

中医药综合方案对脑卒中社区康复患者生存质量及心理状态的影响

赵敏^{1*} 李涛² 李红利² 冯晓东¹ 张铭¹ 袁宇红¹ 王凯娟³

(1. 河南中医学院第一附属医院脑病科, 郑州市人民路 19 号, 450000;

2. 河南中医学院硕士研究生; 3. 郑州大学公共卫生学院)

基金项目: 国家中医药管理局中医药行业科研专项资助项目(200707020)

* 通讯作者: byts1969@126.com, 13526539201

[摘要] 目的 观察中医药综合方案对脑卒中社区康复患者的生存质量及心理状态的影响。方法 将 327 例患者随机分为观察组 176 例和对照组 151 例。两组患者均给予常规社区基础康复治疗, 观察组在此基础上加用中医药综合康复方案, 包括中药(中成药)辨证治疗、针刺治疗。分别于治疗前、治疗后 3 个月和 6 个月采用功能综合评定量表(FCA)对两组患者进行生存质量评定, 采用汉密尔顿焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行心理状态的评价。结果 治疗后 3 个月、治疗后 6 个月, 两组 FCA 评分与治疗前比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗后 3 个月和 6 个月 FCA 评分比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组治疗后 3 个月及治疗后 6 个月组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。两组治疗后 3 个月及治疗后 6 个月, 患者 SAS、SDS 评分均较治疗前明显改善($P < 0.05$), 且观察组优于对照组($P < 0.05$)。两组治疗后 3 个月和 6 个月 SAS、SDS 评分比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 中医药综合方案能够提高脑卒中社区康复患者生存质量, 改善患者焦虑和抑郁状态, 并且优于单纯康复治疗。

[关键词] 脑卒中; 社区康复; 中医药综合方案; 生存质量; 焦虑; 抑郁

Effect of Combination Therapy of Chinese Medicine on the Quality of Life and Mental State of Stroke Patients in Community-Based Rehabilitation

ZHAO Min¹, LI Tao², LI Hongli², FENG Xiaodong¹, ZHANG Ming¹, YUAN Yuhong¹, WANG Kaijuan³

(1. The First Affiliated Hospital, Henan University of TCM, Henan Province 450000; 2. Henan University of TCM; 3. School of Public Health, Zhengzhou University)

ABSTRACT **Objective** To observe the effect of combination therapy of Chinese medicine on the quality of life (QOL) and mental state in community-based rehabilitation for stroke patients. **Methods** Totally 327 patients were randomized into observation group of 176 cases and control group of 151 cases. Both groups were given community-based rehabilitation. The observation group was added with the combination therapy of Chinese medicine such as Chinese patent medicine and acupuncture. The improvement of QOL was assessed by functional comprehensive assessment (FCA) and the mental state was assessed by Hamilton Self-Rating Anxiety Scale (SAS) and Self-Rating Depression Scale (SDS) before treatment and as compared with 3 or 6 months after treatment. **Results** The FCA scores were significantly increased in both groups 3 and 6 months after treatment ($P < 0.05$). After 6 months, the FCA score was significantly increased in the observation group, with statistical difference as compared with that after 3 months ($P < 0.05$). Difference between groups after 3 and 6 months was significant ($P < 0.05$). The scores of SAS and SDS were significantly improved in both groups 3 and 6 months after treatment ($P < 0.05$), especially in the observation group ($P < 0.05$). The difference in SAS and SDS score between groups after 3 and 6 months was also significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The combination therapy of Chinese medicine could improve QOL and mental state of the community-based rehabilitation of stroke patients. Its efficacy is superior to that of simple rehabilitation therapy.

Keywords stroke; community-based rehabilitation; combination therapy of Chinese medicine; quality of life; anxiety; depression

中医药在中风病康复中有着不可或缺的促进作用, 早期积极的康复治疗及辨证论治均能帮助中风患者早日康复^[1-2]。为此, 我们进行了中医药综合方案多中心社区脑卒中患者的治疗研究, 并比较其与单纯康复治疗的差异, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准: 参照 2006 年中华医学会《临床

诊疗指南·神经病学分册》^[3] 中脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血、腔隙性脑梗死的诊断标准。

中医诊断标准: 参照《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[4] 中风诊断标准。①气虚血瘀证: 主症: 半身不遂, 口舌喎斜, 言语蹇涩或不语, 感觉减退或消失。次症: 面色_晦白, 气短乏力(神疲), 自汗出。舌脉: 舌质暗淡, 舌苔白腻或有齿痕, 脉沉细。②痰瘀阻络证: 主症: 半身不遂, 口舌喎斜, 言语

窘涩或不语,感觉减退或消失。次症:头晕目眩,痰多而黏。舌脉:舌质黯淡,舌苔薄白或白腻,脉弦滑。除须具备中风病主症外,次症具备 1 项以上和/或舌脉表现即可辨证。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:①符合上述诊断标准;②脑卒中发病住院治疗后进社区恢复期(发病 5 个月内);③神经功能缺损评分分级为中、重型;④年龄 25~80 岁;⑤签署知情同意书。

排除标准:①神经功能障碍由脑肿瘤、脑动脉炎、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍等原因引起者;②合并心、肝、肾造血系统和内分泌系统,恶性高血压等严重原发性疾病以及精神病患者;③妊娠或哺乳期妇女;④过敏体质者。

1.3 一般资料

327 例脑卒中患者来自 2009 年 11 月至 2010 年 11 月河南省郑州市金水区 5 个社区、深圳市福田区 7 个社区、陕西省咸阳市秦都区 3 个社区,采用整群随机的方法将 3 个中心选定的社区分为观察组 176 例和对照组 151 例。观察组中男 113 例,女 63 例;年龄 35~75 岁,平均(63.69±9.58)岁;病程 21~123 天,平均(74.28±34.64)天。对照组中男 95 例,女 56 例;年龄 33~75 岁,平均(61.16±11.46)岁;病程 22~127 天,平均(82.11±37.40)天。两组患者性别、年龄、病程比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 干预措施

两组均给予社区基础康复治疗,包括脑卒中危险因素干预和康复训练治疗。脑卒中危险因素干预参照 2005 年《中国脑血管病防治指南》^[5]中“脑卒中的二级预防”部分,药物选用根据患者相关危险因素、病情轻重等。康复治疗包括良肢位摆放、被动活动、运动功能训练、抗痉挛治疗、坐位准备站起训练、行走训练、关节活动度的维持和改善、功能性运动训练、感觉训练、日常生活动作训练等,每日 2 次,每次 40min,6 天为 1 个疗程,间隔 1 天继续下一个疗程,共进行 4 个疗程(1 个月)。

观察组在此基础上,加用中医药综合康复方案。包括中药(中成药)辨证治疗、针刺治疗,均为 1 个月。中药:①气虚血瘀证选用偏瘫复原丸(北京同仁堂制药股份有限公司,批号 9013376,每丸 9g)口服,每次 1 丸,每日 2 次,温开水或温黄酒送服。②痰瘀

阻络证选用华佗再造丸(广州奇星药业有限公司,批号 9092,每丸 8g)口服,每次 1 丸,每日 2 次,温开水送服。针刺治疗:头针和体针,每日针刺 1 次,连续治疗 5 天后间隔 2 天继续进行。①头针取穴:在 2 个头部腧穴的基础上引出 4 条治疗线:顶中线(MS 5):百会穴向前至前顶穴。顶斜 1 线(非国标):百会穴斜下 45°,长 1.5 寸。顶旁线(相当于国标顶旁 2 线 MS 9):距顶中线 2.25 寸,承灵穴与正营穴连线。顶斜 2 线(非国标):承灵穴外斜下 45°,长 1.5 寸。②体针取穴:患侧的臂臑、曲池、外关、合谷、阳陵泉、足三里、三阴交、涌泉。③针法:头针进针自上而下(或外斜下)、自后向前(或向外斜前)沿皮刺入,进针约 1~1.5 寸。采用提插手手法,每穴行针 2min,行针时可两针同时操作,边行针边嘱患者尽量活动相应部位。体针针刺得气后,采用提插、捻转手法,行针 3min。治疗时,患侧与健侧头针、体针可同时或交替使用,均留针 30min 左右。

2.2 观察指标及方法

生存质量评定:采用功能综合评定量表(FCA)^[6]对两组患者进行生存质量改善效果评定,于入组时、治疗后 3 个月和治疗后 6 个月对两组患者进行运动功能和认知功能评定,其中运动功能包括 6 方面 18 项,最高 108 分。采用汉密尔顿焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)^[7]对两组患者心理状态进行评定,其中>50 分判定为焦虑或抑郁状态。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后不同时间 FCA 评分比较

表 1 两组患者治疗前后不同时间

FCA 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后 3 个月	治疗后 6 个月
观察组	176	30.10±6.93	63.18±13.58*△	80.45±10.32*△▲
对照组	151	31.54±6.32	50.97±12.26*	52.39±13.86*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与本组治疗后 3 个月比较,▲ $P<0.05$;与对照组同时间比较,△ $P<0.05$

表 1 示,治疗前两组 FCA 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后 3 个月、6 个月,两组 FCA 评分与治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组治疗后 3 个月、6 个月 FCA 评分组间比较差异

有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后 3 个月和
治疗后 6 个月比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.2 两组患者治疗前后不同时间 SAS、SDS 评分比较

表 2 示,治疗前两组患者 SAS、SDS 评分差异均
无统计学意义($P>0.05$)。治疗后 3 个月及治疗后 6
个月,两组患者 SAS、SDS 评分均较治疗前明显改善
($P<0.05$),且观察组优于对照组($P<0.05$)。两组
治疗后 3 个月和治疗后 6 个月 SAS、SDS 评分比较差
异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后不同时间 SAS、
SDS 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	SAS	SDS
观察组	治疗前	54.76±6.87(58)	52.76±6.68(61)
	治疗后 3 个月	44.86±9.03(58)*△	40.86±8.23(61)*△
	治疗后 6 个月	38.13±7.54(58)*△▲	35.33±6.54(61)*△▲
对照组	治疗前	55.26±6.23(57)	52.62±7.21(59)
	治疗后 3 个月	49.63±8.78(57)*	44.63±7.87(59)*
	治疗后 6 个月	43.78±6.89(57)*▲	40.78±7.11(59)*▲

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与本组治疗后 3 个月比较,
▲ $P<0.05$;与对照组同时间比较,△ $P<0.05$;括号内为例数

3.3 不良反应

观察组有 6 例 15 次针刺部位出血、血肿、疼痛,
未见其他不良事件,且不良反应均在 3 周内自行消
退。对照组未见不良事件发生。

4 讨论

脑卒中又称脑中风,我国每年约有 150 万~200
万人发病,死亡人数高达 100 万,存活者中又有
75%遗留有不同程度的伤残,其中中度、重度以上残
疾占 40%^[8]。“卒中单元”的理念使许多脑卒中患
者住院期间能接受较为规范的康复治疗。但患者出
院后进入社区的生活和康复尚未得到重视。近几十
年来,脑卒中康复领域的理论和技术研究方面有了
较大进展,许多新的康复方法也已应用于临床,使中
风病的康复技术体系渐趋成熟。目前国内脑卒中的
社区康复体系和能力建设尚处在起步阶段,亟需政府
对社区康复的投入和简、便、验、廉康复技术的普
及应用,加强社区工作人员康复技能的培养。

中医学认为,脑卒中恢复期患者多为气虚、血
瘀、痰瘀互见。本研究方案在现代康复训练基础上,
所选用的偏瘫复原丸和华佗再造丸均是首批国家基
本药物,皆为中医中风病经典中成药。两种药物均
能化瘀通络,偏瘫复原丸重在补气复元,华佗再造丸
兼具祛风化痰,切中社区脑卒中患者(恢复期)的绝

大多数患者的病机^[9]。

中风恢复期肢体功能障碍主要以痉挛性瘫痪为
主,针刺是治疗偏瘫的有效疗法。《难经·二十九
难》指出“阴跷为病,阳缓而阴急;阳跷为病,阴缓而
阳急”。以中医阴阳平衡理论为指导,结合临床治疗
和文献研究^[10],本方案所选体针穴位以手足阳经为
主穴,辅以阴经穴位,通阳柔筋。头针所选刺激部位
以百会、前顶 2 穴引出 4 条治疗线,与大脑皮质主控
运动和感觉的区域非常接近,有效的头针刺激,结合
运动患侧、健侧肢体可产生改善肢体功能的效
应^[11]。

本研究结果表明,社区康复的中医药综合方案
对脑卒中患者的生存质量及心理状态的改善作用优
于单纯康复训练,尤其在长期疗效方面表现出显著
的优势;表明中医药综合方案是脑卒中社区康复的
有效、安全的治疗方案。因此,结合现代医学对脑卒
中功能障碍康复的评价方法,将有助于中医药综合
方案在社区脑卒中康复中的应用。

参考文献

- [1]王永炎,谢雁鸣.实用中风康复病学[M].北京:人民卫生出版社,2010:17-18.
- [2]崔晓,胡永善,吴毅,等.针刺结合功能训练对社区脑卒中患者神经功能的影响[J].中国康复医学杂志,2009,24(12):1083-1086.
- [3]中华医学会.临床诊疗指南·神经病学分册[M].北京:人民卫生出版社,2006:3-13.
- [4]中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:56-57.
- [5]饶明俐.中国脑血管病防治指南[J].中风与神经疾病杂志,2005,22(6):484-487.
- [6]方军,胡永善,吴毅,等.功能性综合评定量表效度的研究[J].中国康复医学杂志,2003,18(6):325-329.
- [7]吴文源.焦虑自评问卷//中国行为医学编辑委员会行为医学量表手册[M].北京:中华医学会电子音像出版社,2005:213-239.
- [8]吴兆苏,姚崇华,赵冬.我国人群脑卒中发病率、死亡率的流行病学研究[J].中华流行病学杂志,2003,24(3):236-239.
- [9]安佰海,吉中强,唐明.从热、毒、痰、瘀互结论治中风病先兆证[J].中医杂志,2012,53(9):744-766.
- [10]万娇,谢卉,阳文浩,等.巨刺针法治疗中风偏瘫 35 例疗效观察[J].中医杂志,2011,52(20):1763-1765.
- [11]高军大,刘桂英.针灸分期治疗中风之我见[J].中医杂志,2010,51(4):365-367.

(收稿日期:2012-03-20;修回日期:2012-08-10)