

临床研究

中西医结合康复治疗对缺血性脑卒中患者 功能康复临床研究^{*}

高军太^{1**} 颜春鲁² 俞晓英^{2,3} 戴海蓉^{1,2} 张国强¹ 张立军²

(1. 平凉市崆峒区中医医院, 甘肃 平凉 744000; 2. 甘肃中医药大学, 甘肃 兰州 730000;

3. 甘肃省中医院, 甘肃 兰州 730050)

摘要: **目的** 探讨中西医结合康复治疗模式对缺血性脑卒中患者神经功能、运动功能及日常生活能力恢复效果的影响。**方法** 选取2020年2月—2021年2月我院诊治符合研究标准的80例缺血性脑卒中患者, 采用随机数字表法分为对照组40例及治疗组40例。对照组予西医常规康复治疗, 治疗组在对照组基础上予以系统中医康复治疗, 均连续治疗3个月。采用国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、Fugl-Meyer运动功能评分表(Fugl-Meyer Assessment Scale, FMA)、修订的Barthel指数法、中医症状积分、焦虑自评量表(SAS)评分以及抑郁自评量表(SDS)分别比较两组患者治疗1个月、3个月后的神经功能、运动功能及日常生活能力的恢复效果, 比较两组临床疗效。**结果** 对照组脱落5例。两组患者NIHSS评分、FMA评分、Barthel指数、中医症状积分、SAS评分以及SDS评分治疗前差异无统计学意义($P>0.05$)。与本组治疗前比较, 治疗1个月、3个月后NIHSS评分、中医症状积分、SAS评分及SDS评分均明显降低($P<0.05$), FMA评分和Barthel指数均明显升高($P<0.05$); 两组治疗后比较, 治疗组上述各指标改善情况均明显优于对照组($P<0.05$)。治疗组临床总有效率97.50% (39/40), 对照组总有效率82.86% (29/35), 治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。**结论** 在西医常规康复治疗基础上联合系统中医康复治疗可以更好改善缺血性脑卒中患者神经功能、运动功能及日常生活能力的恢复效果, 有助于患者日常生活能力的恢复, 减轻患者的焦虑与抑郁程度。

关键词: 中西医结合康复治疗; 缺血性脑卒中; 神经功能; 康复效果; 临床研究

中图分类号: R255.2

文献标识码: A

文章编号: 2096-1340(2023)03-0081-06

DOI: 10.13424/j.cnki.jscetm.2023.03.016

Clinical Efficacy of Integrated Chinese and Western Medicine Rehabilitation Treatment on Functional Rehabilitation of Patients with Ischemic Stroke

GAO Junta¹ YAN Chunlu² YU Xiaoying^{2,3}

DAI Hairong^{1,2} ZHANG Guoqiang¹ ZHANG Lijun²

(1. Kongtong District Traditional Chinese Medicine Hospital of Pingliang City, Gansu Pingliang 744000, China;

2 Gansu University of Chinese Medicine, Lanzhou 730000, China;

3. Gansu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lanzhou 730050, China)

Abstract: Objective To explore the impact of integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation treatment mode on the recovery of neurological function, motor function, and daily living ability in patients with ischemic

^{*} 基金项目: 甘肃省自然科学基金项目(1508RJZA046); 甘肃省科技厅项目(1508RJZA046); 甘肃省教育厅项目(0606B-02); 平凉市中医药文化传承与发展创新研究(PLSKKT202034)

^{**} 通讯作者: 高军太, 副主任医师。E-mail: 2979454832@qq.com

stroke. **Methods** 80 patients with ischemic stroke who met the research criteria and were diagnosed and treated in our hospital from February 2020 to February 2021 were selected. They were randomly divided into a control group of 40 cases and an treatment group of 40 cases using a random number table method. The control group received routine rehabilitation treatment with Western medicine, while the treatment group received systematic rehabilitation treatment with traditional Chinese medicine on the basis of the control group, both receiving continuous treatment for 3 months. The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Fugl Meyer Motor Assessment Scale (FMA), revised Barthel Index method, Traditional Chinese Medicine Symptom Score, Self Rating Anxiety Scale (SAS) score, and Self Rating Depression Scale (SDS) were used to compare the recovery effects of neurological function, motor function, and daily living ability of two groups of patients after 1 and 3 months of treatment, and to compare the clinical efficacy of the two groups. **Results** There were 5 cases of shedding in the control group. There was no statistically significant difference in NIHSS score, FMA score, Barthel index, Traditional Chinese Medicine symptom score, SAS score, and SDS score between the two groups of patients before treatment ($P > 0.05$). Compared with before treatment in this group, after 1 and 3 months of treatment, the NIHSS score, traditional Chinese medicine symptom score, SAS score, and SDS score were significantly reduced ($P < 0.05$), while the FMA score and Barthel index were significantly increased ($P < 0.05$); After treatment, the improvement of the above indicators in the treatment group was significantly better than that in the control group ($P < 0.05$). The total clinical effective rate of the observation group was 97.50% (39/40), while the total effective rate of the control group was 82.86% (29/35). The observation group was significantly better than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Combining Western medicine rehabilitation therapy with systematic traditional Chinese medicine rehabilitation therapy can better improve the recovery effect of neurological function, motor function, and daily living ability in patients with ischemic stroke, help their daily living ability recovery, and reduce their anxiety and depression.

Key words: Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Rehabilitation Therapy; Ischemic stroke; Neurological function; Rehabilitation effect; Clinical research

缺血性脑卒中是一种具有极大危害性的脑血管疾病,其特征是大脑特定区域的血流突然丧失,是导致永久性残疾的主要原因,也是全球第二大死亡原因^[1]。近年来,我国脑血管病发病率呈逐年上升趋势,且具有发病率高、死亡率高以及致残率高的特点,同时,发病趋势呈现出早发化、年轻化特点,在我国人口死因中占第一位。其中,缺血性脑血管疾病即脑卒中的发病率最高,占全部脑卒中发病的 80%^[2]。每年脑卒中患者的发病数量高达 200 万以上,在幸存的脑卒中患者中,多数患者丧失了劳动能力,致残率超过 70%,其中严重致残者接近 40%,给脑卒中患者、家庭造成严重的心理压力和经济负担^[3]。偏瘫为脑疾病中最常见的后遗症,其中因脑卒中所致的偏瘫患者高达 60% ~ 80%^[4]。病发后不仅影响患者生活质量,而且还使患者出现焦虑、抑郁等负面情绪^[5-6],降低了患者康复的信心和内在动力,增加了患者家庭经济负担和医疗机构基础治疗的工作量。因此,如何降低脑卒中的发病率及后遗症对患者生活的影

响,促进患者各项功能的尽快恢复,提高患者的生活质量,是国内外脑血管疾病研究者持续关注的热点问题。中医中将脑卒中称为中风,是由人体阴阳失调、气血逆乱所致,《素问·风论》曰:“风邪伤人,使人偏枯。”提示外风引起脑卒中,造成患者偏瘫;清代叶天士曰:“精血虚耗,水不涵木,肝阳偏亢,内风时起。”提示内风也可以引起脑卒中。可见引起脑卒中的因素较多,中医在脑卒中治疗与恢复中主要以针刺治疗、中药内服、中药熏洗与药浴以及推拿按摩最为常见,而且在后遗症恢复治疗中效果明显^[7-9]。但有关中西医结合康复治疗缺血性脑卒中的研究报道相对较少。我院名老中医根据多年从事脑血管疾病治疗经验,总结出采用西医常规康复治疗联合系统中医康复治疗前瞻性治疗方法用于缺血性脑卒中患者的治疗,以国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、Fugl-Meyer 运动功能评分表(FMA)、修订的 Barthel 指数法、焦虑自评量表(SAS)评分以及抑郁自评量表(SDS)分别比较两组患者康复治疗 1 个月、3 个月后的神

经功能、运动功能以及日常生活能力的恢复效果,探讨中西医结合康复治疗在缺血性脑卒中患者康复治疗中的作用,为今后缺血性脑卒中患者治疗提供一个安全有效的治疗方案,也为脑卒中治疗提供一定的理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 2 月—2021 年 2 月

表 1 两组患者基线资料比较(n)

组别	n	男性	女性	年龄(岁)	脑梗死	偏瘫右侧	偏瘫左侧
对照组	35	18	17	58.7±6.6	21	20	19
治疗组	40	20	20	57.8±6.3	22	21	21

1.2 诊断标准 参照中华医学会神经病学分会脑血管病学颁布的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》《中国各类主要脑血管病诊断要点 2019》^[10-11]制定缺血性脑卒中诊断标准。西医诊断:①病前多伴头痛头晕、肢体麻木等先兆反应,起病急,发病渐进。②MRI 与颅脑 CT 检测结果异常,确诊为缺血性脑卒中。中医诊断:主症:半身不遂、口舌歪斜、偏身麻木、舌强言蹇;次证:头晕头痛、失眠多梦;舌脉:舌红少苔、脉细无力。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准,所有患者均为 48 h 内发病,经颅脑 CT 与核磁确诊为缺血性脑卒中;②年龄 35~70 岁,男女不限;③美国国立卫生院脑卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale,NIHSS)评分为 4~20 分^[12-13];④入院前一个月未服用过其他降脂药物;⑤与患者签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①经颅脑 CT 诊断为出血性脑血管病的患者;②既往有脑血管病病史,遗留有明显后遗症,影响此次评价的患者;③有严重的造血系统、内分泌系统、肝肾功能不全等疾病以及精神患者;④妊娠或哺乳期妇女;⑤近期参加其他临床科研试验者。

1.5 脱落标准 治疗过程中脱离治疗或失访者。

1.6 治疗方法 对照组患者给予西医常规康复治疗^[14],包括调整血压、改善微循环、抗血小板聚集、保护脑细胞、营养神经及抗感染等基础治疗;根据病情加用脱水剂、降压药、降糖药物,防治感

平凉市崆峒区中医医院诊治符合研究标准的 80 例缺血性脑卒中患者,采用随机数字表法分为对照组 40 例及治疗组 40 例。对照组脱落 5 例,两组患者基线资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,结果见表 1。本研究获得平凉市崆峒区中医医院伦理委员会批准(编号 2020-02-01),并与患者或患者家属签署知情同意书。

染,对症治疗,保持水和电解质平衡,肢体锻炼等。包括卧床期训练(①以患侧卧位为主,配合健侧及平卧位;②按摩与关节被动活动;③床上的自主翻身训练;④运动想象疗法);坐卧、站立与行走训练;心理康复训练^[15]。同时给予阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司,国药准字 H20051408)40 mg·d⁻¹,疗程为 15 d。之后给药剂量改为 20 mg·d⁻¹,共治疗 3 个月。根据我科常规治疗情况,尽量保证患者处于同等的基础治疗方案。

治疗组患者在对照组基础上采用系统中医康复治疗:①中药泡洗:五味甘露药浴颗粒主要组成包括麻黄、大籽蒿、刺柏、烈香杜鹃、水柏枝(购于奇正藏药股份有限公司),将五味甘露药浴颗粒加入 40℃温水中溶散,20 L/包。药浴治疗室保持安静、整洁及换气通风,多在晚上进行药浴,根据患者偏瘫情况,让患者肢体慢慢接触药液,适应水温后,使患者身体最大程度浸入药液中^[8]。水温保持在 40℃左右,20 min/次,1 次/d。注意药浴过程中监护人员与实施者不能离开患者,需时刻注意患者身体状况,若出现头晕、头痛及心慌等不良反应,应立即停止药浴。②按摩与针灸:根据患者偏瘫情况,取患者瘫痪侧的合谷、少海、内关、曲池、涌泉、承山、照海、昆仑等穴位进行按摩,20~30 min/次,2~3 次/d。在按摩的基础上,给予中医针灸,取患者迟泽、三阴交、足三里及内关等穴位,根据患者情况进行补泻行针,1 次/d。共治疗 3 个月,进行评价分析。治疗期间严格监控患者的不良发应

情况。

1.7 观察指标

1.7.1 神经功能 采用国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分(0~42 分)对治疗前后患者神经功能缺损程度进行评价,得分越低,说明神经功能恢复情况越好^[12-13]。

1.7.2 运动功能 采用 Fugl-Meyer 运动功能评分表 (Fugl-Meyer Assessment Scale, FMA) 对治疗前后患者运动功能进行评价,该量表总分 100 分,得分越高说明患者运动功能恢复情况越好^[16]。

1.7.3 日常活动能力 采用修订的 Barthel 指数法对治疗前后患者日常活动能力进行评定。Barthel 指数法主要针对于吃饭、步行、洗澡及上下台阶等方面。得分越高,说明患者日常活动能力恢复情况越好^[17]。

1.7.4 焦虑自评量表及抑郁自评量表评分 采用焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 评价治疗前后患者的精神状况。SAS、SDS 评分各包含 20 条项目,总分分别为 40、41 分^[18]。

1.7.5 中医症状评分 于治疗前后参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[19]进行中医症状评分。按症状无、轻、中、重,主症分别计 0、3、6、9 分,次症分别计 0、1、2、3 分,舌脉不计分。各项得分之和为中医症状积分。

1.8 疗效标准 参照《偏瘫的现代评价与治疗》《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[19-20]。基本治愈:关节肿痛消失,未见肌肉萎缩,活动基本正常;显效:肿痛显著减轻,活动正常,未见肌肉萎缩;有效:肿痛减轻,活动受限,肌肉轻度萎缩;无效:未达到评价标准。总有效率 = 基本治愈率 + 显效率 + 有效率。

1.9 统计学方法 所有数据均采用 SPSS 19.0 统计软件进行分析,计量资料均用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料均采用 χ^2 检验,计量资料均采用 t 检验或配对 t 检验,以 $P < 0.05$ 为疗效差别有显著性意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后神经功能改善情况 与本组治疗前比较,两组患者治疗 1 个月、3 个月后 NIHSS 评分均明显下降 ($P < 0.05$);两组治疗后比较,治疗组 NIHSS 评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

随着治疗时间增加,两组 NIHSS 评分降低更为明显,结果见表 2。

表 2 两组患者治疗前与治疗后 1 个月、3 个月 NIHSS 评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后 1 个月	治疗后 3 个月
对照组	35	21.35 ± 2.90	15.23 ± 3.11 *	11.20 ± 2.43 *
治疗组	40	21.33 ± 2.85	10.02 ± 3.87 *▲	6.86 ± 2.76 *▲

注:与本组治疗前比较: * $P < 0.05$;与对照组治疗后比较:▲ $P < 0.05$

2.2 两组治疗前后运动功能改善情况 与本组治疗前比较,两组患者治疗 1 个月、3 个月后 FMA 评分均明显升高 ($P < 0.05$);两组治疗后比较,治疗组 FMA 评分明显高于对照组 ($P < 0.05$)。随着治疗时间增加,两组 FMA 评分升高更为明显,结果见表 3。

表 3 两组患者治疗前与治疗后 1 个月、3 个月 FMA 评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后 1 个月	治疗后 3 个月
对照组	35	20.12 ± 5.66	26.51 ± 5.56 *	32.21 ± 5.33 *
治疗组	40	20.23 ± 6.15	33.32 ± 5.79 *▲	55.31 ± 5.68 *▲

注:与本组治疗前比较: * $P < 0.05$;与对照组治疗后比较:▲ $P < 0.05$

2.3 两组治疗前后日常活动能力改善情况 与本组治疗前比较,两组患者治疗 1 个月、3 个月后 Barthel 评分均明显升高 ($P < 0.05$);两组治疗后比较,治疗组 Barthel 评分明显高于对照组 ($P < 0.05$)。随着治疗时间增加,两组 Barthel 评分升高更为明显,结果见表 4。

2.4 两组治疗前后中医症状、SAS 与 SDS 评分比较 相比于治疗前,治疗后两组患者中医症状、SAS 与 SDS 评分均明显下降,且治疗组低于对照组 ($P < 0.05$),结果见表 5。

表 4 两组患者治疗前与治疗后 1 个月、3 个月 Barthel 评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后 1 个月	治疗后 3 个月
对照组	35	32.34 ± 3.12	56.79 ± 3.07 *	67.35 ± 2.93 *
治疗组	40	32.30 ± 3.21	68.75 ± 2.95 *▲	88.54 ± 3.23 *▲

注:与本组治疗前比较: * $P < 0.05$;与对照组治疗后比较:▲ $P < 0.05$

表 5 两组患者治疗前与治疗后中医症状、SAS 与 SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	中医症状积分	SAS 得分	SDS 得分
对照组	35	治疗前	17.53 ± 2.50	33.08 ± 6.22	35.65 ± 6.25
		治疗后	9.05 ± 1.72 *	26.12 ± 4.16 *	27.14 ± 4.66 *
治疗组	40	治疗前	17.65 ± 2.33	34.15 ± 6.06	34.95 ± 6.50
		治疗后	6.02 ± 1.23 *▲	19.32 ± 3.85 *▲	21.79 ± 3.76 *▲

注:与本组治疗前比较: * $P < 0.05$;与对照组治疗后比较: ▲ $P < 0.05$

2.5 两组治疗后临床疗效比较 对照组总有效率为 82.86% (29/35), 治疗组为 97.50% (39/40), 且治疗组临床总有效率高于对照组有效率 ($P < 0.05$), 见表 6。

表 6 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	35	9	15	5	6	82.86
治疗组	40	13	15	11	1	97.50 *

注:与对照组比较: * $P < 0.05$

3 讨论

NIHSS 评分、FMA 评分及 Barthel 指数具有较强的特性与敏感性, 广泛用于缺血性脑卒中临床疗效评价^[12,16-17]。研究显示, 治疗组 NIHSS 评分、中医症状积分均明显降低 ($P < 0.05$), FMA 评分和 Barthel 指数均明显升高 ($P < 0.05$), 临床总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。表明采用西医常规康复治疗联合系统中医康复治疗可以更好的改善缺血性脑卒中患者的神经功能、运动功能及日常生活自理能力, 同时减少了并发症, 降低致残率, 提高患者生存质量。

缺血性脑卒中的康复除了与患者生理病理有关, 还与精神、行为及心理因素有关。生活质量下降与消极情绪可使患者烦躁不安, 疼痛感觉放大, 而疼痛与抑郁症状成正相关。中医认为肝主疏泄, 肝气不疏导致情志不畅, 产生焦虑与抑郁^[15]。研究发现采用西医常规康复治疗联合系统中医康复治疗, SAS 和 SDS 评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。表明西医常规康复治疗联合系统中医康复治疗可以明显减轻缺血性脑卒中患者的焦虑、抑郁等不良情绪。

相比于常规西医康复治疗, 中西医结合康复治疗能更好改善缺血性脑卒中患者的神经功能、运动功能的康复效果, 提高患者生活自理能力, 减

轻患者的焦虑与抑郁程度。中西医结合康复治疗的患者恢复效果更明显, 尤其表现在运动功能的康复和日常生活自理能力康复方面。缺血性脑卒中患者恢复从发病后数天开始, 1 ~ 3 个月恢复效果达到最大限度, 大约 90% 脑卒中患者的神经功能缺损恢复是在脑卒中发病后 3 个月内^[20-21]。中西医结合康复治疗开展越早患者恢复效果越好, 避免造成二次损害。应该从多角度综合康复训练, 加快脑侧支循环的建立, 促进患者大脑健侧功能的重组与代谢, 最大限度恢复脑卒中患者自理能力、运动功能及神经功能, 改善脑卒中患者生活质量。

脑卒中疾病综合康复治疗的目的是防治并发症、预防继发性障碍、减少后遗症, 促进脑卒中患者各项功能障碍恢复。中西医结合康复治疗训练本身是一种治疗、运动和训练的过程, 研究结果显示长期有效的综合康复训练可使突触的链接效率上调、数量增加, 进而促进运动功能的恢复^[22]。中医认为脑卒中与气血逆乱、经脉不通及阴阳失调有关, 中药药浴康复治疗是根据中医辨证论治的原则, 根据疾病治疗的需要, 选择中药方剂进行治疗。是利用热刺激对局部气血进行调整, 刺激经气, 调整经脉功能使其更好的行气血、营阴阳, 促进药物吸收, 加强药物作用^[23-24]。中医针灸和按摩可以缓解患者肢体僵硬感及麻木状况, 降低自由基水平, 改善患者血液循环, 从而增强患者肢体气血运行, 调和气血、温经散寒, 提高患者免疫能力, 改善微循环等。同时鼓励患者进行自我锻炼, 如: 路径式早期康复治疗、运动想象治疗疗法、心理康复训练及照顾着支持系统等, 最终达到最大限度恢复患者的神经功能、运动功能及自主活动能力, 提高患者生活能力及生存质量^[25]。

综上所述, 采用西医常规康复治疗联合系统

中医康复治疗可以显著提高缺血性脑卒中患者神经功能、运动功能及日常生活能力的恢复效果,有助于提高患者日常生活能力,减轻患者的焦虑与抑郁程度。其产生的临床效果可能与中西医结合,全面兼顾、标本兼治有关,为缺血性脑卒中患者治疗提供了新的思路,值得推广应用。

参考文献

- [1] 陈竺. 全国第三次死因回顾性抽样调查报告[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008: 10-17.
- [2] Prasad G, Herman P, Coyle D, et al. Applying a brain-computer interface to support motor imagery practice in people with stroke for upper limb recovery: a feasibility study[J]. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 2010, 7(1): 60-66.
- [3] Liu M, Wu B, Wang WZ, et al. Stroke in China: epidemiology, prevention, and management strategies [J]. *Lancet Neurol*, 2007, 6(5): 456-464.
- [4] 中华医学会神经病学分会神经康复学组. 中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J]. *中国医学前沿杂志: 电子版*, 2012, 4(6): 55-76.
- [5] Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline [J]. *Stroke*, 2006, 36(9): 100-143.
- [6] Chang YJ, Ryu SJ, Chen JR, et al. Guidelines for the general management of patients with acute ischemic stroke [J]. *Acta Neurol Taiwan*, 2008, 17(4): 275-294.
- [7] 宁艳哲, 刘宏伟, 李宗衡, 等. 中医综合康复方案治疗不同分期缺血性中风痉挛性偏瘫的疗效研究[J]. *中华中医药杂志*, 2017, 32(4): 470-472.
- [8] 王秋月. 白脉软膏联合藏药浴治疗脑卒中后肢体痉挛的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [9] 徐惠兰, 赵新慧. 康复治疗联合中药熏蒸对脑卒中并发吞咽障碍患者吞咽功能恢复的临床观察[J]. *时珍国医国药*, 2016, 27(8): 1935-1936.
- [10] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010 [J]. *中国全科医学*, 2011, 14(35): 4013-4017.
- [11] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019 [J]. *中华神经科杂志*, 2019, 52(9): 710-715.
- [12] Kwah LK, Diong J. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) [J]. *Journal of Physiotherapy*, 2014, 60(1): 61-63.
- [13] 王平平, 高颖, 刘璐, 等. NIHSS 绝对值变化与 NIHSS 变化率对脑梗死患者残疾预测能力的比较研究[J]. *中风与神经疾病杂志*, 2011, 28(2): 156-158.
- [14] 饶明俐. 《中国脑血管病防治指南》摘要[J]. *中风与神经疾病*, 2005, 23(5): 484-487.
- [15] 郭淑红, 闫贵国, 段晓华. 早期康复治疗对脑卒中偏瘫患者功能康复的影响[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2018, 21(16): 1852-1856.
- [16] 宁艳哲, 刘宏伟, 李宗衡, 等. 中医综合康复方案治疗不同分期缺血性中风痉挛性偏瘫的疗效研究[J]. *中华中医药杂志*, 2017, 32(4): 1860-1862.
- [17] 李奎成, 唐丹, 刘晓艳, 等. 国内 Barthel 指数和改良 Barthel 指数应用的回顾性研究[J]. *中国康复医学杂志*, 2009, 24(8): 737-740.
- [18] Zung WW. The differentiation of anxiety and depressive disorders: a biometric approach [J]. *Psychosomatics*, 1971, 12(6): 380-384.
- [19] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 349-353.
- [20] 王茂斌. 偏瘫的现代评价与治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1990: 226-231.
- [21] 李秀霞, 张文秋, 邢小玲, 等. 脑梗死后复视患者康复训练中不同时间介入主动运动的效果比较[J]. *中国医药*, 2013, 8(11): 1573-1574.
- [22] 邢少娜, 贾昊, 冯卫星, 等. 运动想象疗法结合针刺治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. *陕西中医药大学学报*, 2017, 40(5): 112-115.
- [23] 吴晖, 郝娟. 中药浴足联合耳穴压豆治疗失眠临床研究[J]. *陕西中医药大学学报*, 2017, 40(6): 95-97.
- [24] 熊东胜, 魏若晔, 夏莲翠. 中药浴手法牵拉治疗痉挛性脑瘫合并踝关节挛缩临床分析[J]. *现代中医药*, 2005, 20(4): 55-56.
- [25] 杨志琴, 李媛媛, 赵芝婷, 等. 针刺联合康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床研究[J]. *现代中医药*, 2016, 36(6): 59-61.

(修回日期: 2022-11-09 编辑: 巩振东)