

### 3 讨论

脑梗死不仅常见,而且发病率较高、危害大。当前对脑梗死采用的西药治疗可以在短时间内有效地控制病情,取得可观的疗效,但不能实现根治的目的,而且长期服用西药会有许多副作用,进而加剧患者病情。同时,停用西药后常会导致患者脑梗死快速发作,这样的恶性循环及反复发作和治疗直接损害了患者的健康,并给后继治疗带来严重的不利影响。而采用中药汤剂治疗,其组方中的中药多由草本植物和动物肢体等组成<sup>[1]</sup>,加工和制作手艺传统,使用的化学合成环节较少,中药的安全性较西药高,大大降低了对人体的损害,还可以避免西药的毒副作用,有利于人体的调养和恢复,这对患者血瘀的化解和减轻以及病情的改善都有很大的帮助作用,能起到很好的治疗效果。

中医将脑梗死界定为“中风”,认为该病是由于人们长期过度劳累进而导致体内各个器官和功能的损害和内伤,而不节制的饮食、不良的生活方式、生活中各种压力以及情绪等精神方面的因素致使肝气不舒、肝脏等脏器失调、气机逆乱、气虚血瘀、痰浊瘀血,直接导致瘀血痰热内结,经脉麻痹,产生脑窍壅塞而发病<sup>[2]</sup>。由于脑梗死患者体内各种瘀积的存在,中医认为对脑梗死的治疗应主要通过益气活血、通经活络等中药的运用来活血化瘀、清除脑部各种经脉的瘀塞,并选用补气行滞的中药来旺血气、促血运,进而达到气行瘀祛、机体新生的目的<sup>[3]</sup>。具体操作中根据患者的不同情况选用适当的中药,并根据病情的变化和特点进行合理的增减。

本研究中对两组患者分别采用西药和中西医结合治疗,结果表明采用中西医结合治疗的观察组患者整体疗效和神经功能缺损的改善情况明显优于单纯服用西药的对照组患者。采用中西医结合治疗不仅能够发挥西药快速有效地控制病情的优点,而且所用的中药既能促进机体血瘀的消除,又能弥补西药毒副作用的劣势,更能达到长期调养的作用,进而实现脑梗死的根治。中药汤剂中的黄芪具有大补元气、振起萎废之作用,气为血之帅,气行而血运,它帮助气血在全身的运行,有利于血瘀和积痰的祛除,而其含有的黄酮类成分不仅可以有效地抑制血小板的凝聚、降低血液黏稠度、加强氧自由基的清除,还能够扩张脑血管,起到降压之效,进而增加血液流量,显著地改善血液循环;当归有活血通经、舒筋通络之作用,不仅能够有效地活血化瘀,而且不会造成对机体固有血液的损害;而川芎、赤芍、红花、桃仁和葛根是活血、补气、通经、化痰、健脾、祛浊的常用中药;白附子能够有效地祛除积痰,缓解痉挛,并对疼痛有抑制之效;全蝎可以清热、息风、止痉、镇痛和通络;天竺黄有化痰定惊之效;甘草调和诸药。综上所述,中西医结合治疗脑梗死疗效显著,并能有效改善患者神经功能缺损,值得临床推广应用。

#### 参考文献

[1]徐光华.中西医结合治疗脑梗塞临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2014,33(6):77  
 [2]寻晓庆.中西医结合疗法治疗脑梗塞疗效观察[J].生物技术世界,2014(8):107  
 [3]王志强.中西医结合疗法治疗脑梗塞疗效观察[J].河南科技大学学报(医学版),2010,28(3):186-187

(收稿日期:2015-05-05)

## 中西医结合治疗脑梗死后遗症疗效观察与系统评价

罗小斌

(湖南师大附属湘东医院神经内科 长沙 412200)

**摘要:**目的:观察中西医结合治疗脑梗死后遗症的疗效并进行系统性评价。方法:将我院2013年1月~2014年3月收治的165例经脑梗死治疗后出现后遗症的患者随机分成两组,其中对照组80例,采用西医内科疗法治疗。观察组85例,在西医治疗的基础上加服中药汤剂,以上治疗持续1年观察治疗效果。结果:观察组有效率(95.29%)明显高于对照组有效率(83.75%),两组比较有显著差异( $P < 0.05$ )。结论:中西医结合治疗脑梗死后遗症效果显著,值得在临床治疗中推广应用。

**关键词:**脑梗死;后遗症;中西医结合疗法;疗效

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.010

脑梗死是由于脑部的血液供应障碍或缺血、缺氧等因素引起的局限性的脑组织缺血性坏死或者脑软化,是急性脑血管病常见的类型。好发人群大多是中老年人,且起病急、症状重、致残率较高、易复发。如果得不到及时的治疗,将严重影响患者的生命

安全及身心健康。有些脑梗死患者经过1年的治疗之后,仍未得到好转,仍旧存在口眼歪斜或半身不遂等症状。此时称为脑梗死后遗症期,与恢复期相比,此时期的恢复速度及恢复程度较慢。本研究主要探讨运用中西医结合的方法治疗脑梗死后遗症的临床

效果。现总结如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 1 月~2014 年 3 月我院收治的 165 例脑梗死后遗症患者,随机分为两组。其中对照组 80 例,男 45 例,合并高血压 15 例,合并糖尿病 3 例,年龄 40~65 岁,平均年龄(52.83±2.05)岁,患病时间 5 个月~5 年,平均病程(2.87±0.59)年;女 35 例,合并高血压 9 例,合并糖尿病 5 例,合并高血脂 2 例,年龄 45~58 岁,平均年龄(49.29±4.12)岁,患病时间 10 个月~3 年,平均病程(4.25±0.31)年。观察组 85 例,男 34 例,合并高血压 13 例,合并冠心病 2 例,年龄 49~63 岁,平均年龄(55.83±4.21)岁,患病时间 1~6 年,平均病程(3.96±1.25)年;女 51 例,合并高血压 21 例,合并糖尿病 2 例,年龄 45~60 岁,平均年龄(58.67±2.15)岁,患病时间 8 个月~5 年,平均病程(4.13±0.54)年。所有患者均经 CT 或核磁共振检查确诊为脑梗死后遗症。整个治疗研究过程均经过患者及家属的知情同意,并经我院伦理委员会批准后实施。

1.2 治疗方法 针对所有患者的病情进行对症治疗,其中对照组患者进行西医内科疗法,口服肠溶阿司匹林,剂量 50 mg/次,1 次/d,并配合高压氧疗法辅助治疗。观察组患者在西医内科治疗的基础上加用补阳还五汤加减治疗,药方如下:生黄芪 50 g,当归尾 6 g,赤芍 10 g,地龙 10 g,桃仁 6 g,红花 6 g,川芎 6 g。半身不遂者,加防风;口角舌尖歪斜者,加附子、全蝎、僵蚕;言语不利者,加石菖蒲;大便秘结者,加肉苁蓉;小便失禁者,加山茱萸;肌肉萎缩者,加鹿角胶、阿胶;肢体麻木、病程日久者,加乌梢蛇、白附子、全蝎、蜈蚣;胸痛、心痛者,加全瓜蒌和薤白。每日 1 剂,水煎之后取汁 300 ml,分 2 次,早晚饭后半小时各用 1 次,2 周为 1 个疗程。所有患者合并高血压者,兼服降压药物;合并高血脂者,兼服降脂药物;合并糖尿病者,兼服降血糖药物,并皮下注射胰岛素<sup>[4]</sup>。同时加强患者的康复训练。

1.3 诊断标准 西医脑梗死诊断标准:脑血管造影,有动脉闭塞或狭窄等;头颅 X 线摄片,有时可发现患者颈内动脉虹吸部的钙化影;CT 以及 MRI 诊断,可显示缺血性梗死或者出血性梗死改变合并出血性梗死,高度支持脑梗死。MRA 可以发现颈动脉狭窄的程度或闭塞。中医中风病的判断标准:中医证候符合风火痰瘀闭阻证,辨证依据为:半身不遂、言语蹇涩或不语,口舌歪斜,感觉减退或消失,口角流涎,小便频数或遗尿不止,苔白,舌暗淡,脉缓。

1.4 观察指标 所有患者均经过 1 年的随访观察后,检测患者恢复情况以及复发状况。基本痊愈:肌力恢复到 IV 级及以上,行走正常,治疗过程中未见复发。进步:患者肌力恢复到 III 级水平,生活基本可以自理,病情症状明显好转,未见复发。无效:患者临床症状未见好转甚至恶化,出现病灶复发。有效率=(基本痊愈+进步)/总病例数×100%。

1.5 统计学分析 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析统计,两组有效率比较采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  表示有显著差异,具有统计学意义。

## 2 结果

两组患者临床治疗效果比较:经过 1 年的治疗观察发现,观察组有效率(95.29%)明显高于对照组有效率(83.75%),两组比较有显著差异( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者临床治疗效果比较

| 组别       | n  | 基本痊愈(例) | 进步(例) | 无效(例) | 有效(例) | 有效率(%)  |
|----------|----|---------|-------|-------|-------|---------|
| 观察组      | 85 | 62      | 19    | 4     | 81    | 95.29   |
| 对照组      | 80 | 40      | 27    | 13    | 67    | 83.75   |
| $\chi^2$ |    |         |       |       |       | 5.943 0 |
| P        |    |         |       |       |       | 0.014 8 |

## 3 讨论

脑梗死是缺血性脑卒中的统称,包括腔隙性梗死、脑血栓形成以及脑栓塞等,是由于脑血液供应障碍而引起的脑组织坏死以及脑软化。脑梗死是由于脑组织局部的动脉血流的突然减少或者停止,从而造成该血管供血区的脑组织缺血、缺氧,从而导致脑组织的坏死、软化,常伴有失语、偏瘫等神经功能的缺失<sup>[2]</sup>。脑梗死发作后可能留下较多的后遗症,多因脑梗死发作后导致血液黏滞度增加及血小板聚集等血液变化。脑血管被动脉粥样硬化斑块堵塞,同时也导致脑神经受损,出现上下肢瘫痪、语言及视力功能障碍等临床表现<sup>[3]</sup>。

一般临床治疗常常采用西医疗法,如口服肠溶阿司匹林等血小板抑制剂,降低血小板的凝聚性及血液的黏稠度。从而改善脑部的血液循环,逐渐恢复受损的脑细胞。并配合高压氧疗法进行辅助治疗,提高血液中的氧含量,减轻脑组织的缺氧状态,降低颅内压<sup>[4]</sup>。脑梗死属于中医“中风”范畴,多发于中老年人,主要为风、火、痰、瘀等原因所致。中风患者度过了急性期后,多因气血不调、血脉不畅等形成后遗症,表现为口角舌尖歪斜、半身不遂等。故多采用补阳还五汤进行治疗。另根据患者的具体情况加减药物<sup>[5]</sup>。补阳还五汤为理血剂,具有活血、补气、通络之功效,主治中风之气虚血瘀证。组成为:黄芪、当归、

赤芍、川芎、桃仁、红花、地龙。方中黄芪为君药，大补脾胃之元气，使气血旺行、去瘀通络；当归为臣药，活血养血、化瘀而不伤血；赤芍、川芎、桃仁、红花助当归活血化瘀，地龙通经活络，共为佐药。大量补气药物与少量活血药物相配，使气旺血行、活血而不伤正，共奏补气活血通络之功<sup>[6]</sup>。

本研究在西医临床治疗的基础上又采用了中医疗法进行辅助治疗，即采用中西医结合的方法：口服肠溶阿司匹林，配合高压氧疗法，在此基础上加用补阳还五汤加减治疗。结果显示，其治疗有效率高达 95.29%，明显高于单纯西医内科治疗的 83.75%，并且差异具有统计学意义。综上所述，中西医结合治疗脑梗死后遗症效果显著，值得在临床治疗中推广

应用。

参考文献

[1]方兴,陆晖,张永全,等.中西医结合治疗对脑梗死后血管性痴呆患者生存质量的影响[J].中国现代医学杂志,2013,23(3):100-103

[2]刘泰,段志刚.中药剂剂对脑梗塞的干预研究进展[J].中国中西医结合杂志,2013,33(10):1434-1437

[3]李佳祥.中西医结合治疗脑梗塞后遗症 116 例疗效分析[J].时珍国医国药,2013,24(10):2526-2527

[4]薛梅,薛丽娜,史大卓.阿司匹林抵抗中西医结合防治进展与展望[J].中国中西医结合杂志,2014,32(2):245-249

[5]刘春红,梁华峰,冯丽娜,等.脑梗死后认知功能障碍的相关性分析[J].中国老年学杂志,2012,32(3):456-459

[6]徐英敏,张大伟,蒋士卿,等.加味补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗塞 40 例[J].中国中医基础医学杂志,2011,17(9):1036-1038

(收稿日期: 2015-06-18)

# 龙胆泻肝汤加味茵陈治疗胆石症术后黄疸临床疗效观察

周冬平 罗慧麟

(江西省新余市中医院外二科 新余 338025)

**摘要:**目的:观察龙胆泻肝汤加味茵陈治疗胆石症术后黄疸的临床疗效。方法:选取我院普外科因胆管结石行胆囊切除术和(或)胆管切开取石和(或)T管引流术后黄疸患者 60 例随机分为观察组和对照组,对照组采用西医常规治疗,观察组在对照组的基础上予龙胆泻肝汤加味茵陈治疗,1 剂/d,1 周为 1 个疗程,4 个疗程后进行疗效评价。结果:观察组总有效率 93.3%,对照组总有效率 73.3%,治疗组疗效优于对照组( $P < 0.05$ );两组的总胆红素和直接胆红素比较,差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:龙胆泻肝汤加味茵陈治疗胆石症术后黄疸临床疗效显著,能促进胆石症术后黄疸消退。

**关键词:**胆石症术后黄疸;龙胆泻肝汤加味茵陈;疗效观察

中图分类号:R575

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.011

阻塞性黄疸多因胆道肿瘤、结石及狭窄引起的胆道梗阻导致。其中胆道结石是最常见的病因,胆道梗阻会引起胆道压力增高,胆汁排泄障碍,胆汁逆流入血,血清中胆红素浓度升高,出现黄疸症状。且胆色素具有细胞毒性,对肝脏及肾脏等重要脏器结构及功能具有严重损害。本研究旨在观察服用龙胆泻肝汤加味茵陈对消退胆石症术后黄疸的疗效。现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月~2014 年 12 月在我院肝胆外科因胆管结石住院的患者 60 例,入院时查体均见皮肤、巩膜、小便黄染等显性黄疸体征及 charcot 三联征。术前均经 CT/MRCP 检查确诊为胆石病引起的梗阻性黄疸,均有手术指征,分别行胆囊切除术和(或)胆管切开取石和(或)T管引流术。术后将 60 例患者随机分为观察组和对照组,对照组 30 例,男 17 例,女 13 例;年龄 28~81 岁,平均年龄(46.3± 4.85)岁;肝内胆管结石 8 例,胆总管结石 22

例。观察组 30 例,男 15 例,女 15 例;年龄 30~76 岁,平均年龄(44.2± 6.17)岁;肝内胆管结石 9 例,胆总管结石 21 例。两组患者一般资料比较无显著差异, $P > 0.05$ ,具有可比性。

1.2 诊断标准 根据陈孝平<sup>[1]</sup>等主编的《外科学》胆石病诊断标准拟定:(1)有 charcot 三联征:腹痛、高热寒战、黄疸;(2)经 CT/MRCP 检查确诊为胆石病(包括胆囊结石、肝内胆管结石、肝外胆管结石);(3)实验室检查血清总胆红素、直接胆红素均见明显升高,并且以直接胆红素升高为主(直接胆红素 > 50%),确诊为梗阻性黄疸。

## 1.3 研究方法

1.3.1 对照组 予西医抑酸、护肝、抗感染常规治疗,静脉输注奥美拉唑 40 mg,2 次/d;多烯磷脂酰胆碱注射一般 1~2 支,肝功能损害严重 2~4 支,232.5 mg/支,1 次/d;头孢哌酮 2 g,2 次/d,或哌拉西林他唑巴坦 2.5 g,2 次/d,10~14 d 停用抗生素。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上予龙胆泻肝汤加