

1.2 纳入标准

①年龄 40~70 岁,有心绞痛症状,经冠状动脉造影(CAG)证实缺血性心脏病或心肌梗死符合支架植入术治疗的患者;②CAG 证实单支或多支病变(靶病变狭窄≥70%),并成功植入冠状动脉内支架的患者;③未参加药物或其他医疗装置的临床试验项目。

1.3 排除标准

①依从性差的患者;②有严重心律失常的患者;③严重心、肺功能不全患者;④有肝、肾、血液、免疫系统疾病的患者;⑤并发炎症感染或肿瘤性炎症者。

2 治疗方法

CAG 应用 X 线数字血管造影仪(GE 公司 OEC⁹⁸⁰⁰),复查采取与首次介入治疗时相同体位角度。所用球囊与支架为上海微创公司生产,根据冠状动脉病变程度由两位以上手术者共同决定,选择与之相匹配的球囊与支架。相关的血液生化检查由医院检验科完成。按 Judkins 法行 CAG。术前 72h 每次常规服用肠溶阿司匹林 100mg,每日 1 次;氯吡格雷每次 75mg,每日 1 次;介入治疗术前即刻动脉给肝素 3000IU,冠状动脉成形术前加用肝素 5000IU,每延长 1h 加用肝素 1000IU;急诊冠状动脉介入术前 2h 给予氯吡格雷 300mg,肠溶阿司匹林 100mg;术后 24h 静脉泵入肝素 600~800IU/h,24h 后每次皮下注射低分子肝素 1 支,每日 2 次,连用 3~5 日。

冠状动脉内支架植入成功标准:支架植入时充分打开,残余狭窄<20%,血流达到 TIMI³ 级。对照组每次常规使用肠溶阿司匹林 100mg,每日 1 次;波立维每次 75mg,每日 1 次;每晚阿托伐他汀 20mg;倍他乐克 12.5~25mg,12 小时 1 次,每日 2 次。共治疗 6 个月。治疗组在对照组治疗基础上,于支架植入当日内开始服用冠通方煎剂(由三七、丹参、地龙、瓜蒌、生晒参、绞股蓝、陈皮、麦冬组成),每日 1 剂,水煎至 300ml,分 2 次温服,每次 150ml,连续服用 1 个月,1 个月后改隔日 1 剂,服用 5 个月,共 6 个月。

3 疗效观察

3.1 两组患者术后心绞痛复发及心脏事件发生比较

在 6 个月的随访观察中各组无死亡病例,对照组 60 例中复发心绞痛 11 例(18.33%),心脏事件 2 例(3.33%);治疗组 60 例中复发心绞痛 3 例(5.00%),心脏事件 2 例(3.33%)。两组复发率比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

3.2 两组血清 IL-18 测定值比较

治疗组 60 例,术前、术后第 1 天、治疗后 IL-18 测定值分别为(72.33 ± 13.21)pg/ml、(86.45 ± 13.11)pg/ml、(43.35 ± 13.28)pg/ml;对照组 60 例分别为(71.45 ± 11.35)pg/ml、(85.34 ± 12.26)pg/ml、(56.48 ± 11.31)pg/ml。与对照组比较,治疗组改善程度明显为优($P<0.01$)。

4 讨论

冠通方是根据冠状动脉内支架植入术后再狭窄多由气阴两虚,痰热瘀血阻滞心脉所致的理论拟定的方剂,方中选用三七、丹参、地龙、瓜蒌、生晒参、绞股蓝、麦冬、陈皮等药相互为伍,全方具有益气养阴,清热解毒化痰,行气活血化痰通络之功。本方配伍特点是活血祛瘀与清热解毒化痰中兼能理气,祛邪中兼益气养阴扶正,使元气旺盛,气化复常,瘀血得化,痰热得清,气行血活,而心脉通畅。在研究中还发现,冠心病支架植

入术后患者服用冠通方煎剂后临床症状明显改善,提高了患者术后的生活质量,疗效确切,无明显的副作用。

参考文献

[1] Ockene IS, Matthews CE, Rifai N, et al. Variability and classification accuracy of serial high-sensitivity C-reactive protein measurements in healthy adults [J]. Clin Chem, 2001, 47(3): 444-450.

针刺结合现代康复对中风患者 肢体功能的影响

欧阳钢¹ 王 彤² 张丽霞²
陈 旗² 朱晓军¹ 葛 伟¹

(1. 江苏省省级机关医院, 210024; 2. 江苏省人民医院)

单纯运用传统康复方法治疗中风有一定的局限。为此我们开展了针灸配合现代康复治疗中风的研究,现报道如下。

1 临床资料

181 例脑卒中住院患者均来自我院康复医学科。纳入标准:①年龄在 40~70 岁,符合脑卒中的诊断标准^[1],并经 CT 或 MRI 证实;②发病 2 个月以内,生命体征稳定,意识清醒;③有明显的步行功能障碍;④有良好的认知功能,能明白治疗师的指令,配合训练;⑤无其他急性疾病及严重并发症者;⑥自愿参加本研究项目签署知情同意书。排除标准:严重失语、严重的意识障碍及严重的认知障碍;患病前有严重心肺及神经肌肉骨骼功能障碍。

181 例卒中患者随机分为两组,治疗组 95 例,男 64 例,女 31 例,其中脑出血 41 例,脑梗死 54 例;平均年龄(62.0 ± 7.2)岁;对照组 86 例,男 59 例,女 27 例,其中脑出血 39 例,脑梗死 47 例;平均年龄(64.0 ± 8.1)岁。两组患者年龄、性别、病变性质及入院时病情严重程度方面差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性,两组的药物等治疗方案基本相同。

2 治疗方法

两组患者均按照神经内科诊疗常规,予以控制血压、血糖,改善循环及对症支持治疗。治疗组同时接受针灸和康复治疗。针灸治疗:根据患者的实际情况而采用不同的针灸方法,在中风病早期,即肌张力不超过 I 级,主要应用醒脑开窍针法,取百会、水沟、极泉、内关、合谷、环跳、委中、三阴交等,操作按照醒脑开窍针刺法操作^[2],每日 1 次;在疾病的后期,主要以头皮针和手足阳明经穴为主,辅以太阳、少阳经穴,以补气益血,疏经通络为主,头皮针取病灶侧的顶颞前斜线,快速捻转 2min 后(200 次/min),再用电针,电针参数为:时间 30min,密波,强度以患者能耐受为度。体穴取患侧肩髃、曲池、手三里、外关、后溪透合谷、环跳、风市、足三里、阴陵泉、三阴交、丘墟透照海,平补平泻法,每日针刺 1 次,每次 30min,10 次为 1 个疗程,休息 1 周后,继续下一个疗程,共治疗 2 个疗程。康复手法主要应用 Brunstrom、Bobath、Rood 等神经易化技术,重点是运动功能的恢复,以及坐位平衡训练、站位平衡训练、步行训练和作业治疗。对照组患者在治疗原发病的基础上,同时给予增强脑细胞代谢、活血化瘀及改善脑血液循环等药物治疗,给予正确的床上卧姿指导及早期床边坐位平衡、直立平衡、正确步态的指导。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

采用Fugl-Meyer运动功能积分评定法评定偏瘫患者治疗前后运动功能恢复情况。日常生活能力采用Barthel指数步行能力评价,包括步行站立程度,监视步行、辅助步行、乘坐轮椅、卧床5个等级来评估。

3.2 两组治疗前后Fugl-Meyer运动功能积分变化比较

治疗组治疗后上肢积分分别为(11.89±14.04)分、(39.21±18.88)分,下肢积分分别为(10.62±8.22)分、(24.92±6.92)分;对照组治疗前后上肢积分分别为(12.55±18.04)分、(29.24±18.77)分,下肢积分分别为(11.67±9.03)分、(20.09±8.55)分。两组治疗后积分较治疗前均有明显改善($P<0.01$),但治疗组改善程度明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 两组治疗前后Barthel指数评分变化比较

治疗组治疗前后Barthel指数评分分别为(30.84±16.64)分、(73.74±20.04)分;对照组分别为(30.81±19.70)分、(60.87±25.74)分。治疗组改善程度明显优于对照组($P<0.01$)。

4 讨论

针灸疗法是通过刺激体表感受器,将针刺信号通过外周传入到大脑皮层,从而对大脑皮层各区功能产生调整作用,所以从这一点来说针灸学与现代康复医学有其共性。但针灸疗法过分重视患者肌力的恢复,而忽视患者的异常运动模式的改变,其结果是患者的肌力有明显提高,但运动功能、生活质量并没有相应提高。为此我们在临床实践中,在应用现代康复手法的同时,根据中风病患者所处的不同阶段,采用相应的针灸方法进行治疗,在临床上收到了很好的治疗效果。

参考文献

- [1]全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [2]杨志新,石学敏.醒脑开窍针刺法及其临床应用[J].中国临床医生杂志,2007,35(10):4-7.

中西医结合治疗难治性
肾病综合征70例

陈晓风

(河北省三河市燕郊开发区京东中美医院肾科,065201)

我们于2008年1月~2009年12月,采用中西医结合方法治疗难治性肾病综合征140例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准

西医诊断标准^[1]:①大量蛋白尿(>3.5g/24h);②低蛋白血症(白蛋白<30g/L);③明显水肿;④高脂血症。①、②为必备条件。并排除继发性肾病综合征,肾功能正常,并具备以下任何一种情况:①激素抵抗(强的松1mg·kg⁻¹·d⁻¹正规治疗8周无效或仅部分有效);②激素依赖(在激素治疗最初缓解后,于减药过程中复发或停药两周内复发);③常复发(在治疗过程中1年内复发3次以上或6个月内复发2次或以上者)。

1.2 一般资料

1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net
入选病例140例,均为我院住院患者,采用随机数字表随机分为治疗组和对照组。治疗组70例,男51例,女19例;平均年龄

26.8岁;平均病程34个月。微小病变型(MCD)13例,系膜增生性肾炎(MSPGN)38例,局灶节段性肾小球硬化(FSGS)6例,膜性肾病(MGN)12例,膜增生性肾炎1例。对照组30例,男48例,女22例;平均年龄28.6岁;平均病程31个月;MCD14例, MSPGN 37例, FSGS 7例, MGN 11例,膜增生性肾炎1例。两组患者年龄、性别、病程、病理类型等方面差异均无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①给予氟美松0.8~1mg·kg⁻¹·d⁻¹,加5%葡萄糖注射液150ml静脉滴注,连用3日后,给予中等量强的松(0.5mg·kg⁻¹·d⁻¹)口服维持3~4个月,当减至小剂量维持治疗阶段(强的松0.2mg·kg⁻¹·d⁻¹)时缓慢减量。②环磷酰胺10mg·kg⁻¹·d⁻¹加入0.9%氯化钠100ml,连续静脉滴注2日,视病情每两周冲击治疗1次,总量≤150mg·kg⁻¹。③同时配合中药汤剂治疗:治疗前表现为脾肾阳虚浮肿者,治宜温阳利水,自拟温阳利水方。药用:黄芪30g,桂枝10g,茯苓10g,猪苓10g,大腹皮15g,淫羊藿15g,肉苁蓉15g,丹参15g。每日1剂,水煎服;当大剂量激素治疗后出现阴虚火旺症状,可见五心烦热,精神兴奋,面部潮红,失眠盗汗,口干咽燥,舌红少苔,脉弦细数等,治宜滋阴降火,自拟滋阴降火方。药用:生地黄20g,墨旱莲20g,女贞子20g,山药15g,茯苓10g,牡丹皮12g,丹参15g,白茅根20g等。每日1剂,水煎服,连服1~1.5个月;中等量强的松维持治疗阶段,患者表现气阴两虚甚至阴阳两虚时,症见神疲乏力,少气懒言,口干纳差,腰膝酸软,恶寒肢冷,舌淡苔薄,脉沉细。治宜在养阴的基础上佐以健脾益气补肾之品,以参芪地黄汤加减。药用:生地黄20g,山药15g,黄芪30g,白术10g,陈皮10g,党参15g,淫羊藿15g,肉苁蓉10g,茯苓10g。每日1剂,水煎服,连服6个月以上;小剂量维持治疗阶段,患者多无明显症状,为巩固疗效,防止复发,治宜培补脾肾,扶正固本,以四君子汤加减。药用:黄芪25g,党参10g,炒白术10g,陈皮10g,山药12g,山茱萸12g,茯苓10g,淫羊藿10g,再服用1~2个月。

1.2 对照组

采用标准疗程的激素治疗^[1]:①起始量要足:强的松首剂剂量1mg·kg⁻¹·d⁻¹,清晨空腹1次顿服,服用8周;②减量要慢:每周减原量的10%,至中等量阶段,即0.5mg·kg⁻¹·d⁻¹时,应更加缓慢减量;③维持时间要长:当减至小剂量维持治疗阶段(0.2mg·kg⁻¹·d⁻¹),再服1年或更长。环磷酰胺及中药汤剂用法同上。

两组在上述治疗的基础上均给予抗感染、抗凝及纠正水电解质平衡等对症治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准^[1]

完全缓解:多次测定尿蛋白阴性,24h尿蛋白定量<0.2g,肾功能正常,肾病综合征表现完全消除;显著缓解:多次测定24h尿蛋白定量<1g,血白蛋白显著改善,肾功能正常或基本正常;部分缓解:多次测定尿蛋白有所减轻,24h尿蛋白定量<3g,血白蛋白有改善,肾功能好转;无效:尿蛋白及血白蛋白与治疗前比较无大改变,肾病综合征表现未消除,肾功能无好转。

3.2 两组疗效比较

治疗组70例,完全缓解61例,显著缓解6例,部分缓解3例,无效0例,完全缓解率为87.14%;对照组70例,分别为36