

· 临床研究 ·

中药熏蒸疗法联合康复训练治疗中风后 痉挛性瘫痪临床观察

杨 慧 姜欣然 李亚楠

摘要 目的:探究中药熏蒸疗法联合康复训练对中风后痉挛性瘫痪患者肢体肌张力、运动功能及神经功能的影响。**方法:**选取 109 例中风后痉挛性瘫痪患者作为研究对象,采用随机数字表法分成两组,均接受基础治疗,对照组 54 例给予单纯康复训练,观察组 55 例增加中药熏蒸疗法,对比两组患者肢体肌张力、运动功能、神经功能、日常生活活动能力的变化情况。**结果:**治疗后,两组患者的改良版 Ashworth 评分法(MAS)评分、表面肌电图测均方根值(RMS)数值、神经功能缺损(NIHSS)评分较治疗前明显降低($P < 0.05$),简式 Fugl-Meyer 运动量表(FMA)评分、Berg 平衡量表(BBS)评分、日常生活活动力量表(ADL)评分较治疗前明显升高($P < 0.05$),且观察组较对照组改善更明显($P < 0.05$)。**结论:**中药熏蒸疗法联合康复训练治疗中风后痉挛性偏瘫患者,能够改善患者肌张力异常,提高神经功能及运动功能。

关键词 中风;痉挛性瘫痪;中药熏蒸疗法;肌张力;运动功能;神经功能

痉挛性瘫痪属于神经系统退行性病变,多见于中风(脑卒中)患者,痉挛的出现对中风患者运动功能的恢复造成了严重影响^[1-2]。现代医学多采用解痉、肌松类药物配合康复疗法,虽能在一定程度上缓解患者的肢体运动功能障碍,但临床不良反应较大,且作用不确定^[3]。中风后痉挛性瘫痪归属于中医学“痉证”“筋痹”等范畴,乃由脏腑阴阳失调、脉络瘀滞和筋脉失养所致^[4]。针对该类患者给予中药治疗,不良反应较少,增加了患者治疗依从性,然而,考虑到本病病位为四肢经筋,其位置表浅,若单纯中药口服恐药力难以速达,遂笔者采用中药熏蒸疗法,以促进药物的扩散和吸收,发挥中药益气活血,柔筋通络之效,以缓解关节紧张痉挛。本研究旨在探究中药熏蒸疗法联合康复治疗治疗中风后痉挛性瘫痪的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取开封市中医院脑病科 2019 年 6 月—2021 年 5 月 109 例中风后痉挛性瘫痪患者作为研究对象,采用随机数字表法分成两组。对照组 54 例,其中男 30 例,女 24 例;年龄 44~69 岁,平均年龄(58.76±8.37)岁;痉挛性瘫痪病程 14~60 d,平均病程

(32.35±9.73) d;美国国立卫生研究院脑卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)评分 15~20 分,平均得分(16.56±1.53)分。观察组 55 例,男 32 例,女 23 例;年龄 45~68 岁,平均年龄(57.32±7.14)岁;痉挛性瘫痪病程 14~58 d,平均病程(31.87±9.53) d; NIHSS 评分 15~20 分,平均得分(16.74±1.71)分。两组基线资料比较无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国脑血管病防治指南》^[5]制定中风后痉挛性瘫痪的诊断标准:偏侧肢体瘫痪,呈痉挛性,关节僵硬或者屈曲困难;肌张力增高并且腱反射亢进,病理反射引出或不引出;经头颅 MRI 或 CT 检查确诊为中风后痉挛性瘫痪。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医诊断学》^[6]拟定。主症:半身不遂,言语謇涩或不语,感觉消失或减退;次症:痰多而黏,头晕目眩,舌歪,色暗淡,苔白膩或薄白,脉弦滑。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②临床资料完整;③患者病情稳定,生命体征平稳,意识清楚;④ NIHSS 评分 15~20 分;⑤改良后 Ashworth 评级 1 级及以上;⑥患者或家属均签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①经影像学检查确诊为脑外伤、短

· 作者单位 河南省开封市中医院脑病科(河南 开封 475000)

暂性脑缺血发作者;②脑卒中复发者;③发病前有运动障碍者;④合并严重脏腑疾病者;⑤患者皮肤存在破损、溃疡等情况而不适宜熏蒸者。

1.5 治疗方法 所有患者均给予基础治疗,包括控制血压、血糖、血脂,抗凝血,促进脑循环等。

1.5.1 对照组 给予单纯康复训练,主要包括站立训练、桥式运动、跪位训练、立位平衡训练、挤压牵拉关节等,1次/d,30 min/次,训练强度遵循由弱到强的原则。

1.5.2 观察组 在对照组基础上增加中药熏蒸疗法,处方如下:黄芪50 g,葛根30 g,白芍30 g,伸筋草30 g,桂枝20 g,透骨草20 g,木瓜20 g,川芎20 g,丹参20 g,红花20 g,甘草20 g。将上述药物置于煎药机,加水约2000 mL浸泡40 min,武火煎沸后文火煎大约20 min,遂停止加热。将上述水煎剂放入智能熏蒸仪(黄石市雄卿医疗器械有限公司,型号:XQZX-2YTB型)的储药槽,平躺式全身熏蒸,调节温度为100 °C,30 min/次,1次/d。注意事项:①熏蒸前严格评估患者皮肤情况,观察有无破损、溃疡,患者应适量饮水,熏蒸时不宜空腹;②熏蒸时间不宜超过40 min,以免引起患者疲劳;③熏蒸后,嘱患者静卧30 min。

1个疗程为1个月,所有患者均治疗2个疗程。

1.6 观察指标 各项指标均于治疗前和治疗2个月后进行观察。

1.6.1 肢体肌张力 采用改良版Ashworth评分法(Modified Ashworth scale, MAS)及表面肌电图测均方根值(Root mean square, RMS)评估患者肢体肌张力。MAS评分:分为0~5级,分别记为0~5分,分值越高则肌张力越高。表面肌电图:采用肌电图诱发电位仪(珠海市迈康科技有限公司,型号:M-800A)进行检测,下肢采用腓肠肌,上肢采用肱二头肌。

1.6.2 运动功能 采用简式Fugl-Meyer运动量表(Fugl-Meyer Assessment Scale, FMA)及Berg平衡量表(Berg Balance Scale, BBS)评估患者运动功能。FMA评分:总分100分,分值越高则运动功能越好。BBS评分:总分56分,分值越高则运动功能越好。

1.6.3 神经功能 采用美国国立卫生研究院脑卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)评估患者神经功能,总分0~42分,评分越高,提示神经功能越差。

1.6.4 日常生活活动能力 采用日常生活活动能力量表(Activity of Daily Living Scale, ADL)评分:总分100分,分值越高,提示生活自理能力越强。

1.7 统计学工具 通过SPSS 26.0软件进行数据分析,计数资料用%表示,数据分析采用 χ^2 检验;计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,数据分析采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肢体肌张力比较 与同组治疗前相比,两组治疗后MAS评分、RMS数值均显著降低($P < 0.05$);与对照组治疗后相比,观察组MAS评分、RMS数值明显更低($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组肢体肌张力比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	MAS评分(分)		RMS数值($\times 10^{-5}V$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	54	2.72±0.50	1.87±0.77*	17.32±2.32	12.62±1.78*
观察组	55	2.75±0.52	1.17±0.64**	17.61±2.25	9.31±1.52**

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

2.2 两组运动功能比较 与同组治疗前相比,两组治疗后FMA评分、BBS评分均显著升高($P < 0.05$);与对照组治疗后相比,观察组FMA评分、BBS评分明显更高($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组运动功能比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	FMA评分		BBS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	54	44.67±7.84	67.71±10.27*	31.12±9.17	39.26±7.34*
观察组	55	44.28±7.97	78.82±11.72**	31.43±10.05	44.35±8.53**

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

2.3 两组神经功能比较 与同组治疗前相比,两组治疗后NIHSS评分明显降低($P < 0.05$);与对照组治疗后相比,观察组NIHSS评分明显更低($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组神经功能比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	54	17.56±3.76	12.87±2.37*
观察组	55	17.74±3.71	10.63±2.23**

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

2.4 两组日常生活活动能力比较 与同组治疗前相比,两组治疗后ADL评分明显升高($P < 0.05$);与对照组治疗后相比,观察组ADL评分明显更高($P < 0.05$)。见表4。

3 讨论

中医学认为,中风应归属于本虚标实之证。《医方

表4 两组日常生活活动能力比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	54	48.26±7.37	67.25±10.62*
观察组	55	47.72±7.86	78.66±11.64**

注:与本组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,**P<0.05

类聚·卷之十三·诸风门一》言：“夫中风者，皆因阴阳不调，脏腑气偏，营卫失度，气血错乱……风邪之气乘虚而中人也。”因此，中风的病机主要为脏腑虚衰，阴阳失调，气血逆乱，直冲犯脑，致血溢脑脉之外或脑脉瘀阻。及至中风恢复期，患者常见并发症为痉挛性瘫痪，《医林改错·半身不遂本源》言“半身不达，亏损元气，是其本源”，《灵枢·邪客》又言“邪气恶血，固不得住留，住留则伤筋络骨机关，不得屈伸，故拘挛矣”，由此可知中风恢复期的基本病机为气虚血瘀^[7]。气虚血瘀，导致筋脉失于濡养，则筋脉拘急，屈伸不利。因此，治疗当以益气活血，柔筋通络为主。熏蒸方中以黄芪为君药，具益气扶正、生津养血、行滞通痹之效；葛根、白芍、伸筋草为臣药，以养血柔筋、缓急通络；桂枝、透骨草、木瓜、川芎、丹参、红花为佐药，以活血散瘀、通络止痛；甘草为使药，以调和诸药。以上诸药合用，共奏益气活血散瘀，舒筋活络止痛之功。

中药熏蒸疗法是一种以中医理论为主要指导原则的外治措施，其通过中药离子渗透、汽疗、热疗、中药药疗等综合疗法，融药力、湿度、热度于一体，从而缓解肢体肌痉挛，改善肌张力异常，进而提高患者运动功能^[8]。本研究结果显示，治疗后，观察组MAS评分、RMS数值低于对照组，FMA评分、BBS评分高于对照组，说明康复训练联合中药熏蒸疗法在改善肢体肌张力，提高运动功能方面，优于单纯康复训练。虽然常规康复训练能在一定程度改善患者肌张力水平以及运动功能，但单纯给予康复训练，起效较慢，所需疗程较长，长期治疗效果不甚理想。相比单纯康复训练，联合中药熏蒸疗法，能够使药物直达患肢，起效快，作用效果专一，从而提高治疗效果。

中风患者由于神经系统受损，而导致机体偏瘫；同时由于中枢神经发生障碍，而无法对周围神经系统导致的肌张力异常进行有效调控，使肌肉长期处于痉挛状态，从而加重偏瘫^[9]。治疗后，两组NIHSS评分均明显降低，且观察组低于对照组，两组ADL评分均明显升高，且观察组高于对照组，说明康复训练联合中药熏蒸疗法能够修复和保护受损神经功能，从而促进

肢体功能的恢复。究其原因在于中药熏蒸疗法通过将中药经熏蒸仪加热形成“药汽”，能够直接作用于患病区域；还可借助体表吸收渗透，使药物经表皮以及真皮毛细血管，进入血液循环以发挥更好的治疗效果；通过有机结合药与热，以疏通腠理，而充分扩张开放体表毛细血管，能够迅速增加外周血容量，以加快皮肤对药物的吸收，促进淋巴液及全身血液循环，进而达到濡养肌肤、舒筋活血、通利关节等效果；同时，熏蒸产生的温热效应刺激皮肤，向大脑皮质发出了冲动信号，以促进中枢神经功能的恢复，整体效果较好^[10]。但仍有部分患者未见明显好转，这可能与本研究治疗时间较短有关。

综上所述，中药熏蒸疗法联合康复训练治疗中风后痉挛性偏瘫患者，能够改善患者肌张力，提高患者神经功能、运动功能及生活自理能力。由于本研究样本不足，观察指标有限，且未对研究对象进行长期的随访调查，本研究结果具有一定偏颇，有待后续大量研究验证。

参考文献

[1]张大尉,张 虎,王振垚.针刺、推拿及康复疗法3种治疗方案对脑卒中后痉挛性偏瘫患者生活质量的影响[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(5):29-33.

[2]张 璐,方剑乔. 针灸对老年脑卒中后痉挛性偏瘫患者肢体运动功能、日常生活活动能力的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(17):4222-4223.

[3]陈丽妹,刘春艳,周 洁,等. 改良bobath康复训练结合李三针在肢体痉挛性瘫痪患者中的应用效果分析[J]. 医药前沿, 2020, 10(34):203-204.

[4]陈文平,李 琳,孙益民,等. 巨刺法配合中药熏洗及痉挛治疗仪治疗中风后痉挛性瘫痪的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(5):10-14.

[5]卫生部疾病控制司,中华医学会神经病学分会. 中国脑血管病防治指南(节选)[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2007, 7(2):200.

[6]李灿东. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016:142-144.

[7]高 强,张丹丹,王一浩,等. 中风恢复期气虚血瘀证理论初探[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(7):1106-1107.

[8]陈晓霞,沈英飞. 绷带加压联合中药熏蒸缓解脑卒中偏瘫肢体肿胀效果观察[J]. 护理学杂志, 2018, 33(9):1-4.

[9]苟娟平. 基于神经解剖学温针灸与穴位贴敷治疗脑卒中痉挛性偏瘫的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(10):1061-1064.

[10]姚 虹,江莹莹,陈春晓. 中药熏蒸辅助康复治疗脑梗死痉挛性偏瘫临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(11):274-276.

(收稿日期:2022-01-19)

(本文编辑:蒋艺芬)