

中药汤剂联和中医康复治疗脑卒中临床观察

刘志军

沙阳县中医医院 湖北 荆门 448200

摘要:目的:分析中药汤剂联和中医康复治疗脑卒中的应用效果。方法:选取2023年3月-2024年3月本院82例脑卒中患者开展研究,随机平均分为对照组41例,行常规西医疗法,观察组41例,联合中医疗法,比较两组临床疗效。结果:观察组MBI、FMA和语言功能评分均明显高于对照组,QOLSS评分、血液黏度、全血黏度低切和全血黏度高切均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:治疗脑卒中时联合中药汤剂、康复疗法能加强各项功能,改善血液流变学参数,具有推广价值。

关键词:中药汤剂;中医康复治疗;脑卒中;汤剂;针刺

脑卒中发生率高,最新研究证实,在所有心血管疾病中,脑卒中发生率位居第一,其次为冠心病,另外就疾病致死率而言,其也位居第一,第二为肿瘤^[1]。患病后,患者生命安全受到威胁,生活质量下降,语言系统紊乱,导致书写、阅读能力等障碍,肢体运动异常,复发率高,容易致残。该病多采取西医疗法,例如调节血脂、溶栓等,联合康复训练,一般为西药,若使用时间较长,可能引发副作用,对于远期疗效,其作用不明显^[2]。基于中医理论,将其纳为“中风”,采用辨证理论,结合病机病因,借助各种中医技术,例如针刺等外用法,汤剂等内服法,能濡养筋脉,改善气血运行,加快脑功能重塑。但目前联合中医疗法的研究不多。以脑卒中为对象,分析联合中医疗法疗效。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年3月-2024年3月本院82例脑卒中患者开展研究,随机平均分为对照组41例,男22例,女19例,平均年龄(61.50±5.61)岁;观察组41例,男23例,女18例,平均年龄(61.64±5.58)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:符合上述诊断标准,且观察临床症状,经由影像学检查,证实患病;第一次发病;生命体征稳定;知情同意本次研究。

排除标准:伴有其他严重系统疾病;缺乏依从性;精神疾病;痴呆;严重失语;药物过敏者。

1.2 方法

两组均行常规对症疗法,取适当药物,开展溶栓,减轻脑水肿,取抑制血小板药物。开展实验室检查,对于基础指标,例如血压,或者血糖,干预其呼吸,重视生命体征,评估心脏,检查体温。

对照组行常规西医疗法:选择硫酸氢氯吡格雷,来自深圳信立泰药业,国药准字HH20203616),用量为每次75mg,口服,qd;选取阿司匹林(青海制药;国药准字H63020201),用量为每次100mg,口服,qd;选用阿托伐他汀(北京嘉林药业;国药准字H20093819),每次10mg,qd。疗程为4周。观察病情,待其稳定后,进行康复训练:①针对入院患者,提供体位管理,包括健侧卧位、侧卧位及仰卧位,及时更换体位,1次/2h。②关注生命体征,待其稳定,开展肢体功能锻炼,结合康复情况,保证循序渐进,适当增加活动幅度。检查肌肉力量,待其到达2级后,针对四肢关节,开展主动训练,包括搭桥练习、坐位平衡练习、进行翻身训练等,控制好强度,保证未过度疲劳。③采取作业疗法:开展手功能练习、锻炼肌肉力量、训练上肢肌肉张力等,方法有母钉练习,进行滚筒锻炼,或开展投球练习,既能加强协调性,又能改善上肢耐力,针对双手,锻炼其抓握能力,提高精确性。④采用理疗:借助脉冲,提供电刺激,通常处于中低频,进行下肢屈肌训练,促进上肢伸肌,调节肩部肌肉,针对踝背伸动作、屈膝动作和腕背伸动作,提升抓握精确性及能力,同时能防范肩关节半脱位,减少肩痛。

观察组联合中医疗法:①中药汤剂:借助血府逐瘀汤,组方有生地黄15g,桃仁12g,柴胡12g,川芎12g,当归12g,赤芍9g,红花9g,枳壳9g,牛膝9g,桔梗9g,甘草6g。结合患者表现,进行加减治疗,若存在肢体麻木,另加木瓜10g,防己10g,伸筋草15g;如血瘀程度重,加入莪术10g,水蛭10g,鸡血藤15g;如由严重气虚,加入党参15g。加入适量水,1剂/d,分成2份,服用时间为早晚。疗程为4周。②针刺治疗:对于上肢,共有九个,一为肩井,二为曲池,三为合谷,四为手三里,五为内关,六为肩髃,七为外关,八为肩贞,九为

尺泽；对于下肢，共有七个，一为环跳，二为足三里，三为丰隆，四为三阴交，五为阳陵泉，六为太冲，七为委中，均为双侧。借助无菌针，保证为一次性，属于0.3mm×40mm，开展针灸，监测皮肤部位，按要求消毒，按照直刺法，针刺尺泽，处理委中，应用补法，处理三阴交，采取补泻法，处理上述其他穴位。进行针刺后，仔细监测变化情况，一旦其得气，需要留针，定做0.5h，控制间隔时间，每次之间5min，确定频率，每天1次。持续1个月。③进行按摩：保证穴位合理，进行按摩，可以轻打，或者轻拍，结合相应手法，例如拿，或者捏等，促使肌肉放松。上肢选穴，共有六个，一为天府，二为外关，三为手三里，四为曲池，五为内关，六为合谷，下肢选穴，共有七个，一为涌泉，二为阳陵泉，三为血海，四为委中，五为足三里，六为昆仑，七为伏兔，可以点，或者揉，加强肢体功能，可采取外旋法、内旋法和内展法等，时间为20-30min/次，1次/d。疗程为4周。

1.3 观察项目和指标

评价功能改善情况：用QOLSS量表^[3]，对应生存质量，用MBI量表^[4]，对应日常活动能力，用FMA量表^[5]，对应肢体运动功能。评价语言功能^[6]：包括听理解能力、阅读能力、复述能力和书写能力，均为0-100分。评价血液流变学^[7]：采集空腹静脉血，共计5ml，设置转速，3000r/min，时间为5min，采集上清液，将其放在冰箱内，温度为-20℃，及时检验，温度为37℃时，测量血液黏度、全血黏度低切和全血黏度高切。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据， $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量，行 t 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组功能改善情况比较

观察组MBI和FMA评分均明显高于对照组，QOLSS评分明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组功能改善情况比较 $[n(\bar{x} \pm s)]$

组别	例数	QOLSS (分)		MBI (分)		FMA (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	31.16±5.58	37.60±6.18 ^a	44.02±5.02	52.47±6.34 ^a	24.12±4.60	66.38±6.29 ^a
对照组	41	31.25±5.49	46.96±6.98 ^a	44.13±4.98	47.71±5.72 ^a	24.32±4.58	49.65±4.15 ^a
t	/	0.074	6.429	0.100	3.569	0.197	14.216
P	/	0.941	0.000	0.921	0.001	0.844	0.000

注：与本组治疗前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组语言功能比较

对比听理解能力、阅读能力、复述能力和书写能力

评分，观察组均更高（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组语言功能比较 $[n(\bar{x} \pm s)]$

组别	例数	听理解能力 (分)		阅读能力 (分)		复述能力 (分)		书写能力 (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	21.03±3.18	53.44±3.80 ^a	22.85±4.47	71.49±6.52 ^a	16.35±1.20	53.32±3.22 ^a	16.85±1.57	53.42±3.70 ^a
对照组	41	21.00±3.19	46.28±3.14 ^a	22.97±4.38	67.44±5.19 ^a	16.41±1.18	46.43±2.97 ^a	16.95±1.49	46.33±4.18 ^a
t	/	0.043	9.300	0.123	3.112	0.228	10.071	0.296	8.132
P	/	0.966	0.000	0.903	0.003	0.820	0.000	0.768	0.000

注：与本组治疗前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组血液流变学比较

对比血液黏度、全血黏度低切和全血黏度高切，观

察组均更低（ $P < 0.05$ ）。详见表3。

表3 两组血液流变学比较 $[n(\bar{x} \pm s)]$

组别	例数	血液黏度 (mPa·s)		全血黏度低切 (mPa·s)		全血黏度高切 (mPa·s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	2.28±0.25	1.27±0.12 ^a	21.15±1.25	12.10±1.24 ^a	5.97±1.24	2.70±1.12 ^a
对照组	41	2.29±0.21	1.74±0.13 ^a	21.20±1.21	16.23±1.28 ^a	5.98±1.22	4.23±1.06 ^a
t	/	0.196	17.011	0.184	14.839	0.037	6.353
P	/	0.845	0.000	0.854	0.000	0.971	0.000

注：与本组治疗前比较，^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

缺血性脑卒中多发,常为急性起病,变化快,程度严重者,直接威胁到生命^[8]。患病后,中枢神经出现异常,影响肢体运动,患者重心转移能力减弱,出现步态异常,干扰负重、行走,导致日常活动能力下降^[9]。

既往多采取西医疗法,包括溶栓,抑制血小板聚集等,根据实际病情,管理血糖血压,结合康复锻炼。常用药有阿司匹林等^[10]。进行康复训练,能调节肌力,锻炼各项机能。中医治疗该病主张行气通络,促进活血化瘀。研究引入血府逐瘀汤,方中包含桃仁,既能活血祛瘀,又能润燥;包含红海,既能缓解疼痛,又可以活血散瘀,同为君药;方中有川芎,其可以引血下行,含有赤芍,能起到清热凉血功效,对于牛膝,其能够逐瘀通经,构成本方之臣药;采用当归,其具有补气和血之作用,选择生地黄,存在清热凉血作用,应用柴胡,能够疏肝解郁,无论是桔梗,还是枳壳,均可以宽胸行气,为本方之佐药;使药为甘草,能调节诸药。通过针刺,能改善肢体运动能力,加强肌力,经由按摩,能够活血通络。本次研究结果显示和对照组比,观察组的MBI更高,FMA更高,QOLSS更低($P < 0.05$),表示联合中医疗法,能加强各种功能,改善身心健康。观察组的语言功能评分更高($P < 0.05$),代表联合中医疗法能加强语言功能。观察组的血液黏度、全血黏度低切和全血黏度高切均更低($P < 0.05$),表明结合中医疗法能调节血液状态。说明应用中医疗法可以提升脑卒中疗效。

综上所述,治疗脑卒中时联合中药汤剂、康复疗法能加强各项功能,改善血液流变学参数,具有推广价值。

参考文献

- [1]李林虹,魏巍,邢福禧.针刺联合康复训练治疗脑卒中后偏瘫的回顾性研究[J].广州中医药大学学报,2024,41(3):683-688.
- [2]刘贵凤,董卫华.针灸联合中医康复标准化训练治疗脑卒中吞咽障碍的临床效果研究[J].内蒙古中医药,2024,43(2):115-117.
- [3]朱医明,朱莉莉,刘东升.中医康复治疗脑卒中足内翻患者的临床观察[J].内蒙古中医药,2023,42(12):81-82.
- [4]李前辉.形神并调针法联合中药汤剂对卒中后偏瘫下肢痉挛患者运动功能的影响[J].内蒙古医学杂志,2022,54(3):300-301+304.
- [5]马莉妍,黄薇薇,肖蒙.脑卒中肢体功能障碍中医治疗及康复技术研究现状[J].长春中医药大学学报,2023,39(9):1058-1062.
- [6]杜雨.中药汤剂联合中医康复治疗缺血性脑卒中患者的临床疗效观察[J].中国实用医药,2023,18(16):118-121.
- [7]刘倍利,银芳媛.脑卒中后中枢性面瘫治疗研究进展[J].中国医药指南,2023,21(20):63-67.
- [8]杨玲.针灸联合中药汤剂治疗41例脑卒中的效果[J].中国卫生标准管理,2022,13(8):136-139.
- [9]李明露,邱玲,欧阳建彬,刘华,钟思羽,翟增兰.针灸治疗脑卒中后肢体功能障碍的研究进展[J].中国疗养医学,2023,32(3):254-257.
- [10]王峰.补阳还五汤结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征疗效分析[J].大医生,2023,8(2):103-105.