

研究与临床康复, 2011, 15(8): 1350-1354.

[12] 罗开富, 王云海. 后路内固定辅以植骨融合治疗胸腰椎爆裂性骨折的疗效观察[J]. 实用医院临床杂志, 2014, 11(5): 131-134.

[13] 谭家昌, 徐鸿育, 杨有猛, 等. 经伤椎椎弓根内固定联合椎间植骨融合术治疗下腰椎爆裂性骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2010, 25(3): 244-245.

[14] 林健泽, 余铮, 杨欣建, 等. 经伤椎椎弓根螺钉内固定治疗

• 临床探讨 •

胸腰段爆裂骨折的疗效研究[J]. 深圳中西医结合杂志, 2012, 22(3): 137-140.

[15] 甄建国. 经伤椎椎弓根内固定联合椎间植骨融合术在下腰椎爆裂性骨折治疗中的应用[J]. 现代预防医学, 2011, 38(13): 2644-2645.

(收稿日期: 2016-12-02 修回日期: 2017-01-25)

超早期与早期手术治疗高血压脑出血患者的疗效比较

周 业

(海南省琼海市人民医院神经外科 571400)

摘要:目的 比较超早期与早期手术治疗高血压脑出血(HICH)的临床疗效及对患者神经功能和炎性因子的影响。方法 收集 2012 年 1 月至 2015 年 12 月接受手术治疗的 100 例 HICH 患者作为研究对象, 回顾性分析其临床资料, 按照发病至手术时间分为超早期组(≤ 6 h, $n=50$)和早期组(6~24 h, $n=50$)。采用美国国立研究院卒中量表(NIHSS)评价神经功能缺损状况。术后, 比较疗效相关指标(主要包括术后再出血率、病死率、GOS 评分优良率), NIHSS 评分及血清炎性因子水平。结果 治疗后, 与早期组相比, 超早期组患者病死率较低(16.0% vs. 4.0%), GOS 评分优良率升高(68.0% vs. 90.0%), 差异均有统计学($P < 0.05$), 而再出血发生率比较差异无统计学意义(12.0% vs. 8.0%, $P > 0.05$)。与早期组相比, 超早期组患者 NIHSS 评分降低[(16.5 \pm 3.6)分] vs. (10.1 \pm 2.8)分], 血清肿瘤坏死因子(TNF)- α 、白细胞介素(IL)-6、超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)等炎性因子水平降低[(51.9 \pm 4.5)g/L vs. (40.2 \pm 3.6) g/L, (30.5 \pm 4.2)ng/L vs. (18.2 \pm 3.1)ng/L, (10.3 \pm 2.0 mg/L) vs. (7.5 \pm 1.7)mg/L], 组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 超早期手术在 HICH 中应用效果良好, 能够提高疗效, 改善神经功能, 减轻炎症反应, 且不增加术后再出血率, 临床上值得进一步研究。

关键词:超早期; 早期; 手术; 高血压脑出血; 神经功能; 炎性因子

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.09.052 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)09-1340-03

随着生活方式的改变及社会老龄化趋势的加剧, 脑血管疾病的发生率表现出逐渐上升趋势, 其中高血压脑出血(HICH)是常见的脑实质内出血性疾病, 约占据脑卒中的 21%~48%^[1]。HICH 发病急, 病情进展快, 预后差, 其病死率高达 38%~43%, 即使存活, 也会遗留不同程度的神经功能障碍, 影响生活质量^[2]。手术清除血肿、解决血肿占位效应是该疾病的重要治疗手段, 但目前对于手术时机的选择仍然存在较大争议, 有待进一步研究。本研究通过回顾性分析, 比较超早期与早期手术治疗 HICH 疗效及对患者神经功能和炎性因子的影响, 以期提供更多临床证据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2012 年 1 月至 2015 年 12 月于本院本科接受手术治疗的 100 例 HICH 患者作为研究对象, 回顾性分析其临床资料, 按照发病至手术时间分为超早期组(≤ 6 h, $n=50$)和早期组(6~24 h, $n=50$)。纳入标准: (1)存在明确高血压病史, 无其他导致脑出血的相关基础疾病; (2)经头颅 CT/MRI 检查提示脑出血; (3)出血量为 30~70 mL, 并排除起病超过 24 h、已存在脑疝、昏迷、合并颅内感染、血液系统疾病、严重心肺、肝肾功能不全、存在手术禁忌症等患者。其中超早期组患者男 28 例, 女 22 例, 年龄 50~68 岁, 平均(57.8 \pm 7.4)岁, 平均出血量(58.4 \pm 10.6)mL; 手术方式: 小骨窗开颅血肿清除术 15 例, 微创血肿清除术 35 例。早期组患者男 26 例, 女 24 例; 年龄 48~70 岁, 平均(58.5 \pm 8.5)岁, 平均出血量(57.5 \pm 11.8)mL; 手术方式: 小骨窗开颅血肿清除术 18 例, 微创血肿清除术 32 例。超早期组和早期组患者性别、年龄、出血量及手术方式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 方法 所有患者入选后, 均给予常规内科治疗, 主要包括监测生命体征、控制血压、保持呼吸道通畅、维持水电解质、酸碱平衡、保护重要脏器功能等措施。超早期患者在起病 6 h 内行手术治疗清除血肿, 而早期患者在起病 6~24 h 内行手术治疗清除血肿。

1.3 观察指标 2 周后, 比较疗效相关指标, 主要包括术后再出血率、病死率和格拉斯哥预后评分(GOS)优良率。GOS 评分具体如下: 5 分为优, 患者治疗后恢复良好, 遗留轻度的神经功能障碍, 不影响正常生活; 4 分为良, 患者治疗后遗留中度残疾, 但生活能够自理; 3 分为中, 患者治疗后遗留重度残疾, 意识清楚, 但生活不能自理; 2 分为差, 患者治疗后为植物生存状态; 患者死亡为 1 分^[3]。治疗前后, 采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分评价神经功能缺损情况, 评分越高, 缺损情况越严重。并抽取患者静脉血, 采用酶联免疫吸附试验(ELISA 法)检测两组患者血清肿瘤坏死因子(TNF)- α 、白细胞介素(IL)-6、超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)等炎性因子水平, 试剂盒均购于南京森贝伽生物科技有限公司。

1.4 统计学处理 所有数据均采用统计学软件 SPSS16.0 分析, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用两独立样本 t 检验; 计数资料采用率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者治疗后疗效比较 治疗后, 早期组患者术后再出血率、病死率及 GOS 评分优良率分别为 12.0%、16.0% 和 68.0%, 超早期组分别为 8.0%、4.0% 和 90.0%, 与早期组相

比,超早期组患者病死率降低,GOS 评分优良率升高,差异均有统计学意义($P < 0.05$),而术后再出血率组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗后疗效相关指标比较[n(%)]

组别	n	术后再出血率	病死率	GOS 评分优良率
早期组	50	6(12.0)	8(16.0)	34(68.0)
超早期组	50	4(8.0)	2(4.0)	45(90.0)
χ^2		0.44	4.00	7.29
P		0.50	0.04	0.01

2.2 两组患者治疗前后神经功能比较 治疗前,早期组和超早期组患者神经功能缺损 NIHSS 评分比较组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组患者上述评分较治疗前均有所降低($P < 0.05$),且超早期组患者 NIHSS 评分低于早期组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 NIHSS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
早期组	50	30.3 ± 5.7	16.5 ± 3.6	14.47	0.00
超早期组	58	29.4 ± 6.2	10.1 ± 2.8	20.06	0.00
t		0.76	9.92		
P		0.45	0.00		

2.3 两组患者治疗前后炎症因子水平比较 治疗前,早期组和超早期组患者血清 TNF- α 、IL-6、hs-CRP 等炎症因子水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组患者上述炎症因子水平较治疗前均有所降低($P < 0.05$),且超早期组患者血清 TNF- α 、IL-6、hs-CRP 等炎症因子水平低于早期组患者,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	TNF- α (g/L)	IL-6(ng/L)	hs-CRP(mg/L)
早期组	50	治疗前	64.3 ± 5.7	46.6 ± 6.5	13.6 ± 3.2
		治疗后	51.9 ± 4.5 ^a	30.5 ± 4.2 ^a	10.3 ± 2.0 ^a
超早期组	50	治疗前	65.1 ± 6.8	47.3 ± 7.4	12.8 ± 2.9
		治疗后	40.2 ± 3.6 ^{ab}	18.2 ± 3.1 ^{ab}	7.5 ± 1.7 ^{ab}

注:与术前治疗前相比,^a $P < 0.05$;与早期组治疗前比较,^b $P < 0.05$ 。

3 讨 论

HICH 是临床上常见的危重急症,好发于老年人群,病死率和致残率高,严重影响患者健康及生活质量^[4-5]。当出血量大、血肿占位效应明显时,手术清除血肿是该疾病的主要治疗手段,能够迅速控制颅内压,降低病死率,并且能够恢复受压的神经元,减少神经功能缺损^[6]。虽然手术在 HICH 治疗中不容置疑,且普遍认为应该在发病 24 h 内进行手术,但具体的手术时机选择仍然存在较大争议^[7]。有学者认为,患者起病 6 h 内,出血未完全停止,在此时间内的超早期手术会增加再出血风险,不利于疾病预后^[8]。而另外学者认为,及早清除血肿,能够迅速控制颅内压,减少血肿对脑神经细胞的压迫,可以有效提高治愈率,减少神经功能缺损^[9]。因此,HICH 的手术时机选择尤为重要。

本研究中,与早期组相比,超早期组患者病死率降低,GOS

评分优良率提高,反映神经功能的 NIHSS 评分降低,而术后再出血发生率组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$),说明超早期手术在提高疗效、降低患者病死率及改善神经功能缺损方面具有更显著的优势。而超早期组并不增加再出血发生率,可能与手术过程中对血压的平稳控制、严格控制初次血肿引流量、引流速度等有关,结果表明手术过程中认真对待每个环节,即使进行超早期手术也可以不增加再次出血风险。

研究显示^[10],在 HICH 的急性期,血肿及其周围的组织会发生炎症反应,分泌多种炎症因子,参与血肿周围组织损伤的病理过程。其中 TNF- α 、IL-6 和 hs-CRP 是脑出血研究较多的炎症因子^[11]。发生脑出血后,上述炎症因子水平显著升高,增加脑微血管通透性及血脑屏障通透性,促进脑水肿的发生,加重神经细胞损伤,且其水平的高低与脑水肿的严重程度呈现一定正相关性^[12]。因此,减轻脑出血急性期炎症反应对 HICH 的预后具有重要临床意义。但关于超早期与早期手术对 HICH 患者血清炎症因子影响的对比研究较少。本研究中,两组患者治疗后血清 TNF- α 、IL-6、hs-CRP 等炎症因子水平较治疗前有所下降,而超早期手术组患者下降程度更显著,结果表明越早手术,越能及早打断炎症反应-脑水肿-神经损伤的恶性循环,从而提高治疗疗效,改善神经功能。

综上所述,超早期手术在 HICH 中应用效果良好,能够提高疗效、改善神经功能、减轻炎症反应,且不增加术后再出血率,临床上值得进一步研究。

参考文献

- [1] 杨君,魏进旺,梁启龙,等.高血压脑出血手术时机及手术方式的综合研究[J/CD].中华临床医师杂志(电子版),2013,7(17):147-151.
- [2] Hu X,Zhang JH,Qin X. Risk factors of early death in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage during hospitalization[J]. Acta Neurochir Suppl,2011,111:387-391.
- [3] 孙虎.两种方法治疗高血压脑出血疗效比较[J].中国基层医药,2013,20(6):821-823.
- [4] Biessels GJ,Zwanenburg JJ,Visser F,et al. Hypertensive cerebral hemorrhage:imaging the leak with 7-T MRI[J]. Neurology,2010,75(6):572-573.
- [5] 司金春,肖志强,许志杰,等.颞部小骨窗血肿清除术与传统大骨瓣开颅治疗基底节区高血压性脑出血合并脑疝的疗效对比[J].中国医师杂志,2015,17(1):106-108.
- [6] 张福征,王才永,张磊,等.神经内镜与开颅手术治疗高血压脑出血的疗效比较[J].中华神经外科杂志,2015,31(1):19-21.
- [7] 刘宏浩,王少雄,黄程,等.不同手术时机治疗高血压脑出血的对比分析研究[J].重庆医学,2014,43(22):2925-2927.
- [8] 叶科,徐庆生,兰平,等.高血压脑出血患者的手术治疗:手术时机与预后[J/CD].中华危重症医学杂志(电子版),2013,6(3):16-21.
- [9] Zhang XQ,Zhang ZM,Yin XL,et al. Exploring the optimal operation time for patients with hypertensive intracerebral hemorrhage:tracking the expression and progress of cell apoptosis of prehematomal brain tissues[J]. Chin Med J (Engl),2010,123(10):1246-1250.

[10] 段淑霞,刘涛,王戩萌. 尼莫地平对不同时间点高血压脑出血患者血清炎性因子影响的实验研究[J]. 中国实验诊断学, 2015, 19(7): 1065-1067.

[11] 杨军, 聂晓枫. 早期应用微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的临床疗效及对血清炎症因子水平的影响[J]. 河北医学, 2014, 20(10): 1635-1638.

[12] 毕向锋, 张莉宏, 高桂莲. 脑出血患者微创钻颅血肿抽吸液化引流术后血清炎性因子水平的变化及其临床意义[J]. 中国综合临床, 2010, 26(5): 529-531.

(收稿日期: 2016-12-23 修回日期: 2017-01-21)

• 临床探讨 •

不同肠内营养方式对结肠癌患者化疗期间营养状况及免疫功能的影响

刘 琰, 谢玉权

(湖北省荆门市第一人民医院肿瘤科 448000)

摘要:目的 探讨不同肠内营养方式对结肠癌患者化疗期间营养状况及免疫功能的影响。方法 收集 2011 年 4 月至 2016 年 4 月该院肿瘤科收治的晚期结肠癌患者 100 例, 据患者意愿以及临床指证, 将患者分为对照组和治疗组, 其中对照组 41 例, 治疗组 59 例。对照组肠内营养方式采用普通营养管, 治疗组采用双枪营养管。分析化疗前后两组患者的血浆清蛋白、CD4⁺及 CD8⁺淋巴细胞水平、住院时间、营养管拔出时间, 以及并发症发生情况。结果 治疗组患者血浆清蛋白、CD4⁺及 CD8⁺淋巴细胞水平均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组患者住院时间、营养管拔出时间均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 肺炎、腹胀、腹泻、败血症并发症发生率均低于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 相比普通营养管, 采用双枪营养管的肠内营养的方式可明显改善患者化疗后营养及免疫功能。

关键词: 结肠癌; 化疗; 肠内营养; 营养状况; 免疫功能

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.09.053 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)09-1342-03

结肠癌是威胁人类生命健康的恶性肿瘤之一^[1-3]。近年来, 随着我国生活水平的提高, 饮食由粗粮向精细饮食的转变, 同时人口老龄化并存, 使得结肠癌的发病率逐年上升^[4]。作为常见的消化道肿瘤, 结肠癌的临床症状并不明显。大多数结肠癌患者在临床确诊时, 多已进入晚期。因此, 结肠癌的早期诊断及治疗是关键。目前针对结肠癌的临床治疗手段, 主要包括手术、化疗、放疗及新辅助化疗等^[5-7]。其中, 手术治疗是主要的手段。放、化疗则是多数晚期结肠癌患者的主要姑息治疗手段。但是, 面对大多数结肠癌患者, 无论是手术治疗, 还是放、化疗, 患者会出现腹痛、腹泻、腹胀、恶心、呕吐等并发症。研究显示, 患者化疗后出现因并发症而导致营养不良的比例高达 40%^[8]。同时, 营养不良会引起患者免疫力低下、抗感染能力降低, 以及肺炎、肺不张等一系列症状的出现, 不利于患者的康复^[9]。因此, 在患者术后及化疗期间, 寻找合理、安全、有效的方式保证患者的营养支持是目前结肠癌研究的重点之一。在众多营养支持方式中, 相比于肠外营养, 肠内营养更有助于患者消化道的恢复, 以及减少导管相关并发症以及内分泌紊乱的出现^[10]。而在目前众多肠内营养的支持方法中, 主要采用的是普通营养管^[11]。但是, 普通营养管对患者消化道会造成刺激并引起局部炎症、溃疡及反流的发生, 极大的限制了其应用^[12]。而双枪营养管却可明显改善此类局限。其不仅可长期放置并行肠内营养, 同时经口进食时也较少感到明显异物感, 使用明显更为方便^[13]。因此, 为探究不同早期肠内营养方式对晚期结肠癌患者营养状况及免疫功能的影响, 本研究对本院的 100 例晚期结肠癌患者临床情况予以比较, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2011 年 4 月至 2016 年 4 月本院肿瘤科收治的晚期结肠癌患者 100 例。所有患者已接受化疗, 但患者均未接受过放疗及靶向治疗。入选患者年龄 41~67 岁, 平均 (53.7±6.2) 岁。其中男 56 例, 女 44 例。癌症类型: 直肠癌 62

例, 结肠癌 38 例。患者治疗前均完成病史采集、三大常规检查, 腹部增强 CT 及全身骨扫描检查。纳入标准: (1) 病理学证实为晚期结肠癌患者; (2) 患者年龄 20~80 岁; (3) 患者拒绝或未达手术治疗标准; (4) 患者住院前检查未见除结肠癌外其他疾病; (5) 患者未接受任何放疗及生物免疫治疗。排除标准: (1) 神志不清, 精神疾病患者; (2) 已出现远处转移患者; (3) 已出现明显感染休克者; (4) 患者位于孕期及哺乳期。本研究方案通过本院医院伦理委员会批准, 所有患者均签署知情同意书。据患者意愿以及临床指证, 将患者分为对照组和治疗组, 其中对照组 41 例患, 治疗组 59 例。

1.2 方法 患者入院后均接受 FOL-FOX4 治疗方案。患者在入院后第 1 天静脉滴注奥沙利铂 85 mg/m², 每天 1 次; 同时分别于入院后第 1、2 天, 静脉滴注亚叶酸钙 200 mg/m², 5-氟尿嘧啶 400 mg/m², 持续滴注 20 h。以上化疗药物 2 周重复 1 次, 连续滴注 2 个月。

1.2.1 对照组肠内营养方式 对照组患者肠内营养采用普通营养管。营养液为混悬制剂(全能力)。普通营养液购买于善德医疗科技有限公司, 型号为 PUR-CHIO。患者半卧位, 经鼻放置营养管, 送至幽门下 15 cm 左右。

1.2.2 治疗组肠内营养方式 对照组患者肠内营养采用双枪营养管。经鼻胃肠喂养管(型号: CH-1329)、空肠造瘘管(型号: CH-1483)均购买于纽迪西亚制药有限公司。研究采用内窥镜辅助放置空肠营养管。常规胃管插入, 将营养管送至幽门下 15 cm 左右。随后, 胃管拉出。连接幽门及空肠营养管。患者生命体征平稳后, 予 5% 糖水 500 mL 空肠造瘘管滴入。第 2 天根据患者体质量指数, 予以营养液混悬制剂(全能力)。营养液缓慢恒温(37~38 ℃)滴入, 速度为 50 mL/h。

1.3 观察指标 营养指标: 化疗前后, 所有患者清晨空腹抽血, 测量血浆清蛋白数值; 免疫指标: 化疗前后, 所有患者清晨空腹抽血, 荧光标记 CD4⁺、CD8⁺ 淋巴细胞, 流式细胞仪分选并计数。住院指标: 患者住院时间、营养管拔出时间。并发症: