

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2021.05.003

针药结合治疗风痰阻络型中风偏瘫痉挛状态临床研究^{*}

何晓茹¹ 王非²

¹湖北中医药大学针灸骨伤学院,武汉 430061

²武汉市中医医院脑病科,武汉 430010

摘要 **目的** 探讨万氏温胆汤联合针灸治疗风痰阻络型中风偏瘫痉挛状态的临床疗效。**方法** 选择 60 例风痰阻络型中风偏瘫痉挛状态患者作为研究对象,根据入院顺序采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组 30 例。对照组予以西药对症治疗及上下肢运动康复训练,观察组在对照组基础上给予针灸及万氏温胆汤。2 组连续治疗 3 周。比较 2 组临床疗效、神经功能缺损情况、肢体运动功能、平衡能力、步行能力、肌张力、日常生活能力及中医证候评分。**结果** 治疗后,观察组临床总有效率为 96.67%,明显高于对照组的 83.33%($P < 0.05$);2 组肢体运动功能、平衡能力及日常生活能力评分均较前升高($P < 0.05$),步行能力、神经功能缺损、肌张力和中医证候评分均较前降低($P < 0.05$);且观察组上述指标改善程度均大于对照组($P < 0.05$)。**结论** 针药结合治疗风痰阻络型中风后痉挛性偏瘫可有效改善患者神经功能缺损情况及日常生活能力,降低肌张力,提高肢体平衡、运动及步行能力,值得临床推广。

关键词 万氏温胆汤;针灸;中风;偏瘫;痉挛状态

中图分类号 R255.2 **文献标志码** A

Clinical Study on Treatment of Wind-phlegm Obstructing Collateral Apoplexy Hemiplegia Spasticity with Combination of Acupuncture and Medicine

HE Xiaoru, WANG Fei

¹College of Acupuncture and Osteopathic Injury, Hubei University of Traditional Chinese Medicine, Wuhan 430061, China

²Department of Brain Disease, Wuhan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hubei Province, Wuhan 430010, China

Abstract Objective To explore the clinical efficacy of Wanshi Wendan decoction combined with acupuncture in the treatment of hemiplegia spasticity due to apoplexy with syndrome of wind-phlegm obstructing collateral. **Methods** Sixty patients with hemiplegia spasticity due to apoplexy with syndrome of wind-phlegm obstructing collateral were selected as the research objects. They were randomly divided into the control group and the observation group according to the order of admission, with 30 cases in each group. The control group was given western medicine symptomatic treatment and upper and lower limb exercise rehabilitation therapy. The observation group was given acupuncture and Wanshi Wendan decoction on the basis of control group. Both groups were treated continuously for 3 weeks. The clinical efficacy, scores of neurological deficits, limb motor function, balance ability, walking ability, muscle tone, daily living ability and TCM syndrome were compared in the two groups. **Results** After treatment, the total effective rate in the observation group was 96.67%, which was significantly higher than the control group ($P < 0.05$). The scores of limb motor function, balance ability and daily living ability in the two groups were increased ($P < 0.05$), while the scores of walking ability, neurological deficits, muscle tone and TCM

^{*} 湖北省卫生健康委员会 2018~2019 年度中医药科研项目 (No. ZY2019M035)

syndrome were decreased ($P < 0.05$). And the improvement degree of the above indexes in the observation group was greater than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The combination of acupuncture and Chinese medicine in the treatment of hemiplegia spasticity due to apoplexy with syndrome of wind-phlegm obstructing collateral could effectively improve the neurological deficits and daily living ability, reduce muscle tension and improve limb balance, movement and walking ability. It is worth clinical promoting.

Key words Wanshi Wendan decoction; acupuncture; apoplexy; hemiplegia; spasticity

中风是常见的神经系统病变,具有高患病率与高致残率等特点。偏瘫是中风患者常见的后遗症,中风后偏瘫痉挛状态的临床特点为上部屈肌痉挛、下部伸肌痉挛,严重影响患者的日常生活。有研究显示,针灸疗法有助于恢复肢体运动能力,改善大脑功能,从而改善中风偏瘫症状^[1]。名老中医万远铁教授对中医药治疗中风偏瘫痉挛状态颇有研究。万远铁教授系武汉市中医医院脑病科专家、湖北中医药大学教授、硕士研究生导师、国家中医药管理局确定的全国老中医药专家学术经验继承指导老师,其专注于中医脑病教育、临床和科学研究工作 50 余年,形成了“风、火、痰、瘀”四因论治中风病的独特理论体系,曾获武汉市“五一”劳动奖章、“武汉中医名师”“湖北中医名师”等荣誉称号。临床经验显示,万氏温胆汤治疗中风病临床疗效显著,但涉及中风偏瘫痉挛状态的报道较为少见。因此,本研究探讨万氏温胆汤联合针灸治疗中风偏瘫痉挛状态的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 10 月—2020 年 10 月于武汉市中医医院诊治的中风偏瘫痉挛状态患者 60 例作为研究对象,按照随机数字表法将患者随机分为对照组与观察组,每组 30 例。对照组男 15 例,女 15 例;年龄 47~63 岁,平均年龄(59.02 ± 2.08)岁;平均病程(0.9 ± 1.39)周;卒中类型:缺血型 15 例,出血型 15 例;肢体瘫痪:右侧 18 例,左侧 12 例。观察组男 16 例,女 14 例;年龄 45~62 岁,平均年龄(59.13 ± 2.01)岁;平均病程(0.9 ± 1.42)周;卒中类型:缺血型 17 例,出血型 13 例;肢体瘫痪:右侧 17 例,左侧 13 例。2 组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已获得本院伦理委员会批准,所有患者及家属均签署知情同意书。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[2]的诊断标准,主要临床表现为:一侧肢体痉挛性瘫痪,张力性牵张反射增高,腱反射亢进,无

肢体肌肉软弱,引出或引不出病理反射。经头颅 CT 或 MRI 检查确诊为急性缺血性脑卒中,并有明显的肢体运动障碍后遗症者。

中医诊断标准:参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[3]中相关诊断标准,中医辨证分型为风痰阻络型中风病,症见:口眼歪斜、舌强语謇或失语、半身不遂,肢体麻木,舌紫暗苔滑腻、脉弦滑。

1.3 纳入标准

①符合上述中、西医有关诊断标准;②年龄 40~80 岁;③病程 ≥ 2 周,尚未接受康复治疗者;④患者及家属同意参与,并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①意识不清、交流障碍者;②合并其他神经系统疾病;③中风前患侧肢体存在功能障碍性疾病;④合并肝、肾、免疫功能缺陷;⑤合并血液系统疾病;⑥合并恶性肿瘤;⑦精神疾病患者或过敏体质或对针刺畏惧者;⑧妊娠、哺乳期女性。

1.5 剔除及脱落标准

①患者依从性差,未能完成相关治疗者;②资料不全,无法分析结果者;③出现严重不良反应或其他严重并发症者;④试验期间主动要求退出试验者;⑤试验期间使用其他药物或接受其他疗法者;⑥因病情变化需采取紧急措施者。

1.6 治疗方法

2 组患者均针对基础疾病给予以抗血小板聚集、降压、调脂、降糖等西医对症治疗。对照组在对症治疗基础上予以康复治疗,如上下肢智能反馈训练、电动起立床训练、牵伸易化技术、关节松动术等,连续治疗 3 周。观察组在对照组基础上予针灸结合万氏温胆汤治疗。①针灸:头针取百会、四神聪;体针上肢取合谷、手三里、曲池、手五里、臂臑、肩髃;下肢取阳陵泉、足三里、三阴交、绝骨、解溪、申脉、太冲。头针平刺 0.3 寸,行平补平泻手法,每次留针 1 h;体针直刺 1~1.5 寸,行平补平泻手法,每次留针 30 min。1 次/天,1 周 5 次,连续治疗 3 周。②万氏温胆汤药物组成:化橘红 15 g,枳实 10 g,竹茹 10 g,浙贝母 10 g,赤芍 10 g,白芍 10 g,姜半夏 10 g,茯苓 10 g,薏苡仁 10

g, 白豆蔻 10 g, 木瓜 10 g, 钩藤 10 g, 蒺藜 10 g, 鸡血藤 10 g, 牛膝 10 g。将以上药物加水 1000 mL, 蒸煮浓缩到 200 mL, 100 mL/次, 早晚各 1 袋, 1 周为 1 疗程, 连续治疗 3 个疗程。

1.7 观察指标与疗效判定标准

采用美国国立卫生研究院卒中量表(the national institutes of health stroke scale, NIHSS)评分患者神经功能缺损情况, 分值 0~4 分, 评分越高代表神经功能缺损程度越重。采用傅格-梅尔氏运动量表(Fugl-Meyer movement scale, FMMS)评分^[4]对患者上下肢运动功能进行评定, 该评分共 17 个项目, 每项 0~2 分, 共 34 分, 分值越高表明运动功能越好。采用伯格平衡量表(Berg balance scale, BBS)评分^[5]评价患者平衡功能以及预防跌倒能力, BBS 评分包括站起、坐下、独立站立等 14 个条目, 每个条目记分 0~4 分, 总分 0~56 分, 得分越高表示平衡功能越好, 得分 < 46 分提示有高度跌倒的风险。采用起立-步行计时测试(timed"up and go"test, TUGT)^[6]对患者步行能力进行评价, TUGT 量表测试患者从靠背椅上站起、站稳后, 如果使用助行器(如手杖、助行架), 则将助行器握在手中, 按照平时走路的步态, 向前走 3 m, 脚踏过粗线后转身走回到椅子前, 再转身坐下, 靠到椅背上所用的时间, 一般测量 3 次, 取平均值; 得分越低表示步行能力功能越好。根据改良 Ashworth 量表(modified Ashworth scale, MAS)评分^[7]评价患者肌张力, 分为 0 级、1 级、1+ 级、2 级、3 级、4 级, 分别记为 1、2、3、4、5、6 分, 分数越高代表肌张力越高, 肢体痉挛程度越严重。根据改良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)量表对患者日常生活能力进行评定, 评分 ≤ 40 为重度依赖, 41~60 分为中度依赖, 61~99 分为轻度依赖, 100 分无需依赖; 评分越高代表患者独立生活能

力越强。

根据神经功能缺损评分值的减少范围评定临床疗效。①基本痊愈: 神经功能缺损评分减少 91%~100%, 病残程度为 0 级; ②显著进步: 神经功能缺损评分减少 46%~90%, 病残程度为 1~3 级; ③进步: 神经功能缺损评分减少 18%~45%; ④无变化: 神经功能缺损评分减少 17%左右; ⑤恶化: 神经功能缺损评分无减少或增多 18%以上; ⑥死亡。总有效率 = [(基本痊愈 + 显著进步 + 进步) 例数 / 总例数] × 100%。

参照《中风病诊断与疗效评定标准》^[3]制定中医证候评分标准, 其中主症为肢体瘫痪, 麻木不仁, 口眼歪斜, 言语謇涩。根据主症的有无及程度进行评分, 无为 0 分, 轻度为 2 分, 明显为 4 分, 非常明显为 6 分, 得分越高表示中风偏瘫程度越重。

1.8 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行统计分析, 计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验; 计数资料以率(%)表示, 采用 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组 NHISS 评分、FMMS 评分、BBS 评分比较

治疗后, 2 组 NHISS 评分较前降低($P < 0.05$), FMMS 评分、BBS 评分较前升高($P < 0.05$); 且观察组上述评分增大或减小幅度均大于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组 TUGT 评分、MAS 评分、MBI 评分比较

治疗后, 2 组 TUGT 评分、MAS 评分较前降低($P < 0.05$), MBI 评分较前升高($P < 0.05$); 且观察组上述评分增大或减小幅度均大于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者 NHISS、FMMS、BBS 评分比较($n=30$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NIHSS 评分	FMMS 评分	BBS 评分
对照组	治疗前	26.26 ± 8.55	30.05 ± 5.83	40.15 ± 3.94
	治疗后	13.52 ± 2.36*	55.10 ± 5.32*	44.06 ± 2.08*
观察组	治疗前	26.34 ± 8.59	30.05 ± 5.83	40.32 ± 3.90
	治疗后	8.84 ± 2.09* [△]	62.83 ± 5.46* [△]	48.51 ± 2.70* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$

表 2 2 组患者 TUGT、MAS、MBI 评分比较($n=30$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	TUGT 评分	MAS 评分	MBI 评分
对照组	治疗前	33.99 ± 2.75	1.06 ± 0.37	42.11 ± 5.18
	治疗后	31.95 ± 2.56*	0.94 ± 0.42*	68.45 ± 7.18*
观察组	治疗前	33.41 ± 3.25	1.07 ± 0.35	40.32 ± 3.90
	治疗后	24.65 ± 1.52* [△]	0.81 ± 0.32* [△]	78.53 ± 8.59* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$

2.3 2 组总有效率为比较

治疗后, 观察组总有效率为 96.67%, 对照组为 83.33%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 2 组中医证候评分比较

治疗后, 2 组肢体偏瘫、麻木不仁、口眼歪斜、言语蹇涩等中医证候评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且观察组上述评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

痉挛性瘫痪又称硬瘫, 是中风常见的后遗症, 常在中风后 3 周左右出现, 主要表现为下肢伸直、上肢屈曲, 并出现僵硬抵抗感。中风发生后, 抑制性中枢神经递质 γ -氨基丁酸 (γ -aminobutyric acid, GABA) 减少, 或兴奋性神经递质谷氨酸 (glutamate, Glu) 增加, 从而引起患肢痉挛。西医对于痉挛性瘫痪多以康复治疗为主, 有研究显示早期康复训练能改善中风患者的肢体功能障碍, 但疗效有限^[8]。中医药在治疗中风偏瘫痉挛状态方面具有安全有效、价格低廉、毒副作用少等特点, 近年来受到越来越多的关注与认可。

中风后偏瘫痉挛状态在中医上属于“痉证”“筋病”等范畴, 其病因较为复杂, 多与阴阳平衡失调、脏腑气血不和等因素有关。名老中医药专家万远铁教授将中风病的病因病机化繁为简, 概括为“风、痰、瘀、虚”四因, 认为硬瘫期以痰瘀为主, 中风后肺脾不足, 肝肾阴虚, 虚风内生, 肝肾亏虚不能濡养肌肉血脉, 血脉空虚, 邪气易侵; 又“脾为生痰之源, 肺为储痰之器”, 肺脾气虚而成痰; 《内经》所言“气血不和, 百病乃变化而生”, 久病而成瘀。正气受损, 痰瘀为患, 风痰瘀互结留置于筋骨血脉之间, 而见肌肉拘挛, 难以屈

伸。故临床常见中风偏瘫风痰阻络证, 万老处以万氏温胆汤, 旨在祛风化痰、活血通络。而温胆汤首见于《千金方》, 方中以法夏为君药, 配伍竹茹、枳实等药, 全方使湿热渐去, 痰邪得化则胆郁痰扰之诸证自除^[9]。万师以万氏温胆汤治疗中风恢复期及后遗症期风痰阻络之证取温胆汤清胆之意, 其由化橘红、枳实、竹茹、浙贝母、赤芍、白芍、姜半夏、茯苓、薏苡仁、白豆蔻、木瓜、钩藤、蒺藜、鸡血藤、牛膝等药物组成。方中以化橘红为君, 醒脾燥湿行气而不耗伤津气, 使脾得健运而痰无所生、脾气得理而湿无所留; 枳实合竹茹、浙贝母行气化痰; 茯苓、薏苡仁健脾利水、木瓜和胃化湿, 助脾胃运化而痰无所生; 钩藤平肝熄风, 蒺藜平抑肝阳, 白芍养血柔肝, 赤芍清热凉血, 鸡血藤活血通络, 牛膝逐瘀通经、引血下行、活血通经。全方秉承万老“风痰瘀虚”四因论治中风偏瘫之理, 共奏健脾祛痰、熄风通络之功, 使痰湿得化, 瘀血得通, 则诸症自平。现代药理学研究显示, 化橘红中黄酮能抑制血小板聚集、抗血栓形成^[10]; 枳实具有抗炎、促进脂质代谢等药理活性^[11]; 薏苡仁能调节糖脂代谢, 并且其中的多酚类物质能抑制过氧化物生成, 对心脑血管具有保护作用^[12]; 茯苓具有抗动脉粥样硬化作用; 另外, 茯苓、芍药等有抗炎作用, 且芍药苷等有效成分能够改善微循环^[13]; 半夏具有抗动脉粥样硬化、降压、抑制炎症反应及抗氧化的作用^[14]。

本研究中, 针灸治疗痉挛性瘫痪头针取百会、四神聪穴, 因百会及四神聪位于头顶, 可醒脑开窍、调神导气。体针上肢取合谷、手三里、曲池、手五里、臂臑、肩髃; 下肢取阳陵泉、足三里、绝骨、解溪、申脉、太冲。因手三里、足三里、解溪可疏通阳明经气血经络, 健脾增肌; 阳陵泉可祛风舒筋通络; 合谷为手阳明经原穴, 能气血同补, 健运脾胃; 太冲为足厥阴肝经原穴, 肝主筋,

表 3 2 组患者临床总有效率比较 ($n=30$, 例, %)

组别	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	总有效率
对照组	7	8	10	5	25(83.33)
观察组	13	10	6	1	29(96.67) [△]

与对照组比较[△] $P < 0.05$

表 4 2 组患者中医证候评分比较 ($n=30$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	肢体偏瘫	麻木不仁	口眼歪斜	言语蹇涩
对照组	治疗前	2.11 ± 0.41	1.97 ± 0.36	2.00 ± 0.47	1.62 ± 0.25
	治疗后	1.52 ± 0.25*	1.41 ± 0.34*	1.58 ± 0.29*	1.29 ± 0.22*
观察组	治疗前	2.11 ± 0.42	1.97 ± 0.31	2.01 ± 0.48	1.60 ± 0.26
	治疗后	1.31 ± 0.24* [△]	1.15 ± 0.27* [△]	1.14 ± 0.28* [△]	1.11 ± 0.16* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$

且调节关节功能,调气血,强肝补肾;申脉通阳跷脉,能调阴阳,助下肢运动。就穴位解剖而言,合谷、手三里、曲池、臂臑、肩髃等穴位于上肢伸肌上,属于上肢痉挛肌的拮抗肌,绝骨、解溪、申脉位于足踝外侧伸肌上,属于足痉挛肌的拮抗肌,能增强足背伸肌力量,有效改善足内翻。研究^[15]显示,针刺拮抗肌群能抑制痉挛肌的活动,故针刺疗法以针刺拮抗肌为主,旨在恢复肢体屈伸肌群平衡,从而改善患者运动功能障碍。另有研究^[16]表明,针灸治疗痉挛性瘫痪可调节异常的肌力、促进血液循环、扩张血管、增加脑部供血供氧,从而能改善患者肢体运动功能。

本研究结果显示,采用万氏温胆汤联合针灸治疗风痰阻络型中风偏瘫痉挛状态的疗效优于单纯康复治疗,且观察组患者 NIHSS 评分、MAS 评分及 TUGT 评分明显降低,FMMS 评分、BBS 评分、MBI 评分显著升高,提示万氏温胆汤加减联合针灸治疗能有效改善卒中后偏瘫患者的肢体功能活动及生活自理能力,促进患者康复。然而,本临床观察为单中心研究,且观察评价指标以量表为主,存在一定程度的主观性,今后需要加大样本量并结合客观指标进一步验证其临床疗效。

参 考 文 献

[1] 徐磊,王敏,李飞,等. 针刺结合康复训练治疗中风后肢体痉挛疗效观察[J]. 中国针灸,2017,37(7):696-700.

[2] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.

[3] 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,1996,19(1):55-56.

[4] Wang J, Tian L, Zhang Z, et al. Scalp-acupuncture for patients with hemiplegic paralysis of acute ischaemic stroke: a randomized controlled clinical trial[J]. J Tradit Chin

Med,2020,40(5):845-854.

[5] 王云龙,陈长香,马素慧,等. 不同平衡量表应用于脑卒中患者的相关性分析[J]. 中国康复医学杂志,2015,30(2):143-146.

[6] 黄超,瓮长水,马延爱,等. 计时"起立-行走"测试在评价脑卒中患者日常生活活动能力中的价值[J]. 中国康复,2006,21(2):83-84.

[7] 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.

[8] Morreale M, Marchione P, Pili A, et al. Early versus delayed rehabilitation treatment in hemiplegic patients with ischemic stroke: proprioceptive or cognitive approach? [J]. Eur J Phys Rehabil Med,2016,52(1):81-89.

[9] 边玉麟. 温胆汤作用机理浅探[J]. 中医杂志,2001,42(4):251-282.

[10] 黄曼婷,吴焕林,徐丹苹. 化橘红黄酮抗血小板聚集作用及其构效关系研究[J]. 中药新药与临床药理,2017,28(3):268-272.

[11] 张霄潇,李正勇,马玉玲,等. 中药枳实的研究进展[J]. 中国中药杂志,2015,40(2):185-190.

[12] 李晓凯,顾坤,梁慕文,等. 薏苡仁化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药,2020,51(21):5645-5657.

[13] 裴强,桑文凤,赵习德. 桂枝茯苓胶囊对动脉粥样硬化大鼠心脏微血管的影响[J]. 中成药,2013,35(6):1139-1142.

[14] 王依明,王秋红. 半夏的化学成分、药理作用及毒性研究进展[J]. 中国药房,2020,31(21):2676-2682.

[15] 王开龙,庞军,黄瑾明,等. 壮医经筋挑刺法治疗脑卒中偏瘫痉挛状态的效果[J]. 中国康复理论与实践,2017,23(1):89-91.

[16] Lu L, Zhang XG, Zhong LL, et al. Acupuncture for neurogenesis in experimental ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis[J]. Sci Rep,2016,6:19521.

(收稿日期:2021-04-24)