

银杏达莫注射液联合康复护理治疗急性脑血栓形成患者疗效观察

章群飞, 胡丽华

浙江医院重症监护室, 浙江 杭州 310013

[摘要] 目的: 观察银杏达莫注射液联合康复护理治疗急性脑血栓患者的疗效及安全性, 总结其护理方法。方法: 选取100例急性脑血栓形成患者, 随机分为2组各50例。对照组患者采用常规治疗及常规护理方法, 观察组在对照组治疗及护理方案的基础上加用银杏达莫注射液联合康复护理进行干预。观察比较2组患者治疗14天后神经功能缺损改善情况、治疗1年后日常生活活动能力评分情况和脑卒中并发症发生情况以评价银杏达莫注射液联合康复护理的治疗效果。结果: 观察组共48例患者完成研究, 对照组共46例患者完成研究; 治疗后, 2组患者神经功能缺损评分均下降, 前后比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 但治疗后观察组患者评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 观察组患者治疗1年后日常生活活动能力和Barthel指数评分情况均优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 观察组患者并发症发生率6.24%, 低于对照组23.91%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 应用银杏达莫注射液联合康复护理可以改善患者神经功能缺损情况, 提高患者日常生活, 且降低患者并发症发生率。

[关键词] 脑血栓形成; 银杏达莫注射液; 康复护理; 日常生活活动能力; 神经功能缺损情况; 并发症

[中图分类号] R743.32 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0244-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.093

脑血栓形成是指由各种原因引起的局部脑组织血液供应障碍导致脑组织缺血缺氧变性坏死而引起相应的神经功能缺失表现的一组临床综合征。起病隐匿, 患者死亡率和致残率高, 严重威胁着广大人民群众的身体健康^[1]。随着中西医结合医学的不断发展, 临床医师对中医药在治疗脑血栓形成方面的独到作用有了更为深刻的认识, 而康复护理理念的不断推广, 也为患者提供了获得更为优良预后的可能^[2]。笔者采用中成药银杏达莫注射液联合康复护理对100例急性脑血栓形成患者进行了治疗, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①按照《临床诊疗指南·神经病学分册》所列诊断标准经CT和MRI检查确诊为脑血栓形成的患者^[3]; ②患者为首次发病, 并于起病24h内入本院接受治疗; ③患者入院时按照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》^[4]评定为中度神经功能缺损(16~30分); ④患者预估生存时间>6月。

1.2 排除标准 ①合并可能对研究造成影响的疾病的患者; ②合并本研究所用药物应用禁忌症的患者。

1.3 剔除标准 ①中途退出的患者; ②未严格按照医嘱进行治疗的患者; ③失访的患者。

1.4 一般资料 本研究已报本院伦理学委员会讨论通过并批准备案, 所有入选患者对本研究可能带来的风险及收益均已知悉, 并签署知情同意书。按照上述标准选取2013年1—12月在本院治疗的100例急性脑血栓形成患者作为研究对象, 男57例, 女43例; 年龄54~77岁, 平均(66.45±8.73)岁; 入院时神经功能缺损评分16~30分, 平均(23.46±3.75)分。采用随机数字表法将患者随机分入观察组和对照组各50例。2组患者基线资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表1。

表1 2组患者基线资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	性别(例)		年龄(岁)	神经功能缺损评分(分)
		男	女		
观察组	50	32	18	66.37±8.52	23.51±3.34
对照组	50	25	25	66.53±8.60	23.41±3.38
χ^2/U 值		1.47		0.09	0.14
P值		0.22		0.94	0.88

[收稿日期] 2015-12-20

[作者简介] 章群飞 (1983-), 女, 护师, 主要从事内科护理工作。

2 研究方法

2.1 对照组 (1)治疗方法: 采用吸氧、调整血压、控制血糖和体温、限制液体摄入量、减轻脑水肿、口服阿司匹林肠溶片抗凝或静脉应用肝素抗凝, 对于入院时间在 1~6 h 以内、符合溶栓治疗。(2)护理方法: 采用常规护理, 内容包括: 密切监测患者病情, 保持患者呼吸道通畅, 经常为患者翻身和擦拭身体以防压疮, 帮助患者按摩肢体以防深静脉血栓形成, 防范肺炎及泌尿系感染。

2.2 观察组 (1)治疗方法: 在对照组治疗方案的基础上加用银杏达莫注射液(贵州益佰制药股份有限公司生产, 国药准字: H52020031, 规格: 10 mL)进行治疗, 用法用量为: 10 mL 银杏达莫注射液加入 250 mL 生理盐水中静脉滴注, 每天 2 次, 连用 14 天。(2)护理方法: 在对照组护理方案的基础上加用康复护理: ①对患者采取患侧卧位, 偏瘫侧上肢肩关节前屈 90°、伸肘、伸指、掌心向上, 偏瘫侧下肢伸髋、稍屈膝、踝背伸 90°, 肩胛骨及骨盆下垫薄枕以防日后萎缩。②从近端关节开始向远端关节进行被动活动锻炼, 每天 3 次, 每次 5 min; 治疗时嘱患者将头转向患侧以便通过视觉反馈提高患者的参与度, 同时应注意活动范围适当以免造成软组织损伤。③辅助患者在床上进行双手叉握上举、翻身、桥式运动等主动运动一边促进患者活动能力的恢复; 待患者活动能力提高后可以开始进行床边坐、床边站立等活动, 进而过渡到在平衡杠内行走和在器械辅助下的行走训练。④通过作业疗法提高患者日常活动、运动型功能、辅助器具使用的能力。⑤适当采用电刺激、冰刺激、空气波疗法等物理疗法促进患者的功能恢复。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察比较 2 组患者治疗 14 天后神经功能缺损改善情况、治疗 1 年后日常生活活动能力评分情况和脑卒中并发症发生情况以评价银杏达莫注射液联合康复护理的治疗效果。患者神经功能缺损情况采用《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》进行评分; 患者治疗 1 年后日常生活活动能力评分采用 Barthel 指数^[9]进行评价, 其中 0~20 分为完全依赖, 25~45 分为重度依赖, 50~70 分为中度依赖, 75~95 分为轻度依赖, 100 分为独立; 患者脑卒中并发症观察内容包括: 肺部感染、褥疮、

消化道出血、脑心综合征、中枢性呼吸困难等常见并发症。

3.2 统计学方法 所有数据均录入 SPSS20.0 软件进行处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 计量资料采用 t 检验或配对 t 检验进行处理, 计数资料采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法进行处理, 有序列联表数据采用秩和检验进行处理。

4 治疗结果

4.1 完成情况 观察组患者共 48 例完成研究, 2 例因失访被剔除; 对照组患者共 46 例完成研究, 2 例因中途退出、2 例因失访被剔除。2 组完成研究的患者基线资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

4.2 2 组治疗 14 天后神经功能缺损情况比较 见表 2。治疗前, 2 组患者神经功能缺损评分情况比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 2 组患者神经功能缺损评分均下降, 前后比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 且治疗后观察组患者评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 2 2 组治疗 14 天后神经功能缺损情况比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后	t 值	P
观察组	48	23.51 ± 3.34	11.74 ± 4.73	14.08	< 0.01
对照组	46	23.41 ± 3.38	14.85 ± 5.26	9.28	< 0.01
t 值		0.14	3.02		
P		0.88	< 0.01		

4.3 2 组治疗 1 年后日常生活活动能力情况及 Barthel 指数评分比较 见表 3。2 组治疗 1 年后情况比较, 观察组患者治疗 1 年后日常生活活动能力和 Barthel 指数评分情况均优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表 3 2 组治疗 1 年后日常生活活动能力情况及 Barthel 指数评分比较 例(%)

组别	n	独立	轻度依赖	中度依赖	重度依赖	完全依赖	Barthel 评分($\bar{x} \pm s$)分
观察组	48	1(2.09)	22(45.83)	22(45.83)	3(6.25)	0	72.43 ± 19.96
对照组	46	0	12(26.08)	21(45.65)	12(26.09)	1(2.18)	52.18 ± 22.84
t/t 值				2.72			4.58
P				< 0.01			< 0.01

4.4 2 组脑卒中并发症情况比较 见表 4。观察组患者并发症发生率 6.24%, 低于对照组 23.91%, 经 χ^2 检验, $\chi^2=4.47$, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组脑卒中并发症情况比较 例(%)

组别	n	肺部感染	褥疮	消化道出血	膀胱、直肠功能障碍	合计
观察组	48	1(2.08)	0	1(2.08)	1(2.08)	3(6.24)
对照组	46	3(6.52)	4(8.70)	2(4.35)	2(4.35)	11(23.91)
χ^2 /Fisher值		0.31		<0.01	<0.01	4.47
P值		0.58	0.05	0.97	0.97	0.03

5 讨论

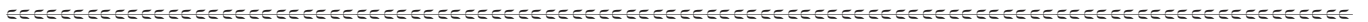
脑血栓形成是脑梗死的最常见类型，约占全部脑梗死患者90%以上。其病理机制主要为动脉粥样硬化、动脉炎、血液系统疾病等病因导致患者脑内动脉血管异常狭窄或闭塞而引起的缺血缺氧⁶。目前西医学对该病的治疗疗效尚不十分理想，患者致残率和死亡率都很高。中医学将脑卒中归属中风范畴，认为该病乃“正气不足，外受风邪”所致。患者或因肝阳暴亢、风火上扰，或因风痰瘀血、痹阻脉络，或因痰热腑实、风痰上扰，或因气虚血淤等病因导致半身不遂、口舌歪斜、偏身麻木等症，因此治疗方法应以镇肝熄风、滋阴潜阳、活血化瘀通络为主。银杏叶性平，味甘、苦、涩，归心、肺经，具有活血化瘀、通络止痛、敛肺平喘、化浊降脂之功效，现代药理学研究表明，银杏叶的主要有效成分为银杏总黄酮，其主要功效包括：通过拮抗血小板活化因子以起到抗凝作用，通过增强红细胞携氧能力改善大脑缺氧状态，通过清除自由基减少脑细胞缺血缺氧损伤，以及控制血压和降低血脂的作用⁷。银杏达莫注射液由银杏总黄酮和双嘧达莫组方，其中双嘧达莫具有较强的抗凝功效。研究表明，应用银杏达莫注射液可以增加脑血栓患者大脑动脉血流速度，改善患者NO、ET-1、t-PA等内皮活性因子水平，进而提高患者综合疗效⁸。

由于脑血栓形成患者并无根治方法，且患者致残率高、并发症多，因此康复护理对于改善患者生存质量具有十分重要的意义。与传统护理方法相比，康复护理采用的更合理的体位摆放可以有效预防患者肌肉挛缩，被动活动锻炼可以促进患者运动和感觉功能的早期恢复并预防下肢深静脉血栓形成，主动运动训练和作业疗法对于恢复患者的日常活动能力具有十分重要的作用。

[参考文献]

- [1] 赵焕, 操礼琼, 石瑜瑜, 等. 急性脑梗死与血清炎症因子及颈动脉粥样硬化关系的研究[J]. 中华疾病控制杂志, 2013, 17(6): 499-502.
- [2] 李乐军, 陈丽萍, 刘晓丽, 等. 中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征62例[J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(3): 283-286.
- [3] 中华医学会. 临床诊疗指南·精神病学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1-4.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 62-64.
- [5] Mahoney FI, Barthel DW. Rehabilitation of the hemiplegic patient: a clinical evaluation[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1954, 35(6): 359-362.
- [6] 贾建平, 陈生弟. 神经病学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 176-184.
- [7] 周宗水. 银杏达莫注射液治疗急性脑梗死[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(2): 239-241.
- [8] 陈坤山, 徐国平, 王金鹏, 等. 银杏达莫注射液对急性脑梗死患者脑血流及血管内皮功能的影响[J]. 中成药, 2014, 36(12): 2479-2482.

(责任编辑: 刘淑婷)



· 书讯 · 欢迎购买《新中医》杂志合订本。合订本便于收藏，易于查阅，最有益于读者。1996年每套53元，1997年、1998年每套各55元，1999年、2000年每套各67元，2001年、2002年、2003年、2004年每套各88元，2005年、2006年每套各110元，2007年、2008年每套各130元，2009年、2010年每套各150元，2011年每套200元，2012年、2013年、2014年每套各230元（均含邮费）。欲购者请汇款至广州市番禺区广州大学城环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科（邮政编码：510006），并在汇款单附言栏注明书名、套数。