

# 中药联合耳穴治疗肝郁脾虚型卒中后失眠临床疗效观察<sup>※</sup>

● 舒 适 王 琦 陈宝瑾 顾婷婷 范春香<sup>▲</sup>

**摘 要** 目的:观察中药内服联合耳穴埋豆治疗肝郁脾虚型卒中后失眠的临床疗效。方法:选择肝郁脾虚型卒中后失眠患者70例,随机分为对照组和观察组各35例,对照组给予阿普唑仑片口服,观察组给予逍遥散合归脾丸加减内服及耳穴埋豆,疗程为1个月,比较两组疗效、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分。结果:治疗后对照组总有效率为71.43%,观察组总有效率为91.43%,两组疗效比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ );治疗后观察组PSQI评分、HAMA评分和HAMD评分的改善明显优于对照组,具有统计学差异( $P<0.05$ )。结论:中药内服联合耳穴埋豆治疗肝郁脾虚型卒中后失眠的疗效明确,并能显著改善患者的焦虑、抑郁情绪。

**关键词** 卒中;失眠;肝郁脾虚;中药;耳穴

脑卒中是目前威胁人类健康的三大疾病之一,是由各种原因所导致的脑血管意外,主要包括脑出血和脑梗死。随着人们生活水平的提高和生活方式的改变,脑卒中的发病率正逐年升高,因其较高的致残率和复发率,越来越多的患者被不同程度的后遗症(包括肢体活动、吞咽、语言、情感、睡眠等多种障碍)所困扰。失眠是卒中后的常见并发症,其发生与脑卒中疾病本身有关,也与脑卒中后患者因偏瘫、失语等神经功能障碍而引起的心理不适有关。研究表明,50%~80%的脑卒中患者会出现失眠症状,以入睡困难、睡眠时间缩短为主要临床表现<sup>[1]</sup>。失眠对卒中后患者的

康复造成了极大的困扰,长期失眠更会引发免疫力下降、内分泌紊乱,影响身心健康,甚至加重病情。

现代医学对失眠的治疗主要是各种安眠药物的应用,但是大多数安眠药物都具有药物依赖性、耐受性,有些患者服药后会出现反应迟钝甚至嗜睡,停药后会出现戒断反应,因此越来越多的患者选择从祖国医学中寻求帮助。肝郁脾虚型是卒中后失眠的常见证型<sup>[2]</sup>。本研究以肝郁脾虚型卒中后失眠患者为干预对象,采用中药逍遥散合归脾丸加减内服联合耳穴埋豆的治疗方法,取得了较好的疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2018年5月至2019年12月上海市浦东新区浦南医院中医科收治的肝郁脾虚型卒中后失眠患者70例,将上述病例随机分为观察组与对照组各35例。其中,对照组男20例,女15例,脑出血8例,脑梗死27例,年龄45~78岁,平均(58.67±9.26)岁,病程32~148 d,平均(98.37±46.06) d;观察组男22例,女13例,脑出血10例,脑梗死25例,年龄48~84岁,平均(60.02±8.56)岁,病程30~138 d,平均(92.24±39.82) d。两组患者在卒中类型、性别、年龄、病程等方面无统计学差异( $P>0.05$ )。

<sup>※</sup>基金项目 上海市浦东新区临床中医特色学科建设资助项目(No.PDZY-2018-0612);上海市浦东新区“国家中医药发展综合改革试验区”建设项目(No.PDZY-2018-0202);上海市浦东新区科技发展基金项目(No.PKJ2018-Y25);上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划(No.ZY 2018-2020-FWTX-8012);上海市浦东新区卫生系统学科带头人培养计划(No.PWRD2018-08);上海市浦东新区临床中医重点专病建设资助项目(No.PDZY-2018-0618)

<sup>▲</sup>通讯作者 范春香,女,医学博士,副主任医师。主要从事呼吸系统疾病的中医临床研究。E-mail:fanxiang1258@163.com

• 作者单位 上海市浦东新区浦南医院(上海 200125)

## 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 ①脑卒中诊断标准:参照第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[3]</sup>中脑出血或脑梗死的诊断标准,经头颅 CT 或 MRI 检查证实。②失眠诊断标准:参照《中国成人失眠诊断与治疗指南》<sup>[4]</sup>中失眠的诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医内科学》<sup>[5]</sup>中“不寐”的诊断标准以及《中药新药临床指导研究原则》<sup>[6]</sup>中肝郁脾虚型的辨证标准:主症为失眠多梦,胃脘或胁肋胀痛,腹胀,食少纳呆,便溏不爽;次症为情绪抑郁或烦躁易怒,喜太息,肠鸣矢气,腹痛欲便、泻后痛减,舌淡,苔白或腻,脉弦细。具备所有主症,或具备主症 2 项及次症 2 项,即属本证<sup>[7]</sup>。

1.3 纳入标准 ①符合中西医诊断标准;②失眠发生在卒中后;③年龄 45 ~ 85 岁,病程 30 ~ 150 d;④意识清楚,能配合完成量表评价;⑤签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①脑卒中急性期患者;②严重心、肝、肺、肾等脏器功能不全者;③ 1 w 内服用精神镇静类药物者;④痴呆或严重精神病患者;⑤依从性差者。

1.5 治疗方法 在参考《中国脑血管病防治指南》<sup>[8]</sup>和《中国脑卒中康复治疗指南》<sup>[9]</sup>规范治疗的基础上,对照组给予口服阿普唑仑片(上海信谊药厂有限公司,批准文号:国药准字 H31021282),每晚 1 次,每次 0.4 mg,疗程为 1 个月;观察组给予中药汤剂内服及耳穴埋豆治疗,疗程为 1 个月。

1.5.1 中药汤剂 采用逍遥散合归脾丸加减(党参 15 g,黄芪 30 g,当归 9 g,茯苓 12 g,白芍 12 g,白术 12 g,柴胡 9 g,郁金 9 g,香附 9 g,酸枣仁 9 g,首乌藤 30 g,远志 6 g,炙甘草 6 g),由上海市浦东新区浦南医院中药房统一代煎,每日 1 剂,早晚分服。

1.5.2 耳穴埋豆 耳穴选取双侧神门、交感、皮质下、脑、心、肝、肾。操作如下:酒精消毒双耳后,将王不留行籽贴压固定在上述耳穴上,每日早、中、晚各按揉 1 次,每个穴位按揉持续 1 min,以感觉到酸、胀、痛、热为宜。每 3 d 更换 1 次王不留行籽。

## 1.6 观察指标及疗效评价

1.6.1 临床疗效评定 参照《精神疾病治疗效果标准修正草案》<sup>[10]</sup>中失眠的疗效标准。痊愈:治疗后睡眠时间恢复正常或睡眠时间在 6 h 以上,睡眠深,醒后精力充沛;显效:睡眠明显好转,睡眠时间增加 3 h 以上;有效:睡眠时间较治疗前有增加,但睡眠时间增加不足 3 h;无效:治疗后失眠无改善。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。

1.6.2 睡眠质量评价 治疗前后进行匹兹堡睡眠质量

指数(PSQI)评分<sup>[10]</sup>评价其睡眠质量。包含入睡时间、睡眠时间、睡眠质量、睡眠效率、催眠药物、睡眠障碍、日间功能障碍等内容,总分 0 ~ 21 分,得分越高,则睡眠质量越差。

1.6.3 情绪评价 治疗前后进行汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分<sup>[11]</sup>观察其情绪变化情况。HAMA 量表含 14 个条目,将焦虑因子分为躯体性和精神性两大类,得分越高,焦虑症状越严重,总分超过 14 分则肯定有焦虑;HAMD 量表采用 24 项版本,得分越高,抑郁症状越严重,总分超过 20 分则肯定有抑郁。

1.7 统计方法 采用 SPSS16.0 统计软件包进行统计学处理,所得计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用  $\chi^2$  检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 临床疗效评定 对照组总有效率为 71.43%,观察组总有效率为 91.43%。两组总有效率比较,差异具有统计学意义(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	35	2(5.71)	10(28.57)	13(37.14)	10(28.57)	25(71.43)
观察组	35	3(8.57)	13(37.14)	16(45.71)	3(8.57)	32(91.43)*

注:与对照组比较,\**P*<0.05

2.2 睡眠质量评价 与治疗前比较,治疗后两组患者 PSQI 评分均显著下降(*P*<0.05);治疗后观察组患者 PSQI 评分显著低于同期对照组(*P*<0.05)。见表 2。

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

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	35	17.78±1.74	11.05±1.33*
观察组	35	17.06±1.57	7.63±1.15**

注:与本组治疗前比较,\**P*<0.05;与同期对照组比较,\*\**P*<0.05

2.3 情绪评价 与治疗前比较,治疗后两组患者 HAMA、HAMD 评分均显著下降,且观察组比对照组下降更明显(*P*<0.05)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 HAMA、HAMD 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	HAMA	HAMD
对照组 (n=35)	治疗前	21.41±4.03	18.54±3.92
	治疗后	14.20±3.19*	11.56±3.13*
观察组 (n=35)	治疗前	20.91±3.93	17.95±4.10
	治疗后	9.50±2.45**	7.85±2.56**

注:与本组治疗前比较,\**P*<0.05;与同期对照组比较,\*\**P*<0.05

### 3 讨论

脑卒中是由于脑部血管突然破裂或血管阻塞而引起的急性脑血管疾病。睡眠障碍是脑卒中的常见并发症,包括失眠、嗜睡、睡眠-觉醒节律紊乱等,其中以失眠最为常见。疾病本身、药物的使用、其它基础疾病、心理变化、生活习惯的改变等都可能引起卒中后失眠<sup>[2]</sup>。失眠常发生于脑卒中后3~14天,卒中后3~4个月内普遍存在失眠症状,有些患者甚至会持续终身<sup>[3]</sup>。失眠不但会影响卒中患者的神经功能康复,还会增加冠心病、糖尿病、高血压、二次卒中的发病风险,加重病情<sup>[4]</sup>。卒中后失眠患者常伴焦虑、抑郁等情绪问题。卒中后的肢体活动、语言、吞咽、认知等障碍,会引发患者焦虑、抑郁等不良情绪,这些情绪会诱发或加重失眠;反过来,失眠也会导致焦虑、抑郁等心理问题,它们相互影响,互为因果<sup>[4]</sup>。目前西医主要采用镇静催眠类药物,但服用该类药时常会出现日间嗜睡、头晕等副作用,长期服用会出现耐受性和依赖性,还会使卒中患者的肌张力增高,糖脂代谢紊乱,对神经系统、心脑血管系统及内分泌系统造成不良影响,不利于患者康复<sup>[5]</sup>。因此从祖国医学中寻求更为安全有效的助眠方法成为近年来的研究热点。

《景岳全书》曰:“神安则寐,神不安则不寐。”失眠的病位在心,与肝、脾、肾密切相关。肝失疏泄、脾失运化、心肾不交所致的心神失养或不宁,都会致神不守舍而不寐。祖国医学中关于失眠的治法丰富多样,包括中药内服、针灸、穴位按摩、耳穴疗法、中药足浴、中药香熏等。现代研究表明,中医药治疗失眠与其改善多种神经递质的代谢、调节免疫系统功能有关<sup>[6]</sup>。

卒中后失眠属于“因病致不寐”的范畴。卒中时,患者气逆乱,脏腑失调,阴阳失衡;卒中后,瘀血、痰浊等病理产物阻滞于脉络,导致气血运行受阻,气机升降失调,肝失疏泄,脾失健运,均会导致不寐<sup>[1]</sup>。有研究发现,卒中后失眠患者以肝郁脾虚证最为多见<sup>[7]</sup>。此类患者多有情绪抑郁或焦虑,思虑过度,气机升降失司而致肝气郁滞,肝郁克脾土,脾气亏虚,或气郁化火、扰动心神,或脾失健运,心失所养,因而不寐。因此本研究采用逍遥散合归脾丸进行加减。方中党参、黄芪补中益气为君;柴胡、郁金、香附疏肝理气解郁为臣;当归、白芍养血柔肝,茯苓、白术益气健脾祛湿,酸枣仁、远志、首乌藤养心安神共为佐;炙甘草调和诸药为使。诸药合用,共奏疏肝解郁、健脾安神之效。耳穴埋豆是中医传统外治法,因其操作简便、疗效显著而越来越多地应用于临床。中医认为,

人体全身脏腑皆于耳部有对应的反射区,通过刺激耳穴可起到疏通经络气血、调节脏腑阴阳平衡的作用,即“耳者,宗脉之所聚也”。本研究所选取的耳穴中,神门属心,主治神魂不安,具有镇静安神的作用;交感、皮质下能养心安神、健脾活血,清窍助眠;配合脑、心、肝、肾等穴,起到调节脏腑、运行气血的作用<sup>[15]</sup>。

本次研究发现,逍遥散合归脾丸加减内服联合耳穴埋豆治疗肝郁脾虚型卒中后失眠疗效肯定,既可提高患者的睡眠质量,又能改善患者的焦虑、抑郁情绪,有利于患者卒中后康复,值得临床推广。

### 参考文献

- [1]张霜梅,吉晶,邱朝阳,等.单纯针灸对比西药治疗卒中后失眠随机对照试验的Meta分析[J].中华中医药学刊,2019,37(12):2843-2852.
- [2]刘红宇.缺血性卒中后失眠证候分布特点及相关因素分析[D].广州:广州中医药大学,2007.
- [3]中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [4]中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组.中国成人失眠诊断与治疗指南[J].中华神经科杂志,2012,45(7):534-540.
- [5]吴勉华,王新月.中医内科学[M].9版.北京:中国中医药出版社,2013:149.
- [6]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:135-139.
- [7]饶明俐.中国脑血管病防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2007:112.
- [8]张通.中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J].中国康复理论与实践,2012,18(4):301-318.
- [9]刘贤臣,唐茂芹,胡蕾,等.匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J].中华精神科杂志,1996,29(2):103-107.
- [10]汪向东,王希林,马弘,等.心理卫生评定量表手册(增订版)[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999:375-378.
- [11]方好.疏肝解郁颗粒治疗抑郁症(肝郁痰阻证)的汉密尔顿抑郁量表及焦虑量表的疗效及安全性评价[D].成都:成都中医药大学,2014.
- [12]杨雪捷,于海波,黄杏贤,等.低频电穴位刺激治疗脑卒中后失眠的临床疗效及作用机制[J].中国老年学杂志,2016,36(22):5560-5562.
- [13]秦圣飞.脑卒中后睡眠障碍的研究进展[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(23):75-77.
- [14]唐雷,游菲,马朝阳.低频电穴位刺激治疗脑卒中后失眠疗效观察[J].中国针灸,2014,34(8):747-750.
- [15]张小健,刘晶晶,王迎昌,等.脑心同治法对老年卒中后失眠患者总体睡眠状态及失眠药物剂量的影响[J].2017,12(2):269-271.
- [16]张飞燕,李晶晶,周莹,等.安神类中药及其有效成分对神经递质镇静催眠机制的研究进展[J].中国中药杂志,2016,41(23):4320-4327.
- [17]庄红艳,刘杰,尹冬青,等.黄连阿胶汤治疗不寐症的研究进展[J].中国药师,2018,21(12):2223-2226.

(收稿日期:2020-06-01)

(本文编辑:蒋艺芬)