

中西医结合治疗急性脑梗死 70 例临床观察

王海东, 靳宝兰, 朱 简

(天津市南开医院, 天津 300100)

【关键词】 脑梗死, 急性; 血塞通注射液; 中医辨证施治

中图分类号: R242; R277.7 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2006)03-0191-01

我们在西医治疗基础上, 加用血塞通注射液及中医辨证施治急性脑梗死, 取得了较好的效果, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例: 选择 2002 年 2 月—2005 年 6 月, 因脑梗死首次发病的本院住院患者 140 例, 按随机数字表法分为两组。治疗组 70 例中男 46 例, 女 24 例; 年龄 42~83 岁, 平均 59.6 岁。对照组 70 例中男 42 例, 女 28 例; 年龄 44~81 岁, 平均 60.8 岁。两组性别、年龄、既往史、并发症、发病到住院治疗时间比较差异均无显著性, 具有可比性。

1.2 诊断标准: ①常见于安静状态下发病; ②大多数发病时无明显头痛和呕吐; ③发病较缓慢, 多逐渐进展或阶段性进行, 多与脑动脉粥样硬化有关, 也可见于动脉炎、血液病等; ④一般发病后 1~2 d 内意识清楚或轻度障碍; ⑤有颈内动脉系统和(或)椎-基底动脉系统症状和体征; ⑥CT 或 MRI 检查; ⑦腰穿脑脊液一般不应含血。

1.3 治疗方法: 对照组采用西医常规治疗, 如调整血压、血脂、血糖; 必要时脱水减轻颅内水肿; 生理盐水注射液 250 ml 或质量分数为 5% 的葡萄糖 250 ml 加胞二磷胆碱 0.75 g 静脉滴注(静滴), 每日 1 次。治疗组在对照组治疗基础上加血塞通注射液 500 mg 入生理盐水或 5% 葡萄糖 250 ml 中静滴, 每日 1 次。配合中医辨证施治: ①肝阳上亢型予平肝潜阳, 用天麻钩藤汤或羚羊角汤加减; ②阴虚风动型予补肾填精, 用地黄饮子加减; ③风痰闭窍型予通腑化痰, 用调胃承气汤加减; ④风痰入络型予通络化痰, 用痰汤加减; ⑤气虚血瘀型予益气活血通络, 用补阳还五汤加减。两组均以 14 d 为 1 个疗程。

作者简介: 王海东(1960-), 男(汉族), 山东临清人, 主治医师。

表 1 两组临床疗效比较

组别	例数(例)	基本痊愈(例)	显著进步(例)	进步(例)	无效(例)	总有效率(例(%))	愈显率(例(%))
治疗组	70	26	29	11	4	66(94.3) [△]	55(78.6)
对照组	70	20	27	9	14	56(80.0)	47(67.1)

注: 与对照组比较: $\chi^2=6.6954$, $\Delta P<0.05$; 无效为无变化+恶化+死亡

表 2 两组治疗前后神经功能缺损评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	差值
治疗组	70	24.91±9.74	13.99±6.90**	10.92±3.66 ^{△△}
对照组	70	24.38±8.97	15.71±7.33**	8.67±4.82

注: 与对照组比较: $t=3.1105$, $\Delta\Delta P<0.01$; 与本组治疗前比较: ** $P<0.01$

表 3 两组治疗前后纤维蛋白原及血小板聚集率比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数(例)	纤维蛋白原(g/L)		血小板聚集率(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	70	5.40±2.17	4.10±2.33*	75.70±8.23	47.00±5.02** ^{△△}
对照组	70	5.60±1.87	4.60±1.94*	76.50±7.44	63.80±8.17**

注: 与治疗前比较: * $P<0.05$, ** $P<0.01$; 与对照组比较: $\Delta\Delta P<0.01$

1.4 疗效标准: 按神经功能缺损程度评分判断其疗效: ①基本痊愈: 评分减少 91%~100%, 病残程度为 0 级; ②显著进步: 评分减少 46%~90%, 病残程度 1~3 级; ③进步: 评分减少 18%~45%; ④无变化: 评分减少在 17% 左右; ⑤恶化: 评分增加 18% 以上; ⑥死亡。

1.5 统计学方法: 计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示, 用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效观察(表 1): 两组总有效率差异有显著性($P<0.05$), 愈显率治疗组高于对照组, 但差异无显著性。

2.2 两组治疗前后神经功能缺损程度评分变化(表 2): 两组治疗后神经功能缺损程度评分均明显减少, 治疗组与对照组平均减少分数比较, 差异有显著性($P<0.01$), 提示治疗组优于对照组。

2.3 两组治疗前后纤维蛋白原及血小板聚集率比较(表 3): 两组治疗后纤维蛋白原及血小板聚集率均有明显下降($P<0.05$ 和 $P<0.01$), 治疗组治疗后血小板聚集率下降较对照组差异有显著

性($P<0.01$), 说明治疗组优于对照组。

3 讨论

祖国医学认为, 脑梗死属“中风”范畴。脑中风乃本虚标实之证, 多由肝肾阴虚、肝阳上亢、火极生风、风火相煽、气血逆乱、痰瘀挟痰、痹阻经脉所致, 病机数变, 风、火、痰、瘀、气、虚相互影响, 相互交织。仅对其一或部分病因、局部病变的单项治疗, 对于纠正整体功能紊乱, 改善全身健康状态不利。我们积极采用中医药治疗, 对机体进行了全面调整。所用中药方剂既能泻火熄风、开窍醒神、活血化瘀、通络化痰以治标, 解除中风之风、火之病因病机, 祛除瘀血、痰湿之邪, 又能大补元气、滋补肝肾、滋水涵木以治本, 使阴阳平衡, 整体功能紊乱得以纠正。具体运用时, 贵在辨证施治, 视不同中医证型而有所侧重, 做到个体化治疗。实践证明, 在西药降颅压、降血压, 对症治疗的同时, 给予活血化瘀中药进行辨证施治, 能更有效地提高临床疗效, 减少病死率、病残率, 改善患者的生存质量。

(收稿日期: 2006-04-05)

(本文编辑: 李银平)