

序贯综合治疗脑梗死 36 例疗效观察

陈中萍

(上海市闸北区中心医院 上海 200070)

摘要 :目的 :探讨序贯综合治疗对脑梗死疗效的影响。 方法 :将 68 例脑梗死患者随机分成序贯综合治疗组和对照组 ,进行临床对照研究。对照组用复方丹参注射液和胞二磷胆碱治疗 ;序贯综合治疗组加用低能量氦氖激光血管内照射和康复治疗。 结果 :序贯综合治疗组疗效明显优于对照组 ,起效时间明显提前。 结论 :序贯综合治疗脑梗死疗效显著。

关键词 :脑梗死 ;中西医结合疗法 ;氦氖激光血管内照射 ;康复治疗 ;复方丹参注射液 ;胞二胆碱

中图分类号 :R 743.3

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0011-02

脑血管疾病是人类三大死因之一,因其高的致残率、复发率和病死率而受到医学界的重视。其中脑梗中(AIS)又占有相当大的比例,大约 75%的脑梗中有不同程度的劳动力丧失,严重影响患者的生存质量。降低致残率,最大限度的恢复病人的肢体运动功能,提高病人的生活质量,是医学工作者共同关注的问题。

1 资料和方法

1.1 一般资料 随机选择新入院急性脑梗死病人 68 例,均符合 1995 年全国第四次脑血管病学术会议通过的诊断标准,并全部经 CT 检查证实的首次发病的急性期病人,但无失语及严重的智能障碍,排除脑栓塞、脑出血、出血性梗塞、短暂脑缺血发作。68 例随机分为 2 组,序贯综合治疗组 36 例,其中男 21 例,女 15 例;年龄最大 89 岁,最小 40 岁,平均 (66.2±4.4) 岁。对照组 32 例,其中男 19 例,女 13 例;年龄最大 82 岁,最小 42 岁,平均 (64.2±4.1) 岁。2 组在年龄、性别和入院时病情严重程度等方面均无显著差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组接受常规治疗,给予复方丹参注射液、胞二磷胆碱静脉注射 15d。序贯综合治疗组(治疗组)在对照组基础上,在起病后 5~7d,无颅内压增高表现者,凝血功能正常,即开始行氦氖激光血管内照射,输出功率 4mv,常规消毒后用静脉留置针穿刺正中静脉或贵要静脉,成功后导入激光针进行注射,每日 1 次,每次 60min,连续应用 20d。生命体征稳定后,即开始进行康复训练,主要采用现代康复治疗手段即促通技术,根据病情不同阶段采用相应的康复治疗措施(PT、OT)。如急性期床上正确姿势的摆放、拍打按摩、被动关节活动、关节挤压等;左右侧翻身、上下肢控制能力训练、桥式运动。病情稳定后采用坐起训练,坐位、立位、平衡三级训练等,逐渐进行穿衣、进食等日常生活活动(ADL)训练^[1]。每日 2 次,每次 30min,并指导其家属或陪护人员掌握正确训练方法。2 组病例起病时如有头痛、恶心、呕吐等颅内压升高表现,可酌情给予甘露醇或布瑞得降颅压;如同时伴有高血压、高血脂、糖尿病等疾病,分别给予降血压、降血脂和降血糖等治疗。

1.3 疗效评定标准 根据 1986 年全国第二次脑血管学术会议通过的标准^[2]。治愈:肌力恢复正常,症状、体征消失,语言恢复正常;显效:肌力恢复 2 级以上,症状、体征明显改善,

可借助拐杖行走,生活能力部分自理;好转:肌力恢复 1 级以上,症状、体征有改善;无效:治疗前后无变化;恶化:症状、体征加重。

2 结果

2.1 2 组疗效对比 详见表 1。

表 1 2 组疗效对比						例
组别	治愈	显效	好转	无效	合计	总有效率(%)
治疗组	13	16	6	1	36	97.22
对照组	5	8	16	3	32	90.63

注:2 组比较 $P<0.01$ 。

2.2 2 组起效时间对比 详见表 2。

表 2 2 组起效时间对比					例
组别	1~5d	6~10d	11~20d	10d 以内	
治疗组	23	9	4	32	
对照组	7	10	15	17	

注:2 组比较 $P<0.05$ 。

3 讨论

脑梗死的治疗原则是在急性期尽快地改善脑的血液循环,控制脑水肿,增加缺血区的血液及氧的供应,降低血粘度,改善微循环,增加组织的氧饱和度及降低缺血区脑组织的代谢需求,防止血栓继续扩延,最大限度地减轻脑损伤^[3]。急性期后,应尽早开始神经功能的锻炼,降低致残率。序贯综合治疗组就是坚持了这一原则,应用药物改善脑微循环和脑细胞代谢,病情稳定后即进行氦氖激光血管内照射和康复治疗。氦氖激光照射可以使血红蛋白的氧离曲线向左偏移,氧的弥散功能增加,血氧含量上升,组织氧和作用增强,加强脑组织缺血区氧供,使脑损害灶缩小。氦氖激光血管内照射能降低血粘度,降低血浆纤维蛋白原和血小板聚集能力,增强红细胞变形能力,从而改善组织微循环及血液动力学,重建侧支循环,减轻脑组织的局部水肿及组织充血;还能加速神经冲动传递,活跃机体代谢过程和调节免疫功能,激活酶系统,促进 ATP 的产生和 DNA、RNA 的合成,激活机体代谢过程和调节免疫,促进没有完全失去功能或在抑制下的神经纤维再生和修复;使血液中红细胞的 SOD 活性提高,有助于清除体内过多的自由基,从而避免脂质过氧化等作用的损伤,对改善急性脑循环障碍,尤其是脑缺血有良好疗效^[4]。脑梗死后,病人可能自发地进行某些运动功能的学习和锻炼,

补肾法治疗充血性心力衰竭的临床研究

薄庆¹ 孙继铭²

(1 河北省峰峰矿务局第二医院 邯郸 056201; 2 浙江省绍兴文理学院医学院附属医院 绍兴 312000)

摘要 :目的 :观察补肾法对充血性心力衰竭(CHF)的临床疗效。方法 :将 56 例 CHF 患者随机分为治疗组 30 例、对照组 26 例 2 组均采用相同的西药治疗 ,治疗组同时加用补肾为主的温肾汤 3 周后观察疗效及心功能各项指标(SV、CO、CI、EF)的变化。结果 :总有效率治疗组为 93.3% ,对照组为 69.2% ,治疗组明显优于对照组($P<0.05$) ,治疗组心功能各项指标的改善亦明显优于对照组($P<0.01$ 或 0.05)。结论 :补肾法对 CHF 具有显著的疗效 ,对心功能各项指标均具有明显的改善作用。

关键词 :温肾汤 ;补肾法 ;充血性心力衰竭 ;中西医结合疗法 ;临床研究

中图分类号 :R 541.6¹

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2004)04-0012-02

充血性心力衰竭(CHF)是多种心血管疾病发展的终末阶段。近年来,我们在常规西药治疗的基础上,同时加用补肾为主的自拟温肾汤对本病进行治疗观察,并与单纯西药治疗作对比分析,现总结如下:

1 临床资料

本组 56 例,均为住院患者,并按《实用内科学》(第 10 版)相关标准确诊,按美国纽约心脏病协会(NYHA)标准作心功能分级,同时排除急性心肌梗塞、急性肺水肿、甲亢性心脏病及肝肾功能衰竭。随机分为 2 组:治疗组 30 例,男 18 例,女 12 例;年龄 41~76 岁,平均(61.5)岁;病程 2~15 年;心功能Ⅱ级 9 例,Ⅲ级 12 例,Ⅳ级 9 例;原发病:冠心病 18 例,风湿性心瓣膜病 2 例,高血压性心脏病 6 例,扩张性心肌病 5 例。对照组 26 例,男 15 例,女 11 例;年龄 40~78 岁,平均(59.3)岁;病程 2~13 年;心功能Ⅱ级 7 例,Ⅲ级 11 例,Ⅳ级 8 例;原发冠心病 17 例,风湿性心瓣膜病 1 例,高血压性心脏病 4 例,扩张性心肌病 4 例。2 组在性别、年龄、病情轻重等方面基本一致,经统计学处理,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2 组均予 CHF 常规西药治疗,包括吸氧、控制感染、洋地黄制剂、利尿、血管紧张素转换酶抑制剂等。治疗组在以上治疗的基础上,加用温肾汤:淫羊藿、菟丝子、黄精各 12~15g,人

参 5~10g,制附子(先煎)、巴戟天各 10~12g,丹参、生黄芪各 20~30g,姜半夏、陈皮各 8~10g。舌苔白腻者,加茯苓 20~30g、藿香 5~8g;水肿明显者,加葶苈子、益母草各 15~25g。水煎分 2 次温服,日 1 剂。

2 组均以 3 周为 1 个疗程,1 个疗程后观察疗效。观察 2 组治疗前后临床症状、心率、心功能分级、心电图等变化,并用彩色多普勒超声心动图检测每搏输出量(SV)、心输出量(CO)、心脏指数(CI)、左室射血分数(EF);观察电解质及肝、肾功能的变化。

所有数据均由计算机 SPSS 软件做统计学处理。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照 1993 年中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》有关标准。近期临床治愈:心功能纠正至Ⅰ级,症状、体征基本消失,各项检查结果基本恢复正常。显效:心功能进步 2 级以上而未达到Ⅰ级,症状、体征及各项检查结果明显改善。有效:心功能进步 1 级,而未达到Ⅰ级者,症状、体征及各项检查结果较前改善。无效:心功能无明显变化或加重。

3.2 临床疗效 治疗组 30 例中,显效 13 例,有效 15 例,无效 2 例,总有效率 93.3%;对照组 26 例中,显效 8 例,有效 10 例,无效 8 例,总有效率 69.2%。治疗组总有效率明显高于对照组,经统计学处理,有显著性差异($P<0.05$)。

但往往不够及时和正确,且活动量不足,易产生运动器官的废用性改变,常常发生误用综合征,及时地进行以运动再学习等神经促通技术为主的运动治疗方法十分重要。康复综合治疗虽不能使坏死的脑细胞复活,但早期的肢体正确姿势的摆放可防止肌肉痉挛,早期的肢体、关节活动可防止肌肉萎缩和关节僵直。早期合理的功能训练包括运动疗法和反复的运动训练,对肢体侧枝循环轴突突触联系的建立、脑侧支循环的建立、促使对侧大脑半球的运动功能重组和支配起到良性刺激和促进作用,极大地发挥了脑的“可塑性”^[5]。在运动过程中其协调性得到训练,肌肉和关节反过来又向中枢神经系统提供大量的本体运动和皮肤感觉的冲动输入,有可能帮助患者有效地发挥易化作用,最终获得最大的康复效果。从结果可以看出,序贯综合治疗组疗效明显优于对照组,并且

起效时间提前,故认为序贯综合治疗脑梗死疗效显著。

参考文献

[1] 王茂斌.偏瘫的现代评价和治疗[M].北京:华夏出版社,1990.132~138
[2] 第二次全国脑血管病学术会议纪要[J].中华神经精神科杂志,1988,21(1):60
[3] 夏韵,汤德生,姚德民,等.脑梗灵颗粒治疗脑梗死临床与实验研究[J].实用中西医结合临床,2002,2(4):3
[4] 韦兴昌,刘开祥,俸军林,等.低能量氦氖激光血管内照射疗法[J].中华理疗杂志,1995,18(1):45~48
[5] Traversa R,Cicinelli P,Bassi A,et al.Mapping of motor coter cortical reorganization after Stroke[J].Stroke,1997,28:110~117

(收稿日期 2004 - 03 - 23)