

经筋刺法结合加味芍药甘草汤对脑卒中后肢体痉挛患者肌张力及脑脊液 γ -氨基丁酸、谷氨酸的影响

邵大飞

(江苏省常州市中医医院神经内科 常州 213003)

摘要:目的:探讨经筋刺法结合加味芍药甘草汤在脑卒中后肢体痉挛患者治疗中的效果。方法:选取 2020 年 2 月~2021 年 2 月收治的 96 例脑卒中后肢体痉挛患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 48 例。对照组给予巴氯芬片治疗,观察组予以经筋刺法联合加味芍药甘草汤治疗,持续治疗 4 周。对比两组肌张力、脑脊液 γ -氨基丁酸(GABA)及谷氨酸(GLU)水平、不良反应。结果:观察组肌张力评级优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组脑脊液 GABA、GLU 相比,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组脑脊液 GABA 高于对照组,脑脊液 GLU 低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组不良反应发生率相比,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:经筋刺法与加味芍药甘草汤能够提高脑卒中后肢体痉挛患者肌张力,改善其 GABA、GLU 水平,且无不良反应,安全可行。

关键词:脑卒中后肢体痉挛;经筋刺法;加味芍药甘草汤;肌张力

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.19.049

脑卒中起病急骤、进展快,易引起多种后遗症,以肢体痉挛最为常见,给患者日常生活构成众多影响^[1]。相关研究表明,有 20%~25%脑卒中患者在发病后伴有肢体痉挛,以患侧运动功能障碍为主要表现^[2]。针对脑卒中后肢体痉挛患者,西医多以药物为首要治疗措施,虽具一定效果,但常用的肌肉松弛药效果不稳定,难以满足临床需求^[3]。随着中医学的不断进步,中医治疗脑卒中后肢体痉挛在临床得到重视,可通过辨证论治实现个体化治疗。基于此,本研究旨在观察经筋刺法与加味芍药甘草汤在脑卒中后肢体痉挛患者中的应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 2 月~2021 年 2 月我院收治的 96 例脑卒中后肢体痉挛患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 48 例。对照组男 25 例,女 23 例;年龄 45~78 岁,平均年龄 (62.89 ± 3.45) 岁;病程 1~4 个月,平均病程 (2.85 ± 0.32) 个月。观察组男 27 例,女 21 例;年龄 46~80 岁,平均年龄 (62.95 ± 3.48) 岁;病程 2~5 个月,平均病程 (2.89 ± 0.34) 个月。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。纳入标准:西医符合《中国各类主要脑血管病诊断要点 2019》^[4]中有关标准,且病情稳定;中医符合《中医病证诊断疗效标准》^[5]相关标准,症见半身不遂,言语不利,气短,苔白腻,脉弦滑;近期末使用抗痉挛药物;愿意接受针刺治疗;患者知情并自愿加入本研究。排除标准:合并肝、肾功能不全者;患有恶性肿瘤者;患有精神疾病者;对本研究所用药物过敏者;依从性较差者。

1.2 治疗方法 对照组给予脑卒中内科常规治疗

和康复训练,另给予巴氯芬片(国药准字 H20010423)口服,10 mg/次,3 次/d,持续服用 4 周。观察组予以经筋刺法与加味芍药甘草汤治疗。

(1)经筋刺法:首先确定压痛点,于患侧肩、肘、掌指、腕、髌、膝、踝等关节邻近的肌腱两侧进行寻找,并选择膻中、颌厌、会阴、巨髃、颧髃、中庭、头维来配合。直刺进针,直达骨膜,得气后,前后透刺,沿肌腱走向以 90~100 r/min 速度反复提插捻转,幅度控制在 2~5 mm,强度以患者耐受为宜,每次留针 30 min,每次行针间隔 5 min,1 次/d,连续治疗 6 d 后休息 1 d,共治疗 4 周。(2)加味芍药甘草汤:木瓜、枸杞子、伸筋草、地龙、甘草、山萸肉各 10 g,鸡血藤、川芎、当归各 15 g,桑枝、白芍、黄芪各 30 g,以水煎服,取汁 200 ml,分早晚 2 次口服,1 剂/d,连续用药 4 周。

1.3 观察指标 (1)肌张力:治疗 4 周后,以改良 Ashworth 量表(MAS)^[6]评估。0 级:患侧肢体在全部区域内进行被动活动时未出现阻力;I 级:患肢活动至终末端时产生轻度阻碍;II 级:患侧肢体在多数区域内活动均出现阻碍,但可以活动;III 级:全部区域内均有阻力,活动困难;IV 级:患肢僵硬,阻力大,被动活动困难。等级越低,肌张力越好。(2)脑脊液 γ -氨基丁酸(GABA)、谷氨酸(GLU)水平:采集两组治疗前、治疗 4 周后脑脊液,以高效液相色谱法测定 GABA、GLU。(3)不良反应:记录头晕、呕吐发生状况。

1.4 统计学分析 选用 SPSS20.0 软件分析数据,计数资料以%表达,采用 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表达,采用 t 检验;等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肌张力对比 观察组肌张力评级优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组肌张力对比[例(%)]

组别	n	0 级	I 级	II 级	III 级	IV 级
对照组	48	9(18.75)	18(37.50)	20(41.67)	1(2.08)	0(0.00)
观察组	48	15(31.25)	24(50.00)	6(12.50)	3(6.25)	0(0.00)
Z				2.249		
P				0.025		

2.2 两组脑脊液 GABA、GLU 水平对比 治疗前,两组脑脊液 GABA、GLU 相比,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组脑脊液 GABA 高于对照组,脑脊液 GLU 低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组脑脊液 GABA、GLU 水平对比($\mu\text{mol/L}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	GABA		GLU	
		治疗前	治疗 4 周	治疗前	治疗 4 周
对照组	48	5.85± 0.79	8.24± 1.45	265.48± 15.36	235.67± 13.84
观察组	48	5.91± 0.84	9.87± 2.12	265.57± 15.48	214.39± 12.57
t		0.361	4.397	0.029	7.886
P		0.719	0.000	0.977	0.000

2.3 两组不良反应发生情况对比 对照组 2 例头晕,1 例呕吐,不良反应发生率为 6.25%(3/48);观察组未发生不良反应。两组不良反应发生率相比,差异无统计学意义($\chi^2=1.376, P=0.241$)。

3 讨论

脑卒中具有发病率高、致残率高、致死率高等特点,幸存患者中多数会伴有程度不一的后遗症,肢体痉挛为常见类型^[7]。肢体痉挛是因脑卒中造成的运动神经元失衡,促使其无法发挥主导作用,进而导致低级中枢功能释放,引起肌张力升高,表现为持续性非自主性肌肉收缩,严重影响患者日常生活。

巴氯芬片是治疗脑卒中后肢体痉挛的常用药物,可通过激动 GABA 受体,促使 GLU 释放减缓,以此抑制脊髓内突触反射,从而有效减轻肢体痉挛。然而此药物会对患者中枢神经系统产生抑制,临床应用受限。中医学将脑卒中后肢体痉挛归为“痉症”,主要是由于血脉闭阻,经络不通,气血运行亏损,造成经脉失养所致,病机为气虚血瘀,本虚标实,临床应施以补气活血、舒筋活络之法^[8]。本研究结果显示,观察组治疗后肌张力优于对照组,脑脊液 GABA 高于对照组,脑脊液 GLU 低于对照组,且观察组无不良反应,提示经筋刺法结合加味芍药甘草汤能够改善脑卒中后肢体痉挛患者肌张力,调节脑脊液 GABA、GLU 水平。经筋多存于机体表层,在关节、骨骼处结聚,具有活动关节、约束骨骼、维持正常

运动姿势等作用。本研究对患者施以经筋刺法,选择患侧关节附近肌腱压痛点及膻中、头维、会阴、中庭等穴进行刺激,可有效舒筋活络、缓解拘挛,并能够改善血液循环,减轻患者临床症状。加味芍药甘草汤方中木瓜、地龙可通络舒筋;鸡血藤、赤芍活血化瘀;白芍养血止痛;甘草可益气复脉;当归、川芎可祛风定痛;黄芪健脾利湿;枸杞子养肝明目;伸筋草散瘀止痛;山萸肉补虚固涩、养肝疏肝;当归散寒止痛;桑枝舒经活络、通利关节。诸药合用,共奏通利关节、活血通络之效^[9]。脑卒中会引起 GLU 大量释放,造成肢体肌肉紧张挛缩,而 GABA 的释放会相对减少,进而导致肌肉之间无法形成平衡状况,形成肢体拘急挛缩症状。现代药理学认为,白芍能够有效抑制疼痛中枢与脊髓性反射弓兴奋度,进而有效调节患者机体 GABA 与 GLU 水平^[10]。加味芍药甘草汤为纯中药制剂,全方配伍注重平衡,故不会引起严重不良反应。经筋刺法与加味芍药甘草汤联用可发挥协同作用,整体与局部兼顾,更好地纠正肌张力异常,改善肢体痉挛相关症状。

综上所述,经筋刺法结合加味芍药甘草汤在脑卒中后肢体痉挛患者中效果确切,可有效纠正异常肌张力,改善 GABA 与 GLU 水平,安全可靠。

参考文献

[1]孙宁,马永强,张靖,等.三虫通络化风汤加减联合“标本配穴”针刺治疗缺血性脑卒中后肢体痉挛效果观察[J].现代中西医结合杂志,2019,28(19):2083-2086.

[2]浦芳,李佩芳.芒针针刺联合化痰通脉汤治疗脑卒中后肢体痉挛的临床疗效研究[J].世界中医药,2019,14(8):2141-2145.

[3]刘兆平,曾满萍,谢辉,等.冲击疗法对脑卒中后痉挛性偏瘫患者运动功能的影响[J].卒中与神经疾病,2019,26(5):617-619.

[4]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.中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):710-715.

[5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012.212.

[6]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.

[7]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.

[8]袁昌杰,黄必德,韩克行.巨刺结合经筋刺法对中风后痉挛性偏瘫病人运动功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(8):1259-1261.

[9]芦宇.芍药甘草汤加味对卒中后肢体痉挛患者脑脊液谷氨酸、 γ -氨基丁酸的影响[J].西部中医药,2019,32(9):1-4.

[10]张敏,赖丽,郭政.血府逐瘀汤联合芍药甘草汤对中风后痉挛性瘫痪患者认知功能的影响[J].检验医学与临床,2020,17(12):1747-1749.

(收稿日期: 2021-05-29)