

针刺与百合固金汤治疗中风后遗肢体功能障碍

杨伟

(河南省泌阳县人民医院中西医结合科 泌阳 463700)

摘要:目的:探讨针刺联合中药方剂百合固金汤治疗缺血性中风后遗肢体功能障碍的临床效果。方法:随机选取 2018 年 7 月~2019 年 8 月收治的 120 例缺血性中风后遗肢体功能障碍患者为研究对象,按照随机数字表法分为观察组和对照组,各 60 例。对照组给予西医康复训练,观察组给予针刺联合中药方剂百合固金汤,比较临床效果。结果:治疗前,两组患者选择性功能动作评分、Barthel 指数评分、上下肢肌力评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组选择性功能动作评分、Barthel 指数评分、上下肢肌力评分均较对照组高($P<0.05$)。治疗后,观察组血浆黏度、纤维蛋白原和红细胞压积水平平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:缺血性中风后遗肢体功能障碍经过针刺联合中药方剂百合固金汤治疗可改善患者肢体功能障碍程度,提升肌力水平。

关键词:缺血性中风;肢体功能障碍;针刺;中药方剂;百合固金汤
中图分类号:R743.3 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.19.024

缺血性中风为临床常见神经系统疾病之一,好发于中老年人。临床研究表明,大部分患者会出现中风后遗肢体功能障碍,对患者的病情恢复以及生活质量产生影响^[1]。以往临床选择西医康复训练,但效果不显著,近年来中医广泛应用于临床,并获取一定成效。本研究分析针刺联合中药方剂百合固金汤治疗缺血性中风后遗肢体功能障碍的临床效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 随机选取 2018 年 7 月~2019 年 8 月我院收治的 120 例缺血性中风后遗肢体功能障碍患者为研究对象,按照随机数字表法分为观察组和对照组,各 60 例。对照组男 40 例,女 20 例;年龄 55~76 岁,平均年龄(61.5 ± 3.5)岁;平均病程时间(26.7 ± 4.3)d。观察组男 42 例,女 18 例;年龄 53~74 岁,平均年龄(60.5 ± 3.1)岁;平均病程时间(25.9 ± 4.0)d。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:经 CT 或 MRI 诊断为缺血性中风后遗肢体功能障碍;均为首次患病,出现足下垂内翻和四肢痉挛等症状;患者及家属知情本研究,并签署知情同意书。排除标准:短暂性脑缺血发作;腔隙性或大面积脑梗死;患病前合并其他肢体功能障碍性疾病;存在出血性疾病;意识不清;存在严重脏器功能障碍。

1.3 治疗方法 对照组给予西医康复训练。选择 Bobath 方案指导患者进行训练,确保肩关节呈外展,肘、腕和手指关节呈伸展状态,保持患侧卧位,关节实施被动训练,通过本体感觉神经肌肉促进疗法活动训练关节和肌群,依据循序渐进原则进行训练。

早期患者需要实施床上运动,健侧采取主动训练,患侧予以被动训练,如患者病情严重可依据痉挛分级予以抑制性体位,降低肌张力选择肌肉牵张法,有助于分离运动,功能训练由近端关节开始,主要训练为伸展性运动。观察组给予针刺联合中药方剂百合固金汤。百合固金汤方剂组成:百合 18 g、生地黄 15 g、熟地黄 15 g、麦冬 15 g、玄参 12 g、当归 10 g、炒芍药 18 g、贝母 10 g、桔梗 10 g、甘草 6 g,如胸痛可在药方中加入花蕊石、血余炭、三七以及广郁金。1 剂中药加入 300 ml 水取汁 100 ml,分别在早晨和晚间顿服。同时采用另外 1 剂药浸泡在 1 000 ml 酒精中,以药液浸湿毛巾敷于患侧肢体表面,20 min/次,3 次/d。针刺穴位选择伏兔、外关、丰隆、足三里、曲池以及肩髃,进行消毒后采用 0.5~1.0 寸不锈钢针刺入皮肤,进针缓慢并捻转,得气后停留 2~3 min,每日进行 1 次。两组治疗 4 周为一个疗程,持续治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标 (1) 两组选择性功能动作评估法(SFMA)比较,对两组治疗前后肢体功能障碍恢复情况采用 SFMA 评分,0~100 分,分数和评估指标呈正相关^[2]。(2) 两组治疗前后上下肢肌力比较,分数 1~5 分,分数和评估指标呈现正相关^[3]。(3) 两组治疗前后生活质量评分比较,选择 Barthel 指数量表对治疗前后生活质量评分,总分 100 分,分数越高生活质量越高^[4]。(4) 两组治疗前后血液流变学指标比较,包括血浆黏度、纤维蛋白原和红细胞压积。

1.5 统计学分析 数据采用 SPSS21.0 统计学软件分析处理,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 SFMA 和 Barthel 指数评分比较

治疗前两组 SFMA 和 Barthel 指数评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后两组 SFMA 和 Barthel 指数评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 SFMA 和 Barthel 指数评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	SFMA		Barthel	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	40.96± 4.36	84.69± 3.69	54.76± 4.60	90.36± 4.12
对照组	60	40.74± 4.25	70.33± 3.12	54.69± 4.74	80.22± 4.87
t		0.279	23.018	0.082	12.312
P		0.780	0.000	0.934	0.000

2.2 两组上下肢肌力评分比较 治疗前, 两组患者上下肢肌力评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 两组患者上下肢肌力评分均较治疗

前升高, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组上下肢肌力评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	上肢肌力		下肢肌力	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	2.90± 0.64	4.11± 0.41	3.06± 0.64	4.13± 0.75
对照组	60	2.92± 0.60	3.37± 0.63	3.08± 0.52	3.64± 0.55
t		0.176	7.625	0.187	4.080
P		0.860	0.000	0.851	0.000

2.3 两组血液流变学指标比较 治疗前两组血浆黏度、纤维蛋白原和红细胞压积水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后观察组血浆黏度、纤维蛋白原和红细胞压积水平均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组血液流变学指标比较							
组别	n	血浆黏度 (mPa·s)		纤维蛋白原 (g/L)		红细胞压积 (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	2.44± 0.71	1.11± 0.36	6.37± 0.75	3.11± 0.41	51.13± 4.16	28.36± 2.46
对照组	60	2.46± 0.72	1.80± 0.40	6.39± 0.79	4.88± 0.43	51.23± 4.28	38.71± 2.69
t		0.153	9.931	0.144	23.076	0.111	21.116
P		0.878	0.000	0.887	0.000	0.897	0.000

3 讨论

目前我国每年患缺血性中风人数为 180~200 万, 每年中风死亡的人数大致为 150 万, 大部分存活者会出现一定程度的肢体功能障碍, 部分患者几乎完全失去工作能力, 进而降低生活质量^[5-6]。而选择何种方式改善肢体功能障碍患者的运动功能, 提升日常生活质量为临床主要研究课题。

中医学认为缺血性中风的产生与逆乱脑络及机体气血上行存在关系, 容易化火伤阴, 痰、风、火和瘀一同出现阻滞脑脉或涌溢脑外。本病为肝肾虚损, 风火痰瘀为标, 肝肾虚损为本。本研究选择中药方剂对患者实施治疗, 其中百合和二地黄具有滋肺肾的效果, 麦冬和百合可起到润肺的效果, 玄参和二地黄具有滋肾清热的效果, 当归以及芍药可实现养血和阴的效果, 贝母以及桔梗具有化痰的效果^[7-8], 甘草调和诸药。以上药物联合应用可起到调气血以及散痞瘀的效果。针刺作为传统中医治疗方法, 可有效刺激表皮穴位, 对脏腑经络进行调节促进血瘀消散, 同时可调和机体阴阳。现代研究表明, 穴位刺激可降低血液黏稠度, 增加脑部血流灌注量, 增加流速, 保护大脑皮层受损神经系统, 有助于完成损伤位置的功能代偿, 此外可加强损伤神经再生靶刺激反应, 对运动神经元可塑性进行改善, 有助于恢复肢体障碍协调性。临床已经证实穴位针刺对脊髓前角 α 运动神经元兴奋性的调节性, 对于肌兴奋传导协调以及中枢神经肌肉兴奋控制恢复具有促进作用, 以

此缓解肌肉亢奋。本研究结果显示, 观察组治疗后上下肢肌力评分均高于对照组 ($P<0.05$), 而肢体肌力水平的提升, 有助于肢体功能改善, 提升生活质量。观察组血浆黏度、纤维蛋白原和红细胞压积水平均低于对照组 ($P<0.05$), 说明针刺合中药方剂百合固金汤治疗缺血性中风后遗肢体功能障碍可改善局部微循环, 临床可行性良好。综上所述, 缺血性中风后遗肢体功能障碍选择针刺合百合固金汤治疗效果良好, 可缓解肢体运动功能障碍现象, 将其肌力水平提升, 同时改善患者的血液流变学指标, 可进行临床推广。

参考文献

[1]李银太.穴位针刺合中药方剂内服外敷治疗缺血性中风后遗肢体功能障碍临床研究[J].世界中西医结合杂志,2017,12(10):1447-1449,1457.
[2]王姿俏,柏强.通窍活血汤治疗缺血性中风后遗症的临床疗效分析[J].中国冶金工业医学杂志,2019,36(2):205.
[3]郑剑南,齐凤军,王继锋,等.电针联合推拿健侧治疗缺血性中风后遗症 29 例临床观察[J].中国民族民间医药,2020,29(1):103-106.
[4]周曙光.补阳还五汤加减治疗缺血性中风后遗症临床疗效评价[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(97):108.
[5]胡洒洒,姚宝农.近 5 年中医疗治缺血性中风后遗症的研究进展[J].湖南中医杂志,2019,35(9):148-150.
[6]黎杰,何振雄,伍忠荣.腹针联合足底反射区按摩治疗缺血性中风后遗症临床研究[J].湖北中医药大学学报,2016,18(5):102-104.
[7]金煜.补阳还五汤加减治疗缺血性中风后遗症临床疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2017,12(1):113-114,118.
[8]胡洒洒.华佗再造丸治疗缺血性中风后遗症期痰瘀阻络证的临床研究[D].南宁:广西中医药大学,2019.

(收稿日期: 2021-05-20)