

# 建立“连续性综合—康复中医卒中单元”模式探讨

王雪飞 刘慧琳 李敬道 王麟鹏\*

首都医科大学附属北京市中医医院针灸科,北京市东城区美术馆后街 23 号,100010

基金项目:北京市科技计划课题(D09050703550902);“重大新药创制”科技重大专项项目(2009ZX09502-028)

\*通讯作者:wlp5558@sina.com,13911406703

**[摘要]** 循证医学研究显示,卒中单元是目前治疗脑卒中的最有效方法。应充分发挥中医药和针灸特色,探索建立“连续性综合—康复中医卒中单元”模式,从而提高脑卒中患者的生存率和生活质量。

**[关键词]** 脑卒中;卒中单元;针灸;中医;康复

脑卒中具有发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高、合并症多及治愈率低的特点,严重危害老年人的健康。卒中单元是指对卒中患者实行的一种科学的、规范的医疗管理模式,它由神经内科、神经外科、放射科、康复科等多学科专业协同工作,为卒中患者提供临床诊断、药物治疗、专业护理、肢体康复、语言训练、心理康复、健康教育等<sup>[1]</sup>。循证医学研究结果显示,目前在脑血管病的治疗中,卒中单元是最有效的方法<sup>[2]</sup>,优于溶栓治疗、抗血小板治疗和抗凝治疗。临床试验研究分析表明<sup>[3-5]</sup>,与普通病房相比,卒中单元治疗患者的近期和远期病死率降低、住院时间缩短;与重症监护病房(ICU)相比,患者的费用支出和预后方面卒中单元明显优于 ICU。在我国中医药和针灸治疗脑卒中有着悠久的历史 and 确切的临床疗效,因此,在西医卒中单元的基础上加入中医药、针灸等脑卒中防治手段,充分发挥中医特色,建立中国特色的卒中单元模式在我国脑血管病临床中具有实际意义。

## 1 卒中单元的模式

不同国家和单位对卒中单元有不同的注解,曾经出现的卒中单元模式有 7 种<sup>[6]</sup>:即卒中病房(stroke ward)、卒中小组(stroke team)、专门卒中单元(dedicated stroke unit)、评价/康复混合单元(mixed assessment/ rehabilitation unit)、急性卒中单元(acute stroke unit)、急性/康复联合卒中单元(combined acute / rehabilitation stroke unit)、康复卒中单元(rehabilitation stroke unit)、延伸卒中单元(extended stroke unit)。在我国中医药和针灸治疗脑卒中有着悠久的历史 and 确切的临床疗效,基于此,国内多家单位和研究者开始探索建立符合中国特色的中医和中西医结合卒中单元<sup>[7-12]</sup>。

## 2 目前中国卒中单元存在的问题

尽管卒中单元为我们提供了一个全新的卒中管理模式,但同时也给临床医生提出了更高的要求。目前建立中国特色卒中单元模式的研究尚处于探索阶段,存在的问题主要有:①隔离了中西医各自的优势,无论中医院还是西医院均以西医为主,将中医药、针灸、推拿放在了相对较轻的地位<sup>[13]</sup>;②许多医生对卒中单元的认识还停留在表面,将中西医结合卒中单元等同于神经内科加推拿、针灸及康复科,这种认识上的偏差导致许多卒中单元并不能很好地实现多学科团队合作的特点,体现不出卒中单元的实质内容;③由于医务人员对中医理论的理解和辨证论治的认识存在差异,加之中西医结合卒中单元缺乏统一的证候诊断标准与疗效评价指标,导致缺乏有力的循证医学证据;④由于我国各地区经济发展不平衡,虽然总体来看卒中单元患者的费用降低,但在单元治疗中要求多学科多专业医务人员参加,医疗成本相对较高,在目前大部分医疗费用由患者及其家属承担的情况下,部分患者难以承受;⑤收治患者多以急性期为主,对恢复期及后遗症期的患者不能形成连续性治疗,难以充分体现中医连续、动态干预的特点。

## 3 建立连续性综合—康复中医卒中单元模式的探索

基于以上问题,要建立中国特色的卒中单元,当从以下方面加以探索:首先,要选择合适的模式,在总体方案上真正做到中医与西医有机结合,卒中急性期尤其是重症患者,应以西医为主、中医为辅,而对于病情稳定或进入恢复期的患者,应以中医为主、西医为辅;其次,要做到治疗与康复相结合,康复训练是卒中单元重要的组成部分,一旦患者病情稳定,康复应尽早介入,使之更好为脑卒中患者服务;再

次,中西药与针灸、推拿结合,应根据实际情况辨证论治,强调个体化原则,尤其是在治疗脑卒中占有重要地位的针灸疗法,越早介入,预后越好<sup>[14]</sup>;最后要降低脑卒中的发病率,预防是关键<sup>[15]</sup>,这要做到治疗与预防结合,这与中医“未病先防,已病防变”的思想是一致的。

基于此,在前期研究基础上,我们开始探索建立中医特色的卒中单元的新模式——由三级、二级中医院和社区共同参与的、突出针灸治疗脑卒中优势的、连续性综合—康复中医卒中单元模式。其目的是提高脑卒中治疗有效率,降低复发率、致残率,有效解决严重影响患者生活质量的包括卒中后肢体痉挛、吞咽功能障碍、排尿障碍等常见并发症,形成产生最佳疗效的中医治疗指南及路径并开展推广工作。并要通过多中心随机对照研究,科学评价突出针灸治疗特色的3个月连续性中西医规范化治疗的临床疗效,为连续性综合—康复中医单元模式的临床疗效提供证据支持。

### 3.1 连续性综合—康复中医卒中单元的建立

组建卒中小组:主要成员包括临床神经科医师、针灸医师、康复师、物理治疗师、作业治疗师、语言治疗师、心理治疗师、责任护士等。小组成员应有机结合,在统一领导下工作。

卒中单元相关文件准备:包括基于北京地区针灸名家经验的针灸治疗中风病规范及路径,以循证医学为基础的脑血管病临床指南、临床路径,卒中单元工作手册,广泛使用具有良好信度、效度的量表,健康教育材料。

制定卒中单元相关特色护理及疗法操作规范:包括电针、毫针、火针、三棱针、罐洗法、灸法及三通法的操作规范。

进行卒中单元相关人员培训:对卒中小组成员进行针灸治疗中风病规范及路径培训、针灸操作技术培训、常用卒中量表使用的培训以及上岗后的阶段检查和考核。

制定核心管理制度:包括卒中单元的住院制度、人员培训制度、多专业小组查房制度(包括人员、时间及频率的规定,查房要求及评价内容等)、卒中小组会制度、出院及随访制度等。

### 3.2 连续性综合—康复中医卒中单元的治疗与护理特色

运动功能障碍:运动功能障碍是脑卒中患者常见的并发症,国医大师贺普仁教授总结50多年的诊疗实践,创立了“病多气滞,法用三通”的中医针灸病

机学说,形成了“贺氏针灸三通法”针灸治疗体系。其理论认为在任何疾病的发展过程中,气滞是不可逾越的病机,气滞则病,气通则调,调则病愈,故称“病多气滞”。针灸治病就是调理气机,使之通畅,从而治愈疾病。贺老对传统的毫针、火针、灸法、拔罐、放血等疗法做了大量发掘、整理、提高工作,将针灸诸多疗法概括为以毫针针刺为主的微通法,以火针艾灸疗法为主的温通法和以三棱针放血为主的强通法。三种方法有机结合,对症使用,称为“法用三通”。中风急性期之实证以气血上逆、痰火内闭、瘀血阻痹等表现之危、急、重症为突出特点,根据“贺氏针灸三通法”理论,须用局部放血疗法以治血调气。此期应用放血疗法,目的主要是针对其病机发挥强通法清热泻火、止痛、镇吐、救急危症等方面作用,同时配合微通法以畅气机、行气血。恢复期、后遗症期以血瘀、痰凝、气机不畅致经脉失养为主证,多气虚血瘀、脉络痹阻而肢体废而不举或拘挛不伸,主要用微通法通调经脉及火针疗法温通经脉、行气活血以促进肢体运动功能恢复。分期应用不同针法,契合了“急则治其标,缓则治其本”的中医治则,同时也与现代医学分期治疗脑梗死的理论不谋而合。在一定程度上说明,辨证论治与辨病分期论治相结合有助于提高本病的临床疗效,特别是对运动功能障碍的恢复有显著的效果。

卒中后痉挛:卒中后痉挛的发病率约为65%,我国约有500万~700万脑卒中生存患者,估计有325万~455万人脑卒中后受痉挛的影响<sup>[16]</sup>。卒中后痉挛是国际性医学难题,缺乏理想的治疗手段。康复医学已倾向于在未发生痉挛的软瘫期进行早期康复干预。针对这一难题,我们继承发掘针灸名家王乐亭提出的“治瘫十一法”和“中风十三治”的选穴经验,筛选出“夹脊穴”进行早期针刺,即中风后急性期在肢体痉挛状态出现以前积极治疗,是对传统针刺治疗中风后肌张力增高方法的创新。

卒中后排尿障碍:排尿障碍是中风后的常见神经系统并发症,主要原因是中风导致的神经源性膀胱,中风急性期及早期恢复期主要表现为尿失禁、尿潴留,恢复期至后遗症期主要表现为尿失禁、尿频、尿急。国外研究发现,中风后半年该病患率高达19%~47%<sup>[17]</sup>,对患者生活质量造成极大影响。我们通过卒中单元建设,继承发掘针灸名家经验,总结出隔姜隔盐灸神阙穴治疗中风后排尿障碍方案,有助于提高、恢复膀胱自制能力,可有效缓解患者症状。

卒中单元特色辨证施护:充分发挥中医辨证施

护优势,包括中药漱口、褥疮护理、局部穴位按摩及鼓励患者做康复健身操等,有效地配合了特色的治疗方法,有助于提高患者生活质量。

#### 4 讨论

随着医学模式的转变以及我国逐渐步入人口老龄化社会,建立和完善有中国特色的脑血管病综合管理模式十分紧迫,探索并建立符合中国国情的卒中单元模式无疑具有深远的意义。近期的循证医学证据表明<sup>[18]</sup>,在急性期脑卒中的规范化治疗技术方案应用中,针灸治疗的证据级别为(Ⅱ级推荐,B级证据),与神经保护剂丁苯酞及依达拉奉相当,高于中药制剂(Ⅱ级推荐,C级证据)。因此,我们探索建立由三级、二级中医院和社区共同参与的连续性综合—康复中医卒中单元模式,符合我国基本国情,在治疗上突出了针灸治疗脑卒中优势,建立了各种特色疗法的操作规范,将有助于进一步提高脑卒中治疗有效率,降低复发率、致残率,有效解决严重影响患者生活质量的运动及言语功能障碍及包括卒中后肢体痉挛、排尿功能障碍等常见并发症。在疗效评价方面,横向上采用多种脑卒中常用中西医评价量表,关注患者自我感觉症状的改善,更能体现中医以人为本的理念;纵向上连续动态的观察患者各项指标,便于及时调整治疗方案,有助于形成产生最佳疗效的中医治疗指南并开展推广工作。

#### 参考文献

- [1]王拥军.卒中单元[J].现代康复,2001,5(2):16—17.
  - [2]Gubitz G, Sandercock P. Acute ischaemic stroke [J]. BMJ, 2000, 320(7236): 692—696.
  - [3]Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration [J]. BJM, 1997, 314 (7088): 1151—1159.
  - [4]Indredavik B, Slordahl SA, Bakke F, et al. Stroke unit treatment. Long-term effects [J]. Stroke, 1997, 28(10): 1861—1866.
  - [5]Roning OM, Guldvog B. Stroke units versus general medical wards, II: neurological deficits and activities of daily living, a quasi-randomized controlled trial [J]. Stroke, 1998, 29(3): 586—590.
  - [6]Langhorne P, Dennis M. Stroke unit: an evidence based approach [M]. BMJ Books, 1998: 98.
  - [7]樊晓靖, 张玉莲. 建立中国特色卒中单元模式探讨[J]. 时珍国医国药, 2009, 20(3): 737—739.
  - [8]汪峰. 建立中医特色卒中单元模式探讨[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2004, 8(2): 477—478.
  - [9]齐瑞, 鲍春龄, 曲红. 发挥中医特色, 开展中西医结合卒中单元[J]. 中国中医急症, 2008, 17(8): 1033—1035.
  - [10]石学敏. 脑血管病与中风单元[J]. 天津中医药, 2005, 22(1): 1—3.
  - [11]王麟麟, 刘慧琳. 中医卒中单元的建立及初步观察结果 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2004, 11(2): 634—635.
  - [12]樊永平, 熊颢, 周纤, 等. 卒中单元中熄风化痰活血法治疗急性脑梗死的临床观察 [J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(3): 247—249.
  - [13]王新莉. 国内外卒中单元的应用进展 [J]. 护理管理杂志, 2006, 6(6): 20—21.
  - [14]江浩清, 江文婷, 杨晓蓓. 卒中单元配合针刺对脑卒中治疗的成本—效果研究 [J]. 中国康复理论与实践, 2010, 16(7): 645—647.
  - [15]王法德, 聂俊英, 张爱梅, 等. 创建中国特色的卒中单元 [J]. 中国中医急症, 2005, 14(9): 880—881.
  - [16]McGuire JR, Harvey RL. The prevention and management of complications after stroke [J]. Phys Med Rehabil Clin N Am, 1999, 10(4): 857—874.
  - [17]王拥军. 卒中单元: 脑血管病医疗的方向 [J]. 中华全科医师杂志, 2003, 7(4): 215—217.
  - [18]卫生部十年百项项目专家组. 急性期脑卒中的规范化治疗技术方案应用与推广(节选): 急性期的特殊治疗 [J]. 中华脑血管病杂志(电子版) 2010, 4(2): 130—142.
- (收稿日期: 2011-09-22; 修回日期: 2011-12-06)

[编辑: 崔京艳]

## 欢迎订阅 2012 年《中医杂志》

《中医杂志》是由中华中医药学会和中国中医科学院联合主办的全国性中医药综合性学术期刊。1955 年创刊以来始终坚持“以提高为主, 兼顾普及”的办方针, 是我国中医药界创刊早、发行量大、具有较高权威性和学术影响力的国家级医药期刊, 是中国中文核心期刊和科技核心期刊、中国精品科技期刊、首届国家期刊奖获得者和中国期刊方阵双奖期刊。2009 年被中国期刊协会评为“新中国 60 年有影响力的期刊”。2011 年获国家新闻出版政府奖期刊奖提名奖, 并且是唯一获此荣誉的中医类期刊。被国内外多种检索系统收录。《中医杂志》英文版 2010 年起被列为美国《科学引文索引(扩展库)》(SCI-E)来源期刊。本刊主要栏目中“当代名医”和“临证心得”分别介绍名老中医和临床医生辨证用药治疗疑难病的经验;“临床研究”、“临床报道”介绍中医药治疗的新方法、新成果;“临床解惑”回答读者遇到的各类疑难问题。此外, 还辟有学术探讨、思路与方法、方法学与临床评价、专家论坛、病例讨论、综述、百家园等栏目, 可掌握最新信息与治疗方法, 成为学习中医药、研究中医药, 不断提高临床及研究水平的良师益友。

2012 年《中医杂志》为半月刊, 每月 2 日和 17 日出版。每期 9.80 元, 为大 16 开本。读者可以到全国各地邮局办理订阅手续(邮发代号: 2—698), 也可以与本刊读者服务部联系邮购, 邮购免邮费。电话: 010-64014411 转 3036/3041。国外发行: 中国国际图书贸易总公司(北京 399 信箱, 邮编: 100044, 代号: M140)。

本社地址: 北京市东直门内南小街 16 号, 邮编: 100700, 电话: 010-64035632。网址: <http://www.jtcm.net.cn>。