

[6-7]。贴压这 4 个耳穴能明显缓解肺系病症状。

清代医家吴尚先《理渝骈文》曰：“外治之理即内治之理，外治之药即内治之药，所异者法耳”。本研究所用的热奄包中含有莱菔子和吴茱萸二味中药，莱菔子降气化痰，用于痰湿壅盛，气喘咳嗽，能治疗哮喘之标；吴茱萸燥湿散寒、温中下气，能治疗咳嗽之本^[8]。定喘穴又名喘息穴、治喘穴，属经外奇穴，治疗呼吸道疾病，作用确切而快捷，已在针灸界被广泛应用。两药借助热奄包，使药物温热，药效通过皮肤、穴位、黏膜等透入吸收，贯通经络，作用全身，而达到治疗目的^[9]。

本研究结果显示，治疗组的总有效率为 94.55%，明显高于对照组的 84.55%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；治疗后，治疗组咳嗽、咳痰、喘息及哮鸣音的消失时间少于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。这说明采取磁珠压耳穴联合中药热奄包治疗慢性支气管炎急性加重期患者，能提高临床疗效，可更快改善患者的临床症状。笔者认为，慢性支

气管炎急性发作期离不开西医的常规治疗，但是在此基础上增加中医外治疗法，疗效能得到更大的提高。其中热奄包外敷治疗的舒适感更为病人所喜欢，且此疗法具有操作简便，费用低廉，病人依从性高等优点，值得临床推广应用。

参考文献

[1]葛均波,徐永健.内科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.20
 [2]王守振.中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作的临床分析[J].光明中医,2015,30(6):1285
 [3]全国慢性气管的临床专业会议.慢性气管临床诊断及疗效判断标准[J].成都中医学院学报,1994,17(3):52-53
 [4]吴勉华,王新月.中医内科学[M].第 9 版.北京:中国中医药出版社,2015.100
 [5]张勇.中医理论的全息观[J].中医临床研究,2015,7(12):15-17
 [6]陈庆华.耳穴压贴预防慢性支气管炎急性发作的临床研究[J].中国中医药信息杂志,2010,17(10):12-13
 [7]吴兵.中医耳穴压贴法预防慢性支气管炎急性发作对照观察[J].实用中医内科杂志,2012,26(8):87
 [8]凌一揆,颜正华.中药学[M].上海:上海科学技术出版社,1992.131-132
 [9]韩晓冰,马丽萍,邹玲.中药热奄包治疗气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛 50 例临床观察[J].亚太传统医药,2010,6(12):33

(收稿日期: 2016-04-09)

中西医结合治疗脑梗死恢复期 35 例临床观察

陈艳 曹剑

(湖南省益阳市中心医院中西医结合科 益阳 413000)

摘要:目的:观察中西医结合治疗气虚血瘀型脑梗死恢复期患者的临床疗效。方法:将 70 例气虚血瘀型脑梗死恢复期患者随机分为观察组和对照组各 35 例。对照组采用阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀治疗;观察组采用阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀和补阳还五汤加味治疗。两组疗程均为 8 周,随访 6 个月。比较两组患者脑梗死复发率和临床神经功能缺损、日常生活活动能力、中医症状评分及不良反应发生情况还有对血纤维蛋白原的影响。结果:两组患者复发率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。在改善临床神经功能缺损、日常生活活动能力、中医症状评分方面,观察组显著优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗过程中,两组患者均耐受良好,未发生明显不良反应,顺利完成整个治疗过程。观察组血纤维蛋白原显著低于对照组 ($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗脑梗死气虚血瘀型患者疗效确切且不良反应少,可能与其活血化痰、通络止痛、抑制凝血酶、降低纤维蛋白、改善脑组织循环、促进脑的供血、降血脂、血黏度等作用相关。

关键词:脑梗死;气虚血瘀型;补阳还五汤;阿司匹林肠溶片;阿托伐他汀

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.05.007

脑梗死是临床常见多发病,目前尚无有效治疗药物。有研究发现,通过加强脑梗死的二级预防可使脑梗死的复发率大幅度降低。目前,阿司匹林肠溶片是脑梗死二级预防主要的治疗药物。但部分患者长期服用出现了阿司匹林抵抗,应有的抗血小板聚集效果达不到预期状态。因此,寻找脑梗死二级预防药物成为学者们关注的热点^[1]。近年来,中医药在治疗脑梗死的急性期、恢复期、后遗症期中均取得了较好的疗效^[2],但其在脑梗死二级预防中的应用鲜有报道。本研究观察了中西医结合治疗气虚血瘀

型脑梗死恢复期患者的临床疗效,旨在为脑梗死恢复期二级预防提供更为有效可靠的药物。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 1 月~2014 年 6 月于我院就诊的脑梗死恢复期患者 70 例,其中男 39 例,女 31 例;年龄 42~75 岁;CT 或 MRI 显示为单发灶梗塞者 43 例,多发性梗塞者 22 例,腔隙性梗塞者 5 例;发病 14~21 d 者 40 例,22~30 d 者 30 例。所有患者均符合纳入标准:(1)符合全国第四届脑血管病学

术会议制定关于脑梗死恢复期的诊断标准; (2) 年龄 40~75 岁; (3) 参照《中风病辨证诊断标准》(1994 年国家中医药管理局脑病急症科研组) 对脑梗死恢复期患者进行中医证候诊断, 均属气虚血瘀型; (4) 入组前均知情同意, 自愿参加本研究; (5) 排除合并出血倾向及严重心、肝、肾等功能不全患者。采用随机数字表法将患者随机分为观察组和对照组各 35 例。两组患者在性别、年龄、病程等一般资料比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 所有患者均给予抗血小板聚集、抗凝、营养脑神经等常规西医治疗。对照组常规用药, 包括阿司匹林肠溶片 100 mg, po, qd; 阿托伐他汀片 10 mg, po, qn。观察组常规用药: 阿司匹林肠溶片 100 mg, po, qd; 阿托伐他汀片 10 mg, po, qn; 同时给予补阳还五汤加减辨证治疗, 药物组成: 黄芪 20 g, 桃仁 10 g, 红花 5 g, 赤芍 10 g, 当归 10 g, 川芎 10 g, 牛膝 10 g, 地龙 10 g, 鸡血藤 15 g, 忍冬藤 15 g, 丹参 20 g, 橘皮 10 g, 法半夏 10 g, 杜仲 10 g, 湘曲 10 g, 甘草 5 g, 每日 1 剂, 水煎服, 分早晚 2 次服用。疗程均为 8 周。两组患者出院后均给予连续 6 个月的随访。

1.3 观察指标 (1) 参照第四届脑血管病学术会议制定的“动脉粥样硬化性血栓性脑梗死的诊断标准”和国家中医药管理局脑病急症协作组公布的“中风病疗效评定标准”进行脑梗死复发率及临床神经功能缺损、日常生活活动能力、中医症状评分比较; (2) 所有患者均于治疗前后抽取空腹静脉血 4 ml 检测血纤维蛋白原变化, 比较两组治疗前后血纤维蛋白原变化; (3) 治疗过程中, 观察两组患者不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据处理, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者复发率比较 随访 6 个月后, 观察组复发 3 例, 复发率为 8.57%; 对照组复发 5 例, 复发率为 14.29%。观察组复发率略低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

2.2 两组患者神经功能缺损评分比较 两组患者治疗前神经功能缺损评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。随访 6 个月后, 两组临床神经功能缺损评分与治疗前相比均显著降低 ($P<0.05$)。且观察组显著低于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者神经功能缺损评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	随访	差值
观察组	35	5.96± 4.25	2.75± 3.91	3.21± 4.34
对照组	35	7.66± 4.59	6.23± 4.56	1.43± 2.15

2.3 两组患者日常生活活动能力评分比较 两组患者治疗前日常生活活动能力评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。随访 6 个月后, 两组患者日常生活活动能力评分与治疗前相比均显著提高 ($P<0.05$)。且观察组显著高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者日常生活活动能力评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	随访	差值
观察组	35	85.12± 26.34	96.23± 22.76	11.11± 13.09
对照组	35	84.35± 21.35	89.14± 14.79	4.79± 6.35

2.4 两组患者中医症状评分比较 两组患者治疗前中医症状评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。随访 6 个月后, 两组患者中医症状评分与治疗前相比均显著降低 ($P<0.05$)。且观察组显著低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者中医症状评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	随访	差值
观察组	35	9.78± 6.22	4.19± 5.42	5.59± 3.67
对照组	35	9.46± 6.03	6.57± 6.11	2.89± 2.17

2.5 两组患者血纤维蛋白原比较 两组治疗前血纤维蛋白原比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。随访 6 个月后, 两组患者血纤维蛋白原与治疗前相比均显著降低 ($P<0.05$)。且观察组显著低于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者血纤维蛋白原比较 (g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	随访	差值
观察组	35	3.97± 0.71	2.01± 0.22	1.96± 0.17
对照组	35	3.86± 0.44	2.98± 0.33	0.88± 0.34

2.4 两组患者不良反应发生情况比较 治疗过程中, 两组患者均耐受良好, 未发生明显不良反应, 顺利完成整个治疗过程。

3 讨论

脑梗死是神经内科常见的多发病^[1]。近年来, 其发病率呈逐渐上升的趋势。脑梗死在中医学属“中风”范畴, 其病机与患者素体虚弱, 脏腑功能失调, 加之劳倦、情志、饮食失调有关, 各种内外因素相互作用, 导致气血痰瘀阻于脉络, 气血逆乱, 上冲脑海, 痹而为阻, 发为脑梗死。本病恢复期多为本虚标实, 即以气虚血瘀为根本。补阳还五汤选方于清·王清任《医林改错》, 方中生黄芪为君药大补脾胃之元气, 气旺则血行; 当归、川芎、赤芍、桃仁、红花等药为辅助,

共奏益气养血、祛瘀通络之功效。

本研究结果显示,两组复发率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。但在改善临床神经功能缺损、日常生活活动能力、中医症状评分方面,观察组显著优于对照组($P<0.05$)。且两组患者均耐受良好,未发生明显不良反应,顺利完成整个治疗过程。说明补阳还五汤加减治疗气虚血瘀型脑梗死患者临床疗效确切,安全可靠。本研究结果还显示,治疗前两组血纤维蛋白原比较无显著差异,而治疗后两组血纤维蛋白原均有一定程度改善,且观察组显著低于对照组($P<0.05$)。提示补阳还五汤能明显改善脑梗死患者的血液流变性特性,抑制凝血酶,降低纤维蛋白,改善脑组织循环,促进脑的供血,降低血脂、血黏度,

改善脑组织代谢,降低血管压力,从而促进神经功能的恢复。综上所述,中西医结合治疗脑梗死气虚血瘀型患者疗效确切且不良反应少,可能与其活血化瘀、通络止痛、抑制凝血酶、降低纤维蛋白、改善脑组织循环、促进脑的供血、降低血脂和血黏度等作用相关。

参考文献

[1]康哲,李妍怡.中西医结合在脑梗塞二级预防中应用述评[J].中医学报,2012,27(2):220-222

[2]黄信群.中医辨证治疗脑梗塞临床研究[J].中医临床研究,2013,5(8):63-64

[3]程善廷,王嘉锋,杨小兰,等.熄风振颓煎联合时辰干预防法对缺血性中风二级预防临床研究[J].新中医,2013,45(12):48-50

(收稿日期:2016-04-19)

腹膜透析与血液透析在尿毒症合并糖尿病患者治疗中的应用及价值对比研究

郑伟平

(广东省东莞东华医院肾病风湿科 东莞 523000)

摘要:目的:分析对比腹膜透析与血液透析在尿毒症合并糖尿病患者治疗中的应用及价值,为临床提供指导。方法:选取我院2011年1月~2015年12月的尿毒症合并糖尿病患者78例,根据患者病情及实际情况选择不同透析方式并分为实验组和对照组。对照组32例行血液透析,实验组46例行腹膜透析,分析比较两组并发症发生率、血压及生化指标情况。结果:对照组并发症发生率为46.88%,显著高于实验组的28.26%,且两组血压及生化指标比较均存在明显差异($P<0.05$)。结论:对尿毒症合并糖尿病患者采取腹膜透析,能显著降低患者发生并发症的机率,保证透析效果。

关键词:尿毒症;糖尿病;腹膜透析;血液透析;治疗;价值

中图分类号:R459.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.05.008

糖尿病肾病是导致终末期肾病最常见的原因之一,很多非糖尿病肾病的尿毒症患者会同时合并有糖尿病,这些患者大部分选择透析治疗。如何选择透析方式,延长患者生命,提高患者生活质量,显得尤为重要。本文回顾性比较分析近5年来我院行血液透析和持续性非卧床腹膜透析治疗的78例尿毒症合并糖尿病患者,对他们的临床资料进行分析、研究。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院2011年1月~2015年12月治疗的78例尿毒症合并糖尿病患者为本次实验的研究对象,根据患者病情及实际情况选择不同透析方式并分为即实验组和对照组。78例患者均经临床诊断为糖尿病;同时合并有慢性肾衰竭、尿毒症期,部分患者曾行肾活检确诊为糖尿病肾病,但因大部分患者诊断时已达尿毒症期或其他原因,部分患者未经肾活检确诊。实验组46例,男27例,女19

例;年龄最小37岁,最大73岁,平均(50.10±2.22)岁;糖尿病患病时间2~12年,平均(7.11±2.21)年。对照组32例,男20例,女12例;年龄最小41岁,最大72岁,平均(52.32±2.16)岁;糖尿病患病时间2~11年,平均(8.03±2.18)年。两组患者的一般资料(年龄、患病时间等)进行均衡性比较,无统计学差别($P>0.05$),具有良好可比性。全部患者及其家属均在医生陪同下对此次研究的相关信息(内容、目的及过程等)进行了详细的了解,且均已自愿签署知情同意书。

1.2 透析方法 结合患者血压情况,给予降压治疗,主要给予β受体阻断剂、ACEI、ARB以及钙离子拮抗剂。同时嘱咐患者低盐饮食,每天盐摄入量应控制在3g左右。对于贫血患者,应积极纠正贫血,给予补充铁剂、叶酸、红细胞生成素等。所有患者,均给予皮下注射胰岛素控制血糖,根据血糖水平调节胰岛素用量。对照组在基础治疗上行血液透析,