

- [12] 吴迪宾, 聂琼. 一次性使用聚酰胺膜透析器行无肝素透析的临床观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2009, 30(8): 1015-1016.
- [13] 贾金伶, 沈凤娟. 无肝素在出血患者血透中的应用与观察[J]. 中国现代临床医学杂志, 2007, 6(5): 57-58.
- [14] 胡忠凤. 无肝素透析的临床观察及护理要点[J]. 中医药导报, 2008, 12(8): 72-73.
- [15] 杜红立, 朱艳萍, 贾玉枝. 浅论对血液透析患者的心理护理[J]. 吉林医学, 2010, 31(3): 404-405.
- (收稿日期: 2013-05-29 修回日期: 2013-08-20)

鼠神经生长因子在外伤性面神经麻痹术后的应用分析

尹凌雪, 石增霞(北京世纪坛医院耳鼻咽喉头颈外科 100038)

【摘要】 目的 探讨鼠神经生长因子在外伤性面神经麻痹术后的应用。**方法** 回顾性分析 2010 年 1 至 2013 年 1 月 50 例外伤性面神经麻痹术后患者, 平均分成两组, 对照组予以常规治疗方法, 观察组在对照组治疗基础上予以鼠神经生长因子治疗。观察两组治疗后的临床效果。**结果** 对照组和观察组治疗后在 H-B 面神经功能等级、Nottingham 评分、Yanagihara 面神经麻痹分级评分、总体疗效、起效时间、平均疗程上比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 鼠神经生长因子可改善外伤性面神经麻痹术后的临床症状, 缩短治疗时间。针对药物注射疼痛采取积极护理干预措施, 保证了疗效。

【关键词】 外伤性面神经麻痹; 鼠神经生长因子; 临床效果
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 24. 077 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)24-3388-03

随着经济的发展, 头颅外伤交通事故伤有所增长, 而头颅骨折后遗留的外伤性面神经麻痹是一个常见的也是棘手的问题。其在临床上表现为肌肉瘫痪、眼睑闭合不全、流涎、漱口进食时漏水、感觉减退、皮肤萎缩等, 给患者日常生活带来了严重的心理生理问题。严重者会导致失明, 抑郁甚至有潜在的自杀倾向。目前在治疗上往往以营养神经、中药汤剂和理疗等方法为主, 总之以营养神经为主。而常见的营养神经药物有鼠神经生长因子和单唾液酸神经节苷脂^[1]。本次研究探讨的是鼠神经生长因子在外伤性面神经麻痹术后的应用, 以及对外伤性面神经麻痹进行一定的干预措施, 以便降低并发症, 提高临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2010 年 1 月至 2013 年 1 月 50 例外伤性面神经麻痹术后患者, 平均分成两组。对照组 25 例, 男 16 例, 女 9 例; 年龄 16~67 岁, 平均(43.7±3.8)岁; 病程 7~43 d, 平均(14.6±3.2)d; 病变部位: 左侧 13 例, 右侧 12 例; 受伤原因: 坠落伤 3 例, 刺伤 3 例, 撞击伤 5 例, 交通事故伤 10 例, 其他 4 例; House 分级: IV 级损伤 9 例, V 级损伤 7 例, VI 级损伤 9 例。观察组 25 例, 男 18 例, 女 7 例; 年龄 15~69 岁, 平均(43.1±3.3)岁; 病程 6~45 d, 平均(14.2±3.5)d; 病变部位: 左侧 12 例, 右侧 13 例; 受伤原因: 坠落伤 5 例, 刺伤 4 例, 撞击伤 4 例, 交通事故伤 9 例, 其他 3 例; House 分级: IV 级损伤 8 例, V 级损伤 9 例, VI 级损伤 8 例。两组一般资料情况差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。纳入的标准参考《神经病学》第 5 版中外伤性面神经麻痹的标准^[2]: 有明显外伤史, 出现面部不适等症状, 一侧面肌麻木, 口眼歪斜, 眼裂增大, 眼睑闭合不全或无法闭合, 额纹及鼻唇沟变浅或消失, 出现蹙额、皱眉、漱口漏水、进餐时食物残留、示齿、鼓颊等活动受限; 舌前 2/3 味觉减退或消失、听觉过敏。排除由于脑血管意外、中耳炎、脑膜炎等造成的周围性面瘫患者, 既往有面神经病变者。所有患者均经过核磁共振及电生理等检查诊断为外伤性面神经麻痹。

1.2 方法 根据患者病情结合异常肌电图等图像选择合适的术式。手术路径的选择按照患者受伤部位, 患者的听力、

前庭功能及各种定位患者定性检查来评定面神经损伤的部位和程度。一般来说, 若损伤在膝状神经节下则乳突入路, 耳蜗功能保存者则采用颅中窝进路和乳突联合入路, 伴有听力损伤者则选择迷路入路。然后根据病情选择面神经减压术、面神经直接吻合术和耳大神经移植修复面神经术。

术后对照组予以药物治疗和物理疗法相结合。药物包括使用激素类药物, 如地塞米松 40 mg/d, 口服, 连续服用 1 周; 予以维生素 B₁₂、维生素 B₁、弥可保等神经营养药物治疗; 也有运用活血化淤止痛的中药汤剂和针灸治疗。物理疗法包括表情肌功能训练, 主要是额、眼、鼻和唇等表情肌运动功能区的锻炼; 运用多功能电刺激; 也可使用高压氧治疗。观察组则在对照组治疗的基础上加用鼠神经生长因子 18 μg 加入 0.9% 氯化钠注射液 2 mL 肌肉注射, 每日 1 次, 连续使用 14 d。

1.3 疗效标准 参考相关的标准进行疗效评定^[3]: 治疗前后应用 H-B 面神经功能评价分级、Nittingham 评分系统、日本面神经麻痹程度评价法(Yanagihara 面神经麻痹分级系统)进行评价。最后参考 2006 年中华医学会第 8 次全国医学和康复学会会议上制定的周围性面神经麻痹的疗效标准进行评定^[4]: 痊愈表现为面神经症状体征消失, 面肌功能完全恢复, 面部感觉无异常; 显效表现为面神经症状体征消失, 面肌功能基本恢复, 口角不对称; 有效表现为面神经症状体征好转, 面肌功能有所恢复; 无效表现为与治疗前无改善。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件进行分析, 将调查统计的内容作为变量, 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验进行分析, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组面神经麻痹治疗后评价情况分析 见表 1。由表 1 可见, 两组患者在治疗前在 H-B 面神经功能等级、Nottingham 评分、Yanagihara 面神经麻痹分级评分比较差异无统计学意义($P>0.05$); 但是治疗后比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组外伤性面神经麻痹治疗后总体临床效果情况 见表 2、3。由表 2、3 可见, 两组患者总体疗效和起效时间、平均疗程比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组面神经麻痹治疗后评价情况分析

指标	H-B 面神经功能等级[n(%)]							Nottingham 评分	Yanagihara 面神经麻痹
		I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级	VI 级	($\bar{x}\pm s$, 分)	分级评分($\bar{x}\pm s$, 分)
对照组	治疗前	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	9(36.0)	7(28.0)	9(36.0)	22.02±12.37	15.84±3.73
	治疗后	6(24.0)	9(36.0)	6(24.0)	2(8.0)	2(8.0)	0(0.0)	71.03±21.82	27.38±8.62
观察组	治疗前	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	8(32.0)	9(36.0)	8(32.0)	23.12±12.52	15.69±3.68
	治疗后	12(48.0)*	9(36.0)	3(12.0)*	1(4.0)*	0(0.0)*	0(0.0)	80.63±29.45*	37.27±9.69*

注:与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

表 2 两组外伤性面神经麻痹治疗后总体临床效果情况

组别	n	总体疗效[n(%)]				痊愈率(%)	愈显率(%)	总有效率(%)
		痊愈	显效	有效	无效			
对照组	25	5(20.0)	11(44.0)	6(24.0)	3(12.0)	20.0	64.0	88.0
观察组	25	12(48.0)*	9(36.0)	3(12.0)*	1(4.0)*	48.0*	84.0*	96.0*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

表 3 两组治疗起效和疗效情况分析($\bar{x}\pm s$, d)

组别	n	起效时间	平均疗程
对照组	25	8.37±3.48	24.84±10.54
观察组	25	5.38±2.73*	15.94±8.26*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨 论

外伤性面神经麻痹的发病机制^[5]:从解剖学上说,面神经从桥脑部出髓后穿出茎乳孔后发出 3 个小分支,分别支配枕肌、耳周围肌等,主干则前行分为颞支、颧支、颊支、下颌缘支、颈支,主司面部表情肌。其中颞支、颧支支配面上部的额肌和眼轮匝肌,颧支、颊支、下颌缘支支配面中下部的鼻肌、口周围肌等,外伤导致面部神经血运障碍、缺血、水肿,同时面神经又受到面神经管的限制,导致髓鞘或轴突有不同程度变性,从而引起同侧面面部表情肌运动麻痹,出现相应的面瘫症状。面神经受损程度取决于茎乳孔内段炎性反应性水肿的程度和持续时间,水肿时间越长,程度越重,而面神经受压时间越长越易变性而难以恢复。所以在治疗上要求尽可能早期治疗,这样可减少神经水肿等引起的一系列并发症。

鼠神经生长因子是从小鼠下腺中提取纯化的神经生长因子,与人体的神经生长因子有 90% 的同源性。沉降系数为 2.5 s,相对分子质量为 13.5×10³。从药理作用看,结合大量的大鼠体内试验结果看,鼠神经生长因子可改善己二酮和丙烯酰胺造成的大鼠中毒性周围神经病所致的肢体运动功能障碍,缩短神经-肌肉动作电位潜伏期,并提高神经-肌肉动作电位幅度^[6]。从病理组织学分析看,鼠神经生长因子可减轻动物胫神经的髓鞘囊肿的发生和减少变性的胫神经的纤维数量。结合相关报道,鼠神经生长因子具有营养神经元和促突生长双重的生物学效果^[7]。属于一种神经细胞生长调节因子,对中枢神经元的发育、分化、生长、再生和功能特异性表达均有重要调解作用。另外可通过促进神经细胞内的钙离子向细胞外释放,从而引起神经细胞紧张性增强,兴奋性降低,促进血管扩张增强,加大血流量。通过对皮肤和肺的成纤维细胞修复达到神经病损后的肌梭细胞的分化。

从本次研究结果看,鼠神经生长因子治疗外伤性神经麻痹后临床效果明显,不仅提高了临床效果,且缩短了治疗时间。夏永华等^[8]也报道使用鼠神经生长因子与未使用比较病变程度明显降低,疗程明显缩短,这与本次研究结果一致。在药物的安全性方面,宋蕊报道有 1 例出现了眼结膜充血、视物不清

情况,停药 1 d 后症状消失。

综上所述,鼠神经生长因子在外伤性面神经麻痹术后虽有明显疗效,但药物本身存在肌肉注射时局部疼痛明显的主要不良反应,有些患者因此中断治疗,影响了术后的恢复。随着社会的发展,疼痛学越来越为人们所重视,它逐渐与体温、脉搏、呼吸、血压一起成为第五体征^[9]。因此,在注射鼠神经生长因子时,一定要做好以下几方面护理。(1)心理护理:在注射鼠神经因子之前一定要与患者好好沟通,讲明药物的原理、作用、使用时间、不良反应及要达到的预期效果。特别是药物注射时的疼痛,一定要与患者沟通好,做到患者心中有数,积极配合治疗。(2)注射前:要选择正确的注射部位,局部皮肤必须完好,无发炎、化脓、破溃、硬结及皮肤病处,避开大血管神经防止损伤。(3)注射时:要将冰箱冷藏 0~4℃ 保存的药品鼠神经生长因子 18 μg 加入 0.9% 氯化钠注射液 2 mL 充分溶解后立即注射,因为 0.9% 氯化钠注射液是等渗溶液,注射后局部组织细胞内外环境相对稳定,减少疼痛刺激^[10]。同时氯化钠注射液中的钠离子进入组织后,引起神经细胞超极化,导致其兴奋性降低,使痛阈增高,从而缓解疼痛^[11]。药品温度较低使肌肉对疼痛阈值减低,也有利于疼痛减轻。使用“两快一慢”注射法,快速进针,缓慢推注药液,并可与患者聊天分散患者注意力,多鼓励,缓解患者紧张恐惧。药物注射完毕后迅速拔针,以减轻疼痛。(4)注射后:注射结束后按压注射部位 2~5 min,同时可用手指轻轻按摩注射部位周围,使患者有安慰感,分散注意力。注射 30 min 后,可给予患者局部热敷,有利于药物的吸收利用,同时加速局部血液循环,增强机体代谢,消除水肿,恢复肌肉弹性,起到减轻局部疼痛的作用。

鼠神经生长因子药物治疗外伤性面神经麻痹效果明显,但是加强物理疗法以及口服营养神经药物也是有必要的,这些措施均有增强神经肌肉兴奋性,使丧失的神经或面部肌肉恢复正常,促进血液循环,减轻水肿和炎症反应吸收,增强组织代谢作用,配合手术等临床效果,降低术后复发,减少听力障碍等并发症出现^[11]。当然,注射鼠神经生长因子时,减轻因注射而引起的局部明显疼痛,加强护理干预,密切注意病情和用药变化也是至关重要的。

参考文献

[1] 曾国华,包正军,罗霄鹏,等.难治性特发性面神经麻痹 28 例疗效分析[J].中国医师杂志,2010,12(1):84-86.
[2] 黄巧智.祛风治偏汤联合针刺治疗面神经麻痹 43 例[J].中医研究,2012,25(8):51-53.

[3] 张开放,郭忠卫,宋焕瑾,等. 鼠神经生长因子对腰椎间盘突出患者术后神经恢复的作用[J]. 中国康复理论与实践,2012,18(1):84-86.

[4] 梅歆. 西药治疗外伤性面神经麻痹的临床分析[J]. 医学信息:下旬刊,2011,24(3):97-98.

[5] 赵永雷,覃建魁,赵锋,等. 外伤性迟发性面神经麻痹 12 例临床分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2010,10(2):141-142.

[6] 方向明,王玉容,叶文春,等. 鼠神经生长因子联合丹红注射液治疗糖尿病周围神经病变的疗效观察[J]. 西部医学,2012,24(11):2059-2061.

[7] 徐道彦,聂秀真. 鼠神经生长因子治疗重症手足口病神经功能症状的临床疗效评价[J]. 儿科药学杂志,2012,18(10):15-17.

[8] 夏永华,刘冬,李素娟,等. 鼠神经生长因子治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效[J]. 实用医学杂志,2010,26(17):3227-3228.

[9] 胡海棠,林英勇,扈会平,等. 鼠神经生长因子随机双盲安慰剂对照ⅡⅢ期临床试验中注射部位疼痛的综合分析[J]. 中国药物警戒,2010,7(7):397-400.

[10] 陈明慧,顾云,李君久,等. 静脉补钾局部疼痛缓解方法的研究[J]. 中华护理杂志,2003,38(3):174-175.

[11] 金海,侯立军. 外伤性面神经损伤的研究进展[J]. 第二军医大学学报,2010,29(10):1248-1250.

(收稿日期:2013-05-23 修回日期:2013-08-10)

整体护理在慢性乙型病毒性肝炎患者中的应用效果

吴蕴芸(江苏省无锡市第五人民医院肝病科病房 214005)

【摘要】 目的 探讨整体护理在慢性乙型病毒性肝炎患者中的应用效果。**方法** 选取无锡市第五人民医院 2010 年 6 月至 2012 年 12 月收治的 108 例慢性乙型病毒性肝炎患者作为研究对象,随机分为常规护理组(对照组)和整体护理组(观察组),每组各 54 例,采用治疗依从性量表对两组患者治疗依从性进行评价,同时采用生活质量评分(QOL)量表对两组患者的生活质量进行评价。**结果** 观察组患者治疗依从性为 98.1%,显著高于对照组患者的 81.5%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者在躯体功能、心理功能、社会功能以及物质生活方面均得到了显著改善,QOL 评分显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 整体护理能够提高慢性乙型病毒性肝炎患者治疗依从性,改善患者生活质量,值得临床进一步推广使用。

【关键词】 慢性乙型病毒性肝炎; 整体护理; 依从性; 生活质量
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)24-3390-02

慢性乙型病毒性肝炎目前已成为严重威胁人类健康的重大疾病,该病具有病程长、病情复杂、传染性强、传播途径广、易复发等特点,目前尚无彻底根治的方法,严重影响了患者的身心健康,使患者产生巨大的心理压力和负担^[1]。在患者长期治疗过程中对患者实施有效的护理干预对于提高患者治疗依从性,保证临床治疗效果,改善患者生活质量具有重要意义^[2-3]。本院近年来通过对慢性乙型病毒性肝炎患者实施整体护理,取得了满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 6 月至 2012 年 12 月收治的 108 例慢性乙型病毒性肝炎患者作为研究对象,所有患者均符合 2000 年第十次全国病毒性肝炎学术会议修订的诊断标准。随机将患者分为观察组和对照组,每组各 54 例,观察组男 28 例,女 26 例;年龄 32~71 岁,平均(47.4±1.8)岁;病程 2~10 年,平均(4.5±0.9)年。对照组男 29 例,女 25 例;年龄 27~74 岁,平均(48.2±2.0)岁;病程 1~10 年,平均(4.7±0.8)年。两组患者性别、年龄及病程等差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理 对照组患者采取常规护理,观察组患者采用整体护理,具体做法如下。

1.2.1 心理护理 慢性乙型病毒性肝炎患者在长期治疗过程中会出现逆反心理,且作为一种传染性疾病,害怕遭到社会的歧视,身心承受着巨大的痛苦,因此患者易出现紧张、恐惧、焦虑、抑郁等不良心理反应。护理人员应首先对患者的心理状态进行评估,通过面对面交流沟通安慰其不良的心理情绪,向患者介绍正确治疗慢性乙型病毒性肝炎的方法及相关隔离知识,增强患者战胜疾病的信心,提高治疗依从性。每日深入病房了

解患者的病情和需求,耐心倾听患者的诉说,耐心解释患者提出的问题,构建和谐和谐的护患关系。

1.2.2 生活护理 保证患者绝对卧床休息,卧床时间持续到症状好转和黄疸明显消退,之后可在室内散步,随着病情的逐步好转可以逐渐增加活动量,以不觉疲乏为度。轻度无黄疸的慢性乙型病毒性肝炎患者不必卧床休息,可适当活动,同时应保证患者充足的睡眠时间和睡眠质量。多给予清淡易消化饮食,多食富含维生素的水果、蔬菜类食物,避免食用粗糙和刺激性食物,限制钠盐的摄入量。适当增加优质蛋白质及富含碳水化合物较高的食物摄入,以保证肝细胞内糖原的含量,增强肝细胞的再生与抵抗力,减少蛋白质消耗。

1.2.3 用药指导 慢性乙型病毒性肝炎病情易反复、且病程长,应遵医嘱按时按量给患者进行药物治疗,坚持正确合理的使用抗病毒药物,并注意可能出现的药物不良反应,提高患者对抗病毒治疗的认知。

1.2.4 出院指导 出院前对患者进行必要的健康指导,嘱咐患者注意休息,合理安排作息时间,避免过度劳累,戒除不良生活习惯,适当参加体育锻炼,以增强体质,保持愉悦的心情。强调规律用药和定期复查的重要性,一旦发现异常应及时来院就诊。

1.3 依从性评价标准 采用治疗依从性量表^[4]对两组患者治疗依从性进行评价,量表包括受教育程度、既往治疗情况、社会支持、日常生活方式、疾病关注程度、不良反应关注程度及疾病认知程度等项目。评分在 0~10 分,大于 8~10 分为完全依从,6~8 分为部分依从,6 分以下为不依从。依从率=(完全依从例数+部分依从例数)/总例数×100%。

1.4 生活质量评价标准 采用生活质量评分(QOL)量表^[5]