



芍药甘草汤合血府逐瘀汤加减治疗中风后痉挛性瘫痪 70 例临床分析

罗景丰 (沅江市中医医院 湖南沅江 413100)

摘要: **目的** 本文就芍药甘草汤合血府逐瘀汤加减治疗中风后痉挛性瘫痪的效果进行研究。**方法** 选取我院在 2016 年 1 月—12 月期间收治的 70 例中风后痉挛性瘫痪患者,按照来院顺序单双号分为实验组与参照组,各 35 例。参照组予以巴氯芬片治疗,实验组予以芍药甘草汤合血府逐瘀汤加减治疗。将两组患者的治疗总有效率、肢体功能以及日常生活能力进行比较。**结果** 实验组患者的治疗总有效率显著高于参照组,实验组患者的 Fugl-Meyer 评分、ADL 评分的改善程度对比参照组更加显著, $P < 0.05$ 。**结论** 应用芍药甘草汤合血府逐瘀汤加减治疗中风后痉挛性瘫痪可获得理想效果,能够促使患者的肢体功能恢复,提高其生活自理能力,具有较高的临床应用价值。

关键词: 芍药甘草汤 血府逐瘀汤 中风后痉挛性瘫痪 肢体功能

中图分类号: R255.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 12-219-02

痉挛性瘫痪是中风患者最为常见的后遗症之一,主要是因上级运动神经元受损,导致其对下级运动神经元的控制力减弱,使患者表现出患侧肢体肌张力增高、协调能力下降等情况^[1];这对患者肢体功能、日常生活均有严重影响,也会为患者家庭增加一定负担。为提高中风后痉挛性瘫痪患者的康复疗效,对 2016 年的部分患者采用芍药甘草汤合血府逐瘀汤加减进行治疗,用药效果已获得了患者及家属的高度认可;现将研究过程及数据做如下整理:

1 基线资料及方法

1.1 基线资料数据

此次研究是选取 2016 年 1 月—12 月期间在我院接受治疗的中风后痉挛性瘫痪患者作为研究对象,病例总数为 70 例;均符合《各类脑血管病诊断要点》、《中风病诊断和疗效评定标准》中的相关诊断标准被确诊。其中男性患者 38 例,女性患者 32 例;年龄集中在 52—75 岁之间,中位年龄为 (63.4±4.0) 岁;Ashworth 分级为 II—IV 级;病程在 20—64d 之间不等。按照来院顺序单双号分为实验组与参照组,各 35 例。将两组患者的资料数据进行对比, $P > 0.05$ 无统计学意义。

排除标准: 将非首次发病者、心肝肾功能不全者、继发性癫痫者、有肢体功能障碍史者予以排除。所有患者及家属均为自愿参与此次研究,并已签署知情同意书。

1.2 方法

所有患者入院后均予以常规治疗法,如降颅内压、抗血小板凝集、维持水电解质平衡等。

实验组患者在常规疗法基础上予以芍药甘草汤合血府逐瘀汤加减治疗,取白芍药 35g、葛根 30g、伸筋草、赤芍药、牛膝、生地黄、木瓜各 15g、桃仁、红花 (出血性急性期不用)、当归、川芎、枳壳、桔梗、柴胡、生甘草各 10g;肉苁蓉 6—10g、白术 15—25g。针对语言障碍者可加石菖蒲 15g、远志 12g;针对头晕者可加天麻 20g,钩藤 15g 针对气虚者可加党参 20g,黄芪 30—50g 针对肢体疼痛者可加乳香、没药各 10g,姜黄 15g;对于寒甚者可加桂枝 15—30g。以上药物,每日 1 剂,以水煎汁,分 2—3 次服用。

参照组患者在常规疗法基础上予以巴氯芬片治疗,初始剂量为 5mg,3 次/d,每隔 3d 为患者调整一次药量,每次增加 5mg,每日的最大剂量不超过 90mg。

两组患者均连续治疗 6 周后,对比疗效。

1.3 疗效判定标准^[2]

在治疗前、后应用 Ashworth 分级方法对患者的肌张力进行评价。治疗后,患者的 Ashworth 分级降低程度在 2 级及以上,则为治疗显效;患者的 Ashworth 分级降低程度为 1 级,则为治疗有效;未达到以上标准,则为无效。治疗总有效率 = 显效 + 有效 / 总例数。

1.4 评价标准

Fugl-Meyer 评分: 应用 Fugl-Meyer 评分法对患者的上、下肢体功能进行评估,分数越高表示肢体活动力越佳^[3]。

ADL 评分: 应用 Barthel 指数评分法对患者的日常生活能力进行评估,分数越高说明生活自理能力越良好。

1.5 统计学方法

整理研究数据,核对无误后输入统计学软件 SPSS19.0 进行分析检验, Fugl-Meyer 评分、ADL 评分为计量资料,以均数 ± 的形式表示,比较结果行 t 值检验;治疗总有效率为计数资料,以百分率 % 的形式表示,比较结果行卡方值检验;当 $P < 0.05$ 时表示比较差异存在统计学意义。

2 研究结果

2.1 两组患者的治疗总有效率比较

实验组患者的治疗总有效率为 91.43%,显著高于参照组的 71.43%,统计学检验结果为 $P < 0.05$;详细数据见表 1。

表 1: 两组患者的治疗总有效率比较 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	35	11	21	3	91.43% (32/35)
参照组	35	6	19	10	71.43% (25/35)

2.2 两组患者的肢体功能、日常生活能力比较

在治疗前,实验组患者的 Fugl-Meyer 评分、ADL 评分与参照组比较无显著差异, $P > 0.05$;经过 6 周治疗后,两组患者的 Fugl-Meyer 评分、ADL 评分均有所提高,且实验组患者的改善程度对比参照组更加显著,统计学检验结果为 $P < 0.05$,详细数据见表 2。

表 2: 两组患者的肢体功能、日常生活能力比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	Fugl-Meyer 评分		ADL 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	35	46.44±4.38	84.22±5.61 ^{ab}	18.93±2.62	50.65±4.42 ^{ab}
参照组	35	46.28±4.40	63.63±5.85 ^a	19.03±2.74	34.56±4.05 ^a

注: a 表示与治疗前比较 $P < 0.05$, b 表示与参照组比较 $P < 0.05$ 。

3 讨论

中风患者具有致死致残率高、预后差等特点,如果并发痉挛性瘫痪,还会引发患肢疼痛、关节挛缩、肌肉萎缩以及变形等,对患者的肢体活动、日常生活均有不良影响。在中医中,中风主要是因风、火、痰、虚、瘀等病机所致,还会累及多个脏器器官与经络,痉挛性瘫痪是在中风基础上所发生的疾病,其病机与中风也有一定的相似之处^[4]。在《景岳全书》之中有记载,中风后痉挛性瘫痪的病因在血液,血液枯燥致使痉挛发生,认为该类患者的治疗当以活血通络、养经柔经为主,同时要兼顾虚、风、火、痰^[5]。我院现阶段主张对这些患者采用芍药甘草汤合血府逐瘀汤加减治疗;其中芍药甘草汤出自于《伤寒论》,方中芍药具有解痉止痛、养血荣筋的作用,从而使患者血脉通畅;肉苁蓉、白术均为通便和脾的良药;伸筋草可起到舒筋活络、祛风除湿之效;木瓜也是舒筋活络的良药;葛根具有活络止痛、解肌柔筋之效。血府逐瘀汤是取自《医林改错》之中,方中的柴胡具有疏肝解郁之效,红花、桃仁均有显著的活血化瘀之效,川芎、当归、赤芍药是养血活血的良药,牛膝可祛瘀通脉,生地黄可滋阴养血,诸药合用,共奏活血化瘀、补血理气、强筋通络、养经柔经之效。应用芍药甘草汤与血府逐瘀汤联合治疗中风后痉挛性瘫痪,可发挥各自优势,使药物的活血化瘀、舒经通脉之效得以增强。此次研究中,实验组患者的治疗总有效率显著

(下转第 220 页)



· 中西医结合 ·

改良刮除术联合消疣汤外洗治疗顽固性巨大跖疣 1 例

李凤云 陈 诚 (中国人民解放军 303 医院皮肤科 广西南宁 530021)

摘要: 观察刮除术联合消疣汤外洗治疗顽固性跖疣的效果。患者因“5年前右足趾间及足底无明显诱因出现绿豆大淡黄色丘疹,境界清楚,质硬,逐渐增大至2.3×3.2cm,表面粗糙,脱屑伴痒痒,行走时患处疼痛明显。曾接受过冷冻治疗,效果不佳而就诊,查体见右足趾间及足底白色鳞屑,右足拇趾及第二三趾趾间,足底有数个跖疣。个别疣体相互融合成片。临床诊断为多发性跖疣。给与刮除术联合消疣汤治疗后治愈。

关键词: 跖疣 刮除术 湿性愈合 中药

中图分类号: R275.925 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 12-220-01

1 病历摘要

患者男性,40岁,因“右足趾间及足底多发皮损渐增大5年余”入院。既往患者5年前无明显诱因足趾间及足底出现多处绿豆大淡黄色丘疹,以第二趾为明显,无痒痒及疼痛等伴随症状,在外院诊断为跖疣,多次接受干扰素局部注射、冷冻术及刮除术治疗,效果欠佳,疣体逐渐增大,数量增多。入院查体一般情况好,专科检查见右足趾间及足底白色脱屑,双足趾间潮湿,右足大拇趾及第二三趾趾间,足底有数个跖疣。个别疣体相互融合成片,右足大拇趾见数个跖疣,第二足趾邻大拇趾面见一融合疣体,大小约2.3×3.2cm,占据该侧皮肤近1/2表面(图1)。对疣体及周围皮肤进行常规消毒后,用手术刀片刮去疣体表面增生角质层,可见大量疏松角质软芯,皮损组织病理检查:表皮疣状增生,表皮突向下延长,棘层肥厚,表皮上部可见大量空泡细胞。诊断为右足多发性跖疣。

因常规治疗方法对该顽固性巨大跖疣效果差,经患者同意,决定针对病例特点采用改良刮除术联合消疣汤外洗。刮除术改良的要点包括:(1)用外科手术的方法一次性将深达真皮层的巨大疣体全部切除,术后配合使用纤维银离子抗菌敷料填塞创面,该敷料吸收伤口渗液后释放银离子,可与细菌DNA结合,从而抑制细菌分裂,破坏细菌的细胞膜,使细菌死亡,其抗菌谱广,不易诱发耐药性^[1],避免创面发生感染,同时隔离创面,避免疣体再次种植;(2)为减轻患者痛苦及感染危险,待巨大疣体切除创面愈合后,使用中药验方消疣汤外洗。

具体治疗过程:针对巨大跖疣,用碘伏对疣体及周围皮肤进行常规消毒后,用2%利多卡因1-2ml在疣体基底进针,缓慢注射直至疣体及皮损周围0.5cm范围隆起,苍白后拔出针头,无菌纱布压迫止血。再用刮匙刮除在跖疣与正常皮肤的分界处将刮齿插入之后,向皮损侧且略向上用力刮除跖疣,并注意将整个跖疣清除干净,与周围相连已刮翘起的皮损用眼科剪剪除,迅速用无菌纱布加压止血5分钟后,用纤维银离子抗菌敷料填塞伤口无菌纱布加压包扎止血。两至三天换药一次,未给予抗生素治疗,未发生感染,术后两周创面完全愈合。伤口完全愈合后,用消疣汤,其成分为黄柏25g,苦参25g,薏苡仁20g,板蓝根25g,桃仁15g,土茯苓15g,金银花10g,桃仁20g,红花10g。上述药物加水2000ml,用武火煮沸后,文火再煎煮30min,待温度降至以足部能耐受的最高温度为宜后泡脚。每次泡完后的药液保留下来,跟次日煎好的药液混合泡脚,五天一个疗程,连续两个疗程。患者术后多次接受随访,至今未见复发。

2 讨论

(上接第219页)

高于参照组,实验组患者的Fugl-Meyer评分、ADL评分的改善程度对比参照组更加显著, $P<0.05$;这一结果足以体现芍药甘草汤合血府逐瘀汤加减治疗中风后痉挛性瘫痪的有效性及其优势。

综上所述,应用芍药甘草汤合血府逐瘀汤加减治疗中风后痉挛性瘫痪效果显著,对改善肌张力、促进肢体功能恢复具有积极作用,从而提高患者的生活自理能力。

参考文献

[1] 王省,刘红权.从“风”谈对中风病机的再认识[J].国际中

跖疣是皮肤科常见病和多发病之一,为人乳头瘤病毒感染所引起的良性赘生物,发病与宿主肌体免疫低下、局部外伤或摩擦有关^[1]。其病变可深达真皮层,病理变化主要为角化不全,棘层高度肥厚,乳头瘤样增生。该病目前治疗方法很多,如抗病毒药物、调节免疫药物全身或局部用药,微波、CO₂激光、冷冻或腐蚀药物等局部治疗^[2],均有一定疗效,但因治疗时间长、费用昂贵,创伤大、疼痛感明显,创面不易愈合和复发率高等各种原因不易被病人接受,尤其是巨大跖疣,治疗效果更差,且复发率更高。刮除术治疗疣具有手术简单易掌握,肉眼可见基底部是否刮干净等优点。术后采用伤口湿性愈合的理念和新型敷料的特点,保护伤口暴露的神经末梢,减轻疼痛,控制感染,从而加速伤口愈合过程,有效避免因创面过大带来的感染风险和愈合困难问题。治疗中所用的消疣汤方药中薏苡仁主健脾祛湿,板蓝根,黄柏,土茯苓,金银花清热解毒,增强机体免疫力,桃仁、红花活血化瘀、祛腐生新,各药相辅相承,相互促进,共同达到清热解毒、健脾祛湿、腐肉生肌的作用,特别是方剂中的清热解毒药被认为具有明确的抗病毒作用,对于预防跖疣复发安全有效^[3]。

综上所述,我们改良的刮除术联合消疣汤外洗方法对于治疗顽固性巨大跖疣疗效确切,起效快,费用低,患者疼痛小,易于接受,复发率低,患者依从性高,是一种较为理想治疗方法,值得临床推广。

参考文献

- [1] 实用伤口护理手册[M].北京:人民军医出版社,2012.4.
- [2] 赵辨.临床皮肤病学[M].第3版,南京:江苏科学技术出版社,2001:313.
- [3] 倪容之,刘玉峰.现代皮肤病性病治疗学[M].第2版,北京:人民军医出版社,2005:209.
- [4] 郭顺,陈力,魏跃钢.多发性跖疣中药外泡组方思路探析[J].中医研究,2014,27(1):5-6.



图1: 右足多发性跖疣(箭头所指为巨大跖疣)

医中药杂志,2017,39(1):71-72.

[2] 郭刘锋.芍药甘草汤合血府逐瘀汤治疗中风后痉挛性瘫痪40例[J].中医研究,2015(8):25-26.

[3] 菅振刚.栝楼桂枝汤应用在中风后肢体痉挛治疗中的临床研究[J].内蒙古中医药,2017,36(3):33.

[4] 张秋香.芍药甘草汤合血府逐瘀汤加减治疗中风后痉挛性瘫痪35例临床观察[J].河北中医,2012,34(5):690-692.

[5] 纪江红.芍药甘草汤合血府逐瘀汤加减治疗中风后痉挛性瘫痪的观察[J].中国民间疗法,2015(10):46-47.