

2.3 两组不良反应比较 两组患者不良反应发生率比较无明显差异, $P>0.05$ 。见表 3。

表 3 两组不良反应比较

组别	n	恶心呕吐(例)	头晕(例)	乏力(例)	口干(例)	总发生率(%)
对照组	40	1	1	1	1	10.00
观察组	40	1	2	0	0	7.50

3 讨论

阿尔茨海默病是临床上较为常见的神经系统退行性病变,患者多伴有精神行为症状,出现行为紊乱、幻觉、妄想等临床表现,影响患者生活质量及生命安全^[5]。研究发现^[6-7],阿尔茨海默病患者精神行为症状可能与多巴胺递质功能异常及 5-羟色胺、乙酰胆碱功能下降等有关,奥氮平可选择性作用于中脑边缘系统,拮抗 5-羟色胺受体,充分发挥抗精神病作用;同时还可选择性增强乙酰胆碱的释放,增加患者脑内乙酰胆碱浓度,改善患者认知功能。但长期应用,不良反应较多。重复经颅磁刺激治疗通过重复序列规律性的脉冲有效刺激患者左、右前额叶背外侧,可改善患者脑组织能量代谢障碍,促进脑源性神经营养因子及相关基因的表达,增加相关受体通道的开放频率,改善突触传递效能及脑皮层血流,减少脑细胞凋亡,重塑大脑皮质神经网络,参与记忆编码过程,改善患者各项认知功能,因其属于非侵入性物理治疗,因此安全性相对较高^[8]。两种方法联合应用,可更好的改善患者临床症状,提高治疗有效率,

减少不良反应的发生。

本研究结果显示,观察组患者治疗总有效率、智力评分明显高于对照组,病理行为评分明显低于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。说明奥氮平联合重复经颅磁刺激治疗阿尔茨海默病精神行为症状临床效果显著,可有效控制患者精神行为症状,改善患者智力,安全性高。

参考文献

- [1]吴越,徐文炜,刘晓伟,等.奥氮平联合重复经颅磁刺激治疗阿尔茨海默病精神行为症状的疗效和安全性[J].医药导报,2016,35(10):1069-1072
- [2]董学峰,于永革,田晏升,等.奥氮平与喹硫平分别联合多奈哌齐对阿尔茨海默病患者内皮功能的影响比较[J].临床合理用药杂志,2015,8(34):58-59
- [3]贾小寒.奥氮平联合吡拉西坦片治疗老年阿尔茨海默病的疗效及其对记忆力的影响[J].医学综述,2016,22(1):205-208
- [4]蔡鸣,马强,高平,等.奥氮平与利培酮治疗老年性痴呆精神行为症状的临床对比分析[J].中国老年学,2011,31(10):1772-1773
- [5]郭云红.喹硫平和奥氮平治疗老年痴呆精神行为症状的比较研究[J].健康必读旬刊,2012,11(2):10-11
- [6]付旭,秦晓霞.阿立哌唑联合奥氮平治疗老年阿尔茨海默病伴精神障碍的临床疗效及安全性评价[J].中国临床药理学杂志,2016,32(7):609-611
- [7]李振宇.小剂量奥氮平治疗老年痴呆患者精神和行为障碍 33 例[J].中国老年学,2012,32(3):590
- [8]刘艳华,王丽娜,边艳辉,等.不同频率重复经颅磁刺激对于老年痴呆患者的认知能力与精神行为症状的影响[J].国际精神病学杂志,2017,44(2):263-266

(收稿日期:2017-07-21)

加味补阳还五汤联合电针疗法治疗中风后偏瘫疗效观察

唐然

(河南省荥阳市中医院脑病科 荥阳 450199)

摘要:目的:探讨加味补阳还五汤联合电针疗法治疗中风后偏瘫患者的临床疗效。方法:选取 2015 年 11 月~2016 年 11 月我院中风后偏瘫患者 96 例,随机分为对照组和观察组各 48 例。对照组采用加味补阳还五汤治疗,观察组在对照组基础上加用电针疗法。比较两组临床疗效及日常生活能力评分。结果:观察组治疗总有效率以及日常生活能力评分明显高于对照组($P<0.05$)。结论:加味补阳还五汤联合电针疗法治疗中风后偏瘫患者疗效显著,能显著提高患者日常生活能力,具有良好的临床应用价值。

关键词:中风后偏瘫;加味补阳还五汤;电针疗法

中图分类号:R255.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.013

中风是以脑部缺血及出血性损伤症状为主要临床表现的疾病,具有较高的致残率和病死率。偏瘫是中风后常见后遗症,临床表现为同侧肢体疼痛不觉、冷热不知等,且多数患者均不同程度丧失劳动及生活自理能力,给家庭带来沉重经济负担和痛苦。中医研究表明^[1],针灸疗法联合中药治疗偏瘫患者可显著缩短机体恢复时间,提高疗效,改善患者预后。对此,我院开展了加味补阳还五汤联合电针疗法治疗中风后偏瘫的相关研究,取得满意效果。现报

道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 11 月~2016 年 11 月我院收治的中风后偏瘫患者 96 例,随机分为对照组和观察组各 48 例。观察组男 29 例,女 19 例;年龄 32~74 岁,平均年龄(59.23±7.92)岁;病程 1~10 个月,平均病程(5.34±1.98)个月。对照组男 28 例,女 20 例;年龄 34~75 岁,平均年龄(60.53±6.13)岁;病程 1~9 个月,平均病程(5.08±1.32)个月。两组性

别、年龄、病程等一般资料比较无显著性差异, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准: 均符合《中医病证诊断疗效标准》^[2] 中风诊断标准; 意识清醒, 生命体征平稳; 自愿签署知情同意书。排除标准: 电针治疗无法耐受者; 精神、神经病患者; 心肝肾等器质性器官功能障碍者; 其他原因所致难以完成本研究者。本研究经我院伦理会审核批准通过。

1.3 治疗方法 两组患者均给予调节血糖血脂、血压、抗凝、维持水和电解质平衡等常规西医治疗。对照组给予补阳还五汤加减治疗。方药组成: 牛膝 10 g、归尾 10 g、桃仁 10 g、红花 10 g、地龙 10 g、川芎 10 g、赤芍 10 g、黄芪 60 g; 伴口斜眼歪、舌强语塞者加半夏 10 g、僵蚕 10 g、胆南星 10 g; 夹痰热者加全瓜蒌 10 g、竹茹 10 g; 肝阳上亢者加石决明 20 g、钩藤 10 g、夏枯草 10 g; 夹痰浊者加茯苓 10 g、远志 5 g、菖蒲 10 g; 伴腰膝酸软者加桑寄生 10 g、川断 10 g、杜仲 10 g; 伴血虚甚者加党参 15 g、熟地 10 g; 伴阳虚甚者加桂枝 5 g。水煎取汁 200 ml, 1 剂/d, 分早晚服用。观察组在对照组基础上给予电针疗法。取穴: 口眼歪斜取太冲、内廷、合谷、颊车及地仓; 上肢取曲池、合谷、肩髃、外关及手三里; 下肢取足三里、阳陵泉及环跳。具体操作: 若患者初病单刺患侧, 若患者久病则患侧健侧均刺, 泻患侧, 补健侧。先刺健侧腧穴不留针, 后刺患侧腧穴, 有针感后利用电针机对上述四肢穴位进行通电(采用疏波或断续波), 至患者产生痠麻感或者有关肌群出现节律性收缩, 留针 30 min, 1 次/d。两组均持续治疗 2 个月。

1.4 观察指标 (1) 比较两组临床疗效。疗效判定: 肌力恢复到 3~4 级, 五官端正, 语言、肢体活动、吞咽功能正常, 生活自理, 临床症状消失, 为痊愈; 肌力提高 2~3 级, 五官端正, 语言吞咽功能正常, 生活部分自理, 临床症状消失, 为显效; 肌力提高 1 级, 临床症状无改善, 为好转; 病情稳定但临床症状无改善, 为无效。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 好转) / 总例数 × 100%。(2) 采用日常生活能力量表 (Activity Of Daily Living Scale, ADL) 对两组患者日常生活能力进行评定。

1.5 统计学分析 数据处理采用 SPSS18.0 统计软件, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用 % 表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组治疗总有效率明显高于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效
观察组	48	13 (27.08)	22 (45.83)	10 (20.83)	3 (6.25)	45 (93.75)
对照组	48	9 (18.75)	15 (31.25)	12 (25.00)	12 (25.00)	36 (75.00)
χ^2						6.400
P						<0.05

2.2 两组患者日常生活能力评分比较 治疗前, 观察组日常生活能力评分为 (52.85 ± 8.27) 分, 对照组为 (51.89 ± 8.63) 分, 两组比较无显著性差异, $P > 0.05$; 治疗后, 观察组评分为 (80.97 ± 7.43) 分, 对照组为 (65.83 ± 8.32) 分, 观察组明显高于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。

3 讨论

偏瘫是指一侧上下肢、舌肌下部和面肌的运动障碍, 是急性脑血管病的常见症状。其发病方式呈急性、突发性, 但病理过程多为缓慢, 在病理变化过程中, 中风的诱发因素促使这个变化过程突然升级, 继而发生中风后偏瘫^[3]。近年来, 随着医学技术的不断发展, 中医治疗中风后偏瘫取得显著成果。研究表明^[4], 电针疗法联合中药治疗可有效弥补西药治疗的不足, 为中风后偏瘫治疗方案提供了新的研究方向。

中医理论将中风后偏瘫归为“中风”范畴, 认为“窍闭神匿、神不导气”, 临床治疗主张以益气、通络、活血为主。加味补阳还五汤中黄芪为君药, 可补元气, 气行则血通; 当归为臣药, 可补血活血, 加强君药疗效; 红花、桃仁、赤芍、川芎、地龙等为佐药, 可祛瘀活血、通行经络。诸药合用, 共奏活血补气、通络之效。针灸是中医治疗中风后遗症的重要方法, 具有调和机体气血阴阳、通达上下的作用, 其通过刺激穴位来激发受损脑神经的功能重组及可塑性, 加快患肢气血运行速度, 改善微血管循环状况, 进而促进大脑皮质运动中枢功能恢复, 加快患者康复进程^[5]。

本研究结果显示, 观察组治疗总有效率以及日常生活能力评分明显高于对照组 ($P < 0.05$)。说明对中风后偏瘫患者行加味补阳还五汤联合电针疗法治疗, 可有效提高疗效, 全面提高其日常生活能力, 值得临床推广运用。

参考文献

- [1] 李金娥. 加味补阳还五汤配合电针治疗中风偏身瘫痪 52 例临床疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2014, 18(34): 4716-4717
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 39
- [3] 孙维政, 排孜拉·帕尔哈提, 李敏. 补阳还五汤加减联合针灸治疗中风后偏瘫临床观察[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(22): 4221-4222
- [4] 马娜. 补阳还五汤与电针合用治疗 69 例中风后遗症的疗效[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(1): 176
- [5] 黄爱华. 补阳还五汤治疗中风偏瘫后遗症临床疗效分析[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(3): 161-163

(收稿日期: 2017-06-05)