

中医学理论在康复卒中单元中的运用

阮静

广东省工伤康复医院, 广东 广州 510440

[摘要] 康复卒中单元是脑卒中康复最有效的管理模式, 主要针对恢复期和后遗症期病情稳定的患者。治疗以中医学辨证康复为主, 针对不同的病情辅以现代医学对症康复。中医学强调整体观和辨证论治的思想与卒中单元强调以患者为中心, 同时注重个体化、分阶段治疗的理念在本质上是相通的, 故在康复卒中单元中, 中医学理论与现代康复医学相结合, 将更有利于疾病的防治与康复。

[关键词] 中风; 卒中单元; 康复; 治未病; 体质学说; 心理学

[中图分类号] R743.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0247-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.116

脑卒中, 又称中风, 是一组突然起病, 以局灶性神经功能缺失为共同特征的急性脑血管疾病, 具有发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高、合并症多及治愈率低的特点, 严重危害中老年人的健康。目前, 循证医学研究表明, 卒中单元 (Stroke Unit, SU) 是治疗脑血管病最有效的方法, 优于溶栓治疗、抗血小板治疗和抗凝治疗^[1]。SU 指的是在医院的一定区域, 由临床医师、专业护士、康复治疗师和社会工作者共同组成的有机整体, 为脑卒中患者提供药物治疗、肢体康复、语言训练、心理康复和健康教育, 是能改善住院脑卒中患者医疗管理模式, 提高疗效的系统^[2]。

脑卒中的治疗包括急性期治疗、恢复期康复和后期预防三个部分, 医院根据各自的医疗环境, 选择适合自己医院的卒中单元模式。一般综合医院选择急性卒中单元或联合卒中单元模式, 侧重超急性期与急性期患者的临床治疗与早期康复; 基层医院或专科康复医院因医疗条件的限制选择康复卒中单元模式, 侧重恢复期患者的康复与疾病的防治。

在脑卒中的康复研究中, 中医药的优势和长处得到越来越多的重视, 将中医学与现代医学相结合会更有利于疾病的康复。对于急性卒中单元, 应以现代医学急救康复为主, 辅以中医学康复措施; 进入康复卒中单元后, 应以中医学辨证康复为主, 针对不同的病情辅以现代医学对症康复, 只有中西医科学有机的结合, 才能最大限度地发挥康复疗效, 降低患者病死率、致残率^[3]。笔者谨从康复卒中单元运用较广泛的中医学“治未病”理论、中医体质学说及中医心理学进行探讨。

1 中医学“治未病”理论

中医学“治未病”始见于《内经》, 理论流长渊远, 内涵

丰富, 概而论之, 包括未病先防、既病防变、已病防复。故“治未病”涵盖了所有未病、欲病、已病各阶段预防为主的思想。对于已病的恢复期和后遗症期的脑卒中患者, 严格控制危险因素, 做好脑血管病复发的二级预防尤为重要。

1.1 既病早治, 防其传变 善于把握疾病的传变规律, “见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”, 疾病发生的初期就及时防止或阻止疾病的发生、蔓延、恶化或传变。一些常见内科疾病, 如高血压病、糖尿病、高脂血症、短暂性脑缺血发作(TIA)等均被证实是中风独立、重要危险因素。常规体检及时发现并积极治疗冠心病、高血压病、糖尿病、高脂血症、动脉硬化、便秘、血液流变学异常等诱发中风的基础性疾病, 出现中风先兆者, 即使经 CT、MR 等检查没有发现明显阳性体征, 仍应采取防范措施, 如根据辨证及早服用平肝潜阳熄风之品, 如钩藤、鸡血藤、僵虫、全蝎, 及益母草、川芎、葛根、桃仁、红花、郁金、地龙等以活血、消栓、通络、改善脑循环, 有一定的防治作用, 并作定期复查^[4]。在中医学理论的指导下注意调摄精神, 节制饮食, 起居有常, 适当运动, 养成良好的生活习惯, 有利于疾病的预防与康复。脑卒中的功能恢复需要漫长的时间, 故常在恢复期与后遗症期出现如肩手综合征、便秘、尿储留、肌肉痉挛等并发症, 影响功能的康复。于学平等^[5]采用电针夹脊穴法治疗中风恢复期偏瘫痉挛, 以针刺耳阳明经穴组作为对照, 观察 2 组治疗前后 Ashworth 痉挛量表和 Fugl-Meyer 运动功能。结果电针夹脊穴能降低肌张力, 缓解肌肉痉挛, 有利于肢体功能的恢复。伦新^[6]用生大黄粉贴敷于神阙穴治疗中风后便秘, 对照组给予苻蓉通便口服, 结果显示治疗组优于对照组($P < 0.01$)。在整体观和辨证观指导下, 中医

[收稿日期] 2014-02-20

[作者简介] 阮静 (1981-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 脑血管病的中西医康复。

学强调对患者的治疗应当因人、因时令、因环境和因病证的不同,采取多元化疗法,以期取得最佳效果。如内服中药配合中药外用、推拿、针灸、手法康复等多种方法。正如《素问·异法方宜论》所说:“杂合以治,各得其所宜”。

1.2 已病防变,防治结合,预防复发 脑卒中经治疗后进入平稳阶段,部分患者可以恢复得较好,甚至不遗留任何症状。但脑卒中具有高复发率的特点,复发后患者常常出现严重的致残与死亡,故不能轻视疾病的二级预防。明·秦景明《症因脉治·内伤中风证》提到:“中风之证……一年半载,又复举发,三四发作,其病渐重。”清·沈金鳌《杂病源流犀烛·中风源流》说:“若风病即愈,而根株未能悬拔,隔一二年或数年必再发,发则加重,或至丧命,故平时宜预防之,第一防劳暴怒郁结,调气养血精神,又常服药以维持之,庶乎可安。”积极治疗原发基础疾病,改变生活方式,祛除中风复发的主要危险因素,是预防中风复发的重要手段。王永炎院士与谢雁鸣研究员主持的国家863课题“缺血性中风早期康复与避免复发中医综合康复方案研究”^[7],是在总结以往对中风病康复的经验并充分借鉴古今中外、广泛吸收现代医学干预中风病研究成果的基础上,规范了“松与静”的缺血性中风病中医药康复方案,疗效评价显示中医药康复方案能显著改善神经功能缺损、肢体运动功能,降低了复发率、致残率与病死率,提高了患者生存质量。

2 中医体质学说

中医体质学说是中医学“治未病”理论基础上的延伸与发展。中医体质学认为,体质是人体生命过程中在先天禀赋和后天获得的基础上形成的形态、生理功能和心理状态方面中和的、相对稳定的固有特质^[8]。先天禀赋决定了个体体质的相对稳定性,后天的各种环境因素、精神因素、行为习惯、医药干预等又使体质具有可变性,可以向疾病转变,也可以向健康转化。体质存在的这种可调性,使调整纠正病理体质成为可能,为临床康复提供了治疗依据。脑卒中的恢复期,因痰浊、瘀血、风火、腑实等病理因素久羁,耗伤正气,致脏腑虚损,气血阴阳失调,此期以虚中夹实,虚多实少为主。治疗应以补虚为主,包括滋补肝肾和补气养血两方面,同时适当辅以活血祛瘀、化痰通络。至后遗症期,其风、火、痰、瘀等标实之证大势已去,然其肾虚之病机根本仍存,甚至更甚,此时若不治本补虚,可再次酿生风、火、痰、瘀等病理产物而引起复发,故使用六味地黄汤、杞菊地黄汤、地黄饮子、肾气丸等化裁滋补肝肾,用补阳还五汤、补中益气汤、益气活血汤等化裁益气养血活血,治疗中风病恢复期和后遗症多效佳^[9]。中华中医药学会2009年3月26日发布了《中医体质分类与判定》标准^[10],该标准将体质分为9类:平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质和特禀质。贾爱明等^[11]对620例缺血性中风恢复期患者体质与证候进行分析,结果发现瘀血质、痰湿质、气虚质为缺血性中风恢复期的高危体质类

型,以血瘀证、痰证、气虚证、阳虚证为主,风证、火热证、阴虚证明显减少。结论认为,中风恢复期患者主要体质类型与中医学证候要素具有密切相关性,提示不同体质的特异性可能决定着疾病的发生及发病后所表现的证候特点,将辨体质与辨证融为一体,在很大程度上提高临床辨证论治效果,符合中医学整体观及辨证论治思想。

3 中医心理学

情感障碍是脑卒中后常见的并发症,表现为抑郁、焦虑、躁狂以及焦虑抑郁共病,是对躯体功能障碍的异常的负性情绪反应,其发病与神经-内分泌-免疫系统失调、神经递质紊乱等生物学机制相关。脑卒中部位、神经功能损害程度、性别、年龄、家庭环境等多种因素也参与其发病。中医学认为,中风后脏腑功能失调是情志失调的病理基础,病因体现脑主神明,脑神逆乱是情志致病的基本病机^[12],与先天禀赋、自然和社会环境有关。故中医学强调在整体观、辨证论治的基础上的“形神一体”,心身并治,改善患者的生存质量。其方法主要有:①情志相胜疗法:七情是人体对外界刺激的主观体验,是脏腑功能活动的具体表现,恐胜喜、怒胜思、喜胜忧、思胜恐、悲胜怒等以情胜情法是中医学治疗理论和实践的一项创举,是五行相生相克理论在中医心理治疗学上的具体运用。②说理开导法:医者用言语对患者启发诱导,分析病情,说理解释开导,以解除内心忧烦之苦。《素问·移精变气论》曰:“古之治病,惟其移精变气,可祝由而已。”我国古代的祝由疗法,即祝说发病的原由,以转移患者的精神情绪,达到调整、改变患者的不良心理状态,实际上也是以言语开导为主的一种心理疗法。③暗示疗法:医者采用语言、行为等方式诱导患者接受其某种“暗示”,从而改变其情志和行为,以达到预期疗效的一种心理治疗方法即暗示疗法。④移情易性法:移情即医者或患者本人采用适当方式,分散转移患者的注意力,使其从某种悲观、失望、忧郁、烦恼或恶劣心境中解脱出来,使关注对象由内心世界指向于外,转移于另外的人、事物上^[13]。

中风后期的患者存在明显的肢体功能障碍,情志过极是疾病复发的重要因素,也会影响康复疗效,故灵活运用情志调摄法有助于疾病的康复,缩短康复疗程。

[参考文献]

- [1] Gubitz G, Sandercock P. Acute ischaemic stroke [J]. BMJ, 2000, 320(7236): 692-696.
- [2] 王新莉. 国内外脑卒中单元的应用进展[J]. 护理管理杂志, 2006, 6(6): 20-21.
- [3] 田峰, 谢雁鸣. 发展中风康复的思考和建设[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(12): 1483-1486.
- [4] 姜海华, 刘日才, 郭元敏. “治未病”理论应用于中风防治探析[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(2): 410-412.
- [5] 于学平, 齐欢, 黄昕. 电针夹脊穴治疗中风偏瘫痉挛状

- 态临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(10): 21-23.
- [6] 伦新. 生大黄粉神阙贴敷治疗中风便秘 75 例[J]. 中医杂志, 1999, 40(12): 723.
- [7] 宇文亚, 谢雁鸣, 邹忆怀, 等. 缺血性中风早期中医康复方案研究[J]. 上海中医药大学学报, 2009, 23(2): 28-30.
- [8] 王琦. 中医体质学[M]. 北京: 中国中医药科技出版社, 1999: 70.
- [9] 中华中医药学会. ZYYXH/T157-2009 中医体质分类与判定[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 1-2.
- [10] 胡玉英, 胡跃强. 中医“治未病”理论对中风病二级预防的指导意义[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2010, 8(2): 230-232.
- [11] 贾爱明, 胡文梅, 张红, 等. 620 例缺血性中风恢复期患者体质与证候研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(2): 14-16.
- [12] 郭春莉, 付强. 从“脑主神明”研究心身疾病[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(4): 478-479.
- [13] 熊抗美, 赵志付, 王彩凤. 中医心身并治法在心身疾病康复中的应用[J]. 中国临床康复, 2005, 9(8): 184-185.

(责任编辑: 黎国昌)

中枢性发热的中医药治疗探讨

张燕婷¹, 杨海芳^{1,2}, 李颖彬¹, 白小欣¹, 蔡军¹, 林浩¹,
黎劭学¹, 陈锐聪¹, 黄胜平¹ 指导: 黄培新¹

1. 广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120; 2. 华南师范大学心理学院, 广东 广州 510631

[摘要] 中枢性发热是神经科重症患者常见病证, 临床可采用平肝清热、醒神开窍法; 和解少阳、通腑泄热法; 健脾益气、甘温除热法辨证论治, 以期取得较好的临床疗效。

[关键词] 中枢性发热; 中药疗法; 大柴胡汤

[中图分类号] R441.3

[文献标识码] B

[文章编号] 0256-7415(2014)06-0249-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.117

中枢性发热是神经科重症患者常见的一个病证, 多见于重症脑血管病、中枢神经系统感染、脑外伤、脑肿瘤术后等疾病。其发病机制为重症脑病直接导致下丘脑体温调节中枢功能紊乱。临床表现除了发热, 常伴有神昏、失语、偏瘫、肢体抽搐等神经系统症状, 可直接影响患者的预后, 甚至危及生命^[1]。现代医学常规治疗方法有: 物理降温、人工冬眠、激素治疗等, 但普遍存在效果不理想、并发症多等问题。中医药治疗中枢性发热大多采用清热解暑苦寒之品治疗^[2-3], 包括清热解表法、清热解毒法, 清热利湿法等退热方法, 但临床效果不尽人意。笔者认为, 中枢性发热的病因病机较为复杂, 临床表现多变, 使用单一疗法难以奏效。笔者根据患者不同的临床表现辨证论治, 分别采用平肝清热、醒神开窍法; 和解少阳、通腑泄热法; 健脾益气、甘温除热法治疗中枢性发热, 取得较好

的疗效, 现介绍如下。

1 平肝清热, 醒神开窍法

重症脑病起病早期, 患者临床症状多表现为: 发热, 多为持续高热, 可伴见神昏, 肢体偏瘫, 多伴面色潮红, 口臭, 头晕头痛, 口苦咽干, 心烦易怒, 尿赤便干, 舌红或红绛、苔薄黄, 脉弦有力。该类型患者多为风邪热毒, 或情志所伤, 或年老脏腑功能虚衰, 加之外因, 导致肝阳暴张, 阳化风动, 血随气逆, 夹痰夹火, 横窜经络, 导致神明受损, 或者脑脉闭塞, 或血溢脉外, 重则清窍被闭, 出现重症脑病。该类型患者发热多表现为肝阳暴亢, 风火上扰, 可按中风病肝阳上亢诊治。治以平肝清热, 醒神开窍为法, 常用方为羚角钩藤汤。基本方: 羚羊角骨、石决明各 30 g, 人工牛黄粉(冲服)3 g, 钩藤、栀子、黄芩、牡丹皮、菊花、柴胡、虎杖、茵陈、夏枯草、胆南

[收稿日期] 2014-02-18

[作者简介] 张燕婷(1976-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗神经重症。

[通讯作者] 杨海芳, E-mail: yanggongdafa@126.com。