

半夏白术天麻汤联合三阴交温针灸对痰热内扰证脑卒中后失眠患者的临床疗效

马丁妮¹, 娄天伟¹, 潘月丽^{2*}

(1. 山东中医药大学附属医院康复理疗科, 山东 济南 250011; 2. 山东中医药大学附属医院儿科, 山东 济南 250011)

摘要: **目的** 考察半夏白术天麻汤联合三阴交温针灸对痰热内扰证脑卒中后失眠患者的临床疗效。**方法** 106 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 53 例, 2 组均接受常规治疗, 同时对照组给予三阴交温针灸, 观察组在对照组基础上加用半夏白术天麻汤, 疗程 8 周。检测临床疗效、中医证候评分、睡眠质量与疲劳程度 (PSQI 评分、AIS 评分、FS-14 评分)、血清指标 (NPY、SP、5-HT、GABA、DA)、生活质量与疲劳程度 (SS-QOL 评分、FFS 评分)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、睡眠质量与疲劳程度、SP、FFS 评分降低 ($P<0.05$), NPY、5-HT、GABA、DA、SS-QOL 评分升高 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 半夏白术天麻汤联合三阴交温针灸可安全有效地缓解痰热内扰证脑卒中后失眠患者临床症状, 调节神经递质分泌, 改善疲劳程度、生活质量和睡眠质量。

关键词: 半夏白术天麻汤; 三阴交温针灸; 常规治疗; 脑卒中后失眠; 痰热内扰

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2024)02-0689-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2024.02.057

相关研究指出, 脑卒中后失眠不仅会影响患者睡眠质量, 而且可引起精神心理失调, 加重躯体症状, 增加脑卒中复发风险^[1-2], 相比于脑卒中后未失眠者, 其神经损伤、认知功能损伤程度更严重, 生活质量更差^[3]。目前, 西医大多采用安眠药治疗脑卒中后失眠, 虽然可改善临床症状, 但不良反应较多^[4]。

中医认为, 脑卒中后失眠属于“不卧床”等范畴, 主要病因为情志失调、痰热内生、气血逆乱、阴阳不交, 扰及神明, 应以和中安神、清化痰热为治则^[5]。温针灸作为一种艾灸与针灸相结合的方式, 具有行气活血、温通经络之功^[6], 其中三阴交温针灸具有和中安神、疏通经络之功, 可改善脑卒中后失眠患者睡眠质量, 但单用疗效欠

佳^[7]。半夏白术天麻汤由天麻、白术、半夏等多种中药组成, 具有清热化痰、健脾祛湿、安神镇静之功, 治疗痰热内扰证中青年椎动脉型颈椎病疗效确切^[8], 但治疗痰热内扰证脑卒中后失眠的效果尚不明确, 并且其联合三阴交温针灸是否可提高临床疗效尚需验证, 故本研究对此进行考察, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2020 年 3 月至 2023 年 2 月就诊于山东中医药大学附属医院的 106 例脑卒中后失眠患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 53 例, 2 组一般资料见表 1, 可知差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准 (医伦审第 2019-12 号)。

表 1 2 组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=53$)

组别	平均年龄/岁	性别/例		平均失眠病程/d	平均 NIHSS 评分/分	平均 BMI/($\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$)	基础疾病/例		
		男性	女性				高血压	高脂血症	糖尿病
对照组	57.3 $\pm$ 10.8	28	25	10.89 $\pm$ 2.37	10.34 $\pm$ 2.51	23.17 $\pm$ 2.45	12	10	7
观察组	56.2 $\pm$ 10.3	30	23	10.41 $\pm$ 2.56	10.06 $\pm$ 2.67	23.32 $\pm$ 2.52	15	8	9

注: NIHSS 为美国国家卒中研究所卒中评分量表。

1.2 纳入、排除标准

1.2.1 纳入标准 ①西医诊断为失眠症、脑卒中^[9-10]; ②中医辨证为痰热内扰证^[11], 主证心烦、胸闷脘痞、不寐, 次证痰多口黏、口苦、嗝气、头晕目眩, 脉弦滑, 舌红, 苔黄腻, 至少符合 2 项主证、2 项次证, 结合舌脉即可

辨证; ③意识清晰; ④脑卒中发病数周或数月内, 病情处于恢复期; ⑤非原发性失眠; ⑥患者了解本研究, 签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 ①有精神障碍、焦虑、抑郁等病史; ②有严重睡眠障碍病史; ③穴位局部出现皮肤溃破; ④近 2

收稿日期: 2023-09-04

基金项目: 山东省自然科学基金资助项目 (ZR2021LY016)

作者简介: 马丁妮 (1990—), 女, 硕士, 住院医师, 从事小儿肾系疾病研究。Tel: 13953196785, E-mail: mdn771943@163.com

* 通信作者: 潘月丽 (1964—), 女, 博士, 主任医师, 从事小儿肾系疾病研究。Tel: 13793188026, E-mail: pyl_sd@163.com

周内使用睡眠类药物；⑤合并恶性肿瘤；⑥脑出血；⑦肝肾等脏器功能严重不全；⑧对本研究药物过敏。

1.3 治疗手段 参照《脑血管病防治试行版》^[12]，2 组均接受降血脂、抗凝、抗糖、降压等常规治疗，同时指导患者功能训练、控制情绪、合理饮食。同时，对照组采用三阴交温针灸，常规消毒皮肤，取双侧三阴穴，采用一次性针灸针（直径、长度分别为 0.3 mm、40 cm）迅速直刺进针，实施提插捻转法，得气后待出现酸麻胀感时把 1 段艾柱套在针灸柄上，从下端点燃行灸，其间需防止艾柱条掉落而烫伤皮肤，每次 1 壮（每灸 1 个艾柱为 1 壮），每壮 8 min，留针 30 min，每天 1 次，每周 5 次，连续治疗 8 周。观察组在对照组基础上加用半夏白术天麻汤，组方药材白术 10 g、大枣 2 颗、茯苓 12 g、陈皮 10 g、甘草 6 g、半夏 10 g、天麻 9 g、生姜 6 g、橘红 10 g，加水煎煮，取汁 400 mL，每天 2 次，每次 200 mL，连续治疗 8 周。

1.4 指标检测 ①中医证候评分^[11]，按无、轻度、中度、重度，主证分别计为 0、2、4、6 分，次证分别计为 0、1、2、3 分，总分 30 分，得分越低，症状越轻；②睡眠质量与疲劳程度，采用匹兹堡睡眠质量指数量表（PSQI）^[13]评估失眠程度（Cronbach's α 系数为 0.83），包括睡眠障碍、睡眠质量等 7 项，每项 0~3 分，总分 21 分，得分越低，失眠程度越轻；采用阿森斯失眠量表（AIS）^[14]评估睡眠障碍测定（Cronbach's α 系数为 0.91），包括难以入睡、夜间易醒等 8 项，每项 0~4 分，总分 32 分，得分越低，睡眠障碍程度越轻；采用疲乏量表（FS-14）^[15]评估疲劳程度，共 14 个问题，每个问题 0~14 分，总分 196 分，得分越低，疲乏程度越低；③血清指标，治疗前后抽取患者空腹肘静脉血各 4 mL，3 500 r/min 离心 15 min 分离血清（半径 6 cm），

采用酶联免疫吸附法检测神经肽 Y（NPY）、P 物质（SP）、多巴胺（DA）水平，荧光免疫法检测 5 羟色胺（5-HT）、 γ -氨基丁酸（GABA）水平，相关试剂盒均由上海群己生物科技有限公司提供；④生活质量与疲劳程度，采用脑卒中专用生活质量评分量表（SS-QOL）^[16]评估生活质量（Cronbach's α 系数为 0.94），包括社会角色、上肢功能等 12 个方面，共 49 个问题，每个问题 1~5 分，总分 245 分，得分越低，生活质量越差；采用 Finders 疲劳量表（FFS）^[17]评估疲劳程度（Cronbach's α 系数为 0.90），包括 7 项内容，总分 31 分，得分越低，疲劳程度越轻；⑤不良反应发生率，记录治疗期间 2 组不良反应发生情况，计算其发生率。

1.5 疗效评价 参考文献 [10] 报道，（1）痊愈，睡眠深沉，睡眠时间恢复正常；（2）显效，睡眠时间延长>3 h，睡眠深度增加，睡眠显著改善；（3）有效，睡眠时间延长 $\leq$ 3 h，失眠症状减轻，睡眠有所改善；（4）无效，睡眠未好转，甚至恶化。总有效率=〔（痊愈例数+显效例数+有效例数）/总例数〕 $\times$ 100%。

1.6 统计学分析 通过 SPSS 23.0 软件进行处理，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用 *t* 检验；计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验。*P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候评分 治疗后，2 组中医证候评分降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 2。

2.2 睡眠质量与疲劳程度 治疗后，2 组 PSQI 评分、AIS 评分、FS-14 评分降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 3。

表 2 2 组中医证候评分比较（分， $\bar{x}\pm s$ ，*n*=53）

组别	主证		次证		总分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	10.13 $\pm$ 2.47	6.12 $\pm$ 1.31 [*]	6.47 $\pm$ 1.53	3.97 $\pm$ 0.78 [*]	16.60 $\pm$ 3.45	10.09 $\pm$ 2.18 [*]
观察组	9.75 $\pm$ 2.58	4.05 $\pm$ 0.72 ^{**}	6.25 $\pm$ 1.41	3.09 $\pm$ 0.50 ^{**}	16.00 $\pm$ 3.69	7.14 $\pm$ 1.43 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

表 3 2 组睡眠质量与疲劳程度比较（ $\bar{x}\pm s$ ，*n*=53）

组别	PSQI 评分/分		AIS 评分/分		FS-14 评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	16.35 $\pm$ 4.21	7.96 $\pm$ 1.32 [*]	6.97 $\pm$ 1.85	2.83 $\pm$ 0.46 [*]	10.15 $\pm$ 1.34	4.68 $\pm$ 0.59 [*]
观察组	15.72 $\pm$ 4.68	4.13 $\pm$ 0.39 ^{**}	6.74 $\pm$ 1.71	1.52 $\pm$ 0.27 ^{**}	10.23 $\pm$ 1.39	2.57 $\pm$ 0.42 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

2.3 血清指标 治疗后，2 组 NPY、5-HT、GABA、DA 水平升高（*P*<0.05），SP 水平降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 4。

2.4 生活质量与疲劳程度 治疗后，2 组 SS-QOL 评分升高（*P*<0.05），FFS 评分降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 5。

表 4 2 组血清指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ，*n*=53）

组别	NPY/（ $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ ）		SP/（ $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ ）		5-HT/（ $\text{pg}\cdot\text{mL}^{-1}$ ）		GABA/（ $\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$ ）		DA/（ $\text{nmol}\cdot\text{L}^{-1}$ ）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	108.21 $\pm$ 10.49	127.46 $\pm$ 12.78 [*]	111.32 $\pm$ 12.59	85.28 $\pm$ 9.07 [*]	72.45 $\pm$ 8.14	83.08 $\pm$ 10.25 [*]	0.35 $\pm$ 0.06	0.52 $\pm$ 0.10 [*]	553.28 $\pm$ 59.47	685.14 $\pm$ 72.68 [*]
观察组	110.68 $\pm$ 10.91	149.32 $\pm$ 15.61 ^{**}	113.73 $\pm$ 12.98	61.06 $\pm$ 6.34 ^{**}	73.56 $\pm$ 8.61	98.47 $\pm$ 12.54 ^{**}	0.37 $\pm$ 0.07	0.69 $\pm$ 0.16 ^{**}	556.73 $\pm$ 58.31	627.34 $\pm$ 65.16 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

表 5 2 组生活质量与疲劳程度比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=53$)

组别	SS-QOL 评分/分		FFS 评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	65.71±8.42	135.26±14.89 [*]	23.16±2.73	9.15±1.62 [*]
观察组	67.43±9.15	161.04±17.28 ^{**}	22.65±2.51	5.24±0.98 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

2.5 不良反应发生率 2 组不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 6。

表 6 2 组不良反应发生率比较 [例 (%), $n=53$]

组别	恶心呕吐	疼痛	感染	瘀血	腹胀	总发生
对照组	0(0)	1(1.89)	1(1.89)	1(1.89)	1(1.89)	4(7.55)
观察组	2(3.77)	2(3.77)	1(1.89)	2(3.77)	2(3.77)	9(16.98)

2.6 临床疗效 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)，见表 7。

表 7 2 组临床疗效比较 [例 (%), $n=53$]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	16(30.19)	10(18.87)	16(30.19)	11(20.75)	42(79.25)
观察组	25(47.17)	14(26.42)	11(20.75)	3(5.66)	50(94.34) [*]

注：与对照组比较，^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

中医认为，脑卒中基本病机包括气血亏虚、脏腑功能失调，或因饮食不节、情志不遂、劳倦伤神等诱因导致脑窍痹阻、气血逆乱、阴阳失调等，从而引发脑卒中；失眠主要病机为劳倦过度、情志失常、体虚久病、饮食不节等，导致阳盛阴衰、阴阳失交，影响睡眠，两者之间存在互相影响、相互作用的关系，主要影响病位在脑和心，与肺、肝、肾、脾密切相关，如果脏腑功能失调，阴阳失衡，则会形成瘀、火、痰等病理产物，导致痰热内生、痰热互结等内扰心神，表现为痰热内扰证，应以和中安神、清化痰热为治则^[18]。

半夏白术天麻汤中白术具有健脾益气、燥湿利水之功，大枣具有补脾和胃之功，茯苓具有宁心安神之功，陈皮具有燥湿化痰、理气健脾之功，甘草具有调和诸药药性之功，天麻具有平抑肝阳、祛风通络之功，半夏具有降逆止呕、燥湿化痰之功，生姜具有解表散寒之功，橘红具有燥湿化痰、理气宽中之功，诸药合用，共奏健脾益气、燥湿化痰、宁心安神、平抑肝阳、祛风通络之功^[19]。

观察组中医证候评分低于对照组，总有效率更高，其原因为三阴交穴是痰火经过的穴位，针灸刺激这个穴位可以促进湿气代谢，缓解体内的痰火，改善脑卒中后失眠痰热内扰证患者的痰火内扰症状^[20]；半夏白术天麻汤可调理人体气血，改善消化系统和神经系统的功能，消除痰火和补充人体津液，从而缓解烦躁、痰多等症状。既往研究^[7]指出，耳穴压豆联合三阴交温针灸可改善脑卒中后失眠患者临床症状，与本研究一致。

观察组 PSQI 评分、AIS 评分、FS-14 评分低于对照组，其原因为针灸三阴交穴可促进血液循环、调节内分泌系统、缓解身体的疲劳和压力，从而改善失眠症状，提高睡眠质

量，该穴是一个重要的能量聚集点，与调节体内能量平衡相关，通过刺激可促进气血流动，调节脏腑功能，从而提升机体能量水平，缓解疲劳感；白术具有宣肺清热化痰安神之功，可调理人体气血，改善神经系统、消化系统功能，从而调节身体的阴阳平衡，促进睡眠，而天麻可降低脑血管的阻力，促进脑部血液循环，从而有助于提高睡眠质量^[21]，二药合用，更有助于改善患者睡眠质量。

观察组血清 NPY、5-HT、GABA、DA 水平高于对照组，SP 水平更低，其原因为针刺三阴交穴可调节下丘脑和松果体等多个脑区的神经元活动，从而影响神经递质释放和合成，调节血清中 SP、5-HT、GABA、NPY 等物质水平；半夏含有一种有益于神经系统的活性成分，最重要的是半夏苷和半夏酯，可影响神经递质的释放和合成，减少过度兴奋，从而促进睡眠^[22]。

观察组 SS-QOL 评分高于对照组，FFS 评分更低，其原因为三阴交穴位于足内侧，是人体上的一个经络交会点，与人体气血循环有密切关系，通过温针灸刺激可促进局部血液循环，增加氧气和营养物质的供给，从而缓解疲劳状况^[23]；半夏具有舒肝解郁、行气止痛作用，而白术具有活血化瘀、健脾开胃作用，可促进血液循环，改善气血不畅所导致的疲劳感。另外，2 组不良反应总发生率无明显差异，表明半夏白术天麻汤联合三阴交温针灸安全性良好。

综上所述，半夏白术天麻汤联合三阴交温针灸可改善痰热内扰证脑卒中后失眠患者临床症状，调节神经递质分泌，改善疲劳程度、生活质量及睡眠质量，疗效显著，安全可靠。

参考文献：

[1] Cai H X, Wang X P, Yang G Y. Sleep disorders in stroke: an update on management [J]. *Aging Dis*, 2021, 12 (2) : 570-585.

[2] Chen C Y, Chen C L, Yu C C. Trazodone improves obstructive sleep apnea after ischemic stroke: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover pilot study [J]. *J Neurol*, 2021, 268(8): 2951-2960.

[3] Smejka T, Henry A L, Wheatley C, *et al.* A qualitative examination of the usability of a digital cognitive behavioral therapy for insomnia program after stroke [J]. *Brain Inj*, 2022, 36(2): 271-278.

[4] Silva L A S, Amaral M M D, Grassi V, *et al.* Chronic insomnia disorder as risk factor for stroke: a systematic review [J]. *Arq Neuropsiquiatr*, 2022, 80(11): 1159-1166.

[5] 郑 蕾, 邹 伟, 于学平. 基于复杂网络分析针刺治疗脑卒中后失眠穴位及配伍规律探讨 [J]. *辽宁中医杂志*, 2022, 49(5): 7-9; 223.

[6] 陈贤家, 王鸿燕, 王天磊, 等. 自拟益胃化痰汤联合温针灸对术后老年胃癌患者生活质量的影响 [J]. *中国老年学杂志*, 2021, 41(14): 2965-2967.

[7] 刘婷婷, 李万浪, 张文慧, 等. 三阴交温针灸联合耳穴压豆治疗老年脑卒中后失眠的效果 [J]. *中国老年学杂志*,

2023, 43(4): 858-861.

[8] 林宏衡, 方 坚. 半夏白术天麻汤治疗中青年椎动脉型颈椎病痰热内扰证临床观察[J]. 新中医, 2018, 50(6): 109-111.

[9] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.

[10] 中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(24): 1844-1856.

[11] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 69-70.

[12] 饶明俐. 脑血管病防治指南 (试行版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 22-23.

[13] Fabbri M, Beracci A, Martoni M, et al. Measuring subjective sleep quality: a review[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18(3): 1082.

[14] Rodríguez-Hernández C, Medrano-Espinosa O, Hernández-Sánchez A. Mental health of the mexican population during the COVID-19 pandemic [J]. *Gac Med Mex*, 2021, 157(3): 220-224.

[15] 邢峰博, 章娟娟, 汪 凯, 等. 帕金森病患者的疼痛特征及转归[J]. 中华神经科杂志, 2021, 54(11): 1155-1161.

[16] Rocha L S O, Gama G C B, Rocha R S B, et al. Constraint induced movement therapy increases functionality and quality of life after stroke [J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2021, 30(6): 105774.

[17] Machado M O, Kang N C, Tai F, et al. Measuring fatigue: A meta-review[J]. *Int J Dermatol*, 2021, 60(9): 1053-1069.

[18] 杨 森, 童丽琴, 朱逸霞, 等. 养血清脑颗粒联合右佐匹克隆对脑卒中后睡眠障碍患者的临床疗效[J]. 中成药, 2022, 44(1): 336-338.

[19] 刘靖文, 尚万余, 张立红, 等. 脑卒中后睡眠结构及睡眠-觉醒周期的改变[J]. 中风与神经疾病杂志, 2022, 39(3): 239-241.

[20] 崔良慧, 杨 佳. 温针灸联合内异煎对寒凝血瘀型子宫内
膜异位症痛经患者的临床疗效[J]. 中成药, 2021, 43(4): 926-929.

[21] 于立恒, 李龙襄, 李诚诚. 加味逍遥散对脑卒中后失眠症血清 SP、NPY 水平及生活质量的影响[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(8): 133-136.

[22] 徐春悦, 冀旭艳, 卫 治, 等. 基于网络药理学和实验探讨半夏-陈皮药对治疗卒中后抑郁的作用机制[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21(8): 1402-1408.

[23] 张义情, 温 静, 李亚楠, 等. 针灸治疗类风湿关节炎处方特点可视化分析[J]. 中国针灸, 2022, 42(11): 1311-1316.

泻青丸加减联合盐酸硫必利片对肝风内动型儿童抽动障碍患者的临床疗效

尹贵蕾¹, 刘欢颜¹, 王轻轻¹, 赵 莉^{1,2*}, 乔云飞¹, 周子旋³, 李 晴³
(1. 河北省中医院儿科, 河北 石家庄 050011; 2. 河北省脾肾病证中医治疗技术创新中心, 河北 石家庄 050011; 3. 河北中医药大学研究生学院, 河北 石家庄 050091)

摘要: **目的** 考察泻青丸加减联合盐酸硫必利片对肝风内动型儿童抽动障碍患者的临床疗效。**方法** 100 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 50 例, 对照组给予盐酸硫必利片, 观察组在对照组基础上加用泻青丸加减, 疗程 2 个月。检测临床疗效、抽动障碍症状及社会功能 (YGTSS 评分、社会功能评分)、中医证候评分、血液指标 (CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、抗链球菌溶血素 O)、行为及智力 (CBCL 评分、韦氏儿童智力量表评分)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$), 不良反应发生率更低 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组 YGTSS 评分、抗链球菌溶血素 O、CBCL 评分、中医证候评分降低 ($P<0.05$), 社会功能评分、韦氏儿童智力量表评分、CD3⁺、CD4⁺ 升高 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。2 组 CD8⁺ 比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 泻青丸加减联合盐酸硫必利片可安全有效地改善肝风内动型儿童抽动障碍患者中医证候评分、抽动障碍症状、行为和智力, 可能与其调节机体免疫功能、抗链球菌溶血素 O 水平有关。

关键词: 泻青丸; 盐酸硫必利片; 儿童抽动障碍; 肝风内动

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2024)02-0692-04

doi: 10. 3969/j.issn.1001-1528. 2024. 02. 058

收稿日期: 2023-07-25
基金项目: 2023 年政府资助省级临床医学优秀人才项目 (ZF2023170)
作者简介: 尹贵蕾 (1993—), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向为神经系统、呼吸系统疾病。Tel: 17302200610
* 通信作者: 赵 莉 (1976—), 女, 硕士, 主任医师, 研究方向为神经系统、呼吸系统疾病。E-mail: 15832497722@ 139.com