

为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后各项临床指标水平比较 治疗

表 1 两组治疗前后各项临床指标水平比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	NIHSS		FMA		MBI		SF-36	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	45	16.3± 2.9	11.3± 2.2	36.2± 7.3	48.2± 4.1	43.2± 8.2	53.4± 8.9	79.7± 5.1	83.3± 3.3
观察组	45	16.4± 3.1	7.8± 2.1	36.6± 6.3	59.4± 5.3	42.9± 7.9	66.3± 9.9	79.9± 6.1	92.1± 4.7
t		0.158	7.720	0.278	11.212	0.353	6.500	0.169	10.280
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组治疗总有效率比较 观察组治疗总有效率明显高于常规组, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗总有效率比较[例(%)]

组别	n	无效	有效	显效	临床治愈	总有效
常规组	45	8(17.8)	11(24.4)	12(26.7)	14(31.1)	37(82.2)
观察组	45	2(4.4)	12(26.7)	13(28.9)	18(40.0)	43(95.6)*

注:与常规组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

脑卒中具有较高的致残率和致死率,严重影响患者身心健康和生活质量。临床上给予及时有效的治疗,是决定治疗效果和预后的关键因素。其中康复治疗在患者术后身体恢复中具有重要作用,科学系统的康复治疗和训练,有利于降低后遗症和并发症的风险。因此,给予患者系统全面的康复治疗,既可缓解患者负面情绪,又能增强患者神经功能和运动功能等,促进早期恢复^[3]。

脑卒中易损伤中枢神经,导致肢体运动功能下降。通过康复训练中的肢体功能训练,可有效促进脑组织血液循环,有利于脑部神经受损细胞的修复和重组,改善脑神经功能^[4]。此外,给予针对性的康

前,两组 NIHSS、FMA、MBI、SF-36 评分比较差异不明显, $P > 0.05$; 治疗后,观察组上述各项临床指标改善程度均显著优于常规组, $P < 0.05$ 。见表 1。

复训练指导和心理治疗,可改善患者的运动功能和日常生理活动能力^[5]。

本研究结果发现,观察组治疗总有效率高于常规组 ($P < 0.05$); 治疗前两组 NIHSS、FMA、MBI、SF-36 评分比较差异无显著性 ($P > 0.05$), 治疗后两组均有所改善,且观察组改善程度明显优于常规组 ($P < 0.05$)。说明在常规治疗基础上给予系统康复治疗脑卒中恢复期疗效颇佳,可有效改善患者临床症状,促进神经功能及运动功能的恢复,提高其日常生活活动能力和生活质量,预后良好,值得临床推广。

参考文献

- [1]高炜炜.神经内科康复治疗对脑卒中患者的临床效果观察[J].河南医学研究,2017,26(17):3245-3246
- [2]胡桂芳.早期康复护理对脑卒中患者认知功能及生活质量的影响[J].河南医学研究,2017,26(17):3261-3262
- [3]于靖,于洋,郝福春,等.综合康复治疗脑卒中患者的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2010,32(3):221-223
- [4]雷晓辉,马奔,黎耀峰.早期综合康复治疗脑卒中患者的临床疗效[J].神经损伤与功能重建,2015,35(6):547-548
- [5]商敏,王玉凤,杨凤梅,等.系统康复治疗对脑卒中恢复期患者认知功能、运动功能及生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2014,34(23):6551-6553

(收稿日期: 2017-10-20)

双靶点软通道微创穿刺引流术对高血压丘脑出血术后血肿清除率及神经功能的影响

涂博

(河南省新乡市第二人民医院神经外科 新乡 453000)

摘要:目的:探讨双靶点软通道微创穿刺引流术对高血压丘脑出血患者术后血肿清除率及神经功能的影响。方法:选取 2015 年 6 月~2017 年 2 月我院收治的高血压丘脑出血患者 76 例,依照治疗方法不同分为观察组和对照组各 38 例。对照组行侧脑室穿刺+体外引流术治疗,观察组行双靶点软通道微创穿刺引流术治疗。比较两组术后血肿清除率、神经功能及住院时间。结果:观察组术后血肿清除率明显高于对照组,术后 NIHSS 评分及住院时间均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论:高血压丘脑出血患者行双靶点软通道微创穿刺引流术治疗,可有效提高术后血肿清除率,改善神经功能,缩短住院时间。

关键词:高血压丘脑出血;双靶点软通道微创穿刺引流术;侧脑室穿刺;体外引流术

中图分类号:R743.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.029

高血压病是临床常见慢性心脑血管疾病,多发于 50 岁以上人群,其发病机制目前尚未明确,临床主要表现为体循环动脉血压升高,随病程进展易并发脑出血^[1]。高血压丘脑出血具有致死及致残率高、

预后差等特点,严重影响其生活质量及生命安全。目前临床治疗该病多以脑血康胶囊等药物保守治疗或侧脑室穿刺联合体外引流术治疗为主,但药物治疗只能缓解临床症状,难以从根本上解决问题,侧脑室

穿刺联合体外引流术治疗效果较佳,但手术时间较长,体质虚弱者耐受性差,且血肿清除率低^[2]。本研究采用双靶点软通道微创穿刺引流术治疗高血压丘脑出血,取得满意疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月~2017 年 2 月我院收治的高血压丘脑出血患者 76 例,依照治疗方法不同分为观察组和对照组各 38 例。观察组男 23 例,女 15 例;年龄 45~66 岁,平均年龄(51.76±1.95)岁。对照组男 22 例,女 16 例;年龄 46~65 岁,平均年龄(52.67±1.84)岁。两组患者年龄、性别等一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审批通过。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:均经头颅 CT 检查确诊为高血压丘脑出血;均自愿签署知情同意书。(2)排除标准:因脑外伤、血液病等致丘脑出血者以及存在心肺系统功能衰竭者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 行侧脑室穿刺+体外引流术治疗。术前进行常规消毒、麻醉,患者取仰卧位,选择对侧冠缝中、上线旁 2 cm 处作为穿刺点,手持电钻对头颅进行穿刺钻孔,用脑室穿刺针经钻孔缓慢进针,进针深度约 4~6 cm;穿刺成功后,缓慢排出血肿,用 0.9%氯化钠溶液 3~4 ml 进行冲洗,直至冲出液体颜色变清澈;放置引流管,注射 1 万 U 尿激酶,关闭并固定引流管,4 h 后打开,每日冲洗,1 次/d。

1.3.2 观察组 行双靶点软通道微创穿刺引流术治疗。术前进行常规消毒、麻醉,使用立体定位尺确定靶点位置,为丘脑最大血肿面中心点在头皮的对应投影点;在靶点对侧及靶点位置贴金属心电贴标记物,行头颅 CT 扫描再次确定靶点位置;依据 CT 成像确定穿刺点,注意避开血管及重要功能区;首先用手动电钻将颅骨钻孔,再将金属针芯替换为塑料钝头针芯,缓慢刺入血肿边缘区进行抽吸,同时转动针头侧孔,将针头逐步插入血肿深处抽吸;一侧完成后换另一侧靶点位置重复上述操作,结束后关闭引流管;插入血肿粉碎器对凝固态血肿进行粉碎,完成后用 0.9%氯化钠溶液 3~4 ml 进行冲洗,直至冲出液体颜色变清澈;术后立即行头部 CT 检查,术后第 1 天向引流导管内注入 2 万 U 尿激酶和 0.9%氯化钠溶液 2 ml,关闭引流管 3 h 后打开,每日冲洗,1 次/d。两组患者术后均随访 3 个月。

1.4 观察指标 (1)比较两组患者术后血肿清除率。血肿清除率 = (术前体积 - 术后体积) / 术前体

积 × 100%。(2)采用卒中量表(NIHSS)评估两组患者术前及术后 3 个月神经功能缺损程度,共 0~42 分,评分越低则神经功能缺损程度越低。(3)比较两组患者住院时间。

1.5 统计学处理 数据处理采用 SPSS21.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后血肿清除率及住院时间比较 观察组术后血肿清除率明显高于对照组,住院时间低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者术后血肿清除率及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血肿清除率(%)	住院时间(d)
观察组	38	92.86±1.59	13.94±2.71
对照组	38	76.45±1.66	29.85±2.58
t		44.008	26.211
P		0.000	0.000

2.2 两组患者术前及术后 3 个月 NIHSS 评分比较 观察组术前 NIHSS 评分为(37.63±3.71)分,术后为(14.84±2.61)分;对照组术前 NIHSS 评分为(36.98±3.55)分,术后为(25.73±3.41)分。两组患者术前 NIHSS 评分比较差异无统计学意义, $P>0.05$;观察组术后 NIHSS 评分低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

3 讨论

高血压丘脑出血往往在患者用力或情绪激动时突然发病,早期死亡率高,幸存者中多伴有不同程度言语吞咽障碍及认知障碍后遗症^[3]。临床治疗应最大程度降低机体创伤,尽快消除血肿,以降低神经系统损伤,改善患者预后。高血压丘脑出血血肿通常以凝固态、半固态、液态三种形态存在,常规侧脑室穿刺联合体外引流术治疗对半固态及凝固态血肿清除率低,难以达到临床预期效果^[4]。丘脑位于第三脑室两侧,出血破入脑室后易引发脑积水,且血肿压迫脑组织可引起颅内压急剧升高,易对脑深部结构及神经系统造成不可逆性损害。因此,及时、有效的血肿清除对改善患者预后至关重要。綦斌等^[5]研究发现,双靶点软通道微创穿刺引流术在抽吸血肿过程中可随脑组织移动进行同方向伴随摆动,能最大限度避免引流管造成脑组织损伤,有利于神经功能恢复。双靶点软通道微创穿刺引流术可通过抽吸液态血肿,初步缓解颅内压,有效降低脑组织损伤风险;再使用血肿粉碎器粉碎凝固态及半固态血肿,可在短时间内消除血肿,且将凝固态及半固态血肿液化可促使

颅内压均匀分布,降低因局部压力过大诱发二次出血风险,对预后具有重要临床意义。

本研究结果显示,观察组术后血肿清除率明显高于对照组,术后 NIHSS 评分及住院时间均低于对照组 ($P < 0.05$)。说明高血压丘脑出血患者采用双靶点软通道微创穿刺引流术治疗,可明显提高术后血肿清除率,改善神经功能,缩短住院时间。综上所述,双靶点软通道微创穿刺引流术治疗高血压丘脑出血效果确切,具有效果好、疗程短等优点,能够有效改善患者预后,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]袁淼,翟安林.高血压性丘脑出血破入脑室患者 60 例临床观察[J].世界中医药,2017,12(s1):339-340
- [2]刘志罡,王瀛漪.神经内镜治疗丘脑出血破入脑室的疗效分析[J].大连医科大学学报,2016,38(3):272-274,284
- [3]阮航,段发亮,罗明,等.导航辅助内镜下手术治疗高血压性丘脑出血破入脑室[J].中国临床神经外科杂志,2017,22(7):491-492
- [4]王子德,于如同,苗发安,等.丘脑出血 86 例临床分析[J].中华神经外科疾病研究杂志,2016,15(5):446-447
- [5]蔡斌,左程,郭巍,等.双靶点微创治疗丘脑出血破入脑室并发脑积水[J].中国微侵袭神经外科杂志,2014,19(8):349-351

(收稿日期:2017-11-01)

尼莫地平联合多奈哌齐治疗阿尔茨海默病的疗效分析

袁筛存

(江苏省滨海县人民医院 滨海 224500)

摘要:目的:分析尼莫地平联合多奈哌齐治疗阿尔茨海默病的临床疗效。方法:选择我院 2013 年 9 月~2017 年 3 月收治的 120 例阿尔茨海默病患者为研究对象,按就诊时间的先后分为三组。尼莫地平组仅给予尼莫地平口服,40 mg/次,3 次/d;多奈哌齐组仅给予多奈哌齐治疗,首次用药 5 mg/d,睡前服用,若无严重不良反应,1 个月后剂量增加至 10 mg/d,否则恢复至 5 mg/d;联合用药组以尼莫地平联合多奈哌齐治疗,两种药物剂量和用法同前两组。三组患者均治疗 3 个月,随访 6 个月。观察各组患者治疗前后智能状态(MMSE)、日常生活能力量表(ADL)、AD 评估量表认知分量表(ADAS-Cog)评分,同时观察患者不良反应发生情况。结果:治疗前三组患者 MMSE、ADAS-cog、ADL 评分比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 6 个月时三组患者 MMSE、ADAS-cog、ADL 评分与治疗前比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$),但联合组各项数据改善均明显优于其他组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:多奈哌齐联合尼莫地平治疗阿尔茨海默病在一定程度上会产生协同作用,且不良反应未见增加。两种药物联合治疗阿尔茨海默病对患者认知、智力及日常生活能力改善作用明显,且疗效明显优于单一用药,安全有效,值得推广。

关键词:阿尔茨海默病;多奈哌齐;尼莫地平

中图分类号:R794.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.030

阿尔茨海默病(Alzheimer Disease, AD)又称老年性痴呆症,是神经系统变性性疾病,主要症状是记忆力下降、认知功能减退、精神异常等。目前对于 AD 发病机制的研究尚不明确,有 Tau 蛋白学说、胆碱能学说等。针对该疾病临床尚无有效治愈药物及方案,仅能通过药物延缓、控制病情^[1]。因此,研究 AD 的有效治疗方案一直是临床重点课题。本研究观察多奈哌齐联合尼莫地平对 AD 的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2013 年 9 月~2017 年 3 月收治的 120 例阿尔茨海默病患者为研究对象。所有患者经 MRI 或头颅 CT 检查确诊,排除其他原因造成的痴呆,同时排除肝肾功能不全或药物过敏等患者。按就诊时间先后将 120 例患者分为三组,分别为尼莫地平组 30 例、多奈哌齐组 40 例和联合用药组 50 例。尼莫地平组男 16 例,女 14 例;年龄(67.4 ± 8.6)岁;病程(28.6 ± 4.5)个月;轻度 12 例,中度 14 例,重度 4 例。多奈哌齐组男 21 例,女 19 例;

年龄(69.4 ± 9.1)岁;病程(29.6 ± 5.2)个月;轻度 16 例,中度 19 例,重度 5 例。联合用药组男 27 例,女 23 例;年龄(69.8 ± 10.7)岁;病程(32.2 ± 5.7)个月;轻度 20 例;中度 23 例;重度 7 例。经统计学分析,三组患者在年龄、性别、病情程度等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 尼莫地平组仅给予尼莫地平口服,40 mg/次,3 次/d;多奈哌齐组仅给予多奈哌齐治疗,首次用药 5 mg/d,睡前服用,若无严重不良反应,1 个月后剂量增加至 10 mg/d,否则恢复至 5 mg/d;联合用药组以尼莫地平联合多奈哌齐治疗,两种药物剂量和疗程同前两组。3 组患者均治疗 3 个月,随访 6 个月。

1.3 疗效评估^[2] 观察各组患者治疗前后智能状态(MMSE)、日常生活能力量表(ADL)、AD 评估量表认知分量表(ADAS-Cog)评分,同时观察患者不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 应用 SPSS18.0 统计学软件对数据进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t