

表 2 两组骨髓细胞分类比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	有核红细胞(%)	中性粒细胞(%)	淋巴细胞(%)	巨核细胞(个/片)
治疗组	治疗前	30	14.87±9.20	29.56±10.59	52.54±13.85	0.92±0.54
	治疗后	30	20.41±7.62*	44.82±11.59*	33.44±11.80*	2.01±1.60*
	差值		5.98±4.73	16.08±9.31	-20.12±9.24	1.76±0.78
对照组	治疗前	20	14.29±8.57	28.24±8.67	53.27±12.86*	1.02±0.47
	治疗后	20	19.18±5.87*	42.41±9.88*	33.07±9.38*	1.89±2.11*
	差值		6.22±5.27	14.24±9.38	-19.22±8.54	0.78±0.69

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$

3.3 两组骨髓细胞分类比较

两组患者治疗前骨髓造血细胞比率明显下降,非造血细胞比率明显升高。治疗 4 个月后,两组患者骨髓造血细胞比率升高,骨髓象提示红、粒、巨核系逐渐增多,淋巴等非造血细胞逐渐减少,比率下降。两组治疗前后比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

3.4 两组外周血象变化比较

结果显示,两组治疗后与治疗前比较,白细胞(WBC)、红细胞(RBC)、血红蛋白(Hb)、血小板(Plt)、Ret 均显著增高($P < 0.05$),两组比较治疗组 Hb 的升高程度显著优于对照组($P < 0.05$),而两组 RBC、WBC、Plt、R、LYM、Ret 改善程度比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨论

再障治疗仍应以解毒为其第一要务。热毒侵入

营血,尚可清解、化解、散结,“透热转气”。然热毒深伏骨髓,非托则毒邪难出,非补则驱邪无力,惟清毒、托邪、补虚并用,方可尽除深入骨髓之毒邪。治疗当以澄源为先,祛除毒邪,清除热毒对血液的煎灼耗伤的毒邪对髓道的胶阻,同时填精补髓。临床可根据患者邪正盛衰,治以温阳解毒、益气解毒、清热解毒、化痰解毒。许多清热解毒中药不仅具有抑菌及减毒两方面的作用,而且更重要的是某些清热解毒药的主要作用并非其抑菌部分,而是调节免疫功能,解除对骨髓造血的抑制又可改善骨髓微环境,促进造血功能的恢复,从而使患者的贫血、出血等症状改善,外周血象升高。

参考文献

[1] 郑筱萸. 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: 177-180.
(收稿日期: 2010-08-15; 修回日期: 2010-10-14)
[编辑: 黄 健]

调神通络针刺法配合重复经颅磁刺激治疗
脑卒中轻度认知功能障碍 36 例

别怀奎^{1*} 王学员²

(1. 天津市第一中心医院心理科, 河东区学堂大街 21 号, 300011; 2. 深圳市惠恒集团总部办公室)

* 通讯作者: doctor-bie@126.com, 13752770570

[关键词] 脑卒中轻度认知功能障碍; 针刺治疗; 经颅磁刺激

进行对照, 现将观察结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

72 例纳入对象均为天津市第一中心医院针灸部脑科病房 2009~2010 年脑卒中住院患者, 按随机原则分为针刺、经颅磁刺激联合治疗组(治疗组) 36 例和对照组 36 例。治疗组, 男 20 例, 女 16 例; 平均年龄(61.4±9.8) 岁; 平均病程 86 天。对照组男 18 例, 女 18 例; 平均年龄(62.1±10.2) 岁; 平均病程 88 天。经统计学分析, 两组间在性别、年龄、脑卒中的性质、部位、病程及治疗前简短智力状态检查(MMSE) 评

轻度认知功能障碍(MCI) 是特指那些记忆或认知功能下降但未达到痴呆标准, 而记忆以外的大脑高级神经功能被保留, 且个体的社会职业或日常生活功能未受影响, 是于正常老化和痴呆之间的一种过渡阶段的认知障碍。MCI 是急性脑卒中患者最常见的表现之一, 是卒中的不利预后因素。我们采用调神通络针刺法配合重复经颅磁刺激治疗轻度认知功能障碍 36 例, 取得满意效果, 并与单纯针刺治疗组

分等方面差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:脑卒中诊断标准符合 1995 年第四次全国脑血管病学术会议制定的《脑血管病诊断标准》^[1]中脑卒中的诊断标准,经头颅 CT 或 MRI 证实脑卒中。MCI 西医诊断标准:MCI 的诊断标准系根据美国精神疾病诊断分类与统计手册 4 版(DSM-IV)中的轻度神经认知损害研究用标准和国内相关的研究结果修改制定^[2]:①以记忆障碍为主诉,且有知情者证实;②客观检查有轻度认知功能损害的证据:MMSE 文盲组 >18 分,小学组 >21 分,初中或以上组 >24 分;《总体衰退量表》(GDS) $=2\sim 3$ 分或《临床痴呆评定量表》(CDR) $=0.5$;③日常生活能力不受影响:《日常生活能力量表》(ADL)(21 项版本) <26 分;④其记忆力或其他认知功能的减退尚未达到痴呆的诊断标准;⑤入组时患者及监护人均签署知情同意书。排除标准:①病史、临床症状、体征和神经放射学检查提示存在可能导致轻度认知损伤或造成脑功能障碍的各种神经系统疾病,任何感染或炎症性脑部疾病史,排除头部外伤史;②严重的听力、视力障碍;③目前存在抑郁、躁狂,以及酒精或药物依赖,或者《汉密尔顿(Hamilton)抑郁量表》 $I>7$ (提示存在抑郁);④认知检查前 1 个月内服用影响认知功能的精神药物或其他药物;⑤日常生活活动不能自理者。ADL(21 项版本) >26 分;⑥合并有肝、肾、心、造血系统和内分泌系统严重原发性疾病,精神病,严重糖尿病,大量饮酒、滥用药物及恶性肿瘤患者。

2 治疗方法

两组患者基础治疗均采用中风后一般治疗及基础疾病的常规治疗。此外,所有患者都进行一般脑卒中康复的针刺治疗及康复功能锻炼。

2.1 基础针刺治疗

采用我院脑系科特色调神通络针刺法治疗,操作:取顶中线、顶旁线、顶斜一线、顶斜二线、风池(双)、臂臑、曲池、外关、四强、足三里、涌泉;常规皮肤消毒,选用华佗牌 30 号 1.5 寸针灸针,得气后均行提插捻转 1min,留针 30min,每日 2 次,治疗 4 周为 1 个疗程。

2.2 针刺、经颅磁刺激联合治疗组

在调神通络针刺法治疗基础上,加以重复经颅磁刺激。操作方法如下:患者全身放松,舒适地坐于

治疗椅上,采用依瑞德公司生产的 YRDCCY-I 型磁场治疗仪。治疗者手握探头(圆形线圈),正对患者头颅右额叶前部背外侧治疗区域(DLPFC),调整治疗参数,采用频率 10Hz,刺激强度 80%运动域值(MT),刺激间隔 20s,刺激时间 1s,治疗 20min。4 周为 1 个疗程,共治疗 10 次。3 个疗程后评定疗效。

2.3 对照组

在常规针刺治疗基础上给予假性重复经颅磁刺激,操作方法同治疗组。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

①临床疗效评定:以 MMSE 提高分率计算。提高分率 $=$ (治疗后得分-治疗前得分)/治疗前得分 $\times 100\%$ 。痊愈:提高分率 $\geq 20\%$,且治疗后 MMSE 得分恢复到 27 分以上;显效:提高分率 $\geq 20\%$,但治疗后 MMSE 得分低于 27 分;有效:提高分率 $\geq 12\%$, $<20\%$;无效:提高分率 $<12\%$ 。在治疗前及治疗后各评定 1 次。②日常生活能力评定:ADL 的评定采用修订的 Barthel 指数(MBI),满分为 100 分,治疗前和治疗后各评定 1 次。

3.2 治疗结果

见表 1~表 3。

表 1 治疗组与对照组临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	36	8	17	7	4	88.89
对照组	36	6	12	9	9	75.00

两组治疗前后总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组治疗效果优于对照组。

表 2 两组治疗前后 MMSE 量表评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	36	25.56 $\pm$ 1.17	27.39 $\pm$ 2.20* Δ
对照组	36	25.78 $\pm$ 1.86	26.87 $\pm$ 1.83*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;治疗后组间比较, $\Delta P<0.05$

两组治疗前后及两组治疗后按 MMSE 评分比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组治疗前后 ADL 量表评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	36	22.56 $\pm$ 1.77	19.39 $\pm$ 2.00* Δ
对照组	36	22.78 $\pm$ 2.06	21.87 $\pm$ 1.93*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;治疗后组间比较, $\Delta P<0.05$

两组治疗前后及两组治疗后,按 ADL 量表评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组疗效优

于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

经颅磁刺激是 20 世纪 80 年代中期发展起来的一种影响和改变大脑功能的生物刺激技术,它是利用时变磁场作用于大脑皮质产生感应电流改变皮质神经细胞的动作电位,从而影响脑内代谢和神经电活动的生物刺激技术。调神通络针刺法治疗脑卒中轻度认知功能障碍的疗效已经得到一定的肯定。结果证明,针刺联合重复经颅磁刺激治疗脑卒中轻度

认知功能障碍疗效明显优于单纯针刺治疗组。

参考文献

- [1]中华医学会全国第四次脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [2]Petesen RC, Dwidy R, Kurz A, et al. Current concepts in mild cognitive impairment [J]. Arch Neurol, 2001, 58(12): 1985-1992.

(收稿日期:2010-09-08;修回日期:2010-11-04)

[编辑:黄健]

定痫冲剂加減治疗缺血性脑卒中后癫痫 34 例

张根娣 温玉梅* 徐斌

(张家口市第二医院神经内科,河北省张家口市桥东区新村北街 11 号,075000)

* 通讯作者:wenyumei-mahuizhen@163.com, 13294041178

[关键词] 癫痫;治疗;缺血性脑卒中后癫痫

脑卒中是老年患者癫痫发作最常见的原因之一,而缺血性脑卒中是脑卒中中最常见、发病率最高的脑血管病。卒中后有癫痫发作患者中约 54%~66% 发展为癫痫。目前现代医学主要采用抗癫痫西药,其控制率约在 70%~80%。自 2008 年 1 月~2010 年 1 月我们采用定痫冲剂口服配合治疗缺血性脑卒中后癫痫 34 例,收到较好疗效。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 68 例缺血性脑卒中后癫痫病例均来自 2008 年 1 月~2010 年 1 月在我院神经内科住院治疗的,其中早发型癫痫 43 例,迟发型癫痫 25 例。68 例患者随机分为两组。治疗组 34 例,男 19 例,女 15 例;年龄 46~85 岁,平均 64 岁。对照组 34 例,男 21 例,女 13 例;年龄 49~83 岁,平均 59 岁。两组患者在年龄、性别、病情等方面比较,差异均无统计学意义。所有患者均进行头颅 CT/MRI、脑电图(EEG)检查。

1.2 诊断标准

缺血性脑卒中的诊断标准:68 例患者均符合第四届全国脑血管病学术会议制定的诊断标准,并经头颅 CT 或 MRI 及腰椎穿刺证实。

脑卒中后癫痫的诊断标准与分类标准:癫痫在卒中之后发生,并且是由缺血性卒中引起,在住院期间或出院后随访期间出现 2 次以上癫痫发作,且排除其他原因。卒中后 2 周内出现的癫痫为早发型癫痫,2 周后出现的为迟发型癫痫。癫痫发作类型分类

按 1981 年国际癫痫联盟(LAE)分类划分。

所选病例均无癫痫病史及癫痫病家族史。

2 治疗方法

对照组在对症治疗的基础上应用丙戊酸钠,3 次/d,0.2g/次。治疗组在对照组治疗的基础上口服定痫冲剂(药物组成:僵蚕、地龙、龙齿、茯神、当归、白芍、炙甘草。配制冲剂,每袋含中药提取物 0.5g,由本院制剂室制备),温水冲服每次 1.5g,每日 3 次。两组均 4 周为 1 个疗程,治疗随访 3 个月后将两组的疗效进行比较分析。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

将完成治疗 3 个月以上的患者,比较其用药前后发作频率的变化,确定疗效标准如下^[1]:①控制:发作完全控制;②显效:发作减少 $\geq 76\%$ 以上;③有效:发作减少 $\geq 51\%$,但 $< 76\%$;④无效:发作次数 $< 51\%$,但无发作增加;⑤恶化:发作频率增加。将控制、显效、有效合计为总有效率。

3.2 两组临床疗效比较

两组疗效差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组较对照组为优,见表 1。

表 1 两组疗效比较(例)

组别	例数	控制	显效	有效	无效	恶化	总有效率 (%)
治疗组	34	23	7	3	1	0	97.06
对照组	34	8	11	9	6	0	82.35

3.3 药物副作用