

中西医结合疗法治疗脑梗塞效果评析

张景宇

(河南省柘城县人民医院心内科 柘城 476200)

摘要:目的:探讨中西医结合疗法用于脑梗塞治疗的临床疗效。方法:选取2015年9月~2016年9月我院收治的脑梗塞患者100例,随机分为对照组和观察组各50例。对照组采用肠溶阿司匹林治疗,观察组采用肠溶阿司匹林+针灸+补阳还五汤加减治疗。比较两组临床疗效及神经功能缺损评分。结果:治疗后,观察组临床疗效明显高于对照组,神经功能缺损评分低于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合方法治疗脑梗塞患者效果显著,值得临床推广应用。

关键词:脑梗塞;中西医结合;效果

中图分类号: R255.2

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.072

脑梗塞具有发病急、死亡率高、病情重等特点,属于脑血管常见病,好发于中老年人群,主要由于机体脑部血液供应障碍出现脑缺氧、缺血,引起脑软化和脑组织缺血性坏死,临床表现为语言障碍、行动不便、偏身麻木、口角歪斜、偏瘫等^[1]。及时有效的治疗对降低该病死亡率意义重大^[2]。本研究采用肠溶阿司匹林+针灸+补阳还五汤加减治疗脑梗塞,取得良好的效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取2015年9月~2016年9月我院收治的脑梗塞患者100例,随机分为对照组和观察组各50例。观察组:男28例、女22例,平均年龄(68.41 ± 5.27)岁,平均病程(5.62 ± 2.41)年,合并高血压病35例、合并糖尿病15例。对照组:男29例、女21例,平均年龄(68.52 ± 5.87)岁,平均病程(5.53 ± 2.85)年,合并高血压病36例、合并糖尿病14例。两组患者性别、年龄、病程及合并症等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均签署知情同意书。

1.2 方法 对照组采用肠溶阿司匹林(国药准字H32025901)口服,1次/d,50 mg/次。观察组采用肠溶阿司匹林+针灸+补阳还五汤加减治疗,肠溶阿司匹林用量及方法同对照组。(1)补阳还五汤加减方剂组成:川芎、红花、桃仁、当归尾各6 g,地龙、赤芍各10 g,生黄芪50 g;心痛、胸痛者,加用全瓜蒌适量;病程长久、肢体麻木者,加用蜈蚣、全蝎、白附子适量;肌肉萎缩者,加用阿胶、鹿角胶适量;言语不利者,加用石菖蒲适量;口舌歪斜者,加用僵蚕、全蝎、附子适量;全身不遂者,加用防风适量。煎服,200 ml/剂,1剂/d,分两次早晚服用。(2)针灸:取穴极泉、委中、昆仑、冲阳、足三里、环跳、风池、三阴交、阳陵泉、曲池、尺泽、合谷、外关、内关等,1次/d,10次为1疗程,休息2~3 d,再继续1疗程。

1.3 观察指标及标准 比较两组患者临床疗效和

神经功能缺损评分。(1)神经功能缺损评分:主要评分项目为面肌、下肢肌力、步行能力、上肢肌力、言语、意识、手肌力,0~45分,分数越高,神经功能缺损越严重。(2)疗效评定:患者能够正常行走,肌力恢复至IV级以上,且生活能够自理,为显效;患者病情逐渐好转,生活需依靠别人,为有效;患者仍存在行动不便、语言障碍等症状,且无好转趋势,为无效。总有效=显效+有效。

1.4 统计学处理 数据处理采用SPSS22.0统计软件,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者神经功能缺损评分比较 观察组患者神经功能缺损评分低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。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	治疗后
观察组	50	28.46±3.45	11.36±0.42*
对照组	50	28.52±3.66	15.69±2.45

注:与对照比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者临床疗效比较 观察组患者临床疗效明显高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表2。

表2 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	50	41(82.00)	8(16.00)	1(2.00)	49(98.00)*
对照组	50	27(54.00)	12(24.00)	11(22.00)	39(78.00)

注:与对照比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

脑梗塞包括脑栓塞、脑血栓形成、腔隙性梗死,属于缺血性脑卒中的统称,是由于脑血液供应障碍而引起的脑软化和脑组织坏死,并伴有相应部位的临床症状和体征,如偏瘫、失语等^[3]。若患者未及时得到有效治疗,血小板聚集、血液黏滞度增加,影响

患者语言功能、视力功能,加重脑神经受损。临床常用药物为肠溶阿司匹林,为血小板抑制剂,可降低患者血液黏稠度和血小板凝聚,改善脑部血液循环,减轻脑组织缺氧状态,但整体治疗效果不佳^[4]。

中医认为脑梗塞属“中风”范畴,主要由积损正衰、情志不节、饮食不节、劳倦内伤,导致气机逆乱、脏腑功能失调、经脉闭阻、淤血痰热内结而发病,治疗原则为扶正补气行滞、瘀去而生新、气行瘀除、气旺血运^[5]。补阳还五汤属理血剂,主要由川芎、红花、桃仁、当归尾、地龙、赤芍、生黄芪组成,其中黄芪为君药,有祛瘀通络、气血旺行、补脾胃之元气的的作用;当归为臣药,有化瘀而不伤血、活血养血的功效;红花、桃仁、川芎、赤芍为辅药,可活血化瘀;地龙为佐药,可通经活络。诸药合用,可达通络止痛、解痉止痛、活血化瘀之功效^[6]。

现代药理学认为^[7],红花可扩张患者脑血管,改善血液循环,增加脑血流量,抑制血小板凝聚,降低外周阻力;川芎可改善脑细胞缺氧状态,加快血液流动;地龙可扩张患者脑血管,对抗氧自由基;赤芍可增加红细胞变形能力。结合针灸,调和经络,改善

气血运行,增加疗效。

研究结果显示,治疗后观察组临床疗效明显高于对照组,神经功能缺损评分低于对照组($P < 0.05$)。说明肠溶阿司匹林+针灸+补阳还五汤加减治疗脑梗塞疗效显著,可有效促进患者神经功能恢复,提高整体疗效,具有较高的临床价值。

参考文献

- [1]张秋萍,李巧兰,杨敏,等.中西医结合抑制脑梗塞高同型半胱氨酸水平的临床研究[J].陕西中医,2014,35(6):671-672
- [2]张利斌,何芸.醒脑开窍针刺法配合低分子肝素钙治疗进展性脑梗塞的疗效观察[J].河北医学,2016,22(9):1438-1441
- [3]支英豪,黄建平,胡万华,等.中西医结合临床路径对脑梗塞疗效的影响[J].浙江中西医结合杂志,2014,24(10):886-888
- [4]刘莹.中西医结合与心理疗法治疗脑梗塞后遗症80例疗效观察[J].医药前沿,2014,4(2):213-214
- [5]杨有文.中西医结合治疗外侧裂区脑挫裂伤并发脑梗塞的临床效果观察[J].甘肃医药,2015,34(12):930-932
- [6]王东晓.探究中西医结合治疗脑梗塞伴高血压病患者的疗效[J].中西医结合心血管病电子杂志,2014,2(14):69-70
- [7]唐宁.中西医联合疗法在脑梗塞治疗中的疗效及应用价值观察[J].医药与保健,2015,23(8):47

(收稿日期:2017-05-10)

间苯三酚和氯诺昔康对输尿管结石肾绞痛镇痛效果比较

张明礼

(河南省郑州市第一人民医院急诊内科 郑州 450004)

摘要:目的:观察比较间苯三酚、氯诺昔康对输尿管结石导致的肾绞痛镇痛效果。方法:回顾性分析2014年7月~2016年6月我院急诊科收治的122例输尿管结石患者的资料,根据用药不同分为两组:A组62例,给予氯诺昔康治疗;B组60例,给予间苯三酚治疗。观察两组患者1h内的镇痛效果及不良反应发生情况。结果:B组患者镇痛效果明显优于A组,不良反应发生率低于A组($P < 0.05$)。结论:间苯三酚治疗输尿管结石引起的肾绞痛效果优于氯诺昔康,且起效快,不良反应少。

关键词:肾绞痛;输尿管结石;间苯三酚;氯诺昔康

中图分类号:R693.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.073

急性肾绞痛大多是由输尿管结石导致输尿管梗阻引起的,是泌尿外科常见急症。长期尿路梗阻,严重影响肾脏功能,引起感染,严重者有诱发脓毒性休克的风险^[1]。由于肾绞痛疼痛剧烈,严重影响患者的生活,如何有效缓解肾绞痛对治疗输尿管结石非常重要。本研究通过回顾性分析比较氯诺昔康、间苯三酚对输尿管结石引起的肾绞痛镇痛疗效,发现间苯三酚镇痛效果显著优于氯诺昔康。现报告如下:

1 一般资料与方法

1.1 一般资料 对2014年7月~2016年6月我院急诊科收治的122例输尿管结石引起肾绞痛患者的资料作回顾性分析。其中男73例,女49例;平均年龄(41.9±6.2)岁。根据用药不同分为两组。A组62例,

男37例,女25例;平均年龄(41.7±6.5)岁。B组60例,男36例,女24例;平均年龄(42.2±5.9)岁。两组患者性别、年龄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 纳入标准 (1)患者均通过B超确诊为输尿管结石;(2)24h内起病,腰部疼痛剧烈;(3)肉眼血尿或镜下血尿;(4)患者或家属对本次研究知情并同意参加。

1.3 排除标准 (1)妊娠期输尿管结石患者;(2)伴有严重肾功能损伤;(3)间苯三酚及氯诺昔康药物禁忌者;(4)患者及家属拒绝参加研究者。

1.4 方法 A组给予氯诺昔康8mg加入0.9%氯化钠注射液10ml中静脉推注;B组给予间苯三酚120