

益智活血汤联合康复护理干预对改善脑梗死恢复期神经与认知功能的研究

孙丹丰

浦江县中医院内科, 浙江 浦江 322200

[摘要] 目的: 观察益智活血汤联合康复护理干预改善脑梗死恢复期患者神经与认知功能的作用。方法: 脑梗死恢复期患者 74 例, 随机分为 2 组, 各 37 例。2 组均予以控制血压和血糖、抗血小板聚集和保护脑细胞等治疗。对照组患者予以益智活血汤加减口服; 观察组在对照组基础上予以康复护理干预。2 组疗程均为 8 周。观察并比较 2 组患者治疗前后神经、认知功能及日常生活能力的变化。结果: 治疗 8 周后, 2 组神经功能缺损 (NFD) 评分较前明显下降, 而改良 Barthel 指数评定量表 (MBI) 评分较前明显上升, 治疗前后比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗后 2 组评分比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 益智活血汤联合康复护理干预可明显改善脑梗死恢复期患者神经和认知功能, 提高日常生活能力, 改善其预后。

[关键词] 脑梗死恢复期; 益智活血汤; 康复; 护理干预; 神经; 认知功能

[中图分类号] R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 10-0230-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.107

认知功能下降是脑梗死恢复期较常见的并发症, 其发病率约 30%~50%, 部分患者可发展为血管性痴呆, 需积极干预治疗。益智活血汤是一种滋补肝肾和健脑益智的经典方, 近年来研究发现其对脑损伤所致记忆与智能障碍的具有良好的改善作用^[1]。本研究观察了益智活血汤联合康复护理干预改善脑梗死恢复期患者神经与认知功能的作用, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2012 年 1 月—2014 年 10 月本院内科脑梗死恢复期患者, 共 74 例。随机分为 2 组, 各 37 例。观察组男 20 例, 女 17 例; 年龄 51~87 岁, 平均(69.7±7.2)岁; 发病时间 3~9 周, 平均(5.4±1.3)周; 梗死部位: 基底节 20 例, 内囊 12 例, 其他 5 例。对照组男 22 例, 女 15 例; 年龄 54~84 岁, 平均(69.1±7.0)岁; 发病时间 3~8 周, 平均(5.2±1.1)周; 梗死部位: 基底节 22 例, 内囊 11 例, 其他 4 例。2 组性别、年龄、发病时间及梗死部位等情况比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: ①西医诊断参照《急性缺血性脑卒中诊治指南(2010 版)》^[2]中的诊断标准, 并经头颅 CT 或磁共振检查确诊; ②中医诊断符合气滞血瘀型中风病的诊断标准^[3]; 伴有不同程度的神经及认知功能障碍。排除标准: ①既往有失语、失认及认知功能障碍、神经和精神病史者; ②短

暂性脑缺血发作、脑出血或脑器质性疾病引起的认知功能障碍

2 治疗与护理方法

2 组均予以控制血压和血糖、抗血小板聚集和保护脑细胞等治疗。

2.1 对照组 予以益智活血汤加减口服, 组成: 黄芪 60 g, 当归、知母各 10 g, 白术、川芎、地龙各 15 g, 水蛭、甘草各 6 g, 何首乌、山茱萸、石菖蒲、枸杞子各 12 g。并随症加减, 每天 1 剂, 分早晚 2 次口服。

2.2 观察组 在对照组基础上予以康复护理干预, 包括: ①心理干预: 分析并掌握其心理状态, 进行有效心理疏导工作, 消除其心理障碍, 促进其身心功能康复; ②认知干预: 早期主要通过读报、听音乐和谈话等方式, 提高觉醒力和环境辨认力。中期主要进行记忆、注意力和思维等训练。后期主要巩固中期训练效果; ③康复锻炼: 采用分阶段分步骤的康复锻炼方法, 循序渐进地进行患者肢体运动、感觉及认知功能等康复训练。

2 组疗程均为 8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察并比较 2 组患者治疗前后神经及日常生活能力的变化, 分别采用神经功能缺损(NFD)程度评分和改良 Barthel 指数评定量表(MBI)评定患者神经功能及日常生活活动

[收稿日期] 2015-04-10

[作者简介] 孙丹丰 (1977-), 女, 主管护师, 研究方向: 中西医康复护理。

能力；同时采用简明精神状态检查量表评分(MMSE)评估患者认知功能，比较治疗前后 MMSE 评分改善率评估其认知功能。

3.2 统计学方法 应用 SPSS18.0 软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与护理结果

4.1 疗效标准 显著改善：治疗后 MMSE 评分较前增加 ≥ 4 分，改善：治疗后 MMSE 评分较前增加 1~3 分，无效：治疗后 MMSE 评分较前不变或反而较前减少。总改善率包括显著改善率和改善率。

4.2 2组治疗前后 NFD 和 MBI 评分比较 见表 1。2组治疗前 NFD 和 MBI 评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 8 周后，2组 NFD 评分较前明显下降，而 MBI 评分较前明显上升，2组治疗前后比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)，治疗后观察组与对照组比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)，且观察组改善值较对照组更明显。

表1 2组治疗前后 NFD 和 MBI 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	n	NFD评分	MBI 评分
对照组	治疗前	37	21.24± 4.16	32.17± 4.76
	治疗后	37	17.27± 3.84 ^①	45.27± 7.95 ^①
观察组	治疗前	37	20.82± 4.05	32.06± 4.52
	治疗后	37	13.97± 3.45 ^{①②}	57.21± 9.79 ^{①②}

与本组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表 2。治疗 8 周后，总改善率观察组 94.59%，对照组 78.38%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	n	显著改善	改善	无效	总改善(%)
对照组	37	17	12	8	78.38
观察组	37	21	14	2	94.59 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.01$

5 讨论

脑梗死恢复期常伴不同程度的各种后遗症，其中认知功能障碍多见，脑梗死恢复期认知功能障碍不仅给患者及家庭带来巨大的痛苦，而且为社会和国家带来巨大的经济负担^④。脑梗

死认知功能障碍的发病机制十分复杂，大多数学者认为脑梗死患者缺血及缺氧区脑细胞变性坏死或凋亡，特别是与学习记忆有关的海马区的结构及功能受损，胆碱能神经系统异常释放乙酰胆碱，加上脑细胞释放大谷氨酸，造成兴奋性和抑制性氨基酸比例失调，引起患者认知功能衰退，出现认知功能障碍^⑤。目前用于治疗脑梗死认知功能障碍的西药较多，如神经营养因子、胆碱酯酶抑制剂、钙离子阻滞剂、脑细胞代谢营养剂，麦角生物碱制剂等，但其疗效均欠理想。

脑梗死属于中医学中风范畴，其病理病机为肝肾亏虚，风、火、痰、瘀上犯于脑，脑络瘀阻所致，治疗以滋补肝肾、活血开窍为主。益智活血汤选用何首乌、知母、枸杞子、山茱萸和牛膝填精益髓、滋补肝肾；黄芪和白术补气；地龙、川芎、当归和水蛭通利血脉、活血化瘀；石菖蒲醒神开窍。共奏滋补肝肾、活血通络和醒神开窍之功效^⑥。本研究表明，治疗 8 周后，观察组 NFD 评分下降及 MBI 评分上升幅度较对照组更明显，且观察组认知功能总改善率明显高于对照组。提示益智活血汤联合康复护理干预可明显改善脑梗死恢复期患者神经和认知功能，提高日常生活能力，改善其预后。

[参考文献]

- 方红玫,任雨芳. 益智活血汤对缺血性脑卒中恢复期神经、肢体运动及认知功能的改善作用观察[J]. 药物流行病学杂志, 2014, 23(8): 466-468.
- 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146-153.
- 中国防治认知功能障碍专家共识专家组. 中国防治认知功能障碍专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(2): 171-173.
- Stato S, Yamakawa Y, Terashima, et al. Efficacy of milnacipran on cognitive dysfunction with post-stroke depression open-label study [J]. Psychiatry Clin Neurosci, 2006, 60(5): 584-589.
- 尹晓燕,徐新猷. 血管性认知障碍的概念及危险因素[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2010, 13(11): 86-88.
- 姚琳芳,马瑞莲,杜秦川. 益智活血汤治疗老年血管性痴呆临床及实验观察[J]. 现代康复, 2000, 4(3): 456.

(责任编辑: 马力)