

通络化痰汤联合 Bobath 技术治疗脑梗死(恢复期)痰瘀交结证患者疗效观察

景蓉, 刘运磊, 高翔

延安大学附属医院, 陕西 延安 716000

[摘要] 目的: 观察通络化痰汤联合 Bobath 技术治疗脑梗死(恢复期)痰瘀交结证患者的临床疗效。方法: 入选 70 例脑梗死(恢复期)痰瘀交结证患者按随机数字表的方法, 分为治疗组和对照组各 35 例, 2 组均行常规治疗, 治疗组配合中药通络化痰汤联合 Bobath 康复治疗, 对照组仅配合 Bobath 康复治疗, 共治疗 4 周。2 组患者在治疗前后均由同一专业康复医生评价其中医证候、神经功能缺损程度、Fugl-Meyer 积分以及日常生活能力(ADL)积分等情况。结果: 2 组治疗后中医证候积分均较治疗前降低($P < 0.05$), 2 组治疗后组间比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。治疗组总有效率为 91.4%, 愈显率为 57.1%, 对照组分别为 85.7% 和 37.1%, 2 组总有效率比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 2 组愈显率比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。2 组治疗后 Fugl-Meyer 运动功能和平衡功能积分均较治疗前升高($P < 0.05$), 2 组治疗后组间比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。2 组治疗后神经功能缺损程度积分较治疗前降低($P < 0.05$), ADL 积分较治疗前升高($P < 0.05$), 2 组治疗后组间比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。2 组治疗后 SF-36 量表积分均较治疗前升高($P < 0.05$), 2 组治疗后组间比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论: 通络化痰汤联合 Bobath 技术治疗脑梗死(恢复期)痰瘀交结证患者确有较好的临床疗效。

[关键词] 脑梗死; 通络化痰汤; Bobath 技术; 痰瘀交结

[中图分类号] R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 12-0046-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.022

中医学认为, 痰瘀普遍存在于各种脑病的形成发展过程中, 痰瘀交结是中风病病程中的重要病机阶段。笔者研究团队根据多年临床经验, 采用中药通络化痰汤联合 Bobath 技术治疗脑梗死(恢复期)痰瘀交结证患者, 取得较好的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例来自 2012 年 6 月~2014 年 5 月在延安大学附属医院康复医学科、神经内科和神经外科的住院患者, 2 组各 35 例。治疗组男 22 例, 女 13 例; 年龄(56.25 ± 7.43)岁, 病程(12 ± 4.23)周。对照组男 15 例, 女 20 例; 年龄(57.94 ± 7.57)岁, 病程(12 ± 4.41)周。2 组性别构成、年龄、病程等一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组 1996 年通过的《中风病诊断与疗效评定标准》^[1]; 参照 2010 年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制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[2], 结合《神经病学》^[3]。

1.3 纳入标准 符合西医动脉粥样硬化性血栓性脑梗死诊断标准。符合中医中风病痰瘀阻络证诊断标准。脑卒中发病后第 2 周~6 月。神经功能缺损程度评分^[4] ≥ 7 分。年龄为 45~70 岁的患者。患者或其家属签署知情同意书。

1.4 排除标准 短暂性脑缺血发作或脑出血。出血性脑梗死、无症状性脑梗死、颅内异常血管网症。有脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍、风湿性心脏病、心病及其他心脏病合并房颤, 引起脑栓塞者。合并有严重心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等原发病者。有严重认知障碍、精神病、以及康复欲望低以至于不能配合康复训练者。严重关节畸形影响功能恢复者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 西医内科常规治疗, 参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[2]。肠溶阿司匹林片, 每次 100 mg, 口服, 每天 1 次(空腹服); 阿托伐他汀钙片, 每次 20 mg, 每晚 8 时口服。

2.2 治疗组 予以通络化痰汤, 处方: 丹参 20 g, 姜半夏 12 g, 桃仁、红花、乳香、没药、胆南星、僵蚕、当归各

[收稿日期] 2014-08-01

[基金项目] 陕西省教育厅科研课题(编号: 14JK1833)

[作者简介] 景蓉(1974-), 女, 副主任医师, 主要从事康复医学研究。

[通讯作者] 刘运磊, E-mail: ydflyl@163.com。

10 g, 水蛭、全蝎各 6 g, 鸡血藤 30 g, 冰片(冲服)0.1 g。服用方法: 每天 1 剂, 水煎取汁 300 mL, 分 2 次口服, 由延安大学附属医院中药煎药室煎制, 连服 4 周。Bobath 康复治疗: 根据患者康复评价情况, 分为弛缓期、痉挛期及恢复期, 分别采取相应的康复方案, 每天各用 Bobath 康复治疗技术训练 1 h, 每周连续治疗不少于 5 天。弛缓期: 为抑制日后的痉挛模式的出现, 维持关节活动度防止关节的挛缩, Bobath 着重给予良肢位摆放的指导、被动活动、运动功能训练。被动活动顺序: 由大关节到小关节, 循序渐进缓慢进行, 幅度由小到大, 以牵伸挛缩关节肌肉肌腱、关节周围组织, 多做与挛缩倾向相反的活动, 手法应轻柔、到位, 避免造成损伤。运动功能训练包括: a 翻身训练; b 桥式运动; c 核心控制训练; d 床边坐起; e 坐位平衡训练; f 姿势控制训练; g 上肢训练。痉挛期: 此时训练的目的在于抑制病理性反射和异常运动模式的加重, 诱导患者先学会放松痉挛的一侧肢体或肌肉, 之后, 在不引起痉挛发生的小活动范围内, 诱发主动运动, 并逐步扩大其范围和能力。运动功能训练包括: a 继续抗痉挛治疗: 负重训练、抗痉挛手法; b 坐位准备站起训练; c 站立坐下训练; d 行走训练; e 臀的控制训练; f 选择性运动训练。恢复期: 进入恢复期, 患者痉挛减轻, 关节的独立运动及运动的协调性接近正常, 此期的治疗目的是提高患者功能活动的能力及其生活质量, 主要是维持患侧肢体功能训练和辅助器具的运用, 改善步态, 提高步行的稳定性和能力, 如肩吊带、足托; 尽可能进行社区、家庭的无障碍改造补偿患肢功能。

2.3 对照组 仅用 Bobath 康复治疗, 方法同治疗组。

2 组均治疗 4 周为 1 疗程, 1 疗程结束后进行疗效判定。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 中医证候积分: 中医症状分级量化标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4], 观察治疗前后积分变化。神经功能缺损评分: 参照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[5]评定, 观察治疗前后评分变化。简式 Fugl-Meyer 运动功能评定法^[6]: 上肢最高分 66 分, 下肢最高分 34 分。简式 Fugl-Meyer 平衡功能评定法^[6]: 最高平衡评分为 14 分, 对训练前后平衡能力变化进行比较。日常生活能力(ADL)评定: 参照改良的 Barthel 计分法^[6]。本指数由进食、修饰、穿衣、大便、小便、入厕、洗澡、床椅转移、行走和上下楼梯 10 项组成, 总分 100 分。健康调查简表(SF-36 量表)评定。

3.2 统计学方法 使用 SPSS13.0 软件包对资料进行统计学处理。计量资料用($\bar{x} \pm s$)描述, 组间比较采用 *t* 检验。计数资料用相对数描述, 组间比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 中医证候疗效判定标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4], 疗效评定采用尼莫地平法: 证候积分减少率(%)=(治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分 ×

100%。治愈: 中医临床症状、体征消失或基本消失, 有效率 ≥ 95%; 显效: 中医临床症状、体征明显改善, 证候积分减少 70% ~ 94%; 有效: 中医临床症状、体征均有好转, 证候积分减少 30% ~ 69%; 无效: 中医临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少 < 30%。临床疗效判定标准参照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[5]评定, 采用尼莫地平法结合病残程度进行: 疗效率=(治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分 × 100%。治愈: 疗效率 91% ~ 100%, 病残程度 0 级; 显效: 疗效率 46% ~ 90%, 病残程度 1 ~ 3 级; 有效: 疗效率 18% ~ 45%; 无效: 疗效率 ≤ 17%; 恶化: 功能缺损评分增加或各种原因的死亡。

4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 见表 1。2 组治疗后中医证候积分均较治疗前降低($P < 0.05$), 2 组治疗后组间比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	35	17.49 ± 2.39	9.37 ± 2.16
对照组	35	17.43 ± 2.45	14.00 ± 2.17

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。治疗组总有效率为 91.4%, 愈显率为 57.1%, 对照组分别为 85.7% 和 37.1%, 2 组总有效率比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 2 组愈显率比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组临床疗效比较 例

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	35	6	14	12	3	91.4
对照组	35	4	9	17	5	85.7

4.4 2 组 Fugl-Meyer 运动功能和平衡功能积分比较 见表 3。2 组治疗后 Fugl-Meyer 运动功能和平衡功能积分均较治疗前升高($P < 0.05$), 2 组治疗后组间比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组 Fugl-Meyer 运动功能和平衡功能积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	Fugl-Meyer 运动功能积分		Fugl-Meyer 平衡功能积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	35	31.66 ± 7.32	53.77 ± 8.87	5.66 ± 1.11	9.09 ± 1.20
对照组	35	33.89 ± 8.40	43.03 ± 8.90	5.91 ± 1.01	7.49 ± 0.95

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.5 2 组神经功能缺损程度积分和 ADL 积分比较 见表 4。2 组治疗后神经功能缺损程度积分较治疗前降低($P < 0.05$), ADL 积分较治疗前升高($P < 0.05$), 2 组治疗后组间比较, 差异均有

显著性意义($P < 0.05$)。

表 4 2 组神经功能缺损程度积分和 ADL 积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	神经功能缺损程度积分		ADL 积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	35	16.06 ± 2.54	10.14 ± 2.19	36.57 ± 9.06	64.14 ± 9.20
对照组	35	16.23 ± 2.35	13.46 ± 2.11	39.14 ± 8.62	50.29 ± 8.49

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.6 2 组治疗前后 SF-36 量表积分比较 见表 5。2 组治疗后 SF-36 量表积分均较治疗前升高($P < 0.05$), 2 组治疗后组间比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 5 2 组治疗前后 SF-36 量表积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	35	221.43 ± 71.90	337.00 ± 78.42
对照组	35	241.43 ± 67.85	292.71 ± 65.91

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

本研究结果提示, 通络化痰汤联合 Bobath 康复技术对脑梗死后偏瘫患者运动、平衡、神经缺损、ADL 等方面的治疗均有效; 尤其两者结合起来较单纯康复训练在提高患者运动功能、平衡功能、神经缺损功能、日常生活自理能力方面更佳。

历代医家对中风病因病机各有论述, 认识不一, 中风病理虽有风、火、痰、瘀、气等, 然痰是非常重要的一个病理因素, 曾有“痰一化, 窍自开, 络自通, 风自灭”之说。所谓“无痰不中风”。故此化痰之法应贯穿在整个治疗过程中。现代医学研究认为, 脑动脉粥样硬化是缺血性脑血管病的病理基础, 而脂质代谢障碍是形成动脉粥样硬化的重要因素, 胆固醇从血浆中析出并沉于血管壁上, 类似中医痰瘀的形成, 可诱发血小板聚集, 导致血栓形成。可见, 痰瘀既是脑梗死的主要病理因素, 又是脑梗死发病的最基本的危险因素, 痰瘀交结是脑梗死病程中的重要病机阶段, 脑梗死(恢复期)痰瘀交结证的治疗应以痰瘀同治为治则, 强调“见痰及瘀”及“见瘀及痰”, 灵活运用活血化痰法, 才能取得良好疗效^[7-9]。

Bobath 康复疗法是英国物理治疗师 Bobath 夫妇根据长期

临床经验总结所得, 在世界上已被广泛用于脑梗死的运动康复治疗技术。其基本观点认为脑卒中患者的主要问题是运动控制障碍, 而不是直接的肌力问题, 正常的运动模式是不可能建立在异常的运动模式基础上, 只有抑制异常的运动模式, 才有可能诱导正常的运动模式。Bobath 是遵循人类生长发育的自然规律, 按照正常的运动模式, 增强神经肌肉的兴奋性, 提高肌张力, 增强稳定性, 加强抑制痉挛肌肉的张力, 抑制偏瘫运动功能障碍的异常运动模式。可以控制患肢痉挛的出现, 减少因痉挛而加重肢体的运动功能障碍的程度, 以及使偏瘫肢体可以重新获得肢体的运动感觉, 对脑梗死患者的功能恢复起到良好的治疗效果。

总之, 通络化痰汤配合 Bobath 技术是治疗脑梗死(恢复期)患者的有效治疗方法, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 国家中医药管理局脑病急症科研协作组. 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): 55-56.
- [2] 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]. 中国医学前沿杂志: 电子版, 2010, 2(4): 50-59, 69.
- [3] 吴江. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 162.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [5] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中国实用内科杂志, 1995, 17(5): 313-315.
- [6] 恽小平. 康复疗法评定学[M]. 北京: 华夏出版社, 2006: 393-432.
- [7] 史高海, 祁占宁, 项荣. 李军从痰瘀论治脑病经验[J]. 河南中医, 2012, 32(6): 683-684.
- [8] 李军, 白海侠. 脑病痰瘀交结证的临床辨治探讨[J]. 陕西中医, 2007, 28(2): 184-185.

(责任编辑: 骆欢欢)