

2~3 倍,同刘团结等^[7]结论基本一致,说明入院时处于脑血管大面积梗死的缺血性脑卒中患者多存在 BNP 水平短期内快速增长情况,提示可将 BNP 水平检测作为早期预估患者梗死严重程度的重要指标。林绍鹏等^[8]认为,虽然目前临床并未对急性缺血性脑卒中患者 BNP 水平变化机制予以准确定论,仅猜测脑血管梗死面积较大者 BNP 水平较高的原因同脑缺血时血脑屏障通透性增强,使 BNP 入血率更高相关,随着脑梗死面积的增加,下丘脑因颅内压升高及合并脑积水等情况致使机械性压迫力度更强,可增加脑组织的 BNP 分泌量,也可导致脑卒中后 BNP 水平快速增长^[9]。

刘团结、吴泳等^[10-11]就 BNP 水平检测对预估急性缺血性脑卒中患者近远期预后水平、远期病死率的价值展开分析,发现入院时 BNP 水平 >634.15 pg/mL 的缺血性脑卒中患者远期病死率为 BNP 水平较低者的 3~4 倍^[12],预后质量普遍偏低,需引起临床重视。

总之,临床可将患者入院时血浆 BNP 水平作为预估其脑梗死严重程度的有效手段,提高诊疗效率,确保后续针对性治疗的顺利开展,全面提升患者预后质量,降低其死亡风险。

4 参考文献

[1] 张同利. 脑卒中的发病机制及护理干预[J]. 中国医学伦理学, 2012, 25(1): 37-38.
 [2] 王善钻. 脑利钠肽(BNP)在脑血管疾病中的研究进展[J]. 中华保健医学杂志, 2010, 12(4): 326-328.

[3] 陈红辉, 缪心军, 李勇, 等. 急性脑出血患者 B 型利钠肽浓度变化及临床意义[J]. 中华老年医学杂志, 2011, 30(6): 449-451.
 [4] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146-153.
 [5] 赵继宗, 周定标. 神经外科学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 267-269.
 [6] 刘淑芬, 刘立群. BNP 与超敏 CRP 对脑卒中患者预后的预测价值[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(15): 41-42.
 [7] 刘团结, 聂志余, 方麒麟, 等. 入院时血浆脑利钠肽水平与急性缺血性脑卒中脑梗死体积的关系[J]. 临床内科杂志, 2012, 29(8): 527-529.
 [8] 林绍鹏, 解龙昌, 张斌, 等. 血浆脑钠肽水平与急性缺血性卒中亚型和严重程度的相关性: 回顾性病例系列研究[J]. 国际脑血管病杂志, 2014, 22(1): 33-38.
 [9] 梁恒, 韩江全, 李继中, 等. MMP-9、hs-CRP、BNP、S-100 和 DD 对急性缺血性脑卒中患者预后的影响[J]. 中国医药导报, 2012, 9(23): 22-23.
 [10] 刘团结, 方麒麟. 血浆脑钠肽在急性缺血性脑卒中患者住院病死率预测中的应用[J]. 上海医学, 2011, 34(5): 386-389.
 [11] 吴泳, 梁雁, 李普华, 等. 急性期血浆脑钠肽水平与缺血性脑卒中近期预后关系分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(4): 3-4.
 [12] 杨雀飞, 李武, 何彪, 等. 血浆脑利钠肽水平与急性期缺血性脑卒中预后的相关研究[J]. 热带医学杂志, 2014, 14(5): 683-685.

(收稿 2015-11-02)

红外治疗仪在糖尿病周围神经病变中的治疗作用

赵金凤 袁 举

河南省人民医院 郑州 450003

【摘要】 目的 观察分析红外治疗仪在糖尿病周围神经病变中的治疗作用。方法 将 120 例糖尿病周围神经病变患者随机分为观察组和对照组各 60 例, 2 组均给予糖尿病常规护理、健康教育、血糖控制、营养神经等治疗, 观察组在上述治疗基础上辅以红光红外治疗仪辅助治疗, 观察 2 组患者治疗前后临床症状改善情况, 并对治疗前后震动感觉阈值变化进行量化比较。结果 观察组治疗有效率为 96.67%, 高于对照组的 83.3%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 2 组震动感觉阈值均下降, 与对照组比较, 观察组震动感觉阈值下降更为明显, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在常规治疗及护理基础上联合红光红外治疗仪能显著减轻糖尿病周围神经病变患者的临床症状, 提高治疗有效率。

【关键词】 糖尿病周围神经病; 红外治疗仪; 震动感觉阈值

【中图分类号】 R587.2 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-5110(2016)21-0087-02

糖尿病周围神经病变 (diabetic peripheral neuropathy, DPN) 又称对称性、多发性末梢神经病, 是糖尿病患者常见的慢性并发症之一, 其在 2 型糖尿病患者中的发生率高达 63%^[1], 病变主要累及双侧末梢神经, 早期以感觉障碍为主, 表现为对称性四肢末端麻木、疼痛、烧灼感、蚁走感、针刺感等, 下肢重于上肢; 后期则可累及运动神经, 出现肌力肌张力减低、肌萎缩甚至瘫痪, 且随病程延长, 发病率及病变程度均增加, 严重影响患者生活质量, 而且后期缺乏特异性治疗药物及措施^[2-3]。因此, 早期预防干预和治疗糖尿病周围神经病, 对提高患者生存质量和延缓病情发展有重要意义。本研究在常规治疗及护理基础上联合红光红外治疗, 显著减轻糖尿病周围神经病变患者临床症状, 提高治疗有效率, 现报道如下。

1 临床资料

选取 2014-08—2015-12 我科收治的 120 例糖尿病周围神经病变患者为研究对象, 所有患者均符合均符合 2013 年糖尿病周围神经病诊断和治疗共识, 排除其他原因引起的神经系统病变。120 例患者随机分为 2 组, 观察组 60 例, 男 37 例, 女 23 例; 年龄 45~72 岁, 平均 (63.34 ± 11.37) 岁。对照组 60 例, 男 36 例, 女 24 例; 年龄 51~75 岁, 平均 (62.48 ± 12.58) 岁。2 组年龄、性别、既往史、病程等资料比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法 入院后, 2 组均给予内分泌科基础护理, 包括糖尿病健康教育、合理膳食指导、改善生活方式、活动锻炼指导、血糖监测、药物正确服用方法及并发症预防等; 药物治疗包括胰岛素、前列地尔注射液、硫辛酸、甲钴胺等扩张血管、改善微循环、营养神经、抗氧化应激等治疗。观察组在上述治疗基础上辅以“迈能红外红光治疗仪”对下肢不同部位进行照射治疗, 2 次/d, 30 min/次, 10 d 为一疗程, 连续 2 疗程。

2.2 震动感觉阈值监测方法 与患者做好沟通, 取得配合, 采用数字震动感觉阈值检查仪分别于治疗前后进行检查, 根据数字震动感觉阈值检查仪 Sensiometer A 通用诊断标准^[4]: 震动感觉阈值 (VPT) < 15 V 提示无明显 DPN; VPT 16~20 V 提示已存在 DPN 并有发生神经性溃疡的中度风险; VPT > 25 V 提示已存在严重的 DPN 并有发生神经性溃疡的高度风险。

2.3 疗效评定标准^[5] 显效: 患者肢体麻木、疼痛等感觉异常症状消失或明显好转, 腱反射明显好转或正常, 神经传导速度增加 ≥ 5 m/s; 有效: 感觉异常及腱反射明显改善, 神经传导速度增加 2~5 m/s; 无效: 自觉临床症状无变化或加重, 腱反射及神经传导速度无改善。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

2.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件处理, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料以率 (%) 表示, 采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 2 组有效率比较 治疗组总有效率 96.67% 明显高于对照组的 76.67%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组疗效比较 [n(%)]

组别	n	有效	显效	无效	总有效率/%
治疗组	60	34(56.7)	24(40.0)	2(3.3)	96.66
对照组	60	25(41.7)	21(35.0)	14(23.3)	76.67

注:与对照组比较, $P < 0.05$

3.2 2 组治疗前后震动感觉阈值变化比较 治疗前 2 组震动感觉阈值比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后 2 组震动感觉阈值均较治疗前下降, 但治疗组下降明显, 与对照组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后震动感觉阈值变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前评分	治疗后评分
治疗组	60	21.53 ± 3.38	12.78 ± 4.62 [#]
对照组	60	22.05 ± 3.71	17.93 ± 5.11
P 值		0.343	0.001

注:与对照组比较, [#] $P < 0.05$

4 讨论

糖尿病周围神经病是糖尿病常见并发症之一, 其发生发展与糖尿病病程、血糖水平及相关危险因素控制情况等密切相关。糖尿病周围神经病的确切病因病机尚不完全清楚, 研究认为, 糖尿病周围神经病的发生发展与血糖代谢紊乱引起的氧化应激、血管缺血缺氧、神经营养因子缺乏及自身免疫、遗传易感等因素有关, 共同导致了无髓鞘轴突变性甚至消失, 有髓鞘神经纤维髓鞘节段性或弥漫性脱髓鞘, 以及髓鞘再生引起的郎飞结间长度改变等^[6]; 另外, 由于糖尿病患者长期处于高血糖状态, 体内糖化血红蛋白亦相应增高, 一方面增高的糖化血红蛋白与体内一氧化氮紧密结合, 另一方面增高的血糖破坏了体内部分一氧化氮, 使其相对缺乏, 导致

毛细血管舒张功能减退及微循环障碍。因此, DPN 的治疗主要针对其病因病机发展的各个环节, 包括控制血糖、修复神经、抗氧化应激、改善微循环、提高神经细胞血氧供给和镇痛治疗等^[7]。

红外治疗仪是一种安全、无创、操作简单的物理治疗设备, 产生的单波长 LED 红外红光能使受照射部位的血管内皮细胞在一氧化氮合成酶的作用下释放一氧化氮, 并能使糖尿病患者血液中紧密结合一氧化氮的血红蛋白释放一氧化氮, 游离的一氧化氮被机体细胞吸收并促进毛细血管扩张、改善局部血液循环、增加组织血流灌注及营养代谢、缓解肌肉痉挛、降低感觉神经兴奋性及骨骼肌张力, 从而起到抗炎、镇痛及促进组织再生等生理和治疗作用。由于糖尿病周围神经病变早期缺乏特异性临床症状及体征, 容易被患者及医生忽视, 延误诊断与早期干预, VPT 测定是一种简便、无创、耗时较小、价格较低的检测方法, 且患者顺应性好, 有助于提高周围神经病的检出率及早期诊断。因此, 我院以震动感觉阈值变化为量化指标, 对糖尿病周围神经病变患者治疗前后进行震动感觉阈值量化评定及有效率评定, 结果显示在常规治疗及护理基础上联合红光红外治疗能显著减轻糖尿病周围神经病变患者临床症状, 提高治疗有效率, 且操作方便, 不良反应少, 临床可试行。

5 参考文献

- [1] 梁生光, 李顶成, 莫丽. 糖尿病周围神经病变患病率及危险因素分析[J]. 中外医学研究, 2013, 11(33): 190.
- [2] 史平平, 傅松波, 韦性丽. 糖尿病神经病变的诊断方法[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(18): 5 327-5 329.
- [3] 蚁淳, 陈佩仪, 陈琳莹. 糖尿病周围神经病变诊断、治疗和护理的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(12): 1 363-1 366.
- [4] 玛依努尔, 古米娜, 严利君, 等. 震动感觉阈值测定对糖尿病周围神经病变诊断价值探讨[J]. 中国实用医药, 2011, 16(31): 5-6.
- [5] 张永珍, 王军. 神经妥乐平治疗糖尿病周围神经病变的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(16): 78-80.
- [6] 黄开梅, 刘兵, 赵中. 114 例糖尿病患者神经电生理特征与相关因素分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(3): 17-18.
- [7] 张书月, 石洪伟, 张兴中. 糖尿病周围神经病变治疗药物概述[J]. 实用糖尿病杂志, 2016, 12(2): 62.

(收稿 2016-03-11)

重型颅脑外伤后失语患者认知功能特点分析

邢松丽

河南禹州市人民医院 禹州 461670

【摘要】 目的 探讨重型颅脑外伤后失语患者认知功能特点。方法 选择我院 2012-08—2015-08 收治的 78 例重型颅脑损伤患者为研究对象, 根据是否合并失语症分为失语组 ($n=48$) 及未失语组 ($n=30$)。2 组均结合实际病情予以救治, 比较 2 组并发症发生率、失语症与认知功能测评结果。结果 失语组肺部感染率为 22.9%(11/48), 未失语组为 16.7%(5/30), 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。失语组 CRRCAE 总评分为 (85.6 ± 10.1) 分, 低于未失语组 (102.3 ± 9.7) 分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组定向障碍发生率为 56.3%, 明显高于对照组的 30.0%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 视知觉、空间知觉、动作运用、视运动组织、逻辑思维组织等发生率高于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 重型颅脑外伤后失语患者往往认知功能更差, 尤其时定向力认知, 这一发现为临床治疗提供有用信息, 利于预后的改善。

【关键词】 重型颅脑外伤; 失语; 认知功能; 定向

【中图分类号】 R651.1⁺5

【文献标识码】 B

【文章编号】 1673-5110(2016)21-0088-02

相关资料统计结果显示, 我国每年颅脑外伤发生率已达 7.8%, 其中重症患者占 50% 左右^[1]。颅脑外伤的发生极易引起脑神经功能障碍、运动障碍、语言障碍、认知障碍等, 严重影响其正常工作与生活, 增加家庭与社会负担。研究提出^[2], 重型颅脑损伤患者失语症的出现会加重认知障碍, 进一步增加了恢复难度。本文以我院收治重型颅脑损伤患者为例, 分析重型颅脑外伤后失语患者认知功能特点, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1.1.1 纳入标准: ①经颅脑 CT 或 MRI 证实为颅脑损伤; ②外伤后昏迷时间超过 6 h 或 GCS 评分 < 8 分; ③病情稳定、意识清楚; ④未接受过系统认知知觉训练; ⑤签署知情同意书。

1.1.2 排除标准: ①先天性言语功能缺陷; ②有既往颅脑损伤史者; ③长期嗜酒、吸毒者; ④有精神疾患史者; ⑤精神躁动以致无法配合者。