

缺血性脑血管病中西医结合治疗的临床价值研究

许慧娟 崔莉 孙路 陈艳丽^{通讯作者}

(徐州九如城九云康复医院神经康复科 江苏徐州 221004)

摘要:目的:探究中西医结合治疗缺血性脑血管病的临床价值。方法:试验时间2018年3月-2023年3月,受试对象50例,随机选于我院神经内科,将其分成对照组(患者25,给予西药治疗)和结合组(患者25,给予中西医结合疗法),比对患者血脂水平、神经缺损程度、治疗不良反应、疗效及致残率等指标。结果:结合组总有效率(88%)高于对照组,中医证候总积分低于对照组, $P < 0.05$;治疗前血脂水平无显著差异, $P > 0.05$,治疗后结合组TG、TC、LDL-C水平更低, $P < 0.05$;治疗前功能评分无显著差异 $P > 0.05$,治疗后结合组NIHSS评分低于对照组,FMA、Berg、MBI评分高于对照组, $P < 0.05$;结合组治疗后不良反应率(8%)低于对照组的16%, $P > 0.05$,结合组治疗后患者致残风险率更低,正常行走和住院天数小于对照组, $P < 0.05$ 。结论:中西医结合疗法在缺血性脑血管病临床治疗中临床价值确切,用药后患者脑组织缺血性症状明显得到改善,血脂水平和预后致残风险明显降低。

关键词:缺血性脑血管病;中西医结合疗法;治疗效果;临床价值;神经缺损;致残率

缺血性脑血管病(ischemic cerebral diseases)是各类缺血性脑血管疾病的总称,主要包括脑梗死、短暂性脑缺血发作、椎基底动脉供血不足和脑动脉盗血综合征等。上述疾病起病急、病情发展迅速,临床病死率和残废率极高,严重威胁老年群体的生命健康^[1]。研究表明,缺血性脑疾病患者动脉粥样硬化致使血管门狭窄闭塞,形成血栓后正常血液循环受阻,患者表现为头痛、头晕、耳鸣和目眩等综合症状。近几年随着我国人口老龄化趋势的不断加剧,缺血性脑血管病患病率也在不断升高,缺血性脑血管病一旦确诊,应尽快就近接受科学临床治疗^[2-3]。以往临床常规治疗方式为抗血小板治疗,常用药物有阿司匹林和氯吡格雷,针对缺血性卒中患者可加强他汀类药物治疗,稳定血管内斑块,抗动脉粥样硬化^[4]。近几年我国传统中医学越来越得到临床医务人员的认可,相关研究表明,中西结合疗法可强化缺血性脑血管病患者治疗效果,有效调节患者血脂水平,减轻患者神经缺损程度,降低预后残废率。文章选取我院神内科住院部缺血性脑血管病患者作为此次研究对象,评价中西医结合治疗临床价值,报道如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

试验时间:2018年3月-2023年3月,受试对象共50例,随机选于我院神经内科,将其分成对照组、结合组,每组患者25例,其中,对照组男患15,女患10,年龄48-78岁,均值(58.42 ± 5.69)岁;结合组男患14,女患11,年龄49-79岁,均值(58.64 ± 4.23)岁,对比 $P > 0.05$ 。患者症状和体征完全符合缺血性脑血管病诊断标准,排除肝、肾、肺和心功能障碍者。

1.2 方法

对照组患者给予西药治疗,100mg阿司匹林口服,1次/d+20mg阿托伐他汀口服,1次/d。结合组患者给予中西医结合疗法,西医方案与对照组一致,中医组方为补阳还五汤,方剂组成:10g赤芍、归尾、地龙,6g川芎、桃仁、红花,黄芪随症加减用量,剂量在30-120g之间。气虚血瘀者加白附子、炙甘草、生地黄和丹参;风痰瘀滞者加白术、半夏、胆南星和茯苓;痰热者加珍珠、羚羊角粉、丹皮和夏枯草,加水煎煮,每天1剂,分早晚服用,治疗28天。针灸:利用醒脑开窍法,选穴太三阴交、阴陵泉、患侧水沟和风池等穴位。

1.3 观察指标

(1)对比治疗效果,显效:患者NIHSS评分与治疗前相比至少下降45%,病残程度0级,可自理能力正常;有效:NIHSS评分与治

疗前相比下降20-45%,病残程度1-3级,部分可自理;无效:NIHSS评分未改变,自理能力严重受限;统计两组缺血性脑血管病中医证候积分之和,分值越低说明患者症状改善情况越明显。(2)采集两组缺血性脑血管病患者静脉血,测定TC、TG、LDL-C、HDL-C等血脂指标水平;(3)包括分别利用NIHSS、FMA、MBI、Berg等量表评价患者神经缺损程度、肢体运动功能、自理能力和肢体平衡能力,4项量表除NIHSS一项,其余指标均为分值越高越好。(4)统计两组治疗不良反应,包括皮疹、头晕、胃肠不适,统计两组缺血性脑血管病患者致残率,记录患者恢复正常行走时间和住院总天数。

1.4 统计学分析

研究数据的处理方法即SPSS23.0系统,计量数据中医证候积分、神经缺损程度、运动、自理、肢体平衡能力的表示方法是($\bar{x} \pm s$),组间对比由t值检验;计数数据治疗效果、不良反应、残废率的表示方法是[(n)%],组间对比由 χ^2 值检查;结果为 $P < 0.05$ 时表示差异显著,统计学意义存在;结果为 $P > 0.05$ 时表示差异不显著,统计学意义不存在。

2. 结果

2.1 对比两组疗效和证候积分

结合组总有效率(显效+有效=88%)高于对照组,中医证候总积分低于对照组, $P < 0.05$,见表。

表1 疗效、证候积分对比($\bar{x} \pm s, n$)

组别	治疗效果			总有效率	中医证候总积分	
	显效	有效	无效		治疗前	治疗后
结合组 (n=25)	14(56.00)	8(32.00)	3(12.00)	22(88.00)	33.66 ± 4.03	13.02 ± 3.28
对照组 (n=25)	8(32.00)	8(32.00)	9(36.00)	16(64.00)	34.08 ± 3.28	25.14 ± 4.59
T/ χ^2	-	-	-	3.9474	0.4042	10.7418
p	-	-	-	0.0469	0.6879	0.0000

2.2 对比两组血脂水平

治疗前血脂水平无显著差异 $P > 0.05$,治疗后结合组TG、TC、LDL-C低于对照组, $P < 0.05$,见表。

表2 血脂水平对比($\bar{x} \pm s, \text{mmol/L}$)

时间	项目	结合组 (n=25)	对照组 (n=25)	T值	P值
治疗前	TG	6.03 ± 0.84	6.04 ± 0.82	0.0426	0.9662
	TC	1.84 ± 0.48	1.83 ± 0.44	0.0768	0.9391

治疗后	HDL-C	1.37 ± 0.76	1.34 ± 0.63	0.1519	0.8799
	LDL-C	3.63 ± 0.23	3.64 ± 0.26	0.1440	0.8861
	TG	3.83 ± .82	4.41 ± 1.14	2.0651	0.0443
	TC	1.43 ± 0.18	1.81 ± 0.84	2.2117	0.0318
	HDL-C	2.14 ± 0.34	1.83 ± 0.28	3.5191	0.0010
	LDL-C	1.78 ± 0.82	3.01 ± 0.84	5.2390	0.0000

2.3 对比两组缺血性脑血管病患者量表评分

治疗前功能评分无显著差异 $P > 0.05$, 治疗后结合组 NIHSS 评分更低, FMA、Berg、MBI 评分则高于对照组, $P < 0.05$, 见表。

表 3 缺血性脑血管病患者量表评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	项目	结合组 (n=25)	对照组 (n=25)	T 值	P 值
治疗前	NIHSS	25.61 ± 2.75	25.55 ± 2.21	0.0850	0.9326
	FMA	55.55 ± 9.57	55.51 ± 6.72	0.0171	0.9864
	MBI	55.25 ± 6.15	55.35 ± 6.22	0.0572	0.9547
	Berg	23.59 ± 3.21	23.66 ± 5.50	0.0550	0.9564
治疗后	NIHSS	10.57 ± 2.22	19.19 ± 2.53	12.8049	0.0000
	FMA	75.19 ± 5.26	63.22 ± 5.15	8.1303	0.0000
	MBI	76.77 ± 5.67	66.51 ± 5.61	6.4316	0.0000
	Berg	77.52 ± 6.52	69.71 ± 5.25	4.6649	0.0000

2.4 对比两组治疗不良反应、致残率、正常行走和住院天数

结合组治疗后不良反应率为 8%, 低于对照组的 16%, $P > 0.05$, 结合组治疗后患者致残风险率更低, 正常行走和住院天数低于对照组, $P < 0.05$, 见表。

表 4 治疗不良反应、致残率、康复指标对比 (n%; $\bar{x} \pm s$)

组别	致残风险				正常行走时间 (d)	住院天数 (d)
	皮疹	头晕	胃肠不适	总发生率 (%)		
结合组 (n=25)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (8.00)	2 (8.00)	0 (0.00)	26.51 ± 2.14
对照组 (n=25)	1 (4.00)	1 (4.00)	2 (8.00)	4 (16.00)	5 (20.00)	54.62 ± 8.66
T/X ²	-	-	-	0.7576	5.5556	15.75596.3176
p	-	-	-	0.3841	0.0184	0.0000 0.0000

3. 讨论

缺血性脑血管病 (简称: ICVD) 目前已经成为造成我国老年人死亡的主要原因, 分析其诱发原因, 与患者不规律作息、不良饮食习惯、吸烟酗酒和情绪不畅等因素均有关。西医学认为缺血性脑血管病致病原因较复杂, 相关研究表明任何影响到人体脑血管壁功能结构、血流动力学和血液成分的因素都有可能诱发 ICVD。其常见诱发疾病包括动脉炎、动脉粥样硬化, 血管痉挛, 心脏瓣膜病和血管系统病变等。临床针对 ICVD 治疗方式主要包括两种, 即内科保守药物治疗和外科介入溶栓治疗, 治疗方法需根据患者病情严重程度选择, 临床早期一般行抗凝治疗, 口服阿司匹林, 对于合并症患者严格控制其血糖血脂和血压水平^[5]。

临床研究表明, 西药治疗可在一定程度上改善患者血液高凝状态, 促进脑组织血液循环, 临床治疗效果尚可。从传统中医学角度讲, 缺血性脑血管疾病属中风、眩晕、类中风等范畴, 患者表现为肝阳暴亢、风火上扰, 疾病康复期表现为风痰阻络、筋骨失养、气血亏虚和精血不足, 患者主症头晕头痛、口眼歪斜、耳鸣目眩, 也可突发半身不遂、舌强语蹇、手足重滞。治疗要点应为平肝潜阳, 清淤通络^[6]。文章使用补阳还五汤治疗 ICVD, 主治中风之气虚血瘀证, 加水煎煮后取汁服用, 可起到活血通络, 补血益气之功效。在缺血性脑血管病患者康复期施加针灸疗法, 穴位治疗可减少脑血管阻力, 激发患者神经功能, 提高脑组织血流量, 对患者穴位和机体产生正向刺激, 加快神经功能修复, 进一步提高神经传导速度^[7]。

文章研究结果显示, 结合组显效+有效 (88%) 高于对照组, 中医证候总积分 (13.02 ± 3.28) 低于对照组, $P < 0.05$, 结果表明, 中西医结合疗法治疗 ICVD 有效率更高; 治疗前血脂水平无显著差异, $P > 0.05$, 治疗后对照组 TG、TC、LDL-C 高于结合组, $P < 0.05$, 说明中西医结合疗法可有效调节患者血脂水平; 治疗前功能评分无显著差异 $P > 0.05$, 治疗后结合组 NIHSS 评分低, FMA、Berg、MBI 评分高, $P < 0.05$, 缺血性脑血管病患者康复期施加针灸疗法, 可加速神经功能恢复, 提高愈后自理和肢体活动能力^[8]。结合组治疗后不良反应率为 8%, 对照组为 16%, 结合组更低, $P > 0.05$, 结合组治疗后患者致残风险率更低, 正常行走和住院天数低于对照组, $P < 0.05$, 说明中医中西医结合疗法, 可有效控制 ICVD 患者致残率, 降低治疗不良反应^[9]。

综上所述, 中西医结合疗法在 ICVD 临床治疗中临床价值确切, 用药后患者脑组织缺血性症状明显得到改善, 血脂水平降低, 致残风险下降。

参考文献:

- [1] 贾慧蒂. 中西医结合治疗老年期脑血管病所致精神障碍的效果观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(22): 163.
- [2] 任国华, 史建慧. 高危非致残性缺血性脑血管病中西医结合临床研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(89): 33-34.
- [3] 丁金明. 中西医结合治疗缺血性老年脑血管病的方法及效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(65): 195-196.
- [4] 韩佳容, 孙薇, 魏建刚, 杨建波, 张倩, 张小宁. 探讨缺血性脑血管病中西医结合治疗的临床效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(63): 7-8.
- [5] 孙志强. 观察中西医结合方法治疗脑血管病偏瘫临床效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(25): 32+34.
- [6] 赵文化. 糖尿病并发脑血管病患者给予中西医结合治疗的意义评价[J]. 实用糖尿病杂志, 2018, 14(03): 22-23.
- [7] 吴仁擎. 中西医结合治疗急性缺血性脑血管病 60 例临床观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(10): 49-51.
- [8] 文荣初, 陈智文, 冯婉玲, 陈蕴熙. 中西医结合治疗急性脑血管病并发肩手综合征疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(23): 33-35.
- [9] 唐晖. 中西医结合治疗急性缺血性脑血管病 42 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(08): 46-47.