

化痰通腑汤治疗中风急性期的疗效分析

李建树 唐 静 唐杰枚 梁光荣
核工业卫生学校 湖南衡阳 421002

[摘要] 目的 总结并归纳化痰通腑汤治疗中风急性期的疗效。**方法** 选取 2016 年 4 月至 2017 年 4 月期间我院收治的 80 例中风急性期患者为研究对象, 临床采用计算机表法将研究对象分为两组, 治疗组和对照组各 40 例, 对照组使用常规治疗, 治疗组在对照组基础上采用化痰通腑汤进行治疗, 两小组采取相同的治疗时间, 在此过程中, 对两组患者进行观察, 具体比较内容为两组患者临床治疗效果以及患者满意率, 随访 1 年, 比较两组 1 年内中风发作率。**结果** 治疗组临床治疗有效率和满意率分别为 100.00% (40/40) 和 92.50% (37/40), 均明显高于对照组的 90.00% (36/40) 和 75.00% (30/40), 两者之间差异显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$); 随访 1 年, 治疗组中风发作率为 10.00% (4/40), 明显低于对照组的 27.50% (11/40), 两者之间差异显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 化痰通腑汤治疗中风急性期患者疗效显著, 可提升临床有效率及患者满意率, 降低 1 年内患者中风发作率, 有利于降低发生医患纠纷的可能性。

[关键词] 化痰通腑汤; 中风; 急性期; 疗效; 满意

[中图分类号] R255.2

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 06-125-02

中风也称为脑卒中, 临床致残率和致死率均较高, 以脑部缺血及出血性损伤症状为主要临床表现^[1], 如头痛、眩晕、呕吐、意识障碍等。中风是世界上最重要的致死性疾病之一, 中风的死亡率也有随年龄增长而上升的趋势, 由于一直缺乏有效的治疗措施, 目前认为预防是最好的措施^[2]。本文总结并归纳化痰通腑汤治疗中风急性期的疗效, 并在研究过程中取得一定的疗效, 现将临床资料报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 4 月至 2017 年 4 月期间我院收治的 80 例中风急性期患者为研究对象, 纳入标准: ①在我院被诊断为中风急性期患者; ②临床资料完整者; ③本人及其家属对本研究知情且签署同意书者。排除标准: ①有严重的系统性疾病者; ②有精神病史者。临床采用抽签法将 80 例中风急性期患者分为两组, 治疗组和对照组各 40 例, 其中治疗组: 男 16 例, 女 24 例; 年龄 48-77 岁, 平均 (61.45±1.87) 岁; 病程 7-18d, 平均 (11.03±0.68) d; 对照组: 男 17 例, 女 23 例; 年龄 46-78 岁, 平均 (61.42±1.85) 岁; 病程 6-17d, 平均 (11.06±0.62) d。两组患者均在中风发作后 0-24h 入院, 在各项指标上 P 值均大于 0.05, 数据从统计结果, 不具有意义, 具有比较价值。

1.2 方法

对照组使用常规治疗, 包括吸氧治疗、营养支持、血压控制、脱水治疗、抗感染等常规治疗方案。

治疗组在对照组基础上采用化痰通腑汤进行治疗, 处方如下: 全瓜蒌 30g, 胆南星、生大黄 (后下) 各 10g, 芒硝 6-9g 冲服。随症加减: 热象明显者加黄芩、栀子、丹皮各

10g; 年老津亏者加生地、麦冬各 15g; 语言不利者加石菖蒲 10g, 全蝎 6g; 淤血严重者加鸡血藤 30g, 丹参 15g, 桃仁、川芎各 10g。以 250ml 温水煎服, 每日 1 剂, 分早晚临床温服。

两小组采取相同的治疗时间, 均持续治疗 1 个月。在此过程中, 对两组患者进行观察, 具体比较内容为两组患者临床治疗效果以及患者满意率, 随访 1 年, 比较两组 1 年内中风发作率。

1.3 观察指标

疗效评定标准: 采用尼莫地平积分法, ①基本恢复: $\geq 81\%$; ②显效: 56%-80%; ③有效: 36%-55%; ④好转: 11%-35%; ⑤无效: $< 11\%$ 。临床有效率 = (基本恢复 + 显效 + 有效 + 好转) / 总例数 $\times 100\%$ 。

满意率采用满意率调查表进行统计, 设满意, 一般和满意三个选项, 满意和一般均视为满意。满意率 = (满意 + 一般) / 总例数 $\times 100\%$ 。

随访 1 年, 比较两组 1 年内中风发作率。

1.4 统计学方法

本次研究中, 将 80 例中风急性期患者的研究数据均输入至 SPSS17.0 软件中, 进行统计学有效处理, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 的形式表示, 处理方式为 t 检验; 有效率, 满意率及 1 年内中风发作率采用 % 的形式表示, 处理方式为 χ^2 检验, 结果显示, $P < 0.05$, 便形成统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床治疗效果的比较

治疗组临床治疗有效率为 100.00% (40/40), 明显低于对照组的 90.00% (36/40), 两者之间差异显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 两组临床治疗效果的比较 [n (%)]

组别	n	基本恢复	显效	有效	好转	无效	有效率
治疗组	40	21 (52.50)	8 (20.00)	7 (17.50)	4 (10.00)	0 (0.00)	40 (100.00)
对照组	40	15 (37.50)	5 (12.50)	9 (22.50)	7 (17.50)	4 (10.00)	36 (90.00)
χ^2 值							4.2105
P 值							0.0402

2.2 两组患者满意度的比较

治疗组患者满意率为 92.50% (37/40), 明显高于对照组的 75.00% (30/40), 两者之间差异显著, 有统计学意义

($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组 1 年内中风发作率的比较

随访 1 年, 治疗组中风发作率为 10.00% (4/40), 明显

低于对照组的 27.50%(11/40), 两者之间差异显著($\chi^2=4.0205$, $P=0.0450$), 有统计学意义($P<0.05$)。

表 2: 两组患者满意度的比较 [n (%)]

组别	例数	满意	一般	不满意	满意率
治疗组	40	22 (55.00)	15 (37.50)	3 (7.50)	37 (92.50)
对照组	40	13 (32.50)	17 (42.50)	10 (25.00)	30 (75.00)
χ^2 值					4.5006
P 值					0.0339

3 讨论

中风发作多源于患者脑部血液循环障碍导致以局部神经功能缺失, 常见病因为心脑血管疾病和代谢病等。中医理论认为, 中风发作以内因引发者居多。情志郁怒、饮食不节、劳累过度、气候变化、血液淤滞等, 均是中风发作的根本性原因。血瘀的形成多因气滞血行不畅或气虚运血无力, 或因暴怒血蕴于上, 或因感寒收引凝滞, 或因热的阴伤液耗血滞等。

本研究结果显示, 治疗组临床治疗有效率和满意率分别为 100.00% (40/40) 和 92.50% (37/40), 均明显高于对照组的 90.00% (36/40) 和 75.00% (30/40)。表明在常规治疗中风急性期的基础上, 给予患者化痰通腑汤随症加减治疗, 其临床疗效显著, 可提高治疗有效率及患者满意率, 与牛国勇^[3]的研究结论相符。本研究结果还显示, 随访 1 年, 治疗组中风发作率为 10.00% (4/40), 明显低于对照组的 27.50% (11/40) 表明化痰通腑汤治疗中风急性期患者远期疗效显著,

1 年内中风发作率较低, 与宋颖民等^[4]人的研究内容相符, 值得广泛应用。

综上所述, 化痰通腑汤治疗中风急性期患者疗效显著, 可提升临床有效率及患者满意率, 降低 1 年内患者中风发作率, 有利于降低发生医患纠纷的可能性。

【参考文献】

- [1] 毕立平. 针灸配合化痰通腑汤治疗中风急性期患者的临床疗效分析 [J]. 中国医疗器械信息, 2016, 22(16):42-43.
- [2] 付涛. 化痰通腑汤治疗中风急性期患者的临床效果分析 [J]. 河南医学研究, 2016, 25(5):938-938.
- [3] 牛国勇. 穴位贴敷配合中药灌肠治疗痰热腑实型中风急性期便秘的临床疗效观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(94):179-180.
- [4] 宋颖民, 郭甜甜, 王冰. 化痰通腑汤治疗中风病急性期的相关探讨 [J]. 中医临床研究, 2017, 9(28):86-87.

(上接第 123 页)

薏米治疗脾虚泄泻^[5]。本研究结果中, 观察组患者在使用四君子汤加减方案进行治疗后, 其 5 项临床症状(腹胀、食欲不振、疲乏无力、恶心呕吐、轻度腹泻)的评分均低于对照组 ($P<0.05$); 与此同时, 观察组患者的总有效率为 96.77%, 以上指标均明显优于对照组患者的数据 ($P<0.05$)。

综上所述, 针对脾胃虚弱型功能性消化不良的患者, 采用四君子汤加减的治疗方案治疗效果更为明显。

【参考文献】

- [1] 陈彬. 柴胡疏肝散合四君子汤加减治疗功能性消

化不良 (PDS 型) 32 例观察 [J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(6):491-492.

[2] 李汉刚. 四君子汤加减对于慢性萎缩性胃炎的临床效果观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(5):1003-1003.

[3] 孙国钧. 四君子汤加减治疗慢性萎缩性胃炎临床观察 [J]. 药物与人, 2014, 27(11):131-131.

[4] 李任锋. 四君子汤加减治疗功能性消化不良 68 例 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(23):187-188.

[5] 李海文, 刘凤斌, 文艺等. 四君子汤加减治疗慢性胃炎的研究现状 [J]. 广州中医药大学学报, 2016, 33(1):146-149.

(上接第 124 页)

表 2: 两组患者的心电图变化情况 [$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	时间	ST 段压低次数 (次/24h)	ST 段压低总持续时间 (min)	心肌缺血总负荷 (mm·min)
对照组	30	治疗前	7.5±1.8	62.5±9.6	78.9±14.6
		治疗后	3.8±0.6	24.2±10.6	44.5±15.8
治疗组	30	治疗前	7.1±1.5	56.8±11.4	83.7±16.8
		治疗后	2.3±1.2	16.4±7.5	21.6±9.2
t	--	--	6.1237	3.2901	6.8602
p	--	--	<0.05	<0.05	<0.05

注: 治疗后, 与对照组患者差异显著, 具备一定的统计学意义 ($P<0.05$)。

常规西药的基础上给予麻黄附子细辛汤加减治疗, 效果突出, 改善患者的 CK, cTnT 和 SOD 指标, 临床应信赖。

【参考文献】

- [1] 钱伟, 赵福海, 史大卓, 等. 不稳定心绞痛 TIMI 危险分层与中医血瘀证相关性研究 [J]. 中国中西医结合杂志,

2013, 33(8):1042-1045.

[2] 李秀敏, 吕燕, 张瑞芹等. 中医护理干预在心肌梗死患者中的应用价值研究 [J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(10):157.

[3] 柳瑞. 参松养心胶囊治疗心律失常 65 例疗效分析 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(21):2577-2579.