

显,易出现眩晕、困倦、头昏、乏力、精细运动不协调等不良反应,长期使用有一定的成瘾性。佐匹克隆作用机制与苯并二氮卓类相似,选择性与 GABA 受体结合,发挥 GABA 的抑制作用,可在较短的时间内出现镇静催眠的效果,但仍会出现苯并二氮卓类药物的不良反应,且成瘾性不容忽视。

复方枣仁胶囊系由酸枣仁、左旋延胡索乙素等经现代工艺制备而成的口服固体制剂,具有养心安神的功效,处方中含有的酸枣仁具有养肝,宁心,安神,敛汗的作用,现代药理研究表明,酸枣仁中含有的成分可具有镇静催眠、镇痛、解热等作用,大鼠腹腔注射酸枣仁煎剂后,表现安静和嗜睡,与巴比妥类药物的作用类似,可对抗皮下注射盐酸吗啡使猫产生的狂躁现象。左旋延胡索乙素具有镇痛、镇静、催眠的作用,与酸枣仁合用可协同发挥镇静催眠、镇痛等生理作用,同时不会产生成瘾性,安全性较好^[7]。

本研究显示,复方枣仁胶囊联合佐匹克隆治疗失眠后 PSQI 评分低于对照组,WHOQOL-BREF 评分生理、心理、社会关系评分均高于对照组,临床疗效优于佐匹克隆片,且安全性好,值得临床使用。

[参考文献]

[1] 郑琳,王丽萍,张晓娟,等. 养血清脑颗粒联合米氮平

治疗失眠症临床观察[J]. 中国健康心理学杂志, 2014, 22(6): 839-841.

[2] 欧阳丽,郭晟,余群. 安神育真汤治疗高血压合并顽固性失眠 17 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(3): 28-29.

[3] 王素侠,秦玲,唐媛,等. 扎来普隆与佐匹克隆治疗失眠症的有效性及其安全性对比的 Meta 分析[J]. 吉林大学学报:医学版, 2013, 39(1): 104-108.

[4] 刘绛云,陈炯华. 清心安神颗粒治疗失眠之痰热扰心证的临床观察[J]. 南京中医药大学学报, 2014, 30(3): 217-220.

[5] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南:山东科学技术出版社, 2001: 9-168.

[6] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志, 1996, 29(2): 103.

[7] 陈茵,史国兵,赵庆春,等. 复方酸枣仁颗粒治疗失眠症患者的临床疗效观察[J]. 中国药物经济学, 2014, 12(2): 58-60.

(责任编辑:马力)

中西医结合疗法改善缺血性中风恢复期神经功能缺损临床观察

王欣,崔如珍

义乌市中心医院,浙江 义乌 322000

[摘要] 目的:观察在西医常规治疗基础上加用三芪再造汤和针灸治疗缺血性中风恢复期的神经功能改善情况。方法:90 例中风恢复期患者随机分为对照组和中西医结合组各 45 例。对照组采用西医综合康复治疗措施,包括控制血压、血糖、血脂、防治感染等基础治疗,改善脑循环及现代康复治疗。中西医结合组在对照组基础上加用三芪再造汤内服和针灸。疗程 8 周。进行美国国立卫生院神经功能缺损(NIHSS)评分,采用 Barthel 指数评价日常生活能力(ADL),采用 Ashworth 法评价痉挛程度,采用 Fugl-Meyer 运动功能评价量表评估肢体综合运动功能,进行痰瘀阻络证候评分。结果:疾病总有效率中西医结合组 91.11%,对照组 73.33%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。证候总有效率中西医结合组 95.56%,对照组 66.67%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 2 组 NIHSS 评分和痰瘀阻络证评分均较治疗前显著下降($P < 0.01$),治疗后中西医结合组 NIHSS 评分和痰瘀阻络证评分均低于对照组($P < 0.01$)。中西医结合组 Barthel 指数和 Fugl-Meyer 评分、Ashworth 评分改善均优于对照组($P < 0.01$)。结论:在西医常规治疗基础上加用三芪再造汤和针灸能改善缺血性中风恢复期患者神经功能的缺损程度,促进患者康复。

[关键词] 中风;恢复期;针灸;三芪再造汤;神经功能缺损

[收稿日期] 2014-09-05

[作者简介] 王欣(1974-),女,副主任医师,主要从事神经内科临床工作。

[中图分类号] R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 03-0045-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.022

神经功能缺损是中风的常见症状之一,神经保护是治疗中风的主要策略,虽然神经保护药物在治疗脑梗死中应用较多,但疗效有限,中风后神经功能缺损导致患者交流受阻,严重影响日常生活,数据显示幸存者中约有3/4存在神经功能缺损,不同程度地丧失劳动能力,重度致残者占40%以上^[1]。在降低脑血管疾病的致残率上,中医学中针灸、推拿、药物等单一或综合康复干预措施均显示出了一定疗效,《中国脑卒中康复治疗指南》已经认可中医在偏瘫、吞咽障碍、失语症方面的疗效,中医结合现代康复方法治疗脑卒中是普遍接受的观点^[2]。笔者在西医常规治疗的基础上加用三芪再造汤和针灸治疗缺血性中风恢复期患者,取得了显著疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为本院2012年6月—2014年3月缺血性中风恢复期患者,共90例。随机分为对照组和中西医结合组各45例。对照组男27例,女18例;年龄52~70岁,平均(60.5±8.4)岁;病程14~77天,平均(40.4±20.5)天;美国国立卫生院神经功能缺损(NIHSS)评分(14.7±3.1)分。中西医结合组男25例,女20例;年龄51~70岁,平均(61.2±7.9)岁;病程16~82天,平均(42.5±19.5)天;NIHSS评分(14.5±2.9)分。2组年龄、性别、病程及NIHSS评分等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]制定。所有患者均经CT或MRI证实。恢复期:发病2周至6个月内。痰瘀阻络辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]拟定:半身不遂,口舌歪斜,舌强语謇或不语,偏身麻木或感觉减退或消失;头晕目眩,痰多而粘,舌质暗淡,脉弦滑。

1.3 纳入标准 ①均符合缺血性中风诊断标准及痰瘀阻络辨证者;②NIHSS评分≥7分;③意识清楚,生命体征稳定;④年龄≤70岁;⑤均取得患者及家属知情同意。

1.4 排除标准 ①脑出血、蛛网膜下腔出血、短暂性脑缺血发作者;②急性期或后遗症期患者;③重度认知障碍;④并发肿瘤和精神病患者;⑤心、肺、肝、肾等重要脏器功能减退或衰竭者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予控制血压、血糖、血脂、防治感染等基础治疗,给予抗凝、抗血小板聚集和降纤等措施以改善脑循环;并进行现代康复治疗^[5],包括采用Bobath方法、强制性运动疗法、减重步行训练、运动再学习方案等。

2.2 中西医结合组 在对照组治疗基础上加用,①三芪再造汤内服,药物组成:黄芪30~60g,三七粉(冲服)4g,地龙、

郁金、当归、僵蚕、川芎、石菖蒲、酒大黄各10g,水蛭2g,红花6g,白芍20g,银杏叶、伸筋草各15g。每天1剂,常规水煎2次,分服。②针灸治疗:颞三针(病灶侧):耳尖直上入发际2寸处为颜I针,在其前后各旁开1寸分别为颜II针、颜III针;体针:上肢取肩髃、肩贞、合谷透后溪、曲池、手三里、支沟,下肢取环跳、风市、阳陵泉、足三里、丰隆、太冲、太溪及解溪等(根据情况选择3~5组);言语謇涩配哑门、通里;经筋屈曲拘挛配曲泽、大陵、曲泉、太溪等穴;口角歪斜者配颊车、地仓。采用华佗牌针灸针,根据不同的部位常规75%酒精消毒后针刺。治疗10次为1疗程,休息2天进行下1疗程。连续进行5个疗程。

2组疗程均为8周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①神经功能缺损程度评分:采用NIHSS评分,分值越高,神经功能缺损越严重,治疗前后各评价1次;②日常生活能力量表(ADL)^[6]:采用Barthel指数(BI)记分判定,治疗前后各进行1次评价;③痉挛程度:采用Ashworth法评价,从0~4分,共5级,治疗前后各进行1次评价^[7];④运动能力:采用简化Fugl-Meyer运动功能评价量表^[8],治疗前后各进行1次评价;⑤痰瘀阻络证评分:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]进行分级量化,治疗前后各进行1次评价。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计分析软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 疾病疗效标准参照文献[5]:①基本痊愈:神经功能缺损程度评分减少90%~100%,病残程度评价为0级;②显著进步:神经功能缺损程度评分减少46%~89%,病残程度评价为1~3级;③进步:神经功能缺损程度评分减少18%~45%;④无变化:神经功能缺损程度评分减少或增加在18%以内;⑤恶化:神经功能缺损程度评分增加在18%以上;⑥死亡。证候疗效标准:①临床痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,积分减少≥95%;②显效:临床症状、体征明显改善,积分减少≥70%且<95%;③有效:临床症状、体征均有好转,积分减少≥30%且<70%;④无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,积分减少<30%。

4.2 2组疾病疗效比较 见表1。疾病总有效率中西医结合组91.11%,对照组73.33%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.3 2组证候疗效比较 见表2。证候总有效率中西医结合组95.56%,对照组66.67%,2组比较,差异有统计学

意义($P < 0.05$)。

表1 2组疾病疗效比较

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	死亡	总有效率(%)
对照组	45	4	14	15	10	2	0	73.33
中西医结合组	45	9	20	12	3	1	0	91.11 ^①

与对照组比较, $①P < 0.05$

表2 2组证候疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	45	4	12	14	15	66.67
中西医结合组	45	13	22	8	2	95.56 ^①

与对照组比较, $①P < 0.05$

4.4 2组治疗前后NIHSS和痰瘀阻络证评分比较 见表3。治疗后2组NIHSS评分和痰瘀阻络证评分均较治疗前下降($P < 0.01$), 治疗后中西医结合组NIHSS评分和痰瘀阻络证评分均低于对照组($P < 0.01$)。

表3 2组治疗前后NIHSS评分和痰瘀阻络证评分比较($\bar{x} \pm s$)分

组别	n	时间	NIHSS评分	痰瘀阻络证
对照组	45	治疗前	14.7±3.1	19.4±3.5
		治疗后	5.8±1.9 ^①	9.6±2.7 ^①
中西医结合组	45	治疗前	14.5±2.9	20.5±4.3
		治疗后	4.2±1.4 ^{①②}	6.5±1.9 ^{①②}

与治疗前比较, $①P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $②P < 0.01$

4.5 2组治疗前后Barthel指数、Ashworth和Fugl-Meyer评分比较 见表4。治疗后2组Barthel指数和Fugl-Meyer评分均较治疗前升高($P < 0.01$), Ashworth评分均较治疗前下降($P < 0.01$)。中西医结合组Barthel指数和Fugl-Meyer评分、Ashworth评分改善均优于对照组($P < 0.01$)。

表4 2组治疗前后Barthel指数、Ashworth和Fugl-Meyer评分比较($\bar{x} \pm s$)分

组别	n	时间	Barthel指数	Ashworth	Fugl-Meyer
对照组	45	治疗前	43.1±7.8	2.69±0.38	59.3±10.6
		治疗后	59.8±13.5 ^①	1.44±0.35 ^①	72.5±12.3 ^①
中西医结合组	45	治疗前	42.4±8.1	2.72±0.43	60.6±10.2
		治疗后	70.7±14.2 ^{①②}	0.92±0.36 ^{①②}	85.2±14.3 ^{①②}

与治疗前比较, $①P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $②P < 0.01$

5 讨论

中风恢复期的治疗是一项复杂而系统的工程, 为达到患者

功能康复、回归社会、预防中风复发的目标, 需要神经、康复、护理等多学科的共同参与^⑥。中医药在脑卒中后康复中的重要性日益受到业内的重视和认可, 其中针刺一直被认为中医药治疗中风恢复期的优势,

中医学认为中风病是由于正气亏虚, 饮食、情志、劳倦内伤等引起气血逆乱, 产生风、火、痰、瘀、虚、实, 导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外所致。中风恢复期病机特点为本虚标实, 本虚在于心脾肝肾四脏虚损, 标实在于为瘀血、痰浊、邪毒、腑实等病理因素, 呈现虚实错杂、标本互见的复杂病机特点^⑦。本组三芪再造汤内服中重用黄芪补气利水, 三七止血、活血、消肿, 地龙清热镇痉、通络利尿, 水蛭破血逐瘀, 石菖蒲、郁金宣窍豁痰, 川芎、红花、当归、银杏叶活血化瘀, 川芎、郁金还能行气, 白芍补血柔肝、舒筋, 伸筋草舒筋活络, 僵蚕祛风定惊、化痰散结, 酒大黄泻热通便, 全方标本兼顾, 共奏补气活血, 化浊解毒, 通络舒筋之功。

本组资料显示, 治疗后中西医结合组NIHSS评分、痰瘀阻络证和Ashworth评分均低于对照组, Barthel指数和Fugl-Meyer评分高于对照组, 提示了在西医常规康复治疗的基础上针灸联合三芪再造汤内服能改善了神经功能的缺损程度, 缓解了痉挛状态, 减轻了临床症状, 改善了患者运动能力和日常生活能力, 其疾病疗效和中医证候疗效均优于单纯西医对照组, 值得临床使用。

[参考文献]

- [1] 吴兆苏, 姚崇华, 赵冬. 我国人群脑卒中发病率、死亡率的流行病学研究[J]. 中华流行病学杂志, 2003, 24(3): 236-239.
- [2] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301-310.
- [3] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [4] 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.
- [5] 陈清棠. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381.
- [6] 徐进华, 丁萍, 罗玉韵, 等. 中风恢复期中西医结合治疗临床路径研究[J]. 中国全科医学, 2009, 12(6A): 986-988.
- [7] 李国武. 中风病恢复期本虚标实病机及治疗浅探[J]. 四川中医, 2012, 30(9): 27-28.

(责任编辑: 马力)