

中西医结合治疗脑梗塞的临床分析

纪汉菊

临沧市凤庆县中医院 云南 675900

〔摘要〕目的 探讨中西医结合治疗脑梗塞效果。方法 挑选 2018 年 3 月-2019 年 3 月我院收治的 200 例脑梗塞患者，随机分成观察组与对照组，每组 100 例。对照组采用西医治疗，观察组实施中西医结合治疗，对比两组治疗效果。结果 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。观察组 NIHSS 评分优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 中西医结合治疗脑梗塞患者，效果突出。

〔关键词〕 中西医结合；脑梗塞；效果

〔中图分类号〕 R743.3 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2020) 04-006-02

脑梗塞属于常见神经内科疾病，脑梗塞主要发病群体为中老年人，近年有年轻化趋势。脑梗塞患者体内诸多组织器官功能都受到损害，病程较长，给患者身心健康带来严重伤害。本文分析中西医结合治疗脑梗塞效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 3 月-2019 年 3 月来我院治疗的 200 例脑梗塞患者，入选条件：经过 CT 与 MRI 检查确诊为脑梗塞；家属签署知情同意书。排除标准：精神疾病者；药物过敏者。观察组男 58 例，女 42 例，年龄 39-72 岁，平均 (55.5 ± 3.8) 岁；病程 1-6 天，平均 (3.5 ± 0.8) 天。对照组男 55 例，女 45 例，年龄 41-74 岁，平均 (57.5 ± 4.2) 岁。两组一般资料对比，无显著性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

所有患者都接受常规治疗，对抗血小板聚集，稀释血液。

对照组采用西医治疗，将奥扎格雷钠与 0.9% 氯化钠溶液混合，静脉注射混合液，每天注射 1 次，每次剂量 80mg，每天服用 1 次阿司匹林，每次剂量 0.1g，每天静脉注射 1 次 20% 的甘露醇，每次剂量 250mL。治疗 1 个疗程，即 3 周。

观察组在对照组基础上，增用中药补阳还五汤治疗，组方为红花、当归各 15g、水蛭 5g、川芎、赤芍各 15g、黄芪 30g，用水煎服，分早晚两次服用。治疗 1 个疗程，即 3 周。

1.3 观察指标^[1]

运用 NIHSS 评分评定两组患者神经功能缺损状况，分数 0-1 分代表神经功能正常，得分 2-4 分代表神经功能轻微受损，得分 5-15 分代表神经功能受到轻度损伤，得分在 16-20 分代表神经功能受到中度损伤，得分超过 20 分说明神经功能受到严重损伤，分数越低说明神经功能受到损伤的程度更轻。

对比两组疗效：病残程度为 0-3 级，患者可以自理生活，神经功能缺损评分降低超过 45%，视为显效；患者可以部分自理生活或无法自理生活，神经功能缺损评分下降 18%-45%，依靠扶持患者可以站立，视为有效；体征没有任何改观，甚至恶化，神经功能缺损评分降低不到 18%，视为无效；总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.4 统计学方法

用 SPSS21.0 分析数据。用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料，t 检验，采用 (%) 表示计数资料， χ^2 检验， $P < 0.05$ 说明差异显著。

2 结果

2.1 两组治疗效果

观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1: 分析两组治疗效果对比 [n(%)]

分组	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	100	72 (72.00)	25 (25.00)	3 (3.00)	97 (97.00)
对照组	100	36 (36.00)	48 (48.00)	16 (16.00)	84 (84.00)
χ^2					9.8284
P					0.0017

2.2 两组治疗前后神经功能缺损评分

对比两组治疗前 NIHSS 评分，无显著性 ($P > 0.05$)。治疗后，两组 NIHSS 评分都有所下降，观察组降低幅度优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

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

分组	例数	治疗前	治疗后
观察组	100	18.05 ± 5.23	5.86 ± 2.97
对照组	100	18.22 ± 5.42	12.15 ± 3.21
t		0.2257	14.3830
P		0.8217	0.0000

3 讨论

目前，随着生活方式与饮食结构的变化，以及人口日益老龄化，脑梗塞患病人数不断增加，脑梗塞的致残率与致死率都极高，给患者的身心都造成严重损伤，并降低患者生活质量。

脑梗塞的病理机制是脑组织出现急性缺血后，神经组织细胞的代谢就会发生

障碍，膜内外离子的平衡被打破，机体释放大量兴奋性氨基酸，同时产生大量自由基，致神经细胞受损，最终引发脑梗塞^[2]。

西医治疗脑梗塞的主要手段是抗血小板凝聚治疗，激活血小板，血小板聚集会引发氧敏感血管床，导致产生阻塞性血管病，而被激活的血小板会聚集于病变位置，最终产生白色血栓。运用西医治疗，治疗效果欠佳。

从中医学角度，中医主张脑梗塞属于“中风”领域，认为致病原因是气血被阻滞，阳气不足，阻塞血管，致脑组织被瘀滞阻塞，导致出现诸多症状与体征，比如：出现肢体功能、语言功能障碍，发病之前，患者没有突出症状，发病之后，患者脑组织受到损伤，且很难复原，给患者的正常生活与工作造成严重影响，

大大降低患者的生活品质。

本次研究中，补阳还五汤的功效就是促进血液循环，疏通筋络，祛除瘀滞，增补益气，组方中：川芎、赤芍的作用是去散瘀滞；黄芪的功效是增强脾脏功能，促进胃部正常运转，推动血气正常运行；水蛭可以疏通经络，化解瘀滞；当归则起到养血、补血作用^[3]。上述药物组合，共同发挥作用，其中黄芪可以削弱脂质中

(下转第 9 页)

作者简介：纪汉菊，出生：1976 年 6 月 26 日，籍贯：云南凤庆，民族：汉，职称：中西医结合主治医师，学历：本科，主要从事中医门诊工作。

评分、伴随症状、活动情况，应用的药物疗效和不良反应，疼痛干预后再次评估的结果，疼痛未缓解，提醒医生及时处理，纳入各班次交接内容。⑦反馈：最后将信息反馈给医生。

以上均采用电脑对患者的疼痛程度进行评估、分级、管理。

3 疼痛的信息化管理

疼痛的信息化管理是将疼痛的控制转变为疼痛的管理，其组成人员由专业医师为主体向护理人员转变。护理人员在疼痛管理中起到越来越关键的作用，他们不仅是患者疼痛状态的评估者，也是止痛措施的具体落实者，同时还起着协助其他专业人员的作用，也需要护理人员对患者及其家属进行心理引导和教育。一般的管理流程为：入院、疼痛评估、建立疼痛档案。

疼痛的信息化管理一般的意义为^[7-8]：督促护士主动、自觉学习疼痛评估；改善患者的就医感受；指导患者更好进行自我评估与自我护理，变被动为主动；增加护患之间的交流；对病情了解更为详细，给患者以安全感和信任感；所有的护理措施均详细明确，一目了然，能更好的、更及时的将患者的情况反馈给医生，使医生能准确的调整治疗方案，将疼痛降低到最小；对疼痛患者一直追踪到出院，对住院患者的服药情况及止痛效果较为清楚；对于缩短住院时间，提高患者及家属的满意度，促进医患关系和谐。

4 不足与展望

疼痛评估系统在临床工作中具有极大功能性、快捷性、规范性，但也不可忽视疼痛评估系统在实际应用过程中所遇到的问题和需要改进的地方。因此需要建立切实可行的信息平台，以确保疼痛管理更加科学高效、安全可行的开展。

[参考文献]

[1] 冯丹, 张庆, 周俊, 陈萍. 疼痛评估管理信息化在癌痛规范化示范病房中的应用 [J]. 中国肿瘤临床, 2013, 40 (24): 1512-1516.

[2] 付云. 我国医院信息化现状分析及发展对策 [J]. 医学信息, 2010, 23 (3): 563.

[3] 徐勇勇, 刘月红, 宁义, 等. 生息标准化若干问题探讨 [J]. 中国卫生统计, 2014, 21(1):44.

[4] 王春美, 侯晓红, 减渝梨, 等. 智能体温单信息系统的临床研究 [J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(5):69-71.

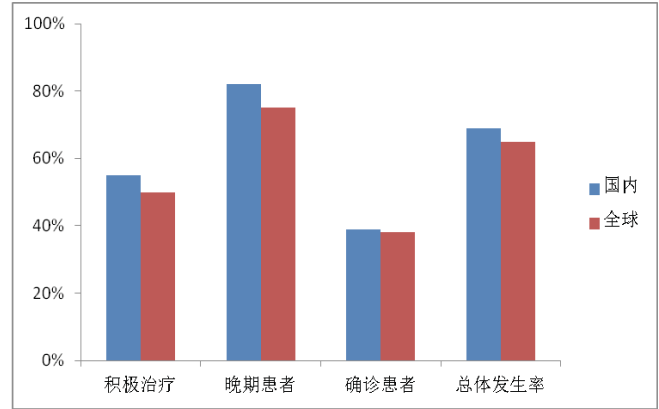
[5] 郭金玉, 李铮. 量表引进的过程及评价标准 [J]. 华护理杂志, 2012, 4 (3):283-285.

2012, 4 (3):283-285.

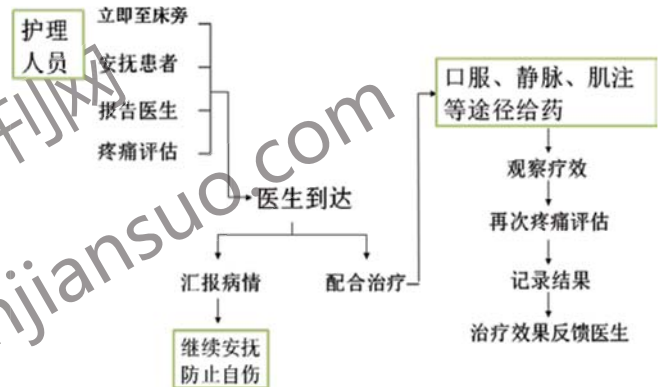
[6] 贺欣萍. 信息化促进护理管理变革 - 访浙江大学医学院附属第一医院护理部主任冯志仙 [J]. 中国护理管理, 2013, 10 (13): 25-26.

[7] 季美华, 吴瑛. Hyeoun-Ac Park.eHealth 在促进医疗卫生公平性和可及性的作用 [J]. 国护理管理, 2013, 13(9):2-3.

[8] 张天. 医学信息在医院管理的应用研究 [J]. 信息与电脑 (理论版), 2010, 19(10):120.



图一：肿瘤患者疼痛发生率



图二：一般的护理流程

(上接第 6 页)

的过氧化，减少自由基，水蛭有助于对抗血小板，红花则起到加大动脉血流量的作用，推动微循环，赤芍可以对凝固的纤维蛋白加以溶解，川芎则有助于推动脑组织中局部血液循环^[4]。

本研究，观察组总有效率高于对照组 (P < 0.05)。观察组的 NIHSS 评分优于对照组 (P < 0.05)。足由此可见，中西医治疗脑梗塞，可以有效改善患者血液循环，并借助全身血液的循环促使药物发挥活血化瘀功效，进而溶解血栓。中西医联合治疗，效果突出。

综上所述，中西医结合治疗急性脑梗塞，可以较好改善患者

神经功能，治疗效果颇佳，值得推广应用。

[参考文献]

[1] 杨青. 急性脑梗塞进行中西医结合治疗的临床效果分析 [J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(18):24-25.

[2] 郭志鉴. 分析中西医结合治疗急性脑梗塞的临床疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(93):143.

[3] 李兴华. 中西医结合治疗脑梗塞的临床疗效分析 [J]. 心理月刊, 2018, 1(06):92-93.

[4] 张艳艳. 中西医结合治疗脑梗死临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(05):560-561.

(上接第 7 页)

下麻醉师能够全程观看到穿刺过程及程度，帮助麻醉师确定麻醉药物浸润情况，确保麻醉效果，提高操作成功率。相较于传统穿刺方法，超声引导下臂丛神经阻滞麻醉法的优势^[4]主要体现在：避免术中二次穿刺，安全性高；麻醉效果好；降低血管危险发生，提高手术质量；镇痛持续时间长等。

本文研究显示，观察组采取超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉法相较于对照组，麻醉优良率更高，操作时间、起效时间、镇痛时长等方面均优于对照组，差异存在显著性 (P < 0.05)，同时观察组并发症发生率明显低于对照组 (P < 0.05)，充分表明超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉效果更佳，安全性高，值得临床推广。

[参考文献]

[1] 黄霖彦, 许颖, 叶亦, 肖春阳. 超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉的临床效果观察 [J]. 名医, 2019(08):136.

[2] 左晓春. 罗哌卡因联合利多卡因对超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉的临床效果观察 [J]. 中国医刊, 2018, 53(12):1377-1379.

[3] 于冰冰, 付红光, 李文波, 李彬, 董铁立, 杨现会. 超声引导下肌间沟联合腋路臂丛神经阻滞麻醉效果的临床研究 [J]. 河南外科学杂志, 2018, 24(01):11-14.

[4] 王勇. 超声引导下臂丛神经阻滞麻醉的临床效果观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(45):8786+8788.