

中西医结合治疗脑梗死 30 例临床效果观察

吴爱玲

(河南省濮阳市铁路局职工医院 濮阳 457000)

摘要:目的:探讨脑梗死患者行中西医结合治疗的临床效果,为该病的临床治疗提供依据。方法:选取我院 2010 年 12 月~2012 年 12 月收治的脑梗死患者 60 例,随机分为对照组与观察组,每组 30 例,对照组患者行西药治疗,观察组患者行中西医结合治疗,对比两组患者治疗总有效率、神经功能缺损评分以及生活能力评分情况。结果:经治疗后,对照组总有效率为 70.0%,观察组总有效率为 90.0%,观察组明显高于对照组;对照组患者的神经功能缺损评分为(13.2±4.9)分,观察组患者的神经功能缺损评分为(9.5±2.2)分,对照组明显高于观察组;对照组患者的生活能力评分为(73.6±5.9)分,观察组患者的生活能力评分为(86.9±5.5)分,对照组明显不及观察组,组间比较差异显著($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗脑梗死可有效改善患者脑细胞代谢紊乱,加快受损脑细胞修复,促进神经功能与生活能力恢复,效果显著,值得推广。

关键词:脑梗死;中西医结合疗法;临床效果

中图分类号:R743.33

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.008

脑梗死是由于脑动脉粥样硬化等因素使脑动脉管腔狭窄、闭塞或狭窄处有血栓形成而造成患者脑部血流中断的急性缺血性脑血管病症状,该病多见于中老年人群,且患病率与死亡率均较高,并发症严重,对患者的生活质量造成恶劣的影响,为此要采取积极有效的方法进行治疗^[1]。我院近年来采用中西医结合治疗脑梗死患者,效果显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2010 年 12 月~2012 年 12 月收治的脑梗死患者 60 例,均符合中华医学会全国脑血管病学术会议通过的脑梗死诊断标准,入院后经 MRI、CT 检查确诊。其中男 37 例,女 23 例;年龄 59~74 岁,平均年龄为(47.2±5.3)岁;病程 5~73 h,平均病程为(7.3±3.4)h;脑梗死部位:19 例基底节区,11 例丘脑,12 例脑叶,8 例外囊,10 例内囊;19 例伴高血脂症,15 例伴糖尿病,37 例伴高血压病史。按照随机分组法分为对照组与观察组,每组 30 例,两组患者的年龄、病程、性别等一般资料比较,不存在显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入选与排除标准 入选标准:患者年龄 55~75 岁;经诊断为缺血性脑梗死;发病前未见任何症状;主要病因为风痰瘀阻;于发病 6 d 内来我院就诊;自愿签订知情同意书。排除标准:伴严重肝、肾功能不全;伴重度高血压;伴严重水肿、意识障碍以及非自愿配合患者。

1.3 治疗方法 所有患者均行阿司匹林、扩容药、神经细胞活化剂以及钙离子拮抗剂等常规西药治疗,并参照患者的基础病情辅助降血压、抗炎、降糖以及功能锻炼等积极治疗。观察组在此基础上加中药补阳还五汤治疗,药用红花 5 g,郁金、当归各 9 g,石菖蒲、地龙、赤芍、川芎各 10 g,丹参、桃仁各 12 g,黄芪 40 g,加水煎取药液 200 mL 后早、晚温服,30 d 为 1 个疗程。两组患者治疗期间密切观察肝肾功能、心电图、血常规等指标变化。

1.4 观察指标 对比两组患者临床疗效、神经功能缺损评分以及生活能力评分情况。

1.5 疗效判定标准 参照脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准与日常生活量表测定结果,按照患者神经功能损失积分值的大小(即患者经治疗后的功能改善情况,得分越低表明患者神经功能改善情况越好,反之则越坏)与生活能力状态(即对患者病残程度的有效评估,得分越高表明患者的生活能力状态越好,反之则越坏)对临床疗效进行综合评判。治愈:临床症状消失,病残程度为 0 级,且神经功能缺失评分降低 $>90\%$;显效:临床症状显著改善,病残程度为 1~3 级,且神经功能缺失评分降低 60%~90%;有效:临床症状好转,且神经功能缺失评分降低 30%~60%;无效:临床症状未见改善或加重,甚至死亡^[2]。

1.6 统计学方法 所有数据均使用 SPSS17.0 统计软件包分析处理,计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验,计数资料以%表示,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 对照组总有效率为 70.0%,观察组总有效率为 90.0%,观察组明显高于对照组,组间比较差异显著($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的治疗总有效率比较 例

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	30	11	4	6	9	70.0
观察组	30	14	8	5	3	90.0*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 神经功能缺损及生活能力评分比较 对照组患者的神经功能缺损及生活能力评分均明显不及观察组,组间比较差异显著($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	n	时间	神经功能缺损评分	生活能力评分
对照组	30	治疗前	15.6±3.6	52.9±7.0
		治疗后	13.2±4.9*	73.6±5.9*
观察组	30	治疗前	15.9±3.9	54.0±6.6
		治疗后	9.5±2.2*#	86.9±5.5*#

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$

脑梗死属中医学“中风”范畴,多是由肺、脾、心、肝等脏器功能失调而引起的痰凝血瘀,使患者脑部血氧供应不足而导致。中医治疗脑梗死主要是益气通络、活血化瘀。补阳还五汤中的君药黄芪,可补脾胃之气,使气血双旺、祛瘀通络;臣药当归,可活血养血、活血化瘀;佐药桃仁、川芎、赤芍、红花、地龙等,可活血祛瘀、通经活络;多药联合并奏补气、活血、通络功效。现代药理研究认为,补阳还五汤内含药用成分中的苷、生物碱可增强纤溶活性,从而对 FeCl₃ 起到阻滞作用,进一步阻止血栓形成;丹参具有改善脑损伤、避免再出血作用,有利于加速受损神经细胞修复;当归对血液供应可起到明显的改善作用。多味中药联合还能缓解白细胞、血小板向 VEC 黏附,

避免血栓形成,有效抵抗炎症^[1]。本研究结果显示,观察组总有效率 90.0%,明显高于对照组的 70.0%;对照组患者的神经功能缺损及生活能力评分均明显不及观察组,两组患者治疗后的神经功能缺损及生活能力评分比较差异显著,充分说明了补阳还五汤的有效性与其安全性。综上所述,中西医结合治疗脑梗死可有效改善患者脑细胞代谢紊乱,加快受损脑细胞修复,促进神经功能与生活能力恢复,效果显著,值得推广。

参考文献

[1]代鸿宇,陆阳,张鑫.中西医结合治疗脑梗塞及其后遗症 60 例[J].实用中医内科杂志,2010,15(10):1 226-1 227
 [2]张金凤,王艳芳,陈莉,等.脑梗塞的中西医结合治疗与护理[J].湖北中医杂志,2008,30(9):159-160
 [3]王雪玉.脑梗塞的中西医结合治疗的临床观察[J].亚太传统医药,2010,21(13):1 597-1 598

(收稿日期:2014-04-17)

吲达帕胺联合氨氯地平片治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察

薛蓉

(陕西省汉中市洋县中医院 洋县 723300)

摘要:目的:观察高血压合并冠心病患者使用氨氯地平片与吲达帕胺进行联合治疗的效果。方法:从本院收治的高血压患者中选取 80 例作为观察对象,随机平均分为对照组与观察组。对照组采用硝苯地平缓释片治疗,观察组采用苯磺酸氨氯地平片与吲达帕胺片联合治疗。治疗 6 周后观察并对比两组治疗效果。结果:观察组联合用药治疗后,其降压程度显著优于对照组($P < 0.05$);观察组患者的血脂指标改善程度也显著优于对照组($P < 0.05$);观察组的总有效率为 97.0%,显著高于对照组的 70.0%,两组比较具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:联合用药治疗高血压合并冠心病,具有有效控制患者病情发展、改善患者病情程度以及其它病症的良好效果。

关键词:高血压合并冠心病;吲达帕胺;氨氯地平片;治疗效果

中图分类号:R544.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.009

近几年,随着人们生活水平的逐渐改善,高血压的患病率也在不断增加。如今,高血压已成为临床医学心血管科中重要以及最常见的疾病之一。依据相关医学调查资料可见,高血压的患病风险正在随着人们年龄的增长而逐渐升高,当患者被诊断为高血压后,极易出现大脑、心脏以及肾脏等方面并发症,而这些并发症中以冠心病的患病率为最多^[1]。这些疾病的发生对患者的生命安全以及生存质量均造成了严重损害与影响。本文观察吲达帕胺联合氨氯地平片治疗高血压合并冠心病的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2012 年 4 月~2013 年 4 月期间收治的高血压患者 80 例作为观察对象。其中男 54 例,女 26 例,年龄 42~79 岁,平均年龄 57.3 岁。入组标准:(1)均符合我国高血压预防与诊治标准以及 WHO 对冠心病的诊断标准;(2)患者坐位收缩压超过 160 mmHg,坐位舒张压则超过 95 mmHg

^[2];(3)入院前 2 周内,患者每周出现 3 次以上的心绞痛,此外患者的静息心电图检测结果显示其 ST 段具有显著的缺血性变化;(4)治疗前 1 周服用过降压或抗冠心病药物的患者均停药一周;(5)患者家属或患者本人同意参与此次治疗研究;(6)排除肝肾功能不全、妊娠、糖尿病、对相关药物过敏以及脑梗死患者^[3]。将 80 例患者随机分为对照组与观察组各 40 例,两组患者在年龄、性别、症状表现等一般资料方面比较无显著差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用硝苯地平缓释片进行治疗,2 次/d,每次 10 mg。观察组采用吲达帕胺片与苯磺酸氨氯地平片进行联合治疗,吲达帕胺片 2.5 mg/次,1 次/d,苯磺酸氨氯地平片 5 mg/次,1 次/d。两组患者均治疗 6 周,治疗期间若患者出现心绞痛症状,可舌下含服消心痛片,从而减轻心绞痛的症状^[4]。

1.3 观察指标 治疗 6 周后,分别观察两组患者治疗前后的血压变化情况,均测量 3 次,取 3 次测量