

黄芪桂枝五物汤治疗脑卒中后感觉障碍 40 例临床观察

刘彦¹, 张伦忠²

(1. 山东中医药大学, 山东 济南, 250355;

2. 山东省潍坊市中医院, 山东 潍坊, 261041)

[摘要] 目的: 观察黄芪桂枝五物汤治疗脑卒中后感觉障碍的临床疗效。方法: 将 80 例脑卒中后出现感觉障碍的患者随机分为 2 组各 40 例, 对照组采用西医常规疗法结合运动、感觉康复训练治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上加黄芪桂枝五物汤治疗。结果: 2 组感觉、运动功能评分及日常生活活动能力评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论: 黄芪桂枝五物汤能改善脑卒中后产生的感觉障碍, 促进患者康复, 提高患者生活质量。

[关键词] 脑卒中; 感觉障碍; 中西医结合疗法; 黄芪桂枝五物汤

[中图分类号] R277.739 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.11.021

脑卒中是一种急性脑血管疾病, 是由于脑部血管突然破裂或阻塞导致血液不能流入大脑, 引起脑组织不可逆性损伤的一种疾病。据临床报道, 脑卒中在成年人致死或致残的疾病中居于首位^[1]。脑卒中后常遗留多种神经功能缺损症状, 经过积极治疗后, 各种神经功能缺损均有不同程度的恢复, 然而相当一部分患者遗留有轻重不同的感觉障碍。脑卒中后感觉障碍不仅恢复效果欠佳, 且严重影响患者的运动功能康复及生活质量。目前西医临床对此尚无针对性治疗方法。笔者采用黄芪桂枝五物汤治疗脑卒中后感觉障碍 40 例, 疗效较好, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取潍坊市中医院 2016 年 11 月至 2017 年 11 月脑病科收治的 80 例脑卒中后感觉障碍患者, 按照随机数字表法随机分为 2 组各 40 例。治疗组中, 男 22 例, 女 18 例; 年龄 45 ~ 78 岁, 平均 (66.18 ± 7.93) 岁; 病程 7 ~ 90d, 平均 (36.83 ± 21.33) d。对照组中, 男 19 例, 女 21 例; 年龄 45 ~ 79 岁, 平均 (64.25 ± 9.26) 岁; 病程 10 ~ 84d, 平均 (34.68 ± 20.32) d。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照“各类脑血管疾病诊断要点”^[2] 拟定。(1) 常于安静状态下发病;(2) 大多数发病时无明显头痛和呕吐;(3) 发病较缓慢, 多逐渐进展或呈阶段性进行, 多与脑动脉粥样硬化有关, 也可见于动脉炎、血液病等;(4) 一般发

病后 1 ~ 2d 内意识清楚或轻度障碍;(5) 有颈内动脉系统和(或)椎-基底动脉系统症状和体征;(6) CT 或 MRI 检查证实;(7) 腰穿脑脊液一般不应含血。

1.2.2 中医辨证标准 参照“中风病诊断和疗效评定标准”^[3] 拟定。(1) 主症: 半身不遂, 神识昏蒙, 言语謇涩或不语, 偏深感觉异常, 口舌歪斜;(2) 次症: 头痛, 眩晕, 瞳神异常, 饮水呛, 目偏不瞬, 共济失调;(3) 起病方式: 急性起病, 发病前多有诱因, 常有先兆症状;(4) 发病年龄: 多在 40 岁以上。

1.3 纳入标准 (1) CT 或 MRI 确诊为脑卒中(脑梗死或脑出血); (2) 有不同程度肢体感觉障碍; (3) 性别不限, 年龄 40 ~ 80 岁。

1.4 排除标准 (1) 意识障碍、痴呆等不能配合临床调查;(2) 合并有心、肺、肝、肾功能不全等严重疾病;(3) 发病前存在感觉障碍;(4) 难以进行口服中药治疗或对处方成分过敏。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。主要包括基础疾病的治疗, 清除氧自由基、营养脑神经等药物治疗, 同时根据不同患者病情配合适合的运动、感觉康复训练, 如运动疗法、作业疗法、感觉训练治疗等。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加服黄芪桂枝五物汤治疗。药物组成: 黄芪 45g, 桂枝 15g, 芍药 15g, 生姜 15g, 大枣 12 枚。每天 1 剂, 水煎 2 次, 混合取汁 400mL, 分早晚 2 次饭后 30min 温服。

2 组均以 7d 为 1 个疗程, 连续治疗 4 个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 2 组治疗前后分别采用 Fugl - Meyer 法进行感觉和运动功能评分;采用改良 Barthel 指数(MBI)评定患者日常生活活动(ADL)能力。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行

统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果 2 组感觉功能、运动功能、ADL 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组感觉功能、运动功能、ADL 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	感觉		运动		ADL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40	10.65 ± 4.97	17.65 ± 3.62 ^{ab}	28.55 ± 12.54	74.13 ± 13.27 ^{ac}	37.00 ± 15.64	77.35 ± 14.87 ^{ac}
对照组	40	10.33 ± 4.76	13.83 ± 3.35 ^a	28.78 ± 10.12	60.50 ± 16.52 ^a	36.88 ± 14.17	69.63 ± 14.89 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.01$,^c $P < 0.05$ 。

4 讨论

随着我国人民生活水平的普遍提高,脑卒中发病率居高不下,卒中后遗症也成为影响患者生活质量的重要问题,其中又以卒中后感觉障碍为最。据统计,根据脑卒中患者病变部位和性质的不同,脑卒中患者中大约有 3/4 的患者伴有不同程度或不同类型的感觉障碍,如感觉减退、感觉缺失、感觉过敏等症[4]。目前国内对于脑卒中后感觉障碍的康复并不重视,但感觉是保持躯体协调、维持平衡的关键因素,对于协助运动功能的康复亦有十分重要的作用[5]。因此卒中后感觉障碍常阻碍患者综合运动功能的康复及日常生活活动(ADL)能力的提高。目前我国脑卒中后感觉障碍的康复,主要是通过作业治疗,增强感觉输入,使患者感受能力逐步提高[6],但感觉障碍的恢复效果仍差强人意。所以感觉功能的恢复关系到患者脑卒中后整个康复的进程。

脑卒中又称为中风,中医学认为,卒中后感觉障碍属神机失用,为“血痹”范畴。《灵枢·刺节真邪》载:“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。”阐明了中风的发病机制。《景岳全书》亦指出:“气虚为麻,血虚为木,麻木不已则偏枯痿废,渐至日增。”石学敏院士认为中风究其病机当属内伤,系气虚血弱,络脉空虚,风痰瘀邪乘虚所客而致。故卒中后感觉障碍主要归于血痹虚劳病,《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》指出:“血痹阴阳俱微,尺中小紧,外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之。”《金匱要略论注》中对于黄芪桂枝五物汤治疗血痹如此注解:“此由全体风湿血相搏,痹其阳气,使之不仁。故以桂枝壮气行阳,芍药和阴,姜、枣以和上焦荣卫,协

力驱风,则病原拔,而所入微邪亦为强弩之末矣。此即桂枝汤去草加芪也,立法之意,重在引阳,故嫌甘草之缓小,若黄芪之强有力耳。”正虚感邪,气血运行不畅为血痹的主要病机,故治疗上应以补气固卫、调畅气血为主。黄芪桂枝五物汤中以黄芪为君,黄芪甘温,发挥其益气升阳、助卫固表之功,鼓卫气达而血行;桂枝辛温,具有温经通阳、活血通脉之效,芍药能行血宣痹,故桂枝、芍药共为臣;姜枣之用,可调和营卫,以为佐使。黄芪与桂枝配伍,发挥固表而不留邪之效,使补中有通,益气温阳,和血通经,扶正祛邪;生姜与桂枝同用,生姜助桂枝温煦之力,增强桂枝辛散达邪之功。诸药合用,可益气补虚,温阳通脉,温煦活血,调畅营卫,终达气行血行之效,则血痹自愈。

本观察结果表明,黄芪桂枝五物汤对于治疗脑卒中后感觉障碍具有较好的临床疗效,能有效地提高患者日常生活活动能力及脑卒中后感觉及运动功能的恢复,提高患者的生活质量。

参考文献

[1] Mendis S. Stroke disability and rehabilitation of stroke: World Health Organization perspective[J]. Int J Stroke, 2013, 8(1): 3-4.

[2] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.

[3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准[S]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.

[4] 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 178-182.

[5] Peurals SH, Pitkanen K, Sivenius J, et al. Cutaneous electrical stimulation may enhance sensorimotor recovery in chronic stroke[J]. Clin Rehabil, 2002, 16(7): 709-716.

[6] 邵伟波, 孙美红. 脑卒中后感觉障碍的康复训练作用探讨[J]. 中国康复理论与实践, 2004, 10(12): 747.

(收稿日期: 2018-03-12)