

中风病中医综合康复治疗概况

许锦锦¹ 谢宜南¹ 马 壮¹ 宋 歌¹ 刘 丹¹ 赵晓峰^{1,2} 王 舒^{1,2*}

(1. 天津中医药大学第一附属医院, 天津市南开区鞍山道 312 号, 300193; 2. 天津市针灸研究所)

基金项目: “十一五”国家科技支撑计划资助项目(2006BA04A02)

* 通讯作者: wangs2008@163.com, (022)27432011

[摘 要] 研究表明, 针对中风病的高致残率, 单一疗法不如综合疗法效果显著, 亦未形成标准化的治疗方案。立足于既往研究, 总结关于中医综合康复治疗中风病的现状和主要治疗方法, 以期为临床实践及科研工作提供思路。

[关键词] 中风病; 综合康复治疗; 综述

脑卒中是世界范围内发病率及死亡率较高的疾病, 是威胁人类生命和健康最严重的疾病之一。其死亡率约占所有疾病的 10%, 致残率 50% ~ 70%^[1], 而其中脑梗死, 即缺血性中风是脑卒中最常见的类型。研究证实, 对患者进行早期康复治疗可降低中风的致残率、致残程度, 提高患者日常生活活动能力^[2]。

1 历代中医治疗中风思路概述

1.1 唐宋以前立内虚邪中说, 康复主张疏散外风

中风的康复治疗, 可追溯到《黄帝内经》时代, 认为中风的发生与内因外邪、嗜食肥甘厚味有关, “虚邪偏客于身半, 其入深, 内居荣卫, 荣卫稍衰, 则真气去, 邪气独留, 发为偏枯”(《灵枢·刺节真邪》)。可见《黄帝内经》对中风发病强调“内虚邪中”论。在这一阶段, 也提出了中风病康复治疗用药, 如《神农本草经》记载: 云母“主身皮死肌, 中风”; 白薇“主暴中风”; 泽兰主“中风余疾”; 厚朴“主中风”; 乌头“主中风”。

张仲景在《金匮要略·中风历节病脉证并治》中明确指出, “络脉空虚, 贼邪不泻”是中风病的发病机理; “正气引邪”是瘫痪偏瘫的机理。根据邪中深浅将中风病分为中络、中经、中腑、中脏等证, 这一中络、中经、中腑、中脏的四分法对后世中风辨治影响深远。隋唐迄至宋代, 医家论中风仍囿于《黄帝内经》《金匮要略》虚邪客身说, 从外风立论。

1.2 金元医家倡导风火痰论, 中风康复法开多门

金元时期, 逐步认识到中风病与外风无关, 治法不能沿用外风法而一概疏散, 于是便另辟治疗途径。刘河间的“将息失宜, 而心火暴甚, 肾水虚衰, 不能制之, 则阴虚阳实”(《素问玄机原病式·火类》)的发病学说, 对后世颇有启发。李东垣据《黄帝内经》“真气

去, 邪气独留”论, 认为中风“非外来之风, 乃本气自病, ……气衰者多有此疾”(《医学发明·中风有三》), 以中血脉、中脏、中腑分候论治, 分施“疏风”、“通利”、“养血”、“通气”、“镇坠”之法。朱丹溪主张“中风大率主血虚有痰, 治痰为先, 次养血行血”, “初得之即当顺气, 乃日久即当活血”(《丹溪心法·中风》), 对其发病提出“湿土生痰, 痰生热, 热生风也”。以上火、气、痰病因学说被后世称为“三子之论”, 是内风论治诸法产生的渊源。

1.3 明清以降转向理虚辨标本, 康复重视气血阴阳辨治

王清任治中风主张“审气血之荣枯, 辨经络之通滞”(《医林改错·下卷·半身不遂论叙》), 认为半身不遂乃气虚血滞所致, 创补阳还五汤等方, 从而使补气活血法跻身于中风法门。滋阴治风一法, 叶天士洞察病源, 提出“精血衰耗, 水不涵木, 木少滋荣, 故肝阳偏亢, 内风时起”(《临证指南医案·中风》)的真知灼见, 而开“滋液熄风、濡养营络、补阴潜阳”等法。张锡纯治中风遥承《黄帝内经》“气血并走于上”说, 提出阴损肝阳化风、挟气血上冲的发病学说。

1.4 现代中风理论强调分期论治标准化

现代中医理论认为中风的发生多是在气血虚弱、脏腑亏损的基础上, 各种激发因素作用下, 风、火、痰、瘀、虚等病理因素交错, 导致脏腑阴阳失调, 气血逆乱于脑所致。其中痰瘀互阻是中风病急症的主要病机。

2 现代临床常用的中医综合康复方法

2.1 药物与针刺、按摩、康复训练相结合

周东海等^[3]采用中药注射液、针刺、按摩、康复训练、药物泡洗等综合方法治疗急性缺血性中风。治疗组 539 例, 采用综合治疗; 对照组 279 例, 单纯

应用药物治疗,疗程为 3 周。结果治疗组总有效率 86.8%,对照组总有效率 75.63%,两组比较差异有统计学意义。表明缺血性中风病急性期及早应用多种治疗方法进行干预,对促进中枢神经功能的恢复具有积极作用,降低了病残率。

2.2 药物加针灸及现代康复手段

秦润笋等^[4]应用中药煎剂、体针、头针和现代康复技术相结合治疗脑卒中后肌张力增高。选择脑卒中偏瘫痉挛状态 80 例,随机分为治疗组 50 例和对照组 30 例。治疗组采用综合治疗,对照组采用现代康复训练,治疗 4 周,采用修改的 Ashworth 评定级、简化 Fugl-meyer(FMA)量表评分和日常生活活动(ADL)指数分别评定痉挛程度、运动功能水平和日常生活能力。结果表明中医综合康复方法对痉挛状态的改善明显优于对照组。李芝萃^[5]采用中医康复方法结合现代康复手段,将 120 例急性缺血性中风患者随机分为康复组、对照组各 60 例,对照组给予常规治疗,康复组在常规药物治疗基础上加上康复治疗、药浴。治疗后康复组患者神经功能缺损及病残程度积分值明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义。马云枝等^[6]评价灯盏生脉胶囊联合针刺治疗缺血性中风恢复期的临床疗效。选择缺血性中风恢复期患者 60 例,随机分为治疗组和对照组各 30 例。对照组给予肠溶阿司匹林片 75 mg 口服、现代康复锻炼以及基础病的治疗,治疗组在此基础上加用灯盏生脉胶囊及针刺疗法,2 周为 1 个疗程,连用 6 个疗程。结果治疗组总有效率 83.3%,对照组总有效率 73.3%,两组总有效率差异有统计学意义;在改善口舌歪斜、言语謇涩、气短乏力、感觉减退、肢体麻木、舌质紫暗及舌苔白腻方面治疗组有效率显著高于对照组。

2.3 针灸加功能锻炼及心理治疗

蔡玲^[7]采用中医传统针灸配合功能锻炼、心理治疗,观察其对中风中经络的疗效。对照组采用西医常规治疗,降颅压、溶栓、抗凝、营养神经、改善脑循环等。治疗组在西医常规治疗基础上,加用中医康复疗法,结果表明治疗组的总体疗效优于对照组。

2.4 西医基础治疗加推拿、针刺、中药等

陈立典等^[8]将 68 例中风患者随机分为治疗组和对照组,治疗组 33 例,对照组 35 例。两组病例急性期均采用基础治疗,治疗组平均于发病后 1 天、对照组平均于发病后 9.1 天开始接受推拿、针刺治疗。疗效评价指标为 Brunnstrom 六阶段评定、Fugl-

meyer 评定、Barthel 指数(BI)。结果,在治疗后半个月至 2 个月,两组疗效无统计学差异,在治疗后 3 个月治疗组的各项功能恢复指数显著高于对照组。表明中医康复方案对两组患者的早期肢体功能恢复都有较好的效果。宇文亚等^[2]采用实用型随机对照试验,1200 例的临床试验验证了方案的疗效和安全性。具体康复方案为西医基础治疗加上中药内服、中药注射液、中药泡洗、针灸、推拿、中医健康教育。

2.5 中医康复方案

由于在中风病的急性期就要采取早期的康复措施,因此中风病的康复方案和治疗方案难以截然分开。1994 年傅仁杰^[9]提出了“中风中医康复医疗方案”,将中风病康复从中风病急性期的治疗方案中分离出来。该方案采用分期康复治疗,将中风病分为中风急性期、中风恢复前期、中风恢复中期、中风恢复后期、中风后遗症期。谢雁鸣等^[10]将 300 例中风患者随机分为试验组 200 例、对照组 100 例。试验组采用中医综合康复方案(内科基础治疗加中医康复技术(中医综合康复技术包括辨证论治方药、中药注射液、中药泡洗、针灸、推拿、中医健康教育,由临床医生根据患者的具体情况,选用不同的干预措施),对照组采用西医康复方案(西医基础治疗+现代康复技术)。结果显示,试验组改善 NIHSS 积分、Fugl-Meyer 积分、改善 Ashworth 积分的疗效优于对照组。胡玉英等^[11]对急性中风及早采用综合康复疗法,即通过中药治疗、针刺、心脑血管治疗仪、中药穴位烫疗、康复训练等不同角度协同治疗,能有效减少神经功能缺损,提高患者生存率,降低病残程度,且与单纯内科常规药物治疗相比优势明显。刘俐等^[12]将 78 例缺血性中风患者随机分为治疗组 48 例,对照组 30 例,治疗组采用自拟益气活血搜风汤加针刺、康复训练。对照组单用针灸和康复训练疗法。结果显示,综合疗法与单纯针灸康复、康复训练疗法对血液流变学均有改变作用,且治疗组与对照组差异有统计学意义。刘晓俊等^[13]探讨中医综合疗法干预急性缺血性中风对 BI 和 GOS 评分的影响,共纳入 87 例患者,随机分为实验组 43 例,对照组 44 例。实验组采用一般基础治疗加早期康复治疗、中医综合治疗、抗血小板治疗。对照组采用一般基础治疗加早期康复治疗、抗血小板治疗、胞二磷胆碱及安慰剂。分别在用药第 21 天,发病后 60 天和第 90 天进行疗效评价,结果:治疗组和对照组都取得了一定的疗效,BI 指数和 GOS 评分两组间比较

都未显示统计学意义,但 Barthel 指数比较分析可以看出,随着随访时间的逐渐延长,中医综合治疗方案对于急性缺血性中风患者在远期治疗效果的提高及远期生活质量的改善上可能有一定意义。刘晓俊等^[14]对缺血性中风急性期“风痰瘀血,痹阻脉络”证进行临床随机对照平行试验,共纳入患者 90 例,分为中西医结合治疗组和西医治疗组,治疗方案同文献^[13]。分别在用药第 2 天,发病后第 60 天和第 90 天进行疗效评价。结果随着随访时间的逐渐延长,综合治疗方案对于急性缺血性中风患者在远期治疗效果的提高及远期生活质量的改善上具有一定意义。中医综合疗法干预急性缺血性中风的疗效,共纳入 67 例患者,治疗组 32 例,对照组 35 例,治疗方案同文献^[13]。两组均治疗 21 天,治疗后 60 天、90 天随访。结果中医综合疗法治疗急性缺血性中风与西医综合治疗比较,未提示有统计学意义,但随着随访时间的逐渐延长,综合治疗方案对于急性缺血性中风患者在治疗效果的提高及生活质量的改善上具有一定意义^[15]。邹旭等^[16]治疗急性期脑梗死 89 例,采用常规治疗加辨证用药、针灸治疗、中风治疗仪、低能量 He-Ne 激光血管内照射及穴位注射。总有效 85 例,无效 1 例,死亡 3 例。总有效率 95.5%。

丁红战等^[17]观察中医综合疗法治疗缺血性中风的临床疗效。治疗组 96 例,对照组 30 例,治疗组应用刺五加注射液 60 ml 加生理盐水 500 ml 静脉滴注,每日 1 次,21 天为 1 个疗程。另外,结合体针疗法和口服中药汤剂。对照组用低分子右旋糖酐注射液 500 ml 静脉滴注,每日 1 次,21 天为 1 个疗程。对症治疗、康复治疗两组相同。结果治疗组与对照组比较,能明显降低血黏度,降低红细胞压积及血小板黏附率。有助于防止血小板聚集,使脑血管得以消除;促进脑血流,改善脑组织供氧,使神经功能得以恢复。王彦华^[18]评价中医综合方案治疗早期缺血性中风病的临床疗效。治疗组 58 例,对照组 20 例,治疗组采用基础治疗加中药汤剂、灯盏细辛注射液或苦碟子注射液、中医综合康复方案、中药泡洗,对照组采用西医基础治疗加现代康复技术。于治疗前后 21 天进行临床疗效评定。结果,治疗组治疗前后 NIHSS、ADL、MoCA 评分均有显著差异,对照组治疗前后 NIHSS、ADL 评分有显著差异;治疗后两组进行组间比较,NIHSS、ADL、MoCA 评分均有显著差异;说明治疗组和对照组用药均可显著改善

NIHSS、ADL,且以治疗组为优。提示中医综合治疗方案对早期缺血性中风的治疗有较好的疗效。艾宪君^[19]采用益气活血通络之法,用补阳还五汤、针灸、神经—肌肉电刺激康复仪、静脉用药等治疗中风患者 50 例,总有效率 94%。提示中医综合疗法有疏通气血,调和经脉,恢复神经肌肉功能的作用,是治疗中风的有效方法。郑超英等^[20]观察早期中医综合康复疗法对脑梗塞患者的神经功能缺损程度、肢体运动功能的变化及对日常生活活动的影响。治疗组、对照组各 30 例。两组基础治疗和康复治疗相同,除基础治疗及康复训练外,治疗组加用中药、针灸、推拿等中医综合康复疗法。于康复前及康复治疗 1 个月后进行疗效评价。在神经功能缺损评分、STREAM、ADL 等方面,治疗后均优于治疗前;治疗组与对照组治疗后比较,差异有统计学意义,表明治疗组优于对照组。林乐堃等^[21]观察中医综合疗法治疗急性脑梗死的临床疗效。治疗组 45 例用中药针剂、汤剂、针刺等疗法,对照组 45 例应用胞二磷胆碱、肠溶阿司匹林等药,两组均 4 周为 1 个疗程,以积分法观察两组临床疗效。结果治疗组总有效率 93.3%,基本痊愈率 48.9%,对照组分别为 73.4%、26.7%,两组比较差异均有统计学意义。提示中医综合疗法治疗急性脑梗死有显著疗效。张文生等^[22]以中风病偏瘫为研究对象,以中风偏瘫痉挛状态为研究重点,随机分为治疗组 60 例和对照组 30 例。治疗组采用中医综合康复训练(口服舒筋缓痉饮煎剂+针刺,取痉挛肌的拮抗肌侧经穴为主+熏洗,以复元通络液煎汤外洗+康复训练。根据患者的具体情况,选择不同的训练方法)。对照组采用现代康复训练。1 个月为 1 个疗程,观察 1 个疗程。结果显示中医综合康复方法对痉挛状态的改善优于对照组,而运动功能水平的提高,生活自理能力的提高,两组均有明显改善。

3 小结

中医综合治疗应是两种以上的中医治疗方法联合应用于治疗某种疾病,多学科合作,取长补短,优化组合,综合应用,以达到提高疗效的目的。

中医在中风病康复方面具有显著的优势,但是由于缺血性中风发病机理的复杂性和临床表现的多样性,单一的干预措施往往难以得到理想的治疗效果。综合治疗强调根据急性缺血性中风病因病机、动态演变规律及脑的特殊性而采取与个体化治疗的有机结合,重视推拿、针灸等综合康复在中风病

治疗中的作用,强化早期康复、规范护理和科学教育,符合卒中单元治疗的精神,从多途径、多靶点、多环节对中风病进行综合干预,可显著提高临床疗效。

目前中医临床治疗模式由原来的仅用药物逐步过渡至综合治疗,在科研设计和水平方面较以往有明显的提高,但部分报道仍存在一定问题,多偏重于临床观察,忽视基础研究,如药学研究、治疗机制探讨等。临床研究方面,部分科研设计不严谨,如中医辨证标准、纳入标准、诊断标准、病情分期等尚未科学规范,缺乏真正的随机分组和方法观察,多中心大样本病例观察的报道少见,对判定中医药治疗缺血性中风疗效的科学性、真实性带来困难。

因此按照严格的科研设计,进行随机盲法多中心大样本病例观察,用循证医学的方法对有关中医综合疗法治疗急性缺血性中风病进行系统评价,对于提高中医药治疗缺血性中风的水平具有重要意义。

参考文献

- [1]张国瑾,赵增荣.国外脑血管疾病研究进展.北京:中国医药科技出版社,2000:186.
- [2]宇文亚,谢雁鸣,邹忆怀,等.缺血性中风早期中医康复方案研究[J].上海中医药大学学报,2009,23(2):28-30.
- [3]周东海,杜长海,齐锡友,等.综合疗法治疗急性缺血性中风病 818 例临床研究[J].北京中医,2004,23(1):10-12.
- [4]秦润笋,赵子龙.中医综合康复治疗中风后肌张力增高疗效观察[J].辽宁中医,2006,33(11):1456-1457.
- [5]李芝萃.急性缺血性中风早期中医康复 60 例临床观察[J].河南中医药学刊,1998,13(6):56-57.
- [6]马云枝,付菊花,杨靖.灯盏生脉胶囊联合针刺治疗缺血性中风恢复期 60 例临床观察[J].中医杂志,2010,51(11):999-1001.
- [7]蔡玲.中医康复综合治疗中风中经络疗效对比观察[J].时珍国医国药,2005,16(7):639.
- [8]陈立典,吴强,苏彩平.中风急性期介入中医康复治疗的临床观察[J].中国中医急症,1997,6(1):13-14.
- [9]傅仁杰.中风中医康复治疗刍议[J].光明中医,1994,(3):38-39.
- [10]谢雁鸣,宇文亚,易丹辉,等.缺血性中风中医康复方案治疗时间窗研究[J].中华中医药学刊,2010,28(5):901-903.
- [11]胡玉英,刘泰,梁健芬,等.综合疗法对急性缺血性中风病康复影响的研究[J].云南中医中药杂志,2006,27(2):38-39.
- [12]刘俐,马玉琼,彭小燕,等.综合疗法对缺血性中风临床疗效观察[C].长春:第九次全国中西医结合虚证与老年病学术会议论文集.中国中西医结合学会虚证与老年病专业委员会,2007.
- [13]刘晓俊,高敏,黄汉超,等.中医综合疗法干预急性缺血性中风对 BI 指数和(GOS)评分的影响[J].中药材,2008,31(5):800-803.
- [14]刘晓俊,高敏,陈景亮,等.中医综合疗法干预急性缺血性中风对 RANKIN 及 SS-QOL 量表的影响[J].中国实用医药,2008,3(22):4-6.
- [15]刘晓俊,高敏,陈景亮,等.中医综合疗法干预急性缺血性中风疗效观察[J].中国中医药信息杂志,2008,15(7):73-74.
- [16]邹旭,吴煥林,谭荣益,等.中医综合疗法治疗急性期脑梗塞 89 例疗效总结[J].内蒙古中医药,1996(增刊):4-5.
- [17]丁红战,杨满菊.中医综合疗法治疗缺血性中风的临床研究[J].光明中医,2001,16(19):38-40.
- [18]王彦华.中医综合疗法治疗早期缺血性中风临床疗效观察[J].中华中医药学刊,2010,28(6):1184-1186.
- [19]艾宪君.中医综合疗法治疗中风 50 例[J].陕西中医,1999,20(1):13.
- [20]郑超英,赵超蓉,嵇强,等.脑梗塞早期中医综合康复治疗法的临床观察[J].辽宁中医杂志,2007,34(3):304-305.
- [21]林乐堃,王齐兰.中医综合疗法治疗急性脑梗死疗效观察[J].河北中医,2005,27(6):410-412.
- [22]张文生,邹忆怀,谢颖祯,等.中医综合康复治疗中风偏瘫痉挛状态 60 例临床观察[J].中医杂志,2000,41(12):723-725.

(收稿日期:2011-11-07;修回日期:2012-10-20)

[编辑:李巍]

(上接第 148 页)

- [8]吴兰成.中国中医药学主题词表[M].北京:中医古籍出版社,2008.
- [9]彭怀仁,项平.中医方剂大辞典精选本[M].北京:人民卫生出版社,1999.
- [10]江苏新医学院.中药大词典[M].上海:上海科学技术出版社,1986.
- [11]徐长化.关于古方中桂心的探讨[J].中国医药学报,2001,16(2):8-10.
- [12]杨辉.桂枝在经方中的药对配伍[J].临床合理用药,2011,4(7A):104.
- [13]李明,佟琳,张伟娜,等.汉唐止痛方剂的复杂网络方法分析[J].中医药信息,2012,29(3):22-24.
- [14]王顺成.痛证的病因病机与止痛中草药的临床应用[J].中医研究,2006,19(1):63-64.

(收稿日期:2012-06-20;修回日期:2012-09-09)

[编辑:崔京艳]