

• 临床报道 •

从肝论治脑卒中后睡眠障碍 30 例

高 敏* 杨晓文 陈 婷

广东省第二中医院, 广东省广州市恒福路 60 号, 510095)

* 通讯作者: 37279883@qq.com, 15975391220

[关键词] 从肝论治; 脑卒中; 睡眠障碍

我们自 2009 年 10 月以来, 从肝论治脑卒中后睡眠障碍 30 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2009 年 10 月至 2010 年 9 月在本院神经内科住院的脑卒中后睡眠障碍患者 60 例。诊断标准: ①脑卒中诊断经头颅 CT 或 MRI 扫描证实符合脑出血或脑梗死诊断标准^[1]; ②睡眠障碍采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)诊断^[2], PSQI 总分 > 7 分作为睡眠障碍的诊断标准。其中脑梗死 42 例, 男 27 例, 女 15 例, 年龄 47~75 岁。脑出血 18 例, 男 11 例, 女 7 例, 年龄 43~73 岁。两组患者年龄、性别等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

①符合上述诊断标准; ②年龄 40~75 岁; ③既往无器质性脑病史, 首次发作急性脑血管病, 并于发作后 2 周内就诊; ④全身状况稳定, 意识清楚, 无明显语言及智能障碍; ⑤发病前均无睡眠障碍或仅有短暂性睡眠障碍, 排除其他神经精神疾病、躯体疾病、药物使用等因素引发的睡眠障碍。

1.3 排除标准

①CT 或 MRI 显示除责任病灶外还伴有与本次病变无关的病灶。②脑卒中病后出现严重认知功能障碍或既往有智能障碍者; ③伴明显失语, 不能配合检查者; ④既往有精神疾病史; ⑤合并严重心、肺、肝、肾功能不全或肿瘤者; ⑥既往有睡眠障碍者。

2 治疗方法

所有病例均在入院后 3 天内进行临床神经功能缺损程度评分(SSS)和 PSQI 评分。两组均给予神经内科常规治疗, 同时采取以 Bobath 疗法为主的神经肌肉促通技术进行肢体功能训练, 每日 1 次, 每次 50min。在此基础上, 治疗组采用从肝论治法方药

进行治疗, 药物组成: 柴胡 5g, 白芍 15g, 枳壳 6g, 酸枣仁 15g, 五味子 12g, 栀子 5g, 黄芩 10g, 石决明 30g, 牡蛎 30g。每日 1 剂, 水煎服, 早晚各 1 次。气虚明显者, 加黄芪、党参; 肾精不足者, 加(制)何首乌、枸杞子; 肾阳亏虚者, 加巴戟天、淫羊藿; 痰热盛者, 加制半夏、黄连; 阴虚火旺者, 加知母、牡丹皮; 瘀血甚者, 加桃仁、红花。对照组服用艾司唑仑 1mg, 睡前口服, 每日 1 次。两组均以 4 周为 1 个疗程。治疗期间停用具有镇静催眠类的中西药物, 在第 28 天再次进行 SSS 和 PSQI 评分及副反应统计。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

①睡眠质量评定^[3]: 以 PSQI 总分减分率做为疗效评定的标准, 减分率 $\geq 75\%$ 为治愈, 减分率 $\geq 50\%$ 但 $< 75\%$ 为显效, 减分率 $\geq 25\%$ 但 $< 50\%$ 为有效, 减分率 $< 25\%$ 为无效; ②SSS 评分参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》, 记录治疗前后评分的变化, 判定神经系统恢复的情况。

3.2 两组患者临床疗效比较

表 1 示, 两组临床疗效比较, 治疗组明显为优($P < 0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	3(10.0)	14(46.7)	9(30.0)	4(13.3)	26(86.7)
对照组	30	1(3.3)	8(26.7)	13(43.3)	8(26.7)	22(73.3)

3.3 两组患者治疗前后 PSQI 评分比较

表 2 示, 两组治疗后 PSQI 评分改善程度, 治疗组优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后 PSQI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分	前后积分差
治疗组	30	14.87 $\pm$ 4.56	7.03 $\pm$ 3.20*	7.83 $\pm$ 4.28 Δ
对照组	30	13.77 $\pm$ 3.29	8.10 $\pm$ 3.16*	5.37 $\pm$ 3.67

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

3.4 两组患者治疗前后 SSS 评分比较

表 3 示, 两组 SSS 评分改善程度, 治疗组明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 两组患者治疗前后 SSS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	前后积分差
治疗组	30	27.10 $\pm$ 8.62	15.67 $\pm$ 5.35*	11.43 $\pm$ 6.26 Δ
对照组	30	24.60 $\pm$ 8.30	16.60 $\pm$ 6.03*	8.00 $\pm$ 5.11

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

3.5 两组治疗后副反应情况比较

表 4 示, 两组副反应情况比较, 治疗组头晕、乏力、口干出现例数明显少于对照组 ($P < 0.05$)。

表 4 两组患者治疗后副反应情况比较 [例 (%)]

组别	例数	头晕	乏力	口干	视物模糊	头痛
治疗组	30	2(6.7)	3(10.0)	1(3.3)	0	1(3.3)
对照组	30	8(26.7)	10(33.3)	7(23.3)	2(6.7)	3(10.0)

4 讨论

我们认为, 应从肝论治脑卒中后睡眠障碍, 以疏肝安神为基本治法, 随症化裁。此外, 根据病机演化的趋势, 还须实施疏肝、柔肝、平肝、清肝等综合调治。以四逆散为基础, 并加入酸枣仁补肝养血, 宁心安神; 五味子收敛心气; 加入栀子、黄芩清肝泄热以防肝郁化火; 加入石决明、牡蛎以清肝平肝, 重镇安神。

参考文献

- [1] 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.
- [2] Smyth C. The Pittsburgh sleep quality index[J]. Medsurg Nurs, 2003, 12(4): 261-262.
- [3] 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度[J]. 中华精神科杂志, 1996, 29(2): 103.

(收稿日期: 2011-01-25; 修回日期: 2011-03-25)

[编辑: 黄 健]

穴位敷贴加按摩配合中药内服治疗 II 型呼吸衰竭机械通气患者腹腔高压症 25 例

周玲霞* 黄金鹏 钱雅萍

浙江省中西医结合医院结核 ICU, 浙江省杭州市环城东路 208 号, 310003

* 通讯作者: 859315951@qq.com

[关键词] 穴位敷贴加按摩; 中药; 机械通气; 腹腔高压

2008 年 12 月~2010 年 12 月间我科共收治 II 型呼吸衰竭机械通气患者 52 例, 我们运用穴位敷贴(自制)加腹部按摩配合中药理气通便协定方(自制)鼻饲在治疗 II 型呼吸衰竭机械通气患者腹腔高压症(IAH)方面取得较好的疗效。现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断及分级标准

II 型呼吸衰竭机械通气患者安静状态下测量, 测压时脱离呼吸机 5min, 因病情无法脱呼吸机应减去呼吸末正压(PEEP)值, 以排除正压通气及呼气末正压对腹腔压力的影响, 测压应由专人检测, 需连测 3 次取平均值。腹腔内压力(IAP) ≥ 10 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa) 称为 IAH。国际腹腔间隔室综合征协会将 IAH 进行了分级: I 级 IAP 为 12~15 mmHg; II 级 IAP 为 16~20 mmHg; III 级 IAP 为 21~25 mmHg; IV 级 IAP 为 > 25 mmHg。

1.2 一般资料

52 例均来自浙江省中西医结合医院结核 ICU

住院的肺结核晚期呼吸衰竭机械通气的老年患者, 采取膀胱测压法测定 IAP 均有不同程度的增高, 腹部检查可见腹部膨隆, 腹围增大, 腹肌紧张, 听诊肠鸣音减弱或消失, 肠内营养可见胃潴留量增多, 排空缓慢。将所有病例随机分为两组, 其中观察组 25 例, 男 17 例, 女 8 例; 年龄 56~83 岁, 平均年龄 69.5 岁; 其中 IAH I 级 11 例、II 级 7 例、III 级 5 例、IV 级 2 例。对照组 27 例, 其中男 17 例, 女 10 例; 年龄 61~86 岁, 平均年龄 73.5 岁; 其中 IAH I 级 13 例、II 级 9 例、III 级 3 例、IV 级 2 例。两组患者的一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

全部病例均行呼吸机械通气, 鼻饲肠内营养, 常规抗炎、解痉平喘化痰、强心利尿、纠正电解质紊乱等治疗。观察组在常规治疗基础上加用鼻饲理气通便协定方, 组成: 何首乌 20g, 枳实 12g, 莱菔子 15g, 大黄 9g(后下), 槟榔 12g, 白术 10g, 黄芪 30g, 藿香 6g。水煎, 每日服 1 剂, 分 2~3 次胃管注入, 每次 100ml, 服 14 天。根据中医经络理论, 在神阙、中