

表 2 不同动脉粥样硬化严重程度患者血清 OX-LDL 水平比较(ug/dl, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	OX-LDL
内膜厚度正常组	33	50.84± 17.43
内膜增厚组	26	55.59± 6.72*
斑块组	18	61.75± 5.52**
狭窄组	16	64.89± 8.15**

注:与内膜厚度正常组比较,*P<0.05;与内膜增厚组比较,**P<0.05。

3 讨论

泡沫细胞是动脉粥样硬化早期的标志性改变, OX-LDL 在泡沫细胞的形成过程中起重要作用^[4]。 OX-LDL 形成后在血管内皮下形成大量免疫复合物,其呈现的细胞毒性可促进泡沫细胞坏死,形成细胞外脂质核心,最终导致脂质条纹和粥样斑块形成, 加快动脉粥样硬化的发生发展^[5]。相关研究表明^[6], 非心源性血栓性卒中患者体内已有 OX-LDL 水平的表达。胆红素属于内源性抗氧化剂,易与超氧阴离子等自由基结合,具有强大的抗氧化作用,在心脑血管疾病发生、发展中起到重要作用。此外胆红素还可调控 CO 鸟苷酸环化酶,促进血管舒张^[7],作为抗氧化应激生物学标志物,与卒中患者的严重程度密切相关^[8]。

NIHSS 评分主要用于评价患者神经功能障碍程度的,与疾病的严重程度和预后密切相关。本研究结果显示,不同程度的 NIHSS 评分患者 OX-LDL 和 DBIL 水平存在差异,NIHSS 评分越高,OX-LDL 和 DBIL 水平越高。此外本组研究结果还显示,动脉粥样硬化程度越严重,OX-LDL 水平越高。其可能机

制在于血管内膜受损后可吸取更多的 OX-LDL,加重动脉内膜的损伤,受损情况下血管内膜细胞可分泌更多的氧化酶,增加 OX-LDL 的产生。综上所述, OX-LDL 和 DBIL 水平在一定程度上可以反映缺血性卒中患者急性期疾病严重程度。

参考文献

[1]Itabe H.Oxidized low-density lipoprotein as a biomarker of in vivo oxidative stress:from atherosclerosis to periodontitis [J].Journal of Clinical Biochemistry & Nutrition,2012,51(1):1-8
[2] Liu J,Ren Y,Kang L,et al.Oxidized low-density lipoprotein increases the proliferation and migration of human coronary artery smooth muscle cells through the upregulation of osteopontin[J].International Journal of Molecular Medicine,2014,33(5):1341
[3]沈德根,张象贤,王亚芬.颈动脉超声在缺血性心脑血管病中的应用[J].中国医学影像技术,2002,18(8):757-758
[4]胡桂才,唐世英,李春华.泡沫细胞与动脉粥样硬化[J].承德医学院学报,2008,25(1):81-83
[5]BonclerM,Rywaniak J,Szymanski J,et al.Modified C-reactive protein interacts with platelet glycoprotein Iba [J].Pharmacological Reports Pr,2011,63(2):464-475
[6]Babu TA,Bhat V,Joseph NM.Association between Peak Serum Bilirubin and Neurodevelopmental Outcomes in Term Babies with Hyperbilirubinemia [J].The Indian Journal of Pediatrics,2012,79(2): 202
[7]Luvizutto GJ,Monteiro TA,Braga G,et al.Validation of the Scandinavian Stroke Scale in a Multicultural Population in Brazil[J]. Cerebrovascular Diseases Extra,2012,2(1):121-126
[8]李婷,苗玲.血清胆红素与脑梗死急性期患者的关系[J].中国脑血管病杂志,2011,8(10):513-517

(收稿日期: 2017-01-16)

脑外伤合并视神经损伤的诊断方法和手术治疗临床价值

石小斌

(河南省安阳市人民医院 安阳 455000)

摘要:目的:探讨脑外伤合并视神经损伤的诊断方法和手术治疗临床价值。方法:随机选取我院 2010 年 6 月~2016 年 6 月间收治的 70 例脑外伤合并视神经损伤患者,随机分为对照组和观察组,每组 35 例。两组患者均采取 CT 和症状诊断法,对照组行保守治疗,观察组行手术治疗,总结归纳两组患者最终治疗效果。结果:观察组治疗效果更接近预设值,与对照组相比,治疗有效率、治疗满意度、并发症发生率更为理想,具有统计学意义(P<0.05)。结论:采用手术方法治疗脑外伤合并视神经损伤可促进患者视力的恢复,改善患者临床症状,降低并发症发生率,进而维护患者健康,应用价值较高。

关键词:脑外伤;视神经损伤;诊断;手术治疗

中图分类号:R774.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.061

脑外伤属于神经外科常见疾病,具有较大的危害性,稍有不慎便会造成长久性功能障碍。脑外伤多因猛击头部等因素引起,患者临床主要表现为昏迷、脑震荡综合征、遗忘综合征、硬膜下水肿等症状,严重危害患者的身心健康^[1]。脑外伤合并视神经损伤较为少见,发病急,发展快,易损伤患者视力,降低患者的生活质量,所以尽早对脑外伤合并视神经损

伤患者进行诊断和治疗至关重要。本研究以我院 70 例脑外伤合并视神经损伤患者为研究对象,探讨了相应的诊断方法和手术治疗效果。现归纳如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取我院 2010 年 6 月~2016 年 6 月间收治的 70 例脑外伤合并视神经损伤患者,随机分为对照组和观察组,每组 35 例。对照组男 20

例,女 15 例,年龄 22~54 岁,平均年龄(38.0± 15.5)岁;观察组男 21 例,女 14 例,年龄 21~53 岁,平均年龄(37.0± 15.2)岁。两组患者年龄、性别等基础资料无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 诊断方法:采用 CT 检查,若患者存在神经管骨折、球后血肿压迫视神经、眼眶内侧壁骨折,则可判断为视神经损伤。依据患者受伤经过、全身症状、神经系统症状可判断是否为脑外伤。治疗方法:对照组行保守治疗,给予激素、扩血管类药物治疗,如有必要,可给予血液稀释疗法。观察组行手术治疗,患者合并颅内血肿等疾病时,以血肿部位为依据,给予开颅手术治疗。完全清除血肿后,从患者眼眶处对硬膜进行剥离,清除掉碎骨。若患者无颅内血肿,则从蝶骨小翼处剥离硬膜,至眶尖部。若患者无骨折,则将视神经管上壁磨除,行去顶术。若患者存在鞘内出血、鞘膜破裂等症状,则将鞘膜切开,以达到减压效果。若患者合并硬脑膜破损,则将硬脑膜剪开,对脑底组织进行检查,充分减压后缝合硬脑膜。

1.3 诊断指标 (1)患者视力下降、出现意识障碍;(2)眼球未受损伤但视力明显下降,患者处于昏迷状态;(3)经 CT、X 线片证实存在神经管骨折。

1.4 观察指标 (1)疗效指标:显效:患者恢复至伤前视力。有效:患者视力提高>3 行,但未恢复至伤前视力。无效:患者视力未明显改善。(2)应用自制问卷调查表,记录患者满意度。调查内容包括患者心理状态、自我感觉、治疗环境等内容,共 10 项,满意 1 分,一般 0.5 分,不满意 0 分。分值≥9 分,则为满意;若 7~9 分,则为一般;若分值≤6 分,则为不满意。(3)统计患者并发症发生情况。

1.5 统计学方法 数据处理采用统计学软件 SPSS19.0,计数资料采取百分比(%)表示,行 χ^2 检验。计量资料采取($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 观察组治疗有效率明显高于对照组,对比差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	35	7(20.0)	18(51.4)	10(28.6)	25(71.4)
观察组	35	12(34.3)	21(60.0)	2(5.7)	33(94.3)
χ^2 P					6.437 <0.05

2.2 两组患者满意度对比 观察组治疗满意度明

显高于对照组,对比差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者满意度对比[例(%)]					
组别	n	满意	一般	不满意	总满意
对照组	35	9(25.7)	19(54.3)	7(20.0)	28(80.0)
观察组	35	18(51.4)	16(45.7)	1(2.9)	34(97.1)
χ^2 P					5.081 <0.05

2.3 两组患者并发症发生率对比 观察组并发症发生率明显低于对照组,对比差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率对比[例(%)]					
组别	n	脑外伤后脑积水	耳、鼻流水	外伤后癫痫	总并发症
对照组	35	2(5.7)	5(14.3)	3(8.6)	10(28.6)
观察组	35	1(2.9)	1(2.9)	1(2.9)	3(8.6)
χ^2 P					4.629 <0.05

3 讨论

本研究主要对脑外伤合并视神经损伤的诊断方法和手术治疗临床价值进行分析,统计了两组患者的治疗有效率、治疗满意度、并发症发生率。发现对照组治疗有效率为 71.4%,治疗满意度为 80.0%,并发症发生率为 28.6%;观察组治疗有效率为 94.3%,治疗满意度为 97.1%,并发症发生率为 8.6%。由此可见,采用手术方法治疗脑外伤合并视神经损伤可促进患者视力的恢复,改善患者临床症状,降低并发症发生率,进而维护患者健康,应用价值较高。

脑外伤合并视神经损伤在临床中较为少见,在脑外伤患者中占比较低。在视神经鞘出血、视神经挫伤、水肿等因素下,患者会出现视力减退,且大都为单侧受损^[2]。脑外伤合并视神经损伤患者的病灶主要存在于颅内段神经、管内段神经,发病急,稍有不慎便会引发各类严重病症,所以尽早进行诊断和治疗至关重要^[3]。脑外伤合并视神经损伤患者若得不到及时治疗,易造成视力下降,严重时可能丧失视力,给患者带来较大困扰。

临床在对脑外伤合并视神经损伤患者进行诊断时,若患者处于清醒状态,则较易进行诊断;但是脑外伤合并视神经损伤患者大都处于昏迷状态,所以临床诊断较为困难。临床常应用 CT 检查等方式对脑外伤合并视神经损伤患者进行诊断,可较好判断患者的颅内损伤情况,准确显示出神经损伤的范围、部位等信息,进而为后期的临床治疗提供依据^[4]。

采用手术方式治疗脑外伤合并视神经损伤患者时,需掌握好手术时机、手术适应症,注重保全患者的视神经功能,尽量减少对患者的(下转第 126 页)

用 χ^2 检验, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后 VAS 评分 治疗前两组 VAS 评分无明显差异, 治疗 3 个疗程后, 实验组患者的 VAS 评分明显优于常规组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

分组	n	治疗前	治疗后
实验组	46	7.29± 0.38	2.09± 0.30
常规组	46	7.33± 0.39	3.53± 0.28
t		0.498 2	23.799 6
P		0.619 5	0.000 0

2.2 临床疗效 两组患者经过 3 个疗程的治疗后, 实验组治疗总有效率达到 97.83%, 明显优于常规组, 差异显著, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效分析[例(%)]

分组	n	显效	进步	改善	无效	总有效
实验组	46	38(82.61)	4(8.70)	3(6.52)	1(2.17)	45(97.83)
常规组	46	25(54.35)	6(13.04)	7(15.22)	8(17.39)	38(82.61)
P						<0.05

3 讨论

中医理论认为, 膝关节骨性关节炎的病理基础为肝肾亏虚, 其中肾骨、肝筋是有效维持膝关节平衡的一类内在因素, 其中肝血不足将会导致濡养筋脉, 肾精不足以填充骨腔等, 是导致该类疾病的内在基础, 而外伤、感受风寒湿邪等是引起该类疾病的外在因素。该类疾病患者由于肝虚筋弱、肾虚骨弱、风寒湿等外邪容易对人体造成侵袭, 可导致膝关节局部气血瘀滞络脉, 并逐渐发展为“骨痹”。因此, 分析该类疾病的主要病理基础为肝肾亏虚、筋骨失养, 而血瘀络阻是导致该类疾病的关键因素, 属于本虚标实、虚实夹杂的一类疾病^[5]。

本次研究对实验组患者采取针刺结合乌麻膏外敷治疗, 并取得了较为显著的治疗效果。其中膏剂外敷是我国传统中医治疗的一类特色, 该类药方组成包括制草乌、制川乌、没药、乳香、细辛、白芷、生大黄等, 并依照一定的比例进行配制, 其中制草乌、制川乌具有祛风除湿、温经止痛的效果; 没药具有活血

止痛、消肿生肌的功效; 乳香具有调气活血镇痛的功效; 细辛具有祛风散寒止痛的功效; 白芷可达到祛风湿、活血排脓、生肌止痛的功效; 生大黄具有清湿热、凉血、祛瘀、解毒的功效。全方合用共奏温经通络、祛瘀止痛、祛寒逐湿的效果。将该类膏药外敷于膝关节中, 可利用药物的性能将药物从皮肤表面代入关节内部, 帮助患者关节软骨获得有效的改善, 促进血液循环, 并有效缓解周围组织痉挛现象, 帮助患者有效抑制软骨退行性改变、边缘骨质增生现象等, 利于消除或者减轻关节局部肿痛现象, 进一步消除关节炎症, 改善关节功能, 促进患者生活质量的提高^[6]。

另外, 针刺属于 KOA 的一类补充或者替代治疗方案, 其取穴包括梁丘穴、犊鼻穴、阳陵泉穴、足三里穴、血海穴、膝阳关穴、内膝眼穴等。其中犊鼻穴可达到祛风湿、利关节、止痹痛的效果, 刺入关节腔具有穿筋达骨、气至病所之疗效; 足三里具有健脾补虚、益气养血的疗效; 血海穴可达到扶脾统血、养血活血、调理血室的疗效, 针刺治疗方案可帮助患者达到温经散寒、活血通络的效果。本次研究结果显示, 实验组患者的治疗总有效率为 97.83%, 明显优于单纯采用针灸治疗的常规组, 另外, 实验组治疗后的 VAS 评分明显优于常规组。综上所述, 对膝关节骨性关节炎患者采用针刺结合乌麻膏外敷的临床疗效十分显著, 可有效改善患者的临床症状, 促进疾病的早日康复, 值得在今后的临床中实践推广。

参考文献

[1]朱小虎,王俊华,万超,等.数学模型应用于膝关节骨性关节炎证型识别的研究[J].中国中医急症,2014,23(6):1064-1065,1068
[2]杨春平,温建民,梁朝,等.膝关节骨性关节炎患者生活质量评价研究[J].中华保健医学杂志,2015,17(3):209-211
[3]孟刚.运用中医肾主骨的理论治疗膝关节骨性关节炎临床研究[J].中国保健营养(中旬刊),2014,24(3):1215-1216
[4]朱小虎,程宇核,彭小三,等.数学模型应用于膝关节骨性关节炎中医临床疗效评价的研究[J].中国中医急症,2014,23(7):1272-1275
[5]杨勇,赵良虎,黄金,等.膝关节置换术结合中药疗法对膝关节骨性关节炎的临床疗效研究[J].中国骨质疏松杂志,2016,22(7):837-841
[6]黎友允,刘晨峰,姚先秀,等.乌头汤治疗膝关节骨性关节炎的效果分析[J].中国当代医药,2013,20(21):129-130

(收稿日期: 2017-01-21)

(上接第 95 页) 创伤, 清除眶尖碎骨片、血肿, 积极给予吸氧, 以改善患者血液组织的供氧情况, 促进患者的康复^[9]。综上所述, 采用手术方法治疗脑外伤合并视神经损伤可起到较好作用, 值得推广应用。

参考文献

[1]汪林涛,赵平.手术治疗脑外伤合并视神经损伤的疗效观察[J].医问药(下半月刊),2013,11(10):66-66

[2]千超,李锋,高喜松,等.手术在急性脑外伤伴视神经损伤患者临床治疗中的应用价值评估[J].陕西医学杂志,2016,45(8):1012-1013
[3]易勇.脑外伤合并视神经损伤的诊断方法和手术治疗的临床价值研究[J].大家健康(中旬版),2016,10(4):65-65
[4]刘伟林,刘浩,陈春光,等.急性脑外伤合并视神经损伤手术治疗 36 例体会[J].中国保健营养(上旬刊),2013,23(3):1195-1196
[5]覃家敏.中西医结合治疗严重颅脑外伤合并视神经损伤 70 例[J].河南中医,2013,33(8):1313-1314

(收稿日期: 2016-12-07)