

通腑化浊方对缺血性脑中风早期康复的影响

王秀丽^{1*}, 廖迎春¹, 符小聪²

(1. 湖北省麻城市人民医院康复科, 湖北 麻城 438330; 2. 江门五邑中医院, 广东 江门 529000)

[摘要] **目的:**观察通腑化浊方对缺血性脑中风早期康复的影响。**方法:**90 例患者随机按住院前后顺序分为对照组和观察组各 45 例。两组给予西医生命支持、药物治疗、健康教育等常规治疗,并采用中医康复综合治疗,包括推拿、针灸、药浴等。观察组加用通腑化浊方内服,1 剂/d,两组疗程均为 4 周。采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评估神经功能缺损严重程度,采用 Fugl-Meyer 运动功能评价量表(FMI)评估肢体运动功能,采用日常生活活动能力量表(BI)评价日常生活活动能力,采用改良 Ashworth 痉挛评定量表评价肢体痉挛程度,采用修订 Rankin 量表(MRS)评价致残率/病死率,测量血清 S100B 蛋白含量。**结果:**治疗第 7,14,28 天,观察组 NIHSS 评分均低于对照组($P < 0.01$);治疗后第 14,28 天,观察组 FMI, BI 评分高于对照组($P < 0.01$);治疗后第 14,28 天,观察组改良 Ashworth 评分低于对照组($P < 0.01$);治疗后第 3,7,14 天观察组血清 S100B 蛋白含量均低于对照组($P < 0.01$);随访 3 个月后观察组 MRS 评分低于对照组($P < 0.01$)。**结论:**在综合康复方案中,通腑化浊方能改善神经功能,提高运动功能,增强生活活动能力,降低血清 S100B 蛋白含量,降低致残率/病死率,在缺血性脑中风早期康复中起着重要的作用。

[关键词] 缺血性中风; 早期康复; 综合方案; 通腑化浊方; 血清 S100B 蛋白

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)19-0333-04

[doi] 10.11653/syfj2013190333

Effect of Tongfu Huazhuo Fang Decoction Rehabilitation with Ischemic Stroke Patients

WANG Xiu-li^{1*}, LIAO Ying-chun¹, FU Xiao-cong²

(1. *Physiatry Department of People's Hospital of MaCheng City of HuBei Province, Macheng 438330, China;*
2. *Jiangmen Wuyi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangmen 529000, China*)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical curative effect of Tongfu Huazhuo decoction in the treatment of early rehabilitation of ischemic stroke. **Method:** Ninety patients were randomly divided into control group and observation group according to the Before and after hospitalization sequence, each 45 cases. The two group were treated with western medicine on life support, medical treatment, health education routine treatment, and use traditional Chinese medicine comprehensive rehabilitation treatment, including massage, acupuncture, medicated bath. Observation group was added with Tongfu Huazhuo decoction, oral, 1 dosage/day, two groups were treated for 4 weeks. Assessed the nerve function defect severity by the United States National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS); assessed the limb motor function by Evaluation of Fugl-Meyer motor function scale (FMI); Assessed the activities of daily living by Daily life activities ability scale (BI); assessed the limb spasticity by the modified Ashworth spasticity scale; assessed the morbidity/mortality by the revised the Rankin scale (MRS), to measure the content of S100B protein serum. **Result:** Treatment of 7, 14, 28 days, the observation group NIHSS scores were lower than the control group ($P < 0.01$); 14, 28 days, the observation group FMI, BI were higher than that of the control group ($P < 0.01$), and the observation group modified Ashworth score was lower than that of the control group ($P < 0.01$); after 3, 7 and 14 days' treatment the observation group were lower than control

[收稿日期] 20130515(141)

[基金项目] 广东省中医药管理局(2010076)

[通讯作者] * 王秀丽, 主治医师, 从事脑血管疾病的临床治疗与康复工作, Tel:13469911199, E-mail:1044789943@qq.com

group ($P < 0.01$) for S100B protein serum. After 3 months of follow-up the observation group MRS were lower than control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** In the comprehensive rehabilitation scheme, Tongfu Huazhuo decoction improves nerve function and the motor function, enhances the capacity of life activity, reduces S100B protein serum and lowers morbidity/mortality. Tongfu Huazhuo Fang plays an important role in the early rehabilitation of stroke.

[**Key words**] ischemic stroke; early rehabilitation; integration scheme; Tongfu Huazhuo decoction; serum S100B protein

中风是目前严重危害中老年群体身体健康的主要疾病之一,而缺血性中风则是较常见的中风病,约占全部脑卒中的 60% ~ 80%^[1]。本病具有发病率高、致残率高、死亡率高、复发率高等特点,目前仍无特效治疗,不仅给患者带来躯体功能的障碍,而且对患者的心理健康状态、社会功能,以及经济等诸多方面带来严重损害^[2]。其治疗目的在于最大限度挽救神经功能缺损,降低病死率和致残率,改善预后,预防复发^[3]。中风病发病机制的多因素和临床表现的多样性,单一的干预措施很难达到满意的治疗效果,在中风病治疗中采用辨证汤药、针灸、推拿及中药针剂等中医综合康复治疗取得很好的疗效,降低了患者的致残率,提高了患者的日常生活质量^[4]。通腑化浊方是笔者临床用于缺血性中风早期康复治疗的重要措施之一,本研究观察了在综合康复方案中,通腑化浊方对缺血性中风早期康复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选自 2010 年 6 月 - 2012 年 12 月湖北省麻城市人民医疗神经内科住院的 90 例患者,男 57 例,女 33 例,年龄 52 ~ 73 岁;病程 2 ~ 7 d。随机按住院前后顺序分为对照组和观察组各 45 例。对照组男 27 例,年龄(63.1 ± 10.2)岁;病程(3.9 ± 0.3)d;女 18 例,年龄(61.5 ± 10.2)岁;病程(3.6 ± 0.5)d;颈内动脉系统梗死 31 例,椎基底动脉系统梗死 14 例。观察组男 30 例,年龄(62.8 ± 10.6)岁;病程(3.8 ± 0.5)d;女 15 例,年龄(60.7 ± 10.1)岁;病程(3.7 ± 0.2)d;颈内动脉系统梗死 33 例,椎基底动脉系统梗死 12 例。两组一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照 1995 年全国第四次脑血管病学术会议制定的《各类脑血管病诊断要点》^[5]中动脉粥样硬化性血栓性脑梗死:①静状态下发病;②无明显头痛和呕吐;③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 ~ 2 日内意识清楚或轻度障碍;⑤有颈动脉系统和/或椎-基底动

脉系统的症状和体征;⑥腰穿脑脊液一般不应含血;⑦CT 或 MRI 检查发现脑缺血病灶。

1.2.2 中医诊断标准 根据中医药管理局急症协作颁布的《中风病中医诊断与疗效评定标准》^[6]

①主症:偏瘫,神识昏蒙,言语謇涩或不语,偏身感觉异常,口舌歪斜;②次症:头痛,眩晕,瞳神变化,饮水发呛,目偏不瞬,共济失调;③发病前多有诱因,常有先兆症状;④多在 40 岁以上。具有主症 2 个以上或 1 个主症和 2 个次症,结合起病、诱因、先兆、年龄等方面的特点即可确定诊断;不具备上述条件,结合影像学亦可诊断。

1.3 纳入标准 ①符合中医中风病诊断、经 CT/MRI 检查符合西医急性脑梗死诊断;②发病 1 周内;③年龄 40 ~ 80 岁;④美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评估 4 ~ 24 分;⑤取得患者或家属知情同意。

1.4 排除标准 ①蛛网膜下腔出血、脑出血、短暂性脑缺血发作;②病程 ≥ 7 d;③非动脉粥样硬化性血栓性脑梗死;④合并严重的心脏疾病,心、肝、肾功能衰竭、恶性肿瘤、消化道出血者;⑤病情进行性恶化或严重失语、认知功能障碍不能配合调查。

1.5 治疗方法 内科基础治疗方法参照《中国脑血管病防治指南》^[7],包括生命支持、药物治疗、健康教育等,如保持呼吸道的通畅、清除呼吸道内的分泌物、预防和处理吸入性肺炎;监护和处理心律失常及缺血性心脏病;调控血压;早期溶栓处理,恰当使用抗凝剂、抗血小板聚集剂等。中医康复治疗,包括推拿、针灸、药浴等。观察组在此基础上采用通腑化浊方治疗,药物组成:生大黄 6 ~ 10 g,全瓜蒌 30 g,石菖蒲 20 g,郁金 15 g,制胆南星 15 g,地龙 15 g,桃仁 12 g,丹参 15 g,黄芪 30 g,天麻 12 g,水煎分 2 ~ 3 次服用或胃管给药,三七粉 3 g^(冲服),全蝎粉 1 g^(冲服),水蛭粉 1 g^(冲服)。(生大剂量以大便 1 ~ 2 次/d 为宜。)疗程为 4 周。

1.6 观察指标 ①采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评估神经功能缺损严重程度,分别于第 0, 7, 14, 28 天评价;②采用 Fugl-Meyer 运动功能

评价量表(FMI)评估肢体运动功能,分别于第0,14,28天评价;③采用日常生活活动力量表(BI)评价日常生活活动能力,分别于第0,14,28天评价;④肢体痉挛程度的评价,采用改良 Ashworth 痉挛评定量表^[8],根据不同分级分别赋予不同评分,分别于第0,14,28天评价;⑤采用 ELISA 法测量第0,3,7,14天血清 S100B 蛋白含量(深圳晶美科技公司试剂盒,批号 1066)。⑥致残率/病死率,采用修订 Rankin 量表(MRS),随访3个月后测定。

1.7 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用重复测量的方差分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同时间点 NIHSS 评分比较 治疗后两组 NIHSS 评分均呈下降趋势,治疗第7,14,28天,观察组 NIHSS 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表1。

表1 两组不同时间点 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s, n = 45$)

组别	治疗前	治疗后		
		第7天	第14天	第28天
对照	6.09 ± 1.53	4.63 ± 1.42	3.35 ± 1.27	2.21 ± 1.18
观察	6.14 ± 1.65	3.52 ± 1.39 ¹⁾	2.44 ± 1.15 ¹⁾	1.13 ± 1.22 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ (表2~4同)。

2.2 不同时间点两组 FMI 评分比较 治疗后第14,28天,观察组 FMI 评分明显升高,并高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表2。

表2 两组不同时间点 FMI, BI 及改良 Ashworth 评分比较($\bar{x} \pm s, n = 45$)

组别	时间	FMI	BI	改良 Ashworth
对照	治疗前	47.5 ± 22.8	46.1 ± 20.2	3.84 ± 0.62
	疗后14 d	66.7 ± 28.6	55.8 ± 24.6	2.92 ± 0.51
	疗后28 d	79.2 ± 27.4	68.3 ± 25.9	1.88 ± 0.47
观察	治疗前	50.3 ± 23.6	44.8 ± 21.7	3.81 ± 0.59
	疗后14 d	82.9 ± 30.2 ¹⁾	66.3 ± 23.1 ¹⁾	2.43 ± 0.46 ¹⁾
	疗后28 d	91.4 ± 28.6 ¹⁾	79.2 ± 24.4 ¹⁾	1.24 ± 0.42 ¹⁾

2.3 两组不同时间点 BI 评分比较 治疗后第14,28天,观察组 BI 评分明显升高,并高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表2。

2.4 两组不同时间点改良 Ashworth 评分比较 治疗后第14,28天,观察组改良 Ashworth 评分明显下降,并低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表2。

2.5 两组不同时间点血清 S100B 蛋白含量比较 治疗后第3,7,14天观察组血清 S100B 蛋白含量均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表3。

表3 两组不同时间点血清 S100B 蛋白含量比较($\bar{x} \pm s, n = 45$)

组别	治疗前	治疗后		
		第3天	第7天	第14天
对照	0.347 ± 0.045	0.268 ± 0.036	0.184 ± 0.024	0.093 ± 0.021
观察	0.351 ± 0.042	0.223 ± 0.032 ¹⁾	0.125 ± 0.026 ¹⁾	0.052 ± 0.019 ¹⁾

2.6 两组 MRS 评分比较 随访3个月后观察组 MRS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表4。

表4 两组 MRS 评分比较($\bar{x} \pm s, n = 45$)

组别	治疗前	随访
对照	3.95 ± 0.37	1.13 ± 0.44
观察	4.01 ± 0.39	0.85 ± 0.42 ¹⁾

3 讨论

中风是导致人类死亡的三大疾病之一,也是中老年人致残的主要原因。中风的病理变化短时间难以扭转,需要长时间的治疗和康复,因此给患者、家庭及社会带来巨大的负担。中医学在改善中风病的临床症状上显示出独特的优势,逐渐获得国内外学者的认可^[9]。

中医药干预中风病历史悠久,如前所述包括了汤剂在内的多种方法、手段,均具有不同的优势,在中风病的康复治疗中均起着重要的作用。但以往国内外大多数中医药治疗中风病的研究采用中药、针灸、推拿其中一种或两种方法治疗疾病,而从早期康复角度出发,研究多种中医药方法联合应用的综合治疗方案的临床观察尚不多见^[3]。近来由国家“863”计划资助的多个随机、对照、多中心研究显示,采用中医综合康复方案对缺血性中风患者早期时行干预能有效的改善患者神经功能缺损,提高运动功能和日常生活能力,促进认知功能恢复^[4,10]。学者也认识到中医综合康复方案虽然体现了多种干预措施在中风早期康复中的协同作用,但也显示出综合性干预措施过于繁杂,各种措施的疗效混杂不明确,影响方案的推广^[4]。因此本研究立足于中医综合康复方案早期干预缺血性中风,探讨了综合康复方案中中药汤剂在缺血性中风早期康复中的作用。

《济生方·中风论治》云:“营卫失度,腠理空疏,邪气乘虚而入,及其感也,为半身不遂”。《太平圣惠方》载:“肝肾久虚,气血不足,腠理开泄,风邪易袭”。均强调正气不足,感外邪而发病。《丹溪心法·中风》认为“半身不遂,大率多痰,在左属死血、瘀血,在右属痰有热,并气虚”。指出为痰、瘀等阻闭是病机关键。《医林改错》提出“中风半身不遂,

偏身麻木,由气虚血瘀而成”。现代学者总结其病机认为缺血性中风虽有本虚,但急性期以标实为主,其主要病机为风、火、痰、瘀相搏,脏腑功能失常,气血运行逆乱,邪实充斥三焦,阻滞中腑,蕴而发热化毒^[11],研究显示痰热腑实型占缺血性中风的 69%^[12],因此除了化痰活血通络外,学者非常重视“通腑”泻浊法在早期治疗缺血性中风中的使用^[13-14]。

通腑化浊方为笔者临床经验方,方中生大黄攻积导滞、泻下通便,全瓜蒌润燥滑肠,桃仁润肠通便,三药合用以通腑、泻浊、解毒。郁金配石菖蒲,郁金辛苦而寒,解郁开窍、清心凉血;石菖蒲辛苦而温,开窍醒神、化湿豁痰,两药相合,既化湿豁痰,又清心开窍;全瓜蒌清热涤痰,胆南星清火化痰,以上 4 药合用专为热痰蒙蔽心窍而设。地龙、桃仁、丹参,水蛭、三七 5 味以活血、散瘀、通络。天麻甘平,入肝经,平肝潜阳,息风止痉,祛风通络,全蝎入肝息风镇痉,搜风通络,二药合用以熄内风。黄芪一味重用以补气扶正,配三七、丹参等活血之品,乃“气为血之帅”,气行而血行之意。

本研究结果显示,通腑化浊方能降低缺血性中风患者早期 NIHSS 评分,说明了其有助于神经功能恢复;通腑化浊方能提高 FMI, BI 评分,降低改良 Ashworth 评分,提示了本方能改善患者的运动能力,提高患者生活自理能力;随访 3 个月后 MRS 评分低于对照组,提示了通腑化浊方的早期使用有助于减少致残率。

S100B 是神经胶质标志蛋白,主要存在于神经组织,在生理状态下能促进神经元生长、分化和修复,而在异常增高情况下会导致细胞死亡,无神经损害时在血清中不易测出。脑梗死后神经胶质细胞受损,释放入细胞间质,由于血脑屏障的破坏,S100B 蛋白进入血液。因此测定血清 S100B 水平可反映脑损伤程度^[15]。S100B 蛋白水平增高能增强星形胶质细胞中一氧化氮合酶(NOS)的表达,导致一氧化氮介导的神经元死亡^[16]。本组资料显示通腑化浊方能降低血清 S100B 蛋白含量,抑制 S100B 蛋白表达,阻断缺血性中风病理环节发展的连锁反应,从而加速缺损神经功能的修复。

综上,通腑化浊方能促进患者神经功能恢复,改善患者的运动能力,提高患者生活自理能力,并能降低致残率,其机制可能与抑制 S100B 蛋白表达有关。研究结果显示通腑化浊方在治疗缺血性中风早

期康复中起着重要的作用。

[参考文献]

- [1] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146.
- [2] 刘立安,倪姗姗,杜秀民,等. 早期针灸与康复对缺血性中风病人生存质量和社会融入的影响[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(8): 1751.
- [3] 赵卿,白宇,王明雁,等. 中医综合康复方案治疗早期缺血性中风的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(2): 127.
- [4] 宇文亚,谢雁鸣,赵性泉,等. 中医综合康复方案对缺血性中风患者早期康复的影响[J]. 世界科学技术——中医药现代化, 2010, 12(4): 526.
- [5] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病的诊断要点[J]. 中医实用内科杂志, 1997, 7(5): 312.
- [6] 任占利,王顺道. 中风病诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 17.
- [7] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 118.
- [8] 林长缨,杨标,古剑雄,等. 智能运动系统训练对脑卒中下肢功能的影响[J]. 广东医学, 2012, 33(11): 1592.
- [9] 王永炎. 如何提高脑血管疾病疗效难点的思考[J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(4): 195.
- [10] 谢雁鸣,宇文亚,易丹辉,等. 缺血性中风中医康复方案治疗时间窗研究[J]. 中华中医药学刊, 2010, 28(5): 901.
- [11] 付渊博,邹忆怀,王新志. 星蒌通腑汤治疗急性缺血性中风痰热腑实证临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2010, 28(3): 668.
- [12] 王永炎,刘炳林. 中风病研究进展述评[J]. 湖南中医药导报, 1998, 4(1): 9.
- [13] 闫明坤,黄刚,辛华栋,等. 星蒌承气方对慢性脑供血不足患者血栓前状态因子的干预[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(7): 233.
- [14] 周震,宋宛珊,王占奎,等. 化痰通络方联合 rt-PA 对急性脑梗死溶栓后神经功能缺损及皮质神经元微观形态的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(18): 219.
- [15] Foerch C, Singer O C, Neumann-Haefelin T, et al. Evaluation of serum S100B as a surrogate marker for long-term outcome and infarct volume in acute middle cerebral artery infarction[J]. Arch Neurol, 2005, 62(7): 1130.
- [16] Yasuda Y, Tateishi N, Shimoda T, et al. Relationship between S100B and GFAP expression in astrocytes during infarction and glial scar formation after mild transient ischemia[J]. Brain Research, 2004, 1021(1): 20.

[责任编辑 蔡仲德]