

• 康复医学专题

脉管复康片对脑梗死恢复期患者肢体功能恢复及凝血功能的影响

谢雪园
(苏州工业园区星塘医院康复科, 江苏 苏州 215000)

【摘要】目的 探讨联合脉管复康片对脑梗死恢复期患者的肢体功能及血浆凝血酶时间(TT)、部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶原时间(PT)的影响。**方法** 以随机数字表法将2021年10月至2022年10月苏州工业园区星塘医院收治的50例脑梗死恢复期患者分为两组进行前瞻性研究,各25例。对照组患者接受常规治疗(改善循环、脑保护、降压、降糖等),观察组患者在此基础上口服脉管复康片,两组的治疗时间均为1个月。比较两组患者临床疗效,治疗前、治疗1个月后神经功能评分、中医证候积分、凝血功能、肢体功能及生活能力。**结果** 与对照组比,观察组患者总有效率更高;与治疗前比,治疗后两组患者美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、中医证候积分均降低,观察组低于对照组;简易智能精神状态检查量表(MMSE)、简化Fugl-Meyer运动功能评定量表(FMA)、Berg平衡量表(BBS)、Barthel指数(BI)评分均升高,观察组更高;血浆D-二聚体(D-D)水平均降低,观察组更低;两组患者APTT、PT及观察组患者血浆TT均显著延长,观察组更长(均 $P<0.05$)。**结论** 联合脉管复康片治疗能够有效改善脑梗死恢复期患者凝血功能,进而提升患者神经和认知功能,促进肢体功能和生活能力恢复。

【关键词】脉管复康片;脑梗死;恢复期;肢体功能;凝血功能

【中图分类号】R743.3 **【文献标识码】**A **【文章编号】**2096-3718.2023.13.0019.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.13.007

脑梗死又被称为缺血性脑卒中,以脑组织缺氧后发生不可逆损伤为主要病理改变,该病常发于中老年群体。脑梗死恢复期是指脑梗死发病2周至6个月,是神经功能恢复和远端功能恢复的重要时期。目前,西医对于脑梗死恢复期患者多采用常规对症治疗,但往往治标不治本,预后较差。中医认为脑梗死属于“中风”范畴,其病位在脑,本病与血瘀阻滞、脑脉失调有关,患者偶感风邪、寒邪、湿邪、热邪等病邪,导致肝阳上亢或瘀血内阻于经络,经络受阻而引起气血逆乱,因此,应以扶正益气、养血安神、逐瘀通络之法治疗^[1]。脉管复康片中含有乳香、鸡血藤等多种中药材,有祛燥消积、通经活络等功效,对于脑梗死恢复期患者,使用此药物进行治疗有一定的积极作用^[2]。基于此,本研究选取苏州工业园区星塘医院2021年10月至2022年10月收治的50例脑梗死恢复期患者,旨在探讨联合脉管复康片治疗的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以随机数字表法将苏州工业园区星塘医院2021年10月至2022年10月收治的50例脑梗死恢复期患者分为两组。对照组(25例)患者中男性和女性分别

为14、11例;年龄55~82岁,平均(63.53±5.98)岁;梗死部位:后循环15例,前循环10例;基础疾病:糖尿病9例、高脂血症3例、高血压13例。观察组(25例)患者中男性和女性分别为15、10例;年龄56~83岁,平均(63.02±5.66)岁;梗死部位:后循环13例,前循环12例;基础疾病:糖尿病7例、高脂血症4例、高血压14例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。诊断标准:①西医:符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[3]中脑梗死的诊断标准;②中医:符合《中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)》^[4]中“中风”的诊断标准。纳入标准:①符合上述中西医诊断标准者;②发病期在2周至6个月内者;③精神状态正常且可进行有效的语言沟通者等。排除标准:①有严重出血倾向者;②存在精神疾病史者;③合并脑肿瘤、脑血管畸形等病变者等。本研究经院内医学伦理委员会审核并批准,且患者及其家属均已签署知情同意书。

1.2 治疗方法 入院后,患者完善各项检查,明确疾病病情后,及时给予患者改善循环、营养神经、脑保护等常规治疗措施^[5]。观察组患者在此基础上口服脉管复康片(天津同仁堂集团股份有限公司,国药准字Z12020023,

作者简介:谢雪园,硕士研究生,主治医师,研究方向:神经康复。

规格：0.6 g/片),2.4 g/次,3 次/d。两组治疗时间均为 1 个月。

1.3 观察指标 ①临床疗效。美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分^[6] 减分率 $\geq 45\%$, 临床症状、体征显著改善为显效; $18\% \leq$ NIHSS 评分减分率 $<45\%$, 临床症状、体征部分改善为有效; NIHSS 评分减分率 $<18\%$, 临床症状、体征未发生改善甚至恶化, 活动受到极大程度的限制为无效^[4]。NIHSS 减分率 = (治疗前 NIHSS 评分 - 治疗后 NIHSS 评分) / 治疗前 NIHSS 评分 $\times 100\%$; 总有效率 = 显效率 + 有效率。②神经功能评分与中医证候积分。神经功能缺损程度以 NIHSS 评分进行评估, 该表总分 42 分, 评分与患者神经功能缺损程度成正比^[6]; 认知功能采用简易智能精神状态检查量表 (MMSE) 评分^[7] 进行评估, 该量表包括 7 个方面, 量表总分范围为 0~30 分, 认知功能障碍: <27 分, 认知功能正常: $27\sim 30$ 分, 分值越高, 认知功能越好; 治疗前后观察记录两组患者的中医证候积分, 主症包含头晕目眩、半身不遂、口舌歪斜等, 分别计 0 (无症状)、2 (轻度)、4 (中度)、6 (重度) 分, 次症包括头痛、反应迟钝、舌苔厚腻等, 分别计 0 (无症状)、1 (轻度)、2 (中度)、3 (重度) 分, 各症状评分之和记为中医证候积分, 得分越高则代表症状越严重^[4]。③凝血功能。治疗前后采集患者空腹静脉血约 5 mL, 加入抗凝剂, 离心 (3 500 r/min) 10 min 后得到血浆, 采用免疫比浊法检测 D-二聚体 (D-D) 水平, 采用凝固法检测血浆凝血酶时间 (TT)、部分凝血活酶时间 (APTT)、凝血酶原时间 (PT)。④肢体功能和生活能力。运动功能以简化 Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (FMA) 评分^[8] 评估, 该表总分 100 分, 肢体运动功能与分值成正比; 采用 Berg 平衡量表 (BBS) 评分^[9] 评价患者平衡能力, 包括站

起、单腿站立、独自站立等 14 项内容, 每项 0~4 分, 最高分是 56 分, <40 分表示有跌倒的危险, 分数越低则平衡能力越差; 日常活动能力采用 Barthel 指数 (BI) 评分^[10] 评估, 总分 100 分, 评分越低则日常活动能力越差。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件分析数据, 计数资料以 [例 (%)] 表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料经 S-W 法检验证实均符合正态分布, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组患者总有效率较对照组更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	25	10(40.00)	6(24.00)	9(36.00)	16(64.00)
观察组	25	19(76.00)	4(16.00)	2(8.00)	23(92.00)
χ^2 值					5.711
P 值					<0.05

2.2 两组患者神经、认知功能与中医证候积分比较 与治疗前比, 治疗后两组患者 NIHSS 评分、中医证候积分均降低, 观察组更低; 两组患者 MMSE 评分均升高, 观察组更高, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者凝血功能比较 与治疗前比, 治疗后两组患者血浆 D-D 水平均显著降低, APTT、PT 及观察组患者血浆 TT 均显著延长, 且观察组患者血浆 D-D 水平更低, TT、APTT、PT 均更长, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组患者肢体功能和生活能力比较 与治疗前比, 治疗后两组患者 FMA、BBS 及 BI 评分均升高, 观察组更

表 2 两组患者神经、认知功能与中医证候积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)							
组别	例数	NIHSS 评分		MMSE 评分		中医证候积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	16.64 \pm 2.68	9.56 \pm 1.68*	17.79 \pm 2.76	20.01 \pm 4.49*	29.01 \pm 3.81	15.25 \pm 2.76*
观察组	25	16.89 \pm 2.62	6.63 \pm 0.45*	17.65 \pm 2.37	24.78 \pm 4.68*	28.79 \pm 3.02	11.79 \pm 2.25*
t 值		0.334	8.423	0.192	3.677	0.226	4.858
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。NIHSS: 美国国立卫生研究院卒中量表; MMSE: 简易智能精神状态检查量表。

表 3 两组患者凝血功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)									
组别	例数	D-D(mg/L)		TT(s)		APTT(s)		PT(s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	0.97 \pm 0.24	0.69 \pm 0.15*	10.28 \pm 1.45	10.38 \pm 1.29	32.17 \pm 2.57	35.85 \pm 2.37*	10.17 \pm 1.51	12.24 \pm 1.41*
观察组	25	0.88 \pm 0.27	0.45 \pm 0.08*	10.39 \pm 1.38	14.01 \pm 1.31*	31.93 \pm 2.13	39.16 \pm 2.49*	10.08 \pm 1.26	15.73 \pm 1.59*
t 值		1.246	7.059	0.275	9.872	0.360	4.814	0.229	8.211
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。D-D: D-二聚体; TT: 凝血酶时间; APTT: 部分凝血活酶时间; PT: 凝血酶原时间。

高, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 4。

3 讨论

对于脑梗死恢复期患者常规对症治疗可疏通颅内堵塞的血管, 但单独的常规治疗效果有限, 对于患者认知障碍、言语障碍的改善疗效欠佳, 不利于患者的预后。中医学认为, 脑梗死是本虚标实之证, 加之“虚邪贼风”“风痰上扰”, 导致瘀血阻络、气血逆乱, 进而出现“神昏”“厥脱”等一系列症状, 因此, 该疾病的治疗主要在于活血化瘀。脉管复康片中丹参可发挥活血止痛、宁心安神等功效; 鸡血藤可发挥通滞化瘀、活血通络等功效; 郁金有行气开郁、祛瘀止血等功效; 乳香、没药可发挥调气活血、定痛化瘀等功效, 诸药共奏活血化瘀、通经活络之功效。

脉管复康片可以增加脑组织局部血流灌注量, 改善脑循环, 从而改善脑梗死患者的脑功能状态。现代药理学研究表明, 丹参可改善微循环、清除氧自由基, 有效改善缺血区神经细胞的损伤; 鸡血藤可以对抗血液凝集, 影响纤溶过程, 抑制血栓的形成^[11-12]。本研究中, 观察组患者总有效率高于对照组, NIHSS 评分、中医证候积分均更低, MMSE、FMA、BBS 及 BI 评分均更高, 表明联合脉管复康片治疗的效果更佳, 可改善患者神经、运动及认知功能, 同时可提升日常生活能力。

D-D 为纤维蛋白原降解产物, 是凝血诊断中一个特异性较强的指标, 在临床上是反映血栓形成与溶栓活性的实验室指标, 脑血管疾病严重程度与血浆 D-D 水平呈正相关。PT、TT、APTT 均为反映机体内源性凝血途径是否异常的敏感指标, 脉管复康片含有丹参、乳香、没药等活血化瘀类药物, 可通过靶向凝血酶、降低血浆纤维蛋白原水平起到抗血栓的功能, 改善脑部血液高凝状态, 促进机体血液循环; 同时脉管复康片活血效果比较好, 其中含有的多种中药成分均有清除氧自由基的作用, 抑制血小板活化, 恢复脑部血供, 减轻脑组织缺血缺氧性损伤, 改善机体凝血功能^[13]。本研究中, 治疗后观察组患者血浆 D-D 水平低于对照组, PT、TT、APTT 均显著长于对照组; 表明联合脉管复康片治疗脑梗死恢复期可以有效改善患者机体凝血功能, 利于病情好转。

综上, 联合脉管复康片治疗能够改善脑梗死恢复期患者凝血功能, 进而提升患者神经和认知功能, 促进肢体功能和生活能力恢复, 临床应用前景广阔。

参考文献

[1] 刘博, 黎明全, 汲广成, 等. 中医治疗脑梗死恢复期的研究进展 [J]. 河北中医, 2022, 44(11): 1921-1926.

[2] 曹大杰. 脉管复康胶囊联合他汀类药物、阿司匹林对动脉粥样硬化性脑梗死恢复期患者神经功能缺损评分及血脂水平的影响 [J]. 首都食品与医药, 2020, 27(20): 83.

[3] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.

[4] 中国中西医结合学会神经科专业委员会. 中国脑梗死中西医结合诊治指南 (2017)[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 136-144.

[5] 卢越, 刘丽, 刘国华, 等. 芪参还五胶囊配合穴位贴敷治疗脑梗死恢复期患者痰瘀互结证的疗效分析 [J]. 中国现代医学杂志, 2021, 31(12): 57-62.

[6] 杨寿宇. 丁苯酞联合阿替普酶应用于脑梗死患者对 NIHSS 评分的影响 [J]. 中外医学研究, 2021, 19(6): 107-109.

[7] 梁锦仪. 疏血通注射液对大面积脑梗死患者疗效及 MMSE、ADL 评分影响 [J]. 海峡药学, 2020, 32(4): 119-120.

[8] 陈永艳. 序贯式护理对脑梗死患者 FMA 评分及 BI 指数的影响 [J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32(3): 376-377.

[9] 金冬梅, 燕铁斌, 曾海辉. Berg 平衡量表的效度和信度研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2003, 18(1): 25-27.

[10] 李雪娜, 海英. 清脑益元汤对缺血性中风患者的疗效及 Barthel 指数、ADL 评分的变化研究 [J]. 中医药学报, 2020, 48(9): 46-49.

[11] 马晓晶, 杨健, 马桂荣, 等. 中药丹参的现代化研究进展 [J]. 中国中药杂志, 2022, 47(19): 5131-5139.

[12] 秦双双, 朱艳霞, 韦坤华, 等. 鸡血藤的本草沿革与黄酮类成分及其药理学研究进展 [J]. 中国中药杂志, 2018, 43(11): 2216-2223.

[13] 金婷婷. 丁苯酞联合脉管复康胶囊治疗急性脑梗死的疗效及机制分析 [J]. 医学理论与实践, 2021, 34(21): 3726-3728.

表 4 两组患者肢体功能和生活能力比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FMA 评分		BBS 评分		BI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	25.31±5.13	43.56±6.78*	36.06±3.36	40.97±3.39*	42.82±3.76	59.97±9.91*
观察组	25	25.29±4.98	51.63±7.46*	35.91±2.94	44.13±2.65*	42.91±3.94	81.73±7.64*
t 值		0.014	4.003	0.168	3.672	0.083	8.695
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P<0.05$ 。FMA: 简化 Fugl-Meyer 运动功能评定量表; BBS: Berg 平衡量表; BI: Barthel 指数。