

## 温经散寒洗剂浴足联合心理疗法治疗脑卒中后睡眠障碍临床观察

葛 芳, 曾友华, 黄丽晴, 毛美琴

杭州市中医医院 针灸康复科, 浙江 杭州 310006

**摘要:** 目的 评价中药浴足与心理治疗手段相结合对脑卒中后睡眠障碍的疗效。方法 选择 200 例脑卒中合并匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 量表评定总分  $>7$  分的患者, 采用简单随机分组法, 分为化学药物组 50 例、温经散寒洗剂浴足组 50 例, 心理疗法组 50 例, 温经散寒洗剂浴足联合心理疗法组 (联合治疗组) 50 例。各组均根据病情给予基础治疗, 同时化学药物组患者每晚口服舒乐安定片 2 mg, 连续 4 周; 温经散寒洗剂浴足组每晚睡前采用中药浴足, 每次 20~30 min, 每日 1 次, 连续 4 周; 心理疗法组采用心理认知行为治疗, 隔日 1 次, 连续 4 周; 联合治疗组采用中药浴足与心理疗法相结合的方法, 连续 4 周。评价各组患者治疗前后 PSQI 量表、肢体运动功能 (FMA 量表)、日常生活能力 (MBI 量表) 评分, 并对各组患者的依从性和安全性进行评价。结果 经统计学分析, 各组患者治疗前后组内比较 PQSI 评分、FMA 评分、MBI 评分有统计学差异 ( $P < 0.05$ ), 治疗 4 周后联合治疗组与其余 3 组 PSQI 评分相比较有统计学差异 ( $P < 0.05$ ), 治疗 4 周后各组患者 FMA 评分、MBI 评分组间比较无统计学差异 ( $P > 0.05$ )。结论 温经散寒洗剂浴足联合心理疗法具有改善脑卒中后失眠症患者的睡眠障碍, 疗效较佳。

**关键词:** 脑卒中; 睡眠障碍; 温经散寒洗剂; 心理疗法; 浴足

中图分类号: R285.5

文献标志码: A

文章编号: 0253-2670(2016)11-1926-05

DOI: 10.7501/j.issn.0253-2670.2016.11.019

## Clinical observation of somniphathy in stroke treated with Warming Meridian and Dissipating Could Lotion by lavipeditum and psychotherapy

GE Fang, ZENG You-hua, HUANG Li-qing, MAO Mei-qin

Department of Acupuncture rehabilitation, Hangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 310006, China

**Abstract:** **Objective** To verify the clinical efficacy of Warming Meridian and Dissipating Could Lotion by lavipeditum and psychotherapy on somniphathy in stroke. **Methods** Two hundred patients of cerebral infarction or cerebral hemorrhage with scores of PSQI  $>7$  were randomly divided into four groups, 50 cases in each one. Among them, the patients in treatment group were treated with estazolam, 2 mg per night, patients in lavipeditum group were treated with Warming Meridian and Dissipating Could Lotion by lavipeditum, 20 – 30 min each time, once daily, patients in psychotherapy group were treated with cognitive-behavioral therapy, once every other day, patients combined treatment group were treated with Warming Meridian and Dissipating Could Lotion by lavipeditum and cognitive-behavioral therapy, 4-week treatment was aquired in four groups. The Pinsburgh Sleep Quality Index (PSQI)/Fugl-meyer assessment (FMA)/Modified Bathel index (MBI) assessment was evaluated before and after 4-week treatment in four groups. **Results** The score of PSQI/FMA/MBI in two groups after 4-week treatment was higher than that in prior treatment ( $P < 0.05$ ); There was no statistically difference among the four groups in the score of FMA and MBI after 4-week treatment ( $P > 0.05$ ); The score of PSQI in combined treatment group was higher than that in the other groups after 4-week treatment. **Conclusion** The therapy of Warming Meridian and Dissipating Could Lotion by lavipeditum and psychotherapy can well improve the somniphathy in stroke.

**Key words:** stroke; somniphathy; Warming Meridian and Dissipating Could Lotion; psychotherapy; lavipeditum

睡眠障碍是脑卒中患者常见的并发症, 一般认为 20%~40% 脑卒中患者会并发睡眠障碍<sup>[1]</sup>, 与患者神经精神及神经感知障碍有关, 对神经康复、日常活动和生活质量造成不利的影响, 其不仅影响患

者的生活质量、身心健康及神经功能康复过程, 还会加重脑卒中危险因素, 如高血压、糖尿病等疾病症状, 甚至诱发脑梗死或脑出血的再发<sup>[1-2]</sup>。因此对脑卒中患者睡眠障碍的早期诊断、早期干预, 有助

收稿日期: 2016-02-27

基金项目: 浙江省中医药管理局 A 类资助项目 (2012ZA098)

作者简介: 葛 芳 (1974—), 女, 副主任护师, 本科, 护士长, 主要从事中医护理及康复护理。E-mail: 1473610914@qq.com

于防止和延缓卒中的发展，有助于患者的身心康复，提高生存质量。笔者在 2012 年 11 月—2015 年 10 月期间对采用中药足浴联合心理疗法治疗脑卒中后睡眠障碍进行前瞻性研究，取得满意疗效。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

200 例患者均为 2012 年 11 月—2015 年 10 月在

本院针灸康复科住院的患者。采用简单随机分组法，编制随机分配卡，按就诊顺序把 200 例患者分为 4 组：化学药物组 50 例、温经散寒洗剂浴足组 50 例，心理疗法组 50 例，温经散寒洗剂浴足联合心理疗法组（联合治疗组）50 例。经统计学处理，各组患者年龄、病程长短、原发病等方面均无显著性差异（ $P>0.05$ ），组间具有可比性，具体资料见表 1。

表 1 各组患者一般资料比较

Table 1 Comparison on baseline data of patients in each group

| 组别       | 例数 | 性别/例 |    | 年龄/岁        | 病程/d        | 原发病/例 |     |
|----------|----|------|----|-------------|-------------|-------|-----|
|          |    | 男    | 女  |             |             | 脑出血   | 脑梗死 |
| 化学药物     | 50 | 29   | 21 | 66.42±12.00 | 32.38±15.91 | 14    | 36  |
| 心理疗法     | 50 | 27   | 23 | 65.70±8.72  | 28.74±16.36 | 18    | 32  |
| 温经散寒洗剂浴足 | 50 | 26   | 24 | 67.36±10.12 | 32.94±16.99 | 17    | 33  |
| 联合治疗     | 50 | 28   | 22 | 67.26±8.61  | 31.02±19.04 | 16    | 34  |

### 1.2 诊断标准

根据 1995 年全国第四届脑血管病会议上通过《各类脑血管疾病诊断要点》诊断标准，并经 CT 或 MRI 检查确诊，诊断为脑梗死、脑出血。

### 1.3 纳入标准

符合脑出血、脑梗死的临床诊断标准；病程≤60 d；年龄 80 岁以下；匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh sleep quality index, PSQI）量表评定总分 7~21 分；既往无睡眠障碍病史；无严重的心肝肾等脏器疾病；未参与其他临床试验者；患者签署知情同意书。

### 1.4 排除标准

不符合上述纳入标准者；多次脑卒中的患者；非脑血管病变原因所致的睡眠障碍患者；急性期严重昏迷者；合并有心、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病，糖尿病足患者，肿瘤患者，精神病患者，足部皮肤破损及对药物过敏者；参与其他临床试验者；不能遵从医嘱者。

### 1.5 剔除标准

受试者主动提出退出者；研究过程中出现严重不良反应而不宜继续参加试验者；研究过程中出现严重并发症或出现病情恶化，需采取紧急措施者；研究者应详细记录退出研究的原因及时间，超过疗程进入疗效统计。

## 2 治疗方法

（1）基础治疗：具体方法参照《中国脑血管病防治指南》<sup>[3]</sup>制定。包括对症、支持治疗，调节血

压及血糖、血脂，维持水、电解质、酸碱平衡，改善脑循环、应用脑代谢活化剂、卒中二级预防等及改善肢体功能的针灸康复治疗。各组均根据病情给予基础治疗。

（2）化学药物组：每晚口服舒乐安定（华中科技大学股份有限公司）2 mg，连续治疗 4 周。

（3）温经散寒洗剂浴足组：在浴盆中倒入 1.5~2.0 L 温水，温度保持 40~50 ℃，以患者感觉不烫为宜，将温经散寒洗剂（附子 30 g、干姜 30 g、桂枝 30 g、当归 30 g、花椒 30 g、赤芍 30 g、细辛 30 g、麻黄 30 g、红花 30 g、毛皮树根 120 g）50 mL（由本院药剂科提供，浙药制字 Z20100015，有效期至 2019 年 1 月 31 日）溶于其中，药物与水的比例（质量/体积）约为 3%，并使双足在药物中搓洗，遇水温下降时应及时添加热水，每晚睡前浸浴双足 20~30 min，至下肢及背部微有汗出，每日 1 次，连续治疗 4 周。

（4）心理疗法组：对患者进行心理认知行为治疗，对患者存在的错误认识和不利的应付方式从心理上给予疏导、安慰、支持、鼓励等，以减轻或消除其不良情绪，使患者以积极的态度面对疾病，树立信心。隔日 1 次，连续治疗 4 周。

（5）联合治疗组：采用温经散寒洗剂浴足与心理疗法相结合的方法。连续治疗 4 周。

## 3 疗效评定

### 3.1 观察指标

患者在第 1 次治疗前 1 d 进行第 1 次评定，治

疗第 4 周进行第 2 次评定,各种评定均由专人进行,评定医师不知分组情况,且不参加治疗。

**3.1.1 睡眠质量评定** 采用 PSQI 量表评价各组患者睡眠质量。此表由 19 个自评和 5 个他评条目组成,其中 18 个条目组成 7 个因子(主观睡眠质量、睡眠潜伏期、睡眠持续性、习惯性睡眠效率、睡眠紊乱、使用睡眠药物、白天功能紊乱),每个因子按 0~3 分等级计分,总分范围为 0~21 分,得分越高,表示睡眠质量越差,以 PSQI 总分大于 7 为判断失眠与非失眠的界值。此表的特点是将睡眠的质和量有机地结合在一起进行评定,有较好的内部一致性、再测信度、构想效度和实证效度,适合于临床睡眠质量的评定。

**3.1.2 肢体运动功能** 用简化 Fugl-Meyer (FMA) 运动功能评分量表评估肢体运动功能,内容包括肢体运动、平衡、感觉、关节活动度和疼痛 5 项,共 100 分,得分越高提示肢体功能越好。

**3.1.3 日常生活能力** 用改良 Bathel 量表(MBI 量表)进行日常生活能力评价,包括 10 个项目,8 项为自我照顾活动(修饰、洗澡、进食、如厕、穿衣、大便控制、小便控制、床椅转移),2 项为行动相关活动(平地行走或以轮椅行进 50 m、上下楼梯),总分为 100 分。评分 $\geq 60$ 分,生活基本自理;59~41 分,中度功能障碍;40~20 分,重度功能障碍,生活依赖明显; $< 20$ 分,完全残疾,生活完全依赖。

**3.1.4 观察各组受试对象的依从性和安全性。**安全性:与治疗有关的不良事件,包括烫伤、皮下出血、感染、血压升高、心律失常、气急等情况(例数)。依从性:各组入选病例中止和脱落病例的例数。

## 3.2 统计方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行统计学处理。计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,采用单因素方差分析比较各组所测得的数值差异,组内比较采用配对  $t$  检验。

## 4 结果

### 4.1 各组患者治疗前后睡眠质量 PSQI 评分比较

由表 2 可知,各组患者治疗前 PSQI 量表评分组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),治疗 4 周后各组患者 PSQI 量表评分与治疗前比较,组内前后差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗 4 周后联合治疗组与其余 3 组 PSQI 量表评分相比较,组间差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 4.2 各组患者治疗前后肢体运动功能 FMA 评分比较

由表 3 可知,各组患者治疗前 FMA 评分组间

表 2 各组脑卒中后睡眠障碍患者治疗前后 PSQI 量表评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 2 Comparison on PSQI scale scores before and after treatment of somnopathy in stroke patients in each group ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别       | 例数 | PSQI 量表评分        |                                |
|----------|----|------------------|--------------------------------|
|          |    | 治疗前              | 治疗后                            |
| 化学药物     | 50 | 13.46 $\pm$ 3.95 | 12.36 $\pm$ 4.48 <sup>*△</sup> |
| 心理疗法     | 50 | 14.20 $\pm$ 3.92 | 11.78 $\pm$ 4.41 <sup>*△</sup> |
| 温经散寒洗剂浴足 | 50 | 14.96 $\pm$ 3.11 | 12.16 $\pm$ 4.29 <sup>*△</sup> |
| 联合治疗     | 50 | 13.94 $\pm$ 2.68 | 9.56 $\pm$ 4.36 <sup>*</sup>   |

与本组治疗前比较: <sup>\*</sup> $P < 0.05$ ; 与联合治疗组治疗后比较: <sup>△</sup> $P < 0.05$ , 下同

<sup>\*</sup> $P < 0.05$  vs pretreatment of same group; <sup>△</sup> $P < 0.05$  vs posttreatment of combination group, same as below

表 3 各组脑卒中后睡眠障碍患者治疗前后 FMA 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 3 Comparison on FMA scores before and after treatment of somnopathy in stroke patients in each group ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别       | 例数 | FMA 评分            |                                |
|----------|----|-------------------|--------------------------------|
|          |    | 治疗前               | 治疗后                            |
| 化学药物     | 50 | 37.96 $\pm$ 22.09 | 48.20 $\pm$ 23.01 <sup>*</sup> |
| 心理疗法     | 50 | 38.56 $\pm$ 25.25 | 49.68 $\pm$ 23.65 <sup>*</sup> |
| 温经散寒洗剂浴足 | 50 | 37.28 $\pm$ 27.98 | 48.64 $\pm$ 28.91 <sup>*</sup> |
| 联合治疗     | 50 | 37.40 $\pm$ 16.84 | 49.72 $\pm$ 23.23 <sup>*</sup> |

比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),治疗 4 周后各组患者 FMA 评分与治疗前比较,组内前后差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗 4 周后 4 组 FMA 评分相比较,组间差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 4.3 各组患者治疗前后日常生活能力 MBI 指数情况比较

由表 4 可见,各组患者治疗前、治疗 4 周 MBI 指数评分组间比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),各组患者治疗 4 周后 MBI 指数评分均较治疗前提高,组内治疗前后比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 4.4 安全性与依从性评价

治疗前后各组患者的安全性指标检测均未发现异常变化;治疗过程中,患者未出现药物过敏反应及不耐受等现象,患者未出现烫伤及皮肤破损,无不良事件发生,安全性评价为 1 级。本研究中,各组患者依从性良好,无脱落病例。

## 5 讨论

失眠症是脑卒中患者常见的并发症,调查显示,脑卒中后患者约 95%伴有失眠和睡眠结构紊乱<sup>[4]</sup>。

表 4 各组脑卒中后睡眠障碍患者治疗前后 MBI 指数评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 4 Comparison on MBI scores before and after treatment of somnopathy in stroke patients in each group ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别       | 例数 | MBI 指数评分      |                |
|----------|----|---------------|----------------|
|          |    | 治疗前           | 治疗后            |
| 化学药物     | 50 | 33.43 ± 19.86 | 46.94 ± 19.47* |
| 心理疗法     | 50 | 35.41 ± 23.74 | 47.35 ± 25.67* |
| 温经散寒洗剂浴足 | 50 | 32.70 ± 18.13 | 53.60 ± 19.47* |
| 联合治疗     | 50 | 35.00 ± 17.58 | 54.60 ± 19.48* |

脑卒中恢复期和后遗症期患者，因脑动脉供血不足，加之忧郁、焦虑、悲痛等原因，易致失眠，部分病人呈顽固性失眠。临床治疗亦颇感棘手，常规药物及其他内科治疗效果均不理想。睡眠障碍不仅能导致患者心理失调，而且会加重脑卒中患者躯体症状，影响患者躯体康复<sup>[5]</sup>。相关研究表明，与非睡眠障碍患者相比，睡眠障碍的脑卒中患者有更严重的脑卒中后神经功能缺损、脑卒中后认知功能损害、更慢的神经功能恢复和更差的日常生活能力<sup>[6]</sup>。

目前临床上针对脑卒中后睡眠障碍的治疗方式主要有药物治疗和非药物治疗两种模式。药物治疗是主要的治疗方式。近年来临床观察发现，某些化学药不仅有很多不良反应，同时还有日间“宿醉作用”、成瘾性，长期服用安眠药其催眠效果会逐渐减弱，突然停药时还可致反跳性不安和睡眠障碍<sup>[7]</sup>。睡眠障碍的非药物治疗主要包括心理治疗和物理治疗。物理疗法包括音乐疗法、光疗、磁疗等。心理治疗主要常用的有认知行为治疗（CBT），包括睡眠卫生教育、睡眠约束、刺激控制训练等。CBT 法主要应用于心理生理性失眠和（或）神经症失眠，可改正患者对于睡眠不足的错误认识，减轻患者的焦虑紧张情绪从而改善失眠，包括行为教育策略和各种放松治疗<sup>[8]</sup>。本研究结果中，在治疗后，心理疗法组患者 PSQI 评分较治疗前显著降低（ $P < 0.05$ ），且相较于化学药物组，两者间无显著性差异（ $P > 0.05$ ），表明，心理治疗能改善脑卒中后睡眠障碍，并与药物舒乐安定疗效相当。

在祖国医学中脑卒中归属“中风病”范畴，睡眠障碍，中医学病名为“不寐”“不得卧”。脑卒中和不寐为不同的病症，在病因上都有“痰、火、虚、气、血”等病理因素，病机都主要为“营卫不和，气血衰少，阴阳失调”，二者的病因病机有一定的

关联性。《诸病源候论》“大病后不得眠候”，并论述“大病之后，脏腑尚虚，荣卫未和，故生于冷热，阴气虚，卫气独行于阳，不入于阴，故不得眠”。卒中可致气血逆乱，营卫失常，影响睡眠，卫气偏盛，不入营阴，阴阳不交，一为阴虚，一为阳盛，一为邪阻，故不得眠也。基于对脑卒中后不寐的病因病机的分析，当以“平调阴阳，和气血，安五脏，养神”为主要治疗原则，以安神定志，使“神”有所依。中医对脑卒中后睡眠障碍的治疗以显示出一定效果。目前主要的治疗方法有中药治疗、针灸治疗、推拿治疗、耳穴贴压治疗、穴位敷贴治疗以及综合治疗等。临床医生亦注重运用中西医结合的方式，探寻能有催眠较快，对睡眠结构不造成紊乱，不引起药物依赖，不良反应小的治疗方案，更好地服务于患者。

中药浴足法是用适当温度的中药药液进行足部熏洗，以达到治疗全身疾病目的的一种中医外治方法。此法遵循“有诸内必形诸外”的经络学说、药物归经等理论。足部是三条足阴经和三条足阳经循行的地方，有第二心脏之称，按照全息论的观点，足部是全身的缩影，它分布着全身相应组织、器官的穴位，为经气产生的根本，通过足部治疗可以起到引火归源，调整阴阳的作用。沈桂杰等<sup>[9]</sup>运用足底按摩的方法治疗失眠症患者 86 例，足底按摩疗法能降低 SDS、SAS 评分，缩短入睡时间，延长睡眠时间，显著提高睡眠质量；唐娅琴<sup>[10]</sup>通过足疗的方法治疗乳腺癌化疗期间的睡眠障碍的患者 120 例，治疗组总有效率达 90%。

根据脑卒中后睡眠障碍的病因病机，课题组提出以调整阴阳，活血通络的基本原则，在此原则指导下确定的温经散寒洗剂：附子、干姜、桂枝、当归、花椒、赤芍、细辛、麻黄、红花、毛皮树根。方中附子、干姜、细辛、花椒，温中散寒，回阳通脉；赤芍、当归、红花、毛皮树根活血行气通脉；配合麻黄温散表邪，诸药合用，有“釜底抽薪”之义，共达调整阴阳，活血通络之效，而且花椒、细辛、附子具有芳香走窜之力，能促进他药透皮吸收直达病所。本研究结果中，在治疗后，中药浴足组患者 PSQI 评分较治疗前显著降低（ $P < 0.05$ ），且相较于化学药物组无显著性差异（ $P > 0.05$ ），表明，温经散寒洗剂浴足能改善脑卒中后睡眠障碍，并与药物安定疗效相当。

研究结果显示，各组患者 PSQI 评分组内治疗

前后对比差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 说明 4 种治疗方案在改善患者睡眠方面均有明显作用。联合治疗组治疗后的总积分、睡眠时间、入睡时间、日间功能、睡眠质量、睡眠效率、睡眠障碍与其余 3 组比较有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 说明结合中药浴足、心理治疗的联合治疗临床疗效优于单独使用心理疗法、中药浴足、化学药治疗。各组患者治疗前后 FMA 评分、MBI 指数对比差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 说明 4 种治疗方案在改善患者睡眠的同时能帮助患者肢体功能及日常生活的恢复。

通过本临床研究, 可以初步得出以下结论: ①温经散寒洗剂浴足联合心理疗法能有效改善脑卒中后睡眠障碍; ②睡眠障碍改善有助于脑卒中偏瘫患者运动功能及日常生活能力的改善。脑卒中后睡眠障碍的发生与诸多因素有关, 机制较复杂, 脑卒中后如何改善患者的睡眠, 将是今后临床工作的一项新课题, 医护人员应重视脑卒中后睡眠障碍, 并且应积极治疗以促进患者尽早康复。

#### 参考文献

- [1] Leppavuori A, Pohjasvaara T, Vataja R, *et al.* Insomnia in ischemic stroke patients [J]. *Cerebrovasc Dis*, 2002, 14(2): 90-97.
- [2] Schuiling W J, Rinkel G J, Walchenbach R, *et al.* Disorders of sleep and wake in patients after subarachnoid hemorrhage [J]. *Stroke*, 2005, 36(3): 578-582.
- [3] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [4] Palomaki H, Berg A, Meririnne E, *et al.* Complaints of poststroke insomnia and its treatment with mianserin [J]. *Cerebrovasc Dis*, 2003, 15(122): 56-62.
- [5] 袁 强, 彭 蓉. 脑卒中后睡眠障碍相关因素分析 [J]. 华西医学, 2004, 19(1): 51-52.
- [6] 张晓玲, 俏 兵. 脑卒中患者的失眠问题调查 [J]. 中华神经科杂志, 2005, 38(5): 324-325.
- [7] Doghramji P P. Treatment of insomnia with zalplon. a novel sleep medication [J]. *Int J Clin Pract*, 2001, 55(5): 329-334.
- [8] 田 浪, 曹晓翼. 认知行为疗法对乳腺癌患者失眠治疗效果的系统评价 [J]. 中国循证医学杂志, 2013, 13(1): 70-77.
- [9] 沈桂杰, 苏秀丽, 王卫东. 足底按摩为主治疗失眠症 86 例疗效观察 [J]. 中国中医药科技, 2010, 17(3): 216.
- [10] 唐娅琴. 足疗干预乳腺癌化疗期患者睡眠质量的疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(10): 964-965.