

· 临床 ·

活络柔筋汤内服和熏洗治疗缺血性中风 恢复期手功能障碍 42 例

白艳杰*

(河南中医学院第一附属医院, 郑州 450000)

[摘要] **目的:**探讨活络柔筋汤内服和熏洗对缺血性中风恢复期手功能障碍恢复的改善作用。**方法:**83 例患者随机按数字表法分为针灸组 41 组和观察组 42 例。针灸组采用针灸治疗;观察组在针灸组治疗的基础上加用活络柔筋汤内服和熏洗。两组疗程均为 6 周。进行治疗前后平衡功能偏瘫恢复(Lindmark)评分表、标准 12 级偏瘫功能评估(Brunnstrom)手运动功能评定表、手总主动活动度(TAM)量表和日常生活能力的评定(Barthel, BI)指数评估量表。**结果:**观察组疾病疗效总有效率为 92.86%, 优于针灸组的 73.17% ($P < 0.05$);治疗后观察组 Lindmark 评分量表手运动协调能力、感觉功能评分及总分均高于针灸组 ($P < 0.01$);两组治疗后 Brunnstrom 手运动功能明显好转,观察组的改善优于针灸组 ($P < 0.05$);治疗后观察组 TAM 的改善优于针灸组 ($P < 0.05$);两组治疗后 BI 指数分级明显好转,观察组的改善优于针灸组 ($P < 0.05$)。**结论:**在针灸治疗的基础上,加用活络柔筋汤内服和熏洗改善了手的运动能力、感觉能力和手腕关节活动度,减轻了病残程度,促进了手功能恢复,从而提高了患者的生活自理能力,两者联合使用起到良好的协同效应。

[关键词] 缺血性中风; 手功能障碍; 活络柔筋汤; 针灸; 康复

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2014)21-0201-04

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2014210201

Oral and Fumigating-washing Administration of Huoluo Roujin Decoction in Treating 42 Cases with Hand Dysfunction During Ischemic Stroke Recovery Period

BAI Yan-jie*

(The First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China)

[Abstract] **Objective:** To discuss the improving effect of Huoluo Roujin decoction on hand dysfunction in patients during ischemic stroke recovery period after oral and fumigating-washing administration. **Method:** Eighty-three patients were randomly divided into the acupuncture group (41 cases) and the observation group (42 cases) by random number table. Patients in acupuncture group received acupuncture treatment. Based on the treatment of the acupuncture group, patients in observation group received Huoluo Roujin decoction by oral and fumigating-washing administration. All patients in two groups received one 6 week periods of treatment. Lindmark score table, Brunnstrom hand movement function evaluation table, the total active motion table (TAM) and Barthel (BI) index scale were used to evaluate the effect after the treatment. **Result:** The total curative rate in observation group was 92.86%, which is superior to that in acupuncture group 73.17% ($P < 0.05$). After treatment, the single score of Lindmark rating scale hand movement coordination, sensory function, and the combined total score in observation group were superior to those in acupuncture group ($P < 0.01$). The improvement of Brunnstrom hand movement function in both groups were obviously better after treatment, and the observation group had better results ($P <$

[收稿日期] 20140630(183)

[通讯作者] *白艳杰, 硕士, 副主任医师, 从事中医临床康复研究, Tel:13526479331, E-mail: baiyj66@126.com

0.05)。The TAM improvement in observation group was superior to that in acupuncture group ($P < 0.05$)。BI index classification in both groups was markedly improved, and the observation group had better results ($P < 0.05$)。 **Conclusion:** Based on acupuncture treatment, oral and fumigating-washing administration of Huoluo Roujin decoction could enhance the self-care abilities of patients by improving the movement, sensory ability and wrist joint activity, relieving the disable degree and promoting functional recovery of hands. The combination of Huoluo Roujin decoction and acupuncture showed a good synergistic effect.

[**Key words**] ischemic stroke; hand dysfunction; Huoluo Roujin decoction; acupuncture; recovery

缺血性中风致残率相当高,存活患者中 70% ~ 80% 遗留不同程度的残疾,不同程度地丧失劳动能力,尤其以上肢功能障碍为多,手精细动作障碍是最难恢复的后遗症之一^[1]。手腕部的功能占上肢功能的 90%,约占整个人体的一半,因此中风后手功能恢复对减轻残疾程度、提高生活自理能力、减轻家属社会负担具有重要的意义^[2]。偏瘫后手功能的恢复较慢,约 96.4% 的患者手功能在发病 3 个月后再有恢复^[3]。现代医学主要采用康复训练,但收效有限。因此实现手腕手功能的重建是医学界目前面临的重点、难点问题。

针灸对中风后康复效果已经得到广泛的认可,多种针法对中风偏瘫、中风后吞咽困难、中风后抑郁、中风失语症、假球麻痹及手功能障碍均显示了较好的疗效^[4]。中风手功能障碍表现为筋肉拘急,屈伸不利,为阳缓阴急,阴阳脉气失调所致,筋失濡养^[1]。笔者采用活络柔筋汤对中风手功能障碍患者进行全身调理,取得了一定疗效。本研究笔者观察了活络柔筋汤内服和熏洗联合针灸对缺血性中风恢复期手功能障碍的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择河南中医学院第一附属医院 2011 年 9 月—2013 年 12 月神经科的 83 例患者作为研究对象,随机按数字表法分为观察组 42 例和针灸组 41 例。针灸组男性 25 例,女性 16 例;年龄 50 ~ 72 岁,平均(59.6 ± 10.5)岁;病程 1 ~ 5 个月,平均(2.1 ± 0.7)个月。观察组男性 27 例,女性 15 例;年龄 48 ~ 70 岁,平均(60.2 ± 9.3)岁;病程 1 ~ 6 个月,平均(2.2 ± 0.6)个月。两组患者年龄、性别、病程等一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 缺血性中风诊断标准参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[5]制定,所有患者均经 CT 或核磁共振成像(MRI)证实。

1.3 纳入及排除标准 纳入标准:①符合西医缺血性中风诊断标准,且为初次发病者;②伴手运动

功能障碍;③中风病程在 6 个月内;④年龄 ≤ 75 岁;⑤未经手部专业康复训练者;⑥取得患者及家属知情同意。排除标准:①既往患脑血管疾病并遗留有手功能障碍者;②合并有骨关节炎、类风湿关节炎、痛风性关节炎等疾病影响;③合并严重心、肝、肾等系统原发性疾病者;④不愿意接受本组方案进行康复治疗者。

1.4 治疗方法 两组均采用常规康复治疗,如接受神经生理疗法(Bobath)和本体感神经肌肉促进(proprioceptive neuromuscular facilitation, PNF)技术^[5]及进行作业训练等。针灸组采用单纯性针灸治疗,患者仰卧位或者坐位,局部皮肤用 75% 乙醇进行常规性消毒措施,选择华佗牌 30 号 1.5 寸一次性针灸针,上肢取阳溪、阳池、大陵、后溪、尺泽、手三里、肩前、肩贞、极泉,下肢取足三里、昆仑,以患侧为主。肩前和肩贞采用透刺法,得气后采用平补平泻手法,留针 30 min,1 次/d,6 d 为 1 个疗程,疗程与疗程之间间隔 3 d,共针灸 5 个疗程。观察组在针灸组针灸手法基础上加服活络柔筋汤,基本方:枸杞子 20 g,地黄 20 g,当归 12 g,木瓜 30 g,黄芪 30 g,鸡血藤 15 g,白芍 20 g,地龙 10 g,水蛭 6 g,僵蚕 10 g,姜黄 10 g,桃仁 15 g,红花 6 g,丹参 15 g,甘草 6 g。随证加减,肢体疼痛者加桂枝 6 g;风痰阻络者加全蝎、蜈蚣各 6 g;肝阳上亢者加天麻 10 g,石决明 30 g^(先煎);痰热腑实者加大黄 10 g^(后下),竹茹 10 g。1 剂/d,常规水煎 2 次,分早晚 2 次服用。保留药渣加入威灵仙、制川乌、伸筋草、桂枝、桑枝各 30 g,继续加水煎煮,熏洗患部 30 min,1 次/d。疗程 6 周。

1.5 观察指标

1.5.1 手运动障碍运动功能评价 采用平衡功能偏瘫恢复(Lindmark)评分表^[6],包括运动协调能力共 8 项,24 分;感觉功能共 4 项,8 分,总分为 32 分,分数越高,偏瘫手功能障碍越小。

1.5.2 偏瘫手运动功能 采用标准 12 级偏瘫功能评估(Brunnstrom)手运动功能评定^[7]: I,手无任何运动;II,手指可见轻微屈曲,无随意性;III,可做钩

状抓握,但不能伸指;IV,能侧捏及松开拇指,手指有半随意的小范围伸展;V,可做球状和圆柱状抓握,手指可做集团伸展,但不能单独伸展;VI,所有抓握均能完成,但速度和准确性比健侧差。

1.5.3 手总主动活动度(TAM)^[7] 患指 TAM 评定结果分为优、良、中和差。优:患指屈伸活动恢复正常;良:TAM 为健指的 75% 以上;中:患指屈伸活动为健指的 50% ~ 75%;差:患指屈伸活动为健指的 50% 以下。

1.5.4 患者日常生活能力评定 采用日常生活能力的评定(Barthel, BI)指数记分判定^[7]为总分 100 分,表示正常。I 级, < 20 分,临床意义为完全残疾;II 级, 20 ~ 40 分,临床意义,重度残疾;III 级, 40 ~ 60 分,临床意义,中度残疾,需大量帮助;IV 级, > 60 分,临床意义,虽有轻残疾但尚能独立。治疗前后各进行 1 次评定。

1.6 疗效标准^[5] 基本痊愈:神经功能缺损程度评分减少 90% ~ 100%,病残程度评价为 0 级;显著进步:神经功能缺损程度评分减少 46% ~ 89%,病残程度评价为 1 ~ 3 级;进步:神经功能缺损程度评分减少 18% ~ 45%;无变化:神经功能缺损程度评分减少或增加 < 18% 以内;恶化:神经功能缺损程度评分增加 ≥ 18% 以上。

总有效率 = (基本痊愈 + 显著进步 + 进步) / 总例数 × 100%

1.7 统计学处理 数据分析采用 SPSS 17.0 统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组临床疗效总有效率为 92.86%, 优于针灸组的 73.17%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	例数	基本痊愈 / 例	显著进步 / 例	进步 / 例	无变化 / 例	恶化 / 例	总有效率 / %
针灸	41	1	12	17	11	0	73.17
观察	42	2	19	18	3	0	92.86 ¹⁾

注:与针灸组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后手运动障碍运动功能评价 治疗后两组运动协调能力、感觉功能评分及总分均比治疗前升高($P < 0.01$), 治疗后观察组均高于针灸组($P < 0.01$), 见表 2。

表 2 两组治疗前后手运动障碍运动功能评价($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	例数	运动协调能力	感觉功能	总分
针灸	治疗前	41	7.15 ± 1.97	3.34 ± 1.58	10.42 ± 2.82
	治疗后		13.27 ± 2.15 ¹⁾	5.59 ± 1.26 ¹⁾	18.75 ± 2.49 ¹⁾
观察	治疗前	42	7.26 ± 2.05	3.25 ± 1.76	10.67 ± 2.79
	治疗后		15.31 ± 2.38 ^{1,2)}	6.85 ± 1.45 ^{1,2)}	22.23 ± 3.18 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与针灸组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ 。

2.3 两组患者治疗前后 Brunnstrom 手运动功能比较 与治疗前比较针灸组 Brunnstrom 手运动功能有所好转($P < 0.01$), 观察组则明显好转($P < 0.01$), 治疗后组间比较, 观察组的改善优于针灸组($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 Brunnstrom 手运动功能比较 例

组别	时间	例数	I	II	III	IV	V	VI
针灸	治疗前	41	0	12	18	7	4	0
	治疗后		0	7	12	10	11	1
观察	治疗前	42	0	13	17	8	4	0
	治疗后		0	4	7	9	20	2

2.4 两组患者治疗前后手总主动活动度(TAM)比较 治疗后观察组患者 TAM 的改善优于针灸组($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组治疗前后 TAM 比较 例

组别	例数	优	良	中	差
针灸	41	0	14	15	12
观察	42	0	20	19	3

2.5 两组治疗前后 BI 指数分级比较 与治疗前比较, 针灸组 BI 指数分级有所好转($P < 0.05$), 观察 BI 指数分级明显好转($P < 0.01$), 治疗后组间比较, 观察组的改善优于针灸组($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组治疗前后 BI 指数分级比较 例

组别	时间	例数	I	II	III	IV	正常
针灸	治疗前	41	2	16	13	10	0
	治疗后		0	10	13	18	0
观察	治疗前	42	2	18	12	10	0
	治疗后		0	7	12	23	0

3 讨论

在中风后遗症中下肢功能往往较快得到恢复, 上肢远端的腕手功能恢复过程却相当缓慢, 这是由于手功能复杂, 以精细动作为主, 完成一项精细动作需要的神经回路复杂, 所以腕手功能的恢复滞后于

下肢^[1]。肌力减弱、肌张力增高、患肢疼痛是影响上肢功能障碍的三大因素。中风后 4 周到 7 周之间弛缓性瘫逐步转变为痉挛性瘫痪,此期越长,则功能恢复的程度越差^[7]。研究显示中风后 3~6 个月为是上肢功能恢复高峰期,此后恢复的速度转慢^[3]。因此在中风恢复期采取积极有效的措施通过适当的治疗增强肌力、降低肌张力,从而有效促进手腕手功能的康复。对于中风后手功能治疗,目前西医无特殊治疗手段,作业疗法、运动再学习疗法和物理康复疗法等治疗有一定疗效,但个体差异较大。

中风后手功能障碍于属于中风偏枯、痿病、经筋病、痉等病证范畴。《灵枢·刺节真邪论》曰:“虚邪偏客于身半,其入深,内居营卫,营卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯”。《难经·二十九难》曰:“阴跷为病,阳缓而阴急;阳跷为病,阴缓而阳急”。脉络空虚,风邪入中,阴阳失调,筋脉失养为本病病机之根本^[8]。脉络空虚,风邪入中而致阳溪、阳池带“阳”字穴都位于手腕的背部,属于手三阳经的穴位,是针灸临床治疗腕关节疼痛的最常用经穴位^[9]。阳溪属于手阳明大肠经的五腧穴之一的经穴,阳池属于手少阳三焦经的原穴,具有疏调三焦的作用。针灸取肩前、肩贞、极泉等穴是治疗臂丛神经痛具有更好的临床疗效,而大陵、后溪、尺泽等穴对脑卒中患者手功能恢复更加有效。各个穴位联合具有行气活血、舒筋活络、调整气血之功效,可以促进脑功能及肢体如手部功能的恢复^[10]。活络柔筋汤中以枸杞子、地黄滋阴补血,当归、鸡血藤补血生血,白芍补血柔肝缓急,木瓜平肝舒筋,黄芪补气升阳,地龙、水蛭化瘀通络,僵蚕搜风化痰,桃仁、红花、丹参活血化痰通络,姜黄行气通经,甘草调和诸药。全方共奏养血活血,舒筋通络之功。

Lindmark 和 Brunnstrom 评分表均是国际公认的手运动功能评估表之一,前者包括手的主动运动、快速轮替运动、体位转移及行走、平衡功能、感觉、被动运动、疼痛等;后者根据偏瘫恢复期肌张力的不同分期来评价手的功能情况^[6-7]。本研究显示,采用活络柔筋汤联合针灸能进一步改善脑缺血中风恢复期患者手运动协调能力、感觉功能评分及总分均高于单纯针灸治疗,Brunnstrom 手运动功能分级也好于针灸组,提示了活络柔筋汤联合针灸进一步的改善了手功能的恢复。

TAM 反应了手腕关节的活动能力,治疗后观察

组 TAM 的改善优于针灸组,也提示了活络柔筋汤联合针灸改善了手腕关节的活动度,促进了手功能的康复。BI 指数反应了患者的日常生活能力,治疗后观察组 BI 指数的改善优于针灸组,也提示了活络柔筋汤联合针灸改善了患者病残程度,促进手功能恢复,提高了生活自理能力。

综上所述,活络柔筋汤联合针灸能改善手的运动能力、感觉能力和手腕关节活动度,减轻了病残程度,促进了手功能恢复,从而提高了患者的生活自理能力。其疗效优于单纯针灸治疗,提示了活络柔筋汤内服和熏洗联合针灸起到了良好的协同效应。

[参考文献]

- [1] 赵艳玲,李文纯,黄娟,等. 经筋刺法对脑卒中恢复期偏瘫手精细动作的影响[J]. 中国针灸, 2014, 34(2):120.
- [2] 郑丽萍,李丽朝,方香丹,等. 中风偏瘫病人手功能恢复的影响因素与对策[J]. 中国老年学杂志, 2002, 22(4):262.
- [3] Duncan P, Goldstein I, Matchar D, et al. Measurement of motor recovery after stroke: outcome assessment and sample size requirements [J]. Stroke, 2009, 23(8):1084.
- [4] 张旭东,杨然,宋成军,等. 针刺治疗中风疗效的系统评价概况[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(2):199.
- [5] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379.
- [6] 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:74.
- [7] 南登崑. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:4.
- [8] 赵明华,钱虹,庄礼兴. 火针八邪、上八邪穴治疗中风后手指拘挛的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2013, 30(2):175.
- [9] 孙世光整理,中华医学会神经病学分会脑血管病学组撰写. 中国缺血性脑卒中的短暂性脑缺血发作二级预防指南 2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2):11.
- [10] 汪德全. 补阳还五汤结合针刺治疗缺血性中风恢复期的临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6(24):87.

[责任编辑 何希荣]