

# 扶正固元方对缺血性中风恢复期患者 NIHSS 评分、Barthel 指数、MRS 及神经功能的影响

柏建中

**【摘要】 目的** 探讨扶正固元方对缺血性中风恢复期患者 NIHSS 评分、Barthel(简称 BI)指数、MRS 及神经功能的影响。**方法** 选择本院 2013 年 4 月~2015 年 2 月收治的 90 例缺血性中风恢复期患者为研究对象,以随机数字表法分为对照组 30 例、康复组 30 例、康复联合扶正组 30 例,对照组继续神经内科营养神经治疗,康复组实施康复治疗,康复联合扶正组接受康复治疗+扶正固元方治疗,对三组患者治疗后 NIHSS 评分、Barthel 指数、MRS 及神经功能等变化进行观察。**结果** 对照组神经功能修复有效率为 56.67%、康复组为 80.00%、康复联合扶正组为 96.67%,康复联合扶正组明显高于其他两组,康复组高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗前 NIHSS 评分、BI 指数及 MRS 评分三组无明显差异,治疗 4 周、3 个月后均出现变化,康复联合扶正组 NIHSS 评分、MRS 评分明显低于康复组、对照组,BI 指数较对照组及康复组高,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 缺血性中风恢复期患者在康复治疗基础上扶正固元方治疗可促进神经功能恢复,提高患者生存能力,改善生活质量,值得推广应用。

**【关键词】** 扶正固元方; 缺血性中风; 恢复期; 神经功能

**【中图分类号】** R242 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.11.028

脑血管疾病是高发于中老年人群的疾病,其具有较高的致死率及致残率,大多预后较差。缺血性中风为常见脑血管疾病类型,占有中风的 75% 左右,可对神经功能造成严重损害,给患者及其家庭均带来沉重负担<sup>[1]</sup>。以往针对缺血性中风主要采取超早期溶栓治疗,但是因中风病机特点致使脑微环境失调,单一靶点治疗难以取得良好的治疗效果。中

风恢复期给予康复治疗虽然有利于各项技能恢复,但是单一使用康复治疗恢复较慢,难以短期内取得满意疗效。中医具有多靶点治疗的特点,但是因对缺血性中风治疗无客观证据,致使临床应用受限。本研究对缺血性中风恢复期患者使用扶正固元方治疗,并对治疗后效果进行分析,为临床用药提供参考,报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

选择本院 2013 年 4 月~2015 年 2 月收治的 90 例缺血

作者单位: 224005 江苏省盐城市第三人民医院康复科

作者简介: 柏建中(1971-),本科,副主任医师。研究方向: 康复医学。E-mail:yygyaf@163.com

性中风恢复期患者为研究对象,以随机数字表法分为对照组 30 例、康复组 30 例、康复联合扶正组 30 例;对照组:男性 18 例,女性 12 例,年龄 46~77 岁,平均年龄(69.5±5.8)岁;康复组:男性 17 例,女性 13 例,年龄 48~79 岁,平均年龄(70.2±6.2)岁;康复联合扶正组:男性 19 例,女性 11 例,年龄 61~75 岁,平均年龄(69.5±6.6)岁。三组患者病程及年龄、性别等资料情况无明显差异( $P>0.05$ ),存在可比性。

### 1.2 入选标准

参照西医诊断标准《各类脑血管病诊断要点》<sup>[2]</sup>、中医诊断标准《中医病辩证诊断标准》<sup>[3]</sup>制定纳入和排除标准。

纳入标准:年龄 46~80 岁;首次发病后 72 小时~4 周;符合缺血性中风恢复期诊断标准。排除标准:合并其他严重头部疾病者;肝、心、肾等重要脏器功能不全者;进展型脑梗死患者;残疾人士;与本研究不配合者。

### 1.3 治疗方法

所有患者均进行血糖控制、降血压、抗血小板聚集、调脂等基础治疗;对照组在此基础上继续采用接受神经内科营养神经治疗,根据患者营养状况进行持续滴注鼻饲饮食,肠内营养以所需量 1/4 进行,每天以 1/4 递增,不足部分以肠外营养补充。

康复组:接受康复治疗,组建康复治疗小组,结合 Rood、Brunnstrom 与 Bobath 法等方案对肢体进行康复治疗。方法:(1)维持肌肉长度,防止出现挛缩,训练患者控制自身伸向物体的能力,诱发肌肉活动;(2)诱发手操作的肌肉活动,并借助器械开展训练;(3)进行上下台阶与步态训练,锻炼患者平衡能力;(4)进行穿衣、梳头、独立大小便、进餐等日常生活能力的训练;(5)进行床上四肢关节的被动与主动训练;(6)开展床上体位转换。由专业医师指导并帮助患者完成训练,每天 2 次,每次 30~45 分钟。

康复联合扶正组:在康复组治疗基础上加扶正固元方治疗,组方:生地黄 15 g、川芎 10 g、川牛膝 10 g、黄芪 10 g、甘草 6 g;肢体麻木者加赤芍 15 g、红花 10 g;腰膝酸软者加杜仲 15 g、伸筋草 10 g;以上药物统一由中药房代煎,每天早晚两次服用,有吞咽障碍患者采用鼻饲给药,4 周为一个疗程。

### 1.4 观察指标

根据神经功能缺损积分判断治疗后神经功能变化,痊愈:治疗后神经功能缺损积分减少 90% 以上;进步:治疗后

神经功能缺损积分减少 20% 以上;无变化:神经功能缺损积分减少未达 20%;恶化:治疗后神经功能缺损积分增加。有效率=(痊愈+进步)/本组全部患者人数×100%。

分别在治疗前、治疗 4 周后、治疗后 3 个月采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)、日常生活能力量表(Barthel, BI)、Rankin 修订量表(MRS)等观察患者恢复情况,以 NIHSS 评分判断身体水平、结构及功能,共 11 项检测内容,分数越高,表示身体障碍越严重;BI 指数判断个体水平及活动能力,总分为 100 分,分数越高表示独立性越好;MRS 评分判断社会参与能力,最高分 5 分,0 分无症状,5 分表示严重残疾<sup>[4]</sup>。

### 1.5 统计学处理

实验数据采用 SPSS 19.0 软件处理,计量资料(BI 指数、NIHSS 评分与 MRS 评分)均采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,方差齐的均数比较采用独立样本  $t$  检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验; $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 三组患者治疗后神经功能变化比较

与对照组相比,康复组及康复联合扶正组的有效率均升高,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。

### 2.2 三组患者治疗后 NIHSS 评分、BI 指数及 MRS 评分变化比较

康复组治疗 4 周后、3 个月后的 MRS 评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),康复联合扶正组的 NIHSS 评分、BI 指数,均优于对照组与康复组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

## 3 讨论

经现代医学研究显示<sup>[5]</sup>,缺血性中风主要由血管内膜损伤、动脉粥样硬化等因素导致局部血小板聚集、血液凝固、纤维蛋白聚集,阻塞血管管腔,最终引发供血区缺血。缺血性中风恢复期是决定患者预后的关键时期,西医治疗主要以抗血小板聚集为主,预防再次中风,控制并发症发生。有学者研究发现<sup>[6]</sup>,康复治疗结合中医疗法可起到相互促进之效,能加速各功能恢复,提高患者生存质量,也有利于预后。

表 1 三组患者治疗后神经功能变化比较(%)

组别	例数	痊愈	进步	无变化	恶化	有效率(%)
对照组	30	12(40.00)	5(16.67)	9(30.00)	4(13.33)	56.67
康复组	30	18(60.00)	6(20.00)	4(13.33)	2(6.67)	80.00 <sup>a</sup>
康复联合扶正组	30	25(83.33)	4(13.33)	1(3.33)	0	96.67 <sup>a</sup>

注:与对照组对比,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

表 2 三组患者治疗后 NIHSS 评分、BI 指数及 MRS 评分变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	NIHSS	MRS	BI
对照组	30			
治疗前		9.21±2.05	2.97±0.75	55.15±12.36
治疗 4 周后		8.32±1.89	2.74±0.58	68.19±13.08
治疗 3 个月后		6.12±1.25	2.41±0.32	72.31±14.05
康复组	30			
治疗前		9.08±2.01	2.98±0.78	55.63±12.41
治疗 4 周后		7.82±1.36	2.01±0.41 <sup>a</sup>	70.16±14.16
治疗 3 个月后		6.02±1.02	1.86±0.21 <sup>a</sup>	75.11±16.14
康复联合扶正组	30			
治疗前		9.05±2.09	2.92±0.77	55.43±12.08
治疗 4 周后		4.01±1.03 <sup>ab</sup>	1.55±0.26 <sup>ab</sup>	85.12±14.36 <sup>ab</sup>
治疗 3 个月后		3.02±0.45 <sup>ab</sup>	1.02±0.05 <sup>ab</sup>	90.05±18.21 <sup>ab</sup>

注：与对照组对比，<sup>a</sup> $P<0.05$ ；与康复组对比，<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

康复治疗通过重复外周刺激,可有效诱发机体运动应答;重复康复训练可产生节奏的躯体感觉与皮肤感觉,感觉运动皮层长时程电位,从而形成运动再学习。中风患者的所有功能恢复均建立于脑高度可塑性基础上,通过不断训练、学习可使脑可塑性不断强化<sup>[7]</sup>。因此,通过康复治疗建立脑高度可塑性,加速脑侧支循环形成,在此基础上加用扶正固元方,两者能相互协同,弥补相互不足,从而可促进疗效。

国内有学者认为<sup>[8]</sup>,中风早期主要表现为气阴两虚,因风火痰瘀毒皆与正虚相关。火为虚火,阴虚阳亢化火;风属虚风,阴亏无法敛阳而成;痰为气虚致津液运化受阻而形成;瘀为气虚无法行血,脉络不充所致。机体处于气血两虚之态,受外邪入侵,因而气机不畅,阴阳气血不通而形成中风之证。

有学者在扶正的指导思想下创立了扶正固元方,对中风早期具有极佳疗效,并获得了临床认可<sup>[9]</sup>。扶正固元方是以正虚为基础,兼理气血,益气养阴以起到培元固本之效;全方以生地黄为君药,滋水以涵木,凉血补血,补益肾水真阴不足;黄芪为臣药,即可升阳补气、固表益卫,又可培补元气、化痰健脾,气顺则痰、瘀自消;川芎与川牛膝为佐药,川芎可祛风止痛、活血化痰;川牛膝可引血下行,滋肝补肾;甘草为本方使药,起调和诸药之效,诸药合用共奏益气扶正、养阴还元之功。

有学者研究发现<sup>[10]</sup>,生地黄配伍黄芪应用于脑血管疾病可降低患者致死率及致残率,具有显著效果。本研究结果显示,康复联合扶正组患者 NIHSS、MRS、BI 评分均明显优于对照组与康复组( $P<0.05$ ),与相关文献结果一致<sup>[11]</sup>,由此可以推断:康复治疗配合扶正固元方可有效促进患者日常生活能力、神经功能障碍改善,且患者各项功能呈持续改善状态,扶正固元方适当延长疗程可利于患者改善预后结局,降低致残率及致死率。

综合上述,扶正固元方配合康复治疗对缺血性中风恢复

期患者能取得显著疗效,为临床用药提供参考。但是本研究观察时间较短,未对远期预后结局进行观察,尚需要更深入的研究对其应用可行性做进一步探索。

## 参 考 文 献

- [1] 陆吕平,张国庆,顾伯林,等. 中西医结合治疗对缺血性脑卒中老年患者的 BARTHEL 指数评分、神经功能缺损评分及血液流变学的影响[J]. 中国老年学杂志,2014,34(1):83-85.
- [2] 肖胜,肖劲松. 赛乐特对急性缺血性脑卒中伴言语障碍患者运动功能康复的影响[J]. 疑难病杂志,2013,12(2):87-89.
- [3] 周成业,刘朋,王云凤,等. 糖代谢异常对缺血性卒中患者预后的影响研究[J]. 医学研究杂志,2013,42(1):98-100.
- [4] 贾爱明,胡文梅,张红,等. 620 例缺血性中风恢复期患者体质与证候研究[J]. 中国中医药信息杂志,2013,20(6):14-16.
- [5] 张翠娣,鲁剑萍,黄芳,等. 中医养生理论对脑卒中恢复期患者康复效果的研究[J]. 护士进修杂志,2014,29(16):1445-1446.
- [6] 牛晓亚,邹蔚萌,赵昱,等. 稀莪通栓胶囊联合阿司匹林治疗缺血性中风恢复期瘀阻络证 56 例[J]. 中医杂志,2013,54(12):1056-1057.
- [7] 秦峰,蔡辉. 针刺治疗中风病作用机制研究进展[J]. 环球中医药,2015,8(12):1536-1541.
- [8] 杨春霞. 活血解毒法对缺血性中风恢复期患者的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志,2013,8(4):378-380.
- [9] 王红,尚芊,王鑫,等. 辨证施膳对缺血性中风恢复期患者血脂水平和神经功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22(3):321-322.
- [10] 徐薇薇. 益气健脑方合穴位针刺在缺血性中风恢复期中的应用[J]. 中国中医急症,2015,24(8):1468-1470.
- [11] 刘爱华,魏江磊,李昊,等. 扶正固元法干预缺血性中风恢复期的疗效分析[J]. 老年医学与保健,2013,19(6):397-401.

(收稿日期:2016-06-02)

(本文编辑:韩虹娟)