

的动脉硬化作用不强烈,但其仍具有引起脑卒中的风险。后期在动脉硬化形成后,  $F_g$  可能加快硬化的程度以及斑块形成;且随着  $F_g$  水平提高,产生斑块的概率也会加大<sup>(9)</sup>。因此,  $F_g$  对于动脉硬化II型及以上患者的病症程度有加深和促进作用<sup>(10)</sup>。

总之,本研究显示,颈动脉硬化患者的MPV和  $F_g$  水平远高于无颈动脉硬化者,且MPV作用于早期动脉硬化作用显著,  $F_g$  偏向作用于后期动脉硬化。本研究结果指示MPV和  $F_g$  水平与脑梗死患者动脉硬化有紧密联系。随着医学技术的快速发展,彩超检查已经能准确检出动脉硬化斑块存在,早期筛查有助于及时发现病症,因而对延缓斑块形成和防治脑梗死及并发症有积极的临床意义。

#### 4 参考文献

- 1 陈秋月,丁美萍,金笑平,等. 伴颈动脉粥样硬化脑梗死血小板膜糖蛋白分子表达研究(J). 中风与神经疾病杂志, 2008; 3(25): 341-4.
- 2 黄铮,龚兰生,施仲伟,等. 冠心病患者颈动脉粥样硬化斑块的好发部位及超声分型(J). 中国超声医学杂志, 1996; 12(5): 34-7.
- 3 Welch CL. Beyond genome-wide association studies: the usefulness of mouse genetics in understanding the complex etiology of atherosclerosis (J). *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2012; 32(2): 207-15.
- 4 Ahmad M, Saleem S, Zhuang H, et al. 1-hydroxyPGE reduces infarction volume in mouse transient cerebral ischemia (J). *Eur J Neurosci* 2006;

23(1): 35-42.

- 5 Arslan N, Makay B. Mean platelet volume in obese adolescents with non-alcoholic fatty liver disease (J). *J Pediatr Endocrinol Metab* 2010; 23(8): 807-13.
- 6 Kario K, Matsuo T, Nakao K, et al. Cigarette smoking increases the mean platelet volume in elderly patients with risk factors for atherosclerosis (J). *Clin Lab Haematol* 1992; 14(4): 281-7.
- 7 Chuang SY, Bai CH, Chen WH, et al. Fibrinogen independently predicts the development of ischemic stroke in a Taiwanese population: CVD-FACTS study (J). *Stroke* 2009; 40(5): 1578-84.
- 8 Chu H, Chen WL, Huang CC, et al. Diagnostic performance of mean platelet volume for patients with acute coronary syndrome visiting an emergency department with acute chest pain: the Chinese scenario (J). *Emerg Med J* 2010; 10: 93-6.
- 9 Tsiara S, Elisaf M, Jagroop IA, et al. Platelets as predictor of vascular risk: is there a practical index of platelet activity (J)? *Clin Appl Thromb Hemost* 2003; 9(3): 177-90.
- 10 Sato S, Iso H, Noda H, et al. Plasma fibrinogen concentrations and risk of stroke and its subtypes among Japanese men and women (J). *Stroke* 2006; 37(10): 2488-92.

(2012-01-13 收稿 2012-02-29 修回)

(编辑 袁左鸣)

## 三七通舒胶囊促进脑梗死患者早期康复的价值

尹金磊 (南阳市中心医院中药科, 河南 南阳 473000)

**摘要** 目的 探讨三七通舒胶囊促进脑梗死患者早期康复中的应用价值。方法 2009年8月至2011年8月对收治的脑梗死患者在常规治疗的基础上给予三七通舒胶囊治疗,并与仅进行常规治疗的对照组患者进行临床疗效、日常生活能力、运动功能、平衡功能、步行能力的评分,比较血液流变学及血脂的变化情况。结果 研究组的总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。研究组患者的血液流变学及血脂水平改善情况明显好于对照组( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者的日常生活能力评分、下肢运动功能及平衡功能较治疗前均得到有效改善( $P < 0.05$ );且研究组的改善效果明显优于对照组( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者的步行能力较治疗前均得到有效改善( $P < 0.05$ );研究组的改善效果明显优于对照组( $P < 0.05$ )。结论 三七通舒胶囊辅助治疗脑梗死的临床疗效佳,可以有效改善患者的血液流变学和血脂水平,对于患者的日常生活能力、运动功能、平衡功能、步行能力恢复具有促进作用,值得临床推广使用。

**关键词** 三七通舒胶囊; 脑梗死; 早期; 康复

(中图分类号) R743 (文献标识码) A (文章编号) 1005-9202(2012)16-3401-03; doi:10.3969/j.issn.1005-9202.2012.16.018

为了研究三七通舒胶囊促进脑梗死患者早期康复的应用价值,本研究于2009年8月至2011年8月对收治的脑梗死患者在常规治疗的基础上给予三七通舒胶囊治疗,并与仅进行常规治疗的对照组患者进行临床疗效、日常生活能力、运动功能、平衡功能、步行能力的评分,以及血液流变学及血脂的变化情况的比较,为临床治疗脑梗死提供临床依据。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择2009年8月至2011年8月在我院接受

诊断与治疗的脑梗死患者84例,入选的患者均符合全国第四届脑血管病会议的诊断标准,其中男51例,女33例;年龄49~75(平均 $(60.21 \pm 10.05)$ )岁;病程3~27d,平均 $(10.57 \pm 4.38)$ d;其中基底节区梗死33例,多发性梗死29例,脑叶梗死22例;合并疾病:高血压27例,糖尿病12例,冠心病6例;排除伴有心、肝、肾功能障碍的患者。入选的患者均自愿参加本次研究,且与患者签订知情同意书。按照随机数字表法将84例患者随机分为研究组和对照组,每组42例,两组患者的年龄、性别及病程均无明显差异( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 本研究所有患者在入院后即给予常规药物治疗,具体包括阿司匹林(国药准字H37022276,山东仁和制药有限公司生产)75mg,1次/d;静脉滴注葛根素(国药准字

H20030649 辽宁海神联盛制药有限公司生产) 250 ml, 1 次/d; 胞二磷胆碱( 国药准字 H50020309, 重庆科瑞制药有限责任公司生产) 0.5 g 加入 5% 葡萄糖注射液中静滴, 1 次/d, 1 个月为 1 个疗程<sup>(1)</sup>。研究组患者在常规治疗的基础上加用三七通舒胶囊( 国药准字 Z20030109, 成都华神集团股份有限公司制药厂生产), 每次 1 粒, 3 次/d。

**1.3 观察指标** (1) 疗效判定: 根据全国第四届脑血管病会议制定<sup>(2)</sup>的关于神经功能缺损的疗效标准分为基本痊愈、显著进步、进步、无效、恶化, 其中基本痊愈 + 显著进步 + 进步为有效。(2) 血脂及血液流变学: 分别于治疗前后观察并记录两组患者的全血黏度、血小板聚集、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白(LDL-C)、高密度脂蛋白(HDL-C)变化<sup>(3)</sup>。(3) 运动功能: 下肢运动功能评测采用 Fugl-Meyer 运动功能评定(FMA)。(4) 平衡功能: 采用 Berg 平衡量表(BBS)。(5) 步行能力评定: 测定患者 10 m 步行所需时间, 采用限时步行功能检查法, 即分别评定患者 6 min 内步行的距离。(6) 日常生活能力评分(ADL): 采用改良巴氏指数(MBI)评价<sup>(4)</sup>。

**1.4 统计学方法** 应用 SPSS17.0 统计软件进行分析, 数据资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较采用 *t* 检验和  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 疗效评定** 研究组的总有效率明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

**2.2 两组血液流变学及血脂水平比较** 研究组患者的血液流变学及血脂水平改善情况好于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.3 两组治疗前后 MBI、FMA 及 BBS 评分比较** 治疗后两组患者的日常生活能力评分、下肢运动功能及平衡功能较治疗前均得到有效改善 ( $P < 0.05$ ); 但是研究组的临床改善效果明显优于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

**2.4 两组治疗前后步行能力比较** 治疗后两组患者的步行能力较治疗前均得到有效改善 ( $P < 0.05$ ); 但是研究组的临床改善效果明显优于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 1 两组临床治疗效果比较 ( $n(\%)$   $n = 42$ )

组别	基本痊愈	显著进步	进步	无效	恶化	总有效率
研究组	4(9.52)	31(73.81) <sup>1)</sup>	4(9.52)	3(7.14)	0(0.00)	39(92.86) <sup>1)</sup>
对照组	2(4.76)	21(50.00)	5(11.90)	9(21.43)	5(11.90)	28(66.67)

与对照组比较: 1)  $P < 0.05$

表 2 两组血液流变学及血脂水平比较 ( $\bar{x} \pm s$   $n = 42$ )

观察指标	TG(mmol/L)	TC(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)	HDL-C(mmol/L)	全血黏度(mPa·s)	血小板聚集率(%)
研究组 治疗前	2.54 ± 0.63	6.55 ± 0.50	3.91 ± 0.51	0.86 ± 0.13	18.33 ± 1.47	63.74 ± 5.38
研究组 治疗后	1.55 ± 0.59 <sup>1)2)</sup>	5.77 ± 0.81	2.89 ± 0.66 <sup>1)2)</sup>	1.23 ± 0.18 <sup>1)2)</sup>	12.27 ± 0.92 <sup>1)2)</sup>	43.14 ± 4.42
对照组 治疗前	2.51 ± 0.42	6.55 ± 0.79	3.88 ± 0.53	0.88 ± 0.16	18.44 ± 1.65	63.28 ± 5.35
对照组 治疗后	1.97 ± 0.44 <sup>1)</sup>	6.15 ± 0.82	3.33 ± 0.61	1.02 ± 0.16 <sup>1)</sup>	15.34 ± 1.12	58.11 ± 5.02

与本组治疗前比较: 1)  $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较: 2)  $P < 0.05$ ; 下表同

表 3 两组治疗前后 MBI、FMA 及 BBS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$  分  $n = 24$ )

组别	MBI	FMA	BBS
研究组治疗前	54.68 ± 6.58	15.05 ± 3.11	26.85 ± 4.05
研究组治疗后	78.69 ± 6.31 <sup>1)2)</sup>	29.32 ± 3.65 <sup>1)2)</sup>	40.82 ± 4.35 <sup>1)2)</sup>
对照组治疗前	54.81 ± 6.05	15.25 ± 3.22	26.54 ± 4.15
对照组治疗后	66.24 ± 6.31 <sup>1)</sup>	21.05 ± 2.85 <sup>1)</sup>	31.54 ± 4.52 <sup>1)</sup>

表 4 两组患者治疗前后步行能力比较 ( $\bar{x} \pm s$   $n = 24$ )

组别	6 min 步行距离(m)	10 m 步行时间(s)
研究组 治疗前	19.25 ± 3.62	74.35 ± 0.65
研究组 治疗后	41.02 ± 2.36 <sup>1)2)</sup>	41.55 ± 7.21 <sup>1)2)</sup>
对照组 治疗前	20.05 ± 4.01	75.21 ± 0.55
对照组 治疗后	34.21 ± 3.25 <sup>1)</sup>	54.10 ± 7.33 <sup>1)</sup>

**3 讨论**

三七作为一种五加科植物的的根, 在我国主要产于云南、

广西等地, 又名参三七、田七, 是临床中医治疗心脑血管疾病的重要中药<sup>(5)</sup>。三七通舒胶囊是从三七中提炼精制而成的一种重要的中药制剂, 主要有效成分为三七三醇皂苷, 相关药理实验表明<sup>(6,7)</sup>其具有明显的脑保护作用, 目前临床主要用于改善脑梗死所致的功能障碍及脑代谢异常, 进一步促进患者的神经功能恢复。三七通舒胶囊的作用机制可能与其主要活性成分三七三醇皂苷降低血液黏度、红细胞压积、抑制血栓形成而改善微循环、减轻梗死所致的机械压迫和水肿有关<sup>(8)</sup>。同时, 该药可明显抑制二磷酸腺苷(ADP)、花生四烯酸(AA)、凝血酶诱导的人体血小板聚集<sup>(9,10)</sup>。本研究结果表明三七通舒胶囊辅助治疗脑梗死的临床疗效佳, 可以有效改善患者的血液流变学和血脂水平, 对于患者的日常生活能力、运动功能、平衡功能、步行能力恢复具有促进作用, 值得临床推广使用。

**4 参考文献**

- 郝立志, 李玉香. 血塞通联合银杏叶胶囊治疗脑梗死 42 例疗效分析 (J). 中国基层医药, 2011; 18(9): 1217-8.
- 中华神经科学会. 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): 381-3.
- 3 陈 甦, 张益伟. 三七制剂配合早期康复训练对急性脑梗死患者血清 BDNF、NGF 的表达及功能结局的影响 [J]. 中国中医急症, 2009; 18(4): 497-9.
  - 4 何燕青, 袁 蓓, 龙全铭, 等. 低分子肝素钠联合血塞通治疗脑梗死 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2011; 17(16): 269-70.
  - 5 张莉峰, 朱太卿, 王爱丽. 三七皂苷对急性脑梗死疗效及血清 NGF 水平的影响 [J]. 中国当代医药, 2011; 18(18): 117-8.
  - 6 张剑宇, 彭 岚, 刘冬柏, 等. 三七皂苷联合阿司匹林预防脑梗死复发疗效观察 [J]. 实用医学杂志, 2010; 26(8): 1424-5.
  - 7 李少燕, 胡金梅, 张书宁. 血塞通软胶囊治疗脑梗死中经络恢复期安全性和有效性临床观察 [J]. 河北医药, 2010; 32(5): 560-1.
  - 8 申凌娜, 苏博文. 血塞通治疗脑梗死对血管内皮生长因子的影响 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009; 12(3): 51-2.
  - 9 李学全, 李文敏. 依达拉奉联合血塞通治疗急性脑梗死患者的疗效观察 [J]. 中国基层医药, 2011; 18(20): 2790-1.
  - 10 吴 媚. 疏通与血塞通治疗急性脑梗死的临床疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2010; 30(21): 3166-7.

(2012-01-20 收稿 2012-03-20 修回)

(编辑 袁左鸣)

## 康复治疗对老年重型颅脑损伤患者肢体运动功能和日常生活能力的影响

李千红 刘 瑞 卢秀萍 安青梅 (青海大学医学院附属医院, 青海 西宁 810001)

**【摘要】** 目的 观察康复治疗对老年重型颅脑损伤患者肢体运动功能和日常生活能力的影响。方法 将2010年1月至2011年1月该院神经外科收治的230例老年重型颅脑损伤患者随机分为观察组和对照组。对照组患者接受常规治疗, 观察组患者在常规治疗的基础上接受康复治疗。治疗前、治疗1个月、3个月及6个月分别采用 Fugl-Meyer 简式运动功能评定法(FMA)和修订的 Barthel 指数(MBI)比较两组患者的肢体运动功能和日常生活能力。结果 观察组治疗1个月、3个月及6个月的FMA和MBI明显高于对照组( $P < 0.01$ )。结论 康复治疗对改善重型颅脑损伤患者的肢体运动功能和日常生活能力有重要的临床意义, 可显著改善患者的生活质量。

**【关键词】** 康复治疗; 重型颅脑损伤; 肢体运动功能; 日常生活能力

**【中图分类号】** R74 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1005-9202(2012)16-3403-02; doi:10.3969/j.issn.1005-9202.2012.16.019

颅脑损伤(TBI)为常见外伤, 占全身各部位外伤的15%~20%, 其致残率约为10%, 为各部位之首<sup>[1]</sup>。TBI患者轻者因记忆力下降而影响工作效率, 重者常常生活不能自理, 更重者甚至以植物状态生存<sup>[2]</sup>。如何加快TBI患者的康复, 尽早使患者能生活自理, 提高其生活质量, 已成为患者和家庭的迫切要求。本文对本院收治的重型TBI患者在常规治疗的基础上进行康复治疗的临床疗效给予分析。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2010年1月至2011年1月本院神经外科就诊的230例老年重型TBI患者纳入本次研究。纳入标准: ①有

明确的脑外伤史, 并且由CT确诊; ②入院前昏迷时间 $< 6$  h; ③格拉斯哥昏迷评分(GCS)3~8分。排除标准: ①有严重复合伤; ②有严重心脏、肺脏、肝脏和肾脏并发症或器官衰竭; ③有癫痫、脑部肿瘤等原发性疾病; ④有脑卒中病史。所有患者根据入院顺序随机分为对照组和观察组, 每组115例, 两组患者一般资料无显著差异( $P > 0.05$ )。见表1。

### 1.2 方法

**1.2.1 常规治疗** 有手术指征的患者立即进行手术治疗, 无手术指征的患者仅进行综合内科治疗, 包括: 脱水、止血、抗感染、激素、促醒药物、脑部营养药物、气道通畅(必要时行气管切开)、高压氧、头部降温等处理。

表1 两组患者一般资料比较( $\bar{x} \pm s$   $n=115$ )

组别	年龄 (岁)	性别 $n(\%)$		GCS 评分	入院前昏迷时间 (h)	颅脑损伤类型 $n(\%)$		
		男	女			脑挫裂伤	原发性脑干伤	弥漫性轴索损伤
对照组	55.24 ± 10.36	88(76.52)	27(23.48)	4.25 ± 1.36	3.27 ± 1.56	82(71.30)	18(15.65)	15(13.04)
观察组	56.22 ± 11.72	92(80.00)	23(20.00)	4.54 ± 1.43	3.19 ± 1.28	85(73.91)	19(16.52)	11(9.57)
$t/\chi^2$ 值	0.672	0.409		1.576	0.425	0.700		
$P$ 值	$> 0.05$	$> 0.05$		$> 0.05$	$> 0.05$	$> 0.05$		

**1.2.2 康复治疗** 根据患者的个体情况制定具有针对性的分阶段康复治疗方, 并根据患者的康复情况及时调整康复方。 (1) 早期康复治疗: 保持肢体处于功能位; 每日活动患者各

关节以防发生肌肉萎缩、关节粘连、僵硬等; 定时体位变换, 预防压力性溃疡、肺炎等并发症; 对于昏迷阶段的患者常采用音乐疗法、亲人呼唤、肢体被动按摩、皮肤按摩促进患者清醒; 对于脑水肿控制较好并且拔除穿刺针的患者可接受适量被动肢体运动和功能电刺激。(2) 相对稳定期康复治疗: 逐渐加大患者的被动肢体活动量, 继续功能性电刺激治疗, 对于意识清

第一作者: 李千红(1964-), 女, 主管护师, 主要从事神经外科护理工作。