

浅析中西医结合治疗肺结核的临床疗效观察及对患者肝功能指标的影响

边国俊

山西省运城安国中医结核病医院 山西运城 044000

摘要：目的 研究肺结核采用中西医结合疗法治疗的效果，分析其对患者肝功能指标产生的影响。方法 研究在获取医院伦理委员会的批准后召开，选择3年内（2019年5月至2022年5月）收治的80例肺结核患者进行分析，坚持随机原则划分小组为对照组40例、观察组40例，前者采用常规西医疗疗，后者则采用中西医结合治疗（中药选择百地滋阴丸加减），将两组肝功能指标、总有效率、生活质量评分进行对比。结果 总有效率对比，观察组较高（ $P<0.05$ ）。治疗前，肝功能指标对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组AST、ALT、TbIL指标水平对比，观察组较低（ $P<0.05$ ）。治疗前两组生活质量评分对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后生活质量评分对比，观察组较高（ $P<0.05$ ）。结论 肺结核采用西医药治疗中药物性肝损伤为常见问题，在增加躯体健康负担的同时也会影响到用药依从性，采取中西医结合疗法可以减轻西药毒副反应，尤其是对肝功能的损伤，使患者可以坚持完疗程，促进整体疗效的提升。

关键词：肺结核；中西医结合治疗；百地滋阴丸；药物性肝损伤；肝功能指标

0 引言

对肺结核进行有效治疗是控制肺结核传播的一项重要措施，西医在肺结核治疗方面通过多年实践已经积累了众多的经验。其中化学疗法作用较突出，旨在通过适量、规律、联合用药的方式使病菌转阴并改善相关症状体征，目前,已经帮助诸多患者较好的控制住病情^[1-2]。但是近年一些研究有关注意到长期运用西医药治疗肺结核容易产生耐药性、增加肝功能损伤风险的缺点，对西医药的使用安全性报以质疑^[3-4]。中医认为体质虚弱、气血不足以及癆虫感染等为肺结核的主要病机，对应选择了百地滋阴丸加减法进行治疗，该药物对药物性肝损伤有一定的拮抗作用，故应用后在缓解患者症状体征的同时还能够减少肝功能受损风险，对肝功能具有重要的保护作用^[5-6]。如今中西医优势结合、互为补充的理念在临床中得到较多的普及，大多数学者认可中药辅助下能够减少西药毒副作用的价值，并提出中西医结合治疗肺

结核的思路^[7-8]。本研究鉴于此抽取了80例近3年到院治疗的肺结核病例开展调查，观察组在常规化疗药物治疗的基础上另外增加了百地滋阴丸，结果证实中医结合可发挥出更多的优势，内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究在获取医院3年内(2019年5月至2022年5月)收治的80例肺结核患者进行分析，坚持随机原则划分小组为对照组40例、观察组40例，前者采用常规西医疗疗，后者则采用中西医结合治疗（中药选择百地滋阴丸加减）。两组患者的一般资料对比差异小（ $P>0.05$ ），见表1。

表1 对比两组一般资料[n（%）， $\bar{x}\pm s$]

组别	例数	男	女	年龄（岁）	病程（年）	肝功能 Child-Pugh 分级	
						A 级	B 级
观察组	40	22（55.00）	18（45.00）	40.36±8.12	4.98±1.57	24（60.00）	16（40.00）
对照组	40	23（57.50）	17（42.50）	40.12±8.36	4.87±1.69	25（62.50）	15（37.50）
χ^2/t		0.051	0.051	0.130	0.302	0.053	0.053
P		0.822	0.822	0.897	0.764	0.818	0.818

纳入标准：（1）经痰培养、肺部影像学扫描等检查后确诊为肺结核；（2）本研究涉及中西医药物，患者均无严重过敏史；（3）对“知情同意书”相关内容了解，自愿签字，自愿参与。排除标准：（1）合并其他类型的传染病；（2）心脑血管系统合并严重病变问题；（3）研究未完成前已退出的患者；（4）对临床治疗方案依从性差导致疗效无法准确评估者。

1.2 方法

所有患者均遵照医嘱调整饮食习惯，保持低盐高蛋白，对病情变化情况进行严密的监测。对患者进行分组后予以不同的药物治疗方案。

对照组实施常规西医疗疗，依据WHO相关标准采用2HRZE/4HR化疗方案，涉及药物及用法如下：（1）异烟肼片，每日用药0.3g，在2HRZE/4HR中以H表示；（2）利福平，每日用药0.45g，在2HRZE/4HR中以R表示；（3）吡嗪酰胺片，每日用药1.5g，在2HRZE/4HR中以Z表示；（4）盐酸乙胺丁醇片，每日用药0.75g，在2HRZE/4HR中以E表示。4种药物联合运用，均口服用药，连续2个月，后以“异烟肼片+利福平胶囊”的方案再继续口服用药4个月。与此同时，选择甘草酸二铵胶囊进行保肝治疗直至疗程结束，用药剂量150mg，tid。观察组采用中西医结合治疗，西医药治疗方案与对照组保持一致，中医药汤剂则选择百地滋阴丸加减，方中主要含有的中药材包括地黄、白芍、地骨皮、砂仁、山药、百部、茯苓、山茱萸、北沙参、牛膝、泽泻、木香、麦冬、五味子、鳖甲（制）、黄芪、香附、女贞子、地姜、百合（炙）、知母、川贝母。中药材备齐后用清水煎煮出300mL药液，早晚分别服用150mL。

1.3 观察指标

（1）疗效分析：症状体征在治疗后完全消失、X胸片复查病灶完全吸收、痰菌阴性结果持续≥5次，则归类到显效范畴；症状体征在治疗后的改善较明显，X胸片复查病灶未见活

动性病灶，则归类到有效范畴；症状体征在治疗后的改善不明显，痰菌检验结果呈阳性，则归类到无效范畴。显效+有效=总有效。

（2）肝功能指标比较：包括AST、ALT、TbIL。

（3）生活质量比较：以SF-36量表为评价工具，从社会功能、精神健康、情感职能、生理功能等8项进行调查，分数越高表明患者的生活质量状态越佳。

1.4 统计学方法

使用SPSS 19.0统计软件处理数据。计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用t检验。计数资料用（%）表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者的治疗效果

总有效率对比，观察组较高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 对比两组患者的治疗效果[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	21（52.50）	16（40.00）	3（7.50）	37（92.50）
对照组	40	17（42.50）	12（30.00）	11（27.50）	29（72.50）
χ^2		0.802	0.879	5.541	5.541
P		0.370	0.348	0.019	0.019

2.2 对比两组患者的肝功能指标

治疗前，肝功能指标对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组AST、ALT、TbIL指标水平对比，观察组较低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表3。

表 3 对比两组患者的肝功能指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	AST (U/L)		ALT (U/L)		TBil (μmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	24.66±3.45	112.47±3.69	38.49±5.24	98.82±4.17	17.39±3.54	31.36±5.54
对照组	40	24.71±3.61	153.39±3.87	38.55±5.19	146.78±4.28	17.41±3.69	50.11±5.87
<i>t</i>		0.063	48.399	0.052	50.761	0.025	14.692
<i>P</i>		0.950	0.000	0.959	0.000	0.980	0.000

2.4 对比两组患者治疗前后的生活质量评分 对比, 观察组较高, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 5。

治疗前两组生活质量评分对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后的生活质量评分

表 5 对比两组患者治疗前的生活质量评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	社会功能	精神健康	情感职能	生理功能	躯体疼痛	总体健康	活力	生理职能
观察组	40	72.28±7.15	66.10±7.53	68.53±6.15	65.26±7.21	68.54±5.10	63.58±4.96	64.55±4.97	63.58±6.22
对照组	40	72.25±7.14	66.19±7.52	68.54±6.16	65.27±7.22	68.56±5.13	65.27±4.86	64.83±4.75	63.87±6.53
<i>t</i>		0.019	0.054	0.007	0.006	0.018	1.539	0.258	0.203
<i>P</i>		0.985	0.958	0.994	0.995	0.986	0.128	0.797	0.839

表 5 对比两组患者治疗后的生活质量评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	社会功能	精神健康	情感职能	生理功能	躯体疼痛	总体健康	活力	生理职能
观察组	40	89.65±5.48	89.45±5.18	90.25±5.34	90.54±5.38	89.97±5.14	90.24±5.13	90.31±5.12	89.76±5.36
对照组	40	79.68±5.15	80.24±5.14	79.68±5.34	78.69±5.99	79.36±5.12	80.12±5.48	81.24±5.46	80.12±5.45
<i>t</i>		8.385	7.982	8.852	9.309	9.249	8.527	7.664	7.976
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

药物性肝损伤是西医药治疗肺结核的常见问题, 也是临床需要着重警惕的一项问题。西医药长期应用时更容易出现不良反应, 而受药物不良反应的影响, 会进一步加重患者的身心负担, 不仅会降低患者对化疗的耐受度, 而且会引起患者主观抗拒, 治疗依从性难以得到有效提高, 严重时可能导致化疗方案无法完成, 肺结核难以得到有效控制^[9-10]。研究指出, 既往滥用药物现象较普遍, 加上各种联合药物方案的运用, 在药源性疾病中, 药物性肝损伤所占比例越来越大, 其中抗结核抗药所致肝损伤占比已经超过 30%, 并且治疗仍未得到良好的控制^[11-14]。2 HRZE/4 HR 这一联合用药方案下, 很容易损伤到肝功能, 导致相关指标升高, 进而引起肝炎, 而肝炎控制不良则会逐渐发展为肝纤维化^[15]。中医药百地滋阴丸的主要功效包括凉血除蒸、滋补肺肾等, 主要被用于救治肺肾不足、气阴两伤者, 对患者干咳少痰、咳嗽喘少气、声音嘶哑、身形消瘦、心慌肢冷等症状有较佳的改善效果。将百地滋阴丸与西医疗药物联合作用于肺结核治疗中, 可优势互补, 不仅能够发挥百地滋阴丸原有的扶正固本、增强免疫力的作用, 而且还能够进一步增加化疗药物的效果, 从而使患者的咳嗽、发热等症状得到更快速、更显著的缓解; 另外百地滋阴丸对肺肾有着积极的滋补作用, 而肺为肾之母, 肺肾同时获得滋补可起到相互扶益的作用, 除增强机体抗病能力外, 还能够削弱西药毒副反应, 二者联合可以对药物性肝损伤起到一定的拮抗作用。

中西医结合在近年来受到临床高度重视, 临床主张利用中医药来减少西医药的毒副反应, 使患者用药舒适性与安全性地得以提高, 提高患者对药物治疗的耐受度, 能够坚持完成整个疗程的治疗, 从而优化肺结核的整体疗效。此次调查结果中, 总有效率对比, 观察组较高 ($P<0.05$)。治疗前, 肝功能指标对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后, 两组 AST、ALT、TBil 指标水平对比, 观察组较低 ($P<0.05$)。治疗前两组生活质量评分对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后生活质量评分对比, 观察组较高 ($P<0.05$)。分析结果发现观察组在治疗后的肝功能指标、治疗总有效率、生活质量水平等均优于对照组, 体现了中西医结合疗法在肺结核治疗中的优势, 提示百地滋阴丸在抗肺结核治疗中有着重要的辅助价值, 可作为中医推荐用药。

总之, 肺结核单纯使用西医药治疗中药物性肝损伤为常见问题, 在增加躯体健康负担的同时也会影响到用药依从性, 故在实施的同时还需要进行保肝治疗, 采取中西医结合疗法可以减轻西药毒副反应, 尤其是对肝功能形成的损伤, 可以有效减少, 患者的舒适性与安全性将更有保障, 患者可以坚持完疗程, 促进整体疗效的提升。但是中西医结合治疗中, 如何选择能够达到最优效果, 临床尚无统一论, 在今后还需要寻找更多的病例深入分析, 以便为临床合理选药提供更多参考。

参考文献:

[1]郎雅珍,孔晓华,甄利波,等.柴胡桂枝干姜汤治疗肺结核疗效及对痰菌阴转率、不良反应的改善研究[J].中华中医药学刊,2021,39(5): 239-242.

[2]陈向东.水飞蓟宾胶囊对肺结核患者抗结核药物肝损害的预防作用[J].实用中西医结合临床,2020,20(10): 59-61.

[3]李萌,柏兆方,章从恩,等.复方益肝灵胶囊预防抗结核药物性肝损伤的血清学指标 Meta 分析[J].世界中医药,2021,16(13): 1977-1981.

[4]何琼,高晓东,李晚琴,等.结核丸联合抗结核药物治疗反复难治性结核病的临床疗效观察[J].西部中医药,2021,34(6): 110-114.

[5]温陈勇,裴晓娇,同志伟,等.健脾润肺丸联合常规抗结核药物治疗小儿肺结核疗效及对肺功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2022,31(8): 1128-1131.

[6]单红利,孙志堂,赵富民,柴芍疏肝健脾汤联合恩替卡韦分散片治疗肝硬化临床疗效观察及对患者肝功能指标的影响[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(47): 148,157.

[7]李文全,李廷东.茜草配方颗粒辅助治疗耐药肺结核的临床效果及对免疫功能的影响[J].传染病信息,2020,33(3): 232-235.

[8]谭秋清.拉夫米定联合疏普罗宁治疗肺结核病合并慢性乙型肝炎的疗效及对患者肝功能的影响[J].医药前沿,2021,11(8): 60-62.

[9]石友纲.当归六黄汤对肺结核患者痰菌转阴率及肝功能损害的影响[J].基层医学论坛,2020,24(20): 2923-2924.

[10]黄晴.百合固金汤中药联合莫西沙星对耐药肺结核患者免疫指标、T 细胞亚群及肺功能指标的影响[J].辽宁中医杂志,2020,47(8): 124-126.

[11]王鑫,杜识博.中药穴位敷贴联合常规抗结核疗法对耐药肺结核患者免疫功能、呼吸功能及临床疗效的影响[J].湖南中医药大学学报,2020,40(5): 597-601.

[12]王栋,贾米山,韩娜.扶正抗癆方辅助化疗药物对阴虚血瘀型肺结核患者血清 Foxp3、IL-2R、MCP-1 及肝功能的影响[J].中医学报,2020,35(1): 189-193.

[13]马仲伟,童晓燕,唐理斌,等.中药穴位敷贴联合常规抗结核治疗对复治肺结核患者疗效分析[J].中外医疗,2021,40(12): 149-151.

[14]董辰元,钟红红,张云涛.自拟中药结合化疗对肺结核患者肺功能和 T 细胞亚群的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(18): 2033-2036.

[15]刘慧娇.中西医结合治疗肺结核的临床疗效观察及对患者肝功能指标的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(53): 8,10.

穴位注射联合小针刀疗法治疗肱骨内上髁炎的临床疗效研究

田健 李松伦^{通讯作者} 何玉祥 冯文涛 刘宏玲

重庆医科大学附属一院西阳医院 骨科 重庆市酉阳县 409800

摘要：目的：通过观察比较穴位注射联合小针刀疗法对肱骨内上髁炎的疗效影响,探讨小针刀疗法及二者联合治疗对肱骨内上髁炎的防治作用。为寻找中医防治肱骨内上髁炎提供数据依据。**方法：**从 2021.4.1-2022.4.30 重庆市酉阳县人民医院门诊及住院中整理出符合要求的肱骨内上髁炎患者 60 例作为本次研究对象，30 人予小针刀治疗（对照组）；30 人予穴位注射（祖师麻注射液）联合小针刀疗法（治疗组）。分别统计两组治疗后有效率以及 VAS 评分。结果：总体上来讲，治疗组优于对照组。**结论：**该法操作简单、疗效可靠、损伤较小、经济实惠，充分体现了中医特色疗法，值得推广。

关键词：穴位注射；祖师麻注射液；小针刀疗法；肱骨内上髁炎

肱骨内上髁炎（Medial Epicondylitis）是一种慢性损伤性疾病^[1,2],也称网球肘。在体检时也可出现肱骨内上髁部的疼痛^[3],旋转或屈曲前臂可诱发加重^[4],由于我国国情影响，目前仍以手工劳作多见,这也导致了临床上肱骨内上髁炎为多发疾病；该病发病趋势逐年增长,好发于中年^[5]。穴位注射与小针刀疗法治疗下肱骨头内的髁炎,是将穴位注射和常规的针灸以及传统中药疗法的优点结合。发挥中医优势和特色为现代临床服务，探讨穴位注射与小针刀联合法对肱骨内上髁炎的疗效影响，为更深入的中医现代研究提供临床数据。

1 临床资料
1.1 一般资料
选取 2021 年 4 月 1 号-2022 年 4 月 30 号因“肱骨内上髁炎”在我院就诊的 60 例患者，随机分为 2 组（对照组、治疗组），每组 30 人，并签署知情同意书。所有肱骨内上髁炎患者的针刀治疗由同一组医生进行。
两组患者基本资料（性别、年龄）的比较（如下图所示），差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），提示有可比性。

组别	例数	性别		年龄
		男	女	
治疗组	30	14	16	45.49±5.21
对照组	30	15	15	43.31±3.41
P 值		P=0.55		P=1.23

注：经卡方检验，性别、年龄， $P>0.05$,无差异,具有可比性。
1.2 纳入及排除标准
1.2.1 纳入标准①症状及体征符合肱骨内上髁炎诊断；②近期无针对该疾病治疗史；③有良好的依从性；④有自主意识并同意接受本次试验。
1.2.3 排除标准①伴有较多内科慢性疾病或一些免疫系统的疾病；②精神异常者；③易过敏者。

2 治疗方法：治疗组：穴位注射祖师麻注射液辅以小针刀疗法。对照组：小针刀疗法。均治疗两个疗程。（治疗期间剔除该治疗以外的其他任何干预治疗。）

2.1 小针刀疗法
(1) 取穴：阿是穴为主穴。
(2) 操作方法：患者取仰卧位，局部皮肤常规消毒，术者戴消毒灭菌手套，2%利多卡因 2ml 行局部表皮浸润麻醉，按针刀四步规程进针，直刺阿是穴，使之产生酸胀感；在肱骨内上髁阿是穴为小针刀主要治疗点，先将针刀快速直刺入皮肤，缓慢刺入到达肱骨内上髁疼痛部位，使之产生酸胀感后，调整针刀方向略向上向下，纵疏横刺 2-3 刀后出针，用消毒干棉球按压针孔 5min，贴创可贴，3 天内针眼处保持干燥，每周两次治疗（每周一、五治疗），2 次为 1 疗程。

2.2 穴位注射祖师麻操作：将 2ml 祖师麻注射液以生理盐水稀释至 5ml，注射器抽取备用。患者仰卧，暴露患处，治疗以阿是穴为主，辅以曲泽、小海、清灵、少海；阿是穴平刺 15°；其他配穴选用直刺，每穴根据皮肤组织层厚度决定注入药液量，每穴注射量一般为 0.5 -1ml；所选穴位处酒精消毒，针刺入得气后，回抽无血液流入针管后方可缓慢注射；注射后棉签按压针眼 2 -3min，防止局部出血或渗液，每周两次治疗（每周一、五治疗），2 次为 1 疗程。

3 评价指标：两组患者治疗后 2 周通过评估患者肘部疼痛及压痛情况，持物有无疼痛，肘部是否活动自如以评估本次治疗是否有效及患者治疗 2 周后的 VAS 评分，无效（F）。
4 统计方法：采用 SPSS 22. 0 软件分析数据，其中计量资料采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验，计数资料采用率（%）表示，行 χ^2 检验， $P < 0. 05$ 为差异具有统计学意义。

5 结果
5.1 两组有效率对比（有效率计算公式为：（1-F）/30）：治疗后 2 周治疗组有效率明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）。（如下图所示）。

表一：治疗有效率对比对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	术前第 1 天	术后第一天	术后第 1 周	术后第 3 周	术后第 6 周
治疗组	8.10±1.21	8.31±0.01	5.24±0.11	3.14±0.22	2.04±0.20
对照组	8.09±0.91	8.54±0.21	7.41±0.12	6.41±0.21	5.11±0.12
p	0.147	0.10	0.04	0.00	0.00

注：术后对照组与治疗组对比治疗 2 周后， $P<0.05$ 。
5.2 两组 VAS 评分对比：治疗后第二周 VAS 评分治疗组较对照组明显降低（ $P < 0.05$ ）。（如下图所示）。

表二：VAS 评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	术前第 1 天	术后第一天	术后第 1 周	术后第 3 周	术后第 6 周
治疗组	89.85±4.21	85.30±0.81	75.2±0.91	50.20±0.22	40.21±0.20
对照组	90.12±3.91	86.00±0.21	80.60±0.12	75.21±0.21	55.00±0.12
p	0.147	0.10	0.04	0.00	0.00

注：术后对照组与治疗组对比治疗 2 周后， $P<0.05$ 。
6 讨论
有关资料表明,肱骨内上髁炎主要是由于肌腱的轻微撕裂或损伤所致的炎性反应,而炎症介质的形成对内上髁周围的神经末梢的影响导致了肱骨内髁酸痛症状,并刺激机体自我恢复,从而引起了软组织的增生^[9-10]；进而导致软组织粘连。现代医学的非手术多使用抗炎药物、生物反应调节剂,神经阻滞药以及冲击波治疗^[6,7]等物理、运动疗法^[8]。
小针刀治疗,是一个以传统中药针灸治疗和现代西医外科结合的独特现代中医治疗方法,由于身体弓弦力学解剖体系的失调是引起软组织损伤和骨关节问题的根源^[11,12],而小针刀疗法正是朱汉章老先生基于中医九针的灵感，结合对人体力学结构生理、病理状态的分析，得出的独树一帜的新型治病方法，特别体现在对解除深层组织粘连上,具有显著作用^[14,15]，弥补了常规治疗大多难以到达深部组织^[13]的不足。小针刀治疗的肱骨内上髁炎效果明确,损伤面积小,见效快、复发率较低等优势,是针对社区及医疗卫生单位的简便高效的医疗方式。但是,由于针刀疗法是一个盲术^[16,17],所以在实施针刀疗法之前需要清楚解剖的对象关系^[18]。
祖师麻内含祖师麻素和祖师麻皂苷；现代药理学理论认为祖师麻有舒张毛细血管,促进小循环系统、抗炎、止痛之效。在此,我们选取穴位注射祖师麻注射液，既能起到药物直达病所的作用，又可在穴位注射时刺激相应穴位，起到针灸的作用，而祖师麻药物在穴位局部吸收的过程，亦可视作对该穴位的持续刺激。穴位注射（祖师麻注射液）联合小针刀疗法对深层的组织粘连的松懈,在治疗肱骨内上髁炎的临床实践上,取得了 1+1>2 的效果。该法体现了传统中医中药方法和现代医学手法相结合,其疗效明显,且使用安全,优势互补,通过小针刀疗法对已受损部位深层已形成的粘连、瘢痕进行力学重塑，而穴位注射可刺激局部的必选穴位，两者结合使患处与局部组织的黏连,水肿和发炎等反应的到缓解,提高了局部血循环和代谢,进而有效缓解了局部组织压迫和酸痛。该法针药结合，充分体现了我中医在现代化治疗中的重要作用，且简单经济实用，值得推广。

参考文献：
[1]Taylor SA,Hannafin JA.Evaluation and management of elbow tendinopathy.[J].Sports Health,2012,5: 384-93.
[2]Inagaki K.Current concepts of elbow-joint disorders and their treatment.[J].J Orthop Sci,2013,1: 1-7.
[3]Oh KJ,Yoon JR ,Shin DS ,et al. Extracorporeal shock wavetherapy for calcific tendinitis at unusualsof chronic calcificshoulder tendinitis[J]. Orthopedics,2010,33（10）: 769.
[4]Walker-Bone K,Palmer K T,Reading I,et al.Occupation and epicondylitis : a population-based study[J].Rheumatology（Oxford）,2012,51（2）: 305-310.
[5]刘宗现.中国高尔夫产业分析 [D]. 北京：中国农业科学院，2008.
[6]Oh KJ,Yoon JR ,Shin DS ,et al. Extracorporeal shock wavetherapy for calcific tendinitis at unusualsof chronic calcificshoulder tendinitis[J]. Orthopedics,2010,33（10）: 769.
[7]Amoretti B,Garfield R,Patella V,et al. Extracorporeal shockwave therapy in runners with a symptomatic heel spore [J].Knee Surg Sports Trauma Authors,2006,14（10）: 1029-1032.
[8]吴怡,汪崇,董雄伟.针灸治疗肱骨外上髁炎研究进展[J].世界临床药物 ,2015,36（07）: 495-499.
[9]Ciccotti M G,Ramani M N. Medial epicondylitis[J].Tech Hand Up Extrem Surg,2003,7（4）: 190-196.10.
[10]Katsunori I.Current concepts of elbow-joint disorders and their treatment[J]. Jap Orthop Assoc, 2013,18（1）: 1-7.
[11]赵英.疼痛的测量和评估方法[J].中国临床康复 ,2003,16（6）: 2347-2-349
[12]蔡品一,刘元奇.围刺法配合推拿治疗肱骨内上髁炎 30 例[J].中医外治杂志 ,2009,18（04）: 19.
[13]Kwon B C,Kwon Y S,Bae K J. The Fascial Elevation and Tendon Origin Resection Technique for the Treat-ment of Chronic Recalcitrant Medial Epicondylitis[J].Am J Sports Med,2014,42（7）: 1731-1737.
[14]孙正科,胡同敏 .小针刀松解术治疗肱骨内上髁炎临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘 ,2018,18（44）: 54.
[15]杨翊，周光涛，张德清 . 针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效观察[J].上海针灸杂志 ,2011,30（7）: 467-468.
[16]李登科,杨才德 .中国穴位埋线疗法系列讲座（55）杨氏 3A+ 疗法“肘五针”埋线针刀治疗肱骨内上髁炎临床观察 [J]. 中国中医药现代远程教育 ,2017,15（14）: 113-115.
[17]马重兵,杨才德,宋建成 ,等.中国穴位埋线疗法系列讲座（二十五）杨氏 3A+ 疗法埋线针刀治疗颈肩腰腿痛临床机理研究进展[J].中国中医药现代远程教育 ,2016,14（8）: 104-107.
[18]耿丽萍,周厚芳,冯济民.针刀治疗肱骨内上髁炎误伤尺神经 1 例临床报道[J].中国社区医师（综合版）,2004（11）: 44.
基金项目：重庆市 2022 年科卫联合医学科研面上项目
项目编号：2022MSXM208

不同产地罗布麻叶的质量评价研究

蔡清梅¹ 胡国弟¹ 廖高云^{*1} 黄彩沙¹ 周洁红¹ 马恩耀² 杨诗慧²

1.广东慧达康制药有限公司 广东佛山 528000; 2.广东汉潮中药科技有限公司 广东省传统中药创新中心 广东广州 510145

摘要:目的 对不同产地的罗布麻叶进行质量研究,探讨各产地罗布麻叶的质量差异,为制草乌的选用提供参考。方法 依照《中国药典》2020版,检测不同产地来源罗布麻叶的薄层鉴别、水分、灰分、浸出物、含量测定。结果 不同产地所制的罗布麻叶薄层鉴别和药材性状特征明显,水分含量范围 8.73%~9.84%,总灰分含量范围 9.24%~10.88%,酸不溶性灰分含量范围 1.00%~1.94%,浸出物含量范围 31.45%~38.36%,金丝桃苷含量范围 0.33%~0.40%。结论 10批不同产地罗布麻叶药材各项均符合《中国药典》2020版的标准要求。

关键词: 罗布麻叶; 药材; 金丝桃苷; 含量测定; 质量评价

罗布麻叶为夹竹桃科植物罗布麻 (*Apocynum venetum* L.) 的干燥叶。夏季采收,除去杂质,干燥。^[1]功能主治为清泻肝火、平肝熄风。可用于肝火炽盛之头痛眩晕、惊风抽搐,具有降低血压的作用。

有研究表明,罗布麻叶提取物能够治疗高血脂症,具有很好的降脂作用及较低的毒副作用。罗布麻叶潜在活性成分金丝桃苷可通过参与脂质的生物合成等过程延缓高血脂症的发生^[2]。但罗布麻叶中还含有吡咯里西啶生物碱,具有较强的肝毒性,过量或长期摄入会引起不可逆的肝损伤^[3]。为提高其引用质量,降低毒副作用,也有不少研究从炮制、植株栽培^[4]、有效作用通路^[5]等方面入手对其进行优化。而本实验旨在对四川、湖南、安徽、河南的罗布麻叶药材进行质量检测评估,全面评价不同产地罗布麻叶的质量,为罗布麻叶药材的产地选择提供依据。

- 1 仪器与材料
- 1.1 材料
- 1.1.1 试剂与对照品
- 罗布麻叶对照药材 (批号: 120979-201505, 中国食品药品检定研究院)、槲皮素对照品 (批号: 100081-201610, 含量以 99.8%计, 中国食品药品检定研究院)、山柰酚对照品 (批号: 110861-201812, 含量以 93.8%计, 中国食品药品检定研究院)。
- 乙醚 (广州化学试剂厂)、乙酸乙酯 (广州化学试剂厂)、甲醇 (广州化学试剂厂)、三氯甲烷 (广州化学试剂厂)、盐酸 (广州化学试剂厂)、无水硫酸钠 (广州化学试剂厂)、乙醇 (广州化学试剂厂)、正己烷 (广州化学试剂厂)、甲酸 (广州化学试剂厂)、3%三氯化铝乙醇溶液 (广州化学试剂厂) 均为分析纯; 0.2%磷酸 (广州化学试剂厂) 和乙腈 (德国 CNW 公司) 为色谱纯, 超纯水 (实验室自制)。
- 1.1.2 样品信息
- 本实验十批罗布麻叶样品分别采自四川省遂宁市、四川省成都市、安徽省亳州市、湖南省长沙市、湖南省邵阳市、湖南省张家界市、河南省新乡市、河南省郑州市, 样品详细的信息见表 1。

表 1 10 批罗布麻叶的产地信息

样品批号	产地
LBMYYC01	四川省遂宁市
LBMYYC02	四川省成都市
LBMYYC03	四川省成都市
LBMYYC04	安徽省亳州市
LBMYYC05	安徽省亳州市
LBMYYC06	湖南省长沙市
LBMYYC07	湖南省邵阳市
LBMYYC08	湖南省张家界市
LBMYYC09	河南省新乡市
LBMYYC10	河南省郑州市

- 1.2 仪器
- Ultimate 3000 高效液相色谱仪 (美国戴安公司), RHP-100 型高速多功能粉碎机 (浙江永

康荣浩工贸有限公司), BSA224S-CW 型万分之一电子天平 (广州授科仪器科技有限公司), HH-4 型数显恒温水浴锅 (常州澳华仪器有限公司), TH-II 型薄层加热器 (上海科哲生化科技有限公司), Fastreport 100 型薄层成像系统 (广州市锦泉仪器科技有限公司), Comfort I 型纯水机 (赛多利斯泰迪生物设备 (北京) 有限公司)。

- 2 方法
- 2.1 薄层色谱
- 根据《中国药典》2020 年版第一部 罗布麻叶 中薄层鉴别方法检测。
- 2.2 水分
- 根据《中国药典》2020 年版第一部通则 0832 中水分测定法的第二法检测。
- 2.3 灰分
- 根据《中国药典》2020 年版第一部通则 2302 灰分测定法的检测。
- 2.4 浸出物
- 根据《中国药典》2020 年版第一部通则 2201 热浸法测定。
- 2.5 金丝桃苷含量
- 色谱柱以十八烷基硅键合硅胶为填充剂; 以乙腈-0.2%磷酸溶液 (15: 85) 为流动相; 检测波长为 256 nm。理论板数按金丝桃苷峰计算应不低于 6000。

- 3 结果
- 3.1 薄层鉴别

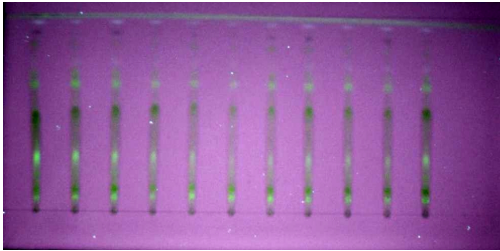


图 1 罗布麻叶薄层色谱图 (紫外光 365 nm)

(R: 罗布麻叶对照药材; 1~10 号为罗布麻叶供试品)

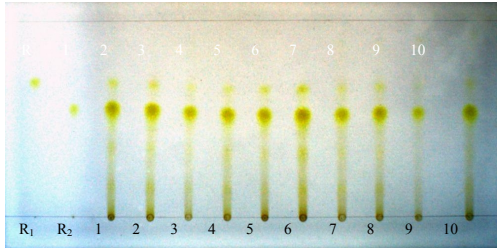


图 2 罗布麻叶薄层色谱图 (日光)

(R1: 槲皮素对照品; R2: 山柰酚对照品; 1~10 号为罗布麻叶供试品)

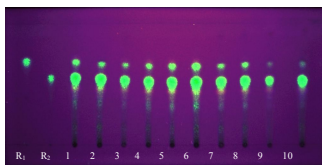


图 2 罗布麻叶薄层色谱图（紫外光 365 nm）

（R1：槲皮素对照品；R2：山奈酚对照品；1~10 号为罗布麻叶供试品）

如图 1、图 2 所示，10 批罗布麻叶样品与罗布麻叶对照药材、槲皮素对照品、山奈酚对照品在相应位置上都出现了相同斑点，说明 10 批罗布麻叶中均含有槲皮素、山奈酚。

表 2 罗布麻叶测定结果（ $\bar{x} \pm s$ ， $n = 3$ ）

样品	水分（%）	总灰分（%）	酸不溶性灰分（%）	醇溶性浸出物含量（%）	金丝桃苷含量（%）	RSD（%）
LBMYYC01	8.96±0.061	10.88±0.50	1.94±0.035	32.71±0.43	0.33±0.0033	1.02
LBMYYC02	9.34±0.0095	10.73±0.23	1.56±0.016	38.36±0.042	0.39±0.0051	1.31
LBMYYC03	8.99±0.028	9.33±0.054	1.00±0.0049	36.85±0.12	0.40±0.0048	1.21
LBMYYC04	9.52±0.069	9.51±0.29	1.06±0.016	37.21±0.26	0.38±0.0049	1.28
LBMYYC05	8.73±0.17	9.24±0.27	1.02±0.038	31.45±0.49	0.35±0.0032	0.91
LBMYYC06	9.05±0.0051	9.52±0.25	1.31±0.027	34.14±0.19	0.36±0.00082	0.22
LBMYYC07	8.76±0.075	9.24±0.11	1.01±0.014	32.97±0.19	0.33±0.0039	1.19
LBMYYC08	9.84±0.085	10.36±0.19	1.44±0.039	36.99±0.52	0.39±0.0051	1.32
LBMYYC09	9.73±0.16	9.37±0.085	1.21±0.041	37.38±0.14	0.40±0.0062	1.54
LBMYYC10	9.24±0.44	9.89±0.074	1.07±0.023	35.28±0.029	0.38±0.0035	0.92

3.2 水分

10 批罗布麻叶样品水分测定结果见表 2。其水分的平均值为 9.216 %。根据《中国药典》2020 年版第一部通则 0832 中水分测定法的第二法检测，水分不得过 11.0 %，其结果均为合格范围内。

3.3 灰分

10 批罗布麻叶样品总灰分测定和酸不溶性灰分测定结果见表 2。其总灰分的平均值为 9.807 %。酸不溶性灰分平均值为 1.262 %。根据《中国药典》2020 年版第一部通则 2302 灰分测定法的检测，总灰分不得过 12.0 %，酸不溶性灰分不得过 5.0 %，其结果均为合格范围内。

3.4 浸出物

10 批罗布麻叶样品浸出物测定结果见表 2。其浸出物的平均值为 35.334 %。照醇溶性浸出物测定法（通则 2201）项下的热浸法测定，用 75 %乙醇作溶剂，不得少于 20.0 %，其结果均为合格范围内。

3.5 金丝桃苷含量

10 批罗布麻叶样品的金丝桃苷含量测定结果见表 2、色谱图如图 4。对 10 批样品进行金丝桃苷含量测定，其含量的平均值是 0.371 %。根据《中国药典》2020 年版第一部（通则 0512）测定本品按干燥品计算，含金丝桃苷（ $C_{21}H_{20}O_{12}$ ）不得少于 0.30 %。

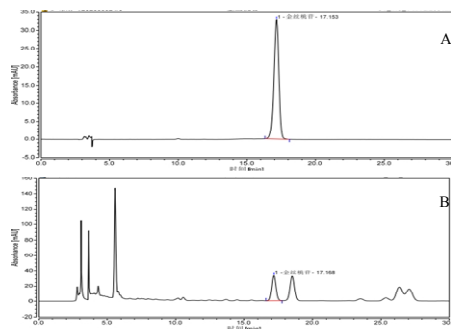


图 4 罗布麻叶 HPLC 图

（A：金丝桃苷对照品；B：罗布麻叶样品）

讨论

罗布麻叶是一种常用药材，本研究对罗布麻叶相关质量评价的内容，采用《中国药典》2020 版中所记载方法对罗布麻叶的药材进行薄层鉴别、水分含量、灰分含量、浸出物含量、

金丝桃苷含量检查和含量测定分析。各产地的罗布麻叶样品的水分含量结果的大小顺序为：

LBMYYC08≥LBMYYC09≥LBMYYC04≥LBMYYC02≥LBMYYC10≥LBMYYC06≥LBMYYC03≥LBMYYC01≥LBMYYC07≥LBMYYC05；各产地的样品的总灰分含量结果的大小顺序为：LBMYYC01≥LBMYYC02≥LBMYYC08≥LBMYYC10≥LBMYYC06≥LBMYYC04≥LBMYYC09≥LBMYYC03≥LBMYYC07≥LBMYYC05；各产地的罗布麻叶样品的酸不溶性灰分含量结果的大小顺序为：LBMYYC01≥LBMYYC02≥LBMYYC08≥LBMYYC06≥LBMYYC09≥LBMYYC10≥LBMYYC04≥LBMYYC05≥LBMYYC07≥LBMYYC03；各产地的罗布麻叶样品的浸出物含量结果的大小顺序为：LBMYYC02≥LBMYYC09≥LBMYYC04≥LBMYYC08≥LBMYYC03≥LBMYYC10≥LBMYYC06≥LBMYYC07≥LBMYYC01≥LBMYYC05；各产地的罗布麻叶样品的金丝桃苷含量结果的大小顺序为：LBMYYC03≥LBMYYC09≥LBMYYC02、LBMYYC08≥LBMYYC10≥LBMYYC04≥LBMYYC06≥LBMYYC05≥LBMYYC01≥LBMYYC07。这 10 批不同产地的罗布麻叶水分含量、灰分含量、浸出物含量、金丝桃苷含量检查和含量测定结果均符合《中国药典》2020 版罗布麻叶药材的各项规定标准。

参考文献：

- [1]中华人民共和国药典 2020 年版，一部。
- [2]许泽恭，祝晨霞，周玖瑶等.基于网络药理学和分子对接探究罗布麻叶抗高脂血症的作用机制[J].中药新药与临床药理，2021，32（08）：1154-1163.
- [3]咎珂，周颖，李耀磊等.罗布麻叶中肝毒性成分吡咯里西啶生物碱的含量分析及其初步风险评估[J].中国药事，2021，35（07）：757-762.
- [4]卜令豪，陈忠祥，刘志华.盐胁迫对罗布麻生理生化指标及超微弱发光的影响[J/OL].分子植物育种.
- [5]秦梅娟，俞浩，张孝林等.罗布麻叶治疗心血管疾病作用机制的网络药理学分析[J].中药新药与临床药理，2020，31（05）：576-582.

基金项目：根茎类黄芪不同规格的含量测定技术的研究开发等产品的质量标准化研究；广东省重点领域研发计划“岭南中医药现代化”重点专项（2020B111120002）；广药集团科技项目-藏红曲、鲜芦荟等 8 种创新饮片产品开发研究。

作者介绍：蔡清梅，女（汉），大学本科学历，制药工程师、执业中药师。主要从事中药材、中药饮片质量管理及质量标准、炮制工艺研究工作。

通讯作者：廖高云，男（汉），大学本科学历，执业药师。广东慧达康制药有限公司副总经理。

营养失衡和相关代谢疾病人群的膳食管理

陈艳荣

北京市昌平区精神卫生保健院 北京 102202

摘要：合理的饮食结构对于保持身体健康极为重要，存在营养失衡情况以及相关代谢疾病的群体更需要正确的饮食指导，若饮食结构中出现比例失调的情况，患者的营养素摄入量不足或者过量，会加重机体代谢紊乱问题。本文主要对营养失衡与患有相关代谢疾病的人群的膳食管理研究进展展开分析，为肥胖型人群、消瘦型人群、糖尿病人群以及痛风人群总结膳食设计思路。

关键词：营养失衡；代谢疾病；膳食管理；研究进展

营养失衡主要是指患者因营养和能量过少或者过多而出现贫血、骨质疏松、能量-蛋白质缺乏与肥胖等病症，与营养失衡相关的代谢类疾病包括痛风与糖尿病等慢性疾病。这两种疾病的病程较为漫长，发病速度慢，需要患者对治疗保持较强的依从性，对于膳食管理也有较为严格的要求。现探讨营养失衡、痛风、糖尿病患病人群的饮食注意事项。

1 营养失衡人群的膳食管理

1.1 超重与肥胖人群的膳食管理

肥胖病患者因摄入量过多，并大于其消耗的能量，而导致脂肪在体内大量积聚，在对这类人群实施膳食管理时，应注重对其体重加以控制，对其摄入的能量加以限制的同时，将运动量加大，以此来确保支出的能量高于摄入的能量，进而使其体重逐步降低到正常范围。不可骤然大幅降低其能量摄入量，应当结合患者的肥胖程度逐步实施控制工作。若患者属于轻度肥胖，每日减少的能量摄入量可控制在 530kJ 到 1050kJ 之间，每月的体重降低量应控制在 0.5kg 到 1.0kg；若患者属于中度或者以上的肥胖程度，每周需使其体重降低 0.5kg 到 1.0kg，每日减少的能量需在 2310 到 4620kJ 之间^[1]。确保各种能量的来源保持合理的比例，可适当提高蛋白质比例，对胆固醇与脂肪进行限制，降低约 50%的碳水化合物摄入量，加大膳食纤维、矿物质与维生素的摄入量。

肥胖人群的膳食管理需遵循平衡性与多样化的原则，确保在降低膳食能量的前提下，实现膳食平衡。应为患者提供有助于强化饱腹感的食品，如含糖量、含淀粉量较低的蔬菜、谷类食品，包括海藻制品、果胶、魔芋制品等。并且还要注重低糖、低盐与低脂，尤其是存在重度肥胖情况的患者，其每日食盐摄入量应当低于 6g，以此避免激发食欲，对于雪糕、饮料、咸菜等食品应禁止食用。每日可安排患者进行 3 到 6 次进餐，借助少量多餐的方法来减轻低血糖反应与饥饿感，饭前可饮用适量水，进餐时应多进食蔬菜。在选择烹调食物的方法时，可减少烤、煎与油炸方法的应有，多运用拌、煮、生食等方法。

1.2 消瘦型人群的膳食管理

消瘦型人群主要存在能量相对摄入或者绝对摄入不足的问题，另外急危重症患者、神经性厌食患者、老人、幼儿以及孕妇等人群也容易发生能量摄入不足的情况，除了体重过轻之外，其血浆蛋白质也比较低。PEM 患者的症状包括体温、血压、心率相对较低，身体虚弱，容易出现愤怒情绪。对此类人群开展膳食管理时需增加膳食中的能量，使患者能够实现健康增重的目标，其蛋白质摄入量应在 15%到 20%，脂肪摄入量应在 20%到 30%，碳水化合物摄入量则需达到 50%到 60%，并且要多摄入微量营养素与优质蛋白。

消瘦型人群在摄入碳水化合物时，应做好干稀搭配，膳食中的蛋白质应以鱼虾、豆制品、鸡蛋、瘦肉、牛奶等优质蛋白为主，脂肪来源也要考虑肠胃消化情况，可选择植物油与蛋黄等，也可适量摄入鱼油等的动物油。通过数量充足的蔬果来获取膳食纤维，在促进消化的基础上，还可以改善食欲。每日用餐次数可控制在 4 到 5 次，饮水量需充足。烹调食物时，应当强调餐食的色香味，增强其对于患者的吸引力，调动其食欲，可提供浓汤供患者食用。

2 糖尿病人群的膳食管理

糖尿病属于代谢紊乱类疾病，主要特征为慢性长期的高血糖，患者体内胰岛素的分泌量存在相对或者绝对不足的情况，导致其体内的电解质、水、蛋白质、脂肪与碳水化合物产生异常的代谢情况^[2]。患者的主要临床表现包括体重减轻，食量与饮水量增大，尿频、高血糖以及耐糖量降低等。糖尿病患者的神经、眼部器官、肾脏以及心血管等多个组织部位都有可能出现病变。若糖尿病患者的病情严重化，还会有高渗透性昏迷与酮症酸中毒等危险表现。我国 2 型糖尿病患者占比超过 90%。膳食管理对于糖尿病患者有重大意义。

2.1 膳食管理目标

为糖尿病患者提供营养膳食管理时，一方面要培养患者形成健康的饮食习惯，同时还要使其进行适量运动，从而对其营养状况进行有效改善，使其保持合理的代谢水平，并实现对血压、血脂与血糖的有效控制，降低其他并发症的发生率。糖尿病患者每日摄入的碳水化合物占比应大于 45%，小于 60%，摄入 25 到 30g/d 的膳食纤维，摄入胆固醇的总量需在 300mg/d 以下，脂肪占比需在 30%以下，蛋白质占比需严格控制到 10%到 20%，若蛋白质摄入量过多可能会造成糖尿病肾病，可将矿物质与维生素的摄入量增加^[3]。

2.2 膳食管理原则

其一，要注重营养来源的合理性及饮食结构的平衡性。在符合能量摄入要求的前提下，可以将患者偏爱的食品添加到膳食管理方案中，尽量为患者提供种类丰富的食物，以此来确保患者能够获得充足且多样化的营养元素。

其二，膳食管理必须要结合糖尿病患者的个体情况来实施，当患者的尿糖、血糖以及其他的病情发生变化之后，需及时调整膳食方案，并且应注重关注患者的并发症以及血脂的发展情况，及时调整各营养来源所占比例。无论是烹饪方式还是选择的食材都需要考虑管理对象的饮食偏好，以此才能够提高患者对于膳食管理的配合程度^[4]。烹饪方式可选择凉拌、烤、烧以及煮煮等，油炸食品的食物不宜过多，应尽量避免进食这类食品。

其三，为患者提供各类营养物质时需要注意以下要点：可通过干豆、杂粮与谷类来满足患者在碳水方面的需求，把控体重的基础上，还能够实现对其糖脂代谢情况的有效调节。在脂肪方面，患者的食物中所用的烹调油不能超过 27g，应避免食用蛋黄、动物内脏等胆固醇过高的食品。患者可通过食用海鱼来获取 UFA，预防心血管并发症。如果患者的肾功能并无异常，可按照健康人群的蛋白质摄入标准来安排膳食。蛋白质较高的饮食结构会给患者的肾小球带来影响，使滤过压升高，造成糖尿病肾病。若患者已经出现糖尿病肾病，则更应控制蛋白质摄入量。如果患者合并消耗性病症、营养不良或者感染，可增加蛋白摄入。通过调节膳食体系中的矿物质与维生素，使其保持平衡，能够对患者的代谢紊乱情况进行有效纠正，同时预防并发症^[5]。为了帮助患者避免氧化应激损伤，可增加维生素 E 等具有抗氧化功能的营养素；维生素 B2、B1 能够辅助治疗糖尿病患者的神经性炎症。铬、锌等营养物质能够增强患者对于胰岛素的敏感性，并促进其有效合成。针对患者对于微量元素的需求，可为其提供大豆制品、蔬果等。

其四，糖尿病患者的饮食应当遵循定量与定时的基本原则，每餐都需合理搭配副食与主食，并确保同时存在脂肪、蛋白与碳水。如果患者本身存在低血糖的情况或者有注射胰岛素的需求，可增加其用餐次数，需注意总摄入量不变。没有胰岛素使用需求的患者也可按照多餐少食的方式来进食，从而避免给胰腺造成过多的负担。如果食品具有较高的血糖指数，其往往能够被食用者快速、充分地吸收，食物提供的葡萄糖也可以在较短的时间内进入血液中。糖尿病患者的血糖浓度应尽量保持稳定。患者可选择食品包括乳制品、粗粮、水果与豆类制品等。

3 痛风与高尿酸血症的膳食管理

痛风是患者因尿酸排泄量过低或者嘌呤代谢紊乱造成的疾病，发病群体中男性占比较高，同时肥胖型或者超重型的老年患者也是痛风高发人群^[6]。痛风患者的临床症状涵盖急性关节炎、关节处沉积痛风石以及高尿酸血症等。通过合理正确的饮食方案可以避免痛风与高尿酸血症患者发病，或者将其发病频率降低。

3.1 膳食营养目标

为此类肾病患者开展膳食管理工作时，首先需要实现体重控制目标，预防或者解决患者的肥胖问题。患者的食谱中不宜有高嘌呤食物，降低尿酸产生量。增加液体与碱性食品摄入量，尤其是蔬果等素食，确保患者的尿酸可以被正常排出，避免体内产生过多的结石；患者应禁止饮用乙醇饮料、酒精饮料^[7]。当患者突然增加进食量时，其急性关节炎与痛风性关节炎的发生率也随之提升。膳食方案中的蛋白质物质功能比应在 10%到 15%之间，脂肪物质的实际供热比不可超过 30%，每日脂肪摄入量需在 50g 以下。碳水化合物的供能比范围应为 55%到 65%之间，该营养物质有助于预防机体组织出现分解的情况，降低酮体生成量。

3.2 膳食管理原则

其一，注重对膳食的总能量的有效控制。痛风患者的体重降低到合适的重量标准后，其尿酸水平也随之降低，同时尿酸转化率与清除率均有所提升，从而减轻急性发作痛风给其带来的痛苦。

其二，有效控制高嘌呤类食品。若痛风患者处于急性发作阶段，每日嘌呤摄入量最高不能超过 150mg，以此有助于强化药物治疗效果，并尽快将发作期结束。患者可选择细粮、蔬果与蛋奶等嘌呤含量偏低的食品。进入到病情缓解期之后，可适当食用豆类、肉类与海产类食品，但需控制食用量，尤其是肉类食品。小鱼干、凤尾鱼、动物内脏以及浓鸡汤等高嘌呤食品不可进入痛风患者的膳食方案中。

其三，应减少油脂提供量。当患者体内脂肪过高时，其尿酸难以顺利向体外排出，热量过高时患者的肥胖风险也随之增加，患者不可进食肥肉，烹调食品过程中也应降低油的使用量。

其四，引导患者树立正确的饮食习惯。患者应当多进碳水类食品，包括面条、馒头、淀粉食品与白米等。痛风患者需要形成规律化的进食习惯，尤其要控制每餐的肉类进食量。碱性食物富含镁、钙、钾等物质，非常适合痛风患者，具体有海带、海藻、马铃薯与蔬果等^[8]。患者进食此类食物后，其尿液的酸度将增大，能够有效溶解尿酸盐。建议痛风患者多食用冬瓜与西瓜，有助排尿。痛风患者还需要增加液体的饮用量，以此减轻肾结石给自身肾脏造成的损伤，每日饮水量应超过 2000ml。若患者已经产生结石，饮水量应增加至 3000ml 以上。患者在夜间有尿液浓缩的风险，因此在晚间同样需要摄入液体。除了开水之外，患者还可饮用豆浆、矿泉水与淡茶水等。痛风患者必须要禁酒，乙醇饮料与酒精饮料会导致乙酰辅酶 A 生成量增加，进而促进脂肪酸的大量合成与甘油三酯大幅升高^[9]。

其五，关注营养素与药品间的关系。痛风患者应当避免因药物而影响尿酸的正常排出，如维生素 B2、维生素 B1 与尼克酸等。若患者需要运用丙磺舒或者秋水仙碱等药品，在营养素方面不可过量摄入维生素 C；若患者因抗炎方面的需求，需要服用萘普生、保泰松以及吡罗美辛等药品，考虑到这类药品会导致患者的维生素 C 降低，因此要通过进食富含此类营养物的食物来补充流失的营养，保泰松能够促进钠水滞留，因此要注重控制钠盐摄入量^[10]。当患者有长时间服用别嘌醇药物的需求时，需要在饮食中注重补充必要的铁元素。

4 结论

对于糖尿病与肾病等代谢类疾病的患者而言，膳食管理与饮食控制是减轻其病情，提高生活质量的关键路径，无论是消瘦型人群还是肥胖型的营养失衡人群，都应当重视调整饮食方式，确保机体健康。为代谢疾病患者实施膳食管理时，应充分结合患者的病情状况以及营养需求，确保其形成合理的饮食结构。

参考文献：

- [1]范龙泉,崔小珍.浅谈饮食营养与人体健康[J].智慧健康,2020,6 (07): 87-89.
- [2]邹林强.糖尿病并发症及饮食干预的研究进展[J].中国城乡企业卫生,2021,36 (12): 28-30.
- [3]蔡颂华.糖尿病患者饮食需遵循 6 大原则[J].家庭医药.快乐养生,2021 (12): 18.
- [4]黄小倩,古远云,陈辉,吴艳旭,钟红卫.控糖膳治疗 2 型糖尿病的临床研究[J].西南医科大学学报,2021,44 (06): 654-658.
- [5]余志英,干绿英,徐妮,王丁儿,王慧芬,李鹏,方跃伟.糖尿病住院患者“健康餐盘”饮食管理效果评价[J].预防医学,2021,33 (11): 1105-1108.
- [6]宋亚香,李艳.肾病患者的饮食要根据病情分期来[J].家庭医药.就医选药,2021 (04): 26-27.
- [7]谷小华.饮食营养护理在改善肾病综合征患者营养状况中的作用价值[J].人人健康,2020 (14): 406.
- [8]宋玉霞.肾病综合征的临床表现与饮食禁忌[J].保健文汇,2020 (05): 127.
- [9]项燕燕.饮食营养干预在肾病综合征患者护理中的效果观察[J].智慧健康,2020,6 (06): 196-197.
- [10]兰华侨.肾病患者的饮食护理[J].家庭生活指南,2020 (02): 101.

逐风通痹汤联合温针灸治疗风寒湿性关节痛的疗效分析

刘桂秋 刘阳^{通讯作者}

奉节县人民医院 重庆 404600

摘要：目的：详细分析风寒湿性关节痛疾病在获得逐风通痹汤与温针灸联合治疗的价值。方法：医院在 2020 年 10 月至 2021 年 10 月时段收治了大量来院就诊的风寒湿性关节痛患者，从中抽取 40 例配合研究，依照双盲法均分，人数 20 例/组。参照组给予逐风通痹汤治疗，研究组在参照组基础上联合温针灸治疗。分析比对不良反应发生概率、关节活动优良率、疼痛评分以及血液中各指标水平。结果：以不良反应为主，研究组发生恶心、头痛、针刺部位发红、皮疹等人数显著少于参照组，但结果比对无意义（ $p>0.05$ ）；研究组关节活动优良率相比参照组较高（ $p<0.05$ ）；在治疗前两组间疼痛评分比对无差异（ $p>0.05$ ），研究组治疗后疼痛评分较参照组低（ $p<0.05$ ）；研究组在治疗前，血液中各指标水平比对参照组无差异（ $p>0.05$ ）；治疗后研究组 ESR、CRP、RF 指标水平较参照组低（ $p<0.05$ ）。结论：多种药物均可应用在风寒湿性关节痛疾病治疗中，逐风通痹汤与温针灸联合治疗，可使患者关节疼痛程度减轻，临床症状得到明显缓解，利于更好的恢复。

关键词：风寒湿性关节痛；祛瘀通痹汤；温针灸

在中医学中，风寒湿性关节痛又叫做痹证、痹病，主要因湿、寒、风侵袭机体造成的以关节疼痛为主要表现的疾病。发病因素相对复杂，其与长时间生活在寒湿环境、天气寒冷不注意保暖等存在一定关系^[1-2]。临床主要表征为关节功能障碍、关节肿胀，病情严重的患者会出现不能自主生活情况。此疾病在中医学中，归属风寒湿性关节炎，平常生活中需重视保暖，利于机体血液循环^[3]。相关资料内容表示，采取逐风通痹汤与温针灸联合治疗，可获得高质量效果，具有较高安全性^[4]。现分析逐风通痹汤与温针灸联合治疗应用在风寒湿性关节痛治疗中的价值。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

医院在 2020 年 10 月至 2021 年 10 月时段收治了大量来院就诊的风寒湿性关节痛患者，从中抽取 40 例配合研究，依照双盲法均分，人数 20 例/组。参照组：男性人数 12 例、女性人数 8 例，年龄真实值域为 23~78 岁，均值为（50.32±2.15）岁，病程时段为 0.6~11.3 年，均值为（5.15±0.52）年；研究组：男性人数 11 例、女性人数 9 例，年龄真实值域为 23~79 岁，均值为（50.56±2.24）岁，病程时段为 0.7~11.3 年，均值为（5.12±0.49）年；根据统计软件检验结果显示，年龄、性别、病程等数据结果均无差异性（ $p>0.05$ ）。

纳入标准：（1）满足国内中西医结合风湿类病学术会议中提出的中医分型中痹症诊断标准和风湿病诊断标准者；（2）伴有关节、肌肉活动困难、疼痛、麻木等症状者；（3）遇阴雨天病情明显加重者；（4）全体人员均了解此次研究，并同意参与试验，经伦理委员会批准认识。

排除标准：（1）在此次研究开展前应用激素类药物治疗者；（2）处于哺乳期、妊娠期女性；（3）X 线检查确诊为骨质增生者；（4）对使用的药物存在禁忌者；（5）并发肾、心、肝疾病者。

1.2 方法

参照组给予逐风通痹汤治疗，逐风通痹汤组方中药材为 1 条蜈蚣、2g 全蝎、5g 甘草、25g 桃仁、25g 伸筋草、10g 狗脊、10g 当归、10g 干姜、25g 薏苡仁、8g 透骨草、8g 附子、8 例制川乌、8g 川羌、8g 威灵仙、8g 防风。以上药材加水煎煮呈 1 剂中药汤剂，分早晚 2 次服用，坚持治疗 2 个疗程，1 疗程为 1 周，两个疗程之间间隔 3d。

研究组在参照组基础上联合温针灸治疗，温针灸主要依照患者的实际病情、临床症状选取最合理的穴位治疗，取梁丘、腰阳关、肾俞、阳陵泉、大椎、关元、风池、犊鼻、阿是穴等穴位进行治疗，主要操作方式为：选择最合适的针灸针治疗，进行消毒，依照针灸顺序进针，得气后，保证适宜深度，在针柄部位放置艾卷，实施温针灸，留针时间一般在 30min 左右，1 疗程为 1 周，坚持治疗 2 个疗程，两疗程之间间隔 3d。逐风通痹汤使用方式和剂量同参照组一致。

1.3 判定指标

观察检验不良反应发生概率、关节活动优良率、疼痛评分以及血液中各指标水平。抽取患者血液指标，评估类风湿因子（RF）、C 反应蛋白（CRP）、血沉（ESR）等指标。借助 VAS（视觉模拟评分法）评估疼痛程度，分值介于 0~10 分，分值越高证实疼痛越严重。对患者关节主动、被动活动角度进行详细记录，对关节活动优良率进行评估，关节功能不受限、屈伸旋转活动角度均处于正常范围，判定为优；关节功能轻微受限，屈曲旋转角度相比于正常活动度范围减小 1/4 之内，判定为良；关节功能出现受限，屈伸旋转范围相比于正常活动度范围缩小 1/4~1/2 之间，判定为差；经治疗各症状无明显变化，甚至出现恶化情况，判定为无效。

1.4 统计学分析

SPSS25.0 为检验数据的统计学软件，（%）率为所有计量资料的存在形式，运用 X^2 检验，（ $\bar{x}\pm s$ ）为所有计数资料的存在形式，运用 t 检验，比对数据差异明显，统计学存在意义（ $p<0.05$ ）。

2. 结果

2.1 对不良反应发生概率进行比较

研究组出现恶心、头痛、针刺部位发红、皮疹等人数相比于参照组较少，但结果无差异（ $p>0.05$ ），见表 1。

表 1 对不良反应发生概率进行比较[例（%）]

组别	恶心	头痛	针刺部位		腹痛	发生率
			发红	皮疹		
研究组 (n=20)	1 (5.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (10.00)
参照组 (n=20)	3 (15.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (5.00)	5 (25.00)
X^2 值						1.558
p 值						0.211

2.2 对关节活动优良率进行比较

研究组关节活动优良率相比参照组较高，结果比对有意义（ $p<0.05$ ）；见表 2。

表 2 对关节活动优良率进行比较[例（%）]

组别	无效	差	良	优	优良率
研究组 (n=20)	1 (5.00)	1 (5.00)	8 (40.00)	10 (50.00)	18 (90.00)

参照组 (n=20)	3 (15.00)	6 (30.00)	5 (25.00)	6 (30.00%)	11 (55.00)
X ² 值					6.144
p 值					0.013

2.3 对疼痛评分进行比较

研究组治疗前疼痛评分为（6.92±1.23）岁，参照组治疗前疼痛评分为（7.12±1.23）岁，

比対结果为 t 值=0.514，p 值=0.610；研究组治疗后疼痛评分为（2.35±0.78）岁，参照组治疗后疼痛评分为（4.54±0.72）岁，比対结果为 t 值=9.226，p 值<0.001。

2.4 对血液中各指标水平进行比较

研究组在治疗前，血液中各指标水平比対参照组无差异（p>0.05）；治疗后研究组 ESR、CRP、RF 指标水平较参照组低，结果比対有意义（p<0.05）。见表 3。

表 3 对血液中各指标水平进行比较（ $\bar{X} \pm s$ ）

组别	ESR（mm/h）		CRP（mg/L）		RF（IU/L）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组（n=20）	50.78±9.66	28.42±1.32	35.64±8.78	10.56±3.18	40.66±13.45	17.52±5.45
参照组（n=20）	50.58±9.65	36.78±1.18	35.12±9.35	16.54±5.23	41.45±13.21	20.94±4.52
t 值	0.065	20.333	0.181	4.369	0.187	2.160
p 值	0.948	<0.001	0.857	<0.001	0.852	0.037

3. 讨论

风寒湿性关节痛属于多发且常见的风寒湿性疾病，病情极易反复发作，且无明确的临床症状，患者在风寒环境中病情会逐渐严重。现今临床多取抗炎镇痛药物治疗，如双氯芬酸钠药物治疗^[5-6]。双氯芬酸钠药物是一种非甾体类抗炎药物，对环氧化酶活动具有抑制效果，针对前列腺素合成具有阻断效果，临床效果显著。因药物应用剂量较大，会引发心血管、肠道不良反应等，极易出现治疗受限情况^[7-8]。

风寒湿性关节痛主要在机体受风寒湿气侵袭后，导致血液循环出现异常，进而发生肌肉关节疼痛感，主要保证为关节疼痛。受累关节部位未出现热、肿、红、痛等炎症反应^[9]。风寒湿性关节痛在治疗恢复后，不伴有后遗症，对关节结构不造成损伤，且只有病变部位患病，成可逆性发展，不会破坏关节组织，此疾病具有较高的发病概率，且极易反复，对日常生活水平造成严重影响，降低生活质量^[10]。

中医学中，风寒湿性关节痛疾病主要发病机制为阳气卫外不固，受风寒湿邪侵入，患者自身气血运行受到阻碍，进而极易导致关节、肌肉出现麻木、疼痛等症状，临床治疗主要遵循补肾健脾、祛风散湿、活络经脉的原则^[11]。此次研究主要采取自拟逐风通痹汤对风寒湿性关节痛疾病进行治疗，整体疗效明显。其中附子、狗脊、威灵仙、制川乌等中药材可实现温经止痛、祛风除湿的效果；干姜可实现回阳通脉、温中散寒的效果；伸筋草可实现温通、苦燥、辛散的效果，还具备舒筋活络、祛风湿、消肿止痛等功效，川羌、防风、透骨草等中药材可实现胜湿止痛、散寒祛风的功效；薏苡仁可实现健脾、利水消肿的效果；桃仁、当归等中药材可实现调经止痛、补血活血的效果；甘草可对主要进行调和。以上药材联合使用可实现温经通络、祛风除湿、散寒止痛的效果。此次研究表明，与温针灸联合治疗，可提升活络通经、疏通气血的效果，再加之艾灸，可实现温阳固本、驱寒燥湿等效果。选取穴位时，需选取大椎、腰阳关、肾俞、犊鼻、梁丘、大椎、阿是穴、风池以及阳陵泉等穴位，可实现行气活血、温通经络的效果^[12-13]。

根据此次研究结果显示，以不良反应为主，研究组发生恶心、头痛、针刺部位发红、皮疹等人数显著少于参照组，结果比対无意义（p>0.05）；研究组关节活动优良率相比参照组较高，研究组治疗后疼痛评分较参照组低，研究组 ESR、CRP、RF 指标水平较参照组低（p<0.05）。证实逐风通痹汤与温针灸联合治疗，具有显著效果，具有极高的可行性和安全性。当感染发生后，ESR 可作为判断感染的指标。如感染较重，ESR 值较高。CRP 是肝细胞合成非特异性蛋白，在细菌、病毒感染和炎症程度判断中，CRP 值>10mg/L 时，细菌感染的概率较高。CRP 成为疾病感染和整体疗效的判定的敏感指标。RF 是类风湿关节炎群体血清中抗人变性免疫球蛋白自身抗体，在诊断、分型、整体疗效评估中具有重要价值。RF 在患者中具有较高的检出率，如临床症状严重，RF 水平会明显提升，其与患者临床症状表现为正

相关关系。证实温针灸联合逐风通痹汤治疗具有显著效果，并对患者关节活动范围进行评估记录，关节活动得到明显改善，缩短恢复时间。

综上所述，逐风通痹汤、温针灸两种方法联合应用，风寒湿性关节痛疾病获得有效治疗，且关节疼痛感得到明显改善，临床症状得到明显恢复，临床上可大力推广并使用。

参考文献：

[1]万健,胡建强.祛风通痹汤联合温针灸治疗风湿寒性关节痛的效果[J].国际医药卫生导报,2019,25（9）: 1477-1479.

[2]林恒凯.祛风通痹汤联合温针灸治疗风湿寒性关节痛的临床观察[J].中国社区医师,2018,34（13）: 98,100.

[3]李倩倩,孙尉娜.分析祛风通痹汤联合温针灸对风湿寒性关节痛的治疗效果[J].中国保健营养,2017,27（33）: 375-376.

[4]覃敏.温针灸联合祛风通痹汤治疗风湿寒性关节痛随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2015,29（10）: 170-172.

[5]石俊.祛风通痹汤联合温针灸治疗风湿寒性关节痛的疗效分析[J].重庆医学,2017,46（0）: 104-105.

[6]杨万杰.温针灸治疗风湿寒性关节痛的临床研究[J].中国医药指南,2017,15（20）: 195-196.

[7]刘守志.通痹足浴汤联合温针灸治疗风湿寒性关节痛的疗效分析[J].中国保健营养,2019,29（22）: 292.

[8]马吉丽,郭静,王凤影.温针灸治疗风湿寒性关节痛的临床研究[J].中国社区医师,2017,33（2）: 105-105,107.

[9]张伟.探讨温针灸治疗风湿寒性关节病的临床疗效[J].中国保健营养,2020,30（6）: 355.

[10] Song W L , Zhao S Y , Liu S H . Observation of the Effect of Self-Made Wind Dispelling Tongbi Decoction Combined with Acupuncture Therapy on Rheumatoid Arthritis in Active Stage[J]. World Latest Medicine Information, 2017.

[11]宰风雷,鄢瑞兰,郑美凤,等.通痹足浴汤联合温针灸治疗风湿寒性关节痛的疗效分析[J].双足与保健,2018,27（11）: 185,187.

[12]宋文华,张孔雁,张永强,等.不同壮数温针灸联合祛风通痹汤对膝骨性关节炎患者关节腔积液的影响[J].世界中医药,2019,14（4）: 5.

[13]吴焕龙.祛风通痹汤联合温针灸治疗风湿寒性关节痛的疗效分析[J].中外女性健康研究,2016（10）: 229-229,240.

新活素+小剂量速尿治疗急性心肌梗死合并心力衰竭的疗效和安全性分析

孙月果

河北省沧县医院 061000

摘要：目的观察新活素联合小剂量速尿治疗急性心肌梗死合并心力衰竭的疗效。方法 60 例急性心肌梗死伴心力衰竭患者随机分为治疗组（30 例）和对照组（30 例），治疗组在对照组基础上加新活素（0.5 mg·支⁻¹,1.5μg·kg⁻¹ 负荷剂量静脉推注 3~5 min,然后以 0.01μg·min⁻¹·kg⁻¹ 的速度持续滴注 72 h,对照组予 40 mg·d⁻¹ 速尿静脉注射、病因治疗、扩血管等对症治疗,观察 2 组患者治疗前后相关功能指标、血浆脑利钠肽、超敏 C 反应蛋白浓度的变化,比较疗效和安全性。结果 治疗前后 2 组患者左心室舒张末期期内径变化差异无统计学意义,治疗组左心射血分数明显升高（P〈0.05）,2 组血浆脑利钠肽、血浆超敏 C 反应蛋白水平均有下降（P〈0.05）,且治疗组较对照组改善更优（P〈0.05）。治疗组总有效率高于对照组, P<0.05。两组治疗过程不良反应无明显差异, P>0.05。治疗组只有 1 名病人有轻度的头疼;有 2 名病人出现了血压降低,在调节药物的速率后,血压恢复到了正常水平。1 例病人服药后血肌酐略有上升,停止服药后,病情好转。对照组也有 2 例血压降低和 1 例血肌酐轻微升高。结论 新活素联合小剂量速尿疗效明显优于速尿一般治疗,能有效改善急性心肌梗死合并心力衰竭患者症状,减少利尿剂抵抗。

关键词：新活素;小剂量速尿;急性心肌梗死合并心力衰竭;疗效;安全性

急性心肌梗死是一种致命的疾病,它是一种很严重的冠心病,它表现为冠状动脉阻塞、血液循环中断、心肌细胞缺血缺氧而发生坏死,心室因继发性缺血而发生重构,使梗塞面积进一步增大^[1]。由于局部缺血,局部缺血性坏死,造成心力衰竭,病死率高。所以,在对急性心肌梗死进行诊断和治疗的同时,要注意预防心力衰竭并发症的发生。心肌梗死后心功能不全,心律失常,电解质紊乱,酸碱平衡失调,低氧血症,以及服用负性肌肉力量的药物都会引起心力衰竭。心肌梗死面积达到了 20%左右,就会导致心脏功能不全;当超过 40%的时候,就会出现心脏性休克。急性心肌梗死以老年人居多,但由于生活在高节奏、高压、恶劣的居住条件下,许多疾病都呈现出年轻化的趋势。因此,必须认识到这种疾病的危害,并检讨过去的治疗方法的局限,并改善治疗的方法。如果不重视,或者没有采取有效的抢救措施,就会危及到急性心肌梗死的生命。因此,及时有效的治疗非常重要。急性心肌梗死合并心力衰竭患者应根据其临床症状及血液动力学情况,制定相应的治疗方案,主要有吸氧、注射吗啡、解除支气管痉挛、消除诱发因素、处理急性心肌梗死并发症等。在此基础上,可采用利尿药、血管扩张药、正性肌力药物、扩容药物、血管再灌注疗法等。对心源性休克患者,应立即进行心脏内气囊反搏治疗。急性心力衰竭合并心肌梗塞的病人,其临床表现为心率过速、呼吸障碍,这是由于交感神经过强,肾素-血管紧张素-醛固酮分泌过多而造成的。新活素可以调节交感神经的过度亢进,从而使其肾素-血管紧张素-醛固酮体系趋于稳定。从实验结果来看,其作用机理有:(1)使身体内的血管平滑肌松弛;(2)对肾素和醛固酮分泌有明显的抑制作用。(3)扩大肾小球动脉,降低肾的再吸收能力,降低周围血管的紧张度,增加后心的负担。而速尿是一种强的利尿药,具有缓解心脏负担、清除肺水肿的作用,具有缓解心脏负担、改善心肌供血、缓解肺淤血的作用,具有一定的临床应用价值。本研究分析了新活素+小剂量速尿治疗急性心肌梗死合并心力衰竭的疗效和安全性,如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2021 年 1 月-2022 年 1 月 60 例急性心肌梗死伴心力衰竭患者随机分为治疗组（30 例）和对照组（30 例）,其中,对照组男 19 例,女 11 例,年龄 61-78（65.33±2.01）岁。病程 1~18h,平均病程（5.52±1.51）h。治疗组男 18 例,女 12 例,年龄 62-79（65.52±2.44）岁。病程 1~18h,平均病程（5.62±1.55）h。两组统计学比较显示 P 大于 0.05。入选条件:(1)诊断急性心肌梗死伴心力衰竭;(2)具有明确病史;(3)病人和家人知情同意,并接

受后续的治疗。排除条件:(1)有免疫性或药物过敏的患者;(2)有心脏外科手术史的病人。

1.2 方法

对照组予 40 mg·d⁻¹ 速尿静脉注射、病因治疗、扩血管等对症治疗。

治疗组在对照组基础上加新活素（0.5 mg·支⁻¹,1.5μg·kg⁻¹ 负荷剂量静脉推注 3~5 min,然后以 0.01μg·min⁻¹·kg⁻¹ 的速度持续滴注 72 h。

1.3 观察指标

观察 2 组患者治疗前后相关功能指标、血浆脑利钠肽、超敏 C 反应蛋白浓度的变化,比较疗效和安全性。

1.4 疗效标准

显效:临床症状有显著改善,心功能达到 2 级改善;有效:临床症状较轻,心脏功能改善 1 级;无效:临床表现、心功能没有改变或恶化;排除无效率计算总有效率^[2]。

1.5 统计学方法

在 SPSS22.0 软件中,计数 x² 统计,计量 t 检验, P<0.05 表示差异有意义。

2 结果

2.1 治疗前后左心室舒张末期期内径、左心射血分数、血浆脑利钠肽、血浆超敏 C 反应蛋白比较

治疗前后 2 组患者左心室舒张末期期内径变化差异无统计学意义,治疗组左心射血分数明显升高（P〈0.05）,2 组血浆脑利钠肽、血浆超敏 C 反应蛋白水平均有下降（P〈0.05）,且治疗组较对照组改善更优（P〈0.05）。如表 1。

表 1 治疗前后左心室舒张末期期内径、左心射血分数、血浆脑利钠肽、血浆超敏 C 反应蛋白比

		较（ $\bar{x}\pm s$ ）			
组别	时期	左室收缩末期	左室射血分数	血浆脑利钠肽	血浆超敏 C
		内径（mm）	（%）	（pg/ml）	反应蛋白（mg/L）
治疗组	前	61.12±3.28	38.53±0.35	296.13±16.91	21.25±3.28
	（30）	49.12±2.11	48.61±0.21	78.56±13.21	10.19±1.30
后					

对照组 (30)	治疗 前	60.13±3.18	38.94±0.36	296.34±16.56	21.22±3.18
	治疗 后	53.42±2.12	42.18±0.32	122.56±12.25	14.14±2.12

2.2 总有效率比较

治疗组总有效率高于对照组，P<0.05。如表 2。

表 2 两组总有效率比较[例数（%）]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组（30）	10	10	10	20（66.67）
治疗组（30）	17	11	2	28（93.33）
X ²				5.635
P				0.026

2.3 两组不良反应比较

两组治疗过程不良反应无明显差异，P>0.05。治疗组只有 1 名病人有轻度的头疼；有 2 名病人出现了血压降低，在调节药物的速率后，血压恢复到了正常水平。1 例病人服药后血肌酐略有上升，停止服药后，病情好转。对照组也有 2 例血压降低和 1 例血肌酐轻微升高。

3 讨论

随着生活的紧张，急性心肌梗死的发生率也在不断增加。这种疾病以前是老年人的主要人群，现在也有了年轻化的趋势，危及生命、社会和家庭的安定。因此，对这一病症的治疗策略的调整是刻不容缓的。急性心肌梗死是因为心脏冠状动脉发生了异常，导致血液循环受阻，导致心脏缺血、缺氧，最终导致心脏病变，甚至是坏死^[3-4]。如果不及时救治，后果不堪设想。急性心肌梗死是由于冠状动脉在较短的时间内发生阻塞，导致相应的心肌缺血、坏死。以老年人为主，多数伴有心力衰竭，应立即进行有效的治疗。但是，传统的中药虽然有一定的效果，但是其效果缓慢，而且效果不佳。

急性心肌梗死合并心力衰竭后，心功能会迅速下降，甚至会出现心源性休克、肺水肿等并发症。心力衰竭导致心脏负担加重，导致病人的排血量大幅度下降。病情较重时，可因肺循环出血而引起肺水肿，或因气管内充盈不足而引起心脏性休克，这种临床症状多见于左心力衰竭，如果不能及时处理，会有生命危险。在治疗方面，速尿是一种迅速、持久的利尿剂，可以提高肾脏的过滤功能，是一种广泛应用的药物。速尿效应的分子机理为：特异性地抑制存在于髓样升支管腔侧的 Na⁺- K⁺-Cl⁻共运输，从而可以抑制盐分的吸收，并使肾脏的浓度和浓度达到最佳，从而可以通过血管床来改变血液动力学^[5-6]。急性心力衰竭病人在应用快速尿时，可以增加全身静脉的血液容量，降低左心室的压力。其中，低剂量的速尿也可以取得较好的疗效且具有较好的安全性，这是因为给病人注射高剂量的速尿，会使血液中的药物浓度在短期内快速升高，从而扰乱机体的生理平衡，从而导致药物的不良反应。低剂量时，可降低血管内容积的变化，使患者的尿液保持在一个稳定的状态，从而避免了利尿不当，有利于人体的正常生理功能。低剂量的速尿用药可以改善病人的心搏出量、左室射血分数、心率和排血量，从而提高病人的肾对速尿药物的敏感性，减少用药的耐受性，提高安全性^[7-8]。

但是常规速尿等治疗方法治疗急性心肌梗死合并心力衰竭不理想，需寻求一种有效的药物。急性心力衰竭的发作、恶化与激素的增加有密切的联系，激素的增加会引起心肌细胞和心肌纤维的重塑，使其损害程度更高。所以在治疗急性心肌梗死合并心力衰竭时，可以通过激素来改善心功能。BNP 和 NT-proBNP 在体内的释放量是相同的，不同的是它们的生物活性^[9-10]。由于 NT-proBNP 具有高稳定性、高浓度、高稳定性等特点，对心脏损害的发生有较好的了解，可以帮助医护人员对心脏的损害进行准确的预测和诊断，为抢救病人争取更多的

时间。新活素是一种从猪大脑中提取、贮存在心室中并通过心脏分泌的一种内源性多肽，其重要的活性成分就是重组人脑利钠肽，在结构上和 BNP 一样，BNP 有扩张血管、排钠、利尿等多种功能，是利尿剂家族中的一分子，对评估心功能起着重要的作用。新活素是一种血管扩张剂，通过 DNA 重组技术制造，具有较高的浓度，能促进血管平滑肌的收缩，促进血管的扩张，其能使肾小球动脉扩张，加速钠的排出，减轻肺水肿，能有效地利尿，减轻心脏负担，改善血液动力学^[11-13]。

本研究显示，治疗前后 2 组患者左心室舒张末期径变化差异无统计学意义，治疗组左心射血分数明显升高（P<0.05），2 组血浆脑利钠肽、血浆超敏 C 反应蛋白水平均有下降（P<0.05），且治疗组较对照组改善更优（P<0.05）。可见，常规治疗方案基础上，使用新活素对急性心肌梗死合并衰竭的病人，可以显著改善心功能，促进病人的恢复，提高治疗的有效率。新活素是一种具有类似于内源性脑利钠肽的冻干重组人脑利钠肽的疗效，疗效可靠，虽然有副作用，但并不严重，肝功能和血液常规都很正常。因此，新活素联合小剂量速尿作为一种辅助治疗急性心肌梗死并发心力衰竭的方法，在临床上具有一定的推广价值。

综上，新活素联合小剂量速尿疗效明显优于速尿一般治疗，能有效改善急性心肌梗死合并心力衰竭患者症状，减少利尿剂抵抗，

参考文献：

[1]张玉霞. 新活素治疗急性心肌梗死合并心力衰竭的临床效果分析[J]. 中国现代药物应用,2022,16（04）：1-3.

[2]徐洪庆. 新活素治疗急性心肌梗死合并心力衰竭患者的效果[J]. 中国民康医学,2020,32（15）：11-12+15.

[3]唐亮,乐建华,廖成标,张惠琪,黄少伦,李赛坤. 新活素、小剂量速尿联合治疗急性心肌梗死合并心力衰竭的临床价值研究[J]. 泰山医学院学报,2020,41（06）：450-451.

[4]张秋梅. 新活素治疗急性心肌梗死合并急性心力衰竭的疗效观察与安全性评价[J]. 昆明医科大学,2020.

[5]乔永红. 无创呼吸机联合新活素+小剂量呋塞米治疗急性心肌梗死合并心力衰竭[J]. 深圳中西医结合杂志,2020,30（04）：161-163.

[6]罗智浩,赖钰,刘云涛,严夏,王大伟. 新活素治疗急性心肌梗死合并心力衰竭的疗效及安全性 Meta 分析[J]. 海南医学院学报,2020,26（06）：430-438+443.

[7]苏丹,苑雯雯. 左西孟旦联合新活素治疗急性心肌梗死合并心力衰竭疗效评价[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2019,7（30）：69.

[8]张冰. 探讨新活素治疗急诊急性心肌梗死合并心力衰竭患者的临床疗效[J]. 中国现代药物应用,2019,13（21）：113-114.

[9]王莉莉. 探讨新活素在急诊治疗急性心肌梗死合并心力衰竭患者中的应用[J]. 中外女性健康研究,2019.（18）：120+152.

[10]王帆. 新活素联合小剂量速尿治疗急性心肌梗死合并心力衰竭的临床价值研究[J]. 中国医药指南,2019,17（24）：95.

[11]陈继明. 新活素用于急性心肌梗死合并心力衰竭治疗的临床观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2019,7（17）：30+38.

[12]汤迎春. 新活素治疗急性心肌梗死合并心力衰竭患者的护理体会[J]. 中国实用医药,2019,14（11）：147-149.

[13]陈艳春. 新活素治疗急性心肌梗死合并心力衰竭的临床观察[J]. 临床合理用药杂志,2019,12（02）：22-23.

手外科患者术后功能恢复中应用中医膳食指导护理的效果

郭玉芳 胡见兰

南海经济开发区人民医院 广东佛山 528222

摘要：目的：分析手外科患者术后功能恢复中应用中医膳食指导护理的效果。方法：选用 2019 年 1 月-2022 年 9 月期间本院接受治疗的手外科患者共 113 例进行研究，采用数字抽签将其分为观察组（n=57）与对照组（n=56），对照组实施常规护理措施，观察组在对照组基础上联合中医膳食指导护理，比较患者手部功能评分、疼痛评分与生活质量。结果：术后 1d 两组患者手部功能评分无差异（P>0.05），出院时与术后 1 周观察组患者手部功能评分均优于对照组（P<0.05）；术后 2、6、12、24h 观察组疼痛评分均低于对照组（P<0.05）；治疗后观察组生活质量评分优于对照组（P<0.05）。结论：手外科患者术后功能恢复中应用中医膳食指导护理可以提高患者疾病意识，促进术后手部功能恢复，减轻术后疼痛，适当的中医膳食指导对患者病程有积极作用。

关键词：手外科患者；术后功能恢复；中医膳食指导；生活质量；疼痛评分

手作为人体重要的机能部位，一旦受伤，很容易给患者带来极大的不适，虽然手术可以产生良好的治疗效果，但相应护理措施非常重要，尤其是护理与健康教育对患者术后功能恢复有直接影响^[1]。人手的解剖生理结构比较复杂，手部开放性骨折、撕脱伤、挤压损伤后遗症等临床治疗难度较大，往往需要接受手术治疗，大部分手术患者又缺乏对骨科有关疾病、手术、术后生理疼痛、康复后锻炼等基本医疗知识的正确认识，加之患者对骨科手术带来的恐惧情绪，影响术后患者恢复，容易导致诱发焦虑、焦虑等心理负面情绪，影响手术的科学有效性，应引起公众高度关注^[2]。中医膳食指导是采用中医饮食保健或中药辨证施治，在相关中医基础理论指导下根据患者病情变化需要，提供各类适宜药膳饮食，以达到强身治病等目的，尤其在手外科患者术后功能恢复期间，对患者进行科学合理的食疗辨证指导能达到事半功倍的良好效果，提升患者术后恢复效果^[3]。基于此，我院对 2019 年 1 月-2022 年 9 月期间本院接受治疗的手外科患者共 113 例进行研究，在手外科术后功能恢复患者中应用中医膳食指导，报告如下。

1. 对象与方法

1.1 对象资料

选用 2019 年 1 月-2022 年 9 月期间本院接受治疗的手外科患者共 113 例进行研究，采用数字抽签将其分为观察组（n=57）与对照组（n=56），其中观察组男 35 例，女 22 例，年龄 19-67 岁，平均年龄（38.64±4.05）岁，病程 1-30 天，平均病程（16.67±1.26）天；对照组男 34 例，女 22 例，年龄 19-68 岁，平均年龄（38.88±4.26）岁，病程 2-30 天，平均病程（16.79±1.43）天。两组一般资料无意义（P>0.05），可比。

纳入标准：择期手术者；年龄>18 岁；无语言或智力障碍。排除标准：合并心、肝、肾疾病；并发自身免疫性疾病；研究中途退出者。

1.2 方法

对照组实施常规护理措施，根据患者年龄、认知水平、心理状态等进行健康教育，充分沟通采取有效措施缓解患者焦虑、烦躁与恐惧等一系列负面情绪，告知患者术后产生疼痛症状是一种遵循人体正常活动规律的正常生理现象，建议患者可以通过音乐疗法、讲座、语言培训辅导等手段利于转移患者注意力，提高术后主观性疼痛反应值，若有患者疼痛异常剧烈，应积极引导患者必须及时服用止痛药，提高依从性。同时术后 1-24 小时，按照医生处方对伤口进行电磁波照射，并在肘部下方 10 厘米处补充冰袋，以迅速改善术后腕部伤口处的淋巴血液循环，缓解因手术肿胀和皮肤外伤引起皮下暂时性水肿症状并逐渐减轻伤口疼痛，术后第 1 天进行适量的伸手指运动，20 分钟/小时，2 次/天，术后第 3 天适量伸手指，指尖 20min/次，3 次/d；术后 1 周适度屈腕、转腕等训练，逐步过渡到全掌、直拳、勾拳等训练，辅以如厕、饮食等日常生活活动，20 分钟/小时，3 次/天。观察组在对照组基础上联合中医膳食指导护理，护士应向患者及家属全面系统介绍中医膳食指导的一些共同特点和好处，例如，食物通常具有寒、热、鲜三种类型的基本生理现象，疾病类型可具体分为寒、热、虚，疾病性质不同，对治疗所用食物原料的物理性质成分要求也不同，通过对采集的数据进行综合分析，确定病理证候的属性，根据患者病理证候制定不同的饮食指导方案，遵循“虚补”、“真减”、“热即冷”、“寒即热”等原则，给予患者薏米莲子粥，薏苡仁、莲子浆（去皮心）、红糖适量，先炒薏仁，再加入莲子肉，熬粥后加入冰糖，即可食用，也可给予羊肉汤，羊肉 500g、当归 15g、黄芪 25g、党参 25g，加入葱、姜、盐等，小火煮至羊肉熟，然后根据自己的口味加盐调味。

1.3 观察指标

①手部功能评分：应用卡罗尔手功能量表评估患者术前第 1 天、出院时、术后 1 周手功能情况，共 33 项，总分 0 到 165，分数越高，情况越好；②疼痛评分：使用视觉模拟量表评估两组术后 2、6、12 和 24 小时疼痛程度，以 0-10 的量表表示为轻度程度，分值越低，疼痛越轻；③生活质量：通过简洁明了的健康调查问卷对患者生活质量进行问卷调查，其中包括生理功能、整体健康、精神状态、情感职能与社会功能等，总分 100 分，分数越高生活质量越好。

1.4 统计学处理

借助 PEMS3.2 统计学软件，计量资料采用 *t* 检验，计数资料采用 χ^2 检验，检验水准 P<0.05。

2. 结果

2.1 两组患者手部功能评分比较 术后 1d 两组患者手部功能评分无差异（P>0.05），出院时与术后 1 周观察组患者手部功能评分均优于对照组（P<0.05），见表 1。

表 1：两组患者手部功能评分比较（n, $\bar{x}\pm s$,分）

组别	n	术前 1d	出院时	术后 1 周
观察组	57	43.65±4.37	96.67±6.37	130.25±9.92
对照组	56	44.91±4.41	86.54±7.61	117.13±8.91
t	-	1.525	7.678	7.392
P	-	0.130	0.000	0.000

2.2 两组患者术后疼痛评分比较 术后 2、6、12、24h 观察组疼痛评分均低于对照组（P<0.05），见表 2。

表 2：两组患者术后疼痛评分比较（n, $\bar{x}\pm s$,分）

组别	n	术后 2h	术后 6h	术后 12h	术后 24h
观察组	57	3.25±0.79	2.57±0.71	2.31±0.63	1.75±0.23
对照组	56	4.16±0.89	3.61±0.81	3.09±0.75	2.41±0.69
t	-	5.751	7.262	5.990	6.845
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者生活质量比较 治疗后观察组生活质量评分优于对照组（P<0.05），见表 3。

表 3：两组患者生活质量比较（n, $\bar{x}\pm s$,分）

组别	n	生理功能	整体健康	精神状态	情感职能	社会功能
观察组	57	65.58±4.34	69.64±4.73	71.26±4.92	70.34±4.89	75.34±4.99
对照组	56	52.37±3.54	55.36±3.62	63.92±4.46	64.37±4.51	69.67±4.67
t	-	17.712	17.999	8.304	6.743	6.234
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3、讨论

手作为人体最重要的部位之一，一旦受伤会给人们工作和生活带来诸多不便。手部损伤在人们生活中很常见，尤其是肌腱损伤、皮肤撕脱伤、截肢（手指）地再接，在这个阶段，需要尽快进行手术治疗，但必要的护理措施也很关键，因此，手术治疗后，应采取积极的护理措施^[4]。研究表明，护理健康教育对患者身体机能的恢复具有重要作用，手部受伤后，由于生活不便，患者经常会出现焦虑、恐慌、抑郁情绪，严重影响身体的自然恢复，积极正确的心理干预训练可以起到有效缓解患者自身心理消极状态，增加患者对于康复成功的信心，提高治疗效果，当然，术后恢复训练也很重要，通过科学合理的训练可以改善血压循环，消除肿胀，避免关节僵硬，尽快恢复患者四肢的功能。

手外伤和软组织挤压伤是较常见的创伤外科疾病，如果在手外伤患者治疗初期没有采取积极的措施治疗或者治疗方法不当，可能会增加手部功能障碍后遗症的风险，大部分手手术患者仍然需要采用常规手术方式进行手术治疗，但术后往往容易持续感到明显疼痛，增加患者身心双重不适，部分患者因为对自身疾病认识和常规治疗认识不全面，担心术后关节功能恢复程度不佳，容易引起焦虑、恐惧等各种不良心理状况，影响患者依从性，不利于术后康复^[5]。以往常规护理只注重对手术过程及相关并发症的早期护理或干预，忽视了其生理、心理、精神、社会因素等方面，难以有效满足患者康复护理的基本需要。中医膳食指导是遵循中医理论辩证和论治基础上制订的一种中医膳食指南，是对中医总体概念阐述的一次具体实践体现，目的不仅在于增加饮食营养，更应全面启动体内阴阳、气血、脏腑功能的调整功能，过去，就诊时患者本身或其亲属常常因不了解疾病性质而盲目完成患者疾病检查和护理，不仅没有达到医疗护理目的，反而容易加重病情，而膳食指导可以指导患者在护士建议下深入了解疾病的性质，有针对性的地去吃，遵从中医专家的科学饮食建议，提高患者满意度。中医自古就有“药（药）食同源”之说，这个辩证理论认为，许多食物本身也是一类药物，食物与药物成分一样，具有寒、热、凉的基本性质，具有辛、甜、酸、苦、咸五种食物味道，术后饮食方面应选择这些不同口味的各种食物，做到冷热食物相宜，五味调和，对患者身体有益，可见，辨证与论治结合在临床护理中具有重要的价值，既体现了传统中医诊疗的特色，又有利于疾病的痊愈^[6]。

研究表明，术后 1d 两组患者手部功能评分无差异（P>0.05），出院时与术后 1 周观察组患者手部功能评分均优于对照组（P<0.05）；术后 2、6、12、24h 观察组疼痛评分均低于对照组（P<0.05）；治疗后观察组生活质量评分优于对照组（P<0.05）。中医膳食指导是贯彻中医总体观念和中药辨证论治的指导工作，也是“接受、认知、参与、自觉行为”的过程，对患者及其家属来说通过结合临床观察，在给患者健康教育的同时分别选择最合适的中医膳食营养指导，可以充分调动患者及家属的主观能动性，积极配合药物治疗，可见，中医膳食指导在其临床和应用中是可行的，合理进行中医膳食指导对提高患者预后也具有积极、效果独特和不可替代的作用。将中医膳食指导用于各种手外伤术后康复功能恢复训练患者护理过程中，有助于迅速提高患者自身出现的疾病、手术治疗效果和康复的清晰认识，有助于患者缓解术后恐惧焦虑、烦躁或易怒抑郁等一系列消极情绪，提高相互协调合作，达到彼此沟通理解，并从术后第一天到术后 1 周，根据手部不同关节的最佳康复时间段和恢复时间来实施各种具有针对性的手部关节自我康复治疗手段，手部功能恢复锻炼及练习方法可以采用循序渐进的方式，这样有利于患者手部功能水平的逐渐提升，而中医膳食指导则可以依据患者不同恢复时间给予不同的饮食干预，旨在缓解其负性情况，促进患者恢复^[7]。

综上所述，手外科患者术后功能恢复中应用中医膳食指导护理可以提高患者疾病意识，适当的中医膳食指导对患者病程有积极作用，促进患者快速康复，并能够不断提高患者未来的生活质量。

参考文献：

[1]刘莉,袁林.循序渐进式康复护理联合营养膳食干预在老年骨折患者术后康复中的应用效果[J].国际护理学杂志,2020,39（15）：35-39.

[2]郑王英,黎维霞,黎高明,等.序贯康复治疗在手指掌侧软组织缺损皮瓣修复术后手指功能恢复中的应用[J].现代实用医学,2020,32（6）：26-34.

[3]李鑫,刘东苗,李卓亚,等.微信平台在腕管综合征患者术后康复训练中的应用效果[J].实用手外科杂志,2020,34（3）：22-44.

[4]周光桦,杨海艳,王芹,等.基于授权赋能的营养教育理论在胃癌术后化疗患者饮食护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27（12）：3-75.

[5]陈晓君.基于智谋理论护理联合膳食干预对喉癌术后放疗患者的效果评价[J].护理实践与研究,2022,16（4）：11-17.

[6]艾莉.延续性护理在拇指再造术后康复期的应用[J].实用手外科杂志,2022,36（1）：25-36.

[7]高丽坤.中医辨证膳食护理在 2 型糖尿病合并脑卒中患者中的应用价值[J].糖尿病天地.教育（上旬）,2022,16（5）：14-16.

妇科患者术后中药足浴预防下肢静脉血栓形成的临床评价

陈颖 卢萍

广州市黄埔区中医医院 广东广州 510700

摘要：目的 探讨妇科患者术后中药足浴预防下肢静脉血栓（deep venous thrombosis, DVT）形成的应用效果。方法 择取 2021 年 3 月-2022 年 1 月至我院就诊的 95 例妇科盆腔手术患者，计算机随机分组法归纳为对照组（47 例，基础治疗）与观察组（48 例，对照组基础上联合中药足浴），对比两组患者 DVT 的发生率、凝血指标与血液流变学指标水平变化情况、生活质量评分。结果 DVT 发生率：观察组 2.08%，对照组 12.77%， $P<0.05$ ；术后第 3d，观察组 APTT、PT、TT 均明显延长，FIB、D-D 明显降低，相比术后第 3d 对照组数据差异显著， $P<0.05$ ；术后第 3d，观察组全血高切黏度、全血低切黏度、血浆比黏度、红细胞压积水平相比同时段的对照组均明显降低， $P<0.05$ ；术后 3 个月随访调查可知，观察组生活质量各维度评分均明显高于对照组， $P<0.05$ 。结论 对妇科手术患者采取中药足浴能够有效降低 DVT 的发生风险，改善凝血指标水平，值得采纳。

关键词：妇科盆腔手术；下肢静脉血栓；中药足浴；凝血指标；生活质量

深静脉血栓（DVT）是一类下肢静脉回流障碍性疾病，指的是血液在深静脉内非正常凝 结，是妇科盆腔术后常见的一类并发症，以下肢疼痛、肿胀、功能障碍等作为主要的临床症 状，病情严重者甚至引发血栓栓子脱落，导致肺血栓栓塞（PTE）^[1]。流行病学显示，目前 我国妇科手术后无预防措施的患者，术后发生 DVT 的概率为 9.2%-15.6%，其中 DVT 并发 PTE 的概率高达 46%^[2]。临床上通常采取低分子肝素抗凝、下肢气囊加压等方式进行干预， 一定程度上改善患者的凝血功能，降低 DVT 发生率，但是部分学者研究指出，术后给予肝 素抗凝等措施安全性不高，容易引发耐药性等^[3]。近些年来，随着中医学在妇科手术患者中 的应用，获得了较为显著的干预疗效，其中中药足浴干预方式对预防 DVT 的发生具有重要的 临床意义，根据患者实际病情辨证施治，帮助患者改善病情，提高术后生活质量。为此， 本次研究收治 95 例妇科盆腔手术患者，分为两组进行临床指导干预，详情阐述如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

择取 2021 年 3 月-2022 年 1 月至我院就诊的 95 例妇科盆腔手术患者。

纳入标准：①对本次研究知情同意，签署知情同意协议；②给予血栓风险因素评估表检 测，得知术后血栓形成中危及以上；③依从性较高。

排除标准：①血液系统疾病；②下肢皮肤病；③精神与认知行为异常；④其他恶性肿瘤。

计算机随机分组法归纳为对照组 47 例与观察组 48 例。对照组：年龄 16-73 岁，平均 （45.36±4.52）岁，中危者 35 例，高危者 12 例；观察组：年龄 16-73 岁，平均（44.96±4.82） 岁，中危者 37 例，高危者 11 例。对比两组妇科手术患者的基础资料无明显差异， $P>0.05$ ， 具备可比性。

1.2 方法

两组患者均实施妇科盆腔手术治疗，手术类型包括腹式全子宫切除术、腹腔镜下双侧卵 巢畸胎瘤剔除术、子宫颈管扩张术等。

两组患者手术完成后处于清醒状态时，采取平卧位，使用压力腿套将双下肢包裹，保持 适当的力度，以防过紧/过松对病情造成不良影响，间隔 6h 使用 1 次，1h/次；溶栓、抗凝治 疗：静脉滴注尿激酶（20 万 U）1 次/d，皮下注射低分子肝素钙（0.4ml），2 次/d，静脉滴注 丹参注射液（20ml），3 次/d，静脉滴注低分子右旋糖酐（500ml），1 次 /d，共计 3d。

观察组在此基础上给予祛风活血方中药足浴，方剂组成包括路路通颗粒 20g，红花颗粒 15g，桂枝颗粒 25g，鸡血藤颗粒 30g，川芎颗粒 15g，黄芪颗粒 30g，地龙颗粒 10g，当归颗 粒 20g，三七颗粒 15g，外用足浴，将上述颗粒置于足浴盆内，兑入 3000ml 的开水，等到温 度较高时采用蒸汽熏蒸，降至 38-43℃时足浴治疗，15-20min/次，1 次/d，以患者感到全身微 微出汗为宜，便于达到通阳活血通络的疗效；足浴完成后，及时将双下肢擦拭干净，适当按 摩小腿、足踝部等，共计 3d。

1.3 观察指标

对比两组术后 DVT 的发生率。

对两组患者进行双下肢血管超声检查，对比术前、术后当天、术后第 3d 的凝血指标， 包括 D-二聚体（D-D）、纤维蛋白原（FIB）、凝血酶时间（TT）、血浆凝血酶原时间（PT）、 活化部分凝血酶原时间（APTT），对比两组术前、术后当天、术后第 3d 的血流流变学指标 水平变化情况。

术后对两组患者进行 3 个月的病情随访，对比两组术后生活质量评分，0-100 分为评分 范围，评分越高代表生活质量越佳^[4]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS23.0 的统计软件对两组妇科手术患者进行数据处理，计数资料用[n（%）]

表示， χ^2 检验，计量资料用（ $\bar{x}\pm S$ ）表示，T 检验，若两组数据差异显著，具有统计学意义， 采用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 DVT 发生率

见下表 1，观察组发生率明显低于对照组， $P<0.05$ 。

表 1 两组 DVT 发生率分析

分组	例数（n）	百分比（%）
观察组（n=48）	1	2.08
对照组（n=47）	6	12.77
X		3.970
P		0.046

2.2 凝血指标

见下表 2。术后第 3d，对比两组凝血指标差异显著， $P<0.05$ 。

表 2 两组凝血指标水平分析（ $\bar{x}\pm S$ ）

分组	时间 段	D-D （mg/L）	FIB（g/L）	TT（s）	PT（s）	APTT（s）
观察组 （n=48）	术前	1.35±0.25	3.92±0.55	17.89±2.12	11.42±1.78	25.21±1.58
	手术 当天	1.36±0.24	3.36±0.35	20.16±1.77	12.33±1.47	25.63±1.38
	术后 第 3d	0.88±0.17	1.92±0.32	24.53±2.45	16.33±1.82	35.86±2.41
对照组 （n=47）	术前	1.40±0.22	3.96±0.52	17.92±2.10	11.46±1.82	25.18±1.61
	手术 当天	1.50±0.30	4.33±0.33	19.28±1.87	12.33±1.50	24.33±1.69

	术后第 3d	1.22±0.52	3.96±0.48	20.16±1.48	12.92±1.60	26.38±1.86
T	术后第 3d	-	4.302	24.421	10.495	9.691
P	术后第 3d	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 血液流变学

见下表 3。术后第 3d，观察组血液流变学指标水平均明显低于对照组，P<0.05。

表 3 两组血液流变学指标水平分析（ $\bar{x}\pm S$ ）

分组	红细胞压积 (%)	血浆比黏度 (mPa·s)	全血高切黏度 (mPa·s)	全血低切黏度 (mPa·s)
观察组 (n=48)	43.63±2.98	1.80±0.55	5.13±1.12	12.22±2.65
	41.85±3.45	1.72±1.40	5.33±1.12	13.34±1.68
	34.78±2.55	1.33±0.81	3.22±1.22	6.35±2.52
对照组 (n=47)	43.60±3.00	1.78±0.53	5.15±1.15	12.20±2.63
	41.78±3.40	1.85±0.62	5.16±1.22	11.79±1.60
	40.22±2.58	1.74±0.41	5.03±1.20	10.42±2.58
T 术后第 3d	10.336	3.103	7.289	7.778
P 术后第 3d	0.000	0.003	0.000	0.000

2.4 生活质量评分

见下表 4。术后 3 个月随访调查可知，观察组生活质量各维度评分均明显高于对照组，P<0.05。

表 4 两组生活质量评分比较（ $\bar{x}\pm S$ ，分）

分组	躯体功能	认知功能	社会关系	健康情绪
观察组 (n=48)	72.52±10.20	72.05±8.36	78.39±8.45	78.39±8.45
对照组 (n=47)	66.39±8.28	65.36±6.52	66.25±6.57	67.82±7.15
T	3.212	4.343	7.806	6.575
P	0.002	0.000	0.000	0.000

分组	情感职能	术后疼痛	生理机能	角色功能
观察组 (n=48)	75.52±9.36	58.30±6.23	80.36±8.36	78.26±8.63
对照组 (n=47)	66.38±7.25	50.12±5.28	70.25±6.57	70.15±6.48
T	5.313	6.897	6.545	5.171
P	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

下肢深静脉血栓是常见的妇科手术并发症，由于妇科女性患者多半气血亏虚，术后具有较差的依从性，术前给予激素治疗等方式使得血液高凝，减慢了血流速度，导致某些血液细胞停滞，最终发生血栓事件，对患者的肢体功能造成严重的影响，影响患者的生存质量^[5]。所以说，加强妇科手术患者术后 DVT 的预防意义重大。

中医理论认为，DVT 主要是由于手术、创伤、恶性肿瘤、长时间卧床等因素导致伤气，治疗机理为益气养血、活血通络^[6]。本次研究中，对照组给予基础治疗，观察组加用中药足浴进行临床干预，中药足浴是传统的中医治疗方案之一，指的是将药液对双小腿、足部浸泡，利用理疗、温度、药物刺激等方式对疾病进行治疗，具有活血通络、改善文循环、降低血液粘稠度等疗效，帮助患者达到血流畅通的效果。此外，人体小腿、足底穴位众多，在药力、水热力等的作用下，促进皮肤毛孔扩张与吸收，将药效及时传送到全身经络，促进气血运行通畅的效果，改善血液循环，提高患者的舒适感^[7]。穴位按摩等干预利于将股静脉血流峰速度有效递增，改善下肢静脉回流状态，以防血流迟缓，有效降低血栓的发生风险。

中药足浴方剂组成包括路路通、红花、桂枝、鸡血藤、川芎、黄芪、地龙颍、当归、三七等颗粒，其中路路通性平，味苦，可祛风通络，利水消肿；桂枝性甘，味辛，温通静脉，助阳化气；川芎性温，味辛，祛风止痛，活血行气；红花性温，味辛，消肿止痛，活血通经；鸡血藤性温，味苦、甘，补血活血通络；黄芪微温，性甘，健脾补中；地龙咸寒，活血通络；田七性味甘，微苦，温，化瘀止血，活血止痛，全方共奏祛风通络等疗效^[8]。本次研究结果得知，治疗后，观察组 DVT 发生率仅为 2.08%，明显低于对照组，治疗后，观察组 APTT、PT、TT 均明显延长，FIB、D-D 明显降低，相比术后第 3d 对照组数据差异显著，且观察组术后第 3d 的血液流变学指标水平均明显低于对照组。

临床研究报道，血浆 D-D 水平能够有效反映出凝血酶激活、继发性纤溶情况；纤维蛋白原在血浆内含量较高，为凝血酶与纤溶酶的底物，若递增了纤维蛋白原水平，机体处于高凝状态，则可能为 DVT 高危人群，属于一类急性性时相蛋白。部分学者研究指出，术后早期，伴有 DVT 的患者 FIB 水平明显递增，相比未出现 DVT 的患者，FIB 水平明显更高，说明临床上可依据 FIB 检测水平对患者术后发生 DVT 的风险性进行预测^[9]。付瑞昕等^[10]对妇科手术后发生 DVT 的患者给予下肢静脉造影，检测血液流变学水平，得知术后发生 DVT 患者的全血黏度递增，红细胞粘弹性降低，说明全血黏度等指标可用于检测 DVT 患者的病变情况。另外，本次研究结果表明，治疗后，观察组生活质量各维度评分相比对照组均明显较高，说明中药足浴利于改善患者术后的生活质量，改善患者预后。笔者建议，对于术后 DVT 高危人群来说，术前应加强血液流变学指标检查工作，及时纠正机体异常情况，剔除高危因素；术前术中增加晶体的输入量，缓解机体脱水症状，及时纠正血液高凝、浓缩等状态；实际输血时，先对上肢静脉与颈静脉进行治疗，先输入晶体再输入胶体；保证手术疗效的前提下，将手术与麻醉耗时尽可能缩短；术后严格进行生命体征监测，适当按摩下肢，改善血液循环，鼓励患者及早下床运动，利于身体的早日好转。

综上所述，对妇科手术患者给予中药足浴治疗的效果显著，利于改善血液高凝状态，降低术后 DVT 发生率，提高生存质量，值得采纳并推广。

参考文献：

[1]王金延,李林艳,赵焕. 穴位按摩配合足浴干预对妇科肿瘤术后下肢深静脉血栓发生率的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2020,29 (2): 34-35.

[2]楼燕萍. 归芪艾益汤足浴联合气压治疗仪预防高龄产妇产后下肢深静脉血栓形成临床研究[J]. 新中医,2021,53 (7): 165-168.

[3]李洋洋,刘恩凤,王海娜,等. 中药足浴联合骨筋内操在预防下肢深静脉血栓形成中的应用[J]. 中医外治杂志,2022,31 (2): 61-63.

[4]曾燕娣. 归芪艾益汤足浴对剖宫产术后下肢深静脉血栓形成的预防作用分析[J]. 中外医学研究,2019,17 (16): 157-159.

[5]黄惠榕,肖敏,潘玮,等. 补阳还五汤足浴干预髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成的疗效观察[J]. 福建中医药,2017,48 (3): 9-10.

[6]欧爱芝,叶新萍. 中医综合护理对长期卧床患者下肢深静脉血栓的预防作用[J]. 中医药导报,2021,27 (10): 110-112,126.

[7]尹荣荣. 足浴疗法预防胃肠恶性肿瘤术后患者深静脉血栓形成的效果评价[J]. 国际护理学杂志,2019,38 (18): 2940-2943.

[8]邹水娟,祝志娟,马银芬,等. 早期空气压力泵联合足浴预防产后深静脉血栓形成的临床效果[J]. 中国妇幼保健,2022,37 (9): 1734-1737.

[9]保冬霞. 中药熏洗联合中医定向透药预防妇科术后下肢深静脉血栓形成的效果分析[J]. 反射疗法与康复医学,2022,3 (3): 24-26.

[10]付瑞昕. 中医辨证施护对妇科手术后下肢深静脉血栓形成及患者满意度影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2018,20 (10): 203-205.

骨折 1 号方在指骨骨折术后应用和疗效分析

孔薛生 刘仁甫

东台市中医院 江苏盐城 224200

摘要：目的：探讨骨折 1 号方在指骨骨折术后患者中的应用及治疗效果。方法：选择 2020 年 10 月-2022 年 10 月指骨骨折患者 60 例为对象，随机数字表法分为两组各 30 例。对照组采用切开复位皮内克氏针内固定治疗，观察组联合骨折 1 号方治疗，两组均完成 4 周干预，比较两组骨折愈合时间、手功能恢复、生活质量及术后并发症发生率。结果：两组手术 4 周后手功能得到改善；观察组手术 4 周后手功能评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；手术切口愈合、骨折愈合时间、住院时间短于对照组（ $P<0.05$ ）；两组手术 4 周后生活质量得到提高；观察组生理领域、社会关系、心理领域、主观生活质量、环境领域及主观健康得分高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组术后手指麻木、握持功能障碍、关节肿胀、骨折部位疼痛及骨折部位感染发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：骨折 1 号方用于指骨骨折术后能促进患者手功能恢复，能缩短骨折愈合时间，有助于提升患者生活质量，降低术后并发症发生率，值得推广应用。

关键词：骨折 1 号方；指骨骨折；手功能恢复；生活质量；术后并发症

指骨骨折是最为常见的上肢骨折之一，占上肢骨折发病的 12.5%，且不同的损伤机制造成的指骨骨折类型不同^[1]。临床上，将指骨骨折病因可分为外力因素和病理性因素两种，前者亦包括：电锯伤、刀砍伤、挤压伤等，临床多表现为指骨疼痛、肿胀、压痛，严重者可引起畸形或关节活动受限。切开复位皮内克氏针内固定是指骨骨折患者常用的手术干预方法，借助手术能促进骨折部位愈合，且多数患者可从中获益^[2]。但是，克氏针手术过程中需贯穿骨折部位相邻的关节面，导致患者术后手部关节锻炼受到限制，影响患者关节功能的恢复。骨折 1 号方属于临床上常用的中药汤药，主要由当归、生地、红花、猪苓、银花藤、川芎、丹皮等药物组成，能发挥消肿、止痛、通气血行及散瘀作用，广泛用于骨折后伤处疼痛、肿

皮及下充血。但是，骨折 1 号方在指骨骨折术后患者中的应用研究较少。因此，本研究以指骨骨折患者为对象，探讨骨折 1 号方在指骨骨折术后患者中的应用及治疗效果，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2020 年 10 月-2022 年 10 月指骨骨折患者 60 例为对象，随机数字表法分为两组。对照组 30 例，男 17 例，女 13 例，年龄（20-67）岁，平均（43.98±5.63）岁；骨折类型：开放性骨折 55 例，闭合性骨折 5 例；骨折部位：示指 11 例，中指 9 例，环指 5 例，小指 5 例；骨折原因：电锯伤 15 例，刀砍伤 5 例，挤压伤 10 例；观察组 30 例，男 17 例，女 13 例，年龄（21-68）岁，平均（44.11±5.67）岁；骨折类型：开放性骨折 25 例，闭合性骨折 5 例；骨折部位：示指 11 例，中指 9 例，环指 5 例，小指 5 例；骨折原因：电锯伤 15 例，刀砍伤 5 例，挤压伤 5 例。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准：（1）符合指骨骨折诊断标准，均经影像学检查确诊；（2）均行切开复位皮内克氏针内固定治疗，患者均可耐受^[3-5]；（3）病情稳定，能进行沟通与交流；（4）均无药物过敏史及禁忌症。排除标准：（1）血液系统疾病、凝血功能异常或严重肝肾功能异常者^[6,7]；（2）中途放弃诊疗或失访者；（3）器质性疾病、认知障碍或伴有其他部位骨折者^[8]。

1.3 方法

对照组：采用切开复位皮内克氏针内固定治疗。术前完善各项影像及生化指标检查，取

表 1 两组骨折愈合时间及手功能恢复比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	手术切口愈合时间（d）	骨折愈合时间（周）	住院时间（d）	手功能（分）	
					术前	手术 4 周后
观察组	46	8.35±1.41	6.68±0.94	5.69±0.83	63.29±5.41	85.68±0.98
对照组	46	11.79±2.19	10.24±1.52	9.37±1.41	63.25±5.43	72.53±3.68
t	/	6.327	7.882	5.698	1.209	7.329
P	/	0.000	0.000	0.000	0.782	0.000

2.2 两组生活质量比较

两组术前生活质量无统计差异（ $P>0.05$ ）；两组手术 4 周后生活质量得到提高；观察组生理领域、社会关系、心理领域、主观生活质量、环境领域及主观健康得分高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组生活质量比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

生活质量	观察组（n=46 例）		对照组（n=46 例）	
	术前	手术 4 周后	术前	手术 4 周后
生理领域	14.69±2.15	27.56±4.53**	14.71±2.17	20.41±3.29*
社会关系	34.35±4.69	46.72±6.42**	34.51±4.73	40.21±4.98*
心理领域	1.59±0.49	3.96±0.56**	1.60±0.51	2.35±0.54*
主观生活质量	2.24±0.43	4.32±0.59**	2.26±0.45	3.31±0.48*
环境领域	16.54±2.49	26.33±4.74**	16.56±2.52	20.63±3.46*
主观健康	2.21±0.24	4.43±0.62**	2.23±0.26	3.32±0.43*

与对照组比较，* $P<0.05$ ；与治疗前比较，* $P<0.05$

2.3 两组并发症比较

观察组术后手指麻木、握持功能障碍、关节肿胀、骨折部位疼痛及骨折部位感染发生率低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组并发症比较[n（%）]

组别	例数	手指麻木	握持功能障碍	关节肿胀	骨折部位疼痛	骨折部位感染	发生率
观察组	46	0（0.00）	1（2.17）	0（0.00）	1（2.17）	1（2.17）	3（6.52）
对照组	46	1（2.17）	0（0.00）	1（2.17）	1（2.17）	1（2.17）	4（8.70）
χ^2	/						1.382
P	/						0.673

3 讨论

指骨骨折属于临床发生率较高的上肢骨折，占上肢骨折患者的 12.5% 左右，常见骨折原因包括：刀砍伤、挤压伤、暴力扭转等，影响居民生活及健康。祖国中医认为，骨折患者出现气血凝滞、脉络受损，会对骨折术后恢复造成影响^[13]。骨折 1 号方属于临床上常用的中药汤药，方药由当归、生地、赤芍、桃仁、红花 6g、青皮（炒）、陈皮、乳香（制）、没药（制）、丹皮、地鳖虫、泽兰、泽泻、川芎、猪苓及银花藤组成。方药中，当归具有补血活血、调经止痛功效；生地能发挥凉血止血、清热生津功效；赤芍具有清热凉血及化瘀功效；桃仁能发挥活血祛瘀作用；红花具有活血通经、祛瘀止痛作用；青皮（炒）能发挥祛痰平喘、消食益胃作用；陈皮能发挥健脾开胃、燥湿化痰作用；乳香（制）能发挥活血通经、消肿生肌作用；没药（制）能发挥活血祛瘀、理气止痛及消肿生肌功效；丹皮具有清热凉血、活血化瘀作用；地鳖虫具有破血逐瘀、辅助治疗筋骨折折；泽兰能发挥利水消肿、活血祛瘀作用；泽泻具有利水渗湿、化浊降脂功效；川芎能发挥活血行气、祛风止痛功效；猪苓能发挥利尿、淡渗利湿作用；银花藤具有利水祛湿、清热解毒功效；诸药共奏，能发挥活血化瘀、祛瘀止痛，能

仰卧位姿势，保持手部向外舒张，常规固定患肢；对于开放性损伤者，可先给予患者清创，并根据骨折部位、骨折性质给予克氏针交叉内固定术或克氏针单针内固定术治疗。手术过程中于 X 线辅助下，采用闭合手法复位患肢骨折端，待复位完毕后，取 1.0mm 克氏针逆行穿入骨折部位，固定后剪断针尾部位的弯钩，使得尾针位于患肢皮肤外侧^[9]。同时，于患者骨折部位作小切口，充分暴露骨折部分，常规对骨折端完成手法复位，待满意后交叉穿入克氏针 2 根，保证克氏针穿过髓腔，并减掉针尾部（预留尾端）。术后根据患者恢复常规指导其康复锻炼。

观察组：联合骨折 1 号方治疗。方药由：当归 1 袋、生地 15g、赤芍 10g、桃仁 10g、红花 6g、青皮（炒）6g、陈皮 6g、乳香（制）6g、没药（制）6g、丹皮 10g、地鳖虫 6g、泽兰 10g、泽泻 10g、川芎 1 袋、猪苓 10g 及银花藤 30g，上述药物每天 1 剂，每次 250mL，早晚各服用 1 次，连续服用 4 周（1 个疗程）。

1.4 观察指标

（1）骨折愈合时间及手功能恢复。记录两组手术切口愈合、骨折愈合时间、住院时间；两组术前、手术 4 周后采用手功能评分量表对患者手功能进行评估，总分 100 分，得分越高，手功能恢复越好^[10]；（2）生活质量。两组术前、手术 4 周后采用 SF-36 量表从生理领域、社会关系、心理领域、主观生活质量、环境领域及主观健康评估患者生活质量，得分越高，生活质量越高^[11]；（3）术后并发症发生率。记录两组术后手指麻木、握持功能障碍、关节肿胀、骨折部位疼痛及骨折部位感染发生率^[12]。

1.5 统计分析

采用 SPSS26.0 软件处理，计数资料行 χ^2 检验，采用 n（%）表示，计量资料行 t 检验，采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示， $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组骨折愈合时间及手功能恢复比较

两组术前手功能无统计差异（ $P>0.05$ ）；两组手术 4 周后手功能得到改善；观察组手术 4 周后手功能评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；手术切口愈合、骨折愈合时间、住院时间短于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1。

巩固手术效果，有助于提高患者生活质量。本研究中，观察组手术 4 周后手功能评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；手术切口愈合、骨折愈合时间、住院时间短于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组生理领域、社会关系、心理领域、主观生活质量、环境领域及主观健康得分高于对照组（ $P<0.05$ ），从本研究结果看出，骨折 1 号方能改善指骨骨折术后患者手功能，缩短患者术后愈合时间，提高患者生活质量。同时，骨折 1 号方的使用能改善患肢血液循环，增强患者免疫力作用，对于促进手术创伤愈合和骨折愈合具有积极作用，有助于降低术后并发症发生率。本研究中，观察组术后手指麻木、握持功能障碍、关节肿胀、骨折部位疼痛及骨折部位感染发生率低于对照组（ $P<0.05$ ），从本研究结果看出，骨折 1 号方能降低指骨骨折术后并发症发生率。

综上所述，骨折 1 号方用于指骨骨折术后能促进患者手功能恢复，能缩短骨折愈合时间，有助于提升患者生活质量，降低术后并发症发生率，值得推广应用。

参考文献：

- [1]陈智华,马红艳,湛婷婷,紫金丹 1 号外敷联合坎离砂热熨肘膝关节骨折髓内固定术后护理观察[J].光明中医,2022,37（19）：3592-3594.
- [2]李宇福,李木清,陈四红,李晓屏.舒筋活络外敷包配合 CPM 机锻炼对胫骨平台骨折术后膝关节功能的影响[J].中医药导报,2015,21（11）：58+61.
- [3]李涛.舒筋健骨汤熏洗联合本体感觉强化训练对膝骨骨折患者术后膝关节功能及生活质量的影响[J].河南医学研究,2019,28（07）：1286-1287.
- [4]杨砥,陈顺岭,孙权,费冀.舒筋活络汤结合针灸对肩袖损伤肩关节功能及炎症因子水平的影响[J].中华中医药学刊,2022,40（10）：202-205.
- [5]梅永林,吕广水.舒筋活络汤熏洗联合早期功能锻炼对肘关节骨折术后疼痛及肘关节功能恢复的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30（34）：3833-3836.
- [6]陈新梅.中药舒筋健骨汤熏洗法配合常规术后康复训练对膝关节周围骨折术后的治疗有效性[J].内蒙古中医药,2021,40（09）：133-135.
- [7]穆海林.洗舒筋活络汤联合常规功能锻炼对三踝骨折患者术后外固定手术后踝关节功能及炎症因子的影响[J].中国民间疗法,2021,29（17）：58-61.
- [8]邱正爽.舒筋活络汤联合渐进式功能锻炼对踝关节骨折术后功能恢复的影响及对改善踝关节主动活动度分析[J].中医临床研究,2021,13（17）：87-89.
- [9]付方东,袁朗.舒筋活血汤联合功能锻炼对踝关节骨折术后患者功能恢复及血清 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 水平的影响[J].光明中医,2021,36（06）：952-954.
- [10]叶熙修,林那波.活络舒筋汤熏洗联合功能锻炼对膝关节周围骨折术后功能恢复的促进作用[J].中国中医药科技,2021,28（02）：306-307.
- [11]柯明.舒筋活血汤联合膝关节镜辅助复位内固定术对气滞血瘀型胫骨平台骨折患者术后膝关节功能的影响[J].医疗装备,2020,33（10）：67-68.
- [12]李春有,杜玉格,吴国珍.自拟舒筋活络汤对踝关节骨折术后患者踝关节活动度及生活质量的影响观察[J].哈尔滨医药,2020,40（02）：191-192.
- [13]卢建新.活血舒筋汤联合手法复位治疗桡骨远端骨折的临床疗效及其对骨折愈合和关节功能的影响[J].临床合理用药杂志,2019,12（36）：113-114.

穿心莲种子萌发特性研究

李词周 王弢

广州王老吉大健康产业有限公司 广东广州 510623

摘要：穿心莲（*Andrographis paniculata* (Burm.f.) Nees）是一种重要的广东道地药材，有抗菌、抗病毒、抗炎的功效，是清热解毒的常用药。但是，近年来由于各地的水土环境和生产管理混乱等原因导致了穿心莲基因发生分离变异、种质混杂以及种子质量不稳定的情况。为了提高穿心莲种子萌发率，并为穿心莲育苗工厂化生产提供参考，本文对穿心莲种子萌发特性进行探索，利用穿心莲种子进行光照、温度及植物生长调节剂浸种等不同条件处理，以寻找穿心莲种子萌发的最适条件。结果表明，对穿心莲种子萌发较优的光照与温度条件分别为无光照（0 h）、25℃。另外，分别使用 5 种植物生长调节剂（GA₃、NAA、6-BA、IAA、IBA）处理穿心莲种子，发现 5 种植物生长调节剂均可在不同程度上促进穿心莲种子萌发，最佳质量浓度分别为 200 mg/L、1.0 mg/L、2.5 mg/L、100 mg/L 和 100 mg/L。

关键词：穿心莲；种子萌发；植物生长调节剂；发芽势；发芽率

Study on Germination Characteristics of *Andrographis paniculata* (Burm. f.) Nees. Seeds

Cizhou Li, Tao Wang

(Guangzhou Wanglaoji Great Health Industry Company Limited, Guangzhou 510623, China)

Abstract *Andrographis paniculata* (Burm. f.) Nees is an important genuine medicinal material in Guangdong. It has antibacterial, antiviral and anti-inflammatory effects. It is a commonly used drug for clearing heat and detoxifying. However, in recent years, due to the confusion of water and soil environment and production management in various places, genes of *Andrographis paniculata* (Burm. f.) Nees have been isolated and mutated, germplasm is mixed, and seed quality is unstable. In order to improve the seed germination rate and provide reference for the industrialized production of *Andrographis paniculata* (Burm. f.) Nees, this paper will explore the seed germination characteristics of *Andrographis paniculata* (Burm. f.) Nees, and use the seeds of *Andrographis paniculata* (Burm. f.) Nees to treat with different conditions, such as light, temperature and plant growth regulator soaking, and find the optimal conditions for the seed germination. The results showed that the optimum light and temperature conditions for seed germination of *Andrographis paniculata* were in dark and 25℃, respectively. In addition, five plant growth regulators (GA₃, NAA, 6-BA, IAA, IBA) were used to treat the seeds of *Andrographis paniculata*. It was found that the five plant growth regulators could promote the seed germination, and the optimal concentrations were 200 mg/L, 1.0 mg/L, 2.5 mg/L, 100 mg/L and 100 mg/L.

Key words *Andrographis paniculata* (Burm. f.) Nees; seed germination; plant growth regulator; germination potential; germination rate

穿心莲（*Andrographis paniculata* (Burm.f.) Nees）又名春莲秋柳，为爵床科穿心莲属中药。穿心莲是广东道地药材，用药部位为干燥的地上部分^[1]，属于清热解毒的常用药。在泰国，穿心莲还被列为列入抗击新冠肺炎的“国家主药物名单”，辅助治疗新冠肺炎。尽管穿心莲入药的历史不长，但在历代药典均有收载，对其功效的记载主要紧扣苦寒清热，属于近代清热常用之品。迄今为止穿心莲已发现的化学成分高达上百种，包括二萜内酯类、黄酮类、甾醇类等^[2]，其中主要为二萜内酯类与黄酮类。穿心莲临床多用于感冒发热、咽喉肿痛、口舌生疮等症状，这些症状多与抗炎、抗菌、解热等药理作用有关。且经过大量现代研究，穿心莲也被证实了具有体内外抗炎、解热、抗病毒、抗菌的作用。例如，吴永继等人发现穿心莲水提取物不但对含 fosA3 大肠杆菌有一定的抑菌活性和杀菌活性，而且与抗菌药联合应用后，抗菌药体外抗菌活性能显著增强^[3-4]。此外，穿心莲的主要活性成分穿心莲内酯被指出具有抗肿瘤功效，且与丹参酮 II A 及芹菜素具有协同抗肿瘤的作用^[5]。

随着临床应用的不断拓展，许多药材的种植范围及种植面积逐年扩大。然而，由于各地不同的地理环境、水土气候、混乱的生产管理和人为加工等原因，造成中草药容易发生基因分离变异、种质资源混杂、药用成分含量减少等情况^[6]。而穿心莲作为重要的广东南药之一，面临着同样严峻的问题。因此，培育高产优质和药用成分含量高的穿心莲新种质、提高穿心莲种子利用率以及穿心莲种苗工厂化生产条件等相关研究在近年来开始陆续开展^[7-12]。姬璇等学者^[13]在 2017 年曾在植物组织培养技术的基础上探索穿心莲种子萌发的优化条件，单因素分析了采收时间、种子的成熟状态、消毒时间、培养基等对穿心莲种子萌发的影响。该研究对于穿心莲种子萌发的研究主要是基于植物组织培养技术，还没有直接探索光照和温度对种子萌发的影响。另外，目前探讨植物生长调节剂对穿心莲种子萌发影响的相关研究也较少，故本文对穿心莲种子直接进行不同光照、温度和植物生长调节剂浸种处理，初步筛选出能有效提高种子萌发率的优化条件，从而为穿心莲种苗工厂化生产提供参考依据。

1 材料与方

1.1 试验材料

穿心莲种子采自广西省，采集时间为 2021 年 9 月和 10 月的种子成熟期，采种母株均选取生长健壮、无病虫害的单株，并选取棕黄或浅黄、表面略粗糙、种皮坚硬、椭圆至卵形和无病虫害的种子。晾晒干膜，筛除杂质，阴凉处储藏备用。

1.2 主要仪器

变焦体视显微镜（奥林巴斯，SZ61）；智能人工气候培养箱（上海一恒科学仪器有限公司，MGC-450HP-2L），生化培养箱（上海一恒科学仪器有限公司，LRH-250F）。电子天平（梅特勒-托利多，ML203T），单列双孔水浴锅（上海博讯，HHS11-2），全自动立式蒸汽灭菌器（伯能仪器，CT90A），送风定温干燥箱（EYELA，WFO-520W），定性滤纸（通用电气生物科技（杭州）有限公司），微量移液器（普兰德）。

1.3 主要试剂

赤霉素（GA₃，货号：G105689-1g）、3-吡啶丁酸（IBA，货号：I108273-25g）、3-吡啶乙酸（IAA，货号：I101072-25g）、6-苄氨基嘌呤（6-BA，货号：B109254-25g）、1-萘乙酸（NAA，货号：N108489-25g）均购于阿拉丁试剂（上海）有限公司。无水乙醇（大茂，分析纯 AR），二氧化氯消毒剂（必洁仕）。红四氮唑（飞净，PHI792 25g），磷酸二氢钾（大茂，分析纯 AR），无水磷酸氢二钠（大茂，分析纯 AR）。

1.4 实验方法

1.4.1 种子质量检测

本实验所测定的种子检测项目方法均参照《GB/T 3543—1995 农作物种子检验规程》及《GB/T 41221—2021 中药材种子检验规程》中的相关规定。

1.4.2 种子含水量测量

采用低温烘干法测定种子含水量。将铝盒烘至恒重并标记，称取 4.5-5.0 g 穿心莲种子样品至已恒重并放凉的铝盒，重复 3 组实验。最后置于 105℃烘箱内放置 8 h，取出放凉，再次称重。计算公式如下：种子水分（%）=[（M2-M3）/（M2-M1）]×100%。其中，M1 是样品盒和盖子的重量，M2 是样品盒和盖及样品的烘前重量，M3 是样品盒和盖及样品的烘后重量，以上单位均为克（g）。

1.4.3 种子千粒重测量

采用千粒重法测定种子千粒重。随机选取 2000 粒新鲜穿心莲种子样品，均分为两个平行组，即每个平行组各 1000 粒种子，分别称重，结果保留 3 位小数。计算平均值。

1.4.4 种子生活力测定

随机数取 100 粒净度分析并充分混合的净种子，将穿心莲种子用 30℃-45℃的水完全浸没 24 h，使其充分吸胀。将已浸泡的种子样品放入染色盘中，加入 1%四唑溶液完全淹没种子，并置于 30℃的恒温生化培养箱内避光染色，弃四唑溶液，清水冲洗至冲洗液无色，置于体视显微镜下观察计数。其中，有生活力的种子含有光泽的红色，且染色均匀。不满足以上条件的均为无生活力种子。实验结果用各个重复中有生活力的种子数占供检种子数的百分率表示，最后取其平均值。

1.4.5 种子发芽实验

本实验采用标准发芽法。种子置于 40℃水浴锅，无菌纯水浸种 24 h，75%乙醇消毒 1-2

min，无菌纯水冲洗 2 次，最后置于 10%二氧化氯溶液消毒处理 15 min，用无菌纯水冲洗 3 次。将种子置于含滤纸的培养皿，盖好盖子，放于智能人工气候培养箱进行培养。每个培养皿 100 粒种子，重复 3 次。值得注意的是，滤纸在研究过程中需要保持湿润。种子萌发以胚根突破种皮为标准。研究期间持续观察种子的发芽情况，从萌发第 1 天开始持续记录种子萌发数，当发芽种子数的平均值不足供测种子总数的 1%时，结束发芽试验，分别计算发芽势、发芽率、发芽指数等发芽指标，公式如下：发芽率（GR）=n1/N×100%，发芽势（GR）=n2/N×100%，发芽指数（GI）=ΣGi/Dt，相对发芽率=[（处理发芽率-对照发芽率）/处理发芽率]×100%。其中，n1 为最终达到的正常发芽数；n2 为 6 d 内达到的种子发芽数；N 为供试种子数；Gi 为处理后 t 日的发芽数；Dt 为相应的发芽天数。采用软件 SPSS 24.0 进行各参数的差异性显著性分析。

1.4.6 不同培养温度处理穿心莲种子

将已浸种并消毒冲洗后的种子置于有湿润滤纸的培养皿中，于智能人工气候培养箱中培养，温度控制：设置 3 个恒温水平（35℃、25℃、15℃），光照周期为 12 h（光照），12 h（黑暗），湿度为 65%，每组 100 粒种子，重复 3 次实验。

1.4.7 不同光照时间处理穿心莲种子

智能人工气候培养箱光照条件：无光照（0 h）、半光照/半黑暗（12 h/12 h）、全光照（24 h），温度设置为上述试验中得出的最适温度，湿度为 65%，每组 100 粒种子，重复 3 次实验。

1.4.8 不同种类及浓度植物生长调节剂处理穿心莲种子

40℃温水浸泡 24 h 后的种子，先用不同浓度的 GA₃、NAA、6-BA、IAA、IBA 植物生长调节剂浸种处理 6 h（表 1）。浸种后按标准发芽法消毒。以无菌纯水浸种处理为空白对照组，每组 100 粒种子，每个条件的实验重复 3 次，置于 25℃人工气候培养箱中，光照时间为 12 h，湿度为 65%。当第一粒种子萌发后，每隔 2 d 统计一次萌发数量（萌芽标准以突破种皮为度），持续观测直至种子停止萌发，并统计种子的发芽数据。

表 1 植物生长调节剂处理浓度

生长调节剂	质量浓度（mg/L）				
GA ₃	80	100	150	200	300
NAA	0.1	0.5	1.0	1.5	2.0
6-BA	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0
IAA	30	50	80	100	150
IBA	30	50	80	100	150

2 结果与分析

2.1 穿心莲种子的千粒重与含水量

经测定，实验用穿心莲种子样品的千粒重及含水量分别为：1.407 g、14.14%。根据由广州白云山和记黄埔中药有限公司起草的《中华人民共和国中医药行业标准 穿心莲-种子种苗的等级标准》，此次穿心莲种子样品属于二级种子。

2.2 穿心莲种子的生活力测定

经染色检测发现本次实验所用穿心莲种子生活力测定结果为 37%。

表 2 穿心莲种子生活力

序号	染色种子数目 (粒)	未染色种子数目 (粒)	标准差 (SD)	变异系数 (CV, %)
1	100	68	5.00	13.51
2	100	58		
3	100	63		

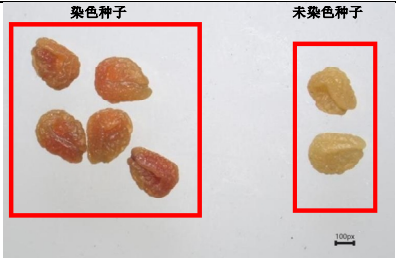


图 1 穿心莲种子生活力染色

2.3 不同培养温度对穿心莲种子萌发的影响

由表 3 可知，25℃培养温度下，穿心莲种子的发芽率和发芽势最高，分别为 30.00%、18.00%。而在 15℃和 35℃下的种子发芽率及发芽势均较低。

表 3 不同培养温度处理对穿心莲种子萌发的影响

温度/℃	发芽势/%	发芽率/%	发芽指数
------	-------	-------	------

15	10.00±2.00b	14.00±2.00b	0.58b
25	18.00±1.00a	30.00±1.00a	1.25a
35	12.00±0.58b	18.00±0.58b	0.75b

2.4 不同光照时间对穿心莲种子萌发的影响

通过实验发现黑暗条件培养穿心莲种子的发芽率和发芽势最高，分别为49.00%、20.00%；而全光照（24 h）处理的种子发芽则最少（表4）。

表4 不同光照处理对穿心莲种子萌发的影响

光照条件	发芽势/%	发芽率/%	发芽指数
无光照（0 h）	20.00±1.00a	49.00±2.00a	2.00a
半光照（12 h）/	18.00±1.00b	30.00±1.00b	1.25b
半黑暗（12 h）			
全光照（24h）	16.00±2.00b	24.00±2.00b	1.00b

2.5 光照和温度对穿心莲种子萌发的主效应分析

经单因素方差分析后，不同光照条件对发芽势及不同光照、温度对穿心莲种子发芽率均具统计学意义（F=28.00、61.815、42.796，P<0.05）。主效应分析结果表明：不同光照及温度处理条件对穿心莲种子发芽率的影响差异更大（F=61.815、42.796，P<0.05）。综合所得，可筛选出对穿心莲种子萌发的较优条件为：光照时间0 h，发芽温度25℃。

表5 光照及温度条件对穿心莲种子发芽势、发芽率影响的主效应分析

发芽势		发芽率	
光照	温度	光照	温度
df	2	2	2
MS	364.00	48.00	511.00
F	28.00	3.692	61.815
P	0.000	0.063	0.000

2.6 不同种类及浓度植物生长调节剂对穿心莲种子萌发的影响

2.6.1 不同浓度 GA₃ 对穿心莲种子萌发的影响

利用不同浓度 GA₃ 处理的穿心莲种子，发现在 GA₃ 浓度为 200 mg/L 的条件下，发芽势、发芽指数均显著高于对照组，而其它处理与对照组并无显著差异（P>0.05）。在所设置的 GA₃ 浓度梯度内，GA₃ 处理的穿心莲种子在 200 mg/L 发芽率最高，而后随浓度增加，发芽率逐渐下降（表6）。另一方面，与对照组相比，当 GA₃ 浓度是 100-300 mg/L 时，种子发芽率均高于对照组。但当浓度为 80 mg/L 时，种子发芽率则低于对照组。综上所述，GA₃ 浓度为 200 mg/L 时，种子的处理效果最好，发芽率可达 48.05%，比对照组高出 18.05%，并与对照组有显著差异（P<0.05），发芽率最低的处理为 80 mg/L，仅为 27.76%，但经分析其与对照组并无显著差异。由此可知，对穿心莲种子萌发较好的 GA₃ 浓度范围在 100-300 mg/L，且浓度为 200 mg/L 时，穿心莲种子萌发的促进效果最好。

表6 不同浓度 GA₃ 对穿心莲种子萌发的影响

序号	GA ₃ （mg/L）	发芽势/%	发芽率/%	发芽指数	相对发芽率/%
1	ck	18.00±1.00b	30.00±1.00b	1.25b	-
2	80	24.00±1.53b	27.76±2.08b	1.08b	92.53b
3	100	32.00±2.65ab	41.11±0.58ab	1.62ab	137.03ab
4	150	34.00±3.21ab	42.34±2.31ab	1.62ab	141.13ab
5	200	34.00±4.36a	48.05±4.62a	1.85a	160.17a
6	300	24.00±3.06ab	40.42±9.54ab	1.54ab	134.73ab

注：同列不同小写字母为差异达显著水平（P<0.05），下同。

2.6.2 不同浓度 NAA 对穿心莲种子萌发的影响

在所设置的 NAA 浓度梯度内，NAA 处理的穿心莲种子在 0.1-1.0 mg/L 范围内随浓度增大，发芽率及发芽指数也随即提高。当浓度为 1.0 mg/L 时，发芽率和发芽指数最高，而后随浓度增加，二者呈下降趋势（表7）。其中，当 NAA 浓度为 0.5-2.0 mg/L 时，种子发芽率均高于对照组，而 NAA 浓度为 0.1 mg/L 时，种子的发芽率与对照组相同。以上结果表明 NAA 处理对穿心莲种子萌发的促进效果较好，且浓度为 1.0 mg/L 处理种子的效果最好，发芽率达 40.00%，比对照组高 10%。综合所得，对穿心莲种子萌发效果较好的 NAA 质量浓度范围在 0.5-2.0 mg/L。当施加的 NAA 浓度为 1.0 mg/L 时，穿心莲种子萌发的促进效果最好。

表7 不同浓度 NAA 对穿心莲种子萌发的影响

序号	NAA（mg/L）	发芽势/%	发芽率/%	发芽指数	相对发芽率/%
1	ck	18.00±1.00ab	30.00±1.00b	1.25b	-
2	0.1	12.00±1.00b	30.00±4.93b	1.25b	100.00b
3	0.5	22.00±1.53a	38.00±2.00ab	1.58ab	126.67ab
4	1.0	12.00±1.53a	40.00±0.58a	1.67a	133.33a
5	1.5	14.00±2.00ab	34.00±2.52ab	1.42ab	113.33ab
6	2.0	18.00±1.53ab	34.00±0.58ab	1.42ab	113.33ab

2.6.3 不同浓度 6-BA 对穿心莲种子萌发的影响

通过不同浓度 6-BA 处理穿心莲种子，发现种子发芽势与对照组均具显著差异。而在发芽率和发芽指数方面，当 6-BA 浓度为 1.0 mg/L 情况下，处理组与对照组无显著差异外（P>0.05），但其它浓度处理均与对照组有显著差异（P<0.05）。在所设置的浓度梯度下，种子发芽率在 2.5 mg/L 达到最高，发芽率达 43.00%。与对照组相比，当 6-BA 浓度为 1.0-2.5 mg/L 时，种子发芽率均高于对照组。当浓度达到 3.0 mg/L 时，种子发芽率低于对照组。其中，在 6-BA 浓度为 2.5 mg/L 情况下，发芽率比对照组高 13.00%，并与对照组有显著差异（P<0.05），因此处理的效果最好。当浓度为 3.0 mg/L 时，种子发芽率最低，仅为 22.00%。由此可得，对穿心莲种子萌发效果较好的 6-BA 质量浓度范围在 1.0-2.5 mg/L，且浓度 2.5 mg/L 对穿心莲种子萌发的促进效果最好。

表8 不同浓度 6-BA 对穿心莲种子萌发的影响

序号	6-BA（mg/L）	发芽势/%	发芽率/%	发芽指数	相对发芽率/%
1	ck	18.00±1.00b	30.00±1.00c	1.25c	-
2	1.0	14.00±1.00c	32.00±1.00bc	1.33bc	106.67b
3	1.5	16.00±1.00c	36.00±2.65b	1.50b	120.00ab
4	2.0	18.00±1.00ac	40.00±1.73ab	1.67ab	133.33a
5	2.5	22.00±2.00a	43.00±4.36a	1.75a	140.00a
6	3.0	12.00±0.58d	22.00±1.00d	0.92d	73.33c

2.6.4 不同浓度 IAA 对穿心莲种子萌发的影响

分别使用不同浓度 IAA 处理穿心莲种子，当浓度为 100 mg/L 时种子发芽势和发芽指数显著高于对照组。而施加其它浓度处理种子，发芽势和发芽指数与对照组均无显著差异（P>0.05）。在所设置的浓度梯度内，发现 IAA 在浓度为 100 mg/L 时种子发芽率最高。与对

照组相比，IAA 浓度为 80 mg/L 和 100 mg/L 时穿心莲种子发芽率均高于对照组。其中，当 IAA 浓度为 100 mg/L 时，IAA 处理的效果最好，种子发芽率达 40.00%，比对照组高 10.00%，有显著性差异（P<0.05）。因此，对穿心莲种子萌发效果较好的 IAA 质量浓度范围在 80-100 mg/L，且当浓度为 100 mg/L 时穿心莲种子萌发的促进效果最好。

表9 不同浓度 IAA 对穿心莲种子萌发的影响

序号	IAA（mg/L）	发芽势/%	发芽率/%	发芽指数	相对发芽率/%
1	ck	18.00±1.00b	30.00±1.00b	1.25b	-
2	30	10.00±1.15b	22.00±1.00b	0.92b	73.33b
3	50	18.00±1.00b	28.00±3.00b	1.17b	93.33b
4	80	22.00±2.00ab	32.00±2.00ab	1.33ab	106.67ab
5	100	22.00±2.00a	40.00±4.00a	1.67a	133.33a
6	150	16.00±2.00b	26.00±2.52b	1.08b	86.67b

2.6.5 不同浓度 IBA 对穿心莲种子萌发的影响

采取不同浓度 IBA 处理穿心莲种子，通过显著性差异分析发现当 IBA 浓度达到 150 mg/L 时，发现种子发芽势与空白对照组有显著差异（P<0.05）。当 IBA 浓度为 100 mg/L 和 150 mg/L 时，种子发芽率及发芽指数与对照组有显著差异（P<0.05）。另外，在浓度为 30-100 mg/L 范围内，穿心莲种子发芽率在随浓度增大呈上升趋势，并在浓度为 100 mg/L 时发芽率最高（表10）。除了 IBA 浓度是 30 mg/L 和 150 mg/L 的时候，使用其他浓度处理穿心莲种子均发现种子发芽率高于对照组。其中，当 IBA 浓度为 100 mg/L 时，发芽率达 36.00%，比对照组高 6.00%，处理的效果最好；而 150 mg/L IBA 处理的种子发芽率最低，仅为 24.00%。由此可知，对穿心莲种子萌发效果较好的 IBA 质量浓度范围在 50-100 mg/L，且 100 mg/L IBA 对穿心莲种子萌发的促进效果最好。

表10 不同浓度 IBA 对穿心莲种子萌发的影响

序号	IBA（mg/L）	发芽势/%	发芽率/%	发芽指数	相对发芽率/%
1	ck	18.00±1.00bd	30.00±1.00b	1.25b	-
2	30	16.00±1.00bd	30.00±1.00b	1.25b	100.00b
3	50	14.00±1.00d	32.00±2.52ab	1.33ab	106.67ab
4	80	14.00±2.00d	34.00±1.53ab	1.42ab	113.33ab
5	100	18.00±0.00ad	36.00±2.00a	1.50a	120.00a
6	150	16.00±2.00c	24.00±1.53c	1.00c	80.00c

3 结论与讨论

种子萌发是个复杂的过程，受到内部因素及外部因素的共同影响。内部因素含种皮障碍、胚发育不完全及种子本身含有抑制物质等，而外部因素有光照、温度和湿度等^[14-16]。在现代生产过程中，种子的萌发可通过适度的外部处理从而使打破休眠。外源施加激素或生长调节剂可以影响种子的生理代谢过程，有助于解除种子休眠促进萌发^[17]。研究发现赤霉素（GA₃）能增加一些植物的细胞分裂及细胞的伸长；类生长素萘乙酸（NAA）、细胞分裂素类 6-苄基嘌呤（6-BA）、生长素吲哚-3-乙酸 IAA 则可以促进细胞分裂分化，诱导不定根的形成，而生长素类吲哚-3-丁酸（IBA）则因生根作用强从而促进种子萌发，这些植物生长调节剂均能在不同程度上促进或抑制种子的发芽^[18-20]。

为了寻找穿心莲种子萌发的优化条件，为下一步穿心莲育苗工厂化提供参考依据，本文没有利用植物组织培养技术，而是直接初步对穿心莲种子进行不同处理，并着重分析了植物生长调节剂对种子萌发的影响，从而筛选出了促进穿心莲种子萌发的较优条件，分别为无光照（0 h）、培养温度 25℃，而植物生长调节剂浸种处理最佳浓度分别为：200 mg/L GA₃、1.0 mg/L NAA、2.5 mg/L 6-BA、100 mg/L IAA、100 mg/L IBA。另外，本文实验结果也表明了这些植物生长调节剂均具有浓度过高或过低均会抑制种子萌发的特性。

尽管本文初筛了各植物生长调节剂促进穿心莲种子的较优浓度范围，但对于促进穿心莲种子萌发的最佳生长条件与工厂化流程仍需进一步开展实验以确定。在工厂化过程中，植物生长调节剂的浓度使用不当会造成严重后果，而本文仅仅单因素初步探讨了 5 种植物生长调节剂（GA₃、NAA、6-BA、IAA、IBA）对穿心莲种子萌发的影响。因此，下一步将尝试寻找并优化混用植物生长调节剂的浓度标准，并开展不同发芽介质、育苗基质等发芽条件的筛选和探索穿心莲种苗的植物组织培养技术。

参考文献：

- [1]国家药典委员会. 中华人民共和国药典（一部）[M]. 北京：中国医药科技出版社，2020：280.
- [2]张晓,唐力英,吴宏伟,等. 穿心莲现代研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24（18）：222-234.
- [3]吴永继,王鹏霞,宋剑武,等. 穿心莲中药血清联合抗菌药对含 fosA3 大肠杆菌的作用研究[J]. 中国兽医杂志, 2015, 51（9）：4.
- [4]顾国龙. 穿心莲内酯抗肿瘤作用研究进展[J]. 科学技术创新, 2017,（34）：2.
- [5]李莹雪. 丹参酮 IIA 与穿心莲内酯及芹菜素协同抗肿瘤作用[D]. 大连理工大学.
- [6]陈元生,罗战勇,郭尚志,等. 穿心莲种质资源的评价与利用初报[J]. 广东农业科学, 2005,（01）：5-7.
- [7]宿昊,申耀荣,蔡靖,等. 不同种源红桦种子的萌发特性[J]. 西北林学院学报, 2021, 36（3）：109-114
- [8]马正兵,刘舒,于晓丽. 不同种源桃金娘种子萌发特性研究[J]. 种子, 2021, 40（5）：132-135.
- [9]黄琴,田伟. 光照与温度互作对酸枣种子萌发的影响[J]. 河北农业科学, 2021, 25（3）：58-60.
- [10]宋晶晶,白丽蓉,李鑫,等. 五种野生杜鹃种子萌发特性[J]. 北方园艺, 2021,（11）：84-89.
- [11]何娟,王志鹏,王建成. 提高陈年番茄种子发芽率的外源物质筛选[J]. 甘肃农业科技, 2021, 52（8）：44-49.
- [12]陈菊艳,袁昌选,邓伦秀,等. 长毛红山茶种子萌发试验研究[J]. 贵州林业科技, 2021, 49（2）：26-28.
- [13]姬璇,林玉凤,吴晓蓉,等. 穿心莲种子无菌萌发条件优化研究[J]. 中药新药与临床药理, 2017, 28（03）：388-391.
- [14]李先民,卜朝阳,卢家仕,等. 4 种处理对杜鹃红山茶种子萌发的影响[J]. 西部林业科学, 2020, 49（02）：75-81.
- [15]颜安,吴敬洁,甘银波. 光照和温度调控种子萌发的分子机理研究进展[J]. 核农学报, 2014, 28（01）：52-59.
- [16]SHU K,LIU X,D,XIE Q,et al.Two faces of one seed: hormonal regulation of dormancy and germination[J]. Molecular Plant, 2016, 9（1）：34-45.
- [17]韦飞翔,杜伟峰,吴杭莎,等. 植物生长调节剂在中药材种植方面的应用现状及其对中药材质量和产量影响的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37（03）：1587-1590.
- [18]北京植物生理学会. 植物生理生化进展[M]. 北京：科学出版社, 1982：78.
- [19]韩德元. 植物生长调节剂——原理与应用[M]. 北京：北京科学技术出版社, 1997.
- [20]周兴源. 植物生长调节剂在蔬菜上的应用[M]. 北京：化学工业出版社, 2002.

骨科糖尿病患者围术期行以学定教式饮食营养教育对 FPG、2hPG 的效果分析

¹ 李珂绮 通讯作者: 杨国艳

昆明市中医医院 云南省昆明 650000

摘要:目的: 评价以学为指导的骨科糖尿病围手术期采用“以学定教”的膳食和营养教育方法对糖尿病病人血糖的影响。方法: 选择 2019 年 1 月~2020 年 12 的月 100 名骨科糖尿病病人, 按照 1: 1 的比例分成两组 (50 名, 选择常规护理组) 和观察组 (50 名, 采用“以学定教”的方式进行营养教育), 并对两组的血糖、营养状况、护理效果、心理状态、自我管理能力和进行统计。结果: 观察组术后 FPG (6.22±1.54) mmol/L, 2 hPG 9.35±2.92 mmol/L, HbA1c (3.02±0.98) % 比对照组低。术后, 观察组白蛋白 37.89±2.11 g/L, 前白蛋白 22.52±2.82 g/L, 总蛋白 69.12±6.11 g/L 均优于与对照组。护理后, 观察组的饮食遵从率为 96.00%, 健康知识掌握率为 96.00%, 护理满意度为 100.00%, 与对照组相比有显著性差异。护理后, 观察组 SAS 评分 (32.05±3.48)、SDS 评分 (30.42±6.96) 均较对照组低, 差异有显著性; 观察组的自我管理水明显高于对照组。结论: 以学定教的膳食与营养教育对骨科糖尿病病人的围手术期护理有明显的疗效, 可以改善病人的营养状况, 同时也可以促进病人的血糖控制和自我管理, 具有一定的参考价值。

关键词: 骨科糖尿病; 围术期; 以学定教式饮食营养教育; FPG; 2hPG; 饮食依从性

引言

所谓“以学定教”, 就是根据学生的身心规律和学习能力, 确定教学方法和教学内容。历史源远流长, 但实际需求日盛, 因此, 我们提出了“以学定教”的教学模式, 以保证病人的饮食结构, 稳定血糖, 并加强营养支持, 促进病人的康复。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院门诊在 2019 年 1 月~2020 年 12 月收治 100 名患有骨科糖尿病的病人, 按照 1: 1 的比例将其分成两个小组。对照组 50 名患者中, 28 名男性, 22 名女性; 52~70 岁, 平均年龄 (60.14+7.25); 病程为 3~8 年, 平均年为 5.25~0.24; 学历: 初中生 20 例, 高中及以上者 18 例, 本科及以上者 12 例。在 50 名患者中, 男性 27 名, 女性 23 名。51~70 岁, 平均年龄为 60.05~6.25; 病程为 3~8 年, 平均年为 5.01 (0.14); 学历: 初中生 21 例, 高中及以上者 18 例, 本科及以上者 11 例。这项研究被提交到了医院的道德委员会, 并且通过了。

入选条件: ①《2 型糖尿病诊断指南》2013 版; ②能正常进食; ③没有精神和认知方面的问题; ④自愿参加本试验并签署《知情同意书》的患者; ⑤病程超过 3 年的患者; ⑥能够进行正常的交流和沟通; ⑦不存在听觉和认知功能损害的患者。

排除条件: ①缺乏临床数据的患者; ②有严重的并发症; ③有其它恶性肿瘤的人; ④有认识和听力的人; ⑤有肝、肾、心、肺、精神方面的疾病; ④遗失的病历; ⑤有过营养不良史的人; ⑥未受过小学教育的人。

1.2 方法

对照组采用常规方法进行治疗。在住院后, 护理人员按照医嘱、临床护理制度对其进行基本的护理, 并对其进行健康教育, 使其了解其病因、治疗方案和疗效; 其次, 重视病人的膳食管理, 让病人掌握合理的膳食计划, 每天精确地监控和记录血糖的变化, 以便医生能根据病情及时调整药物的使用。

观察组采用“以学定教”的膳食营养教育方式: ①组成护士长、责任护士、营养师、医师组成的护理团队, 并请专家进行培训, 让学生了解以学定教的方法、重要性和目的。②饮食结构评价: 对患者在住院 24 小时内进行糖尿病知识调查表和饮食调查表, 了解患者的饮食习惯等情况, 以评价为依据。③营养教育: 按照目标明确、自学指导、检查自学、讲解等步骤进行, 以病人入院当日的评价为依据, 安排膳食, 明确骨科糖尿病病人的膳食管理, 不仅

可以提高血糖的控制效果, 还可以延缓糖尿病并发症的发生; 为了使病人的血糖保持在合理的范围之内, 护理人员应加强对骨科糖尿病病人的膳食管理, 使病人的血糖保持在一个合理的范围之内。在日常饮食中, 要保证蛋白质 15%~20%、碳水化合物 50~60%、脂肪 20%~25%, 同时还会给病人提供糖尿病膳食指南和膳食健康评价, 并根据病人和家人的需要, 及时回答, 并引导他们通过关注“糖尿病饮食”公众号、阅读宣教手册等进行自主学习; 护士应在日常工作中多进行病房巡查, 指导病人的问题, 并鼓励病人和家人一起参加膳食管理, 以激发学生的学习热情。④建立一份膳食日志, 内容包括年龄、日需求量、标准体质量、身体质量、膳食、日期、血糖水平等, 并向病人提供膳食卡路里, 以便指导病人了解膳食卡路里的转换, 并精确地计算出每天所需的卡路里。⑤食品计量: 向病人介绍电子体重的食物交换规则, 负责护理人员每天检查病人的膳食计划, 并与营养师交流指导方案中的缺陷, 并及时引导病人调整膳食, 使其处于一个较好的状态。⑥膳食结构: 每天要坚持少吃多餐, 午餐和晚餐之间可以吃猕猴桃、西瓜、草莓等低糖水果; 蛋白质主要是鲑鱼, 牛奶, 鸡蛋, 黄豆, 芝麻, 核桃等; 碳水化合物主要有山药, 百合, 藕, 粗粮等; 其中, 花生油、花生、豆油等是主要的油脂, 每天约有 1/5 的卡路里, 而中国和晚餐则是 2/5。

1.3 观察指标

采用随机血糖监视器对治疗前后的空腹血糖 (FPG)、餐后 2 小时血糖、糖化血红蛋白 (HbA1c) 进行了检测。取病人的手部正中静脉血 3 mL, 用 3000 r/min 的转速离心 10 分钟, 用化学定量方法检测血清白蛋白、前白蛋白和总蛋白含量。护理满意度 (由医院自行发放的“满意度调查表”评定, 得分为 0~100, 得分越接近 100 分, 说明对护理工作的满意度)、饮食依从性 (参照 Morisky 量表, 得分 0~100 分, 越接近 100 分, 说明护理质量越好)。用 SAS 和 SDS 量表对焦虑、抑郁状态进行评估, 分值为 0~100, 得分越接近 100, 情绪状态越差; 参照 SMAS 量表, 从饮食、运动、情绪、症状、健康观念、作息、环境等方面对病人的自我管理能力和进行评估, 分值为 0~100, 得分愈接近 100, 说明其自我管理水水平较高。

2 结果

2.1 两组患者血糖水平对比

两组 FPG、2 hPG、HbA1c 在治疗前后比较无显著性差异; 观察组术后 FPG (6.22±1.54) mmol/L, 2 hPG 9.35±2.92 mmol/L, HbA1c (3.02±0.98) % 明显降低, 两组间比较有显著性差异。请参阅表格 1。

表 1 两组患者血糖水平对比 (x±s)

组别	FPG (mmol/L)		2 hPG (mmol/L)		HbA1c (%)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=50)	10.25±2.48	6.22±1.54	15.05±2.42	9.35±2.92	9.25±0.99	3.02±0.98
对照组 (n=50)	10.21±2.34	9.34±2.62	15.34±2.35	14.25±2.46	9.24±0.98	6.25±1.05
t 值	0.082	7.259	0.670	9.074	0.051	15.902
P 值	0.934	<0.001	0.503	<0.001	0.959	<0.001

2.2 两组患者营养状态对比

在护理前, 白蛋白、前白蛋白、总蛋白比较均未见显著性差异; 治疗后, 观察组白蛋白

37.89±2.11 g/L, 前白蛋白 22.52±2.82 g/L, 总蛋白 69.12±6.11 g/L, 与对照组比较有显著性差异。请参阅表格 2。

表 2 两组患者营养状态对比[(x±s), g/L]

组别	白蛋白		前白蛋白		总蛋白	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=50)	20.25±1.61	37.89±2.11	12.12±1.11	22.52±2.82	40.38±2.11	69.12±6.11
对照组 (n=50)	25.02±2.14	20.24±1.62	12.13±1.13	15.35±2.02	40.39±2.09	50.31±5.05
t 值	0.031	30.281	0.044	14.615	0.023	16.779
P 值	0.975	<0.001	0.964	<0.001	0.981	<0.001

2.3 两组患者护理效果对比

观察组的卫生知识掌握率为 96.00%，饮食依从度为 96.00%，护理满意度为 100.00%，与对照组相比有显著性差异。请参阅表格 3。

表 3 两组患者护理效果对比[n (%)]

组别	例数	健康知识掌握度	饮食依从性	护理满意度
观察组	50	48 (96.00)	48 (96.00)	50 (100.00)
对照组	50	38 (76.00)	40 (80.00)	44 (88.00)
χ ² 值		8.305	6.061	4.432
P 值		0.003	0.013	0.035

2.4 两组患者心理状态对比

两组 SAS 和 SDS 评分在护理之前比较无显著性；护理后，SAS 评分(32.05±3.48)、SDS 评分(30.42±6.96)均较对照组低。请参阅表格 4。

表 4 两组患者心理状态对比[(x±s), 分]

组别	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=50)	54.11±2.06	32.05±3.48	52.22±2.14	30.42±6.96
对照组 (n=50)	54.25±2.08	46.48±3.82	52.28±2.35	42.25±5.99
t 值	0.338	19.745	0.133	9.109
P 值	0.736	<0.001	0.894	<0.001

2.5 两组患者自我管理能力对比

观察组在饮食、运动、情绪、症状、健康观念、作息、环境等方面得分上均显著高于对照组。请参阅表格 5。

表 5 两组患者自我管理能力对比[(x±s), 分]

组别	饮食	运动	情绪	症状	健康观念	作息	环境
观察组 (n=50)	92.25±8.52	90.25±8.48	91.48±8.97	90.88±6.82	91.48±4.89	90.25±2.92	91.32±2.69
对照组 (n=50)	75.42±8.42	74.25±6.91	80.25±6.71	80.34±4.96	80.25±3.91	81.65±2.81	80.34±2.96
t 值	9.934	10.342	7.088	8.837	12.683	15.005	19.411
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

糖尿病教育是骨科糖尿病病人围手术期的一项重要工作，病人需要在短时间内掌握有关饮食的知识，从而提高他们对血糖的认识，从而促进身体各方面的恢复。本论文以学定教的膳食营养教育为例，探讨其在骨科糖尿病病人中的护理作用，并以日常护理为对照，发现护理后，观察组 FPG (6.22±1.54) mmol/L，2 hPG (9.35±2.92) mmol/L，HbA1c (3.02±0.98) %，说明了以学定教方式进行膳食营养教育的意义。其原因在于，以学定教是针对受术者的身心状况和学习能力，明确其教学方法和教学内容，不仅可以改善病人的学习能力，还可以用于自身的饮食管理，从而有效地控制自己的饮食，从而达到稳定的血糖水平，进而促进骨科病人的伤口愈合。以学定教式营养教育是“医学为本”，一切教学活动都是以提高患者掌握程度为主要内容，在住院 24 小时内，通过问卷了解患者的认知、饮食等实际状况，并进行针对性饮食指导，引导患者自主参与、积极配合、高效学习，从而改善其遵医行为，达到优化血糖控制水平的目的。相对于传统的营养管理，以学定教型的健康教育，需要护士通过使用膳食日志的方式，对病人进行详细的膳食记录，告诉他们不同的饮食对血糖的影响；糖尿病的发生不但会影响身体的各个功能代谢，还会加重本身的病情，所以在日常护理中除了要注意饮食方面的护理外，还要注意做好健康的心理宣教和心理疏导，让患者在日常生活中要保持良好的心态，以积极的心态对待疾病，同时也要注意防止不良情绪导致的心理应激反应；其次，适当的锻炼可以促进人体的新陈代谢，增强机体的免疫力和抵抗力。本研究的缺陷是，本研究的方案设计简单，没有对照骨科糖尿病病人的护理后并发症，只能证明学定教学法可以提高病人的血糖和饮食的遵从性，因此需要进一步的研究设计，以达到治疗骨科糖尿病的目的。

在“以学定教”的膳食营养教学模式下，护士应遵循“医学为本”的原则，开展一系列的教学活动，引导患者积极参与，积极配合，提高学习效率，提高患者的遵医行为，提高患者的血糖控制水平。与传统的糖尿病教育模式相比，“以学定教”的饮食营养教育需要护士通过饮食日志来记录患者的饮食习惯，告诉他们不同的饮食习惯对血糖的影响，这样才能找到更有营养的饮食，既能让患者吃的更有营养，又能保持血糖的稳定，又能在尊重患者的饮食习惯

的情况下，通过饮食的干预来改善患者的精神状况。

总之，以学定教的膳食与营养教育对改善骨科糖尿病病人的血糖有一定的帮助，同时也可以提高病人的自我管理和健康知识，并在日常生活中遵循医生的建议，是值得学习的。

参考文献：

[1]马青, 刘红, 范晓婷, 邵明霞, 程雪兵, 孙金红, 刘娜.专科护士主导下的骨科围术期糖尿病患者血糖管理模式的构建与实践[J].齐鲁护理杂志, 2020, 26 (12): 21-24.

[2]王静, 陈伯华, 殷晓芹, 吉顺莉, 罗佳, 贝宇飞, 赵文霞, 高捷.临床药师参与骨科围术期 2 型糖尿病患者血糖管理的实践与效果分析[J].实用药物与临床, 2020, 23 (03): 268-271.DOI: 10.14053/j.cnki.ppcr.202003018.

[3]赵莎, 程小慧.个性化护理在骨外科糖尿病患者围术期中的应用研究[J].智慧健康, 2020, 6 (04): 63-64.DOI: 10.19335/j.cnki.2096-1219.2020.04.026.

[4]马立波.骨科糖尿病患者围术期应用个性化护理模式的初步探讨[J].糖尿病新世界, 2018, 21 (11): 124-125.DOI: 10.16658/j.cnki.1672-4062.2018.11.124.

[5]林燕明, 陈鑫鑫.骨科糖尿病患者应用个性化护理模式在围术期内的应用[J].糖尿病新世界, 2018, 21 (01): 114-115.DOI: 10.16658/j.cnki.1672-4062.2018.01.114.

[6]卢立锦.以学定教式饮食营养教育在骨科糖尿病患者围术期护理中的应用效果[J].中华现代护理杂志, 2017, 23 (02): 242-245.

[7]曹志燕.骨科糖尿病患者围术期的血糖管理[J].中西医结合护理 (中英文), 2016, 2 (02): 82-83.

[8]杨杨.个性化护理在骨科糖尿病患者围术期的应用分析[J].检验医学与临床, 2015, 12 (14): 2074-2075.

[9]李淑英, 徐英华, 任艳玲, 方亚群, 张义龙.个性化护理模式在骨科糖尿病患者围术期的应用效果研究[J].重庆医学, 2013, 42 (31): 3806-3808.

[10]张素文.骨科糖尿病患者围术期的护理[J].基层医学论坛, 2013, 17 (06): 725-726.

《饮膳正要》抗衰老类药膳整理研究

谢萨其拉古拉

内蒙古医科大学 内蒙古呼和浩特 010110

摘要：被誉为我国第一部营养学著作——《饮膳正要》中的药膳资源非常丰富。文章针对书中滋补抗衰老类药膳的食疗方进行整理与数据分析，进一步阐明抗衰老类药膳的应用与配伍特点，旨在为现代抗衰老及养生康复方面提供理论参考。

关键词：饮膳正要；药膳；抗衰老

Abstract: Known as China's first dietetics work - "Yinshanzhengyao" medicinal diet resources are very rich. The article sorted out and analyzed the therapeutic prescription of nourishing and anti-aging medicinal diet in the book, further clarified the application and compatibility characteristics of anti-aging medicinal diet, aiming to provide theoretical reference for modern anti-aging and health rehabilitation.

Key words: Yinshanzhengyao; Anti-aging; Medicinal food

蒙古民族自古以来非常注重饮食养生的传统。在历史的长河中以蒙医基础理论为指导,结合蒙古地区自然环境以及生产生活方式,并利用蒙古地区独特的食物特性调节机体功能而达到养生保健之目的。元代饮膳太医忽思慧所撰的《饮膳正要》是我国甚至是世界上最早的营养学专著。全书分成3卷,首卷载三皇圣纪、养生避忌、妊娠食忌、乳母食忌、饮酒避忌、聚珍异饌六篇;卷二载有诸般汤煎、诸水、神仙服饵、四时所宜、五味偏走、食疗诸病等多为颇有价值的食疗方剂;卷三收录米谷、兽、禽、鱼、果、菜、料物等食物本草,并详细列出每一味食物的性味、主治病症,有无毒性,制饌方法和配伍禁忌等。

本文从蒙医药理论角度出发,对《饮膳正要》古籍本以及现代注释本进行比对,筛选出具有“补中益气、补肾治虚弱、虚劳、补五藏、延年益寿”等抗衰老作用的药膳方和食疗方,在此基础上进行聚类分析,阐述其应用及配伍特点,旨在为当代社会的国民健康事业提供参考。

1 数据整理

按照卷别分类,并根据药膳组成特点将药膳分为单品与合方,进行梳理统计。单品中按照食材品别分为兽类、米谷类、菜类、禽类、鱼类、果类及料物类等类型。合方中按照膳食形态分为酒、粥、汤、丸、煎、羹等类型。同时,还列出常用药膳的原文功效描述及药膳中所含的抗衰老药物的现代研究灯。比如:马思菩古汤属抗衰老药膳,属合方,为汤类。在卷一“聚珍异饌”记载:“补益,温中,顺气”方中所含羊肉、草果有祛瘀依、温中补虚之功。

2 数据统计分析

据统计筛选,《饮膳正要》里具有抗衰老类功效的药膳共204种,其中合方为73首,单品为131味。卷一聚珍异饌46首合方,卷二诸般汤煎7首合方,卷二神仙服食4首合方,10味单品,卷二食疗诸病18首合方。卷三米谷品20味单品,兽品34味单品,禽品19味单品,鱼品8味单品,果品11味单品,菜品20味单品,料物性味7味单品。

3 类型分布情况

参考《中国食疗药膳学》^[1]的分类方法,《饮膳正要》中的单品分为兽类、菜类、米谷类、鱼类、禽类、果类、料物类七大类。类别分布情况见表1。

表1 抗衰老类合方药膳类型分析情况

药膳类型	数目	比率
汤类	21	25.61%
酒类	8	9.76%
羹类	9	10.8%
煎类	3	3.66%
粥类	11	13.41%
膏类	4	4.88%
丸类	0	0.11%
其他	26	37.71%
共	82	

注:其他类含粉类10种,面类8种,其他8种

由表1看出,抗衰老类合方药膳中,汤类比率最大,其次为粥、羹、煎。汤膳是自古以来药膳中最常见的一种形式。如清代作者薛宝成在文中《素食说略》所述:“菜之味在汤,而素菜尤以汤为要”,表明其营养价值极高,是食养的最佳选择。

表2 抗衰老类单品药膳类型分析情况

药膳类型	数目	比率
米谷类	13	10.66%
果类	11	9.02%
禽类	19	15.57%
兽类	34	27.87%
菜类	30	24.59%
鱼类	8	6.56%
料物类	7	5.74%
共	122	

由表2看出,抗衰老类单品药膳中,兽品比率最大,次之菜品。可见蒙古族人民以肉类为主菜类的饮食习惯。卷一聚珍异饌中药膳组方中含羊肉的药膳比率为91.30%,可看出蒙古族人民最常食用的兽类食物就是羊肉。《本草纲目》中载北齐徐之才曰:“补可去弱,人参、羊肉之属是也”,同时引述了中医“脾胃学说”的创始人金代著名医家李东垣的话:“羊肉补形,人参补气”,足见羊肉的补益作用可与人参相媲美。

4 药膳举隅

《饮膳正要》是元代蒙古族饮膳太医忽思慧所著医学和营养学合一的著作。整书以蒙医基础理论的寒热理论和滋补理论为总纲并贯穿始终。蒙古族很早就认识了饮食疗法来防护疾病未病先防的理念。在日常生活中积累了用家畜肉、野兽肉、奶制品类、以及菜品类为滋补身体的经验。尤其善用绵羊肉及其肉汤调护身体治疗疾病。其中不难看出药食同源的食疗药膳---大麦汤、天门冬膏、金髓煎、酸枣粥、黍米、蒙古韭等。

4.1 大麦汤

大麦汤

温中下气,壮脾胃,止烦渴,破冷气,去腹脹。

羊肉(一脚子,卸成事件)草果(五个)大麦仁(二升,滚水淘洗净,微煮熟)上件,熬成汤,滤净,下大麦仁,熬熟,盐少许,调和令匀,下事件肉。

羊肉性温热,具有暖中补虚、补气滋阴、开胃和健力之功效。在多部古籍文献中被称为补元阳益气血的温热补品。据文献显示,内蒙古阿尔巴斯山羊肉含有丰富的蛋白质,含有人体必需的微量元素铁和磷,尤其是含有重要的微量元素硒^[2],符合现代人们对肉食产品健康饮食的要求。草果为药食同源植物性,性温,祛寒性赫依,助胃火,促消化之功。研究表明,草果具有调节胃肠功能、减肥降脂、降血糖、抗氧化、抗肿瘤、防霉和抗炎镇痛等药理作用^[3]。大麦仁是是蒙古地区常见的功能性植物,其含有的大麦乳酸菌发酵液提取物多酚具有抗氧化抗

衰老作用^[4]。

4.2 天门冬膏

天门冬膏

去积聚,风痰,癰疾,三虫,伏尸,除瘟疫。轻身,益气,令人不饥,延年不老。

天门冬(不以多少,去皮,去根、须,洗净)上件捣碎,布绞取汁,澄清滤过,用磁器、沙锅或银器,慢火熬成膏。每服一匙头,空心温酒调下。

天门冬是蒙医常用的滋补壮阳药,性温,具有止滑精、滋补壮阳、祛黄水镇赫依、清伏热、镇热功效。文献显示天门冬具有镇咳平喘、祛痰、止泻、抗菌、抗炎、抗氧化及抗肿瘤等多种药理功能^[5-6],药食同源的传统蒙药。

4.3 金髓煎

金髓煎

延年益寿,填精补髓,久服发白变黑,返老还童。

枸杞(不以多少,采红熟者)右用无灰酒浸之,冬六日,夏三日,于沙盆内研令烂细,然后以布袋绞取汁,与前浸酒一同慢火熬成膏,于净磁器内封贮。重汤煮之,每服一匙头,入酥油少许,温酒调下。

枸杞是性平,具有散“恶血”,清热之功。是民间常用的养生保健食品含有糖类、维生素、色素、脂肪类、生物碱类、黄酮类、氨基酸和矿质元素等,具有降血糖降血脂抗肿瘤、抗氧化、抗衰老、抗辐射等作用价值^[7]。

4.4 酸枣粥

酸枣粥

治虚劳,心烦,不得睡卧。

酸枣仁(一碗)右用水,绞取汁,下米三合煮粥,空腹食之。

酸枣是一种常用的药食同源蒙药。在内蒙古广泛分布,资源蕴藏量巨大。酸枣主要含有三萜类和有机酸类成分和黄酮、多糖、氨基酸、微量元素等。现代药理研究表明酸枣具有改善睡眠、抗氧化、保肝、调节免疫力等多种药理作用^[8]。

4.5 黍米

黍米

味甘,平,无毒。

主益气补中,多热,令人烦。久食昏人五脏,令人好睡,肺病宜食。

黍米又称糜子米,炒米是由糜子制作的,蒙古族饮食中不可缺少的食品之一,其蛋白质的质量较好,含有较多的苏氨酸、蛋氨酸、亮氨酸。因其含水量少、存储期长、不易变质、便于携带,至今仍未广大牧民家庭视为迎宾待客必不可少的佳味^[9]。

4.6 韭

韭

味辛,温,无毒。

安五脏,除胃热,下气,补虚。可以久食。

蒙古韭是草原上最常见的植物,含有多种矿物质和维生素,如铁、钾和维生素A、维生素C等。韭菜中具有杀菌消炎作用的硫化物,所以有助于人体提高自身免疫力,还能帮助人体吸收维生素B1及维生素A等作用^[9]。一束韭菜的β-胡萝卜素刚好是一天所需的能量,韭菜热量较低,含水量高达85%,一直有“菜中之荤”的美称。

《饮膳正要》是一部学术水平和实用价值较高的食药同源著作。内蒙古独特的地理环境和气候条件,孕育了丰富的药食同源资源,如酸枣、黍米、蒙古韭还有各种肉类牛羊羊肉等地方特色药食两用的动植物资源,因其显著的药理活性,为内蒙古当地各族人民群众的生命健康和养生保健提供了必要的保障。本文对蒙医药学滋补五藏、补肾治虚、延年益寿的角度对症辨药,基于《饮膳正要》整理综述了具有补中益气、补肾治虚弱、补五藏作用的药膳,并举例内蒙古地区常见药食同源药膳在抗衰老这一领域的研究进展。

5 展望

随着经济实力和水平的提高,我国人口老龄化问题越来越严峻,如何延缓衰老,成为了社会主流趋势。然而通过日常饮食达到防病于未然,延年益寿的目的也是人们所向往的,目前我国对药食同源中药抗衰老研究进展有了一定的进展,但远远达不到日常应用需求,作为一名少数民族地区科研人员,期盼把蒙医药学与营养学、基础医学、生态学...等多种交叉学科有机结合,开展研究衰老机制及延缓衰老日常保健品及药膳,为当今社会日益严重的人口老龄化压力,延缓衰老,抵抗老年疾病添绵薄之力。也为内蒙古地区药食同源资源综合开发与利用提供一定的参考依据,促进内蒙古地区药食同源资源产业化得到合理、有效、可持续的发展,助力“脱贫攻坚”与“乡村振兴”,弘扬中华传统中医药文化,助力打造健康中国。

参考文献:

- [1]袁宏,蒋希成.中国食疗药膳学[M].西安:西安交通大学出版社,2017.
- [2]马晓丽,杨晓军.内蒙古阿尔巴斯山羊肉营养成分分析[J].黑龙江畜牧兽医,2017(1): 82-83.
- [3]代敏,彭成.苹果的化学成分及其药理作用研究进展[J].中药与临床,2011;2(4): 55.
- [4]牛萌萌,王妍,门彩玉,梁师鑫,唐宗辉,朱立斌,王坤.米根霉和乳酸菌混合固态发酵大麦仁工艺优化及其抗氧化活性,食品工业科技[J].2018,39(22): 1002.
- [5]卢晶,刘敏.植物天门冬资源分布及药理分析-评<天门冬种质资源与药理及其药养应用研究>[J].中国农业资源与区划,2020,41(04): 65.
- [6]李武,倪敏.药用植物天门冬的药用活性研究进展[J].农技服务,2017,34(06): 3.
- [7]李建学,黎祥富,刘学龙,张晓博,王鹏君.枸杞化学成分及其药理作用的研究进展[J].食品安全导刊,2016(24): 74.
- [8]解玉军,李泽,崔小芳,裴香萍,闫艳,杜晨晖.酸枣化学成分及药理作用研究进展[J].中成药,2021,43(05): 1269.
- [9]干振涛,靳国章.《饮膳正要》中蒙古族传统植物食材的开发研究[J].食品研究与开发,2012,11(33): 239.

玉灵膏对失眠人群疗效观察

叶卫玲¹

¹浙江省台州市第一人民医院院桥分院中药房 台州黄岩 318025

摘要：目的：观察玉灵膏对失眠人群的疗效。方法：观察组 60 例失眠人群，采用玉灵膏食疗，每日 1 次，每次 15 g，2 个月为 1 个疗程；对照组 60 例失眠人群，采用谷维素片口服。通过服用玉灵膏和谷维素片治疗前后的临床指标对比，观察玉灵膏对失眠人群的疗效。结果：相比谷维素组，玉灵膏组改善睡眠的效果更显著（均 $P<0.05$ ），玉灵膏组女性有效率 96.67%；男性有效率 70.00%；总有效率 83.33%。结论：玉灵膏对失眠人群疗效显著，且女性有效率高于男性。

关键词：玉灵膏；失眠人群；疗效

Effect of Yuling ointment on insomnia population

Weiling Ye, Yi Tao

Objective: To observe the curative effect of Yuling ointment on insomniacs. **Methods:** 60 patients with insomnia in the observation group were treated with Yuling Ointment, 15 g once a day, 2 months as a course of treatment; 60 patients with insomnia in the control group were treated with oryzanol tablets orally. By comparing the clinical indicators before and after taking Yuling ointment and oryzanol tablets, the efficacy of Yuling ointment on insomniacs was observed. **Results:** Compared with the oryzanol group, the effect of improving sleep in the Yuling ointment group was more significant ($P<0.05$). For women, the response rate of Yuling Ointment is 96.67%; For men, the response rate of Yuling Ointment is 70.00%. The total response rate of Yuling Ointment is 83.33%. **Conclusion:** Yuling ointment has a significant effect on insomnia, and the effective rate for women is higher than that for men.

Key words: Yuling ointment; Insomnia population; curative effect

[about the author]Ye Weiling, director of traditional Chinese medicine, is a 19 level inheritor of national characteristics of traditional Chinese medicine.

失眠是以一系列昼夜症状为特征的疾病,主要包括以入睡困难、易醒、早醒为主的睡眠满意度差和以疲劳、情绪障碍、认知功能降低为主的日间功能障碍^[1]。现代社会竞争激烈,生活压力大,失眠的发病率急剧上升,中国人口中有百分之十到二十的人口患有睡眠障碍。长期失眠引起精神涣散,倦怠乏力,严重影响日常工作和生活。现代西医药物治疗相关症状多选用苯二氮受体激动剂、选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂等,约 40%的病人症状无法持续缓解^[2-3],而且可能带来多种不良反应^[4-5]。传统中医药治疗效果较好,但中药汤剂煎煮麻烦,汤剂味道患者难以接受。怎样选择一种既有效、又无副作用且使用方便口感好的中医药调理方法,改善失眠症状呢?我们从古代医家的记载里寻找答案。失眠古称不寐,目不瞑。失眠的病机是阳不入阴,正如《临证指南医案 不寐》曰:“不寐之故,虽非一种,总是阳不交阴所致。”^[6]而气血亏虚是主要的原因,《诸病源候论 虚劳喜梦候》曰:“夫虚劳之人,血气衰损,脏腑虚弱,易伤于邪。邪从外集内,未有定舍,反淫于脏,不得定处,与营卫具行,而与魂魄飞扬,使人卧不得安。”《景岳全书》中对“无邪而不寐”论曰:“无邪而不寐者,必营气之不足也。营主血血虚无以养心,心虚则神不守舍……以致终夜不寐,或忽寐忽醒而神魂不安等证,皆宜营养养气为主治。”^[7]所以补益气血是治疗失眠的根本办法。罗大伦老师在中央电视台养生栏目大力推广的玉灵膏乃千古名方,能补气养血,滋阴补肾,健脾养胃,补而不燥,药食两用,安全无副作用,使用方便,口感合适,适用人群广。为了探讨玉灵膏对失眠人群的疗效,笔者自 2021 年 6 月-2021 年 12 月对本院就诊的 120 例失眠人群服用玉灵膏或谷维素片后的效果进行回顾性比较研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机抽样法选取本院 120 例失眠患者,其中女性 60 人,男性 60 人,观察组 60 例,其中男性 30 例,女性 30 例;年龄 26~63 岁,平均 40.3±12.7 岁;对照组 60 例,其中男 30 例,女 30 例;年龄 25~65 岁,平均 42.7±13.6 岁,2 组的一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准:

参照《中国精神障碍分类与诊断标准第三版》(CCMD-3)拟定^[8]

- (1) 存在一种或多种睡眠障碍(几乎以失眠为唯一的症状):入睡困难、睡眠不深、睡眠时间短、无睡意、多梦易醒或醒后不适感、醒后不易再睡等;
- (2) 上述症状每周发生≥3 次,持续≥1 个月;

表 1. 两组治疗前后睡眠质量比较 (分, $\bar{x}\pm s$, $n=60$)

组别	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	日间功能	总分
玉灵膏	治疗前	2.5±1.1	2.0±0.9	2.4±0.9	2.2±1.0	1.8±1.1	2.2±1.0
	治疗后	1.9±0.61	1.5±0.5	1.8±0.6 ¹⁾ (T=4.30, P=0.000)	1.6±0.8 ¹⁾ (T=4.30, P=0.000)	1.5±0.5 ¹⁾ (T=1.92, P=0.058)	1.6±0.4 ¹⁾ (T=4.32, P=0.000)
		(T=3.71, P=0.000)	(T=3.76, P=0.000)				(T=14.27, P=0.000)
谷维素	治疗前	2.5±1.0	2.1±1.0	2.3±0.8	2.1±0.9	1.9±1.0	2.1±0.8
	治疗后	2.1±0.5 ¹⁾ (T=2.77, P=0.007)	1.7±0.8 ¹⁾ (T=2.42, P=0.017)	2.0±0.6 ¹⁾ (T=2.32, P=0.022)	1.8±0.9 ¹⁾ (T=1.83, P=0.07)	1.6±0.7 ¹⁾ (T=1.90, P=0.06)	1.7±0.8 ¹⁾ (T=2.74, P=0.007)
							(T=11.35, P=0.000)

1) 表示与治疗前比较, $P<0.05$; 2) 表示与谷维素治疗组比, $P<0.05$

2.2 两组治疗前后中医证候积分比较, 两组治疗前中医证候积分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$) 两组治疗后中医证候积分失眠、神疲乏力、面色㿗白、气短懒言、多梦易

- (3) 对睡眠数量、质量的不满而引起显著的苦恼或其妨碍社会功能;
- (4) 排除躯体疾病导致的继发性失眠;
- (5) 匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 评分≥8 分

1.2.2 中医诊断标准:

参照 2012 年版《中医病证诊断疗效标准》中“不寐”的诊断标准拟定^[9]

- (1) 轻者入睡困难或寐而易醒, 醒后不寐, 重者彻夜难眠。
- (2) 常伴有头痛, 头昏, 健忘, 多梦等症。
- (3) 经各系统和实验室检查未发现异常。

1.3 玉灵膏来源 为了保证玉灵膏的纯正, 笔者自制玉灵膏给患者服用。玉灵膏由加拿大进口西洋参及桂圆肉制成, 产品购自浙江台州英特中药饮片有限公司, 经杨典军主管中药师鉴定为正品。将加拿大进口西洋参打粉, 按桂圆肉和西洋参 10: 1 的比例混匀, 用米汤蒸制 48 小时, 制成味甘微苦微酸的黑色发亮膏体。

1.4 治疗方法 观察组 60 例给予服用玉灵膏治疗, 每天一次, 每次 15g (一调羹) 加温开水搅匀, 在晚上睡前一小时服用。对照组 60 例给予能调节自主神经功能紊乱的谷维素片口服, 10mg/次, 3 次/天。连续服用 2 个月。治疗期间停用其他有干扰的滋补药物, 感冒期间停药。

1.5 (1) 观察指标采用匹兹堡睡眠质量指数 PSQI 量表评估患者睡眠情况, 内容包括睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、日间功能等 6 项, 各项分值 0-3 分, 总分 18 分, 分数越高睡眠质量越差。(2) 比较两组治疗前后中医证候表现情况, 中医证候观测中参照心脾两虚型失眠诊断标准制定的中医证候量表, 包括失眠、神疲乏力、面色㿗白、气短懒言、多梦易醒、头昏等症状。(3) 比较两组治疗效果, 评定标准参照《中药新药临床研究指南》, 其中: 治愈, 症状消失, 精神充沛, 停药后不复发; 显效, 症状消失, 睡眠质量良好, 停药后不复发; 有效, 症状明显改善, 停药后部分反复; 无效, 症状没有改善。统计方法采用 SPSS26.0 软件进行 χ^2 检验和单因素方差分析。

2 结果

2.1 两组治疗前后睡眠质量比较 两组治疗前 PSQI 各项目评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。两组治疗后 PSQI 总分、睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍及日间功能均较治疗前好转, 且相比谷维素组, 玉灵膏改善睡眠的效果更显著 (均 $P<0.05$), 见表 1。

醒及头昏均较治疗前好转, 且相比谷维素组, 玉灵膏改善睡眠的效果更显著 (均 $P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组治疗前后中医症候积分比较 (分,x±s,n=60)

组别		失眠	神疲乏力	面色㿗白	气短懒言	多梦易醒	头昏
玉灵膏	治疗前	3.8±1.1	2.4±0.8	1.8±0.8	1.5±1.0	1.8±1.1	1.8±1.0
	治疗后	0.9±0.7 ^{1) 2)} (T=17.23, P=0.000)	0.5±0.4 ^{1) 2)} (T=16.45, P=0.000)	0.6±0.6 ^{1) 2)} (T=9.30, P=0.000)	0.8±0.6 ^{1) 2)} (T=4.65, P=0.000)	1.0±0.5 ¹⁾ (T=4.65, P=0.000)	0.6±0.4 ^{1) 2)} (T=8.63, P=0.000)
谷维素	治疗前	3.9±1.0	2.4±1.0	1.9±0.9	1.9±0.8	1.9±1.2	2.1±0.8
	治疗后	2.0±0.6 ¹⁾ (T=12.62, P=0.000)	1.2±0.8 ¹⁾ (T=7.26, P=0.000)	1.0±0.6 ¹⁾ (T=6.45, P=0.000)	1.2±0.9 ¹⁾ (T=4.50, P=0.000)	1.1±0.7 ¹⁾ (T=5.13, P=0.000)	1.1±0.8 ¹⁾ (T=6.85, P=0.000)

1) 表示与治疗前比较, P<0.05; 2) 表示与谷维素治疗组比, P<0.05

2.3 失眠临床疗效评定 服用玉灵膏后男女 2 组中医症候疗效分析, 男女 2 组治疗前后睡眠质量及精神改善, 疲倦感消失有效率均较明显, 且女性组有效率更显著 (P<0.05),见表 3

60 例服用玉灵膏的失眠患者, 30 例女性中, 6 人治疗后无失眠, 精力旺盛; 有 16 人睡眠改善, 精神变好, 面色红润, 疲惫感消失, 月经恢复正常; 7 人睡眠改善, 疲倦感减轻或明显改善; 1 人失眠严重者, 病情无改善, 有效率为 96.67%。30 例男性中, 5 人治疗后无失眠, 精力旺盛有; 6 人睡眠改善, 精神变好, 面色红润, 疲惫感消失, 10 例睡眠改善, 精神变好, 疲倦乏力改善; 9 人反馈没有明显效果, 有效率为 70.00%。根据反馈结果, 总有效率为 83.33%。且起效快, 连续服用十天就有明显效果。没有人反馈服玉灵膏有副作用。有 3 人反馈单独吃西洋参胃部不适, 还有 1 人反馈平时单独吃桂圆肉会腹泻, 而服用玉灵膏皆无异常。有 4 人依从性不好, 有效后停服, 不久病情反复。

表 3 服用玉灵膏后男女两组中医症候疗效分析

服用玉灵膏有效情况	女性 (例数)	男性 (例数)
治愈	6	5
显效	16	6
有效	7	11
无效	1	9
有效率	96.67%	70.00%
总有效率		83.33%

1) 表示男女 2 组治疗后比较, P<0.05;

3 讨论

谷维素的成分为 24-亚甲基环木菠萝醇阿魏酸酯 35%~40%, 环木菠萝烯醇阿魏酸酯 25%~30%, 甾醇类阿魏酸酯 15%~20%, 具有调节自主神经功能紊乱的功能。^[10] 自主神经功能紊乱可导致失眠、焦虑、多汗等中枢神经症状, 所以选用安全副作用低的谷维素做对照。

玉灵膏为中医食疗古方, 源自清代中医名家王士雄的《随息居饮食谱》^[11]。王士雄记载: “玉灵膏一名代参膏。自剥好龙眼, 盛竹筒式瓷碗内, 每肉一两, 入白洋糖一钱, 素体多火者, 再入西洋参片, 如糖之数。碗口罩以丝绵一层, 日日于饭锅上蒸之, 蒸到百次。凡衰羸、老弱, 别无痰火, 便滑之病者, 每以开水渝服一匙, 大补气血, 力胜参芪。产妇临盆服之, 尤妙。”玉灵膏为补气养血妙品, 而女性由于特殊的生理结构和生理功能, 一生中要经历经、胎、产容易失血, 35—50 岁女性基本上经历了这一切, 女性失眠人群中血虚者占绝大多数。女性血虚无以养心, 心血不足, 心失所养, 心动不安, 神不守舍, 所以易失眠多梦; 气血亏虚, 脏腑失于濡养, 气血不能充盈四肢, 人体感觉易疲倦; 血虚经血乏源, 月经量少或不调; 血虚不能向上滋养头部, 面色㿗白或萎黄, 唇舌色淡; 气血充足, 上述症状很快得以改善, 所以失眠女性服用玉灵膏后可以改善睡眠, 精神变好, 疲惫感消失, 月经恢复正常 (25-50 女性)。1 例严重失眠无效女性, 经询问, 因精神压力特别大, 故效果不明显。在失眠男性中, 有一部分是气血虚, 另一部分是其他原因引起, 单纯补气养血对症状改善不明显。在失眠男性服用玉灵膏前, 要进行中医辨证分型, 属于气血亏虚者才可服用。

桂圆肉又名龙眼肉, 始载于《神农本草经》^[12]云: “龙眼, 味甘平, 主五脏邪气, 安志厌食”, 常食还有“强魂、聪明、轻身、不老、通神明”的保健功能。作为滋补药品及保健食品, 已有悠久的应用历史, 历版《中国药典》均有收载。本品性温、味甘, 具有补益心脾、养血安神之功效^[13]。现代研究证明桂圆肉含有丰富的营养物质, 特别是龙眼多糖^[14]有抗氧化^[15]和抗衰老, 清除自由基^[16]的作用。西洋参味甘、微苦, 凉, 具有补气养阴, 清热生津的功^[17]。始载于《本草纲目拾遗》, 是五加科 (Araliaceae) 人参属 (Panax L.) 的一种多年生草本植物, 又名花旗参、美国参。西洋参原产于北美洲的原始森林, 主要栽培于加拿大安大略省和美国威斯康辛州。^[18] 西洋参化学成分型较为丰富, 除皂苷和多糖类成分外, 还有聚乙炔类、黄酮类、有机酸类等。西洋参皂苷具神经保护作用, 可调节中枢和外周神经系统功能, 提升记忆力, 改善学习能力。西洋参中的皂苷类成分具有心血管保护作用减轻心肌缺血再灌注损伤, 抗心肌缺氧等作用。西洋参有免疫调节作用, 可增强机体免疫功能, 提高机体抗病能力。分能抑制自由基介导的脂质过氧化反应, 有较强的抗氧化能力和抗疲劳作用^[19]。桂圆性温补血, 西洋参性凉补气, 一温一凉配伍补气养血, 调理人体的根本。

米汤古称米饮, 主要含有淀粉、蛋白质、脂肪等营养成分, 性平味甘, 能益气、养阴、

润燥, 具有一定的止泻作用。据《中药大辞典》记载, 米汤能补气健脾, 除烦渴, 止泻痢

桂圆肉经过 48 个小时的蒸制, 可以消除“上火”的弊端, 西洋参经过 48 个小时的蒸制药性更加柔和, 加上水谷之气的滋润 (米汤有补脾、平胃、和中的作用), 三者充分融合, 温而不燥, 凉而不寒, 共奏补气养血, 滋阴补肾, 健脾养胃之功是失眠人群的滋补上品。所以服用者均反馈没有副作用, 而单服西洋参, 脾胃寒凉的人就会产生胃部不适。桂圆经肉过 48 个小时的蒸制, 滋腻之性已无, 所以没有滑肠之弊。玉灵膏为药食两用的滋补食药品, 药性温和, 特别适合女性服用, 不仅有效改善睡眠, 还能使人精力旺盛, 脸色红润, 月事以时下。但毕竟是食药品, 要坚持服用 2 个月才能取得良好的效果。

本次针对失眠人群采用玉灵膏食疗方法, 取得较好临床疗效, 所有服用玉灵膏患者, 均未出现明显不良反应。玉灵膏味微苦甘微酸, 口感合适, 没有传统汤药的难以入口, 且服用方便, 只要晚上睡前一小时温开水兑服一次, 省去汤药煎煮的不便。提示玉灵膏作为一种历史悠久的药食两用传统制剂, 在失眠人群中值得推广应用。但由于本次研究样本数量较小, 需要进一步研究探讨。

参考文献:

[1]JORMIN C M,DRAKE C L,HARVEY A G,et al .Insomnia disorder [J].Nature Reviews Disease Primers,2015,1 (1): 15026.

[2]RIEMANN D, NISSEN C, PALAGINI L, et al . The neurobiology, investigation,and treatment of chronic insomnia[J].The Lancet Neurology,2015,14 (5): 547—558.

[3]BANDELOW B.Current and novel psychopharmacological drugs for anxiety disorders [J].Advances in Experimental Medicine and Biology,2020,1191: 347—365.

[4]ROEHRS T, ROTH T. Insomnia pharmacotherapy [J].Neurotherapeutics,2012,9 (4): 728—738.

[5]LOCHMANN D, RICHARDSON T. Selective serotonin reuptake inhibitors[J].Handbook of Experimental Pharmacology,2019,250: 135—144.

[6]清·临证指南医案 [M]. 北京中国中医药出版社, 1995

[7]明·张介宾著·景岳全书·中国中医药出版社, 1994

[8]中华医学会精神科分会, 中国精神障碍分类与诊断标准 (ccmd-3) [s], 济南: 山东科

学技术出版社, 2001: 118—119.

[9]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京: 中国医药科技出版社, 2012: 34

[10]姜龙.谷维素的药理作用及临床应用[J]. 中国乡村医药杂志, 2012,19 (3) 88—89

[11]王士雄. 随息居饮食谱 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2003

[12]佚名. 神农本草经 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1955: 68.

[13]中华人民共和国卫生部药典委员会. 2020 版中华人民共和国药典 (一部) [M]. 中国医药科技出版社, 2020: 100.

[14]王玲, 籍保平.龙眼多糖结构和性质的研究[J].食品研究与开发, 2006,27 (10): 22

[15]苏东晓, 侯方丽, 张名位, 等. 龙眼肉干品中活性物质的提取工艺优化及抗氧化作用研究 [J]. 广东农业科学,2009, (1): 68.

[16]潘英明, 黄斯琴, 王恒山, 等. 龙眼果皮不同方法提取物对自由基的清除作用 [J], 精细化工, 2006, 23 (6): 568.

[17]中华人民共和国卫生部药典委员会. 2020 版中华人民共和国药典 (一部) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2020: 136—137.

[18]Nadeau I, Olivier A. The biology and forest cultivation of American ginseng (Panax quinquefolius L.) in Canada[J]. Rev Can Phytotech, 2003, 83: 877—891

[19]吴首蓁, 郭晓宇, 屠鹏飞等. 西洋参化学成分、生物活性、品质评价及 产品开发研究进展[J].OL. 药学报

作者简介: 1、叶卫玲, 主任中药师, 19 级全国中药特色传承人, 研究方向: 药食同源食品对人体健康的作用。

2、陶益 (1985—), 男, 浙江台州人, 副研究员, 研究方向为中药炮制学。

基金项目: 2019 级全国中药特色技术传承人才培训项目 (国中医药人教函[2019]43 号) 编号: T20194828003。

三仁汤加减联合协定处方灌肠对湿热型溃疡性结肠炎患者疗效及症状消失时间的影响

张曦艳

西安东大肛肠医院 中医科 陕西西安 71000

摘要：目的：湿热型溃疡性结肠炎病人治疗措施研究。方法：使用抽签的方式将我院在 2020.1.-2022.1.期间接收的 56 例湿热型溃疡性结肠炎病人分为两个治疗组，分别命名为参考组以及治疗组，每组病人数量为 28 例，西医治疗手段为参考组，三仁汤加减联合协定处方灌肠治疗组治疗手段。将两组病人的临床症状消失时间、不良反应发生率、治疗有效率等几项内容进行分析对比。结果：通过本次实验的结果显示，采用三仁汤加减联合协定处方灌肠治疗对湿热型溃疡性结肠炎病人来说治疗有效率更加理想（ $P<0.05$ ）；临床症状消失时间对比结果显示，治疗组更优（ $P<0.05$ ）；不良反应发生率调查，两组间差异明显（ $P<0.05$ ）。结论：对湿热型溃疡性结肠炎进行三仁汤加减联合协定处方灌肠治疗有临床推广意义。

关键词：湿热型溃疡性结肠炎；三仁汤加减联合协定处方灌肠；治疗效果

溃疡性结肠炎是炎症性肠病的一种，其病因尚不十分清楚，是结肠和直肠慢性非特异性炎症性疾病。病变局限于大肠黏膜和黏膜下层，病变部位多位于乙状结肠和直肠，也可延伸至降结肠，甚至整个结肠^[1-2]。症状以腹泻为主，解黏液脓血便，其它症状依次有腹痛、体重减轻、里急后重、呕吐等。严重者会出现发热，肠外主要表现为关节炎、虹膜睫状体炎、肝功能障碍和皮肤病变，其并发症有中毒性结肠扩张、肠穿孔、大出血排便^[3-4]。中医认为溃疡性结肠炎主要是肠道湿热导致。中医方式治疗主要采用三仁汤加减联合协定处方灌肠效果理想。具体如下：

1 资料与方法

1.1 基础资料

选择 56 例湿热型溃疡性结肠炎病人，均为我院接收，时间为 2020.1.-2022.1.期间，对所有病人进行抽签，分为两个组，每组病人数量为 28 例，实验小组为参考组、治疗组，分别使用西医治疗手段和三仁汤加减联合协定处方灌肠治疗，参考组湿热型溃疡性结肠炎病人年龄 35-68 岁，平均 46.87±1.84 岁。治疗组湿热型溃疡性结肠炎病人年龄 36-71 岁，平均年龄 49.67±1.93 岁。两组的年龄等资料在对比时发现差异不明显，说明无统计学意义（ $p>0.05$ ），可以进行相关的资料比较，病人及家属均对研究内容都清楚明白，并签署同意书。

1.2 方法

1.2.1 参考组采用西医治疗：美沙拉唑（H20140948）直肠给药。根据临床个体病例需要，一次 0.5g，一日 3 次（每日 1.5g 美沙拉唑）。

1.2.2 治疗组使用的治疗方式为三仁汤加减联合协定处方灌肠治疗：三仁汤组方为厚朴、滑石、薏苡仁各 15 克，杏仁、白蔻仁、半夏、藿香、竹茹以及通草各 10 克，如果病人有胃胀加入甘草以及生姜，胃痛加入白芍、生甘草和生姜，腹泻加入黄连和吴茱萸。每日 1 剂，早晚分服。灌肠方为，白术、乌梅、黄连、黄柏各 15 克，白头翁和马齿苋各 3 克，白芨以及地榆各 2 克，使用文火进行建筑，取 300-400 毫升药液，让病人将臀部抬高，使用吸痰管进行灌肠。两组均治疗一个月。

1.3 观察指标

1.3.1 临床症状消失时间独臂。

1.3.2 病人的不良反应发生率对比。

1.3.3 对比两组的治疗效果，显著（腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等）症状消失，有效（腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等）症状改善，无效（腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等）症状无变化。

1.4 统计学方式

处理各方面获取的数据使用的是 SPSS20.0 系统，将两组病人的数据使用 t 检验，以 χ^2 s 表示，计数的资料使用 χ^2 进行检验，以 % 表示。 $P<0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床症状消失时间对比

临床症状消失对比有实验意义，差异明显（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 治疗后临床症状消失时间比较（n=28， χ^2 s，d）

组别	例数	黏液脓血便	腹泻	胃胀
治疗组	28	12.34±2.26	3.61±1.18	5.95±1.65
参考组	28	16.85±2.58	5.74±2.57	7.68±2.52
t		6.9579	3.9855	3.0391
P		0.0000	0.0002	0.0037

2.2 不良反应发生率对比

进行不良反应发生率调查时，能够发现两组病人中使用三仁汤加减联合协定处方灌肠治疗的病人明显不良反应发生率更低（ $P<0.05$ ），显示实验有对比意义，见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率对比（n，%）

组别	例数	心悸	恶心呕吐	药物热	不良反应发生率
治疗组	28	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）
参考组	28	2（7.14）	1（3.57）	1（3.57）	4（14.29）
χ^2		2.0741	1.0182	1.0182	4.3077
P		0.1498	0.3130	0.3130	0.0379

2.3 治疗效果对比

对比两组病人的治疗效果差异明显（ $P<0.05$ ），见表 3

表 3 两组患者治疗有效率对比（n，%）

组别	例数	显著	有效	无效	有效率
治疗组	28	15（53.57）	12（42.86）	1（3.57）	27（96.43）
参考组	28	11（39.29）	11（39.29）	6（21.43）	22（78.57）
χ^2					4.0816
P					0.0434

3 讨论

溃疡性结肠炎是非炎症性肠病的一种，它的发病率不在少数，据流行病学统计，欧美的溃疡性结肠炎患病率约为十万分之二百，而它的发病率约为十万分之十到二十，我国初步计算，溃疡性结肠炎的患病率约为十万分之十到十三，而 1989 年到 2007 年中国的溃疡性结肠炎患者，为五年病例数量增加约为十万分之十，患病率还是相当高的^[5-6]。这主要与自体的免疫机制不良有关，主要的典型症状有腹泻、黏液脓血便、腹痛、病情轻重不等，但是病程多为一个慢性反复发作的，而且二十到四十岁年龄人多见，不分男女。溃疡性结肠炎的病因是由环境、遗传、感染和免疫多因素相互作用所致，具体如下：一、环境，饮食、吸烟、卫

生条件、生活方式或暴露于某些不明因素都是可能的环境因素，近几十年来全球溃疡性结肠炎的发病率持续增高，此现象先出现在社会经济高度发达的北美、北欧地区，以往该病在我国少见，现已成为常见疾病，疾病谱的变化提示环境因素所发挥的重要作用；二、遗传，炎症性肠病发病具有遗传倾向，IBD 患者一级亲属发病率显著高于普通人群，而患者配偶的发病率不增加；三、感染，多种微生物参与了溃疡性结肠炎的发生与发展^[7-8]；四、免疫，持续天然免疫反应及 Th1 细胞异常激活等，释放出各种炎症介质、免疫调节因子，参与了肠黏膜屏障的免疫损伤。溃疡性结肠炎的危害有很多，主要就是患者长期出现粘液、脓血便影响生活和工作。它有一些严重的并发症，比如中毒性巨结肠，这是溃疡性结肠炎比较严重的并发症。一般出现中毒性巨结肠，如果不及时治疗可以出现肠穿孔，甚至是危及生命。还有很多其它的并发症，患者可以出现结肠的穿孔，下消化道的出血，长期的黏膜受损到修复，可以诱发直肠癌和结肠癌，以及直肠和结肠的狭窄，以及肠道的内瘘，肛门以及肛周的疾病，还容易引发其它系统的疾病。比如非特异性的关节炎、结节性红斑、坏疽性脓皮病等等一系列的症，从而危及整个人的生命。溃疡性结肠炎的临床表现是反复发作的腹泻、黏液脓血便及腹痛，起病多为亚急性，少数急性起病，病程呈慢性经过，发作与缓解交替，少数症状持续，并逐渐加重。病情轻重与病变范围、临床分型及病程等有关，腹泻和黏液脓血便见于绝大多数的患者，腹泻主要与炎症导致大肠黏膜，对水、钠吸收障碍，以及结肠运动功能失常有关^[9-10]。黏液脓血便是本病活动期的重要表现，是黏膜炎性渗出、糜烂及溃疡所致。腹痛多位于左下腹或下腹，为轻至中度的腹痛，也可累及全腹，常有里急后重，便后腹痛缓解，其他症状还可以有腹胀、食欲不振、恶心、呕吐等等。溃疡性结肠炎是消化系统的慢性疾病，治疗具体包括以下几种：1、药物治疗：根据溃疡性结肠炎的活动程度、严重程度，选择不同的治疗方案，如轻型溃疡性结肠炎，可选择美沙拉唑的药物。以直肠受累为主的溃疡性结肠炎，可选口服药物加栓剂、灌肠剂，即美沙拉唑的栓剂、灌肠剂，可更好地缓解相关症状；2、对症治疗：如蒙脱石散，可减少大便次数，也可选择肠道益生菌。对于中、重度的溃疡性结肠炎，可选择激素诱导缓解。如果激素诱导缓解效果欠佳，这时牵扯到药物转换治疗，可能需转换成免疫抑制剂，或生物制剂；3、手术治疗：当出现溃疡性结肠炎严重并发病时，如中毒性巨结肠，或药物治疗难以控制、发生癌变时，需外科手术介入，进行结肠的切除治疗。溃疡性结肠炎中医辨证统称痢疾，具体情况如下：1、湿热痢：表现为腹痛、黏液脓血便，且里急后重，肛门有灼热感；2、疫毒痢：较少见，较严重，具有传染性，表现为高热、神昏、下痢鲜血；3、寒湿痢：表现为拉黏液脓血便，以脓为主，血少；4、阴虚痢：患者阴虚体质，痢疾表现同时，伴有阴虚即口干、舌红少苔、心烦；5、虚寒痢：痢疾表现同时，拉黏液脓血便，畏寒、喜温；6、休息痢：痢疾反复发作，时休时止。溃疡性结肠炎，中医治疗主要是以中药方剂治疗为主，配合中药灌肠，以及理疗等方式进行辅助治疗。通过中药进行对症治疗，是根据辨证分型不同，应用不同的中药方剂。比如肠道湿热证，可以考虑应用芍药汤进行治疗。肠道虚弱证，可以考虑应用参苓白术散进行治疗。肝肾阴虚证，可以考虑应用六味地黄丸来进行治疗。在临床上，通过中医的辨证施治，对于改善溃疡性结肠炎的相关症状，使病情尽快愈合，相关症状明显好转，都有很大益处。三仁汤的功效与作用，三仁汤是一个中药方剂，它主要由杏仁、滑石、通草、白蔻仁、竹叶、厚朴、生苡仁和半夏组成，具有宣畅气机、清利湿热的功用。三仁汤它主要能够治疗这种暑湿夹湿或者是湿温初起，尤其是湿重于热这样的症候表现，像头痛、恶寒，身体的这种疼痛、倦怠，胸闷，食欲不振，午后或者是夜间可以表现出来这种低烧这样的情况。三仁汤它能够宣上中下三焦，起到上中下三焦分消湿。这样一个特点。我们在现代研究当中发现三仁汤可以治疗肠伤寒、胃肠炎、肾盂肾炎，还有一些像布氏杆菌这种感染性的疾病，以及肾小球肾炎和关节炎，属于这种湿内蕴湿重于热的这样的一些症候。中药灌肠一般指的是灌肠疗法，通过向肛门灌注配制好的中药方剂来治疾病。灌肠疗法好处具体如下：1.不损伤胃黏膜：灌肠疗法直接作用于肠道，不需要通过胃来消化吸收药物，一般不会对胃黏膜造成不良刺激，也不会损伤胃黏膜。2.作用迅速：灌肠疗法使用的中药直接通过肠道黏膜吸收进入体循环，不需要进入肝肾静脉代谢，因此，相对于口服药物，作用更迅速。3.灵活度高：灌肠疗法使用的中药方剂可以根据患者的实际情况来加减药物，治疗的灵活度高，针对性更强，治疗效果也比较好。本次研究中，两组病人的治疗效果和临床症状消失时间等对比差异明显（ $P<0.05$ ）。

由以上实验可以得出，对患有湿热型溃疡性结肠炎的病人在治疗中使用三仁汤加减联合协定处方灌肠治疗，效果理想，值得临床中广泛推广和使用。

参考文献：

- [1]方拱北. 清热化湿宣肺法治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的临床疗效观察及对血清 IL-4、IL-10、TNF- α 的影响[D].安徽中医药大学,2020.
- [2]姚志刚,杨维维. 锡类散灌肠联合美沙拉唑治疗湿热型溃疡性结肠炎的临床疗效及对疾病活动指数的影响[J]. 中国处方药,2022,20（09）: 138-140.
- [3]黄婉萍. 加味白头翁汤保留灌肠联合美沙拉唑口服治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的临床疗效观察[D].福建中医药大学,2022.
- [4]林雄. 基于 MAPK/NF- κ B 信号通路研究苍术对小鼠溃疡性结肠炎的药效及机制[D].湖北中医药大学,2022.
- [5]陈仪. 甘草泻心汤对溃疡性结肠炎大鼠 TLR4/MyD88/NF- κ B 炎症信号通路的调控作用研究[D].福建中医药大学,2021.
- [6]王斌. 基于 PLC 依赖性信号通路探讨穴位埋线对“虚、瘀”状态下溃疡性结肠炎大鼠黏膜上皮屏障的作用机制[D].湖南中医药大学,2021.
- [7]周屹,彭勇,贺平,肖小龙. 三仁汤加减口服联合灌肠治疗湿热型溃疡性结肠炎临床观察[J]. 四川中医,2021,39（04）: 114-118.
- [8]张彦成. 参白灌肠方治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的临床观察及其对 IL-1、IL-6 水平的影响[D].甘肃中医药大学,2021.
- [9]杨朋. 芍药汤加减保留灌肠联合美沙拉唑肠溶片口服治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的临床观察[D].安徽中医药大学,2021.
- [10]高海. 愈溃灌肠方保留灌肠联合中药敷脐治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的临床疗效观察[D].安徽中医药大学,2021.

糖皮质激素联合特布他林用于慢阻肺治疗的有效性及安全性分析

董维维 王晓洁^{通讯作者}

河北省保定市第二中心医院 河北保定 072750

摘要：目的：在慢阻肺治疗中应用特布他林、糖皮质激素，探究治疗的安全性情况、有效性情况。方法：研究人员选取了在我院接受治疗的慢阻肺患者，选取时间为 2021 年 4 月至 2022 年 4 月，共选取了 102 名患者，选取的患者均符合本次研究的相关需求，将选取的 102 名研究对象，利用随机法将其分为两组，一组命名为基础组，另一组命名为实验组，针对基础组 51 名患者给予特布他林进行治疗，针对实验组 51 名患者给予特布他林联合糖皮质激素进行治疗。在治疗结束之后，首先，针对两组慢阻肺患者的治疗效果进行对比，治疗效果分为显效、好转、无效；其次，针对 102 名慢阻肺患者的不良反应情况进行分析，不良反应包括口腔感染、恶心、呕吐等问题；最后，针对 102 名慢阻肺患者的各项血气指标进行对比分析。通过分析各项数据可以得知，在慢阻肺治疗中特布他林、糖皮质激素治疗的安全性以及有效性情况。结果：通过对 102 名慢阻肺患者的治疗效果进行分析可以发现，实验组患者的治疗有效率相对较高，两组之间的差异明显，因此，实验组的治疗效果更佳；针对 102 名慢阻肺患者在治疗期间的不良反应数据进行分析可以发现，基础组患者的不良反应发生几率更高，两组间的差异具有可比性；针对 102 名慢阻肺患者的各项血气指标进行分析可以发现，实验组 51 名患者的各项血气指标相对较好。结论：现阶段慢阻肺发病几率逐年上升，发病人数以老年人为主，在针对患者进行治疗时，应用特布他林、糖皮质激素可以提高治疗效果，确保治疗的安全性，从而控制慢阻肺的发病进程，控制疾病带来的诸多问题，因此，可以将此种治疗方式在临床中大力推广。

关键词：糖皮质激素；特布他林；慢阻肺；治疗有效性；安全性

近年来，社会发展速度加快，人们的生活水平有所提高。在社会发展的过程中，疾病问题也逐渐增多，慢阻肺是呼吸系统疾病，其发病呈现出逐年递增的趋势，对于慢阻肺患者而言，在患病期间往往会出现呼吸困难等问题，此类疾病具有较高的病死率。为了提高慢阻肺的治疗效果，相关人员对慢阻肺的发病原因进行分析，但是通过多方分析，并未明确具体的发病原因，普遍认为与空气污染、化学物质吸入或者粉尘吸入等有着密切的关系。此外，该疾病与遗传因素有一定的关系。针对患者的病情给予必要的动脉血气检查，通过检查可以将其分为 4 个等级，不同等级的影响程度有所不同，对患者的威胁程度也有所不同。因此，慢阻肺患者在生活中往往受到疾病影响，生活质量下降，这对于患者而言产生了极大影响。针对慢阻肺疾病进行治疗时，在治疗期间进行多方探索，以此来明确科学全面的治疗方法，在以往治疗工作中，以特布他林治疗为主，但是特布他林的治疗存在不良反应，会使患者出现胃肠道不适、口干等问题，因此在治疗时，同样会影响患者的身体健康。基于此，研究人员在治疗慢阻肺时应用特布他林与糖皮质激素，并探究其应用安全性以及效果，下面将进行具体分析。

1. 资料与方法

1.1 患者资料

在本项研究工作中，为了探讨慢阻肺治疗效果，研究人员选取了在我院接受治疗的慢阻肺患者，选取的时间为 2021 年 4 月至 2022 年 4 月，研究人员共选取了 102 名患者，选取的患者皆自愿参与本次研究，并且在研究工作中积极配合。将选取的 102 名研究对象分为基础组 51 名、实验组 51 名，然后针对两组研究对象的各项资料进行对比分析，此来为后续研究工作奠定基础。基础组 51 名患者中，男性与女性的人数分别是：28 人、23 人，其中年龄最大的患者为 79 岁，年龄最小的患者为 49 岁，患者的平均年龄为 63.24 岁，患病时间在 1 年至 7 年之间。实验组的 51 名患者中，男性人数与女性的人数差别不大，男性有 26 名，女性有 25 名，其中年龄最大的为 78 岁，年龄最小的为 53 岁，患者的平均年龄为 64.73 岁，患病时间在 2 年至 10 年之间。研究人员对两组研究对象的年龄、患病时间、男女比例等进行分析，通过分析可以发现一般资料并不存在可比性，因此，可以进行后续研究对比。

本次研究经过伦理委员会同意，并且在研究工作之前，研究人员与患者签订了相应的知情同意书。与此同时，研究人员将本次研究过程具体的研究内容详细告知患者，获得了患者的认可以及积极配合，因此可以确保本次研究顺利推进。

1.2 纳入排除标准

纳入标准：第一，选取的研究患者均接受一系列检查，被确定为慢阻肺，并且慢阻肺患者的患病时间最少为 1 年；第二，研究人员选取了自愿参与本次研究的慢阻肺患者。第三，研究人员选取的患者不存在精神类疾病，可以与研究人员进行有效沟通、交流。第四，研究人员不存在严重的组织或者器官器质性疾病。

排除标准：第一，排除存在其他合并病症的患者。第二，排除年龄在 80 岁以上的患者，

这类患者年纪较大，在沟通交流方面可能存在一定问题，进而对本次研究产生一定影响。第三，排除具有严重组织或者器官器质性疾病的患者，在针对这类患者进行治疗时，药物的作用将受到其他疾病的影响，因此难以准确判断药物的治疗效果。第四，排除存在精神疾病的患者，这类患者难以与研究人员进行正确交流，因此，将对本次研究效果的判断产生一定影响。第五，排除中途退出本次研究的患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 基础组

针对基础组 51 名研究对象给予特布他林进行治疗，特布他林是一种合成药物，可以对患者的气道产生积极影响，使平滑肌越发松弛，从而助力患者将分泌物排出。特布他林的应用方式，以雾化吸入为主，每天两次，每次的剂量需要控制在 1.3 毫升。在患者接受治疗的过程当中，研究人员需要密切观察患者用药之后的反应，并结合患者的实际反应适时调整药物，以此来确保治疗效果。

1.3.2 实验组

针对实验组 51 名研究对象，研究人员同样给予特布他林进行治疗，应用方法与基础组研究对象相同。在此基础上给予糖皮质激素进行治疗，使用的是丙酸氟替卡松，同样以雾化吸入的方式为主，与特布他林相同每天两次，剂量控制在 100U。

基础组 51 名研究对象、实验组 51 名研究对象的治疗时间均为 4 个疗程，1 周视为 1 个疗程，在治疗结束之后，总结两组研究对象在治疗期间的各项数据。

1.4 观察指标

第一，针对 102 名研究对象的治疗效果进行分析。在治疗期间，研究人员搜集了 102 名患者有关治疗效果的数据，针对数据进行分析，在分析结束之后确定患者的治疗效果，治疗效果分为三类，分别是：显效、好转、无效。显效是指在治疗结束之后，患者的各方面症状明显消失，血气指标数值与正常人无异，并且身体不存在不适症状。患者的生活恢复如初，患者的生活质量有所提高；好转是指在治疗结束之后，患者的各方面症状均有明显的改善，在治疗期间患者的血气指标数值有所上升，身体症状得到有效控制；无效是指在治疗结束之后，患者的各方面症状并未有明显改善，例如，患者的肺功能与治疗之前并无明显的差异，并且存在加重的问题，这说明在治疗结束之后，并无效果。第二，针对 102 名研究对象的不良反应进行对比分析，研究人员搜集了治疗期间患者的不良反应发生数据，针对相关数据进行总结分析发现，患者的不良反应主要集中在口腔感染、恶心、呕吐方面。第三，针对 102 名研究对象的各项血气指标进行对比分析。

1.5 统计学分析

在研究工作中，为了确保研究数据的准确性，研究人员使用了专业的统计学软件，利用软件进行分析，可以确保数据分析效果。其中的计量资料利用（ $\bar{X} \pm S$ ）的方式进行表示，并利用 t 进行检验，其中的计数资料利用%进行表示，并运用 χ^2 进行检验。

2. 结果

2.1 基础组 51 名患者、实验组 51 名患者治疗效果的对比情况

研究人员针对两组研究对象的数据进行分析，通过分析可以发现，实验组中显效、好转的人数相对较多，有效率相对较高，具体内容见下表。

表 1 102 名研究对象治疗效果对比（n,%）

组别	例数	显效	好转	无效	有效率
基础组	51	25（49.02）	18（35.29）	8（15.69）	43（84.31）
实验组	51	30（58.82）	20（39.22）	1（1.96）	50（98.04）
P					<0.05

2.2 基础组 51 名患者、实验组 51 名患者的不良反应情况

在患者接受治疗期间，存在不良反应情况，针对两组研究对象不良反应发生数据进行分析得知两组研究对象的不良反应发生率，通过对比得知，实验组 51 名患者的不良反应发生率相对较低，基础组、实验组的不良反应发生率具体为：23.53%、3.92%，详细数据见下表。

表 2 102 名研究对象不良反应情况的对比（n,%）

组别	例数	恶心	呕吐	口腔感染	发生率
基础组	51	4（7.84）	4（7.84）	4（7.84）	12（23.53）
实验组	51	1（1.96）	1（1.96）	0（0）	2（3.92）
P					<0.05

2.3 基础组 51 名患者、实验组 51 名患者的各项血气指标对比分析情况

通过总结、分析 102 名患者的各项血气指标可以发现，实验组的各项血气指标相对较高，具体数据见下表。

表 3 102 名研究对象各项血气指标对比

组别	例数	FEV1（L）	FVC（L）	FEV1/FVC（%）
基础组	51	1.22±1.26	1.38±1.41	65.61±7.35
实验组	51	3.8±1.32	3.32±2.47	73.12±8.57

3. 讨论

现阶段，我国经济呈现迅速发展趋势，经济的发展使人们的生活越发丰富，但是随之而来的问题也逐渐增多，例如环境污染等这一问题，该问题对人们的生活产生了一定影响，增加了部分疾病的发病几率，如慢阻肺这类疾病，其与环境污染有着密切的关系。相关人员对近几年慢阻肺的发病情况进行分析，经分析得知患病人数逐年增多，并且呈上升趋势，病人多以中老年人为主，在患病之后，患者的生活将受到一定影响。慢阻肺与生活习惯、生存环境等有着密切关系，在患有慢阻肺之后，患者普遍存在呼吸困难的问题，这对于患者的生存质量产生了直接影响，同时患者呼吸道内的分泌物将逐渐增加，并且分泌物难以及时排出，这在无形之中增加了肺部感染的几率。为了降低感染几率，提高治疗效果，在针对患者给药的过程中，往往需要进行抗菌治疗。然而在应用抗菌药物的过程中，部分患者出现了耐药问题，在无形之中加重了感染，甚至会引发并发症，从而增加治疗难度，因此，在慢阻肺治疗的过程中，相关人员应结合患者的实际情况，给予相应的药物治疗，以此来提高治疗质量。在慢阻肺治疗中，往往选择药物干预，特布他林的应用频率较高，其属于合成药物，可以对患者的气道进行作用，从而使气道扩张，松弛平滑肌，通过这样的方式帮助患者及时排出呼吸道内的分泌物，使患者呼吸顺畅，肺功能得到有效改善。在针对慢阻肺患者进行治疗的过程中，如果单独应用特布他林，将会使患者出现不良反应，如胃肠道反应，不良反应将会影响患者的情绪，从而对治疗效果产生反作用。与此同时，在应用特布他林的过程中，由于不良反应问题，致使患者的依从性较低，从而使治疗效果产生影响。于糖皮质激素而言，在气道炎性反应中的应用频率较高，其作用原理主要为：糖皮质激素可以控制患者体内的炎性介质，使血管通透性问题得到控制，从而使患者的肺水肿问题得以缓解，在这过程中，患者的肺功能也逐渐改善。因此，在临床当中，研究人员普遍利用糖皮质激素治疗支气管哮喘等疾病。丙酸氟替卡松属于一种较为常见的糖皮质激素，在应用的过程中并不会对患者的心脏产生较大影响，因此应用频率较高。丙酸氟替卡松在应用的过程中，可以针对患者的气道平滑

肌产生积极作用。相关人员对丙酸氟替卡松的应用情况进行分析，经分析发现，在应用药物治疗的过程中，研究人员针对药物剂量进行有效控制，结合患者的实际情况把控药量，可以控制不良反应，因此，此类药物的安全性相对较高。与此同时，丙酸氟替卡松具有较好的抗过敏、抗炎症等作用，在患者病情加重期间，可以使患者的症状有所改善，从而使疾病问题得到进一步控制，在应用丙酸氟替卡松的过程中，需要注意控制药物的应用时间以及应用量，如若应用量控制不当，将会对患者的疾病恢复产生一定影响，因此，医护人员需要叮嘱患者科学用药，严格控制药量，这样才能达到良好的治疗效果。在治疗慢阻肺患者的过程当中应用特布他林、糖皮质激素，可以减轻患者的临床症状，降低不良反应发生几率，使患者的病情得到有效控制，在这过程中，患者的康复时间也逐渐缩短，因此治疗效果显著。除此之外，在两种药物联合应用期间，还应对患者各项血气指标进行对比，通过对比可以了解患者的改善情况，通过血气指标的恢复，使临床症状得到改善。

通过对慢阻肺患者的情况进行分析发现，该病的病程相对较长，加之患者的年龄较大，身体情况较差，因此，在治疗期间往往会存在并发症问题，在治疗过程中，患者需要长期服用药物，在药物治疗下，患者难免会出现诸多问题，如不良的心理状态等，这将影响治疗效果，因此，在治疗的过程中，医护人员可以讲解特布他林、糖皮质激素联合用药的原理，分析治疗效果，以此来提高患者的治疗信心，使其积极配合用药治疗，在这过程中，护理人员可以给予必要的心理疏导，通过疏导的方式使患者减轻压力，积极面对治疗，从而在治疗的过程中加快恢复。对于年龄较大的患者而言，身体机能下降，加之疾病困扰，会使患者出现抵触情绪，因此在药物治疗期间，护理人员还应积极进行健康宣教，通过宣教的方式，使患者对自身疾病以及恢复情况有更深的认识，从而使患者直面疾病，并有效配合治疗。

在本次研究中，研究人员选取了 102 名慢阻肺患者，将选取的患者分为基础组 51 人、实验组 51 人，分别给予不同的治疗方案，在治疗结束之后对两组患者的各方面治疗情况进行对比分析得知，无论是在治疗效果还是在不良反应发生率方面，实验组患者均表现出了明显的优势，这说明应用特布他林、糖皮质激素治疗疾病的效果显著，可以加快患者的康复进程，减轻病患的痛苦，从而提高患者的生活质量。与此同时，应用特布他林、糖皮质激素的安全性相对较高，在治疗期间，患者出现不良反应的人数较少，因此，远比单独应用特布他林的效果要好。慢阻肺患者治疗期间，医护人员应结合患者的实际情况控制药量，并且结合患者的临床反应给予相应的调整，通过这样的方式，确保药物应用的安全性，提高药物作用质量。

综合上述所知，在对慢阻肺患者进行治疗的过程中，医护人员可以应用特布他林、糖皮质激素，在治疗期间通过两种药物的联合作用，控制气道炎性反应，使机体释放的炎性介质得到有效控制。与此同时，配合雾化给药，可以提高药物的使用效果，降低药物作用期间的不良反应，从而提升药物效率，使药物充分发挥作用。在后继慢阻肺患者的治疗中，医护人员可以结合常规治疗模式与药物治疗，以此来提高治疗成效。

参考文献：

[1]付群.糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期的临床效果[J].航空航天医学杂志,2021,(10): 1220-1222.

[2]袁燕清.糖皮质激素联合特布他林用于慢阻肺治疗的效果评估与研究[J].北方药学,2020,(07): 19.

[3]李颖.糖皮质激素联合特布他林用于慢阻肺治疗的效果评价[J].临床医药文献电子杂志,2020,(39): 74+91.

[4]杨隆川.糖皮质激素联合特布他林用于慢阻肺治疗的效果评估与研究[J].系统医学,2018,(18): 62-64.

[5]温永胜.探讨糖皮质激素联合特布他林用于慢阻肺治疗的效果[J].世界最新医学信息文摘,2018,(57): 123.

[6]邹晓岩.探讨糖皮质激素联合特布他林用于慢阻肺治疗的效果[J].世界最新医学信息文摘,2018,(56): 102+109.

重症肌无力患者实施自我效能护理对生活质量的影响

¹张燕妮 ²崔姣

1 利川市民族中医院 湖北省恩施市 445400；2 利川市人民医院 湖北省恩施市 445400

摘要：目的：探究自我效能护理干预应用于重症肌无力患者当中的临床疗效。方法：选取 2020 年 1 月～2021 年 12 月期间本院收治的重症肌无力患者 94 例，将其依照随机数字表法分为对照组与试验组，各 47 例，对照组实施常规护理方法，试验组实施自我效能护理方法，比较两组护理干预后生活质量、焦虑程度、抑郁程度、护理满意度、自我护理水平和活动能力。结果：试验组生活质量数值高于对照组，护理满意度 91.49%也高于对照组 63.83%并且对比焦虑程度，试验组优于对照组，分析两组干预后的抑郁程度，试验组更好，同时护理满意度也高于对照组，将两组的自我护理水平和活动能力进行比较，均为试验组更好，两者差异具有统计学方面意义（P<0.05）。结论：在临床上对于重症肌无力应用自我效能护理干预效果显著，可以改善生活质量，提高心理状态，具有良好的临床应用价值。

关键词：自我效能护理；重症肌无力；生活质量；活动能力

近几年肌无力发病率持续升高，已经引起了医学行业的广泛关注，在发作时患者会表现为部分或全身骨骼无力，在日常生活中容易疲劳，活动后这种疲劳感会加重，在各个年龄段均有发生几率，但是主要发作于 15~35 岁，发病急缓具有一定的个体差异，任由其持续发展患者将会逐渐表现为身体各个部位肌无力，比如语言肌无力、吞咽肌无力等，处于急性重症型的患者还会出现生活不能自理。随着当前医疗行业不断发展，已经研究出了多种针对性治疗方案，在实际应用当中取得了一定的成果，但是在治疗期间仍然需要护理措施协助治疗进行。临床传统方法通常选择常规护理，这种方法可以通过入院宣教、输液、测量体征等方法提升患者的生活质量，保障治疗效果，但是由于这类患者在治疗后往往回家休养，多数患者并不具备自我护理能力，导致生活质量无法得到保障，对病症的恢复产生不利影响，因此需要找到另一种有效的护理方法，代替常规护理对患者进行照顾，从而改善生活质量情况，自我效能护理可以通过微信平台、健康宣教、心理护理等方法，达到提升生活质量，提高自我管理水平的的作用。接下来，本文将就常规护理与自我效能护理不同试验效果做出对比研究：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月～2021 年 12 月本院收治的重症肌无力 94 例。平均分为试验组与对照组，对照组男女（22/25），年龄 15~40 岁，平均年龄（27.50±4.17）岁；试验组男女（21/26），年龄 16~39 岁，平均年龄（27.50±3.83）岁。两组对比一般资料相对均衡，无明显差异（P>0.05）。

纳入标准：①患者及其家属对于试验知情并同意。②经影像学检查、实验室检查等确诊为重症肌无力患者。③患者可以顺利配合试验，配合度符合试验标准。排除标准：①患者具全身传染性疾病。②患者与家属配合度不符合试验标准，有中途退出的风险。③具有精神障碍患者，极大几率对试验结果造成影响。本试验已通过伦理委员会批准同意。

1.2 方法

对照组：给予常规护理方法：入院时由护理人员告知患者治疗计划、注意事项，遵医嘱为其进行输液、体征监测等，在出院前告知患者饮食护理、卫生护理、复查时间等，预留患者电话号码，定期提醒患者复查。

试验组：在对照组基础上给予自我效能护理方法：成立健康宣教小组，由我院临床经验丰富的护士长担任组长，对医务人员进行系统培训，确保对肌无力疾病的详细知识，培养医务人员的沟通能力，通过合理的沟通了解受试者的性格、家庭情况和顾虑等。，以温和的沟通态度，平静测试对象不安的情绪，密切彼此之间的关系，让其更信任医务人员。在与患者的沟通中，注意微笑，根据患者的性格和文化程度，使用温和、平淡的语言建立沟通，鼓励患者说出自己的顾虑，找出以往成功的案例，增加患者治疗的自信心，缓解不良情绪，缩短护患之间的距离，使患者在治疗过程中感受到人文关怀，提高协调性。对所有试验对象发放疾病检查手册的同时，对其讲解肌无力护理的重要性，根据患者不同的文化程度以及性格，适当调整沟通方式，使其能够完全听懂讲述的内容，对于出来的疑问，耐心解答。还通过建立健康课堂的方法，促进患者相互交流，让自我护理水平高的患者帮助自我护理水平低的患者，实现共同进步。在患者出院后仍然对其进行随访护理，协助患者添加医院微信码，加入病友群，护理人员添加微信后要及时备注姓名、病情进展以及复查时间等，建立患者专属档案，每天早上要把今日的回访名单提前统计好，然后逐个回访，下班之前对于没有回复的电话回访，如若电话无人接听，则应当修改回访时间，记录在档案上，修改下次的回访时间为两天以后再次进行回访。对于存在疑问的患者可以使用微信文字询问或视频面诊，对于问题严重的患者应当告知医生，对其进行专业回答。

1.3 观察指标

（1）焦虑程度：采用焦虑自评量表（SAS）对患者进行评估，SAS 评分标准为正常：50 分以下，轻度：50-59 分，中度：60-69 分，重度：70 分及 70 分以上。

（2）生活质量：采用健康调查简表（SF-36）评估，满分为 100 分，当评估分值越接近满分则代表着患者生活质量越好，独立性越强，依赖性越小。

（3）抑郁程度：采用汉密尔顿抑量表（HAMD17）进行评价，其中包括 17 项，结果分析：轻度抑郁：HAMD17 项评分>7 分，≤17 分；中度抑郁：HAMD17 项评分>17 分，≤24 分；重度抑郁：HAMD17 项评分>24 分。

（4）护理满意度：对护理满意度进行调查，采用我院自制的调查问卷，测量表内容包括护理服务态度、言语沟通是否科学、护理内容是否合理等，满分为 100 分。非常满意 85-100 分，比较满意为 60-84 分，不满意为 60 分以下。

（5）两组活动能力对比：依据日常活动能力（ADL）进行评估，用 Barthel 指数记分法，包括 10 项内容，通过样本每天所进行的必要活动，包括进食、梳妆、洗漱、洗澡、如厕、穿衣，功能性移动包括翻身、从床上坐起、转移、行走、驱动轮椅、上下楼梯等进行测评打分。根据是否需要帮助及帮助程度分为 0、5、10、15 分四个功能能级，总分为 100 分，得分越高，说明越好。

（6）自我护理水平：采用本院自制的自我护理水平通用表，对自我护理水平进行评分，100 分为满分标准，越接近满分则代表着自我护理水平越好。

1.4 统计学方法

根据 SPSS28.0 进行数值调研，本研究中采用计量资料以及计数资料（ $\bar{x} \pm s$ ）、[n，（%）] 进行表示，为证实此次研究的统计学意义，分别进行 t 以及 χ^2 检验，以差异 P<0.05 为存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组焦虑程度对比

试验组更好，具有统计学差异（P<0.05）。

表 1 两组焦虑程度比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	SAS 评分	
		治疗前	治疗后
对照组	47	69.55±5.45	50.45±2.40
试验组	47	69.45±5.35	40.48±2.35
t 值	-	0.090	20.349
P 值	-	0.929	<0.001

2.2 两组患者干预后生活质量评分对比

在生活质量评分方面，试验组高于对照组，数据有明显差异，有统计学意义，（P<0.05）。

表 2 两组患者干预后生活质量评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	对照组 n=47	试验组 n=47	t	P
生理机能	73.42±5.79	81.43±4.45	7.520	<0.001
生理职能	73.42±4.78	82.65±4.34	9.801	<0.001
躯体疼痛	76.52±4.80	83.80±4.32	7.729	<0.001
一般健康状况	74.57±4.67	81.58±4.28	7.587	<0.001

精力	74.34±5.87	80.76±4.68	5.863	<0.001	精神健康	75.47±6.87	82.68±5.87	5.470	<0.001
社会功能	78.98±4.24	84.86±4.58	6.459	<0.001	2.3 两组抑郁程度对比				
情感职能	72.87±5.76	82.76±4.37	9.378	<0.001	试验组抑郁程度低于对照组，具有统计学差异（P<0.05）。				

表 3 两组抑郁程度评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	总分	焦虑/躯体化	体重	认知障碍	阻滞	睡眠障碍
对照组（n=47）	18.43±2.56	5.77±0.76	1.98±0.75	3.89±1.63	4.47±2.46	4.53±1.25
试验组（n=47）	12.45±2.45	3.25±0.68	1.13±0.87	2.23±0.16	3.01±1.16	3.14±1.36
t	11.570	16.941	5.073	6.948	3.680	5.159
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组护理满意度对比

对照组护理满意度低于试验组。具有差异性，据统计学分析有意义（P<0.05）。

表 4 对比两组护理满意度[n（%）]

分组	例数	非常满意	比较满意	不满意	总满意度
对照组	47	16（34.04）	14（29.79）	17（36.17）	30（63.83）
试验组	47	30（63.83）	13（27.66）	4（8.51）	43（91.49）
χ^2	-	-	-	-	10.363
P	-	-	-	-	0.001

2.5 两组患者活动能力对比

试验组活动能力更好，具有统计学意义（P<0.05）。

表 5 两组患者活动能力对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	活动能力		
		干预前	干预后	
对照组	47	82.15±5.67	75.58±1.88	
试验组	47	82.42±5.53	70.77±1.12	
t	-	0.234	15.069	
P	-	0.816	<0.001	

2.6 两组自我护理水平对比

试验组更高，具有统计学差异（P<0.05）。

表 6 两组自我护理水平评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	目标护理	思想护理	心理护理	行为护理
对照组	47	83.43±2.56	85.77±2.76	87.78±2.75	87.69±2.63
试验组	47	85.45±2.45	87.25±2.68	89.23±2.87	89.42±2.36
t	-	3.908	2.637	2.501	3.356
P	-	<0.001	0.010	0.014	0.001

3 讨论

重症肌无力属于一种自身免疫性疾病，主要发病原因是由于机体免疫系统紊乱，导致机体正常功能被破坏，从而使得神经肌肉的正常功能受到影响，当前尚未找到这类疾病的单一发病机制，推测与环境因素、用药因素以及感染因素存在密切联系，并且这类患者往往会伴随着其他自身免疫性疾病，比如甲状腺功能亢进、甲状腺炎、系统性红斑狼疮等，重症肌无力患者在发作后会表现为吞咽困难、抬头困难、呼吸困难等，患者无法如常人一般正常生活、工作，该疾病不仅影响患者的生理功能，还影响着患者的心理功能，使得经济负担加重^[1-3]。如若任由该疾病持续发展，部分患者呼吸肌受到影响，短时间内还会出现全身肌肉收缩乏力，甚至引发肌无力危象，患者无法正常呼吸，严重者还会死亡^[4-6]。这类疾病对患者的危害性较大，临床对此通常选择药物治疗，主要为硫唑嘌呤、环磷酰胺等，可以达到一定的治疗效果，但是仅依靠治疗方法无法满足患者恢复期间的各项需求，还应对患者实施护理方法，从而实现疗效最大化^[7-9]。

临床上一般采取常规护理方法进行辅助治疗，这种方法可以协助患者进行治疗，对其进行照顾，但是无法改善患者的生活质量情况，导致患者由于身体不适，产生不良情绪，恶性循环，不利于患者后续恢复。自我效能护理通过培训与考核，提升护理人员专业技能与综合

素质，让其掌握护理中的各项要素，更好的与患者进行沟通，建立健康课堂，使患者掌握相关知识与自我护理方法，提升自我护理水平，通过电话联络、微信以及公众号等方法，与患者建立了密切的联系，可以随时解答患者的疑惑，定期随访建立正确的护理认知，纠正错误行为，使其更配合护理与治疗进行^[10-12]。

为了探究以上两种方法在实际中的应用效果，本试验从我院收治的重症肌无力患者中抽取了 94 例，将 1：1 平均分配，分别用常规护理方法方法（对照组）和常规护理方法+自我效能护理（试验组）进行治疗，对比两组从本文研究可以看出，试验组抑郁程度优于对照组，分析两组干预后的焦虑程度，试验组分数均低于对照组，将两组的生活质量评分进行比较，试验组明显高于对照组，并且试验组患者的自我护理水平以及活动能力均优于对照组，具有统计学差异（P<0.05）。推测与自我效能护理提升了患者的知识掌握能力，从而在生活中更加注意相关事项，对疾病起到了正面影响。从两种不同的试验结果可以看出自我效能护理更加适用于重症肌无力患者，通过健康宣教、心理护理等多种要素相互结合，可以稳定提升生活质量，改善心理状态，为后续治疗奠定了坚实的基础，但由于采取样本量均为本院患者，无法了解本院以外的患者具体状况，故存在一定的偏倚性。在后续研究中，可以扩大样本选择范围，选取更多地区、更多医院的患者参与临床研究中。另外，还可延长随访时间，了解两组患者在不同方案下，长期的护理效果，从而为本方案的应用提供更全面的支持。

根据以上研究可知，在重症肌无力患者当中应用自我效能护理方法可以有效改善生理功能与心理功能，在临床上具有良好的发展前景。

参考文献：

[1]杨若澜,巨红燕,杨蕊.基于知识-信念-行为理论的护理干预对重症肌无力患者自我效能和自我负担的影响[J].实用医院临床杂志,2021,18（01）: 115-119.

[2]李玲玲.对接受机械通气治疗的重症肌无力患者进行细化护理的有效性分析——评《重症肌无力与相关疾病》[J].介入放射学杂志,2020,29（12）: 1309.

[3]叶纯,陈凯华,邓娉娉.重症肌无力患者自我感受负担水平与社会支持力度及自我效能感的相关性研究[J].当代护士（中旬刊）,2020,27（08）: 111-113.

[4]王兰君.临床护理路径对重症肌无力患者病情恢复的影响分析[J].中国医药指南,2020,18（07）: 274-275.

[5]田宝霞,王小玉,魏秀丽.循证护理对重症肌无力患者卫生经济学指标及生活质量的影响[J].贵州医药,2019,43（04）: 654-655.

[6]石嘉.重症肌无力患者自我感受负担与社会支持、应对方式的相关性研究[J].成都医学院学报,2019,14（01）: 115-117.

[7]宋岩,支修益.胸腺瘤合并重症肌无力的围术期护理[J].中国微创外科杂志,2017,17（01）: 22-232.

[8]单晔.基于微信平台对重症肌无力出院患者行延续护理的效果研究[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3（35）: 72.

[9]王朝军,相松飞,罗国英,等.重症肌无力患者希望水平、应对方式和生活质量的相关性研究[J].中华现代护理杂志,2018,24（13）: 1522-1527.

[10]肖群,刘睿,刘朝晖.1 例全身型重症肌无力合并脑梗塞患者的多学科协作护理[J].现代临床护理,2018,17（01）: 78-81.

[11]薛渝.重症肌无力患者实施前瞻性护理干预对其生活质量及预后的影响[J].中国妇幼保健研究,2017,28（S2）: 616.

[12]刘婷婷,刘晓丹,杨乐,等.重症肌无力患者实施规范化护理的临床研究[J].山西医药杂志,2017,46（02）: 233-235.

甲状腺手术中双极电凝系统与传统电刀的治疗作用分析

邓康

山东省青岛市黄岛区中医医院 266500

摘要: 目的 对比双极电凝系统与传统电刀应用于甲状腺手术中的临床效果及对患者损伤程度、术后并发症的影响。方法 以时间段 2021 年 7 月至 2022 年 7 月为时间界限,选取其中在我院实施甲状腺手术的患者,病例数共计 70 例,以不同手术方式作为分组方法,将患者分为电刀组 35 例与电凝组 35 例,其中电刀组实施传统电刀手术进行切除甲状腺,而电凝组则实施双极电凝系统进行手术。通过评价两组患者的手术时间、出血量、引流量等评价手术方式优劣及对患者的损伤程度,评价住院时间、拔管时间等分析手术是否对预后时间有所影响,探讨术后并发症分析手术方式是否可以防范风险。结果 电凝组患者的手术时间、手术切口长度、术中出血量、术后拔管时间、术后第 1d 引流量、术后第 2d 引流量、住院时间及术后并发症率均低于电刀组 ($P<0.05$);治疗后电凝组患者血钙、血磷、甲状旁腺素水平、生活质量评分高于电刀组 ($P<0.05$)。结论 甲状腺手术患者实施双极电凝系统能够降低出血量及引流量,改善甲状旁腺功能,提高生活质量。

关键词: 传统电刀; 双极电凝系统; 甲状腺手术; 术后并发症

甲状腺恶性肿瘤早期发现后实施手术治疗预后程度较好,由于是甲状腺发生恶性肿瘤,会对患者的吞咽功能、语言功能、呼吸功能造成一定影响,如患者会出现声音嘶哑、呼吸不畅等情况,给生活质量造成严重影响^[1-3]。甲状腺区域血运较为功能,且术野较小,手术治疗容易对周围的血运及神经造成一定风险。目前传统电刀是治疗甲状腺恶性肿瘤的常用术式,但容易造成术后恢复较差^[4]。随着临床发展,双极电凝系统具有损伤小等优点。为此本研究对甲状腺手术患者实施不同手术方式,探讨两种术式优劣、缺陷及不足,为临床提供依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院治疗的 70 例甲状腺手术患者作为研究对象,病例选取时间为 2021 年 7 月至 2022 年 7 月之间,根据不同手术方法分为两组,其中电刀组 35 例,男性患者 12 例,女性患者 23 例;年龄段为 28-69 岁,平均 (41.30 ± 3.83) 岁;肿瘤直径 $0.4-0.8\text{cm}$,平均 $(0.51\pm0.03)\text{cm}$ 。电凝组患者 35 例,男性患者 13 例,女性患者 22 例;年龄段为 27-70 岁,平均 (41.59 ± 3.67) 岁;肿瘤直径 $0.3-0.9\text{cm}$,平均 $(0.52\pm0.04)\text{cm}$ 。两组患者的基本资料对比并无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 纳入标准

(1) 所有患者经病理活检及超声等检查确诊为甲状腺恶性肿瘤;(2) 均首次实施甲状腺手术;(3) 符合相关手术指征;(4) 术前检查确定喉返神经正常无损伤;(5) 患者的声带功能及甲状旁腺功能正常;(6) 未发生肿瘤转移患者。

1.3 排除标准

(1) 存在甲状旁腺功能亢进或低下患者;(2) 具有免疫系统疾病及内分泌疾病患者;(3) 存在代谢性疾病患者;(4) 具有颈部手术史患者;(5) 存在凝血功能障碍患者。

1.4 方法

电刀组患者实施传统电刀进行治疗,经术前检查后进行全身麻醉,气管插管,常规消毒,协助患者呈合适手术体位仰卧位,使用电刀在患者的胸骨上窝 1cm 部位做一个弧形切口长约 3cm ,将皮肤、浅筋膜、深筋膜等组织切开,后将皮瓣游离,对周围的血管进行结扎,结扎以后沿着颈白线对患者的甲状腺外包膜进行切开,将甲状腺充分暴露于术野中,寻找肿瘤组织,然后将其切除,探查是否存在其他淋巴结,如有则进行淋巴结清扫,完成后对创面进行清洗,引流管置入,缝合切口。

电凝组患者实施双极电凝系统进行手术,常规消毒全身麻醉,对患者的颈白线进行切开,充分将甲状腺暴露,找出甲状腺上动脉、下动脉及相关静脉等,对血管进行电凝,针对细支

动静脉则使用双极电凝钳进行凝闭;将环甲间隙进行撑开,双极电凝钳凝闭甲胸韧带,游离甲状腺,对上下静脉予以离断;后对甲状旁腺进行分离,实施钝性剥离完成后,进行止血处理,未存在其他出血现象后置入引流管缝合切口。

1.5 观察指标

(1) 记录手术相关情况及术后恢复情况:记录两组患者的手术时间、手术切口长度、术中出血量、术后拔管时间、术后第 1d 引流量、术后第 2d 引流量、住院时间等。(2) 检查血清学指标:抽取患者的静脉血,对患者治疗前后的血钙浓度、血磷浓度及甲状旁腺素进行检查对比。(3) 记录两组患者的并发症发生情况。(4) 使用 SF-36 生活质量量表评价两组患者治疗后的生活质量,量表信效度良好,评价广泛,包括生理、心理、躯体等方面,临床适用度广泛^[5]。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件对本研究的数据进行处理,结果显示若 $P<0.05$ 则表示差异有统计学意义,计量资料使用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示,采用 t 检验,计数资料以 (n,%) 表示,采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 记录两组手术相关情况及恢复情况

结果发现,电刀组患者手术时间为 $(57.49\pm2.04)\text{min}$ 、手术切口长度为 $(4.80\pm1.01)\text{cm}$ 、术中出血量为 $(35.98\pm3.28)\text{ml}$ 、术后拔管时间为 $(5.87\pm1.39)\text{d}$ 、术后第 1d 引流量为 $(35.60\pm3.51)\text{ml}$ 、术后第 2d 引流量为 $(7.83\pm1.29)\text{ml}$ 、住院时间为 $(9.26\pm2.71)\text{d}$;电凝组患者的手术时间为 $(48.30\pm2.18)\text{min}$ 、手术切口长度为 $(2.66\pm1.03)\text{cm}$ 、术中出血量为 $(27.64\pm3.55)\text{ml}$ 、术后拔管时间为 $(3.76\pm1.41)\text{d}$ 、术后第 1d 引流量为 $(27.09\pm3.40)\text{ml}$ 、术后第 2d 引流量为 $(4.81\pm1.33)\text{ml}$ 、住院时间为 $(6.42\pm2.09)\text{d}$ 。电凝组患者的手术时间、手术切口长度、术中出血量、术后拔管时间、术后第 1d 引流量、术后第 2d 引流量、住院时间均明显低于电刀组患者,差异显著 ($P<0.05$)。

2.2 对比两组的血清学指标

两组患者在对血清学进行检测,其中电刀组患者治疗前的血钙浓度为 $(2.50\pm0.46)\text{mmol/L}$,血磷浓度 $(1.71\pm0.35)\text{mmol/L}$,甲状旁腺素 $(24.50\pm1.87)\text{ng/L}$,治疗后血钙浓度为 $(1.29\pm0.24)\text{mmol/L}$,血磷浓度 $(0.48\pm0.06)\text{mmol/L}$,甲状旁腺素 $(15.42\pm1.39)\text{ng/L}$;电凝组患者治疗前的血钙浓度为 $(2.54\pm0.57)\text{mmol/L}$,血磷浓度 $(1.70\pm0.40)\text{mmol/L}$,甲状旁腺素 $(24.39\pm1.66)\text{ng/L}$,治疗后血钙浓度为 $(1.89\pm0.33)\text{mmol/L}$,血磷浓度 $(0.93\pm0.14)\text{mmol/L}$,甲状旁腺素 $(20.66\pm1.45)\text{ng/L}$ 。治疗前两组患者的血钙、血磷及甲状旁腺素对比

无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后两组患者的血钙、血磷及甲状旁腺素均降低，但电凝组患者血钙、血磷及甲状旁腺素水平较电刀组高，差异显著（ $P<0.05$ ）。

2.3 对比两组的术后并发症

两组患者手术治疗后均有并发症的发生，其中电刀组患者发生 3 例喉返神经损伤，4 例甲状旁腺损伤，2 例切口感染，总发生率为 25.71%（9/35）；电凝组患者发生 1 例喉返神经

损伤，1 例甲状旁腺损伤，1 例切口感染，总发生率为 8.57%（3/35），两组对比差异显著（ $P<0.05$ ）。

2.4 对比两组患者治疗后生活质量评分

治疗后电凝组患者的各项生活功能评分均高于电刀组患者，差异明显（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 对比治疗后生活质量评分（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	生理功能	社会功能	一般健康	躯体疼痛	情感职能	精神健康	生理职能	精力
电刀组	35	59.30±7.26	60.38±4.72	69.86±4.55	70.33±3.18	68.29±4.57	58.44±3.19	74.72±4.18	60.30±4.55
电凝组	35	78.44±5.90	74.55±5.04	80.48±5.69	83.94±5.83	80.48±7.17	70.85±5.09	85.20±7.84	75.96±3.27
t		10.482	16.879	14.278	13.025	11.662	9.084	17.384	15.890
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

甲状腺恶性肿瘤虽然发病率较低，但是经外科手术切除治疗后可以降低临床复发率，因此手术成为治疗甲状腺恶性肿瘤的首选方案^[6-8]。因甲状腺解剖位置特殊，手术操作受限，容易增加一定的手术创伤风险，加上甲状腺距离气管、食道、声带较近，如果手术中对此部位造成创伤，极容易导致患者的相关功能受损，造成术后无法正常生活、交流等，从而降低生活质量^[9-10]。因此临床选择合适的手术术式是降低术中创伤、术后并发症的关键。

临床针对甲状腺恶性肿瘤一般采用传统电刀予以治疗，电刀的使用可以迅速将病变组织切除，并且有良好的止血效果，但临床研究发现，患者在使用电刀治疗过程中容易增加治疗时长，甲状腺周围的神经及血管组织较多，虽然电刀实施电凝进行止血，但容易引发周围细小血管的破裂，从而增加出血的发生，加上电刀造成的热损伤会进一步破坏周围的神经及血管等组织，这会造成术后引流液量的增加，也会增加并发症发生，导致患者术后恢复进程减缓^[11-13]。微创技术在临床迅猛发展，双极电凝系统逐渐应用于甲状腺疾病的治疗中，并且取得了良好效果^[14-15]。将双极电凝系统应用于甲状腺恶性肿瘤中发现，双极电凝的尖端直径不超过 1mm，因此可以对甲状腺局部进行精细操作，从而降低对周围组织的损伤，另外放电仅发生在电极之间，并不会对周围组织产生较大的热损伤，降低术后并发症的风险；本操作简便，电凝可快速止血，提高了手术时间。本研究结果显示，电凝组患者的手术时间、手术切口长度、术中出血量、术后拔管时间、术后第 1d 引流量、术后第 2d 引流量、住院时间均明显低于电刀组（ $P<0.05$ ），提示双极电凝系统对患者损伤较小，并不会造成大量出血现象发生，并能够促进患者术后的快速恢复。血钙、血磷及甲状旁腺素是代表甲状旁腺功能的重要指标^[16]。本结果显示两组患者治疗后血钙、血磷及甲状旁腺均降低，说明手术质量会对患者的甲状旁腺造成一定影响，从而导致相关指标水平下降，但是治疗后电凝组患者血钙、血磷及甲状旁腺素水平较电刀组高（ $P<0.05$ ），说明双极电凝系统对患者甲状旁腺影响较小，并不会使甲状旁腺功能造成严重损伤，这也是临床所倡导的。电凝组的术后并发症率低于电刀组（ $P<0.05$ ），表明双极电凝系统并不会对神经、血管等造成过多影响，从而可以防范较多并发症发生，也可促进患者痊愈。电凝组患者的生活质量评分高于电刀组（ $P<0.05$ ），这是因为双极电凝系统能够维持良好的手术效果，减轻患者的损伤，避免出现对气管、声带等损伤，加上并发症少，患者可以更快融入生活中去。本研究的不足之处并未研究患者远期复发情况，临床可进一步深入研究复发率。

综上所述，双极电凝系统应用于甲状腺手术中可减轻术中损伤，对甲状旁腺功能刺激较小，预防术后并发症。

参考文献：

[1]张超,王岩岩,李玉龙,等.不同甲状腺手术方式对机体应激的影响[J].蚌埠医学院学

报,2022,47（08）: 1048-1051.

[2]胡景,徐云峰,朱萍.双极电凝系统与传统电刀在甲状腺手术中的应用效果[J].医疗装备,2022,35（14）: 77-78.

[3]朱永光,周宏,李润铭.甲状腺手术中暴露喉返神经对患者喉返神经的保护价值及并发症的影响[J].黑龙江医药,2022,35（02）: 416-418.

[4]杨熙,詹泽峰,林芳.超声刀与高频电刀应用于开放甲状腺手术中的临床效果对比[J].现代医用影像学,2021,30（01）: 197-198.

[5]丁智,梁宝鹏,蔡植钰.超声刀与传统电刀在开放甲状腺手术中的应用效果比较[J].临床医学工程,2020,27（04）: 391-392.

[6]邱堃,王一森,吴元清.双极电凝系统与超声刀在甲状腺手术中应用效果观察[J].中华普外科手术学杂志（电子版）,2015,9（06）: 47-49.

[7]程蕴.比较甲状腺手术中超声刀与传统电刀对喉返神经的保护作用[J].中国医疗器械信息,2019,25（24）: 18-19.

[8]赵瑞军,程若川.双极电凝系统在甲状腺手术中的应用效果及安全性分析[J].中外医学研究,2022,20（25）: 145-147.

[9]宿士智,李辉,杜彦斌,等.双极电凝结合电刀在开放甲状腺手术中的应用价值[J].东南大学学报（医学版）,2018,37（02）: 281-284.

[10]王迎春,刘宝军,刘翠霞,等.超声刀与双极电凝系统在甲状腺手术中的应用对比分析[J].中华保健医学杂志,2019,21（02）: 165-166.

[11]简永平,陈锐锋,李宝龙,等.甲状腺切除手术中应用钳式超声刀和传统电刀的效果比较[J].中国普外基础与临床杂志,2017,24（10）: 1226-1229.

[12]周韬,庄亚强,曹一鸣,等.双极电凝系统与超声刀在精细被膜解剖下甲状腺手术中的应用效果[J].中国现代医生,2019,57（05）: 51-53+57.

[13]程恩玲,支彩英,谢继萍,等.超声刀与传统电刀对甲状腺手术切口炎症反应的临床研究[J].中华医院感染学杂志,2017,27（17）: 3964-3967.

[14]沈凤,邱咏桂.超声刀在甲状腺手术中保护喉返神经及入喉处甲状腺组织的应用效果观察[J].广东微量元素科学,2017,24（03）: 52-55.

[15]王伟,钱卫华,陈敏政,等.双极电凝系统与超声刀在甲状腺手术中应用效果分析[J].中国医疗设备,2017,32（S1）: 18.

[16]林国樑,张德杰,杨先荣,等.双极电凝系统对比超声刀在精细被膜解剖下甲状腺手术中的应用效果[J].中国校医,2016,30（11）: 857-858.

头孢抗生素在急性胆囊炎术后抗感染中的应用效果分析

徐淑娜 卢明书

济南市人民医院 271100

摘要：目的：分析在急性胆囊炎术后抗感染工作中采用头孢抗生素的应用效果。方法：在 2020 年 1 月~2022 年 1 月期间入院接受手术治疗后发生感染问题的急性胆囊炎患者中随机选取 80 例分为两组，对照组采用头孢他啶治疗，研究组采用头孢呋辛治疗，对比两组患者的抗感染治疗效果。结果：研究组治疗有效率高于对照组；经治疗，两组患者的临床指标均有所改善，且研究组降幅大于对照组；经治疗，两组患者的生活质量均有所提升，且研究组评分高于对照组；研究组医患纠纷率低于对照组，差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。两组患者不良事件发生率无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：在急性胆囊炎术后抗感染工作中，通过采用头孢抗生素进行治疗，有利于促进患者治疗效果的优化，在此期间，头孢呋辛的治疗效果总体上优于头孢他啶，基于此，医疗人员应积极做好对于该药物的关注与应用。

关键词：急性胆囊炎；抗感染治疗；头孢抗生素；治疗效果；并发症率

在临床过程中，作为消化道急症，急性胆囊炎的发病与细菌感染和胆囊管梗阻等因素有关，其可导致患者出现恶心呕吐与上腹疼痛等临床症状，对于患者身心造成了极大的危害与负担。在临床过程中，该病的发病率相对较高，若不能及时进行合理干预，则其会对患者健康造成不良影响^[1]。医疗人员指出，在疾病类型划分问题上，依据患者是否存在胆囊结石，可以将其分为急性结石性胆囊炎与急性非结石性胆囊炎两种类型，其中以急性结石性胆囊炎在临床过程中的发病率相对较高，其约占急性胆囊炎患者群体的 90%左右^[2]。在临床过程中，对于该病我国主要采用手术的方式进行治疗，大量研究资料指出，通过及时进行手术治疗的合理开展，医疗人员可以帮助患者对于病灶进行充分处理，有利于推动患者病情的合理改善，对于患者健康的恢复具有良好的促进意义^[3]。近年来，随着腔镜技术的不断发展，大批医疗工作者结合腹腔镜技术对于患者治疗方法进行合理分析与探索，其进一步促进了腹腔镜下胆囊切除术在临床过程中的充分应用^[4]。实践证明，该疗法进一步促进了患者治疗工作多样化发展，有利于降低患者治疗期间造成的是机体损伤，对于患者术后康复具有良好的促进意义^[5]。然而，有研究表明，在术后康复阶段，该病患者极易出现合并术后感染的问题，因此，及时对患者进行术后抗感染治疗，同样有利于实现患者健康的充分保障。在这一问题上，医疗人员结合患者治疗方案与临床治疗数据对于抗感染药物进行了合理分析与探索。实践表明，通过头孢类抗生素的合理应用，对于实现患者健康的恢复具有良好的促进意义。然而，随着头孢类抗生素种类的不断增加，如何及时进行药物的选择和应用逐渐受到了医疗人员的关注^[6]。在这一问题上，常用的头孢类菌素主要包括头孢他啶与头孢呋辛。长期以来，医疗人员对于上述两种药物的临床效果缺乏足够认识，基于此，积极做好对于药物治疗效果的对比分析有利于推动我国临床药物治疗工作的进一步发展与深入。本文针对在急性胆囊炎术后抗感染工作中采用头孢抗生素的应用效果进行了分析。现整理如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

在 2020 年 1 月~2022 年 1 月期间入院接受手术治疗后发生感染问题的急性胆囊炎患者中随机选取 80 例分为两组，对照组男 25 例，女 15 例；年龄 41~68 岁，平均（55.14±2.35）岁；研究组男 27 例，女 13 例；年龄 40~67 岁，平均（55.25±2.41）岁。差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 （1）患者在术后存在切口深部与浅部感染问题。（2）患者及其家属对于本次研究内容表示知情同意且签署了同意书。（3）患者经检查确诊为细菌感染问题。

1.2.2 排除标准 （1）患者合并恶性肿瘤。（2）患者伴有精神系统疾病，无法与医疗人员进行沟通与交流。（3）患者合并重要脏器功能性障碍。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用头孢他啶治疗，药物由苏州中联化学制药有限公司生产，国药准字 H20053432，药物用法用量如下：将 1.5g 药物用 100mL 浓度为 0.9%的氯化钠溶液混合后对患者进行静脉滴注，药物使用频率为 3 次/d，两次之间间隔为 8h，持续治疗 1 周。

1.3.2 研究组 采用头孢呋辛治疗，药物由深圳致君制药有限公司生产，国药准字

H20010775，药物用法用量如下：将 1.5g 药物用 100mL 浓度为 0.9%的氯化钠溶液混合后对患者进行静脉滴注，药物使用频率为 2 次/d，两次之间间隔为 8h，持续治疗 1 周。

1.4 观察标准

1.4.1 患者治疗有效率 分为显效、有效以及无效，显效表示症状基本消失，有效表示症状有所缓解，无效表示症状无改善或加剧。

1.4.2 患者临床指标 降钙素原、白细胞介素-1 β 以及血清 C 反应蛋白。

1.4.3 患者生活质量 采用问卷评估，得分越高表示患者生活质量越好。

1.4.4 医患纠纷率 依据患者实际情况进行评估。

1.4.5 患者不良事件率 包括皮疹、神经系统反应以及腹痛腹泻。

1.4 统计学方法

选用 SPSS21.0 软件处理数据，计量资料使用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行 t 检验，计数资料使用%表示，行 χ^2 检验，以 $P<0.05$ ，表明差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗有效率比较

研究组治疗有效率高于对照组，差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 患者治疗有效率					
组别	n	显效	有效	无效	总有效（%）
研究组	40	23	16	1	97.50
对照组	40	15	19	6	85.00
χ^2	-	-	-	-	3.914
P	-	-	-	-	0.048

2.2 患者临床指标比较

经治疗，两组患者的临床指标均有所改善，且研究组降幅大于对照组，差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 患者临床指标							
组别	n	降钙素原		白细胞介素-1β		血清 C 反应蛋白	
		(ng/mL)	(pg/mL)	(ng/L)			
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	40	11.38±0.98	4.45±0.35	5.70±0.74	1.90±0.31	24.21±1.03	9.55±0.81
对照组	40	11.36±0.95	7.08±0.51	5.71±0.69	2.87±0.34	24.21±1.01	14.45±1.11
t	-	0.093	26.891	0.063	13.333	0.000	22.553

<i>P</i>	-	0.926	0.000	0.950	0.000	1.000	0.000
----------	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------

2.3 患者生活质量比较

经治疗，两组患者的生活质量均有所提升，且研究组评分高于对照组，差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 患者生活质量

组别	n	治疗前	治疗后
研究组	40	78.20±4.64	91.36±2.96
对照组	40	78.14±4.58	82.24±2.87
<i>t</i>	-	0.058	13.990
<i>P</i>	-	0.954	0.000

2.4 医患纠纷率比较

研究组医患纠纷率低于对照组，差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 4 医患纠纷率

组别	n	医患纠纷数量	医患纠纷率（%）
研究组	40	0	0.00
对照组	40	4	10.00
χ^2	-	-	4.211
<i>P</i>	-	-	0.040

2.5 患者不良事件率比较

两组患者不良事件发生率无统计学意义（ $P>0.05$ ）。见表 5。

表 5 患者不良事件率

组别	n	皮疹	神经系统反应	腹痛腹泻	不良事件率（%）
研究组	40	0	0	2	5.00
对照组	40	0	1	2	7.50
χ^2	-	-	-	-	0.213
<i>P</i>	-	-	-	-	0.644

3 讨论

在临床过程中，急性胆囊炎具有起病急与病情进展迅速等症状，其对于患者身心造成了极大的影响。在治疗问题上，对于病情较为严重的患者，医疗人员往往会采用手术的方式对患者进行治疗，以便有效实现对于病灶的合理处理与妥善应对^[7]。从致病因素的角度分析，胆囊结石、肿瘤以及蛔虫等问题均有可能导致患者胆囊管出现堵塞，继而对其健康造成了不良影响而。另一方面，部分研究资料表明，细菌可经胆道侵入到患者胆囊中，若胆汁排出不畅，则其可在人体胆囊中出现大量繁殖进而诱发胆囊感染，对于患者健康极为不利^[8]。此外，在日常生活中，进食油腻食材与暴饮暴食均有可能导致该病的出现，从而对患者健康造成了不良影响。在治疗期间，通过手术疗法的合理应用，医疗人员可以帮助患者进一步实现对于病情的合理管控，有利于促进其健康的改善。在术后康复期间，良好的抗感染治疗可以帮助患者进一步实现术后身体健康的合理恢复，有利于促进患者健康水平的持续优化与充分改进^[9]。基于此，医疗工作者对于如何有效做好抗感染治疗干预进行了相应的分析与探索，其进一步推动了大量新型药物在临床过程中的广泛应用。其中，最为常见抗生素之一，头孢类抗生素在临床过程中凭借良好的应用价值受到了医疗人员的密切关注。近年来，随着医疗研究工作的不断发展与深入，大量新型头孢抗生素类药物应用于临床，基于此，如何进行药物的科学选择，逐渐成为了医疗工作者当前关注的一个重点话题^[10]。相关调查数据表明，现阶段，在治疗期间，常用的头孢类抗生素主要包括头孢他啶和头孢呋辛两种。在此期间，作为半合成的三代头孢菌素，头孢他啶在治疗过程中可以对细胞壁合成过期间的转肽酶进行相应抑制，从而对细胞壁合成问题进行充分调节，有助于促进细菌的凋亡对于患者健康的恢复与病菌的合理改善具有良好的推动价值。相比之下，作为二代头孢菌素头孢呋辛在治疗期间可以

对细胞膜上的青霉素结合蛋白进行调控，从而有效促进细菌细胞分裂与繁殖的充分抑制，继而实现杀菌抑菌的目的^[11]。在临床治疗期间，大量报道指出，通过采用头孢呋辛进行治疗，患者治疗有效率水平可以得到显著提升，且其有利于帮助患者合理实现，对于炎症反应的充分抑制对于患者感染问题的缓解具有良好的促进意义。在临床治疗过程中，该药物的吸收相对较为迅速，可以帮助患者进一步实现对于革兰阳性菌与阴性菌的充分控制，有利于实现患者病情的合理缓解，对于患者预后健康水平的提升具有重要的促进意义，为术后抗感染治疗目标的实现提供了强劲的助力与保障。在研究过程中，医疗人员对于头孢呋辛这一药物进行了相应的分析与探索。总的来看，通过积极结合该药物的合理应用，可以帮助患者实现对于病情的充分管控，有利于促进其健康的充分改善。与此同时，在临床治疗期间，其强化了对于人体 β -内酰胺酶稳定性且具有良好的广谱抑菌活性，有助于促进患者病情的恢复。从治疗安全性的角度分析，头孢他啶和头孢呋辛在治疗期间出现不良反应的几率均相对偏低，但是，作为抗生素类药物，在治疗过程中，为了避免患者出现不良反应，医疗人员均应积极结合患者病情对于药物用法用量进行合理调整且积极督促患者严格遵医嘱用药，切忌私自更改药物使用剂量，以免患者出现不良后果。从患者的角度分析，通过积极结合头孢类抗生素对患者进行治疗，医疗人员可以帮助患者在术后有效实现抗感染目的，对于患者病情的充分恢复具有积极作用，为其预后生活质量的提升奠定了坚实的基础与保障。

本次研究结果表明，与头孢他啶相比，头孢呋辛的治疗有效率水平相对更高。从患者临床指标的角度分析，通过结合头孢呋辛进行治疗，患者降钙素原、白细胞介素-1 β 以及血清 C 反应蛋白指标均得到了显著的改善，从而进一步促进了患者预后生活质量水平的显著改善。与此同时，基于该药物治疗模式下，医患纠纷问题的发生率相对更低。从治疗安全性的角度分析，两种药物在治疗期间的不良反应均相对较低且组间差异无统计学异，由此证明，两种药物在抗感染治疗期间均具有较高的安全性。

综上，在急性胆囊炎术后抗感染工作中，头孢呋辛有利于提升患者治疗效果，其对于患者预后健康的恢复具有良好的促进作用，其为患者术后健康的恢复奠定了坚实的基础。

参考文献：

[1]刘永欣. 头孢曲松钠联合消炎利胆片治疗急性胆囊炎的临床疗效[J]. 中国现代药物应用,2020,14（22）：165–166.

[2]刘二波. 超声引导经皮经肝胆囊穿刺置管引流术联合腹腔镜胆囊切除术治疗急性重症胆囊炎的效果[J]. 河南外科学杂志,2022,28（3）：145–147.

[3]陈健. 老年胆总管结石合并急性胆囊炎患者急诊 PTCD 后二期应用 LC 联合术中胆道镜取石术的可行性探讨[J]. 医学理论与实践,2022,35（10）：1678–1680.

[4]龚解其,徐伟强,陆欢华. 序贯微创治疗对伴重要器官功能障碍的老年急性结石性胆囊炎患者的疗效及时机[J]. 中国药物与临床,2020,20（13）：2171–2173.

[5]程垒. 超声引导经皮经肝胆囊穿刺引流后腹腔镜胆囊切除术治疗急性非结石性重症胆囊炎的临床价值[J]. 河南外科学杂志,2021,27（1）：119–121.

[6]许红卫. 超声引导经皮经肝胆囊穿刺引流术后腹腔镜胆囊切除术治疗老年急性重症胆囊炎患者的效果及安全性分析[J]. 河南外科学杂志,2021,27（4）：105–106.

[7]谢俊辉. 超声引导经皮经肝胆囊穿刺置管引流术后腹腔镜胆囊切除术治疗急性重症胆囊炎效果观察[J]. 河南外科学杂志,2021,27（5）：136–138.

[8]陈佳骏,张海阳,曲岩,等. 热毒宁注射液辅助治疗对急性胆囊炎术后患者炎症指标及免疫功能的影响[J]. 临床急诊杂志,2021,22（8）：540–543.

[9]刘鹤. 超声引导下经皮肝胆囊穿刺引流术联合腹腔镜胆囊切除术治疗高龄高危急性化脓性胆囊炎效果观察[J]. 中国医疗器械信息,2020,26（19）：87,123.

[10]刘卫国,丁晓娟,郁春. 加味大柴胡汤辅助治疗急性结石性胆囊炎（肝胆湿热证）的疗效观察[J]. 中国中医急症,2021,30（12）：2192–2194.

[11]滑凯. 超声引导下经皮肝胆囊穿刺引流后腹腔镜胆囊切除术治疗结石性急性重症胆囊炎 38 例临床分析[J]. 河南外科学杂志,2020,26（2）：47–49.

妊娠期糖尿病检验糖化血红蛋白的效果分析

余望

成都大学附属医院检验科 四川省成都市 610081

摘要：目的：对妊娠期糖尿病检验中，糖化血红蛋白的检验价值进行评估，分析患者空腹血糖、餐后2h血糖、糖化血红蛋白、阳性检出情况、妊娠结局进行对比。方法：以本院收治的妊娠期糖尿病患者作为研究对象，总例数为105例，将其设置为研究组，随后选取同期接受妊娠期健康体检者100例与之进行对比，分析对患者实施糖化血红蛋白检验后各指标状况，评估妊娠结局。样本选取时间：2020年05月21日-2022年05月21日期间。结果：对照组餐后2h血糖、空腹血糖、糖化血红蛋白指标水平均低于研究组，统计学数据分析有意义（P<0.05）；研究组空腹血糖、糖化血红蛋白阳性检出率高于对照组，P<0.05，表示数据差异有意义；妊娠结局分析显示，研究组优于对照组，统计学有意义（P<0.05）。结论：糖化血红蛋白的检验价值较高，可以显著提升糖化血红蛋白、空腹血糖阳性检出率，改善妊娠结局，可积极推广。

关键词：妊娠期糖尿病；糖化血红蛋白；阳性检出率；妊娠结局

Effect analysis of glycated hemoglobin in gestational diabetes mellitus

[Abstract]Objective: To evaluate the test value of hba1c in the test of gestational diabetes mellitus, analyze the fasting blood glucose, 2h postprandial blood glucose, Hba1C, positive detection and pregnancy outcomes. Methods: A total of 105 patients with gestational diabetes treated in our hospital were selected as the research group. Then 100 patients who received healthy physical examination during pregnancy were selected and compared to analyze the indicators of the patients after the implementation of hba1c test and evaluate the pregnancy outcome. Sample selection time: May 21, 2020 to May 21, 2022. Results: The levels of postprandial 2h blood glucose, fasting blood glucose and hba1c in the control group were lower than those in the study group, and statistical data analysis was significant (P<0.05). The positive rate of fasting blood glucose and hba1c in the study group was higher than that in the control group (P<0.05), indicating significant data differences. Pregnancy outcome analysis showed that the study group was better than the control group, with statistical significance (P<0.05). Conclusion: The test value of hba1c is high, which can significantly improve the positive detection rate of HBA1C and fasting blood glucose, and improve the pregnancy outcome, which can be actively promoted.

【 Key words 】 Gestational diabetes mellitus; Glycosylated hemoglobin; Positive detection rate; Pregnancy outcomes

妇女在怀孕期间可能会有一些并发症。其中，妊娠期糖尿病是一种较为常见且多重的糖尿病，其症状是体内糖代谢异常^[1]。一旦发生妊娠期糖尿病，如果不及时、有效的治疗，会导致羊水过多、感染、母体高血压，进而对母婴的身体健康构成威胁，诱发畸形、新生儿低血糖等并发症^[2]。因此，早期发现妊娠期糖尿病对该疾病的治疗和控制具有重要意义。临床研究结果显示，由于妊娠期糖尿病一开始没有典型的症状，很容易漏诊，部分孕妇受到血糖检测的影响，只能反映自己的血糖水平。糖化血红蛋白是一种相对较新的临床检测方法，没有禁食或特定时间采血，可以检测过去3个月孕妇的血糖水平，不受血糖波动的影响，女性更容易接受，具有快速和简单的特点^[3]。本文主要是对105例妊娠期糖尿病患者、100例健康体检者为例，研究上述护理措施的实施价值，旨在帮助患者实现最佳治疗及预后。现具体分析为：

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析2020年05月21日-2022年05月21日本院收治的妊娠期糖尿病患者105例为研究对象，随机选取同期健康体检者100例与之进行对比，分别设置为研究组、对照组。前者：孕周28-38周，平均孕周（33.45±2.11）周；初产妇、经产妇分别为55例、50例；平均年龄为（27.49±1.23）岁（年龄区间为20-36岁）。后者：孕周27-37周，平均孕周（33.37±2.08）周；初产妇、经产妇分别为52例、48例；平均年龄为（27.38±1.55）岁（年龄区间为21-35岁）。纳入SPSS20.0统计学软件中，研究组、对照上述指标显示P>0.05，存在可比性。

纳入标准：（1）入选105例患者均符合妊娠期糖尿病诊断标准；（2）临床数据、资料完整；（3）院伦理委员会批准。空腹血糖在、餐后2h血糖分别在5.1mmol/L、8.5mmol/L以上。

排除标准：（1）并发其他慢性疾病；（2）重大疾病史、过敏史；（3）恶性肿瘤；（4）血液疾病；（5）精神障碍性疾病；（6）存在内分泌异常者；（7）自身免疫性疾病；（8）重要器官功能障碍（心、脑、肝、肾等）；（9）临床数据、资料不完整。

1.2 方法

采血前应告知孕妇在采血前一天22点后禁食，第二天上午采用空腹真空血管法采集孕妇静脉血。用抗凝剂收集静脉血约2mL，检测糖化血红蛋白。用含抗凝血剂的真空容器收集静脉血约5mL，离心。然后将上血浆分离处理，用自动生化分析仪（AU5800）检测血糖。采用Premier全自动糖化血红蛋白分析仪HB9210测定静脉血样品中的糖化血红蛋白，检测方法为高效液相色谱法。然后，让孕妇口服含75g无水葡萄糖的水溶液。2h后，抽取静脉血，用己糖激酶法检测血糖浓度。

1.3 观察指标

对两组受检者空腹血糖、糖化血红蛋白、餐后2h血糖指标状况进行分析及对比；计算空腹血糖、糖化血红蛋白阳性检出情况；分析两组妊娠结局，主要评估指标包括：羊水过多、巨大儿、剖宫产、胎膜早破、早产儿。

1.4 统计学分析

将计量资料（空腹血糖、糖化血红蛋白、餐后2h血糖）、计数资料（阳性检出情况、妊娠结局）全部录入统计学软件SPSS20.0版本中做出数据处理（P<0.05代表统计学差异存在意义；相反无意义），以 χ^2 检验计数资料，数据应用百分比表示；以t检验计量资料，数据应用平均值±标准差表示。

2 结果

2.1 两组受检者血糖、糖化血红蛋白指标对比：对照组各指标水平均低于研究组，统计学差异大，对比分析有意义（P<0.05）。具体见表一：

表一 两组受检者血糖、糖化血红蛋白对比（ $\bar{X} \pm S$ ）

组别	例数	糖化血红蛋白 (%)	餐后2h血糖 (mmol/L)	空腹血糖 (mmol/L)
对照组	105	5.56±0.12	7.44±0.26	4.59±0.26
研究组	100	12.22±3.14	13.12±1.22	7.23±0.12
T	-	21.7199	46.6139	92.5736
P	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组受检者阳性检出情况统计学分析：研究组阳性检出率高于对照组，差异大，表示统计学差异分析有意义（P<0.05）。具体见表二：

表二 两组受检者阳性检出情况统计学对比（n，%）

组别	例数	糖化血红蛋白		空腹血糖	
		阳性	阴性	阳性	阴性
研究组	105	30（28.57%）	75（71.43%）	20（19.05%）	85（80.95%）
对照组	100	12（12.00%）	88（88.00%）	5（5.00%）	95（95.00%）
χ^2	-	8.6343	-	9.4392	-
P	-	0.0032	-	0.0021	-

2.3 两组受检者妊娠结局统计学分析显示：研究组优于对照组，统计学数据分析有意义（P<0.05）。具体见表三：

表三 两组受检者妊娠结局统计学对比

组别	例数	早产儿	胎膜早破	剖宫产	巨大儿	羊水过多
研究组	105	15（14.29%）	13（12.38%）	30（28.57%）	14（13.33%）	15（14.29%）
对照组	100	2（2.00%）	0（0.00%）	3（3.00%）	3（3.00%）	2（2.00%）
χ^2	-	10.1657	13.2192	24.7977	7.1915	10.1657
P	-	0.0014	0.0002	0.0000	0.0073	0.0014

3 讨论

妊娠期糖尿病发病率较高，目前，临床上关于该疾病的发病机制尚不明确，但一般认为它与环境、遗传学有关，导致孕妇的胰岛素分泌不能满足身体的需要，并发生胰岛素抵抗^[4]。在怀孕期间，受葡萄糖输出量、雌激素、孕酮等等指标状况的影响，随着怀孕时间的延长，血液葡萄糖的需求量减少。然而，在妊娠中期和晚期，身体会拮抗胰岛素的增加，对胰岛素的敏感性降低，导致胰岛素分泌不足，最终导致妊娠期糖尿病。临床研究指出^[5]，妊娠期糖尿病的妇女在产后5年易患2型糖尿病，数据研究结果显示其发病率为50%以上，非常危险，严重情况下会直接危及患者生命安全。妊娠期糖尿病可能会加速胎儿过度发育，进而增加不良妊娠结局的风险。因此，对该疾病的早期发现、诊断、干预可以帮助患者实现最佳预后。

对于糖尿病患者来说，血糖很容易受到情绪、饮食、药物的影响，是一种非常常见的测试指标，会影响测试结果的客观性^[6]。糖化血红蛋白是血红蛋白A和糖的组合，是红细胞长期高糖下，红细胞非酶反应形成的糖基化终产物，合成时与血糖浓度密切相关，能更好地反映抽血前人体血糖状态，具有较强的稳定性，不易分解^[7]。除此之外，糖化血红蛋白可以直接反映长期血糖控制条件，可以发挥强大的作用，通过检测糖化血红蛋白，了解患者血糖状态，指导后续疾病治疗工作，具有更高的准确性。

近年来，妊娠期糖尿病数量逐年增加，早期有效的检测将为孕妇康复提供保证^[8]。临床测定糖尿病的方法很多，其中最有利的方法是测定糖化血红蛋白。与其他方法相比，该方法具有快速、准确、非常简单等优势，在妊娠期糖尿病的检测方面推广价值较高。在糖尿病患者早期检测中，糖化血红蛋白的变化是血糖、血红蛋白相互结合的产物，糖化血红蛋白可以反映患者3个月内的血糖，血糖与糖化血红蛋白指标呈正相关，当患者的血糖水平不断升高时，红细胞上的蛋白质会逐渐升高，导致糖化血红蛋白水平持续升高，与血糖浓度成正比，对患者的血糖水平的检测具有积极意义^[9]。糖化血红蛋白的形成是不可逆的，不容易波动，具有高稳定性。在孕妇进行妊娠期间，糖化血红蛋白检查可预测妊娠糖尿病，方便检测，灵敏度很高，最大程度上提高妊娠糖尿病的阳性率，在检测过程中不会出现误诊漏诊等现象，作为早期检测疾病重要指标，可以实现疾病的早期预防和早期治疗。本文研究结果显示，研究组餐后2h血糖、空腹血糖、糖化血红蛋白高（P<0.05）；阳性检出率高（P<0.05）妊娠结局优于对照组（P<0.05）由此分析结果可以看出，妊娠期糖尿病孕妇的空腹血糖、糖化血红蛋白阳性检出率更高。因此，在女性妊娠期，糖化血红蛋白水平的高低将直接影响到母婴健康，临床应对此引起高度重视。

综上所述，妊娠期糖尿病孕妇糖化血红蛋白检测价值较高，可以实现疾病的早期诊断、治疗及控制，对实现最佳分娩结局具有积极意义。

参考文献：

- [1]王冬玲,黄燕萍,吴川平. 妊娠早期糖化血红蛋白检测联合体质指数筛查妊娠期糖尿病的临床价值[J]. 海南医学,2020,31（6）: 754-756.
- [2]陆逊,陈希军,朱根华等. 妊娠期糖尿病孕妇糖化血红蛋白、糖化血红蛋白与新生儿体重关系[J]. 中国计划生育学杂志,2021,29（4）: 827-829.
- [3]潘钰蓉,韦升,陈莹等. 血清中糖化血红蛋白和白蛋白水平预测妊娠期糖尿病产妇产剖宫术后感染风险的临床价值[J]. 河北医学,2021,27（7）: 1205-1209.
- [4]何宇辉,王宝珊,蒋玲等. 糖化血红蛋白联合血细胞比容在早期筛查妊娠期糖尿病中的价值[J]. 中国计划生育和妇产科,2020,12（9）: 64-68.
- [5]姜海燕,胡志涛,刘倩等. 糖化血红蛋白、空腹血糖、血清C肽联合检查对妊娠期糖尿病筛查的临床效果观察及其临床意义[J]. 中国医师进修杂志,2020,43（4）: 375-378.
- [6]朱翠丽,胡蓉,林丽萍等. 孕早期空腹血糖联合糖化血红蛋白检测在妊娠期糖尿病筛查中的应用价值[J]. 海南医学,2020,31（18）: 2360-2362.
- [7]魏巍巍,贺丹,许航. 年龄、孕前期重指数、孕早期空腹血糖和糖化血红蛋白在妊娠期糖尿病预测中的价值[J]. 实用医院临床杂志,2021,18（6）: 110-114.
- [8]曾瑞瑞,林淑霞. 糖化血红蛋白与空腹血糖联合检测在妊娠期糖尿病筛查中的应用探讨[J]. 基层医学论坛,2021,25（29）: 4233-4235.
- [9]高建军,周利平,朱凌云. 糖化血红蛋白与糖化血清蛋白联合检测对早期妊娠期糖尿病的诊断效果[J]. 糖尿病新世界,2021,24（7）: 70-73.

通讯作者：余望 学历：本科 职称：检验师 研究方向：生化及免疫检验 科室：检验科 单位：成都大学附属医院。

阿奇霉素联合丙酸氟替卡松治疗肺炎支原体感染所致小儿慢性咳嗽的效果分析

张云芹

临沂市妇幼保健院 276017

摘要：目的：探究对于肺炎支原体感染致小儿慢性咳嗽应用阿奇霉素联合丙酸氟替卡松治疗的作用效果。方法：研究对象收集于我院2021年2月~2022年3月接受治疗的103例肺炎支原体感染致慢性咳嗽患儿，对患儿进行回顾性分析，根据治疗方案不同，将采用阿奇霉素治疗的患儿为参照组，纳入51例，采取阿奇霉素联合丙酸氟替卡松治疗的患儿为试验组，纳入52例，针对两组患儿炎症因子水平、肺功能指标、临床症状改善情况及临床疗效进行综合分析。结果：试验组CRP、WBC及PCT均低于参照组，FVC、FEV1及FEV1/FVC均高于参照组，咳嗽缓解时间及肺部啰音消失时间均短于参照组，咳嗽复发次数少于参照组，临床疗效优于参照组， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义。结论：肺炎支原体感染致小儿慢性咳嗽应用阿奇霉素联合丙酸氟替卡松治疗能有效降低炎症水平，快速改善临床症状，减少复发，提高肺功能，提升临床疗效。

关键词：阿奇霉素；丙酸氟替卡松；肺炎支原体；小儿慢性咳嗽

小儿受肺炎支原体感染影响极易引发慢性咳嗽，主要临床特征有咳嗽反复发作、肺部啰音及肺功能下降等，一旦发病会释放大量炎症因子引发全身炎症反应，对患儿生长发育及健康造成严重影响^[1]。临床对于该疾病通常采取抗感染治疗，合理运用抗生素能消除肺炎支原体感染症状，减轻咳嗽症状，阿奇霉素属于大环内酯类药物，作为常用的抗生素对支原体、衣原体等病菌具有良好的抗感染效果^[2]。但临床研究发现，肺炎支原体对阿奇霉素耐药性逐渐增强导致其疗效欠佳，同时会对胃肠道产生一定刺激作用，引起诸多不良反应^[3]。有研究显示^[4]，丙酸氟替卡松在小儿肺炎支原体导致慢性咳嗽治疗中取得显著疗效，该药物属于糖皮质激素，用药后能发挥过敏及抗炎作用控制气道高反应性及炎症反应，有助于清除病原菌。故本文将我院纳入治疗的肺炎支原体感染致慢性咳嗽患儿作为研究对象，分析阿奇霉素联合丙酸氟替卡松的临床疗效，详细报道如下所示。

1 资料与方法

1.1 基础资料

本文涉及到的研究对象收集于我院2021年2月~2022年3月接受治疗的103例肺炎支原体感染致慢性咳嗽患儿，根据治疗方案不同分成2组。参照组纳入51例，其中患儿年龄分布在岁10个月~8岁之间，平均数值 (3.95 ± 0.75) 岁；男性、女性分别为30例、21例。试验组纳入52例，其中患儿年龄分布在11个月~9岁之间，平均数值 (4.05 ± 0.84) 岁；男性、女性分别为32例、20例。将两组研究对象基本资料经由数据分析软件对比后，其结果均显示 $P>0.05$ ，入组患儿资料均符合对比参数。纳入标准：经临床检测入组所有患儿均已确诊为肺炎支原体感染致慢性咳嗽且符合临床特征。排除标准：行为及认知障碍，伴发严重器质性疾病，存在药物禁忌症，近15日内服用过本研究所用药物。

1.2 方法

参照组患儿实施阿奇霉素治疗，指导患儿口服阿奇霉素干混悬剂（生产单位：辉瑞制药有限公司；规格：0.1g；批准文号：国药准字H10960112），每日剂量为10mg/kg，于餐前1h或餐后2h用温水辅助口服，每次1次，连续用药3日后停用4日，每7日为1个疗程。试验组患儿实施阿奇霉素联合丙酸氟替卡松治疗，阿奇霉素用法与参照组一致，并指导患儿采

表1 试验组与参照组炎症因子水平对比

组别	CRP		WBC		PCT	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组（n=52）	16.32±2.65	2.08±0.31	9.54±1.58	6.52±1.37	0.24±0.05	0.08±0.01
参照组（n=51）	16.43±2.72	4.16±0.85	9.62±1.64	7.62±1.59	0.25±0.06	0.13±0.03
t	0.2078	16.5600	0.2521	3.7637	0.9196	11.3914
P	0.8357	0.0000	0.8014	0.0003	0.3600	0.0000

2.2 对比试验组与参照组肺功能指标

经检测，两组患儿治疗前FVC、FEV1及FEV1/FVC相比较基本无差异， $P>0.05$ ，组间

用丙酸氟替卡松气雾剂（生产厂家：GlaxoSmithKline Australia Pty Ltd；规格：每喷50μg；批准文号：国药准字HJ20130189）吸入治疗，每次50μg，分别于早、晚各用药1次。两组患儿均连续治疗3个月。

1.3 观察指标

采集治疗前后入组患儿空腹静脉血，一部分做血常规检查，观察WBC（白细胞计数），另一部分提取上清液进行离心后检测炎症因子，通过放射免疫分析法检测CRP（C反应蛋白），通过双抗体夹心法酶联免疫吸附试验检测及PCT（降钙素原）。

通过肺功能检测仪对入组患儿治疗前后肺功能指标进行评定，包括FVC（用力肺容量）、FEV1（第1秒用力呼吸量）、FEV1/FVC（第1秒用力呼吸量占比）。

观察并记录入组患儿咳嗽缓解时间、肺部啰音消失时间及复发次数。

根据入组患儿症状表现评定临床疗效，评定标准：患儿咳嗽、肺部啰音等临床症状完全消失，3个月内基本无复发现象为显效；患儿咳嗽、肺部啰音等临床症状有所改善，3个月内复发次数明显减少为有效；患儿临床症状基本无变化或加重，3个月内经常反复发作为无效。

1.4 统计学方法

纳入本文研究的所有肺炎支原体感染致慢性咳嗽患儿临床资料经由SPSS24.0统计学软件处理，其中CRP、WBC、PCT、FVC、FEV1、FEV1/FVC、咳嗽缓解时间、肺部啰音消失时间及复发次数等计量资料予以（均值±标准差）形式表达，应用t检验标准，临床疗效等计数资料予以率（%）的形式表达，应用 χ^2 检验标准，仅有检测数值 $P<0.05$ 时证明两组患儿之间具有显著对比差异，存在统计学研究意义。

2 结果

2.1 对比试验组与参照组炎症因子水平

经检测，两组患儿治疗前CRP、WBC及PCT相比较基本无差异， $P>0.05$ ，组间数值不存在统计学意义；治疗后，试验组CRP、WBC及PCT均低于参照组， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义，见表1。

表2 试验组与参照组肺功能指标对比

组别	FVC		FEV1		FEV1/FVC	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组（n=52）	74.62±5.28	86.95±6.18	70.62±6.13	83.41±7.64	82.65±4.19	94.65±5.17
参照组（n=51）	74.78±5.35	80.43±5.86	70.43±5.94	78.42±6.35	82.78±4.31	88.74±4.92
t	0.1527	5.4922	0.1597	3.6012	0.1552	5.9409
P	0.8789	0.0000	0.8734	0.0005	0.8770	0.0000

2.3 对比试验组与参照组临床症状改善情况

试验组患儿咳嗽缓解时间为 (131.62 ± 20.65) h，肺部啰音消失时间为 (6.29 ± 1.58) d，咳嗽复发次数为 (2.14 ± 0.35) 次；参照组患儿咳嗽缓解时间为 (198.56 ± 24.79) h，肺部啰音消失时间为 (9.76 ± 2.35) d，咳嗽复发次数为 (4.28 ± 0.68) 次。试验组患儿咳嗽缓解时间及肺部啰音消失时间均短于参照组，咳嗽复发次数少于参照组，T值分别为14.9018、8.8098、20.1376， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义。

2.4 对比试验组与参照组临床疗效

试验组临床疗效中显效32例，有效19例，无效1例，临床治疗总有效率为98.08% $(51/52)$ ；参照组临床疗效中显效18例，有效24例，无效9例，临床治疗总有效率为82.35% $(42/51)$ 。试验组临床疗效明显优于参照组， χ^2 值为5.5790， $P=0.0181<0.05$ ，组间数值符合统计学意义。

3 讨论

肺炎支原体是引发小儿呼吸道感染的病原体之一，慢性咳嗽是常见的呼吸道感染并发症，通常表现为阵发性剧烈咳嗽，对患儿睡眠及生活活动均造成一定影响^[5]。肺炎支原体感染会增加患儿支气管分泌物造成呼吸道水肿及黏膜细胞坏死，促进炎症因子释放引发严重的炎症反应，咳嗽反复发作、肺部啰音及气促均是临床主要表现，因此，在治疗肺炎支原体感染致慢性咳嗽不仅要清除病原体，还要展开抗炎及抗过敏治疗^[6-7]。阿奇霉素是临床常用的抗生素，其作用原理是通过抑制肺炎支原体蛋白质合成，进而抑制其生长并逐渐凋亡，同时能减轻炎症反应及组胺物质释放，缓解气道高反应性，但临床发现阿奇霉素长期用药会刺激小儿胃肠道，还会提高病原菌耐药性导致临床疗效不理想^[8]。丙酸氟替卡松是糖皮质激素类药物，可通过气雾形式直接作用于呼吸道，能直接清除呼吸道上皮纤毛上的肺炎支原体，同时能抑制磷酸酯酶以减少炎症细胞因子释放量，影响吞噬细胞功能，抑制炎症介质合成，减轻炎症反应^[9]。本文研究数据显示，试验组CRP、WBC及PCT均低于参照组，组间数值符合统计学意义 $(P<0.05)$ ，表明阿奇霉素联合丙酸氟替卡松联合应用能发挥较强的抗炎作用，促使炎症水平下降，减轻机体炎症反应。试验组FVC、FEV1及FEV1/FVC均高于参照组，咳嗽缓解时间及肺部啰音消失时间均短于参照组，咳嗽复发次数少于参照组，临床疗效优于

数值不存在统计学意义；治疗后，试验组FVC、FEV1及FEV1/FVC均高于参照组， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义，见表2。

参考文献：

- [1]吴小玲,黄翠兰,王珍春. 阿奇霉素联合丙酸氟替卡松治疗肺炎支原体感染所致小儿慢性咳嗽的临床效果[J]. 中国当代医药,2022,29(2): 116-118.
- [2]王亚君,霍雷,齐孟珊,等. 丙酸氟替卡松联合阿奇霉素对肺炎支原体感染所致慢性咳嗽儿童的肺功能、呼出气一氧化氮和炎症因子的影响[J]. 药物评价研究,2020,43(4): 734-737.
- [3]朱敬静. 丙酸氟替卡松气雾剂吸入治疗小儿肺炎支原体感染所致慢性咳嗽的临床效果分析[J]. 系统医学,2020,5(5): 16-18.
- [4]陈婧. 丙酸氟替卡松气雾剂吸入治疗小儿肺炎支原体感染所致慢性咳嗽的临床效果分析[J]. 中国现代药物应用,2019,13(12): 110-111.
- [5]暴丽珊. 阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体感染合并咳嗽变异性哮喘的临床疗效[J]. 家有宝,2021,3(17): 28.
- [6]沈昀. 孟鲁司特钠联合丙酸氟替卡松治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床效果及安全性[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(2): 132-134.
- [7]赵玮. 阿奇霉素干混悬剂联合布地奈德雾化吸入治疗肺炎支原体感染性小儿咳嗽的临床疗效评价[J]. 中国保健营养,2020,30(17): 128-129.
- [8]张雪利,唐芳,张兰,等. 阿奇霉素干混悬剂联合布地奈德雾化吸入治疗肺炎支原体感染性小儿咳嗽的临床疗效观察[J]. 中国实用医药,2020,15(33): 95-96.

幽门螺杆菌检测在食管癌中的临床价值

程兆令 徐丽娜 李雪梅 张超 彭澎 吴卫东

菏泽市立医院消化内科 山东菏泽 274000

摘要：目的：分析幽门螺杆菌检测在食管癌中的临床价值。方法：选取2021年5月至2022年8月间就诊于菏泽市立医院的患者，将患者分为正常食管组、食管炎组、食管腺组、食管癌组三组，再根据食管癌的病理类型、早期和中晚期、有无淋巴结转移将食管癌患者分组，分别检测并比较每组患者的HP感染情况。结果：正常食管组、食管炎组、食管腺组三组患者的HP阳性率差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），食管腺癌组患者HP阳性率和食管腺癌组HP阳性率差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。食管腺癌组中晚期患者的HP阳性率高于早期腺癌组患者的HP阳性率，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），HP阳性率高于早期腺癌组患者的HP阳性率（ $P<0.05$ ）。食管癌组患者中，有淋巴结转移组的患者HP阳性率高于无淋巴结转移组的HP阳性率，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：HP感染可能促进了食管癌的发生发展。在食管癌患者中开展幽门螺杆菌检测具有临床价值，可以使患者获益。

关键词：食管癌；食管炎；幽门螺杆菌；碳13呼气试验

食管癌是消化系统常见的肿瘤。中晚期食管癌治疗效果差，预后差。寻找出参与食管癌发生发展的重要相关因素，以便早期发现并治疗食管癌显得尤为重要。已有研究表明，饮酒、食管中的定植菌和食管癌有一定的相关性^[1,4]。幽门螺杆菌（*Helicobacter pylori*, HP）是一种常见的长期定植于胃内的高阳性率细菌。该菌具有严重的致病性，可导致胃炎、消化性溃疡、胃癌、低级别B细胞Malt淋巴瘤等疾病^[5-7]。

根除幽门螺杆菌对这些患者是有益的。近年来，食管鳞癌的发病率显著增加，食管癌的疾病率也随着生活方式的改变、营养结构的增加和生活压力的增加而增加。然而，目前尚不清楚消除幽门螺杆菌是否对食管癌患者有益。

1. 资料与方法：

1.1 一般资料：选取2021年5月至2022年8月间就诊于菏泽市立医院的60例食管癌患者作为研究对象，同时选取同期接诊的21例慢性食管炎患者、19例正常食管患者作为对照。其中，食管癌患者中，男性患者28例，女性患者32例，最大年龄92岁，最小年龄33岁，年龄均值为（74.10±12.07）岁，鳞癌47例，腺癌13例，淋巴结转移41例，无淋巴结转移19例，HP阳性48例，阴性12例。参照组中，慢性食管炎组，男12例，女9例，年龄均值为（75.67±7.71）岁，正常食管组，男10岁，女9例，年龄均值为（74.68±8.05）岁。患者性别、年龄等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。研究已得到医院伦理委员会审批。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准：①年龄≥18周岁；②病历资料完整、齐全；③意识清醒、对答切题；④预计生存时间在3月内；⑤均知情，已同意；⑥通过内镜检查明确食管正常和有食管炎的患者。通过内镜活检病理明确诊断为食管癌的患者。

排除标准：①胃溃疡、消化道出血等疾病；②免疫疾病孕妇和哺乳期妇女；③未能通过本研究的人；④患者合并帕金森综合征、痴呆症和精神分裂症患者；⑤循环系统疾病患者；⑥药物和酒精滥用经验；⑦患者有心脏病发作和中风；⑧食管癌或正在接受外科治疗的食管癌患者。

1.3 研究方法：①HP检测：采用碳13呼气试验方法检测HP。操作过程：（1）在空腹状态下或餐后2小时后进行；（2）收集零时的呼气；（3）口服尿素^[13C]胶囊，并开始计时。（剂量：成人75mg）；（4）收集第30分钟的呼气。检测DOB值，若≥4，则判定为阳性，否则判定为阴性。（2）临床资料收集：以病例收集的方式，详细收集食管癌患者的临床资料。

1.4 观察指标

比较各组患者的HP阳性率。对比食管癌组患者中各组患者的HP阳性率。

1.5 数据处理

采用SPSS26.0统计学软件进行数据处理，组间比较行 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 正常食管组患者、食管炎患者、食管癌患者HP阳性率的比较

正常食管组患者HP阳性率15.8%，食管炎组患者HP阳性率52.4%，食管癌组患者HP阳性率80%。食管癌组HP阳性率与正常食管组的相比， χ^2 值等于26.003， $P<0.01$ ，差异有统计学意义，食管癌组HP阳性率与慢性食管炎组的相比， χ^2 值等于5.998， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

表1 正常组患者、食管炎患者、食管癌患者HP阳性率

	正常食管组	慢性食管炎组	食管癌组
HP 阳性（例数）	3	11	48
HP 阴性（例数）	16	10	12
阳性率	15.8%	52.4%	80.0%
χ^2 值	26.003	5.998	
P 值	<0.01	0.014	

2.2 食管癌组患者鳞癌组与腺癌组患者HP阳性率的比较

鳞癌组HP感染阳性率为76.6%，腺癌组HP感染阳性率为92.3%，二者HP阳性率比较， χ^2 值为1.571， $P>0.05$ ，差异无统计学意义。

表2 鳞癌组与腺癌组患者HP阳性率

	鳞癌组	腺癌组
HP 阳性（例数）	36	12
HP 阴性（例数）	11	1
阳性率	76.6%	92.3%
χ^2 值		1.571
P 值		0.210

2.3 食管癌患者中食管鳞癌组中早期食管癌和中晚期食管癌HP阳性率的比较

鳞癌患者中，早期鳞癌患者HP阳性率为20.0%，中晚期组为91.9%， χ^2 值为22.697， $P<0.01$ ，差异有统计学意义。

表3 鳞癌组中早期食管癌和中晚期食管癌HP阳性率

	早期组	中晚期组
HP 阳性（例数）	2	34
HP 阴性（例数）	8	3
阳性率	20.0%	91.9%
χ^2 值		22.697
P 值		<0.01

2.4 食管癌患者中食管腺癌组中早期腺癌和中晚期腺癌HP阳性率的比较

腺癌患者中，早期腺癌患者HP阳性率为0.0%，中晚期组为80.0%， χ^2 值为6.240， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

表4 腺癌组中早期腺癌和中晚期腺癌HP阳性率

	早期组	中晚期组
HP 阳性（例数）	0	8
HP 阴性（例数）	3	2

阳性率	0.0%	80.0%
χ^2 值		6.240
P 值		0.012

2.5 食管癌患者中有淋巴结转移组和无淋巴结转移HP阳性率的比较

食管癌患者中，无淋巴结转移组HP感染阳性率31.6%，有淋巴结转移组HP阳性率为97.5%， χ^2 值27.959， $P<0.01$ ，差异有统计学意义。

表5 食管癌组患者中有淋巴结转移组和无淋巴结转移组HP阳性率

	无淋巴结转移组	有淋巴结转移组
HP 阳性（例数）	6	39
HP 阴性（例数）	13	2
阳性率	31.6%	97.5%
χ^2 值		27.959
P 值		<0.01

3. 讨论

食管癌是胃肠道最常见的恶性肿瘤，主要发生在中晚期。这表明食管菌落中的细菌在维持食管正常功能方面起着重要作用。然而，在某些因素的干预下，食管内的细菌菌落经常发生变化。这种食管变化可以直接或间接地与食管疾病的出现和发展有关，通常伴随着需求的变化。另一项关于食管的研究表明，食管癌与基因和不良饮食习惯密切相关。除此之外亚硝酸盐也是影响因素。最近的研究表明，生物病原体在不同类型癌症的形成和发展中发挥作用。越来越多的细菌和病毒感染直接或间接参与食管癌的整个过程。早期切除率，同时寻找新的治疗措施，提高病人生活质量、延长患者生存时间有重要意义。目前针对食管癌发生发展机制的文献很多，但幽门螺杆菌感染在食管癌发生发展过程中的作用及临床意义尚不完全清楚。

幽门螺杆菌是一种慢性感染。临床研究表明，长期植入幽门螺杆菌会导致胃溃疡、慢性胃炎、胃癌等疾病。幽门螺杆菌对人体有害，具有强大的胃肠道，可以通过多种方式感染。慢性胃炎的机制主要由多种因素引起，如幽门螺杆菌微生物感染的胃黏膜的炎症和免疫反应、胃酸分泌异常、胃壁不同程度的损伤等。

幽门螺杆菌（*Helicobacter pylori*, HP）是长期定植于胃内一种常见的高阳性率细菌。这种细菌具有严重的致病性，可适应胃腔的高酸性微环境，并可能导致多种螺杆菌相关疾病。流行病学证实胃炎、胃溃疡、胃癌和B细胞淋巴瘤。所有这些与真菌感染有关。

根除幽门螺杆菌可以减少胃炎复发，可以促进消化性溃疡愈合，可以遏制胃癌等消化道肿瘤的发生发展，从而使多数患者获益。目前检测幽门螺杆菌的方法主要有¹³C或¹⁴C尿素呼气试验。我院也常规开展¹³C尿素呼气试验多年。

本研究通过检测幽门螺杆菌在各组患者中的阳性率发现，食管癌组HP阳性率高于食管炎组、正常食管组的阳性率，提示幽门螺杆菌在食管癌的发生发展中可能存在一定的作用。幽门螺杆菌定植胃窦，胃黏膜上皮，近期研究表明，也可定植于食管黏膜上皮^[8]。幽门螺杆菌长期定植于食管黏膜上皮后，可能促进了食管黏膜上皮的炎症和癌变。近期其他研究显示，HP感染会导致食管黏膜细胞形态不规则，细胞间隙扩大，促进食管癌发生、发展^[9,10]。根据食管癌病理类型将食管癌分为鳞癌组、腺癌组，二者HP阳性率无统计学差异。这提示鳞癌组、腺癌组均有HP的感染，无论是鳞癌患者还是腺癌患者均有根除幽门螺杆菌的必要。食管鳞癌组中，早期鳞癌组的HP阳性率小于中晚期鳞癌组的阳性率，这提示HP感染可能促进了早期鳞癌向中晚期鳞癌进展。同时，食管腺癌组中，早期腺癌组的HP阳性率小于中晚期腺癌患者的阳性率，说明HP感染可能促进了早期腺癌向中晚期腺癌进展。本研究比较了食管癌患者中无淋巴结转移组和有淋巴结转移组HP感染的阳性率，得出有淋巴结转移组的HP阳性率高于无淋巴结转移组的，说明HP感染促进了食管癌细胞的淋巴结转移。

最新研究表明，HP感染在食管癌的发病和发展中起着重要作用。最新研究表明，HIV感染是一个漫长的过程^[11]。慢性HP感染会诱发慢性炎症，刺激细胞增殖，细胞增殖会导致DNA复制自发失败，导致遗传和致癌失衡，抑制细胞增殖，最终导致食管癌^[12]。

综上所述，食管癌患者普遍存在HP感染。中晚期食管癌、存在淋巴结转移的食管癌患者HP阳性率更高。临床应及早进行根治、清除HP治疗，无淋巴结转移组HP感染阳性率31.6%，有淋巴结转移组HP阳性率为97.5%， χ^2 值27.959， $P<0.01$ ，尽可改善患者预后，降低死亡率。因此，针对食管癌患者，开展幽门螺杆菌检测具有很好的临床价值。

参考文献：

- [1] 聂淑萍. 吸烟饮酒以及幽门螺杆菌感染与食管癌发病关系的研究[D]. 山东大学, 2015.
- [2] 吉胜利, 李静. 幽门螺杆菌感染与食管鳞癌的相关性研究[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2021, 28 (12): 1481-1484.
- [3] 吴光辉, 李伟, 郭东栋. 调强放疗联合TP化疗对晚期食管癌患者血清microRNA-21水平及预后的影响[J]. 实用癌症杂志, 2019, 34: 596-599
- [4] 吕文晶, 左静. 食管癌与微生态的相关研究进展[J]. 癌症进展, 2021, 19 (13): 1302-1306
- [5] 张宏伟, 张新安, 李文文, 许成凤, 张可贤. 右美托咪定对胸腔镜食管癌根治术老年患者认知功能及血清炎症因子、神经损伤标志物水平的影响[J]. 山东医药, 2017, 57 (23): 75-77.
- [6] 刘树, 崔露露, 蔺盼盼, 高社干. 感染与食管癌的研究进展[J]. 食管疾病, 2020, 2 (03): 161-164
- [7] 张艳莉. 检测血清胃泌素、转化生长因子- α 和超敏C-反应蛋白在幽门螺杆菌阳性消化性溃疡临床诊断及判断预后中的临床意义[J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45 (02): 61-63.
- [8] 黄浩. 幽门螺杆菌与食管癌变关系的初步探讨[D]. 汕头大学, 2021.
- [9] 杜三军, 张短娟, 孙晓冉, 高会斌, 于永强. 幽门螺旋杆菌感染与胃癌患者血清IL-32、IL-1 β 、TNF- α 的关系研究[J]. 现代生物医学进展, 2019, 19 (24): 4740-4743.
- [10] 万小勇, 张国新. 血清胃蛋白酶原、幽门螺旋杆菌IgG抗体联合酶联免疫吸附测定在胃癌早期诊断中的应用[J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45 (11): 1495-1498.
- [11] 姜红梅, 刘建光, 杨靖. 幽门螺杆菌感染与食管鳞癌发生的相关性分析[J]. 中国临床研究, 2017, 30 (04): 504-506.
- [12] 侯鹏, 董玲, 赵飞. 血管内皮生长因子和乏氧诱导因子-1 α 联合环氧化酶-2在食管鳞癌组织中的表达及与放射敏感性的关系[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2018, 25 (03): 287-291.

临床麻醉对老年患者术后认知功能影响

付俊宝

临沂市中心医院 山东临沂 276400

摘要：目的：观察临床麻醉对老年患者术后认知功能影响。方法：我院2020年6月-2021年6月收治的76例老年手术患者为本次研究对象，按照临床麻醉方式不同将患者分为对照组（38例：全身麻醉）与实验组（38例：硬膜外麻醉），比较两组患者麻醉效果。结果：实验组患者麻醉给药后10min（T1）、手术结束时（T2）心率、平均动脉压等血流动力学指标均低于同一时刻对照组，数据差异明显（ $P<0.05$ ）。实验组患者术后6h、术后12h、术后24h简易精神状态检测量表（MMSE）评分均高于对照组，数据差异明显（ $P<0.05$ ）。实验组患者术前10min、术后72h MMSE量表得分与对照组相比，数据差异不明显（ $P>0.05$ ）。实验组患者术后6h认知功能障碍发生率（2.63%）低于对照，数据差异明显（ $P<0.05$ ）。结论：老年手术患者硬膜外麻醉与全身麻醉相比对心率、平均动脉压等血流动力学指标以及认知功能造成的影响小。

关键词：临床麻醉；全身麻醉；硬膜外麻醉；老年手术患者；认知功能
[Abstract]Objective: To observe the effect of clinical anesthesia on postoperative cognitive function of elderly patients. Methods: 76 elderly surgical patients admitted to our hospital from June 2020 to June 2021 were the subjects of this study. The patients were divided into the control group (38 cases: general anesthesia) and the experimental group (38 cases: epidural anesthesia) according to different clinical anesthesia methods, and the anesthesia effects of the two groups were compared. Results: The hemodynamic indexes of the patients in the experimental group, such as heart rate and mean arterial pressure, were lower than those in the control group at the same time 10 minutes after anesthesia (T1) and at the end of surgery (T2), with significant difference ($P<0.05$). The scores of MMSE in the experimental group were higher than those in the control group at 6h, 12h and 24h after operation ($P<0.05$). There was no significant difference in MMSE scores between the experimental group and the control group 10 minutes before operation and 72 hours after operation ($P>0.05$). The incidence of cognitive dysfunction in the experimental group (2.63%) was lower than that in the control group 6 hours after operation, with significant difference ($P<0.05$). Conclusion: Compared with general anesthesia, epidural anesthesia has less effect on hemodynamic indexes such as heart rate, mean arterial pressure and cognitive function in elderly patients undergoing surgery.

老年手术患者术后认知功能障碍为常见并发症，目前临床医学研究者普遍认为本病的发生与老年手术患者内分泌异常、中枢神经系统功能紊乱、心脏等脏器功能生理性退化等因素有关^[1]。目前，老年手术患者术中常用麻醉方式包括全身麻醉与硬膜外麻醉，两种不同麻醉方式临床效果对比研究较少^[2]。本次研究比较我院2020年6月-2021年6月收治的76例分别应用全身麻醉以及硬膜外麻醉老年手术患者麻醉效果。

1 资料与方法
1.1 一般资料
实验组38例硬膜外麻醉的老年手术患者中男（ $n=20$ ）、女（ $n=18$ ），年龄区间为：61岁~77岁、平均（ 68.82 ± 1.82 ）岁，ASA分级：I级与II级分别21例、17例。对照组38例硬膜外麻醉的老年手术患者中男（ $n=19$ ）、女（ $n=19$ ），年龄区间为：61岁~78岁、平均（ 68.81 ± 1.85 ）岁，ASA分级：I级与II级分别20例、18例。两组患者男女比例、平均年龄以及ASA分级等基础资料无显著差异（ $P>0.05$ ）。
1.2 病例选择标准
纳入标准：本次研究对象均年龄超过六十岁且经临床确诊需联合麻醉开展外科手术治疗，在术前护理人员告知患者手术流程以及本次研究目的，患者及其家属均表示自愿参与本次研究，术前签署知情同意书。排除标准：（1）排除近六个月非首次联合麻醉开展外科手术治疗的老年患者。（2）排除术前确诊认知功能障碍患者。（3）排除术前应用可影响神经系统功能药物患者。（4）排除合并手术禁忌症的患者。

1.3 方法
两组患者均常规术前12h禁食、6h禁饮，术前30min均肌肉注射0.1g苯巴比妥钠注射液（哈药集团三精制药有限公司，国药准字：H23021167）、0.5mg阿托品注射液（天津金耀药业，国药准字：H12020382）。
1.3.1 对照组行全身麻醉，静脉麻醉诱导给药方案如下，静脉注射咪达唑仑注射液（江苏恩华药业，国药准字：H10980025）0.1 mg/kg、丙泊酚注射液（江苏恩华药业，国药准字：H20123138）2mg/kg，罗库溴铵注射液（华北制药股份有限公司，国药准字：H20103495）

0.6mg/kg、舒芬太尼注射液（宜昌人福药业，国药准字：H20054172）0.4μg/kg，麻醉成功后行气管插管，气管末端与呼吸机连接，呼吸机相关参数如下：潮气量为8-10ml/kg，呼吸频率未9-12次/min，二氧化碳分压为30-40mmHg，术中经静脉泵泵注瑞芬太尼注射液（江苏恩华药业，国药准字：H20143314）4mg/kg、丙泊酚4mg/kg。

1.3.2 实验组行硬膜外麻醉，患者取侧卧屈膝位以充分暴露L1-2，向L1-2椎间隙硬膜外穿刺置管，穿刺成功后经导管注入3mL浓度为2%利多卡因注射液（北京益民药业，国药准字：H11020323），根据患者麻醉平面适当可再追加3mL浓度为0.375%的罗哌卡因注射液（浙江仙琚制药股份有限公司，国药准字：H20163208），以保证患者术中麻醉平面控制在T10胸椎以下。

1.4 观察指标
（1）比较两组患者术前10min（T0）、麻醉给药后10min（T1）、手术结束时（T2）心率、平均动脉压等血流动力学等指标变化情况。
（2）比较两组患者术前10min、术后6h、术后12h、术后24h、术后72h认知功能评分，同时随访两组患者术后6h认知功能障碍发生情况，借助MMSE量表评估患者不同时间段认知功能，该量表评分区间在0-30分，评分 ≤ 23 分则确诊认知功能障碍，24-30分评分越高则表示患者认知功能越高。

1.5 统计学处理
SPSS21.0系统处理结果中相关计量数据，“%”方式用以表述的计数数据行 χ^2 统计学检验，“ $\bar{x}\pm s$ ”方式用以表述的计量数据行t统计学检验，当P值 <0.05 为数据差异有统计学意义。

2 结果
2.1 心率、平均动脉压等血流动力学指标
两组患者不同时刻心率、平均动脉压等血流动力学指标，见表1，与T0相比，两组患者T1、T2心率、平均动脉压等血流动力学指标均升高，T0、T1、T2实验组心率、平均动脉压等血流动力学指标均低于对照组。

表1 两组患者不同时刻心率、平均动脉压等血流动力学指标（ $\bar{x}\pm s$ ， $n=38$ ）

组别	心率（次/min）			平均动脉压（mmHg）		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
实验组	85.23±3.02	87.41±2.32*	86.42±2.54*	96.24±2.07	101.22±2.28*	99.25±2.15*
对照组	89.26±3.04	92.81±2.35*	88.52±2.51*	100.28±2.11	115.22±2.25*	108.21±2.13*
t值	3.284	12.829	12.582	3.968	11.528	11.218
P值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注：“*”组间数据差异明显。

2.2 手术前后认知功能
两组患者手术前后认知功能，见表2，与术前10min相比，两组患者术后6h、术后12h、术后24h、术后72h MMSE量表得分均降低，

表1 两组患者手术前后认知功能（ $\bar{x}\pm s$ ， $n=38$ ）

组别	n	术前10min	术后6h	术后12h	术后24h	术后72h
实验组	38	29.34±0.04	25.34±0.03	26.65±0.04	27.54±0.03	29.13±0.03
对照组	38	29.31±0.05	24.03±0.02	25.43±0.03	26.45±0.04	27.65±0.04
t值		10.395	12.493	12.465	12.645	12.554
P值		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

注：“*”组间数据差异明显。

2.3 两组认知功能障碍发生情况分析 实验组术后6h有例1患者出现认知功能障碍，对照组术后6h有7例患者出现认知功能障碍，实验组认知功能障碍发生率（2.63%）低于对照组（18.42%）， $\chi^2=6.184$ ， $P<0.05$ 。

3 讨论

老年手术患者术中大量使用麻醉药物可对认知功能造成极大的影响，术后认知功能障碍的发生可导致患者在术后出现人格行为改变、精神错乱、记忆力减退等状况^[3]。目前全身麻醉和硬膜外麻醉是骨科手术中常见的两种麻醉方式，其中全身麻醉是通过静脉输注或肌肉注射的方式将麻醉药物送入体内，麻醉药物穿透血脑屏障作用于中枢神经系统，进而阻断中

枢神经神经冲动传导，发挥麻醉效果。硬膜外麻醉向硬膜外腔内注射麻醉药物，阻滞脊神经神经冲动的传到以影响脊神经根控制区域的痛感，该麻醉方式属于局部麻醉^[4,5]。毛一帆等临床研究显示应用硬膜外麻醉的观察组术后6h认知功能障碍发生率为5.17%，明显低于行全身麻醉对照组^[6]。本次研究结果与毛一帆等临床研究结果一致，应用硬膜外麻醉的实验组患者术后6h认知功能发生率（2.63%）低于对照组。此外，本次研究显示实验组患者T1、T2时间段心率以及平均动脉压等血流动力学指标均低于对照组，实验组患者术前10min与术后72h MMSE量表得分高于对照组。

综上所述，老年手术患者临床麻醉可对认知功能造成显著影响，硬膜外麻醉可作为首选麻醉方式。

参考文献：

- [1]冯天新,王月媛.全身麻醉与硬膜外麻醉对老年骨科患者术后认知功能障碍的短期影响[J].中国医药指南,2020,18(33):124-125.
- [2]李剑锋.硬膜外麻醉与全身麻醉对老年骨科手术患者术后认知功能的影响[J].中国民康医学,2020,32(22):112-114,123.
- [3]金仙玉.全身麻醉与硬膜外麻醉在老年骨科手术中的应用及对术后短期认知功能的影响[J].中国实用医药,2019,14(5):134-135.
- [4]刘泽敏,王益群,谢皇,等.全身麻醉与硬膜外麻醉对老年糖尿病患者术后认知功能障碍的影响[J].中国处方药,2019,17(6):13-15.
- [5]黄汉江.全身麻醉与硬膜外麻醉对老年骨科大手术患者术后早期认知功能的影响比较[J].中国乡村医药,2019,26(8):7-8.
- [6]毛一帆,姜梦露,蔡观羽,等.硬膜外麻醉与全身麻醉对老年患者术后不同时间点认知功能的影响比较[J].国际老年医学杂志,2019,40(3):151-153,161.

微创钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿的临床研究

王洪坤

费县人民医院 山东临沂 273400

摘要:目的 观察并研究慢性硬膜下血肿患者采用微创钻孔引流术治疗的临床效果。方法 回顾分析费县人民医院2020年1月至2022年6月住院治疗的37例慢性硬膜下血肿患者的临床资料及随访结果。37例患者均采用微创钻孔引流术进行治疗。结果 治愈35例(94.6%),2例(5.4%)复发,其中1例术后1个月复发,1例术后2个月复发。以上复发的2例患者再次采用微创钻孔引流术进行治疗,且全部治愈。本研究所选的全部患者均在术后1-30月内定期进行随访,均未见血肿复发或再次复发。结论 慢性硬膜下血肿患者采用微创钻孔引流术治疗后不仅能有清除血肿,还有利于避免并发症的发生,此治疗方式可在临床进一步推广。

关键词:慢性硬膜下血肿;微创钻孔引流术

【Abstract】 Objective To observe and study the clinical effect of minimally invasive drilling and drainage for patients with chronic subdural hematoma. Methods The clinical data and follow-up results were collected and analyzed for 37 cases with chronic subdural hematoma at our hospital from January 2020 to June 2022. They underwent minimally invasive drilling and drainage. Results A total of 35 cases (94.6%) were cured and 2 cases (5.4%) recurred, including 1 case recurred 1 month after operation and 1 case recurred 2 months after operation. The above 2 patients with recurrence were treated with minimally invasive drilling and drainage again, and all were cured. All patients selected in this study were followed up regularly within 1-30 months after surgery, and no hematoma recurrence or recurrence was found. Conclusion Patients with chronic subdural hematoma treated with minimally invasive drilling and drainage can not only effectively remove the hematoma, but also avoid complications. This treatment method can be further promoted in clinical practice.

【Key words】 Chronic subdural hematoma; Minimally invasive drilling and drainage

慢性硬膜下血肿(Chronic subdural hematoma, CSDH)属于神经科疾病,也是较为常见的一种疾病。目前,慢性硬膜下血肿在临床上大都采用微创的方式进行治疗,且取得了不错的治疗效果。本研究选取我院于2020年1月至2022年6月间收治的37例慢性硬膜下血肿患者,全部采用微创方式微创钻孔引流术进行治疗。现将研究结果报告如下:

资料与方法

一、临床资料

1.纳入标准 (1)慢性硬膜下血肿临床主要表现为慢性颅内压增高、神经功能缺损和精神症状,多伴头痛、乏力、智力下降、轻偏瘫和眼底水肿,偶伴癫痫发作或脑卒中样发作,并经头部CT和(或)MRI检查明确诊断^[1]。(2)血肿量45-169 ml,占位效应明显。

2.排除标准 (1)急性硬膜下血肿。(2)血肿量<30 ml,占位效应不明显。(3)临床症状轻微,无需外科手术,仅服用阿托伐他汀。

3.一般资料 选择我院于2020年1月—2022年6月期间治疗的37例慢性硬膜下血肿患者,其中男性34例(91.9%),女性3例(8.1%);年龄46-93岁,平均(72±11.2)岁;病程1-90 d,平均(18.2±21.9)d;有明确头部外伤史19例(51.4%),无明确外伤史18例(48.6%);首发症状为头痛(伴或不伴言语不清、行走不稳)17例(45.9%),头痛伴肢体偏瘫7例(18.9%),肢体偏瘫(伴或不伴言语不清)6例(16.2%),头晕3例(8.1%),仅言语不清1例(2.7%),仅行走不稳1例(2.7%),不同程度意识障碍2例(5.4%);血肿量45-169 ml,平均(99.7±29.8) ml;34例(91.9%)经CT检查确定颅内血肿位置和范围,血肿位于额颞顶叶28例(82.4%)、额顶叶5例(14.7%)、额颞顶枕叶1例(2.94%);3例(8.1%)经头部MRI确定颅内血肿位置和范围,血肿位于额颞顶叶2例(66.7%)、额顶叶1例(33.3%);其中33例(89.2%)患者采用单侧血肿穿刺置管引流术进行治疗,4例(10.8%)患者采用双侧血肿穿刺置管引流术进行治疗。

二、治疗方法

1.微创钻孔引流术操作方法:

①根据颅脑CT选择最大血肿层面的前额部或顶结节为穿刺点。②钻透颅骨并刺破硬脑膜,血肿中置入一个直径3mm、带有2个侧孔的引流管,插管深度适中,不可过深,避免伤及脑组织。③采用注射器从尾部引流管吸取5ml液体,连接三通阀,于头皮处固定引流导管,并连接外引流器。④若血肿为等密度或混杂密度,则注入2-5万单位尿激酶并溶于2-5毫升的生理盐水进行液化,每日1-2次,关闭2-3小时后再开放引流管。⑤患者颅脑外引流器滴壶内滴管的末端不得高于仰卧位时的前额部位。⑥采用CT进行颅内血肿的检查,经检查无颅内血肿或基本消失时,即可拔除引流管。

2.预后评价 慢性硬膜下血肿治愈的标准:术后患者头痛消失、血肿变小或完全吸收、远期(≥1个月)血肿吸收率明显增加、肌力基本恢复,且无复发。计算治愈率:治愈率(%)=治愈例数/总例数×100%。观察并记录患者经微创钻孔引流术治疗后颅内出血、感染等并发症的发生率和远期复发率。

结果

1.手术结果:治愈35例(94.6%),表现为:患者术后血肿基本清除(<5ml),中线结构无移位,随访1-30月,均未见血肿复发。复发2例(5.4%),其中1例术后1个月复发,1例术后2个月复发,以上两例复发患者再行微创钻孔引流术进行治疗,并治愈出院。本研究所有患者均无并发症发生。

2.随访结果:患者行微创钻孔引流术后1-30月内分别对37例患者定期进行随访,所有患者的血肿情况均未复发。

3.典型病例:患者男,81岁,因言语不清、左侧肢体活动不灵3天入院,既往有头部外伤史5月余。查体:患者神志清楚,精神状态较差,面部左侧鼻唇沟变浅,伸舌偏向左侧,左上肢肌力4+级,左下肢肌力3级,双侧Babinski征(-)。术前颅脑CT(图1)示右侧额颞顶部慢性硬膜下血肿,提示脑疝形成。入院后7小时即自右前额部入路行微创钻孔引流术,术后41小时复查颅脑CT(图2)显示颅内血肿基本消失,左侧肢体肌力4+级,住院4d出院;随访1.5年,生活基本自理,mRS评分1分。

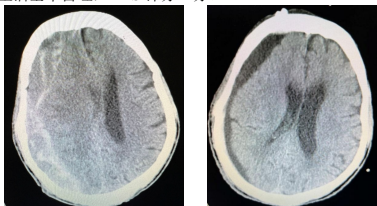


图1:术前CT示右侧额颞顶部慢性硬膜下血肿。图2:术后41h复查CT显示颅内血肿基本消失。

讨论

慢性硬膜下血肿是指硬脑膜和蛛网膜之间形成的一个血肿,通常是患者受伤后大概3周出现的特征性病理改变,可出现于各个年龄段,其中老年人患硬膜下血肿的概率大概是每十万人中有16.5个患此病,目前也是神经科较为常见的一种疾病。慢性硬膜下血肿中有十分之一的患者是颅内血肿,四分之一的患者是硬膜下水肿^[2,3]。目前,临床相关领域并无关于慢性硬膜下血肿形成机制的定论。关于硬膜下水肿的形成,目前比较公认的说法是血管内皮细胞分泌相关的酶促使纤溶酶原激活变成活化的纤溶酶,进而溶解纤维蛋白单体变成纤维蛋白原,而血肿包膜表明富有丰富的毛细血管,因此纤维蛋白的溶解可进一步促进毛细血管壁的破裂,进而引起出血^[4-5]。随着年龄的增长,脑萎缩和血管脆性也随之增加,因此老年人在受到外伤时极易造成血管破裂出血,这也是硬膜下水肿好发于老年人的重要原因之一。而老年人出现脑萎缩后的代偿容积变大,所以病情发展较为缓慢,一般没有明显的临床症状,一旦出现症状则说明老年人颅内的血肿已经变大^[6]。老年人颅内血肿一旦发现确诊,体积都不小,且无法被完全吸收,因此需及时采用手术方式进行治疗。目前,临床上最为常见的手术方式为骨瓣开颅血肿清除及包膜切除术,小孔内镜清除血肿等。这些手术方式不仅创口较大,术中出血较多,还有强烈的术后不适感。但是,微创钻孔引流术作为一种微创手术方式,不仅手术创口小,流血少,术后并发症及不适感也明显改善。

因此,本研究采用微创钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿患者:该项技术操作简单,创口小,术后并发症少,可在局麻下进行,适用人群更广。实施微创钻孔引流术治疗时一般选择颅内血肿的前、上部为穿刺点,不仅可有效避免颅内积气的发生,还可有效避开脑组织复位过程中的引流口,这一操作可同时进行颅内血肿的清除与脑组织的复位。传统的开颅手术虽然可以彻底清除颅内血肿,但这种方式的创伤较大,术后并发症较多,并不适合年龄较大的人群^[7]。钻透颅骨并刺破硬脑膜,血肿中置入一个直径3mm、带有2个侧孔的引流管,插管深度适中,不可过深,避免伤及脑部或蛛网膜,进而引起硬膜下积液。由于该手术方式是通过挤压血肿,使其破裂出血并从引流管中排出的一个过程。所以需在血肿的前(上)部位放置导管,以此来最大限度的引流陈旧性血液,进而清除血肿。应用尿激酶冲洗血肿腔能将血凝块液化成血液,便于引流。慢性硬膜下血肿的血凝块多为疏松状态,,一般不超过5万单位尿激酶。本研究并未发现因使用尿激酶所致的出血。术后仰卧位或侧卧位,不使用脱水利尿类药物;心功能允许的条件下,可输注5%葡萄糖注射液以增加血流量,进而促进脑脊液的分泌及脑组织的复原。

本研究中病例较少,临床实践研究时间较短,还需更多的临床病例来验证,以寻求一种创伤更小、出血更少、并发症更少的慢性硬膜下血肿治疗方式。

参考文献:

- [1]Wang ZC,Wang Zhongcheng neurosurgery [M].Wuhan: Hubei Science and Technology Press ,2013: 442 [王忠诚.王忠诚神经外科学[M].武汉: 湖北科学技术出版社,2013: 442.]
- [2]王忠诚.王忠诚神经外科学.武汉: 湖北科学技术出版,2005: 4-42.
- [3]高乃康,毛伯镛.慢性硬膜下血肿治疗及其复发相关因素研究.中华神经外科疾病研究杂志,2004,3: 350-352.
- [4]Murakami H, Hirose Y, Sagoh M. et al. Why do chronic subdural hematoma continue to grow slowly and not coagulate? Role of thrombomodulin in the mechanism [J]. J Neurosurg,2001, 96 (5): 877-884.
- [5]郭世文,刘守助,何百祥,等.慢性硬膜下血肿术后引流量的临床意义讨论[J].西安交通大学学报(医学版),2002,23(6): 611-612
- [6]Misra M, Salazar JL, Bloom DM. Subdural-peritoneal shunt: treatment for bilateral chronic subdural hematomas. Surg Neurol, 1996, 46: 378-383.
- [7]D'AveLLa D,De Blasi F,Rotilio A et al.Intracerebral hematoma following evacuation of chronic subdural hematomas,report of two cases.J Neurosurg.1986;65,712-715

理气止痛贴在静滴大环内酯类药物治疗肺炎患儿中缓解胃肠道不良反应的疗效分析

张炳坤 刘安龙

昌乐县人民医院 山东潍坊 262400

摘要：目的：分析在静滴灌注大环内酯类药物治疗肺炎患儿中应用理气止痛贴对患儿胃肠道不良反应的缓解作用。方法：昌乐县人民医院儿二科 2020 年 3 月至 2022 年 3 月期间住院的 6 月-7 岁儿童 64 例静滴阿奇霉素或红霉素出现胃肠道反应的病例 64 例，经双盲法将其分为两组，分别为实验组与参照组，各 32 例，实验组接受理气止痛贴进行干预，参照组接受常规治疗措施，比较两组患儿的治疗效果。结果：实验组患儿的治疗效果相比于参照组明显较高，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：在静滴大环内酯类药物治疗肺炎患儿中采用理气止痛贴进行干预能缓解患儿的胃肠道不良反应，治疗效果比较好，值得推广。

关键词：理气止痛贴；静脉灌注；大环内酯类药物；肺炎；胃肠道不良反应

Effect of Liqi Zhitong Paste on Relieving Gastrointestinal Adverse Reaction in Children with Pneumonia Treated with Intravenous Macrolides
Zhang Bingkun, Liu Anlong,
Changle County People's Hospital, 262400, Weifang, Shandong

[Abstract]Objective: To analyze the relieving effect of Liqi Zhitong Ties on gastrointestinal adverse reactions in children with pneumonia treated with intravenous macrolides. Methods: From March 2020 to March 2022, 64 children aged from 6 months to 7 years old hospitalized in the Second Department of Pediatrics of Changle County People's Hospital had gastrointestinal reactions caused by intravenous drip of azithromycin or erythromycin. They were divided into two groups by double blind method, namely, the experimental group and the reference group, with 32 cases each. The experimental group received the intervention of Liqi Zhitong Paste, and the reference group received routine treatment measures. The therapeutic effects of the two groups of children were compared. Results: The therapeutic effect of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion: In the treatment of pneumonia children with intravenous macrolides, the intervention of Liqi Zhitong Patch can alleviate the gastrointestinal adverse reactions of children, and the treatment effect is good, which is worth promoting.

[Key words]Liqi Zhitong Patch; Intravenous drip; Macrolide drugs; Pneumonia; Gastrointestinal adverse reactions

小儿肺炎是比较常见的呼吸道疾病，这一疾病一年四季都可能发生，一旦发生需要接受彻底的治疗，否则可能会对患儿的生长发育造成严重影响。由于小儿肺炎是因病原微生物引起，其中最常见的是支原体感染，因此在治疗当中可应用大环内酯类药物进行治疗，其中阿奇霉素与红霉素都是比较常见的治疗药物，可获得良好的治疗效果^[1]。阿奇霉素是新一代大环内酯类抗生素，对于肺炎链球菌、支原体、衣原体等均有较好的治疗效果，因此比较常见于呼吸道感染患者的治疗当中。但是阿奇霉素容易引起患者出现胃肠道不良反应，尤其是对于儿童来说，由于儿童的年龄比较小，机体发育不成熟，一旦出现不良反应就会引起患儿及其家属的排斥，难以被接受^[2]。本文主要分析在静滴大环内酯类药物的肺炎患儿中应用理气止痛贴对胃肠道不良反应的作用，报道如下。

1 资料与方法
1.1 一般资料
选择昌乐县人民医院儿二科 2020 年 3 月至 2022 年 3 月期间接收的静滴大环内酯类药物的肺炎患儿 64 例，经双盲法将患儿分入实验组与参照组，实验组 32 例，其中男性 18 例，女性 14 例；患儿年龄为 6 月到 7 岁，平均年龄（ 3.46 ± 1.04 ）岁；病程时间为 1 天到 10 天，平均病程（ 5.87 ± 1.85 ）天。参照组 32 例，其中男性 17 例，女性 15 例；患儿年龄为 6 月到 7 岁，平均年龄（ 3.42 ± 1.02 ）岁；患儿的病程时间为 1 天到 11 天，平均病程（ 5.28 ± 1.49 ）天。比较两组患儿的一般资料，显示对比差异无意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：患儿均已经确诊为肺炎；患儿均接受静滴大环内酯类药物进行治疗，主要药物为红霉素或阿奇霉素；患儿均出现胃肠道不良反应；患儿一般资料齐全。排除标准：对本次用药存在过敏反应者；未出现胃肠道不良反应者；患儿家属明确拒绝研究者；合并有其他严重疾病者。

1.2 方法
参照组患儿采用常规干预措施，即遵医嘱予以患儿红霉素或阿奇霉素进行治疗，治疗期间密切观察患儿的不良反应发生情况，当患儿出现胃肠道不良反应时需要及时根据患儿情况调整静滴速度，如患儿症状比较严重，则应该要及时停止用药，遵医嘱予以其他药物进行干预。

实验组患儿接受理气止痛贴进行干预，具体步骤如下：理气止痛贴的使用方式为：外敷 4-6 小时，1 天 1 次，于静滴阿奇霉素或红霉素前 30min-1 小时贴敷。配伍方法为：元胡 1；丁香 1；肉桂 1；川椒 1；吴茱萸 1，等分配比，每副膏药 3-5g，生姜调。患儿接受红霉素或阿奇霉素治疗之前应该要保持饱腹状态，不可空腹治疗。

1.3 研究指标
比较两组患儿的治疗效果，评价标准为：穴位贴敷 1 小时后，胃肠道反应症状全部消失，且 2 天内未再出现为效果显著；穴位贴敷 1 小时后，胃肠道反应症状部分消失，穴位贴敷 1 天后，胃肠道反应症状消失，且 2 天内未再出现为效果明显；穴位贴敷 1 小时后，胃肠道反应症状部分减轻，且连续贴敷 3 天，逐日减轻为临床有效；穴位贴敷 1 小时后，胃肠道反应症状无减轻，连续贴敷 3 天，胃肠道症状无变化为临床无效。最终治疗效果的计算公式为（显著例数+明显例数+有效例数）/总例数*100%。

1.4 数据处理
选用 SPSS 19.0 统计学软件处理分析，计数资料实施 χ^2 检验，计量资料实施 t 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果
实验组患儿的治疗效果相比于参照组明显较高，互相对比差异明显（ $P<0.05$ ），数据见表 1。

表 1：两组患儿的治疗效果对比（%）						
组别	例数	显著	明显	有效	无效	治疗效果
实验组	32	11 (34.38)	12 (37.50)	8 (25.00)	1 (3.13)	31 (96.87)
参照组	32	8 (25.00)	8 (25.00)	7 (21.88)	9 (28.13)	23 (71.87)
χ^2						7.5852

P	0.0059
---	--------

3 讨论
目前在儿童肺炎支原体感染当中最常见的治疗药物就是大环内酯类药物，且大环内酯类药物也是 β 内酰胺类药物过敏患儿最常用的替代药物。但是大环内酯类药物可能会给患儿带来一系列胃肠道不良反应，难以被患儿家属所接受。胃肠道不良反应的发生机制可能在于大环内酯类药物作用于消化道平滑肌细胞上的胃动素受体当中，从而促使胃肠道平滑肌收缩，最终会导致胃肠道不良反应的发生，对患儿的治疗效果产生一定影响。从现代中医学理论上讲，大环内酯类药物通常都被归纳为苦寒性质，引起患儿出现胃肠道不良反应之后会导致患儿胃肠受损，引起呕吐、腹泻等症状。针对这一症状进行治疗，其主要方式为理气止痛、温经散寒、降逆止呕等，通过中医外治方法能获得良好的治疗效果，也能减轻患儿的胃肠道不良反应症状^[3]。

在本次研究当中，针对红霉素或阿奇霉素治疗肺炎患儿产生的胃肠道不良反应，其主要治疗措施为理气止痛贴穴位贴敷，中医穴位贴敷是比较常见的外治方法，这一治疗方式的应用能缓解胃肠道不良反应，应用价值比较高。理气止痛贴是王烈教授多年的经验方，方子药味少，效果宏，明代医家李中梓讲“痛则不通，不通则痛”是淤血阻滞经脉引起疼痛所致，气机不畅疼痛使然，人体血热、阳气虚衰、寒凝经脉，导致气血不能通畅。在理气止痛贴的药物当中，君药：元胡理气止痛，臣药：丁香、肉桂温中散寒、缓急止痛，佐药：川椒温中止痛、调节食欲。使药：吴茱萸：散寒止痛、助阳止泻。引药生姜温中止呕。天枢穴属于足阳明胃经，是手阳明大肠经的募穴，位置在于人脐部的旁开两寸，恰恰又是人身的中点，好比是天地之间交合的边际，清浊升降的枢纽一般，使得穴位经络刺激功效与西药的药理作用有机的结合，二者产生协同作用，从而达到更佳的治疗效果。脐为神阙穴所居，位于任脉，而任脉属阴脉之海，与督脉相表里，共同司人体的诸经百脉，所以脐和全身诸经百脉相通^[4]。而且脐周表面角质层最薄，屏障功能最弱，且脐周毛细血管网非常丰富，周围神经非常敏感，故局部用药易吸收。理气止痛贴贴敷于神阙穴及两侧天枢穴，能很好的缓解了阿奇霉素及红霉素静滴引发的胃肠道反应症状。

中药穴位贴敷到目前为主已经有很长的一段历史，具有作用速度快、副作用少、治疗效果显著、操作简单等优势，通过贴敷于脐部，有效成分经脐部进入到细胞间质当中，散入血液中通达全身，这一穴位贴敷能使使人真气充盈、体力充沛，对腹痛、肠鸣等均有良好的治疗效果。穴位贴敷中药也能经皮肤直接渗透到经络当中，作用于全身，改善患儿的胃肠道反应，应用价值比较高，且应用之后安全性高，并没有发现其他不良反应。在患儿的理气止痛贴应用期间，也应该要加强患儿的巡视，指导家属在患儿静脉滴注期间最好能守护在患儿身边，一旦患儿出现呕吐症状，可将患儿的头部偏向一侧，保持呼吸道通畅，家属的陪伴也能予以患儿必要的精神安慰，让患儿有信心完成治疗；患儿的衣物与被单也要及时更换，保持病房环境整洁，尽量减少对患儿产生的不良刺激，也可指导患儿家属对患儿进行腹部按摩，尽量转移患儿的注意力^[5]。

综上所述，在阿奇霉素或红霉素静滴治疗肺炎患儿中应用理气止痛贴能改善患儿胃肠道不良反应发生风险，且安全性较高，应用价值高，值得推广。

参考文献：
[1]张迎涛. 观察小儿过敏性咳嗽与肺炎支原体感染的相关性及大环内酯类药物的疗效[J]. 中国社区医师,2022,38 (06): 70-72.
[2]张丽君,安淑华,王艳艳,等. 大环内酯耐药肺炎支原体肺炎伴肺炎变患儿的临床特征[J]. 临床误诊误治,2021,34 (04): 54-58.
[3]刘晓莹. 小儿肺炎支原体感染诱发过敏性咳嗽的治疗过程中采用大环内酯类药物治疗效果分析[J]. 医学食疗与健康,2021,19 (06): 77-78.
[4]赵晓东,吕传柱,于学忠,等. 大环内酯类抗菌药物急诊成人及儿童临床应用指导意见[J]. 中国急救医学,2020,40 (11): 1036-1046.
[5]寿何庆,赵璞,金秀萍,等. 成人社区获得性肺炎患者分离的肺炎支原体对大环内酯类药物耐药性和机制研究[J]. 中国卫生检验杂志,2020,30 (18): 2190-2193.

中药天麻养肝降脂汤治疗原发性高血压的效果观察

方艳超

方城中心卫生院 山东临沂 273406

摘要：目的 观察临床治疗原发性高血压时，应用中药天麻养肝降脂汤治疗的效果。方法 将 68 例原发性高血压患者（我院 2021 年 8 月-2022 年 8 月收治）均分为 2 组；传统组应用常规西药洛地平缓释片治疗，探究组增加中药天麻养肝降脂汤治疗；比较评价 2 组多项指标。结果 探究组治疗后 SBP、DBP 水平显著改善，治疗后中医证候积分及治疗期间不良反应发生率显著更低（ $P<0.05$ ）。结论 临床原发性高血压疾病治疗中，中医天麻养肝降脂汤具有显著疗效，保证其用药安全性。

关键词：原发性高血压；常规西药；中药；天麻养肝降脂汤；疗效

【 Abstract 】 Objective To observe the effect of Tianma Yanggan Jiangzhi Decoction on essential hypertension. Methods 68 patients with essential hypertension (admitted in our hospital from August 2021 to August 2022) were divided into two groups: The traditional group was treated with the conventional western medicine Lodipine sustained-release tablets, and the exploratory group was treated with Tianma Yanggan Jiangzhi Decoction. Multiple indexes of the two groups were compared and evaluated. Results the levels of SBP and DBP were significantly improved in the study group after treatment, the TCM syndrome score and the incidence of adverse reactions during treatment were significantly lower ($P<0.05$). Conclusion Tianma Yanggan Jiangzhi Decoction has significant curative effect in the treatment of essential hypertension and ensures its safety.

[Key words]essential hypertension; Conventional western medicine; Traditional Chinese medicine; Tianma Yanggan Jiangzhi Decoction; curative effect

近年来临床原发性高血压患者数量显著增长；而在该疾病治疗疗效方面，却未有显著进展，一直以美洛托尔（ β 受体阻滞剂）、硝苯地平（钙通道阻滞剂）及氢氯噻嗪（利尿剂）等常规西药为主要治疗原则。但大量实践表明^[1-2]，上述药物的应用虽然可很好改善患者高血压病症，但却同时存在如用药安全性低诸多不足；所以，积极探寻其他可有效治疗原发性高血压疾病的手段有着积极意义。本研究特计入 68 例病患为研究对象，现作如下阐述与报道：

1. 基线资料和方法

1.1 基线资料

基于不同治疗方案下，将 68 例原发性高血压患者（我院 2021 年 8 月-2022 年 8 月收治）均分为人数相等的 2 组：1 组为传统组（ $n=34$ ），1 组为探究组（ $n=34$ ）。传统组含男患、女患各 18 例和 16 例，占比 52.94%和 47.06%；其中最小年龄 43、最大年龄 84，均值（ 63.24 ± 5.28 ）岁；最短患病 3 年，最长患病 20 年，均值（ 7.96 ± 1.35 ）年；疾病分级：21 例（61.76%）高血压 I 级，13 例（38.24%）高血压 II 级。探究组含男患、女患各 19 例和 15 例，占比 55.88%和 44.12%；其中最小年龄 42、最大年龄 82，均值（ 62.76 ± 4.76 ）岁；最短患病 3 年，最长患病 21 年，均值（ 8.01 ± 1.45 ）年；疾病分级：22 例（64.71%）高血压 I 级，12 例（35.29%）高血压 II 级。组间一般资料拥有比较研究意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 传统组

在为期 1 个月（30d/1 疗程）的治疗周期中，按照每次 5mg（5mg/次）、每日 1 次（1 次/日）的剂量和频率予以本组 34 例原发性高血压患者以常规西药非洛地平缓释片（生产厂家：莱阳市江波制药有限公司；批号：国药准字 H20103190；规格：5mg）口服治疗。

1.2.2 探究组

在为期 1 个月（30d/1 疗程）的治疗周期中，予以本组 34 例原发性高血压患者以常规西药非洛地平缓释片（生产厂家：莱阳市江波制药有限公司；批号：国药准字 H20103190；规格：5mg）+中药天麻养肝降脂汤治疗，其中非洛地平缓释片用法、用量同上述传统组一

致，天麻养肝降脂汤基本方剂构成如下：10g 女贞子、10g 仙茅、10g 制何首乌、10g 菊花、12g 杜仲、12g 白芍、12g 怀牛膝、12g 玄参、12g 桑寄生、20g 天麻、20g 草决明、20g 夏枯草、20g 罗布麻、20g 钩藤、30g 生龙骨、20g 生牡蛎；用法：用水煎熬，取药汁服用；用量：200ml/次，2 次/日。

1.3 统计学分析

采用 SPSS21.00 软件对本次实验数据进行分析，计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示，行 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，当 $P<0.05$ 时，差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比 2 组治疗前后血压水平改善情况

观之表 1，对比治疗前，传统组、探究组 2 组治疗后 SBP、DBP 水平均明显降低；对比传统组，探究组治疗后 SBP、DBP 水平显著更低；组间具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。

组别	例数	SBP		DBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
传统组	34	163.01 $\pm$ 10.32	129.75 $\pm$ 8.36	108.09 $\pm$ 9.20	85.83 $\pm$ 6.14
探究组	34	164.23 $\pm$ 10.54	116.17 $\pm$ 7.58	109.31 $\pm$ 9.22	74.73 $\pm$ 5.74
t	/	0.482	7.017	0.546	5.843
P	/	0.632	0.000	0.587	0.000

2.2 对比 2 组治疗前后中医证候积分

观之表 2，对比治疗前，传统组、探究组 2 组治疗后中医证候积分均明显降低；对比传统组，探究组治疗后眩晕、头痛头胀、失眠多梦、烦躁易怒中医证候积分显著更低；组间具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。

组别	例数	眩晕		头痛头胀		失眠多梦		烦躁易怒	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
传统组	34	6.16 $\pm$ 1.80	4.40 $\pm$ 1.06	6.38 $\pm$ 2.01	4.62 $\pm$ 1.18	6.12 $\pm$ 1.76	4.46 $\pm$ 1.02	6.34 $\pm$ 1.98	4.68 $\pm$ 1.14
探究组	34	6.20 $\pm$ 1.76	2.16 $\pm$ 0.52	6.41 $\pm$ 1.98	2.38 $\pm$ 0.74	6.60 $\pm$ 1.80	2.14 $\pm$ 0.56	6.81 $\pm$ 2.01	2.36 $\pm$ 0.78
t	/	0.093	11.063	0.062	9.377	1.112	11.626	0.971	9.794
P	/	0.927	0.000	0.951	0.000	0.270	0.000	0.335	0.000

2.3 对比 2 组治疗期间不良反应发生情况

观之表 3，对比传统组，探究组治疗期间头痛、心悸失眠、头晕不良反应发生率显著更低；组间具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。

组别	例数	头痛		心悸失眠		头晕		发生率
		例数	发生率	例数	发生率	例数	发生率	
传统组	34	3 (8.23)		2 (5.88)		1 (2.94)		6 (17.65)
探究组	34	1 (2.94)		0 (0.00)		0 (0.00)		1 (2.94)
χ^2	/	/		/		/		3.981
P	/	/		/		/		0.046

3. 讨论

作为临床常见慢性疾病，原发性高血压无特异性病症，多以头晕、头痛以及呕吐、恶心等为主；当然，病情严重者，还可在上述病症基础上出现视物模糊、鼻出血及心绞痛等症状^[4]。一直以来，因尚未掌握原发性高血压的具体发病机制，所以在该疾病治疗方面，临床也未能有确切的治疗手段；目前，多予以患者基础生活干预和药物应用作为控制患者疾病进展的有效手段。确切数据统计显示，基于社会的飞速发展以及生活、饮食习惯的改变下，原发性高血压患病人数急剧增长，且病发趋势逐渐向老年化转为青年化，已对我国社会稳定造成严重影响^[5]。更重要的是，患病后，若患者未能够有效控制自身血压水平，甚至还会加大其他并发症发生率，如高血压肾病等。所以日常生活中，广大患者一定要重视该疾病的治疗^[6]。现阶段，临床多应用药物予以原发性高血压患者以治疗，其中应用较为频繁的药物为钙离子拮抗剂，如非洛地平、硝苯地平；上述药物的应用可很好改善患者高血压病症，其作用机制如下：经口服用药后，可基于可逆性竞争下与患者血管平滑肌中的二氢吡啶结合，然后以此对患者血管平滑肌中钙离子的内流进行阻断，促使患者冠状动脉扩张，并在此基础上改善其外周动脉阻力。临床诸多实践表明，钙离子拮抗剂的应用可有效控制患者舒张压、收缩压水平；但同时，临床实践也表明^[7]，上述药物的长时间应用，不仅对部分患者无法起到良好疗效，且还存在着较高的不良反应发生率。基于此背景下，有研究人员尝试提出应用中医疗法治疗原发性高血压。

立足于中医学观之，该疾病属“头痛”、“眩晕”范畴，多因为个体长期患病，导致自身阴阳之气受损，累及肾脏，致使肾阳虚而患病。因而，在治疗方面，祖国中医学主张予以原发

性高血压患者以潜阳、滋阴之疗法；与此同时，考虑到大多原发性高血压患者为老年人员，多存在器质功能衰退的情况，所以其多为阳虚；基于此情况下，中医学主张予以此疾病患者以天麻养肝降脂汤治疗^[8]。从现代药理学角度上观之，方中杜仲、夏枯草以及菊花三味药材在降压方面有着显著疗效；方中草决明以及制何首乌和玄参的应用，可切实促进原发性高血压患者机体微循环和血脂水平的改善；而非洛地平缓释片与上述成分的联合应用，不仅可切实起到改善患者舒张压、收缩压水平的效果，同时还可在保证用药安全性的基础上保护患者机体靶器官。

综上所述，临床原发性高血压疾病治疗中，在予以患者常规西药非洛地平缓释片治疗基础上，联合中医天麻养肝降脂汤，能够进一步强化原发性高血压患者疾病治疗效果，既可显著改善患者病症，还可保证其用药安全性；建议推广。

参考文献：

[1] 阎岩. 观察加味半夏白术天麻汤联合温胆汤治疗高血压合并高脂血症的临床疗效[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15 (21): 209-211.

[2] 成莎, 叶德林, 叶奎. 温胆汤联合半夏白术天麻汤治疗原发性高血压合并高脂血症的临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2021, 16 (26): 169-171.

[3] 刘逸南, 雷燕, 杨静, 修成奎, 王雪, 胡艳红, 刘奕清, 吴丹, 吴烨. 半夏白术天麻汤联合补虚逐瘀汤治疗高血压合并高脂血症临床疗效的 Meta 分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19 (15): 2481-2488.

[4] 李晓娟, 黄健. 天麻钩藤饮联合加味平肝降脂汤治疗原发性高血压临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36 (2): 187-189.

[5] 朱启芳. 天麻钩藤汤治疗肝阳上亢型原发性高血压临床分析[J]. 中外医疗, 2020, 39 (17): 16-18.

[6] 王志刚, 程俊伟. 天麻钩藤汤加减治疗肝阳上亢型原发性高血压疗效观察及对神经递质节律的影响[J]. 世界中医药, 2020, 15 (1): 81-84+89.

[7] 陈锦东, 陈利平. 天麻钩藤汤联合温胆汤治疗原发性高血压病合并头痛患者的效果及对生活质量评分、中医证候积分的影响[J]. 中国临床研究, 2020, 12 (5): 27-29.

[8] 翟小越. 加味半夏白术天麻汤联合温胆汤治疗高血压合并高脂血症临床观察[J]. 光明中医, 2019, 34 (11): 1674-1676.

疼痛护理在前列腺癌患者护理中的应用效果及护理满意度分析

燕红莲

东营市第二人民医院 山东东营 257330

摘要：目的：疼痛护理在前列腺癌患者护理中的应用效果及护理满意度分析。方法：研究时间起于2020年5月，止于2022年7月，参考对象具体构成为：罹患前列腺癌的患者，而后分组，指导原则为：随机抽签法，具体组别为：对照组、实验组，2组老年患者病例数为78，各组中收纳样本数为39；其中，常规护理用于对照组，基于常规护理内容联合疼痛护理用于实验组，就2组护理效果展开比较。结果：前列腺癌患者疼痛评分比较，护理前没有差异，护理后，实验组低于对照组， $P<0.05$ 。前列腺癌患者并发症发生率，实验组低于对照组， $P<0.05$ 。护理前，两组患者生活质量评分没有显著差异，护理后，实验组生活质量评分高于对照组， $P<0.05$ 。结论：在前列腺癌患者护理中，联合实施疼痛护理，能够有效地缓解治疗过程中的疼痛症状，对于患者生活质量优化效果显著。

关键词：前列腺癌；疼痛护理；护理满意度；应用效果

针对性探究泌尿系肿瘤，其中比较常见的是前列腺癌，是泌尿科就诊的肿瘤患者中发病率较高的一种恶性肿瘤疾病，前列腺癌的发病率位居泌尿系肿瘤的首位。针对性探究前列腺癌疾病的发病率和发病因素，是对前列腺癌患者实施治疗护理指导的重要依据^[1]。在临床针对前列腺癌患者患病因素与年龄之间的关系探究发现，在我国50岁以上的男性前列腺癌的患病率会有上升的趋势^[2]。为了更好地探究前列腺癌疾病，需要评估前列腺癌疾病的病因，针对临床研究发现，现阶段只能评估前列腺癌患者，相关致病因素，可能与环境、饮食、性激素以及遗传因素有一定的关系，其中饮食高脂肪也是重要的致病因素，在临床研究的深入发现，导致前列腺癌患病率升高的危险因素中，金属铬是易患危险因素之一^[3]。针对前列腺癌进行病理学研究，发现有95%的前列腺癌属于腺癌，其余的5%包括了移行细胞癌以及神经内分泌癌和肉瘤。针对前列腺癌患者的临床实施有效治疗方案是缓解疾病的关键，为了更好地全面为患者提供护理干预保障，应该需要联合开展相关的护理保障，由于前列腺癌患者在患病期间存在剧烈的疼痛症状，因此需要在常规护理的基础上，重点对于疼痛护理进行优化提升。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究实验是对照实验类型，实验研究时间区间为：2020年5月--2022年7月，选取我院诊治的78例前列腺癌患者为研究对象，按照实验要求将患者分组处理，分组依据：随机抽签法，分组结果：实验组和对照组，每组39例，常规护理用于对照组，基于常规护理内容联合疼痛护理用于实验组。实验组：39例前列腺癌患者年龄区间为42-76岁，均值（ 58.42 ± 7.45 ）岁，前列腺癌临床分期情况：T1期10例、T2期13例、T3期9例、T4期7例；对照组：39例前列腺癌患者年龄区间为41-75岁，均值（ 58.01 ± 7.53 ）岁，前列腺癌临床分期情况：T1期11例、T2期13例、T3期8例、T4期7例。两组患者一般资料比较无显著差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组：前列腺癌患者在临床治疗的过程中，需要为其实施常规性护理保障，主要是根据护理诊断，提供针对性的护理干预措施，实施的常规性护理措施内容包括。（1）首先是改善患者的营养状态，在患者临床治疗过程中，除了针对前列腺癌实施的针对性治疗方法之外，还要为患者开展合理膳食知识教育，告知患者在临床治疗过程中保持科学的膳食，营养结构优化非常重要，在临床治疗过程中，合理的膳食营养支持能够促进治疗效果，应该鼓励患者多食用富含维生素类的食物，还要嘱咐患者多喝绿茶^[4]。（2）前列腺癌患者在临床治疗过程中，由于疾病和治疗方案的影响，会导致出现负面情绪，负面情绪主要包括焦虑，因此在治疗的过程中需要针对患者的情绪状态进行结合改善，多与患者实现病情交流沟通，针对患者提出的疑问，认真解答，全面减轻压力，消除恐惧感^[5]。（3）针对性实施的并发症预防处理，首先是针对出血的护理，在手术治疗之后导致血压降低，脉搏增快，引流管内会有新鲜的血

液，出现继发性出血应该立即通知医生，还有就是针对患者实施的预防感染护理，强化基础护理保障，切口的清洁敷料应该定期进行更换处理，使用抗菌药物^[6]。

实验组：前列腺癌患者在常规护理的基础上进行优化提升，主要是加强对于疼痛保护的具体护理方式包括。（1）要强化患者家属与患者之间的沟通交流，护理人员应该要与患者及家属进行交流沟通，获得其信任，与患者建立良好的关系，能够促进疼痛护理方案的实施效果，还能够较为准确地掌握患者在临床治疗过程中疾病康复的情况。在治疗的过程中，需要由护理人员告知患者临床产生疼痛的因素，以及为患者实施疼痛干预的相关措施，获取患者及家属的配合，来减少疼痛导致的相关负面情绪，在治疗的过程中保持良好的心理状态，也能够优化疼痛症状缓解^[7]。（2）还有就是促使患者在治疗的过程中放松，指导患者放松身体，主要是指导患者处于平卧的状态，弯曲膝盖保持呼吸速度较为缓慢，可以有效地缓解身体疼痛症状。在为患者实施疼痛护理的过程中，护理人员也要注意语言与动作，语言要轻柔，动作要缓慢，能够有效地促使患者在治疗过程中放松维持松弛的状态，还可以为患者播放较为轻缓的音乐，以转移注意力的方式进而缓解患者疼痛症状^[8]。（3）针对前列腺癌患者实施的疼痛护理，还包括护理疼痛缓解方式，主要是对疼痛较为严重的部位使用热水袋进行热敷处理，能够有效地改善疼痛症状，在治疗过程中还可以借助中医的针灸按摩方式来刺激患者肢体部位，达到有效止痛的目的。（4）使用止痛药物也是缓解疼痛的重要方式，在实施疼痛药物治疗期间，还是要针对患者的疼痛症状进行评估，将疼痛进行分级处理，指导正确的使用止痛药物。疼痛药物服用之后，护理人员还应该观察患者用药之后的反应，根据患者的相关反映情况适量调整药物的使用剂量，达到使用适量药物来缓解疼痛症状的作用效果^[9]。

1.3 观察指标

（1）疼痛评分，比较两组前列腺癌患者护理实施前后对于疼痛症状改善效果，视觉模拟评分法（VAS）0-10分，疼痛以此升高；

（2）并发症情况，前列腺癌患者治疗过程中出现的并发症包括：下尿路阻塞、血尿、排尿困难，发生率越低护理效果越好；

（3）生活质量评分，QOL（生活质量评分）量表完成数据评价，评估内容包括患者食欲、精神、睡眠、治疗态度和生活状态，分值1-5分，评分越高护理优化生活质量越好。

1.4 统计学方法

SPSS21.0数据处理，计量资料（ $\bar{x}\pm s$ ），t检验，计数资料（ $n\%$ ），卡方检验，用 $P<0.05$ 表示有意义。

2 结果

2.1 疼痛评分

前列腺癌患者疼痛评分比较，护理前没有差异，护理后，实验组低于对照组， $P<0.05$ 。

表1 疼痛评分（ $\bar{X}\pm S$ ，分）

组别	例	护理前	护理后
----	---	-----	-----

数				
实验组	39	5.21±1.24	2.12±0.75	
对照组	39	5.16±1.19	3.52±0.98	
t	--	0.18	7.08	
P	--	0.85	0.00	

2.2 并发症情况

前列腺癌患者并发症发生率，实验组低于对照组，P<0.05。

表 2 并发症情况比较 (n,%)

组别	例数	下尿路阻塞	血尿	排尿困难	发生率
实验组	39	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.56)	1 (2.56)
对照组	39	2 (5.13)	2 (5.13)	3 (7.69)	7 (17.95)
X ²	--	--	--	--	5.01
P	--	--	--	--	0.02

2.3 生活质量

护理前，两组患者生活质量评分没有显著差异，护理后，实验组生活质量评分高于对照组，P<0.05。

表 2 生活质量评分比较 (X±S, 分)

指标		实验组 (n=39)	对照组 (n=39)	t	P
食欲	护理前	1.25±0.75	1.21±0.81	0.22	0.82
	护理后	3.56±0.65	2.35±0.76	7.55	0.00
精神	护理前	1.35±0.69	1.42±0.76	0.42	0.67
	护理后	3.41±0.35	2.16±0.85	8.49	0.00
睡眠	护理前	1.65±1.02	1.75±1.01	0.43	0.66
	护理后	3.05±0.85	2.88±0.96	0.82	0.41
治疗态度	护理前	1.45±0.96	1.51±1.05	0.26	0.79
	护理后	3.58±0.59	2.56±0.78	6.51	0.00
生活状态	护理前	1.15±0.86	1.24±0.91	0.44	0.65
	护理后	3.35±0.69	2.89±0.88	2.56	0.01

3 讨论

前列腺癌有典型的症状表现，临床表现为排尿困难、疼痛症状，发展严重时还会出现排便失禁，前列腺癌由于早期没有症状的表现，在进展期肿瘤生长挤压尿道才会出现典型的症状表现，在临床确诊时，肿瘤发展已经处于进展期^[10]。针对前列腺癌疾病病因的检查，主要是实施实验室检查，包括对于患者的前列腺特异性抗原对于疾病诊断有重要的作用，还包括影像学检查，B 超检查就可以评估患者前列腺癌的分期。在临床治疗过程中针对前列腺癌肿瘤组织，要落实有效的治疗处理原则，对于限制性病灶组织，在 T2 分期需要实施根治性手术治疗方案，针对局部进展性前列腺癌，主张先使用新辅助激素治疗，然后实施照射^[11]。在针对前列腺癌患者治疗期间，首先是要为患者实施常规护理保障对于患者临床治疗提供基础性的优化改善，在实施常规护理之前要进行常规护理诊断。首先前列腺癌患者在临床治疗过程中存在营养缺失情况，不能够满足机体的营养需求，主要是在患者手术治疗过程中手术造成的创伤，以及患者受到疾病影响，营养摄取失衡有显著的关系。还有就是患者在治疗过程中受到疾病因素和治疗因素的影响，会出现恐惧焦虑等不良情绪，影响了临床治疗的依从性，需要实施常规性的心理疏导来改善患者的心理状态。还有就是前列腺癌患者在临床治疗过程

中存在潜在的并发症，其中就包括出血感染并发症，因此在护理的过程中要对并发症进行预防性护理干预，避免对于患者手术治疗效果造成影响。针对性探究为患者实施的恢复与保障的效果，能够为患者提供常规性的生活治疗优化改善，但是对于患者疼痛的护理比较缺失，应用的疼痛护理方案比较单一，不能够有效地为患者排除疼痛症状，对于生理性和心理性都会造成负面影响。前列腺癌在临床治疗过程中会发生剧烈的疼痛，主要是前列腺腺体逐渐增大，对于尿道产生了压迫作用，前列腺癌还可以直接对直肠进行压迫造成的排便也会出现困难，还会出现肠梗阻现象，压迫神经导致坐骨神经出现疼痛，也是造成疼痛不良症状的主要因素。基于多种因素造成前列腺癌患者的疼痛，需要在护理过程中采取针对性的疼痛会来缓解疼痛症状，首先护理人员应该了解到采取疼痛护理的方案内容，保障实施及时到位患者解决了担忧问题，了解到患者的前列腺癌病因以及产生疼痛的因素，积极地配合医生实施疼痛护理。对患者开展疼痛健康教育，告知患者疼痛产生的因素以及缓解疼痛的相关方式，在实施护理的过程中取得良好的配合度，指导患者放松，规避疼痛产生的因素，指导制定后续开展的治疗措施缓解疼痛，可以保持平卧膝盖弯曲，指导开展运动腹腔呼吸。当患者的疼痛症状不能够忍受时，可以询问医生给予患者止痛药物，在使用止痛药物的过程中，需要正确的指导服用药物以缓解疼痛症状，疼痛症状较轻时，可以选择转移注意力等方式来缓解疼痛，减少对于疼痛的关注。患者在临床治疗过程中实施的疼痛护理，不仅仅能够减少患者身体上的疼痛感，还对于患者心理症状的改善有积极的作用，能够消除疾病以及治疗方案带来的心理压力，积极配合临床实施治疗，促进患者快速康复。

前列腺癌患者疼痛评分比较，护理前没有差异，护理后，实验组低于对照组，P<0.05。前列腺癌患者并发症发生率，实验组低于对照组，P<0.05。护理前，两组患者生活质量评分没有显著差异，护理后，实验组生活质量评分高于对照组，P<0.05。

综上所述，在前列腺癌患者护理中联合实施疼痛护理，能够确保患者临床治疗中身心舒适程度，优化临床治疗配合度。

参考文献：

[1]向军莲.快速康复外科策略在腹腔镜下前列腺癌根治术围术期护理中的应用效果[J].中国当代医药,2022,29 (02): 171—174.

[2]周丹丹,姜小琴,朱礼霞.尿道球部悬吊术在前列腺癌术后尿失禁患者中的应用效果研究[J].当代护士 (上旬刊),2021,28 (09): 82—84.

[3]姜勇,梁亚慧,常宗霞.循证护理实践模式在前列腺癌患者注射醋酸戈舍瑞林缓释植入剂疼痛管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27 (09): 79—81.

[4]李洁,喻月娥,徐龙.快速康复护理在达芬奇机器人前列腺癌根治术围术期的应用[J].当代护士 (上旬刊),2020,27 (09): 49—51.

[5]韦丹丹,黄英凡,卢杏新,等.前列腺癌患者骨转移性疼痛的治疗及护理研究进展[J].微创医学,2020,15 (04): 521—523+538.

[6]杜子嫻,蒋学文,苏金英.穴位贴敷联合腕踝针治疗前列腺癌轻中度疼痛的临床护理分析[J].实用临床护理学杂志,2020,5 (11): 38.

[7]林丽丽.优质护理在前列腺癌根治术后伤口疼痛中的应用[J].继续医学教育,2019,33 (10): 102—103.

[8]成超,马胜帆,余春怡,等.~(89)SrCl₂对恶性肿瘤骨转移的有效性 & 疼痛护理对其心理状况的影响[J].贵州医药,2019,43 (05): 819—820.

[9]蔡翠珊.快速康复外科理念联合临床路径护理在腹腔镜下前列腺癌根治术中的应用[J].慢性病学杂志,2019,20 (04): 568—570.

[10]曾燕,袁晓红,赵静燕,等.模板引导下经会阴前列腺投影穿刺活检术围术期护理[J].齐鲁护理杂志,2019,25 (02): 20—22.

[11]廖祺,江晓霖,黄一,等.前列腺癌骨转移疼痛的延续性护理[J].西南国防医药,2018,28 (08): 795—797.

早期综合护理干预对妊娠糖尿病患者血糖水平和妊娠结局的影响探讨

程娟

方城中心卫生院 山东临沂 276000

摘要：目的 分析 GDM 患者采取早期综合护理的效果。方法 随机抽取本院就诊的 62 例 GDM 患者研究，医学观察始于 2021 年 3 月止于 2022 年 3 月，以双盲法均分为对照组（31 例，常规护理）和观察组（31 例，早期综合护理），对比两组效果。结果 观察组评分优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 GDM 患者日常护理中融入早期综合护理，可改善血糖水平、不良妊娠结局的效果理想，值得推广。

关键词：妊娠糖尿病；早期综合护理；妊娠结局

【 Abstract 】 objective to analyze the effect of early comprehensive nursing for GDM patients. Methods 62 patients with GDM were randomly selected from our hospital for study. The medical observation began in March 2021 and ended in March 2022. They were divided into control group (31 cases, routine nursing) and observation group (31 cases, early comprehensive nursing) by double-blind method. The effects of the two groups were compared. Results the score of the observation group was better than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion early comprehensive nursing can improve blood glucose level and adverse pregnancy outcome in GDM patients, which is worth popularizing.

【 key words 】 gestational diabetes; Early comprehensive nursing; pregnancy outcome

由于人们生存状况的大幅度改善，营养过剩较为普遍，这也加大了妊娠糖尿病（GDM）的发生率。GDM 是孕妇发病数量较多的一种妊娠期并发症，是指孕期孕妇糖耐量变化幅度较大，大约有 1-5% 的孕妇发作 GDM。如不加以及时合理的处理，会造成孕妇出现多种并发症如羊水不足、早产等，甚至一些孕妇会死亡，从而导致不良的妊娠结果。^[1-2]本研究分析了妊娠糖尿病患者采取早期综合护理的效果，阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

随机抽取本院就诊的 62 例 GDM 患者研究，医学观察始于 2021 年 3 月止于 2022 年 3 月，以双盲法均分为对照组（31 例）和观察组（31 例），对照组年龄 23-38 岁，均值（30.15±3.24）岁，体重 56-87kg、均值（64.58±4.23）kg，孕周 26-39 周、均值（33.16±2.58）周，经产妇初产妇比例（12：19）；观察组年龄 22-39 岁、均值（30.34±3.52）岁，体重 57-86kg、均值（64.13±4.18）kg，孕周 25-38 周、均值（33.08±2.61）周，经产妇初产妇比例（11：20）。一般资料对比（ $p>0.05$ ）。

纳入标准：（1）符合临床诊断标准；（2）资料完整；（3）知情同意且签署书面文件；（4）单胎。

排除标准：（1）合并严重感染/免疫功能异常/心肝肾疾病者；（2）依从性差者；（3）中途退出者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采用定期检测血糖血脂水平、监测胎心、饮食和用药指导等常规护理。

1.2.2 观察组

观察组：早期综合护理。（1）患者入院护理人员就对患者进行全面的、科学的宣教，把 GDM 的知识加以宣传，让患者正确认识自己所患疾病；指导患者摄入同等营养的情况下对糖类摄入量加以适当限制，降低低血糖发生率；指导孕妇合理运动，确保一周体重增加不足 1 斤；向 GDM 患者介绍控制血糖水平的目的、作用。（2）护理人员通过主动沟通，准确评估孕妇的心态和情绪变化，并了解诱发孕妇不良情绪的原因，并采取针对性的疏导措施。

（3）结合孕妇的实际情况为患者制定饮食计划，确保孕妇摄入合理比例的蛋白质、碳水化合物及脂肪。告知患者不能食用精制糖。叮嘱患者坚持少吃多餐的饮食原则。（4）不仅要对患者体重、血糖等定时检测，还要定时监测胎心胎音。（5）结合患者实际情况制定运动方案，叮嘱孕妇在自身条件允许下每天运动 30min，可以选择有氧运动（游泳、散步、孕妇瑜伽体操等）。

1.3 统计学分析

SPSS20.0 处理数据，（ $\bar{x} \pm s$ ）与（%）表示计量与计数资料，分别用 t 值与 χ^2 检验，（ $P<0.05$ ）有统计学意义。

2 结果

2.1 对比血糖血脂水平

护理前两组血糖血脂水平对比（ $p>0.05$ ），护理后观察组低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1：

表 1 对比血糖和血脂水平（ $\bar{x} \pm s$ ）					
指标	时间	观察组（n=31）	对照组（n=31）	t 值	P 值
TC（mmol/L）	护理前	5.16±1.37	5.08±1.39	0.228	0.820
	护理后	4.23±0.54	4.89±0.61	4.510	0.000
TG（mmol/L）	护理前	2.37±0.51	2.35±0.49	0.157	0.875
	护理后	1.41±0.32	1.98±0.43	5.920	0.000
LDL-C（mmol/L）	护理前	3.12±0.61	3.16±0.59	0.262	0.793
	护理后	2.15±0.28	2.81±0.34	8.343	0.000
HDL-C（mmol/L）	护理前	1.26±0.23	1.31±0.26	0.801	0.425
	护理后	3.63±1.91	2.24±0.63	3.848	0.000
LP（mg/L）	护理前	241.35±34.18	239.84±35.06	0.171	0.864
	护理后	183.97±22.85	206.87±22.16	4.005	0.000
空腹血糖	护理前	8.87±1.76	8.62±1.65	0.576	0.566

(mmol/L)	护理后	5.46±1.34	6.78±1.62	3.495	0.000
餐后 2h 血糖	护理前	12.43±2.24	12.56±2.31	0.224	0.822
(mmol/L)	护理后	9.06±1.82	10.62±1.94	3.265	0.001
HbA1c	护理前	7.13±2.06	7.03±2.16	0.186	0.852
(%)	护理后	5.46±1.34	6.78±1.62	3.495	0.000

2.2 比较孕妇不良结局发生率

观察组孕妇不良结局发生率低于对照组 (P<0.05), 见表 2:

表 2 对比孕妇不良结局发生率 (n,%)

分组	例数	早产	胎膜早破	羊水过多	发生率
观察组	31	1 (3.22)	0 (0.00)	1 (0.00)	2 (6.45)
对照组	31	4 (12.90)	2 (6.45)	2 (6.45)	8 (25.81)
χ^2					4.292
P					0.038

2.3 对比新生儿不良结局发生率

观察组新生儿不良结局发生率低于对照组 (P<0.05), 见表 3:

表 3 对比并发症发生率 (n,%)

分组	例数	新生儿窒息	缺氧性脑病	巨大儿	发生率
观察组	31	1 (3.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.22)
对照组	31	3 (9.67)	1 (3.22)	2 (6.45)	6 (19.35)
χ^2					4.026
P					0.044

2.4 对比生活质量评分

护理前两组生活质量评分对比 (p>0.05), 护理后观察组高于对照组 (P<0.05), 见表 4:

表 4: 对比生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	时间	观察组 (n=31)	对照组 (n=31)	t 值	P 值
躯体功能	护理前	74.94±4.63	74.57±4.47	0.320	0.750
	护理后	84.15±4.56	76.84±4.03	6.687	0.000
活力	护理前	73.86±4.62	73.26±4.36	0.525	0.600
	护理后	83.95±5.22	72.28±4.29	9.616	0.000
心理功能	护理前	75.27±4.14	75.62±4.27	0.327	0.744
	护理后	83.94±4.03	75.31±4.25	8.203	0.000
社会功能	护理前	78.62±3.26	78.51±3.21	0.133	0.894
	护理后	84.62±4.23	76.23±3.86	8.157	0.000
生理功能	护理前	74.34±4.48	74.61±4.39	0.239	0.811
	护理后	82.67±4.95	71.82±4.31	9.204	0.000
情绪功能	护理前	78.38±4.13	78.62±4.23	0.226	0.821
	护理后	84.79±5.23	75.37±3.22	8.539	0.000
精神状态	护理前	74.25±12.74	74.21±12.93	0.012	0.990

护理后	83.62±4.24	74.95±4.31	7.984	0.000
-----	------------	------------	-------	-------

3 讨论

近年来由于人们日益增多的不良饮食和生活习惯, 导致 GDM 风险逐步增加。GDM 是指在怀孕期间孕妇糖耐量和空腹血糖异常变化、糖尿病等^[3]。对于孕妇来说诱发 GDM 的主要风险因素有高龄妊娠、肥胖、遗传等。随着孕期的不断增加, 孕妇不但维持身体运行需要更多的胰岛素, 机体还会释放更多的胰岛素抵抗相关激素, 从而干扰了机体正常的糖代谢活动, 提高了发作糖尿病的危险^[4]。GDM 发作后, 孕妇血管不能正常发挥自身的功能, 影响到胎盘正常的供血能力, 对胎儿胰腺功能造成较为严重的刺激, 提高胎儿出现并发症 (脐高血糖血症等) 的概率, 导致胎儿出现一系列不良的生理和病理变化, 同时还会导致产妇出现妊娠并发症的概率大幅度增加。GDM 发病后孕妇极易出现不良妊娠结局如早产或流产、产后出血等, 不仅对母婴身心健康造成严重的不良影响, 还会影响预后^[5]。

不管是何种疾病患者护理模式的安全性和有效性都直接关系到患者的身心健康和生命安全, 高效、优质是对护理干预措施的基本要求^[6]。综合护理是满足高效、优质要求的一种全新护理模式, 护理的核心是护理程序, 所有的护理操作都紧紧围绕护理程序开展, 重视各个环节的整体性和协调性, 医护人员不仅密切关注患者的病情, 还重视改善治疗环境、关注患者心态变化等, 从生理、心理、精神等方面为患者提供更加全面的、优质的护理干预措施。

参与本次研究的观察组孕妇和新生儿不良结果发生率均低于对照组 (p<0.05); 观察组血糖血脂水平、护理后评分 (生活质量和护理满意度) 优于对照组 (P<0.05), 证实早期综合护理对改善不良妊娠结局、提升生活品质、降低血糖血脂水平的良好效果。分析其原因是护理人员在护理 GDM 患者的过程中重视从心理角度为孕妇实施护理干预措施, 护理人员充分认识到孕妇在得知发病后多表现出不安和焦虑, 而严重的不良情绪可通过中枢神经与内分泌系统的相互影响导致糖尿病病情进一步发展, 因此在日常护理中护理人员关注孕妇心态的变化, 鼓励其积极面对疾病。采取实时监控措施对孕妇以及胎儿状态进行监控, 能尽早发现异常并采取积极有效的处理措施, 降低不良妊娠结局出现的概率, 从而提高孕妇的生活品质, 并得到孕妇及其家属的认可。

综上所述, GDM 患者日常护理中融入早期综合护理, 改善血糖水平、不良妊娠结局的效果理想, 患者生活品质正向发展, 获得更多患者的认可, 值得推广。

参考文献:

- [1]陈艺苑,陈秀琴.早期护理干预对妊娠糖尿病患者妊娠结局的影响评价[J].糖尿病新世界,2021,24 (20): 1-4+13.
- [2]钱隽.综合护理干预对妊娠期糖尿病患者妊娠结局的影响[J].系统医学,2021,6 (18): 159-162.
- [3]于瑞琪.综合护理干预对妊娠糖尿病致胎儿宫内窘迫的影响[J].中国医药指南,2021,19 (13): 168-169.
- [4]杨宣宣.妊娠糖尿病患者接受综合护理管理的效果观察[J].实用糖尿病杂志,2020,16 (6): 29-30.
- [5]林蕴华,温利辉,沈惠玲.综合护理干预对妊娠期糖尿病患者围生期血糖、并发症及妊娠结局影响[J].按摩与康复医学,2020,11 (18): 83-84.
- [6]林蕴华,温利辉,沈惠玲.妊娠糖尿病的围产期综合护理与心理护理[J].中国继续医学教育,2020,12 (22): 178-180.

乳腺癌患者术后经外周静脉置入中心静脉导管置管并发症的原因与护理实施效果探讨

郝学风

临沂市肿瘤医院 276000

摘要：目的：分析乳腺癌患者术后经外周静脉置入中心静脉导管置管并发症产生的原因后，以此制定相应的护理措施，对护理实施效果进行探讨，为临床护理工作提供借鉴。方法：我院收治的乳腺癌并在术后经外周静脉置入中心静脉导管置管（PICC）的患者随机抽取 60 例，其中对照组接受常规护理，观察组在分析并发症产生的原因后开展针对性护理，对两组护理效果通过各项指标比较。结果：观察组不良事件发生率低于对照组，护理满意度高于对照组，生活质量评分高于对照组， $P<0.05$ 。结论：乳腺癌患者在分析 PICC 置管产生并发症的原因后，开展针对性护理，能有效控制并发症，提升患者的生活质量和满意度，具有推广价值。

关键词：乳腺癌；经外周静脉；中心静脉置管；并发症；护理效果
Cause of complications and effect of nursing catheterization in breast cancer patients
Hao Xuefeng Linyi Cancer Hospital 276000

[Abstract]Objective: To analyze the causes of the postoperative complications of central venous catheter catheterization in breast cancer patients, to formulate the corresponding nursing measures, to discuss the effect of nursing implementation, and to provide reference for clinical nursing work. Methods: 60 patients with breast cancer admitted to our hospital and central venous catheter catheterization (PICC) were randomly selected, among which the control group received routine care. The observation group carried out targeted care after analyzing the causes of complications, and the nursing effect of the two groups was compared by various indicators. Results: The lower incidence of adverse events in the observation group, higher nursing satisfaction, higher QOL score in the control group, and $P<0.05$. Conclusion: After analyzing the causes of PICC catheterization, targeted care can effectively control the complications, improve the quality of life and satisfaction of patients, which has promotion value.
[Key words]breast cancer; through peripheral vein; central venous catheterization; complications; nursing effect;

乳腺癌是女性高发疾病，据统计，乳腺癌在女性恶性肿瘤中占首位，也成为社会严重公共卫生问题。尤其是绝经前为疾病高发时期^[1]。有研究发现^[2]，病毒、饮食及慢性刺激都会引发乳腺癌，对女性健康和生命安全造成极大的危害。乳腺癌临床治疗方案较多，手术治疗、放化疗、靶向给药等治疗方案，其中长期化疗会损害患者的血管，损伤患者身体健康严重，影响临床疗效。在治疗过程中配合科学的护理管理，对于提升治疗效果具有重要影响^[3]。临床治疗乳腺癌首次方案是手术切除治疗，术后 PICC 置管给药治疗，可是，在 PICC 置管后如果不能实施有效的护理，就会引起多种并发症，并发症严重时威胁到患者的生命，对术后预后康复效果也会产生不良影响，严重影响患者的生活质量^[4]。鉴于此，将我院收治的乳腺癌患者分组后实施不同的护理措施，比较如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院收治的乳腺癌并在术后 PICC 置管的患者抽取 60 例，均为女性，按抽签法分 2 组，每组取乳腺癌患者 30 例。对照组：年龄 30-58 岁，均值 (45.11±1.23)；病程 6-18 个月，均值 (11.58±2.33)；病灶部位：左侧 18 例，右侧 12 例；PICC 穿刺位置：贵要静脉 21 例，肘正中静脉 9 例；观察组：年龄 31-57 岁，均值 (44.83±1.67)；病程 7-18 个月，均值 (12.14±2.05)；病灶部位：左侧 17 例，右侧 13 例；PICC 穿刺位置：贵要静脉 22 例，肘正中静脉 8 例；两组资料比较无统计学差异 $P>0.05$ 。

(1) 纳入标准：入选病例符合乳腺癌的病理诊断标准；经过院伦理委员会批准；患者和家属知情研究内容；排除预估生存期不足 1 年的患者；严重脏器器疾病及 PICC 置管和化疗禁忌证的患者。

1.2 方法

两组患者均接受 PICC 置管。平卧位，将患者穿刺手臂和身体保持 90°，从穿刺点到右胸腋关节的长度进行测量，向下到第三肋间长度记录作为置管长度。对穿刺区消毒后穿刺，成功后将导管置入，对导管长度进行调整，后面保留 5cm，与连接器进行安装，与肝素帽进行连接，采用注射器将回血抽吸处理，对管腔进行脉冲冲洗，在穿刺外贴透明贴膜完成导管的固定^[5]。

对两组配合常规护理，确定化疗方案后，预估患者血管弹性，穿刺部位和走向，评估可能出现的并发症。术前监测患者生命体征变化，通过超声探头观察患者血流变化、静脉内径情况，发现针鞘回血，切换探头，保护穿刺点，坚持无菌操作，动作要轻，防止破坏穿刺点。术后经 X 线定位，加压止血，预防穿刺处发生出血。置管期发现并发症及时处理，为患者提供口头宣教。观察组在此基础上分析 PICC 置管产生并发症的原因，并开展针对性护理，内容如下。

(1) 机械性静脉炎。PICC 置管后极易出现机械性静脉炎，分析发生的原因：护理人员经验少，技术熟练度不足，个体体质差异、免疫力等因素，都会导致置管后发生过敏；导管型号与血管不匹配；置管后未遵医嘱有过度剧烈的运动，导管摩擦血管壁、感染，都会引起机械性静脉炎。针对此情况，护理人员要对相关问题及时改进，例如：护理人员加强个人能力的培训，确保穿刺时熟练的操作，为患者 PICC 置管前对其静脉条件进行预先评估，置管时要选择合适管径的导管，在置管过程中速度要慢而匀，才能防止患者的静脉瓣膜受到损伤，将导管尖端置于上腔静脉，避免导管发生移动。观察组在置管 24h 后发生 1 例机械性静脉炎，指导患者适当抬高置管上肢，保持身体的放松状态，忌有过度激烈的运动动作，可对导管穿刺点进行热敷，一般热敷时间维持 20min，再涂上喜疗妥乳膏，3 次/d，连续治疗 3-4 日，患者并发症明显好转^[6]。

(2) 穿刺点渗血。PICC 置管后易发生穿刺点渗血，分析产生渗血的原因，主要是操作者技术不熟练，对患者的血管情况了解不清，对患者置管穿刺时，由于反复穿刺，选择过粗后穿刺针，患者自身的凝血功能不佳，都会引起渗血。所以，要 PICC 置管前，要对患者血管情况、凝血功能进行预先的评估，防止出现反复穿刺情况。置管后对穿刺点进行局部压迫，一般维持 20min，指导患者在置管后 24h 内控制过度剧烈的活动，尤其是上肢不能过量运动，发现渗血可以在穿刺处敷纱布，以透明贴膜对纱布固定，注意每日更换，连续 1-2 日即可停止渗血。

(3) 接触性皮炎。发生接触性皮炎可能是因个人过敏体质所致，本次研究中观察组未发生接触性皮炎，对照组出现 1 例接触性皮炎，观察皮炎部位有红色丘疹、水疱样，患者有明显的痒痒感，可以用无菌纱布隔开导管和皮肤，涂抗过敏药，对敷贴定期更换，等待皮疹逐步消退。如果处理无效，出现皮疹扩大，要及时拔管，对患处进行对症治疗。

1.3 观察指标

(1) 统计两组并发症，包括机械性静脉炎、穿刺部位渗血、接触性皮炎、导管送入困难、导管堵塞及导管破裂等。(2) 发放问卷统计两组护理满意度，百分制，护理满意度=（非

常满意+基本满意）/总数×100%；(3) 发放我院自拟生活质量问卷，评价两组患者护理前后生活质量，26-130 分，得分高表示生活质量高。

1.4 统计学方法

数据 SPSS22.0 统计学分析，计数资料 $[n(\%)]$ 表示， χ^2 检验；计量资料 $[\bar{x} \pm s]$ 表示， t 值检验， $P<0.05$ 说明差异明显。

2 结果

2.1 并发症情况分析

观察组不良事件发生率低于对照组， $P<0.05$ 表 1。

表 1 并发症发生率比较 $[n(\%)]$							
组别	机械性 静脉炎	穿刺部 位渗血	接触性 皮炎	导管送 入困难	导管堵 塞	导管破 裂	并发症 发生率
观察组 ($n=30$)	1	0	0	0	1	0	2 (6.7)
对照组 ($n=30$)	3	2	1	1	2	1	10 (33.3)
χ^2							6.666
P							0.009

2.2 护理满意度评价

观察组护理满意度高于对照组， $P<0.05$ 表 2。

表 2 护理满意度对比 $[n(\%)]$				
组别	非常满意	基本满意	不满意	满意度
观察组 ($n=30$)	25	4	1	29 (96.7)
对照组 ($n=30$)	18	5	7	23 (76.7)
χ^2				5.192
P				0.022

2.3 生活质量评价

观察组生活质量评分高于对照组， $P<0.05$ 表 3。

表 3 生活质量评分对比 $[\bar{x} \pm s]$				
组别	护理前	护理后	t	P
观察组 ($n=30$)	26.50±0.36	99.14±0.65	535.460	0.000
对照组 ($n=30$)	26.45±0.39	80.12±0.57	425.630	0.000
t	0.515	120.502		
P	0.607	0.000		

3 讨论

乳腺癌是乳腺上皮组织出现的恶性肿瘤疾病，需要较长时间的治疗，手术清除腋窝淋巴结，结扎相关血管和淋巴管会影响患侧的上肢情况，影响静脉正常的输液。PICC 置管可以避免重复穿刺引起的痛苦，也能避免化疗药对外周静脉造成破坏，对后期预后疗效提供保障。PICC 穿刺后常规护理，其单一性只能满足基本需求，而无法控制并发症，进而影响患者配合置管的依从性。临床对乳腺癌患者术后 PICC 置管引起的相关并发症产生的原因进行分析，以此制定护理解决对策，对有并发症风险的患者开展针对性预防，能有效控制 PICC 置管后并发症，同时对患者要开展置管口头宣教，对置管要点和维护方法进行细致的讲解，才能帮助患者正确认知导管维持的方法和重要性，发挥患者主动配合的积极性，进而提升对导管的自我护理能力，使导管维持效果得到保障。封管时也要对导管架开闭状态进行细致的检查，防止备耕进入管腔因血凝导致堵塞；发现堵塞要及时生理盐水冲洗，无效可用肝素钠溶液进行冲洗，忌强行推注导致导管破裂。置管 24h 后要为患者更换敷贴，对穿刺点消毒，指导患者和家属要注意敷料周围干燥，发现异常及时更换敷贴。

综上所述，PICC 置管的乳腺癌患者，护理人员掌握置管后并发症产生的原因，置管操作时准确评估并开展预防性处理，能有效控制并发症发生，确保患者治疗安全。

参考文献：

- [1]秦安,李红,陶丽丽,等.乳腺癌术后化疗患者患侧上肢经外周静脉穿刺中心静脉置管的效果评价[J].中国肿瘤临床与康复,2022,29 (04): 461-463.
- [2]张萍.循证护理模式对乳腺癌术后留置经外周静脉置入中心静脉导管患者康复锻炼的依从性及并发症的影响[J].黑龙江医学,2021,45 (22): 2370-2371.
- [3]李嘉敏,卢怡.乳腺癌化疗患者经外周静脉置入中心静脉置管常见并发症及护理干预效果[J].中国医药指南,2020,18 (29): 180-181.
- [4]宋琳.乳腺癌静脉化疗患者经外周静脉穿刺中心静脉置管的循证护理[J].实用临床医学杂志,2020,24 (18): 123-125.
- [5]王雪.经外周静脉穿刺中心静脉置管与静脉输液港置管护理在乳腺癌术后化疗患者中的应用[J].中国当代医药,2020,27 (26): 229-231.
- [6]胡梦玲,袁旭晶,刘波.微信在经外周静脉穿刺中心静脉置管带管出院患者延续性护理中的应用[J].中国基层医药,2020,27 (09): 1141-1144.

精准化护理配合在完全胸腔镜下心脏瓣膜手术中的应用及效果

安笑 王小霞 田秀^{通讯作者}

中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院 山东济南 250031

摘要: 目的: 分析在完全胸腔镜下心脏瓣膜手术中应用精准化护理的作用及效果 方法: 选取了我院 2020 年 6 月至 2022 年 5 月期间心脏瓣膜病患者 32 例, 回顾性分析精准化护理配合应用其中的效果。结果: 无一例死亡, 均治愈出院。平均手术时间为 5.82 小时, 住院天数为 9 天。结论: 精准化护理配合在心脏瓣膜病手术中, 应用效果显著。

关键词: 胸腔镜; 心脏瓣膜; 手术; 护理配合

Application and effect of precise nursing cooperation in heart valve surgery under complete thoracoscopy

An Xiao, Wang Xiaoxia, Tian Xiu, corresponding authors

(The 960th Hospital of the Joint Logistics Support Force of the Chinese People's Liberation Army, Jinan, Shandong, 250031)

【Abstract】 Objective: To analyze the role and effect of applying precision nursing in heart valve surgery under complete thoracoscopy. Methods: A total of 32 patients with heart valve disease in our hospital from June 2020 to May 2022 were selected. Chemical care with the application of the effect. Results: There was no death, and all were cured and discharged. The mean operative time was 5.82 hours, and the length of hospital stay was 9 days. CONCLUSION: Precision nursing has a significant effect in the operation of heart valve disease.

【Key words】 thoracoscopy; heart valve; surgery; nursing cooperation

美国心脏协会最新指南显示, 随着老年人寿命的延长, 心脏瓣膜病的发病率逐年增高。

^[1]2000 年程云阁、余世强完成首例全腔镜下房间隔缺损修补术手术, 开创了腔镜在心外科的应用。完全胸腔镜下心脏瓣膜手术较传统的正中劈胸骨心脏瓣膜手术, 术中出血少, 创伤小, 术后疼痛轻, 术后康复快, 住院时间短, 符合快速康复的理念, 已成为我国心脏瓣膜外科手术的主要发展方向, 也正在各大医院逐步普及。^[2]如何主动配合医生稳、准、快地完成手术, 缩短体外转流的时间, 最大程度地保护心功能是手术室护士需要关注的问题。回顾我院从 2020 年 6 月至 2022 年 5 月期间, 实施的 32 例完全胸腔镜下二尖瓣、三尖瓣手术, 总结病例资料、手术步骤和护理配合策略, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集我院 2020 年 6 月至 2022 年 5 月期间收治的 32 例行完全胸腔镜下二尖瓣、三尖瓣成形术的心脏瓣膜病患者, 其中男 13 例, 女 19 例, 年龄 55.47±13.88 岁, 平均年龄 55.47 岁。所有患者均知情本研究。

1.2 方法

1.2.1 手术方法

麻醉成功后, 安置成人患者成右侧垫高 10-15 度仰卧位, 右上肢吊带固定于头架; 安置儿童患者成右肘关节位, 用中单固定右前臂于患者身体右侧使右肩关节节后伸位。常规消毒铺巾, 在胸旁旁 1-1.5cm, 平行肋间隙, 常选第四肋间, 开右手孔; 右锁骨中线外侧 1-1.5cm, 平行肋间隙第六肋间(瘦高体型)或第五肋间(矮胖体型), 开观察孔; 右腋前线, 垂直肋间隙, 据等边三角形和投射原则开左手孔。于右侧耻骨结节和脐前上棘连线于股动脉的交点, 切口上 1/3 位于连线以上, 下 2/3 位于交点以下。探查胸腔无粘连。显露股动、静脉, 行股、动静脉置管, 建立外周体外循环。剪开心包, 下至距膈肌 5mm, 上至显露升主动脉前壁脂肪带。悬吊心包显露升主动脉和下腔静脉。分离下腔静脉、右下肺静脉间隙至斜窦下腔静脉套带, 同理上腔静脉套带。升主动脉根部插冷灌针, 接冷灌管。右肺上静脉插左房管。主动脉阻断。打开房间隔悬吊暴露二尖瓣, 根据病情行二尖瓣成形术或置换。撤房间隔牵引线同理处理三尖瓣。打水测试成形后的瓣膜或人工瓣膜的功能完好, 关房间隔、右心房。术中食管超声判断瓣膜功能良好, 依次拔管, 放引流, 关胸。

1.2.2 护理方法

(1) 术中巡回护士配合: 巡回护士要协助医生安置手术体位、准备好腹腔镜、二氧化碳、除颤仪等仪器设备外, 主要强调以下几方面: 在安置右侧垫高体位时, 病人右胸下垫以软枕, 成人的右上肢首先以棉布包裹再以吊带缠绕、固定(注意要露出手指, 以便观察血运), 既能够保温, 也能够防止上肢皮肤与金属麻醉布帘架接触发生电灼伤。右上肢外展小于 90 度、后倾小于 90 度, 防止臂丛神经损伤。除颤仪要准备好 AED 电极片, 以备在发生室颤等心律失常时快速除颤。(2) 术中器械护士配合: ①插股动脉时, 导丝在水湿润后插入 20ml 注射器针头, 针头斜面向下平行血管倾斜 5 度刺入股动脉; 器械护士要固定好导丝并协助撑直, 导丝进入后协助医生退出针头和导丝自带的白色辅助套管; 将导丝远端插入股动脉插管, 待医生将动脉插管顺利插入股动脉后退出插管芯和导丝。同理插股静脉。②上腔套线时从左手孔扁挑体钳带线放入, 上腔钳子从右手操作孔引出, 并用长线引管套入, 中弯钳固定于右手操作孔边缘。同理下腔套线。③插冷灌和左房管时要用水 4/0 滑线带毛毡加游离毛毡缝合荷包。④50ml 注射器接 16 号尿管打水冲洗探查瓣膜。⑤瓣膜置换术用换瓣线 12 针左右, 白绿颜色交叉固定人工瓣膜; 瓣膜成形术用去垫片的换瓣线 7 针, 3 针反针、4 针正针颜色交叉固定瓣环。(3) 术后护理: 术后护理主要注意观察病人纵膈引流管和胸腔闭式引流管的护理, 保持引流通畅, 防止逆流和脱管等不良事件的发生。另外, 待病人完全清醒后, 要鼓励病人早期下床活动, 既有利于引流, 又能防止压力性损伤和下肢深静脉血栓的形成。

1.3 观察指标

(1) 平均手术时间。(2) 术后住监护室天数。(3) 术后平均住院天数。

2 结果

本组患者无一例死亡, 均治愈出院。平均手术时间 5.82 小时, 术后住监护室天数平均 3 天, 拔除引流管天数平均 3 天, 术后平均住院天数 9 天。术中有一次因荷包线松脱致股动脉插管脱出, 被器械护士及时发现, 经紧急二次插管并在股动静脉插管部位贴膜二次固定后, 未再发生此类问题。无一例因护理不当引起的护理不良事件。

3 讨论

全球范围内心脑血管病是最靠前的致死性疾病之一, 其中风湿性心脏瓣膜病是心脏相关疾病中最常见一类。腔镜心脏瓣膜手术较传统的正中劈胸骨开胸手术, 有视野清楚^[3]、出血少^[4]、创伤小、术后引流少、术后并发症少^[5]、呼吸机辅助呼吸时间短^[6]、平均住院天数少等明显优势, 到目前为止, 腔镜心脏手术的技术已经成熟, 正在各大医院逐步开展。作为护士, 我们要紧跟外科技术发展的步伐, 积极学习新知识、新业务。本研究回顾了我院完全腔镜下心脏瓣膜手术的病例, 较开胸手术, 病人出血少, 术后康复快, 手术效果满意。无护理不良事件发生, 符合快速康复的理念。

本研究总结护理经验主要有: (1) 充分暴露手术野, 便于手术和麻醉的同时, 要考虑最大程度地保持病人的生理功能位和保温护理。(2) 仪器设备的准备方面, 腹腔镜、二氧化碳和除颤仪(含 AED 电极片)要处在备用状态。(3) 插管的配合有别于开胸心脏手术, 要提前润滑导丝、协助穿刺和置管。(4) 心脏手术步骤固定, 完全腔镜心脏手术亦是如此。每一步用的器械和缝针、缝线都要牢记于心, 做到无声配合。(5) 由于完全腔镜手术, 操作位置深, 在使用电刀时电刀尖端要套尿管, 防止操作时误伤周围组织, 在探查瓣膜和测试人工瓣膜或成形效果时要准备好 50ml 注射器和 16 号尿管抽冰生理盐水冲洗。

我们发现熟练掌握手术操作步骤、充分体会医生每个操作细节的目的, 全神贯注地紧跟手术进程才能做到稳、准、快地手术配合。总结手术室护士要做到“四有”: 眼中有景(关注手术进程)、耳中有声(倾听医生的交流)、心中有数(根据看到的手术进程和听到的医生的交流判断医生下一步的操作)、手中有物(根据自己的判断提前准备好要传递的器械和要配合的操作)。本实验结果可见, 经由精准化护理配合, 未发现死亡病例。

总而言之, 精准化护理配合的应用, 可促进完全胸腔镜下心脏瓣膜手术效果提升。

参考文献:

[1]Nishimura RA, O'Gara PT, Bavaria JE, et al. 2019 AATS/ ACC/ASE/SCAI/STS expert consensus systems of care document: a proposal to optimize care for patients with valvular heart disease: a joint report of the American Association for Thoracic Surgery, American College of Cardiology, American Society of Echocardiography, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons[J]. J Am Coll Cardiol. 2019. 73 (20): 2609-2635.

[2]卓琳, 许阳, 张超, 等. 完全胸腔镜下心脏瓣膜手术的研究进展[J]. 国际心血管病杂志, 2021, 48 (4): 210-214.

[3]Xian Lei, Chen Weikang. Research status and progress of thoracoscopic heart valve replacement [J]. Minimally Invasive Medicine, 2020, 15 (06): 701-704.

[4]Huang Huanlei, Ke Yingjie, Yang Liang, et al. Mid-term effect analysis of minimally invasive plastic surgery in the treatment of severe tricuspid regurgitation after cardiac surgery [J]. Chinese Journal of Surgery, 2019, 57 (12): 902-907.

[5]Wei Yiming. The application effect of thoracoscopic valve surgery in the treatment of heart valve disease [J]. Minimally Invasive Medicine, 2019, 14 (05): 613-615.

[6]Wu Song, Wang Jixiang. Clinical study on simultaneous radiofrequency ablation of mitral valve replacement under total thoracoscopic [J]. Chinese Journal of Cerebral and Cardiovascular Surgery, 2020, 27 (8): 874-879.

头孢曲松+阿奇霉素治疗淋病的疗效观察

公维安

蒙阴县人民医院 山东临沂 276200

摘要:目的: 研究分析淋病治疗中头孢曲松联合阿奇霉素的治疗效果。方法: 本研究选取 2019 年 8 月-2021 年 9 月本院收治淋病患者 30 人, 将 30 例患者分为对照组和实验组, 对照组患者 15 例接受阿奇霉素治疗; 实验组患者 15 例接受头孢曲松联合阿奇霉素进行治疗, 对两组患者的临床治疗有效性、细菌清除情况和不良反应发生率进行对比。结果: 比较两组患者的临床治疗有效性, 实验组显效与有效人数明显更多, $P<0.05$; 两组患者细菌清除情况进行对比, 实验组患者改善的更加明显, $P<0.05$; 比较两组患者的不良反应发生率, 实验组患者的不良反应发生率较低, $P>0.05$ 。结论: 将头孢曲松联合阿奇霉素的治疗方案应用在淋病的治疗过程中, 能够有效实现对患者临床治疗有效性的提升, 并且增强患者细菌清除率, 改善患者的不良反应发生率, 值得在临床上进行推广和使用。

关键词: 头孢曲松; 阿奇霉素; 淋病; 临床疗效

Curative effect of ceftriaxone+azithromycin on gonorrhea

Gongwei'an, People's Hospital of Mengyin County, 276200 (Linyi, Shandong)

[Abstract]Objective: To study and analyze the therapeutic effect of ceftriaxone combined with azithromycin in the treatment of gonorrhea. Methods: In this study, 30 patients with gonorrhea admitted to our hospital from August 2019 to September 2021 were selected, and 30 patients were divided into the control group and the experimental group. 15 patients in the control group received azithromycin treatment; Fifteen patients in the experimental group were treated with ceftriaxone combined with azithromycin. The clinical efficacy, bacterial elimination and adverse reaction rate of the two groups were compared. Results: Compared with the clinical treatment effectiveness of the two groups, the number of patients in the experimental group who showed significant effectiveness and effectiveness was significantly higher ($P<0.05$); Compared the bacterial elimination of the two groups, the patients in the experimental group improved more significantly ($P<0.05$); Compared the incidence of adverse reactions between the two groups, the incidence of adverse reactions in the experimental group was lower ($P>0.05$). Conclusion: The combination of ceftriaxone and azithromycin in the treatment of gonorrhea can effectively improve the clinical treatment effectiveness of patients, enhance the bacterial elimination rate of patients, and improve the incidence of adverse reactions of patients, which is worthy of clinical promotion and use.

[Key words]Ceftriaxone; Azithromycin; Gonorrhea; Clinical efficacy

淋病属于一种奈瑟菌感染引发的病症, 病情传播主要由于性行为的不洁而引发的, 一般来说, 患者泌尿生殖系统也是淋病发病的主要病症部位, 结合病症部位的临床实践进行分析, 患者病部会出现化脓症状。头孢曲松属于临床上较为常见的广谱抗菌类药物, 对于病菌抑制有重要的促进作用, 能够实现对患者临床症状的良好改善。阿奇霉素属于大环内酯类抗生素, 临床上应用较为广泛, 能够实现对淋病致病菌活性的抑制, 对淋病治疗有重要价值。本研究分析头孢曲松+阿奇霉素治疗淋病的价值, 报道如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本研究所选 2019 年 8 月-2021 年 9 月本院收治淋病患者 30 人, 将 30 例患者分为对照组和实验组, 对照组患者 15 例接受阿奇霉素治疗; 实验组患者 15 例接受头孢曲松联合阿奇霉素进行治疗。对照组男性患者 9 人、女性患者 6 人, 患者年龄 23-48 岁, 平均年龄(35.50±2.35)岁; 实验组患者中男性数量 8 人、女性患者 7 人, 患者年龄 22-50 岁, 平均年龄(36.04±2.15)岁。对两组患者的年龄和性别数据进行分析, 发现对照组与实验组患者的年龄及性别数据并未发现存在明显差距, $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组: 阿奇霉素。阿奇霉素(京新)(浙江京新药业股份有限公司 国药准字 H20058315)第 1 日, 0.5g (即 2 片) 顿服, 第 2~5 日, 一日 0.25g (即 1 片) 顿服; 或一日 0.5g (即 2 片) 顿服, 连服 3 日。

实验组: 头孢曲松+阿奇霉素。阿奇霉素与对照组一致。头孢曲松钠(上海新亚药业有限公司 国药准字 H20003286)一次 0.25-0.5g, 每 6 小时一次, 感染较严重者一次可增至 1g, 但一日总量不超过 4g。

1.3 评价和观察指标

比较两组患者的临床治疗有效性、细菌清除情况和不良反应发生率。

临床治疗有效性: 显效、有效、无效。

细菌清除情况: 治疗后 4 天。

不良反应发生率: 恶心、呕吐。

1.4 统计学方法

本研究使用数据软件包 SPSS21.0 进行数据分析, 同时使用 (n, %) 以及 $\bar{x} \pm s$ 对数据进行计数处理。利用 t 与 χ^2 对数据进行检验, $P<0.05$ 证明本研究具有重要研究价值。

2 结果

2.1 临床治疗有效性

综合比较两组患者的临床治疗总有效率。显效、有效人数更多的一组为实验组, $P<0.05$ 。

表 1. 两组临床治疗有效性对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	15	6 (40.00%)	5 (33.33%)	4 (26.66%)	11 (73.33%)
实验组	15	7 (46.66%)	8 (53.33%)	0 (0.00%)	15 (100.00%)
χ^2					4.615
P					0.031

2.2 两组患者细菌清除情况对比

比较两组患者治疗 4 日后的细菌清除情况, 对照组患者的细菌清除人数为 5 例, 所占百分数为 33.33%, 实验组患者的细菌清除人数为 15 例, 所占百分数为 100.00%, $\chi^2=6.000$, $P=0.014$, $P<0.05$ 。

2.3 两组患者不良反应发生率

对比两组患者不良反应发生人数 1 人、不良反应发生率 6.66%; 实验组患者不良反应发生人数 0 人, 不良反应发生率 0.00%, 实验组患者不良反应所占百分数相对比较少一些, 但组间差距并不大, $\chi^2=1.034$, $P=0.309$, $P>0.05$ 。

3 讨论

淋病属于临床上较为常见的化脓性炎症疾病, 属于泌尿生殖系统在奈瑟菌感染引发的病变, 性传播为主要传播途径的主要病症^[1]。淋病潜伏期大约在 3-5d 左右, 患病初期并未展现出明显的差异, 且诊断起来较为困难, 很容易延误最佳治疗时间, 使得病情加重^[2]。一般来说, 男性患者的病症会表现为尿道炎, 一般会出现尿急、尿道口流脓和尿频等相应的问题。如果患者感染的淋病较为严重, 那么被褥、毛巾、衣物等日常性的日常用品, 也会传染给他人。针对妊娠阶段的淋病患者可以通过母婴垂直传播给新生儿, 导致严重的后果。淋病的发生率呈现逐年上升的状态, 感染问题的出现会造成任何年龄段患者出现间接感染, 产生较为严重的危险, 对患者的身体质量和健康状态造成较为严重的影响。淋病患者中, 男性患者数量较多, 且大部分患者都存在不良的性交行为。男性患者感染该病症的主要特征为尿急、尿道口发痒、流脓、异物分泌等相应病症。病情的不断发展, 会诱发患者尿道炎、发烧的问题出现^[3]。一般来说, 患者一个月左右, 该病症会消失, 但是并发症的发生情况更加明显, 治疗起来也更加困难。对比男性淋病患者的症状和不良情况来说, 女性患者受到的影响也更加严重。女性患者患病后, 极易引发盆腔炎、宫颈炎、异位妊娠等妇科性病症, 尤其是在妊娠阶段淋病患者可以通过母婴垂直传播向新生儿进行传染, 很容易引发新生儿夭折问题的出现^[4]。由于人体中缺乏相关的免疫机制, 对于任何阶段的患者年龄说, 都会引发间接性感染的出现, 导致较为恶劣问题的出现。头孢曲松属于临床上应用较为广泛的广谱抗菌药物, 对患者体内致病菌细胞壁合成产生影响, 能够实现对病菌分裂的一直, 进而致使致病菌死亡, 从而实现杀菌的目的和功效, 对患者的不良症状改善有重要的促进作用^[5]。临床中主要是对各项细菌感染类疾病进行抑制, 在淋病治疗的过程中, 头孢曲松具有重要应用价值。阿奇霉素是大环内酯类抗生素, 能够实现对淋病致病菌活性、有效杀菌作用, 对淋病治疗效果有重要的促进作用。

头孢曲松是第三代头孢菌素, 主要利用细胞壁合成抑制, 实现对杀菌活性的发挥。在体外对广泛的革兰阴性菌和革兰阳性菌发挥的杀菌作用较强, 对革兰阳性菌和革兰阴性菌的大多数 β -内酰胺酶的稳定性较强。通过两种药物的联合性治疗, 对淋病改善有重要的促进意义。本研究对患者临床治疗有效性、细菌清除情况和不良反应发生率进行对比。两组患者临床治疗有效性进行对比, 治疗总有效率更高的一组为实验组, $P<0.05$; 比较两组患者的细菌清除情况, 细菌清除情况较好的一组为实验组, $P<0.05$; 比较两组患者的不良反应发生率, 不良反应发生率较轻的一组为实验组, $P>0.05$ 。结合两组患者临床研究实践进行分析, 在治疗药物影响下, 患者会出现部分不良反应, 对比两组患者治疗过程中的不良反应发生情况进行对比, 两组出现的不良反应发生率并未存在明显差异。由此可见, 联合用药对患者机体刺激性较差, 不良反应情况比较少, 安全性较高。

综上所述, 在淋病患者治疗过程中, 头孢曲松联合阿奇霉素进行治疗, 能够有效改善患者的临床治疗总有效率、并且实现对患者细菌清除情况的改善, 同时能够实现对患者不良反应发生率的有效控制, 在临床中应用具有重要价值。

参考文献:

- [1]刘经纬. 应对淋病一线药物耐药策略初探——头孢曲松耐药克隆的快速检测及庆大霉素的药物敏感性研究[D]. 中国医学科学院, 2021.
- [2]李双庆, 崔雪娇, 周珍萍, 等. 淋病奈瑟菌体外药敏试验与治疗效果的相关性分析[J]. 中国性科学, 2021, 30 (1): 145-148.
- [3]黄丽平, 冯跃碧. 淋病采用药物治疗效果如何[J]. 家庭生活指南, 2021, 37 (24): 155-156.
- [4]刘凌, 赵露茜, 钟亚. 头孢曲松联合阿奇霉素治疗淋病的临床观察[J]. 中国实用医药, 2020 (12): 112-114.
- [5]董玉军. 头孢曲松、阿奇霉素联合心理干预治疗淋病的临床研究[J]. 心理月刊, 2020, 15 (22): 216-217.

公共卫生管理于传染病预防工作的有效性研究

韩绍辉

新泰市人民医院 山东泰安 271200

摘要：目的：讨论公共卫生管理应用于传染病预防工作中的价值。方法：2020.10 至 2022.10，选入医院体检的受检者。共 276 名。抽签法分组。参照组：138 名，常规管理模式。试验组：138 例，公共卫生管理模式。检验各组管理情况。结果：试验组管理后传染病预防能力评分提高，知识掌握度与管理满意度均提升， $P<0.05$ 。结论：公共卫生管理的应用，对提高传染病预防工作质量作用显著，有助于提高受检者认知水平、满意度。

关键词：传染病预防；公共卫生管理；管理质量

传染病预防属于医院管理的重要工作内容。传染病预防质量高低，会对后续防控工作开展产生直接影响。有关研究指出，公共卫生管理的应用，有助于促进提高医院传染病预防质量，并且还可提高人们对于传染病的认知程度^[1]。可见公共卫生管理在传染病预防中意义显著。本研究评价公共卫生管理于传染病预防工作的有效性，作如下报告。

1 资料与方法

1.1 基础资料

纳入 276 名本院体检的受检者。时间始于 2020.10，结束于 2022.10。分组：抽签法。参照组（ $n=138$ ）：男：70/138。女：68/138。年纪：21 至 68 岁。均值：（43.10±6.30）岁。试验组（ $n=138$ ）：男：71/138。女：67/138。年纪：22 至 67 岁。均值：（42.97±6.28）岁。各组资料无较大差异， $P>0.05$ 。

入选依据：（1）基础资料完整者。（2）知情本研究者。

排除依据：（1）意识障碍者。（2）精神异常者。

1.2 方法

参照组：开展常规管理。向体检者进行健康知识宣教，让其明确传染病有关知识。同时，指导其完成身体健康检查。加强院内环境建设，可于宣传栏上张贴宣传海报，以达到普及传染病知识的目的。针对受检者的相关提问，需要耐心解答。

试验组：实施公共卫生管理方案，详情如下：（1）充分认可政府的主导性作用。同时，提升对传染源隔离的重要性的认识。以传染病详细种类为依据，制定有关干预方案。针对筛查到传染病患者，应立即对其流行病学进行上报。同时，对患者进行流调，明确其密切接触者。嘱其尽早接种疫苗，进而从根源上对传染病发展进行控制。（2）提高传染病知识宣教力度。就接受健康体检的人群而言，应将其作为宣教对象，除让其明确传染病有关知识外，还应向其强调认知水平提升对预防传染病的积极作用。在健康宣教开展期间，可借助于口头、文字宣教等形式，在条件允许情况下，也可使用多媒体手段，或联合多种宣教形式。此外，还可借助于宣传海报、互联网平台等。在宣教内容方面，需要涉及传染病类型、危害等，同时，还应将疾病防治手段、必要性等讲清。在宣传期间，应对居民所需所想进行调查，并以此为依据，制定合适的宣教方案，从而确保其能够理解。值得注意的是，宣教内容应确保真实，不可夸大传染病的危害性，以免导致民众出现恐慌。（3）建设专业人才队伍。就传染病预防工作而言，医院主要负责人员水平参差不齐。为确保传染病预防防控工作顺利开展、效果提升，还应重视对专门人员的培训，确保其具备丰富的知识储备、优异的管理能力。在培训期间，需要重视向专门人员传授专业知识、传染病防控先进技术等。通过该种方式，提高工作人员的工作能力、积极性等。与此同时，还应重视对责任制度的完善、调整。将责任需要落实到个人。若院内有传染病管理问题出现，则可在分析具体情况基础上，采取惩罚方案。管理期间，还应以综合实际工作情况为根据，建立更为科学、合理的工作形式，从而促进传染病预防力度提升。

1.3 观察指标

（1）传染病预防能力。采取传染病预防能力评估量表进行测定。最高为 10 分。分值高，表示预防能力强。（2）传染病防控知识掌握度。从传播途径、表现、预防对策等方面进行评价。每项最高 100 分。分值高，提示掌握情况良好。（3）管理满意度。调查受检者满意情况。

1.4 统计学方法

实验数据置入 SPSS27.0。经由 χ^2 检验、t 检验。 $P<0.05$ ，价值存在。

2 结果

表 1 显示，试验组管理后传染病预防能力评分提高，知识掌握度与管理满意度均提升， $P<0.05$ 。

表 1：传染病预防能力、知识掌握度、管理满意度（ $\bar{x} \pm s/n$ （%））

组别	例数 (n)	传染病预防能力（分）		传染病防控知识掌握度（分）			管理满意度 (%)
		管理前	管理后	传播途径	临床表现	预防措施	
试验组	138	5.24±0.21	8.62±0.74	89.85±4.31	83.73±4.18	87.10±3.54	130(0.00%)

参照组	138	5.22±0.18	7.17±0.53	75.49±4.25	66.15±3.27	67.09±3.48	117(0.00%)
T/ χ^2		0.8494	18.7137	27.8692	38.9135	47.3531	6.5118
P		0.3964	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0107

3 讨论

基础社区、医院管理等，均属于我国传染病常态化管理的基本所在。医院管理卫生管理期间，若有关传染病常态化管理体系未能建成，致使传染病问题没有得到解决，则极易造成传染病大规模暴发。而开展公共卫生控制期间，只有明确传染病卫生管理情况、需求等，才能最大程度上确保传染病防控工作顺利实施^[2]。现阶段，传染病管理已经逐渐形成联防联控的管理体系，并且我国传染病常态化过程中，将法治作为基础，旨在确保传染病防控工作质量提升，从而优化全国公共卫生管理水平。

医院疾病防控管理工作的开展，利于促进人力资源的管理质量提升。这就需要建设一支业务能力强、综合素质高的专业人才队伍。该队伍内的人员不仅需要了解传染病大致知识，还应明确传染病于传播期间的规律。同时，在疾病传播期间，还应对其进行适时阻断。医院开展传染病防控工作，对促进管理质量提升作用显著。但是在具体开展期间，因相关工作人员大多为非专业管理人员，所以使得传染病防控工作实施难度提升^[3]。若情况严重，还会导致传染病防控效率、质量等受到影响。虽然现阶段人才队伍建设已经提上日程，并采取多手段进行干预。但是在专业管理设备方面，还存在建设水平较低的问题。这也导致管理工作开展难度增加。就公共卫生管理而言，需要有关部门建设完整的管理体系、制度等，从而确保卫生监管综合环境适宜。通过此种形式，可达到常态化防治传染病的目的。在医院公共卫生管理期间，常见手段即为公共卫生管理教育^[4]。该种模式的实施，利于提高民众对传染病知识的掌握程度，有助于加深其对基础公共卫生管理理论知识的了解。在此情况下，当民众在面对常见传染病期间，能够经由社区卫生服务中心指导，进而选择有效的防控手段，从而达到降低传染病发生率的目的。但是就现阶段而言，我国医院传染病防控工作中，还存在诸多问题，如公共卫生控制体系建设不完全等，这就导致传染病大范围传播的风险增加。为避免此类情况发生，在开展传染病防控期间，还需要工作人员对干预进行合理把握，并采取科学、合理的实施方案，从而避免诱发群众惶恐，以此达到维持社会稳定的目的^[5]。在此情况下，公共卫生控制质量能够提升，有助于降低传染病发生风险。此外，政府部门执行力度偏弱等，也属于当前传染病管理中的常见问题。而当前人员流动较大，各地区医疗条件存在差异，民众文化背景不同等，也会影响传染病防控工作开展。公共卫生管理方案的实施，能够充分体现出针对性、适宜性特征，并且具有整体性特点。该种管理模式能够从多个角度出发，旨在提高传染病防控工作质量。其中以应急能力、舆论导向、管理制度等为主的方案的实施，还可达到维持社会稳定的目的。在此情况下，居民罹患传染病的可能性降低，并且还可促进相关工作人员管理水平提升。这就使得不良事件发生风险降低，从而促进居民满意度提高。本研究结果显示，试验组管理后传染病预防能力评分提高，知识掌握度与管理满意度均提升， $P<0.05$ 。

综上所述，公共卫生管理的实施，利于提高传染病预防工作质量，在促进传染病预防能力方面作用突出，并且还可提升民众认知程度，有助于降低疾病发生风险，从而提高民众满意度。

参考文献：

[1]张才军.公共卫生管理在区县级传染病预防工作中的作用[J].黔南民族医学学报,2021,34（01）：41-43.

[2]陈庆国.传染病预防工作中公共卫生管理的作用分析[J].航空航天医学杂志,2020,31（03）：355-386.

[3]杨木春.探究公共卫生管理在传染病预防工作中的作用[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7（05）：15-17.

[4]朱小燕,李琼,田洁.浅论公共卫生管理在国境口岸传染病预防工作中的作用[J].中国质量与标准导报,2017（02）：61-64.

[5]井元辉.公共卫生管理在传染病预防工作中的作用[J].中国医药指南,2019,17（33）：386-387.

优质护理在胆囊炎手术患者围手术期的应用效果

姜长花

汶上县第二人民医院 山东济宁 272500

摘要：目的：探究优质护理对接受胆囊炎手术治疗患者围术期相关指标产生的影响。方法：随机收集 160 例接受胆囊炎手术治疗的患者，并按照护理方案的不同设置为观察组（优质护理）和对照组（常规护理）。比较 2 组的护理效果。结果：在手术认知优良率指标中，观察组有 60 例优，占比为 75.00%，有 16 例良，占比为 20.00%，有 4 例差，占比为 5.00%，优良率为 95.00%，对照组有 54 例优，占比为 67.50%，有 12 例良，占比为 15.00%，有 14 例差，占比为 17.50%，优良率为 82.50%，相比于对照组，观察组更高，（ $P<0.05$ ）。在 HAMA、HAM-D 心理状态评分指标中，干预前，观察组为（18.46±2.30）分、（20.35±3.51）分，对照组为（18.35±2.34）分、（20.15±3.71）分，2 组比较无显著差异，（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组为（4.55±1.24）分、（5.45±1.39）分，对照组为（8.05±1.45）分、（9.24±1.34）分，观察组低于对照组，（ $P<0.05$ ）。在并发症发生率指标中，观察组有 2 例胆漏，占比为 2.50%，有 2 例便秘，占比为 2.50%，有 0 例感染，占比为 0.00%，总计 5.00%，对照组有 6 例胆漏，占比为 7.50%，有 8 例便秘，占比为 10.00%，有 10 例感染，占比为 12.50%，总计 30.00%，观察组低于对照组，（ $P<0.05$ ）。在护理效果满意度指标中，观察组有 44 例十分满意，占比为 55.00%，有 34 例基本满意，占比为 42.50%，有 2 例不满意，占比为 2.50%，总满意度为 97.50%，对照组有 46 例十分满意，占比为 57.50%，有 24 例基本满意，占比为 30.00%，有 10 例不满意，占比为 12.50%，总满意度为 87.50%，相比于对照组，观察组更高，（ $P<0.05$ ）。结论：优质护理在提高行胆囊炎手术治疗患者围术期手术认知程度、稳定情绪和提升护理效果满意度以及减少并发症发生风险等方面发挥着重要的作用。

关键词：优质护理；胆囊炎手术；围手术期；应用效果

胆囊炎是胆囊疾病中常见病，50 岁以下中年女性和具有严重创伤史以及胆结石患者是高发人群，该病的发生和多种因素都有关，包括炎症感染或结石阻塞胆管等，临床症状包括恶心、呕吐、高热以及上腹部疼痛等，降低患者的生存质量。如果患者的病情比较严重，应及时采取手术治疗^[1]。手术能够将病灶清除，但需要配合恰当的护理干预，有助于减少并发症的发生风险，使手术治疗效果得以有效保障。科学有效的护理干预措施能够使护理服务水平得以优化，促进患者认知水平的提升，使患者由于不良心理状态导致较差依从性问题得以有效解决，使患者对治疗和护理工作表示高度的配合^[2]。现对不同护理对接受胆囊炎手术治疗的患者围术期相关指标产生的影响进行评估。

1.1 一般资料

患者一般资料（表 1）。

表 1 患者一般资料对比（ $\bar{x} \pm s, [n] (\%)$ ）

资料	观察组 (n=80)	对照组 (n=80)	t	P
性别				
男	42 (52.50)	45 (56.25)		
女	38 (47.50)	35 (43.75)	0.496	3.112
年龄（岁）	52.41±6.51	52.83±5.13	0.344	4.946
病程（d）	4.57±1.20	4.60±1.10	0.558	2.471

1.2 方法

对照组：常规护理方案。护理人员到将具体的手术时间和术前需要注意的内容告知患者，并在整个围术期根据医生的要求执行各项护理操作。

观察组：优质护理方案。（1）术前干预。护理人员对患者实施有针对性的健康教育，和患者之间进行有效的互动，将疾病临床医学知识介绍给患者，嘱咐患者手术前需要注意的内容，将术前检查的作用、手术的适应症和重要性进行说明，使患者做好心理准备。对于患者提出的问题进行耐心的解答，减轻患者的心理压力，稳定患者情绪。由于不良心理状态会对患者的依从性以及疾病控制等产生不良影响，护理人员对患者的情绪变化给予高度的重视，对其负面情绪严重程度进行充分评估，并给予正确的引导，使患者将内心真实想法倾诉出来，为患者提供更多的精神支持和鼓励，摆脱患者的负面情绪，使患者以积极的心理状态面对疾病和治疗。护理人员完善术前准备工作，将药品和医疗器械准备充分。（2）术中干预。护理人员 and 患者共同进入手术室，并不断地给予患者鼓励和安慰，将手术室内的温湿度调制舒适范围内，执行注射和穿刺等各项护理时保持动作的轻柔，配合医师完成开放静脉通路和麻醉等工作，对患者的各项生命体征实施密切监测。（3）术后干预。护理人员适当增加查房的次数，并综合评估患者术后的情况，做好记录工作，保证患者切口处于干净整洁的状态，每天定时进行换药。护理人员协助患者定时进行一次翻身，对肢体进行按摩，避免发生并发症。对患者的疼痛严重程度进行评估，如果患者的疼痛比较严重，在医生的指导下给予患者相应剂量的镇痛药物。了解患者的胃肠道反应和饮食情况，并根据患者的营养状况和实际病情给予有针对性的饮食指导。待患者的病情恢复稳定之后，不断的鼓励患者应尽早开展适当的下床活动和功能训练，促进疾病的尽快康复。

1.3 观察指标

对比两组患者的相关指标。

1.4 统计学分析

用 SPSS21.0 统计软件对数据进行分析，用 t 、 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术认知优良率对比

在手术认知优良率指标中，观察组有 60 例优，占比为 75.00%，有 16 例良，占比为 20.00%，有 4 例差，占比为 5.00%，优良率为 95.00%，对照组有 54 例优，占比为 67.50%，有 12 例良，占比为 15.00%，有 14 例差，占比为 17.50%，优良率为 82.50%，相比于对照组，观察组更高，（ $P<0.05$ ）。

表 2 手术认知优良率比较（n，%）

组别	例数	优	良	差	优良率
观察组	80	60 (75.00)	16 (20.00)	4 (5.00)	76 (95.00)
对照组	80	54 (67.50)	12 (15.00)	14 (17.50)	66 (82.50)
χ^2	-	1.554	0.865	8.302	8.302
P	-	0.213	0.352	0.004	0.004

2.2 心理状态改善情况对比

在 HAMA、HAM-D 心理状态评分指标中，干预前，观察组为（18.46±2.30）分、（20.35±3.51）分，对照组为（18.35±2.34）分、（20.15±3.71）分，2 组比较无显著差异，（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组为（4.55±1.24）分、（5.45±1.39）分，对照组为（8.05±1.45）分、（9.24±1.34）分，观察组低于对照组，（ $P<0.05$ ）。

表 3 心理状态改善情况对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	HAMA		HAM-D	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	80	18.46±2.30	4.55±1.24	20.35±3.51	5.45±1.39
对照组	80	18.35±2.34	8.05±1.45	20.15±3.71	9.24±1.34
t	-	0.328	11.234	0.522	12.964
P	-	0.730	0.000	0.228	0.000

2.3 并发症发生情况对比

在并发症发生率指标中，观察组有 2 例胆漏，占比为 2.50%，有 2 例便秘，占比为 2.50%，有 0 例感染，占比为 0.00%，总计 5.00%，对照组有 6 例胆漏，占比为 7.50%，有 8 例便秘，

占比为 10.00%，有 10 例感染，占比为 12.50%，总计 30.00%，观察组低于对照组，（ $P<0.05$ ）。

表 4 并发症发生情况比较（n，%）

组别	例数	胆漏	便秘	感染	总计
观察组	80	2 (2.50)	2 (2.50)	0 (0.00)	4 (5.00)
对照组	80	6 (7.50)	8 (10.00)	10 (12.50)	24 (30.00)
χ^2	-	2.908	5.673	12.766	21.645
P	-	0.088	0.017	0.000	0.000

2.4 护理效果满意度对比

在护理效果满意度指标中，观察组有 44 例十分满意，占比为 55.00%，有 34 例基本满意，占比为 42.50%，有 2 例不满意，占比为 2.50%，总满意度为 97.50%，对照组有 46 例十分满意，占比为 57.50%，有 24 例基本满意，占比为 30.00%，有 10 例不满意，占比为 12.50%，总满意度为 87.50%，相比于对照组，观察组更高，（ $P<0.05$ ）。

表 5 护理效果满意度比较（n，%）

组别	例数	十分满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组	80	44 (55.00)	34 (42.50)	2 (2.50)	78 (97.50)
对照组	80	46 (57.50)	24 (30.00)	10 (12.50)	70 (87.50)
χ^2	-	0.081	3.125	6.793	6.793
P	-	0.776	0.077	0.009	0.009

3 讨论

在临床消化内科胆囊炎患者较为常见，目前，临床常采用手术治疗方案对胆囊炎患者实施治疗，然而手术存在一定的创伤，需在围术期配合优质有效的护理干预措施^[3]。

临床上所实施的常规护理模式主要集中在按照医嘱执行各项护理操作，护理人员 and 患者之间的沟通欠妥，而且护理人员的服务意识较为被动，无法充分满足患者在认知和心理等方面的不同护理需求^[4]。由于患者缺少对疾病的认知，对手术治疗效果产生影响，相应的降低患者的护理满意度^[5]。为此，应进一步优化常规护理模式，促进临床护理水平的提升，使患者个性化的护理需求得以充分满足。

优质护理模式是一种比较新颖的护理方法，对接受胆囊炎手术治疗的患者在围术期开展优质护理具有显著的效果^[6]。通过在术前落实优质护理方案，将患者对疾病和手术认知存在的差异因素充分的考虑进来，并给予患者有针对性的健康教育，使患者较差认知水平和较重负面情绪的问题得以有效的解决，提高患者的手术依从性，相应的提升其风险意识，使手术治疗有序开展下去^[7]。在手术过程中执行优质护理方案，有助于护理人员责任心和风险意识的提升，将不良因素对手术产生的不良影响降至最低^[8]。通过在术后执行优质护理方案，能够使患者的疼痛程度得以有效减轻，而且能够加快患者疾病康复速度，有效控制并发症的发生，患者的康复进程相应缩短^[9]。

在本文中，观察组患者实施优质护理方案其在手术认知和护理满意度等方面均优于对实施常规护理的对照组，而且观察组患者的心理状态评分低于对照组，观察组患者的并发症发生率比对照组低，进一步证实将优质护理方案能够接受胆囊炎手术治疗的患者的产生积极影响。优质护理不但能够促进临床护理水平和护理效果满意度的提升，同时还能够术后并发症的发生风险降至最低，有利于促进患者认知水平的提升，稳定患者的情绪^[10]。

4 结论

总而言之，优质护理应用在胆囊炎手术患者围术期护理中，不但能够促进患者认知水平和护理效果满意度的提升，同时还助于减轻患者的心理压力，有效控制并发症的发生率。因此，优质护理是护理接受手术治疗胆囊炎患者的一种行之有效护理手段。

参考文献：

- [1]于薇薇.综合护理在急性胆囊炎手术患者护理中的应用效果分析[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(03): 358.
- [2]胡雪,李婧,刘琳,曲颖,赵雪.优质护理在胆囊炎手术患者围手术期的应用效果[J].中国当代医药,2022,29(14): 190-192+196.
- [3]吴彩玲.多维危机控制护理对急性胆囊炎手术患者应对方式及心理健康的影响[J].中国当代医药,2021,28(12): 225-227.
- [4]饶德玲.舒适护理对老年急性胆囊炎手术患者住院时间及并发症的影响分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(05): 808-809.
- [5]李莉莎.基于微信平台的垂直护理模式对胆囊炎手术患者术后康复、舒适度及心理应激的影响[J].当代护士(下旬刊),2020,27(11): 81-83.
- [6]万有辉.循证护理对腹腔镜胆囊炎手术患者疼痛程度及生活质量的影响[J].基层医学论坛,2020,24(30): 4336-4337.
- [7]宋娜,冷欣.预见性护理应用于老年胆囊炎手术中的效果分析[J].中国实用医药,2020,15(18): 172-174.
- [8]王宇霄.系统化护理在急性慢性胆囊炎手术疗效分析[J].中国卫生标准管理,2020,11(06): 180-182.
- [9]陈静.优质护理干预在老年急性胆囊炎手术患者中的效果观察[J].中国医药指南,2020,18(08): 223.
- [10]吴翠英.舒适护理在老年急性胆囊炎手术患者中的临床效果[J].当代护士(下旬刊),2020,27(03): 72-73.

中西医结合治疗脑出血后遗症的临床疗效观察

马清录

沂南县双墩镇卫生院 山东临沂 276300

摘要：目的：中西医结合治疗脑出血后遗症的临床疗效观察。方法：以我院在 2021 年 2 月到 2022 年 3 月收诊的 70 例脑出血后遗症患者为对象，对于患者分为观察组和对照组，对于患者治疗情况进行分析。结果：观察组与对照组患者治愈、有效、无效、有效率数据为 30（85.71%）、4（11.43%）、1（2.86%）、34（97.14%）和 24（71.42%）、6（17.14%）、5（14.29%）、30（85.71%）， $\chi^2=14.352$ 、5.685、11.685、11.685， $P=0.001$ 、0.024、0.001、0.001，数据信息有差异，（ $P<0.05$ ）。观察组与对照组神经功能缺损评分治疗前、治疗 1 周后、治疗一个月后、治疗两个月后数据为 26.45±3.47、20.32±2.34、15.64±2.03、12.45±2.12 和 26.37±3.98、24.12±2.03、20.34±2.34、17.34±2.65，其中各个治疗阶段的 t 值为 0.857、5.455、6.356、7.658，P 值为 0.497、0.024、0.018、0.005，有差异，（ $P<0.05$ ）。观察组与对照组不良事件发生情况分为复发、肩手综合征、抑郁症、痴呆、总发生率数据为 1（2.86）、1（2.86）、0（0.00）、0（0.00）、2（5.71）和 2（5.71）、3（8.57）、2（5.71）、1（2.86）、8（22.86）， $\chi^2=3.021$ 、5.685、4.658、2.031、14.57， $P=0.074$ 、0.024、0.035、0.094、0.001，有差异，（ $P<0.05$ ）。观察组与对照组生活质量评分生理功能、躯体疼痛、社会功能、情感功能数据为 75.45±2.45 分、70.54±4.31 分、74.52±2.35 分、72.45±2.32 分和 60.32±2.35 分、61.32±2.03 分、62.35±2.37 分、63.35±2.34 分，有差异，（ $P=0.001$ 、0.001、0.001、0.001）。结论：脑出血后遗症患者治疗中采取中西医结合治疗方案对于患者病情控制有重要价值，中医治疗方案的治疗有效率更高，患者神经功能改善情况明显，患者发生不良事件的概率比较低，生活质量更高，这种治疗方案有推广的意义。

关键词：中西医结合治疗；脑出血后遗症；临床疗效；观察

脑出血是十分严重的脑部疾病，在发病后需要及时的进行治疗，但是受到病情严重程度和治疗时间的影响，部分患者可能会出现一些异常症状，导致患者生活质量降低。脑出血后遗症临床表现为肢体功能丧失、语言失利等，这些会导致患者生活质量明显降低，患者家庭负担也会加重。临床上诊断脑出血后遗症疾病的研究在不断地增多，希望可以有效改善患者生活质量。在针对脑出血后遗症患者治疗中采取中西医结合治疗方案可以有效地降低患者承受的疼痛程度，患者生活质量可以明显改善，临床治疗效果十分明显^[1]。以我院在 2021 年 2 月到 2022 年 3 月收诊的 70 例脑出血后遗症患者为对象，对于中西医结合治疗方案的运用价值进行分析，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院在 2021 年 2 月到 2022 年 3 月收诊的 70 例脑出血后遗症患者为对象，对于患者分为观察组和对照组，对于患者治疗情况进行分析。患者信息如表 1 所示。

表 1 两组患者一般情况

组别	例数	性别		年龄（岁）		病程时间（h）
		男性	女性	年龄范围	平均年龄	
观察组	35	18	17	45-75	59.85±18.57	3.12±1.35
对照组	35	19	16	45-74	60.07±18.69	3.47±1.03
T/ χ^2	--	1.035	1.326	1.685	0.857	0.748
P	--	0.287	0.167	0.121	0.568	0.559

1.2 方法

对照组采取西医治疗方案，对患者进行降压和肢体功能锻炼等训练，恢复患者的病情，改善患者出现的后遗症，告知患者服用硝苯地平控释片（每天服用一次，每次 30mg）、脑复康片（一天三次，每次 2-4 片）等药物进行治疗，按照患者的病情严重程度和医嘱服用药物^[2]。持续治疗时间为 2 个月。

观察组采取中西医结合治疗方案，在对西医基础上进行治疗，同时患者服用中药方改为镇肝熄风汤方加减治疗，药方主要成分为牛膝、龙骨、牡蛎、龟板、白芍等药物，煎熬药物后 100ml 药汁每天服用两次^[3]。配合针灸（谷合，后溪，内外关，曲池，手三里，百会，四神聪，足三里丰隆，三阴交，太溪，太冲等予以强烈行针），双侧同时针灸优于单侧。

1.3 疗效判定

对两组患者的治疗效果、神经功能缺损评分、不良事件发生情况、生活质量评分变化情况，使用临床治疗标准和专业量表进行评估，医护人员需要亲自为患者进行评估，掌握患者的恢复情况，结合临床记录进行评估，确定患者基本信息。

1.4 统计学处理

研究使用 SPSS25.0 统计软件对所有的数据进行分析，其中（ $\bar{x} \pm s$ ）使用 t 工具进行检验，对比数据差异。而（%）表示的数据使用 χ^2 工具检验。最后的检验结果是使用 P 进行分析，对于数据之间的差异进行研究，其中 0.05 为分界值，大于 0.05 的数据没有差异，小于 0.05 的数据差异明显，具有研究价值。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果情况

观察组与对照组患者治愈、有效、无效、有效率数据为 30（85.71%）、4（11.43%）、1（2.86%）、34（97.14%）和 24（71.42%）、6（17.14%）、5（14.29%）、30（85.71%）， $\chi^2=14.352$ 、5.685、11.685、11.685， $P=0.001$ 、0.024、0.001、0.001，数据信息有差异，（ $P<0.05$ ），详见表 2。

表 2 两组患者治疗效果情况比较[n（%）]

组别	例数	治愈	有效	无效	有效率
观察组	35	30（85.71）	4（11.43）	1（2.86）	34（97.14）
对照组	35	24（71.42）	6（17.14）	5（14.29）	30（85.71）
χ^2	--	14.352	5.685	11.685	11.685
P	--	0.001	0.024	0.001	0.001

2.2 两组患者神经功能缺损评分

观察组与对照组神经功能缺损评分治疗前、治疗 1 周后、治疗一个月后、治疗两个月后数据为 26.45±3.47、20.32±2.34、15.64±2.03、12.45±2.12 和 26.37±3.98、24.12±2.03、20.34±2.34、17.34±2.65，其中各个治疗阶段的 t 值为 0.857、5.455、6.356、7.658，P 值为 0.497、0.024、0.018、0.005，有差异，（ $P<0.05$ ），详见表 3。

表 3 两组患者神经功能缺损评分比较

组别	例数	治疗前	治疗 1 周后	治疗一个月后	治疗两个月后
观察组	35	26.45±3.47	20.32±2.34	15.64±2.03	12.45±2.12
对照组	35	26.37±3.98	24.12±2.03	20.34±2.34	17.34±2.65
t	--	0.857	5.455	6.356	7.658
P	--	0.497	0.024	0.018	0.005

2.3 两组患者不良事件发生情况

观察组与对照组不良事件发生情况分为复发、肩手综合征、抑郁症、痴呆、总发生率数据为 1（2.86）、1（2.86）、0（0.00）、0（0.00）、2（5.71）和 2（5.71）、3（8.57）、2（5.71）、1（2.86）、8（22.86）， $\chi^2=3.021$ 、5.685、4.658、2.031、14.57， $P=0.074$ 、0.024、0.035、0.094、0.001，有差异，（ $P<0.05$ ），详见表 4。

表 4 两组患者不良事件发生情况比较[n（%）]

组别	例数	复发	肩手综合征	抑郁症	痴呆	总发生率
观察组	35	1（2.86）	1（2.86）	0（0.00）	0（0.00）	2（5.71）
对照组	35	2（5.71）	3（8.57）	2（5.71）	1（2.86）	8（22.86）
χ^2	--	3.021	5.685	4.658	2.031	14.57
P	--	0.074	0.024	0.035	0.094	0.001

2.4 观察组与对照组生活质量评分信息

观察组与对照组生活质量评分生理功能、躯体疼痛、社会功能、情感功能数据为 75.45±2.45 分、70.54±4.31 分、74.52±2.35 分、72.45±2.32 分和 60.32±2.35 分、61.32±2.03 分、62.35±2.37 分、63.35±2.34 分，有差异，（ $P=0.001$ 、0.001、0.001、0.001），详见表 5。

表 5 观察组与对照组生活质量评分信息比较

时间	时间	生理功能	躯体疼痛	社会功能	情感功能
观察组	护理前	50.23±4.57	50.32±4.65	50.34±4.35	55.32±4.36
	护理后	75.45±2.45	70.54±4.31	74.52±2.35	72.45±2.32
对照组	护理前	50.34±4.65	50.37±4.65	50.74±4.31	55.68±4.69
	护理后	60.32±2.35	61.32±2.03	62.35±2.37	63.35±2.34

3 讨论

脑出血疾病在糖尿病、高血脂等患者中比较常见，这些疾病的病死率和致残率比较高，这些疾病对患者的生活会有较大的影响^[4]。脑出血疾病病情凶险，与患者的脑血管硬化、病变等有较大的关系，并且在发病后还会出现较多的异常。脑出血患者发病经过抢救治疗后仍然存在并发症，可能会出现食欲或是否咽困难等情况，患者可能会出现肢体功能障碍等问题，这些都会导致患者的正常生活受到影响^[5]。脑出血在中医上属于中风口范畴，这种疾病主要是以偏身麻木、不语或是突然昏倒为症状，在患者发病后会出現明显的问题^[6]。尤其是脑出血患者发病后发生并发症的概率比较低，后遗症表现十分明显^[7]。脑出血后遗症针对患者治疗是以活血通络为主，对于患者治疗是通过益气补肾方式改善，这对患者病情控制有重要价值，患者的颅内压会明显降低，并且微循环也能够得到明显改善^[8]。脑出血后遗症患者治疗中采取西医治疗方案可以稳定患者病情，但是治愈效果不理想，而中医治疗方案运用其中对于患者经络疏通有重要价值，患者周围血管血流情况可以明显改善，再次出现出血的概率比较低。

从研究结果中可以看出，观察组患者采取的中西医结合治疗方案对于脑出血后遗症患者治疗有效率、生活质量、不良事件发生与对照组有差异。中西医结合治疗脑出血后遗症患者对于患者病情改善有较大的帮助，临床上采取镇肝熄风汤方加减药物和针灸进行治疗对于患者病情改善有较大的帮助，在对患者治疗中要充分地了解活血要求，通过活气改善患者病情^[9]。中西医结合治疗脑出血后遗症患者中要充分地考虑患者实际情况，并且要结合患者病情进行药物调整，这样可以针对性地对性地进行治疗。在脑出血后遗症患者治疗中还需要分析这种药物的安全性和有效性，降低对患者不良反应，尤其是患者发病后自身身体状态比较差，若是不考虑患者实际情况可能会导致患者的症状加重，无法有效改善患者病情。中西医结合治疗脑出血后遗症患者中需要考虑患者是否可以承受，观察患者的身体状态变化，发现问题要及时地及时地停药。

综上，脑出血后遗症患者治疗中采取中西医结合治疗方案对于患者病情控制有重要价值，中医治疗方案的治疗有效率更高，患者神经功能改善情况明显，患者发生不良事件的概率比较低，生活质量更高，这种治疗方案有推广的意义。

参考文献：

- [1]何小芳.中西医结合治疗脑出血后遗症的临床疗效观察[J].人人健康,2020（14）：87.
- [2]李娜.自拟桃仁汤联合吡拉西坦注射液治疗脑出血后遗症疗效及对运动功能、生活能力的影响[J].光明中医,2019,34（19）：3007-3008.
- [3]马艳峰.中西医结合治疗脑出血后遗症的疗效[J].世界最新医学信息文摘,2019,19（60）：216+361.
- [4]张超群.中西医结合治疗脑出血后遗症的临床疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2019,29（10）：35-36.
- [5]汪丽仙.中西医结合疗法应用于脑出血后遗症治疗中的效果[J].医学理论与实践,2019,32（09）：1326-1327.
- [6]孙悦玲.中西医结合治疗脑出血后遗症的疗效[J].中国实用医药,2018,13（30）：120-121.
- [7]陈家敏.中西医结合治疗脑出血后遗症的临床疗效观察[J].健康之路,2018,17（04）：218-219.
- [8]曹荣华,汪建民,周露.中西医结合治疗脑出血的现状与进展[J].中医临床研究,2016,8（32）：147-148.
- [9]胡向海,朱静,补阳还五汤加减治疗脑出血后遗症的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2016,35（01）：26-27.

综合护理在老年性阴道炎护理中的价值研究

宋海燕

蒙阴县人民医院 山东临沂 276200

摘要：目的：探析老年患者阴道炎的临床护理中，采取综合护理干预应用的价值。方法：选取 2021 年 11 月-2022 年 3 月内本院收治老年阴道炎患者共 40 例，根据随机采样的要求，40 例老年性阴道炎患者被分为对照组与实验组，平均每组分配 20 例研究对象。对照组 20 例研究对象接受常规护理干预；实验组 20 例研究对象接受综合护理干预。对两组护理的临床有效性、患者抑郁焦虑情绪以及患者的不良反应发生率进行对比和分析。结果：将对照组与实验组患者的临床有效性进行对比，发现临床护理总有效率更高的一组为实验组， $P<0.05$ ；比较对照组和实验组患者的抑郁焦虑情绪，护理干预前两组并未展现明显差异， $P>0.05$ ，护理干预后，两组患者的抑郁焦虑情绪均得到了较为明显的改善，且改善较为明显的一组为实验组， $P<0.05$ ；比较对照组与实验组患者的不良反应发生率，出现较为明显不良反应的一组为对照组， $P<0.05$ 。结论：在老年性阴道炎护理过程中，应用综合护理干预方案，对患者临床护理总有效率保证有重要的促进作用，改善了患者强烈的抑郁及焦虑情绪，并且改善了患者临床护理过程中出现的不良反应，在临床中具有较强的应用价值。

关键词：综合护理；老年；阴道炎

Study on the value of comprehensive nursing in the nursing of senile vaginitis
Song Haiyan Mengyin County People's Hospital (Linyi, Shandong) 276200

[Abstract]Objective: To explore the value of comprehensive nursing intervention in the clinical nursing of senile patients with vaginitis. Methods: A total of 40 elderly vaginitis patients were selected from November 2021 to March 2022. According to the requirements of random sampling, 40 elderly vaginitis patients were divided into control group and experimental group, with an average of 20 subjects assigned to each group. 20 subjects in the control group received routine nursing intervention; 20 subjects in the experimental group received comprehensive nursing intervention. The clinical effectiveness of the two groups before the nursing intervention, $P>0.05$. After the nursing intervention, the depression and anxiety of the patients in the two groups were significantly improved, and the group with significant improvement was the experimental group, $P<0.05$; Compared the incidence of adverse reactions between the control group and the experimental group, the group with more obvious adverse reactions was the control group, $P<0.05$. Conclusion: In the nursing process of senile vaginitis, the application of comprehensive nursing intervention program has an important significance in promoting the guarantee of the total effective rate of clinical nursing, improving the patients' strong depression and anxiety, and improving the adverse reactions in the clinical nursing process, which has strong clinical application value.

[Key words]Comprehensive nursing; Old age; colpitis

通常来讲，老年性阴道炎也被称为萎缩性阴道炎，属于非特异性阴道炎，一般出现在绝经后的妇女人群中。然而在双侧卵巢切除后以及哺乳期女性中也均有存在。本研究分析综合护理干预应用在老年性阴道炎护理中的临床价值，如下为研究总结。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取样本案例均为 2021 年 11 月-2022 年 3 月在本院接受护理干预的老年性阴道炎患者。对照组 20 例老年性阴道炎患者的实际年龄为 61-79 岁，平均年龄为（68.50±1.48）岁，罹患病症时间为 3-10 年，平均病程时长为（6.50±0.37）年；实验组 20 例老年性阴道炎患者的实际年龄为 60-80 岁，平均年龄为（68.08±1.29）岁，罹患病症时间为 2-9 年，平均病程时长为（5.50±1.32）年。组间差距不大， $P>0.05$ 。

选取标准：患者经临床检验均证实为阴道炎；此次分组研究均获取患者以及其家属许可，并制定了患者同意书。

排除标准：存在严重合并症患者，精神性障碍疾病患者。

1.2 方法

对照组：常规护理。实验组：综合护理。为患者提供心理护理干预，对于老年患者来说，自身所受到的重视和尊重会影响自身的心情，因此在临床护理的实际过程中，护理人员需要充分结合老年患者的心理需求，保证与其进行良好的沟通和交流。护理人员需要充分抓住老年患者喜欢追忆往事特征，和老年患者进行交流，针对部分存在语言表达困难和听力问题的老年患者，需要护理人员耐心并且细心为其讲解，以免对老年患者的心理健康状态产生影响。护理人员在老年患者入院后，需要积极为患者介绍医院的环境，这样能够减轻老年患者面对陌生环境的不良情绪。同时，为了增强老年患者的临床治疗依从性，护理人员需要为老年患者介绍医生的治疗水准以及该病症的成功案例，促进其临床治疗信息的提升。通常来讲，老年患者一般希望长寿，因此在受到病情影响时，很容易导致悲观心理出现，此时需要护理人员调节老年患者的悲观情绪。积极展开宣传，保证患者对于该病症产生的原因和病情恶化的因素都能够产生全面的了解。同时能够掌握合理应对方案的应用办法，减轻老年患者的焦虑情绪。在治疗过程中，需要禁止老年患者去往公共澡堂，浴盆和浴巾等使用工具也需要进行及时的消毒，同时需要避免进行性生活。护理人员需要为患者提供正确的用药指导，让患者能够学习局部用药的方案，用药前需要事先对手部和会阴部位进行清洁，以免出现进一步感染。内裤材质的选择上需要以棉质内裤为主，这样能够减少对下体的刺激，同时需要定期对会阴部位进行清洁，定期更换内裤。若患者无法自主进行用药，需要指导其家属帮助患者进行用药，若家属不便于换药时，需要护理人员帮助患者用药。在患者出院后，需要定期进行电话随访，或者利用微信群保持定期的交流。

1.3 评价和观察指标

比较对照组与实验组患者的临床护理有效性、抑郁焦虑情绪及不良反应发生率。临床护理有效性：非常有效、有效、无效。总有效率=（非常有效+有效）÷ $n\times 100\%$ 。抑郁焦虑情绪：本研究使用 SAS 与 SDS 评分量表，对患者的抑郁及焦虑情绪进行比较。临床数据中，患者 SAS 评分在 50 以上，证明患者受到较为强烈的焦虑情绪影响；患者 SDS 评分超过 53，则代表患者的抑郁情绪较为强烈。

不良反应发生率：腹痛、瘙痒、异味。总不良反应发生率=（腹痛+瘙痒+异味）÷ $n\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

所选数据学软件 SPSS20.0 对数据进行统计研究分析处理，通过（ n ，%）以及 $\bar{x}\pm s$ 的应用，能够有效对本研究中的数据计数处理。利用 t 与 χ^2 检验数据中的信息， $P<0.05$ 则代表本研究具有临床研究价值。

2 结果

2.1 比较对照组与实验组临床护理有效性

对对照组与实验组患者的临床护理总有效性，非常有效人数与有效人数总和更多的一组为实验组， $P<0.05$ 。

表 1 比较两组临床护理总有效性 [n（%）]

组名	例数	非常有效	有效	无效	总有效率
对照组	20	5（25.00%）	10（50.00%）	5（25.00%）	15（75.00%）
实验组	20	7（35.00%）	13（65.00%）	0（0.00%）	20（100.00%）
χ^2					5.714
P					0.016

2.2 比较对照组与实验组不良情绪

应用综合护理干预前，对照组的抑郁评分为（53.27±1.38）分、实验组的抑郁评分为（53.29±1.41）分， $t=0.045$ 、 $P=0.964$ 、 $P>0.05$ ；应用综合护理干预前，对照组的焦虑评分为（50.08±0.96）分、实验组的焦虑评分为（50.03±1.02）分， $t=0.159$ 、 $P=0.874$ 、 $P>0.05$ 。应用综合护理干预后，对照组的抑郁评分为（51.48±0.43）分、实验组的抑郁评分为（49.92±0.15）分， $t=15.319$ 、 $P=0.000$ 、 $P<0.05$ ；应用综合护理干预后，对照组的焦虑评分为（49.08±0.37）分、实验组的焦虑评分为（47.93±0.25）分， $t=11.517$ 、 $P=0.000$ 、 $P<0.05$ 。

2.3 比较对照组与实验组的不良反应发生率

护理干预背景下，对照组腹痛人数为 1 人、瘙痒人数为 2 人，总不良反应人数为 4 人，总不良反应发生率 20.00%；实验组腹痛人数为 0 人，瘙痒人数为 0 人，异味人数为 0 人，总不良反应人数为 0 人，总不良反应发生率 0.00%， $\chi^2=4.444$ 、 $P=0.035$ 、 $P<0.05$ 。

3 讨论

老年性阴道炎检查过程中，需要采集患者的阴道分泌物检查是否存在滴虫、霉菌等病原体因素的影响^[1]。同时还要判断是否存在血性白带和子宫恶性肿瘤^[2]。在对老年性阴道炎患者的临床护理中，综合护理从多个方向和角度出发，减轻老年患者的交流情绪^[3]。护理人员以老年患者为中心，充分结合老年患者的心理特征进行护理干预，保证了老年患者的临床治疗依从性^[4]。对于老年人来说，自身存在的孤独感较为强烈，在面对陌生环境和陌生的人群时，孤独感就会愈演愈烈，从而产生负面情绪，这种负面情绪会对临床治疗有效性产生影响，会导致老年患者出现相应的不良反应^[5]。护理人员需要为此类患者实施综合护理，给予多个方面的护理干预，耐心询问不良情绪产生的原因，并且展开健康教育及心理护理等，促进其不良情绪的改善。本研究对老年患者的临床护理有效性，干预前后抑郁焦虑情绪及不良反应发生率进行对比。比较对照组与实验组患者的临床护理总有效性，护理显效与有效总人数更多的一组为实验组， $P<0.05$ ；比较两组患者干预前后抑郁焦虑评分，在护理干预前，两组的评分较为接近， $P>0.05$ ；干预后两组评分改善较为明显的一组为实验组， $P<0.05$ ；综合护理干预后，患者不良反应总人数多的一组为对照组， $P<0.05$ 。

综上所述，综合护理在老年性阴道炎患者的临床护理中的效果较好，有助于促进临床护理总有效性的提升，并且能够改善患者不良反应情况，对患者不良情绪改善有重要价值。

参考文献：

- [1]马新飞. 综合护理干预在老年性阴道炎护理中的应用效果观察[J]. 中国保健营养,2021,31（13）: 32-33.
- [2]叶娟. 护理干预和治疗在老年性阴道炎患者护理工作中的应用[J]. 保健文汇,2021,22（3）: 127-128.
- [3]廖琴. 护理干预在老年性阴道炎护理中的应用效果观察[J]. 健康女性,2021（29）: 27.
- [4]郑维. 综合护理模式对老年性阴道炎患者临床症状好转时间、不良情绪的影响[J]. 婚育与健康,2021（6）: 20.
- [5]赵金瑞. 分析护理干预应用在老年性阴道炎护理中的价值[J]. 养生保健指南,2020（7）: 203.

颈部血管超声检查粥样斑块用于缺血性脑梗死的价值分析

姚秋英 邢超

山东大学附属威海市立医院 山东省威海市 264200

摘要：目的：分析在缺血性脑梗死中应用颈部血管超声检查粥样斑块的价值。方法：于 2020.3–2022.3 间将我院收治的 47 例缺血性脑梗死患者设置为研究组，并选择同期接受体检的 47 名未缺血性脑梗死患者设置为参比组，运用颈部血管超声对全部研究对象实施检查，比较组间粥样斑块检出情况、颈动脉内径值。结果：研究组和参比组组间硬斑块数量均高于软斑块， $P<0.05$ ；实践组患者颈内动脉颅外段、左右颈总动脉、颈总动脉分叉处的硬斑块、软斑块数量均高于参比组， $P<0.05$ ；研究组的颈内动脉颅外段、左右颈总动脉内径高于参比组， $P<0.05$ 。结论：颈部血管超声检查粥样斑块用于缺血性脑梗死中能准确检出患者斑块的具体数量和管腔的狭窄改变情况，对于指导临床防治对策有着重要意义，值得推广。

关键词：缺血性脑梗死；颈部血管超声；粥样斑块；颈动脉内径
The value of cervical vascular ultrasound in detecting atherosclerotic plaque in ischemic cerebral infarction
Yao Qiuying Weihai Municipal Hospital Affiliated to Shandong University 264200 Weihai City, Shandong Province

[Abstract]Objective: To analyze the value of cervical vascular ultrasound in detecting atherosclerotic plaque in ischemic cerebral infarction. Methods: 47 patients with ischemic cerebral infarction admitted to our hospital from March 2023 to 2022.3 were set as the study group, and 47 patients without ischemic cerebral infarction who received physical examination at the same time were selected as the reference group. All subjects were examined by cervical vascular ultrasound, and the detection of atheromatous plaque and the internal diameter of carotid artery were compared between the groups. Results: The number of hard plaque between the study group and the reference group was higher than that of soft plaque, $P<0.05$; The number of hard and soft plaques in extracranial segment of internal carotid artery, left and right common carotid arteries, and the bifurcation of common carotid arteries in practice group was higher than that in reference group ($P<0.05$); The extracranial segment of internal carotid artery and internal channels of left and right common carotid arteries in the study group were higher than those in the reference group ($P<0.05$). Conclusion: The cervical vascular ultrasound examination of atherosclerotic plaque can accurately detect the specific number of plaque and the changes of lumen stenosis in patients with ischemic cerebral infarction, which is of great significance for guiding clinical prevention and treatment strategies, and is worthy of promotion.

[Key words]Ischemic cerebral infarction; Cervical vascular ultrasound; Atheromatous plaque; Internal diameter of carotid artery

缺血性脑梗死是常见的脑血管疾病类型，患者患病后会出现不同程度的神经功能衰退症状，无特异性症状表现，容易出现忽视情况，导致患者措施最佳治疗时机，会严重影响患者的身心健康和生命安全。需积极采取有效措施完成早期诊断，做好对疾病的防治措施，以改善患者预后。脑血管造影是现阶段脑血管疾病的诊断金标准，但该项技术属于有创性操作，在临床中受到一定局限性。随着影像学技术的不断发展，使得不同的影像学检查逐渐被应用于颈部血管的检查中，有利于评价粥样斑块是否形成，其中以多普勒超声技术应用最为广泛。颈部血管超声是现阶段应用较为广泛的高频彩超技术，能较好的检测出具体斑块部位，明确斑块周围血液流动情况等，有利于为临床诊疗提供精确的数据支撑，提供有效的治疗对策和早期预防方法^[1]。基于此，本次研究特选择 2020.3–2022.3 间将我院收治的 47 例缺血性脑梗死患者和 47 名同期健康体检者进行分析，具体内容结果阐述如下。

1 资料与方法
1.1 基本资料
研究开展时间在 2020.3–2022.3 间，将我院该时间段收治的 47 例缺血性脑梗死患者设置为研究组，患者均确诊为缺血性脑梗死，有头晕、呕吐、恶心等症状表现，部分患者有意识丧失、躯体功能障碍表现，在急救后有偏身感觉障碍、偏瘫、意识丧失等严重症状表现；并选择同期接受体检的 47 名未缺血性脑梗死患者设置为参比组。研究组中男性 27 例，女性 20 例；年龄区间在 55 岁–79 岁，平均年龄 (70.42±3.65) 岁；体重 45kg–84kg，均值 (61.35±3.57) kg。参比组中男性 28 例，女性 19 例；年龄区间在 54 岁–79 岁，平均值 (70.39±3.57) 岁；体重 44kg–82kg，均值 (61.41±3.62) kg。比较组间患者的基本资料可以看出， $P>0.05$ 。全部参与患者均在知情同意书上签署姓名，本次研究经过伦理审批通过后开展。

1.2 方法
运用颈部血管超声对全部研究对象实施检查：选择飞利浦彩色多普勒超声诊断仪 (YZB/USA0366–2013 型)，协助患者取仰卧位，充分暴露颈部，超声探头频率为 5–10 MHz，对患者的两侧颈总动脉进行着重扫描，随后扫描锁骨下动脉，并对右侧无名动脉、椎动脉和左侧主动脉弓等部位进行实施扫描，对患者的斑块部位进行详细观察，并测量颈动脉的内径和内膜。

1.3 观察指标
比较组间粥样斑块检出情况、颈动脉内径值。①对两组患者的硬斑块、扁平斑块、软斑块、溃疡斑块等检出情况进行详细分析和记录。②比较两组患者的颈动脉内径值。

1.4 统计学分析
对研究各项数据均应用 SPSS29.0 完成检验，颈动脉内径的比较用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，经 t 检验，粥样斑块检出率用 χ^2 检验，以 (n%) 表示，有明显差异则： $P<0.05$ 。

2 结果
2.1 粥样斑块检出情况的对比
研究组共检查到硬斑块 160 块，软斑块 43 块；参比组共检查到硬斑块 69 块，软斑块 16 块；组间硬斑块数量均高于软斑块， $\chi^2=134.867$ 、66.094， $P<0.001$ 。实践组患者颈内动脉颅外段、左右颈总动脉、颈总动脉分叉处的硬斑块、软斑块数量均高于参比组， $\chi^2=9.969$ 、3.858、38.454、5.044、29.258、11.018， $P=0.001$ 、0.049、0.000、0.024、0.000、0.000，有统计学差异性。如表 1。

表 1 粥样斑块检出情况的比较						
组名	斑块性质	颈内动脉颅外段		左右颈总动脉		颈总动脉分叉处
		左侧	右侧	左侧	右侧	左侧 右侧
研究组 (47 例)	硬斑块	11	10	21	19	52 47
	软斑块	3	2	4	5	17 12
参比组 (47 例)	硬斑块	6	1	6	4	28 24
	软斑块	0	1	2	0	7 6

2.2 颈动脉内径对比
研究组的颈内动脉颅外段、左右颈总动脉内径高于参比组， $P<0.05$ 。如表 2。

表 2 比较组间颈动脉内径 ($\bar{x} \pm s$, mm)					
组名	n	颈内动脉颅外段		左右颈总动脉内径	
		左侧	右侧	左侧	右侧
研究组	47	5.02±0.04	5.07±0.05	6.11±0.03	5.92±0.06
参比组	47	4.52±0.11	4.53±0.04	5.43±0.04	5.45±0.07
χ^2	-	29.285	57.816	93.236	34.949
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论
脑梗死主要包括缺血性脑梗死和出血性脑梗死两种，其中缺血性脑梗死是最常见的脑梗死类型，发病率和致残率相对较高。缺血性脑梗死疾病的发生主要是由于多种因素应吸纳过导致机体脑组织出现供血异常的情况，导致脑组织出现缺血、缺氧，病情较为严重的患者还可能出现脑组织坏死的情况，造成暂时性意识障碍、短暂偏瘫等神经功能损伤情况。缺血性脑梗死疾病存在一定隐匿性特点，不容易被发现，可能造成病情延误，需加强早期诊治力度^[2]。

粥样硬化斑块是缺血性脑梗死的基本病理，容易导致患者出现供血管系统障碍的情况，导致局部脑组织坏死而引起神经系统症状，通过对粥样斑块病变情况的观察和判断，有利于为缺血性脑梗死疾病的防治提供一定参考。颈动脉包括颈内、颈外动脉，前者主要负责联合基底动脉，为大脑提供血液；后者则主要负责为头面部供应血液。由于颈动脉对脑组织微小动脉的血液供应发挥了决定性作用，因此缺血性脑梗死的发生与人体颈动脉动脉硬化有着显著相关性。临床研究证实，粥样硬化斑块的危险因素包括高血脂症、肥胖、高血糖及高血压等，同时饮食不节、长期吸烟饮酒也是导致动脉粥样硬化的影响因素^[3]。颈动脉粥样硬化大多发生在颈内动脉分支处和动脉起始部位，粥样硬块易出现脱落情况，随着血流可能进入到远端血管中，导致出现堵塞的情况。在形成粥样硬化斑块后，可能会随着机体血液内部环境逐渐从软斑块发展成硬斑块，使血管间的黏附能力明显增加，血管壁弹性也随之降低，容易出现管腔堵塞、狭窄的情况，导致缺血性脑梗死的发生。颈部血管超声检查是简便、快速的检查方法，能通过对粥样斑块的有效检查，早期防治缺血性脑梗死^[4]。本组结果显示，研究组和参比组组间的硬斑块均高于软斑块，且实践组患者颈内动脉颅外段、左右颈总动脉、颈总动脉分叉处的硬斑块及软斑块数量均高于参比组，比较两组动脉内径可见，研究组均高于参比组，两组数据结果的比较提示差别显著 $P<0.05$ 。说明通过颈部血管超声检查可以较好的根据患者颈动脉超声图像显示的回声情况，判断患者的血管内壁厚度，继而明确血管腔的动脉粥样斑块性质和管腔内径，进而有效的评估患者是否为缺血性脑梗死。对于回声较强的斑块，大多不会出现脱落的情况。而较弱回声的斑块则会跟随血流移动，造成血管堵塞的情况，这对脑梗死的预防发挥了重要作用。根据颈部超声检查结果可以积极为患者采取溶栓、血管扩张等治疗，以改善患者的脑血管情况，为患者疾病的防治提供了良好依据^[5]。

综上所述，在缺血性脑梗死患者中实施颈部血管超声检查，可以较好的明确患者颈部粥样硬化斑块情况，为患者的后续诊疗提供科学参考，保障患者的生命安全。

参考文献：
[1]吴超. 颈部血管超声检查粥样斑块对预防缺血性脑梗死的临床研究[J]. 中国医疗器械信息,2021,27 (7): 72–73.
[2]刘旭. 缺血性脑血管病患者颈部血管超声的临床分析[J]. 影像研究与医学应用,2021,5 (23): 195–196.
[3]景丽萍. 颈部血管超声检查粥样斑块对预防缺血性脑梗死的临床价值分析[J]. 中国药物与临床,2021,21 (11): 1874–1876.
[4]谷达军,袁继红,郑华松,等. 头颈部 CTA 联合颈部血管超声检查粥样斑块与脑梗死或 TIA 发生的修改分析[J]. 中外医疗,2020,39 (12): 46–48.
[5]姚润开,项礼. 颈部血管粥样斑块超声检查对早期预防缺血性脑梗死的价值[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31 (1): 82–83.

托吡酯片联用拉莫三嗪片治疗癫痫的有效性及其安全性研究

于慧 王宁

蒙阴县人民医院 山东临沂 276200

摘要：目的：讨论托吡酯片联用拉莫三嗪片治疗癫痫的价值。方法：2020.09 至 2022.05，选入癫痫患者共 77 例。采用抽签法分组法,参照组：38 例，拉莫三嗪片治疗。试验组：39 例，托吡酯片联合拉莫三嗪治疗。检验各组用药情况。结果：干预后，试验组临床疗效、癫痫发作情况、不良反应、血清学指标、认知功能等，均较参照组优异， $P<0.05$ 。结论：托吡酯片联用拉莫三嗪片方案的应用，使得癫痫患者不良反应减少，癫痫症状改善，认知功能提高。

关键词：癫痫；托吡酯片；拉莫三嗪片；特布他林；雾化

Efficacy and safety of topiramate combined with lamotrigine in the treatment of epilepsy

Yu Hui Wang Ning Mengyin County People's Hospital 276,200 (Linyi, Shandong)

[Abstract]Objective: To discuss the value of topiramate combined with lamotrigine in the treatment of epilepsy. Methods: From September 2020.09 to May 2022.05, 77 patients with epilepsy were selected. The control group: 38 cases, treated with lamotrigine tablets. Test group: 39 cases were treated with topiramate tablets combined with lamotrigine. Test the medication of each group. Results: After intervention, the clinical efficacy, seizures, adverse reactions, serological indicators and cognitive function of the test group were better than those of the reference group ($P<0.05$). Conclusion: Topiramate tablets combined with lamotrigine tablets can reduce adverse reactions, improve epileptic symptoms and improve cognitive function in patients with epilepsy.

[Key words]Epilepsy; Topiramate tablets; Lamotrigine tablets; Terbutaline; atomization

癫痫作为临床常见慢性脑功能障碍疾病的一种，与大脑皮质神经元放电异常有关。在疾病作用下，患者会表现出感觉、意识、认知、行为障碍，且呈现出间歇性的特征^[1]。现阶段，临床治疗癫痫的主要方案即为用药。但是疾病病程较长，需要患者长时间用药。为确保患者并且得到有效控制病情，还应重视药物等选择。本研究评价托吡酯片联用拉莫三嗪片应用于癫痫治疗中的意义，报告如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

纳入 77 例癫痫患者。时间始于 2020.09，结束于 2022.05。分组：抽签法。参照组（ $n=38$ ）：男：21/38，女：17/38。年龄：23 至 52 岁，均值：（39.74±4.28）岁。试验组（ $n=39$ ）：男：20/39，女：19/39。年龄：22 至 53 岁，均值：（39.69±4.33）岁。各组资料无较大差异， $P>0.05$ 。

入选依据：（1）近期末服用抗癫痫药物者。（2）知情本研究者。

排除依据：（1）酒精依赖者。（2）精神类疾病者。

1.2 方法

参照组：药物选择拉莫三嗪（国药准字 H20050596）。初次给药剂量为每天 25mg，每天 1 次。药物产自三金集团湖南三金制药有限公司。规格为 25mg。口服给药。患者连续服用 14 天后，对用药剂量进行调整，增加到每天 50mg。间隔两周后，再每天增加 50mg。最高剂量为每天 200mg，以此为维持剂量。

试验组：在应用拉莫三嗪的同时，联合使用托吡酯片（国药准字 H20213668）。起初给药剂量为每天 25mg，单日 1 次。药物产自合肥合源药业有限公司。规格为 25mg。后续用药为每周增加剂量 1 次，每天增多 25mg。单日最大剂量不超过 200mg。

所有患者均持续用药 6 个月。

1.3 观察指标

（1）临床疗效。（2）癫痫发作情况。包括：频率、时长等。（3）不良反应。包括：失眠或嗜睡、皮疹等。（4）血清学指标。NSE：神经元特异性烯醇化酶。IGF-1：胰岛素样生长因子 1。（5）认知功能评分。包括：定向力、知觉等。总计 4 个维度，包含 20 个项目。认知功能良好，则分值高。

1.4 统计学方法

实验数据置入 SPSS27.0。经由 χ^2 检验、t 检验。 $P<0.05$ ，价值存在。

2 结果

2.1 临床疗效

试验组临床疗效优势更明显， $P<0.05$ 。（见表 1）

表 1：临床疗效[n（%）]

组别	例数（n）	显效	有效	无效	总有效率
试验组	39	26（66.66%）	11（28.20%）	2（5.12%）	37（94.87%）
参照组	38	18（47.36%）	12（31.57%）	8（21.05%）	30（78.94%）
χ^2					4.3191
P					0.0376

2.2 癫痫发作情况

干预前：发作频率：试验组、参照组：（3.63±0.51）次/周、（3.59±0.47）次/周。T 值=0.3576。P 值=0.7216。持续时间：2 组：（13.96±2.10）min、（14.02±2.08）min。T 值=0.1259。P 值=0.9001。

干预后：发作频率：试验组、参照组：（1.01±0.22）次/周、（1.41±0.31）次/周。T 值=6.5430。P 值=0.0000。持续时间：2 组：（6.50±1.23）min、（8.25±2.14）min。T 值=4.4136。P 值=0.0000。

干预后，试验组癫痫发作频率更低、时间更短， $P<0.05$ 。

2.3 不良反应

试验组：失眠或嗜睡：1 例；恶心呕吐：1 例；皮疹：1 例。总发生率：7.69%（3/39）。参照组：上述不良反应依次为 3 例、4 例、3 例。总发生率：26.31%（10/38）。 χ^2 值为 4.7570。P 值为 0.0291。

试验组不良反应发生率更低， $P<0.05$ 。

2.4 血清学指标

干预前：试验组、参照组 NSE：（12.96±2.64） $\mu\text{g/L}$ 、（13.04±2.57） $\mu\text{g/L}$ 。T 值：0.1346。P 值：0.8932。两组 IGF-1：（7.83±1.50） $\mu\text{mol/L}$ 、（7.79±1.62） $\mu\text{mol/L}$ 。T 值：0.1124。P 值：0.9108。

干预后：试验组、参照组 NSE：（5.69±1.32） $\mu\text{g/L}$ 、（7.01±2.16） $\mu\text{g/L}$ 。T 值：3.2451。P 值：0.0018。两组 IGF-1：（14.32±2.06） $\mu\text{mol/L}$ 、（11.80±2.15） $\mu\text{mol/L}$ 。T 值：5.2523。P 值：0.0000。

干预后，试验组血清学指标波动幅度比参照组大， $P<0.05$ 。

2.5 认知功能评分

干预前：试验组、参照组视运动组织：（11.89±3.02）分、（11.90±3.11） $\mu\text{g/L}$ 。T 值：0.0143。P 值：0.9886。各组定向力：（8.47±1.41）分、（8.50±1.38） $\mu\text{g/L}$ 。T 值：0.0943。P 值：0.9251。各组知觉：（9.34±1.51）分、（9.27±1.43） $\mu\text{g/L}$ 。T 值：0.2087。P 值：0.8352。各组思维运作：（15.38±1.12）分、（15.40±1.07） $\mu\text{g/L}$ 。T 值：0.0800。P 值：0.9364。

干预后：试验组、参照组视运动组织：（27.80±3.41）分、（24.15±3.37） $\mu\text{g/L}$ 。T 值：4.7231。P 值：0.0000。各组定向力：（15.51±2.06）分、（13.27±2.14） $\mu\text{g/L}$ 。T 值：4.6799。P 值：0.0000。各组知觉：（16.10±2.33）分、（14.02±2.26） $\mu\text{g/L}$ 。T 值：3.9748。P 值：0.0002。各组思维运作：（25.41±2.96）分、（20.47±2.33） $\mu\text{g/L}$ 。T 值：8.1234。P 值：0.0000。

干预后，试验组认知功能评分更高， $P<0.05$ 。

3 讨论

癫痫作为神经系统障碍性疾病的一种，具有反复发作的特点。临床常见癫痫治疗药物为拉莫三嗪片。该药物可归为钠离子通道阻滞剂范畴，存在电压敏感特点。药物作用于机体后，可对反复放电起到明显的抑制作用，并且还可促使神经元膜稳定性增强。有关报道显示，拉莫三嗪能够抑制氨基酸神经递质，进而发挥调控突触前膜的作用，使之保持稳定^[2-3]。在此情况下，突触前膜兴奋性减弱，癫痫症状改善。

近些年，托吡酯片在临床得到广泛应用，并且得到实践证实，该药物抗癫痫效果显著。托吡酯片属于广谱新型药物，药机理即借助于氨基磺酸酯，让其代替单糖，从而发挥抗癫痫作用。该药物能够影响加氯离子内流，使之不断增多。同时，此药物还具有阻断局部电流的功效^[4]。当药物作用于机体后，可拮抗抗红藻氨酸、谷氨酸受体，进而对脑部异常放电进行控制。在此情况下，患者癫痫发作频率减少，持续时间减低。值得注意的是，就癫痫疾病而言，若采取单独用药形式，则应对药物使用的安全性进行充分考虑。究其原因，疾病病程长，需要患者长时间服药，这就会导致其肾功能受损风险增加。而采取联合用药方案，能够降低单一用药所致的不良反应，进而达到显著的抗癫痫效果。究其原因，两种药物联合应用后，能够进一步减少钠离子内流，并且还可提高的人体神经元的稳定度。二者协同作用发挥，利于抑制神经元持续放电，最终起到抗癫痫作用。同时，联合应用不会对患者认知功能造成双重影响，主要体现在促进患者认知功能提升方面^[5]。本研究结果显示，干预后，试验组各指标均更优异， $P<0.05$ 。

综上所述，托吡酯片联合拉莫三嗪片，利于提高癫痫患者用药的安全性、有效性。

参考文献：

- [1]刘丽娇,郭冰.托吡酯片联合奥卡西平对成人部分性癫痫发作的疗效[J].河南医学研究,2022,31（03）：513-516。
- [2]李琼,魏建国,李艺豪.托吡酯片、丙戊酸钠对老年癫痫患者脑电图的影响观察[J].哈尔滨医药,2021,41（02）：7-8。
- [3]秦艳芬,岑碧琼,秦雪,等.丙戊酸钠缓释片在老年癫痫患者治疗的症状转归效果研究[J].现代医药卫生,2021,37（04）：645-647。
- [4]苏惠红.小剂量托吡酯联合奥卡西平治疗小儿癫痫的效果观察[J].基层医学论坛,2020,24（28）：4052-4053。
- [5]闫彩华.左乙拉西坦联合丙戊酸钠及托吡酯片治疗难治性癫痫患者的疗效分析[J].现代诊断与治疗,2020,31（11）：1704-1705。

优质护理干预在老年高血压患者中应用效果及对生活质量的影响

周洁

济宁医学院附属医院 山东济宁 272029

摘要：目的：分析优质护理干预对老年高血压患者相关指标产生的影响。方法：以 200 例老年高血压患者为例，以护理干预方案为依据将患者分为观察组（优质护理干预方案）和对照组（常规护理干预方案）。将 2 组患者相关指标的变化情况进行比较。结果：在脑卒中、心绞痛、心肌梗死、高血压性肾损伤、高血压眼底损害并发症发生率指标中，观察组有 2 例（2.00%）、2 例（2.00%）、2 例（2.00%）、0 例（0.00%）、12 例（2.00%），总计 8.00%，对照组有 6 例（6.00%）、4 例（4.00%）、4 例（4.00%）、4 例（4.00%）、6 例（6.00%），总计 24.00%，观察组低于对照组，（ $P<0.05$ ）。在舒张压和收缩压方面，护理前，观察组为（104.63±8.57）mmHg、（17.58±9.42）mmHg，对照组为（104.74±8.59）mmHg、（170.98±9.13）mmHg，2 组比较无显著差异，（ $P>0.05$ ）；护理后，观察组为（83.02±4.21）mmHg、（135.86±7.46）mmHg，对照组为（94.43±4.13）mmHg、（150.23±7.79）mmHg，观察组优低于对照组，（ $P<0.05$ ）。在社会生活、睡眠情感、躯体活动、精力生活质量评分指标中，观察组为（92.30±5.21）分、（90.46±5.12）分、（88.46±4.85）分、（90.50±4.48）分，对照组为（74.96±2.36）分、（78.16±5.40）分、（73.85±5.37）分、（75.26±4.19）分，观察组高于对照组，（ $P<0.05$ ）。在十分满意、比较满意、不满意护理满意度指标中，观察组有 65 例（65.00%）、26 例（26.00%）、9 例（9.00%），总满意度为 91.00%，对照组有 31 例（31.00%）、42 例（42.00%）、27 例（27.00%），总满意度为 73.00%，观察组高于对照组，（ $P<0.05$ ）。在完全依从、基本依从、不依从服药依从性指标中，观察组有 45 例（45.00%）、50 例（50.00%）、5 例（5.00%），总依从率为 95.00%，对照组有 33 例（33.00%）、40 例（40.00%）、27 例（27.00%），总依从率为 73.00%，观察组高于对照组，（ $P<0.05$ ）。结论：在老年高血压患者护理中应用优质护理干预措施，有助于改善患者生活状态，而且患者对临床护理服务工作更加满意和认可。

关键词：优质护理干预；高血压；应用效果；生活质量

在人们生活习惯和饮食结构发生重大变化的背景下，导致高血压的发病率不断升高，而且多数的患者都属于老年人，高血压疾病会增加其发生心脑血管疾病的风险。临床在治疗老年高血压患者时，应重视防治高血压引起的并发症，而治疗的基础就是控制血压，使其处于稳定的状态，临床一般采取药物治疗手段，并通过有效的护理手段减少引起患者血压异常波动的相关因素^[1]。现对不同护理服务对老年高血压患者相关指标产生的不同影响进行如下比较。

1.1 一般资料

患者一般资料（表 1）。

表 1 患者一般资料对比（ $\bar{X} \pm s, [n]\%$ ）			
组别（n）	男/女	年龄（岁）	病程（年）
观察组（n=100）	59/41	68.32±4.78	10.25±1.35
对照组（n=100）	60/40	68.92±4.40	10.65±0.97
χ^2/t	0.858	1.741	0.278
P	1.001	0.251	5.633

1.2 方法

对照组：常规护理干预模式。以患者的病情为基础给予患者药物治疗手段，并向患者告知在日常生活中需要注意的内容，叮嘱患者应做好血压的监测工作^[2]。

观察组：优质护理干预模式。第一，生活干预。因老年人身体机能和自主生活能力都处于下降的状态，护理人员加强对患者的日常生活干预，及时纠正患者不健康的生活作息习惯，并叮嘱患者每天开展适当的运动训练。护理人员教会患者一些正确的身体锻炼方法，在保证患者身体可以耐受的情况下进行太极和游泳等有氧运动。第二，心理干预。护理人员对患者的心理状态变化情况实施密切的关注，针对由于不稳定情绪引起血压异常升高的患者及时的开展心理疏导工作，并叮嘱患者的家属给予患者更多的安慰和鼓励，使患者有信心接受治疗，并时刻保持积极乐观的心理状态。第三，饮食干预。护理人员保证患者每天的膳食均衡，通过饮食对患者的血压进行控制，叮嘱患者所食用的食物中应含有较低的脂肪，并对患者每日盐的摄入量进行严格的控制，鼓励患者多吃一些新鲜的水果和蔬菜，确保患者每天摄入钾和钙的量与相关的标准相符合，并叮嘱患者应适当增加饮水量。同时护理人员鼓励患者应将烟

酒等戒掉，使心脏负担得以减轻，减少不良健康生活习惯对血压产生的不良影响^[3]。

1.3 观察指标

对比两组患者的相关指标。

1.4 统计学分析

用 SPSS21.0 统计学软件对数据进行分析，用 t 、 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 并发症发生情况对比

在脑卒中、心绞痛、心肌梗死、高血压性肾损伤、高血压眼底损害并发症发生率指标中，观察组有 2 例（2.00%）、2 例（2.00%）、2 例（2.00%）、0 例（0.00%）、12 例（2.00%），总计 8.00%，对照组有 6 例（6.00%）、4 例（4.00%）、4 例（4.00%）、4 例（4.00%）、6 例（6.00%），总计 24.00%，观察组低于对照组，（ $P<0.05$ ）。

表 2 并发症发生情况对比（n，%）						
组别（n）	脑卒中	心绞痛	心肌梗死	高血压性 肾损伤	高血压眼 底损害	总计
观察组 （n=100）	2（2.00）	2（2.00）	2（2.00）	0（0.00）	2（2.00）	8（8.00）
对照组 （n=100）	6（6.00）	4（4.00）	4（4.00）	4（4.00）	6（6.00）	24（24.00）
χ^2	2.083	0.687	0.687	4.081	2.083	9.523
P	0.149	0.407	0.407	0.043	0.149	0.002

2.2 血压控制情况对比

在舒张压和收缩压方面，护理前，观察组为（104.63±8.57）mmHg、（17.58±9.42）mmHg，对照组为（104.74±8.59）mmHg、（170.98±9.13）mmHg，2 组比较无显著差异，（ $P>0.05$ ）；护理后，观察组为（83.02±4.21）mmHg、（135.86±7.46）mmHg，对照组为（94.43±4.13）mmHg、（150.23±7.79）mmHg，观察组优低于对照组，（ $P<0.05$ ）。

表 3 血压控制情况对比 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)				
组别 (n)	舒张压		收缩压	
	护理前	护理后	护理前	护理后

观察组 (n=100)	104.63±8.57	83.02±4.21	170.58±9.42	135.86±7.46
对照组 (n=100)	104.74±8.59	94.43±4.13	170.98±9.13	150.23±7.79
t	0.065	13.365	0.021	9.287
P	1.047	0.000	5.110	0.000

2.3 生活质量评分对比

在社会生活、睡眠情感、躯体活动、精力生活质量评分指标中，观察组为（92.30±5.21）分、（90.46±5.12）分、（88.46±4.85）分、（90.50±4.48）分，对照组为（74.96±2.36）分、（78.16±5.40）分、（73.85±5.37）分、（75.26±4.19）分，观察组高于对照组，（P<0.05）。

表 4 生活质量评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别（n）	社会生活	睡眠情感	躯体活动	精力
观察组 (n=100)	92.30±5.21	90.46±5.12	88.46±4.85	90.50±4.48
对照组 (n=100)	74.96±2.36	78.16±5.40	73.85±5.37	75.26±4.19
t	18.075	10.023	12.566	12.209
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 护理满意度对比

在十分满意、比较满意、不满意护理满意度指标中，观察组有 65 例（65.00%）、26 例（26.00%）、9 例（9.00%），总满意度为 91.00%，对照组有 31 例（31.00%）、42 例（42.00%）、27 例（27.00%），总满意度为 73.00%，观察组高于对照组，（P<0.05）。

表 5 护理满意度对比（n，%）

组别（n）	十分满意	比较满意	不满意	总满意度
观察组 (n=100)	65（65.00）	26（26.00）	9（9.00）	91（91.00）
对照组 (n=100)	31（31.00）	42（42.00）	27（27.00）	73（73.00）
X ²	23.157	5.704	10.975	10.975
P	0.000	0.017	0.001	0.001

2.5 服药依从性对比

在完全依从、基本依从、不依从服药依从性指标中，观察组有 45 例（45.00%）、50 例（50.00%）、5 例（5.00%），总依从率为 95.00%，对照组有 33 例（33.00%）、40 例（40.00%）、27 例（27.00%），总依从率为 73.00%，观察组高于对照组，（P<0.05）。

表 6 服药依从性对比（n，%）

组别（n）	完全依从	基本依从	不依从	总依从率
观察组 (n=100)	45（45.00）	50（50.00）	5（5.00）	95（95.00）
对照组 (n=100)	33（33.00）	40（40.00）	27（27.00）	73（73.00）
X ²	3.026	2.020	18.006	18.006

P	0.082	0.155	0.000	0.000
---	-------	-------	-------	-------

3 讨论

临床治疗老年高血压的目标是对其血压进行控制，使其处于稳定的状态，以此来减少高血压对患者机体产生的不良影响，有效控制并发症的发生，而有效控制血压的手段包括药物和生活方式干预^[4]。临床上所采取的降压药物主要是以患者的个体情况为基础，对药物的使用剂量进行合理控制，使影响患者血压异常升高的内在因素得以减少，而通过实施有效的生活方式干预能够引起患者血压异常升高的外在影响因素得以有效的预防，优质护理服务刚好符合这一要求^[5]。

情绪存在较大的波动和不健康的饮食结构以及肥胖等因素都有可能导致老年患者出现血压异常升高的情况。因此，有必要对该类患者实施有针对性的护理干预措施，旨在控制患者血压水平的同时促进患者生存质量的提升^[6]。优质护理干预模式中的心理干预能够以患者的心理特点为基础，对患者的心理变化情况给予高度的重视，并对患者产生不良心理状态的原因进行了解^[7]。通过对于患者实施饮食干预，能够保证患者每天膳食合理，患者同时能够对饮食禁忌予以明确，在保证患者每天摄入充足热量和营养物质的基础上，对体脂量进行有效控制，有利于血压的控制^[8]。同时，护理人员指导患者开展适当的运动训练，不但能够使患者身心愉悦和体重得到有效控制，同时还能够促进患者心肺功能的增强，使患者代谢机能得以改善，为有效控制血压提供有利条件^[9]。由此可见，通过对老年高血压患者开展优质护理干预措施，能够使患者得到的护理服务更加优质，而且患者能够正确的服用降压药物，学会自我监测血压的方法，并在生活和饮食等方面加以注意，有效控制血压的异常升高，相应的提升其生存质量^[10]。

4 结论

总而言之，在老年高血压患者临床护理中开展优质护理干预措施，在有效控制患者体血压水平的同时，还能够减少高血压对患者日常生活产生的不良影响，为提升患者生存质量提供有利条件。

参考文献：

[1]杨慧,刘乃精.整体化护理对老年高血压患者服药依从性的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7（26）：151-153.

[2]谢宁.延续性护理对老年高血压患者疾病及经济负担的影响研究[J].中国医疗保险,2022（07）：85-87.

[3]刘东海.心理护理干预对老年高血压并高血脂患者抑郁、焦虑情绪影响探析[J].当代护理,2022,3（5）.

[4]史春艳.综合护理干预对老年高血压患者血压水平及遵医行为的影响分析[J].基层医学论坛,2022,26（21）：37-40.

[5]芦萌萌.系统护理对老年高血压患者服药依从性及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2022,9（06）：1053-1055.

[6]黄丽鸥.双轨道互动护理干预模式对老年高血压患者治疗依从性的影响[J].心血管病防治知识,2022,12（18）：45-47.

[7]叶琳艳.临床优质护理在老年高血压患者护理中的应用[J].心血管病防治知识,2022,12（18）：61-63.

[8]陈东利.延续性护理对老年高血压患者血压及并发症的影响[J].航空航天医学杂志,2022,33（05）：609-611.

[9]胡美芳,张芳芳.临床护理路径对老年高血压患者血压控制及生活质量的影响观察[J].基层医学论坛,2022,26（15）：130-132.

[10]覃小丽,严丹,梁英梅,李少冬.优质护理在老年高血压病患者中的应用效果[J].护理实践与研究,2022,19（09）：1340-1343.

晚期非小细胞肺癌患者应用培美曲塞联合顺铂治疗的效果分析

李俊霞 谢霞

广饶县人民医院 257300

摘要：目的：评价对老年晚期非小细胞肺癌患者在治疗过程中使用培美曲塞联合顺铂的临床价值。方法：将 2019.1-2020.6 期间治疗的 40 例老年晚期非小细胞肺癌患者，采用随机数字表法分为对照组与实验组各 20 例，前者使用顺铂治疗，后者运用培美曲塞联合顺铂治疗。评价疗效与两组患者无进展生存时间和总生存时间及健康状况评分。结果：实验组总有效率高于对照组；且接受培美曲塞联合治疗的实验组患者无进展生存时间和总生存时间均长于使用顺铂的对照组（ $P<0.05$ ）；实验组 KPS 评分优于对照组（ $P<0.05$ ）。实验组患者的生活质量高于对照组，数据之间对比存在显著差异（ $P<0.05$ ）。两组出现不良反应概率无显著差异（ $P>0.05$ ）。实验组患者肿瘤标志物改善优于对照组，数据对比存在差异（ $P<0.05$ ）。实验组患者肺功能指标（用力肺活量（FVC）、一秒肺活量（FEV1）、最高呼气流速（PEF））优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对老年晚期非小细胞肺癌患者治疗时运用培美曲塞联合顺铂能提高疗效，生活状态较好，能够有效延长患者生存时间。

关键词：培美曲塞；顺铂；老年晚期非小细胞肺癌；效果分析

肺癌是临床中比较常见的一种疾病，属于恶性肿瘤的一种。据临床研究显示，我国肺癌发病率高达 12%。同时，对于发病人群中男性恶性肿瘤发病人群要明显高于女性人群。近年来，随着我国患病人数的不断增加，恶性肿瘤患者人数也呈逐年上升趋势，男性发病人数高于女性。目前对于肺癌的治疗主要采用化疗、细胞免疫治疗的方式^[1-2]。属于酪氨酸激酶抑制剂的培美曲塞能够有效抑制患者肿瘤细胞增殖并抑制肿瘤血管生成。本文对老年晚期非小细胞肺癌患者运用培美曲塞联合顺铂进行治疗的具体价值做如下分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019.1-2020.6 在我院经影像学手段检查及活体组织检验后诊断为老年晚期非小细胞肺癌、病理类型为腺癌的患者中选取预计生存期超过 3 个月的患者 40 例，按治疗方案差异分为 2 组（ $n=20$ ）。实验组 60 岁-75 岁，平均（63.36±5.13）岁，男女比为 9：11；对照组 60 岁-77 岁，平均（64.35±4.97）岁，男女比为 10：10。纳入标准：所有患者均初次诊断为中晚期肺癌且判断其生存周期至少在 6 个月及以上；所有患者此前未使用过相关药物进行化疗且对本次使用的培美曲塞和顺铂不存在过敏反应；排除对用药方案不认可或不接受本研究及不能配合本研究涉及的问卷进行填写及中途退出治疗的患者。排除标准：排除存在心智障碍、精神异常、沟通困难、肢体障碍等疾病的患者；排除合并脏器功能异常、全身感染或异常发热、出血性疾病、使用糖皮质激素等影响本次用药效果的相关疾病的患者。

1.2 方法

对照组应用顺铂治疗。顺铂注射液（生产厂家：江苏豪森药业集团有限公司，生产批号：国药准字 H20040813），根据患者情况按照总剂量 75mg/m² 的剂量，溶解在一定量生理盐水中并通过静脉滴注方式进行给药，每天 1 次，连续用药 3d 为 1 周期，然后停止 4d 为 1 和周期，之后继续给药，每 3 周一个疗程^[3]。

实验组加用培美曲塞（扬子江药业集团有限公司，规格：0.1g（按 C20H21N5O6 计），生产批号：国药准字 H20143379），在第一次培美曲塞给药前 7 天内肌肉注射维生素 B12 一次，以后每 3 个周期肌注一次^[4-5]。地塞米松每次 4.5 毫克，每天两次，化疗前一天开始服用连用三天，叶酸每天 400 微克，化疗前七天开始服用，一直服到最后一次化疗结束后二十一天。

1.3 疗效观察和评价

1.3.1 根据世卫组织对实体肿瘤疗效评价标准进行疗效评价^[6]。参考 RECIST 1.1 标准将治疗效果分为完全缓解、部分缓解、稳定和进展四个等级。

1.3.2 生存时间评价。记录患者无进展生存时间和总生存时间。

1.3.3 KPS 健康状况评分。运用 Karnofsky（KPS）量表对患者健康状况进行评价，满分 100 分，100 分代表患者完全能够进行自主生活，0 分代表死亡。

1.3.4 观察生活质量评分，对总分进行评价，生活质量指标包括：物质生活、社会功能、

心理功能、躯体功能。

1.3.5 对两组晚期复发非小细胞肺癌患者治疗过程中出现不良反应例数进行记录，其中包括：（骨髓抑制、恶心呕吐）等。

1.3.6 根据世卫组织对实体肿瘤疗效评价标准进行疗效评价。观察患者的肿瘤标志物。

1.3.7 观察、对比两组患者的肺功能指标水平，包括肺活量（FVC），第 1s 用力呼吸容积（FEV1）和 FEV1 值与预估值的百分比（FEV1%）。

1.4 统计学方法

实验数据根据统计学 SPSS19.0 软件进行比较，计数资料用 χ^2 检验，以（n，%）代表，计量资料用 t 检验，以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，当结果 $P<0.05$ 时存在统计学意义。

2 结果

2.1 疗效评价

对照组老年晚期非小细胞肺癌患者采用顺铂的治疗有效性差于加用化疗药物培美曲塞实验组的总有效率（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 疗效比较（n=20，%）					
组别	完全缓解	部分缓解	稳定	进展	总有效率
实验组	7（35.00）	11（55.00）	1（5.00）	1（5.00）	18（90.00）
对照组	3（15.00）	9（45.00）	4（20.00）	4（20.00）	12（60.00）
χ^2					4.8000
P					0.0285

2.2 生存时间评价
实验组老年晚期非小细胞肺癌患者无进展生存时间和总生存时间均比对照组时间长（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 生存时间比较（n=20， $\bar{x} \pm s$ ，mon）		
组别	无进展生存时间	总生存时间
实验组	4.59±1.14	8.98±1.98
对照组	1.72±0.72	5.46±1.35
t	9.5192	6.5689
P	0.0000	0.0000

2.3 KPS 健康状况评分

治疗后实验组 KPS 评分为（72.55±10.32）分，高于对照组的（58.16±7.16）分，存在统计学差异（ $t=5.1235, P=0.0000$ ）。

2.4 生活质量对比

实验组生活质量评分（物质生活、社会功能、心理功能、躯体功能）明显高于对照组，

差异具有统计学意义 (P<0.05)，见表 3。

表 3 治疗前后生活质量评分比较 (n=15, $\bar{x} \pm s$)

组别	物质生活	社会功能	心理功能	躯体功能
实验组	7.32±3.88	1.46±2.65	9.54±4.54	9.52±3.48
对照组	8.78±3.55	2.34±2.67	1.12±4.69	9.83±3.76
T	7.441	11.109	5.911	8.667
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 患者不良反应情况对比

对两组肺癌患者不良症状进行对比，发现无显著性差异 (P>0.05)，详见表 4。

表 5 肿瘤标志物比较 (n=20, %)

CEA (ng•mL ⁻¹)			VEGF (pg•mL ⁻¹)		CYFRA21-1/ (ng•mL ⁻¹)	
组别	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	90.59±20.14	53.49±12.33	217.89±28.14	186.19±23.35	15.49±4.33	10.22±3.23
对照组	92.33±21.34	57.89±10.14	218.19±27.14	203.97±29.22	16.33±4.87	13.62±2.23
X ²	0.2652	1.2326	0.0343	2.1259	0.5765	3.8739
P	0.7923	0.2253	0.9728	0.0401	0.5677	0.0004

2.7 肺功能对比

实验组患者治疗后的用力肺活量高于对照组，组间差异存在可比性 (P<0.05)，见表 6。

表 6 实验组、对照组肺功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FVC (L)	FEV1 (L)	PEF (L/min)
实验组	20	1.69±0.33	2.05±0.55	178.43±26.57
对照组	20	1.07±0.43	2.68±0.71	199.41±29.22
T		5.1154	3.1371	2.3757
P		0.0000	0.0033	0.0227

3 讨论

非小细胞肺癌这种严重的疾病需要及早治疗^[7]，对于这种疾病，通常有包括化疗、放疗以及外科手术这三种治疗方法。至于患者应该选择哪种方式，应该听从医生的指导^[8]。此时对于大多数晚期患者进行手术的意义不大，需要采用放化疗等方式来延长患者的生存期^[9-10]。肺癌晚期症状会因病变范围不一样而有一定差别，肺癌晚期时病情比较严重，需要及时对症治疗。局部晚期肺癌的症状，胸腔是个非常复杂的空间，肺表面四分之三的区域被胸壁环绕，它是由一薄层内膜、脂肪、肌肉、肋骨及皮肤按不同比例构成的。肿瘤侵及以上任一部分均会引起疼痛。

顺铂是金属铂类络合物，属于细胞周期非特异性抗肿瘤药，可破坏 DNA，抑制肿瘤生长，具有抗癌谱广，无交叉耐药的特点。它可用于小细胞及非小细胞肺癌、睾丸癌、卵巢癌、宫颈癌、子宫内膜癌、前列腺癌、膀胱癌、黑色素瘤、肉瘤、头颈部肿瘤及各种鳞状上皮癌和恶性淋巴瘤的治疗。该药的不良反应主要有恶心、呕吐、食欲减低和腹泻等，常在给药后 1-6 小时内发生，最长不超过 24-48 小时。偶见肝功能障碍，血清转氨酶增加，停药后可以恢复。白细胞或血小板减少一般和用药剂量有关^[11]，骨髓抑制一般在 3 周左右达到高峰，4-6 周恢复。

培美曲塞是常用的化疗药物，可以通过干扰细胞复制过程中叶酸的代谢而发挥抗肿瘤的作用，具有抗肿瘤多靶点性，抗肿瘤活性强，不容易产生耐药的特点。从而达到杀灭肿瘤的作用。培美曲塞药物最初用于治疗恶性间皮瘤，之后发现该药的作用范围越来越广，临床上常用于肺癌的治疗^[12]。能够明显的抑制，胸苷酸合成酶，二氢叶酸还原酶以及，苷氨酰胺和苷酸甲酰基转移酶的活性。本次选取我院患者进行调查研究，研究结果表明，实验组患者的数据优于对照组，数据有差异，培美曲塞用于老年晚期非小细胞肺癌的治疗抗肿瘤活性高，不良反应少。

表 4 患者不良反应症状比较 (n, %)

组别	例数	骨髓抑制	恶心呕吐	其他	总不良反应率
实验组	20	1 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (5.00)
对照组	20	2 (10.00)	2 (10.00)	2 (10.00)	6 (30.00)
X ²					4.3290
P					0.0375

2.6 肿瘤标志物对比

对照组老年晚期非小细胞肺癌患者肿瘤标志物数据结果差于实验组，数据存在差异 (P<0.05)，见表 5。

综上所述，使用培美曲塞联合顺铂治疗老年晚期非小细胞肺癌患者疗效较顺铂显著，有助于改善患者短期健康状况并延长患者生存期。

参考文献：

- [1]朱艳,王瑞凯,李阿敏,霍龙. 培美曲塞联合顺铂治疗晚期非小细胞肺癌患者对 CEA 等标志物表达的影响[J]. 疑难病杂志,2021,20 (10): 982-986.
- [2]邓宏官,陈亮江,骆琦琪. 培美曲塞治疗化疗和靶向治疗失败的晚期非小细胞肺癌患者的疗效[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31 (17): 150-152.
- [3]吴晋周,靳建旭,刘林涛. 参芪扶正注射液联合培美曲塞钠+顺铂化疗方案治疗晚期非小细胞肺癌的疗效研究[J]. 癌症进展,2021,19 (13): 1341-1344.
- [4]金焯,戴莉莉,秦斌斌,沈斌,刘炎,郑琪. 培美曲塞联合顺铂与吉西他滨联合顺铂治疗 IIIB、IV 期非小细胞肺癌的疗效比较[J]. 癌症进展,2021,19 (10): 1015-1018+1026.
- [5]张光照,杜佳辉,袁五营. 培美曲塞与多西他赛联合顺铂治疗晚期非小细胞肺癌患者的临床对比研究[J]. 实用医院临床杂志,2021,18 (03): 56-59.
- [6]宣向飞,雷莲莲. 培美曲塞二钠联合顺铂治疗晚期非小细胞肺癌的疗效观察[J]. 中国肿瘤临床与康复,2021,28 (04): 466-469.
- [7]崔当鸽,崔粉鸽,舒细娥,高娟碧,胡佳雯. 吉西他滨或培美曲塞联合顺铂治疗晚期非小细胞肺癌的临床比较研究思路总结[J]. 医学食疗与健康,2021,19 (02): 79-80.
- [8]薛向生,刘菊名,薛小超. 培美曲塞、顺铂化疗联合吉非替尼治疗表皮生长因子基因突变晚期非小细胞肺癌临床观察[J]. 肿瘤基础与临床,2020,33 (06): 502-503.
- [9]郑云威,黄国定,卢安全. 阿法替尼和顺铂分别联合培美曲塞治疗晚期非小细胞肺癌的疗效分析[J]. 中华肺部疾病杂志 (电子版),2020,13 (04): 470-474.
- [10]张颖,陈美元,张志国,宋春青,赵丽陆,陆汉红,韩磊. 以培美曲塞为基础治疗晚期非小细胞肺癌疗效与亚甲基四氢叶酸还原酶 C677T 基因多态性相关性的 Meta 分析[J]. 临床药物治疗杂志,2020,18 (08): 49-56.
- [11]刘裕祥,郭瑞华,杨权烈. 培美曲塞联合顺铂治疗非小细胞肺癌患者的效果及对其生存质量的影响[J]. 中华灾害救援医学,2020,8 (08): 443-445.
- [12]Zhang Mingchun, Song Caiyun, Zhu Jiazhen. Effect and survival observation of Kanglixin capsule combined with pemetrexed and cisplatin regimen in treating advanced non-small cell lung cancer [J]. Chinese Drug and Clinical Medicine, 2020,20 (10): 1647-1650.

贝伐珠单抗联合化疗对肺癌恶性胸腔积液的治疗有效性及安全性探讨

谢霞 李俊霞

广饶县人民医院 257300

摘要:目的: 贝伐珠单抗联合化疗对肺癌恶性胸腔积液的治疗有效性及安全性探讨。方法: 选取在我院实施诊治的 76 例肺癌恶性胸腔积液患者为研究对象, 治疗期间均为 2020 年 3 月-2022 年 6 月, 按照对照实验要求, 将患者按照随机数字表法分组处理, 分为 2 组实验组和对照组, 每组 38 例, 均开展化疗方案, 实验组肺癌恶性胸腔积液患者在化疗方案基础上联合贝伐珠单抗治疗, 比较对于患者治疗有效性和安全性。结果: 两组肺癌恶性胸腔积液患者治疗有效率, 实验组高于对照组, $P<0.05$; 治疗前两组肺癌恶性胸腔积液患者 VEGFR 水平和 VEGF 水平没有显著差异, 治疗之后, 实验组患者 VEGFR 和 VEGF 水平均低于对照组, $P<0.05$; 治疗前, 两组肺癌恶性胸腔积液患者生活质量评分没有显著差异, 治疗之后, 实验组患者生活质量评分高于对照组, $P<0.05$; 两组肺癌恶性胸腔积液患者腹泻、呕吐、骨髓抑制发生率比较, 无显著差异 ($P>0.05$)。结论: 对肺癌恶性胸腔积液患者在临床治疗期间, 实施贝伐珠单抗联合化疗, 能有效控制疾病进展, 延长生存时间, 且不会增加不良反应。

关键词: 肺癌恶性胸腔积液; 贝伐珠单抗; 化疗; 有效性; 安全性

肺癌疾病患者人数逐年升高, 肺癌的发病机制迄今未完全明确, 与吸烟、空气污染、职业致癌因子、饮食、遗传等因素有关。超过一半的肺癌进展期患者, 会出现恶性胸腔积液。肺癌恶性胸腔积液患者症状还是比较典型, 会造成胸闷、呼吸困难等症状表现, 胸腔积液不断地严重化发展^[1]。会导致出现压迫肺部的情况, 引起肺不张, 肺癌恶性胸腔积液患者也会出现肺部感染造成死亡, 对于患者生命安全造成了严重威胁^[2]。现阶段临床针对肺癌恶性胸腔积液患者主要实施化疗、胸腔局部注药、置管引流等治疗方案, 对于患者疾病症状缓解有一定的作用效果, 当然相关的研究也表明, 肺癌恶性胸腔积液发生与血管内皮细胞生成因子有较为直接的关系^[3]。因此临床针对肺癌恶性胸腔积液患者治疗方案探究中, 可以从抑制血管内皮细胞生成因子来改善疾病症状, 贝伐珠单抗作为血管内皮细胞生长因子抑制剂。本文就将对比探究化疗联合贝伐珠单抗对于肺癌恶性胸腔积液患者治疗有效性进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取在我院实施诊治的 76 例肺癌恶性胸腔积液患者为研究对象, 治疗期间均为 2020 年 3 月-2022 年 6 月, 按照对照实验要求, 将患者按照随机数字表法分组处理, 分为 2 组实验组和对照组, 每组 38 例, 均开展化疗方案, 实验组肺癌恶性胸腔积液患者在化疗方案基础上联合贝伐珠单抗治疗。实验组: 38 例肺癌恶性胸腔积液患者中, 男性: 女性=23: 15, 年龄分布区间情况, 上下限分别为 76 岁、24 岁, 均值 (49.85 ± 10.13) 岁, 病程区间 3-5 年, 平均 (4.51 ± 0.26) 年, 卡氏功能评分 70-90 (改为 70-90) 分, 平均 (80.56 ± 3.26) 分; 对照组: 38 例肺癌恶性胸腔积液患者中, 男性: 女性=25: 13, 年龄分布区间情况, 上下限分别为 77 岁、22 岁, 均值 (50.03 ± 10.21) 岁, 病程区间 3-5 年, 平均 (4.49 ± 0.24) 年, 卡氏功能评分 70 (改为 70) -90 分, 平均 (80.85 ± 3.21) 分。两组患者一般资料比较无显著差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

两组肺癌恶性胸腔积液患者在治疗期间, 均要为患者实施穿刺引流, 应用临床检查方案明确患者出现胸腔积液的位置, 应用胸腔引流排除积液, 之后需要实施药物灌注治疗, 为了更好地优化药物治疗的效果, 促进药物和胸膜组织接触, 应该指导患者处于适当的体位状态。实施化疗治疗方案, 单纯应用顺铂化疗, 顺铂 (批准文号: 国药准字 H20040813, 生产厂家: 江苏豪森药业集团有限公司) 胸腔灌注, 剂量 $60\text{mg}/\text{m}^2$, 每三周化疗 1 次。

实验组肺癌恶性胸腔积液患者在对照组治疗方案基础上, 联合贝伐珠单抗治疗, 贝伐珠单抗注射液 (齐鲁制药有限公司, 国药准字 S20190040) $5\text{mg}/\text{kg}$, 每两周给药一次, 或 $7.5\text{mg}/\text{kg}$, 每 3 周给药一次。

1.3 观察指标

(1) 肺癌恶性胸腔积液患者治疗效果, 按照 WHO 统一的标准划分为完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、稳定 (SD)、进展 (PD), 总有效率全缓解 (CR)+部分缓解 (PR), 计算两组患者治疗的有效率;

(2) VEGFR (血管内皮生长因子受体) 和 VEGF (血管内皮生长因子) 水平比较, 应用酶联免疫吸附试验, 治疗之后 VEGFR 和 VEGF 水平降低程度越高, 实施治疗方案效果越好;

(3) 生活质量, 比较两组肺癌恶性胸腔积液患者实施治疗前后生活质量优化效果, 采取 SF-36 量表评定患者生活质量, 评估患者生活质量指标包括睡眠状态、躯体功能、心理状态和社会功能, 各项指标的总分均为 100 分, 评分越高实施治疗效果越好;

(4) 腹泻、呕吐、骨髓抑制发生率, 比较两组肺癌恶性胸腔积液患者实施治疗期间不良反应发生率越低实施治疗方案安全程度越高。

1.4 统计学方法

SPSS21.0 数据处理, 计量资料 ($\bar{x}\pm s$), t 检验, 计数资料 ($n\%$), 卡方检验, 用 $P<0.05$ 表示有意义。

2 结果

2.1 患者治疗有效率

两组肺癌恶性胸腔积液患者治疗有效率, 实验组高于对照组, $P<0.05$ 。

表 1 治疗有效率比较 ($n\%$)

组别	例数	CR	PR	SD	PD	有效率
实验组	38	20 (52.63)	14 (36.84)	4 (10.53)	0 (0.00)	34 (89.47)
对照组	38	10 (26.32)	14 (36.84)	10 (26.32)	4 (10.53)	24 (63.16)
χ^2	--	--	--	--	--	7.27
P	--	--	--	--	--	0.00

2.2 治疗前后 VEGFR 水平和 VEGF 水平比较

治疗前两组肺癌恶性胸腔积液患者 VEGFR 水平和 VEGF 水平没有显著差异, 治疗之后, 实验组患者 VEGFR 和 VEGF 水平均低于对照组, $P<0.05$ 。

表2 VEGFR 水平和 VEGF 水平比较 (X±S, pg/ml)

组别	例数	VEGF 水平		VEGFR 水平	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	38	384.45±49.51	165.58±10.59	68.15±7.45	25.48±5.65
对照组	38	386.42±51.02	222.42±19.56	69.02±7.58	51.62±7.98
t	--	0.17	15.75	0.50	16.48
P	--	0.86	0.00	0.61	0.00

2.3 生活质量

治疗前,两组肺癌恶性胸腔积液患者生活质量评分没有显著差异,治疗之后,实验组患者生活质量评分高于对照组,P<0.05。

表3 生活质量评分比较 (X±S, 分)

指标		实验组 (n=38)	对照组 (n=38)	t	P
睡眠状态	治疗前	58.41±5.12	59.02±5.32	0.50	0.61
	治疗后	75.48±3.65	69.52±4.12	6.67	0.00
躯体功能	治疗前	60.02±5.85	59.63±5.69	0.29	0.76
	治疗后	79.36±4.16	69.86±4.36	9.71	0.00
心理状态	治疗前	49.52±3.65	50.06±4.85	0.54	0.58
	治疗后	69.54±2.56	56.69±3.52	18.19	0.00
社会功能	治疗前	63.56±5.16	63.05±5.36	0.42	0.67
	治疗后	80.02±4.51	71.56±4.56	8.13	0.00

2.4 腹泻、呕吐、骨髓抑制发生率

两组肺癌恶性胸腔积液患者腹泻、呕吐、骨髓抑制发生率比较,无显著差异(P>0.05)。

表4 腹泻、呕吐、骨髓抑制发生率 (n, %)

组别	例数	腹泻	呕吐	骨髓抑制	发生率
实验组	38	1 (2.63)	1 (2.63)	0 (0.00)	2 (5.26)
对照组	38	2 (5.26)	1 (2.63)	0 (0.00)	3 (7.89)
X ²	--	--	--	--	0.21
P	--	--	--	--	0.64

3 讨论

肺癌患者疾病不断恶化发展,到了晚期阶段会伴随产生恶性胸腔积液症状,主要是由于多种因素导致的血液与淋巴液回流受到阻碍,致使毛细血管通透性上升,分泌出较多的血管内皮生长因子,导致患者出现恶性胸腔积液症状^[4]。而且血管通透性上升,分泌出的较多血管内皮生长因子会进一步导致毛细血管通透性恶化上升,促使产生肿瘤血管,导致大分子物质血浆白蛋白可以通过血管进入到患者胸腔内部,出现了胸腔积液^[5]。该种疾病症状无法根治,在这种情况下需要控制恶性胸腔积液的进展是主要的治疗手段,能够为患者优化生存质量,缓解临床症状^[6]。现阶段针对恶性胸腔积液患者采取的诊疗措施,一般包括局部治疗和全身性治疗两种措施,全身性治疗又包括靶向治疗和化疗,能够有效地暂时缓解症状,其治疗效果较好^[7]。但是与局部治疗相比,全身性治疗导致患者的用药浓度差别比较大,无法将用药浓度集中分布在患者胸腔内部,对于恶性胸腔积液症状改善效果比较缓慢,影响了患者临床康复有效性^[8]。贝伐珠单抗属于血管靶向药物,药物在患者临床治疗过程中应用主要发挥特异性结合,拮抗作用主要是能与血管内皮生长因子结合,抑制与受体相互之间的作用,从而控制肿瘤细胞增生,促使肿瘤细胞退化减少因子释放,从而控制疾病症状,避免了疾病不断恶化^[9]。当然相关的研究报告也显示,使用该种药物在临床治疗过程中会导致患者出现高血压、血栓、肺出血等不良症状,还会伴随产生心绞痛蛋白尿,因此在治疗过程中应用要

注意评估患者身体状况,不可以应用于凝血功能障碍的患者身上,避免出现不良症状影响患者的生命健康^[10]。临床针对肿瘤疾病患者常用药物中,包括顺铂,临床应用之后是使用胸腔灌注会导致脏壁层胸膜发生化学性炎症而粘连,限制了胸腔积液产生,可以直接作用于患者的胸膜及胸腔积液中的肿瘤细胞。在临床应用中应用联合治疗的方案,能够有效提升临床疾病诊疗的效果,在临床的应用过程中,就需要采取局部用药的措施,对于患者机体造成的伤害较小,还能够提升患者临床治疗依从性保障治疗安全。相关学者针对院内治疗的患者治疗效果以及治疗安全性分析可以看到采取联合治疗方案的患者,诊疗效果要高于对照组,而且患者的5年生存期要高于普通治疗患者。联合用药之后能够保障较高的用药安全性,患者在临床诊疗阶段配合度也有所上升,能够保障较高的疾病康复率,相关研究表明联合治疗方案,对于肺癌恶性胸腔积液患者进行干预之后,患者的耐受程度有所提升,临床依从性也可以得到显著的优化,药物干预之后患者的康应用药物干预之后,患者的康复效果得到了优化,同时还会改善患者的生活质量,针对两组患者生活质量评分比较发现实施联合治疗方案的患者生活质量评分较高,避免了疾病恶化对于患者造成的负担,有效地控制了疾病进展,提升了患者生活质量,保障了生存期,而且在应用过程中,用药安全性也可以得到保障,患者在治疗期间不良反应的发生率较低。

两组肺癌恶性胸腔积液患者治疗有效率,实验组高于对照组,P<0.05;治疗前两组肺癌恶性胸腔积液患者 VEGFR 水平和 VEGF 水平没有显著差异,治疗之后,实验组患者 VEGFR 和 VEGF 水平均低于对照组,P<0.05;治疗前,两组肺癌恶性胸腔积液患者生活质量评分没有显著差异,治疗之后,实验组患者生活质量评分高于对照组,P<0.05;两组肺癌恶性胸腔积液患者腹泻、呕吐、骨髓抑制发生率比较,无显著差异(P>0.05)。

综上所述,对肺癌恶性胸腔积液患者在临床治疗期间,实施贝伐珠单抗联合化疗,能有效控制疾病进展,延长生存时间,且不会增加不良反应。

参考文献:

[1]杜中英,柳芳,崔慧娟.放疗后使用贝伐珠单抗致气管纵膈1例并文献复习[J].中国药房,2022,33(12): 1500-1505.

[2]张铁群,琚长斌,李芳,等.非小细胞肺癌患者贝伐珠单抗相关不良反应临床分析[J].药物不良反应杂志,2022,24(05): 233-238.

[3]张琪琳,丁玉峰,戴冰,等.培美曲塞联合贝伐珠单抗维持治疗晚期非鳞状非小细胞肺癌成本-效果分析[J].中国药业,2022,31(10): 106-111.

[4]李亚男,杨文雨,刘哲峰.程序性死亡蛋白配体-1表达阴性的晚期非鳞非小细胞肺癌患者程序性死亡蛋白-1抑制剂联合化疗与贝伐珠单抗联合化疗的疗效对比及生存分析[J].肿瘤综合治疗杂志,2022,8(02): 93-98.

[5]郝志强,刘波,杨海洋,等.贝伐珠单抗联合替莫唑胺后线治疗难治性脑转移瘤的临床疗效[J].内蒙古医学杂志,2022,54(04): 410-412.

[6]陈海潮,杨森森,邓为上,等.贝伐珠单抗生物类似药和原研药治疗非小细胞肺癌有效性、安全性和免疫原性的Meta分析[J].中国药房,2022,33(08): 1003-1008.

[7]李冬,岳成山,胡勇,等.VEGFR2-V297I位点基因多态性与贝伐珠单抗联合全脑放疗对非小细胞肺癌脑转移患者的疗效及相关性研究[J].徐州医科大学学报,2022,42(04): 248-254.

[8]李强.同步调强放疗联合紫杉醇与贝伐珠单抗注射液治疗老年局部晚期非小细胞肺癌患者的疗效评价[J].当代医学,2022,28(12): 20-23.

[9]辛鑫,梁志伟,余会敏,等.支气管动脉化疗栓塞术联合贝伐珠单抗治疗中晚期非小细胞肺癌患者的疗效及其对血浆miR-200a和miR-375表达水平的影响研究[J].实用心脑血管病杂志,2022,30(04): 37-41.

[10]侯俊杰,米旭光,李孝男,等.贝伐珠单抗联合紫杉醇治疗非小细胞肺癌过程中并发支气管胸膜瘘1例报告及文献复习[J].吉林大学学报(医学版),2022,48(02): 513-517.

标准化心脏康复临床护理在 PCI 术后心脏康复中的有效运用

张寒

成武县人民医院 山东成武 274200

摘要：目的 探讨标准化心脏康复临床护理在 PCI 术后心脏康复中的有效运用。方法 从本院选取 2020 年 10 月到 2022 年 3 月间收治的 82 例成功接受 PCI 术的患者，随机抽签法分 2 组。对照组：常规护理，观察组：标准化心脏康复护理。就生活质量、满意度、康复依从性、心功能指标展开观察。结果 干预前，观察组生活质量各指标同对照组不存在差异， $P>0.05$ ；经干预，观察组生活质量各指标同对照组相较都更高， $P<0.05$ 。观察组总满意度是 95.12%，同对照组 75.61%相较更高， $P<0.05$ 。观察组总康复依从率是 95.12%，同对照组 78.05%相较更高， $P<0.05$ 。干预前，观察组各心功能指标同对照组相较不存在差异， $P>0.05$ ；经干预后，观察组 LAVImax 值同对照组相较更小，而 LVEF 值、CI 值同对照组相较更大， $P<0.05$ 。结论 为行 PCI 术的病患加入标准化心脏康复护理，病患心功能指标、生活质量均会得到显著优化，且满意度、康复依从性佳，临床价值好，值得继续推崇。

关键词 标准化心脏康复护理；PCI 术；心脏康复

于临床中 PCI 术常被用于冠心病等心血管病症的治疗中，通过该疗法将血管得以扩张、疏通，促使病患组织供血得以改善，减缓心肌损伤，最终实现维护心功能的目的^[1]。但是于术后，必须要警惕并发症情况，及时为病患提供高效的预防措施，从而优化预后。于干预工作中，需要充分考虑会对并发症产生影响的因素，及时展开预防性干预，从而为病患心脏功能恢复提供坚实保障^[2]。基于此，本文中就于 PCI 术后加入标准化心脏康复干预后的效果展开了论述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 82 例成功接受 PCI 术的患者，随机抽签法分 2 组，每组 41 例。对照组男、女人数各是 24、17；年龄 45-71 岁，中位值（57.69±8.97）岁。观察组男、女人数各是 25、16；年龄 46-71 岁，中位值（56.97±8.85）岁。纳排标准：此次入组病患均成功接受 PCI 术，不存在手术禁忌症；病患、家属对此研究内容已知悉，并签署同意书。将①重要脏器存在严重障碍；②并发恶性肿瘤；③精神、认知有障碍，不能正常交流，不能自主配合各项医务进展；④依从性差，中途退组；⑤基准资料不全者全部排除。两组一般资料，汇总后得 $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组：常规护理。对病患心率、呼吸和血氧等基础指征做好监测，于此期间向病患讲述自身病症知识、恢复锻炼、营养干预用药干预等相关内容。

观察组：标准化心脏康复护理。①心理干预。面对病患，应高度重视其情绪变化，为其制定相应的情绪疏导策略，多给予其鼓励、自我暗示，通过同病患聊天等方法促使其注意力转移，从而消解其负性情绪，让其能够正确的看待病症，使其积极生活。②循证用药。遵照医嘱为病患提供抗凝等药物，将用药时间、用量、注意事项、不良反应等内容详细同其讲述，为其提供药物咨询服务，指导其能够按时用药。③饮食、营养干预。全面依照病患营养和饮食习性为其提供健康饮食指南，叮嘱其避开高盐、高糖、高脂食品雷区，多食蛋白质、维生素含量高的食品，饮食应清淡、易消化，不可食生冷、刺激食品，通过营养补充促使其体质得以改善，进而加快康复进程^[3]。并且要叮嘱病患忌烟酒，家属做好监督，劝导其将不正确生活习性悉数纠正。④运动训练。于术后初期，指导病患做一些基本体力恢复、生活能力方面运动，如坐立、站立、慢走、上下楼梯等简单训练，依照病患身体状况将运动量控制好，并对其血压、心率做好监测，若静息心率高于 20 次/min 时应适当减小运动量^[4]。于术后 2-5 周，充分依照病患康复状况为其提供相应运动计划，每周至少做 3 次左右中强度的运动，具体包括有氧运动，如行走、慢跑等，单次训练时长不少于 30min，之后可以逐渐的延长运动时间，并提升运动强度；也可行平衡训练，如借助平衡垫亦或器械展开训练，减少跌倒风险^[5]；还可行柔韧性训练，如躯体、四肢关节拉伸等，要缓慢进行，使呼吸保持正常，单次训练时长约 10min^[6]。待病患出院后应指导其继续运动，可以依照其喜好为其选择相应运动种类，如慢走、乒乓球等，指导病患展开持续终身训练，要合理训练，强度不可过大，若运动期间出现不适感后，马上终止，并联系医生复诊。⑤随访。医护人员借助电话、微信

等方法定期展开随访，以此了解病患康复情况，对其饮食、运动习性作出了解、监督，并对病患所存在的问题及时作出解决，告知其定期复诊，将潜在危险因素有效规避。

1.3 观察指标

①生活质量：依照生活质量测评表就所有病患干预前和干预后的生活质量作出测评，涉及到躯体疼痛、社会职能等 4 方面指标，每一项指标对应总分是 100 分，均依照正向积分，分数越高则表示生活质量越佳^[7]。②满意度：依照本院自制的满意度调查表就两组病患对此次干预效果的满意度作出评价，共计 100 分，其中分值范围在 80-100 分之间则被视为满意；分值范围在 60-80 分之间则被视为一般满意；分值小于 60 分则被视为不满意^[8]。③康复依从性：总依从性量表评分值是 100 分，若评分值高于 100 分则被视为非常依从；若评分值在 70-90 分范围内则被视为基本依从；若评分值小于 70 分则被视为不依从^[9]。④心功能：依照超声心电图仪检测心功能，左心房最大容积指数（LAVImax）、左室射血分数（LVEF）、心脏指数（CI）。

1.4 统计分析

本统计软件版本：SPSS23.0，计量资料： $(\bar{x} \pm s)$ ，行 t 检验，计数资料：n%，行 χ^2 检验，统计结果参照 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 生活质量比对

干预前，观察组生活质量各指标同对照组不存在差异， $P>0.05$ ；经干预，观察组生活质量各指标同对照组相较都更高， $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 生活质量比对（n=41；分）				
组别	生理机能		社会职能	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	63.01±6.59	91.23±7.26	63.21±6.59	89.97±7.85
对照组	63.11±6.49	84.56±7.59	63.58±6.38	81.21±7.31
t	0.069	4.066	0.258	5.229
P	0.945	0.000	0.797	0.000

续表 1				
组别	躯体疼痛		精神健康	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	62.39±6.35	87.21±7.59	62.11±6.49	90.01±7.68
对照组	62.91±6.42	80.31±7.39	62.38±6.52	82.31±7.38
t	0.369	4.171	0.188	4.629
P	0.713	0.000	0.851	0.000

2.2 满意度比对

观察组总满意度是 95.12%，同对照组 75.61%相较更高， $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 满意度比对 (n=41; %)

组别	满意	一般满意	不满意	总满意度
观察组	29 (70.73)	10 (24.39)	2 (4.88)	39 (95.12)
对照组	19 (46.34)	12 (29.27)	10 (24.39)	31 (75.61)
χ^2	/	/	/	8.838
P	/	/	/	0.003

2.3 康复依从性比对

观察组总康复依从率是 95.12%，同对照组 78.05%相较更高，P<0.05。见表 3。

表 3 康复依从性比对 (n=41; %)

组别	非常依从	基本依从	不依从	总依从率
观察组	28 (70.73)	11 (26.83)	2 (4.88)	39 (95.12)
对照组	18 (43.90)	14 (34.15)	9 (21.95)	32 (78.05)
χ^2	/	/	/	7.278
P	/	/	/	0.007

2.4 心功能指标比对

干预前，观察组各心功能指标同对照组相较不存在差异，P>0.05；经干预后，观察组 LAVImax 值同对照组相较更小，而 LVEF 值、CI 值同对照组相较更大，P<0.05。见表 4。

表 4 心功能指标比对 (n=41)

组别	LAVImax (mL/m ²)		LVEF (%)		CI[L/ (min.m ²)]	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	35.64±5.32	29.16±5.64	42.09±7.11	50.67±7.45	2.21±0.51	3.22±0.31
对照组	35.91±5.29	30.62±6.01	42.15±6.78	45.21±7.59	2.19±0.49	2.78±0.29
t	0.230	1.134	0.039	3.287	0.181	6.637
P	0.818	0.260	0.969	0.002	0.857	0.000

3 讨论

老龄化的普及，居民生活方式、饮食习性均出现了一系列变化，精神压力也逐渐增大，患发心血管病的人数日渐增多，对病患身心健康会产生诸多负影响^[10]。临床中针对此病通常行 PCI 术，通过该疗法使狭窄或阻塞的血管得以疏通，改善心肌血流灌注，从而缓解病症对病患生命安危产生的影响，即便行手术后，病患于术后其生活能力亦会有所降低，加之此类病患于日常生活中会遇到诸多危险因素，若是生活习性不健康、情绪状况不佳，极易造成复发等不利现象^[11]。加之此类病患的年龄通常都较大，术后极易出现并发症，因而必须要配合高效干预指导，以此将不良反应有效规避。

以往所行的常规干预多是通过体征监测术后并发症情况进行预防，但病患所需的卧床时间久，对心功能恢复无益，尤其是针对高龄病患会更不利于其早日康复^[12]。同常规干预相较，为此类病患加入标准化心脏康复干预更为适宜。

心脏康复干预中包含了一整套系统性的康复计划，涉及的领域较广，有心理、饮食、用药和运动等多个层面。具体体现在以下几点：首先，高效的心理疏导可以帮助病患摆脱负性心理，可以规避由负性心理所产生的不良影响，帮助其树立起康复训练的信心^[13]。然后指导病患健康饮食可以为其提供所需营养，以免由饮食不当对机体康复产生负影响。其次，指导病患遵医用药，可以加快其康复进程。再者，充分依照病患康复现状指导其展开运动训练，先从最简单的站立、行走开始，后逐步展开有氧运动、柔韧性训练等，促使其肺耐力提升，继而使其呼吸、循环功能得以改善，最终提升运动耐力。具有规律性的运动能够帮助病患改善其心脏的收缩、舒张能力，加快血液循环，提升外周氧利用、心肌灌注，从而提升心功能。同时运动耐力得以提升后可以有效规避冠脉狭窄，并将冠脉扩张能力提升，可以更好的对抗心力衰竭等相关危险因素。最后，重视随访能够对病患康复训练情况作出督促，帮助其拥有健康生活习性，针对病患遇到的问题及时帮助其解决，并告知其定期复诊，规避潜在风险。

本文中干预前，观察组生活质量各指标同对照组不存在差异，P>0.05；经干预，观察组生活质量各指标同对照组相较都更高，P<0.05。观察组总满意度是 95.12%，同对照组 75.61%相较更高，P<0.05。观察组总康复依从率是 95.12%，同对照组 78.05%相较更高，P<0.05。干预前，观察组各心功能指标同对照组相较不存在差异，P>0.05；经干预后，观察组 LAVImax 值同对照组相较更小，而 LVEF 值、CI 值同对照组相较更大，P<0.05。进一步证实该干预模式存在诸多优势，从病患生理、心理等诸多方面提供一系列干预措施，提升舒适度，指导其加强锻炼，促使心功能得以提升，并对生活习性作出指导，优化生活质量。

综上所述，为行 PCI 术的病患加入标准化心脏康复护理，病患心功能指标、生活质量均会得到显著优化，且满意度、康复依从性佳，临床价值好，值得继续推崇。

参考文献：

[1]黄晓欣.阶梯式个体化护理干预在急性心肌梗死患者 PCI 术中的应用[J].心血管病防治知识,2022,12 (02): 55-58.

[2]彭欢欢,潘华福,辛宗妍,等.自制看图对话工具对 PCI 术后患者心脏康复依从性的影响研究[J].现代中西医结合杂志,2021,30 (35): 3958-3962.

[3]张利娟,彭倩,杨晨.早期路径心脏康复对急性心肌梗死冠状动脉介入治疗术后心功能与心血管不良事件的影响[J].黑龙江医学,2021,45 (20): 2135-2137.

[4]张文,周丽,钟远慎.早期心脏康复程序护理对经桡动脉入冠脉介入术病人术后心功能及生活质量的影响[J].全科护理,2021,19 (29): 4104-4106.

[5]诺琴,潘红,杨晋.心脏康复综合护理对心肌梗死介入治疗患者的疗效及不良情绪的改善作用研究[J].心血管病防治知识,2021,11 (20): 90-92.

[6]刘洋.行为转变护理干预在冠心病 PCI 术后患者心脏康复管理中的应用[J].中国医药指南,2021,19 (17): 193-194.

[7]杜婷婷.家庭心脏康复运动联合延伸护理对冠心病 PCI 术后心功能的影响[J].医学理论与实践,2021,34 (05): 873-875.

[8]李一聪,秦庆祝,范晓青.结局回溯性教育联合康复护理在冠心病 PCI 术患者术后二级预防中的应用[J].护理实践与研究,2021,18 (05): 704-707.

[9]梁振娥,颜羽,莫小玲,等.基于行为转变理论的心脏康复护理干预对冠心病患者 P CI 术后心功能和生活质量的影响研究[J].心血管病防治知识,2021,11 (07): 79-82.

[10]张娜,郑鹏.早期心脏康复对急性心肌梗死 PCI 术患者康复效果的影响[J].中国卫生标准管理,2021,12 (03): 129-131.

[11]银洪利,唐蓉,谈莉莉.系统化心脏康复护理对急性心肌梗死患者 PCI 术后心功能及生活质量的影响[J].心血管病防治知识,2020,10 (22): 74-76.

[12]邵丽香,张艳红,伦爱美,等. I 期心脏康复七步训练法用于急性 ST 段抬高型心肌梗死急诊 PCI 术后患者的效果[J].齐齐哈尔医学院学报,2019,40 (13): 1710-1711.

[13]蔡颂娟,杨广龙,倪雅兰,等.心脏康复护理在心肌梗死 PCI 术后的应用[J].中国继续医学教育,2020,12 (17): 175-177.

高血压患者采用硝苯地平缓释片治疗对其疗效及症状改善的作用

郭勇

张掖市中医医院 甘肃张掖 734000

摘要: 目的 此次研究观察对高血压患者实施硝苯地平缓释片治疗对症状改善的影响和疗效作用。方法 从我院 2021 年 4 月至 2022 年 4 月选取 200 例患者参与研究, 随机分为观察组、对照组, 各 100 例, 对照组实施非洛地平缓释片治疗, 观察组采取硝苯地平缓释片治疗, 比较两组患者的治疗效果。结果 观察组治疗有效率高于对照组; 血压水平低于对照组; 生活质量评分均高于对照组; 睡眠质量高于对照组; 症状改善效果高于对照组; 不良反应发生率低于对照组 ($P<0.05$)。结论 对高血压患者实施硝苯地平缓释片进行治疗, 不仅能够有效缓解患者的血压水平, 还能够提升患者的生活和睡眠质量, 症状改善情况较为明显, 建议临床中推广使用。

关键词: 高血压; 硝苯地平缓释片; 疗效; 症状改善

0 引言

高血压在我国属于比较常见的疾病, 具有较高的发病率, 由于我国人们的生活和饮食结构发生了变化, 所以近几年高血压的发病率不断提升, 并且逐渐向着年轻化发展, 因此高血压疾病引起了临床的重点关注^[1-2]。随着我国医学的不断进步, 对高血压的发病机制以及诱发原因进行了深入的研究和分析, 高血压是诱发肾衰竭、心血管等疾病的高危因素, 并且该疾病在临床中主要表现为失眠、浑身乏力、头部疼痛、视力障碍、耳鸣眼花^[3-4]。高血压疾病若不进行及时有效的治疗, 就会引发较多的并发症对人们的健康产生了极大的威胁。临床中认为高血压疾病主要以体循环动脉血压上升为主要特征, 简单的来说就是人体中的血压水平异常。临床认为 60~90 mmHg 为舒张压的正常范围, 90~140 mmHg 为收缩压的正产范围, 若血压水平超出了正常的水平就表示血压出现了异常^[5]。高血压直到目前为止还没有寻找到根治的办法, 需要终生服药属于一种终生的慢性疾病, 因此该疾病对于患者的治疗依从性要求较高^[6-7]。高血压的特点之一就是病程比较长, 患者的临床症状会随着病程的延长而加重, 对患者的身体产生严重影响。如果患者在发生高血压后没有进行及时的控制, 就会大大提升患者发生心血管疾病的风险。目前临床中对于该疾病的治疗多采取保守治疗的办法, 通过药物对其血压进行控制, 期间还需要对患者的生活及饮食习惯实施干预, 确保治疗效果的进一步提升^[8-9]。近几年对高血压的研究中发现, 对患者实施硝苯地平缓释片进行治疗, 能够取得良好的治疗效果。为了进一步研究该药物对高血压患者症状的改善效果, 我院对 2021 年 4 月至 2022 年 4 月选取的 200 例患者分析实施不同药物治疗, 对比两组患者的临床疗效, 研究见下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次研究选我院 2021 年 4 月至 2022 年 4 月选取 200 例, 随机分为两组进行不同药物的治疗, 两组资料对比无显著差异 ($P>0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者资料对比 ($n, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	女 性	男 性	病程(y)	平均病程(y)	年龄(y)	平均年龄(y)
观察组	100	48	52	1~11	5.24±2.15	20~80	52.64±4.97
对照组	100	46	54	1~12	5.31±2.24	20~80	52.58±4.89
t					0.225		0.086
P					0.821		0.931

入选标准: (1) 经过检查确诊为高血压者; (2) 所有患者知情并同意参加本研究; (3) 意识清楚, 能够独立清晰的回答各项问题; (4) 研究伦理委员批准。

排除标准: (1) 存在全身血液系统疾病者; (2) 存在严重感染性疾病者; (3) 沟通困难, 临床配合度极差者; (4) 存在相关用药禁忌证; (5) 肝、肾等重要脏器发生病变; (6) 合并严重凝血功能障碍者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

所有患者在入院后均实施血压的检测, 收集患者的资料并对患者的病情状况、饮食习惯、生活习惯等进行全面掌握, 在治疗期间需要对生活和饮食进行控制, 降低其他因素对疾病

治疗的影响。对照组患者采取非洛地平缓释片进行治疗, 初始服用该药物时, 剂量可以控制在每天 5 mg, 药物剂量依照患者的实际情况进行调整, 在剂量调整阶段时间间隔不低于 2 周, 在持续治疗 4 周之后进行血压的检验。

1.2.2 观察组

观察组采取硝苯地平缓释片实施治疗, 通过口服的方式进行用药, 每天服用一次剂量控制在 20 mg, 需要依照患者的实际情况进行药物剂量调整, 持续治疗 4 周, 然后进行各项研究指标的测评。

1.3 观察标准

- (1) 比较两组患者的治疗有效率, 分为显效、有效、无效, 治疗总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。
- (2) 比较两组患者的血压水平。
- (3) 使用 SF-36 量表对患者的生活质量进行评分和对比。
- (4) 使用我院自制的量表对患者的睡眠质量进行测评。
- (5) 观察两组症状改善的效果。
- (6) 比较两组患者不良反应的发生率。

1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS 24.0 软件中分析, 计量资料比较采用 t 检验, 并以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料采用 χ^2 检验, 并以 (%) 表示, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者治疗有效率

观察组治疗有效率高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组治疗有效率对比 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	100	57 (57.00)	40 (40.00)	3 (3.00)	97 (97.00)
对照组	100	38 (38.00)	50 (50.00)	12 (12.00)	88 (88.00)
χ^2					5.837
P					0.016

2.2 比较两组患者血压水平

观察组血压水平低于对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 比较两组患者血压水平 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	例数	收缩压		舒张压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	152.75±25.86	125.01±19.57	121.29±17.76	80.64±14.68
对照组	100	152.67±26.10	142.37±23.78	121.52±17.84	95.75±16.59
t		0.021	5.636	0.091	6.820
P		0.982	0.000	0.927	0.000

2.3 比较两组患者生活质量评分

观察组生活质量评分高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	社会功能		躯体质量		角色功能		情绪功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察	100	68.37±3.59	79.97±3.63	67.58±5.51	82.96±4.01	65.84±3.05	85.49±3.37	68.49±3.19	82.32±3.25

组								
对	68.67±3.05	74.43±2.24	67.67±5.28	75.37±3.67	65.67±3.28	74.37±3.28	68.12±3.67	74.48±2.75
照	100							
组								
<i>t</i>	0.636	12.987	0.117	13.962	0.379	23.646	0.760	18.415
<i>P</i>	0.525	0.000	0.906	0.000	0.704	0.000	0.447	0.000

2.4 比较患者患者睡眠质量

观察组患者睡眠质量高于对照组，差异显著（*P*<0.05），见表 5。

表 5 两组睡眠质量评分对比（ $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	例数	睡眠效率	入睡时间	睡眠时间	睡眠质量
观察组	100	1.84±0.48	1.10±0.39	1.69±0.49	1.48±0.58
对照组	100	2.59±0.52	2.75±0.25	2.59±0.51	2.76±0.50
<i>t</i>		10.598	35.618	12.725	16.715
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 比较两组患者症状改善状况

观察组症状改善情况高于对照组，差异显著（*P*<0.05），见表 6。

表 6 比较两组患者症状改善状况[*n*（%）]

组别	例数	症状消失	症状改善	无改善	改善情况
观察组	100	67（67.00）	25（25.00）	8（8.00）	92（92.00）
对照组	100	41（41.00）	34（34.00）	25（25.00）	75（75.00）
χ^2					10.488
<i>P</i>					0.001

2.6 对比两组患者不良反应发生率

观察组不良反应发生率低于对照组，差异显著（*P*<0.05），见表 7。

表 7 对比两组患者不良反应发生率[*n*（%）]

组别	例数	踝部轻度水肿	轻度头痛	面部潮红	总发生
观察组	100	3（3.00）	1（1.00）	4（4.00）	8（8.00）
对照组	100	9（9.00）	3（3.00）	6（6.00）	18（18.00）
χ^2					4.420
<i>P</i>					0.036

3 讨论

高血压疾病属于临床中较为常见的慢性病，其主要特征就是患者机体内血压处于持续上升状态。由于我国近几年来医学技术的不断提升，对高血压疾病进行了深入的研究，临床指出高血压疾病能够诱发较多种类的心血管疾病^[10-11]。血压水平长时间处于较高水平，能够对患者的血管造成损伤，导致患者血管壁弹性降低，加大血液循环的阻力导致血压水平提升^[12]。所以在发生高血压疾病后，患者需要对其实施及时的治疗，并对患者的病情发展状况进行控制和观察，确保患者身体健康减少并发症的发生。在血压的不断运作下才能有效确保机体维持正常的运行，因此血压能够确保血液的循环，在血压的辅助下将血液输送到各个脏器确保其正常运行，如果血压水平发生了异常就会对脏器的运转产生影响，导致脏器功能发生损伤或障碍^[13-14]。总而言之人体的运行需要依靠血压，但是血压水平不断提升会对机体的运转产生不利影响。通过研究发现高血压疾病在我国的成年人中发病率较高，以高达 25%^[15]。现目前对于高血压疾病只有通过服用药物进行控制，延缓疾病的发展。尽早发现疾病并对其实施有效的干预和治疗，对确保患者健康水平具有十分重要的作用，对高血压患者进行药物治疗期间，还需要对患者的不健康生活习惯进行纠正，对其实施健康的饮食干预，在配合药物治疗有效控制疾病发展^[16]。

在对高血压患者实施治疗期间需要对药物进行有效选择，不仅要对患者的各个器官具有保护作用，还要确保药效长久能够有效降低血压水平，减少并发症的发生。目前临床中治疗高血压的主要药物是钙通道阻滞剂，该类药物能够对患者血管具有一定选择性，因此具有长时间发挥降压的功能^[17]。临床中常使用到非洛地平对患者进行降压治疗，该药物在降低患者血压水平的同时，还能够降低患者左心室肥厚，有效减少患者心脏疾病的发生。钙通道阻滞剂能够有效缓解患者心脏复合，进一步提升冠状动脉流量，对缺血、缺氧的心肌进行血液灌溉，因此临床中对于高龄的高血压患者常常使用钙通道阻滞剂进行治疗，虽然该药物既有一定的治疗效果，但距离理想的治疗效果还具有一定的差距。非洛地平缓释片该药物虽然能够对患者的外周血管阻力进行有效降低，但是该药物由于药物使用剂量以及药物作用的关系，患者会伴随一定的反射性心率提升。在临床治疗中运用该药物进行血压的控制对药物剂量具

有一定的依赖性，并且药物的使用剂量与血药浓度属于正向关系。该药物能够有效发挥自身的药效作用对患者心绞痛的症状进行改善，进一步改善患者心肌缺血、缺氧的症状，因此能够降低心血管疾病的发生。

临床中为了进一步提升患者的治疗效果，对观察组实施了硝苯地平缓释片进行治疗，该药物能够直接作用于血管和心肌，通过药物作用对钙离子向细胞内流入进行一定的抑制，以实现扩张血管以及心肌收缩的能力，这样就能够确保正常的血液循环，为心肌等组织提供所需的血液，有效改善高血压水平的状态，降低并发症以及不良反应的发生。此次研究观察组患者治疗有效率、生活质量、睡眠质量、症状改善率均高于对照组；血压水平以及不良反应的发生率均低于对照组（*P*<0.05）。以上研究结果表明对高血压患者采取硝苯地平缓释片进行治疗的安全性以及有效性。

总之，对高血压患者实施硝苯地平缓释片治疗，能够有效发挥降低血压，减少心血管疾病发生的功效，建议推广使用。

参考文献：

[1]曾晓东.硝苯地平缓释片应用于高血压合并糖尿病治疗中的效果及对空腹血糖水平的影响[J].中国药物滥用防治杂志,2021,27（4）: 613-616.

[2]宋美华.天麻钩藤饮加减方联合硝苯地平缓释片治疗高血压的效果分析[J].当代医学,2020,26（22）: 120-121.

[3]姬圆圆,赵文萍.硝苯地平缓释片联合贝那普利对高血压合并冠心病患者血压指数的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5（19）: 10-12.

[4]邢佑贵.硝苯地平缓释片联合厄贝沙坦治疗高血压病的临床效果评价[J].中国社区医师,2020,36（18）: 54,56.

[5]张飞飞.硝苯地平缓释片对高血压合并糖尿病患者心率的影响[J].心血管病防治知识,2020,10（25）: 38-40.

[6]姜秀凤,夏美玲.硝苯地平缓释片治疗高血压患者的临床疗效分析[J].中国现代药物应用,2020,14（22）: 6-8.

[7]龙灵.硝苯地平缓释片治疗高血压合并糖尿病对患者血压及血糖水平的影响[J].当代医药论丛,2020,18（16）: 110-111.

[8]郑晓玲,翟炜.硝苯地平缓释片与硝苯地平控释片治疗原发性高血压的疗效比较[J].临床医学,2020,40（11）: 91-92.

[9]冯莉.硝苯地平缓释片与依那普利合用治疗老年性高血压的临床效果探究[J].大医生,2020,5（6）: 10-12.

[10]刘凯.贝尼地平与硝苯地平缓释片治疗高血压疗效及对血压控制和微量尿蛋白的临床研究[J].中国临床医生杂志,2020,48（7）: 804-806.

[11]李挺,吴珊英,苏芳.珍菊降压片联合硝苯地平缓释片治疗原发性高血压疗效观察及对血管内皮功能、胱抑素 C、同型半胱氨酸和超敏 C 反应蛋白水平的影响[J].中国基层医药,2020,27（23）: 2895-2899.

[12]洪子惠.硝苯地平控释片与非洛地平缓释片在难治性高血压患者中的应用效果对比[J].中国实用医药,2020,15（11）: 102-104.

[13]徐炳君.天麻钩藤饮加减联合硝苯地平缓释片治疗高血压病疗效分析[J].中外医药,2020,39（8）: 1-3.

[14]高爱文.自拟降压汤联合硝苯地平缓释片治疗老年阴虚阳亢型高血压的效果探讨[J].当代医药论丛,2020,18（18）: 169-170.

[15]魏亮.硝苯地平控释片与缬沙坦联合应用对高血压及其并发症的预防作用[J].中国处方药,2020,18（9）: 96-97.

[16]董常明.依那普利叶酸片与硝苯地平控释片联合用于治疗高血压患者的临床疗效分析[J].医学理论与实践,2020,33（14）: 2291-2292.

[17]赵丽,韩林.牛黄降压片联合硝苯地平治疗原发性高血压的临床研究[J].现代药物与临床,2020,35（5）: 942-945.

分析先兆早产采用宫缩抑制剂治疗的临床疗效

韩锐晶

吉林延边大学附属医院 吉林延边 133000

摘要：目的：分析先兆早产采用宫缩抑制剂治疗的临床疗效。方法：选 2021 年 1 月~2021 年 12 月 129 例先兆早产患者，随机分为观察组（65 例，间苯三酚）与对照组（64 例，硫酸镁）。分析患者临床疗效、血流动力学水平、妊娠结局、不良反应。结果：观察组患者临床疗效显著高于对照组，（ $P<0.05$ ）；观察组患者心率、收缩压、舒张压水平显著高于对照组，（ $P<0.05$ ）；观察组患者不良妊娠结局显著低于对照组，（ $P<0.05$ ）；观察组患者不良反应发生率显著低于对照组，（ $P<0.05$ ）。结论：间苯三酚可显著提高对患者额临床疗效，改善患者血流动力学水平，提高对患者治疗安全性，值得广泛推广。

关键词：先兆早产；宫缩抑制剂；不良反应

临床中影响围产儿死亡的主要因素之一为早产，同时也是导致新生儿发病与死亡的到主要因素。根据相关统计研究指出，在我国每年约有 1200 万的早产儿出生，约占总新生儿出生率的 9.6%，其中死亡的新生儿约有 100 万左右。随着近年来我国围产医学的不断进步及医疗救治水平的提高，早产儿死亡率在临床中也逐年降低。但研究中发现，当新生儿早产后，新生儿各项重要器官与系统发育出现异常的几率会增大，从而受到了临床中的广泛重视^[1]。临床研究中认为，子宫收缩是先兆早产的常见表现，患者在发病初期，表现大多为不规则宫缩，同时伴有阴道出血或血性分泌物等现象，随后可逐渐发展成为规律性宫缩。当前临床中先兆早产患者的治疗主要是通过给予患者糖皮质激素进行治疗，可有效的促进胎儿肺成熟，并机会给予患者缩宫剂进，从而有效的对子宫收缩进行抑制，达到延长孕期的目的。但就临床研究中表明临床中对患者所常用的缩宫剂类型较多，而哪种药物在临床中可作为对患者治疗的一线治疗药物尚无定论^[2]。本文针对间苯三酚与硫酸镁对患者的疗效进行分析，现做出如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选 2021 年 1 月~2021 年 12 月 129 例先兆早产患者，随机分为观察组与对照组。观察组 65 例，平均年龄（31.27±5.16）岁，平均孕周（30.72±5.19）周；对照组 64 例，平均年龄（31.52±6.31）岁，平均孕周（31.17±4.89）周。两组对比，（ $P>0.05$ ），有可比性。

纳入标准：①符合先兆流产相关诊断标准。

排除标准：①药物过敏史。

1.2 方法

所有患者入院后，均接受卧床休息，同时保持左侧卧位，减少子宫压迫下腔静脉，同时增大子宫血液循环量。减少自发性宫缩率。所有患者均接受剪短吸氧治疗，并给予患者肌注地塞米松 6mg，每 12h 进行 1 次，共注射 4 次，出尽胎儿成熟。

对照组联合硫酸镁治疗。采用硫酸镁（包装规格：10g*5 袋 产品剂型：散剂 批准文号：国药准字 H13022977 生产厂家：河北武罗药业有限公司）治疗。首次负荷量为 4g，将其加入浓度为 25%葡萄糖注射液 20ml 中进行稀释，待稀释 5min 后，对患者实施静脉缓慢推注，随后采用 25%硫酸镁注射液（包装规格：10ml；2.5g 产品剂型：注射剂 批准文号：国药准字 H41023035 生产厂家：上海锦帝九州药业（安阳）有限公司）60ml，将其融入 1000ml25%葡萄糖注射液中对患者实施静脉滴注，控制滴注速度为 2g/h，直至患者症状停止。随后口服 β 肾上腺受体激动药物进行联合治疗。

观察组联合间苯三酚治疗。采用间苯三酚（包装规格：4ml；40mg 产品剂型：注射剂 批准文号：国药准字 H20046766 生产厂家：南京恒生制药有限公司）120mg，将其溶于 1000ml10%葡萄糖注射液中对患者实施静脉滴注，对患者使用剂量可根据宫缩情况进行调整。

1.3 观察指标

（1）临床疗效对比。显效：患者宫缩情况得到有效的抑制，可继续妊娠；有效：患者

宫缩得到有效控制，孕周达 37 周以上；无效：未达到上述标准。

（2）血流动力学水平对比。包括心率、收缩压、舒张压等。

（3）妊娠结局对比。包括自然分娩、流产、早产、新生儿窒息等。

（4）不良反应对比。包括心悸、头晕、头痛、面色潮红、恶心等。

1.4 统计方法

采用 SPSS 22.0 进行统计学分析，计数资料采用（%）和 χ^2 检验，计量资料采用（ $\bar{x} \pm s$ ）和 t 检验，以（ $P<0.05$ ）具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效对比

观察组患者临床疗效显著高于对照组，（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 临床疗效对比[n,（%）]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	65	36（55.38）	28（43.08）	1（1.54）	64（98.46）
对照组	64	31（48.44）	22（34.38）	11（17.19）	53（82.81）
χ^2		0.624	1.029	9.360	9.360
P		0.430	0.310	0.002	0.002

2.2 血流动力学水平对比

观察组患者心率、收缩压、舒张压水平显著高于对照组，（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 血流动力学水平对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	心率（次/min）	收缩压 （mmHg）	舒张压 （mmHg）
观察组	65	87.63±2.16	117.63±5.27	76.52±4.26
对照组	64	80.56±2.37	106.96±4.73	69.81±4.39
t		7.537	5.973	4.927
P		0.000	0.000	0.001

2.3 妊娠结局对比

观察组患者不良妊娠结局显著低于对照组，（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 妊娠结局对比[n,（%）]

组别	n	流产	早产	新生儿窒息	总发生率
观察组	65	1（1.54）	2（3.08）	1（1.54）	4（6.15）
对照组	64	6（9.38）	9（14.06）	7（10.94）	22（34.38）
χ^2		3.859	4.990	4.898	15.960
P		0.049	0.026	0.027	0.000

2.4 不良反应对比

观察组患者不良反应发生率显著低于对照组，（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 不良反应对比[n, (%)]

组别	心悸	头晕	头痛	面色潮红	恶心	总发生率
观察组 (n=65)	1 (1.54)	0 (0)	1 (1.54)	0 (0)	0 (0)	2 (3.08)
对照组 (n=64)	2 (3.13)	3 (4.69)	3 (4.69)	2 (3.13)	2 (3.13)	12(18.75)
χ^2	0.357	3.119	1.064	2.063	2.063	8.188
P	0.550	0.077	0.302	0.151	0.151	0.004

3 讨论

所谓的早产主要是指妊娠周期在 28~37 周的胎儿娩出,在临床中孕产妇妊娠周期达到 28 周,而未满 37 周,并伴有规律性宫缩现象:每 20min4 次或每 60min8 次,但在宫缩中宫颈未出现扩张,并且在经阴道超声测量宫颈长度≤20mm,即可将患者诊断为先兆早产。临床研究中指出,先兆早产患者若未能及时对患者进行治疗,则易导致胎儿过早娩出,对新生儿的健康发育与生命安全造成严重的威胁。研究指出,早产儿出生时体重与足月新生儿相比较轻,大多新生儿体重约为 1000~2499g,新生儿各项组织器官发育尚不成熟,同时易导致新生儿出现呼吸窘迫综合征、坏死性小肠炎、脑瘫等并发症,对患儿健康与生命造成严重的威胁。因此,在临床中如何能有效的对产妇早产现象进行控制,是当前临床中围产医学及妇幼保健中的重要问题。

相关研究指出,临床中发生早产的原因相对较多,且疾病的发生机制还尚不清楚。临床中对患者的治疗主要以宫缩抑制剂对患者进行治疗。经大量的研究表明,通过对患者实施宫缩抑制剂进行治疗后,可有效的延长患者妊娠 48~72h 以上,为促进胎儿肺成熟争取了宝贵的时间。在当前临床中,可采用的宫缩抑制剂较多,主要包括 β 肾上腺素激动剂、硫酸镁、前列腺素合成酶抑制剂、钙离子通道阻滞剂以及间苯三酚等药物为代表性的宫缩抑制剂在对先兆早产患者的临床治疗中具有显著的疗效。

盐酸托君在临床中又被称之为羟苄羟麻黄碱,该药物在临床中属于 β 肾上腺素激动剂,该药物在对患者的临床治疗中可通过与内脏、血管平滑肌上的 β_2 肾上腺素受体相结合,从而有效的使内脏、血管平滑肌松弛,从而起到对子宫收缩抑制的作用,同时可有效降低血管收缩压效应。研究中认为,该药物在临床中对心脏 β_1 肾上腺素受体进行作用,会导致患者出现心率加快等现象发生。就相关研究中指出,给予患者盐酸利托君治疗先兆早产患者的治疗中具有较强的保胎效果,但在对患者的临床治疗中也会显著增加产妇心率,从而诱发患者心悸。而相关临床研究中认为,在对患者的临床治疗中,应当避免将该药物用于存在基础心率过快的产妇中,同时在对患者的临床治疗中,需要加强对产妇心率变化的观察,若出现心悸不耐受等情况后,则需要及时对患者实施药物更换。

相关研究指出^[3],该药物在临床治疗中属于 β_2 肾上腺素受体激动剂,与子宫平滑肌细胞膜受体相结合,子宫肌层环腺苷酸水平增加,从而促使钙离子结合到肌浆内质网上,从而导致游离钙的降低。此外,激活腺苷酸环化酶,可有效的促进 ATP 转换为 cAMP,降低肌浆蛋白链激酶活性,从而对子宫收缩进行抑制,可有效的对胎盘血液循环进行改善,有利于胎儿的生长发育,提高心身健康人的成熟度与存活率。该药物在临床中的治疗优点在于口服、注射均可有效的延长产妇产后,且具有较好的保胎效果。但该药物在对患者的临床治疗中并不是特异性的作用于患者子宫,部分患者经治疗后可出现心率增加等现象,导致较多不良反应的发生。

硫酸镁是临床中常用治疗药物,在对患者的临床治疗中可特异性的竞争细胞上 Ca^{2+} 结合部位,从而有效的使细胞内 Ca^{2+} 浓度下降,从而达到舒张平滑肌、骨骼肌以及血管的目的。相关研究中指出,该药物在对患者的临床治疗中除了对先兆早产患者子宫收缩进行抑制外,还可将药物运用于存在惊厥、高血压等症状患者。但在临床研究中发现,患者血液中的 Mg^{2+} 的安全范围相对较窄,当超过 5mmol/L 时,患者可出现较为显著的毒副作用,因此,在对患者实施硫酸镁的临床治疗中,患者可出现较多的不良反应,例如头痛、恶心等。此外,在

对患者实施硫酸镁的临床治疗使用过程中,护理人员需要密切对患者血压、心率、呼吸频率等特征进行密切监测,并定期对患者血液中的 Mg^{2+} 浓度进行监测,从而有效的对镁离子中毒进行预防。

临床研究中指出^[4],硫酸镁属于临床中管饭运用的宫缩抑制剂,属于临床中的传统治疗药物。该药物在临床中的作用机制在于镁离子直接作用于子宫平滑肌细胞,拮抗钙离子对子宫收缩活性而抑制子宫收缩。其优点在于对孕产妇心率的影响较轻,价格相对低廉,而且和相关研究者认为,硫酸镁在对患者的临床治疗中可有效的对早产儿脑瘫发生风险进行预防,但也有相关研究认为,硫酸镁与其他药物相比疗效不佳,并且对孕妇及新生儿的不良反应相对较大,临床中呼吁停止采用硫酸镁应用于抗早产的临床治疗及研究中。相关研究中指出,在采用硫酸镁的使用剂量控制于中毒剂量之下,而孕产妇在临床中的不良反应相对较少,但在对患者的临床治疗中的有效剂量与中毒剂量极为接近,若为了能有效的对患者血镁浓度进行监控,则易导致镁中毒的发生。

消炎镇痛属于临床中常用治疗药物,其主要成分为吲哚美辛,该药物在临床中属于非甾体抗炎药物,在对患者的临床治疗中可通过对前列腺素的合成进行抑制,从而起到对患者子宫收缩的抑制效果,达到对先兆早产患者症状进行缓解的目的,可有效的对患者炎症疼痛进行缓解,从而达到对患者血栓进行预防的目的。但研究发现,该药物在对患者的临床治疗中,易出现胃肠道不适等现象发生,对患者预后不佳^[5]。

间苯三酚是临床中较为常用的治疗药物,在对患者的临床治疗中具有一定的亲肌效果,同时也是临床中常用的平滑肌解痉药物,能够直接作用于平滑肌纤维器官内。在药物的直接作用下,部分患者在治疗中可伴有恶心呕吐等表现,但不会导致患者出现低血压、心律失常、心率加快等表现,不会对患者声场生理收缩造成影响,对控制子宫平滑肌痉挛具有显著作用。此外,该药物在对患者的临床治疗中并无胆碱作用,不会对患者心血管功能造成影响,同时无毒性,不会导致胎儿发生畸形,并且对患者治疗中起效时间短,用药安全性高等特点。在通常情况下,患者在接受药物治疗 4h 后,患者血压浓度呈显著降低的表现,相对而言具有更高的治疗安全性。相关研究指出,通过对患者实施间苯三酚对患者的临床治疗中具有较为显著的宫缩抑制效果,在对患者的临床治疗中可有效的对先兆早产进行预防^[6]。

在本次研究中,通过对患者实施宫缩抑制剂治疗进行治疗后,并取得以下研究结果:观察组患者临床疗效显著高于对照组, ($P<0.05$); 观察组患者心率、收缩压、舒张压水平显著高于对照组, ($P<0.05$); 观察组患者不良妊娠结局显著低于对照组, ($P<0.05$); 观察组患者不良反应发生率显著低于对照组, ($P<0.05$)。因此,我们认为,通过对患者实施宫缩抑制剂进行治疗后,患者疗效得到显著提高,同时有效的对患者血流动力学水平进行改善,改善患者妊娠结局,提高对患者治疗安全性,对改善患者预后具有极为显著的作用。

综上所述,先兆早产采用宫缩抑制剂治疗具有显著疗效,值得广泛推广。

参考文献:

[1]涂晓瑜,何玉致. 间苯三酚联合硫酸镁治疗晚期先兆流产的临床疗效和安全性分析[J]. 中国实用医药,2020,15 (5): 143-145.

[2]王海燕. 间苯三酚与硫酸镁治疗先兆流产的临床疗效观察及效果对比[J]. 心理月刊,2020,15 (11): 222.

[3]丽红. 先兆流产应用硫酸镁和间苯三酚治疗的临床效果对比[J]. 系统医学,2022,7 (10): 164-166,170.

[4]桑丽红. 先兆流产应用硫酸镁和间苯三酚治疗的临床效果对比[J]. 系统医学,2022,7 (10): 164-166,170.

[5]降续蕾,张静,史文敏,等. 利托君、硝苯地平、硫酸镁对先兆早产治疗效果的临床疗效分析[J]. 医学食疗与健康,2020,18 (1): 87-88.

[6]李婷婷. 先兆早产运用利托君、硝苯地平及硫酸镁治疗的临床成效及不良反应发生率分析[J]. 母婴世界,2021,11 (8): 95.

老年急性弥漫性腹膜炎 40 例病因分析

胡海龙

青海省民和县第二人民医院 青海海东 810801

摘要：目的：老年急性弥漫性腹膜炎（AGP）40 例病因分析。方法：取我院五年间（2017 年 1 月–2021 年 12 月）患者（40 例），回顾分析其病情，观察病因。结果：10 例患者术前并存疾病；7 例患者出现 1 种合并疾病，出现并发症 5 例，死亡 1 例；2 例患者出现 2 种并存疾病，出现并发症 2 例，死亡 1 例；1 例患者出现 3 种并存疾病，出现并发症 1 例，死亡 1 例。起病到接受手术时间：24h 以内病例数为 23 例，出现并发症 2 例，死亡 2 例；25~48h 病例数为 9 例，出现并发症 5 例，死亡 1 例；49~72h 病例数为 4 例，出现并发症 2 例，死亡 1 例；73h 以上病例数为 4 例，出现并发症 1 例，死亡 0 例。结论：老年 AGP 症状不典型，导致患者无法引起重视出现漏诊、误诊、就诊时间晚等情况。该病进展迅速，术后并发症类型较丰富，死亡率高。尽早临床诊断，早期手术，并行疾病治疗，控制术后并发症，提高治愈率，降低死亡率。

关键词：老年性；急性；弥漫性；腹膜炎；病因

AGP 为一种临床外科发生率较高的急腹症，受我国人口老龄化的持续上升，该疾病的发生概率也在不断攀升^[1]。该疾病由感染及炎症引起的腹膜或腹腔炎症，临床又可分为亚急性、急性、慢性三个类型，临床将其以发病机制为主分为继发性及原发性两种。又因为老年人群的生理特点及病理特点与年轻群体不一，促使该群体在出现该病后并发症发生率及死亡率均比年轻群体高，其误诊率及漏诊率也偏高^[2-3]。基于本次研究选取我院 40 例该疾病患者进行回顾性分析，观察其病因。

1 资料与方法

1.1 一般资料

男/女病例数为 21/19 例，年龄 60~90 岁，均数值（75.52±4.67）岁，腹痛到入院时间为 2h~196h，均数值（99.54±48.93）h，手术时间为 1h~96h，均数值（48.5±12.76）h；39 例患者为急诊入院、1 例患者为住院期间突发。患者在手术前合并的基础疾病及功能不全情况：10 例患者合并 1~3 种的慢性疾病及肝、肾、肺功能缺陷。7 例（70.00%）患者合并 1 种疾病或者出现功能不全，2 例（20.00%）患者合并 2 种疾病或者出现功能不全，1 例患者合并 3 种疾病或者出现功能不全。临床表现：35 例患者出现恶心呕吐，24 例患者出现腹痛、腹部不适，20 例患者出现腹胀不排气，12 例患者出现发热，21 例患者出现白细胞升高，37 例患者出现肠鸣音减弱或消失，7 例患者出现膈下游离气体，31 例患者出现中性粒细胞>0.75，11 例患者出现肠梗阻或麻痹性肠梗阻。原发疾病类型如表 1 所示。

表 1 原发疾病类型

原发病	病例数	占比
急性感染	急性坏疽性胆囊炎	1
	急性重症胰腺炎	1
	急性梗阻性胆管炎	1
	大网膜脓肿	1
	绞窄性肠梗阻	1
	急性阑尾炎穿孔	1
急性穿孔	急性胆囊炎穿孔	4
	消化性溃疡穿孔	6
	胃癌穿孔	1
	小肠穿孔	1
	结肠直肠穿孔（特发性+癌）	1
原发性腹膜炎	自发性脾破裂	3
	原发性腹膜炎	1

1.2 方法

所有患者使用手术治疗，采取修补穿孔、处理原发病灶、吸取脓液、腹腔引流等手术治疗。

2 结果

表 2 所示，10 例患者术前并存疾病；7 例（17.50%）患者出现 1 种合并疾病，出现并发症 4 例（57.14%），死亡 1 例（14.29%）；2 例（5.00%）患者出现 2 种并存疾病，出现并发症 2 例（100.00%），死亡 1 例（50.00%）；1 例（2.50%）患者出现 3 种并存疾病，出现并发症 1 例（100.00%），死亡 1 例（100.00%）。起病到接受手术时间：24h 以内病例数为 23 例（57.50%），出现并发症 2 例（8.70%），死亡 2 例（8.70%）；25~48h 病例数为 9 例（22.50%），出现并发症 5 例（55.56%），死亡 1 例（25.00%）；49~72h 病例数为 4 例（10.00%），出现并发症 2 例（50.00%），死亡 1 例（25.00%）；73h 以上病例数为 4 例（10.00%），出现并发症 1 例（25.00%），死亡 0 例（0.00%）。

表 2 老年 AGP 术后并发症发生率、病死率、术前疾病、手术时间分析

术前病人情况	病例数	占总病例数	发生并			
			发症例数	发生率	死亡数	死亡率
无并存疾病	30	75.00%	5	16.67%	1	3.33%
1 种并存疾病	7	17.50%	4	57.14%	1	14.29%
2 种并存疾病	2	5.00%	2	100.00%	1	50.00%
3 种并存疾病	1	2.50%	1	100.00%	1	100.00%
24h 以内	23	57.50%	2	8.70%	2	8.70%
25~48h	9	22.50%	5	55.56%	1	11.11%
49~72h	4	10.00%	2	50.00%	1	25.00%
73h 以上	4	10.00%	1	25.00%	0	0.00%

3 讨论

AGP 临床上常由腹腔脏器出现损伤、炎症、穿孔、坏死等引起。感染菌主要为厌氧杆菌、大肠杆菌、变形菌、链球菌等细菌^[4]。症状清晰可见，更经常通过手术治疗。原发性该疾病类型在临床上是罕见的，因为其出现在肾综合征肝硬化腹水、营养不良、猩红热的患者群体中，这些患者是由呼吸道感染或皮肤感染导致细菌进入体内，当身体虚弱或无抵抗力时，细菌会受到血液或淋巴循环、肠壁、女性生殖道等相关途径融入腹腔导致，出现弥漫性腹腔感染^[5]。AGP 患者需要使用保守治疗，继发性腹腔脏器穿孔、感染出现全身感染中毒症状需要手术治疗。老年群体的外周神经、中枢神经、植物神经出现退化，体温调节对热源反

应的敏感性降低, 感染和各种刺激的感知不如年轻人明显^[6]。突发急性 AGP 时, 感染情况严重, 内毒素被吸收, 但症状如腹痛、恶心、呕吐、发烧等显著性不高, 不典型, 不易察觉^[7]。在病理状态下, 腹腔易出现充血、水肿和大量液体排出, 从而导致严重的电解质紊乱、严重脱水、循环血量降低等并发症, 可导致低血容量或感染性休克, 一些患者可能会引起疾病的进展或加剧。

结合腹痛病史、典型生命体征、白细胞计数及腹部 X 线检查等, 急性腹膜炎的一般诊断并不困难。明确发病原因是诊断急性腹膜炎的重要环节。原发性腹膜炎在儿童呼吸道感染期间, 常发生于患者突然出现腹痛、呕吐、腹泻、明显腹部生命体征。病情进展很快。继发性腹膜炎的病因很多, 只要仔细检查病史, 结合各项检查和生命体征综合分析即可诊断, 但腹肌的程度并不一定对腹腔内病变的严重程度有反应。例如, 儿童和老年人的腹肌紧张程度往往在给予比青壮年不显著的肠伤寒或肾上腺皮质激素后, 腹膜刺激症减轻。

大部分腹膜炎是通过抗生素和适当的手术感染, 可逐渐得到控制和治愈。尽管如此, 仍然存在积极治疗腹腔感染病例, 其表现为低温下弥漫性心室炎症、心血管系统高功能状态和高降解代谢, 但在胃检查中没有下降液。只有受到感染, 感染是无限, 通过更好手术治疗, 疾病没有加重, 并且经常出现器官衰竭。腹部感染持续或减轻, 导致僵硬腔感染特别难以处理, 通常表现为富缩范围不定的蜂窝组织炎及多发脓肿。这种细菌发展已被证明是无病原菌, 或者其真菌感染或仅为致病性弱的病原菌引起感染。急性腹膜炎从根本上不同于其他类型, 在其他类型中, 其腹腔中细菌产生较低或根本没有真菌感染, 其中有一种以上条件性病原体呈阳性发展, 虽然可能有 G 球菌与多种抗生素混合使用, 类似于 ICU 类院内感染, 但也有真菌感染。

感染源来源尚未完全确定, 即肠穿孔可能导致细菌直接脆弱性, 或者可能导致手术期间人体腹部受损。然而, 最新和一致观点是细菌容易从肝炎主要原因与第三型肝炎。促进细菌敏感性因素: (1) 消毒症状、失血、休克等, 造成粘液盘损伤; (2) 继发性腹膜炎时肠麻痹, 肠道细菌量增加; (3) 人体免疫力低下, 结肠镜的免疫抑制屏障受损。第三类绝育通常发生在生病或免疫缺陷低的患者身上。除了常见于流行病的症状和腹部外, 整体身体的变化明显比其他绝育更明显, 主要是由于肺炎少、代谢循环高、感染性休克和性别, 大多数患者体温较低, 但白细胞数量没有增加, 甚至没有典型的感染。

由于老年人的解剖和身体变化、器官功能恶化等全身性疾病, 老年 AGP 有其自身的临床特点。对 40 例老年 AGP 的分析表明, 老年人 AGP 是 (1) 继发性类型为紧急手术的关键特征, 该组 13 例 (32.50%) 患者是由于急性穿孔。(2) 老年 AGP 有腹痛或腹胀等症状, 但并不严重, 也不典型, 大多数人均误诊为便秘并未就医, 加之老年患者对住院治疗的情绪有抵触心理, 因此大部分老年患者均有就诊较迟的特点。本次研究的就诊时间平均为腹痛到入院时间为 2h-196h, 均数值 (99.54±48.93) h; (3) 老年 AGP 腹部均有压痛, 但有典型的腹膜刺激症状患者, 临床表现: 35 例患者出现恶心呕吐, 24 例患者出现腹痛、腹部不适, 20 例患者出现腹胀不排气, 12 例患者出现发热, 21 例患者出现白细胞升高, 37 例患者出现肠鸣音减弱或消失, 7 例患者出现膈下游离气体, 31 例患者出现中性粒细胞>0.75, 11 例患者出现肠梗阻或麻痹性肠梗阻。原发疾病类型如表 1 所示。(4) 一旦确定患者和家人对手术有顾虑, 家中有多个家庭成员做决定, 在明确同意手术后往往是所有成员的共同意见, 因此导致手术延迟。以上几点表明, 患者最晚在手术结束时接受了手术, 手术时间为 1h-96h, 均数值 (48.5±12.76) h。

本次研究结果显示: 10 例患者术前并存疾病; 7 例 (17.50%) 患者出现 1 种合并疾病, 出现并发症 4 例 (57.14%), 死亡 1 例 (14.29%); 2 例 (5.00%) 患者出现 2 种并存疾病, 出现并发症 2 例 (100.00%), 死亡 1 例 (50.00%); 1 例 (2.50%) 患者出现 3 种并存疾病, 出现并发症 1 例 (100.00%), 死亡 1 例 (100.00%)。起病到接受手术时间: 24h 以内病例数为 23 例 (57.50%), 出现并发症 2 例 (8.70%), 死亡 2 例 (8.70%); 25~48h 病例数为 9 例 (22.50%), 出现并发症 5 例 (55.56%), 死亡 1 例 (25.00%); 49~72h 病例数为 4 例 (10.00%), 出现并发症 2 例 (50.00%), 死亡 1 例 (25.00%); 73h 以上病例数为 4 例 (10.00%), 出现并发症 1 例 (25.00%), 死亡 0 例 (0.00%)。实施急诊剖腹手术的风险受老年患者的年龄增加越高, 本次研究数据显示, 由于术前疾病的增加和手术的延迟, 老年人的发病率和死亡率

几乎翻了一番, 并发症发生率与向守书等人^[8]报道差异小。本次研究报道的死亡率为 10.00% (4/40), 这可能是由于以下原因: 本次研究的病例未有穿孔阑尾炎、轻型急性胰腺炎的患者, 死亡率相对较高; (2) 该组患者首次平均持续时间为 99.54 小时, 手术持续时间越长, 与两例患者的报告相比, 死亡率越高。(3) 该组患者患有急性并发症 (例如: ARDS 2 例, 急性肝病严重肝病, 急性死亡总数 10.00% (4/40))。AGP 后的急性肝坏死, 这种情况很少见, 但这反映了 AGP 中重要器官容易受损的事实。在 AGP 中, 大量的 LPS 吸收循环导致内毒素血症症状提升, 有报道称小剂量 LPS 可能导致患者出现大量肝坏死, 会导致大量的肝脏损失, 这主要是由 IFN-r 引起的, 因为 IFN-r 排放只能导致局灶性肝坏死, 并通过 IFN-r 和抗体显著减少肝脏损失。在肝脏中表达 IFN-rmRNA, 并导致约 45% 的患者急性死亡, 这可通过 IFN-r 和抗体等抗生减少^[9-10]。此外, 死亡率与原发疾病本身有关, 急性感染组病例尚未死亡, 死亡主要发生在 AGP 和原发弥漫性炎症, 其中胃癌是预防性肺炎死亡率最高的疾病, 急性阑尾炎, 不是死亡原因。上消化道与小肠穿孔腹腔脓液超过 500ml 可能增加死亡率^[11-12]。因此, 手术时机、手术前疾病的存在和数量、原发疾病的类型以及腹部同时性的类型和状况均是影响预后的关键因素^[13]。因此, 我们认为治疗老年 AGP 手术处理的关键在于: 术前早期诊断, 这需要早期手术积极应对疾病, 同时寻求早期手术。检查手术干预、控制血压和保护器官功能, 以快速有效地对抗原发性疾病, 彻底消除腹部疾病, 手术后, 维持重要的扩散功能, 以防止并发症的发生^[14]。

综上所述, 老年 AGP 症状不典型, 导致患者无法引起重视出现漏诊、误诊、就诊时间晚等情况。该病进展迅速, 术后并发症类型较丰富, 死亡率高。尽早临床诊断, 早期手术, 并行疾病治疗, 控制术后并发症, 提高治愈率, 降低死亡率。

参考文献:

- [1]江晓斌, 崔云, 杜永基, 等. 奥曲肽对急性弥漫性腹膜炎术后胃肠功能恢复和并发症的影响[J]. 数理医药学杂志, 2020, 33 (9): 1320-1322.
- [2]梁海, 程刚, 张华鹏, 等. 临床药师参与 1 例术后并发急性弥漫性腹膜炎患者的治疗与分析[J]. 中南药学, 2020, 18 (6): 1060-1064.
- [3]夏友伟, 尹迎利, 孙庆. 持续性血液净化治疗腹膜炎相关性重症脓毒症的效果分析[J]. 中华养生保健, 2021, 39 (15): 182-184.
- [4]赵可心. 腹腔镜手术治疗急性弥漫性腹膜炎的临床观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2020, 37 (6): 697-698.
- [5]钱红霞, 杜玉坤, 李丽, 等. 解毒承气汤灌肠治疗慢性盆腔炎合并急性弥漫性腹膜炎疗效及对免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30 (14): 1536-1539.
- [6]乐红晓. 开腹与腹腔镜阑尾切除术治疗急性阑尾炎伴弥漫性腹膜炎的临床疗效[J]. 系统医学, 2022, 7 (1): 118-120.
- [7]张志飞, 梁弘立, 袁吉欣, 等. 结核性腹膜炎的 64 排螺旋 CT 平扫及增强特征分析[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5 (12): 114-116.
- [8]向守书, 谈军涛, 文元久, 等. 肝硬化伴自发性细菌性腹膜炎的诊断模型研究及验证[J]. 第三军医大学学报, 2021, 43 (20): 2226-2234.
- [9]郭晓芳, 梁培, 陈鸣, 等. 腹膜炎患者术后急性呼吸窘迫综合征的临床特点及危险因素分析[J]. 东南国防医药, 2020, 22 (6): 603-607.
- [10]何玉. 单中心腹膜透析相关性腹膜炎的致病菌及其药物敏感分析[J]. 中国卫生标准管理, 2022, 13 (2): 36-39.
- [11]李爽, 郭小兵, 刘娜, 等. 腹膜透析相关性腹膜炎患者感染学特点及预后转归分析[J]. 现代预防医学, 2020, 47 (2): 367-370, 380.
- [12]严月华, 杨春慧, 纪天蓉, 等. 探讨腹膜透析相关性腹膜炎不同转归患者的临床特点[J]. 中国血液净化, 2020, 19 (2): 77-80.
- [13]钟俊, 吕如峰, 黄妮雯, 等. 膈神经功能检测在弥漫性腹膜炎所致脓毒症患者机械通气撤机过程中的临床运用[J]. 黔南民族医学学报, 2022, 35 (1): 13-16.
- [14]赵聪, 吴洋, 孙武, 等. 中药灌肠治疗弥漫性腹膜炎术后胃肠道功能异常的 Meta 分析[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2020, 26 (4): 747-754.

抗早孕药物联合清宫术实施在稽留流产中治疗的临床效果分析

谭红

江苏省连云区妇幼保健所 江苏连云 222042

摘要：目的 探讨在稽留流产的治疗中实施抗早孕药物联合清宫术的临床效果。方法 选取 2019.3~2022.2 期间本所收治的 50 例稽留流产患者进行研究实验，按照不同的治疗方法将其分为对照组和观察组，每组各 25 例。其中对照组给予口服戊酸雌二醇后行清宫术治疗，观察组给予口服米非司酮、米索前列醇后联合行清宫术治疗，比较两组的治疗效果以及相关指标。结果 观察组的宫颈软化、扩张总有效率 100%明显高于对照组 72%（ $P<0.05$ ），相较于对照组，观察组的手术时间更短，术中出血量以及人工流产综合征发生率更低（ $P<0.05$ ），观察组患者的胚胎自然排出率及 1 次清宫术成功率高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 在稽留流产的临床治疗中，米非司酮、米索前列醇后联合行清宫术的治疗效果显著，能有效降低手术难度，缩短手术时间，降低术中出血量，缓解患者的痛苦，是一种临床上值得推广应用的好的方法。

关键词：稽留流产；抗早孕药物；清宫术

0 引言

稽留流产是一种在胎儿死后没有被及时排出的特殊类型，属于一种比较特殊的自然流产，这种疾病的治疗比较麻烦^[1]，在临床上是比较常见的妇科疾病。最近两年，国内的稽留流产患者的人数持续增加。导致稽留流产的原因有过度焦虑抑郁等精神压力、母体因素、遗传基因缺陷、环境因素、内分泌遗传、免疫功能异常等^[2]。因为稽留流产患者体内的雌激素水平较低，导致胚胎或胎儿在宫腔中死亡，但没有被及时排出，胎盘就会发生机化，并与宫壁产生粘连，随着胚胎的死亡，胎盘与宫壁的粘连程度也会增加；而在胎儿和胎盘死亡的时候，会产生大量的组织凝血活酶，这些凝血活酶会进入到胎儿的血液循环中，从而激活凝血系统，从而引起弥散性的血管内凝血（DIC）^[3]。而且很多胎儿在没有任何预兆的情况下突然停止生长，这让很多孕妇都没有任何的心理准备。如果孕妇在做完检查后，发现胎儿已经停止生长，不但会对孕妇造成心理上的损伤，还会对其身体造成损伤，随着时间的推移，对孕妇的伤害会越来越大，所以要尽快将子宫内的妊娠物质清理干净^[4]。既往临床上多采用的是先服用雌性激素，再进行清宫手术，但是由于子宫口封闭，子宫内的胎儿和子宫的粘合比较严重，造成手术过程中的疼痛^[5]。米非司酮是常见的一种抗孕激素，其主要靶点是蜕膜，可以代替黄体酮与黄体酮受体的位置，从而降低黄体酮的活力，造成蜕膜和绒毛组织变性，造成细胞变性坏死，核细胞的分化降低，细胞的分化程度降低，造成绒毛变性坏死，并使内源性前列腺素分泌，引起子宫收缩，胎盘胎膜脱离宫壁，同时对宫颈进行软化、膨胀，促进宫内组织的排洩^[6]。米索前列醇是属于前列腺素 E 类药物，对早期妊娠宫颈有很好的扩展作用，能促进子宫的收缩。米非司酮配米索前列醇能将受精的胚胎从子宫壁中剥离出来，从而为米非司酮配米索前列醇的临床应用提供了理论基础^[7]。近年来，有报道称^[8]，米索前列醇联合米非司酮治疗女性稽留流产的有效率为 95.48%。为了进一步确认其效果，本研究选取 2019 年 3 月至 2021 年 2 月本所收治的稽留流产患者 50 例进行试验研究，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

参照《妇产科学》^{〔9〕}，**定义1 未说明可用图**，关于稽留流产诊断标准，稽留流产的临床表现为：有停经或早孕反应、早孕反应提前、以怀孕时间计已经达到中期怀孕但没有感觉到肚子变大、有间断少量的阴道出血。妇科检查通常会发现少量的阴道有少量的血性分泌物，子宫低于停经月，没有怀孕时的弹性，或者是四个月大的孩子还没有感觉到胎心和胎动。尿妊娠试验可能会提前转成阴性，B 超的结果显示子宫的大小与停经的月份不符，并且不能看到胎儿的心脏搏动。

1.2 纳入排除标准

纳入标准：所有患者都满足以上的检查结果；患者住院后 B 超检查显示胎儿已不再生长；没有心脏、肝脏和肾脏的损害；不能服用米非司酮类药物，也不能服用米索前列醇。

排除标准：感知觉障碍、凝血功能有异常者；有晕针、晕血、药物过敏史者；精神心理疾病的患者。

1.3 一般资料

选取 2019.3~2022.2 期间本所收治的 50 例稽留流产患者进行研究实验，按照不同的治疗方法将其分为对照组和观察组。其中对照组 25 例，年龄 24~38 岁，平均年龄（31.2±1.4）岁，孕龄 8~13 周，平均（10.5±0.5）周，初产妇 15 例，经产妇 10 例；观察组 25 例，年龄 25~40 岁，平均年龄（31.8±1.2）岁，孕龄 7~12 周，平均（10.8±0.4）周，初产妇 14 例，经产妇 11 例。两组患者基本资料无差异（ $P>0.05$ ），可以进行比较。

1.4 方法

对照组患者给予口服 5 mg 戊酸雌二醇（拜耳医药保健有限公司广州分公司，国药准字 J20171038），3 次/d，持续治疗 3 d 后再对患者进行清宫术治疗。

观察组患者给予口服米非司酮（上海新华制药有限公司，国药准字 H10950131），在第 1~2 d 上午 10: 00 给予 50 mg，16: 00 给予 25 mg，第 3 d 晨间给予 0.6 mg 米索前列醇（湖北葛店人福药业有限责任公司，国药准字 H20073696）顿服，如果女性出现了与正常的月经数量相当的阴道流血，或有明显的胚胎组织被清除之后，需要进行清宫手术。

1.5 观察指标

观察并统计两组患者的平均手术时间、术中出血、人工流产综合征、胚胎自然排出和一次清宫术的成功率。其中人工流产综合征是指在人工流产术中，患者的心跳低于 60 次/min，血压降低到 90/60 mmHg 以下，并且出现头晕、恶心呕吐、胸闷、脸色惨白等 3 项以上全身反应患者，就代表该患者发生了人工流产综合征^{〔10〕}。

1.6 疗效判定标准

显效：子宫颈软化，宫腔扩张，8 号扩宫器不受阻碍；有效：宫颈软化，宫口略微打开，6 号扩宫器经宫颈口不受阻碍；无效：由于子宫颈的软化情况较弱，需要按 3~8 号扩宫器顺序进行，再行清宫术。

1.7 统计学方法

使用 SPSS 22.0 统计软件处理数据，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验，计数资料用（%）表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组宫颈软化、扩张效果比较

观察组的宫颈软化、扩张总有效率 100%明显高于对照组 72%，比较有明显差异（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组宫颈软化、扩张效果比较[n（%）]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
观察组	25	21（54.00）	4（16.00）	0（0）	25（100.00）
对照组	25	12（48.00）	6（24.00）	7（28.00）	18（72.00）

χ^2	9.855
P	0.008

2.2 两组患者手术指标比较

观察组的手术时间、术中出血量、人工流产综合征发生率均低于对照组，比较有明显差异 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 两组手术相关指标比较[$\bar{x} \pm s, n(\%)$]

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	人工流产综合征
----	-----	------------	------------	---------

表 3 两组胚胎自然排出率及 1 次清宫成功率比较[$n(\%)$]

组别	n	胚胎自然排出			行清宫术次数				
		完全排出	部分排出	未排出	自然排出率	1 次	2 次	3 次	1 次清宫成功率
观察组	25	16 (64.00)	7 (28.00)	2 (8.00)	23 (92.00)	25 (100.00)	0 (0)	0 (0)	25 (100.00)
对照组	25	4 (16.00)	15 (60.00)	6 (24.00)	19 (76.00)	10 (40.00)	12 (48.00)	3 (12.00)	10 (40.00)
χ^2					12.109				21.429
P					0.002				<0.05

3 讨论

稽留流产主要是指孕妇体内的胚胎或者胎儿在死亡后没有及时排除的情况。稽留流产后，子宫中残余的胎儿与子宫的内壁有很大的粘连，随着子宫的出血，患者体内的情况也会随之改变。如果不及处理，就会导致宫缩无力，严重甚至会出现凝血性疾病，甚至有可能导致死亡^[11]。临床上，稽留流产的关键是尽快清除残余的胚胎，清宫后宫颈扩张的效果会影响到手术的成功率。稽留流产处理过程的关键问题是：(1) 胎儿死后的组织软化，脱离宫壁区；(2) 扩张宫颈是手术成功与否的重要因素；(3) 降低出血和 DIC^[12-13]。而稽留流产则是先经口服戊酸雌二醇，再进行清宫，由于子宫口封闭，难以扩大，胚胎组织粘合，手术耗时，术后患者疼痛难忍，术后再做清宫，术后出血多，手术难度大，术后感染几率增大，宫颈或宫颈管粘连等，甚至继发性不孕症。因此，临床上探寻新的方法治疗稽留流产具有重要意义。而最近几年，应用米非司酮和米索前列醇联合清宫术在妇科手术中得到了较好的应用。

米非司酮作为一种新型的孕酮拮抗剂，其作用机制包括：(1) 作用于蜕膜与孕酮受体结合，抑制孕酮活性，从而导致绒毛变性坏死；(2) 能提高前列腺素的分泌，使子宫内膜和子宫内膜之间的收缩分离；(3) 软化宫腔，便于排出宫内组织。米索前列醇属于前列腺素 E 的一种衍生产品，具有促进宫颈纤维的作用，提高宫腔的收缩功能。米非司酮和米索前列醇能从子宫内分离出机化的胚胎^[14]。本研究结果显示，观察组的宫颈软化、扩张总有效率 100% 明显高于对照组 72%，观察组的手术时间、术中出血量、人工流产综合征发生率均低于对照组，说明米非司酮及米索前列醇联合使用，再行清宫术，对于治疗稽留流产患者效果更为显著，有效减轻了患者的痛苦程度，分析原因可以发现，使用米非司酮可以使宫腔完全软化和扩大，手术中就不需要再扩大，只需要清除少数蜕膜层和残余的胚胎，减少术中出血量，缩短了手术时间，使得手术难度降低，大大减轻了患者的疼痛，而且使用米索前列醇后，术后宫颈内有很好的收缩率，并可明显减少术后出血和 DIC^[15]。除此之外，本研究结果还发现，观察组患者的胚胎自然排出率及 1 次清宫术率高于对照组 ($P<0.05$)，说明抗早孕药物联合清宫术，手术难度降低，胚胎比较容易自然排除，大大提高了一次清宫成功率，减轻患者痛苦。分析原因发现，米非司酮能够软化子宫颈，而宫腔软化扩张后有利于胚胎的排出，行清宫术的时候，只需要清除干净残余胚胎组织及蜕膜，避免扩宫，大大提高了一次清宫成功率。

综上所述，在稽留流产的临床治疗中，米非司酮、米索前列醇后联合行清宫术的治疗效果显著，不仅能有效降低手术难度，缩短手术时间，降低术中出血量，还能缓解患者的痛苦，是一种临床上值得推广应用的好方法。

参考文献：

观察组	25	3.75±1.42	40.45±6.25	0 (0)
对照组	25	7.57±2.68	85.25±10.62	7 (15.56)
$\nu\chi^2$		6.297	18.178	25.000
P		0.000	0.006	<0.05

2.3 两组胚胎自然排出率及 1 次清宫成功率比较

观察组患者的胚胎自然排出率及 1 次清宫术成功率分别为 92%、100%均高于对照组的 76%、40%，比较有明显差异 ($P<0.05$)，见表 3。

[1]陶秀芬.探讨米非司酮联合米索前列醇治疗稽留流产的临床效果[J].中国现代药物应用,2020,14 (14): 176-178.

[2]黄晓燕,何丽亚,卞姮,等.中药穴位贴敷联合米非司酮及米索前列醇治疗稽留流产临床研究[J].实用中医药杂志,2020,36 (6): 757-758.

[3]图雅,郑雯娜,林珊珊,等.米索前列醇联合米非司酮治疗孕 10~16 周稽留流产效果和安全性[J].临床合理用药杂志,2020,13 (5): 73-74.

[4]姜瑞花,贾梅,杨久梅,等.益气补肾活血方联合米非司酮及米索前列醇治疗稽留流产的临床研究[J].河北医药,2019,41 (2): 230-232,236.

[5]杨阳,王邵美.戊酸雌二醇联合地屈孕酮片药物治疗与清宫术治疗稽留流产后宫腔内组织残留的临床疗效观察[J].贵州医药,2021,45 (7): 1085-1086.

[6]夏婕,李滢,刘铭兰.戊酸雌二醇,米非司酮,米索前列醇联合清宫术治疗稽留流产临床效果[J].中国医药导报,2020,17 (32): 72-75.

[7]陶秀芬.探讨米非司酮联合米索前列醇治疗稽留流产的临床效果[J].中国现代药物应用,2020,14 (14): 176-178.

[8]孙玲玲.米索前列醇,米非司酮联合清宫术治疗稽留流产的效果及安全性[J].当代医药论丛,2021,19 (18): 95-97.

[9]安红梅.Ang-1,Ang-2 和 AS 在稽留流产患者血清和蜕膜组织中的表达及意义[J].现代妇产科进展,2020,29 (2): 102-105.

[10]孙西平,卢蕊.人工流产综合征的发生率及与其临床特征的相关性研究[J].西南国防医药,2020,30 (5): 444-447.

[11]黄钟慧.抗早孕药物联合清宫术实施在稽留流产中治疗的临床效果分析[J].智慧健康,2020,6 (34): 89-90.

[12]张玉到,王燕兰,莫小余,等.互动式健康教育联合心理支持对稽留流产患者负性情绪及再次受孕情况的影响[J].中国医药科学,2022,12 (07): 135-138.

[13]孙琼.新生化颗粒联合米非司酮配伍米索前列醇治疗稽留流产患者的效果[J].中国民康医学,2022,34 (6): 101-103.

[14]陶秀芬.探讨米非司酮联合米索前列醇治疗稽留流产的临床效果[J].中国现代药物应用,2020,14 (14) 176-178, 2020.

[15]张登荣.补佳乐联合米非司酮,米索前列醇治疗稽留流产的临床疗效评价[J].北方药学,2020,17 (5): 2.

分析研究治疗脑梗塞后遗症患者的有效方法及效果

闫福臣

招远市金岭镇大户陈家卫生院 山东烟台 265407

摘要:目的 分析脑梗塞后遗症疾病的治疗方法。方法 研究时间跨度选择3年时间,以2019年1月开始,以2022年4月结束,共计纳入50例患者,将患者分两组,对照组实施常规护理,观察组以此基础采用盐酸川芎嗪治疗。对两组治疗情况进行统计。结果 观察组患者治疗后NIHSS评分明显较对照组患者更低($P<0.05$);观察组患者的血流动力学指标明显低于对照组患者($P<0.05$);观察组治疗有效率高于对照组($P<0.05$);观察组患者的治疗后生活质量评分明显较对照组高($P<0.05$)。结论 在脑梗塞后遗症的治疗中,采用盐酸川芎嗪进行治疗,能有效改善患者的病情,效果显著,值得推广。

关键词:后遗症;脑梗塞;常规治疗;盐酸川芎嗪

0 引言

脑梗塞在临床上十分常见,又被临床称为缺血性卒中。这种疾病的发病率较高,根据相关数据对脑血管疾病中脑梗死的占比统计中,显示该疾病约在所有的急性脑血管病中,占比70%~80%^[1]。这种疾病是在多方面的因素影响之下,引起的脑部血液循环障碍的情况。当脑部血液循环障碍发生异常的情况时,就会造成一些部位出现组织缺氧、缺血的情况,从而引发坏死,而脑部组织中的神经功能较多,因而一旦这些组织出现坏死,就会对脑部的神经功能造成极大影响,从而引发神经功能缺损。脑梗塞的发生主要累及部位为小脑、脑干以及大脑部位^[2]。根据牛津社区卒中研究项目(Oxfordshire Community Stroke Project, OCSP)中,将脑梗塞分为了主要的4种类型,分别为腔隙循环梗死(Lacunar Circulation Infarction, LCI)、后循环梗死椎基底动脉系统的梗死(Posterior Circulation Infarction Infarction of the Vertebrobasilar System, PVCI)、部分前循环梗死(Partial Anterior Circulation Infarction, PACI)以及全前循环梗死(Total Anterior Circulation Infarction, TACI)^[3]。根据国际的TOSTA分型,又将之分为了主要的5种类型,包括小动脉闭塞型(Small Artery Occlusion Type, SAOT)、心源性栓塞型(Cardioembolic Type, CT)、大动脉粥样硬化型(Large Arterial Atherosclerosis, LA)、其他明确病因型(Other Definite Etiological Types, ODET)以及原因不明型^[4]。根据学者对该疾病的遗传性的研究,显示这种疾病的发生,可能存在一定的遗传性^[5],但这种疾病不属于遗传病,而是受到后天因素以及部分遗传因素的共同影响所导致的,可能存在一定的遗传倾向^[6]。而在发生脑梗塞的患者中,都存在神经功能受损的情况,因此也会存在许多的功能障碍问题,这些障碍的发生将会对患者日常生活带来许多的不便,造成患者的生活质量明显降低,给患者带来了许多的困扰^[7]。且该疾病的发生有着较大的后遗症发生风险,有相关数据统计显示,在发生脑梗塞的患者中,其中存活者中约有50%的占比会出现程度不一的后遗症^[8]。其中常见的包括语言障碍、感觉障碍、肢体活动功能障碍等,对于那些情况严重的患者,还有可能出现昏迷的后遗症,甚至是成为植物人^[9]。脑梗塞的发生通常急性期是在医院进行治理,在脱离生命危险后,康复时间较长,还需长期使用一些药物进行干预,以减少引起脑梗塞后遗症的发生给患者带来的不良影响^[10]。本研究就收治的脑梗塞后遗症患者进行分析,对其有效的治疗措施进行探究,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间跨度选择3年时间,以2019年1月开始,以2022年4月结束,共计纳入50例患者,将患者分两组。两组性别、年龄等一般资料比较($P>0.05$),有可比性,一般资料见表1。

表1 一般资料($n, \bar{x} \pm s$)

组别	研究时间	共 计 纳 入 研 究 例 数	分 组 方 式	治 疗 方 法	分 组 例 数	男	女	年龄 (岁)	平均年龄 (岁)
观 察	2019 年1月	50	为了使 研究所	盐 酸	25	13	12	50~65	62.47±1.82

组		得结果	川						
		更具客	芎						
		观性,本	嗪						
	至	次研究	治						
	2022	分组方	疗						
	年4月	式选择	常						
对		随机分	规	25	15	10	50~65	62.31±2.05	
照		组方式	治						
组			疗						

纳入标准 (1)本研究经我院伦理委员会批准,所有患者签署知情同意书;(2)具备良好依从性者;(3)病历资料完整者;(4)对本次使用药物耐受者;(5)经过本院CT检查或MRI检查,显示确诊为脑梗塞并伴随后遗症者

排除标准 (1)存在低血压症状者;(2)对相关药物有过敏史存在者;(3)近3个月内有接受过溶栓药物治疗、抗凝治疗的患者;(4)存在较差的依从性,在治疗期间,患者的遵医行为较差者;(5)有严重感染性疾病存在者;(6)中途退出研究者

1.2 方法

对照组采用常规治疗,患者在入院后,完成对患者的各项检查,采用脑路通进行干预,治疗方式采取静脉滴注方式,剂量为0.4g,将之与250mL生理盐水混合后进行滴注,每日进行1次,持续为患者进行14d的治疗。

观察组患者接受盐酸川芎嗪治疗,药物剂量选择80mg,将之与250~500mL的0.9%的氯化钠注射液,混合后,每日进行注射1次,持续进行10~15d的治疗。

两组在接受治疗期间,同时为患者采取脱水治疗、营养神经等对症基础治疗。

1.3 观察指标

- (1)对比两组患者的NIHSS评分。
- (2)对比两组患者的血流动力学指标情况,包括峰流速、平均流速、DVp以及DVm速度。
- (3)对比两组患者的治疗有效率。
- (4)对比两组患者的生活质量评分。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件对数据进行分析,对服从正态分布的计量资料运用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示并采用独立样本t检验,对不服从正态分布的计量资料运用中位数和四分位间距表示并采用秩和检验;计数资料用率(%)进行表示,其中非等级计数资料采用卡方检验或Fisher确切概率法进行统计推断,等级计数资料采用Mann-Whitney秩和检验进行统计推断。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 NIHSS 评分

观察组患者的NIHSS评分低于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 两组NIHSS评分情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NIHSS
----	----	-------

		治疗前	治疗后
观察组	25	17.59±4.86	7.02±3.12
对照组	25	17.63±4.92	11.05±3.72
<i>t</i>		0.029	4.150

表 3 两组血流动力学指标评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	峰流速 (mm/s)		平均流速 (mm/s)		DVm		DVp	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	25	57.05±13.85	80.21±14.05	30.09±12.05	41.19±12.02	18.22±2.09	4.87±1.15	27.53±3.36	10.15±2.26
对照组	25	56.95±14.02	63.52±11.93	30.11±12.13	33.17±11.74	18.17±2.11	10.41±2.31	27.46±4.02	20.36±3.35
<i>t</i>		0.025	4.528	0.006	2.387	0.084	10.735	0.067	12.633
<i>P</i>		0.980	0.000	0.995	0.021	0.933	0.000	0.947	0.000

2.3 治疗有效率

观察组的治疗有效率明显高于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组治疗有效率[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	25	10 (40.00)	13 (52.00)	2 (8.00)	23 (92.00)

表 5 两组生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	精神功能			躯体功能		社会功能		生理功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗后
观察组	25	63.57±19.65	78.51±15.71	61.24±17.06	82.17±16.09	60.37±20.29	81.27±13.39	62.27±18.35	83.39±16.52	
对照组	25	63.62±20.18	67.46±21.19	61.19±17.62	70.02±17.25	60.41±20.31	66.31±14.42	62.31±18.41	67.62±20.21	
<i>t</i>		0.009	2.095	0.010	2.575	0.007	3.801	0.008	2.806	
<i>P</i>		0.993	0.042	0.992	0.013	0.995	0.000	0.994	0.007	

3 讨论

脑梗塞在临床上十分常见,疾病的发生是受到急性脑血管闭塞所造成的,一旦这种情况发生之后,将会造成患者的脑组织出现缺氧、缺血等情况,造成局部坏死^[11]。脑梗塞这种疾病通常起病较急,患者可能出现突发的肢体部位麻木、脸部麻木等,还可能出现偏瘫、意识障碍等症状表现,不及时治疗,还可能在病情影响之下,造成患者发生抑郁、消化道出血、泌尿系统感染、肺炎等并发症,这种疾病,死亡风险较大^[12]。在脑梗塞发生后,及时的抢救十分的重要,是挽救患者生命的关键所在,虽然一些患者经过了治疗,生命得到了挽救,成功存活下来,但却面临着发生后遗症的问题,那些后遗症的发生将对患者造成的不良影响较大,影响着患者的日常生活。因而针对这种情况,应当积极采取一些措施进行干预^[13]。对于发生脑梗塞的患者而言,血流动力学异常问题普遍存在,这种问题的存在也是影响患者病情进展的重要原因,也是造成后遗症发生的重要因素,有研究显示,采取措施对患者的神经功能、血流动力学等指标进行改善,能够帮助后遗症的改善,促进患者生活质量的提升^[14]。

盐酸川芎嗪成分为盐酸川芎嗪,能够产生抗氧化、抑制炎症、抑制钙超载、保护内皮细胞等作用,能够明确阻断心、脑、肝、肾、脊髓等多个组织脏器 I/R 的发生途径,对细胞的凋亡产生较好的抑制作用,充分发挥组织保护作用,能够血小板聚集及血栓形成产生有效的抑制,改善机体的血液流变学,还具备钙拮抗作用。盐酸川芎嗪药物的应用,能够显著提升患者的日常生活能力。根据现代药理学研究中显示。川芎嗪是一种生物碱草本,是通过人工合成得出。当机体中广泛存在川芎嗪这种物质时,该物质可透过血脑屏障,从而对脑组织产生持久稳定性的作用,有助于促进患者脑部中的血液流动,以免在脑部中形成血栓,通过盐酸川芎嗪注射液的应用,能够起到抑制血小板聚集,促进机体中红细胞变形能力的提升,促进患者神经功能的快速恢复,使神经元的死亡减少。在本次研究中,显示在盐酸川芎嗪药物的干预之下有助于起到改善患者神经功能的作用,这一结果可从观察组患者 NIHSS 评分在整理后明显较对照组得出 ($P<0.05$),同时本研究的数据显示出,在盐酸川芎嗪药物的应用之下,能更好地改善患者的血流动力学指标,提升治疗有效率,患者的后遗症能够得到显著的改善,患者神经功能等方面的改善,可减少疾病给患者正常生活带来的不利影响,从而提升患者生活质量。

综上,在脑梗塞后遗症患者的治疗中,为患者采取盐酸川芎嗪药物进行干预,能够提升治疗效果,促进患者多方面指标的改善,包括患者的神经功能、生活质量评分等,应用效果显著,值得推广。

参考文献:

<i>P</i>	0.977	0.000
2.2 血流动力学指标		
观察组患者的各项血流动力学指标明显优于对照组患者 ($P<0.05$), 见表 3。		

标评分 ($\bar{x} \pm s$)					
n/s)	DVm			DVp	
治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
1.9±12.02	18.22±2.09	4.87±1.15	27.53±3.36	10.15±2.26	
1.17±11.74	18.17±2.11	10.41±2.31	27.46±4.02	20.36±3.35	
2.387	0.084	10.735	0.067	12.633	
0.021	0.933	0.000	0.947	0.000	
对照组	25	8 (32.00)	9 (36.00)	8 (32.00)	17 (68.00)
χ^2		0.347	1.299	4.500	4.500
<i>P</i>		0.556	0.254	0.034	0.034

2.4 生活质量评分

观察组的生活质量评分明显高于对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

[1]尤晓涵,杨森,明霞光,等. 盐酸川芎嗪注射液联合丁苯酞软胶囊治疗急性脑梗死疗效及对患者血液流变学影响[J]. 陕西中医,2020,41 (6): 743-745,757.

[2]王立鹤,田小溪,付国强,等.阿替普酶溶栓治疗对老年急性脑梗死患者炎症因子、颅内血流动力学及神经功能的影响[J].海南医学,2020,31 (24): 3152-3155.

[3]张占鹏,赵少宁,王连军,等.自拟息风通瘀开窍方对急性腔隙性脑梗死患者颈动脉平均血流量、MMSE 评分及肢体活动能力的影响[J].中国中医急症,2020,29 (2): 256-259.

[4]葛晓琳,段晓华.脑电仿生电刺激仪联合早期康复对脑梗死患者脑血流动力学和生活质量的影响[J].西部中医药,2020,33 (6): 126-128.

[5]齐飞,苏廷玲,张慧.高压氧联合重复经颅磁刺激治疗脑梗死后认知功能障碍患者的疗效及对血流动力学的影响[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2021,28 (3): 383-388.

[6]孙宏伟.如神救苦散加减治疗卒中后中枢性疼痛疗效及对生活质量、脑血流动力学的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30 (32): 3609-3613.

[7]郑涛,陈斌,沈晓娟.西洛他唑联合阿司匹林治疗老年腔隙性脑梗死的疗效及对患者脑损伤、血液流变学及脑血流动力学的影响[J].海南医学,2022,33 (9): 1141-1144.

[8]阮丹丹.益气活血化痰通络汤联合高压氧治疗对急性脑梗死患者血流动力学的影响及疗效分析[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2020,27 (4): 449-452.

[9]宋元良. 盐酸川芎嗪注射液联合丁苯酞软胶囊治疗急性脑梗死效果及对血液流变学的影响研究[J]. 贵州医药,2021,45 (7): 1114-1115. DOI: 10.396.

[10]董雪婧.不同时段 rt-PA 静脉溶栓治疗急性脑梗死对患者神经功能和血流动力学的影响[J].中国医师杂志,2022,24 (2): 291-293.

[11]鲁兵,张波,何可. 川芎嗪联合马来酸桂乙齐特治疗急性脑梗死对神经功能及血清 Hcy、D-D 的影响[J]. 内蒙古医科大学学报,2021,43 (4): 422-424.

[12]杨丹,许娟娟,王璇,等.替格瑞洛联合盐酸川芎嗪对不稳定型心绞痛患者内皮细胞特异性分子-1、白介素-1β、可溶性血管细胞黏附分子 1 的影响[J]. 世界临床药物,2022,43 (1): 51-55.

[13]孙丽燕,李景莉,李亚楠,等.盐酸倍他司汀片联合盐酸氟桂利嗪片对椎-基底动脉供血不足性眩晕症患者椎基底动脉血流动力学和生活质量的影响[J].现代生物医学进展,2022,22 (3): 491-494,499.

[14]唐彦慧,彭子春,胡品章,等.超声乳化联合不同术式对青光眼合并白内障患者视力、血流动力学及生活质量的影响[J].现代生物医学进展,2020,20 (13): 2564-2567.

胸腔镜辅助微创小切口肺叶切除术对肺癌患者的治疗效果

赵正强

海南省东方市人民医院 海南东方 572600

摘要：目的：分析肺癌患者使用胸腔镜辅助微创小切口肺叶切除术治疗的效果。方法：在 2020.01~2022.06 时间阶段内选择我院收治的 60 例肺癌患者做样本，将其进行随机平均分组后，对照组行传统开胸手术，观察组行胸腔镜辅助微创小切口肺叶切除术。就两种手术方式之间产生的相关指标变化进行比较。结果：观察组术中情况，如出血量、切口长度等明显低于对照组；观察组术后住院时间、费用等低于对照组；观察组淋巴结清扫个数和时间较对照组高，清扫数较低；两组术前血糖、白细胞等指标差异不明显，术后观察组血清前白蛋白指标高于对照组，其余指标较低；差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组并发症发生概率低于对照组但差异不明显（ $P>0.05$ ）。结论：与传统开胸手术相比较，胸腔镜辅助微创小切口肺叶切除术清扫淋巴结时间较长，但手术产生的创伤较低且各项手术指标反馈更为理想，可有效缩短患者住院时间，其手术存在较明显的积极意义。

关键词：胸腔镜辅助微创小切口肺叶切除术；开胸手术；肺癌；治疗效果；手术指标

肺癌是由于不良刺激导致正常肺部细胞恶化转化为癌细胞而形成的肺部疾病^[1]。原发性支气管肺癌属于临床常见的恶性肿瘤疾病^[2]。经相关研究表明，肺癌的发生概率和死亡概率占有恶性肿瘤疾病的首位。随着工业领域的成熟和不断壮大，加之人们生活水平的提升、日常工作和生活习惯的养成，我国患肺癌的基数正呈现出持续上升的趋势^[3]。对肺癌患病群体特征进行分析，高发人群年龄多为 40 岁以上的中老年人，其中男性的患病率略高于女性^[4]。50~60 中老年人处于肺癌的多发阶段，而肺癌的发病高峰期集中在 61~80 岁的老年患者中^[6-7]。发生肺癌其直接因素目前尚无定论，但经研究调查分析可能与遗传、吸烟、长期吸入有害颗粒等因素有关。针对肺癌疾病，常见的治疗方式以手术为主^[8]。手术方式较为常见的为传统开胸手术，然该手术容易对患者造成较大的创伤面，因创伤原因及开胸手术其它弊端影响，患者在恢复方面存在较大的提升空间。随着医疗水平的不断提升，胸腔镜辅助微创小切口肺叶切除术逐步应用了起来并取得了较好的效果。该手术具有创伤小、疼痛轻、术后恢复快的优势，能够被患者更好的接受。结合手术所体现的相应优势，需进一步思考该手术方式对肺癌患者来说是否能彻底清扫淋巴结以达到根治的目的。给予传统手术所提供的广泛应用基础，思考该手术方式与传统手术相比较所体现的治疗效果，我院为论证该手术模式的可行性以及相应价值，现特进行相关对比分析，情况如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

按照时间阶段限制以及相关标准筛选符合条件的患者作为样本，时间阶段为 2020.01~2022.06，选取我院符合要求的 60 例肺癌患者对其进行信封法分组，所得两组例数相等。对照组男女占比 17：13，年龄 30~70（52.31±5.23）岁，肿瘤平均大小（3.04±1.03）cm，肺叶切除部分：左上叶 6 例，左下叶 4 例，右上叶 5 例，右下叶 8 例，右中叶 7 例；观察组男女占比 16：14，年龄 31~69（52.11±5.12）岁，肿瘤平均大小（2.89±0.94）cm，肺叶切除部分：左上叶 8 例，左下叶 6 例，右上叶 7 例，右中叶 4 例，右下叶 5 例。

纳入标准：（1）患者经相关检查后确诊为肺癌且需进行手术治疗；（2）均符合手术相关指征且对支气管插管与单肺通气耐受；（3）术前未进行如化疗等其它方式治疗；（4）经沟通后主动参与研究。

排除标准：（1）存在一般资料不齐全的现象；（2）合并有其它恶性肿瘤疾病；（3）无法自主表达需求自我意识混乱。

1.2 方法

1.2.1 对照组

实施常规开胸手术，方法是取患者健侧卧位，在患者知情的情况下进行静吸复合麻醉。待麻醉效果产生后对双腔进行气管插管操作，建立术中健侧单肺通气。取患者第 5 或第 6 肋间 25cm 左右的位置做一个外侧切口，沿切口逐层进行打开然后如兄撑开肋间隙后进行肺癌切除操作，完成操作后常规清扫肺门及纵隔淋巴结，随后进行常规消毒和止血处理，完成后对创口进行缝合最终完成手术。

1.2.2 观察组

使用胸腔镜复制微创小切口肺叶切除术，具体操作如下。在对病人使用双腔支气管导管

插管以及静脉复合麻醉后，实施单肺通气。取患者腋后线第 6~7 肋见做观察孔，长度为 1.5cm，在患者第 4 肋间腋前线做一个长约 3~5cm 的主操作孔，结合实际情况进行决策，若单孔操作较为困难可于腋后线后侧第 8 肋见位置做一个 1.5~2cm 的副操作孔，胸腔镜微创小切口手术不进行肋骨切除或切断，而是使用小号撑开器将肋间做轻微撑开操作，在胸腔镜的帮助下，使用胸腔镜器械和常规开胸器械切除肺叶。针对发育不全的肺裂以及存在较重粘连情况的肺叶，可使用直线型切割闭合器进行处理，利用中线结扎肺血管，近端加缝扎操作，以支气管闭合器闭合支气管断端，然后对淋巴结进行清扫，完成后做常规消毒止血操作，随后完成手术。

1.3 观察指标

（1）就两组手术指标进行对比。手术指标主要侧重观察两种手术方式手术耗时、术中出血量、切口长度情况。

（2）就术后及住院情况实施比较。术后重点关注患者第一天引流量、术后引流管留置时间等、住院侧重住院时间及费用的对比。

（3）观察淋巴结清扫情况。对淋巴结清扫个数、组数和所耗费时间进行实际情况搜集并开展两组之间的比较。

（4）分析两组实验室相关指标变化情况。其中包括对血糖（GLU）、白细胞（WBC）以及对血清前白蛋白（PA）的指标搜集，就实际情况进行比较。

（5）对并发症发生情况进行分析对比。并发症包括肺不张、肺部感染、心律失常、皮下气肿等。就各项并发症发生例数进行搜集，让发生总例数与组内总例数之间形成对比，得到发生概率。

1.4 统计学方法

用 spss24.0 软件分析，患者计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）与计数资料（%）以 t、 χ^2 检验， $p<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 手术指标对比

观察组各项指标均低于对照组，然手术时间两组差异不显著，其余指标（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 手术指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数（n）	手术时间（min）	术中出血量（ml）	切口长度（cm）
观察组	30	172.45±44.52	166.45±32.42	7.51±1.80
对照组	30	152.41±40.21	254.85±45.34	28.65±3.94
t		0.916	8.686	26.730
P		0.363	0.000	0.000

2.2 术后及住院对比

除术后拔除胸管时间两组差异不显著外，两组各项比较均存在明显差异。其中观察组住院费用高于对照组，其余指标低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 术后及住院对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数（n）	术后 1d 引流量（ml）	术后胸液量（L）	术后引流管留置时间（d）	术后拔除胸管时间（d）	住院天数（d）	住院费用（万元）
观察组	30	187.65±26.12	1.07±0.25	4.87±1.60	4.22±1.54	7.85±2.61	4.47±0.15
对照组	30	266.98±32.47	1.52±0.34	6.98±1.86	4.36±2.10	17.41±5.21	3.95±0.85
t		10.426	5.840	4.710	0.294	8.985	3.299
P		0.000	0.000	0.000	0.769	0.000	0.001

2.3 淋巴结清扫情况对比

两组在淋巴结清扫个数上差异不大，观察组淋巴结清扫组数低于对照组，时间高于对照

组 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 淋巴结清扫情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	淋巴结清扫的组数 (组)	淋巴结清扫的个数 (个)	淋巴结清扫的时间 (min)
观察组	30	4.51±0.45	13.25±3.41	35.58±7.51
对照组	30	4.86±0.74	12.98±3.60	27.64±4.21
t		2.213	0.298	5.051
P		0.030	0.766	0.000

2.4 实验室指标对比
两组术前各项指标均不存在明显差异, 术后观察组除 PA 外各指标低于对照组 ($P<0.05$),

表 4 实验室指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	GLU (mmol/L)		WBC ($\times 10^9/L$)		PA (mg/L)	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后
观察组 (n=30)	5.56±0.51	7.26±1.52	6.14±1.90	12.85±3.45	257.64±52.11	215.41±45.32
对照组 (n=30)	5.54±0.70	8.49±2.17	6.23±2.04	15.74±5.41	257.59±52.14	147.52±51.94
t	0.126	2.542	0.176	2.467	0.003	5.394
p	0.899	0.013	0.860	0.016	0.997	0.000

2.5 并发症对比
观察组并发症发生率低于对照组, 然两组差异不明显 ($P>0.05$), 见表 5。

表 5 并发症对比[n (%)]

组别	例数	肺不张	肺部感染	心律失常	皮下气肿	发生率
观察组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)	0 (0.00)	2 (6.66)
对照组	30	1 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	4 (13.33)
χ^2						0.740
P						0.389

3. 讨论

肺癌是最为常见的肺原发性恶性肿瘤, 绝大多数肺癌起源于支气管黏膜上皮, 所以被称为支气管肺癌^[9]。随着全球工业化程度的加速, 人群中患有肺癌的基数正不断上升。经相关研究表明, 该疾病要想得到较好的治疗效果, 手术是其主要手段, 同时可结合放疗、化疗等进行治疗的强化干预, 促使患者疾病情况得到更为有效的控制^[10]。对手术方式进行分析, 肺叶切除术是治疗肺癌患者较为理想的手术手段, 其手术能显著提升肺癌患者的预后和生存期, 对患者来说意义重大^[11]。

对肺叶切除术进行分析, 传统开胸术较为常见^[12]。其次, 随着手术治疗手段的不断进步, 胸腔镜辅助微创小切口肺叶切除术逐渐进入人们的视野并在临床上取得了较好的效果。对手术方式进行分析, 常规胸肺叶切除术需要做较大的切口, 切断较多的胸壁肌肉, 随之还需撑开肋骨, 其手术对患者造成的创伤较为明显, 术后容易存在较为明显的疼痛感, 术后并发症相对较高。对传统手术方式进行分析, 它在有效控制患者疾病情况的同时, 手术所产生的相应弊端也是比较明显的。基于传统手术所体现出来的相应局限, 胸腔镜辅助微创小切口手术则能在各方面体现出较为显著的优势^[13]。

胸腔镜辅助微创小切口手术与传统开胸手术相比较, 其安全性更为突出, 并且在手术切口、术后疼痛方面能比之传统手术的劣势有明显提升, 进一步体现该手术方式的具体优点。再者, 该手术对更好的保留肺功能以及帮助患者更快恢复方面, 其效果更为突出。但需要注意的是, 该手术方式在淋巴结清扫方面存在一定的局限性, 所用时间较长, 最终产生的手术费用相对较高。

对两组手术方式产生的效果实施对比分析, 观察组与对照组各项对比可充分证实其优劣特点。在手术指标上, 观察组控制出血量、切口长度的表现更佳, 说明胸腔镜辅助微创小切口手术能改善切口面积以及出血情况, 但相应的手术时间该手术方式较长, 与传统手术相比较差异不显著。产生此结果可能的原因是该手术方式操作较为复杂且相对精细, 耗时上相对传统手术会更长一点。对术后及住院情况进行分析, 两组术后拔除胸管的时间差异不明显, 说明两种手术拔管时间均处在相同水平上, 证实两种手术方式在这一项的表现上有类似性。在住院费用上, 观察组住院费用更高, 其余指标均低于对照组; 说明观察组所用手术方式在控制胸液量、术后引流量、缩短住院时间上有明显作用, 其效果更为理想。就淋巴结清扫情况来看, 观察组淋巴结清扫个数和组数与对照组之间无明显差异, 清扫时间相对较高, 产生这种结果可能是因为对照组实施的开放手术更利于淋巴结的清扫, 但其个数和组数之间的相似

情况表示出这两种方式均可对淋巴结清扫产生较好效果。对实验室指标进行分析, 两组在术前各项实验室指标差异不明显, 术后观察组 GLU、WBC 指标低于对照组, 说明观察组对相应指标的控制情况更好, 可让患者发生炎症反应、产生相应并发症的可能性降低。结合并发症情况进一步分析, 观察组发生并发症的例数更低但两组并发症概率无明显差别。产生此结果可能受样本体量限制, 也可说明两种手术方式在并发症方面差异并不十分巨大, 其中观察组所用方式相对情况较好。

综上, 使用胸腔镜辅助微创小切口肺叶切除术治疗肺癌综合效果更为突出, 具备临床应用的价值。

参考文献:

[1]陆裕富. 电视辅助胸腔镜与胸腔镜辅助小切口肺叶切除术治疗 I 期非小细胞肺癌的效果对比[J]. 当代医药论丛, 2021, 19 (16): 49-51.

[2]张钰明. VATS 肺叶切除术治疗早期肺癌的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21 (28): 33-34, 65.

[3]赵瑞兴, 刘英超, 程思强, 等. 完全电视胸腔镜下肺叶切除术治疗早期非小细胞肺癌的效果研究[J]. 当代医药论丛, 2020, 18 (9): 12-13.

[4]陈斌, 王姗, 郭峰. 肺叶切除术与改良膨腔萎陷法电视胸腔镜解剖性肺段切除术对 I 期非小细胞肺癌患者手术指标、肺功能及预后的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2022, 43 (5): 440-443.

[5]潘琪, 左传田, 茅乃权, 等. 电视辅助胸腔镜下解剖性肺切除治疗 I 期肺癌的临床效果[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19 (8): 870-873.

[6]吴其琛, 李小平, 刘一胜, 等. 胸腔镜在非小细胞肺癌临床治疗中的应用效果及对生存质量的影响[J]. 中国医师杂志, 2020, 22 (10): 1588-1590.

[7]戚永超, 缪劲, 张爱平, 等. 三种术式治疗早期肺癌患者近期效果及呼吸功能恢复情况比较[J]. 实用癌症杂志, 2020, 35 (5): 790-793.

[8]钱海荣, 殷东明, 冒楷. 胸腔镜下肺叶切除术和肺段切除术治疗老年早期非小细胞肺癌的效果比较[J]. 中国医药导报, 2022, 19 (2): 96-99.

[9]员天祥, 刘傲, 黄章峰, 等. 机器人与胸腔镜楔形支气管成形肺叶切除术治疗非小细胞肺癌的短期疗效比较[J]. 中国肿瘤外科杂志, 2022, 14 (2): 127-131.

[10]周研, 张建平, 耿仲伟, 等. 解剖性肺段切除术与肺叶切除术治疗磨玻璃结节样非小细胞肺癌的疗效分析[J]. 局解手术学杂志, 2022, 31 (3): 198-201.

[11]陈文曦, 谢红梅, 孙自华, 等. 主动呼吸循环技术对老年肺癌电视胸腔镜肺叶切除术患者整体功能、心脏功能和运动耐量的影响[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2022, 8 (2): 99-103.

[12]赵恒貽, 王超, 程峰, 等. 单孔胸腔镜下肺叶切除术治疗早期非小细胞肺癌的回顾性队列研究[J]. 中国医刊, 2022, 57 (4): 399-402.

[13]张建平, 孙宇, 李古益. 单孔胸腔镜和三孔胸腔镜肺叶切除术治疗早期肺癌的疗效比较[J]. 中国临床医生杂志, 2022, 50 (2): 184-187.

髌骨弹性固定支具保守治疗急性髌骨脱位 35 例疗效观察

刘维统 李金磊 王涛 王燕波 杨景帆^{通讯作者}

昆明市中医医院 骨伤科 云南昆明 650051

摘要：目的：观察髌骨弹性固定支具保守治疗急性髌骨脱位的疗效。方法：2015—2019 年我院收治的急性髌骨脱位患者 35 例，男性 8 例，女性 27 例，最小年龄 9 岁，最大年龄 65 岁，平均年龄 20.5 岁，35 例患者均为单纯脱位无骨软骨骨折碎片，均为闭合性脱位。其中，28 例患者脱位后自行复位，就诊后给予专用髌骨脱位固定支具固定 8 周；7 例患者脱位后无法自行复位，就诊后给予手法复位，专用髌骨脱位固定支具固定 8 周。支具固定期间不限制膝关节屈伸和患肢负重，并指导股四头肌力量训练，3 月内禁止跑步及深蹲，半年后逐渐恢复体育运动。治疗后 2 年，根据随访是否发生再脱位、检查膝关节屈伸活动度、测量大腿周径评价股四头肌力量来评估整体疗效以及采用 Lysholm 膝关节评分系统评估疗效。结果：35 例中有 5 例失访，其余 30 例得到良好随访。治疗后 2 年，30 例患者中，有 3 例出现了再发脱位（10%）；膝关节屈伸功能均恢复与健侧一致；髌上 10cm 测量大腿周径，有 5 例患者（含再脱位的 3 例）较健侧细 1cm 以上（17%），其余 25 例周径与健侧差异在 1cm 以内，并恢复了伤前运动水平（83%）。30 例患者 Lysholm 评分从治疗前 54.6±6.2 分提高至治疗后 2 年 96.6±5.4 分（ $P<0.01$ ）。结论：髌骨弹性固定支具保守治疗急性髌骨脱位具有：内推髌骨促进内侧髌股韧带无张力愈合、弹性固定不限制膝关节活动、轻巧舒适病人愿意接受佩戴、无创、价廉等独有特点，体现了中医筋骨保守疗法在髌骨脱位治疗中的独到优势，在临床可尝试推广。

关键词：中医筋骨；髌骨脱位；髌骨弹性固定支具；保守治疗。

急性创伤性髌骨脱位在膝关节损伤中占 2-3%^[1]，由于脱位后自行复位，x 片上不容易发现，约 50% 的患者首次就诊时出现漏诊或误诊^[2-3]。内侧髌股韧带是维持髌骨稳定的最重要的软组织结构，髌骨脱位后有超过 90%-97% 的患者内侧髌股韧带发生了撕裂^[4-7]（图 1）。急性髌骨脱位，若得不到及时妥善治疗，有超过 50% 的患者发展为复发性脱位^[8]。2015 年—2019 年我院采用髌骨脱位专用固定支具保守治疗急性髌骨脱位，避免了以上问题并取得较好疗效，现报告如下：

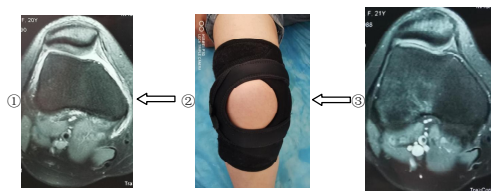
1 资料与方法

1.1 一般资料

2015-2019 年我院收治的急性髌骨脱位患者 35 例，男性 8 例，女性 27 例，最小年龄 9 岁，最大年龄 65 岁，平均年龄 20.5 岁，35 例患者均为单纯脱位无骨软骨骨折碎片，均为闭合性脱位。

1.2 治疗方法

35 例患者中，7 例患者脱位后无法自行复位，就诊后给予手法复位，专用髌骨脱位固定支具固定 8 周（图 2）。28 例患者脱位后自行复位，就诊后给予专用髌骨脱位固定支具固定 8 周；支具固定期间不限制膝关节屈伸和患肢负重，并指导股四头肌力量训练，3 月内禁止跑步及深蹲，半年后逐渐恢复体育运动。



图注：①受伤当时 MRI 提示内侧髌股韧带撕裂；②右侧髌骨脱位支具固定；③支具固定 8 周后复查 MRI 提示内侧髌股韧带愈合良好；

1.3 疗效评估

1.3.1 治疗后 2 年，根据是否发生再脱位、膝关节屈伸功能、大腿周径评价股四头肌力量做疗效整体评价。

1.3.2 采用 Lysholm 膝关节评分系统评价疗效，统计分析采用 SPSS17.0 软件包，计量资料用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，治疗前和治疗后 2 年 Lysholm 膝关节评分 t 检验， $P<0.05$ 时认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 35 例中有 5 例失访，其余 30 例得到良好随访。治疗后 2 年，30 例患者中，有 3 例出现了再发脱位（10%）；膝关节屈伸功能均恢复与健侧一致；髌上 10cm 测量大腿周径，有 5 例患者（含再脱位 3 例）较健侧细 1cm 以上（17%），其余 25 例周径与健侧差异在 1cm 以内，并恢复了伤前运动水平。30 例患者总体疗效优良率 83%。

2.2 得到良好随访的 30 例患者 Lysholm 评分从治疗前 54.6±6.2 分提高至治疗后 2 年 96.6±5.4 分（ $P<0.01$ ），见表 1。

表 1. 治疗前及治疗后 Lysholm 评分

时间	Lysholm 评分
治疗前	54.6±6.2 分
治疗后	96.6±5.4 分
t 值	3.4
p 值	<0.01

3 讨论

3.1 关于急性髌骨脱位保守治疗与手术治疗选择问题

首次髌骨脱位选择保守还是手术，学术界一直有争议。有文献报道^[9]，长期随访结果表明，保守治疗和手术治疗二者无显著差异。主张积极手术的学者认为重建内侧髌股韧带、恢复髌股关节正常对合关系和运动轨迹是治疗髌骨脱位的关键^[10-11]。王友等^[12]认为，创伤性髌骨脱位非手术治疗效果不理想，容易复发脱位，越来越多的医师选择一期手术治疗。也有很多学者^[13-16]认为，相比保守治疗，手术能降低脱位复发率。但是，也有一些学者认为，保守治疗可以达到手术治疗一样的效果^[9]，Askenberger 等^[17]对比手术修复 MPFL 和支具固定保守治疗，2 年随访结果提示二者无明显差异，支具固定组 57% 无再脱位，且膝关节功能评分和膝关节活动度恢复良好。笔者认为，内侧髌股韧带是维持髌骨稳定的最重要的软组织结构，积极手术修复重建内侧髌股韧带能大大增强髌骨稳定性，降低再发脱位率^[18]。

3.2 急性髌骨脱位保守治疗的适应症

急性创伤性髌骨脱位的手术适应症除了喜好运动肌肉发达患者、髌骨内侧缘“空虚感”明显患者^[18]外，髌骨内下缘或股骨外髁骨软骨骨折形成游离体、内侧髌股韧带髌骨止点或股骨止点有明显移位的撕脱骨折也是手术治疗的指征。所以，笔者认为，急性髌骨脱位保守治疗

的适应症为：1. 初次创伤性髌骨脱位；2. 关节腔内无骨软骨碎片；3. 内侧髌股韧带髌骨止点或股骨止点撕脱骨折无明显移位。

3.3 髌骨弹性固定支具治疗髌骨脱位的优势

有文献报道，髌骨脱位保守治疗再脱位率较高^[15-16]。笔者认为，保守治疗再发脱位率可能跟早期诊断、病人依从性、有效的固定方式等有关。内侧髌股韧带在中医属“筋”范畴，损伤筋均有自愈能力，医者用支具将髌骨内推，使得撕裂的内侧髌股韧带在无张力的环境下愈合修复（图 3），恢复正常韧带的张力和强度，这有可能是本组病例再脱位复发率明显低于文献报道的最大原因。与常规的膝关节固定支具和石膏不同，髌骨固定支具为弹性固定，不限制膝关节屈伸活动度，且将髌骨推向内侧，在膝关节屈伸过程中始终将髌骨维持在股骨滑车的中内份，让内侧髌股韧带始终处于无张力状态，这既有助于患者早期膝关节屈伸功能锻炼防止膝关节粘连，又有助于恢复内侧髌股韧带的强度和张力降低再脱位率。

本组 35 例中有 5 例失访，其余 30 例得到良好随访。治疗后 2 年，30 例患者中，有 3 例出现了再发脱位（10%）；膝关节屈伸功能均恢复与健侧一致；髌上 10cm 测量大腿周径，有 5 例患者（含再脱位 3 例）较健侧细 1cm 以上（17%），其余 25 例周径与健侧差异在 1cm 以内，并恢复了伤前运动水平。30 例患者总体疗效优良率 83%。较低的复发率和较好的疗效可能跟严格的适应症选择和有效的髌骨内推固定支具固定有关。

参考文献：

- [1] Sharker H, Assaf M, Deltoff MN. A new minimally invasive surgical technique for medial retinaculum repair following traumatic patella dislocation[J]. Eur J Orthop Surg Traumatol, 2018, 28 (5): 811-817.
- [2] 戴祝, 尤迪, 廖瑛, 等. 髌骨复发性脱位伴陈旧性骨软骨骨折的治疗[J]. 中国修复重建外科杂志, 2016, 30 (1): 10-14.
- [3] Earhart C, Patel DB, White EA, et al. Transient lateral patellar dislocation: review of imaging findings, patellofemoral anatomy, and treatment options[J]. Emergency Radiology, 2013, 20 (1): 11-23.
- [4] Ji G, Wang F, Zhang Y, et al. Medial patella retinaculum plasty for treatment of habitual patellar dislocation in adolescents[J]. Int Orthop, 2012, 36 (9): 1819-1825.
- [5] 冯华, 姜春岩. 实用骨科运动损伤临床诊断[M]. 人民军医出版社, 2010 (1): 30-35.
- [6] Antinolfi P, Bartoli M, Placea L, et al. Acute patellofemoral instability in children and adolescents[J]. Joints, 2016, 4 (1): 47-51.
- [7] 赵静, 朱红霞, 唐善军, 等. 青少年急性髌骨脱位后内侧髌股韧带与骨软骨损伤的 MRI 分析[J]. 临床放射学杂志, 2017, 36 (11): 1675-1678.
- [8] Oestern S, Varoga D, Lippross S, et al. Patella dislocation[J]. Unfall Chirurg, 2011, 114 (4): 345-358.
- [9] Petri M, Ettinger M, Stuebig T, et al. Current concepts for patellar dislocation[J]. Arch Trauma Res, 2015, 4 (3): e29301.
- [10] Reagan J, Kuillar R, Burks R. MPFL reconstruction: technique and results[J]. Orth Clin North Am, 2015, 46 (1): 159-169.
- [11] Hennrikus W, Pylawka T. Patellofemoral instability in skeletally immature athletes[J]. J Bone Joint Surg Am, 2013, 95 (2): 176-183.
- [12] 王友. 外侧松解+胫骨结节内移+MPFL 重建术治疗复发性髌骨脱位 3 例分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2017, 25 (6): 554-557.
- [13] Erickson BJ, Mascarenhas R, Sayegh ET, et al. Does operative treatment of first-time patellar dislocation lead to increased patellofemoral stability? [J] A systematic review of overlapping meta-analyses. Arthroscopy, 2015, 31 (6): 1207-1215.
- [14] Nwachukwu BU, So C, Schairer W, et al. Surgical versus conservative management of acute patellar dislocation in children and adolescents: a systematic review[J]. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2016, 24 (3): 760-767.
- [15] Palmu S, Kallio PE, Donell ST, et al. Acute patellar dislocation in children and adolescents: a randomized clinical trial[J]. J Bone Joint Surg Am, 2008, 90 (3): 463-470.
- [16] Maenpaa H, Lehto MU. Patellar dislocation: the long-term results of nonoperative management in 100 patients[J]. Am J Sports Med, 1997, 25: 213-221.
- [17] Askenberger M, Bengtsson M, Ekstrom W, et al. Operative repair of medial patellofemoral ligament injury versus knee brace in children with an acute first-time traumatic patellar dislocation: A randomized controlled trial[J]. Am J Sports Med, 2018, 46 (10): 2328-2340.
- [18] 刘维统, 杨景帆. 关节镜在创伤性髌骨脱位诊治中的临床价值探讨[J]. 昆明医科大学学报, 2014, 35 (5): 114-116.

基金项目：昆明市卫生健康委员会卫生科研课题项目

项目编号：2022-10-01-010

系统性红斑狼疮合并抗磷脂综合征患者视网膜病变的临床价值分析

姚奇岑 陈维飞

海南医学院第二附属医院 571100

摘要：目的：探讨系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征患者表现出的视网膜病变情况，并研究具体的治疗措施，以将患者的预后改善。方法：对来自我院罹患视网膜病变（系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征）的70例患者进行抽取，时间介于2020年2月~2022年3月范围；针对所有患者的临床资料展开回顾性分析。结果：对于70例视网膜病变（系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征）患者，其中关节痛患者25例，皮肤红斑患者30例，雷诺现象患者15例，发热患者15例。对系统损害情况分析：表现出肾损害患者40例；多浆膜炎患者10例，血液系统损害患者42例，神经系统损害患者35例，下肢静脉血栓患者5例。对患者实施实验室检查：表现出抗核抗体阳性患者70例；表现出抗双链DNA抗体阳性患者55例；抗β₂-GPI抗体阳性患者70例；抗心磷脂抗体阳性患者70例；狼疮抗凝物阳性患者70例；抗Sm抗体阳性患者30例，抗核糖核蛋白阳性患者25例，抗SSA阳性患者40例，抗rRNP患者18例，补体C3下降患者53例，IgG升高患者60例，红细胞沉降率升高患者70例，CRP升高患者30例（SLE患者CRP活动期往往不高）。表现出双眼病变的患者49例，表现出单眼病变患者21例。完成系统治疗后，患者的皮肤红斑、关节痛、口腔溃疡、发热、血液系统、系统损害多浆膜炎、下肢血管栓塞以及肾损害等临床症状获得显著好转。在眼部病变方面，呈现出视力不同程度改善的患者68例，视力无改善患者2例。结论：系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征患者在表现出视网膜病变情况后，会导致视力受到严重影响。并且部分患者属于首发症状。对此针对系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征患者首先需要实施常规眼底检查，合理采用抗凝、免疫抑制剂以及糖皮质激素实施治疗，可获得对应效果。

关键词：系统性红斑狼疮；抗磷脂综合征；视网膜病变；临床资料

系统性红斑狼疮作为自身免疫性疾病一种，其主要因为多克隆B细胞激活，并且表现出自身抗体的情况，使患者出现多样的临床表现。此种疾病发生，会对患者的眼部等器官系统产生严重影响^[1-3]。对于眼部表现而言，对于良性眼干燥症以及致盲性视网膜血管阻塞性病变，均存在一定的发病率。对于此类患者在合并表现出抗磷脂综合征的情况后，会表现出视网膜血管病变的情况，从而对患者的视力预后产生严重影响。对此对于系统性红斑狼疮患者在早期实施抗磷脂抗体筛查，对于疾病的及时确诊以及治疗，表现出显著价值^[4-6]。本次研究对来自我院罹患视网膜病变（系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征）的70例患者进行抽取，时间介于2020年2月~2022年3月范围；针对所有患者的临床资料展开回顾性分析，以探讨系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征患者表现出的视网膜病变情况，并研究具体的治疗措施，以将患者的预后改善，现进行如下报告。

1、资料与方法

1.1 一般资料

对来自我院罹患视网膜病变（系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征）的70例患者进行抽取，时间介于2020年2月~2022年3月范围；纳入标准：①系统性红斑狼疮以及抗磷脂综合征疾病通过临床诊断，获得有效确诊；②对所有患者实施眼底照相、眼底镜检查、眼底血管造影检查、裸眼以及矫正视力检查，视网膜病变获得确诊；③研究前，工作人员就系列疾病知识以及检查知识等予以讲解，达到患者以及家属知晓目的，顺利完成后续相关同意书签署；④对所有视网膜病变（系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征）患者的一般资料收集，未发生任何漏缺；排除标准：①伴有糖尿病以及高血压等慢性慢性疾病；②呈现出眼部相关病毒、真菌、细菌、衣原体以及支原体感染疾病；③呈现出药物以及外伤相关并发症现象；④呈现出其他自身免疫性疾病继发眼部病变的情况；⑤将因为轻氧唯用导致的视网膜病变排除；男性共计抽取10例，女性共计抽取60例；所涉及年龄范围处于16~55岁区间，经求取平均值为（25.28±5.25）岁；所涉及系统性红斑狼疮疾病病程范围处于1~38个月，经求取平均值为（22.29±5.25）个月。

1.2 方法

对所有视网膜病变（系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征）患者的临床资料实施收集。包括患者的性别、年龄、病程、系统脏器受累情况、临床表现、补体、免疫球蛋白IgG、C反应蛋白、红细胞沉降率、眼科检查、自身抗体、治疗药物以及预后情况等。对于系统性红斑狼疮患者的病情活动情况在展开评定期间，主要利用系统性红斑狼疮活动指数-2000评分标准展开评定：病情基本不活动：0分≤结果≤4分；轻度活动：5分≤结果≤9分；中度活动：10分≤结果≤14分；重度活动：结果≥15分。治疗期间，均选择糖皮质激素治疗。选择甲泼尼龙（500~1000mg）展开冲击治疗。完成后，采用泼尼松实施序贯治疗。1mg/（kg·d）。合理采用免疫抑制剂展开治疗。采用拜阿司匹林药物治疗，以获得血小板聚集预防效果。

1.3 观察指标

①对系统性红斑狼疮患者的临床表现进行观察；②对眼部表现进行观察；③对系统性红斑狼疮患者的病情实施评估；④治疗预后情况。

1.4 统计学方法

在SPSS22.0中精准录入数据，计量资料在表述时，运用 $\bar{x} \pm s$ 表示，展开t检验，计数资料在表述时，运用n（%）表示，展开 χ^2 检验， $P < 0.05$ 代表差异具有意义。

2、结果

2.1 系统性红斑狼疮患者的临床表现

对于70例视网膜病变（系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征）患者，其中关节痛患者25例，皮肤红斑患者30例，雷诺现象患者15例，发热患者15例。对系统损害情况分析：表现出肾损害患者40例；多浆膜炎患者10例，血液系统损害患者42例，神经系统损害患者35例，下肢静脉血栓患者5例。对患者实施实验室检查：表现出抗核抗体阳性患者70例；表现出抗双链DNA抗体阳性患者55例；抗β₂-GPI抗体阳性患者70例；抗心磷脂抗体阳性患者70例；狼疮抗凝物阳性患者70例；抗Sm抗体阳性患者30例，抗核糖核蛋白阳性患者25例，抗SSA阳性患者40例，抗rRNP患者18例，补体C3下降患者53例，IgG升高患者60例，红细胞沉降率升高患者70例，CRP升高患者30例。

2.2 眼部表现分析

表现出双眼病变的患者49例，表现出单眼病变患者21例。

2.3 治疗预后分析

完成系统治疗后，患者的皮肤红斑、关节痛、口腔溃疡、发热、血液系统、系统损害多浆膜炎、下肢血管栓塞以及肾损害等临床症状获得显著好转。在眼部病变方面，呈现出视力不同程度改善的患者68例，视力无改善患者2例。

3.讨论

系统性红斑狼疮作为自身免疫性疾病一种，其对诸多器官系统造成影响。尤其会对眼睛任何部位产生影响，包括眼睑、眼眶、角膜、结膜、视网膜、巩膜、视神经以及脉络膜等^[7-9]。此类患者在合并表现出抗磷脂综合征疾病后，存在较高概率发生视网膜病变现象。对患者造成的影响尤为显著。此类患者呈现出眼部并发症同其他器官系统疾病存在相关性。在对系统性疾病进程进行积极控制的同时，可确保部分眼部并发症获得有效缓解。治疗期间，通常选择糖皮质激素等药物实施免疫抑制治疗^[10,11]。

本次研究发现，对于70例视网膜病变（系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征）患者，其中关节痛患者25例，皮肤红斑患者30例，雷诺现象患者15例，发热患者15例。对系统损害情况分析：表现出肾损害患者40例；多浆膜炎患者10例，血液系统损害患者42例，神经系统损害患者35例，下肢静脉血栓患者5例。对患者实施实验室检查：表现出抗核抗体阳性患者70例；表现出抗双链DNA抗体阳性患者55例；抗β₂-GPI抗体阳性患者70例；抗心磷脂抗体阳性患者70例；狼疮抗凝物阳性患者70例；抗Sm抗体阳性患者30例，抗核糖核蛋白阳性患者25例，抗SSA阳性患者40例，抗rRNP患者18例，补体C3下降患者53例，IgG升高患者60例，红细胞沉降率升高患者70例，CRP升高患者30例。表现出双眼病变的患者49例，表现出单眼病变患者21例。完成系统治疗后，患者的皮肤红斑、关节痛、口腔溃疡、发热、血液系统、系统损害多浆膜炎、下肢血管栓塞以及肾损害等临床症状获得显著好转。在眼部病变方面，呈现出视力不同程度改善的患者68例，视力无改善患者2例。从而发现，对于系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征患者而言，眼部表现可能为其首发表现，并且同诸多疾病活动性相关，对此需要就眼科检查实施常规筛查。情形需要，展开眼部血管造影检查，以对患者的安全性做出保证。

综上所述，系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征患者在表现出视网膜病变情况后，会导致视力受到严重影响。并且部分患者属于首发症状。对此针对系统性红斑狼疮伴有抗磷脂综合征患者首先需要实施常规眼底检查，合理采用抗凝、免疫抑制剂以及糖皮质激素实施治疗，可获得对应效果。

参考文献：

- [1]王宇,田梅. 系统性红斑狼疮伴视网膜黄斑水肿谱系疾病服用轻氧嗪发生黄斑病变一例[J]. 海南医学,2020,31(1): 132-134.
 - [2]Desai, Sami, Athikar, Sam E., Lundgren, Pia, et al. Validation of WINROP (online prediction model) to identify severe retinopathy of prematurity (ROP) in an Australian Preterm Population: A Retrospective study[J]. Eye, 2021,35(5): 1334-1339.
 - [3]李佳,王然,施春德,等. 简化整体抗磷脂抗体综合征评分在系统性红斑狼疮患者新发血栓栓塞事件风险评估中的应用研究[J]. 上海交通大学学报(医学版),2021,41(8): 1046-1050.
 - [4]Rego, Silvia, Dutra-Medeiros, Marco, Soares, Filipe, et al. Screening for Diabetic Retinopathy Using an Automated Diagnostic System Based on Deep Learning: Diagnostic Accuracy Assessment[J]. Ophthalmologica: International Journal of Ophthalmology=Journal International d'ophtalmologie,2021,244(3): 250-257.
 - [5]何梦婕,贾晋,高岩,等. 临床药师参与1例妊娠期系统性红斑狼疮伴抗磷脂综合征并血小板减少患者抗栓治疗方案实践[J]. 中国药业,2021,30(15): 118-121.
 - [6]Jiramongkolchai, Kim, Repka, Michael X., Tian, Jing, et al. Lower foetal haemoglobin levels at 31-and 34-weeks post menstrual age is associated with the development of retinopathy of prematurity PacifiHER Report No. 1 PacifiHER Study Group (Preterm Infants and Fetal Haemoglobin in ROP) [J]. Journal of Eye, 2021, 35(2): 659-664.
 - [7]郭玉惠. 两种球蛋白联合阿司匹林治疗系统性红斑狼疮妊娠合并抗磷脂综合征患者疗效观察[J]. 医药论坛杂志,2021,42(3): 129-132.
 - [8]邢志华,褚晓鑫,王娟,等. 蛋白A免疫吸附联合免疫抑制剂治疗抗磷脂综合征顽固性血小板减少一例[J]. 中华肾脏病杂志,2021,37(12): 1015-1017.
 - [9]王娟娟,施宏堂,陈真. 以反复咯血为首表现的系统性红斑狼疮并抗磷脂综合征一例[J]. 中华临床免疫和变态反应杂志,2020,14(2): 147-149.
 - [10]李新伊,张昱,宗辉,等. 系统性红斑狼疮继发抗磷脂综合征合并视网膜中央动脉阻塞一例[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志,2020,22(10): 786-788.
 - [11]余洁,马明磊,刘艺文,等. 抗磷脂抗体综合征致急性原发性肾上腺皮质功能不全1例并文献复习[J]. 中国医刊,2020,55(4): 372-375.
- 作者简介：姚奇岑（1989-11-26）男，民族：汉族，籍贯：海南海口，学历：硕士研究生，职称：主治医师，研究方向：抗磷脂综合征发病机制研究。
海南省卫生计生行业科研项目 编号：20A200256。

分析药学服务对糖尿病患者用药依从性及血糖控制的影响

李爱梅

山东省聊城市茌平区贾寨中心卫生院 252114

摘要：目的：研究糖尿病患者接受药学服务对其用药依从性和血糖控制的影响。方法：经数字表法对我科室 2021.2-2022.2 收治的 70 例糖尿病患者予以分组，（35 例常规组）常规用药管理，（35 例研究组）药学服务管理。观察组间血糖、血脂情况、生活质量评分、用药依从性、护理效果。结果：研究组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、尿酸、糖化血红蛋白、低密度脂蛋白指标，均明显比常规组低，（ $P<0.05$ ）；研究组 TC（血清总胆固醇）、TG（甘油三酯）、HDL-C（高密度脂蛋白）、LDL-C（低密度脂蛋白）评分，明显低于常规组，（ $P<0.05$ ）；研究组 SF-36 评分，明显高于常规组，（ $P<0.05$ ）；研究组 SF-36 评分，明显高于常规组，（ $P<0.05$ ）；研究组患者用药依从率，明显高于常规组，（ $P<0.05$ ）；研究组护理有效率 34 例（97.14%），明显比常规组高，（ $P<0.05$ ）。结论：糖尿病患者接受药学服务具有重要意义，不但可以使其用药依从性得到极大提升，从而提升护理效果，而且可以使其空腹血糖、餐后 2h 血糖、尿酸、糖化血红蛋白、低密度脂蛋白指标得到大幅度降低，改善其血脂指标，使血糖得到有效控制，改善其生活质量，推荐临床实践中广泛应用。

关键词：药学服务；糖尿病患者；用药依从性；血糖控制

糖尿病属于一种较为高发慢性疾病，有关数据调查表示，我国糖尿病患者已经达到 9000 万人以上^[1]，近年来随着社会经济的迅猛发展，生活水平的快速提升，人们饮食方式和生活习惯的改变，导致该病患者迅速增多。据近期流行病学统计，当前糖尿病发病率大概超过 10%^[2]，尤其在老年群体中发病较多。对于糖尿病治疗临床主要采取药物控制，但由于该病程长，大多数患者在长期用药过程中，依从性低，血糖控制不明显，这样就导致一系列并发症的发生，给糖尿病患者身心和生活带来更大伤害。为提升其用药依从性，有效改善血糖，本文研究糖尿病患者接受药学服务的效果。如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

经数字表法对我科室 2021.2-2022.2 收治的 70 例糖尿病患者予以分组，（35 例常规组）常规用药管理，（35 例研究组）药学服务管理。本院伦理委员会通过本次研究。纳入标准：（1）患者经过诊断确诊为糖尿病；（2）可以独立完成量表评估者。排除标准：（1）药物过敏者；（2）合并肝肾功能障碍者；（3）合并肿瘤疾病；（4）具有精神类疾病者。组间基线资料差异（ $P>0.05$ ）。如表 1：

表 1：糖尿病患者一般资料对比[$(\bar{X} \pm S)$ /n]

组别	性别（例）		年龄（岁）		病程（年）	
	男	女	范围	均值	范围	均值
研究组（n=35）	19	16	46-65	53.28±4.22	1-4	3.12±2.40
常规组（n=35）	18	17	47-66	54.29±4.24	2-5	3.14±2.42
t/χ^2 值	0.026		/	0.324	/	0.512
P 值	0.453		/	0.544	/	0.552

1.2 方法

1.2.1 常规组

常规用药管理。内容：给予患者用药指导并监督其用药，每天监测患者血糖两次，对其血糖情况进行观察。

1.2.2 研究组

药学服务管理。内容：（1）护理人员为患者和家属讲述用药时间、用量、注意事项等，尤其是可能出现的不良反应和处理方法，为其介绍合理用药对控制血糖的重要性，提升其对用药依从性。（2）护理人员耐心解答患者提出对药物使用存在的疑问，纠正其错误观念，规范其用药。（3）定期为患者和家属开展糖尿病健康教育，让其了解更多糖尿病知识，发放宣传册，提升其对疾病知识认知，护理人员与家属一起对患者用药情况进行监督。（4）对患者

用药情况进行跟踪，使其用药合理性、规范性提升，从而提升其治疗效果。

1.3 观察指标

- （1）对比有关血糖指标。内容：空腹血糖、餐后 2h 血糖、尿酸、糖化血红蛋白、低密度脂蛋白。
- （2）血脂指标对比。内容：TC（血清总胆固醇）、TG（甘油三酯）、HDL-C（高密度脂蛋白）、LDL-C（低密度脂蛋白）。
- （3）比较 SF-36 评分。应用 SF-36 评分量表，评价患者生活质量，分值与生活质量成正比。
- （4）对比用药依从性。优秀：患者遵医嘱服药及注射胰岛素；良好：服药期间偶尔有漏服药物、漏打药物现象，整体上良好；差：服药和服药情况混乱，未能及时服药和注射。
- （5）对比护理效果。显效：患者血糖控制理想，餐前血糖、餐后 2 小时血糖指标稳定；有效：患者血糖控制良好，餐前血糖、餐后 2 小时血糖指标有所改善；无效：患者血糖无控制。

1.4 统计学整理

由 SPSS25.0 进行统计学处理，计量资料行 $(\bar{X} \pm s)$ 表示，采用 t 检验；计数资料采用率（%）表示，选择 χ^2 检验，以（ $P<0.05$ ）具有显著性差异。

2 结果

2.1 组间患者有关血糖指标对比

研究组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、尿酸、糖化血红蛋白、低密度脂蛋白指标，均明显比常规组低，（ $P<0.05$ ）。如表 2：

表 2：对比组间患者的血糖指标（ $\bar{X} \pm S$ ，）（n=35）

观察指标	时间	常规组	研究组	t 值	P 值
空腹血糖 (mmol/L)	干预前	8.79±2.33	8.78±2.02	0.019	0.985
	干预后	7.72±1.61*	6.82±1.78*	2.218	0.030
	餐后 2h 血糖(mmol/L)	12.28±3.36	12.31±3.62	0.036	0.971
糖(mmol/L)	干预前	8.95±2.56*	7.75±2.24*	2.087	0.041
	干预后	8.95±2.56*	7.75±2.24*	2.087	0.041
尿酸 (umol/L)	干预前	589.42±12.50	585.28±16.86	1.167	2.434
	干预后	400.33±19.60*	389.28±18.36*	0.247	0.018
糖化血红蛋白(%)	干预前	7.82±1.50	7.83±1.38	0.029	0.977
	干预后	7.11±1.38*	6.06±1.34*	3.229	0.002

低密度脂蛋	干预前	4.43±0.65	4.44±0.53	0.071	0.944
白(mmol/L)	干预后	3.03±1.93*	2.02±1.98*	2.161	0.034

注：*与干预前相比， $P<0.05$

2.2 组间患者的血脂指标对比

研究组 TC（血清总胆固醇）、TG（甘油三酯）、HDL-C（高密度脂蛋白）、LDL-C 低密度脂蛋白）评分，明显低于常规组，（ $P<0.05$ ）。如表 3：

表 3：对比组间患者的血脂指标（ $\bar{x} \pm s$ ，mmol/L）（n=35）

观察指标	时间	研究组	常规组	t 值	P 值
TC（血清总胆固醇）	干预前	5.32±1.33	5.52±1.14	0.675	0.502
	干预后	3.42±0.31*	3.63±0.31*	3.030	0.003
TG（甘油三酯）	干预前	2.12±0.63	2.13±0.61	0.072	0.943
	干预后	1.42±0.63*	1.70±0.03*	2.808	0.006
HDL-C（高密度脂蛋白）	干预前	2.32±0.41	2.33±0.35	0.117	0.907
	干预后	3.65±0.53*	3.43±0.34*	2.210	0.030
LDL-C 低密度脂蛋白）	干预前	4.54±0.54	4.53±0.42	0.086	0.931
	干预后	3.43±0.30*	3.60±0.32*	2.451	0.016

注：*与干预前相比， $P<0.05$

2.3 比较 SF-36 评分

研究组 SF-36 评分，明显高于常规组，（ $P<0.05$ ）。如表 4：

表 4：对比组间患者的 SF-36 评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）（n=35）

观察指标	时间	常规组	研究组	t 值	P 值
生理机能	干预前	71.10±3.32	71.80±3.30	1.044	0.295
	干预后	80.73±4.31*	82.82±4.61*	2.341	0.020
情感职能	干预前	72.90±3.22	72.97±3.12	0.073	0.933
	干预后	72.91±3.20*	78.82±4.70*	3.062	0.005
社会功能	干预前	73.20±4.20	73.10±4.05	0.107	0.912
	干预后	76.41±3.71*	78.51±4.70*	2.471	0.012
躯体功能	干预前	71.72±3.62	71.70±3.70	0.012	0.984
	干预后	75.40±5.72*	78.50±6.70*	2.482	0.013
总体健康	干预前	72.10±3.90	72.12±4.30	0.010	0.992
	干预后	75.50±6.82*	78.50±6.72*	2.201	0.032

注：*与干预前相比， $P<0.05$

2.4 组间患者用药依从性比较

研究组患者用药依从率，明显高于常规组，（ $P<0.05$ ）。如表 5：

表 5：组间患者用药依从性对比[n（%）]

组别	例数	优秀	良好	差	总依从度
研究组	35	25（71.42）	9（25.71）	1（2.85）	34（97.14）
常规组	35	17（48.57）	12（34.28）	6（17.14）	29（82.86）
χ^2					3.968
P					0.046

2.5 对比组间患者护理效果

研究组护理有效率 34 例（97.14%），明显比常规组高，（ $P<0.05$ ）。如表 6：

表 6：对比组间护理效果[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	35	23（65.71）	11（31.43）	1（2.86）	34（97.14%）
常规组	35	8（22.86）	20（57.14）	7（20.00）	28（80.00%）
χ^2					5.080
P					0.024

3 讨论

糖尿病属于一种比较常见慢性疾病，可伴随患者终身，该病发病因素有多种，比如遗传、生存环境、免疫功能、饮食习惯等。患病者，其新陈代谢已经发生异常。该病无法根治，给患者正常生活带来极大困扰^[3]。临床上主要应用口服药物或者注射胰岛素对该病进行控制。患者在长期用药过程中，往往用药依从性比较差，对血糖控制不理想。为提升其用药依从性，尽快控制其血糖，改善生活质量。采取药学服务管理服务，使糖尿病患者用药依从性提升，获得理想效果。用药依从性主要指患者自觉、认真、准确、合理用药，严格遵医嘱执行，并规范其饮食。有大部分老年患者有记忆力减退，智力下降等，经常忘记服药，或者出现重复用药情况，使用药依从性极大下降，为此，要充分发挥药学服务作用，护理人员为患者和家属讲述用药时间、用量、注意事项等，尤其是可能出现的不良反应和处理方法，为其介绍合理用药对控制血糖的重要性，提升其用药依从性^[4]。护理人员耐心解答患者提出对药物使用存在的疑问，纠正其错误观念，规范其用药。定期为患者和家属开展糖尿病健康教育，让其了解更多糖尿病知识，发放宣传册，提升其对疾病知识认知，护理人员与家属一起对患者用药情况进行监督^[5]。本次研究结果显示，研究组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、尿酸、糖化血红蛋白、低密度脂蛋白指标，均明显比常规组低，（ $P<0.05$ ）；研究组 TC（血清总胆固醇）、TG（甘油三酯）、HDL-C（高密度脂蛋白）、LDL-C 低密度脂蛋白）评分，明显低于常规组，（ $P<0.05$ ）；这表明，药学服务能够使患者血糖、血脂得到有效控制。研究组 SF-36 评分，明显高于常规组，（ $P<0.05$ ）；研究组 SF-36 评分，明显高于常规组，（ $P<0.05$ ）；这表明，药学服务能够改善患者生活质量。这与马悦^[6]等人研究结果一致，“研究组患者用药依从率明显高于常规组，组间差异明显可见（ $P<0.05$ ）”；研究组护理有效率 34 例（97.14%），明显比常规组高，组间差异明显可见（ $P<0.05$ ）。这表明，药学服务能够使护理效果得到极大提升。

综上，糖尿病患者接受药学服务具有重要意义，不但可以使其用药依从性得到极大提升，从而提升护理效果，而且可以使其空腹血糖、餐后 2h 血糖、尿酸、糖化血红蛋白、低密度脂蛋白指标得到大幅度降低，改善其血脂指标，使血糖得到有效控制，改善其生活质量，推荐临床实践中广泛应用。

参考文献：

[1]李婉姝,周萃,王杰,等. 信息化辅助的药物治疗管理(MTM)在 2 型糖尿病患者药学服务中的工作模式构建及案例分析[J]. 中国现代医生,2021,59(29): 154-158.

[2]赵小磊,刘萌萌. 对门诊糖尿病患者实施临床药学服务的效果研究[J]. 中国处方药,2021,19(10): 59-61.

[3]尹晓. 药学服务在糖尿病患者使用降糖药物控制血糖中的作用观察[J]. 中国现代药物应用,2021,15(18): 219-221.

[4]罗珊. 对门诊糖尿病患者实施药学服务的效果观察[J]. 海峡药学,2021,33(09): 123-125.

[5]孔玲娟,朱文彬. 药学服务在糖尿病患者中的应用及效果评价[J]. 中国现代药物应用,2021,15(15): 244-247.

[6]马悦,朱世国. 药学服务对老年 2 型糖尿病患者用药依从性及血糖控制效果的影响[J]. 中国药业,2021,30(15): 13-15.

甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床疗效分析

刘清

毕节市第一人民医院 贵州毕节 551700

摘要：目的：分析甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床疗效。方法：选取本院从2020年1月至2021年9月收治的100例甲状腺结节患者作为此次的研究对象，采取随机分配的原则，将100例甲状腺结节患者分为对照组和观察组，其中对照组人数有50例，观察组人数有50例。对照组病患男性16例，女性34例，年龄大约在22~64岁，平均（42.25±29.32）岁；观察组病患男性11例，女性39例。年龄大约在21~68岁，平均（44.53±31.15）岁。对照组采取的是根据病例进行的甲状腺次全术，采用颈丛麻醉，保持气管畅通，外科部位进行彻底的消毒，切开胸骨上切除以上两个手指，沿着皮下组织、颈阔肌、相邻组织分开，从右侧切开，沿着甲状腺外侧下切，从正面沿着外侧切开，在完全露出腺体后，将结节和旁腺全部取出，在此期间，要注意保护喉返神经，并选择适当的穿刺深度然后缝合切口。观察组采用全麻下颌窦切除术，采用仰卧式全麻，将头稍稍后倾，患侧胸骨上方作为切口，作3 cm左右的弧形切口，不切开喉返神经，将甲状腺切除，切除周围的包膜，将希氏三角区分开，将腺叶从下背部分开，切除腺叶顶端的分枝，再将腺叶的上部分枝进行适当的结扎，同时将腺叶的腺叶从囊中取出，然后将残余的甲状腺组织缝起来，保留喉返神经，封闭切口。结果：通过对照组和观察组手术质量分析可以看出，观察组的手术市场、术中出血、术后引流量明显低于对照组，通过对照组和观察组术后恢复情况分析，观察组的TPO明显低于对照组，TT指标数据对比无明显差异，TSH明显高于对照组，通过对照组和观察组并发症情况分析可以看出，对照组有喉返神经损伤4例，饮水呛咳3例，低钙抽搐2例，并发症发生率为9例（18.00%）；观察组有1喉返神经损伤1例，低钙抽搐1例，并发症发生率为2例（4.00%）。观察组的并发症发生率明显要比对照组低，两组之间的实验结果分析差异，具有统计学意义（P<0.05）。结论：采取腺叶切除术对于甲状腺结节患者的临床治疗有明显的改善效果，值得在临床实践中大力推广。

关键词：甲状腺；腺叶切除术；结节

引言：甲状腺结节的原因有很多，第一，人体缺少碘，如果人体对碘的摄入量不足，就会有甲状腺肿的症状。另外，人体对甲状腺激素的需求也会有所改变，比如青春期、妊娠期的妇女，由于体内的甲状腺激素比较多，所以会出现甲状腺结节，也会出现甲状腺腺体性腺瘤的症状。此外，有的病人体内甲状腺素的合成和排泄功能紊乱，这种病人经常长期摄入药物、微量元素，会影响人体的甲状腺素的合成，从而导致甲状腺结节。大多数的甲状腺结节都不会对人体造成严重的伤害，但是也有一些会对人体造成不良的影响，比如内分泌系统、呼吸系统等，也有一些人的甲状腺结节会发生恶性变化。甲状腺结节的手术治疗主要是通过甲状腺次全切除术来进行的，其中甲状腺次全切除术的应用范围比较广，但是切口比较大，而且位置靠近食管，靠近甲状腺和迷走神经，甲状腺位于食管附近，术后并发症比较多，容易导致肿瘤复发，手术效果较差。甲状腺腺叶切除术属于最小化的术式，可以减少切口，降低出血率，减少手术的次数，这种方法对病人的身体造成的伤害很少，可以从甲状腺的峡部到两边进行，避免了甲状腺、食道和气管的接触，减少喉返神经的损伤，同时也能保护喉上神经和甲状腺旁神经，从而有效地减少了术后的并发症。

1 资料与方法

1.1 资料数据

选取本院从2020年1月至2021年9月收治的100例甲状腺结节患者作为此次的研究对象，采取随机分配的原则，将100例甲状腺结节患者分为对照组和观察组，其中对照组人数有50例，观察组人数有50例。对照组病患男性16例，女性34例，年龄大约在22~64岁，平均（42.25±29.32）岁；观察组病患男性11例，女性39例。年龄大约在21~68岁，平均（44.53±31.15）岁；甲状腺结节的评估方法：（1）临床医师可以在病人的甲状腺位置上有明显的结节；（2）B超：B超显示病人有一个大于0.3 cm的肿块；（3）CT显示有肿块的暗影；（4）颈内淋巴结的超声波检查可判断是否为良性或恶性的。研究的入选条件：（1）有明确诊断的甲状腺结节；（2）病人具有清醒的意识，自愿参与并且签署知情同意书；（3）在研究过程中，病人可以配合进行问卷调查和统计；（4）没有其他严重的症状或对试验结果有任何影响的恶性疾病。筛除条件：（1）存在智力障碍、体质差、不能全过程参与临床研究的病人；（2）病人没有签署知情同意书；（3）病人在治疗过程中终止了治疗观察。对照组和观察组之间一般资料的差异性不具有统计学意义（P>0.05）。本次参与的患者以及家属对于研究流程全部知情并且签署了同意书。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采取的是根据病例进行的甲状腺次全术，采用颈丛麻醉，保持气管畅通，外科部位进行彻底的消毒，切开胸骨上切除以上两个手指，沿着皮下组织、颈阔肌、相邻组织分开，从右侧切开，沿着甲状腺外侧下切，从正面沿着外侧切开，在完全露出腺体后，将结节和旁腺全部取出，在此期间，要注意保护喉返神经，并选择适当的穿刺深度然后缝合切口。

1.2.2 观察组

观察组采用全麻下颌窦切除术，采用仰卧式全麻，将头稍稍后倾，患侧胸骨上方作为切口，作3 cm左右的弧形切口，不切开喉返神经，将甲状腺切除，切除周围的包膜，将希氏三角区分开，将腺叶从下背部分开，切除腺叶顶端的分枝，再将腺叶的上部分枝进行适当的结扎，同时将腺叶的腺叶从囊中取出，然后将残余的甲状腺组织缝起来，保留喉返神经，封闭切口。

1.3 评价指标

（1）对手术时长、术中出血状况和术后引流量进行比较。（2）采用甲状腺激素（TPO）、TT3（TT3）、促甲状腺激素（TSH）等指标对两组的治疗方式进行评价。（3）对两个组间的治疗并发症进行分析，其中包括：喉返神经损伤、饮水呛咳、低钙抽搐等。

1.4 统计学方法

使用SPSS22.0软件对本次采集的数据展开对比和分析，经过整理后的数据用（ $\bar{x} \pm s$ ）来表示，t作为计量资料检验数值，通过x2进行计数检验，两组数据呈现的差异值具有统计学意义（P<0.05）。

2 结果

2.1 对照组和观察组手术质量分析

通过对照组和观察组手术质量分析可以看出，观察组的手术市场、术中出血、术后引流量明显低于对照组，两组之间的实验结果分析差异，具有统计学意义（P<0.05）。详细情况，可见表1。

表1 对照组和观察组手术质量分析

组别	手术时长	术中出血	术后引流量
对照组（n=50）	158.61±2.46	117.92±2.19	56.64±2.64

观察组 (n=50)	124.56±2.64	68.42±2.97	42.66±2.94
t	36.749	56.297	31.408
P	0.000	0.000	0.000

注：与观察组相比，*P<0.05。

2.2 对照组和观察组术后恢复情况分析

通过对照组和观察组术后恢复情况分析，观察组的 TPO 明显低于对照组，TT 指标数据对比无明显差异，TSH 明显高于对照组，两组之间的实验结果分析差异，具有统计学意义 (P <0.05)。详细情况，可见表 2。

表 2 对照组和观察组术后恢复情况分析

组别	TPO (IU/L)	TT (3 nmol/L)	TSH (mIU/L)
对照组 (n=50)	98.61±2.46	1.92±0.19	2.64±0.64
观察组 (n=50)	64.56±2.64	1.42±0.27	3.46±0.94
t	54.921	0.124	13.508
P	0.000	0.000	0.000

注：与观察组相比，*P<0.05。

2.3 对照组和观察组并发症情况分析

通过对照组和观察组并发症情况分析可以看出，对照组有喉返神经损伤 4 例，饮水呛咳 3 例，低钙抽搐 2 例，并发症发生率为 9 例 (18.00%)；观察组有 1 喉返神经损伤 1 例，低钙抽搐 1 例，并发症发生率为 2 例 (4.00%)。观察组的并发症发生率明显要比对照组低，两组之间的实验结果分析差异，具有统计学意义 (P < 0.05)。详细情况，可见表 3。

表 3 对照组和观察组并发症情况分析

组别	喉返神经损伤	饮水呛咳	低钙抽搐	发生率
对照组 (n=50)	4	3	2	9 (18.00%)
观察组 (n=50)	1	0	1	2 (4.00%)

注：与观察组相比，*P<0.05。

3 讨论

甲状腺结节是比较多见于女性患者中，其症状为甲状腺肿大、甲状腺功能亢进症(轻度)。甲状腺结节还会出现炎症性结节，伴有发热、甲状腺位置疼痛等症状，疼痛程度与病变的部位有关。甲状腺结节是一种比较常见的疾病，是一种甲状腺局部的肿瘤，一般是通过常规的检查可以进行初步诊断，随着超声技术的发展，临床上越来越多的病例被发现，根据有关资料，甲状腺结节疾病的发生率约为 4%~7%，50 多岁的病例占 50%。目前，外科治疗是目前最常用的手段。但由于甲状腺的特殊，如果在外科治疗中出现任何问题，都很有可能导致术后的并发症，从而降低病人的生存品质。所以，关于甲状腺结节病人的治疗方法也吸引了大量的专家、学者、医师展开研究。许多临床试验证明，对于甲状腺结节病人，采用甲状腺腺叶切除术进行手术，能更好地促进病人的康复，早日恢复健康，改善生存品质。所以，在甲状腺结节病人的临床治疗中，正确地选用外科方法是十分必要的。对于甲状腺结节的治疗，可以通过外科手术来提高疗效，不过，最后的治疗结果还是要看外科医生的选择。甲状腺结节的良性与不良性是很难区分的。所以，利用细针吸细胞学作为一种区分方法尤为重要。然而，根据实际情况，该方法仍然有一些错误，其误诊率约为 10%。但由于该方法的应用难度较大，会导致误诊的发生，目前对甲状腺结节的治疗方法还没有一个确切的结论。根据临床实践，在甲状腺结节的本质上是明确的，一般采用部分切除术、肿瘤切除术、次全切除术等手术。但在临床上，如果不能明确诊断为肿瘤，而在术中做了冷冻地检查，则会引起甲状腺肿瘤的残余，从而加重肿瘤的复发。并且，这些病人往往会再次进行二次外科治疗，由于术后组织

水肿、瘢痕粘连，就会造成喉返神经和甲状旁腺的损害。根据这项调查，对于不明原因的甲状腺结节，可以通过腺体切除术来进行，同时将上、下极、中静脉血管的结扎，既能有效地减少出血，又能缩短术后出血和神经损伤的发生率。此外，对甲状腺结节病人进行甲状腺腺叶摘除手术，可以减少对病人的压力荷尔蒙指数的影响，对提高病人的术后康复具有明显的作用。所以，腺叶切除术可以减少病人的损伤，但同时也比较困难，需要有一定的临床实践。

通过手术可以减少对病人身体的损害，从而达到治疗的目的。如果做了甲状腺腺叶手术，有很大的概率会损害甲状旁腺和喉返神经。不过，根据临床实践，如果能在术中小心区分，保证在术中切除真伪的包膜间动脉，就能防止喉返损伤。故在术中，若无必要，应尽量降低相关的游离治疗，以保证最大限度地保存后被膜，避免甲状旁腺和血液供应受到损害。另外，术后要仔细观察患者的病理变化，如发现有甲状旁腺，应及时进行移植，以防止各种并发症发生。本次研究中选取本院从 2020 年 1 月至 2021 年 9 月收治的 100 例甲状腺结节患者作为此次的研究对象，采取随机分配的原则，将 100 例甲状腺结节患者分为对照组和观察组，其中对照组人数有 50 例，观察组人数有 50 例。对照组病患男性 16 例，女性 34 例，年龄大约在 22~64 岁，平均 (42.25±29.32) 岁；观察组病患男性 11 例，女性 39 例。年龄大约在 21~68 岁，平均 (44.53±31.15) 岁。对照组采取的是常规的手术治疗方式，观察组采取的是甲状腺腺叶切除术的治疗方式。通过手术治疗可以发现对照组和观察组手术质量分析可以看出，观察组的手术市场、术中出血、术后引流量明显低于对照组，通过对照组和观察组术后恢复情况分析，观察组的 TPO 明显低于对照组，TT 指标数据对比无明显差异，TSH 明显高于对照组，通过对照组和观察组并发症情况分析可以看出，对照组有喉返神经损伤 4 例，饮水呛咳 3 例，低钙抽搐 2 例，并发症发生率为 9 例 (18.00%)；观察组有 1 喉返神经损伤 1 例，低钙抽搐 1 例，并发症发生率为 2 例 (4.00%)。观察组的并发症发生率明显要比对照组低，两组之间的实验结果分析差异，具有统计学意义 (P<0.05)。

综上所述，通过两组之间的数据分析可以发现采取腺叶切除术要明显优于常规的手术治疗方式，不仅对于甲状腺结节患者的临床治疗有明显的改善效果，还可以减少术后并发症，提高病人的生存品质，值得在临床实践中大力推广。

参考文献：

[1]何涛,李学庆,汤承辉.微波消融术和甲状腺腺叶切除术治疗老年甲状腺良性结节的临床疗效比较[J].老年医学与保健,2022,28 (04): 814-818.

[2]刘卫国,丁晓娟.甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床分析[J].中外医学研究,2022,20 (01): 23-26.

[3]何志川.甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床效果分析[J].中外医疗,2021,40 (34): 71-74.

[4]叶伟昌.甲状腺结节患者采用左旋甲状腺素联合腺叶切除术治疗的临床疗效探讨[J].北方药学,2021,18 (08): 174-175.

[5]武晓娜.甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床疗效及其甲状腺相关激素变化研究[J].山西医药杂志,2021,50 (04): 581-583.

[6]程剑峰,周琰,徐胜前.甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床效果分析[J].名医,2020 (10): 57-58.

[7]王宏伟,齐海鹏,唐和敏.小切口甲状腺切除术与传统甲状腺切除术治疗甲状腺良性结节临床疗效对比分析[J].贵州医药,2020,44 (05): 725-726.

[8]周昆峰.甲状腺结节患者采用甲状腺腺叶切除术治疗临床疗效观察[J].医学食疗与健康,2020,18 (09): 67+69.

[9]范宇洋,刘东举,郭颖.分析改良小切口甲状腺切除术治疗甲状腺结节的临床疗效[J].中国医药指南,2020,18 (01): 54.

cRRT 对重症急性胰腺炎的治疗效果评价

谢仕刚

贵州省铜仁市人民医院急诊科 贵州铜仁 554300

摘要：目的：cRRT（连续性肾脏替代治疗）对 SAP（重症急性胰腺炎）的治疗效果评价。方法：60 例 SAP 患者均为我院 2021 年 04 月-2022 年 04 月收治，随机分为对照组、观察组，分别给予常规治疗以及 cRRT 治疗。结果：两组治疗前肝功能指标、肾功能指标、炎症因子水平、免疫功能比较差异均不显著（ $P>0.05$ ）；观察组治疗后以上指标改善度均高于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组治疗及康复指标短于对照组，治疗总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：为 SAP 患者应用 cRRT 治疗效果显著。

关键词：急性胰腺炎；连续性肾脏替代治疗；重症；疗效

临床常见的消化系统重症之一即 SAP，该病在急性胰腺炎中占比可达 10%-20%，对患者生命安全以及身体健康均可产生严重威胁，必须及时对症治疗^[1]。SAP 疾病本身具有一定的复杂性，目前临床治疗该病仍然缺乏深入标准的救治手段，多联合患者的实际病情针对性治疗^[2]。CRRT 是临床治疗急性肾损伤疾病的一项常用手段，随着临床医学对于该项治疗模式的逐步深入，目前已经有越来越多的 SAP 病患优先选用 CRRT 治疗，整体疗效较好^[3]。基于此，本次我院随机选取 2021.04-2022.04 的 SAP 患者共 60 例，分别采用不同治疗方案，分析、比较了两组患者的实际治疗效果。报告如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

随机选取 2021.04-2022.04 我院收治的 60 例 SAP 患者，随机分为两组，其中对照组共有 20 例男性、10 例女性；年龄 28-63 岁，均值（42.81±5.40）岁。观察组：男性、女性分别为 17 例、13 例；年龄 30-62 岁，均值（42.78±4.57）岁。两组一般资料（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

对照组：给予本组常规治疗，主要包括为患者提供呼吸循环检测支持，营养支持，液体治疗，预防性应用抗生素，实施疼痛管理等。观察组：本组在对照组基础上应用 CRRT 治疗，具体为：在患者颈内或股静脉中心置管，建立血管通路，血液净化采用德国费森，调整治疗流量为每小时 2000-3000mL，血流量为每分钟 150-200mL，治疗时间为 12-24 h/次。高度、

中度、低度出血风险者分别给予无肝素透析抗凝、低分子肝素抗凝以及肝素钠抗凝。

1.3 观察指标

肝功能指标：ALT（丙氨酸转氨酶）、ALB（白蛋白）、TBIL（总胆红素）、PTA（凝血酶原活动度）。（2）肾功能指标：SCr（血肌酐）、BUN（血尿素氮）、UAER（尿白蛋白排泄率）、 β_2 -MG（ β_2 微球蛋白）。（3）炎症因子水平：hs-CRP（超敏 C 反应蛋白）、TNF- α （肿瘤坏死因子- α ）、IL-6（白细胞介素-6）、IL-8。（4）免疫功能：Ig G（免疫球蛋白 G）、IgM、IgA。（5）治疗及康复指标：WBC（外周血白细胞计数）复常时间、器官功能障碍持续时间、IAH（腹内高压）持续时间、住院时间。（6）治疗总有效率；评价标准：①显效：患者的血淀粉酶不再异常，不再出现相关临床体征和症状；②有效：患者机体内的血淀粉酶水平明显下降，相关症状、体征改善明显；③无效：与①、②不符^[4]。总有效率=（n-无效）/n×100%。

1.4 统计学分析

实验数据采用 SPSS24.0 软件处理，计数资料以“n，%”表示，采用 χ^2 检验，计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，采用 t 检验， $P<0.05$ ；差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 肝功能指标

治疗前，两组肝功能指标（ $P>0.05$ ）；治疗后，观察组 PTA、ALB 高于对照组，TBIL、ALT 低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 1：

表1 肝功能指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	PTA（%）		ALB（g/L）		TBIL（ $\mu\text{mol/L}$ ）		ALT（U/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	57.44±5.75	67.43±6.63	31.12±3.11	36.16±3.47	31.08±3.06	27.05±2.26	90.14±8.95	41.22±4.07
观察组	30	57.38±5.69	78.84±7.92	31.14±3.13	40.97±4.06	31.12±3.10	21.29±1.98	90.09±8.93	33.30±3.31
t 值	-	0.040	6.050	0.024	4.932	0.050	10.500	0.021	8.269
P 值	-	0.967	0.001	0.980	0.001	0.960	0.001	0.982	0.001

2.2 肾功能指标

治疗前，两组肾功能指标（ $P>0.05$ ）；治疗后，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2：

表2 肾功能指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	SCr（ $\mu\text{mol/L}$ ）		BUN（mmol/L）		UAER（ $\mu\text{g/min}$ ）		β_2 -MG（mg/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	172.03±18.92	145.44±16.97	11.74±2.05	8.36±1.60	329.95±60.94	206.30±50.35	8.31±1.17	7.20±1.04
观察组	30	171.96±19.31	131.40±12.69	11.80±2.01	6.39±1.08	330.18±61.76	173.71±46.87	8.25±1.14	6.33±0.91
t 值	-	0.014	3.629	0.114	5.589	0.014	2.594	0.201	3.448
P 值	-	0.988	0.001	0.909	0.001	0.988	0.012	0.841	0.001

2.3 炎症因子水平

治疗前，两组炎症因子水平（ $P>0.05$ ）；治疗后，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 3：

表3 炎症因子水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	hs-CRP（mg/L）		TNF- α （ng/L）		IL-6（ng/L）		IL-8（ng/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	30	23.09±5.15	15.73±4.03	155.48±33.07	104.70±29.46	22.77±3.53	16.72±2.35	23.96±3.22	18.16±2.12

组									
观察组	30	22.88±4.24	13.80±2.90	156.71±36.93	90.88±23.31	22.68±3.48	10.43±2.40	24.71±3.70	13.01±2.30
t 值	-	0.172	2.129	0.135	2.015	0.099	10.256	0.837	9.017
P 值	-	0.863	0.038	0.892	0.048	0.921	0.001	0.405	0.001

2.4免疫功能

治疗前，两组免疫功能（ $P>0.05$ ）；治疗后，观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表4：

表4 免疫功能（g/L， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	IgG		IgM		IgA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	10.69±1.36	11.01±1.47	1.68±0.65	1.70±0.63	1.60±0.84	1.61±0.60
观察组	30	10.72±1.52	14.80±1.41	1.64±0.58	2.13±0.86	1.57±0.75	2.18±0.72
t 值	-	0.080	10.191	0.251	2.209	0.145	3.331
P 值	-	0.936	0.001	0.802	0.031	0.884	0.001

2.5治疗及康复指标

相较于对照组，观察组治疗及康复指标明显更短（ $P<0.05$ ）。见表5：

表5 治疗及康复指标（d， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	WBC复常时间	器官功能障碍持续时间	IAH持续时间	住院时间
对照组	30	12.96±1.86	17.05±2.81	11.64±3.01	20.64±2.67
观察组	30	10.42±1.93	14.43±2.45	8.91±2.25	17.53±2.23
t值	-	5.190	3.849	3.978	4.896
P值	-	0.001	0.001	0.001	0.001

2.6治疗总有效率

相较于对照组，观察组治疗总有效率更高（ $P<0.05$ ）。见表6：

表6 治疗总有效率（n，%）

组别	例数	显效	有效	无效	治疗总有效率
对照组	30	12（40.00）	12（40.00）	6（20.00）	24（80.00）
观察组	30	18（60.00）	11（36.67）	1（3.33）	29（96.67）
X ² 值	-	-	-	-	4.043
P值	-	-	-	-	0.044

3、讨论

临床将由于在多种病发因素综合作用下所致的一种胰腺炎症反应称之为SAP，常见病因包括高脂血症性、酒精性以及胆源性等^[5]。许多因素均可能引发SAP患者严重的胰腺局部出血和坏死，临床多采取内科治疗方案为患者提供对症支持^[6]。如果不能够既是、有效的控制患者病情发展，很容易致其继发性感染，从而引发更严重的症状表现，比如全身感染、持续性器官功能衰竭等，可严重威胁到其生命安全^[7-8]。

调查显示，在SAP患者的病情发展中有着大量的炎症细胞以及炎症因子参与，这也是引发患者多器官功能障碍综合征的一项重要因素^[9]。因此，为患者实施对症处理，将炎症因子及时消除，提高患者的免疫能力，对于控制病情发展，促进疾病恢复，保障患者生命安全意义显著^[10]。现阶段，临床快速清除患者体内炎症介质、炎症毒素的常用有效方案之一即血液净化技术，将该方案应用于SAP等急重症病患治疗中，能够使患者机体内环境得到及时纠正，同时明显改善酸碱平衡以及电解质紊乱现象^[11-12]。血液净化技术治疗的一项重要手段即CRRT，该法通过对流、弥散的方式能够完成患者体内溶质的交换，并清除水分，从而起到支持患者脏器功能的作用，使其脏器血液得到净化和治疗^[13]。本研究中，观察组经CRRT治疗后IL-8、hs-CRP等炎症因子水平明显降低，UAER、SCr、ALB、TBIL等肝功能指标显著改善，免疫功能大幅度提升，且本组患者治疗及康复指标更短，治疗总有效率更高，提示在SAP病情中应用CRRT可以有效促使炎症发展减少，并对患者病情恶性发展进行明显的遏制。这主要是由于CRRT治疗可以使患者维持比较稳定的血流动力水平，进一步改善患者酸碱、水电解质失衡的现象，持续性有效清除患者血液中基于胰腺炎病情所致的一系列毒

性成分，避免这些成分持续性危害到患者机体健康，从而更能够提升整体治疗质量，优化治疗效果，最终可促使患者病情得到有效控制，使其尽快恢复机体健康，有效控制其相关临床症状表现^[14,15]。

综上所述，为SAP患者实施CRRT治疗可取得明显效果，应用价值较高，建议在临床应用并推广。

参考文献：

- [1]陈蓉,陈建平,方梦婕.血液灌流联合连续性静—静脉血液滤过治疗重症急性胰腺炎伴急性肾损伤的临床疗效[J].医学理论与实践,2022,35（16）：2749-2752.
- [2]李鹏,王存真,王飞.连续性肾脏替代治疗在重症多脏器功能衰竭患者中的应用效果及对炎症反应的控制作用[J].临床医学研究与实践,2022,07（21）：45-48.
- [3]常娜,霍继浩,宋涛涛,等.连续性肾脏替代疗法联合乌司他丁对重症急性胰腺炎患者凝血功能、炎性因子及免疫屏障功能的影响[J].国际移植与血液净化杂志,2022,20（01）：1-4.
- [4]丘文凤,廖金明,吴洁,等.早期连续性血液净化联合腹腔微创穿刺引流对重症急性胰腺炎腹内压、肝功能及炎症因子的影响[J].中国现代医学杂志,2022,32（09）：91-96.
- [5]李芳,曹艳敏,阿朋朋,等.清胰利胆颗粒联合床旁CRRT疗法对SAP患者炎性因子、免疫功能及外周血Foxp3、RORγt mRNA表达的影响[J].现代生物医学进展,2021,21（02）：325-328-337.
- [6]平立英,周哲,杨素云,等.奥曲肽联合连续性肾脏替代疗法对急性重症胰腺炎患者血清M30及M65表达的影响[J].中国医院用药评价与分析,2020,20（10）：1204-1207.
- [7]邹军,张毅,王平.连续性肾脏替代治疗联合血浆置换对高脂血症性重症急性胰腺炎病人炎性因子水平和多器官功能的影响[J].安徽医药,2020,24（01）：95-98.
- [8]王小红.脉波轮廓温度稀释连续心排监测技术在重症感染患者连续性肾脏替代治疗容量管理中的应用及其有效性分析[J].中国误诊学杂志,2019,14（06）：245-248.
- [9]彭博,孟德志,黄秀峰.连续性肾脏替代疗法治疗重症急性胰腺炎的效果及对炎性介质和凝血功能的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37（05）：51-52.
- [10]贺继东,张军鹏,董丽娟,等.连续性肾脏替代治疗联合经内镜鼻胆管引流治疗急性重症胆源性胰腺炎的临床研究[J].现代消化及介入诊疗,2019,24（02）：118-122.
- [11]刘长波,李牧.连续性高容量肾脏替代治疗对胰腺炎合并急性肾衰竭患者血清中PCT、TNF-α、IL-6和IL-8表达的影响[J].中国当代医药,2019,26（03）：44-46-50.
- [12]吴仙丹,潘星宇,张近波,等.连续性肾脏替代治疗对重症急性胰腺炎合并急性呼吸窘迫综合征患者呼吸功能和外周血细胞因子的影响[J].中国基层医药,2017,24（18）：2764-2767.
- [13]木塔里甫·买合木提,美克拉依·阿不都克里木,买买提艾力·买托合提,等.乌司他丁联合连续性肾脏替代疗法对急性重症胰腺炎患者炎症因子及免疫球蛋白的影响[J].现代生物医学进展,2018,18（20）：3929-3932-3996.
- [14]李虎年,胡海丽,魏宗婷,等.连续性肾脏替代治疗单用及联合血液灌流、血浆置换在高脂血症性重症急性胰腺炎的疗效评价[J].中国动脉硬化杂志,2018,26（04）：394-399.
- [15]符宜龙,舒艾娅,罗艳,等.限制性液体复苏联合连续性肾脏替代治疗在重症急性胰腺炎并发腹腔间隔室综合征治疗中的应用价值[J].中华消化外科杂志,2017,16（10）：1042-1047.

颈部血管超声在 TIA 患者颅外段颈动脉狭窄情况分析中的应用价值研究

白芳芳 胡文字 王立凤 杨姣 杜宪 冯薇

保定市第二中心医院 河北保定 072750

摘要：目的：我院开展此次医学专项研究的关键目的，在于获悉探明 TIA 患者颅外段动脉狭窄情况时，应用颈部血管超声的实际价值。方法：此次医学专项研究总历时 19 个月，起始日期为 2020 年 10 月，截止日期为 2022 年 6 月，期间共有于我于接受诊疗的 78 例 TIA 患者参与研究。自研究开始后，所有患者均会完成颈部超声检查以及数字减影血管造影（DSA）检查，最终以 DSA 检查结果作为金标准，分析判定颈部血管超声的实际应用价值。结果：研究结束后通过对比患者不同检测方法后的实际数据可以看出，DSA 检查检出率为 100%，颈部血管超声检出率为 94.56%，在颈动脉主干处、起始处、分叉处、不同狭窄程度检出率方面存在一定差异。结论：基由此次医学专项研究的研究结果可以初步判定，虽然颈部血管超声整体检出率仍距离 DSA 检查存在一定差距，不能完全替代 DSA 检查使用，但在 TIA 患者动脉狭窄情况初期筛查方面能够提供精确的参考数据，具备在临床使用的应用价值。

关键词：颈部血管超声；TIA 患者；颅外段颈动脉狭窄情况分析；应用价值

引言：

以目前居民患病情况来看，心脑血管疾病、恶性肿瘤已然成为致死率最后的疾病，尤其是随着我国居民人口老龄化的不断加剧，心脑血管疾病的发病率正在直线增长。其中通过相关数据不难看出，较之心血管疾病，脑血管疾病有着更高的发病率、病残率、死亡率。以目前临床心脑血管疾病具体病症情况来看，70%以上均属于缺血性脑血管病，且多发于 60 岁以上老年群体，而颅外段颈动脉狭窄病变，就是导致该类疾病发作的关键问题。目前临床病理学一致认为，颅外段颈动脉狭窄是由颈动脉粥样硬化、血栓闭塞性脉管炎、内膜纤维组织形成不良等多种原因导致。此外，还有部分患者存在接受动脉内膜切除术后再次狭窄的问题，以及部分患者会因为外伤等原因导致颅外段颈动脉狭窄^[1]。尽管狭窄原因多变，但导致颅外段颈动脉狭窄的原因具有明显的共通性，即普遍由颈动脉分叉处动脉硬化斑块以及动脉斑块栓子导致。当出现该类症状后，患者脑细胞脑缺氧性将进一步下降，且应为不可再生的缘故，能够选择治疗的方式也十分有限，一旦狭窄程度恶化，治疗能够取得的效果也十分有限。故此，在为 TIA 患者提供治疗时，能够尽早迅速获悉颅外段颈动脉狭窄部位及狭窄程度，尽早根据具体病变程度给予针对性治疗，是获得良好治疗效果的关键。

一直以来，DSA 检查都是分析判定 TIA 患者颅外段颈动脉狭窄情况的金标准，能够提供极为精确的数据支持。但该技术虽然具备极为卓越的应用效果，但也因为使用成本过高、具备创伤性、具备一定并发症概率的缘故，并未得到广泛使用，通常只会是一些 TIA 高危患者筛查方面进行使用^[2]。但在当前医学环境中，各类检查技术均得到了有效更新，检出结果均在不断向 DSA 检查靠拢，故此，在对 TIA 患者颅外段颈动脉狭窄情况进行筛查时，各方都更加追求能够在早期以更检测成本、更安全提供精确检出结果的检测方式。对此，我院也在积极探索能够在 TIA 患者颅外段颈动脉狭窄情况早期筛查中能够替代 DSA 检查的检测技术，颈部血管超声就是我院研究的主要方向。故此，我院特在 2020 年 10 月-2022 年 6 月期间展开此次医学专项研究，企图探明该检测技术是否具备与 DSA 检查类似的检测效果，实际应用价值是否能够在 TIA 患者颅外段颈动脉狭窄情况早期筛查阶段广泛使用，具体研究报告如下所示：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次于我院开展的医学专项研究，起始日期为 2020 年 10 月，截止日期为 2022 年 6 月，共历时 19 个月。在此期间内，我院共收納 78 例 TIA 患者参与研究。其中共包含男性患者 43 例，女性患者 35 例，患者年龄均匀分布在 63 岁-76 岁之前，平均年龄 69（±0.38）岁，具体由表 1 所示。

表 1 78 例 TIA 常规资料

例数	性别		年龄			日常习惯		
	男	女	最小	最大	平均年龄	吸 烟	酗 酒	吸 烟

酗
酒

纳入标准：此次医学专项研究进行中，当患者符合纳入要求，将其正式纳入研究前，会对患者的常规资料进行全面核查，在确保患者病情符合 TIA 疾病诊断标准且不具备任何有可能干扰研究正常进行的疾病，并能够配合各项研究行为顺利进行，方可准予患者加入此次医学专项研究。

排除标准：在对患者进行资料核查的过程中，若发现患者不符合 TIA 疾病诊断标准，且还患有心脏病、恶性肿瘤等容易对此次医学专项研究结果造成干扰的重大疾病，并且无法保障在研究期间配合各项研究有序推进，则该类患者不准予参与此次医学专项研究。

当医学专项研究所有准备工作就绪，正式进入既定研究流程时，为确保研究最终结果的实际价值，会再次对所有完成核查纳入研究的患者进行复核，以此来确保所有研究患者均为合格的研究对象，避免因患者自身原因导致研究增加不确定因素。复核确认患者符合标准后，会将此次医学专项研究的研究内容、研究细则均完整告知患者及其家属，以此来帮助患者方对本次医学专项研究建立正确认知，当患者方全面了解此次医学专项研究，没有任何异议仍自愿参与研究，并承诺遵守各项研究规则，积极配合医护人员开展各项研究行为后，此次医学专项研究方可依照既定计划正式启动。

1.2 方法

1.2.1 颈部血管超声检查

78 例患者在此次研究中，均会接受颈部血管超声检查。具体流程为：患者全程保持平卧，将颈部位置充分暴露在外，各项准备工作就绪后，通过彩色多普勒诊断仪，将频率设置在 8-14MHz 区间，自下而上进行检查，详细记录患者颅外段颈动脉主干处、起始处、分叉处的血管走行、血流充盈情况、颈动脉内腔斑块现象、PSV、EDV、RI、PI 等指标^[3]。

1.2.2DSA 检查

78 例患者才此次研究中，均会接受 DSA 检查。具体流程为，患者全程保持平卧，患者腹股沟位置充分暴露并完成消毒后，实施麻醉处理。待麻醉生效后、进行动脉穿刺，并于穿刺位置入 5F 导管鞘，完成导管置入^[4]。之后经导管鞘在导丝引导下送入 5F 猪尾导管造影主动脉弓，采集主动脉弓及头颈动脉、颈总动脉造影图像。最后更换 5F 椎动脉造影左右锁骨下动脉、椎动脉，观察是否存在狭窄情况并计算狭窄程度。

1.3 评价标准

1.3.1 颈部血管超声检查评价标准

此次医学专项研究中，患者颅外段颈动脉狭窄情况均由狭窄程度（%）=（1-狭窄处直径狭窄/远端正常直径）*100%的公式进行计算。共设正常、轻度、中度、重度、完全闭塞五个评价标准。

1.3.2DSA 评价标准

DSA 颅外段颈动脉狭窄程度评价，通过颈动脉血流局限性缺损的具体情况判定。

1.3.3 检出率评价标准

由两种不同检查方式在颈动脉主干处、起始处、分叉处、不同狭窄程度方面的实际检车结果呈现。

1.4 统计学处理

本次医学专项研究中产生的若干数据，均会运用 SPSS24.0 软件进行统计与分析，并根据对比结果的具体 P 值，来判断是否具有统计学意义。

2 结果

表 2 78 例 TIA 患者颅外段颈动脉狭窄程度详情

检查方法	例数	正常	轻度	中度	重度	完全闭塞
颈部血管超声	78	12（100.00%）	21（100.00%）	16（69.56%）	7（58.33%）	5（50.00%）
DSA 检查	78	12（100.00%）	21（100.00%）	23（100.00%）	12（100.00%）	10（100.00%）
		P>0.05	P>0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05

2.2 78 例患者颅外段颈动脉斑块检出情况对比

在此次医学专项研究完全结束后，通过分析 78 例患者在接受不同检测方式的斑块检出情况可以看出，患者接受颈部血管超声检测后，斑块检出率为 87.17%，其中检出软斑 34 例、硬斑 23 例、混合斑 11 例，而当患者接受 DSA 检查后，斑块检出率为 100%，其中共检出软斑 37 例、硬斑 23 例、混合斑 11 例。基于此结果可以看出，患者在接受不同检测方式后，不同斑块检出率均具备一定差异且符合统计学意义，具体由表 3 所示。

表 3 78 例 TIA 患者颅外段颈动脉斑块检出情况详情

检查方法	例数	软斑	硬斑	混合斑	斑块总检出率
颈部血管超声	78	34（91.89%）	23（82.14%）	11（84.61%）	68（87.17%）
DSA 检查	78	37（100.00%）	28（100.00%）	13（100.00%）	78（100.00%）
		P<0.05			

2.3 78 例患者不同部位检出率对比

在此次医学研究完全结束后，通过分析 78 例患者在接受不同检测方式后，不同部位的检出率可以看出，患者接受颈部血管超声后，共检出颈动脉主干处 17 例、起始处 25 例、分叉处 29 例。而当患者在接受 DSA 检查后，共检出颈动脉主干处狭窄 19 例、起始处 27 例、分叉处 32 例。基于此结果可以看出患者在接受不同检测方式后，不同部位检出率具备一定差异且符合统计学意义，具体由表 4 所示。

表 4 78 例 TIA 患者颅外段颈动脉不同部位检出率详情

检查方法	例数	颈动脉主干处	颈动脉起始处	颈动脉分叉处
颈部血管超声	78	17（89.47%）	25（92.59%）	29（90.62%）
DSA 检查	78	19（100.00%）	27（100.00%）	32（100.00%）
		P<0.05		

3 讨论

颅外段颈动脉作为对大脑前 2/3 区域供给血液与营养的重要动脉，若该部分动脉出现闭塞、狭窄等问题，且得不到及时处理，则会极大增加诱发 TIA 疾病的概率。以目前医学教的共识来看，动脉粥样硬化是导致颅外段颈动脉狭窄问题最主要的原因，当斑块形成血栓后，会直接导致血管阻塞，严重时则会导致动脉闭塞，而无论那种情况都会导致脑组织缺血，诱发 TIA 疾病。所以，颅外段颈动脉狭窄情况作为与 TIA 疾病息息相关的诱因，需要及时了解患者狭窄程度，这对制定具体治疗方案的制定有着极为重要的参考价值^[5]。例如，若患者狭窄主要由软斑造成，因软斑剧本不稳定、易脱落的特性，所以需要尽快通过溶栓治疗措施进行治疗，又如若经筛查后，发现患者狭窄程度以达到重度，则应通过内膜切除术进行有效治疗。

2.1 78 例患者颅外段颈动脉狭窄程度对比

在此次医学研究全面结束后，通过分析对比 78 例患者接受不同检测方式后的实际结果可以看出，患者在接受颈部血管超声后，共计正常狭窄程度 12 例，轻度狭窄程度 21 例，中度狭窄程度 16 例，重度狭窄程度 7 例，完全闭塞 5 例。而在接受 DSA 检查后，共计正常狭窄程度 12 例，轻度狭窄程度 21 例，中度狭窄程度 23 例，重度狭窄程度 12 例，完全闭塞 10 例。基于此结果可以看出，患者在接受不同检测方式后，在正常、轻度方面检测不具备明显差异，而在中度、重度、完全闭塞方面存在明显差异，具体结果由表 2 所示。

对于 TIA 患者而言，动脉狭窄是延误最佳治疗时的主要原因，所以需要尽早进行筛查，目前 DSA 检查是医学界在检查颅外段颈动脉狭窄情况公时认的金标准。该技术的应用能够清晰探明患者患者颅外段颈动脉的具体狭窄情况，但因为属于有创操作、存在诱发并发症概率、费用高昂等缘故，并不具备广泛应用的价值。因此，在当今医疗环境中，找寻能够提供更安全、快捷并具备低误诊、低漏诊效果的检测方法，已是医学界共同研究的议题。本次医学研究对患者使用颈部血管超声进行检查，并将结果与 DSA 检查进行对比后可以看出，尽管在整体检出效果方面仍与 DSA 检查具备一定差距，但是在轻度狭窄情况检出已经能够与 DSA 检查具备统一水平，而在软斑检查（91.89%）、颈动脉起始处狭窄情况检出（92.59%）的表现已然十分接近 DSA 检查^[6]。对于 TIA 患者而言，尽早诊疗是避免疾病进一步发展的关键，而几个方面的数据表现已然能够在 TIA 患者早期颅外段颈动脉狭窄情况筛查方面发挥有效参考价值。

颈部血管超声检查虽然在整体检查效果方面与作为行业金标准得 DSA 检查仍存在一定的差距，但是其的具体表现已经足以在早期筛查诊治阶段发挥效用，能够有效提升早期筛查的实效性，具备一定的应用价值。其与 DSA 检查优缺点都非常明显，故此，可以在诊断阶段进行混合使用，即优先使用颈部血管超声对疑似存在颈动脉狭窄的 TIA 患者进行筛查。若数据结果清晰准确，则可作为制定治疗方案的标准，而若数据存在异常，无法准确反应动脉实际情况，则应应用 DSA 检查进行补充，获取确切数据后，确定具体治疗方案。而对于一些已经确定需要开展介入治疗的患者，如需要接受颈动脉球囊扩张术、放置动脉内支架等治疗的患者，则必须采用 DSA 检查获悉精确数据，避免数据模糊导致治疗失败的不良事件出现。

综上，颈部血管超声在 TIA 患者颅外段颈动脉狭窄情况早期筛查分析方面具备一定的应用价值，但并不能作为唯一检测方式运用，仍须与 DSA 检查配合使用。

参考文献：

[1]邱卓璇,许伟,余丹培.颈部血管超声及 DSA 对颈动脉狭窄病变检测的准确性对比分析[J].中国现代医生,2022,60（17）: 147-149+163.

[2]李艾芹.颈部血管超声对于缺血性脑血管疾病的诊断价值研究[J].中国社区医师,2022,38（16）: 99-101.

[3]黄红,谢懿漫.颈部血管超声联合经颅多普勒超声在老年急性脑梗死患者颈动脉狭窄评估中的应用[J].中国老年学杂志,2022,42（09）: 2084-2087.

[4]张圳锋.颈部血管超声联合经颅多普勒超声检查对头晕患者血管狭窄检出率的影响[J].实用医技杂志,2022,29（02）: 140-143.DOI: 10.19522/j.cnki.1671-5098.2022.02.006.

[5]丁斌,唐蓉,梁贞,杨丽,刘影,许朕华.颈部血管超声血流显像、CTA 在颈动脉重度狭窄患者术前诊断及术后随访中的应用[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2021,19（02）: 50-52.

[6].头颈部血管超声若干问题的专家共识（颈动脉部分）[J].中国脑血管病杂志,2020,17（06）: 346-353.

幽门螺杆菌感染与耐药性分析

陈建刚

甘谷县疾病预防控制中心慢病科 甘肃甘谷 741200

摘要：目的：探讨甘谷地区 H.pylori 的感染情况及对常用抗菌药物的耐药性，为本地区 H.pylori 相关疾病的预防和治疗提供参考。方法：将我院收治的 492 例因上腹部不适行胃镜检查的患者作为本次研究对象，通过 RUT 和培养确定有无 H.pylori 感染，采用 K-B 法检测 H.pylori 对常用抗菌药耐药性。结果：不同性别、年龄、居住地和上消化道疾病 H.pylori 感染情况比较差异有显著统计学意义 (P<0.01)；不同抗菌药物耐药性差异有显著统计学意义 (P<0.01)。结论：甘谷地区居民 H.pylori 感染率较高，H.pylori 感染与上消化道相关疾病的严重程度呈正相关，H.pylori 对甲硝唑的耐药性最高，对阿莫西林和呋喃唑酮的耐药性较低。

关键词：上消化道疾病；幽门螺杆菌；感染率；耐药性

幽门螺杆菌 (Helicobacter pylori,H.pylori) 感染与消化不良、慢性胃炎、消化性溃疡、胃癌、缺铁性贫血等疾病的发生密切相关，WHO 将其列为“胃癌 I 类致癌因子”，我国人群 H.pylori 感染率达 40%~60%^[1]。《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[2]指出，所有已证实存在 H.pylori 感染的患者均应进行根除治疗，国内外学者对 H.pylori 的根除治疗做了大量研究，但由于抗菌药物的耐药性，仍有部分 H.pylori 感染得不到完全根除，且感染和耐药情况存在较大的地区差异^[3]。本研究对因上腹部不适就诊的患者进行 H.pylori 感染检测、培养和耐药性分析，为本地区 H.pylori 相关疾病的预防和治疗提供参考，现将研究所得进行以下报道。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2021 年 1 月—12 月在我院消化内科门诊行胃镜检查的 492 例患者为研究对象，两组患者一般资料见表 1。纳入标准：所有患者均为我县常住居民；均伴有不同程度的上腹痛、腹胀、嗝气、食欲减退等上腹不适症状者；能顺利行胃镜检查者等。排除标准：胃镜检查不耐受者；近 1 月服用过 PPI、抗生素、铋剂及非甾体类抗炎药者等。本研究经我院伦理委员会批准，并签署了知情同意书。

1.2 方法

所有患者均接受胃镜（奥林巴斯）检查，并在胃窦、角切迹处取胃黏膜组织分别送检，（1）快速尿素酶试验（RUT）：将标本放入 RUT 检测试剂盒（山东博迈达生物科技有限公司）内，由黄色变为红色，为 H.pylori 阳性。（2）分离培养：标本经充分研磨后，接种于 H.pylori 血平皿上，置于微需氧（5%O₂、10%CO₂、85%N₂）环境下，37℃培养 72h 后，镜下观察具有多鞭毛、螺旋形弯曲细菌形态，且氧化酶、尿素酶试验均阳性者为 H.pylori 阳性。（3）采用 K-B 法，对培养的 H.pylori 进行呋喃唑酮、左氧氟沙星、四环素、阿莫西林、克拉霉素、甲硝唑等药物进行药敏试验，结果参照中国药品生物制品检定所指定的抗菌药药敏试验判定标准。

1.3 检查指标

- （1）分析患者 H.pylori 感染情况
- （2）分析患者对 H.pylori 对抗生素的耐药情况

1.4 统计学分析

用 SPSS20.0 分析数据，计量资料 ($\bar{X} \pm s$)、计数资料行 t 检验、 χ^2 检验对比。P<0.05 为差异显著。

2 结果

2.1 H.pylori 感染情况

本研究共入选 492 例研究对象，经 RUT 和细菌培养，H.pylori 阳性 287 例，感染率 58.33%，分离 H.pylori 菌株 287 株，其中男 267 例，阳性 173 例，感染率 64.8%；女 225 例，阳性 114 例，感染率 50.7%；平均年龄 (42±7.1) 岁，≤20 岁、21~30 岁、31~40 岁、41~50 岁、51~60 岁、≥61 岁分别感染 10 例、48 例、71 例、74 例、60 例、24 例，各年龄组感染率分别为 40.0%、52.7%、53.4%、62.2%、69.8%、63.2%；城镇居民感染 181 例，感染率为 52.5%，农村居民感染 101 例，感染率为 72.1%；反流性食管炎、慢性浅表性胃炎、糜烂出血性胃炎、慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡、胃癌的患者感染 H.pylori 的分别为 29 例、26 例、15 例、66 例、44 例、52 例、25 例，感染率分别为 56.9%、47.3%、46.9%、61.7%、68.8%、76.5%、71.9%；不同性别、年龄、居住地和上消化道疾病 H.pylori 感染情况比较，差异有统计学意义 (P<0.01)，见表 1。

表 1 H.pylori 感染情况比较 (n(%))

	例数	H.pylori 阳性	H.pylori 阴性	χ^2	P 值
性别				10.026	0.002
男	267	173 (64.8)	94 (35.2)		
女	225	114 (50.7)	111 (49.3)		
年龄				11.682	0.039
≤20	25	10 (40.0)	15 (60.0)		
21~30	91	48 (52.7)	43 (47.3)		
31~40	133	71 (53.4)	62 (46.6)		
41~50	119	74 (62.2)	45 (37.8)		
51~60	86	60 (69.8)	26 (30.2)		
≥61	38	24 (63.2)	14 (36.8)		
居住地				16.367	0.000
城镇	345	181 (52.5)	164 (47.5)		
农村	147	106 (72.1)	41 (27.9)		
疾病				39.066	0.000
反流性食管炎	51	29 (56.9)	22 (43.1)		
慢性浅表性胃炎	55	26 (47.3)	29 (52.7)		
糜烂出血性胃炎	32	15 (46.9)	17 (53.1)		
慢性萎缩性胃炎	107	66 (61.7)	41 (38.3)		
胃溃疡	64	44 (68.8)	20 (31.3)		
十二指肠溃疡	68	52 (76.5)	16 (23.5)		
胃癌	32	25 (78.1)	7 (21.9)		
其他	83	30 (36.1)	53 (63.9)		
合计	492	287 (58.3)	205 (41.7)		

2.2 H.pylori 对抗生素的耐药情况

分离的 287 株 H.pylori 对呋喃唑酮、左氧氟沙星、四环素、阿莫西林、克拉霉素和甲硝唑的耐药率分别为 7.3%、29.6%、20.6%、9.1%、40.1%和 71.4%，不同抗菌药物耐药性差异有显著统计学意义 ($\chi^2=393.244$, P<0.01)，见表 2。

表 2 H.pylori 对抗菌药物的耐药情况 (%)

抗生素	耐药菌株	耐药率	敏感菌株	敏感率
呋喃唑酮	21	7.3	266	92.7
左氧氟沙星	85	29.6	202	70.4
四环素	59	20.6	228	79.4
阿莫西林	26	9.1	261	90.9
克拉霉素	115	40.1	172	59.9

甲硝唑	205	71.4	82	28.6
-----	-----	------	----	------

3 讨论

H.pylori 在全世界范围内广泛流行，其感染率与当地医疗卫生资源及经济状况密切相关，与发达国家相比，我国仍是 H.pylori 高感染的国家，尤其农村地区、经济欠发达地区感染率更高^[4]。从数据来看^[5-6]，甘谷地区上消化道相关疾病 H.pylori 感染率 58.33%，高于省会兰州 2017 年调查的感染率 51%，低于邻近的庆阳地区 2021 年调查的感染率 62%，由于本研究选取上腹部不适的就诊患者，本地区普通人群 H.pylori 感染率可能低于此水平，同时表明 H.pylori 与上消化道疾病密切相关。

有研究表明^[7-8]，H.pylori 是人类最常见的慢性感染之一，可通过粪口、口口和接触传播，H.pylori 感染与地理位置、人口流动、家庭聚集、个人卫生、经济状况、居住环境及饮食卫生及教育、婚姻状况等因素有关。本研究结果显示，H.pylori 感染与性别、年龄、居住地和上消化道疾病有关，农村居民的感染率明显高于城镇居民；关于 H.pylori 感染与性别的关系，存在不同观点^[9-10]，有研究认为与性别无关，有研究认为男性占优势，也有研究认为女性占优势，本研究中男性感染率明显高于女性，可能与男性居民吸烟、饮酒、熬夜、生活压力大、外出就餐等不良生活习惯及不同性别激素水平对免疫应答的程度不同有关。H.pylori 感染随年龄的增长而增高，40 岁以上居民感染率明显增高，尤其以 51~60 岁组感染率最高，60 岁以上老年人感染率反而降低，相关文献^[11]报道其原因可能是 H.pylori 感染是一个累积的过程，如不根除治疗很难自然消除，而随年龄增大胃粘膜血流量减少、进而胃酸分泌减少，导致胃粘膜屏障功能减弱，老年人社交和外出减少，常因患病而服用抗菌药物较多，对 H.pylori 起抑制作用，从而感染率降低。本研究中慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎、消化性溃疡、胃癌的 H.pylori 感染率逐步递增，表明 H.pylori 的感染与病情的严重程度呈正相关，同时进一步证明了 H.pylori 感染在上消化道疾病的发生、发展过程中起着重要的作用。

近年来，随着 H.pylori 治疗的广泛开展，其耐药性不断增加，根除率逐渐降低，有效治疗 H.pylori 感染面临着许多挑战，H.pylori 的耐药性与患者所在地的细菌的耐药性模式和既往抗生素使用有关^[12]。选择敏感的抗生素和监测本地区的耐药性是根除成功的关键，本研究通过对本地区 6 种抗生素耐药性进行检测发现，均有不同程度的耐药，其中，甲硝唑耐药率最高，达 71.4%，与 2019 年甘肃省 H.pylori 对甲硝唑的耐药率 74.29%较为接近^[13]，这可能与甲硝唑是最早应用于根除 H.pylori 的药物，还广泛应用于局部或全身厌氧菌感染有关；呋喃唑酮耐药率最低，为 7.3%，稍低于 2021 年河南省 H.pylori 对呋喃唑酮耐药率 11.04%的水平^[14]，且呋喃唑酮能提高多巴胺活性，抑制胃液分泌，增加胃粘膜血流量，起到保护胃黏膜的作用；阿莫西林耐药率较低，为 9.1%，较甘肃省 H.pylori 对阿莫西林耐药率 2.86%高，可能与阿莫西林不良反应少，低廉高效，本地居民更为常用有关；克拉霉素耐药率为 40.1%，Maastricht V 共识报告指出^[15]，当克拉霉素耐药率大于 15%时，则不宜应用于 H.pylori 经验用药中。左氧氟沙星和四环素耐药率分别为 29.6%和 20.6%，明显低于甘肃省的 72.86%和 48.57%的平均水平。

H.pylori 感染严重威胁着我国人民的身心健康，本地区 H.pylori 的感染率相对较高，感染现状不容乐观，应引起相关部门的重视，一方面应改善环境卫生，增强使用公筷、公勺意识，倡导分餐制，加强健康教育，提倡良好的卫生和饮食习惯，防止交叉感染，从根本上预防 H.pylori 的感染，另一方面加强 H.pylori 根除的相关研究，实施“检测和治疗”策略^[16]，综合考虑患者服药依从性、既往用药史、药物过敏史、H.pylori 对抗菌药物的耐药性、成本-效益等因素，制定个体化的根除方案，使治疗更加合理、规范和安全。

参考文献：

- [1]张方岱, 胡伏莲, 萧树东, 等.中国自然人群幽门螺杆菌感染的流行病学调查[J].现代消化及介入诊疗, 2010, 15 (5): 265-270.
- [2]刘文忠, 谢勇, 陆红, 等.第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J].中华内科杂志, 2017, 56 (7): 532-545.
- [3]吕农华, 谢川.我国幽门螺杆菌感染研究的回顾与展望[J].中华消化杂志, 2021, 41 (4): 217-220.
- [4]杨子堂, 何晓霞, 杨国峨, 等.兰州市体检人群幽门螺杆菌感染状况的调查分析[J].甘肃科技纵横, 2017, 46 (11): 81-83.
- [5]巩红飞, 曾艳, 荣峰.庆阳地区体检人群幽门螺旋杆菌感染相关因素分析[J].甘肃科技, 2021, 37 (11): 178-179.
- [6]王雪, 李异玲, 吕晓辉.我国幽门螺杆菌感染的现状分析[J].胃肠病学和肝病学杂志, 2017, 26 (06): 640-643.
- [7]于晓辉, 赵红珍, 李晓云, 等.兰州市健康体检人群幽门螺杆菌感染情况调查[J].胃肠病学, 2016, 21 (11): 687-689.
- [8]杨凯杰.江西地区内镜检查人群中幽门螺杆菌感染率及相关上消化道疾病的变化[J].南昌大学, 2021.
- [9]陆友祝, 何恒, 迟晶.幽门螺杆菌感染与年龄、季节的关系[J].中国误诊学杂志, 2009, 9 (22): 5323-5324.
- [10]高鑫, 年媛媛, 武金宝, 等.内蒙古中西部地区健康人群幽门螺旋杆菌现症感染情况[J].包头医学院学报, 2021, 37 (10): 37-40.
- [11]胡伏莲, 张声生.全国中西医结合治疗幽门螺杆菌相关“病-证”共识[J].胃肠病学和肝病学杂志, 2018, 27 (9): 1008-1016.
- [12]谢川, 吕农华.中国幽门螺杆菌感染的现状[J].疾病监测, 2018, 33 (4): 272-275.
- [13]尚琪, 赵阳, 吴正奇, 等.甘肃省幽门螺杆菌耐药分析[J].兰州大学学报 (医学版), 2019, 45 (2): 47-51.
- [14]刘谦, 姚倩, 王文真, 等.河南省幽门螺杆菌对利福昔明的药物敏感性及其常用抗菌素耐药情况研究[J].胃肠病学和肝病学杂志, 2021, 30 (10): 1136-1139.
- [15]刘文忠.《幽门螺杆菌感染的处理: Maastricht V/Florence 共识报告》解读[J].胃肠病学, 2016, 21 (10): 577-584.
- [16]国家消化内镜系统临床医学研究中心 (上海, 国家消化内镜防治中心联盟, 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组, 等.中国幽门螺杆菌根除与胃癌防控的专家共识意见 (2019 年, 上海) [J].中华健康管理学杂志, 2019, 13 (4): 285-291.

职业健康体检在尘肺病防治中的应用效果

常海霞

南京市职业病防治院放射科 江苏南京 210000

摘要：目的：探究在尘肺病防治中职业健康体检的使用效果。方法：40 例在某水泥厂中工作接受岗前职业健康体检的人员（2020.1–2021.12），所有人员在 1 年后再次接受体检，全部为男性。观察混合工、水泥磨选粉机工和水泥磨工等不同工种的发病年龄、发病率及发病工龄。观察 1 年前、1 年后水泥厂工人尘肺病体检结果。结果：混合工尘肺病发病率高于水泥磨选粉机工和水泥磨工，发病年龄及发病工龄低于水泥磨选粉机工和水泥磨工（ $P<0.05$ ）。水泥厂尘肺病体检检出率 1 年前高于 1 年后（ $P<0.05$ ）。结论：在尘肺病防治中应用职业健康体检法，能够直观的掌握职业的健康状况，为疾病防治提供了积极的指导作用，展现出了较高的临床应用价值。

关键词：尘肺病；职业健康体检；防治

在水泥厂中工作的人员尘肺病发病率较高，是因为在工作场所中会吸入大量的粉尘从而引发的一种职业病，受缺乏有效的呼吸防护及肺组织纤维化引发所致，水泥厂工人在长期的工作期间，身体中会吸收有大量的粉尘，水泥尘会被吞噬细胞所吞噬，会从肺泡腔部位处进入到肺间质部位处，对淋巴管造成了极大的阻塞，从而引发患者出现肺组织纤维化^[2]。随着疾病的不断进展，肺组织会出现明显的收缩情况，从而形成肺动脉高压、肺气肿等疾病，一些病情严重者还会出现呼吸衰竭、心力衰竭症状^[3]。对于水泥厂工作的人员来说，因为工作的原因长期吸入粉尘，导致尘肺病的发生，该病在临床中较为难治，且对于水泥厂的工作人员身体健康造成严重的影响^[4]。很多还没有进入水泥厂工作的人因职业病的原因部分人而选择放弃水泥厂方面的工作发展。尘肺病是当下一种非常常见的职业病，一旦患有会导致患者的身体各项功能受阻，严重影响身体健康^[5]。该病在早期并没有明显的症状体现，因此从事此项工作的人员要定期检查身体，及早的预防尘肺病，及时发现病灶，采取针对性的治疗方案，提高恢复健康的可能性。本文将于 2020 年 1 月份至 2021 年 12 月份在某水泥厂中工作接受岗前职业健康体检的人员作为研究对象，探究在尘肺病防治中职业健康体检的使用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

40 例在某水泥厂中工作接受岗前职业健康体检的人员（2020.1–2021.12），所有人员在 1 年后再次接受体检，全部为男性，27–48（33.5±2.2）岁。学历：高中及以上 8 例，初中 12 例，小学 20 例。职业类型：混合工 16 例，水泥磨选粉机工 15 例，水泥磨工 9 例。纳入标准：①意识清晰、病情稳定；②未有智力障碍；③知情本次研究活动。排除标准：①肝肾等脏器出现障碍；②危重症疾病者；③糖尿病者；④恶性肿瘤疾病者；⑤中途退出者；⑥检查期间违规者；⑦慢性呼吸系统疾病者；⑧合并活动性肺炎者；⑨病历资料不完整者。

1.2 方法

分别对两组检查人员进行职业健康体检，以体检要求为依据，收集患者的照片及身份证等基本信息，当收集之后并并做好核对，并保证检查结果与检查人员能够实现一一对应。在对患者进行健康检查期间，检查内容包括心电图、谷丙转氨酶参数、听力及肺功能等。对检查人员的职业接触史进行调查，以便能够进一步了解患者的基本情况，并全面检查患者的神经科、内科及五官科。在对检查人员进行职业健康检查期间，由工作人员对检查结果进行审核，以便能够充分的了解到相关信息是否属实。工作人员在诊断疾病时，可以职业禁忌证的规定作为依据，包括呼吸系统疾病、影响肺功能的病症等。在对患者进行职业健康体检期间，会使用到眼底镜对眼底情况进行测量，肺功能仪对肺功能进行测定，高千伏 X 线机进行胸部 X 线摄片测定，心电图机对心电图进行测定，生化分析仪对血 ALT 进行测定，尿液分析仪对

尿常规进行测定。

1.3 观察指标

观察混合工、水泥磨选粉机工、水泥磨工等不同工种的发病年龄、发病率及发病工龄。观察 1 年前、1 年后水泥厂工人尘肺病体检结果。

1.4 统计学处理

SPSS22.0 软件，发病年龄及发病工龄用（ $\bar{X} \pm s$ ）表示，用 t 检验；尘肺病发生率用（%）表示，用 χ^2 检验，差异显著（ $P<0.05$ ）。

2 结果

2.1 不同工种发病年龄、发病率及发病工龄

混合工尘肺病发病率高于水泥磨选粉机工和水泥磨工，发病年龄及发病工龄低于水泥磨选粉机工和水泥磨工（ $P<0.05$ ）。

表 1 不同工种发病年龄、发病率及发病工龄[n（%）]/（ $\bar{X} \pm s$ ）				
组别	例数	发病年龄	发病率	发病工龄
混合工	16	37.15±2.55	3（18.75）	14.38±2.65
水泥磨选粉机工	15	40.17±3.56	2（13.33）	18.17±3.56
水泥磨工	9	43.28±2.33	1（11.11）	20.12±2.65

2.2 水泥厂尘肺病体检结果对比

水泥厂尘肺病体检检出率 1 年前高于 1 年后（ $P<0.05$ ）。

表 2 水泥厂尘肺病体检结果对比[n（%）]			
组别	例数	检出例数	检出率
1 年前	40	8	20.00
1 年后	40	2	5.00
χ^2 值			4.114
P 值			<0.05

3 讨论

尘肺病主要是指由于长时间处于职业活动中，身体中吸入了大量的粉尘，会在肺内出现大量的沉积，表现为肺组织弥漫性纤维化为主的一种疾病，属于一种全身性疾病，国内劳动组织提出，尘肺病主要是指在肺内蓄积有大量的粉尘，和组织对粉尘所存在的一种反应，在发病的早期患者无明显的临床症状，患者作为典型的临床症状主要表现为呼吸困难、咳嗽及咳嗽等^[6]。尘肺病的种类较多，包括矽肺、炭系尘肺、硅酸盐肺、金属尘肺、混合型尘肺等。发病原因较为明确，主要表现为在参与职业活动期间，会吸入有较大量的粉尘，并且在肺内

出现大量的滞留^[7]，从而引发患者出现的一种肺组织弥漫性纤维化疾病，引发该种疾病的产生与粉尘性质、粉尘浓度、粉尘颗粒大小、接触粉尘时间有直接关系^[8]。在慢性呼吸系统疾病及粉尘接触时间长的患者中有较高的发病率，尤其是在水泥厂生产期间，例如，混合工、水泥磨选粉机工、水泥磨工等工作岗位中，由于在生产期间会产生大量的粉尘，若不能及时做好防护工作，将会增加尘肺疾病发生概率^[9]。

尘肺病是一种肺部纤维化疾病，该病的主要发病原因时由于患者长期处在一个高尘埃的环境之中，吸入了大量的灰尘颗粒，肺部结构长期累积灰尘，肺部对于灰尘的新陈代谢是存在一定限度的，当超负荷时就会引起工作人员的肺部功能出现不良变化，严重者会导致纤维化灶^[10]。尘肺病在Ⅰ期阶段患者一般无明显的特异性症状，患者的临床症状主要表现为喘息、咳嗽、咳痰等。Ⅱ期症状相较于Ⅰ期症状更为严重，患者的临床症状会出现胸憋、胸疼、咯血症状。Ⅲ期症状较为严重，需要长时间接受氧疗治疗，从而导致患者无法参与到正常的工作中去^[11]。尘肺病的患者在临床上的主要病理表现为肺组织发生弥漫性纤维化病变，常见的临床症状为：咳嗽、胸痛、呼吸困难、发烧、食欲下降和感到疲倦等。尘肺病的发生还可能引起其他并发症的发生如：硬皮病、支气管炎、肺癌等，由于肺组织纤维化病变在发病之后无法在短时期出现逆转，在发病初期患者的肺功能较为正常，应早发现早进行治疗诊断，避免纤维化出现病变发展，如延误病情，严重者甚至会导致患者的死亡^[12]。

在水泥厂工作的人员，由于工作环境的特殊性，需要长时间处在粉尘之中，长此以往的工作早晨肺部灰尘积累，诱发尘肺病。该病的干扰作用下，造成患者的正常呼吸和肺功能严重受到阻碍，在早期的体检过程中是可以检查出患者的身体功能障碍的，一旦发现问题，要及时采取治疗措施进行干预，提高患者的身心健康，避免后续不良事件的发生^[13]。当缺少体检环节时，大多数工作人员往往对于此事不够重视，长此以往，就很容易患上尘肺病，影响机体的功能，导致生活质量严重下降。为了工作人员的身体健康，水泥厂单位需要定期组织工作人员做健康体检，及时了解工作人员的身体状况，一旦发现患者可能存在尘肺病的症状，需要立即为其调换工作岗位，对疾病实现及时的预防，早期的尘肺病患者，可通过自身病情的发展情况，采取针对性的诊断治疗措施，从而保证疾病良性发展。

本文研究显示，混合工尘肺病发病率高于水泥磨选粉机工和水泥磨工，发病年龄及发病工龄低于水泥磨选粉机工和水泥磨工（ $P<0.05$ ）。水泥厂尘肺病体检检出率1年前高于1年后（ $P<0.05$ ）。因此可知，引发水泥厂工人尘肺病产生的主要危险因素为粉尘浓度，由于人体对于粉尘会产生较强的清洁能力，但是若长期处于一种高浓度的粉尘作业中，人体无法将大量的粉尘清除掉，促使患病风险大大增加。之所以混合工尘肺病的发病率高于水泥磨选粉机工和水泥磨工，并且在发病年龄和发病工龄上均比水泥磨选粉机工和水泥磨工要高，是因为混合工在实际的工作过程中会吸入较多的粉尘，因此发病更快和更早。水泥厂工尘肺病体检检出率1年前高于1年后（ $P<0.05$ ）。在本次研究中亮点主要表现在将管理现状与职业健康体检有机的结合起来，通过对高危场所、高危工种及第1次体检情况进行分析，能够更加清晰了解防控管理重点内容，同1年后体检状况相比，本次研究所取得的研究结果更为显著，以上研究结果进一步证实了加强水泥厂工尘肺病防治工作的必要性，能够直观的了解和掌握水泥厂工的健康状况，对提升水泥厂工尘肺疾病防治效果及质量具有重要作用。因此，为了能够降低混合工尘肺病发病概率，要求水泥厂应加强对高危工种尘肺病防治工作，加强健康检查及监督。尘肺病作为水泥厂中一种最为严重的职业病，若不能及时做好干预处理，会降低职工的生活质量，还会对其生命安全造成极大的威胁。因此，为了能够直观的了解水泥厂职工的健康状况，定期进行职业健康检查尤为重要，以便能够及时发现尘肺病并接受治疗，促使尘肺病检出率得以下降。

以上研究结果显示，水泥混合工发病率为18.75%，发病年龄为（37.15±2.55）年，发病

工龄为（14.38±2.65）年；水泥磨选粉机工，发病率为13.33%，发病年龄为（40.17±3.56）年，发病工龄为（18.17±3.56）年；水泥磨工，发病率为11.11%，发病年龄为（43.28±2.33）年，发病工龄为（20.12±2.65）年。混合工尘肺病发病率高于水泥磨选粉机工和水泥磨工，发病年龄及发病工龄低于水泥磨选粉机工和水泥磨工（ $P<0.05$ ）。1年前，水泥工尘肺检出率为20.00%；1年后，水泥工尘肺检出率为5.00%。水泥工尘肺病体检检出率1年前高于1年后（ $P<0.05$ ）。

综上所述，在尘肺病防治中应用职业健康体检法，能够直观的掌握职业的健康状况，为疾病防治提供了积极的指导作用，能够及时预防尘肺病，并在发病的早期阶段做好诊断及治疗工作，可知职业健康体检完成了对水泥厂工作人员生命健康的有效维持，展现出了较高的临床应用价值。

参考文献：

- [1]张建国.职业健康体检在尘肺病防治中的应用效果[J].名医,2020（13）：145-146.
- [2]徐斌,王龙航.实施职业健康体检在尘肺病防治中的临床价值[J].家庭医药.就医选药,2018（11）：103.
- [3]Naoto I,Ko H,Shigeyuki K.[Systems and actual practices of occupational safety and health risk management in the People's Republic of China][J]. Sangyo eiseigaku zasshi = Journal of occupational health,2020,62（2）：72-82.
- [4]王龙航,姜刚.尘肺病防治中职业健康体检的临床价值分析[J].家庭医药.就医选药,2018（10）：128-129.
- [5]Xie L Z,Zhou L,Ding B M.[Analysis of occupational pneumoconiosis in Jiangsu province from 2006 to 2017][J].Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi = Zhonghua laodong weisheng zhiyebing zazhi = Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases,2019,37（3）：189-193.
- [6]伍香莲.评价职业健康体检在煤矿尘肺病防治中的价值和意义[J].中国卫生产业,2018,15（05）：137-138.
- [7]Li Q W,Yu M W,Yang G W.Effect of acupuncture in prevention and treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with advanced cancer: study protocol for a randomized controlled trial[J].Trials,2017,18（1）：185.
- [8]Zhou Zumei,Mo Jiezheng,Xu Qingyun.The Application of Clinical Basic Assessment in Prevention and Treatment of Postpartum Pelvic Floor Dysfunction[J].Modern hospital,2017,017（006）：886-889.
- [9]张晓蕾,郭喆慧.职业健康体检在尘肺病防治中的临床价值[J].中国卫生标准管理,2017,8（15）：17-18.
- [10]杨静.实施职业健康体检在尘肺病防治中的临床价值[J].职业卫生与应急救援,2015,33（05）：354-355.
- [11]Liu K,Tao W.Effects of coronavirus disease 2019（COVID-19）, including its prevention and treatment, on the male reproductive system[J].Chinese Medical Journal: English version,2021,134（20）：3.
- [12]Guo Y H,Liu C F,Ma L.Training of clinical pharmacists in psychiatric pharmacy services during the prevention and treatment of COVID-19[J].Psychiatry medical research,2021,3（3）：10.
- [13]王媛,李良,王兴康等.职业健康体检中粉尘作业人员肺功能检查结果分析[J].中国卫生产业,2020,17（8）：185-187.

社区卫生服务中心 2019–2021 处方点评与不合理处方分析

陈霞

北京市东城区建国门社区卫生服务中心 北京市东城区 100005

摘要：目的：探讨分析北京市东城区建国门社区卫生服务中心 2019–2021 处方点评与不合理处方情况。方法：对本社区卫生服务中心 2019–2021 年度处方点评结果进行回顾性分析，对处方中的不合理用药情况以及处方点评进行统计分析。结果：在 2019–2021 年处方点评系统的 14000 张处方中，药品种类共有 11340 种，同时平均每张处方金额 225.12 元人民币。注射剂处方占 0.38%，抗菌药物处方占 4.25%，药品通用名称使用率为 100%；同时 14000 张处方中，处方合格率为 98.12%，不合理处方 263 张（1.88%）；不规范处方有 34 例，占总不合理处方例数的 12.93%，其中开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全问题比例最高，占不合理处方数的 8.37%；用药不适宜处方有 229 例，占总不合理处方例数的 87.07%，其中用法、用量不适宜问题比例最高，占不合理处方数的 51.71%。结论：加强社区卫生服务中心处方点评与不合理处方情况分析，有利于对基层医疗管理进行综合性评估，并实施针对性的改进方案，以加强用药管理，保证患者的用药安全。

关键词：社区卫生服务中心；处方点评；不合理处方；情况分析

前言：随着医疗技术的创新以及发展，药物种类的增加，在实施积极治疗的同时，不合理用药的风险也在逐渐增加。社区卫生服务中心主要以社区、家庭以及居民等为服务主体，为患者以及群众提供医疗、预防以及健康促进等服务^[1-3]。现将 2019 年—2021 年在北京市处方点评系统中由本社区中心随机抽取的处方 14000 张门诊处方，对纳入研究的处方进行点评，以促进临床药物合理应用，保障医疗安全。现将具体分析报告如下。

1 资料及方法

1.1 资料

收集 2019–2021 年度“北京市社区医院处方点评系统”的 14000 张门诊处方点评数据以及信息，对处方点评结果及药品品种数、处方金额、抗菌药物处方占比、注射剂处方占比、药品通用名使用率等用基本指标进行统计，同时分析处方合理性。其中 2019 年 1 月–10 月每月 100 张处方，2019 年 11 月开始根据处方点评工作组要求每月 500 张处方。

1.2 方法

根据《医院处方点评管理规范》^[3]、《中华人民共和国药典临床用药须知》^[4]以及《新编药理学》^[5]等相关文献，结合临床用药说明等，对纳入研究的处方进行专项处方点评工作。

2 结果

2.1 处方基本情况

在 2019–2021 年抽取的 14000 张处方中，药品种类共有 11340 种，同时平均每张处方金额 225.12 元人民币。注射剂处方占 0.38%（53/14000），抗菌药物处方占 4.25%（595/14000），药品通用名称使用率为 100%（11340/11340），见表 1。

表 1：处方基本情况分析

基本指标	总数	平均值	占比 /%
点评处方总数 / 张	14000	-	-
不合理处方 / 张	263	-	1.88
药品品种数 / 种	11340	0.81	-
处方总金额 / 元	3151680.23	225.12	-
注射剂处方 / 张	53	-	0.38
抗菌药处方 / 张	595	-	4.25
药品通用名数 / 种	11340	-	100.00

2.2 不合理处方分布情况

14000 张处方中，处方合格率为 98.12%，不合理处方 263 张（1.88%）；不规范处方有 34 例，占总不合理处方例数的 12.93%（34/263），其中开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全问题比例最高，占不合理处方数的 8.37%（22/263）；用药不适宜处方有 229 例，占总不合理处方例数的 87.07%（229/263），其中用法、用量不适宜问题比例最高，占不合理处方数的 51.71%（136/263）。见表 2。

表 2：不合理处方分布情况

问题类型	存在问题	例数	构成比 /%
不规范处方	开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全	22	8.37
	用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句	2	0.76
	无特殊情况下，门诊处方超过七日用量，急诊处方超过三日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的	5	1.90
	开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品处方未执行国家有关规定	2	0.76
	无中医诊断（均无）	3	1.14
合计	-	34	12.93
问题类型	存在问题	例数	占比 /%
用药不适宜处方	适应证不适宜	17	6.46
	遴选的药品不适宜	26	9.89
	药品剂型或给药途径不适宜	22	8.37
	用法、用量不适宜	136	51.71
	联合用药不适宜	7	2.66
	重复给药	8	3.04
	有配伍禁忌或者不良相互作用	7	2.66
	其它用药不适宜情况	6	2.28
合计	-	229	87.07

3 分析

3.1 不规范处方

不规范处方有 34 例，占总不合理处方例数的 12.93%，其中开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全问题比例最高，占不合理处方数的 8.37%。分析其原因，可能与患者就医习惯有关，大多数慢性病患者为在二三级医疗机构明确诊断、治疗平稳后，再到社区医疗机构长期开药，维持治疗。患者对所服用药品有一定的了解，到社区医院就诊通常为指定开具药品，也存在少数临床医生对患者所需药品的适应证不完全熟悉，造成临床诊断书写不全^[6]。如医生在开具脑心通胶囊和稳心颗粒时，诊断为胸痹心痛病瘀血证。脑心通胶囊用于气虚血滞所致中风中经络；脑梗塞、冠心病心绞痛，稳心颗粒用于气阴两虚所致胸闷胸痛；室性早搏，房性早搏，诊断书写不全。

3.2 不适宜处方

用药不适宜处方出现的例次较高，占总不合理处方例数的 87.07%（229/263）。其中用法、用量不适宜问题比例最高，占不合理处方数的 51.71%（136/263）。处方点评中最为突出的问题均为用法用量不适宜。如医生在开具艾司奥美拉唑钠肠溶片时，诊断为胃-食管反流性疾病，应每日 1 次，处方开具一日 2 次。如果与适当抗菌疗法联合用药根除幽门螺旋杆菌时，每日 2 次；藿香正气软胶囊应一日 2 次，处方开具一日 3 次；吗达帕胺一天 1 次，一次 3.75mg，该降压药每日最高剂量不应超过 2.5mg，增加剂量不会提高疗效，而会增加副作用；糠酸莫米松鼻喷雾剂一日 1 次给药，处方开具一日 2 次。

遴选的药品不适宜 处方诊断里面有高尿酸血症时医生开具了厄贝沙坦氢氯噻嗪片，痛风是氢氯噻嗪的绝对禁忌证，因为氢氯噻嗪抑制尿酸排泄，升高尿酸，诱发痛风发作。氯沙坦钾片通过近曲小管离子交换途径干扰尿酸盐的转运，促进尿酸盐的排泄，使血尿酸下降，应该选择具有降尿酸作用的降压药物氯沙坦钾。

药品剂型与给药途径不适宜 红霉素眼膏普开普开时为滴眼，给药途径应为涂眼；铝碳酸镁咀嚼片开具时给药途径为口服，表述不准确，嚼服更准确。清咽滴丸处方开具时为口服，给药途径应为含服。

重复用药 复方丹参滴丸与速效救心丸，两药均有活血化瘀、止痛功效，均用于治疗气滞血瘀型胸痹、胸痛，冠心病，且均成分中含有冰片，应避免联合使用；医师在开具布洛芬缓释胶囊时还开具了氯酚伪麻美芬片（II）/氢麻苯美片，后面一种药品就是感冒药“白加黑”，里面含有对乙酰氨基酚，与布洛芬都属于非甾体消炎药，具有解热、镇痛、消炎的作用，两者合用可能会引起胃出血和肝损害。

联合用药不适宜 感冒清热颗粒与参松养心胶囊一起使用。感冒清热颗粒用于风寒感冒，在服用感冒清热颗粒期间不宜同时服用滋补性中药，而参松养心胶囊主要成分为人参、麦冬、等滋补性中药，用于治疗气阴两虚，心络瘀阻引起的冠心病；复方嗜酸乳杆菌与乳酸左氧氟沙星片，抗菌药与活菌制剂合用时，可减弱其疗效。如两者必须服用，应在处方上注明，至少间隔 3 小时。

出现以上相关问题可能有几个原因：1）失误 例如电脑上外用不小心成口服，一日 3 次点成即刻，这就需要医师开具完电子处方再检查一下纸质处方；2）电脑系统内维护的处方说明书的厂家和中心内使用的药品厂家不一致，从而造成错误。社区中心药械科应加强与临床的信息沟通，定期将本中心新到药物、用药目录、药品的通用名、规格、用法用量等信息传递给临床，配合临床搞好处方规范化管理工作，提高医院的医疗服务质量^[7]；3）药师在审核处方时发现医师用法用量错误，让患者去找医师退费重新开具，而病人往往害怕麻烦不愿来回折腾重新缴费，除非是一些严重的用药错误，有的医师只是纸质处方上手改签字，而电子处方还是延续原来的错误用法用量。今后电子处方系统里开展处方前置审核工作能够事前拦截绝大多数不合理处方，药师给出合理的用药建议，提高了处方的合格率。

3 总结

处方点评是近年来推出且运用较为广泛的一项利于医疗机构和患者安全的制度，主要用于提升医疗质量^[8]。通过处方点评工作的推进，对处方书写的规范性及药物临床使用的合理性进行综合评价^[9]，对发现的相关问题进行分析及完善，以促进临床药物合理应用^[9]。东城区建国门社区卫生服务中心 2019 处方合格率为 96.4%，2020 和 2021 年均达到 98% 以上。处方点评工作的有效开展使医师的合理用药水平以及药师的处方点评水平得到了一定的提高，尤其是基层慢性病患者的安全用药得到了有力保障。

在今后的工作中，社区中心将继续建立健全处方点评制度，深入开展处方点评工作。处方点评工作小组每月对不合理处方结果在社区中心公示栏进行公示，并与绩效挂钩。对于社区卫生服务中心处方点评与不合理处方情况，需继续加强社区医院处方系统的管理，以及医师和药师的专业技术培训，以强化用药管理，并提升用药合理性，保证患者的用药安全。

参考文献：

- [1] 韩凤, 杨明娜, 陈世财. 2018 年北京市 16 个区社区卫生服务中心 63488 张门诊处方点评与分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2019, 19 (7): 884–886.
 - [2] 韩凤, 杨明娜, 林景怀, 等. 北京市医改后海淀区与朝阳区社区卫生服务中心处方点评结果对比分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2019, 19 (2): 222–225.
 - [3] 林景怀, 杨明娜, 韩凤. 2017–2018 年北京市社区卫生服务中心处方点评结果[J]. 中国药物经济学, 2020, 15 (4): 44–47.
 - [4] 汪蓓, 李敏, 万瑾, 等. 1400 张社区卫生服务中心门诊中药饮片处方点评与分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2019, 19 (8): 1005–1006.
 - [5] 王睿, 刘莹, 陈世财. 2015–2019 年北京市社区卫生服务中心门诊处方集中点评数据对比分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2020, 20 (7): 859–862.
 - [6] 邱峰. 北京市某社区卫生服务中心处方点评结果分析[J]. 中国药事, 2019, 33 (12): 1470–1472.
 - [7] 李宇, 牛军平, 陈彬彬. 北京市东城区社区点评与不合理处方[J]. 中国药品评价, 2015, 12 (08): 35–38.
 - [8] 胡莹, 高瑜璋, 张宝富, 等. 医联体模式下社区处方点评效果分析和对基层用药的指导意义[J]. 中国医院用药评价与分析, 2020, 20 (10): 1263–1266.
 - [9] 朱吉, 王磊, 陈尧, 等. 上海市社区卫生服务中心中药药事管理现状与发展对策[J]. 中国药房, 2020, 31 (14): 1778–1782.
- 作者姓名：陈霞 出生年月 1981 年 12 月 民族：汉 学历：本科 职称：主管药师 科室：药械科 研究方向：药学服务在社区的重要性，社区慢病药物的合理应用。

基于 B 超检查的社区老年人健康体检疾病谱分析

陈韵

迎博社区卫生服务中心 上海 200123

摘要：目的：借由对 B 超影像学检查技术的运用，调查了解社区老年人群体的健康状态，并且对其健康体检疾病谱展开统计测算分析。方法：2021 年 6 月-2021 年 12 月，将 2000 例社区老年人选做调查对象，针对所有调查对象均开展 B 型超声影像学检查，针对入选调查对象的健康体检疾病谱展开统计测算。结果：本次调查中，检出脂肪肝疾病患者 392 例（19.60%）；检出胆囊结石疾病患者 291 例（14.55%）；检出肝囊肿疾病患者 213 例（10.65%）；检出肾囊肿疾病患者 162 例（8.10%）；检出胆囊息肉疾病患者 100 例（5.00%）；检出肝血管瘤疾病患者 73 例（3.65%）；检出肾错构瘤疾病患者 67 例（3.35%）；检出胆管扩张疾病患者 60 例（3.00%）；检出肝硬化疾病患者 45 例（2.25%）；检出其他疾病患者 36 例（1.80%）。结论：老年人群体中的肝胆疾病发病率处在较高水平，要切实采取措施改善强化老年人群体的健康保健思想意识，督导其改善调节基本生活行为方式，借由定期开展健康体检活动，确保实现针对各类疾病的尽早发现、尽早诊断与尽早治疗，改良临床预后结果和生活体验质量。

关键词：B 超检查；社区老年人；健康体检疾病谱；统计测算；探讨分析

腹部 B 超影像学检查技术的运用，对诊断揭示肝胆器官各项病能发挥技术支持作用^[1-5]。文章以 2000 例老年人作为调查对象，对其疾病谱展开统计测算，报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

2021 年 6 月-2021 年 12 月，将 2000 例社区老年人选做调查对象，其中男性 1015 例，女性 985 例，年龄介于 65-90 岁，平均（73.59±9.39）岁。本次调查对象均系自愿参与，经由本人签署知情同意书或者是电话告知患者家属，完整调查研究方案，符合医学伦理学指导规范。

1.2 影像学检查方法

针对所有调查对象均开展 B 型超声影像学检查，要择取运用彩色超声诊断仪技术设备，指令调查对象在接受 B 超检查前夜晚餐过程中保持清淡饮食，且在检查当天做好空腹状态控制。要遵照腹部 B 超影像学检查的基本操作步骤，指向调查对象的平卧身体位、左侧卧身体位，以及右侧卧身体位等推进完成多切面扫描检查技术环节，重点观察分析调查对象肝胆器官、胆囊器官、胰脏器官、脾脏器官，以及双侧肾脏器官的声像学表现状态，并且全面准确详细记录各项相关技术参数。

1.3 临床观察指标

针对入选调查对象的健康体检疾病谱展开统计测算。

1.4 统计学方法

择取统计软件包——SPSS19.0，针对计数资料运用（n，%）形式表示，实施百分比测算。

2 结果

2.1 腹部 B 超影像学检查条件下疾病谱统计测算分布

本次调查中，检出脂肪肝疾病患者 392 例（19.60%）；检出胆囊结石疾病患者 291 例（14.55%）；检出肝囊肿疾病患者 213 例（10.65%）；检出肾囊肿疾病患者 162 例（8.10%）；检出胆囊息肉疾病患者 100 例（5.00%）；检出肝血管瘤疾病患者 73 例（3.65%）；检出肾错构瘤疾病患者 67 例（3.35%）；检出胆管扩张疾病患者 60 例（3.00%）；检出肝硬化疾病患者 45 例（2.25%）；检出其他疾病患者 36 例（1.80%）。详情参见表 1：

表 1 腹部 B 超影像学检查条件下疾病谱统计测算分布

疾病种类	检出的例数	检出的比率
脂肪肝疾病	392	19.60%
胆囊结石疾病	291	14.55%
肝囊肿疾病	213	10.65%
肾囊肿疾病	162	8.10%
胆囊息肉疾病	100	5.00%
肝血管瘤疾病	73	3.65%
肾错构瘤疾病	67	3.35%
胆管扩张疾病	60	3.00%
肝硬化疾病	45	2.25%
其他疾病	36	1.80%

2.2 疾病谱的性别组成统计测算分布

在 392 例脂肪肝疾病患者中，有男性患者 232 例（11.60%），有女性患者 160 例（8.00%）。在 291 例胆囊结石疾病患者中，有男性患者 138 例（6.90%），有女性患者 153 例（7.65%）。在 213 例肝囊肿疾病患者中，有男性患者 128 例（6.40%），有女性患者 85 例（4.25%）。在 162 例肾囊肿疾病患者中，有男性患者 97 例（4.85%），有女性患者 65 例（3.25%）。在 100 例胆囊息肉疾病患者中，有男性患者 57 例（2.85%），有女性患者 43 例（2.15%）。在 73 例肝血管瘤疾病患者中，有男性患者 40 例（2.00%），有女性患者 33 例（1.65%）。在 67 例肾错构瘤疾病患者中，有男性患者 37 例（1.85%），有女性患者 30 例（1.50%）。在 60 例胆管扩张疾病患者中，有男性患者 27 例（1.35%），有女性患者 33 例（1.65%）。在 45 例肝硬化疾病患者中，有男性患者 22 例（1.10%），有女性患者 23 例（1.15%）。在 36 例其他疾病患者中，有男性患者 18 例（0.90%），有女性患者 18 例（0.90%）。详情参见表 2：

表 2 疾病谱的性别组成统计测算分布

疾病种类	检出的例数	男性	女性
脂肪肝疾病	392	232（11.60%）	160（8.00%）
胆囊结石疾病	291	138（6.90%）	153（7.65%）
肝囊肿疾病	213	128（6.40%）	85（4.25%）
肾囊肿疾病	162	97（4.85%）	65（3.25%）
胆囊息肉疾病	100	57（2.85%）	43（2.15%）
肝血管瘤疾病	73	40（2.00%）	33（1.65%）
肾错构瘤疾病	67	37（1.85%）	30（1.50%）
胆管扩张疾病	60	27（1.35%）	33（1.65%）
肝硬化疾病	45	22（1.10%）	23（1.15%）
其他疾病	36	18（0.90%）	18（0.90%）

2.3 疾病谱的年龄组成统计测算分布

在 392 例脂肪肝疾病患者中，有 65.00-69.00 岁患者 239 例（11.95%），有 70.00-79.00 岁患者 107 例（5.35%），有≥80.00 岁患者 46 例（2.30%）。在 291 例胆囊结石疾病患者中，有 65.00-69.00 岁患者 192 例（9.60%），有 70.00-79.00 岁患者 74 例（3.70%），有≥80.00 岁患者 25 例（1.25%）。在 213 例肝囊肿疾病患者中，有 65.00-69.00 岁患者 136 例（6.80%），有 70.00-79.00 岁患者 62 例（3.10%），有≥80.00 岁患者 15 例（0.75%）。在 162 例肾囊肿疾病患者中，有 65.00-69.00 岁患者 99 例（4.95%），有 70.00-79.00 岁患者 45 例（2.25%），有≥80.00 岁患者 18 例（0.90%）。在 100 例胆囊息肉疾病患者中，有 65.00-69.00 岁患者 59 例

（2.95%），有 70.00-79.00 岁患者 29 例（1.45%），有≥80.00 岁患者 12 例（0.60%）。在 73 例肝血管瘤疾病患者中，有 65.00-69.00 岁患者 34 例（1.70%），有 70.00-79.00 岁患者 28 例（1.40%），有≥80.00 岁患者 11 例（0.55%）。在 67 例肾错构瘤疾病患者中，有 65.00-69.00 岁患者 32 例（1.60%），有 70.00-79.00 岁患者 26 例（1.30%），有≥80.00 岁患者 9 例（0.45%）。在 60 例胆管扩张疾病患者中，有 65.00-69.00 岁患者 28 例（1.40%），有 70.00-79.00 岁患者 21 例（1.05%），有≥80.00 岁患者 11 例（0.55%）。在 45 例肝硬化疾病患者中，有 65.00-69.00 岁患者 14 例（0.70%），有 70.00-79.00 岁患者 16 例（0.80%），有≥80.00 岁患者 15 例（0.75%）。在 36 例其他疾病患者中，有 65.00-69.00 岁患者 20 例（1.00%），有 70.00-79.00 岁患者 13 例（0.65%），有≥80.00 岁患者 3 例（0.15%）。详情参见表 3：

表 3 疾病谱的年龄组成统计测算分布

疾病种类	检出的例数	65.00-69.00 岁	70.00-79.00 岁	≥80.00 岁
脂肪肝疾病	392	239（11.95%）	107（5.35%）	46（2.30%）
胆囊结石疾病	291	192（9.60%）	74（3.70%）	25（1.25%）
肝囊肿疾病	213	136（6.80%）	62（3.10%）	15（0.75%）
肾囊肿疾病	162	99（4.95%）	45（2.25%）	18（0.90%）
胆囊息肉疾病	100	59（2.95%）	29（1.45%）	12（0.60%）
肝血管瘤疾病	73	34（1.70%）	28（1.40%）	11（0.55%）
肾错构瘤疾病	67	32（1.60%）	26（1.30%）	9（0.45%）
胆管扩张疾病	60	28（1.40%）	21（1.05%）	11（0.55%）
肝硬化疾病	45	14（0.70%）	16（0.80%）	15（0.75%）
其他疾病	36	20（1.00%）	13（0.65%）	3（0.15%）

3 讨论

老年人群体定期参与健康体检活动，对于尽早确诊和治疗处置其罹患的各类疾病，发挥着积极有效作用^[6-10]。

本次调查中，检出脂肪肝疾病患者 392 例（19.60%）；检出胆囊结石疾病患者 291 例（14.55%）；检出肝囊肿疾病患者 213 例（10.65%）；检出肾囊肿疾病患者 162 例（8.10%）；检出胆囊息肉疾病患者 100 例（5.00%）；检出肝血管瘤疾病患者 73 例（3.65%）；检出肾错构瘤疾病患者 67 例（3.35%）；检出胆管扩张疾病患者 60 例（3.00%）；检出肝硬化疾病患者 45 例（2.25%）；检出其他疾病患者 36 例（1.80%）。在 392 例脂肪肝疾病患者中，有男性患者 232 例（11.60%），有女性患者 160 例（8.00%）。在 291 例胆囊结石疾病患者中，有男性患者 138 例（6.90%），有女性患者 153 例（7.65%）。在 213 例肝囊肿疾病患者中，有男性患者 128 例（6.40%），有女性患者 85 例（4.25%）。在 162 例肾囊肿疾病患者中，有男性患者 97 例（4.85%），有女性患者 65 例（3.25%）。在 100 例胆囊息肉疾病患者中，有男性患者 57 例（2.85%），有女性患者 43 例（2.15%）。在 73 例肝血管瘤疾病患者中，有男性患者 40 例（2.00%），有女性患者 33 例（1.65%）。在 67 例肾错构瘤疾病患者中，有男性患者 37 例（1.85%），有女性患者 30 例（1.50%）。在 60 例胆管扩张疾病患者中，有男性患者 27 例（1.35%），有女性患者 33 例（1.65%）。在 45 例肝硬化疾病患者中，有男性患者 22 例（1.10%），有女性患者 23 例（1.15%）。在 36 例其他疾病患者中，有男性患者 18 例（0.90%），有女性患者 18 例（0.90%）。本次调查研究结果证实，老年期人口群体发生肝胆器官疾病的可能性较高，且绝大多数肝胆器官疾病的男性患者数量都显著多于女性患者数量。

结语：

在社区医学工作领域，年龄在 65.00 岁以上的老年期人口群体中的肝胆器官相关疾病发病率处在较高水平，需要采取适当措施调整改善基础生活行为方式，提升疾病预防控制工作效果。借由 B 型超声影像学检查技术的运用，能支持实现针对老年人群体机体内部多种疾病的检查揭示目标，支持确保老年患者实际罹患的各类疾病获取到规范有效的诊断和治疗处置，助力其生存质量持续得到改善。

参考文献：

- [1]张源,周剑峰,徐佳,等.上海市徐汇区田林社区老年人健康体检结果分析[J].上海医药,2022,43（08）: 51-54.
- [2]邵洁,陈金枝,徐飞燕,等.2020 年上海市某社区 65 岁以上老年人健康体检结果分析[J].预防医学论坛,2021,27（10）: 729-732.
- [3]魏淑会,王秋婕.社区 65 岁以上老年人健康体检腹部超声结果研究[J].影像研究与医学应用,2021,5（13）: 235-236.
- [4]闫红梅,张林,米艳丽,等.朝阳区常营社区老年人健康体检结果分析[J].继续医学教育,2020,34（02）: 71-73.
- [5]郝娟娟.B 超检查在社区 60 岁以上老年人健康体检疾病谱中的应用[J].中医药管理杂志,2019,27（22）: 199-200.
- [6]孙秀梅,康克.60 岁以上社区老年人健康体检血脂、血糖结果分析[J].继续医学教育,2018,32（07）: 76-77.
- [7]李淑梅.西宁市某社区老年人健康体检及后续就诊情况分析[J].青海医药杂志,2018,48（06）: 61-62.
- [8]刘胜峰,潘放莹,赖华娟.上海市某远郊社区 6428 名老年人健康体检结果分析[J].社区医学杂志,2018,16（02）: 1-3+6.
- [9]邱丽,邝海东,胡燕,等.上海长风社区老年人健康体检结果及中医体质分布特点分析[J].中医临床研究,2017,9（20）: 24-26.
- [10]赵西芳,黄学.上海市某社区 65 岁以上老年人健康体检结果分析[J].中国社区医师,2017,33（12）: 102-103.

胃镜下止血治疗非静脉曲张消化道出血的临床效果研究

次央

拉萨市人民医院 消化内科 西藏拉萨 850000

摘要：目的：探讨胃镜下止血治疗非静脉曲张消化道出血的临床效果。方法：我院于 2021 年 1 月至 12 月收治 94 例非静脉曲张消化道出血患者，随机将其分为两组，即对照组和实验组，分别予以常规止血治疗与胃镜下止血治疗，比较两组患者的治疗结局。结果：实验组的手术恢复指标和动态监测 PH 值变化明显优于对照组（ $P<0.05$ ）；实验组的炎性因子水平明显低于对照组（ $P<0.05$ ）；实验组的止血效果明显高于对照组（ $P<0.05$ ）；实验组的不良反应发生率为 4.25%，其明显低于对照组的 23.4%（ $P<0.05$ ）。结论：在非静脉曲张消化道出血中使用胃镜下止血治疗一方面可提高止血效果，减少再出血风险，另一方面降低不良反应发生率，确保治疗的安全性。

关键词：胃镜下止血；非静脉曲张消化道出血；效果

非静脉曲张消化道出血作为一种危重症，在临床消化系统疾病中较为多见，该疾病发展急促，且病情危重，大出血现象十分频繁，严重情况下还会导致患者失血性休克，具有较高的死亡风险，如此也就无法保障患者的生命安全，因而临床要从患者的具体情况出发予以相应的治疗^[1]。补液、调节水电解质平衡等是临床常用的止血治疗方案，尽管能减轻患者的出血症状，但从整体上而言，仍旧无法达到比较好的治疗效果，且病情复发率也比较高。近几年，国家医疗技术的发展极为迅速，胃镜下止血治疗在临床上的应用越来越广泛，其能够对患者的出血位置予以准确定位，可起到较好的止血作用^[2]。为此，本文将对胃镜下止血治疗进行深入分析，具体报道如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院 2021 年 1 月至 12 月收治的 94 例非静脉曲张消化道出血患者，随机将其分为对照组和实验组。实验组 47 例，年龄 26-76 岁，平均为（45.32±10.45）岁，男性 27 例、女性 20 例，病程 1-5 小时，平均为（3.12±0.67）小时。对照组 47 例，年龄 27-77 岁，平均为（46.43±10.56）岁，男性 28 例、女性 19 例，病程 1-6 小时，平均为（4.19±0.89）小时。纳入标准：①通过电子胃镜等检查，患者疾病符合非静脉曲张消化道出血诊断标准；②所有患者已完成知情同意书的签署工作。排除标准：①未提供完整的临床资料；②在治疗过程中不愿意主动配合者。对比两组患者的资料和信息，组间差异均具有可比性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

给予对照组常规止血治疗如下：遵医嘱行止血补液操作；对患者体内的水电解质平衡予以纠正；抑制胃酸分泌；控制患者血压变化；做好肺部感染预防工作，如有必要，可予以输氧操作等。

在常规止血治疗后，给予实验组胃镜下止血治疗如下：1）手术前，指导患者禁食 6 小时，禁饮 6 小时；手术中，做好常规补液工作后，将患者胃内淤积的血液抽出，如果胃内出现许多血凝块，可用生理盐水加以冲洗，最后将出血部位暴露出来，予以针对性的治疗。2）针对性治疗方案：①胃镜下钛夹治疗：以胃镜作为辅助，探查患者胃部病灶情况，分析其出血原因，如果一时之间很难处理病变部位，就借助胃镜透明帽对溃疡面积不超过 1cm² 部位的附近区域进行压迫，并予以冲洗，直至手术视野清晰为止，然后明确出血点，用钛夹钳夹出血部位两侧，同时夹紧病灶处以及相关黏膜，随后予以离断。如果病灶面积较大，且有大出血的情况，手术视野不够清晰，就用冰盐水和去甲肾上腺素冲洗病灶位置，直至其视野清晰为止。待完成止血后，运用胃镜密切观察患者的溃疡处，并在此位置喷洒 60 毫升左右的蔗糖铝（国药准字 H21020431；生产企业：东北制药集团股份有限公司）。②胃镜下药物喷洒治疗：在患者出血处喷洒 40 毫升左右的 8%去甲肾上腺素溶液（国药准字 H61021666；

生产企业：西安利君制药有限公司）。③胃镜下药物注射治疗：在患者出血血管病灶附近 1 厘米左右的位置设立注射点，每次注射 2 毫升左右的 1：10000 的肾上腺素，一共注射 4 次左右。然后对患者的出血情况进行检测，如果未有活动性出血的情况，就撤出胃镜，即治疗完成。

1.3 观察指标

①手术恢复指标。②炎性因子水平。③动态检测 pH 值变化。④止血效果。⑤不良反应。

1.4 统计学分析

在 spss25.0 软件内分析处理此次研究中的实验数据，计量资料采用标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，用 t 进行检验；以百分比的形式表示计数资料，采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 手术恢复指标对比

治疗后，实验组的术中出血量为（154.74±18.52）mL，其明显低于对照组的（206.84±22.96）mL（ $P<0.05$ ），同时实验组的止血时间为（2.00±0.43）d，肠鸣音恢复时间为（2.46±0.50）d，黑便停止时间为（2.74±0.87）d，呕血停止时间为（1.53±0.36）d，其明显短于对照组的（3.64±0.45）d、（3.98±0.81）d、（4.48±0.48）d 和（2.87±0.85）d（ $P<0.05$ ）。详见表 1。

表 1 比较两组患者的手术恢复指标（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	术中出血量 (mL)	止血时间 (d)	肠鸣音恢复 时间 (d)	黑便停止 时间 (d)	呕血停止 时间 (d)
对照 组	47	206.84±22.96	3.64±0.45	3.98±0.81	4.48±0.48	2.87±0.85
实验 组	47	154.74±18.52	2.00±0.43	2.46±0.50	2.74±0.87	1.53±0.36
t 值	-	29.48	2.64	2.52	3.74	2.34
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 炎性因子水平对比

治疗前，对照组的肿瘤坏死因子- α 水平为（11.82±3.32）ng/mL，C 反应蛋白水平为（13.42±1.26）mg/L，降钙素原水平为（1.42±0.46）ng/L，其与实验组的（11.79±3.26）ng/mL、（13.45±1.28）mg/L 和（1.39±0.44）ng/L 并无显著差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，实验组和对照组的肿瘤坏死因子- α 水平分别为（5.13±1.13）ng/mL 和（6.78±1.46）ng/mL，C 反应蛋白水平分别为（3.35±0.15）mg/L 和（5.83±0.65）mg/L，降钙素原水平分别为（0.51±0.03）ng/L 和（1.03±0.12）ng/L，实验组明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 2 比较两组患者的炎性因子水平 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	肿瘤坏死因子- α (ng/mL)		C 反应蛋白 (mg/L)		降钙素原 (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	47	11.82 $\pm$ 3.32	6.78 $\pm$ 1.46	13.42 $\pm$ 1.26	5.83 $\pm$ 0.65	1.42 $\pm$ 0.46	1.03 $\pm$ 0.12
实验组	47	11.79 $\pm$ 3.26	5.13 $\pm$ 1.13	13.45 $\pm$ 1.28	3.35 $\pm$ 0.15	1.39 $\pm$ 0.44	0.51 $\pm$ 0.03
t 值	-	0.14	4.45	0.21	20.88	0.45	6.72
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 动态监测 PH 值变化

在未治疗之前,对照组的动态监测 PH 值为 (1.50 $\pm$ 0.28),而实验组的动态监测 PH 值为 (1.48 $\pm$ 0.11),两组间差异并不明显 (P>0.05);治疗 3 天后,对照组和实验组的动态监测 PH 值分别为 (3.48 $\pm$ 0.46) 和 (4.53 $\pm$ 0.52),治疗 7 天后,对照组和实验组的动态监测 PH 值分别为 (4.20 $\pm$ 0.56) 和 (5.37 $\pm$ 0.63),实验组明显高于对照组 (P<0.05)。

2.4 止血效果对比

经过治疗后,实验组 24 小时止血成功率为 97.87%,其明显高于对照组的 74.46% (P<0.05);而实验组 72 小时再出血率为 4.25%,6 个月再出血率为 2.12%,其显著低于对照组的 25.53%和 21.27% (P<0.05)。详见表 3。

表 3 比较两组患者的止血效果[n (%)]

组别	例数	24 小时止血成功	72 小时再出血	6 个月再出血
对照组	47	35 (74.46)	12 (25.53)	10 (21.27)
实验组	47	46 (97.87)	2 (4.25)	1 (2.12)
t 值	-	14.73	13.92	13.52
P 值	-	>0.05	<0.05	<0.05

2.5 不良反应对比

通过相应的治疗后,实验组中仅有 2 例患者发生不良反应,即 1 例恶心呕吐、1 例腹部不适,其发生率为 4.25% (2/47),而对照组总共有 11 例不良反应,其中恶心呕吐 3 例、胸闷 2 例、腹部不适 3 例、血压不稳 3 例,其发生率为 23.4% (11/47),实验组明显比对照组低 (P<0.05)。

3. 讨论

上消化道出血有静脉曲张和非静脉曲张之分,其中由静脉曲张所引发的上消化道出血主要表现为胃底食管静脉曲张破裂出血,而非静脉曲张所引起的上消化道出血的常见疾病包括消化性溃疡、急性胃黏膜病变、胃癌等,其中消化性溃疡和急性胃黏膜病变的出现与胃酸分泌过多存在密切的联系,需要使用抑制胃酸和促进溃疡面、胃黏膜糜烂愈合的药物治疗,临床上常用奥美拉唑加康复新液或磷酸铝凝胶治疗,出血量比较大时,需要输红细胞悬液补充血容量^[3]。如果是胃癌引起的出血,需要明确是否有远处转移,如果有转移的情况,需要保守治疗;如果没有远处转移,考虑为早期胃癌,需要尽早进行手术治疗^[4]。而面对消化性溃疡等常见的非静脉曲张消化道出血疾病,就要重视相关的止血治疗。现阶段,内镜下止血法在临床上受到比较高的认可,如药物注射、物理、热凝等常见的止血方案,临床会从患者的实际情况选择适合的止血方案,首先,热凝止血常用于治疗大面积的出血患者,操作简便,手术视野清晰,但在治疗后患者可能会引发浅表性溃疡,但在两三周之后也会很快愈合,有些患者仍旧会有再出血的情况,所以手术后还要做好护理配合工作^[5];其次,药物注射治疗相对其他两种方式的可行性比较高,操作也更加便利;物理止血主要表现为钛夹夹闭治疗,

其具有较好的止血作用以及安全性,待出血处愈合后钛夹自动脱落并不会让患者感觉到不适,但极为考验临床医师的专业操作能力^[6]。尽管如此,相比常规止血治疗,内镜下止血治疗仍旧受到较高的认可,不仅能够获得较好的疗效,而且还对患者预后恢复有积极的促进作用^[7]。本研究结果显示,实验组的止血、肠鸣音恢复、呕血黑便停止等时间明显比对照组短,同时其肿瘤坏死因子- α 、C 反应蛋白等指标水平低于对照组,这是因为内镜下止血治疗可促使患者的出血点充分吸收药物,且在出血点注射肾上腺素可加快黏膜血管的收缩以及血小板聚集,从而对血液供应起到一定的阻碍作用,同时通过对血管的压迫作用,可减少再次出血的风险,缓解患者的炎症反应^[8];实验组治疗后 3 天和 7 天的 PH 值和治疗 24 小时的止血成功率明显高于对照组,而其 72 小时和 6 个月的再出血情况比对照组少,这充分证实了内镜下药物注射、钛夹等方式配合下可发挥较好的止血效果,有利于减少再出血的风险^[9];实验组发生的不良反应明显少于对照组,这是因为内镜下药物注射、钛夹等方式止血方式联合可缩小溃疡面积,缩短治疗进程,有利于提高治疗的安全性^[10]。

综上所述,内镜下止血治疗非静脉曲张消化道出血的临床效果显著,值得进一步采纳。

参考文献:

[1]陈晓填,钟广时,邓金龙.内镜下止血联合药物治疗非静脉曲张性上消化道出血患者的效果[J].中国民康医学,2022,34 (8): 35-38.

[2]聂锦山.急诊内镜下止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血临床分析[J].中国现代医药杂志,2021,23 (6): 59-61.

[3]高象民.内镜下钛夹止血治疗急性非静脉曲张上消化道出血的临床效果评价[J].中国现代药物应用,2018,12 (17): 35-36.

[4]张茜芬.内镜下不同止血方式治疗急性非静脉曲张上消化道出血效果观察[J].中国处方药,2019,17 (3): 131-132.

[5]陈跃.60 例非静脉曲张性上消化道出血患者的临床治疗分析[J].航空航天医学杂志,2019,37 (9): 1067-1069.

[6]何娜,吴妹,刘珍.内镜下金属钛夹与局部注射止血法在急性非静脉曲张性上消化道出血患者治疗中的应用[J].医疗装备,2021,34 (16): 68-69.

[7]匡大鹏.内镜下不同止血方式治疗急性非静脉曲张上消化道出血的回顾性分析[J].现代消化及介入诊疗,2017,22 (3): 346-348.

[8]张明,张续乾,陈洪.内镜下三种止血法治疗活动性非静脉曲张性上消化道出血的疗效研究[J].中国现代医药杂志,2019,21 (5): 73-74.

[9]王孟岩.内镜下钛夹治疗急性非静脉曲张上消化道出血的临床研究[J].中国医疗器械信息,2018,24 (10): 116-117.

[10]武文杰,王军民.对非静脉曲张性上消化道出血患者进行消化内镜下止血治疗的效果研究[J].当代医药论丛,2020,18 (9): 71-72.

腹股沟斜疝采用两种不同术式治疗的效果对照观察分析

崔明星

南通市海门区第六人民医院 江苏南通 226000

摘要：目的：研究分析不同术式对腹股沟斜疝的治疗作用及临床应用价值。方法：腹股沟斜疝患者 2018 年 1 月至 2022 年 1 月就诊 94 例，抽签分配后采取不同术式治疗，对照组行传统疝气修补术，研究组行无张力疝修补术，分析功效。结果：手术指标、术后恢复指标，均以研究组数据偏低（ $P<0.05$ ），手术并发症发病率、术后疝气复发率等，两组比较研究组患者有较低占比（ $P<0.05$ ），炎症因子水平，两组术后虽然均有所升高，但以研究组升高幅度较小（ $P<0.05$ ）。结论：治疗腹股沟斜疝，无张力疝修补术方式行治疗后效果较其他术式更为良好，手术安全性及远期疗效等有明显优势，疗效极佳。

关键词：腹股沟斜疝；传统疝气修补术；无张力疝修补术；效果

腹股沟斜疝是疝气中占比极高的疾病类型，以疝囊斜向经过腹股沟管、穿出皮下环为主要特点，患者更换体位时，肿块可回纳，虽然患病初期并无明显症状，但长此以往，病情发生进展，疝内容物将于疾病影响下出现坏死、感染，进而引发急性炎症，对人体造成损害^[1]。腹股沟斜疝患者以男性居多，对人体消化系统功能有显著干扰性，且随疝内环口增大，疝内容物将增加，由此易导致患者消化系统功能出现异常，进一步发展，可诱发肠表面浆膜损伤、肠粘连、网膜坏死等并发症^[2]。腹股沟斜疝的治疗现今临床多采用手术方式，临床中适用于腹股沟斜疝治疗手术类型，如传统疝气修补术、无张力疝修补术等就在实施后可对该病产生治疗作用，但因手术操作方式具有差异性，其疾病治疗功效、患者术后恢复等均有明显不同^[3]。为探究腹股沟斜疝治疗适宜术式，本次纳入 94 例 2018 年 1 月至 2022 年 1 月就诊腹股沟斜疝患者，以不同术式对其开展治疗，术式选择传统疝气修补术、无张力疝修补术，分析其所具备应用价值及在腹股沟斜疝治疗中实施意义，现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

腹股沟斜疝患者 2018 年 1 月至 2022 年 1 月就诊 94 例，抽签分配，47 例分配对照组，47 例患者均为男性，（47.85±4.12）岁，患腹股沟斜疝时长（4.79±1.27）年，体重（69.45±3.24）kg，疝囊直径（5.75±1.28）cm；47 例分配研究组，患者均为男性，（47.97±4.08）岁，患腹股沟斜疝时长（4.91±1.04）年，体重（69.53±3.32）kg，疝囊直径（5.81±1.24）cm；无差异（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：专科检查确诊腹股沟斜疝；年龄大于 18 周岁、完全行为能力人；病情稳定，专科行相关检查判定患者有手术治疗适应性；就诊时患者精神状态尚可，沟通能力未见异常，个人意愿表述清晰；依从性、诊疗配合积极性等良好；个人资料完整，病史信息能够详细提供。

排除标准：既往有疝气疾病病史，属疾病复发；既往有腹部手术史、近 3 个月有重大手术史；伴恶性肿瘤、接受放化疗治疗；无自理能力，有视听功能障碍；凝血系统功能、免疫系统功能异常，没有手术禁忌症；对临床诊疗结果、治疗方案质疑者。

1.2 方法

传统疝气修补术治疗对照组：行局麻，根据病灶所在位置做手术切口，对病灶周边组织做游离处理，但袒露病灶后，结扎疝囊颈部，于远端行缝合处理，还纳后，做疝气修补，缝合腹股沟韧带，完毕后探查有无出血，无异常即可实施游离组织复位及手术切口缝合，术毕。

无张力疝修补术治疗研究组：采取硬膜外麻醉，组织游离袒露病灶、结扎并还纳疝囊后，根据患者腹股沟斜疝实际情况，修剪补片尺寸，经切口置入后实施无张力疝修补，开展缝合，无异常后缝合手术切口，术毕。

两组术后机能实施抗感染治疗，并以无菌敷料对手术切口处实施遮盖，定期探查切口恢复情况，行消毒及敷料更换，以促进其手术切口愈合。于患者精神状态有所恢复后引导其下床进行适度活动，观察其消化系统功能恢复情况，排气后管理患者饮食结构、进餐时间及频

率等，维护其消化系统功能，从而减轻手术对患者机体生理功能影响，促进其康复。

1.3 观察指标

手术指标：手术操作时长、手术切口长度、出血量。

术后恢复指标：下床时间、排气时间、疼痛时长、住院时长。

手术并发症发病率统计项为尿滞留、切口疼痛、腹股沟区神经感觉异常、切口感染等。

术后疝气复发率采用为其 6 个月跟踪回访方式汇总数据。

炎症因子水平：白介素-6、C 反应蛋白、肿瘤坏死因子- α ，数据统计时间：术前、术后 2 天。

1.4 统计学处理

本次研究不同术式对腹股沟斜疝的治疗作用及临床应用价值，统计学软件版本 SPSS21.0，t 值、 χ^2 值分别检验计量资料、计数资料，表现为（ $\bar{x}\pm s$ ）、（n%），结果呈现 $P<0.05$ ，存在差异。

2. 结果

2.1 手术指标

将指标数据实施汇总，可见研究组手术指标项数据在两组间较低（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 腹股沟斜疝患者手术指标（ $\bar{x}\pm s$ ）n=94				
分组	案例（n）	手术操作时长 （min）	手术切口长度 （cm）	出血量（ml）
对照组	47	73.29±8.60	6.72±1.22	35.96±4.28
研究组	47	57.32±11.05	4.43±0.29	21.75±3.20
t	-	7.8190	12.5196	18.2295
P	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 术后恢复指标

统计患者恢复指标，研究组指标耗时较短（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 腹股沟斜疝患者术后恢复指标（ $\bar{x}\pm s$ ）n=94					
分组	案例（n）	下床时间 （h）	排气时间 （h）	疼痛时长 （d）	住院时长 （d）
对照组	47	17.42±3.28	29.45±4.21	3.93±0.61	5.69±0.27
研究组	47	14.18±2.93	20.06±1.29	2.17±0.52	4.28±0.35
t	-	5.0504	14.6199	14.9675	21.8678
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 手术并发症发病率

不同术式开展治疗，并发症发病率做对比分析，研究组偏低（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 腹股沟斜疝患者手术并发症发病率（n%）

分组	案例 (n)	尿潴	切口疼痛	腹股沟区神经 感觉异常	切口感染	发病率
对照 组	47	2（4.26%）	1（2.13%）	2（4.26%）	1（2.13%）	6（12.77%）
研究 组	47	0（0.00%）	0（0.00%）	1（2.13%）	0（0.00%）	1（2.13%）
X ²	-	-	-	-	-	3.8588
P	-	-	-	-	-	0.0495

2.4 预后疝气复发率

表 5 腹股沟斜疝患者炎症因子水平（ $\bar{x}\pm s$ ）n=94

分组	白介素-6（ng/L）			C 反应蛋白（mg/L）		肿瘤坏死因子- α （ng/L）	
	案例（n）	术前	术后 2 天	术前	术后 2 天	术前	术后 2 天
对照组	47	1.78±0.14	15.98±2.36	2.59±0.10	23.57±2.32	3.95±0.27	19.67±3.19
研究组	47	1.83±0.11	10.10±1.34	2.62±0.07	15.17±3.20	4.04±0.33	10.23±1.26
t	-	1.9252	14.8536	1.6849	14.5698	1.4470	18.8690
P	-	0.0573	0.0000	0.0954	0.0000	0.1513	0.0000

3. 讨论

腹股沟斜疝是临床中较为常见的疾病类型，各年龄段人群均有发病，致病成因以便秘、咳嗽等引发人体腹压升高，致使组织器官穿透腹股沟薄弱处所致，对人体健康有明显影响。腹股沟斜疝患病初期并无明显症状，但随病情发展，腹股沟斜疝对消化系统功能将造成严重损害，可诱发多种类型并发症，因此于临床中具有一定病死率，严重破坏患者机体健康，危及其生命^[4]。

极早实施治疗，能够降低腹股沟斜疝对人体健康干扰性，手术方式治疗腹股沟斜疝，可促进疝内容物得以复位，进而使腹股沟斜疝所致不良影响得以减轻。现今临床中可用于腹股沟斜疝治疗的术式多样，开展后均可见一定治疗功效，但就效果而言，部分术式实施后，患者预后腹股沟斜疝复发率偏高，如传统疝气修补术，采用该术式治疗腹股沟斜疝，手术虽然能够处置病症，但行手术后易出现腹壁张力升高情况，造成患者不适，且为保障手术良好操作视野，切口较长，手术至并发症发病率略高^[5]。与此同时，患者预后从事体力劳动，极易出现腹股沟斜疝复发情况，因此，传统疝气修补术方式治疗腹股沟斜疝，手术安全性、远期疗效等并不能得到预期，疾病治疗功效稍显不足。随着医疗领域对于腹股沟斜疝治疗不断深入研究，结合该发病机制及疾病特点，促使无张力疝修补术应运而生，无张力疝修补术与传统疝气修补术差异在于，该术式在对疝气病症行处置期间，以生物补片方式修补破损腹部，进而使腹壁组织结构恢复完整，在增强其抗压能力的同时，避免腹部张力升高，因此患者经手术治疗后，其预后疾病复发情况将得到有效控制^[6]。应用无张力疝修补术方式治疗腹股沟斜疝，手术操作、创伤性、手术时效性等均较其他术式具备优势性，对该病能够做到有效治疗的基础上，手术所致刺激性较轻，人体耐受度良好，由此可使患者手术安全性得到充分维护，更有助于其术后生理功能恢复^[7]。

因此，治疗腹股沟斜疝，不同术式临床疗效存在明显差异，且手术安全性、患者术后恢复、预后疾病复发等方面均有显著不同，本次研究共纳入 94 例患者，术式选择传统疝气修补术、无张力疝修补术方式分别对其实施治疗，手术开展后，可见经无张力疝修补术治疗患者手术相关指标项数据于组别间偏低，术后恢复各项用时较短。提示无张力疝修补术的开展，手术时效性、患者术后恢复进程等均更为良好，较传统疝气修补术手术作用更为理想^[8]。经无张力疝修补术治疗患者，其手术并发症发病率、预后疝气复发率等方面得到管控，发生率

随访可见，研究组患者中预后出现疝气复发者占比较低（P<0.05），见表 4。

表 4 腹股沟斜疝患者预后疝气复发率（n%）

分组	案例（n）	2 个月	4 个月	6 个月	复发率
对照组	47	0（0.00%）	2（4.26%）	5（10.64%）	7（14.89%）
研究组	47	0（0.00%）	0（0.00%）	1（2.13%）	1（2.13%）
X ²	-	-	-	-	4.9186
P	-	-	-	-	0.0265

2.5 炎症因子水平

将数据统计后行比较，患者行手术后炎症因子水平均有所升高，两组对比，可见研究组炎症因子水平升高幅度较低（P<0.05），见表 5。

均偏低。提示该术式安全性、远期疗效等均可达到预期，患者经治疗后其预后能够得到充分维护。对比炎症因子指标，虽然数据于术后均有升高，但比较可见经无张力疝修补术治疗患者炎症因子指标数据升高幅度较小，证明该术式操作引发人体炎症反应较轻，对患者术后恢复能够产生促进作用，有助于患者康复，存积极影响^[9-10]。

综上，对腹股沟斜疝患者开展治疗，术式以无张力疝修补术实施后可见良好治疗效果及较高安全性，同时有助于患者术后恢复，可推广。

参考文献：

[1]裴剑.分析无张力疝修补术与传统疝修补术治疗腹股沟疝的临床价值[J].中国医药指南,2021,19（33）: 110-111+114.

[2]蔡义盼,杨代华,宋晶晶.腹腔镜经腹膜前间隙无张力疝修补术与传统无张力疝修补术在成人疝气治疗中的临床效果研究[J].山西医药杂志,2021,50（13）: 2047-2050.

[3]宋绪会.聚丙烯网状平片无张力疝修补术和传统疝修补术治疗腹股沟疝气的效果对比研究[J].智慧健康,2021,7（03）: 170-172.

[4]李国华,张军翔,张成建,等.传统无张力修补术与完全腹膜外腹腔镜下无张力疝修补术治疗老年腹股沟疝对比观察[J].兵团医学,2020,18（04）: 14-15.

[5]王宇男,曹梦远,张强.不同术式的疝修补术对青年腹股沟斜疝的疗效影响[J].实用医药杂志,2020,37（11）: 987-989.

[6]李晓武,尚培中,苗建军,等.不同手术方法治疗基层官兵腹股沟斜疝效果对比观察[J].人民军医,2020,63（09）: 849-854.

[7]刘怀权.腹腔镜下疝修补术与开放式疝修补术治疗成人腹股沟斜疝的疗效对比分析[J].中国社区医师,2020,36（21）: 51-52.

[8]高武军.老年腹股沟斜疝无张力疝修补术临床治疗分析[J].智慧健康,2020,6（21）: 94-95.

[9]刘志强,吴慧兰.无张力疝修补术治疗老年腹股沟斜疝的疗效分析[J].中国卫生标准管理,2019,10（21）: 51-53.

[10]梁峰,李飞,聂双发,等.平片无张力疝修补术对老年腹股沟斜疝患者术后疼痛程度及康复进程的影响[J].河北医学,2018,24（09）: 1448-1451.

妊娠合并子宫肌瘤行剖宫产术后切除的效果研究

刘杰

霸州市第三医院 河北霸州 065700

摘要:目的:观察分析妊娠合并子宫肌瘤行剖宫产术后切除的效果。方法:此次临床研究将100例妊娠合并子宫肌瘤的患者纳入到临床研究的范围,所有样本均为我院妇产科于2021.03-2022.6月期间内收治;通过随机数字表法将其进行分组,其中50例纳入常规手术组,其余50例样本纳入观察手术组;记录两组患者术前、术后的HAMA评分、HAMD评分、SF-36评分、术后疼痛、出血、尿潴留等并发症的发生情况、手术时间、术中出血量、术后出血量、缩宫素术后用量。结果:术前,两组患者的各项评分无明显差异性, $P>0.05$;术后,相较于常规手术组产妇,观察手术组产妇的HAMA、HAMD评分更低而SF-36评分更高,观察手术组产妇的疼痛、出血、尿潴留发生率以及手术时间、术中出血量、术后出血量、缩宫素术后用量、术后首次排气时间、住院总时间均更低,两组相较存在明显的统计学意义, $P<0.05$ 。结论:采取对妊娠合并子宫肌瘤的患者行剖宫产术后切除术不仅不会提高母婴双方的风险性,反而能够降低其术中术后的出血量,降低了产妇术后并发症的发生率,安全性更高。

关键词:妊娠;子宫肌瘤;剖宫产;治疗效果;切除

在妇科临床上,子宫肌瘤是十分常见的疾病之一。其属于一种良性肿瘤,虽然不会对患者的生命安全造成直接的影响,但是会影响到女性患者的生活质量和身心健康^[1]。且如果患者得不到及时、有效的治疗,还会大幅度提高其癌变的风险性,从而对患者的生命安全造成威胁。而妊娠几乎是所有女性必经的生理过程。近年来,随着高龄产妇数量的不断提升,妊娠合并子宫肌瘤的发病率呈现出逐年攀升的趋势,导致孕妇的整体生活质量严重降低,其正常的生活和工作也受到了一定的影响。女性子宫内的血流量在妊娠期间会出现增多,一旦在妊娠阶段内发生子宫肌瘤,会促使其体积不断增大。在保证母婴双方的安全的情况下,在哪个阶段切除子宫肌瘤目前是临床上讨论的重点问题之一^[2]。而针对后续选择剖宫产进行分娩的产妇,能否直接剔除子宫肌瘤还存在着较大的争议。相关学者认为,在剖宫产手术的过程中直接对子宫肌瘤进行切除会严重伤害到产妇的健康,还会大大增加产妇术中的出血量。而还有部分学者认为,在剖宫产手术的过程中直接切除产妇的子宫肌瘤能够在一定程度上防止瘤体变性,有效避免了对女性子宫造成更大的危害。在此基础上,本研究对妊娠合并子宫肌瘤的患者行剖宫产术后切除术,以此分析该手术的临床效果和价值。结果见下文报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次临床研究将100例妊娠合并子宫肌瘤的患者纳入到临床研究的范围,所有样本均为我院妇产科于2021.03-2022.6月期间内收治;通过随机数字表法将其进行分组,其中50例纳入常规手术组,其余50例样本纳入观察手术组;常规手术组中样本的最大年龄为47岁,最小年龄为23岁,平均年龄为(35.43±1.54)岁,初产妇31例,经产妇19例,孕周36-39周,平均(37.45±1.43)周;观察手术组中样本的最大年龄为46岁,最小年龄为23岁,平均年龄为(35.13±1.49)岁,初产妇32例,经产妇18例,孕周36-40周,平均(37.86±1.57)周。两组样本的基础资料经过对比后不具有明显的统计学意义, $P>0.05$ 。

1.2 方法

常规手术组:本组产妇仅接受单独的剖宫产手术进行分娩,方法如下:术前,给予本组产妇对应的抗生素干预,由麻醉师实施硬膜外麻醉,待到麻醉生效后,由主刀医生在患者腹部子宫下段的合适位置作一大小适中的横切口,随后进行常规的剖宫产手术。在手术过程中要遵照相关的制度和规定,术后要向患者的子宫内注射20U的缩宫素;此外还要将20U的缩宫素+生理盐水进行混合,配制成500mL的液体,对产妇实施静脉注射,随后可常规缝合产妇腹部的创口。

观察手术组:本组产妇在剖宫产手术结束后立即接受肌瘤切除手术,方法如下:术前的准备操作可参考常规手术组。待到产妇完成常规的剖宫产手术后,立即准备实施子宫肌瘤切除术。由主刀医生对产妇子宫肌瘤的位置进行仔细的探查,确定后使用甲硝唑溶液对其进行彻底的清洗,随后对子宫肌瘤进行切除。需要注意,针对肌壁间直径6cm以上的子宫肌瘤,要将10U的缩宫素+10mL的生理盐水进行混合,将其注射在肌瘤的底部和周围处,后续方可摘除肌瘤。针对在浆膜下方处生长的子宫肌瘤,主刀医生要使用医用钳,夹住靠近子宫方向的位置,对其进行彻底切除;针对在黏膜下方处生长的子宫肌瘤,需要夹住宫腔口方向的位置实施切除处理。切除完毕后,需要对患者的子宫进行认真的清洗,使用1号线,8字形进行缝合,结束手术。

1.3 观察指标

(1)详细记录两组患者术后的疼痛、出血、尿潴留等并发症的发生情况。(2)以汉密顿量表表(HAMA)、汉密顿抑郁量表(HAMD)、生活质量评估量表(SF-36)为依据,分别于术前及术后对两组患者进行评估。HAMD、HAMA评分越低表明患者的心理状况越理想,SF-36评分越高表明患者的生活质量越理想。(3)详细记录两组患者的手术时间、术中出血量、术后出血量、缩宫素术后用量。(4)记录两组患者的术后首次排气时间、住院总时间。

1.4 统计学方法

数据处理选择软件包SPSS23.0,t验证以($\bar{X} \pm s$)为方式的计量数据, X^2 验证以[n(%)]为方式的计数数据,统计学意义以 $P<0.05$ 为判定标准,表明比较差异性显著。

2 结果

2.1 对比术前、术后两组患者的HAMA、HAMD、SF-36评分

术前,两组患者的各项评分无明显差异性, $P>0.05$;术后,相较于常规手术组产妇,观察手术组产妇的HAMA、HAMD评分更低而SF-36评分更高,两组相较存在明显的统计学意义, $P<0.05$,详情见表1:

表1 对比术前、术后两组患者的HAMA、HAMD、SF-36评分($\bar{X} \pm s$,分)

组别	n	时间	HAMA 评分	SF-36 评分	HAMD 评分
观察手术组	50	术前	14.53±1.46	69.57±2.75	14.32±1.53
常规手术组	50	术前	14.68±1.74	69.53±2.89	14.56±1.68
t	-	-	0.4669	0.0709	0.7468
P	-	-	0.6416	0.9436	0.4569
观察手术组	50	术后	8.46±1.32	89.37±3.64	8.23±1.07
常规手术组	50	术后	9.89±1.67	83.68±2.57	9.68±1.53
t	-	-	4.7501	9.0295	5.4916
P	-	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 组间对比术后各类并发症的发生率

相较于常规手术组产妇,观察手术组产妇的疼痛、出血、尿潴留发生率均更低,两组相较存在明显的统计学意义, $P<0.05$,详情见下表2:

表2 组间对比术后各类并发症的发生率[n(%)]

组别	n	疼痛	出血	尿潴留	发生率
----	---	----	----	-----	-----

观察手术组	50	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
常规手术组	50	2 (4.00)	0 (0.00)	2 (4.00)	4 (8.00)
X ²	-	-	-	-	4.1667
P	-	-	-	-	0.0412

2.3 对比两组产妇的术中、术后的各项指标

相较于常规手术组产妇,观察手术组产妇的手术时间、术中出血量、术后出血量、缩宫素术后用量均更低,两组相较存在明显的统计学意义, $P<0.05$,详情见表3:

表3 对比两组产妇的术中、术后的各项指标($\bar{X} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后出血量 (ml)	缩宫素术后用量 (U)
观察手术组	50	62.54±3.53	331.45±30.32	80.42±10.42	26.21±3.42
常规手术组	50	84.69±4.78	368.78±36.53	86.78±13.68	35.32±4.79
t	-	26.3581	5.5602	2.6151	10.9448
P	-	0.0000	0.0000	0.0103	0.0000

2.4 对比两组产妇的术后首次排气时间、住院总时间

相较于常规手术组产妇,观察手术组产妇术后首次排气时间、住院总时间均更低,两组相较存在明显的统计学意义, $P<0.05$,详情见表4:

表4 对比两组产妇的术后首次排气时间、住院总时间($\bar{X} \pm s$)

组别	n	首次排气时间 (h)	住院总时间 (d)
观察手术组	50	32.54±1.32	5.54±1.37
常规手术组	50	36.21±2.47	7.53±1.55
t	-	9.2661	6.8021
P	-	0.0000	0.0000

3 讨论

子宫肌瘤也被临床上称作子宫平滑肌瘤,其属于妇科临床上十分常见的一种良性肿瘤。引发该疾病的原因与女性孕激素水平异常、雌激素水平异常、子宫平滑肌组织异常等存在密切相关^[3]。30~50岁的女性是该疾病的好发群体,且由于近年来女性的分娩年龄逐渐提高,其在孕妇群体中的发病率也呈现出不断提升的趋势。妊娠合并子宫肌瘤是妊娠期女性中的常见合并症,高龄产妇发病率更高。由于处在妊娠期女性的子宫血流量充足,十分利于子宫肌瘤的生长。且一旦发生子宫肌瘤后,其还会随着血液的流动在孕妇体内进行不断的扩散,如果得不到及时有效的干预可能会对其生命安全造成严重的威胁^[4]。尽管子宫肌瘤属于一种良性肿瘤,但其生长发育需要耗费孕期女性体内的营养,严重影响到卵巢的着床和胚胎的生长发育。如放任肌瘤不断生长,子宫会受到来自肌瘤的压迫,导致胎位出现变化,且子宫的收缩功能还会受到子宫肌瘤的影响从而出现降低,进而提升了产妇分娩大出血的风险性。如女性在黏膜下肌瘤、肌壁间肌瘤等,还会提高早产、流产的风险性。相关研究表明,妊娠合并子宫肌瘤是导致发生不良妊娠的主要原因之一,需要提起大众以及临床上的重点关注。针对已经存在子宫肌瘤的妊娠女性而言,选择阴道自然分娩会大大提高其风险性,还会对母婴双方的健康造成影响^[5]。因此,临床上通常会建议该类女性选择剖宫产的方式进行分娩。但在何时摘除孕妇的子宫肌瘤也是临床上存在争议的问题。部分学者认为,对妊娠合并子宫肌瘤的患者行剖宫产术后直接切除子宫肌瘤会增加产妇的危险,可能会增加其术中的出血量。但也有部分学者认为,在剖宫产术后立即对产妇行子宫肌瘤摘除术能够有效预防肌瘤的变性风险,且免去了患者二次手术的风险。

在此基础上,本研究对妊娠合并子宫肌瘤的患者行剖宫产术后切除术,以此分析该手术的临床效果和价值。根据最终的研究结果可知:术前,两组患者的各项评分无明显差异性, $P>0.05$;术后,相较于常规手术组产妇,观察手术组产妇的HAMA、HAMD评分更低而SF-36评分更高,观察手术组产妇的疼痛、出血、尿潴留发生率以及手术时间、术中出血量、术后出血量、缩宫素术后用量、术后首次排气时间、住院总时间均更低,两组相较存在明显的统计学意义, $P<0.05$ 。可见,妊娠合并子宫肌瘤的患者接受剖宫产术后切除术,其术中术后指标能够得到显著改善,且其心理状况及生活质量也能得到明显提高,效果较为理想。

综上所述,采取对妊娠合并子宫肌瘤的患者行剖宫产术后切除术不仅不会提高母婴双方的风险性,反而能够降低其术中术后的出血量,降低了产妇术后并发症的发生率,安全性更高,具有突出的应用优势,值得将其在临床上进行推广应用。

参考文献:

- [1]张春玲.宫腔镜电切术不同切除方法对II型子宫黏膜下肌瘤患者术后宫腔粘连发生和妊娠结局的影响[J].中国当代医药,2022,29(18):90-93.
 - [2]丁玲玲.腹腔镜子宫肌瘤剔除术对育龄期子宫肌瘤患者卵巢功能及再妊娠结局的影响[J].黑龙江医学,2022,46(12):1417-1419+1423.
 - [3]吴敏,何玉春,何佳,陈泽,王雅洁,李晓辉,张代碧,李海燕,郭旭,冉峰,雷婷婷.宫腔镜切除经聚焦超声消融型后子宫肌瘤(FIGO II~III)的疗效及安全性临床研究[J].肿瘤预防与治疗,2022,35(05):442-448.
 - [4]徐红枫,陈鑫.剖宫产术中行肌瘤剔除术治疗妊娠合并子宫肌瘤的效果观察[J].浙江创伤外科,2019,24(06):1219-1221.
 - [5]陆碧露,汪期明.子宫肌瘤挖出术后的远期妊娠结局分析[J].现代妇产科进展,2019,28(08):631-633.
- 作者简介:刘杰(1982-),女,汉族,河北霸州,大学本科,主治医师,研究方向:妇产科常见病多发病,腹腔镜,宫腔镜手术,妊娠合并症诊断及治疗。

埃索美拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡的效果及药学分析

¹ 李鹏 ² 李敏娜 通讯作者

1 西安市阎良铁路医院 陕西西安 710089; 2 西安市灞桥区人民医院 陕西西安 710000

摘要：目的：探讨埃索美拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡的效果及药学分析；方法：选取在我院接受治疗的胃溃疡患者 80 例作为本次研究对象，按照患者入院时登记身份证最后一位奇偶情况将其分为埃索美拉唑组和奥美拉唑组，每组患者各 40 例，本次研究选取时间跨度为 2021 年 9 月~2022 年 9 月期间。奥美拉唑组患者接受奥美拉唑三联疗法进行治疗，埃索美拉唑组患者接受埃索美拉唑三联疗法进行治疗，对两组患者临床指标（腹胀、腹痛以及反酸）、治疗前后 IL-6 以及 TNF-α 水平和治疗后不良反应发生情况（恶心、腹泻和头痛）进行对比分析；结果：两组患者治疗前临床症状对比差异无统计学意义（P>0.05），治疗后埃索美拉唑组患者各项临床症状显著优于奥美拉唑组患者（P<0.05），埃索美拉唑组患者治疗后 IL-6 以及 TNF-α 水平显著优于奥美拉唑组患者（P<0.05），埃索美拉唑组患者治疗后不良反应发生情况显著少于奥美拉唑组患者（P<0.05）；结论：给予胃溃疡患者埃索美拉唑疗法治疗可以很大程度地改善患者的临床症状，优化患者 IL-6 以及 TNF-α 水平，减少患者不良反应发生情况，安全性较高，值得临床推广。

关键词：埃索美拉唑；奥美拉唑；胃溃疡

胃溃疡是临床上较为常见的一种消化道疾病，可发生在食道、胃或十二指肠，或胃空肠附近或有胃黏膜的软憩室^[1]。广义上来说，胃溃疡就是发生在患者胃角等地方的一种溃疡，其中胃溃疡和十二指肠溃疡是临床上最典型的溃疡类型，我们通常所说的胃溃疡指的就是胃溃疡和十二指肠溃疡。胃溃疡和十二指肠溃疡产生的原因和临床表现有很多共同点，而且有时还比较复杂，要区别胃溃疡和十二指肠溃疡，往往不太容易。胃溃疡和十二指肠溃疡都是由胃酸和胃蛋白酶在黏膜上消化后产生的。但其实，胃酸和胃蛋白酶只是胃溃疡的主要因素之一，还有其他因素也可能造成胃溃疡。马歇尔和沃伦因 1983 年成功培养幽门螺杆菌获得 2005 年诺贝尔奖，大量研究表明，幽门螺杆菌在胃溃疡的发病机制中起着重要作用，是胃溃疡的主要病因。另外，长期服用阿司匹林、皮质类固醇等药物也容易引起该病^[2-3]。此外，长期吸烟、饮酒、喝浓茶、咖啡与胃溃疡的发生也有一定关系。胃痛是胃溃疡的主要症状，其疼痛好发于上腹部或胸骨、剑突后，常有钝性疼痛和灼痛。胃溃疡的疼痛通常发生在饭后 1 小时内，1-2 小时后逐渐消退，直到下一顿饭饭后上述节律再次出现。有些患者可能无症状，有些患者会出现出血的情况。由于近年来抗菌药物的滥用，单用抗菌药物治疗效果欠佳，所以质子泵抑制剂联合疗法仍是目前治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡临床上最常规的方法^[4]。质子泵抑制剂对阻断胃液释放有很好的作用，它能破坏幽门螺杆菌的生存环境，能有效抑制幽门螺杆菌增殖，保护受损黏膜，迅速改善患者症状，促进病情好转。基于此，本研究主要探讨埃索美拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡的效果及药学分析，具体报道如下：

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选取在我院接受治疗的胃溃疡患者 80 例作为本次研究对象，按照患者入院时登记身份证最后一位奇偶情况将其分为埃索美拉唑组和奥美拉唑组，每组患者各 40 例，本次研究选取时间跨度为 2021 年 9 月~2022 年 9 月期间，奥美拉唑组患者男性：女性为 23：17，年龄最小为 23 岁，最大为 54 岁，平均为（42.15±6.43）岁，病程最短为 3 个月，最长为 19 个月，平均病程为（10.54±2.47）个月，溃疡直径最小为 0.8cm，最大为 1.8cm，平均为（1.24±0.18）cm，埃索美拉唑组患者男性：女性为 24：16，年龄最小为 24 岁，最大为 58 岁，平均为（43.17±5.42）岁，病程最短为 3 个月，最长为 18 个月，平均病程为（12.56±2.47）个月，溃疡直径为最小为 0.7cm，最大为 1.9cm，平均为（1.35±0.16）cm，两组患者一般资料对比差异无统计学意义（P>0.05），有可比性。所有患者及其家属对本研究均知情且签署知情同意书，本研究获得我院伦理委员会批准后进行。

纳入标准：（1）确诊为幽门螺杆菌阳性胃溃疡者，诊断标准参考《溃疡病的诊断与防治》^[5]中相关内容；（2）伴有腹胀、反酸等症状者；

排除标准：（1）不能配合本次研究者；（2）存在癌变可能者；（3）近期内接受抗生素治疗者。

1.2 方法

两组的 HP 阳性胃溃疡患者均接受常规抗生素治疗；在此基础上，奥美拉唑组患者给予奥美拉唑口服，30 mg/次，1 次/d，持续治疗 4 周。埃索美拉唑组患者给予埃索美拉唑镁肠溶片口服，20 mg/次，1 次/d，持续治疗 4 周。

1.3 观察指标

对两组患者临床指标（腹胀、腹痛以及反酸）、治疗前后 IL-6 以及 TNF-α 水平和治疗后不良反应发生情况（恶心、腹泻和头痛）进行对比分析。症状评分：腹胀、腹痛、反酸嗝气的各项总分为 3 分，无症状为 0 分；症状轻微，能够忍受为 1 分；症状明显，对患者的日常生活、工作在成影响为 2 分；症状严重无法忍受，需要药物治疗为 3 分。

1.4 统计学方法

本项目的测量数据（t）和计算资源（X²）均采用计量经济学应用软件（SPSS22.0 版本）数据分析，测量资料显示为（X±s）、计算资料显示为（n,%），当（P<0.05）时，有一定统计分析价值。

2. 结果

2.1 临床症状

两组患者治疗前临床症状对比差异无统计学意义（P>0.05），治疗后埃索美拉唑组患者各项临床症状显著优于奥美拉唑组患者（P<0.05），具体见表 1

表 1 两组患者临床症状对比（x±s）

组别	例数	腹胀		腹痛		反酸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
埃索美拉唑组	40	2.35±0.22	0.28±0.04	2.35±0.21	0.45±0.04	2.25±0.18	0.19±0.03
奥美拉唑组	40	2.36±0.03	1.06±0.14	2.38±0.32	1.15±0.14	2.34±0.23	0.95±0.06
t		0.124	21.725	0.183	3.177	0.818	8.236
P		0.898	0.000	0.856	0.002	0.416	0.000

2.2 IL-6 以及 TNF-α 水平

埃索美拉唑组患者治疗后 IL-6 以及 TNF-α 水平显著优于奥美拉唑组患者（P<0.05），具体见表 2

表 2 两组患者 IL-6 以及 TNF-α 水平对比（x±s）

组别	例数	IL-6	TNF-α
----	----	------	-------

埃索美拉唑组	40	39.75±4.15	50.32±5.68
奥美拉唑组	40	58.96±6.98	68.54±7.32
t		21.725	8.236
P		0.000	0.000

2.3 不良反应发生情况

埃索美拉唑组患者不良反应发生情况显著低于奥美拉唑组患者（P<0.05），具体见表 3

组别	例数	恶心	腹泻	头痛	总发生
埃索美拉唑组	40	1	0	1	2（5.00）
奥美拉唑组	40	4	2	5	11（27.5）
χ ²					38.394
P					0.000

3. 讨论

近年来由于人们生活方式和饮食习惯的不断改变，我国消化系统疾病的发生率也在逐渐增加，胃溃疡已成为一种临床常见疾病，其临床表现多以腹胀为主^[6]。原因主要有长时间酗酒、长期饮酒浓茶、长时间焦虑以及幽门螺杆菌病毒感染等。有研究表明目前胃溃疡最常见的发病原因是幽门螺杆菌感染^[7]。幽门螺杆菌有高度可塑性、明显的自我重组能力和高效突变性。同一个菌种的基因组之间都具有明显不同，而且幽门螺杆菌易产生的耐药性，目前临床诊断幽门螺杆菌感染的治疗主要是通过多种药物的联合进行^[8-9]。

奥美拉唑是临床上常用的质子泵抑制剂。它可以抑制胃液分泌，从而明显减少胃液中的酸性浓度，促进了胃酸的微生态循环，从而有效控制幽门螺杆菌的增殖，显著缓解患者的临床症状^[10]。单独使用奥美拉唑进行胃溃疡的治疗时，应根据患者的症状调整剂量，如果过量使用，容易诱发一定的副作用^[11]。埃索美拉唑是在奥美拉唑基础上所研发出来的一种新型的药物，同属于质子泵抑制剂。埃索美拉唑对人体胃内壁的细胞 H⁺-K⁺-ATP 有着较奥美拉唑更强大的抑制作用，除此之外，埃索美拉唑能够很大程度地改善人体内出现的胃酸过度分泌情况，且能够在我们的胃腔内停留 6 小时以上，抑酸效果非常理想的理想，作用较为全面^[12]。有研究结果显示，埃索美拉唑与奥美拉唑相比，其半衰期能够延长至两个小时以上。除此之外，埃索美拉唑的抑制胃酸分泌的效果相较于奥美拉唑来说，也可以延长至 4 个小时以上^[13]。所以，我们认为埃索美拉唑比奥美拉唑更能使患者的症状得到明显的改善^[14]。本研究结果显示：两组患者治疗前临床症状对比差异无统计学意义（P>0.05），治疗后埃索美拉唑组患者各项临床症状显著优于奥美拉唑组患者（P<0.05），埃索美拉唑组患者治疗后不良反应发生情况显著少于奥美拉唑组患者（P<0.05）。以上研究结果与黄健伟^[15]学者的研究结果基本一致，能够更好地说明，埃索美拉唑相较于奥美拉唑能够起到更好的临床效果，且不良反应发生情况更少。

综上所述，给予胃溃疡患者埃索美拉唑治疗可以很大程度地改善患者的临床症状，优化患者 IL-6 以及 TNF-α 水平，减少患者不良反应发生情况，安全性较高，值得临床推广。

参考文献：

- [1]王春莹， 焦慧英， 刘静等. 康复新液联合埃索美拉唑对胃溃疡患者血清 TGF-β1、ET-1、EGFR、ERK1/2 水平的影响[J]. 世界临床药物， 2020, 41（4）： 8.
- [2]Chiang HC, Yang EH, Hu HM, et al. An extended 36-week oral esomeprazole improved long-term recurrent peptic ulcer bleeding in patients at high risk of bleeding. BMC Gastroenterol. 2022; 22（1）： 439.
- [3]高兴， 李亚平. 多潘立酮联合埃索美拉唑治疗胃食管反流患者临床疗效及远期生活质量改善效果观察[J]. 贵州医药， 2020, 44（9）： 2.
- [4]徐晓阳， 袁莹， 张颖. 对比分析埃索美拉唑与奥美拉唑治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡疗效及安全性[J]. 贵州医药， 2021, 45（12）： 2.
- [5]金东珠. 溃疡病的诊断与防治[M]. 延边人民出版社， 2001.
- [6]张云文， 程想平. 埃索美拉唑联合奥曲肽生长抑素治疗重症胰腺炎疗效及对患者血乳酸水平、肠道黏膜屏障功能的影响[J]. 陕西医学杂志， 2021, 50（11）： 4.
- [7]Ang D, Koo SH, Chan YH, et al. Clinical trial: seven-day vonoprazan- versus 14-day proton pump inhibitor-based triple therapy for first-line Helicobacter pylori eradication. Aliment Pharmacol Ther. 2022; 56（3）： 436-449.
- [8]黄钟燕， 罗锐. 胆胃宁颗粒联合奥美拉唑肠溶片治疗湿热中阻型胃溃疡的效果及对 HP 根除率、不良反应的影响[J]. 解放军医药杂志， 2021, 33（4）： 5.
- [9]都海燕. 泮托拉唑与奥美拉唑分别联合克拉霉素 阿莫西林治疗幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡效果对比[J]. 山西医药杂志， 2020, 49（21）： 2.
- [10]韦彬祥， 卢肖芳， 高峰. 埃索美拉唑与奥美拉唑为主的三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡临床疗效的比较研究[J]. 临床合理用药杂志， 2020, 13（15）： 3.
- [11]Junaratne C, Reyes R, Hemberg E, O'Reilly UM. Evaluating efficacy of indoor non-pharmaceutical interventions against COVID-19 outbreaks with a coupled spatial-SIR agent-based simulation framework. Sci Rep. 2022; 12（1）： 202.
- [12]林凤萍， 李嘉莹， 陈嘉惠. 埃索美拉唑为主的三联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡的效果及对 Hp 根除率、炎性因子水平的影响[J]. 哈尔滨医药， 2020, 40（1）： 3.
- [13]徐文琼. 埃索美拉唑三联疗法与奥美拉唑三联疗法治疗幽门螺杆菌相关性消化不良性溃疡的效果对比[J]. 当代医药论坛， 2021, 19（11）： 2.
- [14]Mohammadi Z, Cojocaru MG, Thommes EW. Human behaviour, NPI and mobility reduction effects on COVID-19 transmission in different countries of the world. BMC Public Health. 2022; 22（1）： 1594.
- [15]黄健伟. 铝碳酸镁片联合埃索美拉唑肠溶片治疗幽门螺杆菌感染合并活动性胃溃疡的临床观察[J]. 中外医学研究， 2020, 18（8）： 3.

快速康复外科对胃肠肿瘤患者术后整体功能的影响

王雨豪 姚威 通讯作者

南京市江宁医院 江苏南京 211100

摘要：目的 探讨快速康复外科（ERAS）对胃肠肿瘤患者术后整体功能的影响。方法 选取我院收治的胃肠肿瘤根治手术患者共 40 例作为研究对象，采取随机分组措施将本批次患者平均分为试验组及对照组，对照组应用常规治疗，试验组在此基础上应用快速康复外科实施治疗，对比两组患者术前后最大公斤摄氧量（VO₂max/kg）、运动中最大负荷（Load_{max}）、每分钟最大通气量（MVV）等指标。结果 术后 2 周，试验组 VO₂max/kg（25.23±3.39ml/（kg·min），对照组（21.67±3.71 ml/（kg·min），试验组显著高于对照组（P<0.05）；试验组 Load_{max}（118.37±3.13watt），对照组（110.37±3.13watt），试验组显著高于对照组（P<0.05）；试验组 MVV（120.13±6.75L/min），对照组 MVV（110.50±5.82L/min），试验组显著高于对照组（P<0.05）。结论 快速康复外科对胃肠肿瘤患者术后整体功能改善和改善康复具有良好的效果。

关键词 快速康复外科；胃肠肿瘤；术后康复；整体功能评估

胃肠肿瘤是现阶段全球范围内最为常见的恶性肿瘤之一，相关疾病发生之后将会对患者的身体健康和生命安全构成严重的威胁，并极大地降低患者的生活质量，是目前人类面对的重要公共卫生问题。从我国的情况来看，随着人们的生活习惯和生活方式的改变，胃肠肿瘤患病人数相较于以往出现了显著的上升，同时相关患者群体也呈现出越来越年轻化的趋势。胃肠道作为人体的重要消化器官，在人们正常的生活过程中其一方面可以帮助个体完成对营养物质吸收，另一方面其也是人体内最为重要的内源性物质分泌器官之一，此外胃肠道也具有免疫和黏膜屏障的功能，可以有效地稳定人体内外环境。在发生恶性肿瘤之后，胃肠道的正常功能将受到一定的影响，而在对患者实施手术根治的阶段，由于手术创伤的产生，患者也有可能出现比较严重的应激反应，这种情况与创伤本身共同作用将导致水肿、糜烂以及屏障功能受损等情况，甚至会导致胃肠道菌群平衡打破，严重影响到相关患者的术后康复过程。快速康复外科是当前较为先进的医疗理念，在既往的应用之中被证实具有显著降低患者术后并发症发生率、住院时间和住院费用的作用。本次研究之中我院针对胃肠肿瘤患者采取了快速康复外科理念，效果显著，具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取我院收治的胃肠肿瘤根治手术患者共 40 例为研究对象，采取随机分组措施将本批次研究对象平均分为试验组及对照组，两组各 20 例。纳入标准：①年龄 18~80 岁；②术前均以电子胃镜、肠镜、全腹部 CT 等措施确诊为胃肠道肿瘤；③行开腹胃癌根治手术、胃结肠间质瘤切除手术以及结直肠癌根治手术者；④临床资料完整。排除标准：①合并严重心肺功能不全者；②肝肾功能不全者；③临床资料缺失；④无法完成有氧训练程序及不能耐受运动者。对比两组一般资料，差异无统计学意义。

1.2 方法

本次研究中，两组患者均接受常规手术治疗措施。对照组患者在术前 72h 进行缓泻剂肠胃舒胶囊（0.4g/粒）使用，用药方法为 3~5 粒/d，3 次/d，以改善患者胃肠道状况。术后针对本组患者应用阿片类止痛药物，在患者胃肠功能完全恢复之后即刻对患者实施胃管拔除，并进食流食。术后 24h，在患者状态良好且有医院的情况下，引导患者下床活动。

试验组患者采取 ERAS 模式进行康复治疗，具体实施方法如下：①术前。在术前 6h 内要求患者严格禁食，并在术前 2h 口服 10%葡萄糖溶液 500ml；②术中。术中采取硬膜外阻滞联合全身麻醉镇痛，维持患者术中体温在 37℃左右，除肠梗阻患者外，其他患者不放置胃管，当相关患者胃液量<500ml 的情况下需针对患者拔除胃管。手术过程中根据患者的体液流失状况进行补液，确保患者的循环量稳定；③术后。本组患者在术后 48h 内采取镇痛泵联合 COX 酶抑制剂实施镇痛，并根据患者情况进行非甾体抗炎药镇痛消炎药如阿司匹林的使用，控制或不使用阿片类止痛药物。同时引导患者进行口香糖的咀嚼，通过这种方式对患者的胃肠道进行一定程度的刺激，以促进功能恢复。术后每日补液量控制在 2000ml 左右，避免对患者造成过量补液。试验组于术后 1d 开始康复运动，本次研究之中将术后康复运动分为五个阶段，具体实施过程如下：①术后 1d。该阶段实施呼吸训练，床上翻身、坐起，握拳及四肢被动活动，自我踝泵训练；②术后 2d。实施握拳，主动/助力四肢活动，床边站立、踏步；③术后 3d。监护下步行，功率自行车，四肢抗阻训练；④4~7d。病房走廊步行 400~600m，功率自行车，四肢抗阻训练；⑤第二周。上下 2 层楼梯，功率自行车，四肢抗阻训练，平衡和柔性训练。

1.3 观察指标

本次研究中对两组患者术前及术后两周均进行心肺运动试验（CPET），观察两组患者的心肺功能状况，主要观察指标为最大摄氧量（VO₂max）、运动中最大负荷（Load_{peak}）、每分钟最大通气量（MVV）。

1.4 统计学方法

利用统计学处理软件 SPSS 21.0 进行处理分析，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验。以 P<0.05 表示结果差异具有统计学意义。

2 结果

本次研究试验组患者术前及术后两周的各项指标改善程度显著高于对照组（P<0.05），详见表 1。

表 1 两组患者术前后心肺功能状况对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

项目	试验组（n=20）		对照组（n=20）	
	术前	术后 2 周	术前	术后 2 周
VO ₂ max/kg（ml/kg/min）	25.81±2.62	25.23±3.39 ^a	25.21±3.06 ^a	21.67±3.71*
Loadpeak（watt）	117.62±1.36	118.37±3.13 ^a	116.14±1.27*	110.37±3.13*
MVV（L/min）	121.81±5.62	120.13±6.75 ^a	122.69±5.02*	110.50±5.82*

注：*组内对比 P<0.05，^a组内对比 P>0.05，a 组间对比 P>0.05，b 组间对比 P<0.05

3 讨论

随着当前人们的生活水平不断提升，生活习惯和饮食习惯相较于其他时期发生了巨大的变化，同时社会工业化程度的提升也带来了严重的环境污染问题，这些情况产生之后导致人们罹患肿瘤的可能性显著上升。胃肠道肿瘤是现阶段我国最为常见的恶性肿瘤之一，相关疾病发生之后将会对人们的身体健康和生命安全形成严重的威胁，而现阶段对相关疾病实施治疗的主要措施则是手术切除。但在实施手术的过程中将有可能导致患者的严重应激反应，同时相关的创伤行程也会造成患者的胃肠道黏膜出现水肿、糜烂以及溃疡等现象。这些情况的出现一方面会直接导致患者的胃肠道功能紊乱，另一方面则会影响到患者胃肠道的微生物平衡，并有可能导致致病菌的迁移和大量的繁殖，损坏胃肠道屏障功能。在这种现象之下，相关患者的术后康复过程较为缓慢，在临床上相关情况主要表现为术后的暂时性胃肠功能障碍、胃肠道蠕动停止或减弱、腹胀、呕吐等，部分患者将会出现继发性腹腔感染，导致其发生中毒性肠麻痹。从这些情况之中可以了解到，胃肠道肿瘤手术治疗后，患者的整体情况通常不容乐观，需要相关单位和人员实施充分的干预和治疗，以改善患者的疾病状况，促进患者的康复过程。快速康复外科是现阶段较为先进的医疗理念，其核心思想是在相关患者的术前、术中以及术后等各个阶段之中应用对应的措施，来减少患者在手术过程中出现的手术应

激反应和并发症现象，通过这种方式全面地改善患者的术后营养状况和免疫力，从而充分地缩短患者术后住院时间以及治疗过程中的花费，相关措施在既往的一系列研究之中被认为具有良好的效果，能够充分地降低患者的并发症发生率。在现阶段的实施过程中，快速康复理念主要包括如下结构方面的措施：①在患者接受手术之前对患者采取相对合理的营养支持措施，并严格控制营养支持时间；②尽可能避免机械性肠道准备工作；③合理选择针对患者的麻醉措施；④鼻胃管和引流管不常规留置；⑤谨慎使用阿片类止痛药物；⑥控制液体输注量，避免过量补液；⑦术后早期恢复饮食；⑧及早实施功能锻炼。

从术前营养角度来看，胃肠道肿瘤患者通常由于多种因素的影响而出现下消化道出血及梗阻、穿孔等情况，当这种现象发生之后，患者的胃肠道消化吸收和排空功能障碍等现象将会发生，从而对患者自身的整体营养状况形成比较严重的负面影响，且这种现象在老年患者群体之中发生尤其明显，不利于患者的术后康复。在面对这种问题的时候，对患者进行系统性的术前营养筛查和评估工作尤为重要，在既往的研究之中指出，通过对患者实施合理性的术前营养支持工作将能够显著地降低患者的并发症现象，改善术后结局。但是对于术前营养支持实施的具体时间阶段，目前仍然存在着较多的观点，部分研究认为在术前 1~2 周实施术前营养支持效果较为良好，也有研究认为在术前 5d 进行持续性的免疫营养支持有助于改善患者术后状况，控制术后炎症反应。相关研究尽管在营养支持时间方面存在不同的观点，但均认为术前营养支持措施对患者的术后状况具有积极意义。其次，肠道准备是现阶段快速康复外科在应用过程中的核心内容之一。当相关患者在长时间禁食之后，其有可能导致患者的身体出现较为严重的胰岛素抵抗现象，而这种情况发生之后将会极大地延长患者的住院时间。正是由于这一状况，因此现阶段快速康复外科实施过程中不主张对患者采取极为严格的术前饮食控制措施。目前比较常用的术前肠道准备措施中引导患者在术前进行 10%葡萄糖的口服，这种方式可以比较有效地帮助患者在术前实现胃排空，并能够防止患者由于代谢而导致的饥饿感，有利于患者的术后康复效果。此外，在麻醉和镇痛方面，现阶段加速康复外科认为以个性化的原则来推进对患者的麻醉与镇痛工作，将能够显著地改善患者的身体状态和免疫力，极大地降低患者的术后肺部、胃肠道并发症问题，缩短患者的住院时间，并让患者在术后感受相对舒适。疼痛问题使患者在胃肠道肿瘤术后面对的最为突出的症状之一，疼痛感的存在将会导致患者的情绪处于较为焦虑的状态，并有可能由此导致患者的心脏、肺部等多器官系统并发症的发生，而合理的镇痛措施将能够在较大程度上对患者的这些问题进行解决，为患者术后及早下床和经口进食创造有利条件。在导管放置的角度来看，对患者实施胃肠道减压措施将能够显著地降低患者术后胃肠胀气现象发生率，从而促进其手术切口的迅速愈合，但多数患者在实际的治疗过程中也会出现由于这种不良反应，部分患者甚至有可能在对应的刺激下发生心脏瓣病。而既往在术后阶段对患者进行引流管的防治，则是为了避免切口渗液和其他并发症的发生，但同时也可能给患者的术后康复过程造成负面影响，如导致患者的下床活动过程受限等。有鉴于此，在快速康复外科应用过程中，并不主张进行导管的常规放置，入必须进行导管放置，也应当尽早拔除。最后，在液体控制的层面上来看，在患者手接受手术的过程中，相应的手术应激反应可能会增加患者体内的钾排除和水钠潴留问题，有研究指出，针对相关患者术后进行过量补液将有可能在一定程度上增加患者出现术后并发症的可能性和住院时间。因此在围手术期合理地进行补液量的控制，对于降低患者的各类并发症起到一定的作用。

本次研究之中我院针对胃肠道肿瘤手术患者采取了快速康复外科理念进行治疗，在研究过程中通过采取 CPET 检查措施对相关患者的术后康复状况进行了评估。本次 ERAS 实施的阶段按照相应需求，从患者的术前、术中、术后三个阶段进行了对应的工作实施。在术前阶段在既往的工作基础上缩短了患者禁水禁食的时间，并引导患者以口服葡萄糖溶液的方式促进胃肠道的充分排空，从而为患者治疗过程奠定了良好的基础。术中阶段则针对既往麻醉措施对于患者术后并发症以及生活质量会产生不良影响的情况，应用了更为个性化的麻醉措施，通过硬膜外阻滞麻醉联合全身麻醉以减少对患者麻醉药物的使用量，降低患者的不良反应问题。同时采取这种方式也能够为促进患者术后的胃肠道功能恢复减少呼吸系统和泌尿系统以及手术切口感染等形成较为良好的条件。术中和术后的补液、镇痛等问题也是现阶段胃肠道肿瘤手术需要重点关注的内容，在本次研究之中对术中、术后补液进行了控制，尤其是对盐溶液的使用量的控制，以避免患者在术后阶段出现高氯性代谢性酸中毒。不过当前仍然缺乏详细具体的围手术期补液方案，因此本次研究之中对患者的补液工作也主要以个体需求为方针。最后本次研究之中重点实施了患者的术后康复训练，相关工作开展按照患者的情况和整体康复过程，划分为了 5 个阶段，并从患者术后的第 1d 开始，以循序渐进的方式推动呼吸、运动等训练过程。从本次研究的结果来看，试验组术前术后 2 周的最大摄氧量相较于对照组改善更为显著、每分钟通气量提高显著，功率自行车最大功率相较治疗前显著提高，这一结果提示在 ERAS 模式下，患者的身体整体康复状况较为良好。

综上所述，快速康复外科在胃肠道肿瘤患者的手术治疗过程中具有良好作用，可以促进患者的术后康复过程，改善患者术后机体功能状况。

参考文献：

- [1]李珂.快速康复外科护理策略联合多模式镇痛在胃肠道恶性肿瘤围手术期管理中的应用[J].河南医学研究,2022,31（17）: 3223-3226.
- [2]唐娟.快速康复理念护理干预对妇科腹腔镜手术患者术后胃肠功能恢复疼痛及康复进程的影响[J].现代护理医学杂志,2022,1（2）.
- [3]青毅,黄敏锐,张永丽,林建玲,唐桂香,杨凯,唐波.多学科协助快速康复护理在腹腔镜下胃十二指肠手术中的应用[J].中国当代医药,2022,29（25）: 167-171+176.
- [4]尹明英,任玉红,刘乃霞.跨学科快速康复护理模式对乳腺癌患者的影响研究[J].心理月报,2022,17（16）: 67-69.D01: 10.19738/j.cnki.psy.2022.16.021.
- [5]靖方静,祝明秋,毛平.个体差异化快速康复外科护理在腹腔镜胰十二指肠切除患者围术期中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28（14）: 11-13.
- [6]余丽萍,李伟,李小敏,李娟.促进妇科腹腔镜术后患者胃肠功能恢复中快速康复护理的应用研究[J].医学食疗与健康,2022,20（18）: 110-113.
- [7]王辉,王晓静,刘红永.快速康复护理联合饮食干预在行腹腔镜手术胆结石患者中的价值[J].中西医结合护理（中英文）,2022,8（06）: 45-48.

无痛胃肠镜下息肉摘除术治疗肠道息肉的疗效

张建新

霸州市第三医院 河北霸州 065700

摘要：目的：观察分析无痛胃肠镜下息肉摘除术治疗肠道息肉的临床疗效。方法：本次临床研究选择了 120 例肠道息肉患者，所有患者均为我院肛肠外科收治，且收治时间分布在 2021.01-2022.6 月期间内；选择随机数字表法划分上述患者，其中一组为常规治疗组（60 人），其余一组为观察治疗组（60 人）；记录两组患者术前、术后的 HAMA 评分、HAMD 评分、SF-36 评分、手术用时、首次排气用时、住院总时间、术中出血量、术后发生肠道出血、肠梗阻、肠穿孔的情况以及术后 7d 复查两组患者的切除有效率。结果：术前，两组患者的 HAMA、HAMD 评分及 SF-36 评分不存在显著差异性， $P>0.05$ ；术后，观察治疗组患者的 HAMA、HAMD 评分出现明显下降且 SF-36 评分明显升高；观察治疗组患者的手术用时、首次排气用时、住院总时间、术中出血量、术后发生肠道出血、肠梗阻、肠穿孔的发生率更低，术后 7d 复查，观察治疗组患者的切除有效率存在明显优势，与常规治疗组相比均存在显著的差异性， $P<0.05$ 。结论：相较于传统手术疗法，采取无痛胃肠镜下息肉摘除术对肠道息肉患者进行治疗能够有效缩短其术中指标，患者术后的并发症发生率及恢复用时均更低，其生活质量得到有效改善。

关键词：无痛胃肠镜；息肉摘除术；肠道息肉；治疗效果

在各类消化系统疾病中，肠道息肉是临床上发病率较高的疾病之一^[1]。肠道息肉属于一种良性病变，人体的乙状结肠、直肠等部位是息肉的高发部位。近年来，随着大众生活习惯及饮食习惯的该病，肠道息肉的发病率也呈现出逐年提升的趋势。人体乙状结肠、直肠等部位长期受到慢性炎症的刺激与该疾病的发生存在密切的关联性。患者发病后通常会表现出腹痛、腹胀等一系列的临床症状，病情严重者更会增加患者的痛苦，严重影响患者的生活质量及身心健康^[2]。近年来，随着我国医疗水平的不断发展和进步，针对肠道息肉的治疗手段也得到了大幅度的进步。在此基础上，腹腔镜技术近年来被广泛应用于手术治疗工作中，除此之外，无痛胃肠镜技术也被广泛应用于肠道息肉的治疗工作中。该手段不仅能够降低对患者身心的创伤程度，还能有效提高患者治疗的有效率，且安全性更高。因而，无痛胃肠镜下息肉摘除术作为一种新的治疗方案逐渐在临床上得到了普及，且受到了广大医患群体的认可和青睐。在此基础上，本研究采取无痛胃肠镜下息肉摘除术对肠道息肉患者进行治疗，以此分析该手术方案的临床疗效。结果见下文报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次临床研究选择了 120 例肠道息肉患者，所有患者均为我院肛肠外科收治，且收治时间分布在 2021.01-2022.6 月期间内；选择随机数字表法划分上述患者，其中一组为常规治疗组（60 人），其余一组为观察治疗组（60 人）；常规治疗组中纳入男性样本 33 人，女性样本 27 人，最大年龄者为 67 岁，最小年龄者为 25 岁，平均年龄为（46.32±1.45）岁；观察治疗组中纳入男性样本 32 人，女性样本 28 人，最大年龄者为 66 岁，最小年龄者为 25 岁，平均年龄为（46.11±1.43）岁。两组样本的性别、年龄等基础资料经过对比可知不存在显著的统计差异性， $P>0.05$ 。

1.2 方法

在实施手术的 8h 前，叮嘱两组患者要遵照医嘱禁食禁水。此外，术前 3d 至术前 1d，要叮嘱患者逐渐将饮食过渡为流食。术前当晚需要对患者进行清肠处理。

常规治疗组：本组患者接受腹腔镜下息肉摘除术治疗，详细方法如下：术前，将患者置于规范的截石位，由麻醉师按照相关要求对患者实施全麻处理。一般情况下选择患者的脐下缘部位作一弧形的手术切口。在操作过程中要注意无菌操作与规范性操作，为患者建立气腹，压力范围需要维持在 12~15mm Hg。随后置于 Trocar，方便主刀医生对患者体内的息肉情况进行仔细观察。主刀医生随后可选择适宜的位置摘除患者体内的息肉。

观察治疗组：本组患者接受无痛胃肠镜下息肉摘除术治疗，详细方法如下：术前，将患者置于正确的体位并叮嘱患者保持，麻醉师需按要求对患者进行麻醉。麻醉生效后，需要准备好特定型号的无痛胃肠镜设备，在息肉的最远端位置密切观察患者体内的息肉情况，方便确定息肉的具体大小、位置、形态等。随后，通过电切圈套器完全套住息肉的根部，利用电凝切除法彻底的切除息肉。在操作过程中需要注意，要依据先凝、后切的顺序进行交替操作。针对息肉体积较大、难以一次切除的，要分次进行切除。切除时要设置合适的电流，通常控制在 3~4 挡之间，每次使用时需要保持 2~3s 的通电时间。另外，切除后要密切观察息肉的残基部位，如果存在渗血、出血的情况，要给予电凝止血处理。两组患者在术后均需卧床休息，遵医嘱，术后 24h 不能进食。此外，按规定对患者实施抗感染干预，同时要对其通气情况进行密切观察。

1.3 观察指标

（1）对两组患者术后发生肠道出血、肠梗阻、肠穿孔的情况进行统计。（2）使用汉密顿焦虑量表（HAMA）、汉密顿抑郁量表（HAMD）及生活质量评估量表（SF-36）对两组患者术前、术后的情绪和生活质量状况进行评估。HAMA 评分越低代表患者的焦虑情况越轻微，SF-36 评分越高代表患者的生活质量越高。（3）详细记录两组患者的手术用时、首次排气用时、住院总时间、术中出血量。（4）术后 7d，对两组患者进行复查，对其肠道息肉的切除率进行统计。

1.4 统计学方法

数据处理选择软件包 SPSS23.0，t 验证以（ $\bar{X} \pm s$ ）为方式的计量数据， χ^2 验证以[n（%）] 为方式的计数数据，统计学意义以 $P<0.05$ 为判定标准，表明比较差异性显著。

2 结果

2.1 组间对比术前、术后的 HAMA、HAMD 评分及 SF-36 评分

术前，两组患者的 HAMA、HAMD 评分及 SF-36 评分不存在显著差异性， $P>0.05$ ；术后，观察治疗组患者的 HAMA、HAMD 评分出现明显下降且 SF-36 评分明显升高，与常规治疗组相比均存在显著的差异性， $P<0.05$ ，详情见表 1：

表 1 组间对比术前、术后的 HAMA、HAMD 评分及 SF-36 评分（ $\bar{X} \pm s$ ，分）

组别	n	时间	HAMA 评分	SF-36 评分	HAMD 评分
观察治疗组	60	术前	14.54±1.43	69.78±2.64	13.23±1.32
常规治疗组	60	术前	14.62±1.57	69.84±2.58	13.42±1.42
t	-	-	0.2918	0.1259	0.7591
P	-	-	0.7710	0.9000	0.4493
观察治疗组	60	术后	8.32±1.04	88.44±3.67	7.12±1.04
常规治疗组	60	术后	9.78±1.48	84.35±2.89	8.74±1.28
t	-	-	6.2520	6.7820	7.6086
P	-	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 组间对比术后各类并发症的发生率

术后，观察治疗组患者的肠道出血、肠梗阻、肠穿孔发生率更低，与常规治疗组相比均存在显著的差异性， $P<0.05$ ，详情见下表 2：

表 2 组间对比术后各类并发症的发生率[n（%）]

组别	n	肠道出血	肠梗阻	肠穿孔	发生率
----	---	------	-----	-----	-----

观察治疗组	60	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）
常规治疗组	60	2（3.33）	1（1.67）	1（1.67）	4（6.67）
χ^2	-	-	-	-	4.1379
P	-	-	-	-	0.0419

2.3 组间对比术中及术后的各项指标

术后，观察治疗组患者的手术用时、首次排气用时、住院总时间、术中出血量更低，与常规治疗组相比均存在显著的差异性， $P<0.05$ ，详情见表 3：

表 3 组间对比术中及术后的各项指标（ $\bar{X} \pm s$ ）					
组别	n	手术用时（min）	首次排气用时（d）	住院总时间（d）	术中出血量（ml）
观察治疗组	60	78.32±3.53	1.12±0.64	4.63±1.32	32.67±6.53
常规治疗组	60	88.68±4.89	1.78±1.54	6.68±1.79	49.68±7.78
t	-	13.3059	3.0655	7.1497	12.9719
P	-	0.0000	0.0027	0.0000	0.0000

2.4 组间对比术后复查的切除有效率

术后 7d 复查，观察治疗组患者的切除有效率存在明显优势，与常规治疗组相比均存在显著的差异性， $P<0.05$ ，详情见下表 4：

表 4 组间对比术后复查的切除有效率[n（%）]				
组别	n	切除完全	存在残留	切除有效率
观察治疗组	60	59（98.33）	1（1.67）	59（98.33）
常规治疗组	60	52（86.67）	8（13.33）	52（86.67）
χ^2	-	-	-	5.8859
P	-	-	-	0.0152

3 讨论

在肛肠科临床上，肠道息肉属于最为常见的疾病之一。肠道息肉主要可以划分为无蒂息肉、带蒂息肉两种类型，临床上一般采用肠镜检查的方法对其类型进行准确的判定。尽管该疾病属于一种良性病变，不会对患者的生命安全造成直接的危害，但如果患者得不到及时有效的干预，会大幅度提高癌变的风险性，进而对其生命安全和身心健康造成威胁^[3]。因此，必须采取及时、有效的治疗措施对肠道息肉患者进行干预，以此保证其身心健康。除了治疗措施外，临床上还应加强对对于肠道息肉的诊疗力度，做到早发现、早治疗，尽可能的降低癌变的风险性。早期治疗能够避免患者受到腹痛、腹胀等临床症状的折磨，提高其生活质量和身心健康，帮助患者拥有更加愉悦的心情和美好的生活。以往临床上主要采取开腹息肉摘除术对该类患者进行治疗，虽然能够获得一定的效果，但该术式会对患者的身心健康造成较大的创伤^[4]。随着近年来医疗水平的不断提高，微创及无痛技术被广泛应用于临床治疗工作中。无痛胃肠镜息肉摘除术逐渐出现在大众的视野中。该术式能够在一定程度上弥补传统开腹术的弊端，降低对患者的创伤程度，患者术后的康复速度更快，且疗效更确切，患者术后并发症的发生率更低。在对患者实施无痛胃肠镜息肉摘除术的过程中，医生通过合理应用胃肠镜设备，对患者体内息肉的大小、位置等情况进行仔细的观察和判断，以便为后续的摘除手术提供科学的依据，帮助手术工作顺利地开展。除此之外，摘除手术的成功也离不开高频电凝技术的应用^[5]。术中各项操作在该技术的支撑下不仅能够得到大幅度的简化，还可大大提高手术的安全性，降低了患者术后并发症的发生率，优势显著。此外，该种方法操作简便，能够更加彻底的切除患者体内的息肉组织，避免了由于不完整切除带来的残端复发风险。针对术后存在渗血、出血的患者，可通过采取相应的措施进行凝血处理，大幅度减少了患者在术中的出血量。值得注意的是，精细的手术操作能够在彻底切除息肉的同时有效的保护息肉周围的组织与结构，降低了对患者其他组织的创伤和刺激。

在此基础上，本研究采取无痛胃肠镜下息肉摘除术对肠道息肉患者进行治疗，以此分析该手术方案的临床疗效。根据最终的研究结果可知：术前，两组患者的 HAMA、HAMD 评分及 SF-36 评分不存在显著差异性， $P>0.05$ ；术后，观察治疗组患者的 HAMA、HAMD 评分出现明显下降且 SF-36 评分明显升高；观察治疗组患者的手术用时、首次排气用时、住院总时间、术中出血量、术后发生肠道出血、肠梗阻、肠穿孔的发生率更低，术后 7d 复查，观察治疗组患者的切除有效率存在明显优势，与常规治疗组相比均存在显著的差异性， $P<0.05$ 。

综上所述，相较于传统手术疗法，采取无痛胃肠镜下息肉摘除术对肠道息肉患者进行治疗能够有效缩短其术中指标，患者术后的并发症发生率及恢复用时均更低，其生活质量得到有效改善，效果较为显著。

参考文献：

- [1]唐水金,许少蒙.无痛胃肠镜下息肉摘除术治疗肠道息肉的疗效观察[J].临床普外科电子杂志,2022,10（01）：11-14.
 - [2]梁伟兵,刘伟健,唐卫民.口服二甲基油乳剂联合复方聚乙二醇电解质散在无痛胃肠镜检查术前肠道准备中的应用效果[J].中国医药指南,2021,19（22）：20-22.
 - [3]杨雄.胃肠镜下息肉摘除术治疗肠道息肉的疗效观察[J].中国医疗器械信息,2021,27（14）：82-83.
 - [4]廖葵梅.临床护理路径在无痛胃肠镜治疗中的应用[J].中国继续医学教育,2021,13（19）：175-178.
 - [5]肖庆.无痛胃肠镜下消化道息肉切除术的护理体会[J].临床医药文献电子杂志,2019,6（82）：126.
- 作者简介：张建新（1982.8-），女，汉族，河北霸州，大学本科，主治医师，研究方向：电子胃肠镜。

纱布卷在剖宫产术中的应用

张科伟 常鸿

烟台业达医院 山东烟台 265599

摘要:目的:观察剖宫产术中纱布卷的应用对降低剖宫产术后肠胀气、肠梗阻发生率的效果观察分析。方法:将在我院就诊,近期(2021年1月至2021年6月时期)产科收治120例剖宫产产妇,根据入院时间分组,先入院的60例产妇实施常规护理,设置为对照组,年龄23~34岁,平均(27.1±1.2)岁,平均孕周(35.4±1.4)周。针对后入院的另60例产妇进行相关的干预,设置为实验组,年龄23~34岁,平均(27.5±1.1)岁,平均孕周(36.1±1.3)周。对照两组产妇术后胃肠功能恢复情况,腹胀、肠梗阻的发生率。结果:对照组共60例,手术时间为(25.71±17.27)min,术后有18例(30%)患者发生不同程度的肠胀气和肠梗阻,其中有11例(18.3%)患者发生轻度腹胀,7(11.7%)患者发生重度腹胀,3例(5%)患者发生麻痹性肠梗阻。实验组共60例,手术时间为(26.74±16.29)min,术后有3例(5%)患者出现轻度腹胀,无严重腹胀及肠梗阻情况发生。结论:根据分析结果,实验组与对照组在术后发生肠胀气、肠梗阻方面的差异具有统计学意义(P<0.05)。

关键词:剖宫产;纱布卷;术后肠胀气;肠梗阻
[Abstract]Objective: To observe and analyze the effect of gauze rolls in cesarean section on reducing the incidence of postoperative intestinal flatulence and intestinal obstruction. Methods: 120 cases of cesarean section parturients admitted to the department of Obstetrics recently (January 2021 to June 2021) will be divided into groups according to the time of admission. 60 cases of parturients admitted to the hospital first will be given routine nursing and set as the control group, aged 23-34 years old, with an average of (27.1±1.2) years old. The mean gestational age was (35.4±1.4) weeks. For another 60 cases of post-admission maternal intervention, set as the experimental group, age 23-34 years old, average (27.5±1.1) years old, average gestational age (36.1±1.3) weeks. The recovery of gastrointestinal function and the incidence of abdominal distention and intestinal obstruction were compared between the two groups. Results: There were 60 patients in the control group, and the operation time was (25.71±17.27) min. There were 18 patients (30%) with different degrees of flatulence and ileus after operation, including 11 patients (18.3%) with mild abdominal distension, 7 patients (11.7%) with severe abdominal distension, and 3 patients (5%) with paralytic ileus. There were 60 patients in the experimental group, and the operation time was (26.74±16.29) min. 3 patients (5%) had mild abdominal distention after operation, and no severe abdominal distention or intestinal obstruction occurred. Conclusion: According to the analysis results, there were statistically significant differences in postoperative flatulence and intestinal obstruction between the experimental group and the control group (P<0.05).

Keywords: Caesarean section Gauze roll postoperative flatulence Intestinal obstruction

剖宫产术是临床妇产科中应用较广泛的一种术式,也是目前临床中对存在严重合并症、并发症、难产等孕妇终止妊娠的唯一方法,宗旨是挽救产妇及胎儿的生命,保证母婴安全。剖宫产术是一种有创性操作,在机体应激反应、严重损伤、麻醉药物等因素的影响下,会导致产妇术后卧床时间长且恢复慢,影响母婴健康和安全^[1]。术中由于牵拉、用药、感染、失血伤津、元气受损等原因常出现胃肠症状,其中,肠功能紊乱就是术后最常见的并发症之一,其发生率高达77%^[2]。恶心、呕吐、腹胀、排气不顺等是其主要临床表现,如果没有得到及时有效的治疗,极可能导致患者的水电解质平衡紊乱,增加肠粘连、肠穿孔等发生率,从而加重患者病情,影响预后^[3]。而且这些不适,会影响产妇的进食时间、种类和量,从而影响乳汁的生成,不利于母乳喂养。目前术后早期下床活动、开塞露纳肛、术后咀嚼口香糖、中医疗法均在术后肠梗阻、肠胀气的治疗上取得一定研究,而对于我们术者来说,手术中的操作,对我们的要求更高。本文讨论了手术中的操作对于减少肠梗阻的意义。

1. 资料与方法
1.1 一般资料 纳入标准:剖宫产产妇;有良好配合调查能力,具备书写及理解能力。排除标准:精神障碍、人格障碍、智力障碍、脑损伤;合并重要器官功能障碍;精神异常;合并其他感染者。将在我院就诊,近期(2021年1月至2021年6月时期)产科收治120例剖宫产产妇,根据入院时间分组,先入院的60例产妇实施常规护理,设置为对照组,年龄23~34岁,平均(27.1±1.2)岁,平均孕周(35.4±1.4)周。针对后入院的另60例产妇进行相关的干预,设置为实验组,年龄23~34岁,平均(27.5±1.1)岁,平均孕周(36.1±1.3)周。一般资料(P>0.05)可比。
1.2 方法
1.2.1 实验组 剖宫产术中,进入腹腔后于子宫两旁各放置纱布卷一个,然后常规于子宫下段切开子宫,娩出胎儿及胎盘,缝合子宫切口后,取出纱布卷两个。
1.2.2 对照组 常规剖宫产术。
1.3 观察指标 观察实验组与对照组患者的手术时间,有无术后肠梗阻、肠胀气的发生。
1.4 统计学方法 所有数据均采用IBM SPSS Statistics21软件进行处理与分析,计量数据以(̄x±S)表示,作独立样本Mann-Whitney U非参数检验,计数资料视条件作Pearson卡方检验、校正的卡方检验及Fisher精确概率检验,P<0.05认为差异有统计学意义。

2. 结果
对照组共60例,手术时间为(25.71±17.27)min,术后有18例(30%)患者发生不同程度的肠胀气和肠梗阻,其中有11例(18.3%)患者发生轻度腹胀,7(11.7%)患者发生重度腹胀,3例(5%)患者发生麻痹性肠梗阻。实验组共60例,手术时间为(26.74±16.29)min,术后有3例(5%)患者出现轻度腹胀,无严重腹胀及肠梗阻情况发生。根据分析结果,实验组与对照组在术后发生肠胀气方面的差异具有统计学意义(P<0.05),见表1。

表1 两组术中、术后情况比较

分组	例数	手术时间(min)	术后腹胀(%)	肠梗阻
			无	轻度 重度

实验组	60	26.74±16.29	57 (95%)	3 (5%)	0	0
对照组	60	25.71±17.27	39 (65%)	11 (18.3%)	7 (11.7%)	3 (5%)
实验组		0.206	0.026	0.012	0.021	0.036
X ²						
P值						

3. 讨论
本研究统计学结果显示:术中采用纱布卷可降低羊水和血液对于腹腔的感染,减少腹腔操作,减少过度刺激,降低了术后肠梗阻、肠胀气的发生。
近年来,由于高危妊娠、多胎妊娠等多因素的影响,导致剖宫产率不断上升,我国的剖宫产率居高不下尤为显著,手术中的麻醉、术后操作、体力的过度消耗等都会导致产妇的胃肠蠕动降低,从而出现恶心、腹痛、腹胀等症状,对产妇的术后康复造成严重的影响^[4]。剖宫产后肠胀气指的是,术后24~72小时内出现的腹部胀满、不适症状,产妇无法自主的进行排气,轻者呢是发生肚子胀气,重者是发生肠梗阻,严重的会发生感染性腹膜炎,非常危险。剖宫产术后出现肚子胀气很常见,一般形成的原因是术前吃了难以消化的食物,比如肉、年糕类难以消化的食物,或者术后没有及时活动,肠道没有活动起来导致胀气,没有很快排气就会发生胀气。而术后及时排气有利于产妇的身体恢复以及母乳喂养,近年来,大家对于术后尽早恢复患者的胃肠道功能,预防并发症的发生,做了多方面的研究,而对于手术中的操作,以及术中如何做会减少术后各种并发症的发生研究的却不足。

腹腔手术引起腹胀的主要原因是手术操作时直接刺激胃肠道,浆膜的损伤和炎症反应,导致浆液渗出过多,如不能及时有效吸收就可能造成腹胀。同时,手术时麻醉也会抑制胃肠道的内源性活动,导致胃肠蠕动减弱甚至停止^[5]。而剖宫产术中,其特有的羊水、胎脂、血液均会流向腹腔,如果清理不干净,则会增加剖宫产术后肠梗阻的风险。而我们研究的在剖宫产术中,进入腹腔后于子宫旁放置纱布卷,娩出胎儿胎盘后缝合子宫完毕后取出纱布卷,可以看到很多羊水、胎脂样物质吸附于纱布卷上,且取出纱布卷,再清理腹腔,未见明显羊水及血液,可减少反复腹腔操作,避免过度刺激,手术过程中干净、利索,缩短手术时间,减轻病人痛苦,利于病人术后的恢复。综上所述,笔者认为剖宫产术中放置纱布卷,可广泛应用于临床的工作中,从细节中提高自己手术操作技巧,帮助病人更好的恢复。

参考文献:
[1]Huang J,Cao C,Nelson G,et al.A review of enhanced recovery after surgery principles used for scheduled caesarean delivery[J].J Obstet Gynaecol Can, 2019, 1(12): 1775-1788.
[2]陈赓,叶美霞,钟印芹,等.品管圈优化中医护理方案实施促进剖宫产术后胃肠功能恢复的应用[J].中国实用护理杂志,2018,34(24): 1870-1876.
[3]韩书华.生化汤配合针灸对剖宫产术后泌尿及消化系统的影响[J].四川中医,2014, 32(7): 86-89.
[4]杨艳峰,李平.静脉应用利多卡因对腹腔镜胆囊切除术后女性患者肠麻痹的影响[J].中国现代医学杂志,2020, 30(4): 116-119.
[5]郑佳.腹部手术术后功能性胃排空障碍的临床护理研究[J].光明中医,2016,31(17): 2569-2571.

经脐单孔腹腔镜与多孔腹腔镜治疗子宫肌瘤对患者卵巢功能、免疫功能指标影响

窦雪艳 乔建军 张洪炜

银川市妇幼保健院妇产科 宁夏银川 750001

摘要：目的：探究微创子宫肌腺瘤切除术治疗子宫肌瘤的疗效，分析对患者卵巢功能、免疫功能指标产生的影响，分析临床可应用价值。方法：以本院中 2019 年 1 月至 2021 年 10 月间接收的 108 例子宫肌腺瘤患者的临床资料进行回顾，并作为试验对象，采用计算机排列法进行分组，组名为对照组和实验组，每组中各含 54 例患者。对照组实行多孔腹腔镜手术治疗，实验组实行经脐单孔腹腔镜子宫肌腺瘤切除术治疗。对比两组患者胃肠功能恢复时长、手术时长、住院时长、出血量。结果：实验组胃肠功能、手术时长、住院时长、出血量均优于对照组，差异具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。本次实验结果表明，实验组患者各卵巢功能指标明显优于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。并且在研究结果中发现实验组中患者的各项免疫功能指标相较于对照组更优，差异显著存在（ $P<0.05$ ）。结论：应用经脐单孔腹腔镜子宫肌腺瘤切除术治疗子宫肌瘤有着显著的治疗效果，具备创伤性小、手术后恢复时间更短，对患者卵巢功能产生的损伤较小，同时患者的机体炎性反应和免疫功能波动相对来说较小，患者在手术完成后的并发症发生率较低，是现阶段针对子宫肌瘤患者进行治疗的理想术式，值得进行推广与应用。

关键词：微创子宫肌腺瘤切除术；子宫肌瘤

子宫肌瘤是女性生殖系统常见的良性肿瘤，多见于 30~50 岁的女性，以 40~50 岁的女性多见。子宫肌瘤是一种常见的良性肿瘤，以月经增多和继发性贫血为特征。严重者会导致不孕，严重影响妇女身心健康^[1-2]。近年来，有发病年龄年轻化的趋势。虽然该病发病率较低，约为 0.4%-0.5%，但不能掉以轻心，仍需加强警惕。另一方面，随着科技和教育的发展，越来越多的专家学者提出要根据患者的实际情况进行针对性治疗。从医学的角度来说，子宫肌瘤在目前临床上较为常见，究其原因，可能与遗传和性激素等多方面水平有关，子宫肌瘤患者在临床上的典型症状包括月经异常、白带异常和排尿异常这种疾病虽然诊断为良性肿瘤疾病，但依旧会对女性的生育功能造成影响。在对患者进行治疗时，部分患者需要采用子宫全切术作为治疗方案，这样能够根治子宫肌瘤，避免出现复发或者恶变的情况。所以即使在检查过程中发现女性自身存在的子宫肌瘤也不必过度紧张或者害怕，在面对这种疾病时只要保持自己具有良好的心态，并且以自身最好的状态，配合医务人员的治疗，就能够及早治愈患者的疾病。近几年，子宫肌瘤的患病率逐步升高，目前治疗子宫肌瘤的主要方法为常规的多孔腹腔镜手术与经脐单孔腹腔镜子宫肌腺瘤切除术，关于两种方法的治疗效果和安全性还存有不同的分歧^[1]。本次试验以本院中 2019 年 1 月至 2021 年 10 月间接收的 108 例子宫肌腺瘤患者的临床资料进行回顾，并作为试验对象，探究微创子宫肌腺瘤切除术治疗子宫肌瘤的疗效，且获取较好的成果，现总结如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

以本院中 2019 年 1 月至 2021 年 10 月间接收的 108 例子宫肌腺瘤患者的临床资料进行回顾，并作为试验对象，采用计算机排列法进行分组，组名为对照组和实验组，每组中各含 54 例患者。实验组患者年龄在 28-52 岁之间，平均年龄（36.2±4.2）岁，病程 3~10 个月，平均病程（4.5±1.6）月，对照组患者年龄在 30-53 岁之间，平均年龄（36.8±3.8）岁，病程 4~8 个月，平均病程（3.6±1.5）月。

纳入标准

①符合子宫肌瘤诊断标准；②意识清楚，未昏迷者；⑤神经功能缺损无继续进展；③患者知情同意；④本次实验统计计划已经上交伦理委员会，批准后方可实施。

排除标准

①昏迷；②有严重的心、肝、肾合并症或严重感染；③发病前有影响功能恢复的神经或肌肉骨骼疾病；④不伴运动功能障碍者；⑤不愿签署知情同意书。

对比两组患者的一般信息未发现明显差异，不具有统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

所有患者均行常规消毒铺巾，麻醉成功后，单孔组患者进行经脐单孔腹腔镜子宫肌腺瘤切除术，多孔组患者则行多孔腹腔镜子宫肌腺瘤切除术。对照组：麻醉成功后，膀胱截石位，脐部约 2.5 cm 切口，纵行，置入一次性套管穿刺器，建立人工气腹，腹压约 12 mmHg，置入腹腔镜探查，切开肌瘤浆膜，利用肌瘤钳提起子宫肌瘤，切开包膜取出瘤体，将剔除的瘤体组织放入取物袋中，由脐部取出，用可吸收缝合线整形缝合脐部切口。

实验组：全麻后截石、头低脚高位，于脐、左右麦氏点行 trocar 穿刺以建立气腹，并使用普通腹腔镜手术器械操作，单极电凝纵行逐层切开子宫浆膜层与肌层，暴露肌壁间肌瘤，钝性分离假包膜后切除肌瘤，电凝止血，剔除的肌瘤组织放到旋切袋中进行旋切，将切下的肌瘤经扩大的腹壁切口取出，采用普通微乔线缝合肌浆层，冲洗腹腔、排空气体、缝合穿刺点。

1.3 评价标准

应用本院自制表格对两组患者胃肠功能、手术时长、住院时长、出血量实行记载和对比。应用本院自制表格对两组患者治疗前后 Hb 以及激素水平。

1.4 统计学方法

本次试验中所有数据均录入统计学软件 SPSS22.0 进行数据统计学处理，而实验结果中，数据采取卡方检验，其胃肠功能、手术时长、住院时长、出血量均应用（均数±标准差）进行数据记录，实验结果采用 t 值进行检验，若 $p<0.05$ ，则说明实验结果具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者胃肠功能恢复时长、手术时长、住院时长、出血量对比

本次试验结果显示，实验组患者的各项指标明显优于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 1 两组患者各项指标对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	胃肠功能恢复时长（h）	手术时长（h）	住院时长（d）	出血量（ml）
实验组（n=54）	15.11±5.01	80.62±11.35	4.85±1.72	203.65±45.33
对照组（n=54）	25.60±6.18	85.53±12.60	7.25±2.54	346.51±60.53

2.2 两组患者治疗前后卵巢水平对比

本次实验结果表明，实验组患者各指标明显优于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 2 两组患者各指标对比 (x±s)

组别	时间	AMH (ng/mL)	E2 (ng/L)	FSH (μg/L)	LH (IU/L)
实验组 (n=54)	治疗前	2.26±0.45	78.36±5.35	7.34±2.24	17.66±1.32
	治疗后	2.20±0.31	76.23±2.16	7.45±1.21	17.04±1.63
对照组 (n=54)	治疗前	2.36±0.43	78.01±5.24	7.34±2.68	17.65±2.26
	治疗后	1.63±0.65	65.42±4.29	10.0±1.65	23.4±2.4

2.3 两组患者炎症因子与免疫指标对比

并且在研究结果中发现实验组中患者的各项免疫功能指标相较于对照组更优,差异显著存在 (P<0.05)。

表 3 两组患者各指标对比 (x±s)

组别	WBC (X10 ⁹ /L)	PLT (X10 ⁹ /L)	CRP (mg/L)
实验组 (n=54)	4.84±1.68	223.84±103.85	11.26±7.26
对照组 (n=54)	6.94±2.03	249.85±106.16	23.85±8.12
T	8.2471	9.5474	8.4750
P	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

子宫肌瘤是很多成年女性都关注的一种疾病,子宫肌瘤的组成主要是平滑肌和结缔组织,也是平滑肌细胞增生所导致的,其中包含少量的结缔纤维组织,是女性生殖系统中最常见的一种良性肿瘤。在我国近年来的临床调查中发现,每 4~5 个成年女性中就有一个患有子宫肌瘤,并且这种疾病常见于 30 岁以上的女性。子宫肌瘤在目前临床上的病因还尚不清晰,而在细胞遗传学和分子生物学等多方面的研究中发现这种疾病的形成与遗传原因和激素分泌的因素有密切的关联,雌激素可能会促进子宫肌瘤增大,而孕激素也可能在一定程度上刺激子宫肌瘤,细胞核分裂,进而促进肌瘤的生长。子宫平滑肌瘤主要是结缔组织和平滑肌构成,所以也被称为子宫平滑肌瘤,在女性中十分多见,一般都是在子宫体部生长,而患者是否存在症状和肌瘤的大小位置等情况有关,如果肌瘤较小且发展速度慢,可能一辈子都不会发现。

而随着医疗技术的进步,B 超的广泛应用,有的患者是在检查时发现存在子宫肌瘤,但其实并未出现临床症状。有的患者会有腹部肿块、子宫出血等症状,倘若未及时治疗肌瘤会逐渐变大而对附近的器官造成压迫,导致其他器官的正常功能受到影响,甚至可能癌变。子宫肌瘤在临床妇科疾病中具有极高的发病率,受到工作环境和生活压力等多方面的影响,近年来子宫肌瘤的发病率呈现逐年递增的趋势,并且患者年龄偏年轻化,在近年来的医学研究中显示,在 25~35 岁的女性中,子宫肌瘤的临床发病率大约为 25%左右,子宫肌瘤在临床上的发病前期具有一定的隐蔽性,大多数患者在临床上的症状往往表现不明显,只有在发病后期才会在一定程度上影响患者的身体,不仅会导致患者生活出现诸多不便^[7],也会导致患者的生育功能受到影响。

子宫肌瘤在发生时往往无明显症状,但有可能会出现变性。其中包含玻璃样变、囊性病变和红色样变等,虽然子宫肌瘤恶变的几率较小,但依旧不可大意^[2]。据有关资料表明,雌激素对孕激素以及子宫肌瘤会造成影响,会推动子宫肌瘤的生长。近年来,子宫肌瘤患病率逐渐升高,是女性生殖器官的常见病,由于子宫平滑肌细胞增殖引起,尤其是中年女性。其特点是继发性贫血、月经不调等症状,严重影响患者的生活质量,甚至影响患者的生育能力。因此,对于子宫肌瘤患者的临床治疗,应采取合理有效的方法,促进患者身心健康成长,提高其生活质量,特别是满足其生育愿望。该病对于每个患者有不同的差异,一般子宫中的肌

瘤数目和位置会决定患者是否会出现妊娠不适的感觉。数据表明,肌壁间肌瘤和黏膜下肌瘤则会影响患者经量以及经期,如肌瘤过大时,用手则能直接感觉到。该病会对女性的生命健康造成重大影响,如发现患病理应立即做对应的治疗^[3]。

目前,临床中治疗子宫肌瘤多数选取传统开腹手术,具有方便、简单、难度低等优点。该方法会对患者造成大的创伤,同时手术期间出血量较大,很容易引起患者手术后并发症的产生,延长后期的恢复时长。随着国内医疗手段的持续发展,经脐单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术被普遍应用于临床中,该方法可以有效观测腹腔中的情况,造成的创伤也很小,降低手术中的出血量,还能很好控制手术后并发症的产生,有利于患者手术后的恢复^[4]。但该手术不适合应用于肌瘤比较复杂的患者,此时还理应用多孔腹腔镜手术治疗,这对医生的专业能力有较高的考验,能将两种手术方式实行互相更换。

腹腔镜子宫肌瘤剔除术是本身是近年治疗子宫肌瘤的一种新的热门方法。与传统的开放手术相比,该方法具有创伤小、出血量少、术后恢复快等优点。该方法痛苦少、恢复快的患者的首选。同时,由于手术不开放,对腹腔的干扰较小,术后腹内环境更稳定,并发症和粘连较少。因此,它已成为大多数子宫肌瘤患者的首选治疗方案。在对患者进行麻醉时,采用全麻插管配合硬膜外麻醉方案,能够有助于使患者的机体功能得到改善,同时也有助于提高患者的恢复质量降低手术麻醉,对患者机体产生的影响。除此之外,常用的促性腺激素释放激素类似物能够抑制垂体卵巢功能降低患者的雌激素水平,适合应用于经量过多或者周期缩短的患者。用药物治疗其实与手术治疗有一定的相似性,在对患者进行治疗时,依旧需要根据患者的个体状况选择合适的用药方式,这样才能保障患者的康复。

综上所述,应用经脐单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤有着显著的治疗效果,具备创伤性小、手术后恢复时间更短,对患者卵巢功能产生的损伤较小,同时患者的机体炎症反应和免疫功能波动相对来说较小,患者在手术完成后的并发症发生率较低,是现阶段针对子宫肌瘤患者进行治疗的理想术式,值得进行推广与应用。

参考文献:

[1]梁琪琳.腹腔镜微创子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的临床效果及对应激反应的影响分析[J].中国实用医药,2021,15(35):43-45.

[2]唐彩霞.经脐单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统多孔腹腔镜手术对子宫肌瘤患者预后影响分析[J].按摩与康复医学,2021,11(23):65-66.

[3]李程程.经脐单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统多孔腹腔镜手术治疗子宫肌瘤疗效的比较分析[J].当代医学,2021,26(07):66-68.

[4]贾玉娥.经脐单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术与多孔腹腔镜手术治疗子宫肌瘤疗效的比较[J].中外女性健康研究,2019,(24):23-24.

[5]程洁.经脐单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统多孔腹腔镜手术治疗子宫肌瘤的效果对比[J].当代医学,2018,24(28):138-139.

[6]张晓凤.经脐单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统多孔腹腔镜手术治疗子宫肌瘤的疗效比较[J].中国药物与临床,2018,18(S1):59-60.

[7]田艺,张坤,苏青,赵静.腹腔镜下子宫肌瘤微创剔除术治疗子宫肌瘤临床疗效及对患者应激反应的影响研究[J].陕西医学杂志,2018,47(01):93-95.

[8]梁月珍,杜珍,陈志美.经脐单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统多孔腹腔镜手术治疗子宫肌瘤疗效的比较[J].中国肿瘤临床与康复,2016,23(02):209-211.

[9]陈萌萌.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术及开腹子宫肌瘤剔除术的临床对比分析[D].河北医科大学,2013.

[10]郑伯双.腹腔镜下与开腹子宫肌瘤剔除术的对比研究[D].天津医科大学,2012.

梅毒患者外周血淋巴细胞及中性粒、血小板水平的应用

范梅芳 唐燕萍 李英华 黎桂成 刘瑞颜 邵杰枝 林绍斌 李红梅

郁南县第二人民医院检验科；郁南县第二人民医院

摘要：目的：观察梅毒患者外周血淋巴细胞、中性粒细胞、血小板的变化，为临床准确诊断、分期治疗提供指导。方法：于2021年06月--2023年06月本院接收的梅毒患者57例作为检验对象并作为研究组，另挑选健康志愿者57例作为对照并纳入参照组。入院后均进行血小板检验、中性粒细胞检验、淋巴细胞检验并比较两组PLR（血小板/淋巴细胞）、NLR（中性粒细胞/淋巴细胞）变化，同时观察不同分期梅毒患者PLR与NLR变化与规范化驱梅治疗24周后显效、无效患者PLR表达水平与NLR表达水平变化。结果：研究组PLR表达水平、NLR表达水平较参照组更高（ $P<0.05$ ），且三期梅毒明显高于二期、二期，二期梅毒显著高于一期。规范化驱梅治疗24周后显效者PLR表达水平、NLR表达水平较无效者更低（ $P<0.05$ ）。结论：PLR表达水平、NLR表达水平与梅毒发展状况、远期预后有关。

关键词：梅毒；淋巴细胞；中性粒细胞；血小板

梅毒的发生，是因为感染梅毒螺旋体所致的一种传染性疾病^[1]。由于个体差异原因，感染梅毒后，其表现出来的症状在不同时期各不一样，容易与其他疾病混淆，耽误患者最佳驱梅治疗时机^[2]。因此，寻找一种准确率较高的诊断方法，检测梅毒患者外周血中性粒细胞、淋巴细胞、血小板的变化，并计算PLR（血小板/淋巴细胞）、NLR（中性粒细胞/淋巴细胞）^[3]，这对于临床精准诊断、制定可靠的分期治疗方案，临床价值重大。故而本研究纳入57例梅毒患者作为临床检验对象，观察了PLR与NLR表达变化，与健康志愿者对照并作如下报道：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本研究57例梅毒患者均于2021年06月--2023年06月纳入并归为研究组，均参照梅毒诊疗指南^[4]，结合酶联免疫吸附试验（ELISA）、免疫层析法（GICA）、明胶颗粒凝集试验（TPPA）等梅毒血清学检验结果，证实为获得性梅毒；AIDS初筛阴性；近6个月未曾规范化驱梅治疗，其中包括35例男性、22例女性，年龄21-70岁，均龄（42.87±14.53）岁；28例一期、16例二期、13例三期。另挑选57例健康志愿者作为对照并归为参照组，包括34例男性、23例女性，年龄24-71岁，均龄（43.11±14.55）岁。两组基础资料匹配度较高，可比性充分，检验结果 P 值 >0.05 。经医学研究伦理批准，签署研究同意书且自愿参与。排除近期用过免疫调节剂或有过输血治疗、急慢性感染、内分泌疾病、怀孕或哺乳、恶性肿瘤、伴有其他神经系统病变、自身免疫系统疾病或免疫功能障碍、心肝肾以及肺功能损伤。

1.2 方法

所有入组的观察对象均在隔日清晨采血化验，使用真空管采集2-3ml空腹外周血作为检验样本，常规抗凝后，运用全自动血细胞分析仪器（日本光电工业株式会社，型号MEK-6420C）检测血小板、淋巴细胞、中性粒细胞等相关血细胞参数，计算PLR（血小板/淋巴细胞）、NLR（中性粒细胞/淋巴细胞）比值。

1.3 观察指标

（1）观察对比研究组与参照组PLR表达水平、NLR表达水平；（2）根据梅毒分期，观察对比一期（硬下疳）、二期（全身皮疹、疼痛不适且低热）、三期（脏器组织受累）患者PLR表达水平、NLR表达水平；（3）规范化驱梅治疗24周后，滴度降低 ≥ 4 倍或快速血浆反应素环状卡片试验（PRP）的梅毒血清学结果呈阴性，判定为显效，否则判定为无效，观察对比显效者与无效者PLR表达水平、NLR表达水平。

1.4 数据统计处理

运用统计学软件（spss22.0）处理研究组与参照组定量资料、定性资料，其中以均值±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）形式描述的定量资料给予 t 检验；以%（率）形式表述的定性资料给予 χ^2 检验；以 P 值描述组间数据检验结果，当 $P<0.05$ 说明两组结果有差异意义。

2. 结果

2.1 观察对比研究组与参照组PLR表达水平、NLR表达水平

相对于参照组而言，研究组梅毒患者PLR表达水平、NLR表达水平明显更高，差异明显（ $p<0.05$ ）。详情见表1所示。

表1 研究组与参照组PLR表达水平、NLR表达水平对比

小组	例数	PLR	NLR
研究组	57	125.41±20.26	8.87±4.08
参照组	57	100.43±16.75	3.69±1.15
t	-	12.846	10.322
P	-	<0.05	<0.05

2.2 观察对比研究组不同分期梅毒患者PLR表达水平、NLR表达水平

与一期梅毒、二期梅毒比较，三期梅毒PLR表达水平、NLR表达水平更高，且二期梅毒较一期梅毒明显升高，差异明显（ $p<0.05$ ）。详情见表2。

表2 研究组不同分期梅毒患者PLR表达水平、NLR表达水平对比

梅毒分期	例数	PLR	NLR
一期	28	117.66±10.53	8.15±0.76
二期	16	131.49±11.38	9.11±0.63
三期	13	144.37±12.54	9.96±0.54
t	-	18.222	11.606
P	-	<0.05	<0.05

2.3 观察对比研究组规范化驱梅治疗24周后PLR表达水平、NLR表达水平

研究组57例梅毒患者经过为期24周的规范化驱梅治疗后，其中44例显效（77.19%），另13例无效（22.81%），结果显效者PLR表达水平、NLR表达水平更低，与无效者比较有明显差异（ $p<0.05$ ）。详情见表3。

表3 研究组规范化驱梅治疗24周后PLR表达水平、NLR表达水平对比

预后	例数	PLR	NLR
显效	44	120.83±9.14	8.54±0.67
无效	13	135.22±9.65	9.75±0.59
t	-	15.088	10.959
P	-	<0.05	<0.05

3. 讨论

梅毒在我国有较高的发病趋势，给人类健康带来了巨大危害，已成为全球备受关注的公共卫生问题之一^[5]。该疾病是性传播疾病类型中传播途径较多且较为常见的一种^[6]。世界卫生组织调查显示，全球约3640万人感染梅毒，其中大部分梅毒患者分布在非洲及东南亚地区。美国疾病预防控制中心（Center for Disease Control and Prevention,CDC）2017年数据调查显示梅毒新增病例30644例，与2016年相比增长10.5%^[7]。近年来，国家卫生局对梅毒的市场调查数据显示，梅毒的发病率正在以每年13.4%的速度增长^[8]。中国CDC数据2018年显示梅毒新增494867例，较2017年增加19007例，其中39人死于梅毒；2019年梅毒新发

535819例，较2018年新增40952例，其中42人死于梅毒^[9]。由此可见，深入研究梅毒病因学，为临床有效防治提供可干预的新方向，意义重大。

人体感染梅毒螺旋体之后，并不会立即出现明显的症状，而是会在人体内潜伏一段时间，潜伏时期无任何不适，对日常工作也无任何影响。早期梅毒通过规范化驱梅治疗干预后，有较高的痊愈几率^[10]。但每个人的体质各不一样，在不同病变时期，由于症状隐匿，全身表现也容易与其他病混淆，容易导致患者错过最佳痊愈时机。

人体被梅毒侵袭后，会产生免疫应答，开启特异性免疫流程，从而介导超敏反应，激活中性粒细胞、淋巴细胞，增强病原体对人体健康的损伤^[11]。步入三期的梅毒患者，T细胞失衡更为严重，此种情况下，不利于免疫系统对梅毒的监视，容易减弱人体抗病能力，加重免疫细胞损伤，增加机体感染风险。说明梅毒发展程度与细胞免疫有关^[12]。因此，深入分析梅毒患者细胞免疫状态，这对于临床准确评估梅毒患者身体质量、预后具有重大作用。

人体免疫系统应答过程中，淋巴细胞具有更强的特异性，始终处于核心地位；而中性粒细胞的特异性相对于淋巴细胞更低一些，能够清除抗原抗体复合物，可吞噬胞内较高的、变形能力弱的萎缩红细胞；血小板在机体遭受炎症刺激损伤时会被激活，持续升高^[13]。NLR（中性粒细胞/淋巴细胞）是一种能够准确反映出全身炎症反应的重要指标，其水平表达越高，提示患者机体遭受的炎症刺激损伤更加严重。本研究对照探讨，发现研究组梅毒患者NLR表达水平明显升高，且分期越高的梅毒患者，NLR表达水平就越高，驱梅效果较差的梅毒患者NLR表达高于显效者。梅毒患者体内NLR表达水平升高，说明细胞免疫广泛受损，免疫应答反应非特异性加强，临床实际诊断中，全身表现相对严重，需尽快针对性治疗，制定高效的、可靠的抗感染治疗方案^[14]。

PLR（血小板与淋巴细胞）是当代临床预测人体感染反应强度的重要指标，白细胞计数受交感神经兴奋以及应激反应的影响较小，可提高临床判断准确性^[15]。炎症反应的不良刺激会在一定程度上减弱红细胞功能，外周静脉血检测结果获得的血小板活跃情况、红细胞受损程度，可直接良好反映出人体内炎症反应发展程度以及自我修复情况^[16]。本研究小组探讨，结果研究组PLR表达水平较参照组更高，且分期越高的梅毒患者，PLR表达水平就越高，规范化驱梅治疗24周后显效者PLR表达水平较无效者更低（ $P<0.05$ ）。说明梅毒患者机体损伤严重，为期24周的规范化驱梅治疗也无法完全解决梅毒感染对人体健康带来的不利影响。建议临床结合梅毒患者全身症状表现、实验室检验结果以及治疗意愿，对治疗方案进行适当调整。

总而言之，PLR表达水平、NLR表达水平在分期不同的梅毒患者群体中存在明显差异，且分期程度越高，PLR表达水平、NLR表达水平越高，可直接反映出梅毒发展状况、远期预后。

参考文献：

- [1]杜健群,卢斯汉,胡荣欣,等.人类免疫缺陷病毒感染合并神经梅毒的临床及实验室特征分析[J].中国性科学,2022,31（07）:134-138.
 - [2]卢飞豹,江文斌,何加芬,等.江西省性病诊疗机构性病就诊者艾滋病梅毒检测调查[J].中国艾滋病性病,2022,28（06）:723-724.
 - [3]韩雪梅,李霞,田祥龙,等.梅毒血清固定患者外周血单个核淋巴细胞中miR-195与miR-223和miR-589的表达及临床价值[J].中华医院感染杂志,2021,31（19）:2998-3002.
 - [4]王千秋,刘全忠,徐金华,等.梅毒、淋病和生殖道沙眼衣原体感染诊疗指南（2020年）[J].中华皮肤科杂志,2020,53（3）:12.
 - [5]龚爱红,王绘阳,李彩虹,等.梅毒血清固定患者淋巴细胞亚群的表达及临床意义[J].临床检验杂志,2021,39（07）:514-515.
 - [6]职建军,ELISA联合TRUST在梅毒螺旋体感染患者中的诊断效果及效能ROC曲线研究[J].临床研究,2021,29（08）:137-138.
 - [7]胡丽华,黄佳,杨波,等.梅毒血清学检测策略和验证方法在临床梅毒诊断中的应用评价[J].国际检验医学杂志,2021,42（10）:1180-1183+1188.
 - [8]严玉培,方舒,黄晓雯.两种梅毒抗体检测方法在诊断早期梅毒中的价值评价[J].皮肤病与性病,2021,43（01）:42-44.
 - [9]曹凡荣,沈文良,杜娜,等.浙江省2010-2019年 ≥ 60 岁人群梅毒流行特征与趋势分析[J].中国艾滋病性病,2021,27（01）:97-98.
 - [10]刘欣.不同病变时期梅毒患者外周血淋巴细胞及相关因子水平变化及临床意义[D].新乡医学院,2021.
 - [11]肖霞,滕春燕,马慧,等.三种梅毒螺旋体血清学检验方法的临床应用分析[J].中国实验诊断学,2020,24（02）:286-289.
 - [12]徐春华,池云,陈伟,等.34例人类免疫缺陷病毒感染合并神经梅毒患者的临床特征、诊断及治疗分析[J].实用心脑血管病杂志,2019,27（12）:98-101.
 - [13]徐静,郭兰芳.梅毒血清固定患者外周血T淋巴细胞亚群检测的意义[J].黑龙江医学,2019,43（11）:1304-1305.
 - [14]徐东江,王克迪,吴俊.三种梅毒血清学检测策略在临床梅毒诊断中的应用研究[J].中国艾滋病性病,2019,25（09）:936-942+960.
 - [15]吴雅丽,伍文清,许东梅,等.中性粒细胞与淋巴细胞比值和RPR对无症状神经梅毒的预测作用[J].大连医科大学学报,2019,41（03）:210-213.
 - [16]申洁,范晴,唐群力,等.梅毒血清固定患者的CD4⁺CD25⁺Foxp3⁺调节性T细胞数量及抑制功能分析[J].中国皮肤性病学杂志,2017,31（05）:497-500.
- 第一作者姓名：范梅芳，单位与科室：郁南县第二人民医院检验科，单位地址和邮编：广东省云浮市郁南县连滩镇西郊一号 527125，性别与学历：女 本科，职称和职务：副主任技师，籍贯与民族：郁南 汉族，出生年月：1972年03月22日，研究方向：传染病；其他作者：唐燕萍 副主任护师 郁南县第二人民医院，李英华 中级检验技师 郁南县第二人民医院，黎桂成 中级检验技师 郁南县第二人民医院，刘瑞颜 检验师 郁南县第二人民医院，邵杰枝 检验师 郁南县第二人民医院，林绍斌 检验士 郁南县第二人民医院，李红梅 检验士 郁南县第二人民医院。

抗组胺药联合复方甘草酸苷治疗慢性荨麻疹的药物分析

方雯

浙江大学医学院附属第二医院 浙江杭州 311000

摘要：目的：探讨抗组胺药联合复方甘草酸苷在治疗慢性荨麻疹方面起到的作用。方法：此研究 60 例患者均病发慢性荨麻疹，取自 2021 年 1 月至 2022 年 6 月间，按照电脑随机分组法进行组别划分，对照组入组参与实验的 30 例采用氯雷他定，观察组入组参与实验的 30 例运用氯雷他定+复方甘草酸苷，就参与实验的两个组别临床总有效率观察值、不良反应率观测结果、治疗事宜开展前后相关细胞因子变化情况及 PASI 评分观测值、生活质量评分测定值、复发率观测结果展开分析和比较。结果：在各项治疗干预事宜展开后，经对两组临床总有效率展开评测，其值分别为 96.67%、66.67%，观察组居更高水平表现，差异符合 $P<0.05$ 。在各项治疗干预事宜完成后，经对两组的不良反应率加以观测和统计，其值分别为 10.00%、32.50%，观察组所得观测值居更低表现，差异符合 $P<0.05$ 。在各项治疗干预工作开展前，经对两个组别的 PASI 评分进行评测，组间观测值呈 $P<0.05$ ，在各项治疗干预工作完成后再次进行评测，观察组所得评分观测值居更低表现，差异符合 $P<0.05$ 。在治疗工作开展后，经对两组生活质量各项目指标评分状况加以测定，观察组各项评分测定值均居更高表现 ($P<0.05$)。在各项治疗干预事宜展开后，对两个组别的患者满意度加以评测和统计，观察组所得统计值居更高表现，差异满足 $P<0.05$ ，且观察组复发率观测值居更低表现 ($P<0.05$)。结论：慢性荨麻疹患者采取抗组胺药联合复方甘草酸苷治疗，治疗效果可明显提升，不良反应少，可有效缓解临床症状，使患者生活质量得以改善，使治疗效果更为满意度，且复发性较低。

关键词：慢性荨麻疹；抗组胺药；复方甘草酸苷；药物作用；不良反应

慢性荨麻疹是一种人们较为熟悉的疾病，在各个年龄段的患者中均有发生，青年人群占比相对较大，发生该疾病后，患者的皮肤会出现皮疹表现，伴有明显的瘙痒感，该疾病的病因与患者本身的免疫力情况等因素有关，且发病为多种因素共同作用的结局^[1-2]。目前，临床主要通过抗组胺药物对该疾病施以治疗，抗组胺药联合复方甘草酸苷对于慢性荨麻疹具有较好的治疗效果，氯雷他定与复方甘草酸苷均为临床常用，两种药物经常联合使用，复方甘草酸苷对于机体免疫反应的调节作用非常明显，对于慢性荨麻疹的治疗效果较好^[3-4]。现本文以 60 例患者为例分析抗组胺药联合复方甘草酸苷的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此研究 60 例患者均病发慢性荨麻疹，均为在 2021 年 1 月至 2022 年 6 月所设定的研究时间内收治。其中，观察组入组参与实验的 30 例中，男性人数共含 18 例，女性人数共含 12 例，年龄经统计以 18~48 岁为范围，经对平均数值展开求取，为 (30.42±3.37) 岁，病程经统计以 26~58d 为范围，经对平均数值展开求取，为 (30.38±4.55) d。对照组入组参与实验的 30 例中，男性人数共含 17 例，女性人数共含 13 例，年龄经统计以 19~47 岁为范围，经对平均值展开求取，为 (30.52±3.35) 岁，病程经统计以 28~54d 为范围，经对平均数值展开求取，为 (30.24±4.42) d。组间在研究中呈现出的自然信息无差异 ($P>0.05$)。

纳入与排除标准

纳入标准：确诊慢性荨麻疹；临床资料齐全；对本研究知情同意。排除标准：存在其他全是感染性疾病；接受本次治疗前使用过抗生素药物；不宜使用本研究使用药物者。

1.2 方法

对照组给予氯雷他定片 po,qd

观察组给予氯雷他定片 po,qd；复方甘草酸苷片 po,tid

1.3 观察指标与疗效判断

(1) 观察参与实验的两个组别所纳入患者临床总有效率观测结果，并比较。其中，疗效判定标准，治愈：皮损全部消退或 PASI 评分变化值大于 90%。显效：PASI 变化值在 60%~80%。有效：PASI 变化值在 25%~59%。无效：PASI 变化值不足 25%。总有效率=治愈率+显效率+有效率。

(2) 对两个组别所纳入患者在各项治疗事宜完后不良反应加以观测，主要观测恶心、呕吐等症状的发生情况，对所得不良反应率观测值加以比较。

(3) 观察参与实验的两个组别 PASI 评分情况，即各项治疗事宜开展前后，对两个组别的 PASI 评分进行评测，并对各组所得测定值施以比较；其中，PASI 评分用于评估荨麻疹皮损面积和严重程度指数，分值越低数目病情越轻。

(4) 观察参与实验的两个组别在开展护理事宜后的生活质量评分情况的测定，采用 SF-36 生活质量评分表进行完成生活质量评估工作，量表内容主要涉及躯体、社会、角色、认知 4 个功能项目的改善情况，分值为 1-100 分，分值与生活质量正相关，并对所测得分值

予以比较。

(4) 观察参与实验的两个组别在接受各项护治疗事宜后，在满意度方面的评估情况，依据我院自制调查问卷展开满意度评估工作，问卷中所有的评价等级均分为非常满意、基本满意、不满意三级，对每个级别的人数进行统计，最终计算出满意度，并对所得满意度统计值加以比较。

(5) 观察两组复发率，即在治疗结束后 3 个月进行随访，了解患者是否出现复发情况，对两组所得观测结果加以对比。

1.4 统计学方法

测验数据均在 SPSS22.0 中录入展开统计，计数在表述时运用 (%)，施以 χ^2 检验，计量在表述时运用 ($\bar{x} \pm s$)，施以 t 检验， $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床总有效率评定结果对比

在各项治疗干预事宜展开后，经对两组临床总有效率展开评测，其值分别为 96.67%、66.67%，观察组居更高水平表现，差异符合 $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床总有效率评定结果对比[n (%)]					
组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组 (n=30)	20 (66.67)	8 (26.67)	1 (3.33)	1 (3.33)	29 (96.67)
对照组 (n=30)	6 (20.00)	9 (30.00)	5 (16.67)	10 (33.33)	20 (66.67)
χ^2	-	-	-	-	9.017
p	-	-	-	-	0.003

2.2 两组不良反应率观测结果对比

在各项治疗干预事宜完成后，经对两组的不良反应率加以观测和统计，其值分别为 10.00%、32.50%，观察组所得观测值居更低表现，差异符合 $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组不良反应率观测结果对比[n (%)]					
组别	恶心	呕吐	头晕	过敏性鼻炎	发生率
观察组	1 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	2 (6.67)
对照组	3 (10.00)	2 (6.67)	3 (10.00)	2 (6.67)	10 (33.33)
χ^2	-	-	-	-	6.667
P	-	-	-	-	0.010

2.3 两组治疗前后 PASI 评分观测值对比

在各项治疗干预工作开展前，经对两个组别的 PASI 评分进行评测，组间观测值呈 $P<0.05$ ，在各项治疗干预工作完成后再次进行评测，观察组所得评分观测值居更低表现，差异符合 $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组治疗前后 PASI 评分观测值对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	PASI 评分	
	治疗前	治疗后
观察组 (n=30)	14.58±3.11	2.18±0.23
对照组 (n=30)	14.62±3.08	3.82±0.34
t	0.050	21.883
p	0.960	0.000

2.4 两组生活质量评分测定值对比

在治疗干预工作完成后, 经对两组的生活质量各项目指标评分状况加以测定, 观察组各项评分测定值均居更高表现, 差异符合 $P<0.05$ 。见表 4。

表 4 两组生活质量评分测定值对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	躯体功能	社会功能	角色功能	认知功能
观察组 (n=30)	87.85±5.74	85.47±6.64	83.42±6.75	86.82±6.44
对照组 (n=30)	74.16±5.65	68.25±5.17	67.55±6.28	71.26±6.08
t	9.310	11.208	9.428	9.623
p	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 两组患者满意度观测结果对比

在各项治疗干预事宜展开后, 对两个组别的患者满意度加以评测和统计, 其值分别为 96.67%、66.67%, 观察组所得统计值居更高表现, 差异满足 $P<0.05$ 。见表 5。

表 5 两组患者满意度观测结果对比[n (%)]

组别	非常满意	基本满意	不满意	满意度
观察组 (n=30)	19 (63.33)	10 (33.33)	1 (3.33)	29 (96.67)
对照组 (n=30)	12 (40.00)	8 (26.67)	10 (33.33)	20 (66.67)
χ^2	-	-	-	9.017
p	-	-	-	0.003

2.6 两组复发率观测结果对比

在各项治疗干预事宜结束后 3 个月对患者展开随访, 观察组复发 1 例, 占比为 3.33%, 对照组复发 7 例, 占比 23.33%, 观察组复发率观测值居更低表现, 两组差异符合 $P<0.05$ ($\chi^2=5.192$, $P=0.023$)

3 讨论

慢性荨麻疹是一种慢性难治性疾病, 有的患者一旦出现该疾病, 病程可能持续十多年以上, 目前研究认为慢性荨麻疹与自身变态反应有关, 而与慢性荨麻疹发病有关的介质中最重要的组胺^[5-6]。组胺主要由肥大细胞和嗜碱性细胞产生, 而肥大细胞和嗜碱性细胞表面有 IgE 高亲和受体, 当变应原与受体结合后, 能够诱导细胞释放组胺等炎症介质^[7-8]。在慢性荨麻疹疾病中, 患者免疫损伤较为严重, 在治疗方面, 一般无特效的治疗药物, 所以对症支持尤其免疫调节的治疗更显示出它的重要性^[9-10]。

氯雷他定可有效刺激机体产生组胺抗体, 通过消除内源性组胺发挥抗过敏的作用。复方甘草酸苷可对免疫反应起到显著调节作用, 可诱导和促进 T 细胞及其亚群分化、成熟及活化, 调节 T 细胞亚群比例, 从而使机体受损的免疫得以恢复, 使免疫功能得以增强, 同时能够有效激活 T 辅助细胞以及自然杀伤细胞, 对于患者的细胞免疫平衡能够起到良好的恢复效果, 从而对慢性荨麻疹实现良好且长久的治愈效果, 并且能够防止病情出现反复发作的情况^[11-12]。氯雷他定和复方甘草酸苷联用能够有效提高机体免疫能力, 从而使机体炎症水平得以降低, 对慢性荨麻疹进行有效控制和治理。氯雷他定对于患者中枢神经系统的影响比较小, 属于 H₂ 受体拮抗剂, 具有快速和长效的特点, 能够直接作用在肥大细胞中, 对于其介质具有显著抑制作用。抗组胺药联合复方甘草酸苷可以使药物的免疫调节作用增强, 药效更持久, 作用, 对于患者治疗效果的增益作用更显著。

结合本次研究结果, 在各项治疗干预事宜展开后, 经对两组临床总有效率展开评测, 观察组居更高水平表现, 差异符合 $P<0.05$ 。这说明抗组胺药联合复方甘草酸苷对患者的治疗效

果确切, 可有效增强患者免疫功能, 使机体的抗炎能力得以增强。有效阻断疾病的发生, 使患者逐步恢复到健康状态。在各项治疗干预事宜完成后, 经对两组的不良反应率加以观测和统计, 观察组所得观测值居更低表现, 差异符合 $P<0.05$ 。说明抗组胺药联合复方甘草酸苷药物安全性较高, 在发挥治疗作用的同时, 不会引起患者其他不适反应, 患者的耐受性及体验感均较好, 这主要因为该药物在发挥治疗效果的同时, 能够对患者在此期间出现的病毒感染情况进行有效控制, 使患者在治疗过程中身体各项状况保持正常, 从而顺利渡过危险期, 有效保证预后。在各项治疗干预工作完成后对两组 PASI 评分进行评测, 观察组所得评分观测值居更低表现, 差异符合 $P<0.05$ 。这说明应用氯雷他定联合复方甘草酸苷后患者的皮损面积可有效缩小, 麻疹表现获得有效改善, 且皮肤状态的改善效果优于常规用药。在治疗工作开展后, 经对两组生活质量各项目指标评分状况加以测定, 观察组各项评分测定值均居更高表现 ($P<0.05$)。说明抗组胺药联合复方甘草酸苷治疗对患者实现了良好的治疗效果, 患者躯体功能、社会功能及心理精神层面均获得显著改善, 其生活状态得以恢复正常。在各项治疗干预事宜展开后, 对两个组别的患者满意度加以评测和统计, 观察组所得统计值居更高表现, 差异满足 $P<0.05$, 且观察组复发率观测值居更低表现 ($P<0.05$)。说明观察组患者经抗组胺药联合复方甘草酸苷治疗后, 对所取得的效果非常满意, 而且在患者出院以后经过 3 个月随访, 仅有 1 例出现复发情况, 复发率明显低于对照组, 可见抗组胺药联合复方甘草酸苷治疗方案对于疾病的治愈效果是值得肯定的。

综上所述, 将抗组胺药联合复方甘草酸苷治疗方案运用慢性荨麻疹患者的治疗中, 可取得显著治疗效果, 且在用药过程中, 患者不良反应较少, 药物安全性高, 可以对疾病实现有效控制, 极少有复发情况, 患者对治疗效果较为满意, 其生活质量获得明显改善, 在此类患者的治疗中, 可以广泛使用抗组胺药联合复方甘草酸苷。

参考文献:

- [1]曹雪芹. 枸地氯雷他定片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹的临床疗效[J]. 中国处方药, 2020, 18 (02): 71-72.
- [1]李晓艳. 复方甘草酸苷递减疗法联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹疗效分析[J]. 世界复合医学, 2019, 5 (09): 139-141.
- [3]程永好, 班惠洁, 贺娟. D-二聚体、过敏原特异性 IgE 抗体和受体检测对慢性荨麻疹诊断及预后价值分析[J]. 中国医学工程, 2021, 29 (05): 114-116.
- [4]石德顺, 杨德勇, 董东. 阿伐斯汀胶囊与自血疗法治疗慢性特发性荨麻疹的效果[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31 (21): 129-131.
- [5]龚志妍, 张俊麒, 马戟. 复方甘草酸苷治疗慢性荨麻疹对患者 IgE、C₃、C₄ 及预后的影响[J]. 现代医学与健康研究杂志, 2020, 4 (19): 53-55.
- [6]刘莎, 许丛丛, 潘信信. 盐酸奥洛他定联合组织胺人免疫球蛋白治疗慢性荨麻疹的疗效观察[J]. 实用医药杂志, 2020, 37 (01): 23-25.
- [7]王胜, 张嫦娥, 王胜春. 左西替利嗪联合地氯雷他定治疗儿童慢性荨麻疹的临床效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30 (17): 2964-2966.
- [8]孙艳艳, 马红霞. 奥马珠单抗联合组织胺人免疫球蛋白对慢性荨麻疹患者疗效[J]. 西藏医药, 2022, 43 (01): 90-91.
- [9]黄岩. 美能与氯雷他定治疗慢性特发性荨麻疹的疗效对比[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16 (04): 205-207.
- [10]杨惠芳. 奥洛他定与枸地氯雷他定治疗慢性荨麻疹的临床疗效和安全性对比研究[J]. 当代医学, 2022, 28 (13): 45-48.
- [11]陈前利. 组织胺人免疫球蛋白治疗慢性荨麻疹的药物分析[J]. 心理月刊, 2020, 15 (10): 214.
- [12]甘露, 张忠奎, 刘太华. 依巴斯汀、复方甘草酸苷联合吡啶司特钾治疗慢性荨麻疹的临床疗效观察[J]. 国际医药卫生导报, 2021, 27 (06): 887-890.
- [13]姚永强, 陈小梅, 李炳华. 复方甘草酸苷联合氯雷他定治疗慢性荨麻疹的临床效果及安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15 (23): 135-137.

个体化营养膳食指导对 2 型糖尿病血糖控制的影响分析

冯国英

宁夏海原县疾病预防控制中心 宁夏中卫市 750029

摘要：目的：探讨个体化营养膳食指导对 2 型糖尿病患者血糖控制的效果。方法：将 2020 年 7 月到 2021 年 7 月慢病管理项目的 2 型糖尿病的患者 86 例作为本次的观察对象，并将这 86 例观察对象随机分为实验组和对对照组两组，每组有 43 例 2 型糖尿病的患者，对照组的 43 例 2 型糖尿病的患者采用常规的饮食指导，而实验组的患者则是采用个体化营养膳食指导来规定患者的膳食食谱。并将两组 2 型糖尿病患者采用不同的饮食指导后，两组患者治疗前以及治疗三个月后的 BMI 指数和糖化血红蛋白（HbA1c）以及高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、三酰甘油（TG）、总胆固醇（TC）、和空腹的血糖达标次数进行对比和分析。结果：在两组患者进行治疗之前，两组患者的 BMI 指数和糖化血红蛋白（HbA1c）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）以及三酰甘油（TG）和总胆固醇（TC）对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），而在治疗三个月后，采用个体化营养膳食指导的实验组 2 型糖尿病的患者 BMI 和糖化血红蛋白（HbA1c）以及高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）和低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、三酰甘油（TG）、总胆固醇（TC）的指数均优于采用常规饮食指导的对对照组的患者，且两组患者的 BMI 指数和糖化血红蛋白（HbA1c）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）和低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）以及三酰甘油（TG）和总胆固醇（TC）的指数对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）；此外，采用个体化营养膳食指导的实验组的患者空腹血糖的达标次数优于采用常规饮食指导的对对照组的患者，且两组患者控制血糖达标次数对比产生差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：本文通过对比 2 型糖尿病的患者采取个体化营养膳食指导能够有效的改善患者的体重，达到降糖和降脂的作用，提高患者的治疗效果，同时也能够促进患者的健康恢复，在临床上值得推广和使用。

关键词：个体化营养膳食指导；2 型糖尿病患者；血糖控制的情况

目前由于我国人们的生活习惯和饮食习惯发生着很大的变化，而有些疾病的发生就是在生活习惯和饮食习惯中带来的，如糖尿病。目前糖尿病在我国属于一种慢性疾病，根据研究发现，在 18 岁以上的人群患有糖尿病的几率为 10.4%，而全球患有糖尿病的人数高达 4.25 亿，也就是相当于在我们的身边糖尿病已经不再是一种罕见的疾病了，可能 11 个人中就会有 1 例患有糖尿病的患者。糖尿病的发生与日常的饮食习惯有很大的关联，所以临床上对糖尿病患者进行治疗时，最基础的就是对患者进行饮食治疗，但是有很多患者却觉得饮食不会带来很好的效果，只一味的相信药物治疗，却忽视饮食对于自身的降糖和降脂的作用。目前在临床当中对于糖尿病的治疗中也在不断的对患者强调饮食习惯对疾病恢复的重要作用。本文将主要探讨个体化营养膳食指导对 2 型糖尿病患者的血糖、血脂以及体重指数方面的作用，可以为今后治疗糖尿病提供非常合理的依据，同时也可以改善糖尿病患者的营养以及健康的状况。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 7 月到 2021 年 7 月慢病管理项目的 86 例 2 型糖尿病的患者作为本次的研究对象，并将随机分为两组，即实验组和对对照组，每个小组中含有 43 例患者，对照组的 43 例患者中，有男性患者 20 例，女性患者 23 例，患者的年龄在 31~60 岁之间，平均年龄在（46.6±7.9）岁，而实验组的 43 例 2 型糖尿病的患者中有男性患者 22 例，女性患者 21 例，患者的年龄在 34~61 岁之间，患者的平均年龄在（47.3±57.8）岁。纳入标准：本次所参与研究的患者均符合临床上对 2 型糖尿病的诊断标准。诊断标准：患者伴有糖尿病的症状，患者在任意的时间内血浆葡萄糖的水平都≥11.1mmol/L；患者空腹血浆葡萄糖的水平在任意时间都≥7.0mmol/L，这组数值至少是监测两次以后的数值；患者的血浆葡萄糖的水平在进行 OGTT 试验后的 2 小时≥11.1mmol/L；患者的年龄在 18~65 岁之间；两组患者的糖化血红蛋白（HbA1c）在 7.0%~11.0%之间，并且体重指数（BMI）在 18.5~35 之间；两组参加本次研究的患者均知情，并自愿参加，同时在研究期间也没有患者出现低血糖的情况，均保留每位患者参加研究前的治疗方案。排除标准：排除合并伴有严重的胃肠道疾病、严重的心、肝、肾功能不全、研究前三个月体重变化比较大的患者，主要是指体重指数（BMI）超过或者减少 10%的患者。两组参加本次研究的 2 型糖尿病的患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组患者的临床资料对比产生的差异，不具有意义（ $p>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

在对两组患者进行营养膳食指导之前，首先需要详细的对患者的身高、体重、职业等一般信息进行记录，同时计算患者的体重指数。并且对两组患者均进行《中国 2 型糖尿病膳食指南》相关的知识教育。而对对照组的患者在讲解完后，告知患者每周都要测量空腹指尖的血糖，采取电话联系的方式对患者的空腹血糖的数据进行记录，但是不为患者制定每周的膳食方案。而实验组的患者则是在为患者讲解完《中国 2 型糖尿病膳食指南》的相关知识以后，根据患者的实际情况为患者制定个体化的膳食食谱。将患者治疗前以及治疗三个月后的空腹静脉血进行检测，主要检测的指标是患者的高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）和低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）以及三酰甘油（TG）和总胆固醇（TC）的情况，并且测量患者空腹指尖的血糖。主要的内容：1. 首先需要精准的计算患者的体重，并且测量患者的身高（cm）-105=患者的标准体重（kg）。2. 根据患者的职业以及参考劳动强度分级表，明确患者体力劳动等级，随后根据患者体重指数去确定患者的体重等级，再根据成人糖尿病的热量供给表，以患者的标准体重去计算患者每天摄入的热量。3. 每天所摄入热量的计算方法：

表 1 两组患者治疗前和治疗 3 个月后的观察指标对比情况

组别	例数	BMI 治疗前	BMI 治疗 3 个月	HbA _{1c} (%) 治疗前	HbA _{1c} (%) 治疗 3 个月	TG (mmol/L) 治疗前	TG (mmol/L) 治疗 3 个月	TC (mmol/L) 治疗前	TC (mmol/L) 治疗 3 个月	LDL-C (mmol/L) 治疗前	LDL-C (mmol/L) 治疗 3 个月
实验组	43	24.69 (22.82, 26.44)	23.37 (22.08, 24.95)	8.24 (7.49, 8.97)	7.24 (6.85, 7.53)	2.31 (1.48, 3.47)	1.58 (1.07, 2.37)	5.99 (5.31, 6.53)	4.97 (4.26, 5.76)	3.26 (2.51, 4.00)	2.82 (2.09, 3.64)
对照组	43	24.73 (23.09, 26.29)	24.71 (22.96, 26.14)	7.72 (1.15, 8.58)	7.26 (6.99, 8.14)	2.65 (1.63, 3.70)	2.30 (1.43, 3.49)	5.67 (4.85, 6.88)	5.56 (4.61, 6.69)	3.48 (2.95, 3.78)	3.12 (2.76, 3.62)
T		0.371	2.345	1.486	2.311	1.015	2.514	0.026	2.172	1.205	2.013
P		0.710	0.019	0.137	0.021	0.310	0.012	0.979	0.030	0.228	0.044

2.2 采用个体化营养膳食指导的实验组 2 型糖尿病患者空腹血糖达标的次数优于采用常规饮食指导的对对照组患者，且两组患者的空腹血糖达标次数对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 2

表 2 两组患者空腹血糖达标次数的对比情况

组别	例数	空腹血糖达标次数
实验组	43	49.22% (254/516)
对照组	43	39.15% (202/516)
χ^2		10.624
P		0.001

3 讨论

现如今，国外对糖尿病治疗中，已经将营养膳食当作防控糖尿病和高脂血症的主要方法，并且膳食指导更加的经济化，通过合理的安排患者的饮食而改善患者的血糖以及血脂的水平，并且提高患者的生活质量。

在本次的研究中，最主要的参考方法就是食物交换份法，而这种方法也是临床上常用的方法。通过将低升糖的同类食物交换，来丰富糖尿病患者备选的食物种类，有效的满足了不同人群的需求，同时操作的方法非常的简单。

患者的标准体重（kg）x 标准体重（kg）所需要的热量=患者每天需要摄入的总热量。4. 还应该采用食物交换份法来确定患者每天所需要的食物的种类以及食物的份数。而食物交换份法是最早用于糖尿病人饮食控制的一个方法，可以根据食物所含营养成分将其分为 4 类：①谷薯类的食物都是碳水化合物；②水果、蔬菜类的食物都是具有矿物质、维生素以及膳食纤维；③鱼类、蛋类以及奶类、豆类、肉类等，都是富含蛋白质非常丰富的食物；④纯糖、油脂、坚果类等是具有丰富能量的食物。在这 4 类食品当中，每一个食物的交换份产热量是 90kcal；而计算患者全天食品交换份数则需要用每天所需要的总热量÷90kcal。5. 营养师需要将患者每天需要的食物交换分数进行计算，并为患者制定针对性的饮食方案，同时要求患者每周自行测量空腹血糖一次。营养师每周通过电话与患者进行联系，并为患者下一周的食谱进行规划，并且记录患者空腹血糖的数值，同时还需要掌握患者的饮食情况，如果患者对饮食的依从性低，则重点的对患者的饮食情况进行监督，当患者对饮食的依从性超出正常的范围三次，则代表自动退出本次研究。在研究的过程当中，每位患者测量空腹指尖血糖的次数是 12 次，血糖数值在 7.0mmol/L 以下，表示达标。实验组的患者一共测量空腹指尖血糖 516 次，经过研究发现达标的次数是 254 次，对照组的患者也测量空腹指尖血糖 516 次，但是研究发现达标的次数仅为 202 次。

1.3 观察指标

将两组 2 型糖尿病的患者治疗前和治疗三个月后的体重指数（BMI）、糖化血红蛋白（HbA1c）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、三酰甘油（TG）和总胆固醇（TC）以及空腹指尖血糖达标次数进行对比和分析。劳动的等级：教师、售货员、办公室职员等属于轻体力的劳动；学生、司机、外科医生等，属于中体力的劳动；建筑工、伐木工、农民等属于重体力的劳动。体重指数标准表包括：体重指数<18.5 代表消瘦、体重指数在 18.5~23.9 之间，表示正常、体重指数在 24.0~27.9 之间，表示超重、体重指数≥28，表示肥胖。成人糖尿病热量供给标准表：对于卧床休息的患者来说，身体消瘦的给予（20~25）、体重正常的给予（15~20）、身体超重或者肥胖的给予（15）；对于轻体力的劳动的患者来说，身体消瘦的给予（35）、体重正常的给予（30）、身体超重或者肥胖的给予（20~25）；对于中等体力劳动的患者来说，身体消瘦的给予（40）、体重正常的给予（35）、身体超重或者肥胖的给予（30）；重体力劳动的患者来说，身体消瘦的给予（40~45）、体重正常的给予（40）、身体超重或者肥胖的给予（35）。

1.4 统计学分析

通过 SPSS20.0 软件对研究数据分析，（n%）表示计数资料， χ^2 用来检验，标准差±表示计量资料，t 对其检验， $p<0.05$ 代表有意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前，两组 2 型糖尿病患者的体重指数（BMI）和糖化血红蛋白（HbA1c）以及高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）和低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、三酰甘油（TG）、总胆固醇（TC）的值对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），而在两组患者采用不同的治疗方法进行治疗后，通过个体化营养膳食指导的实验组 2 型糖尿病的患者治疗三个月后的体重指数（BMI）和糖化血红蛋白（HbA1c）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）和三酰甘油（TG）以及总胆固醇（TC）的值均优于采用常规饮食指导的对对照组的患者，且两组患者的体重指数（BMI）和糖化血红蛋白（HbA1c）以及高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、三酰甘油（TG）和总胆固醇（TC）对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 1

食物交换份法不仅可以有效的维持患者机体所需要的营养，同时可以在转变饮食的方法上来达到控制血糖的目的。个体化膳食指导以及相关的健康教育不仅提高患者对于健康知识的认知，同时也能够为其建立良好的生活习惯，降低血糖和血脂的水平，提高患者的生活质量。综上所述，本文对 2 型糖尿病的患者使用个体化营养膳食，有效的改善了患者的饮食习惯，同时也能够控制患者的血糖和血脂水平，提高患者的治疗效果，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

- [1]陈亮, 夏秀萍, 徐彬上. 海市黄渡社区 2 型糖尿病患者营养干预效果评价[J]. 中国初级卫生保健, 2021, 29 (6): 107-109.
- [2]殷俊, 杨爱萍, 倪维杰. 老年糖尿病合并高脂血症患者社区营养干预的效果评价[J]. 当代医学, 2021, 24 (7): 19-21.
- [3]常全明, 党美, 奚淑霞, 等. 生活方式干预对 2 型糖尿病高危人群预防效果观察[J]. 河南预防医学杂志, 2021,30 (4): 279-280.
- [4]冯蕾, 王占玲. 饮食强化管理及运动指导在糖尿病患者自我管理中的应用效果[J]. 中国医药, 2021,12 (10): 1537-1541.

合并代谢综合征的慢性肾病患者代谢相关指标与肾小球滤过率、尿蛋白水平相关性研究

郭珊珊 郭莉^(通讯作者) 李建东 李晶 龚幼兰 陈航

河北大学附属医院 河北保定 071000

摘要：目的：研究合并代谢综合征的慢性肾病患者代谢相关指标与肾小球滤过率、尿蛋白水平相关性。方法：随机选择 2019 年 7 月-2020 年 7 月至我院进行代谢综合征合并慢性肾病治疗的患者 166 例进行回顾性研究。比较不同慢性肾病分期患者的代谢综合征相关指标。使用 Pearson 相关性分析，观察 FBG、2hPBG、HbA1c、TG、LDL、HDL、TC、DBP、SBP、腰围、BMI 和尿蛋白、GFR 的相关性。结果：不同慢性肾病分期患者，FBG、HbA1c、TG、TC、SBP、MBI 水平有统计学差异（ $p<0.05$ ），其他指标无统计学差异（ $p>0.05$ ）；尿蛋白水平与 HbA1c 正相关，GFR 与 HbA1c、TG、DBP、MBI 负相关，具有统计学差异（ $p>0.05$ ），其余指标之间无相关性（ $p>0.05$ ）。结论：合并代谢综合征的慢性肾病患者，尿蛋白水平与 HbA1c 正相关，GFR 与 HbA1c、TG、DBP、MBI 负相关，因此控制患者的血糖、血压、血脂、肥胖能够有效减轻患者肾脏所受到的损伤。

关键词：代谢综合征；慢性肾病；血糖；血脂；血压；肾小球滤过率；尿蛋白

代谢综合征是临床常见的代谢性疾病，是人体的蛋白质、脂肪、碳水化合物等物质出现代谢紊乱的病理状态^[1]。中华医学会于 2004 年结合中国人群代谢的具体情况，将具有超重或肥胖、高血糖、高血压、血脂紊乱 4 个因素中 3 个或者 3 个以上的患者定义为代谢综合征^[2]。由于代谢综合征所包含的几种疾病对患者的肾脏都会带来较大的负担，因此合并代谢综合征的慢性肾病患者往往肾脏功能损伤更为明显，发展更为显著^[3]。为了观察合并代谢综合征的慢性肾病患者代谢相关指标与肾小球滤过率、尿蛋白水平相关性，我院进行了本次研究，现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 患者选择

随机选择 2019 年 7 月-2020 年 7 月至我院进行代谢综合征合并慢性肾病治疗的患者 166 例进行回顾性研究。其中男性患者 104 例，女性患者 64 例，年龄 49-78 岁，平均年龄（ 65.20 ± 12.09 ）岁。根据患者肾小球滤过率水平将患者分为 5 期，I 期患者 44 例，II 期患者 53 例，III 期患者 40 例，IV 期患者 22 例，V 期患者 7 例。

代谢综合征诊断标准^[4]：参照 2004 年中华医学会糖尿病学分会建议的代谢综合征诊断标准：具备以下 4 项组成成分中的 3 项或全部者：①超重和（或）肥胖 BMI ≥ 25.0 （ kg/m^2 ）；②高血糖 FPG ≥ 6.1 mmol/L 及（或）2 hPBG ≥ 7.8 mmol/L，及（或）已确诊为糖尿病并治疗者；③高血压 SBP/DBP $\geq 140/90$ mm Hg，及（或）已确认为高血压并治疗者；④血脂紊乱空腹 TG ≥ 1.7 mmol/L，及（或）空腹 HDL-C < 0.9 mmol/L（男）或 < 1.0 mmol/L（女）。

肾功能分级标准：

第 I 期，有轻度肾功能损害，肾小球滤过率（GFR）大于 90ml/min；第 II 期，肾功能损害伴 GFR 轻度下降伴有肾功能损害，GFR 趋于 60 到 89ml/min 之间；第 III 期，GFR 持续在 30 到 59ml/min 区域之间；第 IV 期，GFR 在 15 到 29ml/min 之间；第 V 期，肾衰竭期，此

阶段 GFR 小于 15ml/min。

1.2 方法

对所有纳入研究的患者进行代谢相关指标以及肾小球滤过率、尿蛋白进行统计。指标包括空腹血糖（FBG）、餐后 2h 血糖（2hPBG）糖化血红蛋白（HbA1c）等血糖相关指；甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白（LDL）、高密度脂蛋白（HDL）、血清总胆固醇（TC）水平等血脂相关指标、尿蛋白、GFR 等肾功能相关指标。FBG、2hPBG、TG、LDL、HDL、TC 使用仪器为日立 7060 全自动生化仪，HbA1c 采用离子交换高压液相分离法测定，设备为日本 Tosoh，所有测试均由本院生化实验室进行，严格按照试剂盒要求操作。血压使用全自动血压计进行测量，患者先静坐 5min，记录患者收缩压（DBP）、舒张压（SBP），以 3 次测量取平均值为最终监测数值，测量患者治疗前后的身高、体重、腰围，计算患者身体质量指数（BMI）= 体重/身高²。

比较不同慢性肾病分期患者的代谢综合征相关指标。使用 Pearson 相关性分析，观察 FBG、2hPBG、HbA1c、TG、LDL、HDL、TC、DBP、SBP、腰围、BMI 和尿蛋白、GFR 的相关性。

1.3 数据处理

用 SPSS23.0 统计学数据处理软件处理研究中所有相关数据，计量资料用均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，并采用 t 检验，计数资料采用（ n ，%）表示，采用 χ^2 检验，以 $p<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 不同慢性肾病分期患者代谢综合征相关指标比较

不同慢性肾病分期患者，FBG、HbA1c、TG、TC、SBP、MBI 水平有统计学差异（ $p<0.05$ ），其他指标无统计学差异（ $p>0.05$ ），详见表 1。

表 1 不同慢性肾病分期患者代谢综合征相关指标比较

项目	I 期 (n=44)	II 期 (n=53)	III 期 (n=40)	IV 期 (n=22)	V 期 (n=7)	F/χ^2	P
性别	31/13	39/14	26/14	16/6	4/3	1.827	0.073
年龄	65.18 $\pm$ 12.64	65.72 $\pm$ 12.82	64.30 $\pm$ 12.83	65.31 $\pm$ 11.89	66.35 $\pm$ 10.46	1.032	0.308
FBG (mmol/L)	7.25 $\pm$ 1.50	7.87 $\pm$ 1.20	8.62 $\pm$ 1.23	8.58 $\pm$ 1.53	9.42 $\pm$ 1.86	3.188	0.000
2hPBG (mmol/L)	10.84 $\pm$ 1.86	10.19 $\pm$ 1.62	11.07 $\pm$ 1.94	11.70 $\pm$ 1.91	12.74 $\pm$ 1.03	0.292	0.773
HbA1c (%)	6.06 $\pm$ 1.61	6.80 $\pm$ 1.38	7.58 $\pm$ 1.85	8.23 $\pm$ 1.51	8.60 $\pm$ 1.16	5.843	0.000
TG (mmol/L)	2.05 $\pm$ 0.96	2.52 $\pm$ 0.49	2.70 $\pm$ 0.37	3.15 $\pm$ 0.87	3.79 $\pm$ 0.37	2.451	0.017
LDL (mmol/L)	3.70 $\pm$ 0.79	3.77 $\pm$ 0.74	3.22 $\pm$ 0.09	3.92 $\pm$ 0.46	4.07 $\pm$ 0.77	0.431	0.669
HDL (mmol/L)	1.70 $\pm$ 0.59	1.38 $\pm$ 0.13	0.93 $\pm$ 0.41	0.81 $\pm$ 0.76	0.73 $\pm$ 0.31	0.244	0.809
TC (mmol/L)	5.17 $\pm$ 1.20	5.96 $\pm$ 1.03	5.47 $\pm$ 1.97	6.39 $\pm$ 1.74	6.18 $\pm$ 1.54	2.975	0.003
DBP (mmHg)	127.17 $\pm$ 10.61	130.63 $\pm$ 10.34	136.83 $\pm$ 10.74	140.54 $\pm$ 10.81	145.51 $\pm$ 10.45	0.701	0.486
SBP (mmHg)	85.56 $\pm$ 5.13	85.08 $\pm$ 6.30	89.27 $\pm$ 7.84	90.33 $\pm$ 5.38	95.18 $\pm$ 7.31	5.818	0.000
体重 (kg)	74.04 $\pm$ 10.15	80.27 $\pm$ 10.13	82.62 $\pm$ 10.79	85.74 $\pm$ 9.01	81.35 $\pm$ 11.13	1.461	0.153
腰围 (cm)	90.94 $\pm$ 10.01	90.93 $\pm$ 12.28	94.28 $\pm$ 13.39	97.84 $\pm$ 12.73	93.94 $\pm$ 13.77	0.185	0.855
MBI (kg/cm ²)	26.18 $\pm$ 2.39	27.73 $\pm$ 2.83	28.76 $\pm$ 2.96	27.25 $\pm$ 2.10	28.61 $\pm$ 2.70	6.179	0.000

2.2 患者代谢相关指标与尿蛋白、GFR 的相关性分析

尿蛋白水平与 HbA1c 正相关，GFR 与 HbA1c、TG、DBP、MBI 负相关，具有统计学差

异（ $p>0.05$ ），其余指标之间无相关性（ $p>0.05$ ），详见表 2。

表 2 患者代谢相关指标与尿蛋白、GFR 的相关性分析

项目		FBG	2hPBG	HbA1c	TG	LDL	HDL	TC	DBP	SBP	体重	腰围	MBI
尿蛋白	r	0.769	0.719	0.980	0.709	-0.735	0.773	0.705	0.774	0.795	0.626	0.611	0.665
	p	0.300	0.311	0.018	0.318	0.308	0.295	0.324	0.295	0.269	0.401	0.437	0.374
GFR	r	-0.709	-0.781	-0.976	-0.970	0.739	-0.782	-0.693	-0.976	-0.645	-0.620	-0.633	-0.980
	p	0.318	0.288	0.034	0.042	0.305	0.284	0.367	0.023	0.400	0.423	0.401	0.010

3. 讨论

代谢综合征是以胰岛素抵抗为病理基础的多种与代谢相关的疾病所组成的综合征，包括高血糖、高血脂、高血压、肥胖等^[5]。该疾病是以胰岛素抵抗或者高血糖为中心，糖代谢异常为诊断前提，可见糖尿病是代谢综合征的核心内容之一^[6]。高胰岛素血症会刺激血管壁和心脏血管紧张素系统，诱发血压升高，出现动脉硬化，而血管紧张素 II 又会通过抑制胰岛素信号传导起到促进胰岛素抵抗的作用，发生恶性循环^[7]。甘油三酯、胆固醇等均为脂质的组成部分。在正常状态下，血浆中甘油三酯保存动态的平衡^[8]，但是当患者出现代谢紊乱的时候，甘油三酯等脂质组成部分就会出现升高的情况，被称为高脂血症。高血糖、高血脂、高血压均会影响微动脉，进而出现相应并发症。因此慢性肾病是代谢综合征的最常见并发症之一，而合并代谢综合征的慢性肾病患者往往发展较快，治疗难度更大^[9]。

尿蛋白和肾小球滤过率是判断肾脏受损程度的重要指标，观察代谢综合征相关指标与其关系有助于判断影响患者肾脏受损的因素，也为患者肾脏功能的变化提供了指标。从本次研究来看，不同慢性肾病分期患者，FBG、HbA1c、TG、TC、SBP、MBI 水平有统计学差异（ $p<0.05$ ），其他指标无统计学差异；说明代谢综合征患者的肾脏损伤与长时间的高血糖、高血脂、高血压的内环境密切相关。从各项指标的相关性来看，尿蛋白水平与 HbA1c 正相关，GFR 与 HbA1c、TG、DBP、MBI 负相关，具有统计学差异。说明 HbA1c、TG、DBP、MBI 水平越高的患者其肾脏功能损伤越严重。

综上所述，合并代谢综合征的慢性肾病患者，尿蛋白水平与 HbA1c 正相关，GFR 与 HbA1c、TG、DBP、MBI 负相关，因此控制患者的血糖、血压、血脂、肥胖能够有效减轻患者肾脏所受到的损伤，同时，通过对上述指标的动态评估也能够观察到患者肾脏功能的变化情况。

参考文献：

- [1]杨娟, 李庆, 庄惠君, 等. 血清肌酐和肾小球滤过率与代谢综合征患病率相关性的横断面研究[J]. 重庆医学, 2022, 51 (10): 19-21.
- [2]殷元万, 马红霞, 向成伦, 等. 慢性肾病合并代谢综合征患者的临床特征及其组分与蛋白尿水平的相关性分析[J]. 医学临床研究, 2019, 36 (5): 1017-1019.
- [3]杜小红, 陈樱花, 张丽华, 涂远茂, 周敏林, 谢红浪. 代谢综合征与慢性肾脏病蛋白尿的相关性研究[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2018, 27 (1): 12-17.
- [4]中华医学会糖尿病学分会代谢综合征研究协作组. 中华医学会糖尿病学分会关于代谢综合征的建议[J]. 中国糖尿病杂志, 2004, 12 (3): 156-161.
- [5]马瑞, 高雷, 寇惠娟, 高登峰, 张岩, 李万静. 2 型糖尿病患者血尿酸水平与肾损害及血浆致动脉硬化指数的相关性[J]. 山西医科大学学报, 2017, 48 (9): 891-894.
- [6]代谢综合征与慢性肾脏病蛋白尿的相关性研究[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2018, 27 (1): 12-17.
- [7]吴欣, 李晓颖, 黄健, 等. 正常蛋白尿糖尿病肾脏疾病患者的临床特征分析[C]// 2018 年贵州省中医药继续教育学习班暨贵州省中西医结合学会肾病专业委员会学术年会论文集, 2018.
- [8]胡颖, 时立新, 张巧, 等. 中老年代谢综合征及其组分与肾小球滤过率相关性分析[J]. 中华高血压杂志, 2018, 26 (1): 152.
- [9]蔡艳, 倪梅, 杨才, 等. 代谢综合征与慢性肾脏病蛋白尿的相关性研究[J]. 实用糖尿病杂志, 2020, 4: 16-17.

社区老年高血压病与糖尿病患者心电图对比分析

郝晶

北京市海淀区蓟门里社区卫生服务中心 北京海淀 100088

摘要：目的 对比社区老年高血压患者与老年糖尿病患者心电图的区别。方法 选取于我院参加老年体检的患者，按照明确诊断为高血压病和明确诊断为糖尿病的患者进行分组，对他们的心电图分析、汇总及统计分析 结果 高血压患者与糖尿病患者心电图异常比例均较高，其中高血压组中出现左心室肥大占异常心电图比例为 12.79%，期前收缩占异常心电图比例 15.41%，与糖尿病组对比，差异有统计学意义。 结论 心电图在老年高血压、糖尿病患者的诊断治疗过程中仍具有重要意义。

关键词：社区老年人；高血压；糖尿病；心电图

Comparative analysis of ECG in elderly patients with hypertension and diabetes in the community

【Abstract】 Objective To compare the difference between electrocardiogram (ECG) of elderly patients with hypertension and elderly diabetics in the community. Methods The patients who participated in the physical examination for the elderly in our hospital were grouped according to the patients with clear diagnosis of hypertension and diabetes, and their ECG analysis, summary and statistical analysis Results The proportion of abnormal ECG of patients with hypertension and diabetes was high, among which the proportion of left ventricular hypertrophy in the hypertension group was 12.79%, and the proportion of abnormal ECG in preterm contraction was 15.41%, which was statistically significant compared with the diabetes group. Conclusion ECG is still of great significance in the diagnosis and treatment of elderly patients with hypertension and diabetes.

【Keywords】 Community elderly, hypertension, diabetes, ECGonline

近些年来，随着城镇化、人口老龄化发展及生活方式变化，慢性非传染性疾病已成为居民的主要死亡原因和疾病负担^[1]。高血压病、糖尿病两种慢性疾病均是心血管病的主要危险因素，均可导致心脑血管疾病发生风险，近些年发病率逐年增长。而社区医院在慢性病管理中承担着举足轻重的作用，全科医生作为社区居民的健康守护者，担负着居民基本医疗、慢病管理、转诊等重任，特别是在加强高血压、糖尿病管理，延缓心脑血管并发症发生、发展中至关重要。心电图检查具有简单、便携、易操作的特点，是老年体检项目中必查项目，可以通过检查，筛查出异常心电图，结合目前症状、体征、其它化验进行判断是否继续进一步检查，是否对目前应用的降压药、降糖药、降脂药有所调整。通过比较高血压患者及糖尿病患者这两类人群常见的几类异常心电图的特点，分析并总结这两种疾病可能对心脏的影响，同时也为患者慢性疾病的诊断、治疗提供依据，如病情复杂将患者转诊至上一级医院。

1 资料与方法

1.1 一般资料

社区 2021 年 1 月-6 月参加老年体检的老年人，按照既往病史分为高血压组及糖尿病组，排除了同时合并高血压、糖尿病老年人，其中高血压组 583 例，平均年龄为 74.45±6.79 岁，糖尿病组 95 例，平均年龄为 73.64±6.18 岁，对这两类人群的心电图进行分析。

1.2 诊断标准

(1) 高血压诊断标准：符合《中国高血压防治指南 2010》中的诊断标准，符合收缩压≥140mmhg 或舒张压≥90mmhg 的高血压诊断标准。排除标准：先心病、风心病、继发性高血压、冠心病等的患者。

(2) 糖尿病诊断标准：符合《中国 2 型糖尿病防治指南 2020 年版》中的诊断标准，排除标准：先心病、风心病、冠心病等的患者。

(3) 心电图诊断标准：参照人民卫生出版社第九版《诊断学》心电图章节。

1.3 研究方法

参加体检老年人采取卧位、平稳呼吸，由一位专职医师进行十二导联心电图检查，使用仪器为北京福田十二导联同步心电图机（型号：FX-8322），固定走纸速度为 25mm/s，定标电压为 10mm/mV。心电图结果由经过培训的医师进行诊断。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析，计量资料首先进行正态性检验及方差齐性检验，若符合正态分布及方差齐性，用均数±标准差表示，进行 t 检验，否则用中位数（四分位间距）表示，进行秩和检验；计数资料用例数（百分比）表示，进行卡方检验。统计检验为双侧检验，P 值<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

高血压组平均年龄为 74.45±6.79 岁，糖尿病组平均年龄为 73.64±6.18 岁，两组的年龄差异不大（P>0.05），可进行下一步研究。高血压组心电图异常比例为 52.32%，糖尿病组心电图的异常比例为 43.88%，两组心电图异常检出率均较高，但两组之间异常检出率比较无统计学差异（P>0.05）。高血压组左心室高血压占该组异常心电图总数 12.79%，期前收缩占该组异常心电图总数 15.41%，糖尿病组分别为 2.32%、4.65%，两组比较有统计学意义（P<0.05）。高血压组心电图 ST-T 改变、Q 波、房颤、传导异常分别占异常心电图总数的 25.25%、5.57%、5.25%、18.69%，糖尿病组分别为 16.28%、2.32%、6.98%、16.28%，两组比较，无统计学意义（P>0.05）。

	高血压组（n=583）	糖尿病组（n=98）	t/χ ²	P
年龄	74.45±6.79	73.64±6.18	1.183	0.239
异常心电图总数	305（52.32）	43（43.88）	2.391	0.122
左心室高血压	39（12.79）	1（2.32）	4.877	0.027
ST-T 改变	77（25.25）	7（16.28）	2.854	0.091
Q 波	17（5.57）	1（2.32）	2.944	0.086
期前收缩	47（15.41）	2（4.65）	4.555	0.033
房颤	16（5.25）	3（6.98）	0.031	0.860
传导异常	57（18.69）	7（16.28）	0.684	0.408

3 讨论

近些年，随着我国经济的快速发展，居民生活节奏、饮食结构发生改变，高血压、糖尿病患病率逐年增加。特别是近些年人口的老龄化，高血压、糖尿病患病人数逐年增高，据最新统计，约 50%以上的老年人患有高血压病^[2]，30%以上的老年人患有糖尿病^[3]，高血压、糖尿病已是我国最常见的慢性病。这两种疾病同时也是心血管疾病的危险因素，不断攀升的高血压、糖尿病患病人数，也将进一步推高我国的心血管疾病患病率及死亡率^[4]。自从 2009 年国务院印发《关于深化医药卫生体制改革的意见》中提到 2020 年实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，并于 2011 年颁布了《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》，该《指导意见》中提到全科医生在基层承担常见病、多发病诊疗等工作，是居民健康的“守门人”，社区医院规模逐渐庞大，家庭医生签约服务逐步成熟，社区医院已成为慢性疾病预防的主战场。每年每位 65 岁签约居民均享有健康体检、健康咨询等服务，患有慢性病患者可纳入

慢病管理，规律随访，结合体检结果，进行慢病评估，进一步指导用药。心电图作为体检项目之一，具有简单、便携、无创、易操作等特点，可以对心室肥大、心律失常、心肌缺血等做初步判断，高血压、糖尿病患者如果出现心电图异常，及早发现潜在问题，早期进一步诊断治疗，延缓疾病发展。

体检发现老年高血压患者与糖尿病患者心电图异常比例均较高。高血压、糖尿病对心脏的电生理影响各有不同，心电图表现不一，高血压组心电图左心室高血压比例及期前收缩比例明显高于糖尿病组，且有统计学意义，ST-T 改变、病理性 Q 波、传导异常方面比例高于糖尿病组，但无统计学意义，高血压组、糖尿病组房颤发生比例相近，无统计学意义。高血压组左心室高血压与以下因素有关：高血压病的主要病理改变是动脉的病变和左心室的肥厚。交感神经活性亢进、儿茶酚胺释放增多，激活的肾素-血管紧张素-醛固酮系统（RAAS）以及其它升高血压的激素异常合成、分泌，导致血压升高，过高的血管压力损害血管内皮及其功能。内皮受损细胞变性、体积增大，心肌细胞体积增大、间质增生，可引起左心室肥厚。虽然仅仅通过心电图左心室高血压及心电图左偏，判断诊断左心室肥厚有局限性，但如果结合患者查体时异常体征如心尖搏动明显增强，搏动范围扩大及心尖搏动左移，结合超声心动图检查，如确实为左心室肥厚，可有针对性地选用对逆转心肌肥厚有帮助地降压药。高血压组期前收缩比例明显高于糖尿病组，可能与左心房、左心室负荷增大、左心室舒张功能减退有关，左心房左心室心肌细胞肥大，心肌细胞异常放电，导致室上性期前收缩、室性期前收缩。如果老年人长期患有高血压，同时出现了左心房肌细胞异常放电，形成频发的房性期前收缩，如果不加以控制，易发展成为多发折返，进展成心房颤动^{[5][6]}。如果频繁的室性期前收缩同时合并左心室肥厚，则增加室性心律失常及猝死风险^{[7][8]}，所以在药物选择的时候，可以服用具有减轻心脏前后负荷、逆转心肌肥厚、降低的抗心律失常药物。糖尿病患者如果出现期前收缩，应分析心律失常原因，通过动态心电图检查，监测期前收缩发生的频率，必要时选择抗心律失常药物，但部分抗心律失常药物，具有影响糖代谢及掩盖低血糖现象的副作用，所以使用时应密切监测血糖。老年人心电图出现 ST-T 改变比例较高，但 ST-T 改变特异性不高，不能仅通过是否出现 ST-T 改变判断是否心肌缺血。可以留存体检时心电图，如果出现临床症状，可以与新检查的心电图对比分析，判断病情。糖尿病患者发生冠状动脉粥样硬化患病率高于高血压人群，有研究表明糖尿病患者心电图 ST-T 改变与冠心病发生成正相关，具有预测冠心病发生的意义^[9]，如果糖尿病合并 ASCVD 或有高危因素，全科医生应加强患者血脂管理，同时选用心脏获益的降糖药。两组患者心电图病理性 Q 波及传导异常相差不大，与两者均不同程度对心肌细胞结构及功能造成影响，以及心脏传导系统复杂有关，也有研究表明高血压合并糖尿病患者较单纯原发性高血压患者更易出现病理性 Q 波及传导异常^[10]，因此，患者无论患单纯原发性高血压还是单纯糖尿病均应加强健康管理，避免共患两种疾病。

综上所述，老年高血压患者及糖尿病患者应定期心电图检查。全科医师可以根据患者心电图检查，结合症状、体征及其它化验进一步发现心脏危险因素，有针对性地建议患者做进一步检查，对提示疾病靶器官损害、疾病分期的诊断、管理及预后意义至关重要，为全科医生给患者制定个体化治疗方案提供依据，从而延缓心血管病的发展。

参考文献：

- [1]北京高血压防治协会，北京糖尿病防治协会，北京慢性病防治与健康教育研究会，高血压联盟（中国），中国老年保健协会养老与健康专业委员会，国家老年疾病临床医学研究中心中国老年心血管病防治联盟，基层心血管病综合管理实践指南 2020[J]. 中国医学前沿杂志（电子版）2020,12（8）1-2.
- [2]中国老年医学学会高血压分会，国家老年疾病临床医学研究中心中国老年心血管病防治联盟.中国老年高血压管理指南 2019[J]. 中华高血压杂志,2019,27（2）：111-112.
- [3]《中国老年 2 型糖尿病防治临床指南》编写组. 中国老年 2 型糖尿病防治临床指南（2022 年版）[J]. 中国糖尿病杂志, 2022, 30（1）：2-3.
- [4]中国心血管健康与疾病报告编写组.中国心血管健康与疾病报告 2020 概要[J]. 中国循环杂志 2021, 27(6): 521-522.
- [5]辛鸿飞. 高血压合并阵发性心房颤动者的心脏超声等点分析[J].中国医药指南, 2018,16: 85.
- [6]姜衡, 魏勇, 王芹, 等. 高血压患者发生心房颤动的相关危险因素临床分析[J]. 国际心血管杂志, 2013,40: 57-59.
- [7]于迎根, 史秋秋, 彭颖秀. 原发性高血压并孤立性室间隔肥厚与室性心律失常关系探讨[J]. 实用心电学杂志, 2018,27: 401-403
- [8]徐卫红. 2601 例高血压患者心电图异常分析[J].临床心电学杂志 2019,28（5）337-342.
- [9]叶雪华. 2 型糖尿病患者常规心电图 ST-T 改变与其冠心病发生率的相关性[J]. 糖尿病新世界, 2020, 2: 22-23.
- [10]杨玉青. 原发性高血压合并 2 型糖尿病患者的心电图分析[J]. 现代电生理学杂志, 2017, 24（2）：74-82.

急性大失血患者输血治疗方法及其临床效果观察

何春宇

自贡市第四人民医院 四川自贡 643000

摘要：目的：探讨分析急性大失血患者输血治疗方法及其临床效果观察。方法：选取急性大失血患者共 80 例，随机分为两组，即参照组、研究组，各 40 例。分别应用常规治疗、联合冷沉淀凝血因子治疗，对比组间临床效果。结果：研究组急性大失血患者中 27 显效、10 例有效，1 例无效，临床有效率为 97.50%（39/40），参照组急性大失血患者中 25 例显效、8 例有效，7 例无效，临床有效率为 82.5%（33/40），研究组临床有效率高于参照组，且两组差异显著（ $P < 0.05$ ）；干预后研究组患者的各项凝血指标均优于参照组，（ $P < 0.05$ ）；研究组患者的小血小板计数、血细胞比容、血红蛋白水平明显高于参照组（ $P < 0.05$ ）；研究组患者 24h 悬浮红细胞用量、止血时间分别为（ 5.27 ± 1.22 、 3.37 ± 0.61 ），明显比参照组的（ 12.56 ± 2.98 、 6.35 ± 1.96 ）低（ $P < 0.05$ ）；研究组急性大失血患者出现 1 例休克，参照组患者出现 4 例心悸，3 例休克，研究组的不良反应状况 2.5%（1/40）明显比参照组的 17.5%（7/40）低（ $P < 0.05$ ）。结论：将血小板、血浆、红细胞等输注方式和冷沉淀凝血因子联合来治疗急性大失血患者，临床效果显著，能减少止血时间和不良反应，改善其凝血功能，值得应用推广。

关键词：急性大失血；输血治疗方法；临床效果

急性大失血在急诊科较为常见，属于一种危重疾病，患者的红细胞和血容量在短期内会迅速下降，很可能会因为失血过多导致休克或死亡。因为失血较多时，人体的血容量会下降，重要器官组织因为不能及时供血，会造成休克甚至死亡。因此，采取有效的输血方式对保证急性大失血患者血量、血压的稳定、保持重要器官组织额血液补给，对预防休克等不良反应的出现具有非常重要的意义。针对急性大失血患者，临床经常采用大容量血液输注，像输注血浆、血小板，包括冷沉淀凝血因子等，但没有达到预期效果，后来出现的联合输注方式，对临床效果有显著的提升。我院在急性大失血患者中的输血治疗方法及其临床研究取得一定效果。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象是 80 例急性大失血患者，所有患者中，男、女各 56 例、24 例；年龄 25~65 岁，平均（ 47.56 ± 5.64 ）岁，随机分为两组，比较一般资料，差异不明显， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

两组急性大失血患者均通过血管活性药物来治疗其原发病，对患者的电解质紊乱、酸碱平衡进行及时纠正，手术止血，输注红细胞悬液、晶体溶液，然后进行输血治疗。

参照组：常规输血治疗，即借助输血滤器对血浆、血小板、红细胞予以输注治疗半小时左右，输血量超过 2000ml，先进行血小板输注（1-2 个治疗量），出血量较为严重的患者需要加大实际输注剂量，一次 2 个治疗量，也可以结合患者的出血情况、凝血功能来对输注数量合理调整。

研究组：除了常规输血治疗外，加入冷沉淀凝血因子来予以治疗，剂量在 10-20U，其输注方式同血小板一致，通过静脉路径进行输注。

1.3 观察指标

①评估两组患者临床效果，由三个等级组成，患者停止出血，且临床症状消失，生命体征（24h 内）正常恢复即为显效；患者出血量减少，临床症状和生命体征（24-48h 内）有一

定改善即为有效；以上几点都没有符合的，即为无效。

②干预前后凝血指标，即 TT、PT、aPTT、Fbg 几项的指标水平。

③干预前后血小板计数、血细胞比容、血红蛋白对比。

④两组患者 24h 悬浮红细胞用量、止血时间对比

⑤两组患者不良反应状况对比。

1.4 统计学分析

本研究数据应用 SPSS22.0 软件分析，使用 t 检验参照组、研究组患者的凝血指标、24h 悬浮红细胞用量、止血时间差异，应用 $\pm$ 呈现；使用 X^2 检验两组患者的临床效果、不良反应差异，应用%呈现。数据差异 $P < 0.05$ ，统计学意义存在。

2 果 结

2.1 两组急性大失血患者临床效果对比

研究组急性大失血患者中 27 显效、10 例有效，1 例无效，临床有效率为 97.50%（39/40），参照组急性大失血患者中 25 例显效、8 例有效，7 例无效，临床有效率为 82.5%（33/40），研究组临床有效率高于参照组，且两组差异显著（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组急性大失血患者临床效果对比[n（%）]

组别	n	显效	有效	无效	临床有效率
研究组	40	29（72.50）	10（25.00）	1（2.50）	39（97.5）
参照组	40	25（62.50）	8（20.00）	7（17.50）	33（82.5）
X^2 值		-	-	-	5.000
P 值		-	-	-	0.025

2.2 两组急性大失血患者干预前后凝血指标对比

数据结果显示，干预后研究组患者的各项凝血指标均优于参照组，（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组急性大失血患者干预前后凝血指标对比（ $\bar{x} \pm S$ ）

组别	n	TT（s）		PT（s）		APTT（s）		FIB（g/L）	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	40	10.78 $\pm$ 2.35	17.67 $\pm$ 3.34	27.86 $\pm$ 3.10	12.71 $\pm$ 1.35	33.56 $\pm$ 3.58	48.32 $\pm$ 4.52	1.30 $\pm$ 0.13	3.32 $\pm$ 0.26
参照组	40	10.65 $\pm$ 2.37	14.86 $\pm$ 3.01	28.65 $\pm$ 2.39	23.65 $\pm$ 2.16	33.37 $\pm$ 3.61	42.25 $\pm$ 4.12	1.35 $\pm$ 0.16	2.25 $\pm$ 0.49
t	-	0.246	3.953	1.276	27.164	0.236	6.277	0.812	12.200
P	-	0.806	0.000	0.206	0.000	0.814	0.000	0.419	0.000

2.3 两组干预前后血小板计数、血细胞比容、血红蛋白对比

参照组, ($P < 0.05$), 见表 3。

数据结果显示, 干预后研究组患者的血小板计数、血细胞比容、血红蛋白水平明显高于

表 3 两组干预前后血小板计数、血细胞比容、血红蛋白对比 ($\bar{x} \pm S$)

组别	n	血小板计数		血细胞比容		血红蛋白	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	40	92.31±3.16	129.35±21.26	28.15±4.15	45.71±8.35	64.26±5.58	105.68±11.52
参照组	40	92.65±3.37	112.01±15.64	28.65±4.53	37.14±8.06	64.37±5.61	89.65±8.96
t	-	0.465	4.155	0.515	4.670	0.088	6.947
P	-	0.643	0.000	0.608	0.000	0.930	0.000

2.4 两组急性大失血患者 24h 悬浮红细胞用量、止血时间对比[n (%)]

数据结果显示, 研究组患者 24h 悬浮红细胞用量、止血时间分别为 (5.27±1.22、3.37±0.61), 明显比参照组的 (12.56±2.98、6.35±1.96) 低 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组急性大失血患者 24h 悬浮红细胞用量、止血时间对比 ($\bar{x} \pm S$)

组别	n	24h 悬浮红细胞用量	止血时间
研究组	40	5.27±1.22	3.37±0.61
参照组	40	12.56±2.98	6.35±1.96
X ² 值		14.318	9.182
P 值		0.000	0.000

2.5 两组急性大失血患者不良反应状况对比

数据结果显示, 研究组急性大失血患者出现 1 例休克, 参照组患者出现 4 例心悸, 3 例休克, 研究组的不良反应状况 2.5% (1/40) 明显比参照组的 17.5% (7/40) 低 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组急性大失血患者不良反应状况对比[n (%)]

组别	n	心悸	休克	合计
研究组	40	0 (0.00)	1 (2.5)	1 (2.50)
参照组	40	4 (10.00)	3 (7.50)	7 (17.50)
X ² 值		-	-	5.000
P 值		-	-	5.025

3 讨论

急性大失血属于急诊中较为常见的危急重症, 由于起病急、病情发展快, 失血过多时会引发患者的休克甚至死亡。临床会通过手术方式来进行止血, 但患者失血量过多, 需要进行输血治疗。传统临床采用的血小板输注、冷沉淀凝血因子等方式的效果不大, 一些患者救治效果不理想。现如今, 临床上采用的联合输注方式, 取得了较好的成效。

我院通过将急性大失血 80 例患者作为研究对象, 随机分为两组、分别应用常规血小板治疗、联合冷沉淀凝血因子治疗, 研究表明, 研究组急性大失血患者中 27 显效、10 例有效, 1 例无效, 临床有效率为 97.50% (39/40), 参照组急性大失血患者中 25 例显效、8 例有效, 7 例无效, 临床有效率为 82.5% (33/40), 研究组临床有效率高于参照组, 且两组差异显著 ($P < 0.05$); 干预后研究组患者的各项凝血指标均优于参照组, ($P < 0.05$); 研究组患者的血小板计数、血细胞比容、血红蛋白水平明显高于参照组 ($P < 0.05$); 研究组患者 24h 悬浮红细胞用量、止血时间分别为 (5.27±1.22、3.37±0.61), 明显比参照组的 (12.56±2.98、6.35±1.96) 低 ($P < 0.05$); 研究组急性大失血患者出现 1 例休克, 参照组患者出现 4 例心悸, 3 例休克, 研究组的不良反应状况 2.5% (1/40) 明显比参照组的 17.5% (7/40) 低 ($P < 0.05$)。提示了联合治疗方式能有效改善患者的各项凝血指标、血小板计数、血细胞比容、血红蛋白水平, 且能有效缩短患者的止血时间、使悬浮红细胞续用量减少, 进而能提升临床效

果, 还能起到降低休克等不良反应出现的作用。

急性大失血患者因为属于危重病情, 为防止患者失血过多导致休克, 需要注意以下操作细节: 详细研究并掌握急性大失血患者的输血指征后再予以输血治疗, 失血量低于 20% 的可以先进行晶体输注, 胶体补充足够血容量, 然后进行输血治疗。失血量高于 20% 的患者需进行大量输血治疗, 有两种方案可选择。一是输注胶体和晶体、血容量补充、然后红细胞输注, 对病患的携氧能力加以改善。二是对于失血量过大且一直出血的病患, 需要输注一定数量的全血, 来对其

血容量加以补充, 还可以促进病患携氧能力的改善。

综上所述, 将血小板、血浆、红细胞等输注方式和冷沉淀凝血因子联合来治疗急性大失血患者, 临床效果显著, 能减少止血时间和不良反应, 改善其凝血功能, 值得应用推广。

参考文献:

[1]陈清庭,蒋俊煌,蒋剑洪,等. 急性大失血患者输血治疗方法及其临床效果分析[J]. 中外医疗,2022,41 (4): 70-73.

[2]梁婷婷,李丽红,张筠,等. 急性大失血患者输血治疗的方法及疗效研究[J]. 基层医学论坛,2021,25 (34): 4946-4948.

[3]褚光敏. 急性大失血患者输血治疗及其临床效果研究[J]. 中国保健营养,2020,30 (18): 57.

[4]赵广平. 急性大失血患者输血治疗及临床效果[J]. 中外医学研究,2019,17 (35): 150-151.

[5]刘绘青,徐耀. 急性大失血患者的输血治疗及预后分析[J]. 中国农村卫生,2021,13 (15): 76-77.

[6]Multicenter Validation of the Revised Assessment of Bleeding and Transfusion (RABT) Score for Predicting Massive Transfusion[J]. World Journal of Surgery; Official Journal of the Societe Internationale de Chirurgie, Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae, and of the International Association of Endocrine Surgeons,2020,44 (6): 1807-1816.

[7]梁意祥. 急性大失血患者输血治疗的效果分析[J]. 今日健康,2021 (14): 103-104.

[8]廖正芳. 研究急性大失血患者的临床输血方式及治疗效果[J]. 健康女性,2021 (26): 61.

[9]谭宝华,梅雪. 探讨急性大失血患者输血治疗的三种方法及其疗效观察[J]. 糖尿病天地,2021,18 (3): 132.

[10]赵黎. 急性大失血患者输血治疗临床效果分析[J]. 特别健康,2022 (1): 295-296.

[11]李梅. 急性大失血患者输血治疗临床效果[J]. 母婴世界,2021 (5): 282.

[12]陈宝祥,韩敏,夏方. 急性大失血患者输血治疗方法及临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21 (62): 195-196.

卡瑞丽株单抗在复发转移性宫颈癌中的临床效果

胡阳 陈亚君（通讯作者）

长江大学附属荆州医院肿瘤科 湖北荆州 434020

摘要：目的 了解免疫治疗在复发转移性宫颈癌的治疗效果及不良反应。方法 收集在我院接受治疗的 60 例复发转移性宫颈癌患者的临床资料进行回顾性分析，根据治疗方案将患者分为观察组和对照组各 30 例，观察组接受免疫治疗联合化疗，对照组只接受化疗，比较两组基线资料、疗效及不良反应。结果 观察组与对照组年龄、病理类型、复发转移部位均无统计学差异（均 $P < 0.05$ ）。观察组总有效率优于对照组（ $P < 0.05$ ），以及不良反应低于对照组。结论 免疫治疗联合化疗治疗复发转移性宫颈癌患者疗效确切，同时，安全性较高。

关键词：宫颈癌；免疫治疗；卡瑞丽株单抗

宫颈癌是影响全球女性的第四大癌症^[1]，宫颈癌的 5 年生存率在 HDI 低的国家不到 20%，在 HDI 非常高的国家 60%~70%^[2]，给全球经济造成极大的负担。持续高危的 HPV 感染（hrHPV）是宫颈癌的主要病因，尽管在筛查和人乳头瘤病毒（HPV）疫苗接种方面取得了进展，但仍有大量女性患有或发展为晚期疾病。复发或转移性宫颈癌通常由顺铂，紫杉醇和贝伐单抗治疗，但获益有限。免疫治疗提供了新的希望。

近年来，靶向抑制 PD-1 轴治疗癌症受到了广泛关注。PD-1 是一种共抑制性细胞表面受体，主要在 B 细胞和 T 细胞中表达，当被其配体 PD-L1 或 PD-L2 激活时，可抑制 T 细胞介导的免疫反应^[3]。在癌症组织中，PD-1/PD-L1 轴的结合导致许多免疫细胞失活，包括 CD8+T 细胞^[4]。由于 CD8+T 细胞在消除癌细胞方面起着至关重要的作用，因此他们的抑制会干扰癌症的消除，使其免疫逃逸^[5]。在 KEYNOTE-28（NCT02054806）和 KEYNOTE-158（NCT02628067）实验中，在复发或转移性宫颈癌种使用 PD-1 抑制剂后，有希望的结果导致 2019 年 NCCN 指南将帕博利珠单抗用于化疗中或化疗后疾病进展、PD-L1 表达（综合阳性评分≥1）阳性的复发或转移宫颈癌的二线治疗。KEYNOTE-826 研究的结论帕博利珠单抗对于晚期或复发宫颈癌，比一线化疗好。基于此项研究，FDA 批准帕博利珠单抗+化疗作为晚期宫颈癌一线化疗用药。本回顾性研究观察复发转移性宫颈癌化疗及联合 PD-1 抑制剂进行免疫治疗的临床效果及不良反应，以便为免疫治疗应用于宫颈癌治疗效果提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 从电子病历系统收集 2020 年 1 月 1 日-2022 年 7 月 25 日在我院接受治疗的 60 例复发转移性宫颈癌患者的临床资料，分为对照组 30 例和研究组 30 例。研究组年龄 41~73 岁，平均 56.1±10.7 岁；病理类型：鳞癌 23 例，腺癌 7 例；复发转移部位：盆腔、腹膜后或锁骨上淋巴结 7 例；子宫、阴道或盆壁 11 例；肝或肺 5 例；头部 2 例；骨 5 转移例；对照组年龄 43~72 岁，平均 57.4±6.8 岁；病理类型：鳞癌 24 例，腺癌 6 例；复发转移部位：盆腔、腹膜后或锁骨上淋巴结 9 例；子宫、阴道或盆壁 10 例；肝或肺 5 例；头部 1 例；骨 5 转移例；两组患者一般资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 纳入和排除标准：（1）经宫颈组织病理检查、影像学检查等确定确诊为宫颈癌，且经影像学、妇科检查等提示出现复发转移；（2）存在可测量或评估的肿瘤灶；（3）ECOG 评分≤2 分；（4）使用 PD-1 免疫抑制剂≥2 周期。排除标准：（1）合并其他或继发其他恶性肿瘤；（2）严重心、肝、肾功能异常等疾病；（3）认知障碍或精神疾病；（4）患者免疫系统疾病；（5）有化疗禁忌症。

1.3 治疗方案 对照组接受白蛋白紫杉醇联合奈达铂或卡铂化疗，用药方法：260mg/m² 白蛋白结合紫杉醇混合 100ml 0.9%氯化钠注射液，缓慢静脉滴注，30min 滴完，奈达铂 80mg/m²，或者卡铂 AUC=5，采用生理盐水 500ml 稀释，时间≥1h，首次应用该方案前需进行过敏预处理干预。化疗过程中密切观察患者血压、心率、呼吸，药物注射完后，予以止吐药物静脉滴注，预防恶心、呕吐。观察组在此基础上联合注射卡瑞丽株单抗 200mg 配 100ml 0.9%氯化钠注射液，30min 内静脉滴完，3 周为 1 疗程，每个疗程用药 1 次。至少使用 2 周期。

1.4 观察指标

1.4.1 临床疗效评价 根据世界卫生组织（WHO）制定的实体肿瘤近期疗效判断标准^[6]，

（1）完全缓解（CR）为肿瘤完全消失且持续时间大于 1 月；（2）部分缓解（PR）为病灶长径总和较之前下降幅度≥50%且未见新病灶并持续大于 1 月；（3）稳定（SD）为病灶长径总和较前缩小范围 25%~49%，持续 1 个月；（4）进展（PD）为肿瘤长径总和较前增大幅度≥25%，甚至增加及出现新发病灶，以 CR+PR 计算临床总有效率。

1.4.2 不良反应 对 2 组病例的不良发生率进行了比较，包括：白细胞减少、血小板减少、重度贫血、恶心呕吐、腹泻、反应性皮肤毛细血管增生症（RCCEP）。

1.5 统计学方法 使用 SPSS19.0 统计软件除了数据。符合正态分布的计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示，定性资料组间比较用卡方检验或 Fisher 确切概率法。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 观察组完全缓解 5 例、部分缓解 12 例、稳定 7 例、进展 6 例，总有效率 56.7%（17/30）。对照组完全缓解 3 例、部分缓解 5 例、稳定 13 例、进展 8 例，总有效率 26.7%（9/30）。治疗结束后，观察组总有效率高于对照组，差异有统计学意义（ $\chi^2=4.344$ ， $P=0.037$ ）。见表 1。

表 1 复发转移性宫颈癌对照组和观察组治疗效果比较（例）（%）

组别	例数	CR	PR	SD	PD	总有效率
观察组	30	5（16.67）	12（40.00）	7（23.33）	6（20.00）	17（56.67）
对照组	30	3（10.00）	5（16.67）	13（43.33）	9（26.67）	9（26.70）
χ^2		0.144	4.002	2.700	0.800	4.344

P	0.704	0.045	0.100	0.371	0.037
---	-------	-------	-------	-------	-------

注：CR 为完全缓解，PR 为部分缓解，SD 为稳定，PD 为进展

2.2 不良反应 两组病人不良反应率比较，观察组毛细血管增生症发生率高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），其余不良反应差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），未发现免疫治疗药物相关的免疫性肺炎、免疫性结肠炎、免疫性肝炎、免疫性肾炎、免疫性甲减、免疫性甲亢等不良反应。观察组发生毛细血管增生，呈鲜红色凸起小丘疹，无痒痒感，未破溃，主要分布在颈部，前胸处，治疗过程中暂观察，治疗结束后，该症状逐渐减轻。见表 2。

表 2 复发转移性宫颈癌对照组和观察组毒副反应比较（例）（%）

组别	例数	白细胞减少	贫血	血小板减少	腹泻	RCCEP
观察组	30	4（13.33）	3（10.00）	3（10.00）	0（0.00）	6（20.00）
对照组	30	8（26.67）	2（6.67）	2（6.67）	3（10.00）	0（0.00）
χ^2		1.667	0.00	0.00	1.404	4.63
P		0.197	1.00	1.00	0.236	0.03

3. 讨论

尽管由于疫苗的接种与筛查工作，宫颈癌的发病率一直在降低，但宫颈癌仍然是年轻女性癌症死亡的第二大原因。患有淋巴性、复发性及转移性宫颈癌的女性预后仍然很差。近年来，由于多种恶性肿瘤中监测到 PD-L1 高表达，针对免疫检查点开发新疗法使免疫治疗成为实体肿瘤新希望。IB 期 KEYNOTE-028 研究 PD-1 抑制剂 Pembrolizumab 用于治疗 PD-L1 阳性实体瘤的安全性和有效性。宫颈癌队列中，24 例患者均为转移性疾病，中位随访时间为 11 个月（1.3-32.2），总有效率为 17%^[7]。18 例患者观察到治疗相关的不良事件，发生 3 度的不良事件有 5 例，包括皮疹（n=2）、蛋白尿（n=1）、格林-巴雷综合征（n=1）、蛋白尿（n=1）。没有 4 度不良事件，未有死亡病例出现。KEYNOTE-158 研究结果显示 Pembrolizumab 在复发转移性宫颈癌中表现出持久的抗肿瘤活性和可控的安全性^[8]。2020 年 10 月 14 日，关于卡瑞丽株单抗联合阿帕替尼治疗晚期宫颈癌的疗效和安全性的临床研究结果已经公布，最终结果客观缓解率为 61%，其中部分缓解率 56.1%，疾病控制率为 90.2%。中位无进展生存期 8.8 个月。研究结果表明卡瑞丽株单抗联合阿帕替尼在晚期宫颈癌中具有良好疗效和安全性。

本次研究观察到卡瑞丽株单抗用于复发或转移性晚期宫颈癌取得良好疗效和安全性，但样本量少，随访时间短，未进行生存分析。还需更大样本的前瞻性研究来探讨免疫治疗的疗效、时机、联合方案等。

参考文献：

- [1]Smalll W Jr, Bacon MA, Bajaj A, Chuang LT, Fisher BJ, Harkenrider MM, Jhingran A, Kitchener HC, Mileskin LR, Viswanathan AN, Gaffney DK. Cervical cancer: A global health crisis. Cancer. 2017 Jul 1; 123（13）：2404-2412. doi: 10.1002/cncr.30667. Epub 2017 May 2. PMID: 28464289.
- [2]Bansal A, Singh MP, Rai B. Human papillomavirus-associated cancers: A growing global problem. Int J Appl Basic Med Res. 2016 Apr-Jun; 6（2）：84-9. doi: 10.4103/2229-516X.179027. PMID: 27127735; PMCID: PMC4830161.
- [3]Riley RS, June CH, Langer R, Mitchell MJ. Delivery technologies for cancer immunotherapy. Nat Rev Drug Discov. 2019 Mar; 18（3）：175-196. doi: 10.1038/s41573-018-0006-z. PMID: 30622344; PMCID: PMC6410566.
- [4]Altouch S, Malki A, Altouch A, Gupta I, Vranic S, Al Moustafa AE. High-Risk HPV Oncoproteins and PD-1/PD-L1 Interplay in Human Cervical Cancer: Recent Evidence and Future Directions. Front Oncol. 2020 Jun 30; 10: 914. doi: 10.3389/fonc.2020.00914. PMID: 32695664; PMCID: PMC7338567.
- [5]Lu D, Ni Z, Liu X, Feng S, Dong X, Shi X, Zhai J, Mai S, Jiang J, Wang Z, Wu H, Cai K. Beyond T Cells: Understanding the Role of PD-1/PD-L1 in Tumor-Associated Macrophages. J Immunol Res. 2019 Nov 4; 2019: 1919082. doi: 10.1155/2019/1919082. PMID: 31781673; PMCID: PMC6875348.
- [6]陈杰,陈春婷,关慧,董丽娜,刘睿敏.白蛋白结合型紫杉醇联合贝伐珠单抗治疗复发性卵巢癌的临床分析[J].现代肿瘤医学,2016,24（07）：1117-1119.
- [7]Freneil Jean-Sebastien,Le Tourneau Christophe,Onell Bert et al. Safety and Efficacy of Pembrolizumab in Advanced, Programmed Death Ligand 1-Positive Cervical Cancer: Results From the Phase Ib KEYNOTE-028 Trial.[J].J Clin Oncol, 2017, 35: 4035-4041.
- [8]Chung Hyun Cheol,Ros Willeke,Delord Jean-Pierre et al. Efficacy and Safety of Pembrolizumab in Previously Treated Advanced Cervical Cancer: Results From the Phase II KEYNOTE-158 Study.[J].J Clin Oncol, 2019, 37: 1470-1478.

CT 影像用于评价急性胰腺炎诊断的临床研究

纪元 张远林

自贡第四人民医院放射科 四川自贡 643000

摘要：目的：探究 CT 影像用于评价急性胰腺炎诊断的价值。方法：择取 2020 年 1 月至 2022 年 5 月医院接收急性胰腺炎患者为探查对象，共计筛选入组患者 90 例，给予 CT 影像诊断，所选患者均行手术治疗，以手术病理诊断结果为金标准，观察急性胰腺炎不同分级诊断结果，间质水肿型胰腺炎及坏死性胰腺炎疾病诊断结果，计算精准性、敏感度及特异性。结果：以手术病理诊断结果为参照标准，CT 诊断在急性胰腺炎患者 A 级、B 级、C 级、D 级、E 级检出率与病理诊断结果具有一致性，统计结果提示 ($P>0.05$)；70 例急性胰腺炎患者经 CT 检查确诊 40 例间质水肿型胰腺炎患者，27 例坏死性胰腺炎，与手术病理诊断中 42 例间质水肿型胰腺炎患者，28 例坏死性胰腺炎具有一致性，诊断精准性 95.71%，敏感度 97.14%，特异性 92.86%，与病理诊断具有高度一致性，统计结果提示 ($P>0.05$)。结论：CT 影像在急性胰腺炎分级、不同类型诊断中具有较高精准性、敏感度及特异性，可作为疾病早期筛查优选方案。

关键词：CT 影像；急性胰腺炎；诊断价值

CT images are used in clinical studies to evaluate the diagnosis of acute pancreatitis

Ji Yuan, Zhang Yuanlin

Department of Radiology, Zigong Fourth People's Hospital, Zigong 643000, China

【Abstract】Objective: To explore the value of CT imaging in the diagnosis of acute pancreatitis. Methods: Patients with acute pancreatitis accepted by the hospital from January 2020 to May 2022 were selected as the object of exploration, a total of 90 patients were screened, CT imaging was given, and all the selected patients underwent surgical treatment, and the results of surgical pathological diagnosis were taken as the gold standard, and the diagnosis results of different grades of acute pancreatitis, interstitial edema pancreatitis and necrotizing pancreatitis were observed, and the accuracy, sensitivity and specificity were calculated. Results: Taking the results of surgical pathological diagnosis as the reference standard, the detection rate of CT diagnosis in patients with acute pancreatitis was consistent with the pathological diagnosis results, and the statistical results showed that ($P>0.05$). 70 patients with acute pancreatitis were diagnosed by CT examination, 40 patients with interstitial edema pancreatitis, 27 cases of necrotizing pancreatitis, and 42 patients with interstitial edema pancreatitis and 28 cases of necrotizing pancreatitis in the surgical pathological diagnosis, with diagnostic accuracy of 95.71%, sensitivity of 97.14%, specificity of 92.86%, and high consistency with pathological diagnosis, and statistical results suggested ($P>0.05$). Conclusion: CT imaging has high accuracy, sensitivity and specificity in the grading and diagnosis of acute pancreatitis, and can be used as the preferred plan for early disease screening.

【Keywords】CT image; Acute pancreatitis; Diagnostic value

急性胰腺炎为临床常见急腹症，病因病机较为复杂，因多种原因导致自身消化性疾病，起病较为快速，合并症较多，对临床治疗时机要求较高，若发病后未给予及时治疗干预，极易导致病情进展，增加合并症发生风险性，影响临床治疗效果，是导致不良预后发生的主要因素，危害患者生命安全^[1]。临床学者认为，急性胰腺炎发生多与饮食不节、胆囊疾病具有直接关联性，包括酗酒、暴饮暴食等，均可诱发急性胰腺炎，疾病早期症状不显著，急性发作期表现为上腹剧烈性疼痛，部分患者伴有恶心、呕吐、腹胀等症状，随疾病进展诱发麻痹性肠梗阻，是导致急性胰腺炎患者死亡的主要因素^[2]。据流行病学研究数据显示，随着近年我国居民人均 GDP 水平不断提高，饮食方式改变，急性胰腺炎患病率呈逐年上升趋势，成为危害人们身体健康主要消化系统疾病，受到社会各界广泛关注^[3]。临床学者针对急性胰腺炎以早期诊断、早期治疗为主，考虑急性胰腺炎早期症状不显著，以上腹疼痛症状为首发，临床以腹痛症状为首发疾病较多，鉴别诊断要求较高，为避免延误病情，选取合适诊断方案尤为重要^[4]。临床观察发现，急性胰腺炎诊断方案以影像学检查为主，包括 X 线、CT、血常规，存在一定漏诊及误诊情况。随着影像技术不断优化，CT 影像在急性胰腺炎早期鉴别诊断中发挥突出疗效，已成为疾病重要辅助检查方式。本研究现针对 CT 影像在急性胰腺炎诊断应用价值进行探讨对比，为疾病早期筛查提供经验支持，实施如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

择取 2020 年 1 月至 2022 年 5 月医院接收急性胰腺炎患者为探查对象，共计筛选入组患者 90 例，其中男性患者 47 例，女性患者 43 例，年龄最小值 25 岁，年龄最大值 69 岁，年龄平均值 (37.34±2.81) 岁，受教育年限 9-16 年，受教育年限平均值 (13.22±0.73) 年，BMI 指数 (体质质量指数) 区间 18.5-29kg/m²，BMI 指数平均值 (24.19±0.88) kg/m²，其中因饮酒诱发急性胰腺炎患者 21 例，因饮食油腻、服用刺激性食物诱发急性胰腺炎患者 34 例，诱因

不明出现急性胰腺炎患者 35 例。

纳入标准：(1) 90 例患者均满足《急性胰腺炎鉴别诊断指南 (2020 版)》中针对疾病的诊断依据，患者入院后均符合手术开展指征；(2) 90 例患者自愿接受 CT 影像技术检查；(3) 90 例患者及其家属经护理人员对研究内容、项目普及宣教，对其知情授权态度，自愿参与研究；(4) 90 例患者均具有完整病历资料及检查资料；(5) 研究开展征求医院临时伦理委员会，伦理委员统一批准后实施。

排除标准：(1) 合并其他消化系统疾病患者；(2) 伴有其他急慢性炎症、恶性肿瘤疾病患者；(3) 病情危重，预计生命时长不满足支持本研究患者；(4) 于观察期间因严重并发症而中途脱落人员。

1.2 方法

所选患者均予以 CT 检查，采用国产 64 排螺旋 CT 检查仪，先予以患者 CT 平扫，针对 CT 扫描注意事项等情况对患者进行讲解，依据患者临床症状及体征，辅助患者进行 CT 检查，指导患者检查体位，充分暴露病灶位置，扫描范围从膈顶部位向下进行探查，直至胰腺部位；电压参数设置为 140kV，电流值参数设置为 300mA，扫描时间参数设置为 0.5s/周，扫描层厚设置为 5mm，对准直径参数设置为 2.5mm，图像重建间隔为 3mm，对胰腺形态、大小、周围组织、回声情况、腹腔积液等情况进行观察，评估完成后，对患者实施增强扫描，选取适宜造影剂，经由静脉注射，静脉注射速度为 2.5-3.0ml/s，确定在 25-35s 时间内输入完成；待造影剂注射完成后，对胰腺情况进行进一步探查，有膈顶自下扫描至胰腺位置，观察胰腺病理状况、炎症范围及其累及组织，并通过 CT 影像探查情况，记录病变特征。所有患者 CT 影像检查结果均交由影像科内资深两名专家学者进行疾病分析。

1.3 评价标准

(1) 观察急性胰腺炎 CT 诊断结果与病理诊断结果一致性，若经 CT 检查显示胰腺组织形态回声正常，无病变表现，即为 A 级；若经 CT 探查显示胰腺病灶端存在部分炎症反应，

伴有弥漫性肿大，经 CT 检查未累及胰腺周围组织，则为 B 级；若经 CT 检查显示胰腺病灶端炎症反应明显，且伴有弥漫性肿大，炎症反应累及周围脂肪、结缔组织，则为 C 级；若经 CT 检查显示患者胰腺端伴有严重炎症反应，合并弥漫性肿大，且炎症累及胰腺周围脂肪、结缔组织，伴有胰腺实质积液，通过 CT 诊断确诊为单发性积液，则为 D 级；若经 CT 检查显示胰腺端炎症反应明显，累及胰腺周围脂肪、结缔组织，且伴有单发性积液，胰腺脂肪、胰腺组织存在坏死情况，提示伴有胰腺脓肿，则为 E 级；与手术病理诊断结果为参照。

(2) 比对间质水肿型胰腺炎、坏死性胰腺炎诊断结果，与手术病理诊断结果为参照，计算诊断结果，计算公式：精准性计算公式为（真阳性+真阴性）/总病例的百分比值；敏感度计算公式为真阳性例数/（真阳性+假阴性）的百分比值；特异性计算公式为真阴性例数/（真阴性+假阳性）的百分比值。

1.4 统计学分析

统计校验采用 SPSS24.0 软件分析，CT 在急性胰腺炎 A 级、B 级、C 级、D 级、E 级等分级，及间质水肿型胰腺炎、坏死性胰腺炎诊断结果等计数资料用（%）描述，配对卡方检验，将 P<0.05 设为统计学差异标准值。

2. 结果

2.1 急性胰腺炎 CT 诊断结果与病理诊断结果一致性分析

以手术病理诊断结果为参照标准，CT 诊断在急性胰腺炎患者 A 级、B 级、C 级、D 级、E 级检出率与病理诊断结果具有一致性，统计结果提示（P>0.05），见表 1。

表 1 急性胰腺炎 CT 诊断结果与病理诊断结果一致性分析[n%]						
组别	n	A 级	B 级	C 级	D 级	E 级
CT 诊断	70	5	19	11	12	17
病理诊断	70	5	21	12	13	19
X ²		0.000	0.826	1.103	0.937	1.072
P 值		1.000	0.207	0.193	0.377	0.231

2.2 急性胰腺炎 CT 诊断精准性、敏感度及特异性分析

70 例急性胰腺炎患者经 CT 检查确诊 40 例间质水肿型胰腺炎患者，27 例坏死性胰腺炎，与手术病理诊断中 42 例间质水肿型胰腺炎患者，28 例坏死性胰腺炎相一致，诊断精准性 95.71%，敏感度 97.14%，特异性 92.86%，与病理诊断具有高度一致性，统计结果提示（P>0.05），见表 2。

表 2 急性胰腺炎 CT 诊断精准性、敏感度及特异性分析[n%]						
组别	n	间质水肿型胰腺炎	坏死性胰腺炎	精准性	敏感度	特异性
CT 诊断	70	40	27	95.71%	97.14%	92.86%
病理诊断	70	42	28	100.0%	100.0%	100.0%
X ²				0.924	0.961	9.004
P 值				0.195	0.105	0.217

3. 讨论

胰腺作为机体内分泌重要器官，极易因饮食结构改变、酸碱失衡诱发病变。随着近年人们生活方式改变，饮食多元化选择，生活压力增大，激素分泌异常，为临床常见且多发性疾病，极易因饮食不节制诱发多种病变，出现急性胰腺炎几率显著升高，为临床常见急腹症^[5]。据卫生组织公布数据显示，急性胰腺炎约占急腹症 33%左右，因病情较为复杂，致病因素主要与先天性发育异常、胆结石、暴饮暴食、医源性损伤、代谢性疾病等因素相关，疾病起病快速，以腹痛症状为主，若没有及时给予治疗干预，极易导致其他病变，增加临床治疗难度，是导致不良预后发生主要因素，危害患者生命安全^[6]。

临床学者认为，急性胰腺炎发生主要病理因素，因多种病因导致胰酶激活，包括水肿、出血、坏死等，以恶心、呕吐、全身高热、腹痛症状为主，单纯依据临床症状及体征，无法

给予确诊。临床学者依据胰腺炎起病时间，将其分为慢性胰腺炎及急性胰腺炎两种，其中以急性胰腺炎较为常见，预后不佳，针对急性胰腺炎开展早期诊断，早期治疗尤为重要。现阶段急性胰腺炎采用早期积极治疗，有效控制疾病病情，避免恶化成慢性胰腺炎，危害患者生命，影响患者日常生活质量。经临床不完全统计发现，约 25%急性胰腺炎患者早期治疗不及时，诱发慢性炎症反应，严重甚至出现重度胰腺炎，具有一定致死率；因急性胰腺炎致死率高达 35%，与诊疗时机具有密切关联，开展早期诊断尤为重要。

影像学作为急性胰腺炎诊断首选方案，临床主要选用 CT 影像技术，因其操作简单，性价比比较高，为获得理想图像，可重复进行操作。同时 CT 诊断性价比比较高，诊断时效性较高，可满足急性胰腺炎早期诊断需求，直观了解病灶与周围组织关系，为早期急性胰腺炎诊断提供客观参考。随着近年影像技术不断优化，以 CT 影像技术为首的影像诊断在急腹症诊断中发挥突出疗效^[8]。CT 影像采用 CT 平扫、增强扫描等方式，可有效提高图像分辨率，在急性胰腺炎病灶及与周围组织鉴别诊断，具有较高特异性及敏感性。因急性胰腺炎起病急促，疾病类型多变，通过 CT 影像有效明确病灶范围，对疾病诊疗提供数据支持，有效明确疾病合并症，具有明显 CT 影像特征，针对重症急性胰腺炎患者，可见胰腺组织密度不均匀，胰腺体积增大，并伴有大面积片状出血情况，胰腺旁组织边界出现大量渗出物，边界结构不规则，与周围组织无明显分界，在间质水肿型急性胰腺炎及坏死性胰腺炎具有较高鉴别诊断价值^[9]。实验结果显示，以手术病理诊断结果为参照标准，CT 诊断在急性胰腺炎患者 A 级、B 级、C 级、D 级、E 级检出率与病理诊断结果具有一致性，统计结果提示（P>0.05）；70 例急性胰腺炎患者经 CT 检查确诊 40 例间质水肿型胰腺炎患者，27 例坏死性胰腺炎，与手术病理诊断中 42 例间质水肿型胰腺炎患者、28 例坏死性胰腺炎相一致，诊断精准性 95.71%，敏感度 97.14%，特异性 92.86%，与病理诊断具有高度一致性，统计结果提示（P>0.05）。研究数据可证实，CT 影像诊断结果与病理诊断结果具有高度一致性，可佐证 CT 诊断在急性胰腺炎诊断中的应用价值，同时 CT 影像技术为无创性医疗操作，操作简单，可抗干扰，检查耗时较短，有效明确急性胰腺炎疾病的同时，了解疾病并发症，明确疾病治疗效果，在早期诊断及预后评估中均具有较高指导意义。

综上所述，CT 影像在急性胰腺炎分级、不同类型诊断中具有较高精准性、敏感度及特异性，可作为疾病早期筛查优选方案，推广实施。

参考文献：

[1]彭雪艳，程建和，杨挺. 腹部 CT 检查诊断急性胰腺炎并发症及在患者预后评估中的应用价值[J]. 检验医学与临床,2022,19（16）: 2279-2282.

[2]王贞，李文华. 腹部 CT 平扫在急性胰腺炎诊断和预后预测中的应用[J]. 影像科学与光化学,2022,40（05）: 1205-1210.

[3]张井良. 急性胰腺炎的 CT 检查与影像学表现分析[J]. 现代医用影像学,2021,30（10）: 1892-1894.

[4]蒲海龙，何智林，李蒙新，等. 采用 CT 影像学征象评估急性重症胰腺炎病情分级的可靠性研究[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2022,20（02）: 108-110.

[5]范海云，陈基明，陈亮亮，等. CT 影像学预测早期急性胰腺炎进展的价值[J]. 中华放射学杂志,2022,56（07）: 778-784.

[6]袁德峰. CT 影像诊断对急性胰腺炎的诊断效果分析[J]. 中国医疗器械信息,2021,27（19）: 48-49.

[7]王永会，李雪，蒋霜霜，等. CT 影像诊断对急性胰腺炎的诊断价值[J]. 影像研究与医学应用,2021,5（19）: 15-16.

[8]梁冬. 急性胰腺炎应用 CT 影像诊断的临床价值探讨[J]. 中国冶金工业医学杂志,2021,38（05）: 612.

[9]李洁宜. 螺旋 CT 在急性胰腺炎诊断的应用效果分析[J]. 影像研究与医学应用,2022,6（12）: 114-116.

脑循环治疗对颈性眩晕患者症状和功能的影响

王增敏

南昌大学第四附属医院 江西省南昌市 330003

摘要：目的：探讨常规康复治疗加脑循环治疗仪治疗颈性眩晕患者的临床疗效。方法：回顾 2019 年 1 月至 2019 年 12 月在南昌大学第四附属医院康复医学科治疗的 60 例颈性眩晕的患者资料，根据患者自愿原则随机分为常规治疗 A 组和常规治疗加脑循环综合治疗 B 组各 30 例。每 10 次一个疗程，每天一次，每周治疗 6 天，连续治疗 2 个疗程后，进行比较。通过对颈性眩晕症状与功能进行评估，方法是使用颈性眩晕症状与评估量表，对两组颈性眩晕患者治疗前进行评分，治疗两个疗程治疗后再次进行评分，然后对两组患者的治疗前后的评分分别进行比较。结果：治疗前对比，两组在性别、年龄、教育程度等方面没有明显差异 ($p>0.05$)。通过对颈性眩晕患者 2 个既定疗程的治疗后，对两组患者的症状和体征进行评定，包括眩晕、颈肩痛、头痛、日常生活及工作、心理及社会适应五方面，经统计学处理后进行对比，两组患者均较治疗前有明显改善，且常规治疗者和常规治疗加脑循环综合治疗组比较，常规治疗加脑循环综合治疗 B 组的疗效比常规治疗 A 组的疗效更加明显。结论：常规治疗加脑循环综合治疗颈性眩晕有明显疗效。

关键词：颈性眩晕；脑循环治疗；症状和功能

颈性眩晕以眩晕为主要临床表现的一系列症状和体征。因交感神经或椎动脉受到挤压、压迫引起的，原因包括颈部软组织损伤、颈椎骨关节错位增生及颈椎间盘突出等等。根据对眩晕的统计得出，单纯颈性眩晕的发生率仅处于梅尼埃病之后，仅这一类眩晕就占各类眩晕的 13%，居第 2 位^[1]。Ryan 和 Cope 推测头晕可能是由颈部的持续性疼痛引起颈部本体觉感受器的异常刺激，从而引起脑干的前庭核的功能异常引起的^[1]。颈性眩晕是临床常见病和多发病，本病有不断年轻化趋势，单独疾病表述，多特指颈椎病引起的眩晕。目前在该病的病理机制和特异性的检查方法方面尚缺乏统一认可的理论和标准^[2]。主要症状表现为眩晕、颈和枕部疼痛、关节活动受限、平衡功能障碍等，严重时甚至引起骨折、脑卒中等并发症^[3]。颈性眩晕是颈部疾患引起的，且其诊断有足够充分地临床资料来证实，而非其他疾病引起的头晕。眩晕是颈性眩晕，它的前提是排除了其他相关疾病引起的眩晕，它表现出来的可以是运动错觉性眩晕，也可可是昏沉、旋转、浮动等不稳定的感觉，多发生于头颈部转动、头颈部屈伸活动、坐-卧位转移等头颈位置改变时，症状可能是一瞬间、也有可能维持几秒钟，也可能有一个漫长的一天甚至数天，但大多数持续的时间很短，发作频率也非确定性，次数由每月一次、每周一次甚至每天数次，头晕症状的程度轻重悬殊。头颈部症状：颈头痛是仅次于眩晕的症状，以偏头痛、后头痛或项枕部痛、颈后痛为主，还可能伴有头面部感觉异常、颈僵硬感。交感神经亢进症状：恶心、呕吐、心慌、胸闷、失眠、出汗异常等。五官症状：鼻塞、耳鸣、听力障碍、咽喉部异物感、视力下降、咽痛等。脑缺血症状：记忆力下降、肢体麻木无力、共济失调、短暂性意识丧失、猝倒等。颈性眩晕常会不同程度影响患者日常生活及工作。脑循环治疗仪是非药物性无创绿色的小脑顶核电刺激治疗仪，它是一种脉冲无序组合波形，是由计算机软件 and 生物信息模拟两种技术合成的脉冲，通过电极粘贴于两耳侧乳突，无创的将脉冲组合波形引入小脑顶核区，对其进行仿真电刺激，通过脑干网状结构和纹状体到大脑的血管舒张中枢，达到对脑部进行电刺激，可起到舒张脑血管、增加脑部血流量、稳定脑细胞神经膜电位和改善血管的微循环等作用^[4]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾 2019 年 1 月至 2019 年 12 月在南昌大学第四附属医院康复医学科治疗的 60 例颈性眩晕的患者资料，按照自愿原则随机分为常规治疗 A 组和常规治疗加脑循环综合治疗 B 组各 30 例。纳入标准：1 确诊为颈性眩晕，符合诊断标准；2 眩晕症状已经影响患者日常生活和工作；3 患者自愿参与相关治疗，并签署知情同意书；4 患者能够坚持持续治疗两个疗程。排除标准：1 生命体征不稳定；2 既往有脑部器质性病变、严重外伤或手术史；3 其他疾病继发的头痛症状；4 有精神疾患且不能配合治疗的患者。将其随机分为各 30 例。两组在一般资

料方面无明显差异 ($p>0.05$)。详见表 1。

表 1 两组颈性眩晕患者基本资料比较 (n=30)

组别	N	性别		年龄岁		病程月		教育程度	
		男	女	范围	M±SD	范围	M±SD	大专	大专
A 组	30	14	16	25-55	39.63±8.89	1-5	3.03±1.20	17	13
B 组	30	17	13	25-55	39.70±8.92	1-5	2.98±0.97	15	15

1.2 治疗方法

1.2.1 常规治疗 A 组

采用牵引治疗、针刺治疗、按摩推拿治疗、颈椎活动度练习、颈肩肌强化练习。上述治疗均一天一次，每周治疗 6 天，每 10 次一个疗程，连续治疗二个疗程，共治疗 20 次。

1.2.2 常规治疗组加脑循环综合治疗 B 组

本研究采用的脑循环系统治疗仪是由上海晋电成套设备有限公司生产的，标号 JD-2008 脑循环系统治疗仪。B 组患者在常规治疗 A 组的基础上加以脑循环治疗。采用进行脑循环治疗，将电极贴片黏贴于两耳侧乳突部进行治疗，每天一次，每次 20 分钟，每周治疗 6 天，10 次为一个疗程，连续治疗二个疗程，共治疗 20 次。

1.3 疗效评估

对两组患者分别在治疗前、治疗 2 个疗程后进行评定，采用颈性眩晕症状与功能评估量表。量表包括如下五方面[7]。如下图所示，各项评分相加满分 30 分，分值与患者的症状与功能障碍程度成反比。

眩晕（16 分）	眩晕程度（8 分）	
	频度（4 分）	
	持续时间（4 分）	
颈肩痛（4 分）		
头痛（2 分）		
日常生活和工作能力（4 分）	发病期间日常生活需要帮助情况（2 分）	
	发病期间工作情况（2 分）	
心理及社会适应能力（4 分）		

1.4 统计学分析

对本统计所得计量数据进行统计学处理，本统计中所获得计量数据以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，并将计量资料比较采用 t 检验，计数资料数据中比较采用 χ^2 检验，若使差异有统计学意义，则需 $P < 0.05$ 。

2 结果

研究结果显示：对两组颈性眩晕患者治疗前和经过 2 个疗程治疗后分别评定得分，经过各组内进行对比，患者颈性眩晕症状与功能评分明显高于治疗前，差异有统计学意义（ $t = -21.36, p < 0.001$ ），通过两组间治疗后进行对比，B 组治疗后颈性眩晕症状和功能评分较 A 组增加明显（ $p < 0.001$ ），颈性眩晕症状与功能评估量表评分结果详见表 2。

表 2 颈性眩晕症状与功能评估量表评分结果比较（ $\bar{x} \pm SD$ ，分）

组别	N	治疗前			治疗后		
		$M \pm SD$	t	p	$M \pm SD$	t	p
A 组	30	16.13 $\pm$ 2.00	0.00	1.00	27.5 $\pm$ 1.12	14.28	<0.001
B 组	30	16.13 $\pm$ 2.00			22.91 $\pm$ 1.34		

3 讨论

颈性眩晕的患病率尚无确切数据，国内颈椎病患病率为 3.8%-17.6%，其中 50% 有颈性眩晕^[5]。颈性眩晕多非单一症状，是在颈椎退行性改变基础上引起的眩晕，在颈肩部疼痛的基础上，大多伴随眩晕及交感神经激惹症状。其病因及病理仍未完全明确，随着对颈性眩晕的研究，血管因素与颈性眩晕的关系得到进一步关注，颈性眩晕与血管病变的关系目前主要是 2 种学说，是椎—基底动脉的机械压迫以及交感神经刺激。椎基底动脉是供应前庭系统血液的重要结构，其血流下降而导致眩晕的情况并不少见^[6]。颈性眩晕发生的重要因素是由于颈部的动脉硬化、血管弹性减退、颈椎间盘突出及颈周围肌群无力、弹性变差或肌肉痉挛等病理因素导致的椎-基底动脉供血不足、颈交感神经功能亢进及颈部本体感觉紊乱。大量的本体感受器存在于颈部，通过疼痛刺激和脑干前庭感受器建立密切的关系，信息经过加工后互相汇合、交叉、整合等处理后，它通过神经系统将这些信息传输至更高层次脑部中枢，然后获得反应。在国外研究人的上颈部有着很多的本体感受器，深部肌肉则更多。正常人体颈椎的生理曲度是由颈椎间盘前后厚薄造成的，是一种连续和谐的曲线，在人类进化过程中，为适应站立姿势，在发育过程中逐渐为维持脊柱平衡而形成的。正常的颈椎曲度是人体生理的需要，正常的角度给头颅最合理的支撑。颈椎平衡的情况可以从颈椎的生理曲度直观的反映出。随年龄的增加椎动脉弹性减退、椎间盘变性、肌肉弹性降低也会压迫椎动脉，使其弯曲、扭转，从而导致血流缓慢，造成椎动脉痉挛、狭窄、血流减少。

脑循环治疗仪可以使局部脑血流量明显增加，是国内外研究的共同结果，脑循环治疗仪是采用生物信息模拟技术及计算机合成技术，通过两项技术产生安全有效的仿生物电电流^[7]，这种组合波形的脉冲通过粘贴于两耳侧乳突的体表随弃式电极，无创的将这种脉冲组合波形引入小脑顶核区，对小脑顶核进行电刺激，达到对脑部进行电刺激，可起到改善血管微循环和稳定脑细胞神经膜电位等作用。稳定脑神经细胞膜电位，改善因脑部缺血引起的眩晕、头颈部症状及涉及的交感神经亢进、五官症状等。此外因脑循环可能在脑血管自动调节方面有一定正向促进作用，因此对于血液流变学方面可以引起一些改变，从而使微循环得到改善。从而提高患者日常生活及工作能力，增加心理及社会适应能力。

此外，静力性平衡与动力性平衡维持了颈椎正常稳定性，颈椎动力性平衡是由颈部肌肉的调节与控制构成的，维持颈椎的动力性平衡的颈部肌肉为脊柱运动和稳定提供了原始动力。在人过多的低头或颈椎长期维持一种姿势，或者是其他因素使颈部周围肌群力量减弱时，

会引起颈椎稳定性下降，关节活动度增加，从而诱发颈肩痛、上肢痛、感觉障碍、活动障碍等多种症状。颈后肌群肌力的下降是导致慢性颈痛的在主要原因，头后小直肌是维持颈椎稳定的最主要的肌肉之一，因此颈性眩晕的症状与头后小直肌的功能状态有密切关系，而有颈部疼痛的患者通常伴随颈部肌群肌力的下降。临床中颈椎病患者的颈部肌肉组织形态、激活模式及运动策略的常常发生改变等问题，这些都是造成颈椎稳定性下降的主要因素。在颈周肌群的浅层肌群中，胸锁乳突肌是重要的颈浅屈肌，在颈椎稳定性、活动度方面发挥重要作用，因此胸锁乳突肌会过度代偿，从而是胸锁乳突肌过度紧张，肌肉弹性下降。此外，颈部肌力减弱会使得颈椎动力性平衡失调，从而刺激颈部交感神经使其兴奋性增强，导致椎动脉收缩发生颈性眩晕。在运用脑循环治疗仪对颈性眩晕患者进行脑循环治疗时，在刺激双侧乳突时，合成的脉冲组合波会对双侧乳突起到收缩放松类似于按摩放松的作用，使过度紧张的胸锁乳突肌得以放松，减少因胸锁乳突肌过度紧张诱发的交感神经过度兴奋，减少对椎动脉的刺激和压迫，这种类似于按摩乳突的作用，间接的放松过度紧张的颈周肌群，可以起到缓解肌肉痉挛和疼痛，降低软组织所受的高应力，恢复上颈椎动力学平衡，改变异常的颈部本体感觉和反馈控制，最终起到改善颈性眩晕的症状。

在本研究中对颈性眩晕采用多种治疗方法，并在此基础上增加了脑循环治疗，采用了颈性眩晕症状与功能评估量表，对两组患者在治疗前后分别进行评定，然后进行组内前后和组间前后进行对比，结果显示治疗前后两组患者均有明显的差异。众所周知，综合康复治疗颈性眩晕已得到业内肯定。

本研究在治疗过程中发现，大部分的患者除了眩晕症状有明显改善，同时对增加记忆有所帮助。并且在治疗过程中，患者情绪障碍和癫痫发作之类现象没有发生，患者均未出现颈性眩晕的相关症状，仅有 2 例患者除外，此两患者在治疗过程中出现轻微头痛，一例发生在第一次治疗的刚开始，经过停止治疗休息 5 分钟后症状消失，第二次治疗没有出现症状；另一例是在刺激强度增加过快的过程中，通过调整刺激强度，未经特殊治疗状态很快消失。

因本研究样本量较小，在组内及组间对比均存在一定局限性，同时在实施中发现，对于刺激的强度、精确定位刺激脑区尚需进一步探讨，今后需要在临床治疗中进行大样本的研究。

本研究结果显示，常规治疗加脑循环治疗 B 组经 2 个疗程的治疗，疗效明显优于常规治疗 A 组，常规治疗加脑循环治疗的综合治疗方法对于治疗颈性眩晕具有协同功效，能进一步提高临床疗效。

参考文献：

- [1]吴志强,郁金岗.颈性眩晕的发病机制,诊断与中医治疗进展[J].内蒙古中医药,2020,39(11): 4.
- [2]辛荣超,党建军,樊效鸿,等.脊柱牵引状态下定点整复手法治疗颈性眩晕的临床研究[J].中医药导报,2021,27(12): 103-106.
- [3]罗卫,黄志锐,曹志贤,等.颈性眩晕患者的静态平衡和稳定极限特征[J].中国康复理论与实践,2022,28(2): 5.
- [4]郑昌胜,童庆好,王安江,等.脑循环系统治疗仪联合阿立哌唑对女性精神分裂症患者认知和社会功能的影响[J].临床与病理杂志,2022,42(4): 6.
- [5]戴李国,何育凤,黄锦军,等.周天推督调脊手法,刺血和穴位注射三联疗法治疗颈性眩晕的临床观察[J].世界科学技术: 中医药现代化,2019,21(4): 6.
- [6]张红欣,刘筠,许亮,等.颈性眩晕患者的血管影像学研究[J].实用放射学杂志,2016,32(3): 4.
- [7]宣以道,黄俊,吴立华,等.脑循环治疗仪治疗椎动脉型颈椎病的临床研究[J].颈腰痛杂志,2015,36(3): 2.

不同磷结合剂治疗维持性血液透析患者高磷血症的疗效观察

姜敏 刘雪艳 胡玉鹏 李迪

武威市人民医院肾内科 甘肃威武 733000

摘要：目的：研究碳酸钙、盐酸司维拉姆治疗维持性血液透析高磷血症患者的临床疗效。方法：选择 2020 年 4 月至 2022 年 9 月来院内收治的 100 例慢性肾衰竭维持性血液透析高磷血症患者，按随机数字表法分组，对照组（n=50）采用碳酸钙进行治疗，观察组（n=50）采用盐酸司维拉姆进行治疗，比较两组患者的治疗总有效率；治疗前后的 iPTH（甲状旁腺激素）、血钙、血磷、钙磷乘积、LDL-C（低密度脂蛋白）水平；不良反应发生率（胃肠道反应、低钙血症、高钙血症）。结果：观察组患者的治疗总有效率为 94.0%（47/50），对照组患者的上述指标为 78.0%（39/50），两组比较（P<0.05）；治疗前，两组患者的 iPTH（甲状旁腺激素）、血钙、血磷、钙磷乘积、LDL-C（低密度脂蛋白）水平比较（P>0.05），治疗后，观察组上述指标均优于对照组（P<0.05）；观察组不良反应发生率为 40.0%（20/50），对照组上述指标为 12.0%（6/50），两组比较（P<0.05）。结论：维持性血液透析高磷血症患者通过盐酸司维拉姆治疗，其临床效果以及安全性高于碳酸钙，效果显著，值得推广。

关键词：碳酸钙；盐酸司维拉姆；维持性血液透析；高磷血症；临床疗效

根据有关统计表明^[1]：慢性肾脏性疾病患者在全世界范围内大约占据全部人数的 16%左右，我国慢性肾脏性疾病的发病率占我国全部人数的 10%左右，而终末期肾脏病患者大约有 160 万左右，根据有关统计表示：我国的慢性肾脏性疾病的患病率和美国等欧美发达国家的发病率大致相同。目前，终末期肾脏病患者一般会采用血液透析治疗。高磷血症就是终末期肾脏疾病的主要并发症，有学者的研究表明^[2]：血液透析患者中有接近一半的患者会发生高磷血症，而根据我国钙化研究数据表明^[3]：我国透析患者机体中血磷水平未达标率大约有 60%。高磷血症纠正难度较高，目前，主要通过控制饮食中磷的摄入量以及充分透析以外，一般会通过服用磷结合剂进行降磷治疗^[4]，但含铝的磷结合剂容易使患者出现铝中毒或者铝性骨病情况，但非钙、非铝型的磷结合剂的价格较高，长期服用，会给患者带来极大的经济压力^[5]。故寻找新型磷结合剂治疗患者，是目前临床中主要关注的问题。本次研究，作者选择 2020 年 4 月至 2022 年 9 月来院内收治的 100 例慢性肾衰竭维持性血液透析高磷血症患者，旨在分析碳酸钙和盐酸司维拉姆的应用效果，现做出如下阐述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 4 月至 2022 年 9 月来院内收治的 100 例慢性肾衰竭维持性血液透析高磷血症患者，按随机数字表法分组，对照组（n=50）采用碳酸钙进行治疗，观察组（n=50）采用盐酸司维拉姆进行治疗，两组患者的一般资料见表 1。注：本研究得到院内论批准。

表 1 两组患者的一般资料比较情况（ $\bar{X} \pm s$ ）[n（%）]

组别	例数	年龄段（岁）	平均年龄（岁）	男性患者	女性患者	血透时间（年）	平均时间（年）
观察组	50	32-82	54.16±6.86	27	23	1-5	2.26±0.82
对照组	50	30-81	54.11±6.81	28	22	1-5	2.31±0.85
X ² /t	-		0.037		0.040		0.299
P	-		0.971		0.841		0.765

纳入标准：①处于终末期肾病高磷血症患者；②透析之前，血磷水平在 1.61mmol/L 以上；③本研究开展前半个月未使用钙剂以及活性维生素 D 进行治疗；④饮食稳定；

排除标准：①合并严重性肝脏类疾病患者；②透析之前血钙水平在 2.55mmol/L 以上的患者；③合并精神病患者；④合并心血管、造血系统功能异常患者；⑤用药依从性不佳患者。

1.2 方法

两组患者每周需要透析治疗 12 小时，血流量为每分钟 220-280ml，透析液流为每分钟

500ml。

对照组（n=50）采用碳酸钙进行治疗，观察组（n=50）采用盐酸司维拉姆进行治疗。

碳酸钙的用法：服用碳酸钙片，每次服用一片，每天早中晚餐进食中咀嚼服用，每天共摄入 900mg 碳酸钙；

盐酸司维拉姆的用法：根据患者的血磷检测结果准确调整盐酸司维拉姆的服用剂量，如果患者的血磷在 2.41mmol/L 以下，则需要给予患者 800mg 盐酸司维拉姆，分早中晚三次服用；如果患者血磷在 2.42mmol/L 以上，则需要每天给予患者 1600mg 盐酸司维拉姆，分早中晚三次服用。

若患者治疗期间患者发生低钙血症情况，则需要在血液透析之前，通过静脉注射葡萄糖酸钙 1g，直到患者的血钙水平恢复至正常值为止。

两组患者每个疗程为 10 周。

1.3 观察指标

①两组患者的治疗总有效率：治疗总有效率=（显效+有效）/组间总例数，显效：临床症状完全消失，生化指标恢复正常；有效：临床症状部分消失，生化指标有所改善；无效：临床症状未消失，生化指标也并未恢复正常；

②两组患者的治疗前后的 iPTH（甲状旁腺激素）、血钙、血磷、钙磷乘积、LDL-C（低密度脂蛋白）水平：患者保持空腹状态，抽取患者静脉血，对血清进行常规分离，采用自动生化分析仪检测低密度脂蛋白，通过放射免疫法检测甲状旁腺激素，同时检测血钙、血磷，对钙磷乘积进行计算。

③两组患者的不良反应发生率（胃肠道反应、低钙血症、高钙血症）。

1.4 统计学处理

均数+标准差（ $\bar{X} \pm s$ ）用来表示计量资料，通过计算 t 值进行验算，率（%）用来表示计数资料，通过计算 X² 进行验算。

2. 结果

2.1 两组患者的治疗总有效率比较情况

观察组患者的治疗总有效率为 94.0%（47/50），对照组患者的上述指标为 78.0%（39/50），两组比较（P<0.05），见表 2；

表 2 两组患者的临床治疗总有效率比较情况[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	50	34	13	3	47（94.0）
对照组	50	28	11	11	39（78.0）
X ²	-	-	-	-	5.316
P	-	-	-	-	0.021

2.2 两组患者的治疗前后的生化指标比较情况

治疗前，两组患者的 iPHT（甲状旁腺激素）、血钙、血磷、钙磷乘积、LDL-C（低密度脂蛋白）水平比较（P>0.05），治疗后，观察组上述指标均优于对照组（P<0.05），见表 3；

表 3 两组患者的治疗前后的生化指标比较情况（ $\bar{X} \pm s$ ）

组别	例数	iPHT（pmol/L）		血钙（g/L）		血磷（mmol/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	5.74±1.06	3.96±0.68	2.40±0.32	2.27±0.12	2.53±0.48	1.63±0.12
对照组	50	5.89±1.09	5.04±1.40	2.46±0.34	2.40±0.11	2.51±0.49	1.73±0.22
t	-	0.698	4.907	0.909	5.647	0.206	2.822
P	-	0.487	0.000	0.366	0.000	0.837	0.006

表 3 （续）

组别	例数	钙磷乘积（mol ² /L ² ）		LDL-C（mmol/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	5.74±1.06	3.96±0.48	2.71±0.64	1.64±0.74
对照组	50	5.81±1.09	4.17±0.55	2.78±0.66	2.20±0.54
t	-	0.326	2.034	0.538	4.323
P	-	0.746	0.045	0.592	0.000

2.3 两组患者的不良反应发生率比较情况

观察组不良反应发生率为 40.0%（20/50），对照组上述指标为 12.0%（6/50），两组比较（P<0.05），见表 4。

表 4 两组患者的不良反应发生率比较情况[n（%）]

组别	例数	胃肠道反应	低钙血症	高钙血症	发生率
观察组	50	10	5	5	20（40.0）
对照组	50	3	2	1	6（12.0）
X ²	-	-	-	-	10.187
P	-	-	-	-	0.001

3. 讨论

有指南表示^[6]：饮食中摄入的磷需要控制在每天 800-1000mg 之间，每周经过人体消化道吸收磷的含量大约为 3600-4500mg 之间，每周做三次血液透析，大概只能够清除 2400-2700mg 的磷，由此可见，通过常规血液透析治疗，无法将饮食中摄入的磷进行彻底清除。血液透析患者若只依靠限制饮食中的磷的摄入量，并无法降低高磷血症的发生率，并且长时间做低蛋白饮食，患者会产生营养不良反应，从而大大增加死亡率^[7]。

根据有关统计表明^[8]：大约有 7 成的血液透析患者会出现高磷血症，终末期肾病患者发生心血管疾病的死亡率远远超出普通人群。大量研究表示^[9]：血磷水平升高，属于血液透析患者的主要死亡危险因素，高磷血症和高钙磷乘积能够使血管发生钙化反应。磷结合剂属于高磷血症的主要治疗措施，常用的磷结合剂包括含铝或者含钙磷结合剂以及非铝、非钙型磷结合剂两种类别。含铝的磷结合剂能够明显降低血磷水平^[10]，但含铝的磷结合剂因产生毒性反应，被限制应用。碳酸钙在常规剂量作用下结合磷的能力并不强大，高剂量时降磷效果好，但是容易引发高钙血症，且血钙升高的幅度较高，长期应用碳酸钙治疗，血钙的升高幅度更明显^[11]。盐酸司维拉姆等新型磷结合剂的应用，可以得到良好的降磷效果，且不会有较高的概率引发高钙血症^[12]。盐酸司维拉姆的主要成分为多聚磷酸丙烯酰胺，应用以后，可将患

者机体血磷水平大幅度降低，并且可以迅速结合肠道食物中的胆汁酸以及磷酸，可以有效控制机体吸收磷的水平^[13]。盐酸司维拉姆自身具有良好的亲水性，肠道吸收率较低，能够随粪便等排泄物共同排出，不会使机体负荷增加^[14]。另外，盐酸司维拉姆还可以使胆固醇水平降低，有效调节血脂，还可有效控制脉搏波的传播速度，使患者的毛细血管功能得以改善，有效提升临床疗效。值得注意的是，若在治疗期间，患者发生高钙血症，则需合理调整患者治疗期间的饮食结构，如果有必要，则需要严格按照医嘱给予患者泻剂治疗^[15]。

本次研究结果表明：观察组治疗总有效率高于对照组；观察组 iPHT（甲状旁腺激素）、血钙、血磷、钙磷乘积、LDL-C（低密度脂蛋白）水平优于对照组，观察组不良反应发生率低于对照组。

综上所述，维持性血液透析高磷血症患者通过盐酸司维拉姆治疗，临床疗效以及治疗安全性高于碳酸钙，应用价值高，值得推广。

参考文献：

[1]郑良宏, 高波. 不同磷结合剂治疗维持性血液透析患者高磷血症的疗效观察[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18（1）: 113-114.

[2]李月婷, 林志民, 蔡志根. 2 种不同磷结合剂治疗维持性血液透析患者高磷血症的对比研究[J]. 中国处方药, 2014, 12（12）: 12-13.

[3]陶一鸣, 梁馨苓, 王文健, 等. 醋酸钙联合生理钙透析治疗维持性血液透析患者高磷血症的疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2011（22）: 4008-4009.

[4]闵亚丽, 杨静, 蓝天座, 等. 碳酸镧治疗维持性血液透析患者高磷血症疗效观察[J]. 中国药业, 2014, 23（1）: 89-90.

[5]张颖娟, 薛琳, 曾兴蓉, 等. 磷结合剂对骨化三醇冲击治疗维持性血液透析患者继发性甲状旁腺功能亢进的影响[J]. 中国药业, 2016, 25（15）: 57-59.

[6]李军, 陈文. 碳酸镧与碳酸钙治疗维持性血液透析患者高磷血症的疗效比较[J]. 实用临床医药杂志, 2017, v.21（23）: 120-121.

[7]汪丹. 碳酸镧对终末期肾病维持性血液透析患者高磷血症的疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, v.5; No.263（50）: 149-150+152.

[8]邹欢, 李莹. 醋酸钙与碳酸钙治疗维持性血液透析患者高磷血症的有效性与安全性的 meta 分析[J]. 中国现代医药杂志, 2019, 21（4）: 28-34.

[9]车伟伟. 维持性血液透析患者高磷血症的治疗进展[J]. 中国医药, 2019（3）: 467-470.

[10]刘莹, 刘芳, 缪惠, 等. 口服磷结合剂对老年维持性血液透析患者钙磷代谢及血管钙化的影响[J]. 河北医药, 2018, 40（10）: 1509-1512.

[11]于海波, 姜埃利, 魏芳, et al. 碳酸镧联合碳酸钙治疗血液透析患者高磷血症的疗效研究[J]. 中华肾脏病杂志, 2014, 30（9）: 656-659.

[12]叶林峰, 金航超, 楼宏青. 碳酸镧与醋酸钙治疗血液透析患者高磷血症的疗效比较[J]. 中国基层医药, 2021, 28（3）: 394-399.

[13]岳晓红, 薛莹, 司方莹. 维持性血液透析患者磷结合剂用药依从性影响因素研究与药学干预[J]. 中国药房, 2021, 32（8）: 1003-1008.

[14]杨斯豪, 于峰. 盐酸司维拉姆与碳酸钙治疗慢性肾衰竭血液透析的高磷血症的有效性与安全性的 meta 分析[J]. 临床合理用药杂志, 2014（17）: 3-6.

[15]徐巧莹, 赵惠琛, 李晓静, 等. 碳酸司维拉姆辅助治疗尿毒症合并高磷血症效果观察[J]. 山东医药, 2017, 57（26）: 83-85.

作者简介（通讯作者）：姓名：姜敏，性别：女（出生：1983 年 4 月 4 日），民族：汉族，籍贯：甘肃武威，职称：副主任医师，学历：硕士研究生，研究方向：肾内科，联系地址：甘肃省武威市凉州区宣武街北侧 46 号武威市人民医院。

基金项目：2021 年度武威市列科技计划项目，项目编号：WZ2101147。

间苯三酚注射液治疗肾绞痛的临床疗效及不良反应分析

蓝敏亮

南方科技大学医院 急诊科 深圳市 518055

摘要：目的：探讨间苯三酚注射液治疗肾绞痛的临床疗效及不良反应。方法：样本收集时间为 2020 年 3 月至 2022 年 3 月，收集在医院接受治疗的 80 例肾绞痛患者，对于患者的随机分组应用数字随机表法，每组各有 40 例。两组均采用洛芬待因缓释片治疗，在此基础上，对照组中应用山莨菪碱，实验组中应用间苯三酚注射液，在组间对比总有效率、不良反应发生率，并在两组治疗前、治疗后对比疼痛评分、舒适度评分、生活质量评分。结果：总有效率在两组之间开展对比，实验组比对照组更高（P<0.05）。在治疗后，在组间对比疼痛评分，实验组更低，而在组间对比舒适度评分，实验组更高，均 P<0.05。在治疗后，与对照组相比，实验组中生活质量评分更高（P<0.05）。在两组间对比不良反应发生率，差异无统计学意义（P>0.05）。结论：对于肾绞痛患者，间苯三酚注射液可提高临床疗效，有效缓解疼痛，提高舒适度，有利于改善生活质量，且不良反应少，安全性良好。

关键词：肾绞痛；间苯三酚注射液；洛芬待因缓释片；山莨菪碱

肾绞痛是急诊医学科常见的一种急症，主要由泌尿结石所致，患者发病突然，往往会在发病后伴有剧烈疼痛感，部分患者甚至因无法耐受疼痛而发生休克，严重危害到患者的生命健康^[1]。对于肾绞痛，临床主张对其开展积极治疗，常用的治疗药物有洛芬待因缓释片、山莨菪碱等，均可在一定程度上缓解肾绞痛症状，在临床上应用广泛。近年来，临床上关于间苯三酚用于肾绞痛治疗的研究报道增多，有研究指出，间苯三酚对于肾绞痛具有良好的治疗效果^[2]，为探讨间苯三酚注射液治疗肾绞痛的有效性和安全性，本研究中收集 2020 年 3 月至 2022 年 3 月在医院接受治疗的 80 例肾绞痛患者，在患者中开展随机对照分组。

1 资料与方法
1.1 一般资料
样本收集时间为 2020 年 3 月至 2022 年 3 月，收集在医院接受治疗的 80 例肾绞痛患者，纳入标准：（1）经症状观察、尿常规、泌尿系彩超、影像学检查，确诊因泌尿结石引起肾绞痛；（2）年龄已满 18 周岁；（3）患者及其家属对研究知情，签署知情同意协议；（4）在治疗期间保持清醒意识，配合药物治疗。排除标准：（1）治疗前在精神和认知方面存在障碍；（2）既往对药物有过敏史；（3）恶性肿瘤；（4）严重肝肾功能不全；（5）妊娠期或哺乳期女性。本研究申请经由医学伦理委员会审核，并顺利得到批准。
对于患者的随机分组应用数字随机表法，每组各有 40 例。对照组中患者年龄从 20 岁到 69 岁，平均（43.19±6.51）岁，男性有 23 例，女性有 17 例，泌尿结石类型为肾结石 16 例、输尿管结石 19 例、膀胱结石 5 例；实验组中患者年龄从 20 岁到 70 岁，平均（63.54±6.37）岁，男性有 22 例，女性有 18 例，泌尿结石类型为肾结石 17 例、输尿管结石 20 例、膀胱结石 3 例。在两组间对于年龄、性别、泌尿结石开展对比，统计学分析结果均显示 P>0.05，证明一般资料间的均衡性良好，研究有可比性。

1.2 方法
两组均采用洛芬待因缓释片治疗，洛芬待因缓释片每片含 0.2g 布洛芬+13mg 磷酸可待因，经口服给药，每 12 小时给药 1 次，每次 2 片。
在洛芬待因缓释片治疗的基础上，对照组中应用山莨菪碱，取 20mg 山莨菪碱注射液，经静脉滴注给药，每天 1 次；实验组中应用间苯三酚注射液，取 120mg 间苯三酚注射液，经静脉滴注给药，每天 1 次。
1.3 观察指标
在组间对比总有效率、不良反应发生率，并在两组治疗前、治疗后对比疼痛评分、舒适度评分、生活质量评分。
总有效率=显效率+有效率，具体评价标准为：（1）显效：在用药后 30min 内，患者疼痛感完全消失。（2）有效：在用药后 30min 内，患者疼痛感明显减轻，但未完全消失，或在用药后 30min 至 60min 内，患者疼痛感基本消失。（3）无效：用药后 60min 内，患者疼痛感未减轻。

疼痛评分：对于患者疼痛感进行评估，评估时应用视觉模拟评分法（VAS），VAS 分数范围从 0 分至 10 分，分数与疼痛程度呈正比。
舒适度评分：对于舒适度在患者中开展评估，评估时应用一般舒适度状况量表（GCQ），量表包含有 30 个条目（1-4 分），总分 30-120 分，分数越高，患者感觉越舒适。
生活质量评分：对于患者的生活质量进行评估，在评估时选用世界卫生组织生活质量测定简表（WHOQOL）-BREF，量表包含 4 个维度，即生理、心理、环境及社会关系，单项计分 0 至 100 分，分数越高，生活质量越好。
1.4 统计学方法
应用 SPSS 22.0 软件对数据开展统计学分析，计数资料在对比时实施 χ^2 检验，计量资料在对比时实施 t 检验，当 P<0.05 时，差异具有统计学意义。

2 结果
2.1 两组总有效率的对比
总有效率在两组之间开展对比，实验组比对照组更高（P<0.05）。见表 1：

表 1 两组总有效率的对比[n（%）]					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	20（50.00%）	14（35.00%）	6（15.00%）	34（85.00%）
实验组	40	24（60.00%）	15（37.50%）	1（2.50%）	39（97.50%）*

注：*即较之对照组（P<0.05）。
2.2 两组疼痛评分、舒适度评分的对比
在治疗后，两组疼痛评分均比治疗前降低，两组舒适度评分均比治疗前增高，均 P<0.05；治疗后，在组间对比疼痛评分，实验组更低，而在组间对比舒适度评分，实验组更高，均 P<0.05。见表 2：

表 2 两组疼痛评分、舒适度评分的对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）				
组别	时间	疼痛评分	舒适度评分	
对照组（n=40）	治疗前	5.41±1.60	87.95±3.22	
	治疗后	3.18±0.97 [#]	92.80±4.57 [#]	
实验组（n=40）	治疗前	5.29±1.64	88.17±3.15	
	治疗后	2.24±0.73**	98.73±5.08**	

注：[#]即较之治疗前（P<0.05），**即较之对照组（P<0.05）。
2.3 两组生活质量评分的对比

对比治疗前，两组生活质量评分均在治疗后增高（P<0.05）；在治疗后，与对照组相比，实验组中生活质量评分更高（P<0.05）。见表 3：

表 3 两组生活质量评分的对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）						
组别	时间	生理	心理	环境	社会关系	
对照组（n=40）	治疗前	74.21±5.30	73.64±5.27	74.52±5.19	74.39±5.02	
	治疗后	82.93±6.85 [#]	82.40±6.13 [#]	83.27±6.30 [#]	83.14±6.54 [#]	
实验组（n=40）	治疗前	74.68±5.12	73.91±5.19	74.80±5.24	74.75±5.08	
	治疗后	89.75±6.48**	89.07±6.02**	90.14±6.15**	89.96±6.27**	

注：[#]即较之治疗前（P<0.05），*即较之对照组（P<0.05）。
2.4 两组不良反应发生率的对比
在用药后，对照组中发生口干 1 例、头晕 1 例、皮肤潮红 2 例，不良反应发生率为 10.00%，而实验组中发生恶心 2 例、呕吐 1 例，不良反应发生率为 7.50%。在两组间对比不良反应发生率，差异无统计学意义（P>0.05）。

3 讨论
肾绞痛是临床上最常见的急腹症类型之一，是急诊医学科的常见病、多发病，主要是由于泌尿结石发生嵌顿，导致肾盂、输尿管的平滑肌发生痉挛，引起腰腹部绞窄性疼痛^[3]。在肾绞痛患者发病后，患者肾脏绞痛症状严重，严重时患者甚至无法耐受疼痛，给患者的身心带来痛苦，导致其生活质量下降^[4]。
在肾绞痛发病后，为减轻病情对患者身体健康的影响，需对患者实施积极的治疗。当前，临床上对于肾绞痛的治疗以对症治疗为主，主要采用镇痛药进行镇痛治疗，洛芬待因缓释片是临床上常用的一种镇痛药物，属于复方制剂，主要成分为布洛芬、磷酸可待因，其中，布洛芬属于抗炎镇痛药，可通过对环氧化酶的合成进行抑制，阻断花生四烯酸转化为前列腺素的过程，减少了炎性因子和疼痛介质的释放，从而发挥抗炎、镇痛的作用，而磷酸可待因属于中枢镇痛药，可通过抑制中枢神经疼痛递质的传导，起到镇痛作用^[5-6]。除镇痛药物之外，解痉药同样是肾绞痛的常用治疗药物，山莨菪碱作为一种解痉药物，在肾绞痛治疗中较为常用，该药物属于抗胆碱能药物，可通过抑制 M 胆碱受体的活性，促使泌尿系统平滑肌松弛，达到解除泌尿系统平滑肌痉挛的作用^[7]，但山莨菪碱作为抗胆碱能药物，在应用后容易出现恶心、呕吐、心率增快、面部潮红等不良反应，用药安全性受到影响。而近年来，间苯三酚在临床上被逐渐用于治疗肾绞痛，该药物是一种非阿托品类解痉药，具有良好的亲肌性，在用药后可作用于泌尿系统平滑肌细胞，解除平滑肌痉挛状态，达到解痉效果，发挥镇痛作用，同时，由于间苯三酚的选择性高，在用药后可针对性地作用于痉挛状态下的泌尿系统平滑肌，不会影响到其他处于正常状态下的泌尿系统平滑肌，安全性良好^[8-9]。

本研究中为探讨间苯三酚用于肾绞痛治疗中的效果，分别在两组患者中选择山莨菪碱、间苯三酚这两种解痉药物，对比两组结果后发现：（1）在治疗后，与对照组相比，实验组中总有效率更高，实验组中疼痛评分更低，实验组中舒适度评分和生活质量评分均更高，均 P<0.05，说明间苯三酚对于肾绞痛患者的治疗效果良好，可提高疼痛缓解效果，减轻躯体不适症状，从而减轻对于患者生活质量造成的影响。（2）在两组间对比不良反应发生率，差异无统计学意义（P>0.05），说明间苯三酚用药后不会增加不良反应，用药安全性得到保证。

综上所述，对于肾绞痛患者，间苯三酚注射液可提高临床疗效，有效缓解疼痛，提高舒适度，有利于改善生活质量，且不良反应少，安全性良好。

参考文献：
[1]倪永梁,赵孝晓,刘娟娟,等.盐酸屈他维林联合氯诺昔康注射治疗尿石症肾绞痛的效果[J].现代泌尿外科杂志,2022,27（7）：556-560。
[2]童敏.清旋山莨菪碱联合间苯三酚治疗急性肾绞痛的效果及安全性分析[J].北方药学,2020,17（2）：166,165。
[3]冯楚辉,邱云桥,陈铭,等.浮针疗法和邱氏穴按压疗法治疗肾绞痛的疗效观察[J].上海针灸杂志,2021,40（6）：692-696。
[4]余占侠,魏捷,罗小敏.奥尔夫和间苯三酚联合用药与单一用药治疗急性肾绞痛的临床疗效比较[J].中国现代医学杂志,2018,28（7）：116-118。
[5]李凡,高英,姚鹏.洛芬待因治疗带状疱疹后神经痛 44 例[J].医药导报,2020,39（12）：1704-1707。
[6]张圣宏,张峻峰,李石胜,等.中药熏蒸联合洛芬待因缓释片治疗腰椎间盘突出症临床研究[J].河北中医,2018,40（12）：1807-1811。
[7]李伟民,苏华丽,陈上保,等.山莨菪碱注射液静滴用于肾绞痛治疗的临床效果观察[J].海峡药学,2020,32（10）：112-114。
[8]罗兴献,张颖,于泽,等.间苯三酚与山莨菪碱治疗肾绞痛的有效性和安全性的临床研究分析[J].中国临床药理学杂志,2022,38（8）：832-836。
[9]高景宇,罗子靖,徐哲,等.间苯三酚和山莨菪碱对肾绞痛急诊患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2021,37（8）：955-958。
作者简介：蓝敏亮 性别与学历： 性别：男；学历：本科，职称：内科主治医师（中级）；职务：科室质控员 籍贯与民族 籍贯：广东省深圳市；民族：畚族，出生年月：1983 年 8 月 30 日 研究方向： 急诊医学。

颅内压 ICP 监测指导实施标准去大骨瓣减压术时机对颅内多发脑挫裂伤患者治疗效果研究

李慧敏 郑文平 (通讯作者)

韩城市人民医院神经外科 陕西渭南 715400

摘要:目的 探讨分析对颅内多发脑挫裂伤患者采用颅内压 ICP 监测确定实施标准去大骨瓣减压术时机的作用。方法 本次研究选取 2020 年 2 月到 2022 年 2 月期间收治的 60 例颅内多发脑挫裂伤患者进行研究,按照数字表法对其分组,其中 30 例为研究组实施颅内压 ICP 监测在合适时机行标准去大骨瓣减压术,其余 30 例为参照组则是在 CT 检查后行标准去大骨瓣减压术,观察对两组的治疗效果。结果 比较两组治疗后的卡氏功能状态评分,研究组高于参照组 ($P<0.05$);比较两组治疗后的日常生活活动功能评分,研究组优于参照组 ($P<0.05$);比较两组治疗后的格拉斯哥预后评分,研究组好于参照组 ($P<0.05$);比较两组的并发症发生率,研究组低于参照组 ($P<0.05$)。结论 对颅内多发脑挫裂伤患者采用颅内压 ICP 监测有着极为显著的作用,能够对患者的病情变化进行准确的监测与分析,这样就能在适当的时机对其实施标准去大骨瓣减压术,从而提高对其治疗效果,防止其出现严重的后果。同时,能够避免其出现并发症,改善其预后效果,具有理想的应用效果。

关键词: 颅内多发脑挫裂伤; 颅内压 ICP 监测; 标准去大骨瓣减压术; 手术时机; 对比分析

颅内多发脑挫裂伤是一种由脑外伤所引发 2 个部位以上的大脑挫裂伤,导致患者发病的原因包括高空坠落、交通事故、意外滑跌以及钝器伤等,患者在发病后出现脑水肿、脑缺血以及脑血肿等并发症的概率较高,一旦出现上述问题将会导致患者病情迅速恶化,致使患者的脑神经细胞出现大面积的坏死以及凋亡,这不仅会导致患者出现脑组织以及颅内高压的问题,还会对其生命构成直接的威胁^[1]。由于在患者发病早期,往往不会出现严重的意识障碍,出血量也相对较少,往往对其采取保守治疗^[2]。然而,一旦其病情恶化,就需要采用标准去大骨瓣减压术进行治疗,才可以稳定其病情。所以,就需要能够精准把握手术时机,才可以保证对其治疗效果,防止患者出现严重的后果。因此,本文旨在探讨分析对颅内多发脑挫裂伤患者采用颅内压 ICP 监测确定实施标准去大骨瓣减压术时机的作用。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究选取 2020 年 2 月到 2022 年 2 月期间收治的 60 例颅内多发脑挫裂伤患者进行研究,按照数字表法对其分组,其中 30 例为研究组实施颅内压 ICP 监测在合适时机行标准去大骨瓣减压术,其余 30 例为参照组则是在 CT 检查后行标准去大骨瓣减压术。研究组的男女比例为 18:12,年龄为 18 岁到 76 岁,均龄为 43.9 ($s=9.2$) 岁;发病到就诊时间为 30 分钟到 4 小时,平均 2.2 ($s=0.6$) 小时;其中,15 例患者为交通事故伤,7 例患者为高空坠落伤,4 例患者为高能量创伤,4 例患者为其他损伤。参照组的男女比例为 17:13,年龄为 18 岁到 73 岁,均龄为 44.1 ($s=8.8$) 岁;发病到就诊时间为 30 分钟到 5 小时,平均 2.4 ($s=0.7$) 小时;其中,17 例患者为交通事故伤,6 例患者为高空坠落伤,5 例患者为高能量创伤,2 例患者为其他损伤。对比两组的常规资料无明显差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

参照组入院后,对其采用 CT 技术进行检查,并根据检查结果,确定实施标准去大骨瓣减压术治疗。对研究组则采用颅内压 ICP 监测,使用的仪器为无创颅内压检测仪,具体流程为:在患者入院后,需要于其左右两侧枕骨粗隆上 1.5 厘米处放置记录电极,并于患者的眉心处放置接地电极。然后,将参考电极放置在患者眉心正上方 1.5 厘米处,将黄色荧光作为监测光源,闪亮脉冲宽度为 4 毫秒,闪光刺激频率为 1.5 赫兹,刺激闪烁次数为 30 次。需要根据患者的病情严重程度,确定测量频率。通常每 3 小时对患者测量 1 次,主要是对其 FVEP 的 N₂ 波的潜伏期进行测量,持续对患者进行 3 天到 8 天的监测。在检测过程中,如果发现非休克患者的脑灌注压低于 60mmHg 或者是颅内压高于 25mmHg 的时间不低于 2 小时,就需要立刻对其行标准去大骨瓣减压术治疗。如果患者的颅内压保持在 25mmHg 以内,则可以对其采取保守治疗。

1.3 观察指标

对两组在治疗前、后根据格拉斯哥预后量表,评估其的预后效果进行评价,评价标准为:1 分:患者死亡;2 分:患者处于植物生存状态;3 分:患者有意识,但处于重度残疾状态,无自主生活能力;4 分:患者存在言语、肢体、之一以及语言功能障碍,具有部分生活自理能力;5 分:患者的恢复状况良好,有较轻的神经性后遗症,但可以恢复正常的工作与生活。同时,根据卡氏功能状态评分,对患者的生存质量进行评价,分值为 0 分到 100 分,0 分为患者死亡,100 分为患者无症状和体征可以正常活动,分数越高表明其生存质量越好。并且,根据 Barthel 指数,对患者的日常生活活动功能进行评分,评分内容包括进食能力、生活自理能力、自主排泄能力以及自主活动能力等,分值为 0 分到 100 分,分数越高表明其日常生活活动功能越好。并在完成手术后,对两组进行为期 6 个月的随访,观察后期并发症(记忆力下降、吞咽困难、口眼歪斜)发生情况^[3]。

1.4 统计学分析

通过 SPSS22.0 统计学软件分析,百分比表示计数资料,行卡方检验;对计量资料行 t 检验,用均数±标准差表示。 $P<0.05$ 表明对比存在差异。

2 结果

2.1 比较两组治疗前、后的卡氏功能状态评分

比较两组治疗前的卡氏功能状态评分无差异 ($P>0.05$);比较两组治疗后的卡氏功能状态评分,研究组高于参照组 ($P<0.05$)。见表 1:

表 1 比较两组治疗前、后的卡氏功能状态评分 (x±s)			
组别	n	治疗前 (分)	治疗后 (分)
研究组	30	42.2±6.2	67.5±10.6
参照组	30	42.6±6.7	49.8±9.5
t	/	0.240	6.811
P	/	0.811	0.000

2.2 比较两组治疗前、后的日常生活活动功能评分

比较两组治疗前的日常生活活动功能评分无差异 ($P>0.05$);比较两组治疗后的日常生活活动功能评分,研究组优于参照组 ($P<0.05$)。见表 2:

表 2 对比两组患者治疗前、后的日常生活活动功能评分 (x±s)			
组别	n	治疗前 (分)	治疗后 (分)
研究组	30	45.6±8.1	70.2±11.7
参照组	30	46.2±8.5	56.2±11.4

t	/	0.280	4.694
P	/	0.781	0.000

2.3 比较两组治疗前、后的格拉斯哥预后评分

比较两组治疗前的格拉斯哥预后评分无差异 ($P>0.05$)；比较两组治疗后的格拉斯哥预后评分，研究组好于参照组 ($P<0.05$)。见表 3：

表 3 对比两组患者治疗前、后的格拉斯哥预后评分 (X_s±s)

组别	n	治疗前 (分)	治疗后 (分)
研究组	30	2.6±0.7	4.4±0.6
参照组	30	2.7±0.8	3.1±0.5
t	/	0.515	9.117
P	/	0.608	0.000

2.4 比较两组的并发症发生率

比较两组的并发症发生率，研究组低于参照组 ($P<0.05$)。见表 4：

表 4 比较两组的并发症发生率[n/ (%)]

组别	n	记忆力下降	吞咽困难	口眼歪斜	总有效率
研究组	30	1	1	0	6.67
参照组	30	3	3	2	26.67
X ²	/	/	/	/	4.320
P	/	/	/	/	0.038

3 讨论

随着我国人民物质生活水平的提高，使得私家车数量大幅提升，致使交通事故也随之越发的常见，而交通事故极易引发颅内多发脑挫裂伤^[4]。该病较为复杂，需要在患者发病后，采取有效的治疗措施，控制其病情进展。通常情况下，都是对患者采取保守治疗，避免患者的病情恶化。但是，一旦患者出现脑水肿、脑缺血以及脑肿胀等问题，将会促使其病情迅速进展，提高患者的危险性，并会对其生命造成威胁^[5]。这就需要在其出现上述情况后，及时采取标准去大骨瓣减压术，才可以使其病情得到稳定。但是，如果没有在合适的时机对患者进行施术，将会导致患者在术后出现并发症的概率较高，还会影响其预后效果，难以充分发挥手术治疗的作用。由于在患者病情恶化之前，其颅内压将会异常升高，一旦患者出现颅内压身高的问题，不仅会影响其脑灌注压，还会对其脑血流量造成干扰，极易引发患者如出现脑组织缺血以及缺氧的问题。这种情况会导致患者的脑组织损伤加剧，还会使其出现并发症的概率提高，甚至会出现脑疝问题，从而危及到患者的生命，这也是导致患者出现死亡的“罪魁祸首”^[6]。所以，通过对患者的颅内压进行有效监测，就可以及时发现其出现的危险征兆，并及时采取有效的治疗措施，控制其病情进展。无创颅内压检测仪作为一种专门用于监测颅内压的仪器，其不会给患者造成任何创伤，并可以对患者的颅内压进行持久的监测，这样就能够实时获取患者的颅内压具体变化，及时发现患者出现的颅内压异常升高问题，这样就可以根据检查结果制定对患者的治疗方案，从而有效控制患者的病情进展，提高对其治疗效果。

标准去大骨瓣减压术作为对颅内压升高患者的首选治疗方法，通过该术式对患者进行治疗，将能够使患者的颅内空间大幅提升，不仅可以对脑疝起到很好的预防效果，还可以帮助其恢复正常的血流灌注^[7]。同时，能够为患者建立颅内压缓冲，可以根据大骨瓣切除的面积，强化颅内内容的缓冲能力。通常情况下，如果切除的骨瓣面积较小，虽然对预防脑疝有着一定作用，却无法为患者重建脑血流灌注，所以需要切除较大的骨瓣，才可以取得理想的效果。在对患者施术时，需要清除患者大面积的露骨，使其颅腔能容积增加，提高对颅内压的控制效果，有效调节患者的脑组织压力^[8]。患者的脑部血流状态将可以得到显著改善，其脑血流量也能够进行适当调节，从而防止患者的脑水肿问题，使患者的脑组织以及局部半球代谢恢复正常。但是，该术式属于创伤性的治疗手段，将会破坏患者颅骨的完整性，致使患者

在术后出现并发症的概率较高。所以，该术式不属于对患者的首选治疗方法，需要根据患者的实际情况，科学的对其选择治疗时机，才可以取得令人满意的治疗效果^[9]。然而，由于患者的病情变化较为复杂，进展速度较快，如果未能把握正确的手术时机，必然会影响患者的预后效果，致使患者的危险性大幅提高。而通过利用无创颅内压检测仪，则可以对患者的颅内压进行有效监测，这样就能够对其颅内压的异常变化及时识别并及时处理，保证患者的安全性，防止患者出现严重的后果。同时，在对患者进行监测的过程中，利用无创颅内压检测仪，能够强化对其颅内压的监测效果，这样就能够及时调整对其治疗方案，提高治疗的针对性与有效性，从而使其更好的恢复健康，防止其出现意外事件^[10]。本次研究结果显示：比较两组治疗后的卡氏功能状态评分，研究组高于参照组 ($P<0.05$)；比较两组治疗后的日常生活活动功能评分，研究组优于参照组 ($P<0.05$)；比较两组治疗后的格拉斯哥预后评分，研究组好于参照组 ($P<0.05$)；比较两组的并发症发生率，研究组低于参照组 ($P<0.05$)。这表示通过应用颅内压 ICP 监测，可以在合适的时机对患者进行手术，在保证手术治疗效果的同时，能够使患者的预后效果大幅提高，帮助患者改善生活质量，使其可以恢复正常的工作和生活，减轻其心理压力。

综上所述，对颅内多发脑挫裂伤患者采用颅内压 ICP 监测有着极为显著的作用，能够对患者的病情变化进行准确的监测与分析，这样就能够适当的时机对其实施标准去大骨瓣减压术，从而提高对其治疗效果，防止其出现严重的后果。同时，能够避免其出现并发症，改善其预后效果，具有理想的应用效果。

参考文献：

[1]高英,廖利萍,何琦,陈鹏,王科,陈英,邓永兵,牟绍玉. 血管内低温治疗对重型颅脑损伤标准大骨瓣减压术后患者颅内压及脑血流动力学的影响[J]. 陆军军医大学学报,2022,44 (13): 1307-1313.

[2]朱敏,张志华,茅国兴. 颅内压监测下阶梯减压技术与常规大骨瓣减压术治疗重症颅脑损伤的效果及近期预后观察[J]. 医学理论与实践,2022,35 (6): 952-954.

[3]王忠,张瑞剑,韩志桐,张晓军,包金岗,张义松,赵卫平,杨蔚然,张之龙. 持续颅内压及脑组织氧分压监测在重度颅脑损伤患者标准大骨瓣减压术及显微血肿清除术后的应用[J]. 中国综合临床,2022,38 (1): 68-73.

[4]郭邦明,廖文娟,邱传珍,刘鹏. 动态颅内压监测对行去骨瓣减压手术治疗重度高血压脑出血患者 ADL 分级的影响[J]. 当代医学,2021,27 (36): 37-39.

[5]叶世阳. 无骨桥双额开颅大骨瓣减压术对双额脑挫裂伤患者颅内压及预后的影响[J]. 当代医学,2021,27 (33): 38-40.

[6]王瑞康,韩冰莎,李娇,栗艳茹,王帝,张磊,赵敬河,冯光. 急性缺血性脑卒中患者电磁扰动系数与颅内压的相关性及二者对实施去骨瓣减压术的预测价值[J]. 中华神经医学杂志,2021,20 (6): 590-597.

[7]王忠,张瑞剑,韩志桐,张晓军,张义松,王俊青,赵卫平. 动态颅内压监测在高血压脑出血合并脑血肿清除术及标准大骨瓣减压术后的应用[J]. 临床神经外科杂志,2021,18 (1): 92-95+99.

[8]汤汉心,林喜容,陈锦镜. 标准大骨瓣减压术治疗对重型颅脑损伤患者颅内压水平及神经功能评分的影响研究[J]. 中国医学创新,2020,17 (16): 44-47.

[9]付世平,刘从爱. 标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤对颅内压水平及神经功能的影响[J]. 基层医学论坛,2020,24 (16): 2289-2291.

[10]王忠,张瑞剑,韩志桐,王俊青,吴日乐,张晓军,刘白雨,杨蔚然. 持续颅内压监测在重度颅脑损伤及脑出血合并脑疝患者标准大骨瓣减压术及显微血肿清除术后的应用[J]. 中国医药导报,2020,17 (5): 75-78+82.

腰麻联合硬膜外麻醉应用于剖宫产术的临床麻醉疗效

李莲莲

莱州市人民医院麻醉科 261400

摘要：目的：探究腰麻联合硬膜外麻醉应用于剖宫产术的临床麻醉疗效。方法：以剖宫产孕妇 68 例为对象，平均分成两组，即参照组、研究组，各 34 例，参照组实施持续硬膜外麻醉，研究组实施腰麻联合硬膜外麻醉，对比麻醉效果。结果：研究组麻醉后 30 min、术毕的心率、收缩压均优于参照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。相比对照组，研究组的麻醉生效时间、用药量、出血量均比较理想 ($P<0.05$)。研究组新生儿出生后 1min、5min 的 Apgar 评分均优于参照组， $P<0.05$ ，统计学意义存在。研究组不良反应发生率低于参照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。研究组新生儿的 PCO₂ 水平 (46.23±5.96)、PO₂ 水平 (28.09±3.86) 均优于参照组，差异 $P<0.05$ 。结论：在剖宫产术中实施腰麻联合硬膜外麻醉，有助于稳定患者的血流动力学指标，且改善新生儿指标，不良反应少，安全性高，应用效果显著。

关键词：腰麻联合硬膜外麻醉；剖宫产术；持续硬膜外麻醉

研究数据表明，我国剖宫产产妇数量不断增多，与自然分娩孕妇相比，剖宫产孕妇手术麻醉后合并症发生风险较高，需及时给予有效处理，避免引起循环骤停，对胎盘血流灌注产生影响，引起新生儿缺血、缺氧，对母婴安全产生严重威胁。因此，应当加强剖宫产术者的麻醉管理^[1]。剖宫产术常用的一种麻醉方式为腰硬联合麻醉，在术后镇痛、肌肉松弛、阻滞等方面均具有理想效果^[2]。本文将以我院 68 例产妇为对象，探究腰麻联合硬膜外麻醉应用于剖宫产术的临床麻醉疗效，详细如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

以剖宫产孕妇 68 例为对象，平均分成两组，即参照组、研究组，各 34 例，研究时间是 2019 年 12 月-2020 年 12 月。参照组，年龄为 24-33 岁，年龄平均值为 (29.85±2.67)；20 例初产妇，14 例经产妇；孕期为 37-41 周，平均值是 (38.89±1.12) 周。试验组，最小年龄是 24 岁，最大年龄是 39 岁 (29.51±2.46) 岁；21 例初产妇，13 例经产妇；孕期为 37-42 周，平均值是 (38.98±1.23) 周。纳入标准：资料齐全；认知正常；具备剖宫产指征；熟知本次研究，并表示自愿参加。排除标准：胎儿发育不良；前置胎盘；妊娠合并症；意识障碍；精神疾病；器质性疾病；药物过敏；不配合研究者。两组产妇一般资料对比分析， $P>0.05$ 。

1.2 方法

两组产妇麻醉前取 500ml，准备麻黄碱、阿托品。

参照组实施持续硬膜外麻醉：取 L2-3 椎间隙穿刺，头端在硬膜外导管 (3-4cm) 处放置，取 5ml 利多卡因 (2%) 硬膜外腔注射，在 5 分钟以后，若无局麻药无中毒反应，取 5-10ml 利多卡因 (2%) 继续注入。使用麻醉性镇痛药物辅助治疗。

给予研究组腰麻联合硬膜外麻醉：保持右侧卧位体位，取 T12-L1 间隙硬膜外穿刺，向头侧置留导管，并在头端硬膜外针头超出 3cm 进行固定，以便术中加药与术后镇痛。随后，实施 L3-4 间隙的单次腰麻，使用布比卡因 (生产厂家：江苏恒瑞医药股份有限公司) 10mg 与葡萄糖溶液混合，共 3ml 进行推注，在 0.5min 内完成，调整体位为平卧位，头脚高度可对麻醉平面进行控制，观察麻醉平面，待稳定后行手术操作；若产妇的剖宫产时间为 60min 以上，则需取药物追加。

1.3 观察指标

对比两组孕产妇在术前、麻醉后 30min、术毕、术后 1h 的心率变化、收缩压变化。统计两组产妇的麻醉生效时间、用药量、出血量；之后，详细记录两组孕产妇的并发症发病率；随后，在新生儿娩出以后，评估 Apgar 评分。最后，新生儿出生后 1 分钟，检测脐静脉血的二氧化碳分压 (PCO₂)、氧分压 (PO₂)。

1.4 统计学方法

使用 SPSS20.0 软件对比分析，计量资料应用 T 检验，±表示；计数资料应用 X² 检验，

%表示，差异 $P<0.05$ ，有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇生理应激反应比较

研究组麻醉后 30 min、术毕的心率、收缩压均优于参照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。如表 1 所示。

表 1：两组产妇生理应激反应比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别		术前	麻醉后 30min	术毕	术后 1h
心率 (次/min)	研究组	85.23±4.45	75.76±4.34	80.27±0.52	83.57±5.43
	参照组	85.45±4.51	71.43±3.23	76.53±0.41	83.78±5.26
收缩压 (mmHg)	研究组	95.23±7.36	90.17±3.34	87.41±4.15	93.61±4.27
	参照组	95.38±6.41	86.45±2.67	83.73±4.64	93.74±4.45

2.2 两组产妇的麻醉生效时间、用药量、出血量比较

相比对照组，研究组的麻醉生效时间、用药量、出血量均比较理想 ($P<0.05$)。见表 2：

表 2 两组产妇的麻醉生效时间、用药量、出血量比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组		生效时间 (min)	用药量 (ml)	平均出血量 (ml)
研究组		6.34±3.12	20.31±11.73	129.38±22.12
	对照组	17.65±3.10	42.18±10.16	154.35±33.68
T 值		16.428	8.155	3.677
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组新生儿 Apgar 评分比较

研究组新生儿出生后 1min、5min 的 Apgar 评分均优于参照组， $P<0.05$ ，统计学意义存在。如表 3 所示。

表 3：两组新生儿 Apgar 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别		n	出生后 1min	出生后 5min
研究组		34	9.39±0.22	9.91±0.19
	参照组	34	9.08±0.17	9.62±0.23
T 值		/	4.0923	4.7893
P 值		/	0.0000	0.0000

2.3 两组产妇不良反应情况比较

研究组不良反应发生率低于参照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$ ， $\chi^2=4.1392$)。如表 4

所示。

表 4：两组不良反应比较（n%）

组别	n	瘙痒	恶心呕吐	寒颤	发生率
研究组	34	1（2.94%）	0（0）	0（0）	1（2.94%）
参照组	34	2（5.88%）	3（8.82%）	1（2.94%）	6（17.65%）
X ² 值	/	/	/	/	4.3263
P 值	/	/	/	/	0.0416

2.4 新生儿血气指标比较分析

研究组新生儿的 PCO₂ 水平（46.23±5.96）、PO₂ 水平（28.09±3.86）均优于参照组，差异 P<0.05。如表 5 所示。

表 5：新生儿血气指标比较分析（X±S，kPa）

组别	n	PCO ₂	PO ₂
研究组	34	46.23±5.96	28.09±3.86
参照组	34	51.34±5.12	25.12±3.79
T 值	/	4.6745	4.0956
P 值	/	0.0000	0.0000

3 讨论

当前世界卫生组织倡导医疗机构需降低剖宫产率，然而，临床剖宫产率仍然很高，剖宫产麻醉与术后镇痛成为临床研究的重点^[3]。剖宫产手术在产科中的应用比较多，多针对难产、巨大儿、妊高症产妇，改善产妇的妊娠结局。通过剖宫产手术，可以改善胎儿宫内窘迫、羊水早破等并发症。为了保障剖宫产手术安全性，缓解术后疼痛所致应激反应，改善产妇预后，需要制定合理有效的麻醉方案。剖宫产的麻醉处理中，以腰麻联合硬膜外麻醉最为常见，此种麻醉方式的优势较多，可以获得良好的麻醉效果，所以广泛应用到临床治疗中。单一的硬膜外麻醉，尽管可以控制术中出血，改善不良反应，但是麻醉使用剂量较多，很难实现完全阻滞。针对胎儿窘迫的产妇，为了快速分娩出胎儿，在阻滞未完全情况下分娩，会加剧产妇的痛苦。特别是横切口剖宫产，会增加手术的难度。腰麻联合硬膜外麻醉，药物使用剂量小，可以完全阻滞，肌送、镇痛效果佳，可以减少并发症率，因此被广泛应用到剖宫产手术中。

腰硬联合麻醉是通过取蛛网膜下腔部位，将药物注入，直接作用于脊神经，使得麻醉层面更易控制，减少对循环系统所产生的影响，同时发挥血供与重要脏器的保护作用，起效时间较长，有助于避免发生胎儿宫内窘迫、新生儿窒息等风险^[4]。持续硬膜外麻醉的完全阻滞平面以 T8-L4 为主，也即是椎管旁开始，蛛网膜绒毛阻滞脊神经根，神经鞘将脊神经根包裹起来，这就使得盆腔神经从不能完全阻滞^[5]。因此，硬膜外麻醉起效很慢，且存在阻滞不全的现象，对肌肉松弛效果产生影响。此外，单一使用硬膜外麻醉法，需要使用大量的麻醉药物，从而缓解产妇的疼痛。在分娩过程中，由于产妇的内脏牵拉，会导致麻醉失效，很难控制术中出血量，增加产妇的不良反应，影响母婴安全。腰麻的药物剂量比较少，能够获得一定的效果，然而单一腰麻也会产生副作用，可控性不足，会改变产妇的血流动力学，从而剑豪胎盘的灌注量，导致胎儿呼吸窘迫，危害母婴安全。联合麻醉法，可以在麻醉药注射后 5min 手术，获得最佳麻醉效果，弥补单一麻醉法的不足，比如药物剂量大、起效慢等，有效降低产妇的疼痛感，控制术中出血量，维护手术安全性。同时可以减少医疗纠纷事件，提升产妇的满意度评价，促进生活质量的改善。腰麻、硬膜外联合麻醉，将利多卡因、布比卡因注射在椎管内，可以阻断运动神经纤维、感觉神经、交感神经，药物快速起效，短时间内完成完全阻滞，具备良好的肌松效果、镇痛效果。同时，减少麻醉药物的使用剂量，延长麻醉时间，

以免产妇出现血流动力学明显改变问题，降低不良反应。同时，联合麻醉法的药物剂量使用少，可以降低药物对产妇运动神经功能的损伤，加快产妇术后清醒时间，麻醉平面的可控性比较高，能够避免盆腔脏器牵拉，从而产生不良应激反应。联合麻醉具备较强的可控性，可以随时调整注药速度，对阻滞平面高低进行控制，减少局部麻醉浓度，以免造成麻醉中毒事件。然而联合麻醉后，如果患者出现低血压风险，则要使用麻黄碱，促使疾病风险下降。大量临床实践表明，在剖宫产治疗中应用腰硬联合麻醉，机体的应激反应小，稳定麻醉期的血流动力，有助于改善镇静效果^[6-7]。本次研究中，剖宫产产妇分别实施持续硬膜外麻醉、腰麻联合硬膜外麻醉，结果可见，研究组麻醉后 30 min、术毕的心率、收缩压均优于参照组，差异有统计学意义（P<0.05）。相比参照组，研究组的麻醉生效时间、用药量、出血量均比较理想（P<0.05）。研究组新生儿出生后 1min、5min 的 Apgar 评分均优于参照组，P<0.05，统计学意义存在。研究组不良反应发生率低于参照组，差异有统计学意义（P<0.05）。研究组新生儿的 PCO₂ 水平（46.23±5.96）、PO₂ 水平（28.09±3.86）均优于参照组，差异 P<0.05。腰麻联合硬膜外麻醉是利用腰膜特点与腰膜外特点进行麻醉，具有许多优点，如效果准确、麻药用量小、麻醉时间不受限、中毒发生率低等，麻醉效果显著。有学者^[8]选取剖宫产产妇进行研究，分别实施持续硬膜外麻醉、腰麻联合硬膜外麻醉，结果可见，腰麻联合硬膜外麻醉组产妇在产后的心率、收缩压均优于持续硬膜外麻醉，且腰麻联合硬膜外麻醉组产妇产后新生儿 Apgar 评分优于持续硬膜外麻醉组，与本次研究结果保持一致。现代医学发展下，需要找寻新型麻醉方式，从而加强麻醉效果，缩短麻醉的生效时间，维护患者的安全性，现已成为多数学者的探究重点。腰麻、硬膜外联合麻醉，能够充分发挥出不同麻醉方法的优势，并且在临床中的普及率不断提升，应用较为频繁。联合麻醉的生效时间快，并发症率交底，可以减少产妇的牵拉反应，具备较高的可行性。本次研究也存在较多不足，比如病例数量纳入少、研究时间短、观察指标少等，可能会影响研究结论的说服力。所以在未来研究中，建议其他学者适当增加病例数量，延长研究时间，获得全方位的观察指标，保证产妇剖宫产的麻醉安全性。

综上所述，在剖宫产术中实施腰麻联合硬膜外麻醉，有助于稳定内环境，不良反应少，安全性高，有效改善妊娠结局，应用效果显著。

参考文献：

[1]潘炳德,初德建,刘强. 硬膜外麻醉和腰硬联合麻醉对剖宫产术后镇痛的效果比较[J]. 保健文汇,2021,22（1）: 176-177.

[2]周雪丹. 腰硬联合麻醉与硬膜外麻醉用于高龄产妇剖宫产术的效果研究[J]. 东方药膳,2021（3）: 129.

[3]范松强. 腰硬联合麻醉与连续硬膜外麻醉在妊娠期高血压疾病孕妇剖宫产术中的应用比较[J]. 河南医学研究,2021,30（9）: 1641-1642.

[4]缪光强. 剖宫产术中不同剂量罗哌卡因等比重腰麻-硬膜外联合麻醉对母婴 RAAS 系统的影响研究[J]. 母婴世界,2021（3）: 97.

[5]徐仙飞,朱夏华. 腰硬联合麻醉与硬膜外麻醉用于高龄产妇剖宫产术的效果研究[J]. 中国妇幼保健,2020,35（2）: 206-208.

[6]安凤娇,芦庆丰. 腰麻联合硬膜外麻醉与单纯硬膜外麻醉应用于剖宫产术的麻醉效果比较[J]. 健康大视野,2020（7）: 21.

[7]杨曦. 腰硬联合麻醉与硬膜外麻醉在剖宫产术后镇痛中的临床效果对比[J]. 中国医药指南,2020,18（9）: 75-76.

[8]张成权,邓莹. 比较单纯硬膜外麻醉和腰麻-硬膜外联合麻醉在剖宫产手术中的应用[J]. 母婴世界,2020（5）: 57.

艾地苯醌联合认知功能康复训练治疗血管性痴呆患者的疗效观察

李小利

榆林市榆阳区人民医院 综合内二科 陕西榆林 719000

摘要：目的 探究艾地苯醌联合认知功能康复训练治疗血管性痴呆患者临床治疗价值。方法 选我院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间 80 例血管性痴呆患者为研究对象，以随机数字表法分为对照组、观察组，各 40 例，分别接受艾地苯醌治疗、艾地苯醌+认知功能康复训练治疗，比较两组治疗前后智力水平（MMSE）、日常生活能力（ADL）、氧化应激因子[谷胱甘肽过氧化物酶（GSH-Px）、丙二醛（MDA）、超氧化物歧化酶（SOD）]水平。结果 治疗前两组 MMSE、ADL 水平相近（ $P>0.05$ ）；治疗后观察组 MMSE、ADL 评分较对照组高（ $P<0.05$ ）；治疗前两组 GSH-Px、MDA、SOD 水平相近（ $P>0.05$ ）；治疗后观察组 GSH-Px、SOD 水平较对照组高，MDA 水平较对照组低（ $P<0.05$ ）。结论 对血管性痴呆患者应用艾地苯醌+认知功能康复治疗，可改善患者认知功能及生活能力，改善其氧化应激反应水平，效果理想。

关键词：血管性痴呆；艾地苯醌；认知功能康复训练

Therapeutic effect of Aidibenquinone combined with cognitive function rehabilitation training on vascular dementia patients

Li Xiaoli

Department of General Internal Medicine, Yuyang District People's Hospital, Yulin, Shaanxi 719000

[Abstract]: Objective To explore the clinical value of Aidibenquinone combined with cognitive function rehabilitation training in the treatment of vascular dementia patients. Methods A total of 80 patients with vascular dementia in our hospital from January 2020 to December 2021 were selected as research objects, and were divided into control group and observation group by random number table method, with 40 cases in each group. They received aidibenquinone treatment and aidibenquinone + cognitive function rehabilitation training, respectively. The levels of intelligence (MMSE), ability of daily living (ADL) and oxidative stress factors (glutathione peroxidase (GSH-Px), malondialdehyde (MDA) and superoxide dismutase (SOD)) before and after treatment were compared between the two groups. Results The levels of MMSE and ADL were similar in the two groups before treatment ($P>0.05$). After treatment, MMSE and ADL scores in observation group were higher than those in control group ($P<0.05$). The levels of GSH-Px, MDA and SOD in the two groups before treatment were similar ($P>0.05$); After treatment, the levels of GSH-Px and SOD in the observation group were higher than those in the control group, while the level of MDA was lower in the control group ($P<0.05$). Conclusion The application of Aidibenquinone + cognitive function rehabilitation therapy in vascular dementia patients can improve the cognitive function and life ability of the patients, improve the level of oxidative stress response, the effect is ideal.

【Key words】: vascular dementia; Aidibenquinone; Cognitive function rehabilitation training

血管性痴呆 (vasculardementia, VD) 指因脑卒中脑血管疾病引发的严重认知功能障碍综合征，主要特征为脑神经损伤，并受其脑组织血液循环障碍相关应激反应，可引发认知、行为、记忆等功能障碍，影响患者智力水平及日常生活能力，需加强治疗。艾地苯醌具清除自由基、抗氧化作用，可减轻脑缺血引发的脑神经损伤症状，改善患者行为能力，为脑血管疾病引发痴呆、中老年痴呆主要治疗药物，但在对血管性痴呆患者治疗中效果有限^[1]。认知功能康复训练，指通过多种训练方式增强患者脑神经刺激，促进其脑神经功能重建，改善患者认知功能^[2]。为此，本次研究选我院 2019 年 1 月至 2020 年 12 月期间 80 例血管性痴呆患者为研究对象，探究艾地苯醌+认知康复训练治疗对其影响。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选我院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间 80 例血管性痴呆患者为研究对象，以随机数字表法分为对照组、观察组，各 40 例。对照组男性 24 例、女性 16 例，年龄 65~79 岁，平均 (69.76±3.64) 岁；病程 0.5~5 年，平均 (2.31±0.43) 年；文化程度：小学及以下 14 例、初中及高中 20 例、大专及以上 6 例；观察组男性 23 例、女性 17 例，年龄 64~81 岁，平均 (70.11±4.10) 岁；病程 0.5~6 年，平均 (2.36±0.37) 年；文化程度：小学及以下 16 例、初中及高中 21 例、大专及以上 5 例；组间资料相近（ $P>0.05$ ）；研究符合医学伦理。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①均符合血管性痴呆诊断标准^[3]；②发病时间明确，持续发病时间≥6 个月；

③患者家属对研究知情同意。

排除标准：①合并其他精神障碍性疾病；②心肝肾等脏器严重功能障碍；③合并恶性肿瘤；④研究期间死亡、脱出。

1.3 方法

两组患者入院后，均接受降糖、调脂等基础治疗。同时两组均应用艾地苯醌（生产厂家：深圳海王药业有限公司；批准文号：国药准字 H10970363），口服治疗，30mg/次，3 次/d；在此基础上，观察组应用认知功能康复训练：（1）心理疏导：利用结局回溯性教育、介绍临床典型成功案例等方式，提升患者康复信心；初次疏导时间 5~15min，后结合患者情绪改善情况确定心理疏导时间，每次时间 5~6min；（2）定向障碍训练：在病房内固定位置摆放相应物品，每日对患者进行物品形态、名称、位置训练，帮助患者熟悉病房内、外事物，每日挑选不同物品让患者描述，提升其对定向地点记忆能力；5~10min/次，2 次/d；（3）注意力训练：与患者家属沟通，了解其日常喜好，如书画、写字、棋牌游戏等，适当组织相应活动，并鼓励患者积极参与，以提升其注意力及思考能力；20~30min/次，每周 2~3 次；（4）

表 2 治疗前后氧化应激因子水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	GSH-Px (U/L)		SOD (U/mL)		MDA (mmol/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	35.21±9.35	37.39±7.25	83.34±8.42	114.45±11.40	0.37±0.11	0.34±0.12
观察组	40	34.84±8.22	40.47±6.47	82.40±9.33	123.08±12.49	0.39±0.12	0.27±0.09
t		0.188	2.005	0.473	3.228	0.777	2.951
P		0.851	0.048	0.638	0.002	0.439	0.004

3. 讨论

血管性痴呆多发于痴呆家族史、高龄、吸烟、低血压等人群，主要表现为认知功能改变、注意力改变、顶叶功能障碍等症状，严重影响患者日常行为能力，需积极治疗。药物治疗为该病主要治疗方法。其中艾地苯醌为主要治疗药物，具清除自由基、抗氧化作用，同时可增强有氧呼吸能力，改善脑组织缺氧状态。相关研究表明，在对血管性痴呆大鼠认知功能障碍研究中，对其实施腹腔内注射艾地苯醌（10mg/kg）治疗，每天 1 次，持续给药 30d，并与常规注射生理盐水为对照，结果发现，艾地苯醌可显著改善大鼠认知功能，促进其突触素 P38 及海马区相关生长蛋白-43 表达，说明应用艾地苯醌可抑制血管性痴呆患者脑组织炎症反应对其脑神经损伤，同时可改善其神经突触功能，促进脑神经功能重建，进而可改善其认知功能。但在对血管性痴呆患者治疗中，单纯应用艾地苯醌治疗效果有限。

认知功能训练，为以肢体运动、思维运动为基础的训练治疗办法，其主要治疗目的为通过增强患者脑神经运动，以刺激其重建脑神经通路，促进患者恢复脑神经网络，并由神经配合完成患者日常行动能力，最终达到改善患者生活能力，改善其认知功能缺损之效。本次研究中，对两组患者均应用艾地苯醌治疗，观察组在此基础上联合认知功能训练，研究结果发现，治疗后观察组 MMSE、ADL 评分均较对照组高，考虑原因为，在应用艾地苯醌治疗中，可清除脑神经组织缺血性损伤，但对改善患者脑神经功能效果有限；联合认知功能训练治疗

记忆力训练：指导患者以视觉、听觉、嗅觉观察世界，并以自己感官结果复述周围生活中各种实践，包括趣事、食物种类、室内温度等；复述时间 10~20min/次，2 次/d；（5）运动训练：进行患者床上主动运动、上下床、日常生活自理等常规训练；生活无法自理者，指导家属予以床上被动功能训练，避免发生肌肉萎缩、关节粘连等训练；15~30min/次，2 次/d。

两组均持续治疗 3 个月。

1.4 观察指标

（1）比较两组治疗前后认知功能，以简易智力状况检查（MMSE）^[4]表示，包括延迟记忆、注意力和计算力等 6 个维度，共计 30 个条目，总分 60 分，分数高表示认知功能好；（2）比较两组治疗前后日常生活能力，以日常生活能力（ADL）^[5]量表表示，总分为 100 分，分数高表示日常生活能力好；（3）比较两组治疗前后氧化应激因子水平，包括谷胱甘肽过氧化物酶（GSH-Px）、丙二醛（MDA）、超氧化物歧化酶（SOD），GSH-Px 以比色法检验，SOD 以超氧化物歧化酶检测，MPO 以酶联免疫吸附法检测。

1.5 统计学方法

研究数据以 SPSS24.0 软件统计，（ $\bar{x} \pm s$ ）表示计量资料，（%）表示计数资料，t、 χ^2 检验； $P<0.05$ 提示比较差异显著。

2. 结果

2.1 治疗前后认知情况及日常生活能力

治疗前两组 MMSE、ADL 水平相近（ $P>0.05$ ）；治疗后观察组 MMSE、ADL 评分均较对照组高（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 治疗前后认知情况及日常生活能力（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	n	MMSE		ADL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	20.12±1.25	21.03±1.40	45.76±5.41	60.34±3.08
观察组	40	19.96±1.38	22.19±1.51	45.47±5.38	63.25±4.30
t		0.543	3.563	0.240	3.480
P		0.588	0.001	0.811	0.001

2.2 治疗前后氧化应激因子水平

治疗前两组 GSH-Px、MDA、SOD 水平相近（ $P>0.05$ ）；治疗后观察组 GSH-Px、SOD 水平较对照组高，MDA 水平较对照组低（ $P<0.05$ ），见表 2。

后，可在减轻患者脑神经损伤基础上，通过脑神经功能刺激，可帮助患者快速完成神经功能重建，以快速改善患者神经功能缺损相关障碍症状，以改善患者认知功能及日常生活能力。

综上，对血管性痴呆患者应用艾地苯醌+认知功能训练治疗，可改善患者认知功能及日常生活能力，同时可减轻患者氧化应激反应水平，效果理想。

参考文献：

- [1]张云云, 李欣欣, 王滨. 艾地苯醌联合多奈哌齐治疗高龄轻中度血管性痴呆的疗效及机制研究[J]. 国际老年医学杂志, 2020, 41 (4): 206-208.
- [2]陈世振, 陈康亮, 范煜华, 等. 认知功能训练联合循环治疗对轻度血管性痴呆的疗效[J]. 国际老年医学杂志, 2020, 041 (002): 76-79.
- [3]中华医学会神经病学分会. 血管性痴呆诊断标准草案[J]. 中华神经科杂志, 2002, 35 (4): 246-246.
- [4]吴小慧, 吴柏楠, 陈婉珉, 等. 艾地苯醌治疗血管性痴呆临床效果观察[J]. 中国实用医药, 2020, 015 (014): 105-107.
- [5]许秀, 张中平, 江泽耀, 等. 还少丹联合多奈哌齐对血管性痴呆患者血清 GSH-Px、MDA 水平的影响[J]. 中国现代药物应用, 2020, 014 (004): 182-184.

苍肤止痒酊治疗结节性湿疹的临床效果分析

梁忱

秦皇岛市中医医院 河北秦皇岛 066000

摘要:目的:深入探究苍肤止痒酊传统药方在结节性湿疹临床治疗中的应用效果,以期临床治疗方案的制定和开展提供参考价值。方法:研究时间范围控制在2020年10月至2021年10月之间,选取此期间我院收治的88例结节性湿疹患者作为本次研究对象,把所有患者分成两组,对照组(n=44)采用卤米松乳膏治疗,实验组(n=44)采用苍肤止痒酊治疗,对比治疗相关数据。结果:经过治疗,实验组患者的皮损面积和瘙痒程度评分均低于对照组($P<0.05$);实验组复发率为2.27%(1/44),明显低于对照组的13.64%(6/44)($P<0.05$);实验组患者用药不良反应总发生率为4.55%(2/44),与对照组的6.82%(3/44)差距较小($P>0.05$);实验组患者的SAS和SDS评分远远低于对照组($P<0.05$)。结论:苍肤止痒酊具有促进皮疹消退、减轻瘙痒程度的功效,且复发率低、副作用小,有利于消除患者的负面情绪、改善其心理状态,在提升治疗效果方面发挥着巨大的价值和作用,是治疗结节性湿疹的首选良方,临床可进行推广使用。

关键词:苍肤止痒酊;结节性湿疹;临床治疗;应用效果

结节性湿疹是一种以皮肤瘙痒和结节为典型特征的慢性皮肤病,主要是由环境、精神、生活方式以及免疫缺陷等众多危险因素综合作用所致,小腿伸侧是结节性湿疹最为常见的发病部位^[1]。此病在任何年龄段均可发生,在20岁至60岁的成人人群中发病率最高,女性患者占比大于男性患者。患者患病后通常会出现阵发性瘙痒的症状,且瘙痒持续时间较长,抓挠后容易出现湿疹破溃、继发感染等不良现象^[2]。结节性湿疹不仅会导致患者皮肤破损,而且剧烈的瘙痒感会严重影响患者的睡眠质量,对其日常生活和工作造成较大的负面影响。因此,有必要采取有效的治疗措施对患者进行早期干预,从而缓解其瘙痒感,改善其生活质量^[3]。卤米松乳膏是临床治疗结节性湿疹常用药物,局部涂抹该药物虽然可以有效缓解瘙痒症状,但停药后仍有复发的可能,中远期疗效欠佳。中医认为此病根本病因在于风湿热瘀,应秉承祛风清热、解毒散瘀的原则来开展治疗^[4]。基于此,本文以88例患者为研究对象,通过分组治疗的方法来观察苍肤止痒酊在结节性湿疹临床治疗中的实际疗效,希望能够为临床医务人员合理用药提供理论参考依据,现作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间范围在2020年10月至2021年10月之间,选取在此期间于我院就诊的88例结节性湿疹患者作为本次研究对象,分析其就诊信息,并对其进行分组治疗。44例实验组患者中,男性18例,女性26例;年龄均在23岁至65岁之间,平均(42.57±11.36)岁;病程均在0.5-2年之间,平均(0.95±0.21)年;结节直径均在0.5-3cm之间,平均(1.64±0.15)cm。44例对照组患者中,男性17例,女性27例;年龄均在22岁至67岁之间,平均(43.18±12.23)岁;病程均在0.5-2年之间,平均(0.87±0.34)年;结节直径均在0.5-3cm之间,平均(1.59±0.22)cm。两组患者的基本资料差异较小($P>0.05$),可进行对比。我院已在研究开始之前与所有患者及其家属进行充分沟通,并且签署知情同意书。

纳入标准:(1)均存在皮肤肿块并伴随瘙痒感,且经血液学检查确诊为结节性湿疹;(2)自我表达能良好;(3)均自愿参与本次研究,并且能够积极配合。

排除标准:(1)存在精神疾病或血液疾病者;(2)合并其它严重皮肤疾病者;(3)存在认知缺陷,难以有效沟通者;(4)存在卤米松乳膏或苍肤止痒酊过敏史者;(5)于研究中途退出或者依从性较差者。

1.2 方法

治疗前为患者普及疾病相关知识,详细介绍结节性湿疹的诱导因素以及基础注意事项,纠正患者的错误认知和不良生活习惯;向患者介绍药物的作用原理,强调治疗的必要性,以提升其依从性;观察患者的情绪变化,及时给予相应的情感调护,避免患者因瘙痒反复发作而产生焦虑、紧张等情绪,引导患者保持良好的心态;结合患者实际情况提供饮食指导,嘱

咐患者保持饮食清淡,忌食辛辣、刺激食物,禁烟禁酒,多食用新鲜果蔬,并摄入足量的蛋白质以增强免疫力;建议患者穿宽松柔软的衣服,避免衣物摩擦皮肤导致皮疹破溃患者,嘱咐患者在治疗期间避免使用刺激性较强的化学物品,如肥皂等;严格按照药物说明书的要求标准对患者进行用药指导,确保患者能够正确用药,从而保证药物疗效得以充分发挥。

1.2.1 对照组

采用卤米松乳膏治疗,于患处均匀涂抹乳膏,可轻轻按摩以加快药物吸收,建议患者于睡前洁肤后涂抹,1次/d。

1.2.2 实验组

采用苍肤止痒酊治疗,具体药方如下:苍耳子、白鲜皮、百部、地肤子以及苦参各30g,将全部药物浸泡于2L的医用酒精中,待48h之后将药液澄清,取出药液后使用棉签蘸涂,于早晚涂抹于湿疹处,若使用过程中有强烈刺激感,可使用清水适当稀释药液。

以7d为1个疗程,两组患者均需接受4个疗程的持续治疗,治疗期间需定期查看患者的皮肤状态,并做好数据记录。

1.3 观察指标

(1)对比两组患者皮疹症状缓解情况,在治疗前后从皮损面积和瘙痒程度两方面对患者的皮疹症状进行评分,标准如下:无皮损计0分,皮损面积在6cm²以内计1分,超过6cm²小于10cm²计2分,10cm²以上计3分;无瘙痒计0分,轻度瘙痒计1分,中度瘙痒计2分,重度瘙痒计3分。

(2)对比两组患者结节性湿疹的复发情况。

(3)对比两组患者用药不良反应出现情况,包括红肿、干燥、刺痛。

(3)对比两组患者的负面情绪评分,采用SAS(焦虑自评量表)和SDS(抑郁自评量表)对患者的负面情绪进行评分,分值越低说明患者心理状态越好。

1.4 统计学方法

研究数据分析软件为SPSS20.0,计量资料以($\bar{X} \pm s$)形式记录,使用 t 检验对比,计数资料以(n)%形式记录,使用 χ^2 检验对比, $P<0.05$ 时表示差异明显。

2 结果

2.1 两组患者皮疹症状缓解情况对比

经过4个疗程的治疗,实验组患者的皮损面积评分为(0.72±0.16)分,瘙痒程度评分为(0.86±0.21)分,明显低于对照组的(1.07±0.28)分和(1.15±0.26)分($P<0.05$),详细信息见表1。

表1 两组患者皮疹症状缓解情况对比 [$\bar{X} \pm s$, 分]			
组别	例数	皮损面积	瘙痒程度

		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	44	2.15±0.41	0.72±0.16 [△]	2.33±0.36	0.86±0.21 [△]
对照组	44	2.18±0.40	1.07±0.28 [△]	2.31±0.37	1.15±0.26 [△]
t	-	0.347	7.199	0.257	5.756
P	-	0.729	<0.001	0.798	<0.001

注：与治疗前相比，[△]P<0.05。

2.2 两组患者结节性湿疹的复发情况对比

实验组中仅 1 例患者复发，复发率为 2.27%（1/44）；对照组中共 6 例患者复发，复发率为 13.64%（6/44），数据差异较大（P<0.05），详细信息见表 2。

表 2 两组患者结节性湿疹的复发情况对比 [n（%）]

组别	例数	复发数	复发率（%）
实验组	44	1	2.27
对照组	44	6	13.64
χ^2	-	-	3.880
P	-	-	0.049

2.3 两组患者用药不良反应出现情况对比

实验组中，红肿 1 例（2.27%）、干燥 1 例（2.27%）、刺痛 0 例（0.00%），与对照组的 1 例（2.27%）、1 例（2.27%）和 1 例（2.27%）差异较小（P>0.05），详细信息见表 3。

表 3 两组患者用药不良反应出现情况对比 [n（%）]

组别	例数	红肿	干燥	刺痛	总发生率
实验组	44	1（2.27）	1（2.27）	0（0.00）	2（4.55）
对照组	44	1（2.27）	1（2.27）	1（2.27）	3（6.82）
χ^2	-	-	-	-	0.212
P	-	-	-	-	0.645

2.4 两组患者的负面情绪评分对比

实验组患者治疗后的 SAS 评分为（15.45±2.26）分，SDS 评分为（11.88±2.95）分，明显低于对照组的（19.67±2.89）分和（16.57±3.15）分（P<0.05），详细信息见表 4。

表 4 两组患者的负面情绪评分对比 [$\bar{X} \pm s$, 分]

组别	例数	SAS		SDS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	44	36.25±4.33	15.45±2.26 [△]	30.58±5.27	11.88±2.95 [△]
对照组	44	36.18±4.36	19.67±2.89 [△]	30.66±5.34	16.57±3.15 [△]
t	-	0.076	7.630	0.071	7.209
P	-	0.940	<0.001	0.944	<0.001

注：与治疗前相比，[△]P<0.05。

3 讨论

结节性湿疹以结节性肿块和阵发性瘙痒为主要表现，结节一般呈分散孤立状态分布于患者的四肢及腰臀部，衣物摩擦、抓挠等均可引发明显的瘙痒感，且这种感觉在夜间或紧张状态下尤为强烈，部分患者因疾病反复发作而产生焦虑、抑郁等负面情绪，严重降低了其生活质量⁵¹。临床医务人员目前还未明确结节性湿疹的具体发病机制，一般认为蚊虫叮咬、内分泌障碍以及胃肠道系统紊乱是导致结节性湿疹形成并发展的主要危险因素，此外，自身免疫缺陷也可诱发结节性湿疹⁶¹。淡红色丘疹是结节性湿疹早期病变的标志，随着时间的推移，丘疹会逐渐增大并隆起，结节直径可高达 3cm，颜色也会由淡红色逐渐加深为红褐色，其表面较为粗糙，且顶端出现明显的角化现象⁷¹。现阶段，局部药物外敷和口服抗组胺药是临床

治疗结节性湿疹的主要手段，口服西药虽然可以减轻皮肤瘙痒，但是患者服用该类药物后容易出现嗜睡、头晕等不良症状，且不良症状持续时间较长，妨碍患者的正常生活，因此多数患者更倾向于局部药物治疗¹⁸¹。卤米松乳膏是最常用的外涂膏药之一，其主要成分卤米松是一种具有抗炎、抗敏及抗增生作用的糖皮质激素类药物，将其涂抹于患处可达到消炎止痒的效果，但是停药后容易复发，且长期使用该药物容易导致皮肤干燥、萎缩，大面积使用卤米松乳膏还可能引发全身性反应，如肾上腺功能不全、心跳过速等等，若未能及时治疗则会危及生命⁹¹。中医认为，结节性湿疹属于“顽癣”范畴，多是由于湿热集聚、忧思郁怒而导致肌肤营血不足、脉络痹阻，进而出现瘙痒、丘疹之症，故而该病的对症治疗因以解毒祛风、软坚散结为主¹⁰¹。苍肤止痒酊中的苍耳子具有祛风散热、解毒杀虫之效；地肤子具有除湿止痒、清热利尿之功效；白鲜皮则以清热燥湿、止痒解毒之效；苦参与百部则具有祛风杀虫、清热解暑、抗菌消炎的功效；以上药物共同使用并辅以酒精浸泡，可直接作用于皮损部位，从而达到引邪外出、祛风止痒的效果。与常规西药乳膏涂抹治疗相比，苍肤止痒酊在止痒散结方面更具优势，且组方用药均无毒副作用，成本相对较低，有效降低了患者的治疗费用，在结节性湿疹的临床治疗中具有较高的应用价值¹¹¹。

本次研究结果显示，在 4 个疗程的药物治理结束之后，实验组患者的皮损、瘙痒评分低于对照组；实验组湿疹复发率为 2.27%（1/44），明显低于对照组的 13.64%（6/44）；实验组不良反应总发生率为 4.55%（2/44），接近于对照组的 6.82%（3/44）；实验组负面情绪评分低于对照组。结果充分证明，苍肤止痒酊在治疗结节性湿疹方面具有独特优势，有利于加快患者的恢复速度，并且能够有效防止湿疹复发，且药物副作用小，对改善患者的心理状态及生活品质有积极影响。

综上所述，苍肤止痒酊具有促进皮疹消退、减轻瘙痒程度的功效，且复发率低、副作用小，有利于消除患者的负面情绪、改善其心理状态，在提升治疗效果方面发挥着巨大的价值和作用，是治疗结节性湿疹的首选良方，临床可进行推广使用。

参考文献：

[1]方丽丽,曾智辉,吴惠兰,郭文涛,复方苦参蛇床子止痒乳膏联合地奈德乳膏治疗肛周湿疹的疗效观察[J].中国医药科学,2022,12（02）: 62–65.

[2]史振澄,刘国莉,范翔翔,杨云,路艺,吴学宁.清湿止痒洗剂治疗湿热型肛周湿疹临床观察[J].山西中医,2022,38（03）: 44–45.

[3]邹建军.维生素D联合0.1%糠酸莫米松乳膏对儿童湿疹免疫调节及临床疗效的分析[J].医学理论与实践,2022,35（14）: 2449–2450+2453.

[4]张梦鸽,高玥璇,谭萌,吴治民,王文钰,段行武.湿疹患者血清总 IgE 水平和外周血 EOS 计数与临床相关性研究[J].海南医学院学报,2022,28（13）: 995–999.

[5]凌晓燕,田元春.通督泄热刺络拔罐法联合丙酸氟替卡松乳膏治疗湿热浸淫型湿疹的临床观察[J].中国民间疗法,2021,29（17）: 68–70.

[6]刘卉,曹俊.自拟消疹煎联合西药治疗慢性湿疹的临床效果及对患者血清 LTB4、IL-18、ECP、INF- γ 的影响[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2019,18（4）: 323–327.

[7]秦凌花,张丁,祖春梅,王玉丽.卡泊三醇软膏联合卤米松乳膏外用治疗慢性肥厚性湿疹疗效观察[J].中国药物与临床,2019,19（12）: 2001–2003.

[8]杨选平.地奈德乳膏与卤米松乳膏治疗湿疹皮炎的效果和患者不良反应对比分析[J].中国医药科学,2020,10（12）: 71–74.

[9]张群英.多磺酸黏多糖乳膏、地奈德乳膏联用对慢性湿疹的治疗价值分析[J].中外医学研究,2018,16（28）: 155–157.

[10]周小东.润燥止痒胶囊联合依巴斯汀片及炉甘石洗剂对慢性湿疹患者的影响[J].中外医学研究,2022,20（18）: 32–35.

[11]肖佳,梁志刚.苍肤止痒酊在神经性皮炎病人中的应用[J].护理研究,2020,34（18）: 3336–3339.

在老年性反流性食管炎治疗中应用雷贝拉唑与奥美拉唑的价值分析

刘 猛

山东省邹平市长山中心卫生院 山东邹平 256200

摘要：目的 探讨雷贝拉唑与奥美拉唑用于老年性反流性食管炎患者的疗效差异性 & 安全性。方法 于 2019 年 5 月-2022 年 4 月阶段采集病例展开研究，实施对象为 100 例反流性食管炎老年病患，经严格纳排标准后基于“随机数字表法”合理分组，组别对照组与观察组，前一组实行奥美拉唑治疗，后一组应用雷贝拉唑治疗，各组纳入数一致为 50 例；评估临床疗效、症状积分，统计不良反应发生率，利用专用量表评价生活质量，以上数据两组对比。结果 观察组治疗总有效率较对照组显著高（ $P<0.05$ ）；较治疗前症状积分，患者治疗后 3d、7d 后评分明显下降，且观察组更低（ $P<0.05$ ），两组治疗 8 周症状积分比较（ $P>0.05$ ）；两组不良反应发生率比较（ $P>0.05$ ），症状轻微，无严重反应，对症处理后消失；较治疗前生活质量即 SF-36 评分测定，患者治疗后评分明显升高，观察组更高（ $P<0.05$ ）。结论 老年性反流性食管炎患者应用雷贝拉唑治疗，与奥美拉唑相比，起效时间短且作用时间长、稳定，可使患者症状快速改善，取得确切疗效，且用药安全性有保障。

关键词：老年性；反流性食管炎；雷贝拉唑；奥美拉唑；治疗效果

反流性食管炎属于一种常见且高发的消化系统疾病，是食管内进入胃、十二指肠的反流内容物所造成的炎性病变，实施内镜检查可出现食管粘膜糜烂、溃疡等表现。正常情况下，胃部与食管交接部位有抗反流屏障，该屏障受损，会使胃部、十二指肠内容物反流而侵入食管，食管粘膜被消化液腐蚀受损^[1]。本病患者典型症状为反酸、胸后骨疼痛、烧心等，严重干扰其正常生活^[2]。现阶段，临床治疗多实施抑制手段，其中质子泵抑制剂为常见治疗药物类型，如奥美拉唑、雷贝拉唑，均可发挥良好抑酸效果，但临床对于两种药物治疗老年性反流性食管炎的疗效 & 安全性的研究相对少。本文取 2019 年 5 月-2022 年 4 月收治的 100 例老年性反流性食管炎患者展开研究，评估奥美拉唑和雷贝拉唑的疗效差异性，总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取时段 2019 年 5 月-2022 年 4 月内 100 例老年性反流性食管炎患者，基于随机数字表法合理分组，为对照组和观察组，各组纳入数一致为 50 例。对照组：由 28 例男性、22 例女性组成；年龄 23 岁-69 岁，均龄（46.52±3.48）岁。观察组：由 27 例男性、23 例女性组成，年龄 25 岁-68 岁，均龄（46.96±3.58kg）岁。两组基线资料比较（ $P>0.05$ ），具备研究可行性。在医院伦理机构审批后开展此研究。

①纳入对象与中华消化内镜协会制定的反流性食管炎的标准相符；②经临床检查得到证实；③均为老年群体；④患者无认知及精神问题，沟通顺畅且配合治疗；⑤患者对研究内容及风险性有较为清晰的认知，认可且同意。排除标准：①对本次研究用药有禁忌；②重要器官功能不全；③患者认知有缺陷，且精神方面有严重问题；④并发胃十二指肠溃疡疾病；⑤急、慢性胃炎；⑥并发恶性疾病。

1.2 方法

对照组：提供奥美拉唑胶囊（批准文号：国药准字 H53021955，海南通用三洋药业有限公司，20mg）治疗，药物口服，以 1 次/d 的频次给药 20-40mg，坚持用药 8 周。

观察组：提供雷贝拉唑钠肠溶片（批准文号：国药准字 H20080683，山东新华制药股份有限公司，10mg）治疗，药物口服，以 1 次/d 的频次给药 10mg，以实际病情为准可增加至 20mg，坚持用药 8 周。

1.3 观察指标

（1）临床疗效的判定：以患者症状积分和胃镜检查结果为依据判定疗效。症状积分标准：0 分代表症状无，1 分代表提示后觉察到症状，2 分代表感觉有症状但无较大影响，3 分代表存在明显症状影响正常生活。内镜下反流性食管炎分级（Savery-Miller 分类）标准：Ⅰ级代表内镜下正常，Ⅱ级表示粘膜呈发红状，发生糜烂，无融合，Ⅲ级表示粘膜呈广泛性发红状，发生糜烂，有融合，全周性。疗效标准：治疗后症状完全不见，粘膜恢复至正常状态判定为治愈；治疗后症状积分下降区间在 75%以上，内镜粘膜级别改善 2 级以上判定为显效；治疗后症状积分下降区间在 50%-75%之间，内镜粘膜级别改善 1 级以上判定为有效；治疗后症状积分下降区间不足 50%，内镜粘膜级别改善不明显判定为无效^[3]。有效率=（治愈+显效+有效）/病例数×100%。

（2）症状积分：胃灼烧感程度：0 分表示无胃灼热感，1 分表示轻微症状，2 分表示存在胃灼烧感及不适症状，对生活无影响，3 分表示症状明显，影响生活。症状频率标准：0 分表

示未发生，1 分表示偶有发生，持续时间不足 6h，2 分表示时有发生，持续时间 6-12h，3 分表示持续发生 时间维持 12h 以上。

（3）在两组治疗过程中观察不良反应的表现，统计总发生率，有如下情况：恶心、呕吐、腹痛、腹泻等。

（4）生活质量评分：于治疗前、治疗 3 个月随访评估，采纳健康状况调查简表（SF-36）测定，涉及到 8 个维度：角色功能、社会功能、躯体功能、认知能力等，总评分 100 分，分值与患者生活质量呈正比关系^[4]。

1.4 统计学方法

SPSS26.0 统计分析软件，计量资料 $\bar{x} \pm s$ ，t 检验；计数资料[n/（%）]， χ^2 检验。P<0.05 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组治疗总有效率较对照组显著高（ $P<0.05$ ）。详见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[n/%]

组别	N	治愈	显效	有效	无效	总有效率（%）
对照组	50	19（38.00）	13（26.00）	10（20.00）	9（18.00）	41（82.00）
观察组	50	26（52.00）	15（30.00）	7（14.00）	2（4.00）	48（96.00）
χ^2 值	-			-		5.005
P 值	-			-		0.025

2.2 两组症状积分比较

较治疗前症状积分，患者治疗后 3d、7d 后评分明显下降，且观察组更低（ $P<0.05$ ），两组治疗 8 周症状积分比较（ $P>0.05$ ）。详见表 2。

表 2 两组症状积分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	n	治疗前	治疗 3d	治疗 7d	治疗 8 周
对照组	50	4.54±1.35	4.05±1.12	2.75±0.86	0.42±0.25
观察组	50	4.49±1.32	2.85±0.76	1.75±0.85	0.37±0.23
t 值	-	0.187	6.269	5.847	1.040
P 值	-	0.851	<0.001	<0.001	0.300

2.3 两组不良反应发生率比较

两组不良反应发生率比较（ $P>0.05$ ），症状轻微，无严重反应，对症处理后消失。详见表 3。

表 3 两组不良反应发生率比较[n/%]

组别	N	恶心	呕吐	腹痛	腹泻	总发生率（%）
对照组	50	1（2.00）	2（4.00）	1（2.00）	2（2.00）	6（12.00）

观察组	50	1 (2.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	3 (6.00)	2.4 生活质量评分比较
χ^2 值	-			-		1.098	较治疗前生活质量即 SF-36 评分测定, 患者治疗后评分明显升高, 观察组更高($P<0.05$)。
P 值	-			-		0.294	详见表 4。

表 4 两组生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	生理功能		生理职能		躯体疼痛		总体健康	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照组	50	69.15±4.53	74.58±6.17	71.02±5.99	76.77±4.63	74.92±3.12	79.49±5.23	71.78±6.02	81.39±6.68
观察组	50	68.68±4.99	78.72±6.45	70.85±5.27	80.05±5.69	75.05±3.74	82.78±6.55	72.05±6.63	86.11±5.52
t 值	-	0.493	3.279	0.150	3.161	0.188	2.775	0.213	3.851
P 值	-	0.623	0.001	0.880	0.002	0.850	0.006	0.831	0.000

组别	n	活力		社会功能		情感职能		精神健康	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照组	50	72.33±6.41	79.54±6.26	71.63±5.56	79.15±5.38	71.52±5.44	79.16±5.85	70.88±6.53	78.71±6.19
观察组	50	72.25±6.89	83.85±7.13	71.77±5.42	82.29±5.46	72.78±5.28	83.23±6.51	71.75±6.42	82.82±7.34
t 值	-	0.060	3.226	0.127	2.896	1.175	3.288	0.671	3.026
P 值	-	0.952	0.001	0.898	0.004	0.242	0.001	0.503	0.003

3 讨论

反流性食管炎主要是因食管内侵入胃和十二指肠内的反流内容物所导致, 出现反酸、食管粘膜损伤、胃部灼烧感等表现, 或存在气道、咽部、喉等组织损伤情况。本病以老年群体为高发对象, 其随着年龄的增加其发生率显著升高, 是因为老年群体胃食管交接处结构在年龄不断增加下出现明显变化, 加之老年人日常多使用钙通道阻滞剂、硝酸甘油等老年病药物, 会松弛下段括约肌。对于老年性反流性食管炎其表现出病程周期长、疗效缓慢、反复发作等特点, 早期症状为胸痛、烧心、反流等, 烧心症状为颈部放射性烧灼感, 主要在餐后出现反流情况, 在疾病进展的后期, 会形成食管瘢痕, 进而导致食管狭窄, 灼烧感逐步缓解, 造成永久性吞咽障碍, 严重者造成食管粘膜糜烂及缺血性贫血, 对患者身体健康及生活构成巨大威胁^[5]。反流性食管炎发生的主要病因有, 第一损伤抗反流屏障; 第二食管酸廓清功能发生异常; 第三食管粘膜抗反流屏障功能损害; 第四胃十二指肠功能障碍等。治疗老年性反流性食管炎的关键在于促胃动力、抑制胃酸分泌, 质子泵抑制剂在其中普遍应用, 包括奥美拉唑、雷贝拉唑、埃索美拉唑等, 均可发挥抑制胃酸分泌的作用^[6]。

奥美拉唑是质子泵抑制剂中的第一代药物, 有两种异构体, 其利用细胞色素 P450 中的多态性表达酶 CYP2C19 进行代谢, 途径单一, 且抑酸作用存在不稳定性。研究显示, 奥美拉唑用于治疗不同反流性食管炎患者, 抑制效果存在差异性, 同时在症状缓解、加快粘膜愈合等方面的效果也不同, 部分病例整体疗效有限^[7]。雷贝拉唑作为质子泵抑制剂中的新型药物, 有高 pKa 值 (酸度系数和药物的解离常数), PH 值一定时, pKa 值越高, 药物解离效果越强, 体内的离子数目也更多, 所发挥的质子泵抑制作用也就更强, 且药物作用维持效果更长久, 能够快速分离 H^+-K^+-ATP 酶, 对胃酸有效抑制, 发挥显著的抑酸作用, 以降低胃酸对食管的侵蚀, 促进食管粘膜修复^[8-9]。此药物为单一的 S 型异构体, 主要利用细胞色素 P450 中的 CYP3A4, 对多态性表达酶 CYP2C19 的依赖性低, 相比奥美拉唑肝脏首过效应低, 生物利用度高^[10]。

本次研究结果: 与奥美拉唑相比, 雷贝拉唑治疗总有效率明显高 ($P>0.05$), 同时患者治疗后 3d、7d 后评分明显下降, 且观察组更低 ($P<0.05$)。在既往研究中, 雷贝拉唑与奥美拉唑用于老年性反流性食管炎治疗中, 在治疗 3d、1 周、2 周、4 周的症状缓解分别为 (87.00%vs45.00%)、(90.70%vs66.00%)、(94.40%vs73.60%)、(96.30%vs81.10%)。与本次研究中雷贝拉唑治疗效果更优的结论一致。分析奥美拉唑与雷贝拉唑的药代动力学, 研究发现, 应用雷贝拉唑以 10mg 的剂量使用时, 药效可在 1h 内发挥作用, 在 3h 内达到较高的血药浓度, 用药 23h 后, 能有效抑制体内的基础胃酸和进食后刺激产生的胃酸, 作用能持续 2d, 从中发现, 雷贝拉唑可长久维持药效, 较药代动力学中的半衰期更长^[11-12]。此外, 雷贝拉唑用药剂量与其胃酸抑制作用呈正相关, 患者在用药 3d 后药效基本处于稳定, 在停药后还能持续 2d 的抑制作用。雷贝拉唑血药浓度较高, 可以更有效的抑制胃壁细胞分泌胃酸, 且药效稳定, 治疗效果显著, 促使患者症状快速改善, 控制病情进展^[13]。

雷贝拉唑药物半衰期为 1h, 机体内药物清除率较高, 基本不出现药物蓄积现象, 故用药安全性好^[14]。本次研究中, 治疗期间实施血常规、肝肾功能检查, 两组均无严重不良反应

出现, 从中可证实雷贝拉唑治疗的优势及安全性。研究结果发现: 治疗后观察组生活质量即 SF-36 评分显著高于对照组 ($P<0.05$)。应用雷贝拉唑治疗效果更佳, 患者症状快速改善, 且用药安全性有保障, 故整体生活质量得到显著改善, 以提高预后^[15]。

综上, 老年性反流性食管炎应用雷贝拉唑治疗, 疗效佳且安全性高, 促进患者生活质量全面改善, 取得良好预后。

参考文献:

- [1]温宏春,袁慧敏.莫沙必利分别联合雷贝拉唑、奥美拉唑治疗老年反流性食管炎的价值体会[J].中国全科医学,2021,24 (S1): 98-100.
- [2]张旭.埃索美拉唑联合莫沙必利对反流性食管炎患者血清胃泌素和胃蛋白酶原及炎症因子水平的影响[J].中国医药,2020,15 (12): 1905-1908.
- [3]管裕,饶媛.雷贝拉唑与奥美拉唑在老年性反流性食管炎临床治疗中的疗效对比[J].黑龙江中医药,2020,49 (04): 22-23.
- [4]廖振城.莫沙必利分别联合雷贝拉唑、奥美拉唑治疗老年反流性食管炎的价值比较[J].北方药学,2020,17 (5): 14-15.
- [5]路丽蓉.莫沙必利分别联合雷贝拉唑与奥美拉唑治疗老年反流性食管炎疗效比较[J].临床合理用药杂志,2020,13 (10): 55-56.
- [6]王大海,肖嘉新.雷贝拉唑与奥美拉唑治疗老年反流性食管炎的临床疗效及经济学比较[J].临床合理用药杂志,2019,12 (28): 23-24.
- [7]李芳芳,黄巨霞.雷贝拉唑联合莫沙必利对反流性食管炎患者幽门螺杆菌感染及炎症因子水平影响研究[J].陕西医学杂志,2019,48 (10): 1378-1380.
- [8]王峰.莫沙必利分别联合雷贝拉唑与奥美拉唑治疗老年反流性食管炎的价值比较[J].当代医学,2019,25 (24): 138-139.
- [9]路丽蓉.比较雷贝拉唑四联疗法、奥美拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌 (Hp) 相关性胃溃疡的价值[J].世界复合医学,2019,5 (8): 168-171.
- [10]贾吉涛.反流性食管炎治疗中雷贝拉唑与奥美拉唑的疗效对比[J].海峡药学,2019,31 (6): 166-167.
- [11]董涛,王韶华,韩永鹏.雷贝拉唑与奥美拉唑在非食管胃静脉曲张上消化道出血患者中的疗效差异[J].河北医药,2019,41 (8): 1197-1199+1203.
- [12]李雅,李亚萍.雷贝拉唑与奥美拉唑治疗 Hp 相关性胃溃疡的疗效比较[J].西南国防医药,2019,29 (4): 462-463.
- [13]丁喜章,赵素珍.用雷贝拉唑肠溶胶囊和奥美拉唑肠溶片治疗老年反流性食管炎的效果对比[J].当代医药论丛,2019,17 (2): 139-140.
- [14]尹叠峰,杜菊芳.莫沙必利分别联合雷贝拉唑与奥美拉唑治疗老年反流性食管炎的疗效比较[J].中国医院用药评价与分析,2018,18 (9): 1213-1214+1217.
- [15]蒋海兵.雷贝拉唑与奥美拉唑治疗 HP 相关性胃溃疡的疗效分析[J].中国社区医师,2018,34 (23): 48+50.

CT 引导下腰椎间盘突出化学松解微创介入手术在腰椎间盘突出症中的应用效果

刘海军

北京核工业医院四〇一院区, CT 介入科 102413

摘要: 目的: 探讨 CT 引导下腰椎间盘突出化学松解微创介入手术在腰椎间盘突出症中的价值探讨, 为临床治疗提供有利依据。方法: 选取 2020 年 5 月-2021 年 6 月收治的 170 例腰椎间盘突出症患者, 将其根据数字随机法分为对照组和研究组各 85 例, 对照组采取臭氧注射融核术治疗, 研究组患者采用腰椎间盘突出化学松解微创介入手术治疗腰椎间盘突出症。比较两组患者的临床疗效。结果: 两组患者术后 1 个月、术后 3 个月经统计学分析无统计学意义 ($P>0.05$); 但随访术后 6 个月发现, 观察组优良治疗明显优于对照组, 经统计学分析有统计学意义 ($P<0.05$); 两组患者 VAS 评分治疗前无明显统计学意义 ($P>0.05$); 经治疗后 1 个月发现, 两组患者 VAS 评分均明显低于治疗前, 但治疗后 1 个月观察组 VAS 评分明显优于对照组, 经统计学分析有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: CT 引导下腰椎间盘突出化学松解微创介入手术在腰椎间盘突出症中, 不仅有效提升患者的优良率, 还能提升止痛疗效, 为临床治疗提供有利依据。

关键词: 腰椎间盘突出症; CT; 腰椎间盘突出化学松解微创介入术; 疗效

Application effect of CT-guided lumbar intervertebral disc chemical release and minimally invasive interventional surgery in lumbar disc herniation

Liu Haijun

CT Interventional Department, No. 401, Beijing Nuclear Industry Hospital, 102413

Abstract Objective: To explore the value of CT-guided lumbar intervertebral disc chemical release and minimally invasive interventional surgery in lumbar disc herniation, and to provide a favorable basis for clinical treatment. **Methods:** A total of 170 patients with lumbar intervertebral disc herniation who were treated from May 2020 to June 2021 were selected and randomly divided into a control group and a research group with 85 cases each. The control group was treated with ozone injection nuclear fusion. The patients in the group were treated with minimally invasive interventional surgery for lumbar disc herniation by chemical release of lumbar intervertebral disc. The clinical efficacy of the two groups of patients was compared. **Results:** There was no statistical significance in the 1 month and 3 months after the operation of the two groups of patients ($P>0.05$). There was statistical significance in the scientific analysis ($P<0.05$); there was no significant difference in the VAS scores of the two groups before treatment ($P>0.05$); 1 month after treatment, it was found that the VAS scores of the two groups were significantly lower than those before treatment, But 1 month after treatment, the VAS score of the observation group was significantly better than that of the control group, which was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion:** CT-guided lumbar disc chemical release and minimally invasive interventional surgery in lumbar disc herniation can not only effectively improve the excellent and good rate of patients, but also improve the analgesic efficacy, providing a favorable basis for clinical treatment.

Key words: lumbar intervertebral disc herniation; CT; minimally invasive intervention for chemical release of lumbar intervertebral disc; curative effect

腰椎间盘突出症是骨科常见疾病, 该病近年来呈现上升趋势, 严重威胁人们的生活质量, 部分严重患者未及时治疗, 可能患者丧失劳动力。现代医学研究认为腰椎间盘突出症多是由于腰椎退行性病变以及慢性劳损所致, 传统的保守治疗疗效不佳时, 往往以手术治疗为主, 但手术创伤大, 极易影响患者术后脊柱的稳定性, 如果患者合并有其他基础疾病, 增加了手术禁忌症[1-3]。随着现如今微创介入手术的不断创新, 在治疗腰椎间盘突出症方面其作用显著[4-5]。本文中现通过 170 例腰椎间盘突出症患者临床资料进行分析汇总, 报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 5 月-2021 年 6 月收治的 170 例腰椎间盘突出症患者, 将其根据数字随机法分为对照组和研究组各 85 例, 对照组 85 例患者, 男 48 例, 女 37 例, 年龄 22-65 岁, 平均年龄 (43.5±2.5) 岁, 病程时间 1-25 年, 平均病程时间 (13±1.5) 年, 受累腰椎间盘突出分别为: (L5-S1) 35 例, (L4-L5) 29 例, (L3-L4) 21 例; 研究组 85 例, 男 50 例, 女 35 例, 年龄为 20-65 岁, 平均年龄 (42.5±2.6) 岁, 病程时间 1-26 年, 平均病程时间 (13.5±1.6) 年, 受累腰椎间盘突出分别为: (L5-S1) 39 例, (L4-L5) 28 例, (L3-L4) 18 例; 两组患者的一般资料经统计学分析无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准: ①所有入选资料均经临床诊断以及影像学检测, 确诊为腰椎间盘突出症; ②所有患者均表现为腰腿疼痛、腰部活动受限同时伴有下肢、腰部等放射性痛; ③所有入选临床资料均为完整性; ④所有入选患者的临床资料均经医院伦理委员会审批通过, 并自愿签署知情同意书。排除标准: ①临床症状和影像学检测发现不一致; ②马尾综合征表现严重者; ③重症腰椎间盘突出症者; ④精神障碍疾病者。

1.3 方法

研究组患者采用腰椎间盘突出化学松解微创介入手术治疗腰椎间盘突出症, 具体如下: 患者取俯卧位, 常规建立静脉通道, 肩部给予垫高枕头。在 GE 公司 CT 引导下, 确定腰椎间盘突出间隙的定位扫描, 扫描病变部位, 并做好标记。穿刺部位采取常规消毒, 麻醉取 1%利多卡因 4ml 行局麻, 随后将 22G 射频针进行穿刺至椎体后缘部。随后继续在 GE 公司 CT 引导下进行扫描确保针尖在椎间盘突出物内, 采用北京北琪医疗科技有限公司提供的射频热凝仪 T-2000B, 电压 2mV, 频率 2Hz, 对患者的运动神经和感觉神经进行刺激, 无异常后给予射频热凝治疗。分别对责任椎间盘进行 60℃、65℃、70℃、75℃、以及 80℃射频热凝治疗各进行 60 秒。射频热凝结束后给予拔出电极, 在原有的穿刺针管中注入 40μg/ml 臭氧 5ml 注射至盘内, 退针到盘外, 注入 40μg/ml 臭氧 5ml 和消炎镇痛液, 然后拔针, 压迫止血 5min 后给予结束手术。对照组采取与研究组除射频热凝外全部一致的臭氧注射融核术治疗。术

后两组患者均给予卧床休息 1d，避免剧烈活动，常规应用抗生素以及营养神经的药物。

1.4 观察指标

①观察两组患者的临床疗效，分别对两组患者术后 1 个月、3 个月和 6 个月进行随访判断其疗效，即优：患者疼痛症状消失，活动不受限，自觉疗效满意；良：患者疼痛症状改善，活动稍有受限，自觉疗效良好；可：患者疼痛部分改善，但仍存在活动受限，自觉疗效一般；差：患者症状为改善，疗效不满意。②观察两组患者的疼痛程度，采用视觉模拟量表评分，即 VAS 评分，采用 0-10 刻度的横线标记法，疼痛越严重即数值越高。

1.5 统计学分析

文中数据选取 SPSS26.0 统计学软件，计量资料以标准差 (X±S) 表示，t 检验，计数资料以百分比 (%) 表示，两组患者以 P<0.05 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者的临床疗效对比

表 1 中可见，两组患者术后 1 个月、术后 3 个月经统计学分析无统计学意义 (P>0.05)；但随访术后 6 个月发现，观察组优良治疗明显优于对照组，经统计学分析有统计学意义 (P<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效对比 (n,%)				
组别	例数	优良治疗状况		
		术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
对照组	85	67 (78.82)	70 (82.35)	73 (85.88)
研究组	85	75 (88.24)	76 (89.41)	81 (95.29)
χ^2		2.736	1.746	4.415
P		0.098	0.186	0.035

2.2 两组患者 VAS 评分对比

两组患者 VAS 评分治疗前无明显统计学意义 (P>0.05)；经治疗后 1 个月发现，两组患者 VAS 评分均明显低于治疗前，但治疗后 1 个月观察组 VAS 评分明显优于对照组，经统计学分析有统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者 VAS 评分对比			
组别	例数	治疗前	治疗后 1 个月
对照组	85	7.55±0.65	5.65±0.24
观察组	85	7.42±0.35	3.26±0.33
t		1.623	54.000
P		0.106	0.000

3. 结论

腰腿疼是绝大部分人一生中均有可能发生的症状，也是临床常见症状。腰腿疼中最主要的原因即为腰椎间盘突出，治疗的重点在于减压椎间盘和消除致痛因子。传统的手术治疗，不仅创伤大，而且痛苦也较大。随着近年来医疗技术的不断进步，微创化也越来越多的介入到椎间盘疾病中，其治疗的切入点集中于消除致痛因子和减压椎间盘中[6-9]。本文中通过 CT 引导下腰椎间盘突出化学溶解微创介入手术治疗腰椎间盘突出，结果可见不仅安全性能高，而且其疗效也显著。

腰椎间盘突出化学溶解微创介入手术中的消炎镇痛液，可抑制神经疼痛传导功能，而且还能促进介导炎症的吸收，提高疗效。射频热凝具有回缩椎间盘的作用，可有效减轻椎间盘的压力，最后臭氧分解大分子聚合物，能有效降低渗透压，缓和髓核突出所引起的症状^[10-12]。盘内盘外注射作用于腰椎间盘突出可明显减轻患者的疼痛。以往的报道中发现，CT 联合微创介入射频热凝、臭氧可显著减轻腰椎间盘突出症患者的疼痛感^[13-15]。本文中通过研究发现，

两组患者术后 1 个月、术后 3 个月经统计学分析无统计学意义 (P>0.05)；但随访术后 6 个月发现，观察组优良治疗明显优于对照组，经统计学分析有统计学意义 (P<0.05)；两组患者 VAS 评分治疗前无明显统计学意义 (P>0.05)；经治疗后 1 个月发现，两组患者 VAS 评分均明显低于治疗前，但治疗后 1 个月观察组 VAS 评分明显优于对照组，经统计学分析有统计学意义 (P<0.05)。结果可见，盘内治疗可有效改善腰椎间盘突出出症患者的临床疗效，但盘内盘外联合注射治疗在疼痛改善方面疗效更佳。

综上所述，CT 引导下腰椎间盘突出化学溶解微创介入手术在腰椎间盘突出出症中，不仅有效提升患者的优良率，还能提升止痛疗效，为临床治疗提供有利依据。

参考文献：

[1]Benzakour A,Benzakour T.Lumbar disc herniation: long-term outcomes after mini-open discectomy[J].Int Orthop,2020,44 (2): 409.

[2]Bensler S,Walde M,Fischer MA,et al.Comparison of treatment outcomes in lumbar disc herniation patients treated with epidural steroid injections: interlaminar versus transforaminal approach[J].Acta Radio,2020,61 (3): 361-369.

[3]Li K,Gao K,Zhang T,et al.Comparison of percutaneous transforaminal endoscopic lumbar discectomy through unilateral versus bilateral approach for L3/4 or L4/5 lumbar disc herniation with bilateral symptoms: technical notes and a prospective randomized study[J].Eur Spine J,2020,29 (7): 1724-1732.

[4]Chen X,Chamoli U,Vargas Castillo J,et al.Complication rates of different discectomy techniques for symptomatic lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis[J].Eur Spine J,2020,29 (7): 1752-1770.

[5]Kim CH.Surgical timing in lumbar disc herniation surgery[J].Neurospine,2020,17 (1): 213-214.

[6]佟恒博,杨先芬,李光春.射频热凝靶点联合臭氧溶盘治疗腰椎间盘突出症髓核回缩效应疗效分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2019,33 (02): 65-67.

[7]贺彬,吴大胜.臭氧髓核溶解术治疗腰椎间盘突出症的临床分析[J].中国疼痛医学杂志,2020,26 (7): 545-548.

[8]樊志强,陈晓君,陈微,等.臭氧消融联合小针刀治疗腰椎间盘突出症临床效果观察[J].人民军医,2020,63 (7): 687-689,696.

[9]缪志和,李铭,郑端,等.连续硬膜外臭氧治疗腰椎间盘突出症的疗效分析[J].湖南师范大学学报 (医学版),2020,17 (4): 157-159.

[10]董蕊,徐幼苗,张志利.CT 引导下微创介入联合疗法对腰椎间盘突出症患者 VAS 评分和手术相关并发症的影响[J].中国医学装备,2020,17 (5): 98-101.

[11]马向林.CT 在腰椎间盘突出症临床诊断中的价值[J].中国城乡企业卫生, 2022, 37 (08): 155-156.

[12]于呈祥,王青.腰椎间盘突出 MRI 与 CT 诊断的应用价值及准确性分析[J].影像研究与医学应用[J].2022,6 (16): 28-30.

[13]方琼,唐心恬,朱钰栋,等.腰椎间盘突出症微创手术治疗进展[J].山东医药, 2022, 62 (22): 103-107.

[14]翁艳,叶菱.腰椎间盘突出症微创介入治疗进展[J].上海医学, 2022, 45 (03): 201-205.

[15]杨旭,董蕊,徐幼苗,等.CT 引导下腰椎间盘突出化学溶解微创介入手术治疗腰椎间盘突出症研究[J].中国医学装备, 2021, 18 (12): 42-44.

超声引导下胸壁神经阻滞在乳腺癌根治术术后镇痛中的应用效果

刘芹 梁毅【通讯作者】

遂宁市中心医院麻醉科 四川遂宁 629000

摘要：目的：分析超声引导下胸壁神经阻滞在乳腺癌根治术术后镇痛中的临床应用效果。方法：抽取 80 例行乳腺癌根治术患者随机分成对照组（n=40，喉罩全身麻醉）、实验组（n=40，喉罩全身麻醉联合超声引导下胸壁神经阻滞），对比两组患者的应用结果。结果：实验组患者切皮时 MAP、HR 较对照组低（ $P<0.05$ ）；实验组患者恢复自主呼吸时间、拔除喉罩时间比对照组短（ $P<0.05$ ）；实验组患者瑞芬太尼、丙泊酚用量比对照组少（ $P<0.05$ ），且自控镇痛较次数较对照组少（ $P<0.05$ ）；实验组患者术后 2h、术后 4h、术后 6h、术后 12h 时疼痛评分均低于对照组；两组患者术后 24h 时疼痛评分比较并无差异（ $P>0.05$ ）；实验组患者术后总不良反应发生率比对照组少（ $P<0.05$ ）。结论：超声引导下胸壁神经阻滞在乳腺癌根治术术后镇痛中发挥着重要意义，能有效减轻术后疼痛，减少镇痛药物用量，缩短住院时间，具有推广、应用价值。

关键词：超声；胸壁神经阻滞；乳腺癌根治术；镇痛

Application of ultrasound-guided chest wall nerve block in analgesia after radical mastectomy

Liu Qin, Liang Yi

Department of Anesthesiology, Suining Central Hospital, Suining 629000, China

[Abstract]Objective: To analyze the clinical efficacy of ultrasound-guided chest wall nerve block in postoperative analgesia after radical mastectomy. Methods: 80 patients undergoing radical mastectomy were randomly divided into control group (n=40, laryngeal mask general anesthesia) and experimental group (n=40, laryngeal mask general anesthesia combined with ultrasound-guided chest wall nerve block), and the application results of the two groups were compared. Results: The MAP and HR of the experimental group were lower than those of the control group ($P<0.05$). The recovery time of spontaneous breathing and the removal time of laryngeal mask in the experimental group were shorter than those in the control group ($P<0.05$). The dosage of remifentanyl and propofol in the experimental group was less than that in the control group ($P<0.05$), and the frequency of controlled analgesia was less than that in the control group ($P<0.05$). The pain scores of the experimental group were lower than those of the control group at 2h, 4h, 6h and 12h after surgery; There was no difference in the pain score 24h after surgery between the two groups ($P>0.05$). The total incidence of postoperative adverse reactions in experimental group was lower than that in control group ($P<0.05$). Conclusion: Ultrasound-guided chest wall nerve block plays an important role in postoperative analgesia after radical mastectomy, which can effectively reduce postoperative pain, reduce the amount of analgesic drugs, shorten the length of hospital stay, and has the value of popularization and application.

【Key words】ultrasonic; Chest wall nerve block; Radical mastectomy; analgesic

乳腺癌是临床常见、多发疾病之一，根据临床调查显示乳腺癌每年发病率呈递增状，且表现出年轻化发病趋势。目前临床治疗乳腺癌以乳腺癌根治术为主，通过乳腺癌根治术能彻底清除病灶、清扫淋巴，然而该手术造成创面较大，再加上操作范围比较广，所以术后患者切口疼痛较为严重^[1]。超声引导下神经阻滞有着可视化、无创等优势，可以清晰的将局部组织解剖结构显示出来，引导着麻醉穿刺针的进针方向、深度，有效减少了麻醉并发症的发生几率。本次研究中旨在分析超声引导下胸壁神经阻滞在乳腺癌根治术术后镇痛中的临床应用效果，以下为具体数据资料。

1 研究资料与方法

1.1 研究资料

本研究经医院医学伦理委员会批准，患者或家属签署知情同意书。研究时间 2021 年 1 月~2022 年 1 月，抽取 80 例拟行乳腺癌根治术患者为研究对象。入选标准：美国麻醉医师协会（American Society of Anesthesiologists, ASA）分级 I~II 级，年龄 25~60 岁之间，BMI18~26kg/m²。排除标准：痴呆，认知功能受损，中枢神经系统紊乱，对酰胺类局部麻醉剂过敏，穿刺部位感染，不能正确理解 VAS 评分，长期服用镇痛药物，处于妊娠或哺乳期患者。

1.2 麻醉与操作方法

所有患者参照数字分组法将患者分成对照组、实验组，每组各 40 例。对照组患者实行喉罩全身麻醉，实验组患者实施喉罩全麻联合胸壁神经阻滞。入室之后两组患者常规监测 ECG、HR、SPO₂、BP 和 BIS，建立静脉通路。两组患者均进行喉罩全身麻醉，静脉予以咪达唑仑 0.04mg/Kg、舒芬太尼 0.4ug/kg、丙泊酚 2.0mg/kg、罗库溴铵 0.6mg/kg 进行麻醉诱导，当患者意识消失之后置入喉罩并进行机械通气，维持 P_{ET}CO₂35~45mmHg。

全麻诱导后，实验组患者平卧，常规消毒铺巾，采用超声高频线阵探头，用无菌保护套套好超声探头，超声探头放置于锁骨中外 1/3 水平，识别腋动静脉后向远端腋窝方向移动探头，直到胸小肌的边缘，在第 3 和第 4 肋水平，将 0.4%罗哌卡因 10ml 注射于胸大肌与胸小肌之间，0.4%罗哌卡因 20ml 注射于胸小肌和其深面的前锯肌之间。

手术过程中丙泊酚及瑞芬太尼静脉泵注维持麻醉，调节丙泊酚用量使 BIS 值维持 40~60，调节瑞芬太尼用量，使 HR、MAP 不超过基础值的 10%，必要时使用阿托品和麻黄碱等血管活性药物维持循环稳定。间断静注罗库溴铵，手术结束前 30min 停止静脉追加罗库溴铵。术毕追加舒芬太尼 0.1ug/kg，停止泵注丙泊酚和瑞芬太尼，连接镇痛泵，送入 PACU。由不知道分组的护士记录患者自主呼吸恢复时间，拔出喉罩的时间，同时记录患者术后 2h、4h、6h、12h 以及 24h 的疼痛评分。术后镇痛泵的配方均为：舒芬太尼 2ug/kg+昂丹司琼 8mg，总量 100ml，背景剂量 2ml/h，静脉自控镇痛 0.5ml，锁定时间 15min。

1.3 观察指标

观察患者自主呼吸恢复时间、拔除喉罩时间；术中丙泊酚、瑞芬太尼用量；术后各时间节点两组患者的 VAS 评分；术后患者使用自控镇痛的次数；两组患者头晕、恶心皮肤瘙痒、呼吸抑制等不良反应发生率。

1.4 统计学

研究获取数据资料均录入 SPSS21.0 版本的统计学软件中实施对比。计数型指标使用 n 表示，用独立样本卡方进行检验；计量型资料用平均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）的形式表示，用 t 检验计算器，当 P 值结果检验为<0.05 时说明数据差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般情况

本研究共纳入患者 80 例，每组 40 例，无退出或脱落。两组患者年龄、BMI、ASA 分级无统计学差异，（ $P>0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者一般情况的比较

分组	年龄（岁）	BMI（Kg/m ² ）	ASA I / II（例）
对照组（n=40）	46.00±3.24	21.81±2.54	23/17
实验组（n=40）	47.00±3.28	21.93±2.56	25/15

2.2 不同组患者切皮时 MAP、HR 指标的对比

对照组和实验组患者 MAP、HR 水平有着明显差异（ $P<0.05$ ）见下表。

表 2 不同组患者切皮时、HR、指标的对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

分组	MAP（mmHg）	HR（次/min）
对照组	112.58±5.11	78.40±3.89
实验组	93.47±4.63	70.23±3.42

2.3 不同组患者恢复自主呼吸时间、拔除喉罩时间的对比

实验组患者恢复自主呼吸时间及拔除喉罩时间均比对照组短（ $P<0.05$ ）。见下表。

表 3 不同组患者恢复自主呼吸时间、拔除喉罩时间的对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

分组	恢复自主呼吸时间（min）	拔除喉罩时间（min）
对照组	23.57±2.88	33.87±3.87
实验组	12.27±2.13	25.41±3.03

2.4 不同组患者术中静脉泵注瑞芬太尼、丙泊酚用量及术后自控镇痛次数的对比

实验组患者术中应用且丙泊酚、瑞芬太尼用量比对照组少（ $P<0.05$ ），术后自控镇痛总次数比对照组少（ $P<0.05$ ），见下表。

表 4 不同组患者术中静脉泵注瑞芬太尼、丙泊酚用量及术后自控镇痛次数的对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

分组	瑞芬太尼（mg）	丙泊酚（mg）	自控镇痛（次）
对照组	1.42±0.25	841.66±24.11	5.66±0.40
实验组	0.87±0.11	425.33±10.64	3.50±0.31

2.5 两组患者不同时间段疼痛评分的对比

实验组患者术后 2h、术后 4h、术后 6h、术后 12h 时疼痛评分均低于对照组（ $P<0.05$ ）；实验组与对照组患者术后 24h 时疼痛评分比较并无差异（ $P>0.05$ ）。见下表。

表 5 两组患者不同时间段 VAS 评分的对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

分组	术后 2h	术后 4h	术后 6h	术后 12h	术后 24h
对照组	2.36±0.53	2.17±0.47	1.57±0.37	2.98±0.68	3.42±0.97
实验组	1.65±0.20	1.24±0.13	1.23±0.12	2.04±0.41	3.11±0.88

2.6 不同组患者术后不良反应发生率的对比

实验组患者术后总不良反应发生率比对照组少（ $P<0.05$ ）。

表 6 不同组患者术后不良反应发生例数的对比（n）

分组	皮肤瘙痒	恶心呕吐	呼吸抑制	头晕	共计
对照组	4	2	2	2	10
实验组	1	0	1	1	3

3 讨论

乳腺癌根治术是治疗乳腺癌首选方案，手术治疗效果较为理想，预后效果较佳，然而乳腺癌根治术造成创伤比较大，术后疼痛明显。根据调查发现，乳腺癌根治术结束之后就会出现疼痛。所以控制疼痛，降低中枢敏感化，减轻痛觉过敏，避免与减少术后疼痛发生有着重要作用^[2]。

机体受到手术的刺激会产生应激反应，增加儿茶酚胺的分泌量，不仅心率有所增快，血压也相应增高，刺激过度时会加重机体耗氧、增加心脏做功，从而增加了围术期心血管事件的发生风险，所以减轻应激反应是影响术后转归的重要因素^[3]。术后疼痛在性质上与术前疼痛是不一样的，术后疼痛也是乳腺癌根治术常见的一个并发症，发生率是比较高的，通常分为两种，一种是持续性，一种是间歇性，有的患者疼痛可长达 2 个月。乳腺癌根治术后疼痛程度与炎性反应为正相关性，也就是疼痛越高那么炎性反应也就越高，释放炎性因子越多，由于自身免疫被抑制，会引发全身炎性反应，从而引起各种并发症^[4]。

神经阻滞是治疗慢性疼痛最有效的一种方式，为了达到理想效果需要医务人员熟练掌握操作技巧，在治疗前了解原发病灶位置、导致疼痛原因，精准的对引起疼痛的支配神经、肌肉起始点等使用最少的药物，治疗精确性高、安全性高、疗效确切^[5]。在超声可视化动态监测下，根据神经走行及支配规律、骨骼肌功能解剖对原发病灶能精准的注射药物^[6]。

Blanco^[7]在 2011 年首次描述了高频线阵探头置于锁骨下中外 1/3 区域，类似锁骨下臂丛神经阻滞的探头放置方式实施 Pecs 1 阻滞（传统的胸壁神经阻滞）。2012 年 Blanco 等提出改良的胸神经阻滞即 Pecs2^[8]。该方法感觉阻滞范围更广，可达 T2-T4，有时可达 T6。Pecs 2 适合范围更大的乳房手术，包括前锯肌和腋窝。本实验中，采用的是 Pecs 2 阻滞的操作方法。

本次研究比较了喉罩全身麻醉（对照组）、喉罩全身麻醉联合超声引导下胸壁神经阻滞（实验组）在乳腺癌根治术后镇痛中的应用效果，结果显示：对照组和实验组患者切皮时 MAP、HR 水平有着明显差异（ $P<0.05$ ）；实验组患者恢复自主呼吸时间及拔除喉罩时间及均比对照组短（ $P<0.05$ ）；实验组瑞芬太尼、丙泊酚用量以及自控镇痛次数比对照组少（ $P<0.05$ ）；实验组患者术后 2h、术后 4h、术后 6h、术后 12h 时疼痛评分均低于对照组；两组患者术后 24h 时疼痛评分比较并无差异（ $P>0.05$ ）；实验组患者术后总不良反应发生率比对照组少（ $P<0.05$ ）。乳房手术过程中使用神经阻滞能阻断神经、胸壁间、第 3-6 肋间疼痛，为乳房手术期间与术后提供了极好的止痛效果。喉罩全身麻醉自身有着微创、放置简便、刺激少、不暴露声门等优势。超声引导下胸壁神经阻滞在达到显著术后镇痛效果的同时，也减少了全身麻醉用药量，降低了不良反应的发生几率。

总而言之，超声引导下胸壁神经阻滞在乳腺癌根治术后镇痛中发挥着重要意义，能有效减轻术后疼痛，减少镇痛药物用量，缩短住院时间，具有推广、应用价值。

参考文献：

[1] 齐佳杉,张英娟,张玉林,等.超声引导下不同路径神经阻滞在乳腺癌患者术中的麻醉镇痛效果及对认知功能的影响研究[J].四川医学,2020,41（07）: 715-720.

[2] 杨坤涛,李扬,易勤美.超声引导下罗哌卡因用于胸壁神经阻滞Ⅰ联合锯齿-肋间平面阻滞在乳腺癌改良根治术后镇痛效果的研究[J].河北医学,2021,27（04）: 571-575.

[3] 王卓,王伟,宋文沁,等.超声引导下胸壁神经阻滞Ⅰ联合前锯肌平面阻滞在乳腺癌改良根治术麻醉中的应用[J].武汉大学学报（医学版）,2020,41（05）: 763-766.

[4] 刘天啸,李艳华,陈静,等.超声引导下胸壁神经阻滞与肋间神经阻滞用于乳腺癌术后镇痛的比较[J].广东医学,2018,39（10）: 1501-1504.

[5] 赵赢,邵安民,冯树全,等.超声引导下胸壁神经阻滞与胸椎旁神经阻滞用于乳腺癌改良根治术的镇痛效果[J].临床麻醉学杂志,2020,36（01）: 58-62.

[6] 刘天啸,李艳华,李糜,等.超声引导下胸横肌平面阻滞联合胸壁神经阻滞在乳腺癌改良根治术中的应用效果[J].广西医学,2021,43（17）: 2029-2032.

[7] Blanco R. The 'pecs block': a novel technique for providing analgesia after breast surgery. Anaesthesia. 2011 Sep; 66（9）: 847-8.

[8] Blanco R, Fajardo M, Parras Maldonado T. Ultrasound description of Pecs II（modified Pecs I）: a novel approach to breast surgery. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2012 Nov; 59（9）: 470-5.

强脉冲光联合硫酸羟氯喹治疗玫瑰痤疮的效果分析及有效率评价

刘夏榕 唐清体 邹宇 吕欣桐

成都大学附属医院皮肤科 四川成都 610081

摘要：目的：探究强脉冲光联合硫酸羟氯喹在玫瑰痤疮应用疗效及有效率评估。方法：选取玫瑰痤疮患者 88 例分为两组各 44 例，参照组予以硫酸羟氯喹治疗，探查组予以强脉冲光联合硫酸羟氯喹治疗，观察两组痤疮症状改善效果、有效率及生活质量。结果：治疗后，两组玫瑰痤疮患者瘙痒、红斑、丘疹/疱疹症状评分较治疗前降低，探查组瘙痒、红斑、丘疹/疱疹症状评分低于参照组（ $P<0.05$ ）；两组玫瑰痤疮患者情感状态、躯体功能、活力、社会功能等 SF-36 评分较治疗前升高，探查组情感状态、躯体功能、活力、社会功能等 SF-36 评分高于参照组（ $P<0.05$ ）；探查组玫瑰痤疮治疗后出现头晕不适、面部刺激、红肿热痛、色素不均几率与参照组具有高度一致性（ $P>0.05$ ）；探查组最终疗效总有效率高于参照组（ $P<0.05$ ）。结论：强脉冲光联合硫酸羟氯喹可早期改善玫瑰痤疮临床症状，提高患者生活质量，且联合治疗未增加不良反应，总有效率升高，具有可行性。

关键词：强脉冲光；硫酸羟氯喹；玫瑰痤疮；有效率

Effect analysis and effective evaluation of intense pulsed light combined with hydroxychloroquine sulfate in the treatment of rosacea

LIU Xiarong,TANG Qingti,ZOU Yu,LY Xintong

Department of Dermatology,Affiliated Hospital of Chengdu University,Chengdu,610081,China

【Abstract】Objective: To explore the efficacy and efficiency evaluation of intense pulsed light combined with hydroxychloroquine sulfate in rosacea. Methods: A total of 88 patients with rose acne were selected and divided into two groups, 44 cases in each group. The reference group was treated with hydroxychloroquine sulfate, and the exploration group was treated with intense pulsed light combined with hydroxychloroquine sulfate. The improvement effect, efficiency and quality of life of the two groups were observed. Results: After treatment, the symptom scores of pruritus, erythema, papule/herpes in the two groups were lower than before treatment, and the symptom scores of pruritus, erythema, papule/herpes in the exploration group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The SF-36 scores of emotional state, physical function, vitality and social function in the two groups were higher than those before treatment, and the SF-36 scores of emotional state, physical function, vitality and social function in the exploration group were higher than those in the control group ($P<0.05$). The incidence of dizziness, facial irritation, redness, heat and pain, and uneven pigment after rosacea treatment in the exploration group was highly consistent with that in the reference group ($P>0.05$). The total effective rate of the exploration group was higher than that of the reference group ($P<0.05$). Conclusion: Intense pulsed light combined with hydroxychloroquine sulfate can improve the clinical symptoms of rose acne in the early stage and improve the quality of life of patients, and the combined treatment does not increase adverse reactions, and the total effective rate increases, which is feasible.

【Keywords】intense pulsed light; Hydroxychloroquine sulfate; Rosacea; Efficient

玫瑰痤疮为临床常见病，主要表现为短暂性或持续性丘疹、红斑、毛细血管扩张等，以成年人为主要发病人群；临床学者针对玫瑰痤疮病因病机尚未给出明确阐述，主要认为疾病发生与皮脂过度分泌具有一定关联性，临床具有患病率高，根治难度大等流行病学特征^[1]。现代医学针对玫瑰痤疮多以对症治疗为主，通过调节内分泌紊乱，缓解皮脂分泌状况，有效改善皮损症状；采用口服或局部用药，缓解临床症状，于临床观察发现，因玫瑰痤疮长期大剂量应用抗生素，药物所致不良反应较多，对患者生活质量无显著增益效果^[2]。随着近年临床针对玫瑰痤疮探讨研究的深入，在玫瑰痤疮治疗中，选用硫酸羟氯喹进行针对性治疗，通过抗炎、免疫抑制等作用，可有效缓解玫瑰痤疮皮损情况，取得较好疗效反馈；但于临床观察发现，单一应用硫酸羟氯喹疗效呈现较大个体差异性^[3]。强脉冲光为近年玫瑰痤疮治疗探讨新方向，通过释放非侵入性、非剥脱性的能量密度，对皮肤病变区域进行治疗，可有效增加玫瑰痤疮药物治疗效果。本研究现针对强脉冲光联合硫酸羟氯喹应用疗效，以单一应用硫酸羟氯喹为参照，分析联合治疗优势，所示如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

观察对象为 2021 年 3 月至 2022 年 3 月医院收治玫瑰痤疮患者，共计筛选 88 例，将患者按照计算机 1:1 分组方式，每组各 44 例，参照组男性患者 12 例，女性患者 32 例，年龄最小值 21 岁，年龄最大值 61 岁，中位年龄（37.51±2.07）岁，痤疮病程最短值 5 个月，最长值 8 年，中位病程（3.01±0.72）年；皮损部位分布：脸颊部位 24 例，额头部位 4 例，口周部位 5 例，鼻部位 11 例；探查组男性患者 13 例，女性患者 31 例，年龄最小值 20 岁，年龄最大值 62 岁，中位年龄（37.47±2.13）岁，痤疮病程最短值 4 个月，最长值 8 年，中位病程（3.06±0.67）年；皮损部位分布：脸颊部位 25 例，额头部位 3 例，口周部位 6 例，鼻部位 10 例；两组玫瑰痤疮患者上述病历资料中相关变量比对比无差异，满足数据实验要求（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

参照组予以硫酸羟氯喹治疗，每次口服 0.2g（0.1g/片规格），2 次/d，联合使用医用冷敷贴，2 次/d。探查组予以强脉冲光联合硫酸羟氯喹治疗，硫酸羟氯喹治疗方式同上，强脉冲光治疗前对患者进行讲解，依据患者病灶情况调节治疗参数；操作前进行面部清洁，拍摄照片预留，指导患者呈平卧位，予以患者防护镜，对皮损部位进行治疗，垂直于皮损表面，以皮肤微红为宜，每月治疗 1 次，持续治疗 2 次；待强脉冲光治疗后予以冷敷，叮嘱患者注意面部清洁，避免皮肤暴晒。

1.3 评价标准

（1）采用症状评分标准，针对玫瑰痤疮患者瘙痒、红斑、丘疹/疱疹症状进行量化评分，评分 0-5 分表症状递增，如患者主诉无症状，则为 0 分；若症状轻微，皮损面积小于 10cm，为 1 分；若症状轻微，皮损面积介于 10cm-20cm，为 2 分；若症状明显，皮损面积介于 20-30cm，为 3 分；若症状明显，皮损面积介于 30-40cm，为 4 分；若症状严重，皮损面积超 40cm，为 5 分。

（2）采用中文译版 SF-36 生活质量评分表对患者治疗前后情感状态、躯体功能、活力、社会功能指标进行量化评分，总分为 100 分。

（3）对比两组患者治疗后出现头晕不适、面部刺激、红肿热痛、色素不均几率。

（4）疗效评估标准，按照患者临床症状、不良反应整体评估疗效，分为显效、有效及无效等三个指标。

1.4 统计学分析

统计软件 SPSS24.0 进行假设检验，计数资料分布用（%）表达，卡方假设检验，计量资料分布用（ $\bar{x} \pm s$ ）表达，t 样本假设检验， $P<0.05$ 设为统计学差异基础表达。

2. 结果

2.1 治疗前后两组玫瑰痤疮患者临床症状改善效果统计

治疗前两组玫瑰痤疮患者瘙痒、红斑、丘疹/疱疹症状评分无统计学意义,治疗后,两组玫瑰痤疮患者瘙痒、红斑、丘疹/疱疹症状评分较比治疗前降低,探查组玫瑰痤疮患者瘙痒、红斑、丘疹/疱疹症状评分低于参照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 治疗前后两组玫瑰痤疮患者临床症状改善效果统计[$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	n	时间	瘙痒	红斑	丘疹/疱疹
参照组	44	治疗前	3.25±1.26	4.15±1.52	3.65±1.41
		治疗后	1.72±1.17	2.81±1.34	2.77±1.27
		t 值	5.902	4.387	3.076
		P 值	0.000	0.000	0.003
探查组	44	治疗前	3.31±1.31	4.22±1.55	3.71±1.39
		治疗后	1.30±1.05	1.75±1.09	1.86±1.05
		t 值	7.942	8.646	7.044
		P 值	0.000	0.000	0.000
		t*值	2.772	4.071	3.663
		P*值	0.040	0.000	0.000

注:为参照组与探查组治疗后统计结果。

2.2 治疗前后两组玫瑰痤疮患者 SF-36 评分结果

治疗前两组玫瑰痤疮患者情感状态、躯体功能、活力、社会功能等 SF-36 评分无统计学意义,治疗后,两组玫瑰痤疮患者情感状态、躯体功能、活力、社会功能等 SF-36 评分较比治疗前升高,探查组玫瑰痤疮患者情感状态、躯体功能、活力、社会功能等 SF-36 评分高于参照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 治疗前后两组玫瑰痤疮患者 SF-36 评分结果[$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	n	时间	情感状态	躯体功能	活力	社会功能
参照组	44	治疗前	56.37±6.37	75.36±7.28	73.84±8.04	69.35±7.07
		治疗后	63.47±6.81	81.46±7.91	80.04±9.11	74.51±8.02
		t 值	5.051	3.764	3.385	3.201
		P 值	0.000	0.000	0.001	0.002
探查组	44	治疗前	56.51±6.52	75.51±7.41	74.17±8.01	68.94±7.14
		治疗后	81.43±7.65	91.55±8.57	89.44±10.05	83.17±8.64
		t 值	16.445	9.391	7.882	8.421
		P 值	0.000	0.000	0.000	0.000
		t*值	11.632	5.739	4.597	4.873
		P*值	0.000	0.000	0.000	0.000

注:为参照组与探查组治疗后统计结果。

2.3 两组玫瑰痤疮治疗不良反应统计

探查组玫瑰痤疮治疗后出现头晕不适、面部刺激、红肿热痛、色素不均几率与参照组具有高度一致性,差异无统计学意义 ($P>0.05$),见表 3。

表 3 两组玫瑰痤疮治疗不良反应统计[n%]

组别	n	头晕不适	面部刺激	红肿热痛	色素不均	发生率
参照组	44	1	1	1	1	9.09%
探查组	44	2	1	1	0	9.09%
t 值						0.000
P 值						1

2.4 两组玫瑰痤疮治疗有效率评价

探查组最终疗效显示显效、有效、无效分别为 28、15、1 例,总有效率 97.73%,参照组最终疗效显示显效、有效、无效分别为 18、17、9 例,总有效率 79.55%,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3. 讨论

临床学者认为,玫瑰痤疮发生原因与激素药物、环境因素、感染、遗传因素具有密切关联性,呈慢性进展型,主要好发于脸部,伴有明显充血症状,若没有及时给予医疗干预,皮肤毛细血管破裂,可留下无法消除的红斑,影响外部美观性,对患者身心健康具有较大危害^[4]。临床观察发现,玫瑰痤疮患者伴有不同程度神经血管调节受体相关基因突变,极易因螨虫、紫外线、糖皮质激素等诱因导致疾病发生,因皮肤屏障功能损伤,常规治疗效果不佳,为皮肤科探讨热点课题。

现代学者针对玫瑰痤疮多以对症治疗为主,选用激光、抗炎、抗过敏疗法,经大量样本观察,临床疗效不显著,且长期应用出现头晕、恶心、皮疹、色素沉着情况较多。强脉冲光治疗作为近年皮肤科治疗新手段,选用可见光和近红外线波长范围在 500-1200nm 的光,依据患者皮肤情况进行照射治疗,可有效促进皮肤下毛细血管扩张,激活血管内血红蛋白水平,改善皮下组织凝固性坏死情况,对色素性皮肤病进行针对性治疗,已取得较好疗效反馈^[5]。强脉冲光与硫酸羟氯喹联合治疗,因强脉冲光治疗所释放温热效果,可刺激局部血液循环,药物治疗过程中,可加速药物的输布,发挥封闭血管、扩张微血管的作用效果,快速缓解红斑、疱疹等临床症状,改善瘙痒、灼痛不适感受,有效缩短临床治疗时间^[6]。实验结果显示,治疗前两组玫瑰痤疮患者瘙痒、红斑、丘疹/疱疹症状评分无统计学意义,治疗后,两组玫瑰痤疮患者瘙痒、红斑、丘疹/疱疹症状评分较比治疗前降低,探查组玫瑰痤疮患者瘙痒、红斑、丘疹/疱疹症状评分低于参照组 ($P<0.05$);基于数据可证实,强脉冲光与硫酸羟氯喹联合治疗可有效缓解玫瑰痤疮临床症状,主要在于两者联合应用,依据不同玫瑰痤疮患者皮肤耐受情况,精准控制波形,有效避免激光照射能量不稳定所致的色素沉着或皮肤热损伤;同时选择性光热作用,可有效改善皮肤下毛细血管,有效清除皮肤红斑等皮损情况,激发皮肤屏障防御功能具有重要影响,缩短症状缓解时间,提高皮肤防御机制,联合应用疗效更佳^[7]。基于患者生活质量评估可知,治疗前两组玫瑰痤疮患者情感状态、躯体功能、活力、社会功能等 SF-36 评分无统计学意义,治疗后,两组玫瑰痤疮患者情感状态、躯体功能、活力、社会功能等 SF-36 评分较比治疗前升高,探查组玫瑰痤疮患者情感状态、躯体功能、活力、社会功能等 SF-36 评分高于参照组 ($P<0.05$);数据进一步佐证,强脉冲光与硫酸羟氯喹联合治疗,在促进疾病转归的同时,可有效提高患者生活质量,因面部皮损症状改善明显,有效提高患者治疗依从性,对患者身心状况具有积极影响。基于临床治疗安全性评估发现,探查组玫瑰痤疮治疗后出现头晕不适、面部刺激、红肿热痛、色素不均几率与参照组具有高度一致性 ($P>0.05$);探查组最终疗效总有效率 97.73%,高于参照组 ($P<0.05$)。强脉冲光联合治疗未增加治疗所致不良反应,强脉冲光治疗可有效提高患者皮肤的舒适感受,患者治疗依从性较高,安全性佳,可满足患者长期治疗需求。

综上,强脉冲光联合硫酸羟氯喹可早期改善玫瑰痤疮临床症状,提高患者生活质量,且联合治疗未增加不良反应,总有效率升高,具有可行性。

参考文献:

- [1]韩兵.硫酸羟氯喹联合他克莫司治疗玫瑰痤疮的临床疗效评价[J].皮肤病与性病,2020,42 (05): 705-706.
- [2]谢玲,彭慧,李龙年,等.硫酸羟氯喹、多西环素联合 0.1%他克莫司软膏治疗玫瑰痤疮的临床疗效观察[J].赣南医学院学报,2021,41 (01): 65-67.
- [3]淡克娜.硫酸羟氯喹联合 0.03 他克莫司软膏治疗玫瑰痤疮的临床效果[J].中外医学,2021,40 (25): 74-76.
- [4]冯静,周慧.中西医结合联合强脉冲光治疗玫瑰痤疮的临床疗效[J].中国激光医学杂志,2022,31 (05): 281-287.
- [5]付黎影,赵琳.硫酸羟氯喹联合强脉冲光治疗红斑毛细血管扩张型玫瑰痤疮的临床效果[J].临床研究,2021,29 (04): 96-97.
- [6]王静,荣光辉,祝嘉,等.强脉冲光联合硫酸羟氯喹治疗玫瑰痤疮的疗效观察及对患者生活质量的影响[J].中国美容医学,2022,31 (08): 1-4.
- [7]朱建建,李昕,陈霄霄,等.脉冲 595nm 染料激光联合硫酸羟氯喹治疗红斑毛细血管扩张型玫瑰痤疮疗效观察[J].医学理论与实践,2020,33 (01): 93-95.

养老保险政策在医疗卫生领域的落实情况浅析

陆奕同

天津市南开医院 300102

摘要：随着人口老龄化，现阶段的养老体系的建立是必不可少的，而其有效落实，是对医务人员养老的重要保障。结合当地及医院等相关规定及文化背景，提出养老保险在医疗卫生的现状、缺点及改进方式，不断探索养老保险制度的公平性和可行性，构建完善的养老体系，进而提高医院职工的福利待遇水平，使其感到幸福感。

关键词：养老保险；医疗；公立医院

Analysis of the Implementation of Endowment insurance Policy in the Field of Health Care

LU Yitong

Abstract: With the aging of the population, the establishment of the current pension system is essential, and its effective implementation is an important guarantee for the pension of medical staff. Based on the local and hospital regulations and cultural background, this paper proposed the current situation, shortcomings and improvement methods of the pension insurance in medical and health care, and constantly explored the fairness and feasibility of the pension insurance system, to build a perfect pension system, so as to improve the welfare level of hospital staff and make them feel happy.

Key words: Endowment insurance; medical treatment; public hospital

社会保障是民生的基础。改革开放以来，国家更加重视改革和健全养老保险机制，覆盖范围的不断扩大，福利标准稳步提升，资金能力的不断提高，社会治理层面更加完善，对保证人民群众生存起到了很大效果，以推动经济增长，保持社会安定。中共十八大以来，中国已初步建立起了覆盖全民、统筹城乡、职责明晰、保障合理、服务可持续发展的多层次社会保险制度体系。“十四五”计划中进一步明确目标，将全国基本养老保险参与率增加到百分之九十五，基本形成了全方位、多支柱的养老保险体系。

1. 国家养老保险行业现状

党的十九届五中全会提出，应对人口老龄化是不可避免的首要问题。首先相关部门需要完善养老资产储备，截至今年3月底，基本养老保险覆盖人数达到10.07亿人，基本养老保险参与率超过90%^[1]。2015年机关事业单位的养老保险改革方案正式颁布，为了实现全民社会养老保险全覆盖，提出公益一类、公益二类事业单位及其在编工作人员的养老保险费由个人和单位共同承担。同时，面对职工人数和编制人数缺乏的问题，相关部门根据医院发展，按照合同招聘大量人员，并对其采用相关政策以确保与在编人员同岗同酬。而在2014年改革之前参与工作的人员可称为过渡人，退休后的养老保险按照改革新制度实行，因此这一批退休人员相比改革后入职人员对养老金的认可度较低。而造成这一落差的原因是，一方面一直以来，公立医院这类事业单位是老百姓内心的“铁饭碗”职业之一，而改革后工资福利待遇比不上其他企业员工，产生极大心理落差感，因此不太能接受养老保险的制度改革。另一方面，这一批员工由于对缺乏对改革制度的了解，在制度提出养老保险金不在只有医院所承担，本人在职期间需要承担部分费用，内心产生不公平感，而这些错误认知给养老保险的推进造成消极影响，同时为应对人口老龄化的发展造成一定的影响。

目前，我国医疗卫生领域的养老保险发展滞后，与快速进展的人口老龄化难以匹配，追究其原因是养老保险发展的过程中缺少科学理论体系做框架。因此，制度改革迫在眉睫，加强社会养老各方面的管理，建立全方位、完善的保障体系，做好权力与责任相匹配的管理方式。另外，结合目前整体管理一致性的问题，高效地开展体制改革，研究出新计算养老金计发的可行策略，同时结合现代发展潮流，建立有效可行的养老保险制度，促进公立医院养老保障发展。

2. 养老保险行业存在的问题及在医疗卫生领域的表现

2.1 人员编制身份造成的养老保险制度落实差异。

目前养老保险的管理以编制做边界，编内人员、编制内聘用的工作人员与编制外聘用的工作人员之间继续存在差异^[2]。就医院工作人员而言，工资取决于他们在医院工作的年限，属于正式编制医务人员，而工资基数和绩效工资一般按照事业单位工作人员的薪酬绩效管理方法实施。但作为编制外人员，特别是高级技术岗位人员外，与医院一般都是按照协议可以执行工资约定在劳动合同中，对于技术水平不同的人，工资待遇是不一样的，而社保支付基数是根据个人实际工资来支付的，由于工资基数的差异而支付成本基数的差异。根据相关政策法规，公立医院在不断探索薪酬福利的差异化，并实施相关措施，以积极推进同工同酬。另外，编外人员多为医务人员这些重要一线岗位者，文化程度高，岗位压力大，人数较多。尽管该类人员的福利待遇与在编人员相同，但其无法参与企业职工养老保险中，而企业需要承担其养老保险费用，这就给医院造成了较为严重的烦恼。（1）企业与个人需要承担较大额度的保险费用；（2）在缴纳职工养老保险后，也无法确定退休后编外人员的福利是否与在编员工相同，这就造成员工的内部矛盾产生，工作效率及人才有所丢失。因此，许多编外人员提出给予编制，申请将其企业险改为事业险管理范围内，而在医院实施编外员工购买企业险的规定，大多数编外人员对此产生抵触，开始要医院将其转变为在编人员，并且出现了不愿再续合同、缴纳企业险，对工作消极对待。两种保险造成编外职工无法签署事业险、退休后保险待遇差距悬殊等问题。

2.2 养老保险区域执行差异大。

首先，全国各个省市根据养老保险制度及当地实际情况制定了相应政策。尽管在国家统一规划管理下地区政策的差异有所缓解，但是这样的差异造成了医院在人才引进时外省人员的保险转移程序复杂，而部分医务人员的工作年限等问题也给人人才引进造成一定的压力。另一方面，养老保险的收支状态不同，也造成了养老金差异。如目前，养老保险属于省级统筹，而各省间差异较大。收支高的省份，可保证50个月的付款。有特殊困难的省份无法支付当期费用，累计余额基本用完。第三，养老保险的筹集和支付水准差异较大，给不同地区、不同行业的劳动力流动带来困难，使劳动力资源无法得到合理配置。

2.3 公立医院财政压力加重。

目前，长期运营过程中的监管不严、高负债，给很多公立医院积攒了经营性、建设性债务问题。大多数公立医院的负债率在30%以上^[3]。而目前院所实施的差额拨款的制度，造成了很大一部分的费用支出。另外，造成医院盈利下降，限制医院自身发展，医院负担加重。另外，随着医院技术发展和规模的不断扩大，再加上医务人员的人力资源短缺，几乎所有医院已开展招聘编制外的医务人员来扩充团队力量，但按规定，编制外的医务人员的养老保险部分费用由单位承担，对于负债或发展较差的医院来说，就是雪上加霜，甚至需要挪用其他经费来解决资金问题。

2.4 职工档案信息难以核定

随着时代发展，数字时代的到来，越来越多技术可以为各行各业提供便利，而技术支持对于养老保险改革至关重要。在养老保险制度改革中，有许多繁琐的工作事务，例如核对名册、参保登记等都需要快捷方便的数字技术为其支撑。在面临姓名相同的工作人员，难以将其准确识别，导致个人信息忽略。另外，一直以来各类医院等单位对职工的档案管理工作不够重视，文件信息收纳不整齐，造成部分职工工资资料丢失，特别多次调动的医务人员，可能是调动过程中手续不规范致使档案资料丢失，而相关经历的时间点无对应资料为支撑，从而导致在待遇核定上存在问题^[4]。

2.5 拖欠医院职工养老保险

2020年10月，根据国务院第七次巡视的统一部署，14支国务院督察组赴14个省开展

实地巡视。检查发现，一些地方还存在基层拖欠工资、社会保险费未缴等问题。黑龙江省哈尔滨市呼兰区部分医院被列入医务人员未缴纳基本养老保险费和职业年金名单，青海省一家医院904名未登记医务人员未缴纳基本养老保险费九年。这种情况在医院非用工领域比较突出。而存在未缴纳养老保险的主要群体还是那些在14年改革前入职的过渡人。这些人在改革后缴纳养老保险中的个人部分，但在工作开始、计算工龄时至制度改革这段时间的养老保险的缴纳时属于空白的，这就导致这些过渡人的“历史欠账”。近年来，大批过渡人的退休造成待补的“欠账”的额度越来越大，造成当地经济压力。

3. 医疗卫生领域养老保险改革的对策及建议

3.1 根据实际情况采取措施，推广养老保险

改革的对象不仅要包括编制内部的人员，还要包括编制外部的人员^[1]。另外，由于各地区养老保险改革的多样性，医疗卫生领域养老保险将面临一系列的问题^[8]，例如，国家缺乏相关养老保险缴纳的政策法规。因此，尽快健全养老保险政策的法律保障体系，是医疗卫生领域养老保险改革的关键。另外，医院管理部门需要尽量减少编制限制，增加参保人员的数量，实施去除编制管理。去编制化管理是公立医院养老保险改革的目标之一^[5]，为实现同工同酬，削弱医院编制限制，要求在职工岗位聘用、绩效薪酬分配等方面实施去编制化管理。对此，未来医院还需要制定一系列有效的应对策略。根据当地及医院政策，建议将个人、缴费时间和退休待遇相结合，实施多方面统一账户的养老保险福利发放，以确保缴费和福利待遇相呼应。要保证医院事业单位养老保险制度改革顺利推动，又保证编外人员的待遇和福利，同时使当地养老保险与其体系能够顺利承接，以提高其工作满意度，促进医院的和谐发展。

3.2 完善保险体系，做好监管职责

养老保险改革是为了医院人事制度的完善，未来，需要根据学校实际情况，结合学校的长远发展，相关部门需要制度前瞻性人力资源规划，明确各岗位职责任务，实现工作效率的最优化。另外，医院也需要不断完善符合医院养老保障及未来发展的人事聘用制度，探索新型的用人机制，通过人才引进壮大医疗团队，再为培养人才提供学习机会。保障医院的平稳运行和巩固完善。在完善法律法规监管体系的基础上，财政部门、税务部门和社会保险机构首先要不断完善内部监督机制，提高相关法律法规的规范化，要加强对会计审计部门和舆论的监督。定期向社会公布社保基金的收支、余额和投资状况是各地社保部门的职责，以改善基金安全诚信。

3.3 改革补偿方式

在推动医疗卫生领域的养老保险发展，就需要加大政府投入，以提高定期补偿水平。深入分析对医院经济损失的现状，了解其经济缺乏下，加大对其经济补偿力度。通过增加政府投资以减轻医院的财政负担，改革将涵盖更广泛的领域。医务人员的发展是医院发展的核心力量，而待遇福利是医务人员团队稳固的物质基础。建议在原定的待遇制度基础上，完善待遇福利结构，根据实际科学健全绩效考核体系，增加绩效工资在总额的占比，探索新兴的待遇福利模式，在兼顾工资发放准时、标准的同时，实施一人一议的待遇方式，以提高医院对医务人员团队的凝聚力和特需人才的吸引力。随着生活水平的提高，退休人员的养老金有待提高，当地社保局可以采取每年提高退休人员的保险金，确保编外人员的退休后待遇不低，以稳定医院职工内心公平感，从而维护医院运行稳定。

3.4 降低不同地区的差异性，信息技术有待提高

目前，公立医院等相关事业单位养老保险改革的推进迫在眉睫，要制定较好的制度，以提高养老保险改革的科学性、可实施性，不断改进养老保险体系，进而慢慢削弱不同地区的异质性，保障较高统筹。现在越来越多的地区都开展了养老保险的改革和实行，相关的机关事业单位改革的具体措施出台，可以采取区域性的管理方式，逐渐加强职工对此的认同感。在推进过程中，所体现出的实际问题，对同等等级城市和问题进行分类，从而完善同等等级发展水平的城市的一致的原则及标准，解决不同城市和行业间的所存在实际问题。另外，不断调整领取职业年金的时间，根据不同情况适当微调职业年金发放方式，对现存职业年金制度进行完善，不断改善其运行方式，以获取较高的投资收益，将其收益再分配增加职业年金发放时间，进而提高医院工作人员对其工作的幸福感。随着科学技术和大数据的快速发展，还可以建立全国联网的社保体系，结合科技技术建立全民参保信息系统，实现个人信息与社保卡绑定，可以跨地区查询个人参保信息等，这样可以优先减少不同地区医保交接的压力，保证个人信息不丢失和准确查找，进而避免信息不全造成的利益损失。

4 结语

目前来看，公立医院等事业单位的养老保险仍存在较多问题，而其改革迫在眉睫，必须结合实际养老保障一致管理的工作，构建较为可行有效的保障体系，加强对其基金管理。另外，社会保障乃民之本，其意义重大，对我国老龄人口退休的生活质量密切相关，所以实施养老保险的改革是不可避免的，根据当地和医院相关部门的规定，设定养老保险相关方案，并且减少医院职工养老负担，提高全民满意度。

参考文献：

- [1]周晖,金秋明.确保城乡居民共享经济社会发展成果[N].中国劳动保障报,2022-09-06(003).DOI: 10.28520/n.cnki.nldb.2022.002371.
- [2]金菊芳.公立医院养老保险制度的改革现状与对策[J].现代医院,2018,18(10): 1408-1410.
- [3]沈书辰.公立医院养老保险政策面临的问题和改革意义[J].医疗装备,2019,32(10): 61-62.
- [4]龚勃晓.公立医院养老保险制度改革与企业年金的机遇与挑战[J].人力资源开发,2022(02): 48-49.DOI: 10.19424/j.cnki.41-1372/d.2022.02.023.
- [5]周超,余雷,胡成文,陈淑婷.安徽省某公立医院实施养老保险政策现状分析与思考[J].江苏卫生事业管理,2020,31(05): 584-586+613.

分析针刺联合康复训练治疗脑出血偏瘫肌张力增高临床观察

¹马晓虎 ²李智 ³何娜

¹宁夏回族自治区中西医结合医院 宁夏 750004; ²宁夏固原市中医院 固原市 756000;

³宁夏回族自治区中西医结合医院 宁夏 750004

摘要: 目的: 探讨针刺联合康复训练治疗脑出血偏瘫肌张力增高临床作用。方法: 选择 2021 年 11 月至 2022 年 11 月间住院的 50 例脑出血偏瘫肌张力增高患者, 将其分成 2 组, 分别采用针刺加穴位推拿疗法, 对照组采用穴位推拿疗法, 比较两组疗效。结果: 观察组膝关节屈曲度、膝关节过伸度显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组的治疗有效率显著高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 针刺配合康复训练可以有效地提高患者的肌肉张力, 减少患者的肢体畸形, 提高患者的生活质量, 为以后的运动和康复打下坚实的基础。

关键词: 针刺; 康复训练; 脑出血; 偏瘫; 肌张力增高; 效果

引言

脑出血是一种常见的脑部疾病, 多见于中老年人, 发病突然、病情发展快。吸烟、生活作息不良、心血管疾病、高血脂、糖尿病等都是导致脑出血偏瘫肌张力增高的主要原因, 如果不及时的治疗, 会导致言语障碍、行动不便、严重的甚至会危及生命的健康。目前脑出血的治疗原则主要是早发现、早诊断、早训练, 防止复发, 尽量使患者的身体功能保持良好。为探究针刺联合康复训练治疗脑出血偏瘫肌张力增高的临床效果, 我院于 2021 年 11 月至 2022 年 11 月开展临床效果研究, 结果与预期相符, 现将研究报告总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 11 月至 2022 年 11 月间住院的 50 例脑出血偏瘫肌张力增高患者, 将其分成 2 组, 观察组高血压患者男性 10 例, 女性 15 例。年龄在 28-64 岁, 平均年龄为 (35.23±5.49) 岁。对照组高血压患者男性 8 例, 女性 17 例。年龄在 29-66 岁, 平均年龄为 (36.31±5.54) 岁。本次研究获得我院伦理委员会批准, 两组高血压患者临床资料无显著差异 ($p>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组采用针刺配合穴位推拿疗法。针刺: 脑出血偏瘫肌张力增高的治疗方法主要是选择四肢穴和头皮针。穴位: 合谷、内关、足三里、丰隆、内庭、环跳、风池、阳陵泉、悬钟、丘墟、秩边、殷门、委中、承山、申脉、地仓、颊车、哑门等穴位。

观察组采取针刺联合康复训练: 以轻柔的手法按摩患侧肢体, 每天两次, 每次至少 30 分钟, 以帮助血管内的血液循环, 预防肌肉萎缩, 促进神经功能的恢复。根据患者的不同临床表现, 采用不同的穴位推拿方法^[1]。打开电源, 戴上护具, 按动启动按钮, 设定治疗时间、速度、压力和模式。在每次治疗之前都要对患肢进行一次检查, 防止皮肤破裂。在治疗期间, 要注意观察患者的肤色, 并根据需要进行相应的调节。其基本原理是在多次充气时, 对多个空腔的气囊进行多次充气, 产生循环压力, 促进血液、淋巴循环, 加快组织液的回流。

1.3 观察指标

①膝关节屈曲度、膝关节过伸度;

②治疗有效率: 显效: 治疗之后, 患者正确地使用药物后, 有明显的改善作用。有效: 治疗之后, 患者的临床症状有所减轻, 存在部分异常心理。无效: 治疗之后, 患者的临床症状未见减轻, 甚至有所加重。

1.4 统计学处理

利用 SPSS22.1 软件对所有试验数据进行统计, 以百分率 (%) 表示, 并用 X² 检验方法对不同试验数据进行比较, $P<0.05$ 为显著性差异。

2 结果

2.1 观察组和对照组膝关节屈曲度、膝关节过伸度比较

观察组膝关节屈曲度、膝关节过伸度显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

见表 1。

表 1 两组高血压患者治疗有效性比较

组别	膝关节屈曲度	膝关节过伸度
观察组 (n=25)	42.64±1.38	16.64±5.38
对照组 (n=25)	30.75±6.79	10.75±3.79
t	6.8000	8.231
P	0.0000	0.000

2.2 观察组和对照组膝关节治疗有效率比较

观察组的治疗有效率显著高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 观察组和对照组膝关节治疗有效率比较 (n%)

时间	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组 (n=25)	20 (80.00)	5 (20.00)	0 (5.00)	20 (80.00)
对照组 (n=25)	16 (64.00)	2 (8.00)	7 (28.00)	18 (72.00)
X ²	-	-	-	4.329
P	-	-	-	0.037

3 讨论

3.1 概述

脑出血是一种临床上比较常见的一种急性脑血管病, 主要是由于脑内血管突然断裂或狭窄, 血液不能顺利流入大脑, 造成脑组织的损害。肌张力增高是治疗中枢神经系统疾病的一种常见并发症, 主要发生在治疗中, 发病后会引发四肢痉挛, 对治疗效果、生活和身体都有很大的影响^[2]。过去在临床上, 对于脑出血肌张力升高的患者, 一般都是使用乙哌立松片, 主要是利用身体的脊髓反射和抑制 γ -运动神经元冲动来减轻肌肉痉挛, 但是在治疗的时候, 会出现皮肤瘙痒、头晕乏力等症状, 还有一些患者会出现休克、肝功能异常、肾功能异常、血象异常等不良反应。

3.2 脑出血偏瘫肌张力增高主要症状

由于肌力异常严重影响了患者的功能, 所以对患者进行有效的评估与治疗, 是改善患者生存质量的关键。在四肢功能恢复的过程中, 上肢的功能恢复速度相对缓慢, 但其对患者的日常生活活动能力的改善却是不可忽略的。脑出血偏瘫肌张力增高偏瘫患者, 其患侧上肢前屈、内收、内旋肘、指间和掌指关节的屈曲; 下肢常见的划圈步态有骨盆旋转、膝过伸、足下垂等。对脑出血偏瘫肌张力增高患者的四肢肌肉张力进行临床评价, 可以初步判断其对日常生活活动的依赖性; 根据患者的肌肉张力情况, 可以对患者的运动能力进行一定的限制, 比如上肢屈肌张力增加, 就会造成护士对手部进行护理^[3]。结果表明, 在行走状态下, 上肢肌肉张力增加, 表现为肌肉痉挛、协同运动、张力障碍等, 因此, 行走时肌肉张力的评价可以更客观地反映患者的生命功能受到损害。进一步的研究表明, 在行走时, 上肢和下肢的协调和同步运动与人体姿态的控制和行走速度有很大的关系。另外一项研究还发现, 将 200

单位 A 型肉毒毒素注入上肢痉挛肌后，上肢的 Asworth 评分显著下降，同时患者的行走速度也有显著提高。在临床上，四肢关节活动度受到限制的原因有很多，其中最常见的是肌肉的痉挛或僵硬、关节周围的韧带、关节囊的高张力。而关节周围韧带、关节囊处于高张力状态，其原因是肢体痉挛肌的被动牵拉，因此，痉挛在脑出血后的肌体病理生理学中起着至关重要的作用。

正常人的肱骨头，主要依靠冈上肌、三角肌、背阔肌和外周韧带等肩关节附近的肌肉来固定。脑出血偏瘫肌张力增高患者在康复过程中，由肌无力到肌张力增加，最后产生了分离动作。肩胛下肌、胸大肌的抽搐加剧，导致肱骨头内旋的发生。胸大肌痉挛会破坏肱骨和肩胛的联系，影响肩胛的节律，造成盂-肱关节的全范围的被动外展功能，重复的不适当的被动外展可能会引起肩峰下疼痛冲击综合征；另外，由于胸大肌痉挛引起的肩部肌肉受力不均，以及反复的肌肉拉伤也会引起肌腱附着点的疼痛。张启富等的研究结果表明，由于肌肉痉挛和半脱位所致的肌肉缺血、缺氧导致的肩部疼痛，经肉毒毒素 A 治疗后，能显著缓解^[4]。Ester 等人认为，在胸大肌内注射肉毒毒素 A 可以缓解肩部疼痛，这可能是由于肉毒毒素 A 可以通过抑制诸如 P 物质之类的疼痛相关介质的释放或者直接对疼痛传递途径产生影响。肩关节挛缩后常伴有三角肌、背阔肌痉挛。因此，评价肩部的运动学变化，有助于减少脑出血偏瘫肌张力增高患者的肩关节前伸和肱骨头旋转。例如，内旋、内收的肩关节，是因为胸大肌的张力增加而引起的。外展、内旋肩关节是由背阔肌痉挛引起的，肩关节内收既有屈曲也有伸长，也有可能是由于三角肌肌张力增加所致。目前减少肌肉张力的方法主要有针对性的手法。目前，肩关节的治疗重点是肩关节的半脱位和肩部疼痛。肩关节半脱位的治疗包括早期正确的姿势、正确的肩胛骨姿势、运动疗法和物理因素疗法等。采用低频率脉冲电流对冈上肌、三角肌后束进行刺激，可有效地增强冈上肌、三角肌后束的拉力，使麻痹肌恢复到正常的功能，同时配合康复疗法，可以预防肩部半脱位。龚晨等人的实验结果表明，采用上肢负重振动可以有效地改善患者的肩部半脱位。应用臂架对改善脑出血偏瘫肌张力增高患者的肩部半脱位有一定的疗效，对患者的转移和行走能力也有良好的改善。脑出血后肩部疼痛的原因是：肩关节解剖结构不合理，过度牵拉造成的肌肉损伤和肌肉张力不正常；针刺不但能改善局部组织的粘连，还能促进肩部血液循环，对脑出血偏瘫肌张力增高后肩部疼痛有一定的疗效。以肘部屈曲、前臂旋转为主，肱肌为屈曲的主要屈曲肌，肱二头肌和肱桡肌均有参与，旋前圆肌也有一定的影响。但是，在发生异常的情况下，肱二头肌会牵拉肱骨头，使其适应屈曲的姿势。在前臂旋转前臂的情况下，评价屈曲和伸展有助于区分旋前圆肌和旋前肌是否存在异常，例如在屈曲的情况下，旋前肌可能会引起不正常的姿态^[5]。腕屈肌（桡侧腕屈肌、尺侧腕屈肌）是造成脑出血后腕部屈曲的主要原因。当然，手腕的屈曲情况也会对手指的运动产生一定的影响，比如在手握的时候，手腕会出现弯曲，影响到手的抓握能力。由于不同的肌肉会引起关节的畸形，所以评价手指的屈曲情况应该包含掌指关节、指间关节和远指关节。指浅屈肌以四指中节指关节为主要屈曲部位。指深屈肌近端和远端指间关节，最后指骨基底为末端，以屈指为主。

3.3 治疗方法

在临床上应选择更加合理、有效的治疗方法，以保证疗效，减少对患者的不适。通过对脑出血肌张力升高的针刺疗法的研究，对其病因和治方面的内容进行了分析，以期为提高脑出血偏瘫肌张力增高患者的临床疗效和临床疗效提供参考。过去，西医主要是用西医的方法来治疗脑出血，这样可以减轻患者的症状，但如果患者的身体状况不好，再加上药物的副作用，很可能会影响到患者的病情。因此，在临床上，对于脑出血患者，应该采取更加合理、有效的治疗方法。针刺是一种常见的治疗方法，它可以通过刺激人体的经络，改善机体的临床症状。在脑出血偏瘫肌张力增高患者中，采用针刺可以使痉挛肌和拮抗肌之间的张力得到平衡，并通过针刺刺激神经来刺激脊髓，使局部麻痹的肌肉恢复正常，与拮抗剂形成新的平衡，达到良好的治疗效果。

在临床脑出血偏瘫肌张力增高患者中，肌力升高是一种常见的并发症，其发生率高达 80%。《难经·二十九难》有云：“阴跷为病，阴慢而阳短”，这就是脑出血偏瘫肌张力增高后

肌肉紧张性紧张所致的痉挛，这是因为阴阳失调所致。在正常条件下，肌张力自身是通过阿尔法运动神经元在休眠时的放射水平掘进，肌梭 Ia 传入纤维起到了重要的释放作用，而机体的梭内肌纤维被 γ 运动神经元控制，当这些细胞的活动导致梭内肌紧张时，就会诱发痉挛。根据相关的临床数据，肌力本身是一种与运动神经元有关的并发症。通过大量的临床动物试验，证明了肌肉张力是由 α 和 γ 运动神经元共同作用的。美国 NINDS 实验室的许多科学家进一步确认，在局灶性肌张力异常患者中，他们的肌肉运动模式有一种互相抑制的异常现象，而且在对患者的脊柱反射进行检测时，还发现了一种不正常的互相抑制。目前，临床上对脑出血患者肌肉张力升高的认识仅有一种观点，即：高位中枢通过突触前抑制作用于脊髓，当阻断了脊髓的下行通道后，就会出现痉挛；脑出血偏瘫肌张力增高患者的中枢运动功能紊乱，使其 α 神经元和 γ 神经元互相制约，导致上肢肌张力升高，给患者的身体和治疗带来很大的不便。目前，对于脑出血偏瘫肌张力增高肌张力升高的患者，多采用药物、手术、电刺激等方法，但由于疗效、费用、专业技术等因素的影响，给患者带来了诸多的制约，不但使患者在治疗过程中难以获得理想的疗效，而且还会带来更多的不适感^[6]。在临床上，加强对脑出血患者肌肉张力升高的研究，并采取相应的措施，保证患者的身体健康。传统的中医疗法可以通过针刺、按摩、中药等多种方法来进行治疗。有临床研究表明，运用针刺对脑出血偏瘫肌张力增高患者的肌肉张力有较好的疗效，在治疗的时候，取患者肩部、肩前、天井、会穴、外关、伏兔、血海、阳陵泉、丰隆、悬钟等穴，然后用 28 号 1.5-2.0 英寸的针刺针进行针刺，如果需要，可以用百次/分钟的针刺强度，根据患者的承受能力来决定，一次 40 分钟，一天一次。根据临床医师对以上理论的研究发现，本研究以 40 名脑出血偏瘫肌张力增高患者为试验对象，将其分成两组，然后进行传统疗法和针刺疗法，经观察发现，经针刺治疗后，患者的症状消失时间显著减少，而且没有任何副作用，可以有效地改善患者的临床症状，减少患者的临床症状。

在脑出血偏瘫肌张力增高后，肌肉张力升高是最常见的症状。这是由于大脑组织损伤，对基础反射的抑制作用降低，或者是对机械运动的控制能力，引起肌张力升高，导致肌肉僵硬，行动力障碍，影响到生活质量。在脑出血偏瘫肌张力增高后进行肌肉张力的治疗是非常重要的，一般的药物对其起到的作用不大，而中医针刺、穴位按摩则能起到很好的缓解肌肉紧张的作用。穴位按摩可以舒筋活络，促进局部血液循环，防止肌肉萎缩，而针刺则是针对主动肌和拮抗肌的收缩不协调，采用针刺或电针，来调节人体内环境的平衡，逐步减少肌张力，达到治疗的目的。每日用温水浸泡双足，并在每日睡觉之前进行热敷。早晚要注意锻炼身体，如散步、体操、跳舞、打太极拳等。长期坚持，身体素质逐步改善，对感冒的抵抗力都会有很大的提升。

针刺配合穴位推拿对脑出血后高肌力有明显疗效，不但能减少肌肉的张力，而且能减少并发症，减轻患者的疼痛，减轻患者的行动能力，提高患者的生活品质。对于脑出血偏瘫肌张力增高患者，采用针刺结合穴位按摩是十分有价值的。

参考文献：

- [1]苏立林.太乙神针实按灸联合针刺对中风后下肢运动功能障碍的临床研究[D].黑龙江中医药大学 2022
- [2]冯伟,孔祥茹.“在筋守筋”针刺治疗脑卒中后肌张力增高探讨[J]. 实用中医药杂志. 2022 (05) . 860–861.
- [3]陈兴,顾秋燕,葛燕.针灸联合运动疗法促进脑瘫患儿上肢肌张力恢复[J]. 长春中医药大学学报. 2022 (03) . 310–313.
- [4]陈娟,徐彦博,陈辉,杨大伟,钟才进.电针结合康复训练治疗脑卒中后踝关节屈肌痉挛的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志. 2019 (03) . 443–445.
- [5]武昌,严静怡,田智.运动针法配合康复训练治疗脑卒中后上肢肌张力增高的临床效果[J]. 中国医药导报. 2022 (20) . 157–160.
- [6]黄永杰,郭家燕. 运动针法联合康复训练治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪临床观察[J]. 光明中医. 2022 (22) . 4123–4125.

超声引导下乳腺结节微创手术的临床疗效分析

潘景恩

六安市人民医院 安徽省六安市 237000

摘要：目的：探究分析超声引导下乳腺结节微创手术的临床疗效。方法：选取我院 2019 年 6 月-2022 年 6 月收治的乳腺结节患者 66 例随机分组，对照组传统手术治疗，研究组实施超声引导下的微创手术。观察两组患者手术指标情况、术后并发症等差异。结果：研究组手术指标在切口大小、手术时间、愈合时间、出血量、住院时间等均优于对照组，差异显著（P<0.05）；研究组术后并发症发生率低于对照组（P<0.05）。结论：通过对乳腺结节患者实施超声引导下的微创手术取得良好成效，值得应用。

关键词：超声引导；乳腺结节；微创手术；临床疗效

乳腺纤维腺瘤和乳腺增生症等是成年女性中最常见的良性病变，通常表现为多发性肿块和双侧肿块^[1-2]。虽然手术干预被认为是常见的治疗方法，但它可能引起出血、血肿以及其他不良的美容结局（疤痕形成、乳房不对称等）等并发症^[3]。因此,乳腺外科医生也逐渐关注微创方法作为治疗良性乳腺病变的潜在替代方案并推广应用，例如经皮消融术和乳腺微创治疗系统，乳腺微创治疗系统已被批准用于切除较小的乳腺良性肿瘤^[4]。随着生活水平的不断改善，人们对于生活质量的要求也逐渐提高。因此，乳腺病变的治疗不仅仅关注疾病本身，还应旨在保持乳房功能，解决美容问题并在整个过程中了解患者的精神状态，特别是对于良性肿瘤更重要。因此，传统的手术治疗与引起组织损伤，可能导致疤痕的形成，并最终导致不良的美容结果,影响美观及患者心理状态。超声引导下乳腺结节微创手术是一种相对于传统手术更加微创的方法，可在门诊手术室进行，有着成功率高且并发症发生率低等。本文则探究分析超声引导下乳腺结节微创手术的临床疗效，结果报告如下。

1. 资料与方法

1.1 资料

选取我院 2019 年 6 月-2022 年 6 月收治的乳腺结节患者 66 例随机分组。研究开展前统计处理 2 组基本资料，其中所选病例年龄范围位于 28-45 岁，2 组均值统计结果分别为（36.51±4.58）岁（研究组）、（35.46±5.81）岁（对照组）。基础统计学资料 P>0.05，有可比性。

1.2 方法

对照组传统的开放手术：患者在局部麻醉下取仰卧位，通过外展患侧上肢充分暴露，对手术部位周围进行 15cm 的消毒，并按常规消毒铺巾，根据患者的实际病变情况做一个适当大小的切口，常规分离皮下组织以暴露肿块，完全切除肿块和周围少量正常乳腺组织，术中进行快速冰冻检查，常规进行缝合。研究组于超声引导下下行微创手术：采用了多普勒超声诊断设备，超声探头频率为 10MHz。手术由乳腺外科医生在层流手术室进行，患者仰卧位，双手放在头部后方或手术床边缘。将超声探头直接放置在乳房结节上方，以确定肿块位置、大小、形状和分布，分清肿块与周围血管的关系，进一步确认与先前彩色多普勒超声报告的一致性，并选择和标记穿刺点。常规消毒和无菌巾覆盖后，在超声引导下进行局部浸润麻醉。在病变和穿刺通道周围共注射 10-40mL 麻醉剂（10mL 利多卡因，10mL 盐酸罗哌卡因注射液和 20mL 盐水的混合物），局部麻醉手术区域，并将结节与周围组织充分分离，便于穿刺刀头的顺利插入。使用刀片在穿刺部位切口约 5mm 的切口，沿切口进入穿刺器并向前推送，同时在超声引导下避开血管（美国巴德系统）。通过调整进入位置将穿刺刀放入腔底部，并将超声探头旋转 90 度，观察穿刺刀与结节之间的位置关系。当穿刺切割位置满足切割要求时，打开旋切切割系统。该系统使用真空源施加负压，并将病灶组织吸入凹槽中。在超声引导下严格观察切割部位结节与切割槽之间的关系。然后，调整刀的角度和深度。通过反复切除和抽吸，观察超声下结节从大到小变化，直到它们在超声上完全切除（结节显示出“日落”的迹象），达到在影像学上完全切除病变的目标。超声检查后，当手术区域无残留结节时，缓慢取出穿刺钳，再次进行超声检测残留结节和出血。通过将适量的肾上腺素-盐水注射到穿刺点中，填充残留腔隙。然后，再次进行超声检查残留结节（以防止残留结节粘附在壁上，并通过比较积液体积与低回声结节区域来确定是否存在残余的低回声结节）和出血。最后，将肾上腺素-盐水挤出，并在穿刺点处施加压力敷料。

1.3 评价指标

观察两组患者手术指标情况、术后并发症等差异。

1.4 分析数据

研究中各项数据以评价指标为准，在 SPSS22.0 软件中对结果数据加以处理，以 T 值、X²检验为统计方法，结果资料分别经 $\bar{x} \pm s$ （均数加减标准差）和[n（%）]（例、百分率）来表示，分别对应计量和计数值，若 P 值显示为<0.05，则差异符合统计意义。

2. 结果

2.1 两组患者手术指标对比

研究组手术指标在切口大小、手术时间、愈合时间、出血量、住院时间等均优于对照组，差异显著（P<0.05）。如表 1 示。

表 1 两组患者手术指标对比

组别	n	切口大小 (cm)	手术时间 (min)	愈合时间 (d)	出血量 (ml)	住院时间 (d)
研究组	33	0.4±0.12 [*]	16.2±4.5 [*]	3.1±1.1 [*]	6.8±2.1 [*]	3.1±1.2 [*]
对照组	33	2.3±0.57	32.5±6.8	6.8±1.4	13.4±5.1	5.6±1.7

注：与对照组相比，^{*}P<0.05。

2.2 两组患者术后并发症发生率对比

研究组术后并发症发生率低于对照组（P<0.05），如表 2 示。

表 2 两组患者术后并发症发生率对比

组别	n	感染	血肿	乳腺畸形	发生率(%)
研究组	33	1	1	0	6.06 [*]
对照组	33	2	1	3	18.18

注：与对照组相比，^{*}P<0.05。

3. 讨论

随着筛查技术和成像诊断的发展，越来越多的乳腺结节在体检中被发现。乳腺结节的体检发现率在过去 10 年中稳步上升^[5]。包括良性肿瘤、非典型增生和恶性肿瘤；因此，确定病变是良性还是恶性非常重要。穿刺活检（CNB）已被广泛用于诊断乳腺疾病，一些研究表明，导管内乳头状瘤（IDP）经粗针活检诊断出的阳性率较低，但细针活检因组织量多的特点使得检出率显著增加^[6]。与开放性手术活检相比，CNB 检查更容易被患者接受。然而，由于 CNB 只能选取病变的一小部分，病理医生有时很难区分良性和恶性。此外，良性增生和非典

型增生（AHP）之间的组织学区分可能很微妙，CNB 上的导管内病变通常给病理医生临床诊断带来较大挑战。因此，足够数量的标本对于正确诊断至关重要。虽然良性结节比恶性结节的危害小，但由于良性结节如果放任生长会影响正常的乳腺功能，且少数结节有恶变的风险，所以有针对性的治疗对改善患者的预后至关重要^[7]。良性乳腺结节的传统保守治疗并不理想，手术切除是治疗的主要手段。传统的开放手术具有简单、经济、手术视野好、切除干净等优点，同时也有创伤大、恢复慢、术后并发症多、瘢痕明显等缺点，不仅影响美观，而且会造成乳房损伤，不适合育龄妇女^[8]。随着微创技术的发展，现在也用真空辅助微创系统来治疗乳房疾病。随着微创技术的发展，真空辅助微创旋切术逐渐被应用于乳腺良性结节的临床治疗。然而，一些研究报告表明，真空辅助微创旋切术治疗较大的乳腺病变（结节直径>3 厘米）有较高的复发和残留病变风险，中长期效果不尽如人意^[9]。因此，对于直径较大的结节并不太常用。纤维囊性增生或硬化性乳腺疾病、纤维腺瘤、小叶增生和乳腺增生症是四种常见的乳腺结节类型。乳腺结节的主要临床表现是间歇性的乳房疼痛、乳腺增生和乳头溢液，部分病例出现厌食、月经紊乱、乳房紧张和乳房部位压痛，影响了妇女的健康，因此需要积极的治疗。彩色多普勒超声检查具有分辨率高、检查方便、操作简单、费用低、安全性高、图像清晰、无创伤等特点，在乳腺结节的检查中应用十分广泛。超声微创手术治疗乳腺结节效果显著，可有效提高乳腺结节的治愈率。微创旋切术在治疗乳腺结节方面具有明显的优势，包括手术时间短、病人痛苦小、术后恢复快、并发症发生率低、安全性高、不影响美观等。实时超声引导可以完全切除病灶，防止血肿。有学者分析了超声引导下的乳腺结节微创手术治疗的临床效果^[10]，结果显示，观察组的所有结节都在超声引导下被完全切除，切除的结节送至病理实验室进行病理检查，证实结节为良性。局部血肿和皮下瘀斑等术后并发症的发生率为 18.1%，局部血肿和皮下瘀斑的症状在术后 1-2 个月内可逐渐缓解。复查超声结果表明，最初的结节切除部位没有再成像，表明病变恢复良好^[11]。本文结果中，研究组手术指标在切口大小、手术时间、愈合时间、出血量、住院时间等均优于对照组，差异显著（P<0.05）；研究组术后并发症发生率低于对照组（P<0.05）。这与其它学者报告类似。研究还表明，血肿的发生率随局部压迫时间的延长而显著降低^[12]。对于病变变大，随着结节体积的增加，残余手术腔也相应增加。此外，切除较大的病变会增加血管损伤的风险。病变数量越多，针路次数越多，出血的机会就越多。患者的术后出血多考虑可能压迫不及时或无效的压迫，特别是对于双侧乳房结节手术，其次，凝血功能的降低也会增加血肿的机会。我们经常建议患者在进入乳房病变切除时避免月经期。月经期间血液粘度和凝血功能下降是手术的相对禁忌证。对于乳房较大和腺体松弛的患者，有两个因素参与血肿的形成。首先，当应用细带加压较厚的腺体时，由于腺体本身的缓冲作用，手术区域无法获得足够的有效压力。其次，腺体的松弛活动较大，不能保证有足够的时间进行有效压力。正如先前研究所支持的那样，随着细带压迫时间的延长，血肿的发病率显著降低。了解血肿的诱发因素有利于外科医生更好地掌握切除微创旋切的适应症。关于术后并发症，本研究表明，术后 6 个月内，乳房不仅没有残留组织和复发，而且没有明显的变形。另外，旋转切割范围（即病变的大小）对血肿的发生也有重要影响。微创旋切既能保证病灶的完全切除，同时尽可能少地切除正常组织，术中超声可以准确区分病灶边界。于病变较大的患者，应提前告知患者血肿发生的几率。可以采取有针对性的措施来预防血肿，例如将止血药物注射到残留的腔中。如果在手术腔内发现出血，在通过真空抽吸以减少血肿后，可以将 1：20000 肾上腺素加凝血酶注射到手术腔中以减少血肿的发生。细带可以施加更大的压力。关于乳房形状的塑造，可以使用不同压力的细带尽可能地压迫手术区域并避免乳房局部变形。外科医生可以更准确地预测患者血肿的发生，有利于该手术的临床推广，减少患者不必要的开放手术。

综上，通过对乳腺结节患者实施超声引导下的微创手术取得良好成效，值得应用。

参考文献：

- [1]施煜军.超声造影检查联合麦默通微创旋切系统活检在乳腺结节中的诊断应用[J].浙江创伤外科,2021,26（05）：952-953.
- [2]贾静怡,范小晶,王川予,等.超声引导经皮微波消融治疗乳腺多发性良性结节的疗效[J].中国医学影像学杂志,2021,29（04）：325-328+331.
- [3]吴枫,刘景萍,刘晓璐,等.超声造影参数及临床特征预测乳腺结节微波消融后疗效的价值[J].实用临床医药杂志,2021,25（06）：25-28.
- [4]陈露文,叶永强.超声引导下美兰注射定位手术切除治疗不可触及乳腺结节的临床体会[J].江西医药,2021,56（03）：333-335.
- [5]张琳,徐庆玲.乳腺结节超声引导下微波消融的现状与展望[J].医学影像学杂志,2021,31（02）：340-343.
- [6]刘莎.探讨微创旋切术与传统手术治疗多发乳腺小结节的临床疗效[J].智慧健康,2021,7（05）：40-42.
- [7]李智慧.探讨超声引导下乳腺微创旋切术治疗乳腺结节的效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8（26）：73+83.
- [8]张春,禹雪,张永辉,等.超声引导下 14G 空心针穿刺活检对乳腺结节的诊断价值[J].中华普通外科杂志,2019（10）：867-868-869-870.
- [9]禹雪,解云涛.超声引导空芯针穿刺活检在乳腺结节中的诊断价值[J].中国微创外科杂志,2019,19（06）：544-547.
- [10]范仁豪.微创旋切术与传统手术治疗多发乳腺小结节的临床效果对比观察[J].当代医学,2019,25（15）：158-159.
- [11]陈威南.探讨微创旋切术与传统手术治疗多发乳腺小结节的临床疗效[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6（30）：53+56.
- [12]黄飞,钱立勇.超声引导下穿刺活检（US-CNB）对乳腺结节的定性诊断价值分析[J].浙江创伤外科,2018,23（04）：745-747.

快速康复外科理念在老年髋部骨折围手术期的应用

朴海旺 张海亭 马青嵩 王荣升 金宝城 张威

承德市中心医院 河北承德 067000

摘要：目的：探究快速康复外科理念在老年髋部骨折围手术期的应用疗效。方法：挑选 2018 年 2 月-2019 年 2 月这一时期在我院治疗的老年髋部骨折患者，共计 80 例，采用随机数表法将其分成对照组（n=40 例）与研究组（n=40 例），对照组行基本的常规护理，研究组基于快速康复外科理念的指导下实施护理干预，其干预管理时间由围手术期到出院后的六个月，其干预内容包含饮食管理、疼痛管理、随访管理、血栓管理、康复管理及感染管理。结果：术后研究组的舒适度评分明显比对照组有所提升，疼痛组评分明显低于对照组，治疗后六个月髋关节功能与对照组要好，研究组手术总并发症发生率明显低于对照组，差异存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：基于快速康复外科理念的指导能够有效提升老年髋部骨折患者的整体满意度及康复效果，有利于患者减轻疼痛，提升髋关节功能，具有在临床中推广应用的价值。

关键词：围手术期；髋部骨折；快速康复外科

老年髋部骨折多发于 60 岁以上的老年人群，其发病部位常在股骨转子间骨折或者股骨颈骨折[1]。伴随着我国老龄化速度的日益加快，我国骨质疏松性骨折的老年患者日益增多。髋部骨折会对老年人造成严重影响，可谓是影响、危害较大的骨质疏松性骨折。与其他的肩部或者腕部骨折不同，髋部骨折会影响下肢的正常活动，还会带来不同程度的疼痛，会让老年患者无法正常活动，长期卧床在床[2]。而卧床之后也会有 4 大并发症产生，如褥疮、深静脉血栓、泌尿系统感染、呼吸系统感染，以上并发症的产生均会对患者的生命造成严重威胁，而怎样更好的使得老年人术前生活能力快速恢复是当前面临的首要问题[3]。快速康复外科是借助有循证医学证据证明科学的围手术期干预措施，能够降低并发症的发生率，提升患者的满意度以及手术的安全性，还能将手术创伤的应激反应有效降低，进而实现快速康复的目的[4]。ERAS 理念已在诸多行业及领域广泛地普及和应用，然而在骨科尤其是老年髋部骨折的相关文献资料中特别少[5]。本文选取 80 例老年髋部骨折患者进行研究，观察给予实施不同干预方式的护理疗效，具体情况如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

此次纳入的 80 例病源均源自我院 2018 年 2 月-2019 年 2 月这一时期收治的老年髋部骨折患者，利用随机数表法将其进行分组，各组均是 40 例，对照组男性 22 例，女性 18 例，年龄（65-78）岁，平均年龄（ 4.5 ± 72.3 ）岁；研究组男性 24 例，女性 16 例，年龄（66-79）岁，平均年龄（ 4.2 ± 73.6 ）岁。对比可知，两组基础资料没有统计学意义，具有可比性（ $P > 0.05$ ）。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：80 例患者和家属均知晓这次研究相关的内容并签署同意书；参与患者均有一定的语言表达和理解能力；通过放射检查已确诊为髋部骨折（股骨转子间骨折、股骨颈骨折）；在研究过程中可以接受随访调查；此次研究获得医院伦理学会的批准。

排除标准：骨折之前生活无法自理且精神错乱的患者；合并严重心脑血管等内科疾病无法进行手术的患者；

1.3 方法

对照组根据老年髋部骨折基础性护理规范实施护理，依照择期手术要求对患者做好术前的检查、备皮、评估、宣教以及准备工作，告知患者在术后还需留置氧气吸入、监测生命体征、引流管、导尿管，术后需要将枕头移除并保持平卧姿势，不可出现超过六小时的进水进食，患者如果出现疼痛告知护理人员，护理人员需立即为其配备止痛药，指导患者预防并发症并进行术后恢复的功能性的锻炼，在出现过程中给予患者出院宣教。

研究组在常规护理的基础上根据快速康复外科理念设计的诸多环节进行模块化干预管理，其中分为血栓管理、感染管理、疼痛管理、康复管理、饮食管理及随访管理。

疼痛管理：在入院过程中患者经常会伴有紧张、焦虑的心理情绪，护理人员需高度重视并对患者开展术前教育，及时为患者做心理疏导，辅之物理治疗和自我行为疗法。患者入院时则会对其开展疼痛评估，需要为其讲解首次疼痛情况，借助视觉模拟评分转变以往理念在患者疼痛时给予止痛药的方式，而是采用镇痛新理念定时定量给药。将患者骨折后的体位调整舒适，若是 VAS 评分低于 3 分则需对其实施心理支持、物理治疗、NSAIDs 类药物；如果 VAS 在 4-6 分则属于中度疼痛，需要对其实施轻度疼痛方案，辅之阿片类止痛药；若是 VAS 评分在 7-10 分则属于重度疼痛，入院之后需要立即进行股神经持续神经阻滞、髂筋膜，在手术过程中主治医师需要切口周边和关节囊区域罗哌卡因并局部注射。术后疼痛管理包含治疗性镇痛、术后预防性镇痛，第一，借助 NSAIDs 类药物实施预防性镇痛，若是 VAS 评分高于 3 分则需要对其进行治疗性镇痛，其主要举措包含将患者体位调整舒适，即使为患者做好心理疏导，抬高或者冰敷患肢，将炎症反应降低，如果疼痛比较严重需要予以阿片类镇痛药物，结合具体情况优选合适的持续周围神经阻滞镇痛、镇痛泵自控镇痛。患者在术前后都会存在不同程度的睡眠差或者焦虑情况，可对患者实施抗焦虑、催眠药物，虽然此类药物无法直接止痛，然而能够改善患者睡眠、缓解患者焦虑等。出院之后需给予患者镇痛治疗直到患者功能康复为止，药物要是服用 NSAIDs 类药物。

感染管理：围手术期需要给予患者充足的营养，引导患者多咳嗽以此来强化心肺功能。术前提前检查患者有无潜在性的感染病症，肢体远端足趾有无皲裂、足癣，手术部位的皮肤有无破损、压疮，术前一天需要用肥皂水消毒髋部并清洗皮肤，术前借助剃刀备皮，有效规避毛囊损伤，如果必要情况下备皮可借助剪刀直接将毛发剪除。需要经鼻插管或者全麻茶馆的患者在手术之前可在鼻腔内涂抹莫匹罗星软膏，将定植的金黄色葡萄球菌直接消除。在手术过程中需要对患者进行保温，如加温输液、保温毯等，有效规避患者体温过低。切皮之前的 30 分钟还要预防性应用抗生素，术后做好管道护理，如手术时间不超过一个半小时不插导尿管，麻醉清醒之后当天还需要第一时间将导尿管拔出，更重要的是引流管不可脱落或者返折，结合引流量在术后二天尽早将引流管拔出，有效规避带管检查、检查过程中脱管或者返流引流量。

血栓管理：结合中国古柯大手术静脉血栓栓塞症预防指南可知，围手术期在预防深静脉血栓时通常会应用低分子量肝素抗凝，术后将患肢抬高确保静脉回流，麻醉清醒之后可尽早指导患者进行肢体功能锻炼。

饮食管理：引导患者尽可能使用高蛋白食物，如肉类、鸡蛋等，术前将低蛋白血症纠正过来；食欲不良者给予助消化药或者胃肠动力药；术前禁食时间集合 ERAS 理念合理控制，术前至少要禁食难以消化固体 8 小时，如油炸食物、肉类食物等，术前六小时内不可吃淀粉类食物，如馒头、米饭、面条等，术前四小时左右可少量饮糖水、无渣果汁等。术后麻醉清醒之后如果不存在恶心呕吐就能饮用清水，慢慢就可食用流质食物，早期进食可将静脉补液

量降低。

随访管理：肢体康复锻炼渗透在围手术期的整个过程，和康复科主治医师共同制定切实可行的康复方案。不建议使用 CPM，尽可能让患者自主地进行功能锻炼，引导患者术后早期坐起并下地活动。住院过程中指导患者掌握基础的锻炼方法、自主上下床、使用助行器。在患者出院后的前两周、第一个月、第三个月、第六个月给予电话干预护理，引导患者保持良好的睡眠，定期进行功能性的锻炼。结合不同手术方式及病种的患者创建微信群和科室微信公众平台，在微信群中为患者答疑解惑，在公众平台群发防治骨质疏松、预防跌倒、康复锻炼的相关视频及健康教育的内容。

1.4 临床评价指标

借助 Kolcaba 简化地说是情况量表给予对照组与研究组患者术后 24 小时、72 小时、一

周后的舒适度评分，在术后六个月回院复查评价髋关节 Harris 评分，对两组术后尿路感染、深静脉血栓、肺部感染以及褥疮发生率进行统计。

1.5 统计学方法

应用 SPSS 21.0 软件对相关数据展开分析，计量、计数资料用 ($\bar{x} \pm s$)、%表示，用 t、x2 检验。P<0.05，代表差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者术后 Kolcaba 评分比较

术后研究组 Kolcaba 评分明显高于对照组，VAS 评分低于对照组，差异存在统计学意义 (P<0.05)。术后 6 个月髋关节 Harris 评分对照组明显优于对照组，差异存在统计学意义 (P<0.05)。如下表 1 所示：

表 1 两组术后 VAS 评分、Kolcaba 评分、Harris 评分 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	Kolcaba			VAS 评分			Harris 评分
		术后 24h	术后 72h	术后 1 周	术后 24h	术后 72h	术后 1 周	术后 6 个月
研究组	40	37.35 $\pm$ 1.69	65.72 $\pm$ 1.84	80.69 $\pm$ 1.85	4.19 $\pm$ 0.86	3.29 $\pm$ 0.49	2.11 $\pm$ 0.19	78.49 $\pm$ 3.46
对照组	40	34.59 $\pm$ 1.16	47.75 $\pm$ 1.37	61.35 $\pm$ 3.46	5.39 $\pm$ 0.39	3.65 $\pm$ 0.05	2.76 $\pm$ 0.17	73.49 $\pm$ 3.57
t		11.17	49.58	29.74	-11.79	-6.18	-13.19	6.27
P								

注：与对照组比较，P<0.05。

2.2 两组患者术后总并发症发生率比较

研究组术后总并发症发生率明显低于对照组，差异存在统计学意义 (P<0.05)，如下表 2 所示：

表 2 两组术后并发症发生率比较 (n, %)

分组	n	肺部感染	尿路感染	深静脉血栓	褥疮	总并发症发生率
研究组	40	1	1	0	1	7.5%
对照组	40	1	2	4	3	25%
x ²						36.450
P						0.000

注：与对照组比较，P<0.05。

3. 结论

快速康复外科理念和微创外科可谓是新时期外科发展的主要方向[6]。ERAS 的主要理念是降低或减轻外科手术所引发的应激因素，有助于机体迅速平衡被扰乱的内在生理，手术病人所受围手术期应激程度和病人的康复速度成反比，应激越小，其康复速度则会越快[7]。所以，如何将手术并发症和应激反应有效降低，促进病人身体功能康复可谓是外科一直追求的目标[8]。快速康复外科理念近几年得以在诸多领域广泛应用并取得显著成效。老年髋部骨折会严重影响老年人的生活质量，还会对老人的生命健康造成严重威胁，其治疗旨在助力患者恢复活动能力，尽可能将病痛有效减轻，有效规避卧床引发的并发症[9]。ERAS 理念能够显著提升老年髋部骨折患者的满意度和康复疗效，转变老年髋部骨折可谓是择期手术治疗的常规性理念，术前后经过各种以证实的循证医学证据显著提升了患者治疗期间的舒适度[10]。此次研究证实，两组患者的各项评分以及总并发症发生率，存在统计学意义，研究组的各项指标评分明显优于对照组 (P<0.05)。在老年髋部骨折围手术期应用快速康复外科理念，能够有效改善患者的社会功能，显著提升患者的满意度及生活质量，进而获得较好的治疗效果。

结论：

总之，老年髋部骨折患者应用快速康复外科理念治疗能够显著降低患者的总并发症的发生率，对于改善患者的社会功能、社会质量发挥着重要作用。

参考文献：

[1]任伟峰,季烈峰,曹渐标.快速康复外科理念在基层医院老年股骨转子间骨折围手术期治疗中的应用效果[J].中华创伤骨科杂志,2022,24 (09): 819–823.

[2]胡敏.快速康复外科理念围手术期护理在老年脆性髋部骨折患者中的应用[J].中国当代医药,2021,28 (30): 227–229+233.

[3]车伟伟,温丽华,程科,李笔锋,冯世杰,王宗帅,吕兴元,覃小华,张伟凯.中医中药联合快速康复外科在老年髋部骨折围手术期的应用[J].按摩与康复医学,2021,12 (16): 27–29.

[4]王燕.快速康复外科理念在老年髋部骨折围手术期的应用[J].中国药物与临床,2021,21 (04): 703–704.

[5]李静媛.快速康复外科理念在老年股骨转子间骨折围手术期的护理应用[J].医学理论与实践,2020,33 (22): 3832–3833.

[6]李林霞,方诗元,谢凯.快速康复外科理念在老年髋部骨折围手术期的应用[J].安徽医药,2020,24 (07): 1343–1345.

[7]王正安,游镇君,蒋毅.快速康复外科理念在老年股骨转子间骨折围手术期治疗中的应用[J].中医正骨,2019,31 (11): 17–20.

[8]孙爱霞.快速康复外科理念在老年髋部骨折合并糖尿病患者围手术期中的应用[C]//2019 楚天骨科高峰论坛暨第二十六届中国中西医结合骨伤科学术年会论文集.,2019 (09): 31–32.

[9]鲍秀红,胡艳宁,郑素贤,付连琪,严思思.快速康复外科理念在老年髋部骨折围手术期疼痛管理中应用的 Meta 分析[J].中西医结合护理 (中英文),2019,5 (06): 28–32.

[10]倪慧玉.快速康复外科理念在老年胸腰椎压缩性骨折围手术期的应用观察[J].中外医学研究,2017,15 (34): 127–128.

课题名称：多学科协作与加速康复外科理念在老年髋部骨折的临床应用
基金项目：承德市科学技术研究与发展计划项目，编号：202006A019

肺呼吸康复治疗的应用对稳定期 COPD 患者的影响

沙尚清 王玉娇 高婵娟 杨春霞 韩学梅

银川市第三人民医院 宁夏银川市 750001

摘要:目的:探讨肺呼吸康复治疗的应用对于稳定期慢性阻塞性肺疾病患者的影响。方法:将2019年6月到2021年6月在银川市第三人民医院呼吸内科门诊进行治疗的稳定期慢性阻塞性肺疾病的患者60例作为本次的观察对象,并将这60例观察对象随机分为实验组和对照组两组,由于最后完成研究的患者为54例,因此,每组有27例稳定期慢性阻塞性肺疾病的患者。对照组的患者采用常规的治疗方法进行治疗,而实验组的患者则是在常规治疗的基础上采用肺呼吸康复治疗进行治疗,并将两组患者采用不同的治疗方法进行治疗后,两组患者治疗前后肺功能的指标以及两组患者生活质量的评分和两组患者6分钟步行距离以及mMRC的评分进行对比和分析。结果:在两组稳定期慢性阻塞性肺疾病的患者采用不同的治疗方法进行治疗前,两组患者的肺功能指标以及两组患者生活质量的评分和两组患者6分钟步行距离以及mMRC的评分对比产生的差异数据不具有统计学意义($p>0.05$),而在两组稳定期慢性阻塞性肺疾病的患者采用不同的治疗方法进行治疗后,通过肺呼吸康复治疗的实验组稳定期慢性阻塞性肺疾病的患者肺功能的指标以及患者生活质量的评分和患者6分钟步行距离及mMRC的评分优于常规治疗的对照组患者,且两组患者的肺功能指标以及生活质量的评分和两组患者6分钟步行距离以及mMRC的评分对比产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)。结论:本文通过对稳定期慢性阻塞性肺疾病的患者采用肺呼吸康复治疗,能够有效的改善患者的肺功能,同时也能够提高患者的生活质量,延长6分钟步行的距离,增强患者日常的活动耐力,同时也能够减轻患者出现呼吸困难的症状,在临床上值得推广和使用。

关键词:慢性阻塞性肺疾病;肺呼吸康复治疗

慢性阻塞性肺疾病主要是以持续气流受限为主要特征的慢性呼吸道炎症性疾病,在患者患有慢性阻塞性肺疾病以后,病情常常会反复发作,同时患者的肺功能也会出现持续减低的现象。而根据2019年的GOLD指南当中指出,慢性阻塞性肺疾病的发病原因与生物燃料和社会的经济地位以及人免疫缺陷病毒和基因的多态性有很大的关系,同时慢性阻塞性肺疾病还会随着空气污染加重疾病的发展。也正是因此,全世界对于慢性阻塞性肺疾病的发生率都在广泛的关注。而根据我院的王辰院士等人的研究发现,20岁以上的人群慢性阻塞性肺疾病的发病率为8.6%、40岁以上的人群慢性阻塞性肺疾病的发病率高达13.7%、60岁以上的人群慢性阻塞性肺疾病的发病率已经超过了27%,这组数据只是我国慢性阻塞性肺疾病的发病率,而在全中国患有慢性阻塞性肺疾病的人数约为1亿人,并且农村的发病率要高于城市的发病率。根据全球的疾病负担最新的数据显示,在2016年我国由于慢性阻塞性肺疾病而引起的死亡率高达64.10%,也就是有10万人因为慢性阻塞性肺疾病而死亡,这组数据占全球的慢性阻塞性肺疾病死亡总数的29.86%。而在我国的西部地区,慢性阻塞性肺疾病引起的死亡率更高,且农村要高于城市,目前成为了我国疾病死亡中的第三大死亡的原因。所以慢性阻塞性肺疾病也受到了大家广泛的关注。而如何能够对慢性阻塞性肺疾病的患者进行良好的管理以及正确的指导,帮助患者减轻病痛的折磨,同时也帮助患者减少急性加重的次数和延肺功能的下降,降低我国疾病的负担是非常重要的。根据相关的研究表明,慢性阻塞性肺疾病的患者小气道的病理变化主要是慢性气道炎症和气道重构等,再加上肺气肿和肺容量增加等其他因素,导致患者出现膈肌低平、下移以及收缩效率减弱等情况,无形之中也增加了患者的耗氧量,容易诱发患者出现呼吸肌疲劳甚至是呼吸衰竭的情况。因此,对于慢性阻塞性肺疾病的患者采用有效的治疗是非常重要的。现如今有相关的研究证实,肺呼吸康复治疗对于慢性阻塞性肺疾病的患者有很大的帮助,能够明显的改善患者气促以及患者的健康状况,同时还能够提高患者的运动耐力。此外,钟南山院士等人也指出,进行太极拳可以改善慢性阻塞性肺疾病患者的生活质量,也能够改善患者6分钟步行时间的距离。根据以往的研究报道发现,慢性阻塞性肺疾病患者在出现临床症状之前就已经有明显的骨骼肌和呼吸肌萎缩的情况,呼吸肌功能障碍和慢性阻塞性肺疾病患者的运动耐力下降有直接的关系,所以减缓患者气道阻塞,提高患者的呼吸肌收缩力,是对于慢性阻塞性肺疾病患者治疗的最重要的环节,可以有效的增强患者呼吸肌的耐力以及力量,同时也能够改善患者肺功能的情况,提高患者的生活质量。本文将对慢性阻塞性肺疾病的患者采用肺呼吸康复治疗,并将结果进

行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2019年6月到2021年6月在银川市第三人民医院进行治疗的稳定期慢性阻塞性肺疾病的患者60例作为本次的观察对象,并将这60例观察对象随机分为实验组和对照组两组,由于最后完成研究的患者为54例,所以每组有27例慢性阻塞性肺疾病的患者,对照组的27例慢性阻塞性肺疾病的患者中有男性患者15例,女性患者12例,年龄在61~78岁之间,平均年龄在(68.45±4.25)岁。而实验组的27例患者中有男性患者16例,女性患者11例,年龄在59~81岁之间,平均年龄在(67.23±5.11)岁。两组患者均符合本次研究的纳入标准,并且两组患者的临床资料对比产生的差异数据不具有统计学意义($p>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

在两组患者进行治疗之前,需要对两组患者进行常规的评估包括:心肺功能、运动能力、生活质量、营养状况和心理评估。具体的内容包括:评估患者是否有吸氧的潜在需求,患者有无合并症等,同时需要根据患者的实际情况为患者制定针对性的运动方案。对照组的患者使用常规的治疗方法进行治疗,如支气管舒张剂祛痰以及解除气道痉挛药物等治疗。而实验组的患者则是在常规治疗的基础上进行肺呼吸康复治疗,主要的内容有:1. 首先需要对患者进行现场康复指导教学,视频学习以及手机APP自学和会议学习、电话随访等方式。肺呼吸康复治疗的时间为两年,同时由培训医师定期的进行随访,并且监督患者的治疗依从性,排除治疗依从性差的患者。2. 指导患者养成良好的生活方式,可以通过健康教育使患者了解慢性阻塞性肺疾病的高危因素以及预防的方法、治疗的方法、注意事项等,改善患者不良的生活习惯。3. 指导患者进行适当的运动锻炼,并且根据患者实际的身体状况,科学有效的去安排患者康复训练的项目,并且控制患者的运动量以及运动的强度,避免由于运动过量或者过强而影响康复的效果。4. 指导患者进行呼吸功能的训练,提升患者的肺功能,可以通过定期的讲座以及发放健康宣传手册以及视频教学等方式来指导患者进行正确的呼吸功能锻炼的方法,增加患者的肺活量,提升患者肺泡代谢的功能。5. 心理护理,需要安排专业的人员去为患者进行心理指导工作,使患者能够改善内心的不良情绪,可以提高患者对治疗的依从性以及医护人员配合度。分别观察两组患者第6个月、12个月以及18个月这3个时间点的情况,并且进行相关的临床指标的测评,比较两组患者治疗前后的肺功能、生活质量、

6 分钟步行距离及 mMRC 的差别。

1.3 观察指标

在两组慢性阻塞性肺疾病的患者采用不同的治疗方法进行治疗后，将两组慢性阻塞性肺疾病患者治疗前后的肺功能指标以及生活质量的评分和两组患者 6 分钟步行距离及 mMRC 进行对比和分析。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析，计数资料用 (n/%) 来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差±来表示，用 t 进行检验，当 $p<0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 在两组患者进行治疗前，两组患者的肺功能指标对比产生的差异数据不具有意义 ($p>0.05$)，在两组患者进行治疗后，通过肺呼吸康复治疗的实验组患者肺功能指标的评分优于采用常规治疗的对照组患者，且两组患者的肺功能对比产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 1

表 1 两组患者治疗前后肺功能指标的对比情况

组别	例数	FEV1/FVC	FEV1/FVC	FEV1%pred	FEV1%pred
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	27	50.24±5.37	63.47±6.32	46.14±6.37	56.74±7.42
对照组	27	51.09±5.48	57.39±6.24	47.02±6.28	51.36±7.15
t		0.735	4.541	0.653	3.463
P		0.464	0.000	0.516	0.001

2.2 两组患者治疗前，生活质量的评分对比不具有意义 ($p>0.05$)，两组患者治疗后，通过肺呼吸康复治疗的实验组患者生活质量的评分优于采用常规治疗的对照组患者，且两组患者生活质量评分对比产生的差异数据具有意义 ($p<0.05$) 见表 2

表 2 两组患者治疗前后生活质量评分的对比情况

组别	例数	SGRQ 评分	SGRQ 评分	BODE 指数	BODE 指数
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	27	54.69±6.23	42.17±5.26	6.71±1.28	5.03±1.12
对照组	27	55.17±6.31	50.38±5.97	6.79±1.25	5.98±1.16
t		0.359	6.844	0.297	3.908
P		0.720	0.000	0.768	0.000

2.3 两组患者治疗前 6 分钟步行距离及 mMRC 的评分对比不具有统计学意义 ($p>0.05$)，两组患者治疗后，通过肺呼吸康复治疗的实验组患者 6 分钟步行距离及 mMRC 评分明显的优于常规治疗的对照组，且对比具有意义 ($p<0.05$) 见表 3

表 3 两组患者治疗前后 6 分钟步行距离及 mMRC 评分的对比情况

组别	例数	6 分钟步行距离	6 分钟步行距离	mMRC 评分	mMRC 评分
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	27	352.75±64.37	539.64±72.83	2.24±0.53	1.02±0.25
对照组	27	349.85±65.21	465.25±70.14	2.28±0.49	1.46±0.31
t		0.210	4.880	0.368	7.329
P		0.834	0.000	0.714	0.000

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病具有发病率高、死亡率高以及并发症多和社会危害大的特点，患者在患有慢性阻塞性肺疾病以后会出现持续性的肺功能减低的表现。此外，慢性阻塞性肺疾病还

具有发病急和病情重以及病情迁延反复的特点，会降低患者的生活质量，同时也会威胁到患者的生命安全。在以往的研究当中，对于慢性阻塞性肺疾病的患者治疗的过程中主要是采取药物进行治疗，但是往往忽略了患者的院外康复，而近几年来由于肺呼吸康复治疗受到大家的重视。根据相关的研究发现，肺呼吸康复治疗对于慢性阻塞性肺疾病的患者治疗有很大的效果，可以对患者进行良好的管理以及正确的指导，同时也可以帮助患者减轻病痛的折磨，减少急性加重的次数等，可以使患者永久的获益。

肺呼吸康复治疗主要包括：心理指导、呼吸肌功能锻炼、全身耐力训练等措施，基础的康复方法：健康教育、营养支持、心理和行为干预、氧疗以及呼吸生理支持等；呼吸肌及辅助呼吸肌康复方法：肋间肌肌力训练、膈肌肌力训练、上肢肌肌力训练、下肢肌肌力训练、缩唇呼吸、腹式呼吸、对抗阻力呼吸训练等。

由于慢性阻塞性肺疾病在宁夏地区的发病率非常高，且又是慢性的疾病之一，而本院所处西北交通发达的市区，在 2014 年属于宁夏医科大学总医院所托管，具有非常丰富的医疗资料以及医疗设备普及病原。在本医院下辖 4 个以上的卫生服务站，医生始终遵循着“厚德至上、博学求精”的院训，并且坚持“医泽凤城、济世人间”的使命，充分的发挥了二甲医院的本质。而通过社区和医院的紧密联系的方式，也加强对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者的管理，减轻了三甲医院的疾病负担，也为国家医疗资源良好的分配和利用以及医患和谐共处做出了微薄的贡献。

在本次的研究中，对于稳定期的慢性阻塞性肺疾病的患者在经过肺呼吸康复治疗以后，患者的肺功能以及患者的生活质量和患者 6 分钟步行距离及 mMRC 均优于常规治疗的对照组患者 ($p<0.05$)。由此可见，通过肺呼吸康复治疗可以使患者树立战胜疾病的信心，改善患者肺功能，提高患者的生活质量。

综上所述，本文对稳定期慢性阻塞性肺疾病的患者采用肺呼吸康复治疗，可以有效的改善慢性阻塞性肺疾病患者的肺功能，同时也可以减少患者疾病加重的次数，延缓疾病进展而引发的肺功能的恶化情况，不仅减轻了社会经济的负担，同时也能够促进患者的健康恢复，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

[1]陈松美,张慰慰,杨雪梅,等.基于时机理论指导的呼吸康复训练对老年 COPD 患者的康复效果研究[J].海南医学,2020,31 (10): 1248-1251.

[2]谢柏梅,敬梅,张彦海,等.慢性阻塞性肺疾病临床问卷对稳定期慢性阻塞性肺疾病生活质量的评价[J].解放军医药杂志,2021,29 (4): 41-44.

[3]郑宏兴,傅科峰,傅婷霞等.肺康复锻炼对慢性阻塞性肺疾病患者活动耐力和生活质量的影响[J].中国慢性病预防与控制,2021,25 (3): 210-213.

[4]郝艳芳,孙文英,赵永芳等.联合肺康复训练对慢性阻塞性肺疾病缓解期康复的疗效分析[J].中国医药导刊,2021 (12): 1253.

[5]欧梦仙,刘宇,郭红,等.太极拳对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者 康复影响的研究进展[J].现代临床护理,2021,17 (1): 59-64.

[6]杨睿,张国俊,陈闪闪等.肺康复干预治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病患者的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2021,40 (3): 203-205.

[7]黄燕洁,陈菊娣,黄捷晖.呼吸康复治疗技术在对慢性阻塞性肺疾病患者的社区推广应用[J].临床肺科杂志, 2021, 23 (7): 1340-1342.

[8]高景蓬,曾明,莫伟强等.呼吸训练对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者呼吸功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2021 (7): 518.

自治区卫生健康系统科研课题 课题任务书编号：2019-NW-072

右美托咪啶辅助全身麻醉的有效性和安全性分析

石晴晴

徐州市第一人民医院麻醉科 江苏徐州 221000

摘要:目的:探讨辅助全身麻醉中,右美托咪定应用效果。方法:择在我院进行全身麻醉手术治疗患者,择样本量100例,将其随机分组,观察组50例则右美托咪(静脉滴注:剂量0.5ug/kg),对照组50例全身麻醉前注射生理盐水(静脉泵注:0.5ug/kg),借助数据,进一步分析右美托咪定应用的有效性、安全性。结果:组间患者镇静(Ramsay)比较:麻醉前差异无统计学意义,麻醉诱导后5min、10min评分差异有统计学意义,观察组评分较高($P<0.05$)。两组患者麻醉诱导前(T0)、手术结束后(T3)阶段平均动脉压水平以及心率无显著差异($P>0.05$),观察组患者麻醉诱导后5min(T1)、麻醉诱导后30min(T2)阶段平均动脉压水平以及心率较优,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。组间患者术后拔管、唤醒以及呼吸恢复时间无显著差异($P>0.05$)。结论:右美托咪定辅助全身麻醉应用效果理想,具有较优的镇静效果,有效性以及安全性均较高。

关键词:右美托咪定;全身麻醉;有效性;安全性

全身麻醉是较为常见的一种麻醉方式,主要是指借助麻醉药物实施麻醉,可通过呼吸道吸、静脉或肌注射等途径进入患者体内,对中枢神经能够产生暂时的抑制作用^[1-2]。随着医疗技术的逐渐完善以及发展,手术治疗各类疾病已屡见不鲜,麻醉的有效性以及安全性是保障手术顺利进展的关键,当前临床使用的麻醉药物具有多样性,尚统一药标准,不同药物的麻醉效果也有不同,其产生的应激反应各不相同,对此寻找一种安全、有效的麻醉药物至关重要。右美托咪定是常用的一种麻醉药物,是a2肾上腺素受体激动剂,该药物在椎管内麻醉以及术后镇痛等均有显著作用,能够提供适当的镇静、镇痛等作用,同时该药物具有抗交感作用,能够有效维持气管插管期血流动力学稳定,不会对呼吸系统造成影响,利于手术的顺利进展^[3-4]。对此为进一步探讨在全身麻醉中,上述药物使用的安全性以及有效性,特选取在我院实施全身麻醉手术患者为研究对象,展开对比分析,现报道如下。

1、资料与方法

1.1 临床资料

研究样本:在我院进行全身麻醉手术患者,n=100例,资料采集时间:2020年6—2021年4月,将其采用抽签法分组。纳入标准:①择期在我院进行静脉全身麻醉手术治疗患者,患者ASA分级为I—II级;②年龄40-70岁之间;③研究前已详细告知患者及其家属本次研究具体内容,详读知情同意书后愿意签署。排除标准:①心脏阻滞I度以上者;②低血容量或贫血患者;③既往有晕厥史者;④患者存在药物过敏史者,如a2肾上腺素受体激动剂、COX-2抑制剂等;⑤合并高血压患者,既往高血压水平未得到有效控制者(舒张压 $\geq 100\text{mmHg}$ 、收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$);⑥合并肝肾功能障碍、心功能不全、严重呼吸障碍者;⑦心动过缓者($\text{HR}<50$ 次/min);⑧语言沟通以及精神障碍者;⑨不愿参与本次研究者。对照组:n=50例,男28例、女22例,年龄40~70岁,平均(55.00 $\pm$ 1.60)岁;观察组:n=50例,男23例、女27例,年龄40~70岁,平均(55.23 $\pm$ 1.67)岁;组间患者基线资料差异甚微小($P>0.05$),可对比。

1.2 方法

两组患者术前,医务人员需协助其完善相关检查,例如凝血功能、心电图、血压等指标,迅速为其建立静脉通路,给予罩吸氧,5min后实施全身麻醉。麻醉诱导使用咪达唑仑、芬太尼、罗库溴铵、依托咪酯,剂量分别为0.04mg/kg、5ug/kg、0.6mg/kg、0.3mg/kg,罗库溴铵术中追加剂量5mg/次为宜,后经口气管插管,确认气管导管位置后,连接麻醉机实施机械通气,借助BIS监护仪进行麻醉深度的监测,维持在40-60最佳,控制潮气量6-8mL,FiO2为100%,频率为12次/min,呼吸比为1:1.5,调整呼吸机参数,促使PETCO2维持在35-45mmHg,气道压 $<25\text{cmH}_2\text{O}$ 。麻醉维持药物为丙泊酚、瑞芬太尼,用药剂量分别为

3mg $\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{h}^{-1}$ 、0.3ug $\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{h}^{-1}$ 。

当患者在手术过程中,出现心率下降的情况时,若 <50 次/min,可使用阿托品,剂量0.5mg最佳;若患者的收缩压 $<80\text{mmHg}$ 时,则需使用麻碱,剂量6-10mg为宜。术毕,需机械通气15min,静脉注射新的明、阿托品,各2mg、1mg。所有患者手术前常规禁食8h,禁饮4h,且均特殊术前用药。所有患者术后后开放外周静脉输液,常规监测心电图(ECG)、创面压(NIBP)、脉搏氧饱和度(SpO2)及脑电双频谱指数(BIS)。

观察组患者在实施麻醉诱导前静脉滴注0.5ug/kg的右美托咪定,术中以0.5ug $\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{h}^{-1}$ 维持泵注,临近手术结束前5min停止泵注。对照组:与对照组同一时刻、同等速度泵注等量的生理盐水。

1.3 观察指标

(1)不同时间段两组患者镇静(Ramsay)评分比较。1分:麻醉后仍然存在焦虑、烦躁不安等现象;2分:患者清醒,能配合手术;3分:患者嗜睡,能对术医师做出的指令有所回应;4分:患者进入可唤醒的浅睡状态;5分:入睡;6分:深睡眠,分值与镇静效果呈现正相关关系。

(2)对两组患者不同时间段血压水平以及心率进行比较。T0则为麻醉诱导前、T1表示麻醉诱导后5min、T2表示麻醉诱导后30min、T3表示手术结束后10min。

(3)不同组别患者术后苏醒情况对比。主要包含患者术后拔管时间、唤醒时间以及呼吸恢复时间。

1.4 统计学分析

采用SPSS20.0软件进行分析处理,计量资料采用($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料采用[n(%)]表示,前者采用t检验、后者采用 χ^2 检验,实施组间对比。当 $P<0.05$ 时,则可表示为差异有统计学意义。

2、结果

2.1 不同时间段组间患者 Ramsay 评分比较

麻醉前两组患者 Ramsay 评分差异不显著($P>0.05$),麻醉诱导后5min、10min后观察组评分高于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 不同时间段组间患者 Ramsay 评分比较 ($\bar{x}\pm s$)分

组名 n	麻醉前	麻醉后 5min	麻醉后 10min
对照组 (50)	1.35 $\pm$ 0.23	1.50 $\pm$ 0.45	2.36 $\pm$ 0.52
观察组 (50)	1.33 $\pm$ 0.20	3.27 $\pm$ 0.78	4.50 $\pm$ 0.91

t	0.464	13.899	14.438	两组患者 T0、T3 阶段平均动脉压 平以及 率对比 统计学意义（ $P>0.05$ ），观察组
P	0.322	0.000	0.000	T1、T2 阶段平均动脉压 平以及 率高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2。

2.2 不同时间段平均动脉压 平以及 率 较

表 2 不同时间段平均动脉压水平以及心率比较（ $\bar{X} \pm s$ ）

组名 n	平均动脉压水平（mmHg）				率（次/min）			
	T0	T1	T2	T3	T0	T1	T2	T3
对照组（50）	90.98±10.74	94.65±8.98	82.64±8.20	78.94±7.32	82.21	72.95	69.54	80.63
					±	±	±	±
					4.20	4.03	3.91	5.98
观察组（50）	90.90±10.60	97.90±9.50	87.51±8.67	80.46±6.80	82.29±	68.21±	63.29	79.20
					4.32	3.70	±	±
							3.30	5.10
t	0.037	1.758	2.886	1.076	0.094	6.216	8.638	1.287
P	0.485	0.041	0.002	0.142	0.463	0.000	0.000	0.101

1.3 不同组别患者术后苏醒情况对

组间各指标 显著差异，不具有统计学意义（ $P>0.05$ ）。表 4。

表 4 不同组别患者术后苏醒情况对（ $\bar{X} \pm s$ ）min

组名 n	术后拔管时间	术后唤醒时间	术后呼吸恢复时间
对照组（50）	15.20±2.10	17.21±3.62	9.20±1.05
观察组（50）	14.89±2.02	16.98±3.48	8.87±0.97
t	0.752	0.324	1.632
P	0.227	0.373	0.053

3、讨论

全身麻醉是常 的麻醉 段，是以患者失去痛觉以及意识，减轻 术带来的应激反应，促使 术进程顺利进 为 的，对患者进 药物麻醉。该麻醉 法的实施主要分为四个部分，分别为麻醉前处理、麻醉诱导、麻醉维持以及麻醉苏醒等，安全有效的麻醉是保障 术顺利进 的前提条件，但部分患者在麻醉过程中仍会出现应激反应，常 跳加速、 压升 等，对 术的顺利进 以及预后造成不良影响，因此选择合适的麻醉药物进 辅助麻醉具有重要意义。

右美托咪定是临床较为常 的麻醉药物，是 种 α_2 肾上腺素受体激动剂，具有 度选择性，能够 作 于脑和脊髓的 α_2AR ，对神经元放电形成抑制作 ，从 产 良好的镇静、镇痛效果，可对交感神经的活性进 有效抑制，同时该药物还有抗寒战以及利尿的作 [5-6]。在麻醉过程中，该药物分布半衰期 约为 6min，其清除半衰期可达到 6h 左右，其凭借其 效、安全等优势被 泛应 于 术麻醉中[7]。

通过上述研究得出：组间患者 Ramsay 评分 较：麻醉前差异不 ，麻醉诱导后 5min、10min 评分有差异，观察组评分较 （ $P<0.05$ ）。两组患者 T0、T3 阶段 压 平以及 率 显著差异（ $P>0.05$ ），观察组患者 T1、T2 阶段平均动脉压 平以及 率较优（ $P<0.05$ ）。可见该药物的使 能够起到较优的镇静作 ，对患者各项 命体征影响轻微，不会造成 压、 率的异常波动，安全性较 。同时表 3 显示两组不良反应发 率无显著差异，观察组较低（ $P>0.05$ ）。 表 4 数据得出，两组患者术后苏醒相关指标 明显差异（ $P>0.05$ ），可见该药物的辅助麻醉使 中，在不影响患者术后苏醒的情况下，可有效降低麻醉不良反应发 率，应 效果理想，不失为 种科学、有效的麻醉 案。究其原因在于：右美托咪定属于 α_2 肾上腺素受体激动剂， α_2 肾上腺素主要分布在患者的脑桥以及延髓中，可作 于中枢外周的交

感神经信号传递，对 体神经元放电效应产 有效抑制作 ，进 发挥镇静效果，可抑制交感神经活动，起到镇痛效果。 体脑 蓝斑区域的作 在于调节与唤醒睡眠， 该区域的 α_2 肾上腺素较多。当药物进 体后能够在脑 区域发 作 ，进 对 α_2 肾上腺素产 作 ，从 达到镇静、抗焦虑等 的。同时在麻醉过程中，由于 们的中枢抗交感以及迷 神经均会产 调节作 ，导致 压、 率发 不同程度的变化， 给予适量的右美托咪定后能够有效促使神经外分泌剂，以此来对抗交感神经，有效维持患者各项指标稳定。其次给予患者右美托咪定药物后，能够对交感神经产 较强的活性作 ，减轻机体的反应刺激，缓解应激反应。该药物能够对肾上腺 质激素产 抑制作 ，有效预防交感神经对患者肾脏造成影响，起到抗利尿素的作 [8]。

总 之，右美托咪定的应 能够起到较强的镇静、镇痛作 ，利于维持患者各项 命指标稳定，安全性高，麻醉效果理想可 ，值得临床推 以及应 。

参考文献：

[1]王小华,宋勇林.右美托咪啉对老年全身麻醉患者苏醒期的影响及其临床应用价值[J].吉林医学,2020,41（11）: 2664-2667.

[2]刘晓甲.静脉注射右美托咪啉用于全麻手术患者中的麻醉效果分析[J].黑龙江医药科学,2019,42（04）: 207-208.

[3]李津,董红启,谭培培,等.右美托咪啉辅助腰丛-坐骨神经阻滞麻醉下行膝关节置换术老年患者的麻醉效果及对认知功能影响分析[J].临床和实验医学杂志,2021,20（16）: 1768-1772.

[4]陈永华,谭亦好,曾庆茂.臂丛神经阻滞麻醉后使用咪达唑仑与右美托咪啉对患者在镇静抗焦虑的研究[J].北方药学,2021,18（07）: 166-167.

[5]李小姐.右美托咪啉联合七氟烷在腹腔镜手术麻醉中的应用效果研究[J].黑龙江科学,2021,12（06）: 53-54+57.

[6]王淑辉,刘丽波,叶苗青.右美托咪啉复合麻醉对结肠癌根治术患者术中血流动力学及术后氧化应激和肠道屏障功能的影响[J].中国医师杂志,2020,22（12）: 1778-1781.

[7]管 杰.七氟烷复合右美托咪啉麻醉对胃肠道手术患者肺功能及术后镇痛的影响[J].解放军预医学杂志,2019,37（05）: 53-54.

[8]邓莎,刘金花,吴志云,等.右美托咪啉对胃癌手术麻醉应激反应的抑制作用分析[J].结直肠肛外科,2021,27（S2）: 27-28.

医务人员血源性病原体职业暴露风险与防护对策

孙芳¹ 夏洪花² 通讯作者

1.淮安市洪泽区人民医院院感科 江苏淮安 223100; 2.淮安市洪泽区人民医院消化内科 江苏淮安 223100

摘要：目的：分析医务人员血源性病原体职业暴露风险与防护措施。方法：对2021年1月~12月在本院工作并接受调查的227名医务人员进行调查，统计其血源性病原体职业暴露发生情况，并就职业暴露风险因素进行分析，提出针对性防护改进对策。结果：经统计分析发现227名医务人员在2021年1月~12月的工作中，共计发现104名医务人员曾存在发生职业暴露事件的情况，其发生率高达45.81%。104名发生职业暴露事件的医务人员中，从职业分布构成来看，发生率最高的是实习护士，发生率为84.38%；从科室分布来看，外科占比最高达32.69%；从暴露的环节来看，在手术缝合过程中发生的暴露占比最高，为21.15%；从暴露源的病种来看，乙肝病种最多，占比39.42%。经分析可知，医务人员工作中操作不规范、职业暴露防护意识差、医院预防措施不到位是引起职业暴露事件的主要原因。结论：医院工作中，医务人员血源性病原体职业暴露风险多，而要预防医务人员职业暴露事件，应当加强对医务人员卫生安全操作培训，提高其职业暴露防护意识，加强对医院管理人员的宣传教育，重视和落实医院防护措施。

关键词：血源性病原体；职业暴露；风险因素；防护对策

血源性病原体即来自于血液的病原体，是导致血源性感染的重要原因，病原体可通过血液黏膜接触或血行传播，比如乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒、疟疾等传染病。因此，医护人员工作中，接触带有血源性病原体的患者如果没有安全、科学的防护措施，很容易因多种意外事件导致感染血源性传染病^[1]。而实际工作中，由于医护人员操作不当、患者不配合、职业防护措施差等等原因，医务人员发生职业暴露风险事件的情况仍屡见不鲜^[2]。因此，为了解当前医院医护人员职业暴露防护工作存在的问题，本次研究以2021年1月~12月在本院工作的227名医务人员为对象进行调查，统计其血源性病原体职业暴露发生情况，并就职业暴露风险因素进行分析，提出针对性防护改进对策，具体内容报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年1月~12月在本院工作并接受调查的227名医务人员为对象进行调查，227名医务人员中医生有79名，其中男性42名、女性37例，年龄在27~52岁，平均年龄为（40.12±12.08）岁，医生中实习医师有18名；护理人员有148名，其中男性11名、女性137例，年龄在20~32岁，平均年龄为（25.87±4.12）岁，护理人员中32名为实习护士。

1.2 方法

采用我院自制的问卷调查表进行调查，问卷内容主要包括针对医护人员工作中发生针刺、锐器损伤、血液及体液污染、自我防护认识、接触病人是否佩戴防护器具；回顾发生针刺、锐器损伤等情况时，医护人员自我防护及操作具体情况，包括是否了解病人存在血源性传染病，接触患者前后是否洗手、针对患者的所有操作是否严格实施无菌原则，接触患者血液、体液或排泄物、分泌物时是否有佩戴手套等等情况。此次发放调查问卷共计227份，收回227份，对问卷结果进行记录并统计医护人员在这一年中发生职业暴露事件的情况，并对其发生的相关原因进行分析，根据分析的结果提出防护改进对策。

2 结果

2.1 医务人员职业暴露事件发生情况

经统计分析发现，此次接受问卷调查的227名医务人员，在2021年1月~12月的工作中共计104名医务人员曾发生过职业暴露事件，职业暴露事件发生率高达45.81%（104/227）。

2.2 发生职业暴露事件的职业分布构成

此次104名发生职业暴露事件的医务人员中，从职业分布构成来看，发生率最高的是实习护士，其发生率达到84.38%（27/32），详情见表1。

表1 发生职业暴露事件的职业分布构成情况

职业分布	暴露事件	发生率	排序
医生（n=79）	8	10.13%	4
实习医生（n=18）	14	77.78%	2
护士（n=148）	55	37.16%	3
实习护士（n=32）	27	84.38%	1

2.3 发生职业暴露事件的科室分布

此次104名发生职业暴露事件的医务人员中，从科室分布情况来看，发生率最高的是外科，其发生率占比32.69%（34/104），详情见表2。

表2 发生职业暴露事件的科室分布情况

科室	暴露事件	占比	排名
门诊	27	25.96%	2
内科	26	25.00%	3
外科	34	32.69%	1
手术室	17	16.35%	4

2.4 发生职业暴露事件的主要暴露环节

此次的104名发生职业暴露事件的医务人员中，从发生职业暴露事件的主要暴露环节来看，手术缝合环节的占比较高，占21.15%（22/104），主要原因是手术的过程中医务人员会接触很多锐器，容易被锐器致伤，详情见表3。

表3 发生职业暴露事件的主要暴露环节

暴露环节	暴露事件	占比	排名
拔针	14	13.46%	5
抽血	17	16.35%	3
手术缝合	22	21.15%	1
清理废物	16	15.38%	4
回收物品	7	6.73%	6
注射穿刺	21	20.19%	2
手持针走动	3	2.88%	8
检验操作	4	3.85%	7

2.5 发生职业暴露事件的暴露源病种

此次的104名发生职业暴露事件的医务人员中，从发生职业暴露事件的暴露源病种角度来看，乙肝病种的所占比例最多，在所有发生职业暴露事件的暴露源病种中占比39.42%（41/104），详情见表4。

表4 发生职业暴露事件的暴露源病种分布情况

病种	暴露事件	占比	排名
乙肝	41	39.42%	1
丙肝	27	25.96%	2
乙肝+丙肝	20	19.23%	3
梅毒	5	4.81%	5
艾滋病	7	6.73%	4
不明暴露源	4	3.85%	6

2.6 发生职业暴露事件的原因分析

针对发生职业暴露的事件,我们在经过讨论后发现,医务人员在实际的工作中操作不规范、职业暴露防护意识差、医院预防措施不到位是引起职业暴露事件的主要原因。

3 讨论

职业暴露是指由于职业关系而暴露在危险因素中,从而有可能损害健康或危及生命的一种情况,职业暴露存在于多种危险职业中,其中包括医务人员。医务人员职业暴露是指医务人员在从事诊疗、护理活动过程中接触有毒、有害物质或传染病病原体,从而损害健康或危及生命^[3]。在医务人员医疗活动中,血源性病原体暴露危害是最常见的职业暴露,因血源性病原体导致的医务人员感染血液传染病的报道也屡见不鲜。乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒、疟疾是医疗工作中常见的暴露源病种,也成为医务工作者血源性病原体感染的职业性危害之一,并且在我国有快速增长的趋势,因而减少和预防医务人员血源性病原体职业暴露成为人们关注的焦点^[4]。但由于种种原因,实际医疗工作中各种血源性病原体职业暴露防护情况仍旧存在很多问题^[5]。

从本次调查结果来看,227 名医务人员在 2021 年 1 月~12 月的工作中,共计调查发现 104 名医务人员曾存在发生职业暴露事件的情况,其发生率高达 45.81%。104 名发生职业暴露事件的医务人员中,从职业分布构成来看,发生率最高的是实习护士,发生率为 84.38%;从科室分布来看,外科占比最高达 32.69%;从暴露的环节来看,在手术缝合过程中发生的暴露占比最高,为 21.15%;从暴露源的病种来看,乙肝病种最多,占比 39.42%。同时,对职业暴露情况进行分析,发现医务人员在实际工作中操作不规范、职业暴露防护意识差、医院预防措施不到位是引起职业暴露事件的主要原因。首先,医院对医护人员本身的医疗操作有相关的标准或制度,但由于医护人员专业能力不强、责任心不足,在实际操作过程中,未按照规范进行操作,由此引起的职业暴露风险增加,自然风险事件发生率升高^[6]。比如,外科实习护士因为对科室制度不了解,自身技能不足,有 2 名护士因持针在走廊中无防护行走,而外科走廊设置有加位病床,人员流动性大,导致碰撞引起针刺伤,尽管并未引起实习护士感染疾病,但对护士心理造成了严重的影响。另外,有 1 名医师在手术过程中,因仪器摆放阻碍视野,手术钳夹放置不规范,导致钳夹不小心刺破手套,该患者为乙肝病毒携带者,损伤后医师立即用肥皂液和流动性的清水彻底清洗污染部位,并尽可能挤出损伤处的血液,在进行消毒和包扎。其次,医护人员的职业暴露防护意识差,自身不重视职业防护,认为自己没那么容易感染,过分自信。本次调查中发现,6 名护士在对存在血源性病原体的患者拔针时,由于自身防护意识差,未佩戴防护手套,拔针时疏忽导致针刺伤;4 名护理人员在清理医疗废物时,由于不重视自身防护,未佩戴防护手套,导致废物中的玻璃渣、针尖刺破手指;另外 4 名检验科技师职业暴露均因为患者抽血时未事先了解患者是否存在血源性病原体,在抽血时由于患者不配合或操作不当,导致抽血计划伤皮肤。最后,随着医院规模的扩大,患者人数增加,医护人员人数增加,对职业暴露防护器具、设施设备、阻断药等防护措施的投入却未跟上需求,防护措施不到位,在医护人员发生职业暴露事件时不能得到及时的处理。本次调查中有 7 名因艾滋病暴露事件,而其中 1 名因医院缺乏阻断药,未得到及时的救治,尽管最终检测结果该名人员并未感染艾滋病,但这一情况造成了全院医护人员的担忧和焦虑^[7]。

由此可见,我院医务人员血源性病原体职业暴露防护工作还存在诸多不足之处,因此笔者认为,为预防和减少医务人员职业暴露风险,应当从以下几点入手改进:

1 加强对医务人员卫生安全操作培训。完善医院现有的医务人员职业暴露防范措施,组织全院人员学习并考核,促使全院人员均了解和掌握防护方法^[8]。其中包括个人防护用品的使用、如何避免损伤、正确处理医疗废物、发生职业暴露事件后的处理措施。医务人员在处理患者血液、体液、分泌物、排泄物及潜在传染性质的物质时,应当正确的使用个人防护用品,比如口罩、手套、面罩、隔离衣、围裙、鞋套、帽子等^[9]。比如,在医院消毒供应中心设置有洗眼设备,当医务人员有人因飞溅血液或体液入眼,可立即前往消毒供应中心,并配合进行洗眼。医师或护理人员在缝合伤口或静脉穿刺时,要特别注意缝合或穿刺时对自身的保护,严禁将器具直接传递给旁人,严禁将损伤性废物与其他废物一起丢弃,禁止用手直接接触使用过的刀片或针头,禁止双手回套针帽,禁止用手直接分离使用过的针具和针管^[10]。要严格遵循《医疗卫生机构医疗废物管理办法》及时对产生的医疗废物进行分类、收集,使用后的锐器应当放入锐器盒中,感染性废物必须整理后按照规定放置到规定的位置。

2 重视医务人员职业暴露防护意识的培养。进一步提高医务人员的防护意识,定期组织医护人员学习血源性病原体相关知识,包括其传播途径、存在的风险、危害,帮助其认识到血源性病原体感染的危害,从而提高自身的防护意识。同时,加强对相关管理人员意识的培养,以帮助其指导医护人员在实际工作中时刻注意防护^[11];要求所有医护人员在实际工作中,必须严格执行标准预防措施,比如洗手要认真执行六步洗手法,在接触每个患者前后都要洗手,如果手被污染需要立即使用肥皂和流水清洗,在接触患者血液、体液时应佩戴手套,在进行危险操作之前,应当有所预见,做好防护的同时谨慎行事^[12]。同时,要求相关人员定期进行体检,未接种疫苗的要积极鼓励其接种疫苗,并鼓励医护人员定期参与医院乃至社会做出的关于职业暴露防护的相关活动,提升自身知识。

3 重视和落实医院防护措施。医院领导层应当意识到医院防护措施对预防职业暴露事件的重要性,并加大对医院相关防护设施、设备的投入,满足医院医护人员日常需求,制定专业职业暴露后的处理流程、报备流程^[9]。比如,有医护人员不慎被乙肝、丙肝、HIV 污染的尖锐物划伤,医护人员本人应当立即挤出伤口内的部分血液,然后用肥皂水或流动的清水冲洗,再用碘酒或酒精消毒,并在刺伤后 24h 内抽血查看乙肝、丙肝抗体,同时注射乙肝免疫球蛋白,按照 0 个月、3 个月、6 个月接种乙肝疫苗;如被 HIV 病毒携带者的血液、体液污染划伤,要立即进行局部处理,并按照规定上报,医院相关人员共同进行风险评估,明确是否应当服用阻断药物,并认真填写职业暴露登记表,并予以当事人随访、咨询和检测,对服用药物的毒性进行监控和处理,并跟踪至少 6 个月。另外,建立社会保障制度,保障发生职业暴露事件的当事人享受充分、及时的医疗救援^[13]。

综上所述,医院工作中,医务人员血源性病原体职业暴露风险多,而要预防医务人员职业暴露事件,应当加强对医务人员卫生安全操作培训,提高其职业暴露防护意识,加强对医院管理人员的宣传和教育,重视和落实医院防护措施。

参考文献:

- [1]中华医学会呼吸病学分会呼吸危重症医学学组,中国医师协会呼吸医师分会危重症医学工作委员会.成人经鼻高流量湿化氧疗临床应用专家共识[J].中华结核和呼吸杂志,2020,42(2): 83-91.
- [2]张友玲.1 例神经外科护士发生血源性病原体职业暴露的原因分析及对策[J].当代护士(中旬刊),2018,25(12): 101-102.
- [3]赵仙山,孙敏.2015-2016 年医院职业暴露情况分析及其防护对策[J].中国实用医刊,2020,46(1): 54-58.
- [4]钟晓兰.有效阻断 HIV 等血源性病原体职业暴露对手术人员伤害的临床研究[J].临床医学研究与实践,2016,1(12): 49-50.
- [5]赵丽,夏一尹,郑熙琳等.四川省某三级甲等医院血源性病原体职业暴露现状及危险因素分析[J].华西医学,2015,30(2): 219-221.
- [6]程文琴,武洞松,李婧,张如,谈夏阳,张蓉.医务人员血源性职业暴露相关因素调查分析[J].中华医院感染学杂志,2018,28(18): 2865-2867.
- [7]夏娇,张青碧,王荣丽,刘静.2013-2017 年泸州市某教学医院医务人员血源性病原体职业接触后随访依从性及其影响因素分析[J].实用预防医学,2020,26(06): 710-712.
- [8]李卫华,杨杜鹏,刘芬,陈飞.2015-2017 年某综合医院血源性病原体职业暴露调查[J].中国消毒学杂志,2020,36(05): 390-392.
- [9]高永红.血源性病原体职业危害风险及其预防控制策略探究[J].临床医药文献电子杂志,2020,6(32): 40.
- [10]裴小军,郭华,姚媛,黄路非.2014-2017 年某医院医务人员血源性职业暴露现状分析[J].职业卫生与病伤,2020,34(04): 197-201.
- [11]屈文东,樊昕.综合性医院医务人员血源性病原体职业接触回顾性调查分析[J].职业卫生与应急救援,2020,37(05): 465-468.
- [12]刘丽杰,夏嫒,樊林科,宋丹宁,王志刚.2015-2017 年某三甲医院血源性病原体职业暴露调查[J].中华医院感染学杂志,2018,28(20): 3145-3148.
- [13]张敏,徐李卉,刘拓,李祈,陈亮,石春兰.我国医护人员职业卫生防护体系研究[J].中国安全生产科学技术,2018,14(05): 51-60.

保妇康栓联合聚甲酚磺醛治疗慢性宫颈炎的临床效果

孙磊

山东省莒南县人民医院 276600

摘要：目的：探讨慢性宫颈炎患者用保妇康栓与聚甲酚磺醛联合应用的临床价值。方法：选择2021年2月-2022年6月收治的68例慢性宫颈炎患者作为此次研究病例，按照随机数字表法对患者分组，观察组和对照组各34例，对照组用聚甲酚磺醛治疗，观察组保妇康栓+聚甲酚磺醛联合治疗，比较两组的中医学候积分，临床效果、并发症发生情况以及相关临床指标。结果：治疗前，两组中医证候积分无统计学价值（ $P>0.05$ ）；治疗后，观察组临床症状消退时间少于对照组，观察组中医证候积分高于对照组，观察组并发症发生率（8.82%）低于对照组（35.29%），观察组IL-8、hs-CRP、TNF- α 水平低于对照组，NKTs高于对照组，观察组护理有效率94.12%，高于对照组（73.53%），差异显著，组间存在统计学价值（ $P<0.05$ ）。结论：慢性宫颈炎患者应用保妇康栓与聚甲酚磺醛联合治疗的效果确切，可提高临床效果，减少并发症的发生，安全系数高，值得推广应用。

关键词：慢性宫颈炎；保妇康栓；聚甲酚磺醛；中医证候积分

慢性宫颈炎是妇科疾病之一，患者有阴道出血和小腹坠胀等表现^[1]，临床治疗多以康感人治疗，聚甲酚磺醛就是治疗慢性宫颈炎常用的药物之一，不仅会抑制细菌反之，还有良好的抗菌效果，但是单一药物治疗并不显著^[2-3]，需要联合其他药物治疗。近几年，中医疗法应用在妇科疾病的临床中效果显著。在中医学中，将慢性宫颈炎是“带下”范畴^[4-5]，多由湿热瘀滞或任脉失固导致，随着医学技术的不断研究，应用保妇康栓治疗的效果显著，分析其具有行气破瘀的作用^[6]。基于此，本文就针对两种药物的联合应用效果进行探讨，特选取68例慢性宫颈炎患者进行研究，具体报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将我院收治的68例慢性宫颈炎患者作为研究对象，病例选取的时间为2021年2月-2022年6月，以随机数字表法的形式将患者分为：观察组（ $n=34$ ）和对照组（ $n=34$ ），观察组中最大年龄49岁，最小年龄24岁，平均年龄（ 35.61 ± 2.31 ）岁，病程区间为0.5-4年，平均病程（ 1.98 ± 0.24 ）年，宫颈糜烂分度：I级16例，II级13例，III级5例，对照组中最大年龄51岁，最小年龄22岁，平均年龄（ 34.19 ± 2.45 ）岁，病程区间为0.5-4年，平均病程（ 1.85 ± 0.32 ）年，宫颈糜烂分度：I级15例，II级15例，III级4例，比较两组一般资料，差异呈 $P>0.05$ ，可以比较。

纳入标准：符合《妇产科学》^[7]中对慢性宫颈炎的诊断标准；知晓此次研究，签署知情同意书；资料完整者。

排除标准：心肝肾功能不全者；严重精神障碍者；免疫功能低下者；合并盆腔肿瘤者。

1.2 方法

两组患者均行常规抗感染治疗，阿奇霉素。第一天用0.5g，第二天-第五天用每天用0.5g，对照组用聚甲酚磺醛（国药准字：H20055730；生产厂家：山东新时代药业有限公司）治疗，在月经干净的第三天应用，给药前，用适量水冲洗阴道与外阴，用窥阴器将宫颈充分暴露出来，用浸有聚甲酚磺醛溶液的棉签，在宫颈管缓慢转动10次，清洁后，将药液涂抹在病变位置，每周2次，每次10min。

观察组保妇康栓（国药准字：Z46020058；生产厂家：海南碧凯药业有限公司）+聚甲酚磺醛联合治疗，聚甲酚磺醛与对照组用药一致，保妇康栓将1粒栓剂尖端推入阴道深处，每晚1次。

两组均连续治疗6周，观察临床效果。

1.3 评价指标及判定标准

比较两组的临床效果、并发症发生情况以及相关临床指标、治疗前后中医证候积分。临床效果按照显效、有效和无效表达，得出有效率。显效：临床症状消失，宫颈外口的表面光滑，有效：症状得到缓解，糜烂面积小，无效：症状无明显改善，糜烂程度无改善，甚至加重。中医证候积分总分为29分，分数越高，症状越严重。参考《中药新药临床研究指导原则》。临床指标包括：应用酶联免疫吸附法对超敏C反应蛋白，白细胞介素-8，肿瘤坏死因子- α 进行检测。并发症包括：宫颈管结节增生、脱膜期出血多、狭窄外口粘连、宫颈坚韧肥大，得出并发症发生率。

1.4 统计学处理

此次研究用统计软件SPSS19.0进行统计处理，临床有效率等计数资料用率（ $n\%$ ）表示，行卡方检验，计量资料用（均数 $\pm$ 标准差）表达，行t检验，若 $P<0.05$ ，表明统计学意义存在。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组护理有效率94.12%，高于对照组（73.53%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表1。

表1 两组临床效果对比分析

组别	显效	有效	无效	有效率
对照组（ $n=34$ ）	13	12	9	73.53%
观察组（ $n=34$ ）	19	13	2	94.12%
χ^2	-	-	-	5.3142
P	-	-	-	0.0211

2.2 两组临床指标对比分析

观察组IL-8、hs-CRP、TNF- α 水平低于对照组，NKTs高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表2。

表2 两组临床指标比较

组别	hs-CRP（mg/L）	NKTs	IL-8（pg/ml）	TNF- α （ng/ml）
对照组（ $n=34$ ）	9.72 $\pm$ 0.91	5.26 $\pm$ 1.22	36.22 $\pm$ 3.54	1.83 $\pm$ 0.22
观察组（ $n=34$ ）	4.84 $\pm$ 0.58	6.54 $\pm$ 1.01	27.46 $\pm$ 2.71	1.51 $\pm$ 0.13
T	26.3687	4.7124	11.4573	7.3018
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 两组临床症状消退时间比较

观察组分泌物消失时间（17.59 $\pm$ 1.82）天，出血改善时间（11.23 $\pm$ 1.05）天，宫颈修复时间（23.48 $\pm$ 2.71）天，对照组分泌物消失时间（21.88 $\pm$ 2.03）天，出血改善时间（16.59 $\pm$ 1.63）

天，宫颈修复时间（34.82 $\pm$ 3.87）天，观察组临床症状消退时间少于对照组，结果显示： $T=9.1749$ ，16.1192，13.9957，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2.4 两组中医证候积分比较

治疗前，观察组中医证候积分23.64 $\pm$ 2.13分，对照组24.19 $\pm$ 1.88分，治疗后，观察组中医证候积分9.81 $\pm$ 1.06分，对照组15.32 $\pm$ 1.57分，治疗前两组中医证候积分比较无差异（ $T=1.1288$ ， $P>0.05$ ）；治疗后，观察组中医证候积分高于对照组，差异有统计学意义（ $T=16.9603$ ， $P<0.05$ ）。

2.5 两组并发症发生情况分析

观察组狭窄外口粘连1例，宫颈管结节增生2例，对照组中宫颈管结节增生4例，脱膜期出血多2例，狭窄外口粘连3例，宫颈坚韧肥大3例，观察组并发症发生率（8.82%）低于对照组（35.29%）， $\chi^2=8.1908$ ， $P=0.0042$ ，差异有统计学价值。

3 讨论

宫颈炎有急性和慢性，两种类型的疾病临床症状与治疗方式不同，本次研究的患者为慢性宫颈炎^[8]，患者在发病后，阴道分泌物增加，对本病症的原因进行分析，主要是由于厌氧菌属和链球菌等病原体传播导致，特点表现为反复发作，需要早日治疗，目前临床治疗中，多以抗感染和抗炎，止血为主，而常用的抗菌药物就是聚甲酚磺醛，抗菌效果显著，但是单一治疗效果不佳，所以需要找寻优化的治疗方案。

中医学中，慢性宫颈炎归属为：“带下”，在《景岳全书》^[9]中，有关于：“富人阴痒...多由湿热所化”，总结发病原因就是感受湿邪、湿热瘀滞等，治疗多以行气破瘀为主。本次研究发现的保妇康栓，其具有活血化瘀的作用，常应用在带下病的治疗中。现代药理研究表明，保妇康栓中的莪术挥发油，具有抑制金黄色葡萄球菌的作用，抗炎作用明显，而高浓度的冰片则有杀菌作用，外敷后可减轻组织炎症反应，降低炎症介质水平^[10]，在帮助其他药物透过血脑屏障后，可以提高药物活性，促进聚甲酚磺醛的透皮吸收，能够缩短患者的症状消退时间。而研究药物中的聚甲酚磺醛，其为弱酸性物质，应用在滴虫和霉菌中的作用显著，广谱抗菌作用发挥明显，另外，聚甲酚磺醛还具有小血管收缩的作用，对于提高纤维蛋白的凝固速度有显著作用，可加快创面的愈合，抑制炎症反应。上述研究表明：治疗后，观察组临床症状消退时间少于对照组，观察组中医证候积分高于对照组，观察组并发症发生率（8.82%）低于对照组（35.29%），观察组IL-8、hs-CRP、TNF- α 水平低于对照组，NKTs高于对照组，观察组护理有效率94.12%，高于对照组（73.53%），由此可见，保妇康栓为外用剂，与聚甲酚磺醛联合应用在慢性宫颈炎中可促进症状消失，通过高酸和蛋白凝固产生有效的杀灭和破坏病原菌的效果，同时，也充分说明了保妇康栓的抗炎效果显著，聚甲酚磺醛的抗菌、消炎作用明显，2种联合应用后可减轻患者的临床症状。2种药物联合应用的安全系数高，可能是由于聚甲酚磺醛溶液对人体的危害小，而保妇康栓中的成分多为中药，是莪术油和冰片，不会对人体有所伤害，在将药物塞入阴道后，可充分发挥抗炎作用。

综上所述，慢性宫颈炎若不及时治疗，长期发展会有恶变的可能，增加医疗成本，加重患者精神经济负担。临床治疗中应用保妇康栓与聚甲酚磺醛溶液治疗的疗效确切，不仅能够缓解病情，还能够减少宫颈管结节增生，减轻炎症反应，不良反应少，保障患者安全，值得临床推广应用。

参考文献：

- [1]李磊.聚甲酚磺醛栓联合微波治疗慢性宫颈炎的效果研究[J].中国实用医药,2022,17（13）：104-106.
 - [2]李高飞.保妇康栓联合聚甲酚磺醛治疗慢性宫颈炎效果分析[J].实用中西医结合临床,2022,22（07）：73-76.
 - [3]魏晓丹,王成菊,符永燕,谭红新.聚甲酚磺醛溶液联合保妇康栓治疗宫颈炎的疗效及对NKTs、IL-2、IL-10的影响[J].临床合理用药杂志,2022,15（08）：42-44+48.
 - [4]Dionne-Odom J, Marrazzo J. Cervicitis; Balancing the Goals of Empiric Therapy and Antimicrobial Stewardship to Improve Women's Health. Sex Transm Dis. 2020 Jun; 47（6）：387-388.
 - [5]李莹.聚甲酚磺醛溶液联合重组人干扰素 $\alpha 2b$ 凝胶治疗慢性宫颈炎的临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2021,32（21）：3417-3419.
 - [6]梁世霞.聚甲酚磺醛溶液宫颈局部用药治疗慢性宫颈炎糜烂样改变的临床分析[J].中外医学研究,2021,19（05）：52-54.
 - [7]冯春春,黄露春.软胶囊联合聚甲酚磺醛溶液治疗慢性宫颈炎的临床疗效观察[J].现代药物与临床,2019,34（08）：2428-2431.
 - [8]陈香.聚甲酚磺醛阴道栓联合LEEP刀慢性宫颈炎患者创面愈合时间的影响[J].黑龙江医药科学,2019,42（03）：173-174.
 - [9]杨常艳.聚甲酚磺醛联合微波治疗慢性宫颈炎的效果观察[J].中国民康医学,2018,30（04）：34-35.
 - [10]徐大会,张健.宫颈环形电切术辅以聚甲酚磺醛治疗慢性宫颈炎临床分析[J].中国实用医药,2012,7（32）：87-88.
- 作者简介：姓名，孙磊，性别：女，出生年月：1971年9月，籍贯：山东省临沂市莒南县，学历：本科，专业：临床医学，主要研究方向：妇科肿瘤、妇科手术、腹腔镜、宫腔镜等。

婴幼儿外部性脑积水变化数字医学技术监测及其对智能发育的影响分析

覃聪 黎素清 郑菲 谭志军 陈毅克 冯海娇 梁尚芝 郑凤丽

广西壮族自治区贵港市人民医院儿内科 广西贵港 537100

摘要:目的 应用数字医学技术量化婴幼儿外部性脑积水的体积,监测外部性脑积水的变化以及分析外部性脑积水对婴幼儿智能发育的影响。方法 选取3~36个月的婴幼儿168例,常规行脑MR检查,利用Mimics软件生成外部性脑积水及大脑的3D模型,精确测量出不同月龄组婴幼儿的外部性脑积水体积、脑体积、脑积水体积/脑体积比值;同时对婴幼儿采用盖泽尔(Gesell)发育诊断量表进行五大能区(适应性、大运动、精细动作、语言和个人-社交)的评估,结果以发育商(DQ)表示,最终采用Spearman相关性分析法研究外部性脑积水与发育商的相关性。结果 随着婴幼儿年龄的增长,大脑不断发育,外部性脑积水逐渐吸收减少,两者的比值也逐渐减少。采用Spearman相关性分析发现外部性脑积水量的多少与婴幼儿的发育商高低有相关性, $P<0.05$,具有统计学差异。结论 数字医学技术在外部性脑积水的测量更为精准,可以动态监测婴幼儿外部性脑积水的吸收演变过程。外部性脑积水量的多少与婴幼儿发育商呈负相关性,积水量越多,对发育商影响越大,尤其对适应性、大运动、精细动作和个人-社交影响较大。

关键词:数字医学;婴幼儿;外部性脑积水;发育商

外部性脑积水是指婴儿的头围增大,并伴有CT、MRI或头颅超声所见的额叶蛛网膜下腔扩大,脑室正常或稍有扩大,一般被认为是一种自限性疾病^[1]。目前没有明确的临床或放射学指标表明哪些外部性脑积水儿童最终会继续正常发育,哪些可能有相关的发育困难^[2]。其形成的内在机制尚不清楚,诊断主要依赖于影像学^[3]。目前螺旋CT或MRI技术只能为临床提供一个二维的外部性脑积水影像学图像,传统的手工测量方法缺乏精准性。

数字医学是信息科学与临床医学相结合的一门新兴学科。运用数字医学技术可以将螺旋CT、磁共振成像生成的二维影像学资料转换为三维图像、三维模型。本研究采用医学影像软件Mimics将脑CT或MR的DICOM图像进行精准的三维化处理,获取外部性脑积水及大脑的3D模型,通过数字医学技术精准测量出外部性脑积水的体积,此为绝对积水量。因儿童个体差异较大,同时测量大脑体积,取外部性脑积水的体积与大脑体积的比值为相对积水量,进而分析婴幼儿外部性脑积水的变化规律。Gesell发育诊断量表主要是评价婴幼儿的神经心理发育水平,从大运动、精细动作、个人-社交、语言和适应性行为五个方面测试,结果以发育商(DQ)表示,分析婴幼儿外部性脑积水与发育商之间的相关性,进而探讨外部性脑积水对婴幼儿智能发育的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年1月-2020年12月因热性惊厥或体检发现头围增大等原因就诊于我院儿科的婴幼儿,经严格的纳入和排除标准选择3~36个月之间临床资料完整的相对正常的婴幼儿168例,其中男89例,女79例,按月龄分为6组:3~6个月28例,7~9个月32例,10~12个月26例,13~18个月26例,19~24个月22例,25~36个月34例。85例头围增大,32例囟门增宽或隆起,26例抽搐,17例哭闹不安,8例无明显临床表现。纳入标准:年龄为3~36个月,常规MR检查为外部性脑积水表现,无其他异常表现者。排除标准:新生儿缺血缺氧性脑病、中重度大脑发育落后、颅脑发育畸形、代谢相关性脑病、脑损伤、脑出血、各种脑膜脑炎或常规MRI异常表现者。本研究经医院伦理委员会同意,并签署特殊检查知情同意书。

1.2 设备及方法

1.2.1 受检儿童镇静和听力保护等措施后在家属陪同下均采用SIMENS 3.0T超导型MRI扫描仪行头颅MR常规序列扫描,T2加权成像加做T2-tse-sag序列(见图1)。由专业的影像学医师评价所有受检儿童头颅MRI图像,排除MRI图像有异常表现的受检儿。再由信息技术人员通过CentricityTM Universal Viewer软件下载头颅MR的DICOM图像至个人计算机。采用Mimics17软件分离获取外部性脑积水、大脑的掩码数据,分别生成外部性脑积水(见图2-1-2-2)及大脑(见图3-1-3-2)的3D模型并测量模型的体积。

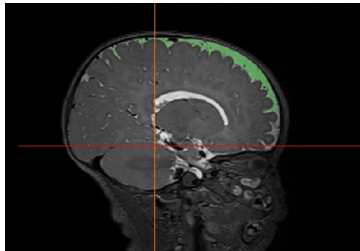


图1 头颅MRI图像

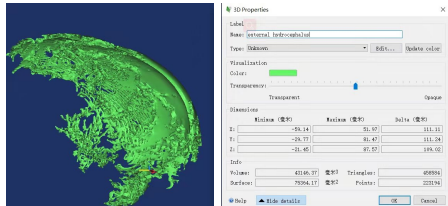


图2-1 获取外部性脑积水的3D模型

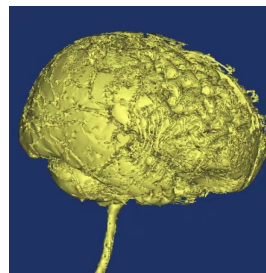


图3-1 获取大脑的3D模型

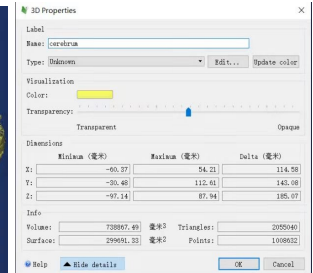


图3-2 获取大脑体积的数据

1.2.2 Gesell发育商评估由经过专业培训从事儿童保健人员对患儿使用北京市儿童保健所修订的Gesell发育诊断量表对受试患儿进行发育商测评。内容包括适应性、大运动、精细动作、语言和个人-社交五大能区,结果以发育商(DQ)表示,DQ ≥ 85 为正常水平;DQ 75~84为边缘水平;DQ<75为发育落后。

1.3 统计学分析 建立Excel数据库录入资料,采用SPSS 17.0软件进行统计,使用散点图表示外部性脑积水随婴幼儿年龄的变化规律,采用Spearman相关性分析显示外部性脑积水与婴幼儿发育商之间的相关性,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 外部性脑积水的量随年龄变化而改变

168例婴幼儿外部性脑积水量、脑体积以及两者之间的比值,体积以毫升为单位,为了方便数据展示,按年龄段分组表示,见表1。将外部性脑积水量、外部性脑积水/脑体积比值与年龄做散点图,见图4~5。结果显示,随着婴幼儿年龄的增长大脑不断发育,外部性脑积水逐渐吸收减少,两者的比值也逐渐减小。

表1 168例婴幼儿外部性脑积水量、脑体积以及两者之间的比值

年龄 (月)	例数 (N)	外部性脑积水体积 (ml)	脑体积 (ml)	两者比值
3~6	28	31.935±17.764	632.817±78.413	5.21±3.08
7~9	32	32.832±17.822	774.420±68.706	4.29±2.37
10~12	26	21.365±22.670	849.499±53.278	2.49±2.59
13~18	26	18.219±12.491	927.972±65.814	1.95±1.38
19~24	22	13.678±10.942	975.846±80.747	1.44±1.23
25~36	34	13.405±15.214	1042.002±38.238	1.31±1.58

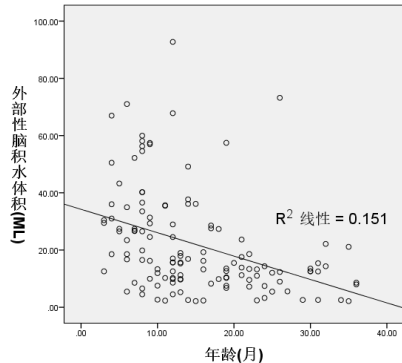


图4 外部性脑积水随年龄的变化趋势

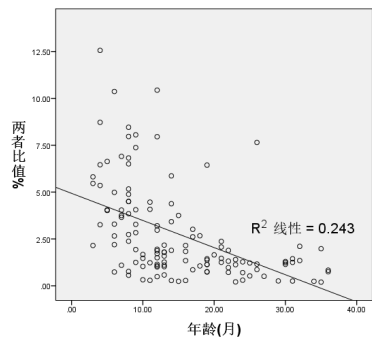


图 5 外部性脑积水/脑体积比值随年龄变化的趋势

2.2 外部性脑积水与发育商之间的关系

各年龄段婴幼儿总发育商的构成见表 2。将 168 例婴幼儿的外部性脑积水体、外部性脑积水/脑体积比值与总发育商做散点图，可见外部性脑积水量越多、外部性脑积水/脑体积比值越大，总发育商则越低，如图 6~7 所示。对所得数据进行 Spearman 相关性分析（见表 3），结果显示外部性脑积水量绝对值与总发育商、大运动、精细运动、适应性、社交之间存在负相关关系，相关系数分别是-0.353、-0.345、-0.349、-0.349、-0.260， $P<0.05$ 。外部性脑积水量相对值（外部性脑积水/脑体积比值）与总发育商、大运动、精细运动、适应性、社交之间也存在负相关关系，相关系数分别是-0.345、-0.394、-0.383、-0.308、-0.282， $P<0.05$ 。

表 2 各年龄段婴幼儿总发育商的构成比

年龄 (月)	例数 (n)	DQ≥85		DQ75~84		DQ<75	
		n	%	n	%	n	%
3~6	28	10	35.71	8	28.58	10	35.71
7~9	32	12	37.50	11	34.37	9	28.13
10~12	26	13	50.00	7	26.92	6	23.08
13~18	26	14	53.85	9	34.61	3	11.54
19~24	22	13	59.09	7	31.82	2	9.09
25~36	34	25	73.53	8	23.53	1	2.94

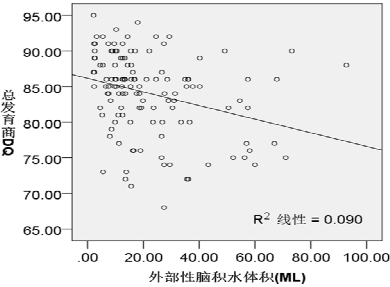


图 6 总发育商随外部性脑积水体量的变化规律

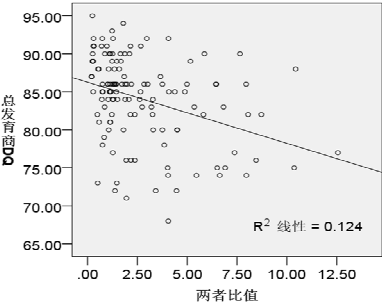


图 7 总发育商随外部性脑积水/脑体积比值的变化规律

表 3 外部性脑积水量的绝对值、相对值与各发育商的 Spearman 相关性分析

		总智商	大运动	精细运动	适应性	语言	社交
外部性脑积水 (绝对值)	相关系数	-.353**	-.345**	-.349**	-.294**	-0.129**	-0.260**
	P	0.000	0.000	0.000	0.001	0.146	0.003
	N	168	168	168	168	168	168
外部性脑积水 (相对值)	相关系数	-.345**	-.394**	-.383**	-.308**	-0.109**	-0.282**
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.222	0.001
	N	168	168	168	168	168	168

* 在 0.05 级别（双侧），相关性显著。

3 讨论

外部性脑积水是一种比较常见的儿科疾病，通常认为是一种良性的、自限性的蛛网膜下腔扩大。以往主要依靠婴幼儿期间头颅异常增大及临床表现来诊断外部性脑积水，但脑积水患儿头围也可在正常范围，因此经常漏诊。随着影像学设备的不断发展，发现外部性脑积水病例增多，由于婴幼儿处于大脑发育期的特点，对其影像学诊断尚缺乏共识。传统的 CT 或 MRI 检查仅能为临床医生提供一个蛛网膜下腔增宽或者脑室扩大的脑积水影像学图像，缺乏一定的敏感性及精确性。

婴幼儿时期是智力发育的关键时期，尤其出生后 12 个月内是神经系统发育最迅速的时期。发育商（Developmental Quotient, DQ）是评价婴幼儿神经心理发育水平重要指标之一。外部性脑积水可引起短暂的发育迟缓，常常出现在婴幼儿期，可能会引起社会退缩、攻击等行问题。目前没有明确的临床或放射学指标表明哪些外部性脑积水儿童最终会继续正常发育，哪些可能有相关的发育困难，长期随访部分儿童在进行注意力的测试中表现有所下降。国内曾有相关报道外部性脑积水儿童中有一部分在认知和社会生活功能方面出现异常，有相当比例患儿在神经系统功能、睡眠行为、注意力、语言发育、运动、依恋情感和认知方面存在不同程度的发育偏差或障碍。张海燕等对 26 例外部性脑积水的患儿进行为期 2 年的神经心理发育随访分析，发现外部性脑积水对患儿的适应行为及社交行为有影响。本研究通过对 168 例婴幼儿的大运动、精细动作、适应行为、语言能力和社交行为 5 个能区进行发育商的评定，结果显示外部性脑积水的多少与婴幼儿的总体发育商、大运动、精细运动、适应性、社交之间呈负相关性，外部性脑积水量越多，总发育商越低，尤其对适应性、大运动、精细动作和社交行为影响较大，与相关文献报道是相符合的。因婴幼儿期大脑发育迅速，蛛网膜绒毛未成熟，故外部性脑积水量常明显偏高，婴幼儿期可引起智能发育落后，本研究显示 12 月龄以内总发育商落后的婴儿占有相当一部分比例，故今后对该类患儿需定期追踪随访，尤其是外部性脑积水量偏多的婴儿，定期行发育智能评估，以便早期作出诊断并在必要时及早给予相应的干预治疗，以利于提高外部性脑积水患儿的远期生活质量。

总而言之，婴幼儿外部性脑积水是一个动态吸收演变过程，病理性外部脑积水可影响婴幼儿智能发育。数字医学技术无创安全、可准确分割与测量外部性脑积水的量，为临床动态监测婴幼儿外部性脑积水的变化提供更加有力的数据支持，值得临床推广。

参考文献：

[1]Raj Kumar. External hydrocephalus in small children[J].Child's Nervous System, 2006,22（10）: 1237-1241.
[2]Kotaro Hiraoka,Hiroshi Yamasaki,et al. Changes in the volumes of the brain and cerebrospinal fluid spaces after shunt surgery in idiopathic normal-pressure hydrocephalus[J]. Journal of the Neurological Sciences, 2010, 296（1-2）: 7-12.
[3]Sverre Morten Zahl,Arild Egge,et al. Benign external hydrocephalus: a review, with emphasis on management[J]. Neurosurgical Review, 2011, 34（4）: 417-432.
[4]Atkins R, Huang Y, et al. Cavitation-based third ventriculostomy using MRI-guided focused ultrasound[J].J Neurosurg, 2013,119（6）: 1520-1529.
[5]Binz DD, Toussaint LG 3rd, et al.Hemorrhagic complications of ventriculostomy placement: a meta-analysis [J]. Neurocrit Care, 2009,10（2）: 253-256.
作者简介：覃聪，大学本科，副主任医师，研究方向：儿童康复
项目名称：贵港市科学研究与技术开发计划[编号：1908033]

无创辅助通气治疗呼吸衰竭病人的疗效

瓦庆荏

贵州省黔西南布依族苗族自治州人民医院 贵州兴义 562400

摘要：目的：分析针对临床确诊 COPD 所致呼吸衰竭患者应用无创辅助通气治疗的临床有效机制。方法：抽取 2022.01-2022.09 于本院就诊的因 COPD 所致的呼吸衰竭患者共计 40 例，计算机 1：1 随机数列表均分组别，参比组（常规治疗,n=20），分析组（无创辅助通气治疗,n=20）。比较两组肺功能指标、血气指标及临床疗效。结果：治疗后分析组 FEV1、FEV1/FVC 及 FEV1 水平显著高于参比组同期及本组治疗前，数据比较有意义（ $P<0.05$ ）；治疗后分析组血 pH 值及 PaO₂ 水平显著高于参比组同期及本组治疗前，数据比较有意义（ $P<0.05$ ）；PaCO₂ 显著低于参比组同期及本组治疗前，数据比较有意义（ $P<0.05$ ）；分析组总有效患者例数（18 例，占比 90.00%）显著高于参比组的（12 例，占比 60.00%），数据比较有意义（ $\chi^2=4.880$ ， $P=0.028$ ）。结论：针对 COPD 所致呼吸衰竭患者，应用无创辅助通气治疗方式，利于改善患者的肺功能及血气指标，于临床疗效提升有显著增益。

关键词：无创辅助通气；呼吸衰竭；疗效；血气指标；肺功能

当前随着社会整体吸烟人口数量的不断增加，罹患慢性阻塞性肺疾病（Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD）的患者数量也在不断增加。该病属于呼吸系统中常见且多发的疾病类型之一^[1]。因疾病进展所致呼吸衰竭是慢阻肺较为严重的并发症类型之一。通常来看，这类患者发病时存在着持续性 & 不可逆性的气流受限表现，在该阶段下患者的生活质量严重下降，若未及时予以干预，可能影响患者生命安全。目前针对 COPD 伴发呼吸衰竭的治疗常规措施主要是包括水电解质平衡维持、化痰、止咳、平喘、吸氧及抗感染治疗等^[2]。当前随着无创呼吸机辅助通气技术的不断应用，当前在 COPD 所致呼吸衰竭的过程中，无创辅助通气呼吸机有着较为广泛的应用，其对改善患者机体二氧化碳潴留的效果较为显著，为验证临床确诊 COPD 所致呼吸衰竭患者应用无创辅助通气治疗的临床有效机制，笔者特设计了本次实验，具有内容如下：

1. 对象与方法

1.1 对象资料

抽取 2022.01-2022.09 于本院就诊的因 COPD 所致的呼吸衰竭患者共计 40 例，计算机 1：1 随机数列表均分组别。参比组中共含男性 11 例，女性 9 例；年龄 47-80 岁，均值（57.14±9.51）岁；病程 8-25 年，均值（15.77±2.65）年；分析组中共含男性 12 例，女性 8 例；年龄 46-79 岁，均值（57.25±9.45）岁；病程 8-24 年，均值（15.69±2.64）年。数据比较无意义（ $P>0.05$ ）。纳入条件：受试者均符合 COPD 的诊断标准^[3]；伴发重症呼吸衰竭；患者入组前并未行气管切开及气管插管干预；患者家属对本研究知情并签署同意书；剔除伴发严重心肝肾及血管疾病者；伴发认知功能及神经系统疾病者；伴发自身免疫性疾病者；自身生命体征不稳定者；具有外科手术史；伴发恶性消耗性疾病如肿瘤者；具有实用无创呼吸机禁忌者；未能全程参与本研究者。

1.2 方法

为保证两组实验开展的同质性水平，两组患者均是由同一组医师进行治疗措施干预的，但是两组所应用的治疗内容有所差异，现介绍如下：

20 例参比组患者应用的是常规治疗方式。即为水电解质平衡维持、应用糖皮质激素、支气管扩张剂、化痰及抗感染治疗、吸氧治疗等等。

20 例分析组患者则是应用在上述治疗方案基础上应用无创呼吸机辅助同期治疗。选用由美国 GE 公司所提供的呼吸机，使用呼吸机前选取与患者面部相匹配的口鼻呼吸面罩，然后辅助患者携带面罩。随后固定好面罩管及输氧管后，先打开呼吸机，设置通气模式为 S/T，IPAP 为 6-8cmH₂O，设置呼气相起到正压为 4cmH₂O,设置此参数后，观察患者能够耐受。若是能够耐受即保持这一数值水平，若是不能耐受，则需要适当地调整上述指标情况。治疗过程中对患者呼吸的潮气量、动脉血气分析值对呼吸机参数进行随时调整，然后将潮气量控制在 6-12ml/kg 的范围之内。调节呼吸频率为 14-20 次/分，同时氧流量控制在 5-8L/范围内。在

治疗的全过程中，为了防止患者出现正常排痰功能减弱及纤毛运动功能减弱的问题，需要应用灭菌注射盐水作为湿化液，并将通气的温度控制在 32-36℃之内。在使用无创通气时，需要关注的注意事项包括：①选取大小合适的面罩，然后在面罩与皮肤接触的地方选用质地比较柔软的敷料进行覆盖，并将面罩予以固定，保持面罩使用舒适且不漏气；②尽可能地持续佩戴面罩；除了进行雾化吸入、吸痰、饮水及饮食等操作之外；③使用过程中动态化监测患者的血气分析值水平，并对呼吸机参数予以调节，并对患者的临床表现予以观察。两组均持续干预 1 周后比较效果。

1.3 观察指标

①肺功能指标：包括一秒用力呼气量（Forced Expiratory Volume in One Second, FEV1）、用力肺活量（Forced Vital Capacity, FVC）及 FEV1/FVC 水平，上述指标均应用肺功能指标检测仪器测定；②血气分析指标：干预 1 周后，抽取患者血清静脉血 5ml 行指标检测，测定项目包括氧分压（Pressure of Oxygen, PaO₂）、二氧化碳分压（Pressure of Carbon dioxide, PaCO₂）及酸碱度（potential of hydrogen, pH）水平。③临床疗效：若是患者血气指标基本正常、胸闷及呼吸困难等临床症状消失称之为显效；上述症状有所改变称之为有效；症状未改变甚至恶化者称之为无效。总有效率为 1-无效占比之和。

1.4 统计学评析

借助 SPSS 26.0 软件，计量资料组间比较采用 *t* 检验，计数资料比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 视为数据存在比对价值。

2. 结果

2.1 肺功能指标

由表 1 可得，治疗后分析组 FEV1、FEV1/FVC 及 FEV1 水平显著高于参比组同期及本组治疗前，数据比较有意义（ $P<0.05$ ）。

表 1 探讨比对两组肾功能指标（ $\bar{x} \pm s$ ）					
组别	例数	FEV1（L）		FEV1/FVC（%）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
分析组	20	1.25±0.11	1.62±0.24	55.28±2.96	63.56±2.97
参比组	20	1.29±0.12	1.86±0.25	55.25±2.98	76.56±2.90
<i>t</i>		1.098	3.097	0.031	14.005
<i>P</i>		0.278	0.003	0.974	0.000
续表					
组别	例数	FEV1（L）			
		治疗前		治疗后	

分析组	20	2.68±0.50	3.07±0.12
参比组	20	2.63±0.52	3.97±0.12
<i>t</i>		0.310	23.717
<i>P</i>		0.758	0.000

2.2 血气指标

由表 2 可得，治疗后分析组血 pH 值及 PaO₂ 水平显著高于参比组同期及本组治疗前，数据比较有意义（P<0.05）。PaCO₂ 显著低于参比组同期及本组治疗前，数据比较有意义（P<0.05）。

表 2 探讨比对两组血气指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	pH 值		PaO ₂ (mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
分析组	20	7.20±0.05	7.30±0.06	51.74±3.68	60.57±3.63
参比组	20	7.21±0.03	7.45±0.04	51.75±3.61	73.83±3.65
<i>t</i>		0.767	9.302	0.008	11.535
<i>P</i>		0.447	0.000	0.993	0.000

续表

组别	例数	PaCO ₂	
		治疗前	治疗后
分析组	20	80.46±4.12	57.81±4.15
参比组	20	80.55±4.13	52.86±4.18
<i>t</i>		0.069	3.758
<i>P</i>		0.945	0.000

2.3 临床疗效

由表 3 可得，分析组总有效患者例数（18 例，占比 90.00%）显著高于参比组的（12 例，占比 60.00%），数据比较有意义（ $\chi^2=4.880$ ，P=0.028）。

表 3 探讨比对两组临床疗效（n/%）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
分析组	20	10（50.00）	8（45.00）	2（10.00）	18（90.00）
参比组	20	8（40.00）	4（20.00）	8（40.00）	12（60.00）
χ^2		--	--	--	4.800
<i>P</i>		--	--	--	0.028

3、讨论

考虑到 COPD 患者由于疾病因素的影响，常合并肺换气及通气功能障碍，这易使得患者发生二氧化碳潴留及机体缺氧等症状，最终导致患者发生呼吸衰竭^[4]。COPD 患者因为气道阻力升高，导致了呼吸肌收缩能力降低，若是合并呼吸衰竭，将导致肺过度膨胀，导致呼吸肌做功增加，出现呼吸肌疲劳的问题。当今机械通气治疗方案已经成为治疗呼吸衰竭最常用也最有效的措施之一。同时这类方式由于应用时无需切开气管或进行气管插管，因此使用时不会过度的增加患者的痛苦，降低了发生机械通气并发症的机会。

本研究结果显示：治疗后分析组 FEV₁、FEV₁/FVC 及 FEV₁ 水平显著高于参比组同期及本组治疗前，数据比较有意义（P<0.05）。分析原因如下：本次研究使用呼吸机时，所选取的通气模式是 S/T 模式，这类模式下通过呼吸机辅助，能够帮助患者建立同步呼吸的正压通气机制，借助外力能够有效地减少患者发生呼吸肌疲劳的几率^[5]。同时通过外源性提供支持力，能够保持患者在呼气末时气道是处于开放状态的，这一机制能够抵抗生理性因素的影响，进而能够有效地提升肺的顺应性，从而对呼吸衰竭有效纠正^[6]。

从血气指标的改变上看，治疗后分析组血 pH 值及 PaO₂ 水平显著高于参比组同期及本

组治疗前，数据比较有意义（P<0.05）；PaCO₂ 显著低于参比组同期及本组治疗前，数据比较有意义（P<0.05）。分析原因如下：由于肺部的换气主要是依赖于呼吸肌的舒张与收缩来实现的，其正常运行有助于维持机体的各项生化活动推进。而呼吸衰竭患者正是由于这一机制失去稳定性，导致呼吸肌不能够正常的舒张所导致的血气指标恶化。而研究中所应用的无创呼吸机，直接动力源是来源于肺内压力差及外界环境之间的差值，通过根据患者自身的血气情况，对呼吸机参数予以动态调整，促进人机协调，使患者获得最大的通气支持^[7]。在患者吸气时，无创呼吸机能够提供一个相对比较高的吸气相正压，这一压力能够帮助患者克服气道自身所产生的弹性阻力，最终能够增加肺泡通气量，促进血气交换，这是患者血液氧合功能改善的机制，而当患者呼气时，装置则是应用的呼气相正压模式。这一模式能够抵抗小气道的压力，避免肺泡萎缩现象发生，能够对支气管痉挛症状予以缓解^[8]。由于肺泡未萎缩，因此肺部的弥散功能能够得到强化，肺泡内的二氧化碳能够得到有效排出，这是降低机体二氧化碳分压的有效机制之一。从治疗有效率上看，分析组总有效患者例数（18 例，占比 90.00%）显著高于参比组的（12 例，占比 60.00%），数据比较有意义（ $\chi^2=4.880$ ，P=0.028）。也说明了无创呼吸机应用的优势所在。临床上目前对应用无创呼吸机的使用时间意见尚未统一，也有研究显示早期应用能够使患者最大化地受益。分析原因包括该类治疗方式能够借助外力，使患者疲劳的呼吸肌得到休息；该疗法已经被证实能够促使呼吸中枢二氧化碳调定点下移^[9]；在睡眠状态下，仪器能够为患者提供更多的通气支持，故能够防止日间高碳酸血症发生^[10]；最后该仪器还能够避免患者出现肺部过度膨胀的问题，强化仪器与患者之间的顺应性水平，提升个体化的治疗效果^[11]。

综上，针对 COPD 所致呼吸衰竭患者，应用无创辅助通气治疗方式，利于改善患者的肺功能及血气指标，于临床疗效提升有显著增益，可推广。

参考文献：

[1]赵立梅. 无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的应用进展[J]. 医疗装备,2022,35（10）: 194-196.

[2]马晓雯. 无创呼吸机治疗慢阻肺合并呼吸衰竭的效果观察及有效率影响分析[J]. 中国医疗器械信息,2022,28（12）: 60-62.

[3]王真,罗中明,舒丹,等. 无创呼吸机联合噻托溴铵在治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并 II 型呼吸衰竭中的应用效果[J]. 中国当代医药,2022,29（15）: 44-46,50.

[4]代江群,袁淑萍,刘艳成,等. BiPAP 呼吸机泵雾化吸入治疗尘肺合并慢性 II 型呼吸衰竭的疗效观察[J]. 宁夏医学杂志,2022,44（10）: 904-906.

[5]赵丹丹,王宏宇,古娟. 气动气控型呼吸机在急性呼吸衰竭急救转运中的价值[J]. 中国疗养医学,2022,31（1）: 106-108.

[6]张惠兰. 无创呼吸机联合纳洛酮治疗老年 COPD 并发呼吸衰竭的临床观察[J]. 实用中西医结合临床,2022,22（3）: 20-23.

[7]穆丹. 吸入性糖皮质激素与 Bi P AP 呼吸机联用治疗支气管哮喘合并呼吸衰竭老年患者的效果[J]. 黑龙江医药,2022,35（2）: 346-348.

[8]林团平. 无创呼吸机联合噻托溴铵对尘肺并发呼吸衰竭患者血气指标及炎症因子的影响[J]. 医疗装备,2022,35（8）: 102-104.

[9]田杨. 无创呼吸机应用于治疗重症心力衰竭合并呼吸衰竭患者的临床效果研究[J]. 中国医疗器械信息,2022,28（9）: 131-133.

[10]赵宏福. 呼吸机辅助急诊治疗老年急性呼吸衰竭的疗效及对患者血气指标的影响研究[J]. 中国实用医药,2022,17（13）: 31-33.

[11]刘霞,陈昭林,周家远. 纳洛酮联合无创呼吸机对 COPD 合并呼吸衰竭患者肺功能及 PaO₂、pH、PaCO₂ 水平的影响[J]. 右江医学,2022,50（3）: 205-209.

胰岛素泵联合动态血糖监测治疗妊娠期糖尿病对分泌型卷曲相关蛋白 5 的影响

王 钊

保定市中医院检验科 河北保定 071000

摘要：目的：观察胰岛素泵联合动态血糖监测对血糖控制不佳的妊娠期糖尿病患者血清分泌型卷曲相关蛋白-5（SFRP5）水平的影响。方法：选取 2020 年 12 月~2021 年 12 月期间我院收治的血糖控制不佳的妊娠期糖尿病患者 128 例，以随机数字表法分为对照组（动态血糖监测治疗联合胰岛素注射）和研究组（对照组的基础上联合胰岛素泵治疗），各 64 例。对比两组疗效、血糖指标[糖化血红蛋白（HbA1c）、空腹血糖（FBG）、餐后 2h 血糖（2hPBG）]以及胰岛素[空腹胰岛素（FINS）、胰岛素抵抗指标（HOMA-IR）]、SFRP5 水平。结果：研究组治疗后的临床总有效率 90.63%（58/64），高于对照组的 76.56%（49/64）（ $P<0.05$ ）。两组治疗后 HbA1c、FBG、2hPBG、FINS、HOMA-IR 均下降，且研究组低于对照组（ $P<0.05$ ）。两组治疗后血清 SFRP5 水平升高，且研究组高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：胰岛素泵联合动态血糖监测治疗妊娠期糖尿病患者，可有效调节患者血糖，调节血清 SFRP5 水平。

关键词：胰岛素泵；动态血糖监测；妊娠期糖尿病；分泌型卷曲相关蛋白-5

随着人们生活方式的改变，近几十年来，糖尿病患者数量急剧增加，并逐渐趋于年轻化，已成为我国重要的公共卫生问题之一[1]。有的研究表明，糖尿病的发生主要与遗传因素、年龄因素、种族因素及生活方式等有一定的关联。妊娠期糖尿病是糖尿病的一种类型，而胰岛素补充是治疗此类患者的主要方法[2]。本研究将胰岛素泵联合动态血糖监测应用于血糖控制不佳的妊娠期糖尿病患者中，观察血清分泌型卷曲相关蛋白-5（SFRP5）水平，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 12 月~2021 年 12 月期间我院收治的血糖控制不佳的妊娠期糖尿病患者 128 例，以随机数字表法分为对照组和研究组，各 64 例。两组在年龄、孕前体质指数、孕周等方面比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，见表 1。本研究经医院伦理学委员会审批通过。

表 1 两组研究对象临床资料比较

组别	例数	年龄（岁）	体质指数（kg/m ² ）	孕周（周）
对照组	64	29.85±6.25	25.67±4.25	26.24±2.24
研究组	64	28.73±6.17	25.58±3.33	26.35±2.15
χ^2/t 值		1.020	0.133	-0.283
P 值		0.310	0.894	0.778

1.2 纳入排除标准 纳入标准：①患者经相关检查后符合 GDM 诊断标准；② GDM 患者及健康妊娠晚期孕妇均为初产妇、单胎妊娠；③ GDM 患者及健康妊娠晚期孕妇均签署同意书表示自愿参与研究。排除标准：① 询问既往有各类型糖尿病及内分泌代谢性疾病等病史者；② 精神病史；③ 近期口服糖皮质激素或对糖脂代谢有明显影响的药物治疗者。

1.3 方法 两组孕妇均接受动态血糖监测治疗，在动态血糖监测的基础上，给予门冬胰岛素（由丹麦诺和诺德公司生产提供，国药准字 J20100037）皮下注射。研究组给予胰岛素泵治疗，初次皮下注射地特胰岛素（由丹麦诺和诺德公司生产提供，国药准字 J20090100），

表 2 两组血糖指标对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	时间	HbA1c（%）	FBG（mmol/L）	2hPBG（mmol/L）	FINS（mU/L）	HOMA-IR	SFRP5（ng/L）
对照组（n=64）	治疗前	9.85±0.99	8.85±1.27	11.87±1.07	21.45±3.50	3.86±0.84	23.02±5.63
	治疗后	8.21±0.83	7.22±1.13	8.56±1.29	16.34±2.30	2.80±0.46	27.97±6.76
	t/P 值	10.156/<0.001	7.671/<0.001	15.799/<0.001	9.761/<0.001	8.854/<0.001	-4.501/<0.001
研究组（n=64）	治疗前	9.67±0.95	8.87±1.03	11.91±1.06	21.02±3.37	3.82±0.50	23.01±5.27
	治疗后	7.24±0.65*	6.14±1.05*	7.07±1.03*	9.62±2.47*	1.54±0.46*	35.36±6.09*
	t/P 值	16.888/<0.001	14.849/<0.001	26.197/<0.001	21.827/<0.001	26.847/<0.001	-12.268/<0.001

注：与对照组对比，* $P<0.05$ 。

3 讨论

现代医学中，糖尿病与基因遗传性、生活方式、饮食习惯等多种因素相关的疾病，主要病理基础可能与胰岛素抵抗的产生有关[3]。目前，对于糖尿病的治疗主要以各类降糖药物恢复患者的胰岛功能，如胰岛素增敏剂、葡萄糖苷酶抑制剂、抑制葡萄糖的输出等药物[4]。妊娠期糖尿病患者为减少对胎儿的影响，常规采用补充胰岛素的治疗方法，但由于孕妇妊娠期出现各种激素水平的变化，尤其是雌激素的释放，导致机体产生胰岛素抵抗，使妊娠期妇女出现胰岛素抵抗现象，进而导致血糖控制不佳[5-6]。

胰岛素是妊娠期糖尿病在初期治疗时常用的方法，但由于胰岛素抵抗现象，同时经常每日多次治疗也会对孕妇产生心理压力，因此本研究选用胰岛素泵入的方式[7]。在治疗期间，通过动态血糖监测对患者每日的血糖水平进行监测，医生通过动态的血糖图谱，对患者用药量进行调整，真正做到合理用药，改善孕妇血糖水平[8]。同时，通过胰岛素泵补充药用，其稳定性也较肌注更高，这也有利于稳定患者血糖水平，减少了血糖的较大波动[9]。

随着对糖尿病研究的深入，有研究表明，糖尿病患者血清 SFRP5 表达水平显著性降低，其水平可反映患者体内胰岛生理功能损伤及慢性炎症反应的严重程度[10]。而 SFRP5 是一种脂肪因子，由机体内脂肪组织合成和释放产生，在能量生理代谢、免疫系统应答反应、氧化应激反应及炎症感染反应等诸多生理或病理过程中均发挥着重要作用[11-13]。动物实验研究则发现[14]，肥胖小鼠血清 SFRP-5 表达水平明显下降，进而导致 Wnt/JNK 信号转导通路受到明显抑制，使得机体内炎症反应激活，最终诱导糖尿病的发生。还有研究认为[15]，SFRP-5 可通过抑制胰岛素 β 细胞的增殖过程，进而导致胰岛素血症的发生。本研究中，通过胰岛素泵联合动态血糖监测对妊娠期糖尿病患者进行治疗后，观察组的血糖指标和胰岛素指标均降低，而 SFRP5 水平也降低，提示胰岛素泵联合动态血糖监测治疗能进一步纠正血糖控制不佳的妊娠期糖尿病患者，调节血清 SFRP5 水平，进而改善其病情。

综上所述，胰岛素泵联合动态血糖监测治疗血糖控制不佳的妊娠期糖尿病患者，可有效调节患者血糖，调节血清 SFRP5 水平。

参考文献：

[1]郭立新. 2021 年糖尿病领域年度重大进展回顾[J]. 中华糖尿病杂志,2022,14（1）: 1-8. DOI: 10.3760/cma.j.cn115791-20220114-00034.
[2]李融融,肖新华. 糖尿病营养管理 2020 年进展荟萃[J]. 中华糖尿病杂志,2021,13（12）: 1105-1108. DOI: 10.3760/cma.j.cn115791-20210120-00030.
[3]徐庆丽,燕巍,李志刚,等. 妊娠期糖尿病孕妇血清 SHBG 水平与胰岛素分泌及不良妊娠结局关系[J]. 中国计划生育学杂志,2022,30（1）: 50-54. DOI: 10.3969/j.issn.1004-8189.2022.01.011.

0.4U/（kg·d），基础量为全天总量的 1/2，然后通过胰岛素泵 24h 持续泵入胰岛素，剩余的量分为三餐前的负荷量；并通过动态监测的血糖调整胰岛素的总量及泵入速度。

1.4 观察指标

1.4.1 临床疗效：治愈：血糖各项指标恢复正常，体征、症状消失，原发病因得到有效控制。好转：糖尿病症状控制目标达到良好、一般，体征、症状得到改善。无效：血糖各项指标控制不良或升高，症状、体征加重。总有效率=（治愈例数+好转例数）/总例数×100%。

1.4.2 实验室检查：抽取患者空腹静脉血 4ml，以离心半径为 14cm，速度 4200 r/min，进行 12min 离心，获取上清液待测。采用全自动生化分析仪检测 HbA1c、FBG；采用放射免疫法检测空腹胰岛素（FINS），计算稳态模型的胰岛素抵抗指标（HOMA-IR）；采用酶联免疫吸附法检测患者血清 SFRP5 水平。采取患者指尖血，采用 Life Scan 公司生产的 Sure Step 型血糖仪检测 2hPBG。

1.5 统计学处理 通过 SPSS22.0 软件进行数据处理。计数资料以[n（%）]表示，行 χ^2 检验。计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效对比 研究组治疗后的临床总有效率为 90.63%（58/64），高于对照组的 76.56%（49/64），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组疗效对比 [例（%）]

组别	治愈	好转	无效	总有效率
对照组（n=64）	18（28.13）	31（48.44）	15（23.44）	49（76.56）
研究组（n=64）	25（39.06）	33（51.56）	6（9.38）	58（90.63）
χ^2 值				4.614
P 值				0.032

2.2 两组血糖、胰岛素、SFRP5 指标对比 两组治疗前 HbA1c、FBG、2hPBG、FINS、HOMA-IR、SFRP5 组间对比无差异（ $P>0.05$ ），两组治疗后 HbA1c、FBG、2hPBG、FINS、HOMA-IR 均下降，且研究组低于对照组（ $P<0.05$ ），SFRP5 水平升高，且研究组高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 3。

[4]《2 型糖尿病短期胰岛素强化治疗专家共识》编写委员会. 2 型糖尿病短期胰岛素强化治疗专家共识（2021 年版）[J]. 国际内分泌代谢杂志,2022,42（1）: 67-77. DOI: 10.3760/cma.j.cn121383-20220114-01028.

[5]邱璐. 妊娠期糖尿病合并妊娠期高血压疾病孕妇氧化应激指标与胰岛素抵抗[J]. 中国计划生育学杂志,2021,29（11）: 2412-2415. DOI: 10.3969/j.issn.1004-8189.2021.11.036.

[6]符音. 观察门冬胰岛素和生物合成胰岛素对妊娠期糖尿病（GDM）血糖控制与并发症的影响[J]. 数理医药学杂志,2022,35（1）: 70-72.

[7]解鸿晶. 胰岛素不同应用时机对妊娠期糖尿病患者血糖水平及妊娠结局的影响[J]. 黑龙江医药,2022,35（1）: 100-102.

[8]戴莉敏,周胜蓝,陈昕展. 不同胰岛素注射方法对妊娠期糖尿病患者疗效和安全性的影响[J]. 护士进修杂志,2021,36（8）: 721-724.

[9]郭慧. 分析不同孕周加用胰岛素对妊娠期糖尿病孕产妇妊娠结局的影响[J]. 特别健康,2021（23）: 48.

[10]徐庆福,唐灵,刘树娟,等. 血清分泌型卷曲相关蛋白 5、Wnt1 诱导型信号通路蛋白 1 水平与糖尿病肾脏疾病相关性的研究[J]. 中国糖尿病杂志,2021,29（8）: 594-600. DOI: 10.3969/j.issn.1006-6187.2021.08.006.

[11]常海瑶,李兴. 分泌型卷曲相关蛋白 5 与冠心病、2 型糖尿病关系的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19（21）: 3694-3698. DOI: 10.12102/j.issn.1672-1349.2021.21.011.

[12]Raioxifene inhibits adipose tissue inflammation and adipogenesis through Wnt regulation in ovariectomized rats and 3T3-L1 cells[J].Journal of Biomedical Science,2019,26（1）:1-12.

[13]Tong, ShanJi,等. Sfrp5/Wnt Pathway: A Protective Regulatory System in Atherosclerotic Cardiovascular Disease[J].Journal of interferon & cytokine research: The official journal of the International Society for Interferon & Cytokine Research,2019,39（8）:472-482.

[14]陈金玉,郭晓霞,曹琳玲. 短期胰岛素强化治疗对老年初诊 2 型糖尿病患者分泌型卷曲相关蛋白 5 的影响[J]. 中国临床医生杂志,2020,48（1）: 36-39.

[15]Lin HW, Fu CF, Chang MC, et al. CDH1, DLEC1 and SFRP5 methylation panel as a prognostic marker for advanced epithelial ovarian cancer[J]. Epigenomics, 2018,10（11）: 1397-1413.

项目来源：河北省保定市科技局科技计划项目（2141ZF288）

盐酸米诺环素软膏辅助治疗慢性牙周炎疗效观察

王红燕 王立娟

中卫市人民医院 口腔科 宁夏中卫 755000

摘要：目的：探讨盐酸米诺环素软膏辅助治疗慢性牙周炎的疗效。方法：选取 2020.3~2022.3 期间我院治疗的 30 例慢性牙周炎患者，随即将其分为 2 组，给予对照组甲硝唑治疗，实验组在此基础上加以盐酸米诺环素软膏辅助治疗，对比两组临床疗效、牙周指标以及安全性，最后对数据结果作以分析。结果：总有效率：实验组的 93.33%高于对照组的 60.00% ($P<0.05$)；各项牙周指标：治疗前无差异 ($P>0.05$)，治疗后实验组均更低 ($P<0.05$)；不良反应发生率：实验组的 13.33%与对照组的 6.67 无差异 ($P>0.05$)。结论：在慢性牙周炎的治疗中，采取盐酸米诺环素软膏辅助治疗可促使临床疗效得到进一步提升，并可有效改善患者牙周指标，同时该药不良反应少，值得将这种药物推广。

关键词：慢性牙周炎；盐酸米诺环素软膏；甲硝唑；辅助治疗；临床疗效；牙周指标；不良反应

慢性牙周炎在临床中很常见，是指由于局部因素引起的牙周组织的慢性炎症，由细菌中细菌侵犯牙周组织引起，发病率较高，相比其他人群，35 岁以上人群更为高发，且男性发病率比女性略高^[1]。该类患者早期一般症状表现不明显，随着疾病进展，可逐渐出现红肿、炎症、牙痛、牙龈疼痛、牙齿松动等，这些症状对患者日常生活造成了较大困扰，同时若治疗不及时，长期慢性炎症可导致牙周支持组织的破坏，牙周袋形成，附着丧失和牙槽骨的消失，炎症不断进展可导致患者的牙齿松动，牙龈逐渐萎缩，最终使牙齿丧失，这种口腔病对患者造成的不良影响较为严重，故需及早治疗^[2]。药物辅助治疗是目前临床上治疗这种疾病的方法之一，甲硝唑是其中常见的一种，该药属于硝基咪唑类抗生素，可对厌氧菌发挥良好的抑制作用，但单一使用这种药物总体疗效欠佳，为进一步提升疗效，需联合别的药物^[3]。盐酸米诺环素软膏也是目前临床上治疗这种疾病的常用药物，该药具有良好的抗菌作用，且抗菌谱广，对多种病原菌均具有有效的抑制作用，同时这种药物可对破坏牙周组织的胶原酶活性进行有效抑制，促使对牙周组织的损害得以减轻^[4]。研究发现，采用以上这两种药物治疗慢性牙周炎可促使疗效得到进一步提升，并且不会增加不良反应^[5]。本研究即探讨了盐酸米诺环素软膏辅助治疗慢性牙周炎的疗效，如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020.3~2022.3 期间我院治疗的 30 例慢性牙周炎患者，随即将其分为 2 组，分别为对照组 (15 例，男 8 例，女 7 例，年龄 30~69 岁，平均 49.56±8.35 岁)和实验组 (15 例，男 7 例，女 8 例，年龄 31~69 岁，平均 49.88±8.26 岁)。纳入标准：①均经确诊；②资料全面；③同意研究。排除标准：①合并恶性肿瘤；②脏器功能衰竭；③存在药物过敏史；④哺乳或妊娠期女性；⑤纳入研究前采取过其它治疗；⑥合并精神障碍；⑦依从性极差；⑧中途退出研究。两组资料无差异 ($P>0.05$)，可比。

1.2 方法

两组均予以常规治疗，清除患者局部致病因素、长期控制菌斑。在此基础上，给予对照组甲硝唑缓释药膜治疗，用镊子将该药膜置入患者牙周袋底部，每两天一次。实验组在以上基础上加以盐酸米诺环素软膏治疗，全面、仔细清洁患者牙周区域，先用 0.02%氯己定对患

表 2 两组治疗前后牙周指标对比 (x + s)

组别	例数	GI (分)		SBI (分)		PLI (分)		PD (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	15	1.22±0.43	1.09±0.32	2.75±0.34	2.07±0.35	1.87±0.15	1.41±0.17	4.43±0.36	3.58±0.36
实验组	15	1.24±0.41	0.54±0.18	2.74±0.36	1.80±0.32	1.85±0.17	1.02±0.11	4.41±0.45	2.92±0.13
t	-	0.130	5.802	0.078	2.205	0.342	7.460	0.134	6.678
P	-	0.897	0.001	0.938	0.036	0.735	0.001	0.894	0.001

2.3 两组不良反应发生率对比

不良反应发生率：实验组的 13.33%与对照组的 6.67 无差异 ($P>0.05$)。详见表 3：

表 3 两组不良反应发生率比较[n (%)]

组别	例数	头晕头痛	胃肠道反应	局部刺激	合计 (%)
对照组	15	1 (6.67%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1/15 (6.67%)
实验组	15	1 (6.67%)	0 (0.00%)	1 (6.67%)	2/15 (13.33%)
χ^2	-	0.000	0.000	1.035	0.370
P	-	1.000	1.000	0.309	0.543

3 讨论

牙周炎是口腔科常见病，主要分为慢性牙周炎、侵袭性牙周炎、全身疾病相关牙周炎等类型，其中慢性牙周炎极为常见，发病率较高，数据统计显示，该牙周炎约占牙周炎患者的 95%，且发病率与年龄呈正相关^[7]。诱发该病的常见因素较多，主要有菌斑黏附、创伤性咬合、食物嵌塞、牙石、吸烟、遗传因素、全身疾病、精神压力因素等，该病为慢性疾病，病程潜伏期相对较长，发病早期一般无特异性症状，后期主要表现为牙周袋溢脓、牙龈红肿、牙齿松动等，部分患者可出现牙周脓肿、根面龋、口臭等症状，这些症状严重降低了患者的生活质量^[7]。同时该病若治疗不及时，疾病持续进展，炎症向牙周膜、牙骨质、牙槽骨等深层部位进行扩散，将对牙周膜、牙龈、牙骨质等组织造成严重不良影响，甚至甚至不能保留牙齿，这种疾病对患者造成的危害很严重，故需及早治疗，越早治疗越能改善预后，减轻疾病对患者造成的不良影响和危害^[8]。

当前临床上治疗这种疾病的方法较多，药物辅助治疗是多种治疗中的一种，甲硝唑是该病常用药之一，牙周炎中一般使用的制剂为甲硝唑缓释药膜，这种药物对多数厌氧菌具有积极、良好、强大的抗菌作用，对兼性厌氧菌和需氧菌无作用，这种药物中的硝基可在无氧环境下通过机体的还原反应被还原成氨基，氨基可发挥良好的抗厌氧菌作用^[9-10]。但单一使用这种药物总体疗效欠佳，需联合其它药物。盐酸米诺环素软膏是临床上常用的一种四环素衍生物，该药主要通过抑制细菌蛋白质的合成而发挥良好的抗菌作用，该药的主要成分为 7-二甲胺四环素，7-二甲胺四环素对肺炎杆菌、葡萄球菌等革兰阳性菌以及大肠杆菌、肠杆菌、克雷伯杆菌等革兰氏阴性菌均具有较为良好的抑制作用，同时该药对牙龈卟啉菌等牙周炎病原菌及龈下细菌中的细菌具有很强抗菌力^[11-12]。这种药物的渗透性、抗菌强度均较强，且抗菌谱广，该药经局部使用后，遇水可变成硬，从而在牙周袋内缓慢、持续释放，进而形成一层膜，缓慢、持续的释放可使牙周袋局部药物浓度保持在较高水平，进而促使局部抑菌效果得以增强，促使药物作用时间进一步延长^[13]。同时该药可有效抑制胶原酶活性水平，胶原酶对牙周组织具有破坏性，可破坏牙周组织，形成牙周袋，抑制这种酶的活性水平可避免牙周组织被进一步破坏^[14]。除此之外，该药还可促进牙周膜细胞增殖，促进牙周膜细胞膜的附着，从而有利于牙周组织再生^[15]。此药联合甲硝唑可发挥积极有效的协同作用，可促使彼此的抗菌效果进一步增强，并可从不同途径、不同机制各自发挥抗菌作用，进而提升疗效^[16]。

此次结果显示，总有效率：实验组的 93.33%高于对照组的 60.00% ($P<0.05$)，各项牙周指标：治疗前无差异 ($P>0.05$)，治疗后实验组均更低 ($P<0.05$)，可见盐酸米诺环素软膏辅助治疗是显著有效的，不仅效果显著，同时对患者牙周指标的改善也更为明显，分析原因：常规治疗和甲硝唑为基础治疗，常规治疗可有效控制病因和菌斑，甲硝唑可有效抑制厌氧菌，盐酸米诺环素软膏为辅助治疗，对多种病菌具有抑制作用，共同使用，促使疗效得到提升。不良反应发生率：实验组的 13.33%与对照组的 6.67 无差异 ($P>0.05$)，可见两组不

者牙周袋进行冲洗，后在患者牙周袋内注射 0.05ml 盐酸米诺环素软膏，每周 1 次。两组均治疗一个月，治疗期间嘱患者加强口服卫生，戒烟。治疗结束后统一评价疗效和其它方面指标。

1.3 观察指标

对比两组的以下指标：

(1) 临床疗效：临床疗效评价标准^[6]：患者症状消失，牙周指标正常，牙齿外观恢复为显效；症状缓解，牙周指标有所改善为有效；未满足显效和有效标准为无效，对两个组别的治疗总有效率进行计算，总有效率= (显效+有效)/总例数×100%。

(2) 牙周指标：在治疗前后评价，主要测定牙龈指数 (GI)、龈沟出血指数 (SBI)、牙周菌斑指数 (PLI) 和牙周袋探诊深度 (PD)。

(3) 安全性：通过药物不良反应评价，常见不良反应有头晕头痛、胃肠道反应、局部刺激等，观察并统计两组发生情况。

1.4 统计学方法

数据纳入 SPSS21.0 软件分析，采用 χ^2 检验和 t 检验， $P<0.05$ 表示数据有统计学差异。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比

总有效率：实验组的 93.33%高于对照组的 60.00% ($P<0.05$)。详见表 1：

表 1 两组临床疗效比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	15	6 (40.00%)	3 (20.00%)	6 (40.00%)	9/15 (60.00%)
实验组	15	11 (73.33%)	3 (20.00%)	1 (6.67%)	14/15 (93.33%)
χ^2	-	3.394	0.000	4.658	4.658
P	-	0.065	1.000	0.031	0.031

2.2 两组治疗前后牙周指标对比

各项牙周指标：治疗前无差异 ($P>0.05$)，治疗后实验组均更低 ($P<0.05$)。详见表 2：

不良反应均较少，且无差异，表明在甲硝唑治疗基础上联合盐酸米诺环素软膏治疗并不会促使药物不良反应增加，单一用药和联合用药安全性均较高，可见该方案具备推广价值。

综上所述，在慢性牙周炎的治疗中，采取盐酸米诺环素软膏辅助治疗可促使临床疗效得到进一步提升，并可有效改善患者牙周指标，同时该药不良反应少，值得将该药推广开来。

参考文献：

- [1]赵林炜,陈宇轩,陈书军,肖剑锐. 口腔正畸联合牙周组织再生手术治疗牙周炎的疗效观察[J]. 全科口腔医学电子杂志,2019,6 (12): 17+19.
- [2]王静宜,马立光. 盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎的临床疗效分析[J]. 家庭医药, 2019, 000 (001): 87.
- [3]康小明. 米诺环素软膏牙周袋内给药与甲硝唑缓释药膜联用对慢性牙周炎患者的临床疗效评价[J]. 抗感染药学, 2018, 15 (9): 4.
- [4]孙丽. 盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎的临床疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (49): 2.
- [5]Wang F, Stomatology D O. Clinical effect and safety of Minocycline Hydrochloride Ointment combined with Metronidazole in the treatment of chronic periodontitis[J]. China Modern Medicine, 2019, 26 (32): 3.
- [6]林伟. 盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎的临床疗效分析[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 006 (006): 29,32.
- [7]年丽蓉. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎的临床疗效及安全性分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15 (16): 3.
- [8]白皓天. 探讨盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎的临床疗效及安全性[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2020, 7 (6): 2.
- [9]王鑫,吴志宏. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎的临床疗效及其安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13 (36): 3.
- [10]Zou J, Liu W, Hui X U, et al. Clinical effects of minocycline hydrochloride ointment combined with metronidazole sustained-release membrane on periodontal symptoms improvement and prognosis recurrence rate in patients with chronic periodontitis[J]. China Modern Doctor, 2017, 55 (33): 5.
- [11]杨艳平,李凤丽. 盐酸米诺环素软膏联合双氧水法龈下冲洗治疗慢性牙周炎患者的临床疗效[J]. 医学理论与实践, 2020, 33 (22): 3.
- [12]付敬敏. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎的临床疗效[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3 (12): 2.
- [13]顾娟. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎的临床疗效及安全性分析[J]. 当代医学, 2018, 24 (32): 3.
- [14]吉祥. 探讨盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎的临床疗效及安全性[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2018, 005 (028): 61,65.
- [15]高云云,周淑珍,陈坚等. 局部应用盐酸米诺环素软膏辅助龈下刮治术及根面平整术对慢性牙周炎患者牙周的影响[J]. 中华全科医学, 2018, 16 (4): 3.
- [16]刘艳丽,崔国成. 甲硝唑药膜联合盐酸米诺环素软膏对慢性牙周炎患者炎症因子水平及牙周指数影响[J]. 社区医学杂志, 2019, 17 (21): 4.

中西医结合治疗高血压眩晕的疗效分析

王琪

山东省枣庄市市中区税郭镇中心卫生院 山东省枣庄市 277100

摘要：目的：分析在治疗高血压病眩晕中给予半夏白术天麻汤合黄连温胆汤治疗的安全性及有效性。方法：通过按照就诊先后顺序的原则将我院 2017 年 2 月至 2022 年 2 月期间收治的 80 例高血压病眩晕患者分成两组，对常规组 40 例眩晕患者开展基础性西医治疗，对治疗组 40 例眩晕患者实施中西医结合治疗，使用西药的同时加用半夏白术天麻汤合黄连温胆汤加减治疗，比较两组高血压病眩晕患者的治疗效果差异。结果：治疗组高血压病眩晕患者治疗后的血压水平、眩晕发作次数、中医症状评分相对于常规组患者显著更低（ $P<0.05$ ），统计学有意义；且治疗组患者干预后的治疗优良率明显高于常规组患者（ $P<0.05$ ），有统计学意义。结论：对高血压病眩晕患者开展中西医结合治疗方案的治疗效果较为显著，改善患者的眩晕症状，维持患者稳定的舒张压和收缩压，减少眩晕的发作，提高患者的生活质量水平，促进患者预后。

关键词：半夏白术天麻汤；黄连温胆汤；高血压病眩晕；治疗优良率；中医症状评分

眩晕属于高血压疾病较为多发的并发症现象之一，主要是由于长时间血压波动较大而引起的心脑肾等重要脏器功能受到损害引起的症状^[1]。高血压病眩晕患者的临床症状主要表现为疲劳、乏力、心悸及头晕等等，严重影响患者的身体健康及正常生活^[2]。临床治疗中结合患者的实际情况给予及时有效的治疗方案显得十分重要，以往的临床治疗中一般给予患者西医降压药物的治疗干预，虽然能一定程度上降低患者的血压水平，但西药治疗对于改善患者眩晕症状方面的疗效并不十分显著，长时间服用药物还会引发较为严重的不良反应症状发生，不利于患者预后，具有一定的局限性^[3]。因此，中医治疗中提倡对患者开展中西医结合的治疗方案，为了探究半夏白术天麻汤合黄连温胆汤用于治疗高血压病眩晕的临床疗效及应用价值，我院针对收治的高血压病眩晕患者 80 例进行了不同用药方案的比较分析及观察，详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

通过按照就诊先后顺序的原则将我院收治的 80 例高血压病眩晕患者分成两组（2017 年 2 月至 2022 年 2 月），常规组 40 例眩晕患者中男性 26 例，女性 14 例，最大年龄为 76 岁，最小年龄为 45 岁，年龄均值为（59.63±5.46）岁，病程时间集中分布在 1 至 9 年，平均病程为（5.02±0.35）年；治疗组 40 例眩晕患者中男性 25 例，女性 15 例，最大年龄为 75 岁，最小年龄为 46 岁，年龄均值为（59.65±5.44）岁，病程时间集中分布在 1 至 9 年，平均病程为（5.02±0.35）年。

统计学处理常规组及治疗组高血压病眩晕患者的一般资料，结果表明组间差异不大（ $P>0.05$ ），无统计学意义且可比性高。

纳入标准^[4]：80 例患者经临床诊断和检查后均符合世界卫生组织制定的关于“高血压”的诊断标准，且患者均存在由于血压异常引发的眩晕症状，符合药物治疗的临床指征。

排除标准：合并较为严重的贫血疾病、颈椎疾病引起的眩晕患者、先天性精神障碍及脑部发育迟滞患者、严重药物过敏史患者、中途转院治疗的患者及感染性疾病急性发作期患者。

1.2 方法

对常规组 40 例眩晕患者开展基础性西医治疗，采用口服用药的方式给予患者 5mg 苯磺酸氨氯地平（国药准字 H20113529，名称苯磺酸氨氯地平，由杭州国光药业有限公司生产，批准于 2011-12-31。为片剂化学药品，规格为按氨氯地平计，2.5mg。）的治疗，一天一次，连续治疗 2 周后观察治疗效果。

对治疗组 40 例眩晕患者加用半夏白术天麻汤合黄连温胆汤治疗，治疗组患者的降压药物治疗方案与常规组患者一致，在此基础上为患者实施中医药的治疗方案：半夏白术天麻汤合黄连温胆汤的基础方为石菖蒲 30g、天麻 30g、丹参 30g、菊花 15g、川芎 15g、僵蚕 15g、法半夏 15g、白术 15g、茯苓 15g、竹茹 15g、枳实 12g、远志 10g、郁金 10g、陈皮 10g、黄连 6g、全蝎 6g；根据辨证情况加减。所有中药提前用清水浸泡半小时，以水煎制半小时，将 150ml 药液滤出文火加水煎制半小时后滤出 150ml 的药液，一天一剂，一剂分早晚两次服用，连续治疗 2 周。

1.3 观察指标

针对常规组与治疗组高血压病眩晕患者治疗 2 周后的血压水平、眩晕发作次数、中医症状评分、治疗优良率等指标的差异展开对比。（1）中医症状评分：对患者的眩晕、乏力、疲劳等中医候进行综合评分，总分 0-45 分，分数越高患者的中医症状越严重；（2）治疗优良率=（优+良）/例数×100%；其中优：治疗 2 周后患者血压水平恢复正常，眩晕症状消失，恢复正常生活且无不良反应；良：治疗 2 周后患者血压水平有所改善，眩晕症状有所缓解；无效：治疗 2 周后患者血压水平及眩晕症状未明显缓解或加重^[5]。

1.4 统计学分析

采用 spss26.0 软件对两组高血压病眩晕患者治疗干预后的观察指标进行处理，血压水平、眩晕发作次数、中医症状评分为计量资料，采用均数标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，治疗优良率为计数资料，采用 χ^2 表示，当 P 小于 0.05 表示两组高血压病眩晕患者治疗干预后的观察指标之间的差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组高血压病眩晕患者干预前后的血压水平

两组高血压病眩晕患者治疗前对比的舒张压及收缩压无明显的差异（ $P>0.05$ ），无统计学意义；但两组患者治疗后的收缩压和舒张压之间的差异较为显著（ $P<0.05$ ），有统计学意义；数据见表 1：

表 1：常规组与治疗组高血压病眩晕患者治疗后的血压水平

组别	舒张压（mmHg）		收缩压（mmHg）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组（40）	146.67±5.29	135.10±3.67	95.78±5.62	86.69±3.47
治疗组（40）	145.96±5.63	126.30±3.30	95.46±5.69	78.12±3.33
t 值	0.581	11.277	0.253	11.270
P 值	0.563	0.000	0.801	0.000

2.2 两组眩晕患者治疗前后的眩晕发作次数、中医症状评分对比

治疗组高血压病眩晕患者干预后对比的眩晕发作次数、中医症状评分显著少于/低于常规组高血压病眩晕患者（ $P<0.05$ ），统计学有意义；详细见表 2：

表 2：常规组与治疗组患者干预前后的眩晕发作次数、中医症状评分

组别	眩晕发作次数（次/d）		中医症状评分（分）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组（40）	6.53±2.15	3.96±1.17	22.50±3.27	17.78±2.69
治疗组（40）	6.50±2.26	1.95±1.05	22.63±3.33	14.50±2.62
t 值	0.061	8.086	0.176	5.524
P 值	0.952	0.000	0.861	0.000

2.3 常规组与治疗组患者用药后的治疗优良率比较

治疗组高血压病眩晕患者用药干预后的治疗优良率相对于常规组高血压病眩晕患者明显更高（ $P<0.05$ ），差异具有统计学意义；具体见表 3：

表 13：常规组与治疗组高血压病眩晕患者用药后的治疗优良率

组别	优（n）	良（n）	无效（n）	治疗优良率（n%）
常规组（40）	15	16	9	31（77.50）
治疗组（40）	18	20	2	38（95.00）
χ^2 值	-	-	-	5.165
P 值	-	-	-	0.023

3 讨论

随着人们生活环境、生活习惯的变化及老龄化的加剧，现阶段临床中高血压病的发生率呈现逐年增长的发生趋势，且发病年龄呈现年轻化的发病趋势^[6]。高血压疾病的发生会引发较为严重的眩晕、头痛、乏力和疲劳等症状的发生，影响患者的正常生活及身体健康。西医临床中一般对患者实施降压药物的治疗干预，降压药物能很好的降低和稳定患者的血压水平，但对于改善患者由于血压异常引发的眩晕症状方面的效果和作用并不十分显著，具有一定的局限性。

中医中高血压病眩晕属于“眩晕”的范畴，主要是由于健运失司、饮食不节、脾胃受损、痰湿中阻、浊阴不降引发的，是痰湿内盛和肝脾气虚的主要表现，中医临床治疗中提倡为患者实施以“理气化痰、疏肝健脾”为原则的治疗方案^[7]。中医治疗中提倡对患者实施半夏白术天麻汤合黄连温胆汤的用药方案，其中半夏白术天麻汤具有祛湿健脾、化痰息风及祛痰的功效；而黄连温胆汤能达到清热化痰、平肝熄风的治疗效果。其中，石菖蒲具有祛痰开窍、化痰祛湿的功效；天麻能发挥平肝熄风，祛风定惊的治疗作用^[8]；丹参能达到活血化瘀、调经止血、养血安神、凉血消癰的功效；菊花具有疏风清热和清肝明目的功效；川芎能达到行气开淤、祛风燥湿、活血止痛的功效；僵蚕能发挥相应的息风止痉、祛风止痛、化痰散结的作用；法半夏具有一定的燥湿化痰、降逆止呕地效果；白术能达到健脾益气、燥湿利水的作用；茯苓具有利水渗湿、宁心安神及健脾补中的效果^[9]；竹茹能发挥祛痰化湿、降逆止呕的功效；枳实具有相应的破气消积的功效；远志能达到安神益智、化痰解郁的功效；郁金具有活血止痛、行气解瘀的治疗作用；陈皮能发挥理气健脾、调中燥湿的功效；黄连能达到清热燥湿、泻火解毒的治疗作用；全蝎具有熄风镇痉、通络止痛的功用。全方合用于高血压病眩晕患者中能很好的改善和缓解患者的眩晕症状，减轻患者的不适程度，提高患者的生活质量水平，促进患者预后^[10]。本研究结果表明，实施半夏白术天麻汤合黄连温胆汤治疗干预的治疗组高血压病眩晕患者干预后的血压水平、眩晕发作次数、中医症状评分相对于实施西医治疗干预的常规组高血压病眩晕患者明显更低，且治疗组患者用药后对比的治疗优良率明显高于常规组患者，说明对高血压病眩晕患者开展中西医结合治疗的有效性较为显著，改善患者病情程度。

综上，半夏白术天麻汤合黄连温胆汤治疗高血压病眩晕的疗效和价值较为明显，减少眩晕的发作，稳定患者的血压水平，建议在日后的临床治疗中推广使用。

参考文献：

- [1]彭青峰.半夏白术天麻汤联合黄连温胆汤治疗高血压病眩晕临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2021,19（07）：101-102+105.
 - [2]Luo H, Tang Q L, Shang Y X, et al. Can Chinese Medicine Be Used for Prevention of Corona Virus Disease 2019（COVID-19）? A Review of Historical Classics, Research Evidence and Current Prevention Programs[J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2020, 26（4）：243-250.
 - [3]崔艳莹.半夏白术天麻汤联合黄连温胆汤治疗高血压病眩晕的疗效[J].山西医药杂志,2021,50（05）：841-842.
 - [4]温馨,黄炜,韩晓东.半夏白术天麻汤联合黄连温胆汤治疗高血压病眩晕的效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8（30）：164+166.
 - [5]吴志胜.半夏白术天麻汤合黄连温胆汤治疗高血压病眩晕的临床效果评价[J].临床医药文献杂志,2021,9,6（98）：101-102.
 - [6]时启发,刘英帅,薛洁.半夏白术天麻汤合黄连温胆汤对高血压病眩晕的疗效研究[J].中国医药指南,2020,18（08）：177.
 - [7]史小彦.观察半夏白术天麻汤合黄连温胆汤对社区医院高血压病眩晕患者的疗效[J].International Infections Diseases（Electronic Edition）,2020,9（01）：146-147.
 - [8]秦发启.半夏白术天麻汤联合黄连温胆汤治疗高血压病眩晕效果观察[J].全科口腔医学电子杂志,2020,7（03）：155.
 - [9]Wang Y Z, Meng L, Zhuang Q S, et al. Screening Traditional Chinese Medicine Combination for Cotreatment of Alzheimer's Disease and Type 2 Diabetes Mellitus by Network Pharmacology[J]. Journal of Alzheimer's disease, JAD, 2021, 80（2）：1-11.
 - [10]黄碧艳.高血压病眩晕患者应用半夏白术天麻汤联合黄连温胆汤治疗的效果及对患者血压水平的影响[J].中医临床研究,2019,11（06）：45-47.
- 作者简介：姓名：王琪 出生年月：1973 年 8 月 20 性别：男 民族：汉族 籍贯：山东省枣庄市，所在单位：山东省枣庄市市中区税郭镇中心卫生院 科室：中医科，毕业院校：山东中医药大学 职称：副主任医师 学历：大学，研究方向：中医内、儿、妇、皮肤科等。

桡骨远端骨折运用手法复位石膏外固定治疗与切开复位钢板内固定治疗的效果分析

王希峰¹ 马竞芝² 刘斌³

1.3 宁夏回族自治区宁东医院 宁夏灵武市 750000; 2.银川市第一人民医院 宁夏银川市 750001

摘要: 目的: 探讨手法复位石膏外固定和切开复位钢板内固定对桡骨远端骨折的治疗效果。方法: 将 2020 年 8 月到 2021 年 8 月在本院进行桡骨远端骨折治疗的患者 80 例作为本次的观察对象, 并将这 80 例观察对象随机分为实验组和对照组两组, 每组有 40 例进行治疗的桡骨远端骨折的患者, 对照组的 40 例进行治疗的桡骨远端骨折的患者采用手法复位石膏外固定进行治疗, 而实验组的 40 例治疗的桡骨远端骨折的患者则是采用切开复位钢板内固定进行治疗, 并将两组患者采用不同的治疗方法进行治疗后, 两组患者的治疗效果和掌倾角、尺偏角、桡骨茎突与尺骨茎突远端同侧情况以及并发的发生率进行对比和分析。结果: 采用切开复位钢板内固定治疗的患者治疗的效果以及掌倾角、尺偏角、桡骨茎突与尺骨茎突远端同侧情况和并发的发生率均优于采用手法复位石膏外固定治疗的对照组患者, 且两组患者的治疗效果和掌倾角、尺偏角、桡骨茎突与尺骨茎突远端同侧情况和并发的发生率产生差异数据具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 本文分别采用手法复位石膏外固定和切开复位钢板内固定对桡骨远端骨折的患者进行治疗, 但切开复位钢板内固定治疗相较于手法复位石膏外固定治疗的效果更加显著, 同时也会降低患者出现并发的几率, 可以更加有效的促进患者关节功能恢复, 同时提高患者的治疗效果, 促进患者健康恢复, 在临床上值得推广和使用。

关键词: 手法复位石膏外固定; 切开复位钢板内固定; 桡骨远端骨折; 治疗效果

目前骨质疏松属于临床上非常常见的一种疾病,主要在中老年人群中比较多见,并且骨质疏松的发病率会随着年龄的增长而不断提高。骨质疏松会导致骨质的脆性增加,所以也是导致各类骨折发病发生的主要原因。而骨质疏松性椎体远端骨折是目前临床上非常常见的骨折的类型,在临床上主要是不稳定型的骨折,不仅会累及到关节面,同时对于患者的预后恢复也较差,严重时还会影响患者的正常生活,降低患者的生活质量。而手法复位石膏外固定是目前临床上对于骨质疏松性椎体远端骨折患者常用的治疗手段,这种治疗的手段非常的简单,同时治疗的效果也非常的好,但是手法复位石膏外固定的治疗对于粉碎性骨折的患者来说治疗的效果并不理想,并且还会导致患者出现畸形愈合的情况。而随着我国经济水平和生活水平的不断提高,我国的医疗技术水平也在不断的进步,因此,切开复位钢板内固定也在临床上不断的发展并应用。为了能够具体的了解手法复位石膏外固定和切开复位钢板内固定对于椎体远端骨折患者的治疗效果,本文将对于在本医院进行治疗的 80 例骨质疏松性椎体远端骨折患者作为本次的观察对象,并且分为两组同时分别采取手法复位石膏外固定和切开复位钢板内固定进行治疗,并将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 8 月到 2021 年 8 月在本院进行治疗的骨质疏松性桡骨远端骨折的患者 80 例作为本次的观察对象,并将这 80 例观察对象随机分为实验组和对照组两组,每组有 40 例进行桡骨远端骨折治疗的患者,对照组的 40 例进行桡骨远端骨折的患者中有男性患者 24 例,女性患者 16 例,患者的年龄在 54-76 岁之间,患者的平均年龄在 (66.9±4.6) 岁,而实验组的 40 例进行桡骨远端骨折治疗的患者中有男性患者 25 例,女性患者 15 例,患者的年龄在 53-75 岁之间,患者的平均年龄在 (66.8±4.7) 岁。纳入标准:两组患者均经过临床检查后被确诊为骨质疏松性桡骨远端骨折的患者,并且两组患者没有治疗禁忌,同时对于本次研究目的和研究内容知情,并自愿参与与本次研究。排除标准:排除有其他脏器严重疾病的患者;排除有病理骨折的患者;排除具有精神疾病或者意识障碍的患者。两组参加本次研究的患者均符合本次研究的纳入标准,并且两组患者的临床资料对比产生的差异数据不具有统计学意义 ($p>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对对照组的患者采用手法复位石膏外固定进行治疗, 这种治疗的方法不需要对患者采取麻醉的手术, 首先需要指导患者采取仰卧位, 并且将患者的患肢进行外展, 前臂向前患者手臂向上。由一名医生握住患者的肘部, 而另一名医生则是握住患者的腕部进行对抗牵引, 牵引的时间为 5 分钟。在牵开骨折断端以后需要根据骨折的实际情况进行分线进行端、提、按、压手法复位。在确定无误以后, 可以采用石膏进行外固定。在完成复位以后, 需要通过拍片来观察患者的复位情况, 并且要注意患者手指的血运情况, 当出现异常时需要及时的进行处理。对于手法复位石膏外固定的患者需要定期的进行影像学复查, 并且根据患者的情况在 4~6 周以后将石膏进行拆除, 并且指导患者进行关节功能的康复训练。而实验组的患者则是采取切开复位钢板内固定进行治疗, 这种治疗的方法是要对患者的臂丛神经进行阻滞麻醉, 在麻醉药物起作用以后, 需要根据患者的骨折情况去选择掌侧或者背侧作为手术入路。掌侧入路: 在患者的掌侧采取 Henry 切口, 并且将桡动脉和周围的软组织牵上桡侧, 随后将腕屈肌和拇长伸肌以及正中神经牵向尺侧, 充分的暴露旋前方肌, 随后将旋前方肌的肌纤维切断, 将骨折的断端和关节面暴露, 并对骨折的部位进行复位, 随后恢复患者关节面的平整, 并根据患者的实际情况的位置为患者是否进行植骨。在确定无误以后, 需要使用锁定钢板对其进行固定: 在确定固定位置以后, 就要对伤口处进行冲洗, 并且逐层的去关闭手术切口。背侧入路: 而采用背侧入路的患者则事先向桡侧牵拉拉长肌, 并暴露出骨折的断端, 随后进行复位并恢复患者关节面的平整, 再使用钢板进行内固定。在患者手术后的第 2 天, 可以指导患者进行关节功能恢复的训练。

1.3 观察指标

将两组患者采用的治疗方法进行治疗后,两组患者的治疗效果、掌颌角、尺偏角、枕骨茎突与枕骨茎突远端同病情以及并发的发生率进行对比和分析。治疗效果包括显效、有效和无效。显效是指患者的骨折愈合非常良好,同时关节的活动也没有受限的情况,患者也不具有疼痛的现象,握力同健侧一样,骨折和掌屈减少 $\leq 15^\circ$;有效是指患者的关节功能基本恢复,同时握力也恢复了正常,但是会有轻微疼痛的现象,并且没有办法进行剧烈的活动,而骨折和掌屈减少 $< 30^\circ$;无效是指以上情况均不具有。并发病的发生率主要是包括畸形愈合、关节僵硬、神经损伤和骨折不愈合的情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析,计数资料用 (n/%) 来表示,用 χ^2 进行检验,计量资料用标准差 $\pm s$ 来表示,用 t 进行检验,当 $p < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 采用切开复位钢板内固定的实验组的患者治疗的效果优于采用手法复位石膏外固定治疗的对照组的患者, 且两组患者的治疗效果对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 1

表 1 两组患者治疗效果的对比情况

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	40	38(95.00%)	2(5.00%)	0(0.00%)	40(100.00%)
对照组	40	29(72.50%)	3(7.50%)	8(20.00%)	32(80.00%)
χ^2					5.165
P					<0.05

2.2 采用切开复位钢板内固定的实验组的患者掌倾角、尺偏角、桡骨茎突与尺骨茎突远端间距情况均优于采用手法复位石膏外固定的对照组的患者,且两组患者的掌倾角、尺偏角、桡骨茎突与尺骨茎突远端间距情况对比产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)见表2

表2 两组患者掌倾角、尺偏角、桡骨茎突与尺骨茎突远端间距的对比情况

组别	例数	掌倾角 (°)	尺偏角 (°)	桡骨茎突与尺骨茎突远端间距 (cm)
实验组	40	5.2±1.7	12.6±2.1	0.7±0.2
对照组	40	10.3±1.8	19.3±1.6	1.4±0.3
t		13.028	5.510	12.279
P		0.000	0.000	0.000

2.3 采用切开复位钢板内固定治疗的实验组的患者并发症的发生率优于采用手法复位石膏外固定治疗的对照组的患者,且两组患者并发症的发生率对比产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 3

表3 两组患者并发症发生率的对比情况

组别	例数	畸形愈合	关节僵硬	桡神经损伤	骨折不愈合	发生率
对照组	40	3 (7.50%)	4 (10.00%)	0 (0.00%)	4 (10.00%)	11 (27.50%)
实验组	40	0 (0.00%)	1 (2.50%)	1 (2.50%)	0 (0.00%)	2 (5.00%)
χ^2						4.383
P						<0.05

3 讨论

目前在老年人群中当中比较高发的疾病中最常见的就是骨质疏松,这种疾病会降低患者机体的骨量和骨密度,增加骨的脆性,一旦受到外界的磕碰就可能诱发骨折。骨质疏松性骨折发生的部位有很多,如髋部骨折、桡骨远端骨折和颈椎平台骨折等。其中在骨质疏松性骨折当中,桡骨远端骨折是比较常见的类型。有研究发现,桡骨远端骨折是前臂骨折当中发生率最高的一种骨折。一般情况下骨质疏松性桡骨远端骨折大多数都是压缩性骨折,粉碎程度比较高,会累及到关节面,影响骨折一侧的稳定性。桡骨远端骨折的生物力学特征比较特殊,所以在临床上大多都是采取手法复位石膏外固定进行治疗,这主要是因为手法复位石膏外固定对于患者造成的损伤比较小,同时费用也较低,操作非常的简单,所以在临床上的应用比较广泛,但是这种治疗的方法属于闭合复位,所以没有办法去恢复患者腕关节正常的结构,因此也导致在进行治疗以后患者很容易出现骨折再次移位以及掌倾角、尺偏角恢复不佳的情况,从而导致患者出现畸形愈合。此外,手法复位石膏外固定的治疗时间比较长,这也会导致患者的腕关节出现僵硬和降低骨密度的情况,进一步的加重了骨质疏松疾病。而近几年来,由于我国对生物力学的发展,所以切开复位钢板内固定在桡骨远端骨折的治疗当中也日益广泛,这种疗法主要是促使螺钉和钢板形成一体,成角非常的稳定,可以保证固定的效果,同时也能够有效的避免骨折再次移位的情况。并且这种疗法还可以促进患者在术后尽早的进行康复功能训练,更有利于患者去恢复腕关节的功能。

在本次研究中可以发现,采用切开复位内固定治疗的实验组的患者治疗的效果(100.00%)以及掌倾角(5.2 ± 1.7)、尺偏角(12.6 ± 2.1)、桡骨茎突与尺骨茎突远端间距(0.7 ± 0.2)以及患者并发症的发生率(5.00%)均优于采用手法复位石膏外固定治疗的对照组的患者治疗的效果(80.00%)以及掌倾角(10.3 ± 1.8)、尺偏角(19.3 ± 1.6)、桡骨茎突与尺骨茎突远端间距(1.4 ± 0.3)以及患者并发症的发生率(27.50%),并且对比具有明显的差异($P<0.05$)。

综上所述,本文对于桡骨远端骨折的患者分别采用手法复位石膏外固定和切开复位钢板内固定进行治疗。经过研究发现,切开复位钢板内固定对于桡骨远端骨折患者的治疗效果更加理想,同时术后对于患者掌倾角、尺偏角和桡骨茎突与尺骨茎突远端间距恢复的效果更加明显,可以促进患者腕关节功能的恢复,同时也可以降低患者出现并发症的几率,在临床上值得推广和使用。

参考文献:

[1] Yoon A, Grewal R. Management of distal radius fractures from the North American perspective[J]. *Hand Clin*. 2021. 28 (2): 135-144.

[2]Sah S, Kc B, Dang S, et al. Limited open reduction and percutaneous plate osteosynthesis – alternative option to minimally invasive plate osteosynthesis in

[37] Chung KC, Shauver MJ, Birkmeyer JD. Trends in the United States in the treatment

of distal radial fractures in the elderly [J]. J Bone Jo Surg - Am Vol, 2021, 91 (8): 1868-1873.

[4] Zhang LH, Wang YN, Mao Z, et al. Volar locking plate versus external fixation for the treatment of unstable distal radial fractures: a meta-analysis of randomized controlled trials [J]. J Surg Res, 2021, 193 (1): 324-333.

[5]高维旭,陈晓,王强.石膏与钢板固定治疗成人桡骨远端骨折效果比较的 Meta 分析[J].中国组织工程研究,2021, 22(31): 5069-5076.

[6] 顾格瑜, 梁凯路. 老年桡骨远端骨折的治疗现状和进展 [J]. 世界最新医学信息文摘 (电子版), 2021, 19 (35): 84-85, 87.

[7]舒巍, 金林中, 罗旭. 桡骨远端骨折手术与非手术治疗的疗效比较[J]. 中国农村卫生, 2021, 16(70): 4.

[8]邱贵兴, 裴福兴, 胡慎明, 等. 中国骨质疏松性骨折诊疗指南(骨质疏松性骨折诊断及治疗原则)[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2021, 8(5): 371—374.

[9]李玉茂,林智军,林奇益.切开复位钢板内固定治疗 Sanders II—IV型跟骨关节内骨折的疗效[J].中国骨与关节损伤杂志, 2021, 32(6): 657—658.

一次性根治手术对于治疗肛周脓肿的临床治疗效果评价

王肖郎

西安东大肛肠医院 普外科 陕西西安 71000

摘要：目的 评价一次性根治手术对于治疗肛周脓肿的临床治疗效果。方法 选肛周脓肿患者 56 例（2019.01 至 2021.12 收治），按照简单随机数字表法，分成对照组（常规切开引流手术）和观察组（一次性根治手术），各 28 例。比对两组疗效。结果 观察组住院时间及术后感染控制时间均比对照组短（ $P<0.05$ ）；观察组肛管最大收缩压、肛管静息压均比对照组高（ $P<0.05$ ）；观察组 IL-6、IL-10、TNF- α 水平比对照组低（ $P<0.05$ ）；观察组并发症发生率比对照组低（ $\chi^2=4.082$ ， $P=0.043$ ）。结论 肛周脓肿患者，行一次性根治手术治疗，效果优良，可改善肛门功能，减轻炎症反应，且安全性较高，有助于患者早日康复。

关键词：肛周脓肿；一次性根治手术；临床治疗；效果评价

肛周脓肿为肛肠外科常见病，有起病急、进展快、症状强烈等特点。其病因主要为肠道内细菌感染，随着疾病进展，肛管肛周感染症状愈发严重^[1-2]。剧烈疼痛是肛周脓肿主要症状表现，且疾病进展程度直接关联疼痛程度，可严重影响患者身体健康和日常生活^[3]。若肛周脓肿未能及时干预和处理，有发生感染性休克风险，甚至危害生命。因此，需要及时开展治疗。肛周脓肿的治疗首选手术治疗，手术不同，其疗效也存在差异。切开引流术为常用术式，但存在创伤大、恢复速度缓慢等不足，且术后复发率高，故临床应用受限^[4]。近年来，随快速理念发展，肛周脓肿也开始使用一次性根治手术治疗，其能彻底清除病灶，利于患者早日康复。鉴于此，本文以 2019.01 至 2021.12 收治的 56 例肛周脓肿手术患者为研究对象，旨在探究一次性根治手术的临床治疗效果。详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共计肛周脓肿患者 56 例，均为 2019.01 至 2021.12 收治。按照简单随机数字表法，分成对照组和观察组，各 28 例。对照组：男 17 例，女 11 例；年龄 18-45 岁，平均（32.56±2.54）岁；病程 2-18d，平均（10.35±2.56）d。观察组：男 15 例，女 13 例；年龄 18-48 岁，平均（32.34±2.61）岁；病程 1-17d，平均（10.01±2.29）d。两组资料对比（ $P>0.05$ ），可比性明确。

纳入标准：①符合肛周脓肿诊断标准；②未接受其他治疗；③无手术禁忌症；④患者及家属均知晓研究，明确研究目的，以及具体研究过程；⑤患者在研究人员指导下签署知情书。排除标准：①心脑血管疾病、肾功能障碍、恶性肿瘤等；②认知或语言障碍，难以配合手术治疗；③严重精神疾病或精神疾病史等。

1.2 方法

两组患者术前均做好术前准备，包括禁食禁水、备皮、灌肠等。

1.2.1 对照组

施以常规切开引流手术，即：患者体位为膀胱截石位，麻醉方式选用局部麻醉或硬膜外麻醉。麻醉生效后，对周围皮肤进行消毒（稀释碘伏溶液），常规铺巾。做一放射状手术切口于肛门边缘，确保脓腔得以充分暴露。置入一次性使用肛门镜（常州同创，型号：TC-GJ-B），对脓腔内进行探查，明确坏死组织程度和脓液分布情况。随后，将血管钳或探针置入放射状切口处，掌握脓肿组织坏死情况和积液程度，并将腔内残留物质（如：脓液等）彻底清除。待脓液彻底清除干净后，彻底冲洗脓腔（冲洗液：3%过氧化氢溶液），确保毒性物质清除完全，以免感染发生。腔腔内彻底无脓腔组织、脓液后，经手术切口，使用食指探查脓腔大小，切口间隔分开。根据具体情况，判断边缘皮肤是否需要被切开，确保引流效果。合并高位肛周脓肿者，应将乳管引流管置腔腔底部，引流时在腔腔内放置凡士林纱条。待脓肿消退且有肛瘘形成，则开展Ⅱ期肛瘘切除手术。

1.2.2 观察组

施以一次性根治手术，即：患者体位、麻醉、入路方式等均与对照组无异。对脓腔腔内组织坏死程度、脓液分布情况，用一次性使用肛门镜探查。待脓液彻底流出干净后，将探针置入脓腔内，使用探针探查。根据探针方向，找寻肛周皮肤和直肠黏膜，并将黏膜经内口切开 1cm。内口完全清除后，使用刮匙彻底清除坏死组织，将腔腔内间隔组织分离，腔腔内脓液、坏死组织彻底清除。针对低位脓肿患者、肛管脓肿患者以及坐骨后间隙脓肿患者均主要采取剖开手术治疗，而高位脓肿和直肠后脓肿患者则采取分段手术治疗。随后，对手术切口进行清洁（清洗液：新吉尔灭、3%双氧水），修剪手术切口，将手术切口修剪呈“V”形后，在腔腔内填塞碘伏纱条，确保手术切口无分泌物残留、干燥干净后，手术完毕。

1.3 观察指标

住院时间及术后感染控制时间；肛门功能相关指标：于术前、术后 3 个月，使用肛肠测压仪，检测肛管最大收缩压、肛管静息压；炎症因子指标：于术前、术后 7d，取空腹静脉血 5ml，检测 IL-6、IL-10、TNF- α 水平；并发症：感染、肛门失禁、肛瘘、肛门漏液漏气等，四项和为总发生率。

1.4 统计学处理

统计学软件 SPSS25.0 对研究数据进行统计和分析，计量资料，如：住院时间及术后感染控制时间、肛门功能相关指标和炎症因子指标等，平均值±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示， t 检验；计数资料，如：并发症等，百分比（%）表示， χ^2 检验； $P<0.05$ ，表明数据有差异。

2 结果

2.1 两组患者住院时间及术后感染控制时间的比较

观察组住院时间及术后感染控制时间均比对照组短（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者住院时间及术后感染控制时间的比较（ $\bar{x} \pm s$ ，d）

组别	例数	住院时间	术后感染控制时间
对照组	28	7.29±1.56	5.87±1.02
观察组	28	5.53±1.14	3.78±0.81
t 值	-	4.820	8.491
P 值	-	<0.001	<0.001

2.2 两组患者肛门功能相关指标的比较

术前，两组对比（ $P>0.05$ ）；术后 1 个月肛管最大收缩压、肛管静息压降低，且观察组肛管最大收缩压、肛管静息压均比对照组高（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者肛门功能相关指标的比较（ $\bar{x} \pm s$ ，kPa）

组别	时间	肛管最大收缩压	肛管静息压
对照组（n=28）	术前	20.79±2.63	7.89±1.06
	术后 1 个月	17.14±1.02	6.13±0.97
观察组（n=28）	术前	20.96±2.21	7.56±1.11
	术后 1 个月	18.22±1.26	6.83±1.03
t/P 值	与对照组术前相比	0.262/0.794	1.138/0.260
t/P 值	与对照组术后 1 个月相比	5.186/<0.001	6.482/<0.001

t/P 值	与对照组术前、术后 1 个月相比	5.699/<0.001	2.551/0.014
t/P 值	与对照组、观察组术后 1 个月相比	3.525/0.001	2.618/0.011

2.3 两组患者炎症因子指标的比较

术前，两组对比（ $P>0.05$ ）；术后 7dIL-6、IL-10、TNF- α 水平降低，且观察组 IL-6、IL-10、TNF- α 水平比对照组低（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者炎症因子指标的比较（ $\bar{x} \pm s$ ，pg/ml）

组别	例数	IL-6	IL-10	TNF- α
对照组（n=28）	术前	48.19±5.14	18.21±2.65	217.58±20.78
	术后 7d	12.41±2.36	16.52±2.39	85.89±5.78
观察组（n=28）	术前	48.25±5.32	18.37±2.54	216.98±20.69
	术后 7d	6.92±1.30	14.33±2.18	67.05±5.14

t/P 值

t/P 值	与对照组术前相比	0.043/0.966	0.231/0.818	0.108/0.914
t/P 值	与对照组术前、术后 7d 相比	33.475/<0.001	2.506/0.015	32.308/<0.001
t/P 值	与对照组术前、术后 7d 相比	39.934/<0.001	6.387/<0.001	37.214/<0.001
t/P 值	与对照组、观察组术后 7d 相比	10.782/<0.001	3.582/0.001	12.889/<0.001

2.3 两组患者并发症的比较

对照组感染、肛门失禁、肛瘘、肛门漏液漏气各有 2（7.14%）例、1（3.57%）例、2（7.14%）例、1（3.57%）例，总发生率为 21.42%（6/28）；观察组感染、肛门失禁、肛瘘、肛门漏液漏气各有 1（3.57%）例、0（0.00%）例、0（0.00%）例、0（0.00%）例。总发生率为 3.57%（1/28）。观察组并发症发生率比对照组低（ $\chi^2=4.082$ ， $P=0.043$ ）。

3 讨论

肛周脓肿为肛肠外科常见病，系急性化脓性感染性疾病，主要发生部位是肛门直肠，肛肠内细菌是主要感染菌^[5]。肛周脓肿病情较为复杂，由于疾病种类、表现多，所以其治疗较复杂、多样。一旦发生肛周脓肿，不可自愈，且药物治疗效果不佳^[6]。肛门疼痛是肛周脓肿中患者主要症状，且这种肛门疼痛可持续存在，难以与外界因素产生关联^[7]。疼痛剧烈时，患者不适感严重，坐卧不安，食欲不振。同时，部分患者见肛门周围有肿块，亦或是存在排便困难等症状，严重影响患者生活质量。

手术治疗是肛周脓肿患者首选根治性治疗方式，且手术治疗效果优良。因此，肛周脓肿发生后，应及时治疗，以①阻止感染扩散；②向周围蔓延；③肛瘘；④减轻痛苦；⑤避免肛门括约肌损伤，影响肛门功能^[8-9]。肛周脓肿因病情差异，其治疗方式也存在明显差异，但其治疗目的相同，即：切开脓腔和内口（感染来源），促进脓液流出，脓腔壁分离，进而消除脓肿。最后，利用药物，促进手术切口愈合，对脓腔部分使用肛肠部内芽填塞，进而获得治愈效果。本研究中，对肛周脓肿患者，分别开展单纯切开引流手术、一次性根治性手术治疗，均为临床较为常用肛周脓肿手术。其中单纯切开引流手术为传统治疗方式，利用切除脓肿部位，能促进临床症状减轻，具有一定临床治疗效果。但单纯切开引流手术仍无法有效处理肛周感染的内口部分，故不能根治疾病，需在形成肛瘘后方可进行手术切除治疗，治疗时间长，易增加术后感染风险，提高术后并发症发生风险。为提升肛周脓肿治疗效果，促进患者早日康复，一次性根治手术在临床广泛使用。相关研究表明^[10]，一次性根治手术在肛周脓肿治疗效果较为理想、一次性根治手术在保证腔内脓液引流效果的同时，切除内口，确保脓肿组织暴露充分，通过对内口精准定位，有助于后续操作的顺利进行，一定程度缩短了治疗时间，对患者产生的痛苦较小，故能有效控制患者感染症状，有效降低术后并发症发生率。本研究中，观察组住院时间及术后感染控制时间、肛门功能相关指标、炎症因子水平和并发症发生率均优于对照组（ $P<0.05$ ）。提示：相比单纯切开引流手术治疗，一次性根治手术治疗优势更明显，控制感染效果较好，肛门功能恢复明显，且炎症因子水平低，术后并发症少，利于患者早日康复。

综上所述，肛周脓肿患者，行一次性根治手术治疗，效果优良，可改善肛门功能，减轻炎症反应，且安全性较高，有助于患者早日康复。

参考文献：

- [1]张宏斌,顾伏平,吴冬惠,等某场区官兵一次性根治手术治疗肛周脓肿的临床疗效分析[J].当代医学,2022,28（18）：119-122.
- [2]高桂云,宋维民,米园园,等.一次性根治术与常规切开引流术治疗肛周脓肿的临床效果比较[J].山东医药,2021,61（35）：79-82.
- [3]赵长刚.根治性切开引流与单纯切开引流治疗肛周脓肿临床比较[J].中国医药指南,2021,19（34）：86-87+90.
- [4]张志刚,王雨来,孔赛,黄双黄.熏洗坐浴联合一次性根治术治疗低位肛周脓肿临床评价[J].中国药业,2021,30（17）：101-103.
- [5]李娟,宋家玉,郭燕燕.一次性根治术治疗肛周脓肿的疗效观察[J].结直肠肛门外科,2021,27（04）：376-379.
- [6]黄强.湿润烧伤膏联合肛周切开引流术治疗肛周脓肿的临床效果[J].临床合理用药杂志,2021,14（22）：20-22.
- [7]黎明泳,谢鹏,黄彩梅,等.同期瘘管外切联合松挂线手术治疗复杂性肛瘘合并肛周脓肿的效果[J].中国当代医药,2021,28（21）：91-93.
- [8]孙银梅,纪艳,周芳,等.中西医结合全程护理对行一次性根治术肛周脓肿患者围手术期的影响[J].中西医结合护理（中英文）,2021,7（07）：61-64.
- [9]朱海威,刘应松,马达,复方多粘菌素 B 联合一次性根治术对肛周脓肿患儿切口面积及炎症指标的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21（04）：41-42.
- [10]莫智峰,袁马保,谢俊锋,等.一次性根治术和分段手术对小儿肛周脓肿预后影响的对比研究[J].中华小兒外科杂志,2021,42（01）：49-52.

他汀类联合心血管药物治疗冠心病的临床效果研究

王徐

西安市鄠邑区石井卫生院涝峪分院药房 陕西省西安市 710100

摘要：目的：研究对冠心病患者实施他汀类联合心血管药物治疗的效果及药学价值。方法：将我院 80 例冠心病患者予以抽取，时段介于 2021 年 1 月至 2021 年 12 月，随机做规范分组（每组 40 例）。对照组给予心血管药物常规治疗，观察组实施他汀类联合心血管药物治疗；针对两组临床疗效、不良反应以及治疗前后心功能、血脂水平加以观察并对比。结果：（1）与对照组临床疗效（82.50%）相比，观察组临床疗效呈较高显示（ $P<0.05$ ）。（2）与对照组不良反应（17.50%）比较，观察组不良反应呈较低显示（ $P<0.05$ ）。（3）治疗后与对照组心功能比较，观察组心功能改善幅度较大（ $P<0.05$ ）。（4）治疗后与对照组心功能比较，观察组 TC、TG、LDL-C 水平低，HDL-C 水平高，两组数据对比， $P<0.05$ 。（5）治疗后与对照组比较，观察组 NO 较高、NT-pro BNP 和 ET-1 水平较低，两组数据对比， $P<0.05$ 。结论：对冠心病患者实施他汀类联合心血管药物治疗具有显著效果，可提升临床疗效并改善患者预后。

关键词：冠心病；他汀类；心血管药物；疗效；不良反应；心功能；血脂水平

人口老龄化急速加剧导致的各种慢性疾病，是我国卫生系统当前建设中面临的最大问题之一，其中又以心脑血管最为典型。冠心病属于临床常见疾病，多因素的联合推动下，该病多发于中老年群体，且发病率、致死率居高不下，若治疗不及时，极易影响患者生命健康和生活质量。就现阶段我国医疗水平来说，尚无彻底治愈冠心病的方法，多以药物控制为主，能够减缓疾病进程并减少不良并发症^[1]。随着临床研究的深入，发现他汀类联合心血管药物治疗冠心病具有显著效果，可改善患者临床症状并降低机体血脂水平。为探究对冠心病患者实施他汀类联合心血管药物治疗的效果及药学价值，特进行本研究。

1、资料和方法

1.1 基线资料

回顾性方式进行本研究，时段介于 2021 年 1 月至 2021 年 12 月，将该时段内我院 80 例冠心病患者予以抽取，随机做规范分组（每组 40 例）。两组患者组间在研究中呈现出的性别、年龄等信息，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。见表 1。

表 1：临床资料

项目		观察组（n=40）	对照组（n=40）	$\chi^2/t/Z$	P
性别 (例)	男性	22	19	0.450	$P>0.05$
	女性	18	21		
年龄 (岁)	范围	60-86	60-85	0.217	$P>0.05$
	均值	73.26±5.12	73.52±5.55		
病程 (年)	范围	2-10	2-12	0.112	$P>0.05$
	均值	6.05±2.36	6.11±2.41		
文化 程度	初中及以下	14	12	2.424	$P>0.05$
	高中/大专	19	15		
	大专及以上	7	13		
NYHA 分级 (n)	I 级	15	13	0.860	$P>0.05$
	II 级	20	19		
	III 级	5	8		

1.2 纳排标准

纳入标准：（1）临床治疗完整；（2）诊断结果与 2018 版《冠心病分级诊疗指南》中的冠心病诊断标准相符；（3）智力水平正常；（4）心功能 NYHA 分级在 I-III 级者；（5）配合临床护理工作；（6）患者及家属对本研究知情并签署“同意书”。

排除标准：（1）精神疾病者；（2）对本研究中应用药物过敏者；（3）住院时间不足 7d 者；（4）高血压控制不良；（5）合并恶性肿瘤者；（6）认知功能障碍者；（7）心力衰竭；（8）患有其他系统严重疾病者。

1.3 治疗方法

本研究所用药物具体信息：硝酸甘油片：北京益民药业，国药准字 H11021022。盐酸乐卡地地平片：重庆圣华曦药业，国药准字 H20103398。瑞舒伐他汀：Astra Zeneca UK Limited，国药准字 J20170008。

对照组：心血管药物常规治疗：严格参考各项检查结果，指导患者餐前 15 min 口服盐酸乐卡地地平片，10 mg/次，1 次/d。后 5 min 服用硝酸甘油片，单次剂量 0.25~0.50 mg/次。

观察组：他汀类联合心血管药物治疗：指导患者夜间睡前口服 5 mg 瑞舒伐他汀，每次 5 mg，每天 1 次即可。治疗 1 月为一疗程，两组患者坚持用药三个疗程。

1.4 观察指标

临床疗效^[2]：显效评价标准：与用药前比较，药物治疗后患者临床症状、心绞痛发作次数、频率降低幅度 $>85\%$ ，心功能改善幅度超过 2 级。有效评价标准：药物治疗后患者症状发作次数、频率降低幅度在 50%-84%，心功能改善 1 级，ST 段升高。与治疗前相比，用药后患者临床症状加重，发作次数和频率增加，ST 段均无明显改善视为“无效”。

不良反应：主要观察头痛、呕吐、腹泻等

治疗前后心功能：观察指标以左心室射血分数（LVEF）、左室舒张末期容量（LVEDV）和左室收缩末期容量（LVESV）为主。治疗前后借助心脏多普勒彩超检查。

血脂水平：主要观察三酰甘油（TG）、总胆固醇（TC）、低、高密度脂蛋白胆固醇（LDL-C、HDL-C）。治疗前后清晨，患者空腹状态下抽取 3ml 静脉血，借助全自动生化分析仪检测。

治疗前后内皮功能、N 末端 B 型利钠肽原（NT-pro BNP）：内皮功能通过一氧化氮（NO）和内皮素（ET-1）进行对比，治疗前后患者空腹状态下采集静脉血 4ml 给予离心处理，分离血清后借助酶联免疫法检测。

1.5 统计学内容

本研究数据均借助 SPSS22.0 录入并分析；临床疗效和不良反应以%表示且用 χ^2 检验，其余指标用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示且用 t 检验，分析 t、 χ^2 与 P，组间数据间差大， $P<0.05$ 视为比较研究具备高统计学价值。

2、结果

2.1 临床疗效

与对照组临床疗效（82.50%）相比，观察组临床疗效呈较高显示（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2：临床疗效[n（%）]

组别	显效	有效	无效	总有效性（n%）
观察组（n=40）	26	13	1	39（97.50）
对照组（n=40）	17	16	7	33（82.50）
χ^2	--	--	--	5.000
P	--	--	--	$P<0.05$

2.2 不良反应

与对照组不良反应（17.50%）比较，观察组不良反应呈较低显示（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3：不良反应[n（%）]

组别	头痛	呕吐	腹泻	总发生率
观察组（n=40）	1	0	0	1（2.50）
对照组（n=40）	4	2	1	7（17.50）
χ^2	--	--	--	5.000
P	--	--	--	$P<0.05$

2.3 治疗前后心功能

治疗后与对照组心功能比较，观察组心功能改善幅度较大（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 4: 治疗前后心功能

组别	LVEF (%)		LVESD (mm)		LVEDD (mm)	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=40)	35.27±3.36	45.41±4.44	48.23±2.25	36.42±2.58	63.33±2.11	52.22±2.58
对照组 (n=40)	36.12±3.14	40.36±3.45	48.53±2.33	42.41±3.58	63.34±2.14	55.38±2.35
t	1.168	5.680	0.585	8.585	0.021	5.726
P	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

2.4 治疗前后血脂水平
数据对比, P<0.05。见表 5。
治疗后与对照组心功能比较, 观察组 TC、TG、LDL-C 水平低, HDL-C 水平高, 两组

表 5: 治疗前后血脂水平

组别	HDL-C (mmol/L)		LDL-C (mmol/L)		TC (mmol/L)		TG (mmol/L)	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 n=40	1.28±0.44	2.23±0.24	4.36±1.45	1.50±0.69	6.28±1.33	3.51±0.58	4.12±1.27	2.00±0.14
对照组 n=40	1.30±0.14	2.00±0.22	4.26±1.47	2.99±0.36	6.30±1.25	5.05±0.44	4.11±1.58	3.00±0.36
t	0.273	4.467	0.306	12.108	0.069	13.378	0.031	16.373
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 治疗前后内皮功能、NT-pro BNP
P<0.05。见表 6。
治疗后与对照组比较, 观察组 NO 较高、NT-pro BNP 和 ET-1 水平较低, 两组数据对比,

表 6: 治疗前后内皮功能、NT-pro BNP

组别	NT-pro BNP (pg/mL)		NO (μmol/L)		ET-1 (ng/L)	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=40)	5445.56±340.47	925.23±75.11	40.23±5.45	78.52±8.36	81.23±11.23	56.23±7.22
对照组 (n=40)	5448.33±340.25	1025.23±78.52	40.14±5.33	63.36±5.56	82.33±10.35	65.23±5.14
t	0.036	5.820	0.074	9.549	0.455	6.422
P	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

3、讨论

冠状动脉粥样硬化性心脏病（简称冠心病）多发于中老年人群，且多数患者伴有心绞痛症状，该病的发生和发展，会导致患者血脂水平明显高出正常值^[1]。随着人们生活方式和饮食习惯的变化，我国心血管疾病临床发病率，呈逐年增加趋势；多因素的联合推动下，冠心病发展为临床最常见的心血管疾病之一，会对患者的身心健康造成严重威胁^[4]。老年人年龄大、机体耐受性较低，冠心病的发生和发展，会导致患者出现一系列的心血管不良事件，影响治疗效果的同时，降低患者的生活质量^[5]。盐酸乐卡地平片的使用，可降低缓激肽降解并拮抗血管紧张素转化酶的活性，继而升高前列环素水平、扩张血管，降低血管压力的同时减轻心脏负担^[6]。硝酸甘油治疗冠心病，可有效改善患者的心肌缺血缺氧状态，缓解疼痛的同时控制病情发展，但硝酸甘油治疗冠心病的远期疗效有待提高。且硝酸甘油并不能彻底根治冠心病，长此用药甚至还会引起心肌梗死，导致患者出现猝死，甚至对其生命安全造成直接危及^[7]。

现阶段临床诊断冠心病，多以心电图、血管造影技术以及血液中血脂水平来判断，而确诊后治疗该病则以心血管药物最为多见，研究证实，心血管药物治疗冠心病可有效防止血管破裂出血，继而避免血栓发生率，因此临床治疗效果良好^[8]。而随着临床研究的深入，发现在心血管药物基础上联合他汀类药物治疗冠心病具有显著效果，药物治疗后可有效改善患者临床症状并降低机体血脂水平。

本研究结果显示，与对照组临床疗效（82.50%）、不良反应（17.50%）比较，观察组临床疗效呈较高显示，不良反应呈较低显示（P<0.05）。分析原因：瑞舒伐他汀用药后可直接阻断肝脏合成胆固醇过程，促进 LDL-C 代谢，清除血管内堆积脂质，对血小板的聚集同时抑制作用，继而降脂的同时减少血栓形成，减少心肌细胞损伤并提升治疗效果^[9]。本研究中的治疗措施实施后，观察组患者心功能和血脂水平改善幅度较大（P<0.05）。提示，他汀类联合心血管药物治疗冠心病，可促使两种药物发挥协同作用，叠加治疗效果的同时可更好的保护神经-内分泌系统，继而改善患者心功能的同时改善预后。

BNP 分布在脑、脊髓等部位；心内的 BNP 含量最高，所以可以借助 BNP 含量的高低来评估患者激素调节状态。NO 为舒张因子，内皮素为收缩因子；研究指出，微血管性心绞痛

患者体内的 NO 含量明显比正常人少，继而损害内皮功能的同时影响交感神经。本研究结果显示，治疗后与对照组比较，观察组 NO 较高、NT-pro BNP 和 ET-1 水平较低，两组数据对比，P<0.05。证实了对冠心病患者实施他汀类联合心血管药物治疗，可改善患者内皮功能、N 末端 B 型利钠肽原。究其原因：他汀类联合心血管药物治疗冠心病，可很好的抑制脑啡肽酶而发挥利尿、扩血管功效。

综上所述，他汀类联合心血管药物治疗冠心病，可抑制机体氧化应激反应、降低炎症因子表达，同时联合用药方案的实施，可控制患者临床症状的同时阻碍心肌纤维化，提高治疗效果并改善患者预后。

参考文献：

[1]李杰,臧鹏,刘军,等. 基于氧化三甲胺的稳定性冠心病低强度他汀类药物敏感性预测模型建立与验证[J]. 山东医药,2022,62 (5): 21-24.

[2]耿坚雯,史桐雨,张璐,等. 通心络胶囊联合他汀类药物治疗冠心病合并高血压疗效的 Meta 分析[J]. 中国药房,2018,29 (19): 2694-2698.

[3]王莉,魏安华. 辅酶 Q10 联合他汀类药物治疗冠心病心功能减退患者有效性和安全性的 Meta 分析[J]. 中国药师,2019,22 (4): 717-721.

[4]刘球球. 应用他汀类联合心血管药物治疗冠心病的临床疗效研究[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10 (3): 2.

[5]刘菁松. 他汀类联合心血管药物在冠心病治疗中的应用价值[J]. 中国医药科学, 2016, 6 (20): 3.

[6]龙昭熙. 他汀类联合心血管药物治疗冠心病的临床效果分析[J]. 饮食保健, 2014,7 (2): 2.

[7]赵敏,刁丽,王淑梅. 应用他汀类联合心血管药物治疗冠心病的临床效果及药物不良反应探讨[J]. 养生保健指南, 2019, 5 (26): 56,73.

[8]林小玲,刘婷婷,余梦. 他汀类联合心血管药物治疗冠心病效果分析[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11 (2): 2.

[9]刘冰. 他汀类联合心血管药物治疗冠心病的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016,15 (21): 43.

微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的疗效及价值比较分析

王战 刘志远

东莞东华医院 急诊科 广东东莞 521000

摘要：目的：比较分析微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的疗效及价值。方法：选取于2021年8月-2022年9月期间到本院接受诊治的胆结石患者作为样本开展本次研究，样本例数78例，在随机数字表法指导下将这78例患者分为常规组与研究组，每组各有患者39例，其中常规组患者采用腹腔镜胆囊切除术进行治疗，研究组采用微创保胆取石术进行治疗，并对两组患者的临床治疗效果、手术相关指标、CRP与TP水平、生活质量、并发症发生情况等指标进行对比分析。结果：研究组患者的临床治疗总有效率高于常规组（ $P<0.05$ ）；研究组患者的手术相关指标优于常规组（ $P<0.05$ ）；研究组患者的CRP与TP水平优于常规组（ $P<0.05$ ）；研究组患者的生活质量得到显著提升（ $P<0.05$ ）；研究组患者的并发症发生率低于常规组（ $P<0.05$ ）。结论：对于胆结石患者来说，应采用微创保胆取石术进行治疗，这种治疗方式可以有效改善患者的CRP与TP水平以及手术相关指标，降低患者并发症发生率，并提升患者治疗满意度、生活质量以及临床治疗效果，具有较高的应用价值。

关键词：微创保胆取石术；腹腔镜胆囊切除术；胆结石；疗效；价值；比较分析

胆结石又名胆石症，属于临床上较为常见的一种疾病，该病的发病部位主要位于胆管或胆囊处，胆结石形成后会刺激胆囊黏膜，发生病变，并造成感染，从而增加患者出现胆囊癌的风险^[1]。胆结石的危害主要与胆结石的个数与大小存在密切联系，但并不是表示结石越小越好，较小的结石容易堵塞患者胆总管^[2]。胆结石患者患病初期并不显著症状，因此容易被忽视，如不及时加以诊治则容易导致发生坏疽穿孔等不良情况的发生，给患者的生活质量以及身心健康造成不良影响，严重时甚至威胁患者生命安全^[3]。目前临床上针对胆结石患者的治疗主要以手术治疗为主，常用的手术方式则主要包括微创保胆取石术以及腹腔镜胆囊切除术等^[4]。为了探究微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的疗效及价值，本次研究选取了78例到本院接受诊治的胆结石患者作为样本来进行本次研究，现做出如下报告。

1、资料与方法

1.1 一般资料

本次研究于2021年8月正式开展，并于2022年9月顺利完成，在此时间段内本院共收治符合研究标准的胆结石患者78例，结合随机数字表法将这78例患者分为常规组39例于研究组39例。常规组39例患者中有20例男性患者与19例女性患者，其中年龄最小的为34岁，年龄最大的为76岁，平均年龄（47.42±1.24）岁，研究组39例患者中有21例男性患者与18例女性患者，其中年龄最小的为33岁，年龄最大的为75岁，平均年龄（47.39±1.31）岁，两组胆结石患者的基本资料对比差异较小（ $P>0.05$ ），可以纳入研究。

纳入标准：（1）符合胆结石的临床诊断标准；（2）对研究内容充分了解后签署知情同意书；（3）积极主动配合治疗并自愿加入研究；（4）思维意识清楚具备完全自主交流能力；（5）临床资料与个人信息完整无误。

排除标准：（1）中途退出研究或拒不配合治疗者；（2）个人资料与临床信息残缺不全者；（3）合并认知功能障碍与精神疾病者；（4）合并严重心脑血管疾病与脏器功能障碍或疾病者；（5）手术禁忌症者。

1.2 方法

常规组患者采用腹腔镜胆囊切除术治疗：患者取仰卧位，进行全身麻醉。麻醉生效后在患者腹部做一1-3cm左右手术切口，将腹腔镜由此切口置入患者腹内，于患者右侧肋骨部位将针管插入，针管的长度在5mm左右。使用手术钳钳住患者胆囊，并在患者中线的右部放置长套针管，长度1cm左右。使用剪刀分离患者胆囊后将其取出，并对患者胆囊动脉进行结扎止血处理，确认无误后缝合切口，手术完毕。

研究组患者采用微创保胆取石术治疗：为患者进行全身麻醉，并于患者脐下5cm左右处

做一手术切口，长度在1cm左右，并由此进行穿刺为患者建立二氧化碳人工气腹，对患者的胆囊底部与肋下边缘进行切口处理，切口大小约1.5cm左右，并进行穿刺处理。在腹腔镜辅助下取出患者胆囊，并结合患者结石的大小来决定切开胆囊切口大小，使用生理盐水吸取患者体内的残留胆汁，取出结石，清理胆囊后缝合，置入腹中后将切口缝合。

1.3 评价标准

对组间患者的治疗效果（显效、有效及无效）、手术相关指标（手术时间、术中出血量、排气时间以及住院时间）、CRP（C反应蛋白）与TP（总蛋白）水平、生活质量（躯体健康、人际交往、工作生活以及精神健康）、并发症（胆漏+切口感染+术后出血+胆管损伤）进行比较^[5-10]。

1.4 统计学分析方法

采用SPSS 20.0处理相关数据资料，t和 χ^2 检验组间数据，标准差%表示计量资料、计数资料， $P<0.05$ 为有统计学意义。

2. 结果

2.1 组间临床治疗效果区别对比，详情如表1所示。

表1 两组患者临床治疗效果对比（n，%）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率（%）
研究组	39	34（87.18）	3（7.69）	2（5.13）	37（94.87）
常规组	39	24（61.54）	6（15.38）	9（23.08）	30（76.92）
χ^2 值	-	-	-	-	5.185
P值	-	-	-	-	$P<0.05$

2.2 组间手术相关指标区别对比，详情如表2所示。

表2 两组患者手术相关指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	手术时间（min）	术中出血量（ml）	排气时间（h）	住院时间（d）
研究组	39	51.24±12.76	21.27±2.33	9.56±2.42	4.73±1.53
常规组	39	63.98±12.88	37.22±2.52	15.78±2.46	7.76±2.34
t值	-	4.388	29.022	11.256	6.768

P 值	-	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05
2.3 组间 CRP 与 TP 水平区别对比					
治疗前, 研究组患者的 CRP 与 TP 水平分别为 (4.45±1.24) g/L 与 (78.54±3.35) g/L, 而常规组患者的 CRP 与 TP 水平分别为 (4.46±1.31) g/L 与 (78.65±3.21) g/L, 组间对比差异较小。					
治疗后, 研究组患者的 CRP 与 TP 水平分别为 (11.42±3.12) g/L 与 (80.56±2.34) g/L, 而常规组患者的 CRP 与 TP 水平分别为 (18.24±3.65) g/L 与 (88.53±2.32) g/L, 组间对比差异较大。					
2.4 组间生活质量区别对比					
治疗前, 研究组患者的躯体健康、人际交往、工作生活以及精神健康等指标评分分别为 (21.78±1.23) 分、(21.21±1.41) 分、(20.45±1.51) 分与 (23.45±1.11) 分, 而常规组患者的躯体健康、人际交往、工作生活以及精神健康等指标评分分别为(21.55±1.24)分、(21.78±1.31) 分、(20.25±1.55) 分与 (23.31±1.25) 分, 组间对比差异较小。					
治疗后, 研究组患者的躯体健康、人际交往、工作生活以及精神健康等指标评分分别为 (31.12±1.32) 分、(33.33±1.12) 分、(30.21±1.44) 分与 (41.12±2.34) 分, 而常规组患者的躯体健康、人际交往、工作生活以及精神健康等指标评分分别为(25.21±1.23)分、(25.21±1.12) 分、(25.32±1.51) 分与 (38.22±2.54) 分, 组间对比差异显著。					
2.5 组间并发症发生情况区别对比					
研究组患者的并发症发生情况如下: 胆漏 1 例, 切口感染 1 例, 术后出血 1 例, 胆管损伤 0 例, 并发症总发生率为 7.69%。					
常规组患者的并发症发生情况如下: 胆漏 2 例, 切口感染 3 例, 术后出血 4 例, 胆管损伤 2 例, 并发症总发生率为 28.21%, 组间对比差异显著。					
3、讨论					
近年来, 随着经济社会的不断进步与发展, 人们的生活水平也随之提升, 从而导致人们的饮食习惯发生较大改变, 这也导致了各种疾病的频发, 其中胆结石的发病率也呈逐年增长趋势 ^[11] 。胆结石主要是指发生在胆道系统内的结石, 同时属于一种消化系统常见病与多发病。胆结石按照发病部位可以具体划分为胆囊结石、肝外胆管结石以及肝内胆管结石, 按照结石成分可以具体划分为胆色素类结石与胆固醇类结石 ^[12] 。导致胆结石患者患病的因素较多, 临床上常见的主要包括个人生活方式、遗传因素以及环境因素等, 而药物因素、寄生虫、胆道感染、高血脂、糖尿病、肥胖以及高胆固醇饮食等因素均为导致胆结石患者患病的基本病因 ^[13] 。胆结石患者的临床表现主要为胆绞痛, 同时伴有不同程度的厌食、腹泻、腹胀、呕吐、发热以及恶心等症状, 严重影响患者生活质量以及身心健康 ^[14] 。对于胆结石患者来说, 如无明显症状则仅需要进行改变生活方并定期复查即可, 在饮食方面要保持清淡规律饮食, 并坚持体育锻炼。对于症状明显且反复发作的患者来说, 应尽早接受手术治疗, 而手术治疗也属于胆结石患者最为直接且有效的治疗方式 ^[15] 。随着医疗技术水平的不断进步与发展, 微创理念与技术也愈发成熟, 因此目前临床上针对胆结石患者的治疗主要以微创手术治疗为主, 具体的手术方式则主要包括微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术为主 ^[16] 。其中腹腔镜胆囊切除术属于目前临床上应用较为广泛的一种术式, 与传统的开腹手术相比, 腹腔镜胆囊切除术具有手术创伤较小的优势, 可以取得较好的临床应用效果, 但临床实践表明, 采用腹腔镜胆囊切除术后, 患者的并发症发生率无法得到有效控制, 同时还会对患者的肝脏以及消化道产生不良影响。除此之外, 胆囊切除后, 还会增加患者发生结肠癌的风险, 因此目前临床上更多地主张以微创保胆取石术进行治疗。微创保胆取石术属于近年来新兴处理的一种胆结石手术治疗方式, 这种术式将尽量保留患者胆囊功能作为主要原则, 并在此基础上将患者体内					

结石取出, 微创保胆取石术也属于微创手术的一种, 这种手术方式具有创伤小以及术后恢复快的优势, 特别是在控制患者术后并发症方面效果十分显著。本次研究将微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术进行了细致且深入的对比分析, 对比结果显示, 采用微创保胆取石术进行治疗的研究组中, 患者的临床治疗总有效率高达 94.87%, 而采用腹腔镜胆囊切除术进行治疗的常规组中, 患者的临床治疗总有效率仅为 76.92%。在两组患者并发症发生情况的对比中可以发现, 研究组与常规组患者的并发症发生率分别为 7.69%与 28.21%, 由此可见, 微创保胆取石术具有较高的有效性及安全性。除此之外, 研究组患者的手术相关指标、CRP 与 TP 水平、生活质量等指标均优于常规组。

综上所述, 在为胆结石患者进行治疗时, 应采用微创保胆取石术进行治疗, 其应用效果十分显著, 具有较高的临床应用价值。

参考文献:

- [1]赵新华.胆结石患者治疗中微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术的应用效果比较[J].当代医学,2021,27(12): 53-55.
- [2]王德江.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的疗效及对生活质量的影响作用[J].世界复合医学,2021,7(03): 121-123.
- [3]黄相威,单云峰.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的手术分析[J].数理医药学杂志,2020,33(12): 1763-1765.
- [4]吴杰.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的手术效果对比分析[J].世界复合医学,2020,6(09): 43-44.
- [5]刘尧沛,甄杰生,马春娇,等.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术应用于胆结石的治疗效果比较[J].中外医学研究,2020,18(23): 140-142.
- [6]高应军.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术对胆结石的治疗效果比较分析[J].心理月刊,2020,15(09): 157.
- [7]郭保中.微创保胆取石术、腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石临床疗效比较[J].现代诊断与治疗,2020,31(01): 77-79.
- [8]张旭瑾.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的手术效果及对生活质量的影响[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(91): 73+95.
- [9]张生.对比分析微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术在胆结石患者中的手术效果、安全性及其对生活质量的影晌[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(90): 31-32.
- [10]兆勇.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术在中老年胆结石患者治疗中的价值比较[J].中国实用医药,2019,14(30): 35-37.
- [11]郑长瑞.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术在胆结石中的临床价值及安全性分析[J].首都食品与医药,2019,26(17): 25-26.
- [12]李国权.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的手术效果及对生活质量的影响[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(63): 26.
- [13]程慕华.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的手术效果对比观察[J].中国医药指南,2019,17(21): 23-24.
- [14]胡宏星.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术在胆结石患者中的手术效果及安全性对比研究[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(56): 21.
- [15]王郑,谭智明.腹腔镜胆囊切除术与腹腔镜保胆取石术治疗胆结石对胆囊功能恢复的对比研究[J].中国医药科学,2019,9(06): 212-214+228.
- [16]黄燕文.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的手术效果分析[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(07): 136-137.

乳腺癌保乳术后同步加量调强放疗的临床效果

吴旭栋

江苏省溧阳市人民医院 放疗科 213300

摘要：目的：研究乳腺癌保乳术后同步加量调强放疗的临床效果。方法：选取 2021 年 5 月——2022 年 4 月在我院行乳腺癌保乳手术治疗的患者 60 例作为主要对象，根据随机数字表法的原则将其分为两组，对照组（30 例）患者术后采取常规调强放疗，观察组（30 例）患者术后行同步加量调强放疗，对比两组的总有效率、治疗前后生存质量评分、治疗前后疼痛程度评分、1 年生生存率、并发症发生率以及疾病复发率。结果：有效率：观察组的总有效率（93.33%）小于对照组（73.33%），有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗前后两组的生存质量评分均大于治疗前，治疗后观察组的生存质量评分大于对照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ）；疼痛程度：治疗后和治疗前比较两组的疼痛程度均缓解，观察组治疗后的疼痛评分小于对照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ）；1 年生生存率：观察组的 1 年生生存率（93.33%）显著高于对照组（73.33%），有统计学意义（ $P<0.05$ ）；并发症发生率：观察组的发生率（20.0%）小于对照组（46.67%），有统计学意义（ $P<0.05$ ）；随访 1 年，观察组的复发率（3.33%）小于对照组（20.0%），有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：乳腺癌保乳术后患者接受同步加量调强放疗可提高总体疗效，减轻患者的痛苦，改善患者的生存质量，同时可降低并发症和局部复发风险，提高患者的生存率，因此，在临床上具备借鉴意义和推广价值。

关键词：乳腺癌；保乳术；术后同步加量调强放疗；常规调强放疗；临床疗效

乳腺癌是临床上发生率较高的恶性肿瘤，在女性恶性肿瘤中位居首位，约占所有恶性肿瘤的 24.2%，且该病的发生率依然呈现逐年递增的发展趋势，尤其是 45-60 岁女性的患病率颇高，对患者的生存质量造成了威胁。保乳手术是治疗乳腺癌的常用方法，是将肿瘤扩大切除，但可以保留整个乳房，相比于根治手术，保乳手术更受到患者的青睐和认可，更能够满足患者对美观度的要求。但是，行保乳手术患者其术后存在复发的风险，而在术后需要采取相应的治疗措施降低疾病复发率，延长患者的生存质量^[1]。以往乳腺癌保乳手术患者术后多接受调强放疗，但常规剂量的治疗方法难以获得非常理想的治疗效果。有研究指出，在保乳术后行同步加量调强放疗可以避免长时间使用放疗剂量而损伤患者的身体，从而明显的提高总体治疗效果。此次研究将 2021 年 5 月——2022 年 4 月在我院接受保乳手术治疗的乳腺癌患者 60 例作为主要对象，旨在深入研究保乳术后同步加量调强放疗的临床疗效，现总结研究过程与结果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究将 2021 年 5 月——2022 年 4 月于我院接受保乳手术治疗的 60 例乳腺癌患者作为主要对象，以随机数字表法作为分组原则，将其分为对照组与观察组，每组 30 例。观察组：年龄最大者 75 岁，年龄最小者 28 岁，平均年龄是（46.82±3.23）岁；术后病理：浸润性导管癌 12 例，浸润性小叶癌 10 例，浸润性乳头状癌 5 例，粘液癌 1 例，导管内癌 1 例，髓样癌 1 例；肿瘤位置：外上象限 12 例，内上象限 10 例，外下象限 4 例，内下象限 4 例。对照组：年龄最大者 73 岁，年龄最小者 29 岁，平均年龄是（46.87±3.28）岁；术后病理：浸润性导管癌 13 例，浸润性小叶癌 10 例，浸润性乳头状癌 4 例，粘液癌 1 例，导管内癌 1 例，髓样癌 1 例；肿瘤位置：外上象限 13 例，内上象限 9 例，外下象限 5 例，内下象限 3 例。通过对比两组的平均年龄、术后病理类型、肿瘤位置，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），说明观察组与对照组之间有对照研究的可比性。并且，本次研究符合医学研究的伦理道德要求，经由医院相关部门批准通过。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准：（1）研究中纳入的所有患者均经手术病理证实为乳腺癌，且所有患者均接受乳腺肿瘤扩大切除联合腋窝淋巴结清扫术治疗^[2]；（2）所有患者的各项基础资料以及相关的诊疗信息完善且正确；（3）所有患者在术后均需要接受放疗，有明显的放疗指征；（4）对于此次研究，所有的患者以及患者家属均明确表示是知情的，患者本人的意愿是自愿同意参与到此次研究中，并且患者本人签署了知情同意书。

排除标准：（1）同时合并其他严重的恶性肿瘤患者；（2）合并严重的心理障碍性疾病或精神障碍性疾病；（3）合并严重的肝肾功能障碍、心脑血管严重病变的患者；（4）无法配合完成放疗，中途转院，或中途退出研究；（5）随访丢失的病例。

1.3 研究方法

1.3.1 对照组

患者接受乳腺肿瘤扩大切除联合腋窝淋巴结清扫术治疗，于术后 1 个月进行放疗。采取常规调强放疗，全乳腺治疗：50Gy/25 次，后续瘤床推量为 10Gy/5 次，治疗时间为 40-42d。未进行腋窝放疗，区域淋巴结照射采取一体化调强治疗技术。

1.3.2 观察组

患者接受乳腺肿瘤扩大切除联合腋窝淋巴结清扫术治疗，于术后 1 个月进行放疗。采取同步加量调强放疗，全乳腺为 50Gy/25 次，瘤床同步加量至 60Gy/25 次，治疗时间为 30-35d。锁骨上下区淋巴结照射方案是：50Gy/25 次。未进行腋窝放疗，区域淋巴结照射采取一体化调强治疗技术。

1.4 评价指标

（1）总有效率^[3]：①显效：治疗后患者的各项身体指标均恢复至正常，且患者未出现其他严重不良反应症状；②有效：治疗后患者的各项身体指标均有显著改善，且患者未出现严重的不良反应症状；③无效：治疗后患者的身体指标较治疗前相比无明显好转，患者出现了放疗相关严重不良反应，甚至治疗后患者出现了病症加重的情况。将两组的总有效率计算结果进行组间比较分析。

（2）生存质量：使用卡式（KPS）量表^[4]评估患者的生存质量，评价时间包括治疗前、治疗后，KPS 量表的评分范围是 0-100 分，所得分数越高，说明患者的生存质量越佳。

（3）疼痛程度：使用视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale/Score，VAS）评估患者的疼痛程度，评价时间包括治疗前、治疗后，VAS 量表的评分范围是 0-10 分，所得分数越低，表示患者的疼痛程度越轻。

（4）1 年生生存率：对两组患者随访 1 年，对两组的 1 年生生存率进行计算和组间比较分析。

（4）并发症发生率：统计治疗后两组患者出现的相关并发症，包括急性皮肤反应、胃肠道不适、血液学反应，将两组的并发症发生率计算结果进行组间比较分析。

（5）复发率：对两组患者随访 1 年，对随访期间患者的病情复发情况进行统计，计算复发率，并进行组间比较分析。

1.5 统计学处理

将 SPSS24.0 作为分析数据的软件，其中符合正态分布的计量指标用 t 进行检验，表示为均数±标准差；计数指标用 χ^2 检验，用例数/百分率表示，差异有统计学意义表示为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 总有效率

观察组：显效 16 例，有效 12 例，无效 2 例，总有效率是 93.33%。

对照组：显效 10 例，有效 12 例，无效 8 例，总有效率是 73.33%。

经统计学分析， $\chi^2=4.320$ ， $P=0.038$ ，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2.2 生存质量评分

治疗前，无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后和治疗前比较，两组的评分均提高，治疗后观察组的生存质量评分高于对照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 对比两组治疗前和治疗后的生存质量评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	治疗前	治疗后	t	P
观察组（n=30）	60.58±3.23	79.84±4.14	20.089	<0.001
对照组（n=30）	60.41±3.59	68.52±4.22	8.017	<0.001
t	0.193	10.488	/	
P	0.847	<0.001	/	

2.3 疼痛程度评分

治疗前，无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后和治疗前比较，两组的评分均降低，治疗后观察组的疼痛评分小于对照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 对比治疗前后两组的疼痛评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	治疗前	治疗后	t	P
观察组（n=30）	7.05±1.02	3.56±0.48	16.956	<0.001
对照组（n=30）	7.06±1.05	5.56±0.72	6.453	<0.001
t	0.037	12.659	/	
P	0.970	<0.001	/	

2.4 1 年生生存率

观察组的 1 年生生存率较对照组高，有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 对比两组的 1 年生生存率（n.%）

组别	例数	1 年生生存	1 年生生存率
观察组	30	28	93.33
对照组	30	22	73.33
χ^2	/	4.320	
P	/	0.038	

2.5 并发症发生率

观察组的并发症发生率是 20.0%，对照组的发生率是 46.67%，有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 对比两组的并发症发生率[n（%）]

组别	例数	急性皮肤反应	胃肠道不适	血液学反应	发生率
观察组	30	3（10.0）	2（6.67）	1（3.33）	20.0
对照组	30	6（20.0）	6（20.0）	2（6.67）	46.67
χ^2	/	/	/	/	4.800
P	/	/	/	/	0.028

2.6 复发率

随访 1 年，观察组的复发率低于对照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 5。

表 5 对比两组的疾病复发率（n.%）

组别	例数	复发	复发率
观察组	30	1	3.33
对照组	30	6	20.0
χ^2	/	4.043	
P	/	0.044	

3 讨论

乳腺癌在妇科恶性肿瘤中位居首位，是威胁女性健康的主要疾病类型^[5]。除高发发病率外，乳腺癌还有高死亡率、高复发率等特点，需要在确诊时立即予以针对性治疗，从而提高总体治疗效果。保乳手术是治疗乳腺癌的常用技术手段，通过保乳手术治疗可以保留完整的乳房，但是此种方法也存在一定的弊端，术后患者的复发风险高，需要继续接受放疗。

本次研究对比了保乳术后实施常规调强放疗与同步加量调强放疗在乳腺癌患者治疗上获得的临床效果，经对比研究发现同步加量调强放疗的总体治疗优势更加突出，主要体现在以下几个方面：第一，可提高总有效率，经同步加量调强放疗进行治疗的患者其总有效率可达到 93.33%，而经常规调强放疗的患者其总有效率仅为 73.33%，这说明此种治疗方法更有利于从整体上提高治疗的有效性。第二，可提高患者的生存质量，经评估治疗前后两组患者生存质量的改善情况，结果提示经采用同步加量调强放疗的患者其治疗后生存质量有显著性提高，患者的生存质量评分从（60.58±3.23）分提高至（79.84±4.14）分，并且显著大于经常规调强放疗患者的（68.52±4.22）分，此项评分提高说明患者的生存质量有显著性提高，也体现出了此种治疗方式的优点。第三，可减轻疼痛程度，乳腺癌手术患者经同步加量调强放疗后，其疼痛程度评分从治疗前的（7.05±1.02）分降低至治疗后的（3.56±0.48）分，且小于经常规调强放疗后的（5.56±0.72）分，患者经放疗后的疼痛程度得到缓解，说明运用此种方法进行治疗可以减轻患者的痛苦，这也有利于减轻患者的心理负担和精神压力，更有利于患者以轻松、愉快的心情接受后续的系列治疗。第四，可以提高患者的生存率，随访 1 年发现经同步加量调强放疗的患者其 1 年生生存率为 93.33%，1 年生生存率更高，这说明此种放疗方式更有利于控制病情进展，延长患者的生存时间。第四，可以降低并发症的发生风险，放疗期间和放疗后患者难免会出现系列并发症，而并发症的出现会导致患者的痛苦加剧，但此次研究中经实施同步加量调强放疗的患者其并发症发生率是 20.0%，较实施常规调强放疗患者的 46.67%相比有统计学意义，这说明同步加量调强放疗的安全性更高，降低了并发症的发生率，减轻了患者的痛苦。第五，可降低疾病复发风险，对两组患者进行了为期 1 年的随访，随访期间发现经同步加量调强放疗进行治疗的患者其复发率是 3.33%，而经常规调强放疗患者的复发率是 20.0%，两组之间比较有统计学意义，这说明同步加量调强放疗的复发风险更低，降低了疾病的复发率就是提高了患者的生存率，延长了患者的生存时间。同步加量调强放疗可以让靶区内的剂量保持均匀，降低周围器官的受量，提高机体的耐受程度，同时可以保障治疗区域的美观度，更容易让广大女性患者接受和认可。同时，此种治疗方法可以对患者的心脏和冠状血管形成有效保护，安全性更高，可以缩短患者的治疗时间，提高了患者对放疗的耐受度，减轻患者的痛苦。

综合上述研究数据以及分析，得出结论：乳腺癌保乳术后实施同步加量调强放疗的综合治疗优势显著，既可以提高总体疗效，减轻患者的痛苦，提高患者的生存率和生存质量，又可以降低并发症发生风险、降低远期复发风险，因此，此种治疗方法在临床上有借鉴意义和进一步推广的价值。

参考文献：

[1]刘梦岚,吉维,赵彪,等.左乳腺癌保乳术后瘤床同步加量静态调强放射治疗与断层定野放射治疗的剂量学研究[J].中国现代医学杂志,2022,32（11）：73-78。
[2]岳丹,白燕,李新迪,等.早期乳腺癌保乳术后加速部分乳腺调强放疗与全乳腺同步推量调强放疗的剂量学比较[J].肿瘤研究与临床,2020,32（8）：546-551。
[3]雷亚楠,徐晓捷,关明丽.X 线瘤床同步整合补量与电子线瘤床后程同步补量调强放疗在乳腺癌保乳手术治疗后的应用价值分析[J].实用医学影像杂志,2021,22（5）：479-481。
[4]李思萍,史天云,王博,等.瘤床同步加量调强放疗与序贯瘤床加量调强放疗治疗乳腺癌的临床效果观察[J].癌症进展,2020,18（21）：2209-2212。
[5]王升晖,杜向慧,封巍,等.早期乳腺癌保乳术后全乳大分割照射同步瘤床加量与常规分割放疗的效果对比[J].中华全科医学,2019,17（8）：1292-1295。

显微镜下小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血的临床分析探讨

谢 颢

六安市人民医院神经外科 安徽六安 237000

摘要:目的:探究显微镜下小骨窗开颅手术对高血压脑出血患者的临床治疗效果。方法:选取2018年3月~2021年3月间本院我科收治的60例高血压脑出血患者进行对照研究。以双盲法分成两组,30例行传统大骨瓣开颅术的患者纳入对照组,另30例行显微镜下小骨窗开颅术的患者纳入观察组,对比两组的手术疗效。结果:观察组的手术总有效率(83.33%)明显比对照组(66.67%)更高, $P<0.05$ 。观察组的手术耗时、住院天数明显短于对照组, 术中出血量、术中输血量也明显少于对照组, $P<0.05$ 。观察组的术后并发症总发生率(3.33%)显著低于对照组(16.67%), $P<0.05$ 。观察组术后的ADL评分明显比对照组更高, $P<0.05$ 。结论:显微镜下行小骨窗开颅手术对高血压脑出血患者有着良好的治疗效果,值得推荐。

关键词: 高血压脑出血;显微镜;小骨窗开颅术;大骨瓣开颅术;手术疗效

高血压脑出血(hypertensive intracerebral hemorrhage, HICH)为神经外科比较常见的一类急症,具有发病急、进展快、预后差、死亡率高等特点,是严重危害中老年群体生命健康的一大疾病^[1]。目前,HICH的常见出血部位有基底节区、丘脑、小脑、脑室、脑叶及皮质下等,是导致我国国民死亡的一大原因,目前已被列入重大慢性疾病范畴^[2]。临床治疗HICH以手术手段为主,既往采用传统大骨瓣开颅术治疗,具有手术操作难度大、视野欠佳、手术创伤大、手术风险较大等应用缺点,故临床迫切需要一种创伤小、安全性高的手术手段、近年来,影像学技术的迅猛发展使得HICH手术方案得以改进,显微镜下行小骨窗开颅手术具有微创、定位准确、疗效佳等应用优势,成为当前神经外科医师们治疗HICH患者的首选方法^[3]。鉴于此,本研究以60例HICH为例,通过对比试验的方式进一步证实显微镜下小骨窗开颅术的临床应用价值。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年3月~2021年3月间本院我科收治的60例HICH患者进行对照研究。以双盲法分成两组,30例行传统大骨瓣开颅术的患者纳入对照组,另30例行显微镜下小骨窗开颅术的患者纳入观察组。对照组:20例男、10例女;年龄50~80岁,平均(65.29±3.29)岁;血肿量为30~55ml,平均血肿量为(37.28±3.29)ml;按出血部位分为7例基底节出血(23.33%)、9例脑叶出血(30.00%)、7例丘脑出血(23.33%)、7例小脑出血(23.33%)。观察组:21例男、9例女;年龄50~85岁,平均(65.45±3.31)岁;血肿量为30~55ml,平均血肿量为(37.33±3.21)ml;按出血部位分为6例基底节出血(20.00%)、10例脑叶出血(33.33%)、8例丘脑出血(26.67%)、6例小脑出血(20.00%)。两组HICH的基线资料对比,差异小($P>0.05$),有可比性。

纳入标准:(1)均经问诊、查体、实验室检查、头颅CT、头颅MRI等常规检查确诊为HICH。(2)均符合手术指征,即幕上、幕下出血量分别为≥30ml、≥10ml以上;中线移位≥5mm;环池消失或侧裂池消失;严重颅高压;有梗阻性脑积水症状。

排除标准:(1)脑死亡患者;(2)有严重凝血功能障碍的患者;(3)伴多系统器官衰竭者;(4)家属选择保守治疗的。

1.2 方法

1.2.1 传统大骨瓣开颅术

对照组患者术前经CT定位血肿,后在全麻状态下开展手术。选择扩大翼点的方式开颅,起点定在距离发际内中线3cm位置的顶结节前,转向额部,至耳朵前1cm处的颞弓,骨瓣朝颞侧上翻、皮瓣向下翻,充分暴露术野。常规清除血肿,浮动骨瓣减压,咬除部分颞骨,使颞肌下减压。出血时间较长、出血量较大、出血部位较深者予以去除骨瓣减压。若发现活动性出血点予以电凝止血,最后于血肿腔内填充明胶海绵,留置引流管。

1.2.2 显微镜下小骨窗开颅术

观察组患者术前经CT定位血肿,确认手术切口部位,做好标记,在全麻状态下开展手术。于标记点做一个4cm长的切口,逐层切开头皮后,用电钻钻一个3cm左右的小孔,“十”字形“切”开硬脑膜,穿刺血肿部位并予以减压处理。血肿清除完毕后,检查是否有活动性出血点,一旦发现立即予以电凝止血,最后于血肿腔内填充明胶海绵,留置引流管。

1.3 观察指标

(1)手术疗效评估^[4]:两组术后均行手术疗效评估,术后恢复良好,生活可自理,格拉斯哥昏迷评分(Glasgow coma score, GOS)为5分,提示痊愈;术后恢复良好,基本生活可自理,但伴有轻度神经功能障碍,GOS评分为4分,提示显效;术后体征稳定,意识清晰,但无法完全自理,伴有中度神经功能障碍,GOS评分为3分,提示有效;术后GOS评分为2分,处于植物生物状态,提示无效。

(2)相关手术指标统计:记录两组的手术耗时、术中出血量、术中输血量及住院天数,并予以比较。

(3)并发症情况统计:统计两组术后的并发症情况,包括术后脑脊液侧漏、切口感染、术后再出血等,计算总发生率。

(4)日常生活活动能力评估^[5]:两组分别于术前、术后进行日常生活活动能力评估,采用日常生活活动能力量表(activities of daily living scale, ADL),包含10个条目,即进餐、洗澡、修饰、穿衣、大便、小便、用厕、床椅转移、平地走45m、上下楼梯,满分100分,轻度依赖(75~95分)、中度依赖(50~70分)、重度依赖(25~45分)、完全依赖(0~20分)

1.4 统计学方法

数据采用SPSS22.0进行分析,将手术疗效、并发症情况等计数资料用率(%)表示,组间比较以 χ^2 检验;相关手术指标、ADL评分等计量资料均符合正态分布,均用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较以 t 检验;检验标准 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 两组手术疗效对比

观察组的手术总有效率(83.33%)明显比对照组(66.67%)更高, $P<0.05$ 。(见表1)

表1 两组手术疗效对比[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	死亡	总有效率
观察组	30	11	7	7	4	1	25(83.33)
对照组	30	7	7	6	9	1	20(66.67)
t	-	-	-	-	-	-	7.401

<i>p</i>	-	-	-	-	-	0.006
----------	---	---	---	---	---	-------

2.2 两组相关手术指标对比

观察组的手术耗时、住院天数明显短于对照组，其术中出血量、术中输血量也明显少于对照组， $P<0.05$ 。（见表 2）

表 2 两组相关手术指标对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	手术耗时（h）	术中出血量 （ml）	术中输血量 （ml）	住院天数（d）
观察组 （n=30）	3.27±1.02	95.28±10.29	89.27±12.29	10.26±3.21
对照组 （n=30）	6.55±1.42	148.23±21.28	135.29±20.11	13.29±3.45
<i>t</i>	10.275	12.268	10.695	3.522
<i>p</i>	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组并发症情况对比

观察组术后仅发生 1 例切口感染，无脑脊液侧漏、术后再出血病例；对照组术后发生 1 例脑脊液侧漏、1 例切口感染、3 例术后再出血；观察组的术后并发症总发生率（3.33%）显著低于对照组（16.67%）， $P<0.05$ 。（见表 3）

表 3 两组并发症情况对比[n（%）]

组别	n	脑脊液侧漏	切口感染	术后再出血	总发生率
观察组	30	0	1	0	1（3.33）
对照组	30	1	1	3	5（16.67）
χ^2	-	-	-	-	9.886
<i>p</i>	-	-	-	-	0.001

2.4 两组 ADL 评分对比

两组术前的 ADL 评分无显著差异（ $P>0.05$ ）；观察组术后的 ADL 评分明显比对照组更高， $P<0.05$ 。（见表 4）

表 4 两组 ADL 评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	术前	术后
观察组（n=30）	50.28±2.39	88.32±12.28
对照组（n=30）	50.34±2.41	75.29±10.34
<i>t</i>	0.097	4.446
<i>p</i>	0.923	0.000

3 讨论

HICH 为神经外科最为常见的一类急症，主要指长期处于高血压状态使得颅内小动脉发生病理改变，血管壁发生玻璃样变性或纤维样变性致使血管壁弹性削弱最终因血管破裂出血发病^[6]。过度脑力活性、体力活动、情绪过度激动等因素都会导致高血压患者因血压骤升而发生脑血管破裂出血，甚至致残、致死。临床治疗 HICH 的方法较多，有保守治疗、手术治疗等，其中手术治疗是该病最为主要的治疗方式，是救治 HICH 的重要手段^[7-8]。大骨瓣开颅术是最为传统的手术疗法，虽然可以取得一定的手术疗效，但存在手术创伤较大、手术风险大、术后易发并发症、预后不理想等应用缺陷^[9]。近年来，影像学技术进步神速，显微镜被推广应用至小骨窗开颅术中，手术医师可利用显微镜获得清晰的术野，有助于精细手术操作，让手术医师及时电凝止血可疑出血点，有效降低术后二次出血率，手术安全性更高^[10]。

本研究中，对照组、观察组 HICH 患者分别行传统大骨瓣开颅术、显微镜下小骨窗开颅术，结果显示：观察组 HICH 患者的手术疗效、相关手术指标、术后并发症发生情况及 ADL 评分均优于对照组，提示显微镜下小骨窗开颅术治疗 HICH 的效果优于传统大骨瓣开颅术，且安全性更高。临床实践发现，传统大骨瓣开颅术优于手术创伤大，在清除水肿的过程中易对周围正常脑组织造成损害，手术操作易引起脑水肿反应，对患者机体各系统器官均可产生一定的干扰，多数患者术后易发生脑脊液侧漏、切口感染、术后再出血等并发症，适用于脑疝患者。而显微镜小骨窗开颅术则在 HICH 临床治疗中有着诸多优点，具体如下：（1）术前依据头颅 CT 结果明确水肿位置，并在显微镜观察下准确定位切口位置、水肿位置，既可缩短手术入路时间，又可精确避开正常脑组织^[11]。开颅骨窗直径为 2.5~3cm 范围内，具有手术创伤小、开颅速度快、缩短手术时间的优点。（2）在显微镜的观察下，手术操作更为精细，能够在短时间内观察到可疑出血点，并及时予以电凝止血，可降低术后二次出血的风险，同时还能降低颅内压。（3）减压充分，既可增加失语、偏瘫等症状的康复几率，还能有效防止脑疝发生。（4）对年龄较高、心肺功能较差的患者来说，该项技术可打破手术限制，在严格掌握手术适应症的前提下有效治疗患者，是较为理想的选择^[12]。

综上所述，显微镜下行小骨窗开颅术对高血压脑出血患者有着良好的治疗效果，安全性较高，值得推荐。

参考文献：

- [1]Ziai WC, Thompson CB, Mayo S, McBee N, Freeman WD, Dlugash R, Ullman N, Hao Y, Lane K, Awad I, Hanley DF; Clot Lysis; Evaluating Accelerated Resolution of Intraventricular Hemorrhage (CLEAR III) Investigators. Intracranial Hypertension and Cerebral Perfusion Pressure Insults in Adult Hypertensive Intraventricular Hemorrhage: Occurrence and Associations With Outcome. Crit Care Med. 2019 Aug; 47（8）: 1125-1134.
- [2]王水.显微镜下小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血患者的临床疗效[J].医疗装备,2021,34（03）: 121-122.
- [3]方凯,陈文焰.显微镜下小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血的临床分析探讨[J].中国医药科学,2020,10（07）: 272-275.
- [4]佟志远.显微镜下小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血的临床分析[J].临床医药文献电子杂志,2017,4（81）: 15866-15867.
- [5]丁观福,陈金明,王海滨.神经内镜下微创手术与小骨窗开颅显微治疗高血压基底节区脑出血患者的临床疗效[J]. 医疗装备,2019,32（21）: 81-82.
- [6]林涛.神经内镜下血肿清除术与小骨窗开颅清除术治疗对高血压脑出血患者预后的影响对比[J]. 基层医学论坛,2021,25（16）: 2284-2286.
- [7]Wu Y, Zhang S, Dong Y, Shen X, Han Y, Li Y, Xu W, Ma K, Tang H, Yang D, Li H. Therapeutic Effect of Electronic Endoscopic Hematoma Removal on Hypertensive Basal Ganglia Cerebral Hemorrhage Based on Smart Medical Technology. J Healthc Eng. 2021 Jun 8; 2021: 7486249.
- [8]李剑平,胡海,罗慧强,廖振华.微创小骨窗开颅显微镜下血肿清除术治疗非脑疝形成高血压脑出血的效果[J].蛇志,2022,34（02）: 192-194+202.
- [9]李瑞.显微镜下小骨窗开颅术与大骨瓣开颅术治疗高血压脑出血临床对比观察[J].世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊）,2020,20（69）: 5-7.
- [10]张新雨,江涛,马俊杰,等.显微镜下小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血的疗效及对患者近期预后和生活质量的影响[J]. 安徽医学,2021,42（7）: 723-726.
- [11]邵云飞,曹奕波,余仁春,等.超早期锁孔开颅经外侧裂显微手术治疗基底节区高血压性脑出血的疗效观察[J]. 实用临床医药杂志,2021,25（22）: 99-101.
- [12]李鹏程,魏凤.神经内镜微创手术与小骨窗开颅显微手术治疗幕上高血压脑出血患者的临床疗效比较[J]. 现代医学与健康研究（电子版）,2022,6（11）: 50-53.

经皮冠状动脉介入术联合血栓抽吸治疗急性 ST 段抬高型心肌梗塞后对患者心功改善情况及 ST 段恢复率的观察

徐琦 王全顺^{通讯作者}

寿光市人民医院心内一科 山东潍坊 262700

摘要: 目的: 观察将经皮冠状动脉介入术与血栓抽吸联合用于治疗急性 ST 段抬高型心肌梗塞后, 对其心功能的改善状况以及相关 ST 段恢复率的提高效果。方法: 将 2020 年 5 月~2021 年 5 月间于我院接受急诊治疗的急性 ST 段抬高型心肌梗塞患者选为研究对象, 根据其入院顺序将总计 64 例患者分入对照组与观察组, 对照组为 2020 年 5 月~11 月期间接受诊治工作的患者, 该组患者接受经皮冠状动脉介入术治疗, 观察组为 2020 年 12 月~2021 年 5 月期间接受诊治工作的患者, 该组患者在接受经皮冠状动脉介入术治疗的同时, 额外接受血栓抽吸治疗。在结束治疗后, 对比两组患者心功能改善情况与 ST 段恢复率。结果: 观察组患者的 CK-MB 峰值、不良心血管事件发生率明显低于对照组, 而其 LVEDD、LVEF、TIMI 血流分级 3 级率以及 ST 下降率明显高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 采用经皮冠状动脉介入术以及血栓抽吸联合治疗急性 ST 段抬高型心肌梗塞, 能够有效改善患者心功能情况, 并使其 ST 段恢复率提高, 改善患者预后质量, 其治疗效果明显优于单独使用经皮冠状动脉介入术治疗。

关键词: 经皮冠状动脉介入术; 血栓抽吸; 急性 ST 段抬高型心肌梗塞; 心功能改善情况; ST 段恢复率

Observation on the improvement of cardiac function and ST-segment recovery rate in patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction after percutaneous coronary intervention combined with thrombus aspiration

Xu Qi

Department of Cardiology, Shouguang People's Hospital, Weifang, Shandong 262700 China

【Abstract】 Objective: To observe the improvement of cardiac function and the improvement of related ST-segment recovery rate after percutaneous coronary intervention combined with thrombus aspiration in the treatment of acute ST-segment elevation myocardial infarction. Methods: Patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction who received emergency treatment in our hospital from May 2020 to May 2021 were selected as the research subjects, and a total of 64 patients were divided into the control group and the observation group according to their admission order. The control group is the patients who received diagnosis and treatment from May to November 2020, the patients in this group received percutaneous coronary intervention, and the observation group was the patients who received diagnosis and treatment from December 2020 to May 2021. The patients in the group received thrombus aspiration in addition to percutaneous coronary intervention. After treatment, the improvement of cardiac function and ST segment recovery rate were compared between the two groups. Results: The peak CK-MB and the incidence of adverse cardiovascular events in the observation group were significantly lower than those in the control group, while their LVEDD, LVEF, TIMI blood flow grade 3 rates and ST decline rates were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). Conclusion: The combination of percutaneous coronary intervention and thrombus aspiration in the treatment of acute ST-segment elevation myocardial infarction can effectively improve the patient's cardiac function, improve the ST-segment recovery rate, and improve the quality of prognosis of patients. The therapeutic effect is obvious, superior to percutaneous coronary intervention alone.

【Key words】 percutaneous coronary intervention; thrombus aspiration; acute ST-segment elevation myocardial infarction; cardiac function improvement; ST-segment recovery rate

急性心肌梗塞是当前临床诊治过程中较为常见的心脑血管疾病, 而其中 ST 段抬高型病情发展较快, 且较为危重, 该类型疾病患者的死亡率与致残率也较高, 即便得到有效治疗, 患者预后质量也较差^[1]。急性 ST 段抬高型心肌梗塞会导致患者冠状动脉粥样硬化斑块破裂, 进而增强其血小板活性, 导致血栓形成速度加剧, 进而堵塞冠状动脉。因此在开展临床治疗时, 医生应当以疏通相关动脉为主, 恢复其心血管灌注功能。当前临床常采用冠状动脉介入术进行治疗, 但在治疗结束后患者受介入支架等因素影响, 使其血栓发生位移, 甚至产生破碎并随着血液流向远端, 遗留潜在风险^[2]。因此本次临床研究在使用经皮冠状动脉介入术进行治疗时, 额外使用血栓抽吸治疗, 以改善该情况, 具体报告内容如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 5 月~2021 年 5 月间于我院接受急诊治疗的急性 ST 段抬高型心肌梗塞患者选为研究对象, 根据其入院顺序将总计 64 例患者分入对照组与观察组, 对照组为 2020 年 5 月~11 月期间接受诊治工作的 32 例患者, 该组患者男女比例为 19: 13; 年龄均处于 48~80 岁区间内, 平均年龄参数为 (62.52±5.43) 岁; 其发病伊始至接受诊治所经历的时间为 4~25h, 平均时长为 (14.53±1.21) h。对照组为 2020 年 5 月~11 月期间接受诊治工作的患者, 该组患者男女比例为 17: 15; 年龄均处于 48~78 岁区间内, 平均年龄参数为 (61.78±5.21) 岁; 其发病伊始至接受诊治所经历的时间为 4~26h, 平均时长为 (14.87±1.43) h。在经过比较分

析后, 能够发现两组患者基础数据之间不存在明显差异 ($P>0.05$)。

纳入标准: ①符合急性 ST 段抬高型心肌梗塞诊断标准^[3]; ②在问询环节, 患者表明自身胸痛状况持续时间不超过 12h^[4]; ③在了解实际情况后, 同意参与本次实验, 并签署相关协议。

排除标准: ①接受过冠状动脉旁路移植术治疗; ②其生存期评估小于 6 个月者; ③源性休克患者; ④在此之前接受过溶栓治疗者。

1.2 方法

两组患者在接受诊断并确诊后, 均接受经皮冠状动脉介入术进行治疗, 具体内容如下: 首先接受吸氧、镇痛以及心电图检测等常规治疗; 随后在患者手术前接受 300mg 的阿司匹林以及 300mg 氯吡格雷口服, 并依据患者手术时间适量增加肝素用量; 在手术室, 取患者桡动脉作为入路, 对其实施左右冠状动脉造影, 若穿刺过程感受到明显困难, 则需将入路选为股动脉, 股动脉入路需使用 6F 造影导管与指引导管, 并使用 0.014 英寸指引导丝经皮腔内冠状动脉, 缓慢将其送至心肌梗死的部位前段, 进行冠状动脉再通。

观察组在此前提下接受血栓抽吸治疗, 血栓抽吸治疗需将抽吸导管的头部维持在患者冠状动脉口内, 在导管接近病变上游时, 进行抽吸治疗。在抽吸治疗过程中, 要保证相关器械维持在负压, 并缓慢向远端推送。手术过程中, 若抽吸导管内无气泡和血液, 且 TIMI 血流分级恢复至 3 级, 在经过相关造影检查后发现已无血栓, 则可停止血栓抽吸治疗, 在治疗结

束后，应当依据患者病变特点给予其置入支架。结束全部治疗后，还需每隔 12h 对患者进行经皮下注射低分子肝素，剂量为 5000U，持续注射时间为 5d。

在持续 6 个月的治疗中，还需每日给予其 100mg 的阿司匹林与 75mg 的氯吡格雷口服，服用口服他汀类药物时需调脂后服用。

1.3 观察指标

- (1) 对比两组患者治疗前后的心功能改善状况，测量数据为肌酸激酶同工酶（CK-MB）峰值、左心室舒张末内径（LVEDD）以及左心室射血分数（LVEF）水平。
- (2) 对比两组患者治疗结束后护理期间出现不良心血管事件的情况。
- (3) 通过对比两组患者 TIMI 血流分级 3 级以及 ST 段下降情况，以了解其 ST 段恢复率。

表 1 两组患者心功能改善状况对比（ $\bar{X} \pm s$ ）

组别	例数	CK-MB 峰值（U/L）		LVEDD（mm）		LVEF（%）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	241.83±22.43	195.43±16.78	42.44±4.04	47.33±4.12	43.49±4.18	50.44±4.96
观察组	32	242.67±22.54	130.34±10.25	42.33±4.02	53.14±4.52	43.52±4.17	55.12±5.14
t	-	0.149	18.725	0.109	5.373	0.028	3.706
P	-	0.881	0.000	0.913	0.000	0.977	0.000

标注：*代表与治疗前进行对比，其 P<0.05，说明两组数据存在明显差异。

2.2 两组患者不良心血管事件发生率对比

观察组患者在接受治疗后，观察组患者出现不良心血管事件的概率明显低于对照组（P<0.05），详细数据呈现于表 2。

表 2 两组患者不良心血管事件发生率对比[n（%）]

组别	例数	恶性心律失常	急性心力衰竭	心源性休克	总发生率
		常	竭		
对照组	32	3	2	3	8（25.00）
观察组	32	1	0	1	2（3.13）
X ²	-	-	-	-	4.266
P	-	-	-	-	0.038

2.3 两组患者血流分级率与 ST 恢复率对比

对比结果能够发现，观察组患者的 TIMI 血流分级 3 级率以及 ST 段下降率明显高于对照组，说明其 ST 恢复率更高（P<0.05），详细数据呈现于表 3。

表 3 两组患者血流分级与 ST 恢复率对比[n（%）]

组别	例数	TIMI 血流分级 3 级	ST 段下降
对照组	32	29（90.63）	29（90.63）
观察组	32	21（65.63）	20（62.50）
t	-	5.851	7.053
P	-	0.015	0.007

3. 讨论

急性 ST 段抬高型心肌梗死会导致患者病情危重，该疾病常以冠状动脉粥样硬化作为主要表现，该表现导致患者供血量不足甚至中断，进而导致其出现心肌急性且持久性缺血，最终引发心肌梗塞，对患者生命健康安全产生严重威胁^[5]。当前较为常见的临床治疗方法以血管疏通以及心肌再灌注为主，其中又以冠状动脉介入术为常用方式^[6]。但该治疗方式在治疗结束后，存在血栓移动或破裂导致病情加剧的潜在风险。因此，在进行临床治疗时应当加入血栓清除工作，即使用血栓抽吸装置进行治疗，以消除该潜在风险^[7]。

1.4 统计学分析

本次研究使用 SPSS 20.0 统计学软件对所有数据进行统计检验，其中采用 t 检验对计量资料进行计算，该组数据表现形式为（ $\bar{X} \pm s$ ）；采用卡方检验对技术资料进行计算，该组数据表现形式为[n（%）]，若 P 检验数据小于 0.05，则说明结果存在较为明显的差异性，数据对比具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者心功能改善状况对比

通过对比能够发现，治疗后相关参数均得到改善，且观察组患者的 CK-MB 峰值明显低于对照组，而 LVEDD 以及 LVEF 则高于对照组（P<0.05），说明结果具有差异性，详细数据呈现于表 1。

本次研究结果显示，接受经皮冠状动脉介入术联合血栓抽吸治疗的观察组患者，其心功能恢复程度明显高于对照组，依据在于 CK-MB 峰值低于对照组，而 LVEDD 以及 LVEF 则高于对照组，且其不良心血管事件发生率明显更低（P<0.05），由此可见，在治疗过程中使用血栓抽吸术进行治疗，能够有效避免血栓下移或破裂所造成的不良后果，同时充分改善其心功能状况。在接受联合治疗后，观察组患者的 TIMI 血流分级 3 级率以及 ST 段下降率明显高于对照组（P<0.05），说明其治疗后的 ST 段恢复率明显高于单独采用经皮冠状动脉介入术治疗。因此，采用血栓抽吸术进行辅助治疗，能够清除患者冠状动脉内血栓，促使介入治疗能够充分发挥效果，更好地清除病灶，有效提高心肌再灌注效率与质量。

综上所述，对患者实施经皮冠状动脉介入术联合血栓抽吸术治疗，可将患者体内的血栓和破裂的粥样硬化斑块清除，降低远端血管栓塞的发生率，进而提高疾病的治疗效果，术后心脏不良事件发生风险更低。

参考文献：

[1]张平. 经皮冠状动脉介入术联合血栓抽吸治疗急性 ST 段抬高型心肌梗塞的疗效观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2022, 39（01）: 2.

[2]何野. 经皮冠状动脉介入术联合血栓抽吸治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死的临床疗效及安全性评价[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14（01）: 3.

[3]郭金凤. 经皮冠状动脉介入术联合血栓抽吸术治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死患者的效果[J]. 中国民康医学, 2020, 32（07）: 3.

[4]孙杰飞, 张少峰, 赵志刚. 经皮冠状动脉介入治疗术联合血栓抽吸疗法治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死的效果研究[J]. 当代医药论丛, 2020, 18（02）: 3.

[5]丁琦, 王淑红, 冯晖子, et al. 急性 ST 段抬高型心肌梗死患者直接经皮冠脉介入治疗术中慢血流/无复流的危险因素分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2020, 12（03）: 6.

[6]刘雅婷, 谷新顺, 张芳, 等. 前壁急性 ST 段抬高型心肌梗死患者直接经皮冠状动脉介入术后主要不良心血管事件发生的影响因素[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2020, 34（05）: 4.

[7]潘建军、冯克丽、孟平平. PCI 联合冠状动脉内溶栓对老年急性 ST 段抬高型心肌梗死患者心功能指标与不良心血管事件发生情况的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5（35）: 4.

埃索美拉唑联合多潘立酮治疗反流性食管炎的疗效及临床症状评分影响分析

杨娟英

富平县医院消化内科 陕西渭南 711700

摘要：目的 探讨埃索美拉唑联合多潘立酮治疗反流性食管炎的疗效及临床症状评分影响。方法：根据治疗方式分为观察组（埃索美拉唑联合多潘立酮治疗）40例、对照组（多潘立酮治疗）38例，比较两组患者康复进程（包括症状消失时间、胃粘膜恢复时间及住院时间）。疗效、治疗前后症状评分、内镜下反流性食管炎分级情况。结果：观察组症状消失时间、胃粘膜恢复时间及住院天数均少于对照组；观察组总有效率97.5%（39人）明显高于对照组总有效率60.53%（P<0.05）。两组患者治疗后灼热感、胸痛、反酸等症状相对于治疗前均有显著改善（P<0.05），观察组评分均低于对照组，且差异具有统计学意义（P<0.05）。治疗1个月后，观察组A、B、C三级情况及对照组A、C、D三级情况相较于治疗前差异显著（P<0.05）；两组治疗后A、C级情况差异显著（P<0.05），B、D级情况差异不明显（P>0.05）。结论：埃索美拉唑联合多潘立酮治疗反流性食管炎，能够更好的抑制反流物酸度、减少对食管黏膜的刺激，提高食管炎的治疗效果、减轻反流性食管炎患者的临床症状，效果好、治愈快，值得临床推广。

关键词：埃索美拉唑；多潘立酮；反流性食管炎；疗效；症状评分

食管炎泛指食管粘膜层组织受刺激或损伤，从而使食管黏膜发生水肿和充血而引起的炎症^[1]。反流性食管炎则是由胃、十二指肠内容物反流入食管引起的食管炎症性病变，引发胸骨后反酸、灼热感等临床症状，内镜下表现为食管糜烂或食管溃疡等食管黏膜破损情况。近二十年来，该病全球发病率呈上升趋势，分析病因大致包含：抗反流屏障破坏、食管廓清功能障碍、食管黏膜抗反流屏障功能损害、胃十二指肠功能失常、裂孔疝、妊娠呕吐等^[2-3]。临床治疗多从内科治疗、促进食管和胃的排空、降低胃酸、联合用药、外科治疗、中医治疗等方面入手。多潘立酮一般指吗丁啉，属于多巴胺拮抗剂，此类药物能促进食管、胃的排空，增加食管下端括约肌的张力。埃索美拉唑是一种质子泵抑制剂，能阻断壁细胞的H⁺-K⁺-ATP酶从而起到降低胃酸的作用^[4-5]。研究表明^[6]，抑酸药物和促进食管、胃排空药物联合使用有协同作用，能促进食管炎的愈合，对治疗反流性食管炎效果更佳、更为持久。基于此，本研究回顾性分析我院78例反流性食管炎患者临床资料，探讨埃索美拉唑联合多潘立酮治疗反流性食管炎的疗效及临床症状评分影响，以期为此类疾病治疗提供临床依据，现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析2019年5月至2021年5月期间，我院收治的78例反流性食管炎患者临床资料，根据治疗方式分为观察组与对照组。纳入排除标准：①所有患者经胃镜检查已确诊；②均为首次食管治疗；③排除食管手术、胃部手术史；④排除合并心、肝、肾等其他脏器功能障碍；⑤排除妊娠期或哺乳期女性患者；⑥所有患者及家属均知情同意。其中，观察组男22例，女18例；年龄20~59（平均40.36±4.25）岁；病程6~18（平均12.24±1.33）个月。对照组男20例，女18例；年龄21~60（40.52±4.38）岁；病程4~20（平均12.25±1.41）个月。两组患者基线资料齐同（P>0.05），具有可比性。

1.2 方法

对照组患者给予多潘立酮片（西安杨森制药有限公司，国药准字H10910003，规格：10mg*30片），口服10mg/次，3次/d。

观察组多潘立酮具体用药及用量与对照组相同，在此基础上，同时给予埃索美拉唑（阿司利康制药有限公司，国药准字H20046379，规格：20mg*7片*4板/盒），口服20mg/次/d。

两组患者均持续给药8周。

1.3 观察指标

①康复进程（包括症状消失时间、胃粘膜恢复时间及住院时间）。
②疗效：显效：反流症状消失，胃镜复查无糜烂、发红、融合等情况；有效：反流情况明显好转，胃镜复查有轻微糜烂、条状或点状发红情况；无效：反流情况未改善或加重，胃

镜检查糜烂、发红情况未改善或加重。总有效率=（显效+有效）/总病例数*100%。

③治疗前后症状评分，包括灼热感、胸痛、反酸3方面，每项0~3分，分数与症状严重程度成正比。

④治疗前及治疗后1个月内内镜下反流性食管炎分级情况，依据洛杉矶分级^[9]标准共4级，A级：黏膜皱襞表面出现黏膜破损，但直径≤5mm；B级：黏膜皱襞表面出现黏膜破损且直径>5mm，但破损之间未融合；C级：黏膜皱襞表面出现黏膜破损，且破损之间相互融合，但没有环绕食管壁四周；D级：黏膜皱襞表面出现黏膜破损且破损之间相互融合，同时侵及到75%以上食管壁四周。

1.4 统计学方法所有数据均采用统计软件SPSS22.0进行处理，计数资料用（n，%）表示，行 χ^2 检验；计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行t检验；等级资料采用秩和检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组康复进程比较

观察组症状消失时间、胃粘膜恢复时间及住院天数均少于对照组，且差异具有统计学意义（P<0.05），见表1。

表1 两组康复进程比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	症状消失时间（天）	胃粘膜恢复时间（天）	住院时间（天）
观察组（n=40）	7.02±1.55	6.34±2.21	10.12±2.67
对照组（n=38）	9.46±2.48	13.52±2.44	14.58±3.36
t 值	5.239	13.634	6.507
P 值	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者疗效比较观察组总有效率97.5%（39人）明显高于对照组总有效率60.53%（23人），且差异具有显著性（P<0.05），见表2。

表2 两组患者疗效比较（%）

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组（n=40）	19（47.50）	20（50.00）	1（2.50）	39（97.50）
对照组（n=38）	10（26.32）	13（34.21）	15（39.47）	23（60.53）
Z/X ² 值		-7.386		16.338

P 值	0.000	0.000
2.3 两组患者治疗前后症状积分情况比较	两组患者治疗后灼热感、胸痛、反酸等症	状相
对于治疗前均有显著改善, 观察组评分均低于对照组, 且差异具有统计学意义 (P<0.05), 见表 3。		

表 3 两组治疗前后症状积分情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时点	灼热感	胸痛	反酸
观察组 (n=40)	治疗前	2.58±0.64	2.74±0.68	2.81±0.71
	治疗后	0.52±0.11	0.38±0.12	0.49±0.13
	t 值	20.063	21.616	20.328

表 4 两组治疗前及治疗后 1 个月内镜下反流性食管炎分级情况 (%)

组别	时点	A 级	B 级	C 级	D 级
观察组 (n=40)	治疗前	0 (0.00)	13 (32.50)	25 (62.50)	2 (5.00)
	治疗 1 个月	33 (82.50)	5 (12.50)	2 (5.00)	0 (0.00)
	X ² 值	56.170	4.588	29.574	2.051
	P 值	0.000	0.032	0.000	0.152
对照组 (n=38)	治疗前	0 (0.00)	14 (36.84)	20 (52.63)	4 (10.53)
	治疗 1 个月	19 (50.00)	8 (21.05)	11 (28.95)	0 (0.00)
	X ² 值	25.333	2.303	4.413	4.222
	P 值	0.000	0.129	0.036	0.040

3 讨论

反流性食管炎的高发人群为中老年人、肥胖、吸烟、饮酒及精神压力大人, 其严重程度与反流症状无相关性, 典型症状表现为胸骨后灼热感、胸痛和反酸, 疾病后期食管瘢痕形成狭窄, 烧灼感和烧灼痛逐渐减轻, 但出现永久性咽下困难, 进食固体食物时可引起堵塞感或疼痛, 严重者可出现食管黏膜糜烂从而导致出血^[10-11]。目前, 对于反流性食管炎的临床治疗多以降低反流液酸度、减少对食管黏膜的刺激, 进而达到最大限度减少胃食管反流的目的, 对于此种治疗原理, 大量文献建议, 在使用促肠胃动力药物的同时, 联合使用抑酸药物进行治疗, 能够有效降低胃食管反流物酸度的同时, 进一步促进胃肠道内容物排空, 对胃食管形成保护的同时增强了胃食管的清除功能, 实现更为理想的临床效果。

本研究中, 使用埃索美拉唑联合多潘立酮治疗的观察组, 相较于单纯使用多潘立酮治疗的对照组而言, 观察组症状消失时间、胃粘膜恢复时间及住院天数均明显少于对照组; 且经治疗, 观察组患者达显效人数 19 人 (47.5%)、有效 20 人 (50%) 无效 1 人 (2.5%); 对照组患者达显效人数 10 人 (26.32%)、有效 13 人 (34.21%) 无效 15 人 (39.47%); 观察组总有效率 97.5% (39 人) 明显高于对照组总有效率 60.53% (23 人), 且差异具有显著性。说明联合用药治疗的患者症状消失更快、恢复时间较短、且效果更佳, 分析由于抑酸药物与胃食管排空药物联合作用, 能促进食管炎的愈合, 提高治疗效果。另外, 组内比较显示, 两组患者治疗后灼热感、胸痛、反酸等症相对于治疗前均有显著改善。组间比较可知, 治疗前, 两组灼热感、胸痛、反酸症状评分差异不明显, 经治疗, 观察组患者灼热感、胸痛、反酸等评分均低于对照组; 根据治疗后 1 个月内镜下分级情况比较可知, 治疗后, 观察组 A-D 级人数分别为 33/5/2/0 人, 对照组 A-D 级人数分别为 19/8/11/0 人, 两组治疗后 A、C 级情况差异显著。分析可能是由于多潘立酮作为胃动力药, 能够帮助患者强化胃肠道功能, 促进胃排空, 且该药物可直接作用于患者胃肠壁, 结合目前临床公认的质子泵抑制剂作用于抑制机体反流液酸度, 效果强且时间持久, 能够长效维持胃内 PH 值, 减少胃食管反流物酸度对食管黏膜的刺激。

综上所述, 在多潘立酮用药基础上联合埃索美拉唑, 能够更好的抑制反流物酸度、减少

P 值	0.000	0.000	0.000
治疗前	2.47±0.69	2.76±0.70	2.84±0.65
治疗后	1.77±0.44	1.98±0.44	2.07±0.33
t 值	5.273	5.815	6.511
P 值	0.000	0.000	0.000

2.4 两组治疗前及治疗 1 个月内镜下反流性食管炎分级情况治疗 1 个月后, 观察组 A、B、C 三级情况及对照组 A、C、D 三级情况相较于治疗前差异显著 (P<0.05)。两组治疗后 A、C 级情况差异显著 (P<0.05), B、D 级情况差异不明显 (P>0.05), 见表 4。

对食管黏膜的刺激, 提高食管炎的治疗效果、减轻反流性食管炎患者的临床症状, 改善反流性食管炎分级情况, 从而实现效果好、治愈快的目的, 值得临床推广。

参考文献:

[1]孙丽伟,吴建良,金娟,等. 中西医结合治疗反流性食管炎疗效研究[J]. 中华中医药学刊,2018,36 (6): 1511-1514.

[2]余英,高峰,张杰. 反流性食管炎治疗效果与食管下段菌群构成变化的关系研究[J]. 首都医科大学学报,2020,41 (2): 243-248.

[3]崔亚,姜礼双,卜平. 反流性食管炎与非糜烂性胃食管反流病临床特征比较[J]. 中国医师杂志,2018,20 (8): 1151-1154,1158.

[4]王准,龚天斌. 奥美拉唑联合多潘立酮在胃溃疡患者中的临床效果分析[J]. 现代消化及介入诊疗,2019,24 (8): 921-923.

[5]李吉梅. 埃索美拉唑治疗反流性食管炎 75 例临床观察[J]. 陕西医学杂志,2017,46 (9): 1286-1288

[6]周祥荣. 埃索美拉唑联合多潘立酮治疗反流性食管炎的临床疗效[J]. 四川医学,2016,37 (3): 327-328,329.

[7]刘兆云,陈轩,郭伟伦,等. 多潘立酮联合埃索美拉唑治疗胃食管反流病的临床疗效[J]. 检验医学与临床,2016,13 (4): 516-517.

[8]胡志伟,汪忠镐,吴继敏,等. 反流性食管炎严重程度与高分辨率测压的食管动力学关系[J]. 中华医学杂志,2017,97 (42): 3306-3311.

[9]赵希,贾玉婷,陈棒,等. 无效食管动力在非糜烂性反流病中的作用及其与酸暴露的相关性[J]. 中华消化杂志,2020,40 (8): 518-523.

[10]叶必星,衡定,姜柳琴,等. 不同年龄段反流性食管炎症状谱、生活方式和心理特征比较[J]. 中华消化杂志,2017,37 (2): 73-78.

[11]王薇薇,戴琳峰. 老年反流性食管炎患者应用整体护理干预效果[J]. 实用临床医药杂志,2018,22 (8): 28-30.

口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的效果分析

雍玲 胡欣

宁夏中卫市中医医院 宁夏中卫市 755000；宁夏中卫市沙坡头区人民医院 宁夏中卫市 755000

摘要：目的：探讨口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床效果。方法：将2020年6月到2021年6月在本院进行治疗的牙周病致前牙移位的患者60例作为本次的观察对象，并将这60例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有30例牙周病致前牙移位的患者，对照组的30例牙周病致前牙移位的患者采用常规的口腔治疗方法进行治疗，而实验组的患者则是采用口腔正畸进行治疗，并将两组患者的治疗效果和各项指标进行对比和分析。结果：两组患者在进行不同的治疗方法治疗后，采取口腔正畸进行治疗的实验组患者治疗效果和各项指标均优于采用常规口腔治疗的对照组患者，且两组患者治疗效果以及各项指标对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：通过对牙周病致前牙移位的患者使用口腔正畸进行治疗，可以有效的改善患者的牙齿功能，同时也能有效控制患者牙齿松动和出血的情况，减轻牙周袋的深度，促进患者能够尽快的恢复口腔的健康，在临床上值得推广和使用。

关键词：口腔正畸治疗；牙周病致前牙移位

目前在临床上牙周病属于非常常见的一种口腔科的疾病，是牙龈和牙周组织出现严重的炎症而引起的牙周病。牙周病不仅会威胁到患者的口腔健康，同时也是威胁癌症和心血管疾病的因素。患者在患有牙周病以后会出现牙龈炎症和牙龈出血的情况，牙周病也是导致成年人牙齿丧失的最主要的因素。由于我国生活水平的不断提高，人们对于自身的美观也越来越重视，特别是口腔的美观，如果口腔的美观度降低会给患者带来很大的心理压力，同时也会影响患者的正常饮食，导致患者出现咀嚼困难的情况，不仅使患者口腔的美观度受到影响，同时也影响了患者的口腔卫生，降低了患者的生活质量。因此患者应该注重牙周病的治疗。牙周病会引发患者出现前牙移位和形成牙周袋以及袋壁发炎的情况，所以尽早给予有效的治疗，可以改善口腔疾病。目前临床上对于牙周病的治疗措施主要是口腔正畸治疗，可以有效的改善牙周病致前牙移位的情况，同时也可以减轻牙周袋的深度，缓解患者的不适感。为了能够更加明确口腔正畸治疗对牙周病致前牙移位的治疗效果，本文将对在本院进行治疗的牙周病致前牙移位的患者采取口腔正畸进行治疗，并将治疗的结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年6月到2021年6月在本院进行治疗的牙周病致前牙移位的患者60例作为本次的观察对象，并将这60例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有30例牙周病致前牙移位的患者，对照组的30例患者中有男性患者16例，女性患者14例，年龄在18-60岁之间，平均年龄在（39.34±2.23）岁，而实验组的30例牙周病致前牙移位的患者中有男性患者13例，女性患者17例，年龄在18-60岁之间，平均年龄在（40.12±2.13）岁。两组牙周病致前牙移位的患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组牙周病致前牙移位的患者临床资料对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

对照组的患者使用常规的口腔治疗方法进行治疗，主要是对患者进行龈上洁治和龈下刮治的方法治疗，而实验组的患者则是采用口腔正畸治疗方法进行治疗，首先需要对患者进行健康指导，并做好治疗前的准备工作，包括告知患者要注重口腔的清洁、定期进行刷牙和漱口，特别是在早上、晚上以及饭后要进行刷牙漱口。并给予患者常规的治疗，包括牙周和根面的修整，需要注意对细菌的防范工作，同时还应该将不良修复体和病变的部分进行清除，给予牙周病患者抗生素进行控制，当炎症出现消退并且恢复良好时，可以给予患者口腔正畸治疗。口腔正畸治疗的方案，首先应该采用方丝弓矫治的方案，将钛镍原丝作为主要的操作丝，并对患者的上前牙和下前牙进行压低处理，在此期间还应该使用多曲唇弓进行操作，并设置橡皮链与减压之间。在进行口腔正畸治疗操作的过程中，需要对正畸力进行合理的调整，并且密切的观察患者的反应，同时还应该观察患者仅剩的牙周支持组织的情况，确保治疗对患者来说具有安全性和有效性，避免由于正畸力过大或者正畸力小而影响治疗的效果和患者的安全。患者进行口腔正畸治疗的持续时间为6个月到12个月之间，患者还应该定期进行全景片的拍摄，一般情况下前三个月拍摄一次，来准确的评估患者牙槽骨重建的情况，同时也能够根据患者的恢复情况来适当的调整正畸力，并告知患者一定要注意牙周的清洁工作。

1.3 观察指标

将两组牙周病致前牙移位的患者接受不同的治疗方法治疗以后，将两组牙周病致前牙移位的患者治疗效果和各项指标进行对比和分析。患者的治疗效果包括显效、有效和无效。显效是指牙周病致前牙移位的患者在接受治疗后，患者对治疗的效果非常满意，同时口腔的外观非常良好，牙齿恢复了正常，咀嚼功能也恢复了正常，并且没有牙齿松动的情况。此外，牙周炎症状也都消失。有效是指牙周病致前牙移位的患者对治疗的效果比较满意，同时外观也有明显的改善，患者的牙齿有明显恢复的效果，同时咀嚼功能也有所改善，牙齿松动的情况和牙周炎的症状均好转。无效是指患者在接受治疗以后没有任何的变化，甚至还会出现加重的情况。

1.4 统计学分析

采用SPSS20.0软件对数据进行处理和分析，计数资料用（n%）来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差±来表示，用t进行检验，当 $p<0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 采用口腔正畸进行治疗的实验组牙周病致前牙移位的患者治疗效果优于采用常规治疗的对照组的患者，且两组患者的治疗效果对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表1

表1 两组患者治疗效果的对比情况

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	30	18(60.00%)	11(36.67%)	1(3.33%)	29(96.67%)
对照组	30	13(43.33%)	8(26.67%)	9(30.00%)	21(70.00%)
χ^2					5.67
P					<0.05

2.2 采用口腔正畸进行治疗的牙周病致前牙移位的患者各项指标均优于常规治疗的对照组，且两组患者的各项指标对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表2

表2 两组牙周病致前牙移位患者各项指标的对比情况

组别	例数	前牙覆盖距离(mm)	牙周袋深度(mm)	牙周出血指数(%)	前牙覆颌深度(mm)
实验组	30	2.6±1.0	3.4±0.9	25.3±5.4	2.2±0.9
对照组	30	6.3±1.3	5.0±1.2	94.3±5.5	5.3±1.1
t		3.52	3.23	12.55	3.41
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

牙周病是口腔科中非常常见的一种疾病，牙周病的发生主要是由于感染细菌而导致牙龈缩小所引起的，会对患者的牙周组织造成非常严重的伤害。有大部分的患者在患有牙周病以后还会出现前牙移位和牙齿松动的情况，如果没有对牙周病的患者进行及时的治理就会导致牙周组织受损太多，而没有办法更好的支撑牙齿，同时还会影响患者口腔的咀嚼功能，降低患者的生活质量，影响口腔的健康，并且严重的牙周病的患者还会出现牙齿脱落的情况。牙

周病致前牙移位是口腔当中非常常见的一种并发症，及时有效的治疗能够避免患者口腔出现感染的情况，目前牙周病致前牙移位的患者在临床上主要是采用常规的治疗方法进行治疗，而常规的治疗方法就是对患者进行龈上洁治和龈下刮治的方法治疗，从而控制牙周病变的情况，但是由于常规治疗方法对于牙周病致前牙移位的患者来说，治疗的不够彻底，患者在治疗以后会出现咬合创伤和牙齿畸形的情况，增加了患者牙周病复发的几率。而近几年来，我国经济水平和生活水平的不断提高，我国的医学技术也在不断的发，而口腔正畸技术在临床的应用当中也越来越广泛，可以为牙周病而引起的前牙移位提供新的治疗思路，调整患者的前牙咬合程度，从而改善患者牙齿覆盖的情况，促使患者的前牙咬合能够恢复到正常的状态，改善患者前牙移位的情况，同时也能够恢复患者口腔的咀嚼功能。口腔正畸治疗方法能够提高牙周病致前牙移位的治疗效果，这主要是因为患者口腔卫生不良就会导致患者的牙齿出现牙垢和牙结石等不良的修复体，而患者在补牙的过程中，由于相关的材料和食物的嵌顿等也会造成患者出现牙龈充血和肿胀的情况；再加上刷牙的时候，由于牙刷摩擦或者患者的牙齿咬到硬物等都会引起牙龈出血，这些情况都会影响患者的整体治疗效果。而口腔正畸治疗就会有有效的避免这些刺激性的因素导致牙龈出血，得到一定的控制，提高治疗的效果。

目前人们的生活方式和饮食方式的改变，导致牙周病在临床上的发病率不断的提高，在早期患有牙周病时，并没有明显的主观症状，很容易被患者忽视，而当患者发现后已经形成牙槽骨吸收、牙根暴露、前牙移位、牙齿松动和牙间隙增宽的表现。口腔正畸治疗不利于口腔的美观度，因为现在随着社会的不进步，人们对于自身的外貌也越来越看重，有一大部分人群会通过整牙的方式来改变面部的轮廓或者通过整形的方式来改变外貌。所以对于牙周病致前牙移位的患者来说，除了注重治疗的效果以外，还有更多的关注点在于口腔的美观度。而口腔正畸治疗能够在一定的程度上提高患者的治疗效果，恢复患者口腔的健康，同时也能够提高患者口腔的美观度和患者对治疗效果的满意度。

对于患有牙周病的患者来说，应该注意保持口腔的卫生，以免出现牙周病复发的情况。因为牙周病复发就会延长治疗的时间，同时也会增加患者的经济压力和心理压力，所以牙周病的患者一定要保持良好的饮食习惯和口腔卫生，而医护人员也应该告知患者正确的刷牙方式，并且在饭后可以使用牙线或者漱口口水来清理口腔。此外，还应该指导患者定期到医院进行复查来观察治疗后的恢复情况。

牙周病的一些比较常见的症状，对于没有牙周病的患者来说，当发现这些症状时，应该尽早进行就医治疗。当患者出现轻微的牙龈出血时，这属于早期牙龈炎的指征，主要表现在患者刷牙时，牙刷上有血迹或者在吃食物时食物上有血迹，说明患有牙龈炎；如果在照镜子时发现牙龈红肿，且一碰就有出血的情况，这种情况也说明患有牙龈炎，应该尽早治疗；如果发现牙齿有松动的情况，同时牙缝变大，牙龈暴露以及牙龈红肿、有脓，这时说明已经发展成牙周炎；此外，患有口臭的人也可能会有牙周炎。

青少年、糖尿病、高血压以及怀孕前的女性都需要定期到医院进行口腔的检查，来有效预防牙周病的发生。而牙周疾病的预防可以从5个方面进行：（1）.养成良好的口腔卫生习惯，每天应该认真的进行两次刷牙，特别要注意清除掉牙齿和边缘处的牙菌斑；可以使用牙线或者其他的清洁工具来清除掉牙齿里面的牙菌斑。（2）.一定要吃健康的食物，如新鲜的蔬菜、水果、豆制品、奶制品和肉类等；（3）.吸烟会加重牙周疾病的发生，所以应该尽早戒烟，维护口腔的健康。（4）.当患者出现轻微牙龈出血的时候，虽然是早期牙龈炎的指征，但是也不应该停止刷牙，可以采用软毛保健牙刷来刷牙，并在刷牙时使用温盐水漱口，并在刷完牙以后可以漱口含盐水几分钟，如果在一周以后牙龈还有出血的情况，就需要立刻到口腔医院进行治疗。（5）.定期进行口腔的检查，最好的检查时间为6个月1次；定期进行洗牙，每年最少洗1次牙，而患有牙周病的患者来说，每个季度或者半年就应该进行1次洗牙。

本文通过对牙周病致前牙移位的患者进行口腔正畸治疗，可以提高患者的临床治疗效果，同时也可以提高患者对治疗效果的满意度，恢复患者口腔的咀嚼功能以及口腔的美观度，提高患者的生活质量，促进患者的健康恢复，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

- [1]李晓晖,梁 莉.探究牙周病致前牙移位通过口腔正畸治疗后的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2021,17(59):3-4.
- [2]李旭明.浅析牙周病致前牙移位应用口腔正畸治疗的效果[J].中国继续医学教育,2021,9(19):118-119.
- [3]王 宁.探讨牙周病致前牙移位应用口腔正畸治疗的临床效果[J].中国卫生标准管理,2021,8(12):60-61.
- [4]郭 平.对牙周病所致前牙移位患者进行口腔正畸治疗的效果探析[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,38(12):1399-1401.
- [5]田晶,谢言.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床疗效分析[J].中国医学创新,2021,16(36):146-149.
- [6]李玲.口腔正畸治疗XX例牙周病致前牙移位的效果评价[J].全科口腔医学杂志(电子版),2021,6(35):161-162.
- [7]蒋锐,向强.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的效果分析[J].饮食保健,2021,6(49):23.
- [8]殷广广.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床效果分析[J].健康之友,2021,24(22):78.
- [9]杨春燕,芦珊.牙周病致前牙移位应用口腔正畸治疗的临床疗效评价[J].中国保健营养,2021,29(32):136.
- [10]杨红丽,杨雁.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的效果分析[J].社区医师,2021,32(11):70-71.
- [11]盛国宁.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位38例的临床效果观察[J].全科口腔医学电子杂志,2021,3(2):69-70.
- [12]孙昌金,涂程倡,梁晶.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床效果分析[J].全科口腔医学电子杂志,2021,4(8):14-15.
- [13]胡伟.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的效果分析及对血清细胞因子水平影响[J].中国临床医生杂志,2021,45(7):89-91.

血管内介入疗法对急性缺血性脑卒中患者的临床疗效分析

张霞

河北省青县人民医院神经内一科 河北沧州 062650

摘要：目的：探讨急性缺血性脑卒中患者应用血管内介入治疗的效果。方法：以我院收治的 86 例急性缺血性脑卒中患者纳入研究，时间段为 2021 年 1 月至 2022 年 1 月，按随机数字表法分为两组，每组 43 例。对照组采用静脉溶栓治疗，观察组则行血管内介入治疗，比较两组的治疗效果。结果：观察组总有效率为 95.35%，高于对照组的 74.42% ($P<0.05$)。两组的血液流变学指标溶栓 1 周后均显著降低，且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。两组的炎症因子水平溶栓 1 周后均显著降低，且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。结论：急性缺血性脑卒中患者应用血管内介入治疗，效果显著。

关键词：炎症因子；血管内介入疗法；血液流变学；急性缺血性脑卒中

Clinical effect of intravascular interventional therapy on patients with acute ischemic stroke

Zhang Xia

Department of Neurology, Qing County People's Hospital, Cangzhou, Hebei, 062650 China

[Abstract]Objective: To explore the effect of intravascular interventional therapy in patients with acute ischemic stroke. Methods: 86 patients with acute ischemic stroke admitted to our hospital from January 2021 to January 2022 were included in the study. They were divided into two groups according to the random number table, with 43 patients in each group. The patients in the control group and the observation group were treated with intravenous thrombolytic therapy and intravascular interventional therapy respectively, and the therapeutic effects of the two groups were compared. Results: The total effective rate of the observation group was 95.35%, higher than that of the control group (74.42%) ($P<0.05$). The hemorheological indexes of the two groups were significantly decreased after thrombolysis for 1 week, and those of the observation group were lower than those of the control group ($P<0.05$). The levels of inflammatory factors in the two groups were significantly decreased after thrombolysis for 1 week, and the levels in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). Conclusion: The intravascular interventional therapy is effective for acute ischemic stroke.

[Key words]Inflammatory factors; Intravascular interventional therapy; Hemorheology; Acute ischemic stroke

脑血管疾病中，临床患病率较高的疾病之一是脑卒中，该病的致残和致死率均较高^[1]。近些年来，脑卒中的患病群体呈现年轻化，且发病率日趋增加，此病已成为世界各国致死性和致残性疾病。脑卒中常见类型中，缺血性脑卒中是其中一种，它占脑卒中发病率的 75%至 80%^[2]。目前，如何增加此类病症患者的血管再通率和缩短再通时间是临床研究的热点和重点话题之一^[3]。有研究^[4]显示，给予急性缺血性脑卒中患者血管内介入治疗，安全性高，能提高血管再通率。基于此，本研究探讨了急性缺血性脑卒中患者应用血管内介入治疗的效果，如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院收治的 86 例急性缺血性脑卒中患者纳入研究，时间段为 2021 年 1 月至 2022 年 1 月。纳入标准^[5]：(1) 年龄 20~80 岁；(2) 经临床检查确诊；(3) 知情同意入组；(4) 发病时间在 12h 内。排除标准^[6]：(1) 造影剂过敏者；(2) 预期生存期短于 1 年者；(3) 合并重要脏器疾病者；(4) 近 30d 内手术者；(5) CT 显示存在大面积梗死者；(6) 外出出血性脑卒中者。按随机数字表法分为两组，每组 43 例。观察组患者男 23 例、女 20 例；其年龄 34 至 78 岁，平均 (59.18±5.31) 岁；发病时间 2 至 13h，平均 (6.05±1.32) 年。对照组患者男 24 例、女 19 例；其年龄 34 至 77 岁，平均 (59.13±5.28) 岁；病程 3 至 12h，平均 (6.07±1.35) 年。两组临床资料对比，无差异 ($P>0.05$)。本研究已获伦理委员会批准。

1.2 方法

对照组采用静脉溶栓治疗，阿替普酶 (Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, 注册证号 S20020034, 规格: 50mg/支) 0.9mg/kg, 将前 10% 的阿替普酶药液静脉滴注, 10min 完成给药; 剩余 90% 药液混入 100ml 的生理盐水中, 稀释后静脉滴注, 1h 完成给药。

观察组采用血管内介入治疗，局麻支持，对患者行血管造影术，主动脉弓造影，找准血

管堵塞位置，采用合适的造影导管，对患者行全脑动脉造影，根据造影结果的不同实行不同的手术操作：(1) 针对大动脉闭塞，可采用 6F 引导导管，让微导管、导丝从血栓处通过，掌握血管堵塞部位，放入支架，仔细观察 5min，若未出现异常情况，将支架收回，同时通过引导导管将碎血栓回抽；观察血管疏通是否满意，满意后可停止取栓，若不满意则重复取栓，取栓次数应不超过 3 次。(2) 造影结果中，若未发现大动脉闭塞或其他血管的造影效果差时，选择造影差侧或病变对侧动脉主干，给予 10 万 U 尿激酶 (天津生物化学制药有限公司，国药准字 H12020492, 规格: 10 万 U/支) 静脉滴注，以患者实际病情为依据，行尿激酶 2 万 U/min 补充治疗，持续治疗 15min，并对患者的生命体征进行观察。

1.3 观察指标

疗效^[7]：患者完成溶栓后，美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分减少至原本的 55% 及以下为显效；NIHSS 评分减少至原本的 56% 至 72% 为显效；NIHSS 评分减少至原本的 73% 及以上为无效。(2) 血液流变学：抽取患者清晨空腹肘静脉血 5ml，采用全自动血流变分析仪检测患者的红细胞比容和高、低切黏度及血浆比黏度水平。(3) 炎症因子：患者的肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素 6 (IL-6) 和 C-反应蛋白 (CRP) 采用酶联免疫吸附法检测。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析。其中，计数资料以率 (%) 表示，采用 χ^2 检验；计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验；以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较

观察组总有效率为 95.35%，高于对照组的 74.42% ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较[例 (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效	P 值	0.007
对照组(n=43)	18 (41.86)	14 (32.56)	11 (25.58)	32 (74.42)	2.2 两组血液流变学指标比较	
观察组(n=43)	28 (65.12)	13 (30.23)	2 (4.65)	41 (95.35)	两组的血液流变学指标溶栓 1 周后均显著降低,且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。	
χ^2 值	7.340				表 2 两组血液流变学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)	

指标	对照组 (n=43 例)		t 值	P 值	观察组 (n=43 例)		t 值	P 值
	溶栓前	溶栓 1 周后			溶栓前	溶栓 1 周后		
高切黏度 (mPa·s)	7.13±2.03	5.47±1.45	4.363	0.000	7.12±2.05	4.32±1.16*	7.795	0.000
低切黏度 (mPa·s)	11.03±3.13	8.46±2.38	4.286	0.000	11.04±3.12	7.08±2.11*	6.894	0.000
血浆比黏度 (mPa·s)	1.98±0.33	1.77±0.24	3.375	0.001	1.96±0.31	1.56±0.21*	7.005	0.000
红细胞比容 (mol/L)	50.86±8.47	46.51±7.13	2.576	0.012	50.83±8.39	41.77±7.02*	5.431	0.000

*与对照组溶栓 1 周后比较 $P<0.05$

两组的炎症因子水平溶栓 1 周后均显著降低,且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

2.3 两组炎症因子水平比较

表 3 两组炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	对照组 (n=43 例)		t 值	P 值	观察组 (n=43 例)		t 值	P 值
	溶栓前	溶栓 1 周后			溶栓前	溶栓 1 周后		
CRP (mg/L)	18.26±5.66	12.42±3.53	5.741	0.000	18.21±5.57	9.03±3.11*	9.436	0.000
IL-6 (ng/L)	34.22±7.46	27.48±6.01	4.614	0.000	34.26±7.43	23.27±6.05*	7.521	0.000
TNF- α (ng/L)	28.42±6.83	24.21±5.63	3.119	0.002	28.37±6.81	20.71±5.07*	5.916	0.000

*与对照组溶栓 1 周后比较 $P<0.05$

3 讨论

急性缺血性脑卒中的治疗和康复过程较为漫长,这个较长的过程中,很容易因各种因素导致患者出现相关并发症,且可能会导致患者出现残疾,此病的致残率较高^[8]。目前,对于早期急性缺血性脑卒中的治疗,溶栓治疗是不可缺少的内容,共包括两种:血管内介入治疗和静脉溶栓治疗,后者是急性缺血性脑卒中治疗过程中经常会使用的一种方法,它在血流再通和开通闭塞血管方面,效果理想,并且此种治疗方法还能恢复患者的神经功能。但大量研究^[9-10]显示,静脉溶栓治疗存在一定的缺陷,如再通率较低、时间窗相对窄等,治疗效果不太理想。血管内介入治疗也包括两种,分别为血管内支架机械取栓和动脉内溶栓。与静脉溶栓进行比较,血管内介入治疗优势明显,主要体现在能减少溶栓药物量,还能缩短溶栓时间,扩大溶栓药物接触面积等方面效果明显^[11]。

本研究显示,观察组疗效高于对照组 ($P<0.05$),说明静脉溶栓的治疗效果相比于血管内介入治疗,有些不及。此外,本研究还显示,观察组血液流变学指标水平低于对照组 ($P<0.05$)。对此分析可能是血管内介入治疗过程中,溶栓药物接触面积扩大了,药物在病灶处的作用更强更好,且溶栓时间缩短、药物用量减少,对改善血液流变学指标有利,使其恢复到正常水平^[12]。有研究^[13]显示,炎症反应对脑组织的损伤在急性缺血性脑卒中疾病的发生和发展过程中一直存在,炎症因子水平升高会导致缺血脑组织神经功能的损伤加重。本研究显示,观察组炎症因子水平低于对照组 ($P<0.05$),说明血管内介入治疗可有效抑制炎症反应。原因可能是采用血管内介入治疗时,提高了病变动脉内的局部药物浓度,因此药物对细胞炎症因子作用明显更强。

综上所述,将血管内介入应用于急性缺血性脑卒中治疗中,可显著改善血液流变学,对炎症因子表达具有明显的抑制作用,能有效提高治疗效果,临床应用及推广价值较高。

参考文献:

[1]覃惠洵,高文,张皆德,等.血管内取栓治疗超时间窗缺血性卒中患者的临床疗效分析[J].中国脑血管病杂志,2019,16(10):533-538.

[2]李博,杨利孙,杨瑞林,等.血管内介入疗法对急性缺血性脑卒中患者的临床疗效及对血液流变学和炎症因子的影响[J].贵州医药,2021,45(2):210-211.

[3]宋贺,张金峰,唐蕊,等.血管内介入疗法治疗急性缺血性脑卒中的疗效及其对纤维蛋白原,同型半胱氨酸水平和预后的影响[J].河北医科大学学报,2020,41(3):298-301.

[4]朱明慧,张文彬,金肇权,等.伴意识障碍的缺血性脑卒中急诊血管不同再通方案的疗效比较[J].临床神经病学杂志,2020,33(2):81-84.

[5]朱沈辉,郇俊.介入治疗血管内溶栓联合机械取栓在急性缺血性脑卒中的疗效及对免疫细胞水平的影响研究[J].中国急救医学,2019,39(7):662-666.

[6]林玉全,王升武,辜忠灵,等.急性缺血性脑卒中患者阿替普酶溶栓不同时间窗对血管再通率的影响[J].神经损伤与功能重建,2020,15(7):402-404.

[7]黄欣,黄婷,李娜,等.血管内支架介入成形术对老年缺血性脑卒中患者的神经功能及预后的影响[J].空军医学杂志,2019,35(6):499-502.

[8]殷涛,韩靖,赵腾跃.介入治疗血管内溶栓联合机械取栓对急性缺血性脑卒中患者脑血管血流状态及预后的影响[J].中国医刊,2020,55(7):757-761.

[9]邓一鸣,张净瑜,高峰,等.高龄老年急性缺血性脑卒中患者桥接治疗与直接介入治疗的对比分析[J].中华老年医学杂志,2020,39(10):1137-1141.

[10]智孔亮,卢丽敏,田磊,等.机械取栓辅助动脉内溶栓对急性缺血性脑卒中患者的疗效和颅内血流动力学,神经损伤标志物的影响[J].微循环杂志,2019,29(4):26-30.

[11]梁永,唐红宇,王爱民,等.桥接治疗急性缺血性脑卒中患者的血管再通率及远期神经功能恢复分析[J].湖南中医药大学学报,2019,39(1):94-98.

[12]孙兵,丁鸭锁,常浩.Solitaire 支架取栓术治疗急性缺血性脑卒中的疗效[J].中国临床神经外科杂志,2019,24(12):764-765.

[13]宋贺,刘存华,李健,等.血管内介入疗法治疗急性缺血性脑卒中患者的疗效及对血液流变学和炎症因子的影响[J].河北医药,2019,41(23):3609-3612.

布地奈德联合阿奇霉素序贯治疗迁延性肺炎支原体肺炎的疗效及对患儿免疫功能的影响

张新红

山东省新泰市第三人民医院儿科 山东新泰 271212

摘要：目的：研究探讨布地奈德联合阿奇霉素序贯治疗迁延性支原体肺炎的疗效及对患儿免疫功能的影响。方法：收集2020年2月~2022年2月我院收治的138例迁延性支原体肺炎患儿开展调查研究，分为观察组、对照组，各69例。均进行常规治疗，在此基础上对照组以阿奇霉素，观察组在对照组患儿治疗的基础上增加布地奈德序贯治疗。治疗结束后评估对比两组患儿临床疗效、症状消失时间、炎症因子水平、免疫功能指标、不良反应发生率。结果：观察组总有效率为89.86%（62/69），高于对照组为76.81%（53/69）（ $P<0.05$ ）。观察组体温降至正常、喘息消失、咳嗽消失、肺部湿罗音消失时间低于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后观察组CRP、PCT、IL-1 β 水平均低于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后观察组CD3 $^{+}$ 、CD4 $^{+}$ 细胞阳性率、CD4 $^{+}$ /CD8 $^{+}$ 比值均高于对照组，而CD8 $^{+}$ 细胞阳性率则低于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗期间两组患儿的不良反应发生率分别为14.49%（10/69），对照组为8.70%（6/69）（ $P>0.05$ ）。结论：阿奇霉素联合激素序贯治疗迁延性支原体肺炎的临床疗效较好，能迅速缓解患者的各项症状，降低患儿的炎症因子水平，改善机体免疫功能。

关键词：支原体肺炎；迁延性；糖皮质激素；阿奇霉素；临床疗效；T淋巴细胞

肺炎支原体肺炎是由肺炎支原体感染引起的肺部实质性的肺炎及毛细支气管炎，是儿童社区获得性肺炎中最常见的一种^[1-2]。肺炎支原体肺炎早期并无特征性的症状，易忽视漏诊，但患儿的病情会迅速的进展，患者呼吸系统症状加重进而可导致患者出现肺不张、肺气胸、纵膈积气、胸腔积液、坏死性肺炎、呼吸窘迫等重度症状，对患儿的生命健康、生活质量及正常发育状态均有着严重的威胁^[3-4]。且大部分小儿患者由于免疫功能的低下，在常规治疗后仍然出现病情的迁延不愈，在临床上称之为迁延性肺炎支原体肺炎。患者的住院时间进一步延长，病情加重和反复，并易造成患儿的二重感染，是导致患儿致死的主要诱因^[5]。因此，对于迁延性肺炎支原体肺炎的治疗，常规的治疗手段已难以满足临床需要。近些年的临床应用发现，糖皮质激素、白三烯受体阻断剂等药物通过抗炎治疗，可以缓解患儿肺炎支原体感染引起的呼吸道慢性炎症而导致的气道高反应，对于难治性支原体肺炎患儿的治疗也有相应的报道。为此，在本研究中以迁延性支原体肺炎患儿为研究对象，对其实施阿奇霉素序贯联合布地奈德进行治疗，现将主要研究内容汇报如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

纳入标准：① 患儿经X射线检查、血清抗体检测、支原体培养等检测结果为阳性，进一步确诊为肺炎支原体肺炎；② 病程持续超过2周，经常规治疗无改善的患者；③ 年龄3~12岁；④ 患儿对阿奇霉素、吸入用布地奈德无严重过敏反应，均能耐受；⑤ 患儿家属签署知情同意书，研究方案经医院伦理学委员会批准。排除标准：① 患儿合并其他肺部疾病或呼吸系统疾病；② 患儿有全身其他组织的感染炎症；③ 严重的心肝肾功能不全患儿；④ 并发先天性组织功能障碍患者。脱落剔除标准：① 基础资料、临床检测数据不全或缺失的患儿；② 未严格按本研究治疗方案使用药物的患者；③ 中途自愿退出本研究的患儿。病例选择与分组方案：选取2020年2月~2022年2月期间我院收治的迁延性支原体肺炎患儿138例为研究对象，按盲法随机抽样分为观察组、对照组，各69例。组间基础资料无差异（ $P>0.05$ ），见表1。

表1 两组患者一般资料对比

组别	例数	性别		年龄(岁)	病程(d)	肺叶病变位置		
		男	女			左侧肺	右侧肺	双肺
观察组	69	41	28	6.79±2.87	21.33±5.98	30	23	16
对照组	69	36	33	6.10±2.93	20.60±5.49	27	20	22
t/ χ^2 值	-	0.735		1.397	0.747	1.315		

P值	-	0.391	0.165	0.456	0.518
----	---	-------	-------	-------	-------

1.2 治疗方法

两组患儿均给予退热、止咳、祛痰、平喘、氧疗等基础治疗手段。对照组给予单纯的阿奇霉素治疗，患儿给予注射用阿奇霉素5-10mg/mg.d，加入到5%GS中静脉滴注给药，每日1次，连续治疗1周。待患儿病情稳定后改用阿奇霉素干混悬剂5-10mg/mg.d，溶于适量水中搅拌均匀后口服，每日1次连续服用1周。观察组则给予阿奇霉素联合糖皮质激素序贯治疗，阿奇霉素序贯治疗方法同对照组。同时患儿给予吸入用布地奈德混悬液（规格1mg/支），轻度患儿每次吸入0.5mg，中度患儿每次吸入1mg，每日给药2次，于早晚各1次。两组治疗周期均为1周。

1.3 评价指标

两组患儿的临床疗效进行观察评估，计算对比两组患儿的总有效率。对两组患者的症状改善时间进行统计比较，包括体温降至正常、喘息消失、咳嗽消失、肺部湿罗音消失时间。于患儿治疗开始前、治疗结束后采集空腹静脉血约3ml，经离心分离得到血清样本，采用酶联免疫吸附试验法检测患者的血清学指标包括C反应蛋白（CRP）、血清降钙素原（PCT）、白介素-1 β （IL-1 β ）水平，检测步骤完全按仪器和试剂盒说明书要求进行。对两组患儿的治疗期间不良反应发生率进行统计对比。

1.4 疗效判断标准

临床疗效判断标准参照《诸福棠实用儿科学》（第八版）制定^[6]：① 治愈：患儿治疗后发热、咳嗽、咳痰、气喘等症状完全消失，X射线检查显示病灶完全消失；② 显效：患儿各项症显著改善，X胸片检查显示病灶大部分消失；③ 有效：症状均有一定程度缓解，X胸片检查显示部分病灶消失；④ 无效：症状无改善。总有效率=（治愈+显效+有效）患儿数/每组患儿数*100%。

1.5 数据分析

Statistics 22.0 处理实验数据，计量、计数资料分别以（ $\bar{x}\pm s$ ）、[n（%）]表示，实施t检验、 χ^2 检验，检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 临床疗效对比

观察组总有效率为89.86%（62/69），高于对照组76.81%（53/69）（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 临床疗效对比[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	69	37（53.62）	25（36.23）	7（10.14）	62（89.86）
对照组	69	33（47.83）	20（28.99）	13（18.84）	53（76.81）
χ^2 值					4.226

<i>P</i> 值	0.040
2.2 症状消退时间对比	
观察组体温降至正常、喘息消失、咳嗽消失、肺部湿罗音消失时间均低于对照组 ($P<0.05$)，见表 3。	

表 3 症状消退时间对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	体温降至正常	喘息消失	咳嗽消失	肺部湿罗音消失
----	----	--------	------	------	---------

表 4 炎症因子水平对比 ($\bar{x}\pm s$)

组 别	例数	CRP (ng/L)		PCT (μg/L)		IL-1β (pg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	69	18.42±3.39	9.12±2.60 [*]	5.12±1.44	1.09±0.45 [*]	89.16±11.39	34.45±6.54 [*]
对照组	69	19.05±3.41	11.42±2.80 [*]	5.01±1.38	1.47±0.56 [*]	87.90±12.34	38.02±6.83 [*]
<i>t</i> 值	-	1.208	5.550	0.508	4.877	0.692	3.481
<i>P</i> 值	-	0.229	0.000	0.612	0.000	0.490	0.001

注：与同组患者治疗前对比，* $P<0.05$ 。

观察组 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺高于对照组，CD8⁺低于对照组 ($P<0.05$)。

2.4 T 淋巴细胞水平对比

表 4 治疗前后 T 淋巴细胞水平对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	CD3 ⁺ (%)		CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
观察组	69	47.72±5.12	55.22±4.98 [*]	45.09±5.34	54.71±5.67 [*]	33.67±4.11	26.12±3.14 [*]	1.36±0.29	1.93±0.27 [*]
对照组	69	48.23±5.09	51.76±5.13 [*]	45.87±6.23	51.28±5.02 [*]	33.17±4.07	28.75±3.65 [*]	1.39±0.32	1.68±0.23 [*]
<i>t</i> 值	-	1.162	4.020	0.790	3.762	0.718	4.537	0.577	5.855
<i>P</i> 值	-	0.247	0.000	0.431	0.000	0.474	0.000	0.565	0.000

注：与同组患者治疗前对比，* $P<0.05$ 。

值得临床推荐。

2.4 不良反应发生率对比

不良反应发生率分别为 14.49% (10/69)，对照组为 8.70% (6/69) ($P>0.05$)，见表 6。

表 6 不良反应发生率对比[n (%)]

组别	例数	恶心呕吐	皮疹	腹泻	心律失常	总发生率
观察组	69	3 (4.35)	2 (2.90)	3 (4.35)	2 (2.90)	10(14.49)
对照组	69	2 (2.90)	2 (2.90)	1 (1.45)	1 (1.45)	6 (8.70)
χ^2 值						1.131
<i>P</i> 值						0.288

3 讨论

在本研究中，观察组患儿在阿奇霉素序贯治疗基础上增加糖皮质激素进行补充治疗，相比于对照组常规治疗，患儿的体温降至正常、喘息消失、咳嗽消失、肺部湿罗音消失时间等明显缩短，临床疗效得到显著的提高，表明在布地奈德吸入治疗能够进一步提高迁延性支原体肺炎的治疗效果。临床研究表明，对于迁延性支原体肺炎患儿其经久不愈和难治性主要是由于体内介导的炎症反应使得炎症细胞在气道处聚集，引起平滑肌收缩、粘液性物质的分泌，加速气道的重构，引起呼吸道的高反应性。在本研究中，观察组患儿的 CRP、PCT、IL-1β 等炎症指标值均低于对照组，表明联合糖皮质激素的应用对于炎症反应的干预效果更好，抗炎效果更为显著。小儿患者支原体肺炎出现迁延难追的现象，主要是小儿患者的免疫功能水平不足，T 淋巴细胞亚群处于较低水平，因此，在治疗过程中能够提升患儿的 T 淋巴细胞水平对于改善患儿的治疗效果有重要作用。在本研究中观察组治疗后的 T 淋巴细胞亚群水平均优于对照组，表明糖皮质激素的联用，改善机体的炎症反应水平，同时能够提高机体的免疫能力。在用药安全性方面，观察组增加糖皮质激素吸入治疗，患儿不良反应未有显著增加，提示安全性良好。

综上所述，阿奇霉素联合激素序贯治疗迁延性肺炎支原体肺炎的临床疗效较好，能迅速缓解患者的各项症状，降低患儿的炎症因子水平，改善患儿的免疫功能，且治疗安全性好，

观察组	69	2.51±1.02	3.23±1.42	4.01±1.83	4.23±1.87
对照组	69	2.98±1.12	3.98±1.19	5.23±1.96	5.51±1.98
<i>t</i> 值	-	2.577	3.363	4.621	3.904
<i>P</i> 值	-	0.011	0.001	0.000	0.000

2.3 炎症因子水平对比

观察组的 CRP、PCT、IL-1β 水平低于对照组 ($P<0.05$)，见表 4。

参考文献：

[1]邵新环, 张彩艳, 吕俊, 等. 小儿肺炎支原体肺炎的临床特点(附 226 例分析)[J]. 山东医药, 2017, 57 (31): 73-75. DOI: 10.3969/j.issn.1002-266X.2017.31.022

Shao XH, Zhang CY, LV J, et al. Clinical characteristics of Mycoplasma pneumoniae pneumonia in children (analysis of 226 cases) [J]. Shandong medicine, 2017, 57 (31): 73-75. Doi: 10.3969/j.issn.1002-266X.2017.31.022

[2]Yang M, Meng F, Wang K, et al. Interleukin 17A as a good predictor of the severity of Mycoplasma pneumoniae pneumonia in children[J]. Scientific Reports, 2017, 7 (1): 934-939. DOI: 10.1038/s41598-017-13292-5

[3]韩丽娜. 儿童重症/难治性肺炎支原体肺炎的治疗进展[J]. 国际儿科学杂志, 2018, 45 (2): 100-103. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4408.2018.02.008

Han LN. Treatment progress of Mycoplasma pneumoniae pneumonia in children [J]. International Journal of Pediatrics, 2018, 45 (2): 100-103. Doi : 10.3760/cma.j.issn.1673-4408.2018.02.008

[4]Jong Hyun Kim, Jee Yong Kim, Chang Hoon Yoo, et al. Macrolide Resistance and Its Impacts on M. Pneumoniae Pneumonia in Children: Comparison of Two Recent Epidemics in Korea[J]. Allergy Asthma & Immunology Research, 2017, 9 (4): 340-345. DOI : 10.4168/air.2017.9.4.340

[5]叶菁. 儿童肺炎支原体肺炎严重程度评估进展[J]. 国际儿科学杂志, 2019, 46 (5): 364-366. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4408.2019.05.014

Ye J. Progress in the assessment of the severity of Mycoplasma pneumoniae pneumonia in children [J]. International Journal of Pediatrics, 2019, 46 (5): 364-366. Doi : 10.3760/cma.j.issn.1673-4408.2019.05.014

短波治疗联合康复新含漱液在鼻咽癌放疗引起放射性口腔 粘膜炎中的应用及效果分析

张艳芳

柳州市工人医院 肿瘤科 广西柳州 545005

摘要:目的:短波治疗联合康复新含漱液在鼻咽癌放疗引起放射性口腔粘膜炎中的应用及效果。方法:选取我院鼻咽癌放疗引起放射性口腔粘膜炎患者 150 例(2011 年 10 月-2022 年 4 月),随机分为康复新含漱液治疗的对照组(75 例)与联合短波治疗的观察组(75 例),观察疼痛情况、体重变化、治疗效果、生活质量、不良反应发生率、舒适度。结果:与对照组相比,观察组 VAS 评分低,体重量,治疗有效率高,生活质量评分高,舒适度评分高, $P<0.05$;两组不良反应发生率对比, $P>0.05$ 。结论:在鼻咽癌放疗引起放射性口腔粘膜炎治疗中应用短波治疗联合康

关键词:短波治疗;康复新含漱液;鼻咽癌;放疗;放射性口腔粘膜炎;效果

引言

鼻咽癌是一种常见的恶性肿瘤,主要发生于鼻咽部上皮组织。头颈部解剖结构存在复杂性,对于患者而言,在进行肿瘤切除手术时,会进一步加大相关操作的难度,并且不能较好的保全患者相关功能,而且认为头颈部对放疗较为敏感,因此在疾病治疗中可将放射治疗作为常用治疗方式^[1]。放疗是一种常用治疗方式,在病情控制方面能发挥一定的效果,但是放射靶区范围内存在口腔黏膜,随着治疗时间的延长,就容易导致放射性口腔黏膜反应,同时,治疗期间会损伤局部毛细血管,引起充血水肿、循环障碍,同时在患者上皮细胞脱落的情况下,容易导致黏膜溃疡等的发生,出现放射性口腔粘膜炎^[2]。鼻咽癌放疗患者免疫力较低,而且在其出现放射性口腔粘膜炎的情况下,会进一步加大疼痛感,进而对其进食造成影响,无法获得足够的营养物质,容易导致严重感染的发生^[3]。可见,鼻咽癌放疗患者存在较高的放射性口腔粘膜炎发生风险,具有潜在危险性,同时这种并发症也并没有有效的防治方式,一旦发生放射性口腔粘膜炎,会使患者出现吞咽痛、咽痛等症状,在以上因素影响下甚至会被迫中断治疗,进而对放疗疗效造成影响^[4]。以此,必须通过有效的方式积极治疗放射性口腔粘膜炎。在临床治疗中,康复新溶液漱口为常用治疗方式,认为应用期间能够对口腔内细菌的生长等起到抑制作用,而且对多种致病菌也能发挥较好的杀灭效果,能够促进创面修复,但在具体应用中发现,其单一应用效果欠佳,认为还需要联合其他方式治疗,如短波治疗^[5]。本研究选取我院鼻咽癌放疗引起放射性口腔粘膜炎患者 150 例,观察短波治疗联合康复新含漱液应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院鼻咽癌放疗引起放射性口腔粘膜炎患者 150 例(2011 年 10 月-2022 年 4 月),随机分为 2 组。对照组 75 例,男 43 例,女 32 例,年龄 27 至 67(47.39±3.82)岁,病程 0.3 至 2(1.46±0.53)年,观察组 75 例,男 44 例,女 31 例,年龄 26 至 68(48.75±3.39)岁,病程 0.3 至 2(1.51±0.48)年。一般资料对比, $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组:口服康复新液(湖南科伦制药有限公司 国药准字 Z43020995),1 天 3 次,1 次 10ml。患者用药前需要使用生理盐水漱口,康复新液需要含服 2 至 3min,在此期间应保证药液与口腔损伤黏膜充分的接触。

观察组:在以上基础上进行短波治疗,患者治疗前需要进行清水漱口,然后开展短波紫外线治疗,仪器为北京君乐宝医疗设备有限公司生产的紫外线治疗仪(ZYY-9 型)。治疗开始时需要使仪器接通电源,调节至腔内照射,然后准确的连接弯石英光导,需要预热一定的时间,常规设置时间为 15s。之后需要将光导贴近创面进行照射,在此期间操作人员需要做好防护措施,应该佩戴紫外线防护镜,同时告诉患者应该紧闭双眼。照射剂量一个生物剂量是 3s,根据患者口腔溃疡的程度选择首次生物剂量,Ⅱ度为 6 至 7s,Ⅲ度为 8 至 10s,在以上基础上每天可增加 1s。治疗期间需要在开始前以及结束后对红斑反应情况进行密切的观察,其严重程度在很大程度上与反射率的高低、照射剂量等有着密切联系,同时照射部位也会对其造成影响,患者存在微红斑的情况可继续治疗,一旦出现红斑过强的状况,应该立刻停止。1 天照射 1 次

1.3 观察指标

疼痛情况:视觉模拟评分量表(VAS);体重;治疗效果:显效(溃疡愈合,局部黏膜色泽红润)、有效(溃疡面积明显缩小)、无效(未改善或加重);生活质量:简明健康量表(SF-36);不良反应发生率;舒适度:简化舒适状况量表。

1.4 统计学方法

SPSS20.0,()为计量资料, t 检验, $n\%$ 为计数资料, 检验,差异有统计学意义为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 疼痛情况对比

观察组低于对照组, $P<0.05$,见表 1。

表 1 疼痛情况对比(分)

组别	放疗 7 天	放疗 14 天	放疗 21 天	放疗 28 天	放疗 35 天	放疗 42 天
对照组 (n=75)	0.23±0.05	1.28±0.46	3.27±0.44	4.58±0.75	5.92±0.63	6.84±0.58
观察组 (n=75)	0.10±0.04	1.61±0.39	2.16±0.65	3.42±0.38	4.51±0.32	5.10±0.27
t	17.5825	4.7388	12.2469	11.9483	17.3810	23.5536
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 体重变化对比

放疗后,观察组高于对照组, $P<0.05$,见表 2。

表 2 体重变化对比(kg)

组别	放疗前	放疗后
对照组 (n=75)	59.38±4.93	52.92±4.38
观察组 (n=75)	59.69±4.63	57.47±4.65
t	0.3969	6.2349
P	0.6920	0.0000

2.3 治疗效果对比

观察组高于对照组, $P<0.05$,见表 3。

表 3 治疗效果对比(n%)

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组 (n=75)	21 (28.00)	41 (54.67)	13 (17.33)	62 (82.67)
观察组 (n=75)	28 (37.33)	43 (57.33)	4 (5.33)	71 (94.67)
	-	-	-	5.3737
P	-	-	-	0.0204

2.4 生活质量对比

观察组高于对照组, $P<0.05$,见表 4。

布地奈德与盐酸氨溴索联合治疗小儿支原体肺炎对患儿肺功能的影响分析

周桂芳

临沂市妇幼保健院 276000

在天气变化较为急躁时, 呼吸系统相关疾病肺炎支原体肺炎 (Mycoplasma pneumoniae pneumonia, MPP) 在儿科中即呈现出高发的态势。该病在一年四季均易感, 但是在气温急剧变化时, 感染率大幅上升。据权威数据显示, MPP 在小儿肺炎中占比可达 15.0%-20.0% 之间。感染该病后, 对肺部造成损伤为一方面, 另一方面则可能导致患儿发生多脏器功能损伤^[1]。严重时将继续发相关疾病, 例如支气管哮喘等, 进而出现多脏器损伤, 对患儿的机体健康造成严重威胁。临床上关于 MPP 的致病机制仍需进一步阐明, 但目前已知的影响因素可能与免疫损伤、直接侵入及呼吸道上皮粘附有关。其中免疫学机制变化是被关注最多的一种学说。针对 MPP 的治疗以抗感染治疗为主要思路, 但是患儿长期应用后会出现药效降低的问题。盐酸氨溴索及布地奈德为 MPP 治疗中的常用药物, 单用及联用均可。其中盐酸氨溴索能够减少肺部黏稠分泌物残留, 可改善呼吸气流体流动稳定性; 布地奈德能够强化支气管的舒缩功能。本次研究为探讨盐酸氨溴索与布地奈德联合应用对 MPP 治疗的临床效果, 特设计了本次回顾性分析试验, 所取得的结果较为可观, 具体见下:

1 对象与方法

1.1 对象资料

抽取 2020.05-2022.05 于本院就诊的小儿支原体肺炎患儿共计 60 例, 布地奈德+盐酸氨溴索, 其中男 36 例, 女 24 例; 年龄 4-10 岁, 均值 (6.40±1.54) 岁; 病程 2-13d, 均值 (6.37±2.68) d; 纳入条件: 满足《儿科学》中有关肺炎支原体感染的临床确诊指征; 受试者均经痰液菌种培养结果呈现为阴性; 剔除入组前近 3 个月内曾有抗菌药物及免疫抑制剂史的患儿; 伴发其他呼吸系统疾病的患儿; 未能全程参与本研究的患儿。

1.2 方法

常规治疗措施均一致, 涉及止咳、抗炎、吸氧及退热干预等。在此基础上, 给予患儿应用盐酸氨溴索, 每天给药 2 次, 单次给药 7.5mg; 持续应用 7d; 分析组患儿在上述治疗方式基础上, 联合应用布地奈德混悬液, 采取雾化吸入的给药方式, 每天应用 2 次, 单次应用 0.5mg, 每次雾化持续时间为 15min。持续应用 7d 后分析临床疗效。分别于用药前及用药后均对患者行胸部 X 线摄片检查, 以明确疾病治疗效果。

1.3 观察指标

①肺功能: 借助肺功能监测仪对患儿的 FE1 (1 秒用力呼气容积)、PEF (最大呼气流量)、FVC (用力肺活量) 情况进行测定; ②临床疗效: 结合临床症状 (呼吸困难、咳嗽及发热) 及胸部 X 线摄片综合明确疗效。若患儿临床症状显著缓解, 且摄片检查范围显著缩小称之为有效; 若临床症状消失且摄片检查病灶消失为显效, 不满足上述任何标准者称之为无效。总有效率为显效率与有效率占比的总和。

1.4 统计学评价

借助 SPSS 26.0 软件, 计量资料组间比较采用 *t* 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 视为数据存在对比价值。

2. 结果

2.1 肺功能

①FVC 指标: 治疗前为 (1.27±0.12)L, 分析组为 (1.35±0.12)L, 数据比较有意义 ($t=2.582$, $P=0.012$)。

②PEF 指标, 治疗前为 (2.61±0.40) L/s, 分析组为 (2.92±0.33) L/s, 数据比较有意义 ($t=3.274$, $P=0.001$)。

③FEV1 指标, 治疗前为 (1.15±0.27)L, 分析组为 (1.28±0.11)L, 数据比较有意义 ($t=2.442$, $P=0.017$)。

2.2 临床疗效

显效患者例数 20, 占比 66.67%; 有效患者例数 9, 占比 30.00%, 无效例数 1, 占比 3.33%, 总有效患者例数 29, 占比 96.67%。

3、讨论

MPP 发病的机制临床迄今未明。支原体肺炎为非典型性肺炎中较为常见的类型之一。指的是因为患者出现了肺部组织感染, 导致肺部出现免疫反应进程, 导致的一类炎症性疾病。该病潜伏期为 2-3 周。发病后患者的临床症状是根据机体免疫反应程度不同, 而表现出不同水平的。发病时, 患儿可表现出咽痛、厌食、发热及咳嗽等临床表现。若未及时对患儿的临床症状予以干预, 将导致小儿发生肺不张、气胸等并发症类型。部分先天性肺功能较差的患者, 则会诱发呼吸衰竭发生, 影响生命健康。针对临床确诊的小儿肺炎支原体肺炎, 该病治疗也存在一定难度。因为小儿机体各项器官尚未发育完善, 同时由于小儿机体抵抗力较差的原因, 导致疾病不仅发展快, 同时治疗时患儿的反应程度较为剧烈。据相关的长期性研究结果显示, 肺炎支原体肺炎是导致多种肺部疾患的主要原因之一, 例如肺炎、毛细支气管炎、扁桃体炎、气管炎等。而据当前最新的流行病学学调查显示, 学龄期及学龄前儿童为该病的高发群体。该年龄段小儿在支原体肺炎的总的患者数量中占比 >40%。随着近些年来空气污染的逐步加重, 罹患该病的小儿数量也在不断提升。因此, 该病成为了目前我国当前阶段防控的小儿呼吸道疾病热点问题之一。

最新研究结果显示, 该病的发病机制与体液免疫及细胞免疫存在显著关系。体液免疫及细胞免疫也在该病的发生及发展中发挥重要作用。肺炎支原体 (MP) 缺乏细胞壁, 其在入侵肺部时主要是通过纤毛末端顶端的细胞器予以附着的, MP 通过附着在肺部黏膜细胞上

的神经氨酸受体上时, 能够避免纤毛自净机制导致细菌被清除, 因此导致了该病的迁延难愈^[2]。另一方面, MP 在生长的过程中, 将产生超氧自由基及过氧化氢等物质。上述物质能够介导免疫反应进程, 所产生的物质能够对机体所产生的内源性有毒氧分子发生氧化还原反应, 进而导致肺部黏膜上皮细胞受损, 出现氧化应激反应。这一反应机制正是导致患儿出现肺功能改变的原发机制之一。因此治疗过程中, 需要改善患者的痰液淤积状况, 恢复其正常的呼吸通路水平, 同时对患者机体的免疫反应状态予以干预, 从根源上治疗疾病。

本研究中所选用的药物盐酸氨溴索属于黏液降解剂类型之一, 对于患儿肺功能的改善效果已得到临床认可。一方面能够通过对呼吸道纤毛中的多糖纤维运动起到调控效果, 利于减低黏液滞留率。这是恢复呼吸道通畅的原因之一。其在给药后, 一方面能够对患儿的支气管予以松弛, 另一方面还可直接作用于患者的气管上, 起到抑制支气管黏膜腺体分泌的效能。由于 MP 是通过纤毛附着在患者的呼吸道黏膜处的, 因此该药物应用后能够直接对肺泡 II 型细胞产生刺激作用, 促进肺泡 II 型细胞分泌肺泡表面活性物质。在表面活性物质作用基础上, 能够使纤毛的运动速率加快, 从而使得患者痰液能够有效排出。此外也有研究显示, 盐酸氨溴索抗氧化效能也较为优越, 应用后其能够在一定程度上阻断机体内的氧化还原反应进程, 同时对于磷酸酯酶 A 的生成具有良好的抑制效能^[3]。该物质属于花生四烯酸生成的前体物质, 而花生四烯酸则为介导机制免疫反应进程的重要的免疫因子之一, 能够实现免疫损害控制及免疫进程控制的效能。此外, 也有研究显示, 盐酸氨溴索的抗氧化作用较为显著, 能够起到清除体内氧化自由基的效能。一方面通过控制花生四烯酸 A 的生成, 另一方面通过清除体内的氧化自由基水平, 均能够显著的起到改善患者的咳嗽诱因。利于实现降低免疫损害及炎症反应严重水平的效果。本研究显示, 治疗后患者肺功能指标改善明显 ($P < 0.05$)。这一结果证明了在盐酸氨溴索治疗基础上, 联用布地奈德能够进一步提升患者的肺功能。具体可能的原因如下: 布地奈德属于临床上常用的吸入型糖皮质激素类型之一。得益于该药应用副作用小、耐受性强及疗效显著的优势, 近年来该药物在小儿哮喘中广泛应用。已有研究显示, 该药物对于糖皮质激素高度亲和, 是地塞米松局部抗炎效能的千倍以上^[4]。因此对于缓解气道痉挛, 降低气道反应性的效果较为显著。有研究显示, 小儿支气管哮喘患者机体炎症反应较为剧烈的情况, 但是本研究并未开展关于两药联用对于炎症因子的研究, 未来将深化开展这一方面内容的分析^[5]。此外, 也有学者研究显示, MP 感染的患儿由于机体免疫反应症状较为剧烈, 因此多存在着不同水平的体液免疫功能亢进问题。虽然内源性 IgA 及 IgG 能够对肺炎支原体的免疫反应进程产生对抗效果, 但是上述物质维持在一定水平时对疾病控制是有益的。若上述物质水平过量, 出现免疫功能亢进的表现时, 将导致机体病变水平的加重, 甚至造成组织的二次损伤。而本研究中应用药物布地奈德则能够干扰这一进程, 其能够直接作用于细胞因子处, 通过抑制细胞聚集、迁移及活化, 中止免疫反应进程, 从而能够较为显著地对气道部位的炎症症状产生抑制效果。从布地奈德给药方式上看, 所选用的是雾化吸入的该药方式, 通过将药物活性成分以细微颗粒的形式, 在气流的推动下将药物有效成分均匀充分的分布在气管黏膜上, 能够达到小剂量治疗, 短时间起效的效果。两种药物的作用机制不同, 药物应用后的应用效能能够起到叠加效果, 两者能够取长补短, 联合应用后对患者的临床证候改善效果显著, 能够推进病情的快速恢复。

本研究显示, 显效患者例数 20, 占比 66.67%; 有效患者例数 9, 占比 30.00%, 无效例数 1, 占比 3.33%, 总有效患者例数 29, 占比 96.67%。这一结果说明了在常规抗生素治疗基础上, 佐以布地奈德及盐酸氨溴索治疗, 效果显著。但是本研究的不足之处在于所选取的样本量过少, 同时未能对药物应用后对患儿机体体液免疫及细胞免疫功能的影响做进一步分析, 未来将以此方向为基础, 设计更为细化的研究, 以期临床循证医学开展提供可参考案例。此外本研究中存在一个最大的不足, 因为肺炎支原体感染致病过程中, 免疫因素起到重要作用, 但是本研究中仅对患者的肺功能进行了阐述。而实际上肺功能的改善根本原因仍然是因为炎症反应降低, 使得支气管舒张, 继而使患者肺功能得到改善的。未来将开展这一方面的深化研究, 并通过设计对比实验, 验证两药对肺功能改善的具体的作用机制。

综上, 针对小儿 MPP 患者, 在常规治疗基础上, 联合布地奈德与盐酸氨溴索治疗, 可改善肺功能, 于临床疗效提升有显著增益。

参考文献:

- [1]熊鹰. 盐酸氨溴索及布地奈德雾化吸入配合护理干预治疗小儿支气管肺炎 40 例疗效观察[J]. 中国药业, 2021, 25 (5): 75-76.
- [2]陈瑞, 陈艳萍, 黄建宝, 等. 布地奈德联合盐酸氨溴索雾化吸入对小儿肺炎支原体感染所致慢性咳嗽的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 18 (3): 66-68, 75.
- [3]代永清, 周平英. 盐酸氨溴索、布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿支气管肺炎疗效观察[J]. 实用医院临床杂志, 2020, 5 (5): 101-101.
- [4]朱庆纪, 吴伟华. 盐酸氨溴索联合布地奈德、糜蛋白酶雾化吸入辅助治疗小儿肺炎的疗效[J]. 实用儿科临床杂志, 2021, 24 (11): 872, 880.
- [5]杨国平, 张华, 刘博, 等. 布地奈德联合盐酸氨溴索氧气驱动雾化吸入治疗小儿支气管肺炎的疗效观察[J]. 中国医师杂志, 2020, 5 (1): 53-55.

作者简介: 姓名: 周桂芳, 性别: 女, 出生年月: 1983 年 01 月, 籍贯: 山东临沂, 学历: 本科, 专业: 儿科, 职称: 主治医师, 单位: 临沂市妇幼保健院, 邮编: 276000。

钙剂对催产素在晚期妊娠引产与催产中的协同作用研究

周西 陈丽娟 潘雪松

肇庆市第二人民医院产科 广东肇庆 526000

摘要：目的：分析将钙剂与催产素联合运用对于产生时间、产后出血以及新生儿健康水平的影响。方法：研究选取我院 2020 年 4 月-2022 年 3 月收治的 80 例作为研究对象，随机将其分为观察组与对照组，每组各 40 例。比较两组产妇产后 2h 和 24h 出血量、新生儿窒息、胎儿宫内窘迫的发生例数以及新生儿 Apgar 评分、总产程时间。结果：观察组的总产程时间（8.65±2.64）小时明显短于对照组（8.65±2.64）小时（P<0.05），观察组的新生儿窒息以及胎儿宫内窘迫发生率（0%）显著低于对照组（20%）（P<0.05），观察组产后 2 小时（56.24±5.41）、24 小时（82.75±5.68）出血量显著低于对照组产后 2 小时（86.32±5.68）、24 小时出血量（165.27±5.21）（P<0.05），对照组 Apgar 评分（6.52±0.24）明显高于观察组 Apgar 评分（8.62±0.14）分。结论：催产素+钙剂的运用可以显著缩短产程持续时间，对于提升新生儿健康水平具有积极作用，能够减少产后出血量。

关键词：催产素；钙剂；新生儿窒息；Apgar 评分；产程

催产素是一种在妇科中常用的催产药，可以激发和强化子宫的收缩，但是，如果单纯使用催产素，有些孕妇对催产素的敏感度不高，很难引起宫缩，开始生产过程中，很难起到效果。最近几年，有关方面的研究表明，宫颈的缩小与体内钙质的含量存在着一定的相关性。妊娠期需要补钙较多，雌性荷尔蒙增高会影响母体的骨髓再吸收和血液体积，从而引起妊娠期血钙的减少，且随怀孕的时间延长逐渐减少，故在妊娠期，多数孕妇为低钙血症。当人体内钙含量不足、细胞内钙含量下降时，子宫平滑肌的萎缩，宫内的收缩乏力，产程的延迟，导致产妇产后大出血，并有可能导致新生儿窒息。有研究表明，将钙剂与催产素联合运用，对于缩短产程，减少产后出血，提升新生儿健康水平具有积极作用，为了研究钙剂与催产素联合运用对母婴健康的影响，开展了本次研究，现将研究情况进行分析如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

本次项目以 2020 年 4 月至 2022 年 3 月期间我院接收的 80 例晚期妊娠产妇为研究对象，根据项目研究需求并结合患者及家属意愿合理将其分为两组，对照组和观察组，每组各 40 例，年龄均在 28-35 岁之间。所有参加本次研究的产妇均已签署知情同意书，自愿选择的用药干预方案。纳入标准：符合使用催产素以及钙剂的临床指征，未发现妊娠期疾病，不存在研究涉及到的药物的使用禁忌症，已经签署知情同意书。排除标准：患者神经系统疾病、精神疾病以及本次研究用药的禁忌症。我院伦理委员会已书面批准研究，两组产妇的基本资料见表 1。两组患者一般资料（孕周、年龄、孕产次、文化程度等）对比无明显差异无统计学意义（P>0.05）。

表 1 研究产妇的基础资料					
组别	例数	孕周（ $\bar{x}\pm s$ 岁周）	年龄（ $\bar{x}\pm s$ 岁）	孕产次（ $\bar{x}\pm s$ 次）	文化程度（本科及以上/大专及以下）
观察组	40	39.62±1.64	32.62±3.64	3.23±0.64	5/35
对照组	40	39.52±1.57	32.96±3.24	3.31±0.58	6/34
t		0.058	0.086	0.887	0.253
P		0.864	0.967	0.375	0.784

1.2 方法

对照组产妇单独采用催产素进行引产和催产，观察组产妇采用葡萄糖酸钙联合催产素进行引产和催产。

1.3 观察指标

新生儿 Apgar 评分、胎儿窘迫及新生儿窒息发生例数以及两组产妇的产后 2 小时、24 小时出血量。

1.4 统计学方法

将本组数据代入 SPSS21.0 软件处理分析，计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，实施 t 检验；计数资料用%表示，用 χ^2 检验。P<0.05，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇的产后 2 小时、4 小时的出血量以及总产程比较

对照组产妇产后 2 小时出血量为（82.75±5.68）mL，产后 24 小时出血量为（165.27±5.21）mL，观察组产妇产后 2 小时出血量为（56.24±5.41）mL，产后 24 小时出血量为（86.32±5.68）mL，出血量明显少于对照组，差异有统计学意义（p<0.05）。对照组产妇的总产程为（14.52±2.37）h，观察组产妇的总产程为（8.65±2.64）h，明显短于对照组，具有统计学意义（p<0.05）。见表 2。

表 2 两组产妇的产后 2 小时、4 小时的出血量以及总产程比较（ $\bar{x}\pm s$ ）				
组别	例数	产后 2 小时出血量（mL）	产后 24 小时出血量（mL）	总产程（h）
观察组	40	56.24±5.41	86.32±5.68	8.65±2.64
对照组	40	82.75±5.68	165.27±5.21	14.52±2.37
t		23.652	74.216	6.938
P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组新生儿的健康水平比较

对照组发生新生儿窒息的有 3 例，发生胎儿宫内窘迫的有 5 例，总例数为 8 例，占总数的 20%；观察组并未出现上述（新生儿窒息、胎儿宫内窘迫）案例，健康水平明显优于对照组，差异具有统计学意义（p<0.05）。对照组 Apgar 评分为（6.52±0.24）分，观察组 Apgar 评分为（8.62±0.14）分，明显高于对照组，具有明显差异（p<0.05）。见表 3。

表 3 两组新生儿的健康水平比较 (n, %)					
组别	例数	新生儿窒息发生 例数	胎儿宫内窘迫	总例数	Apgar 评分
观察组	40	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8.62±0.14
对照组	40	3 (7.5%)	5 (12.5%)	8 (20%)	6.52±0.24
χ^2		2.634	3.625	18.635	6.528
P		0.647	0.412	0.000	0.021

3 讨论

产力是生产的重要力量，在生产过程中，最常见的就是宫缩无力，对母亲与胎儿都会产

生很大的危险。催产素的使用在临床已较为广泛，但临床有效使用以及药物联合使用依旧是目前产科的研究重点，国内外专家及学者也围绕此进行了大量研究。Manning M 相信，引产是增加阴道分娩率和减少剖宫产的主要手段，而引起的宫缩与很多原因都有关系，尤其是钙含量。Sato K 的结果显示，在怀孕后期，血浆中的钙含量已下降至最低水平，而补钙可以使间隙连接蛋白增多，子宫肌细胞和腺苷酶活力升高，使子宫的收缩能力增强^[2]。宋敏等对静点葡萄糖酸钙用于催产素引产中的临床疗效进行初步研究，认为静点葡萄糖酸钙可以改善引产的成功率，缩短分娩时间，减少产后大出血，降低产妇的剖宫产发生率，使用方便，安全，经济，值得在临床上推广^[3]。刘慧艳对孕中期孕妇在催产和引产过程中使用中药辅助分娩的影响进行研究，结果表明：在孕妇中，采用中药辅助分娩具有明显的治疗作用，而且使用简便，没有任何不良反应，而且患者对药物的遵从度较高。与其他催产药物比较，能缓解产妇的神经压力，促进产妇的高效、平稳生产，具有一定的应用价值^[4]。许旭等探讨维生素 E 辅助钙剂治疗妊娠高血压的疗效及对妊娠结局的影响，结论认为维生素 E 辅助钙剂治疗妊娠高血压的疗效良好，能明显提高妊娠效果，具有临床应用价值。蒋木英研究应用葡萄糖酸钙和催产素联合对产程宫缩无力的影响，结果显示 10% 的葡萄糖酸钙和催产素联合应用能缩短产程，降低剖宫产率，减少产后出血，效果良好，没有不良反应^[6]。王凤月等对四种药物的治疗作用进行研究，分别是：葡萄糖酸钙、安定、盐酸山莨菪碱、缩宫素、四种药物。如：葡萄糖酸钙等，在产程活跃期间，可预防宫缩、疲劳感，显著缩短产程、减少产后大出血、降低产妇的宫缩性和窒息发生率^[7]。郭丽娟对米索前列醇和催产素在中后期怀孕引产中的有效性和安全性进行研究，发现米索前列醇对中重度妊娠期的引产成功率比使用催产素要高，但术后 2 小时内出血比使用催产素要多，因此在此基础上使用并不安全，需要在有条件的地方进行^[8]。翁碧芬等研究宫颈球囊、欣普贝生、催产素三种引产术对产程的影响，得出三种引产术都可加速宫颈成熟，而欣普贝生与宫颈球囊相比，其引产的成功率要稍逊于欣普贝生，但其在产程上的作用却是最明显的，而且也更安全^[9]。刘妍对口服卡前列素-2 三醇（欣母沛）与葡萄糖酸钙（Cineticin）进行比较，结果表明：欣母沛+葡萄糖酸钙对产后大出血具有明显的防治作用，具有良好的临床应用价值^[10]。

本次研究中，对催产素+钙剂与母婴健康之间的关系进行了研究，结果显示，对照组产妇产后 2 小时出血量为（82.75±5.68）mL，产后 24 小时出血量为（165.27±5.21）mL，观察组产妇产后 2 小时出血量为（56.24±5.41）mL，产后 24 小时出血量为（86.32±5.68）mL，且对照组产妇的总产程为（14.52±2.37）h，观察组产妇的总产程为（8.65±2.64）h。观察组患者（产后出血量）比对照组较低，总产程也远远少于对照组。笔者认为这一结果可能与钙剂联合催产素的运用可使产妇的宫缩更强烈、更规律相关。本研究还显示，对照组发生新生儿窒息的有 3 例，发生胎儿宫内窘迫的有 5 例，总例数为 8 例，占总数的 20%；观察组并未产生上述（新生儿窒息、胎儿宫内窘迫）案例，健康水平明显优于对照组。此外，对照组 Apgar 评分（6.52±0.24）明显高于观察组 Apgar 评分（8.62±0.14）分。这是因为，更强的宫缩可以有效的缩短产程的持续时间，这对于预防产程过长引起的新生儿窒息或者胎儿宫内窘迫具有积极作用，进一步解释了观察组新生儿 Apgar 评分更高这一现象。

综上所述，对于产程中缩宫素的使用，与钙剂联合运用可以提升产程进展速度，这对于促进母婴健康具有积极作用。产程时间的缩短与子宫收缩力增强相关，催产素与钙剂联合应用可以通过缩短产程持续时间改善新生儿的健康水平，有助于预防产程过长，宫缩乏力引起的新生儿窒息或者胎儿宫内窘迫。

参考文献：

[1]Manning M.Impact of the Merrifield solid phase method on the design and synthesis of selective agonists and antagonists of oxytocin and vasopressin: a historical perspective[J].Biopolymers : Original Research on Biomolecules and Biomolecular Assemblies, 2008, 90（3）: 203-212.

[2]Sato K, Date S, Aoyagi Y, et al.Generation of AdenoAssociated Virus Vector Enabling Functional Expression of Oxytocin Receptor and Fluorescence Marker Genes Using the Human eIF4G Internal Ribosome Entry Site Element[J].Journal of the Agricultural Chemical Society of Japan, 2019, 73（9）: 2145-2148.

[3]宋敏,王艳香.静点葡萄糖酸钙在催产素引产中的增效作用研究[J].中国医学创新,2019,16（08）: 29-32.

[4]刘慧艳.晚期妊娠患者催产引产中应用中药助产汤的临床效果考察[J].北方药学,2017,14（02）: 188-189.

[5]许旭,李俊林.维生素 E 辅助钙剂治疗妊娠高血压的疗效及妊娠结局分析[J].湖南师范大学学报（医学版）,2019,16（05）: 38-40.

[6]蒋木英.葡萄糖酸钙联合催产素治疗宫缩乏力 130 例的疗效观察[J].广西医学,2009,31（10）: 1476-1477.

[7]王凤月,李先丽.葡萄糖酸钙等药物联合应用防止宫缩乏力发生的临床观察[J].基层医学论坛,2012,16（35）: 4704-4706.

[8]郭丽娟.米索前列醇及催产素在晚期妊娠引产中的应用效果观察[J].中国现代药物应用,2019,13（17）: 84-85.

[9]翁碧芬,李筱芸,余艳萍.宫颈球囊、欣普贝生及催产素引产对母婴结局的影响[J].海南医学,2017,28（03）: 414-416.

[10]刘妍.欣母沛联合葡萄糖酸钙预防产后出血的临床治疗效果分析[J].实用妇产科内泌杂志（电子版）,2017,4（10）: 43-44.

肇庆市科技计划项目（202004030903）

盐酸倍他司汀注射液治疗眩晕症的有效性观察

朱沛

湖北省十堰市郧阳区中医院 湖北十堰 442500

摘要：目的：观察盐酸倍他司汀注射液治疗眩晕症的有效性。方法：以 2020 年 05 月研究起始时间，以 2021 年 05 月为研究结束时间，选取此时我院收治的眩晕症患者 76 例作为研究对象，遵循随机抽样分组原则分为单一、联用两组，38 例/组，均接受传统方式治疗，并在此情况下，前组增加一种药物治疗，后组增加两种药物治疗。分析两组治疗前和治疗后的眩晕症状积分、预后情况、血流动力学指标、治疗有效性、疾病复发率的差异性。结果：经相关治疗前，两组的眩晕症状积分对比统计学无意义（ $P>0.05$ ）。经过相关治疗后，联用组的眩晕症状积分低于单一组（ $P<0.05$ ）；联用组的预后情况好于单一组（ $P<0.05$ ）；联用组血流动力学指标优于单一组（ $P<0.05$ ）；联用组的治疗有效性高于单一组（ $P<0.05$ ）；联用组的疾病复发率低于单一组（ $P<0.05$ ）。结论：将盐酸倍他司汀注射液应用在研究疾病患者治疗中，可促进患者眩晕症状消失，改善血流动力学指标，提高治疗有效性，减少疾病复发风险，值得借鉴。

关键词：盐酸倍他司汀注射液；眩晕症；预后情况；血流动力学指标；治疗有效性；疾病复发率

眩晕症（Verigo）是因患者对空间定位障碍产生的一种运动性或位置性错觉。病因包括耳石症、梅尼埃病、迷路炎、晕动症、颅内血管性疾病、颅内占位性病变等^[1-2]。患者常表现为自感周围的事物在旋转、升降、倾斜等运动幻觉症状，常伴随行走不稳、面色苍白等情况，如未发现进行治疗，可出现跌倒情况，增大其他疾病发生风险^[3-4]。对于此疾病患者的治疗常以对症和对因治疗为主，药物是常用治疗手段，不同的药物其治疗效果可受患者个体因素和药物成分影响而不同^[5]。本文通过选取 2020 年 05 月至 2021 年 05 月期间收治的眩晕症患者 76 例作为研究对象，分析其应用盐酸倍他司汀注射液治疗的有效性，具体汇报如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究起始时间、研究结束时间依次为 2020.05、2021.05。选取此时间我院收治的眩晕症患者 76 例作为研究对象，以随机抽样分组原则进行分组，即单一组、联用组，每组例数一致（ $n=38$ ）。单一组资料：男 21 例，女 17 例，年龄最大者 67 岁，年龄最小者 37 岁，均值区间为（ 52.17 ± 3.29 ）岁；病程最大者 3 年，病程最小者 0.5 年，均值区间为（ 1.76 ± 0.45 ）；体重最大者 82kg，体重最小者 46kg，均值区间为（ 64.35 ± 2.66 ）kg。联用组资料：男 22 例，女 16 例，年龄最大者 66 岁，年龄最小者 38 岁，均值区间为（ 51.89 ± 3.32 ）岁；病程最大者 3 年，病程最小者 0.5 年，均值区间为（ 1.72 ± 0.46 ）；体重最大者 81kg，体重最小者 47kg，均值区间为（ 63.69 ± 2.71 ）kg。二组的临床基本资料经对比统计学无意义（ $P>0.05$ ），可进行对比。

入选标准：（1）满足眩晕症诊断依据者；（2）充分了解研究内容，认真阅读同意书并在对应处签字者；（3）临床基本资料均在病历上有所记载者。

筛选标准：（1）认知功能不全者；（2）言语表达能力较差者；（3）存在梅毒、艾滋病等传染性疾病者；（4）对盐酸倍他司汀注射液或强力定眩胶囊过敏者；（5）研究积极性较低者。

1.2 治疗方法

两组均接受传统方式治疗，即使用血管扩张剂、抗血小板聚集等。在此情况下，单一组增加一种药物治疗，联用组增加两种药物治疗。

单一组：药物信息：名称为盐酸倍他司汀注射液；生产厂家为徐州莱恩药业有限公司；

国药准字为 H32025926；规格为 10mg，2ml*4 支。使用方法：每次用药剂量为 10mg，将其加入 500ml 生理盐水中充分混匀，以静脉滴注方式给药，每日进行 1 次。

联用组：药物信息：名称为强力定眩胶囊；生产厂家为陕西汉王药业有限公司；国药准字为 Z20090205；规格为 0.35g*48 粒。使用方法：每次用药剂量为 6 片，以口服方式给药，每日进行 3 次。另一种药物的相关信息和使用方法同前组一致。

两组患者均治疗 2 个星期，注意治疗期间严格按照医嘱用药，确保每日定时、定量用药，保障治疗效果，同时，还需预防用药副反应，提升治疗安全性。

1.3 观察指标

对两组治疗前和治疗后的眩晕症状积分、预后情况、血流动力学指标、治疗有效性、疾病复发率进行观察分析。（1）从眩晕、头痛、平衡功能失调三方面分析患者的眩晕症状积分，无上述症状者记为 0 分，有轻度上述症状者记为 1 分，有中度上述症状者记为 2 分，有重度上述症状者积分 3 分。（2）从眩晕消失时间、眩晕发作次数两方面分析患者的预后情况。（3）从全血低切黏度、全血高切黏度、血浆黏度分析患者的血流动力学指标，主要是由医护人员采集患者血液样本 5ml（空腹），经 3000 转/min 的速度离心处理 10min 后，获得上清液并使用旋转式黏度计测量上述指标。（4）治疗有效性：在用药治疗后，眩晕症状彻底消失即治愈；在用药治疗后，眩晕症状有所缓解即好转；在用药治疗后，眩晕症状未见恢复即无效。治疗有效性（%）=治愈（%）+好转（%）。（5）疾病复发率：计算公式为（疾病复发例数/总例数） $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

对两组治疗前和治疗后的数据使用 SPSS23.0 软件包进行处理分析，对眩晕症状积分此类计量资料使用（均值 $\pm$ 标准差）表示，执行 t 检验；对治疗有效性此类计数资料使用（n%）表示，执行 χ^2 检验。两组研究数据组间比较后统计学有意义（ $P<0.05$ ）。

2. 结果

2.1 对比两组治疗前和治疗后的眩晕症状积分

在治疗后，联用组的眩晕症状积分低于单一组（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组眩晕症状积分对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数（n）	眩晕（分）		头痛（分）		平衡功能失调（分）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联用组	38	2.05 $\pm$ 0.48	0.51 $\pm$ 0.12	2.03 $\pm$ 0.46	0.49 $\pm$ 0.10	2.04 $\pm$ 0.47	0.50 $\pm$ 0.11
单一组	38	2.07 $\pm$ 0.49	1.01 $\pm$ 0.33	2.05 $\pm$ 0.45	0.98 $\pm$ 0.31	2.06 $\pm$ 0.48	1.00 $\pm$ 0.32
t 值	-	0.1797	8.7776	0.1915	9.2732	0.1835	9.1087
P 值	-	0.8578	0.0000	0.8486	0.0000	0.8549	0.0000

2.2 对比两组治疗后的预后情况

在治疗后，联用组的眩晕消失时间、眩晕发作次数依次为（5.18±1.05）d、（2.00±1.00）次/周。单一组的眩晕消失时间、眩晕发作次数依次为（9.75±2.07）d、（5.00±2.00）次/周。经过对比后，t 值依次为 12.1371、8.2704，P 值依次为 0.0000、0.0000（P<0.05）。

2.3 对比两组治疗后的血流动力学指标

在治疗后，联用组的血流动力学指标优于单一组（P<0.05），见表 1。

表 2 两组血流动力学指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数（n）	全血低切黏度 （mPa·s）	全血高切黏度 （mPa·s）	血浆黏度（mPa·s）
联用组	38	7.04±1.18	4.93±0.56	1.32±0.51
单一组	38	11.96±2.11	6.82±1.01	2.74±0.66
t 值	-	12.5434	10.0884	10.4946
P 值	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 对比两组治疗后的治疗有效性

在治疗后，联用组的治疗有效性高于单一组（P<0.05），见表 3。

表 3 两组治疗有效性对比（n%）

组别	例数 （n）	治愈（%）	好转（%）	无效（%）	治疗有效性 （%）
联用组	38	12（31.58）	25（65.79）	1（2.63）	37（97.37）
单一组	38	4（10.53）	26（68.42）	8（21.05）	30（78.95）
X ² 值	-	-	-	-	6.1758
P 值	-	-	-	-	0.0129

2.5 对比两组治疗后的疾病复发率

在治疗后，联用组的复发例数有 0 例，未复发例数有 38 例，疾病复发率为 0.00%；单一组的复发例数有 6 例，未复发例数有 32 例，疾病复发率为 15.79%。经过对比后，X² 值为 6.5143，P 值为 0.0107（P<0.05）。

3. 讨论

眩晕症是人类常见的一种疾病，多在神经内科就诊。根据病因可分为周围性眩晕、中枢性眩晕两种^[6]。典型症状有眩晕、眼球震颤、耳鸣、头痛、恶心、呕吐、出汗、抽搐等，降低患者生存质量^[7,8]。在为患者用药治疗时，盐酸倍他司汀注射液是常用治疗药物，其药物种类为 H1 受体激动剂，适用于内耳眩晕症、脑动脉硬化、缺血性脑血管疾病及高血压所致体位性眩晕、耳鸣的临床治疗。此药物经静脉滴注方式进入体内后，可扩张椎基底动脉系统，增加心、脑以及周围循环血量，改善血液循环，降低全身血压；能够增加耳蜗和前庭的血流量，从而消除内耳性眩晕、耳鸣等情况^[9-11]；能够增加毛细血管通透性，促进细胞外液吸收，消除淋巴水肿，抵抗儿茶酚胺的缩血管作用，且降低动脉压。使用此药物治疗后，可有效消除患者眩晕症状，促进疾病恢复，治疗效果较好。强力定眩胶囊是一种中成药，适用于高血压动脉硬化、高血脂症以及其他疾病引起的头痛、目眩、耳鸣、失眠等情况的临床治疗^[12-13]。此药物的主要成分包括天麻、杜仲、野菊花、川芎、杜仲叶等，其中天麻具有息风止痉、平肝潜阳、祛风通络的作用；杜仲与杜仲叶具有补肝肾益肾、强筋健骨的作用；野菊花具有清热解毒、泻火平肝的作用；川芎具有活血行气、祛风止痛的作用。诸药合并起到活血行气、祛风通络的功效^[14-15]。使用此药物治疗后，可有效改善血液流通，降低血压和血脂水平，同时，还可起到减少眩晕的效果，治疗效果显著。本文将上述药物联合使用，将治疗效果扩大化，有效加快血液流通，改善局部供血情况，降低眩晕疾病症状，缩短康复进程。

本研究表明，两组治疗前的眩晕症状积分对比统计学无意义（P>0.05）。联用组治疗后的眩晕症状积分低于单一组（P<0.05），说明联合用药治疗可有效减轻患者头痛情况，消除眩晕症状，提高患者舒适性，利于病情恢复。联用组治疗后的预后情况好于单一组（P<0.05），说明联合用药治疗可加快眩晕症状消失，减少眩晕发作次数，加快病情康复。联用组治疗后的血流动力学指标优于单一组（P<0.05），说明联合用药治疗能够降低血浆黏度，改善血液循环，避免血栓形成，防止疾病复发。联用组治疗后的治疗有效性高于单一组，且疾病复发率较低（P<0.05），说明联合用药治疗可增强治疗有效性，促进患者恢复健康状态，且疾病复发率较低，预后效果较好。

综上，为研究疾病患者使用盐酸倍他司汀注射液治疗的效果较好，能够减轻眩晕症状，减少眩晕发作次数，优化血流动力学指标，降低疾病复发率，建议使用。

参考文献：

[1]蔡美元,谢安平.盐酸氟桂利嗪胶囊联合甲磺酸倍他司汀片治疗良性眩晕症临床效果[J].深圳中西医结合杂志,2022,32（06）: 106-109.

[2]杨英妮,李秉纲,冯云婷.天麻素注射液联合盐酸倍他司汀注射液对椎基底动脉供血不足性眩晕症患者的治疗效果观察[J].贵州医药,2022,46（03）: 389-391.

[3]张吉兰,蔡舒慧.黄连温胆汤治疗眩晕症疗效评价及对不良反应发生情况的影响[J].深圳中西医结合杂志,2022,32（05）: 69-72.

[4]陈洁,窦海玲,李世泽,赵松耀,王一凡.倍他司汀治疗急性后循环缺血眩晕老年患者的效果[J].中国临床实用医学,2022,13（01）: 36-39.

[5]孙丽燕,李景莉,李亚楠,李宏锦,王淑珍.盐酸倍他司汀片联合盐酸氟桂利嗪片对椎-基底动脉供血不足性眩晕症患者椎基底动脉血流动力学和生活质量的影响[J].现代生物医学进展,2022,22（03）: 491-494+499.

[6]王飒,赵淑宏,华锋,夏辉,张咪娟.盐酸倍他司汀注射液联合丹参川芎嗪注射液治疗后循环缺血性眩晕的临床效果[J].临床医学研究与实践,2022,7（04）: 125-128.

[7]段帮,吴华东.灯盏花素联合盐酸倍他司汀治疗眩晕症的疗效[J].医学信息,2021,34（23）: 87-89.

[8]田永超,张学敏,董莹.小剂量甘油果糖联合盐酸倍他司汀治疗老年急性眩晕的临床效果[J].中国老年学杂志,2021,41（21）: 4760-4762.

[9]曹睿,孟祥林,周燕萍,张晓春,付茂月,陈昆,李嵩嵩,赵品勇,明静.眩晕宁颗粒联合盐酸倍他司汀对 VB10 患者动脉血流速度、氧化应激及血液流变学的影响[J].现代生物医学进展,2021,21（10）: 1912-1915.

[10]王寅龙,杨丽英,边娜.倍他司汀联合盐酸氟桂利嗪治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕症的临床疗效及 TCD 动态变化的影响[J].脑与神经疾病杂志,2021,29（01）: 43-46.

[11]田慧娟,陈洁,张维,张绒.磷酸川芎嗪注射液联合盐酸倍他司汀对椎基底动脉供血不足患者椎基底动脉血流动力学、凝血功能及氧化应激指标的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7（05）: 42-45.

[12]李楠楠.盐酸倍他司汀联合脉络宁治疗脑动脉供血不足性眩晕患者血流动力学及血清 ILF-1、ET 的影响[J].中国处方药,2021,19（10）: 106-108.

[13]赵海珠.盐酸倍他司汀注射液联合吡拉西坦氯化钠注射液治疗眩晕的效果评价[J].医学理论与实践,2021,34（19）: 3357-3358.

[14]竺文想.盐酸倍他司汀对眩晕症患者血液流变学影响及安全性分析[J].中国药物与临床,2021,21（14）: 2522-2523.

[15]栗贝.盐酸倍他司汀治疗眩晕症患者的效果观察及不良反应发生率影响分析[J].中国社区医师,2021,37（17）: 55-56.

社区护士工作环境对职业价值观的影响研究

邹宝红 魏雅丽

北京市中关村医院 北京 100190

摘要:目的: 调查社区护士工作环境与职业价值观现状, 分析工作环境对职业价值观的影响。方法: 在北京市海淀区选取社区卫生服务中心/服务站选取 151 名在职护理人员作为研究对象, 采用问卷调查法收集资料, 包括一般资料、护士工作环境量表和护士职业价值观量表。结果: 社区护士职业价值观处于中上水平总均分为 (113.86±17.66), 工作环境总均分为 (109.11±14.50)。多元线性回归分析显示, 工作环境中参与医院事务 ($\beta=-0.538$)、高质量护理服务基础 ($\beta=0.843$)、护理管理者的领导及管理方式 ($\beta=0.308$) 对社区护士职业价值观具有影响作用。结论: 社区护士工作环境对其职业价值观具有明显的影响作用, 护理管理者应通过多种形式构建融洽、和谐的护理工作环境, 通过多种渠道引导社区护士树立正向、积极的职业价值观, 稳定社区护理队伍, 促进社区护理事业发展。

关键词: 社区; 护理人员; 工作环境; 职业价值观

The relationship between practice environment and professional values of community nurses/ZOU Bao-hong
[Abstract]Objective: To investigate the status of community nurses' practice environment and professional values, and analyze the impact of practice environment on professional values. Methods: Totally 151 community nurses in Beijing Haidian District were investigated with the Nurses Professional Values Scale-Revised (NPVS-R) and the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PESNWI). Results: The professional value of community nurses was at moderate to high level. The mean score of practice environment was (109.11±14.50). The factors of practice environment including nurse participation in hospital affairs ($\beta=-0.538$), high-quality care services base ($\beta=0.843$), nurse manager ability, leadership and support ($\beta=0.308$) had significant impact on professional values. Conclusion: The working environment of community nurses had obvious influence on professional values. To stabilize the community nursing team and promote the development of community nursing, nursing managers should construct harmonious nursing working environment through various forms to guide community nurses to establish.

[Keywords]community; nurses; practice environment; professional values

护士的职业价值观是被护理人员所公认的, 通过训练学习而内化形成的行为准则, 能够影响和引导护士的行为和决策, 同时也是影响护士职业选择和职业规划的重要因素之一(杨雯雯和黄求进, 2015)。职业价值观的形成是一个连续的、长期的过程, 其受工作环境等多种因素的影响(Parandeh A, Khaghanizade M, Mohammadi E, et al. 2014)。护士工作环境是护士在提供护理服务时, 通过授权使护士获得更多的自主性、责任和对工作控制的环境(叶志弘, 2013)。护士对工作环境的感知不仅会影响护士的工作满意度(贾继贤, 2014)、职业倦怠(王霞, 2013), 还会影响护士的职业价值观(张晓曼和王志稳, 2014), 甚至影响护士的生活质量和主观幸福感, 进而影响其提供护理服务的质量。社区护理工作是集预防保健、临床护理、社区康复和健康教育等为一体的综合性护理服务, 工作环境具有连续性、多变性等特点。社区护士作为社区卫生服务的重要力量, 其角色与功能的逐渐拓展, 社区护士的工作亦相对独立自主, 但是社区护理工作覆盖面广、任务繁重, 社区工作环境、待遇与医院临床护士存在差别, 使得社区护士队伍流动性较大。既往研究表明: 职业价值观是员工离职倾向的有效预测因子, 与工作满意度、组织公民行为有关, 工作价值观作为个体内在的思想体系, 能影响职业价值观。本研究目的是调查社区护士工作环境和职业价值观的现状, 并分析工作环境对职业价值观的影响, 为构建有利于社区护理学科发展的工作环境及护理管理者稳定社区护理人员队伍提供参考, 进而提高社区护士的职业认同感, 提升护理服务质量。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取北京市海淀区社区卫生服务中心或社区卫生服务站的 151 名在职护士作为研究对象。纳入标准: ①持有护士执业证书; ②在社区卫生服务中心/社区卫生服务站任职, 且时间≥1 年; ③自愿参加本研究^[1]。

1.2 研究方法

1.2.1 资料收集

采用问卷调查法收集资料。由研究者联系社区护理管理人员组织社区护士填写调查问卷, 填写前说明研究目的、填写方法及注意事项。填写完成后, 当场回收问卷并检查, 有遗漏当场补充。共发放问卷160份, 回收有效问卷151份, 有效回收率为94.38%。调查问卷包括以下三个部分:

(1) 一般资料: 包括年龄、性别、文化程度、职称、工作年限、参与社区工作的年限、是否参与临床教学。

(2) 护理工作环境量表(The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, PES-NWI): 由Lake^[2]于2002年编制, 中文版由王丽和李乐之^[3]翻译并进行本土化修订, 以自评方式测量护理工作的工作环境特征^[4]。中文版量表的总分范围为31~124分, 共31 个条目, 包括5 个维度。各维度Cronbach's α 系数为0.67 ~ 0.79, 总量表Cronbach's α 系数为0.91, 内容效度指数为0.94^[2]。各条目采用Likert 4 级评分(非常不同意=1分, 不同意=2分, 同意=3分, 非常同意=4分)。总分得分越高, 表明护理工作环境越好。

(3) 护士职业价值观量表(Nurses Professional Values Scale-Revised, NPVS-R): 该量表由Weis^[5]等^[6]编制, 中文版由龚艳艳等^[7]进行翻译和本土化修订。中文版量表共26 个条目, 包括5 个维度。总量表Cronbach's α 系数为0.96。各条目均采用Likert 5 级评分(1~ 5 分分别表示不重要到最重要)。总分26 ~ 130分, 得分越高, 表示护士的职业价值观与专业准则越一致^[3-5]。

1.2 资料分析

采用SPSS20.0统计软件包进行数据录入与分析。采用均数±标准差、频数、构成比对社区护士一般资料、护理工作环境及职业价值观进行描述性统计分析; 采用分层回归, 分析在控制一般资料后工作环境对职业价值观的影响。

2 研究结果

2.1 一般资料

本次研究对象中, 年龄20~54岁(35.16±9.11); 男护士2人(1.3%), 女护士149人(98.7%); 学历: 中专19人(12.6%), 大专108人(71.5%), 本科24人(15.9%), 硕士及以上0人; 职称: 护士58人(38.4%), 护师36人(23.8%), 主管护师54人(35.8%), 副主任护师及以上3人(2%); 工作年限0.5~36年(14.85±9.5), 其中0~5年38人(25.2%), 6~10年25人(16.6%), 11~20年35人(23.2%), 20年以上(不含20年)53人(35.1%); 参与社区工作年限1~29年, 中位数5年, 其中1~5年78人(51.6%), 6~10年34人(22.5%), 10年以上(不含10年)39人(25.8%); 参与临床教学24人(15.9%), 未参与临床教学127人(84.1%)。

2.2 社区护士职业价值观得分

调查中护士的职业价值观总分为 35~130 分(113.86±17.66), 各维度得分由高到低依次为信任(4.52±0.62)分、行为(4.52±0.72)分、照顾(4.42±0.72)分、公正(4.20±0.88)分、职业特点(4.15±0.95)分。

2.3 社区护士工作环境得分

社区护士工作环境总分为 59~125 分(109.11±14.50), 各维度得分由高到低依次为医护合作(3.65±0.55)分、护理管理者的领导及管理方式(3.58±0.43)分、高质量护理服务基础(3.53±0.50)分、参与医院事务(3.46±0.56)分、人力和物力充裕(3.45±0.58)分。

2.4 工作环境对社区护士职业价值观的影响

为探讨工作环境对护士职业价值观的独立影响, 以护士的职业价值观总分为因变量进行分层回归分析, 将护士的一般资料放入第一层, 工作环境的 5 个维度得分放入第二层, 并将

其作为自变量, 对工作环境对护士职业价值观的分层回归影响因素赋值(见表1)。结果显示一般资料对社区护士的职业价值观无明显影响, 工作环境中参与医院事务、高质量护理服务基础、护理管理者的领导及管理方式对社区护士职业价值观的影响如表2所示:

表1 工作环境对护士职业价值观的分层回归影响因素赋值说明

序号	变量	赋值
X1	参与医院事务	是=0; 否=1
X2	高护理质量基础	是=0; 否=1
X3	护理管理者的领导及管理方式	不合理=0; 合理=1
Y	工作环境对护士职业价值观的分层	无影响=0; 有影响=1

表2 工作环境对护士职业价值观的分层回归分析结果

自变量	B	β	t	P	R ²	ΔR^2	F	P
参与医院事务	1.879	.538	3.845	<0.001	.475	.433	11.413	<0.001
高护理质量基础	2.948	.843	6.702	<0.001				
护理管理者的领导及管理方式	2.547	.308	2.930	.004				

3 讨论

3.1 社区护士职业价值观处于中等偏上水平

本研究结果显示, 社区护士职业价值观各个维度得分均值都大于4 分, 表明社区护士职业价值观处于中等偏上水平, 提示社区护士职业价值观总体为积极、正向的。各维度得分由高到低依次为信任、行为、照顾、公正和职业特点, 其中信任维度名列前两位, 与国内调查(邢立玲等, 2014; 张晓曼和王志稳, 2014)其他科室护士职业价值观的研究结果相一致。一般资料中工作年限和文化程度与信任维度存在相关性, 信任体现了患者对医护人员的信赖。工作年限和文化程度高的护士, 一方面在工作中积累了丰富的经验, 另一方面具备较高的职业素养和服务能力, 因此更易获得患者的信任。来自患者的信任是建立良好护患关系的前提, 随着时代进步, 民众获取健康知识的途径愈加丰富, 同时对社区护理服务也提出了更高的要求。因此, 社区护士应做好职业规划, 加强专业知识学习, 提高专业素养和护理服务质量, 从而有效促进护患之间信任关系的建立和护理专业价值观的良性循环。同时, 从社区护士职业价值观看, 医护合作得分越高, 可能与社区护士之间的沟通、协作良好有关, 不同护士之间能构建良好的同事关系, 充分体现了团队协作精神。而人力和物力充裕得分最低, 分析原因: 社区护士由于医疗资源匮乏, 医疗设备及物品分配相对较少, 能在影响程度上影响社区护士职业价值观。

3.2 工作环境对社区护士职业价值观的影响

本研究结果显示社区护士的工作环境处于较高水平。分层回归分析显示, 在控制一般资料后, 工作环境中参与医院事务、高质量护理服务基础、护理管理者的领导及管理方式影响护士职业价值观, 这三个维度可独立解释职业价值观总变异的 43.3%。①参与医院事务: 社区护士参与医院事务, 能充分体现社区护士职业价值观, 护理管理者应重视护士参与医院事务的意愿和权利, 合理安排各项工作, 鼓励护士参与护理管理和医院内各项事务, 为其个人职业发展提供足够的空间。②高质量护理服务基础: 在护理工作环境中, 高质量护理服务基础对护士的职业价值观有正向影响, 与张晓曼等^[8]对急诊科护士及田双月等对三级医院硕士以上学历护士的研究结果类似。建议护理管理者对不同层次的护士开展有针对性的管理、教育和培训, 重视护理服务内涵建设, 并不断提升护理服务专业水平, 从而为高质量护理服务提供可靠保障和基础。③护理管理者的领导及管理方式: 人性化管理, 弹性排班, 重视护士个人需求等良好的工作环境和组织氛围有助于促进护理队伍形成积极的职业价值观, 增强护士留职意愿, 从而提高护理队伍的稳定性。

4 小结

本次调查结果显示, 社区护士的职业价值观处于中等偏上水平, 且社区护士的工作环境对其职业价值观具有正向影响。护理管理者应通过多种渠道引导社区护士树立正向、积极的职业价值观, 并通过多种形式构建融洽、和谐的护理工作环境, 此外加强科室和医院文化建设, 促进护士形成良好的职业认同和职业获得感, 形成正向、积极的职业态度和观念。

参考文献:

- [1]韩凤萍, 仲莉莉, 钱莉, 云青萍, 纪颖, 孙静. 社区护士情绪劳动在情绪智力与职业成功感的中介效应分析[J]. 护理学报, 2020, 27(18): 68-72.
- [2]罗霖玉, 胡晓林. 临床护士职业价值观及其影响因素的研究进展[J]. 现代临床护理, 2020, 19(07): 79-83.
- [3]郭莉, 霍淑平, 赵辉, 曹丽娟. 职业价值观在护士马基维利主义与工作投入的中介作用[J]. 护理学报, 2020, 27(10): 57-61.
- [4]程磊, 李文斌, 宁允, 陈园园, 吴也兰, 赵瑞, 金昌德. 工作场所欺凌行为对护士职业价值观的影响[J]. 职业与健康, 2020, 36(06): 775-778+782.
- [5]钱金平, 吴丹, 米钰, 王淼淼, 蒋焕映, 张露雯. 糖尿病专科护士职业价值观对核心能力的影响研究[J]. 中华护理教育, 2019, 16(09): 683-687.

连续护理在阵发性房颤射频消融术后患者中的应用效果

吴云云

江苏南通市第一人民医院 江苏南通 226000

摘要：目的：分析连续护理在阵发性房颤射频消融术后患者中的应用效果。方法：研究抽选我院心血管内科 2021 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 80 例阵发性房颤射频消融术后患者作为本次研究对象进行分析，按随机抽样法分为观察组和对照组，其中观察组 40 例，对照组 40 例。对照组使用传统护理方式，观察组使用连续护理方式，对比两组患者治疗后对药物依从性、国际标准化比值（INR）、不良反应和护理满意度。结果：经治疗，观察组患者 TNR 高于对照组，出血事件少于对照组，药物依从性高于对照组，良好生活维持习惯好于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组患者腹胀、腹痛和恶心例数为 5 例，少于对照组 14 例，总不良反应率（12.50%）低于对照组（35.00%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；同对照组患者相比，观察组患者的护理满意率（97.50%）高于对照组（85.00%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对于阵发性房颤患者来说，在进行射频消融术后使用连续护理方式，能够帮助患者进行治疗，有效缓解患者的负面情绪，降低副作用，缩短住院时间，帮助患者恢复日常生活，提高生活质量，可作为阵发性房颤射频消融术患者治疗过程中的护理方案，值得推广。

关键词：连续护理；阵发性房颤；射频消融术

房颤^[1]全称为心房颤动，是一种较为常见的持续性心律失常。研究表明，随着年龄增长，房颤发病率也不断增加，75 岁以上人群的房颤发病率可达 10%。房颤发作时，心房激动频率会达到 300 次/分以上，600 次/分以下，临床表现出心跳频率快于正常人，心跳呈现不规则跳动的情况，心房失去有效收缩功能，与此同时，房颤的发生还与心力衰竭、冠心病、高血压病等疾病联系紧密。阵发性房颤的特点是房颤持续时间 $\leq 7d$ ，一般情况下 $\leq 2d$ ，之后能自行终止，但具有反复发作特点。从阵发性房颤发病机理来看，其绝大多数发病情况同心脏病基础器质性病变有关，尤其对于心脏病患者来说，发病几率更高。目前针对阵发性房颤患者的主要治疗方式为射频消融术，在此基础上采取传统护理模式引导患者进行术前、术中和术后治疗，帮助患者康复，但有研究结果显示，常规护理模式在患者治疗和恢复期间，无法照顾患者的心理情绪变化，也无法根据患者的变化对治疗方式进行调整。而近几年随着医学护理的发展，出现连续护理模式，医务人员为患者提供更加优化的医疗护理服务和护理结果，在阵发性房颤患者治疗过程中，具有一定疗效，可帮助患者获得良好的疾病控制率，减少不良反应，缩短住院时间，有望成为治疗阵发性房颤的理想护理方案。故本次研究对连续护理在阵发性房颤射频消融术后患者中的应用效果展开分析，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究抽选我院心血管内科 2021 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 80 例阵发性房颤射频消融术后患者作为本次研究对象进行分析，按随机抽样法分为观察组和对照组，观察组 40 例，对照组 40 例。其中，对照组男 22 例，女 18 例，年龄 30-72 岁，平均年龄（51.00 $\pm$ 2.55）岁，病程 1.2-3 年，平均病程（2.10 $\pm$ 0.11）年；观察组男 21 例，女 19 例，年龄 33-74 岁，平均年龄（53.50 $\pm$ 2.68）岁，病程 2-3.5 年，平均病程（2.75 $\pm$ 0.14）年。比较两组一般资料无显著差异（ $P>0.05$ ），可比性成立。

1.2 纳入排除标准

纳入标准：①非瓣膜性房颤患者；②可以正常交流；③自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准：①患有精神疾病者；②处于妊娠期或哺乳期患者；③不耐受术后抗心律失常药物和抗凝药物。

1.3 方法

对照组：采取传统护理方式：患者入院后，主管医生向患者介绍患病情况和疾病基础知识，对患者生命体征和精神状态进行专业评估，同时指导患者进行各项术前检查，包括心电图、凝血功能、经食道超声心动图等，引导患者生活习惯变得更加健康和规律，包括早睡早起、定时锻炼、注意饮食等），提醒患者术后用药标准和相关注意事项，在患者出院前，进行相关指导，同时建议患者按时回医院复查，若发生异常情况立即报告医生

观察组：在对照组的基础上采取连续护理方式：首先在射频消融术前，对患者科普房颤相关基础知识，向患者解释在房颤治疗过程中，射频消融术所起的作用，介绍术后用药的情况，包括抗心律失常药物和抗凝药物，同时加强和患者及其家人的沟通交流，帮助患者缓解治疗过程中的焦虑、压力大等负面情绪，避免对治疗产生不利影响；其次，在射频消融术后及时告知患者及其家属相关恢复要点，包括用药原理、服药时间以及可能产生的副作用，一旦出现副作用，立即告知护士和医生，此外要按时检查患者的凝血功能。在使用抗凝药物期间，若使用其他药物，包括维生素、激素、抗生素等，要时刻注意患者的凝血功能，避免引起出血甚至栓塞等并发症现象；之后，在出院前，对患者及其家属发放健康管理手册，进行术后健康管理培训，建议患者按时复查 TNR，当 TNR 不处于 2.0-3.0 的区间范围，及时告知医生，便于调整药物治疗方式；最后，在患者出院后，相关护理人员定期进行电话或门诊随访，了解患者用药情况、恢复情况、生活方式和心理状态等，并帮助患者答疑解惑。

1.4 观察指标

（1）观察指标：统计两组患者在出院两个月后的指标，包括国际标准化比值（TNR）、出血事件、药物依从性和良好生活习惯维持情况。（2）不良反应：统计两组不良反应，包括恶心、腹痛、腹胀等不良反应。总不良反应率=（腹胀+腹痛+恶心）/总例数 $\times 100\%$ 。（3）护理满意度：经治疗，通过我院自制的急救护理满意度量表对患者的护理满意度进行评估，总分为 100 分。非常满意：总分 >90 分；比较满意：80 分 $\leq$ 总分 ≤ 90 分；一般满意：60 分 $\leq$ 总分 ≤ 80 分；不满意：总分 <60 分。总满意率=（非常满意+比较满意+一般满意）/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学分析

采用 SPSS22.0 统计软件处理数据。计量资料用均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用两个独立样本 t 检验；计数资料用频数表示，采用 χ^2 检验。显著性水平 $P<0.05$ 进行检验。

2 结果

2.1 观察指标评价

经治疗，两个月后同对照组患者相比，观察组患者 TNR（85.00%）高于对照组（65.00%），出血事件（5.00%）少于对照组（10.00%），药物依从性（90.00%）高于对照组（80.00%），良好生活维持习惯（87.50%）好于对照组（65.00%）（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者观察指标比较[n（%）]

组别	n	TNR	出血事件	药物依从性	良好生活习惯维持
观察组	40	34（85.00）	2（5.00）	36（90.00）	35（87.50）
对照组	40	26（65.00）	4（10.00）	32（80.00）	26（65.00）
χ^2	--	12.500	15.858	15.232	14.226
P	--	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 不良反应评价

经治疗，同对照组患者相比，观察组患者腹胀、腹痛和恶心例数为 5 例，少于对照组 14 例，总不良反应率（12.50%）低于对照组（35.00%）（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者不良反应比较[n（%）]

组别	n	腹胀	腹痛	恶心	总不良反应率
观察组	40	2（5.00）	2（5.00）	1（2.25）	5（12.50）
对照组	40	5（12.50）	4（10.00）	5（12.50）	14（35.00）
χ^2	--	--	--	--	14.226
P	--	--	--	--	0.000

2.3 护理满意度评价

经治疗，同对照组患者相比，观察组患者的护理满意率（97.50%）高于对照组（85.00%）（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者护理满意度比较[n（%）]

组别	n	十分满意	比较满意	一般满意	不满意	总满意率
观察组	40	20（50.00）	12（30.00）	7（17.50）	1（2.50）	39（97.50）
对照组	40	13（32.50）	13（32.50）	8（20.00）	6（15.00）	34（85.00）
χ^2	--	--	--	--	--	14.838
P	--	--	--	--	--	0.000

3 讨论

房颤，也称为心房颤动，是较为常见的心律失常表现，因心房电活动丧失其规律性和有序性，颤动波表现出快速无序，从而导致心房电活动发生紊乱，心房正常节奏被打乱，心率为不规则且快速特点。房颤会对患者日常生活造成不便，可能出现心脏衰竭、血栓栓塞等情况，甚至会导致脑卒中发生^[2]。近年来随着我国老龄化问题加剧，房颤患病率逐年上升，其中尤其以老年人为主，且各年龄段的男性发病率均高于女性。房颤多见于有原发性心血管疾病患者中，同时心外疾病（包括肺动脉栓塞、甲状腺功能亢进症等）和心肺疾病患者在急性缺氧、高碳酸血症和代谢或血流紊乱时也会引发房颤，临床表现出头晕、胸闷、心悸、四肢乏力等。房颤根据发作频率时间可分为四种类型，包括阵发性、持续性、长期持续性和永久性房颤。其中阵发性房颤的持续时间一般 $\leq 7d$ ，甚至 $\leq 48h$ ^[3]。目前临床上，射频消融术是针对阵发性房颤患者的主要治疗方式，在此基础上采取传统护理模式引导患者进行术前、术中和术后治疗，帮助患者康复。但随着护理医学的不断发展，发现连续护理能够更好地帮助阵发性房颤患者接受治疗。基于以上情况，本研究提出分析连续护理在阵发性房颤射频消融术后患者中的应用效果。

本次研究结果显示，经两个月治疗，观察组患者 TNR（85.00%）高于对照组（65.00%），出血事件（5.00%）少于对照组（10.00%），药物依从性（90.00%）高于对照组（80.00%），良好生活维持习惯（87.50%）好于对照组（65.00%）；在不良反应方面，观察组患者腹胀、腹痛和恶心例数为 5 例，少于对照组 14 例，总不良反应率（12.50%）低于对照组（35.00%）；在患者护理满意度调查中，观察组患者的护理满意率（97.50%）高于对照组（85.00%）。由此可见，阵发性房颤患者在进行射频消融术后，采取连续护理方式能够减少患者不良情绪，帮助患者树立恢复信心，配合医护人员工作，尽快恢复日常活动。

探究其原因，一方面传统护理方式是指护士将其具体工作分工，包括发药、打针、输液等，这样的护理模式虽分工明确，能够在药物治疗上按时监督患者完成治疗，但每个护士的护理具有片段式特点，虽然能够对患者进行较好的药物治疗，但往往忽略了患者的心理和情绪变化，尤其对于重大疾病患者来说，因缺少对疾病相关知识的了解，在治疗前和治疗后容易出现畏惧、害怕、焦虑等心理，因缺少相关护理知识，家属在康复阶段往往不知道该怎么照顾患者，同时也给患者一定的心理压力，由此产生低沉、消极等负面情绪，不利于患者康

复^[4]；另一方面，连续护理^[5]是指具有综合性、协调性和整合性特点的护理模式，通过连续护理能够实现健康状态下，各种护理环境中护理质量和价值的持续提升。从患者开始就医时，不管时间、地点和医护人员如何变化，患者接受的整个医疗体系提供的医疗服务保持连续且不间断，使得不同服务之间能够相互联系，协调一致。本次研究所采用的连续护理，在治疗前通过对患者进行 2 次房颤相关知识科普，能够帮助患者了解房颤疾病相关知识，包括病因、病情和临床症状，了解使用射频消融术在治疗房颤中的作用，其次通过介绍术后用药的情况，包括抗心律失常药物和抗凝药物，让患者了解相关药物作用机制，避免患者因为对疾病和治疗方式的不了解而产生畏惧、害怕的心理，同时通过加强和患者及其家人的沟通交流，能够缓解患者在恢复期间产生的忧虑、压力等负面情绪，避免对患者产生不利影响；与此同时，在射频消融术后，通过告知患者及其家属相关护理要点，包括用药原理、服药时间以及可能产生的副作用，帮助患者及其家属对可能出现的情况持有较为客观的态度，减轻患者及其家属的心理压力，避免不必要的思维发散；之后，在出院前，给患者及其家属发放相关健康管理手册，并进行术后培训，能够帮助患者养成良好的生活习惯和积极心态，促进病情恢复；最后，在患者出院后，相关护理人员定期进行电话或门诊随访，了解患者用药情况、恢复情况、生活方式和心理状态等，并帮助患者答疑解惑，让患者从住院到出院接受完整的护理过程，不仅从身体健康方面让患者及早康复，而且从心理健康方面让患者感到自己受到重视，增加信心，用更加积极向上的态度去面对疾病。由此可见，虽然传统护理模式和连续护理模式都能够针对患者病情给出相应的治疗方式，缓解患者病情，帮助患者恢复，但连续护理模式更重视信息沟通、关系连续、协调合作和自我管理^[7]，无论在治疗过程中还是治疗完成后都给予患者足够的重视，帮助维护患者的身心健康，减少不良反应，缩短住院时间，缓解心理压力，同时让患者养成良好的生活习惯，不论从短期还是长期来看，都更具优势，更能控制患者病情，更能帮助改善患者健康水平，提高生存质量^[8]。

但由于本次关于讨论连续护理的应用效果研究标本数量较少，研究角度缺乏全面性，同时受到经济条件的限制，没能对阵发性房颤射频消融术后患者进行长期的随访调查，因此，后续仍旧需要深入探索分析连续护理在阵发性房颤射频消融术后患者中的应用效果及相关影响。

综上所述，在帮助患者治疗阵发性房颤的过程中，采用连续护理模式疗效显著，能够减少阵发性房颤射频消融术后患者的心理压力和负面情绪，缩短住院时间，帮助患者养成良好生活习惯，促进患者尽早进行日常活动，延长患者生命周期，使患者提高其生活水平，具有良好护理治疗效果，值得广泛运用。

参考文献：

- [1]刘丹妮,冉海涛,敖梦.实时三维超声心动图和斑点追踪成像评价房颤患者心房结构和功能的研究进展[J].中国医学影像学杂志,2022,30(5):6.
- [2]胡耀武,田志文,车鸿平,等.无症状性心房颤动患者临床特征和预后分析[J].中国循环杂志,2021,36(3):5.
- [3]徐明.高血压合并阵发性房颤患者心脏超声临床特点[J].四川生理科学杂志,2021,43(2):3.
- [4]李少,赵水珍,陈小红.传统护理与快速康复外科护理模式在颈动脉内膜剥脱术围手术期护理中的应用效果比较[J].医药前沿,2021,11(21):148-149.
- [5]王敏,徐建.连续护理模式在心脏搭桥术患者中的应用效果及术后康复的影响[J].东方药膳,2021,(16):256.
- [7]吴海斌,陈兰,刘丽仙.连续护理对阵发性房颤射频消融术患者的效果[J].中外医学研究,2021,19(16):3.
- [8]张丽惠.连续护理对阵发性房颤射频消融术的影响分析[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37(4):1.

焦点式心理护理结合医护一体化急诊急救护理流程提高急性心肌梗死患者抢救成功率的分析

¹崔姣 ²张燕妮

1、利川市人民医院 湖北省恩施市 445400；2、利川市民族中医院 湖北省恩施市 445400

摘要：目的：探究焦点式心理护理结合医护一体化急诊急救护理流程提高急性心肌梗死患者抢救成功率。方法：选取 2021 年 1 月-2021 年 12 月我院收治的急性心源性心肌梗死患者 102 例作为研究对象，通过随机数字表法进行分组，分为对照组（常规急救护理，51 例）和观察组（焦点式心理护理结合医护一体化急诊急救护理流程，51 例），对比两组急诊急救时间、抢救成功率、死亡率、复发率、护理满意度、心理状态、护理质量以及并发症。结果：观察组症状发作到急诊室时间、预检分诊时间、心电图时间、进出急诊室时间、PCI 时间、门球时间以及再灌注时间均少于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组抢救成功率（96.08%）高于对照组（82.35%），观察组死亡率与复发率均低于对照组，差异具备显著性（ $P<0.05$ ）；观察组护理满意度（98.04%）高于对照组（80.39%），差异有统计学意义（ $P<0.050$ ）；观察组护理后焦虑（SAS）与抑郁（SDS）评分均低于对照组，差异具备显著性（ $P<0.05$ ）；观察组转运处理、护理态度、护理技术、科室环境以及护理质量总分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组并发症发生率低于对照组（11.76%VS29.41%），差异具备显著性（ $P<0.05$ ）。结论：针对急性心源性心肌梗死患者，实施焦点式心理护理结合医护一体化急诊急救护理，有助于提升患者抢救成功率，减少并发症，值得推广。

关键词：焦点式心理护理；医护一体化；急诊急救护理；急性心肌梗死

急性心肌梗死是临床常见危急重症之一，患者如果无法得到及时治疗，容易出现生命危险。随着目前社会老龄化问题日益加剧，急性心肌梗死发病率也逐年递增，同时病死率也居高不下。常规治疗多以介入治疗与溶栓治疗为主，但是很多患者不符合介入治疗要求，或者是在发现时已经错过最佳治疗时机，只能通过其他方式治疗。在患者治疗过程中，有效的临床护理干预同样重要。有研究表明，急诊急救流程护理有助于缩短患者治疗时间，促进患者尽早康复^[1-2]。因此，在本次研究中，主要以我院收治的 102 例急性心肌梗死患者为例，分析焦点式心理护理联合医护一体化急诊急救流程护理的应用价值，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月-2021 年 12 月我院收治的急性心源性心肌梗死患者 102 例作为研究对象，根据随机数字表法，分为对照组与观察组，每组 51 例。观察组患者中，包括男性 31 例，女性 20 例，年龄 45~77 岁，平均（61.0±5.3）岁，基础疾病：糖尿病 13 例，高血压 17 例，冠心病 21 例。对照组患者中，包括男性 32 例，女性 19 例，年龄 44~78 岁，平均（61.0±5.7）岁，基础疾病：糖尿病 14 例，高血压 18 例，冠心病 19 例。两组患者一般资料对比，差异不明显（ $P>0.05$ ），具有可比性。纳入标准：①患者及家属均在完全知情条件下，签署同意书，表示自愿参与研究。②患者临床资料均具备完整性与真实性。③患者均经过专业检查，确诊为急性心肌梗死患者。排除标准：①存在认知、沟通、精神障碍患者。②中途退出研究，无法全程配合患者。③配合度较低、依从性较差患者。④患者存在严重传染性疾病。⑤合并凝血功能异常患者。⑥存在严重肝肾功能障碍患者。⑦对研究开展不配合者。

1.2 方法

对照组：常规急救护理，包括将患者送入抢救室，连接心电吸氧设备，观察患者生命体征变化，开展相应急救措施，同时遵医嘱对患者开展辅助抢救。

观察组：焦点式心理护理联合医护一体化急诊急救护理流程，具体如下：①成立医护一体化急诊护理流程小组，组内包括急诊医生、专科护士等，针对组内成员进行培训，包括急诊护理流程的相关知识，提升组内成员的专业能力。②制定急诊护理流程方案：包括优化就诊流程，建立急诊护理制度，分析护理过程中遇到的问题，并提出解决措施，并定期组织培训，提升急诊护理人员的专业技能，保证护理质量得到显著提升。③落实护理流程：开放急诊绿色通道：先抢救，后挂号，保证抢救可以及时有效地进行，并向患者家属讲解抢救过程，以及可能存在的风险，指导患者家属填写同意书。用最快的速度为患者建立静脉通道，保证医生可以在最短时间内，针对患者进行有效抢救，注射药物时要避免注射速度过快，避免患者产生不良反应。并且针对患者抽取的血压样本，要及时送到临床检查部门开展有效检查，护理人员密切关注患者各项生命体征，发生任何异常，立即告知医生开展对症处理，避免患者出现生命危险。同时护理人员要适当安抚患者家属情绪，避免产生医患纠纷。在患者意识清醒情况下，对患者实施有效的心理疏导，消除患者焦虑等不良情绪，提高患者治疗自信心，同时让患者与医护人员展开有效配合，提高救治成功率。在抢救过程中，要尽可能减少患者遭受寒冷刺激，做好患者的保暖护理工作，同时充分尊重患者隐私，注意用棉被遮盖患者的

隐私部位。如果患者需要转运，需要有效固定患者，保证操作的规范性与安全性，避免对患者产生二次伤害。针对患者及家属提出的各种疑问，护理人员用耐心而温和的口吻回答，解决患者疑惑，同时也要让患者重视患者抢救工作，让家属有效配合护理人员，促进患者可以尽快得到康复。护理人员同时要将抢救进度告知患者家属，用简洁语言向患者家属介绍，让家属提升对护理人员的信任，并且缓解患者家属的心理压力。

1.3 观察指标

- ①观察并对比两组急诊急救时间，主要从 7 个方面进行统计与对比。
- ②针对两组抢救成功率、死亡率与复发率进行统计与记录，并进行对比，根据患者实际情况进行统计。
- ③护理满意度：根据我院量表进行评估，分值范围在 0-100 分之间，根据情况的不同划分为三个层次：>85 分/60-85 分/<60 分，分别对应：非常满意/基本满意/不满意，总满意度=（非常满意+基本满意）/患者总例数×100%。
- ④心理状态评分：根据焦虑（SAS）与抑郁（SDS）量表进行评估。总分为 100 分，前者：50-59 分判定为轻度焦虑，得分在 60-69 分判定为中度焦虑，得分在 69 分以上则表示重度焦虑。后者：轻度抑郁：53-62 分，中度抑郁：63-72 分，重度抑郁：72 分以上。得分越高，说明患者焦虑或抑郁情况越严重。
- ⑤观察并对比两组急救护理质量评分，从 4 个维度进行评价，每个维度分值在 1-25 分之间，总分为 100 分，得分越高，代表护理质量越好。
- ⑥观察并对比两组并发症发生情况，总发生率=（深静脉血栓+假性动脉瘤+尿潴留）/患者总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用（ $\bar{x} \pm s$ ）对计量资料展示，通过 t 进行检验，使用[n（%）]对计数资料展示，通过 χ^2 检验；0.05 为中界点， P 在中界点之下，代表数据差异明显，软件工具：SPSS26.0。

2 结果

2.1 两组患者急诊急救时间对比

观察组各项急诊急救时间均比对照组更短，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组急诊急救时间比较（ $\bar{x} \pm s$, min）

项目	观察组（n=51）	对照组（n=51）	t 值	P 值
症状发作到急诊室时间	346.74±24.06	529.45±30.14	33.834	<0.001
预检分诊时间	1.13±0.36	2.75±0.63	15.944	<0.001
心电图时间	4.42±0.86	7.76±1.14	16.703	<0.001
进出急诊室时间	38.31±3.36	55.35±4.27	22.396	<0.001

PCI 时间			5.456	<
	49.75±9.66	60.45±10.14	0.001	
门球时间			17.027	<
	59.43±8.61	95.13±12.25	0.001	
再灌注时间			9.335	<
	73.14±12.15	97.54±14.17	0.001	

2.2 两组患者抢救成功率、死亡率与复发率对比

观察组抢救成功率比对照组更高，死亡率与复发率均比对照组更低，差异明显（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组抢救成功率、死亡率与复发率比较[n（%）]

组别	例数	抢救成功率	死亡率	复发率
对照组	51	42（82.35）	8（15.69）	10（19.61）
观察组	51	49（96.08）	1（1.96）	2（3.92）
χ^2 值	-	4.993	4.387	6.044
P 值	-	0.025	0.036	0.014

2.3 两组患者护理满意度对比

观察组护理满意度比对照组更高，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组护理满意度比较[n（%）]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
对照组	51	17（33.33）	24（47.06）	10（19.61）	41（80.39）
观察组	51	21（41.18）	29（56.86）	1（1.96）	50（98.04）
χ^2 值	-	-	-	-	8.254
P 值	-	-	-	-	0.004

2.4 两组患者心理状态评分对比

护理前，两组心理状态对比，差异不明显（ $P>0.05$ ），护理后，两组 SAS 与 SDS 评分均得到显著降低，并且观察组比对照组更低，差异明显（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 两组心理状态比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	焦虑（SAS）		t 值	P 值
		护理前	护理后		
观察组	51	61.34±5.11	45.23±3.14	19.182	<0.001
对照组	51	61.52±5.08	51.38±3.56	11.674	<0.001
t 值	-	0.178	9.252	-	-
P 值	-	0.859	<0.001	-	-
抑郁（SDS）					
观察组	51	61.03±3.25	44.13±2.68	28.651	<0.001
对照组	51	61.17±3.38	50.19±2.29	19.206	<0.001
t 值	-	0.213	12.277	-	-
P 值	-	0.832	<0.001	-	-

2.5 两组患者急救护理质量评分对比

观察组各项护理质量评分均比对照组更高，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 5。

表 5 两组急救护理质量评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	转运处理	护理态度	护理技术	科室环境	总分
对照组	51	13.12±2.54	12.28±2.15	13.07±2.26	12.58±2.11	50.88±9.13
观察组	51	22.75±2.09	21.27±2.14	22.34±2.07	23.06±1.98	89.67±8.16
t 值	-	20.908	21.164	21.601	25.865	22.623
P 值	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.6 两组患者并发症发生情况对比

观察组并发症发生率比对照组更低，差异明显（ $P<0.05$ ），见表 6。

表 6 两组并发症发生率比较[n（%）]

组别	例数	深静脉血栓	假性动脉瘤	尿潴留	总发生率
对照组	51	6（11.76）	7（13.73）	2（3.92）	15（29.41）
观察组	51	2（3.92）	3（5.88）	1（1.96）	6（11.76）
χ^2 值	-	-	-	-	4.857
P 值	-	-	-	-	0.028

3 讨论

急性心肌梗死是临床常见疾病，有很高病死率与死亡率，严重威胁患者生命安全。通常患者会感觉到心前区或者胸骨后有剧烈疼痛感，并持续放射性疼痛，时间在 30min 以上。发病原因主要由于患者的冠状动脉出现堵塞情况，让心肌处于缺氧缺血状态。由于急性心肌梗死属于危急重症，如果患者没有经过及时抢救，容易出现休克以及心衰等，因此患者发病后需要及时治疗，以免威胁患者生命健康。在临床治疗中，需要对患者实施良好的临床护理干预，提升患者急诊急救效果，提升患者抢救成功率，让患者尽早脱离生命危险。

医护一体化护理属于新型护理模式的一种，通过将常规护理的模式进行彻底打破，可以将其不足进行有效弥补，让护理更加具备人性化，将患者作为护理重点，并且在充分尊重患者的前提下，对患者实施更加有效的护理措施，改善患者不良症状，为挽救患者生命安全发挥重要作用。焦点式护理主要根据患者的心理状态及特点，给予患者更多针对性心理疏导，帮助患者减轻负性情绪，提高治疗依从性，让患者保持积极乐观的心态，勇敢战胜病魔。本次研究结果显示，观察组各项急诊急救时间均更短，说明通过焦点式心理护理联合医护一体化急诊急救护理流程，可以有效减少患者急救时间，为患者争取更多治疗时间，让患者尽早得到有效救治，减少不良事件的发生。观察组抢救效果更加显著，并且死亡率与复发率均更低，说明在联合护理的应用下，可以有效提升抢救成功率，让患者尽早恢复身体健康。观察组护理满意度与心理状态均更好，说明通过联合护理能够有效改善患者心理状态，让患者得到更加满意的临床护理效果。联合护理可以有效保证每个急诊急救环节都有效衔接，明确心肌梗死患者的抢救目标，并不断给予患者更多鼓励与安慰，坚定患者治疗意志，让患者有效配合急救，提升整体急救效果。观察组护理质量评分更高，并且并发症更少，主要由于在联合护理的作用下，可以让患者从入院到治疗，每一个环节均有专门的护理人员进行护理，有效提升护理效率，并针对患者急救情况进行密切观察，确保在第一时间观测到患者异常情况，保证患者抢救顺利。通过护患之间有效配合，能够有效减少并发症的发生，对患者预后改善有积极意义。并且能够减少护患矛盾，建立良好的护患关系，促进患者早日康复。有研究认为，良好的急诊护理有助于改善患者负性情绪，提升临床护理效果，并让患者预后质量更加显著^[3-5]。本次研究结果与其存在相似性，通过焦点式护理与医护一体化联合护理，能够最大程度减少患者焦虑、抑郁情绪，让患者抢救成功率更高，并且并发症更少，让患者得到高质量的临床护理效果，有利于患者早日康复，早日回归到正常生活中。本次研究中存在一定不足与缺陷，主要在于选取病例数较少，并且研究时间尚短，因此研究结论不够全面。希望在以后研究中可以弥补缺陷，为临床护理相关研究提供更多参考依据。

综上所述，将焦点式心理护理联合医护一体化急诊急救护理流程应用于急性心肌梗死患者中，有助于提升患者抢救成功率，降低死亡率、并发症以及复发率，并有效改善患者不良情绪，提升患者整体护理质量，让患者得到更加满意的临床护理效果，对患者早日康复有重要作用。有很高临床应用价值，值得推广应用。

参考文献：

- [1]孙侠逊.优化急诊护理流程在急性心肌梗死患者抢救中的应用效果[J].中国医药指南,2020,18（25）：176-177.
- [2]郭丹,张丽娜.急诊护理流程优化对急性心肌梗死患者冠脉介入治疗时间及复发的影响[J].结直肠肛门外科,2021,27（S2）：173-174.
- [3]刘晓阳,王丽萍,吴学勤,等.个性化护理对老年急性心肌梗死患者转运成功率、急救成功率和护理满意度的影响[J].贵州医药,2021,45（09）：1512-1513.
- [4]唐绍辉,易婷,陈煌,等.全程优化急诊护理对急性心肌梗死患者临床效果、负性情绪和预后质量的影响[J].广东医学,2021,42（10）：1259-1263.
- [5]高亮,王莹.以结局为导向的一体化零缺陷护理模式在急性心肌梗死急诊救治中的实践研究[J].中国医药导报,2021,18（30）：168-171.

碘胺酮对心力衰竭合并心律失常的临床治疗效果与护理方法

赵升

江苏南通市第一人民医院 江苏南通 226000

摘要：目的 探讨心力衰竭合并心律失常的治疗中采取胺碘酮药物以及护理措施的效果。方法 抽取我院心力衰竭合并心律失常的患者 100 例进行分析，根据护理方案分为 2 组，比较观察组经胺碘酮治疗以及综合护理措施的效果。结果 观察组经胺碘酮治疗及综合护理干预后临床护理效果明显地优于对照组。结论 对于心力衰竭并发心律失常的患者经胺碘酮治疗以及综合护理干预能够明显的提高临床治疗效果，改善患者的心功能，提高患者的生活质量。

关键词：心力衰竭；心律失常；胺碘酮；综合护理；生活质量；心功能

0 引言

心力衰竭是指患者由于某种原因在短时间内导致心肌收缩力突然降低或者心脏负荷明显增加，致使患者的心排量迅速下降，而肺循环突然急剧上升的综合症状，而发生病症的原因可能是由于患者有过劳后的呼吸困难或者有晚上阵发性地呼吸困难的过往病史，也可能是患者有高血压、肺炎、过度输液等因素^[1]。心力衰竭的临床表现为呼吸困难严重、咳嗽有粉红色的泡沫样痰、大汗出。据有关调查显示，心力衰竭的高发人群是 80 岁以上的老年人，然后是 50 岁以上的中老年人。快速性心律失常是心力衰竭临床常见的合并心血管疾病，患者的临床表现通常为心悸、疲劳和胸闷，如果得不到及时治疗，可能导致猝死^[2]。临床上对于急性心力衰竭并快速心律失常患者的治疗，主要是通过扩张血管、强心、利尿等途径，达到改善患者心率、降低其心肌耗量的目的^[3]。近年来胺碘酮注射液被应用于此类疾病的治疗，并取得了满意的效果。在临床治疗工作中，除常规的临床治疗^[4]，关注患者的心理问题，为患者在治疗中向患者之所向，及患者之所急，制定首要护理问题，并合适地采取临床综合性的护理，此次研究胺碘酮治疗心力衰竭后的护理效果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院心内科在 2022 年 1 月至 2022 年 8 月期间收治的确诊为心衰合并心律失常的患者共计 100 例作为本次研究对象，根据入院顺序将这 100 例患者均分为对照组和观察组；每组患者 50 例，对照组 50 例患者中包含 26 例男性患者，24 例女性患者；年龄分布 40~81 岁，平均年龄为 58.2±7.1 岁。观察组 50 例患者中包含 27 例男性患者，22 例女性患者；年龄分布为 42~81 岁，平均年龄为 57.1±6.9 岁。比较两组患者的一般资料，未见显著差异（ $p>0.05$ ）具有可比性。

1.2 方法

两组患者均进行静脉注射盐酸胺碘酮 0.5 mg，再与 5%葡萄糖溶液进行融合，并按 0.05 mg/（kg·min）静脉滴注，按患者情况调整剂量。药物治疗后开展对应的护理工作。对照组进行传统护理。观察组采取综合护理模式，具体方法如下：

照组实施常规的护理措施，根据医嘱进行各项护理干预，做好药物治疗，观察临床效果。观察组实施综合护理干预，具体如下：

1.2.1 入院宣教和心理护理

患者入院后护理人员热情地接待，并向患者介绍病房环境以及住院规章制度等，介绍主治医生以及责任护士的基本信息。询问患者的疾病情况，填写入院评估单，做好入院详细告知等。

1.2.2 病情观察护理

做好病情观察的护理干预，按护理级别巡视病房，为患者进行生命体征监测，评估分析患者的呼吸、血压以及脉搏等动态波动情况，根据患者的护理级别以及病情对患者做好病房巡视的工作，尤其是夜晚患者会出现呼吸困难加重的现象，因此护理人员要了解患者的疾病状态，加强对患者的巡视，尤其观察患者的呼吸频率以及血氧饱和度数值，对于患者基础性的问题如水肿要严密的观察。对于病情的恶化时要做好第一时间的告知人，及时通知医生做好急救护理。

1.2.3 药物护理

遵医嘱正确的使用药物治疗，观察用药效果，尤其使用强心利尿、扩血管的药物，治疗过程中出现不良症状的心律失常，当服用地高辛时观察患者的脉搏，当脉搏低于 60 次/分，要告知医生，停止使用，观察地高辛的血药浓度，禁止钙剂与地高辛类的药物同时使用，降低药物中毒。使用硝酸钠时注意现用现配的原则，并做好避光治疗，监测患者的血压情况，防止出现低血压症状。使用利尿剂的患者要提倡白天用药，避免夜间服药，以免夜间频繁排尿影响患者的睡眠情况，同时注意低钾血症的发生^[5]。

1.2.4 活动与休息

根据患者的心功能情况进行休息，适当地进行脑力和体力的活动，保证患者的充足睡眠，能够有利于心功能的恢复，减少心脏的工作。患者急性期时注意严格绝对地卧床休息，改善心肌的耗氧量。卧床的患者定时翻身，防止患者发生压疮和血栓的发生，当患者病情允许的情况下可以床上活动。先适当活动肢体，鼓励患者床上坐起轻微的活动，随后患者进行床边静坐，静坐无不适可以下床活动，当患者活动后出现心悸等不适症状时可以停止活动，在评估患者的心功能情况来制定患者的活动范围，鼓励患者进行生活自理，帮助患者恢复自信心。

1.2.5 排便护理

保持患者正常的排便习惯，大便时不可用力，因过渡的用力会增加患者的心脏承受能力，会诱发心律失常的症状。在卧床期间训练患者进行排便，排便时不要屏气，为患者准备床旁的便椅，增加患者的排便舒适度。当患者病情允许的情况下适当地进行运动，指导患者进行低盐低脂的饮食，每日定时进食粗纤维的食物，进食新鲜的水果和蔬菜，当患者排便困难时可以使用开塞露以及液状石蜡等协助患者进行排便。

1.2.6 体位护理

一旦发生呼吸困难，及时的为患者调整体位，改变患者成半卧位进行护理，将两腿下垂后可以减少回心血量，减轻患者的呼吸困难症状，在床上放置靠背架保持患者的舒适，为了增加患者的舒适度，在卧位时可以在双膝下防止小枕，减少身体向下滑动的力量，以促进患者的舒适，减轻压疮的发生。

1.2.7 心理护理

心理不良症状会影响疾病的治疗，当患者情绪不稳定会导致疾病的诱发，影响患者的病情转归和发展。患者因患病后会出现担心和恐惧症状，甚至患者会出现焦虑和恐惧的心理，这种心态会增加患者的疾病恶化。护理人员主动与患者沟通，了解患者的心理状态，做好全程的诊疗强调患者的心理调节。指导患者可以选择放松的方式，比如冥想训练、看手机等放松患者的心情，同时播放一些舒缓的音乐疗法，在患者治疗时可以保持拥有良好的心理状态。

1.2.8 健康教育

此病的患者多数是老年人，此群体的患者对疾病的认知和理解能力缺乏，因此护理人员要时刻对患者进行分析，了解患者以及家属对疾病的理解情况。科内制定相关心力衰竭的健康宣传手册，手册中记载着关于疾病的发病因素，治疗方法以及护理方案等。告知患者预防跌倒和压疮的发生，减少护理不良事件的发生率^[6]。评估患者的高危情况，加强病房的巡视，做好预见性的护理，同时向家属讲解保证患者安全的主要方式。科内定期的组织和学习疾病的健康教育，对患者以及家属提出的问题耐心地做好解答，保证患者和家属对疾病有深刻的认识和理解，防止疾病的恶化和复发有一定的作用。

1.3 观察指标

1.3.1 比较两组患者干预前后的血清脑钠肽水平、抗利尿激素水平、内皮素-1、^[7]。

1.3.2 比较两组患者干预前后的心功能指标：LVDD、LVESD、LVEF^[8]。

1.3.3 统计并对比两组患者的对比观察两组患者心律失常恢复时间、气喘缓解时间、心率恢复时间以及平均住院时间^[9]。

1.3.4 统计比较两组患者的不良反应发生情况，包括低血压、心动过缓、恶心呕吐、寒性停搏^[10]。

1.3.5 比较两组患者生活质量水平，如表下的 8 项内容，每个项目满分为 100 分，分数越高则说明生活质量水平越高^[11]。

1.4 数据分析

采用 SPSS24.0 对所有数据进行分析， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 化验数值比较

观察组化验数值大于对照组优化的程度，（ $p<0.05$ ），如表 1。

表 1 化验数值比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	血清脑钠肽水平（pg/dL）		抗利尿激素水平（ng/L）		内皮素-1、（ng/L）	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	598.8±26.7	218.4±13.3	0.87±0.20	0.56±0.11	181.72±23.21	132.4±19.82
对照组	50	598.6±26.4	289.7±20.8	0.86±0.21	0.75±0.16	182.18±22.61	156.72±11.72
<i>t</i>		0.292	12.680	0.377	11.685	0.160	12.495
<i>p</i>		0.779	0.017	0.718	0.018	0.878	0.016

2.2 心功能比较

观察组 LVDD、LVESD 偏低，LVEF 偏高（ $p<0.05$ ）。具体见下表 2。

表 2 心功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVEF (%)		LVDD (mm)		LVESD (mm)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	39.8±2.4	49.4±0.8	65.8±4.6	61.8±0.7	54.7±4.3	44.6±0.6
对照组	50	40.6±3.7	41.6±0.7	65.7±5.8	64.5±0.5	54.9±5.4	48.2±0.2
<i>t</i>		0.394	15.324	0.029	10.469	0.062	11.368
<i>p</i>		0.705	0.016	0.978	0.019	0.952	0.017

2.3 两组患者的各项指标恢复时间比较

观察组患者的各项指标恢复时间明显优于对照组患者 ($p<0.05$)。具体见下表 3。

表 3 各项指标对比情况 ($\bar{x} \pm s$; d)

组别	例数	心律失常恢复时间	气喘缓解时间	心率恢复时间	平均住院时间
----	----	----------	--------	--------	--------

表 5 生活质量水平 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	角色受限		躯体疼痛		生命活力		感情因素	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	66.33±2.40	97.34±1.28	67.44±1.92	95.87±2.23	70.64±1.82	96.82±1.24	71.42±2.56	95.42±3.20
对照组	50	66.42±2.41	80.64±2.20	67.50±1.43	79.85±2.24	70.25±1.65	80.54±2.30	71.77±2.65	79.58±2.60
<i>t</i>		0.056	14.348	0.052	10.689	0.332	13.683	0.201	10.983
<i>p</i>		0.957	0.016	0.960	0.019	0.749	0.018	0.847	0.017

续 表 5

分组	例数	社交能力		精神健康		总体健康		活动能力	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	66.22±9.15	96.87±12.18	66.12±8.46	95.15±1.88	63.28±6.87	95.35±1.48	65.87±8.22	96.44±1.67
对照组	50	66.57±9.22	84.54±11.04	66.33±8.58	82.14±1.64	63.66±6.99	84.44±1.47	65.74±6.28	85.45±1.84
<i>t</i>		0.057	16.380	0.037	10.889	0.082	11.021	0.026	9.389
<i>p</i>		0.956	0.016	0.972	0.019	0.937	0.017	0.980	0.020

3 讨论

在心内科疾病中最常见的就是心力衰竭,此病分为急慢性和慢性两种类型,其中急性心力衰竭的病情较为复杂,临床治疗需要有效地进行。心力衰竭常见老年患者,是心血管疾病发展的最终阶段,导致心衰的临床因素较多,比如紧张和情绪激动、感染以及其他疾病所致等,最常见的是患者有高血压和冠心病疾病,此病会严重影响患者的生活质量,甚至导致死亡^[11]。快速性心律失常存在于大多数器质性心血管管和心脏病中,但程度不同,该病的主要病因是心室紊乱,其特点是发病突然,病情危重。对于快速性心律失常,应在确诊后进行科学有效的治疗,以改善预后,降低病死率^[12]。

胺碘酮是三种抗心律失常药中的一种,具有一流的电生理效应。抗心律失常药物。进入患者体内后,药物通过阻止钾离子流入患者体内,延长心肌细胞不同部位的动作电位和有效不应期,从而消除再进入兴奋^[13]。胺碘酮注射液可产生轻微的负性肌力作用,但不会抑制左心室功能,可扩张冠状动脉和外周血管,延长患者心室和心房肌纤维的潜在作用和不应期,增加心房和组织附件之间的存活时间,以缓解患者的临床症状并稳定患者的心律目的^[14]。在所患者使用抗心律失常的药物中,使用的胺碘酮不仅能够有氧化作用,同时能够促进血液的自由基氧化清除,胺碘酮药物的使用可以明显的控制患者心律失常,有效的改善临床治疗效果^[15]。在心力衰竭的治疗中实施综合护理干预,首先了解患者的病情变化,帮助患者办理入院手续,做好病情观察及时汇报病情,为患者制定用药的计划,合理正确的遵医嘱用药,观察药物的疗效,为患者做好心理护理,帮助患者能够理解自身疾病,保证患者的情绪稳定。本文研究可见,对于心力衰竭患者实施综合护理干预后能够改善患者心功能评分以及临床康复症状;提高患者的生活质量以及睡眠质量等,值得临床推广。

参考文献:

- [1]刘爱琴,沈燕.系统护理对胺碘酮治疗心力衰竭合并室性心律失常患者的应用效果体会[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊).2020.58(10)91-92.
- [2]高学校.整体护理模式在胺碘酮治疗心力衰竭合并快速性心律失常患者中的应用效果观察[J].中西医结合心血管病电子杂志.2019.22(17)100-101.
- [3]如克亚·白克力,买吾杰旦木·阿不来提.静脉应用胺碘酮治疗心力衰竭合并室性心律失常

观察组	50	1.12±0.13	2.91±0.82	7.01±2.81	12.92±2.03
对照组	50	2.01±0.32	5.92±1.02	12.01±1.83	19.02±3.21
<i>t</i>		12.021	11.926	10.927	11.862
<i>p</i>		0.018	0.019	0.020	0.020

2.4 两组不良反应发生情况比较

观察组不良反应发生率低于对照组 ($p<0.05$)。具体见下表 4。

表 4 不良反应发生情况比较[n (%)]

组别	例数	低血压	心动过缓	恶心呕吐	窦性停搏	总发生率
观察组	50	1 (2.00)	2 (4.00)	2 (4.00)	0 (0.00)	5 (10.00)
对照组	50	4 (8.00)	6 (12.00)	5 (10.00)	2 (40.00)	17(34.00)
<i>t</i>		12.696	12.767	11.133	10.133	12.382
<i>P</i>		0.014	0.018	0.016	0.016	0.016

2.5 生活质量水平

观察组生活质量等评分均高于对照组, ($P<0.05$), 见表 5。

常患者的护理体会分析[J].心血管外科杂志(电子版).2020.3(13)72-73.

[4]Reyes AJ. Loop diuretics versus others in the treatment of congestive heart failure after myocardial infarction[J].Cardiovascular Drugs and Therapy.1993,7(6): 869-876.

[5]莫江波.舒适护理在胺碘酮治疗心力衰竭合并心律失常患者中的应用效果[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊).2019.23(13)156-157.

[6]Lazaro, Victor L. 2014 PHA Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients with Coronary Heart Disease[J]. ASEAN Heart Journal, 2016,24(1): 27-78.

[7]杨阳.静脉应用胺碘酮治疗心力衰竭合并室性心律失常患者的护理[J].医疗装备.2019(10)768-769.

[8]牟佳.胺碘酮治疗心力衰竭合并快速型心律失常临床护理要点[J].大健康.2022.11(17)167-168.

[9]史菲菲.整体护理模式在胺碘酮治疗心力衰竭合并快速型心律失常患者中的应用效果[J].健康大视野.2019.18(15)13-14.

[10]徐生蓉.护理干预用于胺碘酮治疗心力衰竭合并室性心律失常患者的效果研究[J].中国保健营养.2020.9(17)69-70.

[11]吕旭英,侯军文.胺碘酮联合综合护理干预对心力衰竭合并心律失常患者的临床意义[J].当代护士(上旬刊).2020.4(14)167-168.

[12]陈丽巧.舒适护理在胺碘酮治疗心力衰竭合并心律失常患者中的应用效果[J].饮食保健.2019.8(12)78-79.

[13]陈丽巧.老年重度心力衰竭合并快速心律失常静脉注射胺碘酮治疗的护理[J].心理医生.2019.16(11)80-81.

[14]Park JY, An JN, Jhee JH, et al. Early initiation of continuous renal replacement therapy improves survival of elderly patients with acute kidney injury: a multicenter prospective cohort study[J]. Critical Care, 2016,20(1): 260.

[15]研究胺碘酮治疗心力衰竭(心衰)合并快速型心律失常患者的治疗疗效与护理效果[J].健康之友.2021.2(13)73-74.

同期护理干预对老年慢阻肺患者院外吸入药物正确率的影响

魏丽芝 杨静

吴忠市人民医院 宁夏吴忠市 751100

摘要：目的：探讨同期护理干预对老年慢阻肺患者院外吸入药物正确率的影响。方法：采集本院 2020 年 9 月至 2022 年 6 月期间接收的 204 例老年慢阻肺患者，随机分为对照组与观察组各 102 例，对照组运用常规护理，观察组运用同期护理干预，分析不同护理操作后对患者院外吸入药物正确率、治疗依从性、复发率、护理满意度情况。结果：在患者院外吸入药物正确率上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。在患者复发率上，观察组 2.94%，对照组 18.63%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗依从性上，观察组 96.08%，对照组 79.41%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者护理满意度上，观察组 94.12%，对照组 79.41%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：同期护理干预应用在老年慢阻肺患者，可以有效地提升其院外吸入药物正确率，其治疗依从性会明显提升，患者复发率会明显得到控制，同时患者护理满意度会相对更高。

关键词：同期护理干预；老年慢阻肺；院外吸入药物正确率；影响

慢阻肺属于老年呼吸系统常见病，患者会呈现出反复性的气促、咳嗽、咳痰以及呼吸困
难等疾病症状，有气道高反应，疾病有反复发作的趋向，难以根治，对患者身心构成较大的
伤害，生活质量也因此而下滑。除了规范的治疗，护理工作对患者治疗依从性，保证更好的
用药规范性也有一定促进作用。本文采集 204 例老年慢阻肺患者，分析运用同期护理干预后
对患者院外吸入药物正确率、治疗依从性、复发率、护理满意度情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 9 月至 2022 年 6 月期间接收的 204 例老年慢阻肺患者，随机分为对照
组与观察组各 102 例。对照组中，男 58 例，女 44 例；年龄从 60 岁至 81 岁，平均（68.24±6.28）
岁；病程从 1 年至 12 年，平均（8.29±2.48）年；文化程度中，初中及以下为 46 例，高中为
38 例，大学为 28 例；观察组中，男 53 例，女 49 例；年龄从 60 岁至 83 岁，平均（68.24±6.28）
岁；病程从 1 年至 12 年，平均（8.65±2.14）年；文化程度中，初中及以下为 56 例，高中为
36 例，大学为 10 例；两组患者在基本年龄、性别、文化程度等信息上没有明显差异，有对
比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用同期护理干预，具体内容如下：
需要与患者做好有效的沟通互动，建立基本的护患关系，提升患者对整个护理的配合度，
保证有关护理工作落到实处，让患者对有关治疗以及用药的价值必要性、原理有基本的了解。
让其掌握有关操作方法，例如指导其缩唇呼吸、深呼吸以及屏气等有关操作技巧，以及了解
其操作的价值，更好地提升其整个操作过程的配合度。同时让其了解有关操作流程以及规范
标准。一般情况下，要达到 4 次以上的操作示范，引导其具体操作。示范除了面对面的指导
以外，也可以通过短视频等方式做反复的操作演练学习，掌握注意事项技巧。引导患者以及
其陪护人员做有关操作演示模仿，确保其得到掌握之后，保证后续用药的准确性。每天还需
要做好用药的巡查工作，让其对有关细节做具体的引导强化。同时，对于患者以及陪护人员
每天提出的问题要给予及时的解答。

在有关教育指导工作上，要充分意识到患者以及陪护人员，包括其家属，多数情况下并
非专业的医护人员，对于专业知识不了解属于正常情况。因此，在有关的护理工作中，要保
持充分的耐心，要充分运用有声语言、书面手册、手机电子文章、短视频等多种形式来操作
演练，指导其对有关知识有充分的理解。尽可能地采用通俗易懂的方式，将有关专业术语以
及原理做清晰明确的解答。让其有更为清晰全面的掌握，由此配合有关工作的进行，避免其
错误操作以及错误理解而导致有关不良问题的出现。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后对患者院外吸入药物正确率、治疗依从性、复发率、护理满意度情

况。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。护理满意度=很满意率+基本满意率。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 n （%）表示，采用卡方检验，计量资料运
用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用 t 检验， $P<0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理满意度情况

见表 1 所示，在患者院外吸入药物正确率上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计
学意义（ $p<0.05$ ）。在患者复发率上，观察组 2.94%，对照组 18.63%，对比有统计学意义
（ $p<0.05$ ）。

表 1：患者护理满意度评估结果[n（%）]

分组	n	规范装药	规范吸药	用药后漱	遵医服用	药物规范
			方式	口	药	保存
观察组	102	96（94.12）	97（95.10）	95（93.14）	93（91.18）	95（93.14）
对照组	102	81（79.41）	79（77.45）	80（18.63）	75（73.53）	77（75.49）

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 两组患者护理满意度情况

见表 2 所示，在患者治疗依从性上，观察组 96.08%，对照组 79.41%，对比有统计学意
义（ $p<0.05$ ）：

表 2：患者护理满意度评估结果[n（%）]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
观察组	102	78（76.47）	20（19.61）	4（3.92）	96.08%
对照组	102	51（50.00）	12（11.76）	21（20.59）	79.41%

注：两组对比， $p<0.05$

2.3 两组患者护理满意度情况

见表 3 所示，在患者护理满意度上，观察组 94.12%，对照组 79.41%，对比有统计学意
义（ $p<0.05$ ）。

表 3：患者护理满意度评估结果[n（%）]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	102	56（54.90）	40（39.22）	6（5.88）	94.12%
对照组	102	29（28.43）	52（50.98）	21（20.59）	79.41%

注：两组对比， $p<0.05$

2.4 各组患者心理状况评估情况

见表 4，在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组各评分明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 4：各组患者心理状况评估结果（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	焦虑	抑郁
观察组	30.28±5.96	32.41±4.21
对照组	38.72±6.27	41.53±5.28

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

要充分意识到认知建设在一定程度上可以提升患者以及陪护人员、家属对有关治疗护理工作的配合度，减少有关护理工作的压力以及不良事件的发生，对整个护理工作有较好的促进作用。在具体的执行过程中，要充分意识到调动家属以及陪护人员对有关护理工作的支持性^[1]。尤其是较多老年慢阻肺患者，其自身的认知能力以及模仿学习能力相对较差，更多情况下在用药方面需要其陪护人员以及家属的支持。因此，做好陪护人员以及家属的教育指导工作势在必行，有较高的实际应用价值。他们的支持在一定程度上可以减少护理人员的工作压力，同时也可以减少不良冲突矛盾纠纷，与做好患者自身的教育指导工作同等重要。具体的形式以及内容需要依据患者个体情况而定^[2]。在准备工作上，需要准备多套形式与内容方案，这样才能在实际处理应对中选择合理的方式方法，提升整个工作落实的有效性。在沟通互动中，要保持亲和有礼，充分评估患者的以及陪护人员、家属的综合情况，选择符合其个人理解接受的形式以及内容^[3]。具体还需要考虑到科室的实际调节情况。当下互联网信息发达，智能手机普及，网络的宣教方式普及率相对较广，科室在公众号等方面的建设也不断地推陈出新。可以通过定期更新趣味性，以及紧跟时代热点的宣教文章、短视频等健康宣教材料，提升患者、家属以及陪护人员在有关健康知识上面的理解效果^[4]。甚至可以建立对应的微信群来展开在治疗期间以及离院后的宣教指导工作。患者方面对有关知识有不断地提升优化，同时这种互联网的宣教方式一次发送可以普及更多的人，减少了护理人员的工作压力。一次的制作也可以反复使用，减少了有关宣教工作的成本，操作更适合时代发展所需^[5]。尤其是互联网载体的形式，可以将视频、音频、图文等多种素材集合在内，在讲述健康学校内容时更为清晰易懂，易于人们接受^[6]。

作为护理人员而言，要充分吸收时代技术条件的优势，辅助护理工作的开展。尤其是在实际工作开展过程中，护理人员因为职业习惯会习惯采用专业术语做临床护理工作的沟通^[7]，但是在实际工作中这种沟通方式难以被患者以及患者家属、陪护人员接受。因此懂得借助专业的宣教材料辅助护理工作在健康宣教工作的开展，在一定程度上可以减轻护理工作的压力，弥补护理人员在沟通工作上的不足^[8]。同时，护理人员从中也可以学习如何与患者以及家属进行有效的沟通，掌握一种护患沟通技巧。甚至对于护理人员而言，需要学习更多的患者心理学，掌握更多的沟通技能，提升整个沟通的有效性。而不仅仅是单方面的传递信息知识，更需要对信息传递的结果负责，提升最终的信息传递有效性。必要情况下，还需要对患者、家属、陪护人员吸收有关宣教知识掌握程度做对应的考核反馈、验证，而后做后续的反复性地强调，一直要确保其在使用药技巧上面有完全正确规范的操作，这样才能保证最后用药正确率的落实效果，最终对其疾病治疗得到更可靠的保证。

同时在使用药指导方面，也需要意识到健康教育指导也需要配合心理指导。进行患者、家属以及陪护人员在学习有关知识等方面，如果能够保持更为轻松愉快轻松的心态，在一定程度上可以学习得更快、更有效，同时也可以有助于和谐医患关系的构建。因此，护理人员在沟通过程中需要掌握基本的心理学技巧，多鼓励、多表扬，避免批评指责。同时在沟通过程中需要保持更为亲和有礼。语言尽可能的言简意赅，避免冗长性、复杂性表达而导致的难以理解。用语尽可能地简单化、通俗化，避免专业术语。可以采用更多形象化、生活化的语言做比喻描述，提升其理解的效果。同时在患者以及陪护人员、家属有理解畏难情绪时，需要

通过更为柔和风趣、鼓励性的语言去缓和其压力性情绪，提升其整个过程的推进有效性。

本研究中，在患者院外吸入药物正确率上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。说明观察组采用有关护理之后，患者与家属、陪护人员对有关用药知识有更专业充分的认识，学习效果好，执行的效果更为彻底，整体工作开展更见成效。说明这种护理工作符合实际情况所需，保证了护理工作最终符合实际人员情况，提升有关工作落实效果，由此来提升工作开展的成效。在患者复发率上，观察组 2.94%，对照组 18.63%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。由于观察组护理工作执行后，患者用药规范性更好，由此疾病控制效果更好，因此可以反过来降低疾病的复发率。从此可以发现，护理工作在认知建设上落实的有效性，可以促使疾病治疗发挥更好的效果，对治疗发挥更好的支持作用。在患者治疗依从性上，观察组 96.08%，对照组 79.41%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。观察组护理工作由于更符合实际情况所需，因此患者与陪护人员、家属在护理配合度上更好，患者治疗依从性更高，整个工作开展的成效更为理想。在患者护理满意度上，观察组 94.12%，对照组 79.41%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。观察组同期护理干预工作可以有助于整体疾病恢复控制更好，患者体验感受也更为理想，因此患者对护理工作的认可度更高，护理满意度更好，整体状况更为理想。

虽然本研究样本量相对有限，但是在小样本量的情况下验证了同期护理干预在实际操作中的有效性。虽然有局限性，但是可以是一种尝试，将其中的经验与方法做总结归纳，让同行能得到有关借鉴参考，促使有关经验得到推广。护理工作的发展需要一代又一代的护理人员不断的总结经验，吸收前人的经验，总结现有的新发现，充分吸收不同时代的科学技术与方法论，提升实际工作效率与质量。当下新技术发展层出不穷，作为新一代护理人员，不仅要懂得实际人工操作，同时也需要懂得利用技术做辅助，懂得运用互联网资源为实际工作提供更多的方法、技巧，为有关工作的提升提供后备资源，避免护理工作闭门造车。要不断地推陈出新，吸收各方的精髓，结合自身情况条件，提升工作开展的实际效果，尽可能的弥补个人能力不足，提升工作执行成效。要认识到人力的局限性，一个人是有限的，但是一群人、一代人的智慧是无穷的。需要让这一代人的智慧吸收整理出来为这代人服务，并且为下一代人留下经验财富。

总而言之，同期护理干预应用在老年慢阻肺患者，可以有效地提升其院外吸入药物正确率，其治疗依从性会明显提升，患者复发率会明显得到控制，同时患者护理满意度会相对更高。

参考文献：

[1]王珊珊,吴银莉. 呼吸训练联合护理干预对老年慢阻肺患者康复效果分析[J]. 婚育与健康,2022,28（13）: 155-157.

[2]禹雪. 对老年慢阻肺病人实施心理护理干预效果[J]. 饮食保健,2021（1）: 84.

[3]夏冉冉. 分析临床护理干预在老年慢阻肺护理工作中的应用效果及对患者生存质量的影响[J]. 当代临床医刊,2021,34（5）: 98,51.

[4]印西霞,穆清华. 临床护理干预在老年慢阻肺护理工作中的应用效果及对患者生存质量的影响[J]. 养生保健指南,2021（34）: 190.

[5]孟娜燕,冯梅. 老年慢阻肺患者应用优质护理干预的效果分析[J]. 医药前沿,2021,11（12）: 146-147.

[6]赵洪源. 护理干预对老年慢阻肺患者的康复影响分析[J]. 智慧健康,2021,7（2）: 173-174.

[7]冉小镜. 心理护理干预在老年慢阻肺患者中的应用进展[J]. 饮食保健,2021（19）: 194-195.

[8]杨秀玉,李伟伟,张桂萍. 老年慢阻肺护理中应用针对性护理干预的价值[J]. 养生大世界,2021（24）: 83.

集束化护理在ICU 压力性损伤患者管理中的效果

杨春萍

梧州市人民医院 广西梧州 543000

摘要：目的：探讨集束化护理在ICU 压力性损伤患者管理中的效果。方法选取2020年10月-2021年10月收治的88例ICU 疾病患者，随机分为研究组和对照组，每组各44例。研究组患者接受集束化护理，对照组患者接受常规护理。结果研究组患者压力性损伤总发生率为9.1%，低于对照组的27.3%，差异有统计学意义（ $\chi^2=14.073$ ， $P=0.033$ ）；研究组患者压力性损伤发生时间为第（8.26±2.09）天，对照组患者压力性损伤发生时间为第（5.09±1.97）天，研究组发生时间晚于对照组，差异有统计学意义（ $t=2.776$ ， $P=0.042$ ）。结论基于ICU 收治患者的危重特点，长期卧床期间患者压力性损伤风险较高，延长了住院时间，增加了患者的身心负担。ICU 患者采取集束化护理可以降低压力性损伤发生风险，干预效果显著。

关键词：集束化护理；ICU；压力性损伤

对比普通病房患者，ICU 收治患者具有危急重症特点，由于卧床治疗需求、疾病特点、皮肤弹性以及机体功能衰退等，导致患者压力性损伤风险较高，进一步增加了患者的身体、心理负担。压力性损伤即患者受到压力、摩擦力、剪切力等作用下，骨隆突处等部位皮肤、软组织部位损伤。压力性损伤初期症状表现并不明显，表现为皮肤呈指压不变色白斑等，皮肤组织无严重影响，无疼痛主诉。压力性损伤随着病情进展迅速，进入后期会增加患患者的痛苦，延长了ICU 治疗时间，严重患者危及生命安全。重视ICU 重症患者压力性损伤的集束化护理是关键。本次研究以88例ICU 危重患者为例，分析集束化护理干预方案与价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年10月—2021年10月在ICU 接受治疗的88例患者作为研究对象，随机分为研究组和对照组，每组各44例。研究组男性25例，女性19例；年龄41~73岁，平均（54.3±2.8）岁。对照组男性23例，女性21例；年龄42~72岁，平均（54.5±2.9）岁。两组患者一般资料，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准，患者均知情，并签署知情同意书。纳入标准：（1）因病需要入住ICU 的患者；（2）40~75岁的患者；（3）需要接受2种及以上器械治疗；（4）患者压力性损伤评分在20分以上。排除标准：（1）入住ICU 前已出现压力性损伤征象和既往因基础疾病长期卧床的患者；（2）存在严重皮肤疾病的患者；（3）在ICU 接受治疗的时间不足1d的患者；（4）存在其他沟通障碍以及拒绝参加研究者。

1.2 方法

对照组采取常规护理。观察组采取集束化护理，具体内容如下：

（1）组建皮肤护理小组，人员同质化培训：小组成员包括医生、伤口造口治疗师及各层级护理人员共10人。定期开展培训，追踪专业新进展；开展皮肤护理工作坊活动，更新知识和技能，专业老师授课和现场操作指导，加强皮肤护理相关理论和技能培训；合理有效安排人力，确保每个班次都有1名皮肤护理小组成员，对病人进行24h 全过程连续的压力性损伤护理干预。同时进行床边信息系统规范使用培训。改进完善用具：如皮肤护理箱、皮肤护理车、自制水枕、多功能压力性损伤评估尺等。（2）压力性损伤护理标准流程：①风险评估：由皮肤管理小组成员每日应用Braden 量表进行风险评估，时刻关注病人的营养指标、平均动脉压等全身情况，减少评估环节主观因素偏差，确保评估及时准确，小组成员与责任护士严格交接班，有病情变化皮肤小组成员随时协助评估。床头使用“压力性损伤高危”的警示标识，每班交接。②伤口评估：根据美国国家压力性损伤咨询委员会2016年压力性损伤的分期按照压力性损伤评估三角内容对伤口进行规范测量，登记压力性损伤评估上报表。③留取损伤处照片，上传至科室皮肤护理微信平台，建立资料册。④由小组成员负责制订方案，与床边责任护士共同落实个体化治疗护理方案。⑤清创换药：规范换药设备和用具，据伤口敷料选择指引，选择应用康惠尔透明贴、泡沫贴、银离子敷料、藻酸盐敷料等各种敷贴以及中药制剂，进行个体化预防及处理。⑥受压部位减压：持续有效的皮肤减压，安置舒适体位，使用专用体位垫和支撑具，扩大支撑面，彻底有效减压。⑦每日动态评估和跟踪，确保方案落实，每次换药及时登记评估伤口。⑧会诊：请伤口造口失禁专科护士及康复科医生会诊，协助诊治处理。⑨重症信息系统监控，动态评估病人压力性损伤愈合情况，高危病人预警。⑩每月压力性损伤数据分析反馈，个案分析报告学习。（3）护理措施：①为患者进行风险评估，给予气垫床，体位最好选择30°侧卧位不能长时间维持一个体位，时刻注意患者的体位情况，更好的预防发生压力性损伤。针对具有高危压力性损伤风险患者，为患者建立翻身卡，讲解预防压力性损伤的方法，进行针对性的知识普及，提高患者及家属的认知水平，每2小时为患者翻身1次，对发生压力性损伤或可能发生压力性损伤的患者要及时进行处理，并马上上报造口治疗师，对患者状况，每天做好记录，指导护士及时正确的对患者压力性损伤风险进行评估。②患者出现压力性损伤后，1、2期压力性损伤，压力性损伤情况轻度患者，进行护理时，小组成员自行操作。2期压力性损伤以上，压力性损伤情况相对比较严重，护理过程中需要压力性损伤方面的造口治疗师共同参与；③重点检查压力性损伤高危患者，进行24h 动态监测。对发生压力性损伤的患者进行护理质量监控，落实护理措施到位。

1.3 观察指标

观察、评价各期压力性损伤总发生率以及压力性损伤发生时间。压力性损伤严重程度分级：采用2019年压力性损伤分期标准进行评价。1期：皮肤完整、发红，与周边皮肤界限清楚，压之不褪色，常局限于骨隆突处；2期：部分表皮破损，皮肤表浅溃疡，基底红，无结痂，也可完整或破损的血疱；3期：全层皮肤缺失，但肌肉、肌腱和骨骼尚未暴露，可有结痂，皮下隧道；4期：全层皮肤缺失伴有肌腱和骨骼的暴露，常有结痂和皮下隧道；深部组织损伤：由于压力或剪切力造成或皮下软组织损伤引起的局部皮肤颜色的改变（如变紫、变红），皮肤完整，不能分期；全层皮肤缺失但溃疡基底覆有腐痂和（或）脓痂。

1.4 统计方法

采用SPSS19.0 对研究对象采集的数据进行分析处理，计量数据采用（ $\bar{X} \pm s$ ）表示；计数资料采用%表示，使用 χ^2 对数据进行校检： $P>0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者压力性损伤总发生率比较

研究组患者压力性损伤总发生率为9.1%，低于对照组的27.3%，差异有统计学意义（ $\chi^2=14.073$ ， $P=0.033$ ），见表1。

表1 研究组与对照组患者压力性损伤总发生率比较 [n (%)]

组别	例数	I 期	II 期	III 期	IV 期	总发生率
研究组	44	3 (6.8)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (9.1)
对照组	44	7 (15.9)	4 (9.1)	1 (2.3)	0 (0.0)	12 (27.3)
P		<0.05				

2.2 两组患者压力性损伤发生时间比较

研究组患者压力性损伤发生时间为第（8.26±2.09）天，对照组患者压力性损伤发生时间为第（5.09±1.97）天，研究组发生时间晚于对照组，差异有统计学意义（ $t=2.776$ ， $P=0.042$ ）。

3 讨论

由于各种原因，危重症患者发生压力性损伤后，创面迁延不愈，不利于患者的康复。未采取防范措施患者中，压力性损伤的发生率最高，同时危重症患者是发生压力性损伤风险最高的群体，因此对危重症患者及早采取合理预防措施，进一步增强预防为先的护理意识，将压力性损伤的发生率降到最低。组建压力性损伤护理小组，在为危重症患者护理过程中，将各项工作落实到位，如床单位护理、皮肤清洁护理、翻身等，护理模式转变为小组成员连续性评估、护理、追踪模式，提升护理质量、护理内涵。实施压力性损伤护理小组护理，护理人员之间相互请教，护理注意事项、观察重点等进行连续性评估并严格交接班，提高整体护理水平。压力性损伤护理小组护理过程中，提高患者及家属的认知水平，使患者及家属了解压力性损伤后果的严重性，获取患者及家属的理解、配合，建立良好的护患沟通关系，未发生压力性损伤时，积极预防，发生压力性损伤后，由专人负责护理，有效降低压力性损伤发生率，提高压力性损伤治愈率。本次研究，对照组实施常规护理，研究组实施压力性损伤护理小组护理，结果显示，研究组的压力性损伤发生率低于对照组，压力性损伤愈合时间短于对照组，压力性损伤治愈率、满意度均高于对照组。护士不仅要动态记录病人全身状况（体重、意识、营养、血氧饱和度等）、皮肤状况，还要观察、评估器械使用情况（更换部位时间、接触部位压力等），及时询问病人有无压痛等不适症状，尽可能规范、科学、有效地记录护理文书，从而更好地追踪病人情况。在实施标准化临床评估和压力性损伤的研究中发现，护理文书的局限性是病人动态数据依赖于床边护士的自我报告，存在偏见，同时，这些数据被记录在纸上，增加了护士额外工作负担，且易导致数据丢失。通过集束化护理干预，建立有效的组织网络监控流程、重视风险评估与危险因素识别、综合处理皮肤问题、加强病人教育等，使MDRPI 发生率从6.6%降低至1.2%。因此，护士要充分利用电子信息化系统，节约成本消耗，提高护理工作效率，降低MDRPI 发生风险。护理人员需在明确导致ICU 患者压力性损伤原因的基础上进行护理工作，例如患者损伤部位敷料治疗、清除坏死组织、控制感染、观察损伤部位康复情况、营养支持等。另外，关注患者的情绪变化情况，并侧重对慢性焦虑、抑郁患者的心理干预，予以患者心理、精神鼓励建立患者治疗信心。ICU 危重症患者于以前瞻性护理干预可明显降低患者压力性损伤发生风险，提高了患者的安全性和满意度，进而加速患者康复，提高患者的生活质量。标准化流程的建立，是以科室原有的管理制度和流程为基础，在全面分析医疗器械相关压力性损伤的同时，规范管理和培训的过程，其实现了进一步管理体系的梳理，对于未来管理制度的落实和发展有着积极的作用和意义。具体来说，人员可以更好地在工作中遵守相关制度，提高自身管理意识和安全意识，按规定进行压力性损伤的上报，不断完善工作流程，提高工作规范性。

结束语

综上所述，压力性损伤护理小组在危重症患者压力性损伤预防及护理中，有效降低了压力性损伤发生率，提高了护理满意度，对患者连续性评估、预防、处理追踪，有利于压力性损伤的预防及治疗，值得临床应用。

参考文献：

- [1]马亚楠.ICU 俯卧位通气患者压力性损伤发生的相关原因及护理对策[J].首都食品与医药,2019,26 (24): 158.
- [2]刘小娟,周婉仪,叶飞珍,刁金连,彭丹.预防性护理干预在ICU 器械性压力性损伤患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25 (21): 98-100.
- [3]苏国萍.浅析ICU 器械相关性压力性损伤采取预防性护理的临床效果[J].智慧健康,2019,5 (27): 172-173.
- [4]黄薇.ICU 医疗器械相关压力性损伤的预防与护理现状[A].上海市护理学会.第四届上海国际护理大会论文汇编[C].上海市护理学会: 上海市护理学会,2019: 1.
- [5]詹国峰,黄伟斌,翁剑花,薛水兰.集束化护理在骨科预防压力性损伤的应用[J].福建医药杂志,2018,40 (05): 176+180.
- [6]周润婉,滕云,李尊柱,郭海凌,赵明曦,孙小南,李奇,韩磊.改良俯卧位通气方式对ICU 患者压力性损伤的影响[J].中国实用护理杂志,2018,34 (25): 1974-1978.
- [7]叶小莉.综合护理干预对重症脑外伤术后昏迷患者压力性损伤发生率及预后的影响分析[J].中国社区医师,2018,34 (24): 128+130.
- [8]徐艳,郭晓娟,张薇.标准化护理流程在预防ICU 患者器械相关压力性损伤中的应用[J].国际护理学杂志,2018,37 (14): 1996-1999.

慢性乙型肝炎患者康复护理干预效果研究

孙秀芹

济南市莱芜区疾病预防控制中心公共卫生科 山东济南 271100

摘要：目的 探讨康复护理干预对慢性乙型肝炎患者遵医行为、自我效能、生存质量的影响。方法 选择2020年1月至2021年7月我院收治的慢性乙型肝炎患者86例，按随机数字表法分为对照组与观察组，各43例。对照组实施常规护理干预，观察组实施康复护理干预，干预3个月。比较两组遵医行为、自我效能、生存质量及护理满意度。结果 观察组遵医行为各维度评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；干预前，两组自我效能、生存质量评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组自我效能、生存质量评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组护理总满意度（95.35%）高于对照组（76.74%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 在慢性乙型肝炎患者中采取康复护理干预，可有效改善遵医行为，提高自我效能及生存质量，提升护理满意度。

关键词：慢性乙型肝炎；康复护理干预；遵医行为；自我效能；生存质量

慢性乙型肝炎是因乙肝病毒持续感染而致的肝脏慢性疾病，以肝区疼痛、乏力、畏食、恶心等为主要表现，具有病程长、难治愈、复发率高等特点，严重危害患者身心健康^[1]。慢性乙型肝炎患者需长期服用开肝护肝药物，以控制病情发展。而药物治疗必须依赖于患者良好的遵医行为，但多数患者存在疾病认知不足的现象，造成自我管理能力低下，服药依从性差，从而影响预后^[2]。康复护理干预是康复医学不可分割部分，可通过协调应用各种措施，以培养患者相关能力及改善相关功能，以达到维护身心健康的目的^[3-4]。基于此，本研究以该院2020年1月至2021年7月收治的86例慢性乙型肝炎患者为研究对象，比较常规护理与康复护理干预的优劣，以期为临床采取慢性乙型肝炎康复护理提供参考借鉴。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院收治的慢性乙型肝炎患者86例，按随机数字表法分为对照组与观察组，各43例。对照组男27例，女16例；年龄24-64岁，平均年龄（46.48±3.79）岁；病程1-16年，平均病程（4.83±1.22）年；肝功能Child-Pugh分级：A级8例，B级23例，C级12例；体重指数18.9-27.4kg/m²，平均体重指数（23.43±1.09）kg/m²；文化程度：初中11例，高中17例，大专及以上15例；婚姻状况：未婚10例，已婚33例。观察组男28例，女15例；年龄22-65岁，平均年龄（47.21±3.50）岁；病程1-18年，平均病程（5.13±1.41）年；肝功能Child-Pugh分级：A级7例，B级26例，C级10例；体重指数18.9-27.5kg/m²，平均体重指数（23.47±1.07）kg/m²；文化程度：初中13例，高中18例，大专及以上12例；婚姻状况：未婚7例，已婚36例。比较两组一般资料，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.2 入选标准（1）纳入标准：符合《慢性乙型肝炎防治指南》^[5]中慢性乙型肝炎诊断标准，且实验室乙型肝炎e抗原（HBeAg）、乙型肝炎病毒（HBV）DNA检查呈阳性；具备正常阅读理解、沟通能力，能自主完成问卷调查；自愿签署知情同意书。（2）排除标准：严重认知障碍者；合并其他躯体性疾病者；伴有心肺功能不全者；有失语症、听力障碍者；存有精神异常或意识不清者。

1.3 方法 对照组实施常规护理干预，包括：开展常规健康知识宣教，内容涉及慢性乙型肝炎病因、传播途径、治疗方法、用药指导、可能发生的并发症等，主要采取床旁宣教的形式；嘱患者保持情绪稳定，告知不良情绪不利于病情恢复；指导患者合理休息、活动，保证睡眠充足；建议患者清淡饮食，多吃蔬菜、水果，忌辛辣刺激性食物；保持病房干净、整洁，控制适当的温湿度；患者出院前预留手机号码，告知患者出院后有任何疑问可拨打科室电话，进行健康咨询，嘱患者定期复诊。共干预3个月。观察组实施康复护理干预，具体如下：（1）成立康复护理小组。由主治医师、专科护士、康复训练师、患者家属组成康复护理小组，组织小组成员学习慢性乙型肝炎相关知识，通过以“慢性乙型肝炎”、“康复护理”、“健康教育”、“遵医行为”等为关键词，查阅中国知网、维普等数据库，寻找循证支持，初步拟定护理计划，包含：疾病认识、心理调护、饮食管理、用药管理、行为管理等。（2）入院评估。患者入院后1-2d内，收集患者一般资料，包括性别、年龄、文化程度、既往史、肝功能等，并采用疾病认知问卷、自我效能量表、生存质量调查问卷评估患者认知水平、自我效能及生存质量，分析患者护理需求，填充护理计划的具体内容。（3）康复护理实施形式。①发放健康教育资料。患者入院后，向其发放慢性乙型肝炎健康教育手册，护理人员就手册内容向患者及家属解释相关内容。②健康教育讲座。利用多媒体教室进行讲座，邀请主治医师、护士、康复训练师及治疗成功患者作为宣讲者，主治医师讲解疾病发病、治疗、用药、预期效果等知识，护士讲解心理、饮食、行为管理知识；康复训练师讲解康复训练方法、运动疗法等；治疗成功患者分享自己治疗经过及病情恢复体会。每次45-60min，每周1次，共3次。③个体指导。专科护士利用护理间隙对患者及其家属进行个体化指导，包含：a.心理护理。通过有效的沟通了解患者内心想法，及时发现患者异常行为，结合患者认知水平、性格特征、病情等，进行心理疏导与干预，开展娱乐活动及放松训练，如看电视、听音乐、阅读网页等，使患者保持正常的精神状态。b.饮食指导。依据患者病情、饮食习惯指导饮食方案，具体到食物名称、摄入量、烹饪方式，遵循少食多餐原则。c.用药指导。详细告知患者药物使用方法、作用及不良反应，如患者服药依从性较差，及时分析其原因，开展用药监督，避免发生漏服、拒服等现象。d.运动指导。根据患者病情指导患者运动、休息，让患者养成规律作息习惯，保证每日充足睡眠，推荐患者有氧运动，运动量循序渐进地增加，避免过度劳累。e.行为管理。向患者讲解乙型肝炎传播途径，为其争取家庭与社会支持，要求家属全程与患者互动，监督患者行为。④微信支持：组建护患微信群，康复护理小组成员、患者及家属均实名加入，专科护士将健康教育内容发送至微信群，每天发送2-3条，患者及家属可随时阅读；每周在群内征集患者感兴趣的1-2个话题，在群内开展讨论，活跃气氛；通过微信提醒患者回院复查。持续干预3个月。

1.4 观察指标 （1）遵医行为：干预后，应用赵书敏等^[6]研制的慢性乙肝患者遵医行为调查问卷评估，包含疾病认知、遵医用药、日常生活行为、定期复查4个维度，共22个条目，按0-3级计分，得分越高表示遵医行为越好。（2）自我效能：干预前后，应用一般自我效能量表（CSES）评估，包含症状管理、情绪控制、角色功能、沟通功能4个维度，共10题，按1-4级计分，评分越高表示自我效能越好。（3）生存质量：干预前后，应用健康调查简表（SF-36）评估，共包含8个方面36个条目，总分采取百分制，评分越高，生存质量越高。（4）护理满意度：应用PZB服务质量量表（SERVQUAL）评估，共5个维度，总分5-25分，分为非常满意（≥22分）、一般满意（15-21分）、不满意（≤14分）。

1.5 统计学方法 采用SPSS 20.0软件分析数据，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，计量资料以（ $\bar{X} \pm s$ ）表示，采用t检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 遵医行为 观察组遵医行为各维度评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

见表1。

表1 两组遵医行为对比（ $\bar{X} \pm s$ ，分）

组别	疾病认知	遵医用药	日常生活行为	定期复查
对照组（n=43）	10.63±1.96	12.45±2.26	14.52±2.67	8.96±1.54
观察组（n=43）	12.31±1.42	14.37±2.14	17.05±2.43	10.11±1.23
t	4.552	4.045	4.586	3.826
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 自我效能、生存质量 干预前，两组自我效能、生存质量评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组自我效能、生存质量评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2 两组自我效能、生存质量评分对比（ $\bar{X} \pm s$ ，分）

组别	自我效能		生存质量	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组（n=43）	22.68±5.42	28.35±4.50	50.49±5.38	62.64±6.20
观察组（n=43）	21.87±4.30	33.72±3.16	48.78±6.75	71.12±4.43
t	0.768	6.404	1.299	7.298
P	0.445	0.000	0.198	0.000

2.3 护理满意度 观察组护理总满意度高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3 两组护理满意度对比 n（%）

组别	非常满意	一般满意	不满意	总满意度
对照组（n=43）	19（44.19）	14（32.56）	10（23.26）	33（76.74）
观察组（n=43）	28（65.12）	13（30.23）	2（4.65）	41（95.35）
χ^2				6.198
P				0.013

3 讨论

慢性乙型肝炎是临床常见的传染病，病情持续恶化可引起肝硬化、肝癌等严重病症，威胁患者的生命安全。抗病毒药物是治疗慢性乙型肝炎的主要手段，但治疗时间长、药物不良反应多。慢性乙型肝炎患者在长期治疗过程中极易滋生消极情绪，加上对疾病知识的匮乏，其遵医行为、自我效能普遍低下，影响康复效果。

常规护理是以基础性护理角度为出发点，而忽略心理、饮食等多方面因素对疾病的影响，导致康复效果欠佳。本研究结果显示，观察组遵医行为各维度评分高于对照组，干预后的观察组遵医行为各维度评分高于对照组，护理总满意度高于对照组，提示康复护理干预的开展能够有效改善慢性乙型肝炎患者遵医行为及自我效能，提升生存质量及满意度。康复护理干预是以促进患者健康行为转变为目的，以“患者为中心”，在准确评估患者认识水平、自我效能及生存质量的基础上实施健康教育、个体指导、微信随访互动等干预，可逐渐促进患者遵医行为的养成。由于慢性乙型肝炎是一种慢性疾病，患者在日常生活中做到合理饮食、遵医服用药物、情绪调节、行为管理等工作，需要较高的疾病认识水平。而康复护理干预相较于传统护理计划，具有干预方式多元化、教育内容丰富化等优势，有利于提高患者疾病认知水平，并加深知识记忆，从而增强其自我管理效能，强化遵医行为。康复护理干预以健康教育讲座和个体指导的形式对患者进行饮食、用药、运动、心理及行为干预，饮食指导能够提高患者食欲，提高机体免疫力，在促进肝脏细胞再生和恢复方面具有重要作用；用药指导可促进患者遵医服用药物，从而保证治疗效果；适当的运动与合理作息，能够提升肝脏血流量，减轻肝脏负担，并增强患者抵抗力；心理及行为干预利于改善患者心理状态，使患者建立健康的心理与行为方式，全面提高生存质量^[12]。利用微信平台实施延续性护理与随访，能够拓展时间与空间，实现持续性的健康教育与康复指导，矫正患者在居家康复过程中存在的问题，保证康复护理的准确性与有效性，持续改善患者生存质量，故满意度更高。

综上所述，康复护理干预能有效改善慢性乙型肝炎患者遵医行为，提升自我效能与生存质量，获得更高的护理满意度，值得临床参考借鉴。

参考文献：

- [1]潘兆霞，蔡小千，陈建萍.系统性压力管理方案在慢性乙型肝炎患者中的应用[J].中华现代护理杂志，2019，25（24）：3142-3146.
- [2]周丽平，许文芳，金铁，等.延续性护理干预对慢性乙型肝炎患者治疗依从性及生命质量的影响[J].中华全科医学，2019，17（6）：1052-1055.
- [3]刘芳，周琴，王印伟.临床护理路径在核苷类抗病毒药物治疗的慢性乙型肝炎患者护理中的应用[J].检验医学与临床，2020，17（14）：2073-2075.
- [4]张涛，赵亚玲，陈普，等.基于回馈理论的多元文化健康教育对慢性乙型肝炎患者疾病认知及服药依从性的影响[J].广东医学，2021，42（2）：234-238.
- [5]中华医学会感染病学分会，中华医学会肝病学会.慢性乙型肝炎防治指南（2019年版）[J].中华传染病杂志，2019，37（12）：711-736.
- [6]寇书敏，叶雨英，李焕新，等.PRECEDE模式护理在慢性乙型肝炎老年患者中的应用[J].中华现代护理杂志，2017，23（20）：2628-2630.

作者简介：孙秀芹（出生年1972—），女，山东莱芜人，汉族，大专，主管护师，研究方向：护理与疾病预防。科室：公共卫生科。

综合护理对慢性心力衰竭患者护理满意度与生活质量的影响评价

陈婷

上海市嘉定区中心医院 201800

摘要：目的：探讨对慢性心力衰竭患者实施综合护理对改善患者护理满意度生活质量的临床效果。方法：选择 2020 年 11 月至 2021 年 11 月在本院接受相应治疗的慢性心力衰竭患者共计 78 例进行对照研究，根据患者入院顺序编号为 1-78 号，其中 1-39 号患者治疗的同时接受内科常规护理，作为对照组；40-78 号患者则加强综合护理干预措施，作为对照组，对比两组患者的护理满意度、生活质量评分、心功能状况、SAS、SDS 分数。结果：在进行护理干预之前，两组患者的各项心功能指标评分相近，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ）。护理后，研究组患者的各项心功能指标，包括左室射血分数、左室舒张末径、左室收缩末径、6 min 步行距离等，均优于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；实施护理干预前，两组患者 SAS、SDS 分数相近，具有可比性（ $P<0.05$ ）；干预后，两组患者的 SAS、SDS 分数均高于护理前，且观察组的 SAS、SDS 分数优于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组的生活质量评分结果显著高于对照组，组间差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组的护理满意度为 92.31%，显著高于对照组满意度，组间差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对慢性心力衰竭患者实施综合护理，能够有效改善患者的心功能与生活质量，有助于提高护理满意度，且对改善患者心理状态有重要意义。

关键词：慢性心力衰竭；生活质量；综合护理；护理效果

慢性心力衰竭属于内科常见病，主要是由于心脏负荷增加、心肌病、心肌梗死引发的心功能结构及结构上的变化，进而诱发该病^[1]。该病是各种心脏病发展的终末阶段，与患者自身基础病有很大关联，如高血压、心脏病、冠心病等，主要表现为呼吸困难、体液潴留等，严重影响患者的心理状况及生活质量^[2]。为使患者病情得到显著改善，生活质量得到提升，除给予行之有效的药物及手术治疗，还应重视护理模式，防止病情加重^[3]。随着人们健康意识的增强，逐渐对护理模式提出了更高的要求。而好的护理干预模式是促进疾病康复的重要保障。基于此，本文旨在探究综合护理对慢性心力衰竭患者护理满意度与生活质量的临床效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

选取 2020 年 11 月-2021 年 11 月本院收治的 78 例老年慢性心力衰竭患者作为研究对象，随机分为两组，每组 39 例。观察组男 19 例，女 20 例，年龄 52-85 岁，平均年龄（62.5±7.1）岁，病程 4 个月-5.1 年，平均病程（2.1±0.5）年；对照组男 19 例，女 20 例，年龄 50-84 岁，平均年龄（61.9±3.4）岁，病程 5 个月-5.2 年，平均病程（2.4±1.1）年。两组患者性别、年龄及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。所有患者均签署知情同意书，该研究已经我院伦理会批准。

纳入标准：（1）经检查均符合慢性心力衰竭的诊断标准

排除标准：（1）肝肾功能障碍（2）先天性疾病和精神异常（3）拒不配合

1.2 方法

给予对照组患者内科常规护理措施，包括：体位调整，辅助患者吸氧，遵医嘱给予患者用药治疗等。对观察组患者行综合护理干预措施，内容如下：（1）心理护理：疾病带给患者的不仅是身体上的痛苦，还有心灵上的折磨，心理承受能力弱的患者在治疗期间会出现恐惧、悲观、焦虑等情绪，这严重影响患者的生活质量及治疗效果，不利于控制病情。此时，护理人员应在患者入院后，及时与患者进行有效交流与沟通，根据患者对该病的认知，为其讲解慢性心力衰竭的发病因素、治疗办法、注意事项，举实际治疗成功的案例，并用平和轻柔的语气解决其心中疑惑。（2）饮食护理：饮食均衡是保证患者恢复的根源。医护人员可根据患者的生活习惯、饮食喜好对其饮食状况进行评估，建议患者戒烟戒酒，适当增加蛋白质、纤维素、维生素的摄入量，多食易消化食品，遵循低盐、低脂、低热量的饮食原则，将盐摄入量控制在 2g/d，禁止实用刺激性食物及油炸食物。（3）环境护理：护理人员应定期对病房消毒，对地面、空气、物品进行严格清理；将病房温度保持在 25℃左右，湿度控制在 50%左右；夜间避免大声喧哗，控制探视人员数量，使患者有充足时间休息；提醒患者家属勤洗衣，及时更换床单被罩，在秋冬季采取保温措施，避免感冒。（4）用药护理：按照医嘱定时给药，向患者及家属介绍每种药物的注意事项、使用方法、不良反应及疗效；讲解擅自停药或随意更换药物对身体的影响，提高患者服药依从性。（5）活动护理：慢性心力衰竭患者的活动量不宜过大，护理人员应根据其心功能情况及身体素质，制定个性化运动方案。针对心功能 II

级的患者，可在病房所在楼层活动，待患者适应后可逐渐增加运动量；针对心功能 III 级的患者，在其家属的看护下，可在本病房内活动。针对心功能 IV 级的患者，仅可在床上进行简单的肢体活动，大部分时间以卧床休息为主。

1.3 观察指标

1 对比两组患者护理前后心功能，包括：左室射血分数、左室舒张末径、左室收缩末径、6min 步行距离。

2 对比两组患者的护理满意度。护理满意度采用我院统一制作的住院患者护理满意度调查表，评分>80 分代表非常满意，60~80 分代表满意，60 分以下代表不满意。得分越低，表明患者满意度越低。

3 通过使用 SAS、SDS 量表对患者的负面心理情绪进行评价。运用 SAS 量表评价焦虑症状，每题 4 项，代表 1~4 分，共 20 项内容，最终将所得分数乘以 1.25，后四舍五入取整数，>50 分评定为焦虑。得分越高，表明焦虑程度越低。用 SDS 量表评价患者抑郁情况，轻度抑郁为 53~60 分，中度抑郁为 61~72 分，>72 分为重度抑郁。得分越低，表明患者的心理状况越好。

（4）比较两组生活质量评分，干预后采用生活质量量表评分对患者进行评估，主要通过社会领域、环境领域、生理症状、心理状态四维进行评估，评分越低，表示生活质量越差。

1.4 统计学方法

本研究以 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行分析纳入。其中涉及数值变量、无序分类数据分别以（ $\bar{x} \pm s$ ）、%表示，并行 t、 χ^2 检验；以 $P<0.05$ 为统计学差异存在。

2 结果

2.1 两组生活质量评分比较

干预后，观察组患者的社会领域、环境领域、生理症状、心理状态评分均高于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组生活质量评分比较[分，（ $\bar{x} \pm s$ ）]					
组别	例数	环境领域	生理症状	心理状态	社会领域
对照组	39	16.45±3.78	13.48±2.69	13.78±3.33	13.78±3.69
观察组	39	20.25±3.78	16.25±2.63	16.20±3.22	16.16±3.58
t	-	4.439	4.598	3.263	2.891
P	-	0.000	0.000	0.002	0.005

2.2 两组患者护理满意度的比较

观察组患者的护理满意度为 92.31%，对照组患者的护理满意度为 71.79%，观察组护理满意度显著高于对照组，两组患者比较差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见

表 2。

表 2 两组患者护理满意度的比较 (n%)					
组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
对照组	39	12 (30.77)	16 (41.03)	11 (28.21)	28 (71.79)
观察组	39	15 (38.46)	21 (53.85)	3 (7.69)	36 (92.31)
χ^2	-	-	-	-	5.571

表 3 两组患者护理前后心功能对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	左室射血分数 (%)		左室舒张末径 (mm)		左室收缩末径 (mm)		6min 步行距离 (m)	
		前	后	前	后	前	后	前	后
对照组	39	42.55±4.79	45.58±4.78	43.46±4.58	49.33±4.78	31.55±2.23	34.36±2.77	346.19±28.52	429.84±38.12
观察组	39	42.13±4.63	55.36±5.46	42.56±4.78	54.25±5.36	31.64±2.98	39.66±3.78	339.46±26.33	557.36±46.06
t	-	0.394	8.416	0.849	4.278	0.151	7.063	1.083	13.320
P	-	0.695	0.000	0.399	0.000	0.880	0.000	0.282	0.000

2.4 两组患者护理前、后的 SAS 及 SDS 评分比较

在实施护理干预前,两组患者的 SAS 及 SDS 评分相近,无统计学差异 ($P>0.05$),具有可比性。在实施护理干预后,两组的 SAS 及 SDS 评分均低于护理前,观察组的 SAS 及 SDS 评分显著低于对照组 ($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组 SAS、SDS 分数对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	39	71.99±5.36	38.49±3.78	71.28±3.63	57.28±3.79
观察组	39	71.12±4.77	35.26±2.36	70.46±3.88	48.69±2.99
t	-	0.757	4.527	0.964	11.112
P	-	0.451	0.000	0.338	0.000

3 讨论

慢性心力衰竭是临床常见病,主要发病原因是心肌结构与心功能发生变化,会引起患者心肌病、心肌梗死、血流动力学负荷过重、炎症等现象发生,导致患者心肌损伤^[4]。心力衰竭会造成心室泵血或充盈功能下降,其临床表现为呼吸困难、乏力,体液潴留。临床上,患者发病时主要以慢性心力衰竭为主^[5]。有临床研究表明,罹患慢性心力衰竭的患者大多伴随冠心病、高血压、心脏病史及老年退行性心瓣膜病史。老年群体是,慢性心力衰竭的主要发病人群。而引起年轻人患上慢性心力衰竭的主要原因是扩张型心肌病、风湿性心瓣膜病、急性重症心肌炎等病。若高血压患者的病情得不到及时控制,则会引发急性心衰,重者将危及生病。随着人们生活方式的变化及老龄化的发展,中老年人成为慢性心力衰竭的多发群体^[6]。由于患者年龄偏大,自身均带有 2-3 种基础病,各项器官功能均呈下降趋势,进而增加慢性心力衰竭的发病次数。临床研究显示,给予慢性心力衰竭患者有效的护理模式,能使患者减轻痛苦,改善生活质量与心理状况。传统或常规的护理模式缺乏针对性,只是机械性的行基础护理措施,影响护理效果。而研究中所用的综合护理模式是临床上效果较为显著的主力模式之一,其优势在于护理范围广、针对性强,从心理、饮食、环境、用药、活动等五个方面对患者进行全方位、多维度的护理,并取得良好效果^[7]。该模式的护理总是以人为本,护理目的是在心理、饮食、环境、用药、活动等五个方面达成理想效果,始终将患者的感受放在第一位,为每位患者量身定做护理计划,降低患者不愉快程度。

在本研究中,观察组的环境领域、生理症状、心理状态、社会领域的各项评分均高于对照组,差异显著 ($P<0.05$)。表明综合护理在多方面对于改善患者生活质量有重要作用。其中,护理人员定期清洁病房,调节温度湿度,提高了患者的居住水平,间接使患者身心愉悦;为患者在不同阶段制定相应的饮食计划,不仅使患者机体始终保持营养均衡的状态,还能增强机体抵抗力,有助于快速恢复;将房温度及湿度保持在固定范围内,夜间禁止大声喧哗,患者拥有充足的睡眠,始终保持良好的精神状态,这对改善生活质量中生理症状及环境领域有重要作用。观察组的 SAS 及 SDS 评分,在护理有显著低于对照组,差异显著 ($P<0.05$)。产生此差异的原因是综合护理中的心理护理策略能有效帮助患者解决心中疑惑,缓解其负面

P - - - - 0.018

2.3 两组患者护理前后心功能比较

在进行护理干预之前,两组患者的左室舒张末径、左室收缩末径 (mm)、左室射血分数、6min 步行距离等指标相近,无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。护理后,两组患者的新功能指标均由于护理前,且观察组的左室收缩末径、6min 步行距离、左室射血分数、左室舒张末径等指标均由于对照组,差异显著 ($P<0.05$),见表 3。

情绪。护理人员向患者介绍该病的发病原因,并举出治愈案例,消除患者的抗拒情绪,鼓励患者正确面对疾病,增加了患者自控管理能力,这对改善患者心理状况有重大意义。给予观察组患者综合护理干预后,其左室射血分数、左室收缩末径、左室舒张末径、6min 步行距离等各项结果均由于对照组,组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。这说明了综合护理干预的各项措施可改善患者心功能。其中,护理人员根据患者饮食习惯为制定饮食计划,保证患者在营养均衡的同时,增强机体免疫力,叮嘱患者多食用样心脏的食物,对心脏功能的恢复起到了一定作用。护理人员根据患者心功能战况,分别给予心功能Ⅱ级的患者、心功能Ⅲ级患者、心功能Ⅳ级的患者三种不同的活动方式,有效的活动对患者心功能的恢复起到一定作用^[8]。护理人员按照医嘱给药时,向患者及家属详细介绍用药方法及漏服药的危害,帮助患者走出了用药误区,提高患者服药的依从性,间接改善了患者心功能。观察组的满意度显著高于对照组,组间差异具备统计学意义 ($P<0.05$)。说明综合性护理能有效缓解医患关系,护理人员能受到缓和及家属的全面认可。传统及常规护理中护士工作较为繁忙,并无系统的护理计划,只是按部就班的行基础护理措施,无法逐一顾及每个患者及家属的需求,患者对护理满意度较低。而综合护理模式中,涵盖了饮食、心理、生活、环境等多方面护理措施,通过对患者的评估,确定其饮食计划及活动计划,将以人为本的服务理念体现的淋漓尽致,最大程度的取得了患者及家属的信任,进而提升护理满意度。

综上所述,对慢性心力衰竭患者行综合护理,能够在环境领域、生理症状、心理状态、社会领域四个领域改善患者的生活质量,同时还可增强患者的心功能,改善其心理状况与焦虑情绪,对提高护理满意度有重要作用。

参考文献:

- [1]孟海娜,孙志军. 延伸护理对慢性心力衰竭患者生存质量及预后的影响[J]. 中国医科大学学报,2020,49 (2): 185-187.
- [2]蔡芸芝. 探究综合护理干预在慢性心力衰竭护理中的效果[J]. 大健康,2022(11): 65-67.
- [3]高丽. 综合护理对慢性心力衰竭患者护理满意度、生活质量的作用评价[J]. 中外医疗,2021,40 (25): 133-136.
- [4]雷梅钗,陈琳,林文敏. 中医综合护理方案对老年慢性心力衰竭合并脑卒中患者的影响[J]. 心血管病防治知识,2022,12 (2): 59-62.
- [5]石磊,张芳萍. 综合康复护理模式对慢性心力衰竭患者心功能的影响[J]. 临床医学研究与实践,2020,5 (17): 159-160,169-169.
- [6]吴菊萍. 探讨综合性护理干预对老年慢性心力衰竭患者服药依从性及生活质量的影响[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7 (44): 115,117-117.
- [7]观察综合护理干预对慢性心力衰竭患者生活质量的影响[J]. 中国医药指南,2022,20 (16): 159-161.
- [8]李宏,颜媛. 综合护理干预在慢性心衰护理中对患者护理满意度、生活质量的影响效果观察[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5 (41): 69,76-76.

基金: 上海市医学重点专科 (课题编号: ZK2019C03)

医护一体化护理模式在眼科日间手术患者护理中的效果

陈肖燕

嘉定区中心医院 上海 201801

摘要：目的：探讨医护一体化护理模式在眼科日间手术患者护理中的效果。方法：2021 年 6 月-2022 年 6 月，选择在我院进行眼部日间手术患者 200 例作为研究对象，将研究对象通过随机数字方法分成对照组和观察组，每组 100 例。其中，对照组患者给予常规护理模式，对观察组患者应用医护一体化护理模式，对比分析两组患者护理满意度、术后并发症发生率、不良事件发生率以及患者焦虑自评量表（SAS）评分情况。结果：观察组患者护理满意度显著高于对照组（ $P<0.05$ ），术后并发症及不良事件发生率以及患者 SAS 评分显著低于对照组患者（ $P<0.05$ ）。结论：医护一体化护理模式能够显著提高眼科日间手术患者护理满意度、缓解患者焦虑情绪，降低不良事件发生率，有利于手术安全与术后恢复，具有重要的临床价值。

关键词：医护一体化护理模式；眼科；日间手术；护理效果

随着医疗技术的进步，眼科疾病患者有时需要通过手术进行治疗，如外科手术、白内障手术、抗青光眼手术等多种手术类型。但大多数的眼科手术手术时间短、恢复期短，因此，新的手术形式也应运而生^[1]。日间手术是目前发展迅速的手术医疗服务模式，日间手术概念最早是由苏格兰儿科医生詹姆斯尼克于 20 世纪初提出，指患者存在手术适应症，患者有计划入院、入院当日手术、24 小时出院，住院最长时间不超过 48 小时，进而康复出院的一种诊疗模式^[2]。截至目前，我国日间手术类型已涵盖 60% 的外科手术类型，其中眼科因其疾病诊疗特点非常适合开展日间手术^[3]。日间手术缩短了患者等待治疗和住院时间，能够大大减轻患者的经济负担。由于日间手术时间短，其对于护理方式也有了新的要求。目前，为适应新的手术模式，如何在有限的时间内为日间手术患者提供最优质的护理服务也成为日间手术护理当中的重要课题。本研究将医护一体化护理模式应用于眼科日间手术患者的护理，取得了良好的效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究共纳入接受眼科日间手术患者 200 例，按照随机原则分成对照组和观察组。其中，对照组 100 例，男性 45 例，女性 55 例，年龄 49~78（62.06±5.96）岁；观察组 100 例，男性 56 例，女性 44 例，年龄 48~77（63.06±4.06）岁。两组患者系接受白内障、青光眼、玻璃体手术及翼状如肉等日间手术。

2021 年 6 月-2022 年 6 月，选择在我院接受眼科日间手术的患者为研究对象，其纳入标准和排除标准如下：

纳入标准：①年龄为 18~80 岁；②自愿接受非住院眼科日间手术；③一般状况良好，ASA 为 I~II 级，无严重心肺疾病；排除标准：①全身状况不稳定，ASA 为 III 级患者；②独居患者或术后居住环境差；③患有癫痫、严重精神疾病患者。本研究已通过本院医学伦理委员会的批准，在研究开展前，已向患者及家属对研究的目的和意义进行阐述和说明，所有被邀请的患者均签署知情同意书。

两组患者一般资料差异无统计学意义， $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组给予常规护理模式，主要包括，①门诊接诊：在眼科门诊接诊适用于进行日间手术的患者；②协助检查：在门诊进行术前检查、相关疾病指导及心理护理③手术评估：为患者进行术前评估，评估患者的手术耐受程度、营养状况、心理状况等，在术前做好麻醉评估。④预约手术：提前为患者安排手术排班，通知医生及手术室护士做好手术准备。⑤手术护理：做好术中病情监测。⑥术后观察：观察术后患者是否有恶心、呕吐等不良反应，进行及时处理。⑦出院指导：在评估患者符合出院标准后，为其办理出院手续，做好出院指导。

对观察组患者应用医护一体化护理模式。医护一体化护理模式是将医生、麻醉师、护士以及患者作为护理工作的整体。通过严密而紧凑的流程进行护理，保证护理的有效性和完整性，不仅要通过手术为患者治疗疾病，还要通过延续性护理确保患者能够恢复正常生活，形成一条完整的护理链。本研究中，通过三线（组长）、二线、一线组成的医生系列和二级责

任护士、一级责任护士、助理护士组成的护士系列共同构成一个“医护一体化”的治疗护理小组^[5]。

明确医务人员的职责

（1）医生的职责：首诊负责制，24 小时负责制。负责筛选患者，做好评估，掌握患者的病史，安排手术，做好查房，向护士交代好病情、观察项目和注意事项。留观超过 72 小时病情不见好转者，及时汇报主任处理。

（2）麻醉师的职责：麻醉医师熟悉各种麻醉药物、麻醉方式的优缺点，根据不同的患者、不同的手术应用不同的麻醉方案；建立合理、优化的工作流程，对于术前访视、患者筛选、术后留观及离院管理均有严格的处理标准。

（3）护士的职责：①入院前护理：门诊病人预约，护士电话通知住院，采用的术前评估方式包括现场访视，门诊评估，电话访视，回顾患者的体检档案，提前筛选患者、手术当天访视。②术前检查：护理人员掌握患者手术治疗前的资料，并查看其各项资料是否齐全，主要包括血常规、凝血常规、生化组合、传染病三项检测等，通知专职医生，专职医生查看患者后开具医嘱，安排手术时间，发送手术通知单。③心理护理：日间手术患者存在不同程度的焦虑，其严重程度受病房环境、病友及医患护患交流、手术类型、麻醉方式等的影响。改善患者的焦虑状态很大程度上利于术后康复。手术前，护理人员介绍病房环境、介绍同病室的病友、日间手术的专职医生、护士，教会患者正确使用呼叫器，讲解疾病的相关知识、手术治疗的必要性，做好术前准备，鼓励同病种病友间的交流，以减轻患者心理压力；④术中护理：对眼科日间手术患者在术中病情监测，对局麻患者要进行安慰和鼓励，帮助患者配合医生顺利完成手术，警惕术中并发症的发生，进行及时干预和处理；⑤术后护理：手术后送患者回病房，需对其予以进一步治疗护理，护理人员了解患者手术情况，观察手术伤口，动态进行疼痛评分，予以针对性的处理及正确指导，旨在让患者安全度过术后观察过程。⑥出院前指导：根据手术类型，给予专业的术后康复指导，予以全方位的健康指导，嘱咐患者按时按量用药及其有关注意要点，有可能会发生的不良反应以及解决措施，帮助患者提前预约复诊，可通过微信公众号或发放健康指导手册等形式对患者进行健康教育，向患者传授护眼相关知识，提高患者的护眼意识。

1.3 观察指标

对比分析两组患者护理满意度、术后并发症发生率、不良事件发生率以及患者焦虑自评量表（SAS）评分情况。

1.3.1 护理满意度

在患者出院前，应用孙等人制定的《医护一体护理满意度调查表》对两组患者进行护理满意度调查，≥80 分为特别满意，60~79 为一般满意，低于 60 分为不满意。

1.3.2 术后并发症发生率

统计两组患者眼科日间手术患者术后发生恶心、呕吐、角膜感染、疼痛、术后出血、眼压增高等并发症的发生率。

1.3.3 不良事件发生率

统计比较两组患者发生术中烫伤、眼科药水给错、手术部位混淆等不良事件的发生情况。

1.3.4 患者焦虑评分

采用焦虑自评量表（SAS）对两组患者进行心理评估，分数越高，表示患者焦虑情绪越严重。50 分以下为正常，50-59 分为轻度焦虑，60-69 分为中度焦虑，70 分及以上为重度焦虑。

1.4 统计学方法

采用 EXCEL11.0 软件进行数据记录，采用 SPSS21.0 软件对数据进行统计分析。计量资料符合正态性采用均数±标准差表示，组间比较采用 t 检验；计数资料采用频数和百分比或率表示，组间比较采用卡方检验。P<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理满意度比较

结果显示，观察组患者总护理满意度 99.0%，显著高于对照组 85.0%，P<0.05，差异有

表 2 观察组与对照组患者术后并发症发生率比较（n%）

组别	例数（n）	恶心、呕吐	角膜感染	疼痛	术后出血	眼压增高	并发症发生率（%）
观察组	100	22（22.0）	10（10.0）	44（44.0）	9（9.0）	11（11.0）	19.2 [*]
对照组	100	40（40.0）	15（15.0）	56（56.0）	17（17.0）	16（16.0）	28.8

^{*}P<0.01，X²=34.80

两组患者不良事件发生率比较

对比分析两组患者不良事件发生情况后，结果发现，观察组患者共发生不良事件 6 起，发生率为 6.0%，对照组患者共发生不良事件 11 起，发生率为 11.0%。观察组患者不良事件发生率显著低于对照组，差异有统计学意义，P<0.05。

两组患者患者 SAS 评分对比

对两组患者的焦虑情绪进行评估，结果发现，观察组患者 SAS 平均得分为 53.89±6.77，对照组患者 SAS 平均得分为 67.33±10.28，观察组 SAS 评分显著低于对照组（P<0.05）。

3. 讨论

由于眼科手术的特点，日间手术成为了眼科手术的重要手术形式。日间手术对于提高医院病床周转率和利用率、提高医疗资源的利用率、降低医院感染、缩短患者住院时间，减轻患者住院的经济负担与心理压力等方面具有重要作用，能够让更多的患者得到治疗，创造较高的社会效益和经济效益^[4-6]。但日间手术模式也带来了不利的影响。这种新型手术模式的开展，对医疗护理团队提出了新的挑战。日间手术模式使得患者数量大幅度增加，无形中增加了医生和护士的工作量。对于医生而言，由于患者数量多，医生对于患者可能出现评估不充分、不精确的问题，使得患者出现术后并发症的风险增加，不利于医疗安全^[7]。对于护理人员而言，护士的工作量大幅度增加，对患者无法进行全面的评估和观察，高效率的患者轮转率，匆忙的护理服务，将可能影响护理服务质量，降低患者的护理满意度，因此日间手术对护理人员乃至整个医疗团队也提出了更高要求。

医护一体化的护理模式是一种新型的护理服务模式，打破了传统医疗体系中护理服务模式中护患和医患两条平行线的格局，并构建了患者、医生、护理人员三位一体的全新工作格局，通过引导医护人员根据自身专业技能成立医护小组，再由医护小组协同参与到患者疾病的诊断、治疗、查房以及优质护理路径制定等工作中^[8]。这一护理模式不仅促进了医院医疗资源的重组，同时还有效优化了护理流程，从而促进患者快速康复，进而缩短其住院周期。另外，护理质量和效率的提高还能提高患者对护理工作的满意度，进而能避免或降低护患纠纷的发生率。

本研究通过构建医护一体化护理模式并将其应用于眼科日间手术患者。结果发现，与常规护理模式相比，医护一体化护理模式能够显著提高患者护理满意度，这与滕喆等人的研究结果一致^[9-11]。这可能与医护一体化护理模式的护理流程更加细化、护理质量更高以及与患者沟通更及时有关。其次，本研究发现，在并发症及不良事件发生率方面，观察组患者的并发症和不良事件发生率显著低于对照组。这可能与在医护一体化护理模式中，因为流程更加规范，医生能够更全面地为患者进行评估，护士对患者病情能够有效把控，处理更加得心应手有关^[12]。除此之外，本研究发现，在缓解患者焦虑情绪方面，医护一体化护理模式具

有统计学意义。结果见表 1。

表 1 观察组与对照组患者护理满意度对比（n%）

组别	例数（n）	特别满意	一般满意	不满意	总满意度（%）
观察组	100	90（90.0）	9（9.0）	1（1）	99.0 [*]
对照组	100	70（70.0）	15（15.0）	15（15.0）	85.0

^{*}P<0.05，X²=77.78.

两组患者术后并发症发生率比较

观察组患者发生术后并发症的发生率为 19.2%，显著低于对照组 28.8%，P<0.05，差异有统计学意义。结果见表 2。

有显著优势。常规的护理模式更加注重接触患者病痛，在心理护理方面做的不够全面，对患者的焦虑情绪有时容易忽略，不能给予及时有效的干预，不能为患者提供周到的心理咨询。而医护一体化护理模式中，医护人员在为患者提供疾病治疗的同时，更加关注患者的心理表现，给予及时的帮助，对于缓解患者焦虑情绪具有重要影响。

综上所述，医护一体化护理模式应用于眼科日间手术患者，能够提高患者护理满意度，减少医患纠纷，减轻患者心理负担，提高手术安全性，促进患者疾病康复，值得进一步推广和应用。

参考文献：

[1]蒋秋菊. 医护一体化护理模式在白内障日间手术患者中的应用效果研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2022（S2）.

[2]张义丹, 孙扬, 童俊东, 等. 日间手术模式对医疗费用控制的作用机制研究[J]. 中国卫生经济, 2020, 39（4）: 3.

[3]孙辉, 明敏馨, 马旭东. 我国二、三级医疗机构日间手术发展现状分析[J]. 中国医院管理, 2022（042-003）.

[4]张雪英, 谭振琴, 彭银珠, 等. 医护一体化护理模式对眼科日间手术患者的护理效果分析[J]. 医药前沿, 2022, 12（1）: 3.

[5]陈茜, 牛连君, 崔玲, 等. 病房-手术室医护一体化术前访视护理模式在骨科手术中的应用效果及对术后感染的影响[J]. 黑龙江医学, 2022（046-004）.

[6]应波, 张晓雪, 陈丽鸥, 等. 日间手术护理质量客观评价指标体系的构建[J]. 护士进修杂志, 2022（037-012）.

[7]朱琳, 陈亦棋. 3D 显示技术在眼科手术中的应用研究进展[J]. 中华实验眼科杂志, 2021, 39（4）: 5.

[8]滕喆. 医护一体化优质护理服务模式在眼科日间手术中的应用分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17（27）: 2.

[9]王平, 于飞飞, 于丽. 我国眼科日间手术护理服务模式的现状及研究进展[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39（22）: 5.

[10]李海鹏, 葛锋. 日间手术存在的问题与优化策略探讨[J]. 中国医院管理, 2022（042-006）.

[11]刘淑贤. 眼科日间手术的规范化管理与应用效果研究[J]. 护士进修杂志, 2018, 33（1）: 3.

[12]陈捷茹, 胡廷秋, 归纯漪. 美国眼科日间手术护理管理见闻及启示[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25（19）: 4.

专项膳食干预在老年终末期肾病透析患者护理中对其营养指标水平影响研究

李雪 崔浩

大连医科大学附属第二医院 116000

摘要:目的 探讨在老年终末期肾病透析护理中采用专项膳食干预对其营养指标水平的临床影响。方法 从我院 2020 年 5 月至 2021 年 5 月收治的老年终末期肾病透析患者中,抽取 80 例进行回顾性分析,根据不同的护理方法分组,采用常规护理的患者纳入对照组 (n=40 例),在常规护理基础上采用专项膳食干预的患者纳入观察组 (n=40 例),对比两组护理前后的营养指标水平、生活质量评分和护理满意度。结果 护理后,与对照组相比,观察组的白蛋白、血红蛋白和转铁蛋白水平均较高 ($P<0.05$);护理后,与对照组相比,观察组的 SF-36 生活质量评分较高 ($P<0.05$);与对照组相比,观察组的护理满意度较高 ($P<0.05$)。结论 在老年终末期肾病透析护理中采用专项膳食干预有利于提高机体的营养水平,改善其生活质量,提升其护理满意度,临床可进一步推广。

关键词:老年终末期肾病;透析;专项膳食干预;营养指标;生活质量

前言

终末期肾病是临床上较为常见的一种危急重症,以老年患者较为常见,可以通过血液透析来清除血液中的有毒物质,代替肾脏的排泄功能,延长生存时间。老年终末期肾病的透析治疗时间较长,其机体的营养物质会随着透析治疗不断丢失,容易出现营养不良的情况,进而降低透析治疗的耐受力,影响生活质量。因此,如何改善老年终末期肾病透析的营养状况显得尤为重要。常规护理具有一定的护理效果,但缺少针对透析治疗期间的营养干预,专项膳食干预强调从患者的营养需求出发,根据其实际的营养状况调整饮食方案,以此来提高其在透析治疗中的营养水平,改善其生活质量^[1]。基于此,为进一步探讨专项膳食干预在老年终末期肾病透析护理中的临床影响,选取了 2020 年 5 月至 2021 年 5 月收治的 80 例患者进行回顾性分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从我院 2020 年 5 月至 2021 年 5 月收治的老年终末期肾病透析患者中,抽取 80 例进行回顾性分析,根据不同的护理方法分组,采用常规护理的患者纳入对照组 (n=40 例),在常规护理基础上采用专项膳食干预的患者纳入观察组 (n=40 例)。纳入标准:①均符合《肾脏病学》^[2]中关于终末期肾病的临床诊断标准;②年龄均超过 60 岁;③血肌酐均超过 707 $\mu\text{mol/L}$,肾小球滤过率均低于 15 ml/min ;④血液透析时间均超过 3 个月。排除标准:①心肝肾脑功能严重不全者;②合并内分泌系统疾病者;③合并老年痴呆者;④合并其他恶性肿瘤者;⑤免疫力存在明显缺陷者。对照组男性患者和女性患者的例数分别是 22 例、18 例;年龄 63~80 (70.63 $\pm$ 3.58) 岁;病程 1~10 (5.25 $\pm$ 1.38) 年。观察组男性患者和女性患者的例数分别是 23 例、17 例;年龄 64~81 (70.67 $\pm$ 3.52) 岁;病程 2~10 (5.28 $\pm$ 1.36) 年。两组的基线资料均无明显差异 ($P>0.05$),可进行比较。本研究在开展前已获得医院伦理委员会的批准。

1.2 方法

对照组采用常规护理干预,在透析开始前,给予常规的健康宣教。密切观察透析治疗期间的临床症状及各项生命体征,认真监测和记录其透析液流量、血流量等指标。对穿刺插管和内瘘进行相应的护理干预,及时给予并发症护理。告知透析治疗期间的用药注意事项,叮嘱其禁止服用利福平、庆大霉素等肾毒性药物。在饮食方面,告知其尽量食用维生素含量和蛋白含量丰富的食物,确保其在透析治疗期间能维持良好的营养状态。

观察组在对照组的基础上采用专项膳食干预,详细内容如下:(1)评估营养状态:辅助患者完成相关的实验室指标检查和体格检查,依照其白蛋白、血红蛋白和转铁蛋白等指标,对其营养状态进行全面、系统的评估;详细了解其日常的饮食情况,观察其消化道症状和饮食变化情况,评估其是否存在营养不良的风险;详细了解其饮食喜好,并制定个性化的膳食干预方案。(2)开展膳食健康教育:不断和患者强调专项膳食干预的重要性,告知其透析治疗期间出现营养不良的原因、影响因素、危害性等;详细科普预防营养不良情况出现的方法,充分了解其营养需求,指导其在日常饮食中摄入足量的维生素、脂肪、蛋白质等营养物质;告知其养成良好饮食习惯在透析治疗过程中的重要性。(3)给予饮食指导:在透析治疗期间,

告知其摄入足量蛋白质在维持氮平衡中的积极作用,叮嘱其尽量食用高蛋白的食物,将优质蛋白的摄入量控制在 70%以上,一般情况下,每天的蛋白质摄入量需控制在 0.8~1.2 g/kg 之间,可让其多食用瘦肉、牛奶、鸡蛋等富含优质蛋白的食物;叮嘱其尽量食用磷、钾、钠含量较少的食物,限制每天水的摄入量,适当补充硒、铁、锌等微量元素,合理控制每天的脂肪摄入量,可在日常饮食中增加花生油、豆油或橄榄油;在给予饮食指导的过程中,需认真了解其饮食诉求和饮食喜好,尽量选择其喜欢的食物,采用科学的烹饪方式增加食欲,使其主动进食。

两组均以护理 6 个月为评估的时间节点,在持续护理 6 个月 after 观察其各项指标。

1.3 评价标准

(1)对比两组护理前后的营养指标水平,分别在护理前、护理 6 个月 after 抽取 5 ml 的静脉血,在 3000 r/min 的条件下离心 10 min ,以放射免疫法作为检测方法,检测其白蛋白、血红蛋白和转铁蛋白水平。

(2)对比两组护理前后的生活质量评分,以 SF-36 生活质量量表^[3]作为评估工具,分别评估护理前、护理 6 个月 after 的生活质量,该量表包含了社会功能、情感职能、精神健康、生理机能、生理职能、精力、躯体疼痛、一般健康状况 8 方面的内容,每项内容的评分范围为 0~100 分,评分与生活质量呈正比。

(3)对比两组的护理满意度,以我院自制的满意度调查问卷作为评估工具,问卷内容包括护理服务、护理技术、护理有效性、护理舒适度 4 项内容,满分为 100 分,若分数超过 85 分,则代表非常满意;若分数位于 76~84 分区间内,则代表满意;若分数位于 61~75 分区间内,则代表一般;若分数未达到 60 分,则代表不满意。护理满意度=(非常满意+满意)/总例数 $\times$ 100%。

1.4 统计学分析

本文统一运用 SPSS22.0 统计学软件分析,以 t 、 χ^2 分别检验计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 和计数资料 n (%),若检验结果显示 $P<0.05$,则提示研究数据的差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组护理前后的营养指标水平

护理前,两组的白蛋白、血红蛋白和转铁蛋白水平均无明显差异 ($P>0.05$);护理 6 个月 after,观察组的白蛋白、血红蛋白和转铁蛋白水平较对照组高 ($P<0.05$),详情见表 1。

表 1 对比两组护理前后的营养指标水平 ($\bar{x} \pm s$, g/L)

组别	白蛋白		血红蛋白		转铁蛋白	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=40)	27.45 $\pm$ 3.72	38.83 $\pm$ 4.05	75.42 $\pm$ 6.71	94.31 $\pm$ 7.11	1.03 $\pm$ 0.12	3.25 $\pm$ 0.73
对照	27.51 $\pm$ 3.76	35.78 $\pm$ 3.75	75.49 $\pm$ 6.77	89.25 $\pm$ 6.68	1.05 $\pm$ 0.16	2.76 $\pm$ 0.95

组	2.2 对比两组护理前后的生活质量评分					
(n=40)	护理前, 两组的 SF-36 生活质量评分无明显差异 ($P>0.05$); 护理 6 个月后, 观察组的 SF-36 生活质量评分较对照组高 ($P<0.05$), 详情见表 2。					
t 值	0.072	3.495	0.046	3.280	0.632	2.587
P 值	0.943	0.001	0.963	0.002	0.529	0.012

表 2 对比两组护理前后的生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	社会功能		情感职能		精神健康		生理机能	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=40)	56.38±8.65	79.68±9.76	51.85±6.23	75.28±9.58	55.37±8.75	74.59±9.63	58.74±8.25	78.65±9.41
对照组 (n=40)	56.42±8.71	71.72±9.31	51.78±6.31	69.44±9.16	55.46±8.68	68.73±9.58	58.83±8.33	71.48±9.85
t 值	0.021	3.263	0.050	2.787	0.046	2.728	0.049	3.329
P 值	0.984	0.002	0.960	0.007	0.963	0.008	0.961	0.001

续表:

组别	生理职能		精力		躯体疼痛		一般健康情况	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=40)	61.55±7.73	88.21±9.14	55.87±8.38	76.65±9.28	58.82±6.75	77.62±8.46	53.89±8.32	75.74±9.71
对照组 (n=40)	61.66±7.79	80.71±9.28	55.95±8.46	70.11±9.31	58.88±6.81	71.68±8.76	53.81±8.38	69.55±9.86
t 值	0.063	3.642	0.042	3.147	0.040	3.085	0.043	2.829
P 值	0.950	0.001	0.966	0.002	0.969	0.003	0.966	0.006

2.3 对比两组的护理满意度

经过统计软件分析后, 观察组的护理满意度较对照组高 ($P<0.05$), 详情见表 3。

表 3 对比两组的护理满意度[n (%)]

组别	非常满意	满意	一般	不满意	总满意度
观察组 (n=40)	28 (70.00)	11 (27.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	39 (97.50)
对照组 (n=40)	22 (55.00)	10 (25.00)	5 (12.50)	3 (7.50)	32 (80.00)
χ^2 值					6.135
P 值					0.013

3 讨论

血液透析是治疗老年终末期肾病的重要方式之一, 在实际的治疗过程中, 部分患者会出现营养不良的情况, 临床认为, 出现营养不良的原因与透析时间过长、饮食结构失衡等有关, 因此, 需在透析治疗中给予有效的护理干预, 确保其能维持良好的营养状态, 保证治疗的顺利进行。常规护理可以有效维护残余的肾功能, 但容易忽视治疗过程中的营养状态, 未能有效预防营养不良的发生, 在提高其生活质量上的作用也并不显著。因此, 如何寻找一种更全面的护理干预, 对改善老年终末期肾病透析的营养状态、提升其生活质量而言具有积极意义。

为进一步提高老年终末期肾病透析的营养状况, 改善其生活质量, 本研究对常规护理进行改进, 在此基础上增加了专项膳食干预, 并将其与常规护理进行对比。经回顾性分析结果显示, 增加专项膳食干预的各项营养指标水平和生活质量评分均高于常规护理, 说明专项膳食干预在改善老年终末期肾病透析的营养状况和生活质量上均有显著作用。在王文丽等学者^[4]的研究中, 增加专项膳食护理干预的营养指标水平和 SF-36 生活质量评分均高于单一常规护理, 该研究认为, 老年终末期肾病透析采用专项膳食护理干预可以有效维持均衡的营养状态, 提高生活质量。本文的研究结果和研究结论与上述学者一致。分析原因为, 专项膳食干预可以根据患者的营养状态和营养需求制定个性化的膳食干预方案, 有利于提高膳食方案的科学性与合理性, 确保其能在透析治疗期间维持良好的营养状态^[5]。其次, 专项膳食干预可以通过健康教育和饮食指导的方式, 增加患者对日常饮食的重视程度, 促使其主动配合后续的饮食干预, 不断改正错误的饮食习惯和生活习惯, 进而达到改善营养状态、提高生活质量的目的^[6-7]。不仅如此, 专项膳食干预可以针对老年终末期肾病透析过程中所需的蛋白质、维生素、脂肪、微量元素等调整其饮食结构, 以此来降低营养不良的发生风险, 有效维持其

营养均衡, 改善其生活质量^[8-9]。除此之外, 本研究发现, 增加专项膳食干预的护理满意度高于常规护理, 说明专项膳食干预在提高老年终末期肾病透析的护理满意度上有积极作用。分析原因为, 专项膳食干预除了注重患者在血液透析治疗期间的营养状态以外, 还充分尊重其饮食喜好, 让其在保证营养均衡的情况下自主选择喜欢吃的食物, 这样不仅可以有效增强其食欲, 提高其对后续膳食干预的依从性, 还可以让其真实感受到人性化的护理服务, 不断提升其护理满意度^[10]。

综上所述, 专项膳食干预不仅可以有效提高老年终末期肾病透析的营养水平, 还可以显著改善其生活质量, 提升其护理满意度, 临床可大力推广。

参考文献:

- [1]王焱威.专项膳食护理干预改善老年终末期肾病透析患者疗效指标观察[J].中国老年保健医学,2020,18(1): 137-138.
- [2]王海燕.肾脏病学[M].北京: 人民卫生出版社,2008: 1385.
- [3]李俊,刘朝杰,李宁秀,等.生命质量评价量表 SF-36 中国量化标准研究[J].华西医科大学学报,2001(1): 36-38,47.
- [4]王文丽,谷佳丽.专项膳食护理干预对老年终末期肾病透析患者营养指标情况影响[J].国际检验医学杂志,2021,42(2): 257-259.
- [5]唐妹,王琼才.营养护理干预对终末期肾病血液透析患者营养状况及生活质量的影响分析[J].中国社区医师,2021,37(16): 124-125.
- [6]张玉君,刘宇兰,黄玉梅,等.探究营养指导在终末期肾病血液透析患者护理中的应用价值及对患者生活质量的影响[J].中国实用医药,2021,16(27): 188-191.
- [7]王霞,付小芳.终末期肾病血液透析患者开展营养护理的方法和护理效果研究[J].中外医疗,2020,39(12): 165-167.
- [8]刘洋.营养护理模式在终末期肾病血液透析患者中的应用价值研究[J].中国医药指南,2019,17(33): 278-279.
- [9]杨静,秦桂霞,左慧晶.对接受血液透析治疗的终末期肾病患者进行营养护理的效果探究[J].当代医药论丛,2019,17(21): 259-260.
- [10]刘德芹.营养护理干预改善终末期肾病血液透析患者生活质量的效果观察[J].中国社区医师,2019,35(7): 152-155.

细节化护理干预高血压脑出血术后患者的效果观察

张艺馨

山东省莒南县人民医院 276600

摘要：目的：评析细节化护理应用于高血压脑出血术后的临床价值。方法：选取 2020.07 至 2022.05 区间的 70 例高血压脑出血术后患者，奇偶分组法将其分到参照组、试验组，各 35 例。参照组：常规护理；试验组：细节化护理干预。检验各组护理成效。结果：护理后，试验组神经功能、自理能力、情绪评分、GQOL-74 评分等，均较参照组优异，统计价值存在，P<0.05。结论：细节化护理干预的应用，使得高血压脑出血术后患者情绪改善明显，自理能力提升，并且神经功能恢复，生活质量提升。

关键词：高血压；脑出血；手术；细节化护理

现阶段，高血压疾病发生率愈加增加，使得患者身心健康受到严重影响，进而导致其家庭负担加剧，情况严重还会使之生命安全受到威胁。该病是诱发脑出血的关键性因素。患者病情是否严重，与之出血部分、出血量、速度等存在相关性^[1]。随着疾病进展，在水肿扩大情况下，会诱发脑室内积血、脑积水等。同时，基于脑灌注改变状态，患者神经功能会出现继发性损伤。患者经由手术治疗后，虽然生命能够被挽救，但是受到出血位置俱属于颅内关键性神经纤维束经过的部位影响，所以即使脑出血被解除，但是神经损伤已经存在^[2]。在此情况下，患者术后会伴有不同程度的功能障碍。同时，手术后极易出现诸多并发症，不利于其康复。细节化护理强调重视日常护理中易被忽视的内容，旨在确保患者术后安全，改善其预后。本研究评析细节化护理应用于高血压脑出血术后的价值，报告如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

2020.07 至 2022.05，纳入高血压脑出血术后患者，总计 70 例。奇偶分组法分组。参照组：35 例。男：19/35。女：16/32。年龄：45~82（61.49±6.20）岁。参照组：35 例。男：18/35。女：17/32。年龄：44~81（61.52±6.16）岁。各组资料无较大差异，P>0.05。

入选要求：（1）符合手术指征者。（2）签署协议书者。

排除要求：（1）术后存活时间不足 6 日者。（2）伴有胃肠道疾病、甲状腺功能异常、术前肢体与言语功能障碍者。

1.2 方法

参照组：常规护理。加强对患者体征的监护。开展床头宣教，告知其用药的相关事宜。同时，告知患者饮食期间的注意事项。采取康复护理方案，并对患者心理状态进行评估，尽早进行沟通疏导。患者病情稳定后，鼓励其开展康复锻炼。

试验组：实施细节化护理模式，具体如下：（1）心理层面。知晓患者心理、机体情况，了解其存在的负性情绪，如恐惧、紧张、抑郁程度等。在知晓上述不良心理发生原因基础上，予以其鼓励，并帮助其树立康复信心。加强与患者家属的交流，让其多关心、陪伴患者，从而给予患者安全感，以达到消除其孤独感的目的。针对意识不清状态的患者，还需要采取非言语方案进行干预。具体实施期间，可采取抚触、良肢位摆放方式。针对病房监测设备的声音，需要调低。同时，创造安静、舒适的休息条件，避免患者身心不适度增加。加强对患者受压肢体、部位的观察，开展按摩护理。（2）意识恢复前护理。在患者手术结束后，但是意识并没有清醒之前，让其保持去枕平卧位姿势。同时，协助患者将头部偏向一侧。这样做的目的是最大程度上降低误吸风险，以免造成呼吸道阻塞。当患者意识逐渐恢复后，当血压

表 1：神经功能、自理能力、情绪评分（ $\bar{X} \pm s$ ，分）

组别	例数（n）	神经功能		自理能力		情绪评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	35	25.96±2.18	9.03±1.45	38.07±4.28	74.60±5.12	23.37±3.15	15.08±2.21
参照组	35	26.03±2.21	17.48±2.16	38.10±4.30	63.28±5.05	23.41±3.22	18.14±2.34
t		0.1334	19.2157	0.0292	9.3124	0.0525	5.6244
P		0.8943	0.0000	0.9767	0.0000	0.9583	0.0000

2.2GQOL-74 评分

干预后，试验组 GQOL-74 评分更高，P<0.05。（见表 2）

表 2：GQOL-74 评分（ $\bar{X} \pm s$ ，分）

组别	例数（n）	物质生活		心理功能		社会功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	35	55.80±5.17	71.37±6.03	57.15±5.90	74.10±6.31	57.01±5.37	71.59±6.20
参照组	35	55.76±5.23	64.28±6.11	57.09±5.88	66.10±5.25	56.89±5.41	64.21±6.15
t		0.0321	4.8861	0.0426	5.7658	0.0931	4.9995
P		0.9744	0.0000	0.9661	0.0000	0.9261	0.0000

3 讨论

高血压在临床多见、常发，属于脑出血关键性诱因之一。该病在老年人群中发生的风险更高。统计显示，于脑卒中疾病中，高血压脑出血发生率几近 30%^[3]。现阶段，受到人口老龄化等多因素影响，该病发病率愈加上升，且已经成为我国人口死亡的重要病因。该病属于非外伤性脑实质内血管破裂。临床治疗以手术为主，可达到缓解患者病情的目的。但是术后患者康复效果是否理想，还与护理干预存在相关性。

细节化护理基于常规护理孕育而生，以患者作为服务的中心，具有人性化、细节化特点。通过以患者具体病情、需求等为依据，制订相关护理计划、目标等，可体现出此种护理方案的针对性特点^[4-5]。该种护理形式在促进良好护患关系构建方面意义突出，能够最大程度上促进患者治疗效果提升。此外，就细节化护理而言，自术后开始，可延续至其出院前。从涉及内容方面来看，既包括基础护理、心理护理，又涵盖环境管理、饮食指导、康复训练等。在具体实施期间，与患者意识恢复状况相结合，并在明确其预后康复需要基础上，采取各项针对性干预方案，可确保护理责任得到有效落实。在此情况下，患者获得的护理服务将会更为细致化、全面化。与此同时，细节化护理更为关注患者身心健康恢复情况，可明确且病情、心理变化特征，并借助于预防性干预措施，能够达到降低患者术后并发症发生的目的，在加快患者神经功能、机体状态恢复速度方面作用突出^[6-7]。通过采取术后营养支持方案，能够加快患者康复速度，并且还可使之机体所需的营养物质得到满足。在此情况下，患者术后高代谢分解所致的能量储备缺失能够得到改善。尤其是早期肠内营养的开展，利于纠正负氮紊乱，防止机体营养流失过多。基于此，患者机体免疫功能改善，从而将术后并发症发生风险降至最低。。不仅如此，借助于心理疏导、安全管理等，能够改善患者心态，预防坠床等不良事件发生，确保患者康复期间的安全。对于高血压脑出血术后患者而言，一部分会遗留肢体、言语障碍，进而导致其日常生活能力降低。而术后早期康复训练的开展，可有效改善中功能障碍，改善其机体功能^[8]。究其原因，该种干预形式能够加快脑损伤后侧支循环建立速度，并且还可重组病灶周围、健侧脑组织^[9]。基于此，患者致残率下降，因功能障碍所致的不良情绪减轻，并且还可加快康复速度，提高生活质量。本实验结果显示，护理后，试验组

处于平稳状态时，适当将其床头抬高，一般为 15 至 30 度，加快颅内静脉血液回流。为避免中发生坠床等意外，还应于床边安装护栏。间隔 2 小时翻身 1 次。（3）营养支持。若患者意识清晰，并且无吞咽异常，则可让其以低盐、低脂食物为主。但是如果患者伴有意识障碍，在吞咽方面难度较大，则需要开展鼻饲干预。在鼻饲期间，还应加强对鼻饲管的护理。鼻饲后，以温开水进行冲洗。结束冲洗，再将 5 毫升左右空气注入鼻饲管中。（4）导管护理。对于留置导尿管者，需要确保管道通畅，防止受压。同时，还应对于导尿情况进行观察，尤其尿液颜色、性质等。若患者为气管插管，还需要每日定时更换切口位置的敷料。针对行脑室引流者，除防止引流管阻塞外，还应注意避免拉扯、弯折。引流袋更换期间，需要严格执行无菌操作。（5）早期锻炼。患者术后意识清醒后，根据其实际情况，尽早开展功能锻炼。指导患者吞咽唾沫，并告知其吞咽的正确方式，旨在减少吞咽功能障碍发生的可能性。评估患者瘫痪肢体协调、控制情况，若能力较差，并且伴有语言障碍，则需要结合其肌力评估所得数据、家属意愿，制定并实施具有针对性的康复训练计划。先进行体位指导，确保其关节功能得到位置。再开展关节被动活动，如背屈、外旋、外展等。病情好转后，行患侧肢体主动协调运动，包括双手十指交叉等。再指导患者进行主动完成翻身训练。训练期间，确保防护措施完善，并遵循循序渐进原则，密切监测其生命体征。针对语言障碍的患者，由简单发音开始，再过渡至读单词、短语等。（6）院前指导。将日常生活中的须知向患者说明，并让其知晓康复锻炼的详细方案方法。叮嘱患者遵照医嘱用药。告知其血压控制的必要性，并向其说明心情平稳的积极意义。同时，让患者在感到异常时及时就诊。

1.3 观察指标

（1）神经功能：NIHSS 神经功能缺损程度评定。0~42 分。分数低，表示功能差。自理能力：Barthel 生活指数表测量。0~100 分。分数提高，表示能力提升。情绪评分：汉密尔顿抑郁量表作为评估工具，分数低，情绪良好。

（2）GQOL-74 评分。以该指标测定生活质量，涉及项目如物质、心理、社会。各项目分值最高 100 分。分数提升，表明质量提高。

1.4 统计学方法

实验数据录入 SPSS27.0。以（ $\bar{X} \pm s$ ）描述计量资料，经由 t 检验。P<0.05，价值存在。

2 结果

2.1 神经功能、自理能力、情绪评分

干预后，试验组神经功能、情绪评分均更低，自理能力评分更高，P<0.05。（见表 1）

表 2：GQOL-74 评分（ $\bar{X} \pm s$ ，分）

组别	例数（n）	物质生活		心理功能		社会功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	35	55.80±5.17	71.37±6.03	57.15±5.90	74.10±6.31	57.01±5.37	71.59±6.20
参照组	35	55.76±5.23	64.28±6.11	57.09±5.88	66.10±5.25	56.89±5.41	64.21±6.15
t		0.0321	4.8861	0.0426	5.7658	0.0931	4.9995
P		0.9744	0.0000	0.9661	0.0000	0.9261	0.0000

神经功能、情绪评分均低于参照组，试验组自理能力、GQOL-74 评分比参照组高，P<0.05。综上所述，高血压脑出血术后，予以患者细节化护理，有助于减轻患者神经功能障碍程度，并且还可提高其自理能力，改善其生活质量。

参考文献：

[1]徐素侠,孙灿旭,李利.认知干预和康复护理对高血压脑出血手术患者的影响[J].心理月刊,2022,17（19）：161-163.

[2]周智超,蔡克,江新丽.早期康复护理对高血压脑出血水肿清除术患者神经功能及并发症的影响[J].江西中医药,2022,53（10）：39-41.

[3]李晓琼,陈月.规范化护理模式在高血压脑出血围术期中的应用及对 SAS、SDS、神经功能、并发症的影响分析[J].黑龙江医学,2022,46（18）：2263-2265.

[4]黄艳菊,李爱美,刘明香.预见性护理在神经内镜下血肿清除术的高血压脑出血患者围手术期中的应用分析[J].医学理论与实践,2022,35（16）：2821-2823.

[5]练琨,李依溪,袁聪.全程优质护理在高血压脑出血微创钻孔引流术围手术期的应用效果研究[J].临床医学工程,2022,29（08）：1129-1130.

[6]简毅春.多学科协作手术室护理在高血压脑出血手术中的价值及对并发症的影响[J].心血管病防治知识,2022,12（23）：42-44.

[7]王红,周艳粉,毛乔.基于 FOCUS-PDCA 程序的分级护理干预对高血压脑出血术后患者功能恢复情况及康复积极性的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7（22）：191-194.

[8]王佑纯,李保华,冯苗.个性化心理护理对围术期高血压脑出血患者负性情绪及生活质量的影响[J].临床心身疾病杂志,2022,28（04）：157-160.

[9]蒋霞,周丽凤,段丽娜,等.快速康复外科护理在微创颅内血肿穿刺引流术治疗的高血压脑出血患者中的应用效果[J].中国医药导报,2022,19（16）：183-186.

作者简介：姓名：张艺馨，性别：女，出生年月：1995.01，籍贯：山东临沂莒南，学历：本科，专业：护理学，主要研究方向：外科护理学，单位全称：山东省莒南县人民医院。

人性化护理在急诊患者护理中的有效性研究

冯清

北京市垂杨柳医院 北京朝阳 100022

摘要：目的：探讨急诊患者护理中应用人性化护理的有效性。方法：将 2020 年 5 月~2022 年 6 月这 2 年中，我院急诊科收治的患者，选取 50 例用于此项研究，根据患者的入院时间顺序对其平均分组，每组有患者 25 例，对照组患者以常规化护理为主，观察组患者应用人性化护理，对 2 组患者护理的效果、护理前后的心理状态及护理满意度展开分析。结果：相比之下，观察组患者的护理总有效率要显著高于对照组患者，(P<0.05)；此外，护理前，2 组患者的 SDS 评分、SAS 评分相比差异无统计学意义，(P>0.05)，经过护理后明显 2 组患者的 SDS 评分、SAS 评分比护理前有所降低，但相比而言，观察组患者的各项评分更优，(P<0.05)；另外，观察组患者的各项护理满意度评分与对照组患者相比更高，(P<0.05)。结论：对于急诊患者的护理，应用人性化护理十分有效，其效果比较理想，可缓解患者的负面情绪，提高整体的治疗疗效，值得推广。

关键词：人性化护理；急诊；护理有效性

急诊作为临床中最为重要的一个科室，所收治的患者多为危急重症，且病情较为复杂，同时也是医院中医疗纠纷高发、患者焦虑、恐惧的主要场所。在如今的医学模式不断进步与变化之下，医疗服务也随之发生转变，从以往的“病”转为“人”，强调以患者为中心的护理理念，不仅要满足疾病治疗的需求，更要满足患者的心理、情感与精神的需求，所以常规化护理模式已经无法适应当下的医疗模式，此时人性化护理应运而生，这是一种整体性、个性化及创造性的新型护理模式，以患者的合理需求为治疗的出发点，可有效的避免护患纠纷事件的发生，来提高患者的满意程度，以便患者更为积极配合临床治疗工作^[1]。基于此，本文将近 2 年中我院急诊科收治的 50 例患者，分组展开常规化护理、人性化护理的有效性调查，具体报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 5 月~2022 年 6 月这 2 年中，我院急诊科收治的患者，选取 50 例用于此项研究，根据患者的入院时间顺序对其平均分组，每组有患者 25 例，对照组患者以常规化护理为主，患者中男性占 13 例、女性占 12 例，年龄范围在 26 岁~56 岁，平均 (34.58±2.21) 岁，疾病类型：急性阑尾炎患者有 10 例、消化道出血患者有 8 例、其他疾病患者有 7 例；观察组患者应用人性化护理，分别有男性患者 14 例、女性患者 11 例，年龄范围在 25 岁~57 岁，平均 (35.77±3.25) 岁，疾病类型：急性阑尾炎患者有 12 例、消化道出血患者有 7 例、其他疾病患者有 6 例。2 组患者均符合急诊科的收治标准，且患者与家属全部对本项研究知情，由本人或家属自愿签订同意书；排除患有严重精神异常、先天性疾病、其他器官功能障碍、脑实质病变及依从性较差等患者。我院内部伦理委员会已经批准本次调查。通过对 2 组患者的性别、年龄及疾病类型等基本资料，以统计学分析其差异无意义，存在可比性，(P>0.05)。

1.2 方法

1.2.1 对照组以常规化护理为主，在患者入院后为其介绍相关的住院注意事项，并遵医嘱按时给予患者用药，对患者的身体恢复情况加以记录，发现异常情况第一时间通知医生处理^[2-4]。

1.2.2 观察组患者应用人性化护理，具体内容如下：①护理人员要对患者的病情进行评估，与患者及其家属主动沟通，分析发病的原因，讲解日常的注意事项，并针对患者产生的焦虑、紧张等情绪加以安抚，针对需要手术的患者，可介绍一些手术成功的案例，帮助患者平复心情。②护理人员要注重病房环境的清洁，定时对通风换气，可适当的摆放一些绿植，具有舒缓身心的作用，还可促使病房环境更加温馨，比如儿科急诊张贴卡通人物贴纸，墙体为粉色或蓝色，成人病房合理设置座椅、床头柜及电视机等，来消除患者对医院的陌生与恐惧感。③护理人员可定期组织健康知识宣教活动，提高患者对自身疾病的认知，掌握日常的自我护理方法，同时还可以开展一些文化活动，来丰富患者住院期间的生活，满足其情感与精神的需求，保持愉悦的心情。④护理人员要给予患者足够的尊重，耐心倾听患者的主诉，并以微笑、握手等方式加以鼓励，让患者感受到温暖、关爱，更为积极、主动的配合临床各项治疗工作^[5-7]。

1.3 观察指标

(1) 根据 2 组患者的临床症状恢复情况进行护理效果的判定，其中痊愈：患者的病情完全消失，且生活恢复自理；改善：患者的病情基本康复，且可以生活自理；无效：患者的病情症状、体征尚未发生变汉，或者病情加重。护理总有效率=(痊愈例数+改善例数)/总例数×100%。(2) 分别在护理前、护理后，运用 SDS (抑郁自评量表)、SAS (焦虑自评量表) 对 2 组患者的心理状态进行评估，其中 SAS 评分临界值为 50 分、SDS 评分临界值为 53 分，分值越高代表患者的心理状态越差。(3) 采用我院自拟的护理满意度调查问卷，设定服务态度、沟通技巧、服务语言、专业水平及健康教育五个维度，每项满分为 20 分，分数越高代表患者越满意。

1.4 统计学分析

根据 SPSS20.0 统计软件进行调查数据的分析，组间计量对比行 t 检验，组间计数对比行 X² 检验，分别由 ($\bar{x} \pm s$)、(%) 用于表示，统计学意义的差异标准：p<0.05。

2. 结果

2.1 比较 2 组患者的护理效果

相比之下，观察组患者的护理总有效率 92.00%，要显著高于对照组患者的护理总有效率 72.00%，(P<0.05)；数据详情如表 1。

表 1 2 组患者的护理总有效率对比					
组别	例数 (n)	痊愈 (n)	改善 (n)	无效 (n)	总有效率 (%)
观察组 (n)	25	16	7	2	92.00
对照组 (n)	25	10	8	7	72.00
X ² 值					5.802
p 值					<0.05

2.2 比较 2 组患者的心理状态

护理前，2 组患者的 SDS 评分、SAS 评分相比差异无统计学意义，(P>0.05)，经过护理后明显 2 组患者的 SDS 评分、SAS 评分比护理前有所降低，但相比而言，观察组患者的各项评分更优，(P<0.05)；数据详情如表 2。

表 2 2 组患者的心理状态对比 ($\bar{x} \pm s$)，分]					
组别	例数 (n)	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n)	25	56.72±7.04	30.48±5.26	55.54±8.16	31.37±5.48
对照组 (n)	25	56.45±7.44	42.88±6.13	57.52±7.03	41.69±6.05
t 值		0.246	13.319	1.592	10.968
p 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 比较 2 组患者对护理满意度评分

观察组患者对护理服务态度、沟通技巧、服务语言、专业水平及健康教育的满意度评分与对照组患者相比更高，(P<0.05)；数据详情如表 3。

表 3 2 组患者的护理满意度评分对比 ($\bar{x} \pm s$)，分]						
组别	例数 (n)	服务态度	沟通技巧	服务语言	专业水平	健康教育
观察组	25	19.09±1.41	18.05±1.18	18.58±1.27	16.61±2.34	18.06±0.69
对照组	25	17.13±1.18	14.26±0.87	16.47±1.44	14.12±2.08	16.13±0.59
t 值		9.132	22.604	9.589	6.847	18.508
p 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

急诊科属于医院中的一大主要临床科室，其自身的特殊性，所收治的疾病种类繁多、患者人数众多，导致护理工作相对繁琐，加之急诊抢救的患者，多为危急重症，时间更为紧迫，而且一旦护理不当，便会直接威胁到患者的生命安全，引发医疗纠纷的发生，所以良好的护理干预，是患者抢救成功与预后的有效保障^[8]。

通常医院采取常规化护理，遵医嘱对患者用药，展开健康宣教等，但易于忽视患者的身心需求，且不够全面，细节重视不足，导致患者的依从性较差，乃至影响患者的预后。而随着医疗技术水平的发展，人们对卫生医疗服务提出更高的要求，其以人为本的护理理念开始广泛运用临床，故而在急诊科中实施人性化护理，可有效的弥补常规化护理中的不足之处，更加符合现代服务需求，能够秉持一切为了患者的原则，最大程度上满足患者的实际需求，促使患者积极配合临床治疗工作，整体上提高临床护理的有效性。通过护理人员对患者的病情进行评估，对其展开一对一的健康教育，来强化患者对自身疾病的认知水平，同时护理人员了解患者的心理状态，结合其出现的不良情绪加以疏导，并给予患者足够的尊重与关爱，让患者充分的感受到人文关怀，来获取患者及家属的信任与支持，这为后续的临床工作顺利开展具有很大的帮助。另外，护理人员为患者进行病房环境的布置，营造出较为舒适、温馨的病房环境，利于消除患者对医院的陌生感、恐惧心理，以及医院定期组织的一些文化活动等，可进一步舒缓患者的身心，保持患者的愉悦心情，这对其疾病的康复起到积极的促进作用^[9]。基于此，为了证明人性化护理的有效性，本文将 2020 年 5 月~2022 年 6 月这 2 年中，我院急诊科收治的患者，选取 50 例用于此项研究，根据患者的入院时间顺序对其平均分组，每组有患者 25 例，对照组患者以常规化护理为主，观察组患者应用人性化护理展开调查。从上述研究结果显示：相比之下，观察组患者的护理总有效率要显著高于对照组患者，(P<0.05)，这一数据与杨丽娜^[10]的研究报道结果较为相似，说明为患者提供人性化护理，更加关注患者的身心需求，让患者的身心处于舒适的状态下完成治疗，更助于加快患者的病情恢复进程；此外，护理前，2 组患者的 SDS 评分 (55.54±8.16) 分、(57.52±7.03) 分，SAS 评分 (56.72±7.04) 分、(56.45±7.44) 分相比差异无统计学意义，(P>0.05)，经过护理后明显 2 组患者的 SDS 评分 (31.37±5.48) 分、(41.69±6.05) 分，SAS 评分 (30.48±5.26) 分、(42.88±6.13) 分比护理前有所降低，但相比而言，观察组患者的各项评分更优，(P<0.05)，数据可知虽然常规化护理与人性化护理的实施，都能在一定程度上缓解患者的焦虑情绪和抑郁情绪，但是 2 者相比而言，人性化护理的应用，可更好的改善患者存在的不良情绪，促使患者保持积极、乐观的心态；另外，观察组患者的各项护理满意度评分与对照组患者相比更高，(P<0.05)，其中观察组患者对护理的服务态度、沟通技巧、服务语言、专业水平及健康教育五项内容的评分较高，说明更加认可人性化护理，足以证实人性化护理在急诊护理中的应用价值。

综上所述，对于急诊患者护理应用人性化护理，其效果最佳，不仅可控制患者的病情，促进其尽快的康复，还能舒缓患者的负面情绪，整体上提高急诊护理的质量与有效性，可在临床上进一步推广运用。

参考文献：

- [1]陈晓凤,朱文婷,阙敏,李大能. 人性化护理模式改善急诊科患者睡眠质量的效果观察[J]. 世界睡眠医学杂志,2022,9 (02): 327-328+331.
- [2]陈秀云. 人性化护理在急诊患者护理中的应用价值[J]. 医学食疗与健康,2021,19 (16): 122+124.
- [3]李华平. 人性化护理在急诊患者护理中的应用效果探讨[J]. 航空航天医学杂志,2021,32 (05): 607-609.
- [4]袁红. 人性化护理模式对急诊输液患者护理满意度的影响[J]. 医学食疗与健康,2021,19 (07): 14-15.
- [5]舒慧敏. 人性化护理干预模式应用于急诊科急救患者护理的效果分析[J]. 中国实用医药,2020,15 (25): 183-184.
- [6]陈雪松,刘丹. 人性化护理在急诊患者护理工作中的应用效果[J]. 黑龙江科学,2020,11 (16): 74-75.
- [7]张伟峰. 人性化护理在急诊患者护理中应用的临床效果分析[J]. 黑龙江中医药,2020,49 (03): 362-363.
- [8]孙国爱,张白,甘白水. 对急诊患者进行人性化护理的效果探讨[J]. 当代医药论丛,2020,18 (11): 215-216.
- [9]王荣荣. 分析人性化护理干预模式在急诊科急救患者护理中的应用价值[J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2020,7 (13): 83+85.
- [10]杨丽娜. 人性化护理模式在急诊患者护理中的应用价值分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8 (08): 110-112.

护理干预在消毒供应室中的应用效果分析

郝瑞芳

莱州市人民医院 山东烟台 261400

摘要：目的：分析护理干预在消毒供应室中的应用效果。方法：选取 2020 年 1 月至 2020 年 12 月（消毒供应室中未实施护理干预）和 2021 年 1 月至 2021 年 12 月（消毒供应室中实施护理干预）两个时间段，分别选取两个时间段我院消毒供应中心各项医疗器械设备消毒相关资料 1000 份，将其分别列于对照组和观察组，护理干预结束后，评估两组消毒质量，调查两组对护理工作的满意度，将两组结果进行统计学比较。结果：以消毒质量评价指标，与对照组相比较，观察组 ATP 荧光检验合格率、清洗质量合格率、灭菌质量合格率和包装质量合格率均更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；在护理满意度方面，观察组（95.65%）较对照组（71.74%）更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：消毒供应室中应用护理干预，能够从多个方面提高各医疗器械设备的消毒质量，各科室工作人员对护理工作的满意度较高，有较高的推广价值。

关键词：护理干预；消毒供应室；应用效果；消毒质量

消毒供应室是医院及其重要的组成结构之一，部分医院将其列在了后勤科，对医院内各科室医疗器械以及物品的消毒与灭菌是消毒供应室的主要职责，其消毒灭菌水平与质量在很大程度上关系着整个医院的医疗服务水平，甚至直接影响着患者的生命安危与治疗效果^[1]。随着我国医疗技术的不断发展，各个医院也不断增强了院内感染预防与控制的重视程度，为了能够为临床诊断及护理工作提供可靠的后勤保障，医院相关管理人员应不断提高消毒供应室的工作水平与消毒质量。如果采用传统的常规护理模式已经无法满足医院各科室日益复杂的工作需求，优质护理干预的应用将繁琐的工作流程进行了简化，实现了对消毒供应室的规范化管理^[2]。本次研究选取了我院消毒供应室实施护理干预前后的两个时间段，分别选取了两个时间段各 1000 份医疗器械设备相关的消毒灭菌资料，通过总结归纳，详细的分析了护理干预在消毒供应室中的应用效果。具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月至 2020 年 12 月（消毒供应室中未实施护理干预）和 2021 年 1 月至 2021 年 12 月（消毒供应室中实施护理干预）两个时间段，分别选取两个时间段我院消毒供应中心各项医疗器械设备消毒相关资料 1000 份，将其分别列于对照组和观察组，对照组中涉及到了工作人员共 15 名，其中男性和女性分别为 2 名和 13 名，最小年龄 23 岁，最大 48 岁，平均（35.38±4.81）岁，工作年限最短 1 年，最长 27 年，平均（13.11±1.04）年；观察组中涉及到了工作人员共 16 名，其中男性和女性分别为 3 名和 13 名，最小年龄 23 岁，最大 47 岁，平均（35.32±4.79）岁，工作年限最短 1 年，最长 29 年，平均（13.26±1.09）年。本次研究经过了本院伦理委员会的批准，两组一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

护理干预措施，具体包括：（1）优化培训与管理。医院消毒供应室相关管理人员要定期对科室工作人员进行医疗器械及设备消毒杀菌相关技术的培训，对其进行护理干预内容的讲解，让每一位工作人员都能充分的掌握护理干预的具体内容，明确自身职责，认识到自身工作水平及质量对医院医疗工作的重要性。及时转变工作人员的思想观念，进一步提高其对工作的积极性，以及为患者服务的意识及水平^[3]。消毒供应室相关管理人员还要对科室相关工作流程进行优化，实现对医疗器械水平消毒、灭菌等流程的规范化管理。对消毒供应室现有的各项规章制度进行完善，比如保管制度、考核制度、管理制度，在此基础上还要加强对消毒供应室工作流程的简化，进一步提高消毒供应室服务的质量；（2）优化服务流程。消毒供应室管理人员要将医疗器械设备的回收、清洗、消毒、灭菌等工作进行集中管理，保证各项工作能够集中化、统一化进行，还要结合科室的具体情况对各岗位的职责以及规章制度进行完善，在工作中严格按照相关的规章制度进行操作，做好对各医疗器械及设备的消毒隔离与质量管理、质量检测等工作，与此同时，还要加强对消毒供应室各设备的维护与管理，结合自身情况，建立完善的突发事件应急机制，保证能够正确的应对一些突发事件^[4]。消毒灭菌时管理人员还应充分的了解各科室的具体特点，根据各个科室的具体情况掌握其对应医疗器械的需求以及处置重点。同时，还应将事后补救制度更正事前预防管理，并落实在具体的工作中，尽可能减少手术器械要周转时间，对手术器械设备的消毒操作流程进行规范化管理，实现对手术器械消毒质量目标的控制，从多个方面提高手术器械的管理质量。比如，在进行医疗器械回收与分类时，应采用专用的车体进行，简单的冲洗后完成分类，对于一些被血渍、污渍等污染的器械要进行针对性的处理，并做好标记，对一些有特殊污染的物品要及时做好特殊的标记并采用专用的容器进行消毒、灭菌以及清洗^[5]。每一个环节都要加强除菌和去污工作，严格按照处理、除污、去洗涤剂、去热源、清洗、检测、包装等步骤进行，尤其在进行包装前一定要对消毒灭菌的质量进行检查，在检查合格后，工作人员佩戴专用的防护服和器具进行核对和包装。还要严格按照相关的标准进行检查，对于检查合格的要做好标记，普通的无菌包有效期只有 7 天，而一次性包装无菌用品的有效期限为 90 天^[6]。最后在发放医疗器械时，要保证各医疗器械消毒合格后进行，并且要按照各个科室的实际需求及时发放；（3）合理安排工作。医院消毒供应室应该结合本科室人员情况对相关工作人员的排班情况进行科学合理的安排，比如可以结合实际工作效率与质量，制定工作人员弹性上下班制度，保证工作人员在上班期间能够以饱满的精神状态面对工作，进一步促进工作质量的提升；（4）绩效考核。消毒供应室管理人员还应加强对科室工作人员的绩效考核，比如可以通过定期检查或者不定期抽查的方式进行，将检查结果与相关工作人员的绩效挂钩，不断的细化工作职责，对日常工作中表现比较优秀的人员应提出表扬，给予奖励，对于表现不佳的人员应提出批评，适当的给予处罚。还要结合消毒供应室的具体情况对科室人员进行专业技能的培训，进一步提高其技术水平。

1.3 观察指标

护理干预结束后，评估两组消毒质量，包括 ATP 荧光检验、清洗质量、灭菌情况和包装情况等，调查两组对护理工作的满意度，在两个时间段分别选取 46 名医护人员，分别来自医院各个科室，按其发放调查问卷，调查对消毒供应室护理服务质量的满意度，将两组结果进行统计学比较。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 20.0 软件，用（n，%）表示各计数资料，用 χ^2 检验，差异有统计学意义用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 比较两组消毒质量

以消毒质量评价指标，与对照组相比较，观察组 ATP 荧光检验合格率、清洗质量合格率、灭菌质量合格率和包装质量合格率均更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见下表 1 所示：

表 1 两组消毒质量比较（ χ^2 ，%）				
组别	ATP 荧光检验 合格率	清洗质量合 格率	灭菌质量合 格率	包装质量合格 率
观察组（n=1000）	952（95.20）	960（96.00）	968（96.80）	971（97.10）
对照组（n=1000）	783（78.30）	797（79.70）	786（78.60）	797（79.7）
χ^2	8.531	8.793	9.012	9.004
P	0.005	0.004	0.002	0.002

2.2 比较两组护理满意度

在护理满意度方面，观察组（95.65%）较对照组（71.74%）更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见下表 2 所示：

表 2 两组护理满意度比较				
组别	非常满意	满意	不满意	满意度（%）
观察组（n=46）	38	6	2	44（95.65）
对照组（n=46）	22	11	13	33（71.74）
χ^2	/	/	/	12.006
P	/	/	/	0.000

3 讨论

医院在运营管理的过程中，消毒供应室发挥着极其重要的作用，能够较好的提高医院的医疗水平以及医疗质量^[7]。一般情况下，医院消毒供应室工作流程比较复杂，涉及到了医疗器械的回收、清洗、消毒、灭菌、包装、发放等多个环节，如果任何一个环节出现问题，在很大程度上影响到消毒供应室的工作水平^[8]。所以，消毒供应室中应用护理干预工作也就显得极其重要。

我院消毒供应室近年来应用了优质护理干预，这也是消毒供应室为提高医疗服务所实施的一项新的护理模式，整个护理工作中强调了专业化的护理服务水平，注重了对消毒供应室各工作人员岗位细化以及责任意识的培养，通过不断优化医疗器械设备消毒灭菌工作流程，从多个方面提高了消毒供应室的工作水平与质量，并以此为中心，加强了对消毒供应室各工作人员专业技能的培训与管理，及时转变了消毒供应室各工作人员的责任意识，帮助其及时意识到了自身职责的重要性。加强了对整个工作流程的优化，应用了科学的排班制度以及绩效考核制度，不断的提高了消毒供应室对医疗器械的消毒质量，消毒供应室工作人员的积极性明显提升^[9]。

本次研究结果也显示，以消毒质量评价指标，与对照组相比较，观察组 ATP 荧光检验合格率、清洗质量合格率、灭菌质量合格率和包装质量合格率均更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。进一步提高，消毒供应室实施护理干预能够在很大程度上提高 ATP 荧光检验合格率、清洗质量合格率、灭菌质量合格率以及包装质量合格率，保证了各医疗器械的正确发放，为提高临床诊疗工作的安全性做好了保障。本次研究中随机选取了各时间段医院各科室 46 例医护人员，通过对其进行问卷调查，结果发现，在护理满意度方面，观察组（95.65%）较对照组（71.74%）更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。进一步提示，在医院消毒供应室应用护理干预，从多个方面提升了医疗器械的消毒质量，医护人员对消毒供应室工作人员的工作态度、服务水平均比较满意。

综上所述，消毒供应室中应用护理干预，能够从多个方面提高各医疗器械设备的消毒质量，各科室工作人员对护理工作的满意度较高，建议将其推广在更多的消毒供应中心应用。

参考文献：

[1]尹帆.细节管理干预在医院供应室消毒管理中的应用和影响分析[J].国际护理医学,2021,3(8)。
[2]于航.优质护理干预在消毒供应中心的应用价值探究[J].继续医学教育,2020,34(11):124-126。
[3]申爱美.消毒供应室护理工作的安全隐患及对策分析[J].中国社区医师,2020,36(32):154-155。
[4]黄超.护理干预在消毒供应室中的应用效果观察[J].继续医学教育,2020,34(10):139-141。
[5]刘晓燕,李燕娜.细节护理干预在医院消毒供应室中的应用效果观察[J].智慧健康,2020,6(29):161-162。
[6]曹晶.分析医院消毒供应室应用细节护理的干预效果[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2020,8(22):196-197。
[7]温丽.基于预防院内感染的护理质量控制对物品消毒与卫生学监测结果的影响[J].抗感染药学,2020,17(07):1014-1017。
[8]曹文菁.细节护理应用于消毒供应室中对提高灭菌消毒效果的观察[J].智慧健康,2020,6(14):193-194。
[9]卫素霞.优质护理干预在消毒供应中心的应用效果和科室满意度观察[J].首都食品与医药,2019,26(18):176。

基层医院护理人力资源合理使用的临床探讨

梁淑欢 陈洁玲

南沙区第三人民医院 护理部 广州南沙 511466

摘要：目的：本次研究主要是在基层医院中，对护理人力资源的合理使用情况进行探析。方法：抽取 120 例门诊急症患者以及同批护理人员 14 名作为研究对象进行研究，以随机数字表法将 120 例患者分成两个小组，将其中一个小组设定为观察组，接受人力资源优化干预，将另外一个小组设定为对照组，未接受任何干预措施，对两个小组患者的护理质量合格率、护理满意度进行详细探析，并分析护理人员综合素质评分。结果：在 120 例患者的护理质量合格率的调查得知：观察组健康教育、心理护理、护理程序、基础护理、一级护理等方面的合格率均高于对照组，数据之间的差异性较大（ $P<0.05$ ）；通过调查 120 例患者的护理满意度得知：与对照组的护理总满意度 86.67%相比，观察组 98.33%更高（ $P<0.05$ ）；护理人员综合素质评分结果显示：观察组各项指标评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对基层医院的门诊急症护理人力资源进行优化干预后，可以使护理人力资源的使用情况更加合理，能够显著提升护理质量和护理满意度，对提高护理人员的综合素质具有积极作用，临床应用十分显著。

关键词：护理人力资源；基层医院；临床探讨；合理使用

护理人员在护理活动过程中有着关键性作用，是基层卫生保健人员的核心^[1]。护理人力资源的合理使用，是有效护理的前提，对医院的工作质量和护理质量能够产生直接影响^[2]。充分利用有限的、现有的卫生资源，从而建立更加富有生机和活力、低耗、优质、高效的运行机制是当前医院发展的方向^[3]。因此，如何将护理人力资源使用的、可使得更加合理是基层医院的工作重点、难点^[4]。相关研究表明，合理使用护理人力资源可使患者的身心需求得到进一步满足，有效提升护理人员的综合素质，从而提升整体的护理质量^[5]。为了探讨基层医院护理人力资源合理使用情况，特此择取我院门诊 120 例患者以及同批的 14 名护理人员进行研究，详情如下文所示：

1、资料与方法

1.1 一般资料

2021 年 1 月-2022 年 1 月为本次研究的起止时间，在上述时间范围内我院的门诊急症患者中抽取 120 例作为研究对象，并对上述样本进行组别划分，在进行划分时选用的方法为随机数字表法，并将观察组和对照组作为两个小组的名称，每组分到的患者人数相同，并且选取 14 名门诊急症护理人员对两组患者进行护理。对观察组的 60 例患者的基本信息进行调查后得知：男性患者的人数共计 34 例，女性患者的人数共计 26 例；抽取患者的年龄最大值和最小值分别显示为 75 岁、20 岁，均值为（55.29±3.19）岁；抽取患者的体质质量最大值和最小值分别显示为 85kg、48kg，均值为（69.56±2.85）kg。对对照组的 60 例患者的基本信息进行调查后得知：男性患者的人数共计 36 例，女性患者的人数共计 24 例；抽取患者的年龄最大值和最小值分别显示为 76 岁、21 岁，均值为（55.32±3.24）岁；抽取患者的体质质量最大值和最小值分别显示为 86kg、48kg，均值为（69.63±2.91）kg。14 名护理人员信息：均为女性护理人员，其中，年龄最大的为 46 岁，年龄最小的为 28 岁，均值在 37.5 岁左右。所有参与研究人员的信息差异性并不大，可分析。

入选的人员均符合以下条件：（1）研究人员及家属对该研究支持且认可，一同签署同意书；（2）所涉患者临床病例资料齐全无缺项；（3）认知功能、自主表达功能无异常者。

未入选的人员均符合以下条件：（1）无法对研究中的各项事宜主动配合者；（2）在进行阶段退出者；（3）正在参与其他的研究项目。

1.2 方法

护理人员在对照患者组进行护理期间未接受任何干预措施。

护理人员在对照患者组进行护理期间接受人力资源优化干预，对门诊急症护理工作进行调整，加强对护士综合素质的考核，进而对护理人员资源进行优化组合，同时对不合理的护理流程进行有效调整，以此能够更加合理的应用护理人力资源，具体措施如下：（1）测算护理工作量：在进行测算工作时以现代护理质量要求和健康服务需求为理论基础，对护理人员 1 个月期间的护理工作量进行追踪调查，其中主要有直接护理和间接护理两项内容，前者包括门诊急症健康教育、输液护理等，后者包括配药、取药、退药等，了解患者的实际需求，并根据实际情况将所需要的护理项目列举出来，对直接护理和间接护理时数进行统计，并对每位患者的护理工作时数和总护理工作时数进行核算。（2）依照门诊急症护理工作时数进行护士编制划分：根据相应的公式算出病房护士人数情况，从而获得了最终的护士组织架构，因实际情况会存在一定的误差，因此可根据情况进行调整。（3）了解门诊急症护士的素质和特点，并进行组合优化：对护士的素质和特点进行评估和了解，制作护士综合素质考核表，在对护士的特点和素质进行综合评估时可选用考核、问卷调查、考试等多种方式方法，对其个性特点、服务素质、业务素质进行精准掌握，并根据每位护士的特长对其进行针对性的岗位分配，鼓励护士发挥自身优势，从而使护士与护理岗位能够更好地组合。（4）门诊急症弹性排班：实践工作开展一段时间后，核算优化组合的经济效益，对工作流程进行进一步调整，要对排班制进行调整，落实弹性排班，保障治疗和护理效果。（5）完善相关制度：进一步完善监督制度、奖惩制度、培训制度，加强对护理人员的培训，设置护理质量奖，积极落实护理工作的监督，从而使其工作热情得以提升。

1.3 评价标准

（1）护理质量合格率：以健康教育、心理护理、护理程序、基础护理、一级护理等指标为基础对各个小组的护理质量合格率进行评估，并对评估结果进行记录分析。

（2）护理满意度：对各个小组患者对护理工作的满意度进行调查时，将我院自制的调查问卷发放给参与研究的患者，其中的内容项有十分满意、基本满意、不满意，并指导患者进行正确地填写，随后将问卷全数收回，在统计调查数据时依照以下标准进行：十分满意：评分值在 80 分以上；基本满意：评分值在 60-80 之间；不满意：评分值在 60 分以下，对所得分数据进行详细记录并精准分析。

（3）护理人员综合素质评分：对各个小组护理人员综合素质进行评估时选用专业技能、敬业精神、心理素质、身体素质等 4 项内容^[6]。在对其评分时以 0 分作为最低分，以 100 分为最高分，综合素质的高低和分数成正比，分数越高则证明综合素质越高。

1.4 统计学分析方法

采用 SPSS 22.0 处理相关数据资料， χ^2 检验组间数据，标准差%表示计数资料， $P<0.05$ 为有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组护理质量合格率的对比，见表 1。

表 1 组间护理质量合格率调查表（%）

组别	例数	健康教育	心理护理	护理程序	基础护理	一级护理
对照组	60	53 (88.33)	45 (75.00)	50 (83.33)	54 (90.00)	54 (90.00)
观察组	60	60 (100.00)	58 (96.67)	57 (95.00)	60 (100.00)	60 (100.00)
χ^2 值		7.434	11.582	4.227	6.316	6.316
P 值		$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$

2.2 两组护理满意度的对比

对组间的护理满意度进行调查后得知，对照组十分满意、基本满意、不满意的分别为 40（66.67%）例、12（20.00%）例、8（13.33%）例，总满意度为 86.67%（52/60），观察组十分满意、基本满意、不满意的分别为 50（83.33%）例、9（15.00%）例、1（1.67%）例，总满意度为 98.33%（59/60），组间差异性较大（ $P<0.05$ ）。

2.3 护理人员综合素质评分的对比

对组间护理人员综合素质评分进行调查后得知，对照组 14 名护理人员的专业技能评分、敬业精神评分、心理素质评分、身体素质评分分别为（72.21±2.23）分、（70.37±2.64）分、（78.04±2.27）分、（72.16±1.82）分，观察组上述指标的评分分别为（86.12±2.12）分、（88.53±2.25）分、（87.17±3.65）分、（87.72±1.35）分，两个小组以上项目的差异性较大（ $P<0.05$ ， $t=16.915$ 、16.228、7.948、25.693）。

3、讨论

基层医院中的条件有限，门诊急症护理队伍存在结构单一、护理人员短缺的问题，对医院整体护理质量产生不同程度的影响^[7]。因此需要提升对护理人力资源的合理使用情况，从而保障患者的治疗 and 护理效果，提升护理质量^[8]。保证门诊急症护理质量的基础为根据护理工作配置护士，那么科学测定护理工时成为关键^[9]。现阶段，在大多数的基层医院中存在护理工作与护士配置不合理的情况，例如，10 名护士在一周内要完成 15 名护士的护理工作量，不但减少了病人的直接护理工时数，同时也不能满足患者的所有需求^[10]。在对患者完成基本的治疗和护理干预后，往往忽略了患者的心理护理、健康教育、生活护理，出现的这一系列问题与护士编制不足有较大关系，所以要根据护理工作量对门诊急症护士进行配置，测定护理工时，对护理人数进行明确，从而保障护理质量^[11]。另外，要对护士进行优化组合并对护理工作流程进行调整，了解每位护士的个性特点，根据其特点进行岗位设定，例如，针对细心、操作快的护士应将其安排在治疗岗位中，在护理操作过程中加入健康教育等等。在对护士进行了解的过程中挖掘护士的潜能，鼓励护士在工作中积极发挥特长，从而使工作效率提高。适当的建立奖惩制度，对工作表现突出的护士进行奖励，对工作表现一般地进行督促，提升其工作的积极性。在此基础上，要对护理工作流程进行改进，选用受过培训的专业护理人员完成病人检查等工作，以免影响对病人的护理。在优化措施的实施中可以发现，通过对病房的护士进行科学的配备、优化组合，使护士的特长在工作中得到有效发挥，可以使护士的工作效率和质量得到明显提升。需要注意的是，护理部在选择护理人员时，不仅要关注人员的数量，同时要根据门诊急症护士的能力和护理工作的需要进行配备，在分配岗位时要参考其资历、专业知识、工作能力、不同的学历，尽量做好各尽其用，避免人力资源的浪费。此外，要格外重视对护理人员的培训考核，使每位护理人员能够拥有过硬的专业技能，从而提升护理质量。护理人力资源的合理使用，可使护士非专业工作时间得以减少，从而使护理病人的时间得以增加，对基层医院整体护理的实施具有积极作用。并且增强了对病人的健康教育，可以让病人受到全方位的护理服务，增强了护患关系，也提升了病人对护理工作的满意度。本次研究结果显示，对照组门诊急症健康教育、心理护理、护理程序、基础护理、一级护理等方面的合格率分别为 88.33%（53/60）、75.00%（45/60）、83.33%（50/60）、90.00%（54/60）、90.00%（54/60），观察组上述指标的合格率分别为 100.00%（60/60）、96.67%（58/60）、95.00%（57/60）、100.00%（60/60）、100.00%（60/60），数据对比观察组更高；对照组的护理总满意度分别为 86.67%、98.33%，数据对比对照组较低；调查护理人员综合素质得分得知，观察组的技能评分、敬业精神评分、心理素质评分、身体素质评分均高于对照组，因此说明了在人力资源优化后，护理质量和护理满意度得以有效提升，护理人员的综合素质得到充分提高。

综上所述，对基层医院的门诊急症护理人力资源进行优化后，能够提升护理人力资源的合理使用情况，患者对护理工作更加认可，护理人员的综合素质和护理质量得到明显提高，建议推广与应用。

参考文献：

- [1]唐红玉,吴玲玲,王吉平. 成批化学伤医院内急救护理人力资源调配流程的构建研究[J]. 护理管理杂志,2022,22 (01): 72-76.
- [2]刘蕊, 贺斌, 刘莹等. 新型冠状病毒肺炎疫情期间口腔医院护理管理规范（七）——护理人员资源管理实践[J]. 实用口腔医学杂志, 2020,36 (02): 238-240.
- [3]孙亚楠,李婉,丁良成等. 基于集聚度和集中指数的山东省护理人员资源配置现状及公平性分析[J]. 现代预防医学,2021,48 (18): 3348-3352+3420.
- [4]朱冬梅,江方正,张俊红等. 突发公共卫生事件下三级甲等综合型医院护理人力资源调配与管理[J]. 东南国防医药,2021,23 (04): 419-421.
- [5]梅紫琦,孟娟. 近十年来我国养老护理人力资源领域研究热点的可视化分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2021,42 (12): 1086-1089.
- [6]陈冰,袁萍,杨雪等. 项目管理在新型冠状病毒肺炎疫情期间护理人员资源配置中的应用[J]. 中华护理杂志,2020,55 (S1): 33-36.
- [7]陈来娟,方良玉,陈婷等. 新医改背景下 72 所综合性医院输液室护理人员资源配置的研究与分析[J]. 循证护理,2020,6 (08): 841-843.
- [8]冯婉婷,陈长荣. 河南省三级甲等医院 ICU 护理人员资源配置对护理质量和患者结局的影响[J]. 中华护理杂志,2021,56 (04): 490-495.
- [9]冯丽芬,谢易刚,陈龙. 基于基尼系数和泰尔指数的广东省护理人员资源配置公平性分析[J]. 现代医院,2021,21 (01): 61-63.
- [10]刘芳, 龚立超, 黄兴等. APACHE II 和改良 NAS 在神经内科 ICU 护理人员资源配置中的适用性研究[J]. 中国护理管理, 2020,20 (11): 1727-1731.
- [11]顾志斌,孙四平,张建男等. 新冠肺炎疫情下分级梯队管理在护理人员资源配置中的应用效果[J]. 江苏卫生事业管理,2020,31 (10): 1283-1285.

第一作者：梁淑欢；女；出生年月：1980-01-02；籍贯：广东广州市；民族：汉族；学历：本科；科室（院系）：综合科；职称：中级。

快速康复外科理念结合手术室护理在胃癌腹腔镜手术中的应用分析

蒋月华

渠县人民医院 四川达州 635200

摘要:目的: 于胃癌患者的腹腔镜手术室护理中结合快速康复外科(ERAS)理念, 观察其实际应用价值。方法: 纳入行腹腔镜手术的胃癌病例 82 例, 依据入院先后进入不同的研究组别, 对照组行常规手术室护理, 观察组施以手术室 ERAS 护理, 对比两组的围术期观察指标、术后并发症及护理满意合计值。结果: 观察组的首次排气时间、经鼻饲进食时间、首次下床时间、住院时间比对照组短, 术后并发症合计值比对照组低, 护理满意合计值比对照组高 ($P < 0.05$)。结论: 对胃癌腹腔镜手术患者开展手术室 ERAS 护理可缩短术后康复时间, 同时降低并发症发生风险及提高护理满意度。

关键词: 快速康复外科理念; 手术室护理; 胃癌; 腹腔镜手术

胃癌, 一种起源于胃黏膜上皮的恶性肿瘤, 具有发病率与死亡率高, 同时呈现地域差别化表现的特点^[1]。手术是现有临床医疗所能提供的最为直接、有效的一种治疗手段, 它能快速清除病灶, 帮助尽快缓解临床病症, 并延长患者的生存时间。随着医学技术和制造技术的突飞猛进, 相关学科的融合, 为腹腔镜手术的广泛开展奠定了基础。特别是医生越来越娴熟的操作技术, 许多以前开放性手术被现在的腔镜手术取代。针对具有手术指针的胃肠疾病, 临床医生往往建议腹腔镜手术治疗, 但在治疗的同时, 手术给机体带来的刺激与损伤也会无形中增加其感染、疼痛等并发症发生风险, 因此需要联合优质的护理干预。快速康复外科(ERAS)属于当前临床大量推广的一种新型护理理念, 其核心为“快速康复”, 顾名思义指合理调整、优化所有能帮助患者减轻生理应激, 加快疾病转归的护理环节, 以此达到提高患者生存质量并有助护理效率提升的目的。在整个围术期护理过程中, 手术室护理是一个必不可少的重要组成部分, 经临床大量实践证实, 将快速康复外科理念落实在围术期的各个环节, 将微创技术、麻醉疼痛和输液控制、护理方法的改进有机结合, 可发挥令人满意的效果^[2-3]。基于此, 本次研究重点选纳了 82 个腹腔镜胃癌手术病例, 并重点观探 ERAS 理念与常规手术室护理有机结合后所能发挥的临床效益, 具体结果现已阐述如下。

1 资料及方法

1.1 基本资料

选入 82 个胃癌病例, 均择期行腹腔镜手术(见表 1), 并且入组时间均介于 2019 年 10 月~2021 年 12 月。依据抽选样本的入院先后予以组别划分, 组间数据呈现无差异表现 ($P > 0.05$), 见表 1。入组标准: ①符合《中国胃癌筛查与早诊早治指南(2022)》^[4]相关诊断标准; ②经电子胃镜、腹部超声、肿瘤标记物等检查对胃癌证实; ③符合腹腔镜手术相关指征; ④初诊病例; ⑤临床资料无缺漏; ⑥对研究知情相关文书自愿签署。剔除标准: ①入组前已接受系统放化疗治疗; ②远处转移者; ③合并其他重要脏器功能衰竭; ④合并其他恶性肿瘤; ⑤存在手术禁忌事项; ⑥合并精神分裂症、双相情感障碍、帕金森等疾病; ⑦术中转为开腹手术; ⑧中途脱落研究。

表 1: 基本资料 ($\bar{x} \pm s$)

组名	例数	男/女 (例)	年龄 (岁)	体质指数 (BMI, kg/m ²)	TMN 分期 (例)		腹腔镜手术类型 (例)		
					I 期	II 期	全胃切除	远端胃切除	近端胃切除
对	n=41	26/15	55.53±	23.38±	24	17	8	19	14

照			5.14	1.15					
组									
观									
察	n=41	28/13	55.62±	23.42±			25	16	9
组			5.21	1.21					20
卡									12
方	-	0.196	0.079	0.153	0.054				0.238
/T									
P	-	0.658	0.937	0.878	0.816				0.888

1.2 方法

【对照组】: 常规手术室护理。术前常规访视, 内容包括口头告知手术时间、流程、注意事项等信息, 同时回答患者及其家属提出的疑问; 术中遵循手术室相关规章、准则及流程, 做好各项体征、病情的监测工作, 积极协助医师完成手术, 同时注意报告异常情况; 术后护送安全抵达病房, 并做好交接工作。

【观察组】: 手术室 ERAS 护理。(1) 术前护理。①评估患者病情、手术风险、压力性损伤风险、深静脉血栓形成风险等情况。②采用多种方式进行健康宣教: 科学评估患者的心理健康状态, 介绍手术成功案例, 强调良好心态对手术结果及术后康复的重要性。掌握手术治疗方案, 告知患者治疗操作过程和术后注意事项。以图片或视频形式介绍手术室环境及手术流程, 让病人从感官上体会手术全过程, 以通俗语言耐心解答患者疑虑, 鼓励患者积极配合治疗。③术前为患者讲解快速康复禁食禁饮时间, 并合理服用营养液, 以降低因饥饿状态下手术创伤引起的机体应激反应。④介绍康复外科理念护理的相关干预措施, 讲解这一理念知识, 说明 ERAS 理念的优势及其在手术室护理中的应用价值, 增加患者及家属的认知度, 避免患者对此种方法心生疑惑, 减轻心理压力。⑤术前 3d 指导患者开展心肺功能训练, 并帮助其掌握正确的咳嗽方式, 以便在术后有效排痰。(2) 术中护理。①防止患者低体温发生: 提前调控手术室内温湿度, 以确保室温为 21℃-25℃, 湿度在 30%-60%间; 将加温毯、保温棉被等物覆盖在患者身上, 减少不必要的皮肤外露, 使其体温维持在 36℃-37℃间; 输注任何液体、灌注气体均需做好预加温处理, 以防止低温刺激。②合理调整体位: 依据手术部位需要协助摆好正确体位, 以确保手术视野清楚、宽阔, 同时, 可适当微调以提高患者的体位舒适度, 并嘱咐其不要随意移动(必要时可予以适度束缚), 以免损伤皮肤。③多模式镇痛: 术中随时关注患者体征、面部神态、肢体等变化情况, 随时依据实际状况动态调整麻醉剂量, 在合理镇静基础上尽量避免引发患者疼痛。④其他细节护理。全程严格遵循“无菌操作”的原则, 紧密跟随主治医师思路, 及时、准确传递手术器械; 合理控制补液量, 控制液量输入, 避免液体输入过多, 导致患者组织水肿; 术前不常规安放胃肠减压管, 术中巡回护

士与手术医生配合安置营养管,动作轻柔防止黏膜损伤,并妥善固定。(3)术后护理。①术毕送至麻醉复苏室等待麻醉苏醒,密切观察患者各项生命体征,合理保温,同时关注未清醒患者是否存在躁动状况,防止患者拔管或者坠床等意外。②待患者麻醉清醒后,第一时间告知患者手术结果,询问患者是否不适,适当抬高床头 30°,帮助患者有效通气,转移患者注意力,减轻疼痛感。③术后 1d 拔除尿管,以避免出现尿道感染;术后 2d 观察引流液性状及量,若持续 2d 引流总量低于 50ml,则可遵医嘱拔除引流管;在肠外营养的基础上,术后早期行肠内营养,以保护肠道黏膜屏障,减少菌群移位、增加免疫功能,加快肠功能恢复;协助患者尽早下床活动,术后 1d 以床上活动为主,第 2d 鼓励患者下床活动,逐日增加活动量,以预防血栓形成。④做好镇痛护理,良好的镇痛,有利于患者早期下床活动,促进胃肠功能恢复,有助于咳嗽排痰,预防肺部感染。

1.3 观察指标

- (1) 围术期观察指标。包括首次排气时间、经鼻饲进食时间、首次下床时间、住院时间。
- (2) 术后并发症发生率。包括感染、吻合口瘘、消化功能紊乱、肠梗阻等。
- (3) 护理满意度。经自制调查问卷表得出结果,采取百分制评分法,其中,0-60 分为不满意,61-75 分为基本满意,76-89 分为比较满意,90-100 分为非常满意。

1.4 统计学

将自研究中调取的资料经 SPSS25.0 for windows 软件中展开规范统计,两个组间计量通过 ($\bar{x} \pm s$) 予以表述,施以 T 检验,计数通过 (%) 予以表述,施以卡方检验获取结果, $P < 0.05$ 提示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 围术期观察指标

表 2 可见,经对两组围术期各项指标予以观测,观察组平均值低于对照组, $P < 0.05$ 。

表 2: 围术期观察指标 ($\bar{x} \pm s$, d)

组名	例数	首次排气时间	经鼻饲进食时间	首次下床时间	住院时间
对照组	n=41	2.91±0.55	3.57±0.66	4.03±0.65	16.58±2.78
观察组	n=41	2.14±0.35	1.69±0.22	3.11±0.52	12.08±2.05
T	-	7.563	17.303	7.077	8.342
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 术后并发症发生率

表 3 可见,观察组术后并发症合计值明显低于对照组, $P < 0.05$ 。

表 3: 术后并发症发生率[n (%)]

组名	例数	感染	吻合口瘘	消化功能紊乱	肠梗阻	合计
对照组	n=41	2 (4.88)	1 (2.44)	2 (4.88)	1 (2.44)	6 (14.63)
观察组	n=41	1 (2.44)	0 (0.00)	1 (2.44)	0 (0.00)	2 (4.88)
卡方	-	-	-	-	-	5.291
P	-	-	-	-	-	0.021

2.3 护理满意度

表 4 可见,经对两组护理满意合计值展开观测,观察组居更高水平, $P < 0.05$ 。

表 4: 护理满意度[n (%)]

组名	例数	不满意	基本满意	比较满意	非常满意	合计值
----	----	-----	------	------	------	-----

对照	n=41	8 (19.51)	16 (39.02)	12 (29.27)	5 (12.20)	33 (80.49)
观察	n=41	1 (2.44)	18 (43.90)	15 (36.59)	7 (17.07)	40 (97.56)
卡方	-	-	-	-	-	6.116
P	-	-	-	-	-	0.013

3 讨论

早期胃癌并无明显征兆,多数为非特异性症状,但随病情不断进展、恶化,可逐渐出现呕血、黑便、腹部剧烈疼痛、黄疸、贫血、营养不良等症状,并且对患者的生命安全造成重大威胁^[5]。腹腔镜手术虽有助降低治疗痛苦,但毕竟本质属“应激损伤”,故需联合科学规范的护理干预,以尽可能防范有关风险隐患,促进患者术后康复^[6]。

手术室护理是临床护理的重要组成部分之一,其护理质量的高低很大程度决定了患者治疗效果甚至是预后质量的高低,但既往临床多将护理重点放置在术后护理方面(多数研究也将 ERAS 理念放置在术后护理环节予以重点探究),对于此环节的护理仅机械参照既往经验,并未充分依据实际状况灵活调整与科学防范,致使总体护理质量不尽如人意^[7-8]。ERAS 是一种建立在循证医学基础上的科学理念,将之与常规手术室护理有机联结,能提供患者更为针对性、人性化的护理服务,并使之有效减轻生理应激,促进机体康复^[9]。由本次研究结果看,与对照组相比,观察组术后康复速度明显更快,相关并发症的发生率也显著下降,提示 ERAS 理念结合手术室护理可取得更为理想的护理效果,分析原因:全方位的保温处理,可持续帮助维持正常体温,并避免寒冷刺激,同时结合多模式镇痛、舒适体位及其他细节护理,可最大程度帮助维持机体的水电解质平衡,减少组织损伤,此外,术前访视时开展的健康教育及心理护理可使患者充分意识到遵医治疗的重要性,并及时调节心理状态,积极应对手术,术后第一时间告知手术结果也有助患者安心,并更好配合后续护理工作^[10]。

综上所述,在胃癌患者的腹腔镜手术室护理中有机结合 ERAS 理念,可促进患者术后康复并改善预后,具备较高的应用推广价值。

参考文献:

- [1]曲良宁,崔恩秋,许珍珍.ERAS 理念的手术室护理在早期胃癌腹腔镜手术中的应用分析[J].航空航天医学杂志,2022,33 (4): 509-512.
- [2]谢彩彤,李少兰,王岸冰,等.手术室快速康复外科护理在胃癌根治术中的应用观察[J].中国医药科学,2018,8 (14): 138-141.
- [3]庄莎莎.快速康复外科理念对腹腔镜胃肠患者手术室护理中的应用[J].医学美学美容,2018,27 (9): 113.
- [4]赫捷,陈万青,李兆申,等.中国胃癌筛查与早诊早治指南(2022,北京)[J].中华肿瘤杂志,2022,44 (7): 634-666.
- [5]魏兰兰,吴越,张琳娟,等.快速康复外科理念在手术室护理中的应用[J].中华腔镜外科杂志(电子版),2017,10 (3): 190-192.
- [6]孙静,王金翠.加速康复外科理念在手术室护理中的应用现状[J].腹腔镜外科杂志,2021,26 (2): 153-154.
- [7]杨艳,蔡晶,郭志娟.快速康复外科下手术室护理路径在腹腔镜胆囊切除术患者中的应用[J].中国医学创新,2020,17 (16): 83-86.
- [8]向海祺.快速外科康复理念在腹腔镜胃肠手术手术室护理中的应用[J].中国社区医师,2020,36 (12): 150-151.
- [9]陈嘉莉.快速康复外科护理联合精细化护理在腹腔镜胃肠手术患者手术室护理中的应用[J].基层医学论坛,2022,26 (21): 84-86.
- [10]李素真,黄铭香. ERAS 结合手术室护理在腹腔镜胃癌根治术中的应用探究[J].中外医学研究,2019,17 (25): 109-111.

优质护理服务应用于乳腺癌护理中对患者康复和生活质量的影响

金 蓝

1.安徽医科大学第一附属医院；2.安徽省公共卫生临床中心肿瘤血液二病区 安徽合肥 230022

摘要：目的：分析对临床上患有乳腺癌疾病患者实行优质护理干预后对患者的生活质量改善以及康复效果。方法：将临床上确诊的 90 例乳腺癌患者列入本次的项目研究中，病患选取时间以 2021 年 07 月份开始，结束与 2022 年 01 月份，为对比出有效的护理数据，将实行分组观察，例数均等为 45 例，组别为参照组和干预组，其护理方式不一样，参照组行基础护理，干预组通过优质护理，统计好护理后的各项指标数据。结果：参照组经基础护理干预，干预组优质护理干预后，生活质量评分改善参照组为 71.36±2.48 分、72.64±3.78 分、69.45±5.48 分、73.64±5.48 分、76.48±5.48 分，干预组为 82.36±4.26 分、86.34±2.78 分、84.12±3.64 分、87.46±4.93 分、91.26±3.45 分，参照组 SAS 评分、SDS 评分分别为 46.59±3.15 分、41.63±2.84 分、干预组的 SAS 评分、SDS 评分分别为 38.46±2.46 分、51.36±3.42 分；参照组癌因性疲乏评分改善为 5.59±1.15 分，干预组改善为 3.46±0.46 分，有意义，P<0.05；参照组中有 18 例优、17 例良，优良率为 77.78%，干预组中有 28 例优、16 例良优良率为 97.78%，有意义，P<0.05。结论：在研究中乳腺癌疾病造成的影响力非常大，而在给予患者治疗后配合相应的护理措施有助于患者的康复和病症改善，期间通过开展优质干预护理措施来缓解患者的各项指标，不仅促进患者的生活质量得到改善，而且对患者病症的癌因性疲乏也起到缓解的效果，康复效果好，值得临床推广。

关键词：乳腺癌；康复效果；生活质量；优质护理

乳腺癌是女性比较常见的恶性肿瘤之一，该疾病的发生率呈逐年递增的态势，从有关研究的分析成果来看，患乳腺癌的患者在全球占 3.1%，全球乳腺癌患者人数截止 2010 年就已经超出了 164.3 万例^[1]。然而，于乳腺癌疾病的患者来说，他们最为常见的临床症状就是癌因性疲劳，这对他们生活质量的影响是长期的，有关研究表明，能坚持十年以上的患者占大多数。癌因性疲乏指的是因癌症或者癌症治疗引起的负面主观感受，例如兴趣降低、活动耐力下降、虚弱无力等。如何缓解乳腺癌患者的癌因性疲乏已成为当下临床医护人员重点关注的问题^[2]。乳腺癌患者在疾病诊治过程中面对复杂的诊疗决策时，会产生许多相关信息需求，这些需求会随着时间的产生变化。李帆,潘欣宇,唐喻莹等研究表明，乳腺癌患者在确诊内的一年里对治疗方法和疾病相关知识有着强烈的信息需求^[3]。乳腺癌患者在康复期开始注重随访、病情监护和自我护理，此时需要医务人员提供个体化的信息，以达到信息的最大有效率等^[4]。因此，规范优质护理并科学且有针对性地实施对患者的生活质量有着积极的意义。

1 资料和方法

1.1 研究对象

将临床上确诊的 90 例乳腺癌患者列入本次的项目研究中，病患选取时间以 2021 年 07 月份开始，结束与 2022 年 01 月份，为对比出有效的护理数据，将实行分组观察，例数均等为 45 例，组别为参照组和干预组，其护理方式不一样，参照组行基础护理，干预组通过优质护理，统计好护理后的各项指标数据。

1.2 方法

参照组行基础护理，将治疗过程中应注意的事项告知患者；对患者开展健康教育，并发放疾病防治知识手册；治疗过程中对患者用药反应加强观察。

干预组通过优质护理：（1）功能训练干预与运动干预。结合患者手术与化疗恢复情况制定康复训练方案，内容包括头部、肩关节、肘关节、腕关节等训练，以加速恢复。此外，护理人员应指导患者开展有氧运动，即热身、锻炼和放松这三个主要内容。（2）体位护理。疼痛护理干预。为了让患者对有关疾病知识有一个正确的认知，医护人员应在术前对患者进行宣传和教育，使其对术后并发症有正确的认识，让术后疼痛的忍受，保持一个正常的心态。（3）康复护理。主管医护人员可结合患者的康复情况，为其制定一个合理的康复计划，可以在术后的 24 小时内开展康复计划。手术后的当天，可把乳腺癌患者术后康复教育记录本挂在其用于静脉滴注的架子上面，然后由医护人员将康复护理的内容落到实处。术后 24h 应打开患者的五指，术后 1-2 天应告知患者伸屈手腕和手指，并给予合理引导，但是，应避免上臂向外展开，手术后的 3-5d 可慢慢锻炼肘部的关节。

1.3 测评指标

负性情绪评分：评估工具为 SAS（焦虑自评量表）、SDS（抑郁自评量表），总分均 0—

100 分，得分随着负性情绪的减轻而降低；癌因性疲乏评分：评估工具为简单疲乏量表，总分为 0—10 分，得分随着疲乏程度的减轻而降低。

生活质量：于护理前、3 个月采用生活质量问卷（QLQ-C3.0）对两组生活质量进行评估，量表共 5 个维度（社会功能、情感功能、认知功能、角色功能、躯体功能），各维度总分均为 100 分，得分越高，表明生活质量越好。观察两组患者康复优良率，患者康复情况利用优良率进行评价，护理人员对患者进行评分，80 分以上为优；50-80 分为良；50 分以下为差。优良率=（优+良）/例数*100%。

1.4 资料分析

经 GraphPadPrism8. 对生存曲线进行绘制，采取 Log—rank 法评估曲线记录,应用统计学软件 SPSS23.0 对研究数据进行分析，其中计数资料用率（%）表示，组间差异用 χ^2 进行检验，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，用 t 表示检验数据计数资料，结果 P<0.05 表示统计学有意义，组间数据差异明显。

2. 结果

2.1 生活质量

在给予参照组基础护理干预，干预组优质护理干预后，参照组、干预组患者的生活质量项目情感功能、躯体功能、认知功能、社会功能、角色功能评分分别 71.36±2.48 分、72.64±3.78 分、69.45±5.48 分、73.64±5.48 分、76.48±5.48 分和 82.36±4.26 分、86.34±2.78 分、84.12±3.64 分、87.46±4.93 分、91.26±3.45 分，统计后 p<0.05，见表 1。

表 1 患者的生活质量改善情况（ $\bar{x} \pm s$ ，分）						
组别	例数	时 间	情感功能	躯体功能	认知功能	社会功能 角色功能
干 预 组	45	护 理 前	51.89±3.46	47.98±4.26	44.26±3.56	45.36±3.21 47.89±4.12
			51.32±4.62	48.69±4.65	43.12±2.64	45.92±2.78 48.96±3.45
			0.3564	0.4621	0.2146	0.4365 0.3456
参 照 组	45	护 理 前	0.4562	0.8762	0.5692	0.6482 0.6315
			82.36±4.26	86.34±2.78	84.12±3.64	87.46±4.93 91.26±3.45
			82.36±4.26	86.34±2.78	84.12±3.64	87.46±4.93 91.26±3.45

组	后				
参	45	71.36±2.48	72.64±3.78	69.45±5.48	73.64±5.48
照					
组					
t		6.4823	7.1566	6.4823	9.1420
p		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 患者负面心理情绪

护理前, 参照组 SAS 评分、SDS 评分分别为 52.16±4.65 分、57.69±4.26 分、干预组的 SAS 评分、SDS 评分分别为 53.24±3.48 分、58.46±5.16 分, $p>0.05$, 需进一步对比; 在护理后统计到参照组 SAS 评分、SDS 评分分别为 46.59±3.15 分、41.63±2.84 分、干预组的 SAS 评分、SDS 评分分别为 38.46±2.46 分、51.36±3.42 分, $p<0.05$ 。

表 2 患者的心理情绪情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
干预组	45	53.24±3.48	38.46±2.46	58.46±5.16	51.36±3.42
参照组	45	52.16±4.65	46.59±3.15	57.69±4.26	41.63±2.84
t		0.3642	5.1662	0.4563	4.3621
p		0.0568	0.0000	0.1253	0.0000

2.3 癌因性疲乏评分比较

护理前, 参照组为 7.16±1.65 分, 干预组为 7.24±1.48 分, 没有研究价值, $P>0.05$; 护理后, 参照组改善到 5.59±1.15 分, 干预组改善到 3.46±0.46 分, 组间数据明显 $p<0.05$ 。

表 3 患者的癌因性疲乏情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	癌因性疲乏评分	
		护理前	护理后
干预组	45	7.24±1.48	3.46±0.46
参照组	45	7.16±1.65	5.59±1.15
t		0.6735	2.1964
p		0.1468	0.0035

2.4 比较两组康复优良率

参照组中有 18 例优、17 例良, 优良率为 77.78%, 干预组中有 28 例优、16 例良优良率为 97.78%, 有意义, $P<0.05$, 表 4。

表 4 比较两组康复优良率 [n (%)]

组别	例数	优	良	差	优良率(%)
参照组	45	18	17	10	35 (77.78)
干预组	45	28	16	1	44 (97.78)
χ^2		—	—	—	11.5984
p		—	—	—	0.0000

3 讨论

乳腺癌属于恶性肿瘤, 主要发生于乳腺上皮组织, 化疗是综合治疗中的关键方法, 不仅能使术后复发率与远处转移率降低, 还可使患者的生存期延长。值得注意的是, 乳腺癌术后化疗会引起诸多不良反应, 例如脱发、口腔黏膜溃疡、消化道不适、乏力等, 不仅影响身心健康, 还会严重降低生活质量^[5]。乳腺癌患者经过化疗治疗后癌因性疲乏的发生率是最高的, 其特点是程度重、持续时间长和无法预测等等, 临床护理工作执行起来比较困难。据有关研究表明乳腺癌患者的心理疾病十分严重, 且其免疫力极低, 且医护人员在对患者进行护理时,

往往对这个重要的影响因素缺乏一定的重视, 进而使得患者护理效果变得很不理想, 严重影响患者的生活造成了不好的影响^[6]。采用优质护理对患者进行护理, 不仅可以确保护理的质量, 且对全面落实护理的责任制也十分有利, 医护人员在开展护理工作时, 如果可以灵活的对护理专业技能加以使用, 就可以确保患者的生理需求和心理需求得到满足, 降低患者癌因性疲乏程度^[7]。相关实验指出, 优质护理有利于预防乳腺癌患者的情绪波动、胃肠道反应等相关症状^[8]。

优质护理行为干预中的心理干预能通过与患者积极沟通, 使其对乳腺癌形成正确的认知, 进而减轻对疾病的恐惧感, 提高应对能力。另外, 饮食干预能通过合理调配饮食, 使患者机体的营养状况得到改善, 进而发挥出抗疲乏效果; 运动干预能促进体液循环, 加快组织新陈代谢, 推动康复进程, 降低癌因性疲乏程度^[9]。运动干预可对患者中神经系统的功能产生影响, 进而由心理与生理方面达到治疗疾病的目的。本研究显示, 护理后, 参照组、干预组患者的生活质量项目情感功能、躯体功能、认知功能、社会功能、角色功能的评分分别为 71.36±2.48 分、72.64±3.78 分、69.45±5.48 分、73.64±5.48 分、76.48±5.48 分和 82.36±4.26 分、86.34±2.78 分、84.12±3.64 分、87.46±4.93 分、91.26±3.45 分, 统计后 $p<0.05$; 护理前, 参照组 SAS 评分、SDS 评分分别为 52.16±4.65 分、57.69±4.26 分、干预组的 SAS 评分、SDS 评分分别为 53.24±3.48 分、58.46±5.16 分, $p>0.05$, 需进一步对比; 在护理后统计到参照组 SAS 评分、SDS 评分分别为 46.59±3.15 分、41.63±2.84 分、干预组的 SAS 评分、SDS 评分分别为 38.46±2.46 分、51.36±3.42 分, $p<0.05$; 护理前, 参照组为 7.16±1.65 分, 干预组为 7.24±1.48 分, 没有研究价值, $P>0.05$; 护理后, 参照组改善到 5.59±1.15 分, 干预组改善到 3.46±0.46 分, 组间数据明显 $p<0.05$; 参照组中有 18 例优、17 例良, 优良率为 77.78%, 干预组中有 28 例优、16 例良优良率为 97.78%, 有意义, $P<0.05$ 。

综上, 在临床研究中乳腺癌疾病造成的影响力非常大, 而在给予患者治疗后配合相应的护理措施有助于患者的康复和病症改善, 期间通过开展优质干预护理措施来缓解患者的各项指标, 不仅促进患者的生活质量得到改善, 而且对患者病症的癌因性疲乏也起到缓解的效果, 值得临床推广。

参考文献:

[1]程彦英,赵琦.优质护理理念对乳腺癌行乳腺全切术患者围手术期心理情绪及生活质量的观察[J].贵州医药,2021,45(11): 1837-1838.

[2]郭英.优质护理服务应用于乳腺癌护理中对患者康复和生活质量的影响[J].饮食保健,2021(4): 212.

[3]郭红芸.分析优质护理服务在乳腺癌护理中对患者康复和生活质量的影响[J].养生大世界,2021(7): 191.

[4]周雅琳.全程优质护理在乳腺癌手术患者中对其生活质量及满意度影响[J].医学食疗与健康,2021,19(26): 10,18.

[5]尹海丽.分析优质护理服务在乳腺癌护理中对患者康复和生活质量的影响[J].养生保健指南,2021(20): 159.

[6]艾丽娜.优质护理服务应用于乳腺癌护理中对患者康复和生活质量的影响[J].家有孕宝,2021,3(15): 24.

[7]李菁华,张婷.全程优质护理对乳腺癌手术患者生活质量的影响[J].中外女性健康研究,2021(19): 141-142.

[8]曹敏.优质护理在乳腺癌护理中的临床效果及对患者康复、生活质量的影响[J].饮食保健,2021(8): 155.

[9]车玉霞.探讨乳腺癌护理中给予优质护理服务对患者康复和生活质量的影响[J].健康大视野,2021(14): 187.

心肺脑复苏后患者采用急诊科护理干预后的恢复状况分析

井增艳 许妮

宁夏吴忠市人民医院 宁夏吴忠市 751100

摘要：目的：探讨心肺脑复苏后患者使用急诊科护理干预对患者恢复效果的影响。方法：将 2020 年 6 月到 2021 年 6 月在本院进行心肺脑复苏治疗后的患者 160 例作为本次的观察对象，并将这 160 例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有 80 例心肺脑复苏的患者，对照组的 80 例心肺脑复苏的患者使用常规的护理措施进行护理，而实验组的 80 例心肺脑复苏的患者则是采用急诊科护理措施进行护理，并在两组患者采用不同的护理方法护理后，将两组患者的治疗效果以及不良反应的发生情况进行对比和分析。结果：采用急诊科护理干预措施进行护理的实验组心肺脑复苏后的患者治疗的效果以及不良反应的发生率优于采用常规护理的对照组心肺脑复苏后的患者，且两组心肺脑复苏后的患者治疗的效果以及不良反应的发生情况对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论：本文通过对心肺脑复苏后的患者采用急诊科护理措施进行护理，能够有效的提高患者的治疗效果，同时也能改善患者近期恢复的效果，降低出现不良反应的发生率，使更多患者能够得到更好的治疗，促进患者的健康恢复，在临床上值得推广和使用。

关键词：急诊科护理干预；心肺脑复苏

在患者出现心跳骤停以后会中断患者全身所需要的血液，同时也会让患者身体当中的每个器官和组织造成非常严重的缺氧和缺血以及代谢障碍的情况。心跳骤停是由于各种原因而导致心脏突然停止，并且不再对其他器官和组织进行正常的供血以及收缩。心跳骤停在临床上引起的死亡率是非常高的，这主要是因为疾病的独特原因而造成的。而心肺脑复苏是目前对心跳骤停的一种非常重要的治疗技术，能够通过心肺脑复苏的前提下加大对患者脑部的研究而兴起的一种复苏的技术。在近几年来随着我国经济水平和生活水平的提高，我国的医疗技术也在不断的提高，使患者的抢救成功率也有了一定的提高。在急诊科对于患者采用心肺复苏以后进行有效的护理是非常重要的，为了能够进一步的去了解心肺复苏后的患者采用急诊科进行护理对患者的恢复效果的影响，本文将对在本院进行治疗的心肺脑复苏后的患者采取急诊科护理措施进行护理，并将护理的结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 6 月到 2021 年 6 月在本院进行治疗的心肺脑复苏后的患者 160 例作为本次的观察对象，并将这 160 例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有 80 例进行心肺脑复苏后的患者，对照组的 80 例进行心肺脑复苏后的患者中有男性患者 37 例，女性患者 43 例，患者的病程在 (4.2±1.7) 年之间，平均年龄在 (39.6±6.1) 岁，而实验组的 80 例心肺脑复苏后的患者中有男性患者 40 例，女性患者 40 例，患者的病程在 (4.1±1.6) 年，而患者的平均年龄在 (38.9±5.8) 岁。两组患者中包含脑溢血的患者为 46 例、严重缺氧的患者为 20 例、重症性肺炎的患者为 36 例、心肌梗死的患者为 22 例、休克的患者为 12 例、急性有机磷中毒的患者为 13 例、其他情况的患者为 11 例。两组患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组患者的临床资料对比后产生的差异数据不具有统计学意义 ($p > 0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

对照组的患者采用常规的护理措施进行护理，而实验组的患者则是采用急诊科护理干预进行护理，主要的内容包括：1. 在患者复苏的过程当中出现抽搐、记忆力减退、烦躁、不安以及恐惧和疼痛等作为一个重点进行护理。需要在患者进行心肺脑复苏手术后的第 2 周，安排专业的护理人员去对患者进行急诊科的护理措施，护理人员在对患者进行护理期间，需要确保患者能够安全的恢复健康，并且防止患者出现脑死亡的情况。急诊科护理干预主要是心理护理和对患者进行胸部疼痛的护理以及对患者进行肢体运动的护理和脑功能以及头面部的护理。2. 心理的护理，对于心肺脑复苏后的患者来说采取针对性的心理护理是患者治疗当中一种不可忽视的内容，因为患者可能会受到疾病的影响以及治疗的影响出现很大的心理压力，从而导致患者产生焦虑、抑郁、紧张、不安等不良的心理情绪，而这种不良的心理情绪

会影响患者的治疗效果以及患者的预后恢复，所以在患者进行心肺脑复苏手术以后，护理人员需要及时的与患者建立良好的护患关系，并且及时的对患者进行沟通和交流，在第一时间去了解患者出现不良情绪的原因以及了解患者的护理需求，并且及时的对患者进行开导，使患者能够正确的发泄内心的不良情绪，同时也能够满足患者在临床上对护理工作的需求。在面对患者有疑问的时候，护理人员应该及时并且耐心地进行解答，并且将疾病的发生发展、临床的治疗方法和注意事项等详细的讲解给患者，消除患者对疾病知识的不良认知，同时也能够改善患者不良的心理情绪，使患者可以保持一个积极向上的乐观的态度去面对临床上的治疗，配合医护人员的工作，提高对治疗的依从性，同时也能够加快疾病恢复的进程。3. 对患者进行胸部疼痛的护理工作，由于患者在进行心肺脑复苏以后，比较常见的不良反应就是胸部疼痛，为了能够减轻患者出现胸部疼痛的情况，所以护理人员需要每天指导患者进行深呼吸的练习，每天进行一次，每次进行 20 下，在每次进行深呼吸的时候可以增加深呼吸的量，使患者能够尽快的恢复肺功能。此外，也可以通过调整患者的睡姿来保护患者的胸前壁。对于疼痛比较严重的患者来说，可以在患者的局部进行治疗，通过在胸部涂抹一些止痛的凝胶来起到止痛的效果，也可以采取红外线辅助进行治疗，来改善患者胸部疼痛的情况。4. 对患者进行肢体运动的护理，因为患者在进行心肺脑复苏以后，患者的运动会受到一定的限制，这主要是因为患者的脑部受到了损伤，所以护理人员需要对患者进行全面的护理，包括对患者进行下肢以及上肢的护理工作。可以通过按压患者的穴位和辅助患者运动来帮助患者恢复肢体的运动功能。5. 对患者的脑功能以及头面部进行护理，因为在患者进行心肺脑复苏手术以后，有部分的患者会出现语言障碍的情况，所以护理人员需要根据这些患者的情况采取语言功能的恢复训练，通过记忆交流的方式帮助患者进行锻炼，同时护理人员也可以告知家属多跟患者讲一些以往的事情来提高患者对于语言的兴趣，帮助患者恢复语言的功能。此外，对患者进行头部和面部的护理，来帮助患者尽快的恢复健康。保证患者的低体温来降低患者脑部的代谢，从而达到护理患者脑功能的效果。

1.3 观察指标

将两组进行心肺脑复苏手术后的患者采用不同的护理方法进行护理后，将两组患者的治疗效果以及不良反应的发生情况进行对比和分析。不良反应主要是：反应迟钝、记忆减退、胸痛不适、抽搐。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析，计数资料用 (n/%) 来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差±来表示，用 t 进行检验，当 $p < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 使用急诊科护理干预措施进行护理的实验组心肺复苏后的患者治疗的效果优于采用常规护理的对照组患者,且两组患者的治疗效果对比后产生差异数据具有统计学意义($p<0.05$)见表1

表1 两组患者治疗效果的对比情况

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
实验组	80	38(47.50%)	35(43.75%)	7(8.75%)	73(91.25%)
对照组	80	30(37.50%)	29(36.25%)	21(26.25%)	59(73.75%)
χ^2					4.8412
P					0.0278

2.2 使用急诊科护理干预措施进行护理的实验组心肺复苏后的患者不良反应的发生率优于采用常规护理的对照组患者,且两组患者不良反应的发生率对比后产生的差数据具有统计学意义($p<0.05$)见表2

表2 两组患者不良反应发生率对比情况

组别	例数	反应迟钝	记忆减退	胸痛不适	抽搐	不良反应发生率
实验组	80	3(3.75%)	2(2.50%)	2(2.50%)	3(3.75%)	10(12.50%)
对照组	80	4(5.00%)	6(7.50%)	9(11.25%)	10(12.50%)	29(36.25%)
χ^2						4.3936
P						0.0361

3 讨论

如果在患者进行治疗的期间出现呼吸骤停或心脏骤停等情况,需要及时对患者进行抢救,如果抢救不及时,就会导致患者出现非常严重的缺血和缺氧的情况,这种情况不仅会导致患者的组织器官无法运作,同时患者的大脑的功能也会停止运作,严重的威胁到了患者的生命安全。所以,在患者出现这种情况的时候,一定要及时进行抢救,必要时需要使用心肺复苏进行抢救,在抢救成功后给予患者针对性的护理措施,可以提高患者的生活质量,恢复患者的健康。因为心肺复苏属于一种基本的抢救的措施,是指由于一些原因而导致患者的呼吸和心搏骤停的情况下而实施的一种措施。心肺复苏能够让患者在最短的时间内恢复循环功能以及自主呼吸的功能,同时也能够使患者有一个比较完好的脑功能。目前在临床上对患者进行心肺复苏以后都是采取急诊科护理措施进行护理的,可以有效的提高患者的治疗效果以及促进患者的预后恢复。相比较常规的护理来说,急诊科护理干预可以为患者提供更优质的护理服务,使患者能够尽快的恢复身体的健康,提高患者的治疗效果。

主要的护理方面:1.对患者的脑功能和头面部护理,因为心肺复苏手术后的患者会出现语言障碍的情况,所以对于这类的患者应该采取交流锻炼来恢复患者的语言功能。指导家属应该与患者一起回忆往事,提高患者对语言的兴趣,使其能够恢复语言的功能。此外,指导患者进行一些日常的活动促进患者能够尽快恢复健康。对于进行心肺复苏后的患者采用亚低温治疗是非常有效的,可以降低脑部的代谢以及脑组织的消耗氧,同时也能够使生物膜有一个非常稳定的功能和完整性,减轻患者脑水肿的相关症状,保护患者的脑功能。2.肢体运动的护理,由于患者的脑部受到了一定损伤,所以患者的运动也受到了一定的限制,通过对患者进行上肢和下肢的护理来改善患者的肢体运动功能。3.胸部疼痛的护理,可以指导患者进行呼吸练习,来改善患者的胸部疼痛。4.心理护理,通过对患者进行针对性的心理护理改善患者不良的心理情绪,使患者能够保持积极、乐观、主动的心理状态去面对疾病的治疗,促进患者的健康恢复。

在本次的研究数据中可以发现,采用急诊科护理措施进行护理的实验组的患者治疗的效果(73(91.25%))以及不良反应的发生情况(10(12.50%))均明显的优于采用常规护理的对照组的患者治疗效果(59(73.75%))、不良反应发生率(29(36.25%)),并且对比具有意义($p<0.05$)。这也就说明,急诊科护理可以更好的为心肺复苏后的患者提供优质的护理服务,满足患者对临床的需求,同时也可以促进患者尽快的恢复身心健康。

通过对进行心肺复苏后的患者采取急诊科护理措施进行护理,不仅能够提高患者的治疗效果,同时也能够降低患者在临床上出现不良反应的发生率,使更多的患者都能够接受更好的治疗,提高患者的生活质量,在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]谢家兴,张小年,魏娜. 脑外伤恢复期康复护理干预对患者日常生活活动能力的影响[J].中国康复理论与实践,2021,18(8):780-782.
- [2]管健,吴彪,张文,等. 不同处理措施对心肺复苏成功率的影响[J].实用医学杂志,2021,28(15):2650-2651.
- [3]杜琳琳,张志勇. 急诊心肺复苏患者优化急救护理流程的抢救效果及预后分析[J].实用临床医药杂志,2021,21(8):8-10,20.
- [4]黄海燕. 集中护理管理模式对心源性心脏骤停心肺复苏患者应激反应的影响[J].广东医学,2021,(4):647-650.
- [5]张世艳. 研究急诊心肺复苏患者采取优化急救护理流程的抢救效果及预后[J].家庭医药,2021,(6):299.
- [6]谭洁贞,黄志杰,吴倚霞. 急诊科护理干预对心肺复苏后患者近期恢复效果以及生活质量的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2021,2(050):45,51.
- [7]童小梨. 成人心肺复苏护理进展[J].护理实践与研究,2021,8(11):110-111.
- [8]谢文林,张允岭.早期亚低温对心肺复苏患者预后的回顾性研究[J].中国医药导报,2021,11(2):72-74.
- [9]胡云云. 急诊科护理干预对心肺复苏后病人近期恢复效果的影响[J].当代护士:专科版(下旬刊),2021,5(1):104-106.
- [10]张晓燕,廖晓玲,李星梅.心肺复苏急救中的护理配合[J].护士进修杂志,2021,27(9):856-858.
- [11]韩彦辉,王春波.心肺复苏抢救的临床护理配合分析[J].当代医学,2021,19(5):125.
- [12]刘艳. 急诊科护理干预对心肺复苏后患者生活质量的影响[J].全科口腔医学杂志(电子版),2021,6(16):128,131.
- [13]张莹,张彤.急诊科护理干预对改善心肺复苏患者的恢复效果分析[J].母婴世界,2021,(18):211.
- [14]姚红,甘正辉,郭焯. 观察急诊科护理干预对心肺复苏后患者近期恢复效果以及生活质量的影响[J].健康养生,2020,(003):186.
- [15]李仕丽. 心肺复苏后急诊科护理干预对近期恢复效果的影响[J].全科口腔医学电子杂志,2021,6(015):94,96.
- [16]谢文林,张允岭. 早期亚低温对心肺复苏患者预后的回顾性研究[J].中国医药导报,2021,11(2):72-74.
- [17]胡云云. 急诊科护理干预对心肺复苏后病人近期恢复效果的影响[J].当代护士:专科版(下旬刊),2021,5(1):104-106.
- [18]罗三妹. 护理干预对急诊科患者心肺复苏近期恢复效果的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,20(16):4-6.

早期康复护理干预对腰椎间盘突出症术后恢复的效果及患者满意度分析

李盼想★

河北省保定市第一中心医院骨 2 科 河北保定 071000

摘要:目的: 探讨分析早期康复护理干预对腰椎间盘突出症术后恢复的效果及患者满意度。方法: 此次研究抽选对象, 为院内收治腰椎间盘突出症手术患者, 共计 200 例, 2019 年 1 月-2022 年 3 月, 随机电脑抽选下分组, 对照组 100 例选择常规护理实施, 研究组 100 例患者选择早期康复护理实施, 对两组实施后所得效果对比与分析。结果: 对比两组护理前所得负性情绪评分, 无统计学差异 ($P>0.05$); 研究组护理后所得负性情绪评分, 优于对照组 ($P<0.05$); 对比两组护理前所得 VAS、JOA 评分, 无统计学差异 ($P>0.05$); 研究组护理后所得 VAS、JOA 评分, 优于对照组 ($P<0.05$); 研究组护理后生活质量评分, 优于对照组 ($P<0.05$); 研究组护理满意程度高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 对腰椎间盘突出症患者, 采取早期康复护理干预, 可改善患者腰椎功能, 调节患者心理情绪、疼痛程度, 促进术后生活质量提升, 获得一定护理满意度, 临床意义明确。

关键词: 腰椎间盘突出症; 早期康复护理干预; 腰椎功能; 护理满意度; 生活质量

腰椎间盘突出是一种常见的骨科疾病, 主要发生在 30~50 岁的青年, 占门诊腰痛患者的 13%左右^[1]。腰椎间盘突出、纤维环断裂、神经根和马尾神经受到刺激或压迫是此病发病主要原因, 其导致腰痛、一侧或两侧下肢麻木、疼痛、行走障碍、大小便功能障碍等症状^[2]。目前多采取微创手术治疗, 此类手术创伤小, 麻醉费用低, 副作用少。但手术中容易发生损伤, 对病人的术后心理和预后有一定的影响^[3]。提高病人术后康复水平, 提高病人的术后精神状态, 是目前临床护理工作中的一个重点。本次研究, 主要针对对早期康复护理干预对腰椎间盘突出症术后恢复的效果及患者满意度进行调查和研究。详细内容见下文:

1、资料与方法

1.1 一般资料

此次研究抽选对象, 为院内收治腰椎间盘突出症手术患者, 共计 200 例, 2019 年 1 月-2022 年 3 月, 随机电脑抽选下分组; 100 例对照组中, 男性有 56 例, 女性则有 44 例, 年龄均值 (56.25 ± 2.45) 岁, 病程均值 (8.19 ± 0.82) 年; 100 例研究组中, 男性有 59 例, 女性则有 41 例, 年龄均值 (56.33 ± 2.61) 岁, 病程均值 (8.15 ± 0.77) 年; 对比研究前获得患者基线信息 $P>0.05$ 。患者签署研究同意书。

1.2 研究方法

100 例常规护理为对照组: 即对病人进行健康教育、术后体位、饮食、康复训练等方面的指导, 并根据病人的心理状况给予积极的指导和鼓励。

100 例早期康复护理为研究组: (1) 降低疼痛程度。护士在病人接受完治疗后, 会对病人的痛苦程度进行评估, 并对病人的身体状况、耐受程度等进行评估。为了降低病人的紧张情绪, 要求病人在安静舒适的环境下进行护理, 并要科学、合理地安排各种护理项目。借助不同手段减轻病人的痛苦, 例如听音乐、小说等。(2) 直腿抬高训练。病人做完术后要拔出引流管, 在拔出引流管的时候要做好直腿抬高练习准备。在练习过程中, 病人的双腿要抬高 40-90 度, 保持 1-3 秒, 然后慢慢放下。在开始的时候, 病人的伤口会有疼痛, 膝盖的肌肉会被牵拉, 疼痛出现。术后 2-3 天, 病人的腿部抬高应 90 度, 每天需要抬腿 100 次。术后 3 天, 病人的腿部恢复到正常水平, 每天的抬腿频率要提高到 300~400 次。(3) 早期康复阶段指导。术后第 2 天, 陪患者进行等长锻炼, 根据患者的康复情况适当延长锻炼时间。在 2 到 7 天的时间里, 协助病人进行腰部和背部肌肉的收缩运动。治疗后膝关节背伸、环转、踝关节运动等的锻炼在 7~14 天的时间内完成, 对病人进行腰背肌和髋膝关节的训练。在近半个月的时间里, 病人在护士协助下进行五点式, 腰背肌的飞燕式练习。(4) 康复生活层面护理。护士要告诉病人正确的坐姿、卧姿、腰椎的生理前凸位保持, 要多吃高蛋白、高纤维、高钙食物, 要有放松的心情, 不要过度紧张。

1.3 研究指标

日本骨科协会评估治疗 (Japanese Orthopaedic Association, JOA) 评估脊柱功能障碍, 0~29 分, 分数越低表明功能障碍越明显^[4]。视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评估疼痛, 0~10 分, 分数越大表示疼痛程度越严重^[5]。

焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 和抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS), 采用 1~4 分制, 分值增加则负性情绪加重^[6]。

生活质量综合评定问卷 (generic quality of life inventory-74, GQOLI-74) 共 4 个维度, 分数越高表示生活质量越高^[7]。

科室自制护理满意度调查问卷, 对两组患者进行面对面访谈与调查^[8]。

1.4 统计学分析

本次选择统计学软件 SPSS 22.2 作为数据处理工具, 其中计数资料表示为 (%), 检验为 χ^2 计算; 计量资料表示为 ($\bar{x}\pm s$), 检验为 t 计算, $P<0.05$ 。

2、结果

2.1 两组护理前后负性情绪评分对比

表 1 中, 对比两组护理前所得负性情绪评分, 无统计学差异 ($P>0.05$); 研究组护理后所得负性情绪评分, 优于对照组 ($P<0.05$)。

表 1 两组护理前后负性情绪评分情况调查表 (分 $\bar{x}\pm s$)				
项目	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组 (n=100)	60.25±4.45	44.12±2.25	60.53±5.15	45.26±5.13
对照组 (n=100)	60.47±4.35	52.12±5.11	60.53±5.33	52.21±5.12
t 值	0.2681	7.4541	0.0365	6.6351
p 值	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$

2.2 两组护理前后 VAS、JOA 评分对比

表 2 中, 对比两组护理前所得 VAS、JOA 评分, 无统计学差异 ($P>0.05$); 研究组护理后所得 VAS、JOA 评分, 优于对照组 ($P<0.05$)。

表 2 两组护理前后 VAS、JOA 评分情况调查表 (分 $\bar{x}\pm s$)		
项目	VAS	JOA

	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组 (n=100)	7.12±1.03	2.11±0.68	10.24±3.21	25.13±1.13
对照组 (n=100)	7.16±1.06	4.28±1.09	10.21±3.15	16.15±1.22
t 值	0.1528	11.6251	0.0567	24.2516
p 值	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

2.3 两组护理后生活质量评分对比

表 3 中, 研究组护理后生活质量评分, 优于对照组 (P<0.05)。

表 3 两组护理后生活质量评分情况调查表 (分 $\bar{x}\pm s$)

项目	躯体功能	心理功能	社会功能	物质生活状态
研究组 (n=100)	81.26±8.33	82.24±8.15	81.26±9.16	82.23±9.05
对照组 (n=100)	70.16±9.22	71.23±9.05	70.23±8.27	71.22±8.24
t 值	6.2681	5.0487	6.1571	6.2681
p 值	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05

2.4 两组护理后满意度对比

表 4 中, 研究组护理满意度, 相对高于对照组满意度 (P<0.05)。

表 4 两组护理后满意度情况调查表 [n (%)]

项目	满意	一般	不满意	满意度
研究组 (n=100)	50 (50.00)	46 (46.00)	4 (4.00)	96 (96.00)
对照组 (n=100)	40 (40.00)	41 (41.00)	19 (19.00)	81 (81.00)
χ^2	-	-	-	4.5715
p 值	-	-	-	P<0.05

3. 讨论

腰椎间盘突出是一种很常见的骨科疾病, 它会对人们的工作和生活造成很大的影响, 同时病情也受到人们生活、工作的影响导致加重, 进而出现反复发作的情况^[9]。目前的治疗方法是外科, 但术后仍然会出现腰腿疼痛, 所以术后的护理非常重要, 可以帮助病人恢复腰椎功能, 减轻疼痛。

研究中, 研究组护理后所得负性情绪评分, 优于对照组 (P<0.05); 研究组护理后所得 VAS、JOA 评分, 优于对照组 (P<0.05); 早期康复护理的实施分为三个阶段, 每个阶段的重点都不一样, 要针对病人的恢复情况, 制定相应的训练计划, 以促进神经根的愈合, 避免术后神经根的粘连。过去的研究报告表明, 90%的腰椎间盘突出病人术后均会出现腰背僵直和侧弯, 所以有针对性的康复护理对提高腰部功能有重要作用^[10]。本研究采用早期康复护理, 对病人进行被动康复训练, 引导病人家属正确掌握运动方式, 帮助病人进行运动锻炼, 从而促进手术区域的血液循环, 减轻局部水肿。手术后 3 天进行少量的被动运动, 可以减轻腰背肌肉的僵硬, 减轻神经根的疼痛, 提高腰椎的功能^[11]。康复训练是循序渐进的, 随着病人的恢复情况, 在中间增加运动量, 增强腰部和背部的柔韧性, 从而改善脊柱的平衡性, 促进手术区域的血液循环, 扩大腰部和背部的活动范围。

研究结果, 研究组护理后生活质量评分, 优于对照组 (P<0.05); 研究组护理满意程度高于对照组 (P<0.05)。早期康复护理与传统护理相比较, 其护理内容和方法更具合理性和

完善性, 采用了术后 2 天、3 d—2 周、2 周、出院后各阶段的康复护理措施, 对传统护理缺乏的内容进行了创新与改进, 提高了手术疗效, 有利于提高病人的术后腰椎功能及术后康复^[12]。早期的康复护理可以加速手术区域的血液循环, 使病人早日恢复腰椎的功能, 使病人早日恢复健康, 改善生活质量^[13]。同时, 在实施早期康复护理时, 应加强对病人的心理干预, 建立康复目标, 让病人意识到, 康复训练是一个循序渐进的过程, 只有通过严格的训练, 才能达到预期的康复效果, 并鼓励和安慰病人坚持运动, 让病人恢复自信, 让他们更好地配合护士, 进行锻炼^[14]。早期康复护理是一种以人为中心的护理思想, 它既重视病人的生理机能, 又重视病人的精神状态, 以保证病人得到最好的恢复^[15]。

综上所述, 对腰椎间盘突出症患者, 采取早期康复护理干预, 可改善患者腰椎功能, 调节患者心情情绪、疼痛程度, 促进术后生活质量提升, 获得一定护理满意度, 临床意义明确。

参考文献:

[1]王璇. 早期康复护理干预对腰椎间盘突出症病人术后恢复的效果探究[J]. 临床医药文献电子杂志,2018,5 (50): 111,113.

[2]周超,张红霞,吴海芸. 早期康复护理干预对腰椎间盘突出症术后恢复的效果评价[J]. 实用临床护理学电子杂志,2018,3 (7): 73-74.

[3]孙袁秀. 早期康复护理对腰椎间盘突出症患者术后恢复的影响研究[J]. 实用临床护理学电子杂志,2018,3 (6): 66,71.

[4]Torregrossa F, Iacopino D G, Grasso G. Early Onset of Guillain-Barré Syndrome Following Lumbar Disc Herniation Surgery: An Unexpected Clinical Evolution[J]. World Neurosurgery, 2021,14 (9): 296-297.

[5]叶承艳,范颖. 早期康复护理干预对腰椎间盘突出症术后恢复的效果研究[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊),2019,19 (A1): 324-325.

[6]何新. 腰椎间盘突出症术后实施早期康复护理的临床分析[J]. 中外女性健康研究,2019, 27 (24): 43,101.

[7]官文佳. 早期康复护理干预对腰椎间盘突出症术后恢复的效果分析[J]. 中国医药指南,2019,17 (30): 338-339.

[8]刘浩. 早期康复护理干预对腰椎间盘突出症术后恢复的效果分析[J]. 中国医药指南,2019,17 (23): 282-283.

[9]Toma A A, Ghinguleac I B, Ghinguleac L A, et al. Case presentation: The interdisciplinary and rehabilitation treatment of lumbar disc hernia on a patient with corticoterapy dependency and history of lymph node TB[J]. Balneo Research Journal, 2020,11 (4): 556-560.

[10]张迎. 早期康复护理干预对腰椎间盘突出症术后恢复的效果分析[J]. 系统医学,2020,5 (4): 158-160.

[11]李春红. 早期康复护理干预对腰椎间盘突出症术后恢复的效果分析[J]. 医学食疗与健康,2020,18 (14): 163,165.

[12]王珊,姜蓁,苏园园. 5A 护理模式在腰椎间盘突出症患者中的应用价值[J]. 临床医学工程,2022,29 (4): 531-532.

[13]Du J, Yang J, Yan L, et al. Intraoperative Anti-Inflammatory Drugs Combined With No Drainage After MIS-TLIF in the Treatment of Recurrent Lumbar Disc Herniation: An RCT. 2020,12 (4): 1-6.

[14]赵艳. 早期康复护理干预对腰椎间盘突出症患者术后康复效果的影响[J]. 健康前沿,2018,27 (10): 46,52.

[15]刘伟燕,苏淑杰. 早期康复护理干预对腰椎间盘突出症术后恢复的促进研究[J]. 东方药膳,2020 (15): 136.

股骨骨折病人采取舒适护理的效果评价

卢娟

山东省临沂市莒南县中医院 276600

摘要：目的：探究对于股骨骨折患者实施舒适护理的作用影响。方法：研究对象来源于我院2021年7月~2022年9月接纳的98例股骨骨折患者，采用随机数分组法分成两组，接受常规护理的患者定义为参照组，基于常规护理应用舒适护理的患者定义为试验组，两组均纳入49例，比对两组患者生活质量、疼痛状况、心理状况及对护理的满意度。结果：试验组患者生活质量方面各维度评分相比于参照组均更高，VAS评分、SAS评分及SDS评分均低于参照组，对护理的满意度（97.96%）相比于参照组（83.67%）更高， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义。结论：舒适护理应用于股骨骨折患者护理中能有效改善其生活质量，减轻疼痛，缓解负性情绪，提高对护理的满意度。

关键词：股骨骨折；舒适护理；生活质量

股骨骨折在临床外科属于常见的骨折类型，发病后会引起剧烈疼痛、肿胀等症状，随着病情进展其疼痛及肿胀会放射到膝关节，严重影响股骨功能，易引起下肢短缩畸形、股骨头坏死、骨折愈合不良等严重症状，降低患者生活质量^[1]。临床针对股骨骨折通常采取手术治疗，术后需要长期的卧床治疗，由于行动受限加上肢体疼痛患者会滋生强烈的不良情绪，还可能发生便秘、压疮及深静脉血栓等并发症延缓恢复时间，因此，在股骨骨折患者术后康复阶段采取合理的护理措施尤为重要^[2]。有文献^[3]显示，舒适护理在骨折手术患者康复阶段应用不仅能减轻疼痛，还能加快恢复速度，提高康复期生活质量。故本文将我院纳入治疗的98例股骨骨折患者作为研究对象，分析舒适护理的作用影响，报道详情如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

本文涉及到的研究对象来源于我院2021年7月~2022年9月接纳的98例股骨骨折患者，采用随机数分组法分成两组，均纳入49例患者。参照组中患者年龄分布在39~70岁之间，平均数值（55.48±4.52）岁；男性、女性分别为27例、22例。试验组中患者年龄分布在40~71岁之间，平均数值（55.62±4.63）岁；男性、女性分别为26例、23例。将两组研究对象基本资料经由数据分析软件对比后，其结果均显示 $P>0.05$ ，入组患者资料均符合对比参数。已与患者及其家属签署知情同意书，且得到伦理委员会批准。

1.2 方法

参照组实施常规护理，定期探视病房，观察患者骨折部位康复状况，做好安全管理措施，遵医嘱给予药物指导，根据患者需求给予对应护理措施。试验组在常规护理上开展舒适护理，具体措施：（1）心理护理：与患者构建和谐沟通关系，注意交流时保持微笑，以亲和的态度与语气开展护理工作，定期开展心理测评了解患者情绪状态，及时开展心理疏导排解负性情绪，鼓励患者增强治疗信心，耐心解答患者疑问，引导患者在康复期间保持愉悦的心情。（2）环境护理：为患者提供舒适的康复环境，定期对病房展开消毒、通风，勤换床褥，调节适宜的室内温度、湿度及光线，减少病房人员流动，保持安静的氛围确保患者休息充分，卧床期间将下肢所在床位抬高一些有利于静脉回流，协助患者定时翻身避免出现压疮，患者病灶处周围皮肤要保持干燥。（3）疼痛护理：骨折疼痛一般在术后麻醉失效后达到最剧烈的程度，护理人员需要观察患者表情变化，主动询问患者具体疼痛部位及感受，可采用推拿后热敷促进局部血液循环缓解疼痛，告知患者通过看视频、听音乐、看书等兴趣爱好转移视线，必要时遵医嘱要求给予镇痛药物。（4）康复护理：评估患者骨折恢复状况，根据其体质及实际情况制定康复方案，先采取被动按摩促进局部血液循环，预防肌肉萎缩及肢体麻木，按摩后可采取热敷提高舒适度；再通过床上运动加强肢体活动程度，指导患者完成肢体屈伸、外展、扩胸等动作对肌肉及骨骼产生强化作用，叮嘱患者采取提肛训练，收腹缓慢提起肛门停顿2s再缓慢放松，每日至少训练30次，通过提肛运动有助于改善排尿及排便困难；待患者能下床后指导其通过绕床行走及简单的通过提肛训练提高全身肌肉及骨骼强度；最后指导患者完成慢走、上下楼、慢跑、保健操等有氧运动，增强自身体质及免疫力，逐渐养成良好的

运动习惯。（5）饮食护理：根据患者对饮食的喜好推荐科学的饮食，以易消化、清淡的食物为主，坚持少食多餐，减少肠胃压力，粗细粮合理搭配，多食用新鲜果蔬，多饮水，确保营养搭配均衡，满足患者机体恢复需求。

1.3 观察指标

选择生活质量调查简表（SF-36）中的人际交往、睡眠质量、生理机能、健康状况、社会功能5个维度对入组患者生活质量进行评估，每个维度在0~100分区间内分值越高证明该项生活质量越好。

入组患者疼痛程度采用视觉模拟评分法（VAS）进行评估，在0~10分区间内分值越高证明患者疼痛越剧烈；入组患者心理状态采用焦虑、抑郁自评量表（SAS、SDS）进行评估，其分值越高证明患者负性心理越严重。

指导入组患者及家属采用我院自制护理满意度调查问卷进行系统的满意度测评，根据测评分数评定满意度，评分区间在0~100分，评分≥80分表示非常满意，评分≥60且<80分为比较满意，评分<60分为不满意，统计满意率。

1.4 统计学方法

纳入本文研究的所有股骨骨折患者临床资料经由SPSS24.0统计软件处理，其中生活质量、VAS评分、SAS评分及SDS评分等计量资料予以（均数±标准差）形式表达，应用t检验标准，对护理的满意度等计数资料予以率（%）的形式表达，应用 χ^2 检验标准，仅有检测数值 $P<0.05$ 时证明两组患者之间具有显著对比差异，存在统计学研究意义。

2 结果

2.1 对比两组患者生活质量

试验组患者生活质量方面各维度评分相比于参照组均更高， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义，见表1。

组别	表1 两组患者生活质量对比				
	人际交往 (分)	睡眠质量 (分)	生理机能 (分)	健康状况 (分)	社会功能 (分)
试验组 (n=49)	87.12±3.53	88.46±4.52	85.52±4.81	89.52±3.41	86.43±3.61
参照组 (n=49)	83.64±4.85	82.69±3.53	80.39±3.72	82.74±4.56	81.65±4.26
t	4.0609	7.0426	5.9056	8.3350	5.9922
P	0.0001	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 对比两组患者疼痛状况及心理状况

护理前，试验组患者VAS评分、SAS评分及SDS评分相比较无显著差异， $P>0.05$ ，组间数值不存在统计学意义；护理后，试验组VAS评分、SAS评分及SDS评分均低于参照组， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义，见表2。

组别	VAS评分（分）		SAS评分（分）		SDS评分（分）	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
试验组（n=49）	5.74±1.64	2.29±0.86	55.71±4.45	34.38±3.23	56.47±5.69	35.41±3.54
参照组（n=49）	5.92±1.74	3.53±1.08	55.86±4.61	42.76±4.15	56.28±5.86	41.57±4.51
t	0.5269	6.2872	0.1638	11.1545	0.1628	7.5208
P	0.5994	0.0000	0.8702	0.0000	0.8710	0.0000

2.3 对比两组患者对护理的满意度

试验组中有30例患者对护理非常满意，有18例患者对护理比较满意，有1例对护理不满意，满意率为97.96%（48/49）；参照组中有20例患者对护理非常满意，有21例患者对护理比较满意，有8例对护理不满意，满意率为83.67%（41/49）。试验组对护理的满意度相比于参照组更高， χ^2 值为4.4045， $P=0.0358<0.05$ ，组间数值符合统计学意义。

3 讨论

股骨骨折发生后会影响患者躯体活动，行动受限及肢体疼痛会降低患者自理能力，患者对生活模式的改变无法适应，易产生焦虑、抑郁等负性心理导致其依从性不断下降，影响整体康复效果^[4]。对于股骨骨折患者通过手术治疗能恢复骨质结构，但骨折部位损伤修复需要一定的时间休养，在此期间不仅要注意骨骼恢复状况，避免出现关节畸形引起运动障碍，甚至残疾，还要对术后康复期间可能产生的并发症做好预防措施，因此，需要采取合理的护理措施提高治疗效果^[5]。舒适护理是将新型的护理思维方式引入到临床护理中，坚持以人为本的护理理念根据患者实际护理需求制定系统、全面的护理方案，确保患者在康复期间体会到舒适、安逸的护理服务，目的是改善临床症状，提高生活质量^[6]。首先，舒适护理会加强在心理方面的监测力度，及时发现不良情绪并积极疏导，减弱心理应激源对康复造成的不良影响，鼓励患者树立治疗信心，积极配合护理工作；其次，舒适护理能为患者提供舒适的康复环境，促使患者充分休息，保持良好的睡眠，注重细节管理，加强安全意识，降低并发症发生风险；再次，舒适护理在疼痛方面加强护理能减少生理应激源对康复造成的不利因素，疼痛是引起不良情绪及生活质量下降的原因之一，临床通过按摩、推拿、热敷、视线转移及遵医嘱应用镇痛药物等措施减轻痛苦，提高生存质量；最后，舒适护理能根据患者康复进程采取针对性运动锻炼，增强骨质与肌肉强度，提高全身血液循环有助于促进骨折损伤修复，循序渐进开展康复运动可加快康复进程，缩短住院时间^[7-8]。此外，舒适护理在饮食方面给予积极干预，充分提供患者康复所需营养补给，养成良好的饮食习惯，对预后康复有促进作用^[9]。

本文研究数据显示，试验组患者生活质量方面各维度评分相比于参照组均更高，VAS评分、SAS评分及SDS评分均低于参照组，对护理的满意度（97.96%）相比于参照组（83.67%）更高， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义。

综合以上结论，舒适护理应用于股骨骨折患者护理中能有效改善其生活质量，减轻疼痛，缓解负性情绪，提高对护理的满意度。

参考文献：

[1]张秀丽,朱洪英,周玥彤.舒适护理对老年骨质疏松性股骨骨折患者生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(9):1697-1699.

[2]张妍,刘亚东.舒适护理对老年脆性股骨骨折患者生活质量的影响[J].健康忠告,2021,15(2):105.

[3]杨开月.舒适护理在股骨骨折护理中的应用[J].药店周刊,2021,30(49):98-99.

[4]陆淑梅.基于情志护理的舒适模式对股骨骨折患者情绪波动及舒适度的影响[J].当代护士(下旬刊),2021,28(2):88-90.

[5]曹小萍,蔡晓娟.舒适性护理干预在股骨骨折保守治疗患者中应用对压疮和便秘预防价值[J].黑龙江医学,2018,42(6):618-619.

[6]祖娟娟,杨青凤.ERAS护理模式在老年股骨骨折患者术后PACU的应用与观察[J].中国保健营养,2019,29(12):144,143.

[7]李思媛.优质护理在术后留置自控镇痛泵股骨骨折患者中的应用价值[J].当代医药论坛,2020,18(16):198-200.

[8]姜旭.探讨优质护理在老年股骨颈骨折护理中的临床应用价值[J].中国伤残医学,2020,28(19):71-72.

[9]刘永冰,罗海媚,梁晓雪,等.快速康复护理在股骨骨折患者中的应用[J].基层医学论坛,2022,26(15):73-76.

作者简介：姓名：卢娟，性别：女，出生年月：1984年1月，籍贯：山东省临沂市，学历：本科，专业：护理，主要研究方向：骨科护理，职称：主管护师，单位全称：山东省临沂市莒南县中医院 邮编：276600。

早期系统化康复护理对急性脑梗死伴抑郁症状患者康复效果

吕怡

大连市金州区第四人民医院 一疗区 辽宁大连 116010

摘要：目的 研究急性脑梗死伴抑郁患者接受早期系统化康复护理的干预效果。方法 将我院在 2020 年 10 月——2021 年 10 月收治的急性脑梗死伴抑郁患者 80 例作为主要对象，将其用随机数字表法的原则分组。观察组 40 例患者接受早期系统化康复护理，对照组 40 例患者接受常规护理，比较两种护理措施对患者抑郁情绪、自理能力以及神经功能产生影响的异同。结果 观察组护理后的抑郁评分小于对照组和护理前，有统计学意义（ $P<0.05$ ）；护理后两组患者的自理能力均提高，观察组护理后的 BI 指数大于对照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组护理后患者的神经功能缺损程度评分小于对照组和护理前，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 将早期系统化康复护理运用在急性脑梗死伴抑郁症状患者的临床护理上，一方面可以减轻患者的抑郁程度，另一方面可以促进患者病情的康复，故值得推广应用。

关键词：早期系统化康复护理；急性脑梗死；抑郁；康复效果

急性脑梗死在临床上属于常见病、多发病，此类患者起病急、病程进展快，具有较高的致残率和致死率，严重影响患者的生活和生存质量。大多数幸存的急性脑梗死患者均伴有不同程度的后遗症，患者长时间受到病痛的折磨，加上生活自理能力差导致其心理负担加重，致使患者出现抑郁情绪，影响患者的康复进程和总体康复效果^[1-2]。因此，临床上对于急性脑梗死伴抑郁症状患者，更需要及早制定系统的康复计划，及早对其实施干预，最大程度上减轻患者的抑郁情绪，改善患者的病症，促进其神经系统功能的恢复。早期系统化康复护理是一种整体性和科学性较强的康复护理措施，此次研究将我院 2020 年 10 月——2021 年 10 月期间内收治的 80 例病患作为主要对象，旨在进一步分析和评价此种康复护理计划的实施效果，现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院在 2020 年 10 月——2021 年 10 月收治的急性脑梗死伴抑郁患者 80 例作为主要对象，分组依据是随机数字表法，两组的各项资料如下：

观察组（ $n=40$ ）：男 23 例，女 17 例；年龄最大者 82 岁，最小者 46 岁，平均年龄（60.38±2.11）岁；汉密尔顿抑郁评分为 20-28 分，平均（24.15±1.37）分；脑梗死病程 4-16 周，平均（9.58±1.55）周。对照组（ $n=40$ ）：男 21 例，女 19 例；年龄最大者 80 岁，最小者 44 岁，平均年龄（60.31±2.08）岁；汉密尔顿抑郁评分为 22-29 分，平均（24.18±1.42）分；脑梗死病程 4-18 周，平均（9.62±1.59）周。经对比，无统计学意义（ $P>0.05$ ），有对照研究的可比性。本次研究经由医院伦理相关部门批准通过。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准：（1）所有患者均明确诊断为急性脑梗死，且均伴有抑郁症状^[3]；（2）入组患者的各项基础资料以及患者的相关诊疗信息均完善、正确；（3）所有患者的意识清晰，可配合完成研究；（4）患者本人以及患者家属对于此次研究的过程、目的和具体措施均是知情的，并且患者本人与家属明确表示为自愿参与，在知情同意书上签字确认。

排除标准：（1）合并沟通障碍、言语障碍、认知障碍，或严重行为障碍^[4]；（2）抑郁极其严重，有自残或自杀的倾向（或行为）；（3）同时合并肝肾等重要脏器功能障碍；（4）合并其他精神障碍性疾病；（5）中途退出研究，或在研究开展过程中的依从性非常差，无法配合完成研究。

1.3 研究方法

1.3.1 对照组

开展常规护理：根据患者的病情和医嘱，为患者提供抗抑郁药物和改善神经功能的用药指导，向患者说明用药剂量、用药方法和用药期间的注意事项。为患者提供良好的康复和住院环境，耐心解答患者以及患者家属提出的问题。记录患者一阶段病症的改善情况，并向主治医生进行汇报，以及时调整对患者的康复方案和护理方案。

1.3.2 观察组

开展早期系统化康复护理，主要包括两项内容，一是系统化的心理康复护理，二是系统化的身体康复护理，具体的护理内容和实施方式如下：

（1）心理康复护理：由于患者是突然发病的，患者一时间很难接受，加上抑郁症的影响，会导致患者出现严重的心理障碍。对于此种情况，护理人员首先要关注患者的心理健康状态，在确保调整患者的情绪状态和心理状态之后，再对患者进行身体上的康复护理。由护理人员对患者的心理状态和抑郁程度进行系统的评估，在综合了解患者的个人情况和评估结果后，为患者制定针对性的心理疏导方案。在治疗和康复的过程中，护理人员多给予患者言语和行为上的鼓励，向患者介绍既往康复效果较好的病例，让患者获得安全感，提高配合度和依从性。为患者和家属播放早期康复功能训练的视频，让患者提前了解康复训练的过程，以减轻患者的思想负担。此外，还要向患者和家属详细耐心的讲解早期康复护理的重要性，让患者和家属纠正既往的错误观念，并形成正确的认知，进而积极参与康复训练。

（2）身体康复护理：在患者住院期间，护理人员根据患者的行动能力对其进行针对性的康复护理，帮助患者合适的摆放肢体，并指导患者在床上进行简单的活动，帮助患者翻身，每日对患者的受压部位和肢体软组织进行按摩，预防关节僵直、静脉血栓、压疮等并发症。待患者的生命体征平稳、各项指标稳定后，指导患者在床上做被动训练和主动训练，包括手指屈曲、关节屈曲等，并指导患者进行漱口训练，锻炼患者的口腔肌肉群。帮助患者进行穿衣训练，锻炼患者的日常生活自理能力。为强化患者的行动能力练习，护理人员要帮助患者进行下肢功能的训练，在护理人员的搀扶下，患者进行下床练习，刚开始下床练习的阶段不仅需要有人照护，还需要使用护具，避免发生跌倒，锻炼患者的平衡能力和行动能力，并叮嘱患者如果在康复训练的过程中出现头晕恶心等不适症状，要立即告知，并及时停止康复训练。肢体训练一周后，对患者进行言语训练，鼓励患者发音，发音从简单的单音节开始进行练习，并让患者多伸舌头、鼓腮，逐步恢复言语功能。而后逐渐增加训练的难度，护理人员向患者提问，并鼓励患者回答问题。在此过程中，患者可能会因为自身口齿不清而出现焦虑、着急、烦躁等情绪，护理人员要多关心和安慰患者，给予患者支持和鼓励。待患者的病情稳定且自理能力有提高后，护理人员向康复师汇总患者的整体情况，并与康复医师共同为患制定后续的康复计划。护理人员向患者和患者家属详细介绍康复计划的具体内容和实施方法，再次说明遵医嘱进行康复训练的重要性。出院时，叮嘱患者家属要定期带患者回院复查。出院后，每月进行一次电话或微信随访，了解患者的身体功能康复情况，将患者的病情信息及时汇总报告给主治医生，并随时调整康复措施。

1.4 评价标准

（1）抑郁情绪：使用汉密尔顿抑郁量表（Hamilton Depression Scale, HAMD）^[5]评估患者护理前和护理后的抑郁情绪严重程度，所得分数小于 7 分代表无抑郁（正常），得分为 7-17 分代表患者可能抑郁；评估得分为 17-24 分说明患者肯定抑郁，总得分大于 24 分表示患者伴有严重抑郁。根据得分范围评估患者的抑郁情绪是否改善以及具体的改善程度。

（2）生活自理能力：评估护理前与护理后患者生活自理能力的变化情况，使用 Barthel 指数（BI）^[6]作为评价工具，BI 指数的总得分是 100 分，所得分数越接近于百分，代表患者的自理能力越强。

（3）神经功能缺损程度：于护理前和护理后两个时间点对患者的神经功能缺损程度进

行评估，评估此项指标时使用的量表是美国国立卫生研究院卒中量表（the National Institutes of Health Stroke Scale,NIHSS）^[7]，NIHSS 量表的得分范围是 0-42 分，所得分数越接近于最低值，表示患者的神经功能改善效果越好。

1.5 统计学处理

将 SPSS24.0 作为分析数据的软件，其中符合正态分布的计量指标用 t 进行检验，表示为均数±标准差；计数指标用 χ^2 检验，用例数/百分率表示，差异有统计学意义表示为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 抑郁

护理前无统计学意义；护理后观察组的抑郁评分小于护理前，且小于对照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 对比抑郁评分（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	护理前	护理后	t	P
观察组（ $n=40$ ）	20.23±2.26	8.97±1.54	26.039	<0.001
对照组（ $n=40$ ）	20.28±2.14	15.46±1.33	12.098	<0.001
t	0.102	20.172	/	/
P	0.919	<0.001	/	/

2.2 生活自理能力

两组患者护理后的生活自理能力评分均大于护理前，护理后观察组的评分大于对照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 对比 BI 指数（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	护理前	护理后	t	P
观察组（ $n=40$ ）	65.86±4.47	89.87±4.33	24.401	<0.001
对照组（ $n=40$ ）	65.79±4.15	74.41±4.05	9.402	<0.001
t	0.073	16.492	/	/
P	0.942	<0.001	/	/

2.3 神经功能缺损程度

两组护理前的 NIHSS 评分对比无统计学意义；观察组护理后的 NIHSS 评分小于护理前和对照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 对比 NIHSS 评分（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	护理前	护理后	t	P
观察组（ $n=40$ ）	20.15±2.56	9.56±1.34	23.179	<0.001
对照组（ $n=40$ ）	20.28±2.47	14.15±1.22	14.073	<0.001
t	0.231	16.019	/	/
P	0.818	<0.001	/	/

3 讨论

急性脑梗死患者在康复的过程中会伴随出现多种并发症，包括身体方面的和心理方面的，其中，抑郁是急性脑梗死患者的常见心理并发症之一，此类患者出现了严重的心理障碍和情绪状态，会导致患者的生活质量大幅下降，同时也会对患者神经功能和肢体功能的恢复产生不良影响，影响预后。因此，对于急性脑梗死伴抑郁患者，临床上要对其进行针对性的康复护理。本研究比较了常规护理和早期系统化康复护理在急性脑梗死伴抑郁患者护理中的应用效果，对比提示后者的康复效果更有优势，首先，可以减轻患者的抑郁情绪，经早期系统化康复护理的患者其护理后抑郁情绪评分明显降低；其次，可提高患者的自理能力，接受早期系统化康复护理的患者其护理后 BI 指数明显提高；最后，可改善患者的神经功能，经早期系统化康复护理的观察组患者其 NIHSS 评分降低更明显，从多个方面体现出了早期系统化康复护理的优势。分析原因：早期系统化康复护理的优势主要在“早期”、“系统化”两个主要方面，在患者病情稳定后即开展对患者的康复护理，及尽早进行康复护理和康复训练更有利于病情的快速康复。而系统化主要体现在康复护理的连续性和整体性，循序渐进地开展康复训练工作，从床上被动肢体训练开始对患者进行康复训练，而后逐渐过渡到主动功能训练、下床练习，在完成肢体训练后再对患者进行言语训练，这更有利于患者行为能力和言语能力的恢复。在患者出院前与康复医生共同为患者制定康复计划，出院后对患者进行定期随访，可以及时了解患者的康复进程和康复效果，并及时调整康复训练计划。除身体的康复护理外，还关注于患者的心理健康，根据患者的心理状态对其实施针对性的心理康复护理，这对于改善患者的抑郁情绪是有积极意义的。

总而言之，将早期系统化康复护理运用在急性脑梗死伴抑郁患者的护理上优势突出，可推广。

参考文献：

- [1]何桂敏.早期系统化康复护理对急性脑梗死伴抑郁症状患者康复效果研究[J].系统医学,2019,4（3）：156-158.
- [2]庄丽惠.早期系统化康复护理应用于急性脑梗死后抑郁患者的效果[J].医学食疗与健康,2020,18（24）：253-254.
- [3]刘金荣,王敏,苗慧.系统化康复理念指导下的护理干预在老年急性脑梗死患者中的应用分析[J].老年医学与保健,2020,26（5）：791-794.
- [4]江功英,丁蓁花,彭小梅.基于心理弹性理论的护理干预在急性脑梗死患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27（23）：92-94.
- [5]伍雪芬.康复护理干预对急性脑梗死患者焦虑、抑郁情绪与康复效果的影响[J].护理实践与研究,2019,16（6）：154-156.
- [6]王宇华,周曼.早期系统化康复护理对急性脑梗死伴抑郁患者的康复效果及神经功能缺损情况探讨[J].山西医药杂志,2020,49（6）：767-768.
- [7]慕莉,霍艳虹.早期系统化康复护理对急性脑梗死伴抑郁患者的康复效果及神经功能缺损情况探讨[J].山西医药杂志,2019,48（24）：3136-3137.

无痛病房在脊柱关节骨病科护理的临床应用

乔晓慧

山东省临沂市蒙阴县人民医院脊柱关节科 276200

摘要：目的：分析脊柱关节骨病患者采用不同护理方法差异性。方法：选取笔者所在医院脊柱关节骨病患者 66 例，接收的时间为 2021 年 1 月至 2021 年 12 月期间，分组形式为随机数字表法，分组数量为两组，命名为基础组和无痛组，通过针对分组的病人采用不同的护理方法（基础组 33 例为常规护理方式，及无痛组 33 例为无痛病房）。对相关指标进行分析（SAS、SDS 评分、生活质量评分、满意度、疼痛评分）。结果：针对脊柱关节骨病患者的护理方法进行干预，实验结果发现，采用无痛病房效果明显优于常规护理方法 $P<0.05$ 。结论：对脊柱关节骨病患者采用无痛病房后能够有效提高临床护理效果，改善病人的生活质量，值得在临床护理中进行广泛的推广。

关键词：无痛病房；心理状态；生活质量；满意度

脊柱关节病是发生在脊柱和脊柱小关节之间的疾病，在大多数情况下应考虑脊柱退行性改变，是过度运动的负荷，会导致脊柱关节出现应变变化。其特征为小关节不稳定、滑膜增生、关节软骨损伤、局部骨刺形成、椎间脱位、椎间盘突出，甚至压迫神经根，导致下肢疼痛和麻木，以及滑膜增厚、后纵韧带钙化，导致椎管狭窄^[1-2]。脊柱关节的临床身体会产生多种疾病，不同的疾病，患者的临床症状也不尽相同。如果患者的脊柱因外力而发生腰椎滑脱，患者可能会感到腰痛，并有弯曲困难。腰椎间盘突出症或腰椎管狭窄症，可发生在患者出现骨生长、老化或脊柱退变的情况下，所以脊柱关节病可能是其他疾病引起的症状。报告如下：

1 资料与方法

1.1 基础资料

实验时间跨度为 2021 年 1 月至 2021 年 12 月，实验对象是笔者所在医院接收的 66 例接受护理的脊柱关节骨病患者，分组数量为两组，命名为基础组和无痛组，通过针对分组的病人采用不同的护理方法（基础组 33 例为常规护理方式，及无痛组 33 例为无痛病房）。基础组脊柱关节骨病患者的年龄为 58-89 岁，平均年龄为 72.54±2.51 岁。无痛组脊柱关节骨病患者的年龄为 57-87 岁，平 71.68±1.53 岁。各组基本数据开展综合性分析与对比，无差异， $P>0.05$ 。此项研究已经过我院伦理委员会批准，病人及家属均对研究内容知情，并签署了知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 基础组：落实基础护理服务。

1.2.2 无痛组采用无痛病房：

改变原有的疼痛管理意识，养成评估分析思维，科室内需要创建无痛病房管理小组，让组员能够积极的学习无痛病房的知识和内容。在室内张贴笑脸疼痛标识，创造一个温馨的住院环境，应该与病人积极的进行交流沟通，维护护患关系，并且严格的执行无痛的措施，从而提高病人的满意度。根据病人的具体性格特点，在临床护理工作以及案例分析过程当中采用评判性思维，引起重视，从而能够充分的落实无痛病房管理模式。疼痛管理培训方面，每

表 1 护理前后生活质量评分比较 (n=33, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	物质生活		躯体功能		社会职能		心理功能	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
无痛组	79.65±3.41	92.43±2.57	78.67±3.65	94.16±3.03	75.87±3.26	91.67±2.57	64.52±2.65	86.74±2.03
基础组	78.97±3.54	85.74±2.18	78.54±2.52	84.97±2.53	75.69±2.58	85.67±2.18	64.85±3.52	75.43±2.53
t	0.7947	11.4037	0.1684	13.3741	0.2487	10.2275	0.4303	20.0297
P	0.4297	<0.01	0.8668	<0.01	0.8044	<0.01	0.6685	<0.01

2.2 在护理前后对 2 组病人的心理状态和疼痛评分进行对比 _ 见表 2。

表 2 两组护理前后的病人 SAS、SDS、VAS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分, n=33)

组别	SAS (分)		SDS (分)		VAS	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
无痛组	52.97±3.26	40.37±2.57	55.50±2.10	41.76±2.50	5.34±1.52	1.23±0.12
基础组	52.83±3.58	46.34±3.18	55.50±2.52	47.67±2.53	5.64±1.68	3.68±1.42
t	0.1661	8.3878	<0.01	9.5452	0.7607	9.8762
P	0.8686	<0.01	1.0000	<0.01	0.4496	<0.01

2.3 满意度对比

无痛组和基础组患者满意度对比两组差异明显。具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 3。

表 3 两组患者满意度对比 (%)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
无痛组	33	24 (68.57)	10 (28.57)	1 (2.86)	34 (97.14)
基础组	33	17 (48.57)	11 (31.43)	7 (20.00)	28 (80.00)
χ^2					5.0806
P					0.0242

3. 讨论

脊柱关节骨疾病包括如下的几类：损伤包括脊柱的骨折、脊柱的脱位、脊柱周围软组织损伤引起脊柱的不稳。脊柱的骨病包括 6 先天性的疾患，发育性的疾病例如各种原因引起的脊柱发育的异常，如先天性的半椎体畸形。炎症性的疾患例如化脓性的脊柱炎、化脓性的间盘炎、特殊的感染、脊柱的结核、少见的感染。肿瘤样的病变和内肿瘤样的病变，例如脊柱的原发的肿瘤、多发的骨髓瘤、脊柱的成骨肉瘤、脊柱的肿瘤原发的肿瘤比较少见，而转移癌比较多见。脊柱的退行性病变例如腰椎间盘的突出、颈椎病、腰椎的不稳。代谢性的疾病例如骨质疏松。免疫性的疾病例如类风湿性的关节炎、强直性的脊柱炎等，三大类就是畸形脊柱的畸形分为斜颈、脊柱的后凸畸形、侧凸畸形、胸椎的前凸、胸椎的后凸、腰椎的前凸加大^[3-4]。还有先天性的椎体分节不良，先天性的异形椎、先天性的脊柱裂等。脊柱损伤继发引起的，脊髓和神经根的损伤引起的疾病。脊柱骨关节病有的严重，有的不严重。主要是和患者的临床症状是否出现并发症有关系，脊柱骨关节病主要是表现为颈椎骨关节病和腰椎骨关节病。如果患者只是在影像学上发现有骨质增生、骨赘形成，而没有明显的临床症状，这种情况并不严重。但如果患者出现明显的临床症状，比如腰部疼痛、颈部疼痛，伴有明显的运动障碍，同时压迫到神经或者脊髓，而出现相应部位的放射痛，或者脊髓受压后出现的下肢无力、麻木等症状，患者的病情就比较严重。对于出现这种并发症的患者，有时候需要手术干预治疗。脊柱关节病它主要是由于年龄的因素或者骨质疏松造成。随着年龄增加之后，骨质开始发生疏松，骨骼结构开始发相应的适应性改变，与头变白或者身体发胖一样具有相应的适应性。脊柱关节病是退变，前方相适应的概念是腰椎间盘突出或者间隙狭窄，还有黄韧带增厚、椎管狭窄等，这些情况都是同时发生。临床身体的脊柱关节可以产生很多种病症，不同的病症，病人的临床症状不一样。如果病人的脊柱由于受到外力，导致发生腰椎滑脱，病人会感觉腰部疼痛，同时还还会出现弯腰困难的病症。如果病人由于由脊柱部位骨骼出现增生、老化、退变，可以产生腰椎间盘突出疼痛，或者是腰椎管狭窄症。病人表现为腰痛，同时有双侧下肢出现放射性疼痛或者是电击样疼痛，双侧的皮肤感觉减退、肌肉力量减弱，有的还会出现二便异常和病理反射。还有的病人会有行走时出现间歇性跛行，弯腰困难等情

个月应该定期的针对病例进行分析和授课，采用个案分享的形式，让护理人员学习关于无痛的知识内容，提高科室内对于疼痛的认知程度，保证有效的镇痛。心理指导方面，在手术前应该加强访视工作，告知病人手术的操作内容，麻醉方法以及手术结束后的注意要点，缓解疼痛的主要措施，分享成功案例，建立病人的治疗信心。详细的向病人说明镇痛类药物的使用方法，适应症以及可能出现的不良反应。制作宣传手册，让病人观看，提高病人的认知程度。围绕病人的具体情况，采用合理科学的疼痛评估模式，定期的针对其疼痛情况进行分析和评估，并采取相应的镇痛措施。

1.3 观察指标

1.3.1 生活质量

生活质量调查主要是使用评分表，表内内容包含脊柱关节骨病患者的生理以及心理情况，从而评估其生活质量，分数为 0-100，分数与脊柱关节骨病患者的生活质量为正相关。

1.3.2 心理状态

进行脊柱关节骨病患者的心理状态分析使用的是抑郁 (SDS)、焦虑 (SAS) 评分量表开展综合性评估与判定，脊柱关节骨病患者获得分数高说明心理状态差。

1.3.3 满意度

我院自制满意度分析表（非常满意，满意，不满意），由病人自行评估，根据自身满意度程度填写，满意度=（非常满意+满意）/总数*%。

1.3.3 疼痛评分

对比两组脊柱关节骨病患者的疼痛评分，使用 VAS 评分表，分数区间为 0-10 分，分数越高，病人疼痛越明显。

1.4 统计学方式

数据使用 SPSS20.0 系统处理，所得到的两组脊柱关节骨病患者的数据行 t 检验，以 $\bar{x} \pm s$ 表示，计数资料行 χ^2 检验，以%表示。 $P<0.05$ 时具有统计学意义。

2. 结果

2.1 生活质量对比见表 1

组别	物质生活		躯体功能		社会职能		心理功能	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
无痛组	79.65±3.41	92.43±2.57	78.67±3.65	94.16±3.03	75.87±3.26	91.67±2.57	64.52±2.65	86.74±2.03
基础组	78.97±3.54	85.74±2.18	78.54±2.52	84.97±2.53	75.69±2.58	85.67±2.18	64.85±3.52	75.43±2.53
t	0.7947	11.4037	0.1684	13.3741	0.2487	10.2275	0.4303	20.0297
P	0.4297	<0.01	0.8668	<0.01	0.8044	<0.01	0.6685	<0.01

况。如果病人出现腰椎僵化，病人会出现下腰部有持续性疼痛。出现脊柱关节病变的情况下，会导致脊柱的形态以及脊柱的活动发生一定的改变，类似于强直性脊柱炎，就是在脊柱的小关节处发生的病变，导致椎体之间出现融合，患者都会有脊柱的活动受限、疼痛、脊柱的畸形等表现。为了确诊脊柱的疾病，需要做影像学的检查，比如局部的 X 光片或者 CT 的检查，看局部是否发生病变。脊柱关节的疾病多半是由于人体的免疫系统疾病引起，像强直性脊柱炎比较特异的抗体就是 HLA-B27，在出现了 HLA-B27 阳性的情况下，就意味着是强直性脊柱炎。脊柱退行性骨关节病，常规检查采取正、侧位位投照。首先评价正侧位片脊柱对应关系，生理曲度是否过大、变直、侧弯，负重增加一侧会更早发生退行性骨关节病。脊柱退变表现为椎体边缘骨质增生、椎间隙变窄以及椎体终板硬化、囊变。具体情况如下：1、椎体边缘骨质增生，骨质增生；2、椎间隙变窄；3、椎体终板边缘骨质硬化，甚至囊变，出现真空效应、真空现象。脊柱关节病是脊柱退行性变的表现，若出现关节改变应进行保守治疗、神经阻滞治疗、手术治疗，具体分析如下：1、保守治疗：可以通过吃药、贴膏药，以及针灸、理疗、制动等，对症状进行控制，如果患者出现明显的疼痛，可以遵医嘱使用非甾体类止痛药物治疗，比如双氯芬酸钠缓释片、布洛芬缓释胶囊、塞来昔布胶囊等，能够缓解疼痛。2、神经阻滞治疗：在此关节上进行肌肉注射，如止痛药、麻药，以及激素类药物，将神经进行溶解，可称为消融术，神经阻滞是用麻醉药、激素和营养神经的药物，进行治疗神经痛的一种方法，弥补了药物、手术疗法的不足。其主要是通过神经干，从神经节的周围注射局麻药物、激素和营养神经的药物，阻滞神经冲动传导时所支配的区域产生麻醉的作用，同时可以治疗神经的炎症和营养神经；3、手术治疗：若上述治疗效果较差时应进一步查找原因，观察是否因为关节突骨质增生，或关节突、骨头发生位移，引起滑脱。若由滑脱和不稳引起应进行手术治疗，将上下骨头固定，关节不可以随意摆动，此时疼痛会减轻。无痛病房就是改变传统的疼痛护理手段，采用评判思维进行病人的疼痛护理措施，并制定针对性的疼痛缓解方法。

本次研究中，实验的主要目的就是分析无痛病房对于脊柱关节骨病人的效果，通过针对实验对象采取不同的护理措施，能够有效的分析护理效果。通过对病人的生活质量对比结果显示，在护理前，两组病人生活质量没有明显的区别，在护理后，无痛组病人的生活质量明显提升更快 ($P<0.05$)，主要是因为病人通过无痛病房后，能够有效的改善其不良的生活习惯，并且通过心理等多方面的干预能够提高病人的治疗效果和个人感受；对于疼痛评分的结果对比来看，通过针对病人采取科学合理的无痛干预能够改善其生理指标。证明临床效果理想针对病人的心理状态和满意度调查结果显示，无痛病房的病人对于护理手段的不同，心理负面情绪的改善以及个人意愿的满意度也有所不同，无痛组病人明显更加满意，并且心理状态更加良好 ($P<0.05$)。

综上所述，通过给予脊柱关节骨病患者无痛病房可行性较高，更可改善其生理功能与躯体功能，更易于脊柱关节骨病患者认可与接受。

参考文献：

- [1]周航,齐海宇,周博洋,程晓悦,孙鹏飞,段越,赵瞰.脊柱关节病型银屑病关节炎疾病活动度的相关影响因素分析[J].临床和实验医学杂志,2022,21 (12): 1299-1303.
- [2]刘俊俊.基于无痛病房模式的规范化疼痛护理对胆囊切除术后患者疼痛控制及应激反应的影响[J].微量元素与健康研究,2022,39 (02): 16-19.
- [3]俞顺,苏家威,林敏敏,陈贤源,马明平.T1-mapping 技术对肿瘤坏死因子- α 拮抗剂治疗中轴型脊柱关节病疗效监测的初步研究[J].磁共振成像,2022,13 (01): 21-25+36.
- [4]黄朝,张慧鑫,任浩,郭显琪.基于移动互联网的虚拟无痛病房对开颅手术后患者疼痛管理的效果[J].中国康复理论与实践,2021,27 (02): 222-229.

老年髌部骨折患者并发肺部感染的护理干预

第一作者：孙晶晶 通讯作者：文丽春

昆明市中医医院 昆明市 650500

摘要：目的：研究分析在老年髌部骨折并发肺部感染的患者中采取护理干预措施具有的临床效果。方法：选取 2020 年 01 月-2021 年 12 月我院收治的 100 例老年髌部骨折并发肺部感染患者进行研究分析，采用随机分组的方法将其分为两组，采用不同的护理措施，观察患者的临床效果。结果：对照组有效率为 82.00%，观察组有效率为 96.00%，两组之间进行对比发现差异明显（ $P<0.05$ ）；两组患者护理前炎症指标没有明显差异（ $P>0.05$ ）；护理后对照组白细胞（ 11.62 ± 0.75 ） $\times 10^9/L$ 、C 反应蛋白（ 13.36 ± 1.89 ）mmol/L、中性粒细胞（ 7.65 ± 0.82 ） $\times 10^9/L$ ，观察组白细胞（ 8.42 ± 0.37 ） $\times 10^9/L$ 、C 反应蛋白（ 7.47 ± 0.41 ）mmol/L、中性粒细胞（ 4.07 ± 0.35 ） $\times 10^9/L$ ，两组之间进行对比发现差异明显（ $P<0.05$ ）。结论：在老年髌部骨折并发肺部感染的患者中给予护理干预措施，具有好的临床使用价值，值得被推广和使用。

关键词：髌部骨折；并发症；肺部感染；老年患者；护理干预

伴随着我们国家老龄化人口的加剧，老年人的健康问题是现阶段社会中面临的巨大压力^[1]。因为老年人的机体退化较为严重，尤其是老年人的骨量减少较为严重，所以很多的老年人在跌倒的时候都会造成骨折的发生^[2]。在众多的骨折类型中，最为严重的就是髌部的骨折，因为该部位发生骨折之后，患者需要卧床静养。一些症状比较严重的老年患者甚至还需要进行手术，而手术之后的一段时间内也是需要卧床的^[3]。在老年人群中，因为体内的器官逐渐出现衰竭，所以卧床的时候较易出现其他的并发症，其中肺部感染就是较为危险的一种。在临床中对于老年患者进行治疗时，除了必要的治疗手段以外，还需要给予患者护理措施，帮助患者更快地恢复^[4]。本次研究主要是通过将 100 例老年髌部骨折并发肺部感染的患者进行分组后采取不同的护理干预，观察患者的临床效果，现将结果汇报如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 01 月-2021 年 12 月我院收治的 100 例老年髌部骨折并发肺部感染的患者进行研究分析，随机将其分为两组。对照组中男性患者 28 例、女性患者 22 例，最小年龄 49 岁、最大年龄 72 岁，平均（ 60.47 ± 1.38 ）岁；观察组中男性患者 29 例、女性患者 21 例，最小年龄 48 岁、最大年龄 74 例，平均（ 61.34 ± 1.29 ）岁。将两组患者的一般资料进行比较发现，差异不具有统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入标准

1.2.1 纳入标准

①患者经过临床诊断符合髌部骨折；②患者排除其他疾病引起的肺部感染；③患者无意识障碍，可以主动配合。

1.2.2 排除标准

①患者不符合临床诊断标准；②合并有其他严重基础疾病；③患者有意识障碍，无法主动配合。

1.3 方法

对照组患者采取常规护理措施，即术后常规监测患者生命体征，合并感染的患者遵医嘱进行药物治疗，指导患者正确饮食等。

观察组在其基础上进行护理干预，具体如下：（1）心理干预：因为老年患者通常在患病之后会有心理的负担，加之手术的风险非常大、术后患者需要经过一段时间的康复时期。所以患者在住院期间需要给予一定的心理护理干预，通过主动与患者交流、沟通，了解患者的内心需求，给予患者心理上的支持，并且鼓励患者要树立信心，使患者在治疗时能够积极配合。不仅如此，可以向患者介绍科室中恢复效果非常好的病例，让患者能够正确对待疾病。

（2）饮食指导：患者住院期间，指导患者正确饮食，多吃富含营养的食物，饮食要少吃多餐，尽量避免患者饮食过于油腻，优先选择高蛋白的食物，可以帮助患者更好地恢复。同时，还要多食用新鲜的瓜果蔬菜，补充必要的维生素。（3）日常护理：对手术的患者，密切观察其手术伤口的愈合情况，如发现伤口的有感染的征兆，要提前进行处理，更换新的敷料或对伤口进行消毒。对于咳嗽的患者指导患者家属帮助患者进行排痰，可以每日让患者侧卧，指导家属正确的拍背排痰方法。如患者痰液量较多，可以使用吸痰器对患者进行吸痰。在进行日常护理时，可以多与患者进行交流，使患者感到被关心，同时可以通过交流了解患者的需求，根据患者的需求采取必需的护理措施。

1.4 观察指标

观察并记录两组患者护理有效率以及护理前后炎症指标并进行比较。

1.5 评价标准

有效率：显著：患者的感染症状消失，炎症指标下降显著；有效：患者的感染症状得到有效缓解，炎症指标有所下降；无效：患者的感染症状未缓解，炎症指标未下降，甚至出现加重。有效率=（显著+有效）/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学方法

本次实验的数据采用 SPSS25.0 统计软件进行处理与分析，其中计数资料用（n，%）表示，用卡方对数据进行检验；计量资料用（ $\bar{X}\pm S$ ）表示，用 t 对数据进行检验。检验后，若 $P<0.05$ 表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 护理有效率

结果显示，对照组有效率为 82.00%，观察组有效率为 96.00%，两组之间进行对比发现差异明显（ $P<0.05$ ），具有统计学意义，详见表 1。

表 1 护理有效率（n，%）

组别	n	显著	有效	无效	有效率
对照组	50	26（52.00）	15（30.00）	9（18.00）	41（82.00）
观察组	50	36（72.00）	12（24.00）	2（4.00）	48（96.00）
χ^2	-	-	-	-	8.527
P	-	-	-	-	<0.05

2.2 护理前后炎症指标（白细胞、C 反应蛋白、中性粒细胞）

结果显示，两组患者护理前炎症指标没有明显差异（ $P>0.05$ ）；护理后对照组白细胞（ 11.62 ± 0.75 ） $\times 10^9/L$ 、C 反应蛋白（ 13.36 ± 1.89 ）mmol/L、中性粒细胞（ 7.65 ± 0.82 ） $\times 10^9/L$ ，观察组白细胞（ 8.42 ± 0.37 ） $\times 10^9/L$ 、C 反应蛋白（ 7.47 ± 0.41 ）mmol/L、中性粒细胞（ 4.07 ± 0.35 ）

$\times 10^9/L$ ，两组之间进行对比发现差异明显（ $P<0.05$ ），具有统计学意义，详见表 2、3。

表 2 护理前炎症指标（ $\bar{X}\pm S$ ）

组别	n	白细胞 （ $\times 10^9/L$ ）	C 反应蛋白 （mmol/L）	中性粒细胞 （ $\times 10^9/L$ ）
对照组	50	（ 19.62 ± 0.36 ）	（ 23.36 ± 1.56 ）	（ 14.65 ± 1.24 ）
观察组	50	（ 19.27 ± 0.49 ）	（ 23.57 ± 1.48 ）	（ 14.17 ± 1.64 ）
t	-	0.517	0.437	0.541
P	-	>0.05	>0.05	>0.05

表 3 护理后炎症指标（ $\bar{X}\pm S$ ）

组别	n	白细胞 （ $\times 10^9/L$ ）	C 反应蛋白 （mmol/L）	中性粒细胞 （ $\times 10^9/L$ ）
对照组	50	（ 11.62 ± 0.75 ）	（ 13.36 ± 1.89 ）	（ 7.65 ± 0.82 ）
观察组	50	（ 8.42 ± 0.37 ）	（ 7.47 ± 0.41 ）	（ 4.07 ± 0.35 ）
t	-	11.153	10.318	8.648
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

髌部骨折是老年人常见的严重损伤，成为继心脑血管疾病和肿瘤后第三大老年人“杀手”。因为老年人骨质疏松，骨骼脆性增加，仅轻微外伤就会造成骨折。尤其以髌部骨折最常见，并且最容易出现严重后果。有数据显示，老年髌部骨折，一年后的生存率大概是 50%，也就是说，发生髌部骨折以后，一半的老年患者会因跌倒去世^[5]。

就髌部骨折而言，发生的各种并发症，这才是导致患者死亡的根本原因^[6]。发生这种骨折的人，年龄都比较大，身体条件也相对较差，很多人都会有一些高血压、高血脂、糖尿病、心脏病等基础病。手术毕竟是一种创伤，对患者的心理和生理上都是一个不小的挑战^[7]。

导致患者死亡的三大并发症之一是肺部感染，简单地说，如果因为髌部骨折不做手术，那就需要长期卧床，而且最短的时间也需要 3 个月，患者因为下肢行动受限，只能平卧在床，甚至无法翻身或半坐在床上。患者的身心非常痛苦不说，还会导致患者肺部的分泌物无法顺利排出，长时间以后，非常容易形成坠积性肺炎，引起全身感染^[8]。

患者因为突发意外，活动和自理能力下降，很容易产生悲观、焦虑、抑郁、沮丧、绝望等不良情绪，对治疗失去信心，这些不良心理状态会降低治疗依从性，影响康复进程，尤其是手术患者^[9]。而健康的心理状态对维持机体功能有重要意义，通过心理护理可以激发患者潜在的心理资源，使患者的心身处于最佳状态，减少并发症的发生，提高患者对治疗和护理的满意度。因此，做好手术患者的护理干预尤为重要^[10]。

本次研究的结果显示：采用护理干预后护理有效率为 96.00%，白细胞（ 8.42 ± 0.37 ） $\times 10^9/L$ 、C 反应蛋白（ 7.47 ± 0.41 ）mmol/L、中性粒细胞（ 4.07 ± 0.35 ） $\times 10^9/L$ ，采用常规护理的患者护理有效率为 82.00%，白细胞（ 11.62 ± 0.75 ） $\times 10^9/L$ 、C 反应蛋白（ 13.36 ± 1.89 ）mmol/L、中性粒细胞（ 7.65 ± 0.82 ） $\times 10^9/L$ 。两组间进行比较发现，具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。表明患者在经过护理干预之后，对于患者的治疗起到了显著的影响，使患者的护理有效率得到了很大的提升。

综合上述，在老年髌部骨折并发肺部感染的患者中采取护理干预措施，能够有效帮助患者更快地恢复，并且患者的住院时间得到缩减，且住院期间花费的费用较少，减轻了患者家庭的经济压力，在临床对老年髌部骨折并发肺部感染的护理中起到了很好的应用价值，值得临床的推广和使用。

参考文献：

- [1]殷璇,俞蒙倩. 功能锻炼路径护理对老年髌部骨折患者术后肢体功能恢复的影响[J]. 中西医结合护理(中英文),2021,7(04): 1-4.
- [2]张文洁,董晓燕,王彩娥,等. 综合护理干预在预防老年髌部脆性骨折患者坠积性肺炎中的应用研究[J]. 甘肃科技,2020,36(13): 140-143.
- [3]陈旭刚,尹小兵,仇荣敏,等. 老年髌部骨折患者术后并发肺部感染的危险因素研究进展[J]. 临床与病理杂志,2020,40(07): 1869-1876.
- [4]吴青霞,蒲庭,侯小倩,等. 循证护理在预防老年髌部骨折围术期并发肺部感染中的应用[J]. 检验医学与临床,2013,10(15): 1928-1929.
- [5]董晓燕,陶彦彦,赵娟. 预防老年髌部脆性骨折病人肺部感染的加速康复循证护理实践[J]. 安徽医药,2022,26(01): 99-102.
- [6]赵丹. 持续性护理干预对老年髌骨骨折患者术后生活质量的影响[J]. 中国医药指南,2022,20(02): 145-147+151.
- [7]陈佳,黄腾,张隆,等. 高龄髌部骨折患者术后呼吸衰竭危险因素及防治措施[J]. 中国老年学杂志,2022,42(01): 59-61.
- [8]赵克聪,张宝翠,范静宇,等. 持续性护理对老年股骨粗隆间骨折术后患者的效果[J]. 中国康复理论与实践,2022,28(02): 170-174.
- [9]林秀秀,陈雪萍,杨巧灵,等. 个性化护理对老年股骨颈骨折患者的护理干预效果分析[J]. 中外医疗,2022,41(02): 138-142.
- [10]饶绮雯,莫丽君,李凤仪,等. 自我认同心理护理配合弹力带抗阻训练对老年髌部骨折患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28(06): 57-60.

预见性护理联合人性化服务在预防手术室患者不良事件及护理质量中的应用效果分析

¹王欢 ²乐丽珠 ³区作明 ⁴梁永钊

1 高明中医院手术室 528500; 2 高明中医院手术室 528500; 3 高明中医院骨科 528500; 4 高明中医院骨科 528500

摘要:目的 研究手术室患者行预见性护理+人性化服务的效果。方法:数据取自本院2020年1月-2021年12月收治的100例手术室患者,根据“入院先后顺序”分参照组(常规护理,n=50)、科研组(预见性护理+人性化服务,n=50),2组疗效比较分析。结果:干预前比较两组护理质量无差异, $P>0.05$;干预后与参照组比较,科研组护理质量评分更高;科研组满意率(98.00%)高于参照组(84.00%),科研组不良事件发生率(6.00%)低于参照组(20.00%), $\chi^2=4.396,4.332$; $p=0.036,0.037$, $P<0.05$ (具有统计学意义)。结论:预见性护理+人性化服务可提高手术室患者的护理质量,提高患者满意度,避免发生护理不良事件、值得临床推崇。

关键词: 预见性护理; 人性化服务; 手术室; 护理质量; 满意度; 不良事件

经研究发现,手术室作为医院众多科室中患者接受诊疗、抢救、治疗疾病的重要场所之一为手术室,也属医院的高危风险科室,具有工作量大、工作科室繁多、工作时间长及需要多元化管理的特征,但手术室护理工作中存有各种安全隐患,增加潜在风险,影响患者手术治疗的安全性、术后康复进程,严重甚至危及生命。据统计^[1],近年来因“手术风险事故”引起的死亡人数高达八九万人次,其死亡率比车祸等突发疾病引起的死亡率更高,故保证护理安全、规避护理安全隐患,可提高手术室安全质量。叶海兵^[2]证实,常规护理以手术室杀菌消毒、调试仪器及手术室整理等内容为主,营造良好的手术室环境,减轻外界因素干扰、保证手术室护理安全,但常规内容护理单一,效果不理想,无法完全规避不良事件、影响护理质量,未获得患者青睐满意。鉴于此,本文选择本院2020年1月-2021年12月收治的100例手术室患者为研究对象,分析联合干预用于手术室患者中的价值,汇总:

1 资料和方法

1.1 基线资料

前瞻性研究,将本院2020年1月-2021年12月收治的100例手术室患者纳入研究,科研组(50例):男女比例29:21,年龄25-64岁,均值(43.21±5.29)岁;体重45-79kg,平均(61.14±3.58)kg;麻醉方式:全身麻醉30例,椎管内麻醉20例;BMI值19-26kg/m²,均值(23.35±0.41)kg/m²;手术类型:妇科14例,外科13例,骨科16例,其他7例;参照组(50例):男女比例28:22,年龄26-65岁,均值(43.35±5.34)岁;体重46-80kg,平均(61.28±3.62)kg;麻醉方式:全身麻醉31例,椎管内麻醉19例;BMI值18-25kg/m²,均值(23.28±0.35)kg/m²;手术类型:妇科15例,外科12例,骨科15例,其他8例。 $P>0.05$,可比较。所有患者知情、对“知情同意书”签字确认,经伦理委员会审批同意。

【纳入标准】①均行手术治疗;②意识清晰、可正常交流沟通;③年龄范围25-65岁,体重在45-80kg;④有完整性资料;**【排除标准】**①严重躯体性疾病;②传染性疾病、恶性肿瘤;③手术禁忌症;④凝血功能异常、免疫系统病症;⑤患有精神疾病;⑥中途退出研究。

1.2 方法

参照组(常规护理):术前做好手术室杀菌消毒,将室内温湿度调节适中,营造良好的手术室环境,并在术前对术中所用医疗器械、医疗仪器进行调试,患者进入手术室后协助患者取舒适体位,术后根据科室相关要求,对医疗器械及污染敷料进行处理,消毒整理手术室,将医疗垃圾处理好。

科研组(参照组基础实行预见性护理+人性化服务):
(1)成立专科小组:涉及组员有1名科室护士长及6名手术室护士,查阅知网、万方及维普等学术网站,总结既往手术室护理中存在的常见、潜在风险因素,制定预防性控制方案,并在组长带领下,定期对组员开展专科培训,涉及预见性护理、人性化服务方案制定,明确护理管理目标,协助组员系统化学习相关护理内容,要求每位护士对手术室管理的具体流程、护理工作内容了解掌握,落实责任

至个人,小组内每周召开1次讨论会,对护理方案进行不断完善,提高护理质量;

(2)预见性护理+人性化服务:①术前指导:术前加强病房访视,考虑个体差异,制定详细的护理计划,根据患者教育背景及家庭背景,通俗阐述病情及病因、手术项目及术中注意事项,协助其了解手术流程,消除陌生感、恐惧感,提高疾病认知度,保证患者在情绪稳定的前提下接受手术,且术前认真执行3项信息核查,由巡回护士和器械护士完全复述手术室医师的口头医嘱,再次对手术器械确认、保证符合相关要求,并密切观察患者血压、心率及脉搏等生命体征,指导其调整血氧饱和度、呼吸频率等,保证引流管通畅;②术中护理:待患者进入手术室后,巡回护士主动与其交流沟通,热情、温柔的阐述手术室环境、术中涉及医疗器械及所用电外科设备,并提前告知患者术中可能出现噪音属正常现象,且做好隐私保护,协助患者了解手术环境、术中情况等,也可借助眼神沟通、肢体接触等方式,转移患者术中注意力、缓解不良情绪,并术中根据护理计划进行,避免发生不良因素、潜在风险,保证护理安全;

③术后护理:待患者麻醉清醒后,陪同其转移回病房,注意定期保养接送患者的转运车,出车前认真检查,保持轻稳的动作接送患者,将约束带固定好,避免发生坠床、碰伤等意外情况,并术后询问患者的自身感受,第一时间告知手术情况及效果,给予鼓励、关怀及安慰等,确保其以乐观心态面对术后治疗,若患者主诉有轻微疼痛,则可以给予音乐、报刊及视频等形式,转移疼痛注意、缓解不适,剧烈疼痛者可给予镇痛剂缓解;④人性化管理:增强护士的感染预防意识,将消毒隔离管理制度落到实处,提高其综合护理素质,并在护理管理中纳入人才培养观念,给予护理指导,营造温馨的工作氛围,避免手术护理时出现潜在风险。

1.3 观察指标

护理质量:自制“护理质量量表”,涉及安全防护、专业技能、服务意识及护理管理,各维度满分100分,得分越高越好^[3]。

满意度:自制“满意度调查问卷”,总分100分,满意≥90分,一般60-89分,差<60分^[4],
$$\text{满意率} = \frac{(\text{满意} + \text{一般}) \text{例数}}{50} \times 100\%$$

不良事件:记录2组出现消毒隔离错误、器械数量错误及设备损坏的例数。

1.4 统计学方法

excel表整理,SPSS22.0软件分析,计量资料均数±标准差($\bar{x} \pm s$), t 检验。计数资料构成比[n(%)], χ^2 检验。检验水准 $P=0.05$ 。

2 结果

2.1 护理质量

干预前比较两组护理质量无差异, $P>0.05$;干预后与参照组比较,科研组护理质量评分更高($P<0.05$),见表1。

表1 护理质量比较 ($\bar{X} \pm s$, 分)

组别	安全防护				专业技能			
	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
科研组 (n=50)	70.24±5.38	85.57±6.45 ^{##}	12.906	<0.05	72.39±5.47	88.75±6.52 ^{##}	13.593	<0.05
参照组 (n=50)	70.36±5.41	80.21±6.23 [*]	8.441	<0.05	72.45±5.62	82.17±6.14 [*]	8.257	<0.05
<i>t</i>	0.111	4.226	--	--	0.054	5.195	--	--
<i>P</i>	0.912	<0.05	--	--	0.957	<0.05	--	--

组别	服务意识				护理管理			
	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
科研组 (n=50)	75.34±5.47	90.62±6.54 ^{##}	12.673	<0.05	71.18±5.32	86.41±6.24 ^{##}	13.133	<0.05
参照组 (n=50)	75.52±5.39	84.23±6.12 [*]	7.552	<0.05	71.24±5.45	81.15±6.02 [*]	8.629	<0.05
<i>t</i>	0.166	5.045	--	--	0.056	4.290	--	--
<i>P</i>	0.869	<0.05	--	--	0.956	<0.05	--	--

注: 组内比较, ^{*}*P*<0.05; 组间比较, ^{##}*P*<0.05。

2.2 心理情绪

干预前比较两组心理情绪无差异, *P*>0.05; 干预后与参照组比较, 科研组 SAS、SDS 值更低 (*P*<0.05), 见表 2。

表2 心理情绪比较 ($\bar{X} \pm s$, 分)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
科研组 (n=50)	59.41±5.23	35.24±2.67 ^{##}	57.32±5.45	32.17±2.54 ^{##}
参照组 (n=50)	59.32±5.17	42.51±2.53 [*]	57.29±5.41	40.28±2.49 [*]
<i>t</i>	0.087	13.976	0.028	16.122
<i>P</i>	0.931	<i>P</i> <0.05	0.978	<i>P</i> <0.05

2.3 不良事件

与参照组比较, 科研组不良事件发生率更低 (*P*<0.05), 见表 3。

表3 不良事件比较[(n), %]

组别	消毒隔离错误	器械数量错误	设备损坏	发生率
科研组 (n=50)	2 (4.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	3 (6.00%)
参照组 (n=50)	2 (4.00)	4 (8.00)	4 (8.00)	10 (20.00%)
χ^2	--	--	--	4.332
<i>P</i>	--	--	--	0.037

3 讨论

有文献报道^[5], 预见性护理+人性化服务用于手术室患者中具有可行性, 分析发现: ①术前根据患者个体差异, 制定针对性护理方案, 可保证护理操作有效性, 并将健康宣教落到实处, 可协助其正确了解疾病、消除对手术的恐惧感及陌生感, 在了解疾病的前提下开展手术, 为手术顺利开展提供保证, 并术前完善信息核查工作, 再次确认手术器械, 可避免出现不良事件, 并密切观察患者生命体征, 将呼吸频率、血氧饱和度调节合理, 利于促进手术顺利进行^[6];

②术中主动与患者交流沟通, 通俗阐述手术室环境、术中器械及电外科设备等, 可协助其了解术中所用器械、具体手术流程等, 提前做好对噪音的心理准备, 减轻患者心理应激性, 并做好隐私保护, 可消除其陌生感、恐惧感, 辅助眼神沟通、肢体接触等, 可减缓患者心理应激性、转移手术注意力, 稳定情绪、避免潜在风险影响手术进展, 可改善患者预后^[7];

③术后全程陪伴患者回病房, 保持轻柔的动作接送患者, 合理固定, 避免碰伤、坠床等不良事件对其身体健康带来不利损害, 且术后给予心理疏导, 第一时间告知手术情况, 给予

安慰、温暖及关怀, 保证患者在情绪稳定的前提下对术后康复, 并根据其疼痛程度, 给予报刊、镇痛药等方式缓解, 减轻外界因素刺激性、提高配合度, 且加强人性化管理可提高护士的感染预防意识, 优化综合护理素质、可避免潜在风险影响治疗进展, 效果较理想。

本研究示: ①科研组护理质量评分高于参照组 (*P*<0.05), 分析: 不同护理操作影响护理质量, 影响手术进展, 故联合干预可相辅相成, 提高护理质量、促进治疗进展顺利, 可改善患者预后; ②科研组较参照组不良事件发生率更低 (*P*<0.05), 分析: 护理不当则引起不良事件发生, 影响手术效果, 故联合干预可保证手术安全, 避免外界因素影响手术进展, 对促进术后恢复有积极作用; ③科研组较参照组满意度更高 (*P*<0.05), 说明本文与单单单^[8]文献一致, 故联合干预可发挥各自优势, 护患间建立信赖度、信任度, 避免医疗纠纷影响手术流程, 提高患者满意度、具实践价值。

综上所述: 手术室患者行预见性护理+人性化服务可改善护理质量, 拉近护患距离、改善护患关系, 避免不良事件影响手术效果, 疗效显著。

参考文献:

- [1]范晓彬,梁淑增,程友.食管癌患者手术室精准专科护理干预方法及临床价值研究[J].河北医药,2022,44 (4): 629-631.
- [2]叶海兵.老年股骨颈骨折患者进行优质手术室护理的效果及可行性评价[J].泰州职业技术学院学报,2022,22 (1): 76-78,82.
- [3]高小凤,鹿秀娟,蒋丹等.精细化手术室护理在非体外循环冠状动脉搭桥术患者中的应用效果[J].护理实践与研究,2022,19 (1): 129-132.
- [4]章文妍,杨洁,杜静茹.手术室整体护理在预防高龄全膝关节置换术患者术后感染中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27 (6): 73-75.
- [5]王岚,全麻苏醒期手术室护理干预对患者 HR、BP 及不良情绪的影响研究[J].首都食品与医药,2022,29 (8): 107-109.
- [6]马丽红.预见性护理联合人性化服务在预防手术患者不良事件及护理质量中的应用[J].国际护理学杂志,2022,41 (3): 554-557.
- [7]南宁,张燕.腹腔镜结直肠癌根治术患者加强手术室优质护理干预对术后恢复的影响研究[J].贵州医药,2022,46 (2): 332-333.
- [8]单单单,文慧,樊孝文等.手术室个性化心理护理在髌关节置换术腰硬联合麻醉患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2022,28 (4): 547-550.

作者简介: 单位与科室: 佛山市高明区中医院手术室, 单位地址和邮编: 佛山市高明区文华路 387 号高明中医院 528500, 性别与学历: 女 本科, 职称和职务: 主管护师, 通讯地址: 高明区中医院, 籍贯与民族, 山西临汾 汉, 出生年月: 1981 年 10 月 31 日, 研究方向: 手术室护理。

个性化护理在小儿肺炎支原体感染中的应用分析

王金兰

江苏省仪征市中医院 儿科护理组 江苏仪征 211400

摘要：目的：总结肺炎支原体感染患儿采取个性化护理对于护理质量的作用。方法：选择 2021 年 1 月至 2022 年 6 月收治的 60 例肺炎支原体感染的患儿。对于接受个性化护理的患儿定义为实验组，对于接受常规护理患儿定义为常规组。对比干预有效率、疾病症状的改善状况、住院时间、满意度和护理质量。结果：实验组干预后干预有效率、疾病症状及住院时间、满意度以及护理质量的评定结果均优于常规组，P<0.05。结论：小儿肺炎支原体感染的临床护理服务期间个性化护理对于护理质量的推动作用明显，能够从护理角度上满足患儿的个体需求，有利于缓解患儿的经济与心理压力，值得推广。

关键词：小儿肺炎；支原体感染；个性化护理；护理效果

小儿肺炎支原体感染属于临床儿科中常见的一种呼吸系统类疾病，一般发生在学龄前及学龄期儿童身上，约占儿童疾病的 40%左右。临床中对于小儿肺炎支原体感染的患儿，因为其无法表达自主性感受，所以经常需要家属与护理人员的陪护^[1]。整体来看，临床中对于小儿肺炎支原体感染的护理工作要求相对较高，传统护理服务相对比较简单，无法为患儿提供全面且个性化的护理，再加上对于患儿的重视度不足，无法有效的降低并发症的风险^[2]。个性化护理服务本身带有较为全面的特征，同时各项护理干预措施可以结合患儿的实际需求提供护理，可以围绕以人为本的护理服务为核心，可以促进患儿更快的康复^{[3][4]}。近些年有许多研究发现个性化护理能够有效应用于各类重症患儿，对于小儿肺炎患儿也具备一定的应用优势，有利于疾病的有效治疗与症状快速控制，对于患儿身心状态均能够发挥一定的干预作用^[5]。对此，为了进一步提高小儿肺炎支原体感染患儿的预后康复效果，本文基于论著分析方式探讨个性化护理应用于小儿的临床价值。详细研究如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

采用 2021 年 1 月至 2022 年 6 月我院治疗肺炎支原体感染患儿 60 例的临床资料，按照护理方案的不同分为两组。对于提供个性化护理的患儿定义为实验组，共纳入 30 例，男、女分别为 16、14 例，年龄平均数（4.51±0.14）岁；对于接受常规护理的患儿纳入到常规组，共纳入 30 例，男、女分别为 18、12 例，年龄平均数（4.27±0.18）岁。基于统计学分析两组患儿一般资料无显著差异，P>0.05。

入选标准：通过 X 线被影像学检查技术被确诊为小儿肺炎；有支原体感染的明确证据。排除标准：存在原发脏器功能损伤；存在免疫功能障碍病症；带有药物过敏史。

1.2 方法

常规组采取常规护理，基于动态监测方式完成对患儿心率的观察，按照患儿的实际情况及时调整呼吸辅助干预方案，应用雾化方式用药，针对痰液相对较多的患儿提供吸引器进行吸痰，同时做好室内湿度的调整与控制。整个护理操作严格履行无菌操作原则。

实验组根据护理需求采取个性化护理对护理质量进行改进，具体实施内容如下：1 心理护理。针对小儿的心理问题，可以在临床护理服务期间应用应当基于家长提供安抚和鼓励，护理人员在旁进行协助与解答。针对 4 岁以上有一定言语辨别和沟通能力的患儿，可以基于患儿的情感现状与性格特征提供针对性的心理支持。借助有趣的事情、聊玩具或动画片等多种方式转移注意力，促使患儿能够主动配合临床医护工作，为后续疾病诊治与护理服务的开展提供支持；2、进餐护理。如果患儿可以自主进食，可以针对患儿提供多次少量的饮食计划，按照患儿的病情和体重做好饮食方案的调整，并调整进餐时间。如果患儿无法自主性进食，可以应用鼻饲方式进行进餐，鼻饲的温度控制在 40℃，在鼻饲期间需要确保患儿头高脚低，规避食物反流，并维持右侧卧位实现对呕吐行为的控制；3、呼吸道护理。辅助患儿采取侧卧位，并将床头适当抬高 15°，维持头高脚低位。每天定时做好对患儿的翻身与拍背，同时做好口腔分泌物的及时清理，如果痰液相对较多则可以为患儿提供雾化吸痰等护理干预；4、家庭健康教育。为患儿及其家属提供疾病知识宣传教育，同时整理关于小儿肺炎支原体感染的相关知识手册，保持一人一手册方式进行宣教，同时为患儿及其家属提供集中化的讲解，统一知识手册的相关内容，同时详细回答并讲解家属提出的各种问题，保障患儿及其家属可以形成对疾病的正确理解；5、感染相关性护理。每天定时定点采用一次性毛巾蘸取温热水清洗患儿的口腔与皮肤，在清洁期间需要注重患儿保暖。经常更换床布并规避感染的发生。在臀部清洁方面，可以涂抹臀霜，预防红臀。针对患儿排泄情况做好实时性的记录，同时护理人员接触患儿之前，应当落实无菌处理规避交叉感染；6、病情监测。在护理服务期间应当强化对患儿生命体征的检测，及时掌握患儿的体温、缺氧以及呼吸等情况，需要定时做好对体温的测量。如果有必要可以提供物理降温，预防体温过高而危及患儿的生命安全。在监测期间如果出现口唇发绀、面色苍白等问题，应当及时提供面罩吸氧，强化家属教育，实现对病情的高效防控；7、抗感染护理。在护理期间应当遵循并为患儿提供抗感染相关治疗，同时需要注重患儿病情全程记录，根据病情的调整做好对治疗剂量、用药速度的调整，同时需要详细记录患儿的大小便情况，在出现异常表现时需要及时告知主治医师，从而保障整体治疗效果。

1.3 观察指标

基于干预有效率、疾病症状的改善状况、患儿住院期间的时间与满意度、护理质量等指标。

在住院干预 10 天内体温恢复正常则定义为显效；用药后 10 天内体温、咳嗽与肺部啰音均明显改善且 X 线检查结果正常则为有效；其他均为无效。

满意度评价结果包含非常满意、满意和满意，评价对象为患儿家属，评价内容以护理服务是否热情、态度是否良好、护理技巧是否专业以及您对护理服务的感受。

1.4 统计学方法

本研究患儿性别、年龄、体质量采取 SPSS25.0 软件并以百分比数据进行录入与对比，观察指标采用 SPSS25.0 软件并以均数方式进行录入和对比、数据两组对比时基于 P 值进行检验，在 P<0.05 时证明组间对比满足统计学意义标准。

2. 结果

2.1 两组治疗效果对比

实验组患儿干预有效率明显高于常规组，P<0.05。详见表 1。

表 1 两组治疗效果对比

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	30	15	14	1	96.67%
常规组	30	10	14	6	80.00%
x ²	-	-	-	-	15.204
P	-	-	-	-	<0.05

2.2 症状缓解指标、住院时间对比

实验组症状缓解与住院时间均低于常规组，P<0.05。详见表 2。

表 2 症状缓解指标、住院时间对比

组别	例数	肺部症状缓解时间（d）	发热症状缓解时间（d）	住院时间（d）
----	----	-------------	-------------	---------

实验组	30	3.46±0.56	3.55±0.46	6.20±2.20
常规组	30	4.74±0.89	5.18±0.41	15.09±2.80
T 值	-	9.213	9.514	9.689
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 护理服务满意度对比

实验组患儿及其家属满意度显著高于常规组，P<0.05。详见表 3。

表 3 护理服务满意度对比

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
实验组	30	16	14	0	100.0%
常规组	30	8	14	8	73.33%
x ²	-	-	-	-	16.201
P	-	-	-	-	<0.05

2.4 护理质量对比

实验组安全管理、护理技能、基础护理、文书记录均高于常规组，P<0.05。详情见表 4。

表 4 护理质量对比

组别	例数	安全管理	护理技能	基础护理	文书记录
实验组	30	91.34±2.36	92.34±2.34	94.24±2.88	94.34±1.66
常规组	30	82.23±2.51	82.43±3.31	85.13±0.56	84.54±2.41
T 值	-	9.021	9.366	9.747	10.244
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

小儿肺炎支原体感染属于临床中儿科的常见疾病，肺炎的疾病表现主要是因为支原体呼吸道的传播感染而导致，患儿的早期疾病症状主要是以重度的咳嗽发热为主，早期应用听诊器并不能观察到肺部的体征变化，但是随着疾病的病程不断延长，疾病症状不断加重，此时患儿的病症表现会更加突出和明显，同时治疗迫切性也会更高。肺炎支原体属于支原体肺炎感染中较为普遍的一种病原体，在小儿呼吸系统病症和免疫系统没有完全发育的情况下，肺炎支原体感染的可能性相对较高，尤其是学龄前阶段与学龄期阶段，儿童发病率相对较高。肺炎支原体的病症会直接损害患儿多个系统与器官，会导致肺脏外靶器官发生病变。肺炎支原体感染患儿的机体抵抗力、免疫力水平较差，导致炎症发生率以及疾病危害相对较高。在临床中小儿肺炎支原体感染患儿如果没有及时进行治疗，还会导致各种严重并发症的形成，从而危及患儿的生命安全。临床中需要应用相关药物和雾化吸入方式进行治疗，同时治疗期间还需要为患儿提供相应的护理^{[6][7]}。常规护理所能够发挥的效果有限，同时护理服务本身带有程序化的问题，护理措施缺乏详细化优势，无法为患儿提供有效的护理服务，导致整体护理质量不理想。

基于个性化护理服务模式能够更好的掌握患儿治疗期间的风险，并基于风险发生可能做好提前防控处理，可以更好的保障患儿的康复质量。因为小儿肺炎患儿的病情较为严重，再加上发展速度较快，患儿可能会出现各种焦虑、恐惧的情绪，如果单纯应用传统护理无法满足患儿的治疗需求^{[8][9]}。采用个性化护理，可以按照患儿当前的个体状况明确护理期间存在的问题与护理期间可能存在的并发症，应用数据库当中的参考文献提供支持，制定能够满足患儿需求的护理方案，从而让患儿配合医护工作，达到提高治疗效果的目的。在生命体征、营养、静脉通路等方面提供护理可以更加清晰的掌握病情并提供基本的营养供应，达到提高治疗与护理干预的目的^[10]。另外，在护理期间可以借助有效护理方式促进痰液排出，可以促进呼吸更加顺畅，规避痰液堵塞和呼吸道分泌物的沉积，可以促进患儿的机体功能快速恢复，在进餐的同时可以保障患儿机体营养需求得以满足，在促进营养吸收的同时提升患儿的免疫力，促使患儿可以快速康复^[11]。

本次研究结果显示，实验组干预后干预有效率、疾病症状和住院时间、满意度以及护理质量的评定结果均优于常规组，P<0.05。本次研究充分证明个性化护理对于小儿肺炎支原体感染患儿有着较高的应用价值，可以明显促进护理质量，能够提高护理质量并满足患儿实际需求，可以明显加快患儿在医院内的住院康复速度与康复质量，可以作为小儿肺炎常规护理方案。

综上所述，小儿肺炎支原体感染护理服务期间个性化护理对于护理质量的推动作用明显，对于护理质量的促进作用相当明显，能够从护理角度上满足患儿的个体需求，有利于缓解患儿的经济与心理压力，值得推广。

参考文献：

- [1]邱秀兰.个性化护理在小儿肺炎支原体感染患儿中的临床效果[J].中外医疗，2022，41（15）：115-118+123.
- [2]李璇，代希丽，崔伟女.分析个性化护理在小儿肺炎支原体感染中的应用及其价值[J].临床医药文献电子杂志，2020，7（23）：109-110.
- [3]丘海丹，赵映雅，甘洁.小儿肺炎支原体感染患儿护理中个性化护理干预的应用研究[J].中国社区医师，2021，37（20）：135-136.
- [4]杨倩.个性化护理在肺炎支原体感染患儿中的应用效果[J].国际护理学杂志，2021，40（06）：1078-1080.
- [5]李卫洪.个性化护理干预在小儿肺炎支原体感染患儿中的应用效果[J].中国医药指南，2021，19（08）：143-144.
- [6]于建华.个性化护理干预在小儿肺炎支原体感染患儿中的应用效果[J].中国医药指南，2021，19（06）：166-167.
- [7]牟宗娜.个性化护理在小儿肺炎支原体感染患儿护理中的应用分析[J].中国医药指南，2021，19（01）：171-172.
- [8]杨静.个性化护理干预对在小儿肺炎支原体感染患儿中的应用效果[J].医学食疗与健康，2020，18（24）：242-243.
- [9]姜伟艳，郝春香，于靖华.小儿肺炎支原体感染中个性化护理的应用效果[J].中西医结合心血管病电子杂志，2020，8（35）：114-115.
- [10]李衷.肺炎支原体感染中个性化护理的应用效果研究[J].黑龙江中医药，2020，49（05）：137-138.
- [11]杨景玲.个性化护理干预在小儿肺炎支原体感染患儿中的应用效果分析[J].中国医药指南，2020，18（14）：257-259.

无缝隙衔接绿色通道护理对心肌梗死患者的门球（D-to-B）时间以及 D-to-B 时间达标率的影响

王丽绒

酒泉市人民医院 甘肃酒泉 7353000

摘要：目的：无缝隙衔接绿色通道护理对心肌梗死患者的门球（D-to-B）时间以及 D-to-B 时间达标率的影响。方法：本次实验属于对比探究实验类型，实验对象是按照筛选标准，选取在 2018 年 4 月-2020 年 3 月还未实施绿色通道 42 例我院就诊的心肌梗死患者为对照组，选取在 2020 年 4 月-2022 年 4 月实施绿色通道 42 例我院就诊的心肌梗死患者为实验组，在急诊救治期间分别实施无缝隙衔接绿色通道护理和常规护理，比较对于心肌梗死患者救治优化效果。结果：比较两组心肌梗死患者门球（D-to-B）时间以及 D-to-B 时间达标率，实验组门球（D-to-B）时间（88.45±16.95）min，对照组门球（D-to-B）时间（97.89±23.62）min，实验组门球（D-to-B）时间比对照组短，P<0.05；85.71% VS 59.52%，实验组患者 D-to-B 时间达标率高于对照组患者，P<0.05；比较两组心肌梗死患者实施不同护理措施院前延迟时间和发病治疗时间，实验组患者时间指标均比对照组短，P<0.05；比较两组心肌梗死患者抢救成功率，实验组高于对照组，P<0.05。结论：心肌梗死患者急救治疗期间，实施无缝隙衔接绿色通道护理，能够缩短门球（D-to-B）时间，提高临床抢救治疗团队的协作能力，挽救患者生命，临床急诊心肌梗死患者救治过程中推广开展。

关键词：心肌梗死患者；无缝隙衔接绿色通道护理；D-to-B；达标率

心肌梗死患者病情发展急促，病情状况危重，需要立即开展急诊介入治疗，挽救患者生命，现阶段临床针对心肌梗死患者直接 pci 方案是最为有效的治疗，能够有效帮助患者实现心肌再灌注治疗，也是心肌梗死患者救治成功的关键，因此在患者急诊救治过程中，应该进行救治流程优化，节约诊断疾病的时间和转运的时间，主要是保障患者在最短时间内，获得最有效的治疗，也能够救治之后优化患者预后效果^[1]。临床针对心肌梗死患者实施的护理保障措施，对于优化提升患者临床治疗效果十分重要，针对心肌梗死患者实施的护理保障模式非常多样，其中就包括无缝隙衔接绿色通道护理，在患者急诊救治过程中实施，是针对患者设置的一种简化的急救流程，能够有效帮助患者缩短入院就诊到实施直接 pci 治疗的时间，最大限度的保障心肌梗死患者生命安全^[2]。基于此将探究我院心肌梗死患者在就诊治疗中应用无缝隙衔接绿色通道护理，对于门球（D-to-B）时间以及 D-to-B 时间达标率的影响效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次实验属于对比探究实验类型，实验对象是按照筛选标准，选取在 2018 年 4 月-2020 年 3 月还未实施绿色通道 42 例我院就诊的心肌梗死患者为对照组，选取在 2020 年 4 月-2022 年 4 月实施绿色通道 42 例我院就诊的心肌梗死患者为实验组，在急诊救治期间分别实施无缝隙衔接绿色通道护理和常规护理。实验组：42 例心肌梗死患者，患者的性别占比情况，男性：女性=23：19，患者年龄分布区间情况，下限和上限分别为 41 岁、78 岁，均值（59.68±9.02）岁，患者疾病类型：急性前壁心肌梗死者 17 例，急性下壁心肌梗死者 25 例；对照组：42 例心肌梗死患者，患者的性别占比情况，男性：女性=24：18，患者年龄分布区间情况，下限和上限分别为 40 岁、79 岁，均值（59.98±9.15）岁，患者疾病类型：急性前壁心肌梗死者 18 例，急性下壁心肌梗死者 24 例。两组患者一般资料比较无显著差异（P>0.05）。

1.2 方法

对照组：心肌梗死患者在抢救治疗中实施常规护理，医院在接听急救电话之后，第一时间通知急救车出诊，到达现场之后，针对患者进行常规救治，包括吸氧、心电图监护、呼吸辅助等，入院之后急诊科挂号缴费立即送至急诊抢救，做好直接 pci 前的准备工作^[3]。

实验组：心肌梗死患者实施无缝隙衔接绿色通道护理，为患者制定的无缝隙衔接绿色通道护理方案，是根据心肌梗死患者病因、病情变化程度针对性制定，患者临床救治的原则，先救治再缴费，各个科室针对心肌梗死患者无缝隙衔接绿色通道护理方案给予高度配合。（1）急救电话接诊，120 在接到患者急救需求的电话之后，首先要询问明确患者目前发病的地址，地址信息越准确越好，然后立即通知医院救护车出诊，在救护车出诊的同时，简单的了解患者现阶段的状态，包括患者既往病史，现阶段病情症状表现，适当根据患者病情发展情况，指导身边的人员开展救治，还要注意安抚患者及家属的情绪，告知救护车马上到达，不必过度紧张焦虑^[4]。为患者开展的院前指导内容包括，心肌梗死患者需要处于平卧的体位状态，注意休息，有胸痛症状的患者，应该以硝酸甘油或消心痛舌下含服，做好救护车救治前的准备工作^[5]。（2）救护车到达患者发病地之后，需要立即为患者实施院前的抢救治疗操作，包括吸氧、心电图监护、心电图检查，为了更好的帮助患者维持生命体征，应该建立 2 条及以上静脉通道，保障水电解质平衡，还要注意安抚患者和患者家属的情绪，稳定生命体征之后，实施转运^[6]。（3）转运优化，主要是保障患者在转运途中的安全平稳性，实现快速转运，转运过程中向家属交代可能会出现的情况。在医院范围内应该做好抢救治疗准备，开通无缝隙衔接绿色通道，医院各个科室给予高度的配合，一般心肌梗死患者临床抢救治疗需要急诊科、化验科、影像科做好高效相互协作，做好直接 pci 准备^[7]。（4）入院后，立即入急诊科，做好相关的检查确诊之后，第一时间为患者实施直接 pci^[8]。

1.3 观察指标

（1）门球（D-to-B）时间以及 D-to-B 时间达标率比较，两组例心肌梗死患者在临床急诊救治期间实施不同护理模式，记录两组心肌梗死患者门球（D-to-B）时间，门球（D-to-B）时间是指患者进入医院大门到球囊扩张的过程中时间，心肌梗死患者门球（D-to-B）时间越短、D-to-B 时间达标率越高实施的护理模式应用效果越好；

（2）院前延迟时间和发病治疗时间，记录心肌梗死患者救治的相关时间指标，时间越短实施的护理效果越好；

（3）心肌梗死患者抢救成功率，患者在临床急诊抢救配合护理措施，抢救成功率越高实施的护理保障效果越好。

1.4 统计学方法

SPSS21.0 数据处理，计量资料（x±s），t 检验，计数资料（n%），卡方检验，用 P<0.05 表示有意义。

2 结果

2.1 门球（D-to-B）时间以及 D-to-B 时间达标率

比较两组心肌梗死患者门球（D-to-B）时间以及 D-to-B 时间达标率，实验组门球（D-to-B）时间比对照组短，P<0.05；实验组患者 D-to-B 时间达标率高于对照组患者，P<0.05。

表 1 门球（D-to-B）时间以及 D-to-B 时间达标率比较

组别	例数	门球（D-to-B）时间（min）	D-to-B 时间达标率（%）
实验组	42	88.45±16.95	36（85.71）
对照组	42	97.89±23.62	25（59.52）

X ² /t	--	2.10	7.24
P	--	0.03	0.00

2.2 院前延迟时间和发病治疗时间

比较两组心肌梗死患者实施不同护理措施院前延迟时间和发病治疗时间，实验组患者时间指标均比对照组短，P<0.05。

表 2 院前延迟时间和发病治疗时间（X±S，min）

组别	例数	院前延迟时间	发病治疗时间
实验组	42	91.02±19.02	173.24±16.65
对照组	42	100.24±20.63	210.08±26.65
t	--	2.12	7.59
P	--	0.03	0.00

2.3 心肌梗死患者抢救成功率

比较两组心肌梗死患者抢救成功率，实验组高于对照组，P<0.05。

表 3 心肌梗死患者抢救成功率（n%）

组别	例数	抢救成功率	死亡率
实验组	42	41（97.62）	1（2.38）
对照组	42	35（83.33）	7（16.66）
X ²	--	4.97	
P	--	0.02	

3 讨论

心肌梗死患者主要是在患者心肌动脉粥样硬化的基础上，出现了缺血性坏死，该种疾病病情发展速度非常快，临床救治过程中具有较高的死亡率，心肌梗死患者在临床治疗中优化治疗及时性，第一时间实施心肌再灌注治疗非常重要^[9]。门球（D-to-B）时间主要是指，患者进入医院大门到球囊扩张的时间，对于心肌梗死患者治疗非常重要，2015 年美国心脏协会，对于心血管急救制定的指南，门球（D-to-B）时间应该小于 90min，在心肌梗死患者急救治疗的过程中，应该重视缩短门球（D-to-B）时间，优化患者抢救成功率。针对心肌梗死患者实施的无缝隙衔接绿色通道护理，可以节约整个救治过程各个环节的时间，是为心肌梗死患者设置了绿色通道，针对急重症患者优先诊断和治疗，无缝隙衔接绿色通道护理实现了针对患者接诊-救护车到达-转运-院内急诊治疗的无缝链接，急救电话接诊，明确患者目前发病的地址，立即通知医院救护车出诊，救护车到达患者发病地之后，实施院前的抢救治疗操作，稳定生命体征之后，实施转运，开通无缝隙衔接绿色通道，医院各个科室给予高度的配合，最大限度的节约抢救时间，把握心肌梗死患者抢救治疗的黄金时间^[10]。为心肌梗死患者实施无缝隙衔接绿色通道护理，要求医院相关科室和相关的医疗人员实现紧密配合，优化协作能力，根据心肌梗死患者相关的救治和病情发展特征，制定针对性的无缝隙衔接绿色通道护理方案，保障在患者救治的各个流程阶段的合理性，按照针对心肌梗死患者制定的急救流程开展治疗护理保障工作，尽可能的缩短门球（D-to-B）时间，优化患者预后效果。

比较两组心肌梗死患者门球（D-to-B）时间以及 D-to-B 时间达标率，实验组门球（D-to-B）时间比对照组短，P<0.05；实验组患者 D-to-B 时间达标率高于对照组患者，P<0.05；比较两组心肌梗死患者实施不同护理措施院前延迟时间和发病治疗时间，实验组患者时间指标均比对照组短，P<0.05；比较两组心肌梗死患者抢救成功率，97.62% VS 83.33%，实验组高于对照组，P<0.05。

综上所述，无缝隙衔接绿色通道护理对心肌梗死患者治疗及时性优化效果显著，缩短患者的门球（D-to-B）时间，救治人员密切配合，提升心肌梗死患者抢救成功率。

参考文献：

[1]虎银凤,陈士芳,胡娜姐,等.社区卫生服务中心与胸痛中心合作转运模式对急性心肌梗死患者转运和门球时间的影响[J].山西医药杂志,2022,51（5）:3.

[2]陈慧玲,刘煜昊,马凌寒,等.全方位支持渗透护理在急性心肌梗死患者院内室间隔穿孔封堵术患者中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2022,28（11）:1523-1526.

[3]张燕,王永进,王琦,等.急性 ST 段抬高型心肌梗死患者冠脉侧支循环形成不良的影响因素及对预后的指导意义[J].心脏杂志,2022,34（2）:158.

[4]张俐,郝宗桥,邢永生.PDCA 循环在心肌梗死患者支架植入术后 CCU 护理管理中的应用[J].检验医学与临床,2021,18（24）:4.

[5]王小兵,熊富权,林德智,等.ST 段抬高心肌梗死患者入院时中性粒细胞计数与经皮冠状动脉介入治疗后血管造影无复流的关系[J].徐州医学院学报,2020,040（004）:268-273.

[6]马瑞璐,臧建波,蒯诗源,等.血糖间隙对急性心肌梗死患者院内主要不良心血管事件的预测价值[J].实用临床医药杂志,2022,26（3）:6.

[7]孙昊,郑美丽,郭宗生,等.左室室收缩功能对经皮冠状动脉介入治疗的急性下壁 ST 段抬高型心肌梗死患者预后的影响[J].首都医科大学学报,2022,43（2）:6.

[8]李江科,陈少军,牛卫洲.直接经皮冠状动脉腔内成形术联合支架置入术对急性心肌梗死患者 N 末端脑钠肽前体及 QT 间期离散度的影响[J].实用临床医药杂志,2022,26（3）:4.

[9]胡昊,吴佳伟,李丹,等.合并原发性休克的急性心肌梗死患者行急诊经皮冠状动脉介入治疗后 1 年内死亡预测因素分析[J].中国介入心脏病学杂志,2022,30（3）:5.

[10]孙堂堂,常丽辉,苗文霞.老年急性 ST 段抬高型心肌梗死患者血清 RF、Cys-C 水平与直接 pci 术后无复流的关系[J].现代检验医学杂志,2022,37（2）:6.

综合性护理干预在结肠癌患者围手术期护理中的作用

魏静^{1,2} 曹英^{1, 2} 闫莉^{2,3}

¹河西学院附属张掖人民医院 普外二科 甘肃张掖 734000；²张掖市护理质量控制中心 甘肃张掖 734000；³河西学院附属张掖人民医院 护理部 甘肃张掖 734000

摘要：目的 研究综合性护理干预在结肠癌患者围手术期护理中的作用。方法 从我院随机挑选 2021 年 6 月-2022 年 7 月收治的 62 例结肠癌患者，且把其分为两个小组，分别是常规组、研究组，两组患者病例数均为 31，常规组选择常规护理干预，研究组选择综合性护理干预。对两种护理干预效果进行观察。结果 护理干预后，研究组患者伤口愈合时间为（9.10±0.79）d、首次下床活动时间为（1.10±0.60）d、首次通气时间为（3.10±0.70）d、住院时间为（10.85±2.30）d，均要短于常规组（p<0.05）。在并发症发生率方面，研究组患者要明显少于常规组患者（p<0.05），前者为 3.23%，后者为 22.58%。在护理满意率方面，研究组要明显高于常规组（p<0.05），前者为 96.77%，后者为 80.65%。研究组患者躯体功能评分为（75.26±6.23）、情绪功能评分为（80.69±7.10）、社会功能评分为（83.10±6.41）、角色功能评分为（84.54±6.99）、生活质量要明显高于常规组（p<0.05）。结论 在结肠癌患者围手术期护理中应用综合性护理干预具有确切效果，能够促进患者术后快速康复，减少并发症发生，提升患者护理满意率，且可以有效提升患者生活质量，值得临床推广。

关键词：综合性护理干预；结肠癌患者；围手术期护理

在临床中，结肠癌是较为常见的一种消化系统恶性肿瘤。近几年，受到人口老龄化、不良生活习惯等因素影响，致使结肠癌发病率不断上升，严重威胁到患者生命安全。现阶段，临床治疗该疾病主要采取手术治疗，但是受到患者自身生理、心理等因素影响，导致患者围手术期出现一系列并发症，严重影响预后效果，延长术后恢复时间^[1]。针对该问题，需要在结肠癌患者围手术期中加强护理干预，选择高质量的护理模式。综合性护理，属于一种新型护理模式，其是以患者为核心，从生理、心理等层面入手，给予患者综合化护理服务，提升护理质量，促进患者术后快速恢复。下文从我院随机挑选 2021 年 6 月-2022 年 7 月收治的 62 例结肠癌患者，对综合性护理干预在结肠癌患者围手术期护理中的应用效果进行研究，详细如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从我院随机挑选 2021 年 6 月-2022 年 7 月收治的 62 例结肠癌患者，且把其分为两个小组，分别是常规组、研究组，两组患者病例数均为 31。在常规组中，有 20 例男性患者，11 例女性患者，年龄段在 41-66 岁之间；在研究组中，有 19 例男性患者，12 例女性患者，年龄段在 42-67 岁之间。两组患者一般资料对比无显著差异（p>0.05），可比。纳入标准：经影像学检查、结肠镜检查、术后病理检查确诊是结肠癌；有手术指征；无病灶转移；认知和沟通功能正常。排除标准：临床资料不完整；有严重心脑血管疾病；有既往精神疾病史。

1.2 方法

常规组，选择常规护理干预。其中包括术前健康宣教、准备工作；术中生命体征监测；术后密切观察患者病情和换药等。

研究组，选择综合性护理干预。第一，术前护理。①全身准备。结肠癌患者通常都有营养不良、白蛋白低等营养不良，患者入院后需要给予患者高蛋白、高热量食物，对多种维生素进行补充，及时对电解质、酸碱平衡紊乱进行纠正，必要时术前需要给予患者输血、补充人血白蛋白等，以有效提升患者手术适应能力^[2]。②心理护理。针对结肠癌患者，护理人员需要给予其足够关心，因为患者不仅需要承受癌症的打击，还需要面对结肠造瘘带来的外观及生理机能改变，会出现诸多顾虑，会产生恐惧、焦虑、自卑等不良情绪。术前，护理人员需要把手术优势、原理、流程等介绍给患者及其家属，且把手术成功案例讲述给患者，有效缓解患者心理压力，提升患者自信心和安全感。③肠道准备。想要保证手术成功，需要在术前做好肠道准备工作，这样能够有效减少术后并发症，也可以防止术中出現腹腔污染，促进患者伤口愈合。在术前，应指导患者半流质或流质饮食，若患者有肠道梗阻情况需要叮嘱患者禁食，且给予患者补液。与此同时，术前还需要给予患者肠道清洁^[3]，我们常规使用复方聚乙二醇电解质口服溶液 2 袋（68.56g/袋）溶解于 2000ml 温开水中于术前 12 小时分次口服。第二，术中护理。①对患者生命体征进行密切监测。如果患者出现呼吸困难、心率加快等情况，护理人员需要马上告知医生，及时进行对症处理。②密切配合医生完成手术。在尿管方面，需要做好尿道口清洁护理并及时更换尿袋，与此同时，需要将尿袋固定在较低位置，防止尿液逆流，以减少导尿管相关感染；在拔除导尿管后需要对患者排尿情况进行密切观察^[5]。③呼吸护理。针对结肠癌患者来讲，术后呼吸护理主要涉及体位调整、协助排痰、缓解疼痛、减轻鼻胃管刺激等方面。部分患者年龄较大，肺功能减退，术后容易出现呼吸短促、肺活量减少、呼吸分泌物增多等情况，这易导致患者出现肺部并发症。因此，护理人员需要帮助患者取半卧位，定时帮助患者翻身、叩背，及时缓解疼痛，鼓励患者咳嗽；必要时遵医嘱给予患者化痰药、雾化吸入，利于患者排出呼吸道痰液^[6]。④加强营养支持。术后需要遵医嘱给予患者抗炎、补液、营养支持，详细统计患者出入量，及时对患者血常规、电解质、血糖等指标进行复检。此外，在患者肛门或结肠造口通气后，指导患者进食流质饮食，7 天后逐渐过渡为半流质饮食或软食。⑤造瘘口护理。在造瘘口开放前，护理人员需要用凡士林纱布外敷造瘘结肠，对瘘口肠管进行保护，及时对浸湿的敷料进行更换^[7]。此外，护理人员需要密切观察患者造瘘口肠管血运情况，观察是否有缺血、出血、红肿、流脓、内陷等异常情况，如有异常及时汇报医生进行处理。

1.3 观察指标

对两组患者伤口愈合时间、首次下床活动时间、首次通气时间、住院时间进行观察；对两组患者并发症发生率进行观察，其中包括肠梗阻、感染、下肢深静脉血栓；对两组患者护理满意率进行观察，利用我院自主护理满意度问卷调查表，对患者护理满意率进行评估；调查表总分是 100 分，分数在 90-100 分之间表示非常满意，分数在 80-89 分之间表示一般满意，分数在 80 分以下表示不满意；对两组患者生活质量进行观察，利用癌症病人生活质量核心量表（EORTC QLQ-C30），对患者生活质量进行评估，分数越高表示患者生活质量越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行统计学分析。计量资料的比较采用 t 值检验，计数资料的比较采用 X² 检验，P < 0.05 代表两组数据之间存在统计学差异。

2. 结果

2.1 伤口愈合时间、首次下床活动时间、首次通气时间、住院时间情况比较

护理干预后，研究组患者伤口愈合时间为（9.10±0.79）d、首次下床活动时间为（1.10±0.60）d、首次通气时间为（3.10±0.70）d、住院时间为（10.85±2.30）d，均要短于常规组（p<0.05），详见表 1。

表 1 两组患者伤口愈合时间、首次下床活动时间、首次通气时间、住院时间情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数（n）	伤口愈合时间（d）	首次下床活动时间（d）	首次通气时间（d）	住院时间（d）
研究组	31	9.10±0.79	1.10±0.60	3.10±0.70	10.85±2.30
常规组	31	12.80±1.10	5.03±0.86	5.12±0.91	14.10±2.60
T 值		?	?	?	?
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 并发症发生率情况比较

在并发症发生率方面，研究组患者要明显少于常规组患者（p<0.05），前者为 3.23%，后者为 22.58%，详见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率情况比较[n（%）]					
组别	例数 （n）	肠梗阻[n （%）]	感染[n（%）]	下肢深静脉血 栓 [n（%）]	总发生率[n （%）]
研究组	31	0（0.00）	1（3.23）	0（0.00）	1（3.23）
常规组	31	2（6.45）	3（9.68）	2（6.45）	7（22.58）
X ²					4.216
P 值					<0.05

2.3 护理满意率情况比较

在护理满意率方面，研究组要明显高于常规组（p<0.05），前者为 96.77%，后者为 80.65%，详见表 3。

表3 两组患者护理满意率情况比较[n（%）]					
组别	例数 (n)	非常满意[n (%)]	一般满意[n (%)]	不满意[n（%）]	总满意率[n (%)]
研究组	31	20 (64.52)	10 (32.26)	1 (3.23)	30 (96.77)
常规组	31	12 (38.71)	13 (41.94)	6 (19.35)	25 (80.65)
X ²					4.415
P 值					<0.05

2.4 生活质量情况比较

研究组患者躯体功能评分为（75.26±6.23）、情绪功能评分为（80.69±7.10）、社会功能评分为（83.10±6.41）、角色功能评分为（85.41±5.96）、认知功能评分为（84.54±6.99），生活质量要明显高于常规组（p<0.05），详见表 4。

表 4 两组患者生活质量情况比较 ($\bar{x} \pm s$)						
组别	例数 (n)	躯体功能 (分)	情绪功能 (分)	社会功能 (分)	角色功能 (分)	认知功能 (分)
研究组	31	75.26±6.23	80.69±7.10	83.10±6.41	85.41±5.96	84.54±6.99
常规组	31	63.40±5.69	67.54±4.60	65.84±5.20	67.48±3.23	65.84±5.35
T 值		4.958	5.102	5.268	5.324	5.415
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 结论

结肠癌是较为常见的消化系统疾病，其属于恶性疾病，临床治疗该疾病主要采取手术治疗方式。然而，临床研究显示，由于手术会带来较大创伤，加之患者对疾病和手术治疗方法认知有限，导致围术期出现诸多并发症，严重影响手术效果及远期预后^[8]。因此，针对结肠癌患者，在围手术期护理中需要采取高质量护理干预，进而有效提升手术治疗效果，促进患者快速康复，提高患者生活质量。在以往结肠癌患者围手术期护理中通常采用常规护理模式，常规护理模式具有一定局限性，没有考虑患者自身感受，没有注重患者心理、生理层面的护理内容，以至于护理效果不理想。因此，在临床中急需探索一种有效的护理手段，加强对结肠癌患者的护理干预，提升护理效果。

综合性护理，属于一种新型护理模式，其强调的是以患者为本，目标是为了促进患者康复、减轻患者痛苦。把综合性护理应用到结肠癌患者围手术期中，能够有效提升护理质量，获得更好的护理效果，不仅能够有效缩短伤口愈合时间、首次下床活动时间、首次通气时间、住院时间，还对减少并发症、提升护理满意率、提高生活质量均具有积极促进作用。在本研究中，研究组采用综合性护理模式，相比于常规组，获得了较佳的护理效果。在综合性护理中，护理人员通过术前、术中、术后护理干预，从生理、心理、机体等方面入手，提供给患者综合护理服务。

综上所述，综合性护理干预应用在结肠癌患者围手术期中可以促进患者术后快速康复，降低并发症发生率，提升患者护理满意率，提高患者生活质量，具有较高临床推广价值。

参考文献：

- [1] 阎英杰.加速康复外科护理对结肠癌腹腔镜手术影响[J].中国城乡企业卫生,2022,37（06）: 221–223.
- [2] 吴思宇.综合护理干预在结肠癌患者围手术期患者护理中的应用研究[J].智慧健康,2022,8（12）: 188–190.
- [3] 杨楠.综合护理干预在结肠癌患者围手术期的临床效果观察[J].中国卫生标准管理,2022,13（02）: 170–174.
- [4] 刘颖,田敏.快速康复护理在腹腔镜结肠癌手术中的应用效果观察[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28（11）: 1402–1405.
- [5] 赵艳艳.综合护理对完整结肠系膜切除治疗结肠癌患者围手术期效果观察[J].中国肛肠病杂志,2021,41（10）: 58–60.
- [6] 芦雁.综合性护理干预对结肠癌根治术患者癌因性疲乏及疗效的影响效果分析[J].中国实用医药,2019,14（25）: 153–154.
- [7] 周继萍.综合性护理干预应用于结肠癌患者围手术期的护理效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6（69）: 115–116.
- [8] 黄大章.综合性护理干预应用于结肠癌患者围手术期的护理价值探究[J].智慧健康,2019,5（18）: 165–166.

心脏康复护理对冠心病介入治疗后患者心理状态的影响评价

吴佳瑶

上海市嘉定区中心医院 201800

摘要：目的：探究心脏康复护理对冠心病介入治疗后患者心理状态的影响。方法：选取我院 2021 年 7 月~2022 年 7 月收治的 78 例冠心病介入治疗后患者作为研究对象，按照 Excel 软件随机分组方法分为 D 组（39 例）与 G 组（39 例），D 组采用常规护理方法，G 组采用心脏康复护理干预方法。比较两组患者心理状态（SCL-90 评分）、生活质量（SF-36 评分）、心肺功能及护理满意度。结果：干预后 G 组患者 SCL-90 评分显著低于 D 组（ $P<0.05$ ）；干预前两组患者 SF-36 评分无明显差异，干预后 G 组患者 SF-36 评分显著高于 D 组（ $P<0.05$ ）；对两组患者心肺功能比较，干预后 G 组显著优于 D 组（ $P<0.05$ ）；对两组患者满意度比较，干预后 G 组患者显著高于 D 组（ $P<0.05$ ）。结论：在冠心病介入治疗护理中实施心脏康复护理干预可改善患者心理状态，提升患者生活质量，改善患者心肺功能，并提高患者满意度，值得推广实施。

关键词：心脏康复护理；冠心病介入治疗；心理状态；影响

冠心病是心内科常见疾病，可对患者心脏功能产生一定的影响，在临床治疗中可通过介入治疗方法帮助患者心脏功能恢复^[1]。同时，需要加强对患者心脏的保护，并为患者提供良好的心脏康复护理，在此过程中可对患者进行健康教育、运动指导、心理护理等内容，使患者治疗效果提升，并改善不良心理状况，提高患者生存质量^[2]。这对医院的护理工作有较高的要求，需要保证心脏康复护理，结合患者实际情况，提供有效且针对性的护理，帮助改善患者健康水平，利于患者预后^[3]。本研究以 78 例冠心病介入治疗患者为研究观察对象，意在分析心脏康复护理对冠心病介入治疗后患者心理状态的影响，具体报告下述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取我院收治的冠心病介入治疗患者共 78 例，收治时间（2021 年 7 月~2022 年 7 月），将患者采取 Excel 软件随机分组的方式分为 G 组与 D 组。其中 D 组 39 例，其中男性患者为 20 例，女性患者为 19 例，其年龄集中在 45-70 岁之间，均值（62.16±1.46）岁。G 组 39 例，其中男性患者为 19 例，女性患者为 20 例，其年龄集中在 46-69 岁之间，均值（62.17±1.47）岁。组间数据对比无统计学差异（ $P>0.05$ ），可比。

1.2 方法

D 组：给予常规护理干预。在患者手术治疗后，需要加强对患者生命体征的监视，了解患者各项生命指标的变化情况，并对患者提供相应的护理，预防并发症的发生。

G 组：给予心脏康复护理干预。①心理疏导：护理人员需要了解患者实际心理状态，并了解患者认知水平，通过认知干预，对患者讲述疾病有关知识以及术后相关注意事项等内容，提高患者认知水平，并对患者错误认知以及错误行为进行纠正，使患者养成良好的生活习惯，提升自我护理意识。对于心理状态较差的患者，需要给予有效的心理疏导，加强对患者沟通，并鼓励患者主动阐述内心想法，使患者不良情绪进行打发，并减轻患者心理压力。同时，护理人员需要为患者讲述临床成功治疗病例，使患者感受到积极能量，并建立康复信心。另外，护理人员需要叮嘱患者家属加强对患者的关心，使家属对患者加以耐心的陪伴与鼓励，为患者提供精神支持，从而提高患者治疗依从性。②饮食指导：护理人员需要结合患者病情及身体恢复情况，对患者提供科学合理的饮食方案，对患者讲述讲述正确的饮食方法，并使患者形成良好的饮食习惯，强调患者以低盐、低脂饮食原则为主，并增加新鲜水果与蔬菜的摄入量，保证饮食清淡，并多食用易消化类食物，使营养均衡，提高患者营养水平，促进患者术后尽快恢复。同时避免患者暴饮暴食，需采取少食多餐的原则，提高患者身体免疫力。③康

复运动：护理人员需要结合患者实际情况，为患者提供科学的康复运动护理，在第一期康复阶段时，可使患者进行床上四肢活动，保证各关节轻微活动，并使患者在实际活动过程中保持平稳的呼吸状态，并结合患者耐受情况，逐渐提高运动量。并使患者进行坐位训练，当患者运动能力提升后，可指导患者进行床边站立，并逐渐过渡到床边行走以及走廊行走等运动。当患者行走状态平稳时，可逐渐进行上下楼训练，并保证患者训练时合理速度，注意休息，避免患者出现异常现象。在此阶段中，需要确保患者在活动中的生命体征平稳，并预防并发症的发生。在第二期的康复阶段训练中，可指导患者进行室内外散步，并需保证由护理人员陪同，可提升患者自理能力，在第三期的康复阶段中，需要使患者进行激励训练以及有氧训练等，为患者提供合理的运动方式，如太极拳、慢跑等运动形式，保证患者合理的运动量。加强对患者运动观察，若存在任何异常现象，需要立即停止，在此阶段中需要注意一系列危险因素，并使患者体力活动能力提升，改善心血管功能，提高患者生命质量。

1.3 观察指标

比较两组患者心理状态、生活质量、心肺功能及护理满意度。

1.心理状态：护理干预后应用症状自评量表 SCL-90 评价，其中涉及内容包含躯体化、强迫症状、抑郁、焦虑、人际关系敏感、敌对、偏执、恐怖、精神病性、饮食睡眠等 10 项，总计 90 个条目，1-5 级评分，评分越低心理健康程度越好。

2.生活质量：护理前后应用生活质量量表 SF-36 评估，量表涉及内容包含社会、躯体、角色及认知功能等 8 个维度，36 个项目，每项满分 100 分，每项 100 分，评分越高生活质量越好。

3.心肺功能：包括患者峰氧耗量、二氧化碳排出量、呼吸频率、潮气末二氧化碳分压、潮气末氧分压、心率、左室射血分数等心肺功能指标。

4.护理满意度：对患者发放调查问卷，包括十分满意（85-100 分），基本满意（60-85 分），不满意（0-59 分）。总满意度=（十分满意+基本满意）/病例数×100%。

1.4 统计学分析

研究所有数据行统计数据，计量资料（ $\bar{X} \pm s$ ）表示、计数资料 n（%）表示，组间对比 t 、 χ^2 检验， $P<0.05$ ，统计意义标准，应用 SPSS 24.0 软件统计分析。

2. 结果

2.1 心理状态

护理后 SCL-90 评分比较，G 组低于 D 组（ $P<0.05$ ）。见表 1：

表 1 心理状态评分对比（ $\bar{X} \pm s$ ，分）

组别	例数	躯体化	强迫症状	抑郁	焦虑	人际关系敏感	敌对	偏执	恐怖	精神病性	饮食睡眠
D 组	39	1.79±0.44	1.86±0.45	1.74±0.43	1.79±0.49	1.49±0.53	1.79±0.32	1.68±0.23	1.75±0.26	1.77±0.24	1.92±0.37
G 组	39	1.17±0.32	1.21±0.31	1.10±0.22	1.17±0.41	1.05±0.11	1.10±0.21	1.05±0.35	1.01±0.62	1.13±0.31	1.19±0.53
t		7.117	7.428	8.275	6.060	5.076	11.258	9.394	6.874	10.195	7.053
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 生活质量

干预前，两组 SF-36 评分无明显差异，干预后 G 组 SF-36 评分更高（ $P<0.05$ ）。见表 2：

表 2 2 组患者 SF-36 评分对比（ $\bar{X} \pm s$ ，分）

组别	情感职能	精神健康	躯体疼痛	生命活力
----	------	------	------	------

	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
G 组 (n=39)	64.34±4.35	78.63±3.57	68.18±4.70	76.47±1.67	66.52±3.74	84.65±2.75	58.87±4.54	75.74±2.24
D 组 (n=39)	64.39±4.45	65.53±4.32	68.29±4.71	71.74±1.35	66.59±3.75	73.61±2.74	58.86±4.42	64.53±2.75
t	0.050	14.598	0.103	13.756	0.083	17.760	0.010	19.738
P	0.960	<0.001	0.918	<0.001	0.934	<0.001	0.992	<0.001

续表 2: SF-36 评分对比 (x^{±s}, 分)

组别	生理功能		生理职能		社会功能		总体健康	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
G 组 (n=39)	66.66±2.96	77.68±2.75	65.58±3.44	76.63±1.78	63.77±4.56	78.74±1.57	66.37±3.47	80.68±2.87
D 组 (n=39)	66.69±2.47	69.73±2.58	65.56±3.47	70.16±1.58	63.85±4.44	70.65±2.25	66.44±3.54	72.52±3.74
t	0.049	13.166	0.026	16.976	0.078	18.414	0.088	10.810
P	0.961	<0.001	0.980	<0.001	0.938	<0.001	0.930	<0.001

2.3 心肺功能

护理后, G 组心肺功能优于 D 组 (P<0.05)。见表 3:

表 3 心肺功能对比 (x^{±s})

组别	例数	峰氧耗量	二氧化碳排出量	呼吸频率	潮气末二氧化碳分压	潮气末氧分压	心率	左室射血分数
D 组	39	1.31±0.16	1.33±0.21	28.44±1.35	36.28±2.21	100.36±1.16	125.82±3.33	0.61±0.04
G 组	39	1.78±0.15	1.75±0.23	32.35±1.27	41.18±1.16	104.16±0.32	101.11±2.46	0.68±0.05
t		13.383	8.422	13.174	12.260	19.721	37.273	6.827
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 护理满意度

G 组患者护理满意度显著高于 D 组 (P<0.05)。见表 4。

表 4 满意度比较[n (%)]

组别	十分满意	基本满意	不满意	满意度
G 组 n=39	15 (38.46)	22 (56.41)	2 (5.13)	37 (94.87)
D 组 n=39	12 (30.77)	17 (43.59)	10 (25.64)	29 (74.36)
χ ²	-	-	-	6.303
P	-	-	-	0.012

3. 讨论

当前时期,随着人们生活方式以及饮食习惯的改变,心血管疾病发生率逐渐提升^[4]。其中,冠心病是一种常见的心脏疾病,在中老年群体中较为多发,对患者身心健康产生严重影响,并使患者的生活治疗下降。在临床中可通过经皮冠状动脉介入术治疗,改善患者冠心病,心肌梗塞情况,可以使血流恢复再灌注,并挽救患者心肌功能^[5]。但是患者的整体治疗效果还取决于术后康复情况,因此需要重视患者介入治疗术后的康复护理,该疾病对患者术后护理要求较高,需要护理人员重视对患者心脏康复护理,为患者提供实质性的护理帮助^[6]。

优于常规护理内容较为单一与片面,不能结合患者实际情况提供完善的护理帮助,并且不能满足患者的护理需求^[7]。而心脏康复护理是一种规范化、系统化、科学性的护理模式,其中蕴含多方面护理操作,可满足患者多方面护理需求。结合此次实验研究,以 78 例冠心病介入治疗患者为研究对象,对其实施不同的护理方式。干预后, G 组患者心理状态显著优于 D 组 (P<0.05),表明心脏康复护理可改善患者心理状态。对其原因进行分析,主要在实际的护理中,加强对患者心理干预,通过有效的心理疏导,使患者不良情绪得以抒发,并通过有效的认知干预,使患者了解自身疾病有关知识,使患者错误认知以及消极思想得以纠正,帮助患者建立积极情绪,使患者保持良好的治疗心态并树立治疗信心。干预后, G 组患者生活质量高于 D 组 (P<0.05),表明实施心脏康复护理干预后,可有效提高患者生活质量。其原因主要在于心脏康复护理融合了多方面的护理内容,除了有效的健康教育、心理护理之外,还包括了对患者的生活指导以及饮食指导等。在饮食指导中,为患者讲述健康的饮食方式,使患者养成良好的饮食习惯,并改善以往不良生活行为,使患者各方面能力均有所改善。干预后 G 组患者心肺功能优于 D 组 (P<0.05),表明心脏康复护理干预可提高患者心肺功能。

结合患者实际情况,制定阶段性的训练计划,在患者不同恢复时期提供相应的运动指导,使患者运动能力循序渐进提升,其中包括制动阶段、提升阶段以及康复阶段等,逐渐由患者床上活动练习过渡至行走及有氧运动等,并保证在实际运动中逐渐增加活动量,使患者运动能力不断加强。同时,科学的康复运动训练可以使患者血压得到调节,并改善患者心脏功能,减轻患者体重,提高患者运动耐量,并使患者性功能水平得以提高,有利于患者疾病康复。干预后, G 组患者护理满意度高于 D 组 (P<0.05)。表明心脏康复护理干预可提高患者满意度,在此护理过程中改善了患者生理功能与心理功能,使患者达到满意效果,有利于身体康复,并体现出优质的护理服务,使和谐的护患关系良好发展^[8]。

综上所述,心脏康复护理干预在冠心病介入治疗护理中效果显著,可改善患者心理状态,提升患者生活质量,改善患者心肺功能,并提高患者满意度,值得推广实施。

参考文献:

[1]王晓梅,孙宁. 早期心脏康复护理对冠心病经皮冠状动脉介入治疗术后患者生活质量及不良心血管事件发生率的影响[J]. 中国实用医药,2021,16 (28): 197-199.

[2]李杨. 渐进式心脏运动康复护理对冠心病经皮冠状动脉介入术后患者心功能的影响[J]. 中国实用乡村医生杂志,2021,28 (1): 57-59,62.

[3]吴淑芳,雷华冰. 早期多维度心脏康复护理模式对冠心病介入治疗患者术后再发不良心血管事件的影响分析[J]. 心血管病防治知识,2021,11 (7): 66-68.

[4]于芳,任萍萍,于兴才. 多种形式延续护理对冠心病介入术后患者心脏康复的影响[J]. 国际医药卫生导报,2021,27 (6): 925-929.

[5]谷雨馨,朱丽丽,李庆印,等. 急诊经皮冠状动脉介入治疗患者早期心脏康复护理方案的构建[J]. 中华护理杂志,2021,56 (4): 502-508.

[6]冯蕊,梁丹,张双双,等. 基于健康相关行为的生态学模式 (HPEM) 的心脏康复延续护理对冠心病经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 术后患者的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40 (23): 4399-4403.

[7]王静. 基于跨理论模型的协同护理对老年冠心病患者 PCI 术后心脏早期康复的影响[J]. 护士进修杂志,2021,36 (12): 1138-1141.

[8]瞿佳嫣,陆静波,姚蓉,等. 冠心病 PCI 术后心脏运动康复护理知行问卷的研制及信效度检验[J]. 护理研究,2021,35 (9): 1644-1648.

基金: 上海市医学重点专科 (课题编号: ZK2019C03)

剖宫产护理干预对防控下肢深静脉血栓的效果分析

吴学英 邹丽萍

宁夏永宁县人民医院 宁夏银川市 750001

摘要：目的：探讨剖宫产护理干预对下肢深静脉血栓的防控效果。方法：将2020年7月到2021年7月在本院进行剖宫产的产妇78例作为本次的观察对象，并将这78例观察对象随机分为实验组 and 对照组两组，每组有39例进行剖宫产的产妇，对照组的39例剖宫产的产妇采用常规的护理措施进行护理，而实验组的39例进行剖宫产的产妇则是采取剖宫产护理干预进行护理，并将两组产妇采用不同的护理方法进行护理后，将两组产妇产下深静脉血栓的发生率以及护理工作满意度的情况进行对比和分析。结果：在两组产妇采用不同的护理方法进行护理后，通过剖宫产护理干预进行护理的实验组产妇产下深静脉血栓的发生率低于采用常规护理的对照组的产妇，并且两组产妇产下深静脉血栓发生率对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。而采用剖宫产护理的实验组产妇对护理工作的满意度优于采用常规护理的对照组，且两组产妇对护理工作满意度对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：本文通过对进行剖宫产的产妇采取剖宫产护理干预进行护理，可以有效的降低产妇出现下肢深静脉血栓的风险，同时也能够为产妇提供更高的安全保障，并且提高产妇对护理工作的满意度，在临床上值得推广和使用。

关键词：剖宫产护理干预；下肢深静脉血栓

随着我国生活水平的不断提高以及社会的不断进步，我国的医疗事业也在不断的发展。目前由于人们的生活观念发生了巨大的改变，所以剖宫产的频率在临床上也在大幅度的提升。但是剖宫产的手术会对产妇的机体产生一定的创伤，并且产妇在术后还有可能出现并发症的情况，具有很大的风险性，而其中术后最常见的并发症就是下肢深静脉血栓，如果没有及时对产妇使用有效的措施，就会威胁到产妇的生命健康，降低产妇的生活质量。所以为了能够有效的降低剖宫产产妇术后出现并发症的危险，提高产妇的安全，本文将对进行剖宫产的产妇在护理中使用剖宫产护理措施进行护理，并将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年7月到2021年7月在本院进行剖宫产的产妇78例作为本次的观察对象，并将这78例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有39例进行剖宫产的产妇，对照组的39例进行剖宫产的产妇的年龄在20~36岁之间，平均年龄在（26.43±4.23）岁，而产妇的孕周在36~42周之间，平均的孕周在（38.51±1.37）周，而实验组的39例进行剖宫产的产妇的年龄在21~38岁之间，平均的年龄在（26.59±4.41）岁，产妇的孕周在36~41周之间，平均的孕周在（38.43±1.32）周。纳入标准：本次所参与研究的产妇均对本次的研究内容知情，并且自愿参加本次的研究。排除标准：排除合并伴有重要器官有严重疾病的产妇；排除合并伴有精神疾病、意识障碍、沟通障碍的产妇。本次的研究是通过我院伦理委员会批准后进行的。两组进行剖宫产的产妇均符合本次研究的纳入标准，并且两组剖宫产产妇的临床资料对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

对照组进行剖宫产的产妇采取常规的护理措施进行护理，主要包括对产妇进行术前的准备和生命体征的测量工作，而实验组进行剖宫产的产妇则是采取剖宫产护理干预措施进行护理，主要的内容包括：1. 首先对产妇进行孕期的护理，如果进行剖宫产的产妇在孕期中合并伴有糖尿病、高血压或者有外伤以及静脉血栓疾病史的时候，这种情况对于剖宫产术后会有很大的影响，会增加产妇出现并发症的几率，所以护理人员需要对这些产妇进行生命体征的监测，并且引导产妇进行相关的检查，降低产妇在术后出现并发症的几率。2. 健康宣教，首先护理人员需要对剖宫产的产妇进行健康宣教，并且在手术之前就明确告知产妇产下深静脉血栓所形成的原因以及具有的危害和预防下肢深静脉血栓的措施以及处理的方法。同时还应该将防治下肢深静脉血栓的知识，通过制作成手册的方式来为每位产妇进行发放，也可以通过视频讲解的方式对进行剖宫产的产妇来集体宣教。这样可以有效的提高产妇对下肢深静脉血栓的认知，同时也能够积极的配合医护人员的治疗和护理工作。并且也能够改善产妇对下肢深静脉血栓的过度担心。3. 对产妇进行心理护理，在产妇住院以后，护理人员需要及时的与产妇进行沟通和交流，并且评估产妇的心理状态，对于产妇的问题也应该及时的进行解答。护理人员可以根据产妇实际的心理情况对产妇进行针对性的心理护理，可以改善产妇对手术产生的恐惧感、焦虑感和不安感，并且也能够提高产妇对医护人员治疗的依从性和配合度。此外，也能够与产妇建立良好的护患关系，使产妇愿意相信医护人员。4. 在产妇进行剖宫产手术以后，除了需要监测产妇生命体征的变化以外，还需要观察产妇产下深静脉血栓的情况以及足背动脉的搏动和下肢皮肤的颜色、皮肤的温度以及下肢是否出现水肿的情况等。同时还需要每天测量产妇产下腿的周径，一旦出现了下肢深静脉血栓的征兆，护理人员需要及时将产妇的情况报告给医生进行处理。5. 对产妇进行肢体的护理，对于剖宫产手术后的产妇，需要采取上肢静脉通道进行输液，避免由于进行下肢输液，而增加了产妇产下深静脉血栓的风险。并且在产妇手术完成后，护理人员需要定期的协助产妇进行翻身，并且按摩产妇产下腿的腓肠肌和比目鱼肌，改善产妇产下腿局部血液的循环，防止下肢深静脉血栓的形成。在产妇手术完成24小时后，可以指导产妇产下腿进行抬高，并且进行下肢屈伸和环转足踝的运动，这样有利于产妇产下腿血液的回路。如果条件允许，并且产妇的恢复也比较好的情况下，可以鼓励产妇尽早进行下床活动，这样也可以有效的降低产妇产下腿深静脉血栓的风险。此外，也可以通过指导产妇每晚用热水泡脚来促进血液的循环。6. 对产妇进行饮食的护理，产妇手术后的饮食和下肢深静脉血栓的发生有很大的关系，所以护理人员一定要为产妇制定科学的饮食方案。在产妇术后的6小时可以给予产妇流质食物，等到产妇肛门排气以后可以给予产妇半流质的食物，如鱼汤或者稀粥等。护理人员需要控制动物内脏、鸡蛋黄等含有高胆固醇食物的摄入，避免增加产妇血液的粘稠度。7. 护理人员需要对每位进行剖宫产手术后的产妇的情况进行评估，并且明确具有下肢深静脉血栓发生的高危人群，从而可以给予针对性的护理措施。而对于有妊娠高血压和妊娠糖尿病的患者，护理人员需要积极的配合医生对这些患者进行治疗以及护理，消除危险因素，并且降低产妇在术后出现下肢深静脉血栓的几率。

1.3 观察指标

将两组进行剖宫产的产妇采用不同的护理方法进行护理后，两组剖宫产产妇产下深静脉血栓的发生率和产妇对护理工作的满意度进行对比和分析。

1.4 统计学分析

采用SPSS20.0软件对数据进行处理和分析，计数资料用（n%）来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差±表示，用t进行检验，当 $p<0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 采用剖宫产护理干预进行护理的实验组产妇产下深静脉血栓的发生率低于常规护理的对照组的产妇，且两组产妇产下深静脉血栓的发生率对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表1

表1 两组产妇产下深静脉血栓发生率的对比如表

组别	例数	产妇产下深静脉血栓发生率
实验组	39	1 (2.56%)
对照组	39	7 (17.95%)
χ^2		5.014
P		0.025

2.2 采用剖宫产护理干预进行护理的实验组产妇对护理工作的满意度优于常规护理的对

照组的产妇，且两组产妇对护理工作满意度的情况对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表2

表2 两组产妇对护理工作满意度的对比如表

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
实验组	39	28 (71.79%)	10 (25.64%)	1 (2.56%)	38 (97.44%)
对照组	39	22 (56.41%)	8 (20.51%)	9 (23.07%)	30 (76.92%)
χ^2					6.012
P					<0.05

3 讨论

下肢深静脉血栓是目前临床上比较常见的一种并发症的情况，在临床上的治疗难度比较大，根据研究可以发现，进行剖宫产的产妇比自然分娩的产妇来说，下肢深静脉血栓的发生率更高，并且也具有一定的风险性。而下肢深静脉血栓的发生原因主要是因为产妇的血管内膜出现了损伤，所以导致了产妇的血液出现高凝的情况，而血流的速度也在大幅度的下降，所以引起了下肢静脉血栓。在目前的医疗技术上，对于下肢深静脉血栓的治疗并没有针对的方案，所以只能通过对于下肢深静脉血栓进行有效的预防。所以护理措施对于预防下肢深静脉血栓具有非常重要的意义。由于进行剖宫产手术的产妇在术后缺乏运动，所以对于产妇采取剖宫产护理干预，通过鼓励产妇早期进行下床活动以及按摩产妇的肢体等来恢复产妇产下腿的血流速度，降低下肢深静脉血栓的发生率。从本次的研究中可以看出，采用剖宫产护理干预进行护理的实验组的产妇产下深静脉血栓的发生率为2.56%，而采用常规护理的对照组的产妇产下深静脉血栓的发生率为17.95%，由此可见，对产妇采取剖宫产护理干预的重要性。

剖宫产护理干预对产妇主要是进行孕期护理、健康宣教、病情观察、心理护理、肢体护理、饮食护理以及去除危险因素等方法来对产妇进行护理，通过将剖宫产护理干预贯穿到产妇产分的全过程，并且结合产妇的实际情况以及产妇潜在的风险因素为产妇提供针对性的护理措施，可以有效的减少产妇在术后出现下肢深静脉血栓的几率，同时也能够为产妇的分娩结局和产妇产后的恢复情况提供非常有效以及安全的保障。

综上所述，本文通过对剖宫产的产妇采取剖宫产护理措施进行护理，能够有效的降低产妇在术后出现下肢深静脉血栓的几率，同时也能够提高产妇对护理工作的满意度，提高产妇的生活质量，并且也能够为产妇提供更好的安全保障，改善护患关系，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

- [1]严玉培．剖宫产围产期护理干预对下肢深静脉血栓的预防分析[J]．实用妇内分杂志（电子版），2021，4（13）：52-52．
- [2]张慧敏．浅谈剖宫产围产期护理干预对下肢深静脉血栓的预防分析[J]．实用临床护理学电子杂志，2021，3（7）：108．
- [3]李洁萍，苏庆红，易翠兰，等．剖宫产患者下肢深静脉血栓的临床分析及围产期护理干预价值研究[J]．中国医学创新，2021，14（23）：110-115．
- [4]杨丽青．预防剖宫产下肢深静脉血栓的护理过程中行围产期护理干预[J]．中国医药科学，2021，7（10）：112-114．
- [5]叶璞．围产期护理干预在预防剖宫产产妇产下腿DVT中的应用[J]．齐鲁护理杂志，2021，23（6）：83-85．
- [6]王佳宁．围产期妇女下肢深静脉血栓形成的防治方案的研究[J]．血栓与止血学，2021，24（2）：284-285．
- [7]曹春花，徐玲玲．护理干预预防剖宫产术后下肢深静脉血栓参考文献血栓形成的重要性[J]．实用临床护理学电子杂志，2021，2（41）：105-114．
- [8]赵洋，陈嘉，王秀丽．围产期护理干预预防剖宫产产妇产下深静脉血栓应用效果的Meta分析[J]．双足与保健，2021，27（17）：118-119．
- [9]谢瑞莉．围产期护理干预对预防剖宫产产妇产下深静脉血栓的作用[J]．中国妇幼保健杂志，2021，28（51）：280-281．
- [10]陈丽．围产期护理干预对预防剖宫产产妇产下深静脉血栓的作用[J]．实用临床护理学电子杂志，2021，3（8）：101-107．
- [11]闫金梅，张秀飞，王毅，等．围产期下肢深静脉血栓形成的危险因素及护理预防对策[J]．血栓与止血学，2021，23（2）：350-351．
- [12]吴瑜瑜，蒋亚静，何瑞君，等．围生期下肢深静脉血栓孕产妇的护理干预进展[J]．妇产与遗传（电子版），2021，7（3）：62-64．
- [13]李秋英，陈俊霞．针对性护理干预预防剖宫产产妇产下深静脉血栓形成240例效果观察[J]．齐鲁护理杂志，2021，22（4）：76-77．
- [14]范玉红．50例剖宫产术后患者并发下肢深静脉血栓的相关因素分析及临床护理路径探讨[J]．白求恩医学杂志，2021，14（2）：251-253．
- [15]冯远征，王婉文，邹雪芬．早期护理干预预防剖宫产术后下肢深静脉血栓形成的效果观察[J]．首都食品与医药，2021，23（6）：89-90．
- [16]刘君芳，温菊英，谢艳．围产期护理干预预防剖宫产产妇产下深静脉血栓形成的效果[J]．血栓与止血，2021，24（1）：173-177．
- [17]陈丽．围产期护理干预对预防剖宫产产妇产下深静脉血栓的作用[J]．实用临床护理学杂志，2021，3（8）：93-99．
- [18]江海英．护理干预预防剖宫产产妇产下深静脉血栓的价值评析[J]．中国当代医药，2021，23（22）：186-188．
- [19]李琼敏．剖宫产术后下肢深静脉血栓形成的预防及护理[J]．实用临床医药杂志，2021，19（18）：94-97．
- [20]吴建英．综合护理干预预防剖宫产术后下肢深静脉血栓形成的效果[J]．中国农村卫生，2021，（18）：94．
- [21]刘华，朱明华，张焕春，等．不同方式预防剖宫产术后患者下肢深静脉血栓形成的回顾性分析[J]．河北医学，2021，38（5）：747-748．

优化急救护理流程对重症颅脑外伤急诊手术患者的救治影响

武彦彬 金静（通讯作者）

连云港市第二人民医院 江苏连云港 222000

摘要：目的：探讨在重症颅脑外伤患者接受急诊手术治疗中优化急救护理流程，对其救治效果的影响。方法：研究者是 2020.01 至 2022.07 在医院行急诊手术治疗的重症颅脑外伤患者 90 例，以随机信封法分组，将 45 例接受常规急救护理者纳入对照组中，另一组则纳入观察组中，数量共计 45 例，干预方案为优化后急救护理流程，比对不同干预模式下各项护理指标差异。结果：观察组院前抢救耗时、院内抢救耗时、病情严重程度及住院耗时指标优于对照组， $P<0.05$ ；观察组急救总成功率比对照组高， $P<0.05$ ；观察组不良风险事件率低于对照组， $P<0.05$ 。结论：以优化后急救护理流程进行干预，利于缩短患者急救时间，提升急救成功率的同时，还能减少其发生不良事件风险，对提升临床救治效果起着积极意义，建议推广。

关键词：重症颅脑外伤；急救护理流程；优化；急诊手术；救治效果

颅脑外伤是指受到外力间接或者直接作用在头部所致颅脑组织受到损伤，对于此类患者而言，若在受伤之后昏迷时间超过 6h 以上，或者再次出现昏迷症状，即可判定为重症颅脑外伤^[1]。由于此类患者的病情较为危重，以现有临床治疗与护理手段，无法对原发性颅脑损伤症状进行有效改善，但若能够在早期时对患者辅以有效综合护理措施，利于减轻继发性损伤症状的同时，还能够得到理想预后效果。规范化护理流程既能够提升医护人员工作效率，同时还能使得患者在短期内能够得到有效急救干预，利于缩短临床救治时间及起到提升预后质量的作用^[2-3]。通过对急救护理流程进行优化，促使院前环节、运输途中以及院内环节能够做好相应准备工作，经对常规护理流程不足处进行优化，利于缩短患者手术治疗等待时间，提升患者存活率，而且还能对常规急救护理中所存在护理流程不标准、分工不明确等问题进行规避^[4-5]。本次研究以分析优化急救护理流程对于重症颅脑外伤手术患者实施干预的价值为目的，分析如下：

1. 资料与方法

1.1 病例资料

对象是 2020.01 至 2022.07 就医的重症颅脑外伤患者，病例数量共计 90 例，随机信封法作为组间的分组方式，对照组：年龄分界值与均龄 20 岁至 70 岁（45.17±8.45 岁），有 25 例是男性，有 20 例是女性；致伤原因：17 例因车祸致伤、20 例因高空坠落致伤、8 例因其它原因致伤；发病至接受救治时间与均值 0.2h 至 1.0h（0.54±0.12h）；观察组：最高龄及最低龄 72 岁、18 岁，均龄 45.34±8.51 岁，男性与女性数量各 27 例、18 例；致伤原因：因车祸、高空坠落及其它原因致伤者各 15 例、18 例、12 例；最长及最短发病至接受救治时间 1.0h、0.2h，均值 0.57±0.15h。对组间对象相关资料实施分析后显示， $P>0.05$ ，表明此次研究可进行对比，且符合临床医学伦理学相关要求。研究者纳选要求为：（1）经相关检查后证实是重症颅脑损伤；（2）临床表现以意识障碍、恶心呕吐及头痛等为主；（3）受伤后昏迷时间在 6h 以上或者再次出现昏迷；（4）病情较为严重并且需要接受急诊手术进行治疗；（5）知晓研究流程且家属同意配合。排除：（1）无法快速明确损伤类型或评估病情；（2）伴有机体脏器功能严重衰竭；（3）伴有免疫功能障碍；（4）伴有重大手术治疗史；（5）伴有精神疾病史；（6）研究中途由于其它原因无法继续配合研究而退出。

1.2 方法

对照组提供常规急救护理流程，先初步对患者病情进行评估，尽快送至抢救室治疗；密切监测患者各项生命体征变化，熟练配合麻醉师做好建立起静脉通路等工作，经专家会诊后将患者送至手术室治疗；观察组则提供优化后急救护理流程，措施为：（1）在接到急救信息之后，于 3min 内结合定位信息迅速赶到现场进行急救，以电话方式询问患者目前症状，提前备好各项抢救设备及抢救药物，对患者家属情绪进行安抚；组建一支急救小组，由具备良好素质及经验丰富的司机、护工以及具有 3 年以上工作经验医务人员共同组成，并提供专业化培训，以此来确保小组内成员能够处在应急状态下，进而快速做出各项准备，可快速对患者伤情进行分析，备好应急药品、器材与物质，于 3min 内需做好登车准备，进而能够在最

短时间内快速达至急救现场；（2）在抵达现场之后，立刻对患者病情进行评估，尽快排除威胁到患者生命健康的各项因素，迅速开放气道，若发现患者存在心跳骤停、呼吸骤停等情况，需要立刻建立起静脉通路，予以相应急救干预措施，简单予以包扎、止血，密切监测患者各项体征变化，维持其生命体征处于基本稳定状态，在收集患者的基础资料后通知急诊科医师做好急救准备工作；（3）明确各个医护人员工作职责，确保患者呼吸道处于通畅状态，及时通知急诊室手术室医师及相关科室进行专家会诊，待明确患者满足手术治疗条件后，快速予以手术治疗，实时记录患者血压、心电图及病情等变化；确保绿色通道处于通畅状态，利于快速对患者进行转移；在开展院内转运工作时，需做好病情监护及气道管理等相关工作，保障医护人员间能够密切配合；对于术中易发生的护理风险，需及时做好相应预防工作予以对症处理，以此来减轻患者术中受损风险；（4）在完成急诊手术后，应持续对患者各项体征指标进行监测，提供全面、优质性护理服务，待患者清醒之后，了解其具体感受并提供相应帮助；从饮食、作息及用药等方面提供护理指导，确保患者按照医师要求用药，作息时间规律，以此来改善患者身心状态，促进其尽快康复。

1.3 指标观察及判定标准

（1）急救指标，包括：a.院前抢救耗时；b.院内抢救耗时；c.病情严重程度，MEWS 早期预警评分表作为症状评价量表，15 分为量表总分，数值越高病情越严重；d.住院耗时；

（2）急救效果，包括：a.意识完全恢复；b.意识基本恢复；c.急救无效；

（3）不良风险事件，包括：a.伤口感染；b.应激性溃疡；c.脱管/堵管；d.其它。

1.4 数据处理

研究数据的分析选以统计学软件（版本为 SPSS22.0），计数资料采用百分数/%表示，以卡方值/ χ^2 检验；计量资料采用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，以 t 值检验，分析后显示组间和（或）组内数值 $P<0.05$ ，代表有统计学意义。

2 结果

2.1 急救指标

表 1 知，观察组指标优于对照组， $P<0.05$ 。

表 1 急救指标差异（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	院前抢救耗时/min	院内抢救耗时/min	病情严重程度/分	住院耗时/d
对照组	45	14.17±3.85	46.97±6.81	12.57±3.94	11.78±2.63
观察组	45	10.31±3.07	35.14±4.34	6.78±2.63	7.59±2.41
t 值	-	5.258	9.827	8.199	7.879
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 急救效果

表 2 知,相较于对照组,观察组意识基本恢复及完全恢复例数和较高, $P<0.05$ 。

表 2 急救效果差异 (n, %)

组别	例 数	急救无效	意识基本恢复	意识完全恢复	总成功率
对照组	45	4	27	14	41 (91.11)
观察组	45	0	30	15	45 (100.00)
χ^2 值	-	-	-	-	4.186
P 值	-	-	-	-	0.041

2.3 不良风险事件

表 3 知,观察组总发生例数低于对照组, $P<0.05$ 。

表 3 不良风险事件差异 (n, %)

组别	例 数	伤口感染	应激性溃 疡	脱管/堵管	其它	总发生
对照 组	45	3	4	2	2	11 (24.44)
观察 组	45	1	1	1	0	3 (6.67)
χ^2 值	-	-	-	-	-	5.414
P 值	-	-	-	-	-	0.020

3 讨论

重症颅脑外伤属于临床危重症,主要是由于受到外界暴力直接或者间接作用在患者头部,促使颅脑组织受到损伤,以失语、偏盲、肢体瘫痪及意识障碍等为主要表现,一旦未及时予以有效治疗,易增加患者病死风险,再加上此类疾病病情比较复杂,并且发展速度较快,需要尽快向患者提供急诊手术治疗^[6]。通常情况下,对于重症颅脑外伤患者而言,在受伤后的 60min 被称为黄金救治时间,然而在实际抢救过程中,患者受伤后 1h 时间大多消耗在救治路程中,因此急救护理干预措施对提升临床救治效果起着积极意义^[7]。常规急救护理作为临床主要干预手段,虽然以此护理措施能够对患者病情起到一定干预效果,然而对于重症颅脑外伤患者来讲,易出现护理流程不规范、手术等待时间较长等问题,容易延误患者抢救时间,对急救效果造成影响^[8-9]。通过对急救护理流程进行优化,此模式中重视“以人为本”理念,通过不断对常规护理流程进行优化及完善,重视护理工作全面性与整体性,经开展院前救治、急诊分诊、急救护理与全程陪同等各项护理工作,可确保护理工作能够有效性、规范化开展,进而在最短时间内向患者提供各项抢救措施,既能够提升急救护理效果与手术质量,同时还能确保接诊、急救现场与院内工作能够无缝隙衔接,最终起到缩短患者急救等候时间及提升其存活率^[10-11]。在本次研究中,经比对常规护理流程与优化后护理流程在重症颅脑损伤患者急诊手术治疗中的干预效果,结果发现观察组院前抢救耗时为 10.31±3.07min、院内抢救耗时为 35.14±4.34min、病情严重程度评分为 6.78±2.63 分、住院耗时为 7.59±2.41d,显著优于对照组各项急救指标,与唐文^[12]研究结果相符,通过开展转运工作时,密切监测患者各项生命体征变化,对其所存在症状进行处理,可防止转运期间患者病情发生恶化,威胁其生命安全;在患者暂未到达医院时,由院内的急救人员做好相应准备工作,向患者提供院内护理措施,可最大程度上缩短患者急救时间;观察组急救成功率达 100.00%,显著高于对照组 91.11%,这表明运用优化后急救流程,利于提升临床抢救成功率,确保抢救效果。这主要是由于在患者急救过程中,受疾病严重、发病速度快等因素影响,在受伤后 1h 是临床抢救黄金时间,而常规急救流程中,其程序较为复杂,在一定程度上增加了患者治疗等待时间,易

延误其尽快得到有效救治。而通过对急救措施进行优化,向患者提供定位抢救,建立起绿色通道,能够在短时间内提升抢救效果;院前急救中经借助电话方式进行沟通,指导现场人员进行初步抢救,并及时通知院内做好相应准备工作,利于使得院前抢救时间缩短;院内抢救中经建立起急救小组,对抢救流程及交接流程进行制定与完善,利于进一步缩短患者抢救时间;借助 MEWS 量表对患者病情危重程度进行评价,利于医护人员明确疾病危重度,制定出针对性抢救计划。通过多个抢救环节密切配合,利于缩短患者整体抢救时间,对提高抢救效果及挽救患者生命起着重要作用。本次研究结果还显示,观察组不良风险事件总发生率为 6.67%,明显低于对照组 24.44%,这可能由于在优化后的急救护理流程中,经明确各个医护人员工作职责,确保绿色通道处于通畅状态,能够在最短的时间内将患者送至急救室进行抢救,可提升急救有效率;经成功抢救后做好后续护理干预工作,利于减少伤口发生感染等不良风险,同时还能建立医患间和谐关系,进一步提高患者对于护理服务工作认可度。本次研究尚存在一些不足之处,如整个研究中所选的研究对象样本量比较少、研究观察期比较短,且并没有深入对患者的预后质量进行分析,因此在后续研究当中,需要加大样本量及延长观察期,对患者的预后情况进行深入分析,以此来明确优化后急救护理流程的运用效果,为临床提升护理质量奠定基础。

综上所述,将优化后急救护理流程模式运用在重症颅脑外伤急诊手术患者护理中,既能够得到理想抢救效果,同时还能确保患者治疗安全性,整体运用效果比较高,适宜各大基层医院推广。

参考文献:

- [1]朱莉雅,孟磊. 优化急救护理流程对重症颅脑外伤急诊手术患者的救治应用[J]. 国际医药卫生导报,2018,24 (17): 2604-2606.
- [2]马四军,张蕾. 预见性护理在颅脑外伤重症患者机械通气脱机护理中的应用研究[J]. 黄河科技学院学报,2022,24 (05): 62-66.
- [3]李锦秀,史金妹. 急诊全程优化护理干预应用于重症颅脑外伤患者抢救中对预后的影响[J]. 中国社区医师,2021,37 (35): 136-137.
- [4]魏建玲,文晓蕾. 早期康复护理模式干预对重症颅脑外伤患者心理状况及护理满意度的影响[J]. 贵州医药,2021,45 (09): 1484-1485.
- [5]朱睿,肖丹蕾,黄菁. 循证护理在重症颅脑外伤气管切开后呼吸道护理中的临床应用效果[J]. 中外医学研究,2021,19 (21): 81-83.
- [6]张君瑞,柴宇霞,韩国杰. 全程优质护理联合呼吸道管理对重症颅脑外伤患者的临床效果及对并发症预防的影响[J]. 山西医药杂志,2021,50 (11): 1880-1882.
- [7]张大梅. 优化急救护理流程对重症颅脑外伤急诊手术患者的救治影响研究[J]. 实用医技杂志,2021,28 (06): 832-834.
- [8]王瑞敏. 循证护理在重症监护室重症颅脑外伤患者院内感染中的预防效果[J]. 中国民康医学,2020,32 (19): 170-172.
- [9]王海军. 护理干预对重症颅脑外伤患者神经功能损伤的影响[J]. 中国误诊学杂志,2019,14 (11): 509-511.
- [10]程爱梅. 重症颅脑外伤患者护理中实施舒适护理干预的效果分析[J]. 系统医学,2020,5 (02): 162-164.
- [11]王哲,郝九玲,李思思等. 层级护理干预在重症监护病房重症颅脑外伤患者中的应用[J]. 黑龙江医药科学,2019,42 (06): 175-176.
- [12]唐文. 优化急救护理流程对重症颅脑外伤急诊手术患者的救治影响分析[J]. 中国现代医生,2020,58 (02): 173-175+179.

小儿肺炎患者使用穴位敷贴辅助护理干预对治疗效果的影响分析

薛玉艳

临沂市中医医院 山东临沂 276002

摘要：目的：探讨在进行小儿肺炎的护理时，将中医穴位贴敷联合情志护理应用于其中的效果。方法：病例纳入时间范围为2018年1月~2020年12月，对该时间段内我院60例重症肺炎患儿进行分析，随机分2组，记录为对照组（n=30）与实验组（n=30）。对照组患儿采用常规护理，实验组患儿应用中医护理，在护理后由医务人员评估护理满意度和儿童的不良症状消失时间，记录护理过程中的不良反应，评估结果。结果：在护理完成后，实验组儿童家属对于护理工作的满意度明显优于对照组，差异显著（P<0.05）。在实验结果中显示对照组内儿童症状消失时间更短，优于对照组，差异显著（P<0.05）。在本次研究结果显示实验组内患儿出现的不良反应发生率低于对照组，差异对比显著存在（P<0.05）。结论：在对肺炎患儿进行护理时，选择中医穴位贴敷联合情志护理，有助于提高护理质量，病因使儿童的治疗时间得到控制，临床可应用价值良好，值得进行推广。

关键词：中医护理模式；肺炎护理；预后恢复；效果分析

小儿因为呼吸功能发育不完善，而且机体免疫力差，容易发生重症肺炎。常用的治疗方法有口服药物、静脉输注药物治疗，雾化吸入是目前临床上直接作用于患者呼吸道和肺部的一种用药方式，这种治疗方式不仅起效较快，并且患者在接受治疗过程中，能够在短时间内达到较高的局部药物浓度，在实际应用过程中全身不良反应较少，目前临床上应用于呼吸系统疾病的治疗中获得了良好的效果^[1]。在临床呼吸系统疾病中，小儿重症肺炎是尤为常见的一种多发性疾病，临床主要表现为呼吸困难、持续高热、咳嗽、咳痰等。由于小儿生长发育不完善，一旦合并出现小儿重症肺炎之后，通常会累及至机体消化系统、神经系统、循环系统等病变^[2]。作为临床上一种极为常见的儿科呼吸系统疾病，小儿重症肺炎主要是由于细菌、病毒、支原体等感染引起，具有较高的发病率，约占儿科呼吸道感染的30%以上^[3]，该疾病发病急且一旦发病进展极为迅速，一旦感染，将会累及到多个器官，患儿多表现为不同程度的咳嗽、头痛、咽痛等，严重时甚至造成死亡，引起了医学界的高度重视^[4]。小儿患者的抵抗力较弱且小儿患者具有临床表现多样等特点，治疗挑战性大较大、预后差，因此该病是儿童的重大健康威胁。本次研究探讨中医护理模式在肺炎护理中的应用效果研究，且取得良好的结果，现报道如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

病例纳入时间范围为2018年1月~2020年12月，对该时间段内我院60例重症肺炎患儿进行分析，随机分2组，实验组30例患儿，其中有男性患儿17例，有女性患儿13例，年龄7个月-9岁，平均年龄为（4.53±0.61）岁，病程为2~8d，平均为（5.22±0.47）d；对照组30例患儿，其中有男性患儿16例，有女性患儿14例，年龄8个月-9岁，平均年龄为（4.63±0.63）岁，病程为1~9d，平均为（5.42±0.53）d。计算基线资料后得出P>0.05，结果为P>0.05，无统计学意义，可进行研究。

纳入与排除标准纳入标准：（1）所有患儿经X线检查并结合临床症状确诊为小儿重症肺炎；（2）患儿有详细的病史、既往史、查体及辅助检查资料；（3）患儿与家属对研究内容知情并同意配合，签署知情同意书，本次研究符合医院医学伦理委员会要求并获得许可。排除标准：（1）先天性心脏病或肝肾功能障碍者；（2）精神异常或语言沟通障碍者；（3）对本次实验使用的药物存在过敏反应者；（4）合并严重并发症或危重症患儿；（5）存在先天性心脏病患儿；（6）未遵照医嘱服药患儿。

患者基本资料完整，经由研究人员对年龄与性别等指标进行评估后，确定所有患者可比性良好（P>0.05）。

1.2 方法

对照组内患儿在接受护理时，护理人员给予其常规的传统护理，护理人员需要针对其身体状况进行监测，判断护理方案应当如何设置，最大限度的提高护理质量。

实验组内患儿在接受护理时选择中医护理，干预具体方式如下。

首先在进行护理时，应当采用专业仪器确认儿童的血压监测结果，保障患儿具有足够的血流量，给予儿童对应的吸氧治疗，做好患儿在接受治疗期间的呼吸道管理。在对患儿进行穴位按摩时，穴位选择定喘穴、大椎穴、肺俞穴等穴位，在进行穴位按摩时，应当用双手拇指指进行顺时针穴位揉按，在按摩时力度应当由轻至重，如果患儿在按摩过程中穴位出现酸麻肿胀的感受，则说明按摩效果良好，每个穴位按摩时间控制在30秒左右，具体的按摩方式可根据儿童的状况做出调整。在进行按摩后，应当配合穴位贴敷进行治疗，本次研究选择炙麻黄、杏仁、紫苏子、甘草等药物将其研磨为药粉，随后加入少量水将药物调糊糊状，将其

表2 两组患者发热症状消失时长、肺部啰音体征消失时长、胸部x线恢复正常时长、咳嗽症状消失时长对比（x±s，d）

组别	发热症状消失时长	肺部啰音体征消失时长	胸部x线恢复正常时长	咳嗽症状消失时长
实验组（n=30）	3.49±0.55	6.72±1.19	11.12±1.35	7.70±1.28
对照组（n=30）	4.83±0.65	9.61±2.23	13.45±2.34	9.78±2.56
T	8.620	6.262	4.724	3.956
P	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.001

2.3 两组患者患者不良反应发生状况对比

本次研究中两组患者均有不同程度的不良反应，发生状况常规组内的总发生率为26.67%，高于研究组的3.33%，数据对比差异显著（P<0.05）。

表3 两组患者患者不良反应发生状况对比

组别	恶心呕吐	头晕	过敏	总发生率
实验组（n=30）	0	1	0	3.33%
对照组（n=30）	3	4	1	26.67%
X ²				6.411
P				0.011

3 讨论

肺炎这一疾病主要传播途径为飞沫、误吸上呼吸道感染细菌、肺炎外感感染位置血液等，患儿在身体抵抗力降低时或者有其他疾病的患儿^[5]，患病率高于普通人群，主要是在医院外环境中被微生物入侵感染导致的肺炎，最主要的致病菌就是肺炎链球菌和肺炎支原体，当然也包含肺炎衣原体、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌等。对该病进行研究后发现，这一疾病发病症状一般表现为发热、咳嗽、身体发冷等表现，另外也可能有全身症状、胸部症状和肺外症状，倘若未及时治疗给予药物进行治疗，症状加重可能还会引发其他疾病。此类患儿往往合并并呈现出肺部实质病变现象，会使患儿呈现出肺部湿啰音、发热以及系列全身反应，对此确定有效方式针对小儿支原体肺炎支原体肺炎疾病进行有效治疗，意义显著^[6]。治疗期间阿奇霉素类药物获得广泛运用，但是不同治疗方案运用，获得效果存在差异^[7]。而该病在发病的时候相对隐匿，且发病因素也比较复杂，得需要认真检查和诊断，根据病因来实施针对性的治疗，否则可能会导致病情反复发作，越早治疗对患儿身体造成的伤害就越小，但小儿的配合度不高，所以想要获得良好的治疗效果，还得根据具体情况去合理分析^[8]，而肺炎已经成为临床上治疗工作开展严峻的挑战，会造成极大的社会负担和经济负担，随着中医产业的不断发展，这种疾病接受中医结合治疗是临床研究人员的一个重点内容，在中医理论中认为小儿肺炎的发生与患者调摄不慎和触冒风邪有密切的关联，属于中医理论中的风温肺热病范畴。患者气血津液运化失调，进而影响患者的肺脏功能，患者寒热化邪，导致患者的呼吸功能受到影响^[9]。

中医护理作为一种当代新型的护理方式^[10]，可以很好提高儿童的生活品质，采取有效的护理措施，可以促使儿童的患病率下降，这对确保儿童的发育，提高医治品质有着重要作用。

制作为药膏贴剂，直接贴于患儿的穴位上，贴敷时穴位选择双肺俞穴、膻中、天突、定喘等穴位，穴位选择可根据儿童病情作出调整。

情志护理，等待患儿的病情得到有效控制后，选择患儿情绪平和的时间与患儿进行沟通。通过医务人员与患儿的交流积极了解患儿的内心，根据患儿在内心的矛盾情绪为患儿进行简单的疏导，医务人员可以主动关注患儿的主观感受，通过鼓励和劝告的方式倾听患儿的诉说，并且尊重患儿对于事件和世界的看法，通过这种方式能够分散患儿的注意力，并获得来自于患儿的信任。在患儿治疗期间，如果患儿表现出了各种积极的行为，例如主动用药和主动与医务人员进行沟通，医务人员需要肯定患儿这种行为，这样能够使患儿提高自身的自我感知，医务人员还可以组织患儿与患儿家属共同完成各种协作游戏，帮助患儿转移自身的悲伤情绪，通过这一方面使患儿的不良情绪得到有效的疏导。

其次在对患儿进行心理护理的基础上，还需要配合音乐辅助治疗，在开展患儿的治疗时音乐的选择一方面，需根据患儿的喜好进行调整，另一方面医务人员需按要求整理，由医院临床心理医生所整理提供的音乐单采用循环播放的方式在治疗期间在病房内进行循环播放，使所有患儿能够每日接受30分钟左右的音乐聆听。儿童在聆听音乐的过程中可能会有部分儿童对于音乐缺乏兴趣，在这一阶段可以将音乐调整为儿童喜爱的动画片或者儿歌，这样能够有助于缓解儿童的不良情绪。在与儿童进行交流时接护士需要对儿童形成有效的同情心，以微笑服务，尽量关注和呵护患儿。

由于患儿长期存在疾病，对于患儿的日常生活和学习会产生一定的影响，患儿容易在治疗期间出现焦虑和紧张的不良情绪在对患儿进行护理时，医务人员需做好患儿的有效引导和心理疏导，尤其是需要做好患儿家属和亲友的护理工作，鼓励患儿家属和亲友在任何状况下都尽量给予患儿精神安慰和支持，同时还可以为患儿家属介绍治疗成功的案例，使患儿能够在治疗过程中坚持自身的康复锻炼，帮助患儿建立乐观的心态，以培养患儿战胜疾病的信心。

1.4 统计学方法

研究人员在针对患者治疗效果进行评价时，涉及到的计量资料与计量资料分别应用X²和T值，统计学数据计算方法，按照相关计算步骤进行判断，最终结果与P值关联，<0.05则记录为具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肺炎护理满意率比较

本次实验结果表明，实验组肺炎护理满意率明显优于对照组，差异具有统计学意义（P<0.05）。

表1 两组肺炎护理满意率比较

组别	满意	基本满意	不满意	总满意率（%）
实验组（n=30）	16	13	1	96.67%
对照组（n=30）	10	9	11	63.33%
X ²				9.2918
P				0.0000

2.2 两组患者发热症状消失时长、肺部啰音体征消失时长、胸部x线恢复正常时长、咳嗽症状消失时长对比

本次实验结果表明，研究组患者各项指标明显优于对照组，差异具有统计学意义（P<0.05）。

将中医辨证理论应用于患者的护理工作中，能够在一定程度上使患者的机体功能得到改善，穴位敷贴将中医理论作为基础，并采用适当的按揉手法，刺激患者的穴位，穴位敷贴能够起到疏通经络和改善内分泌的效果。除此之外，情志护理对于儿童的康复来说至关重要，情志本身与患者的机体功能有极为密切的关联；良好的情志状态有助于促进患者的康复，所以在开展患儿的护理时，保持患儿的良好情绪，提高患儿的治疗依从性，对于改善患儿的病情来说极为重要。

综上所述，在对肺炎患儿进行护理时，选择中医穴位贴敷联合情志护理，有助于提高护理质量，病因使儿童的治疗时间得到控制，临床可应用价值良好，值得进行推广。

参考文献：

- [1]石欣,袁卫荣,陈丽琼,晏芳.推拿结合穴位贴敷在小儿肺炎患儿护理中的应用[J].基层医学论坛,2021,25(30):4409-4410.
- [2]薛霜,沈琳玲,叶子丰,曹国雅,阮一蔚,寇宽.循经推拿配合定喘散穴位贴敷干预小儿肺炎60例效果观察[J].湖南中医杂志,2021,37(09):104-105+112.
- [3]陈卓.中西医结合护理干预对小儿肺炎患者临床症状及生活质量的改善[J].光明中医,2021,36(15):2612-2615.
- [4]杨丽娟,刘黎玲,魏艺芬.中医护理对小儿肺炎患者的临床效果分析[J].黑龙江中医药,2021,30(04):407-408.
- [5]刘黎玲.中医护理模式干预对痰热闭肺型肺炎患儿症状改善及预后的影响[J].中外医学研究,2021,19(16):123-125.
- [6]戚玉凤.观察小儿肺炎患儿实施临床中医护理路径的效果[J].中国农村卫生,2020,12(16):52.
- [7]时秀芳,张燕.观察小儿肺炎患儿实施临床中医护理路径的效果[J].中医临床杂志,2019,11(30):11-12.
- [8]高香花,冯悦,周喜华.中医护理路径在小儿肺炎患儿护理质量管理中的应用观察[J].临床研究,2019,27(07):170-172.
- [9]王佳佩,陈颖颖.小儿肺炎患儿实施临床中医护理路径的效果分析[J].智慧健康,2018,4(36):146-147.
- [10]郑丹.中医护理路径应用于小儿肺炎患者护理质量管理中的应用研究[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2018,6(32):120.

无痛胃镜治疗中舒芬太尼复合丙泊酚的作用与护理对策

杨兴华 高敏 阮同德

临沂市中心医院 山东临沂 276400

摘要：目的：探讨舒芬太尼复合丙泊酚在无痛胃镜治疗中的作用价值和采用合理护理对策的重要性。方法：将 90 例行无痛胃镜治疗患者随机分为常规组 40 例患者予以丙泊酚进行麻醉和观察组 40 例患者予以舒芬太尼复合丙泊酚共同进行麻醉，并给予两组患者同样护理对策，比较两组患者的麻醉药物影响效果。结果：组间患者失去意识时间和沉睡时间相比较，差异小 ($P>0.05$)；观察组苏醒时间明显短于常规组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；观察组患者的麻醉效果总有效率明显高于常规组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；观察组患者在术后不良反应情况明显少于常规组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论：舒芬太尼复合丙泊酚的药效学相互作用在无痛胃镜治疗中起着至关重要的作用。

关键词：无痛胃镜；舒芬太尼复合丙泊酚；护理对策；疗效

The effect of sufentanil combined with propofol in painless gastroscopy and nursing countermeasures

Yang Xinghua, Gao Min, Ruan Tongde

Linyi Central Hospital Shandong Linyi 276400

[Abstract]Objective: To explore the value of sufentanil combined with propofol in painless gastroscopy and the importance of adopting reasonable nursing strategies. Methods: 90 patients undergoing painless gastroscopy were randomly divided into the routine group (40 patients) and the observation group (40 patients), who were anesthetized with propofol and sufentanil combined with propofol. The two groups were given the same nursing strategy, and the effects of anesthetic drugs on the two groups were compared. Results: There was little difference in the time of unconsciousness and sleeping between the two groups ($P>0.05$). The recovery time of the observation group was significantly shorter than that of the conventional group (P); The total effective rate of anesthesia in the observation group was significantly higher than that in the conventional group (P); The adverse reactions in the observation group were significantly less than those in the conventional group ($P<0.05$). Conclusion: The pharmacodynamic interaction of sufentanil combined with propofol plays an important role in painless gastroscopy.

[Key words]Painless gastroscopy; Sufentanil combined with propofol; Nursing countermeasures; Efficacy;

胃是人体重要的消化器官，上接食道下接小肠，是身体必不可少的组成部分^[1]。由于现代人们生活压力剧增、过度的劳累、情绪化以及不良的饮食习惯而引发胃部不舒服，一旦患者对于胃部不适不重视，任其发展，进而导致胃炎、胃溃疡甚至胃癌的风险逐渐增加^[2]。为有效避免患者因疏忽造成严重的胃部疾病，当患者总是出现胃部反酸和烧心、咳血并伴有大便发黑的情况，应立即就医进行胃镜诊断，以确定病因^[3]。目前临床常用的检查胃部疾病的手段就是无痛胃镜，无痛胃镜是在以往普通胃镜基础上，采用新型麻醉药予以静脉注射使患者处于深度睡眠的麻醉状态下进行的，可以有效避免患者出现恶心、反胃等不适症状，可以在患者毫无痛苦的情况下完成胃部相关检查及其完成胃镜下治疗工作，因此可以为有效施行安全检查和胃镜下治疗工作，不仅护理方法要得当，更要正确选择安全、有效的麻醉药物，以往临床麻醉方法中均选择单一的麻醉药物舒芬太尼或丙泊酚的麻醉效果并不理想，而舒芬太尼复合丙泊酚共同使用不仅可以减少相互的用药剂量，还可以有效抑制中枢神经系统，起到镇静、催眠作用，起到良好的作用效果，同时也能减轻不良反应发生。本文将对二者联合作用效果进行如下分析：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院需要行无痛胃镜治疗患者 80 例作为研究对象，选取时间段为 2020 年 2 月至 2022 年 6 月，采用随机分配方法将患者分为不同小组，常规组 40 例；其中男性患者 21 例，女性患者 19 例，年龄 35~72 岁，平均年龄 (53.65 ± 1.25) 岁；观察组 40 例；其中男性患者 22 例，女性患者 18 例，年龄 36~72 岁，平均年龄 (54.58 ± 1.33) 岁；两组患者在基线数据加以对比，差距小 ($P>0.05$)。入选标准：①临床表现结合相应检查需要行无痛胃镜治疗者；②患者及家属都对本次研究知晓并自愿参加。③各项指标具备手术指征的患者。剔除标准：①精神障碍、听力障碍、认知障碍者；②严重传染性疾病者；③各项资料不全者。

1.2 方法：

护理对策：对两组患者均采用同样的护理对策，主要对策方法如下：(1) 术前护理：①无痛胃镜知识宣教：在进行无痛胃镜手术之前向患者详细介绍行无痛胃镜检查和治疗的目的和意义以及手术的必要性，并为患者分散的讲解术中可能出现的风险，使患者有充分的心理准备，减少因为无知而带来的恐惧、紧张的心理。②麻醉知识宣教：术前护理人员应跟患者及其家属做好沟通，充分了解患者的麻醉史，配合麻醉师完成麻醉工作，告知患者麻醉的重要性，应积极配合麻醉工作，才可以取得理想的麻醉效果，使患者在检查和治疗当中不会感受到疼痛。(2) 术中护理：护理人员应密切监测患者术中的各项生命体征，如监测血压、呼吸频率、脉搏跳动等情况，如发生任何异常应立即联系主治医师采取相应急救措施。(3) 术后护理：①身体护理：帮助患者恢复平卧的体位，将患者的头偏向一侧使其口腔内的遗物可以排出，并再次为患者进行血压、心率、脉搏等进行监测，如指标异常，轻轻呼唤患者名字，并用适宜的肢体动作叫醒患者，然后将患者安排至观察室留置 30 分钟，如未发生任何异常和不良反应且意识清醒的状态下，可由家属陪护离开。②饮食护理：叮嘱患者在手术 2 小时以后方可进食，以易消化、清淡的流质食物或软食为主，不宜吃的过多，尽量少吃多餐，忌食辛辣生冷刺激等食物。③运动护理：术后尽量卧床休息，可以轻微的走动，切不可剧烈运动。

麻醉方法：给予常规组患者采用丙泊酚注射液（生产厂家：四川国瑞药业有限责任公司，批准文号：国药准字 H20030115）进行麻醉，并通过静脉输液的方式注射 2.5-3.0mg/kg 的剂量。给予观察组患者采用舒芬太尼复合丙泊酚进行麻醉，丙泊酚注射液的药剂量同常规组患者用法一致；枸橼酸芬太尼注射液（生产厂家：宜昌人福药业有限责任公司，批准文号：国药准字 H20054171），同样采取静脉注射的方式给药，并在 10 分钟内输入完毕，剂量为 0.1-5.0μg/kg。

1.3 观察指标

(1) 组间患者麻醉时间比较：通过比较患者失去意识时间、沉睡时间以及苏醒时间三个维度进行。

(2) 组间患者麻醉效果比较：比较两组患者的麻醉效果，评定标准：①显效：麻醉注射时患者平稳、无躁动、无呛咳；②有效：麻醉注射时患者稍有呛咳和躁动；③无效：麻醉注射时患者不平稳、躁动和呛咳明显。总有效率为显效率和有效率之和。

(3) 组间术后不良反应情况：比较两组患者术后发生躁动、呛咳、低血压等不良反应情况。

1.4 统计学方法

计量资料以“ $\bar{X} \pm s$ ”表示，t 检验，计数资料 (n, %) 表示， χ^2 检验，SPSS 25.0 对数据进行处理， $P<0.05$ ，代表数据比存在差异性。

2 结果

2.1 组间患者麻醉时间比较

组间患者失去意识时间和沉睡时间相比较，差异小 ($P>0.05$)；观察组苏醒时间明显短于常规组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，具体见表 1。

表 1 组间患者麻醉时间比较 ($\bar{X} \pm s$)

小组	例数	失去意识时间 (s)	沉睡时间 (s)	苏醒时间 (min)
常规组	40	28.15±5.21	57.45±11.68	14.15±6.95
观察组	40	27.45±6.23	58.54±10.35	7.95±5.86
t		0.545	0.442	4.313
P		0.587	0.660	0.000

2.2 组间患者麻醉效果比较

观察组患者的麻醉效果总有效率明显高于常规组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，具体见表 2。

表 2 组间患者麻醉效果比较 (n, %)

小组	例数	显效	有效	无效	总有效率
常规组	40	17 (42.50)	8 (20.00)	15 (37.50)	25 (62.5)
观察组	40	29 (72.50)	10 (25.00)	1 (2.50)	40 (97.5)
χ^2					15.313
P					0.000

2.3 组间术后不良反应情况比较

观察组患者在术后不良反应情况明显少于常规组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，具体见表 3。

表 3 组间术后不良反应情况比较 (n, %)

小组	例数	躁动	呛咳	低血压	不良反应占比
常规组	40	5 (12.50)	3 (7.50)	2 (5.00)	10 (25.00)
观察组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	2 (5.00)
χ^2					6.275
P					0.012

3 讨论

随着现代医学技术的不断发展与提高，对于胃部疾病筛查和治疗手段也在日益增进，以往患者在行普通胃镜检查时，都是苦不堪言，不仅感受到疼痛难忍，有的甚至还会发生恶心、呕吐等现象，令患者配合度和满意度均下降，而如今科学技术的发达无痛胃镜治疗渐渐走入大众视野，并广泛应用于临床治疗中^[4]。无痛胃镜治疗是在普通胃镜治疗基础上引进新型麻醉药物，并通过静脉注射的方式使患者在短时间内失去意识的状态下进行的检查和治疗工作，经过本文研究分析在舒芬太尼复合丙泊酚两种麻醉药物共同作用下可以取得理想的麻醉效果，并结合有效的护理政策可以使患者在接受胃部疾病检查和治疗时感觉不到痛苦，大幅度降低不良反应发生率，同时还可以减轻患者心理负担，进而达到预后良好治疗效果。

丙泊酚虽然是一种起效快的全身静脉麻醉药物，具有镇静、催眠的作用，但是作用时间短、苏醒时间短，仅适用于较短时间内可以完成的手术中^[5]。舒芬太尼是一种新型的阿片类药物，具有较强的镇痛效果，是芬太尼的衍生物，比其镇痛效果强 5-10 倍，应用范围较广，安全性高，而且作用效果持续时间更长^[6]。舒芬太尼复合丙泊酚给予患者持续静脉注射时，舒芬太尼可有效降低丙泊酚意识消失的血药浓度，进而减少丙泊酚用量、稳定血流动力学^[7]。另外，舒芬太尼与丙泊酚对于中枢神经系统的抑制作用可以使麻醉效果加倍，可以产生良好的镇痛、镇静、催眠的作用，因此舒芬太尼复合丙泊酚药物被广泛应用于无痛胃镜治疗当中，取得理想麻醉效果的同时降低患者不良反应的发生，被广大患者所接受^[8]。除此之外，在进行无痛胃镜治疗时采取优质的护理对策，可以起到双重影响效果。通过术前对患者进行无痛胃镜治疗及麻醉知识的宣教，是患者充分理解无痛胃镜治疗的目的和意义以及手术的必要性，对于麻醉知识的提高，可以有效减轻患者心理负担，消除患者因为对二者的无知而产生的恐惧、紧张的心理，同时可以提升患者配合度，有利于无痛胃镜治疗的顺利进行。术后护理人员优质的护理、贴心的服务，使患者能够保持心情舒畅，并告知患者术后饮食和运动的注意事项，可以避免不良事件发生，和谐的护患关系、优质的护理质量可以提升患者护理满意度，进而促进预后良好治疗效果。

综上所述：在无痛胃镜治疗中，舒芬太尼复合丙泊酚两种麻醉药物的共同作用，不但可以减少药物用量，而且镇静、镇痛效果显著，同时也有效降低术后不良反应发生，值得大力推广和应用。

参考文献：

- [1]张艳华,刘先秒,张雪云,陶雄.消化内镜治疗中应用无痛胃镜的术后护理观察[J].智慧健康,2022,8 (03): 136-138.
- [2]李慧慧,王洪娟.整体护理在无痛胃镜检查与治疗中的应用价值探讨[J].中国继续医学教育,2018,10 (22): 195-197.
- [3]陈小万,辛小平,刘苑昉.舒芬太尼咪达唑仑复合小剂量丙泊酚在无痛胃镜微创治疗中的作用[J].北方药学,2020,17 (02): 148-149.
- [4]王文美.舒芬太尼复合丙泊酚在无痛胃镜治疗中的应用及护理[J].中国实用医药,2020,15 (03): 133-134.
- [5]田野,马爱兵,胡光伟,韩香淑,姜灿红.无痛胃镜麻醉中舒芬太尼复合丙泊酚的应用及效果探究[J].世界最新医学信息文摘,2018,18 (85).
- [6]韩琼.舒芬太尼和多卡因复合丙泊酚在无痛胃镜微创治疗中的镇痛效果[J].中外医学研究,2021,19 (09): 146-149.
- [7]杨小燕,苏雪娥.舒芬太尼与丙泊酚用于无痛胃镜治疗中的效果观察以及护理体会[J].海峡药学,2016,28 (08): 193-194.
- [8]任杰,杨帆,刘丽莉.舒芬太尼复合丙泊酚在无痛胃镜治疗中的应用及护理[J].实用药物与临床,2013,16 (01): 79-81.

针对性护理干预对胃癌术后麻醉恢复期的影响分析

张水莲¹ 李薛红² 杨春霞^{通讯作者}

宁夏医科大学总医院心脑血管病医院麻醉科 宁夏银川市 750000

摘要:目的:探讨针对性护理干预对胃癌术后麻醉恢复期的影响。方法:采集本院2020年9月至2022年9月期间接收的108例胃癌患者,随机分为对照组与观察组各54例,对照组运用常规护理,观察组运用针对性护理干预,分析不同护理操作后患者恢复期不良反应、恢复时间、护理满意度情况。结果:在患者术后恢复期不良反应率上,观察组为29.63%,对照组62.96%,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者拔管时间、苏醒时间、复苏时间等速度上,观察组各项时间明显少于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者护理满意度上,观察组为96.30%,对照组81.48%,对比有统计学意义($p<0.05$)。结论:针对性护理干预对胃癌术后麻醉恢复期有较好的辅助作用,加快其治疗恢复速度,减少其不良反应率,提升其护理满意度。

关键词:针对性护理干预;胃癌;术后麻醉恢复期;影响

胃癌采用全麻处理,因为麻醉影响,会导致患者出现恶心、呼吸抑制、低氧血症等问题。患者手术时间长,手术操作范围大,会造成患者内分泌与神经功能产生一定影响。手术会导致患者身心疲乏,一般术后首要需要面对的是平稳安全地度过麻醉恢复期。需要积极的采用合理有效的护理措施保证患者安全平稳度过麻醉苏醒期,减少恢复期并发症,保持良好的身心状态。本文采集108例胃癌患者,分析运用针对性护理干预后患者恢复期不良反应、恢复时间、护理满意度情况,具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2020年9月至2022年9月期间接收的108例胃癌患者,随机分为对照组与观察组各54例。对照组中,男31例,女23例;年龄从46~72岁,平均(54.28±4.81)岁;文化程度中,初中及以下为25例,高中为23例,大学为6例;观察组中,男34例,女20例;年龄从45~74岁,平均(55.76±6.43)岁;文化程度中,初中及以下为27例,高中为20例,大学为7例;两组患者在基本年龄、性别、文化程度等信息上没有明显差异,有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理,术前需要积极地与患者、家属展开有效的沟通,让其了解有关手术知识,知晓可能产生的不良问题,做好有关的术前准备工作。能够理解医护人员的工作,可以有效地配合,避免不良认知以及行为对有关工作构成的阻力,尽可能地保证工作顺利地进行^[1]。在手术过程中,护理人员需要保持与患者有效的配合,监测患者各项生命体征,如果有异常行为,需要马上与麻醉医师沟通处理。术中所使用的输液以及冲洗液都需要做好加温仪器设备处理,恒温控制在38摄氏度左右^[2],贴近人体体温,避免低温刺激导致体温波动不稳。尽可能地避免低体温导致人体代谢慢而引发的低体温不良问题。要尽可能地做好身体保暖,避免不必要皮肤裸露而导致的体温流失问题^[3]。手术完成之后,患者清醒后需要及时告诉患者有关手术成功的情况,稳定患者的情绪,让患者做好后续工作的有效准备^[3]。引导其做好正确的咳嗽咳痰处理,保持呼吸通畅,配合有关把关处理。

观察组运用针对性护理干预,具体内容如下:

一般术后麻醉恢复期的护理工作,在麻醉恢复期要辅助其做好有效体位的处理,要保持去枕卧位,头侧向一边,依据实际情况做好细节的调整^[4]。要完成各项生命体征的动态监测以及观察记录,同时对患者家属以及陪护人员做好细致的注意事项说明,同时还要让其能够对交代的事项做完整的复述,确保其能够有效执行。在麻醉恢复期过程中,还需要做好呼吸道的护理^[5]。要做好患者口腔情况的观察清洁,防控分泌物对呼吸道构成阻塞问题,避免呛咳、误吸。要做好并发症护理处理,进行患者体温的实时监测、记录,防控并发症^[6]。如果患者有高热情况,需要通过物理降温做处理,同时还需要将情况告知主治医生做有效干预。

按照医嘱做好必要的补液,防控脱水问题。要做好对应的心理护理工作,一般情况要做好患者的心理安抚工作,防控恐惧、焦虑等负面情绪问题。还需要依据情况做好对应的镇静处理,依据情况做好患者隐私保护,避免不良问题的出现。

细节执行层面如下:当患者被送入麻醉恢复室内,如果没有完全清醒,需要辅助其保持仰卧位,同时保持其头部低位^[7],确保气道保持顺畅,防控导管扭曲。当患者能够恢复自主呼吸之后,将导管拔出,同时保持半斜坡卧位,让其髋关节保持屈曲状态,由此来减少其腹部缝合线张力,减少疼痛问题,有助于其呼吸功能的改善^[8]。气管导管护理方面,当其送入恢复室之后,要保持导管的通畅性,注意血氧饱和度以及各项生命体征的监测以及观察记录,如果其血氧饱和度在90%以内,则需要做好其螺旋管以及导管连接松紧度的观察,同时观察导管气囊是否存在漏气而导致其出现滑出呼吸道;导管是否存在因为分泌物而造成堵塞问题;氧气压力是否充足。做好一系列问题的排除,做好把关。患者处于麻醉恢复期过程中,做好其每分钟通气量以及潮气量的观察。患者麻醉恢复期相对较快,当其清醒之后,需要对其通气量以及潮气量充足之后,对其导管、口腔做痰液吸除干净之后撤除导管,而后进行面罩吸氧。如果恢复期存在躁动情况,需要做好对应的处理,做好患者防坠床、碰伤、擦伤等问题的防控,避免其因为挣扎而引发静脉穿刺针的松脱以及气管导管的拔出等问题。要做好约束,在对其身体做好约束带处理。尤其是做好其四肢固定,同时要观察其四肢血运皮肤温度、静脉注射部位情况的观察,确保其皮肤没有损伤问题。当其存在躁动情况,需要做好及时的强制处理。同时通过其清醒时期做好患者的唤醒处理,通过有关引导,让其保持平静状况。要做好及时的术后镇痛处理,如果其伤口疼痛导致其难以接受,会导致其心率加快以及血压升高,容易导致患者呼吸减弱,进而导致有关并发症需要做好止痛剂的使用。还需要做好有关心理护理,一般患者清醒之后,气管导管如果没有拔除,患者容易有不适感,甚至产生恐惧情绪,需要做好对应的心理安抚工作。依据情况做好各步骤的操作说明。需要做好有关指导,提升患者整个疾病治疗的抗压心态。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者恢复期不良反应、恢复时间、护理满意度情况。不良反应主要集中在寒战、躁动。恢复时间主要观察拔管时间、苏醒时间、复苏时间等时间。护理满意度=很满意率+基本满意率。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理,计数资料使用 $n(\%)$ 表示,采用卡方检验,计量资料运用 ($\bar{x}\pm s$) 表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者救治恢复速度情况

见表1,患者拔管时间、苏醒时间、复苏时间等速度上,观察组各项时间明显少于对照

组,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 1: 各组患者救治恢复速度结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	医生到位时间 (min)	到院至检查时 间 (ml)	到院到检查结 果得出时间(d)	到院至用药时 间 (周)
观察组	4.87±1.09	18.43±2.69	38.72±3.11	46.73±4.29
对照组	11.46±1.54	27.64±3.94	41.57±4.29	56.74±5.38

注: 两组对比, $p<0.05$

2.2 两组患者护理满意度情况

见表 2 所示, 在患者护理满意度上, 观察组为 96.30%, 对照组 81.48%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2: 患者护理满意度评估结果[n (%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	54	34 (62.96)	18 (33.33)	2 (3.70)	96.30%
对照组	54	21 (38.89)	23 (42.59)	10 (18.52)	81.48%

注: 两组对比, $p<0.05$

2.3 两组患者术后恢复期不良反应率情况

见表 3 所示, 在患者术后恢复期不良反应率上, 观察组为 29.63%, 对照组 62.96%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 3: 患者术后恢复期不良反应率评估结果[n (%)]

分组	n	寒战	躁动	不良反应率
观察组	54	7 (12.96)	9 (16.67)	29.63%
对照组	54	18 (33.33)	16 (29.63)	62.96%

注: 两组对比, $p<0.05$

3 讨论

胃癌属于较为常见的消化道恶性肿瘤疾病, 在我国属于居于首位的恶性肿瘤死亡问题。胃癌根治术属于治疗胃癌的有效手段, 作为一种外界刺激性的治疗方式, 手术治疗术中以及术后都会导致患者生理层面上的波动变化, 会引发患者自身免疫力以及身体手术耐受力的降低。

有关资料显示, 胃癌手术之后, 患者中有 40%~65% 的人会出现低体温等问题, 甚至由此会引发一系列的不良并发症。如果出现低体温, 人体在需氧量上提高, 会导致心血管功能储备异常, 进而导致有关问题的出现, 甚至导致死亡率提高。低体温情况严重会导致心室颤动与心脏骤停等问题。情况严重会导致患者生命威胁, 要做好必要的保温处理。

首先需要做好麻醉恢复期妥善处理, 尽可能地保证其安全平稳地度过术后恢复期。胃癌患者由于长时间疾病影响, 身体相对较弱, 皮下脂肪较少, 因此对于体温的自身调控能力相对较弱。同时因为麻醉药物在机体上的体温调控抑制影响, 容易导致机体体温的波动变化。其次, 在手术操作中导致患者在室温情况下的腹腔组织暴露, 身体受到较多的液体冲洗, 导致体温下降明显。同时手术中会因为较多输血液的操作, 这些冷液体的输入也会导致机体体温的降低。手术过程中, 因为长时间的身体组织暴露在室温条件之下, 室内的空气对流、传导等都会导致体温下滑。保温措施如果不能做到位, 就会导致体温缺乏稳定性。加之输液以及体腔冲洗, 如果不能够做好恒温的处理, 没有对应的保温毯做覆盖, 体温的波动在所难免, 进而导致术后并发症的出现。这些都会导致患者在术后麻醉恢复期出现一系列的问题。对于有关处理工作, 需要做好有关围术期操作的配合, 尽可能地减少术后麻醉恢复期的波动影响, 做好有关护理工作的衔接性。术后麻醉恢复期的质量, 除了在术后麻醉恢复期阶段中

做好有关护理之外, 整个围术期的护理操作对整个麻醉恢复期的影响也有一定的关联性, 因此要做整体护理方案的处理体系构建。

本研究中, 在患者术后恢复期不良反应率上, 观察组为 29.63%, 对照组 62.96%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组采用针对性护理干预后, 减少了恢复期不良反应, 整体的躁动与寒战情况更好, 恢复平稳性更好。在患者拔管时间、苏醒时间、复苏时间等速度上, 观察组各项时间明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 观察组的恢复速度更快, 平稳过渡情况更理想。在患者护理满意度上, 观察组为 96.30%, 对照组 81.48%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组患者对护理满意度更高, 体验感受更好。

在具体处理应对中, 患者的手术情况会有一定的差异。个人体质不同, 对麻醉药物的反应也有不同的个体情况差异。因此在处理应对中需要做好各自情况观察, 做好定时的指标观察记录, 有异常情况及时转告医生处理。同时也需要做好有关术前准备工作, 收集完整患者的整体情况, 以便在麻醉恢复期过程中, 无论是使用药物还是各项护理操作, 都能够有完整的信息支持, 避免信息不去全导致的操作失误问题。护理工作是麻醉医师以及主治医生的辅助工作, 因此在各项操作工作上, 需要得到医师的准许, 避免个人盲目性操作而导致的失误。各项操作要有对应的指标为参照依据, 避免盲目性个人错误处理而导致的法律纠纷以及不良后果。具体处理应对考验护理人员观察判断、沟通理解以及心理安抚等各方面能力。因此对于护理人员而言, 日常的有关培训学习也非常的重要。一方面科室要提供各种线下交流以及操练学习, 另一方面也通过线上多样化的信息沟通, 分享了解最先进最前沿的信息动态, 提升个人的专业素养。不仅要了解专业的麻醉知识、护理常识, 也需要理解与专业相关的法律常识、心理学、社会学、新闻信息等, 这样才能更全面的应对实际工作所需, 避免个人视野的局限性。在科室内部也需要做好信息的共享工作, 提升整个团队的协作能力。要充分的意识到, 当下的护理工作已经不仅仅是单一局限性的工作内容, 是一套系统内部的合力。护理工作如果不能够完成有效的落实, 配合其他医护工作的开展, 患者对有关工作的评价是对整个医疗体系的评价, 会对整个医院的整个医疗工作留下负面评价影响, 而不仅仅是对单个护理人员的负面评价。在患者以及患者家属的眼中, 医护人员是一体的, 护理工作没有落实到位, 会认为是医疗整个团队的水平质量不过关。因此, 对护理工作的要求也不能够放松, 需要积极的注重护理整个团队工作的培养, 提升整个工作团队的协作能力。

总而言之, 针对性护理干预对胃癌术后麻醉恢复期有较好的辅助作用, 加快其治疗恢复时间, 减少其不良反应率, 提升其护理满意度。

参考文献:

- [1]牛红艳, 马玉龙, 郭梦晓. 针对性护理干预对胃癌患者术后麻醉恢复期的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28 (14): 120-122.
- [2]田海燕, 逢淑萍. 分析胃癌手术患者麻醉恢复期的手术室护理干预方法及疗效[J]. 心理月刊, 2020, 15 (13): 90.
- [3]黄靖茜. 胃癌手术患者麻醉恢复期的手术室护理要点分析[J]. 饮食保健, 2020, 7 (32): 254.
- [4]赛宗娜. 胃癌手术患者麻醉恢复期的疼痛护理干预效果分析[J]. 糖尿病天地, 2020, 17 (1): 264-265.
- [5]屈胜利. 胃癌手术患者在麻醉恢复期实施针对性手术个体化手术室护理的效果[J]. 中国药物与临床, 2020, 20 (19): 3341-3342.
- [6]唐雪鑫. NBASS-APS 模式对胃癌手术患者麻醉恢复期低温及苏醒延迟的影响[J]. 现代肿瘤医学, 2020, 28 (20): 3579-3583.
- [7]吴君丽. 胃癌根治术患者应用升温毯对麻醉恢复期低体温及并发症发生率的影响[J]. 家庭医药·就医选药, 2021 (1): 19.
- [8]席荷. 探讨协同护理对胃癌术后患者自理能力及胃肠道并发症的影响[J]. 当代临床医刊, 2022, 35 (3): 95-96.

多元化康复护理预防股骨骨折术后深静脉血栓的效果研究

¹郑清森 ²王贤标

云浮市郁南县第二人民医院、综合内科 广东省云浮市 527300

摘要：目的：研究多元化康复护理应用于股骨骨折术后患者中在预防深静脉血栓方面的价值。方法：对接收的股骨骨折患者100例，入院时间介于2021年6月至2023年6月间，遵循随机分配原则将其分为两组。对照组纳入的50例患者给予常规护理，观察组针对所纳入的50例患者施多元化康复护理。将组间凝血指标以及生活质量变化情况展开对比，同时比较两组术后深静脉血栓形成率。结果：观察组护理后的凝血酶时间（TT）测定值、凝血酶原时间（PT）测定值、活化部分凝血活酶时间（APTT）测定值均高于对照组，P<0.05；观察组术后深静脉血栓形成率低于对照组，P<0.05；护理工作实施后，观察组的生理领域评分、心理领域评分、独立性领域评分、环境领域评分、社会关系领域评分均高于对照组，P<0.05。结论：对于接受手术治疗的股骨骨折患者实施多元化康复护理，可改善患者的机体凝血功能状态，有效预防术后深静脉血栓的形成。

关键词：多元化康复护理；股骨骨折；深静脉血栓；凝血功能；生活质量

深静脉血栓形成成为股骨骨折患者术后极为常见的并发症之一，若患者未获得及时有效的治疗和干预，极可能导致患侧肢体的部分功能丧失，提高残疾风险，严重影响患者的生活质量，甚至可能导致肺栓塞以及脑栓塞等严重后果，提高患者的死亡风险^[1]。股骨骨折患者手术治疗后，其下肢深静脉当中的血液有异常凝集表现，若干预不当或干预不及时，可进一步发展为深静脉血栓。肢体肿胀、局部肤色发紫、皮温上升等均为股骨骨折患者术后出现深静脉血栓的主要临床表现，严重者可出现疼痛症状。临床相关研究指出^[2]，股骨骨折患者术后发生深静脉血栓同血液流速、血液流动状态、血管内皮光滑程度之间有密切关联，而患者术后后因惧怕患侧疼痛感而卧床休养，伴随卧床时间延长，血液流速逐渐减缓，提高血栓发生风险，且部分患者伴发局部静脉挫伤以及撕裂伤，使得深静脉血栓形成风险提升。为此临床医务人员需要充分重视深静脉血栓形成等并发症的预防护理工作^[3]。常规护理工作内容包括在随机性，且护理人员主要通过同患者口头沟通的方式展开宣教工作，存在单调、枯燥等缺陷，使得其护理效果受影响。本文主要分析在股骨骨折患者术后落实多元化康复护理模式的效果，现对结果进行总结并作如下阐述。

1 资料、方法

1.1 资料

择取本院接收的股骨骨折患者100例，均为在2021年6月至2023年6月所设定研究时间内收治，施以随机分组处理，对照组、观察组纳入患者例数均为50例。对照组纳入研究的患者当中，包含28例男性，包含22例女性；年龄平均数值为（48.25±3.71）岁；依据致伤原因，车祸伤患者占19例，压砸伤患者占10例，跌倒致伤患者占21例。

观察组纳入研究的患者当中，包含31例男性，包含19例女性；年龄平均数值为（48.31±3.85）岁；依据致伤原因，车祸伤患者占15例，压砸伤患者占12例，跌倒致伤患者占23例。

组间于研究中呈现的资料信息无差异（P>0.05）。

入选标准：有下肢局部疼痛、肿胀等表现，且经过X线检查、CT检查确诊者；同股骨骨折临床诊断标准涉及的相关内容相符者；新鲜闭合性骨折者；同切开复位内固定手术指征相符，且自愿签署知情同意书者。

排除标准：有脑梗死、心肌梗死病史者；患有恶性肿瘤者；心功能、脑功能、肾功能、肝功能异常者；凝血功能异常者；无法耐受抗凝药物、低分子肝素治疗者；手术前检查结果提示有双下肢深静脉血栓情况存在者；精神状态、意识状态异常者。

1.2 方法

对照组：本组纳入对象所接受的护理方案为常规护理，术后遵医嘱为患者用药，对其临床表现展开密切监测，指导患者开展运动，避免血管牵拉过度以及血管管壁受挫。

观察组：本组纳入对象实施多元化康复护理，详细内容如下：

（1）心理疏导：护理人员主动同患者展开沟通交流，期间将股骨骨折术后康复注意事项以及深静脉血栓形成原因、病症常见临床表现、预防手段以及治疗手段、康复锻炼开展的意义、康复锻炼预期效果等告知患者，多以鼓励性话语同患者交流，帮助其端正自身治疗疾病的态度，促进治疗信心提升；术后后加强沟通交流力度，针对康复治疗知识、开展康复锻炼的必要性等向患者展开详细介绍。

（2）疼痛管理：护理人员需要针对疼痛相关知识向患者详细介绍，告知其剧烈疼痛可能诱发系列不良事件，提高其认识水平的同时，使其做好心理准备，并且以积极的心态面对疼痛症状，通过落实放松疗法、自我行为疗法等方式分散患者的注意力，减轻其机体疼痛感；应用数字模拟评分方法评定患者的疼痛程度，针对评分较高、耐受度较差者，可遵医嘱应用镇痛药物。

（3）血栓预防护理：①术后为患者使用弹力袜，穿戴弹力袜前，需检查弹力袜弹性，维持患者局部皮肤的干燥度，若患者需要长时间佩戴弹力袜，需嘱其准备备用弹力袜，并且定期评估其皮肤状态；术后每日开展两次间歇充气压力泵处理。②取软垫放置于患者小腿、腘窝部位，将患者的患肢垫高，同时协助其开展屈伸运动，以降低血液瘀滞发生风险，将血液循环速度加快。③对患者的临床表现展开密切监测，针对初发血液瘀滞患者，遵医嘱取5000U低分子肝素钙皮下注射，一日一次。

（4）多元化康复锻炼：①指导患者开展穴位按摩、向心性按摩工作，于术后2-7天，开展股四头肌等长收缩锻炼、踝关节屈伸锻炼，开展股四头肌等长收缩锻炼，各动作持续10s

表2：对比两组生活质量变化情况（n=50，分）

组别	生理		心理		独立性		环境		社会关系	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	68.52±3.35	75.81±5.56	70.15±2.91	74.68±4.03	67.53±3.39	72.65±5.16	62.87±4.48	72.91±5.08	65.98±3.36	70.83±4.41
观察组	68.49±3.42	80.19±7.61	70.22±2.89	80.51±5.59	67.46±3.41	78.18±7.08	62.93±4.51	78.96±6.36	65.84±3.41	79.56±6.28
t	0.044	3.286	0.121	5.982	0.103	4.463	0.067	11.101	0.207	8.044
P	0.965	0.001	0.904	0.001	0.918	0.001	0.947	0.001	0.837	0.001

3 讨论

手术为目前临床治疗股骨骨折的常用措施，但患者术后若未获得合理的护理干预，可能导致深静脉血栓形成^[4]。术后深静脉血栓形成是以下肢静脉回流障碍为主要表现的常见病症，于下肢骨折患者术后极为常见。若患者未获得及时有效的治疗，可能对骨折愈合产生影响，延长其疾病治疗时间，且可能导致肢体功能障碍，降低其生活质量。

多元化护理是一种秉持“保护生命、缓解痛苦、促进健康”护理观的一种护理模式，其可以扩大护理服务领域，保证护理人员给予患者多方位的护理干预。护理人员在该项护理模式下，对患者的健康知识认识度、健康生活方式的认识度、疾病相关知识认识度展开分析，结合其实际情况落实系列护理干预，促进护理效果以及肢体功能改善，通过落实不同层次、不同方面的护理干预措施，改善患肢周围血液循环状态的同时，缓解术后机体疼痛感，促进身心舒适度提升^[5]。

研究中，观察组的凝血功能状态、生活质量均显著优于对照组，术后深静脉血栓形成率显著低于对照组。说明多元化康复护理可以改善股骨骨折患者术后机体凝血状态，降低深静脉血栓形成风险。分析其原因，多元化康复护理模式中的护理措施具有综合性、多元化等特点，护理人员依据患者的需求，术后机体恢复情况等落实干预计划，促进护理服务质量、康复效果提升，且该项护理模式将患者作为整体，给予其全方位（心理层面、生理层面、社会层面等）护理，促进其机体康复^[6]。

综上所述，股骨骨折患者接受多元化康复护理的效果理想，在预防术后深静脉血栓形成

后放松，一日三组，每组10次；匀速开展踝关节背屈锻炼、跖屈锻炼，一日三次，每次3min；于术后2-3周，指导患者开展膝关节主动屈伸锻炼，控制膝关节屈伸活动幅度<30°，每日5次；于术后4-8周进一步加强对膝关节主动屈伸锻炼力度，由小范围活动逐步向大范围过度，活动范围每日增加5°，指导患者借助步行器开展负重行走训练；指导并协助患者开展上楼梯、下楼梯训练，屈伸范围需根据患者的身体状态做调整；于术后5-12周指导患者开展负重练习、肌力抗阻力练习等。②于术后3-4天，应用CPM机开展持续被动活动锻炼，一日两次，每次30min，一周一疗程，患者连续治疗四周；若患者存在骨质疏松或者病情较为严重，可将锻炼的时间推迟，降低锻炼的强度。

（5）功能性电刺激护理：于患者的小腿肌群以及股四头肌起止点放置刺激电极，近端放置正极，远端放置负极，频率调整为1-20Hz，电流调整为0-20mA，脉冲宽度调整为10-200μs，于术后第一天开始给予功能性电刺激干预，一日两次，每次20min。

（6）生活指导护理：重点落实术后生活指导工作，根据患者的身体状况、喜好等制定饮食计划，指导其每日开展适量的户外运动，饮食方面以高钙、富含维生素、纤维素食物为主，切忌食用辛辣刺激食物、浓茶、咖啡等。

1.3 观察指标

（1）分析组间凝血功能指标变化情况，分别于护理工作开展前和护理四周后，测定凝血酶时间、凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间（TT、PT、APTT）指标水平，并就组间测定值展开对比。

（2）统计组间术后深静脉血栓形成率和生活质量改善情况，分别在护理前后应用生活质量评估量表评定，包含生理、心理、独立性、环境、社会关系领域，均以得分越高代表越占据优势。

1.4 统计学处理

研究中涉及的相关数据应用SPSS20.0施以规范统计处理，组间计量的表述形式为（ $\bar{x} \pm s$ ），施t检验获取结果；组间计数经“%”予以表述，施卡方检验获取结果。若结果显示P<0.05，代表数据之间的差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 组间凝血功能指标对比

各项护理工作开展前，组间TT测定值、PT测定值、APTT测定值相比对，差异不明显（P>0.05）；于各项护理工作实施后，观察组各项测定值同对照组相比，均明显更高，P<0.05。

详见表1所述：

表1：对比两组凝血功能指标变化情况（n=50，s）

组别	TT		PT		APTT	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	11.19±1.52	10.52±0.83	11.49±2.15	9.35±1.47	34.17±2.28	31.92±1.84
观察组	11.27±1.49	11.21±1.15	11.54±2.08	11.18±1.52	34.25±2.31	33.89±2.01
t	0.266	3.440	0.118	6.120	0.174	5.112
P	0.791	0.001	0.906	0.001	0.862	0.001

2.2 组间术后深静脉血栓形成率对比

分析下文数据，观察组纳入对象术后的深静脉血栓形成率同对照组相比较，明显更低，P<0.05。

观察组患者手术治疗后未有深静脉血栓形成相关表现，其术后深静脉血栓形成率为0.00%；对照组为8.00%，共4例患者出现深静脉血栓形成表现。

2.3 组间生活质量对比

研究相关工作开展前，组间生活质量量表各领域评分比无差异（P>0.05）；各项工作开展后，各项评分值呈上升表现，且均以观察组占更高水平（P<0.05）。详见表2所述：

方面可获显著效果，具有进一步推广应用的价值。

参考文献：

- [1]翟玲珍. 循证护理在促进股骨骨折患者术后康复中的效果观察[J]. 黑龙江中医药,2021,50（1）: 350-351.
 - [2]李慧,岳忠娟,王丽燕,等. 快速康复护理在预防股骨骨折术后发生深静脉血栓中的应用及对患者术后满意度的影响[J]. 国际护理杂志,2021,40（4）: 693-695.
 - [3]邹慧茹,方梓青,卢润华. 快速康复外科理念下的护理干预对股骨骨折患者Harris评分与术后并发症的影响[J]. 中国社区医师,2021,37（13）: 178-179.
 - [4]俞慧慧. 快速康复理念结合中医护理用于老年股骨骨折围手术期效果研究[J]. 新中医,2021,53（10）: 180-183.
 - [5]蒋飞,周寒韵,董顺红. 渐进式康复护理对股骨骨折内固定术后功能恢复与负面情绪的影响[J]. 护理实践与研究,2020,17（2）: 74-76.
 - [6]方珠梅,吴琼. 依从性指导对股骨骨折患者早期康复护理依从性的影响研究[J]. 中外医学研究,2020,18（28）: 87-89.
- 作者简介：性别与学历：女 本科，职称和职务：副主任护师 护士长，籍贯与民族：郁南、汉族，出生年月：1978年7月，研究方向：护理。
- 项目编号：2021B154
- 项目名称：多元化康复护理预防股骨骨折术后深静脉血栓的效果研究

润燥止痒胶囊联合窄谱中波紫外线治疗寻常性银屑病的临床观察

陈秋霞 曾喜梅

广东省第二人民医院 广东广州 510405

摘要：目的 探讨润燥止痒胶囊联合窄谱中波紫外线治疗寻常性银屑病的临床效果。方法 选取2020年7月-2022年7月82例于我院治疗的寻常性银屑病患者，按随机数字表法分为两组，各41例。对照组使用窄谱中波紫外线治疗，观察组加用润燥止痒胶囊治疗。于用药8周后比较两组银屑病皮损面积及严重程度指数（PASI）评分、T淋巴细胞亚群及不良反应发生率。结果 两组治疗后PASI评分低于治疗前，且观察组与对照组相比PASI评分更低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；两组治疗前T淋巴细胞亚群相比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；与对照组相比，观察组治疗后CD3+、CD4+、CD4+/CD8+较高、CD8+较低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；对照组出现5例瘙痒加重、2例红斑、3例脱屑，不良反应发生率为24.39%（10/41）；观察组出现1例脱屑、2例红斑，不良反应发生率为7.32%（3/41）。两组不良反应相比，差异有统计学意义（ $\chi^2=4.479$ ， $P=0.034$ ）。结论 润燥止痒胶囊联合窄谱中波紫外线治疗可改善寻常性银屑病患者T淋巴细胞功能，降低PASI评分，安全可靠。

关键词：寻常性银屑病；润燥止痒胶囊；窄谱中波紫外线；不良反应；T淋巴细胞

寻常性银屑病是最为常见的银屑病类型，约占银屑病患者的90%以上，其主要表现为红斑、鳞屑、点状凹陷等，且病情反复性较强，缠绵难愈，大多患者伴随强烈的痒痒感，严重影响日常工作及生活^[1]。目前，临床治疗寻常性银屑病方法较多，窄谱中波紫外线是常用的治疗方式之一，可通过诱导T细胞凋亡，降低细胞因子水平，从而改善皮肤炎症，并抑制表皮细胞过度增殖，改善临床症状^[2]。但窄谱中波紫外线治疗会随着紫外线剂量增大，不良反应增多。润燥止痒胶囊是中药制剂，具有清热凉血、祛风止痒、养血滋阴之功效，可有效修复皮肤损伤，减轻局部炎症，并调节机体免疫状态^[3]。鉴于此，本研究联用润燥止痒胶囊与窄谱中波紫外线治疗寻常性银屑病的临床疗效。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年7月-2022年7月82例于我院治疗的寻常性银屑病患者，按随机数字表法分为两组，各41例。对照组男26例，女15例；年龄18-67岁，平均年龄（34.16±7.23）岁；皮损形状：13例点状、17例地图状、11例斑片状；病程2-9年，平均病程（4.79±1.03）年。观察组男28例，女13例；年龄20-66岁，平均年龄（34.14±7.21）岁；皮损形状：12例点状、16例地图状、13例斑片状；病程1-8年，平均病程（4.76±1.05）年。两组一般资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 入选标准 纳入标准：符合《中国银屑病诊疗指南2018》^[4]中相关诊断；皮损面积大于体表面积10%；经医学伦理委员会审核通过；近3个月内未使用过免疫抑制剂等相关药物；患者及家属知情同意。排除标准：光疗禁忌者；免疫系统缺陷者；红皮型等其他类型银屑病；本研究用药过敏者。

1.3 方法 两组均给予10%尿素软膏外用，2次/d。对照组采用窄谱中波紫外线治疗，初始以0.5mJ/cm²剂量照射，若无红斑等不良反应，可逐次增加0.1mJ/cm²-0.2mJ/cm²，若出现中、重度红斑，可按照前次剂量减少10%-20%，光疗期间禁忌辛辣、烟酒等刺激，皮损部位禁止手挠、热水烫等，1次/3d。观察组加用润燥止痒胶囊治疗，4粒/次，3次/d。两组均持续治疗8周。

1.4 观察指标 （1）PASI评分：通过银屑病皮损面积及严重程度指数（psoriasis area and severity Index，PASI）评分对两组治疗前及治疗8周后红斑、症状、体征、鳞屑及浸润进行

表2 两组T淋巴细胞亚群对比（ $\bar{X} \pm s$ ）

组别	CD4+/CD8+		CD4+		CD3+		CD8+	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组（n=41）	1.37±0.31	1.72±0.38	29.81±6.33	39.23±4.88	68.31±5.70	76.25±7.21	25.16±3.96	21.01±3.17
对照组（n=41）	1.35±0.36	1.54±0.39	29.90±6.31	36.54±4.72	68.42±5.63	72.01±7.13	25.21±3.85	23.16±3.09
<i>t</i>	0.270	2.117	0.065	2.537	0.088	2.677	0.058	3.110
<i>P</i>	0.788	0.037	0.949	0.013	0.930	0.009	0.954	0.003

2.3 不良反应发生率 对照组出现5例瘙痒加重、2例红斑、3例脱屑，不良反应发生率为24.39%（10/41）；观察组出现1例脱屑、2例红斑，不良反应发生率为7.32%（3/41）。两组不良反应相比，差异有统计学意义（ $\chi^2=4.479$ ， $P=0.034$ ）。见表3。

表3 不良反应发生率对比（N，%）

组别	瘙痒加重	红斑	脱屑	不良反应发生率
对照组（n=41）	5	2	3	24.39%
观察组（n=41）	0	2	1	7.32%
χ^2	-	-	-	4.479
<i>P</i>	-	-	-	0.034

3 讨论

银屑病发病机制尚未完全明确，临床认为其是环境、遗传及精神神经等多因素共同作用下所导致的基因遗传性疾病T淋巴细胞异常活化是病发的关键环节。T淋巴细胞可影响患者表皮生长速度，当其出现异常后，角质细胞过度增殖，进而引起鳞屑等临床症状^[5-7]。窄谱中波紫外线是临床治疗银屑病的常用物理疗法，通过紫外线照射可起到消炎、杀菌之功效，并具有改善局部血液循环、镇痛作用，在银屑病治疗中可诱导T淋巴细胞凋亡，对朗格汉斯细胞递呈抗原进行抑制，并调节自然杀伤细胞功能，从而减轻皮肤炎症反应^[8-10]。但该方式会随着照射时间的延长，增加瘙痒等不良反应发生率，影响患者治疗效果^[11-13]。

中医认为银屑病属于“白疕”范畴，多由内外因相互作用而致，内因为血燥、血虚、血瘀及血热，而外因以风邪为主，并伴有毒、湿、寒等，辩证上以血燥、血热及血燥为主，因此治疗应以活血化、清热凉血、祛风止痒为原则^[14-15]。本研究中，观察组PASI评分低于对照组，CD3+、CD4+、CD4+/CD8+高于对照组，CD8+低于对照组，对照组出现5例瘙痒加重、2例红斑、3例脱屑，不良反应发生率为24.39%（10/41）；观察组出现1例脱屑、2例红斑，不良反应发生率为7.32%（3/41）。两组不良反应相比，差异有统计学意义（ $\chi^2=4.479$ ， $P=0.034$ ），表明润燥止痒胶囊联合窄谱中波紫外线治疗寻常性银屑病可降低PASI评分，改善T淋巴细胞亚群，且减少不良反应。润燥止痒胶囊主要由何首乌、生地、苦参、桑叶、红活麻等中药联合制成，其中何首乌可养血滋阴、清热燥湿，并增强机体免疫功能，加快淋巴细胞转化；生地可养阴生津、清热凉血，且具有皮质激素样免疫作用，可对机体变态反应进行抑制；苦参祛风止痒、清热燥湿，可减少过敏性介质释放；桑叶清热凉血、疏散风热，促进表皮细胞分裂，从而改善鳞屑症状；红活麻活血化、祛风除湿。与窄谱中波紫外线联合治疗后，可起到协同作用，从多个环节改善疾病，且润燥止痒胶囊具有祛风止痒、养血滋阴功效，利于减少窄谱中波紫外线长时间照射所致的瘙痒等不良反应^[16-18]。

综上所述，润燥止痒胶囊与窄谱中波紫外线联用可改善寻常性银屑病患者PASI评分，

评价，每项分为0-4分，对应无-极重，分数越高，越严重。（2）T淋巴细胞亚群：于治疗前及治疗8周后，抽取两组静脉血2mL，待离心取得血清后，使用流式细胞仪检测两组T淋巴细胞亚群，包括CD3+、CD4+、CD8+及CD4+/CD8+。（3）不良反应发生率：瘙痒加重、红斑、脱屑。

1.5 统计方法 采用SPSS 22.0软件进行数据分析，计数资料以百分数表示，采用 χ^2 检验；计量资料采用“ $\bar{X} \pm s$ ”表示，采用*t*检验； $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 PASI评分 与治疗前相比，两组治疗后PASI评分降低，且观察组与对照组相比PASI评分更低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 两组PASI评分对比（ $\bar{X} \pm s$ ，分）

组别	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组（n=41）	11.58±3.02	3.65±0.57	16.522	0.000
对照组（n=41）	11.63±3.04	4.83±0.72	13.937	0.000
<i>t</i>	0.075	8.229		
<i>P</i>	0.941	0.000		

2.2 T淋巴细胞亚群 观察组治疗前T淋巴细胞亚群与对照组相比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；与对照组相比，观察组治疗后CD3+、CD4+、CD4+/CD8+较高、CD8+较低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表2。

并调节机体免疫功能，降低不良反应发生率，值得广泛应用。

参考文献：

- [1]麦莉莉,何海春,黄捷,等.窄谱中波紫外线对寻常型银屑病患者血清维生素D及内皮细胞特异性分子的影响[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2019,18(2):141-144.
- [2]黄静,赵娟.窄谱中波紫外线治疗寻常性银屑病患者疗效观察及白细胞介素6和17的检测[J].国际皮肤性病学杂志,2016,42(1):4-6.
- [3]吴科佳.润燥止痒胶囊联合NB-UVB治疗寻常性银屑病血虚风燥证29例临床观察[J].中国皮肤性病学杂志,2016,30(12):1313-1314,1316.
- [4]中华医学会皮肤性病学分会银屑病专业委员会.中国银屑病诊疗指南(2018简版)[J].中华皮肤科杂志,2019,52(4):223-230.
- [5]沈跃莉.窄谱中波紫外线联合阿维A治疗寻常型银屑病的临床效果评价[J].实用临床医药杂志,2016,20(5):188-189.
- [6]赵宇,底婷婷,王燕,等.健脾养血解毒方抑制咪喹莫特诱导的银屑病样皮损模型的炎症细胞浸润[J].中国病理生理杂志,2022,38(09):1618-1624.
- [7]陈军,秦树存,何磊.富氢盐水对咪喹莫特诱导小鼠银屑病模型的抑制作用[J].生物技术进展,2022,12(04):503-509.
- [8]宋琰晨,郑伟娟,华子基.基于网络药理学和分子对接分析雷公藤治疗银屑病的作用机制[J].生命的化学,2022,42(06):1188-1200.
- [9]侯艺涵,季云润,王晓旭,等.浅析阴阳平衡理论解释银屑病细胞调控及免疫反应[J].环球中医药,2022,15(07):1180-1184.
- [10]T香玉,李承新,王睿,等.血清趋化素、网膜素-1与银屑病患者炎症细胞因子和代谢综合征的关系研究[J].现代生物医学进展,2022,22(12):2270-2274+2317.
- [11]张俊晓,刘新佳,张晓卓,贾颖.基于网络药理学及分子对接技术探索土槐丹四物汤对银屑病患者HaCaT细胞增殖及炎症的影响[J].山西中医药大学学报,2022,23(03):214-220+224.
- [12]陈岩松.重组人II型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白与甲氨蝶呤结合在中重度斑块型银屑病中的治疗效果[J].中外医学研究,2022,20(17):33-37.
- [13]卢亮,赵一丁,孙丹,等.清热利湿解毒法治疗湿热证银屑病有效性及安全性meta分析[J].世界临床药物,2022,43(06):767-774.
- [14]林立,王姗姗,杨素清.中药调节银屑病相关分子研究进展[J].中国中医药信息杂志,2022,29(05):147-152.
- [15]王生,刘洋,张晶.川芎嗪调控NF- κ B信号通路对银屑病HaCaT细胞模型趋化因子和炎症因子表达的影响[J].中国免疫学杂志,2022,38(08):952-957.
- [16]张雪静,史书琴.润燥止痒胶囊联合NB-UVB治疗寻常性银屑病血虚风燥证的治疗价值分析[J].名医,2021(13):163-164.
- [17]滕飞.润燥止痒胶囊联合卡泊三醇软膏及窄谱中波紫外线照射对寻常型斑块型银屑病的疗效[J].河南医学研究,2020,29(11):2051-2052.
- [18]刘宏新,李红文.润燥止痒胶囊联合复方氟米松软膏治疗寻常性银屑病47例临床观察[J].中国皮肤性病学杂志,2014,28(06):654-655.

基于网络药理学研究柴胡-白芍治疗腹泻型肠易激综合征的作用机制

付欢欢¹ 刘彦晶^{2*}

1. 长春中医药大学 吉林长春 130117; 2. 长春中医药大学附属第三临床医院 吉林长春 130117

摘要: 目的: 对柴胡-白芍治疗腹泻型肠易激综合征的潜在作用机制进行可视化数据分析。方法: 借助中药系统药理学数据库与分析平台 (TCMSP, Traditional Chinese Medicine Systems Pharmacology Database and Analysis Platform)、人类基因数据库取药物与疾病的交集靶点, 使用 STRING 数据库、Cytoscape 软件建立蛋白互作网络, 借助 DAVID 数据库进行靶标基因的富集分析。结果: 最终得到柴胡-白芍活性成分 21 个, 潜在靶点 203 个, 腹泻型肠易激综合征相关靶点 1186 个, 药物与疾病的交集靶点 112 个。基因本体富集分析共得到 449 个条目; 京都基因和基因组百科全书富集分析获得 MAPK 信号通路, PI3K-Akt 信号通路等通路。结论: 柴胡-白芍治疗腹泻型肠易激综合征是由多个靶点、多个信号通路共同作用, 其潜在作用机制从中药的分子层面出发, 为中医药治疗腹泻型肠易激综合征提供可视化数据研究。

关键词: 柴胡-白芍; 腹泻型肠易激综合征; 网络药理学; 作用机制

腹泻型肠易激综合征 (IBS-D, irritable bowel syndrome with predominant diarrhea) 是指以腹痛、腹部不适和腹胀等为主要表现的消化道疾病, 临床常不伴有形态学改变和生化检查异常, 多由于外周因素引起内脏高敏感性, 肠道微生态紊乱和内外相互作用的脑-肠轴的异常^[1]。中医药在治疗 IBS-D 上疗效较好, 本研究基于网络药理学方法, 从微观机制初步分析柴胡-白芍治疗 IBS-D 的作用。

1 资料与方法

1.1 筛选药物的有效活性成分 使用中药系统药理学数据库与分析平台 (<https://old.tcm-sp-e.com/>) 收集柴胡、白芍的化学成分及潜在靶点。在 TCMSP 中, 化学成分以 OB≥30%, DL≥0.18 可取。

1.2 活性成分作用靶点 将“柴胡-白芍”潜在靶点与 UniProt (<https://www.uniprot.org/>) 中人类相关的且已被证实的基因进行转化, 并使用 Cytoscape 3.7.1 软件作有效活性成分-靶点基因网络图。

1.3 IBS-D 的关键靶点 在 GeneCards (<https://www.genecards.org/>) 中以“Diarrhea Predominant Irritable Bowel Syndrome”为关键词获取。

1.4 “药物-疾病”的交集靶点 利用 Venny 2.1.0 在线作图工具 (<https://bioinfo.cnb.csic.es/tools/venny/>) 得到药物与疾病交集靶点。

1.5 关键靶点蛋白质 蛋白质相互作用 (PPI) 网络的构建 将交集靶点分别导入 STRING 在线数据库平台 (<https://cn.string-db.org/>) 和 Cytoscape 软件构建蛋白互作关系和网络图。

1.6 关键靶点生物过程及通路分析 将关键靶点基因输入 DAVID 数据库 (<https://david.ncifcrf.gov/>) 中进行基因本体 (Gene Ontology, GO) 富集分析和京都基因和基因组百科全书 (Kyoto Encyclopedia of Genes and Genomes, KEGG) 富集分析。

2 结果

2.1 柴胡-白芍的活性成分信息 TCMSP 数据库检索到柴胡、白芍的有效活性成分分别有 13 个和 8 个, 筛选出共同成分 kaempferol, 标记为 A1, 其余成分依次为 CH1-CH12、BS1-BS7。与 UniProt 中的基因匹配, “柴胡-白芍”分别得出 345 个与 121 个对应基因, 整合去重为 203 个。

2.2 “活性成分-靶点”网络构建分析 如图 1, 从图中直观看出, 203 个靶点基因与柴胡成分 CH7 (quercetin 槲皮素)、BS4 (beta-sitosterol β -谷甾醇)、A1 (Kaempferol 山柰酚) 这几个活性成分联系密切。

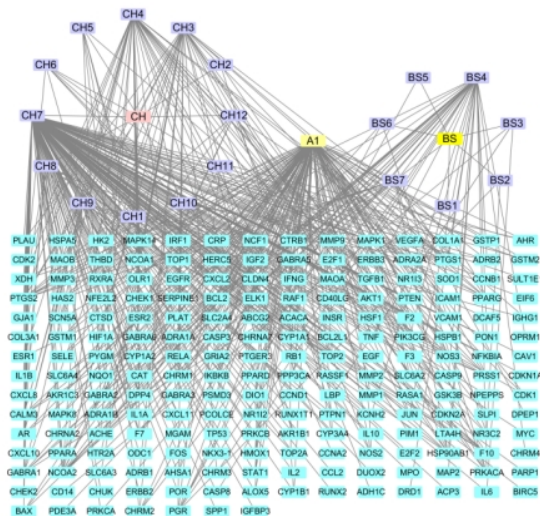


图 1 柴胡-白芍“有效活性成分-靶点基因”网络

2.3 IBS-D 的关键靶点筛选 通过 GeneCards 平台收集 IBS-D 相关靶点基因, 其相关靶点共有 1990 个, 取中位数、筛选设置 Relevance score≥9.148828506, 获得靶点 1186 个。

2.4 “化合物-靶点-疾病”的网络构建及可视化分析 利用 Venny2.1.0 取“药物-疾病”的交集靶点, 其中 112 个为共同基因, 见图 2, “CH&BS”代表柴胡-白芍的 203 个药物靶点, “IBS-D”代表疾病的相关靶点。

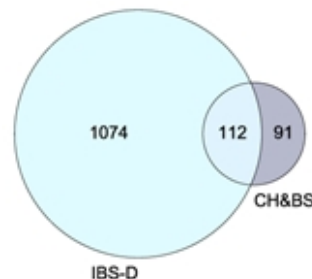


图 2 “柴胡-白芍”有效成分靶点和腹泻型肠易激综合征相关靶点关系的韦恩图

2.5 “柴胡-白芍”治疗 IBS-D 的关键靶点基因蛋白质相互作用网络分析 将 112 个数据上传至 STRING 在线数据库平台, 取置信度大于 0.4, 得到关键靶点蛋白 112 个, 2074 条边, 在 Cytoscape3.7.1 软件绘制蛋白相互作用网络图。度值排名前 6 位的有 IL6, AKT1, TNF, TP53, IL1B, VEGFA。见图 3。

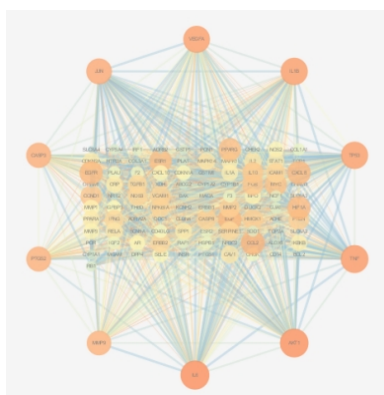


图3 “柴胡-白芍”治疗 IBS-D 的 PPI 网络

2.6 关键靶点的 GO 富集分析 使用 DAVID 网站中进行 GO 富集分析。靶点涉及的生物过程、分子功能、细胞成分分别有 351 个, 61 个和 37 个。见图 4。

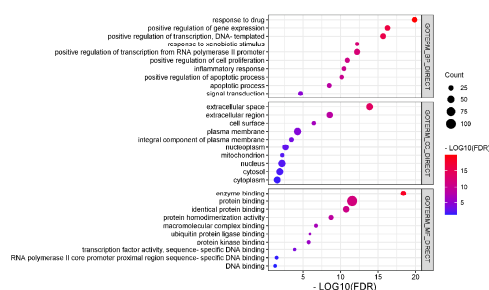


图4 关键靶点 GO 富集分析

2.7 KEGG 通路分析 在 DAVID 网站中进行 KEGG 通路分析。KEGG 通路富集分析中得出信号通路 131 条。见图 5。

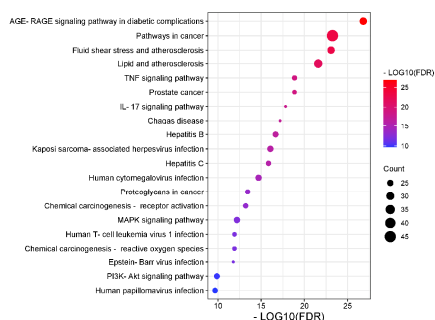


图5 “柴胡-白芍”治疗腹泻型肠易激综合征信号通路富集分析

3 讨论

IBS-D 是常见的消化系统疾病, 中医药在减轻腹痛症状、降低排便频率上发挥作用。叶蔚^[2]教授在临证中发现, 焦虑、抑郁等情志异常在 IBS-D 患者中较为频发, 在治疗上始终以调和肝脾为出发点, 多使用疏肝解郁之品, 在临床上发挥了中医药治疗 IBS-D 的优势。“柴胡-白芍”长于调达肝气, 又能敛阴柔肝, 一疏一敛, 疏肝而不伤阴血, 敛阴而不郁滞气机。而据研究^[3], 抑郁、焦虑是影响 IBS 病情的独立因素。柴胡皂苷 A、槲皮素等是柴胡-白芍发挥抗抑郁的重要成分, 在治疗抑郁上具有多成分配伍增效的协同机制^[4]。

本研究发现槲皮素、山柰酚、芍药苷等活性成分为治疗 IBS-D 的关键, 可能与该药物协同作用下发挥抗抑郁作用相关。IBS-D 的相关基础研究表明, 槲皮素能介导结肠中的 5-羟色胺发生可用性降低, 从而提高 IBS 的疼痛阈值压力, 降低内脏运动反应, 起到镇痛的作用。山柰酚可对抗血清脱氧核糖核蛋白和牛血清白蛋白耦联二硝基苯刺激的 β -己糖胺酶的嗜碱性白血细胞分泌, 从而干预 IBS 的进展。研究发现, 芍药苷具有降低小鼠结肠吗啡-3-乳酸的作用机制, 并且能够参与肠道微生物群的免疫调节。

本研究结果表明, 柴胡-白芍治疗 IBS-D 的靶点主要为 112 个靶基因, 其中核心靶标为 IL6, AKT1, TNF, VEGFA。IL6 为炎症因子, 在肠道黏膜层和平滑肌层的神经纤维上有高反应性, 可引起肠道黏膜的免疫功能失调, 导致 IBS-D 的腹痛、腹泻症状的发生, 有研

究^[5]发现, 中药在治疗 IBS-D 时疗效可观, 能够改善实验室指标, 降低血清 IL-6 水平。有研究^[6-7]发现, IBS-D 大鼠的结肠镜下表现为排列紊乱的腺体, 且存在炎症细胞浸润, 在艾灸治疗后, 其结肠炎症因子的表达减少, 由此可推断, 本研究可以干预 IL6 的高表达过程, 抑制炎症细胞反应, 从而改善 IBS-D 的内脏敏感性和腹泻等症状。AKT1 为一种蛋白激酶, 具有调节适应性血管生成、组织重塑和血流的能力的作用, AKT1 通过诱导下游分子 (如转位葡萄糖转运蛋白 (GLUT)) 提高葡萄糖摄取, 参与葡萄糖代谢过程。经研究显示, AKT1 存在于小鼠结肠黏膜, 可能通过影响糖代谢和营养供应调节肠道功能。TNF 为肿瘤坏死因子, 是免疫反应的关键介质和调节剂, TNF 控制免疫系统的发育, 细胞存活信号通路, 增殖和调节代谢过程。有研究^[8]发现, 脾虚质大鼠 TNF 含量升高, 引起免疫平衡出现失调, 高表达的肿瘤坏死因子与其它炎症因子共同作用, 造成病理损伤出现。由此可推断, 柴胡-白芍对于 TNF 的高表达可产生抑制作用, 从而阻断与其他炎症因子的作用过程, 从而改善脾虚质引起的腹泻等症。VEGFA 是一种高度特异性的促血管内皮细胞生长因子, 具有促进增加血管通透性的作用, 核心药物在降低 VEGFA 的表达上可能发挥作用, 抑制增加血管通透性从而改善腹泻症状^[9]。

柴胡-白芍治疗 IBS-D 的通路主要有 MAPK 信号通路, PI3K-Akt 信号通路等信号通路。MAPK 信号通路在细胞生长、增殖、分化、迁移、炎症和生存中起重要作用, 并与多种人类疾病的发病机制有关。通过该通路, 可达到增强肠道屏障保护、对抗引起肠道损伤的因素、抑制氧化应激和抑制促炎细胞因子的表达的作用。PI3K-Akt 途径的失调与肠道疾病密切相关。研究表明 PI3K-Akt 通路的激活能促进 IL-6 的表达和分泌, 抑炎因子 IL-10 可维持机体肠道稳态。据研究, 肠道疾病发生时, 通路 PI3K-Akt 常呈活化状态, PI3K-Akt 信号通路具有调控内脏高反应性的作用, 在改善 IBS-D 症状上可发挥优势^[10]。

研究结果体现了柴胡-白芍多通路、多靶点联合作用治疗 IBS-D 的特点。本研究主要是柴胡-白芍为核心, 后续将以复方治疗为中心, 对靶点和通路进行深入探讨, 更有望进行实验基础研究进而证实柴胡-白芍的主要调控靶点。

参考文献:

- [1] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组, 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 2020 年中国肠易激综合征专家共识意见[J]. 中华消化杂志, 2020, 40 (12): 803-18.
- [2] 顾哲源, 叶蔚, 叶蔚从肝脾论治腹泻型肠易激综合征经验介绍[J]. 新中医, 2022, 54 (08): 228-31.
- [3] 邹济源, 谭海诚, 武琛, 等. 肠易激综合征的影响因素分析及补脾固涩法治疗其脾胃阳虚证腹泻型的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17 (01): 192-5.
- [4] 李肖. 柴胡-白芍药对及其成分配伍增效抗抑郁作用与协同机制研究[D]; 山西大学, 2021.
- [5] 杨芳, 严品, 刘丽娜, 等. 加味交泰丸联合地衣芽孢杆菌活菌治疗腹泻型肠易激综合征临床疗效及对血清 IL-6、IL-8、TNF- α 水平影响[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39 (10): 155-159.
- [6] 罗诗雨, 祝典奎, 陈晴, 等. 附子理中汤合四神丸治疗腹泻型肠易激综合征 (脾胃阳虚证) 的临床疗效及对患者血清 TNF- α 、IL-6、IL-8 的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46 (09): 1915-8.
- [7] 祝嫻嫻, 王娇娇, 邹玲, 等. 基于多个 miRNAs 调节 NF- κ B 信号通路探讨艾灸干预腹泻型肠易激综合征模型大鼠的抗炎机制研究[J]. 中国针灸, 2022, 42 (06): 654-62.
- [8] 孙瑜瑜, 孙理军, 王特安, 等. 肾虚质、脾虚质大鼠唾液腺 TNF- α 、IFN- γ 、IL-10 表达差异性研究[J]. 中医学报, 2022, 37 (07): 1491-5.
- [9] 孙玉霞, 梁波, 文黛薇, 等. 基于网络药理学探究痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征的作用机制[J]. 中国中医急症, 2020, 29 (09): 1533-7.
- [10] 张文杰. 基于 PI3K/AKT 通路探讨肠安菌素对肝郁脾虚型 IBS-D 大鼠的作用机制[D]. 广州中医药大学, 2021.

基金项目: 国家重点研发计划项目 (编号: 2017YFC1703206)

作者简介: 付欢欢 (1996-), 女, 汉族, 河南省郑州市, 硕士研究生, 研究方向: 中医内科学肝脾胃病的研究。

*通讯作者: 刘彦晶 (1972-), 女, 汉族, 吉林省长春市, 教授, 主任医师, 博士生导师, 医学博士, 研究方向: 中医内科学肝脾胃病的研究。

中医针灸结合正骨推拿治疗单纯性腰椎间盘突出症的临床效果研究

温仲 何斐 苏婷婷

济南市中西医结合医院 山东济南 271100

摘要:目的:研究在单纯性腰椎间盘突出症患者治疗期间应用中医针灸结合正骨推拿治疗的临床效果。方法:在2020年7月~2021年7月收治的单纯性腰椎间盘突出症患者中选取78例单纯性腰椎间盘突出症患者分为两组,对照组单纯采用针灸治疗,研究组在对照组的基础上采用中医正骨推拿手法治疗,对比患者治疗效果。结果:研究组治疗有效率高于对照组;研究组康复用时短于对照组;经治疗,研究组腰椎功能水平改善幅度大于对照组;经治疗,研究组疼痛评分低于对照组;研究组治疗满意度高于对照组,差异具有统计意义($P<0.05$)。结论:在单纯性腰椎间盘突出症患者治疗期间,通过应用中医针灸结合正骨推拿治疗,医疗人员可以进一步促进患者治疗综合质量的提升,该疗法值得普及应用。

关键词:单纯性腰椎间盘突出症;中医针灸;正骨推拿;腰椎功能;治疗满意度

作为骨科临床过程中较为常见的疾病之一,单纯性腰椎间盘突出症往往会对患者腰椎功能造成影响,从而不利于患者行动能力的合理保障。相关资料表明,该病与患者腰椎间盘组织的退行性变化之间具有较为密切的关联性^[1]。在日常生活中,由于受到外力作用的影响,患者腰椎间盘组织可出现相应的异常,从而对其健康造成了不良影响。从患者的角度分析,由于这一问题的存在,其可出现椎间盘纤维环的破裂,继而导致髓核组织的突出与膨出^[2]。基于此,患者可出现腰痛与腰酸等临床症状,若髓核对患者神经根造成压迫,则可出现间歇性跛行,如果不能及时进行合理干预,则该病可导致患者出现偏瘫问题,继而对患者身心健康造成了不良影响^[3]。针对这一问题,近年来,大批医疗工作者对于患者治疗方法进行了分析与解读,其进一步推动了中医理论在临床治疗期间的合理应用。在治疗过程中,部分临床数据表明,通过积极采用针灸疗法进行治疗,医疗人员可以有效促进患者局部血液循环问题的充分改善,有利于推动其健康的合理优化^[4]。随着医疗研究的不断推广与深入,医疗工作者对于患者治疗模式进行了更为深入的探索,其有效促进了正骨推拿疗法在临床过程中的渗透。实践表明,该疗法可以有效促进患者治疗水平的显著改善与优化,对于患者健康的恢复具有积极意义。本文针对在单纯性腰椎间盘突出症患者治疗期间应用中医针灸结合正骨推拿治疗的临床效果进行了分析,现总结如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

在2020年7月~2021年7月收治的单纯性腰椎间盘突出症患者中选取78例单纯性腰椎间盘突出症患者分为两组,对照组男20例,女19例;年龄35~75岁,平均(51.14±2.32)岁;研究组男23例,女16例;年龄37~72岁,平均(51.22±2.41)岁;研究对象及其家属均对研究内容知情同意并签署了知情同意书,相关内容已获得伦理委员会审批。差异无统计意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 单纯采用针灸治疗,治疗内容如下:在治疗期间,首先对患者穴位进行选定,选取阿是穴、脊中穴、委中穴、关元俞以及大肠俞等穴位。学位审定后,医疗人员应对证据进行消毒处理并利用中医针灸手法将针灸用毫针刺入到患者相关穴位中,待患者得气后,将毫针留置30min,针灸治疗频率为1次/d,连续治疗一个月。

1.2.2 研究组 在对照组的基础上采用中医正骨推拿手法治疗,治疗内容如下:引导患者取俯卧位,采用中医手法对患者背部进行按揉,使患者背部肌肉处于一个相对松弛的状态。随后,医疗人员应采用肘部按压手法对患者变形的椎间隙进行按压处理。在此期间,应结合三指触诊法有效明确患者病变部位的棘突所在。在此期间,医疗人员应根据患者个体情况引导其对关节进行适当转动,从而有效实现对于椎体位置的充分纠正。在此过程中,对于存在侧弯腰和腰椎后突问题的患者,应结合牵抖冲压法帮助患者进行髓核的合理复位^[5]。在治疗期间,医疗人员应引导患者取自然坐卧位,确保患者手臂不动并对其臀部和肩前部进行控制,引导患者进行腰部的扭转。在此过程中,应告知患者缓慢用力,如遇到阻力,则

应及时增大扭转力量,直到听到“咔嚓”声为止。在患者髓核复位结束后,应及时对其腰部韧带与肌肉进行推拿按摩,以便理顺相关部位时候,医疗人员应对患者臀中和股直肌进行弹拨处理并对环跳、肾俞以及夹脊等穴位进行按压处理,以便确保患者腰肌组织的合理放松,患者两次治疗期间间隔2d,连续治疗一个月。

1.3 观察标准

1.3.1 患者治疗有效率 分为显效、有效以及无效,其中,显效表示患者症状消失且直腿抬高角度 $>70^{\circ}$,有效表示患者症状缓解且直腿抬高角度 $>50^{\circ}$,无效表示患者未满足上述标准。

1.3.2 患者康复用时 包括疼痛消失用时与住院用时。

1.3.3 患者腰椎功能水平 采用日本骨科协会评估治疗分数(JOA)与Oswestry功能障碍指数(ODI)进行评分,其中,JOA评分越高表示患者腰椎受损越轻微,ODI评分越低表示患者腰椎恢复效果越理想。

1.3.4 患者疼痛评分 采用视觉模拟评分法(VAS)评估,得分越高表示痛感越明显。

1.3.5 患者治疗满意度 采用满意度量表评估,分为满意、基本满意以及不满意。

1.4 统计学方法

采用SPSS22.0处理数据,($\bar{x}\pm s$)表示计量资料,行 t 检验,%表示计数资料,行 χ^2 检验,以 $P<0.05$,证明差异具有统计意义。

2 结果

2.1 患者治疗有效率比较

研究组治疗有效率高于对照组,差异具有统计意义($P<0.05$)。见表1。

表1 患者治疗有效率

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
研究组	39	19	19	1	97.44
对照组	39	14	19	6	84.62
χ^2	-	-	-	-	3.924
P	-	-	-	-	0.048

2.2 患者康复用时比较

研究组康复短于对照组,差异具有统计意义($P<0.05$)。见表2。

表2 患者康复用时

组别	n	疼痛消失用时(d)	住院用时(d)
研究组	39	4.45±0.66	11.41±1.31
对照组	39	9.45±1.21	15.15±1.30
t	-	22.655	12.655
P	-	0.000	0.000

2.3 患者腰椎功能水平比较

经治疗，研究组腰椎功能水平改善幅度大于对照组，差异具有统计意义（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 患者腰椎功能水平

组别	n	JOA		ODI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	39	13.29±1.30	23.15±1.29	45.58±3.63	23.45±2.08
对照组	39	13.31±1.25	17.28±1.31	45.25±3.41	30.15±2.16
t	-	0.069	19.939	0.414	13.953
P	-	0.945	0.000	0.680	0.000

2.4 患者疼痛评分比较

经治疗，研究组疼痛评分低于对照组，差异具有统计意义（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 4 患者 VAS 评分

组别	n	治疗前	治疗后
研究组	39	6.98±0.69	1.98±0.18
对照组	39	6.95±0.68	2.79±0.21
t	-	0.193	18.289
P	-	0.847	0.000

2.5 患者治疗满意度比较

研究组治疗满意度高于对照组，差异具有统计意义（ $P<0.05$ ）。见表 5。

表 5 患者治疗满意度

组别	n	满意	基本满意	不满意	总满意(%)
研究组	39	19	18	2	94.87
对照组	39	11	20	8	79.49
χ^2	-	-	-	-	4.129
P	-	-	-	-	0.042

3 讨论

作为人体生理结构的重要组成部分，腰椎的主要作用是帮助人们实现对于上体的合理支撑。因此，若腰椎出现病变问题，则往往会对患者的健康造成相应的危害。在日常生活中，由于受到多种因素的影响，患者腰椎间盘可出现突出问题，其对于患者健康水平造成了一定影响^[6]。从致病因素的角度来看，年龄的增长与长期从事重体力劳动等因素均有可能对腰椎造成不良影响。在这一基础上，若患者出现外力碰撞，则有可能导致腰椎间盘的突出，从而诱发相关疾病^[7]。对于患者而言，腰椎间盘突出时间过长往往会导致水和对神经根造成压迫，其不利于患者筋膜和肌肉血氧供给需求的充分满足，对于患者健康造成了不良影响。与此同时，该病还可对椎管外软组织造成相应的创伤，继而不利于患者健康的充分保障^[8]。从临床的角度分析，该病患者的病情发展可经历“疼——麻——瘫”三个阶段，继而对患者身心造成了极大的危害。针对这一问题，医疗人员指出，若突出的髓核对于腰部神经组织造成压迫，则往往不利于患者行动能力的充分保障。长期以来，对于单纯性腰椎间盘突出症患者，医疗人员主要采用牵引和硬膜外注射的方式对患者进行治疗，其有利于帮助患者实现对于痛感的合理缓解并有效促进腰椎间盘生理结构的恢复。近年来，随着中医理论的不断推广，大批医疗工作者以中医视角对于患者治疗方法进行了分析与解读，其有效推动了针灸疗法在临床过程中的充分应用。在中医理论中，医疗人员将单纯性腰椎间盘突出症归纳为“痹症”和“腰痛”的范畴中，其认为该病的出现与外邪入侵、体虚以及腰椎劳损所导致的筋脉失养和经络淤阻有关^[9]。基于此，在治疗问题上，中医认为，单纯性腰椎间盘突出症患者的治疗，应以疏经通络、活血化瘀以及气血调节作为治疗核心。实践表明，作为中医特色疗法，针灸疗法有效实现了对于中医经络理论的合理拓展。在治疗期间，通过结合该疗法对患者进行治疗，医疗人员可以促进患者腰椎组织血液循环情况的充分改善，有利于促进患者腰椎功能性的合理恢复与缓解，对于患者病情的控制至关重要^[10]。在治疗期间，通过结合捻转提插等手法对患者

不同穴位进行针刺，可以进一步促进患者相关穴位血流情况的改善。在此期间，通过灸法的应用，医疗人员可以借助艾绒燃烧时产生的热量对患者不同穴位进行相应的刺激，有助于促进热量的合理传导，对于患者腰椎功能的改善具有良好的促进意义。与此同时，部分临床资料显示，通过积极结合中医疗法进行治疗，医疗人员可以帮助患者进一步实现对于机体啡类物质的充分分泌，对于炎症因子的控制与消炎镇痛目标的实现具有重要意义。近年来，随着医疗研究工作的不断发展，部分医疗人员指出，在患者治疗期间，通过积极结合正骨推拿手法对患者进行治疗，医疗人员可以更好地帮助患者实现对于突出椎间盘的有效复位，其对于患者治疗效果的优化具有重要的促进意义，为患者健康的保障奠定了坚实的基础。在这一问题上，部分研究资料指出，通过积极结合正骨推拿手法进行治疗，医疗人员可以帮助患者在治疗的过程中有效实现对于经络的充分疏通，从而达到行气活血的治疗目的，有助于实现患者治疗效果的合理优化，对于患者病情的恢复具有重要的推动价值。另一方面，在正骨推拿治疗的引导下，医疗人员可以全面促进患者治疗效果的合理改进，有利于促进其腰椎组织功能性水平的持续提升。从现代解剖学理论的角度分析，正骨推拿对患者造成的创伤较小，且有利于帮助患者实现对于腰椎组织结构的充分恢复，对于患者疼痛问题的缓解具有积极价值。另一方面，在治疗期间，该治疗方法借助力学拉伸作用有效促进了患者椎间隙的合理增加，对于腰椎间盘压力的缓解具有重要意义。从患者的角度来看，通过这一疗法的成分应用，有助于促进患者关节的充分调整并合理实现粘连问题的松解，对于患者健康的保障至关重要。在患者预后方面，通过结合该疗法进行治疗，医疗人员可以帮助患者有效促进腰椎功能完整性的恢复，对于患者病情的反复具有积极的预防作用。

本次研究结果表明，通过积极采用中医针灸结合正骨推拿疗法进行治疗，有利于促进患者治疗有效率的提升，且其有助于帮助患者缩短康复用时并实现腰椎功能水平的持续改善。对于患者而言，这一治疗模式可以有效促进其疼痛情况的合理缓解，有助于提升患者治疗满意度综合水平。

综上，在单纯性腰椎间盘突出症患者治疗期间，与单纯中医针灸治疗相比，通过结合正骨推拿开展治疗，有利于推动患者治疗效果的优化，该疗法值得推广。

参考文献：

[1]朱江,魏本峰. 中医针灸结合正骨推拿治疗单纯性腰椎间盘突出的临床效果[J]. 反射疗法与康复医学,2021,2（9）: 33-35.

[2]邢京禹. 中医正骨疗法联合温针灸治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36（6）: 788-789.

[3]王克兢. 中医针灸联合正骨推拿对腰椎间盘突出症的临床效果分析[J]. 中国医学创新,2020,17（34）: 116-120.

[4]丁兴,许金海,叶洁,等. 导引功法治疗腰椎间盘突出症临床疗效的 Meta 分析[J]. 中医正骨,2021,33（9）: 32-37.

[5]赵鹏,张鸿雁. 针刺联合龙式正骨推拿、愈伤灵胶囊治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的临床效果观察[J]. 中华养生保健,2021,39（15）: 14-15,58.

[6]詹锦强. 正骨推拿联合针灸治疗单纯性腰椎间盘突出症患者的效果[J]. 中国康复医学,2022,34（4）: 111-113.

[7]刘宁,陈峰,闫乾,等. 基于疼痛评分的不同方案治疗腰椎间盘突出症疗效的 Meta 分析[J]. 中医学报,2020,35（8）: 1798-1804.

[8]汤杰杰,陈乃家,黄斌,等. 针灸联合正骨推拿治疗单纯性腰椎间盘突出症的疗效及对疼痛和下肢感觉障碍的影响[J]. 中华中医药学刊,2020,38（10）: 244-247.

[9]王秀芳. 中医针灸结合推拿手法治疗单纯性腰椎间盘突出症的效果分析[J]. 中华养生保健,2021,39（12）: 9-10.

[10]刘博远. 中医正骨推拿联合针灸对腰椎间盘突出症患者腰部活动度及功能障碍指数的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2022,3（9）: 25-28.

[11]赵鹏,张鸿雁. 愈伤灵胶囊结合龙氏正骨推拿治疗血瘀气滞型腰椎间盘突出症的效果探讨[J]. 中华养生保健,2022,40（1）: 46-48.

自我管理教育在肺结核患者康复护理中的应用价值进行分析

更藏吉

青海省黄南藏族自治州人民医院 青海黄南 811300

摘要：目的 分析自我管理教育在肺结核患者康复护理中的应用价值。方法 选取 2020 年 5 月至 2022 年 5 月 20 例肺结核患者，随机分为观察组（10 例，自我管理教育）与对照组（10 例，常规护理）。分析患者治疗依从性、健康知识掌握程度、消极心理情绪、生活质量、自我管理能力和护理满意度。结果 观察组患者治疗依从性显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者防护措施、饮食知识、运动方案、药物治疗、自我监测得分显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者 SAS、SDS 评分显著低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者生活质量显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者自我护理技能、自我护理责任感、自我概念、健康知识水平显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者护理满意度显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 自我管理教育可显著提高对患者治疗依从性，提高患者对健康知识掌握程度，缓解患者不良情绪，提高患者生活质量，加强患者自我管理能力，提高患者对护理满意度，对改善患者预后具有重要的影响，值得广泛推广。

关键词：自我管理教育；肺结核；康复护理

0 引言

肺结核于临床中较为常见，属于高危性的慢性传染疾病，同时也在全球范围内广受关注。研究指出，该病的形成在临床中主要因结核分枝杆菌感染对肺部造成侵袭而导致，当前在世界范围内我国肺结核患者发病率在世界范围内排名第二，成为了威胁我国人们生命健康安全的重要因素之一。研究中发现^[1]，导致肺结核的主要因素在于结核分枝杆菌，该病菌具有较强的传染性，患者在临床中主要表现为乏力、低热等，随着患者病情的不断发展，不但患者疾病范围扩大，同时还会导致患者出现结构性肺病的发生，严重影响患者正常生活、工作等，对患者健康造成严重的影响。根据相关调查中发现，我国肺结核患者的康复治疗效果还尚不理想，可能与患者对疾病知识的缺乏、治疗依从性较差有较为密切的关联。开展自我管理教育是临床中常用的护理模式，该护理模式的目的在于对患者行为进行改变，使患者能够有效意识到健康乃是自己的责任，从而有效的发挥出患者主观能动性，提高对问题的解决能力，从而使患者能够彻底康复^[2]。想要实现对疾病的控制，并使患者能够获得良好的治疗效果，从而使患者对疾病认识得到有效提高，最终使患者掌握合理、有效、科学的自我管理方式，现做出如下分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 5 月至 2022 年 5 月 20 例肺结核患者，随机分为观察组与对照组，各 10 例。观察组男女 6：4，平均年龄（41.29±4.25）岁；对照组男女 7：3，平均年龄（41.94±4.37）岁。两组对比（ $P>0.05$ ），有可比性。

纳入标准：符合肺结核诊断标准。

排除标准：①严重肝、肾功能损伤；②严重精神异常。

1.2 方法

对照组实施常规护理：①全身运动：患者于病床上进行翻身，并进行四肢运动，每日 4 次，每次 20 min；指导患者下床适量行走，每日 3 次，每次 30 min；指导患者上下楼梯，每周 3 次；有氧运动：例如指导患者进行太极拳、五禽戏、八段锦等，每周 3 次。②缩唇-腹式呼吸运动：患者于床上取仰卧位，将一手放置于胸部，另一手放置于腹部，保持胸部不动，经鼻进行吸气，同时鼓动腹部，随后如吹口哨状进行呼气，同时进行腹部收缩，每日 2 次，每次 15 min。③人工呼吸阻力：采用容量为 1 L 的塑料瓶，患者首先进行深吸气，随后将瓶口含住，并将肺内的气体呼到瓶中，每日 3~5 次，每次 3~5 min。④全身呼吸体操：指导患者体操顺序，并对患者进行示范，每日 2 次，每次 5 min。

观察组联合自我管理教育：①建立自我管理教育小组：小组成员主要包括护士长、高年资护理人员、医师等，通过对小组成员进行培训，培训内容主要包括评估患者信息、自我管理教育意义以及疾病知识等。②制定自我管理教育计划表：首先设立咨询电话，要求在电话旁 24 h 都有护理人员在，同时为患者建立电子信息档案，小组成员可通过网络、书籍等方式，对疾病相关健康知识进行收集，并将其制作为健康手册，其中详细包含了疾病的发生机制、治疗措施、检查措施、预后及注意事项等。同时为患者制定针对性的服药管理登记表，其中详细记录患者姓名、治疗方式及药物服用情况等，同时在提前 1 d 通过电话的方式对患者进行通知，每个月定期组织患者开展自我管理教育讨论会，使患者之间具有充分的交流时间，

并在相互之间传授经验。③自我管理教育：护理人员需要与患者实施面对面交流，为患者就疾病相关健康知识进行讲解，同时向患者重点说明自我管理健康教育理念的重要性，告知患者疾病治疗的目的与意义，不但需要得到患者任何，同时还需要提高患者对治疗的依从性与配合。通过对患者进行引导，从而使患者能够意识到对肺结核疾病的治疗中自己才是“主角”，而医务人员只是配角，从而使患者能够严格的按照所制定的内容进行自我管理。对于存在文化程度较低、理解能力较差的患者而言，护理人员需要对患者耐心的多次讲解，并使患者能够完全进行掌握，同时可告知患者与家属该疾病的传染性，因而需要在日常中做好相应的隔离措施，加强对环境消毒，避免病毒的传播。对患者的治疗需要根据患者实际情况进行针对性的用药治疗，通常情况下，大多采用药物联合治疗的方式对患者化疗方案进行督导，护理人员需要嘱咐患者严格按照医嘱进行用药，切不可随意增减药物剂量、停药等，将药物放置于易见之处，避免出现药物忘服的情况发生。若患者出现药物忘服现象，则需要及时在 24 h 内进行补服，同时严禁在忘服后下次服药时随机增加药量。由于肺结核患者存在较为严重的心理压力，再加上对患者治疗时间较长，导致患者存在较大的自卑、焦虑等消极心理情绪，在与患者之间的交流中，护理人员需要全面面带微笑，并给予患者足够的尊重，尽可能帮助患者解决所遇到的问题与困难，患者日常饮食应当以高热量、高蛋白、高维生素食物为主，确保患者机体营养摄入充足。患者日常饮食需要以新鲜蔬菜水果为主，同时指导患者禁烟禁酒，严禁食用油腻、刺激性的食物。护理人员需要根据患者爱好为患者就日常锻炼方式进行选择，并且以患者有氧运动为主，从而提高对患者机体免疫功能。

1.3 观察指标

- （1）治疗依从性对比。根据患者日常遵医行为进行评估。
- （2）健康知识掌握程度对比。采用自制问卷调查表对患者进行评估，包括防护措施、饮食知识、运动方案、药物治疗、自我监测等。总分 100 分，得分越高，患者健康知识掌握程度越高。
- （3）消极心理情绪对比。包括焦虑度评分（SAS）与抑郁度评分（SDS）。
- （4）生活质量对比。采用生活质量调查表（SF-36）对患者进行评估。
- （5）自我管理能力对比。采用自我管理能力测定量表进行评估，包括自我护理技能、自我护理责任感、自我概念、健康知识水平等，总分 0~172 分，得分越高，患者自我管理能力越强。
- （6）护理满意度对比。采用满意度问卷调查表对患者进行评估。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 进行统计学分析，计数资料采用（%）表示， χ^2 检验，计量资料采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示， t 检验， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗依从性对比

观察组患者治疗依从性显著高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 治疗依从性对比[n（%）]

组别	<i>n</i>	依从	部分依从	不依从	总依从
----	----------	----	------	-----	-----

观察组	10	5 (50.00)	5 (50.00)	0 (0)	10 (100.00)
对照组	10	4 (40.00)	2 (20.00)	4 (40.00)	6 (60.00)
χ^2		0.202	1.978	5.000	5.000
P		0.653	0.160	0.025	0.025

2.2 健康知识掌握程度对比

观察组患者防护措施、饮食知识、运动方案、药物治疗、自我监测得分显著高于对照组, ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 健康知识掌握程度对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	防护措施	饮食知识	运动方案	药物治疗	自我监测
观察组	10	94.26±1.53	93.58±1.27	93.29±2.06	94.82±2.06	91.32±2.16
对照组	10	90.19±1.13	86.79±2.13	89.79±2.36	90.19±0.83	82.67±2.63
t		9.762	13.527	6.267	4.692	22.639
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 消极心理情绪对比

观察组患者 SAS、SDS 评分显著低于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 消极心理情绪对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	护理前		护理后	
		SAS	SDS	SAS	SDS
观察组	10	53.16±3.27	55.73±3.24	31.28±3.15	32.52±3.09
对照组	10	53.42±3.48	55.65±3.18	42.76±3.26	44.76±3.27
t		0.313	0.101	14.548	15.629
P		0.756	0.920	0.000	0.000

2.4 生活质量对比

观察组患者生活质量显著高于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 生活质量对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

指标	时间	观察组	对照组	t	P
		($n=10$)	($n=10$)		
生理机能	干预前	67.31±6.27	67.29±5.71	0.026	0.979
	干预后	86.73±5.14	76.32±4.79	16.231	0.000
生理职能	干预前	68.36±5.23	67.82±6.17	0.731	0.465
	干预后	89.34±7.21	81.25±5.37	9.858	0.000
躯体疼痛	干预前	69.31±6.27	70.52±5.73	1.561	0.119
	干预后	87.53±5.16	79.57±4.63	12.578	0.000
一般健康状 况	干预前	68.52±7.35	69.72±6.73	1.319	0.188
	干预后	87.47±5.16	78.76±4.93	13.370	0.000
精力	干预前	69.31±7.25	68.74±6.83	0.627	0.531
	干预后	88.57±6.21	79.86±5.28	11.705	0.000
社会功能	干预前	70.32±5.85	69.43±6.19	1.145	0.254
	干预后	86.79±5.13	78.63±6.72	10.573	0.000
情感职能	干预前	69.19±5.27	68.96±4.29	0.371	0.711
	干预后	87.62±5.96	78.45±4.63	13.310	0.000
精神健康	干预前	68.74±6.27	68.85±4.74	0.153	0.878
	干预后	89.18±5.73	79.52±5.71	13.082	0.000

2.5 自我管理能力对比

观察组患者自我护理技能、自我护理责任感、自我概念、健康知识水平显著高于对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

表 5 自我管理能力对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	自我护理技 能	自我护理责 任感	自我概念	健康知识水 平
----	-----	------------	-------------	------	------------

观察组	10	34.36±1.57	22.79±1.32	25.73±1.27	51.37±1.82
对照组	10	27.63±1.25	15.63±1.39	18.96±1.62	43.96±1.75
t		9.893	11.527	8.537	13.563
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.6 护理满意度对比

观察组患者护理满意度显著高于对照组 ($P<0.05$), 见表 6。

表 6 护理满意度对比 [n (%)]

组别	n	满意	较满意	不满意	总满意
观察组	10	6 (60.00)	4 (40.00)	0 (0)	10 (100.00)
对照组	10	3 (30.00)	2 (20.00)	5 (50.00)	5 (50.00)
χ^2		1.818	0.952	6.667	6.667
P		0.178	0.329	0.010	0.010

3 讨论

肺结核是临床中较为常见的疾病, 随着患者机体免疫功能的降低, 患者呼吸道受到结核杆菌侵袭后, 会导致患者肺结核的发生, 严重影响患者日常健康。研究指出, 肺结核在临床中属于传染性疾病, 患者通过吸入感染者飞沫等方式, 从而会导致感染的发生, 从而成为了临床中对社会公共卫生安全造成严重影响的疾病, 同时也是我国乃至世界公共卫生广泛关注的问题。临床研究指出^[3], 结核病在临床中主要肺胃原发性肺结核、血性散播性肺结核、继发性肺结核、结核性胸膜炎等, 患者在临床中主要以呼吸困难、咳嗽及咳痰等表现为主, 随着患者病情的不断发展, 患者肺功能水平会逐渐降低, 对患者生活造成了严重的影响。

研究指出^[4], 在当前临床中对肺结核患者的治疗需要花费较长的时间, 主要因患者受到疾病特点的影响, 导致患者对抗生素等会出现较为严重的耐药性, 从而导致对患者治疗难度增加。对此, 若患者未能在正确的方式下进行自我防护隔离, 未能按照医嘱进行治疗, 不但能有效的避免病情反复, 甚至会导致患者病情恶化, 对患者预后造成严重的影响。

在对患者的临床护理中, 给予患者康复护理基础上对患者实施自我管理教育, 可有效的提高患者对疾病知识的掌握程度, 加强患者自我管理能力。康复护理是临床中常用护理模式, 通过对患者实施呼吸功能训练与康复运动对患者进行干预, 可有效提高对患者临床疗效, 但由于患者治疗时间较长, 再加上对患者治疗中并非完全在医院完成, 从而导致患者无法长期坚持, 这就导致对患者治疗效果不佳。自我管理主要是指在专业人员的指导下, 由患者自行进行保健, 患者的自我管理能力的直接对患者治疗效果造成影响。研究认为, 自我管理教育考虑到了患者的需求, 通过向患者提供了系统性、有计划的健康指导, 行为方式的改变、健康状况提高, 将其贯彻于对整个治疗中, 从而促进了患者病情的康复^[5]。

自我管理教育在肺结核患者管理中, 通过改变“角色”, 建立自我管理小组, 并根据患者的需求, 为患者制定相关疾病健康手册, 使患者参与到肺结核治疗、护理过程中, 从而有效的弱化了医务人员角色, 强化患者角色, 使患者能够提高对自己负责。

在本次研究中, 通过对患者实施自我管理教育后, 患者治疗依从性得到显著提高, 同时有效的加强患者对健康知识掌握率, 缓解患者消极心理情绪, 加强患者生活质量, 提高患者自我管理能力的, 加强患者对护理满意度, 对改善患者预后具有重要的意义。

综上所述, 自我管理教育在肺结核患者的临床护理中具有重要的影响, 值得广泛推广。

参考文献:

- [1]朱月玲.肺结核患者康复护理中开展患者自我管理教育的价值[J].黑龙江医学,2022,46(7): 877-879.
- [2]高继华.肺结核患者康复护理中开展患者自我管理教育的价值[J].反射疗法与康复医学,2020,29(11): 148-150.
- [3]李丽.多元化健康教育对提高肺结核合并糖尿病患者自我管理能力的效果观察[J].医药前沿,2020,10(23): 194-195.
- [4]陈国媛,徐琦,黄爱萍,等.患者自我管理模式在门诊耐多药肺结核患者护理中的价值[J].养生大世界,2021,13(3): 98-99.
- [5]陈跃飞,王芳.多学科团队协作延续护理在肺结核合并 2 型糖尿病患者中的应用效果[J].中国社区医师,2020,36(13): 154-155.

教学做一体化教学模式在高职护理专业外科护理教学中的应用价值分析

陈芳 王钰

酒泉职业技术学院 甘肃酒泉 735000；酒泉市人民医院 甘肃酒泉 735000

摘要：目的：分析教学做一体化教学模式在高职护理专业外科护理教学中的应用价值。方法：选取2021级护理系1班学生50名作为对照组采用传统教学法教学，另选取2021级护理系2班学生50名作为观察组采用教学做一体化教学模式教学，对比课程结束后学生的外科护理成绩和平时学习表现。结果：观察组学生的平时学习表现和外科护理成绩都比对照组学生更好，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：教学做一体化的运用，对高职护理专业外科护理中的运用效果比较好，对学生的成绩有很好的提升作用，更能保证高职护理人员的专业能力和素质，是一种效果优异的教学模式，值得运用推广。

关键词：教学做一体化；高职；护理专业；教学模式

外科护理是根据医学科学的总体发展而发展起来的一种学科，它是对手术患者实施全面的医疗服务的一种科学^[1]。主要内容有：基本医疗、外科基本理论、专科护士的基本知识和技术；人文学科，如护理伦理与社会学。护理学是护理学科的一个主要学科，主要研究外伤、传染病和肿瘤；以手术中常见的先天性畸形、阻塞、功能失调等为主要治疗手段，以现代医学的思维方式和护理理念为导向；以人类的身体为核心，针对患者的身体、心理和社会、家庭的需要，进行全方位的照顾^[2]。现代护理专业是以培养具有开拓精神为目标的高质量医疗护理专业。高等职业院校的护士是一种以理论性、专业性和实践性为特色的高等医学专业。目前，我国高等职业院校的教学实践中，由于教学方法单一，已不能满足不断变化的教学需求。因此，更应该采取更加多元化的教学模式，全方位的让学生得到充分的教学。“教学做合一”顾名思义，就是把“教”“学”“做”三者结合成一个整体，这三者在陶行知先生看来是环环相扣的，缺一不可，他认为“事怎样做就怎样学，怎样学就怎样教；教的法子要根据学的法子，学的法子要根据做的法子来进行”^[3]。将教学做一体化的模式融入到高职护理专业外科护理教学中，更能让学生更直观清晰地学习到护理的基础知识和实践能力，因此，本文分析教学做一体化教学模式在高职护理专业外科护理教学中的应用价值，结果如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021级护理系1班学生50名作为对照组采用传统教学法教学，另选取2021级护理系2班学生50名作为观察组采用教学做一体化教学模式教学，对照组学生男生6名，女生44名，年龄18~22岁，平均（19.42±1.02）岁；观察组男生5名，女生45名，年龄19~21岁，平均（19.42±1.00）岁，两组学生一般资料可比较（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组采用传统教学模式，包括课前预习，课中讲解和课后完成作业等。

观察组采用教学做一体化教学模式：（1）建立一个综合的虚拟实训基地，将护士实训基地建成一个独立的虚拟病房，每一个虚拟病房都设有吸氧设备、吸痰设备、呼叫设备，还设有治疗室、护士站、重症监护病房、库房、消毒室等。还有一些比较高端的设备，比如：洗胃机、注射泵、心电图监护仪等。超声波雾化器、一次性消耗物品（尿袋、灌肠器、氧气管等），在这种情况下，护生可以在模拟的医院中使用，保证整个系统的训练质量。（2）组建一支高素质的教师团队，由“双师”或“全师”老师进行教学，部分新技术和操作难度较大时，可以由一名医院的兼职老师讲授理论基础知识，全职老师一年住院实习4~8个星期，在日常工作中要主动参加实习，促进老师积累临床经验，及时更新知识。另外，还应当经常安排业余老师了解有关的教育方式和技能^[4]。（3）预习：该课程的内容是根据护理的具体要求，根据护理的项目来制定课程，并将岗位核心能力、护理规范、制度、案例等相融合。因而，随着最新技术、护理要求和案例的变化，这些资源组合呈现出层次性、探索性和前沿性；坚持开放性和动态性，把握住了护理发展的脉搏。（4）充分利用“教学-综合”的教学模式，坚持以“以学生为中心”的理念进行护理教学，以学生的专业技能培训为主，以实际病例为主要内容；在模拟训练室指导下，指导学生进行护理教育。同时，可以在下课后进行评估，以达到做中学、学中做的目标。（5）记笔记：记录包含了预览和课堂记录。在作业指导下进行预习，在“学”前做好充足的准备，可以有效地改善“学”与“做”的关系，从而有效地克服“知识多、时间少”的问题。笔记的内容因人而异，能较好地体现出同学的共性和性格，更能体现出学生已经学到的和没学会的东西，以及已经做过和没有做过的事；它不仅是教师进行个性化的指导，而且是对其进行评价的一个有力证据。而在课堂上，记录反映了学生的积极思考，反映了他们的活力和积极的参与，使他们成为了教育的主要组成部分，这是合理的建言依据^[5]。（6）填写偏差报告单：偏差报告单包含偏差描述、纠偏措施/原因、纠错结果、教训和得失。本课程主要是为解决学生在教学中出现的问题（通过录像再现）所遇到的问题而设计的，使学生的耳朵、眼睛和大脑得到最大程度的发挥；在训练学生的观察力的基础上，可以将典型的事例整理成资料，丰富教学和学习资讯；这样才能让教学更加生动、更加生动，从而实现教学相长、学学相长、学以致用。在纠正错误的互动中，不但获得了丰富的经验，而且可以提高交流的技巧和团队协作的意识；创造“人人为师，人人为徒”的良好的教学环境，以达到“纠正他人，提升自我”的目标，使老师不再是知识和技能的唯一载体。在纠正交互过程中，学生的错误尝试和纠正是学生获取隐性知识和知识重组的主要手段，学生的经验、技能和创新能力就是通过这种尝试和纠正而得到的。纠正单据的运用也能提高学生的批判思考能力，缓解因长期作业而产生的紧张心理。纠正的交互过程是思考、分析和论证（7）撰写反思报告：即在课堂上完成一项教学任务后，要求学生完成一份自省问卷，并对其进行回顾、分析、评价和设计；对自身技术和自身的探索与提高，是对自身的持续监控与控制，是一个动态、开放的认知进程，是对自身的认知进行内化、重构、迁移的一种新的、更高层次的认知，从而产生更高层次的新的、更高层次的知识，从而引导今后的实际操作^[6]。在学生由初学者到老师、高手的过渡阶段，分别有三个方面的思考：①初学者学生对知识和技能的掌握还比较浅薄，所以他们的重点在于对工作的关键点、失误点、行为和学习态度进行思考；专业认同等，是对表面现象的一种思考。以提高技能、积累经验、培养反思能力为主要目的，要求老师和团体团体的成员协助，并以老师指导、组内成员的研讨反思为主要内容，个人反思为辅；通过观察-比较-改善的重复练习，提高学生的反省意识；②熟练的学生，在学习的过程中，掌握的技能会有很大的提高，在这个过程中，学习的重点是学习方法和学习策略，注重的是学生的反省；第二部分是老师指导，第二部分是小组内部的讨论式思考，第二部分是对工作的责任心、质量意识、工作效率；问题预测，事件处理，知识转移；对自己的专业核心技能进行思考；③精通技术的学生，该专业背景知识丰富，知识丰富，具有较好的问题处理和解决问题的技巧，能够根据基础理论探索本质性、规律性和深层次的创造性，因而对工艺、流程等方面进行了思考。反省是反映学生主体性和主体性的内在因素，是个体个体的具体表现，是可持续发展的根本，是“做中学”的教学方式能否得到充分发挥的关键因素。所以，在“做”和“学”之间，必须将“思考过程”与“做中学”相结合，方能使教师的“做中学”教育得以实施^[7]。（8）实施综合教学评估，对护理学生的实际工作进行评估，确保将考教分开，将题型、题

量与护士资格考试相结合，采用随机的题型和题量进行测试。

1.3 观察指标

对比课程结束后学生的外科护理成绩和平时学习表现。平时学习表现观察学生上课的课堂活跃度等。外科护理成绩包括笔试成绩和操作成绩。

1.4 统计学方法

利用SPSS17.0应用实现大统计分析。将测量信息在通过配t检验后，以（x±s）显示；统计方法为 χ^2 检验，用（%）代替。其中 $P<0.05$ 的差异最具有统计价值。

2 结果

2.1 两组学生平时学习表现对比

观察组学生的表现更好，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表一：

表一 两组学生平时学习表现对比[n, (%)]				
组别	优秀	良好	一般	总有效率
对照组 (n=50)	52.00 (26/50)	24.00 (12/50)	24.00 (12/50)	76.00 (38/50)
观察组 (n=50)	80.00 (40/50)	10.00 (5/50)	10.00 (5/50)	90.00 (45/50)
χ^2				3.472
P				0.000

2.2 两组学生外科护理成绩对比

观察组学生的成绩更好，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表二：

表二 两组学生外科护理成绩对比（x±s，分）			
组别	笔试成绩	操作成绩	总成绩
对照组（n=50）	83.34±6.50	76.46±4.59	79.91±5.95
观察组（n=50）	88.50±3.16	84.56±4.85	86.64±3.61
t	5.031	7.302	6.800
P	0.000	0.000	0.000

3 讨论

当前就业环境十分恶劣，高职院校的护生教育要顺应时代的需求，从以知识为导向的教育目标转变为以能力为本、以就业为导向的新的教育目标^[8]。融合式教学改革了传统的教学体制和学科体系，根据高职教育的培养宗旨，全面整合护理教育资源，充分体现“能力本位”，逐步实现三个方面的转变：从教师讲授为中心转向以学生为中心，从以教科书为主转向以课程为导向，从以课程为核心转向以课程、以教育为导向，以教育为核心、以课程为中心、以教学目标为核心；从传统的课堂教学转向综合实践教学。整合式学习可以有效地克服理论课和实践课之间的不协调，增强了课堂的可视化、增强了课堂的可视化、增强了学习者的主体性和主体性，有利于加强对理论知识的理解；同时，教师和学生之间的交流也得到了强化，大大地改善了课堂的教学水平。

研究结果显示，观察组学生的成绩更好，分析是因为，护理专业的教学方法由于生搬硬套，学生只能在“半懂”或“不懂”的情况下，产生了“对未来工作毫无意义”的消极心理，影响了课堂的学习^[9]。整合式教学把理论和实践相结合，把理论的讲解融入到整个课堂的工作中，把理论的讲解融入到作业中，从而使理论的学习效果得到有效的发挥；此外，还可以利用现场的示范和学生的动手实践来强化记忆，使学生的学习热情得到明显的提升。在职业教育中，大部分的职业教育都是非常注重，所以，只有让他们意识到理论的重要性，才能让他们积极地去学习，去实现他们的目标^[10]。整合式的课堂教学是以学生为主，在实践活动中，会碰到许多课本上所没有的问题，这时老师就可以进行演示、指导和讲解，从而加强与同学之间的交流，并能有效地提升课堂的学习效率和效果。

综上所述，教学做一体化的运用，对高职护理专业外科护理中的运用效果比较好，对学生的成绩有很好的提升作用，更能保证高职护理人员的专业能力和素质，是一种效果优异的教学模式，值得运用推广。

参考文献：

- [1]曹楠.高职外科护理“课堂—见习”一体化教学模式的应用研究[J].卫生职业教育,2021,39（15）：55-56.
- [2]梁红梅,吴文理,李晓艳,唐省三,胡亚妮.“教学做一体化”模式在《外科护理》教学中的应用分析[J].按摩与康复医学,2019,10（11）：93-94.
- [3]韩朝.教学做一体化教学模式应用于高职护理专业外科护理课程教学中的价值分析[J].课程教育研究,2019（09）：245.
- [4]刘毅.“教、学、做”一体化教学模式在外科护理教学中的实践分析[J].教育现代化,2017,4（25）：205-206.
- [5]肖华鹏,高娜,王娜,贾茜,郭静芹,李建伟,任玉峰,王倩倩,郭慧东.教学做一体化教学模式在高职护理专业外科护理教学中的应用[J].护理研究,2017,31（08）：988-990.
- [6]李瑞敏,田克伟.外科护理教学中教学做一体化教学模式的实践探究[J].中国继续医学教育,2016,8（08）：19-20.
- [7]王娜,肖华鹏,高娜,寇哲.“教、学、做”一体化教学模式在外科护理教学中的应用研究[J].卫生职业教育,2015,33（03）：95-97.
- [8]李隼.“教、学、做”一体化教学模式在外科护理教学中的应用[J].中国医药指南,2013,11（17）：378-379.
- [9]李晖.“教学做一体化”教学模式在外科护理教学中应用[J].广东职业技术教育与研究,2012（01）：13-14.
- [10]卢玉仙,高薇,孙静,徐益荣.教学做一体化教学模式在外科护理教学中的实践[J].护理学杂志,2010,25（02）：13-14.

“互联网+”混合式教学在新生儿科护理教学中的应用及对护理质量的影响

彭立梅

深圳市宝安区石岩人民医院 518108

摘要：目的 研究新生儿科护理教学中运用“互联网+”混合式教学模式的教学效果以及此种教学模式对护理质量的影响。方法 将2020年5月至2022年6月我院新生儿科接收的60例护生作为研究对象，根据教学模式的不同将其分为两组。对照组（30例）实施常规带教，观察组（30例）运用“互联网+”混合式教学模式，比较两组的护生考核成绩、护生核心能力与评判性思维能力、护生能力、护理质量和教学满意度情况。结果 观察组带教4周后的理论及操作考核成绩得分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；带教4周后观察组的评分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；带教4周后观察组的各项能力评分均大于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；带教4周后观察组的护理质量评分均大于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组的教学满意度较对照组高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 将“互联网+”混合式教学模式运用到新生儿科护理教学中更有利于获得理想的教学效果，提高护理质量，值得推广。

关键词：“互联网+”混合式教学；新生儿科；护理教学；护理质量

新生儿科对护理人员的专业性和责任心要求相对较高，并且有工作难度大、工作风险高等特征，这对从事新生儿科护理工作的护理人员提出了更高的要求。临床护理带教是对护理人员掌握知识与技能进行培养的重要过程，带教老师、教学方法均会在很大程度上影响教学效果和教学质量。混合式教学模式是将线下面对面教学模式与线上教学模式的结合，在“互联网+”的大环境下，混合式教学模式备受关注和青睐。此次研究将我院新生儿科接收的60例护生作为研究对象，旨在评价“互联网+”混合式教学模式的教学成果和教学质量，详述如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象是2020年5月至2022年6月我院新生儿科接收的60例护生，纳入标准：（1）所有研究对象均在新生儿科接受4-8周实习；（2）所有研究对象均是全日制护理专业学生；（3）所有护生均已经完成了护理专业的相关学业；（4）所有研究对象对互联网均相对熟悉；（5）对于此次研究均表示知情，在知情同意书上签字确认。排除标准：（1）在研究中不积极、不主动；（2）对互联网不熟悉；（3）不能够遵守此次研究的相关规定。

60例护生均为女性，根据教学模式的不同将其分为两组，对照组（30例）：年龄20-25（22.45±0.89）岁。观察组（30例）：年龄20-24（22.40±0.87）岁。经比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组（常规带教）

由带教老师负责讲解理论知识，对真实案例进行分析，并由带教老师进行示范性操作。

1.2.2 观察组（“互联网+”混合式教学模式）

①制定培训计划和培训内容：由新生儿科室自行制定护生规范化培训计划，培训计划的内容包括培训目的、培训方式、培训时间、具体的培训内容等等。待护生入科后，对其进行理论考核和实际操作能力的考核，根据入科护生的考核成绩完善培训计划、细化培训内容。入科第1-2d由带教组长开展集中教学，介绍带教计划，示范仪器的使用方法，入科第3d选定带教老师，并展开“一对一”带教。

②展开带教：带教中运用到移动端应用程序，要求护生自行下载APP（儿科医生）。带教老师根据科室内的实际病例作为教学依据，上传病例的症状体征和影像学检查结果等，运用信息技术，将教学的视频、文字和图片相结合，提高教学内容的生动性。借助视频讲解带教内容，让护生对相关知识有更加深入、深刻的理解，并归纳护生在临床实践中存在的一些问题，总结后发布在互联网上。由带教老师引导护生进行文献和资料检索，并综合其自身所学知识进行小组讨论，共同总结出问题的答案。并且，指导护生开展床边护理，能够对病例做出基础的护理推断。护生之间互相模拟患者，并展开临床操作的训练。带教老师和护生之间运用微信群、QQ群等聊天工具展开交流与探讨。

③小结：由带教老师引导护生总结指点、问题的讨论过程、讨论结果，并由带教老师进行总结，对于需要掌握的知识点进行再次强调。

1.3 评价标准

①在护生入科室前1天及带教4周后对其进行考核，试卷总分是100分，理论总分为40分，实际操作总分是60分，并将考核结果进行对比。

②在护生入科室前1天及带教4周后评估护生的核心能力和评判性思维能力。评估核心能力使用的工具是护生核心能力量表（CINS）^[1]，总分是33-165分，得分越高提示核心能力越强。评估评判性思维能力的工具是中文版批判性思维能力测量表（CTDI-CV）^[2]，总分是70-420分，得分越高提示评判性思维倾向越强。

③在护生入科室前1天及带教4周后评估护生的能力，评价6个方面，分别是：学习兴趣、自学能力、学习效率、解决问题能力、团队协作能力、沟通能力，每项评分范围是0-5分，得分越高说明其在该方面体现出的能力越强^[3]。

④在护生入科室前1天及带教4周后评估护理质量，总分是100分，所得分数越高提示护理质量越高^[4]。

⑤评估教学满意度情况，护生在实习结束后由教师组织护生进行课程满意度调查表的填写，采取不记名的方式。满意度评估有四个等级，分别是非常满意、满意、一般、不满意，满意度（%）=（非常满意例数+满意例数）/总例数×100%。

1.4 统计学处理

将SPSS24.0作为分析数据的软件，其中符合正态分布的计量指标用t检验，表示为均数±标准差；计数指标用 χ^2 检验，用例数/百分率表示，差异有统计学意义表示为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 考核成绩

带教前，观察组的理论考核得分是（90.14±1.22）分，操作考核得分是（90.21±1.15）分，对照组是（90.11±1.34）分、（90.26±1.34）分， $t=0.090$ 、 0.155 ， $P=0.928$ 、 0.877 ，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

带教4周后，观察组的理论考核得分是（96.56±1.37）分，操作考核得分是（97.56±1.06）分，对照组是（92.15±1.03）分、（92.05±1.05）分， $t=10.896$ 、 20.227 ， $P=0.000$ 、 0.000 ，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2.2 护生核心能力与评判性思维能力评分

护生核心能力评分：带教前，观察组的评分是（102.23±8.56）分，对照组是（102.84±8.79）分， $t=0.272$ ， $P=0.786$ ，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。带教后，观察组的评分是（152.53±4.16）

分，对照组是（140.17±5.85）分， $t=9.431$ ， $P=0.000$ ，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

护生评判性思维能力评分：带教前，观察组的评分是（345.16±25.45）分，对照组是（344.96±26.67）分， $t=0.029$ ， $P=0.976$ ，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。带教后，观察组的评分是（405.86±23.26）分，对照组是（371.74±24.58）分， $t=5.522$ ， $P=0.000$ ，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2.3 护生能力评分

学习兴趣：带教前，观察组是（2.74±0.22）分，对照组是（2.76±0.23）分， $t=0.344$ ， $P=0.732$ ，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。带教后，观察组是（4.67±0.16）分，对照组是（3.35±0.19）分， $t=29.106$ ， $P=0.000$ ，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

自学能力：带教前，观察组是（2.88±0.15）分，对照组是（2.85±0.16）分， $t=0.749$ ， $P=0.456$ ，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。带教后，观察组是（4.61±0.13）分，对照组是（3.35±0.24）分， $t=25.284$ ， $P=0.000$ ，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

学习效率：带教前，观察组是（2.63±0.28）分，对照组是（2.65±0.31）分， $t=0.262$ ， $P=0.794$ ，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。带教后，观察组是（4.55±0.26）分，对照组是（3.78±0.19）分， $t=13.096$ ， $P=0.000$ ，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

解决问题能力：带教前，观察组是（2.38±0.15）分，对照组是（2.45±0.26）分， $t=1.277$ ， $P=0.206$ ，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。带教后，观察组是（4.65±0.11）分，对照组是（3.06±0.58）分， $t=14.752$ ， $P=0.000$ ，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

团队协作能力：带教前，观察组是（2.69±0.37）分，对照组是（2.70±0.39）分， $t=0.102$ ， $P=0.919$ ，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。带教后，观察组是（4.24±0.74）分，对照组是（3.66±0.56）分， $t=3.423$ ， $P=0.001$ ，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

沟通能力：带教前，观察组是（2.65±0.26）分，对照组是（2.68±0.14）分， $t=0.556$ ， $P=0.580$ ，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。带教后，观察组是（4.16±0.38）分，对照组是（3.22±0.17）分， $t=12.367$ ， $P=0.000$ ，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2.4 护理质量评分

带教前，观察组的护理质量总分是（85.86±3.26）分，对照组是（85.74±3.94）分， $t=0.128$ ， $P=0.898$ ，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

带教后，观察组的护理质量总分是（96.56±2.02）分，对照组是（89.87±2.26）分， $t=12.088$ ， $P=0.000$ ，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2.5 教学满意度

观察的教学满意度显著高于对照组，见表1。

表1 对比教学满意度[n（%）]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	满意度
观察组	30	18（60.0）	11（36.67）	0（0）	1（3.33）	29（96.67）
对照组	30	8（26.67）	16（53.33）	3（10.0）	6（20.0）	24（80.0）
χ^2	/	/	/	/	/	4.043
P	/	/	/	/	/	0.044

3 讨论

新生儿科是医院中较为特殊的临床科室，由于收治的病患均是新生儿，因此对护理人员的操作技能、责任心和沟通能力均有更高、更多的要求，护生需要彻底掌握新生儿科相关知识，并且要认真、负责的履行自己的责任，并为患儿和家属提供良好的护理服务。护理在现代临床医学中不可或缺，护理教学在医学教育中的作用更不容忽视。以往传统的带教模式是由带教老师讲授教学内容，护生在教学工作中处于被动地位^[5]。在“互联网+”的时代下，混合式教学模式应运而生。混合式教学将传统教学模式与现代信息技术相结合，借助现代化信息技术开展教学工作，让护生从现代化的教学方式中吸取更多知识，充分发挥学生的学习能力，从而达到理想的教学效果。本次研究结果显示，经“互联网+”混合式教学的护生其考核成绩更高，护生的核心能力、评判性思维能力、综合能力明显提高，并且护理质量有显著提高，教学满意度更高。这说明实施“互联网+”混合式教学模式可以优化教学质量，充分调动护生的学习积极性和主动性，从而提高整体护理能力与护理质量，这对于新生儿科教学质量的改革与提升均有促进性作用，可为临床输送更多的有专业技能和护理技巧的护理人员。

综上，“互联网+”混合式教学模式有利于提高新生儿科护理教学效果和质量。

参考文献：

- [1]王丽莉,陆群峰,李有蔚,等.基于理论与实践一体化的院校联动教学在儿科护理技能课程中的应用[J].中国实用护理杂志,2020,36（26）: 2065-2070.
 - [2]高海霞,张华,康健,等.三位一体线上教学模式在儿科护理学的应用[J].护理学杂志,2021,36（8）: 59-61.
 - [3]梁翠仪,朱美玲,李芳.信息化创新教学模式在儿科护理培训管理中的应用[J].国际护理学杂志,2021,40（14）: 2519-2522.
 - [4]付利珍,周梅,张先红.医护一体化模式在新生儿科临床护理教学中的应用研究[J].中华医学教育探索杂志,2021,20（8）: 986-988.
 - [5]赵丽,庄洁莲,蔡伟,等.案例教学法联合云平台在新生儿科临床护理教学中的应用[J].山西医药杂志,2020,49（23）: 3321-3323.
- 2021年深圳市宝安区基础研究（医疗卫生类）项目立项，立项编号：2021JD379

营养教育联合口服营养补充对食管癌放疗患者的临床应用

刘莉莉 王焱 吴艳

徐州医科大学第二附属医院营养科 江苏徐州 221006

摘要:目的 探讨营养教育联合口服营养补充对食管癌放疗患者的临床应用效果。方法 对78例PG-SGA评估营养不良的食道癌患者给予营养教育联合口服营养补充的营养治疗。结果 观察营养指标和放疗的不良反应。结论 营养教育联合口服营养补充可提高了放疗耐受性,取得良好的效果。
关键词:食道癌; 营养教育; 口服营养补充

食管癌的发病率和死亡率在我国居高不下, 研究显示, 食管癌的营养不良发病率高达80%。放射治疗的患者一方面恶性肿瘤的消耗增加营养不良的风险, 另一方面放射治疗可导致患者出现摄入和吸收的障碍, 加重营养不良风险。营养不良又严重影响到放化疗的精准度和敏感度, 增加了治疗的毒副反应^[1]。营养治疗对改善患者的营养状态、提高肿瘤的综合治疗效果有着重要的意义。放疗患者营养支持方式首选强化营养教育和口服营养补充 (oral nutritional supplement,ONS) 途径^[2], 是近几年各国肿瘤专家所推荐的, 是食管肿瘤患者重要的营养支持方式。2019年2月我院营养科积极与肿瘤科合作,强化营养教育,应用特殊医用膳食, 对能够经口进食的食管癌患者进行营养干预,报告如下。

1 临床资料

1.1一般资料:

2019年2月至2020年2月, 放疗科收治的食管癌患者, 经PG-SGA营养评估>2分78例者,其中男性57例,女性21例; 年龄47~78岁。患者意识清晰,胃肠道功能基本正常,排除严重心力衰竭、呼吸衰竭、肾功能不全患者, 排除不可经口进食患者

1.2营养治疗培训

营养师对肿瘤科护士全员进行培训,利用ppt授课和临床实践方式培训NRS-2002营养风险筛查技能,肿瘤科每个护理小组,指定一人营养风险筛查责任护士。对医师开展《肿瘤患者营养评估和治疗》的培训。成立肿瘤营养风险筛查小组微信群,在群里及时发送患者营养相关问题。

1.3营养风险筛查和评价

肿瘤科营养护理责任护士对本组病人在入院24小时内进行NRS-2002营养风险筛查,NRS-2002≥3分者由营养师进行PG-SGA营养评估, PG-SGA营养评估表为肿瘤专家组推荐的肿瘤患者首选评估工具,评估内容有病人主观测评和医务人员测评两部分,包括体重变化、饮食摄入的变化、胃肠道症状、机体功能、疾病与年龄评分、代谢应激状态、营养方面的体格检查。各项评分总和为2~3分为可疑营养不良, 评分为4~8分者为中度营养不良, 评分≥9分为重度营养不良, 将可疑、中、重度营养不良者纳入营养小组进行营养照护。

1.4营养教育

营养师对符合标准的患者在入院3日内进行一对一的营养教育,确定目标热量25~30Kcal/kg/d,蛋白质1.0~1.5g/kg/d,根据食管癌患者吞咽状态制定相应的流质、半流质、软食以及自制匀浆膳食食谱,少食多餐,选择易消化食物,优质蛋白占2/3以上,尽可能从膳食中补充维生素,尤其是维生素A、维生素C、维生素B。选择鱼虾瘦肉类、新鲜蔬菜和水果、鸡蛋、牛奶类食物,适当增加海带、紫菜等增加抵御射线的食物。鼓励患者下床活动,与家属共同进餐,必要时使用药物以促进食欲。吞咽困难时指导患者选择较软的食物:如稀饭、麦粉或面糊等;食物煮软或切碎煮软,如菜泥或烩茄子等;以酱汁加入干的食物中;选择软质水果或作成果泥,如苹果泥等。一般而言,清流质地容易呛到,太硬或太干食物不易吞咽,所以尽量增加食物稠度,可加入果胶、淀粉类食物如玉米粉、树薯粉地瓜粉、太白粉、商业增稠剂等以增加黏稠度。放射治疗过程中,病人常有口干、口腔溃瘍、灼热肿胀感,口腔炎严重时病人常感到疼痛无法进食,热量与营养素摄入量大量减少,因此造成体重下降和营养不良。指导患者采用适合个人情况的软质、半流质、或流质饮食,少量多餐,选择温和、无刺激性的食物;温度太冷、太热,质地太硬、太粗糙、味道太辣、太酸都会引起不适。可把下一三类食物一起熬煮调味而成的咸粥:主食类(五谷杂粮,如米饭或面食等);绞肉类(鱼、猪、牛、鸡等)或蛋、黄豆制品;蔬菜类(各式切碎或较软的蔬菜)。同时对患者和家属进行教育,使其认识到营养的重要性,帮助患者合理安排膳食。同时也利用病区展板、宣传手册、电子信息交流等开展宣教饮食知识。

1.5口服营养补充

评估患者每日膳食摄入量,对自然饮食摄入量<60%目标喂养量的患者,给予口服营养补充 (oral nutritional supplement,ONS) ,我院采用的是全营养素配方食品, 其蛋白质热占比16%, 脂肪热占比35%, 碳水化合物热占比49%见表1。根据患者的饮食情况分别给予口服营养补充每日400kcal、500kcal、600Kcal。营养师与临床医师每天联合查房,根据患者体重变化、营养状况和进食情况,对口服补充方案进行动态调整。

表1 营养成分表

营养成分	100ml
能量 (KJ)	420
蛋白质 (g)	4.0
脂肪 (g)	3.89
碳水化合物 (g)	12.3
钠 (mg)	382
钾 (mg)	610

1.6监测指标

1.6.1能量摄入: 营养师每天进行1次膳食调查,应用24小时回顾法调查膳食种类和数量,将数据输入营养软件(上海臻鼎健康科技有限公司)计算出患者营养素的摄入量,与目标喂养量进行对比。

1.6.2体重变化

记录放疗前后体重,以及每周一次测量清晨空腹排便后体重。

1.6.3实验室监测

监测血浆血红蛋白、白蛋白、前白蛋白、白细胞、淋巴细胞计数等营养指标。

1.6.4不良反应监测

包括放射性肺炎、放射性食管炎、血液学毒性反应。

2. 结果

经过营养教育和口服营养补充的干预,患者能量和蛋白质摄入量显著增加,体重维持稳定,放疗后血浆血红蛋白、白蛋白、前白蛋白、白细胞水平有下降,但趋势不明显,放射性食管炎以及放射性肺炎发病率有显著降低。

3. 讨论

食管癌发病率及死亡率居高不下, 且呈逐年上升趋势。食管癌治疗方案包括手术治疗、

放疗或化疗等, 其中, 放疗是食管癌的主要治疗方式之一。食管癌由于肿瘤生长部位的特殊性, 直接影响营养的摄入和吸收, 营养不良发生率明显高于其他肿瘤, 相关报道, 食管癌患者营养不良发生率可高达80%, 死亡患者营养不良的发生率几乎达到100%; 食管癌患者由于放疗的影响, 食管粘膜极易引起损伤, 导致进食更加困难, 更无法获得足够的营养, 这些患者营养不良显著丢失脂肪, 肌肉大量萎缩, 伴肌肉群、蛋白质群、骨和矿物质等多项机体组成成分消耗, 机体脏器功能障碍, 免疫功能低下, 最终导致患者治疗耐受性下降, 治疗疗程中断, 住院时间延长和治疗费用增加等不良结局, 这不仅使患者的生活质量降低, 同时也给患者造成了巨大的心理压力, 易使患者产生焦虑、抑郁、悲观、厌世情绪, 进而对治疗失去信心, 造成肿瘤预后差, 生存期缩短^[3]。因此食管癌患者在放疗治疗前及治疗过程中更需要进行合理的营养干预和营养治疗, 营养治疗可以①改善食管癌患者机体营养状况, 减少负氮平衡; ②改善患者机体免疫功能; ③提高患者对放疗和化疗耐受性, 减少并发症发生; ④维持患者正常代谢; ⑤改善、提高放化疗效果; ⑥减轻肠损伤、细菌移位及保护骨髓。采用科学合理的营养治疗方法可以有效避免、改善各种原因引起的营养不良, 是提高食管癌治疗效果的有效途径之一, 促进患者康复和延长患者生存期意义重大。美国提出“营养疗法是治愈慢性疾病的最终解决方案”, 加拿大则将营养治疗列为所有疾病的一线治疗。

营养教育是改善营养状况的有效手段, 已被各国政府和医学专家认可。胡小翠^[4]研究营养教育对肿瘤放疗患者的营养影响,结果显示营养教育能显著改善患者的营养状况。国内外指南公认的肿瘤营养治疗应遵循的五阶梯模式中也推荐,营养教育是一种重要的、有效的营养干预措施,应贯穿肿瘤治疗的全过程^[5]。肿瘤患者和家属往往缺乏营养专业的知识,偏信某种偏方、盲目忌口, 导致饮食结构不合理, 加重营养不良, 目前患者存在专业营养知识缺乏的困境, 进食中的困惑也增加患者及家属的焦虑情绪, 焦虑情绪又影响到患者的食欲, 通过营养教育一方面有利于患者建立科学的饮食模式, 另一方面了解营养对放疗的重要性, 更好的协助医师完成放射治疗。肿瘤患者营养不良发病率高, 原因复杂, 后果严重, 迫切需要专业营养团队的介入; 然而在许多医院中都存在着肿瘤患者接受营养师指导的比例很低的现象^[6-7]。我院营养管护的患者, 通过营养师给予的营养教育提高了膳食饮食总量, 增加了膳食餐次、膳食结构也更合理, 增加了患者的热量、蛋白质、维生素等营养素的摄入。

常发生放射性食管炎、吞咽困难和疼痛,进食固体食物障碍,加上肿瘤引起的厌食、早饱等症状,在临床上许多患者仅进食牛奶、面条、米粥、肉汤、鸡蛋、水果汁等普通流质、半流质膳食,每日能够提供热量约为1000~1500Kcal, 进食减少者热量摄取更低; 摄入的热量远远不能满足机体的需求,从而加重食管癌的营养不良状况, 有些患者在饥饿状态下接受放化疗等抗肿瘤治疗,加重了放化疗的不良反应,甚至因为患者机体极度衰弱而被迫中断肿瘤治疗^[8]。我科给予患者口服营养补充,解决了食管癌患者营养摄入不足问题。口服营养补充 (ONS) 可有效改善患者的营养状况^[9]。 Jiang N^[10]等研究发现,食管癌患者在放疗期间出现体重丢失者近一半,体重是最简单也是最直接的一种营养指标, ONS对经口进食的食管癌放疗患者能够有效的维持体重。相比临床上静脉输注葡萄糖、脂肪乳、氨基酸的营养支持方式,口服营养补充最符合生理、更安全、营养素调整方便, 更便捷, 并且价格低廉。

我院积极应用饮食教育和口服营养补充对食管癌患者进行营养干预,提高了食管癌患者放疗中和放疗后的热量和蛋白质摄入量,体重没有明显降低,提高了放疗耐受性,取得良好的效果。工作中也发现饮食问题在患者和家属中常伴着困惑、焦虑、悲观的负面情绪,营养教育中营养师应更加关注患者及家属的心理,应不断提升沟通技巧; 肿瘤患者往往存在食欲差、口腔异味感、口腔溃瘍,对食物和营养制剂的摄入量带来困难,在鼓励患者进食下,并根据患者的喜好,个性化利用食品调味剂等措施,增加饮食摄入量。此项工作中也体现出, 营养师的全程营养干预获得更好的临床效果和患者的满意度。肿瘤营养治疗影响因素众多, 还需要更进一步的研究。

参考文献:

- [1]田文献,李涛. 食管癌放疗患者的营养治疗[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志,2017,4(2): 144-148. DOI: 10.16689/j.cnki.cn11-9349/r.2017.02.003.
- [2]J. Arends,G. Bodoky,F. Bozzetti,K. Fearon,M. Muscaritoli,G. Selga,M.A.E. van Bokhorst-de van der Schueren,M. von Meyenfeldt,G. Zürcher,R. Fietkau,E. Aulbert,B. Frick,M. Holm,M. Kneba,H.J. Mestrom,A. Zander. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology[J]. Clinical Nutrition,2006,25 (2) .
- [3]曹伟新. 恶性肿瘤患者的营养不良风险和干预[J]. 上海交通大学学报(医学版),2007,27 (5): 499-502. DOI: 10.3969/j.issn.1674-8115.2007.05.006.
- [4]胡小翠. 营养教育在肿瘤放疗患者中的应用[J]. 河南肿瘤学杂志,2005,18 (3): 217-218. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5412.2005.03.032.
- [5]石汉平,许红霞,李苏宜,等.营养不良的五阶梯治疗[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2015,2 (01): 29-33.
- [6]姚庆,高海蓉,徐蓓,等. 恶性肿瘤患者及家属营养健康教育现状和需求调查[J]. 同济大学学报(医学版),2022,43 (2): 267-271. DOI: 10.12289/j.issn.1008-0392.21433.
- [7]卢兰秀. 食道癌患者放疗的饮食护理[J]. 职业与健康,2003,19 (7): 150-151. DOI: 10.3969/j.issn.1004-1257.2003.07.140.
- [8]杨光凡,王淑君,胡晓琴,等. 103例食道癌患者放疗期间的营养支持分析[J]. 湖南师范大学学报(医学版),2010,7 (4): 45-47. DOI: 10.3969/j.issn.1673-016X.2010.04.014.
- [9]李增宁,陈伟,齐玉梅,等. 肿瘤患者特殊医学用途配方食品应用专家共识[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志,2016,3 (2): 95-99. DOI: 10.16689/j.cnki.cn11-9349/r.2016.02.007.
- [10]Jiang Nan,Zhao Jin-Zhi,Chen Xiao-Cen,Li Li-Ya,Zhang Li-Juan,Zhao Yue. Clinical determinants of weight loss in patients with esophageal carcinoma during radiotherapy: a prospective longitudinal view[J]. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP,2014,15 (5) .

延续护理对糖尿病足患者的干预及应用研究

李颖红 曾绮丹 岑美珍 麦素贞

恩平市人民医院 广东恩平 529400

摘要：目的：分析延续护理对糖尿病足患者的干预及应用效果。方法：抽取2018年6月-2019年6月在我院就诊的糖尿病足病人62例作为研究对象，随机分为对照组（n=31）、观察组（n=31），对照组给予常规护理，观察组给予延续护理及常规护理，组间对比其血糖水平、足部护理行为、生存质量变化及1年内疾病复发率、再住院率。结果：护理后，观察组患者血糖指标（FBG、2hPBG、HbA_{1c}）、DSQL 分值低于对照组，NAFF 分值高于对照组，1年内疾病复发率、再住院率低于对照组，P<0.05。结论：延续护理用于糖尿病足患者中，可提升患者的血糖控制情况、足部护理行为、生存质量，并降低疾病复发率、再住院率，有积极临床价值。

关键词：延续护理；糖尿病足；血糖控制；足部护理行为；生存质量

糖尿病为现如今发病率较高的慢性、内分泌疾病，因血糖控制效果不佳、生活行为习惯不合理等因素影响，极易并发各种并发症，其中以糖尿病足较为常见，发病后表现为下肢血管闭塞、下肢组织病变，直接影响患者的生存质量，且存在一定的截肢风险。在控制糖尿病足病情后，亦要求患者做好自身足部保健工作、血糖控制，以避免疾病复发^[1-3]。而延续护理即将护理服务延续至出院后，提供持续性的医疗服务。本次试验即分析延续护理用于糖尿病足患者中的应用价值。

1. 基线资料和方法

1.1 基线资料

选取2018年6月-2019年6月在我院就诊的糖尿病足病人62例作为研究对象，随机分为观察组31例，对照组31例。对照组中，男16例、女15例，年龄在49~67岁间，年龄均值为（58.36±2.13）岁，糖尿病病程在5~12年间，取均值（9.12±1.69）年；观察组中，男17例、女14例，年龄在47~69岁间，年龄均值为（58.47±2.09）岁，糖尿病病程在5~13年间，取均值（9.32±1.54）年。组间对比糖尿病足病人各基线资料，可知，无明显差异（P>0.05）。

入选标准：（1）符合《中国糖尿病足诊治指南》^[4]中关于糖尿病足的诊断标准；（2）意识清楚，认知正常；（3）愿意参加本研究；（4）病例资料完整。

排除标准：（1）妊娠或哺乳期妇女。（2）合并有重要脏器（肺、肝、肾）病变患者；（3）思维障碍、精神类疾病患者。

1.2 方法

对照组：施行常规护理。由糖尿病教育护士作相关理论知识的健康教育，内容包括糖尿病疾病基本知识、糖尿病足危害、糖尿病足临床表现及危险因素评估、糖尿病足日常预防及护理、日常血糖监测、饮食指导等。

观察组：在对照组的基础上给予延续护理，具体措施为：（1）成立护理专科小组。多名护士进行糖尿病护理专科进修，并成立护理专科小组，提供专科护理指导。（2）出院前建档。出院前建立病人相关档案，档案内容包括患者各项基本信息、血糖及糖化血红蛋白水平、病人的日常生活方式、糖尿病足知识掌握情况等。（3）出院后延续护理。延续护理形式包括电话、门诊、入户等形式，同时定期作足部护理评估、生存质量评估，一旦发现护理问题，需及时作对症干预或指导。具体延续护理内容：①健康教育与指导：通过食物模型、文字图像、宣传资料等多种方式，全面提高患者及其家属疾病应对能力、疾病管理知识理解能力。于出

表1.护理前、后组间比较血糖水平、足部护理行为、生存质量变化（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	时间	FBG (mol/L)	2hPBG (mol/L)	HbA _{1c} (%)	NAFF (分)	DSQL (分)
对照组 (n=31)	护理前	9.01±1.39	13.24±1.96	9.01±1.36	36.23±5.27	84.36±3.25
	护理后	7.02±1.23	9.12±1.63	7.25±1.79	45.96±6.29	67.54±3.19
观察组 (n=31)	护理前	9.12±1.27	13.13±1.88	9.12±1.47	35.96±4.89	85.01±3.36
	护理后	4.05±1.14	5.13±1.54	4.36±0.87	57.36±5.13	53.25±3.96
T	护理后	9.8603	9.9068	0.0849	7.8199	15.6465
P	护理后	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

2.2 组间比较1年内疾病复发率、再住院率

观察组患者1年内疾病复发率3.23%、再住院率0.00%显著低于对照组19.35%、12.91%，P<0.05。见下表。

表2.组间比较1年内疾病复发率、再住院率[n (%)]

组别	疾病复发率	再住院率
对照组 (n=31)	6 (19.35)	4 (12.91)
观察组 (n=31)	1 (3.23)	0 (0.00)
χ^2	4.0261	4.2759
P	0.0448	0.0387

3. 讨论

糖尿病足（diabetic foot, DF）为糖尿病常见并发症的一种，是指糖尿病患者因伴有神经病变、不同程度末梢血管病变所致下肢感染、溃疡、深部组织破坏，加之机体持续处于高血糖状态，患者下肢出现血管硬化、血管壁增厚或弹性下降情况，进而极易引发血栓、斑块，导致下肢血管闭塞、末端神经损伤，进一步引发下肢组织病变^[5-7]。糖尿病足直接损害机体神经、血管、皮肤、肌腱、骨骼，且存在一定下肢截肢风险，进而影响其生存质量。而糖尿病足的救治周期长、极易复发，患者在院救治完成，出院后亦需做好居家足部护理、血糖控制，以防疾病复发，因此，开展延续护理服务十分必要^[8-10]。

本次试验结果显示，护理后，观察组患者血糖指标（FBG、2hPBG、HbA_{1c}）、DSQL 分值低于对照组，NAFF 分值高于对照组，1年内疾病复发率、再住院率低于对照组，P<0.05。即表明，延续护理干预下，患者血糖控制效果、足部护理行为、生存质量均有显著提升，其疾病复发率、再住院率更低。分析原因，常规护理以出院指导为主，为患者介绍出院后需做好体征监测、糖尿病足日常预防及护理、饮食调整等工作。相比之下，延续护理为系列行动设计，是指从医院到家庭的延续护理，将住院、出院的护理服务衔接起来，并为出院后的糖尿病足患者提供健康指导、医疗服务^[11-12]。延续护理用于糖尿病足病人中，通过持续开展健康教育工作，以提升其治疗依从性、自我保健意识，同时嘱咐患者按医嘱用药，增强其自我保健意识的同时，提升其自我管理行为能力、自我保健效能。另一方面，指导患者做好居家病情监测，及时掌握自身病情变化，一旦出现异常及时返院复查^[13-15]。同时，指导患者做好日常足部护理以提升其足部护理行为，改善足部状况，有效避免疾病复发、再次住院情况，进而提升其生存质量。

综上所述，在常规护理基础上开展延续护理，可有效提升糖尿病足患者的血糖控制效果，并提升其足部护理行为、生存质量，同时降低疾病复发率、再住院率，效果显著。

参考文献：

- [1]李瑞华,文银亭,何粟,等. ADOPT 问题解决模式在糖尿病足延续护理中的应用[J]. 重庆医学,2022,51 (5): 898-900.
- [2]支景凤,吴细梅. 社区延续护理干预在提升糖尿病足溃疡患者生活质量及满意度中的应用价值[J]. 基层医学论坛,2021,25 (3): 304-306.

院时，发放图文并茂的糖尿病足预防和护理知识小册子，以便于患者及时翻看。②病情监测。指导患者及家属掌握血糖、血压居家监测方法，每次开展延续护理服务时，对患者血糖、血压等指标进行监测、记录，并对存在的护理问题进行改善。③用药指导。告知患者严格遵医嘱用药的重要性，并督促、指导患者按医嘱规范治疗和用药，确保病人用药的定时定量用药，以保证治疗效果。④足部护理。指导患者学会日常足部护理，加强足部温度色泽观察，注意足背动脉搏动的变化，同时需保持足部干净清洁，密切观察足部有无肿胀、溃疡、龟裂等情况发生，注意防寒保暖。穿鞋时需详细检查鞋内有无异物，防止足部受伤，坚持每天用38℃温水泡脚，鞋袜要选择圆头、厚实、透气性好的鞋子，尽量穿棉质袜，保持鞋内卫生、干燥，积极预防脚气。

1.3 评价指标

护理前、后组间比较血糖水平、足部护理行为、生存质量变化。血糖指标包括空腹血糖值（Fasting blood glucose value, FBG）、餐后2h血糖值（2h postprandial blood glucose value, 2hPBG）、糖化血红蛋白（Glycosylated hemoglobin, HbA_{1c}）；采用诺丁汉足部护理评估（Assessment of foot care in Nottingham, NAFF）量表的中文版量表作评估，NAFF 量表内容包括：足部检查、清洁与保护、鞋袜的选择等方面，采用0级~3级评分法，总分72分，得分越高代表足部护理行为越好；采用糖尿病足病人生存质量特异性量表（Quality of Life specificity scale for diabetic foot patients, DSQL）评估患者生存质量，评估内容包括生理功能、社会关系、心理和精神功能、治疗4个维度，共有27个条目，采用Likert 5级评分制，分值区间在5~135分间，DSQL 分值越高病人的生存质量越差。

组间比较1年内，糖尿病足患者疾病复发率、再住院率。

1.4 数据处理

采用SPSS19.0统计软件对全部数据进行统计学处理，计量资料采用均数±标准差表示，组间比较采用t检验，计数资料以百分比形式表示，组间比较采用卡方（ χ^2 ）检验，以P<0.05为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 护理前、后组间比较血糖水平、足部护理行为、生存质量变化

护理后，两组患者血糖指标（FBG、2hPBG、HbA_{1c}）、DSQL 分值较护理前下降，NAFF 分值较护理前升高，且较对照组，观察组病人各指标变化更为明显，P<0.05。见下表。

组别	时间	FBG (mol/L)	2hPBG (mol/L)	HbA _{1c} (%)	NAFF (分)	DSQL (分)
对照组 (n=31)	护理前	9.01±1.39	13.24±1.96	9.01±1.36	36.23±5.27	84.36±3.25
	护理后	7.02±1.23	9.12±1.63	7.25±1.79	45.96±6.29	67.54±3.19
观察组 (n=31)	护理前	9.12±1.27	13.13±1.88	9.12±1.47	35.96±4.89	85.01±3.36
	护理后	4.05±1.14	5.13±1.54	4.36±0.87	57.36±5.13	53.25±3.96
T	护理后	9.8603	9.9068	0.0849	7.8199	15.6465
P	护理后	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

[3]YI-FEI P, WEI C. A Co (II) -Based Coordination Polymer: Photocatalytic Studies, Treatment and Nursing Values on Diabetic Foot by Regulating the Insulin Receptor on the Vascular Cells[J]. J Inorg Organomet Polym Mater,2021,31 (9): 3857-3866.

[4]中国医疗保健国际交流促进会糖尿病足病分会,国际血管联盟中国分部糖尿病足病专家委员会. 中国糖尿病足诊治指南[J]. 中国临床医生杂志,2020,48 (1): 19-27.

[5]曲颖丽. 基于微信 APP 的延续护理对糖尿病足患者自我管理及自我效能的影响[J]. 基层医学论坛,2020,24 (36): 5236-5237.

[6]王露,罗琳,刘巍巍,等. 基于糖尿病足风险的延续护理干预对2型糖尿病患者效果评价[J]. 中国实用护理杂志,2019,35 (27): 2102-2107.

[7]DUFOUR E, DUHOUX A. Re: The Effect of Foot Exercises on Wound Healing in Type 2 Diabetic Patients With a Foot Ulcer: A Randomized Control Study. J Wound Ostomy Continence Nursing. 2018; 45 (2): 123-130[J].J Wound Ostomy Continence Nurs,2018,45 (6): 492-493.

[8]王博,吴琼,张芊,等. 延续护理对糖尿病足高危患者干预效果的 Meta 分析[J]. 中国实用护理杂志,2019,35 (10): 794-801.

[9]钟燕文,颜云琼,严彩铃,等. 延续护理在老年糖尿病足预见性护理中的应用研究[J]. 中国医学创新,2019,16 (36): 109-113.

[10]刘美兰,彭献堂,钟慧荣,等. 联动式延续护理在老年糖尿病足 Wagner 2、3 级患者中的应用[J]. 国际护理学杂志,2018,37 (15): 2041-2044.

[11]陆静,刘茹,康格平,等. 以微信健康教育为主的延续护理干预对2型糖尿病患者糖尿病足知识、态度、行为和血糖控制情况的效果观察[J]. 贵州医药,2021,45 (10): 1649-1650.

[12]ERAYDIN S. Authors' Response to a Letter to the Editor Re: The Effect of Foot Exercises on Wound Healing in Type 2 Diabetic Patients With a Foot Ulcer: A Randomized Control Study. J Wound Ostomy Continence Nursing. 2018; 45 (2): 123-130[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs,2018,45 (6): 495.

[13]林伟,梅阳林,杨丽娜. 延续护理干预对糖尿病足患者自我管理能力的影晌[J]. 广西中医药大学学报,2019,22 (1): 91-94.

[14]姜雪莲,白国欣,耿凤琴,等. 以奥马哈系统为基础的延续护理对糖尿病足患者自我效能及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27 (35): 3979-3981,3986.

[15]陈德梅. 延续护理措施在糖尿病足高危患者中的应用效果探析[J]. 中外医学研究,2018,16 (3): 99-100.

广东省卫生和计划生育委员会项目编号 B2018295

核心素养视域下中职专业老年护理课程思政的探索与实践

刘玉桃 刘晨婷

广州市增城区卫生职业技术学校 广东广州 511300

摘要：目的：观察核心素养视域下中职专业老年护理课程思政效果。方法：2020年9月-2022年6月114名中职护理专业护生为本次研究对象，按照中职专业老年护理教学中是否基于核心素养视域下实施课程思政教学将护生均分为对照组与实验组，2020年9月至2021年6月57名常规教学护生归于对照组，2021年9月至2022年6月57名基于核心素养视域下实施课程思政教学护生归于实验组，比较两组护生教学效果。结果：实验组教学后护生对老年人态度量表（KAOP）评分为（202.43±5.51）分、老年护理知识考试成绩（86.43±2.31）分、老年照护工作从业意愿（52.63%）以及教师教学活动自评等临床指标均优于对照组，数据差异明显（P<0.05）。结论：中职专业老年护理教学中基于核心素养视域下实施课程思政教学可显著提升护生对老年人态度、工作从业意愿，提升了护生核心素养。

关键词：核心素养视域；中职专业护理教学；老年护理；课程思政

近些年，老年护理教学的开展可弥补我国养老护理人员缺失现状，但是现阶段老年护理课程知识繁杂，常规教学中重视理论教学，忽视课程思政教学干预，绝大多数护生机械性学习相关知识，但是对于老年护理职业从事意愿较低，护生无法正确认知老年护理工作的重要性，缺乏尊老爱幼的职业认同感可降低老年护理教学效果^[1,2]。因此，为践行课程思政教育，完善中职专业老年护理教学就显得十分重要，完善中职专业老年护理教学的主要途径是课堂教学，近些年，部分医学研究者提出基于核心素养视域下完善中职专业老年护理教学^[3,4]。本次研究比较2020年9月-2022年6月114名中职护理专业老年护理教学中不同课堂教学模式护生教学干预结果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对照组2020年9月至2021年6月57名中职专业老年护理教学活动中开展常规教学护生，其中男性2名、女性55名，年龄在16岁~18岁、平均年龄（17.61±0.11）岁。实验组2021年9月至2022年6月57名中职专业老年护理教学活动中基于核心素养视域下实施课程思政教学护生，其中男性3名、女性54名，年龄在15岁~18岁、平均年龄（17.60±0.14）岁。

1.2 病例选择标准

纳入标准：（1）参与本次研究的中职专业护生均获知本次研究目的、方法，自愿参与本次研究。（2）老年护理课程开展期间，参与本次研究的护生均按时上课，并完成期末考试。排除标准：（1）排除老年护理课程开展期间迟到、早退的护生。（2）排除缺席老年护理课程教学活动护生。

1.3 方法

1.3.1 对照组（常规教学）：（1）我校中职护理专业中老年护理为专业选修课程，教师依据国家卫计委“十四五”《老年护理》教材以及配套《老年护理实施性教学大纲》，安排老年护理教学课时，并结业时有效划分老年护理课程相关教学内容。（2）授课教师结合板书、教学课件，采取“言教”法，向护生灌输老年护理相关知识，为提升护生对相关知识的掌握，结合教学内容适时进行课堂提问，并请护生在下一节课前对学习内容进行预习。

1.3.2 实验组（基于核心素养视域下实施课程思政教学）：（1）随着我国人口老龄化进程的推进，老年护理课程教学中应注重核心素养的培养，教师向学生介绍核心素养视域下课程思政教学目标，课程思政属于专业课程思想德育隐性课程，因此，授课教师应在老年护理课程教学中融入老年护理专业相关社会热点，并适时开展现实问题讨论。（2）老年护理课程思政具体教学方式与内容如下：①情景体验教学：授课老师通过创设老年护理情景，调动护生学习兴趣，请护生结合自身所学专业知识与技能解决老年患者在诊疗护理中遇到的问题。此外，为护生提供步行辅助工作，使护生切实感受老年患者日常行动不便，对日常生活造成的影响，以提升护生服务意识。②角色扮演教学，老年护理课程涉及老年群体多系统疾病护理，授课老师在向护生传授相关知识的同时，可引导护生表演临床护士、老年患者、患者家属，通过问答的形式，使护生转变自身角度，站在老年患者、患者家属的角度，考虑到疾病对老年患者心理造成的影响以及老年人群生理变化，巩固护生老年护理专业知识的同时，增强护生沟通技能。③案例教学：老年护理授课老师在遵循老年护理教材传授相关知识的同时，应结合自身临床护理诊疗经验，选取典型案例，与护生进行探讨，借助真实诊疗经验，满足思政学习的目的，使护生树立以老人为中心，尊老、敬老、爱老的职业素养。

1.4 观察指标

比较两组护生教学活动前后，护生对老年人态度、老年护理课程考试成绩（百分制）、护生对老年照护工作从业意愿（愿意、不确定、不愿意），并请教师结合自身教学活动经历对教学活动进行自评，其中护生对老年人的态度采用老年人态度量表（KAOP量表），该量表34-238分受检者对老年人态度逐渐趋于正向，此外，请教师从教学活动是否有利于巩固专业知识、是否有利于评判性思维的提升、是否有利于学习积极性的提高、是否提升了核心素养等四个维度进行自评，各维度评分区间在0-10分，评分越高越趋于正向。

1.5 统计学处理

SPSS21.0版本软件处理结果中相关数据，“（ $\bar{x}$ ±s）”用“t”验证，“（%）”用“ χ^2 ”验证，P<0.05表示数据有统计学意义。

2 结果

2.1 护生对老年人的态度

两组护生教学活动后 KAOP 量表评分均提升，但是实验组护生 KAOP 量表提升高于对照组，见表1。

表1 两组护生对老年人的态度				[x±s、n]	
组别	n	教学活动前	教学活动后	t 值	P 值
实验组	57	161.32±5.41	202.43±5.51	10.251	<0.05
对照组	57	161.35±5.42	182.41±5.48	10.283	<0.05
t 值		1.836	12.845	-	-
P 值		>0.05	<0.05	-	-

2.2 考试评分

实验组住培生培训后考试评分均高于对照组，见表2。

表2 两组住培生培训前后考试成绩 [x±s、n]					
组别	n	期中成绩	期末成绩	t 值	P 值
实验组	57	84.42±2.34	86.43±2.31	18.124	<0.05
对照组	57	78.47±2.31	82.43±2.34	18.742	<0.05
t 值		1.847	20.824	-	-
P 值		>0.05	<0.05	-	-

2.3 护生对老年照护工作从业意愿

实验组护生对老年照护工作从业意愿满意度高于对照组，见表3。

表3 两组护生对老年照护工作从业意愿 [x±s、n]				
组别	n	不愿意	不确定	愿意
实验组	57	5.26（3/57）	42.11（24/57）	52.63（30/57）
对照组	57	12.28（7/57）	52.63（30/57）	35.09（20/57）
χ^2 值				5.369
P 值				<0.05

2.4 教师教学活动自评

实验组教师较于对照组认为教学活动可有利于巩固专业知识、有利于评判性思维的提升、有利于学习积极性的提高，提升了核心素养，见表4。

表 4 教师教学活动自评 [x±s、n]					
组别	n	有利于巩固专 业知识	有利于评判性 思维的提升	有利于学习积 极性的提高	提升了核心素 养
实验组	57	8.08±0.11	8.32±0.10	8.21±0.14	8.18±0.12
对照组	57	6.41±0.13	6.52±0.14	6.63±0.11	6.45±0.12
t 值		26.415	26.248	26.841	25.842
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

我国已进入老龄化社会且伴随老年人口数量的激增，基于我国卫健委提出的养老服务业若干意见，各职业院校应增设老年服务专业课程，但是，中职护理专业中老年护理课程开展过程中发现，常规教学模式开展中，护生被动接收相关专业知识，且在完成规定课程学习后，绝大多数护生对老年照护工作的职业认同感较低，意愿从业者较少，由此可见，老年护理专业常规教学难以满足临床实际需求，应改进教学模式，激励中职护生积极参与后老年护理服务中^[5-7]。在核心素养视域下实施课程思政教学，即要求教师在开展老年护理专业知识授课过程中，应结合思政教学设计，将思政融入到课堂教学中，对课堂教学内容以及教学模式进行改革^[8]。基于核心素养视域下实施课程思政教学活动中，教师通过情景体验教学，调动护生在教学活动中参与积极性，并主动学习老年护理相关知识，此外，并通过为护生提供老年患者步行辅助工具等相关仪器，使护生切身感受老年患者生活情况，通过增强护生教学活动体验感，引导护生意识到老年照护职业对老年患者的重要性^[9]。此外，核心素养视域下实施课程思政教学中教师与护生开设角色扮演教学，护生扮演老年患者及其家属，以使护生站在老年患者的立场，进行思考，并调动护生课堂参与积极性^[10]。同时核心素养视域下实施课程思政教学中教师授课内容应从课堂理论知识，结合自身护理临床经验，选取典型案例向课外延伸，以充分体现思政德育的主导性^[11]。

孟玉桃等^[12]临床研究与本次研究一致均显示开展课程思政教学后护生考试成绩明显优于常规教学模式的对照组，此外，本次研究显示实验组教学活动后对老年人的态度以及参与老年护理工作意愿均提升，有利于护生核心素养的提高。

综上所述，核心素养视域下中职专业老年护理课程思政有较高的临床推广价值。

参考文献：

- [1]王峰,卢玉仙,闻纯. 基于“课程思政”的情境体验式教学模式在老年护理教学中的应用[J]. 中国卫生产业,2020,17（32）：7-10.
- [2]PETERSEN, JULIE JACOB, OSTERGAARD, BIRTE, SVAVARSDOTTIR, ERLA KOLBRUN, et al. A challenging journey: The experience of elderly patients and their close family members after major emergency abdominal surgery[J]. Scandinavian journal of caring sciences.,2021,35（3）：901-910.
- [3]赵梦媛. 基于“课程思政”的教学模式改革与实践——以老年护理学课程为例[J]. 卫生职业教育,2020,38（2）：47-48.
- [4]张桃芳,张岚,储奕,等. “思政元素”融入老年护理课程的教学探索[J]. 教育教学论坛,2020（24）：41-43.
- [5]彭爱霞,卢庆晖,罗秋婷,等. 基于《孝经》的“课程思政”在中职老年护理教学中的实践[J]. 中华护理教育,2020,17（7）：625-629.
- [6]KAPLAN, TUGCE, KESER, ILKAY. The effect of individual reminiscence therapy on adaptation difficulties of the elderly : a randomized clinical trial[J]. Psychogeriatrics.,2021,21（6）：869-880.
- [7]吴春风. “课程思政”视角下医学高校老年护理专业课程教学改革探析[J]. 中外交流,2021,28（7）：513-514.
- [8]董超群,符丽燕,高晨晨,等. 任务驱动的参与体验教学对护生老年护理态度及择业动机的影响[J]. 护理学杂志,2022,37（5）：58-61.
- [9]裴云,姜娜. 体验式教学法在高职“老年护理学”教学中的应用[J]. 岳阳职业技术学院学报,2022,37（1）：21-25.
- [10]黄少升,管修标. 课程思政融入老年护理教学的探索[J]. 现代职业教育,2021（46）：230-231.
- [11]ABDULLRAZAK ABYAD. P-142; Challenges of elderly services and education programs in geriatrics and gerontology in the Eastern Mediterranean Region: reflection on current initiative in Lebanon and the Region[J]. European geriatric medicine.,2019,10（41）：S77-S78.
- [12]孟玉桃,张春慧. 高职老年护理课程思政导向下混合式教学应用研究[J]. 全科护理,2022,20（9）：1294-1296.

重症患者中采用个性化健康教育的效果分析

杨兴芳¹ 凌梦如²

银川市第一人民医院 宁夏银川市 750001

摘要：目的：探讨个性化健康教育在重症患者护理中的应用效果。方法：将 2020 年 7 月-2021 年 7 月在本院重症进行治疗的患者 78 例作为本次的观察对象，并随机分为实验组和对照组两组，每组有 39 例在本院重症监护室进行治疗的患者，对照组的 39 例在重症室进行治疗的患者使用常规的护理措施进行护理，而实验组的 39 例在本院重症室进行治疗的患者则是采用个性化健康教育进行护理，并将两组患者采用不同的护理方法进行护理后，两组患者对疾病健康知识的掌握度和两组患者并发症的发生率情况以及两组患者对护理工作的满意度情况进行对比和分析。结果：在两组患者采用不同的护理措施进行护理后，通过使用个性化健康教育进行护理的实验组的患者对疾病健康知识的掌握度以及并发症的发生率和患者对护理工作的满意度情况均优于采用常规健康教育的对照组的患者，且两组患者对疾病健康知识的掌握度以及并发症的发生率和患者对护理工作的满意度对比后产生的差异数据具有统计学意义（P<0.05）。结论：本文通过对重症的患者使用个性化健康教育进行护理，可以有效的改善患者不良的心理情绪，提高患者对疾病健康知识的认知度，同时也能够降低患者出现并发症的几率，提高患者的治疗效果，也提高患者对护理工作的满意度，在临床上值得推广和使用。

关键词：重症患者；个性化健康教育；应用效果

健康教育属于一种能够促进人们健康的手段，不仅在临床上有很大的作用，在日常的生活当中也有很大的用途，可以帮助人们树立良好的健康的观念，同时也够使人养成良好的生活习惯、行为，可以有效的提高人们对健康知识的认知，从而达到人人都健康的目的。目前，由于我国生活水平以及经济水平的不断提高，人们也开始注重自身的健康，所以对与健康教育的护理需求也越来越高，特别对重症监护室的患者。为了能更加的满足患者在临床上的护理需求，提高护理工作的质量，所以个性化健康教育被广泛的应用在临床护理工作当中。通过对患者的实际情况进行评估，根据患者的个人情况对患者采取针对性的健康教育，并在护理过程当中采用以人为本的护理方式，尊重患者、关爱患者，提高患者对医护人员的信任度，建立良好的护患关系。重症监护室也就是 ICU，属于医院对危重患者抢救的场所，而这些患者大部分都是通过急诊、手术室以及其他科室转过来的危重患者。这类患者不仅身体处于非常危急的状态，同时患者的精神状态也处于应激的状态，所以对于重症的患者采用有效的、科学的以及合理的健康教育是非常重要的，可以通过提高患者对疾病健康知识的意识，改善自身对疾病知识的错误认知，能够更好的配合医护人员的治疗以及护理的工作，提高患者对治疗的依从性。本文将对在重症监护室治疗的患者使用个性化健康教育进行护理，并将护理的结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 7 月-2021 年 7 月在本院重症监护室进行治疗的患者 78 例作为本次的观察对象，并将这 78 例观察对象随机分为实验组和对对照组两组，每组有 39 例在本院重症监护室进行治疗的患者，对照组的 39 例在重症监护室进行治疗的患者使用常规的健康教育进行护理，而实验组的 39 例在本院重症监护室进行治疗的患者则是使用人性化健康教育进行护理。对照组的 39 例重症监护室治疗的患者中有男性患者 26 例，女性患者 13 例，患者的年龄在 35-58 岁之间，平均年龄为（44.9±6.3）岁；实验组的 39 例重症监护室治疗的患者中有男性患者 24 例，女性患者 15 例，患者的年龄在 36-59 岁之间，平均年龄为（44.4±5.7）岁。两组在本院重症监护室进行治疗的患者文化程度为：初中学历的患者为 25 例、高中学历的患者为 31 例、本科以上学历的患者为 22 例，患者的疾病分类：患有冠心病的患者为 33 例、患有骨质疏松的患者为 20 例、患有脑血管意外的患者为 25 例。两组患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组患者对本次研究的目的和研究内容均知情，同时自愿签署知情同意书。两组患者的临床资料对比后产生的差异数据不具有统计学意义（p>0.05），具有可比性。

1.2 方法

对照组的患者使用常规的健康教育进行护理，而实验组的患者则是使用个性化健康教育进行护理，主要的内容包括：1. 首先在患者入院以后，需要对患者进行入院的健康宣教，因为重症的患者在住院的时期病情都是非常严重的，所以需要患者在患者进行紧急治疗后，患者的病情稳定了在进行健康宣教。护理人员可以详细的为患者讲解医院的环境以及病房的环境、设备、规章制度等，使患者对医院的环境有一定的了解，改善患者对医院产生的陌生感和紧张感，同时也可以使患者尽快的融入到重症监护室的治疗环境中。在护理人员与患者进行沟通和交流的过程中，护理人员需要保持热情的态度去对待患者及其家属，取得患者和家属的信任，提高患者对护理工作的配合度以及满意度，从而提高患者对治疗的依从性。2. 对患者进行饮食的护理，护理人员需要根据患者实际的病情情况以及患者日常饮食习惯为患者制定针对性的饮食方案。对于急性期的患者来说需要做到禁食；而对于昏迷的患者应该按照要求对

表 2 两组患者并发症发生率的对比情况

组别	例数	误吸	便秘	皮肤压疮	感染	总并发症发生率
实验组	39	2（5.13%）	3（7.69%）	1（2.56%）	3（7.69%）	9（23.08%）
对照组	39	4（10.26%）	7（17.95%）	6（15.38%）	9（23.08%）	26（66.67%）
χ ²						7.479
P						<0.05

2.3 在两组患者采用不同的护理方法进行护理后，通过个性化健康教育进行护理的实验组的患者对护理工作的满意度优于采用常规健康教育进行护理的对照组的患者，且两组患者对护理工作的满意度对比后产生的差异数据具有统计学意义（p<0.05）见表 3

表 3 两组患者对护理工作满意度的对比情况

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
对照组	39	14（35.90%）	15（38.46%）	10（25.64%）	29（74.36%）
实验组	39	29（74.36%）	7（17.95%）	3（7.69%）	36（92.31%）
χ ²					4.523
P					<0.05

3 讨论

在医院内重症监护室是进行抢救以及治疗危重患者的场所，患者大多数病情都比较严重，所以指导患者掌握良好的健康知识是非常重要的。由于重症的患者身体的状况比较差，甚至还会出现昏迷和休克的情况，所以常规的健康教育是没办法进行的。而人性化健康教育可以根据患者的实际情况，为患者制定针对性健康教育的内容。将患者在不同阶段所需要注意的事项详细标明，并且将其放在或者是悬挂在比较醒目的位置处，方便患者及其家属进行学习。

由于重症监护室的患者病情是多变的，因此，护理人员需要根据不同的患者进行不同健康宣教。使患者不仅能够正确的认识疾病的发生发展，同时也能了解临床的治疗手段和如何避免疾病的复发以及如何更好的配合医护人员来提高治疗的效果等。

综上所述，本文通过对重症监护室治疗的患者使用个性化健康教育进行护理，可以使患者熟悉医院的环境，降低对医院陌生的环境而产生的不良情绪，同时还能够提高患者对疾病知识的认知度，提高患者对医护人员的配合度以及对治疗的依从性。此外，还可以降低患者出现并发症的情况，提高患者的治疗效果以及生活质量，同时也促进患者进行快的恢复健康，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

- [1]徐丽.临床护理路径在冠心病病人健康教育中的应用[J].护理研究，2021，26（6A）：1506-1507.
- [2]王玲,钟箫.ICU 患者健康教育路径[J].吉林医学,2021,32（7）：1439-1440.
- [3]葛淑华,梁伟,孙静,等.重症监护病房中健康教育存在的问题及对策[J].全科护

患者进行鼻饲，并且加强对患者进行肠内营养和静脉营养等，保证患者的生理功能可以正常的进行工作；对于恢复期的患者来说，因为这时期的患者胃肠道的功能正在慢慢的恢复，所以可以先给予患者易消化的且营养丰富的流质饮食，随后是半流质饮食，最后在恢复成普食，可以有效的促进患者胃肠道功能的恢复。此外，护理人员还应该指导患者养成良好的生活习惯，和饮食习惯，保持良好的作息。在饮食时要保持少食多餐的原则。3. 对患者的行为进行护理，护理人员首先需要评估患者的实际病情的情况，并指导患者进行适当的运动。对于急性期的患者来说，护理人员需要定时的对患者进行翻身、叩背的动作，可以有效的帮助患者恢复肺的功能；对于稳定期的患者来说，护理人员首先需要指导患者在床上进行四肢的收缩运动以及咳嗽等；而进行手术后的患者，护理人员应该尽早的安排患者进行床下的活动，可以有效的降低患者出现并发症的几率。在指导患者进行有效的运动的同时，需要告知患者养成良好的作息，多注意休息。4. 对患者进行用药的指导，护理人员需要告知患者遵医嘱用药、合理用药的重要性，同时还应该告知患者药物的治疗效果以及药物的副作用和服用药物的注意事项。如果患者在服用药物治疗期间出现了不良反应的情况，需要立刻做好相关的工作，并且调整药物的用量。5. 对患者进行出院的健康指标，个性化健康教育不仅约注重患者在住院期间的健康宣教工作，还应该将健康教育延伸到患者的日常生活当中，考虑患者在出院以后会出现的问题。在患者出院之前，护理人员需要为患者建立很健康的意识以及合理的心理状态，并且将疾病的发生发展以及注意事项详细的告知给患者，使患者能够掌握疾病的相关知识，同时也可以使患者保持良好的心理状态去面对疾病。告知患者在出院以后一定要适量进行体育锻炼，提高自身免疫力和抵抗力。

1.3 观察指标

在两组重症监护室的患者使用不同的护理方法进行护理后，将两组患者对疾病健康知识掌握度以及并发症的发生情况和两组患者对护理工作的满意度情况进行对比和分析。

1.4 观察指标

使用 SPSS20.0 软件对本次的研究数据进行分析，使用标准差=来表示计量资料，t 进行检验，计量资料用（n%）进行表示，使用 χ²进行检验，当 p<0.05 时，说明具有统计学意义。

2 结果

2.1 在两组重症监护室治疗的患者采用不同的护理方法进行护理后，通过个性化健康教育进行护理的实验组的患者对疾病健康知识的掌握度优于采用常规健康教育进行护理的对照组的患者，且两组患者对疾病健康知识掌握度对比后产生的差异数据具有统计学意义（p<0.05），见表 1

表 1 两组患者对疾病健康知识掌握度的对比情况

组别	例数	良好	中等	差	总掌握度
实验组	39	22（56.41%）	13（33.33%）	4（10.26%）	35（89.74%）
对照组	39	12（30.77%）	14（35.90%）	13（33.33%）	26（66.67%）
χ ²					12.89
P					<0.05

2.2 在两组重症监护室的患者使用不同的护理方法进行护理后，通过个性化健康教育进行护理的实验组患者并发症的发生率优于采用常规健康教育进行护理的对照组的患者，且两组患者并发症的发生率对比产生的差异数据具有统计学意义（p<0.05），见表 2

理,2021,10（9）：2484-2485.

[4]陈英武.浅谈神经外科重症监护病房健康教育的重要性[J].中国医药指南,2021,11（7）：375.

[5]王晓慧,江娇.重症监护病房工作环境与护士沟通能力的相关性研究[J].护理研究,2021,28（1）：180-183.

[6]阮海英,刘晓波.重症监护室护理风险因素分析及防范措施[J].护理实践与研究,2021,251：248-249.

[7]周成英.健康教育在护理实践中的体会[J].中国医学工程，2021，22（2）：188-189.

[8]邓英杰,于华,周延英.加强医患沟通构建和谐医患关系[J].中国医院管理,2021,27（9）：48.

[10]岳变英,陈丽,彭寅旭.舒适护理在 ICU 护理工作中应用的效果分析[J].河南外科学杂志,2021，22（4）：128-129.

[11]王玲，钟箫.ICU 患者健康教育路径[J].吉林医学，2021，32（7）：1439-1440.

[12]Chiu Y L, Chien W T, Lam L W.Effectiveness of needs-based education programme for families with a critically ill relative in an intensive care unit[J].J Clin Nurs, 2021, 13（5）：655-656.

[13]陈瑞清,陈玉琴,何捷,等.对危重患者及家属同步实施健康教育的效果观察[J].川北医学院学报, 2021, 25（6）：577-579.

[14]刘国英.重症监护室住院患者的健康教育[J].实用医技杂志，2021，16（3）：231.

[15]韩文军，胡敏，郭成莉.ICU 患者家属健康教育研究进展[J].护理学杂志，2021，21（12）：78-80.

[16]刘华英，袁岚，秦年.健康教育在食管癌患者及家属中的应用[J].华西医学，2021，24（1）：195-196.

[17]张美琼.护理标识卡在减少神经外科重症监护室护理不良事件中的应用分析[J].中国实用医药,2021,12（25）：168-170.

[18]孙云香.神经外科重症监护室患者家属心理需求现状调查与分析[J].泰山医学院学报,2021,37（05）：591-592.

[19]周宏玉.对神经外科重症监护室患者家属健康教育需求的调查分析[J].大家健康（学术版）,2021,9（18）：204.

探讨优甲乐替代疗法在妊娠合并甲减患者治疗中的重要性

于淼

沧州市南大港医院 河北沧州 061103

摘要：目的 分析探讨优甲乐替代疗法在妊娠合并甲减患者治疗中对于改善患者甲状腺功能指标以及妊娠结局及提高患者生活质量、满意度的效果。方法 选取 2019 年 5 月至 2021 年 6 月在我院收治的 40 例妊娠合并甲减患者纳入研究对象，依据患者的治疗方式将患者分为优甲乐组（20 例）和常规干预组（20 例），常规干预组患者仅给予蛋白质补充、脂肪控制等常规干预，优甲乐组患者在对照组基础上给予优甲乐替代疗法干预，评测两组患者效果优良率、干预前后甲状腺功能指标（包括 TSH、FT3、FT4）、生活质量改善情况、妊娠结局及满意度。结果 试验结果显示，应用优甲乐替代疗法的优甲乐组患者效果优良率明显高于常规干预组（ $P<0.05$ ），甲状腺功能指标及生活质量改善情况显著优于常规干预组（ $P<0.05$ ），不良妊娠结局率明显低于常规干预组（ $P<0.05$ ），优甲乐组患者的满意率明显高于常规干预组（ $P<0.05$ ）。结论 优甲乐替代疗法在妊娠合并甲减患者治疗中对于改善患者甲状腺功能指标以及妊娠结局及提高患者生活质量、满意度具有良好的效果。

关键词：优甲乐替代疗法；妊娠；甲减；重要性

To explore the importance of youjiale replacement therapy in the treatment of pregnancy with hypothyroidism

Yu Miao

Cangzhou Nandagang hospital, Cangzhou 061103, Hebei

Abstract: Objective To analyze and explore the effect of youjiale replacement therapy on improving the thyroid function index, pregnancy outcome, quality of life and satisfaction of patients with pregnancy combined with hypothyroidism. Methods 40 pregnant women with hypothyroidism admitted to our hospital from May 2019 to June 2021 were included in the study. According to the treatment methods of the patients, the patients were divided into the youjiale group (20 cases) and the routine intervention group (20 cases). The patients in the routine intervention group were only given routine interventions such as protein supplementation and fat control. The patients in the youjiale group were given the youjiale replacement therapy intervention on the basis of the control group, and the excellent and good effects of the two groups were evaluated. Thyroid function indexes (including TSH, FT3, FT4), quality of life improvement, pregnancy outcome and satisfaction before and after intervention. Results The test results showed that the excellent and good rate of the patients in the youjiale group using the youjiale replacement therapy was significantly higher than that in the routine intervention group ($P<0.05$), the improvement of thyroid function index and quality of life was significantly better than that in the routine intervention group ($P<0.05$), the adverse pregnancy outcome rate was significantly lower than that in the routine intervention group ($P<0.05$), and the satisfaction rate of the patients in the youjiale group was significantly higher than that in the routine intervention group ($P<0.05$). Conclusion youjiale replacement therapy has a good effect on improving the thyroid function index, pregnancy outcome, quality of life and satisfaction of patients with pregnancy complicated with hypothyroidism.

Key words: youjiale replacement therapy; Pregnancy; Hypothyroidism; importance

0 引言

女性在妊娠期间，机体对各项营养成分的需求量会明显上升，对甲状腺素的需求也会比非妊娠期更多，而一旦甲状腺合成甲状腺素的数量不充分便会造成甲状腺功能减退，临床上将其称为甲减，而发生甲减的妊娠期女性会严重威胁到母婴的健康状况，从而增加妊娠高血压、产后出血、先兆子痫等不良妊娠事件的发生几率，最终可能导致胎儿流产、早产、低体重儿、胎盘早剥等妊娠意外情况发生，除此之外，即使胎儿能够正常、顺利的娩出，甲状腺素不足也可能会对胎儿的智力发育、运动能力及神经反应能力产生不良的影响，因此，妊娠期女性在确诊存在甲减之后应及早开展临床治疗^[1-2]。对于妊娠合并甲减，传统干预方式主要采用补充营养等饮食干预，而单纯通过饮食控制并不能获得较好的病情控制效果，目前临床在妊娠合并甲减的干预中逐步引入了优甲乐替代疗法，一方面该药物可对甲状腺功能减退产生良好的干预效果，另一方面，优甲乐在使用之后几乎不会通过胎盘代谢，因此不会对胎儿的正常发育产生不利的影响，具有很高的安全性，目前在妊娠合并甲减的治疗中得到了广泛的应用^[3-4]。为此，本文选取在我院收治的 40 例妊娠合并甲减患者，对优甲乐替代疗法在妊娠合并甲减患者治疗中对于改善患者甲状腺功能指标以及妊娠结局及提高患者生活质量、满意度的效果进行了探讨分析，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 5 月至 2021 年 6 月在我院收治的 40 例妊娠合并甲减患者，纳入标准：（1）患者在本次妊娠期甲状腺功能减退之前均没有甲状腺病史。（2）患者的孕周均在 12 周以内。（3）早期测量患者的 TSH 水平显示均在 0.1-0.25 mU/L。（4）患者经临床人员讲解后对优甲乐替代疗法和本次调查均知情同意。排除标准：（1）患者除了存在甲状腺功能减退还存在其它恶性肿瘤。（2）患者存在意识障碍、精神障碍或无法正常交流者。（3）患者对优甲乐过敏或存在使用禁忌。（4）患者存在严重的肝肾功能损伤。随机将患者分为优甲乐组（20 例）和常规干预组（20 例）。优甲乐组年龄最小 21 岁，最大 39 岁，平均年龄（29.44±8.23）岁；常规干预组年龄最小 20 岁，最大 40 岁，平均年龄（29.53±8.19）岁。两组患者一般资料比较具有可比性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

常规干预组给予常规措施干预，包括为患者补充碘元素、蛋白质，并限制脂肪的摄入量，叮嘱患者尽可能的避免与放射性物质接触，优甲乐组患者在对照组基础上给予优甲乐替代疗法干预，优甲乐初始用药剂量为 25-50 μg/次，治疗所用的优甲乐（国药准字 H20010522）为深圳市中联制药生产，持续服用 1 个月为 1 个疗程，在完成 1 个疗程的治疗之后检测患者的血清促甲状腺激素（TSH）、游离甲状腺素（FT4）、游离三碘甲状腺原氨酸（FT3）水平，并根据患者的甲状腺指标水平变化情况合理的对优甲乐使用剂量进行调整，对患者持续使用半年，分娩之后结合复查结果逐步减少优甲乐使用剂量。

1.3 观察指标

（1）评测两组患者出院前的生活质量，生活质量判定采用健康 SF-36 量表^[5]，判定指标包括社会功能、生理功能、睡眠质量、情感功能，并进行组间对比。

（2）评测两组患者效果优良率，优效：在治疗后患者各项甲状腺功能减退引发的临床症状消失，患者的身体状况恢复至正常状态，各项甲状腺功能指标恢复至正常水平；良效：在治疗后患者各项甲状腺功能减退引发的临床症状显著改善，患者的身体状况基本恢复至正常状态，各项甲状腺功能指标至少有一项恢复至正常水平；差效：在治疗后患者各项甲状腺功能减退引发的临床症状无明显改善，患者的身体状况较差，未恢复至正常状态，各项甲状腺功能指标没有改善或加重^[6]。

（3）评测两组患者干预前后甲状腺功能指标（包括 TSH、FT3、FT4）改善情况^[7]。

（4）评测两组患者干预后妊娠结局及满意度。

（5）评测两组患者的满意度，通过医院自制的满意度调查表评估患者的满意度情况，总分 100 分，若评分结果超过 90 分则判定为非常满意，若评分结果为 60 分-90 分则判定为基本满意，若评分结果未达到 60 分则判定为不满意^[8]。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 22.0 统计软件处理数据，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验，计数资料用（%）表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后生活质量评分对比

应用优甲乐替代疗法的优甲乐组患者生活质量改善情况显著优于常规干预组（ $P<0.05$ ），

见表 1。

表 1 两组患者生活质量评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)									
组别	例数	社会功能		生理功能		睡眠质量		情感功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
优甲乐组	20	63.37±3.44	95.39±3.65	62.57±3.92	95.84±3.46	63.57±3.82	93.66±4.58	64.66±3.59	93.58±4.63
常规干预组	20	64.33±3.57	84.25±3.48	62.17±3.68	86.49±3.36	65.44±3.82	84.92±3.59	65.86±3.63	84.61±3.56
<i>t</i>		0.715	9.664	0.397	9.701	1.705	7.707	1.397	7.795
<i>P</i>		0.526	0.000	0.795	0.000	0.097	0.000	0.208	0.000
2.2 两组患者效果优良率比较						²	2.849	0.143	4.444
应用优甲乐替代疗法的优甲乐组患者效果优良率明显高于常规干预组($P<0.05$), 见表 2。						<i>P</i>	0.092	0.705	0.035

表 2 两组患者效果优良率对比 ($n, \%$)					
组别	例数	优效	良效	差效	效果优良率
优甲乐组	20	16	4	0	100.0
常规干预组	20	11	5	4	80.0

表 3 两组患者不良妊娠结局率对比 ($n, \%$)									
组别	例数	妊娠期高血压疾病	胎膜早破	妊娠期糖尿病	早产	产后出血	新生儿低体重	新生儿窒息	不良妊娠结局率
优甲乐组	20	0	1	0	1	0	1	0	15.0
常规干预组	20	1	2	1	2	1	2	1	50.0
²		1.026	0.360	1.026	0.360	1.026	0.360	1.026	5.584
<i>P</i>		0.311	0.548	0.311	0.548	0.311	0.548	0.311	0.018

2.4 两组患者干预前后甲状腺功能指标对比
应用优甲乐替代疗法的优甲乐组患者甲状腺功能指标改善情况显著优于常规干预组($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者干预前后甲状腺功能指标对比 ($\bar{x}\pm s$)							
组别	例数	TSH (mIU/L)		FT3 (pmol/L)		FT4 (pmol/L)	
		干预前	分娩前	干预前	分娩前	干预前	分娩前
优甲乐组	20	7.46±1.46	2.37±0.65	2.58±0.86	6.88±1.41	6.88±1.21	15.63±2.43
常规干预组	20	7.39±1.48	3.22±0.79	2.54±0.84	5.13±1.27	6.84±1.25	13.22±2.34
<i>t</i>		0.151	3.716	0.149	4.124	0.103	3.195
<i>P</i>		0.881	0.001	0.883	0.000	0.919	0.000

2.5 两组患者满意率对比
应用优甲乐替代疗法的优甲乐组患者满意率明显高常规干预组($P<0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者满意率对比 ($n, \%$)					
组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意率
优甲乐组	20	16	3	1	95.0
常规干预组	20	8	6	6	70.0
²		6.667	1.293	4.329	4.329
<i>P</i>		0.009	0.256	0.037	0.037

3 讨论

如今, 在科学技术水平不断提升的背景下, 临床产科技术水平也得到了不断的提升, 人们对医疗的需求和健康的意识也在不断的提升, 产检也越来越受到孕期女性的重视, 与此同时, 产检期间检测出的各种妊娠疾病也不断增多, 典型的如妊娠甲状腺疾病, 甲状腺指标水平的波动与母婴健康乃至生命安全有着密切的联系, 为更好的确保母婴健康, 临床需提高对监测甲状腺指标的重视, 同时, 这项工作也是临床人员的重点工作部分。在人体的新陈代谢、妊娠期胎儿生长和组织分化过程中, 甲状腺激素占据着非常重要的位置。特别是对于妊娠期孕妇而言, 由于处于早期的胎儿甲状腺组织还没有进入发育成熟的阶段, 胎儿的甲状腺组织无法为胎儿的发育提供足够的甲状腺激素, 这就决定了胎儿需要不断的从孕妇的体内汲取甲状腺激素, 以此保障胎儿的正常生长发育, 而孕妇机体的代谢也需要大量的甲状腺激素, 从而造成了妊娠早期孕妇机体对甲状腺激素需求量大大提升, 最终导致甲状腺功能减退, 最终

2.3 两组患者不良妊娠结局率比较
应用优甲乐替代疗法的优甲乐组患者不良妊娠结局率明显低于常规干预组($P<0.05$), 见表 3。

对胎儿的健康生长和正常发育造成了不利的影响, 导致流产、胎儿畸形、早产等不良妊娠结局出现, 所以, 对于确诊的妊娠合并甲减患者而言, 临床上需及早采取有效的措施纠正甲减状况, 以改善患者的不良妊娠结局^[9]。

对于妊娠合并甲减的治疗, 优甲乐是目前临床上广泛应用的药物, 药理学研究表明, 妊娠合并甲减患者在使用优甲乐以后能够快速提升患者的甲状腺激素分泌水平, 从而使患者的甲状腺功能得以提升。药理学研究表明, 优甲乐属于一类甲状腺激素左旋同分异构体, 能够产生与内源性甲状腺激素类似的作用, 并通过结合 T3 受体而产生良好的治疗效果, 促使患者的甲状腺功能代谢异常得以改善; 同时, 优甲乐是一种非常安全的治疗药物, 孕妇在服用以后药物一般不会进入胎盘, 因此几乎不会对胎儿的健康产生影响。本次研究结果显示, 试验结果显示, 应用优甲乐替代疗法的优甲乐组患者效果优良率明显高于常规干预组($P<0.05$), 甲状腺功能指标及生活质量改善情况显著优于常规干预组($P<0.05$), 不良妊娠结局率明显低于常规干预组($P<0.05$), 优甲乐组患者的满意率明显高于常规干预组($P<0.05$)。由此表明, 优甲乐替代疗法在妊娠合并甲减患者治疗中对于改善患者甲状腺功能指标以及妊娠结局及提高患者生活质量、满意度具有良好的效果。

参考文献:

[1]李艳艳,赵旭敏.妊娠期亚临床甲减 TPOAb 阴性孕妇不同时间左甲状腺素钠片治疗对妊娠结局及幼儿神经功能影响[J].中国计划生育学杂志,2021,29 (7): 1383-1387.
[2]杨正,张开凤,刘慧,等.左甲状腺素钠片对妊娠期亚临床甲减 TPoAB 阴性患者甲状腺功能及妊娠结局的影响[J].现代医学与健康研究 (电子版),2021,13 (7): 1106-1109.
[3]张林静,邓梅芳,廖年春,等.妊娠期亚临床甲状腺功能减退孕妇叶酸利用能力与血清同型半胱氨酸,维生素 B12 的相关性分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,20 (1): 123-124,164.
[4]张爽,李楠,董薇,等.经 LT4 治疗的妊娠期亚临床甲状腺功能减退症对子代 0~36 月龄生长发育及神经心理影响的队列研究[J].中华内分泌代谢杂志,2021,34 (8): 1204-1206.
[5]杨天平,丁雷,江慧敏.补肾健脾中药联合左甲状腺素对妊娠期亚临床甲减患者的影响[J].世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊),2019,19 (63): 207-208.
[6]杨菊梅,李永莉.FGF-21,Apelin 在妊娠合并甲减患者血清中的水平表达及其与血脂水平、低体重新生儿发生率的相关性分析[J].医学临床研究,2021,38 (5): 724-726,730.
[7]段学成,李珊珊,宋丽影,等.孕早期甲状腺功能筛查对预防妊娠合并亚临床甲减及妊娠结局影响的研究[J].世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊),2019,19 (51): 170-171.
[8]于晓会,王薇薇,滕卫平,等.左旋甲状腺素治疗妊娠期亚临床甲减妇女对后代神经智力发育影响的前瞻性研究[J].中华内分泌代谢杂志,2021,39 (5): 1176-1178,1190.
[9]王艳芳,尤丽,马俊莲,等.妊娠合并亚临床甲减患者的 TSH、FT3、FT4 水平与血压变异性及妊娠结局相关性分析[J].中国计划生育学杂志,2020,30 (3): 363-366,382.

综合护理干预在产妇产后出血护理中的应用效果研究

张红娟

金湖县人民医院 江苏淮安 211600

摘要：目的 分析在产妇产后出血护理中进行综合护理干预的效果。方法 经医院伦理委员会批准后，选取自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 8 月 1 日确诊的 58 例产妇产后出血进行观察，以入院顺序为序号，随机均分为两组，根据治疗方案的差异进行命名，采用常规护理的患者即对照组，采用综合护理干预的即观察组，29 例/组。分析对比两组产妇的产后 2 h 与 24 h 出血量、第三产程时间、并发症情况、护理评价和护理有效率。结果 经过不同方案的护理后，两组产妇症状均有所改善。观察组产后 2 h 出血量（164.51±38.47）mL、24 h 出血量（203.16±40.39）mL 低于对照组 2 h 出血量（185.31±41.72）mL、24 h 出血量（263.16±47.28）mL，观察组第三产程时间（5.31±3.12）min 短于对照组第三产程时间（8.72±5.21）min（ $P<0.05$ ）；观察组出现并发症概率 3.45% 低于对照组 20.69%（ $P<0.05$ ）；观察组护理满意度 96.55% 高于对照组 79.31%（ $P<0.05$ ）；观察组护理有效率 96.55% 高于对照组 79.31%（ $P<0.05$ ）。结论 对产后出血产妇进行综合护理干预取得的效果显著，能明显改善产妇的病症，降低产后出血量，减少出现并发症的情况，在临床上有一定的应用价值，可进一步推广。

关键词：综合护理干预；产后出血；应用效果

0 引言

产后出血是一种较为严重的分娩并发症，具有发病率高、发病快、致死率高的特点，病因多数为宫缩异常、羊水栓塞、软产道损伤、凝血困难、胎盘残留、心理紧张恐惧、产妇自身身体素质不佳、对分娩缺乏正确认知或者出现意外事故提前分娩等，自然分娩出血量高于 500 mL 或剖宫产出血量高于 1000 mL 时即可确诊为产后出血^[1]。主要症状为产后阴道出血过多，轻者采取有效措施能控制，严重者会出现失血性休克、贫血等问题^[2]。在产妇出现产后出血时应及时采取措施进行止血，若是处理不当会造成产妇死亡的可能^[3]。目前对产后出血产妇多采用药物、手术等方法治疗。此外，产妇护理工作也极为重要，科学有效的护理方式有利于促进产后出血产妇的恢复^[4]。本次研究将与常规护理相比，探究综合护理干预对产后出血产妇的效果，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取在我院接受治疗的产后出血产妇 58 例，时间自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 8 月 1 日，按入院顺序随机均分为两组，每组 29 例，采用常规护理的患者即对照组，年龄 22~29 岁，平均（23.56±1.13）岁，孕周在 37~41 周，平均（39.46±1.15）周，初产妇 16 例，经产妇 13 例，行剖宫产术 12 例，自然分娩 17 例；采用综合护理干预的即观察组，年龄 22~29 岁，平均（23.63±1.24）岁，孕周为 38~41 周，平均（39.57±1.18）周，初产妇 15 例，经产妇 14 例，行剖宫产术 11 例，自然分娩 18 例。两组产妇基础数据差异不大（ $P>0.05$ ），本次研究具有可行性。

纳入标准：①所有产妇均在产后出现出血症状；②所有产妇无其他不可忽视的疾病；③所有产妇意识清醒，无精神疾病。

排除标准：①产妇病历资料不完整，缺乏关键信息；②产妇或家属不配合本次研究；③产妇对本次研究中相关用药有过敏现象。

1.2 方法

对照组采取常规护理方法，主要包括监测并记录产妇体温、血压及心率等基础数据；遵医嘱为产妇安排用药；观察产妇产后出血情况，并采取常规止血措施；对产妇及家属进行产后护理指导，说明禁忌事项，告知产妇及家属产后饮食安排及运动安排，并在执行时提供一定的帮助。

观察组在对照组的基础上增加综合护理干预，主要包括以下几点。

（1）心理干预，在产妇入院等待分娩时，向产妇讲解医院的历史及综合实力，选择以往成功分娩案例给产妇分析分娩出现的问题及应对措施，缓解产妇的心理压力，增加产妇的信心。初产妇由于对生产认知不足，应注意观察产妇的情绪波动，在产妇出现焦虑、害怕等情绪时，要及时安抚产妇，有针对性的帮助产妇消除负面情绪。另外，要积极与产妇进行沟通，了解其对生产的认知、兴趣爱好、性格特征等方面的信息，以便制定出科学的心理疏导

方案；对产妇及其家属提出的各种问题进行耐心回答，尽量多鼓励产妇，将产妇的心情和精神状态调整到最佳状态。

（2）疼痛护理，阴道分娩常伴随着剧烈的疼痛，很容易致使产妇心理崩溃，可以针对产妇疼痛程度进行相应的护理，比如可以采用无痛分娩技术来缓解产妇的痛苦，使产妇放松下来顺利分娩。对于能忍受疼痛的产妇可进行深呼吸训练，同时在腰部和腹部做轻微的按摩，以减轻痛感，使其有充沛的精力、体力进行生产。此外，还可以采取播放影视剧、轻音乐等方式，转移产妇注意力。

（3）分娩护理，建议产妇要注意漱口，及时清理口腔中的分泌物，保持会阴部位的卫生，可以用温水清洗会阴部位，及时更换床上用品等，做好各方面的清洁工作，防止出现感染或其他并发症；建议产妇按时排尿，并对其排尿进行监测，时长 2~3 h，如果孕妇无法自主排尿，可以进行无菌导尿，避免膀胱充盈导致子宫收缩功能下降；建议产妇在生产过程中注意稳定情绪、尽量不要喊叫，保持体力，同时医护人员要注意做好产后出血的预防工作；在第二产程中，护理人员应注意保护产妇的会阴，把握好切开会阴的时机，开通静脉通路，做好急救准备；在第三产程中，可以给产妇做腹部按摩，放松宫底和子宫侧壁，增强宫缩，单次按摩时长 0.5 h 内。

（4）产后护理，产后 2 h 是产后出血的高发时期，要注意观察产妇的状况，记录产后出血量，以此预估其产后出血总量。产后 24 h 内，要注意每 30 min 对阴道出血、膀胱充盈、宫缩等做一次检查，同时对子宫进行按摩，尽快排出宫内积血，刺激子宫收缩；仔细监测产妇生命体征，尽快开奶，通过给新生儿喂食，调节产妇内分泌，刺激宫缩，减少产后出血；督促产妇及时排空膀胱，避免尿潴留，影响子宫的收缩。

（5）产后疼痛护理，产妇在生产后依旧会出现疼痛的症状，护理人员应告知产妇疼痛的原因和缓解方法，引导产妇用转移注意力或者深呼吸等方法来缓解疼痛。初产妇情绪过于紧张会导致疼痛加重，需要进行心理疏导和放松训练。

（6）产后生活指导，要根据产妇的身体状况及喜好制定合理的膳食方案，确保营养均衡，促进产后康复；建议孕妇尽早下床走动，通过适量的运动和保证个人卫生来降低产后并发症概率；为孕妇制定科学的运动方案，在身体恢复到一定程度时可增加运动量，加速恶露的排出，促进血液循环，以加速身体恢复。

（7）健康指导，安排护理人员详细向产妇及家属讲解产后护理的要素，饮食禁忌及生活上应该注意的要点，用科学的方式照顾产妇，而不是以往老一套的经验。同时，产妇自身要注意留心宫缩情况、出血量及排便排尿情况，如果出现异常要及时告诉护理人员，尽快采取应对措施。此外，还要注意对产妇提供新生儿护理指导，以免产妇过多担忧新生儿，出现紧张情绪，影响产后恢复。叮嘱出院产妇要按时回院进行复查。

1.3 观察指标

（1）比较两组产妇的产后 2 h 与 24 h 出血量及第三产程时间。

(2) 比较两组产妇出现并发症的情况,以血压升高、贫血、胸部不适及尿潴留为主,计算出现并发症的概率,方法:并发症概率=并发症例数/总例数 $\times 100\%$ 。

(3) 比较两组产妇的护理评价,医院自制护理评价问卷调查表,以满意、一般满意、不满意为评价,计算产妇护理满意度,方法:护理满意度=(满意+一般满意)/总例数 $\times 100\%$ 。

(4) 比较两组护理有效率,分为显效、有效和无效,计算总有效率。方法:总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。显效:产后子宫收缩功能有显著提高,产妇产后出血量得到有效控制,并且未发生并发症。有效:产后子宫收缩功能有一定程度的改善,产妇产后出血量在可控的正常范围内,未出现明显并发症。无效:产后子宫收缩能力未见改善,出血量明显超过正常范围,并出现严重并发症。

1.4 统计学方式

应用 SPSS 22.0 软件对所有数据进行分析、整理,其中计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验,计数资料采用 (%) 表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组产后 2 h 与 24 h 出血量及第三产程时间

经过护理,观察组产后 2 h 与 24 h 出血量明显比对照组更低,观察组产妇第三产程时间比对照组短,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 对比两组产后 2h 与 24h 出血量及第三产程时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	产后 2 h 出血量	产后 24 h 出血量	第三产程时间
		(mL)	量 (mL)	(min)
观察组	29	164.51 $\pm$ 38.47	185.31 $\pm$ 41.72	5.31 $\pm$ 3.12
对照组	29	203.16 $\pm$ 40.39	263.16 $\pm$ 47.28	8.72 $\pm$ 5.21
t		3.732	6.649	3.023
P		0.001	0.000	0.004

2.2 对比两组产妇出现并发症的情况

护理后,观察组出现血压升高 1 例、贫血 0 例、胸部不适 0 例、尿潴留 0 例,并发症总共出现 1 例,并发症概率为 3.45%;对照组出现血压升高 2 例、贫血 2 例、胸部不适 1 例、尿潴留 1 例,并发症总共出现 6 例,并发症概率为 20.69%。经过对比,观察组出现并发症的概率低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 对比两组护理评价

经过对护理评价问卷调查结果的整理,观察组满意 23 例、一般满意 5 例、不满意 1 例,总共获得满意的例数为 28 例,护理总满意度为 96.55%;对照组满意 19 例,一般满意 4 例、不满意 6 例,总共获得满意的例数为 23 例,护理总满意度为 79.31%。经过对比,观察组获得的护理满意度比对照组高,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 对比两组护理有效率

经过不同护理,观察组显效 20 例,有效 8 例,无效 1 例,总有效例数 28 例,护理有效率为 96.55%;对照组显效 15 例,有效 8 例,无效 6 例,总有效例数 23 例,护理有效率为 79.31%。经过对比,观察组护理有效率比对照组高,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

产后出血是一种病因复杂的妇科疾病,不仅与产妇自身身体因素、认知因素存在关系,还有外力因素^[5]。据调查显示,全世界产妇死亡的最主要且最直接的原因就是产后出血,我国产后出血出现的概率大约在 1.5%~6.4%,可以说每 3 例死亡的产妇中就有 1 例是死因为产后出血^[6]。产后出血产妇发病时会出现阴道流血、会阴疼痛的症状,当失血过多时会出现眩晕、面色苍白、浑身无力、体温流失、精神紧张恐惧、心跳加快等症状,严重会造成失血性休克。若是产妇已出现休克但出血量却不大时,还应注意观察是否出现腹腔内出血。若是产妇有凝血困难的问题则会出现持续性出血且血液不凝^[7-9]。因此,产妇在生产后要关注阴道出血情况,如有异常应及时就医。目前产后出血的治疗方式主要有药物治疗和手术治疗两种。药物治疗多是使用刺激子宫收缩、止血及防止感染这三类药品。当药物治疗无效或者效果微

小时,可采取手术治疗,手术则主要有宫腔填塞、子宫缝合、子宫切除、产道修复、盆腔血管结扎等种类,依据产妇的实际情况进行选择。失血过多者还可进行输血,出血轻微者可以按摩子宫进行止血。

为了减少产后出血,并促进产后出血产妇的恢复,需要为产妇提供优质的服务,对产妇进行细致的护理。而当前的护理模式通常为常规护理,主要是监测并记录产妇的基础身体数据,安排用药,为出血产妇采取常规止血措施,以及进行产后护理指导等,这种护理模式忽视了产妇的心理变化,护理方式过于传统,缺乏灵活性,所以获得效果并不明显。因此,综合护理干预逐渐在临床中流行起来。综合护理干预是一种比较全面且科学的护理模式,在科学理论的指导下,按照护理程序了解患者各方面的情况,综合制定出适合该患者的护理方案,并可根据患者身体情况的变化而变化,适用于多种病症,具有使用范围广、护理方式灵活多样的特点。当前综合护理干预主要体现在心理、饮食、运动、健康指导、出院指导及医嘱等,对患者提供了更为全面细致的护理,有利于促进患者的身心健康。

本文提及的综合护理干预主要包括心理干预、疼痛护理、分娩护理、产后护理、健康指导等。结合产妇的实际状况和护理需要,制定个性化的护理方式,有效改善产妇的精神状况,并能降低产后出血的发生。产妇在生产中出现不良情绪,不但会阻碍产妇的顺利生产,而且还可能会出现意外事故,因此,要注意对产妇进行心理干预,让产妇的情绪得到放松,以确保生产的顺利进行。疼痛护理通过让产妇深呼吸或者按摩的方式减轻疼痛感,进而降低疼痛引起的应激反应,避免产妇在生产中体力不支,从而影响正常生产。在生产时,应注意控制生产速度,尽量避免伤到软产道,并注意观察产妇的出血情况,如有出血迹象要及时采取进行止血,可以降低产后出血的发生率,保证产妇的生命安全。产后护理,护理人员要注意观察产妇的阴道流血和宫缩,并采取措施促进宫缩,以减少产后出血的发生率。对子宫进行按摩,促进子宫积血排出,有助于减少产后出血。生活指导为产妇提供饮食运动计划,促进产妇的恢复。此外对产妇及家属进行必要的健康指导,并叮嘱产妇注意自身情况,如有不适尽早治疗。

本次研究中,经过不同护理后,观察组产后出血 2 h 及 24 h 出血量比对照组低,观察组第三产程时间比对照组短;观察组并发症出现概率比对照组低;观察组获得护理评价比对照组高;观察组护理有效率比对照组高。由此可见,在综合护理干预比常规护理更具优势。

综上所述,对产后出血患者实行综合护理干预使产妇获得更优质的护理,可以减少产后出血,降低并发症率,促进产妇的康复,有推广价值。

参考文献:

- [1]钟文平,陈欣.综合护理干预对预防宫缩乏力性产后出血的临床疗效分析[J].中外医学研究,2020,18(6): 102-104.
- [2]黄金荣.优质护理在妊娠症产妇产后出血护理中的效果及对生活质量影响评价[J].中外女性健康研究,2022(4): 141-142,198.
- [3]任媛媛,王霞,雷艳霞.再次剖宫产产妇产后出血的相关影响因素及其护理干预措施分析[J].贵州医药,2022,46(6): 990-991.
- [4]金杏,田演娇,刘文娟,等.基于改良产后出血预测评分的分级护理联合 AIDET 沟通对高危产妇出血的预防作用[J].中国医药导报,2022,19(10): 181-184.
- [5]涂淑芸.综合护理干预预防宫缩乏力性产后出血的效果观察[J].基层医学论坛,2020,24(12): 1663-1664.
- [6]雷芳,席娅娟,雷声云.聚焦解决护理模式对产后出血初产妇主观幸福感及心理状态的改善作用[J].临床医学研究与实践,2022,7(13): 127-129.
- [7]柳红艳,欧阳强.综合护理干预对预防产妇产后出血的效果观察[J].医学临床研究,2020,37(9): 1428-1430.
- [8]苑霞.综合护理干预在产妇产时及产后出血护理中的应用效果[J].中国医药指南,2021,19(12): 207-208.
- [9]郭太蕾,张丽,杨勤超.应急预案干预联合综合护理在产妇产后大出血中的应用[J].国际医药卫生导报,2021,27(13): 2011-2014.

关节松动术、理筋手法联合中药熏洗对前交叉韧带断裂重建术后膝关节功能康复的临床疗效研究

李金磊² 赵红兰² 陈俊州¹ 刘正政¹ 杨景帆² 通讯作者

1.云南中医药大学 云南昆明 650500; 2.昆明市中医医院 骨伤科 云南昆明 650051

摘要:目的 探讨前交叉韧带 (ACL) 断裂重建术后运用关节松动术、理筋手法联合中药熏洗对膝关节功能康复的临床疗效。方法 将 2019 年 12 月至 2021 年 4 月期间昆明市中医医院骨科收治的 40 例前交叉韧带断裂重建手术患者作为研究对象。将这 40 例患者采取随机数字表法随机分为对照组和治疗组, 每组各 20 例患者。对照组在关节镜 ACL 重建术后给予持续冰敷 24 h+术后功能锻炼 4 周治疗, 观察组在对照组基础之上增加“中药熏洗 1 个疗程+关节松动术 2 个疗程+理筋手法 2 个疗程”, 然后比较两组患者的 WOMAC 指数及 HSS 评分。结果 治疗组 WOMAC 指数及 HSS 评分明显优于对照组 ($P<0.05$)。结论 关节松动术、理筋手法联合中药熏洗对前交叉韧带断裂重建术后功能康复有很好的临床应用价值。

关键词: 关节松动术; 理筋手法; 中药熏洗; 前交叉韧带断裂重建术后; 膝关节功能康复

前交叉韧带 (anterior cruciate ligament, ACL) 是稳定膝关节的重要结构之一, 既可以防止胫骨前移过多, 也可以保持膝关节旋转位的稳定。ACL 断裂是骨科发病率较高的疾病之一, 且有上升趋势^[1], 运动伤及车祸等高能量损伤是其常见病因, 伤后可减弱患者膝关节稳定性, 进而损伤关节内部结构 (如韧带松弛、软骨、半月板退变) 影响患膝的日常功能活动, 最后降低了患者的生活质量。目前, 随着微创医疗技术的提升, 更多的前交叉韧带断裂的患者选择关节镜下 ACL 重建手术, 该技术具有创伤小、感染率低、恢复快等优点, 能使原有的解剖结构重塑, 为患者恢复伤前的膝关节功能打下一定的基础, 但术后很多因康复治疗的不完善导致并发症, 关节的粘连僵直最为常见, 其发病率在 4% ~ 35%^[2], 患膝功能不能达到伤前水平, 甚者行二次手术, 患者满意度较低。针对上述情况, 本次研究运用“关节松动术、理筋手法联合中药熏洗”对 ACL 重建术后患者进行功能康复, 取得了一定效果, 现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

选取昆明市中医医院骨科住院的 ACL 重建术后患者, 本研究已获院内医学伦理委员会审议通过。本次临床研究纳入标准是: 2019 年 12 月至 2021 年 4 月昆明市中医医院骨科住院部收治的单纯 ACL 断裂术后的患者 40 例。用随机数字表将术后患者分为治疗组 and 对照组, 每组各 20 例。治疗组男性 9 例, 女性 11 例, 年龄 21~54 岁, 平均年龄 (39.49±5.21) 岁; 对照组男性 10 例, 女性 10 例, 年龄 20~56 岁, 平均年龄 (41.31±3.41) 岁。

组别	例数	性别	患侧	年龄
		男	女	
治疗组	20	9	11	10
对照组	20	10	10	11
P 值		P=0.55		P=0.74
				P=1.23

注: 经卡方检验, 两组的性别、部位、患侧及年龄, $P>0.05$, 无差异, 具有可比性。

1.2 诊断、纳入及排除标准

1.2.1 诊断标准 (1) 病史: 膝部有外伤史。(2) 查体: Lachman 试验或 (和) 膝前抽屉试验 (+) 者。(3) 辅助检查: MRI 示 ACL 有 III 度损伤。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合诊断标准且同意手术者。(2) ACL 重建术适应症的患者。(3) 由同一组医师进行的 ACL 重建术。(4) 术后无外伤史、无重大并发症。(5) 术后能积极配合治疗和随访。(6) 配合研究, 签署知情同意书的患者。

1.2.3 排除标准 (1) 术后外伤史患者;(2) 伴同侧膝关节其他结构损伤的患者;(3) 明显膝关节畸形的患者;(4) 属关节松动术禁忌症的患者;(5) 不能耐受理筋手法的患者。(6) 未按规定中药熏洗、理筋疗法及关节松动术, 无法判断疗效者。

2 治疗方法

2.1 对照组

(1) 冰敷: ACL 术 3 小时后开始用冰袋冰敷, 冰袋与纱布之间放一层防水膜, 每次冰敷 15 分钟, 每间冰敷间隔 2h 冰敷, 24 小时后结束冰敷。(2) 功能锻炼: 踝关节主动屈伸锻炼 (踝泵) 每日 2 次, 每次 1-2 组, 每组 20 个。直腿抬高法每天早上和晚上各练 1 次, 每次 20 个, 达不到 20 个的患者, 在其疼痛耐受的前提下锻炼, 尽量每次完成 20 个。仰卧位闭链屈膝锻炼 (关节活动度训练) 每日锻炼 4 次, 每次约 1 小时。功能锻炼持续 4 周结束。(3) 辅助治疗: ACL 重建术后, 当采用弹力绷带固定患肢 2 天, 第 3 天拆去弹力绷带, 根据膝关节积液情况进行抽取关节积液。冰敷、功能锻炼等由专科护士治疗, 有创辅助治疗由主要研究者医生治疗。

2.2 治疗组

在对照组的基础上加用以下治疗 (1) 在保护术口的前提下, 开始使用中药熏洗方 (昆明市中医医院协定处方: 制川乌 10g、制草乌 10g、桑枝 30g、羌活 30g、当归 15g、红花 15g、牛膝 10g、补骨脂 30g、鸡血藤 30g、海风藤 30g、艾叶 15g、桑寄生 20g、没药 10g, 将上述药物煮水后放入木桶内, 温度以不烫手为宜), 将患肢放到木桶内进行浸泡, 一次 15 分钟, 每日 1 次, 15 次为一个疗程, 治疗 1 个疗程 (出院患者可带药治疗, 直至足疗程后进行随访)。(2) 关节松动术: 以疼痛为主的采用 I、II 级手法; 以僵硬为主的采用 III、IV 级手法, TDP 作局部照射 40 分钟后行膝关节松动术, 一次 45 分钟, 每日 1 次, 30 次为 1 疗程, 治疗 2 个疗程。(3) 理筋手法: 手法参照教材推拿治疗学 (选取一指禅、大鱼际揉法、推法等) 每次共 30 分钟, 治疗完后, 嘱患者休息 5 分钟, 每日一次, 30 次为 1 疗程, 治疗 2 个疗程 (注: 两组患者住院期间由专科护士护理及专科治疗, 出院患者可门诊治疗, 直至足疗程后进行记录)。中药熏洗由专科护士治疗, 关节松动术、理筋手法由主要研究者医生治疗。

3 评价标准

两组患者分别于入院第 1 天、治疗后第 1 天、1 周、3 周、6 周末行 WOMAC 指数、HSS 评分系统评价。

4 统计学方法

应用 SPSS22.0 软件进行统计分析。计量资料采用 t , 计量资料采用均数±标准差表示 ($\bar{x} \pm s$), $P<0.05$ 差异有统计学意义。两组患者分别于入院第 1 天、术后第 1 天、1 周、3 周、6 周末行 WOMAC 指数、HSS 评分系统评价。

5 结果

5.1 WOMAC 指数对比

治疗组与对照组 WOMAC 指数的对比: 术前第 1 天、术后第 1 天治疗组与对照组的 WOMAC 指数接近, 无统计学意义 ($P>0.05$), 术后第 1 周、3 周、6 周末行 WOMAC 指数明显降低 ($P<0.05$)。(如下图所示)

表一: WOMAC 指数对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	术前第 1 天	术后第 1 天	术后第 1 周	术后第 3 周	术后第 6 周
治疗组	8.10±1.21	8.31±0.01	5.24±0.11	3.14±0.22	2.04±0.20
对照组	8.09±0.91	8.54±0.21	7.41±0.12	6.41±0.21	5.11±0.12

组别	p	0.147	0.10	0.04	0.00	0.00
----	---	-------	------	------	------	------

注: 术后对照组与治疗组对比治疗 1 周后, $P<0.05$ 。

5.2 HSS 评分对比

治疗组与对照组 HSS 评分的对比: 术前第 1 天、术后第 1 天治疗组与对照组的 HSS 评分接近, 无统计学意义 ($P>0.05$), 术后第 1 周、3 周、6 周末行 HSS 评分明显降低 ($P<0.05$)。(如下图所示)

表二: HSS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	术前第 1 天	术后第 1 天	术后第 1 周	术后第 3 周	术后第 6 周
治疗组	89.85±4.21	85.30±0.81	75.2±0.91	50.20±0.22	40.21±0.20
对照组	90.12±3.91	86.00±0.21	80.60±0.12	75.21±0.21	55.00±0.12
p	0.147	0.10	0.04	0.00	0.00

注: 术后对照组与治疗组对比治疗 1 周后, $P<0.05$ 。

6 讨论

中医认为 ACL 重建术后出现的关节活动障碍、疼痛等并发症都属于中医“筋强、筋痹”范畴。《灵枢》曰:“膝为筋之府”, ACL 就是膝关节“筋”中重要的部分之一。ACL 重建术后, 筋脉损伤, 血溢脉外, 气血阻闭, 经络不通, 致使疼痛肿胀, 进而膝关节气血卫不足, 周围的筋脉废用甚至萎缩, 最后形成“筋强、筋痹”。

现代医学认为 ACL 是维持膝关节稳定的重要组成部分, 关节镜下 ACL 重建是基本治疗手段之一。在手术过程中正常的组织修复激活, 肥大细胞释放活性物质激活了成纤维细胞, 术后膝关节囊及周围神经释放一种 P 物质, 肥大细胞被持续激活, 最后形成炎症反应^[3]; 同时术后的功能锻炼的不合理, 错误的康复指导等因素导致关节强直、粘连, 功能活动障碍, 最后形成膝关节骨性关节炎^[4]。

关节松动术是康复治疗技术常用的基本治疗方式之一, 具体指术者在患者在关节活动范围内有节律性地来回松动的主动操作技术, 具有操作时间短, 缓解疼痛, 患者依从性高等特点^[5-6]。根据膝关节的生物力学原理, 术者对术后膝关节进行活动范围内的操作手法, 可以改善关节内运动, 减轻关节运动疼痛的作用^[7]。有报道称^[8], 持续被动活动可以通过减少滑液 IL-1 和 TNF- α 成份, 增强软骨细胞 II 型胶原表达, 提高关节软骨细胞的增殖能力。理筋手法通过通经络, 行气血, 调整阴阳, 活血化痰来缓解患肢疼痛, 消除肿胀。用于本次研究的中药熏洗方是昆明市中医医院骨科基于下肢筋伤的病因病机等特点而研制的经验效方, 具有舒筋活络、行气和血、散寒止痛的功效。中药熏洗过程中, 蒸汽可以让周围血管扩张从而促进患肢血液循环及恢复相关体液因子的再平衡, 从而改善术后关节周围组织的痉挛症状, 促进血液循环, 缓解患者病痛。使用本方在我院骨科临床已取得的显著效果, 具有广泛、安全、有效的特点。

ACL 重建术后降低并发症的发病率是我们一直探索的方向, 综上所述, 本次研究采用三联疗法“中药熏洗+关节松动术+理筋手法”, 使三者取长补短, 相得益彰, 并取得了满意的疗效。关节松动术能够增加关节活动度, 预防关节退变, 松解粘连的组织, 维持组织的伸展性等优点, 但作用不持久, 且易引起关节疼痛反复发作。理筋手法作用于身体局部, 术者主动用机械性力量刺激, 可以改善局部循环, 达到活血消肿的效果, 对恢复膝部韧带的延展性有一定的促进作用, 但效果不突出。中药熏洗时的温热感可以提高体温, 进而促进血液循环, 降低患处内部张力, 有利于炎性因子的吸收。理筋手法与中药熏洗均通过外治改善患处局部血运以促进康复, 但对于增加关节活动度以及维持方面有所欠佳。而本研究探讨的“中药熏洗+关节松动术+理筋手法”既可维持术后关节的活动度, 又可促进术后关节正常组织的恢复, 对于术后膝关节功能康复, 甚至达到术前水平打下坚实的基础。另一方面, 本法具有浓厚的中医特色, 临床疗效确切, 且成本较低, 较西医常规术后经济效益高, 值得推广。本次课题由医护人员默契配合, 科学的康复训练的指导, 是获得满意疗效的重要前提。

参考文献:

- [1]陈连池,付立功.前交叉韧带断裂和重建的临床流行病学分析[J].中国组织工程研究,2016,20 (24): 3602-3608.
 - [2]Faust I,Traut P,Nolting F,et al.Human xylosyltransferases—mediators of arthrofibrosis? New pathomechanistic insights into arthrofibrotic remodeling after knee replacement therapy.[J].Sci Rep,2015; 1: 12537.
 - [3]Monument MJ,Hart DA,Salo PT,et al.Posttraumatic elbow contractures: targeting neuroinflammatory fibrogenic mechanisms.[J].J Orthop Sci,2013;6: 869-77.
 - [4]Eunshinae Cho,徐才祺,蒋佳,赵金忠.心理因素与前交叉韧带重建术后康复[J].国际骨科杂志,2019,40 (06): 343-347.
 - [5]谢凌峰,黄晓琳,岳翔,肖峰,韩育华.Mulligan 动态关节松动术结合牵伸疗法治疗肩周炎的临床观察[J].中国康复医学杂志,2015,30 (05): 476-478.
 - [6]汪伍,潘惠娟,王惠芳.关节松动术联合肌力训练在髌股关节炎关节镜术后康复中的应用研究[J].中国康复医学杂志,2016,31 (03): 280-285.
 - [7]Cruz-Diaz L,Lomas Vega R,Osuna-Pérez MC,et al.Effects of joint mobilization on chronic ankle instability: a randomized controlled trial.[J].Disabil Rehabil,2015;7: 601-10.
 - [8]穆耶赛尔·麦提尼亚孜,胡毅,任云萍,张勇,熊道海.持续被动运动条件下胫骨关节软骨细胞 Erk 活性及增殖[J].中国组织工程研究,2016,20 (42): 6265-6270.
- 基金项目: 昆明市卫生健康委员会卫生科研课题项目
项目编号: 2019-10-01-006

基于循证理论的营养管理护理对老年吞咽功能障碍患者的影响

杨静 魏丽芝

吴忠市人民医院 宁夏吴忠市 751100

摘要：目的：探讨基于循证理论的营养管理护理对老年吞咽功能障碍患者的影响。方法：采集本院 2020 年 8 月至 2022 年 10 月期间接收的老年吞咽功能障碍患者 118 例，随机分为对照组与观察组各 59 例，对照组运用常规护理，观察组采用基于循证理论的营养管理护理，分析不同护理操作后患者营养情况、吞咽功能、不良反应、护理满意度、治疗依从性情况。结果：在患者治疗依从性上，观察组 96.61%，对照组 77.97%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者不良反应率上，观察组 10.17%，对照组 28.81%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者吞咽功能评级上，观察组评级明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者 ALB、TP、PA 等水平上，观察组护理 2 周后降低幅度明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者护理满意度上，观察组 94.92%，对照组 83.05%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：基于循证理论的营养管理护理应用在老年吞咽功能障碍中，可以有效地提升患者治疗依从性，有效的改善患者吞咽功能障碍，改善患者营养状况，减少患者不良反应率，提升患者护理满意度，整体状况更为理想。

关键词：循证理论；营养管理护理；老年吞咽功能障碍；影响

老年吞咽功能障碍一般发生在阿尔茨海默病、脑卒中等患者中，患者可能会合并有运动功能障碍、言语功能障碍、认知功能障碍等多种生活自理能力受限问题，同时也会有多种合并疾病影响。患者在吞咽障碍的影响下，会存在吞咽梗阻、呛咳、流涎、咽下困难等多种问题，甚至导致患者食物蓄积在食管内，食物出现鼻腔返流，或者误入到气管内，患者整体的生活质量下滑。在我国范围内，60 岁以上的老年患者中，有 10.63% 的患者存在一定程度的吞咽功能障碍情况，甚至会出现因此带来的窒息死亡问题。及时有效地改善患者吞咽障碍问题，是提升患者生活质量与生命质量的关键。本文采集老年吞咽功能障碍患者 118 例，分析基于循证理论的营养管理护理后患者营养情况、吞咽功能、不良反应、护理满意度、治疗依从性情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 8 月至 2022 年 10 月期间接收的老年吞咽功能障碍患者 118 例，随机分为对照组与观察组各 59 例。对照组中，男 34 例，女 25 例；年龄从 49 岁至 75 岁，平均（ 58.29 ± 4.28 ）岁；病程从 1 个月至 1 年，平均（ 5.28 ± 2.87 ）个月；观察组中，男 37 例，女 22 例；年龄从 52 岁至 79 岁，平均（ 59.16 ± 5.76 ）岁；病程从 1 个月至 1 年，平均（ 6.65 ± 1.98 ）个月；两组患者在基本年龄、性别、病程等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组采用基于循证理论的营养管理护理，具体内容如下：

首先，需要组建专业的护理小组。一般由护士长担任小组组长，由护理骨干成员担任组员，同时配备营养科医生一名，展开专业的护理方案研讨。做好护理人员的培训工作，保证有关护理工作能够确实有效的执行，提升护理执行水准。其中培训的内容包括循证理论有关知识以及有关专业技能，还包括循证护理知识的有关方法查询技巧^[1]。要分析有关指导内容，一般小组成员需要对吞咽障碍患者有关营养管理护理证据做对应的资料查询，确保有关内容可靠、准确、有效，同时具有一定的实用性，匹配实际工作科室的具体情况。同时依据个体工作人员的经验以及患者个人情况，做个体化的吞咽功能障碍营养管理护理方案的设计，做到因人制宜、因地制宜的合理化工作处理^[2]。

在营养管理护理方案的实施执行落实层面上面，首先需要做好患者综合情况的评估，了解患者的认知水平、心理情况、营养水平状态、年龄、病情状况，依据个人情况做好个体化的营养管理方案^[3]。同时还需要注重与患者的有效沟通交流，知晓其整体状况以及动态变化情况。了解其饮食习惯，知晓其个人诉求，依据其评估的整体营养情况做对应的目标管理方案^[4]。其次，要做好对应的健康教育指导工作。要让患者以及家属对有关疾病知识以及营养管理情况有基本了解，特别是有关工作的进行，要知晓疾病有关的风险因素，了解营养管理的价值以及注意事项，提升整个工作的配合度^[5]。其三，要做好专项护理工作。要确保营养摄入的合理性。依据其具体情况，做好饮食、吞咽情况的合理调控。例如饮食具体是糊状、

稀流状、稠流状等情况^[6]。一般保持少量多餐，逐步递增的基本饮食原则。多饮水来提升其液体补充量。具体饮食需要从少到多，从稀食到普食逐步过渡，积极鼓励其进行自主饮食来提升其吞咽功能优化。同时要做好其具体情况饮食指导工作，患者可能会存在高血脂、高血糖、高血压等情况，如果存在有关指标控制不良，需要做好其饮食管控的提醒以及指导工作^[7]。一般情况要保持高蛋白、低脂、高纤维饮食基本原则。其四，在康复训练方面，需要引导其做好有关吞咽功能训练、饮食体位训练以及功能恢复训练指导工作。具体训练指导可以通过有关短视频影像指导配合口头面对面的强调指导进行，还可以配合有关图文、微信文章以及书面纸质材料等方式^[8]。具体依据患者以及家属、陪护人员的情况而定，尽可能让有关康复训练指导落到实处，提升其理解效果。其五，要做好对应的心理干预工作。一般情况下，要留意患者的整个心理变化状况，做好动态性的观察评估，了解其心里的想法，尽可能耐心沟通，针对其个体情况做好对应的心理建设疏导工作，引导其采用自身习惯的方式做好自我情绪调控。无论是通过注意力转移，还是积极的心理暗示，或者是音乐疗法、放松训练方式，都可以在一定程度上达到心理解压的效果，提升其整体康复的信心。在整个护理工作过程中，还需要做好其整个康复效果的动态性评估了解，依据其情况做好其恢复状况知晓，进而为后续的康复护理工作提供对应的参考。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者营养情况、吞咽功能、不良反应、护理满意度、治疗依从性情况。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。护理满意度=很满意率+基本满意率。吞咽功能采用 5 级评级，评级越高代表其整体的吞咽功能状况越好。营养状况主要集中观察 ALB、TP、PA 水平。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用 t 检验， $P<0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后营养水平情况

如表 1 所示，在患者 ALB、TP、PA 等水平上，观察组护理 2 周后降低幅度明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 1：两组患者护理前后 NIHSS、Barthel 评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ）				
分组	时间	ALB（g/L）	TP（g/L）	PA（g/L）
观察组	护理前	38.27 $\pm$ 4.91	61.45 $\pm$ 6.27	237.85 $\pm$ 8.72
	护理 2 周后	36.71 $\pm$ 3.92	56.79 $\pm$ 5.34	221.59 $\pm$ 17.09
对照组	护理前	37.92 $\pm$ 4.15	60.81 $\pm$ 5.26	236.75 $\pm$ 16.25
	护理 2 周后	34.28 $\pm$ 3.08	50.28 $\pm$ 5.31	209.58 $\pm$ 14.24

注：两组护理前对比， $p>0.05$ ，两组护理后对比， $p<0.05$

2.2 两组患者吞咽功能评级情况

见表 2 所示，在患者吞咽功能评级上，观察组评级明显高于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2：患者吞咽功能评级评估结果[n (%)]

分组	n	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
观察组	59	9 (15.25)	14 (23.73)	15 (25.42)	10 (16.95)	11 (18.64)
对照组	59	28(47.46)	27 (45.76)	3 (5.08)	1 (1.69)	0 (0.00)

注：两组对比， $p<0.05$

2.3 两组患者治疗依从性情况

见表 3 所示，在患者治疗依从性上，观察组 96.61%，对照组 77.97%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 3：患者治疗依从性评估结果[n (%)]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
观察组	59	35 (59.32)	22 (37.29)	2 (3.39)	96.61%
对照组	59	21 (35.59)	25 (42.37)	13 (22.03)	77.97%

注：两组对比， $p<0.05$

2.4 各组患者不良反应情况

见表 4，在患者不良反应率上，观察组 10.17%，对照组 28.81%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 4：各组患者不良反应结果[n (%)]

分组	腹泻	腹胀	返流误吸	堵管	不良反应率
观察组 (n=59)	2 (3.39)	2 (3.39)	1 (1.69)	1 (1.69)	10.17%
对照组 (n=59)	4 (6.78)	6 (10.17)	4 (6.78)	3 (5.08)	28.81%

注：两组对比， $p<0.05$

2.5 两组患者护理满意度情况

见表 5 所示，在患者护理满意度上，观察组 94.92%，对照组 83.05%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 5：患者护理满意度评估结果[n (%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	59	36 (61.02)	20 (33.90)	3 (5.08)	94.92%
对照组	59	21 (35.59)	28 (47.46)	10 (16.95)	83.05%

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

营养护理管理在一定程度上不仅是一种护理工作内容，甚至可以上升到营养治疗的层面。因此需要营养科医生的介入，而循证医学在一定程度上是现在医学中广为流行的科学医疗理念，它基于前人的科学工作经验，依据实际情况做有效工作的总结。现代医学是一种严谨的工作，操作方法不能盲目地开展天马行空的想象执行，需要有对应的工作借鉴理论基础，这样才能避免盲目操作而导致的风险问题。尤其是有关护理工作执行要有一定的参考依据，其中涉及一定的法律问题。如果没有循证医学作为依托，在执行过程中一旦出现了护理风险问题，可能会涉及一定的法律风险问题，对护理人员、患者，以及医院等各方面而言，都会带来不利的影响。因此，循证医学理念在医护人员心中要占据很重要的地位，要对循证医学有充分的理解以及有深刻的领悟。不仅对患者而言有更安全可靠的护理安全保障，同时对护理人员自身的职业生涯发展也有更可靠的职业保障。

本研究中，在患者治疗依从性上，观察组 96.61%，对照组 77.97%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组中运用的护理方案可以更好地匹配患者实际情况所需，由此可以更好地调动患者治疗配合度，患者治疗依从性更好，有关护理工作开展的顺畅度也更高。在患者不良反应率上，观察组 10.17%，对照组 28.81%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组护理工作可以更好地提升患者治疗恢复的效果，患者不良反应也相对降低，恢复质量显著提升。在患者吞咽功能评级上，观察组评级明显高于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组护理工作促使患者吞咽功能得到显著提升，达到了本研究直接的最优目标，说明了这种护理方案对疾病改善的支持作用。在患者 ALB、TP、PA 等水平上，观察组护理 2 周后降低幅度明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组有关营养水平得到更好的稳定，说明观察组护理工作发挥了实质的作用。在患者护理满意度上，观察组 94.92%，对照组 83.05%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组因为整体的治疗恢复效果更好，因此，对护理满意度更好，对护理工作的认可度更高。

在实际工作中，循证医学对护理工作的支持也有多方面的影响。在循证医学的资料参考方面需要更多的借鉴权威医学资料，同时在借鉴的过程中也需要充分的考虑到具体案例以及科室的具体情况。我国地域广阔，在有关的经验借鉴过程中，需要考虑到不同地域环境、风土民情，以及患者个体情况的差异。没有一种护理方案能够笼统一刀切地适应所有患者。一般情况下，在实际营养护理管理工作中会准备多套方案，依据不同患者的情况，做好不同进度、不同内容的实际调整。这样才能个性化的满足不同情况所需，提供护理方案的落实有效性，避免笼统一套方案执行后而导致的不匹配性问题。在实际的工作落实中，也需要配套完善对应的教育指导、心理安抚以及生理护理等各方面工作，提升整个工作落实的有效性。有关营养管理工作不是单纯的生理护理层面的工作，要保证工作的落实，要做好患者心理方面调试、认知方面的建设，这样才能推进有关工作的进行。但凡患者认知方面不能够匹配实际工作所需，心理层面有较重的负面情绪干扰，这些因素都会直接导致营养管理工作落实存在一定的阻力以及偏差问题。因此，护理人员需要有全方位的综合管理思维，在一项护理工作落实的情况下，需要关照到其他方面对本工作构成的影响，由此来保证工作落实的多角度运行思维。

总而言之，基于循证理论的营养管理护理应用在老年吞咽功能障碍中，可以有效地提升患者治疗依从性，有效的改善患者吞咽功能障碍，改善患者营养状况，减少患者不良反应率，提升患者护理满意度，整体状况更为理想。

参考文献：

[1]贾晖. 知信行健康教育联合中医情志护理在脑卒中后吞咽功能障碍患者中的应用效果分析[J]. 反射疗法与康复医学,2022,3 (12): 26-29,33.

[2]杜金磊,袁臣聪,雷玲,等. 护理康复方案在机械通气患者获得性吞咽功能障碍中的应用效果[J]. 中国当代医药,2022,29 (9): 171-175.

[3]李霄,喻红,周丽丽. 基于调整食物形态行摄食训练结合 3S2E 护理模式对脑卒中后吞咽功能障碍患者疾病自我感受负担及吞咽活动的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2022,7 (13): 124-126.

[4]赵余,王丹,李伟丽,等. 时间康复护理在脑梗死后吞咽功能障碍患者中的应用[J]. 黑龙江中医药,2022,51 (2): 322-324.

[5]曹丽华. 集束化护理对脑卒中吞咽功能障碍患者康复效果的影响[J]. 江苏科技信息,2022,39 (6): 51-53.

[6]冯艳玲,方美娜,梁泽平,等. 针对性护理干预对脑梗塞致吞咽功能障碍患者预后康复的影响研究[J]. 黑龙江医药,2022,35 (3): 710-712.

[7]徐艳. 早期评估与量化食物稠度护理模式在脑卒中吞咽功能障碍患者中的应用[J]. 吉林医学,2022,43 (1): 266-268.

[8]黄珍珠,邹文娟,王智琴,等. 眼针配合经络穴位梳理护理对急性缺血性脑卒中患者吞咽功能障碍的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27 (1): 38-40.

晚期肿瘤患者三级联动安宁疗护模式的构建与应用

张琦慧

上海市徐汇区枫林街道社区卫生服务中心 上海市 200030

摘要：目的：探讨三级联动安宁疗护在晚期恶性肿瘤照护中的应用价值。方法选择 2021 年 5 月-2022 年 5 月治疗的 100 例晚期恶性肿瘤患者的临床资料,采用抽签法分为常规组（50 例）与研究组（50 例）,常规组予治疗和照护,在此基础上研究组开展三级联动安宁疗护。在干预前后,医生应用痛苦数据评价法（NRS）对病患痛苦情况做出评判,焦虑症自评量表（SAS）和抑郁症自评量表（SDS）衡量患者心理状态,生活质量评价表（SF-36）衡量病患的生活品质。结果护理后,研究组 SAS、SDS 分数均小于正常组（ $P<0.05$ ）。护理后,较普通组,研究组的 NRS 评分更低（ $P<0.05$ ）。医疗前,两组病患的正常生理身心机制、精神状态康复、社区能力、情感机制打基本相当,且差别并不明显（ $P>0.05$ ）。治疗后,较正常组,研究组的正常生理身心机制、精神状态康复、社区能力、情感机制打更高（ $P<0.05$ ）。结论采用安宁疗护可以改变晚期肿瘤病人的心理状况,减轻痛苦,改善生命品质。

关键词：晚期肿瘤；三级联动；安宁疗护

引言

安宁疗护为终末期病人提供躯体、心灵、精神以及社区服务的全面照顾,改善终末期病人的生存和死亡品质,让病人愉快、安宁和有自尊的完成人生结束的历程。WHO 资料表明,世界上每年有约四千万人需要安全疗护,而仅有约百分之十四人可以得到,中低收入国家/地区的获得比例更低。二零一九年,国务院卫生健康委颁布的《有关做好老年人医疗护理公共服务的通告》中提出,将医疗护理公共服务项目范围从机关人员扩展至全社会和居家老人,为群众开展专业医疗护理、健康促进、安宁疗护等全方位的医疗护理公共服务。目前,我国安宁疗护模式多为医院、社区、居家独立分级护理,较少形成上下联动互通和上下转诊路径。居家被认为是更有尊严离世的照护模式之一,大多患者和家属更愿意在家中度过人生的最后时光,但由于服务模式单一、医疗资源配置不足等原因,多数终末期患者无法居家获得安宁疗护。该研究通过建立晚期癌症病人家庭-社会-家庭三级互动安全疗护系统（以下简称安宁疗护模式）,建立了上下连接,已实现初步应用,为晚期癌症病人的家人和自己、心理、精神、社会等方面全程同质化的照护,为推动区域内晚期肿瘤患者全程照护提供借鉴和参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 5 月-2022 年 5 月治疗的 100 例晚期恶性肿瘤患者的临床资料,分别对其采用常规照护（ $n=50$ ）,和安宁疗护（ $n=50$ ）。（1）列入指标①全部纳入病人均遵循中华医学会,中华医学会儿科学分会制定的《中华医学会儿科学分会临床指南（2018 版）》中对恶性肿瘤的诊断准则；②患者的家人必须出具知情同意书；③认知功能正常。（2）排除了标准①伴有精神系统疾病,但难以单独进行研究；②临床信息不全；③不同意参与者。研究成果已通过了医院伦理学审核。研究组男女比例为二十一分之二十九；患者年龄为 35 周岁-八十七岁,平均年龄为（ 61.61 ± 7.69 ）；癌症类型：单细胞肺癌二十一例,胃癌十八例,宫颈癌四例,食管癌七例。常规组男女比例为二十三分之二十七；患者年龄段为第 34-86 岁,平均年龄为（ 60.89 ± 6.88 ）岁；癌症类型：食道癌六例,宫颈癌四例,肺癌二十三例,胃癌 17 例。两组基线资料（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

研究组进行常规医疗,研究组则进行三级联动安宁疗护,具体如下：

（1）组建安宁疗护小组。从我科医护人员中选拔 5-10 个位,条件：医护经验丰富、共情意识强、沟通意识好、较强的社会责任心；对组织人员实行系统考核,包括安宁疗护的适用对象、宗旨、医护重点、主要途径等内容；对晚期肿瘤患者的专业护理内容进行培训,包括症状控制、舒适照顾、死亡教育等；拟定预防护理计划,收集患者信息,床旁访问了解患者心理状态及需求。（2）具体干预措施。①症状护理。疼痛治疗：应用痛苦数值划分法（NRS）评估痛苦严重程度,通过观察疼痛部位、性质、严重影响程度和时间,并依据病人镇痛要求给出适当的镇痛措施；采取“三阶梯”止痛方案,依据痛感“轻、中、重”程度给与不同剂型的止痛药物,第一阶段：非麻醉性镇痛药物（阿司匹林等）、第二阶段：弱麻醉性镇痛药物（吗啡、哌替啶等）、第三阶段：镇痛泵（经皮下或硬脊膜外腔）、止痛干预同时持续观察患者不良反应,选择副作用最轻微的镇痛药物。消化道反映：主要包括有呕吐、腹泻、吞咽困难、胃口不振等,可寻求上级医师建议,给予缓解胃肠道痉挛的药物,给予饮食指导,避免食用对食道有刺激性的食物；借助互联网饮食类短视频,播放给患者看,促进食欲。感染症状：遵医嘱支持性治疗的同时,给予感染部位护理,定时清洁、消毒,更换敷料；定时更换床单被套等用品。②舒适照顾。身体清洁：在照顾基本病情的基础上为患者提供洗漱机会或者帮助其洗漱,对于没有条件正常洗澡的患者,可帮助其擦洗身体；借助网络途径预约上门服务,包括美甲、化妆、泡脚、按摩等项目,具体遵照患者意愿选择。③死亡教育。借助宗教信仰帮助患者理解生命和死亡的概念,包括基督教、佛教、道教、伊斯兰教等,建立正向的生命观、死亡观,借助电影、音乐等艺术作品帮助其了解生命的终极意义,通过微访谈引导其回顾生命,总结遗憾,在病情允许的情况下,也可借助自然风光帮助患者认识到世界之大、生命之小,拓宽人生观,帮助其认识并回归生命的原始状态,放下尘世,达到灵魂升华。

1.3 观察指标

（1）根据对比二病人在护理前后的心情状态：经过对 SAS 和 SDS 评价心理健康状态,SAS 打分越高,焦虑状态越强烈,而 SDS 打分越高,病人的沮丧状态也越强烈；（2）对比二组患者护理前后疼痛评分：采用 NRS 对患者护理左右的痛苦状况予以评价,NRS 打分越高,病人疼痛感越强；（3）通过 SF-36 对病人予以评价,通过对比二组病人护理左右的生存质量。

1.4 统计学方法

使用 SPSS25.0 对研究对象所收集的数据进行分类处理,计算数据采用（ $x\pm s$ ）表；计数资料一般用%表示,用 χ^2 对数值进行校检： $P>0.05$ 的差异并无统计意义。

2 结果

二点一比较了二组病人护理前后的心理状况

护理后,对照组 SAS、SDS 的评分均不及常规组,但各组内差异仍有一定显著性（ $P<0.05$ ）,见图一。

图表为十二组病人在护理前后的心理状况对比（ $x\pm s$,分）

2.2 比较两组的 NRS 评分

对前二组病人的 NRS 分数比较,差别并不明显（ $P>0.05$ ）。治疗后,较普通组,研究组的 NRS 分数更低,组间数据有显著性（ $P<0.05$ ）,见表 2。

图表为十二组病人在治疗的前后疼痛评分对比（ $x\pm s$ ）

2.3 比较两组患者的生活质量评分

治疗前,两组病人的生理身体机能、精神状态保健、社区功用、情感机能的评价基本相当,间差别并不显著（ $P>0.05$ ）。治疗后,较常规组,研究组的生理身体机能、精神状态保健、社区功用、情感机能评价更高,组间数据有显著性（ $P<0.05$ ）,见下表三。

图表为三十二组患者生命质量评价对比图（ $\pm s$ ）

3 讨论

由于中国社会正逐渐进入人口的老龄化阶段,以恶性肿瘤、心血管、呼吸和消化系统为代表的各类慢性癌症引发不可根治,且不可逆转的癌症终末期病例正逐渐增多。当前国内安宁疗护护理工作缺乏综合的适合本土化的照护模式及全方位需求的护理实践标准。跨文化安宁疗护系以临终病人的家庭为核心,其服务包括痛苦及其他疾病的生活照护,心理健康、文化和社区服务等,强调病人一旦确诊,就必须获得心理咨询、营养支持、健康辅导、疼痛和病情管理的社会支持感措施,是病人临终教育的具体应用。安宁疗护是认识和尊重不同文化背景人群的护理要求,将各种文化渗透在护理过程中,把握人的整体性和共性,实现对终末期患者全方位照顾。科学研究表明,安宁疗护是运用了护理学中关怀、照料儿童的理念和护理程序,并在此基础上融入了人类学、社会学和生物学中的有关科学知识后所产生的一个独特的学问。基于服务对象的文化背景与所在社区人文环境的相似性和共同性,对安宁疗护服务进行了与其文化环境一致的高层次、多系统、多元化和整体性的有效护理。晚期肿瘤病人安宁疗护服务需求现状本研究结果显示,晚期肿瘤病人安宁疗护服务需求处于中度水平。维度分数,由高至低分别是疾病及相关知识需要、健康生理需求、家庭需要、社区发展需要、心理健康需求、信息需求。在这些维度中,对疾病相关知识需求得分最大的,这或许和此次调研对象社会文化水平程度较低、年纪较大相关,因为他们获得相关知识的渠道相对局限,因此非常需要专业的医护人员告知他们疾病相关知识,帮助他们认识疾病和了解病情的进展。其次就是生理需求,这也是马斯洛需求层次论中最基础的需求。癌症作为一类高消耗性病症,患者与病菌搏斗过程常常产生疼痛、失眠、呼吸困难等各种特征甚至外在形态的变化,给患者生理、心理带来了很大危害,因此生理需求处于较高水平。环境和社会支持需求处于中度水平,晚期肿瘤病人尤其是老年病人更愿意在熟悉的地方离世,希望医院能够带给他们像家一样熟悉的感觉。同时社区帮助是改善患者生存条件的重要途径,社会保障水平较好的患者可以得到更多的支持,缓解压力减轻身心痛苦,提高心情愉悦度,进而提高生活质量。信息需求是所有维度中得分最低的,这可能随着我国死亡教育处在发展阶段,还未普及有关。多数病人和家属不愿谈论与死亡相关的话题,对待相关问题选择采取回避的态度。而本次研究结果发现,心理需求得分较低,究其原因可能为本研究量表中心理需求条目更偏向于精神层面,而此次研究对象无宗教信仰者居多,且多来自于农村,对他们来说最需要解决的是生理上的问题,精神上的需求对他们来说比较不切实际。研究显示,患者接受安宁疗护的主要地点为医院和家庭,医院住院照护占据大多数。二零一六年,国务院政府办公室颁布的《“健康中国 2030”规划纲要》提出,安宁疗护体系需上下联动、资源整合,形成医疗机构、社区及居家相结合的安宁疗护体系。本研究将三级医院与下级医院/社区医院、居家进行有效联动,打通了上下转诊路径,有利于推动区域内安宁疗护协调发展。随着国家政策的发布与实施,我国安宁疗护得到了广泛的关注与支持,但现阶段医疗资源相对不均,安宁疗护资源主要集中在三级医院,下级医院/社区安宁疗护团队相对匮乏,表现在团队人员专业素养和技能的欠缺,对肿瘤晚期患者的照顾多表现在对症状的控制,缺乏对患者营养的指导以及身心的照顾。本研究构建的三级联动安宁疗护模式,在自治区各项政策的支持下,能够在一定程度上将优质资源下沉。同时,我院为安宁疗护专科护士的培训基地,可对相关人员进行专业培训和现场指导,提升下级安宁疗护团队的专业实践能力,推动了各级安宁疗护的同质化,使得患者能够就近或居家享受到三级医院的同等照护。来自义工组织的支持,能够为减轻病患问题发挥协同效果。本项目将社会工作者、义工等加入安宁疗护队伍,扩充了照护力量,发挥了协同作用,提高了服务质量。安宁疗护在国际跨文化治疗的先进经验和国内外部分应用研究的新模式构建基础上,研究了安宁疗护终末阶段患者的安宁疗护干预方案与干预方案,以充分认识并理解不同文化背景患者的治疗需求、对濒死与死亡的看法、态度和活动方式等,从而了解患者在一定文化背景下发生的特殊情况。把各种精神融入到医护流程中,并立足传统,抓住人的整体性与共性,以此反映安全疗护对终末期病人健康关怀的意义与提升生活质量的实质。与此同时,安全疗护的服务不但着眼于减轻临终病人的身心折磨,而且全面考虑病人恐惧、期待、信心的因素,以改善品质为宗旨,要立足终末期患者本身,以其需求为导向,制定符合不同文化背景的多形式、多层次护理措施,使理论和实践相统一,形成标准的护理模式,向社区辐射,有效提升护士综合照护能力,提高患者生存质量。

结束语

综上所述,针对晚期癌症病人,应用安宁疗护的联合方法可以改变患者身心状态,改善生命品质,临床使用意义大。

参考文献：

- [1]陈萍.安宁疗护在晚期肿瘤患者护理中的应用[J].临床医药文献电子杂志,2019,6（A4）：148-149.
- [2]杨婷婷.安宁疗护对晚期非小细胞肺癌患者临终期生活质量的影响分析[J].当代临床医学,2019,32（06）：543-558.
- [3]刘丹,黄荣,周宇,王玉慧.肿瘤晚期患者临终期采用安宁疗护的效果分析及中期生活质量影响[J].吉林医学,2019,40（12）：2944-2945.
- [4]苗利.安宁疗护对提高晚期肿瘤患者生活质量的作用[J].中国卫生标准管理,2019,10（21）：139-141.
- [5]谢小英,任玲,王瑜,杨海霞,张莉,刘艳琼.172 例晚期肿瘤患者安宁疗护的体会[J].世界最新医学信息文摘,2018,18（40）：294-295.
- [6]曹明英.肿瘤晚期患者安宁疗护的护理效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3（20）：106-109.
- [7]贾爱群,曹明英,徐丹丹,芮蒙杰.疼痛管理在晚期肿瘤患者安宁疗护中的效果观察[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25（04）：457-460.

减脂类运动营养补剂对运动爱好者抗疲劳和体脂水平的影响研究

周永芹

菏泽家政职业学院 274300

摘要：目的：评价运动爱好者使用减脂类运动营养补剂对于改善机体抗疲劳能力与体脂水平的应用效果。方法：样本收入时间为 2022 年 1 月到 2022 年 5 月，选取 40 例运动爱好者作为研究样本，平均分为对照组与干预组，每组均为 20 例，对照组采用常规的营养补剂；干预组则使用减脂类运动营养补剂；评价减脂类运动营养补剂，对于改善运动爱好者机体抗疲劳能力及体脂水平的应用效果。结果：通过对两组运动爱好者，身体质量数据变化情况进行分析；在接受训练前后运动爱好者的身高体重以及体质量指数变化较小；两组运动爱好者，体重均有小幅度上升；体质量指数小幅度上升；数据表现结果不显著（ $P<0.05$ ）；通过分析身体成分变化情况，能够有效明确干预组运动爱好者在体脂率，基础代谢率以及骨骼肌含量方面均有效变化，其中体脂率明显下降，基础代谢率降低，骨骼肌含量增加；组间数据分析差异性显著（ $P<0.05$ ）；基于训练前后的血常规检验数据进行评估；对照组运动爱好者在干预前后的血常规指标变化结果不明显；而干预组运动爱好者干预前后血常规变化结果明显；在红细胞计数，血红蛋白、红细胞比积等数据方面变化较为显著；充分证实减脂类运动营养补剂能更好地改善运动后的机体疲劳程度（ $P<0.05$ ）；通过分析乳酸脱氢酶与肌酸激酶等相关数据；在运动训练后运动干预组运动爱好者乳酸脱氢酶及肌酸激酶相较于对照组明显更低；说明干预组测试者肌细胞对运动训练的适应度越高、耐力越好（ $P<0.05$ ）；通过分析运动爱好者肝脂酶，血浆脂蛋白脂酶以及载脂蛋白 CII 等相关数据；干预组在训练后的相关指标均有着降低趋势；这是由于减脂类运动营养补剂的使用能有效改善相关指标水平，调节脂代谢能力；使得身体机能维持在良好的代谢状态，能够有效增强机体免疫力（ $P<0.05$ ）。讨论：通过分析相关调研数据，充分证实减脂类，运动营养补剂能更好地提升运动爱或者机体抗疲劳能力优化体脂水平，改善机体状态；对于提升运动爱好者塑形训练水平以及体育项目成绩均有着重要的应用价值。

关键词：减脂类运动营养补剂；运动爱好者；抗疲劳；体脂水平；影响

运动营养补剂是近些年来引进的一种保健补品，在专业运动员及运动者群体中认知率与使用率较高。在高强度运动中，人体对于能量及营养成分的需求主要分为补充能量类，补充营养类以及恢复运动疲劳类等；通过在高强度运动中使用运动营养补剂，能够有效补充机体能量，加快身体疲劳恢复效率；从而更好地提升机体耐力^[1-2]。本次调研中基于运动爱好者使用减脂类运动营养补剂的应用效果进行分析，详见下文。

1、资料选取

样本收入时间为 2022 年 1 月到 2022 年 5 月，选取 40 例运动爱好者作为研究样本，平均分为对照组与干预组，每组均为 20 例，对照组采用常规的营养补剂，其中男性 18 例，女性 2 例，平均年龄 27.79±5.44 岁；干预组则使用减脂类运动营养补剂；其中有男性 17 例，女性 3 例，平均年龄 27.85±5.36 岁；基本资料相对平衡，调研数据可比。

2、方法

对照组使用常规的营养补剂；干预组织使用减脂类运动营养补剂，其中含氨基酸胶囊、乳清蛋白粉冲剂、左旋肉碱胶囊^[3-4]。

两组运动爱好者，塑形运动安排时间相同，周一到周六进行运动训练，周天休息；总共训练时间为 12 周；干预组在训练前两个小时服用减脂类运动营养补剂；每天摄入 1~1.5g/kg 剂量的蛋白质，同时注意机体营养平衡；保证其他机体必须营养物质的摄入，满足生理需求^[5-6]。

观察指标：

身体质量指数：在训练前后早上 8 点进行测量，重复测量两次取平均值，完成身高、体重、身体质量指数的数据收集并进行数据对比。

身体成分变化情况：测定项目包括体脂率、基础代谢率以及骨骼肌含量，在训练前后由专人辅助使用专业身体成分测试仪完成测试与数据收集并进行差异分析。

血常规：基本项目包含 RBC、Hb、WBC、HCT，统一数据格式，完成数据差异对比。

统计训练前后乳酸脱氢酶，肌酸激酶等相关数据，完成差异分析。

统计训练前后肝脂酶，血浆脂蛋白脂酶，载脂蛋白 CII 相关数据，完成差异对比。

统计学意义：SPSS19.0，计量资料：均数±标准差，T 检验；计数资料：“%”，卡方值检验， $P<0.05$ 表示结果有意义。

3、结果

3.1 身体质量数据分析

通过对两组运动爱好者，身体质量数据变化情况进行分析；在接受训练前后运动爱好者的身高体重以及体质量指数变化较小；两组运动爱好者，体重均有小幅度上升；体质量指数小幅度上升；数据表现结果不显著（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 身体质量数据变化情况分析（ $\bar{x}\pm s$ ）					
组别	项目	对照组（20 例）	干预组（20 例）	T	P
身高（cm）	训练前	176.35±5.35	176.45±5.41	0.0588	0.9534
	训练后	176.85±5.44	176.81±5.45	0.0232	0.9816
体重（kg）	训练前	70.65±2.35	70.42±2.33	0.3108	0.7576
	训练后	72.35±2.66	72.41±2.68	0.0711	0.9437
身体质量指数（kg/m ² ）	训练前	23.65±1.65	23.71±1.63	0.1157	0.9085
	训练后	24.11±1.76	24.19±1.77	0.1693	0.8665

3.2 身体成分变化情况

通过分析身体成分变化情况，能够有效明确干预组运动爱好者在体脂率，基础代谢率以及骨骼肌含量方面均有效变化，其中体脂率明显下降，基础代谢率降低，骨骼肌含量增加；组间数据分析差异性显著（ $P<0.05$ ），详见表 2。

表 2 身体成分变化情况（ $\bar{x}\pm s$ ）					
组别	项目	对照组（20 例）	干预组（20 例）	T	P
体脂率（%）	训练前	18.43±1.81	18.51±1.88	0.1371	0.8917
	训练后	17.66±1.76	16.24±1.62	2.6548	0.0115
基础代谢率（kcal）	训练前	16.39±1.62	16.45±1.66	0.1157	0.9085
	训练后	14.31±1.42	5.85±0.52	25.0191	0.0000
骨骼肌含量（%）	训练前	30.24±3.02	30.28±3.35	0.0397	0.9686
	训练后	32.42±3.23	34.61±3.41	2.0852	0.0438

3.3 训练前后血常规检验结果分析

基于训练前后的血常规检验数据进行评估,对照组运动爱好者在干预前后的血常规指标变化结果不明显;而干预组运动爱好者干预后血常规变化结果明显;在红细胞计数,血红蛋白、红细胞比积等数据方面变化较为显著;充分证实减脂类运动营养补剂能更好地改善运动后的机体疲劳程度 ($P<0.05$),详见表 3

表 3 训练前后血常规检验结果分析 ($\bar{x}\pm s$)

组别	项目	对照组 (20 例)	干预组 (20 例)	T	P
RBC ($10^{12}/L$)	训练前	4.55±0.58	4.52±0.54	0.1693	0.8665
	训练后	5.62±0.62	6.46±0.71	3.9853	0.0003
Hb (g/L)	训练前	133.35±15.24	133.52±15.22	0.0353	0.9720
	训练后	135.62±16.35	145.66±14.33	2.0652	0.0458
WBC ($10^9/L$)	训练前	6.45±1.55	6.35±1.56	0.2034	0.8399
	训练后	6.86±1.62	7.86±1.21	2.2117	0.0331
HCT (%)	训练前	43.25±3.11	43.61±3.09	0.3672	0.7155
	训练后	44.65±3.53	47.66±3.66	2.6473	0.0117

3.4 乳酸脱氢酶、肌酸激酶活力数据分析

通过分析乳酸脱氢酶与肌酸激酶等相关数据,在运动训练后运动干预组运动爱好者乳酸脱氢酶及肌酸激酶相较于对照组明显更低;说明干预组测试者肌细胞对运动训练的适应度越高、耐力越好 ($P<0.05$),详见表 4。

表 4 乳酸脱氢酶、肌酸激酶活力数据分析 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	乳酸脱氢酶 (U/L)		肌酸激酶活力 (U/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	20	248.65±16.31	289.95±20.56	122.32±8.65	131.52±9.35
干预组	20	248.61±16.42	263.66±18.35	122.41±8.71	125.43±8.89
χ^2	-	0.0077	4.2664	0.0327	2.1110
P	-	0.9939	0.0001	0.9741	0.0414

3.5 肝脂酶、血浆脂蛋白酯酶、载脂蛋白 CII 数据分析

通过分析运动爱好者肝脂酶,血浆脂蛋白酯酶以及载脂蛋白 CII 等相关数据;干预组测试者在训练后的相关指标均有着降低趋势;这是由于减脂类运动营养补剂的使用能有效改善相关指标水平,调节脂代谢能力;使得身体机能维持在良好的代谢状态,能够有效增强机体免疫力 ($P<0.05$),详见表 5。

表 5 肝脂酶、血浆脂蛋白酯酶、载脂蛋白 CII 数据分析 ($\bar{x}\pm s$)

组别	项目	对照组 (20 例)	干预组 (20 例)	T	P
肝脂酶 (U/L)	训练前	1.53±0.15	1.54±0.14	0.2180	0.8286
	训练后	1.06±0.16	0.86±0.13	4.3386	0.0001
血浆脂蛋白 酯酶 (U/L)	训练前	1.76±0.18	1.72±0.16	0.7428	0.4622
	训练后	1.42±0.12	1.06±0.11	9.8900	0.0000
载脂蛋白 CII (mg/L)	训练前	1.29±0.16	1.27±0.15	0.4078	0.6857
	训练后	1.05±0.08	0.77±0.05	13.2733	0.000

4. 讨论

这些年来,随着生活水平的提高和全民健身意识的增强,健身运动已逐渐融入我们的日常生活;通过进行塑形运动训练,能够有效降低人体的体脂率,锻炼肌肉改善身体功能;在

专业运动员群体中,通过精准摄入营养成分,以维持高强度运动中的能量需求,同时保持较低的体脂率;有效降低机体疲劳,加快体能恢复效率^[7-8]。但对于普通的运动爱好者而言;饮食的精准摄入难度较高;所以市场上出现运动营养补剂以针对运动爱好者,机体营养状态普通情况进行销售;由于运动营养补剂具有便捷,口感好,吸收快,营养配比科学的特点,逐渐受到运动爱好者的欢迎与认可。本次研究中基于其中减脂类运动营养补剂进行分析;发现该品类的运动营养补剂,对于改善身体素质,降低体脂率,强化机体耐力,缓解机体疲劳,均有着较高的价值体现;有效缓解运动爱好者运动强度较高后的机体疲劳,并进一步提升机体免疫力,显著强化了塑形训练成果,提升了各项体育成绩,有重要的应用价值^[9-10]。通过分析乳酸脱氢酶与肌酸激酶等相关数据;在运动训练后运动干预组运动爱好者乳酸脱氢酶及肌酸激酶相较于对照组明显更低;说明干预组测试者肌细胞对运动训练的适应度越高、耐力越好;通过分析运动爱好者肝脂酶,血浆脂蛋白酯酶以及载脂蛋白 CII 等相关数据;干预组测试者在训练后的相关指标均有着降低趋势;这是由于减脂类运动营养补剂的使用能有效改善相关指标水平,调节脂代谢能力;使得身体机能维持在良好的代谢状态,能够有效增强机体免疫力;上述调研数据均证实,在运动爱好者训练阶段,使用减脂类运动营养补剂能够更好地调节机体状态,优化机体抗疲劳能力,改善体脂水平,有重要的应用价值^[11-12]。

综上所述,为了更好地提升运动爱好者机体抗疲劳能力,改善体质水平;增强机体耐力,优化体脂状态,有效提升机体塑形效率与训练水平,增强机体恢复能力,有着重要的应用价值。

参考文献:

[1]马彬.减脂类运动营养补剂对运动爱好者抗疲劳和体脂水平的影响[J].食品安全质量检测学报,2020,11 (23): 9052-9056.

[2]田登辉.运动营养补剂对网球运动员集训期生理机能与运动能力的影响[J].食品研究与开发,2021,42 (24): 10-10.

[3]李文力,李卓,李春微,等.营养及运动干预对肌肉衰减综合征社区老年人肌肉和体脂状况影响的随机对照研究[J].中华临床营养杂志,2022,30 (1): 1-8.

[4]韩晓实.低氧中强度运动改善肥胖人群的运动能力和抗疲劳指标[J].基因组学与应用生物学,2020,39 (8): 3847-3853.

[5]李林.体育运动减肥的生化分析与合理营养探讨[J].食品与发酵科技,2020,56 (3): 91-94.

[6]孙至炯,潘秀清.增肌和供能的运动营养补剂机理研究综述[J].当代体育科技,2022,12 (18): 212-215.

[7]黎小东,吴文春.运动营养补剂在羽毛球运动员集训期的应用及对运动能力的影响研究[J].国外医药:抗生素分册,2022,43 (3): 118-121.

[8]吴鑫龙,廖粤生.运动营养补充剂对运动效益影响的研究进展[J].体育科技文献通报,2022,30 (5): 314-316.

[9]吕品.运动类营养补充剂对运动能力影响的研究进展[J].食品安全质量检测学报,2021,12 (3): 885-890.

[10]王力伟.牛磺酸营养补充剂对体育运动员运动能力的影响[J].食品研究与开发,2022,43 (13): 10010-0010.

[11]陈奇,张国亮.复合 1,6 二磷酸果糖 (FDP) 运动营养合剂对青年男子赛艇运动员抗氧化机能和运动能力的影响[J].辽宁体育科技,2022,44 (3): 75-81.

[12]张钱伟.毛酸浆枸杞液体营养饮料研制及其对运动抗疲劳作用的研究[J].食品研究与开发,2020,41 (9): 141-145.

探究冠脉介入治疗高龄冠心病心绞痛的临床效果及对并发症发生率的影响

李枝怀

毕节市第一人民医院 贵州毕节 551700

摘要：目的：冠脉介入治疗高龄冠心病心绞痛的临床效果探究。方法：选择 2021 年 08 月-2022 年 08 月我院收治的 60 例高龄冠心病心绞痛患者，随机分为 30 例对照组（常规保守治疗）、30 例观察组（联合冠脉介入治疗）。结果：两组治疗前心功能、心绞痛指标、炎症因子水平、临床症状评分比较差异均不显著（ $P>0.05$ ）；观察组治疗后以上指标改善度均高于对照组（ $P<0.05$ ）。两组不良反应率无明显差异（ $P>0.05$ ）。结论：为高龄冠心病心绞痛患者应用冠脉介入治疗可取得显著效果，安全性较高。

关键词：冠脉介入治疗；高龄；心绞痛；冠心病；效果

临床常见的心血管病疾病之一即冠心病，患者多合并心绞痛等相关症状表现，以胸骨后部位最为明显，且疼痛感在患者机体疲劳或是剧烈运动状态下更明显^[1]。若不及时为冠心病心绞痛患者有效治疗，很可能引发其他严重疾病，比如心梗、心衰等，不但会对其正常的生活产生干扰和影响，也会严重威胁到其生命健康，必须加强临床重视^[2]。本次我院随机选取 2021、08-2022、08 的高龄冠心病心绞痛患者共 60 例，其中 30 例在常规保守治疗基础上采用冠脉介入治疗，效果显著。报告如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

病例选取：高龄冠心病心绞痛患者；研究时间：2021、08-2022、08，60 例患者随机均分成两组。对照组：男 16 例、女 14 例；年龄 63-86 岁，均值（71.09±3.50）岁。观察组：18 例男性、12 例女性；年龄 62-85 岁，均值（71.43±3.21）岁。两组一般资料（ $P>0.05$ ），有可比性。

纳入标准：（1）患者经心脏超声检查，结果显示 LVEF（左室射血分数） $>40\%$ ；（2）心电图结果在心绞痛发作时存在 ST-T 波或 T 波改变；（3）心功能 I-II 级；（4）7d 内发作心绞痛的次数 >3 次；（5）持续胸痛时间 <20 分钟；（6）经我院专业人员讲解，知晓本次研究内容与目的，自愿参与并配合。

排除标准：（1）凝血障碍或血液疾病；（2）非缺血性胸痛疾病；（3）精神或认知类疾病；（4）肝、肾功能衰竭；（5）置入支架治疗史；（6）中途退出或未坚持治疗。

1.2 方法

对照组：为本组实施常规保守治疗。治疗前，先为患者完善各项相关检查，加强控制合并疾病。提醒患者遵医嘱每日口服氯吡格雷（国药准字 H20120035）75mg，qd；阿司匹林（国药准字 H51021475）100mg，qd。连续口服 1 个月。

观察组：本组在对照组基础上联合冠脉介入治疗，方法为：协助患者平卧体位，铺巾消毒后行局麻操作，对穿刺部位进行精准穿刺，回血后将穿刺导丝送入，经桡动脉将鞘管置入，然后由鞘管内送入相应的造影导管，建立通道。经外鞘将造影导管、造影导丝送进血管，接触冠状动脉口后与肝素盐水、压力传感器、造影导管、造影剂准确连接，于 X 线下对患者的血管情况进行仔细观察；完成造影后明确病灶，并将导管和导丝拔除，将导引导丝、导引导管送入；合理选用球囊扩张器，由桡动脉向冠状动脉方向送，利用导引导丝对支架进行固定，直至达到预定位置，然后通过压力泵将支架撑开，使患者管腔扩张；之后将导管导丝退出来，并行血迹清洗，鞘管拔出后采用纱布和压迫器加压止血。术后及时采用相关药物进一步巩固手术疗效，比如低分子肝素、调脂、抗血栓等药，防止引发血栓，同时加强对患者各项生命体征的观察与监测，并结合其实际恢复情况指导运动，提醒其远离烟、酒，术后按时复查。

1.3 观察指标

（1）心功能：LVEF、LVESD（左室舒张末内径）、CO（心排量）、LVSV（每搏输出量）、6 分钟步行距离。（2）心绞痛指标：持续时间、最长持续时间、发作频率。（3）炎症因子水平：TNF- α （肿瘤坏死因子- α ）、CRP（C 反应蛋白）、IL-6（白细胞介素-6）、IL-18。（4）临床症状评分：将心悸、气短、乏力、胸闷、胸痛作为评价指标，每项 0-4 分，评分与症状严重程度成正比。（5）记录两组不良反应率。

1.4 统计学分析

实验数据采用 SPSS24.0 软件处理，计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，采用 t 检验；计数资料以“n，%”表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ ：差异有统计学意义。

2、结果

2.1 心功能

治疗后，两组心功能（ $P<0.05$ ）。如表 1 所示：

表 1 心功能（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	LVESD（mm）		CO（L/min）		LVEF（%）		6 分钟步行距离（m）		LVSV（mL）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	58.19±6.34	49.79±5.97	3.18±0.44	4.52±0.70	40.04±4.74	50.38±5.45	323.64±69.62	369.14±65.76	51.73±6.87	60.54±8.15
观察组	30	58.16±6.21	42.42±5.49	3.20±0.41	5.04±0.80	39.78±4.41	55.36±5.65	323.48±69.85	428.55±80.12	52.20±5.78	64.46±6.93
t 值	-	0.013	4.974	0.186	2.678	0.228	3.475	0.008	3.139	0.286	2.007
P 值	-	0.985	0.001	0.857	0.001	0.824	0.001	0.992	0.002	0.775	0.049

2.2 心绞痛指标

治疗后，两组心绞痛指标（ $P<0.05$ ）。如表 2 所示：

表 2 心绞痛指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	持续时间（秒/次）		最长持续时间（秒/次）		发作频率（次/月）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	55.80±8.98	38.01±5.99	114.41±29.36	90.74±17.22	15.55±2.28	11.93±2.04

观察组	30	55.21±9.09	27.10±5.58	114.02±29.13	76.80±16.07	15.25±2.10	7.89±1.56
t 值	-	0.252	7.299	0.051	3.241	0.530	8.616
P 值	-	0.801	0.001	0.959	0.002	0.598	0.001

2.3 炎症因子水平 治疗后，两组炎症因子水平（P<0.05）。如表 3 所示：

表 3 炎症因子水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	TNF- α （ng/mL）		CRP（mg/L）		IL-6（pg/mL）		IL-18（ng/mL）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	231.43±25.32	192.20±18.55	8.68±1.30	5.70±0.63	63.20±10.20	46.42±7.54	72.01±11.56	25.21±2.80
观察组	30	230.99±24.65	147.52±17.54	8.77±1.28	4.01±0.69	63.22±9.88	38.24±7.22	71.97±11.98	31.31±3.65
t 值	-	0.068	9.585	0.270	9.907	0.007	4.291	0.013	7.262
P 值	-	0.945	0.001	0.788	0.001	0.993	0.001	0.989	0.001

2.4 临床症状评分 治疗后，两组临床症状评分（P<0.05）。如表 4 所示：

表 4 临床症状评分（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	心悸		气短		乏力		胸闷		胸痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	2.20±0.50	1.02±0.33	2.01±0.56	1.10±0.36	2.30±0.46	0.95±0.31	2.38±0.31	1.47±0.59	2.14±1.57	1.54±0.42
观察组	30	2.15±0.48	0.79±0.24	1.99±0.60	0.87±0.35	2.28±0.45	1.67±0.55	2.41±0.22	0.84±0.37	2.35±1.46	0.79±0.65
t 值	-	0.395	3.087	0.133	0.209	0.170	6.246	0.432	4.954	0.536	5.308
P 值	-	0.694	0.003	0.894	0.015	0.865	0.001	0.667	0.001	0.593	0.001

2.5 不良反应率

观察组不良反应率为 3.33%，共 1 例发生不良反应，对照组为 10.00%，共 3 例出现不良反应，两组不良反应率差异不显著（P>0.05）。

3、讨论

冠心病以胸部放射性疼痛症状为主要临床表现，在中老年群体中较为常见，通常患者在服用硝酸酯类药物后，症状可得到明显缓解^[3]。但由于该病是一种可对患者生命安全产生严重威胁的病症，具有较高的发病率以及致死率，因此已成为临床持续关注的一项热点话题^[4]。

现阶段，临床在面对冠心病心绞痛患者时，必须采取及时、有效的治疗方案，以促使其临床症状好转，将其生存率提高^[5]。然而，有大量的病患基于不了解疾病危害，不愿意手术治疗或是心理因素等其他原因，坚持常规保守治疗，虽然可使其相关症状在短时间内有效缓解，但难以取得比较理想的预后以及远期效果，无法真正有效的控制病情发展，甚至可能使病情加重^[6-7]。国内目前治疗该病的重点是及时恢复、改善患者心肌血流灌注水平，常为其应用氯吡格雷、阿司匹林等具有抗血小板聚集的药物，以避免其形成脑血管血栓^[8]。但基于临床多年应用以上药物治疗的经验来看，患者在长期用药后易引发一系列不良反应，且机体对药物还可能会逐渐产生耐药的现象^[9]。因此，也可以通过外科手术方案治疗，比如冠脉介入术、冠脉旁路移植术等，旨在为患者心肌供应足够的血液，将其生活质量不断提高^[10]。冠脉介入术具有手术风险小，不会对患者产生较大的机体创伤以及术后易恢复等特点，可以有效改善冠脉旁路移植术等常规手术治疗的不足^[11-12]。

本研究中，观察组经冠脉介入治疗后，血管内皮功能、心功能、炎症因子水平、心绞痛指标、临床症状评分改善均更明显，两组不存在明显的不良反应差异，充分证实了该法的有效性、安全性。这可能与以下因素相关：（1）术中冠脉造影的应用可帮助医生了解患者血管走向、形态等情况，且可对不易被发现的病变起到直接观察^[13]。（2）为钙化或血管弯曲者使用支架具有一定的通透性，经桡动脉穿刺还可以将患者的疼痛程度减少，促进术后更快、更好的恢复^[14]。（3）冠脉介入治疗本身的创伤性相对较小，通过加强对患者的术后监测，还能够进一步降低并发症以及相关不良事件风险，最终进一步优化整体的治疗效率与效果，提升治疗安全，建议推广^[15-16]。

参考文献：

- [1]祁祥,卢健棋,温志浩,等.增强型体外反搏对行经皮冠状动脉介入治疗的冠心病患者疗效影响的 Meta 分析[J].实用心肺血管病杂志,2022,30（10）：97-103.
- [2]毕磊,田国祥,樊茹,等.尼可地尔对高龄老年冠心病合并 2 型糖尿病患者血运重建后心

绞痛及血管内皮功能的影响[J].中国循证心血管医学杂志,2021,13（10）：1179-1181.

[3]李德林.冠心病急性心肌梗死患者采用冠脉介入治疗的效果观察及对血浆脑钠肽水平的影响分析[J].中国社区医师,2021,37（26）：30-32.

[4]陈阳,姚婷婷,张晓卉,等.基于潜在类别分析的不同危险特征冠心病患者经皮冠状动脉介入治疗术后随访结局分析[J].中国慢性病预防与控制,2021,29（06）：421-425.

[5]宋海玖,田雅楠,王光,等.通心络胶囊对冠脉支架植入术后患者血管内皮功能及相关炎症因子的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30（12）：1317-1320.

[6]郭宇.老年冠心病合并肾功能不全行冠脉介入治疗对降低术后不良事件发生率的研究[J].心血管病防治知识,2020,10（29）：15-17.

[7]黄健,梁飞腾.经皮冠状动脉介入术治疗冠心病心绞痛对患者心率变异性的影响观察[J].临床医学工程,2020,27（10）：1347-1348.

[8]魏月娟,高占义.益气活血方联合心脏康复对气虚血瘀型急性冠脉综合征经皮冠状动脉介入治疗术后患者炎症因子及氧化应激的影响[J].河北中医,2020,42（09）：1351-1356.

[9]徐缓宇,杨茂森,沙治霖,等.经皮冠状动脉介入治疗对既往冠状动脉旁路移植术的冠状动脉慢性完全闭塞冠心病患者生活质量的影响[J].心脏杂志,2020,32（04）：344-349.

[10]廖富彪,张志广,廖尚宇,等.探究经皮冠脉介入治疗术前血栓预抽吸治疗急性冠脉闭塞病变的疗效分析及主要不良心血管事件发生情况[J].黑龙江医学,2020,44（07）：899-901.

[11]李欧,柳敏,谷旭放.浅析冠心病病变血管与中医证型的关系及冠脉支架术后中医证型的演变[J].辽宁中医杂志,2021,48（04）：9-13.

[12]崔言红,冯强.高龄冠心病不稳定型心绞痛患者行冠脉介入治疗的效果及安全性分析[J].中华灾害救援医学,2020,08（04）：219-221.

[13]王培利,王少丽,张大武,等.急性冠脉综合征介入治疗后病人血瘀证及其变量与临床结局的相关性研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18（07）：1025-1030.

[14]闫伟.对比分析国产与进口雷帕霉素药物洗脱支架在冠心病合并糖尿病患者中应用的安全性和有效性[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,08（10）：59-70.

[15]郑亚国,许田,陈亮,等.大动脉炎合并冠心病患者的冠状动脉病变特征及介入治疗临床分析[J].南京医科大学学报（自然科学版）,2020,40（01）：82-85.

[16]冯艳红,李博宇,左维.经皮冠状动脉介入治疗 65 岁以上冠状动脉粥样硬化性心脏病患者临床疗效分析[J].血管与腔内血管外科杂志,2019,05（03）：220-223-268.

小儿静脉输液中运用心理护理干预后的效果分析

陈美娟

银川市第一人民医院 宁夏银川 750000

摘要：目的：探讨小儿静脉输液中运用心理护理干预后的效果。方法：采集本院 2020 年 4 月至 2021 年 10 月期间接收的 142 例小儿静脉输液患者，随机分为对照组与观察组各 71 例，对照组运用常规护理，观察组运用针对性护理干预，分析不同治疗用药后患儿不良反应、治疗依从性、家属护理满意度、负面情绪情况。结果：在患者治疗依从性上，观察组为 92.96%，对照组 74.65%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患儿家属心理质量评分上，观察组各项评分明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗不良反应率上，观察组为 2.82%，对照组 18.31%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者家属护理满意度上，观察组为 95.77%，对照组 78.87%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：小儿静脉输液中运用心理护理干预，可以有效地有效地安抚患儿情绪，提升其治疗依从性，减少输液不良反应，改善家属负面情绪，提升家属对护理工作满意度。

关键词：小儿静脉输液；心理护理干预；效果

静脉输液属于小儿患者常用治疗手段，但是小儿患者自身自控能力差，对疾病的认识能力不足，容易出现情绪躁动，治疗配合度不佳，甚至会影响家属的情绪波动，对治疗护理工作构成压力。除了规范的治疗，也需要做好患儿与家属的情绪安抚，避免不良矛盾纠纷与不良事件的发生。本文采集 142 例小儿静脉输液患者，分析运用心理护理干预后患儿不良反应、治疗依从性、家属护理满意度、负面情绪情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 4 月至 2021 年 10 月期间接收的 142 例小儿静脉输液患者，随机分为对照组与观察组各 71 例。对照组中，男 39 例，女 32 例；年龄从 1 岁至 12 岁，平均（ 6.27 ± 1.74 ）岁；观察组中，男 36 例，女 35 例；年龄从 1 岁至 12 岁，平均（ 6.64 ± 1.26 ）岁；两组患者在基本年龄、性别与病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用针对性护理干预，具体内容如下：

要在输液之前进行信息的核对，防控信息对不上而导致的错误输液问题。要完善有关输液准备工作，防控不良医疗事件发生。要做好有关输液注意事项的指导，让患儿家属有基本的了解掌握，配合医护人员有关工作的开展^[1]。展开基本的健康宣教工作，让其了解输液过程中可能出现的风险问题，同时了解风险问题的防控手段。首先，需要做好必要的心理护理工作，一般输液之前，患儿可能会存在一定的情绪躁动工作，需要平复患儿的情绪，也要做好家属的心理安抚工作。患儿会对静脉穿刺产生强烈的抗拒心理以及行为，需要通过注意力转移以及鼓励肯定等方式做好有效的情绪安抚^[2]。同时要调动家属的配合度，尽可能地保持稳、准、快的效果，让患儿能快速地快速度过其恐惧心理阶段。

一般患儿对外界的刺激信息有强烈的感知能力，因此家属以及护理人员要保持谦和有礼的态度，避免其对一护理人员产生排斥情绪^[3]。要保持柔和的语言，耐心的态度，多鼓励、多肯定，这样可以更好地保持静脉输液针更快地送入速度^[4]。一般患儿年龄相对较大，可以进行必要的语言沟通交流，让其进行注意力转移，避免其对输液进行排斥情绪与过度关注，也可以通过有关的引导来让其理解有关治疗的重要性。在注意力转移方面，可以询问其喜欢的动画片，喜欢的活动，可以准备对应的玩具，或者通过播放其喜欢的动画片来转移其视线，避免其关注到静脉针等刺激性画面^[5]。如果年龄尚小，无法有效沟通，可以通过家属的情绪安抚来避免其躁动哭闹的情绪加剧，也可以通过其陪伴性的玩具来分散其注意力^[6]。

1.3 评估观察

分析不同治疗用药后患儿不良反应、治疗依从性、家属护理满意度、负面情绪情况。不良反应主要集中在胃部不适、皮疹、漏针等。家属护理满意度=很满意率+基本满意率。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。负面情绪包括焦虑、抑郁等评分，评分越低情况越好。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 n （%）表示，采用卡方检验，计量资料运用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用 t 检验， $P<0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 各组患儿家属护理满意度情况

见表 1，在患儿家属护理满意度上，观察组为 95.77%，对照组 78.87%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 3：患儿家属护理满意度结果[n（%）]					
分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	71	43（60.56）	25（35.21）	3（4.23）	95.77%
对照组	71	27（38.03）	29（40.85）	15（21.13）	78.87%

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 各组患者生活质量评分情况

见表 2，在患儿家属心理质量评分上，观察组各项评分明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 2：各组患者生活质量评分结果（ $\bar{x}\pm s$ ，分）		
分组	治疗前	治疗后
观察组	63.89 $\pm$ 4.18	87.52 $\pm$ 4.11
对照组	62.86 $\pm$ 3.57	78.65 $\pm$ 3.26

注：两组对比， $p<0.05$

2.3 患者治疗依从性情况

见表 3 所示，在患者治疗依从性上，观察组为 92.96%，对照组 74.65%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 3：患者治疗依从性评估结果[n（%）]					
分组	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
观察组	71	52（73.24）	14（19.72）	5（7.04）	92.96%
对照组	71	29（40.85）	24（33.80）	18（25.35）	74.65%

注：两组对比， $p<0.05$

2.4 患者治疗不良反应率情况

见表 4 所示，在患者治疗不良反应率上，观察组为 2.82%，对照组 18.31%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 4：患者治疗不良反应率评估结果[n（%）]					
分组	n	发热	静脉炎	皮疹	治疗不良反应率
观察组	71	2（2.82）	0（0.00）	0（0.00）	2.82%
对照组	71	12（16.90）	3（4.23）	3（4.23）	18.31%

观察组	71	1	0	1	2.82%
对照组	71	5	2	6	18.31%

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

一般静脉输液导致患儿哭闹情绪在所难免，因此需要做好患儿情绪安抚工作，但是也避免过度夸张情绪哭闹问题。因此，需要做好家属的情绪安抚，并让家属能够理解有关行为，配合工作的开展。要充分利用家属对患儿的了解程度，让家属配合护理人员做好患儿情绪安抚工作。选用患儿喜欢的活动来转移其注意力，以及安慰其恐惧心理，减少护理人员的工作压力，保证静脉输液工作顺利地进行。一般患儿年龄相对较小，理解表达能力相对不足，同时对周围的环境相对敏感，同时疾病因素的刺激影响，疼痛不适等^[7]，都会导致其恐惧焦虑的情绪相对突出，对患儿整体的治疗工作都会构成影响。要进行家属与护理人员的良好配合，避免家属负面情绪对护理人员工作构成影响，对家属展开必要的健康教育以及心理安抚工作，减轻护理工作的阻力。护理人员自身要做好自身的心理建设工作，面对患儿哭闹情绪以及家属敏感的状态，护理人员自身要有强大的抗干扰能力^[8]，沉着冷静，保持熟练的操作，尽可能保持一针见血的一次性成功来应对患儿的躁动情绪。这样才能减少家属负面情绪的产生，保证有关工作的顺利推进。因此，对于护理人员而言，患儿哭闹情绪并不是主要的问题，熟练地操作才是关键。日常的静脉穿刺工作要稳、准、快的牢固基础，要保持有关操作的成熟化，做好日常的基本功训练。同时配合专业柔和的沟通技巧，有效地化解有关矛盾纠纷。尽可能地减少患儿对静脉输液的抵触情绪，在沟通技巧上尽可能的简明、柔和，避免过多繁杂语言赘述导致人们情绪的敏感性。同时要认清患儿不同性格情况，性格内向患儿对家属的依赖情绪相对较强，因此需要积极的展开护患关系的提前构建，取得患儿的基本信任，进而来达到对应的穿刺工作顺利开展。操作的过程中要动作柔和，由此减少患儿的抵触感。

本研究中，在患儿治疗依从性上，观察组为 92.96%，对照组 74.65%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；说明观察组采用的心理护理干预，更好地安抚了患儿的负面情绪，提升其治疗配合度，操作顺畅度更好。在患儿家属心理质量评分上，观察组各项评分明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。观察组由于更好的调动患儿治疗配合度，减少患儿的躁动负面情绪，家属的负面情绪也更少，避免不良冲突矛盾，家属的心理状态也更好。在患者治疗不良反应率上，观察组为 2.82%，对照组 18.31%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。由于患儿与家属的整个配合度好，家属可以更好地配合医护人员做好输液治疗，防控不良反应发生，输液的安全性相对更高。在患者家属护理满意度上，观察组为 95.77%，对照组 78.87%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。由于观察组心理护理干预可以更好地减少心理层面的负面情绪，降低不良反应的安全问题，患儿家属对护理工作的满意度也会相对更好，整体的护理认可度水准也就更为明显。

在心理学理论方面认为，患者生理上面的功能紊乱，与其自身缺乏稳定的情绪，感受力相对较强，自我的身体控制力偏弱，由此导致情绪的消极反应。静脉输液属于人体相对感受刺激性的治疗操作。通过有关的心理学理论以及操作技巧，在输液的过程中，合理的通过积极的语言，愉快的情绪，友善的态度，让患者的紧张情绪得到松懈，保持轻松的心理状态，由此来配合整个治疗过程的开展。而展开小儿静脉输液的心理护理工作，首要基础要建立和和谐的护患关系。在接触过程中，需要主动的掌握必要的沟通技巧，让患儿能够自主自愿地反馈自身的想法，配合有关工作的进行。能够知晓患儿的情绪状况，给予针对性的安抚。要构建对应的治疗情境，尽可能地保持输液室清洁、安静、舒适。合理的控制温度、采光、湿度，保持空气新鲜流通，尽可能地保持合理的患者数量，避免人员过于拥挤而导致的嘈杂感。温度控制在 25 摄氏度左右，湿度在 55%上下，保持柔和的采光。必要情况下，可以提供卧躺的状态，让患儿有舒适的体位状态进行输液治疗。同时在患儿极具抗拒的情况下，避免输液治疗，避免其穿刺之后躁动情绪而导致穿刺针松脱等负面问题。要让其整个情绪得到平缓之

后再进行治疗处理，尽可能地避免躁动情绪对整个工作构成了冲突。要保持耐心的情绪安抚，必要的进行鼓励、赞美。要积极地积极地调动家属对有关工作的配合度，极力地安抚患儿情绪，让其恐惧情绪得到有效的依托以及安慰。可以让患儿看其他患儿输液的表情状态，让其意识到输液过程并不是非常痛苦的事情。通过其他人的成功案例来激励患儿，同时鼓励其可以做得更好。通过患儿之间的好胜心理来正向激励其战胜治疗的恐惧心理。要做好正面积的心理暗示，提供必要的解释以及心理支撑，让患者有更强的心情松弛状态。所有的心理护理工作的基于在于丰富的心理学沟通技巧经验，要有亲和力的基础，把控成熟的业务技术，专业的工作作风，有良好的医德医风，鼓励患儿以及患儿家属，取得家属的足够信任，提升其整个治疗的配合度。

在小儿静脉输液有关的心理护理层面上，要充分充分地意识到心理上的感受与环境、护理人员以及家属的态度与言行状况，患儿治疗的体验感受生理状况等都有一定的关系。以环境状况为例，各科室条件、医疗水平、资源环境条件不一。在条件相对较好的情况下，会设立专业的小儿输液室，在整个布局环境上会更为温馨、柔和。墙面颜色布局会设计为儿童糖果色、粉色系，整个视觉条件会更为温柔，带给患儿的视觉感受会更为愉悦轻松。帮助患儿达到视觉体验感受上的放松感，避免冰冷、严肃、压抑气氛给患儿带来的不良体验。同时在整个环境工作中的温度、湿度等体感，包括采光颜色，甚至可以依据季节做调整。冬季运用暖光灯，夏季运用冷光灯。这种视觉条件的变化，也可以带来体感上的舒适度。体感的舒适度，可以提升人的愉悦感以及放松感，由此让患儿对整个治疗环境减少内心层面上的排斥情绪，对护理人员的有关治疗操作工作也带来一定的辅助因素。此外，在科室内部，甚至可以通过滚动的动画片播放来达到吸引患儿注意力。动画片的选择上面，也需要保持平稳情绪节奏类型选择，避免过高情绪起伏而导致患儿过于激烈的情绪波动。一般动画片的播放在一定程度上可以让患儿静下心来接受输液治疗，同时可以达到分散其注意力，避免其过多关注治疗带来的心理恐惧感，对护理工作达到一定的治疗辅助作用。该方式也逐步地被家属所携带的智能手机功能所取代。因此具体安排依据科室条件以及患者需求而定，可以依据实际条件展开问卷调查，采集百家之所长，听取患者家属的意见来积极地构建科室有关工作上的建设。要充分意识到有关工作开展上，避免笼统一刀切。每个时期、每个地方、每个科室的情况不同，具体的采用方式上需要更多地从实际情况出发，具体问题具体对待。要学习他人之长，同时也需要依据自身的情况作出细节灵活调整，由此才能发挥实际有效的作用。

总而言之，小儿静脉输液中运用心理护理干预，可以有效地有效地安抚患儿情绪，提升其治疗依从性，减少输液不良反应，改善家属负面情绪，提升家属对护理工作满意度。

参考文献：

[1]尹端. 心理护理在小儿静脉输液中的应用效果及价值体会[J]. 医学食疗与健康,2022,20（13）: 103–105,159.

[2]刘秋霞. 心理护理对小儿静脉输液一次穿刺成功率的影响[J]. 健康大视野,2021（18）: 164.

[3]张彬,刘攀攀. 心理护理应用在小儿静脉输液护理中的作用评价[J]. 健康大视野,2021（5）: 17–18.

[4]田萌. 静脉留置针及心理护理对小儿在院输液的应用[J]. 健康之友,2020（23）: 215.

[5]邹虹,邵燕. 了解小儿静脉输液过程中开展心理护理对一次穿刺成功率的干预作用[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5（13）: 161.

[6]孔小红. 心理护理在小儿静脉输液中的应用效果观察[J]. 医学食疗与健康,2020,18（24）: 230–231.

[7]高玲. 心理护理在小儿静脉输液中的应用[J]. 母婴世界,2020（4）: 152.

[8]傅丹华. 心理护理对小儿静脉输液一次穿刺成功率的干预效果研究[J]. 母婴世界,2020（9）: 144.

破伤风抗毒素皮试判断手环的设计与临床应用效果观察

陈森 周红 赵静

宁夏回族自治区中西医结合医院 宁夏银川 750021

摘要：目的：设计能够直观观察破伤风抗毒素皮试的手环，探索破伤风抗毒素皮试手环的临床应用效果，进一步提高皮试的准确度。方法：选取2020年1至12月在宁夏回族自治区某三级医院就诊的220例患者作为研究对象，随机分为观察组和对照组各110例。观察组使用本次设计的破伤风抗毒素皮试判断手环作为测量工具，对照组采用传统的破伤风皮试方式由测试人员依据标准目测主观判断皮试结果。对比两组患者的皮试结果的判断阴性率，破伤风抗毒素皮试发生不良反应的情况，以及护士和患者的使用满意度。结果：对照组阴性率25.92%，观察组阴性率46.36%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），观察组护士满意度98.33%和患者满意度达到96.67%。结论：破伤风抗毒素皮试判断手环通过可视化、定量比对方式为护士提供判断标准，提高了护士工作效率，降低了风险，得到护士和患者的一致好评，具有较高的临床应用价值。

关键词：破伤风抗毒素；手环；皮试

体表开放性损伤一般需要及时清创处理，为避免破伤风杆菌感染，临床需注射破伤风抗毒素进行预防[1]。破伤风抗毒素是一种用于预防破伤风的免疫马血清类药物，由于其起效快、疗效肯定，方便经济，是临床上预防破伤风最常用的首选药物[2]。近几年来随着门诊量增长，破伤风抗毒素在急诊科的使用量逐年增加，破伤风抗毒素皮试阳性率也在逐年增高。目前，多数医院都采用传统皮试方式，测试的效率、准确性、判定标准尺度的把握、测试人员的水平都影响了皮试结果。引入破伤风抗毒素皮试判断手环，建立定量比对标准和可视化的皮试标尺，将腕带式破伤风抗毒素皮试判断手环引入临床，一方面对患者起到有效提示，另一方面方便护理人员精准做出判断，将有效提高破伤风抗毒素皮试的测试结果，进一步降低判断错差，也使患者满意度大幅提高。

1 对象与方法

1.1 一般资料

选择2020年1至12月宁夏回族自治区某三级医院急诊科220例破伤风抗毒素药物皮试的220例患者作为研究对象，随机分为观察组和对照组各110例。观察组使用本次设计的破伤风抗毒素皮试判断手环作为测量工具，对照组采用传统的破伤风皮试方式由测试人员依据标准主观判断皮试结果。患者年龄大于18周岁到60周岁，均为急诊24 h内受伤。本次研究通过了医院医学伦理委员会的批准，患者及家属对研究内容知情并签署同意书。既往均无破伤风抗毒素过敏史及其它药物过敏史，经统计调查无类似心脏病等慢性疾病。排除标准：年龄18岁以下60岁以上、有药物过敏史、有心脏病的患者。

因患者中途退出，最终观察组取得有效数据108例，对照组取得有效数据110例，测试期间均无严重的不良反应发生，轻微不良应对对照组2例，观察组0例，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1.1 破伤风抗毒素皮试判断手环设计 本次所设计的破伤风抗毒素皮试判断手环，主要由以下几部分组成（图1）。①腕带：材料一般为医用透明塑料材质，展开后为长方形，长180~220 mm，宽40 mm。②同心标识圆：以展开后长方形腕带的中心为基准点制作3个同心圆，直径分别为1 cm圆、1.5 cm圆和4 cm圆。③标识刻度：以同心圆的中心为刻度0点，建立精度到毫米的测量刻度。④患者信息标识：同心圆两侧，左右两侧分别制作患者信息记录区和皮试信息记录区，记录为红色区域，分别用于记录病人信息、皮试药物信息及皮试结果信息。⑤自粘设计：破伤风抗毒素皮试判断手环标尺两端采用自粘设计，方便带到患者手上。

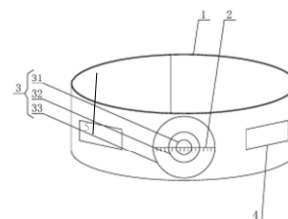


图1 破伤风抗毒素皮试判断手环标尺示意图

（图一）

1，腕带；2，标识刻度；31，第一标识圆直径1 cm；32，第二标识圆直径1.5 cm；33，第三标识圆直径4 cm；4，患者信息标识；5，患者皮试的相关信息

1.2.1.2 破伤风抗毒素皮试判断手环标尺的测试原理

同心圆31为直径1 cm的同心圆，用于参考对照已做皮丘的大小，用于测量皮丘是否标准。同心圆32为直径1.5 cm的同心圆，用于测量和判断在规定时间内破伤风抗毒素皮试皮丘变化情况。

同心圆33为直径4 cm的同心圆，用于测量皮试时间到点的红晕伪足变化。

通过同心圆中间的刻度尺和三个同心圆边缘线观察皮丘的变化情况，定性衡量与明显提示的方式观察对比判定皮试结果。

1.2.2 皮试人员 皮试操作者选取有2年以上临床护理工作经验者：护师、主管护师等不同职称的人员和不同类型的急诊工作护理人员。

1.2.2 皮试流程 严格按照皮试规程操作，皮试前询问患者用药史、是否有过敏史、饮酒等基本情况。向患者讲解皮试流程以及注意事项，与患者签署破伤风抗毒素知情同意书。使用由江西生物制药生产的破伤风抗毒素为1500 U/0.75 ml，在配制皮试前应首先抽 0.9% NS 0.25ml 将破伤风抗毒素原液稀释至 1 ml即成1500 U/ml 的标准制剂。[3]抽取上述配置好的破伤风抗毒素液的0.1 mL加生理盐水至1 mL，取0.1 mL（内含TAT15U）做皮内注射。两组患者均对前臂横纹上3横指处用75 %乙醇消毒，待干后再从皮纹平行方向进针进行皮试液皮内注射，直至形成直径≤0.5 cm的皮丘[5]。观察组将破伤风抗毒素皮试判断手环系在皮试对侧手腕。注射完毕后开始计时，达到皮试等待时间30min后由一名护师和一名主管护师共同判断皮试结果。

1.2.3 皮试结果判断标准：阴性：局部无红肿、全身无异常反应。阳性：皮丘红肿，硬结直径大于1.5cm，红晕范围直径超过4cm，有时出现伪足或有痒感，全身过敏反应表现与青霉素过敏反应相类似，以血清病型反应多见。如皮试结果为阴性，可把所需剂量一次肌内注射。如结果为阳性，采用脱敏注射法。[4]

1.3 结果判读 对照组由一名护师和一名主管护师目测判定皮试结果，即皮丘局部无红肿、全身无异常反应为阴性，皮丘红肿，硬结直径大于1.5cm，红晕、伪足其中之一大于测孔或局部痒感或全身症状为阳性，小于测孔及无局部痒感及范围直径超过4cm，出现伪足或

有痒感, 全身症状为阴性过敏反应表现为阳性[4]。观察组由一名护士和一名主管护士使用破伤风抗毒素皮试判断手环进行皮试结果判断。以判断手环的测孔31对皮丘进行测量, 评价所做的皮丘是否符合规范大小。患者于皮试观察区休息30min后, 由一名护士和一名主管护士以同一标准化破伤风抗毒素皮试判断器对皮丘的变化进行测量观察, 以测孔32测量和判断破伤风抗毒素皮试皮丘变化情况, 以测孔33对变化后的红晕、伪足进行测量观察, 超过测孔部分的皮丘或红晕、伪足可通过测量器的透明区域清晰观察判断阳性的程度。按《基础护理学》第6版判断标准综合分析判定皮试结果。

1.4 观察指标

对比两组患者的皮试结果的判断阴性率, 破伤风抗毒素皮试发生不良反应的情况, 以及护士和患者的使用满意度。

1.5 统计学处理

应用SPSS18软件对临床资料进行统计分析, 计数资料用(%)表示, 行 χ^2 检验, 计量资料用(x $\pm$ s)表示, 行t检验, P<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 统计学方法

采用 SPSS18 统计软件对数据进行分析。(详见表 1)

表 1 两组皮试阴性率对比

组别	例数	阳性	阴性	阴性率
对照组	108	80	28	25.92%
观察组	110	59	51	46.36%

注: $X^2=9.0$, 两组比较 (p<0.05) 有显著差异性

(表 1)

2.2 测试不良反应情况

治疗后7d通过电话、网络等方式进行回访, 两组阴性患者均没有发现不良的反应情况, 仅有2例患者因中途感冒出现轻微咳嗽症状。

2.3 整体满意度

选取60名护理人员, 从操作准备、耗时长久、操作便利性、测试准确性、腕带安全性等5个方面进行调查。其中57名护理人员(占比95%)认为采用破伤风抗毒素皮试判断手环并没有增加新的工作量, 也没有明显感觉到增加新的用时。60名护理人员认为新的皮试方式有效提高了皮试的准确性, 98%的调查认为, 新皮试手环对提高皮试安全性非常必要。特别是破伤风抗毒素皮试判断手环建立了护理人员与患者的信息记录桥梁, 将以前由护理人员单向记录测试信息的方式, 改变为护理人员到患者双向信息记录的效果, 有效降低了出现错误的概率, 59名护理人员, 都愿意选择破伤风抗毒素皮试判断手环, 临床欢迎度占比98.33%。

选取60名患者从方便程度、接受程度、价格成本、选取意向等4个方面进行调查。其中58名患者认为破伤风抗毒素皮试判断手环使用方便, 提示效果明显, 腕带皮试手环还起到了对皮试位置的有效保护, 患者选择使用意向明显, 满意度96.67%。从使用成本上看, 破伤风抗毒素皮试判断手环制造成本0.1~0.2元, 成本低且可控。

3 讨论

3.1 破伤风抗毒素皮试现状

从调查统计情况看, 现在破伤风抗毒素皮试的方法和流程都是抽0.1 mL原液加生理盐水至1 mL, 取0.1 mL做皮内注射, 20min后观察皮试结果。局部无红肿为阴性; 阳性表现为局部有红肿反应、硬结大于1.5 cm, 红晕超过4.0 cm, 有时会出现伪足、发痒等症状[3]。阴性者可将余量0.9 mL一次性注射完毕, 观察20 min, 如无过敏反应即完成注射; 阳性者采用脱敏注射法分4次注射, 分别抽原液的0.1、0.2、0.3 mL及余量各加生理盐水至1.0 mL, 做皮下或肌内注射[6], 每次间隔20min, 如无过敏反应即完成注射。但这种方式存在以下弊端: ①破伤风抗毒素一支是0.75mL, 抽0.1mL原液, 配成皮试液抽取0.1 mL做皮内注射(内含破伤

风抗毒素大于15U), 皮试观察20min, 没有严格执行药品说明书规定, 假阳性发生率高。②缺少专用测量用具, 在临床中破伤风皮试没有专用测量用具, 阳性率较高, 在增加护士工作量的同时, 对病人造成了一定的心理影响、增加了经济负担; ③缺乏直观的判断参考, 护士都是通过经验肉眼判断, 尤其是对于皮试中出现的一些临界, 受红肿不明显、硬结大小等实际情况影响, 不能做出准确判断; ④提示作用不够明显, 对于一些年龄偏小或者偏老、自我照顾能力弱的患者, 现有方式不能起到有效的提示, 更有甚者触摸皮试区域, 对皮试判定造成干扰, 影响标准判断; ⑤判断连续性不强, 因缺乏直观的参照系, 现有皮试的认定基本都是定性的, 而对于临界情况的判断一般需要定量标准, 方便快捷的参照标准将会有有效弥补标准不一, 减少人为因素干扰, 更多得到患者支持和理解, 提高患者的满意度。

3.2 破伤风抗毒素皮试判断手环的研究情况

3.2.1 破伤风抗毒素皮试判断手环标尺设计构想 在全面总结当前破伤风抗毒素皮试所取得成绩的基础上, 结合医院临床实际, 查找破伤风抗毒素皮试存在的不足、听取护理人员的改进意见和患者的意见建议, 积极借鉴采用腕带识别患者身份的做法, 通过改造使之可以变成一种可以观察破伤风抗毒素皮试的标尺, 将其系在患者的一侧手腕上(不接触皮丘)既起到有效提示, 也对护士带来了定量的判断标准, 降低了主观认定的风险, 提高了破伤风抗毒素皮试的准确率。

3.4 应用破伤风抗毒素皮试判断手环降低了判断错差

破伤风抗毒素皮试手环的直观对比、标尺的直观测量, 有效克服了凭工作经验、定量判断的工作方式, 特别是针对一些处于皮试临界边缘情况的把握, 实现了从定性判断到定量识别的改进, 进一步规范和严格了破伤风皮试程序, 提高了破伤风抗毒素皮试精确度。

3.5 应用破伤风抗毒素皮试判断手环实现了护士和患者双向记录

传统的皮试方式是护士把皮试结论告知患者, 没有形成记录, 对于一些因智力、语言、年龄存在差异的患者会存在忘记结果的风险, 护士也有可能失误出现差错。而判断手环以书面的形式记录了当时的皮试结论, 实现了护士和患者双记录, 能够有效应对特殊情况的发生, 进一步降低了皮试错误率。

3.6 应用破伤风抗毒素皮试判断手环能提高护士工作效率

破伤风皮试手环附有皮试结果判断标准, 同时将阳性、阴性结果与刻度结合, 便于护士准确、快速判断皮试结果, 避免目测及主观判断所致的皮试假阳性率, 有效提高了皮试结果判断的客观性、准确性; 皮试手环轻便易于携带, 准确、直观、便捷, 可以作为患者身份识别的一种工具, 对皮试患者的标识, 使护理工作有据可依, 真正做到标准化。

3.7 破伤风抗毒素皮试判断手环临床推广价值较高

破伤风皮试手环制造成本0.1~0.2元, 价格低廉、加工方便、易于佩戴、直观快捷, 实现了从定性到定量的皮试判断, 将标尺定量引入结果判断, 规范了皮试流程, 克服了人为因素、提高了临界边缘测试, 增强了护士人员责任心。

综上所述, 破伤风皮试手环可以客观、准确判断皮试结果, 在临床中有较好的应用价值。

参考文献:

- [1]宋欣,李明,王传林,等.中国破伤风免疫预防的现状、问题与展望[J].中国疫苗和免疫,2019(6): 743-746.
 - [2]吴伟文,黄凯文,梁锦诗,黄杰敏,潘琦玲.门诊破伤风抗毒素合理用药分析[J].现代医药卫生,2012,28(12): 1774-1775,1777.
 - [3]王颖.标准化 TAT 皮试判断器降低 TAT 皮试假阳性反应的效果[J].医学信息, 2020,33(20): 167-169.DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2020.20.054.
 - [4]李小寒,尚少梅主编.基础护理学第6版[M].北京: 人民卫生出版社,2017.06.
 - [5]赵志勇,徐俊.皮试结果可视窗判断圆尺的研制及应用[J].护理学报,2021,28(8): 65-68.
 - [6]孙连儿.破伤风抗毒素注射法改进效果观察[J].当代护士(综合版),2005(06): 30-31.
- 国家实用新型专利(ZL202120918605.4)

右美托咪定复合布托啡诺对剖宫产术后镇痛及恢复的影响观察

陈明坤 黄宜志

新疆哈密市第二人民医院 麻醉科 新疆哈密 839000; 新疆哈密市惠康妇产医院 妇产科 新疆哈密 839000

摘要:目的 观察右美托咪定复合布托啡诺对剖宫产术后镇痛及恢复的影响。方法 选择2021年3月-2022年3月200例剖宫产产妇,随机数字表法分为2组,观察组患者100例,腰硬联合麻醉胎儿娩出后,静脉泵注右美托咪定 $0.5\mu\text{g/kg/h}$,对照组患者100例,腰硬联合麻醉胎儿娩出后静脉泵注等量生理盐水,2组均于手术结束前15min均给予布托啡诺 1.0mg ,术后采用静脉自控镇痛的方式。比较2组术后镇痛、不良反应情况、镇痛满意度。结果 在术后2h、6h与24h,观察组活动、静息VAS评分均高于对照组($t=3.812$ 、 2.789 、 3.353 、 5.483 、 3.094 、 4.749 , $P=0.000$ 、 0.006 、 0.001 、 0.000 、 0.002 、 0.000);两组手术时间对比,差异无统计学意义($t=1.240$, $P=0.216$);观察组麻醉起效时间短于对照组,镇痛时间长于对照组($t=2.836$ 、 8.818 , $P=0.005$ 、 0.000);2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.649$, $P=0.421$);观察组镇痛总满意率 93.00% ($93/100$)高于对照组的 81.00% ($81/100$),差异有统计学意义($\chi^2=6.366$, $P=0.012$)。结论 右美托咪定复合布托啡诺对剖宫产术后镇痛效果较好,可以延长镇痛时间,减轻术后疼痛,提升镇痛满意度,且不增加不良反应。

关键词:剖宫产;右美托咪定;布托啡诺

世界范围内剖宫产率正在增加,对于手术后不久就要照顾新生儿的产妇来说,早期康复尤其重要,而有效的术后疼痛管理是接受剖宫产的产妇早期康复的关键。剖宫产术后疼痛管理不当与慢性疼痛发生率增加有关,会引起创伤后应激综合症,造成持续性疼痛、阿片类药物使用量增加、功能恢复延迟和产后抑郁增加等,导致患者恢复和恢复日常功能活动能力的延迟^[1]。因此,除了缓解疼痛之外,对剖宫产术后患者的最佳管理应达到促进术后快速恢复、减小对产妇和新生儿的副作用等。右美托咪定属于 α_2 肾上腺素能激动剂,是一种相对较新的药物,具有镇静和抗焦虑特性,并因其降低交感神经紧张度的镇痛潜力而为人所知。右美托咪定本身不会损害呼吸驱动,很少引起呼吸暂停,然而,右美托咪定被证明会损害对缺氧和高碳酸血症的呼吸反应,并可能导致血液动力学效应,如高血压、低血压和心动过缓^[2]。基于此,本研究观察右美托咪定复合布托啡诺对剖宫产术后镇痛及恢复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2021年3月-2022年3月200例剖宫产产妇,随机数字表法分为2组,观察组100例,年龄 $23\sim 36$ 岁,平均年龄(27.31 ± 2.57)岁;孕前期体重指数 $18.51\sim 26.27\text{kg/m}^2$;平均孕前期体重指数(21.90 ± 0.88) kg/m^2 ;受教育年限11-20年,平均受教育年限(15.66 ± 2.32)年;孕次1-4次,平均孕次(3.19 ± 0.48)次;产次1-3次,平均产次(1.63 ± 0.34)次;孕周37-42周,平均孕周(39.92 ± 0.87)周。对照组100例,年龄 $23\sim 36$ 岁,平均年龄(27.26 ± 2.44)岁;孕前期体重指数 $18.35\sim 26.16\text{kg/m}^2$;平均孕前期体重指数(21.79 ± 0.91) kg/m^2 ;受教育年限11-20年,平均受教育年限(15.48 ± 2.40)年;孕次1-4次,平均孕次(3.21 ± 0.53)次;产次1-3次,平均产次(1.59 ± 0.36)次;孕周37-42周,平均孕周(40.11 ± 0.93)周。2组一般资

表1 2组术后镇痛VAS评分组间比较($\bar{X}\pm s$,分)

组别	活动			静息		
	术后2h	术后6h	术后24h	术后2h	术后6h	术后24h
观察组(n=100)	2.27±0.47	3.13±0.52	2.89±0.41	1.95±0.32	2.86±0.53	2.52±0.44
对照组(n=100)	2.54±0.53	3.36±0.64	3.12±0.55	2.21±0.35	3.11±0.61	2.79±0.36
t	3.812	2.789	3.353	5.483	3.094	4.749
P	0.000	0.006	0.001	0.000	0.002	0.000

2.2 麻醉、手术相关指标 两组手术时间对比,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组麻醉起效时间短于对照组,镇痛时间长于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 两组麻醉手术相关指标比较($\bar{X}\pm s$)

组别	麻醉起效时间(min)	手术时间(min)	镇痛维持时间(h)
观察组(n=100)	10.42±1.73	59.14±5.46	5.07±0.95
对照组(n=100)	11.13±1.81	60.21±6.68	3.92±0.86
t	2.836	1.240	8.818
P	0.005	0.216	0.000

2.3 2组不良反应情况组间比较 2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表3。

表3 2组不良反应情况组间比较n(%)

组别	恶心	呕吐	皮肤瘙痒	呼吸抑制	不良反应
观察组(n=100)	3(3.00)	3(3.00)	1(1.00)	2(2.00)	9(9.00)
对照组(n=100)	2(2.00)	2(2.00)	1(1.00)	1(1.00)	6(6.00)
χ^2					0.649
P					0.421

2.4 2组镇痛满意度组间比较 观察组不满意的患者有7例(7.00%),一般的患者有18例(18.00%),满意的患者有45例(45.00%),非常满意的患者有30例(30.00%),对照组不满意的患者有19例(19.00%),一般的患者有21例(21.00%),满意的患者有37例(37.00%),非常满意的患者有23例(23.00%),观察组镇痛总满意率 93.00% ($93/100$)高于对照组的 81.00% ($81/100$),差异有统计学意义($\chi^2=6.366$, $P=0.012$)。

3 讨论

剖宫产手术组织损伤引起的剖宫产术后疼痛是影响产妇恢复的重要原因,剖宫产术后未得到充分控制的急性疼痛易诱发不良事件,如心血管疾病、呼吸抑制、消化和泌尿系统功能障碍、神经内分泌紊乱等,且会影响产妇心理状态,增加焦虑、抑郁等负面情绪,不利于产妇术后恢复,与长期住院、费用增加和慢性疼痛发生率相关^[4]。因此,剖宫产术后疼痛需要积极解决,有效的疼痛管理是充分医疗保健的基准,以使产妇的功能快速恢复,剖宫产后适当的术后镇痛可加速下床活动,降低产妇产后并发症,改善患者预后,并有利于新生儿的护理,从而优化早期阶段的母子互动^[5]。

右美托咪定是一种具有药理活性的美托咪啉右旋异构体,也是选择性 α_2 -肾上腺素能受体激动剂,它适用于各种外科手术在术前和/或期间的非插管成人患者的镇静^[6]。右美托咪定引起剂量依赖性效应,范围从最小镇静到深度镇静。此外,除了引起深度镇静或全身麻醉的剂量外,右美托咪定的镇静是可逆的。对于接受手术镇静的成年患者,右美托咪定在围手术期的镇静效果较高,且就呼吸或血液动力学并发症而言,安全性高。镇痛药布托啡诺主要通过激

料无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准 纳入标准:(1)孕周 ≥ 37 周;(2)ASA分级I-II级;(3)术前后无并发症;(4)单胎妊娠;(5)具有语言交流能力者;(6)剖宫产指征;(7)签署知情同意书。排除标准:(1)严重药物过敏者或严重感染;(2)严重心肺、肝肾功能障碍者;(3)凝血功能异常;(4)精神、语言交流障碍者。

1.3 方法 (1)2组患者实施相同的麻醉方案,腰硬联合麻醉取出胎儿。(2)观察组静脉泵注右美托咪定(江苏恒瑞医药,国药准字H20090248) $0.5\mu\text{g/kg/h}$,对照组泵注等量生理盐水,2组患者手术结束前15min均给予布托啡诺(江苏恒瑞医药,国药准字H20020454) 1.0mg 。

1.4 观察指标 (1)术后镇痛:在术后2h、6h与24h进行视觉模拟评分(VAS)^[3],10分为剧痛,0分为无痛,评分越高即疼痛程度越严重。(2)麻醉、手术相关指标:统计麻醉起效、手术、镇痛维持时间。(3)不良反应情况:记录2组产妇术后48h内出现的呼吸抑制、皮肤瘙痒、恶心、呕吐等不良反应。包括恶心、呕吐、皮肤瘙痒、呼吸抑制等。(4)镇痛满意度:使用医院自制镇痛满意度量表评估,Cronbachs系数0.821,包括技术、态度等方面,共100分,评分越高即镇痛满意度越高,根据评分分为非常满意、满意、一般和非常满意,镇痛满意度=(一般+满意+非常满意)/总数 $\times 100\%$ 。

2 结果

2.1 2组术后镇痛VAS评分组间比较 在术后2h、6h与24h,观察组活动、静息VAS评分均高于对照组($P<0.05$)。见表1。

动 κ 受体和部分拮抗 μ 受体,此外,布托啡诺广泛用于术后患者自控静脉镇痛,但单独使用时会引起许多副作用^[7]。临床研究提示,右美托咪定可增强布托啡诺的镇痛作用,其联合用药可降低其不良反应。本研究结果显示,在术后2h、6h与24h,观察组活动、静息VAS评分均高于对照组;观察组麻醉起效时间短于对照组,镇痛时间长于对照组;2组不良反应发生率比较无明显差异;观察组镇痛总满意率高于对照组。说明,右美托咪定复合布托啡诺用于剖宫产产妇能延长镇痛时间,减轻术后疼痛,提升镇痛满意度,且不增加不良反应。分析原因为:右美托咪定作用于蓝斑核中的 α_2 肾上腺素受体激动剂,减少去甲肾上腺素的释放,模拟自然睡眠,并产生镇静、催眠和抗焦虑作用,联合布托啡诺可提高剖宫产术后持续镇痛的镇痛效果,因此该方案能延长镇痛时间和减轻术后疼痛^[8]。右美托咪定是一种非阿片类药物,具有外周和中枢双重镇痛作用,是一种选择性 α_2 肾上腺素受体激动剂,可降低交感神经活性、儿茶酚胺的释放,减少手术引起的有害刺激,对重要器官有一定的保护作用,加之增强了镇痛效果,利于提升镇痛满意度^[9]。右美托咪定是一种高选择性的 α_2 肾上腺素能受体激动剂,具有镇静、止痛、抗交感、抗焦虑和减轻压力的作用,但它很少引起呼吸抑制,因此未增加不良反应^[10]。

综上所述,右美托咪定复合布托啡诺对剖宫产术后镇痛效果较好,可以延长镇痛时间,减轻术后疼痛,提升镇痛满意度,且不增加不良反应。

参考文献:

- [1]赵雪峰,苏林,冯磊,等.右美托咪定辅助硬膜外麻醉在中转剖宫产手术中的应用价值分析[J].中国妇幼保健,2021,36(1):75-78.
- [2]孙颖,刘庄,刘晓利,等.右美托咪定和芬太尼分别联合罗哌卡因对腹横肌平面阻滞剖宫产产妇的影响[J].实用临床医药杂志,2022,26(14):109-113.
- [3]朱晨晓,刘江虹,李韶芳,等.右美托咪定对剖宫产患者术前焦虑、术前不良反应与应激反应以及炎症反应的影响[J].中国医药,2020,15(3):434-438.
- [4]陈茂芳,刘克玄.不同剂量右美托咪定联合曲马多对剖宫产术后镇痛镇痛效果、睡眠质量的影响[J].中国医师进修杂志,2021,44(8):743-748.
- [5]周智丽,林学正,陈健,卢光涛.右美托咪定硬膜外自控镇痛对妊娠高血压剖宫产术后催乳素分泌及炎症反应的影响[J].广东医学,2021,42(5):594-597.
- [6]闫龙剑,李春伟,姚莹莹,等.右美托咪定联合纳布啡静脉自控镇痛在单胎足月妊娠剖宫产术后应用效果[J].山东医药,2022,62(3):61-64.
- [7]赵永杰,吴永伟,屈翰.布托啡诺联合右美托咪定超前镇痛对乳腺癌保乳手术患者术后镇痛的效果观察[J].实用癌症杂志,2021,36(11):1810-1812,1817.
- [8]皮倩,龙景新,张柏银,等.右美托咪定联合布托啡诺对腹部外科术后机械通气患者免疫功能及胃肠功能的影响[J].中国医刊,2021,56(5):546-550.
- [9]顾美蓉,钱怡玲,徐晶晶,等.布托啡诺联合不同剂量右美托咪定对行经腹膜外入路单孔腹腔镜前列腺癌根治术前列腺癌患者影响[J].临床军医杂志,2021,49(9):994-998.
- [10]舒丽娟,罗林丽,薛欣盛,等.盐酸羟考酮复合右美托咪定在子痫前期患者剖宫产术后镇痛、镇静中的临床观察[J].实用妇产科杂志,2020,36(2):149-153.

心理护理干预在改善初产妇产后抑郁症患者心理状态及治疗依从性中的作用

¹党学青 ²夏婷娥

1 柞水县乾佑街道中心卫生院 妇产科 陕西商洛 711400; 2 柞水县人民医院 妇产科 陕西商洛 711400

摘要:目的 探究心理护理干预改善初产妇产后抑郁症患者心理状态及治疗依从性中的作用。方法 选取2019年1月~2022年1月在我院接受治疗的92例初产妇产后抑郁症患者,以随机信封法分为对照组($n=46$)、观察组($n=46$),对照组予以常规护理,观察组在常规护理基础上予以心理护理,观察两组心理状态、治疗依从性,以心理焦虑自评量表(SAS)、心理抑郁自评量表(SDS)评价心理状态,以Frankl量表评价治疗依从性。结果 干预前,两组患者SAS、SDS、Frankl评分均无统计学差异($P>0.05$);干预后,观察组SAS、SDS评分较对照组明显降低, Frankl量表评分较对照组明显升高,差异显著($P<0.05$)。结论 心理护理干预对于产后抑郁患者有积极作用,能够促进心理状态改善,并提升治疗依从性。

关键词: 心理护理干预; 初产妇; 产后抑郁症; 心理状态; 治疗依从性

Effect of psychological nursing intervention on improving mental state and treatment compliance of patients with postpartum depression in primipara

1Dang Xueqing 2Xia Ting'e

1Department of Obstetrics and Gynecology, Central Health Center of Qianyou Street, Zhashui County, Shangluo, Shaanxi 711400

2Department of Obstetrics and Gynecology, Zhashui County People's Hospital Shangluo, Shaanxi 711400

[Abstract]: Objective To explore the role of psychological nursing intervention in improving the psychological state and treatment compliance of primiparas with postpartum depression. Methods From January 2019 to January 2022, 92 cases of puerperal depression patients in our hospital were selected and divided into control group ($n=46$) and observation group ($n=46$) by random envelope method. The control group was given routine nursing, and the observation group was given psychological nursing on the basis of routine nursing. The psychological status and treatment compliance of the two groups were observed. Psychological status was evaluated by self-rating Anxiety Scale (SAS) and self-rating depression Scale (SDS), and treatment compliance was evaluated by Frankl scale. Results Before intervention, there were no significant differences in SAS, SDS and Frankl scores between 2 groups ($P>0.05$). After intervention, SAS and SDS scores in the observation group were significantly lower than those in the control group, while Frankl scale scores were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). Conclusion Psychological nursing intervention has a positive effect on postpartum depression patients, can promote the improvement of psychological state, and improve the treatment compliance.

【Key words】: Psychological nursing intervention; First-time mothers; Postpartum depression; Mental state; Treatment compliance

产后抑郁症,为产褥期常见精神综合征,主要表现为情绪低落、过度担心婴儿健康、失眠、对周围人群充满敌意等,重者有自杀倾向,治疗依从性差,严重损害产妇及新生儿的生命健康^[1]。产后抑郁症发生原因复杂,主要与生活环境、社会心理、遗传、内分泌等因素有关,初产妇因初当母亲,对一切尚未适应,发生风险更高。积极采取护理干预措施有助于减轻患者的抑郁情绪,改善产后抑郁症,促进身心健康,提升治疗依从性,从而对患者及新生儿产生积极作用^[2]。尽管,近年来诸多研究者开始关注产后抑郁症护理问题,并对此展开一系列研究分析,然而,目前尚未制定出一套科学、有效、规范的护理干预方案^[3]。笔者对相关问题的关注,在临床中关注产后抑郁症问题,并针对性制定和实施心理护理干预方案,应用于初产妇产后抑郁症中取得良好应用效果,可以为产后抑郁症临床护理干预方案的合理制定提供一定参考。现将相关内容报道如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年1月~2022年1月在我院接受治疗的92例初产妇产后抑郁症患者,以随机信封法分为对照组($n=46$)、观察组($n=46$)。对照组:年龄21~42岁,平均(33.29±4.18)岁;孕37~41周,平均(39.05±0.41)周;阴道分娩29例,剖宫产17例。观察组:年龄21~41岁,平均(33.41±4.22)岁;孕37~41周,平均(39.18±0.43)周;阴道分娩30例,剖宫产16例。组间数据经统计学分析 $P>0.05$,可比。纳入标准:(1)经量表评价证实产后抑郁症,爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)评分 ≥ 9 分;(2)初产、单胎、活产;(3)对研究内容知情,自愿参与;排除标准:(1)产前有抑郁病史;(2)近期有抗抑郁药物应用史;(3)近期经历巨大变动,如亲人离世、车祸等;

1.2 方法

对照组:予以常规护理。与患者主动沟通交流,对其进行宣教,宣教内容主要为产后抑郁症发生原因、危害、改善方式、注意事项等。采用多模式一对一宣教,在常规口述讲解基础上,结合患者的接受程度、实际状况通过播放视频、音频、动画等方式提升宣教的直观性及趣味性,并鼓励患者提问,结合提问情况针对性解答,让患者在充分了解产后抑郁症相关知识及应对方法基础上有意识克服并改善;并观察并及时安抚不良情绪、鼓励患者保持乐观心态,积极面对生活中的问题;针对性为患者提供育儿指导。

观察组:在常规护理基础上予以心理护理干预,具体内容如下:(1)组建心理护理干预小组:选取1名心理咨询师、1名护士长、10名具有丰富临床经验的临床护士(≥ 10 年),构建专业化心理护理干预小组,经培训、考核合格后安排护理工作,明确分工,实施护理责任制。(2)全面心理评估:全面调查患者家庭关系、社会关系、生活状况、性格特点、人生历程、妊娠及分娩历程等信息,分析患者的心理特征及产后抑郁症的发生原因,针对性制定护理干预方案。(3)正念冥想训练:指导患者每天做正念冥想训练,在安静地方平躺下,播放音乐《正念冥想》,放松身心,缓缓闭上眼睛,深呼吸2s、3s、4s,调整呼吸节奏,找到最佳呼吸节奏,放空心里。想象自己处于静谧的森林中、广阔的海边、蔚蓝的天空里,通过引导语言引导患者置身其中,分别以听觉、嗅觉、触觉感受美景,让其在自然状态下放松身心。每天冥想150min。

均持续护理干预1个月。

1.3 观察指标

观察两组患者心理状态、治疗依从性。(1)心理状态:应用SAS、SDS,于干预前、干预1个月,评价两组心理状况,量表均含有20条目,1~4分每条目,评分与焦虑、抑郁程度正相关^[4]。(2)治疗依从性:应用Frankl量表^[5]评价两组患者治疗依从性,具体评分方法如下:①1分(I级):拒绝;②2分(II级):和配合,表示不理解;③3分(III级):基本合作,但态度冷淡;④4分(IV级):能主动合作。

1.4 统计学方法

应用SPSS 26.0系统分析,计数资料以“ $n(\%)$ ”表示, χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验; $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 心理状态对比

干预前,两组患者SAS、SDS评分均无统计学差异($P>0.05$);干预1个月后,观察

组SAS、SDS评分较对照组明显升高($P<0.05$)。详见表1。

表1 两组心理状态对比($\bar{x} \pm s$;分)

组别	SAS		SDS	
	干预前	1个月后	干预前	1个月后
对照组($n=46$)	53.02±5.16	45.34±4.92	55.87±5.23	47.05±4.73
观察组($n=46$)	52.98±5.18	41.03±4.85	55.79±5.28	42.64±4.78
t	0.037	4.231	0.073	4.448
P	0.970	0.001	0.942	0.001

2.2 治疗依从性对比

观察组患者治疗依从性评分较对照组明显升高($P<0.05$)。详见表2。

表2 两组治疗依从性评分对比($\bar{x} \pm s$;分)

组别	治疗依从性评分
对照组($n=46$)	2.08±0.45
观察组($n=46$)	3.62±0.36
t	9.819
P	0.001

3. 讨论

产后抑郁症为产妇常见并发症,初产妇因难以快速适应产后生活有更高发生率。受生活压力、社会环境改变等诸多因素影响,产后抑郁症发生率呈现不断上升趋势,近年来有诸多关于产后抑郁症酿成悲剧的报道^[6]。因此,有必要关注产后抑郁症问题,寻找有效干预方法促进产后抑郁症改善。

目前,临床中多通过普及相关知识、健康指导、安抚等方式改善产后抑郁症,重在提升患者的自身认识^[7]。对照组经常规护理干预后,SAS、SDS评分有所降低,由(53.02±5.16)分、(55.87±5.23)分,降至(45.34±4.92)分、(47.05±4.73)分,但仍然较高;而且,本组患者治疗依从性评分偏低,仅为(2.08±0.45)分。由此判断,常规护理干预方法对于产后抑郁症患者心理状态、治疗依从性的改善作用有限。本文认为其主要原因为:常规护理干预方法缺乏针对性,无法帮助患者重建希望,虽然负面心理有所缓解,但对自身病情康复、育儿缺乏信心,因此作用效果并不理想。心理护理,是一种新型、针对性护理干预方法,以患者为中心,以改善患者心理状态为目的。心理护理干预已经广泛应用于多种疾病患者的临床护理当中,在精神心理疾病中应用尤为广泛。本次研究为观察组患者制定并落实心理护理干预,护理1个月后,SAS、SDS评分由(52.98±5.18)分、(55.79±5.28)分,降至(41.03±4.85)分、(42.64±4.78)分,心理状态改善效果优于对照组;而且,本组患者治疗依从性评分较高,为(3.62±0.36)分,而言高于对照组。这一研究结果表明,心理护理有助于促进产后抑郁患者心理状态、治疗依从性改善。

综上,心理护理干预有助于改善初产妇产后抑郁症患者心理状态、治疗依从性,效果显著,建议推广和使用。

参考文献:

- [1]叶彩云.高龄产妇与高龄经产妇后母乳喂养依从性及产后抑郁发生状况比较[J].中国实用医学,2020,47(18):79-82.
- [2]高莹.观察心理护理对产后抑郁症产妇的心理状态及治疗依从性的影响[J].国际感染杂志,2020,09(03):217-217.
- [3]朱静.积极心理学指导下的护理对产后抑郁症产妇心理状态及生命质量的影响[J].中国民康医学,2020,32(07):148-149.
- [4]金静.综合康复干预对产妇产后抑郁以及子宫康复情况的影响分析[J].中国实用医学,2021,16(03):166-168.
- [5]张虹.心理护理在无痛分娩初产妇产后抑郁产妇中的应用效果[J].中国民康医学,2020,32(20):179-180.
- [6]刘军节.观察综合护理干预对初产妇焦虑情绪和产后出血的影响[J].中国实用医学,2019,14(18):169-170.

稳定性冠心病的社区规范化治疗效果观察

丁秋芳

绍兴市中心医院医共体柯桥分院 浙江绍兴 312030

摘要：目的：研究社区规范化治疗对稳定性冠心病患者预后效果产生的影响。方法：纳入 110 例稳定性冠心病患者为本次研究对象，研究年限介于 2020.1–2021.7 之间，以随机抽签方式划分患者为两组（n=55），具体有对照组和试验组，使用的方法分别为常规治疗、社区规范化治疗，对二者疗效做以比较。结果：干预后各项生活质量评分、自我管理行为评分比较结果显示试验组更高， $P<0.05$ ；其总遵医依从率、患者总满意度统计结果均显示试验组更高， $P<0.05$ 。结论：对稳定性冠心病患者实施社区规范化治疗手段，可显著提高其自我管理行为，优化生活质量，对增强其遵医行为具有一定重要意义，患者具有较好的满意度，值得推广。

关键词：社区规范化治疗；稳定性冠心病；生活质量；依从性

冠心病为常见的临床疾病，主要是因患者冠状动脉血管出现炎症病变、动脉粥样硬化等病变，进而造成血管腔阻塞或狭窄问题产生，并诱发心肌缺血缺氧问题^[1]。其中稳定性冠心病属于该疾病诸多类型中的一种，不仅会导致患者机体健康受到影响，而且还会对其生命安全构成较大威胁。此类患者在患病后需要接受长时间的药物治疗，且需配合恰当的生活指导，以提升其预后效果，因此也对社区治疗工作提出了更高要求^[2]。在常规方法下，社区治疗工作主要是围绕指导患者遵医服药、病情监测等内容开展。虽然具有一定的干预效果，但是缺少足够的规范性，且患者在疾病认知方面有很多不足，导致其自我管理行为较差，进而造成遵医依从性降低等问题出现，此现象会使患者生活质量大幅降低，因此有很多不足之处^[3]。而运用社区规范化治疗工作，则会将上述不足之处有效满足，从患者体质、病情的角度出发，结合其心理状态、认知度等方面展开针对性干预，确保其综合治疗效果得到进一步提升^[4]。为深入探讨社区规范化治疗在临床中的应用效果，本文将对 2020.1-2021.7 期间收治的 110 例稳定性冠心病患者展开对照分析，详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究共有 110 例稳定性冠心病患者本纳入研究对象，时间为 2020.1-2021.7，分组按照随机抽签的方式，均等划分为对照组、试验组共两组（n=55），对照组患者含有男性 31 例、女性 24 例，年龄上限、下限值为 79 岁、55 岁，均数（63.21±2.18）岁；病程上限、下限值为 6 年、1 年，均数（3.84±1.03）年。试验组患者含有男性 32 例、女性 23 例，年龄上限、下限值为 78 岁、56 岁，均数（63.16±2.13）岁；病程上限、下限值为 7 年、1 年，均数（3.77±1.09）年。组间一般资料比较 $P>0.05$ ，有可比价值。

纳入标准：（1）经过诊断属于稳定性冠心病的患者；（2）病历资料有完整记载的患者；（3）有正常认知能力的患者；（4）知晓研究具体内容，签订告知书的患者。

排除标准：（1）非本社区常住居民；（2）合并其他心血管系统疾病的患者；（3）有精神障碍性疾病的患者；（4）年龄超出 80 岁或不足 50 岁的患者。

1.2 方法

对照组 55 例稳定性冠心病患者接受常规治疗：即结合患者病情指导其正确用药，并予以常规的健康宣教、饮食指导等，并定期组织开展随访及健康体检工作。

试验组 55 例稳定性冠心病患者接受社区规范化治疗：（1）规范化用药指导。①结合临床医师诊断结果、相关给药方案、患者自身并发病情况、身体状况等制定出更具针对性的用药计划，并在实施的过程中做出恰当调整。②结合患者实际患病情况，对其施以预防性药物治疗，主要包括调节代谢综合征、控制血糖、抗高血压、调节血脂等治疗药物，确保患者

生活质量得到良好改善。③将坚持用药的重要价值向患者和患者家属明确提出，并对其在日常生活中的实际用药情况展开跟踪随访工作，对遵医行为不佳者予以适当督促，同时鼓励其应当坚持按时、按量用药。（2）规范化生活指导。①运动方面，需结合患者实际情况制定出针对性的运动计划，指导其在日常生活中应当坚持开展阻力运动以及有氧运动，并根据自身机体变化将运动量、运动内容恰当调整。②饮食方面，结合患者日常饮食习惯制定出均衡的饮食计划，规避高盐、高油类食物的摄入，保障每日蛋白质、胆固醇、脂肪、碳水化合物、糖、能量等物质均得到合理摄取。③不良嗜好方面，重点向吸烟患者及其家属讲解吸烟都有哪些危害性，并在患者家属的共同配合下完成戒烟工作。（3）规范化健康宣教。在常规发放宣传单的同时，结合患者心理状态、身体状况、病情等制定出更具针对性的宣教计划，并采取一对一的宣教方法。

1.3 观察指标

指标具体包括干预前后生活质量变化、自我管理行为变化、遵医行为统计结果、患者满意度。

（1）生活质量：利用生活质量评分量表（SF-36），从精神状态、生理功能、总体健康、活力四个方面评价患者生活质量在干预前后的变化情况，赋予各项内容的总分值为 100 分。数据间生活质量之间为正相关。

（2）自我管理行为：在干预前后分别从遵医用药、病情监测、合理膳食、科学用药四个方面展开评价，其各项分值均在 0 到 100 分之间，统计结果与自我管理行为之间呈正相关。（3）遵医行为：若患者可以完全遵照医嘱配合完成用药、饮食等疾病干预工作，即评定为完全依从；若其在督促的状态下能够配合完成各项疾病干预工作，即评定为基本依从；若上述条件均无法得到满足，即评定为不依从。总遵医依从率=完全依从率+基本依从率。

（4）患者满意度：向患者发放医院自行拟定的满意度问卷表，总分 10 分， <6 分视为不满意；6–8 分视为满意； >8 分视为很满意。患者总满意度=1-不满意占比。

1.4 数据处理

各项研究数据均使用统计学软件 SPSS23.0 展开分析和处理，计量资料使用平均值±标准差表示，t 检验；计数资料使用百分比表示， χ^2 检验， $P<0.05$ 代表统计学意义存在。

2 结果

2.1 生活质量评分对比结果

试验组各评分结果在干预前均与对照组无差异， $P>0.05$ ；干预后试验组均更高， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1. 生活质量评分对比结果（分， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	精神状态		生理功能		总体健康		活力	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	55	72.98±4.36	94.06±2.41	72.72±4.51	94.10±2.48	72.69±4.52	94.28±2.43	72.80±4.46	94.21±2.34
对照组	55	72.76±4.41	90.45±4.53	72.76±4.76	90.54±4.70	72.71±4.47	90.60±4.51	72.83±4.52	90.59±4.66
t 值		0.2630	5.2176	0.0452	4.9681	0.0233	5.3272	0.0350	5.1484
P 值		0.7930	0.0000	0.9640	0.0000	0.9814	0.0000	0.9721	0.0000

2.2 自我管理行为评分对比结果

二组干预前对比差异不存在统计学意义， $P>0.05$ ；干预后显示试验组更高， $P<0.05$ ，见表 2。

表 2. 自我管理行为评分对比结果（分， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	遵医用药		病情监测		合理膳食		科学用药	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	55	74.85±5.18	95.82±2.65	74.43±4.78	96.04±2.38	74.94±5.57	95.72±2.02	74.62±5.48	95.73±2.39
对照组	55	74.92±5.12	91.75±4.28	74.37±4.17	92.39±4.71	74.69±5.89	91.28±4.75	74.58±5.24	91.67±4.35
t 值		0.0712	5.9960	0.0701	5.1294	0.2287	6.3793	0.0391	6.0664
P 值		0.9433	0.0000	0.9442	0.0000	0.8195	0.0000	0.9689	0.0000

2.3 遵医行为对比结果

试验组总遵医依从率明显更高， $P<0.05$ ，见表 3。

表 3. 遵医行为对比结果[n（%）]

组别	例数	完全依从	基本依从	不依从	总遵医依从率
试验组	55	31(56.36%)	22(40.00%)	2(3.64%)	53(96.36%)
对照组	55	26(47.27%)	20(36.36%)	9(16.36%)	46(83.64%)
χ^2 值		-	-	-	4.9495
P 值		-	-	-	0.0260

2.4 患者满意度对比结果

试验组患者总满意度统计结果显著更高， $P<0.05$ ，见表 4。

表 4. 患者满意度对比结果[n（%）]

组别	例数	很满意	满意	不满意	患者总满意度
试验组	55	33(60.00%)	21(38.18%)	1(1.82%)	54(98.18%)
对照组	55	28(50.91%)	19(34.55%)	8(14.55%)	47(85.45%)
χ^2 值		-	-	-	5.9296
P 值		-	-	-	0.0148

3 讨论

稳定性冠心病在临床中十分常见，属于一种慢性疾病，多种因素都会对病情控制带来影响，如饮食习惯、用药依从性、运动锻炼、生活习惯等。而在常规治疗工作开展过程中，其内容已较固定，对所有患者均采取相同的干预方法，因此并不能满足临床实际需求^[5]。

社区规范化治疗在实施的过程中，能够在常规疾病干预的基础上加以优化，并对各项工作内容进行完善，确保患者自信心和认知度得到提升，从而更加积极主动参与到临床诊治工作中，保障其具有良好遵医行为的同时，改善其生活质量^[6]。在本次研究中，试验组患者应用到的干预方法为社区规范化治疗，其最终统计结果显示：该组各项生活质量评分统计结果均较对照组显著更高， $P<0.05$ 。这一结果说明该方式在提升患者生活质量方面更具优势。同时试验组患者各项自我管理行为评分结果在于对照组进行较后，显示其干预后的数据更高， $P<0.05$ ；说明该方法能够将患者不良生活行为及时纠正，并提升其认知度，使自我管理行为得到改善。试验组总遵医依从率统计结果、总满意度统计结果均较对照组显著更高， $P<0.05$ ；说明使用社区规范化治疗更加容易得到患者的认可，并提升其遵医行为。进一步分析

原因可发现：该方法在应用的过程中，会增强同患者和其家属之间的沟通交流工作，并鼓励全家共同参与其中，以患者自身疾病情况为基础，了解其饮食、心理、运动等生活习惯，进而制定出更具针对性的干预计划，确保不同患者需求都能够得到良好满足^[7-8]。因此在实施后，不仅能够实现对其不良用药及饮食习惯的纠正工作，同时也能够保障其自我管理行为得到优化，对提高生活质量具有重要意义^[9]。此外，由于该方式充分体现出人文关怀的特点，因此也更加容易得到患者和家属的认可，满意度也会随之显著提升^[10]。

综上所述，社区规范化治疗在提升稳定性冠心病患者生活质量方面具有一定优势，且患者自我管理行为更强，遵医行为更好，满意度更高，值得普及。

参考文献：

- [1]蔡方云,闫士果. 卡托普利与缬沙坦治疗稳定性冠心病并心力衰竭疗效研究[J]. 中国社区医师,2019,35（7）: 15–16.
- [2]何祥胜. 冠心病 PCI 术后家庭医生社区规范化管理的实施效果分析[J]. 中国卫生产业,2021,18（12）: 1–4.
- [3]吴月娥. 医联体共建微信平台指导冠心病患者规范化治疗应用研究[J]. 中国社区医师,2021,37（15）: 182–183.
- [4]丁金凤. 慢病规范化管理在冠心病患者中的实施效果探讨[J]. 智慧健康,2021,7（5）: 62–64.
- [5]李秀红,侯斌,沈旭青,等. 稳定期慢性阻塞性肺疾病合并冠心病患者家庭规范化治疗的效果观察[J]. 现代实用医学,2019,31（12）: 1681–1683.
- [6]诸春燕. 社区家庭医生社区规范化管理对冠心病患者遵医行为和焦虑、抑郁发生情况分析[J]. 中国初级卫生保健,2019,33（5）: 39–40.
- [7]徐萧,刘炜,肖玉芬. 在社区医疗工作中实施冠心病三级预防的问题分析[J]. 中国基层医药,2019,26（5）: 638–640.
- [8]彭超敏,张欢. 中西医结合治疗冠心病心力衰竭的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2021,6（25）: 128–130.
- [9]程红雁. 社区综合护理在冠心病合并高脂血症患者中的效果观察[J]. 医药前沿,2021,11（18）: 102–103.
- [10]望家琴,王璇,李海燕,等. 强化-维持健康教育对社区冠心病病人干预的效果观察[J]. 全科护理,2019,17（8）: 1008–1009.

支持性团体心理治疗干预社区卫生服务中心老年住院患者焦虑抑郁的效果评价

曹文娟 苏蓓莹^{通讯作者}

上海市长宁区江苏街道社区卫生服务中心 200050

摘要:目的: 探讨社区卫生服务中心(CHC)老年住院患者采取支持性团体心理治疗干预对抑郁焦虑的效果。方法: 研究抽取CHC老年住院病例共80例, 样本抽取年限为2021.01~2022.02, 分组方法为双盲法, 将全部病例分为甲、乙组对比, 各纳入40例。甲组采取常规康复指导, 乙组采取支持性团体心理治疗干预。对比2组汉密尔顿抑郁/焦虑量表(HAMD、HAMA)、抑郁/焦虑自评量表(SDS、SAS)、生活质量问卷等评分变化及满意率, 以评定效果。结果: 统计显示, 2组对比HAMD、HAMA、SDS、SAS等评分结果, 乙组干预后得分均低于甲组($P<0.05$)。2组对比生活质量问卷结果, 乙组干预后主观感受、康复信念、生活能力等得分均低于甲组($P<0.05$)。结论: CHC老年住院患者采取支持性团体心理治疗干预的效果确切, 可有效改善其生活质量, 消除抑郁焦虑情绪, 有利于提升其主观感受, 增强康复信念, 可进一步借鉴推广。

关键词: 老年; 住院; 社区卫生服务中心; 支持性团体心理治疗; 抑郁; 焦虑

在社区卫生服务中心(CHC)中, 多数患者因存在躯体疾病, 所以会感到孤独无助, 且会产生多虑多疑等心理, 甚至会产生抑郁、恐惧、自卑、焦虑等负性心理, 其中抑郁率高达50.59%左右^[1-2]。对于患者而言, 不良心理除了会加重躯体疾病, 增加身心疾病效应, 还会降低患者疗效和依从性, 所以还需采取有效措施加以干预^[3-4]。因此本文则研究了CHC老年住院患者采取支持性团体心理治疗干预对抑郁焦虑的效果, 现将研究情况做以下阐述:

1. 资料与方法

1.1 资料

本次抽取CHC老年住院病例共80例, 样本抽取年限为2021.01~2022.02, 分组方法为双盲法, 将全部病例分为甲、乙组对比, 各纳入40例。统计处理参与研究中全部病例的基础资料, 其中甲组性别, 女21例、男19例, 年龄62~85岁, 均龄(72.45±3.41)岁。乙组性别, 女20例、男20例, 年龄62~85岁, 均龄为(73.14±3.55)岁。通过对2组病例信息经 χ^2 、 t 值统计处理并做对比发现, 统计值 $P>0.05$, 说明研究具有可行性。本次研究展开前所选对象事先知情且参与时均为自愿。

入选条件^[5]: 年龄≥60岁; 病程>1年; CHC住院>3个月; 涉及高脂血症、糖尿病、肺部疾病、心脏病、高血压等慢性疾病; 病情处于稳定期或康复期; 言语表达正常, 意识清晰, 躯体活动正常钙; 并发病或合并慢性疾病≤2种; 配合度良好。排除条件: 意识障碍; 聋哑; 精神疾病; 并发病或合并慢性疾病≥3种; 行动不便或长期卧床; 病情处于急性期; 住院<3个月; 中途退出研究。

1.2 方法

甲组采取常规康复指导, 乙组采取支持性团体心理治疗干预, 开展形式为封闭式团体心理疗法, 方法为团体心理动力学, 理论依据为支持性心理疗法。团体心理治疗共展开6次, 每次间隔1w, 干预持续12w, 活动时1h/次。以CHC住院部活动室为干预场所, 由1名社区医师(具备国家二级心理咨询师、心理治疗师资质)、1名精神科医师进行指导, 注意为患者提供舒适环境。具体为: (1)找共同点: 介绍团体心理疗法具体流程, 做好自我介绍; 团体成员讲述自身经历、爱好、兴趣, 展开破冰行动, 寻找有共同点的成员; 共同探讨活动目标, 制定团体契约, 确定团体活动目标。(2)主诉烦恼: 团体成员可对近期困扰或烦恼加

表1: 2组对比HAMD、HAMA、SDS、SAS评分($\bar{x} \pm s$, $n=40$, 分)

组别	HAMD		HAMA		SDS		SAS	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
乙组	21.44±6.52	18.32±2.07	15.44±5.02	13.01±1.02	59.42±9.44	51.02±3.61	52.11±8.25	45.25±3.02
甲组	21.38±5.64	20.32±3.55	15.41±5.21	14.22±1.91	59.25±8.52	55.25±6.41	52.16±8.41	48.81±5.22
t 值	0.2147	5.6254	0.1977	4.3625	0.2536	8.5144	0.3274	6.5147
P 值	0.584	0.005	0.748	0.011	0.624	0.000	0.489	0.000

2.2 对比生活质量问卷

统计显示, 2组对比生活质量问卷结果, 乙组干预后主观感受、康复信念、生活能力等得分均低于甲组($P<0.05$); 但干预前2组前述评分对比差异较小($P>0.05$)。如表2示。

表2: 2组对比生活质量问卷($\bar{x} \pm s$, $n=40$, 分)

组别	主观感受		康复信念		生活能力	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
乙组	8.38±1.62	5.22±1.21	16.42±4.23	12.31±2.55	18.32±5.15	15.22±2.14
甲组	8.41±1.69	7.07±1.62	16.55±4.38	16.05±2.14	18.51±5.24	16.84±2.65
t 值	0.5241	20.5141	0.4571	28.3255	0.3217	11.0325
P 值	0.633	0.000	0.524	0.000	0.611	0.000

3. 讨论

由于我国老龄人口的增多, 近些年老年慢性病患者显著增多, 其中涉及高脂血症、糖尿病、肺部疾病、心脏病、高血压等, 这就增加了老年患者的住院时间和住院率^[9]。对于CHC老年患者而言, 由于其病情处于稳定或康复期, 且病程较长, 所以需长期接受住院治疗。但随着住院时间的延长, 多数患者会产生一系列负性心理, 从而对其治疗依从性和整体疗效产生不利影响^[10]。有研究通过对患者展开团体心理治疗, 则可有效消除患者负性心理, 提升其总体疗效, 从而改善其预后和生活质量^[11]。此种护理模式是一种新型的护理手段, 可通过团体心理治疗和支持性活动等展开心理疏导和干预, 可帮助最大程度的缓解和消除负性情绪, 可有效减轻其心理负担, 从而提升其心理健康水平^[12]。本文通过对CHC老年住院采取支持性团体心理治疗干预, 结果显示, 干预前, 2组对比HAMD、HAMA、SDS、SAS等评分结果差异较小($P>0.05$); 但乙组干预后得分均低于甲组($P<0.05$)。该结果提示, CHC老年住院患者普遍存在一定的抑郁、焦虑等心理, 而经支持性团体心理治疗干预后, 患者抑郁、焦虑等相关量表评分显著降低, 说明此种干预模式可显著消除患者负性心理, 可显著改善其身心健康水平, 从而促进其疾病恢复。文中还显示: 2组对比生活质量问卷结果, 乙组干预后主观感受、康复信念、生活能力等得分均低于甲组($P<0.05$)。该结果提示, 支持性团体心理治疗干预可帮助患者改善生活能力, 可进一步增强其康复信念, 且可促使患者住院期间获得良好的主观感受, 有利于放松其身心状态, 进一步达到改善总体生活质量的目的。可见, CHC老年住院患者采取支持性团体心理治疗发挥着良好优势和作用。

综上, CHC老年住院患者采取支持性团体心理治疗干预的效果确切, 可有效改善其生活

以讨论或诉说, 了解周围是否由类似情景或经历等。(3)寻找方法: 团体成员共同讨论恩照, 寻找解决办法或缓解方案; 以情景模拟鼓励成员积极提出应对策略。(4)制定应对策略: 讲解应对策略、认知疗法等主要方法和操作技巧, 鼓励成员对认知疗法积极学习和时间。(5)宣泄情绪: 鼓励成员探寻宣泄负性情绪的方法和途径, 在实际生活中鼓励成员积极宣泄情绪等。(6)总结与分享: 总结分析活动经历, 分享收获和经验, 并对后续改进提出意见和建议。

1.3 评价指标

对比2组相关指标: (1)汉密尔顿抑郁/焦虑量表^[6](HAMD、HAMA); 其中HAMD共包括24项, 总分0~80分, 无抑郁<8分, 轻度8~<20分, 中度20~<35分, 重度≥35分; HAMA量表包括14项, 总分0~56分, 无焦虑<7分, 可能焦虑7~<14分, 焦虑14~<21分, 21~<29分明显焦虑, ≥29分严重焦虑, 各量表分值越低症状越轻微。(2)抑郁/焦虑自评量表^[7](SDS、SAS); 其中SDS量表包括20项, 采取1~4分计分, 临界值为53分; SAS量表包括20项, 采取1~4分计分, 临界值为50分, 分值越低症状越轻微。(3)生活质量问卷^[8]: 包括主观感受、康复信念、生活能力等三个维度, 其中主观感受采取5级评分法, 完全不同意5分, 不太同意4分, 一般3分, 基本同意2分, 完全同意1分, 总分3~15分, 分值越低越好; 康复信念评分方法及标准同主观感受, 总分5~25分, 分值越低越好; 生活能力采取4级评分法, 无法自理为4分, 需要辅助为3分, 有些困难为2分, 完全自理为1分, 总分9~36分, 分值越低越好。

1.4 分析数据

在研究中以评价指标为统计各项数据, 在软件SPSS22.0中对各项指标结果做出处理和统计, 以 χ^2 、 t 值等方法展开统计, 结果分别经 $\bar{x} \pm s$ 和 $n(\%)$ 来表示, 各自代表结果中的计量和计数值, 若 P 值<0.05, 则说明研究结果符合统计意义。

2. 结果

2.1 对比HAMD、HAMA、SDS、SAS评分

统计显示, 2组对比HAMD、HAMA、SDS、SAS等评分结果, 乙组干预后得分均低于甲组($P<0.05$); 但干预前2组前述评分对比差异较小($P>0.05$)。如表1示。

质量, 消除抑郁焦虑情绪, 有利于提升其主观感受, 增强康复信念, 可进一步借鉴推广。

参考文献:

- [1]王光凤. 心理护理在社区老年高血压患者护理中的作用分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(19): 151~152.
- [2]Miura Masakazu, Okuda Shinichi, Murata Kazuhiro, et al. Malnutrition and Frailty Are Critical Determinants of 6-Month Outcome in Hospitalized Elderly Patients With Heart Failure Harboring Surgically Untreated Functional Mitral Regurgitation[J]. Frontiers in Cardiovascular Medicine, 2021, 8: 764528~764528.
- [3]于建. 护理干预在社区老年慢性病患者健康管理中的作用探讨[J]. 中国保健营养, 2021, 31(7): 229
- [4]夏静静. 心理护理在社区老年高血压患者护理中的作用研究[J]. 中国保健营养, 2020, 30(20): 251.
- [5]孟庆娥. 探讨耳穴压豆与心理护理在社区老年病失眠患者中的效果[J]. 糖尿病天地, 2021, 18(5): 242.
- [6]沈洪娣. 家庭访视社区护理服务模式对老年慢性病患者不良心理及睡眠质量的改善探讨[J]. 康颐, 2021, 11(19): 97~98.
- [7]马晓琴. 心理护理对改善社区老年高血压患者心理健康的效果评价[J]. 中国保健营养, 2021, 31(18): 248.
- [8]赵辉. 支持性团体心理治疗干预社区卫生服务中心老年住院患者焦虑抑郁的效果评价[J]. 中华全科医学, 2019, 17(4): 614~618.
- [9]徐琴. 社区老年高血压患者实施心理护理对改善患者负面情绪及提升治疗效果影响研究[J]. 养生保健指南, 2020, 08(45): 147~148.
- [10]Zulfikar AbrarAhmad, Massimbo Delwende Noaga Damien, Hajjam Mohamed, et al. Results of the Second Phase of the GER-e-TEC Experiment concerning the Telemonitoring of Elderly Patients Affected by COVID-19 Disease to Detect the Exacerbation of Geriatric Syndromes[J]. Journal of Personalized Medicine, 2021, 11(11): 1117~1117.
- [11]李蕊, 朱立忠, 李婷, 等. 团体心理治疗对患者焦虑影响的研究[J]. 母婴世界, 2021(12): 287.
- [12]姚佳, 袁蓁, 王晋江. 团体心理治疗在老年期焦虑症患者干预中的效果观察[J]. 心理月刊, 2018, 05(11): 22.

临床药师开展药品不良反应监管工作研究

王 勋

泉州市市场监管综合执法支队 362000

摘要：目的：为了探究临床药师在药品不良反应（ADR）监管中的重要作用。方法：选取院内 2020 年的 ADR 报告，将其作为对照组，将 2021 年的 ADR 报告作为研究组，对两组的 ADR 漏报、报表质量、患者 ADR 教育与追踪随访情况进行调查，依靠柏拉图分析法剖析成因，利用鱼骨图进行分析，制定临床药师监管措施，对比两组的漏报情况、报表质量、ADR 教育效果以及追踪随访发生四项指标的改变。结果：在 ADR 监管实施前，漏报率为 81.25%；在报表质量方面，研究组的信息遗漏率为 6.25%，低于对照组的 47.50%，二者差异显著， $P<0.05$ ；在 ADR 患者教育与跟踪随访方面，与对照组相比，研究组的总干预率相对较高，说明患者 ADR 教育水平、跟踪随访干预频率较高，二者差异显著， $P<0.05$ 。结论：在 ADR 工作开展中，由临床药师创新监管工作模式，通过调查访问、培训教育、上报监督、跟踪随访等方式，使临床用药更加科学且安全。

关键词：临床药师；不良反应监管；工作模式；合理用药

引言：药剂科作为临床药学体系的重要内容，在现代化医学发展下，其工作模式逐渐由以往药品供应管理朝着药学技术服务转变，日常工作不再以“药品”为中心，而是围绕患者提供所需的服务，促进药学业务水平提升。据调查，全球 1/3 的死亡病例并非因疾病本身，而是不合理用药导致^[1]。因药品上市前需要开展动物实验，对遗传代谢、精神与行为表现等方面进行研究，但动物与人类存在本质区别，加上用药条件、患者年龄等因素影响，一些药品的不良反应无法在上市前探知。可见，药品上市并非其评价的结束，而是密切观察用药安全的开始，应借助科学手段对药品客观评价，合理指导用药，避免药害重复发生，这就要求加强 ADR 监测。由临床药师负责开展此项工作，不但可提高临床药物服务技能，还可使患者生命安全与身体健康得到切实保障。本研究重点对临床药师在 ADR 监管中的作用进行分析，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从院内 ADR 监测中心调取 2020 年—2021 年的 ADR 报告，根据国家食品药品监管不良反应判断指导原则进行评价，共计调取 160 份 ADR 报表。

1.2 方法

采用问卷调查的方式，面向院内医务人员询问 ADR 漏报原因，从监测中心调取的数据报表中，调出 2020 年和 2021 年各 80 份 ADR 报表，对报表质量进行统计分析。以电话访问的形式，对报告内患者接受过 ADR 教育程度与跟踪随访情况进行分析；利用柏拉图分析法剖析问题成因，再鱼骨图分析法制定监管措施，由临床药师负责贯彻落实；最后对比 ADR 监管实施前后的漏报率、报表质量、追踪随访情况，对比二者间差异是否有效。

1.3 统计学方法

对于临床药师漏报率、报表质量两项指标，利用 Excel 软件进行统计分析，对漏报原因进行柏拉图分析，再将 ADR 实施前后报表质量、跟踪访谈情况纳入到 SPSS16.0 软件中进行对比分析，组间开展卡方检验。如若 $P<0.05$ ，意味着两组差异具有统计意义。

2 结果

2.1 ADR 漏报原因分析

在 2020 年的 80 份报表中，发现有 65 份存在漏报问题，漏报率为 81.25%。其中，有 12 人因为担心引发非必要医疗纠纷，占比 15%；有 15 人因“报告填写复杂”，占比 18.75%；有 10 人因“无法鉴别 ADR”，占比 12.5%；有 9 人表示“ADR 报告流程不清楚”，占比 11.25%；有 19 人认为“ADR 正常无需上报”，占比 23.75%，具体如表 1 所示。

表 1 临床医师 ADR 漏报原因		
	人数	占比（%）
担心引发非必要医疗纠纷	12	15
报告填写复杂	15	18.75

无法鉴别 ADR	10	12.5
ADR 报告流程不清楚	9	11.25
ADR 正常无需上报	19	23.75
合计	65	100

2.2 两组报表质量对比

研究组的信息遗漏率为 6.25%，低于对照组的 47.50%，二者差异显著， $P<0.05$ ，如表 2 所示。

表 2 两组报表质量对比					
n=80	药品使用信息遗漏	未使用 WHO 术语描述	患者信息遗漏	ADR 症状描述不全面	遗漏率
研究组	1	2	1	1	6.25%
对照组	8	7	11	12	47.50%
χ^2			-		34.63
P			-		$P<0.05$

2.3 两组患者 ADR 教育、跟踪随访情况对比

与对照组相比，研究组的总干预率相对较高，说明患者 ADR 教育水平、跟踪随访干预频率较高，二者差异显著， $P<0.05$ ，如表 3 所示。

表 3 两组患者 ADR 教育、跟踪随访情况对比					
n=80	了解 ADR 常识	知晓自身出现 ADR 情况	关注 ADR 是否二次发生	接受过 ADR 随访	总干预率
研究组	23	15	9	27	88.75%
对照组	3	2	1	6	15.00%
χ^2			-		48.61
P			-		$P<0.05$

3 讨论

ADR 是指药品在遵循说明书的情况下出现与用药目的无关的副作用、毒性反应、依赖性等等，在服药后产生的不良反应可根据患者主观感受、对其健康带来的后果进行划分，一般分为轻度和重度两种。根据徐娟研究可知，有 10% 的患者在住院期间服药后出现不良反应，致死率在 0.25—2.90% 之间^[2]。国内每年有 1000 万人服药后出现不良反应，有将近 19 万人因此死亡，增加医疗费用约 45 亿元。由此可见，“是药三分毒”，药品不良反应与药品相伴而生，属于一种客观现象与风险，在临床用药中无法彻底规避，需要临床药师认真严谨的对

待,通过大力开展ADR监测工作,使用药安全得到保障。

3.1 ADR 监测工作现状与问题

在柯静研究中表明,当前政府与医院自身对ADR监测工作给予高度重视,使药品生产、销售与使用等方面均得到全面监测,并在上市后开展ADR再评价等工作,为公众用药安全提供切实保障^[3]。但是,在ADR监测工作开展中仍存在些许不足,如报告数量不足、质量差、相关监管制度不健全等等,使ADR监测效果受到较大影响,具体表现如下。一是报告主体的能动性较弱,ADR报告的主体为制药企业,因药品属于特殊商品,人们对药品的认知水平较低,使ADR监测工作受到一定制约,加上制药企业不愿意主动追踪药品的不良反应,担心后续会面临不必要的纠纷与赔偿,一般在药品上市后便很少对安全性问题跟踪调研。对于医院来说,ADR监测不会为自身带来直接经济效益,且许多医务人员对ADR病例有错误认知和顾虑,担心报告后影响自身的医疗水平,或者陷入到医疗纠纷之中,因此一般不愿意主动报出ADR,使专业机构很难获取有效的ADR相关信息。二是ADR监测水平较低,形式化普遍。ADR监测的主要目的便是发现新的、严重的药品不良反应,在现有报告中98%左右为已知的不良反应,个别报告单位为了达成工作指标,单纯注重报告数量,忽视报告质量,未能利用监测体系发现预警信号,从而开展风险官;一些基层监测机构在ADR报告采集与上报期间,针对报表分析与评价工作的重视度较低,且受技术因素影响,很难为临床用药提供指导作用;三是ADR监测管理制度不完善。孙振舜经过研究指出,现有ADR监测规章制度中部分内容不符合药监与卫生机构的标准,且很难产生较强约束力。对于医疗机构来说,药监部门的作用在于ADR监管,但具体工作由临床药师完成,因现有制度中并未明确各岗位人员的具体职责,导致实际业务全靠自觉,缺乏有力的监管^[4]。

3.2 临床药师在 ADR 监测中的作用

本文调研的ADR报告中,主要为静脉给药,占比为总报告数量的73.50%,且以抗感染和质子泵抑制剂为主,可能因院内收治的急性胰腺炎、消化道出血两大病种相关。通过在2021年开始实施ADR监测工作,临床药师参与查房,使ADR报告开始发生以下变化,一方面是报告率明显增长,从0.63%提高到4.52%,漏报率明显降低,信息遗漏率从原本的47.50%降低到6.25%,使报告质量得到极大提升;另一方面是报告中的临床表现更加多样,包括肾功能异常、心悸、尿酸升高、血压升高等多种不良反应情况。在药品ADR监测工作中,通过临床药师的参与,可及时纠正不合理用药,规范临床用药操作,确保用药安全无害。

本研究重点对临床药师在ADR监测中的重要作用进行研究,分别采集2020年—2021年院内160份ADR报告,针对ADR监测工作实施前后的漏报率、报表质量、患者ADR教育水平以及跟踪访问情况进行对比分析。根据研究结果可知,在ADR监测工作实施之前,因“报告填写复杂”、“无法鉴别ADR”、“ADR报告流程不清楚”、“ADR正常无需上报”等缘由导致漏报率达到81.25%,在实施ADR监测工作后,在报表质量方面,研究组的信息遗漏率为6.25%,低于对照组的47.50%,二者差异显著, $P<0.05$;这说明该项工作的开展可提高临床药师的ADR报告意识,能够主动上报ADR信息,降低监管难度,很少因人因因素出现患者信息、药品使用信息遗漏情况,能够正确使用WHO属于描述,并将ADR症状真实全面的描述出来,提高报表质量。在深入临床后,为患者提供科学的用药服务,及时发现、分析和避免ADR产生。针对已经出现的不良事件,深入剖析成因,如用药剂量是否过大、静脉滴注速度是否得宜、服药频率是否过高等等,准确判断不良反应是否为药源性反应,从而确保合理用药,降低ADR危害。在ADR患者教育与跟踪随访方面,与对照组相比,研究组的总干预率相对较高,说明患者ADR教育水平、跟踪随访干预频率较高,二者差异显著, $P<0.05$ 。这意味着通过临床药师积极参与患者ADR教育,定期跟踪访问,可使患者对ADR的认知水平不断提升,开始关注自身是否遇到过ADR,并掌握ADR的基本常识与应对措施。在李学荣研究中指出,在患者ADR教育与随访中,药师应避免过多使用医学术语,以免影响其理解记忆^[5];对于部分对ADR具有恐惧心理的患者,药师在与之交流前应关注其性格,

使用恰当的词语和方式,避免过多宣教,以免造成用药恐慌,从而达到良好的教育普及效果。

3.3 ADR 监测效率提升措施

在药物ADR监测期间,临床药师可依靠药学通报、药讯等,使药物得到合理利用,尽可能避免和减少不良反应发生,还要通过组建小组、完善制度、提高水平等方式,改善ADR监测现状,促进整体监测效率提升,具体如下。

(1) 组建ADR监测小组。院内结合实际情况,组建专门的ADR监测小组,组长由分管院长担任,副组长由药剂科、医务科和护理部主任担任,成员为各临床科室的主任,由专人负责药品不良反应信息进行采集、整理和上报。编制药品ADR报告程序,一旦发现可疑药品的不良反应,将其填写到表格中,上报给药事委员会进行审查,将整理好的报告以电子版形式传递给当地的药品管理机构,通常以季度为单位,将ADR报告统一传递,针对新发现的、严重的ADR报告需要在15日内传递;临床药师负责采集相关文件,并制定监测方案,针对已经出现ADR的药品采取控制措施,必要情况下可紧急封存或召回。

(2) 完善ADR监测相关制度。针对ADR报告的上传时间、内容、检查方法进行确定,明确各部门人员的职责,对制药厂家、经营企业以及医疗机构的职责进行明确,一旦发现群体不良反应事件,应立即向药监和卫生部门上报,由相关部门进行调查核实。这就要求药监部门完善群体不良反应的应急机制,健全系统中各级ADR监测机构评价体系,与卫生等相关部门建立良好关系,使群体性不良反应事件能够被及时发现,在各部门通力配合下,使其得到妥善处理,尽可能降低不良事件带来的损失,保障患者生命安全;针对医疗机构中ADR上报数量少的问题,监测中心如若单纯对报告数指标进行考核,很容易使机构片面追求报告数量,忽视质量,导致缺项过多,难以做出客观有效评价。对此,医疗机构在监测期间应注重报表质量,采集有价值的信息,综合分析各项评价指标,将ADR报表中描述部分进行拆分,分为信息上报项目、必填项目等,由此提高报表质量,促进ADR评价分析与利用。

(3) 提高药师合理用药水平。临床药师应明确自身的主要任务,即学习和参与临床用药,通过与医生一同查房、参加病例讨论等方式,了解药品相关知识,分析用药合理性、安全性,在遇到问题时虚心请教医生,提高自身的用药水平。同时,还可开展处方点评活动,每月随机选择一天的处方进行点评,根据《处方管理办法》的规定,对用药合理性、药品类型、抗菌药物比例等进行评价,将抽查结果整理后提交给主管领导,根据规定对问题处方进行处罚,由此提高药师的处方书写质量,促进合理用药水平提升。

综上所述,在药品ADR监测工作中,临床药师发挥的作用不容忽视,可通过参与查房、组建ADR监测小组、完善ADR监测相关制度等方式,使ADR报告率明显增长、漏报率降低、报告中的临床表现更加多样,及时纠正不合理用药,规范临床用药操作,确保用药安全无害,缓解医患紧张关系,促进医疗药学事业的可持续发展。

参考文献:

- [1]赵雪丽,郑咏池,唐仕炜,等.临床药师药品不良反应监测参与度研究及工作模式探讨[J].中国药业,2022,31(4): 036-038.
- [2]徐姑.药品不良反应监测工作中临床药师的作用研究[J].管理观察,2020(5):012-014.
- [3]柯静,王林海,汪选斌.临床药师参与药品不良反应监测工作体会[J].药物流行病学杂志,2021,20(1): 126-128.
- [4]孙振舜.临床药师在医院临床药品不良反应监测工作中的作用[J].抗感染药学,2019(8): 025-028.
- [5]李学荣.医院开展药品不良反应监测工作的意义和做法[J].中国临床医药研究杂志,2020,000(101): 134-135.

作者简介:王勛(1990年12月出生)男,汉族,籍贯:福建省泉州市,现供职于泉州市市场监管综合执法支队,本科(医学学士),研究方向:药品不良反应,邮编:362000。

经腹子宫肌瘤剔除术与腹腔镜下子宫肌瘤剔除治疗子宫肌瘤的临床效果对比分析

范玲

榆林市定边县人民医院 妇科 陕西榆林 718699

摘要：目的：探究经腹子宫肌瘤剔除术与腹腔镜下子宫肌瘤剔除治疗子宫肌瘤的临床效果比较。方法：从2019年1月~2022年1月子宫肌瘤患者中，抽取60例作为研究对象，随机分为对照组（30例，经腹子宫肌瘤剔除术）与观察组（30例，腹腔镜下子宫肌瘤剔除术），比较两组临床治疗效果。结果：观察组手术时间、术中出血量、术后排气时间、术后下床时间以及住院时间均少于对照组，差异具备显著性（ $P<0.05$ ）；观察组并发症少于对照组（3.33%VS26.66%），差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组治疗后C反应蛋白（CRP）、肿瘤坏死因子（TNF- α ）以及白介素-6（IL-6）水平均低于对照组，差异具备显著性（ $P<0.05$ ）；观察组雌二醇（E2）、卵泡刺激素（FSH）以及黄体生成素（LH）水平均优于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组生理功能、躯体疼痛、社会功能、情感职能、精神健康、总体健康、生命活力以及心理健康评分均高于对照组，差异具备显著性（ $P<0.05$ ）。结论：针对子宫肌瘤患者，通过腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗，能够提高患者临床治疗效果，减轻炎症反应，改善卵巢功能，值得推广。

关键词：经腹子宫肌瘤剔除术；腹腔镜子宫肌瘤剔除术；临床效果；生活质量

子宫肌瘤是妇科常见疾病类型之一，临床治疗以手术为主。传统手术主要通过经腹部进行子宫肌瘤剔除术，但是手术治疗可能在卵巢周围进行血管结扎，容易对卵巢功能产生影响，并让患者出现多种术后并发症，不利于患者身心健康。随着腹腔镜技术在临床中广泛应用，让腹腔镜下子宫肌瘤剔除术成为针对子宫肌瘤的新型治疗方法。手术创口小，术后患者恢复快，因此受到广大患者的青睐^[1-3]。但是临床针对腹腔镜子宫肌瘤剔除术的研究资料还不够完善，因此，本次研究主要以60例子宫肌瘤患者为例，分析两种手术方式的实际作用及对患者产生的影响，探讨各自的优缺点，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从我院2019.1~2022.1收治的子宫肌瘤患者中，随机挑选出60例进行研究，根据随机数字表法，分为对照组与观察组，每组各30例。对照组：年龄22~48（35.0 $\pm$ 4.3）岁，观察组：年龄23~47（35.0 $\pm$ 4.0）岁。两组一般资料对比，差异不明显（ $P>0.05$ ），可比较。纳入标准：①患者资料均可查询，并且真实、完整。②患者及家属均在完全知情条件下，签署书面文件表示自愿同意。③具备正常交流及沟通能力。④患者均通过手术治疗，并且符合手术指征。排除标准：①中途离开研究，无法全程参与。②存在认知障碍及精神疾病患者。③存在凝血障碍情况。④配合度及依从性难以达标情况。⑤合并其他严重肿瘤患者。⑥有严重传染性疾病患者。

1.2 方法

对照组：经腹子宫肌瘤剔除术，患者采用全身麻醉，术中根据患者子宫肌瘤的实际位置、数量以及大小等情况，决定手术的切口方向及剔除方式，如果肌瘤体积大，则需要注射缩宫素再剔除，最后止血与缝合。

观察组：腹腔镜下子宫肌瘤剔除术，内容如下：术前指导患者完成肠道准备，做好术前准备后，患者取平卧位，对患者采用气管插管联合静脉麻醉的方式，对患者实施全麻，并常规消毒铺巾，在患者脐部上缘完成一道横切口，长度为1cm，并使用穿刺针完成穿刺后，注入二氧化碳进行气腹的建立，保持12-14mmHg气腹压力。然后在穿刺套管完成穿刺，将腹腔镜进行有效置入，并分别在左右下腹部完成2-3个孔，将相应器械置入。观察患者子宫肌瘤的周围具体情况，查看肌瘤大小、位置以及数量等，并看盆腔有无粘连情况发生。将6U垂体后叶素与2ml生理盐水进行充分溶解后，对患者子宫肌瘤周围的宫体部位完成注射，将假包膜使用超声刀进行有效切开，并将瘤体分离出来，然后再对患者通过电凝止血法进行止血，在腹腔镜下对患者使用可吸收缝合线完成缝合，将瘤体取下后完成病理学检测。

1.3 观察指标

①观察并对比手术指标，包括手术时间、术中出血量、术后排气、下床以及住院时间，根据患者临床情况进行统计。

②统计与对比并发症，总发生率=（尿潴留+切口感染+盆腔粘连）/患者总例数 $\times$ 100%。

③比较炎症因子指标，主要包括CRP、TNF- α 以及IL-6，通过抽取患者治疗前与治疗后5ml空腹静脉肘部血，通过离心处理，保持3000r/min，离心时间10min，取上清液，再进行检测。

④观察与对比两组卵巢功能指标，包括雌二醇（E2）、卵泡刺激素（FSH）以及黄体生成素（LH）。

⑤通过SF-36通用量表评估生活质量，从8个方面评测，每项分值范围在0-100分之间，得分越高代表患者生活质量越佳。

1.4 统计学方法

采用（ $\bar{X} \pm s$ ）对计量资料展示，通过 t 进行检验，使用[n（%）]对计数资料展示，通过 χ^2 检验；均符合正态分布，0.05为中介点， P 在中介点之下，代表数据差异明显，软件工具：SPSS26.0。

2 结果

2.1 两组患者手术指标对比

观察组手术时间、术中出血量、术后排气时间、术后下床时间以及住院时间均比对照组更少，差异显著（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 比较手术指标（ $\bar{X} \pm s$ ）

项目	观察组（n=30）	对照组（n=30）	t 值	P 值
手术时间（min）	100.64 $\pm$ 23.84	115.42 $\pm$ 26.51	2.271	0.027
术中出血量（mL）	95.13 $\pm$ 4.18	102.57 $\pm$ 3.89	7.137	<0.001
术后排气时间（h）	42.36 $\pm$ 10.54	55.67 $\pm$ 4.91	6.270	<0.001
术后下床时间（d）	45.05 $\pm$ 4.64	52.61 $\pm$ 4.16	6.645	<0.001
住院时间（d）	8.36 $\pm$ 2.15	10.92 $\pm$ 3.48	3.428	0.001

2.2 两组患者并发症发生率对比

观察组并发症比对照组更少，差异明显（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 比较并发症[n（%）]

组别	例数	尿潴留	切口感染	盆腔粘连	总发生率
对照组	30	3（10.00）	4（13.33）	1（3.33）	8（26.66）
观察组	30	0（0.00）	1（3.33）	0（0.00）	1（3.33）
χ^2 值	-	-	-	-	4.706
P 值	-	-	-	-	0.030

2.3 两组患者炎症因子水平对比

治疗前，两组对比，差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，观察组各项炎症因子水平均比对照组更低，差异显著（ $P<0.05$ ），见表3。

表 3 比较炎症因子水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CRP (mg·L ⁻¹)		TNF-α (μg/L)		IL-6 (ng·ml ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	8.16±1.21	40.05±6.23	45.18±11.36	31.83±10.12	8.73±2.05	60.32±10.53
观察组	30	8.25±1.32	25.34±5.47	45.08±12.06	20.03±7.41	8.68±2.29	38.16±10.02
t 值	-	0.275	9.718	0.033	5.153	0.089	8.350
P 值	-	0.784	<0.001	0.974	<0.001	0.929	<0.001

2.4 两组患者卵巢功能指标对比

差异明显 (P<0.05), 见表 4。

治疗前, 两组对比, 差异不明显 (P>0.05), 治疗后, 观察组卵巢功能均比对照组更优。

表 4 比较卵巢功能指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	E2 (pmol/L)		FSH (U/L)		LH (U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	273.15±12.37	230.42±10.15	17.21±1.43	24.61±1.75	18.14±1.68	21.57±1.84
观察组	30	273.54±12.85	261.28±11.07	17.04±1.16	20.54±1.38	18.52±1.34	19.35±1.47
t 值	-	0.120	11.254	0.506	10.003	0.969	5.163
P 值	-	0.905	<0.001	0.615	<0.001	0.337	<0.001

2.5 两组患者生活质量对比

观察组各项生活质量评分均比对照组更高, 差异显著 (P<0.05), 见表 5。

表 5 比较生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t 值	P 值
生理功能	77.27±8.81	64.19±6.22	6.643	<0.001
躯体疼痛	74.91±7.54	61.89±6.46	7.182	<0.001
社会功能	81.83±8.13	74.67±6.28	3.817	<0.001
情感职能	69.71±7.15	52.87±5.98	9.895	<0.001
精神健康	76.19±8.24	61.57±6.18	7.774	<0.001
总体健康	84.94±7.38	71.16±5.32	8.296	<0.001
生命活力	86.37±5.38	72.29±5.12	10.384	<0.001
心理健康	76.68±4.19	66.64±4.11	9.369	<0.001

3 讨论

子宫肌瘤是女性常见肿瘤之一, 大部分属于良性, 通过手术切除后, 预后效果良好。随着现阶段人们生活节奏的加快, 让子宫肌瘤发病率也逐年递增, 对女性身体健康产生不利影响。子宫肌瘤的临床症状通常表现为白带增多、月经量增多等, 手术治疗是较为有效的治疗方式之一, 通过将瘤体进行有效切除, 能够改善患者症状, 促进患者恢复健康。但是由于手术容易对患者卵巢功能产生影响, 让患者发生激素分泌紊乱等情况, 无法保证患者术后生活质量。腹腔镜手术作为微创手术的一种, 对机体损伤较小, 对患者预后改善有良好效果^[4-5]。因此, 本文主要从腹腔镜下子宫肌瘤切除术的角度进行分析, 探讨在实际应用中对患者产生的影响。

传统经腹子宫肌瘤剔除术安全性高, 费用较低, 并且适应症较广, 所以在针对子宫肌瘤的治疗中占据重要地位, 但是手术创口大, 患者在术后康复过程中, 容易出现多种并发症, 不利于患者康复。在微创技术的发展下, 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术应运而生, 同样可以让患者得到良好疗效, 并能够将传统手术的不足之处进行充分弥补, 更加有利于患者预后^[6-7]。本次研究结果显示, 观察组手术指标均更优, 说明通过腹腔镜下子宫肌瘤切除术, 可以缩短患者治疗时间, 让患者术后恢复速度更快, 更加有利于患者机体恢复。通过腹腔镜下手术, 可以让术野更加清晰, 可以针对肌瘤完整切除, 在切除同时, 能够降低对其他组织损伤的风险, 可以保证患者器官功能的正常生理功能, 并且减少盆腔感染几率, 因此患者术后并发症更少, 本次研究充分证实这一点, 观察组并发症更少。通过腹腔镜手术, 对患者机体造成创伤比较小, 并使用电凝止血, 可以将机体炎症反应的刺激减少, 进而让炎症因子指标处于更加稳定状态, 减轻患者炎症反应。观察组卵巢功能更优, 分析原因, 腹腔镜手术能够让盆腔功能的完整性得到充分保证, 并将宫颈及连接的韧带得以保留, 让患者的卵巢功能可以得到

有效保护, 免于卵巢功能受损的风险, 所以对患者日后生活质量的提升有积极意义。观察组生活质量更高, 主要由于腹腔镜手术不会给患者带来很大的术后疤痕, 手术创面小, 不仅愈合快, 并且还起到美容作用, 有效提升患者的整体生活质量。但是腹腔镜手术对操作医师的要求非常高, 不仅具备丰富的临床操作经验, 同时也要熟练的独立完成手术, 避免术中伤及患者周围器官组织, 加上手术费用相对较高, 这些原因的制约, 对腹腔镜的临床应用产生局限作用^[8-10]。本次研究并未针对远期影响进行研究, 所以研究还存在部分局限性。希望未来研究可以拓宽思路, 将研究内容进一步扩展, 对研究结论加以验证, 为临床治疗的研究提供更多前瞻性观点。

综上所述, 将腹腔镜下子宫肌瘤剔除术应用于子宫肌瘤患者治疗中, 可以保证患者得到良好临床治疗效果, 保护患者卵巢功能, 并促进炎症因子水平有效降低, 减少患者治疗时间, 降低并发症发生率, 有助于患者尽早摆脱病痛折磨, 尽快恢复身体健康。临床应用价值较高, 值得推广应用。

参考文献:

- [1]王春春,马德红.腹腔镜辅助下阴式全子宫切除术与经阴道全子宫切除术治疗子宫肌瘤的临床疗效及并发症观察[J].贵州医药,2022,46(03): 449-450.
- [2]梁溶晏,张婷,醋酸曲普瑞林联合腹腔镜子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者激素水平及子宫肌瘤复发的影响分析[J].贵州医药,2021,45(11): 1753-1755.
- [3]计雪玲,郭豪,黄嘉敏,等.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术联合子宫动脉上行支阻断术治疗子宫肌瘤的效果及对患者卵巢功能的影响[J].广西医学,2021,43(09): 1078-1081.
- [4]王璇,许莉,孙明霞,等.开腹手术与腹腔镜下子宫肌瘤剔除术对患者肌瘤复发、氧化应激及血清学损伤指标的影响[J].中国内镜杂志,2021,27(04): 26-30.
- [5]邢翠,陈雅衡.腹腔镜子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者术后生活质量和盆底功能的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(04): 946-948.
- [6]汤永蓉,王熙,周栩茹.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的临床疗效及其对病人激素指标和炎症因子水平影响[J].蚌埠医学院学报,2021,46(01): 58-61.
- [7]王远行,方慧彬,全进毅.微创腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的效果分析[J].中华肿瘤防治杂志,2020,27(S1): 127-129.
- [8]丁新颖,陈锡琴.腹腔镜子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者切口感染率、术后并发症发生率及近期疗效观察分析[J].中华肿瘤防治杂志,2020,27(S1): 133-135.
- [9]乔克坤,李向,向志雄.超声引导下腰方肌阻滞联合全麻对腹腔镜子宫肌瘤剔除术中血流动力学及镇痛效果的影响[J].广西医科大学学报,2020,37(04): 751-755.
- [10]关新金,华彩红,王世进,等.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹子宫肌瘤剔除术治疗巨大子宫肌瘤疗效比较[J].新乡医学院学报,2020,37(03): 243-245.

绿色通道多学科诊疗模式提高高龄股骨转子间骨折的临床疗效

郝刚

阎良区人民医院 外二科 陕西西安 710089

摘要：目的：对股骨转子间骨折患者进行绿色通道多学科诊疗模式的应用，做好效果比较。方法：选取 80 例股骨转子间骨折患者，其收治时间为 2017—2021 年近 1 年间，分别对股骨转子间骨折患者采用不同治疗方式治疗，分别采用常规处理、绿色通道多学科诊疗模式，做好治疗效果、功能评分以及并发症情况的比较。结果：研究组患者压疮、呼吸道感染、泌尿感染发生率分别 2（5.00）、1（2.50）、0（0.00），为（ $t=9.467、8.256、7.367、8.356$ ） P 均 <0.05 。研究组患者症状控制时间、治疗时间、住院时间分别为 $8.12\pm1.35d、13.54\pm1.35、20.37\pm2.30d$ ，经比较，研究组采用手术治疗后情况明显改善（ $P<0.05$ ）。研究组股骨转子间骨折患者的治疗有效率 95.0% 优于常规组，效果较好（ $P<0.05$ ）。研究组治疗前评分为 5.62 ± 0.24 ，治疗 1 月、3 月评分分别为 $4.23\pm0.35、3.67\pm0.43、2.23\pm0.61$ ，效果优良。结论：对股骨转子间骨折患者进行绿色通道多学科诊疗模式，整体症状控制时间优良，同时患者情况明显较好。

关键词：绿色通道多学科诊疗模式；股骨转子间骨折；临床分析

在现阶段随着人口老龄化的加重，老年髋部骨折的发生率在不断提升，对于年龄在 75 岁以上的高龄人群更容易出现髋部骨折。当前来说，高龄人群一般伴有骨质疏松等相关疾病，因此老年髋部骨折整体发病率高、致死率高。当前来说，股骨转子间骨折作为髋部骨折的一种常见类型，通过对股骨转子间骨折进行绿色通道多学科的诊疗，在制定标准化流程和诊疗规范的同时，旨在保障高龄股骨转子骨折的手术效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 80 例股骨转子间骨折患者，其收治时间为 2017-2021 年近 1 年间，分别对股骨转子间骨折患者采用不同治疗方式治疗，选用随机分组方式，股骨转子间骨折男性、骨折女性人数各计 43 例、37 例，骨折患者的年龄处于 65-80 岁范围内。通过对 80 例股骨转子间骨折患者进行分组（常规组、研究组），常规组患者年龄处于 65-78 岁，年龄均值为 66.35 ± 1.24 岁。研究组患者年龄处于 65-79 岁，年龄均值为 67.24 ± 1.26 岁。经比较，两组患者差异不大。

1.2 方法
常规组：在入院后按照常规流程进行拍片，确定骨折后入院。在入院骨科病房后进一步完善术前检查，并做好病情评估，排除手术禁忌后安排手术。

研究组：建立绿色通道多学科诊疗模式。第一，建立急诊快速通道，依托我院创立急救中心，设立总指挥，并统一协调急诊、骨科以及手术室，随后急性对应管理。对于髋部外伤患者到达急诊后，通过询问病史，并做好病情评估。在开具拍片后加盖绿色通道，确认髋部骨折后加盖绿色通道。骨科值班室在接到通知后，应进入绿色通道，并在电话通知检查后完成检查，检查完毕送至创伤骨科病房。第二，建立多学科诊疗模式。成立股骨转子间骨折小组，其中主要包含来自呼吸科、心内科、内分泌科以及神经内科的人员。通过评估当日完成、夜间来院以及检查完成后的患者，排除手术禁忌并形成结论性意见。第三，建立手术通道，并进行患者评估和分级，由经验丰富的专科护士进行宣教，以此来促进手术康复。

两组患者均进行术后处理。第一，监测患者的生命体征、吸氧。第二，在术后进行血常规复查。第三，术后应用抗生素做好预防工作，对于一部分炎症患者还适当延长手术时间。第四，手术使用镇痛泵。第五，评估患者是否存在出血风险。在常规手术后进行低分子肝素的注射和应用。第六，根据骨折类型以及内固定方式指导患者进行锻炼。在术后 1 天拔除尿管并进行半卧位，根据骨折类型、骨质疏松程度以及复位情况增加下肢活动强度。

- 1.3 观察指标**
（1）症状控制、接受治疗、住院时间。
（2）治疗效果比较。
（3）并发症情况。
1.4 统计学分析
选用 spss20.0 进行统计学分析， $p<0.05$ 代表具有统计学差异。
2. 结果
2.1 通过对常规组和研究组患者相关恢复指标对比，具体研究情况如下。

表 1. 常规组和研究组患者相关恢复指标对比（d）

组别	例数	症状控制	治疗时间	住院时间
常规组	40	10.58±1.35	18.34±3.64	27.65±2.34
研究组	40	8.12±1.35	13.54±1.35	20.37±2.30

2.2 整体有效人数为 38 例，所占比例为 95.0%。研究组股骨转子间骨折患者的治疗有效率 95.0% 优于常规组，效果较好（ $P<0.05$ ）。

表 2. 常规组和研究组中股骨转子间骨折患者临床效果对比

组别	例数	痊愈	有效	无效	有效率
常规组	40	17（42.5）	12（30.0）	11（27.5）	29（72.5）
研究组	40	25（62.5）	13（32.5）	2（5.0）	38（95.0）

（ $P<0.05$ ）

2.3 常规组患者压疮、呼吸道感染、泌尿感染发生率分别 4（10.00）、2（5.00）、1（2.50），研究组患者压疮、呼吸道感染、泌尿感染发生率分别 2（5.00）、1（2.50）、0（0.00），为（ $t=9.467、8.256、7.367、8.356$ ） P 均 <0.05 。

表 3. 两组患者并发症情况发生率比较

组别	例数	压疮	呼吸道感染	泌尿感染	发生率
常规组	40	4（10.00）	2（5.00）	1（2.50）	17.50
研究组	40	2（5.00）	1（2.50）	0（0.00）	7.50
t	-	9.467	8.256	7.367	8.356
P	-	0.021	0.031	0.016	0.028

3. 讨论
超高龄主要是指老年人在 80 岁以上，对于老年患者来说，股骨转子间骨折发生率高，传统的方法更容易出现较多并发症，甚至危及生命。

当出现骨折之后，通过手术使骨折位置接近解剖复位，将会使骨折所致扭转的血管重新恢复血流，利于患者新生血管的建立及早期骨折的稳定，便于术后护理，也更易于骨折的愈合。经相关研究表明，手术作为一种修复性治疗方式，对于大多数骨科手术患者来说需要进行内固定物植入，缩短手术时间，严格无菌操作，避免手术切口较长时间暴露，从而引起细菌入侵。对于高龄患者来说体质较弱，因此应给予相关营养补充。在此过程中，责任护士要进行即时沟通，在住院期间通过对骨折患者遇到的问题进行了解、解释宣教，解除患者对手术的疑虑、不良心理，建立自信心。在患者的床头进行相关注意事项的通知，并将计划和治疗计划全部张贴，同时家属和患者应做到能够尽量了解熟悉治疗过程，并积极配合治疗，增强透明度减少医患纠纷，给予患者足够的时间。

股骨转子间骨折作为现阶段一种高发损伤性疾病，受多重因素的影响，因此患者出现明显的肿胀、淤血等，导致股骨转子间骨折的因素多种，其中包含车祸、高处坠落、直接暴力击打等，作为一种急重症，部分患者容易出现休克等症，如果治疗不及时，将会威胁生命，并随着血流动力学的改变，疼痛剧烈时还会造成病人心率及血压的上升，严重时将会威胁病人生命安全，对于过度疼痛将会产生一系列负面情绪^[2]。

股骨转子间骨折在传统上一般采用保守治疗方式，在康复过程中，病人一般表现为疼痛明显，持续时间增加^[4]，因此直接影响患者的日常活动。股骨转子间骨折复位内固定术能够增加患者的满意度，减轻恢复期的痛苦^[3]。股骨转子间骨折的保守治疗方式一般包含股骨髁上或胫骨结节骨牵引、髌膝踝关节支具固定、镇痛泵治疗，骨折断端移位不明显、身体状态较差不能耐受手术的患者一般采用保守治疗。

实际临床治疗过程中，对于一部分骨折移位明显、稳定性差的患者，保守治疗的效果较差。当前经相关研究表明，采用内固定手术能够减少住院时间，促进康复。在缩短疼痛时间的同时，整体治疗效果较为满意^[5]。依据骨折的具体情况能够选择不同的内固定材料，对于一般的骨折断端来说可以采用内固定系统。如果患者为粉碎性骨折，选择的材料为合金抓握式接骨板^[6]。股骨转子间骨折一般受暴力影响，加上自身部位表浅的特点，因此容易出现骨折。故老年股骨转子间骨折患者，手术前，详细的询问病史，进行仔细的体格检查，客观评估患者的健康状态，超前镇痛，督促戒烟、戒酒，监测、控制血压、血糖，维持水电解质平衡，术前完善检查心、肺及下肢血管等，及时发现并消除并发症，必要时请多学科会诊，根据髋部 X、CT，最终制定详细的术前准备计划，术中尽量缩短手术时间，术后加强管理。除此之外，为了避免手术过程中出现污染，应该严格遵循无菌原则，手术区域多次消毒，使用无菌敷料铺巾，严格无菌手术操作。术中应减少对于骨折创面的剥离程度，如果患者属于粉碎性骨折，应在最大程度上保留软组织^[10]。综上所述，对股骨转子间骨折患者进行绿色通道多学科诊疗模式，整体症状控制时间优良，同时患者情况明显较好。

参考文献：
[1]白利永,谢涛,鲁攀攀,李荣娟,陈翔凯,张元维,石柳,邹继红,任利群,邱晓东,孙杰,崔颖,陈辉,王浩,赵雅宽,田楚伟,芮云峰.多学科协作诊疗模式下老年股骨转子间骨折患者髓内钉固定术后 1 年死亡的危险因素分析[J].中华创伤骨科杂志,2022,24（09）：779-785.
[2]孙克娟,平雅,程程,李增宁,李秀莉.基于全院“一张床”管理模式下护理多学科诊疗模式的构建及实施[J].承德医学院学报,2022,39（04）：316-319.DOI：10.15921/j.cnki.cyxh.2022.04.004.
[3]王海洲,祁冀,杨冰,刘军,陈海云,陈平.中西医结合快速安全手术流程应用于老年股骨转子间骨折临床研究[J].新中医,2021,53（16）：106-111.DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2021.16.028.
[4]吴鸿,袁源,袁素敏,熊力伟,闵志海,汤武斌,赵红阳,刘礼金,严亮.多学科协作诊疗模式在老年骨质疏松性股骨粗隆间骨折治疗中的效果[J].重庆医学,2020,49（23）：3941-3945.
[5]谢涛.多学科协作诊疗模式在老年股骨转子间骨折加速康复外科中的临床应用研究[D].东南大学,2020.DOI：10.27014/d.cnki.gdnau.2020.003609.
[6]赵理平,吴耀刚,沙卫平,王黎,陈国兆,宋锦程,严飞,徐又佳.绿色通道多学科诊疗模式提高高龄股骨转子间骨折的临床疗效[J].实用骨科杂志,2020,26（06）：495-498.DOI：10.13795/j.cnki.sgkz.2020.06.004.
[7]刘坚林,白刚,张益辉,沈谷丰,陆佳龙,曹俊培.1 例高龄股骨转子间骨折合并肺气肿的综合治疗[J].临床骨科杂志,2019,22（01）：11.
[8]Suhas P. Benjamin K. Fortier L M. et al. Improved Outcomes for Proximal Humerus Fracture Open Reduction Internal Fixation Augmented with a Fibular Allograft in Elderly Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2021.
[9]Mahmood B. Golub I J. Ashraf A M. et al. Risk Factors for Infections Following Open Reduction and Internal Fixation for Distal Radius Fractures br An Analysis of the Medicare Claims Database[J]. Bulletin of the Hospital for Joint Diseases, 2022（80-2）.
[10]Tu D P. Yu Y K. Liu Z. et al. Three-dimensional printing combined with open reduction and internal fixation versus open reduction and internal fixation in the treatment of acetabular fractures: A systematic review and meta-analysis[J]. 中华创伤杂志：英文版, 2021, 24（3）：10.

某院 DRGs 中未入组病案编码情况分析

谭永恒 温慧兰 李可欣

江门市新会区人民医院 病案室 广东江门 529100

摘要：目的 分析疾病诊断相关组（DRGs）中未入组病案编码问题，探索相应解决措施。方法 调查某医院 2019 年 1 月至 2021 年 3 月 DGRs 分组系统内未入组病案，人工复核，结合电子与纸质病历逐级复查，分析病案编码正确性及错误原因。结果 按 DGRs 分组系统导入处理，未入组病案 480 份，占 0.60%，未入组问题分别为非标准编码、无效诊断、无效主要手术、其他编码错误、疾病分类到残余类目、新生儿诊断不符，分别占 46.88%、14.17%、5.21%、24.38%、5.83%、3.54%。480 份病案未入组中编码错误问题占 71.25%；其编码错误问题包括：主要诊断选择错误（12.28%）、编码错误（17.54%）、编码不准确（13.16%）、病历漏编（37.43%）、并发症与合并症编码错误（19.59%）。342 份编码错误原因主要是信息上传数据（内增编码上传对应问题、内增编码上传系统限制问题）、医师填写问题（主要诊断错误、主要手术选择错误、书写不规范）以及编码员问题（编码知识掌握不全、审核未发现非新生儿编码）。结论 分析疾病诊断相关组中未入组病案编码问题及原因，可为完善住院病案首页质量考核及管理措施提供客观参考，以此提升病案编码水平，提高 DRGs 入组率。

关键词：疾病诊断相关组；未入组；病案编码

疾病诊断相关组（DRGs）是一种病例组合系统，秉承“以患者为中心”观念，综合考虑患者年龄、病情诊断、治疗方法、住院时间、并发症等因素，将具有高度一致的诊断、资源消耗的患者划分为同一组 DRGs 内，每组 500-600 个，并制定每组医疗费用支付标准，以此提高医疗资源利用率，避免医疗成本的过度增长以及医疗资源大量消耗^[1]。同时 DRGs 研发的主要目的是提高医院管理水平，尤其是病案管理，可规范医疗行业管理，提高医疗工作效率，并能比较各级医院医疗质量水平，反映医院覆盖的疾病类型、诊疗水平、资源消耗水平及医疗安全性^[2]。目前病案首页是 DRGs 的基础，其质量直接影响着 DRGs 结果以及分组标准，若病案首页存在一定问题，比如填写不准确、名称填写不规范、编码掌握不足等，均会降低 DRGs 入组率^[3]。因此在 DRGs 不断推广过程中，需要了解未入组病案编码问题，从在分析编码问题原因，以此提出可行、有效性的改进措施。现我们基于这项试验，分析某院 DRGs 中未入组病案编码问题，探究其干预措施，报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选取某医院 2019 年 1 月至 2021 年 3 月病案首页数据 8 万份，按 DGRs 分组系统导入处理，分析未入组病案。病案纳入排除住院费用低于 3 元的病案。

1.2 方法

根据 DGRs 分组系统导入处理病案首页，调查未入组病案。由临床专家与编码专家人工复核病案，审核每份病案编码情况。采用 EXCEL 软件整合数据，按照疾病和手术与操作有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）、国际疾病分类第九版临床修订本（ICD-9-CM-3）、CN-DRGs 分组方案（2014 版）所提出的编码原则，分析诊断、手术操作编码，并与病案内容仔细校对。以问题为导向，分析病案首页编码质控：编码是否准确完整、是否符合规定的编码库等，调查病历错误问题，分析错误原因。

2 结果

2.1 未入组

选取某医院 2019 年 1 月至 2021 年 3 月病案首页数据 8 万份，按 DGRs 分组系统导入处理，未入组病案 480 份，占 0.60%，不同年份 DRGs 系统未入组问题分别为非标准编码、无效诊断、无效主要手术、其他编码错误、疾病分类到残余类目、新生儿诊断不符，见表 1。

表 1 未入组主要问题分析

错误问题	2019 年	2020 年	2021 年 1 月至 3 月	总计
非标准编码	113	100	12	225 (46.88)
无效诊断	32	35	1	68 (14.17)
无效主要手术	14	10	1	25 (5.21)
其他编码错误	58	57	2	117 (24.38)
疾病分类到残余类目	14	12	2	28 (5.83)
新生儿诊断不符	10	6	1	17 (3.54)
总计	241 (50.21)	220 (45.83)	19 (3.96)	480 (100.0)

2.2 疾病诊断编码错误类型分析

480 份病案未入组，编码错误问题占到 342 份，占 71.25%；其编码错误问题包括：主要诊断选择错误（12.28%）、编码错误（17.54%）、编码不准确（13.16%）、病历漏编（37.43%）、并发症与合并症编码错误（19.59%），见表 2。

表 2 疾病诊断编码错误类型分析

编码错误类型	错误份数（份）	构成比（%）
主要诊断选择错误	42	12.28
编码错误	60	17.54
编码不准确	45	13.16
病历漏编	128	37.43
并发症与合并症编码错误	67	19.59
总计	342	100.0

2.3 编码错误问题原因情况

342 份编码错误原因主要是信息上传数据（内增编码上传对应问题、内增编码上传系统限制问题）、医师填写问题（主要诊断错误、主要手术选择错误、书写不规范）以及编码员问题（编码知识掌握不全、审核未发现非新生儿编码），其具体原因见表 3。

表 3 编码错误问题原因情况分析

错误原因	份数（份）	构成比（%）
信息上传错误	178	52.05
内增编码上传对应问题	93	52.25
内增编码上传系统限制问题	85	47.75
医师填写错误	102	29.82
主要诊断错误	35	34.31
主要手术选择错误	32	31.37
书写不规范	35	34.31
编码员问题	62	18.13
编码知识掌握不全	38	61.29
审核未发现非新生儿编码	24	38.71
总计	342	100.0

3 讨论

3.1 DRGs 中未入组病案编码错误原因分析

本组研究，按 DGRs 分组系统导入处理，未入组病案 480 份，占 0.60%，其中编码错误问题占 71.25%；其编码错误问题包括：主要诊断选择错误（12.28%）、编码错误（17.54%）、编码不准确（13.16%）、病历漏编（37.43%）、并发症与合并症编码错误（19.59%）。结果发现，编码错误问题是导致 DGRs 分组系统病案未入组的主要原因。据王尊晖^[4]报道非标准编码占 48.34%、诊断（或）和手术操作编码不符合占 15.89%。结果发现编码错误是影响 DGRs 分组系统病案未入组的主要原因，此时临床医师需要高度重视。DGRs 分组是根据 ICD 编码将住院患者分为 25 个主要诊断类别，再细分到 400-500 个疾病组。此时病案编码准确性直接影响疾病入组率及规范率，若编码过度或低编，会影响医疗信息的准确性，并导致病案首页缺失，造成入组率降低^[5]。在分析编码错误原因时，342 份编码错误原因主要是信息上传数据（内增编码上传对应问题、内增编码上传系统限制问题）占 52.05%、医师填写问题（主要诊断错误、主要手术选择错误、书写不规范）占 29.82%、以及编码员问题（编码知识掌握不全、审核未发现非新生儿编码）占 18.13%。黄伟等^[6]调查发现编码错误原因中信息上传数据错误问题占 51.00%，其次是医师填写问题占 47.78%、编码员问题占 1.23%。因此影响编码错误原因较多，在网络平台上传编码时，系统限制、内增编码上传等因素，导致编码错误。同时临床医师填写不规范，例如诊断名称、手术名称书写时使用简写或英文错写，使编写员无法充分理解病案；或对手术、诊断结果不能准确表达，出院后诊断仍然书写占位；书写诊断时，主要考虑自身科室疾病或手术方法，未考虑主要住院因素；或对病案书写记录、入院及病程记录等过程简化书写，不完整、准确表达诊疗过程；或对病历书写不够重视，使重要信息诊断漏写^[6]。另外编码人员工作欠缺也是导致编码错误的主要原因，编码员缺乏足够的临床医学知识，未能与医师充分沟通，导致编码错误；或编码知识缺乏，专业技能较低，对合并编码、特质编码认知不足，导致编码错误^[7]；此外编码员的工作负担重，过度依赖计算机，缺乏合理的自查手段，仅单纯编码，对编码准确率缺乏严格的奖惩制度，导致编码错误^[8]。因此，了解编码错误原因，制定规范的病案编码管理措施，可提高病案入组率。

3.2 管理方法

（1）编码人员专业培训。加强对编码人员的专业理论知识、DRGs 相关知识等专业培训，提高其专业编码水平，并培养编码员能积极查阅编码书籍、阅读病历的良好习惯；并发挥主人翁作用，积极带领临床医师填写病案首页内容，使其具备良好的沟通能力及习惯；同时鼓励编码员能积极参加疑难编码讨论，建立编码监督质控体系，层层把关，提高编码管理准确性^[9]。

（2）临床医师的沟通。临床医师需要不断学习国际并分类、手术分类及操作分类知识，规范病案首页填写行为，了解医改政策、DRGs 基础知识等；同时采用科室现场反馈、微信沟通、电话交流、例会讲解等方法，能随时将病案编码工作中的问题进行反馈，使编码员也能充分听取临床医师的建议，给出合理的、准确的编码诊断信息。

（3）优化人员结构，建立督查与奖惩制度。各级医院需要根据医院编码员工作量及工作负担，使病案管理人员与病案管理人员的数量配比为 50：1，招聘优秀的病案信息专业技术，优化病案管理人员结构^[10]。并与病案督查时，建立健全病案统计管理审核条件，建立编码员自审、定期抽查、结果回溯三级审核监督制度，制定规范的奖惩制度，提高编码员的专业管理水平。

（4）建立完善的信息化病案编码体系。随着人工智能技术的发展，现代医院可以建立以电子病历为基础的信息化医院管理系统，将人工智能技术融入病案信息管理系统，可有效审核病案首页编码质量，完善病案管理信息化系统，起到对编码质量的监督及纠正，以此减少编码错误。

综上所述，分析疾病诊断相关组中未入组病案编码问题及原因，可为完善住院病案首页质量考核及管理措施提供客观参考，加强编码管理控制，以此提升病案编码水平，提高 DRGs 入组率。

参考文献：

- [1]Lee C, Kim JM, Kim YS, et al. The Effect of Diagnosis-Related Groups on the Shift of Medical Services From Inpatient to Outpatient Settings: A National Claims-Based Analysis[J]. Asia Pac J Public Health, 2019, 31 (6): 499-509.
- [2]Łipińska J, Wawrzycycki M, Jabłoński S. Comparison of costs of hospitalization of patients with primary lung cancer after lobectomy with access through classic thoracotomy and VATS in the conditions of financing based on diagnosis-related groups[J]. J Thorac Dis, 2019, 11 (8): 3490-3495.
- [3]陈丽君, 刘毅, 张德明, 等. 住院病案首页质量对 DRGs 入组率的影响[J]. 中国病案, 2019, 020 (001): 7-9.
- [4]王尊晖. 基于 DRGs 绩效平台未入组病例原因分析[J]. 中国病案, 2021, 22 (01): 21-24.
- [5]Yuan S, Liu W, Wei F, et al. Impacts of Hospital Payment Based on Diagnosis Related Groups (DRGs) with Global Budget on Resource Use and Quality of Care: A Case Study in China[J]. Iran J Public Health, 2019, 48 (2): 238-246.
- [6]黄伟, 牛培勤, 胡龙军, 等. 未入组 DRGs 病案首页编码质量及改进措施分析[J]. 中国病案, 2021, 22 (03): 17-19.
- [7]梁雪平. 2472 份眼科住院病案首页编码质量对 DRGs 分组影响[J]. 中国病案, 2020, 21 (08): 17-20.
- [8]李娜, 李梁, 张祺. 某市三级医院住院病案首页质量改进对 DRGs 绩效评价的影响[J]. 中国病案, 2020, 021 (003): 15-18.
- [9]刘伦. 住院病案首页信息质量控制的重要价值及对 DRGs 分组的影响[J]. 中国病案, 2019, 20 (8): 20-23.
- [10]陈贤展, 尹龙燕. 住院病案首页 ICD 编码质量对分值付费的影响[J]. 中国病案, 2019 (7): 18-21.

腹部CT与核磁共振胰胆管成像诊断肝外胆管结石的临床价值分析

李佳源

吉林省桦甸市人民医院 CT磁共振科 吉林桦甸 132400

摘要：目的：腹部CT与核磁共振胰胆管成像诊断肝外胆管结石的临床价值分析。方法：选取2021年3月—2022年3月本院收治的肝外胆管结石患者70例作为研究对象，70例患者均实施腹部CT、核磁共振胰胆管成像诊断。以病理结果为金标准，比较两种诊断方法的诊断效果。结果：核磁共振胰胆管成像的结石诊断准确率优于腹部CT（P（0.05））；核磁共振胰胆管成像的结石直径（8mm 诊断准确率优于腹部CT（P（0.05））；联合诊断方法与病理结果对比无明显差异（P）0.05）。结论：磁共振胰胆管成像诊断肝外胆管结石效果理想，可显著减少漏诊，但磁共振胰胆管成像诊断价格较高，腹部CT价格则较为低廉，故而临床可以根据需要合理选择诊断方法，且可以结合需要采用腹部CT联合磁共振胰胆管成像诊断的方法，以提高诊断效能。

关键词：腹部CT；核磁共振胰胆管成像；肝外胆管结石

肝外胆管结石是常见的结石类疾病，此病具体指原发、继发于人体肝外胆管的结石，临床在对此类结石划分时，主要根据其类型的不同分为胆色素结石、混合性结石、胆固醇结石。而在肝外胆管结石发生后，患者可见有腹痛、高热等症状，而随着疾病的发展，患者可并发胆管炎、肝脓肿，部分患者甚至会为此发生胆管癌，故而肝外胆管结石发生后会对患者的日常生活造成严重影响。因此，在疾病发生后能否给予患者及时的诊治就显得尤为重要。但就临床实际而言，肝外胆管结石相关症状并不典型，且与部分急腹症症状接近，所以临床查体很难有效诊断疾病，加之部分患者病情较轻，并无明显症状，这无疑会增加肝外胆管结石的诊断难度^[1]。所以在对肝外胆管结石患者诊断过程中，需要采用影像学诊断的方法，以此来明确诊断。此前在对肝外胆管结石患者诊断时，多会运用腹部CT诊断，但其效果并不显著，临床运用存在一定的局限性，所以在患者诊断中应用核磁共振胰胆管成像就成为提高诊断效果的重要保证。鉴于此，此次研究将围绕腹部CT与核磁共振胰胆管成像诊断肝外胆管结石的临床价值进行分析论述，详细内容见下：

1 资料方法
1.1 研究资料
选取2021年3月—2022年3月本院收治的肝外胆管结石患者70例作为研究对象，70例患者均实施腹部CT、核磁共振胰胆管成像诊断。纳入标准：①入院后患者伴有不同程度腹痛、发热等症状，经手术病理证实为肝外胆管结石；②各项研究资料完整；③患者、家属签署知情同意书；排除标准：①合并其他严重器官疾病；②精神病史；③幽闭恐惧症；④拒绝参与研究；男37例，女33例，年龄46-73岁，平均年龄（58.89±8.37）岁；病程1-3年，平均病程（1.72±0.49）年。

1.2 方法
70例患者均实施腹部CT、核磁共振胰胆管成像诊断。先对70例患者实施腹部CT诊断，采用德国西门子公司生产的Definition AS 64排（128层）CT机进行检查，协助患者取平卧位，而后对胰胆管进行多方位检查，管电压120KV，管电流22mAs，螺距5mm，层厚5mm，扫描获得图像后，进行冠状位、矢状位重建。腹部CT检查完成后对患者行核磁共振胰胆管成像诊断，采用美国GE公司生产的Signa HDi 1.5T磁共振系统进行检查，诊断前常规禁食，检查时采用B-TFFE序列，进行冠状位扫描，并通过横断面呼吸触发T2W-SPAIR-RT、MRCP-HR-3D与屏气水脂同方向进行T1W成像扫描。腹部CT、核磁共振胰胆管成像诊断完成后，由科室经验丰富的医师进行疾病诊断。

1.3 观察指标
以病理结果为金标准，比较两种诊断方法的诊断效果。准确率=准确数/例数×100%^[2]。

1.4 统计学方法
使用SPSS16.0统计学软件处理，计量资料为均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ），卡方检验，计数资料为百分比（%），行t检验，P（0.05），存在统计学意义。

2 结果
2.1 对比2种诊断方法的结石诊断准确率
核磁共振胰胆管成像与病理结果对比无明显差异（P）0.05。腹部CT诊断准确率低于病理结果（P（0.05））。见表1。

表1 对比2种诊断方法的结石诊断准确率（n，%）

组别	病理结果	腹部CT结果	核磁共振胰胆管成像结果
肝外胆管结石（n=70）	70（100.00）	58（82.86）	68（97.14）
χ^2		13.125	2.029
P值		0.000	0.154

2.2 对比2种诊断方法的结石直径（8mm 诊断准确率
核磁共振胰胆管成像与病理结果对比无明显差异（P）0.05。腹部CT诊断结石直径（8mm 诊断准确率低于病理结果（P（0.05））。见表2。

表2 对比2种诊断方法的结石直径（8mm 诊断准确率（n，%）

组别	病理结果	腹部CT结果	核磁共振胰胆管成像结果
肝外胆管结石（n=70）	50（71.43）	41（82.00）	49（98.00）
χ^2		9.890	1.010
P值		0.002	0.315

2.3 联合诊断方法的结石诊断准确率
联合诊断方法与病理结果对比无明显差异（P）0.05。见表3。

表3 联合诊断方法的结石诊断准确率（n，%）

组别	病理结果	联合诊断结果
肝外胆管结石（n=70）	70（100.00）	69（98.57）
χ^2		1.007
P值		0.316

3 讨论
3.1 胆管结石的流行病学研究
胆管结石在临床上发病率较高，结合部分不同具体可分为胆囊结石、肝内胆管结石、肝外胆管结石，肝内与肝外两种类型可单独存在，但也有部分患者同时存在肝内胆管结石、肝外胆管结石。现有的调查显示，胆管结石在西方国家发病率较低，但在东亚地区较为常见，故而胆管结石有明显的地域差异。但值得注意的是，近年来我国结石发病情况发出一定改变，有研究显示，这可能是社会公众接受西方饮食习惯的结果^[3]。而在具体胆管结石发生情况的调查上，关于肝内胆管结石的调查较多，肝外胆管结石较少，值得注意的是部分患者可同时存在肝内、肝外胆管结石。有调查指出，我国长江以南地区、西南地区，均属于肝内胆管结石地高发地区。在病因学上，胆管结石的发生机制复杂，多种因素均在此类疾病的发生

中扮演着重要的角色，包括家族史、肥胖、生活习惯、糖尿病等。首先，同一家族成员中的在饮食、生活习惯上，往往更为接近，这可能是导致此类疾病家族聚集的重要原因。其次，糖尿病、高血脂症等基础疾病，往往会对疾病的发生带来直接影响，这主要是因为，高胰岛素血症会对结石的形成带来影响，而脂类代谢异常则被证实属于胆石病发生的危险因素。此外还有研究指出，此类疾病会受遗传因素影响，且符合常染色体显性遗传特点。

3.2 肝外胆管结石的诊断研究
肝外胆管结石在发生后，可引发多种病理改变，包括胆管梗阻、继发性感染以及继发性肝细胞损害等。其中，肝内胆管结石的发生同肝内感染、胆道蛔虫有关，而患者一旦合并肝外胆管结石，患者即可发生多种胆管病变，并且容易导致肝内胆管癌^[4]。一般情况下，罹患肝外胆管结石者，临床症状并不典型，且合并的肝外胆管结石的肝内胆管结石患者，在临床表现上，同单纯肝外胆管结石较为接近。因此，在对肝外胆管结石患者诊断时，仅凭临床表现很难实现对疾病的有效很短，所以需要借助影像学诊断手段。既往对患者诊断时，常会应用X线腹部平片、静脉胆道造影诊断，上述两种诊断方法整体效果并不理想，有报道显示，70%的患者无法显示胆管树，故而当下在此类患者的诊断中已很少应用。超声在肝外胆管结石患者诊断中有一定应用，其可通过回声团、声影等征象，对患者进行诊断，但应用上的不足也较为突出，这是因为，部分患者的结石回声增强并不明显，亦或是表现为极度扩张，所以超声诊断容易反映为肿块样表现，这时极易造成误诊，并且仅凭超声诊断，临床很难有效鉴别胆管积气与结石。

腹部CT是目前肝外胆管结石诊断的主要手段，其可以凭借人体组织对X线的吸收和透射率不同予以成像，此种诊断方法操作简单，耗时短，分辨率理想，当下已经成为肝外胆管结石初筛的重要手段。临床实践表明，CT能够显出均匀高密度、高低混合密度的结石，其中，腹部CT扫描的高密度阴影可作为直接征象，同时CT扫描往往可见有水样密度影环绕，其次影像学若显示胆管阻塞，上段则可见有胆管扩张。因此，腹部CT可以在肝外胆管结石的诊断中发挥作用，但腹部CT本身也有局限性，若患者为低密度结石或为泥沙样结石，腹部CT诊断便很容易出现漏诊、误诊。同时有报道显示^[5]，存在于胆总管胰腺段、十二指肠壁内段的泥沙样结石或直径（5mm）的结石，应用腹部CT诊断较为棘手，这可能是因为，CT密度与软组织接近，所以容易混淆，同时患者若并无胆总管扩张，诊断难度也会进一步增加。

3.3 核磁共振胰胆管成像诊断肝外胆管结石研究
核磁共振胰胆管成像是常见的无创诊断方法，其可以通过对胆管进行多方位成像的方式，获取理想的影像学图像，辅助临床的疾病诊断以及结石类型鉴别。其中，核磁共振胰胆管成像应用后，可以根据人体胆管内水分分布情况，进行成像，若液体快速流失则表现为信号缺失，液体静止、相对静止，便会表现为高信号，反之，胆汁则是较为静止的液体。因此，对患者诊断时，能够根据胆汁充盈情况，了解胆道结石的分布状况。并且核磁共振胰胆管成像应用后，有助于临床发现结石部位，一般情况下，胆管结石本身所处位置，大多可见有鸟嘴样、截断状狭窄，胆管壁本身会出现增厚，且周围往往伴有软组织肿块，部分患者可表现为严重扩张，这还会表现为腊肠状。其次，该种诊断方法还能清晰显示胰胆管的整体结构，这能辅助临床观察胰管、胆总管形态，提高诊断效果。但需要特别注意的是，胆汁流动伪影，可能会造成信号缺失，此种情况下很容易造成误诊，所以在对患者实施诊断时，应结合原始图像予以综合诊断。

大量临床报道显示，在肝外胆管结石的影像学诊断中，磁共振胰胆管成像效果较为显著，在应用后能够提升诊断效果，且磁共振胰胆管成像有助于检出直径较小的肝外胆管结石，并且有助于泥沙样结石的诊断，这则能切实弥补腹部CT诊断的不足。另有报道显示^[6]，磁共振胰胆管成像诊断肝外胆管结石的准确率，高达94%~100%，其效果要明显好于超声、腹部CT。但值得注意的是，在肝内胆管结石的诊断上，超声、CT两者应用可以形成互补，而磁共振胰胆管成像诊断的准确性，则与两者较为接近，所以在对肝内胆管结石患者诊断时则不应优先考虑此种诊断方法。另外，有别于超声、腹部CT诊断的方法，磁共振胰胆管成像诊断价格更为昂贵，所以在应用此种诊断方法时，需要充分考虑患者家庭经济情况。一般情况下，在对肝外胆管结石患者诊断时，可以将超声、腹部CT作为首诊方法。若超声、腹部CT无法明确患者具体情况，即可采用磁共振胰胆管成像的方法，以此来辅助患者的诊断，继而为患者手术的开展提供良好的基础，所以对患者诊断时，应根据患者实际情况合理选择诊断方法。

此次研究结果显示，核磁共振胰胆管成像的结石诊断准确率优于腹部CT（P（0.05））；核磁共振胰胆管成像的结石直径（8mm 诊断准确率优于腹部CT（P（0.05））；联合诊断方法与病理结果对比无明显差异（P）0.05。由此可见，在肝外胆管结石患者的诊断中，腹部CT诊断的准确率并不显著理想，所以可以应用核磁共振胰胆管成像诊断，通过核磁共振胰胆管成像诊断的应用，可以大大提高准确率，这与既往报道的结果接近。提示核磁共振胰胆管成像在此类疾病的诊断中有理想价值，但值得注意的是，对比腹部CT诊断，核磁共振胰胆管成像诊断价格更高，所以临床对患者诊断时，应根据实际情况合理选择诊断方法，若有必要可将两种诊断方法进行联合，从而保证诊断准确率。

综上所述，磁共振胰胆管成像诊断肝外胆管结石效果理想，可显著减少漏诊，但磁共振胰胆管成像诊断价格较高，腹部CT价格则较为低廉，故而临床可以根据需要合理选择诊断方法，且可以结合需要采用腹部CT联合磁共振胰胆管成像诊断的方法，以提高诊断效能。

参考文献：
[1]高军峰,阎晓宇,王培培.磁共振胰胆管成像联合腹部CT检查在肝外胆管结石诊断中的效能[J].中国康医学,2022,34（4）: 131-133.
[2]马强,杨涛,杨存艳.腹部CT、MR与磁共振胰胆管成像在肝外胆管结石诊断中的临床价值[J].影像研究与医学应用,2021,5（22）: 149-150+153.
[3]彭小颖.腹部CT与核磁共振胰胆管成像在肝外胆管结石诊断中的应用效果对比[J].影像研究与医学应用,2021,5（20）: 173-174.
[4]朱军伟,王笑,杨阳,等.腹部CT、超声与核磁共振胰胆管成像在肝外胆管结石诊断中的作用及影像学特点[J].中国基层医药,2021,28（4）: 609-612.
[5]高岩.腹部CT与核磁共振胰胆管成像诊断肝外胆管结石的应用意义分析[J].中国医疗器械信息,2019,25（8）: 121-122.
[6]翁建辉,赵雄峰.腹部CT与核磁共振胰胆管成像在肝外胆管结石诊断中的对比分析[J].临床医学工程,2020,27（3）: 267-268.

儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预的临床效果观察

李秀英

北京市朝阳区垡头社区卫生服务中心 北京 100023

摘要：目的探究儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预的临床效果。方法以产妇 324 例为对象，研究时间为 2021.7~2022.6，其中 162 例是参照组，实施常规护理，162 例是试验组，实施儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预，对比护理效果。结果试验组产妇母乳喂养率更高，与参照组比较， $P<0.05$ 。试验组干预后母乳喂养知识水平明显更优， $P<0.05$ 。试验组新生儿健康情况优于参照组，差异 $P<0.05$ ，统计学意义存在。试验组护理满意度更高，与参照组比较， $P<0.05$ 。结论产妇采用儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预，有效提高母乳喂养率，改善新生儿健康状况，且产妇的保健知识明显提升，得到产妇满意评价，护理效果显著，可广泛应用于临床。

关键词：儿童保健医生 婴幼儿营养与喂养知识干预；产妇；母乳喂养

母乳喂养对母亲与婴儿均具有促健康效应，在母乳中，存在多种不饱和脂肪酸、必需脂 肪酸，提供婴儿发育所需营养物质，促进智力发育^[1]。世界卫生组织提出，建议婴儿在出生 半年内均给予纯母乳喂养，逐渐添加辅食，同时母乳喂养，直到 2 岁。剖宫产术为临床常见 术式，解决了产科的合并症、难产等病症，保护产妇安全生产，有效挽救产妇、新生儿的生 命，具有重要的临床意义^[2]。当前，人们的健康意识增强，尤其是二胎政策普及与观察，女 性在产后更加重视产程管理与产后恢复。产妇在产后伴有疼痛，极易出现抑郁、焦虑等负性 情绪，部分妊娠合并症产妇担心疾病影响母乳，不愿母乳喂养，因此应当加强该类产妇的管理， 提高纯母乳喂养率。研究^[3]指出，针对剖宫产产妇实施儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识 干预，有助于提升产妇的母乳喂养知识水平，提高母乳喂养率，应用效果显著。本文将以近年 来（2021.7-2022.6）324 例剖宫产产妇为对象进行研究，详细如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以产妇 324 例为对象，本研究在 2021 年 4 月开始，在 2022 年 3 月结束，其中 162 例是 参照组，162 例是试验组。试验组，年龄 24-31 岁，平均年龄（28.78±2.64）岁；初产妇与经 产妇分别为 82 例与 80 例。参照组，年龄 22-33 岁，平均年龄（28.65±2.71）岁。纳入标准： 资料齐全；独立喂养新生儿；认知正常；资料齐全；签署知情同意书。排除标准：无法母乳 喂养；严重身心疾病；资料不全；依从性差。对比两组产妇的年龄、分娩方式，数据差异显 示为 $P<0.05$ 。

1.2 方法

参照组实施常规护理：在产妇出院以后，社区卫生保健人员都会上门进行随访，了解产 妇恢复情况。

试验组实施儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预：由保健医生实施喂养指导，详细 如下：1）发放专项宣教资料、加强监督检查：首先，由小组成员负责查阅资料，小组讨论， 制定图文并茂的健康宣教手册。其次，发放给产妇人手一册，宣教时对照讲解，并配备记号 笔，为产妇圈画重点及产妇薄弱环节。第三，不理解地方责任护士督促及时询问，并以反问 方式让产妇进行复述，初步评估产妇对宣教知识掌握程度。第四，对于年龄大或者文化程度 低的产妇采用分段宣教，每次宣教一部分内容，使产妇更易接受和掌握健康教育知识。2） 丰富宣教方式：第一，每周三下午 18：00-18：30 开展病友交流会由治愈产妇分享经验，由 产妇讲解健康教育知识。第二，开展健康教育知识讲座，集中对剖宫产产妇进行宣教及病项 分析。第三，会后进行有奖问答小课堂，对剖宫产产妇宣教效果检查，回答正确的产妇可得 到小礼品一份，如（签字笔、笔记本等），以巩固产妇所掌握知识。第四，由专人负责利用 微信、微视频等制作线上宣教，责任护士负责发送给产妇，让产妇在玩手机的同时能看到宣 教知识。3）制定详细培训计划、丰富培训方式：第一，由护士长指导制定详细培训计划。 第二，用 PPT 方式向大家详细讲解母乳喂养相关知识，并围绕“母乳喂养知识知晓情况调查 表”上的内容重点解读、培训。记录汇总并督导实施。第三，每周模拟情景健康宣教演示， 角色互换，站在产妇角度，更深刻的了解产妇思维，并将结果纳入考核。（3）改变行为：患 者在医院时，由护理人员指导患者正确母乳喂养姿势、母乳喂养方法等，在出院后，利用微 信随访，通过成立微信群，将产妇及家属拉入群聊中，分享母乳喂养有关知识，内容包括： 向产妇讲述乳头检查有关知识，若存在乳头凹陷、不平，不会影响哺乳；给予产妇鼓励与支 持，帮助其树立哺乳信心。向产妇讲述母乳喂养的含接姿势、乳汁分泌的影响因素等，确保 产妇充分掌握母乳喂养有关知识。产妇可使用乳垫，尽可能不牵拉乳头。关注产妇情绪变化， 在出现焦虑、抑郁等情绪时，及时给予心理指导，调整心理状态，预防产后抑郁症。加强产 妇自我保健管理，包括会阴清洁、清理乳房、清理伤口等。产妇需多餐少食，增加蛋汤、肌 肉、鱼肉等食物，不可食用人参、麦芽、韭菜等，预防退奶现象。

1.3 观察指标

详细记录母乳喂养情况，包括母乳喂养、人工喂养、混合喂养，计算母乳喂养率；随后， 对比两组产妇的保健知识掌握情况，发放保健知识量表进行评估，共 100 分，分数越高表示 掌握越好。之后，记录新生儿健康情况。最后，评估产妇的护理满意度，评估量表为护理满 意度量表，分为十分满意、比较满意、不满意。

1.4 统计学方法

使用 SPSS18.0 分析，计数资料、计量资料使用 χ^2 检验、T 检验， $P<0.05$ ，差异有统计 学意义。

2 结果

2.1 母乳喂养率调查结果比较

试验组产妇母乳喂养率高于参照组， $P<0.05$ ，统计学意义存在。如表 1 所示。

表 1：母乳喂养率调查结果比较

组别	例数	母乳喂养	人工喂养	混合喂养	母乳喂养率（%）
研究组	162	154	4	2	95.06%
参照组	162	132	16	14	81.48%
X2 值	/	/	/	/	6.2231
P 值	/	/	/	/	0.0237

2.2 两组产妇母乳喂养评分比较

试验组干预前母乳喂养知识评分是（71.61±5.42），参照组是（71.37±5.52）；试验组干预 后母乳喂养知识水平（92.31±5.53）明显更优，与参照组（85.22±5.76）比较， $P<0.05$ ，差异 有统计学意义（ $T=7.9812$ ）。如表 2 所示。

表 2：健康知识评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	护理前	护理后
研究组	162	71.95±4.67	93.96±5.89
参照组	162	71.73±4.59	83.96±5.12
T 值	/	0.7845	6.8697
P 值	/	0.4386	0.0000

2.3 两组新生儿健康情况比较

试验组新生儿健康情况优于参照组，差异 $P<0.05$ ，统计学意义存在。如表 3 所示。

表 3：新生儿健康情况调查结果比较

组别	例数	腹泻	水痘	麻疹	呼吸道感染	肺炎
研究组	162	7（4.32%）	4（2.47%）	2（1.23%）	2（1.23%）	2（1.23%）
参照组	162	16（19.75%）	12（14.81%）	9（5.56%）	10（6.17%）	9（5.56%）
X2 值	/	5.8923	5.4644	4.3453	4.9234	4.3453
P 值	/	0.0321	0.0345	0.0456	0.0398	0.0456

2.4 母乳喂养率调查结果比较

试验组产妇护理满意度是 100%，其中十分满意 104 例，比较满意 58 例，不满意 0 例； 参照组护理满意度是 146 例（80.25%），其中十分满意 78 例，比较满意 68 例，不满意 16 例。 试验组护理满意度高于参照组， $P<0.05$ ，统计学意义存在。

3 讨论

母乳为婴幼儿最适宜、天然、安全食物，含有婴儿生长需要的抗体成分、营养物质。有 学者提出，母乳喂养可使婴幼儿死亡率降低，促进婴幼儿的智力发育，并提高免疫力，预 防肥胖、过敏性疾病^[4-5]。这主要由于母乳中存在大量维生素、矿物质、乳糖、优质蛋白， 满足婴儿生长需求；母乳中含有长链多不饱和脂肪酸，对大脑发育具有重要作用，可调控脂 肪酸去饱和酶，有助于脑神经发育，对智力发育产生影响；母乳中存在大量与神经髓鞘形成 有关的乙型乳糖、清蛋白；母乳喂养时，母婴能语言交流、眼神交流、肌肤接触，对婴儿发 育形成外界刺激^[6]。因此应当加强产妇的母乳喂养管理。

有学者^[7]提出，针对孕妇实施儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预，加强产妇的健康 知识教育，讲述母乳喂养有关知识，强调母乳喂养必要性与优势，给予产妇心理指导，疏导负 性情绪，并采用通俗易懂方式讲述母乳喂养知识，提升母乳喂养认知水平。此护理模式也可被 视为延续护理，属于医院延伸服务，利用互联网技术，更细致、更全面的给予产妇院外护理服 务，可与医护人员建立长期联系，有任何问题都可随时咨询，有助于提高产妇的治疗依从性， 改善康复效果^[8]。本次研究中，试验组干预后母乳喂养知识水平明显更优， $P<0.05$ ，差异有统计 学意义。表明产妇在产后实施产妇访视及妇女保健，有效提升认知水平，对产后恢复具有重要 意义。在儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预中，医护人员了解产妇的身体状态、新生儿 情况等，强调产后康复重要性，与产妇沟通交流，给予产妇科学指导，包括饮食指导、睡眠指 导、新生儿喂养指导、产后康复指导等，加速恶露排除，促进产妇产后康复；同时加强产妇的 心理护理，保持积极乐观的心理状态，预防产后抑郁^[9]。另外，研究结果显示，试验组产妇母 乳喂养率明显优于参照组， $P<0.05$ 。试验组干预后母乳喂养知识水平明显更优， $P<0.05$ 。试验 组护理满意度高于参照组， $P<0.05$ 。证实了产妇在产后配合实施儿童保健医生婴幼儿营养与喂 养知识干预有助于提高母乳喂养率。产妇在产后缺乏喂养知识，对新生儿喂养产生影响，需加 强喂养指导，并采用产后康复综合治疗仪配合治疗，使用低频脉冲刺激乳房，模拟婴儿吮吸， 刺激乳房并带动乳房，有助于改善局部微循环，并对神经机能有效调节，乳腺管更加通畅， 促进泌乳素、催乳素分泌，进而提高泌乳量，达到母婴喂养的目的；此外，通过按摩方式改善 乳房淤积，提高母乳喂养率^[10]。有学者^[11]选取产妇进行研究，实施儿童保健医生婴幼儿营养与 喂养知识干预与常规护理，结果显示，儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预组母乳喂养率 明显高于常规护理组，与本次研究结果保持一致，证实了儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识 干预有助于产后康复，促使母乳喂养率有效提高。

除此之外，产妇采用儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预有助于改善新生儿健康状 况。本次研究结果显示，试验组新生儿健康情况优于参照组，差异 $P<0.05$ 。针对该类产妇实 施儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预，由保健医生在产妇出院后给予出院随访，采用家 访与随访方式，了解婴儿与产妇身体状况，产妇可熟练掌握母乳喂养优点，缓解心理压力， 并树立自信心；新生儿通过母乳喂养有效提高免疫力，腹泻、肺炎等疾病发生率明显降低， 有效改善健康状况^[12]。

综上所述，产妇采用儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预，有效提高母乳喂养率， 预防产后并发症，改善新生儿健康状况，且产妇的保健知识明显提升，得到产妇满意评价， 护理效果显著，可广泛应用于临床。

参考文献：

- [1]陈杨. 社区儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预效果分析[J]. 母婴世界,2021（12）：72.
- [2]时光. 儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预的临床效果分析[J]. 中国实用医 药,2021,16（23）：187-189.
- [3]房艳香. 儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预的临床效果分析[J]. 健康大视 野,2021（21）：112.
- [4]李文琴,王文媛. 城区婴幼儿肥胖现状及干预研究[J]. 养生保健指南,2021（36）： 263-264.
- [5]毛俊玲. 社区儿童保健医生营养喂养知识指导对婴幼儿营养的干预效果[J]. 现代养 生（下半月）,2022,22（8）：1370-1372.
- [6]曹敏. 儿童保健医生婴幼儿营养与喂养知识干预的临床效果分析[J]. 健康必读,2020（27）：21-22.
- [7]黄静. 儿童保健干预促进婴幼儿早期生长智力及运动发育的作用分析[J]. 中国现代 医生,2021,59（10）：80-82.
- [8]丁俊丽,原宇飞. 太原市 0~13 岁健康儿童维生素 A、D、E 营养现状分析[J]. 山西卫 生健康职业学院学报,2021,31（6）：80-82.
- [9]王志泰,冯颖,靳丽萍,等. 生命早期营养关注和防控儿童肥胖的研究进展[J]. 中国城 乡企业卫生,2021,36（10）：35-38.
- [10]沈虹. 沈高镇儿童母乳喂养情况调查及相关影响因素分析[J]. 中国保健营 养,2015,25（17）：1-2.
- [11] THOMAS, R. E., SPRAGINS, W., MAZLOUM, G., et al. Rates of detection of developmental problems at the 18-month well-baby visit by family physicians' using four evidence-based screening tools compared to usual care: a randomized controlled trial[J]. Child: care, health and development,2016,42（3）：382-393. DOI: 10.1111/cch.12333.
- [12]成彩明,戴露,余娟. 早期母乳微量喂养对极低出生体重儿生长发育及肠道功能的影 响[J]. 中国临床医生杂志,2021,49（11）：1372-1375.

系统化培训模式在宁夏地区中医医院中医护理专科护士培训中的临床应用研究

刘晶¹ 卢俏锦² 张玲玲³ 姚孜慧³

银川市中医医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探究系统化培训在宁夏地区中医医院中医护理人员中的实施效果。方法：选择我区 18 家中医医院护理人员 120 名作为研究对象，随机分为对照组与实验组，每组 60 名。对照组采用常规护理培训方式，实验组采用系统化培训方式。经过为期 3 个月的培训后比较两组护理人员的中医疗理论知识、中医护理操作技能、中医护理临床实践能力、综合素质能力。结果：经过为期 3 个月的培训后实验组护理人员的中医疗理论知识、中医护理操作技能、中医护理临床实践能力、综合素质能力均显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）。实验组护理人员中医护理操作技能考核优良率也显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：以岗位胜任力为目标的系统化培训在中医医院中医护理人员培训中的应用能够提高护理人员综合护理能力，提升护理技能与护理知识水平，有助于提高医院的护理服务质量。

关键词：岗位胜任能力；系统化培训；护理人员；实施效果

引言

专科护士（Clinical Nurse Specialist, 简称 CNS, 国内有的翻译为临床护理专家）指在某些临床护理领域中具有博深的理论知识、丰富的临床经验以及精湛的临床技能，并且向患者直接提供高质量护理服务的护士^[1]。1900 年，美国 Katherine DeWitt 首次提出护理专家的概念^[2]。1938 年，美国纽约的 Columbia 大学师范学院指出 CNS 是具有丰富的知识和技能，能执行正确的护理干预的临床护士^[3]。1944 年，护理教育家 Esther Brown 提出：为了加强和发展护理专业，应以不断地发展临床型的护理专家作为基础^[4]。目前我国对专科护理人员培养的必要性已经形成了一致认识，普遍认为根据我国护理教育、护理队伍发展现状和我国国情，对专科护理领域的从业护士进行专科化培训是目前我国护理工作发展的重点方向，应以某些专科领域从业护士的短期专科化培训为先导，不断提高临床专科护理水平，将其作为更高层次专科护理人才的储备，并积极建立培训基地审核标准，以保证我国护理专科化的健康发展。

中医护理专业的特点是以中医辨证施治原则指导护理工作，针对不同病情应用同病异护、异病同护及预防为主等护理原则来制定相应的护理措施。

随着科学技术的高速发展，护理学专业步入迅速发展阶段，护理专科化发展已经成为各国临床实践发展的策略和方法。专科护士的工作不仅可以提高临床护理质量，而且可以缩短患者住院天数。随着社会的发展和医疗卫生服务模式转变，人们对卫生服务的需求也会逐步增高，对护理人才的数量、质量和结构都提出了更高的要求，但同时也与当前中医护理人才短缺、护理水平有待提高存在着现实的矛盾，因此为中医医院系统化培养具有扎实的中医护理理论知识、精湛的中医护理操作技能、中医护理临床实践能力综合素质高的中医护理治疗专科护士尤为重要。系统化培训是对培训对象和特定职位所需的关键胜任能力的培养，以增强培训对象适应未来环境的能力和发展潜能，在培训过程中以关键胜任能力设计针对性的培训方案，提升培训效果^[5]。为了促进中医护理团队整体素质的提高，改变传统培训模式，以岗位胜任能力为核心培养实用型中医护理人员，取得了较为显著的效果。

此项研究为宁夏中医院贯彻执行《全国护理事业发展规划（2021-2025）》中指出要积极推动专科护理门诊，创新中医护理模式，积极开展辨证施护和中医特色专科护理，充分发挥中医护理在慢病管理、健康养老等方面的作用的文件精神，以提高中医护理技术，发挥中医护理特色和优势为主线，改变我区中医护理治疗专科护士缺乏的现状，研究制定一套科学、有效、系统的中医护理治疗专科护士培训方案和建立中医护理治疗专科护士培训模式，形成较为完善的中医护理治疗专科护士培养体系为本课题研究的创新点。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取宁夏地区 19 所公立中医医院 2019 年 5 月至 2021 年 5 月的 120 名在职中医专科护理人员作为研究对象，根据培训方式将其分为对照组和实验组，各 60 名。对照组 60 名，年龄 25-33 岁，平均（28.25±2.31）岁；学历：专科 43 名，本科 17 名；工作年限 5-7 年，平均（2.35±0.32）年。实验组 60 名，年龄 24-32 岁，平均（27.42±2.29）岁；学历：专科 50 名，本科 10 名；工作年限 5-7 年，平均（2.41±0.35）年。

两组的一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：对照组和实验组 120 名护理人员均已取得《中华人民共和国护士执业证书》，都为公立中医医院临床在职护理人员。排除标准：中途因事假、病假、产假等中断培训的护理人员；中途外出进修的护理人员；因个人原因不能继续培训的人员。

1.2 方法

对照组进行常规的护理在职培训。通过小讲课（每周 1 次）、业务学习（每月 1 次）、中医护理查房（每月 1 次）、中医三基考核（每月 1 次）进行培训，由科室带教组进行集中授课，授课内容主要包括学习中医护理操作、中医护理理论知识、中医护理技术培训、进行实际操作训练等，培训结束后，进行考核。

实验组进行系统化培训。具体实施步骤如下：①建立系统化培训专家组，成员包括护理部主任、护理部教学组、中医专科组成员以及临床专家授课，授课讲师由区内具有中医护理教学及科研能力的副高及以上的医师和护师组成。②制定系统化培训目标及方案。对符合培训对象的 60 名护士分期分批进行脱产培训 3 个月（1 个月理论培训，2 个月临床实践）。③具体培训内容。a.岗前培训：由护理部教学组进行，向培训护士介绍目前中医护理的大环境以及院内中医护理的现状，介绍中医护理的优势和必要性，加强护理人员的中医疗务服务意识，了解中医专科护理的培训目标。b.中医基础理论知识讲解：以《中医护理学》和《中医护理理论》等，由临床专业老师讲解中医基础知识，教学方式包括 PPT 讲解、影像播放等。c.中医护理技术的规范化学习：由护理中医专科护理教学组通过影像播放以及临床规范化示教的形式向培训护士讲解中医护理技术的规范化操作，使护理人员能够熟练掌握操作流程以及注意事项。d.专科疾病中医护理常规：以专科疾病为例，从与患者的交流沟通到病情观察，然后进行辨证施护再采取相应的中医疗技术护理，系统化、规范化地进行讲授、示教，使护理人员能够理解并掌握。e.中医护理技术实操训练：模拟临床实际，以假人模型以及临床实例相结合的方式方法进行规范化训练，能够以所学的中医理论知识解决临床实际问题，熟练掌握后以临床实例为目标进行中医技术护理训练，期间注意护患之间的沟通表达以及人文关怀及素养^[12]。教学成果展示：培训结束后，每位接受培训的护理人员将自己所学制成 PPT 的形式，系统性的总结学习成果，并由专家组进行效果评定。

对照组和实验组护理人员在中医理论基础知识培训结束后，由培训基地组织对其进行考核。包括病情观察能力、表达沟通能力、专业知识运用能力、辨证施护能力、规范化操作能力、应变处理能力等临床能力，以评价所有护理人员的培训情况及岗位胜任能力。考核方式：采取中医理论笔试、中医护理实践能力考核、答辩等方式。主要包括《中医护理学基础》、《中医临床护理学》、《护理人员 18 项中医技术使用手册》；《52 个中医护理方案》。考核综合成绩评定：理论考核占 40%，中医个案护理占 20%，成组计划占 20%，操作考试占 20%。中医个案护理考核：PPT 汇报 8 分钟；成组计划考核：PPT 汇报 10 分钟；操作考核：

共考核 3 项操作。本培训旨在提高学员的中医护理的整体现，培养出更符合责任制整体护理模式、对患者具有综合管理能力、体现中医思维的实用型中医护理人才，能应用中医疗技术独立解决专科中医护理工作中的疑难问题，并可指导低年资护士解决临床护理问题等工作。

1.3 观察指标及评价标准

（1）比较两组的培训效果。由护理专科组根据培训人员的病情观察能力、表达沟通能力、专业知识运用能力、辩证施护能力、规范化操作能力、应变处理能力等进行评估，总分 100 分，≥90 分为优，80-89 分为良，70-79 分为一般，<70 分为差。优良率=（优例数+良例数）/总例数×100%。

（2）比较两组培训前、后的护理服务质量。两组在研究时间段内各选取 60 例患者进行调查评估，选取患者的一般资料无统计学差异（ $P > 0.05$ ）。根据护理不良事件发生率、中医护理技术相关并发症发生率、患者满意度进行评估，其中患者满意度采用自制患者满意度调查表进行满意度调查，调查表采用百分制^[4]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计软件处理数据，以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理人员的培训效果比较

实验组的培训优良率高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ，表 1）。

组别	优	良	一般	差	优良率
对照组	18/30.00	27/45.00	9/15.00	6/10.00	90.00
观察组	38/63.33	17/28.33	5/8.33	0/0.00	100.00
χ^2/P	—	—	—	—	4.137/<0.05

2.2 两组护理人员培训前、后的护理服务质量比较

培训后，实验组的护理不良事件发生率、中医护理技术相关并发症发生率均低于对照组，患者满意度评分高于对照组（ $P < 0.05$ ，表 2）。

组别	护理不良事件发生率（n/%）		中医护理技术相关并发症发生率（n/%）		患者满意度评分（x±s，分）	
	培训前	培训后	培训前	培训后	培训前	培训后
对照组	12/20.00	4/6.67	14/23.33	7/11.67	64.52±3.25	83.63±5.26
观察组	9/15.00	0/0.00	15/25.00	1/1.67	65.45±3.40	89.56±5.45
$\chi^2/t/P$	0.519/>0.05	4.137/<0.05	0.045/>0.05	4.821/<0.05	0.531/>0.05	6.064/<0.05

3 讨论

国家中医药管理局在《关于加强中医护理工作的意见》中指出中医护理工作是中医药工作的重要组成部分，加强中医护理工作对于改善医疗服务质量，提高中医临床疗效具有重要的意义。目前中医护理工作进展相对缓慢，中医护理特色优势未充分发挥，应充分认识中医临床护理工作的特殊性，着力加强中医护理人才队伍建设。通过研究我区中医护理治疗专科护士培训模式，形成较为完善的在职护士培养体系，成立中医护理治疗专科护士培训机构，负责培训相关工作的研究、指导、协调和监督等工作。设立宁夏中医护理治疗专科护士培训专家委员会，负责培训大纲和的制定，培训基地标准的制定，培训基地的审核、检查，培训学员的业务考核等。制定出一套中医护理治疗专科护士培训方案，此方案可培养中医知识、技能较强的中医护理治疗专科护士，改变我区中医医院护理人员中医知识结构先天不足，带动我区的中医护理临床、教学、科研工作的开展，提供了系统学习中医药知识平台，形成科学、合理的中医护理人才梯队^[5]。

传统中医护理培训方式没有完善的培训体系，导致培训过程流于形式，培训内容缺乏针对性，对于提高护理人员综合素质难以达到预期效果。系统化培训可以对护理人员的专业知识、操作技能及工作态度等方面的现状进行深入分析，充分了解护理工作的素养需求及培训重点，从而设计针对性的培训内容和方式，提升培训效果^[6]。本文研究结果显示以岗位胜任力为目标的系统化培训在中医护理人员培训中的应用能够增强护理人员的自我效能感，提升护理技能与护理知识水平，有助于提高医院的护理服务质量。

参考文献：

- [1]郭燕红.探讨和建立专科护士制度提高护理专业技术水平.现代护理,2004,10（9）：785-786
 - [2]Morrison JD.Evolution of the preoperative clinical nurse specialist role：Association of operating room nurses[J].Aorn J,2000,72（6）：227-232.
 - [3]孙静波.基于岗位胜任力的系统化培训对深化中医科优质护理服务的价值分析[J].中医药管理杂志,2022,30（01）：43-44.
 - [3]陈峰.系统化培训与质量评价体系在促进中医护理技术开展中的作用[J].中医药管理杂志,2021,29（22）：128-129.
 - [4]狄恒丹,陈璐,吕琳,俞丹妮,盛李昕贝.基于 ADDIE 模型的系统化培训策略在护理科研能力提升中的应用[J].护士进修杂志,2021,36（19）：1795-1798.
 - [5]吴丽萍,鲁妙妙,姜波纹.以岗位胜任力为目标的系统化培训在中医护理人员中的实施效果[J].中医药管理杂志,2021,29（17）：82-84.
 - [6]张敏,温云.基于岗位胜任能力的系统化培训在中医专科护理人员中的实施与效果评价[J].临床医学研究与实践,2020,5（30）：155-157.
- 通讯作者：刘晶 银川市中医医院，[1]卢俏锦，女，主管护师，单位名称：银川市中医医院。
- 科研名称：宁夏护理学会科研项目资助 科研编号：NXHL21-8

宫腔镜手术期间使用丙泊酚分别复合舒芬太尼、瑞芬太尼麻醉剂效果分析与探究

乔建军 张燕 马超 丁光南 吴星明

宁夏银川市妇幼保健院麻醉科 宁夏银川 750004

摘要：目的：分析在宫腔镜手术中给予患者丙泊酚复合舒芬太尼或者瑞芬太尼的麻醉价值。方法：对照组术中为丙泊酚复合瑞芬太尼麻醉，观察组术中为丙泊酚复合舒芬太尼麻醉。结果：T₀时2组的MAP、HR相比差异甚微P>0.05，T₁、T₂、T₃时的MAP、HR均为观察组更高P<0.05；T₀、T₁、T₂、T₃等4个时间点2组的SpO₂相比差异甚微P>0.05；麻醉生效时间2组相比差异甚微P>0.05，与对照组相比定向力恢复时间、苏醒时间均为观察组更短，术后2h的VAS评分为观察组更低P<0.05；麻醉后5min2组的Ramsay镇静评分相比差异甚微P>0.05，与对照组相比麻醉后15min以及25min的Ramsay镇静评分均为观察组更高P<0.05；麻醉不良反应率比较中，观察组2.70%，对照组13.51%，P<0.05。结论：在宫腔镜手术中通过给予患者丙泊酚复合舒芬太尼可提升麻醉质量，更好的维持血流动力学指标稳定、确保患者的镇静效果以及加快术后苏醒等。

关键词：宫腔镜手术；丙泊酚；舒芬太尼；瑞芬太尼；麻醉；价值

宫腔镜手术是指借助宫腔镜设备来进行的微创手术操作，在此设备的辅助下可对子宫腔当中存在的异常或病灶情况进行直观清晰观察，可快速明确进行诊断，与此同时可在直视状态下进行对应的手术处理，近年来宫腔镜手术的技术水平不断提升，该手术的适应征范围也在逐步扩大，例如子宫肌瘤、子宫内膜息肉、子宫纵隔以及子宫腔粘连等^[1]，该手术中要求麻醉起效迅速，并维持优良的镇静以及镇痛效果，并可确保患者术后早期苏醒，预防麻醉不良反应。目前舒芬太尼以及瑞芬太尼均属于比较常用的麻醉药物，同时也是阿片受体激动剂，在给药后能够对阿片受体产生刺激作用，从而发挥相应的麻醉作用以及镇痛效果^[2]。丙泊酚是常用的全身静脉麻醉药物，具有起效迅速，苏醒迅速等特征，然而单一应用丙泊酚在给药时如若推注速度过快容易引起心动过缓和出现低血压，甚至呼吸抑制，影响患者的麻醉质量，因此通常需复合阿片受体激动剂^[3]。以下将分析在宫腔镜手术中给予患者丙泊酚复合舒芬太尼或者瑞芬太尼进行麻醉的实际效果。

1 资料和方法

1.1 基础资料

病例抽取时间为2021年1月~2022年7月，地点为我院，均为宫腔镜手术患者，病例数量74例，借助随机数字表法分组，即对照组、观察组，均为37例，观察组年龄23~56岁，均值(38.3±3.7)岁；宫腔镜手术类型：子宫内膜息肉电切术共计11例，黏膜下子宫肌瘤电切术20例，其他宫腔镜手术6例；体重为44.2~80.6kg，均值(58.3±2.9)kg；ASA分级：Ⅱ级共计11例，以及Ⅰ级共计26例。对照组年龄22~57岁，均值(38.5±3.6)岁；宫腔镜手术类型：子宫内膜息肉电切术共计13例，黏膜下子宫肌瘤电切术19例，其他宫腔镜手术5例；体重为43.6~81.2kg，均值(58.5±2.8)kg；ASA分级：Ⅱ级共计10例，以及Ⅰ级共计27例。2组以上资料均有可比性P>0.05。

纳入标准：(1)具有宫腔镜手术的治疗指征，且经由临床诊断结合影像学检查等患者符合相应妇科疾病的诊断标准；(2)术前经检查心电图、肝肾功能以及血压等均正常；(3)对于手术、麻醉等方案知晓并征得知情同意；(4)围手术期依从性好。排除标准：(1)具有肝、肺、肾等脏器功能病变量者；(2)罹患恶性肿瘤者或各类心脑血管病变量者；(3)具有精神失常、认知障碍、语言交流障碍者；(4)对手术、麻醉有应用禁忌症者；(5)既往具有宫腔镜手术史者。

1.2 方法

2组患者术前6小时禁食以及术前2小时禁饮，并在术前30分钟给予患者阿托品0.5mg进行肌注，在入室之后提供面罩吸氧，并创建静脉通路，对其心电图、心率、血氧饱和度以及血压等各项生理指标进行密切监测。对照组术中为丙泊酚复合瑞芬太尼麻醉，具体如下：给予患者瑞芬太尼(1μg/kg)+丙泊酚(2.5mg/kg)实施静脉注射，从而完成麻醉诱导，观察入睡以及睫毛反射消失后即表明麻醉生效，可开展手术操作，与此同时术中继续给予患者瑞芬太尼(0.1μg/kg·min)+丙泊酚(2~3mg/kg·h)实施持续泵入，从而维持术中麻醉。观察组术中为丙泊酚复合舒芬太尼麻醉，具体如下：舒芬太尼(0.15μg/kg)+丙泊酚(2~2.5mg/kg)实施静脉注射，并在术中给予患者丙泊酚(2~3mg/kg·h)进行全程静脉泵注，从而维持术中麻醉。在手术过程中需要加强2组患者的密切监测，发现不良反应及时处理，例如收缩压(SBP)<80mmHg或下降超过基础值30%需及时给予患者麻黄碱(6mg)进行静脉注射，如若心率(HR)<55次/分钟需及时给予患者阿托品(0.25mg)进行静脉注射。

1.3 评价规范

(1)记录2组患者术中的主要血流动力学指标，如平均动脉压(MAP)、HR和血氧饱和度(SpO₂)，时间点为麻醉前(T₀)、麻醉后2分钟(T₁)、宫腔镜手术开始10分钟(T₂)以及术后10分钟(T₃)。(2)记录2组患者的各主要麻醉质量指标，例如麻醉生效时间、定向力恢复时间、苏醒时间，并于术后2h利用VAS评分对患者的疼痛程度做一评估，0~10分，分数越高术后的疼痛程度越重。(3)2组患者均于麻醉给药后不同时间点评估其镇静效果，方法为Ramsay镇静评分，时间点为麻醉后5min、15min以及25min，分值为1~6分，1分为状态清醒，2~4分为镇静效果满意，5~6分为镇静效果过渡。(4)记录2组患者出现的麻醉不良反应，例如呼吸抑制、过敏反应、恶心呕吐以及术中知晓等。

1.4 统计学分析

文中数据均借助SPSS22.0分析，计量资料当中的数据标准差：($\bar{X} \pm s$)，实施t检验，计数资料：[n (%)]，实施 χ^2 检验，P<0.05即为有统计学意义。

2 结果

2.1 术中主要血流动力学指标组间平行对比

T₀时2组的MAP、HR相比差异甚微P>0.05，T₁、T₂、T₃时的MAP、HR均为观察组更高P<0.05；T₀、T₁、T₂、T₃等4个时间点2组的SpO₂相比差异甚微P>0.05。

表1 术中主要血流动力学指标组间平行对比($\bar{X} \pm s$)

分组	指标	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃
观察组 (n=37)	MAP (mmHg)	88.79±10.26	85.59±9.17	83.35±8.07	85.79±9.25
	HR (次/min)	89.69±10.13	78.59±8.17	83.62±6.19	85.73±7.26
	SpO ₂ (%)	98.79±5.36	96.67±5.08	97.79±6.26	98.55±5.29
对照组 (n=37)	MAP (mmHg)	88.81±10.19	75.59±9.05	70.19±9.25	75.36±5.57
	HR (次/min)	89.68±10.15	67.59±9.77	73.26±5.39	79.96±6.17
	SpO ₂ (%)	98.78±5.35	95.56±6.17	96.67±5.87	97.19±6.08

2.2 麻醉质量指标组间平行对比

麻醉生效时间2组相比差异甚微P>0.05，与对照组相比定向力恢复时间、苏醒时间均

为观察组更短，术后2h的VAS评分为观察组更低P<0.05。

表2 麻醉质量指标组间平行对比($\bar{X} \pm s$)

分组	n	麻醉生效时间/s	定向力恢复时间/min	苏醒时间/min	VAS 评分/分
观察组	37	45.59±9.17	4.06±1.15	2.36±0.60	0.89±0.13
对照组	37	44.17±8.36	4.59±1.23	2.75±0.65	2.08±0.62
t 值		1.035	5.332	4.017	5.916
p 值		0.296	0.027	0.033	0.023

2.3 Ramsay 镇静评分组间平行对比

麻醉后5min2组的Ramsay镇静评分相比差异甚微P>0.05，与对照组相比麻醉后15min以及25min的Ramsay镇静评分均为观察组更高P<0.05。

表3 Ramsay 镇静评分组间平行对比($\bar{X} \pm s$, 分)

分组	n	5min	15min	25min
观察组	37	2.72±0.32	3.51±0.32	3.69±0.28
对照组	37	2.70±0.33	3.13±0.29	3.20±0.30
t 值		0.365	5.372	4.179
p 值		0.298	0.026	0.032

2.4 麻醉不良反应率组间平行对比

麻醉不良反应率比较中，观察组2.70%，对照组13.51%，P<0.05。

表4 麻醉不良反应率组间平行对比[n (%)]

分组	n	呼吸抑制	过敏反应	恶心呕吐	术中知晓	总计
观察组	37	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.70)	0 (0.00)	1 (2.70)
对照组	37	1 (2.70)	1 (2.70)	2 (5.41)	1 (2.70)	5 (13.51)
χ^2 值		0.596	0.596	1.825	0.596	6.035
p 值		0.327	0.327	0.096	0.327	0.032

3 讨论

宫腔镜手术在妇科临床领域应用广泛，该手术的微创特征明显，有助于降低机体创伤，并且术后的恢复速度也比较快，然而在手术中需要进行宫颈扩张以及实施子宫牵拉等一系列操作，这使得患者血浆儿茶酚胺水平快速上升，容易出现不良心血管反应^[4]，并且也将导致患者机体循环稳定性下降，部分患者还具有体动反应，这对于手术操作以及手术质量造成一定影响，所以需要做好术中的科学麻醉，确保镇痛、镇静等效果^[5]。在手术中如若单纯给予镇静催眠类药物，随着剂量的增大容易造成患者血压水平快速降低，与此同时伴随呼吸频率减慢，容易诱发呼吸暂停以及苏醒延迟等情况，所以现阶段多给予患者联合用药进行麻醉^[6]。丙泊酚是一种超短效的麻醉药物，可对迷走神经反射进行迅速抑制，此药物的生效较为迅速，然而本身的镇痛效果相对较差，所以通常需要与镇痛药物进行联合应用来提升麻醉质量。舒芬太尼以及瑞芬太尼的应用均可发挥确切的镇痛功能^[7]。此两种药物的清除率高，给药后生效迅速以及可维持血流动力学平稳，特别是舒芬太尼的麻醉维持时间相对较长^[8]，且对于患者心血管系统产生的干扰较小，更有利于维持患者的血流动力学指标平稳，尤其是对于呼吸抑制的作用明显减弱，具有优良的用药安全性^[9]。而本研究观察组术中的血流动力学指标更为平稳，麻醉质量指标，例如定向力恢复时间、疼痛评分以及苏醒时间等优于对照组，经评估麻醉后的镇静评分高于对照组，以及麻醉不良反应率低于对照组，表明丙泊酚复合舒芬太尼的麻醉方案能够提升宫腔镜手术患者的麻醉质量。

综上所述，在宫腔镜手术中通过给予患者丙泊酚复合舒芬太尼可提升麻醉质量，更好的维持血流动力学指标稳定、确保患者的镇静效果以及加快术后苏醒等。

参考文献：

- [1]王世斌. 靶控瑞芬太尼和舒芬太尼分别复合丙泊酚用于宫腔镜手术麻醉作用评价[J]. 医学美容杂志,2018,27 (18): 60.
- [2]张均. 对比分析宫腔镜手术期间使用丙泊酚分别复合舒芬太尼、瑞芬太尼麻醉剂的临床价值[J]. 人人健康,2019,13 (14): 239.
- [3]赵红良,张杰. 不同剂量舒芬太尼复合丙泊酚用于宫腔镜手术麻醉效果对比分析[J]. 康颐,2020,10 (11): 241.
- [4]翟鑫鼎,徐艳红,美合日班·斯拉吉. 不同剂量舒芬太尼复合丙泊酚用于宫腔镜手术麻醉效果比较[J]. 中国药业,2019,28 (12): 66-68.
- [5]热孜乃·胡加不都. 舒芬太尼与瑞芬太尼复合丙泊酚在宫腔镜手术中效果比较[J]. 中国保健营养,2020,30 (10): 357.
- [6]陈旭,王迪,疏树华,等. 复合丙泊酚时瑞芬太尼抑制宫腔镜术中体动的半数有效剂量浓度[J]. 临床麻醉学杂志,2020,36 (4): 394-395.
- [7]谢海蓉,田例. 瑞芬太尼复合丙泊酚用于宫腔镜手术麻醉的效果和安全性探讨[J]. 医药前沿,2019,12 (9): 69.
- [8]胡帅. 瑞芬太尼复合丙泊酚对宫腔镜下宫腔分粘术中血流动力学的影响[J]. 中国当代医药,2018,25 (2): 109-111.
- [9]杨勇. 靶控瑞芬太尼和舒芬太尼分别复合丙泊酚用于宫腔镜手术麻醉作用评价[J]. 健康必读,2018,11 (34): 257-258.

彩色多普勒超声在宫内胎儿生长受限诊断中的效果研究

孙晶¹ 徐璐^{2*}

1.陕西省大荔县妇幼保健院 陕西渭南 715100; 2.陕西省大荔县医院 陕西渭南 715100;
*陕西省大荔县医院

摘要：目的：探讨临床对宫内胎儿生长受限实施彩色多普勒超声检查后获得的应用效果。方法：对来自我院接受诊断的80例宫内胎儿生长受限患者以及80例宫内发育正常孕妇进行抽取，分别设为生长受限组以及发育正常组；时间均介于2020年2月~2022年4月范围；针对两组待检对象合理展开彩色多普勒超声诊断，组间比较两组MCA（大脑中动脉）各项血流参数指标[RI（阻力指数）、PI（搏动指数）、PSV（收缩期最大血流速度）以及S/D（收缩期与舒张期最大血流速度比值）]、UA（脐动脉）各项血流参数指标（RI、PI、PSV以及S/D）、DV（静脉导管）各项血流参数指标[a（心房收缩谷a流速）、S（心室收缩峰S流速）、S/a（心室收缩峰S流速与心房收缩谷a流速比值）]结果：经对MCA测定后，生长受限组RI（0.72±0.06）、PI（1.33±0.22）、PSV（40.13±5.53）cm/s以及S/D（3.59±0.56）均较发育正常组RI（0.83±0.08）、PI（1.69±0.29）、PSV（45.22±6.03）cm/s以及S/D（5.02±0.69）更低（P<0.05）；经对UA测定后，生长受限组RI（0.69±0.09）、PI（1.13±0.26）以及S/D（2.99±0.52）均较发育正常组RI（0.55±0.07）、PI（0.83±0.16）以及S/D（2.32±0.42）更高，PSV（38.59±5.29）cm/s较发育正常组PSV（44.16±5.85）cm/s更低（P<0.05）；经对DV测定后，生长受限组a（16.26±5.13）cm/s、S（30.36±5.25）cm/s均较发育正常组a（21.42±5.22）cm/s、S（37.59±6.69）cm/s更低，S/a（2.35±0.25）较发育正常组（1.85±0.86）更高（P<0.05）。结论：彩色多普勒超声诊断方法有效应用，可对宫内胎儿生长受限明确诊断提供依据，对其血流参数指标加以明确，促进针对性干预方法的研究并实施。

关键词：彩色多普勒超声；宫内胎儿生长受限；血流参数指标

宫内胎儿生长受限于产科发病率较高^[1]。此种现象出现，会对远期神经行为发育以及胎儿生长发育产生严重影响，对此确定有效方法展开疾病早期诊断，意义显著^[2,3]。当前针对宫内胎儿生长受限在诊断过程中，多以超声检查结合病史展开，尤其彩色多普勒超声检查作为影像学检查手段一种，其对于宫内生长受限胎儿同健康胎儿之间可以有效鉴别，为疾病的早期确诊提供辅助依据^[4,5]。本次研究对来自我院接受诊断的80例宫内胎儿生长受限患者以及80例宫内发育正常孕妇进行抽取，分别设为生长受限组以及发育正常组；时间均介于2020年2月~2022年4月范围，旨在探讨临床对宫内胎儿生长受限实施彩色多普勒超声检查后获得的应用效果，现进行如下报告。

1、资料与方法

1.1 一般资料

对来自我院接受诊断的80例宫内胎儿生长受限患者以及80例宫内发育正常孕妇进行抽取，分别设为生长受限组以及发育正常组；时间均介于2020年2月~2022年4月范围；纳入标准：①孕妇均属于单胎并且自然受孕；②临床资料查询后无漏缺，未表现出妊娠合并症；③研究前，相关人员对患者、家属讲述此次研究具体内容以及相关要点，顺利获得相关同意书签署；排除标准：①发生染色体异常或者胎儿结构畸形；②孕妇属于多胎妊娠；③伴有凝血功能障碍；发育正常组所涉及年龄范围处于22~37岁区间，经求取平均值为（28.59±1.29）岁。所涉及孕周范围处于34~42周区间，经求取平均值为（35.29±1.17）周。生长受限组所涉及年龄范围处于23~38岁区间，经求取平均值为（28.65±1.31）岁。所涉及孕周范围处于35~42周区间，经求取平均值为（36.14±1.02）周。所有患者基线资料显示均衡（P>0.05）。

1.2 方法

对于两组研究对象合理展开彩色多普勒超声检查。超声诊断仪型号为迈瑞70。腹部凸阵探头涉及3.5~5.0MHz取值区间。协助仰卧体位条件下接受检查，在腹部安置探头展开检查。通过超声对胎儿形态、位置观察后，就胎儿情况全面观察。对胎儿结构、生长、附属物情况认真观察。就其孕周，通过仪器自带软件核实。安排统一影像科医师（经验丰富）展开检验。

1.3 观察指标

①组间比较两组MCA（大脑中动脉）各项血流参数指标[RI（阻力指数）、PI（搏动指数）、PSV（收缩期最大血流速度）以及S/D（收缩期与舒张期最大血流速度比值）]，在患者丘脑水平横断面展开，在具体检查期间，下移超声探头，对颅底大脑脚平面认真观察，取样部位选择患者五边形大脑动脉环后内侧中段，对于上述指标充分获取；②组间比较两组UA（脐动脉）各项血流参数指标（RI、PI、PSV以及S/D），在患者羊膜腔内对脐带段实施游离，对上述指标实施测定；③组间比较两组DV（静脉导管）各项血流参数指标[a（心房收缩谷a流速）、S（心室收缩峰S流速）、S/a（心室收缩峰S流速与心房收缩谷a流速比值）]。利用超声探头，对胎儿近端中线矢状切片、腹部斜切面观察，对上述指标充分获取。

1.4 统计学方法

在SPSS22.0中精准确入数据，计量资料在表述时，运用 $\bar{x} \pm s$ 表示，展开t检验，计数资料在表述时，运用n（%）表示，展开 χ^2 检验，P<0.05代表差异具有意义。

2、结果

2.1 组间比较两组MCA各项血流参数指标

经对MCA测定后，生长受限组RI、PI以及S/D均较发育正常组更低（P<0.05）。（见表1）

表1 组间比较两组MCA各项血流参数指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	RI	PI	PSV (cm/s)	S/D
生长受限组 (n=80)	0.72±0.06	1.33±0.22	40.13±5.53	3.59±0.56
发育正常组 (n=80)	0.83±0.08	1.69±0.29	45.22±6.03	5.02±0.69
t	9.8386	8.8458	5.5643	14.3929
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 组间比较两组UA各项血流参数指标

经对UA测定后，生长受限组RI、PI以及S/D均较发育正常组更高，PSV较发育正常组（P<0.05）。（见表2）

表2 组间比较两组UA各项血流参数指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	RI	PI	PSV (cm/s)	S/D
生长受限组 (n=80)	0.69±0.09	1.13±0.26	38.59±5.29	2.99±0.52
发育正常组 (n=80)	0.55±0.07	0.83±0.16	44.16±5.85	2.32±0.42
t	10.9825	8.7893	6.3165	8.9652
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 组间比较两组DV各项血流参数指标

经对DV测定后，生长受限组a、S均较发育正常组更低，S/a较发育正常组更高（P<0.05）。（见表3）

表3 组间比较两组DV各项血流参数指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	a (cm/s)	S (cm/s)	S/a
生长受限组 (n=80)	16.26±5.13	30.36±5.25	2.35±0.25
发育正常组 (n=80)	21.42±5.22	37.59±6.69	1.85±0.86

t	6.3059	7.6042	4.9934
P	0.0000	0.0000	0.0000

3、讨论

宫内胎儿生长受限作为产科常见病，其病因呈现出复杂性特点。患病后，胎儿血液循环所受影响极为明显^[6]。通过彩色多普勒超声检查，可有效诊断系列位置的血流信号。当前针对宫内胎儿生长受限在实施彩色多普勒超声诊断期间，以UA较为多见^[7]。

UA作为关键性指标一种，主要负责对胎儿宫内安全加以评定。通常情形下，伴随孕周增大，宫内胎儿有所增大，对应UA中的RI、PI以及S/D水平有所降低，PSV水平则呈现出一定程度提升。而如表现出UA血流受阻现象，则会对宫内胎儿正常发育产生阻碍^[8]。对此通过对UA血流参数实施监测，可就胎儿生长发育进行有效评价。本次研究发现，经对UA测定后，生长受限组RI（0.69±0.09）、PI（1.13±0.26）以及S/D（2.99±0.52）均较发育正常组RI（0.55±0.07）、PI（0.83±0.16）以及S/D（2.32±0.42）更高，PSV（38.59±5.29）cm/s较发育正常组PSV（44.16±5.85）cm/s更低（P<0.05），从而表明在宫内胎儿生长受限预测期间，UA应用价值明显。但是对于妊娠晚期阶段患者，单纯实施UA观察，则表现出一定局限性。主要因为在此阶段，诸多胎儿UA血流参数显示正常，不论正常胎儿或者宫内生长受限胎儿，对此种指标的单纯应用受限。

MCA作为重要指标之一，主要负责对颅脑循环功能实施评估。正常情况下，宫内生长发育胎儿通过MCA可对自身血管阻力进行调节，从而对脑部血流供应正常做出保证^[9]。但是在胎儿表现出慢性缺氧状态下，在脑保护作用影响下，导致MCA各项血流参数均呈现出显著降低^[10]。本次研究发现，经对MCA测定后，生长受限组RI（0.72±0.06）、PI（1.33±0.22）、PSV（40.13±5.53）cm/s以及S/D（3.59±0.56）均较发育正常组RI（0.83±0.08）、PI（1.69±0.29）、PSV（45.22±6.03）cm/s以及S/D（5.02±0.69）更低（P<0.05），分析同宫内胎儿生长受限导致呈现出失代偿以及缺氧存在相关性。如胎儿表现出缺氧症状，并且逐渐严重，则会导致MCA发生失代偿现象。在此种情形下，同正常宫内生长发育胎儿比较，在波形方面较为类似，对此诊断期间，需要同胎儿心率等系列胎儿异常表现加以结合。

DV血流改变，可对胎儿心功能加以反映。通常情形下，如胎儿宫内发育正常，则伴随孕周增加，其心房收缩谷a流速以及心室收缩峰S流速会呈现出一定程度增加，对应S/a比值有所降低。但对于宫内胎儿生长受限胎儿而言，因为DV血液回流受到阻碍，从而导致心房收缩谷a流速以及心室收缩峰S流速降低，对应导致S/a比值提升。本次研究发现，经对DV测定后，生长受限组a（16.26±5.13）cm/s、S（30.36±5.25）cm/s均较发育正常组a（21.42±5.22）cm/s、S（37.59±6.69）cm/s更低，S/a（2.35±0.25）较发育正常组（1.85±0.86）更高（P<0.05）。从而说明通过DV血流测定，对于宫内胎儿生长受限早期有效诊断表现出显著价值。通过超声诊断，可就DV血流频率展开持续性监测，从而对于重症宫内胎儿生长受限孕妇尽早发现，并且对于宫内胎儿生长受限妊娠结局可给予一定程度预测。

综上所述，彩色多普勒超声诊断方法有效应用，可对宫内胎儿生长受限明确诊断提供依据，对其血流参数指标加以明确，促进针对性干预方法的研究并实施。

参考文献：

- [1]安洪海,袁佳春,吴洪彦,等. 上海市金山区275例HIV抗体不确定结果带型分析[J]. 中国卫生检验杂志,2021,31（21）: 2611~2613,2618.
- [2]Hao Zhang, Ying Zhang, Yi Ma, et al. Dietary rumen-protected L-arginine or N-carbamylglutamate attenuated fetal hepatic inflammation in undernourished ewes suffering from intrauterine growth restriction[J]. Animal Nutrition, 2021,7（4）: 1095~1104.
- [3]李丽雅,胡凤玉,兰芸,等. 广州市医疗机构HIV抗体不确定的蛋白印迹试验结果及与转归情况的关系[J]. 国际流行病学传染病学杂志,2021,48（2）: 99~103.
- [4]Lewkowicz, Adam K., Tuuli, Methodius G., Cahill, Alison G., et al. Perinatal outcomes after intrauterine growth restriction and umbilical artery Doppler pulsatility index of less Experimental Team of Maternal and Neonatal Diseases[J]. Chinese Journal of Maternal and Neonatal Medicine, 2021,34（1/6）: 677~682.
- [5]叶瑞国,唐震武,唐晓泸,等. 131例HIV抗体检测不确定结果以及随访情况分析[J]. 预防医学论坛,2021,27（7）: 486~490.
- [6]周广康. 彩色多普勒超声对晚发型胎儿宫内生长受限血流动力学变化及妊娠结局的评估价值探讨[J]. 影像研究与医学应用,2021,5（15）: 66~67.
- [7]高文凯,王瑞玲,王凤梅,等. 孕晚期宫内生长受限胎儿彩色多普勒血流显像相关参数变化及临床意义[J]. 湖南师范大学学报（医学版）,2021,18（1）: 150~154.
- [8]李娟,张颖,翟丽等. 胎盘血管联合彩色多普勒血流在不同孕周胎儿生长受限中的监测价值探讨[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2021,24（4）: 356~361.
- [9]孟晓晖,杨佩佩,张悦洋. 彩色多普勒超声检测妊娠中晚期子宫动脉与妊娠高血压的相关性[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31（13）: 108~109.
- [10]侯丽颖,李百玲. 彩色多普勒超声评价胎儿宫内生长受限的研究进展[J]. 影像研究与医学应用,2020,4（23）: 5~6.

高速涡轮钻在下颌阻生牙拔除术的临床应用

王立娟 王红燕

中卫市人民医院 口腔科 宁夏中卫 755000

摘要：目的：研究高速涡轮钻在下颌阻生牙拔除术的临床应用。方法：选取 2021 年 3 月~2022 年 3 月时投到我院接受治疗的 40 例需拔除下颌阻生牙的患者作为研究目标，按随机分组法，对照组中 20 例采用劈冠法拔除，观察组 20 例采用高速涡轮钻拔除。观察统计两组患者拔牙手术时间、并发症发生率及术后满意度。结果：观察组拔牙手术时间、并发症发生率及术后满意度等情况均显著优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：将高速涡轮钻拔牙方法运用到患者下颌阻生牙拔除术中，有效缩短患者拔牙手术的时间，减少患者拔牙后的并发症发生率，从而获得患者对下颌阻生牙拔除术工作的高度满意，对值得临床推广。

关键词：高速涡轮钻；下颌阻生牙；拔除术

在口腔颌面外科门诊中，下颌阻生牙拔除术是槽外科手术常见的一种，手术难点常来自阻力的影响，相对于其他拔牙术来说，其难度较大且过程较为复杂。由于中低位水平阻生牙位置的特殊，采用常规的劈冠法拔除，会使患者拔牙的创口变大，拔牙手术时间过长，术后造成的反应较为严重，常会引发患者术后出血、术后感染、神经损伤、软组织麻痹等并发症的发生，对患者心理情绪造成影响^[1]。当代人们的骨骼因退化带来的牙齿骨量的不协调，牙量过大过量的因素，使其颌骨难以容下三十二颗牙齿，从而造成常见的智齿错位、阻生畸形等情况发生。下颌阻生牙由于萌生时间较晚，极易发生阻生，造成患者冠周炎或发生间隙感染^[2]。因此，为了使患者能早日恢复，缓解患者对拔牙手术产生的不良情绪，缩短下颌阻生牙拔除术的时间，减少患者拔牙后引发的并发症，提高患者拔牙后创伤的愈合效果，采用高速涡轮钻来拔除下颌阻生牙。本次研究，选取 2021 年 3 月~2022 年 3 月时投到我院接受治疗的 40 例需拔除下颌阻生牙的患者作为研究目标，皆在研究高速涡轮钻在下颌阻生牙拔除术的临床应用，具体分析如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 3 月~2022 年 3 月时投到我院接受治疗的 40 例需拔除下颌阻生牙的患者作为研究目标，按随机分组，分为观察组和对照组，每组各 20 例。对照组男性 13 例，女性 7 例，年龄 20 岁至 60 岁，平均年龄为（37.32±2.21）岁，观察组男性 11 例，女性 9 例，年龄 21 至 60 岁，平均年龄为（37.87±2.29）岁。两组下颌阻生牙患者各项临床资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）患者均知晓本次研究并自愿签订知情书；（2）患者均无精神类疾病且能进行正常沟通；（3）均符合下颌阻生牙拔除手术诊断标准。

排除标准：（1）未完成此次研究而退出的患者；（2）存在无法沟通或精神有问题的患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者采用劈冠法拔除，主要包括：根据患者阻生牙的具体情况，对患者进行凿骨、去骨、将冠劈开等处理，选择合适的牙钳工具作为颊侧骨板的支撑点，镶入镊出牙齿的远中冠根部和近中阻力部^[3]。

1.2.2 观察组

观察组患者采用高速涡轮钻拔除，主要包括：①在患者入院后，医护人员应询问了解就诊患者的病症情况、过往病史、拔牙禁忌等情况，予以患者常规拔牙检查和牙片的拍摄^[4]。了解患者阻生牙和牙根发育情况，分析患者牙齿组织和周围组织的关系，以此来对患者手术切口、除阻力部位方向的情况采取针对性方案。在为患者治疗期间，医护人员应注意自身态度，要对患者有耐心，动作语气应温和委婉。②向患者及家属讲解手术注意事项，并对患者进行相应的心理辅导，使患者能够放松心情。大多数患者并不明确下颌阻生牙产生的原因以及下颌阻生牙给身体带来的伤害，不愿积极配合医护人员治疗，严重的会出现拒绝治疗等负面情绪。由于下颌阻生牙术后容易引发多种并发症，患者会因此产生害怕紧张等不良情绪，会对手术工作的开展造成影响^[5]。应在手术前向患者讲解清楚下颌阻生牙的相关健康知识，同时告知患者下颌阻生牙产生的具体原因、相关的并发症以及未在最佳治疗时期进行治疗产生的损伤。根据不同患者的实际情况，纠正患者对下颌阻生牙的错误认知，并对患者进行心理辅导，心理安抚让患者尽量保持平常心态来进行手术治疗，消除患者负面情绪，让患者能保持乐观好心态，从而提高患者对手术治疗的依从性能积极有效配合医护人员进行手术治疗。③在完成前面的各项检查后，对患者进行常规的消毒、铺洞巾等术前准备，麻醉患者下牙槽神经，待麻醉生效后，选择合适的切口进行分离、分骨，使其手术部位充分暴露^[6]。将消毒后的高速涡轮钻配合金钢砂车针，使阻生牙及骨阻生去除掉，在手术过程中，用吸唾器来吸取患者的唾液及血液。若患者牙冠过大或周围组织的阻力，车针长度或角度无法触碰到。对于位置较低的阻生牙，容易损伤患者下颌神经，因此，需在底部剩一层较薄的牙体组织，以此来配合骨凿劈开时力量较轻，最后使用牙钳工具来撬出或拔除。同时在为患者进行治疗时，应注意患者实际情况来调整牙钻的功率和出水量，并配合生理盐水进行冲洗，从而减少患者因牙钻高温切除导致的周围组织损伤，做好创口部分的敷料，对粘骨膜瓣进行有效保护。④在患者手术完成后出院后，告知患者应定期对其进行复查，预防下颌阻生牙的复发^[7]。

1.3 观察指标

（1）统计两组患者拔牙手术时间及术后疼痛消退时间。（2）统计两组患者术后并发症的发生率，主要包括：术后出血、术后感染、神经损伤等。（3）统计两组患者对拔牙术的满意度，评估标准：满意、一般满意、不满意。

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 统计软件处理数据分析，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，经 t 检验，计数资料经 χ^2 检验，以（%）表示，差异有统计学意义为 $P<0.05$ 。

2. 结果

2.1 两组患者拔牙手术时间评分比较

观察组手术时间及术后疼痛消退时间评分明显优于对照组，观察组手术时间及术后疼痛消退时间显著优于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者拔牙手术时间评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	平均手术时间（s）	术后疼痛消退时间（d）
观察组	20	22.32±3.17	1.25±0.20
对照组	20	45.56±3.53	2.31±0.57
t		26.121	8.122
P		0.000	0.000

2.2 两组患者术后并发症发生率评分比较

观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组术后并发症发生率（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生率评分比较[n=20（%）]

组别	术后出血	术后感染	神经损伤	总发生率
观察组	10.00（2/20）	5.00（1/20）	5.00（1/20）	20.00（4/20）
对照组	15.00（3/20）	25.00（5/20）	20.00（4/20）	60.00（12/20）
χ^2				6.667

P				0.010
2.2 两组患者术后满意度评分比较				
观察组术后满意度明显优于对照组（ $P<0.05$ ），见表 3。				
表 3 两组患者术后满意度评分比较[n=20（%）]				
组别	满意	一般满意	不满意	满意度
观察组	60.00（12/20）	30.00（6/20）	10.00（2/20）	90.00（18/20）
对照组	30.00（6/20）	20.00（4/20）	50.00（10/20）	50.00（10/20）
χ^2				7.619
P				0.005

3. 讨论

近年来，高速涡轮钻拔除术是下颌阻生牙最常用的拔牙手术方法，能减少周围组织因手术带来的伤害。高速涡轮钻的操作较为简单省力，其造成的创口较小，目前我国对于高速涡轮钻的使用越来越多，对这一项全新的拔牙技术表示肯定，其效果的良好已被患者及相关医护人员认可。高速涡轮钻手术不仅可以用来去骨，还可对患者阻生牙进行切削^[8]。由于常规的劈冠法去骨存在的不规范，容易造成患者牙槽及下颌骨引发下颌骨骨折、牙龈肿痛、张口困难等不良事件的发生。对于高速涡轮钻拔除术的实施，对患者阻生牙周围组织能有效减少损伤，减少使用较为暴力的手法，使患者在拔牙手术时能减轻出现的不适，从而有效消除患者对于拔牙术出现的不良心理，避免对患者下颌关节及周围组织造成影响^[9]。因此，需采用更加安全有效的拔牙手术，确保拔牙手术的顺利进行及完成，有效缩短患者拔牙手术的时间，减少患者拔牙后的并发症发生率。

本次研究结果表明，选取 2021 年 3 月~2022 年 3 月时投到我院接受治疗的 40 例需拔除下颌阻生牙的患者作为研究目标，对照组患者采用劈冠法拔除，观察组患者采用高速涡轮钻拔除。两组患者在拔牙术后，观察组拔牙手术时间和并发症发生率等评估状况，均显著优于对照组，并且差异显著，说明高速涡轮钻在下颌阻生牙拔除术的临床应用。高速涡轮钻的自动喷水设计能及时将血水冲走，同时吸力器能将血液或唾液吸出，使医护人员在为患者做手术时，视野能更加清晰，避免因多次使用棉球来止血造成手术时间的延长，从而有效缩短患者拔除术的时间^[10]。高速涡轮钻由于转动频率高、震动感小、切除能力强、切除范围精准等特点，可对下颌阻生牙拔除时，可进行更加全面的切割，能够对阻生牙的去除时出现的阻力进行快速准确的拔除，减少患者因拔牙造成的损伤，从而有效避免患者术后引发的并发症。对于患者邻牙或周围组织的阻碍，多数患者在磨牙后由于间隙紧密，对于此情况的难度，高速涡轮钻可能会难以将其分根^[11]。为减少因其造成的下槽槽神经损伤，及深处残留的牙体组织，则使用相关牙钳工具将其劈开或撬起，但并不会造成严重影响。对于患者入院后，医护人员应询问了解就诊患者的病症情况、过往病史、拔牙禁忌等情况，予以患者常规拔牙检查和牙片的拍摄。了解患者阻生牙和牙根发育情况，分析患者牙齿组织和周围组织的关系，以此来对患者手术切口、除阻力部位方向的情况采取针对性方案。大多数患者并不明确下颌阻生牙产生的原因以及下颌阻生牙给身体带来的伤害，不愿积极配合医护人员治疗，严重的会出现拒绝治疗等负面情绪。由于下颌阻生牙术后容易引发多种并发症，患者会因此产生害怕紧张等不良情绪，会对手术工作的开展造成影响。向患者及家属讲解手术注意事项，并对患者进行相应的心理辅导，使患者能够放松心情。根据不同患者的实际情况，纠正患者对下颌阻生牙的错误认知，并对患者进行心理辅导，心理安抚让患者尽量保持平常心态来进行手术治疗，消除患者负面情绪，让患者能保持乐观好心态，从而提高患者对手术治疗的依从性能积极有效配合医护人员进行手术治疗。在患者完成前面的各项检查后，对患者进行常规的消毒、铺洞巾等术前准备，麻醉患者下牙槽神经，待麻醉生效后，选择合适的切口进行分离、分骨，使其手术部位充分暴露。将消毒后的高速涡轮钻配合金钢砂车针，使阻生牙及骨阻生去除掉，在手术过程中，用吸唾器来吸取患者的唾液及血液。若患者牙冠过大或周围组织阻力，车针长度或角度无法到达。同时在为患者进行治疗时，应注意患者实际情况来调整牙钻的功率和出水量，并配合生理盐水进行冲洗，从而减少患者因牙钻高温切除导致的周围组织损伤，做好创口部分的敷料，对粘骨膜瓣进行有效保护。

综上所述，将高速涡轮钻拔牙方法运用到患者下颌阻生牙拔除术中，有效缩短患者拔牙手术的时间，减少患者拔牙后的并发症发生率，从而获得患者对下颌阻生牙拔牙术工作的高度满意，对值得临床推广。

参考文献：

- [1]郭影映.视频立体化健康教育护理对下颌阻生牙拔除术患者治疗依从性及负面情绪的影响分析[J].航空航天医学杂志,2022,33（08）：1004-1007.
- [2]黄海,苏荣,黄世光.超声骨刀联合高速涡轮钻拔除下颌骨埋伏阻生智牙的临床应用[J].中国处方药,2022,20（07）：151-153.
- [3]涂维强.微创拔牙挺联合高速涡轮机头在拔除下颌阻生牙中的应用效果[J].医疗装备,2022,35（09）：112-113.
- [4]任爱华.个性化护理在高速涡轮钻联合超声骨刀拔除复杂下颌阻生智齿患者中的应用[J].中国当代医药,2022,29（10）：187-189+193.
- [5]印小健,宗凯,张志娟.超声骨刀配合高速涡轮机微创术对下颌阻生牙患者VAS评分与拔牙窝完整性的影响[J].系统医学,2022,7（02）：187-190.
- [6]杨天宇,韩伟,芮长胜.基于燃料介质的开式循环预冷高速涡轮发动机关键技术研究[C]//第六届中国动力联合会议暨中国航天第三专业信息网第四十二届技术交流会暨 2021 航空发动机技术发展高层论坛论文集（第一期）.2022：193-198.
- [7]关艳丽,付伟,欧阳付军.视频立体化教育联合回授法在下颌阻生牙拔除术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27（06）：69-70.
- [8]万雨,夏熙彦,曹宁碧.高速涡轮机结合微创拔牙挺在下颌阻生牙治疗中的应用效果及对疼痛的减轻评价[J].中国医疗设备,2020,35（S2）：43-45.
- [9]岳瑶,姚雪,曹聪聪.重组牛碱性成纤维细胞生长因子在预防下颌阻生牙拔除术后干槽症的临床研究[J].潍坊医学院学报,2020,42（04）：303-305.
- [10]张福.经骨劈冠法、高速涡轮钻微创术在下颌低位阻生智齿治疗中的效果对比[J].中外医学研究,2020,18（07）：28-30.
- [11]马占杰.高速涡轮钻微创与传统骨凿劈冠法拔除下颌低位埋伏阻生智齿的对比观察[J].中国医疗器械信息,2021,27（17）：147-148.

1 例交感电风暴患者的成功救治及护理体会

王 猛

浙江大学医学院附属第二医院 心血管介入中心 浙江杭州 310009

摘要：总结 1 例长 QT 间期引起的交感电风暴发作患者的成功抢救及护理经验，护理要点包括：交感电风暴的早期识别和及时有效的电复律是关键，及时应用抗心律失常药物如 β 受体阻滞剂等，维持电解质平衡。尽早行临时起搏器植入或 ICD 植入，加强心理护理。经过半个多月的精心治疗，精心呵护，患者交感电风暴未再发作。

关键词：电风暴；长 QT 综合征；尖端扭转型室性心动过速；护理

交感电风暴 (sympathy electrical storm) 又称心室电风暴，是指 24 小时内反复发作的心室颤动和/或室性心动过速 ≥ 2 次，血液动力学不稳定，需要电除颤或电击紧急治疗的临床症状群[1]。交感神经过度兴奋，使末梢释放的去甲肾上腺素增多，同时对心肌细胞膜离子通道功能造成损伤，如 β 等心血管受体作用。然后就会导致有病理基础的心脏出现电暴。交感电风暴发作时，电活动会出现严重失衡现象，而且会导致反复发作的室颤、室速等。因而通常需进行多次电复律。但多次电击会进一步激活交感神经，而电击引起的心肌细胞钾流失，也会在一定程度上导致室性心律失常的恶性发生。从而形成恶性循环。患者经常会出现严重的血液动力学障碍，如不及时治疗，死亡率极高，所以早期识别和治疗交感电风暴十分重要。近期我院收治了 1 例交感电风暴的患者，通过及时抢救、对症治疗和精心护理，并得到了成功的治疗。下面就护理经验介绍如下。

1 临床资料

患者，女，61 岁，6 天前无明显诱因下出现晕厥、意识不清入住当地医院，住院期间出现多次晕厥发作，心电图提示室性心动过速，转为窦性心律后立即进行电复律治疗。为求进一步治疗于 8 月 24 日来我院，诊断为“心律失常 室性心动过速 心室颤动？电复律术后，肺部感染，类风湿性关节炎，高血压，慢性胰腺炎”，入院后复查心电图，提示 QT 间期延长 (QTc >480 ms)，考虑长 QT 间期引起的恶性心律失常，外院心超未见明显器质性病变。8 月 25 日中午，患者反复发生尖端扭转型室性心动过速 (TDP, TorsadeDePointes)，并伴有 As 发作。考虑交感电风暴，立即予床边除颤仪，抢救车，吸引器等抢救设备，室颤时患者出现意识丧失，牙关紧闭，全身抽搐，在 2 小时内先后 7 次予 150J 非同步电除颤，后均能转为窦性心律。查化验提示：葡萄糖 9.00mmol/L、钾 4.69mmol/L、钠 131.9mmol/L、钙 2.11mmol/L、白蛋白 22.1g/L、肌酐 65 μ mol/L、尿素氮 2.56mmol/L、C-反应蛋白 36.3mg/L、氨基端 B 型利钠肽原 10054.35pg/mL、白细胞计数 11.9 $\times 10^9$ /L，医嘱予静脉补硫酸镁，并予 0.9%氯化钠注射液 40ml+艾司洛尔注射液 1.0g 5ml/h 微量泵维持。考虑患者晕厥因恶性心律失常引起，诱发尖端扭转型室速，植入式心脏复律除颤器 (ICD) 的可行植入但因患者一般情况欠佳，营养差，有发热伴有感染情况，暂予以安装临时起搏器，起搏频率 80 次/分，术后继续使用艾司洛尔，未出现室颤及室速情况。后予头孢唑肟抗感染，泵白蛋白滴，安素粉口服改善营养状况，拟择期行 ICD 植入。8 月 27 日，因患者血压波动在 80-90/50-60mmHg，偶有头晕，予暂停艾司洛尔微量泵维持，每日口服美托洛尔缓释片 47.5mg。定期复查电解质、心肌酶谱等。待患者病情平稳，排除手术禁忌症后，于 8 月 30 日行 ICD 植入术。9 月 14 日患者病情稳定起搏器伤口愈合良好出院。

2 护理

2.1 电风暴的抢救和护理

2.1.1 病情观察 此患者在入院前曾发生过多次晕厥，入院后持续心电图监护，严密监测心率、心律及心电图变化，警惕室早“R on T”现象、频发室早、室早二联律或三联律、多源性室早、非持续性室速等恶性心律失常的先兆征象并快速反应配合医生抢救；严密监视血压，呼吸，意识，面色，四肢末梢循环，吸入量；及时检查并关注各项生化指标等。

2.1.2 电风暴发作抢救在电风暴发作期间，恢复血流动力学稳定的首要措施是尽快进行电波复律。因此，要求心内科护士严密观察病情，熟练掌握心肺复苏技能，急性发作时能迅速做出判断。本例中该患者在开始反复出现室性心动过速时责任护士应立即将除颤仪、吸引器及抢救车等抢救设备于床边，才使 3 小时后患者首次出现室颤时能得以及时的除颤复律。患者后又反复出现无脉性室速或室颤，予 150J 电复律后均能转为窦性心律。在第 2 次除颤后立即予更换一次性粘贴除颤电极片，传统的除颤方法是在心电图监护下置患者于平卧位，电极板上导电糊后，选择能量，充电，分别放置于胸骨右侧边缘第 2 至 3 肋间及心尖处。并与皮肤充分接触，清场、放电。对于需反电除颤或电复律的“交感电风暴”患者，传统的电极除颤需要重复涂导电糊、重复定位，如果未及时清洁电极还可能影响除颤效果。采用一次性粘贴电极片，不用涂导电糊，也不用每次定位，大大缩短了操作时间。在临床实际使用中，采用传统电极除颤需 45~60 s，甚至 1 min 以上，而采用一次性粘贴电极除颤则仅需 10~15 s[2]，并可避免因反复除颤引起的皮肤灼伤。同时还为该患者开通了两条静脉通路，以保证静脉给药的通路通畅。

2.1.3 抗心律失常药物治疗和护理 交感神经过度兴奋是发生电风暴的重要促发因素，大量研究报道显示，及时给予大剂量 β 受体阻滞剂可有效控制交感电风暴的发作[3]。患者室速或室颤发作时，遵医嘱予艾司洛尔注射液 1.0g+0.9%氯化钠注射液 40ml 以 5ml/h 微量泵维持。 β 受体阻滞剂主要在心肌竞争性抑制 β 受体，抑制交感神经过度兴奋，阻断心肌细胞异常的钠钙内流及钾外流，逆转交感风暴时的各种离子通道都是不正常的。从而终止交感电风暴发作[4]。艾司洛尔作为一种超短效、高选择性的 β 受体阻断剂，用于静脉注射。经红细胞酯酶代谢，分布半衰期仅 2 分钟，去除 9 分钟。具有起效迅速、半衰期短、毒副作用小、体内无蓄积等优点。有关研究表明对于交感电风暴的治疗应用胺碘酮、利多卡因等抗心律失常药物的效果不及 β 受体拮抗剂[5]。美国心脏协会、美国心脏病学会、欧洲心脏病学会 (AHA/ACC/ESC) 在 2006 年的治疗指南中指出，使用 β 受体阻滞剂静脉注射是目前治疗交感电风暴的唯一有效途径。主要是因为交感电风暴的发生与交感神经过度激活、 β 受体反应性增高、希氏-浦肯野系统的传导异常等因素有关[6]。通过严格掌握适应证，在规范用药、加强用药期间血压和心率的监测基础上，依据病情合理调整艾司洛尔用量，能够有效的避免心率、血压过度降低等不良反应。另外，艾司洛尔大剂量应用时，对支气管和血管平滑肌的 β 受体有抑制作用，使呼吸道抵抗能力增高。所以禁用支气管哮喘患者和严重慢性阻塞性肺病患者。同时，艾司洛尔等药物对血管内皮均有强的刺激作用，通过外周静脉给药易引起静脉炎，应注意观察外周置管处的皮肤情况。该患者静脉条件较差，在入科时，双侧手臂已存在多处静脉炎，入我科后予三黄软膏及喜辽妥外涂。在使用艾司洛尔期间，仍预防性使用，经常更换注射部位，住院期间无静脉炎再发生。

2.1.4 血钾、血镁等电解质管理 严重的电解质紊乱和酸碱平衡失调可使心肌细胞处于电病理状态，极易诱发室室扑动、心室颤动和电风暴 [7]。 镁离子可阻断钙离子内流，从而降低心肌的兴奋性、自律性，还可以降低早期后除极 (early afterdepolarization,EAD (波幅)，抑制心律失常的触发。是 TDP 再发的首选预防药物【8】。不管血清镁水平如何，硫酸镁应立即静脉给药。但需注意镁剂大剂量使用后的毒副作用，镁中毒的征兆是膝盖肌腱反射消失，甚至房室结功能异常，血压过低或心脏停止跳动等。另外，镁离子对呼吸有抑制作用[9]，静滴时速度不宜过快，并观察患者的呼吸情况。细胞外血清钾浓度维持在 4~5mmol/L，可增加钾离子外流，加速复极，短期内与镁剂联合静滴对 TDP 有显著的纠正作用。本例患者频发室性心动过速时医嘱即予 25%硫酸镁溶液 10ml、10%氯化钾溶液 15ml 加入 0.9%氯化钠注射液 500ml 中静滴，后每日复查电解质，严密观察患者心电图监护的异常波形、心率、意识、瞳孔、乏力、腹胀等情况。补钾补钙对于拯救心源性猝死的患者具有重要意义，可以有效地稳定细胞膜，拮抗交感效应，防患于未然。

2.1.5 心理护理 电风暴伴阿斯综合征发作、多次电复律，加上抢救时的紧张气氛，易使患者产生恐惧、焦虑等一系列心理反应，使身体处于紧张状态，交感神经处于兴奋状态。容易再次诱发交感风暴。这就需要医护人员做好心理干预，安抚患者和家属的情绪，使其配合各项治疗工作，树立战胜疾病的信心，关心患者情绪变化，多与患者及家属沟通，以提高护理质量，促进康复。

2.2 介入术后护理

2.2.1 心脏临时起搏器的护理 心脏临时起搏器可以超速抑制心脏异位搏动，避免诱发恶性快速心律失常。同时还防止了因大量使用 β 受体阻滞剂可能引起的心动过缓，为进一步治疗争取了时间。本例患者交感风暴发作前心率波动在 55-70 次/分，安装心脏临时起搏器后，设置输出频率高于自身心率 10%~ 20%，设为 80 次/分，使 QT 间期缩短在正常范围内。术后继续心电图监护，妥善固定临时起搏器，防止电极脱落、移位，定时更换起搏器电池。护士应全面了解临时起搏器参数设定 (起搏频率、输出电压、感知灵敏度)，观察起搏和知觉作用是否正确。当有效起搏时，起搏脉冲后紧接着出现异位 P 波或畸形的 QRS 波，如果没有脉冲信号，也没有心室激动波，只有自搏心律，这可能是导线断裂，导线和起搏器没有很好的接触，电瓶耗竭等原因造成的。如果出现脉冲信号，没有心室激动波，就有可能出现电极移位的情况。一旦出现上述情况，应立即查明原因，据此作出处理。应注意观察穿刺部位有无渗血、皮下血肿、局部红肿。根据患者穿刺部位的不同给予相应的制动措施，防止过度活动导致电极牵拉、移位，行右锁骨下或颈内静脉穿刺者，限制左右剧烈翻身动作，患者可取平卧、半卧、坐卧位，肢体活动不受影响；行右股静脉穿刺者，右下肢严格制动。协助患者更换体位时，动作轻柔，更换体位后再次检查起搏器导线连接与固定部位，确保起搏通路的完整性和连续性，该患者留置临时起搏器期间未出现电极移位等不良情况。

2.2.2 ICD 植入术后护理 ICD 可自动感知致命性心律失常并立即对心脏进行电治疗或发放挽救生命的电击，植入 ICD 是目前最好的非药物治疗方法来纠正交感风暴发作。能显著减少因恶性心律失常引起的死亡[10]。需要提及的是，ICD 的电池寿命是有限的，如果心律失常频繁发作，ICD 频繁工作，这不仅大大缩短 ICD 的寿命，更严重的是使病人的生活质量下降。因此，ICD 常与抗心律失常药物联用。术后常规用 0.5 公斤沙袋按压伤口 6-8 小时。必要时 12 h。绝对卧床 24h，取平卧位或稍偏左的姿势。因术侧上肢活动范围受限，尽量避免剧烈咳嗽、深呼吸，以免引起电极移位。24 h 后可下床活动，帮助上肢功能锻炼，但避免做过度外展动作，1 周内避免大幅度活动。每日伤口换药，注意无菌操作，注意有无囊袋感染，一般术后 7 d 拆线。

3 小结

交感风暴是一种临床上较为普遍的危急症候群。一旦发作，心脏就失去了泵血功能，处理不及时可导致患者死亡。早期确诊是抢救成功的关键，快速识别交感风暴心电图特点及发作特点，为挽救病人的生命争取宝贵的时间。护工要不断强化业务知识的学习。迅速识别各种心律失常，有良好的应急抢救能力，医护密切配合，提高重症患者的抢救成功率。由于交感电风暴预后较差，因此，稳定期的治疗就显得格外重要。应注意病因治疗，提高心脏机能，维持电解质平衡等。长期疗效需配合药物及 ICD 治疗。

参考文献：

- [1]梁静，周玉杰，韩红亚.右冠状动脉痉挛导致急性下壁心肌梗死和电风暴一例[J].中华心血管病杂志，2017,45 (1)：64-65.
- [2]金巧萍，曹敏，陈凤.一次性粘贴电极在急诊“心室电风暴”患者电复律中的应用[J].中华危重病急救医学，2015，27 (3)：232.
- [3]Davis JE,Curtis LA, Rashid H. Idopathic cardiac electrical storm [J]. J Emerg Med,2007,37 (3): 264-268.
- [4]赵志宏，郭继鸿，李学斌.2006 年 ACC/AHA/ESC 室性心律失常治疗和心脏性猝死预防指南的解读[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志，2006，06：469-473.
- [5]Siddiqui A, Kowey PR. Sudden death secondary to cardiac arrhythmias: mechanisms and treatment strategies [J]. Current Opinion in Cardiology，2006，21 (5)：517-525.
- [6] 刘兵，易甫.电风暴[J].中国心脏起搏与心电生理杂志，2009,23 (1)：11-14.
- [7] 王静，颜琼. 心肌梗死急诊冠脉介入术中并发电风暴的抢救与护理[J]. 护士进修杂志，2010，25 (6)：548-550.
- [8]唐婧，周建中.长 QT 综合征的诊断与治疗[J].心血管病学进展，2010, 35(2)：237-242.
- [9]何炼英.心室电风暴患者的抢救及护理[J].中国实用护理杂志，2013，29 (9)：36-37.
- [10]何义明，杨洁.起搏器特殊功能与心律失常的临床应用分析[J].实用心肺脑血管病杂志，2012，20 (4)：698.

老年髌部骨折患者延续性护理中的应用

王雨婷 胡锦 通讯作者

昆明市中医医院 云南省昆明市 650500; 昆明市中医医院 650500

摘要:目的: 本文主要是研究探讨延续性护理配合中医情志护理模式对老年髌部骨折患者综合性干预效果及其应用。方法本文选取在 2019 年 1 月—2021 年 1 月一年间因髌部骨折于我院入院接受治疗的 102 例老年患者作为研究对象, 采用随机数表法分组, 分为对照组和观察组, 每组各 51 例患者。其中对照组患者采取常规护理模式, 观察组患者实施延续性护理合并中医情志护理模式; 比较观察组和对照组两组患者出院后的并发症发生情况、出院后患者康复锻炼的依从性、关节功能及生活质量的差异情况。结果: 经研究发现对照组患者的并发症发生率为 17.65% 远远高于观察组的 3.92%, 差异具有明显的统计学意义 ($P<0.05$)。对观察组和对照组两组患者的出院前一天内两组 Harris 评分进行比较, 差异无明显统计学意义 ($P>0.05$), 而在进行干预后的 1、3、6 个月内, 观察组患者的 Harris 评分水平明显高于对照组患者, 差异存在明显的统计学意义 ($P<0.05$)。且观察组和对照组两组患者出院前一天内的生活质量 8 个维度的评分比较, 差异没有明显的统计学意义 ($P>0.05$); 根据对出院后观察组和对照组两组患者的末次随访调研结果可知, 两组患者的生活质量 8 个维度评分全部都有着明显的提高, 且观察组患者评分明显高于对照组患者, 差异存在明显的统计学意义 ($P<0.05$)。结论根据临床上相关对老年髌部骨折患者出院后实施延续性护理模式的研究, 可知, 采取延续性护理方式可以在提高患者出院后康复锻炼依从性的同时, 还能够减少患者出现并发症的情况, 进而更利于患者的康复, 使患者生活质量以及自我保护能力均有着明显的提升, 临床应用效果显著, 具有积极的临床意义, 值得临床上广泛的应用和推广。

关键词: 老年患者; 延续性护理; 髌部骨折

髌部骨折属于临床一类常见的骨折类型, 且日常骨折发生率较高, 大多数骨折患者是因为摔倒或者车祸所导致的, 随着我国人口老龄化的趋势, 老年髌部骨折发生情况也在逐年升高, 且老年患者多伴骨质疏松的情况, 髌关节在外力作用下极易出现骨折[1]。目前为止, 临床上在进行治疗时多建议采取手术的方法, 如髓关节置换术等, 虽然临床上手术疗效确切, 但是老年患者因为体质本身就相对来说虚弱, 所以会经常伴随慢性疾病等情况的发生, 并且对于出院患者来说, 由于缺乏居家护理相关方面的知识或者家属护理操作不当, 极易引发严重并发症, 导致患者的康复时间延长[2]。现阶段, 随着人们生活水平的提高及思想意识的转变, 不仅要重视患者住院期间疾病转归, 还要对其出院后生活质量及整体结局引起重视[3]。以往医院的护理工作中缺乏对出院后患者的关注, 是影响患者远期预后的一个重要因素。然而延续性护理作为一类新型护理模式, 通过对出院后患者开展针对性的指导及训练, 能加快其康复进程[4]。现就该院 2019 年 1 月—2021 年 1 月一年间因为髌部骨折入院接受治疗的 102 例老年患者进行相关研究, 分析予以该类老年患者延续性护理模式对其关节功能及生活质量的提升。具体报道内容如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取因髌部骨折在 2019 年 1 月至 2020 年一月一年内在院入院接受治疗的 102 例老年患者作为研究对象, 采用随机数表法分组, 分为观察组和对照组两组, 每组各 51 例患者。患者的具体纳入标准: 经 X 线检查确诊为髌部骨折; 自愿参与本次临床研究, 并且签署履行相关文书内容, 签署知情同意书的患者; 临床资料必须完整[5]。排除标准: 继发性高血压患者; 合并严重肝、肾、脑和肺部疾病患者; 存在认知障碍、精神异常症状患者; 存在语言沟通障碍的患者; 拒绝或者中途退出本次研究的患者。其中对照组男性患者 21 例、女性患者 30 例; 年龄在 65~80 岁范围内; 患者的具体骨折类型: 股骨颈骨折患者 24 例、转子间骨折患者 20 例、转子下骨折患者 7 例。观察组男性患者 23 例、女性患者 28 例; 患者年龄在 65~80 岁范围内; 患者的具体骨折类型: 股骨颈骨折 26 例、转子间骨折 20 例、转子下骨折 5 例。观察组和对照组两组研究对象的一般资料经统计学分析比较, 结果差异无明显的统计学意义 ($P>0.05$), 具有基线可比性。本次临床研究已经通过我院医学伦理委员会的审批。

1.2 方法

观察组和对照组两组患者全部都由同一组医师开展手术及相关临床治疗, 其中对照组患者给与临床常规的出院指导, 即出院时给患者分发术后康复手册, 嘱咐患者遵循医嘱常规服用治疗药物, 耐心讲解有关康复方面的知识, 并说明具体需要家属注意的事项, 做好患者的健康宣教工作等; 予以患者及其家属适当的日常饮食及锻炼方面的指导措施, 做好复诊时间的预约等。

观察组患者在经过上述的常规护理措施的基础上加以延续性护理合并中医情志护理, 具体护理措施如下: (1) 首先创建延续性护理小组: 由科室内部成立延续护理小组, 小组成员包括主治医师两名、康复治疗师 1 名和经验丰富年龄较长的护士 3 名, 所由组员全部都要接受临床延续性护理措施与相关髌部骨折康复知识的培训, 重点训练医护人员和患者及其家属之间的相关沟通技巧与病情评估方法, 同时要求成员全部都可以熟练应用聊天软件。(2) 之后建立患者档案: 对所有需要定期随访的患者建立相应的档案, 内容包括患者的性别、年龄、受教育水平、家庭住址、电话号码及网络联系方式等, 患者出院前再次核对相关信息, 且为患者发放健康指导手册和自我保护能力测定表, 让患者和家属阅读健康指导手册的内容通过出院后和患者及其家属开展日常沟通, 以此来明确医护人员每次的随访时间, 于出院后在 1 周之内对患者开展电话随访。当患者病情保持平稳之后更改成间隔 1 个月、3 个月开展一次随访, 如果患者病情仍然不能够维持平稳依旧需要医护人员每周开展一次院外随访, 并且于出院后的 1 个月、3 个月和 6 个月开展一次上门随访, 同时将主治医师、专科护士的具体联系方式告诉患者, 对患者当下病情情况进行准确的评估, 以便纠正患者当下错误的锻炼和生活方式, 给患者正确健康的指导。对于病情过于严重复杂的患者, 需要其及时到医院复诊治疗。(3) 延续性护理方式。①音视频健康教育: 查阅髌部骨折相关资料后和患者实际相结合, 整理成为文字、图片和视频等多种形式的资料发放至每位患者手中。②组建“老年髌部骨折”之友 QQ 群或微信群, 将健康教育经过主治医师和康复治疗师查阅审核后资料推送到群中, 每周组织 1~2 个话题展开讨论。③专题讲座: 每月由主任医师、护士长组织 1 次关于髌部骨折的专题讲座, 集中回答患者现存的疑虑。④电话随访: 每周开展 1 次, 每次维持在 10~20 min。⑤上门随访: 1 次/月, 30~60 min/次。(4) 延续性护理内容。①康复护理: 由康复治疗师指导, 结合患者病情制订出合理康复计划, 合理开展功能锻炼; 指导患者开展深呼吸和咳嗽, 主动进行踝泵运动等。②饮食指导: 由营养师指导, 及时纠正患者不良的饮食习惯, 使其坚持少食多餐原则, 增加高纤维、低脂和易消化食物摄入, 禁止摄入辛辣等刺激性食物, 肥胖者需控制自身饮食。③心理指导: 由专科护士结合患者心理状态开展针对性的心理疏导, 指导其维持自身情绪平稳同时开展有效自我控制。情志调护: 患者需常长期卧床休息, 忍受疼痛的慢性折磨。因此, 患者易产生焦虑、抑郁或恐惧等心理障碍。中医整体观念认为精神活动与五脏功能密切相关。抑郁、焦虑等七情可伤五脏之气, 进而使气滞血瘀、精血暗耗。因此更加不利于老年术后康复治疗。根据患者心理制定针对性心理护理计划。采取闲谈、聊天、拉家常的方式, 拉近与患者的距离, 让病人主动开口诉说心中的郁闷, 从而了解病人对疾病的态度(紧张、害怕、恐惧), 还是盲目乐观; 有没有战胜疾病的坚强意志, 而后进行有效的心理调适。古人云“凡欲诊者, 必先问其饮食居处, 数问其情, 以从其意。”此处的“数问其情”, 要做到问者不厌烦, 病者不觉厌。“倾听患者烦恼并予以及时疏导。病人情绪稳定有利于术后治疗和康复。仔细倾听患者的烦恼和治疗顾虑。

1.3 观察指标

①髌关节功能: 采用 Harris 评分量表进行髌关节功能评价, 主要包括疼痛、功能、畸形及活动范围 4 个项目, 评分 0~100 分, 分数高则表示功能状态良好。所有量表调查均于出院前 1d、干预 1 个月、干预 3 个月、干预 6 个月由同一名医师进行评估[5]。②比较两组并发症发生率。③于出院后 6 个月比较两组患者康复锻炼依从性。设置考评项包括锻炼

时间、动作、部位以及是否独立完成锻炼。④生活质量: 采用简易生活质量 (SF-36) 评分, 内含精力 (VT)、生理职能 (RP)、情感职能 (RE)、躯体疼痛 (BP)、社会功能 (SF)、精神健康 (MH)、生理机能 (PF)、一般健康状况 (GH) 在内的 8 个维度, 均实行百分制, 量表最终得分取各维度均值, 越高越好[6]

1.4 统计学方法

本次研究采取的相关临床分析处理数据软件是 SPSS 25.0, 采用 t 检验的方式计量指标, 用卡方检验作为计数指标, 并且分别表示为均数±标准差、例数/百分率, 当 $P<0.05$ 时, 表明差异存在明显的统计学意义。

2. 结果

2.1 观察组和对照组两组患者术后并发症发生情况比较: 经研究发现对照组患者的并发症发生率为 17.65% 远远高于观察组的 3.92%, 差异具有明显的统计学意义 ($P<0.05$)。

2.2 观察组和对照组两组患者 Harris 评分进行比较可知: 观察组和对照组两组患者的出院前一天内两组 Harris 评分进行比较, 差异无明显统计学意义 ($P>0.05$), 而在进行干预后的 1、3、6 个月内, 观察组患者的 Harris 评分水平明显高于对照组患者, 差异存在明显的统计学意义 ($P<0.05$)。

2.3 观察组和对照组两组患者出院后的康复锻炼依从性比较: 观察组患者出院后的康复锻炼依从性明显高于对照组患者, 差异存在明显的统计学意义 ($P<0.05$)。且观察组和对照组两组患者出院前一天内的生活质量 8 个维度的评分比较, 差异没有明显的统计学意义 ($P>0.05$); 根据对出院后观察组和对照组两组患者的末次随访调研结果可知, 两组患者的生活质量 8 个维度评分全部都有着明显的提高, 且观察组患者评分明显高于对照组患者, 差异存在明显的统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

髌部骨折是发生在股骨上部(大腿骨)的骨折, 临床表现为髌部周围疼痛伴活动功能受限, 其致病因素与骨质疏松、无节制服用药物、酗酒和转移性癌症等有关, 且女性患病率高于男性, 同时随着年龄的增长, 骨折概率也随之增高, 会给她家庭乃至整个社会带来严重负担[7-8]。目前手术是治疗髌部骨折的主流方式, 但患者出院之后生活能力和身体机能明显下降, 加上缺乏对有关知识的了解, 家属的照护能力不佳, 使得较多原本能够康复的患者由于缺乏合理科学指导而预后不良[9-10]。延续性护理合并中医情志护理是医院护理工作的延伸, 通过电话随访、微信随访以及家庭随访等多种形式, 护理人员能够及时了解患者病情的康复情况, 并开展针对性的健康指导, 这对于患者病情康复是有促进意义的[11]。综上所述, 临床需要对出院后的老年髌部骨折患者开展延续性护理干预, 以此来改善患者的相关疾病的预后水平。

该研究结果显示: 研究组干预后的并发症发生率 3.92% 低于对照组的 17.65%, 同时研究组出院外康复锻炼依从性分别为 96.08%、94.12%、98.04%、96.08%, 明显高于对照组 ($P<0.05$), 而杨威[13]在研究延续性护理结合加速康复理念应用于老年髌部骨折患者术后患者的临床效果中发现, 观察组患者并发症发生率为 2.27%, 显著低于对照组的 20.45%, 能独立锻炼率、遵医嘱锻炼部位率、遵医嘱锻炼动作率以及遵医嘱锻炼时间率分别达到 45.4%、79.55%、61.36%、88.6%, 明显高于对照组 ($P<0.05$), 另外在干预 1、3、6 个月时, 研究组 Harris 评分水平明显高于对照组 ($P<0.05$); 两组出院前 1d 生活质量 8 个维度评分对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 两组末次随访, 生活质量 8 个维度评分明显提高, 且研究组高于对照组 ($P<0.05$)。主要由于医护一体化护理的实施不仅可以确保各项工作分工明确、责任到人, 还可以提高医护之间的配合度, 缩短随访前的相关准备工作, 为患者提供全面且专业的健康指导, 提高患者依从性的同时, 改善其关节功能和生活质量。在经过延续性护理后, 临床上髌部骨折的老年患者的机体功能、社会适应、生活质量全部都有明显的提高, 并且进一步提升了患者的主观幸福感, 在患者的生活各方面均存在明显的改善。

综上所述, 在老年髌部骨折患者出院后采取延续性护理合并情志护理的措施, 能够有效的促进患者关节功能恢复情况, 提高患者的生活质量和患者对医护人员的满意度, 具有临床应用及推广价值。

参考文献:

- [1]刘巧兰, 杨燕凤, 谢秀娟, 等. 奥马哈系统在老年髌部骨折患者出院后延续性护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(12): 90-92.
- [2]张丽, 王改林. 基于奥马哈系统的延续性护理对老年髌部骨折患者术后腕关节功能和独立性的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(10): 1908-1911.
- [3]钱珍, 杨志英, 王蓓. 高龄髌部骨折患者的快速康复护理探讨[J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(4): 96-99.
- [4]董红坤, 唐楠. 基于“微信平台”的延续性护理对老年髌部骨折患者腕关节功能及生活质量的影响[J]. 辽宁医学杂志, 2020, 34(1): 77-79.
- [5]路婷婷, 刘涛. 中医延续性护理在老年骨质疏松性髌部骨折术后患者中的应用效果[J]. 中国初级卫生保健, 2019, 33(5): 95-98.
- [6]蒋莉, 张新春, 魏海楠. 延续性护理对高龄髌部骨折术后腕关节功能、生活质量及负面情绪的影响[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(9): 1178-1182.
- [7]石娟娟. 延续性护理对老年髌部骨折术后患者生活质量及肢体功能恢复的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(26): 188-189.
- [8]赵媛, 彭贵凌. 加速康复外科理念下信息化延续护理在老年髌部脆性骨折患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(8): 1000-1005.
- [9]孙继珍, 李庆芝. 延续性护理在 90 例髌部骨折患者中的应用价值分析[J]. 基础医学与应用生物学报, 2018, 37(3): 989-995.
- [10]张华果, 司文鹏, 何宇迪, 等. 老年髌部骨折术后患者跌倒恐惧心理体验的质性研究[J]. 中华护理杂志.
- [11]石娟娟. 延续性护理对老年髌部骨折术后患者生活质量及肢体功能恢复的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(26): 188-189.

气管插管与喉罩麻醉对日间手术患者术后肺部感染的影响分析

张金城

河北省遵化市路北医院 064200

摘要:目的 分析气管插管与喉罩麻醉对日间手术患者术后肺部感染的影响。方法 研究纳入 2020 年 2 月—2021 年 4 月进行日间手术治疗的 86 例患者进行分析,根据采用麻醉方式的不同分为 2 组,将气管插管的 43 例设为插管组,将喉罩麻醉的 43 例设为喉罩组,对比两组手术情况,应激指标及免疫功能变化情况、术后肺部感染等并发症发生率。结果 术后两组上述 Cor、NE、E 指标平均有升高 ($P<0.05$),但与插管组比较喉罩组增高幅度低,组间比较差异显著 ($P<0.05$);术后 3d 喉罩组 CD^+_4 、 CD^+_4/CD^+_8 高于插管组, CD^+_8 低于插管组 ($P<0.05$);喉罩组术后肺部感染率 2.33%,延迟出院率 4.65%,均低于插管组的 20.93%、25.58%,住院时间短于插管组 ($P<0.05$)。结论 喉罩麻醉应用于日间手术患者中更有利于减轻患者机体应激反应,对免疫功能的影响小,可大大减少术后肺部感染等并发症的发生率,缩短住院时间,促进患者术后尽快恢复健康。

关键词: 气管插管; 喉罩麻醉; 日间手术; 肺部感染; 应激反应; 并发症

随着全身麻醉技术的不断进步和完善,目前全麻已被广泛应用于临床外科手术中,据相关数据显示,全世界每年完成的 3 亿台手术中 75%以上选择全麻处理^[1]。由于手术损伤,麻醉等综合因素的影响,术后肺部感染是最为常见并发症之一,不仅延长患者住院时间,且影响其康复进程,尤其对于老年患者而言更甚^[2]。气管插管与喉罩麻醉是全麻手术中最常用的两种气道管理方式,关于两者在减少术后肺部感染发生率方面的存在一定争议^[3]。基于此,笔者分别将气管插管与喉罩麻醉用于日间手术中,以为临床选择更能减少术后肺部感染的气道支持方式提供依据。现报告如下。

1. 临床资料

1.1 一般资料

研究纳入 2020 年 2 月—2021 年 4 月进行日间手术治疗的 86 例患者进行分析,根据采用麻醉方式的不同分为 2 组,纳入标准:①患者均择期进行日间手术治疗;②无循环系统或呼吸系统疾病,ASA 分级为 I-II 级;③年龄介于 18~65 岁;④术前检查肝肾功能等正常;⑤无麻醉禁忌症。排除标准:①凝血功能不全者;②恶心肿瘤及重要组织器官功能障碍者;③伴明显急性慢性感染性疾病者;④具有插管或喉罩通气禁忌症者;⑤精神疾病者。入组患者均经过严格筛选,知晓此研究,且经过伦理委员会审核通过。对照组 43 例,包括 24 例男性与 19 例女性;年龄 23~62 岁,平均 (46.82±4.62) 岁,体质质量指数 (22.52±3.52) kg/m²,其中腹腔镜胆囊切除术 23 例,胆道镜检查 12 例,胃肠息肉切除术 8 例;观察组 43 例,包括 23 例男性与 20 例女性;年龄 24~63 岁,平均 (45.52±4.72) 岁;体质质量指数 (23.85±3.56) kg/m²,其中腹腔镜胆囊切除术 21 例,胆道镜检查 15 例,胃肠息肉切除术 7 例。两组上述一般临床数据如年龄、性别、手术类型等比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

入手术室后开放上肢外周静脉通道,采用监护仪对患者血氧饱和度、心率、心电图等各项生命体征数值进行实时监测。静脉推注 0.03mg/kg 咪唑啉仑,0.5ug/kg 舒芬太尼、异丙酚 2mg/kg,0.05mg/kg 罗库溴铵进行快速麻醉诱导。观察 3min,待患者睫毛反射消失以后,插

管组经喉镜将合适的气管导管置入,导管标志线越过声门即为合适的导管深度,妥善固定气管导管后连接麻醉机,予以间歇性正压通气,麻醉维持则予以 0.2~0.3μg·kg⁻¹·min⁻¹ 瑞芬太尼和 4~8mg·kg⁻¹·min⁻¹ 丙泊酚,维持 BIS 指数在 45~55,术中间断给予 0.5~0.10mg/kg 阿曲库铵以维持肌松,使最低肺泡有效浓度维持在 1.0%~1.3%,心率、无创血压波动于基础值±20% 范围内。喉罩组则根据患者的体质质量选择合适的喉罩,正确佩戴后连接麻醉机予以间歇性正压通气。术中监测呼气末二氧化碳浓度和气道压。必要时行动脉血气分析,指导呼吸参数设置、酸碱失衡的纠正和术中、术后液体管理。术后待患者自主呼吸恢复后,潮气量达标后拔除喉罩或气管导管,用普通鼻导管吸氧。

1.3 观察指标

①手术情况,对比手术时间、术中出血量、术中最低血氧饱和度 (SpO₂),最高呼气末二氧化碳分压 (PetCO₂) 及住院时间;②应激反应:分别于术前及术后第 2 天采集两组患者空腹肘静脉血 5ml,3000r/min 离心处理,离心 15 分钟,放射免疫法检测皮质醇 (Cor)、去甲肾上腺素 (NE)、血浆肾上腺素 (E) 水平,观察其水平变化;③免疫功能:于术前及术后 3d 抽取两组患者空腹外周静脉血 3ml,采用流式细胞仪检测 T 淋巴细胞亚群,包括 CD4⁺、CD8⁺,并计算 CD4⁺/CD8⁺ 比值,观察其免疫功能变化情况。④观察两组术后肺部感染发生率及延迟出院率,将其进行记录分析。

1.4 统计学方法

利用 SPSS 22.0 软件完成统计学分析。肺部感染发生率[例 (%)]表示,采用 χ^2 检验;手术相关指标、应激反应及免疫功能指标用 ($\overline{x} \pm s$) 表示,用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组手术相关指标比较

两组手术时间、术中出血量、术中最低 SpO₂、术中最高 PetCO₂ 比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),喉罩组住院时间短于插管组,组间比较差异显著 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术相关指标比较 ($\overline{x} \pm s$)

分组	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术中最低 SpO ₂ (%)	术中最高 PetCO ₂ (mmHg)	住院时间 (d)
喉罩组	43	63.62±3.52	24.23±2.62	98.92±5.26	39.82±9.52	4.52±1.23
插管组	43	64.52±4.16	23.48±3.02	98.83±5.48	38.75±8.76	7.25±2.32
<i>t</i>		0.2565	0.3267	0.2845	0.2482	7.6962
<i>P</i>		0.1552	0.2517	0.3567	0.4826	0.0246

2.2 两组应激指标水平比较 应激指标平均有升高 ($P<0.05$),但与插管组比较喉罩组增高幅度低,组间比较差异显著 ($P<0.05$)。见表 2。

治疗前两组 Cor、NE、E 水平比较差异无统计学意义 ($P>0.05$);术后两组上述 3 项应

表 2 两组应激指标水平比较 ($\overline{x} \pm s$)

分组	例数	Cor (μg/dl)		NE (ng/L)		E (ng/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
喉罩组	43	11.42±3.52	13.52±4.21 [*]	149.52±23.52	156.82±23.29 [*]	31.52±4.82	36.15±3.52

插管组	43	11.52±3.62	16.82±3.52 [*]	150.23±24.52	185.52±29.72 [*]	30.78±5.19	56.82±4.13
<i>t</i>		0.8233	9.1826	0.1183	7.4937	0.1013	5.4972
<i>p</i>		0.1472	0.0000	0.9054	0.0000	0.9192	0.0000
注： [*] 与本组治疗前比较， <i>P</i> <0.05。				术前两组免疫功能相关指标比较差异无统计学意义（ <i>P</i> >0.05）；术后 3d 喉罩组 CD ⁺ ₄ 、CD ⁺ ₄ /CD ⁺ ₈ 高于插管组，CD ⁺ ₈ 低于插管组（ <i>P</i> <0.05）。见表 3。			

表 4 两组免疫功能相关指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	例数	CD ⁺ ₄ （%）		CD ⁺ ₈ （%）		CD ⁺ ₄ /CD ⁺ ₈	
		术前	术后 3d	术前	术后 3d	术前	术后 3d
喉罩组	43	36.52±4.15	45.21±3.25 ^①	37.78±5.79	30.25±2.25 ^①	0.92±0.13	1.45±0.12 ^①
插管组	43	37.25±4.76	39.58±3.47 ^①	37.18±6.02	34.25±2.54 ^①	0.93±0.14	1.23±0.05 ^①
<i>t</i>		0.6744	6.9057	0.4188	6.8732	0.3055	9.8673
<i>p</i>		0.5023	0.0000	0.6763	0.0000	0.7614	0.0000

注：^①与本组治疗前比较，*P*<0.05。

2.4 两组术后肺部感染及延迟出院发生率比较

喉罩组术后肺部感染率 2.33%，延迟出院率 4.65%，均低于插管组的 20.93%、25.58%，组间比较差异显著（*P*<0.05）。见表 4。

表 4 两组术后肺部感染及延迟出院发生率比较

分组	例数	肺部感染	延迟出院
喉罩组	43	1（2.33）	2（4.65）
插管组	43	9（20.93）	11（25.58）
χ^2		5.7572	7.1526
<i>p</i>		0.0163	0.0279

3. 讨论

全麻术中能为患者提供良好的舒适度，维持足够的麻醉深度，且能较好的抑制因手术刺激引起的交感神经出现的过度反应，使患者术中也能维持良好的血流动力学稳定，基于上述优势而被广泛应用于手术中。喉罩麻醉与气管插管麻醉是日间手术最常见的两种气道支持方式^[4]。肺部感染是全麻术后最为常见并发症之一，其中气道支持方式选择是患者术后发生肺部感染的危险因素之一，因此选择合适的麻醉气道支持方式，对促进患者术后尽快恢复健康具有重要意义^[5]。

既往多选用气管插管的麻醉方式，是一种安全有效的麻醉方式，在全麻的发展中起到重要作用。喉罩全身麻醉是面罩和气管插管间的一种新型通气管理方式，具有操作简单、密闭性高，气道管理方便的特点^[6-7]。本次研究将喉罩麻醉与气管插管麻醉分别用于日间手术患者中，结果显示两组手术时间、术中出血量、术中最低 SpO₂、术中最高 PetCO₂ 比较差异无统计学意义（*P*>0.05）。可见两种喉罩麻醉与气管插管用于术中均可利于患者血流动力学的稳定，不会增加手术时间。但在应激反应方面，插管组术后 Cor、NE、E 水平明显高于喉罩组，免疫功能方面术后 3d 喉罩组 CD⁺₄、CD⁺₄/CD⁺₈ 高于插管组，CD⁺₈ 低于插管组（*P*<0.05）。可见与气管插管麻醉相比，喉罩麻醉可大大降低患者应激反应，避免过度或长时间应激反应对机体造成的损伤，减少下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的兴奋状态，促使术后机体逐渐恢复正常状态，提高机体免疫能力^[8]。这是由于个体的差异，气管插管存在反复插管的情况，即使经验丰富的麻醉师也可能面临此情况，因此难免会对气管壁、咽喉等造成损伤，且插管或拔管时容易引起患者心血管应激反应，增加麻醉药物的用量；此外气管插管过程较为繁琐，需借助喉镜、气道导管，流程较多。而喉罩麻醉，与其相比，喉罩的置入无需使用喉镜，避免后喉镜会对厌、气管黏膜等造成的刺激，对肾素-血管紧张素系统等影响较轻；且喉罩置入不用将声门暴露，故不会发生气管导管经声门时引起的机械刺激，不对对患者声带造成损伤，引起喉头水肿等，术后患者发生咽喉疼痛的情况也少^[9-10]。因此相比与气管插管麻醉，喉罩麻醉可大大减少对机体造成的应激反应，见术后免疫功能抑制，提高术后免疫功能。故本组喉罩组术后肺部感染率 2.33%，延迟出院率 4.65%，均低于插管组的 20.93%、25.58%（*P*<0.05）。分析原因可能是由于气管插管麻醉对患者呼吸道的正常生理、防御功能造成了一定破坏，机体过度应激反应，导致炎症介质的大量分泌，激素分泌减少，对免疫功能形成抑制，

减少免疫细胞的增殖，因此术后细胞免疫功能较弱，故更容易发生术后肺部感染；而喉罩麻醉，置入成功率高，对机体影响小，不会破坏呼吸道防御功能，机体内部缓解稳定，大大减少了病原体的入侵，因此促使患者术后尽快恢复健康，缩短其住院时间^[11-12]。

综上所述，喉罩麻醉应用于日间手术患者中更有利于减轻患者机体应激反应，对免疫功能的影响小，可大大减少术后肺部感染等并发症的发生率，缩短住院时间，促进患者术后尽快恢复健康。

参考文献：

[1]周治国,叶国妹,林才照. 喉罩麻醉与气管插管麻醉对低龄手术患儿肺部感染发生率的影响比较[J]. 中国基层医药,2022,29（3）: 438-441。

[2]刘远铭,黄天璽. 下肢神经阻滞复合喉罩全身麻醉对高龄患者单侧髋部手术术后恢复的影响[J]. 中外医学研究,2018,16（26）: 4-7。

[3]高源,乔辉,刘鹏飞,等. 免充喉罩与气管内插管用于全身麻醉下经气管镜超声引导针吸活检的临床研究[J]. 中国内镜杂志,2022,28（5）: 7-13。

[4]许丽,白磊. 喉罩全身麻醉与气管插管全身麻醉在老年髋关节置换术中的应用比较[J]. 贵州医药,2022,46（3）: 457-459。

[5]韦武芝,梁柱,吕文强,等. 喉罩麻醉与气管插管麻醉在单孔胸腔镜双侧胸交感神经 T3/T4 切断术的比较分析[J]. 国际医药卫生导报,2022,28（8）: 1150-1154。

[6]伍兰,田彬,易勤美. 气管插管全麻与喉罩全麻用于腹腔镜胆囊切除患者麻醉效果的观察[J]. 河北医学,2022,28（5）: 736-739。

[7]张丽,徐铭阳,赵永忠. 日间手术全麻喉罩通气患者术后呼吸道感染危险因素分析及干预对策[J]. 甘肃科技,2021,37（22）: 156-158。

[8]林婷婷. 比较喉罩麻醉与气管插管麻醉在低龄患儿手术后的肺部感染状况[J]. 智慧健康,2021,7（20）: 98-100。

[9]何翠翠,董庆龙,梁丽霞,陈劲松. 不同麻醉方式对吻合器痔上黏膜环切术日间手术快速康复的影响[J]. 中华普通外科学文献（电子版）,2021,15（03）: 193-197。

[10]张丽. 日间手术全麻喉罩通气患者口腔预处理与术后呼吸道感染的相关性研究. 甘肃省. 酒泉市人民医院,2020-12-02。

[11]段冶,闫梅. 喉罩麻醉与气管插管麻醉在低龄儿童日间手术中的比较[J]. 中国社区医师,2020,36（29）: 28-29。

[12]张丽,徐铭阳,赵永忠. 日间手术全麻喉罩通气患者口腔预处理与术后呼吸道感染的相关性研究[J]. 名医,2020（13）: 105-106。

[13]文义,王白云. 喉罩麻醉对低龄日间手术患儿血流动力学及术后躁动的影响[J]. 北方药学,2020,17（08）: 46-47。

作者简介：出生年月：1978 年 9 月 10 日，性别：男，民族：汉，籍贯：河北省唐山市遵化市，所在单位：河北省遵化市路北医院 科室：麻醉科 毕业院校：河北省邯郸医学高等专科学校，职称：麻醉主治医师 学历：大专 研究方向：麻醉主治医师。

尼莫地平治疗脑震荡的临床效果及不良反应观察

张坤 朱珊珊 亓恒燕

济南市中西医结合医院 271100

摘要：目的：分析在脑震荡患者治疗过程中应用尼莫地平对于患者治疗效果与不良反应等指标的影响。方法：在 2020 年 9 月~2021 年 9 月期间医院收治的脑震荡患者中随机选取 80 例分为两组，对照组给予常规治疗，研究组在常规治疗的基础上加用尼莫地平，对比患者治疗效果与不良反应指标。结果：研究组治疗总有效率高于对照组，差异有统计意义（ $P<0.05$ ）。经治疗，患者脑部动脉血流值均有所提升，且研究组 MCA 与 BA 指标均高于对照组，差异有统计意义（ $P<0.05$ ）。经治疗，患者神经功能均有所改善，且研究组 NIHSS 评分低于对照组，差异有统计意义（ $P<0.05$ ）。研究组不良反应率低于对照组，差异有统计意义（ $P<0.05$ ）。研究组治疗满意度高于对照组，差异有统计意义（ $P<0.05$ ）。结论：对于脑震荡患者而言，在治疗期间，通过应用尼莫地平进行治疗，有利于促进患者治疗效果的改善，该疗法具有良好的临床价值，值得推广。

关键词：脑震荡；尼莫地平；治疗效果；不良反应；神经功能

随着城市化水平的不断加深与生活模式的转变，人民群众对于健康的关注程度得到了显著的提升，继而推动了医疗研究工作的不断深入。在临床过程中，作为心脑血管常见问题之一，脑震荡问题对于患者健康的影响相对较大，研究人员表示，若不能及时对该病进行合理干预，则其往往会对患者预后生活质量造成不良影响^[1]。部分研究资料显示，对于脑震荡患者而言，其伤后即刻可出现短暂的意识障碍和近似疑问问题，继而对患者造成了不良影响。在临床过程中，多数脑震荡患者往往需要卧床静养^[2]。然而，大量临床研究资料表明，单纯依靠敬仰与常规干预，部分脑震荡患者在术后往往容易出现恶心呕吐等不良反应，继而对患者愈后健康造成了一定影响。另一方面，在预后康复工作开展过程中，大量研究资料表明，基于常规治疗模式下患者大脑组织的血氧供给需求往往难以在短时间内进行合理纠正，从而增加了血氧供给不足的持续时间^[3]。有研究指出，这一问题往往容易导致患者出现大脑组织的缺氧缺血坏死问题，继而对其神经功能造成了不良影响，不利于患者预后神经功能的充分恢复，对患者健康造成了一定阻碍。近年来，大批医疗工作者对于脑震荡患者治疗模式进行了合理分析与探索，从而进一步促进了患者治疗工作模式的充分调整^[4]。在此过程中，作为重要的治疗药物之一，尼莫地平有利于帮助患者实现抗脑缺氧的目的，其对于患者预后健康的充分恢复具有良好的促进意义。与此同时，有研究表明，作为常用心脑血管治疗药物，尼莫地平可以合理实现，对于患者细胞膜钙通道的充分组织，促进了其血管平滑肌痉挛问题的合理恢复，有利于推动患者愈后健康的充分保障^[5]。大量临床资料显示，对于脑震荡患者而言，在治疗过程中，通过尼莫地平的合理应用，有助于帮助患者实现对于脑损伤问题的充分缓解，对于患者预后生活质量的提升具有积极促进意义。本次研究中，研究人员针对在脑震荡患者治疗过程中应用尼莫地平对于患者治疗效果与不良反应等指标的影响进行了探索，希望为后续医疗研究工作提供相应的借鉴与参考，从而全面推动我国临床过程中脑震荡治疗综合水平的合理提升，现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

在 2020 年 9 月~2021 年 9 月期间医院收治的脑震荡患者中随机选取 80 例分为两组，对照组男 24 例，女 16 例；年龄 25~72 岁，平均（43.28±3.54）岁；在致伤因素问题上，15 例高处坠落，12 例交通事故，9 例打架斗殴，4 例其他，研究组男 25 例，女 15 例；年龄 30~74 岁，平均（44.45±3.46）岁；在致伤因素问题上，13 例高处坠落，17 例交通事故，8 例打架斗殴，2 例其他。相关内容已上报伦理委员会并获审批。所有患者及其家属均对本次研究内容表示知情同意。患者一般资料差异无统计意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予常规治疗，主要包括做好患者外伤基础护理，引导患者进行卧床休息并依据其实际情况使用镇静药物，以便有效促进患者神经功能的合理调节。在治疗期间，医护人员应积极做好与患者的沟通与交流，从而帮助其实现对于应激心理的合理缓解。患者治疗 3d。

1.2.2 研究组 在常规治疗的基础上加用尼莫地平，

药物由拜耳医药保健有限公司生产，国药准字：H20003010，药物用法用量为：口服，60mg/次，3 次/d，患者治疗 1 周后将单次药物使用剂量改为 40mg，频率不变，再连续用药 2 周。在治疗过程中，医护人员应及时做好对于患者临床生命体征的密切监测与记录工作，若患者出现不良反应，则应及时进行对症干预，从而促进患者预后健康的有效保障。

1.3 观察指标

1.3.1 治疗有效率 依据患者表现分为显效、有效以及无效，其中，显现表示临床症状基本消失，有效表示临床症状有所改善， 无线表示患者未满足上述要求。

1.3.2 患者脑部动脉血流值 包括患者大脑中动脉（MCA）与基底动脉（BA）依据患者实际情况进行对比。

1.3.3 患者神经功能 采用神经功能缺损（NIHSS）评分进行调查，患者分数越高表示其神经缺损越严重。

1.3.4 患者不良反应 包括恶心、呕吐、头晕以及头痛，具体情况依据患者临床表现进行记录与对比分析。

1.3.5 患者治疗满意度对比 采用满意度问卷调查，分为满意、基本满意以及不满意。

1.4 统计学方法

选取 SPSS20.0 分析数据，采用%代表计数资料，应用 χ^2 进行检验，采用（ $\bar{x}\pm s$ ）代表计量资料，应用 t 进行检验，以 $P<0.05$ ，证明差异有统计意义。

2 结果

2.1 患者治疗有效率对比

研究组治疗总有效率高于对照组，差异有统计意义（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 患者治疗效果					
组别	n	显效	有效	无效	总有效（%）
研究组	40	27	12	1	97.50
对照组	40	19	15	6	85.00
χ^2	-	-	-	-	3.914
P	-	-	-	-	0.048

2.2 患者脑部动脉血流值对比

经治疗，患者脑部动脉血流值均有所提升，且研究组 MCA 与 BA 指标均高于对照组，差异有统计意义（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 患者脑部动脉血流值					
组别	n	MCA		BA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	40	63.15±1.55	82.88±2.01	38.44±1.20	52.45±1.21
对照组	40	63.12±1.65	73.01±2.12	38.65±1.15	48.65±1.16
t	-	0.084	21.368	0.799	14.338

<i>P</i>	-	0.933	0.000	0.427	0.000
----------	---	-------	-------	-------	-------

2.3 患者神经功能对比

经治疗，患者神经功能均有所改善，且研究组 NIHSS 评分低于对照组，差异有统计意义（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 患者 NIHSS 评分

组别	n	治疗前	治疗后
研究组	40	23.85±2.04	10.45±1.01
对照组	40	23.95±2.14	14.65±0.89
<i>t</i>	-	0.214	19.732
<i>P</i>	-	0.831	0.000

2.4 患者不良反应率对比

研究组不良反应率低于对照组，差异有统计意义（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 4 患者不良反应率

组别	n	恶心	呕吐	头晕	头痛	不良反应率（%）
研究组	40	1	0	2	1	10.00
对照组	40	4	2	4	2	30.00
χ^2	-	-	-	-	-	5.000
<i>P</i>	-	-	-	-	-	0.025

2.5 患者治疗满意度对比

研究组治疗满意度高于对照组，差异有统计意义（ $P<0.05$ ）。见表 5。

表 5 患者治疗满意度

组别	n	满意	基本满意	不满意	总满意（%）
研究组	40	16	19	5	87.50
对照组	40	12	14	14	65.00
χ^2	-	-	-	-	5.591
<i>P</i>	-	-	-	-	0.018

3 讨论

总的来看，在日常生活中，由于受到各类外力因素的影响，患者往往容易出现脑震荡问题，其可导致患者大脑组织受到不同程度的损伤，继而不利于其健康的合理保障^[6]。就目前而言，我国医疗领域对于脑震荡的发病机制和病理演进过程中处于探索过程中，并未有效实现完全解明。近年来，随着医疗研究工作的不断深入，大批医疗工作者结合患者临床数据对于脑震荡问题进行了相应探索。部分研究资料显示，在日常生活中，工伤事故、高风险运动、摔倒、机动车交通事故、战争以及身心虐待等因素均有可能导致患者出现脑震荡问题^[7]。在临床过程中，该病患者以伤后短时间内的意识丧失为典型临床症状，与此同时，部分患者还可同时伴有疲倦、无力、失眠、耳鸣、心悸、情绪亢奋、头晕头痛以及记忆力减退等问题，从而对患者预后健康造成了不良影响^[8]。在临床过程中，部分研究资料显示，脑震荡患者伤后往往容易出现脑血管痉挛病理性改变，继而对患者健康造成了不良影响。总的来看对于脑震荡患者而言，在其术后康复阶段对于患者的转归情况进行考虑时，应关注患者是否存在继发性脑损害以及其病情损伤程度问题。大量医疗研究资料显示，在临床过程中，若患者头部受到暴力损伤往往容易对脑脊液造成刺激，从而对于其第四脑室形成冲击，造成神经纤维和脑细胞之间联系的损坏，如果不能及时进行合理干预，则有可能诱发脑体克问题^[9]。在临床过程中，由于受到肝病影响，患者往往容易出现意识障碍问题，且脑血管内部可出现大量内皮细胞舒张因子的释放，继而而对颅脑循环造成了不良影响，增加了患者脑部血液供给问题的严重性，对于患者脑血管健康的保障极为不利。在临床过程中，常规疗法对于脑震荡患者主要引导其进行卧床休养并对患者病灶部位的受损情况进行关注^[10]。大量研究资料显示，在相关干预模式下，患者预后康复效果仍存在一定的上升空间，基于此，随着医疗研究工作的不断深化，医疗工作者对于患者治疗药物进行了合理探索，从而推动了大量药物在患者临床治

疗过程中的合理应用与推广^[11]。在此过程中，作为二氢吡啶钙通道拮抗剂，尼莫地平具有良好的脂溶性，其可以有效实现人体血脑屏障的充分穿透，进而实现对于钙通道的合理阻滞。在这一问题上，部分研究资料显示，通过积极做好对于该药物的合理应用，在治疗过程中，其可以对细胞膜钙通道进行选择性阻滞，继而降低钙离子侵入到患者血管平滑肌细胞的可能性，对于患者健康的维系具有重要作用。从治疗工作的角度分析，尼莫地平可以有效实现对于细胞内存储的钙离子释放功能进行控制，继而推动细胞正常生理功能的充分维系，对于患者血管收缩功能的平稳保障具有积极作用。有研究表明，该药物有助于促进患者脑组织血氧供给需求的合理满足，对于患者健康的维系具有重要的促进意义。通过对患者资料进行分析后可以发现，对于脑震荡患者而言，在脑血管痉挛期，通过积极应用尼莫地平进行治疗，有助于促进患者血管痉挛问题的充分解除，继而降低脑部血液流速的短时大幅上升，对于患者日后健康的保障具有积极意义。另一方面，尼莫地平可以对血管平滑肌细胞的 ET 受体进行组织，从而降低血管平滑肌细胞积聚问题。在治疗过程中，尼莫地平还可以减少患者脑组织氧自由基的生成数量，从而实现脑组织损伤问题的合理缓解，有助于促进患者日后健康的进一步恢复，对于一些不良事件的合理规避具有重要的促进意义。

本次研究结果表明，与常规治疗模式相比，通过应用尼莫地平对患者进行治疗患者的治疗总有效率为 97.50%，其远高于常规治疗组的 85.00%。在脑部血流值问题方面，相关结果显示，通过尼莫地平的应用，患者预后 MCA 与 BA 指标均较常规治疗显著提升。在术后神经功能方面，尼莫地平治疗组患者的 NIHSS 评分指标显著低于常规治疗组，由此证明，尼莫地平对于患者神经功能具有一定的纠正和保护作用。在预后不良反应方面，尼莫地平组的不良反应率为 10.00%，常规干预组的不良反应率为 30.00%，由此证明，尼莫地平组治疗中的安全性相对更高。从患者的角度分析，尼莫地平对患者的治疗效果相对更好，基于此，患者对于该药物的治疗效果总体上更为满意。

综上所述，尼莫地平有利于促进脑震荡患者预后健康的合理恢复，其对于患者脑部功能的合理改善与预后生活质量的全面提升具有良好的促进意义。基于此，研究人员表示，在对脑震荡患者进行治疗的过程中，该药物值得进行推广应用。

参考文献：

[1]郭博. 应用尼莫地平治疗脑外伤后脑震荡样症状的临床观察[J]. 中国冶金工业医学杂志,2021,38（3）: 305-306.

[2]金铂,陈孟宇,曹梦琢,等. 轻型创伤性颅脑损伤患者并发脑震荡后综合征的临床特点及其相关因素分析[J]. 中华神经医学杂志,2019,18（6）: 570-574.

[3]汪仲伟. 早期不同药物治疗外伤后脑震荡的临床疗效对比[J]. 首都食品与医药,2019,26（1）: 46.

[4]李春静. 早期不同药物治疗外伤后脑震荡患者的临床效果[J]. 医疗装备,2020,33（22）: 64-65.

[5]周艳. 脑外伤后脑震荡样症状早期药物治疗临床研究[J]. 海峡药学,2019,31（4）: 174-175.

[6]贺建勋,孟庆龙,孙伟伟,等. 脑震荡后综合征患者心理干预的临床效果观察[J]. 西北国防医学杂志,2021,42（3）: 158-161.

[7]苑新香. 心脑血管治疗仪对脑震荡后遗症的治疗作用[J]. 中国保健营养,2021,31（26）: 117.

[8]部雅丽. 舒适护理在住院脑震荡患者的应用价值[J]. 饮食保健,2019,6（30）: 108.

[9]郑凯,高翔宇,易凡琪,等. 运动相关脑震荡对前庭与平衡功能的影响及其康复的综述[J]. 中国社区医师,2020,36（31）: 4-5.

[10]袁水风,唐琼华,林燕. 优质护理对临床脑震荡患者的应用分析[J]. 家有孕宝,2020,2（6）: 158-159.

[11]李梅. 脑震荡如何护理脑震荡患者要掌握 5 个护理技巧[J]. 健康忠告,2020,14（12）: 152.

热分析技术在药品检验中运用研究

张荣

珠海联邦制药股份有限公司 519040

摘要：随着科学技术水平的不断提高，热分析技术也为药品检验提供技术支持，更是在药学领域广泛应用。基于此，简单分析热分析技术现状和相关技术类型，结合热分析技术在药品检验中的应用方法，深入探讨运用要点，仅供参考。

关键词：热分析技术；药品检验；质量检测

前言：热分析技术大都应用于质量检测、药物对照品研发、成分分析等方面，有着操作便捷、用量少和准确度高的特点。通过分析过程中产生的物理或化学变化，为研究药物性质和选择药物剂型提供可靠性较高的参数依据。

1. 技术类型

1.1 差热分析

差热分析就是在控温情况下将供试品和参照物的温差和温度进行关系测定，因为在同时加热供试品和参照物前提下，供试品会产生物理和化学变化。而通过差热分析仪就可以利用空腔加热块实现自动控制，保证受热环境及压力的稳定性。一般情况下，参照物通常选用称样器皿、氧化铝、沙石或玻璃球这些可以保持相对稳定的物质。另外，考虑到参照物和样品的热容量不同，为了可以根据热容量是否下降判断反应类型，并绘制 DTA 曲线，就要将电热偶分别放置在两个腔内，就可以使参照物和样品之间的温度差一直相同，直至达到热转化温度，判断热容量情况^[1]。

1.2 热重分析

在实际应用中，热重分析是通过计算机程序控制温度，然后对此时物质的重量和温度进行比例测量，之后再进行调整，得到不同温度与物质的重量关系，而且该技术还有一种不受温度影响的微量天平作为专用仪器。其中如果以温度作为横向坐标、重量作为纵向坐标的话，可以绘制热重曲线。该曲线可以在挥发性杂质消失后，记录物质重量在惰性气体下的减少。

1.3 差示扫描量热分析

差示扫描量热分析就是在差热分析过程中，绘制温度变化时样品和参照物的热量变化图。但需要注意的是，该技术绘制出的 DSC 图谱不论是准确度还是精密都要优于差热分析法。使用这种方法时就要利用加热器和温度传感器，并将样品和参照物分别固定在两个仪器上，通过热互相隔离的实现，深入了解当温度不断升高前提下，要想维持样品和参照物温度相同，需要耗费多少能量。在绘制出来的图谱中，一般用横坐标表示温度，纵坐标表示热量差，而样品转化能则是峰面积代表，正峰代表吸热，负峰则是放热。

2 技术运用要点

2.1 药品质量检测

药品质量检测中技术指标有熔点、纯度、结晶水和吸附水等，积极应用热分析技术可以对他们进行准确测定。

首先，在药品的熔点检测中，会因为条件有限，确定分解点和熔点较困难。这时候就可以使用 DSC 技术绘制对应曲线，找出其中的三个变化点，分别是曲线偏离基线处、基线与切线外推至曲线处和曲线峰顶。一般来说，物质具体熔点是与热力学平衡点最接近的，峰顶处则是未熔点。根据这一方法，就可以充分了解物质是否有溶解性及具体熔点情况。

其次，是运用热分析技术检测药品纯度。虽然使用差示扫描量热分析法可以在无需对照品的基础上，直接测定纯化化合物的含量。但在选择样品时要达到以下要求：一是杂质要全部溶解到液相中，二是较少且形成低共熔点，三是如果是多晶型物质需要将其转化为单一晶型，

四是液相和固相要保持热力学上的平衡，五是杂质不会被固体蒸气压影响，且不与主物质发生反应，六是同一时间分解的物质不适合进行熔融，七是熔融热不会被温度影响。

最后，因为在检测过程中，结晶水有显著的失重峰特点，吸附水没那么明显。可以通过热重分析确定药品分子中的结晶水数量，并准确区分结晶水和吸附水。

2.2 中药鉴定

目前来看，中药的来源渠道广泛、质量标准不一、产地较多，容易发生误收、误用等问题。而热分析技术的应用就可以帮助分析鉴别外观相似或真假难辨的中药，保证中药质量。使用 DSC 方法，对真药和假药的热分析曲线进行鉴别。可以有效避免以假乱真、以次充好的问题，为营造良好中药市场环境提供保证^[2]。

例如，在应用差热分析法对商陆属植物 5 种 17 个不同产地的样品及 2 种误用品进行热谱扫描。首先，研究条件为差热量程±50uV、升温速度为 20℃/min、气氛选择静态空气，参比物具体选择空铝坩埚。然后取 3mg 样品放置于坩埚内进行扫描，得到重现性较好的实验结果，获得 7 种热图谱。因为不同地区的不同商陆会具有独特峰形，可以根据明显的热谱差作为种间鉴别依据。同样，热谱图中也显示了商陆的共同特征，在第一个放热峰之前的相似性曲线就可以得知，这类信息可以作为该属植物的热谱标志。通过这一实验，就可以有效鉴别该属植物种间和误用品，解决了因同属植物药材形态特征不明显造成的鉴别困难等问题。

当然，还可以利用差示扫描量热技术测出的 DSC 曲线进行有关鉴别，且该技术减少了试样量和改进了仪器，在定量分析上的适用度较高。

2.3 药品成分分析

对于药物成分分析，热分析法的三种方法都可以对其进行准确分析。其中，热重分析法可以检测药物质量变化情况，而差热分析法和差示扫描量热分析法则是对热力学参数的测定。通过三种方法的结合，在定性和定量两个方面对药物成分进行精准测定。例如在实际测定过程中，通过对比药剂配方和化合物的热重、差热和扫描量曲线就可以对成分含量进行鉴定。而且通过热重曲线估算出组分含量，差示扫描曲线则是区分主要成分和其他成分^[3]。

2.4 药物对照品研发

现阶段我国处于对照药品的研发初期，热分析技术的应用较少，但相应的熔点对照品研发已经逐渐趋于全球平均水平。如果对初始阶段进行分析，作为药品检验这一过程来说，对照品是药品鉴别、含量测定与检查的重要依据。因此，提前筛查各类药物来源。这些操作的完成需要综合选择 DSC 纯度分析数据，建立参考档案，为来源筛查做好准备工作。而换成对对照品纯度分析的话，选择 DSC 方法的同样具有较高可靠性。另外，如果针对稳定性而言，TGA 可以更全面检验药物晶体当中的溶剂残留物，对药物对照品研究提供支持。

2.5 药物共晶研究

热分析技术不仅在药物检验领域发挥重要作用，也为药物的质量监控和药品研发环节，提供有参考价值的热力学参数和动力学数据。而近年来药物共晶作为固体药物开发中的新候选方案引起了广泛关注，药物共晶是由药物活性成分（API）和适当的共晶形成物（CCF）

组成的。热分析技术可以对样品在控温过程中发生的物理和化学变化进行精准研究,是药物共晶筛选的重要手段。热分析技术可以深入研究物质的熔融、转晶过程等,并依照 Van't Hoff 方程进行晶型和共晶鉴别及纯度鉴别。其中,差热分析法、差示扫描量热法和热重分析法在药物共晶研究领域主要应用于药物共晶的筛选、检测和分析等方面。

利用差热分析法时,测量待测物和参比物温度与二者温度差的关系,对待测物进行分析。例如,先导化合物通过与己二酸、戊二酸和富马酸分别结合形成共晶,可以有效提高先导化合物的溶解性,进一步提高 API 的血浆浓度。而从 DTA 曲线中可以了解到,三种共晶分别在 215℃、160℃、222℃ 处各有一个吸热峰,而先导化合物、己二酸、戊二酸和富马酸四种的熔点分别是 245℃、150℃、92℃、216℃,也就是说,形成的三种共晶是不同于 API 和 CCF 的新物质。而且,己二酸和戊二酸的 DTA 曲线中吸热峰尖锐,也就意味着这两种晶态物质的晶型纯度高。

使用 TG 法通过程序控温测量物质的质量与温度、时间变化的关系,可以精确测量出物质的质量变化及变化速率。在药物共晶研究中,该技术为其物理稳定性做出准确评估。例如,在研究阿昔洛韦与不同共晶形成物的共晶形成能力时,先制备阿昔洛韦分别与富马酸、丙二酸和 D, L-酒石酸三种形成的药物共晶,再通过 TG 表面特征,对三种共晶的热稳定性进行评估,同时研究共晶的组成成分。TG 图谱的实验结果也表明了,对于阿昔洛韦、富马酸、三水合物,150℃ 之前并未有失重现象出现。而热分析结果也表明,该共晶水合物在 150℃ 时仍然处于稳定。对于阿昔洛韦、丙二酸和 D, L-酒石酸形成的共晶,图谱中显示在 135℃、140℃ 时发生失重。由以上数据可知,阿昔洛韦的三种共晶中,与富马酸形成的共晶稳定性最强,与丙二酸形成的共晶稳定性则是最差的。

3. 实例分析

3.1 理论说明

热分析技术的广泛应用中,热重分析法(TGA)和差示扫描量热法(DSC)的应用较多。其中,TGA 一般用于药物水分检查、干燥失重和结晶溶剂,或者是通过观察药品在受热中的质量变化对稳定性和相容性进行预测。而两者的结合可以使得到的热特征信息更为全面,正如热重/同步差热分析仪的应用。DSC 在 TGA 的基础上不断进步,可以更快速获得热量信息且灵活性较强。

常用的药物纯度研究方法除去差示扫描量热法以外,还包含色谱法和核磁定量法。分析技术中纯度研究是以范德霍夫方程为理论依据的,即是在杂质的影响下,物质的熔融行为为多数可能发生的低共熔体系中,主成分的熔点与杂质含量呈反比例,也就是说,杂质的摩尔百分比含量升高,主成分的熔点就会降低^[4]。

3.2 实验方法

选择规格为 0.5g/瓶的铜(In)和锌(Zn),校准热分析仪器进行研究分析。

第一,利用热重/同步差热分析仪,然后取少量药品放置在氧化铝坩埚内,让室温以 20℃/min 速率迅速上升至 300℃,让气氛 N₂ 流速为 20mL/min。第二,使用差示扫描量热仪,取 1-3mg 药品放置于标准铝坩埚内,以 0.5、10℃/min 的升温速率扫描熔融温度区间,让气氛 N₂ 流速为 50mL/min。

3.3 结果与分析

热分析技术在纯度研究中主要有三个步骤,分别是热特征信息的获取、热力学行为范围的初步扫描和纯度的精细分析,具体流程图如图 1 所示。

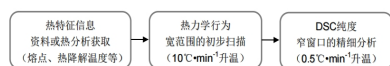


图 1 热分析技术纯度研究法三步骤解析流程图

首先,在样品热特征获取上,主要是熔点和热降解温度等数据信息。一般情况下,可以

通过查阅资料得知,也可以借助热重/同步差热分析法进行观察。其次,在扫描热力学行为范围时,要针对性进行温度范围内的扫描。这一步是为后续纯度分析奠定基础,通过分析样品可能存在的多晶型、晶型转化或熔融分解等判断适用性。对图 2a 进行分析,可以确定盐酸美西律出现多个吸热峰,也就说明样品可能是多晶型。而分析图 2b 可以得知,肩峰后方吸热紧接着主熔融峰,说明间苯二酚仍可能存在晶型转化现象。再对图 2c 进行分析,可以看到硫酸阿托品吸热后,熔融峰中段后段出现放热现象,这是熔融分解的特征。只有当热力学特征图谱显示出单一而独立的熔融吸热峰时,才能进行 DSC 纯度研究,当出现图 2 所示几种情况,都会导致结果不准确或重现性差。最后,针对第二步骤中,对单一且独立的熔融吸热峰进行较窄温度的精细分析,再利用相关热焓值分析样品的 DSC 纯度。

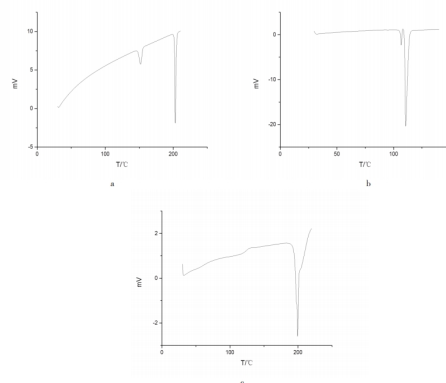


图 2 热分析技术纯度研究的 DSC 图谱

3.4 应用实例

热分析技术纯度研究法在化学物质的量值分析中适用度较高,目前首批化学标准物质的质量研究中,金诺芬的 DSC 纯度研究具有代表性价值。

依据纯度研究流程,并未在相关标准和资料中得知金诺芬的熔点和热降解温度这些热特征信息,因此,借助 TGA 或 SDTA 进行研究,从室温开始进行范围扫描,由图谱显示得知,240℃ 范围附近,样品重量逐渐下降,出现放热现象,这说明热降解温度为 240℃。而通过 SDTA 曲线可以知道吸热峰出现在 120℃-140℃ 之间,可以确定金诺芬的熔融区间,研究人员可由此开展相关分析。

在确定了样品的熔融区间和热降解数值之后,就可以采用更精确的 DSC 分析确认热力学行为。结果显示,样品单一且独立的熔融吸热峰出现在 120℃,而且并未观察到有多晶型、晶型转化或熔融分解的现象存在可能会产生干扰,也就可以确认该样品很适合 DSC 纯度研究。针对性分析 92℃-118℃ 的熔融吸热峰,利用数据处理软件,对阴影面积进行积分,再输入金诺芬的摩尔质量,系统会根据范德霍夫方程这一理论依据计算出纯度为 99.4%。

结论:综上所述,要提高对热分析技术的重视程度,充分了解热分析技术的作用、应用方法和功能,积极学习热分析技术应用方面成功经验,加快热分析技术研发进程,可以进一步促进我国药品检验和医疗事业发展,理应得到重视。

参考文献:

- [1]李炯热.热分析技术在药品检验中的应用[J].百科论坛电子杂志,2019(5): 627-628.
- [2]孙宽.热分析技术在药品检验与研究中的应用[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(44): 178-179.
- [3]陈仁萍.热分析技术在药品检验及研究中的应用[J].商品与质量,2020(31): 188.
- [4]李志明.热分析技术在药品检验与研究中的应用[J].东方药膳,2021(16): 50-51.

电子输尿管软镜手术治疗肾结石的效果及对碎石成功率影响分析

钟开清 潘文博 魏波 龙海

钦州市第二人民医院 广西钦州 535009

摘要：目的：分析电子输尿管软镜手术治疗肾结石的效果及对碎石成功率影响。方法：随机选取74例肾结石患者，均为2020年1月至2022年5月在我院接受治疗，将其随机分为对照组和观察组，给对照组中的37例实施常规手术治疗，给观察组中的37例实施电子输尿管软镜手术治疗，记录两组各手术指标，统计两组碎石成功率及并发症，行统计学比较。结果：与对照组比较，观察组手术时间和住院时间更短，术中出血量更少（ $P<0.05$ ）；在碎石成功率方面，观察组（97.30%）较对照组（75.68%）高（ $P<0.05$ ）；观察组中并发症发生率（5.41%）较对照组（24.32%）低（ $P<0.05$ ）。结论：临床上对肾结石患者实施治疗时，应用电子输尿管软镜手术治疗，手术时间更短，术中出血量更少，并且碎石成功率更高，引发的并发症更少，建议推广。

关键词：电子输尿管软镜手术；肾结石；治疗效果；碎石成功率

肾结石在临床上比较常见，其发病率在逐年升高，患者发病后主要表现为尿路堵塞、尿液不能顺畅排出，部分患者同时伴发热、血尿以及腰痛等症状，如果未能及时接受有效的治疗，随着时间的延长，病情会逐渐发展为尿毒症、肾积水、肿瘤等，严重的还会导致患者死亡，极大地威胁着患者的生命安全^[1]。对于肾结石患者而言，早期对其实施有效的治疗也就显得尤为重要。目前，临床上对肾结石患者的治疗主要以手术为主，通过手术取出结石，促进患者肾功能的恢复。常规治疗方式不但对患者造成了创伤比较大，并且效果欠佳。电子输尿管软镜手术的应用为临床治疗肾结石患者提供了新的方向^[2]。这种治疗方式碎石成功率更高，对患者机体造成的创伤更小，安全性更高。本次研究共选取了74例2020年1月至2022年5月以来在我院治疗的肾结石患者，通过与常规治疗效果相比较，详细的分析了电子输尿管软镜手术治疗肾结石的效果以及对碎石成功率的影响。具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取74例肾结石患者，均为2020年1月至2022年5月在我院接受治疗，纳入标准：（1）符合肾结石的诊断标准，且经B诊断被确诊；（2）患者表现出不同程度的血尿、腰背部疼痛等症状；排除标准：（1）合并严重的心、肝等功能障碍；（2）合并精神疾病，不能正常沟通交流；（3）合并严重的泌尿系统感染；（4）不能配合本次研究。将其随机分为对照组和观察组，观察组37例中男/女=22/15，年龄35~76（47.38±2.81）岁，结石直径5~13（9.16±1.24）mm，本组中左侧和右侧发病患者各为20例和17例；对照组37例中男/女=21/16，年龄34~77（47.41±2.79）岁，结石直径6~14（9.22±1.38）mm，本组中左侧和右侧发病患者各为21例和18例。两组一般资料比较（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组 常规手术治疗。治疗人员根据患者的具体情况对其进行气管插管静脉麻醉或者硬膜外麻醉，协助患者取膀胱截石位，对手术部位进行充分的消毒，在超声的辅助下建立肾中以及肾下盏工作通道，进一步明确结石的具体位置，采用钬激光碎石术或者气压弹道碎石术，将治疗仪的工作功率和光纤参数设置为40~60W和550μm，结合患者的具体情况准备并放置造瘘管以及双J管。手术完成后根据患者的具体情况对其实施抗感染治疗。

观察组 电子输尿管软镜手术治疗。手术方式和体位与上述对照组相同，找到患者患侧输尿管，在输尿管内置置斑马导丝，顺着斑马导丝插入输尿管扩张鞘，完成后退出输尿管扩张器和导丝，保留扩张鞘。根据患者的具体情况准备与其相应的输尿管软镜，并在扩张鞘的辅助下将输尿管软镜送入患者的肾盂内，通过输尿管软镜引导准确的定位结石的位置，根据患者结石的大小采用本院钬激光光纤对及时进行治疗碎石操作，此项操作中降低激光光纤的工作参数调整为365μm或者200μm，碎石操作完成后，要对碎石的情况进行再次检查，保证碎石体积不得超过2mm。根据碎石的具体情况对软镜的角度进行适当的调整，在软镜的协助下对结石的残留情况进行详细的观察，如果发现结石体积在4mm以上，或者出现结石残留，要及时进行再次碎石操作，治疗人员要准备好相应的斑马导丝，在斑马导丝的协助下退出输尿管软镜和镜鞘，准备好双J管并将其置入，并给患者留置双腔尿管，手术完成后给患者实施常规的抗感染治疗。

1.3 观察指标

（1）记录两组各手术指标，本次研究中提及到的手术指标包括术中出血量、手术时间以及住院时间；（2）统计两组碎石成功率及并发症，在碎石成功率的评价方面，在术后三个月指导患者进行复查，检查人员在超声辅助下详细观察患者结石的清除情况，如果检查结果发现肾盂内无结石存在，或者残留的结石直径不超过2mm则评价为碎石成功，如果检查结果发现肾盂内有结石存在，并且结石直径在2mm以上则评价为碎石失败。（3）本次研究中提及到的并发症包括：发热、脏器损伤、血尿和疼痛等几种。将两组结果行统计学比较。

1.4 统计学分析

采用SPSS 25.0软件， $P<0.05$ 提示存在统计学差异， χ^2 检验以（ n ，%）形式表达的计数资料， t 检验以（ $\bar{x} \pm s$ ）形式表达的计量资料。

2 结果

2.1 两组手术指标

与对照组比较，观察组手术时间和住院时间更短，术中出血量更少，（ $P<0.05$ ）。

表1 两组手术指标比较

组别	术中出血量（mL）	手术时间（min）	住院时间（d）
观察组（n=37）	34.21±2.65	43.05±3.25	1.33±0.35
对照组（n=37）	68.89±5.82	66.34±6.64	3.34±1.01
t	17.841	11.326	3.013
P	0.000	0.047	0.040

2.2 碎石成功率

在碎石成功率方面，观察组（97.30%）较对照组（75.68%）高，（ $P<0.05$ ）。见表2：

表2 碎石成功率比较

组别	碎石失败率（%）	碎石成功率（%）
观察组（n=37）	1（2.70）	36（97.30）
对照组（n=37）	9（24.32）	28（75.68）
χ^2	10.674	10.674
P	0.000	0.000

2.3 并发症发生率

观察组中并发症发生率（5.41%）较对照组（24.32%）低，（ $P<0.05$ ）。见表3：

表3 并发症发生率比较

组别	疼痛	发热	血尿	脏器损伤	总发生率（%）
观察组（n=37）	1	1	0	0	2（5.41）
对照组（n=37）	3	3	2	1	9（24.32）
χ^2	/	/	/	/	9.034
P	/	/	/	/	0.001

3 讨论

肾结石在临床上比较常见，主要是由于肾脏内聚集了大量的草酸、钙以及尿酸等异常物质所引发。有学者认为，肾结石的发生可能与居民生存环境、不合理的饮食结构、具体职业以及年龄等多种因素有关^[3]。有研究数据显示，近几年来，我国肾结石患者呈现出了逐年增多的趋势，对居民的身心健康造成了极大的威胁^[4]。对其发病原因进行深入的分析后发现，除了以上提到的身心因素之外，机体代谢异常、尿路感染以及营养不良均是引发肾结石的主要因素。肾结石患者在发病后会表现出不同程度的腹部疼痛以及血尿等症状。为了进一步提高治疗效果，改善患者的预后，早期对患者实施有效的治疗尤其重要。目前临床上对肾结石患者的治疗主要以手术为主，比如较为常见的传统开放式手术、体外冲击碎石术以及碎石镜结合取石术等，但是相比较而言，传统的开放性手术虽然也能取得较好的效果，但是手术对患者造成的创伤比较大，极易引发多种并发症，导致患者术后时间较久，疼痛度增加。并且这种开放式手术还很容易对患者的肾实质、肾脏周围组织以及肾功能等造成较大的损伤。体外冲击波治疗则需要治疗人员借助物理振动排石机促进结石的排出，虽然也能取得较好的效果，但是整个操作过程比较复杂，部分患者无法耐受，导致其应用受限。

随着我国科学技术水平的不断提升，在对肾结石患者实施治疗的过程中应用到了微创技术，微创技术的应用也在一定程度上体现出了我国医疗技术水平的进步，经皮肾镜取石术由于其具备多种优势近些年来被广泛的应用在了对肾结石患者的治疗中，有效的提高了结石清除率，但是这种技术也存在着一一定的局限性，比如在术中穿刺的过程中极易对肾脏正常组织造成损伤，导致术中出血量增加，并且引发的术后感染以及其他并发症也比较多，患者恢复时间较长，术后受到了影响。近几年来我院在对肾结石患者实施治疗的过程中应用了电子输尿管软镜手术治疗取得了较好的成效。这种治疗方式在应用的过程中，治疗医师通过充分的利用了导管，因为所采用的输尿管软镜能够达到输尿管不能到达的地方，电子输尿管软镜其本身可以自由弯曲，材质比较软，治疗医师在应用的过程中极大的避免了电子输尿管软镜对肾盂以及其他肾脏组织造成的损伤或者影响，并且在输尿管软镜的协助下还能帮助医师进一步观察到肾盂部位的结石的具体位置、体积大小以及具体形态等信息，为治疗医师提供了广阔的手术视野，从而避免了对手术周围其他组织以及器官造成的损伤，降低了术后并发症的发生，促进了患者的术后康复^[5]。电子输尿管软镜，其不但清晰度比较高，并且能够自动对焦，从多个角度对肾盂内的结石情况进行观察，并且在首次碎石结束后还能在电子输尿管软镜的辅助下对碎石的情况进行详细的观察，如果发现存在残留结石可同时进行再次手术碎石，有效的提高了手术的精准性，保证了手术治疗的有效性，结石清除率得到了提升^[6]。

本次研究结果显示，与对照组比较，观察组手术时间和住院时间更短，术中出血量更少，（ $P<0.05$ ）。黄纯展^[7]在研究中给43例肾结石（对照组）患者实施了微创经皮肾镜取石术治疗，给另外的43例（观察组）患者实施了电子输尿管软镜手术治疗发现，对照组术中出血量更多，手术时间以及住院时间也较观察组更长，（ $P<0.05$ ）。本次研究结果与其一致。这是因为对肾结石患者实施电子输尿管软镜手术治疗，手术视野更加宽阔，治疗医师的思路更加清晰，手术中不会受到其他因素的影响，保证了手术的快速完成。本次研究结果还显示，在碎石成功率方面，观察组（97.30%）较对照组（75.68%）高，（ $P<0.05$ ）。陈俊武^[8]在研究中，对40例肾结石患者实施了电子输尿管软镜手术治疗后，在碎石成功率方面高于实施了微创经皮肾镜取石术治疗的对照组，且（ $P<0.05$ ）。这是因为电子输尿管软镜手术治疗，应用了电子输尿管软镜，软镜可随意弯曲，能够更加详细的观察结石的清除情况以及残留情况，为是否进行好行再次清除术提供了可靠的指导依据，保证了碎石成功率。本次研究结果还显示，在并发症方面，观察组中并发症发生率（5.41%）较对照组（24.32%）低，（ $P<0.05$ ）。艾尔肯·吐尔逊^[9]等人在研究中也发现，给予肾结石患者实施电子输尿管软镜手术治疗后，其并发症的发生率低于经皮肾镜取石术治疗的患者。本次研究结果与其一致，进一步证实了电子输尿管软镜手术治疗肾结石患者的安全性。本次研究中，给观察组中的37例患者实施电子输尿管软镜手术治疗后，有1例患者出现了发热，1例患者出现了疼痛，其余患者均未发生血尿以及脏器损伤等，治疗医师对其实施针对性处理后，患者的并发症随之消失，说明这种治疗方式安全性是较高的。

综上所述，临床上对肾结石患者实施治疗时，应用电子输尿管软镜手术治疗，手术时间更短，术中出血量更少，并且碎石成功率更高，引发的并发症更少，建议推广。

参考文献：

- [1]陈健,徐道明. 电子输尿管软镜手术治疗肾结石的效果及对碎石成功率影响分析[J]. 饮食保健,2020,7（17）: 61-62.
- [2]张志超,王裕中,李宏军,等. 电子输尿管软镜手术治疗肾结石的效果及对碎石成功率影响分析[J]. 健康忠告,2021,15（20）: 86.
- [3]申广,武立新,李光. 电子输尿管软镜联合钬激光碎石术治疗肾结石的效果及安全性分析[J]. 当代医药论丛,2017,15（16）: 23-25.
- [4]杨飞燕,周梦,林义秋,等. 针对性策略对输尿管软镜钬激光碎石术治疗肾结石的效果分析[J]. 西部医学,2017,29（5）: 709-712.
- [5]单保华,向振东,龚年东,等. 电子输尿管软镜与纤维输尿管软镜联合钬激光治疗肾结石的对比研究[J]. 中国微外科杂志,2021,24（7）: 629-633.
- [6]吴飞,陈科. 组合式输尿管软镜联合钬激光治疗肾结石的临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊）,2019,19（33）: 85,87.
- [7]黄纯展,阮万泽,黄江平. 电子输尿管软镜手术治疗肾结石的效果及对碎石成功率影响观察[J]. 数理医药学杂志,2020,33（1）: 22-23.
- [8]陈俊武. 电子输尿管软镜手术治疗肾结石的效果及对碎石成功率影响分析[J]. 罕少疾病杂志,2022,29（7）: 85-87.
- [9]艾尔肯·吐尔逊,阿布都卡哈尔·巴吐尔,徐海,等. 输尿管软镜下钬激光碎石术治疗肾结石的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊）,2015,16（52）: 11-11,20.

盐酸羟考酮注射液+丙泊酚用于无痛胃肠镜检查的临床观察

周颖

秦皇岛市第三医院麻醉科 河北省秦皇岛市 066000

摘要：目的 在无痛胃肠镜检查中，丙泊酚与盐酸羟考酮注射液联合应用的效果。方法 研究开展，以2019.1为研究起始，2021.12为研究终止，选取此时段我院接收的60例行无痛胃肠镜检查者为对象，以数字随机法分组，A组、B组，各组例数30例。A组采取芬太尼+丙泊酚，B组采取丙泊酚+盐酸羟考酮注射液。分析患者血流动力学，意识状况评分、恢复时间和丙泊酚用量，不良反应率。结果 比较血流动力学（MAP、HR、SpO₂），T₀时段，A组、B组比较，差异小（ $P>0.05$ ）；T₁、T₂和T₃时段，患者MAP、HR比较，相比A组，B组更高（ $P<0.05$ ）；T₁、T₂和T₃时段，患者SpO₂比较，两组差异小（ $P>0.05$ ）。A组、B组意识状况评分比较，差异小（ $P>0.05$ ）；相比A组，B的意识恢复时间更短，丙泊酚用药剂量更少（ $P<0.05$ ）。比较不良反应率，A组为56.67%，明显高于B组的26.67%（ $P<0.05$ ）。结论 在无痛胃肠镜检查中，予以丙泊酚、盐酸羟考酮注射液共同应用，能有效保证血流动力学稳定性，加快患者意识恢复，缩减丙泊酚用药剂量，降低不良反应发生，安全性高。

关键词：无痛胃肠镜检查；丙泊酚；盐酸羟考酮注射液

对于肠道疾病的治疗及诊断，临床常用方法为肠镜检查，然而在检查期间，由于需要牵拉、充气肠道，易给患者带来严重痛苦或不适感，甚至将检查中断^[1]。为满足医师与患者需求，在胃肠镜检查中，无痛技术的开展已成为首选。无痛胃肠镜的实施通常是采取镇静复合镇痛药物的方法，但对于如何保证配伍更具安全合理，一直是临床研究的热点^[2]。丙泊酚是临床常用药物，虽然其具有蓄积少、代谢快和起效迅速等优势，然而镇痛作用不显著，一般需要联合应用镇痛药物。羟考酮为纯阿片受体激动剂，镇痛作用效果强，适合在术中、术后时段中重度疼痛中的应用^[3]。本次纳入60例行无痛胃肠镜检查者为对象，采取丙泊酚与盐酸羟考酮注射液联合应用，开展对照研究，与丙泊酚联合芬太尼麻醉对比，探究其价值。

1 资料与方法

1.1 患者基础资料

研究开展，以2019.1为研究起始，2021.12为研究终止，选取此时段我院接收的60例行无痛胃肠镜检查者为对象，以数字随机法分组，A组、B组，各组例数30例。A组中，男18例，女12例；最大年龄61岁，最小年龄23岁，平均（41.21±1.52）岁。B组中，男19例，女11例；最大年龄61岁，最小年龄23岁，平均（41.32±1.61）岁。患者资料相近（ $P>0.05$ ）。

1.2 入选与剔除标准

1.2.1 入选标准

（1）患者病例资料齐全；（2）对象年龄均在23~61岁区间；（3）对研究开展知情同意。

1.2.2 剔除标准

（1）脏器功能严重障碍，如心脏、肾脏；（2）神经性病症；（3）凝血功能障碍。

1.3 方法

行检查前，医师需叮嘱患者禁食10小时、禁饮6小时，随后予以外周静脉通道构建，监护仪连接，对患者血流动力学指标情况进行观察，包括MAP（血压）、HR（心率）、SpO₂（血氧饱和度）。

A组采取芬太尼（生产厂家：宜昌人福药业有限责任公司；国药准字：H20054171）+丙泊酚（生产厂家：重庆药友制药有限责任公司；国药准字：H20213761），先予以患者0.5μg/kg芬太尼，随后取1至2mg/kg丙泊酚，以静脉推注的方式将其缓慢推注至患者体内。

B组采取丙泊酚+盐酸羟考酮注射液（生产厂家：奥诺美萌蒂（中国）制药有限公司；国药准字：047001—T；产品批号：116795），先以静脉推注的方式取100μg/kg盐酸羟考酮注射液注入患者体内，于2分钟后取丙泊酚（剂量为2.0mg/kg），以静脉推注的方式将其缓慢推注至患者体内。

待所有患者睫毛反射消失、意识消失后，对其实施胃镜检查。诱导后，应用丙泊酚注射液对麻醉效果进行维持，并结合血流动力学变化情况对给药剂量合理调整，若患者血压水平

未超过基础血压20%时，可静脉注射麻黄碱注射液（剂量为3mg）；若患者心率水平未超过每分钟50次时，可静脉注射0.5mg剂量的阿托品注射液；若患者SpO₂水平未超过90%时，建议面罩加压给氧。

待结束胃镜检查并开始退镜时，终止对丙泊酚的静脉注射，随后送患者至康复室持续观察。

1.4 指标观察

1.4.1 血流动力学

观察分析T₀（麻醉诱导前）、T₁（胃镜置入时）、T₂（意识恢复即可）和T₃（退镜时）不同时段患者血流动力学情况，包括MAP、HR、SpO₂。

1.4.2 意识状况评分、恢复时间和丙泊酚用量

以A组、B组为对象，观察分析患者意识状况评分、恢复时间和丙泊酚用量情况。其中，患者恢复状况评分评估，实施Ramsay量表评分，分值1~6分，其中，烦躁不安用1分表示；平静合作用2分表示；嗜睡，但对指令服用3分表示；睡眠状态浅，但能将患者叫醒用4分表示；呼吸反应迟钝用5分表示，麻醉状况或深度睡眠，患者叫不醒用6分表示^[4]。

1.4.3 不良反应率

涵盖低血压和呼吸抑制、呕吐恶心和心动过缓，计算总发生率。

1.5 统计学方法

应用SPSS27.0，计数资料以“ $n(\%)$ ”表示， χ^2 检验；计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示， t 检验（正态分布变量）； $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 血流动力学对比

比较血流动力学（MAP、HR、SpO₂），T₀时段，A组、B组比较，差异小（ $P>0.05$ ）；T₁、T₂和T₃时段，患者MAP、HR比较，相比A组，B组更高（ $P<0.05$ ）；T₁、T₂和T₃时段，患者SpO₂比较，两组差异小（ $P>0.05$ ），见表1。

表1 血流动力学对比

指标		A组(n=30)	B组(n=30)	t	P
T ₀	MAP (P/mmHg)	98.16±13.72	96.24±12.46	0.567	0.573
	HR(次/min)	79.43±11.52	76.18±6.89	4.326	0.190
	SpO ₂ (%)	96.24±1.91	97.16±2.34	1.668	0.101
T ₁	MAP (P/mmHg)	80.46±9.17	85.38±9.52	2.039	0.046

	HR（次/min）	71.28±7.04	75.65±7.72	2.291	0.026
	SpO2（%）	95.64±1.41	95.68±1.37	0.167	0.868
	MAP	75.15±8.73	80.69±8.64	2.470	0.017
	（P/mmHg）				
T2	HR（次/min）	64.38±3.85	69.05±8.32	2.790	0.007
	SpO2（%）	96.14±2.85	97.19±2.03	1.644	0.106
	MAP	97.16±8.98	92.57±8.72	2.008	0.049
	（P/mmHg）				
T3	HR（次/min）	70.14±8.36	75.29±8.93	2.306	0.025
	SpO2（%）	96.55±2.13	97.16±2.20	1.138	0.260

2.2 意识状况评分、恢复时间和丙泊酚用量对比

A 组、B 组意识状况评分比较，差异小（ $P>0.05$ ）；相比 A 组，B 的意识恢复时间更短，丙泊酚用药剂量更少（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 意识状况评分、恢复时间和丙泊酚用量（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	意识状况评分（分）	意识恢复时（min）	丙泊酚用量(mg/kg)
A 组（n=30）	3.26±0.80	5.24±1.88	2.82±0.58
B 组（n=30）	3.79±1.13	2.72±1.67	1.97±1.56
<i>t</i>	2.097	5.489	2.797
<i>P</i>	0.040	0.001	0.007

2.3 不良反应率对比

比较不良反应率，A 组为 56.67%，明显高于 B 组的 26.67%（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 不良反应率对比[n（%）]

组别	低血压	呼吸抑制	呕吐恶心	心动过缓	不良反应率
A 组(n=30)	6（20.00）	4（13.33）	5（16.67）	2（6.66）	17（56.66）
B 组(n=30)	3（10.00）	2（6.66）	2（6.66）	1（3.33）	8（26.65）
χ^2					5.554
<i>P</i>					0.018

3 讨论

胃肠镜检查是一种侵入性操作，人为的进退勾拉与充气，易诱发肠痉挛，不但会给患者带来巨大痛苦，而且还会对检查的顺利开展产生影响。有研究指出，行胃镜检查时，内镜会导致咽喉部出现较为强烈的刺激，发生反流误吸、起到痉挛和呛咳，甚至还会诱发严重心血管事件发生^[5]。肠镜检查的开展，内镜在肠道转折处易使患者出现剧烈疼痛牵拉感，轻者则是体动对检查无法配合，重者则是会出现并发症，如肠穿孔等^[6]。所以，良好的麻醉状态，不但能确保患者检查开展更具舒适性，而且还能保证检查安全性。

伴随近几年越来越多患者选择麻醉状态下实施检查，经麻醉诱导，能使其紧张感消除，使检查工作的开展在安静状态下进行，能使患者疼痛不适感消除或减轻，检查准确性提升^[7]。无痛胃镜检查指的是，在实施检查前予以患者麻醉药物镇静通处理，使患者进入浅睡眠状态后进而对其进行手术与检查，此举不但将患者的耐受性问题有效解决，而且还能使检查质量及效率提升^[8]。然而，无痛胃检问题也不容回避，芬太尼、丙泊酚等作为首选麻醉药物，虽然具有无药物蓄积、排除快和起效快等优势，但镇痛作用效果不理想，患者在术中易出现体动，如果将麻醉药物剂量增加，则会提高呼吸抑制风险率，使血流动力学稳定性受影响。

羟考酮为阿片类生物碱的半合成巴因衍生物，是当前唯一阿片 μ 、 κ 双受体激动剂，其和 μ -受体亲和力不高，只有吗啡的五分之一至十分之一。有研究指出， κ -受体兴奋能起到一定的镇痛作用，能使内脏痛减轻，而且，还能对不良反应的发生降低，包括胃肠道蠕动抑

制、呼吸抑制等，即便应用剂量过大，也不会有呼吸抑制情况出现^[9]。而这一情况得出，其原因是，羟考酮避免组胺释放发生，不会对交感神经抑制。作为作用效果较强的镇痛药物，羟考酮在术后中重度急性疼痛中的应用较为常见，静脉给药起效快，通常在 2 至 3 分钟内便能见效，达峰时间是 5 分钟，持续时间不到 4 小时，有较好的镇痛优势^[10]。本次基于相关资料分析、临床经验值总结，联合应用丙泊酚、盐酸羟考酮注射液，将其用于 B 组患者中，经麻醉用药，患者各项观察指标较 A 组更优，证实此麻醉药物的应用更为有效良好。基于本次结果分析，丙泊酚+盐酸羟考酮注射液的优势如下：（1）保证血流动力学稳定性：在结果中，比较血流动力学（MAP、HR、SpO2），T0 时段，A 组、B 组比较，差异小（ $P>0.05$ ）；T1、T2 和 T3 时段，患者 MAP、HR 比较，相比 A 组，B 组更高（ $P<0.05$ ）；T1、T2 和 T3 时段，患者 SpO2 比较，两组差异小（ $P>0.05$ ），得出，A 组患者的 MAP、HR 水平波动幅度较大，说明，该组患者血流动力学稳定性较低，相比之下，B 组患者经丙泊酚+盐酸羟考酮注射液麻醉用药后，能使血流不稳定性有效减低。考虑原因为，羟考酮对抑制呼吸的作用较轻，可能和羟考酮并非单纯 μ 受体激动剂有一定相关性。（2）减少丙泊酚用药、促进患者意识恢复：在结果中，相比 A 组，B 的意识恢复时间更短，丙泊酚用药剂量更少（ $P<0.05$ ），说明，在将丙泊酚应用剂量缩减的情况下，芬太尼和羟考酮的镇痛作用基本一致，而且体动、呼吸抑制发生也一定程度减低，证实，在无痛胃镜检查中，丙泊酚+羟考酮的应用其应用前景更为优异。（3）减少不良反应发生：在结果中，比较不良反应率，A 组为 56.67%，明显高于 B 组的 26.67%（ $P<0.05$ ），说明，相比丙泊酚+芬太尼的麻醉用药，予以患者实施丙泊酚联合盐酸羟考酮注射液麻醉用药，有较高安全性，能有效降低患者麻醉用药后副反应、不适感的发生，效果确切。

综上，在无痛胃镜检查中，予以丙泊酚、盐酸羟考酮注射液共同应用，能有效保证血流动力学稳定性，加快患者意识恢复，缩减丙泊酚用药剂量，降低不良反应发生，安全性高，可推广。

参考文献：

[1]王坤,党彩燕,路凯.盐酸羟考酮复合丙泊酚对老年内镜下逆行胰胆管造影术患者麻醉效果、细胞因子及免疫调节的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7（22）：29-32.

[2]张益龙.盐酸羟考酮复合丙泊酚应用于内镜下逆行胰胆管造影术老年患者的效果[J].中外医学研究,2022,20（4）：44-47.

[3]周涤非.联用右美托咪定、丙泊酚和羟考酮对接受无痛胃肠镜检查的老年患者进行麻醉的效果[J].当代医药论丛,2020,18（20）：29-30.

[4]王苗隰,王磊.丙泊酚联合盐酸羟考酮注射液和瑞芬太尼在老年肝癌患者行射频消融术中的应用[J].中国老年学杂志,2022,42（4）：856-860.

[5]祁会娟.盐酸纳布啡注射液联合丙泊酚在小儿无痛胃肠镜检查中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2020,5（19）：83-84.

[6]张莹,金小春,尹述洲,等.盐酸羟考酮注射液用于无痛结肠镜的临床价值及对血清 miRNA 表达的影响[J].国际检验医学杂志,2021,42（24）：3027-3031,3035.

[7]闫增,吴妍,信文启,等.盐酸羟考酮复合丙泊酚靶控输注对 ERCP 患者血流动力学及并发症的影响[J].航空航天医学杂志,2020,31（4）：466-468.

[8]彭育艳,艾登斌,丁佳丽.盐酸羟考酮注射液用于老年患者无痛肠镜的临床观察[J].中国实验诊断学,2020,24（7）：1124-1127.

[9]曹林.盐酸羟考酮注射液复合丙泊酚用于老年患者肝癌射频消融术的临床效果[J].临床医药文献电子杂志,2020,7（29）：158,166.

[10]朴哲,郑俊,郑瑞峰,等.盐酸羟考酮注射液复合丙泊酚用于无痛胃肠镜检查的临床观察[J].中国社区医师,2021,37（13）：52-53.

柔性化管理在门诊老年患者护理管理中的应用

代群燕 贺贵情 罗庆芳 梁沁嵩 吴瑜

遵义医科大学第二附属医院 贵州遵义 563000

摘要：目的：探讨门诊老年患者中应用柔性化管理对护士管理和护理满意度的影响。方法：试验对象为门诊老年患者，试验包括 2021 年 1 月~2021 年 10 月和 2022 年 1 月~2022 年 10 月两个时段，分别设置为管理前和管理后，各组随机抽样患者数量均为 50 例。管理前应用门诊常规管理，而管理后则应用柔性化管理，对比管理效果、护理质量及患者对护士满意度。结果：不同管理下对护理投诉率、护理纠纷率、护理不良事件发生率、护理质量各项分值及满意度等予以对比，结论中管理后各项统计值均优于管理前（ $P<0.05$ ）；管理后时段内门诊收到护士提名表扬信 2 封，锦旗 1 面，相关活动推文 10 篇，采用 6 篇。结论：门诊老年患者中应用柔性化管理的作用优良，有效减少护理纠纷和投诉，提高门诊老年患者对护士满意度，且可提升护士管理积极性和护理质量，对门诊老年患者护理管理和服务有借鉴和推广意义。

关键词：门诊；老年；柔性化管理；护士管理；满意度；影响

由于人们生活的改善以及医疗事业的发展，国民的平均寿命明显增长，所以近些年我国老年人口呈不断增高趋势^[1]。在医院服务的各个部门中，门诊是十分重要的部门，且门诊的工作质量与医院的发展存在直接联系，门诊护士的形象也直接影响广大患者对医院的初始印象^[2-3]。对于门诊的老年患者而言，由于其慢性病多，听力下降，体力不支，所以在就医时心理焦虑和压力等相对较大，加之受环境陌生感影响，因此就医期间极易发生各种纠纷或投诉事件，从而影响门诊的护理质量^[4-5]。柔性化管理则是对人的行为和心里的规律进行研究，然后以非强制的手段将组织意志通过潜在说服力转变为个人自觉行动^[6]。因此本文试验对象为门诊老年患者，试验包括 2021 年 1 月~2021 年 10 月和 2022 年 1 月~2022 年 10 月两个时段，分别设置为管理前和管理后，各组患者数量均为 50 例，研究了护理门诊老年患者中应用柔性化管理对护士管理和护理满意度的影响，现做以下阐述：

1. 资料与方法

1.1 资料

本次试验对象为门诊老年患者，试验包括 2021 年 1 月~2021 年 10 月和 2022 年 1 月~2022 年 10 月两个时段，分别设置为管理前和管理后，各组患者数量均为 50 例。性别资料：管理前男女为 28/22，管理后为 29/21。年龄资料：入组病例均处于 60~80 岁内；均龄资料：管理前（ 69.26 ± 3.41 ）岁，管理后（ 68.25 ± 2.85 ）岁。2 组护士均为同一批次，共 20 名，护士性别均为女性，年龄均处于 23~30 岁之内，平均年龄（ 26.52 ± 1.41 ）岁。入组时经调查、分析及处理，2 组病例基础信息中，同类数据对比无显著差异，显示 $P>0.05$ 。

1.2 方法

管理前应用门诊常规管理，即按照护理常规执行相关操作和服务。而管理后则应用柔性化管理，实施步骤如下：

1 心理建设：门诊接诊患者包含医院各个专科，而老年患者其情感和心理相对脆弱，于是要求护士给予其更多的照顾和关心。对于仅有老伴陪护或者无人陪伴的老年人，门诊护士应给予特殊关注和护理，将各类就诊流程、检查指引、安全管理、就医注意事项等以通俗易懂的语言以及和蔼可亲的态度做详细介绍，采用标准化称谓和有温度的服务，拉近与老年患者的距离，以消除心理负担和陌生感。对患者提出的疑问及时、耐心回答，详细讲解，给予其鼓励和安慰，以缓解紧张和恐惧心理。

2 健康科普：门诊以月为周期开展《健康大讲堂》科普讲座，以 PPT、视频及现场交流等形式为广大老年病友提供科学、规范、易懂、易做、有效的疾病防治知识和方法。制定以“老年人防跌倒”、“老年人如何保持健康心态”等宣传橱窗，为老年人安全活动、健康生活提供专业指导。制作《老年人健康管理手册》，录制“老年人防三高（高血压、高血脂、高血糖）”科普健康操视频，让“三高”老年患者知晓正确、适度的运动方式，以有氧代谢、形象生动的健康操表演形式进行科普宣教，引导老年人健康预防的意识，增强老年慢病患者积极治疗的

信心。

3 内涵管理：加强门诊优质服务内涵建设，做好目标和细节管理，从流程、服务、技术、环境、标识等方面进行优化，构建明确、清晰的门诊老年服务体系。开展门诊护士礼仪培训，加深病友对我院门诊服务的印象和好感。形成尊老、爱老、敬老、助老的工作氛围，组织“传承敬老美德 弘扬友善文化”、“语言寸草心，助老防跌我发声”等活动，强化护士主动服务意识，主动引导行动不便、视力下降、无陪同人员等老人年选乘轿厢电梯，避免乘坐扶手升降电梯，保障其安全。

4 排班管理：为了满足门诊工作需求，每天根据各诊区患者就诊数量对护士作出动态弹性调配，充分发挥护士能动性。保障早间老年就诊患者分诊、咨询和引导挂号等需求，一站式服务中心实行早班制，并设立“蒲公英志愿者”、“老年志愿服务”岗位，为老年患者提供主动服务、咨询和帮助，改善就医体验感和获得感。另外实行周排班和预约排班制，对于有事需休假和节假日排班有需求的护士，须将预约要求在每周五之前写在《护士排班预约登记本》上，在排班过程中护士长可按照护士要求、临床工作需求等对其休假进行酌情安排。

5 质量管理：各项护理质量指标管理中，须结合专科门诊的特点及护士的专长和个性特征进行合理安排，成立老年服务护理小组，负责对护理管理、护理安全、消毒隔离、护理技能、健康教育等进行护理质量检查及指导，检查组定期召开会议进行汇报和讨论，以问题为导向提出有效整改措施，落实问题整改，门诊护士长或护理组长在每月科室护理质控会进行反馈，促进门诊护理质量持续改进和逐步提升。

6 欣赏管理及情感疏导：采取加分细则的方式考核护士工作绩效，如在院级以上比赛中荣获奖励、科研立项、发表论文、收到表扬信或锦旗等实施个人加分，并与日常工作绩效进行挂钩。开展门诊“星级服务”评比，科室内部给予积极表扬和宣传，并提供适当的精神和物质等奖励，以督促护士为患者提供更加主动且更优质的服务，并不断提升其自我价值，从而提高门诊护理质量和服务意识。在管理工作中，护士长对每一位护士给予足够的尊重，对于做错事或者存在差错的，尽可能减少当众责怪或批评，不在背后对护士不足加以讨论，注重言传身教，激励护士将自身的专长充分发挥出来，不断提升专业素质^[7-8]。

1.3 评价指标

对比项目涉及：

（1）管理效果：涉及护理投诉率、护理纠纷率、护理不良事件发生率等，同时观察记录管理后管理期间的有形成果，如表扬信、锦旗、活动推文及采用情况等。

（2）护理质量：量表为自拟或自制，项目涉及护理管理、护理安全、消毒隔离、护理技能等，调查时赋分值分别为 100 分，分值越高则质量越高。

（3）患者满意度：开展满意度调查，自行填写选项或对相关项目进行打分，分别设置“护士对您是否尊重”、“护士是否仔细倾听您说话”、“护士是否能用您听得懂的方式解释问题”

三个维度，最终统计所占比例。

1.4 分析数据

本次主要处理 1.3 中全部指标，处理软件为 SPSS22.0，处理方法为 χ^2 、 t 值，处理资料类型涉及计量和计数值，统计值呈现形式涉及[n（%）]、 $\bar{x} \pm s$ 等，统计后结果要求为 $P < 0.05$ ，该统计值提示组间资料存在的差异满足统计要求，且具备统计意义。

2. 结果

2.1 对比不同模式管理效果

不同管理下对护理投诉率、护理纠纷率、护理不良事件发生率予以对比，结论中管理后各项统计值均优于管理前（ $P < 0.05$ ），见表 1。管理后时段内门诊收到护士提名表扬信 2 封，锦旗 1 面，活动推文 10 篇，采用 6 篇。

表 1：比较不同模式管理效果[n（%）]				
组别	n	护理投诉	护理纠纷	护理不良事件
管理后	50	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）
管理前	50	2（4.00）	1（2.00）	1（2.00）
χ^2 值		4.235	2.352	2.352
P 值		0.011	0.041	0.041

2.2 对比不同管理下护理质量

不同管理下对护理管理、护理安全、消毒隔离、护理技能等得分值予以对比，结论中管理后各项统计值均高于管理前（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2：比较不同管理下护理质量（ $\bar{x} \pm s$ ，分）					
组别	n	护理管理	护理安全	消毒隔离	护理技能
管理后	20	98.50±3.24	98.40±2.58	98.89±3.22	90.17±2.41
管理前	20	91.68±3.25	92.70±2.36	95.15±2.44	88.70±2.58
t 值		7.152	6.325	3.414	8.524
P 值		0.000	0.000	0.025	0.000

2.3 对比不同管理下满意度

不同管理下对患者满意度予以对比，结论中管理后统计值为 92.00%高于管理前 88.00%（ $P < 0.05$ ）。见表 4。

表 3： 比较不同管理下满意度[n（%）]					
组别	n	护士对您 是否尊重	护士是否仔细 倾听您说话	护士是否能用您听 得懂的方式解释问 题	平均值（%）
管理 后	50	47（94.00）	45（90.0）	46（92.00）	46（92.00）
管理 前	50	45（90.00）	43（86.00）	43（86.00）	43（88.00）
χ^2 值					4.457
P 值					0.015

3. 讨论

作为一种新型的护理方式，柔性化管理要求在护理工作中坚持以患者为中心的经营理念，且要求管理工作要在理解和注重人的前提下执行^[9]。此种管理模式无需凭借强迫、惩罚、纪律监督、制度约束等方式展开管理，不依靠职责权利和组织制定，且管理人员不可采取控制、监督和命令的方式展开管理，而是依据引导、启发、感召、激励等方式完成相关管理工作^[10]。门诊是医院与社会的重要纽带和窗口，对于门诊接诊的各类老年患者而言，由于其受到多方面因素影响，如感知力低、行动力差、年龄偏高等，所以其就医体验极易受到影

响，因此为了使门诊老年服务加以改善，持续注重对老年人的关注和重视^[11]，我院门诊对老年患者护理应用柔性化管理，此种模式的出发点为爱护和关心护士、关爱和尊重老年人，关注护士与患者及其他医务人员之间的交互作用和有效沟通，可确保老年人就诊时的高效性和便捷性，同时注重门诊护士的全面发展与价值感提升，不仅能满足就诊老年患者以及护士的各类需求，还可提升护士的管理水平和患者的满意度，从而达到改善其就医体验的目的^[12]。本文结果中，不同管理下对护理投诉率、护理纠纷率、护理不良事件发生率、护理质量各项分值及满意度等予以对比，结论中管理后各项统计值均优于管理前（ $P < 0.05$ ）。该结果提示，应用柔性化管理进行干预之后，护理纠纷和投诉发生率、不良事件发生率明显下降，门诊护理的整体质量获得了显著提升，且大多数患者对门诊护理表现出了较高的满意程度。文中还显示，管理后时段内门诊收到护士提名表扬信 2 封，锦旗 1 面，活动推文 10 篇，采用 6 篇。可见，在门诊老年患者护理中，柔性化管理发挥着重要优势和积极作用。

综上，门诊老年患者护理中应用柔性化管理的作用优良，可减少护理纠纷和投诉，可提高患者满意度，且可提升护士管理积极性和护理质量，可进一步借鉴和推广。

参考文献：

[1]王晶,柏璐,朱红. 柔性管理对门诊外科分诊的准确率及患者满意度的影响[J]. 中国卫生产业,2019,16（32）: 107-108.

[2]杨丽,柏璐. 柔性管理在门诊护理管理中的效果评价[J]. 母婴世界,2020,05（12）: 266.

[3]Sugimoto Taiki, Noma Hisashi, Kuroda Yujiro, et al. Time trends（2012-2020）in glycated hemoglobin and adherence to the glycemic targets recommended for elderly patients by the Japan Diabetes Society/Japan Geriatrics Society Joint Committee among memory clinic patients with diabetes mellitus.[J]. Journal of diabetes investigation, 2022, 03（02）: 114-115.

[4]王永洁. 24 名应用柔性管理在门诊护理管理中的临床效果[J]. 中国农村卫生,2019,11（16）: 69,71.

[5]向红. 柔性管理在门急诊护理管理中的应用探讨[J]. 医学食疗与健康,2022,20（14）: 135-137,155.

[6]Choi YoonJoo, Kim YoungTaek, Yi HyunSuk, et al. Effects of Community-Based Interventions on Medication Adherence and Hospitalization for Elderly Patients with Type 2 Diabetes at Primary Care Clinics in South Korea[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18（7）: 3396-3396.

[7]张旭. 柔性管理在临床护理中的应用分析[J]. 中国保健营养,2021,31（7）: 219-220.

[8]鲁宏. 柔性管理在肝胆胰外科护理中的实施效果研究[J]. 饮食保健,2021,11（8）: 234.

[9]AbdRahim Siti Nur Hidayah, MohamedYassin MohamedSyarif, AbdulRazak Suraya, et al. The Prevalence of Limited Health Literacy and Its Associated Factors among Elderly Patients Attending an Urban Academic Primary Care Clinic in Malaysia[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18（17）: 9044-9044.

[10]马春玲. 柔性管理在妇产科护理管理工作中的应用[J]. 糖尿病天地,2020,17（7）: 270.

[11]巩文静,张岩,郭素霞,等. 医院体检中心基于柔性辟谷技术进行全链条闭环式质量管理体系工作模式的初步研究[J]. 实用临床医药杂志,2019,23（5）: 7-10,15.

[12]李洪梅. 柔性管理在外科护理管理中的作用效果分析[J]. 健康女性,2021,08（40）: 174.

作者简介：代群燕 籍贯：贵州遵义 性别：女 民族：汉 出生年月：1983.08 职称：主管护师，研究方向：临床护理，护理管理。

研究医院后勤节能降耗管理对经济运行的作用

崔岭霞

济南市第三人民医院 山东济南 250132

摘要:目的 探讨医院后勤最节能降耗的管理后经济运行的效果。方法 对于我院 2021 年 1 月至 12 月开展后勤节能降耗的管理。结果 经比较实施节能降耗的临床经济运行效果明显优于未实施前。结论 在医院后勤采取节能降耗的管理, 能够提高经济运营效果。

关键词: 医院; 后勤管理; 节能降耗; 经济运营; 照明; 空调

在临床中, 实现科技的发展医院后勤工作, 提倡节能降耗的管理措施, 在当今社会主义的前提下, 提倡医院管理的主体中将降耗管理为后期管理的目标, 在临床医院后勤部门是医疗技术一级护理服务的运行知识保障科室, 同时也是医院管理的重要组成部分, 随着医院的规模不断地增加, 现代科学技术的演进以及发展迅速, 医疗服务行业需要多元化的管理, 为医疗成本降低开销, 提高经济效益^[1]。“节能降耗”是临床医院管理中可持续发展的重要基础, 也是医院管理的经济重点部门, 医院节能降耗的工作无处不在, 在后勤保障部门应该建立一套属于医院的节能管理体系和相应机制^[2]。对相关的临床科室了解机制以及体系实施降耗管理有助于节能新医院的发展, 为医院创造出社会效益, 以及经济效益的共同持续效益。本文针对医院后勤节能降耗管理的经济运行效果汇报如下。

1 资料

我院在 2021 年 1 月至 12 月推行后勤节能降耗管理, 实施节能降耗管理过程中的制度创立与督促检查资料、能耗资料, 即水、电、维修耗材、办公耗材费用数据进行统计分析。

2 强化节能降耗的措施

2.1 提高节能减排意识

随着社会经济的不断进步和发展, 人类在生活中对能源的依赖性明显增加, 而现今国家对于能源的利用已经作为高度的重视, 中国作为能源大国, 能源的可持续发展性仍然明显降低, 节能降耗已经成为社会发展中公民提出的个人责任, 作为医院管理者应该重视相关的工作, 后勤保障部门应抓好宣传工作, 首先应提高后勤人员的降耗工作的开展, 对后勤工作抓好管理, 从每一位后勤工作人员的思想认识中提高节能的意识, 在医院组织开展多形式的宣传教育活动, 通过专题讲座的开展以及在医院宣传栏中宣传降耗的标语, 同时组织所有人员进行节能知识竞赛的比拼, 激发所有员工对节能降耗工作的积极性以及态度, 树立节能减排的意识, 有利于医院发展, 同时有利于患者和工作人员。

2.2 建立高效节约管理系统

医院根据高效节约型的后勤保障整体系统实施以人为本的节能增效管理, 降耗技术领先实施, 完善相关的临床体系, 进入市场机制和优化资源配置, 推进新型的教能技术, 使后勤服务管理的各个环节能够细致化, 采取后勤发展和节约的行为模式, 提高节约能源创新的机制和方案。

(1) 加强管理, 成立节能监督小组: 临床医疗后勤保障部门应充分的认识节能减排工作的临床表现和重要因素, 抓好节能降耗的每一个环节, 并将各项工作落实节能降耗的实处, 建立相关节能降耗的各项规章制度, 完善后勤保障体系, 在节能降耗的同时应该保证安全生产。建立资源节约的有效临床机制, 定期地对后勤节能降耗的工作进行总结, 分析和整改存在的管理问题, 并深入开展资源, 节约以及相关管理措施, 并能够明显的推广到医院的后期工作中, 将医院的做法推进到整体工作中。后勤管理中要做到层层把关, 关关落实, 并不定期地督查节能降耗的实施情况, 对于违反节能降耗的工作, 应立即采取相关的措施, 严重者采取相应的处罚管理。建立考核机制以及相关激励制度, 杜绝临床常用电, 长流水以及长明灯的浪费现象, 对于使用的老化设备, 增加耗能的一系列产品应该认真论证, 并结合实际情况进行升级或者整改, 实现节能降耗的设备管理^[3]。此外, 在临床后勤保障部门应该查找相关薄弱环节, 积极地进行维修技术的实施, 根据源头的临床耗能用率进行逐渐的调整。

(2) 制定并完善各项规章制度: 完善落实后勤的相关工作制度和保障体系, 针对节能

降耗的一系列规章制度应妥善制定, 对于实际工作中的节能降耗的管理要有一定的保障, 后勤部门应根据自身所管辖的实际情况联系, 并制定关于节能降耗的管理制度, 对临床所使用的空调系统、照明系统以及相关医疗设备, 做好能源消耗设备的合理使用和规范化的操作, 并在日常工作中详细记录, 使后勤职工对节能降耗的工作落实情况可以有章可循, 建立相关数字化平台监测, 对节能的管理应进行有效的监督^[4]; 对于质量体系应分类进行建设, 完善能源做好的统计制度, 研究相关分类质量的管理研究办法, 并且推进信息化的建设体系, 将节能降耗的统计制度以及监管做详细地分析, 做好医院的临床能源统计工作, 并每月定期公布, 对于节能降耗经验进行分析, 采取相关措施进行整改落实。建立科学的考核机制和评价制度, 把相关的节能管理情况落实到个人考核当中, 并把节能管理工作的年终分析结果有效地落实。

(3) 增强节能意识的宣传: 提高医院各个科室以及部门对于节能降耗的宣传教育, 建立良好的后勤人才队伍, 在实际的后勤管理工作中, 管理人员应定期地开展节能降耗的教育以及培训工作, 增加学习国内外的专业节能降耗的知识和理论技术水平, 不断地学习, 最终将医院的节能降耗管理落实到位^[5]。其次在临床中, 护理人员应不断地根据节能意识, 做好宣传, 医院内部张贴和播放节能降耗的宣传片, 同时通过微信、公众号以及相关小程序的方式, 开展节能降耗的知识问答以及讲解等。将工作人员与宣传工作者的娱乐活动明显的融合起来, 从而有效地推进医院的各科室节能降耗的管理工作。医院作为多科室协作的单位, 应该增加每个科室对节能降耗的宣传力度, 创造整体医院对节能降耗管理的氛围。

(4) 增收节支: 对于药品加成取消之后, 医院的患者数量明显增加, 应该采取有效的管理方式, 能够降低后勤管理的成本, 因此增收节支是管理的重要手段, 首先, 提高临床资金的使用力, 严格进行各项能源管理的审批制度, 增加提高资金的财务管理, 严格落实节能降耗的根本措施和执行效果^[6]。其次进行科学成本核算, 以医院管理需求为依据, 从其他行业借鉴经验, 制定科学、有效的成本核算方式。再次, 对物资消耗实施定额管理, 以量入为出为基本原则, 对医院后勤物资的消耗定额进行编制, 一方面要做到精打细算, 另一方面也应注意统筹兼顾, 不仅要注重质量, 还需要控制成本, 使工作效率提高, 操作流程更加规范。另外医院应不断提高诊疗服务质量, 使医疗纠纷发生率降低, 减少医疗事故, 使经济赔偿减少, 进而使运营成本降低^[7]。

2.3 坚持以科技创新和技术进步推动节能减排

(1) 照明节能: 临床使用电量, 进行照明模式较多的, 临床科室 24 h 均有人员居住, 使用电流及电量明显增加, 为了提高发光光源的低效光源情况, 再选择照明设备时, 应提高照明度, 改变照明的使用功率, 降低电功率的消耗, 能够达到节能效果, 同时延长了灯管的使用寿命^[8]。

(2) 空调系统节能: 手术室以及相关科室使用空调系统, 根据中央空调系统, 做好相关的冰冻水泵、冷却塔风以及冷却水泵, 一般在节能中可以做好节能效果的评价, 在临床中要达到节能的目的, 同时又可以延长电机的使用时间和寿命。

(3) 规范物流系统、严把采购关: 在医院的后勤保障部门应该严格的规范科间物质的采购、验收以及出库等一系列的流程, 根据临床业务部门的实际使用情况以及需求, 采购物资应该根据财务制度进行办理, 做好所有物资的招标和采购情况, 对于采购时应该注意减少耗能用户的使用, 做到择优选购, 根据所选购的物资的数量、规模以及品种做好临床核

工作，确保无误后物品才能进入到医院方便后勤部门的管理^[9]。

1.3 效果评价

1.3.1 对比医院节能降耗管理前后的能耗数据。

1.3.2 比较实施节能降耗管理前后，耗材管理管理相关工作人员的综合能力评价，包括责任心、积极性、成就感、解决问题能力、沟通与协调能力、专业知识、品管手法、团队精神八项，采用 likert 五级评分法进行评估，非常差、较差、一般、较好、非常好分别记录 1、2、3、4、5 分。

3 结果

3.1 医院节能降耗数据

对比医院节能降耗管理前后的能耗数据得知，2021 年 1 月至 12 月采取节能降耗管理后我院的能耗数据显著低于未采取节能降耗的 2020 年 1 月至 12 月 ($P<0.05$)，如表 1 所示。

表 1 节能降耗管理实施前后的能耗数据比较 (万元)				
时间	水	电	维修耗材	办公耗材
2021 年 1 月至 12 月 (实施节能降耗管理)	20.13	130.28	4.37	45.31
2020 年 1 月至 12 月 (未实施节能降耗管	24.29	148.21	4.92	60.32
理)				
t	11.282	10.342	1.293	12.392
P	0.020	0.019	0.228	0.017

由表可见，我院的能耗及物耗总体均呈明显下降，水、电费及办公耗材呈负增长。

3.2 耗材管理管理相关工作人员的综合能力评价

实施节能降耗管理后耗材管理相关工作人员各项综合能力评分均较实施节能降耗管理后显著较有所提高。实施前后比较差异显著 ($p<0.05$)，见表 2。

表 2 耗材管理相关工作人员综合能力评价 ($\bar{x} \pm s$, 分)				
指标	2020 年 1 月至 12 月 (未实施节能降耗管理)	2021 年 1 月至 12 月 (实施节能降耗管理)	t	P
责任心	2.13±0.41	4.13±0.74	5.135	0.017
积极性	2.33±0.71	4.25±0.61	7.154	0.016
成就感	2.33±0.28	3.63±0.82	4.012	0.017
解决问题能力	2.21±0.5	3.61±0.71	3.925	0.018
沟通与协调能力	2.08±1.13	4.25±0.33	14.279	0.018
专业知识	2.09±1.05	4.11±0.52	13.354	0.017
品管手法	2.01±0.74	4.02±0.63	16.020	0.016
团队精神	2.03±0.82	4.05±0.71	14.426	0.017

4 结论

(1) 节能降耗体系不健全：虽然我院已经建立了后勤节能降耗的专门管理小组，管理后勤的相关节能耗电的工作，但随着临床医疗事业的发展，现阶段的节能降耗管理中存在着相关问题，其中节能降耗由后勤部门的人员进行完成，并没有设立相关的部门以及科室，因此会导致节能降耗的后勤人员缺乏工作的积极性，是节能降耗的管理落实能力较差。另外管理人员没有制定关于节能降耗的工作目标以及年度计划，而且并没有对专门的部门做好节能降耗工作的宣传，导致无法细致地划分职责，在工作人员做好监督检查以及责令限期整改时，往往缺乏整体的约束性。对于后勤工作人员没有落实到位，使节能降耗的工作开展难度较大^[10]。除此之外，在后勤考核评价中设立奖罚制度，对于影响节能降耗管理工作的人员进行警告以及指控。

(2) 缺乏技术改造资金：如今，各个部门的节能改造已经在落实，但工程改造后会带来昂贵的价格，同时短期内改造后并无回报，导致医院的管理人员，对工程改革缺乏积极性，对后勤工作现阶段阻碍节能降耗的相关原因进行分析，大部分后勤人员并没有学习相关节能

降耗的知识，导致节能降耗的意识缺乏^[11]。

(3) 智能化管理水平不高：随着网络水平的不断发展，但后勤人员网络技术使用能力较差，当前银行业中的经济效益在不断地提高，因此增加与互联网的使用，为医院患者就医带来方便，实行互联网与医院相结合的方式，许多良好的临床节源降耗的效果^[12]。但是要在临床后勤部门进行大多数设备的管理，因此应统计好能源消耗的时间以及所带来的经济效益，将管理方式逐渐地落实和完善。

(4) 宣传工作落实到位：后勤管理部门应做好医院职工的认真宣传，使每位职工将医院视为家庭，更能够意识到节能降耗的重要性，开展有效的宣传活动，并张贴播放宣传标语，使宣传的方式能够统一性，提高节能降耗宣传教育工作的效果。

近年来，随着人们对生活水平以及健康意识的增加，对医疗要求也越来越高，随着经济社会不断地发展，能源消耗已经是每个单位所关注的问题，也是政府对医疗卫生中重视的工作^[13]。医院是发展的重要事业单位，随着各个医疗机构的扩大以及设备的使用，每个医院所面临的能源消耗不断增加，因此对医院开展节能降耗的工作是可持续发展的必要措施。

总而言之，在临床后勤工作应该增加节能降耗的管理工作，有助于医院经济的发展，降低能源的消耗是推动医院管理的重要组成部分，对于后勤管理人员应对节能降耗工作是重点，不仅提高职工对接，还能更好的理解认识，同时做好节省医院运营的成本，提高医院整体的经济效益^[14]。医院的管理人员应该注重节能降耗的管理措施，医院将大幅度的明显提高，使医院经营可持续进展。在后勤的管理体系中员工的约束力不强，加之管理效果较差，使医院节能降耗的工作发挥效果并不明显。另外，医院应该引进关于节能技术的手段，在实际管理中引进新型的设备和技

参考文献：

[1]汤德文.浅谈医院后勤节能降耗工作的重要性及其措施[J].魅力中国,2019,3 (10): 132-133.

[2]赵光海,张传友.医院加强后勤管理、促进节能降耗的途径浅议[J].中国医疗前沿,2010,16 (17): 178-179.

[3]何平.浅谈建立医院后勤智能化管

[4]石苗,吴永仁,管德赛,等.议员之会化后勤运维体系构建与应用[J].中国卫生信息管理杂志,2020,3 (17): 10-11.

[5]闫良,王学峰,陈杰.浅谈医院节能降耗的主要措施及成效[C]/2016 年安徽省医院管理协会学术年会论文集,2016.

[6]吴胜辉.医院动力能源综合管理平台的探索和实践[J].中国医院建筑与装备,2019,11 (10): 713-714.

[7]朱萌.医院后勤管理中供热系统的节能改造[J].中国医药导报,2019,26(10):913-914.

[8]李彩云,朱启贯,张洁.浅谈医院后勤节能降耗管理对经济运行的作用[J].经济师,2020,4 (17): 131-132.

[9]李焕新.试谈医院后勤节能降耗管理对经济运行的作用[J].中国卫生标准管理,2020,22 (17): 102-103.

[10]樊菲.精细化管理在医院后勤节能降耗中的应用[C]/2016 年安徽省医院管理协会学术年会,2016.

[11]姜子骥.以人为本 创新发展 构建医院大后勤保障体系[J].中国管理信息化,2015,19 (10) 91-92.

[12]温森滢.医院后勤管理如何应对新的医院改革与发展[J].企业文化(中旬刊),2019,12 (17): 19-20.

[13]管德赛,王宝蛟.精细化管理在医院节能工作中的实践与成效[J].现代医院,2019,10 (12): 810-811.

[14]商继华.医院后勤管理中成本控制的探索[J].江苏卫生事业管理,2019,1(17):92-93.

中医体质辨识在老年人健康管理中的应用及其重要性

潘学伟

北京市西城区展览路社区卫生服务中心 北京 100037

摘要:目的 探讨中医体质辨识在老年人健康管理的应用及其重要性。方法 于2019年1月至2022年1月在我院选取健康体检老年人,共60例,分为实施常规体检和健康宣教(对照组)与实施中医体质辨识(观察组),每组30例。比较两组效果。结果 观察组的生活质量高于对照组,老年人对健康知识的掌握情况均好于对照组,老年人的中医体质评分优于对照组,依从性高于对照组,满意度高于对照组($P<0.05$)。结论 针对健康体检老年人,临床进行中医体质辨识,可推广。

关键词: 中医体质辨识;老年人健康管理;健康知识;中医体质评分;依从性;满意度

随着近几年我国人口老龄化越来越严重,使老年人的身体健康受到了临床的重点关注。健康教育主要是以一个个体健康视为目标,通过实施科学诊断管理,全方位的观察老年人的健康状态,对老年人的健康状态做出正确评价,并提出针对性的健康教育管理措施和方法^[1-2]。在对社会健康体检服务管理的实践中,由于中国传统的社会健康体教管理成效不佳,也没有取得好的社会效应,所以随着中医理论的进一步完善,将中医体质辨识以治未病为准则,并对个人身体状况做出了正确划分,进而制订出了个体化的保健管理方案,对体检人群提出了个体化的诊断和干预方法,同时做好了人群健康保健管理的诊断、干预、预防等管理

概念^[3-4]。本文通过对健康体检老年人的管理方法进行探析,分析实施中医体质辨识管理的效果,具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

于2019年1月至2022年1月在我院选取60例健康体检老年人,分为对照组与观察组,每组30例。患者的病例资料比较, $P>0.05$,有可比性,见表1。

表1 一般资料 ($n, \bar{x} \pm s$)

组别	研究时间	例数	男性	女性	年龄(岁)	平均年龄(岁)
观察组	2019年1月至2022年1月	30	16	14	60~75	65.64±1.65
对照组		30	17	13	60~75	65.27±1.41

纳入标准:①年龄均在60~75岁;②可正常交流、沟通;③患者及家属均签署知情同意书。

排除标准:①存在严重认知、心理、精神障碍者;②中途退出研究者;③合并恶性肿瘤者;④预计生存期 ≤ 3 个月者;⑤合并重大感染疾病者;⑥合并严重器质性疾病者;⑦缺乏自主选择能力者。

1.2 方法

对照组实施常规的健康管理,医护人员根据老年人的情况来建立个性化档案,按照个人情况与检查结果来实施健康指导。

观察组实施中医体质辨识管理,内容如下:①阴虚体质。该体质患者在日常饮食中应该多吃枸杞、玉米须、百合、银耳等降火滋阴的食物,若患者的症状较严重服用适当的六味地黄丸;禁止熬夜,多喝水,调整情绪,控制汗量,适当运动,控制运动强度,如散步、打太极等。②痰湿体质。该体质患者在日常饮食中应该多吃萝卜、荷叶、海藻等利湿化痰的食物;将手掌搓热进行腹部按摩,多运动,加强体质控制。③阳虚体质。该体质患者在日常饮食中应该多吃牛肉、姜、蒜等甘温益气的食物,禁止食用过凉的食物,如生黄瓜、西瓜等;保持柔和的运动方式,可配合按摩足三里、涌泉等穴位;针对症状严重患者,可适当服用金匮肾气丸。④气虚体质。该体质患者在日常饮食中应该多吃扁豆、山药、小米等健脾益气的食物,禁止食用耗气食物,如槟榔、空心菜等,运动以柔和为主,如散步、打太极等;针对伴随感冒患者,可适当服用玉屏风散治疗。⑤湿热体质。该体质患者在日常饮食中应该多吃绿豆、丝瓜等甘寒甘平食物,禁止食用火锅、烧烤、辛辣等刺激性食物;可增强运动强度与运动量;针对症状严重患者,可适当服用清胃散、六一散等药物。⑥血瘀体质。该体质患者在日常饮食中应该多吃黑豆、海带、紫菜、黄酒、红糖等食物;运动以长跑、球类等运动为主,稳定自身情绪,戒烟酒。⑦气郁体质。该体质患者在日常饮食中应该多吃行气解郁的食物,如山楂、萝卜、海藻等,禁止喝咖啡、浓茶;运动可以选择球类、爬山等集体性运动。⑧平和体质。该体质患者在日常饮食中应该多吃五谷杂粮、蔬菜、水果等食物跑远点选择散步、打太极等,根据患者的耐受度进行,不能过度运动,避免增加心脏的负荷。⑨特禀体质。该体质患者在日常饮食中应该多吃营养丰富、清淡少盐的食物,禁止食用致敏性食物;每日早晨7点需要进行打太极、体操运动,时间为30 min。

1.3 观察指标

①分析老年人的生活质量。采用生存质量量表(SF-36)对患者生理职能、社会功能、躯体疼痛、一般健康状况进行分析。

②分析老年人对健康知识的掌握情况。包括家庭自护能力、中医保健知识、药物使用规范、慢性疾病防治。

③分析老年人的中医体质评分。包括平和质、偏颇质,其中偏颇质包括特禀质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质。

④分析老年人体检的依从性。分为完全依从、基本依从、不依从。

⑤分析老年人对管理的满意度。以100分为标准,85~100分为很满意,65~84分为满意,<65分为不满意。

1.4 统计学方法

数据采用Epidata数据库进行录入,应用SPSS 25.0软件进行分析,计量资料、计数资料分别采用均数 $\pm$ 标准($\bar{x} \pm s$)、率(%)表示,组间比较采用 t 及卡方检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 分析老年人的生活质量

观察组的生活质量高于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 患者的生活质量分析 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	生理职能	社会功能	躯体疼痛	一般健康状况
观察组	30	76.49±3.63	82.57±3.64	89.48±4.64	93.55±5.54
对照组	30	64.23±2.41	71.38±3.55	74.77±4.14	82.73±4.46
t		11.642	12.645	12.564	7.642
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 分析老年人对健康知识的掌握情况

观察组老年人对健康知识的掌握情况均好于对照组($P<0.05$),见表3。

表3 老年人对健康知识的掌握情况分析 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	家庭自护能力	中医保健知识	药物使用规范	慢性疾病防治
观察组	30	94.49±4.62	90.57±5.78	95.48±4.52	94.56±5.28
对照组	30	83.23±4.56	83.38±4.62	81.77±4.43	83.45±4.94
t		9464	11.644	11.635	8.485

<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000
----------	--	-------	-------	-------	-------

2.3 分析老年人的中医体质评分

表 4 老年人的中医体质评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	平和质	特禀质	气虚质	阳虚质	阴虚质	痰湿质	湿热质	血瘀质	气郁质
观察组	30	22.43±3.62	15.57±1.78	14.48±1.52	14.55±1.76	14.015±1.25	13.02±1.54	13.64±1.25	14.64±1.35	14.02±1.56
对照组	30	16.23±1.56	19.38±2.62	18.77±3.43	19.73±1.36	18.64±1.65	19.85±2.54	18.64±2.46	18.45±0.72	19.75±2.65
<i>t</i>		13.546	14.485	14.641	13.354	14.646	13.645	14.556	13.641	14.655
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 分析老年人体检的依从性

观察组的依从性高于对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

表 5 老年人体检的依从性分析 [n (%)]

组别	例数	完全依从	基本依从	不依从	依从性
观察组	30	10 (33.33)	18 (60.00)	2 (6.67)	28 (93.33)
对照组	30	6 (20.00)	12 (40.00)	12 (40.00)	18 (60.00)
χ^2					9.316
<i>P</i>					0.002

2.5 分析老年人对管理的满意度

观察组的满意度高于对照组 ($P<0.05$), 见表 6。

表 6 老年人对管理的满意度分析 [n (%)]

组别	例数	很满意	满意	不满意	满意度
观察组	30	11 (36.67)	18 (60.00)	1 (3.33)	29 (96.67)
对照组	30	9 (30.00)	10 (33.33)	11 (36.67)	19 (63.33)
χ^2					10.416
<i>P</i>					0.001

3 讨论

老年人是糖尿病、高血压等慢性疾病的高发人群。在当前的老龄化进程推动下, 中国人口老龄化现象日益严峻, 为社区和国家发展增添了沉重负担^[5-6]。老年人虽然合并较多基础病, 但有一部分老年人无法接受长期住院治疗, 但又有健康需求, 因此, 社会予以老年人及时有效的健康服务, 对改善老年人身体健康状况极为重要^[7-8]。把老年人投入到长期保健的检查中, 早知道、早治疗、早检查、早诊断是比较经济实惠且有效的方式。首先需要做好血压、心电图的检测, 如果出现了头颈部症状, 就需要再进行一次颈部多普勒以及颅脑超声的检测^[9-10]。而由于老年人, 患有高血压、心脏病和脑血管病变的可能性增加。再就是要化验血脂、血糖、肝功、血常规等, 在必要时也需要抽血化验肿瘤标志物, 以了解老年人是不是有糖尿病、高血脂症、贫血等。还可以根据肿瘤标志物的情况, 判断患者存在肿瘤的风险。再就是进行一个腹部的肝胆胰脾、双肾、前列腺或者子宫附件的检查, 以排除患者有没有这些器官的疾病。还可以做一个肺部 CT 的检查, 排除肺部占位的情况^[11-12]。中医认为, 随着老年人年龄的逐渐增大, 机体脏腑功能日渐衰退, 随着身体阴阳气血、津液代谢、情志运动等的变化, 老年人出现了不同程度的健康现象^[13-14]。中医身体辨识的主要目的就是对他人的身体进行详细的分析, 针对病人的真实身体状态, 给病人提出意见建议, 如保健常识以及健康膳食常识等, 对病人的身体进行检查, 帮助病人合理的使用药品, 增强病人对药物和护理的适应性, 提高病人的沟通技巧, 在沟通的过程中, 施加相关健康教育, 对痰湿体质患者, 需要多食用冬瓜以及白果等, 起到化痰以及健脾的效果, 减少服用较辛辣的食物, 增加患者的体育锻炼程度, 在较湿冷的气候中, 减少户外运动, 提高居家环境干燥程度^[15-16]。阳虚体质的老人, 需要使用温暖、补肾的食物, 包括牛羊肉等, 并且尽量少食生热、寒失误, 以及在阳光充足的天气中适当体育锻炼, 而对于阴虚体质人员, 则需要多食用热果品以及青菜等食物, 尽量避免老年人过于辛苦。对于气虚体质的老人, 则需要服用较易消化的食品, 包括小米和西洋参等, 对于气郁体质的老人需要使用对脾胃调理功效较强的食品, 并尽量少饮用冰冷的食品, 以提高与人沟通能力, 并秉承良好的情绪, 主动地与人沟通^[17-18]。老人由于身体相对较弱, 因此需要提高老人社区检查的重要性, 全方面增强老人综合保健知识, 以增强老人的健康意识, 并合理控制慢性疾病的出现, 以及中医对体质辨识技术在老人健康管理服务中的运用, 可以与老年人建立更亲近的关系, 深入了解和洞察病人的生活方式, 使他們能

观察组老年人的中医体质评分优于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

够更容易的接受建议和纠正错误的习惯^[19]。

本研究观察组的生活质量高于对照组, 老年人对健康知识的掌握情况均好于对照组, 老年人的中医体质评分高于对照组, 依从性高于对照组, 满意度高于对照组 ($P<0.05$)。

综上所述, 针对健康体检老年人, 临床进行中医体质辨识, 不仅能改善老年人的生活质量, 提高老年人对健康知识的掌握度, 提高中医体质评分, 还能提升老年人体检的依从性与对管理的满意度, 可推广。

参考文献:

[1]吕伟波,陈小琴,王素珍,等.社区中医体质辨识在老年人健康管理中的应用效果[J].中国当代医药,2020,27 (25): 174-176.

[2]钟佳,付至江,程志安.体质学说在膝关节炎患者中医特色化健康管理中的应用探讨[J].新中医,2020,52 (19): 180-182.

[3]刘洪兴.基于中医体质辨识的患者管理在社区老年人健康管理中的应用[J].中国社区医师,2021,37 (30): 184-185.

[4]赵燕,龙艳.广州地区 1146 例老年人群中中医体质类型分析及其“治未病”健康管理初探[J].中医临床研究,2021,13 (27): 17-19.

[5]吴培香,徐翠,肖利允,等.中医体质辨识于预防脑卒中病人早期康复依从性及康复效果的影响[J].护理研究,2021,35 (18): 3357-3359.

[6]林冰,王天宝,姜静,等.成都地区老年人中医体质现状与慢性病发病率的相关性研究[J].成都中医药大学学报,2021,44 (2): 53-57.

[7]林慧颖,邱婷婷,郑国华.福州市 469 例认知衰弱症老年人的中医体质分布规律研究[J].中国民族民间医药,2021,30 (9): 11-15.

[8]张丽青,吕要改,何坤,等.中医药健康管理服务项目实施情况分析——以河南省为例[J].中国中医药现代远程教育,2022,20 (1): 60-62.

[9]李依清.中医体质辨识在社区老年人健康管理中的干预效果分析[J].黑龙江中医药,2019,48 (2): 278-279.

[10]任永红,朱治铭,杨佳.中医健康管理中老年人生活习惯与中医体质关系的调查分析[J].宁夏医学杂志,2019,41 (11): 1033-1034.

[11]刘怀磊,王程成,丁克妍,等.社区老年人内脏器官患病与中医体质辨识的相关性研究[J].上海医药,2019,40 (24): 38-40.

[12]李书婷,任建萍,杨磊,等.基于供方视角下老年人社区中医体质辨识服务现状与满意度调查研究[J].中国全科医学,2019,22 (21): 2626-2631.

[13]颜静祺,饶江红,周小军,等.南昌市青云谱区老年人中医体质类型与高血压患病的相关性[J].南昌大学学报 (医学版),2019,59 (4): 77-81.

[14]伍星,伍瑛,黄晓梅,等.智慧医疗背景下城市社区老年人健康管理模式优化研究[J].中国医药导报,2020,17 (33): 194-196,封 3.

[15]陈俊鹏,范金燕,刘月生,等.老年人健康管理现状及对互联网+老年健康管理 APP 的使用意向调查与分析[J].中国医药导报,2020,17 (33): 65-67,73.

[16]朱宏伟,赖小星,薄琳,等.“三级联动”老年健康管理模式对老年人健康的影响[J].中国医药导报,2020,17 (36): 16-19.

[17]胡月,方桂霞,刘慧君,等.基于健康信念模型的老年人健康管理服务利用影响因素分析[J].右江民族医学院学报,2021,43 (4): 534-537,541.

[18]罗梦琴,罗清平,潘国庆.社区嵌入式养老机构老年人健康管理服务需求及对策研究[J].长沙民政职业技术学院学报,2021,28 (3): 28-29.

[19]郭书军,苗万坡,苗瀛方,等.洛阳市中老年人骨质疏松健康教育需求和自我管理行为调查[J].实用预防医学,2021,28 (5): 625-628.

探讨营养风险评估在软组织肉瘤化疗患者营养管理中的应用价值

程钰莹 张容 王钟群

四川省成都市 四川省肿瘤医院 610041

摘要:目的 探讨营养风险评估在软组织肉瘤化疗患者营养管理中的应用价值。方法 纳入软组织肉瘤化疗患者 50 例,时间 2018 年 1 月-2022 年 1 月,按照评估方法不同分为两组,对照组使用 NRS2002 进行风险筛查;研究组使用 PG-SGA 进行风险评估。比较两组化疗副反应发生情况,比较两组营养不良情况比较两组化疗计划完成情况。结果 研究组软组织抑制、呕吐、腹泻、肝脏损伤化疗副反应发生率均小于对照组 ($P<0.05$);研究组 ALB $<35\text{g/L}$ 百分比、BMI <18.5 百分比均小于对照组 ($P<0.05$);研究组因营养不良提前终止化疗百分比小于对照组,实际完成化疗周期数百分比大于对照组 ($P<0.05$)。结论 软组织肉瘤化疗患者营养管理中应用 PG-SGA 评估能更好的了解患者的营养状况,相较于 NRS2002 评估,PG-SGA 评估可以对软组织肉瘤化疗患者实施针对性个体化营养干预,改善患者的症状,使患者的化疗副反应得到有效减少,促进患者更好的耐受化疗,坚持完成计划化疗周期数,保障治疗效果。

关键词:软组织肉瘤;化疗治疗;营养风险评估;营养不良;生活质量评估

在治疗恶性肿瘤期间,在漫长的疾病治疗中,患者非常容易发生并发症,而诸多并发症中比较常见的一种就是营养不良^[1]。人体在生存过程中,是需要足够的营养来支撑的,而恶性肿瘤患者如果发生营养不良情况,患者发生感染的风险会有所提升,还会损伤到患者的免疫功能,机体器官各项功能也会下降,从而导致肿瘤生长增长,加重患者病情恶化,导致转移、坏死、出血等不良情况发生,极大的威胁患者的生命安全^[2-3]。所以,重视恶性肿瘤患者的营养状况,对患者营养风险评估给予增强,为患者开展有效的营养干预措施,对患者具有重要的积极意义。营养风险评估有着诸多特点,如容易掌握、较强的科学性、简单操作等,对住院成年患者的营养不良风险评估、评估都可适用^[4]。患者主观整体评估 (PG-SGA) 是一个不会损伤患者、比较快速、可靠有效的营养筛查指标,应用在恶性肿瘤化疗患者营养筛查中,具有较高的灵敏度、特异性,能够动态、反复评估患者的营养状况,且无论是营养师、医生,还是护士都能够进行,评估操作十分容易^[5]。本次研究在软组织肉瘤化疗患者营养管理中应用营养风险评估,探讨其应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入软组织肉瘤化疗患者 50 例,时间 2018 年 1 月-2022 年 1 月,按照评估方法不同分为两组,对照组 23 例,年龄 19-76 岁,平均年龄 (45.6±6.5) 岁,平均病程 (0.78±0.50) 年,其中,男 13 例,女 10 例;疾病分期:Ⅰ期 0 例、Ⅱ期 5 例、Ⅲ期 6 例、Ⅳ期 12 例;肿瘤位置:上肢软组织 7 例、躯干软组织 5 例、下肢软组织 11 例。研究组 27 例,年龄 18-79 岁,平均年龄 (45.9±6.3) 岁,平均病程 (0.83±0.40) 年,其中,男 16 例,女 11 例;疾病分期:Ⅰ期 1 例、Ⅱ期 4 例、Ⅲ期 7 例、Ⅳ期 15 例;肿瘤位置:上肢软组织 9 例、躯干软组织 5 例、下肢软组织 13 例。两组患者一般资料无差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组使用 NRS2002 进行营养风险筛查。NRS2002 营养风险筛查覆盖三个方面,年龄、疾病情况、营养状况。年龄方面,分值 0-1 分;后两个方面,每个方面分值 0-3 分,整个评估分值 0-7 分,分值越低,患者营养状况越好。每周 1 次营养评估,评分 <3 分患者,一旦评估发现患者分值 ≥ 3 分,即判断为营养风险阳性患者,需马上为患者开展营养干预;分值 ≥ 3 分患者,则马上开展营养干预。共评估 392 次。

研究组使用 PG-SGA 进行评估。PG-SGA 评估覆盖两个部分,第一部分包括四个方面,分别为活动和功能、症状体征、膳食摄入、近期内体质量变化,第二部分包括三个方面,包括体格检查评分、代谢应激状态评分、疾病年龄评分。七个方面评分相加,重度营养不良患者评分 ≥ 9 分,中度营养不良或可疑营养不良患者评分在 2-8 分,营养状况较为良好患者评分在 0-1 分。针对不同程度的患者采取具有针对性的个体化干预措施。每周评估 1 次共评估 409 次。

在开展营养干预措施过程中,还需对患者的血清白蛋白 (ALB)、体质量指数 (BMI) 进行评估、评估,血清 ALB 每 3 周检测 1 次, BMI 每周评估 1 次。

1.3 观察指标

(1) 比较两组化疗副反应发生情况。(2) 比较两组营养不良情况。(3) 比较两组化疗计划完成情况。

1.4 统计学方法

使用 SPSS20.0 软件, X² 检验计数资料 (%), T 检验 ($\bar{x} \pm s$) 资料, $P<0.05$ 为有差异。

2 结果

2.1 比较两组化疗副反应发生情况

研究骨髓抑制、呕吐、腹泻、肝脏损伤化疗副反应发生率均小于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组化疗副反应发生情况对比 (例, %)

组别	例数	骨髓抑制	呕吐	腹泻	肝脏损伤
对照组	23	11 (47.8)	5 (21.7)	6 (26.1)	9 (39.1)
研究组	27	2 (7.4)	3 (11.1)	4 (14.8)	3 (11.1)
X ² 值	/	20.285	5.322	5.659	14.282
P 值	/	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 比较两组营养不良情况

研究组 ALB $<35\text{g/L}$ 百分比、 BMI <18.5 百分比均小于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组营养不良情况对比 (例, %)

组别	例数	ALB 检测		BMI 评估	
		检测总次数	ALB $<35\text{g/L}$	评估总次数	BMI <18.5
对照组	23	139	65 (46.8)	392	93 (23.7)
研究组	27	187	40 (21.4)	409	55 (13.4)
X ² 值	/	18.425		10.345	
P 值	/	<0.05		<0.05	

2.3 比较两组化疗计划完成情况

研究组因营养不良提前终止化疗百分比小于对照组,实际完成化疗周期数百分比大于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组化疗计划完成情况对比 (例, %)

组别	例数	因营养不良提前 终止化疗	化疗期数	
			计划化疗总周期数	实际完成化疗周期数
对照组	23	6 (26.1)	142	119 (83.8)
研究组	27	1 (3.7)	162	159 (98.2)
X ² 值	/	6.548		16.693
P 值	/	<0.05		<0.05

3 讨论

软组织肉瘤属于临床比较多见的恶性软组织肿瘤,疾病发病率相对较高。现阶段,临床治疗软组织肉瘤的诸多手段中,综合治疗手段是临床常用手段,包括康复训练、手术治疗、新辅助化疗^[6]。在软组织肉瘤化疗治疗过程中,患者比较多的并发症有感染、软组织髓抑制、黏膜溃疡、消化道反应等,这些并发症很大程度上会影响到患者的营养状况,引发患者出现营养不良情况^[7]。患者一旦发生营养不良,一方面,营养代谢指标会有所改变,如血尿素氮、丙氨酸氨基转移酶、总胆红素、白蛋白、前白蛋白等;另一方面,患者的体质量会呈现出降低的表现^[8]。除此之外,患者一旦发生营养不良,还会加重化疗的并发症反应,形成恶性循环,最终对患者的化疗治疗产生影响,严重时可能还会因营养不良停止化疗治疗,使患者的化疗计划周期数无法顺利完成^[9]。这些不良情况都会阻碍患者的化疗治疗效果,对患者的后续治疗、预后产生影响。软组织肉瘤化疗患者具有相对较高的发生营养不良的风险,为了能够保障软组织肉瘤化疗患者的临床疗效,应重视化疗前后及化疗期间患者的营养状况,做好动态持续评估工作,并开展营养干预^[10]。

NRS2002 几乎可以对住院患者都能适用,一方面, NRS2002 能够较为准确的预测住院患者是否存在营养不良风险;另一方面, NRS2002 还能够评估出存在营养不良状况的患者,是一种比较全面的评估方法。但是,诸多医学者认为,虽然临床广泛应用 NRS2002,可 NRS2002 的多是在上世纪 70-90 年代开展的相关研究,与现阶段的综合治疗理念、多学科及规范化的护理以及恶性肿瘤治疗都产生了一定的差距,没有比较精细的观察恶性肿瘤特殊临床结局^[11]。而 PG-SGA 评估的优势是其他工具不能替代的,在恶性肿瘤患者化疗过程中, PG-SGA 评估一方面可以对与饮食相关的副反应进行侧面反映,可以更好的展现出恶性肿瘤患者化疗后产生的与饮食有关的副反应;另一方面, PG-SGA 评估可以对恶性肿瘤患者的营养状况给予全面、充分的诠释^[12]。在恶性肿瘤患者营养筛查中, PG-SGA 属于比较全面的营养筛查工具。

本次研究中,对照组使用 NRS2002 进行营养风险筛查;研究组使用 PG-SGA 进行营养风险评估。结果显示,研究组骨髓抑制、呕吐、腹泻、肝脏损伤化疗副反应发生率均小于对照组 ($P<0.05$);表明在软组织肉瘤化疗患者营养评估中,相较于 NRS2002 评估后的营养干预, PG-SGA 评估点后的个体化营养干预能进一步改善患者的营养情况,进而增强化疗耐受性,降低化疗副反应发生率。

研究组 ALB $<35\text{g/L}$ 百分比、 BMI <18.5 百分比均小于对照组 ($P<0.05$);研究组因营养不良提前终止化疗百分比小于对照组,实际完成化疗周期数百分比大于对照组 ($P<0.05$)。表明 PG-SGA 评估能更好的改善患者的营养状况,保障化疗的顺利完成。PG-SGA 评估应用在软组织肉瘤化疗患者中,可以使护理人员对患者因化疗产生的消化道反应有着更为详细的了解,能够对患者的营养状况更为全面的反应,在进行个体化营养干预时,护理人员可以对患者主诉症状变化给予加大重视,对患者症状体征、营养状况在化疗期间的变化更加了解,从而为患者实施更为优良的营养干预,开展整体性管理干预,使患者的躯体痛苦得到缓解、减轻,改善患者的营养状况,坚持完成化疗周期数^[13]。

综上所述,软组织肉瘤化疗患者营养管理中应用 PG-SGA 评估能更好的了解患者的营养状况,相较于 NRS2002 营养风险筛查, PG-SGA 营养风险评估可以对软组织肉瘤化疗患者实施针对性个体化营养干预,改善患者的症状,使患者的化疗副反应得到有效减少,促进患者更好的耐受化疗,坚持完成计划化疗周期数,保障治疗效果。

参考文献:

- [1]李明,裴晓宁,岳恺,等.血清指标对骨肉瘤化疗预后判价值[J].中国矫形外科杂志,2020,28 (19): 1770-1774.
- [2]杨贵,田征.软组织肉瘤化疗敏感性相关基因研究进展[J].中国软组织与关节杂志,2021,10 (9): 668-672.
- [3]范富翠,董雅萍,梁冠冕,等.NRS2002 结合营养指标评价食管癌术后出院患者的营养状况[J].广东医学,2020,41 (19): 1970-1974.
- [4]Skm A., Eamh A., Lfbb C., et al. Feasibility of using the "modified NUTrition Risk In the Critically ill" nutritional risk screening tool to identify nutritionally at-risk patients in an Australian intensive care unit[J]. Australian Critical Care, 2020, 33 (3): 259-263.
- [5]殷瑞康,符伶俐,付振明.消化系统肿瘤恶病质患者主观全面营养评估简略表评分与营养代谢指标的相关性分析[J].重庆医学,2021,50 (22): 3820-3824.
- [6]黄韬,甘雪梅,陈明.阿瑞匹坦联合地塞米松磷酸钠及盐酸帕洛诺司琼预防软组织肉瘤化疗后恶心呕吐的效果[J].实用临床医药杂志,2020,24 (5): 72-75.
- [7]Kinoshita H., Shimozato O., Ishii T., et al. The Thioredoxin Reductase Inhibitor Auranofin Suppresses Pulmonary Metastasis of Osteosarcoma, But Not Local Progression[J]. Anticancer Research, 2021, 41 (10): 4947-4955.
- [8]王泉,李大华,张夏,等.食管癌住院患者营养风险评估及营养不良状况对生活质量 and 预后的影响[J].现代生物医学进展,2021,21 (11): 2094-2098.
- [9]田丽,林双宏,王利容,等.基于营养风险评估表的多层次营养支持对颅脑肿瘤手术患者营养状态及预后的影响研究[J].中华现代护理杂志,2022,28 (7): 921-925.
- [10]符春妹,盛修贵,周启明,等.肿瘤住院患者营养不良风险评估及认知度调查[J].癌症进展,2020,18 (17): 1750-1753.
- [11]李明晖,武雪亮,王立坤,等.某院结直肠癌患者围术期营养风险评估与营养支持的现状分析[J].重庆医学,2020,49 (12): 1919-1922.
- [12]Lha I., Lba I., Aba I., et al. Nutritional risk screening (NRS 2002) is a strong and modifiable predictor risk score for short-term and long-term clinical outcomes: secondary analysis of a prospective randomised trial[J]. Clinical Nutrition, 2020, 39 (9): 2720-2729.
- [13]斯彩娟,王卫光,洪秀芳,等.NRS2002,SGA 在恶性肿瘤住院患者营养评估与评估中的应用[J].浙江医学,2021,43 (11): 1192-1195.

探讨医院护理管理对医院感染的影响分析

陈红霞 张林娜

宁夏中西医结合医院 宁夏银川 750021

摘要：目的 分析医院护理管理对医院感染的应用效果。方法 选取 2021 年 1 月-2021 年 12 月本科 1332 例住院患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组 666 例，行常规护理管理，观察组 666 例，强化护理管理，比较两组护理效果临床疗效。结果 观察组的空气无菌合格率、护理人员手卫生合格率、医疗器械卫生合格率、与主管护士交流时间和与主管医生交流时间、患者满意度、均明显高于对照组；住院费用和医院感染发生率均明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 给予住院患者强化护理管理能够有效预防医院感染，保障患者及护理人员健康安全，促进医疗质量提升，具有推广价值。

关键词：医院；护理管理；医院感染

医院患者较多，医院感染发生率高，如果护理管理不到位则易引发该病。该病会给患者带来沉重负担，加重其痛苦感，干扰到医疗质量，医疗支出明显增加。医院感染是引发医患纠纷、造成医患矛盾的主要因素。科室对于医院感染的重视程度相对较低，未形成规范、全面的管理制度，相关管理组织未切实发挥作用，医护人员执行力差^[1]。另外，科室人员对院内感染缺乏关注，护理人员工作任务重，且未经过系统、专业培训，医院感染管理意识淡薄，不仅影响到患者健康，另外护理人员本身不重视防护，易出现职业暴露，会对自身安全产生威胁。强化护理管理，健全防护机制，加强培训力度，落实各项措施，以预防医院感染，促进患者快速康复。本次研究以住院患者为对象，分析强化护理管理的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月-2021 年 12 月本科 1332 例住院患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组 666 例，男 338 例，女 328 例，年龄为 34-84 岁，平均年龄（51.18±5.89）岁；观察组 666 例，男 339 例，女 327 例，年龄为 35-85 岁，平均年龄（51.76±5.13）岁。两组一般资料（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

对照组行常规护理，遵循医嘱开展各项服务，监测患者病情，做好医生配合工作，定时清扫、消毒病区卫生等。观察组强化护理管理，主要内容有：

1.2.1 健全护理管理制度

健全护理管理制度，是防控医院感染的首要条件，在医院护理工作中占据着重要地位。创建管理部门，以《消毒技术规范》^[2]及《医院感染管理办法》^[3]等为参照，分析本科室护理现状，拟定针对性、全面管理制度。由院感科负责，对科室提供指导，确保各项措施落实到位，做好监督工作，将实施效果纳入考核事项。

1.2.2 防控环境污染

①科学合理的布局、合理完善的流程是预防交叉感染的客观条件之一，就治疗室而言，其需要设置污物处理间，创建清洁区和污染区，实施分区管理，养成良好的工作习惯，明确工作流程，能够防控医院感染。②强化环境管理：定时开展紫外线消毒，每天至少 1 次，时间应高于 30 分钟，采取 75%乙醇棉球对紫外线灯进行擦拭每周 1 次，防止紫外线穿透力降低。采用含氯消毒剂，浓度为 500mg/L 对物体表面进行擦拭，包括楼梯扶手、窗台、桌子、门把手和椅子等，湿式清洁地面，不会生成气溶胶，如地面存在污染物，例如粪便、呕吐物和血迹等，应第一时间喷洒或拖擦含 1000mg/L 氯消毒剂。病房确保空气流通，于规定时间对空调过滤器进行清洁，并消毒、清洗空调管路。③处理医疗废弃物：在收集医疗废弃物时，采取规定容器处理，然后于指定地点放好。由专人管理存放点，保证其存在密闭设置，能够预防渗漏，标志醒目，相应机构负责处理和运送废弃物，避免环境污染。

1.2.3 做好手卫生

在医院感染中接触性感染占比较高，开展护理工作中，如护理人员未严格遵循程序，未彻

底洗手或未洗手，则有可能以护理人员手为途径，实现细菌移位，引发交叉感染。进行任意操作前后，均需要手消毒或者皂液流动水，对双手进行搓擦，持续 2 分钟，遵循六步法清洁双手。

1.2.4 合理应用抗生素

目前临床应用抗生素类型较多，医务人员把控每种药物指征，制定用药方案时保证有的放矢，提升合理性。护理人员应明确常用药物的过敏反应、副作用和毒性，掌握配伍禁忌，用药时进行核查，做好监督工作，保护身体微生态，预防出现耐药菌株，减轻药物给机体带来的损伤，避免出现二重感染。

1.2.5 严格灭菌、消毒

医院防控医院感染时，消毒隔离是最基础措施之一。需要尽量相对分开或者分开非感染者和感染者，如果感染者为同类，可以集中隔离，针对特殊感染者，需要独立安置。先清洗体温表，将其放在含氯消毒剂中浸泡，维持 30 分钟，将其取出，然后采取清水将其冲洗干净，晾干干燥，归入清洁容器。将容器盖子盖好，定时更换含氯消毒剂，每天 1 次，在更换过程中按要求消毒，科室均需要保证消毒剂浓度适宜。定期消毒相关仪器，进行采血、穿刺、注射等工作时，保证一人一管一针，对于进入人体无菌组织、和患者破损黏膜、血液和伤口相接触物品，保证一用、一人、一灭菌，坚守无菌操作理念，执行医疗法规。

1.2.6 强化监测力度

对医护人员手、物体表面、空气和使用中的消毒液等，定期展开微生物培养，监测医用物品的灭菌效果和消毒效果。定期检验紫外线强度，6 个月 1 次，记录检验时间和结果。分析医院感染影响因素，明确原因，积极拟定干预计划，加强监测力度。

1.2.7 加强培训力度

由感染管理部门及科室负责，对科室人员展开培训，帮助其加深认知，培养医院感染意识，提升自我防护意识和无菌观念，掌握各项操作实施方法，能够落实到位。医护人员应明确，医院感染护理管理不仅是为了保证患者安全，同时也能为自身提供保护，调动其主观能动性，防控医源性感染。

1.3 观察指标

评价住院情况：观察两组与主管护士交流时间、与主管医生交流时间和住院费用。

评价医院感染发生情况：医院感染发生率=医院感染发生例数/总例数×100%。

评价护理管理效果：观察两组空气无菌化合格、护理人员手卫生合格和医疗器械卫生合格情况。

评价护理满意度：问卷调查法，满意，为大于 80 分；比较满意，为 60-80 分；不满意，为小于 60 分，（满意例数+比较满意例数）/总例数×100%=护理满意度。

1.4 统计学分析

SPSS23.0 处理数据，（ $\bar{x} \pm s$ ）与（%）表示计量与计数资料，分别行 t 与 χ^2 检验， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组住院情况比较

观察组的与主管护士交流时间和与主管医生交流时间均明显高于对照组，住院费用明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 1。

表 1 两组住院情况比较[$n(\bar{x}\pm s)$]

组别	例数	与主管护士交流时间 (min)	与主管医生交流时间 (min)	住院费用(元)
观察组	666	73.78±8.28	65.82±7.25	7276.64±154.24
对照组	666	48.05±7.85	50.27±6.10	9877.78±167.37
χ^2_t	/	58.197	42.354	294.934
P	/	0.000	0.000	0.000

2.2 两组医院感染发生情况比较

观察组的医院感染发生率明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 2。

表 2 两组医院感染发生情况比较[$n(\%)$]

组别	例数	医院感染例数	发生率
观察组	666	2	0.30
对照组	666	11	1.95
χ^2_t	/		8.159
P	/		0.004

2.3 两组护理管理效果比较

观察组的空气无菌化合格率、护理人员手卫生合格率和医疗器械卫生合格率均明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 3。

表 3 两组护理管理效果比较[$n(\%)$]

组别	例数	空气无菌化合格率	护理人员手卫生合格率	医疗器械卫生合格率
观察组	666	665 (99.85)	664 (99.70)	657 (98.65)
对照组	666	632 (94.89)	629 (94.44)	618 (92.79)
χ^2_t	/	31.954	32.358	27.877
P	/	0.000	0.000	0.000

2.4 两组护理满意度比较

观察组的护理满意度明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。详见表 4。

表 4 两组护理满意度比较[$n(\%)$]

组别	例数	满意	比较满意	不满意	满意度
观察组	666	600	61	5	99.25
对照组	666	420	218	28	95.80
χ^2_t	/	/	/	/	16.438
P	/	/	/	/	0.000

3 讨论

医院感染是临床常见并发症之一，发生时间位于患者入院 2 天后，该症状出现加大了临床治疗难度，患者死亡率升高，住院时间延长，花费增加。临床能够通过该项指标评价一所医院的医疗水平，折射出医院自身形象^[5]。加强护理人员认知，强化其护理技能，提升责任感，能够有效控制医院感染。健全管理体系，引入先进、现代化护理理念，可以提升患者住院安全，积极防控医院感染。

强化护理管理，对护理人员展开培训，内容包括防护用品应用准则、消毒隔离措施和防控计划等，灵活应用在线学习、视频授课和线上考核等多种方式，加强护理人员认知，培养其防控意识，定时举办线上讲座，针对突发事件展开应急演练，提升干预水平^[6]。对于住院患者强化病情监测，定时监测体温，每天 2 次，如果患者体温超过 37.3℃，应适当增加监测频率，观察患者是否出现呼吸道感染症状，例如乏力、咳嗽和发热等，如有及时处理^[7]。规范操作流程，若患者出现有关征象，应做好防护工作，防止出现交叉感染，定时通风，采取紫外线消毒空气。观察患者心理，住院过程中，患者常伴有负性情绪，护士和医生可多和其交流，介绍疾病治疗情况，帮助期间减轻不良心理，和患者家属交流，帮助其平复情绪。严格通风、消毒，实施分区管理，成立污染区、清洁区和无菌区，保证每个区域存在清晰标识^[8]。针对生活区、办公室和病房，将通风次数定为每天 3-4 次，通风时间超过每次 30 分钟^[9]。消毒物体表面、听诊固定器、血压计和体温表等。将患者私人物品放置在固定位置，采取台账做好护理记录。围绕患者制定干预措施，完善护理管理制度，保证人力资源配置合理，引入分层管理制度，对医护人员展开培训，加强其责任心，促进工作效率提升^[10]。强化管理能够有效预防医院感染，保障患者安全，推动治疗顺利展开。本次研究结果表明和对照组比较，观察组的空气无菌化合格率、护理人员手卫生合格率、医疗器械卫生合格率均更高（ $P<0.05$ ），表示强化护理管理制定出一套科学、严谨、规范的管理流程，对护理人员展开培训，能够规范其行为，加强风险防范意识，便于切实落实各项操作。观察组的主管护士交流时间和与主管医生交流时间均更高（ $P<0.05$ ），代表加强护理管理更深入了解患者内心世界，全面观察其身心需求，能够营造出亲近、信任的医患、护患关系，令其自觉遵守医护人员指令，可以促进病情恢复，推动疾病好转。观察组的患者满意度更高（ $P<0.05$ ），表示加强护理管理重视细节，能够为患者健康安全提供保障，可以预防护理不良事件，避免出现护理纠纷等事件。观察组的住院费用和医院感染发生率均更低（ $P<0.05$ ），代表该模式能预防医院感染，住院费用更低，可以减轻经济压力。说明强化护理管理可以提升社区住院患者安全性。

综上所述，给予住院患者强化护理管理能够有效预防医院感染，保障健康安全，促进医疗质量提升，具有推广价值。

参考文献：

- [1]崔艳,邵萍,周洋. 护理风险管理在预防老年患者医院感染中的防控效果分析[J]. 现代养生,2022,22 (22): 1978-1980.
- [2]曹娜. 中医针灸护理管理中实时监控管理系统对控制医院感染的作用[J]. 中医药管理杂志,2022,30 (19): 104-105.
- [3]胡幼敏,胡玉琴,方腹肖. 现代化中医理论体系构建在器械院感防控管理中的应用[J]. 中医药管理杂志,2022,30 (19): 68-70.
- [4]杨美丽,徐金凤,张丹. 基于 PDCA 循环的护理管理模式对消毒供应中心器械管理质量及感染发生率的影响[J]. 包头医学,2022,46 (3): 47-49.
- [5]邵丽雯,朱岚泓,张丽燕. 智能信息化手术室护理管理模式防控医院感染的效果分析[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28 (18): 163-165.
- [6]刘珍秀. 全方位护理管理在医院感染控制中的应用价值分析[J]. 中国社区医师,2022,38 (18): 126-128.
- [7]侯璐蒙,李嘉嘉,钟娟,杨英芬,屈敬婷. 集束化干预联合闭环管理对 ICU 多重耐药菌感染的防控效果[J]. 护理学杂志,2022,37 (16): 92-94.
- [8]王柄璋,梁元馨,赵亚静,王倩倩. 住院病人多重耐药菌感染控制管理风险评估量表的研究与设计[J]. 护理研究,2022,36 (16): 2978-2982.
- [9]韩丽梅. 规范化护理管理在预防医院感染中的效果[J]. 中国城乡企业卫生,2022,37 (8): 100-102.
- [10]陈燕如,李惠萍,周凯,钟仁秀,蔡婕,沈滨芬,李颖芝,杨婉,黄迪. 精细化护理管理在控制呼吸重症监护室医院感染中的应用效果分析[J]. 卫生职业教育,2022,40 (16): 133-135.

手术室与供应室器械清洗一体化管理对提升医院感染防控质量的影响研究

任真

青岛市市南区人民医院 山东青岛 266000

摘要：目的：研究手术室与供应室器械清洗一体化管理的实施对医院感染防控质量的提升效果。方法：在2019年2月至2022年2月的时间内选择本院手术室器械与供应室器械包，依照掷硬币法将160件器械与器械包分组，80件以对照组命名，开展常规消毒灭菌管理，80件以实验组命名，开展手术室与供应室器械清洗一体化管理，两组进行比较的主要内容为手术器械数量、功能、管理质量、手术器械清洗合格、手术器械包消毒情况以及切口感染发生率、医护人员满意度。结果：（1）器械功能无损率、器械数量准确率为比较项时：实验组高，对照组低，两组有统计学差异， $P<0.05$ ；（2）手术器械包消毒合格率、手术器械清洗合格率为比较项时：更高的为实验组，均与对照组具备统计学意义， $P<0.05$ ；（3）医护人员对手术器械使用满意度为比较项时：实验组与对照组间存在的差异可用 $P<0.05$ 表示；（4）清洗质量、器械拆装、包装质量、环境管理、消毒质量等管理质量评分为比较项时：更高的组别为实验组，各项均与对照组差异明显， P 值均在0.05以下；（5）手术切口术后感染率为比较项时：实验组明显更低对照组，并且两组存在统计学意义， $P<0.05$ 。结论：通过手术室与供应室器械清洗一体化管理，有利于保证准确的手术器械数量和完整的手术器械功能，促进医院感染防控质量和管理质量的有效提升，减少切口感染发生几率，提高医护人员满意度，具有全面性推广和普及于临床的价值。

关键词：医院感染；器械清洗；供应室；手术室；一体化管理；防控质量

医院感染可谓是医院一项重点防控的工作内容，医护人员是否做到了无菌操作、器械设备清洗、杀菌等是否按照标准进行、病房环境质量是否达标等均是导致院内感染的主要原因。近年来，在医疗科技水平飞速提升的背景下，各种医疗设备、手术器械逐渐应用于临床，而因手术器械清洗消毒杀菌不合格所导致的院内感染情况随之增多。供应室主要负责对各类辅料、无菌器械、医疗用品等进行供应，其工作质量同医疗护理工作质量具有密不可分的关系，且会直接影响患者预后^[1]。所谓的手术室与供应室清洗器械一体化，主要指的是供应室负责对手术器械进行集中回收，给予专业处理后再提供给手术室的新型管理模式，其对于控制院内感染，保证器械清洗合格及患者生命安全具有重要意义^[2]。本文选择160件本院手术室器械与供应室器械包，详见如下评析和报告：

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019年2月至2022年2月作为收集本院手术室器械与供应室器械包时间，依照掷硬币分组，选取160件，名称对照组的80件，手术器械：25件管腔器械，28件止血钳，27件剪刀。手术器械包：24件辅料包，26件穿刺包，30件器械包。涉及1000台次手术。名称实验组的80件，手术器械：27件管腔器械，27件止血钳，26件剪刀。手术器械包：26件辅料包，25件穿刺包，29件器械包。涉及1000台次手术。基本情况的差距较小， $P>0.05$ ，公平可比。

1.2 方法

开展常规消毒灭菌管理的组别为对照组：依照常规消毒灭菌方式对手术器械、手术器械包进行处理。结束手术后，在手术室内，安排手术室护理负责清洗、消毒、包装手术器械，再送到供应室灭菌，最后再由供应室提供给手术室备用。开展手术室与供应室器械清洗一体化管理的组别为实验组：（1）执行手术前后，手术室护士负责对手术器械、器械包进行清点，保证在数量上需要达到术前、术后相同。分类后，对存在血迹、污垢的器械进行初步清理，完成清理后，再对数量进行核对和登记。（2）待手术器械、清单确认无误后，将其在回收筐中放置，一起送到供应室。（3）接到器械后，供应室护士需要全面核对，如果确定器械在种类上或数量上有误，则需要马上联系手术室，明确具体原因。如果确定器械种类上或数量上没有任何差错，则以清洗、消毒要求作为依据对器械进行处理。（4）清洗器械期间，需要将器械彻底拆除，予以酶液浸泡，清洗残留的明显血迹，再给予全自动清洗机清洗，完成清洗后对器械进行组装，再对器械种类、数量进行核对，将化学指示卡贴在包装外侧。（5）完成灭菌后，供应室护理人员对无菌包进行确认，和发放清单一起送到手术室，同时要求手术室护理人员现场确认及签收。

1.3 观察指标

（1）两组需要对手术器械数量准确与否、手术器械功能完整无损与否进行评比；（2）对两组手术器械清洗合格率、手术器械包消毒合格率进行统计和对比；（3）以问卷调查的方式评定手术室医护人员使用手术器械的满意度情况进行评价，100分为满分值标准，十分满意的表示分值为90分以上，一般满意的表示分值为70-90分，不满意的表示分值为70分以下；（4）以自制管理质量评分量表对两组环境管理、清洗质量、包装质量、消毒质量、器械拆装等方面在进行判定，每项分值均为100分，得分如果越低，则意味着管理质量越低^[3]；（5）记录术后感染发生情况。

1.4 统计学评析

借助SPSS25.0版本的统计软件对得到的数据进行处理， $(\bar{x} \pm s)$ 表达同时行t检验的为计量资料，百分率（%）表达同时行 χ^2 检验的为计数资料， $P<0.05$ 可证明数据差异显著，存在统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组手术器械数量与功能情况的差异

由表1可知，实验组器械功能无损率、器械数量准确率均高于对照组，且组间存在的差异均为 $P<0.05$ 。

表 1 对比两组手术器械数量与功能情况的差异[n（%）]

组别	器械功能无损率	器械数量准确率
对照组（n=80）	70（87.50）	72（90.00）
实验组（n=80）	78（97.50）	79（98.75）
χ^2	5.7658	5.7689
P	0.0163	0.0163

2.2 对比两组手术器械包消毒情况的差异

由表2可知，相较于对照组的手术器械包消毒合格率，实验组手术器械包消毒合格率高，两组具备统计学意义， $P<0.05$ 。

表 2 对比两组手术器械包消毒情况的差异[n（%）]

组别	器械包	辅料包	穿刺包	共计
对照组（n=80）	24（30.00）	25（31.25）	22（27.50）	71（88.75）
实验组（n=80）	25（31.25）	29（36.25）	24（30.00）	78（97.50）
χ^2				4.7834
P				0.0287

2.3 对比两组手术器械清洗合格情况的差异

由表3可知，实验组与对照组的手术器械清洗合格率进行比较，得到明显差异，即 $P<0.05$ 。

表 3 对比两组手术器械清洗合格情况的差异[n（%）]

组别	剪刀	管腔器械	止血钳	共计
对照组（n=80）	26（32.50）	24（30.00）	19（23.75）	69（86.25）
实验组（n=80）	30（37.50）	26（32.50）	21（26.25）	77（96.25）
χ^2				5.0098

P	0.0252
2.4 对比两组医护人员满意度情况的差异	

比较医护人员对手术器械使用满意度情况，实验组更高，同对照组间存在统计学意义， $P<0.05$ 。

表 4 对比两组医护人员满意度情况的差异[n（%）]

组别	十分满意	一般满意	不满意	满意度
对照组（n=80）	37（46.25）	34（42.50）	9（11.25）	71（88.75）
实验组（n=80）	43（53.75）	36（45.00）	1（1.25）	79（98.75）
χ^2				6.8267
P				0.0089

2.5 对比管理质量的差异

由表5可知，组间环境管理、清洗质量、器械拆装、包装质量、消毒质量等管理质量评分的对比上，实验组与对照组间均有显著性差异存在， $P<0.05$ 。

表 5 对比管理质量的差异 $(\bar{x} \pm s)$ ，分)

组别	环境管理	消毒质量	器械拆装	包装质量	清洗质量
对照组（n=80）	82.16±4.27	81.35±3.20	83.96±2.48	88.25±4.77	87.36±3.58
实验组（n=80）	94.81±2.83	92.79±2.87	93.66±3.76	96.39±2.45	95.67±2.23
t	22.0871	23.8044	19.2618	13.5772	17.6225
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.6 对比切口感染情况的差异

实验组1000台手术，术后感染发生率为8.50%（85/1000）；对照组1000台手术，术后感染发生率为11.50%（115/1000），组间具备统计学差异， $\chi^2=5.0000$ ， $P=0.0253$ 。

3 讨论

对需要接受手术治疗的患者而言，手术直接关系其预后，而手术室的抢救、治疗操作均需要手术器械的辅助，手术器械会直接和患者伤口接触，所以其是手术质量的决定性因素^[4]。加强供应室管理质量，使手术室器械在清洁质量、灭菌质量上均达到既定标准，能够对院内感染进行有效预防，同时提高手术成功率^[5]。

传统管理模式通常是由手术室护理人员负责清洗、包装手术器械，再送到供应室进行统一的灭菌处理，以抽验方式为主的质量控制发现不合格情况，再安排相应科室进行又一次的清洗。如此一来，浪费资源，且会降低工作效率，再加上各科护士不同的工作侧重点，手术室护理主要就是配合医师将手术完成，再提供围术期护理干预，所以容易忽略清洗手术器械这一环节，不能使清洗质量得到保证^[6]。

手术室与供应室清洗器械一体化管理模式，首先要求手术室护理人员对手术器械进行初步清洗，再安排供应室专业人员进行清洗与包装，运用的清洗、包装设备均具有一定的专业性，而专业人士负责专业事，可以保证清洗质量的同时提升清洗合格率^[7-8]。此种新型管理模式，要求供应室护士依照标准流程来对器械、器械包进行清洗、包装处理，并且清洗前、清洗后都要核对器械数量，包装前、包装后需要检查器械的外形完整与否、器械功能有无异常、外观清洁度是否达标，清点并明确数量以后再行进行装配包装，如此可保证器械数量准确、功能完整，防止患者在手术期间，受到器械数量或质量问题的影响而导致各种安全隐患，减少切口感染发生的危险性，缓解身心痛苦，构建友好和谐的医患关系^[9-10]。

本次研究发现，实验组相较于对照组，无论是手术器械包消毒合格率、手术器械清洗合格率、器械功能无损率、器械数量准确率，还是清洗质量、器械拆装、包装质量、环境管理、消毒质量等管理质量评分、医护人员对手术器械使用满意度，组间均可得到统计学差异， $P<0.05$ ；同时进行手术切口术后感染率的比较，显示更低的为实验组，同对照组的统计学意义明显， $P<0.05$ 。可见通过手术室与供应室器械清洗一体化管理，有利于保证准确的手术器械数量和完整的手术器械功能，促进医院感染防控质量和管理质量的有效提升，减少切口感染发生几率，提高医护人员满意度，具有全面性推广和普及于临床的价值。

参考文献：

- [1]赵佳. 手术室与供应室清洗器械一体化管理模式的开展效果探讨[J]. 健康之友,2021（4）：89.
- [2]陈静静,范利,孙凯琳,等. 手术室与供应室器械清洗一体化管理对提升医院感染防控质量的影响研究[J]. 中国医学装备,2021,18（6）：156-159.
- [3]叶燕燕,张璐,黄桃桃,等. 消毒供应室一体化管理用于手术室腔镜器械处理中的效果分析[J]. 基层医学论坛,2021,25（12）：1753-1754.
- [4]董建萍,王娟. 研究消毒供应室一体化管理在手术室器械处理中的应用[J]. 养生保健指南,2021（33）：285.
- [5]冉莉,燕蓉. 消毒供应室一体化管理在手术室器械处理中的应用价值研究[J]. 饮食保健,2021（42）：265-266.
- [6]宋冬梅. 供应室与手术室一体化运作在手术器械管理中的作用分析[J]. 中国保健食品,2021（12）：195-196.
- [7]和义萍,和会仙,和英. 消毒供应室一体化管理在手术器械处理中的应用方法研究[J]. 东方药膳,2021（12）：287.
- [8]欧敬梅,高振远. 消毒供应室一体化管理在手术室器械处理中的应用价值研究[J]. 中国医疗器械信息,2020,26（20）：189-190.
- [9]阮金利,胡素雷. 探讨消毒供应中心一体化管理在手术室腔镜器械处理中的应用效果[J]. 医学食疗与健康,2020,18（12）：207-208.
- [10]周萍,林云,唐明凤,等. 手术室/消毒供应中心一体化管理对手术器械表面内毒素污染和去除效果的影响[J]. 医药高职教育与现代护理,2020,3（3）：214-217.

临床检验危急值与风险结果管理

段利胡 刘锋 李加飞

昆明市儿童医院 昆明市 650103；昆明市儿童医院；昆明市延安医院

摘要：目的：探索一种科学、有效地管理临床危急值方法及其在临床应用中的意义。方法：参与到本次实验的患者均来自昆明市儿童医院，本次研究将采用对比的方式进行，因此在选择患者的时候是从时间段将其分为两组，一组是实施前，是我院在 2021 年 7-12 月收治的 35 名住院病人，为其进行常规检验管理。另外一组是实施后，是我院在 2022 年 1~6 月住院医疗检查中 59 名住院病人，在常规检验的基础上强化了对危急值和风险结果的管理。对实施前、后的患者、医生和护理人员的临床危急值管理质量评分进行对比。结果：在实施后，各临床试验危急值管理质量评分、满意度评分均明显高于实施前。结论：加强临床检查危急值的管理和风险管理，有利于提高整体的临床检查质量。

关键词：大数据；手术室风险管理；应用效果

引言

检验科是临床重要部门，它的主要作用是向临床医生提供有价值的检查结果，对疾病的诊断和治疗方案的选择起到很大的作用。随着现代检验技术的发展和检验仪器的不断更新，检验科的检验准确率和速度都有了很大的提高。如果发现异常，说明病人已经到了风险的边缘，应该立即通知医生，采取相应的治疗措施，减少风险，提高病人的预后。在此背景下，危急值的确定和危急值报告系统的建立，强调了各部门之间的紧密关系和协作，积极的交流，以准确地处理危急情况。为了探索其临床意义和应用价值，本文选择了昆明市儿童医院的病人作为研究对象，对建立实验室危急值和危急值报告系统的临床意义进行了探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

参与到本次实验的患者均来自昆明市儿童医院，本次实验将分为两组进行，按照对比的方式，一组是在 2021 年 7 月至 12 月住院期间，接受医疗检查的 35 名病人，在执行之前进行了例行检查，为实施前；还有一组是在 2022 年 1-6 月住院医疗检查中 59 名住院病人，在常规检查的基础上，强化了对危急值和风险结果的管理，为实施后。实施前，11 名男性，24 名女性，年龄 0-18 岁。实施后，男性 19 名，女性 40 名，年龄 0-18 岁。患者的一般资料均不影响实验结果，执行前后的医生和护士均为 20 人，在 2022 年无工作变化，具有可比性。

1.2 方法

在实施之前，要进行常规的检测，调整温度、湿度、注意检测试剂的配比，及时清理检测环境，确保产品的质量。实施后，在日常检验管理的基础上，强化了对危急值和风险结果的管理：对产生假性危急值的原因（系统设置不规范，病人准备不足，标本处理不到位，检验过程错误，报告方式错误）和危急值漏报，（管理力度不足，资料登记不完整，管理考核不到位，医务人员不熟悉报告处理流程，危急值确认不及时，危急值项目设置过多，报告形

式单一，网络报告系统不健全等）。因此，对临床试验的危急值进行了优化：①对危急值的控制，对现有的危急值控制进行了优化，建立了工作人员的岗位职责，提高了临床检验的工作水平，重视各个环节的质量，定期进行评价和整改，加强了部门之间的交流和协调。②减少临床试验危急值的漏报：调整危急值的项目和范围，建立危急值网络软件和系统，改进危急值报告制度和流程，加强对员工的培训。

1.3 观察指标

1.3.1 临床危急值管理质量评价

对危急值的设置合理性、危急值网上报告系统的完善性、监管力度、报告处理流程、制度明确和考核等方面进行了评估。每一项都是 10 分。临床试验主管对 6 个项目进行了抽样调查，每一项的得分均为平均。

1.3.2 满意度评价

对患者的满意度进行了评估，包括临床医师、护理人员和患者的角度。临床符合性、项目设置合理、部门间沟通及时、报告单清晰标准等是医师对满意程度的主要指标。护士满意指标主要有：标本采集指导、咨询服务、服务流程合理性等。病人的满意程度主要体现在服务态度、及时获得报告单、合理等待时间。每一项的满意度都是十分满意（5）、满意（4）、一般（3）不满意（2 分）、十分不满意（1 分）。对实验前后患者的满意程度进行了统计和对比。

2 结果

2.1 实施前后临床检验危急值管理评分比较

实施后危急值设置合理性、危急值网络报告系统完善性、监管力度、报告处理流程、制度明确、考核到位评分均显著高于实施前。见表 1。

时间	危急值设置合理性	危急值网络报告系统完善性	监管力度	报告处理流程	制度明确	考核到位
实施前	8. 23±0. 54	8. 44±0. 56	8. 36±0. 55	8. 24±0. 54	8. 16±0. 59	8. 32±0. 55
实施后	8. 79±0. 56	9. 12±0. 68	9. 06±0. 64	8. 84±0. 58	8. 65±0. 57	8. 77±0. 58
<i>P</i>	<0. 05	<0. 05	<0. 05	<0. 05	<0. 05	<0. 05

表 1 实施前后临床检验危急值管理评分比较（分， χ^2 s）

2.2 实施前后满意度评分比较

实施前医生对临床符合性、项目设置合理、部门间沟通及时、报告单清晰规范的满意度评分均明显高于实施前。实施后护理人员对标本采集指导、咨询服务、服务流程合理性方面的满意度评分均显著高于实施前。实施后患者对服务态度、报告单按时获得、等候时间合理等方面的满意度评分均显著高于实施前。见表 2-4。

表 2 实施前后医生满意度评分（分， χ^2 s）

时间	临床符合性	项目设置合理	部门间沟通及时	报告单清晰规范
实施前	3. 84±0. 26	3. 89±0. 25	4. 11±0. 24	4. 08±0. 22
实施后	4. 32±0. 28	4. 47±0. 29	4. 35±0. 29	4. 56±0. 34

P <0. 05 <0. 05 <0. 05 <0. 05

表 3 实施前护理人员满意度比较（分， χ^2 s）			
时间	标本采集指导	咨询服务	服务流程合理
实施前	4. 23±0. 22	4. 22±0. 28	4. 01±0. 26
实施后	4. 78±0. 31	4. 65±0. 31	4. 48±0. 29
<i>P</i>	<0. 05	<0. 05	<0. 05

表 4 实施前后患者满意度比较（分， χ^2 s）

时间	服务态度	报告单按时获得	等候时间合理
实施前	4. 23±0. 22	4. 12±0. 27	4. 32±0. 28

实施后	4. 88±0. 33	4. 65±0. 31	4. 67±0. 31
P	<0. 05	<0. 05	<0. 05

3 讨论

从管理学的观点来看,影响临床检查管理质量的因素很多,其中危急值管理是影响临床检查工作质量的一个关键因素。虚假危急值和危急值的漏报都会影响检测结果的可信度和质量,甚至会导致病人错过最佳的医疗救治时机。所以,除了常规检查的管理内容外,还要重视对风险因子的管理。在此项试验中,在实施后,强化了在常规检查的基础上,对风险度和风险结果进行了管理。首先,运用文献资料和以往工作经验,对影响假性危急发生的因素进行了分析,指出了系统设置不规范,病人准备不足,标本处理不规范,检验过程错误,报告方式错误等。危急值的漏报主要是管理力度不够,资料登记不完整,管理考核不到位,医务人员不了解报告处理流程,不能及时确认危急值、设置危急值项目和及时上报。因此,在进行临床检验危急值控制时,强化工作人员的职责,提高临床检验的能力,重视各个环节的质量,定期进行评价和整改,加强部门之间的沟通和协调。同时,为了防止临床试验中存在的重大遗漏,对临床试验危急值的项目和范围进行了调整,研制了危急值网络软件和系统,并完善了临床检验危急值报告制度及流程,加强对员工的培训。

危急值的辨识与报告:在检验、报告审核阶段,要正确、及时地鉴别危急值,以确保危急值不会漏报或误报。危急值的复审:当有危急情况发生时,按以下程序进行处理:立即检查室内是否在控,操作是否正确,仪器状态是否正常传输是否有误,核对标本并确认采集要求是否符合,必要时同时复检原本和质控标本;询问医生该结果是否与病情相符,并排除标本来源不可靠,如从输液同侧抽血或其他因素造成的假性危急值;查看历史结果;复检标本,必要时要求重新采集标本进行复检。需要血涂片复查时必须重新采集血液涂片进行复查;样本检验员将对样品进行复检。检验人员按顺序检查样品的合格性、检验结果,确认仪器性能的稳定性,并排除因检验前的影响而造成的样品问题。在排除了上述问题之后,检验员再次对样品进行了测试。如有需要,检验员要与临床医师联络,并再次取样。医院检验科在仪器上建立了危急值的自动复检系统(如“凝血功能检测”),当检查结果到达危急值时,会自动进行复检,重新验证第一次检查的正确性,大大减少了手工检查的耗时。根据《医疗检查危急值报告程序》的标准化专家意见,本院《实验室标准》要求,如果复检的结果与第一次的结果相符,则报告第一次的结果;如果复检结果与第一次检查有出入,应仔细分析原因,并在需要的时候重新保存样品,并在正确的结果被证实后报告。在分析前、分析中、分析后质量控制措施健全、质量能力有充分保障的情况下,临床实验室可以实行先报告,在判断危急值与临床不相符时再进行复审,并在需要临床化验报告时,应向临床实验室提出危急情况报告。

危急值的忽视:是检验员在 LIS 系统中对危急值的自动判定,并按照特定的规则,对不需要通知的危急值进行检查。不同的临床科室,危急值的下限要求可能会有差异,如果用相同的标准来上报,会导致患者出现不必要的危急值,从而增加患者的工作量,也会造成人员和资源的浪费。比如,生化危急值,在与儿科的医生们商议之后,就设定了一个临界值。(对于出生后(28 天以下)血钾小于 3.0mmol/L 的新生儿,可直接上报;当患者的血糖水平在 2.2-2.5 mmol/L 时,可根据报告的结果,将危急值作为参考;血糖值低于 2.2 mmol/L,再与临床联系,医师在床边立即检查(POCT)检测血糖、血气等,以确定是否有血糖报告,才能批准或部分批准。新生儿病人血钾) 7.0 mmol/L,经报告后上报危急值;血钾为 6.0-6.5 mmol/L,经报告批准后,可将危急值作为参考;肾脏病患者的血钾危急值均在 6.0 mmol/L 以上。另外,在非血液样品的检验项目中,如果发现有危急值,比如:腹透液中的钾含量小于 2.8 mmol/L,则不需要进行危急值处理。)血液科的病人,血常规白细胞 1.5*10⁹/L,中性粒细胞 0.1*10⁹/L,血小板 10*10⁹/L,可直接上报。至于那些没有经过危急处理的样本,都会有专门的人员进行定期的检查,每个月都会记录下来。危急值的上报:危急值的工作人员是检验员,但接收的人并不固定,这就导致了危急值的周转时间延长,危急值的记录不规范。在医院的协助下,检验科和各临床部门沟通了很多次,确定了危急值报告流程,在门急

诊生化科室设有危急值报警显示屏,当有危急值结果产生时,确认结果无误后,点击审核,LIS 系统自动发送危急值至住院部对应科室。审核发出后,审核者应该注意危急值报警提示显示屏,如临床科室 15 分钟内未接收处理危急值,显示屏上会显示未及时处理的条目,这是需及时电话通知住院部科室,并在系统对应条目作电话处理的处理记录,包括通知方式,时间,报告者工号及姓名,接收者工号姓名,完成危急值报告闭环。

结果表明,危急值设置合理性,危急值报告系统的完善,监管力度,报告处理流程,制度明确,考核评价得分都明显高于执行前。通过对危急值进行强化管理,提高了危急值设定的科学性,增强了危急值报表的完整性,提高了监控力度,提高了报表的处理过程,使危急值管理体系更加清晰。在满意度评估中,临床符合性、项目设置合理、部门沟通及时、报告单清洁规范等因素得分显著高于实施前。在实施后,护士对样本采集、咨询服务、服务流程合理性等满意度得分明显高于实施前。在服务态度、按时获得报告单、合理等候时间等方面,病人对服务态度、报告单按时、合理等候时间得分均明显高于实施前。从患者、医生和护士三个方面,分别说明了加强临床风险值管理的可行性和优越性。

对于上述两种类型的化验结果(严重程度和风险程度),医院应该给予特别的关注。危急值及风险结果的报告、未报告、报告不完全等,应当对问题进行调查、追踪和趋势分析,并提供改善的机会。在发生风险和风险的结果时,如报告中断、错误或疏忽等,应当纳入实验室的不良反应策略和流程。实验室应建立对不良反应的调查系统。

在制定危急情况和风险后果报告的过程中,必须采用正规的风险管理方法。EMR 与资讯技术的广泛运用,为改善危机与风险报告,简化工作流程,改善报告的及时性,提供了一个新的机会。此外,评估、记录风险及工作过程所需的品质系统及档案也很重要。在进行内部审核时,实验室必须对危机和风险结果进行评价,并对其进行数据审核,确保其记录、传递和储存。与此同时,危急情况和风险情况的及时和可靠度也应该得到监控。如果来自外部的监管机构或认证机构的评价表明,在危机和风险管理流程中存在着缺陷和不足,那么,实验室应该采取适当的措施来处理。

在进行危急值和风险结果管理时,实验室应该经常与临床医生进行交流,改善风险或结局的警示清单、阈值以及报告制度,确保病人的病情可以快速地得到评价,并降低报告的延误。可以从医生,护士,病人的反馈,抱怨,不良事件,内部监控结果,以及任何外在的评价中找到改善的机会。如果发现对病人的安全造成了很大的影响,就必须把它放在高优先级别。与此同时,为了确定组织的决策和行为,还必须进行一次组织的管理审查。只有做好这些才能保障病人的安康,增加病人的满意度。

参考文献:

[1]杨建红,左晓春,智会静,冯红云,李浩,周凌云,詹晓靖,吕心欢,陈江鹏,张象麟.新药临床试验期间药物警戒和风险控制研究五:我国药物警戒和风险控制监管体系调研与结果分析[J].中国药事,2022,36(06): 644-658.DOI: 10.16153/j.1002-7777.2022.06.007.

[2]曹柏顺.血液细胞检验质量控制在临床医学检验中的应用[J].中国医药指南,2022,20(13): 114-116.DOI: 10.15912/j.cnki.gocm.2022.13.003.

[3]张世庆.过程风险管控强调临床结果关注新兴技术[N].中国医药报,2020-06-09(001).DOI: 10.38249/n.cnki.nyiya.2020.000691.

[4]林佳燕.唐氏综合征筛查临界风险的产前诊断结果分析及临床意义研究[J].心电图杂志(电子版),2020,9(01): 122-123.

[5]崔海艳.风险管理在心血管疾病护理管理中的应用效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(31): 138+144.DOI: 10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2019.31.110.

[6]李珊.护理风险管理在呼吸科危重症患者护理中的应用与效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(20): 159-160.

[7]崔超.浅析医疗器械管理中风险管理的应用[J].中国医疗器械信息,2018,24(22): 155-156.DOI: 10.15971/j.cnki.cmdi.2018.22.077.

“引外智”医疗人员管理浅析

陆奕同¹

1.天津市中西医结合医院南开医院 天津 300102

摘要：随着社会经济的不断发展，部分医院已经采取“送进来、走出去”的方式，不断地从发达国家向国内引入高层次医务人员力量，目前我国专业医疗技术人员实现向发达国家学习先进医疗管理理念与技术水平。经过多年的探索，医学领域“引外智”工程依然存在制度不健全、配套不完善等方面的不足与短板，亟需构架符合新常态下医院“引外智”医疗人员管理的系统性配套治理体系。确定“引外智”目标，以医院人才建设和人才培养为目标导向，加快医院“引外智”平台搭建，改进医院“引外智”工作模式，高层领导以最大限度激发医院发挥“引外智”效能。本文针对我国“引外智”医疗人员管理现状进行探讨，从“事发于制形成框架”、“强化职工英语培训”、“邀请外国专家交流”进行概括，指出目前医院“引外智”不足，提出未来医院“引外智”发展建议，以期为国内“引外智”医疗人员管理发展提供参考。

关键词：引外智；医疗科研；技术交流

Brief analysis on the management of medical personnel of "introducing external wisdom"

Lu Yitong¹

1.Tianjin Integrated Chinese and Western Medicine Hospital Nankai Hospital,Tianjin,300102

【Abstract】 With the continuous development of social economy, some hospitals have adopted the way of "send in, go out", and constantly introduce high-class medical personnel from developed countries to China. At present, Chinese professional medical and technical personnel can learn advanced medical management concept and technical level from developed countries. After years of exploration, the "external intelligence introduction" project in the medical field still has shortcomings and shortcomings such as imperfect system and incomplete supporting system. It is urgent to build a systematic supporting governance system that conforms to the management of "external intelligence introduction" medical staff in hospitals under the new normal. To determine the goal of "introducing foreign intelligence", take the construction and training of hospital talents as the goal orientation, accelerate the establishment of the platform of "introducing foreign intelligence", improve the working mode of "introducing foreign intelligence", and encourage the hospital to exert the efficiency of "introducing foreign intelligence" to the maximum extent by senior leaders. For the outside of "intelligence" in our country, discusses the management status of medical staff, from "in the incident formation framework", "strengthen the staff English training", "inviting foreign experts exchange" in summary, pointed out that the current hospital outside of "intelligence" is not enough, suggest the future hospital development outside of "intelligence", so as to domestic outside of "think tank" medical personnel management development to provide the reference.

【Key words】 external wisdom; Medical scientific research; Technical

人才是我国社会高质量发展的重要资源，也是一个地域创新发展的源头活水^[1]。引智主要是指引进发达国家的智力，具体是指引进不同国家、不同地区的人才或项目，或者指定我国相应工作人员出国、出境进行培训，通过“引智”，我国可借鉴发达国家杰出的管理经验，学习先进国家的医疗技术。现代医学是从西方引入且区别于我国中医，在现代医学方面我国已取得巨大进步，甚至在人工合成胰岛素、白血病等治疗方面已位居世界前列，不置可否地是，中国医学仍然存在很大的不足，通过“引外智”探索重塑现代医学，对推动医疗卫生事业健康发展具有重大意义^[2]，所以，我国医院发展建设还需不停汲取发达国家人才智力，这不仅是我国医疗卫生体系建设需要，也是世界发展需求，由此可见，引进国外智力的重要性。近年来，随着国家对对外开放的领域日益剧增，医疗领域对外合作已成为改革开放的重点合作领域之一，在医院发展和建设中发挥重要作用，这不仅可以为广大的医疗专业技术人员提供良好的交流学习载体，更能够不断拓展他们新的医疗知识与科研思路，其中，公立医院针对引进外国智力资源，开展了大量的有效探索，为增强医疗服务的可及性^[3]，而且为其在今后的医疗工作及科研活动中提供宝贵的刚性技术支撑，进一步夯实了“多元化”的医疗技术人才队伍结构新格局，从根本上不断开创了医院“引外智”促提升的新局面，提升了医院专业医疗技术人才的业务能力与水平，为医院发展提供强劲动力，激活医院科研能力，全面增强医院医疗水平的知名度和影响力，引进国外智力，扩大国际医疗技术合作与交流，已成为各地医院加速发展的基本对策^[4]。因此，本研究就“引外智”医疗人员管理现状、医疗专业技术人员管理存在的不足进行探讨，以期为国内医院开展“引外智”提供参考依据。

1 “引外智”医疗人员管理现状

1.1 事发于制形成框架

为了规范引外智各项工作的科学化管理，切实提高引外智全面工作效率，现阶段，诸多医院^[5]已先后建立并逐步完善了《医院外事工作管理规定》《医院工作人员出国（境）教育培训管理规定》《国（境）外专业技术人员来院短期工作规定》等文件，对国（境）外专业技术人员来院短期工作及交流专业、国（境）外医疗专业来访、申请涉外医疗合作领域意向、院工作人员出国培训以及涉及对外交流的经营管理等方面均作出了明确的规定与细化要求，基本实现了对涉外医疗专业技术人员合作与交流的基础性规范。其中，欧盟盟盟工作可以为我国引进国外智力提供经验，欧盟制定了一套完备的措施、规划和方案以扩大欧盟，同时派遣欧盟的专家对加入欧盟的国家进行详尽的指导、安排^[6]。

1.2 强化职工英语培训

医院定期不定期组织参与外国专家引入科室的人员外语培训教育和组织赴海外研修人员进行对外交流英语或其他语种的语言强化培训教育。通过强化医院工作人员英语培训，可使医院工作人员外语水平大大提高，更有利于我国医务工作者与外界的学术交流和文化沟通，也可以让医务人员及时获得目前发达国家的最新研究进展和医疗技术，在一定程度上极大地促进了医院整体水平的提高提升了护士的综合素质，同时，顺应了国际交流沟通，满足了我国医院模式的发展^[7]。

通过选择外包专业院校或者精选培训教材等方式，聘请优秀外教老师担任员工外语培训教师，切实完善内涵式发展的人才机制；同步，建立完善了有关涉外医疗技术人员的考核制度，将外语学习成果、医疗研究成果作为今后出国培训、交流访问、临时外派的重要考评之一。医院从自身实际出发，设置网上外培阵地，鼓励医疗专业技术人员在医院内网上分享海外的所见所闻、学习外语的技巧、国外新闻翻译等，实现了涉外领域知识福利包大分享，全面提升医疗技术人员涉外业务能力与水平^[8]。

1.3 邀请发达国家专家交流

在当今全球的大形势下，只有在开放的条件下，我国才能以人才为媒介，与外面的发达国家进行知识和文化交流，共享研究成果，共同进步。比如，张阳的研究中提到，为和其他国家进行有效的中医交流，邀请美国和中国香港等具有丰富专业知识和工作经验的专家来我国进行 18 个主题的中医讲座^[9]。引进国外智力资源主要目的是为引进发达国家专家丰富的临床经验和科研能力，即外国智力资源，提高医院人力资源整体质量，加强地方医院医疗队伍建设，促进国内医学科研和学术发展。医院通过多种形式邀请外国专家参观交流、短期留置工作、聘请外籍专家为专业讲堂客座教授，开展引外智医疗专业技术合作，全面实现了业务技术攻关、学术交流分享等专题活动。近年来，诸多医院每年接待来自世界各地尤其是发达国家知名的医疗专家、管理专家、学者来中国进行学术交流的更是枚不胜举，其中有许多世界顶尖的医学专家^[8]。林刚曦等^[10]探讨引进国外专家促进医院发展的可行性，其研究结果表明，通过引进国外专家可成功地帮助医院部分学科的建设，但由于是跨国合作项目，其中存在很多现实的困难，有一些学科的引智工作并不理想，但总体来说，基本实现了初步的学科研究前沿和医学技能的交流与合作，全面增强了“引外智”工作成效。

2 “引外智”医疗专业技术人员管理存在的不足

近年来，广大医院在对外开展的科研合作、学术交流和友好交流的过程中，引外智形式主要以“邀请外国专家短期来医院工作”和“派遣专业医疗技术人员短期出国学习”为主，而在引进海外高端医疗技术人才、专业科室医疗技术人员深度合作科研攻关、专项世界性课题协同研究等医疗人员管理与交流方式相对偏少，从整体来看，与国外医院合作建立的人员对接关系方面基本偏于松散形态，未形成可持续的规范化管理机制，从而在一定的程度上导致了合作的密切程度和深度不够，对“引外智”的内涵质量有着根本性的影响。在我国人事制度改革不断推进下，根据医院“引外智”的客观要求，在激发医务工作者热情的前提，充分考虑医务人员实际需要，同时结合医院内部规章制度，建立和完善新形势下医院“引外智”要求的外事管理制度框架^[11]。这是势在必行的“引外智”医疗技术人员治理内在需求。

3 “引外智”医疗专业技术人员管理路径建议

3.1 建立健全医院“引外智”医疗专业技术人员管理工作的制度框架

建立“引外智”相关规章制度是切实加强和规范医疗领域对外交流与合作的基础，医院要结合对外交流合作的总体长期目标和阶段性工作任务，以政府外事管理部门的法规性文件为依据，对标观阶段的“引外智”医疗专业技术人员的客观要求，在充分考虑医疗专业技术人员实际需求和调动主动性和积极性的前提下，建立新常态下医院“引外智”医疗专业技术人员外事管理制度框架体系，确保医院“引外智”工作依法有据规范开展。

3.2 瞄准关键领域，精心组织“引外智”医疗人员展开合作

医院通过开展“引外智”医疗专业技术人员工作，坚持以提高 危重、疑难、复杂疾病的救治能力为目标，紧盯瞄准各专业医疗科技创新前沿，努力在脑卒中、危重症救治、生物工程、生物治疗等关键领域和其他技术发展前沿掌握其核心的医疗技术与手段。中外院方可通过专题+综合的讲堂形式，举办各类别专业治疗方案研讨讲座、病例讨论会诊等深度合作交流。

3.3 解放思想凝聚共识，全面推动人员参与“引外智”工作各环节

全面推动人员参与“引外智”具有诸多优点，可通过开通对外交流渠道，选取优秀医生、护士和管理人员去不同的发达国家学习或者邀请外国具有丰富科研成果和临床经验的知名专家教授来国内开展学术交流讲座，有利于我国医务工作者扩展视野，增长见识，以及提高了英语表达能力。通过“引外智”可拓宽我国人才引进的渠道，更好的实施人才强国战略，完善人才柔性引进制度^[12]。强化宣传引导，进一步增强全员参与意识，解放思想，与时俱进，创新意识，将医院“引外智”工作深深印刻在领导层、管理层和 执行层的行为 和决策中去，自上而下形成“引外智”医疗专业技术人员共识，以实际的丰硕成果切实提高医院整体医疗水平和科研能力上来，以“引外智”医疗专业技术人员精细化管理，不断加强专业领域学科建设和人才建设，全面促进医院诊疗技术水平可持续提高。

“引外智”医疗人员管理是个系统工程，政府及医院还应从其他方面创造条件给予大力支持，充分发挥高精尖医疗人员技术专业优势，有目的、有计划地组织培养一批医疗领域学科亮点，通过这种不间断的对外医疗交流与合作，从而全面有效地提高整体医疗水平，为人民群众提供过硬的医疗技术支撑，为全面建成与小康社会相匹配的医疗水平贡献“引外智”力量。

3.4 确定“引外智”目标

“引外智”的目标是医院开展“引外智”工作的起点，也是医院“引外智”工作发展的终点。医院“引外智”工作的决策、流程、人才建设、评价体系等各种要素都要通过“引外智”的目标确定来决定。地方医院“引外智”目标是指引进发达国家人力资源所要达到的效果和可能给医疗卫生体系所带来的系列反应，采取外智，可促进国内医疗的提升。国内医院提升主要包括对医院的声誉、人才队伍建设、医生、护士等医务工作者的影响，可以开阔医务人员以及医院管理层的眼界和见解，为医院带来新颖临床科研的视角，更新管理理念和思维，采用更加有效的管理方法。面对国内部分地区医院国际化的大方向，地方医院首先，要加强对“引外智”内涵的科学认识，让医院的未来战略规划和国际医疗环境发展趋势相联合。其次，地方医院要以一种客观的态度来对待“引外智”的意义，使“引外智”成为医院加速发展中不可缺少的力量，同时管理阶层要落实好“引外智”的发展战略。最后，医院领导需根据医院的实际情况，将“引外智”需求与经费数量两者的关系进行统筹规划，制定相应“引外智”的规划，这对促进全球人才引进具有重要作用。

4 结论

本文对“引外智”作出医疗人员管理现状进行、“引外智”目前存在的问题和未来国内“引外智”发展建议进行初步探讨，但本文仅对引外智现状进行综述，通过对文献的阅读发现，“引资”和“引外智”具有强烈关联，未来研究者可对该问题进行更深入的研究探讨。

参考文献：

- [1]王艳国：“绿色通道”激活招才引智“加速度”[N]. 赤峰日报,2022-10-16（T03）。
 - [2]陈奕江,罗中华.疫情防控常态化背景下医学人文精神重塑研究[J].中国医学伦理学,2022,35（10）：1124-1130.
 - [3]韩春雷.公立医院对外合作中存在的问题与对策[J].中国医院,2021,25（04）：39-41.
 - [4]韩金童.长春市引进国外智力工作问题及对策研究[J].吉林大学,2021.
 - [5]王前,陈丽亚,王静成.在国际交流中培养高层次人才学才的实践与体会[J].医院管理论坛,2016,33（08）：59-61.
 - [6]焦京虎.以十九大精神引领引进国外智力工作[J].国际人才交流,2018（11）：6-7.
 - [7]谭盼盼.江门市人民医院脊柱外科手术培训英语口语实践报告[D].广东外语外贸大学,2021.
 - [8]王前.地市级公立医院引进国外智力现状与对策研究——以扬州市苏北人民医院为例[D].江苏：扬州大学,2015.
 - [9]张阳.探析医学国际交流对中医药国际推广的作用[J].商业观察,2022（29）：60-62.
 - [10]林刚曦,姜杰,林连凤,等.探讨引进外国专家促进医院的发展[C].《中华急诊医学杂志》第十二届组会暨第五届急诊医学青年论坛论文汇编,2013：110-114.
 - [11]王岩.招才引智，须打造双赢模式[J].人力资源,2022（14）：64-65.
 - [12]四川省“天府学者”特聘专家：拓宽人才引进渠道[J].科学中国人,2022（05）：76-78.
- 第一作者简介：姓名：陆奕同，学历：本科，职称：研究实习生，卫生健康人力资源管理研究。

通信作者：陆奕同。

自我护理管理对高血压性心脏病治疗依从性的影响分析

沈妍娴

上海市嘉定区中心医院 201800

摘要：目的：分析自我护理管理对高血压性心脏病治疗依从性的影响。方法：选取我院 2020 年 6 月~2022 年 7 月收治的 112 例高血压性心脏病患者作为研究对象，按照随机分组的方法分为观察组（56 例）与对照组（56 例），对照组采用常规护理，观察组采用自我护理管理。比较两组的治疗依从性、生活质量评分、收缩压（SBP）和舒张压（DBP）、并发症发生率。结果：观察组患者治疗依从性高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者各项生活质量评分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者 SBP 和 DBP 水平均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者并发症发生率均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对高血压性心脏病患者实行自我护理管理，能有效减少并发症的发生，调节患者血压，提高患者治疗依从性，改善患者生活质量，故值得临床推广应用。

关键词：自我护理管理；高血压性心脏病；治疗依从性；SBP 和 DBP；并发症发生率

高血压性心脏病（hypertensive heart disease, HHD）是一种常见的心血管类疾病。若高血压患者长时间处于血压控制不佳的状态下，损害机体心脏，导致心脏功能和结构发生变化，形成 HHD^[1]。左心室肥厚、左心室舒张和心脏收缩功能减弱是 HHD 典型的临床症状，病情严重者，会发展成心力衰竭（heart failure, HF），且大部分 HF 患者伴随高血压，威胁患者的身体健康^[2]。目前临床上还未有根治 HHD 的治疗手段，因此，提高患者治疗依从性极其重要。自我护理管理指的是个体为了维持生命、健康和舒适而进行的自我照顾活动^[3]。将其应用于 HHD 患者治疗中，可有效提高患者治疗依从性。基于此，研究以我院收治的 HHD 患者为对象，分析自我护理管理的临床价值，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取我院收治的 HHD 患者共 112 例收治时间（2020.6-2022.7），将患者采取随机分组的方式分为观察组与对照组。对照组 56 例，其中男性患者为 29 例，女性患者为 27 例，其年龄集中在 47-80 岁之间，均值（59.11±2.12）岁，病程 1-9 年，平均（5.14±1.16）年；高血压分级：一级（血压≥180/105 mmHg）16 例，二级（血压 160-179/95-104 mmHg）15 例，三级（血压 140-159/90-94 mmHg）25 例；心功能分级：一级（血浆脑钠肽 101-200pg/mL）16 例，二级（血浆脑钠肽 201-400pg/mL）21 例，三级（血浆脑钠肽 401-700pg/mL）9 例，四级（血浆脑钠肽 91-100pg/mL）10 例。观察组 56 例，其中男性患者为 30 例，女性患者为 26 例，其年龄集中在 48-81 岁之间，均值（60.23±2.03）岁，病程 2-11 年，平均（6.14±1.16）年；高血压分级：一级（血压≥180/105 mmHg）10 例，二级（血压 160-179/95-104 mmHg）14 例，三级（血压 140-159/90-94 mmHg）32 例；心功能分级：一级（血浆脑钠肽 101-200pg/mL）18 例，二级（血浆脑钠肽 201-400pg/mL）20 例，三级（血浆脑钠肽 401-700pg/mL）8 例，四级（血浆脑钠肽 91-100pg/mL）10 例。组间数据对比无统计学差异（ $P>0.05$ ），可比。

纳入标准：（1）患者主动参与研究治疗工作，对本次研究内容、目的、意义均知情，能主动签署《知情同意书》；（2）长期有高血压病史；（3）患者临床资料齐全；（4）符合《欧洲心脏病学会高血压管理指南》中的相关诊断标准；（5）SBP≥180mmHg（1 mmHg=0.133kPa）及 DBP≥110 mmHg；（6）心电图示左心室肥厚（特别是伴有缺血），右心室后壁及超声心电图测量室间隔≥13mm。

排除标准：（1）患者临床资料缺失；（2）合并心脏、肾脏、肝脏等器质性疾病者；（3）合并严重认知障碍、精神障碍者；（4）患者伴有其他急性疾病或恶性疾病；（5）中途退出研究者。

1.2 方法

对照组：常规护理。叮嘱患者多休息，保证睡眠时间充足，适当运动锻炼；多吃清淡易消化食物；嘱咐患者谨遵医嘱用药；指导患者正确血压监测手段，分发健康手册，便于患者每次记录血压测量水平；告知患者出院后可能存在头晕等不良情况；若发生异常，马上就医。

观察组：自我护理管理。（1）健康宣讲。针对患者受教育程度，以宣传手册、口头讲解、

小组讨论等形式进行相关健康知识教育，便于患者了解 HHD 的诱发因素、治疗手段、预防方式、血压自测手段。指导患者掌握自我控制血压的知识，加强疾病护理，确保血压控制在正常范围内。（2）饮食干预。护理人员向患者及家属讲解合理饮食的重要性，详细列出恰当的饮食种类；多吃新鲜的瓜果蔬菜，及时补充钙、钾、锌，适当摄入蛋白质；少吃高脂肪、高胆固醇的食物，戒烟、咖啡、浓茶，每天盐摄入量<6g。（3）心理干预。护理人员多和患者聊天，了解患者焦虑、不安点，及时消除患者存在的不良情绪，避免因情绪波动过大而引发高血压；邀请治疗成功的患者来讲解治疗过程，鼓励患者多和其他患者交流。（4）参照 Orem 自我管理理论评估患者自我管理能力和护理需求，针对自我管理不足患者采用不同补偿系统护理，为患者提供舒适的病房环境；患者病情不同，提供不同体位护理，针对心功能不全患者要绝对卧床休息，定期予以患者翻身拍背。给予患者低流量吸氧，密切监测患者生命体征，纠正低氧血症。

1.3 观察指标

比较两组治疗依从性、生活质量评分、SBP 和 DBP、并发症发生率。

（1）比较两组治疗依从性：a 完全依从：能主动完全地遵从医嘱；部分依从：b 被动性遵从医嘱，出现假装遵从或不遵从医嘱的现象；c 不依从：患者完全不听从医嘱。依从率=（完全依从例数+部分依从例数）/总例数×100%。

（2）比较两组生活质量评分：观察两组在护理干预前后躯体功能、物质生活、社会功能、心理功能等评分变化情况，以生活质量综合评定量表-74（GQOLI-74）评分，计算各维度评分、总体评分，并将评分转化为百分制分数，每项满分 100 分，分值与治疗效果成正比，评分越高，生活质量越好。

（3）比较两组并发症发生率：于两组患者护理管理后，统计两组患者出现肺水肿、感染、右心衰竭等并发症发生情况，并发症发生率=并发症数/病例数×100%。

（4）比较两组 SBP 和 DBP：观察两组患者护理前、后 SBP 和 DBP 变化情况。

1.4 统计学分析

利用 SPSS 22.0 软件完成统计学分析。治疗依从性、并发症发生率以计数资料以[n（%）]表示，组间对比采用 χ^2 检验；物质生活评分、躯体功能评分、心理功能评分、社会功能评分、SBP 和 DBP 以计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间对比采用 t 检验。差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2. 结果

2.1 治疗依从性

观察组患者治疗依从性为 96.43%，对照组患者治疗依从性为 80.36%，观察组高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者治疗依从性差异对比[n（%）]

组别	例数	完全依从	一般依从	不依从	依从率
观察组	56	19（33.93）	26（46.43）	11（19.64）	45（80.36）

对照组	56	23 (41.07)	31 (55.36)	2 (3.57)	54 (96.43)
χ^2 值	-	-	-	-	7.049
P 值	-	-	-	-	0.008

2.2 生活质量评分

观察组患者物质生活评分、躯体功能评分、心理功能评分、社会功能评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者生活质量评分情况比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	躯体功能	物质生活	社会功能	心理功能
对照组	56	72.12±4.04	73.42±6.04	64.35±2.47	74.19±5.02
观察组	56	83.22±3.08	85.26±5.09	77.94±2.04	86.47±4.36
t	-	16.351	11.217	31.746	13.821
p	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 SBP 和 DBP

护理前，两组患者 SBP 和 DBP 相比，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。护理后，观察组患者 SBP 和 DBP 水平均低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者护理前后收缩压、舒张压的对比分析 (mmHg, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	SBP		DBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	56	187.13±7.76	137.34±3.51	108.24±7.14	98.71±5.04
观察组	56	188.12±7.81	128.24±2.12	106.72±7.69	81.73±2.32
t	-	0.673	16.607	1.084	22.902
p	-	0.502	<0.001	0.281	<0.001

2.4 并发症发生率

观察组患者并发症发生率为 3.58%，对照组患者并发症发生率为 19.64%，观察组患者肺水肿、感染、右心衰竭及总并发症发生率均低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者并发症发生率对比[n, (%)]

组别	例数	肺水肿	感染	右心衰竭	总发生率
对照组	56	3 (5.36)	4 (7.14)	4 (7.14)	11 (19.64)
观察组	56	0 (0.00)	1 (1.79)	1 (1.79)	2 (3.58)
χ^2	-	-	-	-	7.049
P	-	-	-	-	0.008

3. 讨论

HF 简称心衰，指的是因为心脏的收缩功能和舒张功能发生障碍，不能将静脉回心血量充分排出心脏，造成静脉系统血液淤积，动脉系统血液灌注不足，引发心脏循环障碍症候群^[4]。该障碍症候群集中表现为肺淤血、腔静脉淤血。HF 不是独立疾病，而是心脏疾病发展的终末阶段。其中大部分 HF 以左心衰竭开始，即首先表现为肺循环淤血。基本上全部的心血管疾病都会造成 HF 的存在，心肌梗死、心肌病、血流动力学负荷过大、炎症等原因引发的心肌损伤，都会造成心肌功能结构的变化，造成心室泵血或充盈功能低下。高血压长期控制不佳会引发心脏结构和功能的改变，称之为 HHD，包括早期左心室舒张功能减退、左心室肥厚 (LVH)，日益演变为心肌收缩功能减退，最终造成 HF^[5]。大部分 HF 都是高血压造成的，同时也会出现冠心病、心房颤动等心脏合并症。该病早期一般不典型，患者可无显著自觉症状或仅有轻度不适如头痛、胸闷等。到进展期，因为左心室舒张或收缩功能异常，造成肺淤血，主要表现为劳动性呼吸困难；平卧时出现气急、坐起后明显好转；活动量较小，但呼吸困难，严重时患者可在梦中惊醒；严重情况下出现端坐呼吸，咳嗽，咳粉红色泡沫状痰。心脏康复 (cardiovascular rehabilitation, CR) 指的是多种协同、有目标的干预措施的综合，

如康复评估、运动训练、饮食和行为、遵医嘱从性等，使心脏病患者功能和结构得以改善，体力和精神得以优化，社会参与度更高，有效预防心血管事件的发生^[6]。通过 CR，可延缓动脉粥样硬化的发展进程，降低患者的住院率，改善患者生活质量。

本次研究结果显示，观察组患者治疗依从性显著较高，在护理干预后，观察组患者物质生活评分、躯体功能评分、心理功能评分、社会功能评分均高于对照组，观察组患者 SBP 和 DBP 均低于对照组，观察组患者肺水肿、感染、右心衰竭及总并发症发生率均低于对照组，说明对患者实行自我护理管理，可显著改善患者临床症状。(1) 通过健康知识宣讲，便于患者了解 HHD 的诱发因素、治疗手段、预防方式、血压自测手段，可提高患者对 HHD 的认识；通过指导患者掌握自我控制血压的知识，加强疾病护理，可确保患者血压控制在正常范围内。(2) 通过饮食干预，确保患者合理饮食，多吃新鲜的瓜果蔬菜，可及时补充患者体内所缺少的钙、钾等营养元素。(3) 通过心理护理，可实时了解患者心理状态，如实掌握患者焦虑、抑郁点，可及时消除患者存在的不良情绪，避免因情绪波动过大而引发高血压^[7]。其次，通过邀请治疗成功的患者现身说法，可赢得更多患者的信任感，帮助患者树立治疗信心。同时术后叮嘱家属陪伴在患者身边，可给予患者更多安慰、鼓励、支持等。而且通过护理人员多和患者聊天，可减少患者对医院的陌生感，增加对医护人员的熟悉感、信任感，能让患者感受到护理人员的服务热情，拉近和医护人员之间的距离，避免产生护患矛盾，提高患者治疗依从性^[8]。再者，通过密切关注患者心理变化，指导患者以一种平常心来接受治疗，减少患者内心不适感，这对于治疗有一定帮助作用，缩减治疗周期，改善患者预后效果。(4) 通过参照 Orem 自我管理理论，可对患者自我管理能力和护理需求进行预测，为患者制定合理的控制血压运动方案，可有效控制患者血压，促使患者生活质量得以有效改善。通过体位护理，定期予以患者翻身拍背，可提高患者躯体功能。通过密切监测患者生命体征，给予患者低流量吸氧，可避免低氧血症产生。最后，本次研究选取样本量有限，未深入分析自我护理管理对于 HHD 患者的护理管理效果，下次研究，可增加研究对象和时间，扩大样本量，深入分析不同护理方法对 HHD 患者治疗依从性所产生的影响，探究临床可应用更为科学的治疗方案。

综上所述，对 HHD 患者实行自我护理管理，能有效降低并发症发生率，稳定患者 SBP 和 DBP，患者治疗依从性得以提升，且患者物质生活评分、躯体功能评分、心理功能评分、社会功能评分明显提高，故具有较高临床推广应用价值。

参考文献：

- [1]史小曼. 家庭参与疼痛管理护理模式对小儿先天性心脏病术后治疗依从性及并发症的影响[J]. 现代医学, 2020, 48 (12): 155-155.
 - [2]吕晓莉. 心理护理干预对老年高血压患者治疗依从性及效果的影响[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (21): 200-201.
 - [3]郭方方, 李海东. 基于个案管理的延伸护理对原发性高血压患者自我效能及院外治疗依从性的影响[J]. 中国民康医学, 2021, 18 (21): 169-170.
 - [4]郑向华. 罗森塔尔效应护理对先天性心脏病患儿治疗依从性及生活质量的影响分析[J]. 临床研究, 2021, 18 (54): 177-177.
 - [5]王佳芮, 俞琼, 艾超. 移动健康医疗管理对高血压患者药物治疗依从性影响的系统评价[J]. 中国医院用药评价与分析, 2021, 21 (12): 1504-1509.
 - [6]阿米娜·达伍提, 汗祖热木·托合提, 王芳, 等. 远程管理干预模式对喀什地区高血压患者自我保健意识及治疗依从性的影响分析[J]. 中华养生保健, 2022, 40 (26): 192-195.
 - [7]董宪珍, 郑桂玲, 崔艳玲. 肺源性心脏病伴慢性呼吸衰竭患者无创呼吸机治疗依从性的影响因素分析及护理干预[J]. 护理实践与研究, 2020, 17 (15): 134-134.
 - [8]俞琼, 王佳芮, 艾超. 移动健康医疗管理对高血压患者药物治疗依从性影响的系统评价[J]. 中国医院用药评价与分析, 2021, 021 (012): 142-143.
- 基金：上海市医学重点专科 (课题编号：ZK2019C03)

风险管理在高压氧护理管理中的应用

王艳

西安交通大学医学院第一附属医院 疼痛科-高压氧 710061

摘要：目的：在高压氧舱中进行风险管理，做好效果比较。方法：通过选取参与本次进行高压氧收治的患者共计 60 例，将其进行分组（常规组、试验组），常规组采用常规护理措施。试验组采用风险管理措施，做好高压氧舱护理满意度、护理风险事件发生情况以及不良反应出现的比较。结果：通过进行风险管理前后风险事件发生情况进行比较，其中常规组出现患者投诉、护理差错率分别为 16.67%、26.67%，试验组患者出现患者投诉、护理差错率分别为 6.67%、3.33%，经比较，试验组效果中高压氧舱患者的出现率相对较低（ $p<0.05$ ）。试验组患者整体满意率分别为 96.67%，经比较，试验组效果较优（ $p<0.05$ ）。试验组患者不良反应、毒副作用率分别为 0.00%、3.33%，经比较，试验组效果较优（ $p<0.05$ ）。结论：在高压氧舱护理管理中采用风险管理模式，整体效果优良，同时护理满意度相对较高。

关键词：风险管理；高压氧；护理管理；应用管理

护理风险主要是针对院内病人在护理过程中可能出现的不安全事件分析，作为一种职业风险，也是近年来护理人员关注的问题。风险管理主要是将某种损失降低到最低程度，对于机构的任何活动以及课程过程中出现的风险进行分析、评价和处理，并对病人以及工作人员进行风险评估^[1]，从而采取正确的行动。国内的氧舱一般每年都会发生火灾，因此对于医院来说带有一定的损失。本文通过对高压氧舱管理中采用风险管理，具体研究情况如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

通过选取参与本次进行高压氧收治的患者共计 60 例，将其进行分组（常规组、试验组），其中包含高压氧护士 4 名，其中年龄为 35-50 岁之间，包含 2 名主管护师、1 名护师。本次收治的高压氧患者年龄均值为 41.09±2.34 岁。

1.2 方法

当前来说，高压氧护理人员工作较为繁忙，同时工作任务较重，在护理管理中容易出现疏漏。高压氧治疗的风险因素：第一，氧舱设计不合理、不规范，由于安装、建造、检验容易出现安全事故。第二，违反治疗原则，在对于高气压规律认识不足时容易出现安全事故。当前高压氧舱出现事故的主要原因为：第一，管理滞后，同时存在一定的风险事故。第二，法律法规不健全，同时人员素质参差不齐，缺乏专业的培训。

常规组采用常规护理措施。

试验组采用风险管理措施。

风险管理措施：

第一，详细了解患者的病情，仔细观察病人是否存在高压氧治疗的禁忌症，防止风险事故的发生。在治疗过程中，密切观察患者的病情，如果出现异常情况应立即停止，紧急减压出舱，并避免风险事故的发生。第二，做好预防工作。在风险事故发生前，为了消除或者减少可能引起的各种损失，还应定期检查氧舱的各个部件，如果出现问题进行及时修理。（1）医疗器械的检查。制定氧舱以及附属设备检查的运行记录，包含照明、温控、压力表以及加湿、监控系统等几项。（2）氧舱维修人员定期检查氧舱。（3）做好安全阀以及压力表的质量，经检验合格后再次使用。

第二，护理人员管理。（1）定期举办法律知识讲座，提高护理人员的法律知识。（2）做好以人为本管理，实行人性化管理工作。确保护理人员专业化，通过选取具有专业化的护士，以此来减少风险事故的发生。通过组织护士参加高压氧的学习，参加高压氧的培训班，对于医护人员熟练掌握相关操作技术，做好仪器的管理规则。培养护士的沟通能力，和家属进行沟通。详细解答病人的问题，并取得病人的信任，为医院获得良好的效益^[2]。

第三，建立严格的护理风险管理制度。通过落实相关风险管理制度，落实相关政策，明确护理人员的责任和异物。在有效识别护理风险的同时，明确护理风险管理机构，针对其中有差错的的部分进行标识，并确定各类的护理风险等级。对于一部分有问题的零部件进行修理，确保舱内处于良好状态。对于其中出现查过的部分给予惩罚，制定应急预案，确保能够处理突发事件，降低事故的出现率。

第四，加强护理人员的法律意识，提升专业效能。在定期举办法律知识讲座的同时，定期举办高压氧的相关培训课程，以此来确保高压氧技术的提升。明确规范各项规章制度，督促人员养成良好的仪器，以此来提升专业素养。在将护理人员送往医院进行进修的同时，有利于业务水平的提升。在加强护理人员进行沟通的同时，及时做好心理疏导，降低安全隐患。第五，提升护理文书的质量。指导工作人员详细介绍高压氧的相关治疗知识，及时了解患者的心理状况，并给予针对性的疏导。在耐心解答患者家属疑惑的同时，在进舱后，严格听从人员的安排，监测患者的血压以及心率情况，并看华智能和是否出现不适。通过给予患者饮食指导，通过全程监控高压氧的治疗过程，对于其中出现的特殊情况应给予有效措施，做好记录工作^[3]。

第六，实行操舱的全过程管理。（1）入舱前做好病人的宣教，做好查对工作。在治疗过程中，严密观察病情，如果出现异常情况及时、准确进行沟通，以此来减少病人的焦虑症状。为了避免病人带着负面情绪治疗，避免影响康复。通过做好加压以及减压阶段，随后开启动作，避免出现并发症。（2）在出舱时，应观察病人是否出现不适，看是否出现关节疼痛等相关情况。注意安全以及保暖，如果出现异常并做好对应的记录^[4]。

第七，妥善安排急诊。做好值班护士的治疗，对于急诊病人加多的值班护士，在不能应对治疗时，应要求护士参加治疗，避免延误最佳的治疗时间。通过定期做好工作人员的工作质量检查，具体方法为：（1）设立质量监控登记本，做好对应措施的改进，并由管理者每月进行 1 次登记和自查。（2）发放病人满意度的问卷调查，建立高压氧舱的等级^[5]。在出现氧中毒、气压伤等毒副反应时，应立即进行填写。（3）建立高压氧舱事故登记本，对于其中出现差错事故时立刻进行填写。（4）在出现损失后应采取相关措施，例如安装加湿设备，做好风险处理工作。

第八，治疗前，详细讲解高压氧舱的治疗，在及时了解患者心理状况的同时，耐心解答患者的疑惑。在进舱后，严密听从患者的心率、血压，看患者是否出现不适，在给予饮食指导的同时，全面监控高压氧的治疗过程，针对其中出现的特殊情况做好记录工作^[6]。

1.3 观察指标

（1）风险管理前后护理风险事件发生情况比较。

（2）患者护理满意度情况比较。

（3）不良事件以及毒副反应出现率^[7]。

1.4 统计学分析

选用 spss20.0 进行统计学分析， $p<0.05$ 代表具有统计学差异。

2. 结果

2.1 通过进行风险管理前后风险事件发生情况进行比较，其中常规组出现患者投诉、护理差错率分别为 16.67%、26.67%，试验组患者出现患者投诉、护理差错率分别为 6.67%、3.33%，经比较，试验组效果中高压氧舱患者的出现率相对较低（ $p<0.05$ ）。

表 1.风险管理前后护理风险事件发生情况比较

项目	患者投诉	护理差错
常规组	5 (16.67)	8 (26.67)
试验组	2 (6.67)	1 (3.33)
t	6.316	7.246
P	0.000	0.000

2.2 通过对患者进行护理满意度情况的比较，其中常规组患者中满意率为 83.33%，试验组患者出现患者投诉、护理差错率分别为 6.67%、3.33%，试验组患者整体满意率分别为 96.67%，经比较，试验组效果较优（ $p<0.05$ ）。

表 2.两组患者护理满意度情况比较

项目	满意	一般	不满意
常规组	20 (66.67)	5 (16.67)	5 (16.67)
试验组	23 (76.67)	6 (20.00)	1 (3.33)
t	5.032	6.013	5.358
P	0.000	0.000	0.000

2.3 通过对两组患者进行不良事件以及毒副反应出现率的比较，其中常规组中不良反应、毒副作用率分别为 13.33%、10.0%，试验组患者不良反应、毒副作用率分别为 0.00%、3.33%，经比较，试验组效果较优（ $p<0.05$ ）。

表 3.两组患者不良事件以及毒副反应出现率

项目	不良反应	毒副反应
常规组	4 (13.33)	3 (10.0)
试验组	0 (0.00)	1 (3.33)
t	7.012	8.246
P	0.000	0.000

3. 讨论

当前我国医患关系较为紧张，对于医院来说充满一定的疑虑^[8]，同时容易出现纠纷事件，对于医院的风险管理具有一定的要求。医院风险管理作为其中的一个重要组成部分，通过明确风险管理的义务，在使工作人员明辨自己风险和义务的同时，健全风险管理^[9]。在为风险管理提升组织落实保障的同时，建立风险管理流程，做好风险的识别和预防工作。通过建立完善的风险管理流程，加强人员的培训，旨在提升风险管理能力。在建立良好关系的同时，做好护理记录。在加强护理风险识别管理的同时，旨在提升护理满意度^[10-11]。

在高压氧舱的工作中，受操舱人员对于气压认识不足的影响，在病情观察不仔细、医疗器械检查不全面的同时将会导致出现风险事故^[12]。面对灾害性的风险事故，在进行风险因素进行分析的同时，判别氧舱的主要故障以及主要部件。在通过护理风险进行干预的同时，以此来降低设备的故障，在提升高压氧舱安全性的同时，能够最大限度的降低运行风险和护理差错^[13]。在进行操舱时应做好质量改进以及监控质量，使病人在进入到高压氧舱后，做好三查七对工作，在入舱前通过严密监察舱内病情，旨在预防差错事故的出現率。在进行以人为本的管理中，旨在调动护士的积极性^[14]。

在临床护理中，高压氧舱中风险较高，在护理过程中针对其中的安全事故，具有不确定性。当前护理人员管理存在的问题中具有一定的潜在风险。通过在整体上进行护理能够优化护理质量，在遵循特定流程和方法的同时，能够消除其中的护理风险，并降低多种事故的出現率^[15]。综上所述，在高压氧舱护理管理中采用风险管理模式，整体效果优良，同时护理满意度相对较高。

参考文献：

- [1]Rñe M, Grut L, Cappelen K, et al. Psychometric properties of the full and short version Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSOPSC) instrument: a cross-sectional study assessing patient safety culture in Norwegian homecare services[J]. BMJ Open, 2022, 12 (4): 49–55.
- [2]丁慧美.预见性护理在高压氧护理安全管理中的应用价值探究[J].基层医学论坛,2019,23 (24): 3466–3467.DOI: 10.19435/j.1672-1721.2019.24.036.
- [3]钟远露.护理警示标识在高压氧护理风险管理中的应用[J].当代护士(上旬刊),2019,26 (05): 183–185.
- [4]莫正霞,马金栋,路云清.风险管理在高压氧护理管理中的应用价值探析[J].中国卫生产业,2018,15 (03): 6–7.DOI: 10.16659/j.cnki.1672-5654.2018.03.006.
- [5]马莉,高静,张得兰.护理风险管理在高压氧护理中的应用分析[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2017,24 (05): 415–417.
- [6]郑丽波.风险管理在高压氧护理管理中的应用[J].中国卫生产业,2017,14 (22): 130–131.DOI: 10.16659/j.cnki.1672-5654.2017.22.130.
- [7]张莹.研究预见性护理在高压氧护理安全管理中的应用[J].中国继续医学教育,2017,9 (03): 261–262.
- [8]韩玉芳,陈小雨,韩丹,蒋丽艳.风险管理在高压氧护理管理中的应用[J].中国医药指南,2015,13 (22): 220–221.DOI: 10.15912/j.cnki.1672-5654.2015.22.168.
- [9]丘喜玲.风险管理在高压氧护理管理中的应用价值[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36 (19): 2948–2949.
- [10]Supakitthanaroj P, Singpru R, Vudthiprasert K. The Comparison of Acute Clinical Outcome between 30 and 40 Sessions of Hyperbaric Oxygen Therapy for Management of Visible Hematuria from Radiation-Induced Hemorrhagic Cystitis[J]. 泌尿学期刊 (英文), 2022 (012–005) .
- [11]宝银平.高压氧科护理风险因素的识别与措施[J].中国卫生产业,2015,12 (02): 112+114.DOI: 10.16659/j.cnki.1672-5654.2015.02.086.
- [12]Supakitthanaroj P, Singpru R, Vudthiprasert K. The Comparison of Acute Clinical Outcome between 30 and 40 Sessions of Hyperbaric Oxygen Therapy for Management of Visible Hematuria from Radiation-Induced Hemorrhagic Cystitis[J]. 泌尿学期刊 (英文), 2022 (012–005) .
- [13]丁芳.风险管理应用于高压氧护理管理中的实践分析[J].国际护理学杂志,2014,33 (09): 2515–2517.
- [14]梁敏.风险管理在高压氧护理管理中的应用[J].药物与人,2014,27 (06): 237–238.
- [15]Rñe M, Grut L, Cappelen K, et al. Psychometric properties of the full and short version Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSOPSC) instrument: a cross-sectional study assessing patient safety culture in Norwegian homecare services[J]. BMJ Open, 2022, 12 (4): 49–55.

医院库房中药饮片的管理及养护策略研究

张超

航天中心医院 北京 100049

摘要：近些年，随着我国经济与建设水平提高，愈发关注民生问题。其中，应不断提高我国医疗服务水平，保障国民的生命健康安全。在我国医药领域中，中药饮片是传统中药新剂型，是传统中医和现代药品制备深度融合的成果。选择高品质的中药材，经过系统加工与特殊炮制后用于临床医疗。此种半成品药品，既能促进我国医疗事业高速、高质量发展，也能延长中药材保质期，解决传统中药在使用与治疗过程中产生的各类问题。基于此，文章主要阐述了医院库房中药饮片管理与养护现状，提出科学的管理与养护对策，提高中药饮片质量。

关键词：医院库房；中药饮片；管理养护

Study on management and maintenance strategy of TCM decoction pieces in hospital warehouse

ZhangChao

Space Center Hospital, Beijing 100049, China

Abstract：In recent years, with the improvement of our economy and construction level, people's livelihood issues have been increasingly concerned. Among them, the level of medical service should be constantly improved to guarantee the life and health safety of our people. In the field of Chinese medicine, Chinese medicine Yinbian is the new dosage form of traditional Chinese medicine, which is the result of the deep integration of traditional Chinese medicine and modern medicine. Select high quality Chinese medicinal materials, after systematic processing and special processing for clinical treatment. This kind of semi-finished medicine can not only promote the high-speed and high-quality development of Chinese medical industry, but also extend the shelf life of Chinese medicinal materials, and solve all kinds of problems in the use and treatment of traditional Chinese medicine. Based on this, this paper mainly expounds the current situation of management and maintenance of TCM decoction pieces in hospital warehouse, and puts forward scientific management and maintenance countermeasures to improve the quality of TCM decoction pieces.

Key words：hospital warehouse；Chinese medicine decoction pieces；Management of maintenance

中医学历经千年传承、变化后，不仅成为独立学科，还广受社会大众认可并产出优秀作品。随着临床医学知识丰富、经验积累，为我国医疗事业发展作出重大贡献。随着西医药品制备技术进入我国医学领域，传统中药材面对新机遇、新挑战，应坚持继承传统、推陈出新原则，保留中药材及其加工优势。制备中药饮片，既能在一定程度上消除中药材使用弊端，也方便临床治疗。因我国中药材类型多、来源广，对储存、管理与养护提出较高要求。若未采取科学手段，会让中药材变质、发霉等，浪费了医疗资源、降低了治疗效果。由此，研究医院库房中药饮片管理与养护非常关键。

1. 医院库房中药饮片管理与养护现状

1.1 温湿度问题

不同种类的药材对储藏温度与湿度有着不同要求，当前，经过实验检验，科学药品的标准储藏温度是 15 到 20℃，能保存药物成分，防控药物变质、霉变、潮解等问题。如果温度比较高，在氧化水解反应的作用下，中药饮片的化学成分会发生改变。如果温度比较低，以鲜芦根等代表的新鲜药材会丧失一定成分，降低药品品质。在化学与物理界中，湿度是非常重要的影响因素，能直接改变药材特性。如果湿度比较高，形成害虫或霉菌，会改变药材性质或遭遇虫蛀。在考虑多种药材特质的基础上，应将医院库房湿度控制在 45%到 75%之间，能最大程度防控药品变质。医院库房管理与养护过程中，若环境中含水量过高，天然中药材中的淀粉成分会产生霉变等问题，无法满足临床应用要求。如果含水量较低，结晶类药材会迅速分化，不能稳定结晶。立足于现实情况可知，医院临床需要多种药材，而不同药材对温湿度要求不同，应根据药材来源、特质等动态调整与控制库房温湿度^[1]。

1.2 空气问题

医院库房管理与养护过程中，氧气始终是非常重要的影响因素，间接提高了管理与养护难度。在库房中，如果中药饮片长期接触空气，在氧化还原反应的作用下，会让药材产生油变等现象，从而改变其外观、特质等，降低药物质量。同时，与空气接触后，药材颜色也会产生变化^[2]。

1.3 霉菌问题

在空气中，霉菌是非常常见的菌类。如果医院库房环境不佳、管理不当，会为霉菌繁殖提供一定条件，从而引发药材变质。若想控制药材霉变，应将库房温湿度控制在 25℃、湿度 75%左右。其中，湿度最高不能超过 75%，以此控制霉菌繁殖。

1.4 虫蛀问题

昆虫进入到药材后，会让药材产生破碎、成粉等现象，直接降低了中药饮片的品质与效果，无法用于临床。同时，虫蛀会浪费大量中药材、降低医疗效果，严重损坏了中药饮片的药用价值。对此，管理与养护人员应采取有效对策，防控虫蛀。

1.5 光照问题

紫外线照射后，中药饮片表层受热情况不同，影响着药材内外温度。如果日照时间长、温度高，会出现泛油、变质等问题。同时，若辛香散发性药物经过长期曝晒后，也会降低辛香疗效^[3]。

1.6 气味散失

一些中药内包含着易挥发成分，若医院库房管理与养护不当，让药材挥发损失，会改变重要的气味，这就是气味散失。辨识中药时，先辨识其“形”，然后是“味”，以此衡量中药品质。对于此类中药饮片，应按照规定、标准等调控温湿度，严密储存。

2. 医院库房中药饮片管理的有效对策

2.1 管理药材来源，加强入库验收

想要加强医院库房中药饮片管理，应先管控采购环节。提高采购水平，能让中药饮片入库前的质量达标，在一定程度上消除根源性质量问题。应保证采购环节合法、合规，制定科学、合理的采购计划，要求采购人员根据医院现实情况、需求以及季节变化等开展采购工作。采购与管理人員應意識到，醫院臨床治療需要不同類型的藥材，而不同藥材來自不同地區、受不同自然環境影響，具備不同品質。對此，應選取產地好、質量佳的原材料進行炮制，以此提升中藥饮片質量^[3]。

还应加强中药饮片入库验收管理，首先，应坚持以下验收原则：应保证中药饮片数量、规格、品质合格，包装完好。中药饮片产地、加工厂家、价格等应与发票内容一致。若发现内容缺失或不一致等问题，应与采购人员、厂家核对，或补足数量、或更换药品。若发现质量不达标，应原数退回。当前，医院库房开展中药饮片检验工作时，多运用性状鉴定法。若对某类中药品持有疑问，可运用显微镜鉴定法或送至专业部门质检，检查合格后再入库。其次，管理人员应认识到入库验收的重要性，其能提高中药饮片管理水平与药品品质，以免医院出现伪劣药品。当前，多数医院的中药饮片来自全国各地，数量、规格、采集时间、加工方式等各不相同，所以其质量产生较大差异。对此，应科学分类、严格检验，若发现虫蛀、潮解、霉变或包装破损的药品，应采取合适的处理措施。最后，为保证验收合规、达标，要求验收管理人员具备专业知识、丰富经验。

2.2 引进多媒体技术，优化库房管理模式

根据上文可知，为实现管理目标、保证药品质量，应实施分类管理，根据中药饮片类型、管理要点、治疗功能等采取合适的管理方法。为优化库房环境，应科学调控库房温湿度，将不同类型的药品放到不同库房中。若某类药品对温湿度要求高或具有特殊性，可用冷藏柜管理。同时，对于包含着挥发油类的药品，要密封储存，控制光照与阳光直射。此类药品应与地面超过 10 厘米以上，以免因库房温度过高、含水量过大而导致药品发霉、变质等。在库

房中设置温度计，记录温湿度，动态调控环境。定期消毒杀菌，控制霉菌繁殖，保证药品质量^[4]。

2.3 加强出库、入库管理，做好监管工作

2.3.1 入库分类管理

完成验收工作后，应进行中药饮片入库分类管理。即根据药品性质进行分类，当前中药饮片主要分为动植物类、矿物类等。其中，植物类中药饮片较为常见、重要，主要分为根茎类、叶类、全草类、树脂类等。分类管理能方便入库、库房安排与出库应用。分好类后，有序放置与管理中药饮片，在其表面张贴标签。同时，也要将中药饮片种类、名字、规格、数量、价格、功效等输入计算机设备中，领药时输入领药人信息、领药时间等。完善入库与出库信息，能方便药库管理，也能为开展采购工作、养护工作等提供可靠依据。若某类中药饮片具有特殊性，如药品经济效益高。应将其放入特殊柜中，安排专业人员管理。药品具有毒性，也应放入特殊柜中，安排专业人员管理。还应标注“毒性”“剂量”等，确保精准无误^[6]。

2.3.2 仓存管理

中药饮片入库后不能放任不管或长期搁置，应定期开展检查工作或根据环境、气候变化不定期检查，及时发现并解决问题，降低损耗。管理人员应经常性检查，工作间隙轮番检查，每 30 天是一个周期。要记录检查与处理结果，保证重要饮片状况良好。

2.4 制定管理制度，加强监管

为实现医院库房中药饮片管理目标，管理部门应制定、优化管理制度，提升中药饮片的储藏管理质量。要安排专人清理库房、杀菌消毒，保证库房整洁。抽查库房管理情况，审查管理人员是否做好防火等工作。动态监督，防控人为失误。在制度保障下，能落实管理职责，追究管理责任。

2.5 加强人才培养，组织技能培训

中药饮片管理与养护对工作人员提出更高要求，应配备中级及以上技术职称与丰富经验的药工开展检验工作，要求其掌握相关法律法规与药材生产等环节。医院应定期组织技能培训，让技术人员深入药材市场调研、进入药材种植基地学习，并为其提供技术交流与实践检验的机会，提高技术水平^[7]。

3. 医院库房中药饮片养护的有效对策

3.1 常规养护

月末，管理人员应盘点时应检查中药饮片，记录养护结果。

3.2 重点养护

储存与养护过程中，对于容易霉变、虫蛀、潮解与散味的中药饮片，如麦冬、红花等，以及高不合格率的中药饮片，如全蝎、杏仁等，应重点检查、管理与养护。对于医院附加或新增的养护药品，应提高巡检频次，并用不同颜色的标签标注，如红色是 3 到 5 天养护一次，蓝色是 7 到 10 天养护一次等。依据库房温湿度记录情况，动态调整养护措施^[8]。

3.3 落实养护责任

库房中，不同的管理与养护区应配备不同的工作人员，坚持定人定岗，记录养护人员、行为、频次以及情况，发现问题时，能将责任落实到个人身上。

结束语：

在我国中医学领域中，中药饮片既是非常重要的一类药品，也是现代中医发现的显著标识之一，能推动中医学走向世界。在保留传统中药材特性、加工方式以及管理方式等优势的基础上，能让中药材的使用时间更长，满足临床多种多样的治疗需求。由此，应加强医院库房中药饮片管理与维护，防控霉变、变色、虫蛀等问题，强化入库前采购、检验与管理等工作，做好仓库管控并记录出库情况，开展常规与重点养护、落实养护责任，最大程度优化库房环境，以免药品浪费、变质或降低效果。以此，促进我国中药学发展。

参考文献：

- [1]张好华. 医院库房中药饮片的管理及养护方法初探[J]. 光明中医,2021,36（9）：1527–1529.
- [2]张俊强. 中药材与中药饮片的库房管理与质量控制[J]. 中国民康医学,2021,33（3）：116–117,120.
- [3]黎碧燕. 小包装中药饮片的库房管理模式的应用[J]. 北方药学,2020,17（3）：169–170.
- [4]李小荣. 根本原因分析法在中药库房饮片储存和养护工作中的研究体会[J]. 首都食品与医药,2020,27（23）：111–112.
- [5]何琳,陆惠兰,杨骏. 中药饮片质量管理存在的问题与对策[J]. 上海医药,2020,41（9）：57–59.
- [6]常瑞,潘屹,曹宪策. 影响我院库房中药饮片质量的原因分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21（36）：308–309,312.
- [7]宋金泉,李丹. 医院中药房的管理现状与改进对策[J]. 海峡药学,2020,32（11）：261–262,3.
- [8]王黎芳. 苏州市第五人民医院中药库房退换货原因分析与对策[J]. 光明中医,2021,36（9）：1529–1531.

药品合理分类及药品监管制度在社卫中心西药房管理中应用的意义研究

¹朱淑仪 ²罗炳强

东莞市谢岗镇社区卫生服务中心 广东省东莞市谢岗镇 523590

摘要：目的：分析社卫中心西药房管理中药品合理分类及药品监管制度的应用价值及意义。方法：本社卫中心西药房自 2021 年 7 月起在管理工作中应用药品合理分类及药品监管制度，分别选取应用前（2020 年 6 月～2021 年 6 月）、应用后（2021 年 8 月～2022 年 8 月）西药房提供服务的患者各 200 例，对比应用前后的管理效果。结果：应用药品合理分类及药品监管制度后，总差错事件发生率显著低于应用前（ $P<0.05$ ），患者总满意率显著高于应用前（ $P<0.05$ ）。结论：社卫中心西药房管理中应用药品合理分类及药品监管制度后，可显著减少工作中的差错事件，提高药品管理质量，减少药品不良事件，使患者对其药品管理工作更加满意。

关键词：西药房；管理；药品合理分类；药品监管制度

现阶段，在我国医疗卫生领域中，有着庞大的就医患者基数，并不断的出现新型病情，频发的疑难杂症导致使用的药物复杂性逐渐升高，而患者对药物的需求也明显增加，因此，药物的正确管理与使用直接相关于患者身体健康和生命安全^[1]。临床治疗患者时，无论是门诊患者，或是住院患者，控制病情的必要手段之一即为药物治疗，通过合理选择药物，可针对性预防、治疗疾病，使各器官系统维持在正常功能状态，并相应调整生理机能，促进生理健康恢复。社卫中心西药房是发放相关药品的部门，由于近年显著增多药品种类及数量，使西药房工作难度一定程度增加，从而导致时常发生药品误发、药品多发等不良事件，影响了药物治疗效果及患者生命安全，升高医患纠纷的发生风险^[2]。为将药品使用的安全性升高，西药房需开展有效的药品管理，并合理分类各种药品，形成完善的药品监管制度，保障治疗效果及患者安全^[3]。本院西药房自 2021 年 7 月起在管理工作中应用药品合理分类及药品监管制度，实施后取得较好管理效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本院西药房自 2021 年 7 月起在管理工作中应用药品合理分类及药品监管制度，分别选取应用前（2020 年 6 月～2021 年 6 月）、应用后（2021 年 8 月～2022 年 8 月）西药房提供服务的患者各 200 例。应用前患者中，男性 164 例，女性 136 例；年龄 21～82 岁，平均（50.37±6.46）岁。应用后患者中，男性 169 例，女性 131 例；年龄 23～80 岁，平均（50.46±6.41）岁。两组资料比较后无统计学差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

应用药品合理分类及药品监管制度前，西药房按常规方法实施管理；应用后，按如下方法开展管理：

（1）药品合理分类：以国际通用的药品分类管理标准为参照，同时以我国药品分类基本原则为遵循原则，按照种类、给药方式、适应症等，将西药房药品做如下分类：①按科室分类：以妇产科、儿科、耳鼻喉科、消化科等为依据，分类管理药品；②按给药方式分类：基本的划分为注射给药剂剂、口服给药剂剂、经皮给药剂剂等；③按药物作用部位分类：包含呼吸系统药品、消化系统药品、泌尿系统药品等；④按照是否为处方药分类；⑤特殊药品：麻醉剂、易成瘾药品、精神药品、贵重药品均属于此类药品，要给予特殊管理。

（2）药品监管制度：①加强药品监管制度培训：以本院相应药品管理制度等为依据，完成药品监管制度的制定，制定后组织西药房所有工作人员参与培训，认真学习制度内容，便于监管制度的有效执行和落实；定期组织工作人员去上级医院参观，学习先进的药品管理方法和经验；针对药师，培训各种药品知识，包含药理作用、用药方法等内容，培训后予以考核，合格后才能上岗参与药品调剂工作，同时，抽查考核不定期开展，以能准备掌握药师的工作能力，确保药品调剂正确。②加强药品管理：组建药品采购小组，专门负责药品的采

购工作，同时组建监督小组，实行管理责任制，工作人员开展药品采购工作时，药品入库登记表必须详细的、准确的填写，避免不合格药品、不具备药品生产经营许可证企业的药品流入院内，确保西药房内的药品均具备合理的质量，一旦有差错发生，追溯工作立即开展，从源头上避免西药房进入伪劣药品；当有新品种药品、新剂型需要采购时，采购工作需由专业人员负责，且实施全程监管，杜绝出现各种违法销售问题；药品质量检查工作定期开展，并结合不定期抽查方式；对各硬件设施做出进一步的完善，如改善药品贮存环境、特殊管理疫苗等生化药品、贮存环境温度湿度严格控制且每日定时检查等。③加强药品调配和发放：对信息管理系统做出完善，实现信息化监管药品的发放与调配，同时动态监测各药品的应用；定期审核药物差错率，审核员由医师和药师（均需具备高级职称）共同担任，及时发现并妥善解决；调配及发放药品时，要依据处方认真的核对，确保药品名称、药品数量等准确，避免发生错发、多发或少发的问题。

1.3 观察指标

统计应用前、应用后差错事件发生情况，包含存放过程差错、记录过程差错、配置过程差错、发放过程差错；调查患者对西药房的满意情况，采用问卷调查方式进行，总分 0～10 分，≥9.0 分、6.1～8.9 分、≤6.0 分分别对应非常满意、一般满意、不满意，总满意率=非常满意率+一般满意率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS22.0 统计分析，平均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示计量资料，利用 t 检验，数（n）和率（%）表示计数资料，利用 χ^2 检验， $P<0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 差错事件发生率比较

应用后总差错事件发生率显著低于应用前（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 应用前后总差错事件发生率 n（%）

	n	存放过程	记录过程	配置过程	发放过程	总发生
		差错	差错	差错	差错	
应用前	200	2（1.00）	2（1.00）	1（0.50）	3（1.50）	8（4.00）
应用后	200	0（0.00）	1（0.50）	0（0.00）	0（0.00）	1（0.50）

注：与应用前相比，* $P<0.05$ 。

2.2 患者总满意率比较

应用后患者总满意率显著高于应用前（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 应用前后患者总满意率比较 n（%）

n	非常满意	一般满意	不满意	总满意
---	------	------	-----	-----

应用前	200	98 (49.00)	70 (35.00)	32 (16.00)	168 (84.00)
应用后	200	117 (58.50)	78 (39.00)	5 (2.50)	195 (97.50)

注：与对照组相比，*P<0.05。

3 讨论

人们预防及治疗疾病时，药品具有重要作用，密切相关着人类的生命健康。与市场上其他产品相比，药品有着明显的特殊性，其无法在市场机制发展基础上完全的建立，而是要以完善的、严格的药品监管制度为依据，保障药品市场秩序处于正常状态，并逐渐形成适合的市场机制，最终保障人们的用药安全^[4]。近年来，随着越来越高我国经济发展水平，国家和政府逐渐升高干预和关怀医疗事业的程度，并对医疗事业的发展与改革作出不断的深化。在逐步开放中国市场过程中，不断增加了市场上西药的数量与种类，由此使得保障用药安全性的难度显著升高，为进一步提高社卫中心药房工作效率、提高药品服务质量，需加强对药房工作的管理，将药品差错率降至最低甚至完全消除，保障患者用药安全，预防发生医患纠纷，提高患者对药房管理工作的满意程度^[5]。

现如今，随着快速提高我国社会经济水平，无论是人们生活水平，或是其生活质量，均发生质的飞跃，此种背景下，不仅逐渐增强人们的保健意识，让其对自身身体健康更加注重，也提高人们重视药物使用安全性的程度，一旦有不安全用药现象出现，极易引发医患纠纷^[6]。社卫中心由众多的临床科室、职能部门组成，西药房即为其中之一，其不仅保证院内药品供应及医疗的顺利开展，同时也会影响医疗效果及用药的安全性，进而影响患者机体健康及生命安全^[7]。对于西药房来说，工作人员了解、掌握药品知识的程度会对用药安全性产生直接的影响，也会对医患之间的关系产生一定，如果药品知识的了解及掌握不全面，用药差错情况很容易发生，进而引发医患纠纷。研究发现，患者用药后，之所以有不良反应出现，西药房并未高效管理药品为一个重要原因，一旦用错药物情况出现，轻则使不良反应及副作用出现，重则对患者生命安全产生威胁^[8]。较多研究指出，西药房开展科学的药品管理工作后，用药安全性可显著升高，药物安全问题发生率明显降低，同时，也能避免损害患者健康，利于社卫中心获得更多的社会效益和经济效益^[9]。然而，在多种因素影响下，部分社卫中心西药房并未严格的开展药品管理工作，导致管理质量较差，使用药安全性受到严重影响。因此，西药房必须要建立完善的药品管理与监督制度，使相关差错事件的发生率尽可能降低。相关调查显示，西药房开展管理工作时，对药品合理分类，并建立严格的药品监管制度后，工作及管理质量可有效升高，药品差错率可有效降低，让患者对西药房管理更加满意^[10]。

本院西药房自 2021 年 7 月起在管理工作中应用药品合理分类及药品监管制度，应用后，总差错事件发生率显著低于应用前（P<0.05），患者总满意率显著高于应用前（P<0.05），该结果说明药品合理分类及药品监管制度的应用有助于提高整体管理质量，提升患者满意程度。药品合理分类及药品监管制度属于两项工作内容，一项是药品合理分类，其以药品分类规定为主要依据，分类后，有助于更加有序的管理药品，根据类别，工作人员可在配药时正确选择药品，并缩短寻找药品时间，提高工作效率和质量；另一项为药品监管制度，具体包含药品监管培训、加强药品采购管理、加强药品保存与发放管理等，通过相应培训，可促使工作人员的专业水准进一步升高，让其能对监管制度作出深入的了解，进而在日常工作中严格要求自己，全面开展药品管理^[11]。合理分类药品且全面监管药品后，可对各管理环节所存在的风险因素做出有效的规避，再加上对药品质量的严格控制，促进管理质量全面的升高，降低相关差错事件发生率。同时，西药房工作人员药品知识不断增加后，一定的升高了其审核药品的能力，从而有效的提高了药品管理质量，最终提升患者对药房工作的满意程度，减少医患纠纷的发生风险^[12]。另外，药品合理分类、药品监管制度应用到西药房管理中后，药品使用的合理性、有效性、安全性均得到提升，这对社卫中心来说，可使其整体医疗服务质量升高，让其在获得更多经济效益的同时，不断提高社会效益。

不过，本研究仅对差错事件发生率、患者满意率做出评价，并未对应后药品年销售量做出评价，因而研究结果的全面性尚不足，还需开展更加深入的研究。此外，本研究在分类药品时，还存在未详细标识一些处方药和非处方药等不足，导致部分药品分类存放时不能做出准确判断，使分类难度增加，且工作人员的工作量增加，用药安全性也可能受到一定影响。但总体上看，药品合理分类及药品监管制度在西药房管理的应用仍有着重要的积极意义。实际上，为使患者满意度持续的提高，不仅西药房自身要加强管理，还要不断的改善外部环境，如将用药咨询窗口设立在西药房旁边，每天由一名药师坐诊，对患者提出的用药问题仔细解答，并把正确用药方法、相关注意事项等告知患者，确保用药的合理性与安全性；再如开设绿色通道，每天有数量众多的患者到社卫中心就诊，导致取药时排队等待的时间比较长，而等待患者中部分属于急救患者，此时就可启用绿色通道，让急救患者优先取药，避免急救治疗被延误^[13]。

综上，药品合理分类及药品监管制度应用到社卫中心西药房管理中后，不仅管理水平能明显升高，且药品管理质量、患者满意度也可显著增强，使药品差错率大大的降低，保障患者用药安全，减少医患纠纷，促进社卫中心整体水平升高。

参考文献：

[1]黄铮.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中的应用[J].临床合理用药杂志,2021,14（13）: 147-148.

[2]李琼洁.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中的应用[J].黑龙江中医药,2021,50（02）: 98-99.

[3]任洪利.药品监管制度与药品合理分类在医院西药房管理中的应用探究[J].名医,2021（07）: 191-192.

[4]陈晓玲.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中的应用[J].临床合理用药杂志,2020,13（34）: 180-181.

[5]贾红梅.医院西药房管理中药品合理分类及药品监管制度的应用价值[J].实用妇科内分秘电子杂志,2020,7（32）: 154+156.

[6]刘彩蒲.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中的效果分析[J].人人健康,2020（14）: 617.

[7]卞琴琴,刘建平.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中的应用价值探讨[J].临床医药文献电子杂志,2020,7（51）: 2+4.

[8]王侃,缪晓青.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中应用的意义[J].中医药管理杂志,2018,26（22）: 103-104.

[9]张文艺,茹郁.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中应用的意义[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6（29）: 138-139.

[10]张新婷.药品监管制度在医院西药房管理中的价值分析[J].中国城乡企业卫生,2018,33（09）: 181-182.DOI: 10.16286/j.1003-5052.2018.09.078.

[11]陈平.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中的应用价值[J].中国处方药,2018,16（06）: 37-38.

[12]王艳.药品合理分类与药品监管制度在医院西药房管理中的应用[J].中医药管理杂志,2018,26（06）: 78-79.

[13]张玉艳.药品合理分类与药品监管制度应用于医院西药房管理的价值分析[J].中国卫生产业,2018,15（09）: 22-23.D

作者简介：朱淑仪，女，1986.08.12 出生，本科，汉族，毕业于广东医科大学（原为广东医学院），地址：东莞市谢岗镇社区卫生服务中心，研究方向：医院药学，职称：主管药师。

腹股沟疝术后疼痛评估与护理的研究进展

蓝红青 黎昱昱

广东省人民医院 广东省医学科学院 广东广州 510080

摘要:目的:研究腹股沟疝术后疼痛评估与护理的进展。方法:通过阅读国内外近年相关文献,对腹股沟疝修补术后疼痛的定义、影响因素、发病机制及疼痛护理等方面进行总结归纳。结果:腹股沟疝修补术后急性疼痛无法避免,但可通过各种治疗和护理干预措施减轻疼痛,而术后慢性疼痛发生率高,严重影响患者术后恢复、生活质量和精神状态。结论:要防止腹股沟疝修补术后的疼痛,除严格的手术程序外,还要注意合理的止痛药物干预、疼痛评估以及及时适当的术后护理干预,可降低术后慢性疼痛的发生率。

关键词:腹股沟疝;疝修补术;疼痛;护理;研究

腹股沟疝是普外科中一种常见的疾病,并可通过外科手术治愈。腹股沟疝修补术是最常见的外科手术之一^[1]。在世界范围内,每年行腹股沟疝修补术的患者可达2000万例,随着手术方式的不断改进及材料科学的不断革新,腹股沟疝修补术后复发率已下降至2%左右,国内研究发现腹腔镜腹股沟疝修补术后其复发率低于1%^[1-3]。在接受腹股沟疝修补术的病人中,手术后切口疼痛是不可避免的,可通过早期镇痛、相应的护理干预来减轻疼痛。但有16%~62%的人会出现术后慢性腹股沟疼痛。尽管这种疼痛在本质上通常是轻微的,可以用止痛剂来控制,但还是会对患者的日常生活产生负面影响,包括造成患者产生焦虑抑郁情绪等。关于术后腹股沟慢性疼痛患者生活质量的研究表明,慢性疼痛的严重程度会严重影响患者正常的日常活动,所以腹股沟疝修补术后的慢性疼痛逐渐成为国内外学者关注的焦点问题。腹股沟疝修补术后慢性疼痛(chronic postoperative inguinal pain, CPIP)被定义为腹股沟疝修补术后出现的新发或与疝修补术前性质不同的腹股沟区疼痛,并且持续时间>3个月^[4-8]。查阅文献发现CPIP发生率为12%,某些疝中心行手术治疗,术后慢性疼痛发生率仍高达8%^[1-5]。CPIP的治疗有手术治疗及保守治疗,但无论以上哪种治疗方式,其治疗效果都难以预测,严重影响患者术后生活质量。因此,如何预防CPIP的发生显然已成为目前研究的热点及重点。

1 术后疼痛的定义

疼痛作为一种主观感受,与心理因素、个人因素等相关,故评判标准不一样。

1.1 急性疼痛:术后即感觉到明显的疼痛。医生常采用疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS),护理人员常采用NRS及脸谱疼痛评分表(numerical rating scale, NRS)评价患

者术后的疼痛情况。VAS评分总分为10分,0分表示无痛,10分表示最为剧烈的疼痛,得分越高,疼痛越严重。NRS评分表对所有患者行疼痛程度评分,评分标准为:0分,无痛;1分,安静平卧不痛,翻身咳嗽时疼痛;2分,咳嗽疼痛,深呼吸不痛;3分,安静平卧不痛,咳嗽深呼吸疼痛,安静平卧时有疼痛,影响睡眠;4分,安静平卧时,间歇疼痛;5分,安静平卧时,持续疼痛;6分,安静平卧时疼痛较重;7分,疼痛较重,翻转不安,无法入睡;8分,持续疼痛难忍,全身大汗;9分,剧烈疼痛,无法忍受;10分。NRS疼痛评分 ≥ 4 分需要干预。

1.2 慢性疼痛:术后慢性疼痛的定义的标准目前尚未统一。持续的疼痛:被定义为至少是疼痛的存在、不能被忽视,并且干扰了过去一周的日常活动^[4]。自术后慢性疼痛的论文发表以来,目前术后慢性疼痛逐渐受到临床的重视。但CPIP并没有一个完整明确的定义,一般指因外科手术操作后而出现的持续性疼痛,大部分文献均以术后疼痛持续3个月为标准。也有认为CPIP是指术后疼痛不大可能缓解、难以处理和超过了正常恢复时间仍有疼痛的情况。有学者^[5]认为尽管国际疼痛研究协会认定症状持续3个月以上为慢性疼痛,但在实际的疝外科中,因补片等异物的植入,其慢性炎症反应持续的时间往往超过3个月,因此有人将持续6个月或更长时间的疼痛症状作为术后慢性疼痛的标准。也有报道^[7]认为无张力疝修补术后慢性疼痛是指手术后持续存在的时间超过了3个月,疼痛范围超过手术累及区域的疼痛,是疝修补术后的一种常见并发症。其发生率据文献报道差异较大,大约在5%~35%不等。另外由于补片等异物的炎症反应可持续数月,因此认为,术后慢性疼痛的追踪时间应该是术后3个月或者6个月以后,因为随着时间的延长,慢性疼痛的发生率会相应的降低。

1.3 疼痛的发生率 因为慢性疼痛定义的标准尚未统一,因此目前所有研究报道的术后慢性疼痛发病率有一定差异。据统计^[2],在全球范围内每年大约有2000万患者进行了腹股沟疝修补术,而慢性疼痛是一种常见的并发症。国内外关于腹股沟疝术后慢性疼痛发生率的流行病学调查较少,但大部分关于术后慢性疼痛的文献均报道其发生率一般在10%~12%左右^[4-8]。美国在1996年大概进行了69.6万例腹股沟疝修补术,据统计,术后慢性疼痛发生率为5%~15%,也就是大概有34800人发生慢性疼痛。瑞士每年进行约1.5万例腹股沟疝修补术,慢性疼痛发生率约30%^[1]。有学者筛选了大量文章,以疼痛持续时间超过6个月为标准的术后慢性疼痛发生率约12%。K-J. Lundström等对22917例进行了腹股沟疝修补术的患者进行了随访,有3492例患者术后1年仍有腹股沟疼痛,疼痛发生率约为15.2%。术后慢性疼痛的发生率据文献报道差异较大,术后3个月、6个月、1年的慢性疼痛发生率均不同,但一般随着时间的推移其疼痛的发生率会逐渐降低,并且老年患者较年轻患者发生率更低^[3]。

2 影响腹股沟疝术后疼痛的因素

腹股沟疝修补术后慢性疼痛的发生与很多因素有关,可分为患者因素与围手术因素两大类,患者因素主要有患者性别、年龄、吸烟、BMI及术前合并疾病,围手术因素可能有手术方式、补片类型、补片固定方式、麻醉方式、术后急性疼痛、术前疼痛等^[4-8]。年轻患者

术后1年的CPIP发生率明显高于老年患者,这一比例可高达43%,年龄越小CPIP的发生风险越高。因CPIP行手术治疗的患者中,年龄<61.5岁患者占比高达75.2%,而年龄>61.5岁的患者仅占24.8%,这一巨大差异可能与老年患者接受手术病例相对较少、术后其他并发症增加了老年患者对疼痛的耐受性有关,但这一研究同时充分揭示了年龄对CPIP的影响差异^[9]。

传统疝修补术具有缝合张力大的缺陷,患者牵拉痛较为明显;无张力疝修补术可通过补片增加患者原本薄弱区的腹壁力量,然而由于补片而产生的局部组织纤维化同样可引发慢性疼痛^[10,11]。

景恩义等^[12]纳入18个试验,共5816例Meta分析结果显示:腹腔镜与开放无张力疝修补术两者在术后慢性持续性疼痛发生率方面的差异有统计学意义,有研究表明^[13-14],患有腹股沟疝的年轻患者和腹股沟疼痛是慢性疼痛的最高风险,对于较小的疝气,在休息、运动和需要治疗的时候,疼痛的风险似乎比大的疝气缺陷要大得多。对此的一种解释可能是这种病人更愿意接受手术,并且较小的疝气对疼痛更敏感,而且已经经历了手术前的疼痛。另外BMI值较高的病人(> 25.0)对疼痛的风险有很大的影响,在为超重的病人做手术时,必须小心谨慎。

疾病分型越高,疝环缺损面积越大,患者疝环周围腹横筋膜的张力越小,病情越严重,尤其是复发疝,增加了手术难度,且既往手术所形成瘢痕会增加误切神经的可能,患者预后也会相对较差。神经元被切断或者结扎等原因造成神经纤维损伤,是影响术后慢性疼痛发生的一个关键因素。神经纤维受损、炎症反应、胶质细胞活化等可引起手术后患者体内促炎和抗炎因子的失衡,进而导致中枢、外周神经纤维兴奋阈值降低,造成患者容易感觉疼痛。最新的研究表明,聚丙烯/聚乳酸复合补片同传统的补片相比,既可以缩短手术时间又可以减轻患者术后疼痛不适。而女性体内神经纤维受体含量较男性更为丰富,这可能是造成女性患者疼痛情况较严重的原因^[6-8]。

研究还发现腰麻患者术后CPIP发生率较其他麻醉方式术后患者低,Symeonidis等^[16]研究发现腰麻与其他局麻或全麻相比术后24小时疼痛明显减轻,同时有研究认为术后急性疼痛是CPIP发生的一大危险因素,这一结果可能与腰麻术后24小时内急性疼痛减轻有关。

手术者的技术熟练程度和对解剖结构未能清晰辨别,术者操作不当,导致神经离断,形成神经瘤;另外手术中缝合时缝合过深,将缝针进入骨膜,形成刺痛感,导致骨膜神经受损;在进行分离相关肌肉时,术野暴露的不充分,导致分离不彻底或为求充分暴露术野而增加了周围神经的损伤有关。术后切口感染是腹股沟疝术后慢性疼痛的原因之一,感染会加重局部炎症反应,进而增加了术后慢性疼痛的发生率^[15]。

3 腹股沟疝术后疼痛的机制

CPIP的发病机制目前暂不完全明确,主要认为疼痛可能与以下三个方面有关,一是对神经损伤较大。神经损伤是由腹股沟部位的感受和运动神经失调引起的,腹股下神经、腹股股神经、生殖股神经生殖分支均可导致损害。神经被缝扎、网片瘢痕组织压迫神经、神经瘤形成等是造成腹股沟疝术后慢性疼痛的主要原因^[10]。二是在修复过程中因瘢痕的缩小、变形而导致的神经组织变形和功能紊乱;三是患者的精神状态,患者对此区域的过度关注会造成较大的精神应答,其原因与其神经重构所致的疼痛阈值下降相关^[11]。

4 疼痛的治疗

腹股沟疝无张力修补术后慢性疼痛治疗原则是尽可能明确病因、合理应用各种诊疗手段、严格掌握手术指征^[4-9]。物理治疗、神经阻滞、药物治疗、心理治疗和手术治疗是可供选择的诊疗手段。物理治疗包括对患者疼痛部位进行针灸、热敷等局部物理疗法。药物治疗目前采用非甾体抗炎药为一线药物治疗,特别是对炎症性的疼痛。然而,长期使用这些药物通常是不可持续的。心理治疗一般采用抗抑郁药物进行治疗。一般来说,在最初的疝修补术后至少6个月到1年,手术治疗是不推荐的^[10]。外科手术指征:对非手术治疗无效、顽固性疼痛、患者不能忍受及持续6个月以上者,才考虑手术治疗。包括取出缝线和补片、局部瘢痕切除、腹股沟神经切除、排除隐匿疝等。针对病因进行治疗是最为合理的选择,但在实际手术操作中,局部疤痕形成导致解剖不清上的局限使得难以找到真正的症结点,常常进行对症处理,因此选择疤痕切除加神经切断,以丧失感觉功能为代价来缓解疼痛,可能是一种治疗术后慢性疼痛的根治性选择。对腹腔镜疝修补的术后疼痛患者行腹腔镜下补片去除是安全、有效、可行的。也有研究表明超声引导下神经阻滞联合口服药物疼痛治疗效果最好,并可明显改善患者的睡眠质量^[17]。

5 疼痛的预防

腹股沟疝进行手术治疗后,术后慢性疼痛是其常见的一种并发症,并且给患者的生活质量造成很大影响,因此做好相应的预防可以使患者术后获得更大的益处。可以从以下方面进

行相应的预防：早期进行腹股沟疝的筛查，特别是对于隐匿性疝、无症状症患者。因有一部分患者出现局部疼痛或者不适后才就诊并进行手术治疗，这些患者中有一部分人经历了术前的腹股沟疼痛，因此若能减少术前疼痛的比例，那么术后的慢性疼痛的发生率可能会相应下降。

腹股沟疝进行手术治疗时，只要患者身体状况允许，尽量不选局部麻醉的方式，因为局麻手术术后的慢性疼痛发生率相对较高^[10]。

手术方式的选择也是一个较重要的环节，腹腔镜腹股沟疝修补术能显著降低术后早期疼痛。腹腔镜腹股沟疝修补术不用解剖腹股沟管，可以减少解剖时对腹股沟区神经的损伤，补片放置于腹膜前间隙减少了补片对神经的刺激和卡压，这些可能是术后慢性疼痛发生率较低的原因，所以腹腔镜腹股沟疝修补术是腹股沟疝修补术后慢性疼痛的保护因素。无张力疝修补术较传统疝修补术后慢性疼痛发生率更低。术中适当地处理和保护神经，术后慢性疼痛可以减少到不足 1%。术中的补片可以选用轻质网片进行修补；对于需要固定的网片选用生物胶或者可吸收缝线进行固定，关闭腹膜用可吸收线进行缝合，同时在进行手术的时候常规检查对侧以便发现隐匿疝而进行处理减少术后疼痛的发生。对于术后疼痛高危人群进行预防性神经切除不失为一种选择，但术前需要充分告知其利弊，由患者自己决定。术中预防性的髂腹股沟神经切除的争议：Sunee Mattoo 等认为预防性的髂腹股沟神经切除对术后慢性疼痛的预防有很明显的效果，他们对于 2014 年 11 月至 2015 年 10 月进行预防性的髂腹股沟神经切除的无张力疝修补术 50 例患者进行统计研究，术后随访结果表明，术后 6 个月患者在休息状态下无疼痛，约 2% 的患者在日常活动状态下出现疼痛，而约 4% 的患者在进行体育锻炼获得时会出现疼痛。虽然 16% 的患者会出现腹股沟麻木感，但对日常生活无明显影响。术后 3 个月仅 2% 的患者需要给以止痛处理，而术后 6 个月没有患者需要给以止痛处理。因此认为切除髂腹股沟神经对术后一年以内的术后慢性疼痛有预防作用，但超过一年以后，其预防作用明显减少^[15]。

6 腹股沟疝术后疼痛的护理干预

术前术后对患者的疼痛管理非常重要，有研究显示术后疼痛的发生与术后慢性疼痛的发生呈相关性^[7]，因此术前术后加强患者的健康宣教，术前做好一定的干预、术后早期的疼痛给以充分的镇痛，同时术后加强护理，尽量减少术后并发症的发生，如切口感染、阴囊水肿以及复发疝等。术后的早期体力活动可能导致复发，而复发疝术后的慢性疼痛发生率较初次手术术后慢性疼痛的发生率更高。

6.1 患者及家属心理护理及认知矫正：焦虑是影响术后疼痛的主要因素。情绪低落、消极情绪等心理压力会导致手术麻醉药物用量的提高，并与手术后的长期疼痛程度相关。所以，要加强对病人的教育与精神方面的指导^[19]。入院后，向患者介绍住院环境、手术过程，对患者各脏器的功能进行评价，详细了解患者是否有咳嗽、便秘等情况，加强呼吸道和肠道护理，控制肺部感染，为患者制定个性化护理方案。持续紧张、不安会对手术进行造成不良影响，进一步影响术后恢复及身心健康^[20]。所以，护士在围手术期要对患者进行充分的了解，将手术之前的相关检查内容和步骤告诉患者和家属，帮助他们完成相应的检查，并告诉患者术后发生的各种并发症和需要配合的事情，及时与患者进行沟通交流，听取其心理需求，观察其是否存在心理焦虑的情况，同时积极鼓励患者家属给予支持，改善患者的心理状况。分发健康宣教手册，与患者建立良好的医疗关系、按医嘱合理应用抗焦虑药物等都能减轻患者的焦虑，减轻患者的手术痛苦。

6.2 积极与主管医师沟通，完善手术计划，并在术中注意保护神经：手术中重视对神经的保护和防止手术中的神经损害，是防止手术中出现疼痛并发症的主要手段。避免过度分离、牵拉、压迫、缝合、修补边缘压迫神经、切断神经等是减少手术疼痛的一种方法。所以术前应与医师保持密切沟通，根据患者具体情况，从手术、麻醉、术后恢复等多个角度，制定个性化手术方案，选取合理术式，尽量规避引起术后疼痛的危险因素，同时积极治疗基础疾病。术后根据患者评分情况及早干预，采取多种措施减轻伤口疼痛。

6.3 患儿疼痛的护理：患儿疼痛的临界点较小，对疼痛的忍耐程度较差，容易发生哭泣。患儿醒来后可以让人把患儿扶起来安抚，可以用奶嘴和抚摸来提高患儿的安全感和降低患儿的啼哭。年龄稍大的患儿还可以通过听动画片、讲故事、儿歌、玩具等方式来分散患儿的注意力，减轻疼痛。对遵从良好患儿可给予表扬^[21]。

6.4 疼痛评分及护理：术后尽早应用 NRS 脸谱疼痛评分表对患者行疼痛程度评分，疼痛评分 ≥ 4 分者应尽早进行干预。

手术后的伤口疼痛会引起患者的咳嗽，并会对患者的早期活动、饮食、睡眠造成一定的干扰，由于患者的感知能力不同，因此不同患者的疼痛程度有所差异，对于疼痛较轻的患者，护理人员应耐心向患者解释产生术后疼痛的原因，防止患者出现负性心理，指导患者通过听音乐、阅读、聊天等方式，转移注意力，以缓解疼痛。对疼痛 ≥ 4 分者可给予适当止痛药物，适当的止痛可以改善患者的舒适，减轻患者的焦虑和不安。并教会患者平静呼吸：在患者进行体位变换或有咳嗽时，要用手掌轻压伤口，以保护伤口及减轻疼痛感。用药后严格监测患者的各项生命体征，预防呼吸抑制等严重不良反应发生。

《中华医学会麻醉学分会》制定的成人术后疼痛处理专家共识中指出，对于腹股沟疝修补术后神志清醒，胃肠功能良好，疼痛强度属于轻、中度的患者，宜首选口服药物镇痛^[7]，对于轻、中度疼痛常用的口服药物有对乙酰氨基酚、非选择性非甾体类抗炎药、选择性环氧化酶-2 抑制剂及弱阿片类药物。也可选择联合应用，局麻药伤口浸润，曲马多或必要时使用小剂量强阿片类药物静脉注射。但对于 CPAP 目前国内外还没有有针对性的基本镇痛药物。有研究发现使用中医手段如耳穴贴压、物理治疗等对慢性疼痛有一定的缓解作用^[22]。

6.5 术后并发症的护理：腹股沟疝术后并发症常见有切口感染、阴囊水肿、血肿、便秘、尿潴留等。当出现尿潴留时需及时进行导尿处理；术后每天查看伤口，及时换药，观察患者切口感染情况；出现阴囊水肿予以抬高阴囊并卧床休息。

6.6 饮食护理：清淡饮食，忌辛辣刺激性食物，戒烟酒，宜多食粗纤维食物，如芹菜、韭菜、竹笋、粗粮、番薯、水果等。

6.7 出院指导：注意休息，适当运动，3 个月内避免重体力劳动、剧烈运动及提重物。可进行散步、保健操等轻缓运动。敷料有渗血渗液及时到门诊或附近医院换药。如果出现伤口红肿热痛，体温升高，需及时就诊。一般情况下会出现伤口及阴囊轻度肿胀，可自行吸收不用处理，如果出现阴囊肿胀严重应及时就诊。注意防止腹内压增高：①预防便秘，保持大便通畅，避免用力大小便，便秘者可使用杜密克、开塞露等通便药物。②注意保暖，避免感冒引起咳嗽，剧烈咳嗽时可选用止咳药物，打喷嚏、咳嗽时注意用手掌按压伤口，保护伤口，防止伤口裂开。③忌长时间下蹲及憋气。并定时复查，看是否有腹股沟疝复发^[12]。

总结

疼痛是手术最常见的并发症之一，疼痛被称为第五大生命体征，目前越来越受到临床医护人员重视。但传统护理无法及时控制和减轻疼痛，存在护理缺陷^[20-22]。目前，在腹股沟疝无张力修补手术中，手术初期的切口疼痛是无法避免的，但可以通过适当的术前干预和术后镇痛措施来缓解。而严重的切口疼痛是影响术后恢复和康复的重要因素。术后伤口疼痛严重影响患者生活质量，若不及时进行处理，更会演变成慢性疼痛，为医患矛盾添加风险。护士要针对患者的不同特点，进行个性化的精神干预，减少患者的不良情绪，加强对患者的围手术期的介入，加强对患者的病情和术后的预防和术后并发症的教育；手术之前，应与医生商议手术计划，从手术、麻醉、术后恢复等多个角度，根据患者具体情况选取合理术式，尽量规避引起术后疼痛的危险因素，术后采取多种措施减轻伤口疼痛，做到早预防、早治疗，减少术后急性疼痛及慢性疼痛的发生率，以提高患者术后的生活质量。

参考文献：

- [1]Joberg S, Andresen K, Klausen T W, et al. Chronic pain after mesh versus nonmesh repair of inguinal hernias: A systematic review and a network meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Surgery, 2018.
- [2]Nikkolo C, Lepner U. Chronic pain after open inguinal hernia repair[J]. Postgraduate Medicine, 2015, 128 (1): 69.
- [3]Lundstrom K J, Holmberg H, Montgomery A, et al. Patient-reported rates of chronic pain and recurrence after groin hernia repair[J]. Br J Surg, 2017, 105 (1) .
- [4]张晓凤, 安丽娟, 俞永江, 曹栋, 杨宝顺. 腹股沟疝修补术后慢性疼痛的危险因素分析[J]. 甘肃医药, 2021, 40 (9): 810-812.
- [5]安丽娟, 俞永江. 腹股沟疝修补术后慢性腹股沟疼痛危险因素的研究进展[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2020, 27 (5): 629-633. DOI: 10.7507/1007-9424.201908054.
- [6]麦提麦艾力·麦提明. 腹股沟疝修补术后慢性疼痛相关因素的 Logistic 回归分析[J]. 新疆医科大学, 2018.
- [7]段先召, 王婉东, 陈洪流. 腹股沟疝修补术后慢性疼痛的最新研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2018, 18 (72): 78-80. DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.72.031.
- [8]艾万朝, 李国华, 张军翔, 张建成. 腹股沟疝修补术后慢性疼痛的危险因素分析[J]. 兵团医学, 2020, 18 (1): 1-3. DOI: 10.3969/j.issn.1672-4356.2020.01.001.
- [9]刘召洪, 王家兴, 李捷, 加速康复外科在老年患者腹腔镜腹股沟疝修补术中的应用探讨[J]. 腹腔镜外科杂志, 2019, 24 (5): 367-370. DOI: 10.13499/j.cnki.fqjwkwz.2019.05.367.
- [10]张进祥. 传统疝修补术与无张力腹股沟疝修补术后慢性疼痛原因研究[J]. 心理医生, 2018, 24 (24): 155.
- [11]李德刚. 传统疝修补术与无张力腹股沟疝修补术后慢性疼痛原因及治疗效果观察[J]. 家庭医药·就医选药, 2020, (10): 146.
- [12]景思义, 刘雅莉, 杨克虎, 等. 腹腔镜与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝疗效的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2010, 10 (07): 875-81.
- [13]陈伟强. 腹腔镜腹股沟疝修补术后慢性疼痛的临床特征和危险因素及不同管理方法对患者的治疗效果[J]. 科学养生, 2021, (20): 157-158. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9714.2021.20.079.
- [14]王文树. 经腹腔镜腹股沟疝修补术后慢性疼痛发生情况及危险因素分析[J]. 大医生, 2022, 7 (10): 110-112.
- [15]陈晓鑫. 不同手术路径下腹股沟疝修补术后疼痛比较及慢性疼痛因素分析[J]. 中华疝和腹壁外科杂志 (电子版), 2020, 14 (3): 265-269. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-392X.2020.03.014.
- [16]安丽娟. 麻醉方式对开放性腹股沟疝修补术后慢性疼痛和复发的影响及其危险因素分析[J]. 兰州大学, 2020.
- [17]曾韶燕, 李东平, 梁俊明, 巫雁丹. 超声引导行局部神经阻滞麻醉在老年腹股沟疝无张力修补术中的临床应用价值[J]. 智慧健康, 2022, 8 (19): 72-75. DOI: 10.19335/j.cnki.2096-1219.2022.19.018.
- [18]王青青, 蒋红娜, 顾燕儿, 徐颖璐. 综合护理干预对腹股沟疝手术患者恢复情况及并发症疼痛及护理满意度的影响[J]. 中国药物与临床, 2019, 19 (14): 2491-2493. DOI: 10.11655/zgwyylc.2019.14.083.
- [19]柯菲菲, 施芸, 赵榕兰. 腹股沟疝手术患者行针对性心理护理+舒适护理的效果研究[J]. 中外医疗, 2020, 39 (22): 141-143. DOI: 10.16662/j.cnki.1674-0742.2020.22.141.
- [20]赵珍芳. 腹股沟疝修补术病人实施疼痛护理的效果观察及分析[J]. 饮食保健, 2018, 5 (16): 204-205. DOI: 10.3969/j.issn.2095-8439.2018.16.254.
- [21]刘小倩, 郭东青, 楚琳, 石珊珊. 综合护理干预在腹股沟疝患儿围术期的应用效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27 (6): 216-218. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4721.2020.06.064.
- [22]李菁, 刘畅. 耳穴贴压对日间手术腹股沟疝术后疼痛护理的影响[J]. 中华疝和腹壁外科杂志 (电子版), 2017, 11 (3): 235-236. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-392X.2017.03.021.

早孕期胚胎停育的病因与防治研究进展

牛会坤 吴娜 王素影 王微 王静 成秀兰 张会辰 郭战坤^{通讯作者}

河北省保定市妇幼保健院 河北保定 071000

摘要：每年进入到医院妇产科中接受早孕期胚胎停育的患者数量较多，该种疾病属于一种疑难病症，会出现胚胎停育疾病，一些病情较为严重者还会出现流产。经过对早孕期胚胎停育疾病的发病情况进行统计可知，在近年来发病率呈现出逐年上升趋势，临床上有相关的研究报道显示，在早孕期阶段，导致胚胎停育的原因较多，包括遗传因素、免疫因素、感染因素、内分泌环境因素、物理化学因素等，但是发病原因尚不清楚，并且所取得的临床治疗效果也尚不清楚，因此，为了能够降低早孕期胚胎停育发生概率，应明确该种疾病的产生原因，以便有针对性地提出合理化的防治措施。本文以国内外的最新研究现状为依据，分析总结早孕期胚胎停育的病因，并提出合理化的防治措施，致力于临床治疗提供依据科学的依据。

关键词：早孕期胚胎停育；内分泌因素；环境因素；孕检

前言：胚胎停育主要是发病于早孕期阶段的一种疾病，引发该种疾病的产生受外界、母体及受精卵受限等因素的刺激之下从而导致胚胎出现死亡，主要是使用超声进行检查，检查结果显示，有胚芽无心管搏动、枯萎卵、形态不规则的胎儿或胚芽在孕囊中存在。在早孕期阶段出现胚胎停育的患者数量日渐增多，有相关的统计数据表示，发病率为1.34%，尽管有相关的研究结果证实，导致该种疾病的出现受多种因素引发所致，但是仍然有50%的患者在确诊之后不能明确是何种原因致病，在患病之后会严重损害育龄期妇女的生殖健康，导致广大女性患者出现不良心理情绪，还会在一定程度上对家庭的和谐造成极大的影响。目前，对于早孕期胚胎停育疾病，尚无有效的治疗方法，并且发病原因较为复杂，明确发病原因，并提出合理化的预防措施成为现阶段广大医学研究学者的重点研究内容。

1. 早孕期胚胎停育的发病原因

1.1 年龄、孕产史及血型

胚胎停育在25-30岁的人群中有较高的发病率，临床上有相关的统计数据统计结果显示，在胚胎停育发病率中25-30岁人群的发病率为48.05%，之所以会引发自然流产，最为主要的影响因素为胚胎的性别和孕妇的年龄。影响胚胎停育的原因与孕妇多次妊娠及孕妇的血型有直接关系。当胚胎产生A型及B型抗原之后，会导致母体出现与此相应的抗胚胎抗体，当血液中进入到抗体之后，极易导致胎儿溶血事件的出现，是引发胚胎停育的主要原因^[1]。

1.2 内分泌因素

内分泌异常是引发早孕期胚胎停育的主要原因，之所以会出现该种情况，受高催乳素血症、黄体功能不全、甲状腺功能减退及多囊卵巢综合征引发所致，一旦发病将会对胚胎的着床、植入及发育造成极大的影响。在妊娠早期阶段，孕妇的血清hCG、P及Ez水平会呈现出明显的下降趋势，之所以会出现该种情况，与胚胎停育及流产等因素有直接关系。尤其是胚胎的早期发育阶段，起关键作用的激素包括孕激素、雌激素、人绒毛膜促性腺激素，一旦母体内的内源性激素出现不足情况，将不能满足胚胎的发展需要，进而引发流产及胚胎停育症状的出现。在女性内分泌功能异常影响因素中，黄体功能不全是最为常见的影响因素，一旦出现该种情况，将无法完成对子宫内膜蜕膜化的有效维持，对受精卵的种植将会造成极大的影响，增加了早期妊娠流产事件发生率^[2]。另外，在女性内分泌因素中，糖尿病血糖无法得到有效的控制，甲状腺功能低下是最为主要的影响因素，会引发性激素出现分泌异常，从而引发流产的出现。

1.3 环境因素

临床上有关的研究结果显示，在早孕期阶段引发胚胎停育的原因很多，噪音、微波、Y射线、高温、超声等物理因素，及二硫化碳、重金属铅、二硫化碳、二溴氯丙烷等化学因素均是引发早孕期出现胚胎停育的主要原因，在以上因素的作用之下，会对产妇产的生殖功能造成极大的损伤，进而引发胚胎流产、畸形、死胎、胎儿停止发育等疾病的产生^[3]。在怀孕之前半年或孕期内，若是处于刚装修的房间中3个月以上，将会增加自然流产概率。另外，引发胚胎停育还与环境因素和遗传因素的双重作用影响所致，在早孕期阶段，胚胎停育孕妇相较于正常孕妇对环境危险因素有较高的接触程度及接触频率。

1.4 母体疾病及营养因素

临床上有关的研究结果提出，之所以会导致胚胎停育与遭受到病毒感染有直接关系，病毒在血液循环的作用之下，从而损伤到毛细血管内皮及绒毛膜，向胎儿垂直传染，从而引发胎儿发育畸形、胚胎停止发育、死胎等不良妊娠结局。尤其是妊娠之前3个月是最为关键时期，同时也是胎盘器官分化的最为关键时期，在致畸因子的干扰之下，为病毒侵袭母体提供了机会^[4]。在衣原体感染、生殖道感染原体的感染之下，会引发严重子宫内膜炎及宫腔感染症状的出现，最为严重的后果为宫内胚胎停止发育。尤其是一些合并有重度贫血、病毒性肝炎、高血压、糖尿病、慢性肾炎的患者，会引发胚胎发育异常症状的出现。另外，受生殖器官疾病的影响，如子宫畸形疾病，在该种疾病的影响之下，会引发宫腔供血受限及宫腔狭小等问题的产生，一旦患有子宫内膜异位、子宫肌瘤、宫腔粘连性疾病之后，会减少子宫内膜血量、种植异常及蜕膜化不同步等问题的出现，感染会对胎盘种植及蜕膜化造成极大的影响，以上疾病均属于母体疾病，将会对胚胎的正常生长发育造成极大的影响，是导致胚胎停育的主要原因^[5]。胚胎发育异常疾病的产生受母体营养不良引发所致，主要表现为微量元素及维生素缺乏，由于在孕早期阶段，孕妇会出现血铁缺乏情况，从而导致子宫收缩症状的出现，增加了产妇产流产概率，是导致早孕、胎儿畸形及死亡的主要原因。另外，若孕妇体内的铁元素不足，极容易引发新生儿出现先天性铁储备量不足情况的产生，对胎儿红细胞代谢会造成直接的影响，进而促使胎儿长期处于生长发育障碍、慢性缺氧症状中，孕妇出现贫血最为关键的因素是先天性铁储备量不足，会对胎儿的红细胞代谢造成极大的影响，增加了胎儿生长发育障碍、慢性缺氧障碍发生概率，因此可知导致孕妇出现贫血的主要原因是铁缺乏^[6]。若孕妇长期处于一种缺铁的状态中，将会影响胎儿的正常生长发育，从而引发胎儿出现生长发育迟缓、早产、流产、畸形等症状。若育龄妇女体内叶酸量较多，将会引发胎儿出现神经管畸形疾病，常见的发病原因为唇腭裂疾病，更有甚者会出现死胎、早产、妊娠期高血压疾病等。

1.5 不良生活习惯

临床上有相关的调查结果显示，在影响胚胎正常生长发育因素中，包括吸烟、喝咖啡、浓茶、过度疲劳、毒品、酗酒、服用影响胚胎发育的药物、精神压力过大、使用染发剂等几种。临床上有关的研究结果显示，胚胎停育孕妇与同期正常孕妇的生活习惯及生活环境进行观察可知，出现胚胎停育的孕妇生活不规律、吸烟、饮酒、熬夜、使用电脑的时间每日>4h，因此可知引发胚胎停育的原因与不良生活习惯有直接关系^[7]。

2. 早孕期胚胎停育防治措施

2.1 法定年龄及时婚育

有关的医学研究报告显示，随着年龄的增加，女性的生育能力也会随之而下降。统计数据显示，在25岁时男性的生育能力为100%，到了35岁时男性的生育能力会下降至50%，生育率呈现出逐年递减发展趋势。而女性的生育能力分水岭在27岁，女性在27岁以下的月经周期内怀孕几率为35岁以上女性的2倍，在年龄的不断增长之下，在生活习惯、自身疾病、外部环境、心理压力等因素的影响之下，受胚胎发育及受精卵质量影响，会对女性的生育能力造成不同程度的影响，其中最为严重的影响为胚胎停育^[8]。

2.2 完善孕检，做好防治

为了能够保证优生优育，我国倡导广大女性在孕前应进入到医院进行孕检，该项措施的实施，不仅为人口素质提供保证，同时还一定程度上使出血缺陷及胚胎停育发生概率得

以降低。夫妻双方决定要宝宝之前，二人均可需要进行身体检查，通过做各项检查，医生对夫妻二人的病史进行询问的方式，会及时发现疾病和治疗疾病，检查项目包括支原体、TORCH、生殖系统感染、衣原体等，可根据检查结果，及时发现致病因素，以便能够避免及改良不良因素的产生，防止危险因素从而影响到胎儿的正常生长发育，为孕育出健康的婴儿提供保证^[9]。

2.3 远离有害环境

在怀孕之后应保证孕妇所居住环境的清洁性和整洁性，不可在空气污染较为严重的环境中居住，对于刚装修完的新房应暂缓居住，并注意避免遭到噪音、微波、Y射线、高温、超声等物理因素的刺激，二硫化碳、重金属铅、二硫化碳、二溴氯丙烷等化学因素的刺激^[10]。另外，要求孕妇在日常生活中不可以接触宠物，如果家中有宠物应减少与宠物的接触时间，之所以会提出此要求，是因为一些宠物的身体上携带有引发胚胎出现畸形的传染病源，特别是猫的粪便，当中包含有很多的恶性传染病传播途径，一旦孕妇感染到此病原，一些病情较轻者会引发无脑儿、脑积水及双目失明等症状，一些病情较重者会引发早产、流产及死胎等情况。

2.4 注意补充营养

营养补充的最佳时期为怀孕前及孕早期阶段，在不同的孕期阶段对于微量元素的需求量也存在极大的不同，之所以一些孕妇会出现胚胎停育情况，与孕妇体内有较低的血清微量元素有直接关系，尤其是铁元素和锌元素，在孕期应告知重视做好微量元素补充，同时维生素的补充也不容忽视。另外，应注意在孕前及孕早期阶段做好营养的补充，主要是从进餐方面入手，需保证饮食的多样性和多元化，以确保能够为胚胎及受精卵的正常生长发育提供营养成分^[11]。一些正在处于备孕期间的夫妻双方，需注意补充营养素，营养素的类型包括惠孕、培卵素及培精素等，经过为备孕的人群补充营养补充剂的方式，能够为卵子和精子的发育提供必备的维生素及微量元素，不仅完成了对能量及营养的补充，同时还完成了对内分泌的有效调节，能够将身体中的毒素和自由基有效地清除掉，孕妇身体免疫力显著提升，并且还能够一定程度上促使卵子、精子的活力和质量得以大大提升。经过使用调理、功能及排毒机制的运用，对新生儿出生缺陷具有预防作用。例如，在孕早期阶段，可给予孕妇润可心营养补充剂，以此来完成对叶酸、维生素及铁锌钙镁等营养元素的补充，并且还能够使孕妇在孕早期阶段的食欲不振、乏力、晨吐及恶心等症状得以明显缓解，经过在孕早期阶段及时为孕妇补充矿物质及维生素等营养元素，在一定程度上防止自然流产、胚胎停育及出生缺陷等不良事件的产生，是孕早期阶段一种大为倡导服用的保健性食品^[12]。

2.5 保持良好的生活习惯

要求孕妇在怀孕前后不可吸烟饮酒，以防止出现早产、流产、死胎、胎儿发育不良及胎儿畸形情况。若孕妇在孕期阶段饮酒，将会引发胎儿先天性畸形疾病的出现，从而导致胎儿出现神经发育异常症状，胎儿会表现为停育及生长缓慢等情况，病情严重时还会出现胎儿酒精综合征。另外，告知孕妇一旦怀孕应避免化浓妆，是因为一些化妆品中包含有砷、汞、铅等刺激性较强的化学元素，若是化妆品使用不当，会引发皮肤损伤及皮肤过敏等症的出现，在严重的情况下，会经过血胎屏障，导致胎儿出现停育及畸形等现象的产生。另外，告知孕妇在怀孕期间不要乱用药，如，抗癫痫药、四环素及链霉素等药物，以防止出现胎儿畸形。并要求孕妇在怀孕期间需保持良好的心理情绪，若是始终处于一种紧张和焦虑的心理状态中，将会引发胎儿停育及胎儿畸形症状的出现。

结论：胚胎停育是影响妊娠正常进行的主要影响因素，引发胚胎停育的原因多种多样，并且各种因素之间相互作用相互影响。为了避免出现胚胎停育事件产生，要求一些备孕的女性需积极学习遗传病及优生优育相关知识，在结婚之前应做好各项检查工作，并积极主动地参与孕前及孕期教育工作中来，防止受到不良因素的影响，在怀孕期间应积极接受各种产检，以此来对胚胎停育和自然流产的产生起到预防作用，一旦出现胚胎停育，应积极做好处理工作，要求患者家属应给予患者精神上的支持，由医护人员进行正确处理，以避免在母体中死胎停留时间过长，增加了孕妇感染及凝血功能障碍并发症发生率，对孕妇的身体健康造成了极大的影响，同时还会危及患者的生命安全。

参考文献：

- [1]王红.胚胎停育相关因素分析及防治措施[J].中外女性健康研究,2020(03):131-132.
- [2]茹红瑞.早孕期胚胎停育的病因及防治研究进展[J].中国城乡企业卫生,2019,34(05):31-33.
- [3]秦晓云.辨证分期用药防治胚胎停育50例临床观察[J].中国实用医药,2016,11(15):197-198.
- [4]刘娜,杨艳芳.门成福教授防治胚胎停育经验[J].光明中医,2014,29(10):2058-2059.
- [5]李敏,马强.胚胎停育防治在中医与西医学方面的比较研究[J].中国中药杂志,2014,39(06):1132-1135.
- [6]El-Far M,El-Sayed IH,El-Motwally AE,et al.Serum levels of TNF-α and antioxidant enzymes and placental TNF-α expression in unexplained recurrent spontaneous miscarriage[J]. J Physiol Biochem,2009,65(2):175-181.
- [7]Kuroda K, Venkatakrisnan R, James S, et al. Elevated peri-implantation uterine natural killer cell density in human endometrium is associated with impaired corticosteroid signaling in decidualizing stromal cells[J]. J Clin Endocrinol Metab,2013,98(11):4429-4437.
- [8]刘子艳.早期胚胎停育的原因分析及预防措施[J].中外女性健康研究,2015(18):29,17.
- [9]肖凤珍,胡美玲.胚胎停育的原因分析和预防[J].中国实用医药,2013,8(17):28-29.
- [10]Raisanen S,Georgiadis L,Harju M,et al.Risk factors and adverse pregnancy outcomes among births affected by velamentous umbilical cord insertion: a retrospective population-based register study[J].Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2012,165(2):231-234.
- [11]肖凤珍,胡美玲,崔臻等.胚胎停育的原因分析和预防[J].中国实用医药,2013,8(17):27-29.
- [12]张光球.导致胚胎停育的原因分析及预防措施[J].中国医药指南,2012,(25):234-236.