

·传统医学与康复·

脑卒中中医康复单元对急性脑卒中患者生存质量的影响*

陈立典¹ 林秀瑶² 陶 静¹

摘要 目的:研究脑卒中中医康复单元病房综合治疗对脑卒中患者生存质量的影响。方法:将收治的 80 例急性卒中患者随机分为中医康复单元组与普通病房组,均采用常规药物治疗,中医康复单元组同时制定标准化、量化的操作程序,以针灸治疗为主,配合肢体功能训练、语言训练、心理康复及健康教育。普通病房患者虽然也给予康复,但不系统。治疗前后采用 WHO 生存质量测定表(WHOQOL-100)评定患者生存质量, Fugl-Meyer 运动评分量表及改良 Barthel 指数评定表评定患者运动功能和日常生活活动能力。结果:治疗后 WHOQOL-100 总分、Fugl-Meyer 总分、改良 Barthel 指数得分中医康复单元组均明显高于对照组,差异有非常显著性($P<0.01$)。结论:采用中医康复单元病房综合治疗脑卒中能明显改善患者的运动功能及日常生活活动能力,提高生存质量。

关键词 卒中单元病房;中医康复;综合治疗;脑卒中;生存质量

中图分类号:R493,R743 **文献标识码**:B **文章编号**:1001-1242(2007)-11-1026-03

卒中单元是目前公认治疗脑卒中最有效的方法之一,中医的特色是将整体观念和辨证论治结合起来,建立有中医特色的卒中单元模式,将有可能提高脑卒中患者的存活率和生存质量。本文旨在探讨脑卒中中医康复单元病房综合治疗对脑卒中患者生存质量的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象及分组

福建省第二人民医院康复医学科和厦门市中医院神经科病房 2005 年 1 月—2006 年 10 月收治的 80 例符合纳入标准的患者。将入选患者随机分为中医康复单元组与普通病房组,每组各 40 例。治疗组男 30 例,女 10 例;年龄 44—70 岁,平均 56.33 岁;脑出血 14 例,脑梗死 26 例。对照组男 29 例,女 11 例;年龄 42—69 岁,平均 55.36 岁;脑出血 13 例,脑梗死 27 例。两组资料经统计学分析有可比性($P>0.05$)。

1.2 纳入标准

①均符合全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准^[1],并经头颅 CT 或 MRI 证实为首次脑梗死或脑出血;②病程在 2 周以内;③年龄 75 岁以下者;④病情稳定,意识清醒者;⑤自愿参加本课题研究。

1.3 排除标准

①短暂性脑缺血发作;②有认知障碍,不能配合检查和治疗者;③年龄 75 岁以上者;④急性期重度昏迷、严重脑疝或并发心肌梗死或合并严重肝肾功能障碍、重症感染、严重的糖尿病等患者;⑤排除临床资料不全者。

1.4 方法

2 组均接受常规药物治疗。中医康复单元组采用制定标准化、量化的操作程序,以针灸治疗为主,并配合功能训练、语言训练、心理康复及健康教育。同时中医康复单元组采用多学科协作小组治疗。小组至少每周举行 1 次会议,讨论患者病情,评估疗效,制定进一步的治疗计划与目标。患者出院时共同拟定出院指导,以便患者出院后在家自我训练,以及为患者转院到社区医疗中心做积极准备。普通病房按照传统神经内科治疗方法进行治疗:即普通病房治疗既无标准的治疗规范又无多专业小组协作。普通病房患者虽然也给予康复,但不

是常规的。对针灸及功能训练的介入时间、介入顺序、介入方式也不做统一规定。

1.4.1 康复护理:早期护理采取床上良肢体位,每 2h 翻身 1 次,并避免在患侧输液。由音乐治疗师和护理人员对患者进行心理治疗和疏导,同时对家属及患者进行健康教育,让家属积极参与,并指导患者积极配合。

1.4.2 康复治疗:所有患者上午先进行针刺治疗,结束后 30min 内进行偏瘫侧肢体功能训练和日常生活活动能力的训练,持续 60min。每天治疗 1 次,每周 6 天。

①针刺治疗方法:软瘫期体针取健侧上肢鱼际、合谷、外关、手三里、肩髃,患侧鱼际穴;健侧取下肢阴陵泉、足三里、悬钟穴,患侧太冲穴。痉挛期取患侧上肢肩髃、手三里、外关、合谷穴;患侧下肢阴陵泉、三阴交穴。进针得气后均用捻转和提插法,直至出现较强的针感,留针 30min,每 10min 刺激 1 次。头针取百会、对侧顶颞前斜线,针后以 200 转/min 的速度持续捻转 1min。头针留针至功能训练结束。痉挛明显者另在患侧曲泽穴针刺放血,每次 3—5 滴,每周 3 次。相对恢复期取患侧阳明经,平补平泻法,留针 30min。头针取四神聪透百会,针后以 200r/min 的速度持续捻转 1min。对于有失语症或肩痛的患者再分别对症施予针刺治疗。②并发症的预防和康复治疗:失语症或肩痛的患者均予下午进行言语训练和相对应的肩带运动疗法等肢体康复功能训练。

1.5 评定指标

治疗前及治疗 1 个月后采用 WHO 生存质量测定表(WHOQOL-100)评定患者生存质量,并采用改良的 Fugl-Meyer 上下肢体综合功能评分表(FMA)评定运动功能,改良的 Barthel 指数(MBI)评定表评定日常生活活动能力。

1.6 统计学分析

数据以均数±标准差表示,同组内治疗前后比较采用配对 t 检验。组间比较采用成组设计的 t 检验。计数资料采用 χ^2

* 基金项目:国家中医药管理局资助项目(04-05LP28)

1 福建中医学院附属第二人民医院,福建福州,350003

2 福建中医学院针灸推拿系

作者简介:陈立典,男,教授,主任医师

收稿日期:2007-03-27

检验或秩和检验,采用 Pearson 相关分析其内在规律。

2 结果

2.1 两组疗效比较

经过持续 1 个月治疗后,两组 WHOQOL-100、FMA 及 MBI 评分与治疗前比较均有明显提高,差异有非常显著性($P < 0.01$),两组间比较,中医康复单元组明显高于对照组,差异有

显著性意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组治疗前后 WHOQOL-100、FMA 及 MBI 评分的相关性分析

从表 2 可见,患者的生存质量、运动功能、日常生活活动能力三者之间呈高度的正相关。

表 1 两组治疗前后 WHOQOL-100、FMA、MBI 评分比较

($\bar{x} \pm s$)

项 目	中医康复单元组			普通病房组		
	治疗前	治疗后	t 值	治疗前	治疗后	t 值
WHOQOL-100(分)	61.93±5.14 ^①	75.50±5.72 ^{②④}	-11.391	63.07±8.93	67.21±8.72 ^③	-4.143
FMA(分)	24.79±14.77 ^①	46.29±18.76 ^{②④}	-12.848	24.21±11.67	33.64±11.19 ^②	-9.112
MBI(分)	28.35±7.67 ^①	45.07±12.85 ^{②④}	-10.304	27.21±8.58	34.86±8.98 ^②	-8.218

①与普通病房组治疗前比较 $P > 0.05$; ②与同组治疗前比较 $P < 0.01$; ③ $P < 0.01$; ④与普通病房组治疗后比较 $P < 0.01$

表 2 WHOQOL-100、FMA、MBI 间的相关系数 (r)

	WHOQOL-100	FMA	MBI
WHOQOL-100	/	0.766 ^①	0.602 ^①
FMA	0.766 ^①	/	0.828 ^②

① $P < 0.01$; ② $P < 0.05$

3 讨论

脑卒中为临床常见病和多发病,其发病率、死亡率、致残率及住院费用均位于我国各种疾病的前列。国际上卒中治疗经历了从卒中监护病房、卒中康复病房到卒中单元的治疗模式的演变^[2]。通过循证医学评价发现,在目前缺血性脑血管疾病治疗中,最为有效的方法是卒中单元,其次是溶栓、抗血小板和抗凝。卒中单元的发展为脑卒中的治疗带来了新的生机。与普通病房相比,卒中单元具有下列特点^[3]: ①多学科协作;②早期的康复治疗及功能评估;③对家属及患者的教育和家属的积极参与;④系统规范的卒中病房管理和治疗。联合卒中单元模式是目前被大多数地区、国家所采用的形式,有较肯定的疗效^[4]。1997 年 Stroke Unit Trialists' Collaboration 对 19 个随机对照研究 3246 例患者进行分析,发现使用卒中单元能有效降低病死率,提高脑卒中患者 5 年甚至 10 年的生存率,提高存活患者的生存质量,明显减少住院时间和医疗费用,奠定了卒中单元在临床实践的地位^[5]。中医康复方法不仅具有良好的医疗基础,而且费用低廉,易为患者的家庭所承受。因此,重视和推广中医康复方法,并与现代康复技术相结合,建立脑卒中综合康复单元,可能是适合我国国情的管理和治疗卒中的临床医疗模式,国内的部分医学工作者对此也做了一些思考和尝试^[6]。但是综观文献,目前脑卒中的综合康复治疗有一定的随意性和盲目性,缺乏标准化、量化的操作程序。本研究通过建立以针灸治疗为主,配合功能训练的脑卒中中医康复单元,采用多学科协作小组治疗,同时制定标准化、量化的操作程序,形成规范化的治疗模式。结果显示中医康复单元组患者的运动功能、日常生活活动能力、生存质量较治疗前及对照组均有明显的提高。

国内外大量的研究表明^[7-9],脑卒中患者身体功能的突然丧失,缺少一个逐渐适应的过程,并因脑部受损的部位、范围、程度不同及个体性格的差异可产生较重的心理、情感障碍,极易导致脑卒中后抑郁症,其生存质量的各个方面均比正常人显著降低。偏瘫是卒中患者发病后最常见的功能障

碍,患者还会出现感觉功能障碍,吞咽、言语、视力、认知、记忆、定向、精神、心理和社会关系等方面的功能障碍亦是较为常见的卒中后遗症,另外在患者康复治疗过程中还会出现各种并发症,这些都严重影响患者的生存质量^[9]。一些报道也表明功能障碍、ADL 依赖程度同生存质量有强烈的相关性^[10]。卒中患者躯体功能的受损程度越大,Barthel 指数越低,其生存质量就越低。本研究结果也证明了这一点,从表 2 可以看出,患者的生存质量、运动功能、日常生活活动能力三者之间呈高度的正相关。早期康复治疗可能加速患者脑侧支循环的建立,促进病灶周围组织或健侧脑细胞的重组或代偿,极大地发挥了脑的“可塑性”^[11],有效地提高患者的功能,而功能的改善又可增强患者战胜疾病的信心,使患者的生存质量相应的得到提高^[12]。

随着现代医学的发展,医学模式逐渐由单纯的生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变,人们对健康的理解不再单纯是消除身体的疾病状态,而是同时要求提高生存质量,使心理状态、社会功能等方面保持完好^[13]。患者生存质量的优劣则是其生理、心理、独立性、社会关系、环境和精神/宗教/个人信仰等诸多方面的综合体现^[9,14]。减少患者功能障碍,提高其生存质量,使之回归家庭,乃至重返社会是康复工作早期就应关注的问题,也顺应了当代康复医学以功能为导向的研究方向^[15]。中医康复单元治疗对于脑卒中患者生存质量的改善具有非常重要的意义。在今后的研究中,应在循证医学的指导下建立中医卒中康复单元,对针灸、推拿、康复训练的介入时间、介入方式、介入次序,以及治疗时间的长短制定具体的标准化、量化的规定,进一步观察针灸与其他疗法联用的效应及其作用机制。

参考文献

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 12(6): 379.
- [2] Gubiz G, Sandercock P. Acute ischemic stroke [J]. Br Med J, 2000, 20: 692—696.
- [3] 倪朝民. 脑卒中康复与脑功能重组 [J]. 中国康复理论与实践, 2002, 8(9): 553.
- [4] 马锐华, 王拥军. 卒中单元的研究进展 [J]. 中华内科杂志, 2002, 41(11): 779.
- [5] Jorgensen HS, Kammersgaard LP, Nhdayama, et al. Treatment and rehabilitation on a stroke unit improve 5-year survival: A

- community-based study[J].Stroke,1999,30(5):930.
- [6] 黄燕.关于发展中医特色的卒中单元的思考[J].广州中医药大学学报,2002,19(3):243—244.
- [7] 姚菊峰.脑卒中患者生活满意度及其影响因素调查分析[J].中华护理杂志,2000,35(11):684—684.
- [8] Javier CA,Jose AE,JoseE LG,et al. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke [J].Stroke(S0039-2499),2000,31:2995—3000.
- [9] Samsa GP,Matchar DB.How strong is the relationship between functional status and quality of life among persons with stroke [J]? J Rehabil ResDev,2004,41:279—282.
- [10] Dorman P,Waddell F,Slattery J.Is the Euroqol a valid measure of health-related quality of life after stroke? [J].Stroke,1997,28(10):1876.
- [11] Vestling M,Ramel E,Iwarsson S.Quality of life after stroke: well-being,life satisfaction,and subjective aspects of work[J].Scand J Occup Ther,2005,12:89—95.
- [12] Hochstenbach J, Prigatano G, Mulder T. Patients and relatives reports of disturbances 9 months after stroke:subjective changes in physical functioning,cognition,emotion,and behavior[J].Arch Phys Med Rehabil,2005,86:1587—1593.
- [13] Samson RH.Hypertension and the vascular patient [J]. Vasc Endovascular Surg,2004,38(2):103—119.
- [14] McKevitt C,Redfern J,La-Placa V,et al.Defining and using quality of life:a survey of health care professionals [J].Clin Rehabil,2003,17:865—870.
- [15] Teasdale TW, Engberg AW. Psychosocial consequences of stroke:a long-term population-based follow-up [J].Brain Inj, 2005,19:1049—1058.

·传统医学与康复·

温肾补阳法治疗原发性骨质疏松症的临床研究

刘红健¹ 邓伟¹ 吴国珍¹ 黄惠珍²

摘要 **目的:**观察温肾补阳法治疗原发性骨质疏松症的临床疗效。**方法:**将58例原发性骨质疏松症的患者随机分为治疗组和对照组,每组29例,治疗组以常规治疗加上温肾补阳的中药治疗,对照组则给予常规治疗(钙尔奇,每日1次,每次1粒),两组疗程均为3个月。对比两组治疗前后临床疗效,止痛效果,骨密度(BMD)及生化指标血钙素(BGP)、尿吡啶酚(PYD)的变化。**结果:**治疗组临床疗效、止痛效果明显优于对照组($P<0.05$),生化指标血钙素(BGP)及骨密度测定两组治疗后均有明显提高,但治疗组的BGP及BMD的提高程度优于对照组($P<0.05$),而PYD两组治疗后均较治疗前降低,治疗组的改变优于对照组($P<0.05$)。**结论:**温肾补阳法对原发性骨质疏松症具有良好的止痛效果,能提高临床疗效。

关键词 骨质疏松症;温肾补阳;骨密度

中图分类号: R681,R28 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2007)-11-1028-02

原发性骨质疏松症(osteoporosis primary, OP)是以骨量减少,骨组织显微结构退化为特征,从而导致骨的脆性增加及骨折危险性增加的一种全身性骨病^[1]。它是一种生理性退行性病变,且发病率逐年增高。自2005年8月—2006年8月,我们利用中医的优势,结合西医的治疗对原发性骨质疏松症58例进行治疗并比较,效果满意。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共纳入符合下列诊断标准的骨质疏松症患者58例,随机分成治疗组和对照组,每组29例。治疗组年龄为50—72岁,平均 62.4 ± 12.6 岁;病程2—7年,平均 4.2 ± 2.2 年。对照组年龄53—71岁,平均 63.2 ± 10.8 岁;病程2—8年,平均 4.8 ± 2.5 年,两组在年龄和病程上差异无显著性,具有可比性($P<0.05$)。排除继发性骨质疏松症。

1.2 诊断标准

参照1997年中华人民共和国卫生部制定发布《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定:①腰脊疼痛明显,逐渐加重。②脊椎常有后凸畸形。③X线表现骨质普遍稀疏,以脊椎、骨盆、

股骨上端明显。单能骨密度检查低于健康年龄成人,峰值骨量2个标准差以上。

1.3 治疗方法

治疗组常规疗法,给予钙尔奇(惠氏制药有限公司生产的,批号0510091,规格:0.6g)每天1粒口服,另服中药:仙灵脾20g,鹿角胶10g,杜仲15g,菟丝子15g,续断10g,北芪15g,白术10g,龟板10g,牡蛎30g,当归10g,五味子9g,全蝎6g,每日1剂,复渣,水煎服。对照组则按常规疗法,钙尔奇,每天1粒口服,疗程均为3个月。

1.4 疗效观察

1.4.1 骨密度检测:治疗前后采用双能力线吸收仪扫描同侧跟骨的骨密度。

1.4.2 疼痛评分:采用患者自评的方法,疼痛程度记为0—9分,0为无疼痛,9为严重疼痛,难以忍受,疼痛缓解评分标

1 中山大学附属第一医院中医科,510080

2 广东省卫生防疫站

作者简介:刘红健,女,讲师

收稿日期:2007-01-30