



补阳还五汤配合康复理疗治疗脑梗死后遗症的临床效果观察

张维君 (汨罗市第二人民医院 湖南汨罗 414413)

摘要: **目的** 研究补阳还五汤配合康复理疗治疗脑梗死后遗症的临床效果。**方法** 本次研究选取的研究对象为2015年1月7日~2017年1月8日期间在我院进行治疗的脑梗死后遗症患者,将96例患者计算机随机分为2组,48例/组。将实施单纯康复理疗的患者纳入对照组,将采用补阳还五汤和康复理疗的患者设为观察组。将两组脑梗死后遗症患者的FMA评分、Barthel评分、临床效果进行比对。**结果** 观察组脑梗死后遗症患者的FMA评分、Barthel评分、临床总有效率(93.75%)均高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 在脑梗死后遗症患者接受康复理疗的同时配合补阳还五汤进行治疗取得的效果显著。

关键词: 脑梗死后遗症 补阳还五汤 康复理疗

中图分类号: R743.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)03-215-02

经过治疗后存活的脑梗死患者多数伴有运动功能障碍、语言障碍等后遗症,不仅具有较高的发病率和复发率,死亡率也较高。择取我院收治的脑梗死后遗症(Cerebral infarction sequelae)患者96例开展本次研究,旨在分析脑梗死后遗症采用补阳还五汤和康复理疗治疗的效果,正文详细内容如下:

1 资料和方法

1.1 资料

将我院收治的脑梗死后遗症患者96例(收治时间:2015年1月7日~2017年1月8日)计算机随机分为观察组和对照组,一组患者48例。96例患者均经影像学检查被明确诊断为脑梗死后遗症,且均属于气虚血瘀证。将存在严重感染、认知功能障碍和精神障碍的患者排除。观察组——男、女性患者的比例分别为25例、23例;年龄范围:下限值为48岁,上限值为79岁,年龄平均值(57.96 ± 6.74)岁。对照组——男、女性患者的比例分别为27例、21例;年龄范围:下限值为49岁,上限值为81岁,年龄平均值(57.92 ± 6.80)岁。两组脑梗死后遗症患者各项资料进行比较差距不大($P > 0.05$),由于其对比性不强,则2组可以实施对比研究。

1.2 方法

1.2.1 单纯康复理疗——对照组方法:协助本组患者定期(每隔2h)变换体位。合理正确地摆放良肢位,防止出现异常情况。指导患者按照主动运动——辅助主动运动——主动运动的规律进行肢体运动。指导训练患侧上肢,训练时间超过6h/d,并对健侧上肢限制使用2-3周。鼓励患者多进行上肢、手功能训练以及步行、上下楼梯等训练。

1.2.2 联合治疗——观察组方法:在上述康复理疗的基础上对本组患者采用补阳还五汤进行治疗,方中包含炙甘草6g,红花、赤芍、川芎、胆南星、当归和桃仁各10g,地龙12g,桂枝、怀牛膝各15g,熟地黄20g,黄芪100g。随症加减治疗:加用石菖蒲和远志各9g治疗伴有语言障碍的患者;加用陈皮和半夏各12g治疗伴有肢体麻木的患者;急用天麻、白术各10g和半夏12g、泽泻20g治疗伴有头晕目眩的患者;加用桑枝9g治疗伴有上肢偏瘫的患者;加用菟丝子、杜仲、旱莲草各15g和枸杞30g治疗肝肾不足、下肢无力的患者。水煎取汁300mL,一剂分两次在早餐和晚餐后温服。针灸治疗方法:主穴为患侧手足阳明经,包括足三里、外关、曲池和阳陵泉等穴位,配穴为八风、八邪、风府、照海等穴。针对存在失语情况的患者,增加通里和廉泉两穴针刺。采用直刺法,得气后留针时间为半个小时,行针间隔为15分钟,一天一次,针刺五次后间隔1天再进行治疗。

1.3 观察指标及判定标准

(1)观察治疗两个月后两组脑梗死后遗症患者的肢体功能和日常生活自理能力,分别使用Fugl-Meyer运动功能评分(FMA)、Barthel指数进行评估,总分均为100分,前者分值越高表明肢体功能越好,后者分值越高表明日常生活自理能力更好。(2)根据功能缺损情况和病残程度判断两组脑梗死后遗症患者的临床治疗效果^[1],a(基本痊愈):功能缺损评分减分率为91%及以上,病残程度0级;

b(显著进步):功能缺损评分减分率在46%-90%之间,病残程度为1-3级;c(进步):功能缺损评分减分率在18%-45%之间,病残程度无改变;d(无变化):功能缺损评分减分率或增加率超过18%,病残程度无变化,计算前三项标准概率之和,作为临床总有效率。

1.4 统计学处理

将计数资料——临床总有效率和计量资料——FMA评分、Barthel指数录入到SPSS20.0软件进行数据处理,分别用%表示(卡方检验)、均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示(t检验)。当2组脑梗死后遗症患者的各指标数据有差别时,用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

观察组脑梗死后遗症患者的FMA评分和Barthel指数均较对照组更高,统计学具有意义。见表1所示:

表1:对比两组脑梗死后遗症患者的FMA评分和Barthel指数

组别	FMA评分(分)	Barthel指数(分)
观察组(n=48)	87.55±3.76	90.55±4.07
对照组(n=48)	75.92±2.84	77.83±4.34

注:与对照组相比较($P < 0.05$)。

由表2数据所示,观察组脑梗死后遗症患者的临床总有效率(93.75%)比对照组高出%,数据对比差异明显($P < 0.05$)。

表2:两组脑梗死后遗症患者的临床效果对照[n(%)]

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	总有效率
观察组	48	10	23	12	3	93.75
对照组	48	5	17	15	11	77.08

注:与对照组相比较($P < 0.05$)。

3 讨论

脑梗死在老年群体中的发病率相当高^[2],会严重危及人类健康和生命安全。脑梗死后遗症指的是脑梗死发病后一年仍存在的半身不遂、肢体麻木、语言障碍、口眼歪斜等症状^[3]。尽早对脑梗死后遗症患者实施积极的治疗和干预能促进其肢体功能的改善^[4],从而提升生活质量。

康复理疗能够防止脑梗死后遗症患者出现功能退化的情况,能充分发挥健侧潜能,改善患者功能的独立性^[5],且临床认为配合使用中药,可使患者的康复效果增强。文中所使用的补阳还五汤具有活血化瘀、通络补血、滋阴补气、补血祛瘀等功效,诸药配伍有利于血液循环^[6]。另外补阳还五汤还有利于体液免疫和细胞免疫,增加细胞生理代谢和促进肌细胞增殖,有助于生成肝细胞和重塑脑组织。康复理疗联合补阳还五汤能够有效恢复脑梗死后遗症患者的神经元,保护脑缺血损伤和脑组织,促进患者神经元内在生长状态的改善^[7],使患者的肢体功能逐渐恢复,有利于脑梗死后遗症患者日常生活自理能力恢复正常。本文研究数据显示,观察组脑梗死后遗症患者的FMA评分(87.55±3.76分)、Barthel评分(90.55±4.07分)、临床总有效率(93.75%)与对照组相比更具优势($P < 0.05$)。

(下转第216页)



· 中西医结合 ·

推拿疗法治疗中风后遗症 48 例临床观察

梁来德 (岑溪市中医医院 广西岑溪 543200)

摘要: **目的** 观察穴位推拿疗法治疗中风后遗症的临床疗效。**方法** 对 48 例中风后遗症住院患者采用穴位推拿治疗, 观察神志、语言和上下肢关节活动改善程度。**结果** 穴位推拿疗法治疗中风后遗症总显效率达 91.66%。**结论** 穴位推拿疗法对中风后遗症功能的改善有非常显著的作用。

关键词: 中风后遗症 穴位推拿

中图分类号: R244.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 03-216-01

中风(脑梗塞)是以突然昏仆、半身不遂、口眼歪斜、语言不利、或失语、偏身麻木, 甚则不省人事为主症的一种疾病, 其致残率高, 为临床常见病。多发生于中老年人, 青年亦有发生。笔者运用穴位推拿疗法治疗 48 例患者, 取得了满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

48 例来自我院康复科住院中风偏瘫患者, 男性 30 例, 女性 18 例, 发病年龄 36-76 岁, 中风后病情稳定且留有后遗症的中风病人 48 例, 均符合《中医病症诊断与疗效标准》^[1]。临床表现主要以一侧上下肢体瘫痪无力, 口眼歪斜、语言不清为主。或有瘫痪肢体软, 知觉迟钝; 或有瘫痪肢体僵硬、姿势改变或变形, 有的则肌肉萎缩抽搐。住院时均排除脑肿瘤、脑外伤。

1.2 纳入标准

①符合中风的中医诊断标准; ②病程 3 周以上(急性期后病情稳定者); ③ 48 例均经 CT 或 MRI 检查确诊为脑梗塞。

2 治疗方法

2.1 手法治疗

选用一指禅推法、滚法、点法、拿揉法、搓法、拍打法及关节活动法为主要手法。

2.2 头颈部操作

医者以一手拇指或小指分别放于头部两侧, 其它三指放于头顶, 向下推至大椎穴两侧, 反复数遍, 轻揉风府、风池、哑门穴。轻拿玉枕、肩颈穴。最后重拿整个头皮。患者仰卧, 医者立于旁。医者用一手的拇指或多指自印堂到头维、上关、下关、颊车至地仓, 作反复推、揉、拿、搓等手法。重点推或拿印堂穴、揉头维穴、上关穴、下关穴、颊车穴, 重拿地仓穴。最后用搓法搓瘫痪部位, 以透热为度。时间 5-10min

2.3 上肢部操作

患者取坐位, 用滚法施于患侧上臂外侧、前侧及肩周围, 颈项两侧在进行手法治疗的同时配合肩、肘、腕关节诸方向被动活动, 重点在肩俞, 曲池、合谷穴上, 然后用拿法从肩部至腕部往返 3-5 遍, 最后捻揉各指间关节, 做拔伸及屈伸活动。时间约 10min。

2.4 背部及下肢的操作

让患者俯卧位, 用滚法、一指禅推法施于背部两侧, 自上而下往返 3-5 遍, 点揉肺俞、膈俞、肝俞、脾俞、肾俞、大肠俞等穴。然后用接、推、揉、擦、点法施于臀部, 向下及大腿后侧、小腿后侧用滚法治疗, 重点对环跳、委中、昆仑、承山等穴部位进行推拿按摩擦点穴, 便

局部皮肤红润潮湿即止, 达到松驰感目的。最后用搓法、拍打法施于下肢, 时间 5-10min。

每次治疗需要 60min 左右, 每 7 次为 1 个疗程, 共观察 3 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

依照《中医病症诊断与疗效标准》田中关于中风后遗症的疗效标准^[1]。治愈: 症状及体征消失, 基本能独立生活。好转: 症状及体征好转, 能扶拐杖行动, 或基本生活能自理。未愈: 症状及体征无变化。

3.2 治疗结果

48 例中, 治愈 9 例, 好转 35 例, 无效 4 例, 总有效率为 91.66%。

4 讨论

中医学认为中风俗称偏瘫, 又称偏枯, 其病机为风痰, 血阻滞经络, 营卫气血运行不畅, 半身失养。西医则认为脑梗塞是由于脑动脉粥样硬化、血管内膜损伤使脑动脉管腔狭窄, 进而因多种因素使局部血栓形成, 使动脉狭窄加重或完全闭塞, 导致脑组织缺血、缺氧、坏死, 引起神经功能障碍的一种脑血管病^[2]。对头部按摩可以改善血液循环和脑神经的功能重建, 促进侧支循环的建立, 又促进脑神经功能恢复。推拿患肢, 可以使局部肌肉处于活动和紧张状态, 加强局部血液循环; 结合肢体的被动活动, 可以改善肺活量及全身血液循环, 对促进瘫痪功能、防止肌肉萎缩很有帮助。滚法有舒筋活血的作用; 拍打法有兴奋神经、振奋阳气、宣通营卫的作用; 一指禅推法可通经脉、行气血; 拿捏法可祛风、泻热化痰。现代医学表明, 通过手法进行早期推拿, 可引发中枢神经环路的联系, 促使患肢出现运动或肌肉收缩。早期推拿能利用残余的相对肌力较强的肌肉随意收缩兴奋所有的运动神经细胞, 使中枢神经与周围神经经常保持正常的兴奋和抑制活动过程, 可以避免瘫痪肢体无活动和不重视被动活动, 以致形成关节挛缩而造成废用性退变^[3]。

总之, 在治疗中风后遗症上采用推拿疗法, 其目的是从中医的整体观念出发, 对人体进行全面调整, 根据不同的证候选用相应的穴位, 结合经络、脏腑表里关系, 以使气血周行全身, 故能奏效。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994, 24
- [2] 徐耀智. 针灸配合中药治疗脑梗死 82 例[J]. 中医杂志, 2011(51):104-105
- [3] 范振华. 运动疗法基础[J]. 神经病学与神经康复学杂志, 1996, (1):60.

(上接第 215 页)

总而言之, 康复理疗与补阳还五汤联合应用脑梗死后遗症患者的治疗中安全有效, 临床推广价值高。

参考文献

- [1] 毕晓君, 李媛媛. 补阳还五汤配合康复理疗治疗脑梗死后遗症的临床效果分析[J]. 中外医疗, 2014, 33(23):153-154.
- [2] 陈睿. 补阳还五汤配合康复理疗治疗脑梗死后遗症 45 例[J]. 河南中医, 2013, 33(12):2154-2155.
- [3] 倪珏民. 补阳还五汤治疗老年脑梗死后遗症临床观察[J]. 中

国乡村医药, 2014, 21(6):58-59.

[4] 项蓉. 用补阳还五汤联合康复理疗治疗脑梗死后遗症的效果观察[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(13):185-185.

[5] 罗晓燕. 补阳还五汤配合针灸治疗脑梗死后遗症 58 例临床观察[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(2):164-165.

[6] 常丽萍. 补阳还五汤加减治疗脑梗死后遗症 100 例[J]. 中国民间疗法, 2014, 22(10):49-50.

[7] 甘丽. 补阳还五汤辅助治疗脑梗死后遗症的临床疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(23):150-150.