

体部位即胸下段癌、中段癌、上段癌的转移情况存在一定的差异,但差异无统计学意义($P>0.05$)。在本研究的 108 例患者中,被确诊为下颈部淋巴结转移的患者有 27 例,这与某些研究的结果基本一致,由此可见,利用 CT 或彩超来对胸段食管癌患者是否存在下颈部淋巴结转移的情况进行术前常规诊断,其可行性相对较高。

下颈部淋巴结转移作为胸段食管癌中的一种常见现象,淋巴结的转移对患者的预后有着至关重要的影响。利用三野清扫来对患者的喉返神经淋巴结与下颈部淋巴结进行清理,不仅可以实现根治恶性肿瘤的相关原则,而且还可以使手术过程中的淋巴结清理更为彻底。在使用三野淋巴结清扫的方式来对胸段食管癌患者进行治疗时,其重点清除部位就是喉返神经的双侧淋巴链,这也是胸段食管癌出现淋巴结转移的高发地段,在对此部位的淋巴结进行清除之后,患者容易出现声音沙哑以及神经损伤等情况。在本研究中,患者的喉返神经淋巴结转移的诊断率高达 64.5%,因此,在对胸段食管癌患者进行治疗的过程中,必须将淋巴脂肪组织彻底切除,方可达到根治的目的。

在本研究中,有 3 例患者在术后出现了不同程度的肺部感染,但未出现呼吸衰竭的情况。因此,在对胸段食管癌患者制定手术治疗方案时,一定要做好围术期的相关处理工作,尤其是对患者的呼吸道进行管理。在手术的过程中,除了要对手术过程中的各个细节进行精细化处理之外,还必须强化与麻醉师的沟通交流,特别是对于采用单肺通气的患者,一定要对其进行定期鼓肺,确保麻醉过程的平稳,同时还必须将患者的血氧饱和度以及其他的各项身体指标控制在正常的范围之内。

参考文献

[1] 方文涛,陈文虎,陈勇,等. 选择性颈胸腹三野淋巴结清扫

治疗胸段食管鳞癌[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 388-391.

[2] 方强,韩泳涛,王少新,等. 胸段食管鳞癌三野淋巴结清扫术的治疗效果和选择条件[J]. 中华肿瘤杂志, 2012, 34(3): 212-215.

[3] 王付增,程存拴,程云峰,等. 选择性三野淋巴结清扫治疗胸中下段食管癌[J]. 中国医师杂志, 2011, 13(1): 53-57.

[4] 宋庆青,刘文峰,李可志,等. 选择性三野淋巴结清扫治疗胸段食管癌[J]. 中华全科医学, 2009, 7(3): 236-237.

[5] 陈宏,曾钊慧,赵仁贵. 颈胸腹三切口手术治疗中上段食管癌临床疗效分析[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(14): 1414-1415.

[6] 何利妮. 超声对小儿肠系膜淋巴结肿大的诊断价值[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(5): 599-600.

[7] 罗家洪,万崇华,孟琼,等. 中国头颈部癌生命质量测定量表 QLICP-HN 的研制与考评[J]. 现代预防医学, 2007, 34(21): 4023-4025.

[8] Naoki K, Morita M. Pathogenesis and treatment of periodontitis[M]. Japan: intech open access publisher, 2012: 157-166.

[9] 马运芳. 综合干预对哮喘患者自我效能、自我护理能力及生活质量的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2009, 25(33): 17-19.

(收稿日期: 2012-12-31 修回日期: 2013-04-04)

• 临床研究 •

血栓通粉针剂治疗急性脑梗死的疗效观察

龚红英, 龚正福[△] (湖北省襄阳市中心医院暨襄樊学院医学院附属医院神经内科 441021)

【摘要】 目的 探讨注射用血栓通冻干粉针剂治疗急性脑梗死的临床效果。**方法** 将在该院住院治疗的 93 例患者进行了分组治疗对比, 其中治疗组患者 48 例, 在基础治疗的基础上分别加用血栓通冻干粉针剂, 治疗前、后 2 周对患者的血浆同型半胱氨酸(Hcy)水平进行检测。另选取 45 例患者作为对照组, 给予基础治疗。**结果** 治疗后治疗组患者的血浆 Hcy 水平较治疗前显著降低($P<0.01$), 两组治疗后按美国国立卫生院研究院卒中量表(NIHSS)评分结果差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 采用注射用血栓通冻干粉针剂治疗脑梗死临床疗效好, 对血浆 Hcy 水平有显著的降低作用。

【关键词】 注射用血栓通; 急性脑梗死; 血浆同型半胱氨酸

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.042 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)17-2294-03

脑梗死是老年人中的常见病、多发病, 主要是因为各种原因导致的脑供血不足, 使得人体的局部组织发生不可逆转的损伤, 从而导致患者脑组织坏死。脑梗死致残率和病死率高, 严重影响着患者的生命健康和生活质量, 因此早期给予有效的治疗对降低病死率, 改善患者预后具有重要的意义。据本科室多年临床观察发现高同型半胱氨酸(Hcy)血症是脑血管疾病发病的一个重要危险因素, 同时也是加速动脉粥样硬化的危险因

素。本院对 2010 年 1 月至 2011 年 2 月接诊的患者采取了血栓通冻干粉针剂治疗急性脑梗死, 临床效果较好, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取的 93 例患者均为本院住院治疗的急性脑梗死患者, 所有患者均符合中华医学会神经内科分会所制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》中急性脑梗死诊断标

准^[1],且被现代广泛采用的脑卒中分级量表法是美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分表,该评分排除了有出血性疾病的患者,同时也将有严重的肺、肝、心功能疾病的患者排除在外^[2],评分为 4~30 分。将 93 例患者随机分为了对照组(B 组)45 例子和治疗组(A 组)48 例,治疗组中男 25 例,女 23 例;年龄 36~85 岁,平均 61 岁。B 组男 26 例,女 19 例;平均 63 岁,年龄 40~83 岁,上述患者均在发病后的 1~72 h 在本院就诊,通过经过 CT 证实,两组患者一般资料方面的差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法基础治疗 依照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》关于脑梗死的治疗方法,即给予吸氧,保持呼吸道的通畅,同时给予常规护理,维持营养、水、电解质及酸碱平衡,调节血压和血糖,控制脑水肿,给予阿司匹林肠溶片口服 0.1~0.3 g,每日 1 次,睡前服用。依达拉奉针剂 30 mg 加入生理盐水注射液 250 mL 静脉滴注,每日 2 次,病情好转以后再使用 7 d,治疗组(A 组):基础治疗的同时,使用血栓通粉针剂 0.45 g 溶解后加入生理盐水 250 mL 中静脉滴注,每日 1 次连续使用 2 周。对照组(B 组):同基础治疗。两组病例均依据病情适当使用抗生素。观察期间禁止使用其他的脑保护剂及改善微循环的中成药物。

1.3 观察项目 进行美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分,查血尿常规、血脂、血糖、肝肾功能、凝血功能、血浆 Hcy 采用酶免免疫吸附法测定,试剂盒由美国雅培公司提供。以上项目在治疗前后各检测一次。

1.4 疗效评定 疗效评定参考 NIHSS 以及参照 1995 年第四次全国脑血管学术会议通过的《脑血管疾病分类及诊断》制定。痊愈:症状、体征消失,瘫痪肢体肌力 4 级以上,生活自理^[3]。显效:症状、体征基本消失,瘫痪肢体肌力恢复至 3~4 级,生活基本自理。有效:体征尚存在,瘫痪肢体肌力恢复 1~2 级。无效:症状、体征、肌力无改善。恶化:患者死亡。

1.5 统计学方法 数据采用 SPSS16.0 统计分析软件处理,数据资料了采用 χ^2 检验,Radit 分析。计量资料采用 t 检验,数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示。

2 结 果

2.1 疗程结束后统计,共脱落 7 例,其中 A 组 6 例,B 组 1 例。两组患者治疗后较治疗前血浆 Hcy 水平显著降低($P<0.01$),治疗后注射用血栓通治疗组较对照组血浆 Hcy 水平显著降低($P<0.01$),见表 1。

表 1 两组患者治疗前后血浆 Hcy 水平比较($\bar{x}\pm s,\mu\text{mol/L}$)

分组	<i>n</i>	治疗前 Hcy	治疗后 Hcy
治疗组(A)	42	25.01±6.12	18.45±4.98
对照组(B)	44	24.89±8.97	20.37±6.67

表 2 两组治疗前后 NIHSS 评分比较($\bar{x}\pm s$)

分组	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组(A)	42	14.06±1.04	7.0±1.45
对照组(B)	44	13.50±1.47	9.0±1.88

注:与治疗前比较, $P<0.05$;与对照组治疗后的比较 $P<0.01$ 。

2.2 两组治疗前后积分比较 治疗后两组 NIHSS 评分和日

常生活能力评定差异均有统计学意义($P<0.05$),结果见表 2~3。

2.3 安全性观察 治疗前后两组患者血尿常规及肝肾功能、血糖以及心电图等检查均无明显变化。

表 3 治疗 14 d 后两组临床疗效比较

分组	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	恶化	有效率(%)
治疗组(A)	42	10	18	13	1	0	97.61
对照组(B)	44	7	14	14	7	2	79.54

注:两组治疗后比较, $P<0.01$ 。

3 讨 论

伴随着我国人口老龄化结构的不断加剧,脑血管疾病的发病率呈逐年升高的趋势,这严重的危害到中老年人的身体健康,引起了社会各界的高度关注。在研究加速动脉粥样硬化危险因素的过程中,医学界发现除了肥胖、高血压、高血糖、高血脂、吸烟等一些因素之外,Hcy 也是可能造成动脉粥样硬化的危险因素,和心脑血管的发生、发展有着密切的联系^[4-5]。

同型半胱氨酸是蛋氨酸在肝脏经水解代谢产生的一种含硫氨基酸,在血中约 80%的 Hcy 通过二硫键与蛋白质结合,没有与蛋白质结合的同型半胱氨酸游离存在,它通过产生超氧化物及过氧化物,损伤血管内皮细胞,改变凝血因子功能,增加血栓形成,从而导致患者的心脑血管发病。一项前瞻性的研究发现血浆 Hcy 浓度升高的患者,脑卒中的相对危险度要比没有血浆 Hcy 升高的患者明显增高,同时这种增高的幅度和血浆的 Hcy 水平有着一定的相关性。说明了血浆高同型半胱氨酸血症与脑梗死关系密切^[7-8]。

病理学研究脑梗死发生后梗死灶周围存在缺血半暗带,脑梗死临床治疗中通过恢复脑灌注,可防止钙离子细胞内流和减少自由基的生成或清除已产生的自由基,减轻脑水肿,使脑梗死面积减少,尽量恢复脑细胞的代谢功能。以中药材三七主根为原材料提取的注射用血栓通粉针剂,其治疗脑梗死的机制为:(1)抗血栓形成和血小板聚集,改善微循环,保护血管内皮细胞;(2)抗神经细胞凋亡,降低过氧化物浓度,减轻脑细胞缺氧性损伤,改善神经细胞膜活性,减轻脑水肿;(3)扩张脑血管,增加脑血管流量。通过本临床试验,发现注射用血栓通粉针剂能降低同型半胱氨酸,为急性脑梗死患者的治疗和二级预防提供了新的治疗药物选择。

参考文献

[1] 刘鸣,张苏明中国急性缺血性脑卒中诊治指南[J]. 中华神经科杂志,2010,43(02):146-152.
[2] 叶任高,陆再英. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:263-264.
[3] 李福春,卢宏. 血浆同型半胱氨酸水平与缺血性脑血管的相关性研究[J]. 中国实用神经疾病杂志,2009,12(6):29-31.
[4] 黎跃东,张振国. 三七临证用法概要[J]. 中华医学全科杂志,2003,2(06):89.
[5] 黎跃东,张振国. 三七临证用法概要[J]. 中华医学全科杂志,2003,2(06):89.
[6] 王荔,薛国芳. 同型半胱氨酸对颈动脉粥样硬化的影响及

其干预研究[J]. 中国现代内科学杂志, 2006, 3(8): 849-850.

[7] 张伟. 高同型半胱氨酸血症, D 二聚体与急性脑梗死关系研讨[J]. 中国医学检验杂志, 2006, 7(4): 250-251.

[8] 章成国, 邵燕. 血浆同型半胱氨酸与脑梗死的关系研究[J]. 临床神经病学杂志, 2004, 17(4): 264-266.

(收稿日期: 2012-12-21 修回日期: 2013-04-05)

• 临床研究 •

2 型糖尿病合并心力衰竭临床分析

梁 荣¹, 胡旻爽² (1. 西安杨森制药有限公司内科 710043; 2. 西安冶金医院内科 710077)

【摘要】 目的 对 2 型糖尿病合并心力衰竭患者的心脏结构及功能变化情况进行研究, 分析引起 2 型糖尿病合并心力衰竭的因素。**方法** 以西安杨森制药有限公司内科 2000 年 2 月至 2010 年 2 月收治的 512 例心力衰竭患者为研究对象, 根据是否为 2 型糖尿病进行分组, 对患者临床资料检查结果进行比较分析。**结果** 与非 2 型糖尿病心力衰竭患者比较, 2 型糖尿病合并收缩性心力衰竭患者存在左心室后壁厚度增加现象; 2 型糖尿病合并舒张性心力衰竭患者存在左心室后壁厚度增加、左心房内径增加、室间隔厚度增加、左室质量指数增大现象, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 2 型糖尿病合并心力衰竭患者, 特别是 2 型糖尿病合并舒张性心力衰竭患者的左心室结构有明显变化, 考虑与 2 型糖尿病患者血糖浓度高、存在血脂紊乱现象以及血压控制不良等 2 型糖尿病胰岛素抵抗因素有关, 临床治疗上, 应尽早对患者血糖、血压、血脂进行有效控制, 防止患者心脏发生结构改变。

【关键词】 2 型糖尿病; 收缩性心力衰竭; 舒张性心力衰竭; 临床

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.043 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)17-2296-02

2 型糖尿病是一种临床常见慢性代谢性疾病, 近年来发病率呈现逐年上升趋势^[1], 而由糖尿病引起的心力衰竭已经引起了更多的关注。有研究表明 2 型糖尿病患者出现合并心力衰竭是普通人群的 2~3 倍^[2], 2 型糖尿病合并心力衰竭已经成为糖尿病患者死亡的重要因素^[3], 为分析 2 型糖尿病合并心力衰竭的病理情况, 本研究对西安杨森制药有限公司内科 2000 年 2 月至 2010 年 2 月收治的 2 型糖尿病合并心力衰竭患者临床资料进行了回顾性分析, 探讨了 2 型糖尿病合并心力衰竭对患者心脏结构变化的机制及因素。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以西安杨森制药有限公司内科 2000 年 2 月至 2010 年 2 月收治的 512 例心力衰竭患者为研究对象, 男 305 例, 女 207 例, 年龄 32~79 岁, 平均年龄 (63.45 ± 11.23) 岁。患者根据欧洲心脏病学会相应诊断标准进行舒张性心力衰竭 (DHF) 和收缩性心力衰竭 (SHF) 区分, 2 型糖尿病按照 WHO 标准。其中 SHF 组 51 例, DHF 组 461 例; 再按照是否为 2 型糖尿病分为 2 型糖尿病合并组和非 2 型糖尿病合并组。其中 SHF 组中, 2 型糖尿病合并心力衰竭 30 例; DHF 组中, 2 型糖尿病合并心力衰竭 270 例。各组患者在年龄、性别等方面差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 检查项目 对患者实施全面心脏超声多普勒检查, 检查比较项目包括左心室后壁厚度、升主动脉内径、室间隔厚度、左心室内径、左心房内径、左室质量、左心射血分数 (LVEF) 值、左室质量指数等。

1.3 统计学方法 采用 SPSS17.0 进行数据处理, 计数采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

由表 1、表 2 可见, 与非 2 型糖尿病心力衰竭患者比较, 2 型糖尿病合并收缩性心力衰竭患者存在左心室后壁厚度增加现象; 2 型糖尿病合并舒张性心力衰竭患者存在左心室后壁厚度增加、左心房内径增加、室间隔厚度增加、左室质量指数增大现象, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 收缩性心力衰竭组合并 2 型糖尿病心脏结构及功能参数比较 ($\bar{x} \pm s$)

检查项目	合并 2 型糖尿病 ($n=30$)	非合并 2 型 糖尿病($n=21$)	P 值
升主动脉内径(AO mm)	33.54 ± 3.39	32.24 ± 3.61	>0.05
左心房内径(LA mm)	43.42 ± 6.29	43.75 ± 6.87	>0.05
左心室内径(LVIDd mm)	58.75 ± 8.57	59.22 ± 9.26	>0.05
左心室后壁厚度(LVPWTd mm)	10.01 ± 1.75	9.20 ± 1.41	<0.05
室间隔厚度(IVSTd mm)	10.11 ± 1.85	10.21 ± 1.76	>0.05
LVEF 值(%)	39.02 ± 7.25	39.19 ± 7.84	>0.05
左室质量(LVM g)	278.41 ± 73.52	281.32 ± 93.51	>0.05
左室质量指数(LVMI g/m ²)	162.25 ± 41.23	169.29 ± 55.89	>0.05

表 2 舒张性心力衰竭组合并 2 型糖尿病心脏结构及功能参数比较 ($\bar{x} \pm s$)

检查项目	合并 2 型糖尿病 ($n=270$)	非合并 2 型 糖尿病($n=191$)	P 值
升主动脉内径(AO mm)	31.71 ± 3.32	32.02 ± 3.78	>0.05
左心房内径(LA mm)	39.82 ± 5.49	37.52 ± 5.67	<0.05
左心室内径(LVIDd mm)	47.65 ± 5.19	47.28 ± 4.47	>0.05
左心室后壁厚度(LVPWTd mm)	9.87 ± 1.71	9.34 ± 1.36	<0.05
室间隔厚度(IVSTd mm)	11.08 ± 1.86	10.39 ± 1.91	<0.05
LVEF 值(%)	62.39 ± 5.65	62.79 ± 5.34	>0.05
左室质量(LVM g)	210.89 ± 63.12	197.38 ± 56.09	<0.05
左室质量指数(LVMI g/m ²)	123.65 ± 32.37	117.58 ± 33.35	<0.05

3 讨论

心血管事件是 2 型糖尿病的重要死亡因素, 心血管疾病也是 2 型糖尿病的多发并发症^[4]。研究表明, 有近 70% 的 2 型