

滋阴通络解痉方熏蒸联合 Bobath 康复训练对脑卒中患者的临床疗效

李 鹏¹, 辛 辉¹, 张新杰¹, 李秀丽¹, 窦丽辉¹, 王贵玲¹, 李 岩^{2*}

(1. 邢台市中心医院康复医学科, 河北 邢台 054000; 2. 邢台医学院基础医学部, 河北 邢台 054000)

摘要: **目的** 探究滋阴通络解痉方熏蒸联合 Bobath 康复训练对脑卒中患者的临床疗效。**方法** 120 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 60 例, 对照组给予 Bobath 康复训练, 观察组在对照组基础上加用滋阴通络解痉方熏蒸, 连续治疗 6 周。检测临床疗效、上肢运动功能 (FMA-UE 评分)、肌张力 (MAS 评分)、表面肌电图 (肱二头肌、肱三头肌协同收缩率)、日常生活独立能力 (MBI 评分)、生活质量 (SS-QOL 评分)、炎症因子 (CRP、IL-6、TNF- α) 变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 FMA-UE、MBI、SS-QOL 评分升高 ($P < 0.05$), MAS 评分、肱二头肌、肱三头肌协同收缩率、炎症因子降低 ($P < 0.05$), 以观察组更明显 ($P < 0.05$)。**结论** 滋阴通络解痉方熏蒸联合 Bobath 康复训练不仅能安全有效地改善患者的肢体功能, 降低其高肌力, 还能提高日常活动的能力和生活质量水平, 具有一定的临床应用价值。

关键词: 滋阴通络解痉方; Bobath 康复训练; 脑卒中; 熏蒸; 肢体功能; 临床疗效

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2025)09-3166-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.09.055

脑卒中是神经内科的常见病, 中老年人是高发人群, 主要与组织器官功能、自主神经活动、血管舒缩能力有关, 脑卒中的可能性增加。肢体功能障碍是中风的常见后遗症, 约 80% 的患者存在上肢运动障碍, 表现为肌肉力量丧失, 无法进行自由肢体运动^[1]。开发创新的治疗策略来改善肢体能力是脑卒中康复的研究重点之一, 临床上肢体功能的康复治疗方式包括药物治疗和物理治疗^[2]。近几十年来, 随着运动控制和神经科学的进步, 针对脑卒中患者的创新干预措施也不断涌现, 其中 Bobath 康复训练强调对选择性运动的控制, 以及对姿势控制和任务执行的整合^[3]。中药熏洗融合了中药与热疗, 即将特定中药方剂组成的药材煎

煮后, 趁热熏洗皮肤或患处, 具有镇痛、抗炎、活血化瘀的功效^[4]。基于此, 本研究主要探究滋阴通络解痉方熏蒸联合 Bobath 康复训练对脑卒中患者的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022 年 1 月至 2024 年 1 月就诊于邢台市中心医院的 120 例气虚血瘀型卒中后上肢功能障碍的患者, 随机数表法分为对照组和观察组, 每组 60 例。2 组一般资料见表 1, 可知差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。研究经医学伦理委员会批准 (2020-KY-21)。

表 1 2 组患者一般资料比较 ($\bar{x} \pm s, n = 60$)

组别	性别/[例(%)]		平均年龄/岁	平均病程/d	患病部位/[例(%)]	
	男	女			左侧	右侧
对照组	34(56.67)	26(43.33)	54.7 \pm 4.9	42.16 \pm 4.31	24(40.00)	36(60.00)
观察组	41(68.33)	19(31.67)	55.2 \pm 5.2	41.20 \pm 4.15	32(53.33)	28(46.67)

1.2 纳入、排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合脑卒中诊断标准^[5], 辨证为气虚血瘀型; (2) 首次脑卒中发作; (3) 年龄 18~65 周岁, 病程 2 个月内; (4) 均为单侧上肢运动障碍; (5) Brunnstrom 期, 上肢为 III~V 期, 手部为 II~V 期; (6) 身体状况稳定, 理解力强, 能进行口头沟通与配合; (7) 患者了解本研究, 签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 (1) 在干预期间病情恶化, 即中风复发或发生新的梗死; (2) 精神障碍或其他严重疾病;

(3) 经历过其他干预方法; (4) 患有肌肉、骨骼和其他影响上肢运动功能的神经系统疾病, 如患肢骨折、严重关节炎、关节置换术等; (5) 有其他原因导致认知障碍的明确病史, 如阿尔茨海默病、帕金森病等。

1.3 治疗手段 对照组给予 Bobath 康复训练, (1) 取卧位, 予以翻身、躯干肌牵拉和良肢摆放训练; (2) 取坐位, 调整肩胛姿势, 改善肩后缩及下沉, 对抗异常肢体活动, 控制颈、肩等运动, 行反射性抑制, 包括肩胛骨外旋、内收, 牵张拉长胸大肌、背阔肌、胸小肌; (3) 双侧上肢进

收稿日期: 2025-02-06

基金项目: 邢台市重点研发计划自筹项目 (2020ZC315)

作者简介: 李 鹏 (1981—), 男, 硕士, 副主任医师, 从事神经康复研究。Tel: 13933706403, E-mail: lip9973@163.com

* 通信作者: 李 岩 (1980—), 女, 副教授, 从事神经康复研究。Tel: 18730950967, E-mail: 18730950967@163.com

行外展、外旋、肘伸展、五指张开支撑、前臂旋后等；(4)轻拍刺激皮肤、本体，引导四肢充分接触支撑面，模拟屈伸运动和日常行为，如十指交叉握手、握手但不高举过头。训练循序渐进，每日1次，每次40 min，连续治疗6周。

观察组在对照组基础上加用滋阴通络解痉方熏蒸，组方药材白芍、伸筋草、丹参各30 g，生地黄、熟地黄、鸡血藤各20 g，甘草、地龙各15 g，当归8 g，蜈蚣5 g，加入1 000 mL水煎煮，放入熏蒸治疗机（苏械注准20202201601），选择患侧作为熏蒸部位，每天进行熏蒸治疗，每次20 min，每天1次，每周5次，需要在负责的治疗师指导下接受熏蒸治疗，治疗和随访期间禁止进行其他熏蒸治疗，连续治疗6周。

1.4 疗效评价 检测临床疗效^[6]，(1)显效，症状消失且上肢功能基本恢复正常；(2)有效，症状及上肢功能明显改善；(3)无效，未达到上述标准。总有效率= [(显效例数+有效例数)/总例数] ×100%。

1.5 指标检测

1.5.1 上肢运动功能 采用Fugl-Meyer上肢评估量表(FMA-UE)^[7]评价运动障碍的变化，该表包括33项上肢活动，每个项目都按0~2分进行评分，最高得分为66分。

1.5.2 上肢肌张力 采用改良Ashworth量表(MAS)^[8]评价患者的肌肉紧张程度，评分范围0~4分，分值越高，症状越严重，评估部位为上肢屈肘伸肘肌群、屈腕伸腕肌群。

1.5.3 上肢表面肌电图 采用表面肌电仪（赣械注准20202070481）检测干预前后肱二头肌、肱三头肌协同收

缩率。

1.5.4 日常生活独立能力 采用修正Barthel指数(MBI)^[9]评价患者对任何辅助的独立程度，评估参与者进行10种不同的日常生活行为能力，总分100分，分值越高，日常生活独立能力越好。

1.5.5 生活质量 采用脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)^[10]进行评估，包括12个维度，共49个条目，采用Likert 5级评分法，总分为49~245分，分值越高，生活质量越高。

1.5.6 炎症因子 采用酶联免疫试验检测患者C反应蛋白(CRP)、白介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)水平。

1.6 统计学分析 通过SPSS 26.0软件进行处理，计数资料以百分率表示，比较采用卡方检验；计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，比较采用独立t检验。P<0.05表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗后，观察组总有效率高于对照组(P<0.05)，见表2。

表2 2组临床疗效比较 [例(%), n=60]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	29(48.33)	26(43.34)	5(8.33)	55(91.67)
观察组	18(30.00)	28(46.67)	14(23.33)	46(76.67)*

注：与对照组比较，*P<0.05。

2.2 上肢运动功能及肌张力 治疗后，2组FMA-UE评分升高(P<0.05)，MAS评分降低(P<0.05)，以观察组更明显(P<0.05)，见表3。

表3 2组上肢运动功能及肌张力比较 ($\bar{x} \pm s$, n=60)

组别	FMA-UE 评分/分		MAS 评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	24.85±3.61	34.20±4.91 [#]	2.74±0.25	1.81±0.16 [#]
观察组	25.27±3.84	37.16±5.24 ^{#*}	2.72±0.20	1.52±0.13 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#]P<0.05；与对照组治疗后比较，*P<0.05。

2.3 上肢表面肌电图 治疗后，2组患者肱二头肌和肱三头肌协同收缩率降低(P<0.05)，以观察组更明显

(P<0.05)，见表4。

表4 2组上肢表面肌电图比较 ($\bar{x} \pm s$, n=60)

组别	肱二头肌协同收缩率/%		肱三头肌协同收缩率/%	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	37.62±4.92	26.51±3.16 [#]	16.85±2.19	13.14±2.27 [#]
观察组	36.85±4.73	20.49±2.11 ^{#*}	17.10±2.84	9.24±1.38 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#]P<0.05；与对照组治疗后比较，*P<0.05。

2.4 日常生活独立能力 治疗后，2组MBI评分升高(P<0.05)，以观察组更明显(P<0.05)，见表5。

2.5 生活质量 治疗后，2组SS-QOL评分升高(P<0.05)，以观察组更明显(P<0.05)，见表6。

表5 2组日常生活独立能力比较 ($\bar{x} \pm s$, n=60)

组别	MBI 评分/分	
	治疗前	治疗后
对照组	59.62±7.59	75.84±10.32 [#]
观察组	60.75±8.72	71.20±9.16 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#]P<0.05；与对照组治疗后比较，*P<0.05。

表6 2组生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, n=60)

组别	SS-QOL 评分/分	
	治疗前	治疗后
对照组	134.52±11.26	158.62±21.40 [#]
观察组	132.85±11.04	172.24±23.41 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#]P<0.05；与对照组治疗后比较，*P<0.05。

2.6 炎症因子 治疗后, 2 组患者炎症因子水平降低 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$), 见表 7。

表 7 2 组炎症因子比较 ($\bar{x}\pm s, n=60$)

组别	CRP/(mg·L ⁻¹)		IL-6/(pg·mL ⁻¹)		TNF-α/(ng·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	10.22±1.85	6.27±1.13 [#]	14.85±2.37	6.70±1.13 [#]	3.22±0.85	2.04±0.38 [#]
观察组	10.41±1.97	4.57±0.91 ^{#*}	14.60±2.19	4.29±0.85 ^{#*}	3.15±0.82	1.85±0.29 ^{#*}

注: 与同组治疗前比较, [#] $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, ^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

中医理论认为, 中风与内伤蕴结、气血亏虚、劳倦不眠、情志失调、饮食不当、肥胖等密切相关, 发病突然, 症状变化多样, 如头晕、抽搐等。阴阳失衡, 脏腑功能失调, 气血平衡失调, 致患者元神失养, 局部经络气血郁结, 关节经络痹阻, 筋骨无以濡养, 故见肢体僵硬, 活动不利, 多因气虚血瘀所致, 因此治疗原则应以活血止痛、舒通经络为主^[11]。

Fugl-Meyer 量表基于 Brunnstrom 顺序阶段的运动恢复的定量指标, 常用于评估脑卒中患者康复治疗的效果^[12]。本研究结果表明, 观察组患者临床疗效高于对照组, 且 Fugl-Meyer 量表评分较高, 说明联合干预能够恢复患者上肢功能, 原因在于一方面, Bobath 方法适用于不同类型的运动功能障碍, 并以患者的积极参与为基础, 以便他们能够发展运动控制, 能够对不合理运动予以限制, 促进正常运动模式^[13]。在脑卒中后恢复期, 通过手动操作将患者保持在特定的本体感受点, 例如关节压缩和牵引, 利用关键的控制点和反射抑制模式协助患者活动, 以便其能够主动做出反应来执行功能, 提高核心肌肉的力量及稳定性, 能够逐渐独立进行运动活动^[14]; 另一方面, 滋阴通络解痉方具有滋阴补血、通络解痉之效, 方中白芍养血调经、平抑肝阳^[15], 伸筋草祛风除湿、舒筋活络, 丹参止痛祛瘀、通经活血, 生地黄通痹, 熟地黄养血、补肾、滋阴, 鸡血藤舒筋活络、缓解拘挛, 甘草舒筋解痉, 地龙性喜下行降泄、功善化瘀通络, 当归补血活血, 蜈蚣通络行痹, 共奏补气活血、化瘀通络的功效。中药熏洗利用药物加热的温热作用, 将煮好的中药液通过仪器蒸发, 产生的蒸汽经皮肤扩散, 使药物渗透得更深, 能够疏通脉络, 促进血液和淋巴回流, 改善机体血液动力学^[16]。中药熏洗还能调节等促炎症因子的表达, 可以缓解炎症反应, 减少氧化应激对机体的损伤, 有效改善关节活动性。梁森等^[17]人研究也证实, 滋阴通络解痉方能改善脑卒中后偏瘫患者下肢功能。

脑卒中后患者神经损伤严重, 对脊髓运动神经元的控制减弱, 难以维持上肢肌群协调, 引起肌张力增高。本研究结果显示, 观察组能够降低上肢肌张力以及肱二头肌和肱三头肌的协同收缩率^[18]。原因在于, Bobath 技术通过在关键点上的手法操作, 能够抑制异常肌张力, 促进正常肌张力, 还能刺激主干或末梢神经, 刺激神经细胞的再生, 达到减轻高肌张力的目的^[19]。中药熏洗属于中医外治范畴, 通过药物煎煮后产生的气体熏蒸患者的病区, 具有放松筋腱、疏通经络、活血化瘀的作用^[20]。现代药理学也证实, 很多中草药都能放松肌肉筋骨, 疏通经络, 活

血化瘀, 有利于组织代谢, 并能有效缓解深层肌肉的紧张。

综上所述, 滋阴通络解痉方熏蒸联合 Bobath 康复训练能安全有效地改善脑卒中患者肢体功能, 降低肌张力, 改善上肢协调性, 并增强自理能力和日常生活能力, 从而提升整体生活质量。然而, 本研究存在样本量较小、随访时间较短和未对不同脑卒中患者的个体差异进行深入分析等不足, 可能影响结果的普遍适用性。

参考文献:

[1] Zhuang J Y, Ding L, Shu B B, et al. Associated mirror therapy enhances motor recovery of the upper extremity and daily function after stroke: a randomized control study[J]. *Neural Plast*, 2021, 2021: 7266263.

[2] 王冰, 陈秋菊, 张梦伟. 血府逐瘀汤对脑卒中患者的临床疗效[J]. *中成药*, 2024, 46(9): 3191-3193.

[3] 王琳, 张横韬, 范信南, 等. 穴位注射联合新 bobath 技术治疗脑卒中后上肢高肌张力的疗效观察[J]. *世界中西医结合杂志*, 2022, 17(9): 1771-1774; 1779.

[4] 尹罗娟, 余静, 陈皎凤, 等. 关节活络法联合中药熏洗对创伤后腕指关节康复的影响[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(5): 54-57.

[5] 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.

[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. 中国急性缺血性卒中诊治指南 2023[J]. *中华神经科杂志*, 2024, 57(6): 523-559.

[7] Reeh K D, Salazar A P, Marchese R R, et al. Fugl-Meyer assessment scores are related with kinematic measures in people with chronic hemiparesis after stroke[J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2020, 29(1): 104463.

[8] Vidmar T, Goljar Kregar N, Puh U. Reliability of the modified ashworth scale after stroke for 13 muscle groups[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2023, 104(10): 1606-1611.

[9] Wang Y C, Chang P F, Chen Y M, et al. Comparison of responsiveness of the barthel index and modified barthel index in patients with stroke[J]. *Disabil Rehabil*, 2023, 45(6): 1097-1102.

[10] Sallam S A, Al-Khamis F A, Muaidi Q I, et al. Translation and validation of the stroke specific quality of life scale into Arabic[J]. *NeuroRehabilitation*, 2019, 44(2): 283-293.

[11] 韦晓丽, 李佩芳. 针刺督脉经穴联合中药治疗气虚血瘀证中风恢复期患者的临床观察[J]. *中国临床医生杂志*,

- 2023, 51(8): 1004-1006.
- [12] 王石艳, 杨杭, 高真真, 等. 脑卒中恢复期患者 Fugl-Meyer 下肢运动评估的最小临床重要性差值分析[J]. 浙江临床医学, 2023, 25(2): 207-209.
- [13] Sütçü G, Özçakar L, Yalçın A İ, et al. Bobath vs. task-oriented training after stroke: an assessor-blind randomized controlled trial[J]. *Brain Inj*, 2023, 37(7): 581-587.
- [14] 马宁, 白琳, 刘厚洋, 等. 基于上肢表面肌电图及神经传导速度评价新 Bobath 技术联合电子生物反馈疗法对卒中中偏瘫的作用[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2024, 27(5): 605-610.
- [15] Le X, Guo M, Yao X, et al. Efficacy of Baishao Luoshi Decoction on synaptic plasticity in rats with post stroke spasticity[J]. *J Tradit Chin Med*, 2023, 43(2): 295-302.
- [16] Wang G L, Xu Y L, Zhao K M, et al. Anti-inflammatory effects of Tao Hong Si Wu Tang in mice with lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease[J]. *World J Clin Oncol*, 2024, 15(9): 1198-1206.
- [17] 梁森, 李东鹤, 沈佳雯, 等. NJF 技术联合滋阴通络解痉方对脑卒中后偏瘫患者下肢功能和平衡功能的影响[J]. 四川中医, 2024, 42(4): 157-161.
- [18] 陈芷枫, 尹建军, 金义羚. 针刺阴经穴联合雷火灸对卒中中偏瘫肢体肌张力的影响[J]. 陕西中医, 2024, 45(7): 971-974; 979.
- [19] 康秀敏, 高长越, 廖伶艺. 中枢传导通路的新 bobath 技术干预对偏瘫患者的作用及预后分析[J]. 河北医药, 2024, 46(13): 2017-2019; 2023.
- [20] Su M, Yu W C, Su Y. The influence of acupoint scraping combined with traditional Chinese medicine fumigation on gastrointestinal dysfunction and defecation after minimally invasive abdominal surgery[J]. *Minerva Gastroenterol (Torino)*, 2024, 70(4): 463-465.

胃复春胶囊联合奥美拉唑对脾气虚证慢性非萎缩性胃炎患者的临床疗效

嵇超峰^{1,2}, 赵丽英², 钟兴伟³

(1. 浙江中医药大学药学院, 浙江 杭州 310053; 2. 德清县人民医院药剂科, 浙江 德清 313200; 3. 德清县人民医院消化科, 浙江 德清 313200)

摘要: **目的** 探讨胃复春胶囊联合奥美拉唑对脾气虚证慢性非萎缩性胃炎患者的临床疗效。**方法** 120 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 60 例, 对照组给予奥美拉唑肠溶胶囊, 观察组在对照组基础上加用胃复春胶囊, 连续治疗 4 周。检测临床疗效、病情改善指标 (中医证候评分、内镜病理评分)、胃动力状态指标 (餐前 30 min、餐后 30 min 胃电图幅值)、胃黏膜分泌 (胃动素、生长抑素、胃泌素)、炎症因子 (IL-8、IL-1 β 、TNF- α)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、内镜病理评分、炎症因子降低 ($P < 0.05$), 胃动力状态指标、胃黏膜分泌升高 ($P < 0.05$), 以观察组更明显 ($P < 0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 胃复春胶囊联合奥美拉唑能安全有效地缓解脾气虚证慢性非萎缩性胃炎, 改善胃动力状态, 调节胃黏膜分泌水平, 减轻炎症反应。

关键词: 胃复春胶囊; 奥美拉唑; 慢性非萎缩性胃炎; 脾气虚证; 胃动力状态

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2025)09-3169-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.09.056

慢性非萎缩性胃炎是以非特异性消化不良为主要表现的慢性炎症性病变, 具有发病率高、症状反复发作等特点^[1-2]。现阶段西医治疗慢性非萎缩性胃炎主要以减轻症状、缓解胃黏膜炎症为主, 通常采用促胃肠动力及抑酸类药物^[3]。奥美拉唑是治疗慢性胃炎常用的质子泵抑制剂, 对胃酸分泌具有较强的抑制作用, 可保护并修复胃黏膜, 从而减轻症状、控制病情^[4-5]。研究显示, 奥美拉唑虽能降低患者临床证候评分, 调节胃肠功能, 但单独用药疗效一

般达不到预期^[6]。有研究认为, 奥美拉唑仅能通过抑制胃酸分泌减轻胃黏膜刺激, 而胃炎的病因复杂, 单独使用奥美拉唑无法针对这些因素进行干预, 且长期使用停药后胃酸分泌可能出现反弹性增加, 导致症状再次加重^[7]。

中医治疗具有效果确切、患者易接受、安全性较高等特点。中医理论指出, 慢性非萎缩性胃炎的病位在胃, 但发病与脾密切相关, 脾气虚是主要病机, 脾失健运, 胃失受纳, 清浊不分, 诱发此病^[8]。因此, 中医治疗慢性非萎

收稿日期: 2025-04-02

作者简介: 嵇超峰 (1990—), 男, 主管药师, 从事药剂相关研究。Tel: 18305066690, E-mail: love639004@163.com