

邪外出，透邪出表。疏肝可以健脾，疏土可以扶木，肺为娇脏，肺金耐以脾土的滋养和生化，脾土健运，又有耐于肝木的疏泻正常。处方中：浅刺中腕下腕如蜻蜓点水，双上风湿点深居肝脾，右上风湿点深刺，疏肝理气，木性以生发条达为顺，左上风湿点深刺健脾和胃，使胃气和降，脾气健运。课题组前期应用此方治疗急性病毒性上呼吸道感染发热取得满意疗效^[1]，且无痛效佳，患者依从性高，适合急诊应用。本研究结果再次表明，腹针组与对照组退热效果相似，退热作用缓和，无伤正之虞，且对头痛、咽痛等症状改善明显，综合疗效优于对照组。

[参考文献]

[1] 罗翌, 周红. 柴莪退热液灌肠治疗外感高热 40 例临床观

察[J]. 中国中医急症, 2000, 9(1): 12.

[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 317- 319.

[3] 薄智云. 腹针疗法[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1999.

[4] 中药新药与临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 59- 60.

[5] 罗翌, 范彩霞, 李际强. 薄氏腹针治疗急性病毒性上呼吸道感染发热的临床观察[C]// 第一届薄氏腹针国际腹针会议论文集, 广州: 出版者不详, 2005: 66- 70.

(责任编辑: 刘淑婷)

健脾化痰活血针法配合认知行为疗法治疗脑卒中后失眠临床观察

吴洁, 徐勇

高州市中医院, 广东 高州 525200

[摘要] 目的: 观察健脾化痰活血针法配合认知行为疗法治疗脑卒中后失眠症的临床疗效。方法: 采用前瞻性病例对照研究方法将 60 例患者分成 2 组各 30 例, 在基础治疗及认知行为疗法的基础上, 治疗组采用健脾化痰活血针法, 对照组采用艾司唑仑睡前口服, 共治疗 4 周, 并使用神经缺损评分量表 (MESS) 和匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 进行疗效评定。结果: 治疗组临床疗效总有效率 93.3%, 对照组 73.3%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组 MESS 评分分别与治疗前比较, 2 组组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。提示 2 组治疗方法对患者神经功能的康复均有一定的作用, 且治疗组优于对照组。2 组治疗后各时段进行组内比较, PSQI 评分均较治疗前降低, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗组治疗 1 周后 PSQI 评分与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗 4 周后, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组 PSQI 评分低于对照组, 提示其治疗效果优于对照组。并且治疗过程中未见任何不良反应发生。结论: 健脾化痰活血针法配合认知行为疗法在脑卒中康复治疗中对改善身心障碍具有优势, 可有效改善脑卒中患者失眠症状, 无明显副作用, 可在临床进行推广应用。

[关键词] 脑卒中失眠; 针刺疗法; 健脾化痰活血针法; 认知行为疗法

[中图分类号] R 743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256- 7415 (2015) 07- 0238- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.106

失眠是脑卒中患者最常见的并发症^[1], 它不仅导致患者情绪低落, 出现心理障碍, 并且会加重患者躯体症状^[2], 影响日常康复治疗, 使神经系统功能及运动功能的恢复滞后, 导致患者康复的疗效不理想^[3]。目前临床对脑卒中后失眠的治疗, 多集中在镇静催眠药物方面, 患者睡眠症状虽可改善, 但此类药物对患者的后期康复无益, 常使患者出现依赖性, 严重者会出

现宿醉或戒断现象。近年来, 中医药在脑血管意外的研究方面取得了很大的进展, 特别在脑卒中恢复期的康复治疗中, 中药辨证治疗以及各种中医特色疗法的介入, 在脑卒中恢复期失眠患者的治疗中有着西医所无法比拟的优势。笔者运用健脾化痰活血针法配合认知行为疗法治疗脑卒中后失眠, 取得较好的临床疗效, 结果报道如下。

[收稿日期] 2015-01-20

[作者简介] 吴洁 (1971-), 女, 主治医师, 研究方向: 神经系统疾病的针灸与康复治疗。

1 临床资料

1.1 失眠诊断标准 本研究运用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)问卷来判断睡眠障碍,该量表从睡眠时间、效率、质量、障碍、入睡时间、药物使用情况以及日间功能障碍7个方面对患者的睡眠情况进行评估,每个成分按0~3分计分,总分为0~21分,若大于7分则判定为睡眠障碍,分数越高则睡眠质量越差。

1.2 纳入标准 ①符合中风的诊断标准者;②符合失眠的诊断标准者;③首次发病者或再次发病并首次出现失眠症状者;④年龄35~75岁;⑤中风病程:14天<病程<180天;⑥PSQI评分>7分;⑦发病前无睡眠障碍及抑郁病史;以上各条必须全部符合方可纳入。

1.3 排除标准 ①与病例纳入标准不符者;②失眠发生在脑卒中以前者;③卒中后不能清楚表达自我者;④依从性差,不能坚持非药物治疗者;⑤合并严重精神障碍或其他严重精神系统疾病者;⑥合并心血管系统、呼吸系统、泌尿系统等严重疾病者。⑦酗酒或成瘾药物依赖者。符合以上任一条者,均不能纳入。

1.4 一般资料 采用前瞻性病例对照研究方法,参照《各类脑血管疾病诊断标准要点》^[4]的诊断标准,全部病例均长时间出现失眠,符合《中风病诊断与疗效评定标准》^[5]及2008年中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》不寐的诊断标准。选取2014年1—12月在本院康复科住院或门诊治疗的患者60例,治疗组与对照组各30例。治疗组男19例,女11例;平均年龄(58.11±2.05)岁;平均病程(55.29±2.55)天。对照组男20例,女10例;平均年龄(57.35±1.85)岁;平均病程(57.35±2.05)天。2组患者性别、年龄、脑梗死后失眠病程、病情程度等统计学处理,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2组基础治疗包括常规营养脑神经、康复训练和其他对症治疗等,并辅以认知行为疗法:①建立良好的医患关系;②倾听及支持:与患者进行和善、有效的沟通,耐心了解患者的所思、所想、所虑,并对患者的忧虑有针对性地进行疏导,淡化失眠的不良后果,并对患者前期康复治疗的效果进行分析,并尽量给予正面的、积极的评价与支持;③疏导与鼓励相结合:予患者进行脑卒中的发病机制及相关注意事项,让患者对失眠问题形成正确的认识,有效减轻患者对于失眠的恐惧感,增强患者的自信心,避免进入恶性循环,并鼓励患者积极配合治疗,尽早回归社会,同时配合暗示治疗,并动员疗效较好的患者与其沟通,鼓励患者树立战胜疾病的信心。

2.1 治疗组 在常规治疗的基础上,治疗前1周及治疗期间停用安眠药。(1)取穴:神门、内关、三阴交、足三里、丰隆、血海、安眠穴;(2)针刺手法:快速捻转进针,用平补平泻法,具体操作均参照普通高等教育中医药类规划教材《腧穴学》。

每次留针30min,每周治疗6次,治疗4周,共24次。

2.2 对照组 在常规基础治疗上,每晚睡前均予口服艾司唑仑片(湖南洞庭药业股份有限公司生产)1mg治疗。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 检测血常规、尿常规、肝功能、肾功能等,监测治疗前后心率、血压等变化情况,并于治疗前后观察是否出现不良反应。

3.2 统计学方法 对治疗前后所有数据进行录入,并使用SPSS19.0软件进行统计学处理,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验或 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 ①临床疗效:参照《中药新药临床研究指导原则》中失眠的疗效判定标准制定:痊愈:夜间睡眠时间>6h,睡眠深沉,醒后精力充沛。显效:症状明显改善,睡眠时间较前增加3~6h,睡眠质量改善,深度增加。有效:症状明显减轻,睡眠质量一般,睡眠时间较前增加<3h。无效:症状无改善甚至较前加重者。②睡眠质量评估:在治疗前、治疗后1周、2周、4周分别运用PSQI量表进行评分,根据量表减分率(T)判定疗效, $T=(\text{治疗前总分}-\text{治疗后总分})/\text{治疗前总分}\times 100\%$,其中 $T<25\%$ 判定为无效, $25\%\leq T<50\%$ 则为有效, $50\%\leq T<75\%$ 为显效, $T>75\%$ 视为临床效果显著,判定为痊愈。③神经功能缺损评分量表(MESS):运用MESS量表对患者治疗前及治疗后的神经功能进行评分,评估患者神经功能缺损程度,其中MESS评分0~15分为轻型缺损,16~30分判定为中型缺损,31~45分为神经功能重型缺损。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。临床疗效总有效率治疗组93.3%,对照组73.3%,2组总有效率比较,经 χ^2 检验, $\chi^2=4.32$, $P=0.038$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	10	9	9	2	93.3 ^①
对照组	30	6	8	8	8	73.3

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后MESS评分情况比较 见表2。治疗后2组MESS评分分别与治疗前比较, $t_{\text{治疗组}}=26.25$, $t_{\text{对照组}}=11.99$;治疗后2组组间比较, $t_{\text{组间}}=12.06$,差异均有统计学意义($P<0.01$)。提示2组治疗方法对患者神经功能的康复均有一定的作用,且治疗组优于对照组。

表2 2组治疗前后MESS评分情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	23.3±2.11	8.6±2.25 ^{①②}
对照组	30	24.1±2.42	16.2±2.65 ^①

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

4.4 2 组各时段 PSQI 评分比较 见表 3。2 组治疗后各时段进行组内比较, PSQI 评分均较治疗前降低, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗组治疗 1 周后 PSQI 评分与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组优于对照组; 治疗 2 周后, 2 组间比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗 4 周后, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组 PSQI 评分低于对照组, 提示其治疗效果优于对照组。

表 3 2 组各时段 PSQI 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗 1 周后	治疗 2 周后	治疗 4 周后
治疗组	30	23.25 ± 2.54	18.40 ± 2.05 ^{①②}	12.33 ± 2.11 ^①	5.18 ± 1.92 ^{②③}
对照组	30	23.06 ± 2.75	13.06 ± 2.32 ^①	11.62 ± 2.26 ^①	8.43 ± 2.17 ^①

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ② $P < 0.05$

4.5 安全性观察 2 组在治疗过程中均未出现不良反应, 治疗前后血常规、尿常规、肝功能及肾功能等均未见异常, 2 组治疗前后心率、血压变化, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

5 讨论

脑卒中恢复期的失眠是一个容易被临床医师忽视的常见问题, 其发病与自身生理及生化改变、心理、社会及医源性等综合因素相关, 影响患者神经功能的修复, 给患者心理造成巨大伤害, 严重困扰着脑卒中患者及其家属。而目前对该病的研究尚处于起步状态, 西医治疗虽能部分改善症状, 但依然存在很多临床不可忽视的问题, 不利于患者的康复, 总体疗效难以令人满意。

中医学认为, 中风和失眠虽为两个不同的病症, 但从病因病机分析, 但两者在病因、病机等方面却有着内在的一致性和相通性。而对于病后失眠, 中医学认为, “卫气不得入于阴, 留于阳则阳气满, 阳气满则阳跷胜, 不得入于阴, 则阴气虚, 故目不瞑矣”, 可见其最根本的病机是阴阳失交。而对现代文献进行荟萃分析研究, 不难发现, 脑卒中后失眠的证候分布集中在“虚、瘀、痰、郁”等方面。脑卒中患者多由于气虚、阴虚或血虚而致脉络瘀阻, 且疾病本身耗却精血, 使心神失养而不寐; 瘀是脑卒中重要和直接的病理因素; “百病多由痰作祟”, “痰”是中风患者较常见的致病因子, 痰邪扰乱心神而夜不能寐。而“郁”不但是病理产物, 同时亦作为致病因素, 脑卒中后而致郁, 患者往往反过来又会因为郁而出现失眠, 这与中医“因病致郁、因郁致病”的理论相符。

在临床实践中, 根据患者“虚、瘀、痰、郁”的证候特点, 全面分析了患者发病的病因、病机及疾病的全过程, 确立了疏肝解郁、健脾化痰、益气活血的治疗大法, 予进行认知行为疗法治疗, 改变患者非适应性的睡眠习惯以及对于睡眠不良的信念与态度, 达到中医疏肝解郁的作用。在此基础上, 加用

健脾化痰活血针法, 取得了良好的疗效。在这组针刺穴位中, 首选心经原穴神门调理心经经气; 三阴交为足三阴经交会穴, 可调理肝脾肾气机, 交通心肾, 水火既济则心神得安; 足三里健运脾气, 益气养血, 心有所养而神自安; 丰隆为祛痰要穴; 血海为活血化瘀之要穴; 内关为手厥阴经和阴维脉之交会穴, 可调节心胸部诸经经气而宁神; 安眠穴为治疗失眠的经验穴。综合此组穴位, 补气与养阴并重, 祛瘀和化痰兼行, 既治痰瘀之标, 又治气阴之本, 标本兼顾, 使心有所养而神自安, 有效改善患者的失眠症状, 并在一定程度上促进患者神经系统功能及运动功能的恢复, 改善其生活自理能力。

本次治疗运用目前国内外常用的 PSQI 问卷及 MESS 评分系统进行疗效评估。研究结果表明, 治疗组治疗前后以及 2 组治疗后相比, PSQI 评分及 MESS 评分均降低, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 且治疗组治疗后总有效率远高于对照组, 可见健脾化痰活血针法配合认知行为疗法能有效恢复患者神经功能, 改善患者睡眠质量。应用 PSQI 问卷进行失眠症量和质的综合评价可见, 治疗组与对照组镇静安眠药具有相似的疗效, 治疗 4 周后疗效优于对照组, 可见传统针刺治疗虽然起效较慢, 甚至前期治疗效果不如对照组, 但治疗达到疗程后, 临床疗效理想, 并且长期疗效稳定, 对睡眠综合质量的疗效更好, 这可能与针刺治疗效果存在累加效应有关, 并且治疗过程中未见任何不良反应, 安全性好。本研究提示健脾化痰活血针法配合认知行为疗法在脑卒中康复治疗中对改善身心障碍具有优势, 可有效改善脑卒中患者失眠症状, 并且疗效持续平稳, 无明显副作用, 可在临床进行推广应用。

[参考文献]

- [1] 阎彦宁, 王欣森. 脑卒中患者失眠原因分析及处理[J]. 现代康复, 1999, 3(11): 1382.
- [2] 阮经文, 郑沛仪. 针灸疗法对合并睡眠障碍的早期脑卒中患者运动功能的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2000, 6(2): 73.
- [3] Palomaki H. Partinen Sleep and stroke. In: Culebras R, ed. Sleep disorders and Neurological Disease[M]. New York: Dekker, 2000: 289-302.
- [4] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断标准要点[J]. 中华神经外科杂志, 1997, 13(1): 3-5.
- [5] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.

(责任编辑: 刘淑婷)