

不良反应发生,并为临床有效地治疗此类疾病提供参考依据。

参考文献

[1] 张帆,杨文慧,何燕,等.心力衰竭患者合并低钠血症预后研究进展[J].心血管病学进展,2018,39(2):217-220.
 [2] 刘娜.托伐普坦联合苯磺酸氨氯地平治疗心力衰竭合并低钠血症患者的研究[J].中国循证心血管医学杂志,2018,10(11):143-144.
 [3] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):3-10.
 [4] 王贤良,刘洪伟,毛静远,等.基于中国文化改良明尼苏达心力衰竭生存质量表的条目筛选[J].中医杂志,2016,57(1):22-24.

[5] 薛君.托伐普坦对急性心肌梗死后心力衰竭合并低钠血症患者的疗效及安全性观察[J].中国药物与临床,2017,17(1):113-115.
 [6] 杨华,许臣洪,李欣.托伐普坦治疗慢性心力衰竭伴低钠血症的疗效及对患者心功能的影响[J].海南医学,2016,27(17):2762-2764.
 [7] 葛保民,张佃花,张志磊,等.高渗盐水静滴并强化利尿对顽固性心力衰竭伴低钠血症患者的治疗作用[J].山东医药,2010,50(45):53-54.
 [8] 向科林,贾朋伟.麝香保心丸联合曲美他嗪对老年冠心病合并心力衰竭患者血管内皮功能及血浆 BNP 的影响研究[J].陕西中医,2016,37(7):826-827.

(收稿日期:2019-08-19 修回日期:2020-03-19)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.12.035

血府逐瘀汤联合芍药甘草汤对中风后痉挛性瘫痪患者认知功能的影响

张 敏¹,赖 丽²,郭 政^{1△}

1. 陕西省延安市黄陵县中医医院中医内科,陕西延安 727300;2. 陕西省安康市中医医院药剂科,陕西安康 725000;3. 陕西省榆林市府谷县人民医院中医内科,陕西榆林 727300

摘 要:目的 探讨血府逐瘀汤联合芍药甘草汤对中风后痉挛性瘫痪患者认知功能的影响。方法 选取 2017 年 12 月至 2018 年 12 月陕西省延安市黄陵县中医医院收治的中风后痉挛性瘫痪患者 160 例,按照随机数字表法分为对照组和研究组,各 80 例。对照组患者在常规治疗的基础上给予巴氯芬片治疗,研究组患者应用血府逐瘀汤联合芍药甘草汤治疗,主要观察比较两组患者的临床疗效、肢体运动功能和生活质量。结果 研究组治疗有效率[92.5%(74/80)]高于对照组[76.3%(61/80)],差异有统计学意义($P<0.05$);治疗前,两组肢体功能评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,研究组肢体运动功能评分[(56.28±5.78)分]高于对照组[(49.82±5.23)分],差异有统计学意义($P<0.05$);治疗前,两组生活质量评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,研究组患者在社会、躯体、角色和认知功能等方面均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 在对中风后痉挛性瘫痪患者的治疗中,应用血府逐瘀汤联合芍药甘草汤进行治疗,不仅可以使患者的生活质量进行有效改善,还能够使患者的肢体运动功能评分得到有效提升。

关键词:血府逐瘀汤; 芍药甘草汤; 中风; 痉挛性瘫痪; 认知功能
中图法分类号:R283;R743.3 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)12-1747-03

通过近几年对中风的研究,我国对中风的诊断、治疗水平不断提高,从而有效地降低了中风的病死率,但中风的致残率仍较高。中风后痉挛性瘫痪极大可能引发患者出现肌肉萎缩、关节挛缩、关节变形和患肢疼痛等,不仅严重地妨碍患者的日常工作,同时还对患者的生活质量产生负面影响。为寻求一种安全、有效的治疗方式,减轻患者的经济负担^[1],本研究采用血府逐瘀汤联合芍药甘草汤治疗本院中风后痉挛性瘫痪患者,效果显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 12 月至 2018 年 12 月陕西省延安市黄陵县中医医院收治的中风后痉挛性瘫痪患者 160 例。纳入标准:(1)依从性良好者;(2)心、肝、肾等重要器官无严重疾病者;(3)中风导致的

肌张力异常者。排除标准:(1)存在严重的运动功能障碍者;(2)非自愿参与本研究者;(3)存在恶性肿瘤、免疫、血液系统、传染病症者;(4)近期服用抗抑郁类药物者;(5)无法随访的患者。将 160 例患者根据随机数字表法分为对照组和观察组,各 80 例。对照组患者中男 41 例,女 39 例,平均年龄(62.0±9.7)岁,平均病程(12.5±3.2)个月。研究组患者中男 38 例,女 42 例,平均年龄(63.3±10.4)岁,平均病程(11.5±3.1)个月。所有患者对本次研究知情同意,并签订知情同意书。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经本院伦理委员会批准。

1.2 方法 两组患者均进行控制血糖、血压、维持电解质平衡及颅内减压等常规治疗。对照组患者在常

△ 通信作者,E-mail:981754602@qq.com。

规治疗的基础上给予口服巴氯芬片治疗(初始剂量为每次 5 mg,每天 3 次,服用 3 d 后,每隔 3 天加服 5 mg,普遍的常用剂量为 30~75 mg/d,最高剂量不得超过 90 mg)。研究组患者应用芍药甘草汤联合血府逐瘀汤加减治疗。芍药甘草汤联合血府逐瘀汤:炒白芍 15 g,炙甘草 10 g,熟地黄 20 g,当归 12 g,桃仁 10 g,红花 12 g,柴胡 9 g,枳实 12 g,牛膝 20 g。同时,根据患者病情进行合理的加减治疗:对于语言能力低下的人,可以添加远志 12 g,石菖蒲 15 g;对于头晕的患者可以添加天麻 20 g,钩藤 15 g;四肢酸痛者加姜黄 15 g,乳香 10 g。将以上药物加水煎制,每天煎 1 剂,分 2 次进行煎制,之后混匀,分早晚服用。两组患者均治疗 10 周,对两组药物治疗前后四肢运动功能的恢复状况进行比较^[2]。

1.3 观察指标 临床疗效评定标准:应用 Ashworth 分级对患者进行治疗前、后的肌张力检测。显效为降低明显 2 级以上,有效为分级明显降低 1 级以上,无效为患者治疗后与治疗前比较无明显区别。肢体运动功能评定标准:应用 Fugl-Meyer 评分进行判定,总分 100 分,得分越高代表肢体运动功能越好。>90 分表示患者存在轻度的运动障碍,80~90 分表示患者存在中等运动障碍,60~<80 分代表患者存在明显运动障碍,<60 分代表患者存在严重运动障碍。两组患者生活质量评定标准:应用健康量表进行评估,主要内容包含认知功能、社会功能、躯体功能、角色功能等,总分 100 分,得分越高代表患者生活质量越好^[3]。

1.4 统计学处理 应用 SPSS18.0 统计软件进行数据分析,其中计数资料以率或构成比表示,行 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率为 92.5%(74/80),高于对照组的 76.3%(61/80),差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[n(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	80	29(36.3)	32(40.0)	19(23.8)	61(76.3)
研究组	80	45(56.3)	29(36.3)	6(7.5)	74(92.5) ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组肢体运动功能比较 治疗前,对照组肢体功能评分为(37.21±4.87)分、研究组肢体功能评分为(37.32±4.93)分,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,研究组肢体运动功能评分为(56.28±5.78)分,高于对照组的(49.82±5.23)分,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 两组生活质量比较 治疗前,两组生活质量评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组研究组患者在社会、躯体、角色和认知功能等生活质量评分均优于治疗前,且研究组优于对照组,差异均

有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组生活质量比较($\bar{x} \pm s$,分)				
组别	社会功能	躯体功能	角色功能	认知功能
对照组(n=80)				
治疗前	65.4±5.2	65.3±3.2	63.5±4.7	63.1±3.5
治疗后	73.1±4.5 ^a	72.3±3.4 ^a	72.6±3.5 ^a	73.6±3.4 ^a
研究组(n=80)				
治疗前	66.5±4.3	63.1±4.2	64.1±4.4	65.2±4.7
治疗后	82.1±4.4 ^{ab}	81.2±3.3 ^{ab}	85.2±5.3 ^{ab}	81.2±4.4 ^{ab}

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗前比较,^b $P < 0.05$ 。

3 讨 论

中风主要由火、风、瘀、痰、虚造成,其发生、发展非常复杂,经常涉及肺、心、肝、肾,还有血脉、经络,中风主要病症为肾阴虚、肝肾亏虚^[4-5]。痉挛性瘫痪有着整体发展的特点,是中风后主要的病症,也具有自己特殊性的病症。伴随着医学水平的不断提高,由中风引起的死亡情况显著减少,但同时因其导致残疾的概率不断上升,这一情况带来了较大的社会负担^[6]。中风涉及较多部位,包括心、肺、肾、肝、经络等,以中风为根基是痉挛性瘫痪的特点,因此病理机制和中风也大为相似,但各有特点。在中风恢复期间,正气虚,并且存在邪气,从而阻碍脉络,最终致使痉挛性瘫痪的出现,因此临床主要以医治通络、祛痰、止痛为主^[7]。

芍药甘草汤出自张仲景的《伤寒论》,是一剂处方药。对属阴血亏虚,肌肉、筋脉失于濡养,肝脾失调者使用,有酸甘化阴,调和肝脾,柔筋止痛之效。其中白芍药苦酸入肝,养血柔肝,缓急而止痛,敛阴收汗。不仅如此,还可以有效地治疗患者胸腹胁肋疼痛,泻痢腹痛,阴虚发热,月经不调^[8]。主治舒筋活络,还治各种的骨质增生;伸筋草祛风散寒,除湿消肿,舒筋活络,止痛活血,而且对于常年下肢凉、麻的患者有极大的作用;葛根降血糖、止渴、止泻、调节体温等^[9]。本研究结果显示,研究组患者临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

清代的血府逐瘀汤是治疗中风的常用药方,其功效为解郁、散瘀、活血、通络。芍药甘草汤药方主要来源于《伤寒论》,药物味数虽然较少,但配伍十分缜密,是中医治疗中的常用药方,其功效为解除痉挛、濡养筋脉、滋阴补血^[10-11]。将两方合用并对剂量加减,调养 3 个月后的患者,与常规调养的患者比较,使用两方合用的患者肌张力的痊愈情况好于仅常规调养的患者,并且使用两方加减的患者的肢体运动功能与仅常规治疗的患者比较前者要强于后者,双方都没有出现不良反应^[12-13]。所以芍药甘草汤联合血府逐瘀汤加减对中风后痉挛性瘫痪患者肌张力的恢复可以有效促进,在恢复肢体运动功能上,效果安全可靠^[14-15]。本研究结果显示,研究组患者生活质量优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,在对中风后痉挛性瘫痪患者的治疗过程中,应用血府逐瘀汤联合芍药甘草汤进行治疗,不仅可以提高患者的治疗效果,还可以改善患者的生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 王景霞,杨旭,张建军,等. 芍药甘草汤对中枢性肌张力增高大鼠脑内氨基酸及其受体的影响[J]. 中国中药杂志, 2016,41(6):1100-1106.
- [2] 朱飞叶,谢冠群,徐珊. 芍药甘草汤对慢传输型便秘大鼠 ICC 及肠神经递质的影响[J]. 中华中医药杂志, 2016,22(1):248-251.
- [3] 何飞,徐俭朴,杨明华,等. 芍药甘草汤对哮喘大鼠 Treg/Th17 比例失衡的影响[J]. 中华中医药杂志, 2016,33(11):4477-4479.
- [4] DRESSLER D, BHIDAYASIRI R, BOHLEGA S, et al. Botulinum toxin therapy for treatment of spasticity in multiple sclerosis: review and recommendations of the IAB-Interdisciplinary Working Group for Movement Disorders task force[J]. J Neurol, 2017,264(1):112-120.
- [5] 顾培,靳秀,李雪,等. 芍药甘草汤治疗奥氮平所致高催乳素血症的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2016,55(12):1456-1459.
- [6] 黄勇,杨晓姣,申震,等. 芍药甘草汤对脊髓抑制性神经递质及大鼠脊髓损伤后肌痉挛的影响[J]. 中华中医药杂志, 2018,33(9):466-469.
- [7] 杨丽静,田军彪,刘学飞,等. 复方菖蒲益智汤联合尼莫地

- 平治疗中风后轻度认知功能障碍的临床研究[J]. 中国药房, 2017,28(14):1938-1941.
- [8] 李强,于文涛,方朝义. 基于数据挖掘消化性溃疡药物组成规律研究[J]. 中华中医药杂志, 2016,11(2):424-427.
- [9] HELAL M, MAZAHARI N, SHALBAFAN B, et al. Clinical presentation and natural history of infantile-onset ascending spastic paralysis from three families with an ALS2 founder variant[J]. Neurol Sci, 2018,39(11):1917-1925.
- [10] 周正华,冀建斌,王智超. 芍药甘草汤对肠易激综合征大鼠内脏高敏感性的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2017,37(5):575-578.
- [11] 刘宜军,杨勇,孙丽敏. 附子汤合芍药甘草汤加味离子导入治疗寒湿痹阻证非特异性下腰痛[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017,11(20):195-200.
- [12] 石新涛,赵霞,张利鑫,等. 消栓通络颗粒内服联合“靳三针”治疗脑卒中后痉挛性瘫痪的临床研究[J]. 重庆医学, 2017,46(32):4574-4576.
- [13] 贺小卉,张少明. 针刺结合推拿治疗中风后痉挛性瘫痪的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2017,4(6):1283-1285.
- [14] 石新涛,赵霞,张利鑫,等. 消栓通络颗粒内服联合“靳三针”治疗脑卒中后痉挛性瘫痪的临床研究[J]. 重庆医学, 2017,46(32):4574-4576.
- [15] MILIJA D, MIJAJLOVIC, AVLOVIC A, et al. Post-stroke dementia-a comprehensive review[J]. BMC Med, 2017,15(1):11.

(收稿日期:2019-09-10 修回日期:2020-04-01)

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 12. 036

自动诊室血压测量在健康体检机构中的应用价值

李丹丹¹, 陈 军^{2△}, 左 双², 付冬梅², 佟思羽², 张志勇¹

江苏省宿迁市第一人民医院:1. 心血管内科;2. 健康管理中心, 江苏宿迁 223800

摘 要:目的 探讨自动诊室血压测量(AOBP)在健康体检机构中的应用价值。方法 选取 2018 年 11 月至 2019 年 3 月在宿迁市第一人民医院健康管理中心体检者。对常规诊室血压测量(OBPM)收缩压 ≥ 140 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg 的体检者进行 AOBP 及动态血压测量(ABPM),通过单因素重复测量方差分析比较 3 种方法血压值差异,采用 Pearson 相关分析比较 OBPM、AOBP 值与 ABPM 值相关性。**结果** 104 例 OBPM 收缩压 ≥ 140 mm Hg 和(或)舒张压 ≥ 90 mm Hg 体检者中白大衣效应高血压 26 例(25.00%);采用 3 种不同测量方法测得血压值比较,OBPM(收缩压和舒张压)值高于 ABPM 24 h(收缩压和舒张压)均值及 ABPM 日间均值,差异有统计学意义($P < 0.05$)。AOBP(收缩压和舒张压)值高于 ABPM 24 h(收缩压和舒张压)均值及 ABPM(收缩压和舒张压)日间均值,差异有统计学意义($P < 0.05$);AOBP(收缩压)值与 ABPM(收缩压)日间均值比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);AOBP 与 ABPM 日间均值相关性最高,收缩压 $r = 0.950(P < 0.001)$,舒张压 $r = 0.682(P < 0.001)$ 。**结论** 在健康体检机构 OBPM 血压偏高的体检者中使用 AOBP 复测,可获得与 ABPM 日间均值相近的血压值,为准确评价体检者健康状况和进行健康促进提供了更好的选择,建议在健康体检机构进行推广。

关键词:高血压; 自动诊室血压测量; 健康管理

中图法分类号:R443+.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)12-1749-03

随着健康观念逐渐深入人心,健康体检人次从 2011 年的 3.44 亿人次增长到 2018 年的 5.63 亿人

次,获得体检者准确血压测量值将有助于提高国民高血压知晓率。常规诊室血压测量(OBPM)是健康体

△ 通信作者, E-mail: chenjunsuqian@163.com。