

芍药甘草汤联合扶阳罐疗法治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪的研究

李亮荣¹, 王树青^{2*}

(1. 平乐县中医医院, 广西 桂林 542400; 2. 桂林市中医医院, 广西 桂林 541002)

摘要: **目的** 观察芍药甘草汤联合扶阳罐疗法治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪的临床疗效。**方法** 选取符合纳入标准的 60 例患者, 随机分为观察组和对照组各 30 例, 两组患者均进行常规康复治疗, 观察组予以扶阳罐法联合芍药甘草汤治疗, 对照组予以扶阳罐法治疗, 分别于治疗前及治疗 4 周后使用改良 Ashworth 评分(MAS)、改良 Barthel 指数(MBI)和简化上肢 Fugl-Meyer 运动功能评分(FMA)进行患侧上肢功能评定, 并观察不良反应发生情况。**结果** 治疗后观察组 FMA 评分、MAS 评分、和 MBI 评分均优于对照组($P < 0.05$); 2 组患者均未出现明显不良反应。**结论** 芍药甘草汤联合扶阳罐疗法治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪临床疗效确切, 可有效缓解症状, 改善患者肢体痉挛状态, 促进肢体运动功能提升, 治疗安全性高。

关键词: 脑卒中; 痉挛性瘫痪; 扶阳罐法; 康复训练

中图分类号: R246.6

文献标志码: A

文章编号: 2097-4299(2026)01-0020-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.2097-4299.2026.01.005

脑卒中已成为我国致死率和致残率最高的疾病, 每年新发病例超过 200 万并逐渐递增。在这些患者中, 约 75% 会遗留不同程度的神经功能缺损, 尤以肢体痉挛性瘫痪最为常见。这一症状不仅是卒中康复治疗的核心关注点, 也是临床实践中的主要挑战^[1-2]。痉挛性瘫痪的主要症状包括肌张力障碍、关节痉挛畸形、肌容积异常等, 严重影响患者的生活质量, 也大大降低了临床康复效果^[3]。目前临床主要选择肉毒素注射、神经阻滞损毁术、椎管内药物注射等方法, 然而, 这些方法均存在疗效不确定或药物副作用等问题^[4-5]。近年来, 中医药疗法在中风康复中崭露头角, 日益受到临床的青睐。我科在痉挛性瘫痪中主动融入中医药元素, 运用经典名方芍药甘草汤缓解肌肉痉挛, 同时融入扶阳理念, 联合扶阳罐疗法治疗中风后痉挛性瘫痪, 形成诊疗方案和临床路径, 取得了良好的临床效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2023 年 6 月-2024 年 5 月平乐县中医医院脑病科(科室为脑病科+康复科)符合纳入标准的 60 例患者(采用 PASS 14.0 软件进行样本

量计算), 采用数字表法随机分为 2 组, 每组 30 例, 分别为观察组和对照组, 观察组男(18 例)女(12 例)年龄范围 56~80(65.68 ± 8.42)岁, 病程 28~152(55.71 ± 20.42)天; 偏瘫侧: 左右各 15 例。对照组男(17 例)女(13 例)年龄 57~81(65.36 ± 8.55)岁, 病程 29~160(54.48 ± 20.68)d; 偏瘫侧: 右 16 例, 左 14 例。入组患者性别、年龄、病程和偏瘫肢体侧别等资料具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 本研究采用中西医双重诊断标准。西医诊断以《各类脑血管疾病诊断要点(1995)》中脑梗死的定义为依据; 中医则采用国家中管局脑病急症协作组《中风病诊断与疗效评定标准》(1996), 其主症为神昏、偏瘫等, 次症包括吞咽、言语功能障碍等。

1.3 纳入标准 本研究入选对象需同时满足以下条件: 符合前述中西医诊断标准; 经影像学(头颅 CT/MRI)确诊为初次发病的脑卒中恢复期患者(1 个月 ≤ 病程 ≤ 6 个月), 且存在上肢痉挛性瘫痪(改良 Ashworth 评分 ≥ 1 级); 生命体征平稳、意识清晰、无严重伴随疾病, 具备良好的治疗依从性; 自愿签署知情同意书。

基金项目: 广西壮族自治区中医药管理局自筹经费课题(GXZY20210146)

作者简介: 李亮荣(1981-), 男, 副主任医师, E-mail: 256582733@qq.com

* **通信作者:** 王树青(1981-), 男, 主任医师, 研究方向: 中医脑病, E-mail: 3574153129@qq.com

1.4 排除标准 虽符合脑梗诊断标准但无明显卒中后肢体瘫痪者;卒中病程不在 1 至 6 个月范围内者;合并严重脏器疾病、精神疾病,或存在非脑梗死性运动障碍者;患肢伴有骨折等影响康复的关节病变,及近期使用过镇静剂、肌松剂或肉毒素的患者。

1.5 干预方案

1.5.1 基础治疗 所有患者均予健康宣教(含良肢位摆放与并发症预防指导)和基础药物治疗(包括脑血管病用药、脑血管病危险因素干预用药等)。

1.5.2 一般康复治疗 ①语言训练:由护理人员指导,进行从单音节到词语、句子的渐进式练习。②吞咽锻炼:鼻饲期间指导患者练习吞咽动作,并逐步过渡至流食、半流食。③肢体训练:患者病情稳定后,指导其用健肢带动患肢进行被动训练,并嘱家属协助进行平衡、站立等练习。④心理调适:密切观察患者情绪,及时对焦虑等状况进行安抚。以上前 3 项训练均为每日 2 次,每次 10 min。

1.5.3 扶阳罐疗法 ①评估准备:检查患肢皮肤(完整性、有无过敏);协助患者平卧,暴露并放松患肢,摆置于掌心向上、前臂外展位。②预处理:均匀涂抹灵仙扶阳油,扶阳罐走动预热皮肤。③经络治疗:沿手阳明大肠经、手少阳三焦经、手太阳小肠经交替推按,末段减速,以皮肤微红为度。④操作规范:每条经络依次进行温推(5 min)→温刮(8 min)→双上臂温拔。

1.5.4 芍药甘草汤 处方:生白芍 30 g,炙甘草 30 g。由平乐县中医医院煎药室统一煎药,每次 1 袋,200 mL/袋,早晚 2 次饭后半小时到 1 小时温服,连续服用 4 周。

1.5.5 疗程 扶阳罐法与一般康复疗法均为每日 1 次,每次 30 min,每周治疗 6 d(周日休息)。两种疗法的治疗顺序不固定,可依据医生与治疗师的时间灵活安排。以 4 周为 1 个疗程,疗程结束后进行疗效评定。

1.6 评定指标 分别于治疗前、治疗 4 周后对 2 组患者进行综合评定。

①改良 Ashworth 痉挛量表(MAS):肌张力疗效分为 4 级:A 显效:降低>2 级或正常;B 有效:降低 2 级;C 改善:降低 1 级;D 无效:症状未改变或进展。有效率计算公式为 $(A+B+C)/(A+B+C+D) \times 100\%$ 。

②改良 Barthel 指数(MBI):评估内容包括饮食、

如厕、转移、穿衣等日常生活能力评估共 10 项,总分 100。轻度(≥ 60 分),需部分辅助;中度(59~41 分),需大量辅助;重度(≤ 40 分),需完全依赖他人。

③简化 Fugl-Meyer(FMA)运动功能:用于评估患肢运动功能。

1.7 统计学方法 使用 SPSS 软件 23.0 版本,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组内比较使用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料用率(%)表示,组间比较 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 MAS 评定 治疗前 2 组患者 MAS 比较无统计学差异($P > 0.05$),治疗后,2 组评分较治疗前降低($P < 0.05$),观察组降幅更大($P < 0.05$),见表 1。

表 1 治疗前后上肢 MAS 评定比较

组别	例数	显效	有效	改善	无效	总有效率/%
观察组	30	10	14	3	3	90.00
对照组	30	6	6	8	10	70.00

注:2 组疗效比较, $\chi^2=4.8118, P=0.0283 < 0.05$,差异具有统计学意义

2.2 FMA 运动功能评分 治疗前 2 组 FMA 比较无显著差异($P > 0.05$),治疗后评分较治疗前提升($P < 0.05$),观察组优于对照组($P < 0.05$),见表 2。

表 2 治疗前后上肢 FMA 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
观察组	30	48.83±16.12	66.71±11.49 [#]	4.9471	0.0000
对照组	30	49.12±17.42	58.46±10.68 [#]	2.5036	0.0151

注:*表示经配对样本 t 检验结果 $P < 0.05$;#表示独立样本 t 检验结果 $P < 0.05$

2.3 MBI 评分 治疗前 2 组患者 MBI 比较无显著差异($P > 0.05$),治疗后评分优于治疗前($P < 0.05$),观察组增幅更大($P < 0.05$),见表 3。

表 3 治疗前后上肢 MBI 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
观察组	30	31.65±8.28	46.34±10.15 [#]	6.1425	0.0000
对照组	30	32.13±9.25	38.65±12.32 [*]	2.318	0.0240

注:*表示经配对样本 t 检验结果 $P < 0.05$;#表示独立样本 t 检验结果 $P < 0.05$

2.4 不良反应 本研究60例患者均完成了入组和疗效评价,也未出现明显不良反应。

3 讨论

中风后痉挛性瘫痪源于高级中枢控制丧失后低级中枢的异常代偿,与运动神经元功能损伤相关联^[6]。虽然临床干预方案多样,但药物不良反应、耐药性及远期疗效不明确等局限性,仍是当前治疗中的主要挑战^[7]。

扶阳罐循经温通疗法集扶阳理论、罐疗、温通刮痧于一体,以活血祛瘀、温经散寒为主要作用^[8]。其治疗机制在于通过推拿手三阳经及相关穴位,并借助药物的温阳特性,达到通经活络、促进患肢恢复的目的,借此实现“罐手合一”与“药罐合一”的协同效果^[9-10]。

作为张仲景所创的经典解痉名方,芍药甘草汤(又名去杖汤)以等量白芍、炙甘草为君,功擅缓急解痉。现代临床应用已扩展至多种肌张力障碍性疾病,且被大规模试验证实对脑损伤后痉挛有效^[11-13]。研究显示,该方联合针刺能更有效地缓解中风后痉挛与疼痛^[14],并可显著改善肢体运动功能^[15]。此外,机制研究认为,其疗效与抑制免疫炎症、改善肿痛及神经元保护等相关^[16]。

本研究结果显示,经过1个月的综合干预,2组患者在肌张力、MAS、MBI及FMA评分等方面均较治疗前显著改善($P<0.05$),表明两种疗法均有助于症状缓解。且观察组在上述指标上的改善程度均优于对照组($P<0.05$),提示在常规康复训练基础上,联合应用芍药甘草汤内服与扶阳罐外治可更有效治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪。

芍药甘草汤重在“松”,能够缓解骨骼肌痉挛并补充相关肌群津液不足;扶阳罐疗法则重在“通”,可温经通络,为阳气布达肌表提供媒介。二者一内一外,一松一通,一补一温,一收一散,共同调节肌张力,促进运动功能恢复,在卒中后痉挛性瘫痪的康复中具有较高的临床应用价值。

研究证实,芍药甘草汤与扶阳罐法“一松一通”的内外协同策略,能显著改善中风后痉挛性瘫痪患者的肌张力与痉挛症状,是一种值得推广的综合治疗方案。

参考文献:

[1] ZHOU M, WANG H, ZHU J, et al. Cause-specific mor-

tality for 240 causes in China during 1990-2013: a systematic sub national analysis for the global burden of disease study 2013[J]. Lancet, 2016, 387(10015):251-272.

[2] 王陇德,刘建民,杨弋,等.我国脑卒中防治仍面临巨大挑战-《中国脑卒中防治报告2018》概要[J].中国循环杂志, 2019,34(2):105-119.

[3] TANG E Y, AMIESIMAKA O, HARRISON S L, et al. Longitudinal effect of stroke on cognition: a systematic review[J]. J Am Heart Assoc, 2018, 7(2):e006443.

[4] 李薇薇,武连仲,满斌,等.武连仲教授对中风后痉挛性瘫痪阴阳分型探讨[J].天津中医药,2022,39(6):701-705.

[5] 马善新,许建文,马楠,等.超声引导下重复A型肉毒毒素注射治疗联合综合康复训练对卒中后下肢痉挛的疗效观察[J].中国康复,2019,34(11):567-570.

[6] ZENG H, CHEN J, GUO Y, et al. Prevalence and risk factors for spasticity after stroke: a systematic review and meta-analysis[J]. Front Neurol, 2021, 20(11):616097.

[7] 陈莉琳,黄牡丹,郑海清.卒中后肢体痉挛治疗的研究进展[J].中国卒中杂志,2020,15(7):720-727.

[8] 范宇鹏,杨志敏,老膺荣.扶阳学派学术思想梳理与研究现状调查及思考[J].中华中医药杂志,2013,28(7):2091-2093.

[9] 胡木明,朱嵘.扶阳调理与扶阳罐[M].北京:中国中医药出版社,2011:168-185.

[10] 郭娜,焦黎明.头针结合扶阳罐疗法治疗中风偏瘫临床研究[J].光明中医,2017,32(9):1308-1310.

[11] 张颖,高宁沁,李擎,等.芍药甘草汤联合运动训练治疗脑卒中偏瘫肘关节屈曲痉挛的临床分层研究[J].中华物理医学与康复杂志,2015,3(2):107-112.

[12] 谭子虎,陈紫薇.芍药甘草汤治疗中风后痉挛性偏瘫的系统评价[J].云南中医中药杂志,2016,37(2):23.

[13] 王景霞,杨旭.芍药甘草汤对中枢性肌张力增高大鼠脑内氨酸及其受体的影响[J].中国中药杂志,2016,41(6):1100-1105.

[14] 赵宛婷.加味芍药甘草汤联合针刺治疗中风后痉挛性偏瘫临床效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(14):160,187.

[15] 陈紫薇,谭子虎.芍药甘草汤治疗中风后痉挛性偏瘫的系统评价[J].云南中医中药杂志,2016,37(2):23-27.

[16] 李姣,常永霞,马崇,等.芍药甘草汤联合肌电生物反馈疗法在脑卒中康复期病人中的应用效果[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(22):3252-3255.

(收稿日期:2024-10-20)