

# 中药熏洗联合浸蜡法对中风后肢体偏瘫患者手功能的应用

丁四萍, 马倩, 张玉玲, 濮红萍, 陈洁

南京大学医学院附属鼓楼医院中医科, 江苏 南京 210008

**摘要:** **目的** 探究中药熏洗联合浸蜡法对中风后肢体偏瘫患者手功能的治疗方法及其效果。**方法** 选择 2017 年 12 月至 2019 年 5 月南京大学医学院附属南京鼓楼医院中西医结合病区治疗的 90 例中风后肢体偏瘫患者,按照抽签法进行分组,各 30 例,对照组行常规护理,熏洗组行中药熏洗患侧手,蜡疗组行中药熏洗加浸蜡法治疗患侧手。治疗 14 d 后评价患者的肌力、生活自理能力、生活质量以及满意度。**结果** 治疗后,蜡疗组肌力较治疗前改善,且优于常规组( $P < 0.01$ )。常规组、熏洗组治疗前后肌力无明显改善( $P > 0.05$ )。治疗后蜡疗组 Barthel 评分高于熏洗组和常规组( $P < 0.05$ )。治疗后蜡疗组 SF-36 评分高于常规组及熏洗组,熏洗组高于常规组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。**结论** 对脑卒中肢体偏瘫患者患侧手实施中药熏洗联合浸蜡法能有效改善患者的手功能,提高其生活自理能力。

**关键词:** 中风; 中药熏洗; 偏瘫; 浸蜡; 肌力; 生活自理能力

**中图分类号:** R 247.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2020)02-0280-03

脑卒中属于“中风病”的范畴,具有高发病率、高致残率和高死亡率的特点,是引起残疾、死亡的第三大原因<sup>[1]</sup>。我国城乡居民脑卒中发病率为 200/10 万,年病死率为 80/10 万~120/10 万<sup>[2]</sup>。约有 55%~75% 的脑卒中患者会遗留肢体功能障碍,尤其是上肢功能障碍,而手功能障碍占其中的 80% 以上<sup>[3-4]</sup>。据统计,患者发病 6 个月后,仍有 65% 的患者存在手功能及上肢功能障碍,被评定为废用手的患者约占 30%~60%<sup>[5]</sup>。大多数的脑卒中患者因肢体活动不利,导致不能独立生活,严重影响其生活质量,有效的康复训练能够改善肢体活动,而手功能康复属于康复治疗的重点。因此,降低致残率,提高和改善患者的生活质量不仅是医学问题,也是社会问题。本研究采用中药熏洗联合浸蜡法治疗中风后肢体偏瘫患者的患侧手,取得较好的效果,现报道如下。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 选择 2017 年 12 月至 2019 年 5 月

南京大学医学院附属南京鼓楼医院中西医结合病区治疗的 90 例中风后肢体偏瘫患者作为研究对象,采用抽签法将患者分为常规组 30 例,熏洗组 30 例和蜡疗组 30 例。三组患者性别、年龄、病变性质、偏瘫肢体、病程差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。见表 1。

**1.2 纳入和排除标准** **纳入标准:** (1) 采用中华医学会第四次全国脑血管病学术会议的脑卒中诊断标准<sup>[6]</sup>,并经头颅 MRI 或 CT 确诊; (2) Ashworth 量表评定  $\leq 4$  级,并且肌力  $> 0$  级; 脑卒中 Brunnstrom 分级为 II~IV 级; (3) 首次卒中,且病程在 2 周~3 个月; (4) 年龄 40~75 岁; (5) 近期未服用过中、西镇静类药物、肌肉松弛剂及任何对肌张力有影响的药物; (6) 神志清楚,生命体征平稳,无严重并发症; (7) 患者或家属签署知情同意书。**排除标准:** 精神障碍、皮肤破溃、脑干出血、心肌梗死、重症感染、糖尿病、合并肝肾功能障碍等重症患者,以及患有关节挛缩者。

**1.3 方法** (1) 制定收集资料的表格,收集三组患

表 1 三组患者的一般资料比较 ( $n = 30$ )

组别	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	病变性质(例)		偏瘫肢体(例)		病程 (d, $\bar{x} \pm s$ )
	男	女		脑出血	脑梗死	左侧	右侧	
常规组	19	11	59.51 ± 6.46	14	16	17	13	45.60 ± 7.89
熏洗组	20	10	58.70 ± 5.87	10	20	15	15	48.40 ± 6.28
蜡疗组	14	16	59.32 ± 6.48	17	13	16	14	47.61 ± 8.65
$\chi^2/F$ 值	2.845		0.137	3.315		0.268		1.063
$P$ 值	0.241		0.872	0.191		0.875		0.350

者的基本社会学资料及肌力、Barthel 生活自理能力评分。(2)将中药处方送至中药房煎制,由爱玛客工人师傅将煎制好的中药取回,在给患者使用前,需将中药加热至 38~41℃。由责任护士实施护理操作。对常规组给予常规中风后肢体偏瘫的护理和康复指导,熏洗组在常规组的基础上配合中药熏洗,疗程 8 周,每天 15:00,将加热好的 800 ml 中药放置在容积为 5 000 ml 的小盆内,然后加入温水至 2 000 ml,嘱患者将患侧手置入盆中,药液必须没过手腕,并且浸泡 30 min。蜡疗组在熏洗组的基础上,同时给予蜡疗。使用得力康的自动调节恒温蜡疗仪溶蜡,待蜡液温度至 55~60℃时,请患者将中药熏洗之后自然晾干的患肢迅速插入蜡液中,反复数次至形成手套样,蜡的厚度达到 0.5~1.0 cm,第一次浸蜡应达到手腕以上,以后每次均不超过前一次,保证液体蜡不再灌入已经形成的蜡膜内,防止烫伤。患者住院周期一般为 14 d。患者出院后开具出院带治疗医嘱,嘱其继续到病房做此护理,保证疗程及疗效。

1.4 疗效评价 (1)以 Barthel 指数评定表评估日常生活活动能力,满分 100 分,100 分为日常生活活动能力好,无需他人帮助;>60 分为虽有轻残疾但尚能独立;41~60 分为中度残疾,需大量帮助;20~40 分为重度残疾;<20 分为完全残疾。(2)应用肌力分级法评估肌力改善情况,分 0~5 级,0 为完全没有肌力,5 级为肌力正常。(3)用 SF-36 量表测评患者的物质生活、情感、躯体及社会功能。(4)满意度评价采取医院自制的满分问卷调查表,患者采取匿名方式进行评价。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件进行统计分析,计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用方差分析,两两比较采用 LSD-*t* 检验;等级资料比较采用 Kruskal-Wallis *H* 检验;计数资料用例数表示,比较采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 三组患者治疗前后肌力比较 治疗前三组肌力分级比较无统计学差异( $P > 0.05$ )。治疗后,蜡疗组肌力较治疗前改善,且优于常规组( $P < 0.01$ )。常规组、熏洗组治疗前后肌力无明显改善( $P > 0.05$ )。见表 2。

2.2 三组患者治疗前后 Barthel 评分比较 三组治疗前 Barthel 评分比较无统计学差异( $P > 0.05$ )。治疗后三组比较有统计学差异,蜡疗组 Barthel 评分高于熏洗组和常规组( $P < 0.05$ )。见表 3。

2.3 三组患者生活质量比较 蜡疗组干预后 SF-36

表 2 三组脑卒中患者肌力分级比较 ( $n = 30$ )

时间	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	$\chi^2$ 值	<i>P</i> 值
治疗前								
常规组	0	1	14	12	3	0	2.107	0.349
熏洗组	0	2	13	9	6	0		
蜡疗组	0	1	10	11	8	0		
治疗后								
常规组	0	0	11	11	8	0	14.115	0.001
熏洗组	0	0	7	11	10	2		
蜡疗组 <sup>ab</sup>	0	0	3	6	15	6		

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.01$ ;与常规组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.01$ 。

表 3 三组脑卒中患者治疗前后 Barthel 评分比较

( $n = 30$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	治疗前	治疗后
常规组	45.83 ± 14.69	57.33 ± 16.01
熏洗组	47.33 ± 17.41	58.67 ± 18.43
蜡疗组	50.38 ± 17.86	69.83 ± 19.54 <sup>ab</sup>
<i>F</i> 值	0.577	4.335
<i>P</i> 值	0.564	0.016

注:与常规组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与熏洗组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

表 4 三组患者 SF-36 评分比较 ( $n = 30$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	物质生活	情感	躯体	社会功能
常规组	82.45 ± 3.56	83.45 ± 3.86	80.56 ± 2.85	81.93 ± 3.54
熏洗组	86.56 ± 4.48	87.86 ± 4.62	86.46 ± 4.63	86.49 ± 4.36
蜡疗组	92.07 ± 5.59	93.75 ± 5.67	91.65 ± 4.88	91.89 ± 5.92
$t_1/P_1$ 值	3.934/0.000	4.012/0.000	5.944/0.000	4.447/0.000
$t_2/P_2$ 值	4.213/0.000	4.411/0.000	4.226/0.000	4.023/0.000
$t_3/P_3$ 值	7.951/0.000	8.225/0.000	10.748/0.000	7.909/0.000

注:1 为常规组与熏洗组比较;2 为熏洗组与蜡疗组比较;3 为常规组与蜡疗组比较。

表 5 三组患者满意度的比较 (例)

组别	例数	很满意	一般	不满意	满意度 [例(%)]
常规组	30	12	13	5	25(83.33)
熏洗组	30	16	11	3	27(90.00)
蜡疗组	30	25	5	0	30(100.00)
$\chi^2$ 值					5.213
<i>P</i> 值					0.074

评分显著高于常规组及熏洗组,熏洗组显著高于常规组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。见表 4。

2.4 三组患者满意度比较 三组患者满意度比较无统计学差异( $P > 0.05$ )。见表 5。

## 3 讨论

中医称脑卒中为中风,对认识脑卒中的由来已久,中风的名称由来便是“正气不足,外受风邪”,对于其病因病机历代医家的侧重也各不相同,在唐代和宋代之前,主要是“外风”,在唐宋之后,则侧重“内风”<sup>[7]</sup>。“风、火、痰、气虚以及阴虚”是我国中医公认的证候要点,现代中医认为该病的病机是以局部肢体

瘀血、痰浊阻滞经脉为主。偏瘫侧肢体的自主活动减少减慢,气血运行缓慢,瘀血、痰浊等更易于痹阻肢体经脉,影响肢体活动功能和静脉回流速度,导致上肢关节的疼痛、肿胀、活动不利<sup>[8]</sup>。中医主要采用通腑泄热、活血化瘀、平肝熄风、清热解毒、祛风散邪等方法实施辨证施治<sup>[9]</sup>。中医对于脑卒中偏瘫的治疗有一定的优势<sup>[10]</sup>。

大量的临床研究证实,对脑血管疾病患者早期立即介入康复治疗,能够改善患者生活质量,并且提高生活自理能力<sup>[10]</sup>。单独用康复技术、中药和针灸治疗脑卒中偏瘫的疗效肯定,但患者肌力改善程度和日常生活能力的提高速度太慢或不明显。中医认为该病的病机是以局部肢体瘀血、痰浊阻滞经脉为主,因病变以远端局部为主,口服药物难以达到病所,故使用中药湿热敷具有一定的优势。

蜡疗是将石蜡液化用于患处,主要通过将石蜡的热量传入机体,由于石蜡导热系数低、热容量大、保热时间长等特点,达到解筋舒肌,有助于功能活动。蜡疗历史悠久,明代李时珍的《本草纲目》中就记载蜡疗的奇效。目前蜡疗主要有蜡饼法、浸蜡法、刷蜡法等,临床应用最广泛的是蜡饼法<sup>[11]</sup>。石蜡中不含水分,气体和水分都不易透过,热量就不容易向四周扩散。持续保温可达 1 h 以上,同时其透热性可渗到皮下 3 cm,温热作用可达深部组织,就能有效防止淋巴液和血液的渗出,减轻水肿,对消散吸收炎性及止痛效果比较好<sup>[12]</sup>。将其浸入蜡液,每日 1 次,温度控制在 45 ~ 50 °C,浸蜡时间为 30 min,为时 2 个月,此方法有效促进脑卒中患者手功能的康复,提高日常生活能力。蜡在溶化过程中产生的刺激性气味,易造成大气环境污染;温度也不易控制,容易流出而烫伤患者<sup>[13]</sup>。有研究发现,蜡液在冷却至表面温度 45 ~ 50 °C、中心温度 50 ~ 55 °C 为安全温度,可提供给患者使用,不容易产生烫伤。

目前我科实行的中医熏洗联合蜡疗方法,在传统的技术上做了进一步改进,予中药泡手 30 min 后,让手部自然晾干,然后将手浸至溶好的蜡疗仪中数次,直至形成“手套样”,既保留中药的成分,也发挥蜡疗的作用,中药成分有川芎、红花、当归养血柔筋、活血化瘀、通络止痛;姜黄、桑枝、枝桂为辛散之品,以上都为上肢引经药,能够引诸药横行至肩到臂到手指;鸡血藤、地龙、海风藤舒经活络或有行血补血;白芷、艾叶温经散寒止痛。全方具有活血通络,通阳行水,消肿止痛的作用。中药熏洗通过药和热的双重作用,松弛肌筋、疏松腠理、活血通络。因此中药熏洗不仅可以提高肌力、降低肌张力,改善运动功能等疗效,

还能减少副作用,直接作用于患处,从而提高疗效。传统蜡疗温度不稳定,导致热疗效果不恒定;而蜡疗温度在仪器的控制下,可保证温度恒定在 55 ~ 60 °C,从而使热疗效果稳固。治疗前给患者讲解蜡疗的目的、安全性、方法及注意事项,减轻患者思想顾虑;室内温度以 20 ~ 24 °C 为宜,以防受凉;应严密观察有高血压、心脏病、药物过敏者治疗时反应。治疗过程中必须严格掌握操作规程,防止发生烫伤,密切观察患者有无出现头晕、胸闷、心悸等反应;如有应停止治疗,汇报医生,必要时吸氧。治疗结束后帮助患者及时更换汗湿的衣裤,擦干汗液,并且注意保暖,避免受凉;指导患者多食新鲜瓜果和多饮水,以补充丢失的水分;治疗后应休息 30 min 方能外出。

综上所述,中风后肢体偏瘫患者手功能恢复缓慢,采用中医辅助恢复效果明显。熏洗疗法对患者手功能恢复有缓慢促进作用,中药熏洗联合浸蜡法对患者手功能恢复有明显的促进作用。

#### 参考文献

- [1] 杨湘英,徐雯.脑卒中康复期患者下尿路症状发生情况及危险因素分析[J].中国康复医学杂志,2012,27(11):1046-1048.
- [2] Panwar B, Jenny NS, Howard VJ, et al. Fibroblast growth factor 23 and risk of incident stroke in community-living adults[J]. Stroke, 2015, 46(2):322-328.
- [3] Kim MS, Lee SJ, Kim TU, et al. The influence of laterality of pharyngeal bolus passage on Dysphagia in hemiplegic stroke patients[J]. Ann Rehabil Med, 2012, 36(5):696-701.
- [4] Beebe JA, Lang CE. Active range of motion predict upper extremity function 3 months after stroke[J]. Stroke, 2009, 40(5):1772.
- [5] Dobkin BH. Clinical practice. Rehabilitation after stroke[J]. N Engl J Med, 2005, 352(16):1677-1684.
- [6] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):710-715.
- [7] 张贺,梁健芬,梁新安,等.中医药治疗缺血性脑卒中研究进展[J].河南中医,2014,34(6):1069-1071.
- [8] 张红梅,李敏,陈霞.中药蜡疗体疗对手功能障碍康复 134 例疗效观察[J].中国全科医学,2005,8(23):1960-1961.
- [9] 陈金雄,许清水.脑卒中中的中医药治疗现状与思考[J].光明中医,2008,23(1):124-126.
- [10] 谭娟,邓景贵,周文胜.综合康复治疗对脑卒中患者运动功能障碍的疗效[J].中国康复理论与实践,2005,11(8):607-608.
- [11] 高雪华,杨小芳,雒生梅,等.蜡疗技术在风湿寒性关节痛患者中的应用[J].西部中医药,2013,26(11):113-114.
- [12] 陈景藻.现代物理治疗学[M].北京:人民军医出版社,2001:360.
- [13] 董小凤.改进蜡疗袋法治疗骨性关节炎的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2014,7(10):162-163.