

证的研究

脑梗死患者睡眠呼吸改变与中医证型的相关性研究

郭湘芳* 粟 俊*

摘要 目的:观察脑梗死、脑梗死兼睡眠呼吸紊乱患者的中医辨证分型特点。方法:对住院治疗的90例脑梗死患者,在入院72小时内行多导睡眠图监测,作出睡眠呼吸障碍诊断,并对所有的患者按中风(中经络)分为络脉空虚、风邪入中、肝肾阴虚、风阳上扰、痰热腑实、风痰上扰3型。结果:脑梗死患者睡眠结构紊乱,血压变化大,心脏变异性较差,血氧饱和度下降。痰热腑实、风痰上扰型患者的呼吸暂停指标最高,而络脉空虚、风邪入中型基本正常。结论:脑梗死(特别是痰热腑实、风痰上扰型)患者与睡眠呼吸紊乱关系密切。

主题词 脑梗死/并发症 辨证分型 呼吸障碍/病因学

Study on Correlativity between Changes of Respiratory at Sleep and TCM Syndrome Types in the Patient of Cerebral Infarction

Guo Xiangfang, Su Jun

(Guangdong Shenzhen Liuhua Hospital, Shenzhen 518002)

Objective: To observe characteristics of TCM syndrome types in the patient of cerebral infarction, and cerebral infarction with respiratory disorder at sleep. **Methods:** 90 in-patients of cerebral infarction were monitored by polychannel somnogram (PSG) within 72 hours of admission, which were used as diagnosis of respiratory disturbance at sleep, and all of the patients with apoplexy involving the channels and collaterals were divided into 3 types, collaterals hollow and pathogenic wind attacking the interior; Yin-deficiency of the liver and kidney, and wind-Yang stirring upper; hot phlegm and excess of Fu-organs, and wind-phlegm stirring the upper. **Results:** The patient had sleep structure disorder, with large change of blood pressure and lower heart variety, and decrease of degree of blood oxygen saturation. The apnea indexes were the highest for the patient with phlegm-heat hollow-organ excess, wind-phlegm stirring the upper, and basic normal for collateral hollow and pathogenic wind attacking the interior. **Conclusion:** There is close relation of cerebral infarction, especially in the patient of hot phlegm and excess of Fu-organ, with respiratory disorder at sleep.

Key Words Cerebral infarction/complication; TCM syndrome differentiation; respiratory disturbance/etiology

对脑血管病患者采用多导睡眠图(PSG)来了解睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)与脑血管病(CID)的关系已有报道,但对脑梗死患者采用睡眠呼吸监测仪来分析脑梗死、脑梗死兼 OSAHS 与中医中风辨证分型则甚少。本组对我院 1998 年 12 月~2000 年 12 月经 CT 或 MRI 确诊为脑梗死的 90 例患者采用 P8-D9600 多导睡眠呼吸监测仪观察呼吸暂停指数、呼吸紊乱指数及睡眠结构紊乱等,并结合中医辨证分型进行综合分析,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:脑梗死患者 90 例,男 44 例,女 46 例。其中大面积脑梗死 6 例,基底节梗死 44 例,颞、顶、枕叶梗死共 10 例,脑干梗死 2 例,多发性脑梗死 13 例,腔隙性脑梗死 15 例。年龄 38~86 岁,平均 66.4 岁。脑梗死兼有高血压病、脑动脉硬化症 58 例,兼冠心病 13

例,兼糖尿病 6 例,病情危重者除外。为观察脑梗死患者的睡眠呼吸紊乱情况,均在入院 72 小时内进行 PSG 检查并进行中医辨证分型。

1.2 中医辨证分型:根据《实用中医内科学》中风(中经络)所述进行中医辨证分型^[1]。90 例患者中,络脉空虚、风邪入中型 6 例,肝肾阴虚、风阳上扰型 70 例,痰热腑实、风痰上扰型 14 例。(1)络脉空虚、风邪入中型:手足麻木、肌肤不仁,或突然口眼歪斜,语言不利,口角流涎,甚则半身不遂,或兼见恶寒发热、肢体拘急、关节酸痛等症,舌苔薄白,脉浮弦或弦细。(2)肝肾阴虚、风阳上扰型:平素头晕头痛,耳鸣目眩,少眠多梦,腰酸腿软,突然一侧手足沉重麻木,口眼歪斜,半身不遂,舌强语蹇,舌质红、苔白或薄黄,脉弦滑或弦细而数。(3)痰热腑实、风痰上扰型:突然半身不遂,偏身麻木,口眼歪斜,便干或便秘,或头晕,或痰多,舌蹇,舌苔黄或黄腻,脉弦滑,偏瘫侧脉多弦滑而大。

2 研究方法

2.1 监测方法:用百诺代公司生产的 P8-D9600 多导

* 广东省深圳市流花医院中医科、内科,深圳市春风路 2069

号(518002)

收稿日期:2003-10-09;修回日期:2004-06-04

附表 脑梗死患者不同中医证型的睡眠呼吸监测结果比较($\bar{x} \pm s$)

监测指标	络脉空虚、风邪入中型	肝肾阴虚、风阳上扰型	痰热腑实、风痰上扰型
呼吸暂停次数	3.0±4.2	23.4±11.3**	36.7±14.0**
呼吸暂停时比	1.2±3.3	7.5±5.0**	16.7±9.2**
最长呼吸暂停时间(s)	22.3±11.1	42.8±20.0**	79.0±23.3**
呼吸暂停总时间(min)	10.3±5.5	60.3±17.3**	97.4±22.8**
低通气次数	3.0±1.3	18.7±10.5**	14.3±8.0**
低通气时比	1.1±0.3	6.2±3.5**	5.4±2.0**
最长低通气时间(s)	46.3±25.9	56.3±27.2	45.6±10.7
低通气总时间(min)	6.7±2.0	48.7±17.7**	43.6±16.0**
总睡眠时间(min)	272.7±45.6	298.1±60.1	228.3±45.9
醒觉时间(min)	85.0±19.7	76.5±18.0	92.6±3.3*
I 期睡眠时间(min)	133.0±12.5	139.4±15.2	114.6±11.5
II 期睡眠时间(min)	123.0±10.0	95.3±7.8	85.9±15.5
III 期睡眠时间(min)	14.0±6.7	10.7±3.4	7.0±2.8
IV 期睡眠时间(min)	1.7±3.0	29.7±11.1	11.9±6.8
REM 睡眠时间(min)	2.0±0.8	22.3±10.4	9.3±6.7
最低血氧饱和度(%)	83.7±10.4	79.2±11.3	76.0±20.9
血氧饱和度<90%总时间(min)	17.0±6.3	42.0±40.4**	46.3±33.9**
平均血氧饱和度(%)	91.0±2.5	84.4±8.8**	78.6±15.8**
早搏次数	69.7±30.8	67.2±29.1	35.0±20.5
呼吸暂停指数	2.5±2.6	11.27±6.0**	26.2±17.1**
低通气指数	1.4±1.0	9.3±4.8**	10.1±7.9**
呼吸紊乱指数	3.9±3.7	20.4±10.8**	36.4±25.0**
收缩压(mmHg)	112.3±10.7	136.9±12.4**	128.0±11.9**
舒张压(mmHg)	69.0±5.8	79.5±11.5**	80.0±17.0**

与肝肾阴虚、风阳上扰型比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

睡眠呼吸监测仪(PSG),在患者夜间入睡前将多导监测仪导联连接到受检者相应部位,连续监测 7~8 小时(个别<7 小时),不服用任何安眠镇静药,患者均为脑梗死病中自然入睡。检查项目包括脑电图、眼动图、肌电图、心电图、血压、血氧饱和度、心脏变异性分析、呼吸紊乱指数、呼吸暂停指数、低通气紊乱指数等多项指标。

2.2 睡眠呼吸监测诊断标准:根据中华医学会呼吸病学分会睡眠呼吸疾病学组确定的标准^[2]进行诊断。阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(OSAHS):每晚 7 小时的睡眠中,每次发作呼吸暂停 10 秒以上,呼吸暂停反复发作在 30 次以上或睡眠呼吸紊乱指数或呼吸暂停/低通气紊乱指数(AHI)在 5 以上。睡眠低通气综合征(SHS):口、鼻气流停止 10 秒以上,呼吸气流降低超过正常气流强度的 50%,伴有 4%的血氧饱和度下降称为低通气。睡眠呼吸暂停紊乱指数(AHI):平均每小时睡眠呼吸暂停+低通气次数,年龄<50 岁者 5 以下为正常,年龄>50 岁者 10 以下为正常。

2.3 统计学方法:计数资料用平均值±标准差表示,采用组间方差分析。

3 结果

3.1 脑梗死患者不同中医证型的睡眠呼吸监测结果

比较:见附表。90 例脑梗死患者中,肝肾阴虚、风阳上扰型与痰热腑实、风痰上扰型患者的呼吸暂停总时间、呼吸暂停时比、最长呼吸暂停时间、呼吸暂停次数、低通气次数、呼吸暂停指数、低通气指数、呼吸紊乱指数均比正常人群高,而痰热腑实、风痰上扰型患者的呼吸暂停总时间、呼吸暂停时比、最长呼吸暂停时间、呼吸暂停次数、呼吸暂停指数、呼吸紊乱指数又明显高于肝肾阴虚、风阳上扰型患者($P < 0.01$)。络脉空虚、风邪入中型患者的各项指标基本正常,可能与本组病例过少有关。

3.2 脑梗死患者不同中医证型的睡眠呼吸监测指标异常发生率比较:90 例脑梗死患者中,呼吸暂停指数异常者为痰热腑实、风痰上扰型 12 例(85.7%),肝肾阴虚、风阳上扰型 26 例(37.1%),络脉空虚、风邪入中型 0 例。低通气指数异常者痰热腑实、风痰上扰型和肝肾阴虚、风阳上扰型分别为 10 例(71.4%)和 32 例(45.7%),而络脉空虚、风邪入中型 0 例。呼吸紊乱指数异常者为痰热腑实、风痰上扰型 14 例(100%),肝肾阴虚、风阳上扰型 48 例(68.6%),络脉空虚、风邪入中型 2 例(33.3%)。上述 3 项重要指标的异常发生率也是痰热腑实、风痰上扰型高于肝肾阴虚、风阳上扰型,而络脉空虚、风邪入中型基本正常。

4 讨论

OSAHS可引起猝死及心血管、呼吸、神经等多系统疾病,是近年来被深入研究的疾病之一^[1]。鲁德旺等报告OSAHS合并脑血管病以脑梗死最常见,并指出呼吸暂停指数越大则脑梗死发生率越高,发生时间多在午夜至晨间6:00^[2]。曹晓玮等发现OSAHS与高血压关系密切,OSAHS患者无论有无高血压,睡眠时血压均发生异常改变,失去正常的昼夜节律,认为OSAHS是最常见的一种睡眠呼吸障碍疾病,除导致或加重呼吸衰竭外,还是高血压病、脑血管意外、心肌梗死等疾病的危险因素^[3]。从本研究统计,脑梗死患者并发OSAHS者达68.9%,因此,脑梗死的发病因素不仅仅是高血压病、脑动脉硬化症、糖尿病,OSAHS也是重要因素之一。脑梗死患者出现明显睡眠障碍,主要表现为入睡时间延长,睡眠时间不够,睡眠结构紊乱,即深睡眠期缺乏(缺乏Ⅲ、Ⅳ及REM期睡眠),浅睡眠期延长,睡眠中清醒次数、清醒时间增多。患者睡眠血压变化大,高血压发生率达64.4%,早搏次数也较正常人群高,心脏变异性差,上述因素也是诱发脑梗死的原因。

脑梗死或脑梗死兼OSAHS属于中医中风范畴,用PSG监测并对中风证型加以分析具有一定的学术研究价值。脑梗死患者多见低通气、低氧血症,呼吸暂停的反复发生、脑血流量减少、血氧饱和度降低有可能造成再次中风及影响神经功能的恢复。脑梗死患者的呼吸暂停指数、呼吸紊乱指数、低通气指数均比正常人

群高,而痰热腑实、风痰上扰型患者的呼吸暂停指数、呼吸紊乱指数、低通气指数又明显高于肝肾阴虚、风阳上扰型患者,络脉空虚、风邪入中型患者的这3项指标则基本正常。上述2种指标的异常发生率也遵循这一规律。可见,痰热腑实、风痰上扰型患者与睡眠呼吸紊乱关系密切,由此推测痰热腑实、风痰上扰是中风和睡眠呼吸暂停综合征的重要发病原因之一。我们在临床上对此型患者除给以持续正压呼吸机(CPAP)治疗外,还配合化痰通腑、熄风通络的中药治疗,结果患者的症状明显改善,复查呼吸暂停指数、呼吸紊乱指数、低通气指数等均有不同程度的改善。因此,临床上重视中风的痰热腑实、风痰上扰病机和化痰通络治疗是能够找到客观依据的,也对全面认识中风的病因病理、辨证施治以及揭示痰热腑实、风痰上扰证与OSAHS的内在联系具有实际意义。

参考文献

- 1 邓铁涛,陈可冀,金寿山,等.实用中医内科学.上海:上海科学技术出版社,1984:411~425.
- 2 中华医学学会呼吸病学分会睡眠呼吸疾病学组.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(草案).中华结核和呼吸杂志,2002,25(3):268~272.
- 3 陈灏珠.实用内科学.第1版.北京:人民卫生出版社,1997:1498~1499.
- 4 鲁德旺,姬晓青,王建平,等.睡眠呼吸暂停综合征并发脑血管疾病28例临床分析.中国实用内科杂志,2003,23(7):117.
- 5 曹晓玮,平芬.脑钠素与OSAHS及OSAHS合并高血压的相关性研究进展.国外医学呼吸系统分册,2004,24(2):103~105.

平衡针灸高级培训班招生

平衡针灸是由全军平衡针灸中心主任王文远教授经过10余年潜心研究,6000余次的针感体验,3000多家医院、12万患者的临床验证,成功探索了中枢神经反应在体表神经上的密码定位。现代针灸学开展新技术205项,获军地科技进步奖17项,创办了《平衡针灸平衡医学杂志》和平衡针灸网站。成功召开了3届国际平衡针灸平衡医学会议。治疗肩周炎、颈椎病、腰椎间盘突出、糖尿病、莱姆型面瘫等180余种疾病。

1. 突出一个核心:平衡针灸突出一个核心——心理平衡,心理平衡是健康的基础,是预防治疗疾病的核心。2. 两个理论来源:(1)中医学的心神调控学说;(2)现代医学的神经调控学说。3. 理论三个创新:(1)治疗定位(不在患者病变部位);是在患者大脑高级中枢的自我平衡系统;(2)疾病定位(功能性与器质性);在患者大脑高级中枢的自我调控系统;(3)病因定位(功能性与器质性);是在患者大脑高级中枢对生存环境的适应系统。4. 五个技术特点:(1)单穴疗法;(2)快速针刺(3秒钟之内);(3)即时效应;4. 安全无副作用。5. 5个国家级定位:(1)国家级重点针灸专科;(2)国家级教学医院、北京中医药大学硕士学位授予点;(3)国家级中医药推广项目;(4)钓鱼台国宾馆养生保健中心项目;(5)国家中医药管理局“十五”百项中医实用技术招标课题。

平衡针灸培训班由北京平衡针灸研究院、平衡针灸学会承办。每年2期(每期限30人)。主要培养县级中医医院学科骨干,培训班特聘平衡针灸创始人王文远教授主讲、演示,并开展糖尿病、腰椎间盘突出、肩周炎、肥胖症、平衡火罐、平衡推拿六个专题讲座。经考核及格颁发国家级学分证书、平衡针灸学会会员证书、北京平衡针灸研究院结业证书。从事平衡保健者研究院可组织国家级考核,经鉴定合格者予颁发国家劳动保障部保健按摩师、平衡针灸保健师资格证书。为进一步推广腰椎间盘突出、糖尿病、颈椎病、肩周炎、肥胖症等科技成果,特开设专科专病培训班,时间分别为3天(每期限额30名(以报名人数先后顺序安排))。

联系人:张力,电话:(010)81802303、65386561;王雁,电话:(010)68632478,联系地址:北京市朝阳区农展馆北路8号,邮编:100026。