

表 2 治疗前后两组患者焦虑、抑郁、症状积分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  |     | 症状积分                     | 焦虑                        | 抑郁                        |
|-----|----|-----|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 干预组 | 48 | 治疗前 | 9.37± 1.71               | 53.14± 6.22               | 52.48± 5.24               |
|     |    | 治疗后 | 1.18± 0.41 <sup>##</sup> | 34.52± 2.59 <sup>##</sup> | 33.97± 1.61 <sup>##</sup> |
| 普通组 | 48 | 治疗前 | 9.35± 1.71               | 53.25± 6.21               | 52.46± 5.88               |
|     |    | 治疗后 | 4.01± 0.31 <sup>#</sup>  | 43.98± 4.34               | 42.57± 4.61 <sup>#</sup>  |

注:与治疗前比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ;与普通组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ 。

2.3 两组患者临床症状缓解时间比较 干预组患者吞咽困难除、反酸、黏膜愈合等临床症状缓解时间均短于普通组, $P<0.05$ ,差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 两组患者临床症状缓解时间(d,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 吞咽困难解除     | 反酸消失       | 黏膜愈合        |
|-----|----|------------|------------|-------------|
| 普通组 | 48 | 5.39± 2.71 | 7.31± 3.51 | 10.61± 2.52 |
| 干预组 | 48 | 4.51± 1.43 | 5.56± 2.13 | 8.62± 1.45  |
| t   |    | 8.270      | 9.167      | 10.725      |
| P   |    | <0.05      | <0.05      | <0.05       |

3 讨论

相关研究表明<sup>[4-5]</sup>,反流性食管炎患者多数可出现食管黏膜破损,由于食管保护因子减弱、攻击因子增强,社会、心理压力等多种因素的作用,容易加剧患者病情,不利于康复。因此,在疾病本身治疗的同时还需注重患者的心理治疗,给予适当的精神调节药物,以改善患者心理精神状态。

氟哌噻吨美利曲辛片属于一种复合制剂,由氟哌噻吨以及美利曲辛片组成。氟哌噻吨可调节突触前膜多巴胺,促进多巴胺合成和释放,提高突触间隙多巴胺水平,具有明显的抗焦虑效果。美利曲辛片为 5-羟色胺再摄取抑制剂,对精神状态的调节作用在于抑制突触前膜 5-羟色胺的再摄取以及去甲肾

上腺素的再摄取,并促使突触间隙单胺类递质水平提高,从而达到治疗目的<sup>[6-8]</sup>。

本研究中普通组采用常规疗法,干预组在普通组基础上用氟哌噻吨美利曲辛片治疗。结果显示,干预组患者疗效、症状缓解时间、焦虑评分、抑郁评分及症状积分等均优于普通组患者( $P>0.05$ ),说明氟哌噻吨美利曲辛片在反流性食管炎治疗中的应用效果确切,可有效减轻患者不良情绪,改善临床症状,提升整体疗效,值得推广。

参考文献

[1]钟媚,张冰,李秀媚.氟哌噻吨美利曲辛联合促胃动力药治疗非糜烂性胃食管反流病伴抑郁患者临床效果分析[J].中国医药,2016,11(1):58-62

[2]李迪,李增男,薛刚刚,等.较低剂量氟哌噻吨美利曲辛联合雷贝拉唑和莫沙必利对非糜烂性胃食管反流病伴述情障碍患者的疗效观察[J].中国医药,2016,11(1):62-66

[3]刘芳,姚树坤,王慧芬,等.氟哌噻吨美利曲辛片联合常规方法治疗难治性反流性食管炎的临床研究[J].中日友好医院学报,2016,30(2):231-236

[4]杨勇.氟哌噻吨美利曲辛在伴有焦虑或抑郁的非糜烂性胃食管反流病中的临床应用[J].国际消化病杂志,2016,36(5):287-290

[5]徐春红.雷贝拉唑联合氟哌噻吨美利曲辛治疗非糜烂性胃食管反流病伴焦虑抑郁的临床疗效和安全性[J].中国基层医药,2016,23(10):1459-1462

[6]徐艳,王晓瑜.氟哌噻吨美利曲辛片辅助治疗难治性非糜烂性胃食管反流病的临床观察[J].临床消化病杂志,2016,28(6):367-369

[7]潘邦兴.氟哌噻吨美利曲辛联合埃索美拉唑、莫沙必利治疗难治性胃食管反流病的疗效观察[J].中国基层医药,2016,23(16):2508-2512

[8]林华强,陈创杰.氟哌噻吨美利曲辛联合雷贝拉唑治疗反流性食管炎的临床研究[J].数理医药学杂志,2017,30(1):87-89

(收稿日期:2017-03-17)

亚低温治疗对重型颅脑损伤患者预后及损伤因子的影响

张跃军

(河南省叶县人民医院神经外科 叶县 467200)

摘要:目的:探讨亚低温治疗对重型颅脑损伤患者预后及脑特异性损伤因子的影响。方法:选择 2014 年 5 月~2016 年 5 月我院收治的重型颅脑损伤患者 96 例,按随机数字表法分为研究组与对照组各 48 例。对照组患者采取常规对症支持干预,研究组在对照组基础上应用亚低温治疗。比较两组患者预后、死亡率及脑特异性损伤因子的差异。结果:研究组预后良好率明显高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ ;研究组死亡率明显低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ ;研究组治疗后神经元特异性烯醇化酶(NSE)低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:亚低温治疗可有效改善重型颅脑损伤的预后,降低脑特异性损伤因子,疗效显著。

关键词:重型颅脑损伤;亚低温;预后;脑特异性损伤因子

中图分类号:R651

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.033

重型颅脑损伤具有病情变化快、并发症多、神经损伤重、致残致死率高等特点。神经元特异性烯醇化酶(Neuron Specific Enolase, NSE)属于脑特异性损伤因子,是评估神经元损伤的特异性与敏感性指

标,其与脑中枢神经及脑损伤严重度的关系已成为临床研究的重点<sup>[1]</sup>。亚低温是治疗颅脑损伤的重要措施,且疗效较佳,但其对脑特异性损伤因子影响的报道较少。本研究旨在探讨亚低温治疗对重型颅脑

损伤患者预后及脑特异性损伤因子的影响。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2014 年 5 月~2016 年 5 月我院收治的重型颅脑损伤患者 96 例，按随机数字表法分为研究组与对照组各 48 例。对照组男 25 例，女 23 例；年龄 40~78 岁，平均年龄 (57.5± 5.6) 岁；GCS 评分为 3~7 分，平均 (4.5± 1.2) 分。研究组男 25 例，女 23 例；年龄 40~77 岁，平均年龄 (57.6± 5.5) 岁；GCS 评分为 3~7 分，平均 (4.4± 1.3) 分。两组患者在性别、年龄及 GCS 评分等一般资料比较，差异无统计学意义， $P>0.05$ ，具有可比性。

1.2 入选标准 纳入标准：所有患者均经影像学检查确诊，且格拉斯哥昏迷 (Glasgow Coma Scale, GCS) 评分<sup>[2]</sup>在 8 分及以下；患者家属对本次治疗方案与研究内容知情。排除标准：器官严重损伤或多发伤者；合并严重脏器功能障碍者；合并感染性疾病及血液疾病者。

1.3 治疗方法 对照组患者采取常规对症支持治疗，积极处理原发病、控制感染、脱水、降颅压、营养神经、吸氧、机械通气、抗休克、营养正常等，密切观察患者血氧代谢及血流动力学指标。研究组在对照组治疗基础上应用亚低温治疗，采用降温床 (型号：NK-1，由北京康诺公司提供) 降温，保证肛温在 33~35℃，根据温度控制情况应用冰袋，若肛温在 35℃ 以上则加用冰袋冰敷。治疗时间为 4~7 d。

1.4 观察指标 (1) 通过 GCS 评分比较两组患者预后情况：肢体功能与语言功能正常，神志清楚为预后良好；生活可以自理，神志清醒为中度残疾；生活无法自理，需要他人照护，神志清醒为重度残疾；呈去脑强直样长期昏迷为植物生存；死亡<sup>[3]</sup>。(2) 通过实验室检验比较两组患者治疗前与治疗后 24 h 血清 NSE 的变化。

1.5 统计学处理 采用 SPSS15.0 统计学软件处理数据，计数资料以百分率表示，行  $\chi^2$  检验，计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，行  $t$  检验， $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者预后情况比较 研究组预后情况显著优于对照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ ；研究组死亡率明显低于对照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ ；两组中度残疾、重度残疾及植物生存率比较无显著性差异， $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者预后情况比较[例(%)]

| 组别       | n  | 预后良好       | 中度残疾       | 重度残疾       | 植物生存     | 死亡        |
|----------|----|------------|------------|------------|----------|-----------|
| 研究组      | 48 | 18 (37.50) | 15 (31.25) | 11 (22.92) | 2 (4.17) | 2 (4.17)  |
| 对照组      | 48 | 8 (16.67)  | 16 (33.33) | 13 (27.08) | 3 (6.25) | 8 (16.67) |
| $\chi^2$ |    | 5.275      | 0.476      | 0.222      | 0.125    | 4.019     |
| P        |    | <0.05      | >0.05      | >0.05      | >0.05    | <0.05     |

2.2 两组患者治疗前与治疗后 24 h 血清 NSE 比较 两组治疗前 NSE 指标比较差异无统计学意义， $P>0.05$ ；治疗后，研究组 NSE 指标明显低于对照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者治疗前与治疗后 24 h 血清 NSE 比较 (ng/L,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 治疗前        | 治疗后        |
|-----|----|------------|------------|
| 研究组 | 48 | 42.5± 12.5 | 24.5± 12.6 |
| 对照组 | 48 | 42.5± 12.6 | 38.6± 13.5 |
| t   |    | 0.523      | 3.485      |
| P   |    | >0.05      | <0.05      |

3 讨论

亚低温是通过物理方法将患者体温降低至预期水平，阻断内源性毒性物质的产生与合成，避免其损害脑组织及脑细胞结构蛋白，促使脑细胞功能快速修复，达到改善颅内压、保护患者血脑屏障、缓解脑水肿的目的。本研究结果显示，研究组预后良好、死亡率低，说明亚低温治疗能够有效改善重型颅脑损伤患者的预后，降低死亡率，与其他研究结果一致<sup>[4]</sup>。

NSE 是一种脑特异性损伤因子，当神经元受损后，NSE 能够从细胞向血液与脑脊液溢入，较多溢入脑脊液，血液中较为少见。因此，NSE 是评估脑神经元损伤的重要指标之一。有学者认为<sup>[5]</sup>，NSE 水平可以反应颅脑损伤患者预后与脑损伤程度。本研究比较 NES 这一特异性指标在不同治疗方法下的差异，发现研究组患者经亚低温治疗后 NSE 指标明显低于对照组 ( $P<0.05$ )，说明亚低温治疗具有一定的脑保护作用，可有效降低重度颅脑损伤患者神经元损害程度。总之，亚低温治疗重型颅脑损伤疗效满意，可有效改善患者预后，降低脑特异性损伤因子。

参考文献

[1]王红斌,智华,朱庆华,等.体温控制对重型颅脑损伤患者血清 NSE、ET-1 及近期预后的影响[J].山东医药,2014,54(9):62-63  
[2]张斌.亚低温治疗对重型颅脑损伤患者血清肿瘤坏死因子和白细胞介素水平的影响[J].江苏医药,2014,40(18):2164-2166  
[3]马君实.亚低温辅助治疗对急性重型颅脑损伤患者外周血 NSE、NO 和 CRP 水平的影响[J].中国老年学杂志,2014,34(18):5103-5105  
[4]梁晋,祝捷,李建国,等.亚低温对重型颅脑损伤患者凝血功能及预后的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2014,21(1):18-21  
[5]张永华,吉丽盈.颅脑损伤患者血清 NSE 水平与病情严重程度及预后的相关性研究[J].哈尔滨医药,2015,35(6):461-462

(收稿日期：2017-02-20)