

- [6] 刘佳, 李杰, 张书萌, 等. 稳定型心绞痛的方证对应治疗研究进展 [J]. 中国中医急症, 2020, 29 (12): 2242-2244.
- [7] 刘于春, 王婷, 王曼. 动脉血气 C 反应蛋白 N 末端脑钠肽前体在不同心功能分级的慢性肺源性心脏病患者中的诊断价值 [J]. 山西医药杂志, 2023, 52 (3): 206-210.
- [8] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组, 中华医学会心血管病学分会动脉粥样硬化与冠心病学组, 中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会, 等. 稳定性冠心病诊断与治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46 (9): 680-694.
- [9] 中华中医药学会心血管病分会. 冠心病稳定型心绞痛中医诊疗专家共识 [J]. 中医杂志, 2018, 59 (5): 447-450.
- [10] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013.
- [11] 陈可冀, 吴宗贵, 王晓峰, 等. 理气活血滴丸治疗冠心病稳定型心绞痛中国专家共识 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16 (17): 2441-2444.
- [12] 张爱华, 郭姗姗. 柴胡的临床运用及药理研究 [J]. 中医研究, 2019, 32 (4): 7-9.
- [13] 武隽恣, 温继梨, 康晓博. 柴胡皂苷 D 对心肌缺血再灌注大鼠心脏功能影响及机制 [J]. 医学分子生物学杂志, 2020, 17 (5): 380-385.
- [14] 张明慧. 探讨血府逐瘀汤治疗气滞血瘀型冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛的临床疗效与安全性 [J]. 中医临床研究, 2020, 12 (23): 38-40.
- [15] 何天竺, 辛宇, 宋岩, 等. 丹参-檀香配伍提取物对异丙肾上腺素诱发小鼠心肌缺血损伤的保护作用 [J]. 吉林农业大学学报, 2019, 41 (2): 192-198.

[文章编号] 1007-0893(2023)20-0036-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.20.011

## 补阳还五汤辅助治疗脑血栓的临床疗效

许志荣 陈龙在

(漳浦县医院, 福建 漳浦 363200)

**[摘要]** 目的: 研究脑血栓采取中西医结合内科治疗的有效性。方法: 选取漳浦县医院 2018 年 2 月至 2022 年 2 月期间收治的脑血栓患者 100 例, 采取抽签法分为观察组与对照组, 各 50 例。观察组患者应用中西医结合内科治疗, 对照组患者应用常规西药治疗, 分析比较两组患者的治疗有效率、并发症 (肺部感染、褥疮、消化道出血、下肢深静脉血栓) 发生率、治疗前后血流变指标、神经功能损伤评分、生活能力评分、生活质量评分。结果: 观察组患者治疗总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者的并发症 (肺部感染、褥疮、消化道出血、下肢深静脉血栓) 发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 观察组患者的神经功能损伤评分低于对照组, 生活能力评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 观察组患者的血浆黏度、红细胞数量、全血黏度均低于对照组, 血小板计数高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 观察组患者生活质量评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 中西医结合内科治疗脑血栓效果显著, 可提升患者的生活质量, 使患者神经功能损伤减轻, 提高患者的生活能力。

**[关键词]** 脑血栓; 补阳还五汤; 中西医结合疗法

**[中图分类号]** R 743.3 **[文献标识码]** B

近几年, 脑血栓发病率逐年上升, 患者发病后会严重影响其正常生活<sup>[1]</sup>。脑血栓为临床神经内科疾病当中的重要一种, 具备致死率高、发病率高的特点, 一般由于脑皮质以及人体脑动脉主干产生粥样硬化, 会造成脑部血供不足, 使其中局部神经系统疾病产生, 未得到及时有效治疗使脑血栓症状加重, 使患者产生偏瘫以及生活不能自理, 影响患者的生活质量, 并对其生命健康造

成危险, 为患者的家庭经济带来一定的压力<sup>[2]</sup>。因此需要高度重视脑血栓的预防以及相应治疗。医疗卫生机构以及医护人员应不断探索脑血栓, 创造脑血栓新型护理及治疗方式, 提高临床治疗效果, 将脑血栓有效控制, 促进血栓疾病预防及治疗工作开展。临床医学对于脑血管疾病一般利用西药治疗, 其采取溶栓, 建立侧支循环、抗血小板聚集等方面治疗, 具备良好的治疗效果, 但有

**[收稿日期]** 2023 - 08 - 07

**[作者简介]** 许志荣, 男, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合内科、神经内科。

一定的局限性。伴随中医逐步进步及发展，中医针对脑血栓治疗效果较为理想，中药治疗更具备较高的安全性。因此，在治疗脑血栓过程中需要将中医药知识以及西药知识联合实现互补互助，共同治疗，并帮助患者实现神经功能改善，避免脑血栓反复产生，促进患者尽早回归正常生活。本研究对漳浦县医院中西医结合内科治疗脑血栓的有效性展开分析，报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取漳浦县医院 2018 年 2 月至 2022 年 2 月期间收治的脑血栓患者 100 例，采取抽签法分为观察组与对照组，各 50 例。观察组男性 28 例，女性 22 例；年龄 45~74 岁，平均年龄 (58.31 ± 1.37) 岁。对照组男性 27 例，女性 23 例；年龄 46~75 岁，平均年龄 (58.32 ± 1.35) 岁。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。

#### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合脑血栓诊断标准<sup>[3]</sup>；(2) 临床一般资料完整；(3) 对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 治疗禁忌证者；(2) 存在认知功能及精神障碍者。

#### 1.3 方法

1.3.1 对照组 采取常规治疗，为其采取西药溶栓，并结合抗血小板聚集、侧支循环建立等治疗，对于患者实施丁苯酞氯化钠注射液 (石药集团恩必普药业有限公司，国药准字 H20100041) 静脉滴注，每日 2 次，每次 100 mL；并联合阿司匹林肠溶胶囊 (天津力生制药股份有限公司，国药准字 H10970344) 口服，每日 1 次，每次 100 mg；阿托伐他汀钙 (辉瑞制药有限公司，国药准字 J20030047) 口服，每日 1 次，每次 20 mg。治疗 1 个月。

1.3.2 观察组 在对照组治疗期基础上采取补阳还五汤加减治疗，组方：黄芪 30 g，当归 15 g，川芎 9 g，地龙 12 g，赤芍 12 g，桃仁 9 g。下肢偏重加牛膝 9 g、杜仲 12 g、桑寄生 20 g；上肢偏重加桂枝 9 g；肢体麻木加木瓜 12 g、伸筋草 9 g；肌张力高加桑枝 15 g、水蛭 9 g。每日 1 剂，放入 500 mL 清水浸泡，并煎煮 30 min 以上取汁 300 mL，分早晚服用。服用中药过程中适当为患者结合针灸辅助治疗，采取平补平泻，选穴：风池、肩井、肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、足三里、阳陵泉、丰隆、梁丘、太冲、太溪。每日 1 次，治疗 1 个月。

#### 1.4 观察指标

疗效判定、并发症、治疗前后血流变指标 (血流变分析仪检测，毛细管式黏度计法)、神经功能损伤评分、

生活能力评分、生活质量评分。(1) 疗效判定依据临床神经功能缺损评分标准评价<sup>[4]</sup>，分值为 0~20 分，2~6 分为轻度，6~15 分为中重度，15 分以上为重度，分值越高表示患者的神经功能缺损越重。显效：神经功能缺损评分降低 90% 以上；有效：神经功能缺损评分降低 60%~89%；无效：神经功能缺损评分降低 60% 以下；总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

(2) 对于日常生活能力判定采用日常生活活动 (activity of daily living, ADL) 量表评定<sup>[5]</sup>，主要包含患者的日常行为，每项评分 10 分，61~100 分代表可生活自理；得分 41~60 分代表生活需要适当辅助；0~40 分则代表生活不能自理。(3) 生活质量评分采取生活质量评价量表 (short form 36 questionnaire, SF-36) 评估<sup>[6]</sup>，每项评分均为 0~100 分，分数高表示患者生活质量高；

(4) 观察两组患者并发症发生情况。

#### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用  $t$  检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 [n = 50, n (%)]

组别	有效	显效	无效	总有效
对照组	15(30.00)	25(50.00)	10(20.00)	40(80.00)
观察组	20(40.00)	29(58.00)	1( 2.00)	49(98.00) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者并发症发生率比较

观察组患者的并发症 (肺部感染、褥疮、消化道出血、下肢深静脉血栓) 发生率低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较 [n = 50, n (%)]

组别	肺部感染	褥疮	消化道出血	下肢深静脉血栓	总发生
对照组	3(6.00)	4(8.00)	3(6.00)	2(4.00)	12(24.00)
观察组	1(2.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1( 2.00) <sup>b</sup>

注：与对照组比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者治疗前后神经功能损伤评分、生活能力评分比较

治疗前，两组患者的神经功能损伤评分、生活能力评分比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；治疗后，观察组患者的神经功能损伤评分低于对照组，生活能力评

分高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表3。

表3 两组患者治疗前后神经功能损伤评分、生活能力评分比较  
( $n = 50, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	神经功能损伤评分	生活能力评分
对照组	治疗前	17.37 ± 1.26	32.42 ± 1.28
	治疗后	8.33 ± 1.41	49.15 ± 1.47
观察组	治疗前	17.15 ± 1.35	32.37 ± 1.26
	治疗后	5.14 ± 1.44 <sup>c</sup>	75.67 ± 1.48 <sup>e</sup>

注:与对照组治疗后比较,<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

#### 2.4 两组患者治疗前后血流变指标比较

治疗前,两组患者的血浆黏度、红细胞数量、全血黏度、血小板计数比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,观察组患者的血浆黏度、红细胞数量、全血黏度均低于对照组,血小板计数高于对照组,差异具有统

计学意义( $P < 0.05$ ),见表4。

表4 两组患者治疗前后血流变指标比较( $n = 50, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	血浆黏度 /mPa·s	红细胞数量 / $\times 10^{12} \cdot L^{-1}$	全血黏度 /mPa·s	血小板计数 / $\times 10^9 \cdot L^{-1}$
对照组	治疗前	251.43 ± 1.42	6.42 ± 1.33	5.43 ± 1.37	82.41 ± 1.32
	治疗后	240.67 ± 1.41	5.46 ± 1.42	4.31 ± 1.52	95.42 ± 2.72
观察组	治疗前	251.42 ± 1.35	6.43 ± 1.58	5.15 ± 1.31	82.46 ± 1.37
	治疗后	223.22 ± 1.36 <sup>d</sup>	4.34 ± 1.28 <sup>d</sup>	3.35 ± 1.21 <sup>d</sup>	124.32 ± 1.75 <sup>d</sup>

注:与对照组治疗后比较,<sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

#### 2.5 两组患者治疗前后生活质量评分比较

治疗前,两组患者的生活质量评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,观察组患者生活质量评分高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表5。

表5 两组患者治疗前后生活质量评分比较  
( $n = 50, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	生理区间	身体功能	心理角度	社会能力	家庭关系
对照组	治疗前	67.42 ± 1.41	67.44 ± 1.32	64.42 ± 1.34	66.41 ± 1.33	65.45 ± 1.34
	治疗后	74.62 ± 1.48	74.45 ± 1.42	74.22 ± 1.52	75.42 ± 2.71	75.75 ± 0.35
观察组	治疗前	67.43 ± 1.31	67.41 ± 1.53	64.15 ± 1.31	66.35 ± 1.37	65.42 ± 1.35
	治疗后	92.22 ± 1.32 <sup>e</sup>	93.33 ± 1.24 <sup>e</sup>	92.35 ± 1.23 <sup>e</sup>	91.32 ± 1.74 <sup>e</sup>	93.58 ± 0.47 <sup>e</sup>

注:与对照组治疗后比较,<sup>e</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

近几年,伴随人口老龄化逐步发展,我国老龄人口逐步增多,老年人身体各项机能功能逐步退化,免疫力降低会使脑血栓的发生概率提高。其诱因可能与高血压、高血糖、高血脂等疾病相关,使患者血小板不断增多、聚集,提高血液黏稠度,诱发脑血管损害,使血管壁增粗、诱发管腔狭窄,并造成血流速度缓慢,诱发机体内胆固醇大量聚集。在内膜下沉积,使血管壁的薄厚程度有一定差异。血栓最终会在血液及血小板的纤维素中沉积而产生,脑血栓轻微症状表现一般为视物模糊、无力、头昏、头痛、肢体运动不灵、感觉迟钝等,但脑血栓发生位置具备差异,产生的症状有所不同。脑血栓为临床医学常见的心脑血管疾病,患者患病后会产生生命功能损害,在一定程度上对患者的运动能力、认知能力造成影响,进一步影响正常生活,使患者丧失自理能力,影响日常生活质量。部分脑血栓患者未得到及时有效治疗,会产生偏瘫,使患者卧床,家属需要长期照护,为家庭带来负担。由于患者长期卧床无法生活自理,会造成患者悲伤、抑郁等负性情绪,对患者治疗配合造成不利影响。现阶段,临床对于脑血栓一般采取西药溶栓,侧支循环建立以及抗血小板聚集,获得一定疗效,但存在局限性。中西医结合内科治疗方式当中能够不断实践探索总结,与西药治疗相比,安全性较高。同时,中药药性温和、整体副作用较小,能够帮助患者改善病情<sup>[7-8]</sup>。应用中医药治疗过程中需要结合患者的自身症状,以中

药补阳还五汤为基础,合理加减,并制定针对性药方,能够及时缓解临床症状,针对患者脑血栓病情进行控制中,针对脑血栓应做到对症下药<sup>[9-10]</sup>。患者血亏气虚、脉络不畅等症状可服用补气养血药物及促进经络通畅等药物治疗,基础药方中各类中药可益气养血、活血化瘀,使患者血脂水平改善,及时调节血流速度。患者服用此药方能够治疗血栓,使其自身神经功能尽早恢复,并将头晕、头痛、小便失禁、语言不清、高血压等症状改善,及时达到对症下药的目的,提高生活能力<sup>[11-13]</sup>。中医针灸主要作用为帮助患者活血化瘀、疏通经络,及时辅助患者进行脑血栓治疗,对脑血栓患者病情康复具备重要意义。对于上述研究分析发现,中西医结合治疗患者的病情恢复更快,可将西医、中医的治疗优势积极发挥,二者协同治疗,帮助患者恢复神经功能,使其生活能力提高,进一步提升生活质量,复发率较低<sup>[14-15]</sup>。

本研究发现,观察组患者治疗总有效率高于对照组,观察组患者的并发症(肺部感染、褥疮、消化道出血、下肢深静脉血栓)发生率低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者的神经功能损伤评分低于对照组,生活能力评分高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者的血浆黏度、红细胞数量、全血黏度相比对照组更低,血小板计数高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者生活质量评分高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。因此,补阳还五汤加减治疗组方为

黄芪, 当归, 川芎, 地龙, 赤芍, 桃仁, 黄芪可具备补元气、通络、祛瘀的效果。当归可存在止痛祛瘀, 桃仁、红花能够舒经活络, 诸药联合有利于化瘀通络、扶正祛邪, 具备止痛益气功效。针灸辅助治疗, 选穴为风池、肩井、肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、足三里、阳陵泉、丰隆、梁丘、太冲、太溪, 能够实现气血疏通, 并能够注重强化肢体感觉刺激, 使患者神经结构的兴奋性提高, 使其神经功能恢复速度加快。

综上所述, 脑血栓采取中西医结合内科治疗有利于提升患者的生活质量, 改善神经功能, 使其生活能力提高。

#### [参考文献]

- [1] 祖洪艳. 中西医结合治疗脑血栓临床效果观察 [J]. 中国城乡企业卫生, 2023, 38 (5): 145-147.
- [2] 胡光. 中西医结合治疗脑血栓的研究进展 [J]. 内蒙古中医药, 2022, 41 (7): 150-151.
- [3] 齐大千. 头部 CT 检查诊断脑血栓的应用及价值探究 [J]. 中国医药指南, 2021, 19 (17): 53-54.
- [4] 陶子荣. 我国脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准信度、效度及敏感度的评价 [J]. 第二军医大学学报, 2009, 30 (3): 283-285.
- [5] 刘婷, 蔡奔, 陈南星, 等. 缺血性脑卒中病人日常生活活动能力的影响因素分析 [J]. 蚌埠医学院学报, 2021, 46 (5): 669-672.
- [6] 段宏为, 王筱筱, 王爱红. 自我管理项目对脑卒中患者生活质量和负面情绪影响的 Meta 分析 [J]. 中国全科医学, 2020, 23 (2): 147-155.
- [7] 李婧, 武能坤, 吕祥龙. 加减地黄饮子治疗脑血栓形成恢复期患者对 MAS 和 NIHSS 评分的影响 [J]. 中国现代医生, 2021, 59 (21): 26-29.
- [8] 刘宇娜, 葛永祥, 张文涛, 等. 急性动脉粥样硬化性脑血栓患者外周血 sdLDL-C、Hcy 水平变化意义分析 [J]. 中华保健医学杂志, 2021, 23 (3): 258-261.
- [9] 邹全, 张晓玲, 唐春林, 等. 气虚血瘀型脑血栓采用加味补阳还五汤治疗的有效性分析 [J]. 中国实用医药, 2021, 16 (14): 159-161.
- [10] 李领召. 中西医结合治疗脑血栓形成临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2020, 36 (12): 1585-1586.
- [11] 刘军. 探讨中西医结合内科治疗脑血栓的临床疗效 [J]. 黑龙江中医药, 2020, 49 (6): 24-25.
- [12] 王刚. 中西医结合治疗脑血栓临床疗效观察 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29 (20): 34-35.
- [13] 马春雷. 中西医结合内科治疗脑血栓的临床疗效研究 [J]. 中国实用医药, 2019, 14 (8): 130-131.
- [14] 胡光. 中西医结合治疗脑血栓的研究进展 [J]. 内蒙古中医药, 2022, 41 (7): 150-151.
- [15] 黄长荣. 中西医结合治疗脑血栓急性期临床观察 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17 (21): 111-112.

[文章编号] 1007-0893(2023)20-0039-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.20.012

## 小续命汤治疗脑梗死偏瘫患者的临床疗效

吴艳花 廖永华

(上犹县人民医院, 江西 上犹 341200)

**[摘要]** 目的: 分析小续命汤治疗脑梗死偏瘫患者的临床疗效。方法: 选取上犹县人民医院在 2021 年 6 月至 2023 年 5 月期间收治的脑梗死偏瘫患者 72 例为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组与观察组, 各 36 例。对照组患者给予西医常规综合治疗, 观察组患者在对照组的基础上给予小续命汤治疗, 比较两组患者的临床疗效、中医证候积分、神经功能缺损情况及不良反应发生率。结果: 治疗后观察组患者各项中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者治疗总有效率为 97.22%, 高于对照组的 80.56%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后观察组患者血清中枢神经特异蛋白 (S-100 $\beta$ )、神经元特异性烯醇化酶 (NSE)、髓鞘碱性蛋白 (MBP) 水平及美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 针对脑梗死偏瘫患者, 联合小续命汤治疗, 利于改善患者中医证候, 且对患者神经功能缺损程度有改善作用, 且安全性高。

**[关键词]** 脑梗死; 偏瘫; 小续命汤; 阳虚证

**[中图分类号]** R 743.3 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2023-08-13

[作者简介] 吴艳花, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医内科学。