

中药熏蒸联合运动疗法治疗脑卒中临床观察

张文福^{1,2}, 饶高峰², 宋社更², 罗凯²

1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 温岭市第一人民医院, 浙江 温岭 317500

[摘要] 目的: 观察中药熏蒸联合运动疗法治疗脑卒中的临床疗效。方法: 选取 84 例脑卒中患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组和观察组各 42 例。对照组给予常规药物加运动疗法治疗, 观察组在此基础上加用中药熏蒸疗法治疗, 2 组均治疗 1 月。采用美国国立卫生研究院脑卒中量表 (NIHSS)、巴氏量表 (BI)、健康调查简表 (SF-36) 分析 2 组治疗前后的神经功能缺损程度、日常生活能力与健康水平, 同时记录 2 组收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP) 的变化, 采用 Fugl-Meyer 平衡量表 (FM-B)、10 m 步行时间评定 2 组平衡功能与步行能力, 并观察治疗期间不良反应发生率及 1 年内的复发率。结果: 治疗后, 2 组 BI、SF-36 和 FM-B 评分均较治疗前升高 ($P < 0.05$), 10 m 步行时间、NIHSS 评分与 SBP、DBP 水平均较治疗前降低 ($P < 0.05$)。观察组 BI、SF-36 和 FM-B 评分均高于对照组 ($P < 0.05$), 10 m 步行时间、NIHSS 评分与 SBP、DBP 水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后 1 年内, 观察组复发率为 7.1%, 低于对照组的 23.8%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗期间, 观察组不良反应发生率为 7.1%, 对照组不良反应发生率为 4.8%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 中药熏蒸联合运动疗法治疗脑卒中, 可有效改善患者的神经功能损伤以及步行能力、生活质量等状况, 降低血压, 且复发率和不良反应发生率均较低, 值得在临床推广。

[关键词] 脑卒中; 中药熏蒸; 运动疗法; 步行能力; 生活质量

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0045-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.020

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血管阻塞, 使血液无法进入脑组织而引起脑组织损伤的一组疾病。肢体功能障碍是脑卒中最常见症状之一, 严重影响患者的生活质量, 治疗关键在于改善机体血液循环、促进运动功能恢复。中药熏蒸疗法是以热药蒸汽为治疗因子的化学、物理综合疗法, 可直接作用于病变部位。运动疗法是利用器械、徒手或患者自身力量, 通过主动或被动方式进行训练。已有研究表明, 中药熏蒸疗法治疗脑卒中后肩手综合征, 有效率高达 96.67%^[1]。为进一步探讨中药熏蒸联合运动疗法治疗脑卒中患者的临床疗效, 本研究选取 84 例脑卒中患者作为研究对象进行随机对照研究, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取温岭市第一人民医院 2013 年 5 月—2014 年 12 月收治的 84 例脑卒中患者为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组和观察组各 42 例。观察组男 22 例, 女 20 例; 年龄 36~82 岁, 平均(56.76±4.58)岁; 西医分型: 缺血性 30 例, 出血性 12 例; 中医分型: 风痰火亢证 4 例, 风痰瘀阻证 10 例, 痰热腑实证 8 例, 气虚血瘀证 13 例, 阴虚

风动证 7 例。对照组男 23 例, 女 19 例; 年龄 35~83 岁, 平均(56.75±4.59)岁; 西医分型: 缺血性 29 例, 出血性 13 例; 中医分型: 风痰火亢证 5 例, 风痰瘀阻证 11 例, 痰热腑实证 7 例, 气虚血瘀证 12 例, 阴虚风动证 7 例。2 组性别、年龄及中、西医分型等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[2]中脑卒中的诊断标准; 有高血压发病史; 经内科检查、头颈部磁共振血管造影及颅多普勒超声探测等确诊。

1.3 辨证标准 符合《中风病中医诊断、疗效评定标准》^[3]中的辨证标准。辨证分型: ①风痰火亢证, 症见半身不遂, 口舌歪斜, 心烦易怒, 舌红、苔黄腻, 脉弦滑; ②风痰瘀阻证, 症见半身不遂, 口舌歪斜, 痰鸣, 舌质紫暗、苔白腻, 脉沉缓滑; ③痰热腑实证: 半身不遂, 口舌歪斜, 头痛目眩, 腹胀便干, 舌质暗红、苔黄腻, 脉弦滑; ④气虚血瘀证, 症见半身不遂, 口舌歪斜, 感觉减退或消失, 气短无力, 舌质暗淡、苔白腻, 脉沉细; ⑤阴虚风动证, 症见半身不遂, 口舌歪斜, 手足心热, 咽干口燥, 舌质红、苔少或无, 脉弦细数。

[收稿日期] 2016-04-08

[作者简介] 张文福 (1984-), 男, 主管治疗师, 主要从事脑卒中脊髓损伤的康复治疗工作。

1.4 纳入标准 符合以上诊断标准与辨证标准者；无辅助措施情况下能站立并维持静态至少 2 min；理解能力、听力基本正常，可配合医护人员进行相关检查与治疗；患者及家属知情同意，并签署知情同意书。

1.5 排除标准 不符合以上诊断标准和辨证标准者；肝肾功能障碍、认知功能障碍者；其他原因引起的恶心、呕吐者；患严重心肺疾病或重症糖尿病患者。

2 治疗方法

2 组均采取降颅压、营养脑神经、改善循环、维持患者生命体征等常规治疗。2 组均连续治疗 1 月。

2.1 对照组 在常规治疗基础上加用运动疗法治疗。主要内容：关节(躯干、四肢)运动、起坐训练、步行训练、运动平板训练、上下阶梯训练。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用中药熏蒸疗法治疗。基础方：当归、红花、川芎、艾叶、细辛、虎杖、路路通、络石藤、五加皮、透骨草、海桐皮、羌活、乳香、没药、制川乌、制草乌各 15 g。加减化裁：风痰火亢加天麻、钩藤各 15 g；风痰瘀阻加法半夏、天麻各 15 g；痰热腑实加天麻、胆南星各 10 g；气虚血瘀则方中当归、川芎加倍；阴虚风动加石斛、生地黄各 10 g。以上诸药水煎煮取 2 L，置于 JS-809B 型医用智能汽疗仪(广州市今健医疗器械有限公司)中加热，舱温 40℃~44℃。患者置身于舱内全身蒸汽浴，使全身微微透汗，每天 1 次，每次 30 min。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察 2 组患者治疗前后的收缩压(SBP)与舒张压(DBP)水平，并采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评价患者的神经功能缺损程度，总分 0~34 分，得分越高，神经损伤越严重；②治疗后 1 月应用 Fugl-Meyer 平衡量表(FM-B)、10 m 步行时间分析患者平衡能力及步行能力。FM-B 总分为 0~14 分，得分越低，平衡功能越差。10 m 步行时间测定在 11 m 区域进行，记录步行 10 m 所需时间，时间越短，步行能力越强；③采用巴氏量表(BI)、健康调查简表(SF-36)评价患者日常生活能力及健康水平。BI 量表涉及 10 个条目，满分 0~100 分，分值越高，生活能力越强。SF-36 量表含 8 个维度，共 36 个问题，满分 0~150 分，得分越高，健康水平越高；④观察 2 组不良反应发生率与 1 年内的复发率。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件处理数据。计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验；计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2 组治疗前后 NIHSS 评分与血压水平比较 见表 1。治疗前，2 组 NIHSS 评分与 SBP、DBP 水平比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组 NIHSS 评分与 SBP、DBP 水平均较治疗前降低($P < 0.05$)，观察组的 NIHSS 评分与 SBP、DBP 水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后 NIHSS 评分与血压水平比较($\bar{x} \pm s, n=42$)

组别	NIHSS 评分(分)		SBP(mmHg)		DBP(mmHg)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	11.2±1.9	8.2±1.0 ^①	144.7±2.1	120.5±1.9 ^①	93.8±4.2	79.1±2.6 ^①
对照组	11.4±1.7	10.3±1.9 ^①	144.8±2.0	132.7±5.9 ^①	93.7±4.1	85.4±3.7 ^①
t 值	0.5	6.3	0.2	12.7	0.1	9.0
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$

4.2 2 组治疗前后 10 m 步行时间与 FM-B 评分比较 见表 2。治疗前，2 组 10 m 步行时间与 FM-B 评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组 10 m 步行时间均较治疗前缩短($P < 0.05$)，FM-B 评分均较治疗前升高($P < 0.05$)；观察组的 10 m 步行时间短于对照组($P < 0.05$)，FM-B 评分高于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后 10 m 步行时间与 FM-B 评分比较($\bar{x} \pm s, n=42$)

组别	10 m 步行时间(s)		FM-B 评分(分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45.4±22.5	30.1±10.7 ^①	6.8±0.5	10.3±1.3 ^①
对照组	45.3±22.6	36.4±16.2 ^①	6.7±0.6	8.4±1.1 ^①
t 值	0.1	2.1	0.8	7.2
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后 BI、SF-36 评分比较 见表 3。治疗前，2 组 BI、SF-36 评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组 BI、SF-36 评分均较治疗前升高($P < 0.05$)，观察组的 BI、SF-36 评分均高于对照组($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前后 BI、SF-36 评分比较($\bar{x} \pm s, n=42$) 分

组别	BI 评分		SF-36 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	56.7±5.9	73.2±4.1 ^①	76.8±10.2	105.7±2.9 ^①
对照组	56.6±5.8	65.8±3.7 ^①	75.7±10.3	90.3±1.7 ^①
t 值	0.1	8.7	0.5	29.7
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$

4.4 2 组复发率比较 治疗后 1 年内，观察组复发 3 例，对照组复发 10 例。观察组复发率为 7.1%，低于对照组的 23.8%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.5 2 组不良反应发生率比较 治疗期间，观察组发生头晕 2 例，嗜睡 1 例，不良反应发生率为 7.1%。对照组发生肢体无力 2 例，不良反应发生率为 4.8%。2 组比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

5 讨论

脑卒中是神经外科常见病、多发病，该病起病急、复发率

高, 目前已成为老年人致死、致残的主要原因之一。现代医学认为发生脑卒中的主要原因在于脑组织缺血、缺氧, 致神经功能缺损。局灶性神经功能缺失, 出现肢体痉挛, 躯体协调性和平衡功能障碍, 运动能力降低, 给患者的日常生活带来诸多不便。中医学认为脑卒中属中风范畴, 其基本病机为阴阳失调, 气血逆乱, 病位在心、脑。该病属本虚标实之证, 以肝肾阴虚, 气血亏虚为本, 风、火、痰、气、瘀为标, 两者可互为因果。中药熏蒸疗法是在中医基础理论指导下, 选择合适药物配伍组方, 利用组方药物煎煮后所产生的蒸汽熏蒸机体, 达到治疗目的中医传统外治法之一。该法历史悠久, 运用于临床多种疾病的治疗。运动疗法是指利用器械、徒手或患者自身力量, 通过主动或被动的运动方式, 使患者获得全身或局部运动功能、感觉功能恢复的训练方法。由于该法操作简单, 且成本较低, 已成为康复治疗的主要手段之一。

鉴于既往有关中药熏蒸联合运动疗法治疗脑卒中临床观察的研究较少, 本研究选取 84 例脑卒中患者作为研究对象, 进行随机对照研究。结果显示, 治疗后观察组的神经功能损伤程度及 SBP、DBP 水平均低于对照组 ($P < 0.05$), 患者的步行能力、生活质量等的改善程度均优于对照组 ($P < 0.05$), 复发率低于对照组 ($P < 0.05$), 提示中药熏蒸联合运动疗法治疗脑卒中患者疗效显著。考虑为本研究采用的熏蒸方中当归、红花、

艾叶、川芎可补血调血, 散瘀止痛; 细辛、路路通祛风通窍; 虎杖、络石藤、透骨草散瘀止痛, 祛风活络; 五加皮、海桐皮强筋壮骨; 羌活、乳香、没药活血行气, 消肿止痛; 制川乌、制草乌祛风除湿, 温经止痛。诸药合用, 可达活血化瘀、祛风通经之效, 再经辨证后加入适宜中药, 可有效促进患者中枢神经组织的恢复, 减轻长期缺血造成的神经细胞损伤。而康复运动训练中制动会引起肌肉结缔组织被动性改变, 改善肢体痉挛、躯体协调性和平衡功能差及运动能力低下的状态。此外药液蒸汽经皮肤吸收, 直接作用于病变部位, 加速脑卒中患者脑部及全身血液循环, 逐渐减轻神经功能缺损的程度, 进而改善患者的生活质量与健康状况。

[参考文献]

- [1] 吕红姣, 崔丽笙. 针刺联合中药熏蒸治疗脑卒中后肩手综合征的效果观察[J]. 护理与康复, 2013, 12(7): 696-698.
- [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] 中华全国中医学会内科学会. 中风病中医诊断、疗效评定标准[J]. 中国医药学报, 1986, 1(1): 56-57.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

益脑安胶囊对癫痫患者认知功能及生活质量的对比性临床研究

隋立森¹, 钟锦威², 华荣¹, 谢海涛¹, 谢学敏¹, 余佳彬²

1. 广东省中医院, 广东 广州 510120; 2. 广州中医药大学, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察益脑安胶囊联合抗癫痫药物治疗癫痫患者的临床疗效。方法: 将 60 例研究对象随机分为治疗组和对照组各 30 例。对照组予单纯抗癫痫药物治疗, 治疗组在抗癫痫药物基础上添加益脑安胶囊口服, 2 组疗程均为 3 月。治疗前、后评估及记录患者的蒙特利尔认知评估 (MoCA) 量表评分、癫痫患者生活质量评定量表 (QOLIE-31) 评分、发作次数。结果: 治疗后, 2 组发作次数均较前减少, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 2 组发作次数比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 2 组治疗前后发作次数差值比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组总有效率为 46.67%, 对照组总有效率为 36.67%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。2 组治疗前后 MoCA 量表评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 2 组治疗前后 MoCA 量表评分差值比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 QOLIE-31 总积分均较前增加, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 2 组 QOLIE-31 总积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 2 组治疗前后 QOLIE-31 总积分差值比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 在抗癫痫药物基础上增加益脑安胶囊治疗, 不但总体疗效优于单纯抗癫痫药物, 而且药物耐受性良好、不良反应小, 具有一定的优势, 能改善癫痫患者的生活质量、减少发作次数。

[关键词] 癫痫; 益脑安胶囊; 认知功能; 生活质量; 蒙特利尔认知评估 (MoCA) 量表

[中图分类号] R742.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0047-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.021

[收稿日期] 2016-05-10

[作者简介] 隋立森 (1971-), 男, 医学博士, 副主任医师, 研究方向: 癫痫疾病。