

丁苯酞为水芹菜籽提取物,能起到增加脑血流量,改善脑部循环,缩小梗死范围的作用^[8],丁苯酞还可以保护线粒体,提升机体对脑缺血耐受水平,改善患者缺血后神经功能缺损情况^[9-10]。采用丁苯酞治疗急性脑梗死,不仅可以改善患者神经功能缺损情况,还能抑制多种炎症反应,改善患者预后。本研究结果表明,研究组与对照组治疗总有效率分别为 94.00%、74.00%; 两组治疗后 NIHSS 评分低于治疗前,且研究组 NIHSS 评分低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组治疗后血清 hs-CRP 以及 NSE 水平均低于治疗前,且研究组低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。综上所述,急性脑梗死患者接受丁苯酞治疗,不仅能有效改善患者神经功能缺损,还可以提高临床治疗效果,临床价值显著。

参考文献

[1]王献胜,王伟,刘凤兰,等.依达拉奉联合丁苯酞对急性脑梗死患者的影响研究[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(3):109-111

- [2]周辉,周少珑,朱雄.丁苯酞联合依达拉奉治疗急性脑梗死疗效及对患者 VEG、MMP-9、EPCs 水平的影响[J].河北医药,2018,40(13):2024-2026
- [3]侯立刚.丁苯酞联合依达拉奉治疗急性期脑梗死的疗效观察[J].中国现代药物应用,2018,12(12):93-94
- [4]李崇祎.依达拉奉结合丁苯酞氯化钠对急性期脑梗死病人临床疗效及神经功能缺损评分的影响研究[J].海峡药学,2018,30(12):101-102
- [5]翟颖.丁苯酞软胶囊联合依达拉奉治疗脑梗死疗效分析[J].中国现代药物应用,2018,12(20):95-96
- [6]饶艳玲,黄威.丁苯酞联合依达拉奉对急性脑梗死患者的临床疗效分析[J].临床内科杂志,2018,35(11):783-784
- [7]顾法欣.丁苯酞软胶囊结合依达拉奉用于治疗脑梗死的疗效分析[J].中国继续医学教育,2018,10(25):106-108
- [8]刘晓琳,郝文莉,戴雁,等.丁苯酞软胶囊联合依达拉奉对脑梗死的治疗效果观察[J].中国医药指南,2018,16(16):92-93
- [9]谢江,朱镜春.丁苯酞软胶囊+依达拉奉治疗脑梗死的临床效果评价[J].中国当代医药,2018,25(24):121-123,126
- [10]胡杨真,黄婉洁,刘双凤,等.依达拉奉结合丁苯酞软胶囊对急性期脑梗死患者的临床疗效及神经功能缺损评分的影响研究[J].中国医学创新,2018,15(26):58-61

(收稿日期: 2019-11-20)

灯盏细辛注射液联合曲克芦丁脑蛋白水解物治疗 脑梗死恢复期患者临床研究

赵包萍

(河南省商丘市立医院综合内科 商丘 476000)

摘要:目的:探究灯盏细辛注射液联合曲克芦丁脑蛋白水解物治疗脑梗死恢复期患者的效果。方法:选取 2017 年 5 月~2019 年 5 月收治的脑梗死恢复期患者 76 例,根据治疗方案不同分为研究组和参照组,各 38 例。在常规治疗基础上,参照组给予曲克芦丁脑蛋白水解物,研究组在参照组基础上联合灯盏细辛注射液,比较两组治疗效果、治疗前后神经功能缺损程度评分、血液流变学指标(血沉、红细胞比积、全血高切比黏度、全血低切比黏度)、日常生活能力量表评分。结果:研究组治疗总有效率为 92.11%,高于参照组的 73.68% ($P < 0.05$); 治疗后,两组神经功能缺损程度评分、日常生活能力量表评分及血液流变学指标均有所改善,且研究组优于参照组 ($P < 0.05$)。结论:灯盏细辛注射液联合曲克芦丁脑蛋白水解物治疗脑梗死恢复期患者效果确切,可有效改善神经功能,调节血液流变学,增强日常生活能力。

关键词:脑梗死恢复期;灯盏细辛注射液;曲克芦丁脑蛋白水解物

中图分类号:R743.33

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.055

脑梗死是临床多发病、常见病,发病机制为脑供血不足所致的脑组织损伤,恢复期多伴有不同程度语言、肢体功能障碍,严重影响患者生活质量^[1]。神经保护对治疗脑梗死有重要意义,曲克芦丁脑蛋白水解物具有改善脑内神经递质的释放、保护神经细胞的作用,是治疗慢性脑血管疾病的常用药物^[2]。中医学认为,脑梗死由于气血逆乱,致使风、痰、火、瘀痹阻脑络,治疗当祛瘀化痰、祛邪扶正。灯盏细辛注射液为中药制剂,可通络止痛、活血祛瘀。本研究选取我院脑梗死恢复期患者 76 例,旨在探讨灯盏细辛注射液联合曲克芦丁脑蛋白水解物治疗脑梗死恢复期临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 5 月~2019 年 5 月收治的脑梗死恢复期患者 76 例,根据治疗方案不同分为研究组和参照组,各 38 例。参照组男 22 例,女 16 例;年龄 47~76 岁,平均 (61.41 ± 6.22) 岁;病程 1~6 个月,平均 (3.42 ± 1.02) 个月;神经功能缺损(NIHSS)评分 9~15 分,平均 (12.48 ± 1.08) 分;合并症:高血压病 22 例,糖尿病 18 例。研究组男 23 例,女 15 例;年龄 46~78 岁,平均 (62.04 ± 6.35) 岁;病程 1~6 个月,平均 (3.58 ± 0.97) 个月;NIHSS 评分 10~15 分,平均 (12.09 ± 0.95) 分;合并症:高血压病 23 例,糖尿病 17 例。两组基线资料(性别、年龄、病

程、NIHSS 评分、合并症)均衡可比($P>0.05$)。本研究经我院医学伦理委员会审批通过。

1.2 入组标准 纳入标准:(1)符合《神经病学》(第 7 版)^[1]脑梗死诊断标准,且处于恢复期;(2)认知功能无异常;(3)患者家属知情本研究,并签署知情同意书。排除标准:(1)严重肝肾功能异常;(2)短暂性脑缺血发作;(3)出血性脑梗死。

1.3 治疗方法 两组均给予抗血小板聚集药物,并控制血糖、血压、血脂。在此基础上,参照组给予曲克芦丁脑蛋白水解物(国药准字 H22026573)静脉滴注,10 ml/次(以 0.9%氯化钠注射液 250 ml 稀释),1 次/d。研究组在参照组基础上联合灯盏细辛注射液(国药准字 Z53021569)静脉滴注,30 ml/次(以 0.9%氯化钠注射液 250 ml 稀释),1 次/d。两组均治疗 14 d。

1.4 疗效判定标准 以 NIHSS 评分评估治疗效果,分值为 0~42 分,得分越高表示神经功能损伤越严重。痊愈:NIHSS 评分减少 $\geq 90\%$;显效:NIHSS 评分减少 46%~89%;有效:NIHSS 评分减少 18%~45%;无效:未达到以上标准。痊愈、显效、有效计入总有效。

1.5 观察指标 (1)比较两组临床疗效。(2)比较两组治疗前后 NIHSS 评分。(3)比较两组治疗前后的血液流变学指标。包括血沉、红细胞比积、全血高切比黏度、全血低切比黏度。(4)比较两组治疗前后日常生活能力,采用日常生活能力量表(ADL)进行评估,分值 0~100 分,得分越低表示生活功能障碍越严重。

1.6 统计学方法 数据采用 SPSS22.0 统计学软件分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率为 92.11%,高于参照组的 73.68%($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	无效	有效	显效	临床痊愈	总有效
研究组	38	3(7.89)	8(21.05)	17(44.74)	10(26.32)	35(92.11)
参照组	38	10(26.32)	14(36.84)	9(23.68)	5(13.16)	28(73.68)
χ^2						4.547
P						0.033

2.2 两组 NIHSS 评分、ADL 评分比较 治疗前,两组 NIHSS 评分、ADL 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组 NIHSS 评分、ADL 评分均有所改善,且研究组优于参照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 NIHSS 评分、ADL 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	NIHSS		ADL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	38	12.09 \pm 0.95	5.93 \pm 1.14*	55.37 \pm 4.32	74.52 \pm 5.13*
参照组	38	12.48 \pm 1.08	8.54 \pm 1.02*	56.19 \pm 4.67	65.98 \pm 4.94*
t		1.671	10.518	0.795	7.392
P		0.099	<0.001	0.429	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组血液流变学指标比较 治疗前,两组血沉、红细胞比积、全血高切比黏度、全血低切比黏度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组血沉、红细胞比积、全血高切比黏度、全血低切比黏度均治疗前有所改善,且研究组优于参照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	血沉(mm/h)	红细胞比积(%)	全血低切比黏度(mpa·s)	全血高切比黏度(mpa·s)
治疗前	研究组	38	26.98 \pm 4.37	51.73 \pm 3.38	13.58 \pm 1.43	7.15 \pm 0.59
	参照组	38	26.74 \pm 4.58	51.41 \pm 3.49	13.11 \pm 1.51	7.02 \pm 0.64
	t		0.234	0.406	1.393	0.921
治疗后	研究组	38	18.01 \pm 3.66*	41.25 \pm 2.35*	9.29 \pm 1.26*	5.26 \pm 0.47*
	参照组	38	22.04 \pm 4.12*	48.31 \pm 2.86*	10.94 \pm 1.32*	6.18 \pm 0.51*
	t		4.508	11.757	5.574	8.177
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

脑梗死是严重的脑血管疾病,有较高的发病率、病残率及病死率,严重威胁人类健康。脑梗死患者梗死区域由于缺血缺氧致使神经元凋亡,从而影响神经细胞正常功能^[4]。曲克芦丁脑蛋白水解物主要成分为曲克芦丁、活性多肽、多种氨基酸、核酸等,含多种生物活性成分,可改善神经元代谢并诱导分化,保护神经细胞不受神经毒素、缺血损害;且曲克芦丁脑蛋白水解物可透过血脑屏障,加快合成蛋白质,调节脑能量代谢,起到抗缺氧保护作用^[5-6]。

脑梗死属中医“中风”范畴,由于气虚血瘀、痹阻脑络所致。脑梗死患者体内纤溶系统活性降低,存在血管内皮功能损害,易形成血栓且自行溶解较慢,从而阻塞血管。中医治疗当破气行瘀、祛邪扶正,去瘀血,助血运,营养脏腑,滋养脑海,恢复肢体功能。灯盏细辛注射液是提取灯盏细辛成份制成的水溶液,具有通络止痛、活血祛瘀等功效,可用于治疗闭塞性血管疾病及相关后遗症。现代药理学表明,灯盏细辛注射液具有清除氧自由基、抗氧化作用,可扩张血管,抗血小板及红细胞聚集,有助于改善血管微循环^[7]。本研究结果显示,研究组治疗总有效率高于参照组;NIHSS 评分及 ADL 评分、血液流变学均较治疗前有所改善,且研究组优于观察组。分析其原因在于,灯盏细辛注射液联合曲克芦丁脑蛋白水解物可扩张

血管,增加血流量,改善脑缺血程度;抗血小板聚集,改善局部微循环,降低血液黏稠度,预防血栓形成;加快蛋白质、核糖核酸合成,清除氧自由基,促进组织恢复,对脑梗死患者有保护作用。综上所述,灯盏细辛注射液联合曲克芦丁脑蛋白水解物治疗脑梗死恢复期患者效果确切,可有效改善神经功能缺损症状及血液流变学,增强日常生活能力。

参考文献

- [1]陈兰兰,徐耀,马灿灿,等.不同类型腔隙性脑梗死发病机制的探讨[J].中华老年心脑血管病杂志,2016,18(9):961-965
[2]朱锦莉.尤瑞克林联合曲克芦丁脑蛋白水解物对急性脑梗死患者

- 凝血功能及神经功能的影响[J].实用临床医药杂志,2016,20(9):17-20
[3]贾建平,陈生弟.神经病学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2013.176-181
[4]杜衍捷,金醒昉.脑梗死患者神经细胞凋亡研究进展[J].中国老年学杂志,2016,36(14):3600-3602
[5]曾静,王茹,李丹丹,等.曲克芦丁脑蛋白水解物对大鼠中动脉栓塞后大鼠神经血管单元的保护作用[J].中国卒中杂志,2017,12(12):1097-1103
[6]左芝治,袁富玲,吉祥.曲克芦丁脑蛋白水解物对缺血性脑卒中的治疗作用及其机制[J].山东医药,2018,58(33):79-81
[7]章瑜芳,柯细彤,李宝才,等.灯盏细辛注射液与灯盏花素注射液治疗缺血性中风急性期临床疗效间接比较的 Meta 分析[J].中国中药杂志,2017,42(6):1194-1201

(收稿日期:2019-12-05)

神经肌肉电刺激对脑梗死患者肢体功能康复的影响

陈瑞旦 陈安 陈嘉健

(广东省肇庆市第一人民医院康复医学科 肇庆 526040)

摘要:目的:探讨神经肌肉电刺激治疗对脑梗死患者肢体功能康复的影响。方法:选取2018年1月~2019年5月收治的脑梗死患者70例为研究对象,随机分成研究组和对照组,各35例。对照组采用常规治疗及康复训练干预,研究组在对照组干预基础上加用神经肌肉电刺激治疗。比较两组治疗前后Fugl-Meyer评测法评分,美国国立卫生研究院卒中量表及日常生活能力量表评分。结果:治疗后两组上下肢Fugl-Meyer评测法评分、日常生活能力量表评分均较治疗前提高,美国国立卫生研究院卒中量表评分较治疗前降低,且研究组治疗后上肢、下肢Fugl-Meyer评测法评分、日常生活能力量表评分高于对照组,美国国立卫生研究院卒中量表评分低于对照组($P < 0.05$)。结论:采用神经肌肉电刺激治疗脑梗死患者可促进患者肢体功能康复,提高患者神经功能及日常活动能力。

关键词:脑梗死;神经肌肉电刺激;肢体功能;神经功能;日常活动能力

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.056

脑梗死是常见的脑血管疾病,在中老年群体中有很高的发病率^[1]。脑梗死发生后,患者常存在不同程度的肢体偏瘫或语言功能障碍,严重影响患者的日常生活,并给患者家庭带来沉重的负担,因此需采取科学有效的方法治疗^[2]。脑梗死临床一般采用药物和康复训练治疗,然而常规治疗效果并不理想^[3]。近年来,我院在常规治疗及干预的基础上应用神经肌肉电刺激治疗脑梗死患者取得了满意的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院康复医学科和神经内科2018年1月~2019年5月收治的脑梗死患者70例为研究对象。纳入标准:(1)经CT检查确诊,主要为平扫可见低密度梗死灶,增强扫描可见不规则高密度区,病灶边界清晰^[4];(2)存在不同程度的肢体偏瘫;(3)生命体征稳定并且临床资料完整;(4)对本次研究知情,自愿参与并签署知情同意书。排除标准:(1)合并脑出血疾病;(2)合并严重肝肾功能障碍;(3)合并意识障碍、交流沟通障碍。按照随机数字表

法将70例患者分成研究组与对照组,各35例。研究组男20例,女15例;年龄48~75岁,平均(60.2±2.1)岁;单发病灶24例,多发病灶11例。对照组男21例,女14例;年龄50~76岁,平均(59.8±1.9)岁;单发23例,多发12例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组采用常规治疗及康复训练干预。主要是尽早改善脑缺血区血液循环,促进神经功能康复,针对合并脑水肿患者予以甘露醇、利尿剂^[5]。康复训练方法主要是指导患者正确的摆放肢体,告知患者定期更换体位,对患肢关节进行被动锻炼,训练量由小到大,避免训练过程疼痛;指导患者练习侧翻身,患肢交叉双举做桥式运动,背伸牵引腕关节、踝关节,且指导患者站立、坐起平衡训练,上下楼梯训练,以提高患者日常生活能力。研究组在对照组治疗基础上加用神经肌肉电刺激治疗。采用北京祥云佳友医疗器械有限公司生产的FK998-G型神经肌肉电刺激仪,波宽800ms,强度28mA,间隔3s。患者仰卧头中立位,根据患者病情不同选择对