

- [6] 刘红军, 王丽华, 魏文红. 血脂康对不稳定型心绞痛患者炎症因子、内皮功能及颈动脉粥样斑块的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(16): 322-327.
- [7] 闫斌, 郭金涛, 刘素梅. 血脂康、辛伐他汀对急性脑梗死患者的血脂及血清超敏 C-反应蛋白水平的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(7): 21-23.
- [8] 辛艳秋. 血脂康与脑心通联合应用对血脂及颈动脉粥样硬化的影响[J]. 临床医药实践, 2012, 21(10): 747-748.
- [9] 张晶, 关欣, 王伟, 等. 血脂代谢与颈动脉粥样硬化不稳定性斑块的相关性[J]. 中国动脉硬化杂志, 2012, 20(9): 833-836.
- [10] 王俊, 蒋卫民, 钟勇, 等. 血脂康胶囊对巨噬细胞源性泡沫细胞形成以及 ABCA1、ABCG1 表达的影响[J]. 解放军医学杂志, 2014, 39(2): 116-120.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

## 中西医结合治疗痰热闭窍型急性脑梗死临床研究

余成勇

仙居县中医院呼吸内科, 浙江 仙居 317300

**[摘要]** 目的: 观察中西医结合治疗痰热闭窍型急性脑梗死患者的治疗效果。方法: 选择 180 例痰热闭窍型急性脑梗死患者为研究对象, 按照随机数字表将患者分为观察组与对照组, 观察组 90 例采用中西医结合疗法救治, 对照组 90 例采用常规西医治疗, 比较 2 组患者的治疗效果, 观察欧洲脑卒中量表 (ESS) 评分和日常生活能力评定量表 Barthel 指数的变化。结果: 观察组愈显率为 96.67%, 明显高于对照组, 组间比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 2 组 ESS 评分、Barthel 指数基本相当 ( $P > 0.05$ )。治疗后 1、3、7、30、90 天, 观察组 ESS 评分、Barthel 指数均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 中西医结合治疗痰热闭窍型急性脑梗死具有十分显著的疗效, 可明显改善患者的脑神经功能与日常生活能力, 缓解临床不适症状, 提高生活质量。

**[关键词]** 急性脑梗死; 中西医结合疗法; 痰热闭窍型; 针刺; 康复训练; 欧洲脑卒中量表 (ESS) 评分; Barthel 指数

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0048-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.023

脑梗死又称缺血性脑卒中, 是指情志郁怒, 五志过极, 心火暴甚, 引动内风而发卒中。临床以暴怒伤肝为多, 因暴怒则顷刻之间肝阳暴亢, 气火俱浮, 迫血上涌则其候必发。忧思悲恐、情绪紧张均为本病的诱因<sup>[1-2]</sup>。脑梗死的中医发病机制在于内风动越, 年老体衰, 肝肾阴虚, 肝阳偏亢; 或思虑烦劳过度, 气血亏损, 真气耗散, 复因将息失宜, 致使阴亏于下, 肝阳鸱张, 阳化风动, 风阳煎灼津液为痰, 风痰阻于经络, 气血运行不畅, 筋脉肌肉失于濡养而发本病。近年来, 随着人们生活水平的不断提高, 急性脑梗死的发生率也在不断升高, 给患者及其家庭带来了沉重负担<sup>[3]</sup>。因此, 及时治疗和干预对患者的预后具有十分重要的意义。本研究选择本院收治的 180 例急性脑梗死患者作为研究对象, 探讨中西医结合救治急性脑梗死患者的治疗效果, 总结如下。

### 1 临床资料

1.1 西医诊断标准 参照文献[4]中急性脑梗死的诊断标准。

1.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[5]</sup>中的相关标准。中医辨证分型为痰热闭窍型, 症见: 突然起病的脑局灶功能丧失或意识障碍; 鼻鼾痰鸣, 肢体痉挛, 项背身热, 躁扰不宁, 甚至手足厥冷, 或见呕血, 舌质红、苔黄腻或干腻, 脉弦滑数。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准与中医辨证标准, 有前循环梗死临床表现; 病程在 7 天以内; 年龄 40~80 岁。

1.4 排除标准 混合型卒中者; 合并严重的心、肝、肾等原发性疾病者; 妊娠及哺乳期妇女; 精神病患者; 有同侧脑梗死病史且有后遗症者; 格拉斯哥昏迷评分(GCS) > 8 分者。

1.5 一般资料 选择本院 2011 年 3 月—2013 年 3 月收治的

**[收稿日期]** 2015-01-19

**[作者简介]** 余成勇 (1976-), 男, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗呼吸内科疾病。

180例急性脑梗死患者作为研究对象,按照随机数字表法将患者随机分为观察组与对照组。观察组90例,男48例,女42例;年龄38~65岁,平均(53.5±14.1)岁;发病时间<3h者34例,3~6h者56例;初始的欧洲脑卒中量表(ESS)评分平均(36.9±16.2)分,Barthel指数(22.88±16.13)分。对照组90例,男50例,女40例;年龄37~68岁,平均(53.8±12.4)岁;发病时间<3h者38例,3~6h者52例;初始ESS评分平均(35.7±14.2)分,Barthel指数(23.67±23.4)分。2组性别、年龄等一般资料经统计学处理,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规基础治疗、抗血小板聚集治疗和早期康复治疗。如发病后6h内入院,确诊无溶栓治疗的禁忌症,则予以重组基因工程链激酶100U稀释后静脉滴注。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上采用中医救治措施,如患者存在脑水肿且神志不清,则根据患者的病情程度予以20%甘露醇进行治疗,且合并给予醒脑静注射液10~20mL加入5%葡萄糖注射液200mL中静脉滴注,每天1次。若患者没有颅内水肿,且神志清晰,则以清开灵注射液40mL加入5%葡萄糖注射液400mL中静脉滴注,每天1次,并予以参麦注射液100mL静脉滴注,每天1次。治疗3天后予以针刺、康复治疗措施:患者取平卧位。软瘫患者穴位取肩髃、曲池、手三里、合谷、足三里、三阴交、血海,硬瘫患者加取天井、外关、阳陵泉、风市、昆仑,均患侧取穴。常规消毒穴位皮肤后垂直进针,得气后留针30min,每天1次。采用以Bobath疗法为主的神经促通训练,由专业康复治疗师实施,指导患者或家属进行抑制痉挛模式良肢位摆放。上肢及手的功能训练包括肩、肘、腕、掌指及指间关节各方向的活动训练;下肢以步态训练为主,练习踏步、单足站立及转身,逐渐过渡到下蹲至站立练习。康复训练分步骤循序渐进,针对不同患者的具体情况选择合适的促进技术处理以及运动量。康复训练一般在针刺治疗后的第1h内完成。每次训练30min,每天1次。

2组患者均连续治疗25天。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较2组患者的临床疗效,观察不同时间点的ESS评分和日常生活能力评定量表Barthel指数的变化。ESS评分包括意识水平、定向力、语言、视野、凝视以及面瘫等14个项目,分值0~100分,分值越高代表神经功能越佳。Barthel指数主要判定患者的日常生活能力,包括进食、洗澡、穿衣等多个方面,分值越高代表生活能力越强。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计学软件包分析数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用*t*检验;计数资料以百分率表示,采用 $\chi^2$ 检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 按1986年全国第一届脑血管病学术会议通过的《脑卒中临床疗效评定标准》制定。基本痊愈:肢体活动灵活,语言清晰,生活自理;显效:肢体活动功能明显恢复,语言较清晰,生活质量改善;有效:肢体活动功能有进步;无效:治疗后症状无改善或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组愈显率为96.67%,明显高于对照组,组间比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	例(%)				愈显率(%)
		基本痊愈	显效	有效	无效	
观察组	90	48(53.33)	39(43.34)	2(2.22)	1(1.11)	96.67 <sup>①</sup>
对照组	90	18(20.00)	43(47.78)	19(21.11)	10(11.11)	67.78

与对照组比较, ① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后Barthel指数比较 见表2。治疗前,2组Barthel指数基本相当,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗结束后1、3、7、30、90天,观察组Barthel指数均高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 2组治疗前后Barthel指数比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	治疗前	治疗结束后				
		1d	3d	7d	30d	90d
观察组	22.88±16.13	30.32±21.81 <sup>①</sup>	44.77±30.21 <sup>①</sup>	56.43±26.91 <sup>①</sup>	63.79±28.12 <sup>①</sup>	70.82±35.70 <sup>①</sup>
对照组	23.67±23.4	28.69±24.80	28.75±23.19	34.48±25.12	36.49±19.50	40.73±34.28

与对照组同期比较, ① $P<0.05$

4.4 2组治疗前后ESS评分比较 见表3。治疗前,2组ESS评分基本相当,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗结束后1、3、7、30、90天,观察组ESS评分均高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表3 2组治疗前后ESS评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	治疗前	治疗结束后				
		1d	3d	7d	30d	90d
观察组	36.9±16.2	38.8±21.5 <sup>①</sup>	43.9±12.3 <sup>①</sup>	46.7±23.4 <sup>①</sup>	56.6±25.3 <sup>①</sup>	64.7±32.7 <sup>①</sup>
对照组	35.7±14.2	37.5±14.7	39.8±21.8	40.7±20.2	42.4±31.8	44.8±29.3

与对照组同期比较, ① $P<0.05$

### 5 讨论

中医学认为,急性脑梗死属于缺血性中风范畴,其病机在于瘀血停留脑髓,津血郁而外渗,从而损伤脑髓。脑梗死发病过程中一般无神志改变,表现为不经昏仆而突然发生口眼喎斜、语言不利、半身不遂等症,故属中风中经络。因此,中医对急性脑梗死的治疗多通过祛风、养血、活血、化痰通络、化痰通腑、滋阴熄风等法进行辨证施治。有研究报道,清热解毒、化痰通络、益气养血等是急性脑梗死救治的重点措施<sup>[6-8]</sup>。本研究中,观察组使用的清开灵注射液和醒脑静注射液均具有清热解毒、化痰

通络以及醒脑开窍等功效,不但可以有效纠正脑部自由基代谢紊乱,还能降低脑细胞耗氧量。参麦注射液可以益气固脱,养阴生津,生脉,现代药理研究表明,该药可以扩张脑血管,有效保护脑组织,而且还可以减轻缺血/再灌注损伤,保护脑细胞及血脑屏障的完整性,具有较强的破血散瘀之功<sup>[9-10]</sup>。

本研究结果显示,观察组临床疗效愈显率、ESS 评分和 Barthel 指数均高于对照组( $P < 0.05$ ),表明了中西医结合救治急性脑梗死具有十分显著的疗效,可明显改善患者的脑神经功能与日常生活能力,缓解临床不适症状,大大提高生活质量,促进预后。此外,本研究在治疗后 3 天对患者进行针刺和康复治疗,针刺能够改善脑血液循环,增加脑血流量,减轻脑组织损害,同时对卒中后高血黏度等血液流变情况能产生非常有效的治疗作用,可降低血脂,改善脑微循环,及时建立病灶处的侧枝循环,从而有助于肢体功能的恢复、临床症状的改善。近年来,康复训练在脑梗死后的临床治疗应用广泛。早期、科学、合理的康复训练能提高中枢神经系统的可塑性,挖掘损伤修复的潜力,促使神经末端突触再生,克服残疾所造成的障碍,最大限度地恢复运动功能,降低致残率,提高患者的生活质量。该综合疗法值得在临床推广。

[参考文献]

[1] 梁华峰,王宏,张云霞,等.阿替普酶治疗急性脑梗死的临床疗效及安全性[J].当代医学,2011,17(16):144-145.

[2] 张小红,陈亮,薛雪峰,等.中西医结合治疗急性脑梗死 42 例观察[J].实用中医药杂志,2014,30(4):305-306.

[3] 刘洪涛.丁苯酞胶囊治疗急性脑梗死后认知功能损害患者 62 例临床观察[J].中国民族民间医药,2014,12(7):54-55.

[4] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.

[5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.

[6] 梁建,刘国华,李水桥,等.红花黄色素联合依达拉奉治疗急性脑梗死临床观察[J].西部中医药,2014,27(3):105-107.

[7] 吕莉,王志芳,呼延良.阿司匹林联合辛伐他汀治疗急性脑梗死的临床疗效及对血液流变学的影响[J].世界最新医学信息文摘:电子版,2014,14(3):85-86.

[8] 赵焕敏.低分子肝素钙联合丹红注射液治疗急性脑梗死疗效观察[J].临床合理用药,2014,7(4A):57-58.

[9] 鲍世英.银杏达莫注射液联合拜阿司匹林治疗急性脑梗死的疗效观察[J].临床合理用药,2014,7(3C):146,148.

[10] 李宜真.中西医结合治疗急性脑梗死 84 例临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(23):73-74.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)



·书讯· 《消化科专病中医临床诊治》由人民卫生出版社出版。本书根据消化内科临床特点,选择中医诊疗有优势、有特色的专病 14 种,即反流性食管炎、消化性溃疡病、慢性胃炎、上消化道出血、慢性腹泻、慢性功能性便秘、肠易激综合征、胆石症和急性胰腺炎,其中大多数疾病为疑难病。每种疾病均按概述、病因病机、临床表现、实验室和其他辅助检查、诊断要点、预后与转归、预防与调理、现代研究、名医专家论坛、评述、古籍精选等进行全面阐述。其中治疗部分着重指出中西医临床辨病、辨证、治法、用药思维与原则,采用中医综合疗法,中西医结合,治疗方法多样,突出实用实效,可操作性强。难点与对策、经验与体会为本书精华所在,旨在抓住每一疾病在诊断与治疗上的难点,并结合作者多年临床所得指出相应的对策,同时也总结了作者多年临床所得指出相应的对策,同时也总结了作者诊治疾病的经验与用药体会,作为诊疗时的参考。现代研究部分综述了国内外对每一疾病的研究现状,名医专家经验方、医案精选与名医专家经验两个有理论、有实践、有思路、有方法,旨在为读者提供信息、拓宽思路、指导临床。本书内容丰富实用,疗效确切,贴切临床,突出中医优势,反映中医特色,具有较强的临床指导性,是一部不可多得的临床参考书,可供中医、中西医结合内科临床、教学与科研人员参考,也可作为消化科培养专科专病技术人才的辅导读物。每册定价 46 元。需要者请汇款到广州市番禺区大学城外环东路 232 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科收,邮政编码 510006,电话 020-39354129。