

“中医辨体调护”对改善中风恢复期失眠患者睡眠质量的临床研究

彭美瑶 朱诗林* 唐江洪

湖南中医药大学第二附属医院 湖南长沙 410005

[摘要]目的 研究中医辨体调护对改善中风恢复期失眠患者睡眠质量的临床疗效分析。**方法** 对60例纳入患者,按随机对照原则分为试验组、对照组,每组30例,观察两组睡眠质量、生活质量等方面的改善。**结果** 两组睡眠质量(PSQI)和生活质量(SS-QOL)评分干预前后组内比较,均有统计学意义($P < 0.05$)。干预后,两组睡眠质量(PSQI)和生活质量(SS-QOL)评分比较有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 中医辨体调护对改善中风后恢复期失眠患者的睡眠质量疗效确切,并优于传统常规护理,值得临床推广使用。

[关键词] 中医辨体调护; 中风; 失眠; 睡眠质量

[中图分类号] R248.9

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2019)08-006-02

[项目基金] 长沙市科技计划项目(项目编号: kq1701072)

中风具有发病率高、致残率高、死亡率高的特点,是导致全球人口死亡的三大疾病之一。^[1] 中风后失眠既影响了患者的生活质量,又影响了患者的身心健康及神经功能康复过程,还会使引起中风的危险因素如高血压、糖尿病等疾病的症状加重,甚至诱发脑梗和脑出血的再发,加重经济负担。本研究在对中风后失眠患者常规治疗的基础上加以“中医辨体调护”,根据患者的不同体质给予针对性强的中医特色护理,以提高单纯用药的临床疗效和治愈率,改善患者的生活质量。”中医辨体调护”强调体质的个体差异性和体质对疾病的发生、发展和用药的影响,依据“体质可调论”,从饮食、起居、情志运动、经络、理疗等方面改善偏颇体质,指导护理,提高临床疗效,改善患者生活质量。

1 临床资料

1.1 病例来源

本课题所有受试对象,均来自2015年4月到2017年9月期间在湖南中医药大学第二附属医院中风科住院的中风后失眠患者。纳入符合要求的病例40例,随机分成两组,每组30例。试验组男17例,女13例;年龄最大74岁,最小40岁,平均(51.33±5.01)岁。对照组中男16例,女14例;年龄最大75岁,最小41岁,平均(52.17±4.81)岁。2组患者在性别、年龄方面经统计学分析,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准

参照国家中医药管理局于1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》内中风、不寐的诊断标准^[2,3]。

中风: 又称脑卒中, 卒中等。现代一般称中风, 多指内伤病证的类中风, 多因气血逆乱、脑脉痹阻或血溢于脑所致。以突然昏仆、半身不遂、肢体麻木、舌蹇不语, 口舌歪斜, 偏身麻木等为主要表现的脑神疾病。并具有起病急、变化快, 如风邪善行数变之特点的疾病。

不寐: 轻者入睡困难或寐而易醒, 醒后不寐, 连续3周以上, 重者彻夜难眠。常伴头昏、头痛、心悸、健忘、多梦等症。

1.2.2 西医诊断标准

参照《中国脑血管疾病分类2015》^[4]中关于脑卒中诊断及《2012版中国成人失眠诊断与治疗指南》的失眠诊断

标准^[5]。

脑卒中: 一侧脸部、手臂或腿部突然感到无力, 猝然昏仆、不省人事, 其他症状包括, 突然出现一侧脸部、手臂或腿麻木或突然发生口眼歪斜、半身不遂; 神志迷茫、说话或理解困难; 单眼或双眼视物困难; 行路困难、眩晕、失去平衡或协调能力; 无原因的严重头痛; 昏厥等。

失眠: 入睡困难、睡眠质量下降和睡眠时间减少, 记忆功能下降、注意功能下降、计划功能下降从而导致白天困倦, 工作能力下降, 在停止工作时容易出现日间嗜睡现象。

1.3 纳入标准

①符合上述中医、西医诊断标准的中风后失眠患者; ②年龄在40~75周岁之间; ③患者意识清楚, 无失语、智能障碍, 能理解量表内容并能配合干预方案; ④入院2周内未服用镇静催眠药物者; ⑤中风前无睡眠障碍、焦虑抑郁障碍等精神障碍病史; ⑥匹茨堡睡眠质量量表(PSQI)总积分 >7 分; ⑦自愿参加本试验并且签署知情同意书。

1.4 排除标准

①不符合纳入标准者; ②中风后病情严重甚或伴有持续意识障碍, 或伴失用、失语或严重认知障碍不能配合检查者; ③中风次数 ≥ 3 次者; ④有精神病史既往史或家族史阳性者; ⑤合并除抑郁焦虑障碍以外其它严重精神疾病者; ⑥合并严重心、肺、肾功能衰竭或其它严重疾病而不能配合检查者。

1.5 剔除标准

①期间无法遵从治疗方案进行治疗, 或擅自更改治疗方案者; ②期间患者突发严重疾病或病情加重, 不再适合继续进行研究者; ③期间因个人原因完成治疗, 或主动要求退出观察者; ④破盲或紧急揭盲者。

1.6 脱落标准

①自行退出研究者(疗效差, 或出现不良反应); ②研究者因不利因素要求其退出者(依从性差); ③患者为了提高疗效而自行调整治疗方案, 而无法进行疗效判定者。

2 研究方法

将受试对象按入院先后顺序编号采用随机数字表法以1:1比例随机分成2组, 盲法采用单盲法, 受试者不知道被分配到何组。所有纳入本试验的受试者, 在入组后随即进行中医体质问卷调查。中医体质辨识采用中华中医药学会2009年4月实施的《中医体质分类与判断表》, 在填写调查问卷之前, 向患者说明问卷的填写方法, 患者根据自己对各条目的理解, 独立地、不受任何影响地进行自我评定, 得出患者的体质分型, 然后针对不同的体质, 给予不同的护理宣教。

第一作者: 彭美瑶, 女, 本科, 研究方向: 中医护理。

*通讯作者: 朱诗林, 女, 硕士研究生, 副主任护师, 护理部副主任, 研究方向: 护理管理。

试验组：在常规治疗的基础上给予中医辨体调护；

对照组：在常规治疗的基础上给予传统常规护理。

连续干预1个月后，结束试验。试验前后均通过匹茨堡睡眠质量指数量表(PSQI)评定患者的睡眠质量，并采用汉化的脑卒中生活质量量表(SS-QOL)观察中医辨体调护对患者生活质量的影响。试验期间所有研究病例的常规基础治疗均参照《中国脑血管病防治指南》的防治方案执行。

3 疗效观察

3.1 评价指标

(1) 睡眠质量评定：在入组治疗前和治疗结束后分别对患者进行匹茨堡睡眠质量指数量表(PSQI)量表评定睡眠质量，评分越低，表示睡眠质量越高。(2) 生活质量评定：试验前后采用汉化的脑卒中生活质量量表(SS-QOL)评定生活质量。

3.2 统计分析

采用SPSS20.0统计软件进行统计分析，计量资料服从正态分布时以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用t检验；计数资料以百分率表示，采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

两组干预前后组内比较，均有统计学意义。组间比较：干预前，两组睡眠质量PSQI评分比较，无统计学意义($P > 0.05$)；干预后，两组睡眠质量PSQI评分比较有统计学意义($P < 0.05$)。见表1

表1：两组睡眠质量PSQI评分比较

组别	例数	PSQI 评分	
		干预前	干预后
试验组	30	16.54 ± 2.65	7.03 ± 1.02
对照组	30	16.19 ± 2.77	11.89 ± 2.49

3.4 两组生活质量比较

两组干预前后组内比较，均有统计学意义。组间比较：干预前，两组生活SS-QOL评分比较，无统计学意义($P > 0.05$)；干预后，两组生活质量SS-QOL评分比较有统计学意义($P < 0.05$)。见表2

表2：两组生活质量SS-QOL评分比较

组别	例数	SS-QOL 评分	
		干预前	干预后
试验组	30	31.43 ± 5.79	43.14 ± 4.31
对照组	30	29.89 ± 5.61	38.52 ± 3.79

4 讨论

中风后失眠亦称卒中后睡眠障碍，其主要表现为入睡困

难，睡后易醒，白天困乏倦怠，体力不济，甚至日间过度睡眠等，容易引起抑郁、焦虑情绪。该病属于中医“中风”和“不寐”的合病，即同时兼有二者的特点。^[6] 中医学者大多认为此病的病因病机是由风、痰、湿作祟，痰湿困脾，脾胃为后天之本，气血生化之源，脾胃功能弱，再加上久病体虚，气血不足致使心神失养而不寐。^[7]

中风后睡眠障碍患者单纯依靠服用西药，对改善睡眠质量的作用不显著，还会出现药物依赖等不良反应，影响患者的生活质量。^[8] 患者中风后由于脑病功能受损，认知行为也受到部分限制，患者对自身疾病的担忧导致产生消极心理问题，不仅会加重失眠症状，而且还会影响其救治和后期康复质量，需加以重视。开展中医辨体特色护理服务后，针对不同的体质，给予不同的护理措施和护理宣教，护理手段因人而异，真正达到精准护理的程度，提高了中医药治疗中风后睡眠质量的疗效。我们将中医护理技术应用于临床中风后患者，根据中医辨证辨体实施个性化护理，简单、易行、经济，配合中医特色护理及中医情志调摄进行干预，受试者睡眠质量得到明显改善，也更有利于进一步促进中医特色护理服务的发展和深化。

【参考文献】

- [1] 吴丽丽, 黄丽华. 急性卒中护理质量指标新进展[J]. 护理与康复, 2016, 15(5):434-436.
- [2] 中风的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(10):16.
- [3] 不寐的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(08):247.
- [4] 陈艳, 胡发云, 吴波. 《中国脑血管疾病分类2015》解读[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2017, 17(12):865-868.
- [5] 张鹏, 赵忠新. 《中国成人失眠诊断与治疗指南》解读[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2013, 13(05):363-367.
- [6] 刘牧军, 王建莉, 叶美霞. 针刺联合心理干预对中风后睡眠障碍患者睡眠质量的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(04):89-91.
- [7] 高阳阳, 王琬. 针灸治疗中风后失眠研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2019, 31(03):588-591.
- [8] 李小娟, 李颖, 曹高凡, 张霞. 中医护理技术联合CBT干预对中风后失眠患者睡眠质量及心理健康影响[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2019, 7(01):11-13.

治疗痰瘀互结证的总有效率，值得广泛应用。

【参考文献】

- [1] 郭建峰, 何超文, 邵彦等. 瓜蒌薤白半夏汤+血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛的效果及对发作次数的影响分析[J]. 医学信息, 2017, 30(z1):84.
- [2] 许剑捷, 仇军, 张广宏等. 瓜蒌薤白半夏汤结合血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛的临床分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(18):2277-2280.
- [3] 叶仕晟, 陀鹏, 陆玉薇等. 关于瓜蒌薤白半夏汤结合血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛的效果探讨[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2017, 5(28):169-170.

(上接第5页)

至降低药效。而中医使用中药治疗通过通痹止痛以及活血化痰可改善患者症状。血府逐瘀汤方中赤芍、川芎、当归、红花、桃仁活血祛瘀；生地、当归养血化痰；枳壳、柴胡疏肝理气；牛膝破瘀通经，引瘀血下行；桔梗开肺气，引药上行；甘草缓急，调诸药，活血调气之功^[2]。瓜蒌薤白半夏汤方中薤白、半夏、栝蒌实可宽胸、祛痰，若加酒同煎，散结宽胸还通阳^[3]。

从文中结果数据可以看出，干预组患者心绞痛症状的治疗总有效率明显高于对照组患者($P < 0.05$)，干预组患者痰瘀互结证的治疗总有效率明显高于对照组患者($P < 0.05$)。

总而言之，瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛痰瘀互结证不仅提高治疗心绞痛的总有效率，还能提升