

[参考文献]

- [1] 赵雅宁, 高锦云, 吴玉静, 等. 缺血性脑卒中患者执行功能障碍影响因素研究[J]. 重庆医学, 2012, 41(20): 2058-2061.
- [2] 叶莉, 陈少玲, 刘胜, 等. 多元化健康运动指导模式在高血脂缺血性脑卒中患者中的应用效果研究[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(7): 6-7.
- [3] 中华医学会第四届全国脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经内科学杂志, 1996, 29(6): 379.
- [4] 闵瑜, 吴媛媛, 燕铁斌. 改良 Barthel 指数(简体中文版)量表评定脑卒中患者日常生活活动能力的效度和信度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(3): 254.
- [5] 张德祥, 王晓彤, 周佰玲. 头穴丛刺结合康复治疗老年缺血性脑卒中疗效及对神经功能缺损的影响[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(3): 56-58.
- [6] 封秀琴, 金萍, 梁皎. 应用尿激酶疏通深静脉导管的护理观察[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(9): 709-710.
- [7] 刘兴山, 崔淼, 董雪, 等. 运用临床路径对缺血性脑卒中患者实施健康教育的效果[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(16): 3961-3962.

(责任编辑: 马力)

中医药综合调护手段治疗中风后遗症 50 例临床观察

蔡明磊

新昌县人民医院, 浙江 新昌 312500

[摘要] 目的: 观察中药内服配合穴位针刺、推拿、中医特色护理等综合调护手段对中风后遗症的治疗作用。方法: 将 150 例中风后遗症患者随机分为 3 组各 50 例, 并将综合组按病程进行细分, 中药组以口服补阳还五汤加减治疗, 针刺组以阳明经穴为主针刺治疗, 综合组采取针药结合并配合中医特色护理。疗程结束后评定 3 组患者的临床疗效以及综合组不同病程段患者的疗效。治疗前后评定 3 组患者的神经功能缺损评分。结果: 综合组总有效率达 92.0%, 与中药组及针刺组分别比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。综合组病程在 6 月内的患者总有效率达到 100%, 与病程 >15 月的患者比较, 总有效率明显提高, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 与病程 6~15 月的患者相比有上升趋势, 但差异无显著性意义 ($P > 0.05$); 病程 6~15 月的患者总有效率和病程 >15 月的患者比较, 差异同样有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 3 组患者的神经功能缺损评分均较治疗前有所改善, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$); 综合组改善较中药组及针刺组更优, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。结论: 中医药综合调护手段治疗中风后遗症疗效显著, 可明显改善患者的神经功能缺损表现, 且病程越短治疗效果越明显。

[关键词] 中风后遗症; 综合治疗; 中药; 针刺; 推拿; 护理

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0267-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.122

中风病相当于西医的脑血管疾病, 包括脑出血、出血性脑梗死、脑栓塞、混合性脑卒中等^[1], 中老年人发病率较高, 且有很高的致死率及致残率, 特别是中风后遗留肢体偏瘫、语言障碍、口角歪斜等后遗症, 严重影响患者的生活质量。目前西药治疗中风后遗症的效果不够理想, 本院采用药针结合的综合调护方案治疗中风后遗症, 临床疗效明显, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 3 月—2014 年 6 月收治的

150 例气虚血瘀型中风后遗症患者, 以随机数字表法分为中药组、针刺组及综合组, 每组 50 例。中药组男 32 例, 女 18 例; 年龄 48~81 岁, 平均(66.2±9.2)岁; 病程 3~17 月, 平均(6.4±2.4)月; 脑栓塞 10 例, 脑出血 17 例, 脑梗死 23 例。针刺组男 31 例, 女 19 例; 年龄 51~78 岁, 平均(64.6±10.0)岁; 病程 3~16 月, 平均(6.8±1.9)月; 脑栓塞 10 例, 脑出血 16 例, 脑梗死 24 例。综合组男 34 例, 女 16 例; 年龄 50~84 岁, 平均(67.4±9.8)岁; 病程 2~20 月, 平均

[收稿日期] 2014-10-23

[作者简介] 蔡明磊 (1974-), 女, 主管护师, 主要从事康复护理工作。

(6.7±2.1)月;脑栓塞8例,脑出血17例,脑梗死25例。3组性别、年龄、病程、病情等比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。综合组以病程进行细分,病程6月内21例,病程6~15月16例,病程15月以上13例,3个病程段患者的一般资料比较,差异均无显著性意义($P>0.05$)。

1.2 中医辨证标准 临床表现符合中风后遗症气虚血瘀型^[2],症见:言语不利,半身不遂,口眼歪斜,言语謇涩,面色无华,乏力气短,舌暗淡,苔白厚腻,脉沉细。

1.3 西医诊断标准 参考《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]中关于脑出血、脑梗死、脑栓塞的诊断标准。

1.4 纳入标准 符合以上诊断标准与中医辨证标准,且经头颅CT或MRI确诊;愿意遵医嘱接受治疗并经本院医学伦理委员会同意后签署知情同意书。

1.5 排除标准 治疗期间出现并发症而不能继续治疗者;合并严重其他系统疾病者;恶性肿瘤或恶病质者;有精神病史或痴呆等无法正常沟通的患者。

2 治疗方法

所有患者在常规治疗原发病、对症支持治疗的基础上进行中医治疗。2组均以7天为1疗程,疗程间间歇3天,连续治疗4疗程。

2.1 中药组 以补阳还五汤为主方进行加减,基本药物组成:生黄芪60g,赤芍、当归尾、川芎、桃仁各15g,红花、地龙各10g。血瘀重者加水蛭6g,三七、丹参各15g;肢体软弱无力者加杜仲10g,怀牛膝、续断各15g;痰多加竹茹15g,胆南星6g;口眼歪斜者加白附子4g,全蝎、僵蚕各10g;言语謇涩者加石菖蒲、郁金、远志各15g;肢体拘急麻木者加鸡血藤、络石藤各30g,乌梢蛇10g;阴虚火旺者加女贞子15g,龟板30g(先煎);阳虚体寒者加肉苁蓉15g,桂枝10g;大便秘结者加生大黄9g(后下),瓜蒌15g;头晕明显者加天麻10g,钩藤、菊花各15g;小便失禁者加益智仁15g,五味子10g。每天1剂,水煎,早晚温服。

2.2 针刺组 头针取患侧与对侧运动区及病灶区,平刺入针后快速捻转持续2min,每隔10min重复捻转1次,共持续30min。体针主要以阳明经穴为主,主穴选取患肢肩髃、肩井、极泉、手三里、内外关、合谷、环跳、伏兔、血海、足三里、昆仑、太冲。面瘫者加地仓、颊车;口角流涎配金津、玉液点刺出血;失语加廉泉、通里;痰湿盛加丰隆;血压高者加风池、完骨。以上穴位每次选取8~10个轮换使用,进针后以G6805电针治疗仪,选连续波,强度以患者能耐受为度,刺激15min,留针30min,每天1次。

2.3 综合组 同时进行中药汤剂及针刺治疗,治疗方式同上;护理组人员对患者进行穴位推拿和按摩,仍以阳明经穴为主:拿肩井,按揉肩关节,点按曲池、合谷、伏兔、委中、丰隆,被动屈伸各关节,最后掌擦患肢,以皮表微热为度。同时配合心理疏导,帮助患者重拾信心,后期患者肌力逐渐恢复,协助

患者定时进行自主功能锻炼。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 疗程结束后评定3组患者的临床疗效以及综合组不同病程段患者的疗效。治疗前后评定3组患者的神经功能缺损评分。神经功能缺损评分标准参照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》拟定。

3.2 统计学方法 本研究采用SPSS17.0统计软件进行统计学处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用单因素方差分析(One-Way ANOVA),两两比较采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[2]:治愈:记忆恢复良好,语言清利,独立步行,生活基本自理;显效:语言较清利,扶拐步行,生活部分自理;有效:能说简单词汇,能单独坐稳,生活小部分自理,肌肉萎缩;无效:意识及肌力无好转,甚或肌肉萎缩,或有严重并发症,或死亡。

4.2 3组临床疗效比较 见表1。3组总有效率整体比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。其中中药组总有效率与针刺组比较,差异无显著性意义($P>0.05$);综合组总有效率达92.0%,与中药组及针刺组分别比较,差异均有显著性意义($P<0.05$)。

表1 3组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
中药组	50	7	11	20	12	76.0
针刺组	50	11	8	21	10	80.0
综合组	50	10	15	21	4	92.0 ¹⁾²⁾

与中药组比较,① $P<0.05$;与针刺组比较,② $P<0.05$

4.3 综合组不同病程段疗效比较 见表2。3个病程组总有效率整体比较,差异有显著性意义($P<0.05$),病程越长,总有效率越低。病程在6月内的总有效率达到100%,与病程>15月的患者比较,总有效率明显提高,差异有显著性意义($P<0.05$),与病程6~15月的患者相比有上升趋势,但差异无显著性意义($P>0.05$);病程6~15月的总有效率和病程>15月比较,差异同样有显著性意义($P<0.05$)。

表2 综合组不同病程段疗效比较

病程	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
<6月	21	7	8	6	0	100 ¹⁾
6~15月	16	3	5	7	1	93.75 ¹⁾
>15月	13	0	2	8	3	76.92

与病程>15月比较,① $P<0.05$

4.4 3组治疗前后神经功能缺损评分比较 见表3。3组治疗前神经功能缺损评分比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。治疗后,3组患者的神经功能缺损评分均较治疗前有所改善,差异均有非常显著性意义($P<0.01$);综合组改善较中药组及针

刺组更优, 差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表3 3组治疗前后神经功能缺损评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
中药组	50	16.14 ± 2.27	10.89 ± 1.78 ¹
针刺组	50	15.94 ± 2.45	9.27 ± 2.31 ¹
综合组	50	16.26 ± 3.03	6.14 ± 1.54 ^{1②③}

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与中药组治疗后比较, ② $P < 0.01$; 与针刺组治疗后比较, ③ $P < 0.01$

5 讨论

中风患者经积极救治后可遗留一些机体功能性障碍症状, 如肢体麻木、活动不遂、言语不利、口角歪斜等。我国中风患者致残率居世界首位, 而且复发率高, 复发会导致患者病情加重, 降低其恢复能力, 严重危害中老年人的健康, 遗留的运动功能、认知功能及活动能力的障碍, 更是影响患者的生活质量。因此中风后遗症的治疗与恢复不仅是卫生问题, 还是严峻的社会问题。

中医学认为中风属本虚标实、虚实夹杂之证, 本虚责之于气血不足、肝肾亏虚, 标实即气滞血瘀痰阻。中风后脉络阻滞不通, 气血运行不畅, 导致出现后遗症^[6]。其发生与虚、痰、瘀等病理因素密切相关, 因此治疗上应攻补兼施、扶正祛邪, 以补气化痰为治疗大法。

补阳还五汤出自清代王清任《医林改错》一书, 其功用即补气、活血、祛瘀通络, 以达到血随气行、脉络畅通之目的, 故为治疗气虚血瘀型中风后遗症的主方。方中重用黄芪为君药, 以大补脾胃之气, 使气旺则血行^[6], 瘀去则脉络通, 脉络通则气走全身, 筋肉得养, 痿废可愈; 当归尾活血养血, 化瘀不伤血, 是为臣药; 赤芍、桃仁、红花可助当归增强活血祛瘀之效; 地龙行散走窜, 通经活血, 化瘀通络; 川芎为血中之气药, 行气活血, 使气行则血行, 共为佐药。纵观全方, 大量使用补气之品, 针对中风后遗症本虚特点, 使气旺血行, 活血而不伤正, 配伍活血通络之药, 标本兼顾, 共奏补气活血通络之功效。

由于患者多存在脑功能受损, 因此仅使用药物治疗无法完全改善其症状。针刺是治疗中风后肢体偏瘫最有效的方法之一^[6], 刺激穴位可以疏通经络, 调和气血, 起到调整阴阳秘的作用^[7]。其中头针从患处入手, 提高大脑皮质的兴奋性, 刺激冲动经神经传导后直接作用于病灶^[1], 疏通脑部经络, 改善大脑微循环, 增加脑血流量, 不但改善病灶处的血氧供应, 还能通过神经传导改善肢体功能状况。体针以手足阳明经穴为主, 《素问·痿论》云: “治痿独取阳明”, 阳明经为多气多血之经、五脏六腑之海, 阳明经畅通则气血旺盛、关节滑利、机体功能得到逐步恢复。如肩髃穴可通利关节, 主治半身不遂等中风后遗症; 合谷通经活络, 主治中风偏瘫; 内关、外关均可

通经活络, 改善机体循环, 增加血氧供应; 足三里为保健大穴, 不但能调节机体免疫力, 还能补中益气、通经活络、扶正祛邪。所选诸穴相互配合可调气血、通经络, 故而对中风后肢体痿废不用有显著的疗效。头针和体针合用, 更是广泛刺激大脑皮层及全身经络, 起到疏通气血、调和经脉、恢复神经肌肉功能的作用。

在此基础上, 综合组的治疗还将功能锻炼与心理疗法贯穿治疗的始终。中医特色护理要求护理人员具备丰富的中医学理论知识, 明确护理诊断, 进行辨证护理。研究表明康复训练是降低中风致残率最有效的方法, 可加速后遗症的恢复^[8]。推拿是极具中医特色的康复手段, 也是中医特色护理的一部分, 一方面起到类似针灸的刺激治疗作用, 另一方面作为被动运动可促进血液循环, 改善患肢营养, 保持患者肌张力, 防止肢体废用性萎缩及肌腱、韧带粘连, 为下一步的主动康复锻炼做好准备。护理人员在帮助患者功能锻炼的同时予情志护理, 也能避免患者因情绪激动或者意志消沉影响病情。

总而言之, 通过临床观察, 笔者发现综合运用中药、针刺、穴位推拿及康复护理的方法对中风后遗症起到十分显著的治疗效果, 而且病程越短治疗效果越好, 可明显改善患者的神经功能缺损症状。因此临床上对待中风后遗症及早治疗、针药兼施、综合调治, 方能起到满意效果。

[参考文献]

- [1] 梁洁玲. 针刺结合康复训练治疗中风后遗症临床观察[J]. 新中医, 2012, 44(5): 93-95.
- [2] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [3] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [4] 宋占德. 针灸原始点治疗中风后遗症 136 例临床研究[J]. 中医临床研究, 2013, 17(5): 36-37.
- [5] 张文义, 刘开荣. 中医临床荟萃[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2008: 284.
- [6] 任亚峰, 刘黎明. 针刺配合补阳还五汤治疗中风后遗症疗效观察[J]. 新中医, 2012, 44(1): 21-22.
- [7] 邓铁涛, 石学敏. 礞石[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 219.
- [8] Ostwald SK, Davis S, Hersch G, et al. Evidence-based educational guidelines for stroke survivors after discharge home [J]. J Neurosci Nurs, 2008, 40 (3): 173-179, 191.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)