

加味补阳还五汤联合头针对气虚血瘀证脑卒中后 单侧空间忽略的疗效观察

王天磊¹, 刘建浩^{1*}, 郑杨杨², 徐琼¹, 谭春风¹

(1. 三亚市中医院, 海南 三亚 572000; 2. 海南省中医院, 海口 570100)

[摘要] **目的:**观察加味补阳还五汤联合头针治疗脑卒中后单侧空间忽略(USN)的临床疗效及对血液流变学的影响。**方法:**将112例USN患者,按入院先后顺序,依据随机数字表法分为观察组和对照组各56例。两组患者均给予康复训练和重复经颅磁刺激疗法。对照组采用头针,1次/d,6次/周。观察组在对照组治疗的基础上服用加味补阳还五汤,1剂/d。两组均连续治疗8周。USN严重程度评分采用直线评分试验、线段删除试验和画钟试验;运动功能评定采用Fugl-Meyer量表,日常生活自理能力采用Barthel指数,认知功能采用简易精神状态评定量表(MMSE),抑郁程度采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和生活质量采用世界卫生组织生存质量测评量表(WHO-QOL-100),均采用第三者评价,治疗前后各评价1次。并检测治疗前后血液流变学指标。**结果:**治疗后观察组直线评分试验、线段删除试验和画钟试验评分均低于对照组($P < 0.01$);治疗后观察组患者Fugl-Meyer量表上、下肢评分和总分均高于对照组($P < 0.01$);Barthel和MMSE评分均高于对照组,HAMD评分低于对照组($P < 0.01$);观察组患者认知功能和日常生活自理能力的改善均优于对照组($P < 0.05$);WHO-QOL-100量表的躯体功能、心理功能、独立性、社会关系、生活质量总分等5个维度评分均高于对照组($P < 0.01$);观察组血液流变学指标全血黏度(高切、低切)、全血还原黏度、血浆黏度、纤维蛋白原和血小板聚集率的改善均优于对照组($P < 0.01$)。**结论:**采用加味补阳还五汤内服联合头针治疗脑卒中后USN,可有效的减轻病情程度,改善认知功能和血液流变性,减轻抑郁程度,提高患者的运动、生活自理能力和生活质量,针药结合方案有利于脑卒中后单侧空间忽略的康复。

[关键词] 单侧空间忽略; 脑卒中; 补阳还五汤; 头针; 血液流变学

[中图分类号] R24;R25;R289;R246;R246.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2018)13-0196-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20181334

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20180412.1319.022.html>

[网络出版时间] 2018-04-12 16:34

Efficacy of Modified Buyang Huanwutang Combined with Scalp Acupuncture on Unilateral Spatial Neglect with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome After Stroke

WANG Tian-lei¹, LIU Jian-hao^{1*}, ZHENG Yang-yang², XU Qiong¹, TAN Chun-feng¹

(1. Sanya Traditional Chinese Medicine (TCM) Hospital, Sanya 572000, China;

2. Hainan Provincial Hospital of TCM, Haikou 570100, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical efficacy of modified Buyang Huanwutang combined with scalp acupuncture on unilateral spatial neglect (USN) and its effect on hemorheology. **Method:** One hundred and twelve patients with USN were divided into control group (56 cases) and observation group (56 cases) according to the order of admission by random number table. Both groups' patients got rehabilitation training and repetitive transcranial magnetic stimulation therapy. Patients in control group got scalp acupuncture, 1 time/day, 6 times/week. In addition to the therapy for control group, patients in observation group were also given modified Buyang

[收稿日期] 20171218(146)

[基金项目] 海南省自然科学基金项目(817399)

[第一作者] 王天磊, 硕士, 主治医师, 从事神经系统疾病的临床诊疗工作, E-mail: 7646682@qq.com

[通信作者] *刘建浩, 博士, 主任医师, 从事神经系统疾病的临床诊疗工作, E-mail: Ljhamdoctor@yeah.net

Huanwutang, 1 dose/day. The treatment lasted for 8 weeks. The severity of USN was scored by linear scoring test, line deletion test and clock drawing test. Fugl-Meyer scale was used to detect the motor function. Barthel index was used for measuring the ability of daily living. Mini-mental state examination (MMSE) was used for detecting the cognitive function. And Hamilton depression scale (HAMD) and world health organization survival quality assessment scale (WHO-QOL-100) scale were used for measuring depression symptom. Before and after treatment, hemodynamic indexes were detected. **Result:** After treatment, the scores of linear scoring test, line deletion test and clock drawing task in observation group were lower than those in control group ($P < 0.01$). The scores of upper and lower limbs and the total score of Fugl-Meyer scale in observation group were higher than those in control group ($P < 0.01$). The scores of Barthel and MMSE in observation group were higher than those in control group, but the score of HAMD was lower than that in control group ($P < 0.01$). The cognitive function and activities of daily living in observation group were improved more significantly than those in control group ($P < 0.05$). Five composite scores in WHO-QOL-100 scale, namely physical performance, mental function, independence, social relations, and quality of life, were higher than those in control group ($P < 0.01$). And indicators of hemorheology, such as whole blood viscosity (high and low shearing), whole blood reduced viscosity, plasma viscosity, fibrinogen, platelet aggregation rate, were all superior to those in control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Modified Buyang Huanwutang combined with scalp acupuncture can relieve illness degree, improve the cognitive function and hemorheological indicators, reduce depression symptom, improve exercise, self-help ability and quality of life, and thus is worth clinical application.

[**Key words**] unilateral spatial neglect; stroke; Buyang Huawutang; scalp acupuncture; hemorheology

单侧空间忽略 (unilateral spatial neglect, USN) 是脑卒中后常见的功能丧失现象,表现为对来自病灶对侧的刺激无反应,多见于右脑半球病变的患者,故又常被称为左侧空间忽略症,表现出视觉忽略、听觉忽略、运动忽略及体像忽略等现象,这些表现并不是因为感觉或运动障碍所导致^[1]。USN 严重影响脑卒中患者身体功能的恢复,影响患者日常生活和活动能力,USN 表现较为隐蔽,在脑卒中的临床康复中容易被忽视,导致康复时间长,患者的生活质量严重降低^[2]。现代医学采用视觉扫描练习、单眼遮蔽、低频重复经颅磁刺激、棱镜适应技术等多种康复作业、电刺激、生物反馈疗法等,均可起到不同的效果^[3],但仍然对该病缺乏专业的认识和临床指南,使得评价与治疗仍然滞后,临床尚缺乏有效治疗 USN 的中西医药物,单一的康复措施也难使 USN 完全恢复。

石学敏院士对脑卒中以脑腑立论,提出“窍闭神匿,神不导气”为脑卒中的总病机^[4]。脑为元神之府,USN 也属于“窍闭神匿”范畴,乃痰、瘀等各种病理因素阻于脑络,气血不通,导致不能任物、神形悖离,经络不通,全身机能失常。中医采用针刺疗法能起到开窍醒神、活血通络的功能,对有效减轻脑卒中后 USN 程度,提高患者运动功能及日常生活自理能力^[3-5]。但临床上鲜见采用中药治疗 USN 的报

道,中药是否可以改善 USN 呢? 值得临床的研究。补阳还五汤载于《医林改错》,是治疗脑卒中及其后遗症的经方,具有益气活血,化瘀通络之功,可促进脑卒中后神经恢复和组织修复,保护脑作用,增加脑的血流量,改善脑部的血液循环、微循环及血液流变性和改善脑缺氧等作用^[6]。本研究观察了加味补阳还五汤联合头针治疗 USN 的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 1 月至 2017 年 9 月在三亚市中医院针灸二科和神经内科住院患者,共有 112 例右侧脑卒中后 USN 患者作为研究对象,按入院先后顺序,依据随机数字表法分为对照组和观察组各 56 例。对照组男性 34 例,女性 22 例;年龄 59 ~ 73 岁,平均 (68.75 ± 8.61) 岁;病程 3 ~ 21 周,平均 (7.84 ± 4.25) 周;脑卒中类型有脑梗死 39 例,脑出血 17 例;文化程度,小学 24 例,中学 22 例,大学 10 例;神经系统功能缺损评分 (NIHSS) 为 (20.18 ± 4.05) 分。观察组男性 33 例,女 23 例;年龄 62 ~ 75 岁,平均 (69.04 ± 9.27) 岁;病程 2 ~ 20 周,平均 (7.95 ± 3.78) 周;脑卒中类型有脑梗死 40 例,脑出血 16 例;文化程度,小学 22 例,中学 23 例,大学 11 例;神经系统功能缺损评分 (NIHSS) 为 (21.25 ± 4.63) 分。两组患者年龄、性别、病程、脑卒中类型和 NIHSS 评分等基线资料比较,差异均无

统计学意义,具有可比性。两组均各有 4 例患者失访,最终均分别完成 52 例。

1.2 诊断标准 脑卒中符合 1995 年第四届全国脑血管病会议制定的《各类脑血管疾病诊断要点》^[7],经头颅 CT 或核磁共振成像(MRI)证实。USN 诊断标准采用二线法^[8],即呈现给患者一条线段,让患者用笔在线段上标明中点的位置,患者往往会将中点标错到一侧,即中点向一侧偏移,通常是偏向右侧。气虚血瘀证辨证标准,参照国家中医药管理局医政司 2012 年制定的《中医临床诊疗方案——22 个专业 95 个病种》^[9]制定标准。主证为半身不遂,口舌歪斜,言语謇涩或不语,感觉减退或消失;次证为面色㿗白,气短乏力,自汗出,口角流涎,舌质暗淡,舌苔白腻或有齿痕,脉沉细。主证具备 2 项加次证 1 项,结合舌脉可确诊。

1.3 纳入标准 ①均经影像学证实为脑梗死、脑出血,处于恢复期,即病程 ≥ 4 周,NIHSS 12~28 分,患者生命体征平稳;②符合 USN 诊断标准且为右半球病变,左侧空间忽略症患者;③符合气虚血瘀证辨证标准;④年龄 55~75 岁,男女不限;⑤神志清楚,正常交流,能配合治疗;⑥患者同意参加本方案治疗,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①非首次脑卒中患者;②右侧空间忽略症者;③短暂性脑缺血发作(TIA)者或蛛网膜下腔出血或脑肿瘤、脑干梗死等引起中风病或风湿性心瓣膜病、心脏病合并房颤引起脑栓塞患者;④存在严重认知功能障碍者;⑤合并其他内、外科严重系统疾病需要紧急治疗或精神病和肿瘤病患者;⑥正在参加其它临床试验者;⑦同期采用其它中药治疗影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 两组患者基础治疗,在常规西医内科疗法的基础上给予感觉输入、视扫描训练、暗示治疗、运动疗法和作业疗法等。并给予重复经颅磁刺激(rTMS)治疗。仪器采用 Magstimrapid2 TMS machine (英国 Magstim 公司);部位有枕项部、大脑前额叶、中央沟、顶叶、左右颞叶、枕叶、小脑等区域;参数为刺激强度 1 Hz,运动阈值 80%,刺激 8 s,间隔 4 s,脉冲总数 1 200 个。20 min/次,1 次/d,6 次/周。

1.5.1 对照组采用头针,取穴有右侧顶颞后斜线(百会穴与曲鬓穴间连线)和顶颞前斜线(前神聪至悬厘间连线);操作为患者取仰卧位,75%酒精常规消毒,一次性不锈钢针(苏州针灸用品有限公司,规格 0.3 mm \times 25 mm),斜刺法,针体与皮肤呈 20°~40°,快速进针入帽状腱膜下向病灶处刺约 1.5~

2.0 寸,行提插捻转手法,200 次/min,行针 1 min,得气后留针 30 min,15 min 时行针 1 次;1 次/d,6 次/周。

1.5.2 观察组在对照组治疗的基础上,采用加味补阳还五汤内服,药物组成有黄芪 30 g,人参 10 g,当归 10 g,赤芍 10 g,地龙 10 g,川芎 15 g,红花 6 g,桃仁 15 g,石菖蒲 15 g,僵蚕 10 g,桑寄生 20 g,熟地黄 30 g,远志 15 g,全蝎 6 g,蜈蚣 2 条,甘草 6 g。1 剂/d,饮片由三亚市中医院中药房统一提供,均由医院煎药室煎煮,混合药液至 350 mL,分早、晚 2 次温服。两组患者均连续治疗 8 周。

1.6 观察指标 ①USN 严重程度评分^[10],进行治疗前后直线评分试验(0~3 分)、线段删除试验(0~3 分)和画钟试验(0~4 分)。②运动功能评定,采用 Fugl-Meyer 量表,上肢为 66 分,下肢为 34 分,评分越高表示肢体运动功能越好,总分 < 50 分,表示有严重运动障碍;治疗前后各评价 1 次。③日常生活自理能力,采用 Barthel 指数,总分 0~100 分,得分越低,表示生活自理能力越差,反之则表示表明独立性越好,依赖性就越小。A 级 61~100 分,表示存在轻度功能障碍;B 级 41~60 分,表示存在中度功能障碍;C 级 < 40 分表示存在重度功能障碍;治疗前后各评价 1 次。④认知功能,采用简易精神状态评定量表(MMSE),回答正确一项计为 1 分,否则记 0 分,共 0~30 分。正常记 27~30 分,轻记 21~26 分,中记 10~20 分,重记 0~9 分;治疗前后各评价 1 次。⑤抑郁程度和生活质量评分,前者采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD), > 17 分为有明显的抑郁情绪;后者采用世界卫生组织生存质量测评量表(WHO-QOL-100),包括躯体功能、生理功能、独立性、社会关系、环境、精神/宗教/信仰、生活质量总分共 7 个维度,分数越高,生活质量越好;均为治疗前后各评价 1 次。⑥血液流变学指标检测,包括全血黏度(高切、低切)、全血还原黏度、血浆黏度、纤维蛋白原和血小板聚集率等指标,治疗前后各检测 1 次。其中①~⑤均由不参加本临床工作的医生进行第三者盲评。

1.7 统计学处理 数据采用 SPSS 20.0 统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,等级资料组间比较采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 USN 严重程度评分比较 与治疗前相比较,治疗后两组患者的直线评分试验、

线段删除试验和画钟试验评分均明显下降 ($P < 0.01$); 治疗后观察组直线评分试验、线段删除试验和画钟试验评分均低于对照组, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 USN 严重程度评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 52$)
Table 1 Comparison of scores of severity of USN in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 52$) 分

组别	时间	直线评分	线段删除	画钟
对照	治疗前	2.67 ± 0.39	2.59 ± 0.42	3.27 ± 0.55
	治疗后	0.92 ± 0.24 ¹⁾	0.83 ± 0.19 ¹⁾	0.97 ± 0.26 ¹⁾
观察	治疗前	2.72 ± 0.44	2.62 ± 0.48	3.25 ± 0.58
	治疗后	0.46 ± 0.17 ^{1,2)}	0.49 ± 0.15 ^{1,2)}	0.53 ± 0.18 ^{1,2)}

注: 与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表 2, 5 ~ 7 同)。

2.2 两组患者治疗前后运动功能评价比较 与治疗前相比较, 治疗后两组患者 Fugl-Meyer 量表上、下肢评分和总分均明显升高 ($P < 0.01$); 治疗后观察组患者 Fugl-Meyer 量表上、下肢评分和总分均高于对照组, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 Fugl-Meyer 量表评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 52$)
Table 2 Comparison of scores of Fugl-Meyer scale in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 52$) 分

组别	时间	上肢	下肢	总分
对照	治疗前	37.78 ± 9.75	24.39 ± 4.81	64.07 ± 11.39
	治疗后	48.89 ± 10.24 ¹⁾	28.13 ± 5.36 ¹⁾	78.27 ± 13.25 ¹⁾
观察	治疗前	36.63 ± 8.96	24.87 ± 4.74	62.35 ± 10.78
	治疗后	54.36 ± 11.18 ^{1,2)}	32.27 ± 5.95 ^{1,2)}	87.29 ± 14.67 ^{1,2)}

2.3 两组患者治疗后日常生活自理能力比较 经秩和检验, 治疗后观察组患者日常生活自理能力的改善优于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 2.655, P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组患者治疗后认知功能情况比较 经秩和检验, 治疗后观察组认知功能的改善优于对照

表 6 两组患者治疗前后生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 52$)

组别	时间	躯体功能	心理功能	独立性	社会关系	环境	精神/宗教/信仰	生活质量
对照	治疗前	27.36 ± 5.16	44.69 ± 6.25	45.57 ± 5.81	28.64 ± 4.03	68.17 ± 8.39	20.43 ± 3.76	11.37 ± 2.05
	治疗后	36.29 ± 6.81 ¹⁾	52.37 ± 8.01 ¹⁾	54.25 ± 8.32 ¹⁾	36.90 ± 5.82 ¹⁾	70.95 ± 9.88	21.57 ± 4.02	13.57 ± 3.21 ¹⁾
观察	治疗前	28.03 ± 4.91	42.57 ± 5.88	46.69 ± 6.05	27.18 ± 4.11	69.42 ± 10.63	22.36 ± 3.59	10.75 ± 2.18
	治疗后	45.42 ± 7.07 ^{1,2)}	60.63 ± 9.31 ^{1,2)}	65.49 ± 10.85 ^{1,2)}	44.32 ± 6.95 ^{1,2)}	74.38 ± 9.57	23.52 ± 5.75	16.95 ± 3.73 ^{1,2)}

表 3 治疗后两组患者日常生活自理能力比较

Table 3 Comparison of daily self-help ability in two groups

组别	A 级/例	B 级/例	C 级/例
对照	22	20	10
观察	31	18	3

组, 组间比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 2.873, P < 0.05$), 见表 4。

表 4 治疗后两组患者认知功能情况比较

Table 4 Comparison of cognitive function in two groups

组别	正常/例	轻/例	中/例	重/例
对照	16	22	11	3
观察	23	22	7	0

2.5 两组患者治疗前后 Barthel, MMSE 和 HAMD 评分比较 与治疗前相比较, 治疗后两组患者 Barthel 和 MMSE 评分均明显上升, HAMD 评分下降 ($P < 0.01$); 治疗后观察组患者 Barthel 和 MMSE 评分均高于对照组, HAMD 评分低于对照组, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 见表 5。

表 5 两组患者治疗前后 Barthel, MMSE 和 HAMD 评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 52$)

Table 5 Comparison of scores of Barthel, MMSE and HAMD in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 52$) 分

组别	时间	Barthel	MMSE	HAMD
对照	治疗前	49.61 ± 8.75	18.29 ± 3.64	15.27 ± 4.15
	治疗后	76.95 ± 14.36 ¹⁾	24.77 ± 4.36 ¹⁾	11.52 ± 3.96 ¹⁾
观察	治疗前	50.32 ± 9.24	18.48 ± 3.83	15.35 ± 3.98
	治疗后	89.36 ± 15.31 ^{1,2)}	28.72 ± 5.39 ^{1,2)}	7.49 ± 3.23 ^{1,2)}

2.6 两组患者治疗前后生活质量评分比较 治疗后两组患者 WHO-QOL-100 量表的躯体功能、心理功能、独立性、社会关系、生活质量总分等 5 个维度评分均明显升高 ($P < 0.01$), 环境和精神/宗教/信仰等 2 个维度评分均变化不明显; 治疗后观察组患者躯体功能等 5 个维度评分均高于对照组 ($P < 0.01$), 见表 6。

2.7 两组患者治疗前后血液流变学指标水平比较

与治疗前相比较,治疗后两组患者的血液流变学指标全血黏度(高切、低切)、全血还原黏度、血浆黏

度、纤维蛋白原和血小板聚集率均较明显下降($P < 0.01$);观察组上述血液流变学指标均低于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 7。

表 7 两组治疗前后血液流变学指标变化比较($\bar{x} \pm s, n = 52$)

Table 7 Comparison of indicators of hemorheology in two groups before and after treatment($\bar{x} \pm s, n = 52$)

组别	时间	全血黏度/ $\text{mPa}\cdot\text{s}$		全血还原黏度 / $\text{mPa}\cdot\text{s}$	血浆黏度 / $\text{mPa}\cdot\text{s}$	纤维蛋白原 / $\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$	血小板聚集率 /%
		低切($10\cdot\text{s}^{-1}$)	高切($200\cdot\text{s}^{-1}$)				
对照	治疗前	14.42 ± 2.25	6.74 ± 1.03	2.23 ± 0.36	3.35 ± 0.72	9.28 ± 1.85	72.28 ± 7.11
	治疗后	10.35 ± 1.96 ¹⁾	5.62 ± 0.76 ¹⁾	1.75 ± 0.24 ¹⁾	2.64 ± 0.48 ¹⁾	6.41 ± 1.61 ¹⁾	60.35 ± 6.42 ¹⁾
观察	治疗前	14.74 ± 2.38	6.82 ± 1.13	2.32 ± 0.38	3.41 ± 0.68	9.56 ± 1.97	73.42 ± 7.66
	治疗后	8.08 ± 1.77 ^{1,2)}	4.85 ± 0.77 ^{1,2)}	1.41 ± 0.21 ^{1,2)}	2.18 ± 0.36 ^{1,2)}	4.38 ± 1.04 ^{1,2)}	48.43 ± 6.51 ^{1,2)}

3 讨论

USN 是脑损伤后功能独立性的重要预测因子,但是由于疾病本身的“隐蔽”性及检测方法和医患双方认识水平的限制,使得临床对 USN 缺乏足够的重视^[5]。文献显示高达 40% 左右的脑卒中中出现 USN,是卒中后最常见的行为认知障碍之一,严重影响患者认知功能、肢体运动功能的康复及日常生活活动能力的提高^[5]。USN 的传统治疗方法主要为康复训练,系统评价显示康复训练可运动功能,提高生活自理能力,有助于患者回归家庭和社会^[11]。rTMS 可通过磁信号无衰减地透过颅骨而刺激神经,通过不同频率来促进大脑两侧半球交互性抑制(rIHI)机制的恢复,维持大脑兴奋与抑制的平衡,是近来用于 USN 治疗的新技术^[3],系统评价显示不同刺激频率的 rTMS 均能改善脑卒中患者单侧空间忽略^[12]。但诸多康复措施仅能改善 USN 一方面或几方面临床表现异常,临床仍然缺乏针对 USN 行之有效的康复治疗手段。

针刺是中医治疗 USN 的重要手段,能起到活血行气通络之效。采用醒神益髓开窍法能有效减轻脑卒中后 USN 程度,并提高患者运动功能及日常生活自理能力^[5]。脑为“髓之海”,通过经络联系全身四肢百骸,五脏六腑气血循经络而上荣于脑,并通过心脉灌注全身;感觉信息的输入是大脑可塑性的重要因素。通过多种刺激增加脑卒中患者忽略侧的感觉整合,能引起患者对忽略侧的注意以改善忽略症状。头针基于神经系统原理-大脑皮层功能定位,神经生理学,生物全息原理等,能够有效激活肢体外周感受器,不断地将针刺信息传入中枢神经,以兴奋中枢神经细胞,形成新的神经通路,从而起到治疗 USN 的作用^[13-14]。

加味补阳还五汤中黄芪补气升阳、益气固表,人参补脾益肺,二者相用大补元气;当归补血活血,通经活络止痛,熟地黄补血滋阴、益精填髓,二者合用补血益精、填补肾髓;赤芍、川芎、红花、桃仁、地龙行气活血、散瘀通络;石菖蒲开窍豁痰、醒神益智,远志安神益智、祛痰开窍,桑寄生补肝肾、强筋骨,僵蚕、全蝎、蜈蚣熄风镇痉,化痰通络,且虫类药物行走攻窜,搜风通络,因此治血先治风^[15];并以甘草解毒调和诸药。清·王清任言:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”,“一切不治之证,总由不善去瘀之故,凡治血者,必先以去瘀为要”^[6]。《张氏医通·诸血门》也云:“盖气与血,两相维附,气不得血,则散而无统,血不得气,则凝而不流”。全方其奏益气行血,散瘀化痰,补血益精,通络益智之功。补阳还五汤含有生物碱、总苷、多糖、苷元和挥发油等多种活性成分,现代药理显示除改善脑血液循环外,补阳还五汤还具有抗炎、抗自由基损伤、抗兴奋性氨基酸毒性作用,保护血脑屏障,促进神经发生、保护神经元等^[16]。

如前所述由于对 USN 研究欠深入,其发病机制仍然不清,其评价体系也非常滞后。本研究以直线评分等 3 个国际公认的试验来评价 USN 的严重程度,这些标准在多个文献中已经采用和推荐^[5,10,13,14]。并从认知功能、运动功能、生活自理能力、生活质量、抑郁等多维度、多角度方面评价了 USN 对脑卒中患者康复的影响。

本组资料显示治疗后观察组直线评分试验、线段删除试验和画钟试验评分均低于对照组,提示了加味补阳还五汤联合头针治疗脑卒中后 USN 能明显减轻 USN 的严重程度;同时也观察到治疗后观察组患者 Fugl-Meyer 量表上、下肢评分和总分均高于

对照组, Barthel 和 MMSE 评分均高于对照组, HAMD 评分低于对照组; 观察组患者认知功能和日常生活自理能力的改善均优于对照组, WHO-QOL-100 量表的躯体功能、心理功能、独立性、社会关系、生活质量总分等 5 个维度评分均高于对照组, 提示了二者的联合使用提高了患者的运动能力和生活自理能力, 改善了认知功能, 减轻了抑郁程度, 提高了患者的生活质量。治疗后观察组血液流变学指标全血黏度(高切、低切)、全血还原黏度、血浆黏度、纤维蛋白原和血小板聚集率的改善均优于对照组, 提示了二者的联合使用改善了微循环状态, 有利于增加脑的血流量, 改善脑缺氧状态, 从而促进神经功能的恢复。

综上, 采用加味补阳还五汤联合头针治疗脑卒中后 USN, 可有效的减轻病情程度, 改善认知功能和血液流变性, 减轻抑郁程度, 提高运动、生活自理能力, 提高生活质量, 是值得临床采用的针药结合治疗方案。

[参考文献]

[1] 单桂香, 刘霖, 霍速, 等. 神经电生理学及影像学方法在单侧空间忽略发生机制研究中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29(6):585-591.

[2] Cha H G, Kim M K. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on arm function and decreasing unilateral spatial neglect in subacute stroke: a randomized controlled trial[J]. Clin Rehabil, 2016, 30(7):649-56.

[3] 李艳丽, 徐基民, 陈之罡, 等. 单侧空间忽略治疗的中西医研究进展[J]. 中国中医急症, 2016, 25(2):279-281.

[4] 许军峰, 卞金玲, 吕建明, 等. 国医大师石学敏院士对中医学的贡献——创建中医脑科学[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(1):4-7.

[5] 李艳丽, 徐基民, 刘兰群, 等. 针刺结合康复训练治

疗脑卒中后单侧空间忽略: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2017, 37(9):913-917.

[6] 杨佳昕, 海英. 王清任补阳还五汤治疗中风病文献研究[J]. 实用中医内科杂志, 2012, 26(11):10-11.

[7] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 87-88.

[8] Bickerton W L, Samson D, Williamson J, et al. Separating forms of neglect using the apples test: validation and functional prediction in chronic and acute stroke[J]. Neuropsychol, 2011, 25(5):567-580.

[9] 国家中医药管理局医政司. 中医临床诊疗方案——22个专业95个病种[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012:9-10.

[10] 张艳明, 付伟, 胡洁, 等. 经颅磁刺激对卒中患者单侧空间忽略和运动功能康复的作用[J]. 中国脑血管病杂志, 2013, 10(2):74-78.

[11] 纪小凤, 郑丽维, 梁水华, 等. 康复训练对脑卒中后单侧空间忽略患者功能影响的 Meta 分析[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(1):1-6.

[12] 杨雨洁, 朱毅, 程洁, 等. 重复经颅磁刺激治疗卒中后单侧空间忽略的 Meta 分析[J]. 中国康复理论与实践, 2017, 23(3):363-369.

[13] 林志诚, 江一静, 陈阿贞, 等. 头针百会配合康复训练对脑卒中偏侧忽略的影响[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(11):1273-1275.

[14] 何秀花, 张秀玲, 张春玲. 头针结合康复对脑卒中患者单侧空间忽略改善效果的临床研究[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(7):55-56.

[15] 江云东, 江玉, 王明杰, 等. 祛风化痰通络方早期干预急性缺血性脑卒中 42 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(23):282-285.

[16] 龙建飞, 张秋霞, 王蕾, 等. 补阳还五汤治疗缺血性中风药理作用机制的研究进展[J]. 世界中医药, 2015, 10(5):805-807.

[责任编辑 何希荣]