

蒙医康复临床实践指南·脑梗死

蒙医康复临床实践指南·脑梗死制定工作组

乌兰图雅, 辛 浩, 温荣荣, 敖其尔, 赵永建, 张兵兵, 白 晶, 凤 梅, 刘苗苗, 孙利清, 阿古拉*

内蒙古自治区国际蒙医医院, 内蒙古 呼和浩特 010065

* 通信作者: 阿古拉, E-mail: 1244501534@qq.com

收稿日期: 2020-12-08; 接受日期: 2021-02-10

基金项目: 中国中医药科技开发交流中心中医康复服务能力规范化项目专项课题 (GZK-KT201901-34)

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2021.04002

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



摘要 脑梗死是一种常见的脑血管疾病, 属蒙医“萨病”范畴。蒙医对脑梗死有独特认识, 其康复治疗方法也独具特色, 疗效显著。本指南以蒙医“三根理论”“脑-白脉”学说为指导思想, 从蒙医脑梗死定义、诊断要点、疾病类型、证候特征、辨证论治、外治法、康复训练和饮食起居调护等方面进行标准制定。蒙医将脑梗死分为赫依型、希拉型、巴达干型、琪素型和协日乌素型等5种类型, 本指南详细分析其病机、治法、内治方药、外治法等。脑梗死治疗强调辨证论治, 采用内服蒙药为主, 内外治法相结合治疗的原则。其中, 蒙医外治法就针刺疗法、放血疗法、拔罐疗法、拔罐放血疗法等的取穴和操作方法进行规范制定; 并就脑梗死早期康复训练方法、偏瘫康复训练原则(良肢位训练、仰卧起坐训练、坐位平衡训练、膝立位训练、跪行训练、由坐到站立训练、立位平衡训练、步行训练)、急性期和恢复期的饮食起居调护等进行规范说明。该指南适用于指导蒙医专业技术人员规范开展康复治疗技术操作, 也适用于蒙医医疗、教学、科研、产业和国际交流等标准化工作, 有助于优化蒙医相关诊疗技术, 提升蒙医康复临床服务能力。指南具有较好的临床适用性、安全性及有效性。

关键词 脑梗死; 萨病; 蒙医; 康复; 临床指南

本指南按 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本指南由中医康复标准研究基地提出并归口。

起草单位: 内蒙古自治区国际蒙医医院。

主要起草人: 乌兰图雅、辛 浩、温荣荣、敖其尔、赵永建、张兵兵、白 晶、凤 梅、刘苗苗、孙利清、阿古拉。

1 范 围

本指南规定了脑梗死的蒙医康复临床诊疗方案。经业内标准化权威专家及中医药标准化专家推敲论证, 对指南进行修订, 形成推荐性行业标准, 适用于全区及蒙古族居住的八省区。方案中明确提出脑梗死的定义、诊断、辨证治疗、蒙医传统外治疗法、康复训练和饮食起居调护的标准, 优化了相关诊疗技术, 有助于提升蒙医康复临床服务能力。本

标准适用于全区各级蒙中医院及八省区蒙医医院的医疗、保健、科研、教育、产业和文化等领域的标准化, 也适用于指导蒙医药行业管理、出版及国际交流等标准化工作。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1 脑梗死

脑梗死属蒙医“萨病”范畴, 萨病是以猝然昏仆、偏瘫、口眼歪斜、言语不清等症状为主要特征的脑部疾病。常因情绪激动、劳累、用力过度、过量饮酒等引起, 多发于中老年人。主要病机为赫依偏盛, 赫依与血相搏, 气滞血瘀, 导致气血运行受阻与疏通障碍, 继而损伤脑部的黑脉并引起白脉之海——脑缺血、受损而致病^[1]。

引用格式: 蒙医康复临床实践指南·脑梗死制定工作组. 蒙医康复临床实践指南·脑梗死[J]. 康复学报, 2021, 31(4): 271-278.

Working Group of Clinical Practice Guidelines of Mongolian Medicine in Rehabilitation for Cerebral Infarction. Clinical practice guidelines of Mongolian medicine in rehabilitation for cerebral infarction [J]. Rehabilitation Medicine, 2021, 31(4): 271-278.

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2021.04002

2.2 针刺疗法(“哈特格呼”疗法)

蒙医针刺疗法是在蒙医理论指导下,用特制的针具刺入人体特定的穴位,给予刺激来治疗与预防疾病的一种外治疗法。常用针具主要有金针、银针、一次性不锈钢针灸针及传统毫针。

2.3 放血疗法(“哈那呼”疗法)

放血疗法是用特制的放血器切开或刺破人体浅表静脉特定穴位,放出病血(恶血)、病气,改善赫依血循环,起到调平寒热、引病外除、调节整体的作用,达到治疗和预防疾病的外治疗法。放血器形状主要有镰状、三棱针、斧形、平刃和剑形等。

2.4 拔罐疗法(“扫如拉达呼”疗法)

蒙医拔罐疗法是以特定的罐为工具,利用燃火、抽气等方法排除罐内空气,达到真空,产生负压,使罐吸着于皮肤,造成淤血现象的治疗方法,具有改善赫依、血循环,祛恶血、黄水,消肿止痛等作用,达到调整机体功能、防治疾病、引病外除的目的。罐的种类有玻璃罐、瓦罐、陶瓷罐、牛角罐、铜罐和竹罐等。根据疾病(或患病部位)的实际情况,选用罐的大小及形状。拔罐的方法有投火法、闪火法、贴棉法、架火法和贴纸法等^[2-3]。

2.5 拔罐放血疗法(“萨木扫如拉”疗法)

蒙医拔罐放血疗法是拔罐疗法与放血疗法相结合的一种外治疗法,在人体肌肉丰富、弹性较好、血管不显露、不易找到血管的部位,用皮肤针或三棱放血器针刺数次进行放血,然后再行拔罐^[4]。该疗法具有清除血热、祛恶血、燥黄水、改善赫依和血运行及镇痛等作用。拔罐放血时常用铜罐和玻璃罐。

3 诊 断

3.1 蒙医诊断要点

蒙医关于脑梗死的诊断要点主要包括以下几个方面^[5]:

- (1)多因大怒、过度劳累、用力过猛或过量饮酒后发病。
- (2)多见于 40 岁以上的人群。
- (3)突然出现一侧脸部、手臂或下肢麻木、言语不清或不语、口舌歪斜、偏身感觉异常或瘫痪、意识不清或意识丧失。
- (4)伴有剧烈头痛、恶心、吞咽困难、呕吐、瞳孔不等大、呼吸深而慢、大小便失禁等症状。
- (5)发病急骤,发病前可能有头痛、头晕、四肢麻木等症状。
- (6)神经系统、眼底、脑脊液、血常规、血糖、血脂等检查以及头颅电子计算机断层扫描(computed tomography, CT)、经颅多普勒超声(transcranial do-

ppler, TCD)、磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)、磁共振血管成像(magnetic resonance angiography, MRA)检查可以提供确诊的依据。

3.2 疾病类型

3.2.1 嘎拉萨病 发病突然,病情较重,发热、面色潮红、咽干口燥、头痛剧烈、半身不遂、口舌歪斜、舌僵言语不利、肢体强痉拘挛、肢痛易怒、舌红苔黄厚、脉象细弦、尿黄味重。

3.2.2 乌笋萨病 发病迟缓,病情较轻,半身麻木不遂、周身湿冷无力、面色晦暗、头晕嗜睡、言语謇涩或不语、舌白、脉弱、尿清味淡^[6]。

3.3 证候特征

主要可分为以下 5 个证型^[7-8]:

3.3.1 赫依型 病情不稳定,反复发作。偏瘫肢体常见痉挛、抽搐、麻木,以左侧为多,伴有头晕目眩、耳鸣、口齿謇涩、睡眠异常、多梦心悸、血压不稳、变异性大、脉象虚缓、舌苔薄白、尿色发白而气泡沫多。

3.3.2 希拉型 起病急骤,病情较重,进展迅速,预后较差。偏瘫肢体疼痛以右侧为主,浑身发热、头痛剧烈、颜面潮红、咽干口燥、失语、颈强身热、躁忧不宁、食欲不振、呕吐、鼻衄,偶见呕血、血压升高、神志昏蒙、脉象洪弦、舌苔黄厚、尿黄味重。

3.3.3 巴达干型 发病迟缓,转归较慢。患侧多呈弛缓性偏瘫,以左侧为多,身体肥胖、面色晦暗、半身麻木不遂、周身湿冷无力、言语謇涩或不语、头晕嗜睡、记忆减退、脉象迟缓、舌苔少而薄白、尿色清如水状。

3.3.4 琪素型 发病急聚,病情危重。右侧偏瘫居多,面色赤紫、食欲不振、恶心、呕吐、鼻衄吐血、发热、头痛、血压升高、失语、昏迷、舌苔黄厚、脉象大、尿赤黄。

3.3.5 协日乌素型 发病缓慢,症状较轻。瘫痪关节部位疼痛、肿胀、发痒,有时出现斑疹,血压不稳、四肢厥冷、肌肉酸痛、脉象弱而滑、舌苔白而薄、尿色稍黄气味大。

4 治 疗

治疗脑梗死实行辨证论治的方法,采用内服蒙药为主,内、外治法相结合的原则,根据不同的临床症状进行辨证治疗^[9]。治疗初期以解毒、醒脑为主,后期以舒筋活脉、行通气血为主,内服额尔敦乌日勒、嘎日迪-13 味丸、萨乌日勒、新黑苏嘎乌日勒等主方药,辨证施加辅药,配合引子进行辨证治疗。主方剂如下:

(1)嘎日迪-13 味丸 主治:寒性萨病(赫依型、巴达干型、协日乌素型),用药方法:每晚睡前 9~

13 粒,1 次/d,口服。

(2)额尔敦乌日勒 主治:热性萨病(希拉型、琪素型),用药方法:每次 15~19 粒,1 次/d,口服。

(3)萨乌日勒 主治:各种类型的萨病,用药方法:每次 15~19 粒,1 次/d,中午或晚上口服。

(4)新黑苏嘎乌日勒 主治:寒性萨病(赫依型、巴达干型、协日乌素型)^[10],用药方法:每次 15~19 粒,1 次/d,口服。同时酌情配合针刺、灸疗、推拿、放血、药浴等疗法。

4.1 辨证治疗

根据不同临床证候对脑梗死进行辨证治疗^[11]。

4.1.1 赫依型

4.1.1.1 病机 赫依偏盛,赫依血运行受阻,损伤白脉。

4.1.1.2 治法 镇“赫依”,促赫依血运行,疏通白脉。

4.1.1.3 方药 服用主方剂,同时酌情加服阿嘎日-8 味散、阿嘎日-15 味散或阿嘎日-35 味散等,若睡眠异常、多梦心悸显著者可加服安神-11 味丸。

4.1.1.4 外治疗法 根据病情进行油剂疗法或尼如哈疗法。

4.1.2 希拉型

4.1.2.1 病机 希拉热偏盛,恶血增多,损伤白脉。

4.1.2.2 治法 抑“希拉”,清热凉血,疏通白脉。

4.1.2.3 方药 服用主方剂,同时酌情加服希日汤、阿拉坦阿如-5 味丸、乌兰-13 味汤、古日古木-13 味丸等。

4.1.2.4 外治疗法 内服药治疗过程中如患者体质允许根据病情可行放血疗法。失语者则取舌脉、上唇窝、十指尖微量放血。

4.1.3 巴达干型

4.1.3.1 病机 巴达干黏液增多,赫依、血运行受阻,损伤白脉。

4.1.3.2 治法 清“巴达干”黏液,清热解表,祛寒通脉。

4.1.3.3 方药 服用主方剂,同时酌情加服查干汤、升阳-11 味丸等,也可酌情服用阿魏-7 味、党参-18 味、芸香-15 味丸等。

4.1.3.4 外治疗法 可配合施以艾灸和火针。

4.1.4 琪素型

4.1.4.1 病机 琪素热偏盛,损伤白脉。

4.1.4.2 治法 清“琪素”热,凉血明目,疏通白脉。

4.1.4.3 内治方药 服用主方剂乌兰-13 味汤、古日古木-13 味丸等。恶心呕吐明显者可联用甘草-6 味汤和菖蒲-4 味汤;鼻出血者宜联用琪顺古日古木-8 味散或给旺-13 味丸;发热头痛剧烈者宜联用嘎布日-3 味散和胡日查-6 味等丸。

4.1.4.4 外治疗法 内服药治疗过程中如患者体质允许,可行放血疗法。

4.1.5 协日乌素型

4.1.5.1 病机 协日乌素偏盛,损伤白脉。

4.1.5.2 治法 燥“协日乌素”,清浊生华,疏通白脉。

4.1.5.3 方药 服用主方剂,同时酌情加服壮伦-5 味汤、通拉嘎-5 味丸、森登-25 味散等,也可酌情联用乌力础-18 味丸、芸香-15 味丸。

4.1.5.4 外治疗法 根据病情行药浴或拔罐疗法。

4.2 蒙医外治疗法

4.2.1 针刺疗法(“哈特格呼”疗法) 本疗法适用于赫依型和协日乌素型脑梗死^[12]。取穴及操作方法如下:

4.2.1.1 顶会穴 位于前发际正中线与两耳尖连线的交叉处,取坐位或仰卧位,平刺 0.5~0.8 寸。

4.2.1.2 眉间穴 位于头额部,两眉毛正中间处,取坐位或仰卧位,平刺 0.5~0.8 寸。

4.2.1.3 颈凹穴 颈项部后正中线上,后发际凹陷处,取坐位或俯卧位,透刺法对刺 0.8~1.0 寸。

4.2.1.4 耳后穴 后发际正中凹陷处旁开 2.5 寸处,取坐位或俯卧位,直刺 0.8~1.0 寸。

4.2.1.5 肩穴 位于肩部三角肌上,臂外展或向前平伸时,肩峰前下方凹陷处,取侧卧位,直刺 1.0~1.5 寸。

4.2.1.6 三角肌下穴 位于肩峰下 2 寸处,取侧卧位,直刺 1.0~1.5 寸。

4.2.1.7 肘外穴 位于肘横纹外端处,取侧卧位,直刺 1.0~1.5 寸。

4.2.1.8 腕横纹背穴 位于腕背横纹上,中指伸肌腱的尺侧凹陷处,取侧卧位,直刺 0.3~0.5 寸。

4.2.1.9 拇示指合穴 位于手背,第 1~2 掌骨之间,约平第 2 掌骨中点处,腕横纹上 4 指,取侧卧位,直刺 0.3~0.5 寸。

4.2.1.10 髌穴 位于从椎尾至臀大肌量 1 寸处或从肾种穴向下 16 横指(约 12 寸)处为 1 穴(髌眼穴),从此穴向上、向下、向左、向右各量 1 寸处各有 1 穴,与髌眼穴共为 5 穴,两侧共 10 穴,取侧卧位,直刺 1.0~2.0 寸。

4.2.1.11 大腿穴 位于大腿外侧中线上,直立垂手时中指间与大腿接触部,取侧卧位,直刺 1.0~2.0 寸。

4.2.1.12 胫穴 位于内侧膝眼穴直下 2.5 寸处,取侧卧位,直刺 1.0~2.0 寸。

4.2.1.13 趾穴 位于足背侧,第 1 趾骨间隙的后方凹陷处,取侧卧位,直刺 1.0~2.0 寸。

4.2.1.14 足十趾尖穴 位于足十指趾尖,取侧卧位,直刺 0.1~0.2 寸。

注意事项:①滞针;②弯针;③断针;④晕针;⑤肿胀;⑥刺伤重要器官;⑦转化为热症;⑧转化为寒症。每天治疗1次或隔日治疗1次,10次为1个疗程,可连续治疗2个疗程。

4.2.2 放血疗法(“哈那呼”疗法) 本疗法适用于血、希拉偏盛型脑梗死。取穴及操作方法:

4.2.2.1 舌脉 位于舌下2条静脉之各中部,夹舌结扎,使血管暴露,然后用矛式放血器纵行直刺,放血不得过量,止血时用消毒棉直接压迫血管或用凉开水漱口。

4.2.2.2 耳前、后脉 位于耳窍前后各1寸处,在颈项部位结扎,用三棱式放血器直刺放血,直刺时注意勿伤及动脉和骨膜。

4.2.2.3 齿脉 位于距下颌骨角前上方0.5寸处,在颈项部位结扎,用斧式放血器纵行弹刺。

4.2.2.4 肝脉 位于尺骨鹰嘴下2寸处,坐位屈肘90°,肢体脉结扎法结扎,用矛式放血器沿纵轴侧刺或用三棱式放血器直刺。

4.2.2.5 脏腑总脉 位于自肘窝内侧略斜向上外行之上,肢体脉结扎法结扎,用矛式放血器沿血脉纵轴斜刺放血。

4.2.2.6 肌肉脉 位于腓肠肌内侧肾脉直上1寸处,嘱患者站立,在胫肌中肢体脉结扎法结扎,嘱其用力踩在横放的木板上,沿血脉纵轴用矛式放血器斜刺或针刺拔罐,注意避免伤及筋腱。

4.2.2.7 踝脉 位于由内踝正中向前上方斜量1寸处,嘱患者坐于靠背椅上,用力踩横放的木板,在比目鱼肌中段略下,肢体脉结扎法结扎,用斧式放血器沿血脉纵轴弹刺放血。注意预防止血后再出血,注意避免伤及筋腱。

4.2.3 拔罐疗法(“扫如拉达呼”疗法) 本疗法适用于各类型的脑梗死。

施罐时均取侧卧位,采用闪火法进行拔罐,具体如下:用止血钳夹住95%酒精棉球(1~2个)拧干,打火将酒精棉球点燃后,伸入铜罐底部环绕2~3圈,退出火迅速将铜罐扣在所选部位或穴位上,留罐10~15 min。取穴及操作方法如下:

4.2.3.1 肩前穴 位于腋前皱纹上端与肩前角连线正中。

4.2.3.2 肩穴 位于肩部三角肌上,臂外展或向前平伸时,肩峰前下方凹陷处。

4.2.3.3 肩上穴 位于赫依穴与肩穴连线中点上。

4.2.3.4 肩后穴 位于腋后皱纹末端与肩后角连线正中。

4.2.3.5 肩下穴 位于上臂外侧,三角肌止点处。

4.2.3.6 肩胛中穴 位于肩胛区,冈下窝中央凹陷处。

4.2.3.7 三角肌下穴 位于肩峰下2寸处。

4.2.3.8 髌穴 位于从椎尾至臀大肌量1寸处或从肾种穴向下16横指(约12寸)处为1穴(髌眼穴),从此穴向上、向下、向左、向右各量1寸处各有1穴,与髌眼穴共为5穴。

4.2.3.9 长横纹穴 位于臀部与大腿根皱纹横线正中和左右各1寸处。

4.2.3.10 大腿穴 位于大腿外侧的中线上,直立垂手时中指间与大腿接触部。

4.2.3.11 腘窝上穴 位于腘窝横纹外侧上1.5寸的凹陷处。

4.2.3.12 肌中穴 位于腘窝横线正中直下5寸处腓肠肌外侧。

4.2.3.13 肌下穴 位于肌中穴直下2寸处。

4.2.3.14 膝眼穴 位于髌骨下缘,髌韧带两侧凹陷正中处。

4.2.4 拔罐放血疗法(“萨木扫如拉”疗法) 本疗法适用于希拉型、琪素型和协日乌素型脑梗死。

4.2.4.1 取穴和体位 同拔罐疗法。

4.2.4.2 操作方法 ①选定穴位或部位用碘伏消毒,先用铜罐或玻璃罐拔罐10~15 min,待局部发红发紫、鼓起后起罐。②用棉签蘸碘伏消毒液消毒,碘伏棉签从拔罐处中心由内向外旋转,均匀涂擦放血区域2遍,面积10 cm×10 cm以上,在隆起部位用皮肤针或三棱放血器快速浅刺3~5针后,再行玻璃罐或抽气罐拔5 min。③右手扶住罐体,左手拇指或食指按压罐口一侧,待空气进入罐内用消毒干棉球接住血水,取下火罐,起罐后继续擦拭血污,擦拭干净后再用碘伏消毒1次。根据病情需要,每隔2~3 d治疗1次,3~7次为1个疗程。针刺次数与深度,应视患者体质强弱、疾病类型和拔罐部位的大小而定。

4.2.4.3 注意事项 ①根据穴位选用大小适宜的火罐,视吸引力强弱和拔罐部位来决定治疗时间。②取罐后如有水泡,用针挑破排水,涂紫药水。③取罐时,用指腹沿罐口按压皮肤,使空气进罐而取,切不可用力拔罐。④拔罐针刺时排出的血、黄水,用消毒棉擦拭。⑤治疗后3 d内避免洗淋浴或泡澡,以防伤口感染,切勿劳累、着凉、淋雨、剧烈运动等;忌葱、蒜等辛辣及易引发赫依病的饮食。

5 康复训练

康复训练采用神经发育疗法和运动再学习疗法^[13-14]。偏瘫康复训练顺序是:从仰卧位→侧卧位→坐位平衡→膝立位→跪行→站立→站立平衡→行走。按照上述训练顺序进行康复训练,可有效避免

上肢屈肌、下肢伸肌紧张,以及因下肢伸肌紧张导致的画弧步态,从而改善平衡功能、语言及吞咽功能,抑制痉挛模式。

5.1 早期康复方法

脑梗死患者在病情稳定并且苏醒,不伴有严重的合并症、并发症,无严重的精神症状、行为异常时,即可介入康复,但需注意康复方法的选择。脑梗死急性期患者,以良肢位保持及定时体位变换为主。良肢位是从治疗角度出发而设计的一种临时性体位^[15],对预防或抑制痉挛模式、肩关节半脱位以及早期诱发分离运动等方面具有较好的作用。

5.2 偏瘫康复训练原则

5.2.1 良肢位训练

5.2.1.1 仰卧位 患者头下垫枕,头稍偏向健侧;面部朝向患侧;枕头高度要适当,不宜过高;胸椎不得出现屈曲;患肩垫起预防肩后缩;患侧上肢伸展并稍外展,前臂旋后,腕部背伸,手指伸展,患肢放置于枕头上;患侧髋垫起预防后缩;患侧大腿及小腿外侧放置枕头以防髋关节外展、外旋;腘窝处垫舟状充气垫固定,防止膝关节过伸展。

5.2.1.2 患侧卧位 躯干稍向后仰,在其后方垫一枕头,避免患侧肩直接被压在身体下,患侧肩胛带充分向前伸展,肩关节屈曲 $90^{\circ}\sim 130^{\circ}$,患肘伸展,前臂旋后,手呈背屈位且手指伸展;患髋伸展,膝关节呈轻度屈曲位。健侧上肢放于体上,健腿屈曲放于枕头上。

5.2.1.3 健侧卧位 患侧上肢,肩关节屈曲约 90° 向前伸,肘和腕关节保持自然伸展,手心向下自然伸展,上肢放置于充气支具上,健侧上肢无要求;患侧髋、膝关节屈曲,置于身体前面的充气支具上;健侧膝关节微屈,在躯干后方放置一枕头,使躯干呈放松状态。

5.2.1.4 长坐位 头部直立;躯干背后垫枕头,保持躯干伸展;髋关节尽量保持 90° 屈曲,质量均匀分布于臀部两侧;双手交叉放于床前桌上或枕头上,高度要适当。

5.2.1.5 轮椅坐姿方法 轮椅的靠背处垫一块木板,促进躯干保持伸展;患者双手前伸,肘放在桌上或小桌子上,转移双手正确姿势;臀部尽量要靠近轮椅靠背的方向,以预防因身体下滑导致的不良姿势,造成下肢伸肌张力过高。双足平放地或平凳上。

5.2.2 仰卧起坐训练

5.2.2.1 从仰卧位到健侧卧位 健侧足从患侧小腿插入,沿着患侧小腿下滑至跟腱处,使健足置于患足下方。Bobath握手(双手指交叉相握,患侧拇指在上),健侧上肢带动患侧上肢上举 90° ,然后左右摆动,摆动幅度逐渐加大,利用躯干的旋转和上肢摆

动的惯性向健侧翻身。

5.2.2.2 由卧位从健侧坐起 健手握住患手,健侧下肢插到患侧下肢,健侧下肢将患侧下肢移至床边垂下,身体转向患侧,健手松开患手,颈部前屈,躯干向健侧旋转,先健肘支撑后健手支撑,慢慢坐起。

5.2.2.3 由仰卧位自主向患侧翻身 患者应先将健侧下肢向外侧伸,并使膝屈曲立起,然后健足用力蹬床铺,患者在抬头、颈前屈及叉开腿的同时转上半身,完成向患侧翻身。

5.2.2.4 由卧位从患侧坐起 患者患侧卧位,双腿远端垂于床边,开始时,需要治疗师将患腿置于床边,然后健侧上肢向前横过身体,同时旋转躯干,健手推床以支撑上身,并摆动双腿,完成床边坐位。比健侧坐起难度稍大,但对患者来说是更好的训练方法。

5.2.2.5 从仰卧位到床边坐位 治疗师站立于患者健侧,患者健足置于患足下方,患侧手放于辅助者的肩上,辅助者扶起患侧肩,患者利用健侧肘撑起上身,利用健侧下肢将双下肢放于床下,伸展肘关节以完成坐起动作。

5.2.3 坐位平衡训练

5.2.3.1 辅助/维持坐位平衡训练 治疗师位于患者前面,一手扶持患者 L_4 、 L_5 部位,以辅助患者腰部伸展。另一手置于患者胸前,使患者躯干保持稳定。如患者伴有肩后撤,可将放置于胸前的辅助手换到患侧肩上,使患者躯干姿势得到控制。在患者面前放置姿势矫正镜,帮助患者维持正确的姿势,体会姿势控制的感觉。

5.2.3.2 坐位重心侧屈、前屈训练 治疗师跪或坐于患者前方,双手扶持患者的髂前上棘,患者躯干保持直立,防止前后倾运动,双侧足放于地面固定。如果患者前倾过度,治疗师用头部顶住患者的胸骨,协助患者稳定躯干,待患者熟悉动作要领后,减少辅助量。治疗师一手扶持患者的一侧腰部,一侧扶持躯干或上肢协助患者完成骨盆左右倾运动,或双手前后控制,完成骨盆的前后倾运动。

5.2.3.3 患侧上肢负重训练 患者坐于治疗床上,治疗师站在治疗床前,一手扶持患侧上肢进行诱导,另一手扶持肩部,患者身体向患侧倾斜直至肘关节支撑在治疗床上面,然后用自己的力量返回端坐位。

5.2.4 膝立位训练

5.2.4.1 直跪(双膝跪) 又称双膝立位。患者跪立于肋木前,双手握着肋木保持身体的稳定,治疗师在后方,双手扶持患者的两侧髋腰部或一手托住臀部,一手抵住胸部,使髋部充分伸展,臀部不要蹲坐在双腿上,双膝距离一定要和肩同宽,协助控制骨

盆,调整姿势,维持正确姿势情况下逐渐放开双手。

5.2.4.2 半跪(单膝跪) 又称单膝立位。在直跪的基础上,一条腿髋关节屈曲呈 90° ,膝关节屈曲呈 90° ,并用脚掌着地,另一条腿保持原来姿势。治疗师控制患者的双肩,用膝关节调整患者的骨盆位置,使其髋关节充分伸展,躯干保持正直。

5.2.5 跪行训练 ①由慢到快跪行。②由直线到曲线、侧行训练。练习跪位步行,治疗师双手控制患者肩部,使躯干出现正常的旋转,注意髋关节要充分伸展,骨盆与双肩向相反的方向旋转。

5.2.6 由坐到站立训练

5.2.6.1 躯干伸展前倾训练 治疗师把一只足放于患者前方的凳子上,患者坐位,上肢肘关节伸展,肩关节屈曲,前臂放在治疗师腿上,治疗师一手控制患者躯干使其保持伸展,另一手在胸骨部控制,利用下肢外展诱发患者躯干前倾。患者完成流畅时,可令其双上肢自然下垂,保持躯干前倾的基础上,诱发膝关节向前移动,加大踝关节背屈角度。

5.2.6.2 正确的站起方法 站起时,双足后移,身体重心前移,躯干伸直前倾,双肩前移越过脚尖,髋膝伸展,身体站起。

5.2.6.3 增加训练动作难度 包括从不同高度、不同硬度的床上站起和坐下。

5.2.7 立位平衡训练

5.2.7.1 髋、膝关节的屈伸训练 患者直立站立,双脚与肩同宽,双足水平,治疗师站于患者前方偏患侧,令患者保持躯干伸展,双下肢进行屈曲、伸展运动。

5.2.7.2 身体重心前后移动训练 患者在平行杠内保持站立姿势和双下肢重心转移。将平衡板置于平行杠内,患者和治疗师均站于板上,治疗师双手调整患者的立位姿势,然后用双足缓慢地摇动平衡板,破坏其平衡,从而训练患者重心前后移动。

5.2.7.3 患侧下肢负重支撑训练 患者双膝关节轻度屈曲,重心移向患侧,治疗师坐在患者前面偏患侧,用膝关节顶住患侧下肢外侧。一手协助患者髋关节伸展,另一手刺激腹肌,提高其紧张度。患者健侧足底抵于患侧膝关节内侧,然后进行患侧髋关节外展、外旋、内收、内旋运动。

5.2.7.4 增加动作复杂性训练 患者双手分开,与肩同宽,抓握体操棒,治疗师与患者手重叠协助握棒动作,并使腕关节保持背伸位。治疗师一脚放在球上,患者单腿站立,另一只脚放在球上,随球运动。

5.2.8 步行训练

5.2.8.1 站立相训练 ①站立伸髋训练:治疗师一手置于患者胸部维持身体的平衡,另一手将患者下肢的膝关节屈曲,待姿势正确后,让患者自己慢慢控制放下患足,使足尖于健侧足后方着地。患者完成此动作困难时,也可用一手控制躯干稳定,另一手协助患足按规定动作要领慢慢着地。②站立膝关节小范围的屈伸训练:患者直立站立,治疗师一手置于患侧髌骨处,另一手置于腘窝处,患者膝关节主动屈曲伸展运动。患者完成此动作困难时,治疗师辅助完成。③踏步训练:患者直立站立于肋木前,双手握住肋木维持躯干稳定,完成踏步动作,动作不宜过快。患者完成困难时,此动作改成膝关节轻度屈曲,足跟离地,足尖接触地面即可。④骨盆水平前移训练:患者患腿在前,健腿在后站立于平行杠内,双手握住平行杠,保持躯干伸展。治疗师双手置于患者两侧髂前上棘,诱导骨盆水平向前运动。

5.2.8.2 摆动相训练 ①诱发摆动相训练:治疗师一手置于胸骨下段,另一手置于背部大约相同高度位置双手固定患者胸廓,手指向上用力提拉并与步行频率一致,将身体向前方诱导,诱发出患侧下肢的摆动相。②向患侧横向迈步训练:治疗师立于患侧,一手置于患侧腋窝,使患侧躯干伸展,另一手置于健侧骨盆,使患者重心移向患肢,然后令患者健侧下肢从患肢前方横向迈出。③向健侧横向迈步训练:治疗师一手置于患侧骨盆,另一手放在健侧肩部,位于肩部的手调整躯干的姿势,位于骨盆的手协助身体重心的转移。令患侧下肢在健侧下肢前方横向迈步,迈出的患足要与健侧足平行(足尖方向一致)。

5.2.8.3 行走训练 ①控制双肩步行训练:治疗师位于患者后方,双手轻轻搭在患者双肩上(拇指在后),当患肢处于支撑相,健侧下肢迈步时,在足跟着地前健侧肩胛骨向后方旋转,可以防止患侧足外旋。当患侧处于摆动相时,治疗师诱发患者双上肢呈对角线摆动,双侧上肢有节律的摆动可导致躯干旋转,对正常步态的诱发有明显效果。②控制骨盆步行训练:治疗师双手置于患者骨盆两侧,用拇指抵在臀部,使髋关节伸展,骨盆后倾。在健侧下肢处于摆动相时,治疗师协助患者将体质量转移到患足上,防止膝关节过伸,并维持患侧支撑相稳定。当患侧下肢处于摆动相时,髋、膝关节放松,足跟向内侧倾斜(髋关节外旋),治疗师将患侧骨盆向前下方加压,防止骨盆上抬,并协助其向前方旋转。③沿直线步行训练:用胶带在地上标出一条直线,治疗师站在患侧促使髋关节运动,一手拇指从后方放在

患侧股骨头,协助髋关节伸展及外旋,另一手放在对侧骨盆处,稳定患者并协助其把健腿正确地放在前面,患者沿此线步行,伴髋外旋,要求足落地时足弓踏在线上。④ 健手拍球步行:患者用健手拍球然后再接住步行,让其掌握球弹跳的时间,正好在摆动相末期患足着地时球也落地,球弹起来时,健侧向前迈步,足跟着地时再接住球。⑤ 扶杖步行:使用手杖时,先伸出手杖,再迈出患侧足,最后迈出健侧足的步行方式。根据训练时健侧迈步大小分为后型、并列型和前型。后型:健侧足迈出的步幅较小,健侧足落地后足尖在患侧足尖之后。并列型:健侧足落地后足尖与患侧足尖在一条横线上。前型:健侧足迈出的步幅较大,健侧足落地后足尖超过患侧足尖。一般初期训练时,可按后型、并列型、前型的顺序进行训练。⑥ 健侧上,患侧下:上楼梯时,健腿先迈上一个台阶,然后患腿跟上;下楼梯时,患腿先迈下一个台阶,然后健腿跟上迈下同一台阶。此训练方法对髋关节伸展有促进作用。⑦ 患侧上,健侧下:上楼梯时,患腿先迈上一个台阶,然后健腿跟上;下楼梯时,健腿先迈下一个台阶,然后患腿跟上迈下同一台阶。此训练方法可增加膝关节稳定性,改善膝过伸。

对于意识不清或不能进行自我运动者,为预防关节挛缩和促进运动功能改善,应进行被动关节活动度维持训练^[16]。对于意识清醒并可以配合的患者,可在康复治疗师的指导下,逐步进行体位变化的适应性训练、平衡反应诱发训练及抑制肢体痉挛的训练等。

6 饮食起居调护

根据疾病急性期和恢复期的不同情况进行饮食起居调护^[17-18]。

6.1 急性期

神志清楚无吞咽障碍者,应予营养丰富、易消化食物;意识障碍无呕吐及消化道出血者,可鼻饲饮食或通过静脉输液维持营养,避免吸入性肺炎,或引起窒息;在拔出鼻饲管后应注意喂食方法,体位应取 45°半卧位或侧卧位,以汤勺喂糊状饮食,喂食中呛咳时应拍背;有意识障碍的患者宜采用侧卧位,头稍前曲;注意患者良肢位的保持,病情稳定后辅助患者被动活动,而后逐渐增加活动量。

6.2 恢复期

6.2.1 饮食调理 饮食要清淡、低盐、易消化,避免油腻、肥甘之品。戒烟限酒、多吃水果和新鲜蔬菜等维生素和微量元素高的食物,保持大便通畅。

6.2.2 生活起居 勿过劳、规律生活、适当锻炼、劳

逸结合、避风寒。指导正确的卧、坐、站、走姿态,纠正错误的功能锻炼。

6.2.3 心理调摄 帮助患者保持心情愉快,增强战胜疾病的信心,耐心细致向患者讲述疾病治疗及康复的过程、注意事项,介绍同种疾病不同个体成功的例子,消除紧张和顾虑,积极配合治疗和护理。

6.2.4 预防 加强二级和三级预防健康教育,若患者出现眩晕、头痛、骤然间性视物不清、言语不利、手足麻木无力、口角流涎等视为萨病先兆,应及时诊治,避免发展为萨病。

参考文献

- [1] 蒙古学百科全书编辑委员会. 蒙古学百科全书[M]. 呼和浩特:内蒙古人民出版社,2012:227-228.
Mongolian Encyclopedia Editorial Board. Encyclopedia of Mongolian studies [M]. Hohhot:Inner Mongol People's Publish House, 2012:227-228.
- [2] 阿古拉. 蒙医传统疗法大成(蒙文版)[M]. 赤峰:内蒙古科学技术出版社,2003:128-195.
A G L. Compendium of Mongolian traditional therapy (Mongolian) [M]. Chifeng:Inner Mongolia Sci Tech Press, 2003:128-195.
- [3] 乌兰,阿古拉. 蒙医传统疗法及现代研究[M]. 呼和浩特:内蒙古人民出版社,2006:85-229.
WU L, A G L. Traditional therapy and modern research of Mongolian medicine [M]. Hohhot:Inner Mongol People's Publish House, 2006:85-229.
- [4] 赛因朝克图. 蒙医学针法刺法[M]. 北京:清华大学出版社,2019:282-284.
SAIYIN C K T. Acupuncture of Mongolian medicine [M]. Beijing:Tsinghua Univ Press, 2019:282-284.
- [5] 内蒙古自治区卫生厅. 蒙医病症诊断与疗效标准[M]. 北京:民族出版社,2007:188-189.
Medical Department of Inner Mongolia Autonomous Region. Criteria for diagnosis and efficacy of Mongolian medical diseases [M]. Beijing:National Publish House, 2007:188-189.
- [6] 哈斯高娃. 蒙医传统疗法结合现代康复技术治疗萨病的临床研究[J]. 中国民族医药杂志,2017,23(12):38-39.
HASI G W. Clinical study on the treatment of Sa disease by traditional Mongolian medicine combined with modern rehabilitation technology [J]. J Med Pharm Chin Minor, 2017,23(12):38-39.
- [7] 伊日贵,赛音朝克图. 蒙医辨证治疗缺血性脑血管病(萨病)的临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(47):191-192.
YI R G, SAIYIN C K T. Clinical study on treating ischemic cerebrovascular disease (Sa disease) with differentiation of syndrome in Mongolian medicine [J]. World Latest Med Inform, 2019,19(47):191-192.
- [8] 敖其尔,玉兰,特木其乐. 萨病(脑梗死)恢复期蒙医诊疗方案研究[J]. 中国民族医药杂志,2013,19(10):52-53.
AO Q E, YU L, TEMU Q L. Study on Mongolian medicine diagnosis and treatment scheme in recovery period of Sa disease (Cerebral infarction) [J]. J Med Pharm Chin Minor, 2013,19(10):52-53.

- [9] 策·苏荣扎布. 蒙医临床学[M]. 呼和浩特:内蒙古人民出版社,1999:648-651.
CE·SURONG Z B. Clinical studies of Mongolian medicine [M]. Hohhot:Inner Mongol People's Publish House,1999:648-651.
- [10] 乌兰图雅. 新黑苏嘎乌日勒治疗缺血性脑血管病的临床研究[J]. 中国蒙医药(蒙),2017,12(1):40-42.
WULAN T Y. Clinical study of new Heisugawurle on ischemic cerebrovascular disease [J]. Tradit Mongol Med Chin,2017,12(1):40-42.
- [11] 中国民族医药学会. 蒙医常见病诊疗指南[M]. 呼和浩特:内蒙古人民出版社,2019:62-63.
Chinese Society of Ethnic Medicine. Guidelines for diagnosis and treatment of common diseases in Mongolian medicine [M]. Hohhot:Inner Mongol People's Publish House,2019:62-63.
- [12] 海青春,肖志彬,朝鲁,等. 蒙医针刺对脑梗死患者血清相关指标的影响[J]. 中国中医急症,2014,23(4):605-607.
HAI Q C,XIAO Z B,CHAO L,et al. Clinical impact of Mongolian acupuncture on serum in patients with cerebral infarction [J]. J Emerg Tradit Chin Med,2014,23(4):605-607.
- [13] 郭嘉玥,帅胜斌. 十宣穴点刺放血结合康复训练对老年脑梗死患者术后神经功能及运动功能影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,21(10):173-176.
GUO J Y,SHUAI S B. Effect of Shixuan acupoint bloodletting pricking plus rehabilitation training on the postoperative neurological function and motor function in elders with cerebral infarction [J]. J Liaoning Univ Tradit Chin Med,2019,21(10):173-176.
- [14] 姜贵云,乌建平. 康复医学[M]. 2版. 北京:北京大学医学出版社,2008:146-156.
JIANG G Y,WU J P. Rehabilitation Medicine [M]. 2nd ed. Beijing:Peking Univ Med Publish House,2008:146-156.
- [15] 余艳. 早期良肢位摆放对脑卒中偏瘫患者肢体功能康复影响的Meta分析[J]. 沈阳医学院学报,2020,22(2):123-131.
YU Y. Effect of early normal limb position on limb function rehabilitation in stroke patients with hemiplegia:a meta-analysis [J]. J Shenyang Med College,2020,22(2):123-131.
- [16] 于兑生,恽晓平. 运动疗法与作业疗法[M]. 北京:华夏出版社,2002:488-504.
YU D S,YUN X P. Exercise and occupational therapy [M]. Beijing:Huaxia Publish House,2002:488-504.
- [17] 黄春梅. 早期康复护理对脑梗死偏瘫失语患者康复效果的影响[J]. 中国当代医药,2020,27(1):213-216.
HUANG C M. Influence of early rehabilitation nursing on rehabilitation effect of patients with cerebral infarction hemiplegia aphasia [J]. Chin Modern Med,2020,27(1):213-216.
- [18] 刘青菊. 探讨早期康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复的影响[J]. 系统医学,2020,5(6):193-195.
LIU Q J. The effect of early rehabilitation nursing intervention on limb function recovery in stroke patients with hemiplegia [J]. Sys Med,2020,5(6):193-195.

Clinical Practice Guidelines of Mongolian Medicine in Rehabilitation for Cerebral Infarction

Working Group of Clinical Practice Guidelines of Mongolian Medicine in Rehabilitation for Cerebral Infarction

WULAN Tuya, XIN Hao, WEN Rongrong, AO Qi'e, ZHAO Yongjian, ZHANG Bingbing, BAI Jing, FENG Mei, LIU Miaomiao, SUN Liqing, A Gula*

International Mongolian Medicine Hospital of Inner Mongolia Autonomous Region, Hohhot, Inner Mongolia 010065,China

* Correspondence: Agula, E-mail:1244501534@qq.com

ABSTRACT Cerebral infarction is a common cerebrovascular disease, which belongs to the category of "Sa disease" in Mongolian medicine. The Mongolian medicine has a special conception for cerebral infarction, its rehabilitation treatment methods are also special and effective. The guideline takes the "three modulation theory" and "brain- white pulse theory" of Mongolian medicine as the guiding ideology, and formulates the standard based on the definition of cerebral infarction, diagnostic points, disease types, syndrome characteristics, syndrome differentiation and treatment, external treatment, rehabilitation training, diet and daily care, etc. The cerebral infarction is divided into five types in Mongolian medicine, such as Heyi, Xila, Badagan, Qisu and Xieriwusu type, and analyzes its pathogenesis, treatment, internal treatment and external treatment in detail. The treatment for cerebral infarction emphasizes that the treatment based on syndrome differentiation, mainly taking Mongolian medicine and combining internal and external treatment. The standardizations have established for the external treatment of Mongolian medicine (acupuncture, bloodletting, cupping therapy, cupping bloodletting, etc.), and as well as the explanation on the methods of early rehabilitation training for cerebral infarction, the principles of rehabilitation training for hemiplegia (good position training, supine up training, seat balance training, knee standing training, kneeling training, form sitting up to standing training, standing balance training, walking training), and the diet and daily care in acute stage and recovery stage. The guidelines are suitable for guiding Mongolian medical professionals to carry out the technical operations of rehabilitation treatment in a standardized manner. And it is also suitable for standardization work in medical treatment, teaching, scientific research, the relative industry, and international exchanges of Mongolian medicine, which helps to optimize Mongolian medicine-related diagnosis and treatment techniques and enhance the service capabilities of Mongolian medical rehabilitation, with a good clinical applicability, safety and effectiveness.

KEY WORDS cerebral infarction; Sa disease; Mongolian medicine; rehabilitation; clinical guideline

DOI:10.3724/SP.J.1329.2021.04002