

壮药酞联合手指点穴对高血压脑出血术后神经功能和炎症因子的影响[△]

朱 雷^{1*}, 李 江², 安彩梅¹, 陶文姣¹ (1. 南宁市武鸣区中医医院脑病科, 广西 南宁 530199; 2. 南宁市武鸣区中医医院外科, 广西 南宁 530199)

中图分类号 R944.6⁺2 文献标志码 A 文章编号 1672-2124(2021)09-1073-05

DOI 10.14009/j.issn.1672-2124.2021.09.013

摘要 目的: 探讨壮药酞联合手指点穴对高血压脑出血术后神经功能和炎症因子的影响。方法: 纳入 2017 年 3 月至 2020 年 3 月于南宁市武鸣区中医医院住院治疗的高血压脑出血术后患者 100 例作为研究对象, 根据随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 50 例。对照组患者采用常规康复治疗, 观察组患者在常规康复的基础上采用壮药酞联合手指点穴治疗, 均治疗 6 周。观察两组患者的临床疗效, 治疗 1 个月、3 个月后的美国国立卫生研究院卒中神经功能缺损评分量表(national institutes of health stroke scale, NIHSS)评分、肢体运动功能量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)评分, 血清白细胞介素 1 β (IL-1 β)、 γ 干扰素 (IFN- γ) 和白细胞介素 10(IL-10)水平; 治疗 3 个月后的格拉斯哥结局量表(Glasgow outcome scale, GOS)评分。结果: 观察组患者的总有效率为 90.00%(45/50), 明显高于对照组的 74.00%(37/50), 差异有统计学意义($P<0.05$)。与对照组相比, 观察组患者治疗 1 个月、3 个月后的 NIHSS 评分降低更明显, FMA 评分升高更明显, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者治疗 3 个月后的 GOS 评分明显高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。与对照组相比, 观察组患者治疗 1 个月、3 个月后的 IL-1 β 、IFN- γ 和 IL-10 水平降低更明显, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论: 壮药酞联合手指点穴可以改善高血压脑出血术后患者的神经功能, 降低炎症因子水平, 可进一步开展大样本、多中心临床研究进行验证。

关键词 高血压脑出血; 壮药酞; 点穴

Effects of Zhuang Yao Ding Combined with Finger Manipulation in Acupoints on Neurological Function and Inflammatory Factors After Surgery of Hypertensive Cerebral Hemorrhage[△]

ZHU Lei¹, LI Jiang², AN Caimei¹, TAO Wenjiao¹ (1. Dept. of Encephalopathy, Nanning Wuming District Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangxi Nanning 530199, China; 2. Dept. of Surgery, Nanning Wuming District Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangxi Nanning 530199, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To probe into the effects of Zhuang Yao Ding combined with finger manipulation in acupoints on neurological function and inflammatory factors after surgery of hypertensive cerebral hemorrhage. **METHODS:** Totally 100 inpatients with hypertensive cerebral hemorrhage admitted into Nanning Wuming District Traditional Chinese Medicine Hospital from Mar. 2017 to Mar. 2020 were extracted to be divided into the observation group and the control group via the random number table, with 50 cases in each group. The control group was treated with conventional rehabilitation, while the observation group received Zhuang Yao Ding combined with finger manipulation in acupoints on the basis of conventional rehabilitation, both were treated for 6 weeks. The clinical efficacy, the national institutes of health stroke scale (NIHSS) score, the Fugl-Meyer assessment (FMA) score, serum interleukin 1 β (IL-1 β), interferon gamma (IFN- γ) and interleukin 10 (IL-10) levels after treatment of 1 and 3 months, Glasgow outcome scale (GOS) score after treatment of 3 months in two groups were observed. **RESULTS:** The total effective rate of the observation group was 90.00% (45/50), significantly higher than that of the control group 74.00% (37/50), the difference was statistically significant ($P<0.05$). Compared with the control group, NIHSS score decreased more significantly and FMA score increased more significantly in the observation group after treatment of 1 and 3 months, with statistically significant difference ($P<0.05$). GOS score of the observation group was significantly higher than that in the control group after treatment of 3 months, the difference was statistically significant ($P<0.05$). Compared with the control group, the levels of IL-1 β , IFN- γ and IL-10 in the observation group decreased more significantly after treatment of 1 and 3 months, with statistically significant difference ($P<$

[△] 基金项目: 南宁市武鸣区科学研究与技术开发计划项目 (No. 20190306)

* 副主任医师。研究方向: 脑血管病(出血及缺血性)和脑外伤。E-mail: 191918589@qq.com

0.05)。CONCLUSIONS: Zhuang Yao Ding combined with finger manipulation in acupoints on can improve the neurological function of patients after surgery of hypertensive cerebral hemorrhage and reduce the level of inflammatory factors, which can be further verified by large sample and multi center clinical studies.

KEYWORDS Hypertensive cerebral hemorrhage; Zhuang Yao Ding; Acupoints

高血压脑出血是临床常见的出血性疾病,也是高血压严重的并发症,具有发病急促、致死率高和死亡率高的特点^[1-3]。高血压脑出血最主要的治疗方式为手术治疗^[4]。但手术治疗只是将颅内血肿清除,而脑出血导致的神经功能损伤需要术后长期的康复治疗。因此,高血压脑出血患者术后的恢复期治疗对预后结局十分关键,目前主要以康复治疗技术联合改善脑部供血及保护神经等药物治疗,常用的康复治疗技术包括理疗和运动疗法,但效果均不明确^[3,5-6]。中医药、民族医药在改善中风恢复期患者预后方面具有较好的疗效^[7-8]。中医认为,中风恢复期以气虚血瘀为主,病因包括气血逆乱、阴阳失衡等。壮药酊是一种外用壮药,根据临床经验,壮药酊联合手指点穴具有益气、活血和通络的作用。本研究探讨了壮药酊联合手指点穴对高血压脑出血术后神经功能恢复的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

纳入 2017 年 3 月至 2020 年 3 月于南宁市武鸣区中医医院住院治疗的高血压脑出血术后患者 100 例作为研究对象,所有患者均行手术治疗。纳入标准:(1)经影像学检查,明确诊断为高血压脑出血;(2)行手术治疗;(3)患者知情同意。排除标准:(1)合并其他严重器官损伤者;(2)恶性肿瘤患者;(3)对药物过敏者。根据随机数字表法将患者分为观察组和对照组。观察组 50 例患者中,男性患者 28 例,女性患者 22 例;年龄 48~69 岁,平均(59.21±3.68)岁;平均体重指数(BMI)为 20.68±1.27 kg/m²;行开颅手术者 22 例,行微创血肿清除手术者 25 例,行神经内镜下手术者 3 例。对照组 50 例患者中,男性患者 26 例,女性患者 24 例;年龄 50~71 岁,平均(59.32±3.81)岁;平均 BMI 为(20.91±1.19) kg/m²;行开颅手术者 24 例,行微创血肿清除手术者 22 例,行神经内镜下手术者 4 例。两组患者平均年龄、性别比例等基线资料相似,具有可比性。

1.2 方法

对照组患者采用临床常规康复方法。(1)心理护理。医护人员主动与患者积极沟通,给患者树立恢复信心,积极面对病情。(2)每周举办 1 次高血压脑出血术后康复讲座,让患者正确认识术后康复,了解治疗的必要性和正确的方法。(3)个体化康复训练。针对患者的病情情况恢复机体肌力;引领患者进行语言训练;鼓励和指导患者进行日常生活基本活动。(4)个体化运动。待条件允许后,指导患者进行简单运动,强度可逐渐增加。

观察组患者在常规康复的基础上采用壮药酊联合手指点穴治疗。(1)壮药酊药方组成:三七 60 g,过江龙 100 g,回头青 30 g,山辣 30 g,扶芳藤 60 g,鸡血藤 60 g,丁香 20 g,茶辣 20 g,牛大力 60 g,徐长卿 30 g,南藤 30 g,草乌 5 g;制作方法:将上述药物粉碎,加入 75%酒精浸泡 20 d,药物与酒精的质量

比为 1:8,最后过滤装瓶即可。(2)治疗方法:医师取少量壮药酊药液涂在患者的壮医食魁穴、中魁穴和无魁穴(壮医特定穴,在食指、中指和无名指次节关节中点上 5 分处取穴),人中穴、百会穴、合谷穴、足三里穴、委中穴、委阳穴、后溪穴、外关穴、涌泉穴和昆仑穴等穴位,然后使用点按揉法、打法及滚法进行治疗,1 次 20 min,1 日 1 次,连续治疗 2 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标

(1)治疗 1 个月、3 个月后的美国国立卫生院卒中神经功能缺损评分量表(national institutes of health stroke scale, NIHSS)评分、肢体运动功能量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)评分。NIHSS 评分为 0~42 分,分数越高,表示神经缺损程度越严重;FMA 评分共 50 项,每项 0~2 分,满分 100 分,分数越高,表示运动功能越好。(2)治疗 3 个月后的格拉斯哥结局量表(Glasgow outcome scale, GOS)评分。GOS 评分为 1~5 分:5 分,恢复正常生活,允许有轻度缺陷;4 分,可独立生活,轻度残疾;3 分,不能独立生活,重度残疾;2 分,植物生存状态;1 分,死亡。(3)炎症因子水平:包括血清白细胞介素 1β(IL-1β)、γ 干扰素(IFN-γ)和白细胞介素 10(IL-10)水平。

1.4 疗效评定标准

目前暂未有高血压脑出血术后康复统一的疗效评定标准,参考相关文献^[9],本研究根据患者治疗 3 个月后 NIHSS 评分的改善情况评定临床疗效。显效:NIHSS 评分降低>45%;有效:NIHSS 评分降低 18%~45%;无效:NIHSS 评分降低<18%。总有效率=(显效病例数+有效病例数)/总病例数×100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行统计分析,NIHSS 评分、FMA 评分等计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验比较两组间资料;总有效率等计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验比较两组间资料;*P*<0.05 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者的总有效率为 90.00%(45/50),明显高于对照组的 74.00%(37/50),差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 1。

表 1 观察组和对照组患者临床疗效比较[例(%)]

Tab 1 Comparison of clinical efficacy between the observation group and the control group [cases(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
观察组(<i>n</i> =50)	25(50.00)	20(40.00)	5(10.00)	45(90.00)
对照组(<i>n</i> =50)	21(42.00)	16(32.00)	13(26.00)	37(74.00)
χ^2	0.644	0.694	4.336	4.336
<i>P</i>	0.422	0.405	0.037	0.037

2.2 两组患者治疗 1 个月、3 个月后 NIHSS 评分、FMA 评分变化比较

观察组和对照组患者治疗 1 个月、3 个月后的 NIHSS 评分

均降低,且与治疗前相比,差异有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比,观察组患者治疗1个月、3个月后的NIHSS评分降低更明显,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表2。观察组和对

对照组患者治疗1个月、3个月后的FMA评分均升高,且与治疗前相比差异有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比,观察组患者治疗1个月、3个月后的FMA评分升高更明显,差异均

表2 两组患者治疗1个月、3个月后NIHSS和FMA评分变化情况比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	NIHSS 评分			FMA 评分		
	治疗前	治疗1个月	治疗3个月	治疗前	治疗1个月	治疗3个月
观察组($n=50$)	20.13±4.29	13.25±3.25 *	6.21±2.18 *	64.15±8.23	73.95±9.02 *	85.42±9.85 *
对照组($n=50$)	20.42±4.51	16.26±4.15 *	11.25±1.24 *	63.31±8.92	68.13±7.81 *	71.12±8.25 *
t	0.329	4.038	14.21	0.489	3.449	7.87
P	0.743	<0.01	<0.01	0.626	0.001	<0.001

注:与治疗前相比, * $P<0.05$
Note: vs. before treatment, * $P<0.05$

表3 两组患者治疗3个月后的GOS评分比较(例)

Tab3 Comparison of GOS score between two groups after treatment of 3 months(cases)

组别	GOS 评分				
	1分	2分	3分	4分	5分
观察组($n=50$)	0	2	1	25	22
对照组($n=50$)	0	6	5	23	16

表4 两组患者治疗前后IL-1 β 、IFN- γ 和IL-10水平比较($\bar{x}\pm s$,pg/ml)

Tab4 Comparison of levels of IL-1 β , IFN- γ and IL-10 between two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$,pg/ml)

组别	IL-1 β			IFN- γ			IL-10		
	治疗前	治疗1个月后	治疗3个月后	治疗前	治疗1个月后	治疗3个月后	治疗前	治疗1个月后	治疗3个月后
观察组($n=50$)	18.19±2.35	9.29±1.18 *	8.27±0.93 *	26.36±4.57	15.52±3.81 *	10.36±3.25 *	106.92±12.32	95.25±10.26 *	90.13±8.32 *
对照组($n=50$)	18.25±2.23	12.13±2.17 *	11.27±2.15 *	26.52±4.52	19.52±3.73 *	15.26±3.26 *	107.12±12.38	101.27±10.91 *	94.92±8.71 *
t	0.131	8.13	9.056	0.176	5.305	7.527	0.081	2.842	2.812
P	0.896	<0.001	<0.001	0.861	<0.001	<0.001	0.936	0.005	0.006

注:与治疗前相比, * $P<0.05$
Note: vs. before treatment, * $P<0.05$

3 讨论

高血压脑出血的发生率高,约有1/3的脑出血是由于高血压造成的,高血压脑出血具有高致残率和高致死率的特点,我国高血压脑出血患者3个月内的死亡率高达20.0%,1年内的死亡率为26.1%^[10-11]。而幸存的高血压脑出血患者也会伴随着不同程度的残疾,部分患者不能实现自我管理和保健,且研究结果发现,高血压脑出血幸存患者癫痫、痴呆、再出血和其他严重心血管事件的发生风险显著增加^[12-14]。西医治疗方法在减少出血、清除血肿块等控制急症方面具有重大优势,但在术后的康复和保健方面却显得不足,而中医治疗在这方面具有明显优势。

民族医药结合当地民族人群的特色,具有个体化治疗的优势^[15]。中医将中风的病因病机归纳为脏腑功能失调,气血紊乱,最终伤及脑窍,久成中风。壮医认为,人体的疾病主要是天、地、人三气的平衡打破,或者是人体三道两路受到阻塞导致运行不畅,功能失调,主要的原因是正气虚,受到多种毒物的侵害,如痧、瘴、蛊、毒、风和湿等。中风则是受毒物的影响,脏腑

有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 两组患者治疗3个月后的GOS评分比较

观察组患者治疗3个月后的平均GOS评分为(4.34±0.72)分,对照组患者为(3.98±0.96)分,两组的差异有统计学意义($t=2.121,P=0.036$)。两组患者治疗3个月后的GOS评分比较见表3。

2.4 两组患者治疗前后炎症因子水平比较

观察组和对

对照组患者治疗1个月、3个月后的IL-1 β 、IFN- γ 和IL-10水平均降低,且与治疗前相比,差异有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比,观察组患者治疗1个月、3个月后的IL-1 β 、IFN- γ 和IL-10水平降低更明显,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表4。

功能失调,阴阳失衡,使三道两路不通,三气不能同步,气血紊乱,冲伤“巧坞”(大脑),导致“巧坞”功能失调^[16]。

本研究结果发现,观察组(壮药酊联合手指点穴治疗方案)患者的总有效率显著高于对照组,并且神经功能和肢体功能明显改善,GOS评分改善,炎症因子水平更低。目前,关于壮药酊联合手指点穴治疗方案的研究较少,潘小凤等^[17]将该方案用于治疗气虚血瘀型中风恢复期患者,取得了良好的疗效,患者半身不遂、言语不利等症状明显改善。振清等^[18]采用逐痰通络汤联合点穴用于老年高血压出血患者的康复治疗,发现可以显著改善患者的神经功能,恢复脑血管状态。也有研究结果发现,点穴联合针灸用于高血压脑出血术后患者,可以补气活血,改善神经缺损,提高患者的日常生活功能^[19]。

壮药酊联合手指点穴是以壮医人体三道两路和天、地、人三气理论为基础,结合中医关于经络脏腑腧穴的理论,在一定临床经验的基础上,辨证论治,使用壮药酊作用于壮医食魁穴等穴位,疏通人体三道两路,调节天、地、人三气以至平衡,最终调理“巧坞”,使疾病治愈。壮药酊中的三七、过江

龙、扶芳藤、鸡血藤、南藤和牛大力具有疏通三道两路的功效;三七可活血化瘀;过江龙祛风活络;扶芳藤止血活络;鸡血藤舒筋养血;南藤祛湿通络;牛大力舒筋活络;回头青和山辣则调节天、地、人三气,回头青可行气开郁,山辣祛湿行气;丁香、茶辣、草乌和徐长卿温肾助阳,调整“巧坞”,从而通三道两路同步天、地、人三气。从现代医学角度分析,三七可以促进纤维蛋白的溶解,加快脑水肿的吸收和消除,从而挽救缺血缺氧的脑细胞^[20];扶芳藤通过降低脂质过氧化水平,改善血管功能,发挥降低大鼠血液黏稠度和改善凝血功能的作用,并最终提高梗死性痴呆大鼠的学习和记忆能力^[21];鸡血藤可保护心脑血管的缺血缺氧,发挥消炎和抗氧化作用^[22];回头青可降低血液黏稠度,发挥抗氧化和抗炎作用;山辣具有抗炎、抗氧化和抑制凋亡三方面作用,对缺血缺氧所致脑损伤的神经功能具有保护作用^[23]。

综上所述,壮药酊联合手指点穴可以改善高血压脑出血术后患者的神经功能,降低炎症因子水平,后续可进一步开展大样本多中心临床研究进行验证。

参考文献

[1] 李春辉. 高血压脑出血患者的临床特点及治疗分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(72):126-127.

[2] 蒋文荣. 211 例高血压脑出血患者死亡的相关因素分析[J]. 海南医学,2014,25(23):3521-3523.

[3] 刘雪英. 康复治疗及术后护理干预对高血压脑出血患者术后恢复的影响[J]. 中华全科医学,2021,19(3):515-519.

[4] 康凯. 高血压脑出血的发病机制及手术治疗进展研究[J]. 系统医学,2018,3(19):196-198.

[5] 潘骅先,李永胜,曾灵剑. 针刺对高血压脑出血患者术后康复的

治疗效果观察[J]. 中国中医药科技,2021,28(2):269-271.

[6] 何欧琴,王芬芬. 早期肢体康复训练在高血压脑出血偏瘫患者治疗中的应用研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(20):14,16.

[7] 甘秀军,詹玲球. 中药涂擦联合穴位按摩治疗中风患者肩手综合征的临床效果分析[J]. 当代医学,2021,27(17):19-22.

[8] 王凤玲,王宝爱,苟荣,等. 中药竹罐疗法对中风后睡眠质量及神经功能缺损的影响[J]. 中国医药导报,2021,18(11):161-163,167.

[9] 王新广. 神经节苷脂对高血压脑出血术后患者神经功能的影响[J]. 实用中西医结合临床,2018,18(1):102-103.

[10] 王文娟,王春雪,杨中华,等. 中国脑出血医疗现状及死亡相关因素分析[J]. 中国卒中杂志,2013,8(9):703-711.

[11] 邢锡熙,吴绍钦,王益俊,等. 高血压脑出血的中西医治疗进展[J]. 医学综述,2020,26(5):997-1001.

[12] 曾荣. 高血压脑出血后早发性癫痫发生的相关因素 Logistic 回归分析[J]. 医学理论与实践,2018,31(18):2822-2824.

[13] 吴海燕. 高血压脑出血老年患者血管性痴呆发病因素分析及 Lp-PLA2 相关性研究[J]. 医药论坛杂志,2020,41(9):66-69.

[14] 林峰. 颅内压监测对高血压脑出血术后并发症的预测价值[J]. 临床合理用药杂志,2019,12(10):27-28,30.

[15] 代云云,谢晓蓉,王茂鹤,等. 我国四大民族医药体系概述[J]. 中华中医药杂志,2021,36(3):1522-1525.

[16] 黄鑫,黎丽,宋如雪,等. 壮药蛭血通肠溶胶囊治疗气虚血瘀型中风病的临床效果[J]. 广西医学,2017,39(12):1769-1772,1780.

(下转第 1080 页)

(上接第 1072 页)

[3] 王璇,姜桂春. 放射性口腔黏膜炎患者心理痛苦现状及其影响因素分析[J]. 中国护理管理,2020,20(10):1487-1491.

[4] 梁路,谢燕达,李自全,等. 中医治疗放射性口腔黏膜炎研究进展[J]. 现代临床医学,2021,47(3):229-230,240.

[5] 黄军,蒙光化,孔祥应,等. 水药九节茶防护方防治急性放射性口咽炎的临床观察[J]. 北方药学,2019,16(6):20-21.

[6] 毕明月. 益胃汤加減联合康复新液治疗慢性放射性口腔黏膜炎阴虚火旺证的临床观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2020.

[7] 吕建华,李向哲. 升阳益胃汤合穴位贴敷治疗口腔溃疡临床观察[J]. 光明中医,2012,27(1):41-42.

[8] 放射性口腔炎诊断标准[J]. 中国农村医学杂志,2005,3(5):61-62.

[9] 杨思源,郭丽敏,贾媛,等. 康复新液防治头颈部恶性肿瘤放疗所致口腔黏膜反应的系统评价[J]. 中医临床研究,2018,10(27):88-96.

[10] 陈嘉荣,阮扬皓,张银英,等. 阿片类药物治疗鼻咽癌患者放射性口腔黏膜炎疼痛的研究进展[J]. 新医学,2020,51(8):576-580.

[11] 屠彦红,孙泰,申星,等. 单次大剂量 X 射线照射建立小鼠放射性口腔黏膜炎模型的实验研究[J]. 军事医学,2020,44(3):

187-191.

[12] 谢靖,盛沛,李博,等. 放射性口腔黏膜炎的发病机制及中西医防治研究进展[J]. 南京中医药大学学报,2019,35(3):338-343.

[13] 何洪江,范程欣,井天依,等. 牛黄利咽丸防治鼻咽癌患者急性放射性口腔黏膜炎[J]. 吉林中医药,2020,40(3):364-366.

[14] 冀艳花,朱学军,吴洁. 肿节风抗肿瘤作用及其机制的研究进展[J]. 中医药导报,2016,22(9):44-46,55.

[15] 王宁,丁志峰. 肿节风分散片联合雷尼替丁治疗复发性口腔溃疡的疗效及对患者炎性因子的影响研究[J]. 中国基层医药,2021,28(3):349-352.

[16] 韦波,王仁生,苏莉,等. 肿节风减轻鼻咽癌放射性口干的成本-效果分析[J]. 广西医科大学学报,2010,27(2):247-250.

[17] 蒋伟哲,孔晓龙,黄仁彬,等. 肿节风片的抗菌和抗炎作用研究[J]. 广西中医学院学报,2000,17(1):50-52.

[18] 顾福莉,徐涑坤,石昌国. 肿节风注射液辅助治疗老年重症肺炎的疗效及机制研究[J]. 中国现代医生,2020,58(2):129-131,150.

[19] 马梅香. 九节茶抗病毒作用的实验研究[D]. 广州:广州中医药大学,2007.

[20] 吉堃,王兴臣. 升阳益胃汤理论探析与验案三则[J]. 中医药通报,2021,20(1):70-72.

(收稿日期:2021-07-07)