

泄辛散，能平肝疏肝、祛风止眩。乌豆衣有补肾益髓、养血定眩之效。鸡血藤具有行血、补血、止眩之功效。现代药理表明鸡血藤可增加血流量，降低血管阻力，镇静催眠的作用<sup>[9]</sup>。白术和茯苓均可健脾利湿，白术味甘、苦、微辛，性温。本品甘温补中，苦温燥湿，通过健脾而利湿，擅治脾不健运水湿内停，痰饮水肿等证。茯苓味甘，性平，甘则能补，淡则能渗，长于通过利湿而健脾，是健脾利湿之要药。二药合伍，一健一渗，水湿则有出路<sup>[4]</sup>，起到化湿健脾、眩晕自除的功效。炙甘草为使药，因其味甘，得中和之性具有补脾益气、缓急、调和诸药可升可降之效。笔者在临床上以中医整体观入手，从人体是一个有机整体来考虑，但临床上各证型往往不是单独出现，各证型又可相互转化。眩晕往往虚实夹杂，多数为本虚标实，又兼夹邪邪。临证时要辨清证候阴阳虚实和标本主次，运用天

乌双白汤时要兼顾兼证的随证加减，达到补偏救弊，阴阳平衡，则能病自愈而获得满意疗效。

#### [参考文献]

- [1] 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.
- [2] 鞠桂春. 天麻及其制剂的药理作用和临床应用研究进展[J]. 中国药业, 2008, 17(1): 64.
- [3] 高学敏. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 329, 413.
- [4] 吕景山. 施今墨对药临床经验集[M]. 4 版. 北京: 人民军医出版社, 2010: 112- 113.

(责任编辑: 马力)

## 补阳还五汤加减联合耳穴贴压改善中风后睡眠障碍临床研究

吴红, 施贝德

杭州市下城区中医院, 浙江 杭州 310000

**[摘要]** 目的: 观察补阳还五汤加减联合耳穴贴压改善中风后睡眠障碍的临床疗效。方法: 将 80 例中风后睡眠障碍患者随机分为 2 组。治疗组给予中药汤剂联合耳穴贴压治疗, 对照组给予艾司唑仑联合认知疗法治疗。分别观察治疗 2 月。治疗前后均采用匹兹堡睡眠质量指数量表 (PSQI) 评定睡眠情况。结果: 对照组治疗后仅在睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、总分等方面有所改善, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 治疗组入睡时间、睡眠时间、睡眠质量、睡眠效率、睡眠紊乱、日间功能、安眠药物及总分多方面较治疗前均有改善, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 2 组比较, 治疗组治疗后在睡眠质量、睡眠效率、睡眠紊乱、安眠药物、日间功能及总分方面改善明显, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 补阳还五汤加减联合耳穴贴压对改善中风后睡眠障碍疗效较艾司唑仑联合认知疗法更有效。

**[关键词]** 睡眠障碍; 中风后; 中医疗法; 补阳还五汤; 耳穴贴压

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0040-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.018

睡眠障碍常表现为昼夜睡眠的颠倒, 白天精神疲软、喜睡或嗜睡状态; 夜则不寐, 精神亢奋, 难入睡, 或睡后易惊醒, 夜间睡眠时间短等。睡眠障碍属《内经》所述的“寤寐”周期节律紊乱, 与营卫不和密切相关。睡眠障碍是脑卒中后常见并发症之一, 易并发焦虑、抑郁、失眠等心身疾病, 不利于疾病的康复, 并导致生活质量下降。因此睡眠障碍的治疗, 对调节

机体的修复和整合具有重要意义。笔者采用补阳还五汤加减联合耳穴贴压治疗患者中风后睡眠障碍 40 例, 疗效良好, 结果报道如下。

#### 1 临床资料

**1.1 诊断标准** ①脑卒中诊断: 参照 2008 年《中国脑血管病防治指南》, 患者经临床诊断和 CT 或 MRI、MRA 定位, 定

**[收稿日期]** 2016-01-15

**[基金项目]** 杭州市下城区医药卫生科技 A 类项目 (A201304)

**[作者简介]** 吴红 (1971-), 女, 副主任中医师, 主要从事老年人康复工作。

确诊脑卒中。脑卒中后遗症期通常按病程划分,临床多指脑卒中发病后6月以上。②睡眠障碍诊断:参照匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI),将睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠紊乱、安眠药物、日间功能7个因素,按照0、1、2、3记分,并将各得分累积为总分,得分越高,睡眠质量越差。本研究以总分>8分判定为睡眠障碍。

1.2 纳入标准 ①脑卒中后遗症期患者,临床症状均表现有不同程度的睡眠障碍;②患者知情同意。

1.3 排除标准 ①脑卒中急性期患者;②近1周内使用过可能影响睡眠的药物;③兼有肝、肾、肺、脑及内分泌等其它脏器严重病变者;④精神病或其它原因导致的睡眠障碍患者。

1.4 一般资料 观察病例为2013年3月—2015年3月康复病区中风(脑卒中后遗症)住院患者,且该类患者均存在睡眠障碍,共80例。其中脑梗死后遗症72例,脑出血后遗症8例。按照随机方法分为2组各40例。对照组男19例,女21例;治疗组男23例,女17例。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 西药联合认知疗法。①药物治疗:每天睡前服艾司唑仑片,每次1mg。②认知疗法:睡眠限制,不管患者夜间睡眠如何,早上7:00准时叫醒,进行言语交流和翻身按摩肢体,准时进食;运动功能训练,每天开展患者主动进行或由陪护被动替患者行四肢屈伸、按摩等活动。

2.2 治疗组 以中药汤剂联合耳穴贴压治疗。①药物治疗:予中药汤剂补阳还五汤加减,处方:生黄芪30~50g,当归、郁金各10g,地龙3g,赤芍、桃仁、川芎、川牛膝各9g,藏红花5g;心烦者加黄连3g;失眠者加酸枣仁、石菖蒲各10g,夜交藤20g,制半夏9g;肢体麻木、疼痛者加鸡血藤20g,桑枝15g;便秘者加火麻仁10g,枳实9g。本院中药房代煎,每天1剂,早、晚各150mL,口服。②耳穴贴压:以交感、肾上腺、皮质下、内分泌等穴为主,使用0.5cm×0.5cm耳穴专用橡皮膏将王不留行籽贴压于一侧所选耳穴,按摩力量以能忍受的胀、痛、热为度,每天早、中、晚、睡前按摩15次,3天后换用另一侧耳穴,每治疗6天,休息2天。

2组均以连续观察4周为1疗程。

## 3 统计学方法

计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>,将疗效分为痊愈、显效、有效及无效四个方面。痊愈:睡眠时间恢复正常或夜间睡眠时间不少于6h,睡眠深,醒后精力充沛,减分率达76%~100%。显效:睡眠明显好转,睡眠时间增加3h以上,睡眠深度增加,减分率达51%~75%。有效:症状减轻,睡眠时间较前增加不到3h,减分率达25%~50%。无效:治疗后症状改善不明显或反而加重,减分率小于25%。

减分率=[(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分]×100%。

4.2 2组治疗前后PSQI评分比较 见表1。治疗后,对照组睡眠质量、入睡时间、睡眠时间及总分等分别与治疗前比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗后,治疗组入睡时间、睡眠时间、睡眠质量、睡眠效率、睡眠紊乱、日间功能、安眠药物及总分等分别与治疗前比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组治疗后患者睡眠质量、睡眠效率、睡眠紊乱、日间功能、安眠药物及总分分别与对照组比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组治疗前后PSQI评分比较 $(\bar{x} \pm s)$  分

项目	对照组(n=40)		治疗组(n=40)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
入睡时间	2.37±0.54	1.67±0.57 <sup>①</sup>	2.45±0.59	1.02±0.69 <sup>①</sup>
睡眠时间	1.77±0.69	1.12±0.51 <sup>①</sup>	1.75±0.49	1.02±0.27 <sup>①</sup>
睡眠质量	2.65±0.48	2.02±0.57 <sup>①</sup>	2.65±0.57	1.72±0.7 <sup>①②</sup>
睡眠效率	1.22±0.58	1.18±0.67	1.40±0.64	0.70±0.52 <sup>①②</sup>
睡眠紊乱	1.15±0.62	1.12±0.68	1.30±0.68	0.82±0.44 <sup>①②</sup>
日间功能	2.10±0.77	1.37±0.49	2.05±0.55	1.07±0.34 <sup>①②</sup>
安眠药物	1.77±0.42	1.92±0.34	1.57±0.50	0.00±0.00 <sup>①②</sup>
总分	11.15±1.52	4.77±0.89 <sup>①</sup>	10.52±1.44	6.57±0.67 <sup>①②</sup>

与治疗前比较,① $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

4.3 2组治疗前后临床疗效比较 见表2。临床疗效总有效率治疗组90.0%,对照组80.0%,2组临床疗效比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 2组治疗前后临床疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	8(20.0)	14(35.0)	10(25.0)	8(20.0)	80.0
治疗组	40	13(32.5)	12(30.0)	11(27.5)	4(10.0)	90.0 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P<0.05$

## 5 讨论

脑卒中临床分为缺血性和出血性。现代医学认为,缺血性脑卒中是动脉粥样硬化,血液黏度增高,血流阻力增加,血栓形成,使血管管腔狭窄或闭塞,导致局部脑组织缺血、缺氧所致,这类患者发病机制符合中医痰浊瘀血闭塞脉络为病;出血性脑卒中是脑血管破裂出血引起脑组织受压,这类患者发病机制也符合中医血溢脉外,血瘀阻络为病。脑卒中的发病离不开“血瘀”。有资料显示95%的脑卒中患者并发睡眠障碍<sup>[2]</sup>,有研究表明,卒中后睡眠障碍发生率与年龄呈正相关,且资料显示,老年人的睡眠障碍主要与躯体化、抑郁、焦虑这3个方面心理因素相关<sup>[3]</sup>。总之,现代医学认为,睡眠障碍受诸多因素影响,常见的有心理因素、环境因素、疾病因素及内分泌激素变化等<sup>[4]</sup>,上述均可导致睡眠时间相对减少及睡眠结构紊乱

等。目前脑卒中后睡眠障碍的西医治疗多运用镇静安眠类药物如舒乐安定片、佳乐定片,但由于该类药物的副反应,长期使用不但产生依赖性和成瘾性,而且可导致睡眠结构的改变及药源性睡眠障碍等<sup>[6]</sup>,且临床常出现停药后的反跳性睡眠障碍,再予镇静安眠类药物治疗效果差;该类患者常伴有焦虑、心烦、抑郁、自卑等临床症状,并受到家庭经济状况等因素影响,患者治疗的依从性下降,因此,现代医学也在不断探索多种辅助干预疗法等个体化治疗方式,而中医药有其个体化治疗的特色,从整体出发,兼顾个体差异,临床有针灸、耳穴贴压、中药汤剂等治疗方案。

脑卒中属中医学中风范畴。中风的早期认识见于《素问·调经论》中描述的“血之与气,并走于上,则为大厥”。历代医家认为,中风后遗症期(恢复期)多属本虚标实,本虚为主,其虚可见气虚与阴虚,但以气虚为多见,标实则以血瘀、痰浊为主,因此“气虚血瘀”是中风后遗症期的主要证型。血瘀是中风发病的关键因素,无论气滞血瘀、气虚血瘀、血热血瘀、血寒血瘀,血瘀贯穿整个中风病的始终。临床诸多医家提出中风临床治疗以活血化瘀为主,兼以行气、补气等<sup>[6]</sup>。而脑卒中并发的睡眠障碍属中风后遗症范畴,因此,针对本院收治的中风后睡眠障碍患者,采取经方为主的个体化治疗方案,以王清任的补阳还五汤为基础用方,补气活血通络,调和营卫,治疗疾病之本;并根据患者伴随症状,随症加减运用辟秽、宁心安神、清心除烦、解郁、通络止痛等药物,辅以耳穴贴压,对症治疗睡眠障碍的疾病之标;共奏“营卫和谐、昼精夜瞑”之效,使患者白天精神饱满(昼精),夜间安然入睡(夜瞑)。

本研究提示,治疗后2组比较,治疗组在改善睡眠质量、睡眠效率、睡眠紊乱、安眠药物、日间功能等方面更显著,证实了补阳还五汤联合耳穴贴压治疗的有效性。“补阳还五汤加减”重用生黄芪为君,取其大补脾胃之元气,元气充,则卫气足,气旺一则摄血于脉内,二则运血畅行,瘀去络通。臣以当归养血活血,营血内生;佐以赤芍、桃仁、川芎、红花活血祛瘀通络,川牛膝、地龙加强通经活络之效;有研究提示,补阳还五汤能有效扩张脑血管,大大降低脑血管阻力,对脑血流量的增加具有持久有效的作用,能够促进脑血管微循环的

能力<sup>[7]</sup>。其次,加强运用改善睡眠障碍的药物,临床常加酸枣仁、夜交藤调理心肾安神;石菖蒲、法半夏、竹茹等化痰辟秽安神;加之耳穴贴压治疗,进一步加强改善睡眠,临床治疗提示,耳穴贴压治疗在调节机体内分泌及改善植物神经功能,加强调节睡眠规律方面已取得非常满意疗效<sup>[8-9]</sup>。总之,本次临床研究提示,补阳还五汤加减联合耳穴贴压治疗中风后睡眠障碍,不仅治疗疾病之本,更体现了中医治疗的个体化,随症加减药物改善伴随症状,解决了心理因素、疾病因素及内分泌素等诸多方面引起的睡眠障碍。

#### [参考文献]

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第1辑[S]. 1993.
- [2] 周际. 卒中患者睡眠障碍特点及影响因素分析[J]. 中国脑血管病杂志, 2005, 2(4): 173-174.
- [3] 王廷玉, 潘朝霞, 何秀贞, 等. 老年人睡眠障碍的相关心理因素分析[J]. 临床医学, 2012, 23(18): 74-76.
- [4] 王娇, 梅丽, 孟会红, 等. 脑卒中后睡眠障碍的临床相关因素研究[J]. 脑与神经疾病杂志, 2013, 21(4): 281-285.
- [5] 武小玉, 姜涛, 李冲. 安定类药物对失眠症患者日间功能和睡眠质量的影响[J]. 中国实用医学, 2008, 3(22): 26-28.
- [6] 陈世宏, 朱红, 马宇庆, 等. 益气活血化痰方对缺血性中风患者脑细胞保护作用的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2012, 29(10): 2336.
- [7] 黄敏, 谢建祥. 血瘀证目征与血管内皮细胞损伤的关系[J]. 中华中医药杂志, 2011, 12(4): 226-227.
- [8] 陈依静, 郑建芬. 耳穴压豆治疗2型糖尿病失眠患者54例[J]. 山东中医杂志, 2013, 32(4): 261-262.
- [9] 王海霞. 耳穴压豆治疗脑卒中患者失眠90例临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2011, 23(12): 1072-1073.

(责任编辑: 刘淑婷)