

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 32 例,基本痊愈 8 例,显效 14 例,有效 8 例,无效 2 例,愈显率为 68.8%,总有效率为 93.8%;对照组 32 例,分别为 5 例、6 例、13 例、8 例、34.4%、75%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

4 讨论

我们在对脑梗死患者采用西医治疗的同时,遵循中医整体观念、辨证施治的原则,参照《中医病证诊断疗效标准》^[2],分别采取滋阴潜阳、熄风通络;祛风化痰、活血通络;益气养血、化瘀通络等中医治疗方法。并随症加减用药,充分体现了中医学个体化治疗的特点。我们在临床治疗脑梗死的过程中,掌握中药注射剂成分及药理作用的同时,亦重视它的中药功效及寒热性质,在中医辨证分型基础上,注意选择性使用。

参考文献

- [1] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 24.
- [3] 全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.

补阳还五汤治疗脑梗死急性期 30 例

曾启全 孙智锋 陈强松 周波 陈慧

(广西壮族自治区合浦县中医院, 536100)

我们于 2007 年 1 月~2009 年 1 月运用补阳还五汤治疗脑梗死急性期患者取得满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

纳入的 60 例均为我院门诊及住院患者,西医诊断标准参照全国第四次脑血管病学术会议制定的诊断标准。中医诊断标准参照国家中医药管理局脑病急症协作组修定的《中风病辨证诊断标准》,辨证属于气虚血瘀型。按就诊的先后顺序随机分为治疗组与对照组,每组 30 例。治疗组 30 例,男 16 例,女 14 例;平均年龄(56.2±11.3)岁;对照组 30 例,男 17 例,女 13 例;平均年龄(56.0±12.2)岁,经统计学处理,两组患者在性别、年龄、血液流变学指标、血清过氧化脂质(LPO)和超氧化物歧化酶(SOD)水平等方面差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

①同时符合中西医缺血性中风诊断标准,中医辨证属于气虚血瘀型;②发病 72h 内,年龄 45~75 岁;③经头颅 CT 或 MRI 证实为脑梗死。

1.3 排除标准

①中风病恢复期、后遗症期;②短暂性脑缺血发作;③经证实有脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、脑梗死合并脑出血、风湿性心脏病或冠心病及其他心脏病合并房颤,引起脑栓塞者;④45 岁以下和 75 岁以上患者及妊娠或哺乳期妇女;⑤入病即脑疝形成,合并有心、肺、肝、肾等脏器及造血系统等严重原发性疾病;⑥有卒中病史且遗留有后遗症者;⑦急性期行尿激酶溶栓治疗者。

2 治疗方法

治疗组予以口服或鼻饲补阳还五汤(生黄芪 30g,桃仁 10g,红花 10g,当归 10g,川芎 12g,赤芍 15g,地龙 15g)每日 1 剂,水煎分早晚 2 次口服,15~20 天为 1 个疗程,治疗 1 个疗程后评定疗效。对照组予以丹参注射液 30ml 溶于 250ml 生理盐水中静脉滴注,每日 1 次,辅以阿司匹林肠溶片 50mg 口服或鼻饲,每日 2 次,15~20 天为 1 个疗程,治疗 1 个疗程。

两组在治疗期间其他处理方法(降颅压、降血压、降血糖、支持对症治疗)均相同。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照全国第四次脑血管病学术会议制定标准。临床痊愈:中医临床症状/体征消失或基本消失,证候积分减少 $>95\%$;显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $>70\%$ 但 $\leq 95\%$;有效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $>30\%$ 但 $\leq 70\%$ 。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 $\leq 30\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 30 例,临床痊愈 22 例,显效 5 例,有效 2 例,无效 1 例,愈显率为 90%,总有效率为 96.7%;对照组 30 例,分别为 9 例、10 例、6 例、5 例、63.3%、83.3%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后血液流变学指标变化比较

两组治疗后全血高切、全血低切、红细胞压积、红细胞聚集指数、红细胞刚性指数、红细胞变形指数、全血还原黏度 7 项较治疗前均有明显改善,其中治疗后治疗组红细胞聚集指数、全血还原黏度的改善明显优于对照组($P<0.01$)。

3.4 两组患者治疗前后血清 LPO 和 SOD 水平变化比较

治疗组 30 例,治疗前后 LPO 均值分别为(5.15±0.82)nmol/L、(4.01±0.50)nmol/L;对照组 30 例,分别为(5.13±0.80)nmol/L、(5.05±0.74)nmol/L。治疗组 30 例,治疗前后 SOD 均值分别为(70.12±12.03)NU/ml、(111.12±13.75)NU/ml;对照组 30 例,分别为(70.00±13.22)NU/ml、(73.05±13.79)NU/ml。治疗组两项指标改善均有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨论

本病在中医学属“中风”范畴。病机为上盛下虚,风火相煽,痰浊壅盛,瘀血内阻。目前中医药在治疗该病方面显示出明显优势^[1-2]。脑梗死急性期痰瘀消退与否,与病情的转变及预后密切相关。我们在多年临床中运用补阳还五汤治疗脑梗死急性期患者取得满意疗效,方中重用黄芪补脾胃之元气,令气旺血行,瘀去络通,为君药。当归长于活血,且有化瘀而不伤血之妙,桃仁助当归尾活血祛瘀,地龙通经活络,其配伍特点为大量补气药与少量活血药相配,使亏顺之气得以补还,因虚致瘀之血得以行走,气旺则血行,活血而不伤正,共奏补气活血通络之功。

参考文献

- [1] 王朝霞,方习红,王鹏. 祛痰化瘀胶囊治疗痰瘀阻络型脑梗死急性期 100 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7

(4):408-411.

[2]杨志立,黎利芬,杨小恒,等.活血通络汤治疗脑梗死急性期 316 例疗效观察[J].中国中医急症,2008,17(1):13-14.

自身诱导法治疗脑卒中后手指屈伸功能障碍 29 例

任 亚 锋

(河南中医学院第一附属医院康复中心,450000)

脑卒中是临床常见病和多发病,现代医学的发展使脑卒中的诊断和抢救水平明显提高,降低了死亡率,但其致残率仍居高不下,约有 80% 的患者遗留有不同程度的功能障碍,其中运动功能障碍发生率最高,直接影响着患者的生存质量,而手指屈伸功能障碍则是脑卒中后肢体恢复的难点之一。关于本病的治疗,现代康复医学主要采用以神经促通技术为核心的运动治疗和物理治疗,但疗效尚不满意。近年来,我们根据传统中医推拿中推、擦、抹法和导引、八段锦中调身的理论,总结出自身诱导法,用于治疗脑卒中后手指屈伸功能障碍,取得了较好的疗效。现报告如下。

1 临床资料

观察病例共 58 例,为我院 2007 年 6 月~2009 年 6 月期间的住院患者,均符合国家中医药管理局脑病急症协作组 1996 年制定的《中风病诊断标准》,患者随机分为治疗组与对照组,其中治疗组 29 例,男 15 例,女 14 例;40 岁以下 8 例,40~60 岁 15 例,60 岁以上 6 例;发病时间≤2 周 11 例,>2 周而≤6 个月 10 例,>6 个月 8 例;治疗组脑梗死 11 例、脑出血 18 例;日常生活能力评分为(25±3.36)分。对照组 29 例,男 16 例,女 13 例;40 岁以下 9 例,40~60 岁 13 例,60 岁以上 7 例;发病时间≤2 周 12 例,>2 周而≤6 个月 11 例,>6 个月 6 例;对照组脑梗死 10 例,脑出血 19 例;日常生活能力评分为(28±4.06)分。经统计学检验,两组间年龄、性别、病程等方面差异均无显著性($P>0.05$),有可比性。且所有患者均有明显的脑功能障碍的症状和体征,并经头颅 CT 或 MRI 证实脑实质出血或脑梗死。

2 治疗方法

2.1 基础治疗

参照《康复医学》^[1]中的理论及手法,采用国际公认的手功能康复系列疗法制定如下方案。①抑制手指屈曲痉挛:将腕、手指伸展,使之处于负重位;将屈曲痉挛的手指打开并牵引。每日 2 次,每次 30min。②矫形器的应用:根据患者手指屈曲痉挛情况配备静态矫形器。③被动关节活动度维持:被动活动患侧上肢及手部关节,保持各关节及其周围软组织的正常活动度。每日 1 次,每次 40min。④作业疗法:根据患者手指恢复情况,设计适合的作业训练方案。每日 2 次,每次 40min。

2.2 对照组治疗

兴奋性刺激易化手指伸展动作:术者一手托患侧上肢,另一手手指伸展,从患者肘关节伸肌群起始部开始,快速向指尖方向滑扫。当术者的手滑扫到患者手背时,减轻向下的压力,迅

速离开患者手指^[2]。每日 1 次,每次 30min。

2.3 治疗组治疗

①自我诱导法:患侧上肢被动处于肘伸展位,使腕关节稍掌屈,腕关节背部适当给予向掌侧的阻力(该阻力为静态阻力,例如墙壁),做伸肘动作时,患者腕关节背部用力推向阻力点(例如墙壁),同时伸展手指。②减轻诱导因素:自我诱导成功后,开始减轻诱导因素,分以下几步:阻力逐渐减轻,至无阻力诱导下亦可手指伸展;主动肩前屈 90°,肘伸展 0°时,腕关节稍掌屈,做手指伸展;主动肩前屈 90°,肘伸展 0°时,腕关节逐渐背伸时,做手指伸展;主动肩前屈 90°,肘逐渐屈曲下,做手指伸展。上述治疗根据情况选择,每日 1 次,每次 30min。

对照组行基础治疗加对照组治疗,治疗组行基础治疗加治疗组疗法。两组均治疗 42 天后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标

关节活动度:用小型半圆规量角器分别在初诊和 42 天时,测定近端指间关节屈伸范围,以检查关节活动度^[3]。

3.2 疗效评定标准

根据患侧手近端指间关节,总的主动关节活动度(TAM)为评定标准^[4]:临床痊愈:主动活动范围正常。显效:TAM>健侧 75%。有效:TAM>健侧 50%但≤75%。无效:TAM<健侧 50%。

3.3 两组临床疗效比较

治疗组 29 例,痊愈 7 例,显效 12 例,有效 6 例,无效 4 例,愈显率为 65.5%,总有效率为 86.2%;对照组 29 例,分别为 3 例、6 例、10 例、10 例、31%、65.5%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.4 两组患者近端指间关节 TAM 治疗前后比较

同组治疗前后比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),说明两种疗法均能增加近端指间关节 TAM;且治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

在涉及导引、推拿、八段锦、太极拳的中医文献中,均提到了“调身”,即在外力帮助下,让患者处于某个体位,引导出所需的动作后,再让患者自行练习掌握。调身是通过正确的姿势、身形,调理气机,促使人体内气血畅通,以达到疏通经脉、柔筋健骨的目的。而推拿中的手法又提供了外力诱发的方法。因此,我们根据传统中医推拿中推、擦、抹法和导引、八段锦中调身的理论,在易化技术的基础上,结合生物力学和神经解剖的知识,在临床工作中总结出了自身诱导法这一切实有效的治疗方法,让患者在一定的体位和抗阻力情况下,即调身的情况下,轻松诱发出手指的伸展动作,然后逐渐将诱发因素减少,直到患者自主随意地进行手指屈伸。

参考文献

- [1]南登崑,王宁华,励建安.康复医学[M].北京:人民卫生出版社,2004:40,72,202-204,332-334.
- [2]于兑生.偏瘫康复治疗技术图解[M].北京:华夏出版社,1997:258.
- [3]恽晓平,于兑生.康复疗法评定学[M].北京:华夏出版社,