

补阳还五汤联合神经康复技术治疗脑梗死的疗效观察

张家林

(河南省信阳市淮滨县人民医院内四科 淮滨 464400)

摘要:目的:观察补阳还五汤联合神经康复技术治疗脑梗死的临床效果。方法:选取 2015 年 6 月~2017 年 1 月我院收治的脑梗死患者 148 例,随机分为参照组和研究组各 74 例。参照组给予西医常规治疗,研究组在参照组基础上给予补阳还五汤联合神经康复技术治疗,比较两组临床疗效、治疗前后神经功能缺损评分及日常生活能力。结果:研究组临床治疗总有效率明显高于参照组($P<0.05$);治疗前,两组神经功能缺损评分及日常生活能力比较无明显差异($P>0.05$);治疗后,两组均有所改善,且研究组改善程度明显优于参照组($P<0.05$)。结论:补阳还五汤联合神经康复技术治疗脑梗死效果颇佳,可缓解患者临床症状,改善神经功能,提高日常生活能力和生活质量,值得临床推广应用。

关键词:脑梗死;补阳还五汤;神经康复技术

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.055

脑梗死是心脑血管疾病中的常见病,由于脑部血液循环障碍,导致脑组织缺血缺氧变性坏死,影响脑部神经功能,若未得到及时治疗,易诱发严重并发症,甚至猝死^[1]。临床上以药物保守治疗为主,其中西药虽见效快但毒副作用大,易影响患者治疗依从性,而单纯中药治疗周期长,见效慢。研究表明^[2],中西药结合治疗脑梗死可有效避免单一用药的不足之处,提高临床疗效。本研究以脑梗死患者为对象,探讨补阳还五汤联合神经康复技术治疗脑梗死的临床效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月~2017 年 1 月我院收治的脑梗死患者 148 例,随机分为参照组和研究组各 74 例。研究组男 43 例,女 31 例;年龄 55~74 岁,平均年龄(65.2 ± 5.3)岁。参照组男 41 例,女 33 例;年龄 56~73 岁,平均年龄(65.6 ± 4.9)岁。所有患者经 CT 或 MRI 检查,均符合关于脑梗死的临床诊断标准;排除患有精神疾病者、合并严重并发症者、对本研究相关药物过敏者。本研究经我院医学伦理委员会审批。

1.2 治疗方法

1.2.1 参照组 两组均给予降低颅内压、抗血小板及抗凝、纠正水电解质酸碱平衡等常规治疗。参照组给予神经节苷酯(国药准字 H20066833)40 mg 加入 0.9%氯化钠注射液 100 ml,稀释后进行静脉滴注,脑蛋白水解物(国药准字 H20046388)60 mg 加入 0.9%氯化钠注射液 250 ml 进行稀释,静脉滴注,1 次/d。

1.2.2 研究组 在参照组基础上采用补阳还五汤联合神经康复技术疗法。补阳还五汤方剂组成如下:黄芪 40 g,赤芍、川芎、当归各 15 g,红花、地龙、桃仁各 9 g。将药材加水煎煮,取汁 150 ml,1 次/d,1 剂/

次。神经康复技术内容包括:(1)确保病房环境安静、清洁卫生;(2)指导患者语言训练和肢体康复训练,包括良肢位设计、床上活动训练、辅助被动运动、主动运动训练。训练过程中应及时记录,并预防并发症;鼓励患者加强练习,提高患者治疗信心和依从性。两组患者均持续治疗 3 周。

1.3 观察指标及疗效判定 (1)比较两组治疗前后神经功能及日常生活能力,分别采用神经功能缺损评分(NIHSS)和改良 Barthel 指数进行评估。NIHSS 分值为 0~42 分,分数越高神经功能缺损越严重;改良 Barthel 指数总分为 100 分,分值与日常生活能力成正比。(2)比较两组治疗效果。判定标准,无效:临床症状无明显变化,NIHSS 评分下降小于 17%;有效:临床症状有所改善,NIHSS 评分下降 18%~45%;显效:临床症状明显改善,NIHSS 评分下降 46%~90%;临床痊愈:临床症状基本消失,NIHSS 评分下降 91%~100%。总有效率=(有效+显效+临床痊愈)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 将所有研究数据录入 SPSS22.0 软件进行统计学分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料用率表示,分别采用 t 检验和 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 NIHSS 及 Barthel 指数评分比较 治疗前,两组 NIHSS 及 Barthel 指数评分比较无明显差异, $P>0.05$;治疗后,两组均有所改善,且研究组改善程度明显优于参照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组治疗前后 NIHSS 及 Barthel 指数评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	NIHSS		Barthel 指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	74	35.6 $\pm$ 4.8	24.8 $\pm$ 3.1	51.2 $\pm$ 1.3	78.8 $\pm$ 1.7
研究组	74	36.3 $\pm$ 5.1	18.4 $\pm$ 3.2	51.7 $\pm$ 1.8	84.2 $\pm$ 1.6
t		0.86	12.36	1.94	19.90
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组治疗总有效率比较 研究组治疗总有效率明显高于参照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗总有效率比较[例(%)]

组别	n	无效	有效	显效	临床痊愈	总有效
参照组	74	8(10.8)	23(30.1)	27(36.5)	16(21.6)	66(89.2)
研究组	74	2(2.7)	22(29.7)	28(37.8)	22(29.7)	72(97.3)
χ^2						3.861
P						<0.05

3 讨论

脑梗死发病率、致残率和致死率均较高,由于脑组织缺血性坏死,易引发偏瘫、痴呆、运动或语言障碍等,严重影响患者正常生活^[3]。临床治疗脑梗死以西药结合中医康复疗法为主,其中康复疗法常采用针灸治疗,而中药在康复治疗中的调理作用和辨证施治未得到有效应用^[4]。

临床研究认为^[5],指导患者进行肢体和语言训练时,可改善患者运动功能,有利于神经功能的恢复,提高日常生活能力。补阳还五汤为理血剂,具有补气、活血、通络之功效,其中黄芪为君药,益气补血;红花、赤芍、桃仁、川芎协同当归活血祛瘀;地龙疏经通络^[6]。诸药合用可降低血液黏稠度,溶解血

栓,修复破损的血管内壁,达到降压降脂的目的。

研究组临床治疗总有效率明显高于参照组($P<0.05$);治疗前,两组神经功能缺损评分及日常生活能力比较无明显差异($P>0.05$);治疗后,两组均有所改善,且研究组改善程度明显优于参照组($P<0.05$)。说明补阳还五汤联合神经康复治疗治疗脑梗死效果颇佳,可缓解患者临床症状,改善神经功能,提高日常生活能力和生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

[1]李艳琴,刘斌,李世英.急性脑梗死病因分型及进展[J].中国煤炭工业医学杂志,2015,18(7):1247-1252
[2]于昉.中西医结合联合早期康复治疗急性脑梗死偏瘫的疗效观察[J].中医临床研究,2015,7(17):87,89
[3]曲方,刘保印,何凡.急性多发性脑梗死研究进展[J].中国实用内科杂志,2013,33(8):655-659
[4]何平.针灸治疗脑梗死、脑出血继发呃逆 19 例的体会[J].中国医药导报,2009,6(3):69-69
[5]陆春光,谭秀芬,李东永.中西医结合整体康复治疗脑梗死偏瘫 50 例临床观察[J].实用中西医结合临床,2013,13(3):13-15
[6]赵梅青,季晓东.加味补阳还五汤治疗脑梗死疗效观察[J].中国中医急症,2012,21(8):1304-1304

(收稿日期: 2017-10-28)

注射用鼠神经生长因子联合吡拉西坦对脑梗死后血管性痴呆 MMSE 评分及日常生活能力的影响

黄守先

(河南省范县人民医院神经内科 范县 457500)

摘要:目的:探讨注射用鼠神经生长因子联合吡拉西坦对脑梗死后血管性痴呆患者 MMSE 评分及日常生活能力的影响。方法:选取我院 2015 年 3 月~2017 年 8 月脑梗死后血管性痴呆患者 82 例,按照治疗方法不同分为观察组和对照组各 41 例。两组均给予常规治疗,对照组加用注射用鼠神经生长因子治疗,观察组用注射用鼠神经生长因子及吡拉西坦治疗。比较两组临床疗效及治疗前后 MMSE、ADL 评分。结果:观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);治疗前,两组 MMSE、ADL 评分比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后,观察组 MMSE、ADL 评分均高于对照组($P<0.05$)。结论:注射用鼠神经生长因子联合吡拉西坦治疗脑梗死后血管性痴呆效果确切,可显著提高患者认知功能及日常生活能力。

关键词:脑梗死后血管性痴呆;注射用鼠神经生长因子;吡拉西坦

中图分类号:R749.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.056

血管性痴呆是老年痴呆的常见类型之一,多发于脑梗死基础之上,发病率随年龄增长呈直线上升趋势,严重威胁老年群体生活质量。数据显示^[1],血管性痴呆发病率约为 0.62%,男性高于女性。血管性痴呆主要由基底核、丘脑或皮质下白质多发腔隙性梗死、脑动脉粥样硬化导致脑动脉闭塞及大面积皮质梗死、脑出血等因素诱发。临床目前主要采用脑保护剂、脑循环改善剂、脑代谢复活剂等常规药物治疗该病。本研究旨在探讨注射用鼠神经生长因子联合吡拉西坦对脑梗死后血管性痴呆患者 MMSE 评

分及日常生活能力的影响。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 3 月~2017 年 8 月脑梗死后血管性痴呆患者 82 例,按照治疗方法不同分为观察组和对照组各 41 例。观察组男 25 例,女 16 例;年龄 50~79 岁,平均年龄(69.35± 6.46)岁。对照组男 26 例,女 15 例;年龄 51~78 岁,平均年龄(70.26± 6.89)岁。两组性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均给予控制血压、血脂、血糖