

用 Barthel 量表对患者的偏瘫痉挛状态进行评价,得分越高,表示患者的生活能力越强。

1.6 统计学处理 数据处理采用 SPSS19.0 统计软件,计数资料以%表示,行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床治疗效果比较 治疗后,治疗组的治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的临床治疗效果比较[例(%)]					
组别	n	无效	有效	显效	总有效
对照组	40	10(25.0)	13(32.5)	17(42.5)	30(75.0)
治疗组	40	2(5.0)	14(35.0)	24(60.0)	38(95.0)
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组治疗前后 Barthel 和 Fugl-Meyer 量表评分比较 两组患者治疗后的 Barthel 和 Fugl-Meyer 量表评分明显高于治疗前,而治疗组的 Barthel 和 Fugl-Meyer 量表评分明显高于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗前后 Barthel 和 Fugl-Meyer 量表评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)						
组别	n	Barthel		Fugl-Meyer		P
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
对照组	40	31.67± 4.96	61.79± 6.84	45.05± 4.51	63.29± 7.96	
治疗组	40	31.28± 5.24	77.38± 7.87	44.58± 4.63	74.78± 6.15	
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	

3 讨论

康复训练是治疗偏瘫痉挛的常用方法,临床上常常通过进行肢体动作训练,来缓解患者的痉挛症状^[3]。但有研究表明,由于偏瘫痉挛患者体质上的差异,一些患者在采取康复训练后,无法获得理想的治疗效果。为了改善这一状况,临床上出现了中

西医综合康复法^[4]。采用的痉挛缓解方用于治疗偏瘫痉挛,不仅可以舒筋活络,活血化瘀,而且采用针刺法对各个穴位进行针刺,在舒经通络的情况下,能够对患者的脏腑进行调理,并降低患者的肌张力,从而起到抑制痉挛的作用。同时,中药熏洗有助于活血行气、温经通阳、祛风散寒和消肿止痛,再结合推拿治疗,能够缓解血管紧张状态,改善局部的血液循环和偏瘫痉挛的症状^[5-6]。

在本研究中,对照组采用常规的康复训练方法治疗,治疗组采用中医综合康复法治疗,结果表明,治疗后,治疗组的治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组患者治疗后的 Barthel 和 Fugl-Meyer 量表评分明显高于治疗前,而治疗组的 Barthel 和 Fugl-Meyer 量表评分明显高于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。综上所述,采用中医综合康复法治疗偏瘫痉挛状态的患者,不但能有效改善患者的临床症状,还能提高患者的生活质量,具有良好的临床治疗效果。

参考文献

[1]林筠玉.中医综合康复治疗偏瘫痉挛状态的临床分析[J].北方药学,2016,13(8):196
[2]王强,李铁山.脑中风康复治疗技术[M].北京:人民军医出版社,2003.59-66
[3]靳玉东.中医综合康复法治疗偏瘫痉挛状态临床观察[J].中医临床研究,2014,6(2):73
[4]马良福,鄂丽丽,方清玲,等.中医综合康复法治疗偏瘫痉挛状态[J].包头医学院学报,2016,32(3):97-98
[5]蔡浩狄,豆伟,姚燕.中医综合康复法治疗偏瘫痉挛状态临床观察[J].中医临床研究,2015,7(21):88-89
[6]张文政.中医综合康复法治疗偏瘫痉挛状态的临床分析[J].现代养生,2015,(12):217

(收稿日期:2017-06-07)

中西医结合治疗风湿性关节炎的疗效分析

王立功

(河南省开封市中医院糖尿病肾病科 开封 475000)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗风湿性关节炎的临床疗效。方法:选取我院 2015 年 3 月~2016 年 11 月收治的风湿性关节炎患者 68 例,随机分为对照组和观察组各 34 例。对照组采用常规西医疗法,观察组在对照组基础上加用中医辨证疗法。比较两组临床疗效及不良反应情况。结果:观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);两组患者均未出现明显不良反应。结论:风湿性关节炎采用中西医结合治疗效果确切,可明显改善临床症状,安全性较高,值得临床推广应用。

关键词:风湿性关节炎;中西医结合疗法;临床疗效

中图分类号:R593.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.040

风湿性关节炎是一种病因未明的以炎性滑膜炎为主的慢性系统性疾病,通常与患者的居住环境、职业、内分泌情况及社会、心理等因素相关,临床表现以对称性、慢性、多关节炎性病变为主^[1]。该病多发

于足、腕、手等处细小关节,易反复发作,且呈对称分布,早期表现为功能障碍及红肿热痛,晚期关节可出现不同程度的畸形和僵硬,伴骨关节间隙狭窄及骨骼肌肉变形萎缩,严重威胁患者的生命健康。因此,

给予及时有效的治疗措施具有重要意义^[2]。本研究探讨中西医结合治疗风湿性关节炎的临床效果。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 3 月~2016 年 11 月收治的风湿性关节炎患者 68 例，随机分为对照组和观察组各 34 例。观察者男 18 例，女 16 例；年龄 20~65 岁，平均年龄(48.3± 2.7)岁；病程 1~7 年，平均病程(3.4± 0.9)年。对照组男 19 例，女 15 例；年龄 22~65 岁，平均年龄(48.1± 2.9)岁；病程 1~9 年，平均病程(3.5± 1.1)年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较无显著性差异， $P>0.05$ ，具有可比性。本研究经我院伦理委员会审核同意。所有患者均满足风湿性关节炎的诊断标准，且均知晓本次研究内容，并签署知情同意书。排除存在合并有严重血管、心脑血管疾病患者；严重肝肾功能不全者；全身免疫功能疾病者；拒签知情同意书者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予西医治疗。塞来昔布(国药准字 J20120063) 口服，0.2 g/ 次，2 次 /d； 甲氨蝶呤(国药准字 H32026197) 口服，7.5 mg/ 次，1 次 /周。

1.2.2 观察组 在对照组基础上予以中药治疗。(1) 症状虚寒者：乌头汤加麻黄、制川乌、制草乌、炙甘草各 10 g；乌头汤成分为甘草 2 g、宫桂 2 g、细辛 2 g、秦艽 2 g、川椒 2 g、白芍药 2 g、附子 2 g、川独活 4 g。取各药材煮沸 15~30 min，取汁 300 ml，分早晚服用，一次 150 ml。(2) 症状湿热痹阻者：当归拈痛汤及三仁汤加杏仁、白蔻仁、法夏、黄连、当归、泽泻、葛根、黄芩各 9 g；当归拈痛汤组成：茵陈、甘草、羌活各 15 g，猪苓、苍术、防风、知母、泽泻、当归身各 9 g，苦参、葛根、人参各 6 g；三仁汤组成：生薏苡仁、飞滑石各 16 g，半夏、杏仁 15 g，竹叶、百通草、厚朴、白蔻仁各 6 g。各剂药材煮沸 15~30 min，当归拈痛汤取汁 300 ml，分 2 次服用，三仁汤取汁 750 ml，分 3 次服用。(3) 症状肝肾亏损者：羌活、枸杞、川芎、白芍、寄生、杜仲、熟地各 10 g。煎服方式为：将药材在水中泡 0.5 h，煎煮 0.5 h，可加蜂蜜服用，每副药分早晚服用。两组患者均持续治疗 3 个月。

1.3 观察指标及标准 比较两组患者治疗 3 个月后的临床疗效，采用《膝骨关节及关节疼痛量表》^[3]判定疗效。痊愈：患者在走路过程中未出现因关节活动障碍引发的疼痛，膝关节在伸直情况下为 0°，弯曲为 120°。显效：患者在阴雨天气或极少情况

下，行走大于 1 000 m 可引起疼痛，膝关节在伸直情况下为 10°，弯曲为 100°。有效：患者在不到 1 000 m 的行走距离下有疼痛情况，且在负重及开始站立时有不适情况，膝关节在伸直情况下为 15°，弯曲为 80°。无效：患者经常疼痛，且要使用止痛药进行缓解，膝关节在伸直情况下为 15°，弯曲< 60°。治疗总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS12.0 统计学软件处理数据，计数资料以 % 表示，进行 χ^2 检验，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，进行 t 检验， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组治疗总有效率明显高于对照组， $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较						
组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	34	5	19	9	1	97.1
对照组	34	2	13	15	4	88.2
χ^2						0.268
P						<0.05

2.2 两组不良反应发生情况比较 治疗期间，两组患者均未出现明显不良反应。

3 讨论

中医认为^[4]，风湿性关节炎一般是由于纵欲无度、食欲不节等因素造成的肾气缺失、阳明之气随肾伤无法下行，从而损伤身体关节。现代病理学研究认为^[5]，风湿性关节炎是由于关节滑膜造成心、肺等结缔组织周围炎症的广泛性疾病。广义的关节炎除关节位置的病变外，也泛指全身性病变，目前临床上还没有完全治愈关节炎的措施，主要以中西医结合治疗的方式缓解病症，以减轻患者痛苦^[6]。本研究中，虚寒型患者应用麻黄、制川乌、制草乌、炙甘草加减治疗，可有效调节患者气化功能及阳气虚衰，具有温热驱寒之功效；湿热痹阻型患者由于体内阳体过盛、蕴热瘀积，一般表现为全身疼痛、发热、舌苔腻黄等症状，治疗时采用白蔻仁、法半夏、黄连、泽泻、葛根、黄芩等药物，可起到消瘀散热、除湿止痛之功效；肝肾亏损型患者由于受到痹阻气血、风寒邪侵的影响，应以除瘀阻、消湿滞为治疗原则，给予羌活、枸杞、川芎、白芍、寄生等药物可有效调节机体免疫功能，改善应激反应，减少非特异性炎症造成的不适症状^[7]。

本研究结果显示，观察组临床治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$)，两组患者均未出现明显不良反应。说明中西医结合治疗风湿性关节炎疗效显

著,可有效缓解患者的临床症状,安全性高,值得临床推广应用。

参考文献

[1]刘春荣,周世友,何国栋.中西药治疗类风湿性关节炎研究进展[J].右江医学,2013,41(3):437-441
[2]汪仙美.社区护理干预对类风湿性关节炎病人中的影响[J].健康必读旬刊,2013,12(8):601
[3]张子扬,姜玉铃.关节遇冷痛增是否类风湿关节炎中医证候寒痹关键指标的临床研究[J].风湿病与关节炎,2016,5(11):25-28

[4]范先志.中西医辨证论治类风湿性关节炎的疗效与安全性分析[J].辽宁中医杂志,2014,41(3):525-526
[5]姜小帆,李娟娥,衣蕾,等.辨证论治配合西药治疗类风湿性关节炎 45 例[J].陕西中医,2014,35(5):545-547
[6]刘维,李闯,吴沅.类风湿关节炎中医证型地域性分布特征的文献研究[J].中华中医药杂志,2015,30(9):3349-3352
[7]王海隆,姜泉,刘维,等.《类风湿关节炎中医诊疗指南》临床应用评价研究[J].中华中医药杂志,2016,31(10):4103-4106

(收稿日期: 2017-09-01)

老年冠心病患者采取介入治疗的疗效分析

刘西方 张东亮 王春颖

(河南省临颖县人民医院心血管内科 临颖 462000)

摘要:目的:探讨介入治疗在老年冠心病中的应用效果。方法:选取 2014 年 12 月~2017 年 1 月我院收治的老年冠心病患者 62 例,随机分为常规组和研究组各 31 例。常规组采用药物保守治疗,研究组采用介入手术治疗。比较两组临床疗效以及治疗后 SAQ 量表评分。结果:研究组治疗总有效率明显高于常规组($P<0.05$);治疗后,研究组 AS、AF、TS、PL、DP 评分均明显优于常规组($P<0.05$)。结论:老年冠心病患者采用介入治疗,能够明显提高患临床疗效,改善患者生活质量及机体功能状态,临床应用价值较高。

关键词:冠心病;介入治疗;老年患者

中图分类号:R541.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.041

随着我国人口老龄化进程加快,老年人罹患心血管疾病几率逐年增加。冠心病是老年群体最常见的多发性心血管疾病,常合并其他病症,如糖尿病、高血压等。老年冠心病患者发病周期较长,且由于冠状动脉粥样硬化,导致冠状动脉血管内壁斑块增多,若未及时给予有效措施改善患者的血管内皮功能,恢复血液流通,极易形成血栓,引发急性心肌梗死,危及患者的生命安全^[1]。以往临床治疗冠心病主要采用药物保守治疗,但随着介入治疗(PCI)手术方式的不断成熟,老年患者行介入治疗手术所面临的风险大幅度降低,已成为临床治疗老年冠心病的主要手段^[2]。本研究探讨介入治疗在老年冠心病中的应用效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 12 月~2017 年 1 月我院收治的老年冠心病患者 62 例,随机分为常规组和研究组各 31 例。研究组男 18 例,女 13 例;年龄 61~75 岁,平均年龄(68.4±3.5)岁;变异性心绞痛 9 例,不稳定型心绞痛 10 例,陈旧性心绞痛 12 例。常规组男 16 例,女 15 例;年龄 62~76 岁,平均年龄(69.5±3.2)岁;陈旧性心绞痛 13 例,不稳定型心绞痛 9 例,变异性心绞痛 9 例。两组患者在性别、年龄等一般资料方面的比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均符合 WHO1979 年关于《缺血性心脏病的命名及标准》^[3]中冠心病诊断要求,排除患有严重的身体脏器病变、精神功能障碍疾

病的患者。

1.2 治疗方法

1.2.1 常规组 采用药物保守治疗。给予阿司匹林(国药准字 H62020387),0.3 g/次,3 次/d;阿托伐他汀片(国药准字 H20093819,规格:20 mg/片)口服,1 片/次,1 次/d;美托洛尔(国药准字 H31020783,规格:25 mg/片),1~4 片/d,2 次/d;硝酸异山梨酯片(国药准字 H34022973,规格:5 mg/片),2~3 片/次,3 次/d;不稳定心绞痛患者加用氯吡格雷(国药准字 J20080090,规格:25 mg/片),3 片/次,1 次/d,持续治疗 1 个月。

1.2.2 研究组 采取介入治疗。术前给予阿司匹林,剂量同对照组;同时加服氯吡格雷 3 片/次,1 次/d。手术采用 Seldinger 穿刺法行桡动脉或股动脉穿刺,于动脉鞘管内注射 100 U/kg 肝素,进行冠状动脉造影。选用与靶血管相当或较小的球囊进行扩张并置入支架。术后 6 h 拔除管鞘。术后给予氯吡格雷片维持,用量与术前相同。

1.3 观察指标及标准 (1)比较两组患者的临床疗效。(2)采用美国学者 Spertus 等人设计的 SAQ 量表评估两组患者机体功能状态以及生活质量,共分为 5 个项目 19 个条目:心绞痛稳定状态(AS)、心绞痛发作状况(AF)、治疗满意度(TS)、躯体活动受限程度(PL)、疾病认知程度(DP),分数越高,患者生活质量及机体功能状态越好。

1.4 疗效评价标准 显效:患者临床症状显著改善,