

# 急性缺血性脑卒中偏瘫肢体中药塌渍治疗的临床效果研究

刘彬 秦雪婷<sup>通讯作者</sup>

涟水县人民医院 江苏 涟水 223400

**【摘要】目的：**探讨急性缺血性脑卒中肢体偏瘫患者实施中药塌渍疗法治疗的临床疗效。**方法：**选取2020年3月至2022年3月我院收治的90例急性缺血性脑卒中肢体偏瘫患者作为研究对象，根据蓝绿小球抽签法将其分为观察组（蓝色小球，46例）与对照组（绿色小球，44例），对照组患者采取常规方案治疗，观察组患者在对照组的基础上联用中药塌渍治疗。比较两组患者治疗总有效率，观察组患者治疗前后肢体运动功能、平衡能力、神经功能恢复情况，对比探讨两组患者治疗前后生活质量评分变化差异。**结果：**观察组临床治疗总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗前，两组患者运动功能评分、平衡能力评分、神经缺损评分比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，观察组患者上肢、下肢运动功能评分、平衡能力评分均高于对照组（ $P<0.05$ ），神经功能缺损评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后，观察组患者各项生活质量评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论：**通过中药塌渍治疗急性缺血性脑卒中肢体偏瘫疾病，能有效促进患者运动功能的恢复，提高患者平衡能力及生活质量，值得临床推广。

**【关键词】**急性缺血性脑卒中；偏瘫肢体；中药塌渍；临床效果

**【中图分类号】**R743.3

**【文献标识码】**B

**【文章编号】**2096-1685(2022)08-0178-03

脑卒中是一种临床常见脑血管疾病，具有起病急、进展快、危险性高等特点，其致残率及致死率均较高，对患者日常生活、健康乃至生命安全均会造成不良损害。据统计，超过80%脑卒中患者预后会遗留不同程度后遗症，如口眼歪斜、肢体偏瘫、言语不利等症状，近15%患者预后无法自理生活<sup>[1]</sup>。中医学理论中将脑卒中后肢体偏瘫情疾病划归入“痹症”范围，认为其病因在于外邪侵袭后引起气血不足、血瘀气滞，加之脉络阻滞，造成气血不通，引起肌肉萎缩，诱发偏瘫。中药塌渍通过外敷方式使药物直接作用于皮下患处，进而调节患者微循环，促进偏瘫肢体功能恢复<sup>[2]</sup>。本文针对2020年3月至2022年3月我院收治的90例急性缺血性脑卒中肢体偏瘫患者进行研究，分析中药塌渍的治疗效果与价值。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2020年3月至2022年3月我院收治的90例急性缺血性脑卒中肢体偏瘫患者作为研究对象，根据蓝绿小球抽签法将其分为对照组和观察组。对照组44例患者中男性24例，女性20例，年龄60~80岁，平均年龄（74.24±3.13）岁；病程1~8周，平均病程（4.24±0.35）周；28例患者为左侧肢体偏瘫，16例患者为右侧肢体偏瘫。观察组46例患者中男性24例，女性22例，年龄60~80岁，平均年龄（75.11±3.25）周；病程1~8周，平均病程（4.30±0.41）周；29例患者为左侧肢体偏瘫，17例患者为右侧肢体偏瘫。纳入标准：（1）经CT、MRI诊断确诊为急性缺血性脑卒中，且遗留不同程度肢体偏瘫问题；（2）生命体征平稳；（3）均同意参与并配合本次治疗研究。排除标准：（1）排除生命体征波动异常患者；（2）排除合并肝肾等脏器功能疾病患者；（3）排除排斥配合研究患者。两组患

者一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），研究可比。研究取得我院伦理委员会批准。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组患者采取常规方案治疗 包括抗血小板聚集治疗、调节患者血脂水平、活血化瘀药物治疗、改善患者脑代谢功能等措施。

1.2.2 观察组患者在常规治疗的基础上联用中药塌渍治疗 药物方剂包括青风藤、海风藤、络石藤、鸡血藤、红花、透骨草、茯苓、穿山龙、黄芪各30g，川乌、草乌、乳香、没药、当归、三棱、莪术、土鳖虫、白术、五加皮、防己各20g，冰片5g。将所有药材研磨成粉末，通过蒸煮的方法促使药物疗效充分散发，再将蒸好的药物均匀涂抹在大小适中的纱布上，用保鲜膜包好，放入冰箱冷冻，需要使用时将其拿出，放在微波炉中加热3min即可，温度控制在40℃左右，将其贴敷于患处，配合红外线等局部应用。此方案相比传统中药汤剂制作简便，可大量存储备用，使用时便捷，操作简单、卫生，且较传统中药塌渍具有更好的疗效。

### 1.3 观察指标

观察比较两组患者临床治疗效果，划分显效（治疗3d后患侧偏瘫肢体肌力恢复至I、II级）、有效（治疗7d后患侧偏瘫肢体肌力恢复至III、IV级）、无效（治疗7d后患侧偏瘫肢体肌力未恢复或不足IV级）三种情况，总有效率=显效占比+有效占比。利用FMA量表（Fugle-Meyer运动功能）对两组患者治疗前后肢体运动功能进行评估，划分上肢运动（0~66分）与下肢运动（0~34分）两方面内容，分数与患者肢体运动功能成正相关。利用BBS量表（平衡量表）对两组患者治疗前后平衡能力进行评估，量表涉及无支撑站立、转移等相

关内容, 分数为 0~56 分, 得分越高反映患者平衡功能越佳, 相反分数低则平衡能力差。通过 NIHSS (卒中量表) 对两组患者治疗前后神经功能缺损情况进行评估, 分数在 0~42 分, 涉及项目包括意识水平、面瘫、凝视、感觉、共济失调等内容, 得分超过 13 分为中度以上神经功能缺损, 分数与缺损程度呈正相关。分别于患者治疗前、治疗后通过 QLQ-C30 量表(生活质量调查表) 评估生活质量变化, 量表涉及躯体功能 (0~100 分)、角色功能 (0~100 分)、认知功能 (0~100 分)、情绪功能 (0~100 分)、社会功能 (0~100 分) 五方面内容, 评分越高, 对应生活质量越佳, 反之分数低则对应生活质量差。

1.4 统计学分析

SPSS 21.0 系统用于进行统计学分析,  $n(\%)$  形式记录计数资料,  $\chi^2$  进行检验,  $(\bar{x} \pm s)$  形式记录计量资料,  $t$  值进行检验,  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率观察比较

表 1 两组患者治疗前后运动功能、平衡能力、神经功能恢复比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

名称	上肢运动		下肢运动		BBS		NIHSS	
	前	后	前	后	前	后	前	后
观察组	32.14±5.21	51.49±3.97	15.25±3.27	28.94±2.03	30.55±5.27	45.49±3.07	24.35±3.07	12.04±3.01
对照组	33.09±5.35	40.24±4.14	16.03±3.35	25.15±2.11	31.01±5.33	40.29±3.10	23.99±3.10	19.87±3.03
$t$	0.853	13.160	1.118	8.685	0.412	7.994	0.553	12.296
$P$	0.396	0.000	0.267	0.000	0.682	0.000	0.581	0.000

2.3 两组患者治疗前后生活质量评分比较

治疗前, 两组患者各项生活质量评分差异无统计学意义

46 例急性缺血性脑卒中肢体偏瘫观察组患者通过中药塌渍治疗后, 显效患者 20 例, 占比 43.48%, 有效患者 24 例, 占比 52.17%, 2 例患者效果不佳, 占比 4.35%, 总治疗有效率为 95.65% (44/46)。

44 例对照组患者通过常规方案治疗后, 显效患者 13 例, 占比 29.55%, 有效患者 22 例, 占比 56.82%, 9 例患者无效, 占比 20.45%, 总治疗有效率为 79.55% (35/44)。观察组治疗总有效率高于对照组 ( $\chi^2=5.438, P < 0.05$ )。

2.2 两组患者治疗前后运动功能、平衡能力、神经功能恢复比较

治疗前, 两组患者运动功能评分、平衡能力评分、神经缺损评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者上肢、下肢运动功能评分、平衡能力评分均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 神经功能缺损评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

( $P > 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者各项生活质量评分均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后生活质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

名称	躯体功能		角色功能	
	前	后	前	后
观察组	65.15±5.95	92.11±3.49	66.29±6.03	93.19±4.49
对照组	66.15±6.03	84.49±4.02	66.94±6.12	85.05±4.52
$t$	0.792	9.615	0.507	8.569
$P$	0.431	0.000	0.613	0.000

续表 2

	认知功能		情绪功能		社会功能	
	前	后	前	后	前	后
	66.33±5.77	93.35±4.75	66.46±4.88	93.44±4.29	65.94±4.77	93.87±4.24
	67.02±5.81	85.15±4.78	67.08±4.92	85.21±4.34	66.01±4.82	85.14±4.29
	0.565	8.161	0.600	9.046	0.069	9.708
	0.573	0.000	0.550	0.000	0.945	0.000

3 讨论

脑卒中俗称“中风”, 属于典型的脑血管意外类病变, 其具有发病急、病情变化快、病情严重等特点, 通常是由于脑血管急性破裂或阻塞导致的局部循环功能障碍, 严重影响脑组织的功能和健康。根据发病原因不同可将其分为缺血性、出血性两种类型, 其中前者所占比例更高, 约占总患者群体中的 60%<sup>[3]</sup>。如人体发生颈动脉、椎动脉等狭窄或闭塞的情况, 均会直接引发缺血性脑卒中, 该疾病多发生于 40 岁及以上的中老年群体,

且男性发病率略高于女性; 而出血性脑卒中的死亡率更高。脑卒中的诱发因素较多, 其中血管危险因素的影响最为明显, 尤其是患有原发性高血压、高血脂、冠心病等慢性病变的群体, 其发生脑卒中的概率会大幅提升, 其中清晨测量血压时每增高 10mmHg, 导致脑卒中的概率会上升 44%<sup>[4]</sup>。另外, 年龄、不良饮食习惯、不良生活习惯等均是诱导脑卒中的危险因素, 尤其是过量酗酒吸烟、缺乏运动等。脑卒中的主要危害不仅在于较高的死亡率, 而且大多数发病患者即便得到有效治疗, 也有

很高概率出现偏瘫、致残等后遗症问题。目前国际医学界尚未发现可用于治疗脑卒中后偏瘫的针对性方案,只能通过各种药物治疗、康复运动、临床护理等多种手段综合干预,以期缩短偏瘫的恢复时间,最大限度地保留患者的脑神经功能<sup>[5]</sup>。

我国现代中医根据脑卒中临床症状和病理特点,将其纳入“中风”“偏枯”“扑击”等范畴,且同属于“痹证”。此类病发病急,同时病情变化复杂、病变速度快,临床治疗难度较大<sup>[6]</sup>。我国中医对脑卒中的认知最早可见于《黄帝内经》的相关内容,该典籍认为中风者多因自身正气亏虚,导致外邪侵袭,加之气血失营、筋脉失养,继而造成经络阻塞、气血不畅,脑腑内气血严重不足。究其病机则与脏腑功能失调、正气亏虚、过劳内伤等有密切关联。该疾病患者多表现为血瘀气滞、痰热火亢、肝阳上亢等症候,气血逆乱而上冲于脑,继而引发病变<sup>[7]</sup>;加之病变后经络仍处于瘀阻状态,此时气血均不通,因而引发痹症,出现肢体疼痛。另外,气血亏虚还会引起肌肉萎缩,使肢体出现功能障碍,即产生偏瘫症状;发生偏瘫后患者对偏瘫侧肢体的使用率会明显下降,继而引起了局部经络内气血运行不畅的情况,加重偏瘫侧经络阻塞的程度,产生恶性循环,加重患者病情。

中药塌渍是传统中医外治手法之一,其主要是通过将吸收了药液的纱布直接热敷于患处皮肤的表面,使之可以与皮肤充分且缓慢地接触,利用热效应扩张毛孔、舒缓肌肉、加快血液循环,从而确保药物有效成分能更好地透过皮肤被直接吸收入体内,在活血的同时提升止痛效果,并起到了祛风散寒、舒筋通络等多种效果<sup>[8-9]</sup>。实际应用时通常需要将药材研磨成粉,这样可以使药效更容易挥发出来;而现代医学则认为,药材研磨后可以破坏其细胞壁,使细胞内有效成分得以更好地释出,从而提升治疗效果。本次研究中所使用的方剂中包括青风藤、海风藤、络石藤、鸡血藤、红花、透骨草、茯苓等多味药材,其中青风藤味苦而性平,可归入肝、脾二经中,具有祛风散湿、通经活络的功效,主要用于风湿痛、关节肿痛、肢体麻痹等病症的治疗中<sup>[10]</sup>;海风藤味辛苦而性微温,可归入肝经之中,其与青风藤功效相似,不仅可以用于风湿肿痛、肢体麻痹等病症的治疗,还可缓解肢体痉挛、舒张不利等症状;络石藤味苦而性微寒,其常作为祛风方剂中的药材,与其它疏风通络药物同用可提升治疗效果,且具有凉血解痉,缓解腰酸背痛等作用;鸡血藤味苦而性温,具有活血、止痛、调经、舒络等多种功效,可用于活血化瘀、调节女性月经周期不调、风湿痹痛、肢体麻木等多种疾病的治疗,其与红花合用可有效提升活血的效果<sup>[11]</sup>;透骨草味辛而性温,主要作用为祛风散湿、活血通络消肿止痛,与鸡血藤、红花合用可起到更好的疗效;黄芪味甘而性微温,具有补气固表、托毒排脓、利尿生肌等多种功效<sup>[12]</sup>。本研究中,观察组治疗有效率优于对照组;说明此方案效果更优。另外,相比传统

中药汤剂制作,中药塌渍治疗方案的操作简便,可大量存储备用,使用便捷、操作简单、卫生。

综上所述,通过中药塌渍治疗急性缺血性脑卒中肢体偏瘫疾病能有效促进患者运动功能恢复,提高患者平衡能力及生活质量,值得推广。

### 参考文献

- [1] 邱晓玲,高塬. 针灸结合药透治疗对脑卒中偏瘫患者BI指数及患者肢体肌力的情况分析[J]. 贵州医药, 2020,44(1):97-99.
- [2] 苗蒲. 脑卒中后偏瘫肢体肿胀行改良中药塌渍法治疗的护理分析[J]. 实用医技杂志, 2018,25(2):229-230.
- [3] 张振山,阴炳侠,关丽梅. 中医针推综合方案床旁康复治疗脑卒中急性期偏瘫的临床研究[J]. 河北中医药学报, 2018,33(1):51-53.
- [4] 张宝,王雪梅. 减重步行训练联合中医针灸对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复效果的影响[J]. 检验医学与临床, 2020,17(2):258-260.
- [5] 张洁,孙慧君,鲁剑萍. 中医护理适宜技术在脑卒中痉挛性偏瘫患者下肢功能康复中的应用[J]. 上海护理, 2019,19(11):42-45.
- [6] 高海松,李艳伟. 解痉平衡针刺法结合养阴通痹解痉汤治疗脑卒中后肢体痉挛性偏瘫的随机对照研究[J]. 陕西中医, 2018,39(2):265-267.
- [7] 胡振国,孙丽琴,杨文,等. 迷走神经电刺激联合中医综合理疗对脑卒中后病人偏瘫肢体功能恢复的效果研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018,16(14):1974-1976.
- [8] 何玲燕,吴月峰,王雪飞,等. 穴位肌电生物反馈治疗脑卒中偏瘫后踝关节活动障碍的临床疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2020,35(11):1342-1345.
- [9] 李洪梅. 脑卒中合并偏瘫患者心理情感障碍的发生原因及综合治疗效果分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019,6(29):96-97.
- [10] 胡建英,黄晓. 中医综合康复治疗对脑卒中偏瘫患者内皮细胞功能及运动功能恢复的影响[J]. 中医临床研究, 2021,13(7):123-125.
- [11] 杨春霞,柯亚兰. 分析中西医结合综合康复护理方案对缺血性脑卒中静脉溶栓治疗后偏瘫患者的影响[J]. 中医临床研究, 2021,13(14):86-88.
- [12] 蒋雨伶,夏慧玲,曾欢,等. 针刺结合中药塌渍治疗脑卒中肢体偏瘫临床疗效观察[J]. 四川中医, 2020,38(3):196-199.