

急性期缺血性中风血瘀证患者中医护理的应用效果观察

景 静¹ 任思萌¹ 常 鑫¹ 刘俊霞¹ 刘博文¹ 关 超¹ 苗晨灿¹ 吴燕燕¹
魏安其¹ 宋丽波² 赵 楠³ 李 静³

(1. 中国中医科学院西苑医院脑病科, 北京 100091; 2. 中国中医科学院西苑医院心血管一科, 北京 100091;
3. 中国中医科学院西苑医院护理部, 北京 100091)

【摘要】目的 探索活血化瘀中医护理方案对急性期缺血性中风血瘀证患者的应用效果。**方法** 选择 2023 年 12 月—2024 年 5 月中国中医科学院西苑医院脑病科住院的缺血性中风血瘀证患者 82 例, 采用随机信封法分为 2 组, 对照组给予常规治疗及中风急性期中医护理方案, 观察组在对照组的基础上, 根据患者不同血瘀类型给予理气活血、补气活血、祛痰活血、温阳活血中医护理方案, 干预时长为 2 周, 对比干预前后 2 组中医证候分级量化表得分、美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 得分、日常生活活动能力 (ADL) 及血瘀证得分。**结果** 干预结束, 2 组 ADL 得分 ($Z=-2.24, P=0.025$)、中医证候分级量化表得分 ($Z=3.102, P=0.036$)、NIHSS 得分 ($Z=2.27, P=0.023$)、血瘀证得分 ($Z=-3.309, P=0.036$) 比较, 差异均有统计学意义。**结论** 活血化瘀中医护理可改善缺血性中风血瘀证患者的血瘀状况、神经功能缺损、日常生活活动能力、中医治疗结局。

【关键词】 血瘀证; 缺血性中风; 中医护理; 效果

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.08.004

缺血性脑卒中是指各种因素 (动脉粥样硬化、心源性和非心源性栓子、高血压等) 所致脑部血液供应障碍, 导致脑组织缺血缺氧性坏死, 出现相应神经功能缺损^[1], 如偏瘫、神志昏蒙、言语蹇涩或不语、偏身感觉异常、口舌歪斜等症状, 极大影响患者的日常生活活动能力, 其发病率、患病率、死亡率随年龄增长而增加^[2], 急性期一般指发病后 2 周内。中医学认为, 缺血性中风以“血瘀”为主要病机, 是风、火、痰、虚等多种病理产物共同作用的结果^[3], 活血化瘀法可以促进脑梗死后血管生成, 建立侧支循环, 改善病变部位血供和脑组织的功能^[4]。陈可冀院士带领其研究团队不断丰富发展活血化瘀理论与临床, 2016 年, 冯运华老师提出活血化瘀中医护理的概念, 旨在治疗活血化瘀与血瘀证的基础上, 总结一套可应用于血瘀证的活血化瘀中医护理方案。血瘀证在临床上以气滞致瘀、气虚致瘀、痰浊致瘀、

阳虚致瘀居多^[5], 本研究针对缺血性中风血瘀证的不同分类采取理气活血、补气活血、祛痰活血、温阳活血施护方案, 取得不错的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2023 年 12 月—2024 年 5 月中国中医科学院西苑医院脑病科住院的 82 例缺血性中风血瘀证患者, 采用随机信封法分为观察组 38 例、对照组 44 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。本研究获得中国中医科学院西苑医院伦理委员会批准 (2022XLA137-3)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断: 参照《中国脑卒中防治指导规范 (2021 年版)》^[6] 急性缺血性脑卒中诊断标准:

①急性起病; ②局灶神经功能缺损 (一侧面部或

基金项目: 中国中医科学院科技创新工程项目 (CI2021A03209)

作者简介: 景静, 女, 39 岁, 硕士, 主管护师。研究方向: 脑病患者的中医护理。

通信作者: 李静, E-mail: xyylijing@sina.com

引用格式: 景静, 任思萌, 常鑫, 等. 急性期缺血性中风血瘀证患者中医护理的应用效果观察 [J]. 北京中医药, 2024, 43(8):

861-864.

表 1 干预前 2 组一般资料比较[M(IQR)]

| 组别 | 例数 | 性别 | | 年龄 (岁) | braden 评分 |
|-----|----|------|----|--------------|-------------|
| | | 男 | 女 | | |
| 观察组 | 38 | 24 | 14 | 67.50(15.25) | 22.00(3.25) |
| 对照组 | 44 | 20 | 24 | 67.00(11.75) | 21.00(4.75) |
| 统计值 | | 2.57 | | 0.330 | -1.290 |
| P 值 | | 0.11 | | 0.741 | 0.198 |

肢体无力或麻木、语言障碍等),少数为全面神经功能缺损;③影像学出现责任病灶或症状/体征持续时间>24 h;④排除非血管性病因;⑤脑 CT/MRI 排除脑出血。

1.2.2 中医诊断与辨证:参照《中医临床诊疗指南释义·脑病分册》^[7]“中风病”诊断标准:半身不遂,口舌歪斜,神志欠清或昏糊,舌强言謇或不语,遍身麻木;急性发病,大部分于静态起病,逐渐进展,或存在重复发生类似症状,机体表现为上述相关症状,结合起病形式、诱因、先兆症状、年龄即可诊断。符合《实用血瘀证学》^[8]中的血瘀证诊断标准,包括主要指标:①舌质紫暗或有瘀斑、瘀点,②面部、口唇、齿龈、眼周及指(趾)端青紫或暗黑,③不同部位静脉曲张或毛细血管异常扩张,④离经之血(出血后引起的脏器、组织、皮下或浆膜腔内瘀血、积血),⑤间歇性跛行,⑥腹部压痛抵抗感,⑦闭经或月经黯黑有块,⑧影像学显示血管闭塞或中重度狭窄($\geq 50\%$);次要指标:①固定性疼痛或刺痛、绞痛或疼痛入夜尤甚,②肢体麻木或偏瘫,③痛经,④肌肤甲错(皮肤粗糙、肥厚、鳞屑增多),⑤精神狂躁或善忘,⑥脉涩或结代或无脉,⑦脏器肿大、新生物、炎性或非炎性包块、组织增生,⑧影像学等检查显示有血管狭窄($< 50\%$),⑨血液流变性、凝血、纤溶、微循环等理化检测异常,提示血循环瘀滞,⑩近 1 个月有外伤、手术或人工流产。符合主要指标 1 条、或次要指标 2 条即可判定。

1.3 纳入标准

符合中西医诊断及辨证;年龄 35~80 岁;签署知情同意书。

1.4 排除标准

合并急性感染、重度高血压、重度心律失常、重度肝肾功能异常及重度造血系统、内分泌系统、心功能Ⅲ级、Ⅳ级等疾病;近期有活动性出血史,或伴有恶性肿瘤、血液病、胶原病等病史;近期接受过较大外科手术;严重耳鸣/脑鸣/听力障碍;

外伤所致的脑梗死患者。

1.5 剔除与脱落标准

试验过程中出现严重的合并疾病;受试者依从性差,未按医嘱进行治疗;观察期间因各种原因失访或自行退出研究。

2 护理与观察方法

2.1 护理方法

2 组干预时长均为 2 周。

2.1.1 对照组:给予常规治疗及中风急性期中医护理方案^[9]。

2.1.2 观察组:在对照组基础上给予血瘀证护理(分为理气活血、补气活血、祛痰活血、温阳活血 4 项),包括每周 1~2 次膳食指导,每晚睡前 5 min 音乐疗法干预,中医适宜技术操作,嘱患者早餐后温服中药,出院时教会患者习练八段锦(12 min/d),具体内容见表 2。

表 2 活血化痰中医护理干预

| 方法 | 干预例数 (观察/对照) | 膳食指导 | 音乐疗法 | 中医适宜技术 |
|----------|-----------------|------------|--------------|-----------------------------|
| 理气 活血 | 3/1 | 陈皮桃仁 粥 | 角音+徵音 | 刮痧:膻中、心俞穴 2次/周,出痧为上 |
| 补气 活血 | 9/4 | 大枣山药 粥 | 宫音+徵音 | 艾灸:神阙、气海穴 1次/d,10 min/次 |
| 祛痰 活血 | 25/38 | 薏苡仁桃 仁粥 | 商音+羽音 | 火罐:背俞、丰隆穴 1次/d,5~6 min/次 |
| 温阳 活血 | 1/1 | 薏白粥 | 宫音+羽 音+商音 | 艾灸:命门、关元穴 1次/d,10 min/次 |

2.2 观察指标与方法

2.2.1 血瘀状况^[8]:采用定量血瘀证诊断标准积分判定,主要指标每条计 2 分,次要指标每条计 1 分,分数越高,说明血瘀状况越重。

2.2.2 活动能力:采用日常生活活动能力量表(ADL)进行评价,包括进食、床椅转移、修饰、进出厕所、洗澡、平地行走、上下楼梯、穿衣、大便控制、小便控制 10 项,根据每项内容是否需要帮助及需要帮助的程度依次计 0~10 分,总分 0~100 分,得分越高则依赖程度越小,日常生活活动能力越强。

2.2.3 病情:采用中医证候分级量表^[10]进行评价,包括 23 个条目,分数越高说明病情越严重。

2.2.4 脑梗症状:采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)^[11]进行评价,包括 13 个条目,0~1 分表示正常或接近正常;2~4 分表示轻度神经功能障碍;5~20 分表示中度神经功能障碍;>20 分表示

重度神经功能障碍,分数越高说明脑梗症状越严重。

2.3 统计学方法

数据采取双人双录入法,并交叉核对,以保证录入数据的准确性。用SPSS27.0软件进行数据分析,计量资料若符合正态性分布用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用两样本独立 t 检验,不符合正态分布计量资料用中位数(四分位间距)[$M(IQR)$]表示,组间比较采用非参数检验(Mann-Whitney秩和检验)。计数资料采用率或构

成比表示,进行 χ^2 检验;等级资料组间比较使用非参数检验(Mann-Whitney秩和检验)。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

干预前2组各项分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,2组血瘀证积分、ADL评分、证候评分均较干预前下降($P<0.05$);2组间比较,差异亦有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3 2组干预前后分级量化表得分、NIHSS得分、ADL、血瘀证量表得分比较[M(IQR)]

| 组别 | 例数 | 时间 | 血瘀证积分 | ADL评分 | 证候评分 | NIHSS评分 |
|--------------|----|-----|------------|--------------|-------------|---------|
| 观察组 | 38 | 干预前 | 3.63±2.03 | 92.0(11.25) | 31.0(10.25) | 1(2) |
| | | 干预后 | 3.42±1.08* | 100.0(6.25)* | 24.0(3.00)* | 1(2) |
| 对照组 | 44 | 干预前 | 3.68±1.96 | 95.0(28.75) | 34.0(8.75) | 1(3) |
| | | 干预后 | 3.56±1.89* | 90.0(3.74)* | 25.5(6.25)* | 1(3) |
| 统计值(t/Z) | | | -3.309 | -2.24 | 3.102 | 2.27 |
| P 值 | | | 0.036 | 0.025 | 0.036 | 0.023 |

与干预前比较,* $P<0.05$

4 讨论

随着人口老龄化和肥胖人群的增多,中风已成为我国主要的致残和致死类疾病之一,其中缺血性脑梗死约占80%,具有极高的致残率及致死率^[12],增加了家庭的经济负担及照顾压力^[13]。

血瘀证是瘀血引起的一系列症候群的统称,是中医的常见证型^[14]。瘀血既是人体的病理产物,又是致病因素^[15],就临床而言血瘀是对血行不畅而在经脉内外停滞淤积导致疼痛、肿块、出血、皮肤及舌质青紫或瘀斑、痛有定处等一系列病理改变的概括,是痹证、中风等多种疾病的病机基础^[16]。血瘀证的病因包括:①气滞致瘀:血液在血脉中循环流动主要依靠气的推动,气行则血行,气滞则血瘀^[17];②气虚致瘀:久病、过思、过劳等导致气虚,气虚则运血无力,致血流缓慢,涩滞沉积发为血瘀^[18];③痰浊致瘀:平素饮食不节,恣食肥甘厚腻,脾失健运,水湿内停,久而成痰,痰阻血络,发为血瘀^[19];④阳虚致瘀:久病不愈、劳房过度等,致阳气内虚,不能制约阴气,阴寒内盛,寒凝则血滞,滞久则成血瘀^[20]。辨证施护是以中医辨证论治为基础,根据患者不同证候,以经络学说为核心,在脏腑理论的基础上,选择应用适宜的中医护理方法,通过刺激特定部位,以疏通经脉、调和气血、调整阴阳而达到防病治

病的目的^[21],包括辨证施膳、辨证施药、辨证施情、辨证施养、辨证施术等方面^[22]。本研究基于以上病机,制定理气活血、补气活血、祛痰活血、温阳补血中医护理措施。

本研究中辨证施护包括膳食指导、音乐疗法、中医适宜技术、服药指导、运动指导5个部分。膳食指导中陈皮桃仁粥具有理气活血的作用,大枣山药粥具有补气活血的作用,薏苡仁桃仁粥具有祛痰活血的功效,薤白粥具有温阳活血的功效。中医五行音乐疗法根据脏腑辨证、补母泻子法的原则制定音乐处方。刮痧具有理气活血的作用,艾灸具有补益气血、温阳通络的作用,拔火罐具有祛痰活血的功效。八段锦作为一种养生功法可促进人体血液循环。以上措施改善了患者的血瘀证状况及患者的中医证候分级量化表得分,因此患者的日常生活活动能力及NIHSS评分均得到改善。

综上所述,活血化瘀中医护理可改善急性期缺血性中风血瘀证患者的治疗效果。但本研究样本量较少及研究周期较短,且未进行随访,未来可进一步增加样本量,验证其安全性。

参考文献

- [1] 王增武.《基层冠心病与缺血性脑卒中患管理专家共识2022》解读[J].中国心血管杂志,2022,27(5):411-416.

- [2] 张超,赵希宇,张雅静,等.天津市社区居民缺血性脑卒中患病率及危险因素[J].中华脑血管病杂志(电子版),2021,15(3):170-174.
- [3] 刁殿军,张增瑞.缺血性中风病机探析[J].天津中医药,2012,29(4):359-360.
- [4] 陈可冀,史载祥.实用血瘀证学[M].北京:人民卫生出版社,1999:36.
- [5] 邓玉秀,刘德亮,张卓,等.国医大师张学文血瘀证论治经验[J].中医药导报,2019,25(17):7-9.
- [6] 国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发中国脑卒中防治指导规范(2021年版)的通知[EB/OL].2021-08-31[2024-05-14].<http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3593/202108/50c4071a86df4bfd9666e9ac2aac605.shtml>.
- [7] 高颖.中医临床诊疗指南释义:脑病分册[M].北京:中国中医药出版社,2015:22.
- [8] 陈可冀,史载祥.实用血瘀证学[M].北京:人民卫生出版社,2013:40.
- [9] 王潇潇,孔婷婷.中医护理方案在中风急性期病症中的应用及效果评价[J].中国医药导报,2021,18(31):172-175.
- [10] 温淑云.脑梗死中医证候量化分级研究[J].中医杂志,2010,51(2):157-159.
- [11] 佚名.美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)简介[J].临床荟萃,2009,24(8):685.
- [12] 马维成,徐寅平,张国建.中药灌肠治疗中风病临床研究[J].北京中医药,2003,22(1):27-28.
- [13] 周纾,樊永平,胡璘媛,等.脑梗死急性期的中医药研究进展[J].北京中医,2006,25(9):570-572.
- [14] 李林森,田金洲,蔡艺灵,等.215例急性脑梗死患者凝血因子变化与血瘀证的相关性研究[J].北京中医,2007,26(10):642-643,646.
- [15] 宋明锁,王裕颐.试论瘀血与痰浊之关系[J].中西医结合心脑血管病杂志,2005,3(1):62-62.
- [16] 易法银.中医瘀血证诊疗大全[J].中国中医药出版社,1996:23.
- [17] 王伟强.基于气的运动对气滞血瘀形成机制的研究[D].福州:福建中医药大学,2010:56.
- [18] 王瑶.益气活血法治疗糖尿病合并脑梗塞[D].沈阳:辽宁中医药大学,2013:43.
- [19] 李岩,翁维良.翁维良治疗冠脉支架术后再狭窄[J].长春中医药大学学报,2018,34(5):890-894.
- [20] 曹洪欣,张明雪.试论冠心病病机与阳虚痰瘀[J].中医药通报,2002,1(6):1-3.
- [21] 刘志宏,刘香弟.中医护理技术临床应用现状与展望[J].中国护理管理,2013(10):14-16.
- [22] 陈丽丽,张素秋.便秘患者中医辨证施护研究进展[J].北京中医药,2018,37(8):707-710.

Effect of traditional Chinese medicine care on patients with blood stasis syndrome in acute phase ischemic stroke

JING Jing¹, REN Simeng¹, CHANG Xin¹, LIU Junxia¹, LIU Bowen¹, GUAN Chao¹, MIAO Chenchan¹, WU Yanyan¹, WEI Anqi¹, SONG Libo², ZHAO Nan³, LI Jing³

(1. Department of Encephalopathy, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China;

2. The First Department of Cardiology, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091;

3. Nursing Department, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091)

ABSTRACT Objective To explore the application effect of traditional Chinese medicine nursing scheme for activating blood circulation and removing blood stasis on patients with ischemic stroke of blood stasis syndrome in the acute phase. **Methods** A total of 82 patients with ischemic stroke of blood stasis syndrome hospitalized in the Department of Encephalopathy, Xiyuan Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences (CACMS) from December 2023 to May 2024 were selected and divided into observation group and control group by using the random envelope method, and the control group was given the routine treatment and TCM nursing program in the acute phase of stroke, while the observation group was given TCM care according to different types of blood stasis, including regulating qi and activating blood circulation, tonifying qi and activating blood circulation, dispelling phlegm and activating blood circulation, and warming yang and activating blood circulation, with an intervention duration of 2 weeks. The scores of TCM syndrome grading quantitative scale, the scores of National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), the scores of ability to perform activities of daily living (ADL), and the scores of blood stasis syndrome in both groups before and after the intervention were compared. **RESULTS** At the end of the intervention, there were statistically significant differences between the two groups in ADL score ($Z=-2.24$, $P=0.025$), TCM syndrome grading score ($Z=3.102$, $P=0.036$), NIHSS score ($Z=2.27$, $P=0.023$), and blood stasis syndrome score ($Z=-3.309$, $P=0.036$). **CONCLUSION** Chinese medicine care for activating blood circulation and removing blood stasis can improve the blood stasis condition, neurological deficits, activities of daily living ability, and the outcome of Chinese medicine treatment in patients with blood stasis syndrome of ischemic stroke.

Keywords Blood stasis syndrome; blood stasis syndrome of ischemic stroke; TCM nursing; effect