

补阳还五汤加减结合西医治疗脑梗死的临床效果分析

仲崇醒

沭阳中西医结合医院脑病科 江苏宿迁 223600

〔摘要〕目的 脑梗死发作后，探究补阳还五汤加减、西医治疗结合后的应用价值。方法 2021 年 6 月，为抽取研究对象，截止时间为 2023 年 5 月，经统计，参与实验的患者共 82 例，分为 2 组后，包括：对照组和实验组，指导依据为：电脑随机法，在接受诊疗后，两个组别患者明确为：脑梗死；其中，常规西医治疗在对照组中开展，补阳还五汤加减、西医治疗结合方案在实验组中开展，持续治疗 14 日后，比较疗效。结果 NIHSS 评分予以测定，两个组别中，治疗前的差异小， $P > 0.05$ ；治疗后对比，实验组低， $P < 0.05$ ；关于总有效率，实验组比对照组高， $P < 0.05$ 。结论 针对脑梗死患者，临床治疗阶段的补阳还五汤加减、西医方案结合后效果更佳，可减轻疾病症状，在患者神经功能缺损程度方面进行改善，提高总有效率。

〔关键词〕脑梗死患者；NIHSS 评分；西医治疗；补阳还五汤；效果分析

〔中图分类号〕R743 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2023) 08-044-02

脑梗死好发人群中，主要表现有：中年患者、老年患者，其患病率高、危害性高；从疾病症状来看，脑梗死发作后，患者会出现脑组织缺血、缺氧状态，外在症状有：昏迷、中枢性高热、意识障碍、偏瘫、神经功能障碍等，在未能有效治疗前提下，患者极易发展为脑疝，进而对自我生活质量、生命健康构成较大威胁^[1]。因此，本文研究将以 82 例脑梗死患者为参考对象，主要研讨补阳还五汤加减、西医治疗结合后的实施效果，详情整理后阐述如下。

1 资料和方法

1.1 基础资料

参与本研究工作的患者有 82 例，在临床就医后，各项检查结果明确诊断为：脑梗死，调查发现患者接收时间介于 2021 年 5 月至 2023 年 5 月，而后根据需要，在电脑随机法下分组，包括：对照组 41 例、实验组 41 例，分析如下。对照组：性别方面，17 例为女患，24 例为男患，年龄经调查，区间跨度为 45 岁-75 岁，对于平均数值，求取后为 (50.59 ± 1.44) 岁；实验组：性别方面，18 例为女患，23 例为男患，年龄经调查，区间跨度为 48 岁-74 岁，对于平均数值，求取后为 (51.07 ± 1.23) 岁。两个组别以上信息中，均衡比较差别小， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组：常规西医方案，治疗时，包括：维生素 C、维生素 E，尼莫地平、阿司匹林肠溶片等，该过程中，还需实施对症干预，即：伴随感染性疾病者，增加抗生素药物，伴随脑水肿、颅内压增高患者，增加甘露醇，治疗周期：14 日。

实验组：补阳还五汤加减、西医治疗，具体内容有：（1）补阳还五汤加减，分析后，方剂内的中药组成为：50g 黄芪，20g 当归，15g 地龙、15g 牛膝，10g 川芎、10g 桃仁、10g 赤芍、

10g 红花，对于脑梗死患者，还需实施对症干预，即：肢体麻木者，增加桂枝、白芍、益母草，语言表达不清者，增加石菖蒲、远志，肢体活动功能受限者，增加桂枝、桑枝、川续断、桑寄生、杜仲，半身不遂者，增加全蝎、水蛭，在临床治疗时，工作人员需及时分析脑梗死患者具体症状而后进行药物加减，确定药物类型、剂量后煎煮，并取药汁 200ml 分 2 次饮用，1 剂/日；（2）西医治疗，所用药物、具体剂量与对照组一致，治疗时间为：14 日。

1.3 评价指标

本研究工作实施后，对两个组别神经功能缺损评分（NIHSS 评分）、治疗总有效率比较分析。

1.4 统计分析

研究调取计量资料、计数资料整理后，代表形式为 $(\bar{x} \pm s)$ 、 $(\%)$ ，涉及数据在软件 SPSS24.0 下处理，并施以 T 检验、 χ^2 检验获取结果， $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 NIHSS 评分

干预前，两个组别无差异， $P > 0.05$ ；干预后比较，实验组 NIHSS 评分低， $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1 比较对照组、实验组 NIHSS 评分 $(\bar{x} \pm s)$

具体组别	干预前 (分)	干预后 (分)
对照组 (n=41 例)	19.65±4.22	15.38±2.06
实验组 (n=41 例)	19.71±4.13	9.65±1.77
T	0.065	13.509
P	0.948	0.000

2.2 治疗总有效率

实验组和对照组中，总有效率差异明显，且实验组高， $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2 比较对照组、实验组治疗总有效率 $(\%)$

具体组别	显著有效	一般有效	无效	总有效率 $(\%)$
对照组 (n=41 例)	16 (39.02)	15 (36.59)	10 (24.39)	31 (75.61)
实验组 (n=41 例)	21 (51.22)	17 (41.46)	3 (7.32)	38 (92.68)
χ^2	-	-	-	4.479
P	-	-	-	0.034

3 讨论

脑梗死，通常为突然发病，进展速度快、并发症风险高；

在中医学方面，脑梗死又名“中风”，属于多因素下的结果

(下转第 45 页)

表 2 两组神经功能和生活自理能力对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	NIHSS		BI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	25	17.54±1.09	7.72±0.38	43.65±2.17	73.42±4.12
对照组	25	17.38±1.04	11.06±0.76	44.61±2.19	61.09±3.76
t		0.531	19.654	1.557	11.053
P		0.598	< 0.001	0.126	< 0.001

表 3 两组肢体功能对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	25	46.82±2.87	73.19±3.09
对照组	25	46.76±2.76	65.76±3.54
t		0.075	7.906
P		0.940	< 0.001

3 讨论

中风在临床上发病率、致死率均高,患者脑血液供给不足,局部脑组织代谢低、灌注不足,经抢救后,仍会存在后遗症。偏瘫作为中风治疗后多见后遗症,中风偏瘫患者会存在口角歪斜、流涎等状况,患者脑神经受损,生活自理能力低下。鉴于此,探寻一种积极的治疗方式有利于临床预后改善^[3]。

本研究结果显示,观察组总有效率高于对照组,NIHSS 评分更低,BI 评分、肢体功能评分更高($P < 0.05$)。临床通过积极的康复治疗帮助脑组织代偿,可兴奋病灶位置脑细胞,有效恢复神经功能状况。同时,该康复治疗通过循序渐进的方式,对患者大小关节进行主被动活动,内收、外展,指导患者进行床边站立、平衡训练等,促进机体外周血液循环,预防关节僵硬,帮助偏瘫位置的关节、肢体营养供给,促进

肢体活动,增强肢体功能的同时,利于提高其生活自理能力^[4]。此外,针灸能刺激患者局部神经肌肉系统兴奋,兴奋中枢神经,刺激神经冲动传导,帮助大脑皮层受损区域得到有效恢复,帮助受损区域脑组织供血,帮助脑组织恢复,改善神经功能。

综上所述,中风偏瘫患者采用针灸联合康复治疗可提高治疗效果,改善神经缺损、生活自理能力,提高肢体功能,存在临床推广价值。

[参考文献]

- [1] 范步青,薛玉辉,林丽云.自拟育肝疏络汤结合针灸康复治疗中风偏瘫患者的临床疗效[J].深圳中西医结合杂志,2022,32(23):28-31.
- [2] 胡晓伟.中医针灸结合康复治疗对中风偏瘫以及患者神经功能改善观察[J].内蒙古中医药,2022,41(9):72-74.
- [3] 焦小娟,黄晓暄.中医针灸结合康复治疗中风偏瘫的效果及日常生活能力分析[J].黑龙江中医药,2021,50(6):148-149.
- [4] 胡慧,冯同忠,韩朋.针灸配合康复疗法治疗中风偏瘫的可行性分析[J].中医临床研究,2021,13(14):72-74.

(上接第 43 页)

的生命健康安全^[4]。因此,一定要积极干预,以减轻患者苏醒期躁动症状。右美托咪啶属于 α^2 肾上腺素受体激动剂,在抗焦虑、镇静和镇痛方面具有显著效果。

通过本文的研究发现,实施右美托咪啶干预的观察组患者取得了较好的效果,患者术后 2h、8h、12h、16h、24h 的镇静-躁动评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。另外,术后进入苏醒室,两组心率比较无显著差异,拔管前、拔管时以及拔管后比较,观察组心率明显低于对照组, $P < 0.05$ 。结果说明右美托咪啶对缓解神经外科手术患者麻醉苏醒期躁动具有显著效果。

综上所述,对行神经外科手术治疗患者,采用右美托咪

定进行麻醉,有利于缓解患者麻醉苏醒期躁动,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 刘娜,胡冬雪,潘龙,等.右美托咪啶不同给药方案对神经外科手术术后苏醒期躁动的影响[J].中国实验诊断学,2022,21(9):1588-1590.
- [2] 徐仁洪.右美托咪啶应用于神经外科介入治疗的体会[J].中国社区医师,2022,35(4):99,102.
- [3] 万春花,张明瑜,王强,等.右美托咪啶减少神经外科手术患者麻醉苏醒期躁动的效果及安全性[J].中国当代医药,2021,21(9):90-92.
- [4] 曾琼,朱美华,梅凤美,等.右美托咪啶预防神经外科全麻术后躁动的临床观察[J].临床麻醉学杂志,2021,28(9):885-887.

(上接第 44 页)

体现,具体包括:气滞血瘀、劳逸失常、气血亏虚、饮食不洁、血行不畅等,疾病发作后,会严重影响患者身心健康^[2]。

本次研究工作的结果为:NIHSS 评分比较,治疗前的两个组别无差异, $P > 0.05$;治疗后,评分具备均衡性,且实验组低, $P < 0.05$;总有效率比较,实验组 VS 对照组,评估数值高, $P < 0.05$ 。究其原因在于:脑梗死治疗阶段,常规西医方案中的维生素 C、维生素 E,尼莫地平、阿司匹林肠溶片药物虽然具备一定效果,可改善患者内循环,在血脂水平方面控制较好,但是长期干预效果不理想;而补阳还五汤加减,有补气、活血、疏通经络功效,临床应用阶段,方中的黄芪作用为:补气升阳、利水消肿,当归活血补血、调经止痛,地龙通经活络、清热息风,牛膝活血化痰、滋补肝肾,红花活血通经,治疗脑梗死患者

过程中,辅以桃仁、赤芍等药物,可较好地改善患者脏腑功能,在促进患者脑部血液循环方面有明显效果,联合常规西医疗疗时,可提高患者预后水平^[3]。

总而言之,脑梗死治疗阶段,补阳还五汤加减、西医方案结合后对此类患者来说有重要意义,可减轻疾病症状,改善患者神经功能缺损程度,提高总有效率,具备较高推广价值。

[参考文献]

- [1] 何凤.西医联合补阳还五汤加减综合治疗急性脑梗死临床观察[J].中国药业,2022,31(S01):388-390.
- [2] 徐畅.补阳还五汤加减治疗气虚血瘀型脑梗死的临床疗效观察[J].航空航天医学杂志,2021,032(003):345-347.
- [3] 于月娟.补阳还五汤加减辅助急性脑梗死临床观察[J].实用中医药杂志,2021,037(005):822-824.