

芍药甘草汤合补阳还五汤联合乙哌立松治疗中风后肌张力增高疗效观察

叶丹晓, 易咏希, 娄劼, 余乐端, 陈杰夫

肇庆市中医院脑病科, 广东 肇庆 526020

[摘要] 目的: 观察芍药甘草汤合补阳还五汤加减联合乙哌立松治疗气虚血瘀型中风后肌张力增高临床疗效。方法: 将 150 例纳入病例随机分为 3 组, 每组 50 例, 3 组均给予常规治疗。A 组加乙哌立松口服、汤药予补阳还五汤加减。B 组给予芍药甘草汤合补阳还五汤加减。C 组给予乙哌立松口服, 汤药以芍药甘草汤合补阳还五汤加减。疗程均为 1 月。结果: A 组总有效率为 70%, B 组为 68%, C 组为 88%, C 组明显优于 A、B 组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。各组 Fugl-Meyer (FMA) 评分治疗前后比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后各组 FMA 评分比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); C 组评分明显优于 A、B 组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。各组 Barthel 指数治疗前后比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后各组 Barthel 指数比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); C 组指数明显优于 A、B 组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。各组中医证候评分治疗前后比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后各组中医证候评分比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。结论: 以芍药甘草汤合补阳还五汤联合西药肌松药治疗肌张力升高、属气虚血瘀型的中风患者, 可较显著地降低患肢肌张力、改善患肢运动功能, 疗效确切。

[关键词] 中风; 肌张力增高; 芍药甘草汤; 补阳还五汤; 乙哌立松

[中图分类号] R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0065-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.025

Therapeutic Effect of *Shaoyao Gancao* Decoction and *Buyang Huanwu* Decoction Combined with Eperisone for Muscular Hypertonia After Stroke

YE Danxiao, YI Yongxi, LOU Qing, et al

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of *Shaoyao Gancao* decoction and *Buyang Huanwu* decoction combined with eperisone for muscular hypertonia after stroke. Methods: One hundred and fifty cases were randomly divided into three groups. All of the three groups were given conventional treatments. Additionally, group A with 50 cases was treated with *Buyang Huanwu* decoction combined with eperisone orally, group B with 50 cases was treated with *Shaoyao Gancao* decoction and *Buyang Huanwu* decoction, and group C with 50 cases was treated with *Shaoyao Gancao* decoction and *Buyang Huanwu* decoction combined with eperisone. The treatment course lasted for one month. Results: The total effective rate was 70% in group A, 68% in group B and 88% in group C, the clinical effect of group C being superior to that of group B or group A ($P < 0.05$). After treatment, Fugel-Meyer scores (FMA), Barthel index (BI) and the scores of Chinese medical (CM) syndrome of all groups were improved ($P < 0.05$ compared with those before treatment). FMA and BI of group C were statistically superior to those of group A and group B. The differences of CM syndrome scores were insignificant among the three groups ($P > 0.05$). Conclusion: *Shaoyao Gancao* decoction and *Buyang Huanwu* decoction combined with eperisone have certain effect for the treatment of post-stroke muscular hypertonia patients with the syndrome of qi deficiency and blood stasis through relieving muscular tension and improving motor function of the affected limbs.

Keywords: Stroke; Muscular hypertonia; *Shaoyao Gancao* decoction; *Buyang Huanwu* decoction; Eperisone

中风是我国中老年人的常见病、多发病, 其致残率超过 70%, 国内统计资料表明, 偏瘫患者中的

80%~90% 有某种程度的肌张力障碍^[1]。肌张力的异常增高制约了肢体运动功能的恢复, 严重影响了患者

[收稿日期] 2014-06-20

[基金项目] 广东省中医药局建设中医药强省科研课题 (编号: 20112063)

[作者简介] 叶丹晓 (1966-), 男, 副主任中医师, 主要从事中医脑病临床工作。

的日常生活。因此,早期抗痉挛治疗在中风偏瘫的康复中就显得尤为重要。笔者应用芍药甘草汤合补阳还五汤联合乙哌立松治疗气虚血瘀型中风、存在肌张力增高的患者 50 例,取得较为满意的临床疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 150 例均为在本科住院或门诊就诊的病例,采用随机分组的方法,将纳入病例随机分为 A、B、C 3 组。A 组 50 例,男 29 例,女 21 例;年龄 40~79 岁,平均(65.88±9.71)岁;脑出血 16 例,脑梗死 34 例;平均病程(63.47±12.34)天。B 组 50 例,男 28 例,女 22 例;年龄 43~77 岁,平均(66.52±8.98)岁;脑出血 13 例,脑梗死 37 例;平均病程(62.81±13.09)天。C 组 50 例,男 31 例,女 19 例;年龄 42~79 岁,平均(67.20±9.61)岁;脑出血 15 例,脑梗死 35 例;平均病程(64.20±11.96)天。各组性别、年龄、病变类型、病程等资料经统计学处理,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 符合全国第 4 届脑血管病会议上通过的《各类脑血管病诊断要点》及《中医病证诊断疗效标准》中中风的诊断依据及辨证分型,参照 Ashworth 量表的改良版,诊断为气虚血瘀型中风、Ashworth 痉挛评价为 2~4 级、于 2011 年 10 月~2013 年 10 月在本科住院或门诊就诊的病例。

1.3 排除标准 合并有严重认知功能障碍、肝功能不全、肾功能不全、心功能不全、意识障碍的病例。

2 治疗方法

均常规给予营养神经、对症支持、康复训练、针灸等治疗。

2.1 A 组 给予乙哌立松,每次 50 mg,每天 3 次口服,降低肌张力;汤药予补阳还五汤加减,处方:黄芪 45 g,当归、桃仁各 10 g,赤芍、地龙各 15 g,川芎、红花各 5 g。

2.2 B 组 给予芍药甘草汤合补阳还五汤加减,处方:白芍、黄芪各 45 g,当归、桃仁各 10 g,赤芍、甘草、地龙各 15 g,川芎、红花各 5 g。

2.3 C 组 给予乙哌立松,每次 50 mg,每天 3 次;汤药为芍药甘草汤合补阳还五汤加减(同 B 组)。

疗程均为 1 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 肌张力评定采用 Ashworth 量表法(MAS),评定时检查者徒手牵引痉挛肌进行全关节活动范围内被动运动,通过感觉到的阻力及其变化情况把痉挛分为 0、1、2、3、4 共 5 个级别,0 级无肌张力增加,1~4 级痉挛程度逐渐增加。运动功能评定:采用 Fugl-Meyer(FMA)评分法,运动积分 < 50 分为严重运动障碍,50~84 分为明显运动障碍,85~95 分为中度运动障碍,96~99 分为轻度运动障碍,100 分为功能正常。日常生活能力评定:采用 Barthel 指数记分法,总积分 0~20 分为完全依赖,21~61 分为严重依赖,62~90 分为中度依赖,91~99 分为轻度依赖,100 分为独立。中医证候评分参照《中医病证诊断疗效标准》。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,各组治疗前后各指标的组内比较采用 t 检验,治疗后各指标的组间比较采用方差分析,计数资料率的比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 肌张力疗效标准 参照文献^[2]:显效:降低 2 级肌张力;有效:降低 1 级肌张力;无效:无改善。

4.2 各组治疗后肌张力疗效比较 见表 1。A 组总有效率为 70%,B 组为 68%,C 组为 88%,C 组明显优于 A、B 组,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 各组治疗后肌张力疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
A 组	50	3	32	15	70
B 组	50	3	31	16	68
C 组	50	5	39	6	88

与 C 组比较,① $P < 0.05$

4.3 各组治疗前后 FMA 评分比较 见表 2。各组 FMA 评分治疗前后比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。治疗后各组 FMA 评分比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$);C 组评分明显优于 A、B 组,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

4.4 各组治疗前后 Barthel 指数比较 见表 3。各组 Barthel 指数治疗前后比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。治疗后各组 Barthel 指数比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$);C 组指数明显优于 A、B 组,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 2 各组治疗前后 FMA 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
A 组	50	29.96 ± 11.803	49.14 ± 10.071
B 组	50	30.24 ± 11.318	48.16 ± 9.624
C 组	50	29.44 ± 12.068	59.36 ± 9.297

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与 C 组治疗后比较, ② $P < 0.05$

表 3 各组治疗前后 Barthel 指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
A 组	50	29.50 ± 7.776	46.70 ± 12.960
B 组	50	29.00 ± 6.851	46.20 ± 13.649
C 组	50	28.30 ± 8.367	55.00 ± 17.023

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与 C 组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.5 各组治疗前后中医证候评分比较 见表 4。各组中医证候评分治疗前后比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。治疗后各组中医证候评分比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$)。

表 4 各组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
A 组	50	24.14 ± 5.198	16.36 ± 5.314
B 组	50	23.92 ± 5.174	15.62 ± 5.198
C 组	50	22.62 ± 5.279	14.32 ± 5.156

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

目前一般认为, 高位中枢通过突触前抑制影响脊髓反射, 如果中断到脊髓的下行通路常常会出现痉挛, 脑血管意外后由于中枢性运动抑制系统失调, 使 α 和 γ 两种运动神经元相互制约、相互作用失衡, 临床上出现以上肢屈肌群和下肢伸肌群为主的肌张力增高^[3]。中医学对这种病证早在《内经》中就有所认识, 认为中风后患者偏侧肢体表现为拘急与痿弱与肝有关, 多与肝肾阴虚、津液不足及阴阳气血不调有关^[4]。芍药甘草汤出自《伤寒论》, 由芍药、甘草二药组成, 是仲景为伤寒误汗亡阳、阳复后脚挛急而设, 奏柔肝舒筋、缓急止痛之效。本方药味虽少, 却具有多种作用: 一是酸甘化阴。芍药味酸, 甘草味

甘, “酸甘相合, 用补阴血” (《注解伤寒论》)。二是柔肝益脾。肝主筋, 肝阴不足, 风木无制, 横乘脾土, 筋系挛急。本方用赤补肝柔筋, 复用甘草补脾益气, 乃见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾之义。三是缓急止痛。赤、甘草均有缓急止痛功效, 两者相伍, 可发挥协同作用, 使缓急止痛作用更强、更持久。四是通顺血脉, 破除血痹。补阳还五汤见于清代大医学家王清任所著的《医林改错》, 方中黄芪为君, 大补元气, 使气旺血行; 川芎、赤芍、当归尾为臣, 养血行气; 桃仁、红花为佐, 破结散瘀; 地龙为使, 通利经络。共奏气旺血行, 周流全身之目的。而乙哌立松作为一种中枢性抗痉挛药物, 能同时作用于中枢神经系统和血管平滑肌, 缓和骨骼肌紧张并改善血流。通过改善各种肌紧张症状, 抑制脊髓反射, 并作用于 γ -运动神经元系统, 降低肌梭的灵敏度, 从而缓解骨骼肌的紧张, 降低患者的肌痉挛程度^[5]。同时通过抑制疼痛反射和改善肌肉血液循环达到止痛的效果^[6]。既具有降低肌张力又有减轻肌肉疼痛的双重作用。

本观察中, 在常规治疗基础上, 以芍药甘草汤合补阳还五汤联合西药肌松药治疗肌张力升高、属气虚血瘀型的中风患者, 可较显著地降低患肢肌张力、改善患肢运动功能, 疗效确切, 值得在临床中推广。

[参考文献]

- [1] 南登昆. 康复医学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 211.
- [2] 燕铁斌. 临床痉挛指数: 痉挛的综合临床评定[J]. 现代康复, 2000, 4(1): 88-89.
- [3] 陈党红, 黄培新, 蔡业峰. 脑卒中后肌张力增高临床研究现状[J]. 中国中医急症, 2005, 14(4): 362-363.
- [4] 王蒙冬, 俞征宙, 刘鹏. 中医治疗中风后肢体痉挛的研究进展[J]. 福建中医药杂志, 2010, 41(4): 63.
- [5] 傅文安. 乙哌立松治疗顽固性呃逆[J]. 中国新药与临床杂志, 2005, 24(4): 311-312.
- [6] 钱宇, 范顺武. 乙哌立松治疗肩周炎[J]. 中国新药与临床杂志, 2003, 22(2): 84-86.

(责任编辑: 骆欢欢)