

表 2 两组患者饮水试验、营养状况评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n		饮水试验评分	营养状况评分
联合训练组	54	治疗前	3.55± 1.24	18.95± 3.92
		治疗后	1.55± 0.12 ^{##}	23.22± 3.59 ^{##}
常规组	54	治疗前	3.52± 1.43	18.75± 3.91
		治疗后	3.15± 0.22 [#]	20.11± 3.94 [#]

注:与治疗前比较,[#] $P<0.05$;与常规组治疗后比较,^{##} $P<0.05$ 。

2.3 两组患者生存质量、情绪状态比较 治疗前,两组患者生存质量、情绪状态评分无显著性差异, $P>0.05$;治疗后,联合训练组生存质量、情绪状态明显优于常规组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 两组患者生存质量、情绪状态比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n		SAS 评分	SDS 评分	生存质量评分
联合训练组	54	治疗前	54.24± 1.81	56.31± 1.36	65.97± 2.72
		治疗后	33.12± 6.94 ^{##}	38.53± 5.56 ^{##}	17.28± 1.12 ^{##}
常规组	54	治疗前	54.91± 1.41	56.15± 1.25	65.85± 2.16
		治疗后	42.56± 9.33 [#]	45.25± 8.13 [#]	25.51± 3.26 [#]

注:与治疗前比较,[#] $P<0.05$;与常规组治疗后比较,^{##} $P<0.05$ 。

3 讨论

肌电生物反馈疗法是通过测量,放大机体肌肉收缩与松弛时的肌电传导信号,将这种信号转换为视觉或听觉信号,患者通过视觉或听觉来了解自身肌肉功能情况,从而有利于患者对运动的再学习。反复的肌电生物反馈训练可有效兴奋患者咽喉部肌肉,促进患者口腔和咽喉压力的增大,延长环咽肌关闭时间,促进食团进入食管^[5-6]。神经肌肉电刺激则是借助低频脉冲对肌肉群进行刺激,使其收缩,通过咽喉肌群收缩和扩张可促使食物进入到食管,重建

大脑皮质对吞咽反射的控制作用,促进局部血液循环改善,预防咽部肌肉萎缩,提高咽部肌肉协调和灵活度,改善吞咽功能^[7-8]。

本组研究中,常规组进行常规吞咽训练;联合训练组在常规组基础上给予肌电生物反馈疗法联合神经肌肉电刺激。结果显示,联合训练组患者吞咽障碍改善情况明显优于常规组,且饮水试验评分、营养状况评分、生存质量明显高于常规组,情绪状态评分明显低于常规组($P<0.05$)。综上所述,肌电生物反馈疗法联合神经肌肉电刺激可有效改善脑卒中患者吞咽功能和营养状况,减少患者负性情绪的产生,提升生存质量,值得临床推广。

参考文献

[1]谢镇良,聂金莺,邓土保,等.肌电生物反馈疗法与神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效比较[J].中国康复,2013,28(2):99-102
[2]田野,熊高华,胡可慧,等.肌电生物反馈疗法联合神经肌肉电刺激对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及营养状况的影响[J].中国康复,2016,31(6):430-433
[3]王珊珊,白田雨,刘敏,等.肌电生物反馈和针刺结合康复功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(2):129-131
[4]姚云海,顾旭东,李亮,等.肌电生物反馈疗法治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察[J].中华物理医学与康复杂志,2011,33(12):913-916
[5]任芸,顾旭东,姚云海,等.肌电生物反馈结合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2012,34(10):752-754
[6]闵瑜,颜海霞,黄志锐,等.肌电生物反馈治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(8):583-586
[7]杨玺,刘进,马明.深层咽肌神经刺激和表面肌电生物反馈在脑卒中后咽部吞咽障碍中的应用[J].中国康复医学杂志,2016,31(4):451-453
[8]刘玲玲,冯珍.肌电生物反馈的临床研究及应用进展[J].中国康复医学杂志,2012,27(3):289-292

(收稿日期:2017-03-17)

血脂异常与维持性血液透析患者脑卒中的相关性研究

陈妙娴¹ 吴国良¹ 卢娟娟²

(1 广东省汕头市潮南民生医院 汕头 515000;2 汕头大学第一附属医院 广东汕头 515000)

摘要:目的:探讨血脂异常与维持性血液透析患者脑卒中的相关性。方法:选取 2012 年 6 月~2015 年 6 月我院收治的 75 例维持性血液透析患者为观察组,并选同期 40 例健康体检者作为对照组。比较两组血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白(HDL-C)、低密度脂蛋白(LDL-C)等水平及 TC/HDL-C 比值。结果:观察组较对照组 TG、LDL-C、TC/HDL-C 均明显升高,HDL-C 明显降低($P<0.05$);脑卒中组较非脑卒中组 HDL-C 水平明显降低,TC/HDL-C 比值明显增大($P<0.05$);脑卒中组血透后较血透前 HDL-C 水平明显降低,TC/HDL-C 比值明显增大($P<0.05$);Logistic 回归分析,TC/HDL-C 值为维持性血液透析患者脑卒中发生的独立预测因子。结论:维持性血液透析患者并发脑卒中与血脂代谢异常密切相关,HDL-C 水平降低、TC/HDL-C 比值增大为脑卒中发生的重要影响因素,且 TC/HDL-C 是脑卒中发生的独立预测因子。

关键词:脑卒中;血脂异常;维持性血液透析

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.009

心脑血管并发症为引起维持性血液透析患者死亡的重要原因,而心脑血管不良事件的发生与脂质代谢紊乱密切相关^[1]。有关研究表明^[2],血清 TC/HDL-C 可用于预测脑卒中发生,特别是可作为缺血脑卒中的独立预测因子。本研究探讨血脂异常与维持性血

液透析患者脑卒中发生的关联性,为临床预防提供方向。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 6 月~2015 年 6 月我院收治的 75 例维持性血液透析患者为观察组。其

中男 55 例,女 20 例;年龄 21~82 岁,平均年龄 (49.6± 15.8) 岁;透析时间 6~120 个月,平均 (40.3± 28.7) 个月;透析前血尿素氮水平为 (26.54± 5.39) mmol/L,血肌酐水平为 (1 136.76± 279.44) μmol/L。75 例维持性血液透析患者有 14 例并发脑卒中,将其分为脑卒中组 (14 例) 和非脑卒中组 (61 例)。选取同期我院体检中心 40 例健康体检者为对照组。其中男 26 例,女 14 例;年龄 20~80 岁,平均年龄 (50.4± 15.2) 岁;均无心、肝、肾功能异常。两组患者年龄、性别等一般资料比较无显著性差异, $P<0.05$,具有可比性。

1.2 检测方法 患者保持空腹状态 12 h,在血透进行前采集血液标本。采用酶联免疫法分别检测血清总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、高密度脂蛋白 (HDL-C)、低密度脂蛋白 (LDL-C)。计算 TC/HDL-C 比值。

1.3 统计学方法 应用 SPSS19.0 统计软件处理数据,TC、TG、HDL-C、LDL-C、TC/HDL-C 比值均采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较行 t 检验,Logistic 回归进行相关分析, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 TC、TG、HDL-C、LDL-C、TC/HDL-C 水平比较 两组患者 TC 水平无显著性差异, $P>0.05$; 观察组 TG、LDL-C、TC/HDL-C 值均明显高于对照组, HDL-C 值明显低于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者 TC、TG、HDL-C、LDL-C、TC/HDL-C 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	TC/HDL-C
观察组	75	1.66± 0.91	4.24± 0.77	0.92± 0.26	2.92± 0.71	4.80± 1.32
对照组	40	1.28± 0.61	4.38± 0.71	1.31± 0.28	2.56± 0.61	3.53± 1.16
<i>t</i>		2.370	0.954	7.458	2.715	5.119
<i>P</i>		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 脑卒中组与非脑卒中组 TC、TG、HDL-C、LDL-C、TC/HDL-C 水平比较 脑卒中组在 HDL-C 水平及 TC/HDL-C 比值方面与非脑卒中组比较差异显著, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。其余指标无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 脑卒中组与非脑卒中组血脂水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	TC/HDL-C
脑卒中组	14	1.71± 0.70	4.26± 0.89	0.82± 0.20	3.06± 0.76	5.52± 1.58
非脑卒中组	61	1.66± 0.98	4.24± 0.73	0.97± 0.26	2.89± 0.67	4.63± 1.22
<i>t</i>		2.370	0.954	7.458	2.715	5.119
<i>P</i>		>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 脑卒中组血透前后 TC、TG、HDL-C、LDL-C、TC/HDL-C 水平比较 脑卒中组血透后 (脑卒中发

生时) 较血透前 HDL-C 水平明显降低, TC/HDL-C 比值明显增大, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。其余指标无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 3。

表 3 脑卒中组血透前后 TC、TG、HDL-C、LDL-C、TC/HDL-C 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	TC/HDL-C
血透前	1.61± 0.63	4.24± 0.97	0.96± 0.17	3.02± 0.96	4.47± 1.24
血透后	1.71± 0.70	4.28± 0.87	0.82± 0.18	3.04± 0.76	5.54± 1.58
<i>t</i>	0.397	0.115	2.116	0.061	2.082
<i>P</i>	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 Logistic 回归分析 Logistic 回归分析, TC/HDL-C 值为维持性血液透析患者脑卒中发生的独立预测因子。见表 4。

表 4 Logistic 回归分析

	B 值	Waldc2	<i>P</i>
TC/HDL-C 值	0.514	5.78	<0.05
常数	-4.187	12.457	<0.001

3 讨论

脂质代谢异常是维持性血液透析患者发生心脑血管并发症的重要影响因素。研究结果显示, 观察组较对照组 TG、LDL-C、TC/HDL-C 均明显升高, HDL-C 明显降低, 说明维持性血液透析患者存在一定程度的脂质代谢异常。原因可能在于透析时间长、透析膜生物相容性差等多种相关因素致透析患者体内脂蛋白脂肪酶活性减弱、脂肪代谢功能受到影响^[3]。相关研究表明^[4], 采用聚砜膜进行透析, 可提高透析患者血清 HDL-C, 改善脂代谢。也有学者认为^[5], 采用高通量透析有助于改善透析患者血脂代谢。

动脉粥样硬化是缺血性脑卒中主要病理基础, 而血脂代谢紊乱与动脉粥样硬化发生有着紧密联系^[6]。LDL-C 可促进动脉粥样硬化形成, 而 HDL-C 对血管内皮细胞有保护作用, 可抵抗动脉粥样硬化形成。研究结果显示, 脑卒中组较非脑卒中组 HDL-C 水平明显降低, TC/HDL-C 比值明显增大, 且血透后脑卒中发生时较血透前 HDL-C 水平明显降低, TC/HDL-C 比值明显增大, 提示 HDL-C 水平降低、TC/HDL-C 值增大均为透析患者并发脑卒中的影响因素, 具有重要的预测作用。经 Logistic 回归分析显示, TC/HDL-C 值为透析患者并发脑卒中的独立预测因子。综上所述, 维持性血液透析患者均存在不同程度的脂质代谢异常, HDL-C 水平降低、TC/HDL-C 比值增大为脑卒中发生的重要影响因素, 且 TC/HDL-C 是脑卒中发生的独立预测因子。

参考文献

[1]于飞. 糖代谢异常者血脂、超敏 C-反应蛋白水平与心血管受损的关系[J]. 天津医科大学学报, 2012, 18(4): 471-473

[2]谭莹,何国厚,王磊,等.缺血性脑卒中患者颈动脉斑块性质与同型半胱氨酸、血脂水平的相关性分析[J].卒中与神经疾病,2013,20(2):53-54

[3]刘坤梅.急性缺血性脑卒中患者的血脂水平和 CRP 变化及相关性研究[J].四川医学,2013,34(4):516-517

[4]冯俊强.缺血性脑卒中与血脂水平关系研究[J].实用心脑血管病

杂志,2012,20(4):642-643

[5]刘凌汐.低分子肝素与肝素钠在维持性血液透析患者对血脂影响的比较[J].现代预防医学,2011,38(5):994-995

[6]鞠巍,时艺珊.2 型糖尿病颈动脉粥样硬化与血脂及胰岛素抵抗的关系[J].中国慢性病预防与控制,2012,20(5):547-549

(收稿日期: 2017-03-17)

后腹腔镜直视下肾穿刺经皮肾镜治疗肾囊肿并上尿路结石 (附 16 例报告)*

邓志辉

(广东省清远市连州市中医院外科 连州 513400)

摘要:目的:探讨同期后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术联合 MPCNL 术治疗肾囊肿合并上尿路结石的临床应用价值。方法:回顾性分析我院近年收治的 16 例肾囊肿合并上尿路结石患者,实施同期后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术联合 MPCNL 术的临床效果,观察手术成败、手术时间、术中出血量、结石清除率及囊肿复发情况。结果:16 例手术均顺利完成,术后无发热、感染、高血压等并发症。手术平均时间 125 min;术中平均出血量 82 ml;平均住院 8.5 d;随访 6~12 个月,未见囊肿复发;其中首次结石清除 13 例(81.25%),二期手术结石清除 3 例(18.75%),结石总清除率 100%。结论:同期后腹腔镜下囊肿去顶减压术联合 MPCNL 术治疗肾囊肿合并上尿路结石效果明显,兼备了微创手术创口小、恢复快、住院时间少等优点,同时具有结石清除率高的优点,但同时存在一定局限,受研究样本限制,研究仅供参考。

关键词:肾囊肿合并上尿路结石;后腹腔镜直视下肾穿刺经皮肾镜;病例报告

中图分类号:R692.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.010

肾囊肿和上尿路结石均是泌尿外科常见疾病,可呈单发性,也容易合并发生。研究认为,因肾囊肿后对肾或输尿管上段长期压迫,造成上尿路梗阻,从而引发结石。统计发现,肾囊肿合并肾或输尿管上段结石的发病率高达 25%,严重威胁患者身体健康^[1]。目前,临床对肾囊肿合并上尿路结石的治疗方法较多,但都存在一定弊端,如开放性外科手术创伤大、患者恢复缓慢;肾囊肿穿刺引流联合经皮肾穿刺碎石术复发率高;分期后腹腔镜肾囊肿去顶术联合经皮肾穿刺碎石术住院时间长等。近年来,随着医疗设备及微创外科手术技术的不断发展与成熟,同期后腹腔镜肾囊肿去顶术联合经皮肾穿刺碎石术(MPCNL)在泌尿外科中得到逐渐重视,但相关研究报道仍然偏少。本文总结近几年我院实施的同期后腹腔镜肾囊肿去顶术联合经皮肾穿刺碎石术治疗肾囊肿合并上尿道结石的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 研究资料 选取我院 2013 年 6 月~2016 年 1 月间收治的 16 例确诊为肾囊肿合并上尿路结石患者为研究对象。男 12 例,女 4 例;年龄 37~68 岁,平均年龄(52.6±12.1)岁;病程 5~51 个月,平均病程(23.8±8.4)个月;囊肿直径 4.2~12.4 cm,平均(7.6±

1.2) cm。其中右肾囊肿 9 例,左肾囊肿 7 例;结石长轴长度 1.7~2.8 cm,平均长度(2.3±0.5) cm;结石横轴宽度 1.1~1.9 cm,平均(1.4±0.4) cm;单发性结石 6 例,多发性结石 10 例。

1.2 入选与排除标准^[2] 本次所选研究病例均由同一组医护人员治疗,研究经我院伦理委员会批准并经市科技部门立项审查。

1.2.1 入选标准 研究对象均为我院接诊患者,患者自述有腰痛、腰胀、发热或血尿症状史;所有患者均经影像学证实,包括 B 超、肾脏 CT 及静脉肾盂造影(IVP);影像学证实囊肿与肾脏集合系统不相通,囊肿直径≥4 cm;CT 增强扫描明确结石位于输尿管上段;所选患者或家属均知晓治疗方案,签订知情同意书。

1.2.2 排除标准 患有严重心、肝、肺和脑疾病患者;患有凝血功能障碍者;有过重大疾病手术史者;排除先天性肾畸形者;其他不宜参与手术者。

1.3 治疗方法

1.3.1 仪器设备 (1) 输尿管硬镜选用德国 Wolf 公司 F8/F9.8; (2) 气压弹道碎石; (3) 18G 创皮肾穿刺针; (4) F10-F18 经皮肾穿刺筋膜扩张器; (5) F16-F18 带 Peel-away 薄皮鞘; (6) OLMYPUS 腹腔

* 基金项目:广东省清远市科技计划项目(编号:2014B062)