

继续医学教育, 2015, 7(20):137-138.

[8] 李毅, 李月川. 不同时期施行肺康复对 COPD 患者抑郁及焦虑的改善效果比较[J]. 天津医药, 2016, 44(8):1010-1014.

[9] 谢春晖. 综合性肺康复计划对 COPD 老年患者生活质量的影响研究[J]. 护理管理杂志, 2015, 15(7):510-511.

[10] 赵淑君, 卢源元, 高玲, 等. COPD 老年患者身体活动与身体功能的相关性分析[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(33):4841-4843.

[11] RABE K F, HURD S S, AGUSTO A G, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: Gold executive summary[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2013, 187(4):347-365.

[12] 蒋丕萍, 周凌. 小剂量奥氮平治疗老年 COPD 稳定期伴焦虑抑郁患者的随机对照研究[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2017, 14(2):145-148.

[13] 代春玲, 孙付有. 老年慢性阻塞性肺疾病患者并发抑郁焦虑的临床调查及治疗[J/CD]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2016, 16(74):68.

[14] 董亚娜. 延续护理在 COPD 稳定期病人中的应用效果[J]. 护理研究, 2015, 29(27):3431-3432.

[15] AGEE J. Reducing chronic obstructive pulmonary disease 30-day readmissions a nurse-led evidence-based quality improvement project[J]. J Nurs Admin, 2017, 47(1):35-40.

(收稿日期:2017-11-10 修回日期:2018-01-16)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.09.049

结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合术治疗便秘患者的临床疗效

王 辉¹, 曲建辉¹, 李恒爽^{2△}, 韩 宝¹, 张燕生³

(1. 马应龙长青肛肠医院肛肠科, 北京 100195; 2. 首都医科大学朝阳医院肛肠科, 北京 100043; 3. 北京中医药大学东方医院肛肠科, 北京 100078)

摘要:目的 探讨结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合术治疗便秘患者的临床疗效。方法 2014 年 1 月至 2016 年 12 月该院收治的 129 例顽固性混合型便秘患者, 按不同手术方式分为观察组(63 例)和对照组(66 例)。对照组患者采用全结肠切除术联合回肠-直肠侧侧吻合术治疗, 观察组患者使用结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合术治疗。比较 2 组患者治疗后疗效, 以及排便、腹泻、营养、心理、术后并发症、术后复发率等情况。结果 观察组患者术后 6、12 个月肠胃生活质量(GIQLI)评分均高于对照组($P < 0.05$), 且观察组术后 1、6、12 个月 Wexner 便秘严重度评分、Longo's 出口梗阻评分、焦虑自评量表(SAS)评分均低于对照组($P < 0.05$)。观察组术后 1、6、12 个月的平均排便频次均高于对照组, 观察组术后 1、6、12 个月腹泻发生率均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。除观察组术后 12 个月外, 2 组患者术后体质量、体质量指数(BMI)、清蛋白、前清蛋白均低于术前基线值, 但观察组术后 6、12 个月体质量、BMI、清蛋白、前清蛋白与对照组比较, 更接近术前基线值($P < 0.05$)。观察组患者术后并发症发生率(14.28%)低于对照组(37.88%), 观察组便秘复发率(1.59%)低于对照组(15.15%), 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合术治疗顽固性混合型便秘患者, 可改善结肠部位慢传输和出口梗阻, 减轻术后焦虑, 提高术后营养, 值得临床推广与应用。

关键词:顽固性混合型便秘; 结肠次全切除术; 全结肠切除术; 升结肠-直肠侧侧吻合术

中图分类号:R574.62

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)09-1357-05

顽固性混合型便秘是指经内科治疗无效的顽固性慢传输型和出口梗阻型混合便秘, 该病可导致患者结肠慢传输及出口严重梗阻, 手术治疗是最有效的治疗方案^[1-2]。传统全结肠切除术联合回肠-直肠侧侧吻合术近期疗效较好, 有效率可达 90%, 但远期约 25% 的患者易转化为顽固性便秘, 且患者术后情绪不佳、营养不良、并发症较多, 远期复发率较高^[3-5]。结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合术保留部分升结肠和回盲部, 利于患者术后储便、排便, 防止结肠慢传输及出口梗阻等生理病变, 具有创口小、术后恢复快、术后疤痕小等优点, 因此适合治疗顽固性混合型便

秘^[6]。本研究通过分析结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合术患者的病历资料, 分析该手术的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经本院伦理委员会许可, 患者知情并签订同意书的情况下, 选择 2014 年 1 月至 2016 年 12 月本院收治的 129 例顽固性混合型便秘患者为研究对象。纳入标准:(1)符合罗马 III 病例诊断标准^[5]。(2)患者便秘病程至少 3 年, 临床表现为排便次数少(5~10 d 排便 1 次), 粪质坚硬, 排便时间长(每次超过 40 min), 缺乏便意。(3)均经电子纤维结肠镜、结

△ 通信作者, E-mail: lhs518@163.com.

肠传输试验、排粪造影等相关检查后,确诊为顽固性混合型便秘。按手术方式不同分为观察组和对照组,观察组 63 例,男 42 例,女 21 例,年龄 37~61 岁,平均年龄(48.5±8.9)岁,平均病程(5.4±1.1)年;对照组 66 例,男 45 例,女 21 例,年龄 37~61 岁,平均年龄(48.7±8.8)岁,平均病程(5.5±1.6)年。2 组患者的年龄、性别、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法 (1)对照组患者在腹腔镜辅助下行全结肠切除术联合回肠-直肠侧侧吻合手术方案,全结肠切除范围为末端回肠至直肠(若结肠扩张明显,则升结肠端切除)。缝合方法:运用 29 mm 管状弯头吻合器进行回肠-直肠后壁端侧吻合术。(2)观察组患者在腹腔镜辅助下行结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合手术方案,结肠次全切除范围:升结肠至直肠,视结肠血管血供情况,一般选择升结肠保留约为 15 cm,直肠保留约为 10 cm。缝合方法:运用 29 mm 管状弯头吻合器,在直肠后壁齿状线上约 1.5 cm 处作吻合口,沿升结肠和直肠后壁端行侧吻合术。

1.3 观察指标

1.3.1 术后疗效 2 组患者术前,术后 1、6、12 个月胃肠生活质量评分(GIQLI)评分为 0~144 分,分值越高说明胃肠生活质量越高,健康者为 120~130 分^[6-7]。Wexner 便秘(WCS)评分为 0~30 分,分值越高,便秘症状越严重,健康者为 8 分及以下^[8]。Longo's 出口梗阻(LES)评分为 0~40 分,分值越高,出口梗阻越严重,健康者为 10 分及以下^[9]。焦虑自评量表(SAS)评分为 0~40 分,分值越高,焦虑症状越严重,健康者为 0~10 分。

1.3.2 便秘症状 2 组患者术后 1、6、12 个月的排便频次和腹泻发生率作为便秘症状改善评价指标。排便频次以随访时患者前 1 周内排便次数为准。腹泻发生率按照罗马 III 标准,若患者大便为糊状或水样

状,且每天排便 3 次以上,判定为腹泻^[10]。

1.3.3 术后营养 2 组患者术前,术后 1、6、12 个月的体质量、体质量指数(BMI)、血清清蛋白、血清前清蛋白作为术后营养评价指标。健康者 BMI 在 20~25 kg/m²^[11]。血清清蛋白和血清前清蛋白采用 ACH180 化学免疫发光仪(德国贝尔公司)和 RF40 生化分析仪(TOSHIBA)检测。

1.3.4 术后并发症及复发率 统计 2 组患者术后吻合口瘘及吻合口出血、粘连性肠梗阻、切口感染、尿潴留等并发症发生情况。采用电话、问卷或回院复查等不同形式对所有患者进行 1~2 年的随访,询问术后病症复发情况。按照罗马 III 标准,若患者每周大便次数小于 3 次,且排便便、不通畅,具有明显疼痛感,则便秘症状复发。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较使用 t 检验,计数资料以例数或百分率表示,组间比较应用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

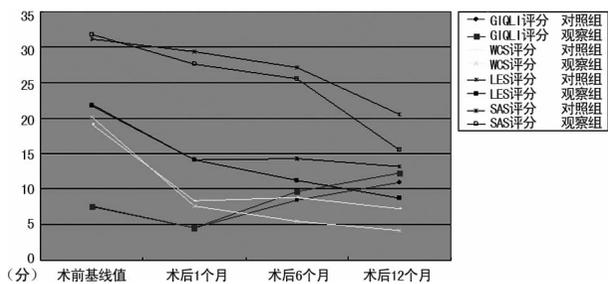
2 结果

2.1 2 组患者术后疗效结果比较 2 组患者术后 6、12 个月 GIQLI 评分均高于术前,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组术后 6、12 个月 GIQLI 评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组患者术后 1、6、12 个月 WCS 评分均低于术前,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组术后 1、6、12 个月 WCS 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组患者术后 1、6、12 个月 LES 评分均低于术前,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组术后 6、12 个月 LES 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组患者术后 1、6、12 个月 SAS 评分均低于术前,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组术后 1、6、12 个月 SAS 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1 和图 1。

表 1 2 组患者术前后各评分结果比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	时间	n	GIQLI 评分	WCS 评分	LES 评分	SAS 评分
对照组	术前	66	76.04±5.48	19.12±4.31	21.88±4.87	31.07±3.56
观察组		63	75.55±4.54	20.12±4.78	21.73±4.91	31.74±3.78
t/P			0.537/0.083	0.020/0.091	0.174/0.066	0.148/0.084
对照组	术后 1 个月	66	45.92±2.226	8.33±2.51*	14.12±2.19*	29.34±4.01*
观察组		63	45.53±2.28	7.65±2.67*	14.14±2.22*	27.59±3.21*
t/P			0.971/0.102	4.444/0.003	0.052/0.091	3.178/0.003*
对照组	术后 6 个月	66	84.72±3.21*	8.84±2.15*	14.32±2.29*	27.15±3.58*
观察组		63	97.01±2.98*	5.48±2.25*	11.21±1.98*	25.51±3.01*
t/P			23.124/0.000	7.63/0.001	7.943/0.004	4.284/0.000*
对照组	术后 12 个月	66	109.25±11.82*	7.25±1.35*	13.21±2.19*	20.51±2.85*
观察组		63	122.26±13.12*	4.15±2.15*	8.71±1.63*	15.54±3.01*
t/P			5.843/0.000	8.720/0.003	5.862/0.006	2.815/0.005*

注:与术前比较,* $P<0.05$



注：为使折线图更直观，GIQLI 评分数值作 10-1 处理

图 1 2 组患者术前后各评分变化折线图

2.2 2 组患者便秘症状改善结果比较 观察组患者术后 6、12 个月平均排便频次均高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组术后 1、6、12 个月平均排便频次与健康者相当；对照组术后 1、6、12 个月中除术后 1 个月内较正常外，术后 6、12 个月均有轻微便秘。观察组术后 1、6、12 个月腹泻发生率均低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；2 组术后 1 个月内腹泻发生率均较高，但术后 6、12 个月观察组腹泻发生率大幅度降低，术后 12 个月仅 3 例发生腹泻，而对照组术后 6、12 个月腹泻发生率虽降低，但仍保持较高的水平，术后 12 个月有 13 例患者发生腹泻。

见表 2。

表 2 2 组患者排便及腹泻发生率结果比较

组别	时间	n	排便频次 ($\bar{x} \pm s$, 次/周)	腹泻发生率 [n(%)]
对照组	术后 1 个月	66	8.12 ± 1.81	45(68.18)
观察组		63	6.02 ± 2.25	27(42.86)
$t/\chi^2(P)$			3.650(0.062)	7.386(0.003)
对照组	术后 6 个月	66	4.20 ± 1.21	24(36.37)
观察组		63	7.04 ± 2.11	8(12.70)
$t/\chi^2(P)$			8.890(0.001)	8.451(0.001)
对照组	术后 12 个月	66	3.37 ± 1.32	13(19.70)
观察组		63	7.26 ± 1.65	3(4.76)
$t/\chi^2(P)$			15.026(0.000)	5.314(0.003)

2.3 2 组患者术后营养状况比较 除观察组术后 12 个月外，2 组患者术后体质量、BMI、清蛋白、前清蛋白均低于术前，观察组术后 6、12 个月体质量、BMI、清蛋白、前清蛋白比对照组更接近正常值，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者术后营养状况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	n	体质量(kg)	BMI(kg/m ²)	清蛋白(g/L)	前清蛋白(g/L)
对照组	术前	66	58.41 ± 8.28	22.21 ± 2.88	49.08 ± 2.14	369.41 ± 24.44
观察组		63	58.28 ± 8.62	22.03 ± 2.67	48.41 ± 3.12	370.72 ± 22.41
t/P			0.088 / 0.124	0.368 / 0.109	1.427 / 0.089	0.422 / 0.089
对照组	术后 1 个月	66	50.22 ± 8.11*	17.82 ± 2.17*	38.27 ± 4.18*	259.08 ± 21.11*
观察组		63	53.12 ± 8.84*	20.83 ± 2.32*	44.11 ± 3.39*	290.18 ± 23.78*
t/P			1.942 / 0.042	7.614 / 0.018	9.747 / 0.009	7.864 / 0.003
对照组	术后 6 个月	66	52.92 ± 7.22*	18.22 ± 2.75*	41.45 ± 4.01*	305.27 ± 19.41*
观察组		63	56.72 ± 8.11*	22.02 ± 3.08*	47.94 ± 3.55*	358.93 ± 11.53*
t/P			2.814 / 0.001	7.399 / 0.003	9.176 / 0.000	18.977 / 0.001
对照组	术后 12 个月	66	54.21 ± 9.11*	19.71 ± 2.41*	41.21 ± 3.11*	304.35 ± 20.42*
观察组		63	58.41 ± 8.42	22.22 ± 2.88*	47.64 ± 3.21	365.84 ± 18.94
t/P			2.716 / 0.001	5.378 / 0.003	11.555 / 0.003	17.711 / 0.004

注：与术前比较，* $P < 0.05$

2.4 2 组患者术后并发症发生率及复发率结果比较 观察组术后发生并发症 9 例，其中吻合口瘘 2 例，吻合口出血 3 例，粘连性肠梗阻 2 例，切口感染 2 例。对照组术后发生并发症 25 例，其中吻合口瘘 8 例，吻合口出血 6 例，粘连性肠梗阻 5 例，切口感染 4 例，尿潴留 3 例，其中 1 例发生吻合口瘘同时也发生吻合口出血。观察组并发症发生率(14.28%)低于对照组(37.88%)，差异有统计学意义 ($\chi^2 = 8.068, P < 0.05$)。观察组患者便秘复发 1 例，对照组 10 例，观察组复发率(1.59%)低于对照组(15.15%)，差异有

统计学意义 ($\chi^2 = 5.964, P < 0.05$)。

3 讨 论

发现顽固性便秘患者存在严重的结肠神经节缺失或变性，且影像学检查技术的应用也证实其存在结肠冗长与动力障碍^[12-13]。因此，手术清除肠神经节缺失、冗长、动力障碍的结肠部分成为治疗顽固性便秘的最有效方式，常用术式主要有全结肠切除联合回肠-直肠吻合术或盲肠-直肠吻合术，以及结肠节段性切除术等^[14]。其中全结肠切除联合回肠-直肠吻合术应用最广泛，是治疗慢传输型便秘的最常用术式^[15]。有研

究报道全结肠切除术式的近期治疗有效率约为 90%，但术后远期约 25% 的患者极易转化为顽固性便秘^[16]。还有研究表明全结肠切除术式极易导致患者营养不良、并发症较多、复发率较高等现象^[17-19]。因此，寻求能规避全结肠切除术式弊端的手术方案，成为顽固性混合型便秘治疗的研究热点。

结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合术(俗称金陵术)将患者结肠大部切除，从而有效纠正患者结肠部位因慢传输而产生的病理改变^[20]。同时该术式保留部分升结肠和回盲部利于患者术后储便的基础上，将直肠后壁做拉直处理，并行直肠与升结肠侧侧吻合，充分利用回结肠系膜的拉力作用将患者盆底悬吊和固定，纠正出口梗阻的病理改变，符合治疗顽固性混合型便秘^[21]。本研究结果表明，观察组患者术后 1、6、12 个月肠胃功能 GIQLI 评分均高于对照组($P < 0.05$)，且观察组术后 1、6、12 个月 Wexner 评分、LES 评分、SAS 评分均低于对照组($P < 0.05$)。提示结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合术在治疗顽固性混合型便秘中疗效确切，可明显改善患者肠胃生活质量和焦虑情绪，纠正结肠部位因慢传输而产生的便秘症状和出口梗阻症状，与姜军等^[22]研究结果基本吻合。2 组患者术后体质量、BMI、清蛋白、前清蛋白均低于术前，但观察组患者术后各指标比对照组更接近正常值，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。说明结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合术治疗顽固性混合型便秘后，患者营养不良状况明显改善。观察组术后并发症发生率(14.28%)低于对照组(37.88%)，观察组便秘复发率(1.59%)低于对照组(15.15%)，差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合术有较低的并发症发生率和复发率，是一种顽固性混合型便秘治疗的可行手术方案。

综上所述，结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合术治疗顽固性混合型便秘，可有效改善患者结肠部位慢传输和出口梗阻而产生的病理改变，减轻术后焦虑情绪，提高术后营养，改善术后肠胃生活质量，且相对于全结肠切除术治疗方案具有较低的并发症发生率和复发率，是一种顽固性混合型治疗便秘的可行性手术方案。

参考文献

- NAKAJIMA K, LEE S W, COCCIOLOVO C, et al. Laparoscopic total colectomy: hand-assisted vs standard technique[J]. Surg Endosc, 2004, 18(4): 582-586.
- 范朝刚, 朱维铭, 李宁, 等. 改良 Duhamel 手术联合结肠部分切除术治疗难治性便秘[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(9): 562-563.
- 李际辉, 郑成竹, 李实忠, 等. 腹腔镜手术治疗顽固性便秘四例[J]. 中华普通外科杂志, 2015, 19(3): 647-648.
- 童卫东, 刘宝华, 张胜本, 等. 顽固性慢传输性便秘的外科治疗及病因研究[J]. 中华胃肠外科杂志, 2002, 5(4): 266-268.
- WINGATE D, HONGO M, KELLOW J, et al. Working party report: disorders of gastro-intestinal motility: towards a new classification[J]. J Gastrointestinal Hepatol, 2016, 17(18): 1101-1114.
- LI N, JIANG J, FENG X, et al. Long-term follow-up of the Jinling procedure for combined slow-transit constipation and obstructive defecation[J]. Dis Colon Rectum, 2013, 56(1): 103-112.
- 姜军, 丁威威, 王林, 等. 行金陵术治疗多次手术治疗无效顽固性混合型便秘 135 例分析[J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(9): 767-770.
- AGACHAN F, CHEN T, PFEIFER J, et al. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients[J]. Dis Colon Rectum, 2013, 56(6): 681-685.
- 杨秀芳, 徐丹丹, 彭南海. 腹腔镜下金陵术治疗顽固性便秘患者的术后观察与护理[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(14): 54-55.
- HILDEBRANDT U, KESSLER K, PIUSCZYKI T, et al. Comparison of surgical stress between laparoscopic and open colonic resections[J]. Surg Endosc, 2003, 17(2): 242-246.
- 戴菲, 陈延, 王进海, 等. 西沙比利治疗功能性便秘的临床研究[J]. 新消化病杂志, 2012, 4(5): 79-80.
- 詹广浩. BMI 与 IgA 肾病中医证候及临床病理的相关性研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.
- YE F, LIN J. Functional outcomes of two types of subtotal colectomy for slow-transit constipation: ileosigmoidal anastomosis and cecorectal anastomosis[J]. Am J Surg, 2008, 195(1): 73-77.
- 罗桂金, 晏洁影. 聚乙二醇联用莫沙必利在便秘患者胶囊内镜检查前肠道准备的价值[J]. 安徽医药, 2015, 19(4): 770-771.
- EYPASCH E, WILLIAMS J I, WOOD-DAUPHINEE S, et al. Gastrointestinal quality of life index: development, validation and application of a new instrument[J]. Br J Surg, 1995, 82(2): 216-222.
- 王桐生. 手助腹腔镜结肠切除术的进展[J]. 中国微创外科杂志, 2016, 12(3): 85-86.
- 冯啸波, 姜军, 丁威威, 等. 顽固性便秘病人金陵术治疗前后的营养观察[J]. 肠外与肠内营养, 2012, 19(4): 210-213.
- 李宁. 重视顽固性便秘外科治疗的术式选择[J]. 中华胃肠外科杂志, 2011, 14(12): 915-919.
- 李宁, 姜军, 丁威威, 等. 金陵术治疗顽固性混合型便秘的操作与效果分析[J]. 中华外科杂志, 2012, 50(6): 509-513.
- JORGE J M, WEXNER S D. Etiology and management of fecal incontinence[J]. Dis Colon Rectum, 2013, 56(1): 77-97.

[21] 胡雄辉,姜军,冯啸波,等. 金陵术治疗混合型便秘手术前后排便造影的前瞻性对比研究[J]. 中华胃肠外科杂志, 2011,14(12):930-933.

的疗效与长期随访结果[J]. 中华胃肠外科杂志,2011,14(12):925-929.

[22] 姜军,冯啸波,丁威威,等. 金陵术治疗混合型顽固性便秘

(收稿日期:2017-11-02 修回日期:2018-01-02)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.09.050

先兆症状对偏头痛患者脑白质病变及认知水平的影响

刘汉臣¹,姚 涛^{2△}

(1. 开滦总医院林西医院神经内科,河北唐山 063103;2. 华北理工大学附属医院急诊科,河北唐山 063000)

摘要:目的 探讨先兆症状对偏头痛患者脑白质病变及认知水平的影响。方法 选取 2013 年 4 月至 2016 年 10 月开滦总医院林西医院接受治疗的 100 例偏头痛患者作为偏头痛组,按其发病前是否有先兆症状将其中 48 例具有先兆症状的偏头痛患者作为先兆症状组,其余 52 例无先兆症状患者作为无先兆症状组。同时在社区招募 100 例健康居民作为健康对照组。对所有研究对象的磁共振成像(MRI)检查,错误信念任务结果及心理理论图片任务(TOM-PST)结果和治疗前后生活质量(GQOLI-74)评分进行比较。结果 偏头痛组患者脑白质病变例数多于健康对照组,先兆症状组患者脑白质病变例数多于无先兆症状组($P < 0.05$);偏头痛组出现错误 58 例,高于健康对照组(11 例)($P < 0.05$),先兆症状组出错例数 42 例,高于无先兆症状组(16 例)($P < 0.05$);偏头痛组 TOM-PST 得分低于健康对照组,先兆症状组 TOM-PST 得分较无先兆症状组低($P < 0.05$);先兆症状组和无先兆症状组接受治疗前 GQOLI-74 评分差异有统计学意义($P < 0.05$),且治疗后 2 组 GQOLI-74 评分均有提升($P < 0.05$)。结论 偏头痛患者存在脑白质病变及认知障碍,严重影响患者生活质量,及时发现先兆症状是临床治疗偏头痛的关键。

关键词:先兆症状; 偏头痛; 脑白质病变; 认知水平

中图分类号:R747.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)09-1361-03

有调查显示,我国有头痛经历的人群占总人口数的 59%~75%,表明头痛是影响健康的常见疾病,其中偏头痛是一种伴有恶心、惧光、惧声及呕吐的头痛,属于常见的原发性脑功能疾病^[1-3]。目前 WHO 已将偏头痛列入致残率最高的慢性疾病,偏头痛分为有先兆症状和无先兆症状。患者患病期间身体状况比健康者明显下降,严重影响生活质量,同时也给患者家属及社会带来负担^[4]。无先兆症状的偏头痛患者发病突然,所以对疾病发生前的辨别是偏头痛患者预防的关键^[5]。本研究探讨了先兆症状对偏头痛患者脑白质病变及认知水平的影响,为临床辨别提供参考意见。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 4 月至 2016 年 10 月开滦总医院林西医院接受治疗的 100 例偏头痛患者作为偏头痛组,按其发病前是否具有先兆症状将其中 48 例具有先兆症状的偏头痛患者作为先兆症状组,其余 52 例无先兆症状的偏头痛患者作为无先兆症状组。同时在社区招募 100 例健康居民作为健康对照组。偏头痛组中男 43 例,女 57 例,平均年龄(42.57±12.41)岁,平均病程(0.54±2.24)年;健康对照组男 37 例,女 63 例,平均年龄(45.09±13.22)岁。纳入标准^[6]:(1)所有患者皆为首次患有偏头痛,且符合偏头

痛诊断标准。(2)非妊娠期女性。(3)除偏头痛外无其他影响本研究的疾病。(4)家属知情并签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 研究方法 (1)病变研究:所有研究对象 18:00 至次日 6:00 采用飞利浦 Achieve3.0 磁共振,3.0 聚源磁共振进行磁共振成像(MRI)检查^[7]。(2)认知水平研究:①2 组研究对象实施错误信念任务,由主考官念出题目后要求被测试者在一定时间内给出相应的答案,主考官将其答案做好记录,测试完毕将答案进行判断,分别整理正确率^[8]。②执行心理理论图片任务(TOM-PST),分 3 个场景、6 个故事,考核之前将组成故事的几张图片的顺序打乱,要求被测试者根据自己的逻辑思维将图片进行排序组成一个完整的故事^[8]。最后将答案与原来故事的发展情况进行对比,并给出相应的分值,满分 100 分。

1.2.2 评价方法 根据 MRI 检查结果显示的脑白质 T1WI、T2WI、T2 FLAIR 信号,判断是否发生脑白质病变。错误信念任务是根据所有研究对象的答案正确率,对比其判读能力。心理理论图片任务为比较研究对象能否将图片进行排序,组成一个完整故事而判断其推理能力,最终综合 2 项任务结果确定其认知水平。偏头痛组患者治疗前后生活质量评价,治疗前

△ 通信作者,E-mail:1025935101@qq.com.