

干果 17 种,但因当时条件限制,书中内容或繁杂,或带有夸张色彩,缺乏一定的科学性。故本文通过文献梳理的方法,对书中所记载的干果进行梳理研究,总结发现干果多具有平温之性,甘涩或苦涩之味,补益收涩之功,为下文干果的养生应用研究提供理论依据。

刘原媛^[28]认为干果中的生物活性主要有多酚、蛋白质、脂肪、维生素等,通过实验发现维生素具有抗氧化的作用,蛋白质具有免疫调节功能,因此以坚果为基料的功能性食品的研究也迅猛发展。干果食用形式多样,如减脂时需要的蛋白干果能量棒、代餐干果、益生菌干果等,近年销量显著增长。因此以果仁为主要食材,结合个体化定制风味的产品能为干果市场带来一片新蓝海。

当今时代,干果市场乱象丛生,缺乏统一、规范、完整的干果养生标准,尤其是慢病人群,如能正确适当地食用干果,不仅可缓解病情,还能有效防止病情复发,这是干果养生的重要意义所在。通过梳理干果性味、功效后,建立干果慢病处方,更有针对性,让慢病人群选择适合自己的干果处方。然而,干果不是药物,因此起效慢,需长期坚持服用。干果虽好,且食物对人体负担较小、无不良反应,但万事皆应有度,食用干果需适量,不过食、错食,才可养生延年。

参考文献

- [1] 李时珍著,王庆国主校.《本草纲目》(金陵本)新校注下[M].北京:中国中医药出版社,2013.
- [2] 周世权,马恩伟.植物分类学[M].北京:中国林业出版社,1995:26-27.
- [3] 高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2002.
- [4] 南京中医药大学.中药大辞典[M]2版.上海:上海科学技术出版社,2014.
- [5] 焦方霞.平性药的现代研究进展[J].光明中医,2019,34(3):494-496.
- [6] 顾长安,整理.黄帝内经[M].沈阳:万卷出版公司,2009:258.
- [7] 王洋洋,匡海学.中药四性的临床应用价值及与五味的关系[J].中草药,2023,54(4):1329-1341.
- [8] 朱卫星,陈方,李爱光,等.中药苦杏仁炮制研究概况[J].中国药房,2007,18(24):1907-1908.
- [9] 周路红,宋志萍.李时珍对“谨和五味”饮食养生方法的贡献[J].时珍国医国药,2015,26(1):179-180.
- [10] 林俊芝,张定堃,段渠,等.中药涩味的形成原理及掩蔽技术的研究概况[J].中草药,2014,45(18):2716-2721.
- [11] 何小磊.郁李仁本草考证[J].亚太传统医药,2022,18(1):182-192.
- [12] 王盈蕴,吉红玉,朱向东.芡实的临床应用及其用量探究[J].吉林中医药,2021,41(5):664-667.
- [13] 薛玉珠.“每日坚果”的中医解读[J].中医健康养生,2023,9(8):13-15.
- [14] 赵玉升,胡杰,等.苦杏仁炮制方法及药理作用研究进展[J].中医药导报,2021,27(3):175-180.
- [15] 孟雪莲,陈曼玲,陈长兰,等.莲子心生物碱活性成分的药理作用研究进展[J].辽宁大学学报(自然科学版),2019,46(3):229-236.
- [16] 许成梅,马雅鸽,张希,等.核桃健脑的研究进展[J].粮油食品科技,2020,28(5):181-189.
- [17] 李瑶.大枣补脾益胃功效物质及作用机制研究[D].南京:南京中医药大学,2019.
- [18] 齐欢欢,祖明艳,杨平仿,等.莲子食用价值研究进展[J].植物科学学报,2020,38(5):716-722.
- [19] 危亦林.世医得效方[M].上海:上海科学技术出版社,1964:287.
- [20] 张亭,珠娜,刘睿.核桃低聚肽润肠通便功能作用[J].中国公共卫生,2019,35(9):1225-1228.
- [21] 金起凤,周德瑛主编.中医皮肤病学[M].北京:中国医药科技出版社,2000.
- [22] 邵俊丽,陈仁寿.《本草纲目》美容药物探析[J].中国美容医学,2007,16(3):400-402.
- [23] 杨万章.《本草纲目》果部部分果品的药食价值及开发前景[J].西北药学杂志,1989,4(3):43.
- [24] 于艳奇,杨明源,吕春茂,等.基于主成分及聚类分析的板栗品质综合评价[J].食品工业科技,2025,46(2):280-291.
- [25] 王婧莹,陈涤平,许梦晨,等.从《内经》“五果为助”释义果品养生[J].中国果树,2021,63(7):84-90.
- [26] 徐海荣.中国饮食史 卷3[M].杭州:杭州出版社,2014:12.
- [27] 初百吉,徐庆利,刘宝华,等.植物奶研究进展及应用现状[J].中国乳业,2023,48(9):119-124.
- [28] 刘原媛.坚果食物中生物活性成分对保健功能的影响[J].食品工程,2021,46(8):126-128.

中医药疗法治疗脑卒中后血管性痴呆研究进展

卢丽娜

(郑州市第六人民医院中医全科,河南 郑州, 450052)

摘要: 血管性痴呆 (vascular dementia, VD) 是由脑血管病变或血管危险因素造成脑内血管受损,供给脑实质的氧气和营养减少,导致脑功能衰退的严重认知功能障碍综合征,是脑卒中后常见并发症之一,以记忆力、执行力、注意力等高级认知功能严重受损为临床表现,影响患者神经和认知功能。中医学认为,VD 归属“痴呆”范畴,治疗以中药、中成药及体外特色疗法为主,且通过临床研究证实,中医药疗法治疗脑卒中后 VD 的效果显著。本研究重点围绕脑卒中后 VD 的中医药治疗方法进行综述,以期临床提供理论参考。

关键词: 脑卒中; 血管性痴呆; 中医药; 研究进展

中图分类号: R242 ; R277.7 文献标识码: A 文章编号: 1009-8011 (2025) -10-0089-05

血管性痴呆 (vascular dementia, VD) 是脑卒中后常见并发症, 临床以患者记忆、注意、执行功能、语言等高级认知功能严重受损为特征, 由脑血管病变或血管危险因素引起的脑损害, 是血管性认知障碍中的痴呆阶段, 不仅影响脑卒中预后, 还影响正常生活^[1-2]。既往临床治疗脑卒中后 VD, 不仅要针对卒中病因和血管危险因素进行干预外, 还要针对患者认知功能、精神行为或情绪障碍情况实施对症药物治疗, 可控制病情进展; 但因药物副作用、卒中影响等原因致使脑卒中后 VD 患者远期治疗效果欠佳^[3]。近年来, 越来越多的研究指出, 中医药治疗脑卒中后 VD 具有较好疗效^[4-5]。首先, 中医药治疗强调个性化治疗, 从其病因、病机及患者的病情症状等角度出发, 针对患者个体病情制订治疗方案, 追求针对性和精准性; 其次, 强调整体观念治疗, 将患者看作完整生命体, 关注患者内外相互联系和影响, 通过调节整体阴阳失衡来治疗疾病; 然后, 讲究综合性疗效, 中医药治疗不仅可以改善患者症状, 还可以调节患者体质, 提高机体免疫力和抗病能力; 最后, 中医药治疗虽然周期较长, 但治疗效果持久稳定, 且副作用轻微, 治疗后不易反复发作。基于此, 本研究对近 8 年来中医药治疗脑卒中后 VD 的临床研究方法进行以下综述, 旨在为临床脑卒中后 VD 的中医药治疗方案的制订与优化提供可靠的理论参考, 以期临床选择最佳治疗方法。

1 脑卒中后 VD 中医发病机制

VD 是西医病名, 为脑卒中后常见并发症, 我国古籍中医文献中无 VD 病名记载, 但依据反应迟钝、善忘等相关症状, 发现其与中医历代古籍中所记载的“痴呆”近似。春秋战国时期所著《左传》记载: “不慧, 盖世人谓之痴”; 《景岳全书·癫狂痴呆》记载: “痴呆证, 凡平素无痰, 而或以郁结, 或以思虑, 或以疑贰, 或以惊恐, 而渐致痴呆, 言辞颠倒, 举动不经……”; 清代沈金鳌《杂病源流犀烛·中风》指出: “中风后善忘”; 叶天士《临证指南医案》载“中风初期神呆”, 可见直至清代, 才出现部分医家对痴呆与脑卒中之间的关系有初步了解。中医学认为, 脑卒中后 VD 因中风而起, 归咎于肾精亏虚、心火旺盛、肝气郁结、脾胃亏虚等, 基本病机为髓减脑消, 神机失用; VD 病位在脑, 与心、肝、脾、肾功能失调密切相关^[6]。由此可见, 脑卒中后 VD 虽无具体名称, 但可见于“痴呆”, 可参照痴呆进行论治。

2 脑卒中后 VD 中医药疗法

目前, 在不断地临床观察中发现中医药治疗 VD 的疗效显著, 治疗方法包括中药、中成药、体外特色疗法等。

2.1 脑卒中后 VD 中药治疗

2.1.1 乌参醒脑汤

乌参醒脑汤是根据《中国药典》中收录的“人参首乌胶囊”, 另外加入药材配伍而成, 该方由首乌、黄芪、川芎、蒲

黄、人参、三七粉、银杏叶和当归组成; 首乌善补肝肾, 黄芪生津养血, 川芎活血行气, 蒲黄和银杏叶活血祛瘀, 人参补脾益肺、安神益智, 三七粉散瘀止血, 当归补血活血, 诸药共同发挥养血、化瘀、补肝养肾、疏通脑络等功效^[7]。黄彩妮等^[8]将研究纳入的 82 例脑卒中后 VD 患者经随机数表法分为对照组和研究组, 对照组采用基础治疗加百会、神庭、风池等穴位针刺治疗 8 周, 研究组采用基础治疗加针刺加乌参醒脑汤进行联合治疗, 将诸药材加水煎煮 1 剂/d, 2 次/d, 治疗 8 周后观察两组中医证候积分、日常生活能力、神经功能、认知功能、氧化应激指标等发现, 研究组总有效率为 95.12%, 显著高于对照组 80.49%, 且研究组中医证候积分、氧化应激指标、炎症因子、血清指标等改善均优于对照组。于楠楠等^[9]动物研究中, 将 48 只大鼠随机分为对照组、模型组、低剂量组和高剂量组, 每组 12 只, 低剂量组与高剂量组连续灌胃给药乌参醒脑汤 21 d 后观察大鼠行为、组织病理改变、实验室指标等发现乌参醒脑汤对大鼠神经元具有不同程度的保护和修复作用, 亦可证明乌参醒脑汤有助于改善神经功能受损。

2.1.2 补阳还五汤

补阳还五汤出自《医林改错》, 该方由当归、川芎、黄芪、红花、赤芍、桃仁、地龙组成, 为理血剂, 当归、川芎、红花活血, 黄芪生津养血, 赤芍和桃仁活血散瘀, 地龙通络定惊, 主治中风之气虚血瘀证, 共同发挥补气、活血、通络之功效^[10]。王峥等^[11]研究对收治的 86 例脑卒中后 VD 患者随机分组后进行观察, 对照组采用奥拉西坦治疗, 研究组加用补阳还五汤, 将诸药材加水煎煮, 1 剂/d, 早晚温服, 治疗 12 周后研究组总有效率显著提高, 且临床症状、神经功能、认知功能、痴呆程度等指标较治疗前和对照组均有改善。赵岩^[12]研究中, 对照组应用尼莫地平, 观察组联合调神益智针法及补阳还五汤治疗, 以 1 个月为观察时间, 发现观察组疗效、认知功能、血液流变学指标等均有改善, 证明补阳还五汤对 VD 患者的临床症状和体征有较好的缓解效果, 有助于促进患者认知功能改善。

2.1.3 通窍活血汤

通窍活血汤出自《医林改错》, 该方由桃仁、红枣、赤芍、川芎、红花组成, 桃仁和赤芍可以活血散瘀, 红枣补血, 川芎活血, 红花通经, 发挥活血化瘀、通窍活络之功效。赵桂荣等^[13]研究纳入 116 例脑卒中后 VD (瘀血内阻证) 患者, 对照组 58 例采用康复训练, 观察组 58 例采用康复训练与通窍活血汤联合, 并根据患者症状加减组方, 治疗 8 周后研究结果表明, 观察组患者临床症状、血管内皮活性物质、脑循环动力学参数等改善效果较好, 加用通窍活血汤可以改善患者脑循环动力学和认知功能, 减少血管内皮活性物质表达, 从而提高治疗效果。据朱丽等^[14]对 2018 年—2020 年收治的 78 例脑卒中后 VD 患者展开前瞻性随机对照研究, 其中 39 例患者采用基础治疗联合奥拉西坦治疗, 观察组加用通窍活血汤联

作者简介: 卢丽娜 (1977—), 女, 汉族, 籍贯: 河南省信阳市, 本科, 副主任医师, 研究方向: 脑病科。

合督脉经血针刺治疗,两组均治疗 2 个月后发现观察组生活能力、认知功能、炎症反应和血脂等指标改善效果更好,肯定了通窍活血汤在脑卒中后 VD 患者中的应用价值。但是该项研究中采用通窍活血汤联合督脉经血针刺治疗,所得疗效难以界定通窍活血汤和针刺哪一个功效更高,因此临床后续还要进一步展开研究,观察通窍活血汤单独应用于脑卒中后 VD 的治疗效果。

2.2 脑卒中后 VD 中成药治疗

2.2.1 脑心通胶囊

脑心通胶囊属于中成药,包括赤芍、黄芪、当归、丹参、川芎、桃仁、红花等多种成分,赤芍和桃仁活血散瘀,黄芪生津养血,当归补血活血,丹参活血、祛瘀、通经,川芎活血,红花通经等,诸药共同发挥益气活血,化瘀通络之功效,用于脉络瘀阻、气虚血滞所致中风中经络,半身不遂、肢体麻木等证候^[15]。刘金城等^[16]研究中筛选 70 例脑梗死后 VD 患者作为研究对象,对照组采用脑心通胶囊治疗 2 个月后,与治疗前相比,对照组生活质量、血管内皮功能、神经因子等均有所改善,证明脑心通胶囊可以改善脑血管微循环,减少脑组织受损程度,从而促进 VD 患者认知功能改善。黄光明^[17]、豆峰等^[18]研究中将脑心通胶囊应用于 VD 患者发现,治疗后患者认知功能、生活质量等较治疗前改善,与上述结论具有一致性。但是脑心通胶囊内含有水蛭和地龙等,这些中药成分具有活血化瘀的功效,会增加胃黏膜或肠道出血风险;其次是脑心通胶囊药性寒凉,长期服用会导致患者出现腹泻腹胀、恶心、呕吐等消化不良的症状^[19]。但这些不良反应临床尚缺少系统的总结,且未有详细的解决方案,因此,临床在使用脑心通胶囊时要充分考虑药物的不良反应,或者考虑联合其他治疗方法来提高脑卒中后 VD 的治疗效果,降低单一使用脑心通胶囊带来的不良反应,或者可以在医生指导下使用,避免自行用药造成的不良影响。另外,关于脑心通胶囊治疗脑卒中后 VD 近几年相关研究有限,缺乏客观证据,后续还需要临床扩大研究量来证实脑心通胶囊在脑卒中后 VD 中的应用价值。

2.2.2 芪参还五胶囊

芪参还五胶囊为河北省沧州中西医结合医院院内制剂。芪参还五胶囊以补阳还五汤为基础,加用冰片、胆南星等制作而成,冰片开窍醒神,胆南星息风定惊,具有活血化瘀、通络醒脑的功效,用于治疗脑卒中后认知功能障碍^[20]。王树峰等^[21]将芪参还五胶囊与丁苯酚软胶囊联合用于 VD 患者治疗中,3 个月后观察发现与单一应用丁苯酚软胶囊患者比较,加用芪参还五胶囊在改善患者认知功能、炎症反应、生活能力等方面更具有优势。据崔友祥等^[22]研究报道,对照组口服吡拉西坦片,观察组口服芪参还五胶囊,连续治疗 6 周后发现,观察组中医证候积分、认知功能、日常生活能力等改善效果更好,证实中成药芪参还五胶囊在 VD 治疗中具有一定积极作用,可以改善患者的临床症状,促进患者认知功能提高,帮助患者控制脑卒中后 VD 病情进展。

2.3 脑卒中后 VD 体外特色疗法

2.3.1 针刺

针刺是以中医理论为指导,通过针刺人体穴位达到治疗疾病的目的,最初内容源自《黄帝内经》中,书中认为,通过针刺可以使人体阴阳平衡^[23]。针刺治疗依据“虚则补之,实则泻之”的辨证原则,进针后通过补、泻、平补平泻等手法的配合运用来疏通经络、祛除致病邪气等,从而发挥人体正常生理功能,就目前针刺治疗 VD 的机制主要从氧化应激、神经炎症、神经递质通路、神经元凋亡等多角度探讨^[24]。萨仁等^[25]对收治的 110 例脑卒中后 VD 患者开展前瞻性随机对照研究,对照组采用常规针刺,研究组采用头穴丛刺,选择百会、风府、神庭、风池、足三里、三阴交等穴位,治疗 3 个疗程后发现研究组认知功能、日常生活、血清指标等较对照组均有显著改善,临床疗效高达 92.73%,高于对照组的 72.73%,证实中医针刺治疗在脑卒中后 VD 中具有较好的治疗效果。同时王玲玲等^[26]研究中,45 例脑卒中后 VD 患者采用针刺五泉穴联合祛风通窍方治疗,主穴选择双侧涌泉穴、前泉、后泉、侧泉和神泉,配穴根据患者症状选择阴陵泉、曲泉、内关、风府等穴位,治疗 3 个疗程后发现治疗组总有效率为 91.11%,显著高于采用单独祛风通窍方治疗的对照组 75.56%。由此可见,中医针刺疗法起效迅速,可以醒脑开窍,调理脏腑,扶正祛邪,还可以通过穴位刺激神经,有助于脑卒中后 VD 患者认知功能改善。针刺治疗的优点在于副作用小、经济实用、操作简单方便,但也存在局限性,针刺属于有创治疗,可能导致内脏的损伤或血管功能的损害,出现晕针、折针、弯针、出血、血肿等现象,同时穴位寻找不准确、进针尺寸偏差等也会影响针刺效果,且较中医汤剂和中成药而言,该种方式治疗周期更加漫长,故其疗效仍需临床大量研究来证实。因此建议临床根据患者实际症状情况选择是否进行针刺治疗,或采取其他治疗方案。

2.3.2 耳穴贴压

耳穴贴压法是采用小颗粒的植物种子(如王不留行籽、油菜籽等),将其放置在固定规格的胶布中,贴压于耳廓上的穴位或反应点,通过揉按捏压产生刺激效应来疏通经络,调整脏腑气血功能,促进机体的阴阳平衡,达到防治疾病的目的^[27]。王春风等^[28]研究在对照组常规治疗基础上给予针刺联合耳穴贴压治疗,将粘有王不留行籽的胶布贴在缘中、神门、枕、皮质下等对应的耳反射区,发现观察组治疗 6 周后总有效率高于对照组,且认知功能改善效果也高于对照组,该研究肯定了耳穴贴压在 VD 中的治疗效果。但是临床关于耳穴贴压用于脑卒中后 VD 的研究较少,仅有的研究不足以证实耳穴贴压对脑卒中后 VD 的治疗效果,因此还需临床进一步扩大研究。

2.3.3 电针

电针是用针刺入人体腧穴得气后,在针上通以微量电流刺激穴位,从而治病,但电针治疗脑卒中后认知功能障碍的机制不明确。就目前而言,人体组织是由水、无机盐和带电生物胶体组织组成的复杂的电解质,当一种波形、频率不断变换的电流作用于人体时,组织中的粒子会发生定向运动,

消除细胞膜极化状态,使离子浓度和分布发生显著变化,这是电针治疗的电生理基础,电针可以刺激患者大脑皮层,促进脑内多巴胺分泌,从而改善患者认知功能,通过电针刺激来促进患者损伤神经元自我修复、神经环路重建是目前主要被认可的机制^[29]。彭静等^[30]研究中对就诊的 80 例 VD 患者采用“补肾通督,醒脑益智”法电针治疗,采用平补平泻行针,将一次性无菌针灸针刺入风府穴、大椎穴、神庭穴、百会穴、命门穴和涌泉穴,然后将上述穴位与电针仪连接,选择频率为 50 Hz 的连续波,治疗 3 个疗程后发现 VD 患者的痴呆程度、认知功能、日常生活能力均有改善,表明电针在 VD 治疗中确有疗效。但同样临床关于此类研究较少,且相关实验室指标观察不足,影响研究结果的客观性,这是后续临床需要研究的重点。

3 讨论与展望

中医药疗法在脑卒中后 VD 治疗中应用较为广泛,且取得了较好的治疗效果,积累了一些具有参考经验的临床与实验资料。对比上述中药、中成药及体外特色疗法发现,各种方法对脑卒中后 VD 患者的病情均有改善,其中乌参醒脑汤、补阳还五汤及通窍活血汤等中药治疗方法较脑心通胶囊、芪参还五胶囊、针刺、耳穴贴压、电针等治疗方法效果更好,考虑原因为中药汤剂治疗可以根据患者临床症状选择具有相应治疗功效的中药,并通过煎煮可以最大程度发挥中药材功效;而中成药对病因进行治疗的针对性较小,体外特色疗法很大程度上取决于操作者的技术水平和经验,存在主观性。由此可见,在上述中医药疗法中,中药汤剂治疗方式较为有效,但仍建议临床要根据患者实际中医证型选择合适的治疗方式。

此外,通过搜索近几年相关文献发现,中医药治疗脑卒中后 VD 效果显著,但也存在一些不足之处:①煎煮中药过程烦琐,在临床应用具有局限性,因而患者更多选择中成药治疗,但多数中成药对病因进行治疗的针对性较小,存在治疗局限性;②脑卒中后 VD 各种中医药治疗方法中哪种方案更为有效,临床尚未有统一定论,还需要进一步研究;③各种中医药多采用联合治疗,缺乏中医药单独治疗脑卒中后 VD 的相关研究,因此单一中医药疗法的治疗效果还需要临床验证;④各种研究缺少对脑卒中后 VD 患者随访疗效观察或者是随访时间较短,对于远期治疗效果临床还缺少有利证据;⑤本研究只对治疗方式的有效性进行观察与对比,观察中医药治疗对脑卒中后 VD 临床症状、中医证候积分、血清指标、认知功能等指标变化更多,未探究中医药治疗的安全性及不良反应较少,研究不充分;⑥本研究仅对国内研究脑卒中后 VD 的中医药疗法进行综述,未覆盖国际上对中药成分和脑卒中后 VD 的研究,研究不全面。

对此,提出以下建议:①在探究中成药对脑卒中后 VD 患者的应用效果时,因中成药对病因进行治疗的针对性较小,临床应当充分认识到对患者进行个体化治疗的必要性;②临床进行中医药单独治疗脑卒中后 VD 的相关研究,且进一步量化观察指标,使得研究更加客观和完整,同时扩大样本量

和随访时间,验证中医药单独治疗脑卒中后 VD 的短期和长期疗效;③完善研究,除了要观察脑卒中后 VD 中医药治疗的有效性,还需要将安全性及不良反应一并纳入观察范围,同时将研究范围从国内扩展到国际,寻找更多脑卒中后 VD 中医药治疗方法。

综上所述,中医药治疗在脑卒中后 VD 治疗中具有较好的临床应用价值,未来临床可考虑将中医药治疗应用于心脑血管病、肿瘤疾病、代谢性疾病等多种病症,为中医药提供更多的发展空间。

参考文献

- [1] 马羽,卢杉,张鹏. 聚集素基因多态性与脑卒中后血管性痴呆的相关性分析[J]. 卒中与神经疾病,2022,29(3):215-219.
- [2] 王改,张琳,茹明娟,等. 脑卒中患者发生血管性痴呆的情况调查及其危险因素分析[J]. 华南预防医学,2023,49(8):1022-1025.
- [3] 蔡晓婧,武俊英. 高压氧联合“智三针”治疗脑卒中后血管性认知障碍临床疗效观察[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志,2022,29(1):78-82.
- [4] 蔡鸣凡,祁风,许璇,等. 安脑丸联合石杉碱甲治疗脑梗死后血管性痴呆的临床研究[J]. 现代药物与临床,2022,37(10):2253-2257.
- [5] 王莹,张虹. 中医通过调控神经元凋亡治疗血管性痴呆研究进展[J]. 中医学报,2022,37(8):1630-1637.
- [6] 张喜武,刘安然,窦金金. 基于中西医结合的血管性痴呆发病机制及治疗的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(4):202-211.
- [7] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典:三部(2010 年版)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2010:38-39.
- [8] 黄彩妮,王小璐,邱泓媛,等. 乌参醒脑汤联合针刺治疗卒中后血管性痴呆临床观察[J]. 中华中医药学刊,2023,41(11):222-226.
- [9] 于楠楠,毕海洋,匡禹霏,等. 乌参醒脑汤对帕金森病大鼠行为学及内质网应激PERK/ATF4 通路的影响[J]. 中国现代医学杂志,2022,32(14):35-41.
- [10] 刘彦宏,丛树园,武凤,等. 补阳还五汤通过调节炎症因子防治血管性痴呆的研究进展[J]. 中国临床药理学杂志,2024,40(5):749-753.
- [11] 王峥,林琳. 补阳还五汤联合西药治疗缺血性脑卒中后血管性痴呆疗效及对血清炎症因子、氧化应激指标和血管内皮活性物质的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2022,31(4):469-473,490.
- [12] 赵岩. 调神益智针法结合补阳还五汤治疗血管性痴呆疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27(36):4052-4054,4064.
- [13] 赵桂荣,于存娟,张义松,等. 通窍活血汤联合康复训练治疗老年脑卒中后血管性痴呆(瘀血内阻证)疗效及对患者血管内皮活性物质的影响[J]. 四川中医,2021,39(3):145-148.
- [14] 朱丽,韩添龙,季进锋. 通窍活血汤联合督脉经穴针刺治疗脑梗死后血管性痴呆疗效观察[J]. 四川中医,2022,40(11):157-160.
- [15] 伊晓娇,朱俊峰,李松龙,等. 基于HPLC-ESI-Q-TOF-MS/MS 结合网络药理学的脑心通胶囊抗缺血性卒中有有效成分及其作用机制研究[J]. 中国药师,2022,25(4):584-594.
- [16] 刘金城,姚璇. 三七通舒胶囊联合脑心通胶囊治疗脑梗死后血管性痴呆的临床疗效观察[J]. 中国临床药理学杂志,2023,39(2):168-172.
- [17] 黄光明. 脑心通胶囊对血管性痴呆病人脑血流及神经营养、神经损伤的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(6):1040-1043.
- [18] 豆峰,高影. 脑心通胶囊联合吡拉西坦片对瘀血阻络型血管性痴呆临床疗效的观察[J]. 贵州医药,2023,47(5):707-708.
- [19] 何芳,牟燕,韩毅. 1 例脑心通胶囊致迟发性腹型过敏性紫癜用药

素分析[J]. 中国实用护理杂志,2020,36(18):1372-1377.

[6] 吴文斌, 林子涵, 何志强, 等. 全膝关节置换术患者恐动症的范围综述[J]. 中华现代护理杂志,2024,30(12):1659-1664.

[7] 王博, 张小满, 张苹, 等. 全膝关节置换术病人恐动症干预策略研究进展[J]. 护理研究,2020,34(8):1399-1403.

[8] 何家文, 赵晨, 钟泓颖, 等. 全膝关节置换术后恐动症及其影响因素研究[J]. 中国康复医学杂志,2023,38(1):41-45,51

[9] 吕龙琴, 穆敬平, 廖恒, 等. 团体认知行为治疗对广泛性焦虑障碍的临床疗效及其对患者执行功能的影响[J]. 四川精神卫生,2024,37(1):21-25.

[10] 钱思琪, 刘小利, 胡瑾, 等. 认知行为干预应用于全膝关节置换术后患者恐动症的效果评价[J]. 中国医药科学,2023,13(2):94-97,139.

[11] 章昕, 张恒. 术后早期功能锻炼对老年全膝关节置换术后伴恐动心理患者的影响[J]. 医药高职教育与现代护理,2020,3(6):446-449.

[12] 张丽, 丁惠民, 成婷婷, 等. 认知行为干预对全膝关节置换术后恐动症的影响[J]. 中华养生保健,2023,41(2):84-87.

[13] 蔡立柏, 刘延锦, 崔妙然, 等. 全膝关节置换术恐动症患者术后早期功能锻炼体验的质性研究[J]. 中华护理杂志,2019,54(11):1663-1668.

[14] 曹雪晶, 丁建, 汤美秀. 基于认知行为干预的快速康复理念对全膝关节置换术患者恐动水平和肢体功能的影响[J]. 创伤外科杂志,2020,22(10):793-794.

[15] 李奎元. 全膝关节置换术后膝关节疼痛原因分析及处理方法[J]. 中国伤残医学,2019,27(1):90-91.

上接 92 页

分析[J]. 中国药业,2024,33(2):121-124.

[20] 袁春晓, 刘晓龙, 段洪波, 等. 芪参还五胶囊治疗帕金森病45 例疗效观察[J]. 安徽医药,2023,27(10):2099-2102.

[21] 王树峰, 霍飞飞, 刘国华, 等. 芪参还五胶囊联合丁苯酞对痰瘀互结型早期血管性痴呆患者认知功能障碍及p38 丝裂原活化蛋白激酶通路变化的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2023,18(1):104-108,113.

[22] 崔友祥, 刘国华, 霍飞飞, 等. 芪参还五胶囊对血管性痴呆痰瘀互结型患者认知功能及血清标志物的影响[J]. 西部中医药,2023,36(3):119-123.

[23] 高璇, 鲁海, 高霄英, 等. “预针刺”的现代作用机制研究进展[J]. 针灸临床杂志,2020,36(8):87-90.

[24] 陆佳婧, 侯瑜超, 黄思维, 等. 从发病机制概述针刺治疗血管性痴呆的研究进展[J]. 世界中医药,2023,18(17):2556-2559.

[25] 萨仁, 李长君, 蔡海鑫. 头穴丛刺对脑卒中后血管性痴呆患者认知功能及血清HIF-1 α 的影响[J]. 陕西中医,2019,40(11):1622-1626.

[26] 王玲玲, 杨良锋. 针刺五泉穴联合祛风通窍方治疗脑卒中后血管性痴呆的临床研究[J]. 中医药导报,2018,24(3):109-112,118.

[27] 王佳, 孙雨晴. 耳穴疗法作用机制及规范化操作的研究进展[J]. 中华现代护理杂志,2022,28(33):4577-4580.

[28] 王春风, 杨明辉. 针刺联合耳穴贴压治疗血管性痴呆的疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2022,41(3):219-224.

[29] 王益言, 王东岩, 李慎微, 等. 电针治疗脑卒中后认知障碍突触可塑性机制研究进展[J]. 针灸临床杂志,2024,40(1):102-106.

[30] 彭静, 陈曦. “补肾通督, 醒脑益智”法电针治疗血管性痴呆80 例[J]. 中国针灸,2022,42(6):623-624.

上接 98 页

吸衰竭患者的病情可能会快速变化, 不可预测的病情进展使照顾者难以准备和应对。患者对治疗的反应可能不稳定, 治疗效果难以预测, 不可预测的病情使照顾者常常需要调整照护计划, 影响生活规律和稳定性, 加剧了照顾者的心理负担。

综上所述, 重症肺炎呼吸衰竭患者照顾者疾病不确定感处于中、高等水平, 工作状态、文化程度及每周照护时间是重症肺炎呼吸衰竭患者照顾者疾病不确定感的影响因素。疾病不确定感与应激压力呈正相关。本研究样本量不足、数据获取的主观性、以及研究方法的局限性。重症肺炎呼吸衰竭患者照顾者疾病不确定感和应激压力通过问卷调查获得的, 受到照顾者主观态度和个人偏好的影响。未来可以通过扩大样本量、使用更客观的评估工具、以及深入探讨个体化应对策略来改进研究。同时, 跨文化比较和长期跟踪研究也有助于深入理解疾病对照顾者的长期影响。

参考文献

[1] LE ROUX D M. Childhood deaths due to pneumonia: a novel causal analysis of aetiology[J]. The Lancet Child & Adolescent Health, 2024, 8(3): 178-179.

[2] 赵铁梅. ERS/ESICM/ESCMID/ALAT 重症社区获得性肺炎管理指南解读[J]. 河北医科大学学报, 2024, 45(7): 745-749.

[3] 王月平, 赵国厚, 尹飞飞, 等. 免疫球蛋白联合胸部CT 表现评估老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者的预后价值[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(16): 3890-3893.

[4] 苏婕, 陶岚, 马轶, 等. ICU 患者家属疾病不确定感与领悟社会支持、

心理弹性的相关性[J]. 中国社会医学杂志, 2024, 41(3): 308-311.

[5] 徐静, 桂静, 王君妍. 基于诺丁斯关怀理论的迁移护理计划在重症肺炎病人迁移应激改善中的应用[J]. 全科护理, 2024, 22(16): 3074-3077.

[6] 中华医学会, 中华医学杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 成人社区获得性肺炎基层诊疗指南(2018 年)[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(2): 117-126.

[7] 胡磊, 周登川, 吴晓飞. 急性呼吸衰竭诊断与治疗[J]. 中华全科医学, 2021, 19(4): 528-529.

[8] MISHEL M H, BRADEN C J. Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness[J]. Nursing research, 1988, 37(2): 98-103.

[9] 王文颖, 王中, 夏大胜, 等. 中文版疾病不确定感家属量表的信效度研究[J]. 护理研究, 2012, 26(7): 662-663.

[10] 陈艳, 毕琨, 唐文, 等. 心灵关怀对妇科癌症病人配偶应激压力、社会支持及生活质量影响的研究[J]. 护理研究, 2015, 29(22): 2705-2710.

[11] 郑雪凡. 呼吸衰竭患者ICU 期间家属疾病不确定感现状及其相关影响因素分析[J]. 中外医学研究, 2024, 22(8): 143-146.

[12] 石维娜, 周胜军, 张耀伟. 乙型肝炎肝硬化家庭主要照顾者疾病不确定感及其影响因素[J]. 河南医学研究, 2021, 30(23): 4311-4313.

[13] 朱冉君. 心力衰竭患者主要照顾者疾病不确定感及相关因素研究[D]. 郑州: 河南大学, 2018.

[14] 成改平, 常利. 癌症患者主要照顾者照顾负担的影响因素研究[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(23): 196-198.

[15] KONTRIMIENE A, SAUSERIENE J, BLAZEVICIENE A, et al. Qualitative research of informal caregivers' personal experiences caring for older adults with dementia in lithuania[J]. Int J Ment Health Syst, 2021, 15(1): 12.