

本文引用: 章 薇. 试论中风“五位三要”中医康复诊治体系的构建[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(11): 1956-1962.

试论中风“五位三要”中医康复诊治体系的构建

章 薇

湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007

【摘要】 国家致力于提高应对重大疾病的中医医疗服务体系的建设。中风(脑卒中)属于重大疾病,思考和构建多学科融合的中风中医康复诊疗体系,对发挥中医优势、提高康复效率有积极的现实意义。基于中医药优势专科特点、中风全病程康复规律,利用归纳法,思考中风“五位三要”中医康复诊治体系的构建。五位包括分期、病机、治疗、技术、工作模式5个方面,每个方面包含3个要素,即“三期三论三观三合三跨”,具体如下:病程上分“三期”(急性期、恢复期、后遗症期),疾病分“五层”(未病、欲病、新病、盛病、病愈/未愈),病机上重“三论”(中风与“心脑相关论”、缺血性中风与“痰瘀互结论”、出血性中风与“风火相激论”),治疗策略上倡“三观”(早治观、分治观、和衡观),外治技术上重“三合”(针灸、推拿、康复融合),工作模式上创“三跨”(跨学科融合、跨科室辐射、跨区域指导)。构建中风“五位三要”的中医康复诊治体系,为规范中风的中医康复体系提供一定的借鉴与思路。

【关键词】 中风; 中医康复; 诊治体系; 病程; 病机; 治疗策略

【中图分类号】R255.2

【文献标志码】A

【文章编号】doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2023.11.004

Construction of "Five Aspects and Three Essentials" rehabilitation diagnosis and treatment system for stroke

ZHANG Wei

The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China

【Abstract】 China has been committed to constructing a TCM service system for major diseases, and stroke is one of them. Hence, it is of positive practical significance to consider and construct a multidisciplinary integrated TCM rehabilitation diagnosis and treatment system for stroke, so as to leverage the advantages of TCM and improve rehabilitation efficiency. In view of the characteristics of TCM advantageous specialties as well as the law of rehabilitation throughout the whole course of stroke, the inductive method has been applied to contemplating the construction of TCM rehabilitation diagnosis and treatment system for stroke based on the theory of "Five Aspects and Three Essentials". Accordingly, the "Five Aspects" are stages, pathogenesis, treatment, techniques, and working models, and each of them involves three elements, namely, "three stages, three theories, three perspectives, three integrations, and three crossovers". The specifics are as follows: there are "three stages" (acute, recovery, and sequela stages) in terms of disease course, "five levels" (health, pre-disease, early stage of disease, progressed stage of disease, and recovery/unrecovery) in terms of disease itself, and "three key theories" (the "heart-brain correlation theory" for stroke, the "intertwined phlegm and blood stasis theory" for ischemic stroke, and the "mutually agitated wind and fire theory" for hemorrhagic stroke) in terms of pathogenesis. Consequently, "three perspectives" (perspectives from treating early, treating differentially, and treating harmoniously) should be advocated in terms of treatment strategies, "three integrations" (integrations of acupuncture, tuina, and

【收稿日期】2023-10-05

【基金项目】国家中医药管理局高水平一流建设学科建设项目;国家临床创新平台项目;湖南省重点研发计划(2023SK2049)。

【第一作者】章 薇,女,教授,主任医师,博士研究生导师,研究方向:经脉-脏腑相关研究,E-mail:zhangwei@hnu.cm.edu.cn。

rehabilitation) should be emphasized regarding to external treatment techniques, and "three crossovers" working patterns (cross-disciplinary integration, cross-departmental cooperation, and cross-regional guidance) should be created. Therefore, this article provides some reference and ideas for standardizing TCM rehabilitation system of stroke by constructing a "Five Aspects and Three Essentials" TCM rehabilitation diagnosis and treatment system for stroke.

[Keywords] stroke; TCM rehabilitation; diagnosis and treatment system; disease course; pathogenesis; treatment strategy

中风属于严重危害人类生命健康的重大疾病。如何在急性期尽早开展中西医协同治疗,提高中风早期救治率,降低死亡率,减少并发症,如何在恢复期及后遗症期发挥中医优势,促进患者主要功能障碍的康复效率,降低致残率,构建基于多学科融合的中风中医康复诊治体系,是值得我们思考的重要临床问题。目前,国家致力于提高应对重大疾病的中医医疗服务体系建设。本文拟基于中医药优势专科特点、中风全病程康复规律,提出构建中风“五位三要”(即“三期三论三观三合三跨”)中医康复诊治体系,为规范中风的中医康复体系提供一定借鉴与思路。

1 中风概况

1.1 中风的疾病特点

近年来,中风(脑卒中)发病率持续上升,发病年龄逐渐提前,已成为我国城乡居民的首位死亡原因,占死亡总数的22.45%^[1]。据统计,我国现有中风患者约7000万人,每年新发患者约200万人,其中70%~80%的患者因中风后残疾不能独立生活^[2]。该病发病急骤、病势危重、变化迅速、病情复杂、并发症多,呈现“五高”即高发病率、高致残率、高死亡率、高复发率、高经济负担的特点,已成为重大的社会公共卫生问题^[3]。

1.2 中风分“三期”

中风(脑卒中)包括缺血性中风(缺血性脑卒中)和出血性中风(出血性脑卒中),原则上分为三期:急性期、恢复期、后遗症期。急性期指发病后的两周以内,病情较严重,随时可出现病情变化和加重,甚至因脑功能受损严重而危及生命。恢复期指发病两周至6个月内,此期患者病情逐渐稳定,但各种功能障碍表现突出。后遗症期指发病6个月后,虽然大多数患者病情逐渐恢复,但部分患者遗留诸多功能障碍,甚至迁延为难以恢复的残疾,或因高危因素未得到控制,复发中风。

中医学认为疾病分为未病、欲病、新病、盛病、病愈(未愈)5种层次,认为可从更广的范围即全生命周期、全疾病过程、全方位对疾病实行干预,详见图1。就全生命周期而言,关乎从出生到生命终点的健康管理,即强调不同年龄段健康人群的保健调理和关注中风高危时期、高危人群的管理。就中风全疾病过程而言,未病涉及健康人群或有中风高危疾病(如高血压、高脂血症、糖尿病、冠心病、肥胖超重等)人群;欲病涉及中风先兆和频发心血管事件可能导致中风的阶段;新病是缺血性中风或出血性中风已经发生,病情急骤、易生变证的阶段;盛病是病情危重、变证丛生、并病多端的阶段;病愈(未愈)指中风逐渐恢复或遗留残疾的阶段。

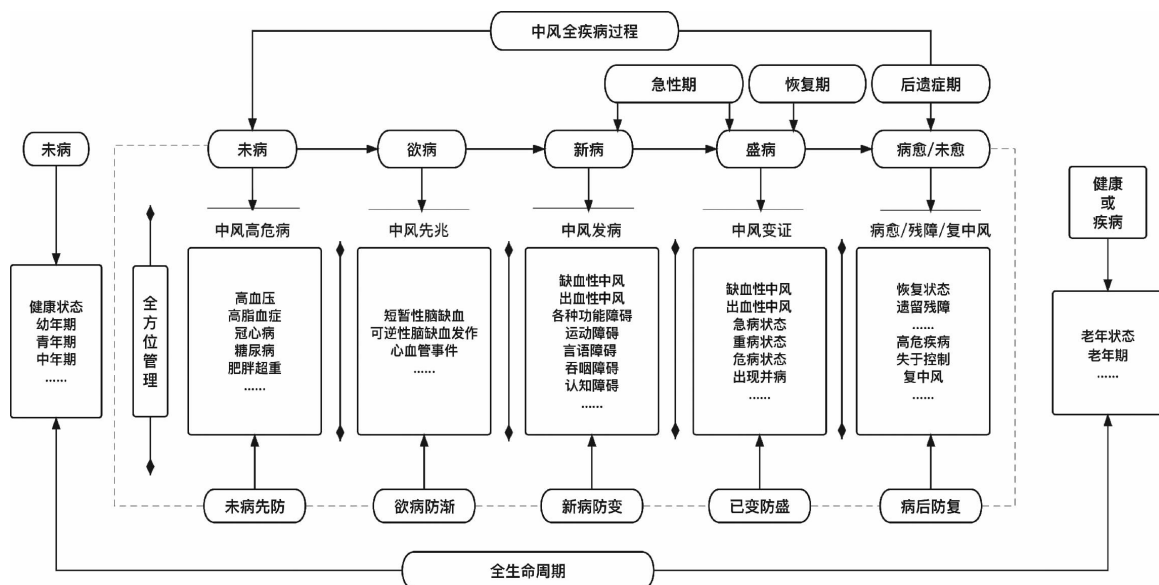


图1 中风“三期五层”体系图

1.3 中风重“三论”

中风的病因病机经历了从外因论到内因论的发展。先秦两汉时期,认为多为外因,以“内虚邪中”立论,为中风因病机理论的形成奠定了基础;晋隋唐时期,拓展了中风的病因病机理论,其中巢元方的“风邪入脑”和孙思邈的中风“由热引起”理论,为中风因病机的发展开拓了思路;金元时期,提出了“心火暴甚”“气血自虚”“痰湿生热”理论,丰富了内因导致中风发生的理论;明清时期,叶天士提出“肝阳化风”,王清任提出“气虚血瘀”理论,张伯龙等总结前人经验,提出本病在于肝阳化风、气血并逆、直冲犯脑,丰富了中风的病因病机^[4]。总之,中风属疑难重症,无论其病情轻重与否,中络中经或在脏在腑,病变均在脑内,其病机虽较复杂,但其病理变化归结起来,不外风、火、痰、气、血、虚六端。该病为本虚标实之证,以正气虚损为本,以风、火、痰、瘀(血)为标。该病高发于年事渐高者,皆因“年四十而阴气自半”,正气虚衰,气虚则鼓动无力,血行缓慢;阴虚则阴不制阳,内风旋动,故以内虚为本,脑脉虚损,风火相激,痰瘀互结,上扰清窍,或脑脉痹阻,或血溢于脑,最终出现中风相关症状^[5-6]。故笔者认为中风虽有六端,然缺血与出血有别,其病因病机亦各有偏重。

1.3.1 中风与“心脑相关论” 中医学早有脑为“元神之府”“精明之府”“心主神明”等记载。尽管一直有“心主神明”与“脑主神明”之争,但以整体观念、辨证论治为特征的传统中医认为心脑之间在生理、病理上有密切关系。

心主血脉,心气推动血液在脉管中运行。血是人体重要的营养物质,脉是气血运行的通道。血只能在脉道中运行,脉对血的运行具有约束力,使之按既定轨道运行而不溢出脉外。心主血脉的功能,即血液在脉道正常循环运行的实现,必须以心气强健、血液充盈、脉道通利为基本条件。

心主神明,“神”有广义、狭义之分。广义之神,泛指机体的生命活动及外在表现;狭义之神,指精神活动,包括情感、意识、思维、感觉、判断、领悟、智能等高级中枢活动。中医学认为“心为君主之官,神明出焉”“心者,五脏六腑之大主,精神之所舍也”,心失于主宰和调节,则发生“五脏六腑皆摇”“主不明则十二官危”的病变,甚则危及整个生命活动。神志活动的物质基础在于血。《灵枢·平人绝谷》云:“血脉和利,精神乃居。”《杂病源流犀烛·心病源流》云:“血盛则神明湛一,血衰则神气昏蒙。”心主血脉,推动血行脉中循环全身,为神志活动提供物质基础。

脑为神明之府、髓海,具有主思维、主感觉认知、主记忆、主运动之功。脑居头颅至高之巅,“头为诸阳之会”,藏精气而不泻,阳气通达,则脑髓转运疏泄,布达周身。脑髓充足,则“轻劲多力”,脑髓亏虚,则“懈怠安卧”。脑为至清之窍,不能容邪,犯之则病。脑藏元神,喜静恶扰,以清静内持为贵,动则掉摇散乱。正常状态下,清阳出上窍,浊阴走下窍,两不相干,若清浊相干,则气机逆乱,上扰于脑。

关于心脑关系,张锡纯《医学衷中参西录》提出“人之神明,原在心与脑两处,神明之功用,原心与脑相辅相成”;“元神在脑,识神在心。无病之人识神与元神息息相通”;“人之神明有体用,神明之体藏于脑,神明之用出于心”;“欲用其神明,则自脑达心;不用其神明,则仍由心归脑”。心脑神明贯通,又有血脉贯通,主宰人体生命活动,产生意识、思维,并支配其相应行为。“盖血生于心,上输于脑”,然而血不能自输于脑,赖宗气贯心脉以助之上升,则脑中气血充足,提出了“脑贫血”“脑充血”,认为脑贫血为脑中气血不足,脑充血为脑中气血并上。其认识与现代医学对脑血管病的认知颇为接近^[7]。

总之,心脑血管疾病无论是从西医的血流动力学、血液流变学,还是从中医学心脑与神明、心脑与血脉的关系,均具有病势急骤、病程迁延、病情复杂、病变多样、入络入血等临床特点,属心脑血管病变^[8]。脑病须防心病,心病须防脑病,古今治疗多从心治脑、从脑治心或心脑同治,故心脑密切相关。

1.3.2 缺血性中风与“痰瘀互结论” 缺血性中风,多有脑动脉粥样硬化、冠心病、风心病、高血压、高脂血症、糖尿病等病史。其中,脑血栓形成常于睡眠或休息时发病,病情多呈逐渐进展;脑梗死为突然起病,病势早期达到高峰,大面积脑梗死亦急重。血流动力学因素致血压降低、血流速度降低,血液流变学因素致血小板聚集性增高、血液黏稠度增高、高血压微小动脉透明变性,为缺血性脑卒中的激发机制^[9-10]。缺血性中风虽与“风、火、痰、气、血、虚”六端相关,但在“虚”的基础上,表现为血脉的高凝状态,更重“痰”与“瘀”。

缺血性中风“虚”“瘀”“痰”之间的病机实质如下:“虚”指本虚,多为气虚、阴虚,气虚则运血无力、血流不畅,阴虚则阴不制阳、阳亢于上;“瘀”指瘀血、淤滞,“痰”指痰浊、脂浊,二者易阻滞、黏滞血脉。故缺血性中风以气虚阴虚为本,以痰瘀互结、壅滞脑络为标,终致脑络闭阻,发为缺血性中风^[11]。

1.3.3 出血性中风与“风火相激论” 出血性中风,

常因剧烈活动或情绪激动诱发,发病急骤,病程进展迅速,病情较危重,多有高血压、脑动脉粥样硬化、颅内动脉瘤、血管畸形等病史。血流动力学因素致血压增高、血流速度加快,血液流变学因素致血小板聚集性、血液黏稠度降低等,均为出血性脑卒中的激发机制^[2]。出血性中风虽与“风、火、痰、气、血、虚”六端相关,但在“虚”的基础上,更重“风”与“火”。

出血性中风“虚”“风”“火”之间的病机实质如下:“虚”指本虚,多为阴虚、气虚,阴虚则阴不制阳、阳化风动,气虚则失于统摄、血离常道;“风”指肝风、虚风,阳气升张、肝风易动,阴血不足、虚风内动;“火”指肝火、心火,肝阳易亢,心火易升,若烦劳过度,情志相激,则肝阳暴亢,心火暴盛。故出血中风常以阴虚、气虚为本,以风火相激为标,风火相煽,化风迫血,气血逆乱,上冲犯脑,终致血溢脉外^[3]。

2 构建中风中医康复诊治体系的思考

2.1 中风康复诊治倡“三观”

构建中风康复诊治体系的主要目标如下:在病前降低发病率,提升预防能力;在急性期提高救治率,提升急救能力;在恢复中后期,减少致残率、复发率,提高功能障碍的康复能力和对患者病后的宣教能力。其主要内容应紧扣临床需要解决的急迫问题、重点问题、难点问题,涉及中风全病程诊疗(即疾病阶段与进程纵向诊疗的管理)、全生命周期诊疗(即从出生到生命终点全过程中健康人群的调养、中风高危人群管理、高危时段的管理)、全方位诊疗(即中风各阶段横向的诊疗管理)。

康复的原则是预防并发症、减少后遗症、促进患者功能康复、充分发挥残存组织功能、调节心理状态、提高生存质量。康复策略强调“六性”:一是早期性,康复治疗在病情稳定48~72 h后即可进行,以预防“废用”综合征;二是全面性,应尽可能开展各关节肌肉功能运动,预防“误用”综合征;三是适量性,主张力所能及,忌急于求成,预防“过用”综合征;四是渐进性,强调循序渐进,注意抑制异常运动模式,重现正常运动模式;五是综合性,注重中西医多种方法、有的放矢联合应用,如针、推、康、药、护、膳,形成诊疗体系;六是心理性,主张患者获得家庭抚慰和社会支持。其中,“早治观”“分治观”“和衡观”是重要的治疗观。

2.1.1 中风康复诊治的“早治观” 世界卫生组织提出的标准是当生命体征平稳、神经系统症状不再继续加重,即可开始康复治疗。中风的“早治观”不仅仅体现在中风急性期的康复早期介入,还包括病前

的病因治疗,以及病后“防变”“防盛”“防复”的干预,即将中医康复贯穿于疾病诊疗全过程,体现以患者为中心、早期预防、防治结合的康复理念和中医学“治未病”思想。

具体体现在:(1)“未病先防”——“未病”之时,防病于先。其属于一级预防、病因预防,即利用中医各种手段对中风高危因素(高血压、高脂血症、糖尿病、冠心病、肥胖超重、嗜烟酗酒等等)进行干预,使之不向中风发展。此阶段中医有独到的优势,可以充分发挥中医在治未病中的引领作用^[4]。(2)“欲病防渐”——“欲病”之时,防微杜渐。其属于二级预防,包括三早预防,即早发现、早诊断、早预防,如对短暂性脑缺血、可逆性脑缺血发作等,尽早发现和干预,逆转中风先兆纵深进程。(3)“新病防变”——“新病”之时,防其传变。中风已经发生,病势较急,变化多端。如高血压、糖尿病等合并病加重;如继发坠积性肺炎、脑心综合征、深静脉血栓形成、骨质疏松、肩手综合征、肩关节半脱位、关节挛缩、压疮等病症;如中风早期,患者不能动或不敢动,会导致肌肉功能下降,出现肌肉萎缩,关节挛缩,出现废用综合征。而针灸早期干预有益于唤醒脑功能;针灸改善运动有益于预防废用综合征;针灸改善循环有益于预防深静脉血栓形成等。(4)“已变防盛”——“变病”之时,防病加剧。病情已经发生变化,如不积极控制病情发展,出现神昏、呼吸衰竭、心搏骤停,将危及生命。新病、盛病属急性期,需要积极救治以减少并发症、降低死亡率,中医介入可发挥重要的协同作用。进入恢复期,生命体征趋于稳定,病情有所改善,各种功能障碍(如运动、感觉、认知、情绪、言语、吞咽、排泄、心肺等功能障碍等)表现突出,治疗不及时或不得当,会加重病情。中医在该期具有独特的优势和特色,可以发挥在康复中的核心作用。(5)“病后防复”——“病后初愈”之时,防止复发。病后初愈,元气大伤,脏腑功能低下,必须加强对原有基础疾病的控制及认知障碍、中风后抑郁等的预防。在痊愈之后及恢复后期的康复和调理,中医“病后防复”的优势明显。此外,可通过互联网+将康复医疗服务延伸至社区和居家,优先中风失能、高龄、重残人群居家康复指导服务^[5]。

“防变”“防盛”“防复”均属于三级预防,即发病后减少并发症和防止中风复发。针、推、康、护、药、膳多种疗法各有所长,可针对不同阶段和环节,酌情配伍应用,详见图2。

2.1.2 中风康复诊治的“分治观” 根据中风的疾

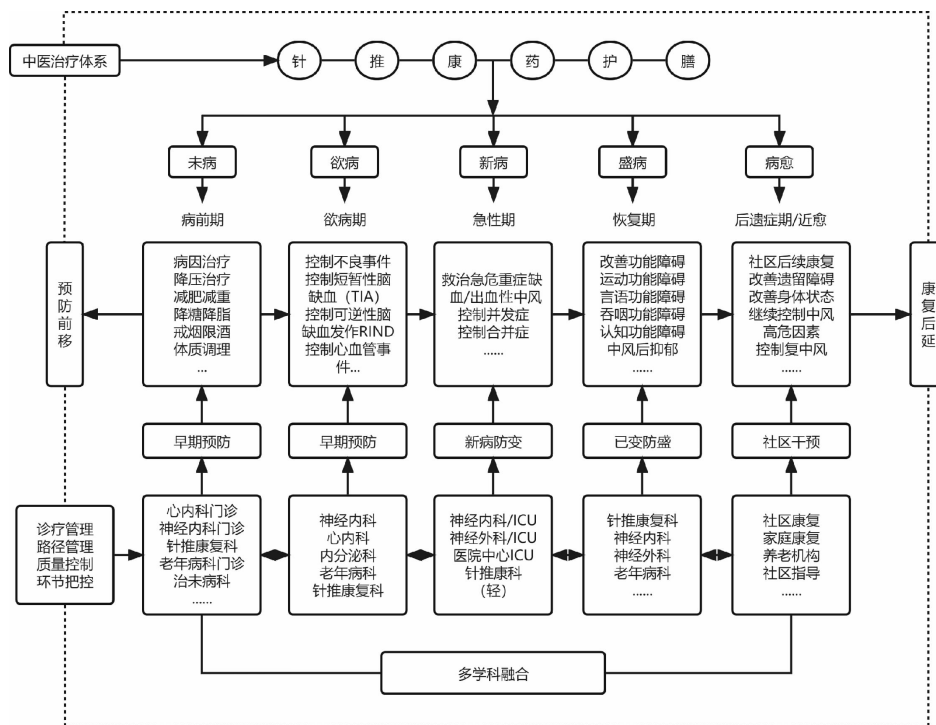


图 2 针灸推拿康复科参与医院中风“五层”一体化防治体系图

病特点及不同阶段,其治疗原则与治疗方式都有所不同。中风三级康复体系也是针对不同时期疾病的特点制定相应原则。一级康复主要指患者早期在医院急诊室或神经内科等科室的常规治疗及早期康复治疗,多于发病后 14 d 内开始;二级康复指患者在康复病房或康复中心进行的康复治疗;三级康复指在家或社区的继续康复治疗。

疾病本身是一个动态过程,医者亦需动态思辨,应当依据人体虚实状态、按照脏腑五行生克规律、顺应自然阴阳变化规律、运用经络传变规律,进行动态的分期治疗、分型治疗、分经治疗、分部治疗等。如中风偏瘫分为卧床期、离床期、步行期,正确康复方法必须遵循偏瘫恢复的普遍性原则(Brunnstrom 分期)以及运动神经发育、生理及本体感觉神经肌肉促通法等来做康复治疗。康复程序应按床上正确体位和运动、坐起训练、坐位平衡训练、站立平衡训练、步行训练等阶段科学规范进行。若在患者站立位肌力不足时强行开展步行训练,势必会诱发异常痉挛模式,导致“误用”综合征,致临床奏效缓慢,疗程冗长。如偏瘫肢体的变化,急性期一般呈现弛缓状态,治当以提升肌力为主,肢体阴经阳经穴位均可使用相同刺激手法;进入恢复期,逐渐出现上肢屈肌痉挛、下肢伸肌痉挛的异常模式,偏瘫肢体阴经阳经脉气不一致,所谓“阴急阳缓”“阳急阴缓”的状态,针刺治疗不能“独取阳明”,而应根据瘫肢伸肌屈肌痉挛与弛

缓的不同,辨肌取穴施法,弛缓侧用强化手法,痉挛侧用弱化手法,以协调肌张力的平衡为重点。分期分部,分而治之^[16]。

2.1.3 中风诊治的“和衡观” 中风病势急骤、病情复杂、变化迅速,并发症与继发病众多,如果没有全局观、预见性,动态把握病情变化,难免顾此失彼,影响救治和康复效率。“和衡观”,和衡即调和、平衡、制衡之意,是在中医整体观的基础上,在中风的全病程纵向管理和某阶段全方位横向管理中,针对病情、证候、主病、并病、脏腑、经络等多方面的变化,动态把握治疗重点,协调其他临床问题的控制,始终注意协调和平衡好要处理的临床问题。

在对全病程纵向管理中,对患者主病中风的病情进展(急缓判定、病势强弱、所处阶段)、其他基础病(如高血压、糖尿病等)的变化、功能障碍的出现和加重(如逐渐出现的痉挛瘫痪、肩手综合征、髌踝综合征、中风后抑郁等)、继发病(如肺部感染、脑心综合征、深静脉血栓形成、尿路感染等)的出现予以关注,平衡和处理好预防和治疗的关系、主病和并病/继发病的关系、某些问题先后或同步处理的关系。

某阶段全方位横向管理中,对患者正气的盛衰(神疲与否、脉势强弱、神志昏醒等)、证候的变化(瞳神大小、认知状态、肢体软硬、舌苔厚薄、脉搏速率与节律等)、病性的变化(寒热转变、虚实变化等)、脏腑功能的强弱(脏腑生克关系)、经络间的平衡(脉气左

右、经络前后、阴经阳经等),不同疗法之间的主次配伍应用,亦十分关键。从整体、全局到证候调理,贯穿“和”与“衡”的理念。

2.2 中风外治技术重“三合”

新世纪生命医学突飞猛进,新技术、新理论的渗透,呈现多学科、大开放的特征,传统的学科界限正在消失。作为重要且极具特色的外治技术,针灸、推拿、康复介入中风的治疗已达成广泛共识,中医优势专科整合和外治技术的融合有利于中风的防治。

2.2.1 针-推-康学科内涵 针灸推拿学是由针灸学和推拿学两个学科构成,均属非药物疗法,是以中医理论为指导,研究经络、腧穴、刺灸方法及推拿手法,探讨运用针灸、推拿技术防治疾病规律的学科。针灸、推拿疗法作为中医特色疗法、中医适宜技术,具有历史悠久、内容丰富、范围广泛、临床实用、经济易行、诊疗简便、疗效突出等优势。康复医学是消除和减轻人的功能障碍,弥补和重建人的功能缺失,通过对功能障碍的预防、诊断、评估、治疗和训练,提高人各方面功能的医学学科,是一门提高人们生活质量、促进全面康复和重返社会的学科。

2.2.2 针-推-康专科特点 针灸、推拿、康复均有面向全疾病过程、面向全生命周期、面向全临床学科、拥有全方位治疗技术的学科特点,具有方法的独特性、技术的多样性、推广的简便性、调理的优效性等优势。且传统康复治疗与现代康复理论具有一致性,3个专科疾病谱相似,将针灸、推拿、康复三大学科有机整合,有益于中西医相融,突出中医,便于开展“以患者为中心”的一站式服务。

2.3 中风工作模式创“三跨”

目前,中风主要包括西医卒中中心、卒中单元、综合康复中医卒中单元等,随着卒中中心、房颤中心、胸痛中心等平台的建设,极大地促进了脑卒中的早期识别与救治。由于大多数医院神经内科、神经外科、心内科、内分泌科、针灸科、推拿科、康复科等均为独立管理,虽有相互会诊转诊,但由于康复理念的认知差异,康复治疗较难做到完全及时到位。与康复治疗相关的专科有康复嵌入模式、康复专病模式、专科整合模式等:康复嵌入模式为专科招揽针推康复人员,虽能侧重专科病症,但由于没有团队,属于单打独斗,患者就诊往返于各相关科室,轨迹杂乱无序,专科之间容易形成内部无序竞争;康复专病模式是以某种疾病立科,如“颈肩腰腿痛专科”

“中风专科”等,虽突出了病种,招揽了相关康复人员,但由于病种局限,专科发展受到一定限制,同时与中医院必备的针灸科、推拿科、康复科形成业务冲突;专科整合模式,将针灸、推拿、康复相关优势专科有机整合,依托专科,以患者为中心,集中优势,宜针则针,宜推则推,宜康则康,可为患者提供有序和高效的“一站式”服务,同时可借康复建设为纽带,发挥辐射全院的中心职能。这种模式,从医院层面而言:可凝聚特色,形成合力;突出优势,节约资源;避免院内无序竞争。从其他科室而言:术有专攻,各有侧重,便于强强联手,优势互补;开展科室间协作,避免学术发展的窘境。在优势整合专科层面:便于康复全面覆盖,打造团队,培养人才;精研技术,凸显疗效;挖掘病种,扩大针推康治病范围,详见图3。

2008年,针灸推拿康复科开始打造针推康全院联合诊疗模式,创新了3个工作模式:一是针-推-康“融合式”跨专业的诊疗模式,将针灸、推拿、康复三大学科有机整合,开展院内外跨优势学科的联合诊疗;二是针-推-康“辐射式”跨科室诊疗模式,即向医院各临床科室辐射,提供针灸、推拿、康复服务;三是针-推-康“网点式”跨区域诊疗模式,通过在基层形成“专科联盟网”或“局部工作站点”等方式,开展三级甲等医院指导基层的工作。

3 基于真实世界研究为中风中医康复诊治体系提供循证证据

中风中医康复诊治体系的构建需要临床循证证据^[7]。当前,对于中医药治疗脑卒中的临床研究繁多,但缺乏系统而全面的分析,难以了解中风临床治疗的真实世界。在构建中风中医康复体系的同时,构建循证研究平台,对临床、科研一体化有重要意义。因此,可基于数据挖掘与复杂网络分析,借助数据挖掘、深度学习技术、结构测度指标分析法、社团分析法等方法,开展前瞻性、回顾性的中医药治疗脑卒中的真实世界研究,构建起脑卒中中医康复诊治的真实网络世界,进行多维度、多层级的复杂网络数据挖掘,分析其网络拓扑特征,寻找中风“症-证-药-方-经-穴-术”关联的临床问题,获得“证(核心症团)-方(核心药团)-穴(核心穴团)-术(核心术团)”靶点信息并进行多层复杂网络分析,了解中风中医临床诊治过程中的核心证群与证候诊断相关度、核心药物间配伍关系、药物剂量配比原则、

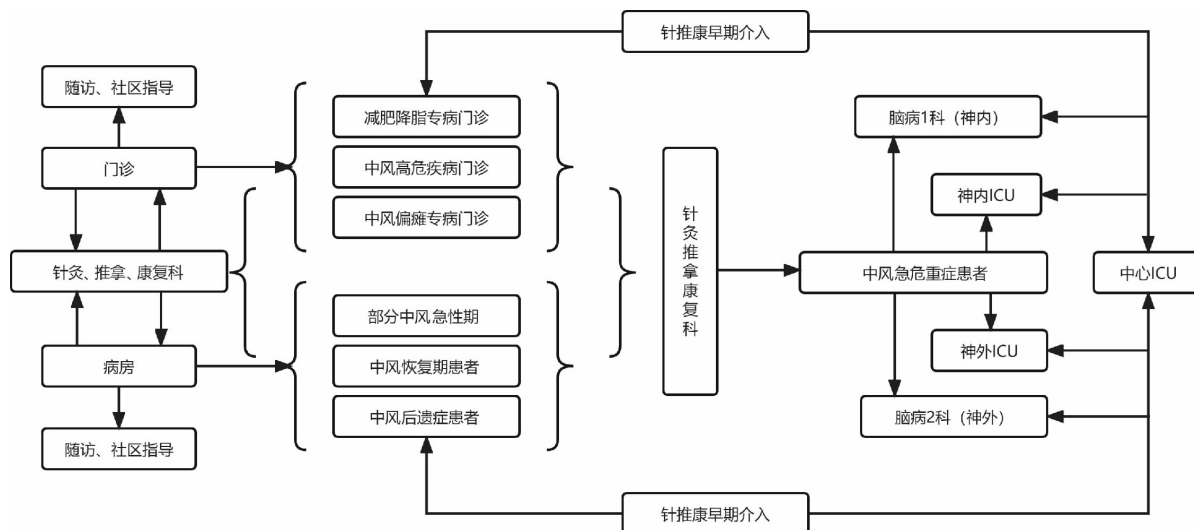


图3 针灸推拿康复专科参与医院中风防治一体化服务模式

穴位配伍诊治方法、优势技术等基本规律,寻找中医药治疗中风的临床真实诊治规律,为中风中医康复体系的完善与修订提供循证证据。

4 结语

综上,构建中风中医康复诊治体系,需要医院与专科打破固有思维,创新管理和工作机制,在中风的诊治中,多学科协作,优势专科融合,全程参与,把握优势,做到全方位干预,多靶点切入,察重点辨治,分阶段施术,举针推之长,防治康结合。既把握全程,又关注阶段;既把握整体,又关注局部;既强调救治,又注重康复;既强调综合治疗,又注重突出优势。防治结合,治康结合,为中风患者提供全方位、全周期、专业化、多学科、综合性、一体化的中医康复医疗服务。

参考文献

[1] ZHOU M G, WANG H D, ZENG X Y, et al. Mortality, morbidity, and risk factors in China and its provinces, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. *Lancet*, 2019, 394(10204): 1145–1158.

[2] 李艳青, 吴红霞, 王慧敏, 等. 卒中后残疾风险预测模型的构建与验证[J]. *中国医学创新*, 2021, 18(10): 159–163.

[3] 《中国脑卒中防治报告》编写组, 王陇德. 《中国脑卒中防治报告 2020》概要[J]. *中国脑血管病杂志*, 2022, 19(2): 136–144.

[4] 马思田, 王欢, 杨永锋, 等. 基于经典医籍挖掘唐宋以后中风病“外风致中”思想[J]. *中医药学报*, 2021, 49(4): 79–83.

[5] 徐娜, 杨宇峰. 历代医家论中风病之因机理论框架[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2019, 21(3): 75–77.

[6] 李鑫辉, 司马旦旦, 黄淼鑫, 等. 张仲景“外风”与叶天士“阳化内风”论治中风[J]. *中国中医药信息杂志*, 2017, 24(9): 96–98.

[7] 石文英, 章薇, 曾琼姿. 心经、心包经与心、脑(神明)相关规律的研究分析[J]. *中华中医药学刊*, 2015, 33(4): 859–861.

[8] 张迪, 曾芳, 杨洁, 等. 心脑血管相关理论的现代研究进展[J]. *四川中医*, 2014, 32(5): 179–181.

[9] 张艳云, 汪美霞, 李祥. 缺血性脑卒中的分子生物学研究进展[J]. *分子诊断与治疗杂志*, 2022, 14(7): 1081–1084, 1093.

[10] 抗晶晶, 曹翔. 内质网应激在缺血性脑卒中发病机制中的作用研究进展[J]. *中国神经免疫学和神经病学杂志*, 2022, 29(5): 423–427.

[11] 傅梦薇, 李洪峥, 王阶. 痰瘀互结证之理论与研究[J]. *时珍国医国药*, 2021, 32(12): 2977–2980.

[12] 李仕卿, 朱为民, 宋黄成. 脑小血管病对自发性脑出血发病及预后影响的研究进展[J]. *神经疾病与精神卫生*, 2023, 23(4): 293–297.

[13] 穆小奋, 贾妮. 脑出血发病病机及中医治疗进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2023, 25(1): 103–106.

[14] 章薇. 针灸: 在中医“治未病”的引领作用中占主导地位[J]. *中国针灸*, 2018, 38(11): 1218.

[15] 陶淘, 姚丽丽, 刘玲. 远程康复在脑卒中患者康复中的应用研究进展[J]. *现代医药卫生*, 2023, 39(19): 3365–3369.

[16] 余兆安, 刘民权, 潘江, 等. 张力平衡针法对脑卒中痉挛状态肢体运动功能及表面肌电的影响[J]. *世界中医药*, 2019, 14(3): 531–535.

[17] 中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中脑梗死制定工作组, 章薇, 娄必丹, 等. 中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中(脑梗死)[J]. *康复学报*, 2021, 31(6): 437–447.

(本文编辑 匡静之)