $P < 0.05$

2.4 Barhtel 评分比较情况 两组的 Barhtel 评分均从2周开始逐步提高,其中第14天与治疗前比较差异具有显著性意义($P < 0.05$),第21、30天与治疗前比较差异具有非常显著性意义($P < 0.01$)。两组组间

比较,治疗组在第7、21天同对照组比较差异具有显著性意义($P < 0.05$),第14天同对照组比较差异具有非常显著性意义($P < 0.01$)。见表4。

表4 Barhtel 评分比较情况($\bar{x} \pm s$)

	治疗时间				
	治疗前	第7天	第14天	第21天	第30天
治疗组	34.77 ± 1.43	39.84 ± 1.92 ²⁾	45.65 ± 1.13 ¹⁾⁴⁾	61.63 ± 1.51 ²⁾³⁾	76.91 ± 1.13 ³⁾
对照组	36.56 ± 1.21	42.39 ± 1.17	50.89 ± 1.41 ⁴⁾	64.62 ± 1.93 ³⁾	77.26 ± 1.32 ³⁾

注:与对照组比较,¹⁾ $P < 0.01$,²⁾ $P < 0.05$;与该组治疗前比较,³⁾ $P < 0.01$,⁴⁾ $P < 0.05$

3 讨论

脑卒中后患肢肌张力增高是脑卒中后常见的并发症,如果控制不佳,最后可能形成挛缩,给进一步康复造成极大困难^[5]。对脑卒中后患肢肌张力增高,目前临床常用的骨骼肌松弛剂主要有巴氯芬片等。巴氯芬能有效降低肌张力^[6],但该药在使用上主要存在剂量调整不易准确控制及多系统不良反应等问题。本研究选用中药外敷治疗卒中后肌张力增高,且取得了一定的临床疗效,其临床可操作性高,具有进一步研究推广价值。

四味宁舒散出自清代黄元御《四圣心源·中风根源》。黄氏认为:“风袭于表,郁其肝木,木郁生风,耗伤津血,故病挛缩。”^[7]中风患者大多年老,虽未病,但正气衰减,内郁不断加重,病后则内虚重,故而一身郁结不除。人体是一个有机的整体,内脏之气与经络肢节之气相通,则肢体活动自如,脏气虚,肢节瘀滞重,内外之气不相交通,故而肢体痿废不用。治疗的关键,在于扶助内脏,疏通外部,恢复内外之气的沟通循行。应用熨法,使药之气味,通过肌肤腠理吸收,经三焦输布,外达肢节,内传脏腑,肢节通,则内脏之气可以达肢节,可以更好的调控肢节。

通过熨法治疗,可以给脏气外达创造条件,也有助于脏气恢复。因此,熨法,不是单纯的外治法,是治外以通内外,标本兼治之法。就可行性而言,熨法简便易行,可操作性强,无明显的副作用,病人易于接受,容易推广。通过本临床对照观察,患者肢体拘挛的症状能逐步改善。

另外黄氏认为:“中风之证,因于土湿,土湿之故,原与水寒。”“土湿则肾水必寒,……脾肾寒湿者之多,总宜温燥水土,以达肝木之郁。”故两方中均有附子、茯苓。附子药性大热,归脾、肾、心经,故能温肾祛除肾水之寒;茯苓入脾、肾经,健脾利湿,用以建中焦,利水湿。“肝藏血而左升,肺藏气而右降,气分偏虚,则病于右,血分偏虚则病于左,随其所虚而病枯槁,故曰偏枯”。作者理解左半偏枯,为血虚、血枯;故左半身痉挛者加用首乌、桂枝补血行血。右半偏枯,为气虚、气滞;故右半身痉挛者加用黄芪、生姜益气行气。

本研究应用巴氯芬作为对照,发现四味宁舒散外敷治疗组和口服巴氯芬组随治疗时间的延长均可有效降低其 Ashworth 评分,并可逐步提高 Barthel 评分及 Fugl-Meyer 评分,二组多于治疗2周左右逐步

(下转第54页)

2.2 两组治疗前后症状积分比较 对两组治疗后症状积分进行比较,差异有显著性意义($P < 0.05$);对两组治疗前后症状积分差值进行比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组治疗前后症状积分改善情况比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	治疗前积分	治疗后积分	治疗前后积分差值
治疗组	60	24.72 ± 0.38	5.83 ± 0.67*	18.88 ± 0.80*
对照组	60	24.02 ± 0.44	7.83 ± 0.81	16.42 ± 0.83

注:与对照组比较, * $P < 0.05$

3 讨论

偏头痛中医又称“偏头风”,多因患者情志不遂、肝失条达,肝气郁结,气滞血瘀,加之外感风邪,头窍经络阻滞不通,“不通则痛”而发病。可见本病的病机主要为气滞血瘀、经络阻滞不通。气血是人体生命活动的物质基础,必须依赖经络的灌注才能运行气血、输布周身,以温养濡润全身脏腑,维持机体的正常功能。正如《黄帝内经》所强调“人之所有者,惟血与气耳”。“血气不和,百病变化而生”,“疏其气血,令其(气血)调达而致和平。”清代名医王清任曾言:“气通血活,何患不除?”说明行气活血在瘀血病证的治疗中有重要的意义。

王清任在《医林改错》中指出:“立通窍活血汤治头面四肢、周身血管血瘀之症。”可见通窍活血汤

为治疗头面血瘀痛证之首方。吴幼卿教授根据《医林改错》通窍活血汤方,结合自己数十年的临床经验,总结创立化瘀通窍汤,本方以桃仁、红花、川芎、赤芍活血化瘀,葛根解肌通络,钩藤镇静安神,白芷代替麝香,祛风除湿,为治头痛之要药,生姜、葱白、黄酒温经通络,大枣缓和药性,扶助正气,共奏活血化瘀、通窍止痛之作用。通过与口服盐酸氟桂利嗪胶囊相比,“化瘀通窍汤”治疗血瘀型偏头痛在治愈率、显效率均优于对照组,并在改善患者头痛症状方面,尤其对头痛发作次数、持续时间、分级程度等方面的改善优势明显,且避免了口服西药可能带来的副作用,有必要在临床推广使用,并进一步观察其远期疗效。

参考文献

[1] 方积乾. 医学统计学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:540.
 [2] 李舜伟,李焰生,刘若卓,等. 中国偏头痛诊断治疗指南[J]. 中国疼痛医学杂志,2011,02:65-86.
 [3] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南中医病证部分[S]. 北京:中国中医药出版社,2003:126-128.
 [4] 郝双林. 临床疼痛的测定方法及其评价[J]. 国外医学麻醉学与复苏分册,1993,14(4):228-230.
 [5] 国家中医药管理局全国脑病急症协作组. 头风诊断与疗效评定标准[S]. 北京中医药大学学报,1993,16(3):69.
 [6] Huskisson bc, Jone, Scottpj. Application of visual analogue scales to the measurement of functional capacity[J]. Rheumatology and Rehabilitation,1976,15:185.

(上接第45页)

显效。因此得出结论:应用四味宁舒散局部热敷,可缓解脑卒中后患肢肌张力增高,同时具有操作便捷、安全无毒副作用的优点。

参考文献

[1] 中华医学会第四届全国脑血管病学术会议. 各项脑血管病诊断要点(1995)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):376-381.
 [2] 郭铁成,卫小梅,陈小红. 改良 Ashworth 量表用于痉挛评定的信度研究[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(10):906-909.
 [3] 毕胜,纪树荣,顾越,等. Fugl-Meyer 上肢运动功能评分与上肢运动功能状态评分的响应性研究[J]. 中国康复医学杂志,2006,21

(2):118-119.
 [4] 张世洪,吴波,谈頌. 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):871-873.
 [5] Bakheit AM, Fheodoroff K, Molteni F. Spasticity or reversible muscle hypertonia. Rehabil Med. 2011,43(6):556-557.
 [6] 李东,刘伟,汪家琮. 巴氯芬治疗脊髓损伤后肌痉挛疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2011,(1):39-40.
 [7] 清·黄元御著. 孙洽熙校注. 四圣心源[M]. 北京:中国中医药出版社,2009,111-114.