

系统化护理联合饮食控制在早期糖尿病肾病微血管病变中的应用

赵欣

南京市栖霞区医院 江苏南京 210000

摘要：目的：分析予以早期糖尿病肾病微血管病变患者系统化护理+饮食控制干预的临床价值。方法：选取本院在2020年1月-2021年12月间收治的84例早期糖尿病肾病微血管病变患者为研究对象；依据随机数字表法将84例患者按照1/1的比例纳入两组，对照组实施常规护理，观察组实施系统化护理+饮食控制；对比护理方案差异下患者的肾功能指标、早期微血管病变反映指标、血糖指标变化情况，以及患者心理状态(SAS/SDS)、生活质量(DSQL)与护理满意度。结果：观察组各项生化指标均优于对照组，心理状态、生活质量评分低于对照组，护理满意度高于对照组，差异均有统计意义(均 $P<0.05$)。结论：予以早期糖尿病肾病微血管病变患者系统化护理+饮食控制可延缓疾病进展，促进患者预后恢复，值得推广。

关键词：系统化护理；饮食控制；早期糖尿病肾病；微血管病变；肾功能；血糖值；血清胱抑素

我国为糖尿病高发国家，而伴随糖尿病的发展及进展，可引发一系列并发症，危及患者生命健康。糖尿病肾病早期微血管病变则为糖尿病最常见的微血管病变之一，也是一种严重的肾小球血管损害性疾病^[1]。随着近几年人们生活习惯与饮食结构的不断转变，糖尿病发病率也出现了转增加的发展趋势，糖尿病肾病微血管病变发病率也呈现逐年增加趋势。糖尿病肾病微血管病变发生后，患者以高血压、蛋白尿、慢性肾功能损害及下肢水肿为主要表现，随着疾病的不断进展最终可诱发肾衰竭，严重威胁患者生命安全^[2]；这也促使如何延缓糖尿病肾病微血管病变发展及进展成为了当下临床研究的热点内容。相关研究则显示，早期治疗与护理能够在一定程度上抑制糖尿病肾病微血管病变的进展；且饮食控制能够在一定程度上提升患者疾病控制疗效。对此，此次研究主要选取本院在2020年1月-2021年12月间收治的84例早期糖尿病肾病微血管报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院在2020年1月-2021年12月间收治的84例早期糖尿病肾病微血管病变患者为研究对象；依据随机数字表法将84例患者按照1/1的比例纳入两组，对照组男女比为22/20；年龄45-71岁，平均(58.76±3.46)岁；糖尿病病程3-14年，平均(6.12±1.23)年。观察组男女比为23/19；年龄43-70岁，平均(58.96±3.57)岁；糖尿病病程3-15年，平均(6.20±1.25)年。对比两组患者基础信息数据未见统计学差异($P>0.05$)，可比。此次研究内容经医学伦理委员会审核并一致通过。

纳入标准：①与《中国糖尿病诊疗指南解读--糖尿病肾病》^[3]中关于糖尿病肾病的诊断标准相一致，且经临床诊断为早期糖尿病肾病微血管病变；②病历资料完整；③参与患者意识清楚，能够配合临床观察；④参与患者及家属对研究知情，签署同意书。

排除标准：①非糖尿病所致早期肾损害，如高血压性肾损害、尿路感染、急性慢性肾小球肾炎等；②认知功能障碍或机系统疾病。

1.2 方法

对照组实施常规护理：在患者入院后对其病情及身心状态进行全面评估，遵医嘱用药，并口头为患者讲解疾病相关知识与治疗方案、护理内容等，从而征得患者认可，拉近护患关系。同时，结合患者心理状态予以对应的心理疏导，指导患者正确认知疾病，配合治疗，从而保障治疗效果。

另外，予以患者一定的生活指导，告知其保持良好心态与充足休息的重要性，并嘱咐患者合理饮食，保持低盐低油低脂饮食，尽量选择清淡易消化的食材。

观察组实施系统化护理+饮食控制：(1) 多样化健康教育：在患者收治入院后，除口头宣教外，采取宣教手册及宣教视频配合的方式为患者与家属讲解糖尿病及微血管病变相关实施内容，指导并示范血糖仪使用方法，为患者发放降糖药，仔细讲解降糖药物使用剂量、时间、方法等。针对需要打胰岛素治疗患者予以针对性指导，告知其正确的操作方法。同时，定期检测患者血糖水平，结合血糖值调整治疗方案与生活指导方法。(2) 针对性心理护理：采用焦虑、抑郁自评量表为患者评估心理状态，考虑到长期在疾病影响下患者心理压力较大，且康复信心、依从性不高，在护理中加强对患者心理状态的评估与干预。鼓励患者积极配合治疗，告知其良好的心理状态对其疾病恢复的重要性；适当为患者列举既往治疗成功出院的病例，激励患者精神，鼓励其保持乐观心态，建立治疗信心。此外，嘱咐患者家属多陪伴、交流，让患者能够感受到来自家庭的温暖，强化其康复信心。(3) 生活指导：鼓励患者建立良好的生活习惯，戒烟酒，注意个人卫生，预防感染。同时结合患者实际机体状态及病情指导其进行适宜的运动，如散步、游泳、慢跑等，实际运动量以患者实际耐受程度为度，合理控制。(4) 血压控制：在血压过高的情况下可推动肾脏病变进展，对此应强化血压控制，定期监测血压变化情，并结合患者血压水平指导其适当服用降压药，以免情绪波动过大导致血压过度波动，影响病情。(5) 饮食控制：建立专门的饮食干预小组，纳入专科医师、营养师、护士长、专科护士等，经统一培训后，由团队成员与患者进行1v1交流，进而针对患者实际病情、机体营养状态、饮食喜好等讨论相关的饮食搭配方案，为患者制定个体化饮食方案；日常饮食中以高钙、优质蛋白质、高维生素、低磷食材/烹饪方法为主，若患者有该血压疾病，需严控盐的摄入，制定食谱后，对患者开展健康指导，强调控制饮食的重要意义，鼓励其依据食谱饮食。

1.3 观察指标

对比两组肾功能指标、早期微血管病变反映指标、血糖指标变化情况，以及患者心理状态、生活质量与护理满意度。

1.3.1 肾功能指标、早期微血管病变反映指标、血糖指标：对比患者入院时(护理前)、护理后的各项生化指标，其中肾功能指标包含血肌酐

(SCr)、血尿素氮(BUN); 微血管病变指标为血清胱抑素-C(Cys-C)、尿白蛋白排泄率(UAER); 血糖指标为空腹血糖(FBG)值。

1.3.2 心理状态: 分别在患者入院时(护理前)、护理后, 采用焦虑、抑郁自评量表(SAS/SDS)进行评估, 两量表中均包含 20 各条目, 各条目评分对应 0-4 分, 总计 80 分, 最终评分乘以 1.25 转化为百分制, 以<50 为无焦虑/抑郁, 评分越高则焦虑/抑郁越严重。

1.3.3 生活质量: 分别在患者入院时(护理前)、护理后, 采用糖尿病病人生存质量特异性量表(DSQL)进行评估, 量表内容涉及生理(60 分)、心理(40 分)、社会关系(20 分)、治疗(15 分)四项, 总计 27 个条目, 评分越高生活质量越差。

1.3.4 护理满意度: 应用科室自制问卷评价, 在患者离院前发放问卷, 由患者或家属匿名填写并回收, 问卷总计分 100 分, 分为满意、较满意、不满意三个维度, 对应>80、60-80、<60 分, 总满意度为 60 分以上病例数占比。

1.4 统计学方法

以 SPSS 25.0 软件统计数据。计量、计数方面数据分别采用 ($\bar{x}\pm s$)、%表示, 并分别以 t 、 χ^2 检验; $P<0.05$ 时统计差异存在。

2. 结果

2.1 肾功能指标、早期微血管病变反映指标、血糖指标对比

对比各项生化指标, 护理前未见统计差异 ($P>0.05$); 护理后, 观察组 SCr、BUN、UAER、FBG 均低于对照组, Cys-C 高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1:

表 1 两组肾功能指标、早期微血管病变反映指标、血糖指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

心功能指标	例数	对照组	观察组	t	P
		($n=42$)	($n=42$)		
SCr ($\mu\text{mol/L}$)	护理	255.34 $\pm$ 41.56	253.67 $\pm$ 40.89	0.186	0.853
	前				
	护理后	142.56 $\pm$ 35.87	96.77 $\pm$ 24.55		
BUN	护理	11.25 $\pm$ 0.91	11.30 $\pm$ 0.85	0.260	0.795

表 3 两组 DSQL 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	社会关系		生理		心理		治疗	
		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	42	7.42 $\pm$ 0.12	6.15 $\pm$ 0.82	27.22 $\pm$ 2.26	25.20 $\pm$ 2.42	20.52 $\pm$ 2.56	18.20 $\pm$ 1.36	6.54 $\pm$ 0.15	6.02 $\pm$ 0.56
观察组	42	7.45 $\pm$ 0.65	5.35 $\pm$ 0.89	26.35 $\pm$ 2.78	20.32 $\pm$ 2.98	20.55 $\pm$ 2.37	16.32 $\pm$ 1.54	6.51 $\pm$ 0.14	5.35 $\pm$ 0.86
t		0.294	4.284	1.574	8.238	0.056	5.930	0.948	4.231
P		0.769	<0.001	0.119	<0.001	0.956	<0.001	0.346	<0.001

2.4 护理满意度

对比护理满意度, 观察组高于对照组 ($P<0.05$)。见表 4:

表 4 两组护理满意度对比 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照 组	42	13(30.95)	19(45.24)	10(23.81)	32(76.19)

(mmol/L)	前				
	护理	6.71 $\pm$ 0.95	5.23 $\pm$ 0.56	8.698	<0.001
Cys-C (mg/L)	后				
	护理	0.75 $\pm$ 0.16	0.79 $\pm$ 0.20	1.012	0.314
(mg/L)	前				
	护理	0.90 $\pm$ 0.23	1.55 $\pm$ 0.32	10.689	<0.001
UAER ($\mu\text{g/min}$)	后				
	护理	115.46 $\pm$ 10.56	115.77 $\pm$ 10.32	0.136	0.892
(mg/L)	前				
	护理	72.56 $\pm$ 15.32	57.41 $\pm$ 10.26	5.325	<0.001
(mmol/L)	后				
	护理	10.28 $\pm$ 2.37	10.31 $\pm$ 2.54	0.056	0.956
(mmol/L)	前				
	护理	8.77 $\pm$ 1.20	6.62 $\pm$ 0.87	9.401	<0.001
	后				

2.2 心理状态

对比心理状态 (SAS/SDS 评分), 护理前无差异 ($P>0.05$); 护理后, 观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2:

表 2 两组 SAS/SDS 评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照 组	42	62.41 $\pm$ 6.02	48.26 $\pm$ 5.74	60.06 $\pm$ 6.42	49.71 $\pm$ 7.75
观察 组	42	61.81 $\pm$ 6.03	40.23 $\pm$ 6.15	60.33 $\pm$ 6.14	42.85 $\pm$ 6.44
t		0.456	6.186	0.197	4.412
P		0.649	<0.001	0.844	<0.001

2.3 生活质量

对比生活质量评分 (DSQL), 护理前无差异 ($P>0.05$); 护理后, 观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3:

观察 组	42	17(40.48)	23(54.76)	2(4.76)	40(95.24)
	χ^2	-	-	-	6.222
	P	-	-	-	0.013

3. 讨论

糖尿病肾病微血管病变为糖尿病并发症之一, 属于慢性进展性疾病;
(下转第 5 页)

冠心病诊断中多层螺旋 CT 冠状动脉成像的应用价值分析

罗 娅

1 安徽医科大学附属六安医院 安徽六安 237000; 2 六安市人民医院 安徽六安 237000

摘要: 目的: 针对冠心病诊断中多层螺旋 CT 冠状动脉成像的应用价值进行分析研究。方法: 选择 2020 年 4 月~2022 年 4 月期间, 医院收治的冠心病患者 60 例, 作为本次的研究对象 (用金标准确诊), 以传统冠状动脉造影检查为金标准, 对患者采用多层螺旋 CT 冠状动脉成像检查, 对比分析多层螺旋 CT 冠状动脉成像与传统冠状动脉造影的冠心病诊断结果以及冠状动脉狭窄情况。结果 在本次研究中, 多层螺旋 CT 冠状动脉成像诊断的冠状动脉狭窄程度分级与传统冠状动脉造影相比均有显著差异 $P < 0.05$, 具有统计学意义。在冠心病患者的诊断中, 多层螺旋 CT 冠状动脉成像的阳性检出率为 96.67%, 与传统冠状动脉造影的 100.00% 相比, $P > 0.05$, 无统计学意义。结论: 在冠心病的诊断中, 多层螺旋 CT 冠状动脉成像的检出率较高, 而且分辨率高, 可以清晰的分辨出患者的冠状动脉狭窄情况, 在患者的病情诊断中有较高的应用价值, 值得推广实施。

关键词: 冠心病; 多层螺旋 CT 冠状动脉成像; 应用

引言: 冠心病是老年人中较为常见的一种心血管疾病, 也是多发病, 对患者的身体产生的危害较大, 所以需要加强治疗^[1]。在冠心病患者治疗中, 临床诊断有较高的应用价值, 选择一种安全、无创、准确率高的诊断技术, 可以提高疾病的诊断准确率, 确诊患者的病情严重程度, 便于对患者采用针对性的治疗方案, 提高治疗效果^[2-3]。多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术是当前冠心病诊断中, 应用价值较高的一种诊断技术, 在疾病的诊断中有自身的优势, 文章就针对冠心病诊断中多层螺旋 CT 冠状动脉成像的应用价值展开研究, 具体如下:

1、资料和方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 4 月~2022 年 4 月期间, 医院收治的冠心病患者 60 例, 作为本次的研究对象, 病情均以金标准确诊。患者中男性有 38 例, 女性有 22 例, 患者的年龄中最大的 84 岁, 最小的 46 岁, 平均年龄为 (68.32 ± 2.34) 岁。

纳入标准^[4]: (1) 临床资料完整; (2) 未进行冠状动脉造影检查及手术; (3) 无合并严重心脏疾病; (4) 精神状态、语言功能正常; (5) 对本次研究知情, 且自愿参与。

排除标准^[5]: (1) 临床资料不完整、丢失; (2) 碘过敏、甲亢者; (3) 检查禁忌者; (4) 严重感染、出血者; (5) 精神障碍、语言障碍者; (6) 合并严重心力衰竭、心肌梗死等疾病者; (7) 不依从、不配合者。

1.2 方法

以传统冠状动脉造影检查为金标准, 对患者采用多层螺旋 CT 冠状动脉成像检查。

传统冠状动脉造影检查: 采用 C 臂 X 线血管造影机, 对患者进行冠状动脉造影, 造影操作需要有经验丰富的医师进行操作, 并对患者的冠状动脉狭窄情况进行评估。

多层螺旋 CT 冠状动脉成像检查: 对冠心病患者采用 64 排多层螺旋 CT 进行检查, 患者的扫描检查范围在胸廓入口到心脏膈面下 5cm 的位置。

64 排多层螺旋 CT 在对患者进行冠状动脉成像检查中设定的仪器参数分别为: 电流 800mA、电压 100kV, 层厚 0.7mm, 矩阵 512×512 , 重建间距 0.5mm。在对患者进行检查前, 先对患者的心率进行检查, 必要时给与患者美托洛尔口服进行调整, 保证在进行多层螺旋 CT 冠状动脉成像检查时, 心率控制在 70 次/min 以下。指导患者进行呼吸训练, 深呼吸后屏气 15s, 在呼吸训练的过程中, 患者不出现应激反应, 方可进行检查。在患者完成检查前的准备工作后, 进行检查, 协助患者保持检查时的体位, 双臂抬高到头部, 自然的放到头部两侧, 先对患者的胸部进行扫描, 针对扫描结果进一步的进行增强扫描, 使用高压注射器经由患者的肘正中静脉团注射造影剂, 350mg/ml 碘海醇注射液, 注射速度在 4~5ml/s, 注射的总量控制在 80~90ml。通过扫描、增强扫描、造影等操作, 获取患者左右冠状动脉最清晰的 R-R 间期相位做横断面重建, 重建之后, 将获取的数据穿书到高级图形处理工作站进行处理。

1.3 观察指标

对比分析多层螺旋 CT 冠状动脉成像与传统冠状动脉造影的冠心病诊断结果以及冠状动脉狭窄情况。患者的冠状动脉狭窄程度的评价标准^[6]为: 狭窄程度 = (狭窄端近心端正常血管直径 - 狭窄处直径) / 狭窄端近心端正常血管直径 $\times 100\%$ 。I 级: 狭窄 $< 25\%$; II 级: 狭窄在 $25\% \sim 50\%$; III 级: 狭窄在 $50\% \sim 75\%$; IV 级: 狭窄在 $75\% \sim 90\%$; V 级: 狭窄 $\geq 90\%$ 。I 级为正常; II 级为轻度狭窄; III 级为中度狭窄; IV 级为重度狭窄; V 为全堵塞。患者的冠状动脉狭窄程度在 50% 以上则为阳性病变。本次研究中 60 例患者的冠状动脉按照 240 支血管分支进行观察, 患者的血管图形质量均良好, 可以采用。

1.4 统计学分析

采用医学统计学软件 SPSS24.0, 对本次研究中的数据进行处理, 计数资料使用 % 表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$, 具有统计学意义。

2、结果

2.1 冠状动脉狭窄程度比较

在本次研究中，多层螺旋 CT 冠状动脉成像诊断的冠状动脉狭窄程度分级与传统冠状动脉造影相比均有显著差异 $P<0.05$ ，具有统计学意义。具体见下表：

表 1 两种检查方法下的冠状动脉狭窄程度比较

组别	无狭窄	轻度	中度	重度	全堵塞	总计
多层螺旋 CT						
冠状动脉成像	81(33.75)	51(21.25)	56(23.33)	50(20.83)	2 (0.83)	240
传统冠状动脉造影	102 (42.50)	18 (7.50)	33(13.75)	75(31.25)	12(5.00)	240
X^2	3.895	18.432	7.297	6.761	7.357	—
P	0.048	0.000	0.007	0.009	0.007	—

2.1 冠心病诊断结果对比

在冠心病患者的诊断中，多层螺旋 CT 冠状动脉成像的阳性检出率为 96.67% (58/60)，与传统冠状动脉造影的 100.00% (60/60) 相比， $X^2=2.034$ ， $P=0.154>0.05$ ，无统计学意义。

3、讨论

近几年，临床上各种疾病的发病率呈现升高的趋势，严重的威胁和影响人们的身体健康和生命安全。老年人是一个特殊的群体，在人口比例中所占的比例较大，随着人们生活质量和经济水平的提升，人们的寿命得到延长，使得社会出现了老龄化^[7]。在老年人这个特殊群体中，各种疾病的发病率较高，与老年人自身的体质等因素有关。

冠心病是临床上常见的多发病性的心血管疾病，对患者的身体健康产生的威胁较大，随着病情的发展，会造成患者出现一系列的临床症状，例如心肌梗死、心力衰竭等，甚至威胁到患者的生命安全，所以需要加强治疗^[8]。冠心病在老年人群中具有较高的发病率，主要与老年人的体质有关，

随着年龄的增长，人体的抵抗力下降，加上不良的饮食习惯、生活习惯、遗传因素等，使得老年人容易患上各种疾病，冠心病作为常见的心血管疾病，对患者的身体危害较大，所以需要加强治疗。在冠心病患者的治疗中，对患者的病情确诊，便于对患者展开针对性的治疗方案，提高治疗效果，所以冠心病的诊断工作非常重要^[9]。当前在临床上产生的冠心病诊断技术非常多，不同的诊断技术有不同的诊断优势，冠状动脉造影是当前临床上公认的冠心病诊断金标准，可以对患者的血管解剖以及斑块等情况进行判断，有自身的优势，但是冠状动脉造影检查为有创检查，而且也受到一定的临床检查限制，例如便捷程度低，手术患者不耐受等，所以近几年在冠心病诊断技术的研究发展中，不断的提升诊断性能，无创诊断技术产生并在临床上得到应用^[10]。多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术就是当前 CT 诊断技术中产生的一种无创诊断技术。随着 CT 诊断技术的不断改革和创新，在冠心病等疾病诊断中的应用，为疾病的早期诊断以及治疗提供了较大的辅助作用，多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术，作为 CT 诊断技术的完善和创新，有自身的优势和应用价值^[11]。多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术可以快速的完成大面积范围的扫描，时间、空间分辨率高，获取的图像清晰，而且短时间内就可以成像，随着多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术的不断研究深入，实现了同性成像，发挥了心电门控、可变速扫描等，将心脏运动对采集图像质量产生的影响进行了消除，可以对直径 1.5mm 以上的冠状动脉清晰的成像，大大的满足了临床诊断要求。在多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术诊断冠心病中，患者不需要长时间的屏气，在整个诊断中，对患者的心率要求较低，因为分辨率高，可以清晰的获取患者的冠状动脉图像，将患者的临床信息丰富，确保诊断结果更加准确。多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术在冠心病诊断中的应用，可以清晰的判断患者的冠状动脉的狭窄程度^[12]。在螺旋 CT 冠状动脉成像技术发展初期，在冠状动脉狭窄的诊断中，灵敏度和特异性均较低，但是随着其发展，多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术产生后，在冠状动脉狭窄诊断中，灵敏度和特异性得到提升，近几年随着 64 层、128 层、256 层螺旋 CT 技术的革新，直径在 2mm 以上的血管显示率以及狭窄程度的灵敏度和特异性得到大大的提升，所以在当前的冠心病诊断中，多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术可以清晰的呈现出患者的病变组织，图像质量、冠状动脉分支显示率、分辨率均较高，可以针对疑似冠心病的患者进行有效的筛查，可以对患者的冠状动脉的狭窄情况进行有效的评估。为了严重多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术在冠心病诊断中的应用价值，文章对此展开了研究，以冠状动脉造影为金标准进行了对照分析，结果多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术与冠状动脉造影诊断患者的冠状动脉狭窄程度上有显著的差异 ($P<0.05$)，多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术可以更为清晰、准确的判断患者冠状动脉狭窄程度。从冠心病诊断的阳性检出率上进行分析，多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术的检出率与冠状动脉造影相比，无较大差异 ($P>0.05$)，这项结果进一步的表明，在冠心病的诊断中，多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术有较高的检出率，应用价值高。冠状动脉是围绕着心脏并为心脏提供血液的主要动脉，其提供的排血量占

整个心脏的 5%左右,所以发生冠状动脉狭窄或者是阻塞,很容易诱发患者发生冠心病。因为冠心病是常见病,也是一种慢性疾病,病程长,所以患者发病确诊后,尽早治疗效果会更好,所以临床诊断技术发挥着重要的作用。多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术当前已经发展成熟,具有创伤小、安全性高、扫描快、费用低等优点,在冠心病的诊断中,分辨率高,图像质量好,有较高的准确率和检出率,结合本次的研究结果得出,多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术在冠心病诊断中有较高的应用价值。

综上所述,冠心病作为临床上较为常见的心血管疾病,发病率高,病程长,对患者的身体健康产生的威胁较大,需要早诊断早治疗。在冠心病的诊断中,多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术有诸多优势,对患者的身体产生的影响小,检查准确率高,检查中受到的干扰因素少,所以检测的图像质量、分辨率等均有保障,可以将多层螺旋 CT 冠状动脉成像技术作为临床上冠心病检测的检测技术,进行推广实施。

参考文献:

- [1]骆勇,刘朝凤. 多层螺旋 CT 血管成像在冠心病诊断中的应用[J]. 影像技术,2018,30(1):44-46.
- [2]Joda S ,Katahira K ,Utsunomiya D ,et al .Improved image quality at 2.5-6-slice coronary CT angiography in patients with a high heart rate and coronary artery disease ;comparison with 64-slice CT imaging [J].Acta Radiologica ,2015,56 (11) :1308-1314.
- [3]陈冲,武铮. 分析 64 排螺旋 CT 冠脉成像在冠心病诊断中的应用价

值[J]. 保健文汇,2021,22(1):136-137.

[4]Guerri A,Marin D,Nelson RC,等.Effect of varying contrast material iodine concentration and injection technique on the conspicuity of hepatocellular carcinoma during 64-section MDCT of patients with cirrhosis.[J].British Journal of Radiology.2011,84(1004).

[5]陈会军. 64 排螺旋 CT 冠状动脉成像在冠状动脉粥样硬化性心脏病诊断中的临床应用[J]. 实用医学影像杂志,2019,20(3):313-314.

[6]张毅,张俊红. 多层螺旋 CT 冠状动脉血管成像对冠心病的诊断价值[J]. 临床医学研究与实践,2020,5(27):144-145.

[7]安红俭,李勇毅,张伟娜. 64 排 128 层螺旋 CT 冠状动脉成像在冠心病诊断中的价值分析[J]. 检验医学与临床,2019,16(23):3523-3525.

[8]袁道明,韩冬,杨如辉. 64 排 128 层螺旋 CT 冠状动脉成像在冠状动脉粥样硬化斑块诊断中的应用价值 [J]. 海南医学,2021,32(16):2111-2114. [9]

[10]秦深造. 多层螺旋 CT 冠状动脉造影的成像技术及临床应用价值[J]. 影像研究与医学应用,2020,4(19):81-82.

[11]马党捐,康彦智,柴茂林. 64 排 128 层螺旋 CT 冠状动脉成像在冠心病患者诊断中的价值研究[J]. 陕西医学杂志,2019,48(5):624-627.

[12]邵振国. 64 层螺旋 CT 冠状动脉成像在诊断冠心病中的应用价值[J]. 实用医学影像杂志,2018,19(5):434-436.

(上接第 2 页)

在早期糖尿病肾病微血管病变发现后,需尽早予以治疗干预,且患者需要长期用药,按时监测血糖,以预防肾功能减退。临床研究显示,Cys 是临床用于早期肾小球损伤评价的重要敏感指标之一,其在患者体内的浓度呈现相对稳定状态,一旦肾小球滤过率改变,则会导致其浓度出现相应变化,因而可以作为肾脏滤过功能评价的生化指标之一^[4]。另外,FBG、BUN、SCr、UAER 也是临床常用的早期肾功能损伤情况评估指标;在机体肾小球出现问题时,则会导致毛细血管通透性增加,进而增加滤过血浆中的蛋白含量,因而临床通过检测尿蛋白排泄率也能够对早期糖尿病肾病微血管病变进行诊断。血糖增加则会增加肾脏的钠利用率,促使肾小球血管进一步扩张,导致球后血管收缩,最终造成肾脏高灌注,而持续的肾脏高灌注则会导致肾脏结构受损,影响肾脏正常功能^[5]。因而在糖尿病肾病微血管病变评估中,可通过尿蛋白、血糖等指标检测辅助诊断。而为了控制疾病进展,在早期糖尿病肾病微血管病变确诊后,采取科学护理指导配合治疗,严格控制各项指标水平十分关键。

既往临床针对早期糖尿病肾病微血管病变患者的护理多采取常规护理,但该护理模式以疾病多中心,对患者饮食及心理方面的干预有所不足。而早期糖尿病肾病微血管病变患者往往需要长期用药,且进行饮食控制,这就导致患者的生活受到了一定限制,并为其家庭带来了严重影响,部分患者甚至会因此而出现严重的焦虑情况,降低生活质量。因而在早期糖尿病肾病微血管病变患者治疗期间,就需要采取系统化护理,并强调饮食干预,帮助患者建立治疗信心,减轻心理压力,提升其康复信心与治疗依从性。结合本次研究可见,在采取系统化护理结合饮食控制下,

观察组患者各项生化指标检测值较对照组(常规护理)均更具优势,且观察组患者负性心理、生活质量较对照组改善更为显著,护理满意度也有明显提高(P<0.05)。研究提示,在系统性护理与饮食控制下能够帮助患者更好地控制血糖水平,延缓疾病进展。分析可见,在系统化护理与饮食控制联合干预下,护理人员能够紧密结合患者病情表现采取系统性、综合性的护理指导,帮助患者正确认知疾病,从而树立治疗信心,配合治疗与护理;同时配合专业、系统的饮食指导,也能够为患者建立营养均衡的食谱,指导其按照食谱用餐,提升饮食科学性,辅助常规治疗及护理,进一步控制血糖、血压水平,使患者各项生理指标能够得到纠正,改善预后,提升患者生活质量,获得患者与家属的认可。

综上,予以早期糖尿病肾病微血管病变患者系统化护理+饮食控制效果确切,值得推广。

参考文献:

- [1]赵艳,董红霖.踝肱指数在评估 2 型糖尿病早期微血管并发症的作用分析[J].中华血管外科杂志,2021,06(3):178-182.
- [2]应筱雯,范倩燕,龚烨,等.血凝、血液动力学和脂代谢指标在糖尿病肾病中的检测价值[J].标记免疫分析与临床,2021,28(8):1320-1323.
- [3]裴剑浩. 中国糖尿病诊疗指南解读——糖尿病肾病[J]. 中国医师杂志,2014(2):161-163.
- [4]谢丽君,徐巧巧.协同护理模式对老年糖尿病肾病健康管理效果及预后的临床价值[J].中国医药科学,2022,12(5):138-141.
- [5]孙筱晔,戚文群,戴文慧.系统化护理干预及饮食控制对早期糖尿病肾病微血管病变患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(7):151-153.

艾滋病合并真菌感染运用预见性护理干预的效果分析

马玉 马艳 张燕 张艳丽

宁夏医科大学总医院 宁夏银川 750001; 宁夏医科大学基础医学院病原生物学与医学免疫学系 宁夏银川 750004

摘要:目的: 探讨艾滋病合并真菌感染运用预见性护理干预的效果。方法: 采集本院 2018 年 1 月到 2019 年 5 月期间接收的 58 例艾滋病合并真菌感染患者, 随机分为对照组与观察组各 29 例, 对照组运用常规护理, 观察组运用预见性护理干预, 分析不同护理操作后患者生活质量、治疗依从性、心理状况、护理满意度情况。结果: 在患者 SAS、SDS 有关心理评分上, 观察组各项护理后降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($P<0.05$); 在患者生理功能、躯体功能、社会功能、物质生活等生活质量评分上, 观察组干预后提升幅度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 在患者治疗依从性上观察组 96.55%, 对照组 79.31%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 在患者护理满意度上, 观察组 100.00%, 对照组 82.76%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论: 艾滋病合并真菌感染运用预见性护理干预, 可以有效地提升治疗依从性, 改善心理状况, 提升其生活质量, 提高患者护理满意度, 整体状况更为理想。

关键词: 艾滋病; 真菌感染; 预见性护理干预; 效果

艾滋病属于较为常见的人体细胞免疫功能异常所导致对应的机会性感染, 尤其真菌感染的可能性大。艾滋病合并机会性感染一般缺乏典型症状表现, 进而导致有关诊断与治疗工作存在一定的困难性。做好护理工作, 在一定程度上可以有效地防控病情的恶化, 提升患者整体的疾病控制效果, 优化生活质量。本文采集本院 58 例艾滋病合并真菌感染患者, 分析运用预见性护理干预后患者生活质量、治疗依从性、心理状况、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 2018 年 1 月到 2019 年 5 月期间接收的 58 例艾滋病合并真菌感染患者, 随机分为对照组与观察组各 29 例。对照组中, 男 27 例, 女 2 例; 年龄从 21 岁至 69 岁, 平均 (43.58 ± 8.71) 岁; 病程从 3 天至 5 个月, 平均 (1.18 ± 0.36) 个月; 观察组中, 男 25 例, 女 4 例; 年龄从 22 岁至 67 岁, 平均 (42.14 ± 6.96) 岁; 病程从 3 天至 5 个月, 平均 (1.24 ± 0.28) 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, 观察组运用预见性护理干预, 具体内容如下:

入院之后需要辅助患者做好各项检查, 包括血细胞、血生化、血气分析等各指标情况, 做好患者痰标本采集, 进行痰病原学培养。进行对应的心理护理工作, 一般情况下需要有专业团队做好心理层面的干预, 贯穿整个护理流程中, 依据不同阶段的心理诉求做合理的心理安抚工作^[1]。一方面, 可以提供成功案例, 达到积极心理暗示效果; 另一方面, 也可以通过注意力转移或者培养患者多样化的兴趣爱好, 避免其过多地关注疾病负面问题, 保持良好平稳的心态, 配合治疗工作的开展。同时心理护理工作也与生理状态、环境情况有一定的关系。环境的优化, 生理舒适度的提升, 在一定程度上可以减少消极情绪带来的影响。同时要做好患者睡眠管理, 良好的睡眠在一定程度上可以消解负面情绪对患者构成的不良影响。在环境方面, 需要做好隔离管理, 防控交叉感染。一般情况下, 每天做好两次开窗通风换气, 每次半小时, 确保空气新鲜。同时早晚需要做一次室内的紫外线空气消毒处理, 每次半小时。地面需要做好 0.2% 含氯消毒液的清洁, 确保室内温度在 25 摄氏度左右。依据个体情况对湿度情况保持在 50%~60%^[2]。要做好口腔护理工作, 一般情况下嘱咐患者采用软毛刷, 避免牙签剔牙处理。同时每天都要做好口腔情况的观察, 通常情况如果有口腔黏膜充血、溃疡等情况, 需要及时的干预处理。

皮肤护理方面, 需要做好皮肤清洁处理, 穿戴棉质宽松衣物, 避免皮肤摩擦带来的不适感。要做好有关指甲修剪, 防控抓挠皮肤导致的感染问题。如果皮肤有发痒情况, 需要通过指腹按摩以及轻轻拍打的方式来改善, 或者通过碱性肥皂清洁处理。在护理过程中需要落实有关无菌化操作基本原则, 防控医源性感染。要做好患者营养化管理, 保证高蛋白、高维生素、易消化饮食, 保持少量多餐^[3]。同时在进食过程中, 需要缓慢处理, 避免过度饮食, 同时要做好充分的饮水量支持。

一般情况下, 需要运用人血白蛋白做支持性治疗, 优化患者的机体抗病能力, 防控感染问题的出现。一般艾滋病患者可能会有高热情况出现, 因此可以针对其头部、颈部以及腋窝、腹部波动区域做冰袋物理降温处理^[4]。一般情况下, 要做好较多温开水或者静脉补液的支持。如果有腹泻情况, 要做好其每天排便次数频率的观察, 同时对于其大便的颜色、气味以及是否有腹痛情况做有效的了解。如果大便对衣物以及床单被褥构成污染, 需要及时更换, 确保清洁。同时要做好其肛门皮肤的清洁管理。皮肤护理方面, 一般患者可能会因为疾病影响出现发热以及消瘦情况, 整体的营养水平相对较低, 抵抗力差, 由此导致皮肤感染问题更容易出现^[5]。因此要做好皮肤清洁管理, 每一天需要做好温水擦浴, 以及嘱咐其勤换衣物。对于身体组织皮肤受压的区域需要运用热水按摩来帮助血液循环, 同时要嘱咐其做好定时的体位更换。口腔护理方面, 多数患者可能会有口角炎合并口腔溃疡等问题。要做好口腔清洁卫生, 一般情况下, 在饭前饭后以及晨起睡前做好漱口处理。要做好有关营养支持处理, 一般情况下可以通过抗生素、化学制剂治疗, 但是也容易引发食欲下滑、恶心呕吐等不良症状问题。同时如果有胃肠道感染问题, 容易引发腹泻的出现, 因此需要保证饮食方面保持高热量以及高蛋白的支持^[6]。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者生活质量、治疗依从性、心理状况、护理满意度情况。生活质量主要集中在生理功能、躯体功能、社会功能、物质生活等生活质量评分上, 治疗依从性为完全依从率与部分依从率的集合。护理满意度为很满意与基本满意的比之和。心理状况通过 SAS 焦虑评估量表与 SDS 抑郁评估量表, 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, $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后心理评分情况

如表 1 所示,在患者 SAS、SDS 有关心理评分上,观察组各项护理后降低程度明显多于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 1: 两组患者护理前后心理评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	时间	SAS	SDS
观察组	护理前	53.76±5.87	76.24±3.41
	护理后	91.67±2.63	96.45±1.24
对照组	护理前	52.98±5.27	75.82±3.28
	护理后	92.76±2.49	95.68±1.63

注: 两组护理前对比, $p>0.05$, 两组护理后对比, $p<0.05$

2.2 两组患者护理前后生活质量评分情况

如表 2 所示,在患者生理功能、躯体功能、社会功能、物质生活等生活质量评分上,观察组干预后提升幅度明显多于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 2: 两组患者护理前后生活质量评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分 组	时 间	生理功能	躯体功能	社会功能	物质生活
观 察 组	护理前	41.58±7.46	43.27±6.52	37.86±5.62	50.47±10.98
	护理后	63.49±8.52	57.98±5.27	56.74±4.21	56.98±11.43
对 照 组	护理前	42.51±6.85	42.51±5.43	37.14±5.29	51.63±9.86
	护理后	52.97±6.31	46.74±4.29	45.28±4.91	52.29±10.45

注: 两组护理前对比, $p>0.05$, 两组护理后对比, $p<0.05$

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 96.55%,对照组 79.31%,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	29	18(62.07)	10(34.48)	1(3.45)	96.55%
对照组	29	12(41.38)	11(37.93)	6(20.69)	79.31%

注: 两组对比, $p<0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示,在患者护理满意度上,观察组 100.00%,对照组 82.76%,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 4: 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	29	21(72.41)	8(27.59)	0(0.00)	100.00%
对照组	29	14(48.28)	10(34.48)	5(17.24)	82.76%

注: 两组对比, $p<0.05$

3 讨论

预见性护理工作需要大量的护理工作经验支撑,对于患者可能出现的并发症、不良反应以及风险问题做好各环节的优化处理。要让患者从认知、心理、生理各层面得到优化^[7],由此提升疾病治疗控制的有效性。要做好患者综合情况的评估了解,保证护理方案设计的合理性,避免不良冲突矛盾导致的工作失误。预防性护理干预在一定程度上可以达到有关患者护理工作中的风险管控效果,减少有关并发症、不良反应带来的治疗成本提升

以及住院时间加长等^[8]。在具体处理应对中,需要做好患者以及家属的教育指导工作,让其配合工作进行,避免个人错误认知以及行为构成的护理压力以及矛盾纠纷。

沟通交流中要保持通俗易懂化,避免过多专业术语导致的理解困难。在交流沟通过程中,护理人员的精力有限,同时表达能力相对参差不齐,因此需要积极采用手机电子文章、纸质宣传手册以及视频等多种素材的配合,由此提升其解释工作的便捷性,优化整体教育指导的效果,同时也降低护理人员工作压力。护理人员参照专业性内容解说,也可以规避有关法律风险,保证表达的专业合理性。而患者以及家属可以自行进行书面材料的阅读,由此来满足其个人信息了解的便捷性。具体处理应对中,要考虑实际情况所需。无论是书面方式还是口头方式,需要从实际情况出发,考虑投入与实际产出效果之间的平衡。投入方面,包括时间成本、经费成本、人力成本。处理应对中需要参照同行的经验,吸取国内外的技术优势、经验方法,保证有关工作开展的有效性。

本研究中,在患者 SAS、SDS 有关心理评分上,观察组各项护理后降低程度明显多于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在患者生理功能、躯体功能、社会功能、物质生活等生活质量评分上,观察组干预后提升幅度明显多于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在患者治疗依从性上观察组 96.55%,对照组 79.31%,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在患者护理满意度上,观察组 100.00%,对照组 82.76%,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。患者从心理、生活质量各方面得到有效优化,治疗依从性更好,对护理工作综合评价也相对更高,由此保持和谐护患关系,避免冲突矛盾导致的负面问题。尤其是护理工作开展上,需要考虑个体情况所需,不是所有患者都适宜相同的护理方案与形式,要做好细节的灵活调整。保持护理工作能力的灵活性、多面化。要注重护理人员综合能力培养与激励,提升其不断优化自身能力的意识与动力。

总而言之,艾滋病合并真菌感染运用预见性护理干预,可以有效地提升治疗依从性,改善心理状况,提升其生活质量,提高患者护理满意度,整体状况更为理想。

参考文献:

[1]刘岁月. 人性化护理干预在艾滋病合并真菌感染中的应用效果探讨[J]. 临床医学工程,2020,27(9):1273-1274.

[2]杨顺,孙俊君,王冰,等. 多学科过渡护理对艾滋病患者护理参与、护理延续及病毒抑制的影响[J]. 中国实用护理杂志,2021,37(21):1641-1645.

[3]傅建莉,李小梅,王晓华. 多元化护理对艾滋病患者疾病认知及治疗依从性的影响[J]. 黑龙江医药,2021,34(5):1235-1236.

[4]任晶. 人性化护理在艾滋病临床护理中的应用价值[J]. 中国医药指南,2021,19(7):128-129.

[5]崔映娟,李慧,何姝,等. 延续性护理干预在艾滋病患者眼底病筛查中的应用效果及效能研究[J]. 养生保健指南,2021(7):158.

[6]王芳. 人性化护理运用于艾滋病患者护理工作中的价值分析[J]. 健康必读,2021(12):141.

[7]庞萌,赵黎臻. 细节护理措施在艾滋病手术护理中的应用[J]. 东方药膳,2021(10):172-173.

[8]王子玉,卞露露. 人性化护理在艾滋病临床护理中的应用研究[J]. 特别健康,2021(33):173.

通讯作者: 张艳丽 宁夏医科大学基础医学院病原生物学与医学免疫学系。

耳穴贴压联合情志护理应用于减轻中风抑郁状态患者影响分析

肖海燕 刘文丽 刘圣梅 张春秀

广东省第二中医院 广东广州 510405

摘要:目的:探讨耳穴贴压联合情志护理应用于减轻中风抑郁状态患者的影响分析。方法:取120例中风抑郁状态患者展开研究,按照随机分组原则将病患分成两组,60例以常规护理,作为对照组,60例以常规护理+耳穴贴压+情志护理,作为观察组,比较两组干预情况。结果:经不同方式干预后,观察组汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分及焦虑量表(HAMA)评分均低于对照组,日常生活能力(BI指数)评分高于对照组($p<0.05$);观察组患者的护理满意度高于对照组($p<0.05$),两组不良反应率比较无较大差异($p>0.05$)。结论:耳穴贴压联合情志护理在减轻中风抑郁状态患者的负面情绪、提升患者日常生活能力方面可发挥积极作用,有推广使用价值。

关键词: 中风抑郁;耳穴贴压;情志护理

Effect of auricular point sticking combined with emotional nursing on reducing stroke depression

Xiao Haiyan, Liu Wenli, Liu shengmei, Zhang Chunxiu

(Guangdong Second Hospital of traditional Chinese medicine, Guangzhou, Guangdong 510405)

Abstract:Objective: To explore the effect of auricular point sticking and emotional nursing in improving the condition of patients with stroke depression. Methods: 120 patients with apoplexy and depression were studied. According to the principle of random grouping, the patients were divided into two groups, 60 cases were treated with routine nursing as the control group, and 60 cases were treated with routine nursing+auricular point pressing+emotional nursing as the observation group. The intervention of the two groups was compared. Results: After different interventions, the scores of Hamilton Depression Scale (HAMD) and Anxiety Scale (HAMA) in the observation group were lower than those in the control group, and the scores of daily living ability (BI index) were higher than those in the control group ($P < 0.05$). The nursing satisfaction of patients in the observation group was higher than that in the control group ($p<0.05$), and there was no significant difference in the adverse reaction rate between the two groups ($p>0.05$). Conclusion: Auricular point sticking combined with emotional nursing can play a positive role in alleviating the negative emotions of patients with stroke depression and improving their daily living ability, which is worth popularizing.

Keywords: Stroke depression; Auricular point sticking and pressing; Emotional nursing

中风抑郁状态主要指发生在中风后的情感性障碍性疾病^[1]。中风又称脑卒中,是中老年人高发疾病,因该病的致残风险及致死风险较高,使得很多患者在确诊后会出现明显的负面情绪,甚至会出现抑郁状况^[2]。而中风后抑郁的发生则会增加疾病的治疗与康复难度,所以,做好对该病患者干预的重视,改善患者抑郁情绪意义重大。本文以收治的120例中风后抑郁患者为研究对象,对中医耳穴贴压与情志护理在改善该病患者情绪中的作用进行了如下分析:

1 资料与方法

1.1 临床资料

取2021年1月到2021年12月期间我院收治的120例中风后抑郁状态患者;纳入标准:(1)患者均为中风患者,且伴有抑郁状态;(2)本人均同意参与研究。排除标准:(1)排除既往有精神障碍性疾病史者;(2)排除合并意识障碍、语言沟通障碍者;(3)排除因其他原因引发抑郁者。

按照随机分组原则将病患分成两组,观察组60例中男33例,女27例,年龄52-66岁,平均(55.93±2.44)岁;中风病程1-5年,平均(3.20±0.11)年;对照组60例中男31例,女29例,年龄51-65岁,平均(56.03±2.36)岁;中风病程11个月-4.5年,平均(3.15±0.15)年;两组一般资料比较无统计学予以($p>0.05$),可比较。

1.2 方法

两组均行常规护理,即协助患者取合适体位休息,定时翻身拍背,以防压疮;并注意将头偏向一侧,以防因呕吐而造成窒息;同时做好对病患口腔、皮肤、会阴等部位的护理,同时协助病患进行肢体功能锻炼、语言功能锻炼,以促进病患恢复。观察组在对照组基础上行耳穴贴压+情志护理,具体方法为:

耳穴贴压:以探针取病患耳穴神门、内分泌、脑、肝、耳背肾等部位,常规消毒后,

将王不留行籽置于方块胶布上,对准穴位贴压;然后每日按揉贴有胶布的穴位5次,每次3-5min,至耳廓胀痛发热位置;两耳交替进行,隔日更换一次;贴压期间,应注意保持耳部皮肤完整,并注意观察耳贴情况,若由潮湿、脱落情况需及时更换,两组均连续干预8周。

情志护理:(1)成立专门的中医情志护理小组,由小组成员全面评估病患病情状况、

评估患者的情绪状态,并以此为依据为患者制定切实可行的情志护理方案。(2)①中医胜情干预。中风后抑郁患者伴有明显的抑郁、悲伤情绪,而中医胜情则是以中医五行相克理论为基础,通过一种情志对另一情志进行纠正,从而达到改善病患情志状态的效果。为此,护理人员可通过为病患将笑话、有趣的小故事、为患者播放相声、小品等等喜乐疗法来增加患者的愉悦感,帮助其克服抑郁、悲伤情绪。②顺情诱导干预,即护理人员应在与患者的交流中鼓励、诱导患者倾诉心中不快,对于病患的要求可以在条件允许的范围内尽量满足,让病患通过倾诉达到顺情达意,以改善其不良情绪。③移情易性干预,即护理人员可以结合病患的具体情况,如年龄性别、兴趣爱好、文化程度等,为其设置合适的娱乐活动,通过读书、看视频、下棋、听音乐、听戏剧等等方式来转移注意力,从而达到转移、释放病患不良情绪的效果,有效缓解其心理压力。④音乐疗法,护理人员可结合病患情况及喜好,为其播放合适的音乐,通过音乐的旋律来改善病患低落的情绪。此外,护理人员应多体贴、关心患者,积极为病患答疑解惑,并在日常干预中多鼓励、开导病患,以达到改善病患情绪的效果。

1.3 观察指标

(1) 评估对比两组病患干预前后情绪变化状况,以汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)评估焦虑情绪,总评分 ≥ 29 分为严重焦虑,21-29分为明显焦虑,7-20分为可能焦虑, < 7 分为无焦虑。以汉密顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)评估抑郁状态, < 7 分为无抑郁,7-17分为可能有抑郁,17-24分为肯定有抑郁, > 24 分严重抑郁^[3]。(2) 测评比较干预前后病患日常生活能力情况,以改良 Barthel 指数(BI 指数)进行日常生活能力评估,总分 0-100 分,分值高则生活能力强。(3) 以自制问卷满意度调查表评估病患对护理服务的满意状况,量表结果分为满意、一般满意及不满意三种。(4) 统计比较两组不良反应情况发生状况。

1.4 统计学分析

数据以 spss20.0 统计学软件处理,定量资料 t 检验,分类资料 X^2 检验, $p < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 情绪状态分析

经干预,观察组 HAMA 及 HAMD 评分均低于对照组 ($p < 0.05$),见表 1:

表 1 情绪状态分析

组别	HAMA 评分(分)		HAMD 评分(分)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	24.83 $\pm$ 2.05	12.50 $\pm$ 1.15	20.66 $\pm$ 2.06	10.41 $\pm$ 1.98
对照组	24.77 $\pm$ 2.16	16.98 $\pm$ 2.16	20.70 $\pm$ 2.15	13.29 $\pm$ 2.01
T 值	0.156	14.181	0.104	7.907
P 值	0.876	0.000	0.917	0.000

2.2 日常生活能力分析

干预后,观察组 BI 指数评分明显高于对照组 ($p < 0.05$),见表 2:

表 2 日常生活能力分析

组别	例数	干预前(分)	干预后(分)
观察组	60	58.99 $\pm$ 3.15	73.06 $\pm$ 4.11
对照组	60	58.86 $\pm$ 3.40	65.59 $\pm$ 3.29
T 值		0.217	10.991
P 值		0.828	0.000

2.3 护理满意度分析

观察组护理总满意度显著高于对照组 ($p < 0.05$),见表 3:

表 3 护理满意度分析

组别	例数	满意	一般满意	不满意	总满意度
观察组	60	33(%)	25(%)	2(3.33%)	58(96.67%)
对照组	60	21(%)	29(%)	10(83.33%)	50(83.33%)
X^2 值					5.926
p 值					0.015

2.4 不良反应分析

两组不良反应率比较无较大差异 ($p > 0.05$),见表 4:

表 4 不良反应分析

组别	例数	胶布过敏	头晕	腹泻	发生率
观察组	60	1(1.67%)	0	0	1(1.67%)
对照组	60	0	1(1.67%)	1(1.67%)	2(3.33%)

X^2 值	0.342
p 值	0.559

3 讨论

中风后抑郁状态是脑卒中患者发生率较高的一种并发症,该类病患的主要症状表现为兴趣减退、悲观、心境低落、沮丧、睡眠障碍等^[4]。由于中风的致残率较高,对于患者正常生活、工作的影响较大,这也使得中风后抑郁的发生率明显升高。有研究显示,每三个中风患者中就有一个患者伴有抑郁情绪。中风后抑郁的发生通常会导致患者出现精神运动迟滞、主动性差等现象,影响患者对于康复治疗的配合性,从而不利于其病情恢复,不仅会对患者自身造成影响,同时也会增加患者家庭及社会的负担^[5]。所以,积极进行干预,改善患者的抑郁情绪对于其病情的恢复有极大促进作用。

常规干预多缺乏系统性、针对性,且干预重点多在生理方面,缺乏对患者心理上的疏导,限制了干预效果。中医情志调理历史悠久,有效的情志护理在改善病患情绪方面可以取得积极效果。中医认为情志失衡致使气机失调是导致抑郁发生的重要因素,为此,本研究就以中医胜情、移情、顺情等疗法为病患提供情志疏导,以达到缓解病患抑郁、焦虑、忧伤等负面情绪的效果^[6]。同时本研究在中情志护理的基础上辅以耳穴贴压疗法进行配合,通过选取神门、内分泌、脑、肝、肾等穴位进行贴压可达到较好的情志调理效果,其中神门穴有镇静安神功效,内分泌有自主神经调节及疏理理气的功效,心可清泻心火,肾可抑制肝火,肝则可舒肝解郁;以王不留行籽对各穴位进行持续刺激,可达到调节脏腑、畅达气机、疏肝理气、宁心安神的功效,从而有效减轻病患抑郁状态^[7]。同时现代医学研究发现,通过耳穴刺激还可达到增加脑内流量、促进脑细胞代谢及脑内三磷酸苷合成的效果,有利于保护生物膜完整及海马神经元,进而可达到减轻病患抑郁状况的效果。将其和情志护理联合应用可起到协同作用,进一步改善患者病情。本研究结果显示观察组病患干预后 HAMA、HAMD 评分、BI 指数评分及护理满意度均优于对照组 ($p < 0.05$),提示情志干预与耳穴贴压在中风抑郁患者中能够起到较好的干预作用。

综上所述,针对中风抑郁状态患者实施耳穴贴压联合情志护理的作用显著,可改善病患抑郁状态,积极配合治疗,构建良好护患关系,值得推广。

参考文献:

[1]吴珍,章肖平,张晓霞.耳穴压豆配合情志护理联合常规医护措施治疗老年 H 型高血压临床研究[J].新中医,2021,53(01):162-167.

[2]王英.情志护理联合耳穴压豆对中风后抑郁患者干预效果分析[J].实用中西医结合临床,2018,18(8):175-176.

[3]杨丽妃.中医情志护理联合耳穴压豆对中风后抑郁的干预效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(26):134.

[4]吴仁凤,罗美文,黄秀玲,等.中医情志护理联合耳穴贴压对突发性耳聋患者负性情绪的影响[J].中国保健营养,2020,30(12):34-35.

[5]刘涓,杨信才,侯彦雪,等.中医情志护理结合耳穴压豆对脑卒中后抑郁患者的疗效观察[J].医学研究与教育,2016,33(4):31-34.

[6]胡爱君,陈小敏,周秀女.耳穴压豆与中医情志护理联合常规疗法干预卒中后抑郁临床研究[J].新中医,2020,52(15):163-166.

[7]罗秀萍.耳穴压豆与中医情志护理联合常规疗法干预卒中后抑郁研究[J].基层医学论坛,2020,24(36):5296-5298.

CRP、CysC 指标对冠心病患者诊断价值研究

李秀媛

新泰市人民医院 山东新泰 271200

摘要：目的：研究分析 CRP、CysC、Hcy 等生化指标应用于冠心病患者中的诊断价值。方法：选取于我院接受诊断的冠心病患者 70 例，设置为试验组，其中 38 例为多支病变组，32 例为单支病变组，入院时间 2021 年 1 月至 2022 年 1 月，另选取同期于我院接受正常体检者 70 例设置为参照组，对比 2 组患者各项生活指标。结果：对比试验组与参照组 CRP、CysC 及 Hcy 发现，前者高于后者，组间对比，有统计学差异， $P<0.05$ ；对比多支病变组与单支病变组 CRP、CysC 及 Hcy 发现，前者高于后者，组间对比，有统计学差异， $P<0.05$ ；经相关性分析，发现 Hcy、CysC 及 CRP 指标与冠心病呈正相关。结论：临床诊断冠心病患者时，通过检测 CRP、CysC 及 Hcy 指标可实现冠心病早期诊断，使患者尽早接受治疗，进而促进其预后效果提升，具有较高的临床诊断价值。

关键词：C 反应蛋白；同型半胱氨酸；胱抑素 C；冠心病；诊断价值

【Abstract】 Objective: To study and analyze the diagnostic value of CRP, CysC, Hcy and other biochemical indicators in patients with coronary heart disease. Methods: 70 patients with coronary heart disease diagnosed in our hospital were selected and set as the experimental group, of which 38 were in the multi-vessel disease group and 32 in the single-vessel disease group. The admission time was from May 2021 to May 2022. A total of 70 patients who received normal physical examination in our hospital during the same period were selected as the reference group, and various life indicators of the patients in the two groups were compared. RESULTS: Comparing the CRP, CysC and Hcy of the experimental group and the reference group, the former was higher than the latter, and there was a statistical difference between the groups, $P<0.05$; the comparison of CRP, CysC and Hcy between the multi-vessel disease group and the single-vessel disease group found that, the former is higher than the latter, there is a statistical difference between groups, $P<0.05$; after correlation analysis, it is found that Hcy, CysC and CRP indexes are positively correlated with coronary heart disease. Conclusion: In the clinical diagnosis of patients with coronary heart disease, the detection of CRP, CysC and Hcy indexes can realize the early diagnosis of coronary heart disease, so that patients can receive treatment as soon as possible, thereby promoting the improvement of their prognosis, and has a high clinical diagnostic value.

【Key words】 C-reactive protein; homocysteine; cystatin C; coronary heart disease; diagnostic value

冠状动脉粥样硬化性心脏病简称为冠心病，是指冠脉血管发生粥样硬化引发血管腔狭窄、完全阻塞，导致心肌出现缺氧、缺血问题，最终引发心脏病。临床以心绞痛、胸痛、胸闷等为主要表现。若不及时予以治疗，极易引发休克、心衰、血压降低等问题，给患者生命健康带来严重威胁。冠心病分为五种分别为猝死、心肌梗死、心绞痛、心肌缺血及心力衰竭。发病早期无特异性症状，直至就诊已经进入中晚期，错过最佳手术治疗时间，降低患者预后^[1]。因此，早期诊断冠心病患者对于改善其预后起到十分重要作用。本研究选取于我院接受诊断的 70 例冠心病患者，监测 CRP、CysC 等生化指标，与健康人进行对比，探究生化指标监测对冠心病的诊断价值，现详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取于我院接受诊断的冠心病患者 70 例，设置为试验组，其中 38 例为多支病变组，32 例为单支病变组，入院时间 2021 年 1 月至 2022 年 1 月，另选取同期于我院接受正常体检者 70 例设置为参照组。试验组男 42 例，女 28 例，最小年龄 46 岁，最大年龄 67 岁，中位年龄（52.76±4.85）岁。参照组男 40 例，女 30 例，最小年龄 47 岁，最大年龄 69 岁，中位年龄（53.44±5.07）岁。纳入标准：（1）试验组患者满足冠心病相关诊断标准；（2）年龄 45 至 70 岁；（3）各项临床资料均齐全；（4）2 组患者签署知情书均知晓此次研究内容；（5）研究通过医院伦理委员会审核且获得批准。排除标准：（1）严重精神疾病；（2）脏器功能严重不全；（3）合并其

他恶性肿瘤；（4）合并损伤性心脏病；（5）认知功能异常；（6）伴有自身免疫性疾病。2 组患者年龄、性别等基线资料经对比，无统计学差异， $P>0.05$ ，可进行比较分析。

1.2 方法

取 2 组清晨空腹状态下 3ml 静脉血，转速 3000r/min，离心 10min，取血清，应用全自动生化分析仪对血液中 Hcy（同型半胱氨酸）、CysC（胱抑素 C）及 C 反应蛋白（CRP）进行测定。用酶法对 Hcy 进行检测，CRP 及 CysC 用免疫比浊法进行检测。

1.3 观察指标

对比试验组与参照组 CRP、CysC、Hcy 水平，并对多支病变组与单支病变组 CRP、CysC、Hcy 水平进行对比分析。

1.4 统计学分析

本研究中每项数据资料分析均利用统计学软件完成，计数资料对比用 χ^2 检验，计量资料对比用 t 检验，当 P 值低于 0.05 时提示有统计学差异。应用皮尔逊相关系数分析法对相关性进行分析， P 值低于 0.05 时提示为线性相关， r 为负数提示负相关， r 为正数提示正相关。

2 结果

2.1 试验组与参照组 CRP、CysC、Hcy 水平对比分析

与参照组 CRP、CysC、Hcy 水平相比，试验组明显较低，组间比较，有统计学差异， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1 试验组与参照组 CRP、CysC、Hcy 水平对比分析

组别	例数	CRP (mg/L)	CysC (mg/L)	Hcy (μmol/L)
试验组	70	12.41±4.38	3.59±1.82	27.52±13.49
参照组	70	5.46±1.53	0.89±0.27	9.57±3.23
<i>t</i>	/	12.533	12.278	10.827
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000

2.2 单支病变组与多支病变组 CRP、CysC、Hcy 水平对比分析

对比分析单支病变组与多支病变组 CRP、CysC 及 Hcy 水平发现,单支病变组较多支病变组低,组间比较,有统计学差异, $P<0.05$,见表 2。

表 2 单支病变组与多支病变组 CRP、CysC、Hcy 水平对比分析

组别	例数	CRP (mg/L)	CysC (mg/L)	Hcy (μmol/L)
单支病变组	70	8.81±2.11	3.52±1.40	14.32±3.51
多支病变组	70	4.73±0.85	1.32±0.24	8.67±1.32
<i>t</i>	/	15.006	12.958	12.606
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000

2.3 冠心病与 CRP、CysC、Hcy 相关性对比分析

经相关性分析,发现 Hcy、CysC 及 CRP 指标与冠心病呈正相关,见表 3。

表 3 冠心病与 CRP、CysC、Hcy 相关性对比分析

变量	<i>r</i>	<i>P</i>
CRP	0.725	<0.05
CysC	0.713	<0.05
Hcy	0.718	<0.05

3 讨论

冠心病是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称,病情相对复杂且多变,发病后极易出现心律失常、微血管病变等并发症,更严重者引发心源性猝死。世界卫生组织将冠心病列入到高危疾病中,致死率与致残率均较高,给人们生命健康带来严重影响。近几年来,我国老龄化问题日益严峻,冠心病患者数量逐渐增多,给中老年人群生活质量及生命健康构成严重威胁。引发冠心病的因素有很多,如吸烟史、饮食习惯较差、遗传、酗酒史等。冠心病发病早期无特异性症状,发病后部分患者心脏前侧伴有疼痛感,累及同侧手臂、肩部,且向这些部位扩散,临床表现为眩晕、呕吐等病症。随着病情进一步发展,患者伴有出汗、发绀、发热、呕吐、恶心等症状,更严重者发生心力衰竭及休克。就冠心病发病机制而言有研究指出,患者冠状动脉血管发生粥样硬化,使血管堵塞,造成血管腔狭窄,导致心肌出现缺血、缺氧、坏死是冠心病发病主要机制^[2]。也有研究指出,患者冠状动脉形成大量脂质脂质,通过结合血小板,导致血管内膜出现粥样硬化斑块,降低血流量,阻塞动脉,更严重者导致冠脉完全闭塞,致使心肌细胞出现缺氧、缺血性坏死^[3]。

冠状动脉受损后会释放大量炎症因子,给患者巨噬细胞、血管内皮细胞、血管平滑肌细胞及血管基质细胞等健康细胞功能带来影响^[4]。同时,大量炎症因子释放破坏血管内环境,加快粥样硬化斑块堆积。因此,临床应尽早发现、尽早诊断冠心病,以改善患者心功能缺损,促进临床疗效提

升。然而,就目前来看国内尚未形成统一的冠心病早期诊断标准,这导致冠心病早期诊断存在一定局限。因此,医务人员应参照粥样硬化斑块、发病实际情况及发病时间等各项指标,提供有效诊断依据,有利于冠心病早期诊断。

C 反应蛋白、同型半胱氨酸、胱抑素 C 作为炎症因子,近几年来,在冠心病诊断研究中受到医务人员高度关注,但两者是否存在相关性还存在一定争议。胱抑素 C 作为半胱氨酸蛋白酶抑制物的一种,其含量升高后导致细胞外基质出现损伤,同时对基质金属蛋白酶以及半胱氨酸蛋白酶合成进行抑制,给血管壁细胞外基质降解带来一定影响,最终引发血管壁重构^[5]。同型半胱氨酸由肾脏合成且经肾脏代谢,其作为蛋氨酸循环过程中的关键长度,给患者血管内皮细胞带来一定损伤,导致其出现慢性炎症损伤,加快血小板聚集,吞噬过氧化脂质,加快粥样斑块产生。有研究指出,动脉粥样斑块产生与炎症细胞、血管形成等有着密切联系^[6]。C 反应蛋白在机体发生炎症反应时含量大大提高,其影响心脑血管疾病进展。有研究指出,通过检测 C 反应蛋白能够准确反应心脑血管疾病状况^[7]。流行病学研究中指出,C 反应蛋白持续升高极易引发冠心病。除此之外,C 反应蛋白也参与到炎症反应整个过程,C 反应蛋白升高可加快细胞因子释放,使单核细胞过量聚集,引发炎症级联反应^[8]。

本研究中应用皮尔逊相关系数分析法对冠心病与 C 反应蛋白、同型半胱氨酸、胱抑素 C 相关性进行分析,结果发现冠心病与 C 反应蛋白、同型半胱氨酸、胱抑素 C 呈正相关。因此,在冠心病早期诊断中,及时检测 C 反应蛋白、同型半胱氨酸、胱抑素 C 水平,能够准确反应冠心病进展情况,对于早诊断、早治疗起到十分重要作用。

综上所述,临床诊断冠心病患者时,通过检测 CRP、CysC 及 Hcy 指标可实现冠心病早期诊断,使患者尽早接受治疗,进而促进其预后效果提升,具有较高的临床诊断价值。

参考文献:

[1]狄瑜.生化检验指标对临床诊断冠心病的价值[J].系统医学,2021,6(24):72-75.

[2]杨丽萍,陈冬玲,林荣军,何国华,陈小香.检测 CRP、CysC 等生化检验指标对临床诊断冠心病价值分析[J].智慧健康,2021,7(17):10-11+15.

[3]区文华.冠心病患者 CRP、CysC 等生化检验指标的临床意义分析[J].心血管外科杂志(电子版),2019,8(04):24-25.

[4]季通军.冠心病患者 CRP、CysC 等生化检验指标的测定及其临床意义[J].世界复合医学,2019,5(06):151-153.

[5]王磊.冠心病患者进行 CysC、Hcy、CRP 等生化检验指标测定的临床价值探析[J].中国现代药物应用,2019,13(03):23-24.

[6]段亮芳.试析不同血液检验指标对冠心病患者的临床诊断价值[J].继续医学教育,2019,33(01):121-122.

[7]柯琼浪,李学仿.冠心病患者 C-反应蛋白(CRP)、胱抑素 C(CysC)等实验室检验指标的测定及敏感度、特异度分析[J].吉林医学,2018,39(08):1489-1491.

[8]石元耀,吕爱云.不同血液检验指标对冠心病患者的临床诊断价值分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(29):126.

安宁疗护理念下的干预措施对恶性肿瘤终末期癌痛患者护理价值

徐洁玉

新泰市人民医院 山东新泰 271200

摘要：目的：探究分析安宁疗护理念下的干预措施对恶性肿瘤终末期癌痛患者的护理价值。方法：回顾性分析 2021 年 3 月至 2022 年 3 月于我院接受治疗的恶性肿瘤终末期癌痛患者 74 例，将患者分为常规组（ $n=37$ ）与安宁组（ $n=37$ ），期间常规组患者给予常规肿瘤护理，安宁组患者予以安宁疗护护理，对二者护理价值进行比较。结果：对比分析护理前 2 组患者疼痛、心理状态及生活质量评分发现，无统计学差异， $P>0.05$ ，与常规组护理后相比，安宁组疼痛及心理状态评分较常规组低，生活质量评分较常规组高，有统计学差异， $P<0.05$ ；对比 2 组患者护理满意度，安宁组满意度 94.59% 高于常规组的 72.97%，有统计学差异（ $P<0.05$ ）。结论：恶性肿瘤终末期癌痛患者临床护理中予以安宁疗护理念下护理干预可减轻患者疼痛感，纠正其存在不良情绪，促进生活质量及满意度提升。

关键词：终末期癌痛；恶性肿瘤；安宁疗护

【Abstract】 Objective: To explore and analyze the nursing value of intervention measures under the concept of palliative care for patients with end-stage cancer pain in malignant tumors. Methods: A total of 74 patients with end-stage cancer pain from malignant tumors who were treated in our hospital were selected. The admission time was from March 2021 to March 2022. The patients were divided into routine group ($n=37$) and Anning group ($n=37$), the patients in the routine group were given routine tumor care, and the patients in the tranquility group were given palliative care, and the nursing value was compared and analyzed. Results: The scores of pain, psychological state and quality of life of the two groups before nursing were compared and analyzed, and there was no statistical difference, $P>0.05$. Compared with the routine group after nursing, the scores of pain and psychological state of the Anning group were lower than those of the routine group, and the quality of life was lower. The score was higher than the routine group, with statistical difference, $P<0.05$; comparing the nursing satisfaction of the two groups, the Anning group was 94.59% higher than the routine group, 72.97%, with a statistical difference, $P<0.05$. Conclusion: Nursing intervention under the concept of palliative care in the clinical nursing of patients with end-stage cancer pain of malignant tumor can reduce the pain of patients, correct their negative emotions, and improve the quality of life and satisfaction.

【Key words】 end-stage cancer pain; malignant tumor; palliative care

近几年来，医疗技术的不断发展，恶性肿瘤治疗效果已经明显提升。然而，恶性肿瘤患者发病早期无特异性症状，确诊时已经进入中晚期，错过最佳治疗时机，增加病死率，给患者生命健康带来严重影响^[1]。另外，恶性肿瘤终末期患者伴有不同程度疼痛，导致患者出现恐惧、焦虑等不良情绪，降低治疗效果。因此，需要采取有效干预措施予以干预。安宁疗护模式作为全新的一种护理方式，指的是从社会、精神及心理等多个层面实施护理，使患者以积极心态面对疾病，减轻癌痛，促进生活质量提升，已逐渐在医院推广。本研究回顾性分析于我院接受治疗的恶性肿瘤终末期癌痛患者 74 例，分别接受常规护理及安宁护理理念下护理干预，对其护理价值进行探究分析，现详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析 2021 年 3 月至 2022 年 3 月于我院接受治疗的恶性肿瘤终末期癌痛患者 74 例，根据入院时间将患者分为常规组（ $n=37$ ）与安宁组（ $n=37$ ）。常规组 21 例男性，16 例女性，年龄 33 至 78 岁，中位年龄（ 60.37 ± 6.42 ）岁，疾病类型：12 例胃癌；10 例食管癌，15 例肺癌。安宁

组 23 例男性，14 例女性，年龄 34 至 79 岁，中位年龄（ 60.49 ± 6.57 ）岁，疾病类型：10 例胃癌，11 例食管癌，16 例肺癌。纳入标准：（1）经病理学检查均确诊；（2）临床资料均齐全；（3）此次研究通过医院伦理委员会审核且获得批准。排除标准：（1）严重精神疾病；（2）认知功能异常。对比 2 组患者疾病类型、年龄等一般资料，无统计学差异， $P>0.05$ ，可进行对比分析。

1.2 方法

常规组患者护理方式以常规护理为主，护理人员加强基础管理，多与患者交谈，耐心解答患者存在疑问，鼓励患者表达自我不良情绪，使其以积极心态面对治疗。

安宁组在上述基础上予以安宁疗护理念下护理，具体内容如下：其一，成立安宁疗护小组。小组成员包括护士长、护理人员，护士长负责培训所有组内人员，使其了解安宁疗护具体内容，提高小组成员安宁疗护综合素养。定期组织全员开展安宁疗护学习活动，鼓励护理人员分享安宁疗护经验，优化护理方法与护理内容。其二，死亡教育。入院后，护理人员与医师全面评估患者心理状态，了解其心理变化情况，掌握其对死亡的态度。

度，多与患者家属沟通，沟通时面带微笑，建立融洽护患关系，拉近与患者间距离，帮助患者树立正向死亡观，以积极乐观心态面对治疗，并合理安排自我有限时光。其三，做好家属哀伤教育与辅导工作。护理人员加强健康宣教，可以采用讲座、一对一宣教等方式，将恶性肿瘤其治疗无法有效改善患者病情，反而加重患者痛苦告知患者家属，使患者家属意识到患者死亡是必然的。宣教过程中适度给予家属宣泄空间，将其存在的悲伤、抑郁等情绪宣泄出来，避免患者家属因悲伤过度引发心理障碍。护理人员向患者家属普及自然死亡观念，嘱咐患者家属多给予陪伴、教育。其四，症状护理。护理人员对患者癌痛、不良情绪状况进行全面评估，加强基础护理，缓解患者疼痛感及不良情绪。若患者伴有大小便失禁、呕吐、疼痛等症状，要予以对症处理，依据患者实际状况提供营养支持。其五，检查。安宁疗护小组对安宁疗护方案实施情况进行检查，发现执行期间存在的问题，制定针对性解决方案。

1.3 观察指标

疼痛：2 组患者疼痛评估应用视觉模拟疼痛量表，评分范围 0 至 10 分，患者评分越高提示疼痛症状越明显。

心理状态：2 组患者心理状态评估应用抑郁、焦虑自评量表，评分范围 0 至 100 分，患者评分越高提示其心理状态越差。

生活质量：2 组患者生活质量评估应用癌症患者生活质量量表，评分范围 0 至 100 分，患者评分越高提示生活质量越好。

满意度：用我院自拟满意度问卷表评估 2 组患者满意度，评价内容为服务态度是否良好、护理流程是否完善等，评分范围 0 至 100 分，患者评分超过 90 分提示十分满意，患者评分范围 80 至 90 分提示基本满意，评分低于 80 分为不满意，（基本满意例数+十分满意例数）/总例数×100%=满意度。

1.4 统计学分析

本研究中每项数据分析比较均利用统计学软件，采用软件为 SPSS25.0 统计学软件，2 组护理前后疼痛、心理状态及生活质量评分比较分析用 t 检验，2 组满意度对比用 χ^2 检验，当 P 值小于 0.05 时代表有统计学差异。

2 结果

2.1 2 组疼痛评分对比分析

对比护理前 2 组患者疼痛评分发现，无统计学差异， $P>0.05$ ，安宁组患者护理后疼痛评分低于常规组，有统计学差异， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1 2 组疼痛评分对比分析（分）

组别	n	护理前	护理后
常规组	37	4.25±1.12	2.37±0.79
安宁组	37	4.19±1.01	1.32±0.25
t	/	0.242	7.708
P	/	0.810	0.000

2.2 2 组心理状态评分对比分析

对比护理前 2 组心理状态评分发现，无统计学差异， $P>0.05$ ，安宁组护理后心理状态评分低于常规组，有统计学差异， $P<0.05$ ，见表 2。

表 2 2 组心理状态评分对比分析（分）

组别	n	抑郁		焦虑	
		护理前	护理后	护理前	护理后
常规组	37	57.64±6.21	50.28±3.81	56.85±6.72	50.23±3.21
安宁组	37	57.79±6.38	47.96±2.14	57.04±7.03	46.85±2.38
t	/	0.102	3.230	0.119	5.145
P	/	0.919	0.002	0.906	0.000

2.3 2 组生活质量评分对比分析

对比护理前 2 组患者生活质量评分发现，无统计学差异， $P>0.05$ ，安宁组患者护理后生活质量评分高于常规组，有统计学差异， $P<0.05$ ，见表 3。

表 3 2 组生活质量评分对比分析（分）

组别	n	护理前	护理后
常规组	37	57.69±3.85	63.44±2.18
安宁组	37	57.42±4.12	69.79±1.84
t	/	0.291	13.540
P	/	0.772	0.000

2.4 2 组满意度对比分析

对比分析 2 组患者满意度，安宁组满意度 94.59%明显较常规组的 72.97%高，有统计学差异， $P<0.05$ ，见表 4。

表 4 2 组满意度对比分析[n（%）]

组别	n	十分满意	基本满意	不满意	满意度
常规组	37	11(29.73)	16(43.24)	10(27.03)	27(72.97)
安宁组	37	21(56.76)	14(37.84)	2(5.41)	35(94.59)
χ^2	/	/	/	/	7.639
P	/	/	/	/	0.006

3 讨论

据有关资料显示，近几年来，恶性肿瘤发病率及死亡率之间上升，且 5 年内生存率仅为 18%^[2]。在我国，恶性肿瘤发病率均较高，给患者生活质量及生命健康构成严重威胁。

现阶段，临床治疗恶性肿瘤方式包括很多，如调强放疗、化疗等。然而，恶性肿瘤终末期患者治疗成为医学工作者讨论中单问题。恶性肿瘤终末期患者生存概率极低，因此，如何为患者创造舒适、无痛苦终末期状态，促进患者生活质量提升成为临床护理工作亟待解决问题。恶性肿瘤终末期患者治疗方式以姑息治疗为主，不仅能够改善患者临床症状，还可减少并

（下转第 18 页）

贝伐珠单抗联合调强放疗对中晚期肺腺癌的效果

陈梅

新泰市人民医院 山东新泰 271200

摘要：目的：研究分析贝伐珠单抗联合调强放疗治疗中晚期肺癌患者的临床效果。方法：选取2020年1月至2021年12月于我院接受治疗的中晚期肺腺癌患者60例，采用双盲法将患者分为参照组（ $n=30$ ）与试验组（ $n=30$ ），参照组治疗方式以调强放疗为主，试验组在上述基础上予以贝伐珠单抗治疗，对其治疗效果进行对比分析。结果：对2组患者各项生活质量评分进行对比，试验组明显较参照组高，有统计学差异， $P<0.05$ ；试验组治疗总有效率为93.33%，与参照组的70.00%相比，试验组明显较高，有统计学差异， $P<0.05$ ；试验组毒副反应发生率为3.33%，与参照组的26.67%相比，试验组明显较低，有统计学差异， $P<0.05$ 。结论：临床治疗中晚期肺癌患者时，在调强放疗的基础上予以贝伐珠单抗治疗可改善患者细胞免疫功能，促进生活质量提升，降低毒副反应发生率，疗效确切，可在临床推广、应用。

关键词：调强放疗；贝伐珠单抗治疗；生活质量；中晚期；肺腺癌

【Abstract】 Objective: To study and analyze the clinical effect of bevacizumab combined with intensity-modulated radiotherapy in the treatment of advanced lung cancer patients. Methods: A total of 60 patients with advanced lung adenocarcinoma who were treated in our hospital from January 2020 to December 2021 were selected, and the patients were divided into a reference group ($n=30$) and an experimental group ($n=30$) by double-blind method. The reference group was mainly treated with intensity-modulated radiotherapy, and the experimental group was treated with bevacizumab on the basis of the above, and its therapeutic effects were compared and analyzed. Results: the quality of life scores of the patients in the two groups were compared, and the test group was significantly higher than the reference group. There was a statistical difference, $P<0.05$; the total effective rate of the experimental group was 93.33%, compared with 70.00% of the reference group, the experimental group was significantly higher, there was a statistical difference, $P<0.05$; the incidence of toxic and side effects in the experimental group was 3.33%, compared with 26.67% of the reference group, the experimental group was significantly lower, there was a statistical difference, $P<0.05$. Conclusion: In the clinical treatment of patients with advanced lung cancer, bevacizumab treatment on the basis of intensity-modulated radiotherapy can improve the patient's cellular immune function, improve the quality of life, and reduce the incidence of toxic and side effects. application.

【Key words】 Intensity-modulated radiotherapy; Bevacizumab therapy; Quality of life; Intermediate and advanced stage; Lung adenocarcinoma

临床常见的一种恶性肿瘤为肺癌，发病率较高，是造成患者死亡的重要因素。肺癌患者中约有85%患者为非小细胞癌，非小细胞癌中常见的一种类型为肺腺癌，临床治疗肺腺癌以药物化疗为主^[1]。制定药物化疗方案时要依据患者病理类型选择合理化疗药物。肺腺癌患者病症较严重，伴有癌细胞复发、转移特征，加之确诊时已经进入中晚期，采取局部治疗无法获得显著疗效，因此，需要予以调强放疗方式延长其生命。临床研究的不断深入，有研究指出，调强放疗治疗过程中予以贝伐珠单抗治疗，不会给患者细胞免疫功能带来严重影响，疗效显著^[2]。本研究选取于我院接受调强放疗治疗的中晚期肺腺癌患者，在治疗基础上采取贝伐珠单抗治疗，探究联合治疗的临床疗效，现详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2017年1月至2020年12月于我院接受治疗的中晚期肺腺癌患者60例，采用双盲法将患者分为参照组（ $n=30$ ）与试验组（ $n=30$ ）。参照组男女比19:11，年龄47至72岁，中位年龄（ 60.12 ± 3.79 ）岁，病程1至3年，中位病程（ 2.07 ± 0.38 ）年，肿瘤转移部位：3例中枢神经系统转移，9例腹部转移，18例骨转移。试验组男女比17:13，年龄48至76岁，中位年龄（ 60.58 ± 4.04 ）岁，病程1至5年，中位病程（ 2.27 ± 0.44 ）年，肿瘤转移部位：2例中枢神经系统转移，7例腹部转移，21例骨转移。纳入

标准：（1）经病理学、肺部CT检查均确诊为中晚期肺腺癌；（2）预计生存期超过90d；（3）临床资料不齐全；（4）患者及家属完成知情书签署，主动参与此次研究；（5）研究经医院伦理委员会审核且获得批准。排除标准：（1）伴有脑转移；（2）肿瘤已经侵犯大血管；（3）认知功能异常；（4）伴有凝血功能障碍；（5）脏器功能严重不全。对比2组患者病程、年龄等一般资料，无统计学差异， $P>0.05$ ，可进行对比分析。

1.2 方法

参照组治疗方式以调强放疗为主，用CT实施模拟定位，勾画出肿瘤危及气管、靶区，经肿瘤靶区向外扩散6至8mm为临时靶区，经临时靶区有上下、左右、前后方向外扩为计划靶区，其中上下外扩10mm，左右、前后外扩5mm。若脊髓组织存在于外扩靶区内，应适度进行调整。采用同期加量整合技术实施调强放疗，计划靶区放疗剂量：55至65Gy，每日：1.8至2.0Gy，一周治疗5d，共治疗30次左右。

试验组在上述基础上予以贝伐珠单抗治疗，化疗首日予以贝伐珠单抗治疗，取贝伐珠单抗7.5mg/kg，溶于250mL 0.9%氯化钠溶液中，静脉滴注治疗，1个治疗周期为21d，持续治疗6个周期。首次静脉滴注时，控制滴注时间90min，若患者耐性较好，第2次静脉滴注时间可缩短至60min。治疗过程中对患者血压进行密切监测，定期对患者肾功能、肝功能及血常规进行检测。

1.3 观察指标

生活质量：用生活质量量表对 2 组患者生活质量进行评估，项目包括心理功能、社会功能、躯体功能及精神健康，各项评分范围 0 至 25 分，患者评分越高表明其生活质量越好^[3]。

治疗效果：治疗后患者肿瘤标志物水平稳定超过 4 周，病灶全部消失为完全缓解；治疗后肿瘤标志物水平稳定超过 4 周，未见病灶增加，病灶缩小>50%为部分缓解；治疗后肿瘤病灶体积增加或缩小<25%，未见病灶新增为稳定；治疗后出现新病灶或病灶体积增加>25%为进展。治疗效果=（稳定+部分缓解+完全缓解）例数/总例数×100%^[4]。

毒副反应：记录 2 组患者骨髓抑制、胃肠道反应及血小板减少毒副反应发生情况。

1.4 统计学分析

本研究中每项数据对比均利用统计学软件，软件为 SPSS25.0 统计学软件，*t* 用于比较 2 组免疫功能指标及生活质量评分， χ^2 用于比较 2 组治疗效果及毒副反应发生情况，当 *P* 值低于 0.05 时表明有统计学差异。

2 结果

2.1 2 组生活质量对比

试验组与参照组生活质量评分相比，试验组较高，有统计学差异，*P* < 0.05，见表 2。

表 2 2 组生活质量对比（分）

组别	例数	心理功能	社会功能	躯体功能	精神健康
试验组	30	22.47±1.32	23.08±1.48	22.79±1.42	23.27±1.51
参照组	30	19.26±1.12	19.37±1.24	18.64±1.53	19.52±1.43
<i>t</i>	/	10.156	10.524	10.889	9.876
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 2 组治疗效果对比

对比 2 组治疗效果，试验组治疗有效率为 93.33%，参照组为 70.00%，试验组较参照组高，有统计学差异，*P* < 0.05，见表 3。

表 3 2 组治疗效果对比[n（%）]

组别	例数	完全缓解	部分缓解	稳定	进展	治疗有效率
试验组	30	14(46.67)	8(26.67)	6(20.00)	2(6.67)	28(93.33)
参照组	30	5(16.67)	12(40.00)	4(13.33)	9(30.00)	21(70.00)
χ^2	/	/	/	/	/	6.000
<i>P</i>	/	/	/	/	/	0.014

2.2.3 毒副反应发生率

对比 2 组毒副反应，试验组为 3.33%，参照组为 26.67%，试验组较参照组低，有统计学差异，*P* < 0.05，见表 4。

表 4 2 组毒副反应对比[n（%）]

组别	例数	骨髓抑制	胃肠道反应	血小板减少	发生率
试验组	30	0(0.00)	1(3.33)	0(0.00)	1(3.33)
参照组	30	2(6.67)	4(13.33)	2(6.67)	8(26.67)
χ^2	/	/	/	/	5.765
<i>P</i>	/	/	/	/	0.016

3 讨论

近几年来，受到职业素养、空气污染、慢性疾病、个人因素等诸多因素的影响，肺癌发病率越来越高。肺癌分为两种类型，一种为非小细胞肺癌，另一种为小细胞癌。肺癌多发于 40 岁以上人群，男性多于女性^[5]。有数据资料指出，每年全球约有 130 万人因肺癌而丧失生命^[6]。在我国肺癌发病率在恶性肿瘤中发病居于首位^[7]。发病早期表现为发热、咯血、胸痛等，中晚期肺癌伴有声音嘶哑、呼吸困难等症状^[8]。

肺腺癌作为非小细胞肺癌的一种，治疗方式以调强放疗为主，但该治疗方法效果不显著，疗效极容易达到平台期。贝伐珠单抗与调强放疗联合治疗作为靶向治疗的一种，在临床受到广泛应用。本研究结果表明，治疗后试验组各项生活质量评分均较参照组高。提示贝伐珠单抗联合调强放疗可促进患者生活质量提升。另外，研究发现试验组治疗效果高于参照组，毒副反应发生率低于参照组。

综上所述，床治疗中晚期肺癌患者时，在调强放疗的基础上予以贝伐珠单抗治疗可促进生活质量提升，降低毒副反应发生率，疗效确切。

参考文献：

[1]叶哲,李文峰.洛铂或顺铂联合培美曲塞和贝伐珠单抗一线治疗晚期肺腺癌的临床疗效及对生活质量的影响[J].数理医药学杂志,2021,34(12):1811-1813.

[2]杨圣杰,张文杰,陈青,徐少杰,郭其森.贝伐珠单抗治疗老年晚期肺癌患者的效果及安全性[J].肿瘤研究与临床,2020,32(12):826-830.

[3]王强.放疗联合贝伐珠单抗治疗肺腺癌脑转移瘤伴脑水肿的临床效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(31):81-82+85.

[4]田海英,张颖,宋春青,郭宏伟,高峰,司莲莲,韩磊,张志国.洛铂或顺铂联合培美曲塞和贝伐珠单抗一线治疗晚期肺腺癌的临床疗效及对生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(18):1952-1956.

[5]吴莹莹,周江云.阿帕替尼联合调强放疗治疗中晚期非小细胞肺癌的疗效分析[J].中国医师杂志,2020,22(02):289-292.

[6]倪志强,江显卓,周颖.贝伐珠单抗联合培美曲塞在老年晚期肺腺癌中的疗效分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(85):79.

[7]孟令新,曾琴琴,孟芹,郑玉秀,徐美玲,厉兵城,吴海英,周丹丹.安罗替尼与贝伐珠单抗分别联合紫杉醇加卡铂治疗晚期肺腺癌的临床效果[J].中国医药,2019,14(08):1164-1168.

[8]孙丽.贝伐珠单抗联合化疗治疗晚期肺癌的效果及对细胞免疫功能的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(14):20-22.

双源 CT 在大肠癌并急性肠梗阻中的临床价值

陈玉涛

山东省新泰市人民医院 山东新泰 271200

摘要：目的：本文研究双源 CT 在大肠癌并急性肠梗阻中的临床价值。方法：研究对象：我院收取的 63 例大肠癌并急性肠梗阻患者作为研究组，所有患者均经手术证实。对所有患者均予以双源 CT 检测以及 X 线片检测。最后收集并分析患者的准确率、误诊率、漏诊率、清晰度、不同肿瘤位置诊断准确率、影像学特征以及诊断认可度等数据。结果：双源 CT 检测准确率数据高于 X 线片检查，而误诊率、漏诊率低于 X 线片检查， $P<0.05$ 。双源 CT 检测清晰度高于 X 线片组， $P<0.05$ 。双源 CT 检测针对不同肿瘤位置准确率高于 X 线检测， $P<0.05$ 。双源 CT 检测对淋巴转移、脂肪间隙模糊、肝脏转移等特征的检测准确率与手术确诊数据相比， $P>0.05$ 。双源 CT 检测认可度高于 X 线片， $P<0.05$ 。结论 在针对大肠癌并急性肠梗阻的诊断中，选择双源 CT 检测能够进一步提高诊断的准确度，能够有效发现患者恶性肿瘤的病灶位置，图像具有更高的清晰度，能够准确的显示出恶性肿瘤的影像学特征，并具有较高的认可度，能够为临床诊断提供更丰富的参考数据，建议在实际的诊断工作中予以借鉴。

关键词：双源 CT；大肠癌；急性肠梗阻

【Abstract】Objective To study the clinical value of dual-source CT in colorectal cancer complicated with acute intestinal obstruction. Methods Research objects: 63 patients with colorectal cancer and acute intestinal obstruction collected in our hospital were selected as the research group, and all patients were confirmed by surgery. All patients were examined by dual-source CT and X-ray films. Finally, data such as accuracy, misdiagnosis, missed diagnosis, clarity, diagnostic accuracy of different tumor locations, imaging features, and diagnostic acceptance were collected and analyzed. Results The accuracy rate of dual-source CT was higher than that of X-ray examination, while the rate of misdiagnosis and missed diagnosis was lower than that of X-ray examination, $P<0.05$. The detection resolution of dual-source CT was higher than that of X-ray film group, $P<0.05$. The accuracy of dual-source CT detection for different tumor locations was higher than that of X-ray detection, $P<0.05$. Compared with the surgical diagnosis data, the detection accuracy of dual-source CT detection for lymphatic metastasis, fat gap blurring, and liver metastasis was $P>0.05$. The recognition degree of dual-source CT was higher than that of X-ray film, $P<0.05$. Conclusion In the diagnosis of colorectal cancer complicated with acute intestinal obstruction, the choice of dual-source CT detection can further improve the accuracy of diagnosis, and can effectively find the location of malignant tumors in patients. The images have higher definition and can accurately display malignant tumors. The imaging characteristics of tumors have a high degree of recognition, which can provide more abundant reference data for clinical diagnosis, and it is recommended to use them for reference in actual diagnosis work.

【Key words】dual-source CT; colorectal cancer; acute intestinal obstruction

大肠癌是一种较为常见的消化系统恶性肿瘤疾病，患者在发病后会有一定几率合并有急性肠梗阻的情况，需要及时为患者进行临床诊断并予以有针对性的治疗干预^[1]。在当前的临床医学中，主要是通过影像学技术为患者进行检查。在传统的临床诊断中一般是通过 X 线技术为患者进行检查，但是在实际的检测中，效果并不理想，这就需要为患者选择更为有效的检测方式^[2]。而双源 CT 是 CT 检测技术中常用的手段之一，能够对患者病灶位置予以更为全面、可靠的检测，为患者的临床诊断提供更多的检测数据，对患者的诊断工作具有十分重要的意义^[3]。因此，本文将选择 2019 年 1 月到 2021 年 10 月期间我院收取的 63 例大肠癌并急性肠梗阻患者作为研究对象，针对双源 CT 在大肠癌并急性肠梗阻中的临床价值展开分析。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

研究时间：2019 年 1 月到 2021 年 10 月。研究对象：我院收取的 63 例大肠癌并急性肠梗阻患者作为研究组，所有患者均经手术证实。一般资

料：研究组患者男女比例：(33: 30)，年龄平均值：58.12±11.41 岁。采集研究对象的一般资料分析。数据显示： $P>0.05$ ，可以进行对比研究。文中研究病例均经我院伦理委员会予以批准，所有患者在研究开始前均签署相关研究的知情协议。

纳入标准：患者具有良好的依从性；患者完成各项随访工作^[4]。

排除标准：患者合并有其他慢性疾病；患者合并有心、肺、肾等其他器官衰竭情况；患者合并有其他恶性肿瘤疾病^[5]。

1.2 方法

对所有患者均予以双源 CT 检测以及 X 线片检测。(1) 双源 CT 检测：为患者使用双源 CT 设备对腹部进行扫描，在 10s 后再次进行扫描，获得准确的 CT 检测图像后，通过处理站进行三维图像重建。(2) X 线片检测：使用 X 线设备对患者进行检测，摄片操作时保证电压维持在 125kV。

所有检查工作均由 2 名经验丰富的检测医师进行阅片，在统一意见后予以诊断报告。

1.3 观察指标

收集并分析患者的准确率、误诊率、漏诊率、清晰度、不同肿瘤位置诊断准确率、影像学特征以及诊断认可度等数据。(1) 清晰度：优：图像清晰、患者大肠结构完全显示。良：图像直观，大肠病灶主体情况显示良好，部分位置显示不良。差：未达到以上标准。图像清晰度：(优+良)/病例数*100.00%。(2) 肿瘤位置：升结肠癌、结肠肝曲癌、横结肠癌、结肠脾曲癌、直肠癌。(3) 影像学特征：淋巴转移、脂肪间隙模糊、肝脏转移。(4) 诊断认可度：完全认可：患者对检测结果及相关数据完全认可。基本认可：患者对检测数据结果部分认可。不认可：患者不认可检查数据结果。认可度=(完全认可+基本认可)/病例数*100.00%。

1.4 统计学方法

使用 SPSS19.0 软件分析。选择率(%)记录计数数据，然后通过数值 χ^2 分析。选择±标准差记录计量数据，然后通过数值 t 分析。数据判定标准： $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 不同检测准确率、误诊率、漏诊率比较

双源 CT 检测准确率数据高于 X 线片检查，而误诊率、漏诊率低于 X 线片检查， $P<0.05$ 。其中，双源 CT 检测准确度：62/63 (98.41%)，X 线片准确度：53/63 (84.13%)。表 1 为不同检测准确率、误诊率、漏诊率数据。

表 1 不同检测准确率、误诊率、漏诊率数据

表 3 不同肿瘤位置准确率数据 (n 为确诊数据)					
组别	升结肠癌 (n=15)	结肠肝曲癌 (n=15)	横结肠癌 (n=12)	结肠脾曲癌 (n=13)	直肠癌 (n=8)
双源 CT 检测	14 (93.33%)	15 (100.00%)	12 (100.00%)	13 (100.00%)	8 (100.00%)
X 线片	10 (66.67%)	11 (73.33%)	8 (66.67%)	9 (69.23%)	5 (62.50%)
χ^2	3.333	4.615	4.800	4.727	3.692
p	0.067	0.031	0.028	0.029	0.054

2.4CT 影像学特征比较

双源 CT 检测对淋巴转移、脂肪间隙模糊、肝脏转移等特征的检测准确率与手术确诊数据相比， $P>0.05$ 。表 4 为 CT 影像学特征数据。

表 4 不同检测影像学特征数据

组别	淋巴转移		脂肪间隙模糊		肝脏转移	
	是	否	是	否	是	否
手术确诊	33	30	42	21	28	35
双源 CT 检测	32	31	43	20	27	36
χ^2	0.031		0.036		0.032	
p	0.858		0.849		0.857	

2.5 患者对不同检测认可度比较

组别	n	准确率	误诊率	漏诊率
双源 CT 检测	63	62 (98.41%)	1 (1.59%)	0 (0.00%)
X 线片	63	53 (84.13%)	6 (9.52%)	4 (6.35%)
χ^2	--	8.068	3.781	4.131
p	--	0.004	0.051	0.042

2.2 不同检测图像清晰度比较

双源 CT 检测清晰度：100.00% (40 例)；X 线片清晰度：87.50% (35 例)。双源 CT 检测清晰度高于 X 线片组， $P<0.05$ 。表 2 为患者图像清晰度数据。

表 2 患者图像清晰度数据

组别	n	优	良	差	清晰度
双源 CT 检测	63	34(53.97%)	28(44.44%)	1 (1.59%)	62(98.41%)
X 线片	63	25(39.68%)	28(44.44%)	10(15.87%)	53(84.13%)
χ^2	--	--	--	--	8.068
p	--	--	--	--	0.004

2.3 不同肿瘤位置准确率比较

双源 CT 检测针对不同肿瘤位置准确率高于 X 线检测， $P<0.05$ 。表 3 为不同肿瘤位置准确率比较。

双源 CT 检测认可度：98.41% (62 例)；X 线片认可度：85.71% (54 例)。双源 CT 检测认可度高于 X 线片， $P<0.05$ 。表 5 为患者认可度数据。

表 5 患者认可度数据

组别	n	完全认可	基本认可	不认可	认可度
双源 CT 检测	63	28(44.44%)	34(53.97%)	1 (1.59%)	62(98.41%)
X 线片	63	26(41.27%)	28(44.44%)	9 (14.29%)	54(85.71%)
χ^2	--	--	--	--	6.951
p	--	--	--	--	0.008

3 讨论

大肠癌 (Large Intestine Cancer) 是人体大肠腺上皮位置的肿瘤病变，

一般发生于患者大肠的各个段,其中超过70%的大肠癌发生在机体左侧,其中主要为乙状结肠癌以及直肠癌。根据临床研究显示:大肠癌的发展特点为病灶多发性,患者在发病后一般会在6个月或者同一时间内有两个或者超过两个的肿瘤病灶。大肠癌的发病因素尚未完全确定,根据相关数据分析表明:大肠癌的发病一般和患者的日常生活方式、生存环境、饮食结构等因素有密切关联。这就需要及时为患者进行诊断并予以有针对性的治疗,但是在传统的诊断中主要是通过X线片进行检测,患者检测图像无法准确的显示出患者病灶位置的具体情况。而随着现代医学的不断发展,CT检测技术也日益完善,其中双源CT检测是一种较为新颖的检测方式,双源CT是对传统64排CT检测技术的改良,在传统的设备上使用了双套的高压发生器、零兆金属球管、陶瓷探测器组以及DAS。通过这种方式能够进一步提升检测的效率和准确性,能够对患者病变位置进行快速扫描,能够在短时间内对患者腹部病灶点进行更为全面的扫描检测。根据本文数据分析显示:双源CT检测准确率数据高于X线片检查,而误诊率、漏诊率低于X线片检查, $P<0.05$ 。同时,双源CT检测针对不同肿瘤位置准确率高于X线检测, $P<0.05$ 。此外,双源CT检测对淋巴转移、脂肪间隙模糊、肝脏转移等特征的检测准确率与手术确诊数据相比, $P>0.05$ 。由此可见,双源CT检测在大肠癌并急性肠梗阻的诊断中能够发挥十分重要的作用。

综上所述,在为大肠癌并急性肠梗阻患者进行诊断的过程中,通过双

源CT检测可以显著提升诊断的准确度,更准确的发现患者恶性肿瘤的病灶位置,患者CT图像具有更高的清晰度,能够更清晰显示出恶性肿瘤的影像学特征,认可度相比其他检测方式更高,可以为临床诊断提供更丰富的参考数据,建议在大肠癌并急性肠梗阻的诊断工作中予以采纳。

参考文献:

- [1]祝云鹤,吴召利,崔旭,等.血必净注射液对大肠癌肠梗阻术后并发脓毒症患者炎症反应、凝血功能、血流动力学、免疫功能、血栓弹力指标的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(01):54-57.
- [2]夏军,张显利.多层螺旋CT增强扫描联合癌胚抗原、糖类抗原24-2、糖类抗原72-4检测对大肠癌术前分期诊断的价值研究[J].陕西医学杂志,2021,50(12):1517-1520.
- [3]刘小辉.经内镜支架与肠梗阻导管植入治疗大肠癌急性肠梗阻的临床对比研究[J].临床研究,2021,29(06):6-7.
- [4]赵保成,沈天皓,杨希夷.经鼻(肛)型肠梗阻导管联合动脉灌注化疗治疗大肠癌腹膜转移合并恶性肠梗阻的临床疗效[J].肿瘤药理学,2020,10(06):704-708+718.
- [5]李伟.肠道支架与肠梗阻导管在腹腔镜治疗大肠癌合并肠梗阻的应用比较及对血清DAO、MDA水平的影响[J].消化肿瘤杂志(电子版),2019,11(01):41-45.

(上接第13页)

发病发生^[3]。然而,治疗过程中,患者出现不同程度癌痛,导致其出现焦虑、恐慌等情绪,给临床治疗带来不良影响^[4]。

安宁疗护又被称之为宁养服务、临床关怀,起源于英国,最近几年在我国临床护理中受到广泛应用^[5]。安宁疗护多用于无治愈希望终末期病人,通过积极、全方位照护,调节患者心理状态,使其以乐观心态面对生命中最后阶段^[6]。恶性肿瘤终末期患者对死亡产生恐惧,加之癌症进展引发机体疼痛,导致其承受巨大痛苦^[7]。因此,在姑息治疗过程中应予以安宁疗护。安宁疗护护理开始前,首先成立安宁疗护小组,定期开展培训,使小组成员了解安宁疗护具体内容,增强其安宁疗护意识,以为恶性肿瘤终末期患者提供优质支持^[7]。有研究指出,恶性肿瘤终末期患者予以安宁疗护可减轻患者疼痛,纠正其存在不良情绪^[8]。本研究结果表明,护理前两组患者疼痛及心理状态评分对比均无差异,经护理后两组疼痛及心理状态均改善,安宁组改善效果优于常规组。本研究结果与上述研究结果基本相同。安宁疗护中重点对患者及家属进行心理疏导、死亡教育,使患者及其家属能够正确认识人最终都是要死亡的,通过心理疏导与精神安慰,使患者安然度过生命最后时期^[9]。同时,为了减轻患者痛苦,不采取不必要治疗手段,以促进患者生活质量提升。本研究结果表明,护理后安宁组生活质量评分与常规组相比,明显较高。另外,安宁组患者满意度高于常规组。

综上所述,恶性肿瘤终末期癌痛患者临床护理中予以安宁疗护理念下护理

干预可减轻患者疼痛感,纠正其存在不良情绪,促进生活质量及满意度提升。

参考文献:

- [1]王滢滢.姑息缓和治疗联合安宁疗护在大肠肿瘤终末期患者中的应用效果观察[J].中国肛肠病杂志,2022,42(04):65-67.
- [2]王燕,毛睿.安宁疗护实践对恶性肿瘤终末期患者的情绪压力及自我效能的影响[J].医学信息,2022,35(01):187-189.
- [3]黄绘群.安宁疗护对脑肿瘤患者终末期主观幸福感及生活质量的影响[J].基层医学论坛,2021,25(20):2953-2954.
- [4]李金娜,赵丹丹.MDT式安宁疗护在终末期癌症患者中的应用观察[J].内蒙古医学杂志,2021,53(05):606-607+609.
- [5]林丽芳,黄建芬,顾燕.MDT协作模式下的安宁疗护对老年肿瘤终末期患者负性情绪及生活质量的影响[J].护理实践与研究,2020,17(24):69-71.
- [6]汤莹.安宁疗护联合疼痛管理对肿瘤终末期患者生活质量的影响[J].黑龙江医学,2019,43(12):1541-1543.
- [7]冯敏.安宁疗护对恶性肿瘤终末期患者近期生活质量的影响[J].中外女性健康研究,2019(17):11-12+47.
- [8]詹鸿静,尹兆艳.基于安宁疗护团队模式对癌症终末期患者的综合管理实施[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(96):180.
- [9]廖华静.疾病终末期老年患者安宁疗护中的心理状态特征分析及干预策略[J].当代护士(下旬刊),2018,25(09):144-147.

CT 增强扫描检查中采用全程护理干预的应用效果

陈振丽

新泰市人民医院 山东新泰 271200

摘要：目的：探讨全程护理干预对接受 CT 增强扫描患者的影响。方法 选取我院 2021 年 9 月-2022 年 3 月之间收治的患者 220 名,按检查先后分别分为观察组或对照组, 每组 110 人,观察组在常规护理的基础上, 进行全程护理干预, 对照组采取常规护理, 进而通过观察患者间的生理及心理状况, 来详细分析护理方法的有效性。结果 观察组患者经护理干预对检查的配合程度明显优于对照组 ($P<0.05$)。观察组患者 CT 结果明确性明显高于对照组 ($P<0.05$)。观察组患者的心理状况明显优于对照组 ($P<0.05$)。从安全性方面考虑, 观察组患者的不良反应发生率明显低于对照组 ($P<0.05$)。结论 全程护理干预可有效减轻患者在做 CT 时心理和生理的不适, 提高了其心理与生理耐受能力, 降低机体对应激的高反应性, 有利于对检查的进行, 同时提高患者配合度和检查结果的准确性。

关键词：CT 增强扫描；全程护理；应用效果

【Abstract】 Objective To investigate the effect of whole-course nursing intervention on patients receiving CT enhanced scanning. Methods A total of 220 patients admitted to our hospital between September 2021 and March 2022 were selected and divided into observation group or control group according to the order of examination, with 110 people in each group. On the basis of routine nursing, the observation group underwent the whole process Nursing intervention, the control group took routine nursing, and then the effectiveness of nursing methods was analyzed in detail by observing the physical and psychological status of patients. Results The degree of cooperation of the patients in the observation group to the examination after nursing intervention was significantly better than that in the control group ($P<0.05$). The CT results of the observation group were significantly higher than those of the control group ($P<0.05$). The psychological status of the observation group was significantly better than that of the control group ($P<0.05$). In terms of safety, the incidence of adverse reactions in the observation group was significantly lower than that in the control group ($P<0.05$). Conclusion The whole nursing intervention can effectively reduce the psychological and physical discomfort of patients during CT, improve their psychological and physiological tolerance, reduce the body's high reactivity to stress, which is conducive to the examination, and at the same time improves the patient's cooperation and ability. Check the accuracy of the results.

Key words: CT enhanced scanning; whole-course nursing; application effect

临床影像学检查可以为临床诊断和临床治疗提供准确的参考依据。由于 CT 扫描的经济适用性和广泛的诊断范围, 并且增强的 CT 扫描可提高病变的检出率, 有助于疾病的诊断和鉴别诊断, 因其使其广泛用于医院临床诊断中。虽然 CT 增强扫描具有提高病变定性能力的优势, 但是也会出现类似于辐射强度增加或造影剂渗漏等不良情况, 此时不仅会影响整体的检查结果, 也会在一定程度上影响患者的心理状况^[1]。同时据调查结果显示, 多数患者在进行增强 CT 检查时, 担心其辐射强度与检查效果同步增强, 致使自身健康受到严重影响。所以为了更好的对患者进行专业检查, 相关人员提出要在进行 CT 增强扫描的同时给予患者专业的护理措施, 只有这样才能更好的为患者进行服务。然而事实却是目前医院实施的传统护理科学性欠佳, 未对患者具有的内在需求进行考量, 且各方面护理细节存在许多缺陷, 难以对患者疾病状况产生积极影响。因此, 医院有必要对护理工作优化。经专家多年研究提出, 随着护理理念的变化, 全程护理这种以患者为中心的护理模式被发明出来且广泛应用于临床, 同时也获得了良好效果^[2]。基于此。本文作者通过选取部分患者来详细分析全程护理干预对接受 CT 增强扫描患者的影响, 以期今后的临床工作提供帮助。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取我院 2021 年 9 月-2022 年 3 月之间收治的患者 220 名,按检查先后分别分为观察组或对照组, 每组 110 人, 其中对照组男性患者 69 例, 女性患者 41 例, 平均年龄为 (46.22 ± 3.99) 岁, 平均病程为 (2.11 ± 2.00) 月, 其中肺部扫描 77 例, 肝脏扫描 30 例, 其他部位扫描 3 例。而研究组男性患者 60 例, 女性患者 50 例, 平均年龄为 (57.88 ± 4.21) 岁, 平均病程为 (1.90 ± 1.88) 月, 其中肺部扫描 60 例, 肝脏扫描 40 例, 其他部位扫描 10 例。本文选取的患者各项资料不存在差别 ($P>0.05$), 均符合相关诊断标准, 且已对患有重大疾病以及无法进行有效沟通的患者进行排除。本次研究前, 已成功取得上级领导、患者以及患者家属认同。

1.2 研究方法

根据分组情况对患者进行不同的护理方法, 其中对照组进行传统护理, 即医护人员要通过在医院内部成立一个病友组织, 适当应用成功典型来教育患者增强患者病情控制效果。通过讲解疾病相关知识和专业心理辅导激发他的家庭责任感让他最大限度减轻心理负担。根据患者的耐受性和

血管状况调节造影剂的注射速度，并在确保检查质量的同时降低注射速度和造影剂的注射量。检查期间需密切监视患者的状况，如果发生溢出，应立即停止检查^[3]。而研究组进行全程护理，具体内容包括（1）入院时建立详细的档案，充分了解患者的各种信息材料，将其记录在档案中，向患者解释需要扫描和检查的项目以及需要注意的事项，给予患者良好的心理支持，与安慰沟通，了解患者心中的担忧，并帮助解决。安慰鼓励患者进行积极的面对面检查，以消除他们的紧张甚至焦虑^[4]。（2）在增强 CT 检查过程中，由于必须对含碘对比剂进行注射，而该种对比剂极有可能导致部分检查人员出现不良反应，在情况严重时甚至将对生命健康安全构成威胁，故而存在甲状腺功能亢进、患有重症肌无力以及对碘过敏的患者，必须及时与医师进行沟通，避免参与该项检查。（3）在增强 CT 检查结束后，部分患者极易出现过敏、肺水肿以及感染等多种不良事件，因此在检查结束后患者应在医院中停留一段时间，给予医师充分的观察时间，避免检查人员出现上述症状时，医师无法及时采取治疗措施^[5]。（4）在检查开始前的 48 小时左右，检查人员不应该继续服用双胍类药物，并在检查结束后的 48 小时内，禁止充分服用此类药物。该点对保障检查人员身心健康具有重要作用^[6]。

1.3 评价指标

通过观察患者间检查的配合程度、CT 结果明确性、患者的心理状况以及不良反应发生率，以此分析全程护理干预对接受 CT 增强扫描患者的影响。

1.4 统计学分析

用 SPSS21.0 统计学软件对数据进行分析，计量资料用 t 检验，计数资料行 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 观察患者间检查配合程度

观察组患者经护理干预对检查的配合程度明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 1

表 1 观察患者间检查配合程度（%）

组别	n	非常配合	一般配合	较为配合	不配合
对照组	110	55(50.00%)	20(18.18%)	2 (1.81%)	33(30.00%)
观察组	110	100 (90.91%)	1 (0.91)	1 (0.91)	8 (7.27%)
χ^2					6.445
P 值					0.001

2.2 观察患者间 CT 结果明确性

观察组患者 CT 结果明确性明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2

表 2 观察患者间 CT 结果明确性（%）

组别	n	非常准确	一般准确	较为准确	不准确
----	---	------	------	------	-----

对照组	110	70 (63.64)	20 (18.18)	2 (1.81%)	18(11.82%)
观察组	110	100 (90.91%)	6 (5.45%)	2 (1.81%)	2 (1.81%)
χ^2					7.332
P 值					0.001

2.3 观察患者间心理状况

观察组患者的心理状况明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 观察患者间心理状况($\bar{x}\pm s$)

组别	n	SAS 评分	SDS 评分	正性情绪	负性情绪
对照组	110	28.40±8.42	33.95±10.42	33.05±7.03	55.51±9.22
观察组	110	15.20±4.22	20.77±6.11	65.94±8.33	39.51±7.92
t		6.477	7.275	5.338	6.990
P		0.001	0.001	0.001	0.001

2.4 观察患者间不良反应发生率

从安全性方面考虑，观察组患者的不良反应发生率明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 4

表 4 观察患者间不良反应发生率（%）

组别	n	恶心呕吐	头痛头晕	发热	起疹
对照组	110	8 (7.27%)	18 (11.82%)	2 (1.81%)	2 (1.81%)
观察组	110	1 (0.91)	1 (0.91)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
χ^2					0.001
P					0.001

3. 讨论

随着现代科技技术水平不断提高，CT 检查技术在疾病诊断中的应用率正在不断提高。针对该项技术而言，其能够对检查人员身体实际情况进行充分明确，并为医疗人员制定医疗决策提供可靠依据。在实际检查过程中，若 CT 检查无法对检查人员进行准确检查，医师多会建议检查人员进行增强 CT 检查。增强 CT 检查不仅准确率较高，而且不会增加辐射剂量，即能够在保障检查人员身心健康的基础上，提高检查结果精准性。但该项检查技术注意事项较多，因此为避免对自身健康与检查结果产生影响，检查人员必须充分掌握注意事项^[7]。姜欣芝,张灵敏,李梅^[8]称，在 CT 增强扫描检查之前，应进行特殊准备，以评估患者的心理状态和合作状态，对比剂的使用，以及增强检查期间患者的心理和躯体应激反应，这些都与 CT 图像质量信息有关。因此，在 CT 增强扫描患者的整个检查过程中，针对

（下转第 31 页）

三方协同干预模式在手术室安全管理中的应用研究

姜方智

宜宾市第一人民医院手术室 四川宜宾 644000

摘要：目的：探究三方协同干预模式在手术室安全管理中的应用。方法：选取 2021 年 1 月-6 月同期在我院手术室就职的医护人员 14 名将其作为此研究对照组，采用手术室常规护理管理，另选取 2021 年 7 月-12 月在我院手术室就职的医护人员 14 名作为此研究观察组，采用三方协同干预，比较两组护理质量差异。结果：观察组消毒隔离、仪器准备、护理文书、环境质量及手术配合满意度评分高于对照组，差异显著 $P < 0.05$ 。结论：手术室护理安全中应用三方协同干预可有提升医护满意度，进而提高护理质量，有效预防护理缺陷的发生，值得临床借鉴。

关键词：手术室；三方协同干预模式；护理质量；安全管理

Abstract: Objective: To explore the application of tripartite collaborative intervention mode in operating room safety management. Selection methods: January 2021 - during the same period of working in the hospital operating room nurses in June 14 will as the research in the control group, routine nursing management using the operating room, the other selected in July 2021-12 months working in our hospital operating room nurses 14 masterpieces for this research group, USES the tripartite concerted intervention, compared two groups of nursing quality. Results: The satisfaction score of disinfection and isolation, instrument preparation, nursing documents, environmental quality and surgical cooperation in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was significant $P < 0.05$. Conclusion: The application of tripartite collaborative intervention in operating room nursing safety can improve the satisfaction of medical care, improve nursing quality and effectively prevent the occurrence of nursing defects, which is worthy of clinical reference.

Key words: operating room; Tripartite coordinated intervention mode; Nursing quality; The safety management

手术室是患者治疗护理的主要场所，其应用的相关设备比较先进，可有效提高手术成功率，但是手术室内存在较大的风险且工作量大、患者较多，同时其对医护人员也具有较高的要求^[1]。目前临床上手术室护理都有缺陷，其重视手术而易忽略患者的情绪，这就会降低其依从性，影响手术进展的同时也会对预后造成影响，进而增加医疗纠纷的发生率，所以应加强手术室安全管理^[2]。本文主要研究三方协同干预模式在手术室安全管理中的应用，选取 50 例患者为研究对象，报道如下。

1、临床资料

1.1 一般资料

选取 2021 年 1-6 月收治的 50 例手术患者，其中男 21 例、女 29 例，平均 (43.62 ± 16.41) 岁，同期在我院手术室就职的医护人员 14 名，平均 (33.29 ± 2.3) 岁；另选取 2021 年 7-12 月收治的 50 例手术患者，其中男 20 例，女 30 例，平均 (39.86 ± 18.93) 岁，同期在我院手术室就职的医护人员 14 名，平均 (34.78 ± 1.25) 岁，两组一般资料对比无差异 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组实施手术室常规护理管理：（1）组建手术室专科管理体系，各专科选出一名专科组长，护理人员相对固定在各专科组，对于问题运用 PDCA 的方式展开讨论并制定相应的护理方案，同时为培养护理人员的质量意识，采用奖惩制度对其进行约束。（2）定期组织小组成员进行培训，包括专科理论以及专科仪器设备，以及抢救设备的培训，增强其对手术室护理基础知识的掌握，强化医护人员的专业技能，使其能引起足够的重视进而保证手术室的安全性。（3）尽可能完善细节管理体系，将专科设备固定人员定期检查维护保养，对于手术过程中应用到布类、器械、一次性物品及药品进行检查，防止设备功能损坏，物品过期对患者造成意外伤害，加强对手术室各种仪器的位置优化管理，固定位置、合理摆放并将其各种导线及电源线整理好，定期进行消毒并检查保证质量安全贴上合格的标签，防止物品乱放导致物品拿取、准备困难，延长手术开台准备时间，另

外由专科组长组织安排专科组人员对各仪器的使用方法轮换进行培训学习，提升个人素养。（4）手术前医护人员加强与患者的交流，通过术前访视，对患者有针对性地实施心理疏导，能使患者在心理上获得安全感。我科在手术室外等候区张贴手术相关宣教图片，或者电视滚动播放手术安排的进展，使患者了解手术过程，逐渐消除紧张感，对手术充满信心，能主动配合手术，提高自身素质和能力，激发学习的热情及自觉性。

观察组持续运用常态管理的方式上纳入三方协同干预模式：（1）人员培训：加入麻醉医生、手术医生的培训学习，让麻醉医生参与我们指导授课，解决了我们护理固化的知识理念，以及麻醉相关知识理论不够专业，不够灵活、不够深入的问题，邀请手术医生从他们的角度给我们讲述专科理论以及手术配合中的问题，让我们能更了解医生的真实想法及专业要求，避免因人际关系而不好意思表达某些专业要求，对于需要三方一起学习的内容从医院层面开展针对性培训，主要培训相关文件精神，提升医护相互协助、相互监督提醒的意识，比如对三方核查的认知度，组织开展手术室安全管理专家讲座，促使三方均能有效认知手术安全核查的重要性，不认真执行三方核查所造成的后果，即所要承担的责任，促使三方自觉参与到手术安全核查中。（2）制定完善的三方核查制度：依据 WHO“安全手术拯救生命”的计划中有关“手术安全核查表”相关内容，结合我院的实际情况，制定针对性的手术室安全核查制度，发放的手术室安全核查表内容包含：基本信息、手术方式、手术部位与标识、皮肤完整性、术前皮肤准备、过敏史、影像学资料等内容，总计 48 项，在手术期间，要求手术医生、麻醉医生及手术室护理三方团队在麻醉开始时、手术开始前、离开手术室时三阶段均要遵循手术安全核查表，三方共同核查与确认，避免手术出错，确保各个环节安全。（3）三方协同干预模式的实施：①在患者进入手术室之后，巡回护士认真核对患者的基本信息，包括：姓名、科别、床号、住院号等，严格执行完善《手术安全核查表》麻醉前的各项指标，并与麻醉医生、手术医生沟通，对完成情况再次检查确认，是否达到现有

条件的最佳状态,比如建立液体的位置是否和麻醉冲突,抗生素是否规范医嘱,并严格按管理要求执行。②麻醉前、手术开始前、术后的三次核查,分别由手术医生、麻醉医生、手术室护士主持,三方共同参与。③结合《手术安全核查表》内容,在正确的时机逐条核对麻醉知情同意后,实施麻醉方式,术前核对患者身份、手术标识、手术方式及所需器械物品等项目,确认无误之后,给正确的患者实施正确的手术,术后核查患者身份、术中用物、引流管、手术标本、以及护理文书完成情况,参考监护仪及病人的情况合理评估患者心率、呼吸指标,在病人符合出室指标时安全护送患者离开手术室。(4)一方面,在手术室护理安全管理工作中,三方协同机制要有效合理推进,医护要达到良好的配合,医院要制定严格的监督机制、合理的奖惩机制,定期对手术室的三方核查进行检查、监督、汇总、改进。从医院层面,医务科及护理部每月不定期组织人员到手术室跟台,检查三方协同工作的落实情况与质量,从手术室层面,每天登记三方核查的执行情况,并将不足填写备注栏,每月汇总并改进。另一方面,通过评价机制,医院既要发现问题,也要发现护理人员身上的闪光点,树立“优秀护理榜样”,带动更多护理人员,让护理人员意识到自我提升的荣誉感和幸福感。

1.3 评价指标

(1)采用本院自制的调查表评估护理质量,主要包括消毒隔离、仪器准备、护理文书、环境质量、手术配合五项内容,各项100分,评分越高护理质量越佳。(2)手术配合满意度

1.4 统计学方法

统计学软件应用SPSS22.0,计量资料: ($\bar{x} \pm s$), t 检验;计数资料:(n, %), 卡方检验。P<0.05 差异显著。

2、结果

2.1 两组护理质量对比

观察组消毒隔离、仪器准备、护理文书、环境质量、手术配合评分高于对照组,差异显著 P<0.05, 见表1:

表1 两组护理质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	消毒隔离	仪器准备	护理文书	环境质量	手术配合满意度评分
观察组	14	86.8±3.2	85.4±4.5	88.7±2.6	89.7±3.6	90.3±2.2
对照组	14	81.5±3.5	80.3±4.1	84.6±2.4	82.5±3.3	87.9±2.6
t	/	4.182	3.135	4.336	5.516	2.637
P	/	0.000	0.004	0.000	0.000	0.014

3、讨论

手术室中的医护人员需要具备专业的知识及技能,无论是哪一环节出现错误都可能对患者预后效果造成影响,甚至是危及生命安全,其工作量较大且患者较多,医护人员每天面对繁杂的工作也可能会因个人疏忽而导致护理差错的发生,所以一定要加强管理^[3]。以往手术室护理中存在较大的缺陷,护理工作中医护人员会出现不耐烦的情况,且其护理内容比较简单,这就会降低患者对护理工作的满意度,进而影响其治疗的积极性^[4]。

当前手术室安全管理存在着以下问题:(1)管理没能与时俱进:当前手术室护理安全管理工作中,管理观念参差不齐,之所以出现这方面问题,体现了医院护理安全管理的固化、模式化,表明医院管理观念没有跟上

现代医疗发展步伐。(2)不重视在职培训:在手术室护理安全管理工作中,仍然有部分医院不重视在职培训,或只重视培训,不重视效果。(3)疏忽管理的合理性及有效性:比如三方核查是手术室护理安全管理工作中的重点。在手术室护理安全管理工作中,在管理合理性方面,培训只在三方核查制度大力推进时举行,但是人员经常都有更新,新进人员、规培人员知识比较片面,往往停留在言传身教的模式中,每个人领悟和学习的有效性存在差异,没有达到很好地同质化管理,导致三方核查执行参差不齐,这导致三方核查制定的目的被弱化,另一方面,在管理有效性方面,更多的来源于护理人员的监督,参与医生没有在意上加码,往往是在护理人员的催促,反复提醒下才去执行三方核查,他们的关注点只是停留在如何把手术安全的完成,手术完成后意识更弱,忙于后续处理或下一台手术准备,当手术比较繁杂时,护理人员有时候忙于手术准备工作,以及病人术后的处理以及完善记录,也会疏忽提醒监督职责,没有达到三方相互监督,相互提醒,提升护理质量,预防差错的目的,以致在手术室护理安全管理工作中流于形式。良好的监督机制、评价机制,既可以发现问题、纠正问题,也可以突显优点、表彰先进,这是护理人员进行自我提升的一种路径。手术室是为患者进行手术诊断、手术治疗以及担负抢救任务的重要科室。手术室护理工作质量好坏将影响着医疗质量和病人的安危。我科实行专科护士管理模式,术前准备及术中配合安排工作经验丰富的专科护士做好术前准备工作,建立各类手术配合常规,以确保手术用物齐全、适用、符合要求。医护有效的合作,让护士更加准确了解术前诊断、手术方式、体位,做好手术患者的心理护理。术中做到技术熟练、主动配合、熟记手术医生的个人习惯,确保手术顺利完成。

手术安全核查三方主要为巡回护士、手术医生与麻醉医生,在既往手术室患者转运、交接期间,麻醉医生与手术医生对巡回护士的依赖性较强,加之无人监督管理,往往存在着手术接台通知不到位、转运交接异常等情况,会对手术患者安全、护理质量产生影响。通过实施三方协同核查模式干预,能够实现手术人员对手术安全核查知晓率的提升,从制度、流程明确三方手术核查期间的负责人,促使手术医生、巡回护士、麻醉医生自觉执行核查制度,促使患者在麻醉前、手术时、手术后均接受规范与全面的核查,以此确保手术安全。成佩枫^[6]研究结果显示手术室护理安全中应用三方协同干预可提高护理质量,降低不良事件的发生率,其观察组不良事件发生率(4.49%)低于对照组(16.85%),与此研究结果一致。本次研究结果显示观察组护理质量评分高于对照组,且观察组不良事件发生率低于对照组。

综上所述,手术室护理安全中应用三方协同干预模式可提高护理质量,预防医疗差错及缺陷的发生,值得推广。

参考文献:

- [1]叶雪娟,刘雪霞.PDCA 循环管理模式联合细节护理提高手术室安全管理及护理质量的效果[J].黑龙江医学,2021,45(02):165-166.
- [2]于帆.护理安全干预机制在手术室安全管理中的应用效果[J].中国医药指南,2020,18(18):243-244.
- [3]吴菊花.手术室安全管理中护理安全干预机制的应用效果[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(45):174.
- [4]董红.护理安全干预机制在手术室安全管理中的应用效果[J].罕少疾病杂志,2018,25(02):68-70.

腹腔镜手术采用手术室护理路径的效果及患者应激反应观察

吕辉玲

新泰市人民医院 山东新泰 271200

摘要：目的：探索手术室护理路径对腹腔镜手术患者应激反应影响。方法：筛选我院开展腹腔镜手术患者支撑研究（2020年5月到2021年12月），以盲信封盲抽方式将110例患者抽取55例，纳入对照组，行常规护理，剩余55例纳入观察组，开展手术室护理路径，观察患者术后各项指标。结果：观察组各项时间指标（首次排气时间、下床活动时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间）更优，差异明显（ $P<0.05$ ）。观察组应激指标（IR指数、CRP）术后1d、术后3d均更优，差异明显（ $P<0.05$ ）。观察组各维度指标：生理状态、心理状态、社会功能、情感职能评分更高，差异明显（ $P<0.05$ ）。不良事件发生率观察组1.82%（更低），对照组9.09%，差异显著（ $P<0.05$ ）。满意度观察组96.36%（更高），对照组87.27%，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：手术室护理路径对腹腔镜手术患者康复具有积极意义，可降低应激反应，缩短康复周期，价值显著。

关键词：手术室护理路径；腹腔镜手术；应激反应；满意度

【Abstract】 Objective: To explore the effect of operating room nursing path on the stress response of patients undergoing laparoscopic surgery. Methods: We selected our hospital to carry out laparoscopic surgery patient support study (from May 2020 to December 2021), and selected 55 patients from 110 patients by blind envelope and blind drawing, and included them in the control group, receiving routine care, and the remaining 55 patients were included in the study. In the observation group, the nursing path in the operating room was carried out, and the postoperative indicators of the patients were observed. RESULTS: The time indexes of the observation group (time to first exhaust, time to get out of bed, time to recovery of bowel sounds, time to first defecation, time of hospitalization) were better, with significant differences ($P<0.05$). The stress indexes (IR index, CRP) of the observation group were better on the 1st and 3rd days after the operation, and the difference was significant ($P<0.05$). In the observation group, the scores of each dimension index: physiological state, psychological state, social function, and emotional function were higher, and the difference was significant ($P<0.05$). The incidence of adverse events was 1.82% (lower) in the observation group and 9.09% in the control group, with a significant difference ($P<0.05$). The satisfaction rate was 96.36% (higher) in the observation group and 87.27% in the control group, with a significant difference ($P<0.05$). Conclusion: The operating room nursing path has a positive significance for the rehabilitation of patients with laparoscopic surgery, which can reduce the stress response and shorten the rehabilitation period, with significant value.

【Key words】 operating room nursing path; laparoscopic surgery; stress response; satisfaction

腹腔镜手术已经成为临床上常见的治疗方式，相比于传统外科手术更具有优势，对患者产生的创伤较小，安全性良好，有助于患者术后恢复，缩短康复周期，具有较高的推广价值^[1]。手术室护理路径是一种优质理念，可以满足患者各项需求，为患者营造优质的康复环境，提升术后护理质量，降低术后不良事件发生风险，也是现阶段医疗护理发展重点方向^[2]。本次研究将以腹腔镜手术患者为案例（110例），分析护理干预价值：

1 资料与方法

1.1 一般资料

筛选我院开展腹腔镜手术患者（110例）支撑研究（2020年5月到2021年12月），以盲信封盲抽方式划分组别，对照组55例，男女比例（6：5）（男30例/女25例），年龄跨度23-72岁，年龄均值（ 55.24 ± 2.25 ）岁，观察组55例，男女比例（29：26）（男29例/女26例），年龄跨度24-73岁，年龄均值（ 55.37 ± 2.23 ）岁，纳入标准：（1）患者均 >20 岁；（2）患者无手术禁忌；（3）患者知情且达成协议；排除标准：（1）患者精神障碍或既往精神病史；（2）患者存在恶性肿瘤疾病；（3）患者妊娠期或哺乳期；（4）患者存在手术禁忌；一般资料数据无差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组选择常规护理，监测患者各项生命体征，指导患者家属配合，了解手术各项注意事项，做好准备工作，评估患者身体情况，做好术后护理。

1.2.2 观察组

观察组选择手术室护理路径：（1）建立护理路径小组，由护士长作为

小组长，护士作为小组成员，开展针对性培训，掌握各项护理知识与技巧，制定路径表，根据规定对患者开展针对性护理干预。（2）对患者开展术前护理，与患者、家属沟通，讲解疾病各项知识与注意事项，开展健康宣教，并介绍手术环境以及相关医疗器械，帮助患者树立治疗自信心，消除自身紧张感与恐惧感，提升主动性。监测患者各项生命体征，如果患者存在体征不合格情况则需要先对症治疗，达到标准后方可进行手术。评估患者心理状态，指导患者消除负面情绪，降低情绪对手术影响，检查各项器械、设备、药物配备情况。（3）开展术中护理，配合医护人员开展手术，核对患者信息，控制手术室环境，调控湿度、温度，指导患者调整体位，做好保暖处理，监测各项生命体征。（4）开展术后护理，指导患者家属配合，明确各项注意事项，患者清醒后告知患者手术成功，预防不良事件，监测生命体征变化，叮嘱患者家属辅助护理。

1.3 观察指标

（1）观察患者各项时间指标，包括首次排气时间、下床活动时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间。

（2）观察患者应激指标，包括IR指数（胰岛素抵抗指数）、CRP（C反应蛋白）。

（3）观察患者生活质量，以QLQ-C30生活质量量表对患者测评（包含七个维度，由于文本限制筛选四个：认知功能、躯体功能、社会功能、情绪功能），分值从0分至100分，表示质量升高趋势。

（4）观察患者术后不良事件，包括出血、感染、腹痛腹胀，计算发生率。

（5）观察患者满意度，自拟问卷，设计分值0-15分，非常满意（15

分-11分)、满意(10分-6分)、不满意(5分-0分),计算满意度。

1.4 统计学处理

SPSS24.0 统计,以($\bar{x}\pm s$)、数(n)或率(%)计量计数,t与 χ^2 作为正态分布验证结果, $P<0.05$ 说明差异显著。

2 结果

2.1 患者各项时间指标

观察组各项时间指标(首次排气时间、下床活动时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间)均低于对照组,差异显著($P<0.05$),见表1。

表1 时间指标($\bar{x}\pm s$)

组别 (n=55)	首次排气时 间(h)	下床活动时 间(h)	肠鸣音恢复时 间(h)	首次排便时 间(d)	住院时间 (d)
观察组	16.55±2.45	15.25±1.90	12.15±1.11	1.37±0.15	5.23±0.33
对照组	26.74±2.49	26.62±1.82	21.10±1.25	1.85±0.17	8.77±0.45
t	15.527	16.787	11.625	8.137	9.285
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 患者应激指标

观察组应激指标(IR指数、CRP)术后1d、术后3d均低于对照组,差异明显($P<0.05$),如表2。

表2 应激指标情况($\bar{x}\pm s$)

组别 (n=55)	IR 指数		CRP (ng/ml)	
	术后1d	术后3d	术后1d	术后3d
观察组	3.73±0.23	2.70±0.15	23.62±2.36	9.41±1.10
对照组	4.35±0.25	3.13±0.18	38.35±2.58	13.75±1.32
t	10.362	9.156	13.628	9.852
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 患者术后生活质量

各维度指标:生理状态、心理状态、社会功能、情感职能均为观察组高,差异明显($P<0.05$),如表3。

表3 生活质量情况($\bar{x}\pm s$,分)

组别(n=55)	生理状态	心理状态	社会功能	情感职能
观察组	91.15±3.26	88.83±2.45	88.36±2.56	89.30±2.32
对照组	81.62±3.25	80.75±2.35	83.65±2.36	85.62±2.67
t	16.592	14.962	12.371	10.251
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 患者术后不良事件

不良事件发生率观察组1.82%(更低),对照组9.09%,差异显著($P<0.05$),见表4。

表4 不良事件发生情况[n(%)]

组别	n	出血	感染	腹痛腹胀	发生率
观察组	55	0(0.00)	1(1.82)	1(0.00)	1(1.82)
对照组	55	2(3.64)	2(3.64)	1(1.82)	5(9.09)
χ^2	-	-	-	-	4.074
P	-	-	-	-	0.036

2.5 满意度情况

满意度观察组96.36%(更高),对照组87.27%,差异显著($P<0.05$),

如表5。

表5 满意度情况[n(%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意率
观察组	55	35(63.64)	18(32.73)	2(3.64)	53(96.36)
对照组	55	33(60.00)	15(27.27)	7(12.73)	48(87.27)
χ^2	-	-	-	-	4.356
P	-	-	-	-	0.037

3 讨论

腹腔镜手术是临床上常见的治疗手段,通过微小切口置入腹腔镜镜头辅助手术,医生通过镜头传送图像观察病灶部位情况^[3],了解病症,开展高质量手术,达到治疗目的。该方式相比传统手术对患者产生的创伤较小,封闭环境不会对腹腔脏器产生干扰,患者术后恢复速度较快^[4],降低不良事件发生风险,应用价值显著。但受微创手术性质影响,其精细化程度较高,对临床护理也提出更高要求,以促使患者治疗效果得到保证。手术室护理路径是一种新型护理理念,以路径形式将患者护理进行表现,从不同阶段开展控制,为患者营造良好的康复环境,降低外界因素产生的干扰,开展系统化护理,同时改善患者心理负面情绪,提升康复信心,以积极的心态面对疾病,建立良好的护患关系,加强护患沟通,降低医疗纠纷发生率,帮助患者尽快恢复身体机能,及早出院,具有较高的推广价值^[5]。

本次研究结果中,观察组各项时间指标(首次排气时间、下床活动时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间)更优,差异显著($P<0.05$),说明通过护理干预可有效改善患者康复效果,缩短康复周期,为患者营造良好的康复环境。观察组应激指标(IR指数、CRP)术后1d、术后3d更优,差异明显($P<0.05$),说明通过该护理可降低患者术后应激反应,降低身体炎症,有助于患者康复。各维度指标:生理状态、心理状态、社会功能、情感职能均为观察组高,差异明显($P<0.05$),说明该护理可提升患者生活水平,降低手术创伤,及早恢复身体机能。不良事件发生率观察组1.82%(更低),对照组9.09%,差异显著($P<0.05$),说明通过护理可提升手术安全性,降低不良事件发生率,强化治疗效果。满意度观察组96.36%(更高),对照组87.27%,差异显著($P<0.05$),说明该护理方式可为患者营造高质量康复环境,患者认可度更高,可主动配合,应用价值显著。

综上所述,手术室护理路径在腹腔镜手术患者术后康复中应用价值显著,可有效降低患者应激反应,改善患者康复效果,降低不良事件发生风险,提高患者生活质量,有助于身体机能提升,促使患者及早出院,应用价值显著。

参考文献:

- [1]丁丽娟,王玲,王洁.手术室护理路径在妇科腹腔镜手术护理中的应用及效果评价[J].人人健康,2020(07):244.
- [2]张丹丹.手术室护理路径干预方法应用于腹腔镜手术患者的效果和对患者应激反应的影响[J].黑龙江中医药,2021,50(05):420-421.
- [3]龙玲,高颖.手术室护理路径联合恒温加热仪干预在腹腔镜手术患者中的应用效果[J].医疗装备,2021,34(14):124-125.
- [4]曾和香.手术室护理路径对腹腔镜手术护理效果及患者应激反应的影响[J].基层医学论坛,2021,25(21):3039-3040.
- [5]陈亚楠,陈华萍.手术室护理路径对腹腔镜手术护理效果及对患者应激反应的影响[J].中外医学研究,2020,18(10):99-101.

MRI 与 CT 多期动态增强扫描应用于诊断肝硬化伴肝癌的价值

宁润宇

新泰市人民医院 山东新泰 271200

摘要：目的：研究在肝硬化伴肝癌临床诊断中应用 MRI 与 CT 多期动态增强扫描的价值。方法：选取 2019 年 5 月至 2021 年 5 月本院接收的肝硬化伴肝癌患者 100 例（病灶数：114 个）作为研究对象，对全部患者分别行 MRI 多期动态增强扫描、CT 多期动态增强扫描，对比分析两种检查方式诊断肝硬化伴肝癌的效果。方法：114 个病灶中，CT 检测准确率 91.23%（101/114），MRI 检测准确率 92.98%（106/114），两种检查方式检测准确率相比，后者更高，但差异不存在统计学意义（ $P>0.05$ ）。相较于 CT 动脉期、门脉期、延迟期高密度（94 个、4 个、3 个）、低密度（5 个、84 个、88 个）检出结果，MRI 动脉期、门脉期、延迟期高密度（101 个、8 个、4 个）、低密度（4 个、87 个、89 个）检出结果更优。结论：在肝硬化伴肝癌临床诊断中，相较于 CT 多期动态增强扫描，MRI 多期动态增强扫描效果更佳、准确率更高，此种检查方式可全方位显示病灶，有助于后续治疗工作的开展，推广可行性较高。

关键词：MRI；CT 多期动态增强扫描；肝硬化伴肝癌

【Abstract】 Objective: To study the value of MRI and CT multiphase dynamic contrast-enhanced scanning in the clinical diagnosis of liver cirrhosis and liver cancer. Methods: A total of 100 patients with liver cirrhosis and liver cancer (the number of lesions: 114) received in our hospital from May 2019 to May 2021 were selected as the research objects, and all patients underwent MRI multi-phase dynamic enhanced scanning and CT multi-phase dynamic scanning respectively. Enhanced scanning was used to compare and analyze the effects of the two methods in diagnosing liver cirrhosis with liver cancer. Methods: Among the 114 lesions, the detection accuracy of CT was 91.23% (101/114), and the accuracy of MRI was 92.98% (106/114). Compared with the two inspection methods, the detection accuracy of the latter was higher, but the difference did not exist. Statistical significance ($P>0.05$). Compared with CT arterial phase, portal venous phase and delayed phase high density (94, 4, 3), low density (5, 84, 88) detection results, MRI arterial phase, portal phase, The high-density (101, 8, 4) and low-density (4, 87, 89) detection results were better in the delayed phase. Conclusion: In the clinical diagnosis of liver cirrhosis and liver cancer, compared with CT multi-phase dynamic contrast-enhanced scanning, MRI multi-phase dynamic contrast-enhanced scanning has better effect and higher accuracy. The development of treatment work, the promotion feasibility is relatively high.

【Key words】 MRI; CT multiphase dynamic contrast-enhanced scan; Liver cirrhosis with liver cancer

肝癌为恶性肿瘤疾病的一种，近些年，该病发病率逐年提升，对人们身体健康产生严重威胁。我国为肝癌高发地区，部分研究指出，我国肝癌患者数量约占世界范围内肝癌患者数量的 50%，在所有肿瘤疾病死亡患者中，该病患者死亡率仅低于肺癌患者死亡率。既往研究指出，肝癌与肝硬化间联系较为密切，部分研究指出，相较于正常人群，肝硬化患者肝癌发病率明显更高。影像学检查方式为当下诊断肝硬化患者病情进展状况的主要方式，并且此类检查方式肝癌诊断、定性、定位以及分期鉴别中可取得理想效果^[1]。基于此情形，本研究以 2019 年 5 月至 2021 年 5 月本院接收的肝硬化伴肝癌患者 100 例作为研究对象，比较分析在该病患者临床诊断中应用 MRI 与 CT 多期动态增强扫描的价值，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 5 月至 2021 年 5 月本院接收的肝硬化伴肝癌患者 100 例（病灶数：114 个）作为研究对象，其中男性/女性=60/40，年龄范围 37-75（ 55.67 ± 3.18 ）岁，病程 0.6-7（ 3.68 ± 0.93 ）年。

纳入标准：（1）确诊为肝癌且伴随不同程度肝硬化；（2）短期内不存在输血史；（3）临床资料完备；（4）不存在血液系统疾病；（5）知情且同意纳入本研究。

排除标准：（1）哺乳期、妊娠期女性；（2）存在腹部手术史；（3）生殖系统肿瘤；（4）脏器功能障碍；（5）精神障碍；（6）拒绝纳入本研究。

1.2 方法

1.2.1 CT 检查

选用 64 层螺旋 CT 扫描仪，调节各项参数（电流：280mA-370mA；电压：20kV；层厚：5mm；螺距：0.98；1），正式扫描前，指导患者屏气呼吸使肠胃充盈，待呼气结束后展开扫描，扫描范围为膈顶部—肝脏下缘，增强扫描过程中，采取注射方式给予患者碘海醇非离子型对比剂，随后展开动态扫描，延迟期：120s；动脉期：25s-30s；门静脉期：45s-60s。图像采集完成后传输至工作站。

1.2.2 MRI 检查

选用 3.0T 核磁共振成像仪，采取 LAVA 方式行动态扫描，开展轴位扫描操作，调节各项参数（TR：2.6ms；TE：1.2ms；反转角度：15°；反转时间：6ms；重复时间：设置 2.6ms；回波时间：1.2ms；屏息：20s）。随后采取肘静脉注射方式给予患者 Gd-DTPA，进而开展增强扫描，延迟期：180s；门脉期：60s；动脉期：17s-20s。图像采集完成后传输至工作站。

所有采集到的图像均有本院 2 名或 2 名以上具备丰富临床经验的影像科医师进行阅片分析。

1.3 观察指标

统计对比肝硬化伴肝癌临床诊断中 MRI、CT 诊断准确率；观察分析两组患者病灶位置、数目、大小等。

1.4 统计学处理

研究得出数据使用 SPSS26.0 软件处理，计数（MRI 与 CT 诊断肝硬化伴肝癌的准确率、MRI、CT 各期表现特征）资料由数（n）或率（%）

表示, χ^2 检验, $P<0.05$ 代表差异存在统计学意义。

2 结果

2.1MRI 与 CT 诊断肝硬化伴肝癌的准确率

114 个病灶中, CT 检测准确率 91.23% (101/114), MRI 检测准确率 92.98% (106/114), 两种检查方式检测准确率相比, 后者更高, 但差异不存在统计学意义 ($P>0.05$)。

2.2MRI、CT 各期表现特征

相较于 CT 动脉期、门脉期、延迟期高密度 (94 个、4 个、3 个)、低密度 (5 个、84 个、88 个) 检出结果, MRI 动脉期、门脉期、延迟期高密度 (101 个、8 个、4 个)、低密度 (4 个、87 个、89 个) 检出结果更优。见表 1、见表 2。

表 1 MRI 各期表现特征[n(%)]

检查方 式	时期	高密度 (个)	等密度 (个)	低密度 (个)	检出率 (%)
MRI 检 查	动脉期	101	9	4	92.11 (105/114)
	门脉期	8	19	87	83.33 (95/114)
	延迟期	4	21	89	81.58 (93/114)

表 2 CT 各期表现特征[n(%)]

检查方 式	时期	高密度 (个)	等密度 (个)	低密度 (个)	检出率 (%)
CT 检查	动脉期	94	15	5	86.84 (99/114)
	门脉期	4	26	84	77.19 (88/114)
	延迟期	3	23	88	79.82 (91/114)

3 讨论

从肝硬化进展至肝癌患者层面而言, 其本质为动态化过程。部分研究指出, 肝癌、肝硬化间联系较为密切。当前, 对于肝硬化伴肝癌患者, 临床采取药物治疗等非手术治疗方式通常难以取得理想的治疗效果, 临床认为, 此类患者尽早接受手术治疗可有效延长患者生存时间, 促进患者预后改善^[2]。因此, 早期诊疗在肝硬化伴肝癌患者预后改善等方面有着极为重要的价值。当前, 对于肝硬化伴肝癌患者, 临床诊断多采取影像学技术, 如超声 CT、MRI 等。临床实践发现, MRI、CT 检查在肝癌临床诊断中准确率较高, 尤其是微小肝癌患者, 其效果更为明显^[3]。当前, 对于 MRI、CT 诊断肝硬化伴肝癌患者相关研究较少, 大多数相关领域专家认为 MRI、CT 多期动态扫描可检查肝癌患者褐色特征中存在显著的效果, 其中肝动脉期强化较为明显, 其表现为高信号特征, 正常肝实质、尚未强化或者只有轻度强化, 门脉期肝实质强化值可达到峰值, 其会呈现出低、等信号的特征。延迟期患者病灶密度较低, 其会呈现快出、快进的特征^[4]。本研究显示, 对肝硬化伴肝癌患者行 MRI、CT 动态增强扫描期间, MRI 检查期

间, 动脉期多发现高信号, 延迟、门脉期多发现低、等信号, CT 检查期间, 动脉期多发现高密度, 延迟、门脉期多发现低、等密度, 其表现出快进、快出的特征, 与患者早期特征相似度较高。本研究显示, 不同程度的假包膜同样具备肝癌病理特征, 具备双重结构, 内层化较薄, 外层具备较为丰富的新生胆管和受压血管^[5]。早期动态增强内薄膜不会产生强化, 于增强延迟期或晚期, 肝癌患者包膜中血管密度升高, 细胞间隙增大, 从而延长对比剂滞留时间, 并且薄膜表现无规则性且围绕高密度病灶, 其可被认为是诊断非典型强化病例的标准^[6]。

姜玉龙^[7]以 36 例肝硬化伴肝癌患者作为研究对象, 对全部患者分别行 CT、MRI 多期动态增强扫描, 研究发现, 相较于 CT 诊断准确率 (88.1%), MRI 诊断准确率 (90.5%) 更高, 差异无显著性, 由此可知, 在肝硬化伴肝癌患者临床诊断中, 相比 CT 多期动态增强扫描, MRI 诊断准确率更高。沈乔^[8]等以肝硬化伴肝癌患者 40 例作为研究对象, 对所用患者均行 MRI、CT 多期动态增强扫描, 研究发现, 与 CT 诊断准确率 (83.33%) 比较, MRI (92.56%) 更高, 但差异不明显, 由此可知, 对肝硬化伴肝癌患者行 MRI 多期动态扫描效果显著, 诊断准确率较高。姜玉龙、沈乔等研究结果与本次研究结果基本相同。本次研究显示, 114 个病灶中, CT 检测准确率 91.23% (101/114), MRI 检测准确率 92.98% (106/114), 两种检查方式检测准确率相比, 后者更高, 但差异不存在统计学意义; 与 CT 动脉期、门脉期、延迟期高密度 (94 个、4 个、3 个)、低密度 (5 个、84 个、88 个) 检出结果相比, MRI 动脉期、门脉期、延迟期高密度 (101 个、8 个、4 个)、低密度 (4 个、87 个、89 个) 检出结果更优, 说明在肝硬化伴肝癌患者临床诊断中, 相比于 CT 多期动态增强扫描, MRI 多期动态增强扫描诊断效果更优, 检查准确率更高。

综上所述, 在肝硬化伴肝癌临床诊断期间, 与 CT 多期动态增强扫描比较, MRI 多期动态增强扫描效果更佳、准确率更高, 可全方位显示病灶, 其可作为诊断肝硬化伴肝癌的首选方式。

参考文献:

[1]陈生基.MRI 与 CT 多期动态增强扫描诊断肝硬化伴肝癌的临床对比分析[J].影像研究与医学应用,2020,4(13):71-72.

[2]刘昱含,李天然,何建军.MRI 与 CT 多期动态增强扫描诊断肝硬化伴肝癌的临床价值对比[J].影像研究与医学应用,2020,4(15):44-45.

[3]祁海峰.MRI 与 CT 多期动态增强扫描诊断肝硬化伴肝癌的比较[J].影像研究与医学应用,2019,3(15):222-223.

[4]朱庆芳.MRI 与 CT 多期动态增强扫描诊断肝硬化伴肝癌的效果比较[J].影像研究与医学应用,2019,3(2):235-236.

[5]向清凡,胡俊蛟. MRI 与 CT 多期动态增强扫描诊断肝硬化伴肝癌的效果比较[J].影像技术,2020,32(2):35-36,39.

[6]罗小亮.MRI 与 CT 多期动态增强扫描在肝硬化伴肝癌诊断中的应用[J].医疗装备,2019,32(1):31-32.

[7]姜玉龙.MRI 与 CT 多期动态增强扫描诊断肝硬化伴肝癌的效果比较[J].中国医疗器械信息,2021,27(20):96-97.

[8]沈乔,熊世凯,徐青.MRI 与 CT 多期动态增强扫描诊断肝硬化伴肝癌的效果对比[J].康颐,2021(17):205-206.

急性心肌梗心血管内科治疗临床分析

赵生法 刘俊灵 王明军

莒县人民医院 山东省日照市 276500

摘要：目的：探讨分析急性心肌梗死患者心血管内科临床治疗特点及治疗效果。方法：将医院 2010 年 1 月至 2011 年 12 月接诊的 110 例患者心肌梗塞患者，按照随机列表法分成观察组和对照组，每一组各 55 例。观察组采用注射用尿激酶进行治疗，对照组采用常规药物进行治疗，疗程为 58 天，观察并比较两组患者采用不同药物治疗的临床疗效。结果：观察组的总有效率为 90.90%，对照组的总有效率为 76.36%，两组总有效率比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗 58 天后，观察组的心脏功能指标值好于对照组（ $P > 0.05$ ），两组之间的差别有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：急性心肌梗死患者在心血管内科临床治疗效果显著，尤其是观察组采用注射用尿激酶进行治疗后，生命体征提高较比对照组更加明显，而且对患者的心脏功能也起到改善的作用。

关键词：急性心肌梗死；心血管内科；临床分析

引言

据相关研究报道，冠状动脉粥样硬化是冠状动脉形成血栓的关键缘故。因为冠状动脉粥样硬化斑点的裂开和掉下来，在患者的毛细血管中发生静脉血栓。一般来说，冠状动脉粥样硬化的发病是由毛细血管出现异常造成的，阻塞会造成急性心肌梗死。据研究，全球每年有近 1700 万急性心肌梗死患者身亡，并且这类患者的总量在持续提升，因而研究临床治疗方式十分关键。现阶段对该病的治疗主要是根据冠状动脉形成血栓的干涉和提升抗血小板医治，可避免血小板聚集和黏附，改进动脉粥样硬化水平。在近期的试验中，抗血小板医治的优点就在于可以减少非致命性最后和血管性身亡的概率。研究说明，减少患者高风险欠佳毛细血管事情的发病率，可以合理预防传病症裂开，减少临床医学风险性，对维护保养患者生命健康具备特别关键的功效。本次研究对急性心肌梗死患者的消化内科治疗方法及实际效果开展研究剖析，现作如下所示汇报。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本研究对象选取 2010 年 1 月至 2011 年 12 月期间，在我院接受治疗的 110 例心肌梗死患者。所有患者均通过心肌梗死等级评估及 CT、心电图、心肌酶等常规检查，排除心源性休克、严重肝肾功能障碍、肺部感染。随机分成观察组和对照组，每组 55 例。观察组有男性患者 28 例，女性患者 27 例，年龄在 29 至 72 岁之间，平均年龄（ 54.18 ± 12.46 ）岁，其中前壁梗死患者 17 例（30.91%）、后壁梗死者 9 例（16.36%）、冠状动脉梗死 4 例（7.27%）、心室前壁梗死 25 例（45.45%）；对照组有男性患者 29 例，女性患者 26 例，年龄在 30 至 73 岁之间，平均年龄（ 54.89 ± 11.78 ）岁，其中前壁梗死患者 19 例（34.55%）、后壁梗死者 11 例（20.00%）、冠状动脉梗死 5 例（9.09%）、心室前壁梗死 20 例（36.36%）。两组患者的年龄、性别、病情、营养状况等差异不具有统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

全部患者就医后均接纳基础治疗。如患者没有明显的药物禁忌，应给予患者 β 受体阻滞剂，治疗挑选地尔硫卓为患者治疗。当患者并没有血糖低/心搏骤停时，应挑选血管紧张素转氨酶抑制剂。假如患者不可以承受血管紧张素酶抑制剂，可以选取血管紧张素酶抑制剂为患者开展治疗。对照组方式：对照组实验 55 例，选用基本药品治疗。皮下注射硝酸酯类药物和 0.5ml 低分子肝素，每日进行 2 次注射，并给予患者服用阿司匹林肠溶胶囊，每日一次 300mg，每日 1 次。就这样，患者持续治疗了 58 天。观察组方式：观察组 55 例患者，选用尿激酶治疗。将 100 万单位的尿激酶

添加 10mL 生理盐水中，随后溶化成 100mL5% 的葡萄糖溶液中，给患者静脉注射。这药应当在半小时内注射完成。就这样，观察组患者持续治疗了 58 天^[1]。

1.3 观察指标

治疗前后两组患者选用同种类彩色多普勒超声波检测 2 组患者的心脏功能指标值。选用心脏彩超检验左心室收缩后期的转变、收缩和舒张期的变化和时长，记录 C-反应蛋白的转变，点评患者治疗后的修复状况。治疗结束后，依据《心血管药物临床试验评价方法建议》将功效分成效果显著、有效、失效三个标准：显效的表现是，ST 段大于 0.15mv，T 波由平整变成站立大于 50%，1w 内无其它病症。有效的表现是，心电图检查表明 ST-T 段显著改善，心绞痛减轻，发作频次降低。失效：心绞痛发作频次增加，病况不改善乃至加剧，并在治疗后观察患者的不良反应发生情况。

1.4 统计学方法

运用 SPSS20.0 软件对统计数据进行分析，计量资料用（n）表示；计数数据用（%）表示。 $P < 0.05$ 表示数据对比有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者治疗前后总有效率对比

两组总有效率比较，数据显示观察组的总有效率为 90.90%，对照组的总有效率为 76.36%，两组总有效率比较差异具有显著性（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者治疗前后总有效率对比[n,(%)]

组别	例数	显效	有效	失效	总有效率
观察组	55	33	17	5	90.90
对照组	55	23	19	13	76.36
χ^2	-	-	-	-	4.251
P	-	-	-	-	0.039

2.2 两组患者药物不良反应情况比较

观察组 55 例患者中发生尿血黑便者 2 例、恶心呕吐者 0 例、消化不良者 0 例，不良反应发生率为 3.64%；对照组 55 例患者中发生尿血黑便者 0 例、恶心呕吐者 5 例、消化不良者 8 例，不良反应发生率为 23.64%；观察组患者药物不良反应少于对照组，组间比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后不良反应情况对比[n,(%)]

组别	例数	尿血黑便	恶心呕吐	消化不良	不良反应率
观察组	55	2	0	0	3.64
对照组	55	0	5	8	23.64

观察组	55	2	0	0	3.64
对照组	55	0	5	8	23.64
χ^2	-	-	-	-	9.340
P	-	-	-	-	0.002

2.2 两组治疗前后各项数据比较

两组患者在治疗前左室收缩末期内径、左室舒张末期内径、C-反应蛋白以及左室后壁厚度的数据之间的差异并无统计学意义 ($P>0.05$)，治疗后，观察组的各项数据指标显著好于对照组 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后的各项指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	左室收缩末期内径		左室舒张末期内径		C-反应蛋白		左室后壁厚度	
		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	55	58.78 $\pm$ 7.28	45.77 $\pm$ 2.38	68.08 $\pm$ 7.37	60.07 $\pm$ 7.37	16.08 $\pm$ 4.08	5.77 $\pm$ 3.58	9.17 $\pm$ 1.97	9.56 $\pm$ 1.47
对照组	55	58.18 $\pm$ 6.89	55.58 $\pm$ 5.58	68.47 $\pm$ 8.08	65.58 $\pm$ 4.67	16.17 $\pm$ 4.07	7.88 $\pm$ 4.47	9.18 $\pm$ 1.77	8.98 $\pm$ 1.27
t	-	0.428	11.993	0.265	4.684	0.116	2.732	0.028	2.274
P	-	0.669	0.001	0.792	0.001	0.908	0.007	0.978	0.029

3. 讨论

心肌梗死是医学上最常见的疾病之一，患病率很高。患者的主要症状为呼吸不畅、胸闷气短和气促发绀等^[2]。大部分患者都是有一种濒死感，对身体健康危害非常大。大部分患者依然具有较大的心理健康问题，乃至在特殊情况下诱发猝死，严重危害生命^[3]。心肌梗死作为一种渐行性心房左室功能问题，由多种多样临床医学要素造成，其发病机制相对性繁杂。现阶段大部分研究表示此病主要是由冠脉粥样硬化导致很多血小板聚集而致^[4]。血细胞在毛细血管床中补体结合产生动脉硬化斑点。当斑块在因素的直接作用下裂开时，会导致毛细血管的阻塞，从而产生静脉血栓。供氧和血会遭到影响，导致心肌缺氧缺血性，导致神经细胞萎缩，从而诱发一系列生理学转变和临床表现。很多科学研究材料说明，炎症性因子的异常上升在亚急性心肌梗死的患病中起主导地位，并造成主要危害^[5]。因而，操纵炎症性因子的数目也是医治心肌梗死患者的主要方式之一。临床医学常见的因素有：①冷刺激性：这也是心肌梗死最多见的因素之一，是由忽然的冷刺激性引发的。因而，心肌梗塞患者在春冬时节要十分注意保暖。②抽烟和饮酒：抽烟和大量饮酒可根据诱发冠脉痉挛和提升心脏耗氧而诱发亚急性心肌梗死。③劳累过度：体力活过多、主题活动过多、不断焦虑和疲惫等。会提升心血管的压力，忽然提升心脏的耗氧量。而心肌梗塞患者的冠脉已经硬化变小，不可以充足扩大，导致心脏供血不足。比较严重的精力负载也会诱发斑点裂开，导致亚急性心肌梗死。④情绪波动：由激动、焦虑不安、恼怒等明显的情绪波动诱发。⑤暴食暴饮：这也是心肌梗死的多见因素之一。许多心梗的病案基本都是在暴食暴饮后产生的。吃完很多高脂、高热量食物的食材后，血糖浓度值忽然上升，导致血粘度上升，血小板聚集。冠状动脉狭窄产生静脉血栓，导致亚急性心肌梗死。⑥严重便秘：便秘是老人家的常见疾病之一。临床医学上许多老年人便秘的时候会闭气，导致心肌梗塞。严重便秘一定要让老年人患者引起重视维持排便顺畅。心肌梗死普遍的表现关键有忽然发病的强烈、不断的胸骨后疼痛，歇息和服食硝酸甘油片均不可以减轻，并伴随躁动不安、流汗和害怕。极少数心肌梗塞患者无疼痛，最初表现为心搏骤停或急性心力衰竭；某些患者的疼痛坐落于上腹，非常容易错诊为胃溃疡、急性胰腺炎等急腹症^[6]。一部分患者表现为颈、颌、咽、牙疼痛，误诊率极高。老年人患者也很容易发生精神疾病；有的患者发生无法形容的不适合和发烫；下壁心肌梗死患者常表现为恶心、恶心呕吐、腹胀。80%的患者发病前 10 日内，子宫前壁心肌梗死易发生室性心律失常，而下壁心肌梗死易出现心跳减缓和房室传导阻滞^[7]。一部分患者发生慢性心衰，关键为亚急性左心衰竭，易发生在发病的最开始几个小时，或发病后几日，表现为呼吸不畅、干咳、

发绀、心烦等病症^[8]。根据临床治疗实际效果观察，可以看到该治疗方案可以协助患者合理减轻心肌梗死病症，操纵并发症的产生，合适在床旁医治中进行推广。

本研究给予患者利尿药、强心药和血管紧张素变换酶抑制剂，心肌梗塞病症大大得到改善。全部患者治疗 58 天。观察组效果显效有 33 例，占 60.00%，有效有 17 例，占 30.91%，失效有 5 例，占 9.09%，临床总有效率为 90.91%。对照组效果显效 23 例（41.82%），有效 19 例（34.55%），失效 13 例（23.64%），临床总有效率为 76.36%。观察组 55 例患者不良反应发病率为 3.64%；对照组 55 例患者不良反应发病率为 23.64%；两组患者在治疗前左室收缩末期内径、左室舒张末期内径、C-反应蛋白以及左室后壁厚度的数据之间的差异并无统计学意义 ($P>0.05$)，治疗后，观察组的各项数据指标明显优于对照组 ($P<0.05$)，表明针对性的药物治疗能更好的改进心肌梗塞患者的病症，患者的生活水平获得了较大的提升。

总的来说，急性心肌梗死是心血管内科的常见疾病，伤害大，患病率高。必须掌握患者的病况，采用针对性的治疗，才可以取得较好的治疗效果。强心剂、利尿剂硝酸酯剂、 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂等基本治疗也有显著应用效果。仅有合理使用才可以实现较大的治疗效果。

参考文献：

[1]李晓红.急性心肌梗死心血管内科治疗临床分析[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(38):184.
[2]子光慧.急性心肌梗死心血管内科治疗临床分析[J].大家健康(学术版),2014,8(06):87.
[3]刘伟忠.心血管内科治疗急性心肌梗死临床效果分析[J].中国卫生标准管理,2015,6(18):114-115.
[4]杨海鹤.急性心肌梗死心血管内科治疗临床分析[J].中国实用医药,2015,10(36):172-173.
[5]尹德忠.急性心肌梗塞心血管内科治疗临床分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(26):75+77.
[6]徐华,李颖,宋祥红,王红,韩金霞.急性心肌梗死心血管内科治疗临床分析[J].中国现代药物应用,2016,10(15):166-167.
[7]康峰.急性心肌梗死心血管内科治疗临床体会[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(27):153.
[8]袁鹏超.心血管内科治疗急性心肌梗死的临床探析[J].中国继续医学教育,2019,11(36):99-101.

达格列净与盐酸二甲双胍联合治疗对糖尿病并冠心病患者血清炎症因子、血糖控制水平及尿酸的影响

饶卫平

贵阳市第四人民医院 贵州贵阳 550009

摘要：目的：分析达格列净与盐酸二甲双胍联合治疗对糖尿病并冠心病患者血清炎症因子、血糖控制水平及尿酸的影响。方法：选取糖尿病并冠心病患者 50 例，经随机数字表法将其分为两组，对照组、观察组各 25 例；对照组仅接受盐酸二甲双胍治疗，观察组则选择达格列净与盐酸二甲双胍联合治疗，观察比较两组的血清炎症因子水平、血糖控制水平及尿酸水平。结果：与治疗前相比较，两组治疗后的 hs-CRP、FPG、HbA1c、FINS、尿酸水平均明显降低（ $P < 0.05$ ）；而且与对照组相比，观察组治疗后的各指标水平降低幅度更加显著（ $P < 0.05$ ）。结论：在采用盐酸二甲双胍治疗糖尿病并冠心病患者时，联合应用达格列净治疗能让血清炎症因子水平、尿酸水平明显降低，对血糖水平进行有效控制，值得推广。

关键词：达格列净；盐酸二甲双胍；糖尿病；冠心病；炎症因子；血糖；尿酸

糖尿病现阶段已成为了临床中发生率较高的代谢性疾病之一，患者长时间存在纤溶改变、内皮损伤、血脂异常、胰岛素抵抗以及高血糖等，常常引起各脏器的微血管病变及大血管病变，而对于糖尿病患者来讲，较为常见的一种大血管病变就是冠心病，会对患者生命安全及健康造成严重威胁^[1]。相关统计数据显示，糖尿病患者发生心血管疾病的几率大约为 6.9%-40.8%，而冠心病的患病率大约为 4.7%-37.0%，院内心血管疾病的临床死亡率大约为 5.6%-10.8%^[2]。心血管疾病会明显加重糖尿病患者的经济负担。现阶段临床中应用较为广泛的降糖药物，其降糖效果虽然比较理想，然而却并无明显的心血管益处。在我国达格列净是第一个钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂，该药物能对葡萄糖重吸收进行有效抑制，促进肾脏有效排出葡萄糖，进而实现降糖效果，能让心力衰竭再入院率、心血管死亡率明显降低，在防治心血管结局方面能取得显著效果^[3]。为了更好地分析达格列净与盐酸二甲双胍联合治疗对糖尿病并冠心病患者血清炎症因子、血糖控制水平及尿酸的影响。本次研究，选择我院收治的 50 例患有糖尿病合并冠心病的患者进行分析，对其采用达格列净联合盐酸二甲双胍进行治疗，现将本次研究内容报告如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择我院收治的 50 例患有糖尿病合并冠心病的患者进行分析，对照组 25 例，男女比例 13:12，平均年龄（ 71.25 ± 10.54 ）岁，糖尿病病程平均为（ 15.71 ± 8.84 ）年。观察组 25 例，男女比例 14:11，平均年龄（ 70.25 ± 11.25 ）岁，糖尿病病程平均为（ 16.04 ± 8.35 ）年。两组患者性别、年龄等没有太大差异（ $P > 0.05$ ），双方可以进行对比。本次研究纳入标准均为糖尿病合并冠心病的患者，满足糖尿病、冠心病的相关诊断标准^[4]，其中均没有严重的肝肾疾病以及无凝血功能异常的患者；同时需要排除患有精神疾病、过敏体质、妊娠期和哺乳期女性、严重原发性疾病以及中途

退出本次研究的患者。

1.2 方法

全部患者均接受抗血小板、调脂、降压等药物治疗，并加强运动指导和饮食指导。对照组采用盐酸二甲双胍治疗：[生产厂家：重庆科瑞制药（集团）有限公司，批准文号：国药准字 H50020322，规格：0.25g*84 片/盒]，随餐服用，500mg/日起始，逐渐加量至 1000mg 2/日。1.2.2 观察组在对照组的基础之上采用达格列净治疗：具体方法：[生产厂家：阿斯利康制药有限公司（AstraZeneca Pharmaceuticals LP4601 Highway 62 East, Mount Vernon, Indiana 47620, 美国），批准文号：国药准字 J20170040，规格：10mg*14 片/盒]治疗，方案为口服 10mg，每天 1 次。两组患者均进行药物干预 12 周后进行评价。

1.3 观察指标

①观察比较血清炎症因子水平变化情况，分别于治疗前、治疗后，于清晨空腹状态下，采集患者 5ml 肘静脉血，选择胶乳免疫比浊法对超敏 C-反应蛋白（hs-CRP）进行检测；②观察比较血糖控制水平，分别于治疗前、治疗后，选择全自动生化分析仪对空腹血糖（FPG）、离子交换层析法对糖化血红蛋白（HbA1c）进行检测，并选择电化学发光法对空腹胰岛素（FINS）水平进行检测；③观察比较尿酸水平，分别于治疗前、治疗后，选择尿酸酶法对尿酸水平进行检测。

1.4 统计学分析

运用 SPSS21.0 软件，计数资料以（%）表示，行 χ^2 检验，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 hs-CRP 水平变化情况观察

与治疗前相比较，两组治疗后的 hs-CRP 水平均明显降低（ $P < 0.05$ ）；而且与对照组相比，观察组治疗后的 hs-CRP 水平降低幅度更加显著（ P

<0.05); 如表 1。

表 1 hs-CRP 水平变化情况观察 (mg/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	25	33.24±1.19	21.53±2.43*
观察组	25	33.27±1.21	11.21±2.42*
t		0.0884	15.0460
P		0.9299	0.0001

注: *表示与治疗前相比, P<0.05;

2.2 血糖控制水平观察

与治疗前相比, 两组治疗后的 FPG、HbA1c、FINS 水平均明显降低 (P<0.05); 而且与对照组相比, 观察组治疗后的各指标水平降低幅度更加显著 (P<0.05); 如表 2。

表 2 血糖控制水平观察 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FPG (mmol/L)		HbA1c (%)		FINS (mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照 组	25	9.24±1.73	7.94±0.83*	9.63±1.54	7.54±0.83*	14.81±1.63	11.19±1.13*
观察 组	25	9.31±1.64	6.79±0.68*	9.55±1.26	6.85±0.48*	14.59±1.71	10.21±0.94*
t		0.1468	5.3589	0.2010	3.5982	0.4656	3.3336
P		0.8839	0.0001	0.8415	0.0008	0.6436	0.0017

注: *表示与治疗前相比, P<0.05;

2.3 尿酸水平观察

与治疗前相比, 两组治疗后的尿酸水平显降低 (P<0.05); 而且与对照组相比, 观察组治疗后的尿酸水平降低幅度更加显著 (P<0.05); 如表 3。

表 3 尿酸水平观察 (umol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	25	396.49±45.25	335.07±40.23
观察组	25	401.04±43.16	287.33±36.17
t		0.3638	4.4123
P		0.7176	0.0001

注: *表示与治疗前相比, P<0.05;

3 讨论

最近几年冠心病患者人数越来越多, 和非糖尿病人群相比较, 糖尿病并冠心病患者更容易发生预后不良的疾病, 如心肌梗死等^[5]。糖尿病引起的一系列并发症主要为机体组织损伤, 如炎症因子水平增加、氧化应激反应、血脂代谢紊乱、血糖代谢紊乱、破坏微循环系统等, 而其中最显著的

病变就是心血管病变^[6]。糖尿病并冠心病患者常常伴心力衰竭、血脂异常、高血压等疾病, 往往高于单纯冠心病患者或者糖尿病患者^[7]。戒烟戒酒、注意饮食、适当锻炼均是防治疾病的主要措施, 糖尿病并心血管疾病现阶段已成为了导致我国人口死亡的一个重要原因, 对我国人民群众的生命健康和生活质量造成了严重影响, 所以选择科学和合理的方法来对糖尿病并冠心病进行有效防治就显得尤为关键^[8]。

现阶段临床中在对糖尿病并冠心病患者进行治疗时, 主要目标是利用二甲双胍等药物来对患者的血糖水平进行有效控制, 该治疗方案虽然能对微血管病变进行一定限制, 然而对于限制冠脉病变的效果却并不理想, 所以在对糖尿病并冠心病患者进行治疗时, 应注意对多重危险因素进行控制, 进而来对患者的远期预后进行显著改善^[9]。除此之外, 在采用盐酸二甲双胍对糖尿病并冠心病患者进行治疗时, 胰岛素会直接影响血糖控制效能, 然而在病程逐渐延长的过程中, 胰岛 β 细胞表现为逐渐衰减的趋势, 进而引起一系列不良反应, 如恶心、腹胀痛^[10]。盐酸二甲双胍主要是通过肝肾代谢, 如果患者肝肾功能不全, 其药物耐受性则并不理想, 进而对其临床应用造成一定限制。

达格列净则是现阶段临床中应用比较广泛的一种新型降糖药物, 和其他降糖药物相比较, 其降糖效果并不会受胰岛素 β 细胞及其敏感性的影响^[11]。该药物是一种钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂, 能对近曲小管的钠与葡萄糖转运蛋白进行有效抑制, 进而将多余的葡萄糖有效排出, 实现降血糖的效果^[12]。除此之外, 采用达格列净治疗, 胰岛功能负荷并不会加重, 所以适用于长期治疗糖尿病并冠心病患者。CRP 属于急性时相蛋白, 是由 IL-6 所调控, 经肝脏所分泌, 其不仅会参与细胞凋亡、激活补体、调理感染, 而且能促进单核细胞表面组织因子表达, 提高吞噬细胞活性, 同时在放大免疫反应过程中也有 CRP 的直接参与, 进而引起组织损伤。当机体处于健康状态时, 其血液中的 CRP 含量非常低, 炎症反应的发生过程与 CRP 水平存在显著相关性, 不仅能对炎症反应程度进行准确反映, 而且能对组织免疫损伤程度进行判断。本研究中, 与治疗前相比较, 两组治疗后的 hs-CRP 水平均明显降低 (P<0.05); 而且与对照组相比, 观察组治疗后的各指标水平降低幅度更加显著 (P<0.05)。研究结果表明, 在采用盐酸二甲双胍治疗糖尿病并冠心病患者时, 联合应用达格列净治疗能明显降低炎症因子水平, 减轻炎症反应。另外, 与治疗前相比, 两组治疗后的 FPG、HbA1c、FINS 水平均明显降低 (P<0.05); 而且与对照组相比, 观察组治疗后的各指标水平降低幅度更加显著 (P<0.05)。研究结果表明, 在采用盐酸二甲双胍治疗糖尿病并冠心病患者时, 联合应用达格列净治疗能取得更加理想的血糖控制效果。尿酸为嘌呤代谢的最终产物, 也是糖尿病微血管病变、大血管病变的一个独立危险因素。尿酸会对凝血功能障碍、炎症反应、糖脂代谢等环节造成影响, 进而促进冠心病的发生、发展; 例如如果尿酸水平升高则会引起脂质过氧化及血脂氧化; 除此之外, 尿酸盐结晶在动脉壁沉积, 则会对动脉内膜造成损伤, 进而引起动脉粥样硬化。

本研究中,与治疗前相比,两组治疗后的尿酸水平显降低($P<0.05$);而且与对照组相比,观察组治疗后的尿酸水平降低幅度更加显著($P<0.05$)。研究结果表明,在采用盐酸二甲双胍治疗糖尿病并冠心病患者时,联合应用达格列净治疗能让尿酸水平明显减轻。

总之,在采用盐酸二甲双胍治疗糖尿病并冠心病患者时,联合应用达格列净治疗能让血清炎症因子水平、尿酸水平明显降低,对血糖水平进行有效控制,值得推广。

参考文献:

- [1]江耀辉,王喆,郑汝杰,等.达格列净对冠心病合并2型糖尿病患者临床结局的影响[J].中国循环杂志,2022,37(3):250-255.
- [2]辛丽.达格列净治疗2型糖尿病并冠心病患者的临床效果及对患者凝血功能的影响[J].中国当代医药,2022,29(4):93-96.
- [3]肖幸,杨梦晨,糜涛.达格列净对糖尿病合并冠心病老年患者血管内皮功能影响及临床疗效的初步研究[J].微循环学杂志,2021,31(2):22-25,30.
- [4]田盼丽,尚涛,李红梅.达格列净对2型糖尿病合并冠心病患者的临床疗效分析[J].宁夏医学杂志,2021,43(6):550-552.
- [5]曹晋,邵英,宋菲菲,等.达格列净治疗2型糖尿病合并冠心病临床观

察[J].中国药物与临床,2021,21(14):2526-2528.

[6]赖玉林,蔡填,王素妍.达格列净、利拉鲁肽对超重或肥胖2型糖尿病合并冠心病患者的糖脂代谢的影响[J].糖尿病新世界,2021,24(1):92-94.

[7]卢波,陈基武,廖雄文.达格列净治疗冠心病合并2型糖尿病的临床效果探析[J].医学食疗与健康,2021,19(7):51-52.

[8]孙艳雷.达格列净治疗冠心病合并2型糖尿病患者的效果分析[J].医药前沿,2021,11(29):75-76.

[9]莫小庆,黄春,赵燕妮,等.达格列净对2型糖尿病合并冠心病患者血清hs-CRP、脂联素及胰岛素水平的影响观察[J].中国医药科学,2019,9(14):193-196.

[10]曾宪辉,麦瑞林,周衍国,等.达格列净联合二甲双胍对冠心病合并2型糖尿病患者的同型半胱氨酸、C反应蛋白和尿酸的影响[J].中外医疗,2021,40(21):116-119.

[11]曾又晓,黄雪娥,吴淑燕.达格列净片治疗冠心病合并2型糖尿病患者的效果研究[J].心血管病防治知识,2021,11(14):3-5.

[12]王广兴,龙清霞,张芝帅.达格列净片治疗冠心病合并2型糖尿病患者的效果分析[J].中国实用医药,2020,15(26):126-128.

(上接第20页)

不同患者的一般情况和CT检查的不同阶段进行有针对性、有效的全程护理干预,可以显著降低不良反应的发生率,减少甚至避免不必要的事故,加强患者在检查中的配合,确保CT的增强扫描操作能够顺利进行,提高CT的图像质量,为临床诊断的准确性提供更好的技术支持。与此同时,对于这种类型的患者,应在护理过程中加强健康教育,应提供合理的指导,应普及相关的医学知识,并应在检查过程中提前告知一些副作用,以减轻该时期的心理压力同时,应注意合理使用注射剂,为了确保注射设备的安全性,必须根据患者的具体情况合理控制注射参数。相关学者还提出,全程管理是护士认真,清楚地结合临床经验,科学研究数据和患者意愿并采取适当护理措施的一种新护理方法,其核心思想是使用可用的最可靠的科学证据来实施患者护理服务,以达到最佳的护理效果。以上研究均可对本次实验进行验证,从而证实此次研究具有较强的运用性,从结果中可得知观察组患者经护理干预对检查的配合程度明显优于对照组($P<0.05$)。观察组患者CT结果明确性明显高于对照组($P<0.05$)。观察组患者的心理状况明显优于对照组($P<0.05$)。从安全性方面考虑,观察组患者的不良反应发生率明显低于对照组($P<0.05$)。

综上所述,全程护理干预可有效减轻患者在做CT时心理和生理的不适,提高了其心理与生理耐受能力,降低机体对应激的高反应性,有利于对检查的进行,同时提高患者配合度和检查结果的准确性。

参考文献:

- [1]闫威.CT增强扫描检查中实施全程护理干预的临床应用效果[J].中国误诊学杂志,2021,16(02):176-177.
- [2]张梅芳,袁强,杨建娣,洪勇,毕雪华,白锡恒.临床护理路径(CNP)在腹部CT增强扫描检查中的应用研究[J].中国现代医生,2020,58(24):166-168+172.
- [3]李雪莲.心脏冠状动脉CT增强扫描检查中碘过敏反应的预防及护理[J].心血管外科杂志(电子版),2019,8(03):231.
- [4]贾少英.CT增强扫描检查的护理风险控制[J].继续医学教育,2019,33(08):95-96.
- [5]张晓华.循证护理干预在CT增强扫描检查中的作用[J].智慧健康,2018,4(25):121-122.
- [6]余春芳,王小珍,吴涓.全程护理干预在CT增强扫描检查中的效果分析[J].蛇志,2018,30(02):308-310.
- [7]白雪.小儿CT增强扫描检查中护理配合的效果[J].医疗装备,2018,31(04):154-155.
- [8]姜欣芝,张灵敏,李梅,高维娜,周育红.循证护理干预在CT增强扫描检查中的作用[J].淮海医药,2017,35(06):754-756.

血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的疗效观察

张国召 任稹 王伟 何聪芹 杜瑞香 李敏

京东誉美中西医结合肾病医院 河北廊坊 065000

摘要：目的：观察对尿毒症皮肤瘙痒患者施以血液灌流、血液透析联合治疗的效果。方法：观察对象选择于 2020.1~2021.10 就诊于我院的尿毒症皮肤瘙痒患者 98 例，随机数字法予以分组，施以血液灌流、血液透析联合治疗的 49 例患者分入治疗组，施以血液透析治疗的 49 例患者分入对照组，对治疗效果进行对比和观察。结果：与对照组（69.39%）比较，治疗效果治疗组（93.88%）明显较好（ $P<0.05$ ）；生化指标（尿素氮、血肌酐、 β_2 -微球蛋白、甲状旁腺激素）治疗前 2 组对比 $P>0.05$ ；与对照组比较，生化指标（尿素氮、血肌酐、 β_2 -微球蛋白、甲状旁腺激素）治疗组治疗后明显较好（ $P<0.05$ ）；瘙痒评分治疗前 2 组对比 $P>0.05$ ；与对照组比较，瘙痒评分治疗组治疗后明显较好（ $P<0.05$ ）；生活质量（物质状态、心理、社会、躯体功能）评分治疗前 2 组对比 $P>0.05$ ；与对照组比较，生活质量（物质状态、心理、社会、躯体功能）治疗组治疗后明显较好（ $P<0.05$ ）。结论：对尿毒症皮肤瘙痒患者施以血液灌流、血液透析联合治疗效果突出，可有效改善生化指标、瘙痒症状，同时可改善患者生活质量，建议推广。

关键词：尿毒症皮肤瘙痒；血液灌流；血液透析；瘙痒评分；生化指标；生活质量

在人体中肾脏发挥着重要的作用，主要功能为对尿毒、内毒素等有害物质发挥代谢作用，如果肾脏功能不全或发生障碍会提升身体毒素含量，需及时治疗，否则会导致多脏器中毒，对患者生命安全造成严重的威胁^[1]。尿毒症在临床上作为一种常见的肾脏疾病，该病以血液透析治疗为主，以维持患者生命，虽然效果较好，但是在治疗过程中却会产生各种并发症，其中皮肤瘙痒为一种常见的并发症，不但影响治疗依从性和效果，同时严重影响患者生活质量。皮肤瘙痒发生原因尚不确定，一般认为与中分子毒素、磷钙代谢失调、甲状旁腺功能亢进导致周围神经病变关系密切^[2]。同时长期血液透析会对释放生物活性物质发挥促进作用，可使粒细胞（循环）激活，使得瘙痒加重，使生活质量降低。血液透析不能将大分子毒素清除，治疗需求无法得以满足。因此，我院及时更改治疗思路，在血液透析治疗的同时联合应用血液灌流，获得满意的效果，本研究选择 2020.1~2021.10 就诊于我院的尿毒症皮肤瘙痒患者 98 例实施对照研究，对血液灌流、血液透析联合治疗效果进一步观察，结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察对象选择于 2020.1~2021.10 就诊于我院的尿毒症皮肤瘙痒患者 98 例，纳入标准：①明确诊断为尿毒症皮肤瘙痒者；②血液透析维持 6 个月以上；③针对本研究患者和家属均了解和知情，自愿配合者。排除标准：①精神疾病者；②其他器官严重疾病者；③造血系统和内分泌系统疾病者；④恶性肿瘤者；⑤无法配合研究而退出者。随机数字法予以分组，施以血液灌流、血液透析联合治疗的 49 例患者分入治疗组，年龄：（49.15±4.60）岁（40~60 岁），30 例男，19 例女；施以血液透析治疗的 49 例患者分入对照组，年龄：（49.20±4.55）岁（41~66 岁），32 例男，17 例女。分析研究可比性：2 组经分析 $P>0.05$ ，比较研究可开展。医院伦理委员会对本研究批准。

1.2 方法

对照组仅施以血液透析治疗，控制透析时间 4.0~4.5h，每周 2~3 次，在透析过程中控制血流量 180~250mL/min，控制透析液流速 500mL/min。

治疗组与此同时联合应用血液灌流，利用一次性灌流器，透析器与灌流器连接，控制血流量 180mL/min，进行 2h 持续灌流，之后将灌流器拆除，之后进行 2.5h 血液透析，控制血流量 180~250mL/min，1 次/周。

1.3 观察指标

临床疗效比较，判定依据：皮肤瘙痒评分经治疗 <10 分判定为显效；皮肤瘙痒评分经治疗 10~20 分判定为有效；以上标准未满足判定为无效，有效率+显效率=总有效率；生化指标比较，主要包括尿素氮、血肌酐、 β_2 -微球蛋白、甲状旁腺激素；皮肤瘙痒评分比较，选择 Dirk R kuypers 评分对皮肤瘙痒进行评价，40 分为总分，主要包括对睡眠的影响、瘙痒程度、发作频率、分布范围，分值越低越好；生活质量比较，WHOQOL 生活质量量表施以评价，包括物质状态、心理、社会、躯体功能，满分 100 分，分值与生活质量呈正比。

1.4 统计学方法

利用 SPSS23.0 处理资料 and 结果中数据，t 对（ $\bar{x}\pm s$ ）计量数据实施验证，符合正态分析， X^2 对[n(%)]计数数据实施验证，统计学意义以 $P<0.05$ 为标准，表示差异明显。

2 结果

2.1 治疗效果比较

与对照组比较，治疗效果治疗组明显较好（ $P<0.05$ ）。

表 1 治疗效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	49	33(67.35)	13(26.53)	3(6.12)	46(93.88)
对照组	49	10(20.41)	20(40.82)	15(30.61)	34(69.39)
X^2					9.800

P	0.002	组对比 P>0.05; 与对照组比较, 生化指标 (尿素氮、血肌酐、β2-微球蛋白、甲状旁腺激素) 治疗组治疗后明显较好 (P<0.05)。
---	-------	--

2.2 生化指标比较

生化指标 (尿素氮、血肌酐、β2-微球蛋白、甲状旁腺激素) 治疗前 2

表 2 对比生化指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	BUN (mmol/L)		SCr (umol/L)		B2-MG (mg/L)		PTH (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
治疗组	49	21.64±5.18	9.05±3.50	965.15±236.25	388.05±118.55	27.38±3.85	9.80±2.24	382.25±208.85	105.95±103.78
对照组	49	23.38±5.38	12.30±3.60	956.48±240.40	500.15±110.15	27.50±3.75	25.10±2.85	375.70±214.75	363.16±209.55
t		1.631	4.531	0.180	4.849	0.156	29.545	0.153	7.700
P		0.106	<0.001	0.857	<0.001	0.876	<0.001	0.879	<0.001

2.3 比较瘙痒评分

瘙痒评分治疗前 2 组对比 P>0.05; 与对照组比较, 瘙痒评分治疗组治疗后明显较好 (P<0.05)。

表 3 瘙痒评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	49	33.15±2.15	11.30±1.20
对照组	49	33.20±2.20	22.70±4.20

t

0.114

18.269

P

0.910

<0.001

2.4 生活质量比较

生活质量 (物质状态、心理、社会、躯体功能) 评分治疗前 2 组对比 P>0.05; 与对照组比较, 生活质量 ((物质状态、心理、社会、躯体功能) 治疗组治疗后明显较好 (P<0.05)。

表 4 对比生活质量 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	物质状态功能		心理功能		社会功能		躯体功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	49	57.45±13.75	80.55±10.40	55.45±11.30	79.45±10.32	51.50±10.40	80.48±11.25	58.55±8.45	81.48±13.30
对照组	49	57.50±13.80	66.20±10.45	53.70±11.35	68.45±10.28	51.55±10.25	63.70±11.35	57.72±8.35	68.60±12.65
t		0.018	6.813	0.765	5.286	0.024	7.350	0.489	4.912
P		0.986	<0.001	0.446	<0.001	0.981	<0.001	0.626	<0.001

3 讨论

尿毒症发病人群在近些年来越来越多, 对人们身心健康、生活质量和生命安全均造成严重的影响。肾脏疾病发展到尿毒症阶段已经基本丧失肾脏功能, 使得肾脏不能发挥毒素代谢、血液净化的效果, 必须对该病积极治疗, 否则会发生各种危重并发症, 甚至会严重威胁患者生命安全^[3]。如今, 尿毒症临床治疗以血液透析治疗为主, 利用将血液向体外导出实现血液净化, 将体内毒素、尿毒排除, 使患者生存期得以延长^[4]。尿毒症在血液透析过程中会发生并发症, 其中皮肤瘙痒为一种常见的并发症, 具有 50~90% 的发病率, 对患者生活质量造成严重的影响^[5]。皮肤瘙痒的发病机制尚不确定, 一般是多种因素共同作用的结果, 主要原因为中大分子毒素作用的结果, 同时缺铁性贫血、神经病变、营养不良、甲状旁腺功能亢进均会导致皮肤瘙痒发生^[6]。针对尿毒症皮肤瘙痒需及时治疗, 否则会导致皮肤破损、皮肤感染等, 对透析效果造成影响, 使死亡风险增加^[7]。血液透析能滤过清除小分子, 但是却较难清除大分子物质, 虽然可对皮肤瘙痒

症状得以缓解, 然而效果欠佳^[8]。我院在临床治疗实践中发现联合应用血液灌流治疗效果较好, 本研究对血液灌流、血液透析联合治疗的效果进一步观察, 结果表明: 与对照组 (69.39%) 比较, 治疗效果治疗组 (93.88%) 明显较好 (P<0.05); 生化指标 (尿素氮、血肌酐、β2-微球蛋白、甲状旁腺激素) 治疗前 2 组对比 P>0.05; 与对照组比较, 生化指标 (尿素氮、血肌酐、β2-微球蛋白、甲状旁腺激素) 治疗组治疗后明显较好 (P<0.05); 瘙痒评分治疗前 2 组对比 P>0.05; 与对照组比较, 瘙痒评分治疗组治疗后明显较好 (P<0.05); 生活质量 (物质状态、心理、社会、躯体功能) 评分治疗前 2 组对比 P>0.05; 与对照组比较, 生活质量 ((物质状态、心理、社会、躯体功能) 治疗组治疗后明显较好 (P<0.05), 可见, 血液灌流、血液透析联合治疗有效性较高, 可改善尿素氮、血肌酐、β2-微球蛋白、甲状旁腺激素生化指标, 可降低瘙痒评分, 可改善患者生活质量, 此治疗方案具有较高的可行性, 获得以上效果的原因为: 血液灌流治疗作为一种新

(下转第 36 页)

头孢曲松钠他唑巴坦钠联合盐酸左氧氟沙星治疗重症肺部感染性疾病的疗效及其对炎性因子的影响

陈松光 姜伶俐 陈志洪 梁明勇 林欣芳

深圳市龙岗区第三人民医院 广东深圳 518115

摘要: 目的: 探讨头孢曲松钠他唑巴坦钠联合盐酸左氧氟沙星治疗重症肺部感染性疾病的疗效及其对炎性因子的影响。方法: 选取 2019 年 1 月到 2019 年 12 月我院收治的 136 例重症肺部感染性疾病患者纳入研究, 按照随机数字表法将其分为观察组 (68 例) 和对照组 (68 例), 对照组给予盐酸左氧氟沙星治疗, 观察组在对照组的基础上给予头孢曲松钠他唑巴坦钠治疗, 疗程均为 1-2 周。于治疗前后采集两组血液标本, 分别检测两组血清 C-反应蛋白 (CRP)、降钙素原 (PCT) 水平, 比较两组临床疗效及不良反应发生情况。结果: 与治疗前比较, 两组治疗 2 周后血清 CRP 及 PCT 水平均显著降低 ($P < 0.05$); 与对照组比较, 观察组治疗 2 周后血清 PCT 及 CRP 水平明显降低 ($P < 0.05$); 观察组临床治疗总有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$); 两组临床不良反应主要表现为轻度胃肠道反应、皮肤瘙痒等, 两组临床不良反应发生率比较无明显差异 ($P > 0.05$)。结论: 头孢曲松钠他唑巴坦钠联合盐酸左氧氟沙星治疗重症肺部感染性疾病的疗效肯定, 可有效改善机体炎性因子水平。

关键词: 重症肺部感染性疾病; 头孢曲松钠他唑巴坦钠; 盐酸左氧氟沙星; 临床疗效; 炎性因子

临床中, 重症肺部感染性疾病的病情危急, 多合并器官功能障碍, 它是由多种细菌混合感染而引发的肺部感染性疾病, 其临床治疗难度大^[1]。若治疗不及时, 可能导致呼吸循环系统障碍、继发性多器官衰竭, 严重影响患者生命安全^[2]。目前, 临床对于重症肺部感染一般给予抗菌药物治疗, 但随着抗菌药物的广泛应用, 单药治疗易产生耐药菌株, 此外, 临床抗菌药物的不合理使用还可引发多种并发症, 进而影响临床疗效^[3-4]。头孢曲松钠他唑巴坦钠为复方制剂, 头孢曲松钠与他唑巴坦钠联合提高了头孢曲松钠疗效, 盐酸左氧氟沙星是临床常用喹诺酮抗菌药物, 这两种药物临床应用肺部消炎抗菌上具有一定效果^[5-6]。为进一步探究其有效治疗手段, 本研究对近年收治的 136 例重症肺部感染性疾病患者进行对比研究, 发现采用头孢曲松钠他唑巴坦钠与盐酸左氧氟沙星联合治疗效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月到 2019 年 12 月我院收治的 136 例重症肺部感染性疾病患者纳入研究, 排除合并严重肝肾功能障碍、自身免疫性疾病及恶性肿瘤者^[7]。按照随机数字表法将其分为观察组和对照组, 各 68 例, 其中, 观察组: 年龄 22~69 岁, 平均年龄 (43.52±6.04) 岁; 基础疾病: 支气管扩张伴感染, 急性支气管炎, 慢阻肺并肺部感染, 社区获得性肺炎、支气管哮喘伴肺部感染。对照组: 年龄 20~71 岁, 平均年龄 (44.67±5.89) 岁; 基础疾病: 支气管扩张, 急性支气管炎, 慢阻肺并肺部感染, 社区获得性肺炎、支气管哮喘伴肺部感染。一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

对照组给予 0.5g 盐酸左氧氟沙星注射液 (生产厂家: 宜昌人福药业, 批准文号: 国药准字 H20133219, 规格: 5ml:0.5g) 加入 0.9% 氯化钠注射液或 5% 葡萄糖溶液 250mL, 静脉滴注 2h, 1 次/天。观察组在对照组的基础上给予 2.0g 注射用头孢曲松钠他唑巴坦钠 (生产厂家: 海口奇力制药股份有限公司, 批准文号: 国药准字 H20090176, 规格: 1g/支) 加入 0.9% 氯化钠溶液 100ml 或 250mL, 静脉滴注 2h, 2 次/天, 两组疗程均为 1-2 周。

1.2.2 检测方法

于治疗前后分别采集两组晨起空腹静脉血 5~8mL, 经离心处理后, 采用酶联免疫吸附法分别检测两组血清 C-反应蛋白 (CRP)、降钙素原 (PCT) 水平, 均严格按照试剂盒说明进行操作。CRP 和 PCT 试剂盒由深圳市博锐德生物科技有限公司提供, 产品批号: 259336/259349。

1.3 疗效评价^[8]

治愈: 临床不良症状消失, 患者体温恢复正常, 肺部 X 线片显示正常; 好转: 临床症状基本消失, 患者体温有所下降, 肺部 X 线片显示基本恢复正常; 无效: 患者生命体征无明显改善。治愈和好转均为治疗有效。

1.4 统计学分析

采用 SPSS19.0 软件统计分析, 计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示并用 t 检验; 计数资料以“%”表示并用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后炎性因子水平比较

与治疗前比较, 两组治疗 1-2 周后 CRP 及 PCT 水平均显著降低 ($P < 0.05$); 与对照组比较, 观察组治疗 1-2 周后血清 PCT 及 CRP 水平明显降低 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 治疗前后两组炎症因子水平比较

	时间	n	CRP(mg/L)	PCT(ng/L)
观察组	治疗前	68	73.35±6.89	22.65±3.84
	治疗 1-2 周	68	10.23±1.76 ^{ab}	2.91±0.53 ^{ab}
	后			
对照组	治疗前	68	74.21±8.03	23.17±2.56
	治疗 1-2 周	68	21.59±4.45 ^a	5.28±1.29 ^a
	后			

注：与同组治疗前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组治疗后，^b $P < 0.05$

2.2 临床治疗效果分析

观察组患者治愈 41 例，好转 24 例，临床总有效率 95.59%，与对照组比较，观察组临床治疗总有效率明显较高（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 临床治疗效果分析（n，%）

	n	治愈	好转	无效	临床总有效
观察组	68	41 (60.29)	24 (35.29)	3 (4.41)	65 (95.59)
对照组	68	17 (25.00)	39 (57.35)	12 (17.65)	56 (82.35)
χ^2					4.796
P					0.029

2.3 两组不良反应发生情况比较

两组临床不良反应主要表现为轻度胃肠道反应、皮肤瘙痒等，两组总不良反应发生率比较无显著差异（ $P > 0.05$ ），见表 3。

表 3 不良反应分析（n，%）

	n	胃肠道 反应	皮肤 痒	头晕 痛	嗜睡	肝肾功 能异常	总不良反 应
观察组	68	3 (4.41)	3 (4.41)	1 (1.47)	1 (1.47)	1 (1.47)	9 (13.24)
对照组	68	2 (2.94)	1 (1.47)	2 (2.94)	1 (1.47)	1 (1.47)	7 (10.29)
χ^2							0.283
P							0.595

3 讨论

重症肺部感染性疾病为临床常见的一种重症感染，由致病力较强的细菌感染所致，其病情进展迅速，多数患者往往并发通气功能障碍，甚至发展为呼吸衰竭，对患者的生命安全造成严重威胁^[9-10]。由于长时间的呼吸困难易造成肺内血运异常，从而致使肺内组织出现缺血、缺氧等症状^[11]。因此，临床对于重症肺部感染性疾病的治疗应以快速、有效地清除肺泡和支气管分泌物，减轻通气功能障碍为目的^[12]。既往研究显示，在重症肺部感染性疾病常规抗感染治疗过程中，由于部分患者机体炎症反应抑制效果不明显，致使患者病情未能有效改善，甚至病情进展^[13-14]。因此，探寻重症肺部感染性疾病的有效治疗方案成为临床研究的热点。头孢曲松钠他唑

巴坦钠为复方制剂，具有广谱、高效、不良反应少等特征，其中，头孢曲松钠为第三代长效广谱 β -内酰胺类抗生素，其可抑制细菌细胞壁的合成，进而达到杀灭细菌的作用，但随着抗生素耐药性的提高，部分细菌可产生 β -内酰胺酶，大大降低了头孢曲松钠的功效，因此加入了他唑巴坦钠，其为 β -内酰胺酶抑制剂，可使复方制剂达到更好的抗菌效果^[15]。盐酸左氧氟沙星为氟喹诺酮类抗菌药，其可通过抑制细菌 DNA 旋转酶的活性，以达到抑制 DNA 的合成与复制，进而发挥抗菌作用^[16-17]。

对于重症肺部感染性疾病患者而言，血清炎症因子水平的高低是直接影响患者病情进展、恶化、复发的重要原因。CRP 为高保守急性时相蛋白，参与炎症反应，其浓度与炎症反应程度密切相关，是感染性疾病重要诊断指标之一^[18-19]。PCT 是一种人类降钙素前体物质，当 PCT 浓度超过 0.5ug/L 时，则表示机体出现急性细菌感染^[20]。本研究发现，两组治疗 2 周后血清 PCT 及 CRP 水平均明显低于治疗前，且经 2 周治疗后，观察组血清 PCT 及 CRP 水平均明显低于对照组。结果提示，头孢曲松钠他唑巴坦钠与盐酸左氧氟沙星联合应用，可明显改善重症肺部感染患者血清炎症因子水平。因此，临床可通过监测重症肺部感染患者血清 CRP 及 PCT 水平变化，来评估抗感染治疗的临床效果。

本研究显示，联合治疗的临床总有效率明显高于单药治疗。结果提示，头孢曲松钠他唑巴坦钠联合盐酸左氧氟沙星治疗重症肺部感染性疾病的疗效确切。此外，本研究显示，两组患者用药后主要表现为轻度胃肠道反应、皮肤瘙痒等，停药后不良反应均可自行消退。两组临床不良反应发生率比较无明显差异，结果提示，头孢曲松钠他唑巴坦钠联合盐酸左氧氟沙星治疗重症肺部感染临床较为安全，不增加临床不良反应发生风险。汪勇等^[21]学者研究发现，在常规治疗的基础上应用头孢曲松他唑巴坦钠治疗急性肺炎，可促进病灶吸收，利于提高临床疗效。

综上所述，头孢曲松钠他唑巴坦钠联合盐酸左氧氟沙星治疗重症肺部感染性疾病的疗效肯定，可有效改善机体炎症因子水平。

参考文献：

[1]汪海涛, 朱佳, 苟安栓, 等. 血清与肺泡灌洗液 TLR4 及免疫功能指标对重症肺部感染患者生存状况的预测研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2019, 4(10):1479-1482.

[2]陈瑞琳, 张程程, 武润苗, 等. 重症肺部感染患者血清炎症因子、凝血功能及 SchE 水平的变化及意义[J]. 国际呼吸杂志, 2019, 39(1):22-25.

[3]陈伦圣, 李志波, 尚宝明, 等. 亚胺培南西司他丁钠和美罗培南应用于重症肺部感染的治疗成本效果分析[J]. 贵州医药, 2019, 8(2):503-504.

[4]尹智慧. 气管镜灌洗术联合盐酸氨溴索治疗重症肺部感染的疗效及对患者肺功能的影响[J]. 内蒙古医学杂志, 2018, 21(9):1096-1097.

[5]徐启坤, 端王婷. 莫西沙星注射液联合注射用头孢曲松钠他唑巴坦钠治疗肺部感染的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(2):71-74.

[6]黄小艳. 头孢哌酮钠舒巴坦钠联合左氧氟沙星治疗肺部感染患者的疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(24):3911-3912.

[7]葛均波,徐永健.内科学:第8版[M].北京:人民卫生出版社,2013:297-368.

[8]谢景锋,李碧芳,陈翻享.人免疫球蛋白结合哌拉西林钠他唑巴坦钠治疗重症肺部感染的效果及对患者肺功能和血清指标水平的影响[J].中国医学创新,2019,16(22):10-14.

[9]王硕莹,马宏境,吴文娟,等.纤维支气管镜肺泡灌洗联合美罗培南治疗重症肺部感染的疗效研究[J].中华医院感染学杂志,2019,11(14):2099-2103.

[10]胡宏凯.纤支镜吸痰疗法联合抗感染治疗对重症肺部感染患者呼吸指标及炎症应激情况的作用分析[J].中国合理用药探索,2017,8(11):493-495.

[11]刘鑫.重症肺部感染出现低氧血症患者俯卧位肺复张治疗的血流动力学及氧合水平分析[J].国际医药卫生导报,2018,24(5):664-668.

[12]张解军.经支气管镜肺泡灌洗治疗肺部感染性疾病的临床分析[J].中国社区医师,2020,36(11):63-64.

[13]黄建辉,蔡晓祯.利奈唑胺与莫西沙星联用对急性重症肺炎患者的疗效及其对炎症和氧化应激反应因子水平的影响[J].抗感染药学,2018,68(03):144-146.

[14]张晓,高芸,李雪华,等.纤维支气管镜吸痰灌洗治疗对重症肺炎患者的疗效及炎症标志物水平的影响[J].泰山医学院学报,2021,

42(3):203-206.

[15]谭化,张秀敬,李娜.莲必治注射液联合头孢曲松钠他唑巴坦钠治疗老年肺炎的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(11):117-120.

[16]刘秀兰.左氧氟沙星治疗耐药肺结核的临床疗效及不良反应评价[J].基层医学论坛,2019,(14).

[17]陈鹏,庞健健,付慧,等.重症肺炎患者血清氧化应激指标和炎症因子的表达及其与肺部感染评分的关系[J].现代生物医学进展,2019,11(9):1778-1781.

[18]蔡荣.机械通气联合大剂量氨溴索治疗老年重症肺部感染患者的疗效及对血浆PCT、CRP水平的影响[J].河北医学,2019,2(6):583-584.

[19]李东旭,孟宪伟,王永胜,等.SAA与CRP、PCT在肺部感染性疾病中的意义[J].中华肺部疾病杂志(电子版),2021,14(5):617-619.

[20]马玉龙,马汉俊,高小芳,等.首次血清降钙素原水平测定在评价老年重症肺部感染患者中的临床价值[J].宁夏医学杂志,2019,41(6):1129-1130.

[21]汪勇.盐酸氨溴索联合头孢曲松他唑巴坦钠治疗急性肺炎的临床疗效[J].北方药学,2018,13(8):56-57.

作者简介:陈松光,男,1982年09月生,广东深圳人,本科学历,职称:主治医师,科室:呼吸内科,主研方向:呼吸与危重症医学。

(上接第33页)

型治疗技术,可对血液透析中并发症得以控制,选择吸附树脂和活性炭为吸附剂,吸附材料为高分子材料,具有特定的孔分布和孔径,吸附性较高,可将大分子物质有效清除,可使血液透析治疗缺点得以弥补^[9]。血液灌流对体外循环借助,可对内源性或外源性中分子毒物吸附清除,实现血液净化目的^[10]。然而血液灌流却无法将尿毒、电解质、水等小分子毒素清除,无法对酸碱失衡纠正^[11]。因此,一般联合血液透析治疗。血液透析和血液灌流联合治疗可使肌酐、尿素氮等小分子物质和大分子物质得以有效清除,使磷、钙代谢紊乱得以纠正,使患者神经病变和皮肤病变得以有效缓解,进而获得更好的净化效果,获得满意的治疗效果,使患者瘙痒痛苦解除,进而改善患者生活质量^[12]。本次研究也存在一定的不足,因取样地点相对单一,样本量相对不足,研究仅为横断面研究,变量间因果关系未说明,需随机抽样,增大样本量,多中心实施研究,并充分结合量性和质性研究,以加深研究深度和弥补研究不足,为临床研究发挥借鉴作用。

综上所述,对尿毒症皮肤瘙痒患者施以血液灌流、血液透析联合治疗效果突出,可有效改善生化指标、瘙痒症状,同时可改善患者生活质量,建议推广。

参考文献:

[1]李胜荣,李敏佳,傅舒霞,等.血液灌流联合血液透析治疗尿毒症期患者皮肤瘙痒的疗效分析[J].中外医疗,2021,40(16):66-69.

[2]邱焕珍.血液灌流联合血液透析治疗尿毒症患者皮肤瘙痒的临床效果[J].医药前沿,2021,11(14):61-62.

[3]陈娟娟,刘素贞,杨义芳,等.血液灌流联合高通量血液透析对尿毒症性皮肤瘙痒的疗效及其对患者钙磷代谢和肾功能的影响[J].中国医学前沿杂志(电子版),2021,13(2):89-92.

[4]凌华秀.血液灌流联合血液透析治疗尿毒症患者皮肤瘙痒的疗效分析[J].中国处方药,2021,19(6):156-157.

[5]陈琳.运用血液灌流与血液透析联合治疗尿毒症皮肤瘙痒的效果分析[J].医药前沿,2021,11(28):31-32.

[6]李哲妹.血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的护理[J].中国农村卫生,2019,11(23):73,75.

[7]林燕.尿毒症皮肤瘙痒采用血液灌流联合血液透析治疗的临床效果分析[J].中国医药指南,2020,18(1):135-136.

[8]唐建,朱倩莹,刘莉,等.血液透析联合血液灌流治疗尿毒症皮肤瘙痒症的疗效[J].医学信息,2020,33(1):118-120.

[9]董金山,张亮,裴启秀.血液灌流联合血液透析治疗尿毒症伴皮肤瘙痒的效果分析[J].当代医药论丛,2020,18(19):56-57.

[10]张炫.血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的疗效[J].安徽卫生职业技术学院学报,2019,18(5):46-47.

[11]郭蓉.血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的临床效果[J].中国当代医药,2019,26(24):99-101.

[12]薛甜甜,屈花便.血液灌流联合不同血液透析模式改善尿毒症患者严重皮肤瘙痒的疗效对比[J].右江医学,2020,48(11):826-830.

瑞舒伐他汀与辛伐他汀在高脂血症患者中的应用效果对照分析

龚洪亮

展览路社区卫生服务中心百南站 北京 100037

摘要：目的：比较高脂血症患者应用瑞舒伐他汀与辛伐他汀治疗取得的临床效果。方法：选择2021年1月~2022年1月本院收治的高脂血症患者62例，按照随机数字表对其进行分组，即对照组（31例）与研究组（31例）。对照组应用辛伐他汀治疗，研究组应用瑞舒伐他汀治疗。针对两组治疗前后的血脂指标、血液流变学指标及不良反应情况进行观察与比较。结果：治疗前各项血脂指标比较，两组结果未见差异性（ $P>0.05$ ）；治疗8周时研究组甘油三酯（TG）、胆固醇（TC）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）指标较对照组低（ $P<0.05$ ），高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）指标较对照组高（ $P<0.05$ ）。治疗前各项血液流变学指标比较，两组结果未见差异性（ $P>0.05$ ）；治疗8周时全血低切黏度、全血高切黏度、血浆黏度指标比较中，研究组结果较对照组低（ $P<0.05$ ）。不良反应比较中，两组结果未见差异性（ $P>0.05$ ）。结论：相较于辛伐他汀，瑞舒伐他汀对于高脂血症患者的降脂效果更为理想，且改善了血液流变学指标，安全性佳，具有临床推广与应用价值。

关键词：瑞舒伐他汀；辛伐他汀；高脂血症

高脂血症是临床常见病之一，多见于肥胖、超重、吸烟、饮酒及糖尿病群体，多数患者无明显的不适症状，在其他疾病就诊或体检时发现，少部分患者出现血管疾病并发症时得以确诊^[1]。高脂血症是动脉粥样硬化相关血管疾病的关键致病因素，若未采取有效的治疗措施，随着病情的进展能够诱发高血压、冠心病、心肌梗死、脑卒中等疾病，增加心脑血管不良事件的发生风险，给患者的健康及生命安全带来了严重的影响^[2]。目前，临床针对高脂血症主要采用生活方式干预及药物治疗两种措施，其中生活方式干预包括饮食、运动、戒烟、限制盐摄入量等，药物治疗则将他汀类调脂药物作为首选方案^[3]。然而，他汀类调脂药物种类繁多，在高脂血症患者中的应用效果也参差不齐^[4]。辛伐他汀是临床常用的他汀类调脂药，其通过抑制内源性胆固醇合成，继而降低血脂水平。瑞舒伐他汀属于三代他汀类调脂药物，其主要作用部位是肝脏，通过调节胆固醇的靶器官，发挥出降脂作用。2021年1月~2022年1月本院对62例高脂血症患者分别应用了瑞舒伐他汀与辛伐他汀治疗，通过比较两种药物的应用效果及安全性，以期为本病治疗方案提供一定的参考与借鉴。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2021年1月~2022年1月，选择此期间本院收治的62例高脂血症患者作为研究对象。纳入条件：符合《内科学》第9版^[5]中对于高脂血症的诊断标准；此次研究已向患者及其家属进行充分的告知，取得知情同意权；医院伦理委员会对于此次研究予以批准。排除条件：继发性高脂血症；近1个月内使用过激素、肝素等影响血脂代谢药物；其他心、肾、肝等脏器功能异常；脑血管疾病；对于他汀类药物有过敏史；合并甲状腺疾病；哺乳期与妊娠期女性；精神异常。62例高脂血症患者进行分组，分组工具为随机数字表，即对照组（31例）与研究组（31例）。对照组中男性17例，女性14例；年龄42~75岁，平均（59.65±4.52）岁；体质指数（BMI）为18.56~29.66kg/m²，平均（25.03±1.52）kg/m²；病程1~12年，平均（5.05±1.23）年；有吸烟史者8例。研究组中男性18例，女性13例；年龄40~76岁，

平均（59.60±4.50）岁；BMI为18.50~29.65kg/m²，平均（25.12±1.50）kg/m²；病程1~12年，平均（5.08±1.08）年；有吸烟史者7例。以上资料比较，两组结果未见差异性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组应用辛伐他汀（规格：10mg*20片，国药准字H20065119，山东罗欣药业集团股份有限公司）治疗，用量为10mg/次，1次/d，用药方式为睡前口服，持续治疗8周。研究组应用瑞舒伐他汀（规格：5mg*7片，国药准字H20143337，浙江海正药业股份有限公司）治疗，用量为5mg/次，1次/d，用药方式为睡前口服，持续治疗8周。两组治疗期间坚持良好的生活方式，包括：饮食方案中减少胆固醇与饱和脂肪酸的摄入量，补充可溶性纤维与植物固醇；坚持合理运动，积极控制体重，尽量接近或达到标准体重（BMI在18.5-23.9kg/m²）；戒烟酒，限制盐摄入量。

1.3 观察指标

针对两组以下指标进行观察及比较。(1)血脂指标：分别在治疗前与治疗8周时采集患者空腹状态下静脉血5ml，以全自动生化分析仪对甘油三酯（TG）、胆固醇（TC）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）进行检测。(2)血液流变学指标：分别在治疗前与治疗8周时以血液流变检测仪对全血低切黏度、全血高切黏度、血浆黏度进行检测。(3)不良反应：头晕/头痛、恶心/呕吐、肌痛、腹胀、皮疹等。

1.4 数据统计

数据资料采用SPSS23.0软件处理，以（ $\bar{x} \pm s$ ）描述计量资料，血脂指标、血液流变学指标的组间结果行 t 检验；以例数及百分率（%）描述计数资料，不良反应的组间结果行 χ^2 检验；检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组治疗前后的血脂指标比较

治疗前各项血脂指标比较，两组结果未见差异性（ $P>0.05$ ）；治疗8周时研究组TG、TC、LDL-C指标较对照组低（ $P<0.05$ ），HDL-C指标较对照组高（ $P<0.05$ ）。见表1。

表 1 两组治疗前后的血脂指标比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	例数	TG		TC		HDL-C		LDL-C	
		治疗前	治疗 8 周	治疗前	治疗 8 周	治疗前	治疗 8 周	治疗前	治疗 8 周
研究组	31	2.85±0.56	1.90±0.60	6.78±0.59	4.42±0.59	1.15±0.45	1.52±0.40	3.92±0.45	2.41±0.26
对照组	31	2.79±0.49	2.22±0.49	6.82±0.55	5.12±0.60	1.14±0.65	1.23±0.44	3.90±0.50	2.78±0.36
<i>t</i>		0.449	2.300	0.276	4.632	0.070	2.715	0.166	4.639
<i>P</i>		0.655	0.025	0.783	<0.001	0.944	0.009	0.869	<0.001

2.2 两组治疗前后血液流变学指标比较
治疗 8 周时全血低切黏度、全血高切黏度、血浆黏度指标比较中, 研究组治疗前各项血液流变学指标比较, 两组结果未见差异性 ($P>0.05$); 结果较对照组低 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后血液流变学指标比较 ($\bar{x} \pm s$, mPa·s)

组别	例数	全血低切黏度		全血高切黏度		血浆黏度	
		治疗前	治疗 8 周	治疗前	治疗 8 周	治疗前	治疗 8 周
研究组	31	28.65±5.65	15.32±3.59	6.20±1.56	3.52±0.42	2.96±0.65	1.00±0.25
对照组	31	28.60±4.89	21.95±4.02	6.18±1.49	5.23±0.45	2.95±0.58	1.82±0.30
<i>t</i>		0.037	6.849	0.052	15.467	0.064	11.691
<i>P</i>		0.970	<0.001	0.959	<0.001	0.949	<0.001

2.3 两组不良反应比较
不良反应比较中, 两组结果未见差异性 ($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应比较[例数 (%)]

组别	例数	头晕/头痛	恶心/呕吐	肌痛	腹胀	皮疹	发生率
研究组	31	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.23)
对照组	31	1 (3.23)	1 (3.23)	0 (0.00)	1 (3.23)	0 (0.00)	3 (9.68)
χ^2							0.267
<i>P</i>							0.605

3 讨论

近年来, 随着人们生活水平的改善, 以及饮食结构的变化, 高脂血症的发生率随之攀升^[6]。高脂血症患者主要表现为 TG 与 TC 升高, 异常的血脂水平增加了血管壁厚度, 特别是 LDL-C 升高能够促进动脉粥样硬化形成, 提高心脑血管疾病的发生风险^[7]。LDL-C 是血浆胆固醇量较为丰富的蛋白质, 主要负责将胆固醇运送至周围组织^[8]。因此, 采用高效且安全的调脂药物改善高脂血症患者的血脂水平, 预防动脉粥样硬化十分必要。

目前, 他汀类药物是治疗高脂血症的首选药物, 对于内源性 3-羟-3 甲基戊二酸单酰辅酶 A 还原酶 (HMG-CoA) 活性具有显著的抑制作用, 并能够切断细胞中的羟甲戊酸代谢途径, 避免胆固醇在细胞内发生合成作用, 继而纠正循环内的高胆固醇状态^[9]。他汀类药物具有多种抗炎活性, 但其种类繁多, 临床常见药物包括辛伐他汀、阿托伐他汀、洛伐他汀、普伐他汀与瑞舒伐他汀等, 所取得的效果也参差不齐^[9]。辛伐他汀是由半合成的洛伐他汀原料所制成, 作为脂溶性较强的物质, 用药后能够快速吸收, 通过控制胆固醇形成, 促进肝表面 LDL-C 受体合成, 调节血流中 TG、

LDL-C 等水平, 发挥出降脂作用。同时, 辛伐他汀能够刺激内皮细胞释放一氧化氮, 阻断血管平滑肌细胞的迁徙与增殖途径, 改善血管内皮细胞功能^[10]。然而, 一些研究发现辛伐他汀对于高脂血症的降脂效果仍有一定的欠缺^[11, 12]。瑞舒伐他汀属于新型他类类药物, 对于甲磺酰氨基具有强效的亲水性, 易于肝细胞摄入, 并发挥出显著的 HMG-CoA 还原酶抑制作用, 所以低剂量用药便具有较为理想的调脂功效。瑞舒伐他汀主要在肝脏发挥靶向作用, 清除半衰期长, 加之肝脏代谢少, 利于患者耐受。本文研究结果显示, 治疗 8 周时研究组 TG、TC、LDL-C 指标较对照组低 ($P<0.05$), HDL-C 指标较对照组高 ($P<0.05$)。可见, 与辛伐他汀相比, 瑞舒伐他汀对于血脂的调节作用更具优势, 这与部分报道结果相近^[13, 14]。

有研究指出, 随着高脂血症患者病情的进展, 不仅增加了血管内壁附着量, 损伤血管内壁, 还可以导致红细胞聚集指数异常升高, 促进红细胞沉降速度, 增强血浆黏度, 最终导致血流速度变化^[15]。高脂血症患者血液流变学改变后能够加重微循环障碍与心肌负担, 降低供氧能力, 进一步提高心血管疾病风险。本文结果显示, 治疗 8 周时全血低切黏度、全血高切黏度、血浆黏度指标比较中, 研究组结果较对照组低 ($P<0.05$)。结果说明, 瑞舒伐他汀较辛伐他汀对于高脂血症患者血液流变学指标的改善作用更为显著, 考虑与其强效的降脂作用有关, 即通过降低血脂水平减少血液黏稠度与血管壁附着量, 继而改善微循环, 为疾病转归提供有利的支持。在不良反应比较中, 两组结果未见差异性 ($P>0.05$)。此结果说明两种药物均不会增加不良反应风险, 安全性相当。

综上所述, 相较于辛伐他汀, 瑞舒伐他汀对于高脂血症患者的降脂效果更为理想, 且改善了血液流变学指标, 安全性佳, 具有临床推广与应用价值。值得注意的, 由于此次研究未进行随访, 关于辛伐他汀与瑞舒伐他汀对于高脂血症患者远期疗效及心脑血管不良事件的影响仍需要进一步

(下转第 41 页)

药剂科对医院不合理用药的药学干预效果分析

周道堂¹ 段慧² 周镇新³ 瓦庆毕^(通讯作者)

贵州省凯里市第一人民医院 贵州凯里 556000

摘要：目的：探究药剂科对医院不合理用药的药学干预效果，保证临床用药安全，最大限度促进患者康复。方法：主要是选取，2021 年 2 月到 2022 年 1 月之间的入院治疗患者。在这些患者中，一共抽取 200 例患者进行研究，将这部分人群合理的分为两组，一组是实验组，另外一组是对照组。每组的人数是 100 人，需要对照组使用常规用药管理方法，实验组使用的是药学干预的管理方式，对比两组用药管理情况。结果：实验组门诊患者抗菌药物处方比例 7.00%，明显的低于对照组的 21.00%；实验组住院患者抗菌药物使用率 21.00%，明显的优于对照组 42%；实验组住院患者用药频率 41%，明显的优于对照组住院患者用药频率 61%，实验组抗菌药品的平均使用次数为每天 4 天，明显的优于对照组的 8 天，实验组药剂科对患者的治疗依从性 97.00%，明显的优于对照组 91.00%，两组临床应用数据差异，体现统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：医院不合理用药中药剂科实施药学干预，可以在一定的程度上，控制不合理的用药情况，提升医院药物管理质量，为医疗改革的推进提供了安全、合理用药的环境，可以在临床应用中获得有效的推广。

关键词：药剂科；不合理用药；药学干预；效果

随着医疗体制的不断改革，公立医院管理工作也需要在原有的基础上，得到进一步的优化和建设^[1]。虽然说，当前大众生活水平得到了提升，但是人们的饮食习惯和喜好出现很大改变。因为疾病种类的增加以及要穴水平的提升，使用药物治疗疾病的范围和复杂性也逐渐的提升。很多疾病类型在近年来的发生数量持续增加，在这样的情况下，不仅增加了患者治疗的难度，还在很大的程度上导致了复发的出现问题。从药物治疗的角度看，大部分疾病都是需要使用此种方式达到康复的主要目的。目前，药物的种类较多，医护人员所面临的压力较大，稍有不慎，就会出现不合理现象，需要药剂科结合实际，加大药物干预。控制好医院治疗中用药的合理性，才可以在一定的程度上，减少患者的医疗负担，增强医疗资源的优化配置。降低药物治疗后不良反应的出现，最大限度降低患者的治疗费用^[2]。一般的情况下，如果是药物不合理的使用，那么轻者出现不良反应，严重者还会出现死亡达到情况。如何保证用药的合理、安全，减轻患者的药物支出负担，就为了目前形势下，药剂科需要探究的重点和难点。药剂科作为医院的关键科室，一般的情况下，都会结合医疗业务的需要，对药品合理的规划和编制，不仅需要掌握药品的技术发展路径，还需要满足市场的变化需求，为临床实践中的用药安全提供有效的基础准备，最大限度实现用药的安全、高效、低价。因此，药剂科需要结合实际，增强药学干预的水准，合理的分析，有效的指导用药，为药物的安全提供一个有效的发展环境，希望为后续的用药提供科学化的建议。

1 资料与方法

1.1 资料数据

2021 年 2 月到 2022 年 1 月之间的入院治疗患者中，每组的数量是 100 例，一共是 200 例。在实施实验的时候，实验组的年龄范围是 18 岁到 75 岁之间，平均年龄是（34.12±5.6）岁。在这里主要是选取耳鼻喉科的 8 例，儿科的 6 例，皮肤科的 10 例，骨科的是 12 例，消化内科的数量是 13 例，

妇产科的是 8 例，普外科的数量是 9 例，胸外科的数量是 6 例，泌尿外科的数量是 10 例，神经内科选取的是 11 例，眼科是 7 例。对照组的年龄范围是 19 岁到 77 岁，平均年龄是（35.69±6.78）岁。耳鼻喉科的 9 例，儿科的 6 例，皮肤科的 8 例，骨科的是 12 例，消化内科的数量是 14 例，妇产科的是 7 例，普外科的数量是 8 例，胸外科的数量是 7 例，泌尿外科的数量是 11 例，神经内科选取的是 12 例，眼科是 6 例。两组的内容并不存在明显差异，（ $P > 0.05$ ），呈现了可比性。

1.2 方法

对照组使用常规用药管理方法，正常的医生医嘱用药，对于药剂科来说，是不需要参与患者用药的。实验组使用的是药学干预的管理方式，第一，需要先成立成立药学干预小组，都是药剂科的人员，小组内需要先分工调查，分析院内药物管理的现状，探究当前存在的问题和出现这些问题的成因。之后结合现状，针对性的制定出合理的解决措施。最大限度增强药剂科药剂师的用药的管理水平，并且结合实践需要，落实药剂科管理制度和准则。在合理的管理标准中，解决药物滥用情况。

第二，需要加大辅助用药的管理工作。需要结合医院内部的药物，分析不同用药的实际使用情况，在合理的统筹规划下，保证使用的有效性和安全性。选择最佳的治疗药物的方式，才可以达到良好的效果，减少临床的不良反应。在一些辅助药物额使用中，就需要合理的监督下，明确各类不合理的行为，优化对药物的依赖性^[3]。

第三，需要结合实际，加大抗菌药物的管理。此时，需要在临床实践的过程中，严格的按照实践的要求进行。需要对不同类型的药物合理的监督，增强临床药师的管理水平。建立和谐的医护关系，保证用药监督。

1.3 评价指标

需要结合 200 名患者门诊中，记录与对比两组抗菌药物的处方，分析药剂科参与医院药物合理使用管理效果。（1）患者的药物使用率，（2）患

者的药物使用次数，（3）患者出现的不良反应几率与患者的治疗依从性。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 22.0 软件，把数据实施有效的分析和探究，也就是说，在（ $\bar{x} \pm S$ ）抗菌药物、辅助药物、重点监控药物的基础上，满足计量检验，在 t 的视野下，完成卡方检验计算。之后，使用 χ^2 ，得到差异，具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2 结果

2.1 两组患者抗菌药物使用情况对比

从这里可以直观的看到，药剂科参与医院药物合理使用管理之后，实验组门诊患者抗药菌药物处方比例 7.00%，明显的低于对照组的 21.00%，两组数据，差异明显，具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。实验组住院患者抗菌药物使用率 21.00%，明显的优于对照组 42%，差异明显，存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。具体的参见表 1。

表 1 实验组与对照组降糖效果对比[n（%）]

组别 (n=100)	门诊患者抗药菌 药物处方比例	住院患者抗菌药 物使用率	住院患者用药频率
对照组	21（21.00）	42（42.00）	61（61.00）
实验组	7（7.00）	21（21.00）	41（41.00）

注：与实验组相比， $P<0.05$ 。

2.2 两组患者的使用次数对比

在经历了长期的实验以后，实验组住院患者用药频率 41%，明显的优于对照组住院患者用药频率 61%，两组数据之间存在差异，可以实施统计学，展现了有效的意义，（ $P<0.05$ ）。具体的参见表 1。从一定的程度上行看，实验组抗菌药品的平均使用次数为每天 4 天，明显的优于对照组的 8 天，两组数据，差异明显，具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。具体的参见表 2。

表 2 本次实验数据对比分析[n（%）]

组别 (n=42)	不良反应情 况	药品使用次数	患者依从性（%）
实验组	1%	4/天	97.00
对照组	8%	8/天	91.00

注：实验组相比， $P<0.05$ 。

2.3 患者的不良反应情况及依从性对比

实验组患者不良反应情况 1%明显的低于对照组不良反应情况 8%，两组数据，差异明显，具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。实验组药剂科对患者的治疗依从性 97.00%，明显的优于对照组 91.00，差异明显，存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。

3 讨论

目前，临床上都十分重视合理用药的管理，保证用药的合理、安全，即可提高治疗的质量，加大用药的持续性干预，减少患者的医药费支

出。药品是当前社会的必需品，在发展历程中，随着疾病种类的增加，不同的药物需求也开始逐渐的提升^[4]。药学就是以患者为中心，增强临床用药的质量，合理的将药物与机体融合起来，加大对各类疾病以及各类药物的掌握程度，明确以后的使用需要。在实践的历程中，大家可以直观的看到，部分医院还是存在不合理使用药物的行为，这样就无法满足药学的实际发展需要，甚至还会导致一些其他的副作用出现。临床实践用药的问题，一直都是大家需要关注的重点和难点。在临床实践中，疾病的复杂性较高，药物的种类复杂多样，药学服务的难度较高。一旦出现不合理的问题，就会到来想象不到的后果。药学干预在方式，尤其是一些慢性疾病的应用中，可以展现出较强的功效。药学干预的质量与合理用药水平存在着较大的关系。医学、药学、医院管理、资源分配等都是属于不可忽视的部分，需要在合理的统筹规划下，承担起自己的责任和义务，并且保证用药，加大多方的合作。药剂科本身的目的就是为大家提供更多的药学服务，落实药品的重点和难点，提高自身责任和义务，解决医疗业务需求的主要问题，对药品的库存进行合理的统筹规划，解决重点和难点部分。掌握当前的市场药品动态变化情况，为后续的临床用药情况提供基础准备^[5]。也就是说，需要在安全、高效、价格低廉高品质药品的基础上，将药剂的主要价值和作用体现出来，向着在“医药分开核算，分别管理”的方向进行发展。

但是，在临床实践中，患者本身体制不耐受，科室之间缺乏沟通，带给患者一些不良反应。首先，药物选择不合理。一般的情况下，医院看病的患者较多，在接待的时候，患者表达的不够清晰。还有部分医护人员的业务能力各部相同，有的水平质量较高，有的却处于偏低的境地。在选择用药的时候，缺少对具体药物的理解，过于依赖抗生素、激素、止痛药等抗菌药物和辅助性药物，一旦形成一个恶性的循环，那么就很难达到满意的效果。之所以会出现这样的问题，主要的成因就是治疗的过程中，对症下药的力度不足，对患者的康复理解不够。其次，科室之间缺少很多的沟通性。对于患者来说，有的疾病就是显而易见就可以得到有效的诊断，但是有的疾病却较为复杂，导致患者需要到不同的科室当中进行就诊。在联合用药的时候，科室之间沟通不足，不仅造成了药物资源的浪费，并且严重者还会导致患者出现不良的反应。最后，用药指导不到位。从实践的角度看，很多的患者在用药的时候，对药物使用的次数或者是药物使用量、使用时间等认知不到位^[6]。

在面对以上问题的时候，首先，需要提高药师素质水平。提高他们的责任意识，丰富的药学理论知识和药物知识，按照标准化的规范，落实药物管理、咨询、核对、调配等相关的工作内容。为临床提供高精尖的药学干预，保证疗效，解决实践中存在的问题。其次，需要强化药物管理。积极进行市场调研，做好基础编制，按照药学规定储存管理。药物的有效期要做好记录，随机抽查药品的质量水平。之后，明确岗位职责^[7]。从主任、主管、药师、药士都需要落实自己的责任和义务，保证药物的质量合格、安全、有效。然后，提供科学的用药指导。机制、名称、适应证、禁忌证、

不良反应等都需要细化到实践中, 打造 24h 线上咨询服务, 规范的自动解答途径。最后, 构建信息管理平台。完善信息管理系统, 动态更新药学的信息, 线上盘点、采购、审批、核算等都需要在一体化的基础上, 合理的统筹发展^[8]。

从以上的实验结果可以看到, 实验组门诊患者抗菌药物处方比例 7.00%, 住院患者抗菌药物使用率 21.00%, 住院患者用药频率 41%, 治疗依从性 97.00%, 全部优于对照组的 21.00%和明显的低于对照组的 21.00%和 42%、61%、91.00%; 实验组抗菌药品的平均使用次数为每天 4/天, 明显的优于对照组的 8/天, 两组临床应用数据差异, 体现统计学意义 ($P < 0.05$)。

因此, 医院不合理用药中药剂科实施药学干预, 可以合理的加大用药使用的控制程度, 增强药物管理的质量, 保证用药安全, 提高医药科相关人员的技能, 促进医疗改革的可持续发展, 可以在临床应用中获得有效的推广。

参考文献:

[1]王云娜,何永坚,黄宇,等. PDCA 循环管理的运用对降低住院患者抗菌药物使用强度的影响以及不合理用药原因的分析[J]. 抗感染药学, 2021, 18(6):3.

[2]贾博颖、周双、周颖、崔一民. 基于 STOPPFrail 标准的衰弱老年患

者潜在不合理用药的横断面研究[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2020, 25(8):10.

[3]黄作,方永祥.2018-2019 年广东药科大学附属第一医院门急诊儿科抗菌药物使用情况调查及不合理用药分析[J].临床合理用药杂志 2021 年 14 卷 2 期, 139-141 页, 2021.

[4]丁晓兰,倪春艳.某院 387 例患者亚胺培南-西司他丁钠临床使用的相关指标及其不合理用药的原因分析[J]. 抗感染药学, 2021 年 18 卷 9 期, 1265-1268 页, 2021:常州市科技局项目.

[5]赵培,官凯敏,刘军.银川某社区卫生服务中心 2017 年中成药不合理用药处方帕累托图分析[J]. 宁夏医科大学学报, 2020,42(10):4.

[6]姚华星,赵一丹,黄燕愉.某医院信息化管理对提高抗感染药物合理使用的影响及其不合理用药现象分析[J]. 抗感染药学, 2021,42(10):4.

[7]李青. 药学干预对抗生素使用不合理情况及不良反应发生率的影响研究[J]. 中国国境卫生检疫杂志, 2020, 43(S01):2.

[8]袁亮亮,王超,翟慧媛. 药学干预对心内科冠心病患者出院后用药依从性及其预后的影响[J]. 药学与临床研究, 2021, 29(6):4.

贵州省卫生健康委科学技术基金项目, gzwjkj2019-1-079, 基于 Nrf2/Keap1 信号通路探讨矢车菊素-3-O-葡萄糖苷抑 MCF-7/Fu1 机制研究, 2020/01-2021/12。

(上接第 38 页)

的随访研究予以论证。

参考文献:

[1]周柏村,涂勤,钟晓冈.瑞舒伐他汀联合丹红注射液治疗 ACI 伴高脂血症的临床观察[J].四川医学,2020,41(8):839-842.

[2]杨媛媛,孙玉坤,栾涛.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗高脂血症疗效及安全性对比分析[J].武警后勤学院学报(医学版),2020,29(2):19-23.

[3]叶婧,李娟.瑞舒伐他汀钙与阿托伐他汀钙治疗高脂血症合并高血压的疗效对比[J].中国全科医学,2018,21(z1):207-209.

[4]罗伟刚,王敏.瑞舒伐他汀对高血压高脂血症患者血脂水平、血液流变性及免疫功能的影响研究[J].陕西医学杂志,2018,47(9):1189-1191,1198.

[5]毛月芹,刘晔,苏建华.依折麦布联合瑞舒伐他汀治疗 2 型糖尿病合并高脂血症患者的临床葛均波,徐永健,王辰.内科学.第 9 版[M].人民卫生出版社,2018:189.

[6]研究[J].中国临床药理学杂志,2021,37(20):2741-2744.

[7]闫屏屏.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀在老年冠心病合并高脂血症治疗中的临床效果对比[J].中国医药导刊,2021,23(7):500-504.

[8]陈冬梅.辛伐他汀治疗老年高血压合并高脂血症的临床效果及药理学研究[J].临床合理用药杂志,2022,15(2):52-55.

[9]需要军.大剂量辛伐他汀对老年高血压合并高脂血症患者的治疗效

果观察[J].实用临床医药杂志,2020,24(18):64-67.

[10]惠静姣,尚正录.辛伐他汀不同用量对高血压合并高脂血症的疗效与安全性分析[J].心血管康复医学杂志,2019,28(5):635-638.

[11]林捷,黄辉,杨晓英,等.辛伐他汀对高血压合并血脂异常患者血清炎症状态、血小板活化功能和血液流变学的影响[J].中华高血压杂志,2019,27(2):169-173.

[12]李广润,刘丽宏,吕亚丽,等.血脂康对比辛伐他汀治疗中国成人原发性高脂血症疗效和安全性的分析[J].中国临床药理学杂志,2021,37(3):305-307,311.

[13]苑兆乐.瑞舒伐他汀、辛伐他汀对高龄患者高脂改善效果的对比分析[J].中国医药指南,2020,18(2):144.

[14]姜晓荣,余素寒.瑞舒伐他汀和辛伐他汀控制高脂血症患者血脂效果对比[J].现代诊断与治疗,2019,30(1):4-6.

[15]张远胜,龚德祥,吴慧静.瑞舒伐他汀钙与辛伐他汀治疗高脂血症合并高血压的效果比较[J].中国当代医药,2018,25(18):94-96.

[16]骆天功.瑞舒伐他汀与辛伐他汀治疗老年冠心病伴高胆固醇血症患者血脂水平及生活质量的疗效观察[J].中国现代医生,2019,57(28):27-30.

瑞舒伐他汀和阿托伐他汀治疗冠心病的药理学分析

安淑春

宁夏石嘴山市中医医院 宁夏石嘴山 753000

摘要：目的：研究瑞舒伐他汀、阿托伐他汀用于治疗冠心病用药方案的临床疗效。方法：样本限定为冠心病患者，于2020年5月到2021年5月共计收录70例，接受阿托伐他汀药物的35例为对照组；接受瑞舒伐他汀药物干预组的35例为干预组，分析患者血脂功能数据差异。结果：（1）干预组血脂指标较之对照组差异明显（ $P<0.05$ ）；（2）与对照组相比，干预组患者在治疗过程中的不良情况发生概率更低（即11.43%远远小于31.43%），数据差异显著（ $P<0.05$ ）；（3）对照组与干预组两组患者在干预前的炎症因子相关指标水平数据之间比较均明显不存在统计学差异（ $P>0.05$ ）；然而经过不同药物治疗后，肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、白介素-6（IL-6）以及C反应蛋白（CRP）此三项指标水平均呈明显的下降趋势，与对照组相比，干预组肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、白介素-6（IL-6）以及C反应蛋白（CRP）此三项指标水平均更低，数据差异显著（ $P<0.05$ ）。讨论：冠心病的临床治疗中，瑞舒伐他汀药物的临床疗效较之阿托伐他汀药物疗效显著，有利于促进患者血脂功能改善，降低病情影响。

关键词：瑞舒伐他汀；阿托伐他汀；冠心病；药理学分析

临床心血管疾病发病率中，冠心病发病率占心脑血管疾病群体发病率三分之一，根据冠心病相关病理原因分析，是因为机体冠状动脉粥样硬化，导致患者在正常生理活动期间出现心动脉管腔壁狭窄的情况，致使患者心脏组织缺氧缺血，诱发心肌受损的病理表现。该类疾病患者大多伴有脂质代谢异常，长期的脂质积存使得动脉内膜出现脂质斑块，导致动脉堵塞和动脉狭窄，影响到心肌供血供氧^[1-2]。本次研究的基础是对本院心血管科冠心病病人应用药物治疗分析，探讨阿托伐他汀与瑞舒伐他汀的药物价值，详见下文。

1. 资料与方法

1.1 一般资料 样本限定为冠心病患者，于2020年5月到2021年5月共计收录70例，对照组35例（阿托伐他汀），男女比例20:15，平均61.88±1.45岁、平均病程2.34±1.75年；干预组35例（瑞舒伐他汀），男女比例21:14，平均61.79±1.41岁、平均病程2.37±1.68年；一般资料无意义（ $P>0.05$ ）；数据可比。

1.2 方法 两组患者入院后均接受常规医疗干预及与患者血管紧张素以及抗血小板聚集药物，改善患者血流动力学指标。

对照组选择阿托伐他汀分散片（厂家：山德士；国药准字J20140002；规格：20mg*10片），初始剂量10mg/次，每日一次，连续用药4周。

干预组选择瑞舒伐他汀钙片（厂家：山德士；国药准字J20190009；规格：10mg*30片），初始剂量10mg/次，每日1次，连续用药4周。

1.3 评判标准 收集干预前后血脂指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C）数据差异，统计数据对数据。比较对照组与干预组两组患者在治疗过程中不良情况的发生概率，不良情况主要涉及胃肠道反应、头痛头晕、皮疹过敏、味觉障碍此四种。其次，使用酶联免疫吸附试验方式来检测本研究观察对象干预前与干预后的炎症因子相关指标水平的变化情况，其中主要涉及肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、白介素-6（IL-6）以及C反应蛋白（CRP）此三项指标水平的变化情况。

1.4 统计学意义 软件：SPSS 19.0；计量资料、计数资料为 $[\bar{x} \pm s, (n,$

$\%)]$ ，由T值、 X^2 校验，数据差异存在意义 $P<0.05$ 。

2. 结果

2.1 干预前后血脂水平对比 干预组血脂指标较之对照组数据差异显著（ $P<0.05$ ），详见表1。

表1 干预前后血脂水平对比（ $\bar{x} \pm s$, mmol/L）

项目	时间	对照组（35例）	干预组（35例）	T	P
TC	干预前	5.59±0.52	5.65±0.57	0.4566	0.6494
	干预后	4.61±0.42	4.35±0.32	2.9131	0.0048
TG	干预前	3.58±0.68	3.46±0.69	0.7328	0.4662
	干预后	1.89±0.59	1.12±0.54	5.6956	0.0000
HDL-C	干预前	0.89±0.42	0.86±0.43	0.2953	0.7687
	干预后	2.25±0.21	2.61±0.25	6.5232	0.0000
LDL-C	干预前	3.96±0.62	3.89±0.63	0.4685	0.6409
	干预后	1.76±0.31	0.58±0.19	19.2000	0.0000

2.2 在治疗过程中不良情况的发生概率 与对照组相比，干预组患者在治疗过程中的不良情况（胃肠道反应、头痛头晕、皮疹过敏、味觉障碍）发生概率更低（即11.43%远远小于31.43%），数据差异显著（ $P<0.05$ ），详见表2。

表 2 在治疗过程中不良情况的发生概率[n,(%)]

组别	例数	胃肠道反应	头痛头晕	皮疹过敏	味觉障碍	总体发生率
对照组	35	3 (8.57)	2 (5.71)	4 (11.43)	2 (5.71)	11(31.43)
干预组	35	1 (2.86)	0 (0.00)	2 (5.71)	1 (2.86)	4 (11.43)

表 3 干预前与干预后的炎症因子相关指标水平的变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TNF-a (pg/ml)		IL-6 (pg/ml)		CRP (mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	35	258.97±24.32	187.67±16.34	239.22±16.89	141.34±16.13	14.89±2.26	5.89±0.67
干预组	35	258.88±24.41	161.15±16.78	249.14±16.73	121.02±16.36	14.87±2.22	3.57±0.63
t	-	0.329	17.216	0.243	3.722	0.133	2.538
P	-	0.591	0.000	0.934	0.002	0.789	0.000

3. 讨论

冠心病是常见的心内科疾病，大多伴有典型心绞痛的病理表现，该疾病的病历分析中，病情的进展可能会导致患者心脏功能受损，诱发心源性急性猝死，严重威胁到患者的生存质量和生命安全。在冠心病的临床治疗中选择合适的给药方式和合理的药物治疗，能够促进患者生理状态改善，有效提升其生存质量。近年来，在临床治疗中，冠心病的常用药物种类比较多，有辛伐他汀、阿托伐他汀、瑞舒伐他汀、氟伐他汀等多种药物，如何选择疗效更好的治疗药物，是改善患者生理状态，提升临床疗效的关键^[3]。本次研究中，主要使用的药物为阿托伐他汀与瑞舒伐他汀两种临床上常用治疗冠心病的药物，通过对二者的临床药用价值分析，明确两种药物在临床治疗中的优势。阿托伐他汀是常见的冠心病治疗药物，药理作用主要体现在抑制肝脏胆固醇合成，抑制辅酶 A 还原酶合成，帮助降低脂蛋白指标，促进低密度脂蛋白分解；该药物耐受性好、不良反应轻。在实际使用中应当注意该药物与其他药物的相互作用，避免因药性冲突产生肌肉毒性，导致横纹肌溶解症，影响患者的生理状态。

瑞舒伐他汀是选择性还原酶抑制剂。该药物进入人体后，作用于患者肝脏，可促进胆固醇的吸收与分解代谢，此药物有着较强的亲水性，这意味着该药物被动扩散能力较低，难以进入非肝细胞。临床用于治疗冠心病，能够有选择性促进患者 TG、LDL-C 等指标水平改善，由于该药物在肝脏部位代谢较少，不会带来较大的副作用^[4-5]。冠心病所具备的高危性特点主要表现在低密度脂蛋白胆固醇与总胆固醇两项指标水平处于异常情况而反映出来的。有相关临床研究数据表明，当低密度脂蛋白胆固醇指标水平当每升提高 1%，冠心病危险系数则会对应提高 3%。但是耐糖量与低密度脂蛋白胆固醇这两项指标水平作为有效预测冠心病的独立因子，当上述两项指标处于异常状态时，则患有冠心病的可能性相对较高。其次，有研究表明，在比较调脂治疗药物进一步证实了调脂治疗药物可以有效改善低

χ^2	-	1.083	2.375	2.985	1.142	4.392
P	-	0.000	0.000	0.003	0.001	0.000

2.3 干预前与干预后的炎症因子相关指标水平的变化情况 对照组与干预组两组患者在干预前的炎症因子相关指标水平数据之间比较均明显不存在统计学差异 ($P>0.05$)；然而经过不同药物治疗治疗后，肿瘤坏死因子-a (TNF-a)、白介素-6 (IL-6) 以及 C 反应蛋白 (CRP) 此三项指标水平均呈明显的下降趋势，与对照组相比，干预组肿瘤坏死因子-a (TNF-a)、白介素-6 (IL-6) 以及 C 反应蛋白 (CRP) 此三项指标水平均更低，数据差异显著 ($P<0.05$)，详见表 3。

密度脂蛋白胆固醇与总胆固醇此两项指标的水平，可以明显的促使冠心病患者发生不良情况以及死亡情况的概率呈明显的下降趋势。他汀类药物在临床上属于使用率比较高的羟甲基戊二酸甲酰基辅酶还原酶抑制剂治疗药物，通常将其使用于心血管疾病患者临床治疗过程中，此类治疗药物见效速度相对较快，同时能够顺利到达机体病灶组织，进一步对血脂水平发挥有效的改善作用，还能够对患者机体中平滑肌细胞组织起到一定程度的作用，提高细胞组织的功能与水平，有效帮助患者病情明显改善。就老年冠心病群体而言，对其应用他汀类治疗药物存在较高的安全性的治疗优势。瑞舒伐他汀属于冠心病临床治疗过程中新型他汀类常用治疗药物之一，可以有效抑制冠心病患者疾病的进展，能够竞争性的对 HMG-COA 还原酶活性发挥抑制作用，HMG-COA 还原酶属于胆固醇物质而产生的限速酶，可抑制细胞组织中甘油三酯的产生，改善其指标水平，进一步对干细胞表面低密度脂蛋白胆固醇受体实际数量发挥良好的代谢性提高影响，进而改善冠心病患者自身血脂相关指标水平。此种治疗药物还存在较高的安全性、有效性以及所导致的毒副作用影响较小等优势。除此之外，瑞舒伐他汀能够促使低密度脂蛋白成分顺利进入细胞组织的速度明显下降，能够明显的对血小板起到抑制聚集情况，降低患者炎症因子相关指标水平。此治疗药物血清半衰时间相对比较久，且生物利用度也比较高，当患者在使用此种药物进行治疗后，能够在长时间内发挥良好的改善作用。

对冠心病患者使用瑞舒伐他汀以及阿托伐他汀药物的治疗中，能够和其他治疗药物产生药理反应情况，同时还能够有效推动低密度脂蛋白胆固醇指标水平的下降，高密度脂蛋白指标水平则有所增加，有相关临床研究进一步证实，瑞舒伐他汀属于调脂作用显著的一种他汀类治疗药物，同时当高密度脂蛋白胆固醇指标水平呈上升趋势或者低密度脂蛋白胆固醇指标水平呈下降趋势时均能够有效的抑制冠心病患者心血管动脉进一步硬

(下转第 46 页)

微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的临床效果

陈洪鹏

新泰市人民医院 山东新泰 271200

摘要: 目的: 分析、研究胆结石采取微创保胆取石术、腹腔镜胆囊切除术治疗的临床效果。方法: 选取 68 例胆结石患者研究, 均于 2020 年 6 月至 2021 年 8 月入我院就诊, 运用入院单双号分组, 等分为 2 组, 一组视作参照组, 一组视作观察组, 参照组接受腹腔镜胆囊切除术, 观察组接受微创保胆取石术, 对不同术式效果展开对比, 如手术指标、生活质量、并发症及胆囊功能。结果: ①手术指标: 观察组手术用时、术后通气时间及住院天数、术中出血量均较参照组低 ($P < 0.05$); ②生活质量: 与参照组比, 观察组生活质量 (生理职能、社会功能及躯体疼痛等) 各因子评分更高 ($P < 0.05$); ③并发症: 在胆漏、感染及出血等发生率上, 观察组 2.94%、参照组 20.59% 比较 ($P < 0.05$); ④胆囊功能: 术后 6 个月, 观察组胆囊容积及最大收缩率高于参照组, 最小残余容积低于参照组 ($P < 0.05$); ⑤炎症因子: 诊疗后, 观察组 IL-6 (白介素-6)、TNF- α (肿瘤坏死因子- α) 水平相比之参照组低 ($P < 0.05$)。结论: 与腹腔镜胆囊切除术比较, 胆结石采取微创保胆取石术诊疗效果更为理想, 可改善手术相关指标, 削弱炎症因子表达, 恢复胆囊功能, 优化生活质量, 且并发症少, 值得借鉴。

关键词: 腹腔镜胆囊切除术; 微创保胆手术; 炎症因子; 胆囊功能; 并发症

在临床上, 胆结石属肝胆外科高发性疾病, 病程较长, 对患者生活、工作均产生严重威胁^[1]。保守治疗虽能在一定程度上改善症状, 但其对适应症有着严格限制, 因此临床针对胆结石更为倾向手术治疗。现阶段, 腹腔镜胆囊切除术、腹腔镜保胆取石术在胆结石治疗中运用频率越来越高, 腹腔镜切除术操作便捷、手术禁忌症少, 适合大部分胆结石患者, 而对于肝胆功能不全亦或是对胆囊功能有需求者, 腹腔镜保胆取石术更为优越^[2]。但目前关于腹腔镜胆囊切除术、微创保胆取石术诊疗后患者预后效果如何报道较少^[3]。鉴于此, 本研究选择 2020 年 6 月至 2021 年 8 月收治 68 例患者研究, 分析不同术式对于患者产生的不同效果。详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 68 例胆结石患者研究, 均于 2020 年 6 月至 2021 年 8 月入我院就诊。

1.1.1 基础资料 运用入院单双号分组, 等分为 2 组, 一组视作参照组, 一组视作观察组, 参照组男/女=15: 19, 年龄上限、下限 65 岁、42 岁, 均龄 (53.51 $\pm$ 4.22) 岁; 12 例单发结石, 22 例多发结石; 观察组男/女=13: 21, 年龄上限、下限 62 岁、40 岁, 均龄 (51.78 $\pm$ 4.12) 岁; 13 例单发结石, 21 例多发结石, ($P > 0.05$) 样本个体间资料具同质性。本研究经医学伦理委员会批准实施。

1.1.2 纳入标准 ①通过全方位诊断符合 WHO 中有关胆结石的判定标准; ②患者、家属知情, 并签订同意书; ③无急性胆囊炎发作; ④符合手术诊疗指征。

1.1.3 排除标准 ①手术禁忌症; ②凝血功能障碍; ③沟通障碍、意识模糊; ④并发心血管或恶性肿瘤疾病; ⑤腹部手术史; ⑥遵医行为较差。

1.2 方法

入院后, 予参照组腹腔镜胆囊切除术: 术前 20min 实施全身麻醉, 在机体脐部下缘位置做一小孔 (10mm 大小), 建立 CO₂ 气腹, 通过小孔放置腹腔镜, 勘察腹腔, 确定肝和韧带交界处; 于脐部上缘位置作另一小孔

(10mm), 同时在胆囊底部做一个孔, 经底部小孔将弹簧牵引钳予以放置, 牵引胆囊。而后分离并切除胆囊, 在其脐部上缘小孔中将胆囊取出。术后, 无菌贴封切口, 实施抗感染及抗生素干预, 补液, 纠正水电解质紊乱。观察组行微创保胆取石术, 术前对患者心理进行安抚, 指导患者以仰卧位姿势保持, 行全身麻醉; 借助消毒酒精将脐部擦拭, 在脐下 10mm 做一切口 (长度为 2~3cm), 输注 CO₂, 构建气腹, 确定胆囊位置; 对胆囊底部进行缝合 (牵引线), 且采取无菌纱布予以填塞, 保护胆囊周边组织; 在牵引线中央位置做切口, 放置胆道镜, 针对体积较小结石可采取取石器直接将其取出, 体积较大结石, 可先采取活钳将结石搅碎, 再行取石操作。取出后, 使用氯化钠溶液清洗胆囊, 且借助胆道镜再次勘察胆囊内部, 以免有结石残留。勘察结束后缝合切口, 术毕行抗感染干预, 补液。

1.3 观察指标

①手术指标。对两组手术指标予以检测, 如手术用时、术后通气时间及住院天数、术中出血量。

②生活质量。参照 SF-36 简易生活质量表就两组术后生活质量展开测评, 满分 100 分, 包含生理职能、社会功能及躯体疼痛、总活力等, 分数与生活质量呈正比。

③并发症。统计两组的并发症, 如胆漏、感染及出血等。

④胆囊功能。随访 6 个月, 对两组胆囊功能展开检测, 详细记录结果。经超声评估胆囊功能, 包含胆囊容积、最大收缩率与最小残余容积。

⑤炎症因子水平。抽取两组晨间空腹静脉血, 统计 3ml, 经离心处理后采取酶联免疫吸附法测定 IL-6 (白介素-6)、TNF- α (肿瘤坏死因子- α)。

1.4 统计学方法

使用版本为 SPSS25.0 的统计软件展开数据分析, 其中定性资料 (并发症等) 用百分比 (%) 表示, 检验用 χ^2 , 定量资料 (胆囊功能、生活质量等) 用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验, $P < 0.05$ 统计意义重大。

2 结果

2.1 手术指标结果对比

相较于参照组，观察组手术耗时、术后通气时间及住院天数更短，术中出血量更低（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 手术指标结果对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	手术耗时	术后通气时	住院天数	术中出血量
	（min）	间（d）	（d）	（ml）
观察组 （n=34）	20.31±5.66	8.97±0.66	4.16±0.53	13.52±0.92
参照组 （n=34）	43.20±7.23	13.52±0.82	6.75±0.72	25.51±6.01
t	14.536	25.205	16.892	11.500
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 生活质量结果对比

观察组各生活质量因子（总活力、躯体疼痛等）分数高于参照组（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 生活质量结果对比（ $\bar{x}\pm s$ ；分）

组别	生理职能	社会功能	总活力	躯体疼痛
----	------	------	-----	------

表 4 胆囊功能结果对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	胆囊容积（ml）		最大收缩率（%）		最小残余容积（ml）	
	诊疗前	诊疗后	诊疗前	诊疗后	诊疗前	诊疗后
观察组（n=34）	23.30±4.17	28.31±3.45	41.35±9.41	56.33±9.71	9.82±4.11	4.80±2.13
参照组（n=34）	22.95±3.86	26.10±2.23	40.68±9.62	51.48±9.26	9.78±4.02	6.55±3.35
t	0.359	3.137	0.290	2.108	0.041	2.570
P	0.721	0.003	0.773	0.039	0.968	0.012

2.5 炎症因子结果对比

诊疗前两组 IL-6、TNF- α 水平对比无较大差异（ $P<0.05$ ），术后 1d，观察组 IL-6、TNF- α 均与之参照组比低（ $P<0.05$ ），见表 5。

表 5 炎症因子结果对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	IL-6（ng/L）		TNF- α （ μ g/L）	
	诊疗前	诊疗后	诊疗前	诊疗后
观察组（n=34）	77.20±28.63	81.60±16.48	6.80±3.66	9.81±3.64
参照组（n=34）	76.63±30.12	89.46±15.26	7.40±2.63	13.70±4.24
t	0.080	2.041	0.776	4.059
P	0.937	0.045	0.440	<0.001

3 讨论

伴随近些年物质水平升高，人们饮食结构、生活方式等均发生较大改变，进而使得胆结石患病人数增多，且呈规律增长趋势^[4]。相关数据表示，截至 2017 年，国内胆结石发病率该报道 7.45%，而其中属胆囊结石最为常见^[5-6]。在临床上，腹腔镜胆囊切除术是胆结石诊疗有效且常见手段，较既往开腹式手术，其手术耗时短，术后恢复快，创伤小，但该术式会将胆囊切除，对患者生活质量有较大影响，因此临床上开始采取微创保胆取石术

观察组 （n=34）	78.12±20.15	84.13±12.40	75.26±20.26	77.42±20.13
参照组 （n=34）	53.20±18.36	64.15±15.77	51.26±19.57	62.59±21.34
t	5.330	5.807	4.968	2.948
P	<0.001	<0.001	<0.001	0.004

2.3 并发症结果对比

与之参照组比，观察组胆漏、感染发生率更低（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 并发症结果对比（n；%）

组别	胆漏	感染	出血	总发生率
观察组（n=34）	0（0.00）	1（2.94）	0（0.00）	1（2.94）
参照组（n=34）	1（2.94）	5（14.71）	1（2.94）	7（20.59）
χ^2	--	--	--	5.100
P	--	--	--	0.024

2.4 胆囊功能结果对比

诊疗前，两组胆囊功能比较（ $P>0.05$ ），诊疗 6 个月后，观察组胆囊功能恢复程度高于参照组（ $P<0.05$ ），见表 4。

进行胆结石的治疗，此方法可在保证手术疗效的同时保存胆囊功能，且术后并发症少，安全性高^[7-8]。

本研究结果示，观察组手术指标（手术耗时、术后通气时间及住院天数）相比于参照组低（ $P<0.05$ ），提示微创腹腔镜保胆取石术可获得良好的手术效果。原因分析：保胆取石术具一定的可操作性，能够减少术中出血量，减少住院时间，取石过程中借助胆道镜进行观察，提拉胆囊取石过程繁杂，需操作医生具备熟练的操作技术，但限于手术自身对患者无较大损伤，术后恢复快，同时该术式可降低术后消化道症状，保存胆囊功能^[9]。有资料表示，胆汁是机体重要消化液，切除胆囊后患者虽然饮食习惯出现变化，但仍然会出现消化道症状^[10]。立足于治疗目标，实施胆囊结石治疗是为了优化生活质量，缓解临床症状，但腹腔镜胆囊切除术对机体消化道功能有较大影响，增加了消化肿瘤患病几率。此外，有部分患者认为，保胆后易出现复发问题，但相关研究表示，保胆术复发与疾病有关，胆囊功能异常、伴结石家族史或年龄均为胆囊结石复发因素，复发后明确病因，以此进行控制^[11]。本研究结果示，观察组炎症因子水平、胆囊功能与之参照组比更加优异（ $P<0.05$ ），证实微创保胆取石术有益于下调炎症因子表达，保存胆囊功能，创伤小，预后佳。文献指出，胆囊切除术后对机体有

着严重的机械性损伤,可致炎症效应发生。IL-6 属细胞因子网络重要因子,经手术治疗可使其呈高水平表达,而水平高低又能反映出机体损伤程度。TNF- α 为全身亦或是局部炎症初期关键因子,当机体受损后可刺激细胞过度合成,继而分泌出 TNF- α ,导致血液中 TNF- α 含量升高。本研究观察组上述指标较对照组低,考虑是腹腔镜胆囊切除与保胆取石术虽均是微创手术,但较前者,后者操作更为精细化,能够实现精准治疗目的,减少手术耗时,降低术中出血量,同时有益于减轻炎症效应,这一结果与张振胜结果吻合^[12]。此外,本研究结果显示,观察组胆囊容积、最大收缩率均高于对照组,最小残余容积低于对照组 ($P<0.05$),提示微创保胆取石术可保护患者胆囊功能,考虑是保胆取石术对机体胆囊、血管与肠道均无较大损耗,可留存胆囊结构完整性,加速胆囊收缩功能修复。韩成普等人^[13]对 63 例胆结石患者研究,随机分组结果发现,保胆取石术胆囊容积较胆囊切除术优异,与本研究结果一致,证实本研究真实可行。

综上,与腹腔镜胆囊切除术比较,胆结石采取微创保胆取石术诊疗效果更为理想,可改善手术相关指标,削弱炎症因子表达,恢复胆囊功能,优化生活质量,且并发症少,值得借鉴。

参考文献:

- [1]林佩璇.微创保胆取石术对胆结石患者胃肠功能和术后恢复的影响[J].罕少疾病杂志,2022,29(04):40-41+72.
- [2]王鑫.双镜联合保胆取石术与单纯腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的效果对比研究[J].中国实用医药,2021,16(35):52-55.
- [3]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.

[4]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.

[5]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.

[6]刘尧冲,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.

[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]蔡斌.评价微创保胆取石术治疗胆结石的临床效果[J].中国现代药物应用,2019,13(23):39-40.

[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響[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(90):31-32.

[10]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.

[11]张瑜.微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的效果对比评价[J].结直肠肛门外科,2018,24(S2):7-8.

[12]张振胜,陈升,肖洪伟,等.双镜联合保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石患者疗效对比分析[J].实用肝脏病杂志,2022,25(1):4.

[13]韩成普.腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石并胆囊息肉的效果及对并发症发生率的影响[J].中国药物与临床,2021,21(8):3.

(上接第 43 页)

化。究其原因,主要是因为此种治疗药物含有甲磺酰胺基(存在较为突出的亲水性)物质,可以超过 90% 之上的药物能够有效在肾脏组织以及肠道组织均能起到代谢作用,不同类型他汀类治疗药物所发挥的血脂水平改善作用存在不同程度的差异性,微量的高效的调脂治疗药物能够有效提高患者疾病恢复速度,瑞舒伐他汀治疗药物能够有效成为肝脏组织选择性还原酶抑制剂,降低细胞组织内部的总胆固醇指标水平,存在较高的有效性与安全性的临床治疗优势。和药物阿托伐他汀药物对比可知,瑞舒伐他汀治疗药物存在比较高的药物治疗依从性与有效性,同时所带来的毒副作用影响程度相对较小。他汀类治疗药物可以明显的改善血脂相关指标水平以及内皮组织功能水平,促使斑块处于相对稳定的状态中。阿托伐他汀此种治疗药物其可以有效控制胆固醇物质的产生,提高身体低密度脂蛋白相关物质的摄入情况。瑞舒伐他汀可以有效提高肝细胞组织表面低密度脂蛋白,加快对其的分解速度,对于炎症细胞组织朝着斑块积聚则可以发挥抑制作用,还可以有效控制平滑肌细胞组织的形成。有相关临床研究表明,冠心病病情不断进展时,炎症反应在其中起到积极作用,其推动着冠心病病情的进展。瑞舒伐他汀治疗药物可以对一氧化氮合酶活性起到激活影响,推动一氧化氮的产生,有效避免内皮组织受到损伤,减少炎症因子相关指标水平,提高抗炎功效。当瑞舒伐他汀用药剂量为 80mg 时,其减少低密度脂蛋白胆固醇指标水平可以高达 65% 之上,其药效作用部位主要在人体肝脏组织中,对肝细胞选择性则更高,此治疗药物的分子结构相对较

为特殊,可以抑制动脉粥样硬化的产生数据分析得知:干预后干预组 TC、TG、HDL-C、LDL-C、在治疗过程中的不良情况(胃肠道反应、头痛头晕、皮疹过敏、味觉障碍)发生概率、以及干预后的肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-6 (IL-6) 以及 C 反应蛋白 (CRP) 此三项指标水平较之对照组存在明显数据差异,软件分析有意义 ($P<0.05$),证实瑞舒伐他汀药物能够更好的促进患者病情显著改善。

综上所述,冠心病患者在临床治疗过程中,瑞舒伐他汀药物能够更好的促进患者病情改善,改善血脂功能,应用价值较之阿托伐他汀更高,值得推广使用。

参考文献:

- [1]欧阳辉,刘冀.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗冠心病用药安全性及临床总有效率的药学分析[J].中国保健营养,2020,30(14):346-346.
- [2]罗博武.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗冠心病的疗效对比分析[J].实用心脑血管病杂志,2020,026(021):116-117.
- [3]陈湛,曾博斯,杨瑜珍,等.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗冠心病的疗效对比研究[J].北方药学,2020,017(004):98-99.
- [4]周江荣,冯俊,罗春苗,等.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀在冠心病治疗中的应用价值对比分析[J].中国实用医药,2020,15(08):110-112.
- [5]孙涛,靳艳,雷怀兴.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗冠心病临床疗效与安全新对比研究[J].贵州医药,2019,43(11):102-104.

益生菌鼻腔冲洗治疗儿童慢性鼻-鼻窦炎临床疗效观察

宋国栋 李慧 赵晓萌 李洪雷 魏裔君^{通讯作者}

山东大学齐鲁医院德州医院 山东德州 253000

摘要：目的：探讨益生菌鼻腔冲洗治疗儿童慢性鼻-鼻窦炎（chronic rhinosinusitis, CRS）的临床疗效。方法：选取我院 2021 年 4 月-2022 年 1 月收治的 CRS 患儿 180 例为研究对象，根据随机数字表法将患儿分为观察组 92 例和对照组 88 例，对照组口服孟鲁斯特钠、香菊片，并用生理盐水冲洗鼻腔；观察组在对照组治疗的基础上应用益生菌溶于生理盐水冲洗鼻腔，两组均治疗 12 周。比较两组患儿治疗前后自觉症状、鼻粘膜形态、影像学表现。结果 两组患儿治疗前自觉症状、鼻粘膜形态、影像学表现无统计学差异（ $P>0.05$ ），治疗后两组病例除第 4 周头痛/头晕症状与对照组无统计学差异外（ $P>0.05$ ），其余各治疗时间段观察组各项评分均显著低于对照组（ $P<0.05$ ）；结论：益生菌鼻腔冲洗治疗儿童 CRS 近期有着较好的疗效，且能有效的预防儿童 CRS 的复发。

关键词：慢性鼻-鼻窦炎；儿童；益生菌；鼻腔冲洗；视觉模拟量表

慢性鼻-鼻窦炎（chronic rhinosinusitis, CRS）是指病程在 12 个月及以上的鼻腔黏膜和鼻窦的慢性炎症^[1]。目前多数指南和专家共识认为儿童 CRS 治疗的目标是以不良反应最小的治疗方案达到控制症状和恢复鼻腔鼻窦功能为目的，推荐药物治疗作为主要和初始治疗手段。临床医生根据患者的遗传特征、发育情况、所处环境等引起慢性鼻-鼻窦炎的病因综合分析后，个体化的制定针对患者的疾病预防、诊疗策略^[2]。与成人 CRS 相比，儿童 CRS 的病因、免疫发病机制及临床表现等方面存在明显不同，因此儿童 CRS 的治疗方式和策略有其独特性。本次研究在应用常规治疗的基础上，给予微生物制剂灌洗鼻腔，促进鼻腔微生态的稳定与恢复，起到治疗 CRS 的作用并预防复发，连续治疗 3 个月，疗效良好，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 6 月-2022 年 2 月儿科门诊就诊的慢性鼻-鼻窦炎患儿 180 例为研究对象，根据随机数字表法分为观察组 92 例和对照组 88 例，观察组男 61 例，女 31 例，年龄 3-14 岁，平均（ 6.96 ± 2.57 ）岁，对照组男 52 例，女 36 例，年龄 3-14 岁，平均（ 6.59 ± 2.78 ）岁，两组患儿性别、年龄等一般资料无统计学差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合 2012 年昆明《儿童鼻-鼻窦炎诊断和治疗建议》中慢性鼻-鼻窦炎诊断标准的主要症状和体征；②年龄 3~14 岁儿童；③患儿及监护人自愿接受所采用的治疗方案，对辅助治疗有较好的依从性，并能配合完成随诊治疗。

排除标准：①近 2 周内曾患急性上呼吸道感染的儿童；②患有明显口、

鼻、咽解剖结构异常的儿童；③患有阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的儿童；④患有胃食道返流病的儿童⑤患有免疫缺陷性疾病的儿童；⑥不能配合完成随诊治疗。

1.3 治疗方法 对照组：给予口服香菊片，每次 1 片，每天 3 次；口服孟鲁斯特钠，3-4 岁儿童，每次 4mg，每天 1 次，5-14 岁儿童，每次 5mg，每天 1 次；38℃生理盐水鼻腔冲洗，每天 1 次。实验组：在对照组相同治疗的基础上给予四联活菌片 1 片溶于 10ml 生理盐水进行鼻腔冲洗。

1.4 观察指标 比较两组患儿治疗前后自觉症状、内镜下粘膜形态、影像学表现等指标。自觉症状采用视觉模拟量表（visual analogue scale, VAS）进行评估，评估过程由家长及患儿共同完成，粘膜形态采用 Lund-Kennedy 进行评估，影像学表现采用 CT/MRI 扫描 Lund-Mackay 评分进行评估。

1.5 统计方法 采用 SPSS20.0 软件进行数据分析，计量资料采用（均值±标准差）表示，检验方法为 t 检验，计数资料采用百分比表示，检验方法为卡方检验，以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿治疗前后 VAS 评估

两组患者治疗前流涕、鼻塞、咳嗽、头痛/头晕等症状评分及平均分均无统计学差异（ $P>0.05$ ），两组患者经治疗后 4 周、8 周、12 周，两组患者治疗后 4 周头晕/头痛症状无统计学差异（ $P>0.05$ ），其余症状评分观察组均显著低于对照组（ $P<0.05$ ）见图 1。

表 1 两组治疗前和后不同时期 VAS 评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

症状	治疗前		T	P	治疗后 4 周		T	P	治疗后 8 周		T	P	治疗后 12 周		T	P
	对照组	观察组			对照组	观察组			对照组	观察组			对照组	观察组		
流涕	6.30±1.18	6.24±1.22	0.132	0.895	4.82±0.94	4.55±0.82	-2.011	0.046	4.18±0.75	3.86±0.66	-3.078	0.002	2.52±0.69	2.08±0.80	-3.988	0.000
鼻塞	6.44±1.04	6.54±1.02	0.654	0.514	4.99±0.83	4.58±0.75	-3.528	0.001	4.34±0.87	3.99±0.86	-2.732	0.007	2.57±0.76	2.09±0.71	-4.420	0.000

咳嗽	6.01±1.11	5.93±1.05	0.477	0.634	5.27±0.80	4.87±0.88	-3.215	0.002	4.14±0.68	3.60±0.74	-5.066	0.000	2.57±0.69	2.02±0.73	-5.167	0.000
头痛/头晕	5.24±1.34	5.28±1.43	0.213	0.832	3.93±1.12	3.67±1.78	-1.503	0.135	2.68±0.94	2.01±1.02	-4.553	0.000	1.64±0.76	1.26±0.74	-3.358	0.001
症状平均分	6.00±0.57	6.01±0.64	0.121	0.903	4.75±0.51	4.47±0.49	-3.756	0.000	3.83±0.41	3.36±0.44	-7.292	0.000	2.32±0.41	1.86±0.38	-7.846	0.000

2.2 鼻腔黏膜、下鼻甲、分泌物情况评估

两组患者治疗前 Lund-Kennedy 评分无统计学差异 (P>0.05), 治疗后 4 周、12 周观察组患者评分均显著低于对照组 (P<0.05), 见表 2。

表 2 两组治疗前和治疗后不同时期鼻腔黏膜、下鼻甲、分泌物情况比较 (x±s)

组别	n	治疗前	治疗后 4 周	12 周
对照组	88	3.10±0.74	2.05±0.72	0.55±0.54
观察组	92	3.12±0.77	2.27±0.69	0.38±0.51
T		0.373	-2.081	-2.099
P		0.542	0.039	0.037

2.3 鼻窦 CT 评估

其中完成鼻窦 CT 或 MRI 检查的共 99 例, 两组病例治疗 12 周后鼻窦 CT 评分均较治疗前明显下降 (P<0.01), 见表 3。

表 3 两组治疗前和治疗后 12 周鼻窦 CT 评分比较 (x±s)

组别	n	治疗前	治疗后 12 周
对照组	46	7.04±1.74	3.43±1.41
观察组	53	6.96±1.82	2.34±1.06
T		-0.226	4.412
P		0.821	0.000

3 讨论

1977 年 Volker Rush 首次提出了微生态学, 认为是一种特定的微生态环境存在于微生物与微生物、微生物与宿主机体之间, 其平衡能否维持决定了疾病的发生与否^[3]。任何某种细菌如果达到了一定数量或者在相应的部位形成定植就会致病。机体正常功能的实现依赖于微生态平衡的维持, 微生态平衡在保持机体微环境稳定及保护机体抵抗致病菌侵袭方面起着重要的作用, 机体内外环境条件的改变会导致它的失衡, 并引起感染导致疾病。慢性咽炎鼻炎等上呼吸道感染的发生, 除了感染致病菌这一因素外, 还有一个重要原因是原生境出现了正常菌群的生态失衡, 原生境正常时处于劣势状态的冗余菌群占比明显升高, 而处于优势次优势状态的菌群占比

明显下降, 因此“恢复和调整上呼吸道种群平衡”的微生态治疗法是治疗慢性鼻咽炎的高效合理的方法。

CRS 具体的发病机制尚不明确, 但细菌被认为是导致 CRS 的主要因素之一^[4]。外界环境与鼻腔直接连通, 呼吸过滤作用会导致各种微生物滞留鼻腔。研究证实, 罹患 CRS 的患者的鼻腔为致病菌占据, 健康对照组的无症状者亦有细菌定植于鼻窦。CRS 患者鼻窦中的致病菌主要是金黄色葡萄球菌和表面葡萄球菌, 其次是肺炎链球菌、铜绿假单胞菌和流感嗜血杆菌。多项研究显示儿童 CRS 组织病理学改变和成人 CRS 不同, 儿童 CRS 鼻窦黏膜组织更多的是中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞和巨噬细胞浸润, 而嗜酸性粒细胞浸润较少, 这样就能解释了为何儿童 CRS 临床症状与成人 CRS 差异较大, 除了鼻塞和流涕主要症状外, 常伴有咳嗽、鼻后滴漏及分泌性中耳炎致听力下降等^[5]。条件有限的情况下, 可以根据患儿的症状查找其可能的原因采取针对性的治疗措施; 当条件允许时, 再对患儿的病因进行深入分析, 并以此制定合适于患儿的最佳诊疗方案。目前大多数研究认为儿童慢性鼻-鼻窦炎以药物保守治疗为主。成人慢性鼻-鼻窦炎的一些药物治疗措施如鼻用糖皮质激素、短期口服抗生素、口服粘液促排剂等治疗儿童慢性鼻-鼻窦炎并无证据。儿童推荐应用鼻糖皮质激素的依据主要来自于成人 CRS 的鼻用糖皮质激素治疗效果, 《儿童鼻-鼻窦炎诊断和治疗建议(2012, 昆明)》中儿童 CRS 治疗不推荐常规应用抗生素, 美国和欧洲最新发布的儿童 CRS 诊疗指南也不建议短期和长期应用抗生素治疗^[6]。但也有研究证实儿童 CRS 持续的炎症状态和细菌感染有关, β-溶血性化脓性链球菌、金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌及革兰阴性的厌氧菌等为常见致病菌。

一项前瞻性的研究^[7]提示, 1-3 次/天的生理盐水鼻腔冲洗能够有效的改善患儿的临床症状和鼻窦 CT 评分, 显著的降低外科手术的干预率。鼻腔冲洗在“英国鼻-鼻窦炎诊疗指南”中作为 A 级推荐诊疗措施^[8]。鉴于儿童鼻腔冲洗的依从性问题, 在临床实际工作中, 可以选用相对简单的办法, 例如应用 10ml 去针头注射器将生理盐水注入鼻腔, 使鼻腔分泌物从对侧鼻腔或者口咽部冲出。目前普遍认可的鼻腔冲洗治疗的作用机制如下: (1)

(下转第 51 页)

牙周炎治疗中比较两种不同药物的作用

王蕊

黑龙江省传染病防治院 黑龙江哈尔滨 150000

摘要：目的：针对牙周炎患者分别采用克拉霉素和甲硝唑药物进行治疗的效果进行比较。方法：收集 2019 年 10 月—2020 年 10 月期间的 50 例牙周炎患者有关治疗资料，将患者随机平均分为两组，每组各有患者 25 例，观察组患者采用克拉霉素药物进行治疗，对照组患者采用甲硝唑药物进行治疗。对两组患者治疗后牙周炎症状缓解程度及临床症状积分发生的变化程度进行分析研究，并根据患者病情症状发生的变化评价两种药物的综合治疗效果。结果：在出血指数、牙周探诊深度、附着散失水平等指标方面，两组患者在治疗开始前存在的差异不具有统计意义（ $P>0.05$ ）。服用药物治疗 1 个月、3 个月月后，两组患者的出血指数、牙周探诊深度、附着散失水平等指标比基线水平低一些，观察组患者比对照组患者更低一些，两组患者之间存在的差异具有统计意义（ $P<0.05$ ）。治疗结束后评价两组患者的综合治疗效果，观察组患者治疗有效率为 92%，对照组患者治疗有效率为 72%，两组患者之间存在的差异具有统计意义（ $P<0.05$ ）。在药物毒副作用方面，观察组患者中只有轻度头晕的患者 1 例，对照组患者中有恶心、呕吐的患者 5 例。结论：克拉霉素与甲硝唑相比，对牙周炎患者的治疗具有更明显的效果，毒副作用相对较小，可广泛应用于临床患者治疗中。

关键词：牙周炎治疗；药物治疗；临床疗效

1. 前言

牙周炎主要是受到多种牙周致病菌引发的混合感染而产生，在口腔科是最常见的一种感染性口腔疾病。疾病发生过程中主要是受到厌氧菌感染，并在病情发展过程中也存在较活跃的兼性厌氧菌。通过蛋白水解酶的释放及有毒代谢产物的共同作用，这些微生物对牙周组织直接破坏，也通过对宿主细胞的刺激作用产生炎症相关因子对牙周组织破坏。只采用牙周手术方法进行治疗无法对该疾病进行彻底根治，通常容易造成反复发作。而药物治疗辅助手术治疗方法可实现对手术治疗效果的有效维持、对细菌进行有效控制及对牙周组织再生产生促进作用等效果。克拉霉素是一种大环内酯类药物，可利用其结合敏感细菌的 50S 核糖体亚单位而对细菌蛋白合成产生抑制而实现抑菌效果。甲硝唑是一种硝基咪唑类衍生物，利用对细菌 DNA 合成的干扰实现杀菌效果，是首选厌氧菌感染的治疗药物。克拉霉素和甲硝唑药物的抑菌作用都较为明显，采用抗菌药物进行治疗通常可有效清除这些致病菌，进而达到对牙周炎的有效消除效果。本研究收集 2019 年 10 月—2020 年 10 月期间的 50 例牙周炎患者有关治疗资料，分别采用克拉霉素和甲硝唑两种药物进行治疗，治疗效果较为明显，现将有关情况进行总结。

2. 资料与方法

2.1 患者资料

收集 2019 年 10 月—2020 年 10 月期间的 50 例牙周炎患者有关治疗资料，其中有 31 例男患者，19 例女患者，患者年龄在 23—59 岁之间，平均年龄（ 36.9 ± 5.3 ）岁。患者文化程度分布：19 例患者为初中～高中，13 例患者为高中～本科，18 例患者为本科以上。患者职业分布：25 例患者为工人，15 例患者为农民，10 例患者为其他。

列入本研究的患者标准：全口牙超过 20 颗；全口牙中超过一半存在附着散失的位点；不存在其它系统性疾病；3 个月内抗生素及牙周治疗方

法都未采用；不存在药物过敏史，患者自愿参与本研究并积极配合。将患者随机平均分为两组，其中观察组有 17 例男患者，8 例女患者，患者病程在 4.1—5.4 周，12 例患者为轻度，8 例患者为中度，5 例患者为重度。对照组有 15 例男患者，10 例女患者，患者病程在 4.4—5.2 周，15 例患者为轻度，7 例患者为中度，3 例患者为重度。

排除本研究的患者标准：将 3 个月内有牙周炎治疗经历的患者予以排除；将发病后采用抗生素进行治疗的患者予以排除；将肝、肾、心脑血管、内分泌等器官患有严重疾病的患者予以排除；将本研究中服用治疗药物敏感患者予以排除；将佩戴牙齿矫正器的患者予以排除。

2.2 方法

两组患者在牙周炎患者接受基本手术治疗方法后服药进行治疗。对照组患者服用苯酚甲硝唑分散片，每日口服 3 次，每次服用 0.6 克，连续一周时间进行治疗。观察组患者服用克拉霉素缓释片，每日口服 1 次，每次服用 0.5 克，连续一周时间进行治疗。

2.3 指标观察及判断治疗效果标准

对患者口腔中的天然牙采用 Williams 牙周探针进行检查其出血指数、牙周探诊深度及附着散失水平三项指标。患者初诊时对基线进行设置，治疗中对患者的三项指标详细记录，采用全口龈上洁治术治疗后，分别对两组患者口服克拉霉素和甲硝唑两种药物进行治疗，基线后 1 个月和 3 个月分别对两组患者的出血指数、牙周探诊深度及附着散失水平三项指标进行复查。

判断治疗效果的标准：消失临床症状和牙龈出血症状表现的患者为痊愈，牙周探诊深度及附着散失水平两项指标有一定程度改善的患者为治愈。基本消失临床症状，局部减轻疼痛、出血等表现的患者为有效。症状没有明显改善的患者为无效。治愈和有效患者占收集全部患者的比例为有效率。

2.4 统计分析

采用数据处理软件 SPSS 21.0 分析有关研究数据, 采用卡方检验方法比较患者计数资料, 采用 ($\bar{x} \pm s$) 形式表示患者计量资料, 两组患者应用独立样本 t 检验方法比较相同时间点指标, $P < 0.05$ 表明患者有关研究数据存在的差异较为明显, 具有统计意义。

3. 结果

表 1. 不同时间两组患者的出血指数对比

分组	患者数量	基线	1 个月	3 个月
观察组	25	3.82±0.17	2.27±0.09	1.91±0.18
对照组	25	3.77±0.18	2.55±0.12	2.16±0.14
P		>0.05	<0.05	<0.05

表 2. 不同时间两组患者的牙周探诊深度对比

分组	患者数量	基线	1 个月	3 个月
观察组	25	3.82±0.17	2.27±0.09	1.91±0.18
对照组	25	3.77±0.18	2.55±0.12	2.16±0.14
P		>0.05	<0.05	<0.05

表 3. 不同时间两组患者的附着散失程度对比

分组	患者数量	基线	1 个月	3 个月
观察组	25	3.82±0.17	2.27±0.09	1.91±0.18
对照组	25	3.77±0.18	2.55±0.12	2.16±0.14
P		>0.05	<0.05	<0.05

在出血指数、牙周探诊深度、附着散失水平等指标方面, 两组患者在治疗开始前存在的差异不具有统计意义 ($P > 0.05$)。服用药物治疗 1 个月、3 个月后, 两组患者的出血指数、牙周探诊深度、附着散失水平等指标比基线水平低一些, 观察组患者比对照组患者更低一些, 两组患者之间存在的差异具有统计意义 ($P < 0.05$)。

表 4. 两组患者的临床疗效对比

分组	患者数量	治愈患者	有效患者	无效患者	有效率%
观察组	25	18	5	2	92%
对照组	25	14	4	7	72%

治疗结束后评价两组患者的综合治疗效果, 观察组患者治疗有效率为 92%, 对照组患者治疗有效率为 72%, 两组患者之间存在的差异具有统计意义 ($P < 0.05$)。在药物毒副作用方面, 观察组患者中只有轻度头晕的患者 1 例, 对照组患者中有恶心、呕吐的患者 5 例。

4. 讨论

牙周炎主要是一种因牙菌斑中的微生物引发的慢性感染性疾病, 特别是部分在厌氧条件下生长的革兰阴性致病菌, 其引发的炎症反应范围逐渐达到深部组织, 造成牙周组织发生炎症并受到破坏, 诸如形成牙周袋、进行性附着丧失等, 严重患者将造成牙松动并将其拔除, 主要分为慢性、侵袭性、坏死性及对全身疾病反映的牙周炎几种类型。

牙周炎患者因牙龈肿胀和增生向牙冠方向龈缘位置移动, 进而加深龈沟, 但与上皮位置相结合并没有向根方迁移, 也就是没有发生牙周附着丧失。而患牙周炎时结合上皮向根方增殖, 冠方部分分离牙面, 加深龈沟而产生牙周袋。所以, 临床检查过程中, 只有与牙周探诊深度、附着散失水平等指标相结合才能对牙周炎病情的严重程度进行较为准确的判断。牙龈炎症程度通过出血时指数反应, 可对牙龈和牙周袋内壁存在的炎症进行较客观地反应, 临床使用不复杂, 具有一定的特异性。克拉霉素不仅对厌氧球菌的抗菌作用较强, 对革兰阳性菌及部分阴性菌, 可有效抑制百日咳杆菌、淋病双球菌及、流感嗜血杆菌等。研究结果显示, 克拉霉素随升高的 pH 值而增大抗菌作用, 尤其是 pH 数值在 8~8.5 之间时最强。牙周炎患者的龈沟液平均为 (8.09±0.56) pH 值, 有利于克拉霉素的抗菌效果。

牙周炎分阶段进行治疗, 先对牙周基础治疗, 针对患者产生龈脓肿、牙周脓肿及坏死性龈炎等一些急症, 应结合实际进行处理。将不适合保留的牙齿拔除, 使牙周保持时间较长的健康状态。通过刮治、洁治及根面平整等措施将龈上下部位的牙石、菌斑等进行清除。确有需要时可暂时性固定松动牙, 并辅以药物治疗。使局部致病因素得到消除, 提高患者口腔疾病的治疗意识。所以, 指导患者口腔卫生, 对患者存在的不良生活习惯等进行纠正就显得尤为重要。患者应对牙周炎主要致病原因加深了解, 养成口腔卫生的良好习惯, 指导患者将菌斑清除的有效方法, 诸如刷牙的正确方法及牙签、牙线、间隙刷等清除菌斑工具的正确使用, 基础治疗后应评估其治疗效果。经治疗后患者应终生对牙周健康加强自我维护, 使口腔卫生的良好习惯得以养成, 定期对牙齿进行专业维护, 避免牙周炎病症再次复发, 这是治疗牙周疾病的重要维护期。

在临床治疗牙周炎患者的各种药物中, 目前最常见的药物是甲硝唑, 主要用于对细菌干扰 DNA 合成进而达到杀菌效果。缺氧下细胞生长和厌氧微生物可被甲硝唑的杀菌作用杀死, 但对需氧菌和兼性厌氧菌不具有任何作用。本研究基于收集采用机械治疗方法的 50 例患者, 分别有 25 例服用甲硝唑的患者和 25 例服用克拉霉素的患者。基线时也就是患者接受开始治疗前, 在出血指数、牙周探诊深度、附着散失水平三个指标方面, 两组患者存在的差异不具有统计意义 ($P > 0.05$)。服用药物治疗 1 个月、3 个月后, 两组患者的出血指数、牙周探诊深度、附着散失水平等指标比基线水平低一些, 观察组患者比对照组患者更低一些, 两组患者之间存在的差异具有统计意义 ($P < 0.05$)。治疗结束后评价两组患者的综合治疗效果, 观察组患者治疗有效率为 92%, 对照组患者治疗有效率为 72%, 两组患者之间存在的差异具有统计意义 ($P < 0.05$)。

克拉霉素及甲硝唑都能使牙周炎患者有效改善牙周出血情况, 克拉霉素可迅速改善牙周炎症。克拉霉素药物服用后, 牙周探诊深度、附着散失水平指标都得到有效改善, 其临床疗效比甲硝唑组患者更好。而且, 克拉霉素服用不复杂, 只有较小的副作用。在药物毒副作用方面, 观察组患者中只有轻度头晕的患者 1 例, 对照组患者中有恶心、呕吐的患者 5 例。

严重患者将产生腹泻、皮疹等不良反应。甲硝唑还能使凝血酶原时间

延长,较长时间使用可使白细胞减少,周围神经减小病变等副作用。所以,患者对甲硝唑的使用应谨慎,通常服用时间不超过一周。

通过对两组患者的出血指数、牙周探诊深度、附着散失水平三项指标的变化进行观察,可使牙周炎的病变程度以及治疗后恢复的情况得到较为客观的反应,并对临床疗效进行综合评定。完成治疗后,评价患者综合治疗效果,观察组患者治疗有效率为 92%,对照组患者治疗有效率为 72%,两组患者之间存在的差异具有统计意义 ($P<0.05$)。在龈上洁治术后将克拉霉素和甲硝唑两种药物对患者进行给药,可对刮治和平整根面更好地配合,使牙周组织炎症得到逐渐消除,因此,牙周炎患者的临床治疗中,牙周机械治疗方法是基础,药物治疗方法是治疗牙周炎的一个较为有效的方法。

5. 结语

总之,克拉霉素与甲硝唑两种药物对牙周炎患者配合机械治疗都具有一定效果,克拉霉素与甲硝唑相比,对牙周炎患者的治疗具有更明显的效果,毒副作用相对较小,使患者的病症在较短时间得到缓解,可广泛应用于临床患者治疗中,是牙周炎患者临床治疗药物中的较佳选择。

参考文献:

- [1]张雷,程楠,李为等.光动力疗法联合龈下刮治和根面平整术治疗重度慢性牙周炎的疗效观察[J],安徽医药,2019.16
- [2]徐晓满,张瑞敏.组织工程及其他技术在牙周炎治疗中的研究与前

景[J],中国组织工程研究,2020.8

[3]李为,吴光远.综合治疗牙周牙髓联合病变的临床疗效体会[J],安徽医药,2018.21

[4]田斌斌,顾卫华,王宏伟等.开口式牙齿保护器在麻醉中应用研究[J],现代仪器与医疗,2019.10

[5]张研,高津福.克拉霉素治疗重度慢性牙周炎的效果评价[J],天津医科大学学报,2021.6

[6]叶莲妹,徐佳蕊,高久瑜等.上切牙金属桩冠根折原因分析[J],现代仪器与医疗,2019.11

[7]刘博,赵溪达,张健全等.侵袭性牙周炎患者牙周基础治疗的疗效观察[J],华西口腔医学杂志,2020.17

[8]曹显,郑欣欣,金幼虹等.正畸治疗策略中牙周支持组织改建的风险考量[J],中华口腔医学杂志,2019.10

[9]王珺,欧龙,张丽洁等.自锁托槽矫治器在正畸治疗中对患者口腔状况及牙周组织炎症因子表达的影响[J],生物技术通讯,2020.5

[10]Agarwal E, Pradeep AR, Bajaj P, et al. Efficacy of local drug delivery of 0.5% clarithromycin gel as an adjunct to non-surgical periodontal therapy in the treatment of current smokers with chronic periodontitis: a randomized controlled clinical trial[J], Journal of Periodontology, 2018.3

(上接第 48 页)

增强鼻腔黏膜纤毛的传送和清理功能。(2)减少炎症介质在局部的堆积。

(3)减轻黏膜水肿。(4)对粘液、杂质、病原体等的物理机械清除作用。就目前来讲,生理盐水和高渗盐水都是临床上常用的鼻腔冲洗液,在病程研究中,高渗盐水中短期疗效较好,但生理盐水更温和,无刺激性,长期对比治疗效果并无明显差异。冲洗液的温度以患者感觉舒适和便利为宜,有研究指出冲洗液需要预热,但目前没有既定指标和衡量标准。哈再古丽·贾汗的研究表明使用 38℃鼻腔冲洗液治疗变应性鼻炎临床效果更佳,有利于预后恢复。本研究中治疗 CRS 患儿时,在应用孟鲁斯特钠、香菊片药物治疗的基础上,进一步应用益生菌溶于 38℃的生理盐水中行鼻腔冲洗治疗,与对照组相比临床治疗效果更佳,且能够维持 CRS 患儿的鼻腔生态平衡,在预防 CRS 复发方面起到了一定的作用。

综上所述,CRS 患儿应用益生菌行鼻腔灌洗治疗临床效果显著,能有效缓解患儿鼻塞、流涕、头痛、咳嗽等临床症状,提高了临床治愈率,但目前尚无专用于鼻腔微生态的益生菌制剂,存在一定的瑕疵,且本次回顾性研究样本量相对较小,仍需大样本量前瞻性的研究进一步来证实。

参考文献:

- [1]中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2012 年,昆明)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,48(2): 92-94.

[2]张罗.慢性鼻-鼻窦炎诊治将进入精准医疗时代[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,51(3): 161-163.

[3]钟诚,张学渊.鼻内镜手术对窦口鼻道复合体微生态的影响[J].临床耳鼻咽喉科学杂志,2005,19(8): 358-360.

[4]Araujo E, Dall C, Cantarelli V, et al. Microbiology of middle meatus in chronic rhinosinusitis [J]. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 2007, 73(4): 549-555. doi: 10.1016/s1808-8694(15)30108-7.

[5]Mahdavinia M, Grammer LC. Chronic rhinosinusitis and age: is the pathogenesis different? [J]. Expert Rev Anti Infect Ther, 2013, 11(10): 1029-1040. DOI:

[6]Heath J, Hartzel L, Putt C, et al. Chronic rhinosinusitis in children: pathophysiology, evaluation, and medical management [J]. Curr Allergy Asthma

[7]Hong SD, Kim JH, Kim HY, et al. Compliance and efficacy of saline irrigation in pediatric chronic rhinosinusitis [J]. Auris Nasus Larynx, 2014, 41(1): 46-49. DOI: 10.1016/j.anl.2013.07.008.

[8]敖琴.鼻腔冲洗治疗儿童鼻-鼻窦炎的临床研究[D].北京:首都医科大学,2012.

通讯作者:魏裔君,1981.11.22,本科硕士,重症心血管方向。

胃癌患者营养状况评估与营养支持途径的选择

杨涛

定兴县医院 河北保定 072650

摘要：目的：研究胃癌患者术后营养状况评估分析，随后对不同营养支持途径选择的效果进行研究。方法：在本次研究中，筛选我院中 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治的胃癌手术患者，将筛选后被纳入本次研究的 126 例患者应用随机数字表法将患者随机分为对照组（胃肠外营养支持）和观察组（肠内营养支持），研究中选择 NRS2002 对患者进行营养风险筛查，以此为基础对营养支持途径选择进行研究。结果：本次研究中发现，胃癌患者在手术治疗之后营养风险筛查 NRS2002 评分 ≥ 3 分，说明患者存在营养风险。在为患者开展营养支持之后，不同患者的血清总蛋白、血清白蛋白、血清前白蛋白、血红蛋白、免疫球蛋白以及体重指数等营养指标差异显著（ $P < 0.05$ ），同时患者之间的并发症发生率同样差异显著（ $P < 0.05$ ），具有统计学意义。结论：在患者由于胃癌而入院并接受手术治疗的情况下，患者手术后存在营养风险，在为患者开展肠内肠外营养支持的营养支持途径后，可以有效对患者的营养状况进行改善，同时也可以对并发症进行有效控制，因此值得在临床中进行推广。

关键词：胃癌；营养状况评估；营养支持途径；选择

临床中，胃癌是最为常见的恶性肿瘤之一。在人们生活节奏和生活压力不断改变的情况下，胃癌的发病率呈现出不断增长的趋势。在临床治疗期间，胃癌患者本身出现营养不良的可能相对较高，加上为患者开展手术治疗后，其分解代谢增加的同时饮食摄入减少，导致患者的胃肠功能受到明显影响，同时加重患者的营养不良症状。此过程中患者容易出现机体低蛋白血症，并且免疫能力、抵抗能力都会明显下降。这一问题不但会导致胃癌患者手术治疗之后的恢复速度大幅度下降，同时也会增加患者出现各种并发症的可能^[1]。在胃癌患者手术治疗之后，营养支持的开展可以有效对营养不良问题进行预防和改善，同时增强抵抗力、耐受性，这对于促进患者康复具有较大的帮助。在胃癌患者手术治疗之后，营养风险指的是患者现存的或者潜在的对机体营养状况产生影响的各种因素，营养风险的出现会增加患者出现各种不良临床结局可能。在恶性肿瘤患者接受治疗期间，患者是否具有营养风险将会直接关系到患者的生存率。在这样的情况下，营养支持以及成为了胃癌患者接受治疗期间必要开展的治疗方案。在为患者开展治疗之后，只有针对性为患者开展营养状况评估，才可以在了解患者营养状态的基础上，为其制定有效的护理方案。本文中针对胃癌患者营养状况评估与营养支持途径的选择开展了相关研究，现总结如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

在本次研究开展期间，将临床病例筛选的时间范围设置在 2020 年 1 月至 2021 年 12 月，在对这一时间段之中到我院接受治疗的患者进行筛选期间，样本的纳入标准为：①病理检查确诊为胃癌且施行外科手术治疗的患者；②患者年龄超过 18 周岁且低于 80 周岁；③患者以及患者家属对本次研究知情且同意。样本的排除标准：①患者的肿瘤发生了远端转移；②患者存在精神异常史；③患者合并其他恶性肿瘤或者其他严重威胁生命的疾病；④患者存在沟通障碍或者认知障碍。在按照上述标准对患者进行筛选后，被纳入本次研究之中的患者一共为 126 例（男性患者/女性患者=73/53），患者年龄为 44 岁至 75 岁（平均 56.76 岁）。在对所有患者进行随机分组的情况下，不同小组之间患者的一般资料对比结果不具有统计学

差异。

1.2 营养评估方法

在本次研究开展期间，所有患者在入院后均应用营养风险筛查表即 NRS2002 量表来为患者开展营养风险筛查。筛查过程中内容包括疾病严重程度评分（0 分至 3 分）、营养状况评分（0 分至 3 分）以及年龄评分（0 分至 1 分），患者的评估总分为 0 分至 7 分，在患者评估期间，如果其评分等于或者超过 3 分，则判断患者存在营养风险^[2]。在为患者开展营养支持期间，医护人员需要对患者的营养风险评估结果进行全面了解，并以此为基础对患者的营养支持治疗方案进行优化和调整。

1.3 营养支持方法

1.3.1 对照组

在患者手术结束后的 24h 内，医护人员需要为患者开展肠外营养支持，此过程中将葡萄糖、20%脂肪乳、氨基酸、维生素、电解质以及微量元素等营养成分进行充分配置，最终形成“全合一”营养液，在为患者开展营养支持期间，经中心静脉导管 24h 由输液泵匀速输入。

1.3.2 观察组

为患者开展场内场外营养支持方法，在患者手术过程中为患者留置鼻空肠置管，在患者手术后 12h，经鼻空肠管为患者注入 500ml 葡萄糖氯化钠溶液，在患者不存在呕吐、腹胀、腹痛以及腹泻等症状的情况下，可以为患者开展肠内营养支持。在为患者开展肠内营养支持的过程中，制剂选择瑞素，此过程中需要对肠内营养制剂的温度进行科学控制，将其温度控制在 39℃至 42℃，在开展肠内营养支持过程中遵循浓度由低到高、容量由少到多、速度由慢到快等一系列原则，以此来保证肠内营养支持治疗的有效性。对于热量不足的患者，可以在肠内营养支持的基础上为患者开展肠外营养补充，在为患者开展肠外营养支持的过程中，其支持方法与对照组患者相同。

1.4 观察指标

在开展本次研究期间，对患者的晨起空腹血液标本进行检测，对其中血清总蛋白（TP）、血清白蛋白（Alb）、血清前白蛋白（PA）、血红蛋白

(Hb)、免疫球蛋白(IgG)等指标进行检测。在开展检测期间对血清进行分离,并应用全自动生化分析仪,使用连续监测法来对血清总蛋白(TP)和血清白蛋白(Alb),采用速率散射比浊法测定血清前白蛋白(PA),选择使用自动全血细胞分析仪,并选择比色法测定血红蛋白(Hb),应用ELISA试剂盒测定免疫球蛋白(IgG),最后对患者的体重、身高进行测量,并对患者的体重指数(BMI)进行计算。在此基础上,对患者治疗期间是否出现各种并发症进行了解,重点观察患者是否出现了腹部感染、切口感染、肠痿、肺部感染、肠梗阻等并发症。

1.5 统计学方法

用统计学软件 SPSS 23.0 进行统计分析。计量资料以及计数资料分别用 $\bar{x}(\%)$ 以及 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验或者采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者的营养支持后营养情况对比

对表 1 中数据进行分析发现,两组患者的营养支持后营养情况对比结果为 $P<0.05$,观察组中患者的营养情况更好。

表 1 两组患者的营养支持后营养情况对比

指标	观察组 (63)	对照组 (63)	t	P
血清总蛋白 (TP)	68.48±4.48	62.51±2.32	9.392	< 0.05
血清白蛋白 (Alb)	42.81±2.63	33.94±2.43	19.662	< 0.05
血清前白蛋白 (PA)	0.262±0.041	0.212±0.024	8.354	< 0.05
血红蛋白 (Hb)	119.02±6.21	108.42±5.73	9.957	< 0.05
免疫球蛋白 (IgG)	14.16±1.52	10.92±1.93	10.468	< 0.05
体重指数 (BMI)	21.23±2.03	19.42±1.78	5.321	< 0.05

2.2 两组患者的并发症发生情况对比

见表 2,观察组中患者的并发症发生情况更少,不同小组之中患者的并发症发生情况对比结果为 $P<0.05$ 。

表 2 两组患者的并发症发生情况对比

组别	n	发生数	发生率
观察组	63	7	11.11
对照组	63	18	28.57
χ^2	-	6.038	
P	-	<0.05	

3. 讨论

3.1 胃癌患者术后存在营养风险

在开展本次研究的过程中发现,通过对所有胃癌患者术后的营养风险进行筛查,患者在手术治疗后普遍存在营养风险,其 NRS2002 评分均 ≥ 3

分。这以问题说明患者营养不良问题是一种十分常见的问题,对其原因进行分析,患者营养风险原因可以归纳如下:①胃癌患者本身的新陈代谢比较网上,因此其身体会消耗大量的能量,这也体现在患者机体会逐渐消瘦方面。②胃癌患者的癌细胞会对其胃壁机械运动产生影响,进而对患者的消化功能产生影响,进而导致患者在日常饮食过程中,对于各种营养物质的消化、吸收、利用都受到明显的影响。③胃癌患者在治疗期间饮食欲望会出现明显下降,容易出现食欲不振、厌食等问题;④在胃癌患者接受手术治疗后,由于胃部被切除,因此对于各种营养物质的摄入会受到明显的限制。⑤在患者接受手术治疗的情况下,其机体会由于手术创伤而加重消耗。在上述原因的影响下,胃癌患者出现营养不良的风险远高于其他恶性肿瘤疾病患者,在患者治疗期间如果出现了营养不良,很容易导致患者机体抵抗力大幅度下降,进而对患者疾病的恢复产生影响。在实际为患者开展治疗期间,恶性肿瘤患者如果自身营养状况良好,不存在营养风险,则其生存率、生活质量都会远优于营养状态较差、存在明显营养风险的患者。在目前的临床治疗中,风险筛查已经被广泛应用在胃癌患者营养风险评估过程中,营养支持方案也成为了胃癌患者最重要的治疗方案之一^[3]。在实际为胃癌患者开展治疗期间,通过为患者营养评估结果进行分析的方式,可以针对性为患者制定具体、个性化的营养支持方案,这对于促进患者的疾病康复具有重要的意义。

3.2 肠内肠外营养支持能改善胃癌患者术后营养状态

对于胃癌患者而言,营养不良状态是一种较为常见的问题,由于营养不良的出现会导致患者术后恢复速度、恢复质量受到较大影响。为此,通过积极有效的营养支持,对于促进患者营养状况改善以及促进患者术后恢复等方面都具有积极的意义。在开展本次研究期间发现,在为患者制定个性化的营养支持方案并实施值周,观察组之中患者的血清总蛋白(TP)、血清白蛋白(Alb)、血清前白蛋白(PA)、血红蛋白(Hb)、免疫球蛋白(IgG)以及体重指数(BMI)等指标均得到了充分改善,其各项营养指标明显优于对照组($P<0.05$)。由此可见,场内场外营养支持方案的开展可以有效对胃癌患者术后营养状况进行改善。在临床治疗期间发现,在进展期胃癌术后,为患者联合开展场内场外营养支持,可以有效对患者各项营养指标进行调节,与本次研究的结果基本一致。在本次研究期间发现,在胃癌患者手术治疗后,患者的胃肠道功能通常在 6h 至 12h 阶段便开始恢复,因此在为患者开展早期肠内营养安全的方式,可以对患者胃肠道功能恢复速度进行有效提升。该营养支持方式的开展不但可以对患者营养指标进行改善,同时也可以充分实现免疫相关指标的优化^[4]。这是由于在为患者开展早期肠内营养支持的过程中,患者可以获得更多的营养,在此基础上通过肠外营养对患者进行营养补充,可以以互补的状态来对营养作用进行充分发挥,同时也具有一定的治疗作用,逐渐对患者营养状况进行改善和优化。值得一提的是,在为患者开展肠内营养支持的情况下,患者的血清白蛋白(Alb)恢复速度会得到明显提升,这是由于营养物质可以经门静脉系统吸收之后输送到患者的肝脏,让患者体内代谢过程更加接近正常生理过程,这对于患者肝脏合成蛋白质具有明显帮助。

(下转第 56 页)

孟鲁司特钠治疗小儿肺炎支原体感染后气道高反应效果研究

曾林琳

绵阳市中医医院 四川绵阳 621000

摘要: 选择我院在 2019.03-2021.03 期间门诊收治的小儿肺炎支原体感染后气道高反应患者 90 例作为研究样本, 随机将入选病例分为两组, 研究组与对照组均有 45 例。对照组患儿在治疗采用常规药物干预方法, 研究组患儿在常规治疗基础上, 联合孟鲁司特钠进行干预。对比两组患儿的临床症状改善情况、咳嗽症状积分、治疗有效率等指标。

关键词: 孟鲁司特钠; 小儿肺炎支原体感染; 气道高反应; 临床效果

Abstract: A total of 90 patients with airway hyperresponsiveness after *Mycoplasma pneumoniae* infection in children admitted to our hospital outpatient service during 2019.03-2021.03 were selected as research samples, and the selected cases were randomly divided into two groups, with 45 cases in both the study group and the control group. The children in the control group were treated with conventional drug intervention methods, and the children in the study group were intervened in combination with montelukast sodium on the basis of conventional treatment. The improvement of clinical symptoms, cough symptom scores, and treatment effectiveness were compared between the two groups.

Key words: montelukast sodium; *mycoplasma pneumoniae* infection in children; airway hyperresponsiveness; clinical effect

支原体是一种介于细菌以及病毒之间的病原微生物, 呈现无细胞壁、可独立存活的特点。目前已经发现的致病支原体主要包括肺炎支原体、人型支原体以及解脲支原体等^[1]。其中肺炎支原体是最为常见的致病菌, 尤其是对儿童的呼吸道具有较高的感染几率, 并能够引发其他系统的严重并发症, 例如脑炎、肝炎、肾炎、心肌炎等。近年来, 随着人们生活方式的不断提升, 对抗生素使用越来越广泛, 细菌及病毒的耐药性有所增强, 一般药物治疗难以起到良好效果, 促使小儿肺炎支原体感染发生率逐年上升^[2]。且患儿多伴有高气道反应, 导致患儿气道的敏感性和反应性得到增强, 影响患儿的肺功能和呼吸通畅, 进而对生活质量以及生命安全产生较大危害。为此, 需要综合考虑儿童患者的特点, 采取有效的治疗手段和方法。常规治疗方式即是以抗炎为基本原则, 可选择阿奇霉素或者红霉素类等抗生素^[3]。虽然能够有效缓解急性肺炎支原体感染反应, 但如果患儿出现高气道反应则无法达到理想治疗效果。由此需要联合其他安全有效的药物进行治疗。孟鲁司特钠属于白三烯受体拮抗剂中的一种, 可对气道高反应气道预防与缓解作用^[4]。为深入探究其实际效果, 本文通过选择 90 例小儿肺炎支原体感染后气道高反应患者, 开展分组干预研究, 明确孟鲁司特钠的治疗效果和价值。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究患儿均筛选自 2019.03-2021.03 期间, 我院门诊收治且确诊为肺炎支原体感染后气道高反应患者, 通过随机方法实施分组, 研究组和对照组各有 45 例患儿。研究组中包括男患儿 24 例, 女患儿 21 例, 年龄为 2-11 岁, 平均 (5.38±1.01) 岁。病程时间 2-11d, 平均 (6.21±2.00) d。对照组中包含男患儿 23 例, 女患儿 22 例, 年龄分布 2-10 岁, 平均 (5.29±0.97) 岁。病程时间 2-10d, 平均 (6.14±1.86) d。比较两组患儿的基本资料, 经

组间对比后发现各项数据差异不突出, 无统计学意义 ($P>0.05$)。

研究病例的纳排标准如下。纳入标准: 对所有患儿采用被动凝聚法进行检测, 结果显示肺炎支原体抗体均为阳性。且符合相关肺炎支原体感染诊断标准, 证实存在气道高反应性; 患儿对本次研究中所使用的药物均无过敏反应, 即无药物使用禁忌症; 临床资料完整且自愿配合研究。排除标准: 合并有严重的精神障碍或意识模糊患儿; 出现胸腔积液、胸膜反应、肺不张等并发症; 合并有脑、心、肝、肾等重要器官系统性疾病; 有先天缺陷者等。所有患儿及家属均在对本研究知情的前提下, 签署同意书。并经我院伦理委员会审核批准通过, 研究过程中注重保护患儿隐私信息。

1.2 方法

对照组患儿接受常规药物治疗, 则是给予阿奇霉素颗粒, 给药剂量: 每日服用 1 次, 每次 1 袋。服用方法: 将阿奇霉素颗粒倒入杯中, 添加适量凉开水, 保证颗粒溶解均匀后进行口服用药。服用时间: 一般在饭前 1h 或饭后 2h 左右。同时采用布地奈德雾化治疗进行配合, 每日 2 次, 每天控制吸入剂量在 250-500 μ g, 持续治疗 1 周。

研究组患儿在常规治疗基础上, 联合应用孟鲁司特钠颗粒, 2-5 岁患儿服用剂量: 每次给药 1 袋, 即是 0.5g: 4mg, 采用凉开水冲服。5-11 岁患儿采用孟鲁司特钠咀嚼片, 服用剂量为每次 5mg, 每天 1 次, 持续治疗 1 周。

1.3 观察指标

观察两组患儿分组治疗后的临床症状改善情况。则是比较患儿刺激性咳嗽的缓解时间、完全消除时间、住院时间、复发次数等指标, 取值越小, 则表示治疗效果越好。

对所有患儿开展刺激性咳嗽症状严重程度评价, 症状评分标准为 0 分: 患儿无咳嗽表现, 或咳嗽次数低于 40 次/d; 1 分: 患儿咳嗽程度较轻, 睡

眠期间因咳嗽惊醒不超过 1 次，每天咳嗽次数超过 40 次；2 分：患儿咳嗽表现频繁，在睡眠期间多次因咳嗽惊醒；3 分：咳嗽成为较为严重，影响正常活动，并伴有恶心呕吐等症状。分别在患儿治疗前、治疗 3d、5d、7d 等时间阶段进行评估。症状积分越低，表示治疗效果越好。

评价两组患儿的治疗总有效率情况。根据肺炎支原体感染诊断标准，将患儿临床疗效分为显效、有效和无效。其中显效判断依据为患儿的症状积分较治疗前减少超过 90%，且咳嗽症状得到基本缓解。有效判断依据为症状积分减少幅度在 60-90%，咳嗽症状有所改善。无效则是症状积分减少不足 60%，且咳嗽症状无缓解趋势，甚至有加重。对总有效率计算方法即是将显效率与有效率相加。

1.4 统计学分析

应用 SPSS22.0 统计学软件对各项数据进行分析处理，其中对相关计数资料结果，采用（%）形式表示，行卡方检验。对各项计量资料结果均用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，并行 t 检验。当计算 P 值 < 0.05 时，表示数据比较存在统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患儿临床症状改善情况

干预后，如表 1 所示。研究组患儿疾病症状的缓解时间、消失时间、住院时间以及复发次数等，均明显小于对照组患儿（P < 0.05），有统计学意义。

表 1 两组患者临床症状改善比较情况（ $\bar{x} \pm s$, d）

组别	例数	症状缓解 时间	症状消失 时间	住院时间	复发次数
研究组	45	3.57±0.63	7.28±2.45	8.12±2.44	1.25±1.02
对照组	45	5.54±1.27	9.87±2.67	11.23±2.16	2.85±1.17
t		9.3217	4.7945	6.4020	6.9148
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 比较两组患者咳嗽症状积分情况

干预后，如表 2 所示。两组患儿在治疗前比较刺激性咳嗽症状积分情况，组间无差异（P > 0.05），不具有统计学意义。经过治疗 3d、5d、7d 后，研究组患儿的症状积分均低于对照组（P < 0.05），组间差异显著，有统计学意义。

表 2 两组患者咳嗽症状积分比较情况（ $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	例数	治疗前	治疗 3d	治疗 5d	治疗 7d
研究组	45	2.56±0.14	1.90±0.22	1.36±0.16	0.86±0.11
对照组	45	2.53±0.15	2.33±0.25	1.89±0.23	1.24±0.17
t		0.9808	8.6618	12.6895	12.5891
P		0.3294	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 比较两组患者治疗有效率情况

实施分组干预后，如表 3 所示。研究组患儿的治疗总有效率为 97.78%，仅有 1 例无效。对照组患儿为 82.22%，出现 8 例无效。组间比较，研究组

高于对照组（P < 0.05），有统计学意义。

表 3 两组患者存活时间比较情况（%，例）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	45	30	14	1	97.78
对照组	45	21	16	8	82.22
X ²					6.0494
P					0.0139

3 讨论

小儿肺炎支原体感染后气道高反应是临床上常见的儿科呼吸道疾病，肺炎支原体是其主要致病因，一般可通过飞沫进行传播，进入人体后可通过滑行进入到纤维毛细胞的隐窝中^[5]。同时结合人体呼吸道粘膜上皮细胞的神经氨酸受体，能够抵挡人体中纤毛的清除作用发挥，避免吞噬细胞被吞噬。另外，当肺炎支原体附着在呼吸道粘膜上时，则会破坏其上皮细胞，并释放蛋白酶、过氧化氢、氨毒素及神经毒素等有毒代谢产物，促使小儿呼吸道出现病变症状^[6-7]。患儿临床主要表现为上呼吸道感染、肺炎、支气管炎等。根据相关研究，小儿肺炎支原体感染的病症往往与年龄有关，如年龄偏大的患儿在疾病早期呈现阵发性干咳，程度剧烈且对睡眠质量造成不利影响。病情发展到后期则会显著增加粘稠痰量，并少见血丝，严重情况可引发喘息症状。而年龄偏小的患儿当前未见典型特征，多数出现呼吸困难、喘息等情况，并能够引发肺部损伤，对皮肤黏膜、神经系统、心血管系统、消化系统等均造成一定损害。气道高反应是小儿支原体肺炎的重要病理特征之一，其是超敏反应作用下，当白三烯与其他炎性介质产生共同反应时，则会促使气道炎症加重，引发支气管粘膜水肿以及支气管痉挛等。如该症状持续出现，则会引发刺激性咳嗽以及喘息等，如未得到有效治疗则会诱发重症肺炎、难治性肺炎等，累及患儿心肺功能，威胁生命安全。虽然在常规治疗中采用阿奇霉素等大环内酯类药物，能够抑制肺炎支原体感染，但对气道高反应现象难以发挥功效，很容易出现反复、持久的刺激性咳嗽症状。为提高治疗效果则需探索其他药物的合理运用。

在临床治疗中，由于肺炎支原体具有无细胞壁的特点，所以一般采用抗生素药物实施干预，可对细菌蛋白质的合成过程起到显著抑制效果。常用有大环内脂类、四环素类以及氨基糖苷类等，在选择具体药物时还需综合考虑患儿年龄特点，尽量避免对其生长发育产生严重危害。因此主要选择阿奇霉素、布地奈德等。不过随着抗生素类药物的广泛使用，促使肺炎支原体的耐药性明显增强，导致治疗效果不够理想。对气道高反应缓解程度不足，无法改善刺激性咳嗽等症状。而孟鲁司特钠属于新型的白三烯受体拮抗剂，属于非糖皮质激素抗炎药，有助于收缩支气管，促使酸性粒细胞出现聚集，生成呼吸道黏液，以此大幅提升血管的通透性，实现起到重塑。同时基于该药物的特异性，可抑制半胱氨酰白三烯受体，阻断白三烯与受体结合，有效抑制黏膜水肿现象。有利于降低气道炎性细胞浸润，促使起到高反应症状改善。由此通过应用孟鲁司特钠可降低半胱氨酰白三烯诱导的粘附分子表达，翻翻嗜酸性粒细胞发生游走迁移等情况，抑制血清、

干扰素等炎症介质、细胞因子大量释放,降低患儿支气管上皮细胞咳嗽受体敏感度。所以孟鲁司特钠对小儿肺炎支气管感染后气道高反应具有优秀的治疗影响,可在临床中进行实践应用。

经过本次实践研究,将 90 例小儿肺炎支原体感染后气道高反应患者作为研究病例,随机进行分组实施不同治疗方案。对照组共有 45 例患儿,接受常规的阿奇霉素颗粒联合布地奈德雾化治疗。研究组患儿在其基础上,加入孟鲁司特钠治疗法。经过实施干预后,研究组患儿的临床症状改善情况较好,在症状缓解时间、消失时间、住院时间以及复发次数等方面,各项指标均优于对照组患儿 ($P<0.05$)。这一结果表明孟鲁司特钠能够有效治疗肺炎支原体所导致的反复咳嗽情况,有效缩短病程,提高生活质量。同时对比两组患儿的刺激性咳嗽严重程度,在接受治疗前,所有患儿的症状积分基本接近 ($P>0.05$),组间比较无明显差异。经过治疗 3d 后,则研究组患儿的疗效较为明显,评估咳嗽症状积分低于对照组 ($P<0.05$),刺激性咳嗽症状有所减轻,持续治疗 7d 后,研究组患儿的症状积分大幅降低,基本恢复到咳嗽较轻或无咳嗽表现。代表孟鲁司特钠的联合用药能够减少细菌对呼吸道黏膜的刺激,促使康复速度加快。比较两组患儿的治疗有效率,研究组经统计,用药 7d 后总有效率为 97.78%,对照组患儿治疗总有效率达 82.22%。组间比较,研究组显著高于对照组 ($P<0.05$),有统计学意义。因此从整体临床疗效层面来看,孟鲁司特钠的应用对肺炎支原体感染后气道高反应具有较好的治疗效果,避免发生多种并发症,规避疾

病对其他重要系统的负面影响。

综上所述,针对小儿肺炎支原体感染后气道高反应采用孟鲁司特钠进行治疗,有助于尽快改善咳嗽症状,消除气道高反应情况。同时能够缓解刺激性咳嗽的剧烈程度,减轻患儿不适性,有效提升治疗有效率,在临床应用中具有较好的推广价值。

参考文献:

- [1]段春香.观察孟鲁司特钠治疗小儿肺炎支原体感染后气道高反应的效果[J].系统医学,2020,5(10):114-116.
- [2]任素琼.孟鲁司特钠治疗小儿肺炎支原体感染后气道高反应的临床价值[J].大医生,2020,5(8):109-111.
- [3]梅翎.孟鲁司特钠治疗儿童肺炎支原体感染气道高反应观察[J].现代临床医学,2018,44(1):49-50.
- [4]黄迪儿,黄海川.孟鲁司特钠咀嚼片治疗小儿肺炎支原体感染后慢性咳嗽的疗效及对尿白三烯的影响[J].中国医学创新,2018,15(17):6-10.
- [5]潘娜,崔亚琦,焦黎旭.苏黄止咳胶囊联合孟鲁司特治疗小儿肺炎支原体感染后咳嗽疗效及不良反应观察[J].黑龙江医药,2018,31(1):50-52.
- [6]王苗.孟鲁司特钠治疗小儿肺炎支原体感染的效果[J].中国卫生标准管理,2020,11(13):77-79.
- [7]郝世莉.孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿肺炎支原体感染所致慢性咳嗽的效果观察[J].当代医药论丛,2020,18(3):16-17.

(上接第 53 页)

3.3 肠内肠外营养支持能减少胃癌患者术后并发症发生

在对胃癌患者手术治疗之后的恢复过程进行观察并分析发现,患者的营养状况与其术后并发症发生情况存在明显相关性。在患者存在营养不良问题的情况下,患者出现各种术后并发症的可能会出现明显的增加。在患者而接受手术治疗之后,通过为患者及时开展肠内肠外营养支持的方式,对于患者胃肠功能恢复具有较为明显的帮助,这也可以在一定程度上避免患者治疗过程中出现各种并发症,同时也可以缩短患者住院时间^[5]。在开展本次研究期间发现,在分别采用了不同营养支持途径的情况下,观察组与对照组之中患者的并发症发生率存在显著的差异 ($P<0.05$)。在后续对患者进行观察期间还发现,观察组中患者在手术结束后的肛门排气时间相对较早^[6]。由此可见,在胃癌患者接受治疗期间,场内场外联合营养的开展更加符合人体的生理特点,因此其可以有效维持患者肠黏膜细胞结构和功能的完整性,同时也有利于防止肠道细菌易位导致的肠源性感染。与此同时,在营养物质对患者胃肠道产生刺激的过程中,还可以帮助患者的胃肠蠕动尽快恢复,这对于提升患者术后恢复速度具有明显帮助^[7]。

综上所述,在胃癌患者入院接受手术治疗之后,营养状态会对患者术后恢复产生明显影响,此过程中通过对患者营养状态进行评估,并结合评估结果来为患者选择营养支持途径,可以为患者恢复提供更全面的保证。期间通过选择肠内肠外营养的支持方式,可以有效对患者营养状态进行改善,并对患者并发症发生进行有效控制,因此值得大力推广。

参考文献:

- [1]牛迎超,冯林静,郑亚娟,石迎迎.患者主观整体评估量表评分下的个性化饮食护理对胃癌患者术后康复及营养状态的影响[J].山西医药杂志,2021,50(18):2715-2717.
- [2]谢艳秋,陈晓娟,谢争,张丽,张苇,李贺琴.预后营养指数评估联合集束化营养干预方案对胃癌根治术患者术后营养状况及预后的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(16):2962-2965.
- [3]王碧轩,屈清荣,石佩玉,张宽新.主要照顾者参与营养管理对胃癌术后化疗患者营养状况的影响[J].重庆医学,2021,50(08):1342-1346.
- [4]李大强.肠内营养支持联合替吉奥+奥沙利铂方案对胃癌患者整体营养状况主观评估(PGSGA)评分、免疫功能及胃肠道不良反应的影响[J].北方药学,2020,17(09):75-77.
- [5]徐令婕.营养状况对胃癌根治术后患者化疗耐受性和负性情绪的影响研究[D].安徽医科大学,2020.
- [6]彭晓慧,熊玲,吴琪,袁慧华,孙丽.握力和炎症因子与胃癌患者主观整体评估的相关分析[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2019,6(04):457-461.
- [7]周雨,王守慧,孙桂菊.192 例首诊胃癌患者营养状况研究[A].中国营养学会、中国疾病预防控制中心营养与健康所、农业部食品与营养发展研究所、中科院上海生科院营养科学研究所.中国营养学会第十三届全国营养科学大会暨全球华人营养科学家大会论文汇编[C].中国营养学会、中国疾病预防控制中心营养与健康所、农业部食品与营养发展研究所、中科院上海生科院营养科学研究所.中国营养学会,2017:418-419.

工娱治疗对新型毒品所致精神和行为障碍患者负性情绪的影响

叶丽浓 陈锦成 黄维手 刘益亮

佛山市第三人民医院 广东佛山 528400

摘要：目的：探讨工娱治疗对新型毒品所致精神和行为障碍患者负性情绪的影响。方法：选取2021年3月到2021年10月佛山市第三人民医院收治的60例因吸食新型毒品所致精神和行为障碍患者作为研究对象，用随机数字表法将其分对照组和观察组，各30例，对照组接受药物治疗，观察组接受工娱治疗，比较两组患者治疗疗效、负性情绪状态、行为能力等。结果：观察组治疗疗效96%高于对照组治疗疗效70%($\chi^2=7.6800$)，差异有统计学意义($P<0.05$)；两组患者治疗前SAS评分($t=0.2795$)、SDS评分($t=1.5059$)比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，治疗后，观察组SAS评分($t=34.3769$)、SDS评分($t=35.9336$)低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)；两组患者NOSIE评分比较($t_{抑郁}=0.0763$ 、 $t_{退缩}=0.7035$ 、 $t_{精神病性表现}=0.7035$ 、 $t_{激惹}=0.2753$ 、 $t_{个人整洁}=0.1178$ 、 $t_{社会兴趣}=0.1269$ 、 $t_{社会适应能力}=0.1169$)，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，观察组抑郁($t=3.3979$)、退缩($t=6.4018$)、精神病性表现($t=24.0498$)、激惹评分($t=5.9524$)低于对照组，个性整洁($t=12.3709$)、社会兴趣($t=11.4875$)、社会适应能力($t=18.8652$)高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。结论：新型毒品所致精神和行为障碍患者接受工娱治疗，可让其保持积极心态和行为，治疗疗效更好。

关键词：新型毒品；行为障碍；精神；工娱治疗；负性情绪；心理

新型毒品指由人工化学合成的精神类物质，对人体中枢神经产生直接作用，人体吸食后会发生抑制或兴奋状态，若连续吸食，则会发生依赖性^[1]。因此，目前受我国法律法规和国际禁毒公约严格管制。现新型毒品包含安非他明、甲基苯丙胺、氯胺酮等，其中最为常见且滥用的则为甲基苯丙胺类型^[2]。一次大量吸食或长时间吸食可能会造成精神、行为障碍，甚至发生毁物、伤人、自残等状况，严重威胁自身安全和周围人群安全。现临床治疗新型毒品所致精神和行为障碍患者仍主要采用药物治疗，但长时间给药，会加大药物依赖性，不利于疾病治疗。报告称^[3-4]，新型毒品所致精神和行为障碍患者受社会因素、心理因素影响，均会作用于疾病。工娱疗法指通过组织患者进行力所能及的劳动和娱乐文体活动等调动患者自身主观能动性，已广泛用于精神疾病患者中，但现很少有报告针对工娱疗法对新型毒品所致精神和行为障碍患者的效果干预。本文共纳入2021年3月到2021年10月佛山市第三人民医院收治的60例因吸食新型毒品所致精神和行为障碍患者分组重点论述此点。具体报告如下：

1. 资料及方法

1.1 一般资料

选取2021年3月到2021年10月佛山市第三人民医院收治的60例因吸食新型毒品所致精神和行为障碍患者作为研究对象，用随机数字表法将其分对照组和观察组，各30例。对照组：婚姻状况：未婚19例，离异8例，已婚3例；首次发病17例，复发13例；病程时间1.20-5.36年(3.25 ± 0.02)年；年龄19-37岁(28.65 ± 1.24)岁；均为男性；观察组：婚姻状况：未婚20例，离异7例，已婚3例；首次发病18例，复发12例；病程时间1.25-5.54年(3.65 ± 0.05)年；年龄20-38岁(28.51 ± 1.21)岁；均为男性。两组患者基本资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

入选标准：①均满足ICD-10精神与行为障碍分类中判定标准^[5]；②文化程度≥初中；③有完整、详细就诊记录。排除标准：①无负性情绪者；②精神症状无稳定者；③脑器质性疾病、躯体疾病者；④中途脱离研究者。

1.2 方法

对照组接受药物治疗，口服利培酮(3mg/次，2次/d)、奥氮平(10mg/d，

剂量也可根据实际状况制定)。

观察组再接受工娱疗法：

①健康教育：用单独交流和集体授课的方式进行，讲解疾病病程规律、概念，让其明确吸食新型毒品所致精神和行为障碍属于可控制和治疗的，其效果好。并加强与患者沟通，按照其心理障碍，实施针对性心理干预和疏导，提升其疾病治疗信心和认知能力。协助其分析疾病治疗效果和自身心态之间的关系，针对性患者其焦虑和错误观念。并在讲解过程中传授患者掌握自我调节心理的方法，降低或消除其焦虑、抑郁等情绪。

②室内娱乐活动：可引导患者做健身操、跳舞、唱卡拉OK、听音乐等活动，消除患者焦虑情绪，转移患者对疾病的注意力。用趣味游戏、下棋、打扑克等方式，让患者心理得到满足，愉悦其情绪。用登台演讲、表演短剧等方式提升患者语言表达能力、判断能力、分析能力，纠正病态行为和意识，提升社会接触能力。

③工疗活动：在护士带量下，让其自理生活，包含修剪指甲、洗漱、按时起床、整理床铺等，并建立良好生活习惯和规律。指导其做力所能及的事情，如浇花、拖地板、扫地、打饭等，鼓励患者发挥自身操作技能，让其感受到生活的美好和自身价值所在。待患者具有一定能力后，再将其分批进入模拟工厂，训练其社会适应能力，让其多接触人群、社会，改善其行为退缩、情感淡漠等病态行为。

2组患者均持续治疗4周。

1.3 观察指标及评价标准

①治疗疗效，依据阴性和阳性症状量表(PANSS)^[5]判定(得分越低越理想)，显效：PANSS评分降低>50%；有效：PANSS评分降低>30%；无效：PANSS评分降低≤30%。

②负性情绪状态，用抑郁自评量表(SDS)^[6]和焦虑自评量表(SAS)^[7]判定，各量表20个项目。SAS评分：正常：<50分；轻度焦虑：50-60分；重度焦虑：>70分。SDS评分：正常：<53分；轻度抑郁：53-62分；中度抑郁：63-72分；重度抑郁：>72分。

③行为能力，用住院病人观察量表(NOSIE)^[8]判定其行为能力，包

含消极因此（评分越低越理想）和积极因子（评分越高越理想）。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析，计量资料用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，两组间比较采用 t 检验；计数资料用率表示，组间比较采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者治疗疗效的比较

观察组治疗疗效 96%高于对照组治疗疗效 70%（ $\chi^2=7.6800$ ），差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1：

表 1：两组患者治疗疗效的比较[n, (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	15(50.00)	14(46.67)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	11(36.67)	10(33.33)	9(30.00)	21(70.00)
χ^2	--				7.6800
P	--				0.0056

2.2 两组患者 SAS 评分、SDS 评分的比较

两组患者治疗前 SAS 评分（ $t=0.2795$ ）、SDS 评分（ $t=1.5059$ ）比较，

表 3：两组患者 NOSIE 评分的比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	治疗前							治疗后						
		抑郁	退缩	精神病性表现	精神 激惹	个人整 洁	社会兴 趣	社会适 应能力	抑郁	退缩	精神病性表现	精神 激惹	个人整 洁	社会兴 趣	社会适 应能力
观察组	30	5.61±1.02	8.21±0.21	9.21±0.21	13.12±1.21	18.21±1.32	17.21±1.21	28.21±1.32	3.02±0.31	4.25±0.55	5.15±0.21	9.65±1.02	30.21±1.21	20.21±1.36	30.25±1.24
	30	5.63±1.01	8.25±0.23	9.25±0.23	13.21±1.32	18.25±1.31	17.25±1.23	28.25±1.33	4.05±0.02	5.21±0.61	6.98±0.36	11.21±1.01	24.24±2.35	16.35±1.24	24.21±1.24
χ^2	--	0.0763	0.7035	0.7035	0.2753	0.1178	0.1269	0.1169	3.3979	6.4018	24.0498	5.9524	12.3709	11.4875	18.8652
P	--	0.9394	0.4846	0.4846	0.7841	0.9066	0.8994	0.9073	0.0012	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

3. 讨论

相对于鸦片、海洛因等传统毒品来说，新型毒品指人工化学合成的兴奋剂、致幻剂类毒品，可让人体抑制或兴奋，连续使用可让人体出现依赖性的精神毒品^[9]。按照毒品药理性质可分四类，即中枢抑制类（ γ -羟丁酸、氟硝安定、三唑仑等）、致幻和兴奋类（MDMA）、致幻类（分离性麻醉剂、麦司卡林、麦色酞乙二胺）、兴奋中枢类（冰毒等）^[10-11]。目前认为吸食新型毒品造成精神和行为障碍的主要机理包含：苯丙胺兴奋剂会破坏掉中枢神经系统部位的 5-羟色胺神经末梢和损害黑质多巴胺神经末梢，并耗竭尾状核多巴胺，造成机体中 5-羟色胺、去甲肾上腺素、多巴胺活性和含量，大剂量给药后会导致幻觉、错觉，大量滥用、长期可出现被害妄想、感知综合障碍、人格解体等^[12]。新型毒品所致精神和行为障碍患者主要表现为被害妄想、关系妄想、幻觉等，甚至发生幻觉体验^[13-14]。若不及时实施有效治疗，患者可能会出现自伤和他伤的状况。

差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），治疗后，观察组 SAS 评分（ $t=34.3769$ ）、SDS 评分（ $t=35.9336$ ）低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2：

表 2：两组患者 SAS 评分、SDS 评分的比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	治疗前		治疗后	
		SAS 评分	SDS 评分	SAS 评分	SDS 评分
观察组	30	61.24±1.35	65.35±1.35	31.24±1.25	32.54±1.25
对照组	30	61.31±1.42	64.28±3.65	42.65±1.32	43.25±1.05
t	--	0.2795	1.5059	34.3769	35.9336
P	--	0.7808	0.1375	0.0001	0.0001

2.3 两组患者 NOSIE 评分的比较

两组患者 NOSIE 评分比较（ $t_{抑郁}=0.0763$ 、 $t_{退缩}=0.7035$ 、 $t_{精神病性表现}=0.7035$ 、 $t_{激惹}=0.2753$ 、 $t_{个人整洁}=0.1178$ 、 $t_{社会兴趣}=0.1269$ 、 $t_{社会适应能力}=0.1169$ ），差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后，观察组抑郁（ $t=3.3979$ ）、退缩（ $t=6.4018$ ）、精神病性表现（ $t=24.0498$ ）、激惹评分（ $t=5.9524$ ）低于对照组，个性整洁（ $t=12.3709$ ）、社会兴趣（ $t=11.4875$ ）、社会适应能力（ $t=18.8652$ ）高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 3：

临床治疗新型毒品所致精神和行为障碍多采用药物治疗，但长时间用药会加大患者药物依赖性。本研究通过考核治疗疗效（96%vs70%）、SAS 评分、SDS 评分、NOSIE 评分，也证实了工娱治疗的优势。有关此方面，叶丽浓学者^[15]在报告中分析了 108 例长时间住院精神分裂症患者，考核 SCL=90 评分、HAMD 评分、HAMA 评分、SDSS 评分，观察组更胜一筹，也证实了工娱治疗的优势性。本研究结果与之相符。工娱疗法为心理疗法中较为常见的一种，也为管理和护理方式，指指导和引导患者进行娱乐活动、文体活动、工作、劳动等，进而改善精神症状，促进恢复其病情，此为目前临床治疗精神性疾病的常用方式。此方式包含娱疗和工疗，前者主要包含利用娱疗活动让其放松，感受到愉快，缓解精神病症，提升其社会功能恢复速度，让其更好的回归家庭和社会^[16]。后者主要包含工作、劳动，可培养其爱好、兴趣，并调动其积极性，提升生活技能和社交能力，缓解

（下转第 61 页）

西替利嗪联合丙酸倍氯米松气雾剂治疗咳嗽变异性哮喘的临床效果

龚道明

资阳市人民医院 四川资阳 641300

摘要：目的：探讨西替利嗪联合丙酸倍氯米松气雾剂治疗咳嗽变异性哮喘（CVA）的临床效果。方法：以 90 例 CVA 患者为对象，按照抽签法分为观察组（西替利嗪+丙酸倍氯米松气雾剂）与对照组（丙酸倍氯米松气雾剂）。比较两组治疗效果及肺功能水平。结果：观察组总有效率为 95.56%（43/45），高于对照组（77.78%（35/45）， $P<0.05$ ）。治疗后两组日间、夜间咳嗽评分降低，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后两组治疗后观察组第 1 秒用力呼气容积（FEV1）、用力肺活量（FVC）、FEV1/FVC 水平升高，观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后两组嗜酸性粒细胞（Eosinophils）、嗜酸性粒细胞趋化因子（Eotaxin）水平降低，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：丙酸倍氯米松气雾剂与西替利嗪治疗 CVA 的疗效理想，可改善患者症状及肺功能，其机制可能与调节机体炎症因子表达有关。

关键词：西替利嗪；丙酸倍氯米松；咳嗽变异性哮喘

Abstract: Objective To investigate the clinical effect of cetirizine combined with beclomethasone propionate aerosol in the treatment of cough variant asthma (CVA). Methods 90 patients with CVA were divided into observation group (cetirizine + beclomethasone propionate aerosol) and control group (beclomethasone propionate aerosol) according to the lottery method. The treatment effect and the lung function level were compared between the two groups. Results The total response rate of the observation group was 95.56% (43 / 45), higher than the control group (77.78% (35 / 45), $P<0.05$). After treatment, the daytime and night cough scores decreased, and the observation group was lower than the control group ($P<0.05$). After treatment, the forced breath volume (FEV1), forced vital capacity (FVC) and FEV1 / FVC levels increased, which were higher than the control group ($P<0.05$). After treatment, the eosinophil (Eosinophils) and eosinophil chemokine (Eotaxin) levels were decreased, and the observed group was lower than the control group ($P<0.05$). Conclusion Beclomethasone propionate and cetirizine treat CVA and improve the expression of inflammatory factors.

Key words: cetirizine; beclomethasone propionate; cough variant asthma

咳嗽变异性哮喘（Cough variant asthma, CVA）是常见的哮喘性疾病，临床主要表现为慢性咳嗽，无喘息、气促等典型哮喘表现^[1]。报道指出，约 11% 的 CVA 可进展为典型的哮喘，因此应重视 CVA 的早期防治^[2]。目前 CVA 尚无特效药物，糖皮质激素及支气管扩张剂等较为常用。丙酸倍氯米松气雾剂作为强效的糖皮质激素类药物，其抗过敏、调节免疫及抑制炎症渗出方面效果明显^[3]。CVA 在病理进展过程中可诱导机体合成释放组胺、白三烯、前列腺素等炎症抑制，进而诱发气道高反应及持续的气道炎症^[4]。西替利嗪作为常用的抗过敏药物，其无中枢神经系统不良反应，并且可缓解支气管痉挛^[5]。已有报道将西替利嗪与糖皮质激素用于支气管哮喘的治疗，然而二者在 CVA 治疗中的报道较少^[6]。因此本文将西替利嗪联合丙酸倍氯米松用于 CVA 的治疗，探究其应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2019.10-2021.10 本院收治的 90 例 CVA 患者为对象。纳入标准：（1）伴有反复咳嗽症状，白天症状轻，夜间加重；（2）支气管舒张试验阳性。排除标准：（1）合并严重心、肝、肾功能异常；（2）患有其他感染性疾病；（3）对治疗药物过敏；（4）入组前接受相关治疗。按照抽签法分为观察组与对照组，各 45 例。观察组年龄 23~63（47.15±5.23）岁，男性 25 例，女性 20 例，体重指数（25.81±5.21）kg/m²，病程（5.04±1.02）个月，病

情：轻度 18 例、中度 20 例、重度 7 例。对照组年龄 22~62（47.97±5.26）岁，男性 23 例，女性 22 例，体重指数（26.03±5.25）kg/m²，病程（4.98±1.10）个月，病情：轻度 17 例、中度 22 例、重度 6 例。两组一般资料比较无差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

两组均接受止咳、平喘、抗感染及化痰等常规治疗。对照组：丙酸倍氯米松气雾剂治疗，50 μg/次，2 次/d。观察组：在对照组基础上加用西替利嗪，10 mg/次，1 次/d。两组均连续治疗 12 周。

1.3 观察指标

疗效评价：慢性咳嗽消失，停药后 2 周末复发为临床痊愈；慢性咳嗽明显减轻，咳嗽频率降低 80% 以上为显效；慢性咳嗽频次降低 50~79% 为有效；未达上述标准为无效。日间、夜间咳嗽积分，日间咳嗽积分，无咳嗽症状（0 分）、偶尔出现咳嗽症状（1 分）、偶尔出现咳嗽症状，对患者活动产生轻微影响（2 分）、咳嗽频繁，严重干扰患者活动（3 分）。夜间咳嗽积分，无咳嗽症状（0 分）、临睡前短暂咳嗽或夜间偶尔咳嗽（1 分）、咳嗽对患者睡眠轻微影响（2 分）、咳嗽严重影响患者睡眠（3 分）。测量第 1 秒用力呼气容积（forced expiratory volume in one second, FEV1）、用力肺活量（forced vital capacity, FVC）（肺功能仪），计算 FEV1/FVC。采集患者空腹静脉血，离心分离，检测嗜酸性粒细胞（Eosinophils, EOS）、

嗜酸性粒细胞趋化因子（Eotaxin）（Sysmex XT-200i 全自动血液分析仪）。
1.4 统计学方法
数据分析采用 SPSS 25.0。计数资料 n(%)用 χ^2 检验。计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组临床疗效

观察组总有效率为 95.56% (43/45)，高于对照组 (77.78%(35/45)， $P < 0.05$)。

表 1 两组临床疗效 n (%)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	45	18(40.00)	14(31.11)	11(24.44)	2(4.44)	43(95.56)
对照组	45	15(33.33)	11(24.44)	9(20.00)	10(22.22)	35(77.78)

表 3 两组肺功能指标水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FEV1 (L)		FVC (L)		FEV1/FVC (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	0.98±0.20	1.78±0.27	1.28±0.24	1.95±0.32	77.16±3.04	91.32±5.33
对照组	45	1.01±0.23	1.54±0.22	1.30±0.31	1.76±0.27	78.43±4.18	86.41±4.55
<i>t</i>	-	0.660	4.623	0.342	3.044	1.648	4.700
<i>P</i>	-	0.511	<0.001	0.733	0.003	0.103	<0.001

2.4 两组 EOS、Eotaxin 水平

治疗前两组血清 EOS、Eotaxin 水平比较无差异 ($P > 0.05$)；治疗后观察组 EOS、Eotaxin 水平低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 4 两组 EOS、Eotaxin 水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	EOS (10 ⁶ 个/L)		Eotaxin (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	194.23±51.67	147.61±33.26	385.16±72.16	181.60±33.46
对照组	45	189.67±48.06	170.61±41.26	377.94±68.47	230.45±42.39
<i>t</i>	-	0.433	2.911	0.486	6.067
<i>P</i>	-	0.666	0.005	0.628	<0.001

3 讨 论

炎症反应诱发的气管高反应性为导致 CVA 的重要元凶，糖皮质激素类药物常被用于抑制炎症反应，控制患者的病情^[7]。丙酸倍氯米松可通过抑制引起支气管收缩物质的合成、分泌，发挥舒张器官的作用^[8]。然而在长期应用中发现，丙酸倍氯米松单用治疗虽可有效缓解 CVA 患者的气道

χ^2	-	6.154
<i>P</i>	-	0.013

2.2 两组日间、夜间咳嗽积分

治疗前两组日间、夜间咳嗽评分比较无差异 ($P > 0.05$)；治疗后两组日间、夜间咳嗽评分降低，观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组日间、夜间咳嗽积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	日间咳嗽评分		夜间咳嗽评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	2.52±0.30	1.21±0.22	2.83±0.12	0.94±0.12
对照组	45	2.48±0.33	1.68±0.34	2.78±0.14	1.26±0.16
<i>t</i>	-	0.601	7.785	1.819	10.733
<i>P</i>	-	0.549	<0.001	0.072	<0.001

2.3 两组肺功能指标水平

治疗前两组 FEV1、FVC、FEV1/FVC 水平比较无差异 ($P > 0.05$)；治疗后观察组 FEV1、FVC、FEV1/FVC 水平高于对照组 ($P < 0.05$)。

高反应性，但单纯的糖皮质激素对于胆碱能神经系统介导的气道神经源性炎症反应无明显调节作用^[9]。

神经生长因子 (NGF) 是调控神经源性炎症的关键因子，在感觉神经末梢调控下由下呼吸道释放，增加血管渗透性，诱发支气管痉挛^[10]。神经源性炎症因子在下呼吸道逆行转运至脊神经节，刺激 P 物质、神经激肽等物质的表达，参与 CVA 的病理进展。NGF 可刺激气道、肺组织内免疫细胞，增加神经源性气道炎症因子的释放增加，参与 CVA 的发生、发展过程^[11]。因此有效的抑制神经源性炎症反应成为治疗 CVA 的新的治疗靶点。西替利嗪是 H1 受体特异性选择药物，具有强效的抗组胺作用，其可有效缓解支气管痉挛，改善肺通气功能，并且可促进 Th1 细胞的分化、成熟，抑制气道内嗜酸粒细胞的聚集及浸润^[12,13]。本文将丙酸倍氯米松气雾剂与西替利嗪用于 CVA 的治疗，结果显示观察组临床疗效明显，并且患者的日间、夜间咳嗽积分降低明显，提示二者联合治疗可提升 CVA 的治疗效果，改善患者症状。CVA 的发病机制与哮喘类似，多种炎症细胞因子诱导的气道慢性炎症为其主要诱因，尤其 EOS 浸润^[14]。EOS 为过敏反应及免疫反应的重要介质，可损伤机体的肺组织。近来报道指出，Eotaxin 可招募 EOS，并将其在肺组织募集，诱导 EOS 在血管内皮细胞中黏附、活化，加重对肺组织的损伤^[15]。本文在观察患者 EOS、Eotaxin 的水平变化，发现治疗后观察组上述指标水平均降低明显，提示丙酸倍氯米松与西替利嗪

联合用于 CVA 的治疗可增强抗炎作用。

综上所述,丙酸倍氯米松气雾剂与西替利嗪治疗 CVA 的疗效理想,可改善患者症状及肺功能,其机制可能与调节机体炎症因子表达有关。

参考文献:

- [1]王超亚,朱艳娥.小剂量茶碱缓释片联合丙酸倍氯米松鼻气雾剂对咳嗽变异性哮喘的疗效[J].河南医学研究,2020,29(12):2214-2215.
- [2]毛晓惠.二联疗法对咳嗽变异性哮喘患者的疗效及对肺功能和诱导痰中炎症介质的影响[J].中国药物与临床,2016,16(2):184-186.
- [3]陈秀锦,李丽华.孟鲁司特钠治疗咳嗽变异性哮喘患者的近远期临床效果及对血清炎症因子的影响[J].河北医学,2017,23(2):208-211.
- [4]辛庆锋,孙有利,康美清,等.沙美特罗替卡松治疗咳嗽变异性哮喘及延缓复发的效果研究[J].中国全科医学,2020,23(26):3280-3285.
- [5]王焜,岳喜峰,阳练.降气平喘针法联合电针治疗咳嗽变异性哮喘的疗效及对血清 EOS,IgE 和 TNF- α 水平影响[J].针灸临床杂志,2021,37(7):40-43.
- [6]邱金娜,隋丽云,张莉,等.孟鲁司特治疗血清白三烯增高,呼出气一氧化氮阳性咳嗽变异性哮喘患者的效果[J].实用医学杂志,2021,37(8):1060-1063,1067.
- [7]张连春,许建新.宣肺止嗽合剂联合沙美特罗替卡松治疗咳嗽变异性哮喘的临床研究[J].现代药物与临床,2020,35(12):2436-2440.
- [8]吕从改,张瑾,孙明宇.疏风益气汤联合沙美特罗替卡松治疗咳嗽变异性哮喘疗效研究及对肺功能,气道炎症反应及复发率的影响[J].天津

中医药,2021,38(10):1263-1267.

[9]丁玉华,赵晓晴,吴修辉.白三烯受体拮抗剂联合丙酸倍氯米松气雾剂治疗咳嗽变异性哮喘患者的临床研究[J].中国现代医学杂志,2020,30(2):114-118.

[10]赵小鹏,乔树斌.定喘汤联合布地奈德福莫特罗治疗咳嗽变异性哮喘疗效及对外周血细胞间黏附分子-1,嗜酸细胞活化趋化因子的影响[J].世界中西医结合杂志,2020,15(1):107-110.

[11]杨原,王华启,孙志宏,等.沙美特罗替卡松粉吸入剂联合百令胶囊治疗老年咳嗽变异性哮喘疗效及对血清炎症因子水平的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(8):853-856.

[12]谷海燕、费璇、石志敏、李雪青.隔姜温灸联合孟鲁司特钠治疗咳嗽变异性哮喘的临床研究[J].广州中医药大学学报,2020,37(9):1720-1724.

[13]郎宁,李琴.孟鲁司特钠给药同时联合西替利嗪与布地奈德对咳嗽变异性哮喘患者肺功能的调节研究[J].重庆医学,2021,50(S01):98-100.

[14]李永锋.老年急性重症哮喘患者血浆生长激素释放肽和嗜酸性粒细胞趋化蛋白水平的变化及临床意义[J].中国老年学杂志,2015,35(11):3024-3026.

[15]王丽娜,付英霞,张凤林,等.成人哮喘患者血清 Periostin、Eotaxin、STAT3 水平与气道高反应性的相关性研究[J].检验医学与临床,2017,14(2):249-251.

(上接第 58 页)

其病态心理,提升依从性。

综上,新型毒品所致精神和行为障碍患者接受工娱治疗,可让其保持积极心态和行为,治疗疗效更好。

参考文献:

- [1]杨小波,曹红梅,屈彦,等.正念减压与工娱疗法联合阿戈美拉汀治疗抑郁症患者的临床研究[J].解放军预防医学杂志,2019,37(10):62-63,65.
- [2]李素君.形体艺术治疗对慢性精神分裂症患者自尊及社会功能的改善作用探讨[J].中国实用医药,2020(12):177-179.
- [3]林鹏瑛.芳香疗法联合工娱训练在精神分裂症患者中的应用效果研究[J].护理实践与研究,2021,18(4):626-629.
- [4]高亚杰.综合行为疗法与常规工娱疗法对精神分裂症患者 PANSS、BPRS 评分的影响[J].临床医学,2021,41(10):81-83.
- [5]陈浩.ICD-10 精神与行为障碍分类疑难编码与错码成因研究[J].家庭保健,2017,000(024):22-23.
- [6]董洁,薛庆静,华仁香,等.手工制作联合社交技能训练对精神分裂症患者生命质量的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(30):2324-2329.
- [7]肖连南,蔡守彬,黎艳芳,等.计算机认知矫正治疗对慢性精神分裂症患者康复效果的影响[J].临床心身疾病杂志,2021,27(6):75-78.
- [8]陈东,周娜,张欣,等.广东省严重精神障碍现状调查及其社区与医院患者临床和流行病学特征比较[J].吉林大学学报(医学版),2021,47(5):1298-1305.
- [9]王仁贵,刘铭,许俊亭,等.工娱疗法和正念减压联合药物治疗抑郁症

的临床分析[J].当代医学,2021,27(20):173-175.

[10]刘合懿,林璵,何令,等.工娱治疗对慢性精神分裂症患者社会功能康复的作用研究[J].临床医学,2020,40(8):73-74.

[11]邹海云,张映莲.工娱治疗配合多元化护理对精神分裂症患者社会功能及自我效能感的影响分析[J].基层医学论坛,2020,24(9):1231-1232.

[12]张涛.康复工娱辅疗以药物治疗对精神分裂症患者康复潜能、阴性症状以及社会功能改善的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(29):2-3.

[13]卜永飞,沈明芳,汪昌学,等.奥氮平联合工娱疗法治疗精神分裂症临床效果的研究[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(36):134.

[14]翟绍征,冷小兵.认知矫正治疗对首发精神分裂症患者预后的影响[J].国际精神病学杂志,2020,47(1):40-42.

[15]叶丽浓,朱进才,陈锦成,等.工娱治疗对长期住院精神分裂症稳定期患者社会功能的影响[J].中国医药科学,2021,11(14):111-114.

[16]廖波,李彦,高镭,等.计算机认知矫正治疗对首发精神分裂症患者预后的影响[J].中国当代医药,2020,27(25):53-56.

[17]刘斯倩,代嘉庚,王丽萍,等.鼓圈治疗对慢性精神分裂症阴性症状和社交技能的影响[J].河北医药,2021,43(11):1720-1724.

作者简介:叶丽浓,女,本科,1984年7月12日,工作单位:佛山市第三人民医院,精神障碍科男区,职称:主管护师。

课题基金名称:工娱治疗对新型毒品所致精神和行为障碍患者负性情绪的影响 项目号:20210117。

盲肠不同部位结扎穿刺致急性肺损伤模型的建立研究

薛峰

温州医科大学低氧医学研究所 浙江温州 325035

摘要:目的:通过建立盲肠不同部位结扎穿孔致急性肺损伤模型,探讨符合临床病理生理过程的急性肺损伤模型。方法 将 20-22g 左右的雄性 BALB/C 小鼠分为 4 组,每组 6 只,分别为假手术组、盲肠结扎低位组、盲肠结扎中位组和盲肠结扎高位组。假手术组仅进行切开腹腔、缝合腹腔;低位组(LP)、中位组(MP)和 高位组(HP)对盲肠进行结扎穿孔术处理,分别结扎盲肠远端起至回盲瓣的 1/3、1/2、2/3 位置,建立急性肺损伤模型。24 h 后通过苏木素-伊红(HE)染色对小鼠肺部损伤进行观察,并测定肺组织湿/干比、肺泡灌洗液中的蛋白浓度和炎症相关因子如肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-1(IL-1 β)。结果:与假手术相比,不同部位结扎穿孔诱导的各组中肺部损伤、肺组织湿/干比、肺泡灌洗液中的蛋白浓度和炎症相关因子逐渐升高,其中高位组最重。结论 盲肠不同部位结扎穿孔可诱导建立不同程度的急性肺损伤的模型,在肺损伤方面是较好的模型。

关键词:急性肺损伤;盲肠穿刺;TNF- α ; IL-6; IL-1 β

Establishment of model of acute lung injury induced by cecal ligation puncture

Xue Feng

(Institute of Hypoxia Medicine, Wenzhou Medical University, Wenzhou, Zhejiang, 325035, China.)

【 Abstract 】 Objective To establish a model of acute lung injury caused by ligation perforation of cecum in different parts, and to explore a model of acute lung injury consistent with clinical pathophysiological process. Methods Male BALB/C mice aged 20-22g were divided into 4 groups with 6 mice in each group, including sham operation group, low cecal ligation group, middle cecal ligation group and high cecal ligation group. The sham operation group only underwent abdominal incision and suturing. The caecum was ligated from the distal end of the cecum to 1/3, 1/2 and 2/3 of ileocecal valve in LP, MP and HP groups, respectively, to establish acute lung injury model. 24h later, the lung injury of mice was observed by hematoxylin-eosin (HE) staining, and the wet/dry ratio of lung tissue, protein concentration in alveolar lavage fluid and inflammatory factors such as tumor necrosis factor - α (TNF- α), interleukin-6 (il-6), interleukin-1 (il-1 β) were determined. Results Compared with sham operation, lung injury, wet/dry ratio of lung tissue, protein concentration in alveolar lavage fluid and inflammatory factors were increased in each group induced by ligation perforation at different sites, and the highest group was the most serious. Conclusion Ligation and puncture in different parts of caecum can induce the establishment of different degrees of acute lung injury model, which is a better model of acute lung injury.

【 Key words 】 acute lung injury; Cecal puncture; TNF alpha; IL - 6. IL - 1 beta

急性呼吸窘迫综合征(ARDS)是严重急性肺损伤(ALI)的破坏性并发症,伴有严重的急性低氧性呼吸衰竭和炎性肺水肿。感染性病因如脓毒症和肺炎,是 ALI/ARDS 的主要原因之一[1]。据统计,全球每年有超过 300 万的 ARDS 患者被确诊,占重症监护病房(ICU)住院人数的 10%。[2]引起的死亡率仍然很高(34.9-46.1%)。[3]临床上其特点是双侧肺浸润胸部成像和严重低氧血症($\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$),且难以氧气治疗。[4]虽然有一些 ARDS 患者可能在 1 到 2 周内恢复,但另一些患者却经历着漫长的患病过程,伴有机械通气延长等并发症。许多 ARDS 康复者患有严重的肌无力,进而发展为持续肺限制性通气障碍。[5] 脓毒症是 ICU 中造成 ALI/ARDS 的主要原因[6],肺又是脓毒症中第一个受影响的器官,也是最脆弱的器官[7]。因此建立符合临床的动物急性肺损伤模型至关重要。盲肠结扎穿孔可诱导急性肺损伤,是模拟临床常见的急性肺损伤模型,但其致死率高,造成动物严重浪费。盲肠结扎穿孔诱导的脓毒症严重程度很大程度上取决于盲肠结扎位置,为研究结扎位置是否可以诱发的不同严重程度急性肺损伤,从而比较其病理变化程度。本实验拟通过对小鼠盲肠不同部位的结扎穿刺,综合评估更符合临床病理过程的急性肺损伤模型,为今后盲肠结扎穿孔术诱导急性肺损伤模型的建立提供参考。

1 材料和方法

1.1 实验分组

雄性 C57BL/C 小鼠(20-22 g)来自杭州维通利华公司。24 只小鼠随机分为 4 组,每组 6 只:(1)假手术组、(2)低位结扎穿孔组(LP) (3)低

位结扎穿孔组(LP)组和(4)低位结扎穿孔组(LP)组。术前 24 小时小鼠禁食。

1.2 CLP 诱导 ALI 的建立

术前 24 小时小鼠禁食,但在手术前 24 小时允许自由饮水。然后用腹腔注射 1%戊巴比妥(0.1ml/20g)麻醉小鼠。小鼠备皮碘伏消毒后,在腹壁中线靠左做一个 1cm 的切口,用镊子将盲肠取出。将粪便挤到盲肠尖端。然后用 3-0 丝线分别在分别结扎盲肠远端起至回盲瓣的 1/3、1/2、2/3 位置进行结扎,用 18g 针在相对两端刺穿两次,然后小心放回腹腔。腹部切口采用 2-0 丝线缝合肌层和皮肤。假手术组的小鼠接受同样的程序,没有结扎或刺穿盲肠。各组术后背部皮下注射 1ml 生理盐水,防止小鼠休克。未使用抗生素,动物术后可自由进食。

1.3 组织学分析

取肺组织,按照标准程序冲洗,用 4%多聚甲醛固定。将组织用石蜡包埋,切成 5- μm 的切片,并进行苏木精和伊红(H&E)染色。体式显微镜对肺组织进行观察。

1.4 BALF 蛋白测定法

使用 BCA 蛋白浓度试剂盒,按照制造商的说明测定术后 24 小时组小鼠的肺泡灌洗液(BALF)全蛋白浓度。

1.5 Elasa 检测

据制造商的说明,使用酶印免疫吸附试验(ELISA)试剂盒(联科生物,中国)测定 BALF 中的肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-1(IL-1 β)。

1.6 肺组织湿 / 干比

肺湿干比 (W/D) 肺重量比通过肺组织的湿干比 (W/D) 来量化肺水肿的程度。取左肺称重, 干燥 24 小时, 然后放入 80℃ 的烤箱中。再次称量肺组织, 并测定 W/D 比值。

1.7 统计分析

数据以平均值±标准差(SD)表示。所有数据均采用 graphpad prism 8.0.1 进行分析。P<0.05 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 各组肺组织 HE 染色

由图 1 可见, 假手术组 (sham) 动物肺组织结构清晰, 肺泡壁由单层细胞构成。而低位组(LP)、中位组(MP)和 高位组(HP)小鼠肺组织水肿, 肺间隔增厚, 细胞水肿, 其中高位组(HP)最为严重。

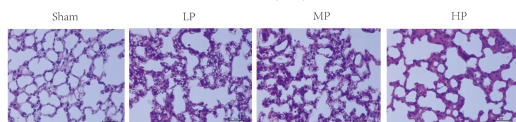


图 1 盲肠不同部位结扎穿刺诱导急性肺损伤小鼠肺组织形态学改变

2.2 各组肺泡灌洗液 (BALF) 总蛋白表达

由图 2 (A) 可见, 与假手术组 (0.14±0.045) 相比, LP 组 (0.45±0.12)、MP 组 (0.64±0.21) 和 HP 组 (1.2±0.34) BALF 中蛋白含量显著升高。HP 组也较 MP 组的蛋白显著升高 (P<0.05)。

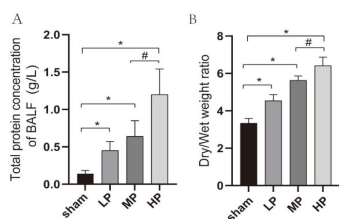


图 2 盲肠不同部位结扎穿刺诱导急性肺损伤 BALF 蛋白含量和肺组织湿干比变化。与对照组相比, * P<0.05, n=6。

2.3 肺组织湿 / 干比

由图 2 (B) 可见, 与假手术组 (3.34±0.25) 相比, LP 组 (4.54±0.33)、MP 组 (5.63±0.23) 和组 HP (6.42±0.45) 肺组织湿 / 干比明显升高 (P<0.05)。高位组(HP)也较中位组(MP)的肺组织湿 / 干比显著升高 (P<0.05)。

2.4 各组 BALF 炎症因子表达

由图 3 可见, 与假手术组各炎症因子 TNF-α (145.4±25.60)、IL-1β (21.74±4.34)、IL-6 (105.55±10.68) 相比, LP 组 TNF-α (145.4±14.68)、IL-1β (274.50±20.57)、IL-6 (345.88±34.94); MP 组 TNF-α (180.68±23.11)、IL-1β (376.65±33.84)、IL-6 (535.53±37.74) 和 HP 组 TNF-α (235.35±38.13)、IL-1β (475.97±35.87)、IL-6 (883.85±41.26), BALF 中 TNF-α、IL-1β 和 IL-6 含量显著升高 (P<0.05)。高位组(HP)也较中位组(MP)各炎症因子显著升高 (P<0.05)。

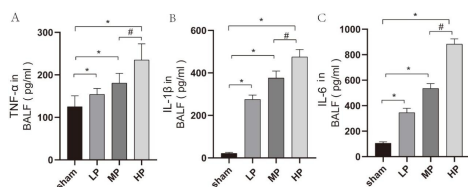


图 3 盲肠不同部位结扎穿刺诱导急性肺损伤 BALF 中 TNF-α、IL-1β 和

IL-6 含量变化。与对照组相比, * P<0.05, n=6; 与 MP 组相比, * P<0.05, n=6。

讨论

脓毒症是一种常见的急性和危重症疾病, 它是一个主要的卫生保健问题, 每年影响着全球数百万人, 造成死亡多达四分之一[8] (通常是更多) 的个人脓毒症诱发对感染的炎症反应, 并可能导致患者的多器官损伤, 甚至死亡各种器官损伤都与脓毒症有关, 包括大脑, 肾脏和心脏损伤。脓毒症引起的急性肺损伤(ALI)是一种急性危重综合征, 包括急性低氧呼吸衰竭伴双侧肺浸润, 在美国导致持续的高死亡率[9]和住院 ALI 的病理改变包括气体交换受损、大量中性粒细胞浸润、血管通透性增加和实质损伤。[10] 虽然在管理策略方面取得了进展, 但在脓毒症患者中, 由脓毒症引起的 ALI 的死亡率仍然更高。因此, 利用盲肠结扎穿刺诱导急性肺损伤为研究起病理生理特征的临床意义重大, 但盲肠结扎穿刺模型致死率高, 造成动物大量浪费, 如何高效的建立模型且降低致死率至关重要。我们检测其肺损伤指标发现, 较假手术组, 盲肠结扎穿刺各组包括低位组(LP)、中位组(MP)和高位组(HP)的各项指标包括 HE 染色肺部损伤/肺组织湿 / 干比、肺泡灌洗液中的蛋白浓度和炎症相关因子如肿瘤坏死因子-α (TNF-α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-1(IL-1β)都逐渐升高, 因此盲肠不同部位结扎穿刺可诱导建立不同程度的急性肺损伤的模型。

参考文献:

- [1]Goss, C.H., et al., Incidence of acute lung injury in the United States. Crit Care Med, 2003. 31(6): p. 1607-11.
- [2]Abe, T., et al., Epidemiology and patterns of tracheostomy practice in patients with acute respiratory distress syndrome in ICUs across 50 countries. Crit Care, 2018. 22(1): p. 195.
- [3]Fernando, S.M., et al., Diagnosis and management of acute respiratory distress syndrome. CMAJ, 2021. 193(21): p. E761-E768.
- [4]Villar and J.J.R. Care, What Is the Acute Respiratory Distress Syndrome? 2011. 56(10): p. 1539-1545.
- [5]Tsushima, K., et al., Acute lung injury review. Intern Med, 2009. 48(9): p. 621-30.
- [6]Bellani, G., et al., Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. 2016. 315(8): p. 788.
- [7]Chen, H., et al., Inhibition of myeloid differentiation factor 2 by baicalin protects against acute lung injury. 2019. 63: p. 152997.
- [8]Mcintyre, L., et al., Cellular immunotherapy for septic shock (CISS): a phase I trial. 2017. 19(5): p. e3-e4.
- [9]Ross, J., Incidence and Outcomes of Acute Lung Injury — NEJM. 2005.
- [10]Liu, L., et al., Practice of diagnosis and management of acute respiratory distress syndrome in mainland China: a cross-sectional study. J Thorac Dis, 2018. 10(9): p. 5394-5404.

清洁间歇导尿术在脑卒中后神经源性膀胱康复中的运用研究

王会明 刘小玲 陈光梅 景艳梅 楼杨

黔南布依族苗族自治州人民医院 贵州都匀 558000

摘要：目的：探讨清洁间歇导尿术在脑卒中后神经源性膀胱康复中的应用。方法：将我院接诊的40例神经源性膀胱患者作为研究独享，依照随机数字表的方法分为研究组与对照组，对照组进行常规护理，研究组在常规护理的基础上在增加使用清洁间歇性导尿技术。观察两组临床症状变化，记录临床效果。结果 研究组总有效率为100%，对照组为85%；研究组恢复自主排尿率显著高于对照组，感染率低于对照组；治疗后清洁间歇导尿管生活患者的自理能力明显高于对照组。结论：神经源性膀胱病人实施清洁间歇性导尿，不仅可提升临床效果，自主排尿率恢复良好，值得在临床中推广应用。

关键词：清洁间歇导尿术；脑卒中；神经源性膀胱

神经源性膀胱（neurogenic bladder, NB）从医学角度解释为由于与泌尿系统相关的控制神经或者相应的肌肉组织出现病变引发的排尿功能出现障碍或者膀胱储尿，进一步导致无法进行排尿或者功能减弱，此类病症主要表现为残留尿量增多，无法控制排尿^[1]。我院老年病科，神经内一科、神经内二科、神经外科、神经外科NICU等部分患者由于药物、神经系统疾病、外伤等原因引起神经源性膀胱，一般与膀胱尿道功能相关的神经受到一定的病变或者损伤基本都会出现神经源性膀胱。

脑卒中主要因为脑部血液循环出现病变，无法进行正常的循环，具有致病率、致死率高的特点，随着我院成功创建高级卒中中心，收治脑卒中病人日益增多。统计我院2020年收治的脑卒中病人有1700例左右，而且发病越来越年轻化，20-45岁之间的脑卒中病人有460例左右，有643例左右由于各种原因给予留置导尿处理，占比为37%。到目前为止，仍有部分患者不能拔除尿管，泌尿系出现反复感染。

间歇性导尿在医学方面主要存在两种类型，即无菌性间歇导尿（SIC）和清洁间歇性导尿（CIC），经过长期的医学研究表明，以上两种间歇性导尿主要表现为尿路感染并且它们的在感染方面没有明显区别^[2]。清洁间歇性导尿（CIC）主要临床表现为在一定的清洁条件下，定期进行输尿管排尿，从而使的膀胱能够实现规律性排尿的目的^[3]。清洁间歇性导尿术是国际尿控协会推荐的治疗神经性膀胱炎的新标准^[4]，此类标准是由第二次世界大战时期，英国Dutmann医师经过研究发明的，然后经过一定时期到了1971年最终由美国Lapides教授推行后用于临床治疗。所谓的清洁就是在进行插入导尿管之前对导尿管以及会阴部或者尿道口采取一定措施进行清洗处理，手部可以直接采用无菌洗手液进行处理。在肾功能表现正常的情况下，最开始的时候可以通过医院相关工作人员进行导尿处理，如果后期表现身体状况良好的情况下，可以经过日常的锻炼以此达到自主排尿的目的，但是如果病情较为严重，手术治疗无效的情况下可以长期进行间歇性排尿。神经源性膀胱疾病病人主要致病原因是泌尿系统长期积尿或者由于膀胱里面压力过大导致逼尿肌里面的血流速度减慢，进一步导致一部分缺血组织容易受到细菌的感染。经过对间歇性导尿进行清洁处理之后能够实现膀胱间歇性充盈或者间歇性排空，最终能够达到膀胱容量的充盈以及膀胱原有的收缩功能，从而能够实现规律性排尿的目的，保持神经源性逼尿

肌自身良好的供血功能，并且尽量避免泌尿系统或者生殖系统遭受感染，从而保证病人良好的生活质量，不断提高病人生活水平。所以只有保证正常的膀胱功能，并且通过有效措施及时预防和处理反流，是实现神经源性膀胱治疗至关重要的事情。

1 资料与方法

1.1一般资料 如果按照随机数字表的方法对膀胱患者进行分组，主要可以分为对照组和研究组，每组20例。

1.2方法

1.2.1干预方法 将对照组和研究组的患者采用原发性脑卒中的方式进行治疗，其中对照组进行常规性的护理即可，主要包含健康方面的培训学习、有效的定量饮水并进行相关的心理疏导等方面^[5]。然后对于研究组的患者则只需要在以上的基础上进行清洁间歇性导尿处理。

1.2.2健康教育与心理疏导 神经源性膀胱病人对该并发症不了解，担心会影响脑卒中、治疗，甚至害怕无法治愈而出现担忧、焦虑、紧张等情绪^[6]。为此，入院后及时将脑卒中及其所致神经源性膀胱相关知识，并且将患者具体的疾病原因、治疗方式以及在治疗过程中需要注意的事情、疾病有效预防措施通知病人及家属，以此保证患者能够全心配合治疗和日常的病人护理工作。同时，针对病人个体情况实施合理的心理疏导，尽量满足他们的身心需求，通过改善心理状态，以此来保证病人能够保持良好的心态开展相关的治疗以及日常护理。以此能够提高治疗效果从而改善排尿功能^[7]。

1.2.3 饮水控制 对病人每日进水量进行控制，一般1500mL~2000mL，于早、中、晚各进水400mL，同时于10:00、16:00及20:00各进水200mL。通过有效的饮水控制，提高每日排尿量，从而改善排尿功能。

1.2.4 清洁间歇性导尿

操作前先进行物品的准备（如果患者为女性，准备1面镜子），为保护患者的私密性使用屏风等遮盖物进行遮掩，然后操作者清洗双手，患者的会阴也同时清洗干净，拿出导尿管并用润滑剂润滑好，接着将导尿管插入尿道，进而排出尿液，特别注意的是女性患者需要借助镜子进行这项操作。完成后将导尿管抽出，撤出用物。每次操作完成后测量尿液量并进行登记，

以助于病情的记录。具体的操作说明及注意事项分为了以下5步:

(1) 日常用品的准备: 主要是一些一次性导尿管, 弯盘 (清洁或者无菌的), 医用尿壶。

(2) 对于患者会阴部的清洗: 主要是先使用清水对会阴部进行清洗, 然后使用干毛巾擦拭干净。

(3) 日常手部清洗: 对于日常操作护理人员的手部需要采用肥皂或者洗手液进行清理, 然后使用清水清洗, 最后再用毛巾擦干。

(4) 一次性导尿管的润滑及使用: 目前临床中用于清洁间隙导尿的一次性尿管有超润滑型的, 开袋即可使用, 非常方便, 但是价格相对高一些; 普通型的一次性间隙导尿管设计也非常的人性化, 包装内自带润滑剂, 使用前需要将包装袋内独立包装的润滑剂用手挤压, 即可实现尿管的润滑, 价格相对实惠。患者可以根据自己的意愿进行选择。所有类型的导尿管可以根据患者的性别进行选择, 男性患者可以选择长度为40cm的导尿管, 女性病人可以选择长度为19cm的导尿管, 可以有效节约成本。

(5) 拔出尿管方法: 尿液呈点滴状后缓慢拔出尿管, 拔出过程中尿流量较前稍增多时, 稍微停留1-2秒, 再拔出。

在确保患者病情治疗后稳定之后并且不需要输液, 能够进行规律性饮水、尿路清洁良好没有遭到感染的情况下才可以进行使用清洁间歇性导尿。根据临床研究对于使用清洁间歇导尿患者导尿次数不能过于频繁, 显示最适宜的频次为6次/日, 并且需要随时观察每次的导尿量, 如果尿量多就需要适时进行控制饮水量, 最好就每日的饮水量控制在2000mL以内。至于每次的排尿量需要根据每次自己排尿量以及剩余尿量来合理控制导尿次数。按照对应的自行排尿量及每次的残余尿量标准进行合理导尿次数安排, 当膀胱的功能达到正常水平, 即可停止导尿。

为了保证能够顺利完成导尿工作, 按照医学方法采取屏气规律性的进行挤压训练, 以此达到顺利排尿的目的, 具体操作方法如下: ①屏气法: 此类方法需要病人按照一定坐姿, 在坐姿方面要求病人身躯稍微的前倾, 并且将腹部充分的放松, 在此基础上快速的进行呼、吸动作3~4次, 来达到延长屏气进而提升腹压, 在进行每次深吸动作之后需要快速屏住呼吸, 然后往下用力类似于排便动作, 反复进行动作, 直到排出尿液为止^[8]。但是由于这种动作对于血压循环舒张压具有一定的影响所以对于心脑血管疾病或者年纪较大的人群不适用。②耻骨区叩压法: 此类手法复杂, 要求叩压者对患者的耻骨区域进行轻轻的叩压, 然后对患者内侧进行表皮按摩, 通过按压手法上的操作来诱导膀胱神经进行反射性收缩, 以此达到排尿的目的。③挤压法: 此手法针对排尿肌功能存在问题的患者是相对来说比较适用的, 在手法方面主要是针对病人的膀胱区进行按摩, 大约时间持续在3min~5min, 要求操作者将手指捏成拳头状, 在肚脐下方3cm位置, 适当力度下压的情况下往下部逐渐加压, 逐渐的达到病人尿液流出为止^[9], 在一次排尿之后操作者可以将双手进行叠压排尿, 每次看到尿液外流时候就需要松手, 然后再进行加压, 尽可能的将尿液排除干净, 但是在加压过程中要求操作者手法轻柔, 以避免患者尿液回流, 引起肾炎等症状, 以保证病人的病情的好转及康复。

1.2.5 康复护理 对于神经源性膀胱病人来说治疗的最终目的就是恢复膀胱的排尿功能, 使患者恢复正常的排尿功能, 尽可能的减少人为干预性的导尿最终达到提升自身生活质量的目的。

所以, 对人病人的治疗后期的康复锻炼或者功能恢复的工作需要提前进行, 一般主要是医护人员根据病人的临床表现视病情状况来安排具体的康复训练计划并监督病人及患者家属进行具体的实施。在入院初期留置尿管的时候就需要进行夹管训练, 然后按照前期制定的康复训练计划循序渐进的推进病人的康复训练, 以此达到膀胱功能恢复的目的。

1.2.6 出院指导 在病人出院之前医院工作人员需要对病人及病人家属做好宣教, 并对相关的康复活动进行具体的训练, 注意掌握清洁间歇性导尿操作要求, 除此之外还需要做好对病人日常排尿的记录工作, 具体记录内容主要包括排尿量以及手法排尿量等; 在办理出院之后需要做好患者的饮水及排尿量安排, 并且需要格外注意个人卫生工作, 对于会阴部的清理至少每天2次。

1.2.7 观察指标 具体的观察指标, 需要根据具体的临床效果, 以及病人自身的自主排尿能力以及病患处的感染率、以及患者在接受治疗前后的尿流动力学指标。医学系统表示尿流动力学指标主要包括以下四个方面, 即: 膀胱的最大容量、患者的最大尿道压力, 以及对应的逼尿肌压力和最大残余尿量。

1.2.8 疗效评价标准 ①显效: 患者经过医院治疗之后, 病人的综合表现为病症缓解甚至消失, 患者能够恢复正常人的排尿水平, 并且病人的最大残留尿量≤50mL, 经过B超检查之后, 通过检查结果肾积水现象明显改善, 病人的膀胱无充盈; ②有效: 有效的判断依据主要是病人经过一定阶段的治疗之后病人的临床症状得到一定的改善, 并且病人的残余尿量为50mL~200mL之间; ③无效: 在治疗期间或者治疗之后的后期症状情况没有明显的改善, 更甚至会出现病情恶化的情况, 总有效率=显效率+有效率^[10]。

1.2.9 统计学处理 将临床统计数据经过Excel软件, 反复分析处理, 经分析之后将相关的计数资料以百分比的形式表示, 并且采用相关的统计学分析方法按照均数±标准差来表示, 最后经过专业技术人才使用SPSS18.0软件进行相关数据处理。

2 结果

2.1 两组临床效果比较 (见表1)

表1 两组临床效果比较 例 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
研究组	20	17 (85)	3 (15)	0 (0)	20 (100)
对照组	20	12 (60)	5 (25)	3 (15)	17 (85)

注: 两组总有效率比较, $P < 0.05$ 。

2.2 在研究组和对照组的经过半年多的治疗之后, 针对患者的自主排尿情况以及相关系统的感染情况进行对比, 经过对比显示研究组中有17例患者经过治疗之后恢复了自主排尿能力, 对照组患者有12例成功恢复了自主排尿能力, 自主排尿率的恢复程度研究组明显多于对照组 (即: $P < 0.05$);

通过统计数据研究组里面的患者有1例出现了泌尿系统感染的情况，对照组有5名患者出现这样的情况，数据对比差异有明显的统计学意义（即： $P < 0.05$ ）。

2.3 两组患者生活自理能力的比较 住院当天患者生活自理能力比较，差异无统计学意义 $[(29.5 \pm 2.2) \text{分} \text{ vs } (29.6 \pm 2.4) \text{分}]$ ；治疗6周后，处理组明显高于对照组，差异有统计学意义 $[(49.9 \pm 2.5) \text{分} \text{ vs } (40.6 \pm 2.1) \text{分}]$

3 讨论

清洁间歇导尿技术随着现代医学的发展，该项技术不仅能够有效降低膀胱尿量残余，而且能够防止膀胱内压超标的逆行感染等优势，从而为后期自主排尿奠定基础。该项技术的推广具有重大意义，该技术在临床治疗方面使用之后不仅能够排空膀胱，并且能够保证患者的下尿道不会出现持续性的异物残留，能够有效降低感染率以及患者膀胱的输尿管出现反流情况，甚至能够有效降低肾积水和尿路出现结石的情况；能够让膀胱保持周期性的扩张或者排空，将患者膀胱维持在近似生理状态，能够对后期患者的膀胱量以及伸缩功能的恢复具有一定的基础，并有利于后期重新训练反射性膀胱；该项技术还能够充分预防膀胱出现充盈过度；将患者的尿量残留物质充分规律性排出体外，从而能够全面防止泌尿系统以及生殖系统出现异常感染的情况；能够帮助患者摆脱导尿管，可以不需要长期借助导尿管，有利于后期患者的正常生活，并且不影响患者正常性生活；清洁间歇导尿技术能够通过医院工作人员对患者或者患者家属进行相应技术指导，摆脱对医生的过度的依赖性，缩短病人的住院接受治疗的时间，从而降低病人的医疗费用支出，改善病人的生活质量。

作为试验阶段的技术，存在一定潜在的风险，主要有：膀胱的容量过小会导致尿频或尿失禁次数增多，同时液体量太多而造成感染；储尿期内压力过高（ $\geq 40\text{cmH}_2\text{O}$ ）会导致膀胱—输尿管—肾脏反流；操作不当，容易引起尿道损伤和感染等，对风险出现原因及可能造成的后果进行分析汇总后，总结出以下几点预防措施及注意事项：首先，选择间歇导尿前，应当充分掌握膀胱的功能状况，膀胱的容纳范围是不是在正常的范畴内，即

300-500mL；还有需要注意检测储尿时间段内压力是不是安全范围。因为正常人体在膀胱充盈的时候压力是10-15cmH₂O，但超过40cmH₂O后，输尿管反流及肾积水等上尿路功能损坏的可能性就会大大提高，所以医学上把40cmH₂O界定为安全压力的上临界值。在此压力下的膀胱容量就是安全的，在安全范围内进行储尿和排放尿液才不会对上尿路及其他器官造成危害。尿动力学检查能客观反映膀胱容量与压力。其次，通过排尿日记的记录我们也可以准确的评价下尿路的功能状态，而且此方法简单易行，对身体没有创伤。排尿日记能够对排尿的频率、尿失禁次数及单次的尿量及一天24小时内总的尿量等具体指标进行观察，进而对医护人员了解病人的全身液体平衡状态、排尿次数及现在病人的膀胱容量等病情起到辅助

作用，结合其他指标进行全面而准确的判断。再次，通过规划好饮水量及饮水时间，来调控每天的饮水总量，让每天进入身体的液体总量不超过膀胱的安全范围，为清洁间歇导尿提供基础。按照饮水计划，不仅能够控制尿量，同时可以让膀胱在正常的范围内进行舒缩，防止出现尿量太多或者太少情况的出现，如此有助于膀胱功能的尽快恢复。最后也是不可忽视的一点，导尿管的选用是该技术能够成功实施的前提。导尿管类型很多，选用时必须全面考量病人本身条件，如损伤情况、尿道敏感情况、性别、年龄、经济条件等情况。因本实验采用的使用于间歇性导尿管的亲水型润滑涂层，遇水即润滑无比，因此可以保证导尿全程润滑；同时采用的PVC塑料，材质略硬，便于自我操作，且体形小巧，便于携带，以满足患者的需要。

4 结论

清洁间歇导尿术的康复过程病人全程自己参与其中，有助于患者实现自我管理，随之病人身体肌肉自主和被动活动增强，能够有效降低肌腱收缩、滑膜关节僵直等现象出现，从而大大提高病人生活能力。综上所述，通过清洁间歇导尿不但能够减少患者尿路感染发病率，同时还能够提高病人的膀胱容积、减少残余尿量，实现自主排尿，从而明显提高了病人的生活质量，因此值得临床推荐。

参考文献：

- [1]张玉海. 膀胱排尿功能障碍[M]. 人民卫生出版社, 2000.
- [2]Moore, Katherine N, Burt, et al. Intermittent catheterization in the rehabilitation setting: a comparison of clean and sterile technique.[J]. Clinical Rehabilitation, 2006.
- [3]蔡文智, 陈思婧. 神经源性膀胱护理指南(2011 年版)(二)[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(2):7.
- [4]张弛远, 欧阳玲. 加速康复外科理念在宫颈癌根治术中的应用[J]. 中国微创外科杂志, 2019, 19(2):5.
- [5]刘青梅, 余碧兰, 李晓冰. 自体清洁间歇性导尿的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(021):102.
- [6]王英, 唐相君, 彭湘, 等. 自家间歇性清洁导尿在脊髓损伤后神经源性膀胱中的应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015(15):2.
- [7]张丽芬, 王凤玲, 代莉. 清洁间歇性自我导尿术在脊髓损伤神经源性膀胱患者中的应用[J]. 护理管理杂志, 2012, 12(5):2.
- [8]李卫卫, 金娟. 神经源性膀胱间歇性清洁导尿的进展[J]. 中华现代护理杂志, 2013(5):3.
- [9]姚宇游, 徐云, 华剑红, 等. 护理干预在间歇性清洁导尿治疗糖尿病神经源性膀胱中的应用体会[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(10):3.
- [10]张秀琳. 间歇性清洁导尿在神经源性膀胱功能障碍患者中的应用[J]. 广州医学院学报, 2012.

规范化社区康复对脑卒中后遗症期患者生存质量的影响

王伟 李清 赵书仪 陈宛丘 倪啸颖

浦锦社区卫生服务中心康复医学科 上海闵行 201112

摘要: 目的: 观察规范化社区康复治疗对脑卒中后遗症患者生活质量的影响。方法: 收治社区内脑卒中后遗症期患者 60 例, 随机分为康复组和对照组。治疗组给予规范化社区康复治疗及指导, 对照组只给予随访, 统计两组患者康复训练前、后第 1、3、6 个月 SF-36 评分, 分析生存质量差异。结果: 治疗 3 月和 6 月后, 治疗组 SF-36 量表 8 个维度分值明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 规范化社区康复治疗对脑卒中后遗症期患者生存质量的改善有积极作用。

关键词: 规范化社区康复; 脑卒中; 后遗症期; 生存质量

Effect of Normalized Community-Based Rehabilitation on the quality of life of patients with cerebral stroke in Sequela Stage

Wang wei Pujin Community Health Service Center, Minhang District of Shanghai, 201100

Abstract:

Objective: To observe the effect of Normalized Community-Based Rehabilitation on the quality of life of patients with cerebral stroke in Sequela Stage.

Methods: 60 cases of patients with cerebral stroke in Sequela Stage were divided into the rehabilitation group and the control group randomly. Patients in the rehabilitation group were given normalized community-based rehabilitation, while patients in the control group were only given follow-up. The SF-36 scores were count before rehabilitation and 1, 3 and 6 months after training. Statistic analysis on the data of the SF-36 scores were compared to analyse the difference of the quality of life between the two groups.

Results: After 3 month and 6 month intervention, the 8 dimensions scores of SF-36 scale in the rehabilitation group was significantly higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$).

Conclusion: Normalized community rehabilitation had positive effect on the quality of life of patients with cerebral stroke in Sequela Stage

Key Words: Normalized Community-Based Rehabilitation (CBR), Cerebral Stroke, Sequela Stage, Quality of life

脑卒中是我国常见的慢性病之一, 有高发率、高复发率、高致残率的特点。中国疾病负担报告显示, 目前脑卒中已成为中国人的首要死因^[1]。根据流行病学数据估算, 全国在任意时间点约有脑卒中存活者 1100 多万人^[2]。脑卒中后有 70%—80% 的患者因残疾而不能独立生活^[3]。其功能残障的长期存在, 不仅给患者造成生存、生活压力, 也给其家属带来沉重的心理、生理负担^[4]。由于卒中恢复期长、国内医疗资源相对短缺, 仅依靠三级综合医院的康复科以及康复医院等组织开展的康复, 无法保障所有患者都能接受到专业的、长期的治疗^[5]。社区康复 (community-based rehabilitation, CBR) 是我国推动实现“人人享有康复服务”, 促进残疾人全面康复的主要方式^[6], 具有覆盖广、经济有效、就近就便、简便易行的优点^[7]。目前临床研究多关注早期及恢复期患者的康复治疗, 而忽略了后遗症期患者的生存状态。脑卒中急性期和恢复期进行康复的疗效已被大量研究所证实^[8-9]有学者认为^[10], 脑损伤的恢复过程没有终点, 只是恢复进度逐渐减慢。脑卒中进入后遗症期是否需要临床康复对大量后遗症期的患者具有重要的现实意义, 不仅涉及患者生活质量的改善同, 还涉及医疗费用的合理利用等问题。本研究利用社区康复优势, 在规范化社区康复基础上, 观察研究脑卒中后遗症期患者生存质量的变化。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月~2021 年 12 月, 闵行区浦锦社区卫生服务中心所辖区内及周边居民符合入选标准的脑卒中后遗症期患者 60 例。发病后曾在二、三级医院进行临床诊疗, 符合脑卒中诊断标准, 确诊为脑梗死或脑出血。其中男 41 例, 女 19 例; 年龄 45—79 岁; 病程 (以发病日期为准) 最长 3 年, 最短 6 个月。患者及其主要家属同意参与此社区康复研究项目并签署知情同意书。两组一般情况比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。患者一般资料比较见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

项目	治疗组	对照组
年龄	63.21±7.14	62.34±6.23
性别	男	21
	女	9
病程 (月)	11.60±4.65	12.61±5.10
基础疾病	高血压	26
	糖尿病	12

1.1.1 入选标准：符合脑梗塞疾病的诊断标准（以第四届全国脑血管病会议通过的标准为准），并经过 CT 扫描或核磁共振（MRI）检查确诊为脑梗塞或脑出血患者；发病 6 个月以后；年龄 45 岁~79 岁。

1.1.2 排除标准：脑梗塞急性期、恢复期患者；有严重的失语、认知功能障碍患者；既往有精神病史者；心肝肾等重要脏器功能障碍；家住闵行地区，但外出未在闵行地区者；排除因其他疾病不能接受社区康复者。

1.1.3 退出标准：出现病情变化，经医生判断无法继续配合研究者；6 个月内死亡和失访,无法随访的患者。

1.2 干预方法

康复医生联合家庭医生、康复治疗师、康复护士和家属组成社区康复小组，采用门诊、住院及上门随访的形式，根据患者康复评定情况，制定有个性化康复目标及治疗方案，包括运动、作业、言语、认知等训练方案，对入选患者分别在治疗前，治疗后 1 月、3 月、6 月进行生活质量评估，采用简明健康调查问卷（SF-36，36-Item Short Form Survey）。

1.2.1 分组：

入选患者随机分为以下 2 组：

第 1 组患者后遗症期在我院进行规范化社区康复治疗；

第 2 组后遗症期由患者或陪护根据自己的认知自行锻炼。

1.2.2 治疗方法：

规范化综合康复的内容：①神经生理学疗法：包括 Bobath 疗法、Brunnstrom 疗法、PNF 疗法(神经肌肉本体感觉促进疗法)、Rood 疗法等；。②运动再学习疗：包括体位摆放,维持与改善关节活动范围训练及关节松动技术,增强肌力和肌肉耐力的训练,恢复平衡及协调性功能训练,体位转移及站立、步行训练等；③作业疗法：以进食、梳洗、穿衣、床椅转换等日常生活自理能力为主,并根据患者具体情况配合木工、纺织等手工模拟操作和套环、拼图等文体娱乐方面的训练。④认知技能训练：包括定向能力、注

意力、抽象思维能力、学习能力、记忆能力及社交能力等训练。训练期间患者陪护也接受康复训练指导,以协助和督促患者各项训练任务的完成。训练每日 1 次（除周末休息外）,45 分钟/次。

1.3 观察指标及评定方法

本研究采用的评定指标为 SF-36。该标准是美国波士顿健康研究所研制的简明健康调查问卷，被广泛应用于普通人群的生存质量测定、临床试验效果评价以及卫生政策评估等领域。SF-36 作为简明健康调查问卷，它从生理机能（PF：Physical Functioning）、生理职能（RP：Role-Physical）、躯体疼痛（BP：Bodily Pain）、一般健康状况（GH：General Health）、精力（VT：Vitality）、社会功能（SF：Social Functioning）、情感职能（RE：Role-Emotional）以及精神健康（MH：Mental Health）等 8 个方面概括被调查者的生存质量。

1.4 统计分析

使用 SPSS21.0 统计学软件包对数据进行分析，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用单因素方差分析和 t 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者治疗前后 SF-36 评分比较见表 2。治疗前，治疗组患者 SF-36 量表的 PF、RP、BP、GH、VT、SF、RE、MH 分值与对照组比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组，治疗后 1 月患者 BP 分值高于治疗前，差异有统计学意义($P < 0.05$)，其余分值项无明显变化，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后 3 月以及 6 月 SF-36 量表 8 个维度分值均高于治疗前，治疗后 6 月提高更加明显，差异有统计学意义($P < 0.05$)。对照组治疗前及治疗后 1 月、3 月、6 月随访 SF-36 量表统计，各项分值无明显变化，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后 3 月、6 月，治疗组各项分值与对照组比较有明显提高，差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明脑卒中后遗症期患者经规范化社区康复治疗生存质量有明显改善。

表 2 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较($\bar{x} \pm s$ ，分)

组别	例数	时间	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
治疗组	30	治疗前	20.14	15.62	52.91	36.27	53.42	25.41	36.57	69.14
			± 13.43	± 11.36	± 15.50	± 12.52	± 16.10	± 14.28	± 11.13	± 8.21
		治疗后 1 月	22.24	16.34	70.76	40.39	60.37	30.39	39.43	72.54
			± 10.30	± 12.18	± 16.50	± 13.61	± 15.87	± 11.94	± 10.21	± 10.60
		治疗后 3 月	36.61	26.89	76.79	52.32	71.42	44.21	52.79	82.43
			± 12.20	± 14.40	± 14.30	± 11.60	± 17.03	± 13.82	± 14.56	± 10.58
		治疗后 6 月	45.34	34.12	84.16	66.27	82.36	56.85	68.43	86.74
			± 14.10	± 11.60	± 17.03	± 12.80	± 14.92	± 11.80	± 10.50	± 11.60
对照组	30	治疗前	21.54	16.10	53.18	37.50	55.73	27.25	35.87	70.93
			± 11.16	± 10.42	± 14.25	± 13.16	± 15.29	± 13.64	± 12.53	± 10.64

治疗后 1 月	20.48	16.26	57.28	36.78	58.33	26.72	35.07	72.85
	±10.45	±11.52	±16.29	±14.68	±16.24	±10.94	±11.76	±11.80
治疗后 3 月	20.38	17.35	56.12	40.57	62.12	32.69	34.30	75.85
	±10.76	±13.24	±15.50	±11.90	±15.50	±13.07	±12.13	±11.29
治疗后 6 月	19.12	17.42	55.69	41.56	60.54	32.98	38.16	75.62
	±10.41	±13.68	±14.64	±15.10	±13.38	±12.14	±13.49	±9.29

3 讨论

目前,多数脑卒中患者急性期和恢复期会在综合医院及专科康复医院进行康复治疗,病情稳定后会回归家庭和社区。然而,脑卒中患者后期仍需要大量维持性甚至终身性康复治疗,才能巩固康复效果,否则可能使其肢体功能减退,甚至导致脑卒中患者病死率增加^[11]。很多家庭由于缺少医学知识与康复理念,且患者缺乏主动训练的意识与积极性,对于肢体功能障碍,多寄希望于“自然恢复”,从而使很多具有恢复潜力的患者终身残疾,给社会和家庭带来沉重的负担。

社区康复为脑卒中患者提供立足于家庭和社区的方便、连续、综合、价廉、有效的康复服务,在患者完成后期康复训练、降低卒中复发率、病死率等方面发挥着重要的作用^[12],需要长期康复治疗的脑卒中患者成了社区康复的主要服务对象^[13]。社区康复以其覆盖广、经济有效、就近就便、简便易行的优势,正在我国推广建设中,作为二、三级医院康复的延续,已被研究证实对患者的功能提高、生活质量改善作用明确^[14]。我们的研究显示,脑卒中后遗症期患者仍有较大的康复潜力,社区康复可以改善后遗症期患者的生存质量。出院以后如居家自行锻炼,因缺乏有效的康复训练,患者的各种功能尤其是肢体功能停滞在某一状态,甚至更差,存在明显或严重的废用和误用状态,生活质量下降,部分患者存在明显的心理抑郁状态,这给患者家庭带来沉重的负担。只有充分利用社区卫生资源,积极探索经济、有效的综合社区康复服务模式,全面评定患者的功能状态,规范康复治疗方

参考文献:

[1]ZHOU M G, WANG H D, ZENG X Y, et al. Mortality, morbidity, and risk factors in China and its provinces, 1990—2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 [J]. Lancet, 2019, 394 (10204): 1145—1158.

[2]WANG W Z, JIANG B, SUN H X, et al. Prevalence, incidence, and mortality of stroke in China: results from a nationwide population-based

survey of 480 687 adults [J]. Circulation, 2017, 135 (8): 759—771 .

[3]中国卒中学会组织.中国脑血管病临床管理指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 1—465.

[4]吴芳玲,张渊敏,黄士超.社区康复对脑卒中患者家庭生活质量的影
响 [J].基层医学论坛,2021,25(29):4146—4151

[5]骆晓,龚勇.社区卫生服务机构康复服务需求和康复服务设置浅析
[J].中国医药指南,2013,11(21):386—387

[6]卫生部,民政部,财政部,等.关于进一步加强残疾人康复工作的
意见[J].中国康复医学杂志,2002,17(7):324—325

[7]林莉莉,饶婷,林正坤,等.社区脑卒中患者的管理[J].中国康复医
学杂志,2015,30(12):1296—1300

[8]甄君,欧建英,朱华.早期康复对脑卒中患者运动功能和日常生活
能力的临床观察[J].按摩与康复医学,2011,8(2):1—2.

[9]Winstein CJ, Rose DK, Tan SM, et al. Arandomized controlled
comparison of upper-extremity rehabilitation strategies in acute
stroke :a pilot study of immediate and long term outcomes [J]. Arch Phys
Med Rehabil, 2004, 85:620—628

[10]周宏珍,李亚洁,周春晓,等.脑卒中后遗症病人社区康复和预防的
研究现状[J].护理研究,2005,19(8):1419—1421

[11]王红星,张文睿,杨晓桐,等.深入理解脑卒中后抑郁的临床状
态 [J].中华医学杂志,2019,99(21):1611—1614.

[12]邹颖,王红星,付娟娟等.中国南北方缺血性脑卒中社区康复疗
效的差异 [J].中国老年学杂志,2019,39(11):2596—2598.

[13]邓瑛瑛,雷清梅,王云吉.基于脑卒中病人卫生服务需求的社区康
复体系研究[J].全科护理,2018,16(33):4118—4121.

[14]RU X, DAI H, JIANG B, et al. Community-Based Rehabilitation
to Improve Stroke Survivors'Rehabilitation Participation and Functional
Recovery[J].Am J Phys Med Rehabil, 2017 Jul, 96(7):123—129.

*基金项目:闵行区卫生健康委员会项目(项目编号)2019MW60。

作者简介:王伟,女,副主任医师,主要从事脑卒中康复研究。△通
讯作者:王伟。

血脂生化检验中采用分级检验法的效果分析

党婷

银川市第三人民医院大新社区卫生服务中心 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨血脂生化检验中采用分级检验法的效果。方法：观察本院 2020 年 4 月至 2021 年 7 月期间接收的 106 例血脂生化检验案例，随机分为对照组与观察组各 53 例，对照组运用传统检验法，观察组运用分级检验法，分析不同检验法后血脂指标阳性率、血脂水平情况。结果：在总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇上，两组检验方法没有明显差异，没有统计学意义（ $p>0.05$ ）；在低密度脂蛋白胆固醇、载脂蛋白 B、载脂蛋白 AI 等阳性率上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇上，两组检验方法没有明显差异，没有统计学意义（ $p>0.05$ ）；在低密度脂蛋白胆固醇、载脂蛋白 B、载脂蛋白 AI 等阳性率上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：血脂生化检验中采用分级检验法，可以有效地提升检验准确性，效果更为可靠。

关键词：血脂生化检验；分级检验法；效果

血脂如果出现指标异常，会导致器官功能受损。血脂生化检验包括总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、载脂蛋白 B、载脂蛋白 AI 等检验指标，有关指标主要应用在心脑血管疾病诊疗观察判断中，为疾病的确诊以及治疗效果做参考。本文采集 106 例血脂生化检验案例，分析运用分级检验法后有关指标值与检验阳性率情况差异，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院 2020 年 4 月至 2021 年 7 月期间接收的 106 例血脂生化检验案例，随机分为对照组与观察组各 53 例。对照组中，男 28 例，女 25 例；年龄从 26 岁至 67 岁，平均（ 45.98 ± 4.19 ）岁；合并疾病中，糖尿病为 14 例，高血脂为 16 例，高血压为 17 例；观察组中，男 31 例，女 22 例；年龄从 25 岁至 69 岁，平均（ 46.14 ± 3.43 ）岁；合并疾病中，糖尿病为 12 例，高血脂为 18 例，高血压为 14 例；两组患者在基本的年龄、性别、疾病情况上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

所有患者在晨起空腹状况下进行静脉血采集，通过全自动生化分析仪以及有关配套试剂做对应的血脂水平检验工作。对照组运用传统检验法，运用拉网式的检验方法，TC 运用邻苯二甲醛法检验，TG 运用甘油氧化酶检测，HDL-C、LDL-C 通过表面活性剂清除法以及选择抑制法做检测。对于 ApoB、ApoA 运用免疫比浊法检验。

观察组运用分级检验法，1 级主要集中在 TC、TG、HDL-C 等，2 级集中在 LDL-C、ApoA，3 级集中在 ApoB。做好逐级检测，如果在 1 级检测过程中，TC 在 1.70mmol/L 及以上，或者 TG 水平在 5.20mmol/L 及以上，则可以进行 2 级检测，如果 HDL-C 在 1.20mmol/L 以内，或者在 2.60mmol/L 以上，进行 ApoA 水平检测，LDL-C 在 3.40mmol/L 及以上，可以做 ApoB 检测。如果有关结果没有达到有关分级的标准，则可以结束有关检测工作。

1.3 评估观察

分析不同检验法后血脂指标阳性率、血脂水平情况。包括总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、载脂蛋白 B、载脂蛋白 AI 等水平指标以及阳性率情况。TC 参考范围在 0 至 5.20mmol/L，TG 在 0 至 1.70mmol/L，HDL-C 在 1.15 至 2.60mmol/L，LDL-C 在 2.07 至 3.62mmol/L。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组血脂水平情况

见表 1，在总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇上，两组检验方法没有明显差异，没有统计学意义（ $p>0.05$ ）；在低密度脂蛋白胆固醇、载脂蛋白 B、载脂蛋白 AI 等阳性率上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 1： 各组患者血脂水平评估结果（ $\bar{x}\pm s$,mmol/L）

分组	总胆固醇	甘油三酯	高密度脂蛋白胆固醇	低密度脂蛋白胆固醇	载脂蛋白 B	载脂蛋白 AI
观察组	2.20±0.38	3.75±0.58	1.60±0.48	3.55±0.67*	2.65±0.48*	2.72±0.41*
对照组	2.17±0.25	3.71±0.53	1.56±0.46	2.26±0.59	1.78±0.43	1.93±0.36

注：两组对比，* $p<0.05$

2.2 各组患者血脂指标阳性率情况

见表 2，在总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇上，两组检验方法没有明显差异，没有统计学意义（ $p>0.05$ ）；在低密度脂蛋白胆固醇、

载脂蛋白 B、载脂蛋白 AI 等阳性率上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 2： 各组患者血脂指标阳性率结果[n(%)]

分组	n	总胆固醇	甘油三酯	高密度脂蛋白胆固醇	低密度脂蛋白胆固醇	载脂蛋白 B	载脂蛋白 AI
观察组	53	23 (43.40)	20 (37.74)	11 (20.75)	12 (22.64) *	43 (81.13) *	26 (49.06) *
对照组	53	22 (41.51)	18 (33.96)	12 (22.64)	3 (5.66)	22 (41.51)	14 (26.42)

注：两组对比，* $p<0.05$

3 讨论

心血管疾病出现与患者长时间的高盐饮食习惯有密切关系。患者容易存在脂代谢紊乱，疾病之初不会有典型的症状表现，但是继续发展则容易出现乏力、胸闷等常见症状，容易导致动脉粥样硬化、眼底病变等，对患者生活质量构成较大的威胁^[1]。脂代谢紊乱则属于有关问题中的典型情况，虽然不会引发明显的疾病症状以及体征，但是如果长时间的脂代谢紊乱而缺乏控制，容易引发脏器损害，提升心脑血管疾病风险，对患者生命健康构成威胁^[2]。血脂检查属于较为常见的检查指标内容，可以观察血脂变化状况，对疾病的诊断达到一定辅助价值，同时也可以对治疗效果做评估^[3]。血脂水平检查的方式多样，同时也直接影响最终的检测结果。在检测方式上要考虑到其敏感性、特异性相对更好，同时降低检测的成本，提升检测效率，尽可能地减少患者在此方面的经济压力以及时间耗损，由此来提升患者对有关工作的认可度。本研究中，在总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇上，两组检验方法没有明显差异，没有统计学意义（ $p>0.05$ ）；在低密度脂蛋白胆固醇、载脂蛋白 B、载脂蛋白 AI 等阳性率上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇上，两组检验方法没有明显差异，没有统计学意义（ $p>0.05$ ）；在低密度脂蛋白胆固醇、载脂蛋白 B、载脂蛋白 AI 等阳性率上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。两种检测方式在一定程度上都可以达到自身的价值，尤其是在三酰甘油、总胆固醇与高密度脂蛋白检测结果上面没有明显的差异性，但是对于低密度脂蛋白、载脂蛋白 B、载脂蛋白 AI 等则有一定的差异性。说明了分级检测的效果优势更为明显，阳性率相对更高，因此需要进一步的做好血脂生化检验方案的优化。分级检验法则可以相对的简化其操作程序，进行逐级检查之后，在第一级检查完成之后，进行上下两级结果的比对，可以有效地缩减有关检测时间，同时降低成本^[4]。通过初筛之后，可以依据其结果来判断是否做进一步的后续检查，缩减了不必要的检查环节，降低有关费用，提升工作效率。

分级检验的操作原理在于通过上级指标检验的结果做有效分析后，再判断是否做后一级的项目操作。这种递进方式的操作流程，可以进行不必要检验项目清除，有助于减少不必要的检验项目以及资料环节，降低有关

岗位的工作压力以及强度，更好的节约医疗资源^[5]。通过相对科学系统的检验因子做好对应的分级，决定有关检验工作是否需要继续进行。分级检验的理念可以促使临床检验工作进行有序操作，提升整体工作效率，为血脂异常患者的诊断工作提供更好的信息支持，同时也节约有关诊疗时间。分级检验操作相对而言操作更为便捷，结果的精准度更高，资源的运用效率更高，降低经济压力，提升临床检验医师的工作速度，有效地降低受检者自身的经济负担，因此整体的开展价值相对更高^[6]。

对于检验手段而言，没有一种检验方法是绝对十全十美的。检验方法的高效也并不意味着其检验准确度能够完全得到保证，仍然会有一定的漏检风险。漏检出现的原因包括多方面因素，例如标本在采集过程中不规范，标本受到污染，标本与空气接触面积过大，检验的用时相对过长^[7]。此外，如果受检者在检验操作之前的两周内使用过有关降脂类药物，也会导致其血脂指标存在一定波动，进而影响有关检验的准确性，由此导致漏检的风险。因此对于检验工作而言，需要检验医师保持更为严谨专业的态度，做好有关受检者的健康教育指导工作，让其了解有关注意事项，尽可能地确保有关检验操作的规范性。教育指导工作也可以多样化，例如患者检验工作之前，就通过面对面沟通或者短信通知、纸质书面通知单等多种方式让其了解有关注意事项，反馈真实有效的信息支持工作的开展。指导内容需要通俗易懂化，易于理解，减少专业术语带来的理解干扰性^[8]。还可以配合网络平台的宣教文章加大社会对检验工作的认识，提升人们对有关工作的配合度与认识水平，降低不良因素带来的干扰。日常还需要做好检验设备的日常维护管理，尽可能地减少各方面因素带来的不标准问题，提升整体检验结果的标准性。要设置对应维护管理工作表，同时积极的鼓励工作人员发现问题与反馈问题，及时的做好故障排除。同时要选用优质的检验设备，保证日常维护管理人员的专业性，提升设备性能以及工作的稳定性。要做好有关检验工作的日常监督管理与人员培训，尽可能地对漏检影响因素与防控方法做更为完善的管控，提升工作开展的规范性。具体处理上，要考虑工作人员整体工作的实际状况，因地制宜与因人制宜地展开人员的管理，提升工作人员的工作获得感，由此提升工作开展效果。可以采用多样化的激励措施来提升其工作动力，可以是常规的薪资福利，也可以是假期、荣誉表彰、进修机会、晋升机会等，具体依据个人诉求而定，提升激

（下转第 76 页）

老年支原体肺炎运用阿奇霉素联合孟鲁司特钠治疗的效果分析

丁建雄 乔占学

盐池县人民医院 宁夏盐池县 751500

摘要：目的：探讨对老年支原体肺炎的患者使用阿奇霉素联合孟鲁司特钠进行治疗的效果。方法：将 2020 年 5 月到 2021 年 5 月在本院进行治疗的 80 例老年支原体肺炎的患者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 例老年支原体肺炎感染的患者，其中对照组的 40 例老年支原体肺炎感染的患者使用阿奇霉素进行治疗，而实验组的 40 例老年支原体肺炎感染的患者则采用阿奇霉素联合孟鲁司特钠进行治疗，在两组老年支原体肺炎患者使用不同的治疗方法治疗后，将两组老年支原体肺炎患者的临床疗效以及治疗前后和血清 CRP、IgA、IgM、IgG 的水平、治疗前后用力呼吸容积的检测结果进行对比分析。结果：在两组老年支原体肺炎感染的患者采用不同的治疗方法进行治疗后，使用阿奇霉素联合孟鲁司特钠进行治疗的实验组老年支原体肺炎患者的临床效果以及治疗后血清 CRP、IgA、IgM、IgG 水平和用力呼吸容积的检测结果均优于采用阿奇霉素治疗的对照组老年支原体肺炎的患者，且两组老年支原体肺炎患者的治疗效果在对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：本文对老年支原体肺炎的患者使用阿奇霉素联合孟鲁司特钠进行治疗，能够有效的改善老年支原体肺炎患者的临床症状，同时也可以提高老年支原体肺炎患者的免疫力和抵抗力，提高在临床上的治疗效果，值得推广和使用。

关键词：支原体肺炎；阿奇霉素；孟鲁司特钠

支原体肺炎多在老年人群中比较常见，并且近几年在临床上的发病率在不断的增加，这种疾病会对老年患者的日常生活以及日常工作造成很大的影响。支原体肺炎主要是由支原体引起的肺炎，在临床上主要表现为咳嗽、发热和憋喘等，目前在临床上多采用阿奇霉素进行治疗，阿奇霉素能够有效的缓解支原体肺炎的病情，但是如果长期服用会出现抗药性，所以效果不佳，而孟鲁司特钠具有杀菌和灭菌以及抗菌的能力，两者联合用药能够有效的对抗支原体肺炎。所以本文将研究对老年支原体肺炎的患者使用阿奇霉素联合孟鲁司特钠的治疗效果，并将结果进行处理和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 5 月到 2021 年 5 月，在本院进行治疗的老年支原体肺炎的患者 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 例老年支原体肺炎的患者。其中对照组的 40 例老年支原体肺炎的患者中有男性患者 20 例，女性患者 20 例，年龄在 60~78 岁之间，平均年龄在（71.89±4.15）岁，而实验组的 40 例老年支原体肺炎的患者中，有男性患者 18 例，女性患者 22 例，年龄在 60~77 岁之间，平均年龄在（71.56±4.72）岁。两组老年支原体肺炎的患者均符合本次的研究标准，且老年支原体肺炎的患者均签署知情同意书。同时两组老年支原体肺炎的患者临床资料在对比后产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ）。

1.2 方法

本文对两组老年支原体肺炎的患者均采用基础的治疗方法，包括止咳、吸氧以及抗感染的治疗等，而对照组的支原体肺炎的老年患者使用阿奇霉素进行治疗，选择阿奇霉素注射液进行静脉滴注，每天需要滴注 0.5g，每天滴注一次，需要持续治疗 5 天随后再口服阿奇霉素肠溶胶囊持续服用 5 天，在第 1 天服用阿奇霉素肠溶胶囊时，需要服用 0.5g，随后将减半服用，每天 0.25g，在服药 5 天以后需要停药 5 天，随后再如此重复。而实验组的老年支原体肺炎的患者是在对照组治疗的基础上加用孟鲁司特钠进行治疗，孟鲁司特钠每次服用 10mg，每天服用 1 次，需要连续服用 3 天以后，停药 4 天再连续服药 3 天，如此反复 4 个周期。

1.3 观察指标

在两组老年支原体肺炎的患者采用不同的治疗方法治疗后，将两组老

年支原体肺炎的患者临床治疗效果以及治疗前后血清 CRP、IgA、IgM、IgG 水平和治疗前后用力呼气容积的检测结果进行对比分析。

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 在两组老年支原体肺炎的患者使用不同的治疗方法进行治疗后，通过阿奇霉素联合孟鲁司特钠进行治疗的实验组老年支原体肺炎患者的临床疗效优于使用阿奇霉素进行治疗的对照组老年支原体肺炎患者，且两组老年支原体肺炎患者的临床疗效在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 两组患者临床疗效的对比情况

组别	治愈	显效	进步	无效	总有效
实验组	25(62.5%)	10 (25%)	4 (10.0%)	1 (2.5%)	39(97.5%)
对照组	16(40.0%)	12(30.0%)	5 (12.5%)	7 (17.5%)	31(82.5%)
χ^2					13.702
P					0.000

2.2 在两组老年支原体肺炎患者治疗前，两组老年支原体肺炎的患者血清 CRP、IgA、IgM、IgG 水平对比产生的差异数据不具有意义（ $p>0.05$ ），而两组老年支原体肺炎患者进行不同的治疗后，采用阿奇霉素联合孟鲁司特钠治疗的老年支原体肺炎患者的血清 CRP、IgA、IgM、IgG 水平均优于使用阿奇霉素进行治疗的对照组老年支原体肺炎的患者，且两组老年支原体肺炎患者的血清 CRP、IgA、IgM、IgG 水平对比后产生的差异数据具有意义（ $p<0.05$ ）见表 2

表 2 两组患者血清水平对比情况

组别	时间	CRP (mg/L)	IgA (g/L)	IgM (g/L)	IgG (g/L)
实验组	治疗前	83.28±7.38	1.78±0.45	1.67±0.42	5.48±1.38
	治疗后	40.28±5.72	0.97±0.22	0.83±0.32	9.73±2.17
对照组	治疗前	83.16±7.49	1.81±0.49	1.66±0.42	5.51±1.45
	治疗后	61.68±6.56	1.27±0.27	1.25±0.37	7.62±2.05

2.3 在两组老年支原体肺炎患者治疗前两组患者用力呼吸容积的检测结果对比后不具有统计学意义 ($p>0.05$), 而两组老年支原体肺炎的患者在使用不同的治疗方法治疗后, 通过阿奇霉素联合孟鲁司特钠进行治疗的老年支原体肺炎患者用力呼吸容积的检测结果优于使用阿奇霉素进行治

疗的对照组老年支原体肺炎的患者, 且两组老年支原体肺炎患者治疗后用力呼吸容积的检测结果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 两组患者治疗前后用力呼气容积的检测结果

组别	例数	治疗前	治疗后 0.5 个月	治疗后 1 个月	治疗后 1.5 个月	治疗后 2 个月
对照组	52	1.81±0.21	1.84±0.21	2.03±0.23	2.26±0.24	2.31±0.27
实验组	52	1.80±0.20	2.01±0.22	2.94±0.24	3.21±0.28	4.31±0.33
t		3.2015	3.6421	3.3664	3.6235	3.9562
p		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

支原体肺炎在老年人群中的发病率比较高, 一般在发病前的 2~3 周内和病情痊愈以后的数周后经过检查还是可以发现肺炎支原体。肺炎支原体并不会侵入人体的肺泡内, 肺炎支原体主要是吸附在呼吸道上皮细胞的表面, 从而对机体内的上皮细胞造成破坏, 抑制上皮细胞纤毛的活动, 同时肺炎支原体还会产生过氧化氢, 对机体内的局部组织产生损伤。经过研究发现, 支原体肺炎发病与病原体以及病原体形成的代谢产物有很大的关联, 在患者患有肺炎支原体疾病以后会产生体液免疫的现象, 一般情况下, 大多数的成年人血清内都具有相应的抗体, 但是由于年龄的增长, 所以抵抗力以及免疫力都会出现下降的情况, 所以也导致这种疾病在临床上对于老年群体发病率比较高, 同时还会对老年患者的健康以及生活质量造成严重的危害。目前在临床上多采用阿奇霉素对老年支原体肺炎的患者进行治疗, 但是药物的敏感性比较高, 并且阿奇霉素会与支原体本身的核糖体结合, 还会抑制核糖体参与合成蛋白质的流程, 并且阿奇霉素药物的化学结构比较稳定, 具有很强的抗菌能力, 血药的浓度也比较高, 所以在临床的治疗当中, 禁止长期对患者使用阿奇霉素进行治疗, 而对于没有出现炎症反应部位的实际浓度来说, 使用阿奇霉素后, 实际的浓度会高出 6 倍左右, 具有起效快, 应用便捷以及疗程短的特点。但是阿奇霉素对于白细胞介素在白三烯的刺激下形成的非特异性炎症中不具有抑制的作用, 因为白三烯是非常重要的炎症介质, 能够收缩患者的支气管, 提高患者血管的通透性, 并且还会分泌粘液对气道的反应起到促进的作用。而孟鲁司特钠是一种白三烯的受体拮抗剂, 这种药物可以对支原体肺炎的患者气道的反应产生抑制, 可以降低患者气道内部存在的嗜酸粒细胞的含量, 同时还可以抑制白三烯的活性, 降低气道的通透性, 阻断受体与白三烯之间的结合, 同时有利于减轻患者出现气道炎症等作用, 在临床上具有很好的疗效。在两种药物联合使用以后, 能够改善老年支原体肺炎患者的临床症状, 同时药物具有一定的安全性。在本次的研究中可以发现, 阿奇霉素联合孟鲁司特钠的实验组老年支原体肺炎患者进行治疗的临床效果优于使用阿奇霉素进行治疗的对照组老年支原体肺炎的患者, 且两组患者的临床疗效在对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$)。

综上所述, 本文对老年支原体肺炎的患者使用阿奇霉素联合孟鲁司特钠进行治疗, 能够有效的改善老年支原体肺炎患者的临床症状, 提高老年

支原体肺炎患者的临床效果, 并且改善老年支原体肺炎患者的免疫功能, 降低炎症反应, 在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]陆芳.醒脑静注射液对老年支原体肺炎患者血清肿瘤坏死因子- α 、C 反应蛋白水平及免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2020,37(13):3268-3270.
- [2]和文字.阿奇霉素治疗老年支原体肺炎疗效及不良反应研究[J].世界最新医学信息文摘,2020,16(77):122.
- [3]薛世民,蒋伟,贾娟,等.莫西沙星治疗老年支原体肺炎患者的临床疗效分析[J].现代生物医学进展,2020,16(18): 3551-3554.
- [4]区肇真.孟鲁司特钠咀嚼片联合阿奇霉素治疗支原体肺炎的疗效[J].吉林医学,2020,40(07):1496-1497.
- [5]华凭.孟鲁司特钠联合阿奇霉素治疗支原体肺炎效果观察[J].中国乡村医药,2020,26(14):23-24.
- [6]张桂聪,姚慧银,邓飞越.孟鲁司特钠咀嚼片联合阿奇霉素治疗支原体肺炎患 儿效果及对血清 C 反应蛋白免疫功能的影响[J].实用医技杂志,2020,26(06): 727-729.
- [7]洪湘军,徐振宇.阿奇霉素联合孟鲁司特钠治疗老年支原体肺炎效果观察[J].中国乡村医药,2020,26(12):22-23.
- [8]赵建.阿奇霉素联合孟鲁司特钠治疗老年支原体肺炎的临床疗效观察[J].中国医药科学,2020,9(04):28-30+122.
- [9]林文燕.两种球蛋白联合阿奇霉素治疗支原体肺炎的疗效及安全性[J].山东医药,2020,58(10): 81-83.
- [10]左晖.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床观察[J].临床医药文献电子杂志,2020,5(11): 153-154.
- [11]杨荣敢,陈国春,朱燕娜.阿奇霉素不同序贯治疗支原体肺炎的疗效对比[J].现代诊断与治疗,2020,29(10): 1579-1581.
- [12]翟佳羽,林烈桔,麦朗君,等.难治性肺炎支原体肺炎患儿临床特点及危险因素分析[J].临床儿科杂志,2020,35(8): 569-574.
- [13]杨男,单丽沈,张哈,等.儿童难治性肺炎支原体肺炎的特点分析及激素治疗的疗效观察[J].国际儿科学杂志,2020,44(12): 882-886, 890.

分析消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床价值

董文福 孟银环

宁夏回族自治区第五人民医院 宁夏回族自治区石嘴山 753000

摘要：目的：评估胃溃疡出血行消化内镜+四联疗法治疗的作用。方法：以 92 例胃溃疡出血患者为样本，予以样本随机分组，即四联组、综合组，样本量均是 46 例，前者行四联疗法治疗，后者增加消化内镜，研究在 2021 年 5 月-2022 年 5 月实施，统计有效率，观察恢复情况，检测血清指标，记录安全事件。结果：统计各组止血有效率数据，在综合组达到 97.83%，此数据计算后比四联组的 84.78%高，符合正态分布， $P<0.05$ 。症状消失、止血以及住院时间等数据经统计计算后在综合组比四联组短，幽门螺杆菌阳性率以及各样本的再出血率数据经统计计算后在综合组（0.00%、4.35%）比四联组（10.87%、19.57%）低，符合正态分布， $P<0.05$ 。治疗前检测血清蛋白以及胃泌素等指标，此类数据计算后在综合组、四联组不符合正态分布， $P>0.05$ 。治疗后检测血清蛋白以及胃泌素等指标，此类数据计算后符合正态分布，其中血清蛋白在综合组比四联组高，而胃泌素在综合组比四联组低， $P<0.05$ 。统计各组别的安全事件数据，在综合组仅有 4.35%，在四联组仅有 8.70%，不符合正态分布， $P>0.05$ 。结论：消化内镜+四联疗法有效性高，能迅速止血，恢复胃内环境，且安全事件少，能预防溃疡灶的反复出血。

关键词：消化内镜；生活质量；四联疗法；安全事件；胃溃疡出血

胃溃疡有高发性，一般胃内黏膜位置会出现溃疡灶，严重时溃疡灶会入侵到更深层，此病常在幽门螺杆菌入侵、不节饮食后出现。轻症胃溃疡可让患者正常生活，仅有食欲减退等表现，伴随病情加重，常造成腹部疼痛，有部分患者存在溃疡灶出血的情况，加重胃肠损伤^[1]。此类症状出现后，需重视抗感染、止血治疗，四联疗法在该病中较普及，涉及药物有阿莫西林、兰索拉唑等，可有效抑制幽门螺杆菌，并能改善胃部环境。但单纯药物存在止血速度慢的情况，还可能造成反复出血的问题，不利于恢复胃肠功能^[2]。近年消化内镜使用频繁，向胃内置入后可观察到溃疡灶出血点，详细了解出血情况，经放大技术完成止血治疗，可维持较高的止血效率，能快速消除溃疡灶，改变胃肠环境，得到胃溃疡出血患者的认可^[3]。对此，研究以 92 例胃溃疡出血患者为样本，实施时间段为 2021 年 5 月-2022 年 5 月，重点在于了解消化内镜+四联疗法的价值。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

以 92 例胃溃疡出血患者为样本，予以样本随机分组，即四联组、综合组，样本量均是 46 例，研究在 2021 年 5 月-2022 年 5 月实施。四联组：病程值跨度是 2-18 个月，均数值（ 10.48 ± 1.79 ）个月；30 例男，16 例女；年龄值跨度是 22-64 岁，均数值（ 43.26 ± 3.49 ）岁。综合组：病程值跨度是 3-19 个月，均数值（ 11.11 ± 1.53 ）个月；29 例男，17 例女；年龄值跨度是 23-65 岁，均数值（ 44.14 ± 3.82 ）岁。组间无差异， $P>0.05$ 。

纳入标准：①与胃溃疡出血诊断标准符合；②与消化内镜治疗适应症符合；③同意研究；④予以幽门螺杆菌检查，所得结果为阳性；⑤委员会批准研究。

排除标准：①四联药物过敏者；②本身存在凝血病变者；③有其他活动性出血；④哺乳妊娠者；⑤有胃肠恶性肿瘤。

1.2 方法

四联组：四联疗法治疗，药物有兰索拉唑（H20103038，15mg，苏州东瑞制药有限公司）、阿莫西林（H20140077，0.25g，先声药业有限公司），前者在单次 30mg 的剂量下晨间口服，后者在单次 0.5g 的剂量下三餐后口

服。还需完成左氧氟沙星（H20103012，0.1g，海南海神同洲制药有限公司）、枸橼酸铋钾颗粒（H20123290，1g，天圣制药集团股份有限公司）治疗，前者在 0.1g 的剂量下早晚口服，后者在 1g 的剂量下早晚冲服，此组药物使用三周。

综合组：增加消化内镜治疗，术前准备完成后置入消化内镜，旋转内镜探头，了解出血灶并标记，准备生理盐水，在出血灶位置不断冲洗，准备肾上腺素（1:10000），将此药注射在出血灶周边位置，注射剂量控制在 1-2mL，注射完成后观察出血灶的颜色，颜色变浅或出血停止，均提示治疗成功，可停止肾上腺素的注射。术后需禁食 24h，防止食物对出血灶造成刺激。

1.3 观察指标

有效率，（1）各方案实施 72h 内出血灶消失，未出现便血等症状，即显效。（2）各方案实施后 72h 内出血灶得到控制，出血量减少，偶尔有便血等症状，即好转。（3）各方案实施 72h 后出血灶仍未得到控制，或存在出血量增加的情况，即无效。前两项相加即胃溃疡出血的治疗有效率。

恢复情况，需统计各组症状消失时间、止血时间、住院时间，治疗后还需统计幽门螺杆菌阳性率以及各组别的再出血率，经此评估胃溃疡出血预后情况。

血清指标，治疗前后均予以出血患者血液检查，在离心机中放置血液标本，3000r/min 的参数下处于标本，检测血红蛋白指标，并观察胃泌素变化情况。

安全事件，有发烧、头晕、恶心等。

1.4 统计学计算

百分数可表示有效率、安全事件等计数资料，（均数±标准差）可表示恢复时间、血清指标等计量资料，在 SPSS25.0 中实施计算，检验值为 X^2 、 t ， $P<0.05$ ，即符合正态分布。

2. 结果

2.1 有效率

统计各组止血有效率数据，在综合组达到 97.83%，此数据计算后比四

联组的 84.78%高，符合正态分布， $P<0.05$ 。

表 1 有效率

组别 (n=46)	无效 (n/%)	好转 (n/%)	显效 (n/%)	有效率 (n/%)
综合组	1 (2.17)	18 (39.13)	27 (58.70)	45 (97.83)
四联组	7 (15.22)	17 (36.96)	22 (47.83)	39 (84.78)
X ²				4.9286
P				0.0264

2.2 恢复情况

症状消失、止血以及住院时间等数据经统计计算后在综合组比四联组短，幽门螺杆菌阳性率以及各样本的再出血率数据经统计计算后在综合组（0.00%、4.35%）比四联组（10.87%、19.57%）低，符合正态分布， $P<0.05$ 。

表 2 恢复情况

组别 (n=46)	症状消失 时间 (d)	止血时间 (h)	住院时间 (d)	幽门螺杆菌阳性率 (n/%)	再出血率 (n/%)
综合组	6.51±1.33	41.42±5.09	4.71±1.37	0 (0.00)	2 (4.35)
四联组	8.93±1.65	65.23±5.84	8.04±1.55	5 (10.87)	9 (19.57)
t/X ²	7.7447	20.8455	10.9177	5.2874	5.0595
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0215	0.0245

2.3 血清指标

治疗前检测血清蛋白以及胃泌素等指标，此类数据计算后在综合组、四联组不符合正态分布， $P>0.05$ 。治疗后检测血清蛋白以及胃泌素等指标，此类数据计算后符合正态分布，其中血清蛋白在综合组比四联组高，而胃泌素在综合组比四联组低， $P<0.05$ 。

表 3 血清指标

组别 (n=46)	血红蛋白 (g/L)		胃泌素 (pg/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
综合组	75.12±3.40	92.18±3.05	128.45±5.77	70.46±3.55
四联组	75.29±3.37	87.64±3.72	128.94±5.03	75.22±3.94
t	0.2409	6.4010	0.4342	6.0874
P	0.8102	0.0000	0.6652	0.0000

2.4 安全事件

统计各组别的安全事件数据，在综合组仅有 4.35%，在四联组仅有 8.70%，不符合正态分布， $P>0.05$ 。

表 4 安全事件

组别 (n=46)	发烧 (n/%)	恶心 (n/%)	头晕 (n/%)	总计 (n/%)
综合组	1 (2.17)	1 (2.17)	0 (0.00)	2 (4.35)
四联组	2 (4.35)	1 (2.17)	1 (2.17)	4 (8.70)
X ²				0.7132
P				0.3984

3. 讨论

胃溃疡症状较典型，有反酸、嗝气、腹部疼痛等，在各类消化道病变中危害性大，若持续未消除患者的溃疡灶，会导致溃疡灶体积扩大，增加

胃部创伤面积。较严重的溃疡灶病变下，会侵及附近组织，损伤到胃内的毛细血管，即会增加各患者的出血风险，局部出血后会引起黑便、呕血等情况，若治疗被耽误，可能会向恶性胃肠病变化^[4]。人们现阶段生活节奏快，很难规范自身饮食，普遍存在幽门螺杆菌感染的情况，各因素下增加了胃溃疡出血发生率。该病会增加胃酸分泌，不断加重胃粘膜的损伤，降低黏膜保护机制，需重视胃粘膜保护治疗，并予以抗幽门螺杆菌治疗，能有效抑制出血，并能改善局部溃疡情况^[5]。此病既往以四联疗法为主，药物可改变胃内环境，形成保护膜，能减轻胃内刺激，改善出血问题，但药物作用有限，可能存在恢复时间长的情况，增加患者胃内出血量。消化内镜可直接观察到出血灶，能掌握局部出血情况，经各类止血治疗，能维持高止血效率，进一步减轻胃肠损伤^[6]。

本研究中，统计各组止血有效率数据，在综合组达到 97.83%，此数据计算后比四联组的 84.78%高，符合正态分布， $P<0.05$ 。甘超华^[7]等的研究中，统计各组止血有效率数据，在观察组达到 95.23%，此数据计算后比对照组的 71.43%高，符合正态分布， $P<0.05$ 。即综合止血方案有效性高。四联疗法使用过程中，兰索拉唑可改善胃内环境，此药能控制胃酸的分泌，帮助患者纠正胃内酸碱值，可防止胃酸释放过多造成的胃粘膜损伤问题。阿莫西林、左氧氟沙星等在该治疗方案中均有抗幽门螺杆菌的作用，可增强此病菌消除效果，能防止胃溃疡的复发。枸橼酸铋钾颗粒在冲服后能形成保护膜，利于减轻胃粘膜损伤^[8]。各药物重点在于改善胃内环境、消除幽门螺杆菌，但对于出血灶的治疗效果欠佳。辅以消化内镜治疗，可将其直接置入到胃内，详细观察出血灶，掌握出血位置，在清晰视野下完成出血灶的治疗，能提高止血有效率，且能规避多次止血手术，提高出血患者接受度^[9]。

本研究中，症状消失、止血以及住院时间等数据经统计计算后在综合组比四联组短，幽门螺杆菌阳性率以及各样本的再出血率数据经统计计算后在综合组（0.00%、4.35%）比四联组（10.87%、19.57%）低，符合正态分布， $P<0.05$ 。即综合止血方案下效率高，能消除幽门螺杆菌，并能增强再出血预防机制。单纯四联疗法方案下，药物需一定时间方能达到溃疡灶以及出血灶，针对病灶发挥作用也需消耗较长时间，此方案达到的止血效率欠佳，即使能改善胃内出血情况，也存在较高的再出血风险，预后差^[10]。消化内镜使用后，可了解患者出血情况，在出血灶附近完成肾上腺素的注射，能增强各患者的血管收缩机制，达到较好的血小板聚集效果，该原则下能快速止血，并能维持止血彻底性，对预防再出血有正面作用^[11]。

本研究中，治疗后检测血清蛋白以及胃泌素等指标，此类数据计算后符合正态分布，其中血清蛋白在综合组（92.18±3.05）g/L 比四联组高，而胃泌素在综合组（70.46±3.55）pg/mL 比四联组低， $P<0.05$ 。林易里^[12]的研究中，治疗后完成血红蛋白的检测，此指标在综合组（92.18±3.05）g/比四联组高， $P<0.05$ 。林火东^[13]的研究中，治疗后完成胃泌素的检测，此指标在联合组（72.13±2.89）pg/mL 比四联组低， $P<0.05$ 。即综合止血后能改善胃肠功能，恢复血红蛋白。以四联方案为基础，辅以消化内镜治疗，前者可改善胃内环境，帮助患者消除溃疡灶，并能清除幽门螺杆菌，后者则能清楚的了解到出血情况，经肾上腺素等能达到较好止血效果，联合使用后能改善胃溃疡出血，帮助患者恢复血红蛋白，而且良好的胃内环境下，能纠正胃泌素水平，减少该病负面影响^[14]。本研究中，统计各组别的安全

事件数据,在综合组仅有 4.35%,在四联组仅有 8.70%,不符合正态分布, $P>0.05$ 。即综合止血方案安全性高。四联疗法在使用时常存在首过效应,其半衰期不同,药物达到胃内后,可能会造成消化道刺激,出现恶心等病变。持续性出血问题下,也会增加用药安全事件。消化内镜使用后,可在短时间内完成止血治疗,清晰的视野可防止消化内镜接触正常的胃内组织,能增强胃粘膜保护机制,减少恶心等事件,保持较高的止血安全性^[15]。

综上,消化内镜+四联疗法可推广,能改善胃内环境,短时间内迅速止血,恢复血红蛋白水平,并能预防再出血,有利于提升胃溃疡出血治疗有效性。

参考文献:

- [1]赵佳楠. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床疗效及再出血的因素分析[J]. 中国医疗器械信息,2020,26(14):171-172.
- [2]周守荣. 消化内镜联合抗幽门螺杆菌四联疗法治疗胃溃疡出血的临床疗效[J]. 世界复合医学,2021,7(7):174-177.
- [3]仝云鹏. 应用消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的有效性以及对再出血的预防及改善分析[J]. 中国保健营养,2021,31(2):43.
- [4]张鹏飞,邢路远,金珂. 内镜下止血联合抗幽门螺旋杆菌四联疗法治疗胃溃疡合并出血的效果观察[J]. 中国实用医刊,2020,47(23):64-67.
- [5]官大为,陈凌,肖静. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床效果评价[J]. 中国现代药物应用,2019,13(24):68-69.
- [6]王中良,许贺春,白洁. 消化内镜联合四联疗法对胃溃疡伴活动性出

血的疗效观察及再出血原因分析[J]. 中国烧伤创疡杂志,2020,32(3):214-217.

[7]甘超华,赵向丽. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的效果观察[J]. 深圳中西医结合杂志,2020,30(12):177-178.

[8]庞席宁. 探讨消化内镜联合抗幽门螺杆菌四联疗法治疗胃溃疡出血的疗效[J]. 中国现代药物应用,2020,14(19):34-35.

[9]校彦勇,王荣鑫,王琳. 胃溃疡出血实施消化内镜+四联疗法的效用分析[J]. 航空航天医学杂志,2020,31(3):277-279.

[10]康宗扬. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床效果及再出血因素分析[J]. 中华养生保健,2020,38(11):54-55.

[11]周海涛. 用消化内镜联合四联疗法对胃溃疡出血患者进行治疗的效果及对其再出血发生率的影响[J]. 当代医药论丛,2020,18(22):71-72.

[12]林易里. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血疗效观察[J]. 临床合理用药杂志,2020,16(30):55-56.

[13]林火东. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的效果[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(22):86-88.

[14]熊红芸. 消化内镜联合四联疗法在胃溃疡出血中的应用效果、安全性及对Hp清除率的影响[J]. 临床医学研究与实践,2018,3(33):35-36.

[15]彭韬. 消化内镜联合四联疗法对胃溃疡出血的临床疗效及再出血的因素分析[J]. 中国保健营养,2018,28(23):258-259.

(上接第71页)

励措施的有效性,尽可能地减少因为不了解导致的激励措施资源浪费。对于人才的引入也需要更为严格,保证有扎实的专业功底,也需要有更好的专业工作态度,整体的工作积极性决定了其工作开展的效果。要建立良好的工作氛围,减少因为不良因素带来的影响。完善有关工作流程,尽可能地减少样本污染以及不规范导致的结果偏差。

从本研究结果可以看出,传统拉网式的检验方法与分级检验法都可以达到一定血脂生化检验的成效,但是分级检验法操作的适应性更好,可以有效地提升有关指标检验的阳性率。对于患者有关疾病的诊断以及日常监控管理有更好的促进作用。但是本研究结果也并非十全十美,存在一定的局限性。首当其冲的是检验的样本量相对较少,同时有关样本的情况相对单纯。在实际操作中会遇到多种多样的特殊化情况,由此导致漏检以及结果偏差的问题,而这些问题都需要更长时间的样本积累以及观察了解。样本量足够大,才能更大程度地提升研究结果的客观性,减少有关不确定因素带来的影响。

总而言之,血脂生化检验中采用分级检验法,比传统拉网式检验法可以更加有效地提升检验准确性,减少漏检风险,效果更为可靠,患者反馈情况更好,是当下相对理想的血脂生化检验手段。

参考文献:

- [1]杨建彬. 分级检验法与传统拉网式检验法在血脂生化检验中的应用效果对比[J]. 当代医药论丛,2021,19(10):162-163.
- [2]侯佳. 临床血脂生化检验应用分级检验法的效果研究[J]. 健康大视野,2021(7):46.
- [3]尚朋. 血脂生化检验中运用分级检验法的价值[J]. 健康大视野,2021(6):232-233.
- [4]王志美. 血脂生化检验中运用分级检验法价值分析[J]. 中国保健营养,2020,30(15):364.
- [5]张燕. 采取分级检验法进行血脂生化检验的结果分析[J]. 中国保健营养,2020,30(16):284-285.
- [6]黄晓辉. 临床血脂生化检验应用分级检验法的效果研究[J]. 临床检验杂志(电子版),2020,9(3):60-61.
- [7]刘光明. 分级检验方法在血脂生化检验中的应用价值分析[J]. 医药前沿,2021,11(11):177-178.
- [8]黄瑶楠. 临床血脂生化检验中运用分级检验方法的检验效果观察[J]. 中国保健营养,2021,31(29):44.

左乙拉西坦单药在小儿癫痫治疗中的安全性分析

冯卓琳

永靖县人民医院 甘肃永靖县 731600

摘要: 目的: 研究小儿癫痫患儿行左乙拉西坦治疗的效果。方法: 数据取自本院 2020 年 3 月-2021 年 9 月收治的 78 例小儿癫痫患儿, “入院先后顺序”分基础组(丙戊酸钠, $n=39$)、研讨组(左乙拉西坦, $n=39$), 两组临床疗效比较。结果: 用药前比较两组认知功能、脑损伤标志物无差异, 用药后比较不良反应也无差异, $P>0.05$; 用药后与基础组比较, 研讨组 MoCA 评分更高; NSE、S-100 β 蛋白、IGF-1 及 GFAP 指标更低; 研讨组有效率(97.44%)高于基础组(82.05%), $\chi^2=5.014$, $p=0.025$, $P<0.05$ (具有统计学意义)。结论: 左乙拉西坦治疗小儿癫痫可改善认知功能、脑损伤标志物, 增强疗效、保证用药安全, 值得推崇。

关键词: 左乙拉西坦; 小儿癫痫; 认知功能; 脑损伤标志物; 疗效; 不良反应

【Abstract】 Objective To study the effect of levetiracetam in children with epilepsy. Methods: The data were collected from 78 children with epilepsy who were admitted to our hospital from March 2020 to September 2021. The "sequence of admission" was divided into the basic group (sodium valproate, $n=39$), the research group (Levetiracetam, $n=39$), the clinical efficacy of the two groups was compared. Results: There was no difference in cognitive function and brain injury markers between the two groups before treatment, and there was no difference in adverse reactions after treatment, $P>0.05$; after treatment, compared with the basic group, the MoCA score of the research group was higher; NSE, S-100 β The indexes of protein, IGF-1 and GFAP were lower; the effective rate of the research group (97.44%) was higher than that of the basic group (82.05%), $\chi^2=5.014$, $p=0.025$, $P<0.05$ (statistically significant). Conclusion: Levetiracetam in the treatment of epilepsy in children can improve cognitive function, brain injury markers, enhance curative effect, and ensure medication safety, which is worthy of admiration.

【Key words】 levetiracetam; pediatric epilepsy; cognitive function; brain injury markers; efficacy; adverse reactions

临床常见神经系统病症为癫痫, 据统计, 此病在儿童人群中的患病率为 8%, 是指: 脑内神经元过度放电、引起阵发性脑功能障碍, 具患病率高、病程长及反复发作等特点, 分析病因尚未明确^[1-2], 可能与大脑皮质异常放电、神经发育不健全等因素有关, 患病后表现为慢性意识障碍、感觉障碍及自主神经系统症状等, 病情加重则损害神经元、最终引起智力障碍, 故早期给予药物治疗尤为重要。王冬^[3]证实, 丙戊酸钠是治疗小儿癫痫的常见药, 其为广谱抗癫痫药物, 抗癫痫作用良好、可稳定病情, 但长期用药易引起副作用、影响最终疗效, 故左乙拉西坦顺势出现, 其为新型的抗癫痫药物, 用药后结合突触囊泡 2A, 对神经递质释放产生抑制性, 减少癫痫发作次数、控制癫痫发作, 故被广泛应用于临床^[4]。基于上述背景, 本文选择本院 2020 年 3 月-2021 年 9 月收治的 78 例小儿癫痫患儿为研究对象, 分析联合治疗用于慢性腹泻患儿中的价值, 汇总:

1 资料和方法

1.1 基线资料

前瞻研究, 选取本院 2020 年 3 月-2021 年 9 月收治的 78 例小儿癫痫患儿, 研讨组(39 例): 男女比例 22:17, 年龄 1-13 岁, 均值(6.52 $\pm$ 1.35)岁; 病程 1-4 年, 均值(2.21 $\pm$ 1.02)年; 其中部分性癫痫 20 例, 全面性癫痫 19 例; 基础组(39 例): 男女比例 23:16, 年龄 2-14 岁, 均值(6.65 $\pm$ 1.41)岁; 病程 1-5 年, 均值(2.32 $\pm$ 1.16)年; 其中部分性癫痫 21 例, 全面性癫痫 18 例。 $P>0.05$ 、可比较。患儿家属知情、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诊断标准与《诸福棠实用儿科学(第 8 版)》^[5]相符, 经脑电图检查确诊; ②明确癫痫发作史; ③入组前 3 月内发作次数 ≥ 1 次/

月; ④脑电图有痫样放电, MRI 检查无病灶; ⑤年龄 1-14 岁、病程 >1 年; ⑥资料完整;

【排除标准】 ①伴颅脑外伤、颅内占位病变等; ②器质性病变; ③入院前 1 月内服用其他抗癫痫药物; ④免疫缺陷、传染性疾病; ⑤凝血异常; ⑥先天性智力发育迟缓; ⑦用药禁忌症; ⑧先天性发育不全; ⑨中途退出研究。

1.2 方法

基础组(丙戊酸钠): 初始给予患儿单次口服 10-15mg/kg 丙戊酸钠(厂家: 赛诺菲 (杭州)制药有限公司, 国药准字 H20010595, 规格 0.5g*30 片), 2 次/d, 每周增加 10mg/kg, 最大剂量 ≤ 30 mg/kg。

研讨组(左乙拉西坦): 初始给予患儿单次口服 10mg/kg 左乙拉西坦(厂家: 浙江京新药业股份有限公司, 国药准字 H20143178, 规格 0.5g*30 片), 2 次/d, 每周增加 10mg/kg, 最大剂量 ≤ 30 mg/kg。

两组持续用药时间均为半年。

1.3 观察指标

认知功能: 参考“蒙特利尔认知评估量表^[6](MoCA)”, 涉及注意力、执行能力、语言能力、抽象及定向, 总分 30 分, 正常值 ≥ 26 分, <26 分为认知功能缺损, 得分越高越好。

脑损伤标志物: 抽取两组空腹静脉血 3ml, 离心待检, 酶联免疫吸附法(ELISA)检测神经元特异性烯醇化酶(NSE)、胰岛素样生长因子-1(IGF-1)、S-100 β 蛋白及胶质纤维酸性蛋白(GFAP), 由上海酶联生物有限公司提供试剂盒, 根据试剂盒说明书操作^[7]。

临床疗效: 显效: 症状减缓, 癫痫发作频率减少 75%-100%; 有效:

症状改善，癫痫发作频率减少 50%-74%；无效：癫痫发作减少<50%，或病情加重，有效率= $\frac{(\text{显效}+\text{有效})\text{例数}}{39}\times 100\%$ 。

不良反应：统计两组出现头晕、嗜睡及微皮疹的例数。

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 认知功能

用药前比较两组认知功能无差异， $P>0.05$ ；用药后 MoCA 评分高于用

药前，且研讨组高于基础组($P<0.05$)，见表 1。

表 1 认知功能比较（ $\bar{X}\pm s$ ，分）

组别	注意力				执行能力			
	用药前	用药后	t	p	用药前	用药后	t	p
研讨组(n=39)	15.21±3.54	27.24±2.57 ^{*#}	17.174	<0.05	18.34±3.42	26.53±3.61 ^{*#}	10.285	<0.05
基础组(n=39)	15.36±3.42	20.15±2.43 [*]	7.130	<0.05	18.32±3.34	21.09±3.24 [*]	3.718	<0.05
t	0.190	12.519	--	--	0.026	7.004	--	--
p	0.850	<0.05	--	--	0.979	<0.05	--	--

组别	语言能力				抽象及定向			
	用药前	用药后	t	p	用药前	用药后	t	p
研讨组(n=39)	16.13±3.42	28.21±1.69 ^{*#}	19.776	<0.05	17.28±3.32	27.35±3.42 ^{*#}	13.194	<0.05
基础组(n=39)	16.15±3.39	22.24±1.53 [*]	10.226	<0.05	17.26±3.27	20.24±2.35 [*]	4.622	<0.05
t	0.026	16.354	--	--	0.027	10.700	--	--
p	0.979	<0.05	--	--	0.979	<0.05	--	--

注：组内比较，^{*} $P<0.05$ ；组间比较，[#] $P<0.05$ 。

用药前比较脑损伤标志物无差异， $P>0.05$ ；用药后 NSE、S-100 β 蛋白、IGF-1 及 GFAP 指标低于用药前，且研讨组低于基础组($P<0.05$)，见表 2。

2.2 脑损伤标志物

表 2 脑损伤标志物比较（ $\bar{X}\pm s$ ）

组别	NSE(ug/L)				S-100 β 蛋白(ug/L)			
	用药前	用药后	t	p	用药前	用药后	t	p
研讨组(n=39)	28.32±5.26	12.43±2.83 ^{*#}	16.614	<0.05	0.64±0.18	0.42±0.07 ^{*#}	7.114	<0.05
基础组(n=39)	28.34±5.29	16.17±3.25 [*]	12.241	<0.05	0.65±0.19	0.49±0.12 [*]	4.446	<0.05
t	0.017	5.420	--	--	0.239	3.147	--	--
p	0.987	<0.05	--	--	0.812	<0.05	--	--

组别	IGF-1(umol/L)				GFAP(ng/L)			
	用药前	用药后	t	p	用药前	用药后	t	p
研讨组(n=39)	35.84±5.19	18.42±3.76 ^{*#}	16.975	<0.05	3.75±1.69	1.42±0.81 ^{*#}	7.764	<0.05
基础组(n=39)	35.82±5.16	24.75±3.13 [*]	11.455	<0.05	3.74±1.65	2.52±1.07 [*]	3.874	<0.05
t	0.017	8.080	--	--	0.026	5.119	--	--
p	0.986	<0.05	--	--	0.979	<0.05	--	--

2.3 临床疗效

与基础组比较，研讨组有效率更高($P<0.05$)，见表 3。

表 3 临床疗效比较[(n),%]

组别	显效	有效	无效	有效率
研讨组(n=39)	25(64.10)	13(33.33)	1(2.56)	38(97.44%)
基础组(n=39)	21(53.85)	11(28.21)	7(17.95)	32(82.05%)
χ^2	--	--	--	5.014
p	--	--	--	0.025

2.4 不良反应

两组比较不良反应占比无差异($P>0.05$)，见表 4。

表 4 不良反应比较[(n),%]

组别	头晕	嗜睡	微皮疹	发生率
研讨组(n=39)	1(2.56)	1(2.56)	0(0.00)	2(5.13%)
基础组(n=39)	0(0.00)	2(5.13)	1(2.56)	3(7.69%)
χ^2	--	--	--	0.214
p	--	--	--	0.644

注：两组经停药或对症处理后，不良反应均消失。

关于股骨转子间骨折治疗研究

甘敏直

贺州市广济医院 广西贺州 542800

摘要: 目的: 探讨关于股骨转子间骨折治疗效果。方法: 选取本院 2020 年-2021 年收治的 50 例股骨转子间骨折患者, 将其随机分为观察组 (n=25) 和对照组 (n=25)。对照组采用人工股骨头置换术 (FHPR), 观察组采用防旋股骨近端髓内钉 (PFNA), 对比两组患者的术中出血量、术后引流量、隐性失血量以及术后髋关节功能评分 (Harris) 比较。结果: 观察组术中出血量、术后引流量以及隐性失血量明显低于对照组 ($P<0.05$)。观察组术后髋关节功能明显高于对照组 ($P<0.05$) 结论: 关于股骨转子间骨折治疗方法, 人工股骨头置换术和防旋股骨近端髓内钉都有其各自的优势, 但是接受防旋股骨近端髓内钉的患者术中出血量、术后引流量以及隐性失血量明显低于接受人工股骨头置换术的患者, 并且接受防旋股骨近端髓内钉的股骨转子间骨折患者的术后髋关节功能也高于接受人工股骨头置换术的患者。

关键词: 股骨转子间骨折; 防旋股骨近端髓内钉; 人工股骨头置换术

Research on the treatment of femoral intertrochanteric fractures

【Abstract】 Objective: To explore the therapeutic effect of intertrochanteric fractures of the femur. Methods: Fifty patients with intertrochanteric fractures admitted to our hospital from 2020 to 2021 were selected and randomly divided into observation group (n=25) and control group (n=25). The control group was treated with artificial femoral head replacement (FHPR), and the observation group was treated with proximal femoral anti-rotation intramedullary nail (PFNA). Hip function score (Harris) comparison. Results: The intraoperative blood loss, postoperative blood drainage and hidden blood loss of the observation group were significantly lower than those of the control group ($P<0.05$). The postoperative hip function in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P<0.05$). Conclusion: Regarding the treatment of intertrochanteric fractures, artificial femoral head replacement and anti-rotation proximal femoral nail have their own advantages, but The amount of intraoperative blood loss, postoperative drainage and hidden blood loss in patients receiving anti-rotation proximal femoral nail was significantly lower than that in patients receiving artificial femoral head replacement, and patients receiving anti-rotation proximal femoral nail had significantly lower intraoperative blood loss, postoperative drainage and hidden blood loss than patients receiving artificial femoral head replacement. Postoperative hip function was also higher in patients with intertrochanteric fractures than in patients with artificial femoral head replacement.

【Key words】 femoral intertrochanteric fracture; anti-rotation proximal femoral nail; artificial femoral head replacement

股骨转子间骨折发生的几率近些年来逐步提高, 占全部骨折的 4%-5%, 占髋部周围骨折的 40%左右^[1]。有研究估计^[2], 到 2050 年全球股骨转子间骨折患者数量将达到 300 万, 股骨转子间骨折正日益受到人们关注。在治疗当中, 患者的术中和术后虽然显性失血量比较少, 但是隐性失血量较多^[3]。因此, 目前在临床研究当中, 骨科医生们着重关注的是治疗技术的合理选择、是否出血量较多、否会发生并发症, 还有就是此疾病的死亡控制率^[4]。因此, 本研究为探讨关于股骨转子间骨折治疗, 选取本院 2020 年-2021 年收治的 50 例股骨转子间骨折患者, 现做出如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2020 年-2021 年收治的 50 例股骨转子间骨折患者, 将其随机分为观察组和对照组, 每组 25 例。观察组: 男性股骨转子间骨折患者 19 例, 女性股骨转子间骨折患者 6 例; 年龄 65-89 岁, 平均年龄 (72.48±2.65) 岁; 左侧股骨转子间骨折患者 16 例, 右侧股骨转子间骨折患者 9 例。对照组: 男性股骨转子间骨折患者 18 例, 女性股骨转子间骨折患者 7 例; 年龄 66-88 岁, 平均年龄 (72.52±2.45) 岁; 左侧股骨转子间骨折患者 15 例, 右侧股骨转子间骨折患者 10 例。纳入标准: 符合股骨转子间骨折诊断标准^[5]; 术前无感染性炎症; 对本研究知情并签署同意书。排除标准: 药物过敏患者; 合并精神疾病或认知失调患者; 不同意参加临床实验患者。本研究经我院伦理委员会批准。两组患者一般资料对比无明显差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

观察组: 采用防旋股骨近端髓内钉进行治疗, 具体方法为: 为患者进行麻醉, 麻醉成功后帮助患者侧卧, 髋关节后外侧入路, 在小转子上方截断股骨颈取出股骨头, 骨折复位后保留或者重建股骨距 2.0cm, 用钢丝捆绑固定骨折块并加以保护, 合并有大转子骨折时, 需将随有臀中肌的大转子骨折块复位并用钢丝固定, 均采用骨水泥型人工股骨头假体。皮肤切开前 30 分钟给予五水头孢唑林钠预防感染, 术后继续使用 48 小时。术后患者进行常规功能锻炼, 在疼痛忍受范围内进行步态训练。术后定时进行复查, 每次复查时手术部位摄片, 了解内固定情况及骨折愈合情况。

对照组: 采用人工股骨头置换术进行治疗, 具体方法为: 为患者进行麻醉, 麻醉成功后帮助患者平躺在牵引床上, 用 C 臂机透视骨折部位并进行复位, 复位完成后进行消毒。从股骨大转子尖向近端做 3cm-4cm 的切口, 在 C 臂机透视下大转子尖向偏内侧前三分之一和后三分之二交界处钻入定位导针, 插入防旋股骨近端髓内钉的主钉, 股骨颈中下三分之一处钻入导针, 侧位透视下导针位于股骨颈正中, 测深, 推入螺旋刀片, 最后通过远端导向器钻孔, 选入远端锁定。冲洗切口并放置硅球引流。记录手术时间和术中显性出血量。

1.3 观察指标与评定标准

观察指标: 观察并对比两组患者的术中出血量、术后引流量、隐性失血量以及术后功能评定比较。

术后髋关节功能评定标准: 采用 Harris 量表, 满分为 100 分, 70 分以

下为差, 70-80 分为中, 80-90 分为良好, 90 分以上为优秀, 总功能率=优秀+良好+中。

1.4 统计学方法

采取统计学软件 SPSS 20.0 对文中数据进行分析, 计数指标用例数/百分比 (n/%) 表示, 进行 χ^2 检验; 计量指标用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 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 两组患者术中出血量、术后引流量以及隐性失血量比较

观察组术中出血量、术后引流量以及隐性失血量明显低于对照组 ($P < 0.05$), 如表 1 所示。

表 2 两组术后髋关节功能评定比较 (n, %)

组别	例数	优秀	良好	中	差	总功能率
观察组	25	10 (50.00%)	9 (36.00%)	6 (24.00%)	0 (0.00%)	25 (100%)
对照组	25	5 (20.00%)	4 (16.00%)	5 (20.00%)	11 (55.00%)	14 (56.00%)
χ^2	-	-	-	-	-	19.444
P	-	-	-	-	-	0.001

3 讨论

股骨转子间骨折的骨折部位是指股骨颈基底到小粗隆水平以上的部位发生的骨折情况。大多数股骨转子间骨折患者年龄较高, 伴有骨质疏松情况, 若采取牵引等保守治疗极易产生并发症, 并且增加了患者的死亡率^[6]。股骨转子间骨折多发于高龄患者, 并且最为常见的就是髌骨骨折, 该疾病也是骨科医生在工作和学术会议上最常讨论的话题^[7]。目前, 临床上最常用的方法就是牵引床复位, 部分患者术中正位透视显示取得解剖复位效果, 但是侧位透视时仍会存在骨皮质断裂、分离等情况。有研究表明^[8], 人工股骨头置换术和防旋股骨近端髓内钉对骨折患者的治疗都有良好的效果, 因此本研究针对关于股骨转子间骨折治疗, 为临床提供参考意见。

本研究结果表明, 观察组术中出血量、术后引流量以及隐性失血量明显低于对照组 ($P < 0.05$)。这说明防旋股骨近端髓内钉对股骨转子间骨折的出血量具有有效的控制作用, 这是因为, 人工股骨头置换术手术治疗之后, 可能会出现抗感染能力下降的情况, 也就是患者在出现严重感染的时候, 可能会导致髌部也受到影响。而防旋股骨近端髓内钉手术时间短, 成功率高, 术中快速将骨折部位进行复位, 随之迅速将骨水泥型人工股骨头假体放入患者体内, 并且预先置入空心稳定螺钉, 可以在必要时锁紧, 消除术后过多滑动, 并且术后有进行抗感染等各种护理。综合以上情况, 防旋股骨近端髓内钉减少了术中出血量、术后引流量以及隐性失血量^[9]。观察组术后髋关节功能明显高于对照组 ($P < 0.05$), 说明防旋股骨近端髓内钉的治疗效果相对较优, 因为防旋股骨近端髓内钉手术技术成熟, 成功率高。防旋股骨近端髓内钉具有 12°前倾角设计, 更加符合解剖学特点, 加之近端梯形的横断面为关节假体柄设计原理, 在手术过程中增强稳定性和力学优势, 较小的近端最大程度的保留了正常骨质及周围软组织, 加快了患者肌肉恢复, 提高了手术效果。并且人工股骨头种类很多, 设计在不断改进, 材料也在不断改进, 所以防旋股骨近端髓内钉手术具有关节活动好, 下床早的优点, 也因此提升了患者的后髋关节功能。

综上所述, 关于股骨转子间骨折治疗方法, 人工股骨头置换术和防旋股骨近端髓内钉都有其各自的优势, 但是接受防旋股骨近端髓内钉的患者

表 1 患者术中, 术后失血量以及隐性失血量对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量 (ml)	术后引流量 (ml)	隐性失血量 (ml)
观察组	25	67.23±2.54	68.24±1.35	405.58±7.02
对照组	25	75.14±2.65	88.21±2.58	452.98±9.68
t	-	10.774	34.291	19.82
P	-	0.001	0.001	0.001

2.2 两组术后髋关节功能评定比较

观察组术后髋关节功能明显高于对照组 ($P < 0.05$), 如表 2 所示。

术中出血量、术后引流量以及隐性失血量明显低于接受人工股骨头置换术的患者, 并且接受防旋股骨近端髓内钉的股骨转子间骨折患者的术后髋关节功能也高于接受人工股骨头置换术的患者。

参考文献:

- [1] 聂飞, 李伟. 不同内固定方式治疗老年股骨转子间骨折患者效果研究[J]. 实用医院临床杂志, 2019, 16(1):143-146.
- [2] 韩冰, 刘宏滨, 张传开, 等. 人工股骨头置换与股骨近端防旋髓内钉治疗高龄外侧壁危险型股骨转子间骨折的比较[J]. 中国组织工程研究, 2020, 21(3):329-334.
- [3] 蔡军, 方凯, 苏立. 防旋股骨近端髓内钉与锁定钢板内固定治疗股骨粗隆间骨折的效果分析[J]. 检验医学与临床, 2019, 16(23):3483-3486.
- [4] 曾钊, 周春芳. 股骨近端防旋髓内钉对老年股骨转子间骨折患者髋关节功能恢复的影响[J]. 吉林医学, 吉林医学. 2021, 42(08): 1820-1822.
- [5] 孟庆奇, 李斯明, 崔树廷, 等. DHS、PFNA、半髋关节置换术治疗老年不稳定性股骨转子间骨折的疗效对比[J]. 实用医学杂志, 2019, 35(7): 1036-1039.
- [6] CHEN J, LIU H, WANG C, et al. Internal fixation of acetabular fractures in an old population using the lateral-rectus approach: short term outcomes of a retrospective study[J]. J Orthop Surg Res, 2019, 14(1):4-8.
- [7] 华长城, 武琼, 廖中亚, 等. 股骨近端防旋髓内钉治疗老年股骨转子间骨折[J]. 临床骨科杂志, 2018, 21(3): 382.
- [8] 卫星, 邹永根. 股骨远端微创内固定系统钢板倒置治疗老年股骨转子间骨折的安全性和疗效[J]. 中国组织工程研究, 2017, 21(23): 3706-3711.
- [9] 李建赤, 刘岗, 薛小华, 等. 老年人股骨转子间骨折 PFNA 和 DHS 内固定术疗效的临床研究[J]. 中国临床解剖学杂志, 2017, 35(5): 571-575.

小儿咳喘灵颗粒联合丙卡特罗口服治疗急性喘息性支气管炎的疗效分析

李婷婷

广州市黄埔区夏港街社区卫生服务中心 广东广州 510000

摘要：目的：探究小儿咳喘灵颗粒联合丙卡特罗口服治疗急性喘息性支气管炎的临床效果。方法：收集急性喘息性支气管炎患儿 100 例进行治疗，随机分为对照组和试验组各 50 例。两组患儿确诊后均予常规治疗，对照组在此基础上采用丙卡特罗口服液进行治疗，试验组在对照组的治療基础上联合小儿咳喘灵颗粒口服，治疗结束后比较两组的临床疗效、症状缓解时间、病情控制情况。结果：试验组总有效率 96.0%(48/50),显著高于对照组 72.0%(36/50),两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)；试验组在咳嗽消失天数、干啰音消失天数、湿罗音消失天数、病情控制问卷分数比较均优于对照组，两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论：小儿咳喘灵颗粒联合丙卡特罗口服液治疗急性喘息性支气管炎效果明显，可有效促进患儿临床症状的改善，值得推广。

关键词：急性喘息性支气管炎；小儿咳喘灵颗粒；丙卡特罗；效果

急性喘息性支气管炎是门诊小儿的一种常见病，是以喘息为临床症状的急性气管的感染性疾病,主要是由于致病源通过呼吸道侵入而导致炎症发生,感染蔓延至气管造成气道黏膜发生充血水肿,气管壁肌肉发生痉挛,气管管腔狭窄从而产生哮鸣音^[1]。控制不好容易引发支气管肺炎、心肺功能衰竭等等，直接损害患儿生命健康。常年反复发作，则有可能造成气道重塑，影响患儿成年后的肺功能，甚至损害正常的日常生活。肺功能差的患儿运动能力下降，且容易反复呼吸道感染。常年就诊的时间成本、治疗费用，无论是对个人、家庭，还是社会，都是不可忽视的负担。所以，控制好急性喘息性支气管炎的发作，对患儿个人、家庭乃至社会，意义重大。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 3 月—2021 年 11 月收治的急性喘息性支气管炎患儿 100 例，按随机数字表法分为对照组和试验组，每组 50 例。对照组，性别：男 31 例，女 19 例；年龄 0.42~10.40 岁，平均(4.80±2.17)岁；体重 7.50-30.00kg，平均(17.05±5.05) kg。试验组，性别：男 31 例，女 19 例；年龄 1.46~11.43 岁，平均(4.47±1.98)岁；体重 9.00-35.70kg，平均(16.99±5.67) kg。两组患儿的性别、年龄、体重对比，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

另收集两组患儿的既往过敏病史、父母过敏史、家人抽烟情况、家中宠物情况、药物食物过敏史等对比，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性，见表 1。

纳入标准：1、年龄在 14 岁以下；2、临床表现：频繁咳嗽，有或无痰，无发热或低热。3、体查：(1) 喉部可闻及“咝咝”声，呈呼气性困难，剧烈活动、哭闹或吃奶后喘鸣加重，安静后可减轻。(2) 肺部听诊可闻及双肺呼吸音延长，双肺可闻及典型呼气性喘鸣音（或高调哮鸣音），有些患儿也可闻及细小湿罗音。注：憋喘严重时喘鸣音反而减弱或消失。(3) 肺部叩诊呈过清音，肺肝界下移。

排除标准：患儿属于慢性支气管炎或是正处于慢性迁延期；患儿存在严重的心肺功能障碍，存在严重肺炎或是合并存在其他重要脏器类疾病；患儿造血系统存在障碍；高热不退患儿；因结核杆菌或是肿瘤所导致的喘

息；对此次研究所用药物过敏者。

所有患儿均签署知情同意书，患有心、脑、肾等疾病不能纳入本研究。

1.2 方法

以随机方式分为 2 组，各 50 例。两组患儿均采取止咳、平喘、抗感染的药物进行治疗。

对照组：患儿单纯服用丙卡特罗口服液（广东大冢制药有限公司，规格：60ml:0.3mg*1 瓶，批号：国药准字 H2 0053903），服用剂量应根据患儿体重进行调整，体重 4kg,每次 1ml，体重 6kg,每次 1.5ml，体重 8kg,每次 2ml，体重 10kg,每次 2.5ml，体重 12kg,每次 3ml，体重 14kg,每次 3.5ml，体重 16kg,每次 4ml，体重 18kg,每次 4.5ml，体重 20kg,每次 5ml，每日 2 次。

试验组：患儿服用丙卡特罗口服液同时予以小儿咳喘灵颗粒（海南海力制药有限公司，规格：1g/袋，批号： 国药准字 Z20043475）治疗，2 岁以下 1g，3~4 岁 1.5g，5~7 岁 2g，每日 3-4 次。

两组患儿均治疗 7—14d。

观察指标：通过治疗，对比 2 组患儿的临床疗效、咳嗽消失天数、干啰音消失天数、湿罗音消失天数、病情控制问卷所得分数。(1) 临床疗效分为：显效:经治疗 7 天后，患儿的精神、胃口恢复正常，咳嗽、啰音完全消失；有效:经治疗 7 天后,患儿的精神、胃口、咳嗽、啰音明显缓解；无效:经治疗 7 天后，患儿以上临床症状、体征、表现均无显著改善或恶化。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。(2) 病情控制问卷量表根据改良中文版 TRACK 问卷、哮喘控制测试 ACT 问卷而制作，目的在于了解患儿前后病情变化，根据轻重级别分为 5 级标定分数，分数相加，得分越高提示呼吸问题控制越好。≥80 分，则判断该儿童呼吸问题可能得到了控制；<80 分，则意味着儿童呼吸问题可能未得到控制。病情控制问卷包含以下 5 道题目：1、在过去 1 周内，每天孩子受到呼吸问题（比如喘息、咳嗽或呼吸短促）的困扰有多频繁？2、在过去 1 周内，每天晚上，孩子因呼吸问题（喘息、咳嗽、呼吸短促）在晚上醒来有多频繁？3、在过去 1 周内，孩子的呼吸问题（比如喘息、咳嗽或呼吸短促）在多大程度上干扰他或她玩耍、上学或进行同龄儿童应该进行的平常活动的的能力？4、评估过

去 1 周内的咳嗽控制情况？5、在过去 1 周内，您对急性喘息性支气管炎的了解程度？

1.3 统计学方法

数据采用 SPSS 17.0 软件分析；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 为差异有统计学意义。

2、结果

两组患儿基线资料比较：差异均无统计学意义(P>0.05)。见表 1。

表 1 两组患儿基线资料比较

组别	既往过敏史		父母过敏史		家人抽烟情况		家中宠物情况	
况	药物食物过敏史							
	有	无	有	无	有	无	有	无
对照组	10	40	19	31	29	21	4	46
试验组	12	38	22	28	20	30	2	48
χ^2	0.233		0.372		3.241		0.709	
P	>0.05		>0.05		>0.05		>0.05	

两组患儿临床疗效比较：试验组治疗总有效率明显高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。见表 2。

表 2 两组患儿临床疗效比较[n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	14(28.0)	22(44.0)	14(28.0)	72.0%
试验组	50	28(56.0)	20(40.0)	2(4.0)	96.0%

注： $\chi^2=13.762$ ，P<0.05

两组患儿的咳嗽消失天数、干啰音消失天数、湿罗音消失天数、病情控制问卷比较：试验组均优于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。见表 3。

表 3 两组患儿的咳嗽消失天数、干啰音消失天数、湿罗音消失天数、病情控制问卷分数比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	咳嗽消失天数 ^a	干啰音消失天数 ^b	湿罗音消失天数 ^c	病情控制问卷分数 ^d
对照组	50	8.40±2.89	6.70±2.57	6.28±4.10	45.60±11.63
试验组	50	6.76±2.83	3.86±1.71	4.50±3.56	74.70±8.71

注：^at^a=2.868,^bt^b=6.508,^ct^c=2.376,^dt^d=-14.156,P<0.05

3 讨论

急性喘息性支气管炎是儿科门诊的一种常见病，是以喘息为临床症状的急性气管的感染性疾病,控制不好的话，容易引发支气管肺炎、心肺功能衰竭等等，直接损害患儿生命健康^[2]。李继忠等提到，高污染地区居民更易发作咳嗽、咳痰、喘息气促、咽部不适、鼻塞、喉咙痛、咯血、喘鸣、呼吸困难等呼吸系统症状^[3]。有研究提示：RSV 感染及 MP 感染、患儿过敏史、父母过敏史等均是影响小儿喘息性支气管炎发生与进展的独立危险因素^[1]。所以，采取科学有效的治疗方式是改善患病，提高患儿生活质量的关键。

临床上丙卡特罗常用于平喘，其为肾上腺素 β_2 受体激动剂，高度选

择支气管的 β_2 受体，能松弛支气管平滑肌，对抗原激发后的即时型及迟发型气道阻力增高都有抑制作用。有实验观察到有促进支气管黏膜纤毛运动、促进痰液排出、减少血管通透性、抗过敏、抗变态反应等作用^[4]，且对运动性哮喘有抑制作用。陈育智等认为，美普清糖浆对支气管哮喘、喘息性支气管炎、急性支气管炎有一定的疗效，且口感好，服药次数少，利于小儿服用。是一种安全、有效、服用方便的药物^[5]。

本研究在应用丙卡特罗的过程中，还联合应用了具有平喘效果的小儿咳嗽灵颗粒。小儿咳嗽灵颗粒内含麻黄、金银花、苦杏仁、板蓝根、石膏、甘草、瓜蒌^[6]。其中麻黄辛、微苦、温，归肺、膀胱经，善散邪宣肺以止咳平喘，金银花疏风透热、清热解毒。苦杏仁既善降肺气，又可宣肺气而达止咳平喘之效，为治咳嗽要药。板蓝根解毒散结、凉血利咽。石膏清泄肺热。甘草性平而药力和缓，可治咳嗽症，瓜蒌则清热化痰、润肺止咳。且小儿咳嗽灵颗粒味甜，能提高服药的依从性也有很大帮助。

本研究分析收治的 100 例患儿的临床资料，结果显示，试验组治疗总有效率明显高于对照组，试验组咳嗽消失天数、干啰音消失天数、湿罗音消失天数明显低于对照组，试验组的病情控制问卷分数明显高于对照组，以上结果提示小儿咳嗽灵颗粒联合丙卡特罗治疗急性喘息性支气管炎疗效显著，能明显缩短患儿症状时间。两组患儿临床治疗前基线资料的对比无明显差异，提示两组患儿经过治疗后呈现出的差异具有可比性。

从本研究的病情控制问卷的平均分数可知，社区居民对该病的了解及重视是不够的，这也是患儿反复发作的一个重要因素，目前社区的健康教育及管理应加大投入管理力度。除了早发现、早诊断、早治疗，联合中西医方案缩短疗程，还有如何提前干预高危人群的危险因素、进行长期有效的跟踪、预防此病反复发作，从而降低个人、家庭、社会的经济负担，是社区全科医师现在面临的任务。

综上所述，通过小儿咳嗽灵颗粒联合丙卡特罗口服治疗急性喘息性支气管炎，能够有效缓解临床症状、减轻患儿痛苦、稳定病情，且无明显不良反应，值得推广。但同时也了解到，急性喘息性支气管炎的长期管理工作任重道远，需要加强社区健康教育、医患双方的沟通，才能更好地管理急性喘息性支气管炎。

参考文献：

[1]张兴无. 小儿喘息性支气管炎的影响因素分析[J]. 2020.
[2]马静. 小儿急性喘息性支气管炎的临床探讨_马静[J]. 2018.
[3]李继忠. PM2.5 与呼吸系统疾病发病率关系流行病学调查研究[J]. 2018.
[4]朱宏斌. 盐酸丙卡特罗在儿童慢性咳嗽诊断性治疗中的价值[J]. 2010.
[5]陈育智. 盐酸丙卡特罗治疗儿童哮喘、喘息性支气管炎、急性支气管炎的疗效及副作用观察[J]. 2001.
[6]冯泽喜. 小儿咳嗽灵颗粒治疗小儿哮喘的临床效果观察[J]. 2018.
作者简介:李婷婷 女 汉族 1989 年 7 月 广东广州 本科 研究方向:全科医学 邮编: 510000, 广州市黄埔区夏港街社区卫生服务中心 主治医师 团队组长, 主要从事:全科门诊诊疗。

早期尿激酶封管联合氯吡格雷在带涤纶套双腔透析导管中的应用效果

梁雨 刘焕皓 喻小清 李欣 车智浩

梧州市人民医院, 肾内科 广西梧州 543000

摘要: 目的: 探讨早期尿激酶封管联合氯吡格雷在带涤纶套双腔透析导管中的应用效果。方法 选取我院 2020 年 8 月-2021 年 8 月收治的 40 例肾内科住院并留置带涤纶环透析导管患者作为研究对象, 随机将其分为对照组 (n=20) 和研究组 (n=20)。对照组口服氯吡格雷; 研究组早期应用尿激酶封管联合氯吡格雷; 观察两组患者导管功能不良发生情况、透析功能相关指标、副作用发生率。结果 研究组不良导管功能出现时间长于对照组, 导管功能不良发生次数少于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 透析 6 个月后, 研究组的透析血流量显著降低, 但高于对照组, 导管静脉压明显提高, 但低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 研究组副作用发生率 5%, 对照组 45%, 两组相比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 早期尿激酶封管联合氯吡格雷能够改善患者导管功能不良发生情况以及透析功能相关指标, 降低副作用发生率, 具有积极的临床意义, 推荐使用。

关键词: 早期; 尿激酶封管; 氯吡格雷; 带涤纶套双腔透析导管; 纤维蛋白鞘

Application effect of early urokinase sealing tube combined with clopidogrel in double lumen dialysis catheter with polyester sleeve

Liang Yu, Liu Huanhao, Yu Xiaoqing, Li Xin, Che Zhihao

Department of Nephrology, Wuzhou People's Hospital, Wuzhou, Guangxi 543000

【Abstract】 Objective To investigate the effect of early urokinase sealing combined with clopidogrel in double lumen dialysis catheter with polyester sleeve. Methods A total of 40 patients with indwelling dialysis catheters with polyester ring in our hospital from August 2020 to August 2021 were selected as the research objects, and they were randomly divided into the control group (n=20) and the research group (n=20). The control group was given oral clopidogrel; the study group was given early application of urokinase sealing combined with clopidogrel; the occurrence of poor catheter function, dialysis function-related indicators and the incidence of side effects were observed in the two groups. Results The occurrence time of poor catheter function in the study group was longer than that in the control group, and the frequency of poor catheter function was less than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Compared with the control group, the catheter venous pressure was significantly increased, but lower than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion Early urokinase sealing combined with clopidogrel can improve the occurrence of poor catheter function and related indicators of dialysis function, and reduce the incidence of side effects. It has positive clinical significance and is recommended.

【Key words】 early stage; urokinase sealing tube; clopidogrel; double lumen dialysis catheter with polyester sleeve; fibrin sheath

血液透析是临床治疗慢性肾衰竭比较常用的方法, 能够有效的替代部分人体肾脏的排泄功能。而维持血液透析正常进行的重要条件就是血管通路, 但是, 由于高血压、糖尿病、肥胖以及人口老龄化等因素导致患者的血管条件变差, 有的患者已经无法建立自体动静脉内瘘, 需要用带涤纶套双腔透析导管来代替血管通路^[1-2]。研究表明^[3-4], 长期留置导管可导致导管周围形成纤维蛋白鞘或形成血栓、感染等并发症, 使导管功能降低, 严重影响血液透析的效果, 极大的降低了患者生存质量及生存率。因此, 如何有效的防止长期留置导管产生的功能降低的副作用, 进而提高治疗效果, 引起临床的高度重视。研究表明^[5-6], 早期尿激酶封管联合氯吡格雷能够显著的降低导管堵塞、感染等风险, 进一步改善导管功能, 提高血液透析的效率, 节约治疗成本。鉴于此, 本研究选取我院 2020 年 8 月-2021 年 8 月收治的 40 例肾内科住院并留置带涤纶环透析导管患者作为研究对象, 探讨早期尿激酶封管联合氯吡格雷在带涤纶套双腔透析导管中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集我院 2020 年 8 月-2021 年 8 月收治的 40 例留置带涤纶环透析导管患者的资料, 分为对照组 (20 例)、研究组 (20 例)。对照组, 男性患者 12 例, 女性患者 8 例, 最小年龄 32 岁, 最大年龄 68 岁, 平均年龄 (50.37 ± 3.43) 岁。原发疾病: 中肾小球肾炎 6 例、糖尿病肾病 4 例、多囊肾 4 例、高血压肾病 5 例、其它 1 例。研究组, 男性患者 11 例, 女性患者 9 例。最小年龄 33 岁, 最大年龄 69 岁, 平均年龄 (50.79 ± 3.35) 岁。原发疾病: 中肾小球肾炎 4 例、糖尿病肾病 5 例、多囊肾 5 例、高血压肾病 4 例、其它 2 例。比较两组患者临床资料, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准同意。

1.2 纳入与排除标准

入选标准: 1) 经诊断确定为慢性肾衰竭的患者; 2) 有血液透析指征的患者; 3) 因血管狭窄等原因无法造瘘而进行颈内静脉留置带涤纶套双腔透析导管的患者; 4) 导管功能正常的患者; 5) 无精神类疾病能够配合

研究的患者；6）透析时间 1-2 年，每次 4 h，每周 3 次；7）患者及家属均同意研究并签署了同意书。

排除标准：1)有凝血功能障碍的患者；2）视网膜血管性病变、半年内有脑出血史、活动性内脏出血等出血症的患者；3）长期口服华法林、阿司匹林等药物的患者；4）精神类疾病不能完成治疗的患者。

1.3 方法

对照组口服硫酸氢氯吡格雷片。硫酸氢氯吡格雷片（生产厂家：乐普药业股份有限公司；批准文号：国药准字 H20123115；规格：25mg*10s*2 板）。口服，75mg 每次，每日一次。不与食物同服。

研究组早期应用尿激酶封管联合氯吡格雷。在患者首次透析后，利用无菌注射器将 20ml 氯化钠注射液（0.9%）注入双腔导管内，将管内血液冲净，将尿激酶(湖北潜江制药股份有限公司,国药准字 H42020666)5 万单位加入 10 ml 肝素液中,而后向导管动静脉端注入适量尿激酶溶液,最后用肝素液封口。每周一次。两组均随访 6 个月。

1.4 观察指标及评价标准

比较两组导管功能不良发生情况：包括首次导管功能不良出现时间以及导管功能不良出现次数；比较两组透析功能相关指标：包括透析前及 6 个月后透析时透析机显示的静脉导管的静脉压及血流量；比较两组副作用发生率，包括牙龈出血、导管渗血、皮肤黏膜出血。

1.5 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计软件进行，计量资料以均值±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 *t* 检验；计数资料用百分比 (%) 表示，采用卡方检验 (χ^2)。 *P* < 0.05 时，表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组导管功能不良发生情况

研究组的不良导管功能出现时间明显长于对照组，导管功能不良发生次数明显少于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 比较两组导管功能不良发生情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次不良导管功能出现时间 (d)	导管功能不良发生次数 (次)
研究组	20	75.62±10.81	1
对照组	20	24.89±8.23	8
<i>T/χ²</i>	-	16.768	7.025
<i>P</i>	-	0.001	0.008

2.2 比较两组透析功能相关指标

透析前，两组透析血流量、导管静脉压比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；透析 6 个月后，研究组的透析血流量显著低于透析前，导管静脉压明显提高，且透析血流量高于对照组，导管静脉压低于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 比较两组透析功能相关指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	透析血流量(ml / min)		导管静脉压(mmHg)	
		透析前	透析 6 个月 后	透析前	透析 6 个月 后
研究组	20	271.13±31.27	245.15±26.35	47.42±6.73	61.01±9.80
对照组	20	270.19±30.32	216.67±26.39	47.48±6.65	70.54±11.03
<i>t</i>	-	0.097	3.415	0.028	2.889
<i>P</i>	-	0.923	0.001	0.978	0.006

2.3 比较两组副作用发生率

研究组副作用发生率为 5%明显低于对照组 45%，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 3。

表 3 比较两组副作用发生率 (n,%)

组别	例数	牙龈出血	导管渗血	皮肤黏膜出血	总发生率 (%)
研究组	20	1(5%)	0(0%)	0(0%)	1(5%)
对照组	20	2(10%)	4(20%)	3(15%)	9 (45%)
<i>χ²</i>	-	-	-	-	8.533
<i>P</i>	-	-	-	-	0.003

3 讨论

血液透析在临床上被作为慢性肾功能衰竭的替代治疗方法。由于患者需要长期的静脉置管，漫长的透析过程会导致患者的血管通路障碍，产生导管纤维蛋白鞘，致使患者出现血栓、导管功能下降、继发感染等并发症，降低血液透析的效果，甚至需要拔管或是重新置管，严重的影响患者的预后。因此，如何提高置管技术及管理已然成为临床研究的重要课题^[7-8]。尿激酶是治疗溶栓的常规用药,对内源性纤溶系统起到激活的作用,加快纤维蛋白溶解,提高溶栓效果,另外，尿激酶对血小板聚集有抑制的作用，能够有效的防止血栓的形成。研究显示^[9]，早期尿激酶能够改善导管功能且不良反应少。

本研究结果显示，研究组导管功能出现时间及导管功能不良发生次数均明显优于对照组，充分说明早期尿激酶封管联合氯吡格雷能够改善患者导管功能。这与王彦江^[10]研究结果相符。纤维蛋白鞘可导致导管功能障碍，致使患者拔管甚至重新置管。尿激酶是纤维蛋白溶酶原激活剂，主要从健康人尿中提取。能够降解纤维蛋白，溶解血栓。纤维蛋白鞘早期给予尿激酶，纤维结缔组织能够尽早的被溶解完全，如果纤维蛋白鞘机化、成熟，纤维结缔组织则不易被溶解。因此，早期给予尿激酶封管能够很好的改善导管的功能；透析后，研究组的透析血流量明显高于对照组，导管静脉压明显低于对照组，充分证明早期尿激酶封管联合氯吡格雷能够改善患者透析功能相关指标。早期尿激酶封管能够有效的溶解纤维蛋白，预防和消除血栓

的形成,改善血管通路,提高导管功能,进而有效的降低透析血流量,提高导管静脉压;研究组副作用发生率明显低于对照组,有效证明早期尿激酶封管联合氯吡格雷可以降低患者的副作用发生率。尿激酶能够抑制血小板聚集,起到抗血栓的作用,因此能够降低皮肤黏膜出血、导管渗血等风险。

总而言之,早期尿激酶封管联合氯吡格雷可以改善带涤纶套双腔透析导管患者导管功能,改善透析功能指标,使副作用发生率降低,值得临床广泛推广和使用。

参考文献:

- [1]李楠,陈斌,林润,等. CT 静脉血管成像在尿毒症血液透析患者中心静脉狭窄闭塞中的应用价值[J]. 中华肾脏病杂志, 2018, 34(8): 561-566.
- [2]张雷,柯斯奇,谭焕源,等. 定期尿激酶结合肝素封管对血液透析患者导管感染的预防效果[J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28(12): 1831-1834.
- [3]钟永,蒲佳曦,敖翔,等. 中南大学湘雅医院血液透析患者血管通路现状[J]. 中南大学学报: 医学版, 2017(42): 1274.
- [4]臧晶晶. 中心静脉导管周围纤维蛋白鞘的形成原因与护理[J]. 心理医生, 2018, 24(19): 354-355.
- [5]王慧,侯国存,吴红梅. 抗生素封管对血液透析用带隧道带涤纶套

(上接第 78 页)

3 讨论

癫痫为现阶段常见神经系统病症,疾病反复发作引起短暂性脑功能异常,若疾病发作时,则引起脑卒中缺氧,不同程度损害神经元、引起精神障碍情况发生,分析病因尚未明确,可能与机体免疫低下、神经发育不全等因素有关,患病后患儿长期呈低消耗、营养不良等状况,引起机体出现电解质紊乱现象,影响患儿生长发育,故早期给予针对性治疗有重要意义。

有文献报道^[8],左乙拉西坦用于小儿癫痫患儿中具有可行性,分析发现:①其为新型的抗癫痫制剂,为吡咯烷酮衍生物,经口服用药可对 N 型钙离子通道激活路径阻断,使氨基酸对中枢、神经元回路的抑制作用可间接性增强,对大脑皮层受体起到调节作用,增强抗癫痫效果,减少疾病发作次数,分析药理机制为:用药后在人体中枢神经突触蛋白 SV 中的亚基 2A 作用靶点发挥机制,全面结合突触囊泡 2A,对患儿大脑神经元放电异常情况加以抑制,且蛋白 SV 对囊泡有调节作用,为关键性膜内蛋白质,在人体海马 CA1 锥形细胞中发挥作用,以高电压 N 型为基点,充分体现高选择性特征、钙离子通道激活,可减缓病情;

②左乙拉西坦对抑制剂负压变构可全面解除,对 γ -氨基酸有抑制效果,通过对人体神经突触前神经递质释放产生抑制,将突触前膜蛋白有效阻断,充分体现控制癫痫发作频率的效果,且用药后将人体大脑皮质 γ -氨基酸受体下调阻断,抑制神经元回路效应并改善预后,效果较理想^[9]。

本研究示:①研讨组 MoCA 评分高于基础组($P<0.05$),分析:患儿因慢性意识障碍、感觉障碍等表现,引起认知功能异常,故左乙拉西坦可减缓不适表现、促进认知功能恢复,减缓病情;②NSE、S-100 β 蛋白、IGF-1

中心静脉导管预后影响的 Meta 分析[J]. 包头医学院学报, 2018, 34(6): 23-25.

[6]朱艳,王春霞,张育才. 脓毒症相关性肾损伤:发生机制与连续性肾替代治疗[J]. 中国小儿急救医学, 2018, 25(7): 494-497.

[7]张英,罗艳佳. 透析患者动静脉内瘘血栓形成长度与尿激酶溶栓治疗疗效的相关性研究[J]. 重庆医学, 2019, 48(11): 1895-1896, 1901.

[8]金其庄,王玉柱,叶朝阳,等. 中国血液透析用血管通路专家共识(第 2 版)[J]. 中国血液净化, 2019, 18(6): 365-381.

[9]谭永实,苏小明,马媛媛,等. 尿激酶一次性两端注射配合手法按摩在动静脉内瘘血栓溶栓中的应用[J]. 徐州医学院学报, 2018, 38(1): 46-48.

[10]王彦江,谢席胜,冯胜刚. 尿激酶持续微量泵入对透析患者带隧道带涤纶套导管功能不良的影响[J]. 临床肾脏病杂志, 2018(2): 456-458.

项目名称:早期尿激酶封管联合氯吡格雷对预防和治疗长期透析纤维蛋白鞘的相关性研究

课题编号 2020E01134

及 GFAP 指标低于基础组($P<0.05$),分析:上述指标与神经元受损程度有直接联系,故左乙拉西坦可减缓脑损伤、稳定疾病,促进疾病恢复;③两组比较不良反应无差异($P>0.05$),分析:受个体差异影响,不同患儿用药后出现副作用,影响用药安全,故左乙拉西坦可减少副作用发生,提高用药安全、改善预后;④研讨组较基础组有效率更高($P<0.05$),说明本文与王超^[10]文献一致,故左乙拉西坦可增强疗效、促进疾病恢复,具实践价值。

综上所述:小儿癫痫患儿行左乙拉西坦治疗可促进认知功能恢复,减缓脑损伤,达到预期疗效的同时、减少用药副作用,效果显著。

参考文献:

- [1]杨赛,杨理明,廖红梅,陈玫. 左乙拉西坦添加治疗对小儿癫痫患者认知功能及阵挛发作频率影响分析[J]. 癫痫与神经电生理学杂志, 2018, 27(2): 75-77+83.
- [2]袁圣勇,袁莉,潘北香. 左乙拉西坦与拉莫三嗪治疗新诊断小儿癫痫疗效及对认知功能影响的对比研究[J]. 中国实用医药, 2019, 14(19): 90-92.
- [3]王冬. 左乙拉西坦单药治疗小儿癫痫的疗效及对患儿脑电图和血清胰岛素样生长因子-1、神经元特异性烯醇化酶水平的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2020, 17(2): 191-194.
- [4]刘月娇. 丙戊酸钠联合左乙拉西坦对小儿癫痫患者认知功能的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32(1): 25-27.
- [5]符敏峰. 小儿癫痫应用丙戊酸钠结合左乙拉西坦治疗的效果[J]. 吉林医学, 2021, 42(6): 1423-1424.

阴道分娩顺产接生中不同会阴保护法的运用效果分析

陆英

云南省红河州开远市人民医院 云南开远市 661699

摘要：目的：探讨阴道分娩顺产接生中不同会阴保护法的应用效果。方法：将 2020 年 9 月到 2021 年 9 月在本院进行自然分娩的 32 例产妇作为本次的观察对象，并将这 32 类观察对象随机分为对照组和实验组两组，每组有 16 例阴道分娩顺产的产妇，其中对照组的 16 例阴道分娩的产妇使用常规的会阴保护方法进行保护，而实验组的 16 例阴道分娩的产妇则采取拇指并用托肛保护法进行保护，并将两组阴道分娩产妇会阴损伤的发生率以及护理满意度的情况进行对比和分析。结果：在两组阴道分娩的产妇使用不同的会阴保护法进行保护后，采用拇指并用托肛保护法的实验组阴道分娩产妇会阴损伤的情况以及产妇对护理工作的满意度情况均优于使用常规会阴保护法的对照组阴道分娩的产妇，且两组阴道分娩产妇的会阴损伤情况和对护理工作的满意度情况对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：本文对阴道分娩的产妇使用拇指并用托肛保护法对会阴部进行保护，能够有效的降低产妇会阴部的损伤，同时也可以维护产妇的身体，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：阴道分娩；会阴保护法；产妇

有部分进行自然分娩的产妇由于阴道过高、阴道口过于狭长、胎儿比较大且胎位不正以及阴道炎、性瘢痕和产程过急等因素，会导致产妇的会阴部出现不同程度的损伤情况，如果没有及时的对产妇的会阴部位进行有效的保护措施，还会导致产妇的会阴部出现大量出血以及感染等并发症的情况，延长了产妇产后的恢复期，甚至还会威胁到产妇的生命安全。传统的临床会阴保护措施，只能够在一定程度上预防产妇会阴部出现损伤的情况发生，但是产妇的会阴部损伤几率仍然很高，所以也降低了产妇对护理工作的满意度。而拇指并用托肛保护法是目前临床上认为对产妇会阴部保护的最有效的措施。所以本文将对阴道分娩的产妇使用拇指并用托肛保护法进行保护，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 9 月到 2021 年 9 月在本院进行阴道分娩的产妇 32 例作为本次的观察对象，并将这 32 例阴道分娩的产妇随机分为实验组和对照组两组，每组有 16 例阴道分娩的产妇，其中对照组的 16 例阴道分娩的产妇年龄在 21~39 岁之间，平均年龄在（27.3±2.1）岁，而实验组的 16 例阴道分娩的产妇，年龄在 21~37 岁之间，平均年龄在（27.9±1.8）岁，两组阴道分娩的产妇均为初产妇，并且都是足月妊娠。两组阴道分娩产妇均符合本次研究的纳入标准，纳入标准为：阴道分娩产妇的胎位正常，属于足月妊娠，且自愿参加本次研究，并自愿签署知情同意书，同时产妇的身体健康没有其他疾病；排除标准为：经产妇、凝血功能异常的产妇、心、肝、肾、肺等重要脏器功能不全的产妇、多胎妊娠的产妇和胎儿早产的产妇以及合并妊娠并发症的产妇。两组阴道分娩产妇的临床资料对比后没有明显的差异，不具有统计学意义（ $p>0.05$ ）具有可比性。

1.2 方法

对照组的 16 例阴道分娩的产妇使用传统的会阴保护措施进行保护：护理人员需要指导阴道分娩的产妇保持平卧位的体位，并且在胎头露出 2~3 厘米时，调整产妇的体位，使其保持截石位，这时助产人员应该使用右肘支撑在产床上，右手的拇指和其他的 4 个手指分开，同时使用无菌纱布托住产妇的会阴部位，在将右手的食指以及中指和无名指垫上纱布，并且轻压胎儿的枕头部，使胎儿的胎头能够继续保持俯屈的状态，并经枕下前凶径通过产道口。在产妇出现宫缩的间隙期，助产人员可以放松右手，

等到胎儿的胎头着冠时，右手应该继续保持拖住产妇会阴部的动作，并且不可以离开，同时还应该嘱咐产妇用力，而助产的人员需要帮助胎儿的胎头做仰伸的动作，直到胎儿的胎头完全分娩出。而实验组的 16 例阴道分娩的产妇，则采取拇指并用托肛的保护方法，主要的操作内容：在胎儿的胎头露出 2~3 厘米的时候，助产人员使用拇指将产妇会阴后联合正中部位像内侧进行按压，并利用其他的 4 个手指托住产妇的肛门，在产妇出现宫缩间隙时，可以进行适当的放松，但与对照组的方法一样，不可以把手指移开，直到胎儿分娩出。

1.3 观察指标

在两组阴道分娩产妇使用不同的会阴保护法进行保护后，将两组阴道分娩的产妇会阴部的损伤情况以及产妇对护理工作的满意度情况进行对比和分析。产妇对护理工作的满意度包括非常满意、满意和满意。

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 在两组阴道分娩产妇使用不同的会阴保护法进行保护后，采用拇指并用托肛保护法的实验组阴道分娩产妇会阴部的损伤情况优于采用常规会阴保护法的对照组阴道分娩的产妇，且两组阴道分娩产妇会阴损伤的情况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 两组产妇会阴部损伤的对比情况

组别	会阴完整	会阴侧切	会阴撕裂	会阴损伤率
实验组	14	1	1	12.50%
对照组	10	2	4	37.50%
p				<0.05

2.2 在两组阴道分娩产妇使用不同的会阴部保护法进行保护后，采用拇指并用托肛保护法的实验组阴道分娩产妇对护理工作的满意度情况优于采用常规会阴保护法的对照组阴道分娩的产妇，且两组阴道分娩产妇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 2

表 2 两组阴道分娩产妇对护理工作的满意度情况

组别	非常满意	满意	不满意	护理满意度
实验组	11	4	1	93.75%
对照组	6	5	5	68.75%
P				<0.05

3 讨论

在产妇进行自然分娩的过程中，会阴裂伤是软产道损伤中比较常见的并发症，这种并发症不仅仅会导致产妇在分娩时出现大出血的情况，同时还会影响产妇的生理功能以及产妇的正常生活，所以为了能够减少产妇在自然分娩时出现会阴裂伤的并发症情况，并且保护产妇享有生殖健康的目的是目前在临床上对阴道分娩产妇最重要的问题。

经过调查研究发现导致产妇在自然分娩过程中出现会阴损伤的因素有很多，主要有产妇自身的因素、胎儿的因素和助产人员的因素以及其他方面的因素，虽然导致产妇出现会阴损伤的因素有很多，但是预防产妇出现会阴损伤的措施也有很多，包括对产妇进行产前的措施以及产程的措施等，在这些措施当中产程中的措施能够良好的保护产妇的会阴部位，同时也可以很好的预防产妇会阴部位出现损伤的情况。但是传统的会阴保护法，特别是使用手掌大鱼际的肌肉来保护产妇的会阴部的方法，这种方法会导致助产人员的手掌与产妇的会阴部接触面积比较大，在用力的过程中，会阴部在胎头以及手掌的双重压力下，会出现充血性水肿的情况，而这种水肿会增加会阴部损伤的几率。拇指并用托肛保护法是指助产的人员拇指放在产妇的会阴体后正中部位，而其余的4个手指则是托起产妇的肛门口。这种会阴保护法能够通过拇指的灵活性，使产妇的会阴部受力面积降低，防止大面积挤压会阴部而出现损伤的情况，也能够降低会阴部出现充血性水肿的情况发生，有效的降低了产妇出现会阴部损伤的几率。此外，这种会阴保护法还有利于产妇的阴道充分扩张，从而为产妇的分娩提供非常良好的条件。在本次研究的过程中，采用拇指并用托肛法进行保护的实验组阴道分娩产妇会阴损伤的几率只有12.5%，而采用传统会阴保护法的对照组阴道分娩产妇会阴损伤的几率为37.5%，由此可见，拇指并用托肛的会阴保护法的效果明显的高于传统的会阴保护法，同时实验组的产妇对护理工作的满意度高达93.75%，而对照组的产妇对护理工作的满意度为68.75%，所以拇指并用托肛法，不仅能够有效的保护产妇的会阴部，同时也可以提高产妇在分娩过程中的舒适度，提高产妇对护理工作的满意度。

综上所述，本文对阴道分娩顺产的产妇使用拇指并用托肛保护法进行会阴保护，能够有效降低产妇在分娩过程中出现会阴部损伤的几率，同时也可以提高产妇对护理工作的满意度，促进产妇与医护人员之间的良好关系，降低医患纠纷的发生率，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

[1]谭凤霞.阴道分娩顺产接生会阴保护的临床探讨[J].当代医学,2021,20(24):61-63.

[2]卢清芳,谢广妹,李芳云.非洲黑人产妇与国内产妇会阴裂伤情况对比分析[J].中国妇幼保健,2021,17(5):313.

[3]Sherry Boschert. Hands off the perineum during delivery[J]. Obstetrical & Gynecological Survey, 2021,65(2):71.

[4]彭常珍,李燕玲.扩张阴道法配合保护会阴对产妇分娩影响的探讨[J].国外医学.护理学分册,2021,6(12):799-801.

[5]谭凤霞.阴道分娩顺产接生会阴保护的临床探讨[J].当代医学,

2021,27:61-62.

[6]王磊,宁海燕,杨红.阴道分娩顺产接生会阴保护的临床研究[J].航空航天医学杂志,2021,05:585-586.

[7]王少芳,黄银英,章慧燕.会阴无保护接生技术在低危孕妇正常分娩中的应用[J].解放军护理杂志,2021,03:69-71.

[8]沈卫英,楼建义,王春茶.会阴无保护接生技术在低危初产妇分娩中的应用[J].中国妇幼健康研究,2021,01:82-84.

[9]曾慧荣.无保护助产护理在促进初产妇自然分娩中的应用效果观察[J].齐鲁护理杂志,2021,10:25-27.

[10]韩清.1080例产妇无保护会阴接生法减少会阴裂伤程度的分析[J].中国医药指南,2021,28:192-193.

[11]梅凤艳.探讨阴道分娩顺产接生中不同会阴保护法的应用价值[J].世界最新医学信息文摘,2021,17(A0):243+254.

[12]王霞.探讨阴道分娩顺产接生中不同会阴保护法的应用价值[J].中外女性健康研究,2021(19):27-28.

[13]宋慧.会阴无创不保护分娩护理在阴道分娩产妇中的应用效果[J].国际护理学杂志,2021,38(8):1082-1085.

[14]文丽.无保护会阴接生与传统会阴保护接生对阴道分娩结局的影响[J].世界临床医学,2021,11(7):128-129.

[15]颜姪,何才,梅杨,等.超声引导下阴部神经阻滞在分娩镇痛及会阴保护中的临床效果观察[J].第三军医大学学报,2021,41(10):987-991.

[16]林丽萍.心理护理联合无保护会阴助产对初产妇妊娠结局和新生儿窒息评分的影响[J].中国基层医药,2021,26(3):377-380.

[17]周林容,胡定容.会阴无保护接生技术应用于低危孕妇正常分娩的临床观察[J].大家健康旬刊,2021,11(3):195-196.

[18]郑君宁.预见性护理在阴道分娩产后出血护理中的应用分析[J].临床医学研究与实践,2021,2(34):189-190.

[19]陈芬,何惠明,郑俊云.无保护会阴接生技术对初产妇会阴侧切率和产后疼痛的影响探讨[J].临床医学工程,2021,25(8):125-126.

[20]李庭艳.阴道分娩顺产接生会阴保护的临床探讨[J].智慧健康,2020,6(31):66-68.

[21]祁夏莲.不同会阴保护法在阴道分娩顺产接生时的临床效果观察[J].医学食疗与健康,2020,18(12):48+51.

[22]邓田园,邵志萍,刘光虹.不同会阴保护法在阴道分娩顺产接生时的临床效果观察[J].全科口腔医学电子杂志,2021,7(4):81.

[23]王娟.阴道分娩顺产接生会阴保护的应用价值分析[J].世界最新医学信息文摘,2021,19(94):70+72.

[24]邓田园,邵志萍,刘光虹.不同会阴保护法在阴道分娩顺产接生时的临床效果观察[J].全科口腔医学电子杂志,2021,7(04):81.

[25]张兴兴.不同会阴保护法在阴道分娩顺产接生时的临床效果观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2021,6(14):54.

[26]徐云彩.不同会阴保护法在阴道分娩顺产接生时的临床效果观察[J].健康大视野,2021,(6):261.

[27]张婧,郑恩凤.不同会阴保护法在阴道分娩顺产接生时的临床效果观察[J].医学信息,2021,(41):255-255.

阿司匹林联合波立维口服治疗脑梗塞的应用效果及神经功能缺损评分影响分析

马翠苓

山东第一医科大学附属肥城医院（肥城市人民医院） 山东泰安 271600

摘要：目的：分析阿司匹林联合波立维治疗脑梗塞的临床效果以及对神经功能缺损评分造成的影响。方法：本次研究对象为 66 例脑梗塞患者，所有患者均经病理学及影像学诊断被确诊，均于 2018 年 4 月至 2019 年 12 月在肥城市人民医院神经科接受治疗，根据本组患者的住院时间，按照单双号原则将其分为对照组和实验组，各有患者 33 例，给对照组单纯应用阿司匹林治疗，给实验组应用阿司匹林联合波立维口服治疗，治疗结束后，评估两组治疗效果，检测两组炎症因子水平（IL-6、CRP 和 TNF- α ），在治疗前后，采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评价两组神经功能损伤情况，最后统计两组出现的不良反应，采用专业的统计学软件比较两组效果。结果：在治疗效果方面，实验组（96.97%）较对照组（78.79%）更高，（ $P < 0.05$ ）；治疗后，实验组 IL-6、CRP 和 TNF- α 水平均更低，（ $P < 0.05$ ）；治疗前，两组 NIHSS 评分比较（ $P > 0.05$ ），治疗后，实验组较对照组更低（ $P < 0.05$ ）；在不良反应方面，实验组（12.12%）较对照组（9.09%）稍高，但是（ $P > 0.05$ ）。结论：临床上治疗脑梗塞患者时，在阿司匹林的基础上联合应用波立维口服治疗，能够有效改善患者的神经功能缺损症状，降低炎症因子水平，并且不会引发其他的不良反应，效果较好，建议推广应用。

关键词：波立维；阿司匹林；脑梗塞；临床效果

脑梗塞属于患者局部脑组织出现血液障碍引起的心脑血管疾病，患者极易出现缺氧、缺血等症状，该疾病具有发病急特点，且患者年龄偏大，随着老年人逐年增多，该病发病率呈上升趋势，由于临床典型症状，少数患者表现出恶心、呕吐、眩晕等症状，若不能及时治疗，极易引发患者不良预后情况，严重情况下出现失语、偏瘫等后遗症，威胁患者生命健康、生存质量^[1]。临床治疗主要以药物治疗为主，阿司匹林、波立维属于抗血栓的药物，两种药物均有优点，因此本文通过波立维联合阿司匹林治疗脑梗塞，分析其治疗效果，具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象为 66 例脑梗塞患者，所有患者均经病理学及影像学诊断被确诊，均于 2018 年 4 月至 2019 年 12 月在肥城市人民医院神经科接受治疗，根据本组患者的住院时间，按照单双号原则将其分为对照组和实验组，各有患者 33 例，纳入标准：（1）本次实践经伦理委员会同意；（2）患者首次发病且经 MRI、CT 检查符合为脑梗塞诊断标准^[3]；（3）患者自愿参与、签署同意书。

排除标准：（1）临床资料不全、精神、语言障碍患者；（2）严重心肾脏功能受损；（3）患者不依从医嘱，中途退出实验；（4）对本次研究中所用的药物有过敏史；（5）凝血功能障碍以及其他凝血性疾病。

1.2 方法

所有患者入院后，临床治疗人员根据患者的具体情况给其实施补液治疗、保护脑组织治疗、调控血脂、血糖以及血压等水平的治疗。

对照组患者给予口服阿司匹林肠溶片（拜耳医药保健有限公司；国药

准字 J20171021；0.1g*15 片*2 板/盒）治疗，一次 1 片，一天一次；

实验组患者实施阿司匹林联合波立维治疗，阿司匹林治疗同上，波立维（赛诺菲（杭州）制药有限公司；国药准字 J20130083；75mg*7s）治疗，一次 1 片，一天一次，两组患者均治疗 4 个月。

1.3 疗效观察及评判

治疗结束后，评估两组治疗效果，评价标准：如果患者生活自理能力基本恢复，临床症状基本消失，NIHSS 评分为 1 分及以下则为显效，如果患者生活自理能力与治疗前相比有明显改善，临床症状有明显改善，NIHSS 评分与治疗前相比降低 18%~45%则为有效，如果患者生活自理能力、临床症状基本无改善甚至有所加重，NIHSS 评分与治疗前相比降低程度不到 18%则为无效；治疗后，检查当日清晨叮嘱患者保持空腹的状态，采集患者肘部静脉血 3mL，采用本院全自动血液离心机进行离心处理，将离心仪的转速和离心时间分别设置为 3000r/min 和 10min，取上层血清，对其中的炎症因子水平（IL-6、CRP 和 TNF- α ）进行检测；在治疗前后，采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评价两组神经功能损伤情况，本量表中包括凝视、意识水平、上下肢运动、肢体共济协调、面瘫、忽视、构音障碍、视野、感觉等 10 个项目，总分为 42 分，评分越高，提示神经功能损伤越严重；最后统计两组出现的不良反应，采用专业的统计学软件比较两组效果。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 23.0 统计学软件进行分析，计量资料以（ $\bar{X} \pm S$ ）、计数资料以[n（%）]表示，计量资料、计数资料分别以 t、 χ^2 检验，差异则表示为 $P < 0.05$ ，具有统计意义。

2 结果

2.1 治疗效果

在治疗效果方面, 实验组 (96.97%) 较对照组 (78.79%) 更高, ($P < 0.05$)。见表 1:

表 1 治疗效果比较

组别	例数 (n)	显效	有效	无效	治疗效果 (%)
实验组	33	22	10	1	96.97 (32/33)
对照组	33	14	12	7	78.79 (26/33)
χ^2	-	-	-	-	8.684
P	-	-	-	-	0.008

2.2 比较炎症因子水平

治疗后, 实验组 IL-6、CRP 和 TNF- α 水平均更低, ($P < 0.05$)。见表 2:

表 2 对比两组患者炎症因子水平结果 ($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	IL-6 ($\mu\text{g/L}$)	CRP (mg/L)	TNF- α ($\mu\text{g/L}$)
实验组	33	6.34 $\pm$ 1.22	7.67 $\pm$ 1.43	145.68 $\pm$ 11.21
对照组	33	8.95 $\pm$ 1.39	13.41 $\pm$ 3.12	256.73 $\pm$ 18.75
t	-	6.544	8.325	18.458
P	-	0.001	0.001	0.001

2.3 比较 NIHSS 评分

治疗前, 两组 NIHSS 评分比较 ($P > 0.05$), 治疗后, 实验组较对照组更低 ($P < 0.05$)。见表 3:

表 3 对比两组患者治疗前后 NIHSS 评分结果 ($\bar{X} \pm S$, 分)

组别	例数	实验组	对照组	t	P
治疗前	33	30.19 $\pm$ 7.32	30.43 $\pm$ 6.78	0.675	0.072
治疗后	33	9.45 $\pm$ 1.23	15.64 $\pm$ 3.56	8.451	0.001
t	-	9.780	8.453		
P	-	0.082	0.076		

2.4 不良反应

在不良反应方面, 实验组 (12.12%) 较对照组 (9.09%) 稍高, 但是 ($P > 0.05$)。见表 4:

表 4 对比两组患者不良反应发生率结果[n (%)]

组别	例数	眩晕	黑便	恶心、呕吐	总不良反应 发生率
实验组	33	1	1	2	4 (12.12%)

对照 组	33	1	1	1	3 (9.09%)
χ^2	-	-	-	-	6.231
P	-	-	-	-	0.001

3 讨论

脑梗塞,在临床也称为缺血性卒中、中风,大多由单因素或多因素引起的局部脑组织发生供血障碍,导致缺氧、缺血性病变及坏死情况,尤其是肥胖合并心血管、脑血管等基础疾病的患者^[2]。主要由于血流速度慢,血管容易痉挛,导致血液粘度高,极易发生血小板聚集和血栓形成,临床治疗脑梗死的关键在于抗血小板聚集。科学合理的药物选择是提高患者治疗效果的关键,其中阿司匹林是一种环氧酶抑制剂,有效抑制乙酰化环氧酶、血栓素的合成,阻碍血小板聚集。然而,单独服用阿司匹林治疗效果较差。波立维能选择性抑制作用,主要作用于血小板受体、二磷酸腺苷,血小板无法聚集,实现抗血栓治疗效果^[3]。本文通过对脑梗塞患者给予阿司匹林联合波立维口服治疗,结果显示,实验组治疗有效率 (96.97%) 较对照组 (78.79%) 更高 ($P < 0.05$), 提示,较单一用药相比较而言,联合用药的效果更好。本次研究结果还显示,治疗后,实验组 IL-6、CRP 和 TNF- α 水平均更低, ($P < 0.05$), IL-6 属于一种白细胞介素-6,也是活化的 T 细胞与成纤维细胞产生的一种淋巴因子,因为主要由炎症细胞所释放,其能够准确的表达出机体内的炎症反应情况,其水平升高提示机体内的感染程度增加^[4]。本次研究结果显示经过不同的治疗后, IL-6 水平降低,提示机体内的炎症反应明显缓解。CRP 指的是 C 反应蛋白,属于肺炎链球菌荚膜 C 多糖结合所形成的复合物的蛋白质,一般情况下,当机体出现炎症时,其水平明显升高,除此之外,一些慢性感染性疾病、组织损伤、恶性肿瘤、风湿病等患者机体内的 CRP 水平也会升高^[5]。但本次研究结果显示,经过不同的治疗后实验组 CRP 水平更低,提示机体内的炎症反应明显减轻。TNF- α 指的是肿瘤坏死因子,其参与了机体炎症的发生及发展,能够促进 T 细胞产生多种炎症因子,从而加速了炎症反应的发生,其水平越高提示炎症反应越严重^[6]。本次研究结果显示,经过治疗后实验组 TNF- α 水平更低,提示机体炎症反应有所减轻。本次研究结果还显示,治疗前,两组 NIHSS 评分比较 ($P > 0.05$), 治疗后, 实验组较对照组更低 ($P < 0.05$)。这是因为阿司匹林发挥出了较好的镇痛解热、抑制血小板聚集以及抗血栓等多种功效,较好的减少了血栓的形成,波立维也起到了较好的抑制血小板聚集的作用,阻断了血小板活化增多,两种药物有效结合,促进了患者神经功能的改善^[7]。本次研究结果还显示,在不良反应方面,实验组 (12.12%) 较对照组 (9.09%) 稍高, 但是 ($P > 0.05$)。本次研究中两组患者出现的不良反应主要有眩晕、黑便、恶心呕吐等,阿司匹林治疗的过程中,虽然能够有效抑制机体炎症细胞水平的升高,但是如果超出了正常

(下转第 94 页)

原发性高血压患者的血压与心电图变化的分析探讨

马芳¹ 徐菲² 范秀霞³

宁夏医科大学附属中医医院 宁夏吴忠市 751100

摘要：目的：探讨原发性高血压患者的血压与心电图变化。方法：选择本院2020年5月至2021年8月期间接收的118例原发性高血压患者，随机分为对照组与观察组各59例，对照组患者为单纯性的原发性高血压患者，观察组运用原发性高血压合并心力衰竭患者，均进行血压与心电图检测结果差异。结果：在患者动态血压检测结果上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者心电图监测结果上，观察组 ΣR 、OTC、PTF-V1等动态心电图指标上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在室性心律失常、心肌缺血等心脏异常发生率上，观察组为13.56%和18.64%，对照组25.42%和40.68%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：原发性高血压患者的血压与心电图变化有一定的关联性，心力衰竭等心脏功能异常患者的血压也相对更高，同时不良心脏问题的发生率更为明显。

关键词：原发性高血压；血压；心电图；变化

原发性高血压主要呈现在血压明显升高，导致有关大小动脉受累，引发心、脑、肾、眼等多器官受损，对患者的身体危害大，影响日常生活^[1]。一般运用常规的心电图检查检测心脏情况，容易导致一过性的心肌缺血与心律失常问题出现遗漏，进而导致心脏健康观测情况不能准确全面。本文采集118例原发性高血压患者，分析运用血压与心电图检测结果观察有关差异，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院2020年5月至2021年8月期间接收的118例原发性高血压患者，随机分为对照组与观察组各59例。对照组中，男35例，女24例；年龄从44岁至78岁，平均（ 61.89 ± 5.09 ）岁；病程从6个月至8年，平均（ 4.87 ± 1.07 ）年；观察组中，男31例，女28例；年龄从43岁至79岁，平均（ 62.16 ± 3.54 ）岁；病程从6个月至8年，平均（ 4.43 ± 1.26 ）年；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

对照组患者为单纯性的原发性高血压患者，观察组为原发性高血压合

并心力衰竭患者。

所有患者均运用动态心电图与动态血压有关监护仪。同时患者在检查前一周开始进行有关药物的停用，在其左上臂套上袖带，保持22点到6点之间每1h监测一次血压与心率，在6点到22点之间保持20分钟做一次监测记录。而后由意识做好有关检测结果报告的分析完成。

1.3 评估观察

均进行血压与心电图检测结果差异。血压观察24h的平均收缩压、舒张压，以及夜间、日间平均收缩压、舒张压。心电图主要观察 ΣR 、OTC、PTF-V1、RV5+SV1等指标情况。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者动态血压检测结果情况

如表1所示，在患者动态血压检测结果上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表1：两组患者动态血压检测结果对比（ $\bar{x}\pm s$ ，mmHg）

分组	24hSBP	24hDBP	nSBP	nDBP	dSBP	dDBP
观察组	154.29±8.08*	90.52±5.21	150.54±4.72*	89.54±5.22*	158.72±5.63*	91.58±4.62
对照组	142.58±9.57	88.43±4.25	139.83±3.08	83.15±4.76	141.57±4.82	90.26±3.56

注：两组对比，* $p<0.05$

（ $p<0.05$ ）。

2.2 各组患者动态心电图情况

见表2，在患者心电图监测结果上，观察组 ΣR 、OTC、PTF-V1等动态心电图指标上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表2： 各组患者动态心电图结果（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	ΣR (mV)	OTc (s)	PTF-V1 (mm·s)	RV5+SV1 振幅(mV)
观察组	37.28±4.19*	178.25±9.74*	34.71±4.29*	9.43±1.52*
对照组	59.42±8.14	284.11±10.63	46.37±7.97	13.19±3.41

注：两组对比，* $p<0.05$

2.3 患者心脏异常发生率情况

见表3所示，在室性心律失常、心肌缺血等心脏异常发生率上，观察组为13.56%和18.64%，对照组25.42%和40.68%，对比有统计学意义

表3：患者心脏异常发生率结果[n(%)]

分组	n	室性心律失常	心肌缺血
观察组	59	8 (13.56)	11 (18.64)
对照组	59	15 (25.42)	24 (40.68)

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

原发性高血压一般指代没有明确病因，同时呈现出体循环动脉血压提升的慢性疾病。患者可能在舒张压有关水平上不会持续性地提高，但是在收缩压上面提升且持续性的情况相对明显^[2]。患者有关血压指标水平更高，其整体的靶器官损害性就更为严重，容易导致多样化的心脑血管疾病风险。如果患者长时间地处于较高血压水平，容易导致血管内压力提升，进而导致心脏体积变大，容易引发心力衰竭等不良问题^[3]。

对于有关疾病患者，日常做好常规性的血压监测是常规操作，但是常

规血压监测只能了解某个时间点的血压指标情况,不能全面动态性地观察到血压变化波动,由此导致其监测信息采集得不够全面^[4]。而采用24小时动态血压监测,可以在一定程度上了解患者24小时内全天候的血压变化状况,进而掌握其血压波动特点。尤其是对于早期没有明显症状的原发性高血压情况而言,24小时动态血压监测可以更好地帮助疾病诊断,为有关治疗工作提供更可靠的信息基础^[5]。如果患者合并有肾功能障碍以及心肌梗厚等问题,该血压情况其整体的昼夜血压波动幅度相对更小,其血压指标明显提升过程中,动脉压也会明显提高,心脏搏出量会明显缩减,由此导致心肌耗氧量水平提高,引发心肌血氧供需状况异常,容易导致心力衰竭以及心肌缺血等不良问题。进行原发性高血压监测血压的过程中,需要配合有关心电图的监测,这样可以掌握到更多指标信息,动态心电图可以更好地了解24小时患者心电信号变化情况,对掌握异常性的心电现象有更好的信息参考价值^[6]。

人体中血压自动调节的过程具有较强的复杂性,一般与血管内皮系统儿茶酚胺等有关指标紧密相连,血压调控同时与机体内的中枢神经因素有密切关联^[7]。肾血管性高血压主要是因为肾动脉主干或者分支狭窄以及阻塞所引发,进而导致肾动脉狭窄,促使肾脏血流衰竭,进而引发肾素分泌水平的提升。肾素-血管紧张素-醛固酮系统得到激活,导致外周血管收缩以及水滞留情况明显化,反过来导致血压异常提升,这样就会导致继发性的高血压问题^[8]。实质上,只要是高血压患者,即便属于继发性高血压问题,也容易存在心脏功能与血压方面的波动变化,因此不仅仅是原发性高血压需要考虑的问题。

对原发性高血压的具体病情做好对应的分类管理,可以分为非心衰型以及心衰型。心衰型的患者一般心电图会存在左室电压增高,终末电势绝对值相对大的情况,由此可以作为左室张力增加,左室肥厚与室壁张力提升等有关的参考依据。而一般患者得到治疗之后,可以得到有关疾病情况的改善,进而促使心电图R波振幅得到明显的提升,该结果说明治疗效果相对较好。Qt c 间期延长以及心律失常敏感性的提升,内在的关联性反馈出心衰病情与QT c 间期延长处于对应的正相关性。病情严重性更高,同时其并发症的心律失常的风险性也相对更高。本研究检测结果发现,动态心电图以及动态血压监测在一定程度上可以反馈出更好的血压以及心功能参考信息内容,为有关疾病的诊断以及治疗效果的观察提供一定的证据。有关心电图指标的变化,为心律失常以及心肌缺血提供了更可靠的参考依据,防控漏诊以及误诊的风险,对心脏疾病的预防控制有更好的支持作用。

本研究中,在患者动态血压检测结果上,观察组各项明显高于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$)。在患者心电图监测结果上,观察组 ΣR 、OTC、PTF-V1等动态心电图指标上,观察组各项明显高于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);说明原发性高血压合并有心力衰竭患者,在血压检测结果上有明显的差异。血压的长时间升高会导致心功能受损,而心功能的退化,在一定程度上也可以促使血压水平的恶化。在室性心律失常、心肌缺血等心脏异常发生率上,观察组为13.56%和18.64%,对照组25.42%和40.68%,对比有统计学意义($p<0.05$)。通过该指标发现,将血压与心电图结果做联合检测,在一定程度上可以更好地反馈出疾病状况,减少不良心功能问题的漏诊与误诊率,提升疾病诊断观察的效果。

除了采用有关监测仪器进行血压与心电图的监测,也需要做好设备的维护管理,提升实际应用效果与性能,避免性能偏差而导致的监测结果不准确。同时也需要做好患者的教育指导,提升其配合度,按照医生嘱咐操作进行,禁止不合理行为的出现。让其保持更为专业的佩戴,保证仪器监

测到的数据结果具有精准的效果。实际应用中还发现,多样化的无创便捷性监测仪器,在实际的监测结果上也有一定的差异性。现在有动态心电与动态血压二合一的监测仪器,通过有关Holter技术,有助于对应的功能性、重复性、准确性得到稳步提升。通过24h连续性、动态性、同步性的血压、心电监测,有助于信息采集的完善便捷性。如果ST段压低在设定值之下,则可以有对应的血压测量自动触发调控,由此对心肌缺血问题时的血压做对应的监测肌瘤。24hHRV全息报告,24h电池跟踪检测,由此保证信息采集的完整性。有关仪器需要做好定期的维护保养,同时也需要依据实际的需求做好更新换代,提升有关设备技术支持上的先进性。在使用之前,需要做好对应的教育指导,让患者知晓有关检测的价值、注意事项,配合有关工作的开展。可以提供口头强调,回复患者的提问,同时针对患者个体化问题做针对性的提醒。也可以提供对应的书面手册内容,提升手册指导的细致性,可以配合图文,也可以运用手机电子文章,将视频、图文以及音频等素材集中在内,提升内容表达的清晰性。具体处理应对上,也需要考虑个人实际需求所需,提升指导工作的有效性。

除了专业的治疗,也需要做好有关基础建设工作,让患者保持平稳的情绪,避免因监测而情绪敏感异常。让其保持平常心,这样才能够更好地反馈真实数据信息,避免异常心理状况下导致的数据失准问题。必要情况下,可以通过注意力转移以及娱乐活动等方式来进行患者的情绪建设工作,让其更平稳的心态完成有关检查工作,保证最终的监测结果准确性。随着医疗理念的不断先进,技术的支持,方法的多样化,促使有关工作的开展也有了更多的选择。作为医护人员而言,需要掌握新事物,病情积极的选择有利于具体环境与人员的所用支出,提升工作开展效率。对于实际检测工作中,可能出现的误差做进一步的控制。本研究样本量相对有限,可以反映一定的检测结果趋向,但是随着研究的深入,还需要进一步地完善优化,提升工作开展的实际成效,积累更多的样本量,以及更复杂的特殊案例情况,保证研究工作的全面性。

总而言之,原发性高血压患者的血压与心电图变化有一定的关联性,心力衰竭等心脏功能异常患者的血压也相对更高,同时不良心脏问题的发生率更为明显。

参考文献:

- [1]鲁兰兰. 24小时动态心电图分析原发性高血压患者无症状心肌缺血与心率变异性的关系[J]. 医学食疗与健康,2021,19(16):185-196.
- [2]程海,李田田,申红霞. 心电图P波与原发性高血压左心室舒张功能的相关性分析[J]. 首都食品与医药,2020,27(18):31.
- [3]李芳,许毅,韩敏. 原发性高血压患者血压昼夜节律变化与心律失常相关性研究[J]. 临床医药实践,2020,29(4):287-289.
- [4]楼芳艳,葛莹. 原发性高血压患者窦性心率震荡和心率变异性的变化[J]. 中国现代医生,2022,60(1):107-109,113.
- [5]马雪,赵悦,赵欣,等. 动态血压与动态心电图同步监测肾实质性高血压的临床意义[J]. 健康之友,2021(1):47.
- [6]吴圆一. 动态心电图联合动态血压监测在临床肾性高血压患者中的应用研究[J]. 当代医学,2021,27(32):115-117.
- [7]胡耀武,张玉莲. 动态心电图和动态血压同步监测在缺血性脑卒中患者诊断中的临床价值[J]. 岭南心血管病杂志,2020,26(1):62-66.
- [8]黄丹. 社区医院高血压患者动态血压监测临床效果评价[J]. 中国社区医师,2020,36(20):51-52.

血必净不同剂量在脓毒症患者中的应用效果观察

蒙自杰 黎代强 陈琳 林泽华

广西壮族自治区贺州市人民医院 重症医学科 广西贺州 542899

摘要：目的：观察血必净不同剂量在脓毒症患者中的应用效果。方法：选取 2019 年 1 月—2021 年 1 月贺州市人民医院收治的 150 例脓毒症患者，随机分组，观察组在脓毒症患者中应用血必净用药剂量为 100ml、q12h，对照组在脓毒症患者中应用血必净用药剂量为 50ml、q12h，对比两组脓毒症患者的肾功能指标、氧合指数、急性生理与慢性健康 APACHEII 评分、炎性因子、多器官功能障碍综合征发生率、脓毒性休克发生率、治疗有效率情况。结果：两组脓毒症患者治疗前、治疗后 3d、治疗后 8d 血肌酐、血尿素氮、血清胱抑素 C 对比结果差异显著（ $P < 0.05$ ）；两组脓毒症患者治疗前、治疗后 3d、治疗后 8d WBC、CRP、PCT 对比结果差异显著（ $P < 0.05$ ）；两组脓毒症患者治疗前、治疗后 3d、治疗后 8d 氧合指数和急性生理与慢性健康 APACHEII 评分对比结果差异显著（ $P < 0.05$ ）；两组脓毒症患者治疗前、治疗后 3d、治疗后多器官功能障碍综合征发生率和脓毒性休克发生率对比结果差异显著（ $P < 0.05$ ）；两组脓毒症患者治疗有效率对比结果差异显著（ $P < 0.05$ ）。结论：脓毒症患者应用血必净不同剂量在 100ml、q12h 下的应用效果更加显著。

关键词：血必净；不同剂量；脓毒症患者；应用效果

前言：脓毒症是由细菌等病原微生物侵入机体引起的全身炎症反应综合征。除全身炎症反应综合征和原发感染病灶的表现外，重症患者还常有器官灌注不足的表现，大体包括既往的败血症和脓毒血症，该病发生率和致死率均比较高，按照严重程度可分为脓毒症、严重脓毒症和脓毒性休克^[1]。本院于 2019 年 6 月至 2021 年 6 月收治的脓毒症患者中，随机选取 150 例作为样本，观察血必净用药剂量在 50ml、q12h 与 100ml、q12h 两种剂量下脓毒症患者的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月—2021 年 1 月贺州市人民医院收治的 150 例脓毒症患者，随机分为观察组（75 例）和对照组（75 例）。采用随机数字表法将入组患者分为观察组和对照组，观察组男女各为 38 例和 37 例，平均年龄（ 56.68 ± 7.72 ）岁，其中 40 例脓毒症病因为肺部感染、18 例脓毒症病因为糖尿病、13 例脓毒症病因为泌尿系感染、4 例脓毒症病因为胰腺炎；对照组男女各为 35 例和 40 例，平均年龄（ 56.24 ± 7.57 ）岁，其中 35 例脓毒症病因为肺部感染、20 例脓毒症病因为糖尿病、13 例脓毒症病因为泌尿系感染、7 例脓毒症病因为胰腺炎。两组资料具有可比性，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：经诊断符合脓毒症标准的患者、脓毒症发作后出现休克或者进行性多器官功能不全表现的患者且签署知情同意书愿意参与本实验。

排除标准：存在慢性肾病、肾炎、肾移植史、免疫系统疾病、半年内服用糖皮质激素或免疫抑制剂、拒绝参与本实验的患者^[2]。

1.2 方法

随机分组，两组均给予常规抗感染、扩容补液及营养支持情况下，观察组在脓毒症患者中应用血必净（天津红日药业股份有限公司，国药准字 Z20040033，每支装 10ml）100 mL 溶于 0.9% 的 50mL 生理盐水中，中

心静脉滴注，q12h，对照组在脓毒症患者中应用血必净 50 mL 溶于 0.9% 的 50mL 生理盐水中，中心静脉滴注，q12h。

1.3 观察指标

对比两组脓毒症患者的肾功能指标、感染指标（白细胞 WBC，C-反应蛋白 CRP，降钙素原 PCT）、氧合指数、急性生理与慢性健康 APACHEII 评分、多器官功能障碍综合征发生率、脓毒性休克发生率、治疗有效率情况。急性生理与慢性健康 APACHEII 评分主要从急性生理、年龄及慢性健康等方面对 oAPSI2 项生理指标进行评价，APACHEII 评分满分为 71 分，评分越高表示患者病情越重，死亡率越高。若脓毒症患者治疗 3d 后肾功能指标明显好转、肾损伤标志物明显下降、多器官功能障碍综合征和脓毒性休克发生率显著下降表示治疗效果显著，若脓毒症患者治疗 8d 后肾功能指标明显好转、肾损伤标志物明显下降、多器官功能障碍综合征和脓毒性休克发生率显著下降表示治疗效果有效，若脓毒症患者治疗 3d 后肾功能指标未明显好转、肾损伤标志物未明显下降、多器官功能障碍综合征和脓毒性休克发生率未显著下降表示治疗效果无效^[3]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件处理数据，计数资料采用 χ^2 检验，以（%）表示。计量资料采用 t 检验，以（均数±标准差）表示。 $P < 0.05$ 视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血肌酐、血尿素氮、血清胱抑素 C 肾功能指标对比

两组对比结果差异显著（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 血肌酐、血尿素氮、血清胱抑素 C 肾功能指标对比

组别	例数	阶段	血肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	血尿素氮 (mmol/L)	血清胱抑素 C (mg/L)
观察	75	治疗前	215.6±31.3	21.8±8.5	1.8±0.6

组	75	治疗后	183.7±25.6	18.4±6.8	2.0±0.7
		3d			
	75	治疗后	121.3±12.5	12.6±4.1	1.6±0.5
		8d			
对照	75	治疗前	216.3±31.4	21.9±8.6	1.8±0.6
	75	治疗后	196.4±26.5	19.2±7.1	1.9±0.6
		3d			
	75	治疗后	153.2±15.3	15.5±4.5	1.3±0.6
		8d			
P	-	-	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 WBC、CRP、PCT 对比

两组对比结果差异显著（P<0.05）。见表 2。

表 2 WBC、CRP、PCT 对比

组别	例数	阶段	WBC (10 ⁹ /L)	CRP (mg/L)	PCT (ng/mL)
观察组	75	治疗前	24.7±5.6	180.69±19.60	15.93 ± 2.18
	75	治疗后	13.4±3.8	126.17±13.09	12.87±1.67
		3d			
	75	治疗后	9.8±2.6	85.36±11.88	5.32±1.68
		8d			
对照组	75	治疗前	24.8±5.5	181.08±20.15	15.35±2.36
	75	治疗后	20.0±3.7	146.37±15.2	13.56±1.89
		3d			
	75	治疗后	14.6±3.5	124.87±13.79	7.32 ± 2.05
		8d			
P	-	-	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 氧合指数、急性生理与慢性健康 APACHEII 评分对比

两组对比结果差异显著（P<0.05）。见表 3。

表 3 氧合指数、急性生理与慢性健康 APACHEII 评分对比

组别	例数	阶段	氧合指数 (mmHg)	急性生理与慢性健康 APACHEII 评分 (分)
观察组	75	治疗前	279.0±120.6	17.8±3.6
	75	治疗后	320.0±160.8	16.1±2.8
		3d		
	75	治疗后	380.2±48.5	12.5±2.1
		8d		
对照组	75	治疗前	278.4±129.1	17.7±3.5
	75	治疗后	298.5±112.8	17.2±2.5
		3d		

	75	治疗后	322.6±80.9	14.6±2.4
		8d		
P	-	-	<0.05	<0.05

2.4 多器官功能障碍综合征、脓毒性休克发生率对比

两组对比结果差异显著（P<0.05）。见表 5。

表 5 多器官功能障碍综合征、脓毒性休克发生率对比[n(%)]

组别	例数	阶段	多器官功能障碍综合征	脓毒性休克	
征					
观察组	75	治疗前	50 (66.67)	18 (24.00)	
	75	治疗后	20 (26.67)	5 (6.67)	
		3d			
	75	治疗后	14 (18.67)	2 (2.67)	
		8d			
	对照组	75	治疗前	49 (65.33)	18 (24.00)
对照组	75	治疗后	35 (46.67)	12 (16.00)	
		3d			
	75	治疗后	27 (36.00)	8 (10.67)	
		8d			
	P	-	-	<0.05	<0.05

2.5 治疗有效率

两组对比结果差异显著（P<0.05）。见表 6。

表 6 治疗有效率[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	75	41 (54.67)	11 (14.67)	23 (30.67)	52 (69.33)
对照组	75	36 (48.00)	5 (6.67)	34 (45.33)	41 (54.67)
P	-	-	-	-	<0.05

3 讨论

有文献报道，血必净用于脓毒症治疗中具有可靠性，分析发现：①其为今达教授以古方为基点研制成的纯中药制剂，涉及丹参、川芎、红花、赤芍及当归等中药材，其中红花具有活血通经、祛瘀止痛功效，用药后对心肌供血加以改善、抑制血小板聚集，增强镇痛、抗炎效果，避免生成血栓，充分发挥抗氧化、扩血管及降压等作用；川芎有活血行气、祛风止痛功效，用药后对血小板激活产生抑制，改善微循环，释放并清除氧自由基，减缓肺水肿程度、避免机体发生缺血再灌注损伤现象；②丹参有活血化瘀、通经止痛功效，用药后对线粒体加以保护，增强降血脂、抗感染作用，保护肝细胞、增强抗动脉粥样硬化作用，利于控制疾病进展，且赤芍对毛细血管通透性加以减缓，对血小板聚集产生抑制，避免机体形成炎性肉芽、预防发生再灌注受损现象，诸药配伍可充分发挥抗炎、抑菌及抗内毒素等功效，但用药剂量差异仍有较大争议。

本研究就不同剂量的血必净治疗脓毒症效果进行对照观察,结果显示:观察组总有效率明显高于对照组,差异显著有统计学意义 ($P < 0.05$); 肾功能指标、感染指标 (白细胞 WBC, C-反应蛋白 CRP, 降钙素原 PCT)、氧合指数、急性生理与慢性健康 APACHEII评分、多器官功能障碍综合征发生率、脓毒性休克发生率的对比上,两组数值经治疗后均有不同程度改善,但组间对比,观察组改善更加明显。

综上所述,脓毒症患者在接受血必净剂量在 100ml、q12h 下的应用效果更加显著,能更有效的改善患者临床症状及指标,在临床应用中值得提倡。

参考文献:

- [1]曹钰,柴艳芬,邓颖,方邦江,刘明华,卢中秋,陆一鸣,聂时南,钱传云,田英平,杨立山,姚咏明,尹文,于学忠,张新超,赵敏,赵晓东,周荣斌,朱华栋,朱曦,曾红科.中国脓毒症/脓毒性休克急诊治疗指南(2018)[J].临床急诊杂志,2018,(09):567-588.
- [2]曹世雄,黄河,王建中.血必净对脓毒性休克患者炎症反应的影响[J].深圳中西医结合杂志,2021,(09):42-44.
- [3]徐思思,李芳澜,康建媛,李海文,郭绍举.血必净联合西医疗法治疗急性胰腺炎疗效的 Meta 分析[J].云南中医学院学报,2021,(01):30-41.
- [4]段茹,孙达,贺晴,赵敏.探索血必净注射液调节细胞因子在治疗新冠肺炎中的作用[J].中国处方药,2021,(01):9-13.
- [5]李东.血必净治疗重症肺炎的研究进展[J].实用医技杂志,2021,(01):45-46.

(上接第 89 页)

剂量,则极易引发消化道、出血等不良反应。波立维的应用有效的弥补了阿司匹林的用药劣势,两者优势互补,保证了治疗效果,并且波立维基本不会引发一些较为严重的不良反应。本次研究中出现了不良反应均在停药后缓解。进一步证实了阿司匹林联合波立维口服治疗脑梗塞患者的安全性。

阿司匹林属于临床治疗风湿病、关节痛、上呼吸道感染及发热等疾病,对血小板聚集具有显著的抑制作用也,从而控制血栓形成,因此常被临床用于预防术后血栓、短暂性脑缺血疾病形成,有效减少心肌梗死复发,降低急性疾病风险^[8]。波立维属于能溶于冰醋酸、乙醇、甲醇、水的白色或白色结晶粉末,常用于治疗缺血性脑中风,诱导血小板聚集,并与患者的红细胞膜结合,从而提高患者的红细胞变形功能,有效减少不良反应^[9]。预防动脉粥样硬化血栓形成。因此将两种药物联合治疗后,有效改善患者血流状态,减少对神经功能的损害,抑制炎症反应,同时降低不良反应发生率,促进患者身体早日恢复健康状态^[10]。

综上所述,临床上治疗脑梗塞患者时,在阿司匹林的基础上联合应用波立维口服治疗,能够有效改善患者的神经功能缺损症状,降低炎症因子水平,并且不会引发其他的不良反应,效果较好,建议推广应用

参考文献:

- [1]刘婧.脑梗塞患者给予阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗的临

[6]廖云海,卢静,王志民,许钦.血必净注射液对脓毒症心肌保护的临床研究[J].中国医药科学,2020,(22):55-57.

[7]王者超,冯华国,唐均成,周渝阳,谭晓开,冯毅,代国华,董晓灵.血必净对胆道结石合并急性胆管炎患者炎症因子水平的影响研究[J].重庆医学,2020,(24):4062-4065.

[8]董芸,张飞,倪华栋.血必净注射液对急性重症胰腺炎的治疗效果[J].中华中医药学刊,2020,(09):237-240.

[9]潘阳,刘果.血必净用于重症脓毒症和脓毒症休克治疗的效果[J].中外医学研究,2020,(22):157-158.

[10]吴玉娇,张晶,漆立军.血必净注射液治疗脓毒症临床疗效和安全性的 Meta 分析[J].中华危重病急救医学,2020,(06):691-695.

[11]冯艳,陈德珠,钟建,魏清兰,张前茜.血必净注射液治疗脓毒症合并心功能障碍患者的疗效和安全性[J].中国实用医药,2020,(17):124-126.

[12]刘远波,曾明昊,黄一洪.血必净治疗脓毒症合并急性肾损伤的研究进展[J].广西医学,2020,(10):1299-1302.

[13]孙荣青,梁明,杨宏富,刘启龙,马宁,魏丹,董方杰.血必净对脓毒性休克患者炎症反应及预后的影响[J].中华危重病急救医学,2020,(04):458-462.

[14]刘静婷,曹学东,李会芳.血必净注射液治疗脓毒症有效性的 Meta 分析[J].山西中医药大学学报,2021,(01):12-18.

床价值研究[J].系统医学,2020,5(21):62-64.

[2]齐会珍,萨努巴尔·麦麦提.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞的临床价值研究[J].中国保健营养,2020,30(26):89.

[3]魏俊平.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗死的有效性和安全性[J].健康必读,2020,13(35):9.

[4]王淑珍.分析阿司匹林+硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗死的临床效果及不良反应观察[J].中国保健营养,2020,30(2):309.

[5]郝金余,高焱.氯吡格雷联合阿司匹林对脑梗塞患者凝血功能及神经功能的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2021,18(5):217-220.

[6]张光伟.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞的应用效果及神经功能缺损评分影响分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(5):53.

[7]吴长雷.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞的应用效果及神经功能缺损评分影响分析[J].医学食疗与健康,2020,18(7):86-87.

[8]赖沛生,吴泽亮.联用阿司匹林加氟桂利嗪治疗脑梗塞患者对其血流变学及神经功能的影响分析[J].智慧健康,2021,7(2):164-166.

[9]牛英杰.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗脑梗塞的临床有效率及对神经功能缺损症状影响观察[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2018,18(57):145,150.

[10]陈亮.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞的应用效果及神经功能缺损评分影响分析[J].健康忠告,2021,15(24):58,60.

PCA（病人自控镇痛）在晚期肿瘤患者中的镇痛效果

王爱新

宁夏固原市人民医院 宁夏固原 756000

摘要：目的：探索 PCA 在晚期肿瘤患者中的镇痛效果，规范疼痛管理，为形成癌痛规范化病房提供依据。方法：将我科诊治的 76 名晚期肿瘤患者分为两组，实验组 38 名晚期癌痛患者采用 PCA（病人自控镇痛）镇痛，对照组 38 名采取常规镇痛。结果：实验组患者疼痛评分明显低于对照组，实验组生活自理能力高于对照组，疼痛控制的满意度明显高于对照组（ $p<0.05$ ）。结论：运用 PCA（病人自控镇痛）对晚期肿瘤患者进行疼痛控制，以提升患者满意度、降低其疼痛感、减轻痛苦、提高生命质量。

关键词：PCA；晚期肿瘤患者；疼痛控制；患者满意度；癌痛规范化病房

近年来,随着社会的快速发展,快节奏的生活方式及社会压力的增加,使癌症患者数量逐年增加,而在临床治疗中,癌症患者可采用手术治疗、化学治疗、放 射线治疗、靶向治疗等治疗方法。但是在治疗期间,多数癌症患者,尤其是癌症 晚期患者都会有明显的疼痛感,剧烈的疼痛导致患者无法保证正常的睡眠,给患者的身心健康和治疗都带来了严重的影响^[1]。多数此类患者仍以口服或注射阿片类药物为主要止疼方法,此类方法,止疼时间短、起效慢,不适用于呕吐,不能进食的患者,患者依存性差,部分患者不能达到止疼的效果,从而降低患者及患者家属的生活质量,我科室对晚期肿瘤患者采取 PCA 进行止痛,极大程度上减轻晚期肿瘤患者的疼痛,提高生活自理能力,优化生命质量。

一、资料与方法

1、一般资料

1.对象

选取我科在 2019 年 12 月-2020 年 11 月收治的 76 例晚期肿瘤患者作为实验研究对象,其中实验组 38 例,对照组 38 例,患者年龄 20—70 岁之间,病种为胃癌,肺癌,乳腺癌等,均有不同程度的扩散或转移,所选实验病例均没有精神障碍、高血压、糖尿病等方面疾病,没有采取辅助放疗,能经口给药、依存性好。

2、方法

(1)分组:将晚期肿瘤患者根据疾病种类和疼痛评分分为使用 PCA（病人自控镇痛）的实验组和采取常规镇痛措施对照组,实验组使用 PCA（病人自控镇痛）。PCA 设定为负荷剂量,背景剂量,PCA 剂量,锁定时间。



(2) 培训,对负责实验组的护理人员培训 PCA（病人自控镇痛）功能、使用流程并录制视频发到肿瘤护理群,对使用过程做到随时指导。(3) 加强宣教、科室制定宣传海报、健康小处方、通过 317 护健康宣教平台等多种形式进行健康教育。居家疼痛患者教会病人 PCA（病人自控镇痛）使用

方法并将录制的视频上传到病人及家属手机,利用电话每天随访疼痛的程度、发生的次数、PCA 剂量的次数。(4) 观察镇痛效果,制定表格,统计实验组和对照组实施镇痛措施后疼痛的程度、发生的次数。(5) 制定满意度调查表,对 PCA（病人自控镇痛）的安全性、便捷性以及疼痛控制的有效性进行调查。

3、观察指标

晚期肿瘤患者疼痛管理、使用 PCA 之后晚期肿瘤患者疼痛管理,使用疼痛评估工具进行疼痛评估（数字分级法），生活自理能力评估量表。

4、统计学方法

用 SPSS 13.0 进行统计分析,率的比较采用卡方检验,组间比较采用 t 检验; 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1、表一、表二所示:使用 PCA 实验组晚期肿瘤患者疼痛评分显著低于对照组。

表一疼痛效果分析

		疼痛级别		P 值
指标	组别	中度疼痛 评分 4-6 分 (采取干预 措施前评 分)	轻度疼痛 评分 1-3 分 (采取干预措施后 评分)	0.5425
疼痛 评分	对照组 (例)	21	13	
	实验组 (例)	21	19	

表二疼痛效果分析

		疼痛级别	P 值
--	--	------	-----

指 标	组别	重度疼痛评分	轻度疼痛评分 1-3 分	0.5425
		7-10 分 (采取干预措施前评分)	(采取干预措施后评分)	
疼痛评分	对照组 (例)	17	5	
	实验组 (例)	17	14	

2、表三所示：使用 PCA 实验组晚期肿瘤患者爆发痛的有效控制，患者生活自理能力及满意度明显高于对照组。

表二患者满意度调查

组别	爆发痛的有效控制	P 值	生活自理能力	P 值	满意度	P 值
对照组 38 例	18	0.5425	10	0.8377	11	0.5694
实验组 38 例	33		18		30	

三、结论

晚期肿瘤患者主要需解决的问题就是疼痛的控制，早在 1979 年世界卫生组织（WHO）和国际疼痛协会（IASP）就对癌症给予了定义，“疼痛是组织损伤或潜在组织损伤所引起的不愉快感觉和情感体验”，1995 年美国疼痛学会主席将疼痛列为第五大生命体征，PCA 是 70 年代初出现的一种新型镇痛方法，主要特点是患者可以通过自身的需求来调控剂量，达到不同患者，不同时间，不同地点，不同的止痛要求，具有给药速率可调、PCA 剂量可调、给药精度精确、锁定时间可调、安全性高等特点。使用 PCA 的患者多能有效控制疼痛，改善睡眠，减轻了对疼痛的应激反应，PCA 打破了传统模式，使血药浓度达到一个稳定的状态，能很好的解决患者疼痛控制的最低要求，提高晚期肿瘤患者的生活质量，提高患者的满意度。

四、讨论

2017 年公布的中国癌症统计年报数据显示，中国癌症患者的数量不断攀升，2013 年癌症新发人数增加到 368 万，占世界的 1/4^[1]；癌痛患者占肿瘤患者的 50%以上，其中 1/3 是中重度疼痛^{[2][3]}。

疼痛是一种疾病，是一种复杂的心理生物学过程，是人类大脑对机体一定组织损伤或可导致损伤刺激作用产生的一种不愉快的主观感觉。疼痛可涉及全身各部位、各系统器官和组织，引起疼痛原因是多方面的。近

年来随着癌症患者数量的逐年增多，疼痛成为了癌症患者，尤其是癌症晚期患者在临床症状表现中主要主诉。而造成癌症晚期患者出现疼痛的原因大致有以下几点：①治疗方式，化学治疗、放射线治疗等治疗方式有可能对患者的正常细胞造成损害；②恶性肿瘤组织对邻近神经或者邻近组织造成直接压迫，从而导致神经或者组织对应的部位出现缺血，以致坏死；③大多数癌症晚期患者对死亡或者疾病怀有强烈的恐惧感，这就导致了患者的疼痛阈值有所降低。在临床上，有近 80%的癌症晚期患者会有疼痛现象发生，而在这其中，有大约 50%左右的患者为剧烈疼痛，且有 30%的患者为难容忍的剧烈疼痛^[4]。疼痛是晚期肿瘤患者主要产生的并发症之一，由于疼痛多为主观感受，因而不仅对患者的生理，更对其心理产生严重的不利影响^[5]。疼痛的位置常指示病灶所在，而疼痛的的性质间接说明病理过程的类型，疼痛是否能够得到有效的控制，是晚期肿瘤患者的首要治疗干预结果。通过普通口服镇痛药效果不佳且无法经胃肠道给药的患者，如盐酸羟考酮缓释片，它的活性成分为盐酸羟考酮，属于吗啡类的阿片类药物激动剂，需根据患者疼痛程度进行服用，多用于中重度疼痛患者，但值得注意的是，患者在接受治疗的过程中，可能会出现便秘、恶心、呕吐、排尿困难、多汗等不良反应^[6]。它的副作用多，不易消除。而如何能不通过胃肠道，快速，准确，有效的控制疼痛，是现如今急需解决的问题。

PCA 是 20 世纪 70 年代初 sechzer 提出的一种全新的治疗方法，但多用于术后镇痛，但很少用于难治性癌痛治疗，近几年随着人们对癌症患者的关注，和对癌痛的认识，有很多研究表明，在中国的癌症患者中，57.1%有经常发作或持续性癌痛，28.2%有>7 分的重度癌痛，70%未得到规范化治疗，45.8%认为经过治疗后，癌痛并没有得到很好的缓解。PCA 技术现已广泛用于难治性癌痛的治疗。且是一门成熟的技术，主要用于术后疼痛和后期癌症疼痛治疗，自控镇痛，是在硬膜外镇痛的基础上 逐渐发展而来，可以由患者或者患者家属依据患者的实际疼痛情况做出相应的药量调整。采用自控镇痛的优势在于，可以让镇痛药的浓度保持恒定，以少量的药物剂量达到了最佳的 止痛效果；而且采用这种止痛模式，可以让患者自行控制，从而满足了个别患者进行个体化治疗的一个要求。不仅如此，采用自控镇痛模式进行疼痛治疗，可有效降低药物带来的不良反应发生率，而且还延长了药物的作用时间，使患者血液中的血药浓度可以维持一个较长的有效期，不仅减少了护理人员的工作量，还能够持续止痛^[7]。PCA 可快速缓解疼痛，一般首选静脉给药，几乎所有阿片类药物都可使用此途径给药，其阿片受体激动后产生的不同效应分型，因此产生镇痛效果^[8]。PCA 可以实现按需给药、按时给药、实现个体化护理，患者可以自己控制，家中在家人的陪伴下完成操作。在使用过程中会出现一些不良反应，但是经过我们护士有效宣教，细心护理，及时报告医生给予处理都可以有效解决。

本研究结果显示，实验组与对照组 38 名患者，其中 21 名中度疼痛（评分 4-6 分），对照组 21 名患者中有 13 名疼痛可以控制到不影响患者睡眠，

（下转第 99 页）

母乳喂养指导对提高哺乳质量的影响评价研究

王芳

山东省栖霞市中医医院 山东烟台 265300

摘要：目的：分析母乳喂养指导对哺乳质量的影响。方法：针对我院分娩的产妇作为观察对象，以随机数字法将产妇分为对照组、观察组，分别采取常规护理及母乳喂养指导，分析不同干预模式下的哺乳质量及哺乳知识掌握情况。结果：观察组认知率比对照组高， $p<0.05$ 。产后1周及1个月母乳喂养率对比无显著差异， $p>0.05$ ，产后3个月的观察组母乳喂养率比对照组高， $p<0.05$ 。观察组产后泌乳始动时间与对照组相比无明显差异， $p>0.05$ ；产后1d及3d的泌乳评分比对照组高， $p<0.05$ 。观察组满意度比对照组高， $p<0.05$ 。结论：产后为产妇提供母乳喂养指导，有利于提升母乳喂养质量，促使产妇掌握丰富的哺乳知识，对新生儿健康成长具有重要的影响。

关键词：母乳喂养；哺乳质量；认知率；满意度

母乳中含有大量的促进新生儿成长营养物质，且此类营养物质易被新生儿吸收，达到新生儿的成长要求，提升新生儿的免疫力及抵抗力，确保新生儿健康发育。初产妇对母乳喂养知识了解不多，在产后母乳喂养时比较盲目^[1]。母乳喂养作为科学育儿方法，出生4-6个月的婴儿以母乳喂养，可满足生长发育的基本要求。产妇若对母乳喂养知识认识不足，不正确使用母乳喂养方法，对新生儿的成长将产生影响。对此，对产妇提供母乳喂养指导，有利于提升产妇对母乳喂养知识的掌握情况，使产妇在产后顺利展开母乳喂养^[2]。母乳喂养对产妇身体也有益处，护理人员应当向产妇说明，从而提升产妇母乳喂养的依从性，积极学习母乳喂养的技巧。本研究将我院纳入的产妇作为研究对象，分析不同指导方法对产妇哺乳质量的影响。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2020年1月-2022年5月纳入的100例产妇作为观察对象，随机数字法将产妇分为对照组、观察组，两组产妇各有100例，其中，顺产81例，剖宫产19例。对照组产妇年龄在20-35岁，平均年龄 (27.54 ± 4.12) 岁。观察组产妇年龄在21-36岁，平均年龄 (27.45 ± 5.12) 岁，两组产妇一般资料对比 $p>0.05$ 。

1.2 方法

对照组：患者在住院期间，护理人员常规对产妇进行指导，并通知产妇定期产检。等待分娩后，护士常规对产妇进行指导，比如，通过宣传手册及视频指导，纠正产妇错误的母乳喂养方法。

观察组：为产妇施以针对性母乳喂养指导。①产前：产妇在产前易出现紧张焦虑心理，产前母乳喂养指导可转移产妇注意力，使产妇将目光集中在育儿上，让产妇注意母乳保健，避免发生乳头皲裂及内陷。护理人员适当使用清水擦拭乳头，若乳头内陷使用手指对四周进行牵拉及按摩^[3]。并组织孕妇共同学习，宣传母乳喂养知识，为产妇发放相关的母乳喂养手册或者宣传视频，提升产妇母乳喂养的信心。②产后：产后母乳喂养是关键，产妇需要将学习到母乳喂养知识落到实处，产后1h可实施早吸吮、早接触的原则，鼓励产妇喂养新生儿。产后哺乳没有时间及次数限制，哺乳前使用干净的毛巾热敷在产妇乳头及乳腺周围，热敷时间为3min，适当对乳房进行按摩。产后哺乳需选择舒适的体位，降低哺乳不适感，以免对产妇的心理产生影响。在侧卧位哺乳过程中，产妇以舒适的体位平躺，后

背放置软枕，婴儿侧放在产妇身旁，紧贴于产妇胸前，面部朝向乳房，婴儿头部及后背形成一条直线^[4]。产后一侧胳膊放在婴儿后背及臀部，或者在婴儿背部放置一个软垫，产妇一只手托起婴儿乳房放在婴儿口中，便于婴儿吸吮。处于坐位哺乳条件下，产妇后背与婴儿身下可放置一个软垫，产妇一只手托起乳房，适当抬高哺乳侧，婴儿肩部及头部处于哺乳同一平面，便于婴儿吸吮乳房，使用中指及食指夹住乳晕，将乳头放入婴儿口中即可。哺乳应当满足新生儿的喂养要求，哺乳结束后，食指按下婴儿下颌，适当拉出乳头，并挤出少量乳汁，均匀涂抹在乳头上，并保护乳头表皮。随后将婴儿直立，头部贴在产妇肩部，轻轻拍打婴儿背部，避免婴儿在哺乳后呛咳、呕吐。一般情况下，产妇在产后前期分泌的乳汁量不足，面对此情况使用两侧乳头哺乳，一侧乳房分泌后，使用另一侧乳房继续哺乳。等待婴儿满月后，据婴儿的喂养要求，吸奶量也会增多，吮吸时间延长，产妇需要根据婴儿的成长要求适当改变哺乳量及哺乳时间^[5]。一般情况下，月龄在60d以内的婴儿，哺乳频次是每天6次，月龄在180-200d，哺乳频次在每天6次，随着婴儿不断成长，哺乳次数会随之缩减。在产后喂养指导的同时，也要保证产妇营养充足，在哺乳期禁止吃辛辣、生冷等食品，避免影响产妇的消化功能及产奶量。

1.3 观察指标

①对产妇哺乳知识认知情况进行分析，包括全面认知、基本认知及不认知，使用访谈法进行调查，提问20个哺乳问题，每个问题5分，共计100分，90分以上代表全面认知，40-89分为基本认知，39分以内为不认知。②对产后不同时间的母乳喂养率进行分析，包括产后1周、产后1月、产后3个月。③评估产妇产后泌乳始动时间及泌乳评分。包括产后1d及3d的泌乳评分，3分为乳汁充足，1分代表挤压会出现乳汁，但无法满足哺乳要求。④评价不同母乳喂养指导方法的满意度，包括非常满意及满意、不满意三项指标，产妇离院时选择一项指标。

1.4 统计学处理

使用统计学软件spss22.0对产妇各项数据进行处理，计数资料标准差 $\bar{x}\pm s$ 表示，t值检验，计数资料概率%表示，卡方检验，p值在0.05以内为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 组间哺乳知识认知率对比

观察组认知率比对照组高， $p<0.05$ ，见表 1。

表 1 组间哺乳知识认知率对比（n，%）

分组	n	全面认知	基本认知	不认知	认知率
观察组	50	21(42.00)	26(52.00)	3 (6.00)	47(94.00)
对照组	50	18(36.00)	21(42.00)	11(22.00)	39(78.00)
χ^2					5.315
P					0.021

2.2 组间产后母乳喂养率对比

产后 1 周及 1 个月母乳喂养率对比无显著差异， $p>0.05$ ，产后 3 个月的观察组母乳喂养率比对照组高， $p<0.05$ ，见表 2。

表 2 组间产后母乳喂养率对比（n，%）

分组	n	产后 1 周	产后 1 个月	产后 3 个月
观察组	50	48 (96.00)	45 (90.00)	43 (86.00)
对照组	50	46 (92.00)	40 (80.00)	31 (62.00)
χ^2		0.709	1.960	7.484
p		0.399	0.161	0.006

2.3 组间产后泌乳始动时间及泌乳评分

观察组产后泌乳始动时间与对照组相比无明显差异， $p>0.05$ ；产后 1d 及 3d 的泌乳评分比对照组高， $p<0.05$ ，见表 3。

表 3 组间产后泌乳始动时间及泌乳评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

分组	n	术后泌乳始 动时间（h）	产后 1d 泌 乳评分（分）	产后 3d 泌 乳评分（分）
对照组	50	12.44±3.11	0.93±0.31	1.53±0.14
观察组	50	12.52±1.61	1.42±0.35	2.15±0.13
t		0.161	7.410	22.947
p		0.872	0.001	0.001

2.4 产妇对母乳喂养指导的满意度

观察组满意度比对照组高， $p<0.05$ ，见表 4。

表 4 产妇对母乳喂养指导的满意度（n，%）

分组	n	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	50	23(46.00)	26(52.00)	1 (2.00)	49(98.00)
对照组	50	18(36.00)	22(44.00)	10(20.00)	40(80.00)
χ^2					8.273
P					0.004

3. 讨论

世界卫生组织认为产后 6 个月内对新生儿采取母乳喂养，有利于促进新生儿早期发育，是提升我国人口质量的关键。在二十一世纪后，出生 4-6 个月的婴儿采取母乳喂养率在 80%以上，随着医学界对母乳喂养认识加深，将母乳喂养周期延伸到 2 岁以上，为促使母亲坚持 6 个月内母乳喂养，世界卫生组织认为在新生儿出生 1h 内便开始早期母乳喂养^[6]。分娩过程中出现疲劳及疼痛等问题，产妇并未认识到早期母乳喂养的重要性，导致母乳喂养的效果无法充分发挥。对此，女性应当认识到母乳喂养的优势，首先，母乳喂养有利于促进婴儿身体及心理发育，相比牛乳或者豆乳，母乳吸收效果更好，其中富含丰富的钙、铁、维生素等，初产妇母乳中含有 IgM

及 IgG、IgA，有利于提升婴儿的免疫力及抵抗力^[7]。早期母乳喂养可促进母亲与婴儿的感情，在哺乳过程中，母亲与婴儿眼神交流，适当抚摸及照护婴儿，使婴儿身体及心理上感到安全。其次，母乳喂养也能减轻婴儿相关医疗操作的疼痛感，母乳喂养消除新生儿黄疸，促进新生儿粪便排出，新生儿肠道中会包含胆红素，母乳可促进胆红素排出，降低胆红素血症发生率。最后，母乳喂养也能减轻家庭经济负担，对产妇具有好处。比如，通过母乳喂养方式，可降低产妇患有癌症的概率，母乳喂养妇女的乳腺癌发生率低^[8]。母乳喂养也能促进女性子宫收缩，降低产后出血的概率。在哺乳新生儿过程中，对产妇乳头产生刺激，促进产妇身体内的催产素释放，降低产后出血率，加速子宫复旧。母乳喂养具有避孕功能，婴儿吮吸乳汁，女性身体内滋生大量的激素，对排卵及月经回潮具有较好的抑制效果^[9]。在母乳喂养护理过程中，护理人员应当为产妇提供全面的母乳喂养指导，从而激发产妇喂养新生儿的积极性。护理人员在工作中，需要让产妇及家属均了解母乳喂养的意义，通过母乳喂养促进新生儿成长。孕妇在孕期时，护理人员适当宣教母乳喂养知识，为孕妇发放健康手册等，做好母乳喂养的准备工作，护理人员要求产妇佩戴大小适宜的乳罩，避免佩戴紧缩的乳罩，以此预防乳房挤压，也会对产后乳房的美观性产生影响。在护理管理期间，使用温毛巾对乳房进行擦拭，并在上面涂抹防裂油，避免发生乳房皲裂，轻轻按摩乳房，改善局部血液循环，对乳腺发育具有较好的效果。产妇也要保持乳头清洁，禁止使用酒精及肥皂水清洗乳头，若产妇乳腺凹陷及乳头扁平，需要在孕早期进行干预，避免婴儿出生后不会哺乳，此情况下使用温水清洗乳头，对乳头进行按摩，若无法将乳头揪出，自外侧对乳头进行按压，想办法揪出乳头^[10]。孕周在 37 周以后，通过乳头伸展练习等方法纠正乳头缺陷。产后乳头皲裂是常见的并发症，与乳头皮肤脆弱及机械性刺激相关，或者产妇并未对局部进行清洁，导致乳头凹陷，产妇发生乳头皲裂与胎儿吮吸的姿势相关，产妇并未将乳头含到口中，错误的吮吸方法是导致乳头皲裂的重要原因^[11]。

产妇的乳汁中含有大量的蛋白质，属于典型的营养因子，具有滋润及抑菌功能，可修复乳房表皮，产妇在喂奶后挤出少量乳汁，并涂抹在乳晕、乳头上，可降低乳头皲裂的发生率，也要关注乳头局部的清洁工作，保持局部创面得以修复，适当涂抹消炎类药物。产后也会出现乳房胀痛，发生此类问题与产妇产后并没有按照哺乳要求相关，产妇在分娩后的 2-3d，会出现比较明显的疲劳感，产妇产后伤口疼痛度增高^[12]。乳头凹陷及扁平的产妇，婴儿吮吸的难度相对较大，随着哺乳次数增多，女性的乳汁会减少。对此，产后对产妇进行指导，有利于让产妇按照婴儿的需求哺乳，夜间也要哺乳，促进婴儿早期吮吸^[13]。若婴儿的吮吸频率高，女性乳腺管也会更为通畅。临床上已经认识到产妇哺乳指导的意义，通过多种方法纠正产妇错误的哺乳观念，提升产妇哺乳率。在本研究中，观察组采取针对性的母乳指导方法，自产前及产后 2 个部分进行指导，使产妇掌握母乳喂养的价值，促进产妇积极哺乳^[14]。通过母乳喂养指导，产妇对母乳喂养食物有正确的认知，在思想上认可母乳喂养的营养价值，自愿哺乳新生儿。护理人员在产前及产后指导，讲解不同的护理内容，产前指导有利于提升产妇健康认知率，改善产妇母乳喂养的焦虑及抑郁情绪，使产妇冷静对待母乳喂养。母乳喂养也能增进母亲与新生儿的感情，长期吮吸降低乳腺疾病概率，并提升产妇产后的恢复速度^[15]。对本研究结果进行讨论，观察组产妇通过

针对性母乳喂养指导后,掌握丰富的母乳喂养知识及喂养技巧,在认知率上显著高于对照组。随着产妇产母乳喂养,有些产妇在喂养一段时间后使用牛奶等喂养,在两组产妇喂养时间对比中,观察组喂养时间比对照组长,体现在喂养3个月后的的人数上。通过母乳喂养指导也能促进乳汁分泌,两组产妇的母乳始动时间无明显差异,但母乳评分上,观察组泌乳评分更高。在产妇护理满意度评价中,观察组产妇对母乳喂养指导的满意度高,明显比对照组高。

综上,在产妇产母乳喂养指导上,采取符合产妇需求的母乳喂养方法,有利于提升产妇的母乳喂养率,保证产妇产母乳喂养方法满足新生儿的成长需求,以健康的乳汁促进新生儿发育,在循序渐进的指导中,提升产妇对母乳喂养的认知率及依从性,产妇对针对性母乳喂养指导方式的满意度高。

参考文献:

- [1]张彩芳.母乳喂养指导路径在产科护理管理中的应用效果[J].婚育与健康,2022,28(4):39-40.
- [2]陈益萍,戴丽萍,林静丽.产后康复治疗仪联合母乳喂养指导对自然分娩产妇母乳喂养成功率的影响[J].医疗装备,2022,35(3):161-162.
- [3]莫敏,陈星红,张远.系统性母乳喂养指导应用于产科护理的效果[J].中外医疗,2021,40(17):117-119,123.
- [4]梁莎,杨奕娜,刘秀春,等.基于网络线上母乳喂养指导对6个月纯母乳喂养的干预效果研究[J].基层医学论坛,2021,25(24):3411-3413.
- [5]方爱华.母乳喂养指导路径对产妇泌乳时间、泌乳量及母乳喂养成

功率的作用[J].中国社区医师,2021,37(4):111-112.

[6]林桂英.产科护理管理中开展母乳喂养指导路径的有效性分析[J].中国保健营养,2021,31(13):211.

[7]祖新霞,邵清春,李玉华.改进式母乳喂养指导对阴道分娩产妇母乳喂养技能掌握度的影响[J].中国妇幼健康研究,2021,32(5):664-667.

[8]黄海丽.母乳喂养指导路径对产妇母乳喂养的影响分析[J].饮食保健,2020,7(24):188-189.

[9]张家榕,刘琦石,余咏宜,等.母乳喂养指导路径对母乳喂养的影响[J].江西医药,2018,53(10):1127-1129.

[10]李燕.产科护理中母乳喂养指导路径的应用价值分析[J].健康必读,2021(10):210.

[11]宋聚雪.产科护理中母乳喂养指导路径的有效性[J].母婴世界,2021(10):181.

[12]张娜.母乳喂养指导对提高哺乳质量的影响评价研究[J].当代临床医刊,2021,34(6):10,61.

[13]章青茶.正常分娩初产妇成功母乳喂养指导护理体会[J].婚育与健康,2021,28(23):46-47.

[14]董菁,张敏,童梅玲,等.延续性母乳喂养指导对婴儿体格发育及母乳喂养状况的影响[J].中国妇幼卫生杂志,2021,12(3):27-30.

[15]刘丹.细节优化护理在自然分娩单胎足月初产妇产后母乳喂养指导中的应用效果[J].河南医学研究,2021,30(9):1720-1722.

(上接第96页)

有效控制率到达61.9%,实验组21名患者中有19名疼痛可以控制到不影响患者睡眠,有效控制率90.47%;17名重度疼痛(评分7-10分),对照组17名患者中有5名疼痛可以控制到不影响患者睡眠,有效控制率到达29.41%,实验组17名患者中有14名疼痛可以控制到不影响患者睡眠,疼痛有效控制率82.35%,两者相比,差异有统计学意义($P<0.05$)。这表明,PCA可以有效控制患者的疼痛。根据生活自理能力评估量表(ADL),对照组38位患者中生活自理能力提高患者有10人,实验组38位患者中生活自理能力提高有18人,两者相比差异有统计学意义($P<0.05$)。这表明,PCA可有效达到止痛效果,从而提高患者的生活自理能力。对照组满意度为28.95%,实验组满意度为78.95%,两者相比,差异有统计学意义($P<0.05$)。由此可见PCA对晚期肿瘤患者疼痛控制有一定的临床价值。

综上所述,PCA对于晚期癌症患者疼痛控制效果明显,对晚期肿瘤患者的生活自理能力有显著的提高,可以提高患者的满意度,对患者的生活质量有着重要的意义。

参考文献:

- [1]Chen W, Zheng R, Zhang S, et al. Cancer incidence and mortality in China in 2013: an analysis based on urbanization level[J]. 中国癌症研究(英文版), 2017, 29(1):1.
- [2] International Agency for Research on Cancer . World Cancer

Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press; 2017.

[3] Isaac T, Stuver SO, Davis RB, et al. Incidence of severe pain in newly diagnosed ambulatory patients with stage IV cancer. Pain Res Manag. 2012 Sep-Oct; 17(5):347-52.

[4]刘方丽.盐酸吗啡静脉PCA在癌症晚期患者疼痛治疗中的临床效果及满意度影响分析[J].系统医学,2019,4(08):142-144.

[5]栗文菊.疼痛管理在晚期肿瘤患者护理管理中的应用效果观察[J].山西卫生健康职业学院学报,2019,29(06):86-87. [3] 佟玉兰.晚期肿瘤患者的疼痛管理体会[J].医药前沿,2014,4(3):123-123.

[6]程慧勇.盐酸羟考酮缓释片对晚期恶性肿瘤患者疼痛程度及生命质量的影响[J].医疗装备,2020,33(20):128-129. [5] 杨芳,龚世峰,彭春玲,等.姑息治疗对晚期肿瘤患者疼痛管理及生活质量的影响[J].中国基层医药,2016,23(6):870-873.

[7]陈荣,邱晓东.右美托咪啶联合吗啡静脉自控镇痛对胃癌患者术后的疗效影响[J].中外医学研究,2016,14(23):1-4.

[8]区妙兴,陈清环,廖红霞.吗啡自控镇痛泵静脉泵入治疗晚期癌痛的观察及护理[J].护理实践与研究,2009,6(18):63-64.

【项目编号】NXHL19-10 宁夏护理学会科研课题计划项目

小儿慢性咳嗽采用布地奈德联合孟鲁司特钠治疗的效果分析

项艳曾 邹乐

宁夏医科大学总医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨小儿慢性咳嗽采用布地奈德联合孟鲁司特钠治疗的效果。方法：采集本院在2020年7月至2021年11月期间接收的78例小儿慢性咳嗽患者，随机分为对照组与观察组各39例，对照组运用布地奈德治疗，观察组采用布地奈德联合孟鲁司特钠治疗，分析不同用药后患者治疗疗效、肺功能、血气指标、不良反应、症状改善速度情况。结果：在止咳时间、气喘症状消失时间等症状改善速度上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在FEV1、FVC、PEF等肺功能指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在治疗总有效率上，观察组97.44%，对照组82.05%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在PaO₂、PaCO₂、a/APO₂等血气指标上，观察组各项治疗后改善幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在不良反应率上，观察组7.69%，对照组23.08%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：小儿慢性咳嗽采用布地奈德联合孟鲁司特钠治疗，可以有效地提升治疗疗效，改善血气指标、肺功能，加快疾病症状恢复速度，减少不良反应率，整体状况更为理想。

关键词：小儿慢性咳嗽；布地奈德；孟鲁司特钠；治疗效果

小儿慢性咳嗽属于相对常见的儿科呼吸系统疾病之一，咳嗽会达到气管异物与呼吸道分泌物的清除，但是如果不能及时的控制咳嗽病程，容易因为疾病恶化而引发患儿生活质量降低。本文采集78例小儿慢性咳嗽患者，分析运用布地奈德联合孟鲁司特钠治疗后患者治疗疗效、肺功能、血气指标、不良反应、症状改善速度情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院在2020年7月至2021年11月期间接收的78例小儿慢性咳嗽患者，随机分为对照组与观察组各39例。对照组中，男21例，女18例；年龄从1年至12岁，平均（5.82±1.98）岁；观察组中，男24例，女15例；年龄从1年至11岁，平均（6.17±1.54）岁；两组患者在基本年龄、性别等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用布地奈德治疗，运用布地奈德混悬液0.5mg至1mg吸入治疗，每天2次。观察组采用布地奈德联合孟鲁司特钠治疗，在对照组基础上，添加孟鲁司特钠混悬液，将0.25mg至0.5mg配伍0.9%氯化钠注射液2ml，通过雾化吸入治疗用药。所有患者持续1周用药后观察效果。

1.3 评估观察

分析不同用药后患者治疗疗效、肺功能、血气指标、不良反应、症状改善速度情况。肺功能主要集中在FEV1、FVC、PEF等指标。血气指标主要集中在PaO₂、PaCO₂、a/APO₂等。不良反应主要集中在口干、头痛、恶心、腹部不适感、眩晕、乏力。症状改善速度主要集中在止咳时间、气喘症状消失时间等症状改善速度。治疗疗效主要分为显效、有效以及无效。显效为治疗2周内疾病症状消除；有效为治疗2周内有好转；无效为治疗后患者病情没有改善，甚至严重化。治疗总有效率=显效率+有效率。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者症状改善速度情况

见表1，在止咳时间、气喘症状消失时间等症状改善速度上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表1： 各组患者症状改善速度结果（ $\bar{x}\pm s$ ，d）

分组	止咳时间	气喘症状消失时间
观察组	3.02±1.16	3.21±1.38
对照组	5.27±1.45	5.57±1.56

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 两组患者治疗前后肺功能指标情况

如表2所示，在FEV1、FVC、PEF等肺功能指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表2： 两组患者治疗前后肺功能指标对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	FEV1(L)	FVC(L)	PEF(L/S)
观察组	0.74±0.16	1.36±0.47	2.43±1.19
对照组	0.95±0.37	1.69±0.58	2.87±1.45

注：两组对比， $p<0.05$

2.3 两组患者治疗前后血气指标情况

如表3所示，在PaO₂、PaCO₂、a/APO₂等血气指标上，观察组各项治疗后改善幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表3： 两组患者治疗前后血气指标对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	时间	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)	a/APO ₂
观察组	治疗前	60.29±18.75	52.67±13.49	0.19±0.17
	治疗后	82.47±20.96	36.72±11.82	0.41±0.14
对照组	治疗前	61.84±19.34	51.29±12.58	0.18±0.15
	治疗后	71.39±18.56	41.58±10.47	0.32±0.09

注：两组治疗前对比， $p>0.05$ ，两组治疗后对比， $p<0.05$

2.4 患者治疗疗效情况分析

见表4所示，在治疗总有效率上，观察组97.44%，对照组82.05%，

对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 4: 患者治疗疗效评估结果[n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	39	24(61.54)	14 (35.90)	1 (2.56)	97.44%
对照组	39	16(41.03)	16 (41.03)	7 (17.95)	82.05%

注: 两组对比, $p<0.05$

2.5 患者护理满意度情况

见表 5 所示, 在不良反应率上, 观察组 7.69%, 对照组 23.08%, 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	口 干	恶心	头痛	眩晕	乏力	腹部 不适	总发生 率
观察 组	39	0	1	1	0	1	0	7.69%
对照 组	39	1	2	2	2	1	1	23.08%

注: 两组对比, $p<0.05$

3 讨论

小儿慢性咳嗽通常属于机体抵抗力减弱而引发的细菌病毒感染, 对呼吸道黏膜产生刺激而出现的呼吸系统疾病。一般情况下, 咳嗽在 4 周以上, 疾病症状集中在咳嗽、气促、打呼噜、鼻涕、鼻塞、口唇发紫等多种情况, 也可能出现发热、恶心、呕吐、头痛、皮疹、食欲不佳, 睡眠质量下滑等全身性的反应^[1]。小儿慢性咳嗽治疗工作中, 其目标主要是为了尽早的达到止咳症状的控制与清除, 同时防控疾病的复发。在治疗上, 需要保持药物使用的合理性。一方面要考虑疾病康复的效果、速度, 另一方面也需要考虑用药之后的安全性^[2]。一般用药方面, 布地奈德与孟鲁司特钠属于小儿慢性咳嗽中的常用药, 可以发挥一定的抗炎效果。

布地奈德可以达到嗜酸性粒细胞有关炎性细胞气道中集聚的控制, 进而提升平滑肌细胞 β_2 肾上腺素受体有关反应, 针对在气道炎症方面各环节发挥一定的药物作用, 由此达到气道炎症的控制功效^[3]。布地奈德用药中, 通过雾化吸入的给药形式, 可以更好地让药物到达气道等病灶组织, 直接达到炎症控制效果, 发挥更强的抗炎功效, 同时减少药物使用量。由于药物本身的脂酯化作用, 会促使药物得到更长时间的气道停留, 让药物的持久性、长效性得到更好地体现。在用药过程中, 使用的剂量相对更低, 也可以降低药物本身对患者构成的副作用等不良问题, 患儿的治疗不适感也相对更轻, 整体的治疗配合度更好^[4]。布地奈德可以促使诱导脂皮素合成来达到磷脂酶 A2 水平抑制, 由此来降低酶催化膜磷脂水解转化为血小板活化因子、白三烯类、前列腺素类有关脂类炎症介质。同时可以促使白介素、粒细胞集落刺激因子, 可以改善有关因子所引发的气道炎症, 由此来改善慢性炎症。可以让肾上腺素 β_2 受体更好地表达, 由此来提升其内源性、外源性要用有关的 β_2 受体激动药有关的敏感度^[5]。可以达到免疫抑制效果, 可以针对抗原吞噬能力, 对有关免疫过程产生一定的抑制作用。

但是在用药中, 如果属于真菌、病毒以及结核菌感染有关问题, 则需要做好用药的慎重考虑。在进行布地奈德吸入用药后, 需要做好口腔漱口处理, 防控真菌滋生^[6]。

孟鲁司特钠属于小儿慢性咳嗽有关疾病中的常用药, 其抗炎功效源于其属于非激素类的抗炎药物, 可以针对白三烯受体构成对应的拮抗性, 由此来达到白三烯活性的控制, 发挥对应的抗炎功效, 进而达到支气管痉挛改善作用, 减少气道高反应。孟鲁司特钠则属于有效减少炎症反应的用药, 患儿对药物本身的耐受度相对更好, 可以更好地达到疾病改善作用^[7]。孟鲁司特钠作为一种选择性的白三烯受体拮抗剂, 可以在竞争性结合半胱氨酰而达到白三烯活性的抑制, 进而改善炎性分泌物的分泌量, 减缓黏膜水肿状况, 减少呼吸道中的分泌物质, 促使平滑肌痉挛程度, 可以发挥白三烯有关血管通透性、支气管痉挛等问题的防控以及抑制功效, 该药物可以达到明显的气道高反应改善作用^[8]。

布地奈德与孟鲁司特钠对于小儿慢性咳嗽问题, 可以发挥更好的气道炎症改善作用, 同时促使咳嗽症状更好的消除。如果采用有关药物的单独使用方式, 也可以达到一定的效果, 但是容易存在治疗效果的局限性。而将两种抗炎药物联合使用, 可以发挥互补性。同时通过其用药方式的合理性, 提升其抗炎效果, 减少药物使用量, 提升整体用药的安全性以及经济性, 整体的止咳效果相对更明显。

本研究中, 在止咳时间、气喘症状消失时间等症状改善速度上, 观察组各项明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 观察组采用联合用药后, 可以更好地控制病情症状, 让咳嗽问题得到更好地改善。在 FEV1、FVC、PEF 等肺功能指标上, 观察组各项明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组的结果可以反馈出, 联合用药后可以有效地促使肺功能指标得到改善, 效果明显, 药物价值凸显。在治疗总有效率上, 观察组 97.44%, 对照组 82.05%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组的结果表现了联合用药后治疗疗效明显提升, 该指标是相对综合的疗效评估结果, 整体的恢复进度与成效较为明显。在 PaO_2 、 PaCO_2 、 a/APO_2 等血气指标上, 观察组各项治疗后改善幅度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组采用的药物组合方式, 可以有效地调整患者机体血气指标状况, 由此带来更好的促使病情更好的康复, 提升整体疾病恢复状况。在不良反应率上, 观察组 7.69%, 对照组 23.08%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组在保证治疗疗效的基础上, 还同时实现了减少不良反应率, 药物所带来的副作用相对在安全范围, 患者体感更好, 可以更好地保证治疗方案按照进度执行, 避免中途换药导致的不良问题。观察组采用布地奈德与孟鲁司特钠治疗用药, 在一定程度上更好的提升治疗疗效, 同时肺功能以及血液指标得到明显的改善, 疾病症状的消退速度更快, 药物的不良反应更少。说明了该治疗方案可以达到更理想的治疗疗效, 患儿的生理指标恢复更为明显, 疾病的恢复速度更快, 减少了疾病治疗对患儿生活构成的干扰。同时药物的安全性更好, 综合性评价相对更高。该研究中, 观察组没有因为添加使用了孟鲁司特钠而导致药物不良反应的提升, 药物的安全性更高。布地奈德属于新合成性的肾上腺皮质激素, 该激素用药与

(下转第 110 页)

心律失常采用倍他乐克联合稳心颗粒治疗的效果分析

许玲枝 杨涛

宁夏平罗县中医医院心病科 宁夏平罗县 753400

摘要：目的：探讨心律失常采用倍他乐克联合稳心颗粒治疗的效果。方法：采集本院 2020 年 7 月至 2021 年 10 月期间接收的 118 例心律失常患者，随机分为对照组与观察组各 59 例，对照组运用常规倍他乐克治疗，观察组运用倍他乐克联合稳心颗粒治疗，分析不同治疗用药后患者治疗疗效、不良反应、24h 动态心电图变化、血液流变学情况。结果：在患者全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白等指标上，观察组各项治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗总有效率上，观察组 96.61%，对照组 79.66%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在 ST 段压低、ST 段压低持续时间、室早等 24h 动态心电图变化情况上，观察组治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在治疗不良反应率上，观察组 5.08%，对照组 6.78%，对比有统计学意义（ $p>0.05$ ）。结论：心律失常采用倍他乐克联合稳心颗粒治疗，可以有效地提升治疗疗效，优化运动耐量水平，改善血液流变学指标，调整心电图指标，控制不良反应，整体治疗恢复效果更好。

关键词：心律失常；倍他乐克；稳心颗粒；治疗效果

心律失常属于常见心血管疾病之一，当下心律失常治疗用药中主要集中在 4 类药物， β 受体阻滞剂、钾通道阻滞剂、钠通道阻滞剂以及钙通道阻滞剂。其中倍他乐克是 β 受体阻滞剂的一种，可以发挥 β_1 受体选择性的阻断，无膜稳定功效，同时无部分激活活性。对于心律失常的调整，主要进行机械电反馈机制、折板机制的调整来实现，患者疾病症状以及体征会得到调整。但是治疗方面存在一定副作用，疗效相对不佳，因此需要配合联合用药来提升治疗效果。本文采集 118 例心律失常患者，分析运用倍他乐克联合稳心颗粒治疗后患者治疗疗效、不良反应、24h 动态心电图变化、血液流变学情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 7 月至 2021 年 10 月期间接收的 118 例心律失常患者，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 36 岁至 65 岁，平均（ 45.82 ± 4.09 ）岁；病程从 4 个月至 2 年，平均（ 0.92 ± 0.23 ）年；观察组中，男 31 例，女 28 例；年龄从 34 岁至 65 岁，平均（ 46.17 ± 5.54 ）岁；病程从 5 个月至 2 年，平均（ 0.99 ± 0.45 ）年；两组患者的基本年龄、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

对照组运用常规倍他乐克治疗，每次 12.5mg，每天 3 次，持续 1 周用药。如果没有异常情况，可以将每次剂量提升到 25mg，每天 2 次，持续 6 个月用药。观察组运用倍他乐克联合稳心颗粒治疗，倍他乐克与对照组使用一致，稳心颗粒保持每次一袋，每天 3 次，持续 6 个月用药。

1.3 评估观察

分析不同治疗用药后患者治疗疗效、不良反应、24h 动态心电图变化、血液流变学情况。治疗疗效主要分为显效、有效、无效。显效为治疗后心电图检查指标恢复正常，早搏频次缩减 70%以上；有效为治疗后心电图指标有好转，早搏频次缩减 50%以上；无效为治疗后患者心电图检查没有明显改善，早搏频次缩减在 50%以内。治疗总有效率=显效率+有效率。不良反应主要集中在恶心呕吐、丙氨酸氨基转移酶升高。24h 动态心电图变化主要观察 ST 段压低、ST 段压低持续时间、室早等 24h 动态心电图变化。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗疗效情况分析

见表 1 所示，在患者治疗总有效率上，观察组 96.61%，对照组 79.66%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 1：患者治疗疗效评估结果[n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	59	35(59.32)	22(37.29)	2(3.39)	96.61%
对照组	59	24(40.68)	23(38.98)	12(20.34)	79.66%

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 患者治疗不良反应情况

见表 2 所示，在治疗不良反应率上，观察组 5.08%，对照组 6.78%，对比有统计学意义（ $p>0.05$ ）。

表 2：患者治疗不良反应评估结果[n(%)]

分组	n	恶心呕吐	丙氨酸氨基转移酶升高	不良反应率
观察组	59	3(5.08)	0(0.00)	5.08%
对照组	59	3(5.08)	1(1.69)	6.78%

注：两组对比， $p>0.05$

2.3 两组患者治疗前后血液流变学情况

如表 3 所示，在患者全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白等指标上，观察组各项治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 3：两组患者治疗前后血液流变学对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

分 组	时 间	全血黏度 (低切) (mPa·s)	全血黏度 (高切) (mPa·s)	血浆黏度 (mPa·s)	纤维蛋白 (g/L)
观 察 组	治疗前	11.04±2.17	8.42±1.35	1.96±1.07	5.57±1.29
	治疗后	8.43±1.75	6.04±1.23	1.43±0.98	2.92±1.14
对 照 组	治疗前	10.97±2.08	8.35±1.26	1.92±1.16	5.62±1.07
	治疗后	8.81±1.46	7.42±1.37	1.64±1.28	3.79±1.32

注：两组治疗前对比， $p>0.05$ ，两组治疗后对比， $p<0.05$

2.4 两组患者治疗前后 24h 动态心电图情况

如表 4 所示，在 ST 段压低、ST 段压低持续时间、室早等 24h 动态心电图变化情况上，观察组治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学

意义 ($p<0.05$);

表 4: 两组患者治疗前后 24h 动态心电图对比 ($\bar{x}\pm s$)

分组	时间	ST 段压低 (mm)	ST 段压低持续 时间 (min)	室早(次/24h)
观察组	治疗前	1.75±0.43	3.18±0.64	6487±241
	治疗后	1.03±0.41	1.04±0.56	1276±154
对照组	治疗前	1.72±0.52	3.15±0.71	6368±235
	治疗后	1.54±0.49	1.87±0.63	2752±167

注: 两组治疗前对比, $p>0.05$, 两组治疗后对比, $p<0.05$

3 讨论

在中医理论中, 心律失常属于“心悸”等疾病范畴^[1], 一般是由于心失所养所引发。该病是冠心病的常见并发症之一, 一般采用药物控制治疗。稳心颗粒属于当前心律失常治疗中的常见中成药, 药物的组成主要集中在党参、黄金、琥珀、三七、甘松等中药材^[2]。其药物作用在于益气养阴、宁心复脉、活血利水以及理气化瘀等功效。其中甘松可以通过其含有的甘松酮、缬草酮等达到更好的膜稳定功效, 对激动状态达到一定抑制, 对折返激动也产生一定的阻止作用, 对于室性期前收缩状况做有效调整^[3]。党参所含有的二磷酸腺苷可以达到血小板集聚的抑制以及消减, 由此来达到血液循环调控, 提升心肌供血量, 优化心肌收缩能力, 调整心功能, 减少全血黏度等治疗功效。黄精以及三七可以达到调整心肌缺血, 减少儿茶酚胺所产生的兴奋度, 由使降低心率, 缩减心肌耗氧量, 调整机体微循环^[4]。

倍他乐克食欲 2A 类 β_1 受体阻滞剂, 可以发挥抗心律失常等作用, 针对 β_1 受体可以产生选择性的阻滞功效^[5]。在室上性快速心律失常, 室性心律失常等可以发挥较好的治疗控制作用, 改善洋地黄类以及儿茶酚胺类所引发的快速心律失常问题^[5]。

本研究中, 在患者全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白等指标上, 观察组各项治疗后降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。说明观察组采用联合使用后, 患者的血液粘稠度得到明显改善, 可以有效促使血管血供通畅性。在 ST 段压低、ST 段压低持续时间、室早等 24h 动态心电图变化情况上, 观察组治疗后降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 在患者治疗总有效率上, 观察组 96.61%, 对照组 79.66%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组联合使用后的疗效得到更好的保障, 整体的治疗恢复情况更好。在治疗不良反应率上, 观察组 5.08%, 对照组 6.78%, 对比有统计学意义 ($p>0.05$)。观察组采用两种药物联合使用, 不良反应相对得到控制, 其原因在于稳心颗粒所含有的甘松酮以及缬草酮可以延长动作电位切断折返状况, 由此来调整微循环。倍他乐克属于 β_1 受体阻滞剂, 可以达到异位心律起搏的抑制, 两种药物可以发生互相协调功效。

观察组采用倍他乐克联合稳心颗粒治疗, 比对照组单纯的倍他乐克治疗显示出更好的治疗疗效。患者 24 小时动态心电图改善情况相对明显, 同时药物不良反应没有明显的提升, 治疗的安全性相对较好。患者的临床症状改善明显, 体验感受较好。一般情况下, 人们会担忧联合用药之后导致药物的副作用提升, 但从本研究结果可以发现, 稳定稳心颗粒用药之后的安全性好, 不会提升其不良反应, 患者治疗依从性会更好, 体验感受更佳, 整体的疾病控制效果会更为明显。该药物使用之后, 治疗疗效得到显著的提升, 说明两种药物联合使用下的效果得到了优势互补, 发挥了中西药结合的价值。

稳心颗粒作为抗心律失常中成药, 可以配合倍他乐克发挥更好的心律失常改善作用。该药物对于心律失常的治疗可以达到 80% 以上的疗效^[6], 其效果相对安全。党参、黄精可以达到健脾、养阴益气的效果, 提升心脏供血量, 减少冠状动脉灌注阻力, 缩减心肌耗氧量, 调整心肌代谢状况, 减少心肌缺血问题^[7]。琥珀可以达到活血化瘀、利尿通淋以及镇静安眠。甘松可以发挥开郁醒脾、行气止痛。三七可以活血化瘀, 减少缺血对心肌组织构成的损伤, 提升心室颤动。通过现代药理学研究发现, 三七可以达到抑制血小板集聚, 减少血液粘稠度, 同时可以达到冠状动脉扩张, 由此来改善心肌供血状况。所有的药物联合使用可以发挥较好的益气养阴以及活血化瘀的效果^[8]。

具体使用中, 还需要研究特殊案例以及各种多样性案例情况的反馈情况。尤其是心律失常疾病, 多处于中老年。尤其是老年患者合并的慢性疾病的较多, 基础用药情况复杂, 在联合有关药物使用之后, 所产生的药物之间的反应也值得进一步研究。在有关心血管疾病治疗过程中, 不仅要更好的控制疾病发生的状况, 尽可能减少急性发作带来的风险性, 同时也需要考虑到药物之间使用的安全性, 避免控制好心律失常之后而引发其他不良疾病问题。尤其是有关疾病之间的影响、并发症问题较多, 需要更为严格的管控用药安全性。还需要考虑患者用药之后的感受, 患者体验感更好, 配合的效果更佳, 发挥的药效更为理想, 疾病控制速度也会更快。因此需要综合性考评一种药物使用的效果, 甚至需要考虑到药物使用的经济成本问题。对于多数患者而言, 经济问题也是其关注的要点之一。做好各项药品疗效、安全性、价格、体验感受各方面的比对, 在一定程度上可以为临床用药提供更有有效的支撑依据。

还需要做好指导患者掌握生活管理与用药方法, 提升治疗依从性, 做好有关健康教育指导工作。具体处理应对中, 可以采用多样化的教育指导方式, 满足个体情况所需。做好重点问题的强调, 提升落实工作的有效性。

总而言之, 心律失常采用倍他乐克联合稳心颗粒治疗, 可以有效地提升治疗疗效, 优化运动耐力水平, 改善血液流变学指标, 调整心电图指标, 减少不良反应, 整体治疗恢复效果更好。

参考文献:

- [1]曹卫华.步长稳心颗粒和倍他乐克联用治疗心律失常的临床观察[J].中外医学研究,2021,19(01):126-127.
- [2]陈同生.稳心颗粒联合倍他乐克治疗快速性心律失常的疗效观察[J].实用中西医结合临床,2020,20(17):56-57.
- [3]王进东.稳心颗粒联合倍他乐克治疗室性早搏临床疗效[J].吉林医学,2021,42(11):2698-2699.
- [4]揭珏,吴岚.倍他乐克联合稳心颗粒对冠心病室性早搏的疗效及对患者血清 CRP 及纤溶因子水平的影响[J].华夏医学,2020,33(03):34-38.
- [5]张明磊.倍他乐克联合稳心颗粒治疗心律失常的疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(10):27-29.
- [6]张裕.联用步长稳心颗粒与倍他乐克治疗心律失常的效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(02):180.
- [7]殷长青,王文娟,马刚,马永生,李文超.心律失常应用步长稳心颗粒和倍他乐克联用治疗的临床观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(24):170-171.
- [8]郑雷.分析倍他乐克联合稳心颗粒治疗肥厚型心肌病伴恶性室性心律失常的疗效[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(68):197-198.

早期下床安全评估标准在颅脑术后患者中的应用效果

杨婧

宁夏医科大学总医院神经外科 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨颅脑术后患者早期下床安全评估标准的应用效果。方法：将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月在本院进行颅脑手术的患者 80 例作为本次的研究对象，并将这 80 例按照投硬币的方法分为实验组和对照组两组，其中对照组的颅脑术后患者为 40 例，采取常规的护理方法进行护理，而实验组的颅脑术后患者为 40 例采取早期安全下床评估标准对患者进行护理，并将两组颅脑术后的患者早期下床活动的情况以及患者对护理工作的满意度情况进行对比和分析。结果：在两组颅脑手术后的患者采用不同的护理方法护理后，使用早期安全下床评估标准进行护理的实验组颅脑术后患者在手术后的 24 小时内下床活动的情况以及患者对护理工作的满意度情况均优于采用常规护理的对照组颅脑术后的患者，且两组患者的护理情况对比后的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论：本文对在本院进行颅脑手术的患者术后使用早期安全下床评估的标准进行护理，能够促进患者在术后最早的下床活动提高患者术后的恢复情况，并且也能够提高颅脑术后患者对护理工作的满意度情况，在临床上值得推广和使用。

关键词：颅脑手术；早期安全下床评估

当患者的头部受到了外力的暴力伤害时，就会引起患者出现脑震荡以及脑挫裂伤和脑水肿等疾病发生。而对于这些疾病在临床上主要采取颅脑损伤手术进行治疗，患者在手术以后的病情处于平稳的状态，但是患者的神经功能也会因此出现缺损的情况，所以导致患者在术后感觉以及运动和语言功能等方面都出现了不同程度的功能障碍情况，所以早期的介入有效的治疗措施以及护理措施能够提高患者的预后恢复效果促进患者的健康恢复。本文对在本院进行颅脑损伤手术的患者采取早期下床评估标准进行干预，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 10 月到 2021 年 10 月在本院进行颅脑损伤手术的患者 80 例作为本次的观察对象，并将这 80 例观察对象按照投硬币的方式分为实验组和对照组两组，对照组中有 40 例颅脑损伤手术的患者在这些患者中有男性颅脑损伤手术的患者 26 例，女性颅脑损伤手术的患者 14 例，这些患者的年龄在 20~82 岁之间，患者的平均年龄在 (55.58 ± 11.12) 岁，而实验组则分 40 例颅脑损伤手术的患者这些患者中有男性颅脑损伤手术的患者 25 例，女性颅脑损伤的患者为 15 例，年龄在 25~86 岁之间，患者的平均年龄在 (57.55 ± 10.33) 岁。这两组颅脑损伤手术的患者均符合本次研究的纳入标准：颅脑手术的患者神志清楚，并且肌力处于正常的状态；没有下肢肌力异常的患者、没有术后低颅压的患者、不带引流管的患者。并且这些患者均签署知情同意书，且两组颅脑损伤手术治疗的患者的性别、年龄等临床资料对比后产生的数据没有明显的差异，不具有统计学意义 ($p > 0.05$) 具有可比性。

1.2 方法

对照组的 40 例在本院进行颅脑损伤手术治疗的患者术后采取常规的护理措施进行护理，主要的内容有：1. 在患者手术以后，如果患者的神志非常清醒，可以指导患者立刻进行床上翻身以及足背屈曲和背伸的动作，并且将患者的床头抬高 30~45 度。2. 在患者手术后的 6 小时，护理人员可以指导患者在床上进行坐起的训练。3. 在患者术后的第 1 天早晨，护理人员应该指导患者先在床上坐 3 分钟，如果患者没有表现出头晕以及心悸等不良的情况时，可以指导患者在床边坐立 3 分钟，双腿处于下垂的状态，如果患者在这期间也没有任何的不适，是护理人员应该固定好患者身上的

引流管，随后指导患者在床边站立 1~3 分钟。在这期间，患者生命体征以及血压都保持在正常的范围内，可以协助患者进行临床的活动，但是在患者下床活动的过程中，只要患者出现任何不适的情况，都要停止活动，并且指导患者保持平卧休息的状态。而实验组的 40 例颅脑术后的患者则是采取早期下床安全评估法进行护理，主要的内容：1. 首先在患者手术以后，需要评估患者的精神状态，并且增强患者的自理能力以及患者的自我护理能力，可以减少病床上的陪护的人员，这样能够降低患者精神上的负担同时也可以减少患者术后的心理压力，提高患者对疾病治疗的自信心，同时也能够提高患者机体的免疫力和患者的体能，使患者能够自主的进行锻炼，并且对身体多处的骨骼进行协调的运动。2. 评估患者的活动能力以及患者的自理能力，并且还要评估患者在手术以后患者的神志、视力、心理情况以及患者是否出现恶心、呕吐以及疼痛的情况。3. 在对患者进行早期下床活动前询问患者术前下床活动的情况，从而评估患者的活动能力，如果患者在手术前没有长期的下床进行活动，那么在患者手术以后，护理人员应该指导患者在床上进行适当的运动，并且在手术以后护理人员需要评估患者的意识、生命体征，同时还应该观察患者有没有出现术后的不良反映情况。如果患者术后的意识非常的清醒，并且生命体征的指标都保持在正常的范围内，同时患者在手术以后并没有不良反应的情况发生，可以指导患者在床上进行适当的运动。当患者在床上运动的过程中，感觉到有一些轻微的乏力，但是还是可以完成床上的活动时，可以采用 Prince-Henry 评分的方法或者是 FAS 的功能活动评分去评估患者在活动中疼痛出现的情况，包括患者在进行深呼吸、咳嗽以及翻身和床上坐起、床边站立时的情况，如果患者的疼痛评分在 4 分以下或者是 C 级以下并且患者没有活动性出血的情况，则可以指导患者继续在床上进行训练。4. 下床的准备工作，应该为患者准备比较合适的 病号服以及防滑鞋，同时还应该改善外界的因素，设立扶手、注意物品的摆放等，防止患者出现跌倒、磕碰的情况。在对患者使用抗高血压的药物以及镇静催眠的药物时，应该告知家属，这些药物会对患者产生跌倒的影响，所以应该多加注意，对于特殊的患者应该特殊的对待，及时的给予患者帮助。5. 下床活动前的宣教，早期下床活动主要是为了防止下肢静脉血栓以及肠粘连、褥疮、尿潴留、肌肉萎缩等情况的发生，早期下床进行活动能够更好的促进伤口的愈合，增加患者的胃肠蠕动力，降低患者术后出现并发症的情况。6. 具体的方法：在患者的

术后的 1-2 天, 将患者的床头抬高至 30-45°并且鼓励患者在床上进行适量的运动。在患者术后的 2-3 天的时候, 采取下床训练的方法, 先让患者在床边静坐 5-10 分钟左右以后, 指导患者双脚踩地, 如果患者在床边站立训练的过程中没有出现不耐受的症状, 也没有出现头晕、心悸和视物模糊等不良情况发生时, 可以指导患者进行床下的活动, 一旦患者出现了直立不耐受的症状, 就应该立刻使患者保持平卧休息的状态来缓解这些不良的症状, 在患者不良症状缓解以后, 可以再次尝试进行下床的活动训练。

1.3 观察指标

将两组在本院进行颅脑损伤手术治疗的, 术后早期下床活动的情况以及患者对护理工作的满意度情况进行对比和分析。下床的活动时间为: <24 小时、24-48 小时之间、>48 小时。

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 $\pm$ 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 通过对患者术后下床活动的时间进行比较, 实验组在本院进行颅脑损伤治疗的患者术后下床活动的情况优于采用常规护理的对照组颅脑损伤治疗患者术后下床活动的情况, 且两组颅脑损伤治疗患者术后下床活动的情况对比后有明显的差异, 具有统计学意义 ($p < 0.05$) 见表 1

表 1 两组患者术后下床活动情况的对比

组别	例数	<24 小时	24-48 小时之间	>48 小时
实验组	40	34	4	2
对照组	40	24	12	4
χ^2		39.439	26.961	16.203
p		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 采用早期安全下床评估标准进行干预的实验组颅脑损伤治疗患者术后对护理工作的满意度情况优于采用常规护理的对照组颅脑损伤治疗患者术后对护理工作的满意度情况, 且两组患者对护理工作的满意度情况对比后有明显的差异, 具有统计学意义 ($p < 0.05$) 见表 2

表 2 两组患者护理工作的满意度情况

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
实验组	40	38	1	1	97.50%
对照组	40	23	12	5	87.50%
p					<0.05

3 讨论

在对脑外科的患者进行手术的过程中, 会造成患者脑细胞出现受损的情况, 所以患者的智力活动也会受限, 因此在术后尽早的指导患者进行下床的活动, 能够提高患者的生活质量, 同时也可以恢复患者的肢体活动能力, 还能够促进患者脑细胞的重组以及功能代偿形成新的神经细胞。除了对进行颅脑损伤治疗术后的患者进行早期下床活动以外, 还应该对患者进行康复治疗, 因为早期的康复治疗能够改善进行颅脑损伤治疗的患者生活的能力, 增强病人的康复信心, 提高患者生活质量, 同时也可以降低患者在术后出现其他并发症的情况。根据相关的研究显示, 患者下床的时间以

及患者的住院时间与患者的年龄没有很大的关系, 但是患者的下床活动的时间却与患者的住院时间有关, 具体影响患者早期下床活动的因素为: 1. 患者的心理因素, 因为患者以及患者的家属对颅脑术后相关的知识严重的缺乏, 所以患者和家属并没有意识到早期下床活动对患者的术后恢复影响, 认为患者在进行大手术以后就应该好好躺着静养。所以对下床活动的依从性较差, 严重的缺乏主动锻炼的意识; 2. 体质的因素, 因为患者在进行手术后, 手术的创伤以及应激的反应会导致患者出现活动无耐力以及体弱的情况, 再加上患者患有的血压高以及低蛋白的情况也不允许患者下地进行活动; 3. 术后并发症的情况, 颅脑手术的患者在术后会出现视力下降、视野偏盲以及水电解质紊乱、低蛋白等情况, 限制了患者的活动; 4. 疼痛, 在患者手术以后伤口会出现疼痛, 同时患者也会出现头痛的情况, 强烈的疼痛感, 使患者感觉到很害怕, 所以限制了患者的活动; 5. 管路因素, 因为患者的手术以后会留置尿管、输液的管路、腰引流等, 也限制了患者下床的活动; 6. 医生与护理人员之间的因素, 医护人员对患者术后的康复教育没有宣传到位, 并且对患者的管理不够严格, 医护人员沟通的不到位, 所以降低了患者术后下床活动。

本文对在本院进行颅脑损伤治疗的患者, 术后使用早期安全下床评估标准进行干预, 能够指导患者在术后早期的下床活动, 提高患者肢体功能的恢复情况, 同时还可以提高患者的生活质量, 促进患者术后的日后恢复情况, 使患者能够尽早的回归到日常的生活中, 提高患者的治疗效果, 在临床上这个推广和使用。

参考文献:

- [1]李春燕, 早期活动干预可促进术后的康复进程, 基层医学论坛, 2021, 12 (27) .
- [2]张西林, 术后肺不张和肺炎的发病机制和护理, 国外医学, 护理学分册, 2021, 15 (2): 58.
- [3]章西萍, 护理干预对术后早期活动效果的影响, 包头医学, 2021, 30 (2) .
- [4]李莉, 李玫. 集束化护理对颅脑损伤患者神经与运动功能及生活质量的影响研究[J]. 河北医药, 2021, 40(10): 157-159+161.
- [5]李树伟, 田秀芬, 印秀玲, 等. 重型颅脑损伤气管切开吸痰并发症的原因分析及护理对策[J]. 河北医学, 2021, 23(5): 854-856.
- [6]李晓莉, 艾艳. 早期康复护理干预对创伤性颅脑损伤患者的神经、肢体运动及生活质量的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2021, 14(4): 200-202.
- [7]高佳, 刘云, 曹丽芬. 结构化肺部感染预防护理方案在 ICU 颅脑损伤患者中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2021, 21(22): 92-93.
- [8]Allen AR, Eilertson K, Chakraborti A, et al. Radiation exposure prior to traumatic brain injury induces responses that differ as a function of animal age[J]. Int J Radiat Biol, 2021, 90(3): 214-223.
- [9]赵继红, 张红梅, 武文杰. 重型颅脑损伤患者常见并发症原因分析及护理措施[J]. 新乡医学院学报, 2021, 34(5): 446-448.
- [10]Allen BB, Chiu YL, Gerber LM, et al. Age-specific cerebral perfusion pressure thresholds and survival in children and adolescents with severe traumatic brain injury[J]. Pediatr Crit Care Med, 2021, 15(1): 62-70.

冠心病心绞痛采用阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗的效果分析

杨涛 许玲枝

宁夏平罗县中医医院心病科 宁夏平罗县 753400

摘要：目的：探讨冠心病心绞痛采用阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗的效果。方法：观察本院 2020 年 5 月至 2021 年 10 月期间接收的 86 例冠心病心绞痛患者，随机分为对照组与观察组各 43 例，对照组运用常规阿司匹林肠溶片治疗，观察组运用阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗，分析不同用药后患者治疗疗效、心绞痛发作情况、血液指标、不良反应、治疗满意度情况。结果：在患者治疗总有效率上，观察组为 95.35%，对照组 79.07%，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 2.33%，对照组 18.60%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者心绞痛发作时间间隔、发作次数、持续时间等指标上，观察组各项治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者血浆纤维蛋白原、血浆黏度、全血黏度等指标上，观察组治疗前后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在治疗满意度上，观察组 93.02%，对照组 74.42%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：冠心病心绞痛采用阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗，可以有效地改善血液粘稠度，提升治疗疗效，改善心绞痛发作状况，减少不良反应，提升患者治疗满意度，整体情况更为理想。

关键词：冠心病心绞痛；阿司匹林肠溶片；氯吡格雷；治疗效果

冠心病属于常见心血管类疾病，患者会有伴有明显的心绞痛症状，情况严重会危及患者生命安全。药物治疗是控制疾病发展的有效方法，但是用药方案多样，药物具体发挥效果与安全性值得持续观察研究。本文采集 86 例冠心病心绞痛患者，分析运用阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗后患者治疗疗效、心绞痛发作情况、血液指标、不良反应、治疗满意度情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院 2020 年 5 月至 2021 年 10 月期间接收的 86 例冠心病心绞痛患者，随机分为对照组与观察组各 43 例。对照组中，男 27 例，女 25 例；年龄从 45 岁至 78 岁，平均 (65.28 ± 4.09) 岁；病程从 1 年至 5 年，平均 (2.47 ± 0.97) 年；观察组中，男 29 例，女 14 例；年龄从 46 岁至 79 岁，平均 (66.75 ± 5.25) 岁；病程从 1 年至 5 年，平均 (2.58 ± 0.86) 年；两组患者的基本年龄、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

对照组运用常规阿司匹林肠溶片治疗，保持每天 1 次，每次 100mg，1 疗程为 2 周。首次口服剂量控制在 300mg。观察组运用阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗，阿司匹林与对照组使用一致。氯吡格雷保持每天 1 次，每次 75mg，1 疗程为 2 周。首次口服使用量保持在 300mg。用药期间需要做好用药禁忌管理。

1.3 评估观察

分析不同用药后患者治疗疗效、心绞痛发作情况、血液指标、不良反应、治疗满意度情况。治疗疗效主要集中在显效、有效以及无效。显效为治疗后患者心绞痛发作频次与次数明显缩减，同时没有治疗不良反应发生；有效为治疗后患者心绞痛发作频次与次数有减少，同时不良反应相对较少；无效为治疗后患者心绞痛发作频次与次数没有减少，甚至严重化，同时不良反应多。治疗总有效率为显效率 and 有效率之和。血液指标主要观察血浆纤维蛋白原、血浆黏度、全血黏度等指标。治疗满意度=很满意率+基本满意率。心绞痛发作情况主要观察心绞痛发作时间间隔、发作次数、持续时间等指标。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后心绞痛发作情况

如表 1 所示，在患者心绞痛发作时间间隔、发作次数、持续时间等指标上，观察组各项治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 1：两组患者治疗前后心绞痛发作对比 ($\bar{x}\pm s$)

分组	时间	心绞痛发作	发作次数（次	持续时间
		时间间隔	/d)	（min）
（d）				
观察组	治疗前	1.16±1.38	5.47±1.29	10.16±0.75
	治疗后	5.25±0.78	1.25±1.19	4.36±0.96
对照组	治疗前	1.07±1.57	5.26±1.14	10.27±0.85
	治疗后	3.26±1.76	3.72±1.32	8.54±0.91

注：两组治疗前对比， $p>0.05$ ，两组治疗后对比， $p<0.05$

2.2 两组患者治疗前后血液指标情况

如表 2 所示，在患者血浆纤维蛋白原、血浆黏度、全血黏度等指标上，观察组治疗前后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 2：两组患者治疗前后血液指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

分组	时间	血浆纤维蛋	血浆黏度	全血黏度
		白原 (g/L)	(mpa/s)	(mpa/s)
观察组	治疗前	3.21±0.05	4.23±0.41	41.31±0.07
	治疗后	2.03±0.03	1.21±0.18	35.16±0.05
对照组	治疗前	3.25±0.08	4.19±0.39	41.53±0.09
	治疗后	2.81±0.04	1.73±0.42	40.28±0.11

注：两组治疗前对比， $p>0.05$ ，两组治疗后对比， $p<0.05$

2.3 患者治疗疗效情况分析

见表 3 所示，在患者治疗总有效率上，观察组为 95.35%，对照组 79.07%，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 2.33%，对照组 18.60%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 3: 患者治疗疗效评估结果[n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	43	31(72.09)	10(23.26)	2(4.65)	95.35%
对照组	43	23(53.49)	11(25.58)	9(20.93)	79.07%

注: 两组对比, $p<0.05$

2.4 患者治疗满意度情况

见表 4 所示, 在治疗满意率上, 观察组 93.02%, 对照组 74.42%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 4: 患者治疗满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	43	27(62.79)	13(30.23)	3(6.98)	93.02%
对照组	43	18(41.86)	14(32.56)	11(25.58)	74.42%

注: 两组对比, $p<0.05$

3 讨论

冠心病心绞痛的临床用药方案多样, 常见药物中如阿司匹林肠溶片以及氯吡格雷等。阿司匹林肠溶片可以发挥消炎、镇痛的功效, 在冠心病、心肌梗死等心血管疾病中应用广泛, 该药物可以达到血小板集聚的抑制功效^[1]。氯吡格雷可以达到防控血小板集聚而引发的心、脑以及有关动脉循环功能障碍疾病, 属于二磷酸苷受体拮抗剂, 可以对二磷酸苷以及血小板受体结合产生一定抑制作用, 由此来降低血小板集聚数量^[2]。

对于冠心病心绞痛治疗而言, 心绞痛的发病机制主要是因为血小板集聚引发血栓而导致疾病问题, 因此疾病治疗用药方面集中在抗血小板、抗凝以及改善心肌缺血等问题^[3]。在用药方面需要遵循几点原则: 首先, 药物本身可以改善心绞痛症状, 提升患者舒适度, 降低疾病风险; 第二, 要通过用药来控制心绞痛发作频次、发作时间, 尽可能地缩减其心绞痛发作的严重程度; 其三, 可以促使侧支循环以及心脏血管再通等工作^[4]。其四, 可以减少疾病以及治疗所引发的不良事件, 降低疾病风险。阿司匹林肠溶片可以达到抑制血小板集聚, 由此降低心脏不良事件的作用, 能够发挥血小板抗凝, 抑制机体内血栓形成, 因此对于冠心病的治疗有较好的支持作用。阿司匹林肠溶片需要长时间使用, 但是过多地使用容易导致较多的不良反应, 同时降低治疗效果, 而单独采用阿司匹林肠溶片用药的整体药效相对不佳^[5]。氯吡格雷联合阿司匹林肠溶片用药可以达到更好的溶栓功效, 对抑制机体血小板其具有更强的推动作用, 抗凝功效更为明显。两种药物联合使用可以发生对应的协同功效, 比单独阿司匹林肠溶片用药的药效明显提升, 改善冠心病心绞痛症状的效果更为明显, 其药物的持续稳定性更好^[6]。

通过本研究结果可以发现, 在患者心绞痛发作时间间隔、发作次数、持续时间等指标上, 观察组各项治疗后降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 两种用药之后可以更好地缩短心绞痛发作持续时间, 降低其发作时间的间隔, 减少其发作频次, 说明该药物可以直接达到疾病症状的改善, 减少疾病风险^[7]。其次, 在患者血浆纤维蛋白原、血浆黏度、全血黏度等指标上, 观察组治疗前后降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 其可以达到血浆纤维蛋白原、血浆黏度、全血粘度等各指标的降低改善作用, 有效地降低血液的粘稠度, 发挥较好的抗凝功效, 对抑制血栓以及促使时血管疏通有更好的促进作用。在患者治疗总有效率上, 观察组为 95.35%, 对照组 79.07%, 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 2.33%, 对照组 18.60%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 从治疗疗效上可以看出, 观察组采用联合用药之后, 治疗疗效明显提升, 说明该治疗效果的有效性在多数患者中可以发挥明显的作用。同时其不良反应相对低, 说明用药的安全性较好, 在一定程度上降低了单独使用阿司匹林肠溶片的风险性, 患者的体验感受更好。在治疗满意度上, 观察组 93.02%, 对照组 74.42%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。从患者的治疗满意度反馈情况而言, 观察组的满意度相对更高, 说明患者对该治疗方案的体验感受更好, 治疗配合度也会更为顺利, 减少了药物中断以及其他操作而引发的治疗风险性, 总体的治疗感受体验相对更好^[8]。

在实际用药之中可能会存在更多药物联合使用, 用药之中不仅要考虑疾病症状改善作用, 同时要达到更好的长期观察效果。由于冠心病患者需要长时间用药, 要考虑用药之后的机体耐受性, 避免耐药性而引发的不良问题。同时要考虑患者基础合并疾病状况, 尽可能地减少有关用药对其他疾病构成的影响。冠心病心绞痛患者中较多属于老龄患者, 其基础疾病较多, 例如可能存在糖尿病、老慢支、高血压、高血脂等多种疾病, 甚至存在其他心脑血管肾脏组织疾病问题, 药物之间的强化使用, 各种药物之间的不良影响作用, 对患者机体构成较大的影响。因此, 需要做好用药反馈观察, 进行动态性的监测记录, 依据个体情况做好合理用药的调整, 避免笼统一刀切导致的个体不适应。同时要充分地意识到每种药物在不同患者身上使用的效果具有一定的差异性, 要做好对应的教育指导工作, 让患者积极配合治疗工作的开展, 有效地反馈治疗感受信息, 帮助临床医生做好用药的及时调整, 避免用药后的不良风险问题。在具体教育指导工作上, 要考虑个体情况差异, 注重人性化引导, 满足个人在内容与形式上的诉求, 提升整体治疗依从性。要充分融合实际新技术、新手段, 融合新理念, 满足多样化的实际诉求, 为最终的护理工作结果做保障。可以将网络平台沟通互动与实际一对一沟通互动结合, 定期地推送有关健康知识宣教文章, 提升患者与家属对疾病的认识水平, 减少治疗过程中的人为阻力, 纠正患者的错误认知与行为。

总而言之, 冠心病心绞痛采用阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗, 可以有效地改善血液粘稠度, 提升治疗疗效, 改善心绞痛发作状况, 减少不良反应, 提升患者治疗满意度, 整体情况更为理想。

参考文献:

[1]张惠卿,刘朝军,封博华. 联合阿司匹林肠溶片和氯吡格雷在冠心病心绞痛临床治疗中的应用[J]. 母婴世界,2021(2):127.
[2]李英,张慧,彭博. 阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛的临床疗效分析[J]. 特别健康,2021(26):90.
[3]王芳芳. 65 例阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛的临床观察与护理刍议[J]. 糖尿病天地,2021,18(11):273.
[4]刘艳秋. 阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛治疗的临床价值[J]. 中国保健营养,2021,31(19):3.
[5]高远毅. 阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛的临床疗效[J]. 东方药膳,2021(5):81.
[6]刘艳秋. 阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛治疗的临床价值[J]. 中国保健营养,2021,31(23):85.
[7]薛霞. 阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛疗效观察[J]. 饮食保健,2021(36):124-125.
[8]李亚丽. 观察阿司匹林肠溶片、氯吡格雷联合治疗冠心病心绞痛患者的临床效果[J]. 养生保健指南,2021(16):98.

彩色多普勒超声诊断主动脉夹层临床价值分析

杨勇

成都市双流区第一人民医院 四川双流 610200

摘要：目的：对比 CT 平扫了解彩色多普勒超声对于主动脉夹层患者的临床诊断应用价值。方法 选取 2019 年 9 月-2021 年 9 月我院收治的 40 例主动脉夹层患者作为研究对象，所有患者分别接受 CT 平扫以及彩色多普勒超声检查，比较两种检查项目结果及其结果准确率情况、异常体征检出率情况、不良反应发生率、两种检查方式所花费检查时间以及阅片诊断时间、患者舒适度评价以及满意度评价。结果 通过对两种检查诊断方式的比对明显可见 CT 平扫诊断准确率显著低于彩色多普勒超声的准确率，三种 Debakey 分型结果中均为彩色多普勒超声检查结果准确率优于 CT 平扫 ($P < 0.05$)；对比两种检查诊断方式可见 CT 平扫诊断的四项异常体征检出率均低于彩色多普勒超声 ($P < 0.05$)；对比两种检查诊断方式可见 CT 平扫诊断检查所致不良反应发生率高于彩色多普勒超声，恶心、呕吐、皮疹以及乏力、血压下降各单项不良反应之间发生率差异较小 ($P > 0.05$)，CT 平扫不良反应发生率 15.00%，彩色多普勒超声不良反应发生率 7.50% ($P < 0.05$)；在检查项目及其诊断效率情况中 CT 平扫所耗时间均短于彩色多普勒超声，但阅片时间以及检查价格均是均高于彩色多普勒超声 ($P < 0.05$)；CT 平扫的患者舒适度以及满意率数据均低于彩色多普勒超声检查 ($P < 0.05$)。结论：彩色多普勒超声检查对于主动脉夹层患者的确诊与鉴别在诊断准确率、异常体征显现、检查不良反应以及检查效率中具有较高的应用价值与诊断意义。

关键词：彩色多普勒超声；诊断；主动脉夹层；临床价值；CT 平扫

主动脉夹层 (aortic dissection) 是由于血管病变导致血流异常冲破动脉血管内膜，进入动脉壁中而形成的异样血肿，是一种临床较为少见、但危险程度以及病死率极高的血管外科疾病；其病因主要包括高血压、血管粥样硬化等，好发于中老年男性患者。主动脉夹层的诊断检查中一般多以影像学检查作为主要诊断方式，其中包括 CT、MRI、X 线、造影以及超声技术等^[1-3]，此次调研希望通过比较 CT 平扫检查，了解彩色多普勒超声对于主动脉夹层患者的临床应用效果以及诊断价值，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 9 月-2021 年 9 月成都市双流区第一人民医院收治的 40 例主动脉夹层患者作为研究对象，其中男 22 例，女 18 例；年龄 51~69 岁，平均年龄 (60.35 ± 3.18) 岁；病程最短 1h，最长 5h，平均病程 (2.49 ± 0.31) h，在 Debakey 分型中有 I 型患者 11 例，II 型患者 17 例，III 型患者 12 例，在异常体征情况中有主动脉瓣返流 27 例、主动脉双腔 40 例、心包积液 19 例、主动脉瓣关闭不全 23 例，在症状表现上，有 23 例出现明显胸、腹部疼痛，9 例明显臀、背、腿部放射痛，7 例吞咽异常，8 例声音嘶哑以及 7 例跛足、9 例卒中，在病史以及合并症中，有 33 例高血压患者，13 例糖尿病患者，15 例血管斑块疾病患者；患者家属均知情同意并签字确认相关诊治与研究内容，研究内容由医学伦理委员会审批通过。

纳入标准：症状表现以及最终诊断符合主动脉夹层临床诊断标准的患者，检查依从性较好的患者，意识与认知功能良好且沟通无障碍的患者。排除标准：合并其他严重感染、传染、系统功能障碍、恶性肿瘤疾病的患者，基础资料完善度不佳的患者^[4-7]。

1.2 方法 患者分别接受 CT 平扫以及彩色多普勒超声检查：电子计算机断层扫描 CT 检查使用 CT 机，设定层厚参数 10mm，间隔 5-10mm，平扫患者胸腹动脉，发现排查病灶；彩色多普勒超声检查使用彩色多普勒超

声检测仪，设定线阵探头频率参数为 5-10MHz，备用相控阵凸阵探头，设定频率参数 2-5MHz，辅助患者根据检查需要取平卧位、侧卧位与坐位，将血流标尺放置在相应位置，常规扫描心脏、瓣膜以及室壁情况，后扫查患者胸腹动脉，从双侧锁骨上窝开始扫查锁骨下动脉、无名动脉、腋动脉以及下行段直至双侧髂总动脉，重点排查锁骨下动脉起始段以及右侧头臂干，观察动脉管腔内径、内膜情况、夹层情况、夹层宽度及长度、内部血栓情况、血流情况、血流速度以及周围分支情况等。整体检查由同一批影像医生进行检查操作分析以及综合诊断^[8-10]。

1.3 观察指标

1.3.1 对比 CT 平扫与彩色多普勒超声诊断准确率，诊断结果以 Debakey 分型作为诊断分型统计形式，根据夹层破口部位以及病灶范围进行区分：

①I 型：主动脉瓣上 5cm 内可见破口部位，近至主动脉瓣，远至主动脉弓或腹主动脉亦或髂动脉；②II 型：主动脉瓣上 5cm 内可见破口部位，病灶范围在升主动脉内；③III 型：左侧锁骨下动脉 2-5cm 处可见破口部位，远至髂动脉^[11]；

1.3.2 对比 CT 平扫与彩色多普勒超声两种检查方式的体征检出情况，参与统计对比的异常体征包括主动脉瓣返流、主动脉双腔、心包积液以及主动脉瓣关闭不全^[12]。

1.3.3 对比 CT 平扫与彩色多普勒超声两种检查方式不良反应发生率，参与观察和统计的不良反应项目包括恶心、呕吐、皮疹、乏力和血压下降 5 项^[13]。

1.3.4 对比 CT 平扫与彩色多普勒超声两种检查方式所花费检查时间以及阅片诊断时间。

1.3.5 对比 CT 平扫与彩色多普勒超声两种检查患者舒适度评价以及满意度评价，舒适度根据患者出院前个体评价分为不舒适、基本舒适和非常舒适，将基本舒适和非常舒适纳入舒适率计算，根据患者出院前个体评价

分为不满意、基本满意以及非常满意。将基本满意以及非常满意纳入满意率计算。

1.4 统计学分析 使用 SPSS 25.0 数据分析软件进行整合统计与分析处理，%率作为数据体现形式， χ^2 参与检验， $(\bar{x} \pm s)$ 作为数据体现形式，t 参与检验， $P < 0.05$ 表示对比项目数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较 CT 平扫与彩色多普勒超声诊断准确率 彩色多普勒超声检查结果准确率显著高于 CT 平扫，组间差异显著且有效 ($P < 0.05$)，具体见表 1。

表 1 两项检查结果及其准确率对比

检查项目	I 型 (n=11)	II 型 (n=17)	III 型 (n=12)	诊断准确率
CT 平扫	7 (17.50%)	11 (27.50%)	8 (20.00%)	65.00%
彩色多普勒超声	11 (27.50%)	16 (40.00%)	10 (25.00%)	92.50%
χ^2	7.249	7.507	6.305	9.261
p	0.000	0.000	0.008	0.000

表 3 两种检查方式不良反应发生率对比

检查项目	恶心	呕吐	皮疹	乏力	血压下降	发生率
CT 平扫	2 (5.00%)	1 (2.50%)	1 (2.50%)	1 (2.50%)	1 (2.50%)	15.00%
彩色多普勒超声	1 (2.50%)	1 (2.50%)	0 (-)	1 (2.50%)	0 (-)	7.50%
χ^2	0.927	0.885	0.890	0.649	1.081	6.242
p	0.079	0.053	0.083	0.060	0.071	0.000

2.4 对比 CT 平扫与彩色多普勒超声两种检查方式所花费检查时间以及阅片诊断时间 彩色多普勒超声检查从检查至结果出具时间比 CT 平扫花费时间多，彩色多普勒超声检查所花费价格低于 CT 平扫，组间差异有统计学效力 ($P < 0.05$)，具体见表 4。

表 4 两种检查方式检查及诊断效率对比「 $(\bar{x} \pm s)$ min，元」

检查项目	检查时间	阅片诊断时间	整体花费时间	检查价格
CT 平扫	3.06±1.25	18.41±3.72	29.88±4.05	373.56±11.34
彩色多普勒超声	28.51±5.73	8.23±1.36	43.86±5.19	125.33±9.24
t	14.240	11.957	8.275	9.240
p	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 对比 CT 平扫与彩色多普勒超声两种检查患者舒适度评价以及满意度评价 彩色多普勒超声检查的患者舒适度以及满意度评价均高于 CT 平扫，组间差异有统计学效力 ($P < 0.05$)，具体见表 5。

表 5 两种检查患者舒适度以及满意度对比

检查项目	舒适度	满意率
CT 平扫	31 (77.50%)	35 (87.50%)
彩色多普勒超声	38 (95.00%)	40 (100.00%)

2.2 对比 CT 平扫与彩色多普勒超声两种检查方式的体检检出情况 彩色多普勒超声检查对异常体征的检出率高于 CT 平扫，其中主动脉瓣返流、主动脉双腔、心包积液以及主动脉瓣关闭不全四项异常体征情况中超声检出率均高于 CT 平扫，组间差异有统计学效力 ($P < 0.05$)，具体见表 2。

表 2 两种检查异常体征检出率对比

检查项目	主动脉瓣返流 (n=27)	主动脉双腔 (n=40)	心包积液 (n=19)	主动脉瓣关闭不全 (n=23)
CT 平扫	19 (70.37%)	29 (72.50%)	11 (57.89%)	15 (65.22%)
彩色多普勒超声	24 (88.89%)	35 (87.50%)	17 (89.47%)	21 (91.30%)
χ^2	7.933	6.047	6.242	7.349
p	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 对比 CT 平扫与彩色多普勒超声两种检查方式不良反应发生率 彩色多普勒超声检查的不良反应发生率低于 CT 平扫，组间差异有统计学效力 ($P < 0.05$)，具体见表 3。

χ^2	8.285	10.324
p	0.000	0.000

3 讨论

通过对本院 40 例主动脉夹层患者的检查与对比分析，发现 CT 平扫与彩色多普勒超声两种检查应用效果具有实际差异。在研究过程中分别对控制变量后的主动脉夹层患者先后进行 CT 平扫检查以及彩色多普勒超声检查，在检查结果分析中可见彩色多普勒超声检查结果在准确率、异常体征的检出率、不良反应发生率、检查时间、阅片诊断时间表现中显著优于 CT 平扫结果的准确率^[14-15]。整体来看彩色多普勒超声检查应用于主动脉夹层的诊断特征包括明显可见的双腔变化，同时对比假腔的暗淡血流以及低流速峰值，在真腔内可见明显明亮的血流以及高流速多普勒峰值，并且在夹层能可见正负双向低流速血流。另外从两种检查的安全性角度出发，CT 本身具有一定放射性，对人体具有损伤性，并且如需使用造影剂，则可能进一步造成肾功能损害性，彩色多普勒超声本身无创，并且检查速度快、效率高，对于患者来说检查费用低廉，且无需专门检查室，对于重症或不变行走的患者来说可以直接在床边进行监测，进一步降低由于活动带来的不良风险，以及对于患者后续治疗过程中所需的复诊检查，超声检查的价格低廉以及无创优势也具有不可替代的效果。而在检查效率方面，相比 CT 平扫，彩色多普勒超声所花费时间较多，并且检查前需要至少 6

小时的空腹禁食时间。

综上所述,对主动脉夹层患者使用彩色多普勒超声进行检查具有较高的准确性以及临床应用价值,在检查效率、所花费检查费用、安全性以及可靠性中均有较为优异的表现,临床应结合患者个体情况以及症状表现综合判断。

参考文献:

- [1]王慧,苏连花,李梓伦,常光其,黄雪玲,王深明.彩色多普勒超声在腹主动脉瘤腔内修复术后支架感染诊断中的价值[J].中华医学杂志,2022,102(01):67-72.
- [2]邱春梅.彩色多普勒超声心动图在老年 DHVD 诊断中的临床价值[J].现代诊断与治疗,2021,32(23):3811-3812.
- [3]邓继财,周瑞仁,唐小曼,卢昭毅,李洁.彩色多普勒超声辅助低位腹主动脉球囊阻断术在骨盆或股骨肿瘤手术中的应用效果[J].广西医学,2021,43(08):953-956+961.
- [4]王振华,褚雯,张玉奇.主动脉左室隧道的彩色多普勒超声诊断价值及误诊分析[J].中国超声医学杂志,2021,37(03):354-356.
- [5]侯鹏春.三维增强磁共振血管成像在主动脉夹层动脉瘤的诊断价值及准确性研究[J].中国药物与临床,2021,21(02):206-208.
- [6]潘锦芳,刘文君,潘辉.产前彩色多普勒超声检测胎儿主动脉峡部对胎儿窘迫的诊断价值[J].中国妇幼保健,2021,36(02):437-439.
- [7]普布次仁,张西南,其米央宗,格桑德吉,次央.心彩色多普勒在腹主动

脉夹层动脉瘤临床诊断中的应用[J].西藏医药,2020,41(05):27-29.

[8]王慧,陈章颖,李梓伦,王冕,崔进,于楠,黄雪玲,常光其,王深明.濒临破裂腹主动脉瘤诊断中彩色多普勒超声的价值分析[J].中华医学杂志,2020,100(32):2507-2510.

[9]李芳,张宇虹,苏本利.彩色多普勒超声评价糖尿病肾病患者肾内动脉阻力指数与腹主动脉内-中膜厚度的相关性[J].中国医学影像技术,2020,36(05):738-742.

[10]刘天鹰,段欣.彩色多普勒超声在腹主动脉夹层动脉瘤临床诊断中的应用及其有效性分析[J].贵州医药,2020,44(04):627-629.

[11]李忠祥.彩色多普勒超声心动图在急性主动脉夹层诊断中的应用[J].影像研究与医学应用,2019,3(01):90-91.

[12]马金梅,赵国强,张理,曹成瑛,马生龙.西宁地区彩色多普勒超声诊断主动脉夹层动脉瘤的临床作用分析[J].高原医学杂志,2018,28(04):57-60.

[13]唐靖琳,朱鲜阳,于馨,侯传举,盛晓棠,王琦光,张端珍.经胸彩色多普勒超声心动图在主动脉窦瘤破裂封堵术应用价值[J].临床军医杂志,2018,46(08):925-927+931.

[14]白玲玲.彩色多普勒超声在消化道出血合并腹主动脉夹层诊断中的应用效果[J].基层医学论坛,2018,22(20):2845-2846.

[15]刘力,董晓东.彩色多普勒超声诊断主动脉夹层动脉瘤的临床效果评价[J].影像研究与医学应用,2018,2(05):138-139.

(上接第 101 页)

常规的糖皮质激素有更好的亲和力,由此可以达到突变应答强度的有效抑制。

在实际治疗中,决定最终治疗效果的影响因素较多,一方面是药物方案的匹配性,另一方面也需要考虑患儿的治疗依从性。患儿如果可以在家属与医护人员的引导下按照规定用药,同时做好日常的饮食、运动、作息状况的调整,按时做好复诊,提升有关治疗工作的有效性。在药物方案的匹配性方面,任何用药方案在实际使用中,都不能达到所有人一致的效果。一方面是由于每个患者对药物的敏感性不同,另一方面在于患者的身体素质不一。尤其是患者可能存在其他合并症问题,多种疾病的影响下,导致药物治疗发挥的作用会产生差异。作为提供治疗方案的医生,需要做好患儿与家属的教育指导工作,提升其对疾病与治疗的认识程度,保证最终的执行效果。甚至要督促家属将患儿的异常情况反馈、记录下来,帮助医生更为准确的用药。患儿如果有突出的不良反应,要及时反馈,合理地做好药物调控,避免不良反应严重而导致的患儿负面问题。治疗工作中,医生不能随时跟随患儿的治疗观察,更多需要家属配合与支持。因此要调动家属的配合度,将有关事项相对细致的书面与口头方式配合做告知,由此保证工作落实的有效性。尤其是纸质阅读材料与手机电子阅读材料,以及设定对应的微信群组等方式,方便沟通联系,提升教育指导工作的落实效果。

总而言之,小儿慢性咳嗽采用布地奈德联合孟鲁司特钠治疗,可以有

效地提升治疗疗效,改善血气指标、肺功能,加快疾病症状恢复速度,减少不良反应率,整体状况更为理想。

参考文献:

- [1]周丽.孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿肺炎支原体感染致慢性咳嗽的研究[J].养生保健指南,2021(4):24.
- [2]李方立.布地奈德联合孟鲁司特钠治疗小儿慢性咳嗽的临床效果[J].养生大世界,2021(15):175.
- [3]王悦.分析布地奈德联合孟鲁司特钠对小儿慢性咳嗽的治疗效果[J].东方药膳,2021(11):66.
- [4]朱贵焕.布地奈德联合孟鲁司特钠治疗小儿慢性咳嗽的临床效果[J].临床合理用药杂志,2021,14(4):116-117.
- [5]谭语墨,陈洪冲.孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿肺炎支原体感染致慢性咳嗽的效果分析[J].当代医药论丛,2020,18(8):51-52.
- [6]金益羽.孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿肺炎支原体感染所致慢性咳嗽的临床分析[J].当代医药论丛,2020,18(20):96-97.
- [7]韩丽平.孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿肺炎支原体感染慢性咳嗽的疗效评价[J].健康之友,2020(13):88-89.
- [8]马春微.布地奈德联合孟鲁司特钠治疗小儿慢性咳嗽的效果和安全性分析[J].健康大视野,2020(1):85.

糖尿病周围神经病变患者焦虑抑郁状态的分析

张贺齐

唐山市协和医院 河北省 063000

摘要：目的：研究糖尿病周围神经病变患者焦虑抑郁状态效果。方法：在本文研究将收治时间在 2020 年 12 月-2021 年 12 月的 300 例糖尿病周围神经病变患者作为研究对象，根据其不同病程分为三组，观察组病程<5 年、对照组病程 5~10 年、实验组病程>10 年、每组 100 例，对三组患者采用量表分析焦虑和抑郁情绪。结果：观察组焦虑发生率均低于对照组、实验组；观察组焦虑评分均低于对照组和实验组；而观察组抑郁发生率和抑郁评分均低于对照组和实验组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组焦虑和抑郁的严重程度和对照组以及实验组相比，明显减轻（ $P<0.05$ ）。结论：糖尿病周围神经病变患者主要心理病理学特征为焦虑和抑郁状态，而患者的病程越长，其焦虑和抑郁评分越高，并程度越严重，需引起临床重视。

关键词：糖尿病周围神经病变；焦虑抑郁状态；效果

糖尿病周围神经病变作为临床常见并发症之一，也容易导致糖尿病患者健康受到影响，随着患者病程的延长，使得患者社会功能、躯体功能以及心理功能均明显降低，从而对患者生活质量造成严重影响，造成患者焦虑和抑郁发生率得以提高。焦虑和抑郁作为糖尿病周围神经病变常见心理障碍，容易对患者血糖控制造成一定影响，受到临床广泛的关注。研究发现，糖尿病周围神经病变患者的焦虑和抑郁情绪和患者病程存在一定关联性，但临床对于该情况的机制尚未明确。^[1]，因此，本次研究对糖尿病周围神经病变患者焦虑抑郁状态的进行分析，见下文。

1 资料和方法

1.1 资料

研究将收治时间在 2020 年 12 月-2021 年 12 月的 300 例糖尿病周围神经病变患者作为研究对象，根据其不同病程分为三组，观察组病程<5 年、对照组病程 5~10 年、实验组病程>10 年。

纳入标准：①符合 who 的糖尿病诊断标准^[2]；②无其他严重疾病（3）患者和家属均签署知情同意书；（4）患者临床资料完整。排除标准：①高渗状态以及糖尿病酮症酸中毒等糖尿病急性并发症；②合并精神异常以及神经官能症；③存在多种应激状况，比如感染、手术、心力衰竭、脑梗死急性期、冠脉搭桥、冠脉支架植入术后；④近期服用影响研究的药物。观察组平均年龄 60.21±1.27（40~80）岁、其中男性 60 例、女性 40 例；对照组平均年龄 60.17±1.21（41~80）岁、其中男性 61 例、女性 39 例；实验组平均年龄 60.19±1.26（41~79）岁、其中男性 62 例、女性 38 例，三组基线资料中进行比较（ $P>0.05$ ），差异无统计学意义。

1.2 方法

对患者的基本资料进行收集，包括患者的文化程度、职业、性别等，并对患者焦虑和抑郁情绪进行评价。采用汉密尔顿焦虑量表对患者焦虑情况进行评估，其中轻度焦虑得分在 50~59 分、中度焦虑在 60~69 分、重度焦虑得分>70 分；采用抑郁量表对患者抑郁状态进行评估，其中重度抑郁得分>73 分、中度抑郁在 62 分-73 分之间、轻度抑郁在 52 分-63 分之间^[3]。

资料收集方式：在问卷填写前，研究者需要向研究对象讲解研究的内

容和目的，获取了研究对象的同意后，指导研究对象进行问卷的注意事项和填写方法，待问卷填写完毕后，研究者需要对问卷填写质量进行分析，若存在漏项或缺项等情况时，需要要求研究对象填写完整，然后选择单独场所，取得被访者同意后，根据访谈提纲，对其进行一对一录音访谈^[4]。

1.3 观察指标

三组各项指标进行对比，包括抑郁发生率、抑郁评分、焦虑发生率、焦虑评分、焦虑和抑郁的严重程度。

1.4 统计学处理

本次研究统计学软件 SPSS24.0 进行处理，计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）形式表示，用 T 值进行检验，计数资料以（%）的形式表示，并以卡方检验， $P<0.05$ ，说明以上数据存在明显差异。

2. 结果

2.1 分析三组各项评分

观察组焦虑发生率均低于对照组、实验组的焦虑发生率；观察组焦虑评分均低于对照组和实验组；而观察组抑郁发生率和抑郁评分均低于对照组和实验组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1 所示。

表 1：分析三组各项评分指标

组别	例数 (n)	焦虑发生 率	焦虑评分	抑郁发生 率	抑郁评分
观察组	100	38(37.00)	29.52±1.52	25(25.00)	27.52±1.52
对照组	100	46(46.00)	41.25±1.41	39(39.00)	40.52±1.02
实验组	100	55(55.00)	56.52±1.45	45(45.00)	51.45±1.45

2.2 对比焦虑和抑郁的程度

观察组焦虑和抑郁的严重程度和对照组以及实验组相比，明显减轻（ $P<0.05$ ），见表 2 所示。

表 2：分析焦虑和抑郁的程度（%）

组别	焦虑				抑郁			
	正常	轻度	中度	重度	正常	轻度	中度	重度
观察组	63（63.00）	25（25.00）	12（12.00）	0	75（75.00）	15（15.00）	10（10.00）	0

对照组	54 (54.00)	18 (18.00)	18 (18.00)	10 (10.00)	60 (60.00)	18 (18.00)	14 (14.00)	8 (8.00)
实验组	45 (45.00)	15 (15.00)	20 (20.00)	20 (20.00)	55 (55.00)	15 (15.00)	20 (25.00)	10 (10.00)

3 讨论

据相关研究显示^[5],对于糖尿病患者来说,病程越长,疾病控制越差,并且焦虑和抑郁症状越严重,周围神经病变作为糖尿病十分常见的并发症类型,随着糖尿病周围神经病变患者病程不断延长,心理社会问题发生率也不断增加。在本次结果显示,糖尿病患者的抑郁患病率较高,并且患者年龄越大、文化程度越低、病程越长,均可引起糖尿病周围神经病变。根据国外数据显示,糖尿病周围神经病变患者抑郁的患病率在24.5%~28.4%^[6-7],而造成该种差别的原因主要是由于人群不同,并且在评估过程中,采取的不同量表所致的。而在国内,有关糖尿病周围神经病变人群的抑郁焦虑情况的研究较少,但有研究报道显示,糖尿病周围神经病变焦虑和抑郁的患病率和单独糖尿病患者相比较高,但是不具有可比性。医学研究显示,周围神经病变作为糖尿病十分常见的并发症类型,病情严重且复杂,患者存在长期的远端肢体疼痛、功能障碍、感觉异常等症状,均可导致患者出现焦虑和抑郁情绪,引起不同程度的心理障碍,故此对于糖尿病周围神经病变患者来说,需早期发现,早期治疗,并需要与患者焦虑和抑郁情绪结合,给予其针对性的抗焦虑和抑郁治疗以及心理治疗^[8-9]。

多项实验证明糖尿病病程和抑郁、焦虑症状呈现负相关,原因主要是由于糖尿病病程较长患者,对于糖尿病相关知识掌握越好,能显著提高患者对疾病的信心,病程较短者,往往对于糖尿病缺乏一定了解,担心糖尿病患者发生并发症,不知如何进行糖尿病各项自我管理^[10],容易产生绝望情绪,造成抑郁和焦虑情绪。另外月收入越高的人群、自身焦虑症状越严重,主要是由于较高收入的人群往往十分年轻,年轻患者常常存在较大的生活压力和工作压力,最后研究显示家庭因素也易对患者情绪造成影响,疾病容易打破家庭的生活习惯和原有的生活节奏,给患者家庭带来十分沉重的经济负担,本研究显示,年龄越低、患者自身焦虑症状就越严重。同时年龄较小的患者,对于疾病知晓率不高,同时由于中国传统文化,多数患者对于精神症状存在一定的羞耻感,不愿意承认。

糖尿病周围神经病变患者容易随着自身病情变化,产生抑郁、焦虑、心境低落等情况,当患者病程越长,抑郁和焦虑等风险不断增加,抑郁症发病率不断增加,主要特征以情绪低落为主,同时部分患者存在自杀、躁动、焦虑等症状,而部分研究显示,焦虑、抑郁容易加速糖尿病病变并发症发生,而对于糖尿病的焦虑状态以及抑郁状态早期进行干预较为重要。因此,在临床工作中,对于糖尿病周围神经病变来说,需对其周围神经病变情况进行评估,并给予其正确的治疗,同时加强患者健康教育,使患者能够对自身病情变化趋势进行了解,对于自身的治疗方案有正确认知,树立积极乐观的心态,并且获得有效的社会支持和家庭支持。患者的不良反应用作为一种常见的应激源,对患者血糖控制造成影响,而抑郁和焦虑也可对患者的疾病错误认知造成不同程度的影响,故此,对于合并严重焦虑和抑郁患者来说,需积极开展抗焦虑和抑郁治疗。

对于入住内分泌科糖尿病周围神经病变患者来说,抑郁和交流发生率达到了48.6%,周围神经病变所致的心理社会因素改变和身体症状是导致患者焦虑和抑郁的高危因素,故此提示在临床中,需对患者糖尿病周围神经病变进行重点评估,当发现疾病后,应采取积极治疗的措施,从而对患者

血糖进行更好的控制,将患者的生活质量得以提高。但由于本次研究将抑郁和焦虑作为一种结局,并进行横断面的调查,故此需进行前瞻性的研究,从而获得糖尿病周围神经病变的抑郁和焦虑预测因子,以利于后续更好的护理指导。

经研究表明,观察组焦虑发生率均低于对照组、实验组的焦虑发生率;观察组焦虑评分均低于对照组和实验组;而观察组抑郁发生率和抑郁评分均低于对照组和实验组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组焦虑和抑郁的严重程度和对照组以及实验组相比,明显减轻($P<0.05$)。

综上所述,糖尿病周围神经病变患者随着自身病情的延长,抑郁和焦虑发生率随着病程延长增加,对于该类患者,临床需要重视患者的心理问题,对于患者早期开展药物治疗和心理干预,从而改善患者抑郁和焦虑情绪,保障患者健康安全,改善预后情况。

参考文献:

- [1]尚晓静,张蕊,王晓来,等. 2型糖尿病周围神经病变患者抑郁症发生情况的Meta分析[J]. 中国慢性病预防与控制,2021,29(12):956-960.
- [2]周晶晶,李东风,李时慧. 2型糖尿病周围神经病变病人血清25-羟维生素D与焦虑、抑郁的相关性研究[J]. 安徽医药,2021,25(12):2393-2397.
- [3]GRUNBERGER, GEORGE, SHERR, JENNIFER, ALLENDE, MYRIAM, et al. American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline: The Use of Advanced Technology in the Management of Persons With Diabetes Mellitus[J]. Endocrine practice: official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists,2021,27(6):505-537.
- [4]李欣仪,周秋红,戴薇薇,等. 2型糖尿病患者周围神经病变患病现状及影响因素分析[J]. 上海护理,2021,21(12):35-38.
- [5]于敏,薛天宇,张鑫,等. 糖尿病周围神经病变药物治疗研究进展[J]. 中国医师进修杂志,2022,45(5):473-476.
- [6]屈籍,李博,刘京锋. 神经肌电图诊断早期无症状2型糖尿病患者糖尿病周围神经病变的价值分析[J]. 中国医学装备,2021,18(11):97-99.
- [7]任丽丽. 针对性护理对糖尿病周围神经病变患者负面情绪及生活质量的影响[J]. 河南医学研究,2019,28(24):4565-4566.
- [8]BIRCH, REBECCA J., DOWNING, AMY, FINAN, PAUL J., et al. Improving outcome prediction in individuals with colorectal cancer and diabetes by accurate assessment of vascular rectal cy vascular complicatiby accurate assessment of vascular complicatir complications: Implications for clinical practice[J]. European Journal of Surgical Oncology: The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology,2021,47(5):999-1004.
- [9]张文涛,赵妙香. 炎症因子在糖尿病周围神经病变患者血清中的表达及其与神经传导速度的相关性分析[J]. 医学临床研究,2021,38(5):769-771.
- [10]章琴,黄益麒,金煜. 女性糖尿病肾病患者焦虑和抑郁状况及对生活质量的影响[J]. 中国妇幼保健,2021,36(9):1955-1957.

Devine 矫正术治疗小儿隐匿性阴茎的效果分析

张小斌¹ 方菁²

1.固原市原州区人民医院 宁夏固原市 756000; 2.固原市人民医院 宁夏固原市 756000

摘要: 目的: 研究小儿隐匿性阴茎采用 Devine 矫正术进行治疗的临床效果。方法 选择在我院于 2020 年 1 月-2022 年 1 月间接受手术治疗的 60 例隐匿性阴茎患儿, 根据治疗方法的不同将其分成对照组和治疗组。对照组中 30 例患儿采用常规 Shiraki 术进行治疗; 治疗组中 30 例患儿采用改良 Devine 矫正术进行治疗。对比两组术中出血量、手术操作时间、术后下床活动、疼痛消失、住院总时间、术后不良反应情况、手术治疗效果、手术前后阴茎显露长度、术后不同时间点疼痛程度和心理状态评分、家长对手术方案及效果满意度。结果 治疗组患儿术中出血量低于对照组, 组间数据比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组手术操作时间、术后下床活动、疼痛消失、住院总时间短于对照组, 组间数据比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组术后不良反应少于对照组, 组间数据比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组手术治疗总有效率高于对照组, 组间数据比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组手术前后阴茎显露长度改善幅度大于对照组, 组间数据比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组术后不同时间点疼痛程度和心理状态评分改善幅度大于对照组, 组间数据比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组家长对手术方案及效果满意度高于对照组, 组间数据比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 小儿隐匿性阴茎采用 Devine 矫正术进行治疗, 能够控制术中出血量, 缩短操作时间, 减少术后不良反应, 尽可能减轻疼痛, 使患儿保持良好心态, 缩短术后恢复时间, 使治疗效果和家长满意度得到同步提升。

关键词: 小儿; 隐匿性阴茎; Devine 矫正术; 阴茎长度; 有效率

隐匿性阴茎属于近年来临床泌尿外科当中的一种常见疾病[1]。随着人们生活水平的不断提高, 饮食结构和生活节奏发生了较大的改变, 儿童的隐匿性阴茎发病率呈现逐年升高的发展趋势。隐匿性阴茎患儿存在能够正常发育的阴茎体, 但阴茎会在皮下埋藏, 单纯从外观上来看, 相对较为短小, 该病情的出现, 有可能导致阴茎头炎、包茎、卫生困扰等一系列问题的出现, 如果治疗不能够保证及时, 患儿生理及心理等多个层面的健康, 均会受到严重的影响。因此, 对于隐匿性阴茎患儿, 近年来临床上建议, 在早期阶段解除临床症状, 使生殖系统外观生理解剖形态得以恢复[2]。目前, 隐匿性阴茎问题还没有随着患儿年龄的增长而自愈的相关证据, 故给予积极治疗显得尤为重要。手术是现阶段临床对该患儿实施治疗的最为直接有效的方法, 通过实施手术治疗, 可以使阴茎得到有效的矫治[3]。既往临床上多数情况下, 会选择 Shiraki 术进行治疗, 该项治疗技术的操作方法简单、安全性高, 效果较为理想, 但在术后出现阴茎回缩等相关并发症的可能性较大, 会对术后的恢复速度造成不利影响。随着近年来临床相关研究的不断深入, 改良 Devine 术被广泛应用, 该术式可以使患儿的各临床症状得到有效控制, 但其效果还需进一步研究。本文研究小儿隐匿性阴茎采用 Devine 矫正术进行治疗的临床效果。汇报如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择在我院于2020年1月-2022年1月间接受手术治疗的60例隐匿性阴茎患儿, 根据治疗方法的不同将其分成对照组和治疗组。对照组中30例患儿采用常规 Shiraki 术进行治疗; 治疗组中30例患儿采用改良 Devine 矫正术

进行治疗。对照组患儿年龄8-14岁, 平均 (10.81 ± 0.52) 岁; 患病时间3-9年, 平均 (5.25 ± 0.69) 年; 平静状态阴茎长度0.70-1.96cm, 平均 (1.36 ± 0.17) cm; 牵拉龟头时阴茎可伸长3-8cm, 平均 (5.10 ± 0.46) cm; 治疗组患儿年龄8-14岁, 平均 (10.86 ± 0.51) 岁; 患病时间3-10年, 平均 (5.21 ± 0.64) 年; 平静状态阴茎长度0.73-1.92cm, 平均 (1.39 ± 0.14) cm; 牵拉龟头时阴茎可伸长3-8cm, 平均 (5.13 ± 0.41) cm。上述几项, 研究对象的自然指标, 各数据组间比较, $P > 0.05$, 可比较分析。

1.2 方法

对照组: 采用常规 Shiraki 术进行治疗: (1) 在手术操作开始前, 首先帮助患儿取舒适的仰卧位状态, 实施全身麻醉处理, 常规进行消毒铺巾。(2) 对包皮内板与阴茎头粘连实施分离处理, 随后将包皮内外板交界点位置切开, 于外板不同的部位实施纵向切开操作。(3) 对阴茎体外层纤维索带进行离断处理, 将处于增厚状态的肉膜完全去除, 实施松懈阴茎操作, 使之能够处于伸展状态。(4) 阴茎皮肤脱套至阴茎根部位置, 对固定白膜进行缝合。(5) 包皮系带横切纵缝成形, 将筋膜组织剔除, 同时对内板皮瓣进行适当的修剪, 外板要尽可能的予以保留, 实施“WM”形嵌插缝合处理。(6) 根据实际需要常规留置导尿管, 采用凡士林纱布进行覆盖, 选用弹力绷带实施包扎处理, 随后可结束手术。治疗组: 采用改良 Devine 矫正术进行治疗: (1) 在手术操作开始前, 首先帮助患儿取舒适的仰卧位状态, 实施全身麻醉处理, 常规进行消毒铺巾。(2) 将包皮内外板环形切开, 并予以分离处理, 在外板6、12点钟及内板3与9点钟位置, 分别做纵向的切口, 长度控制在0.5-1.0cm之间, 使龟头充分暴露, 并进行适当的牵引。(3)

对包皮进行游离，将Buck’s筋膜外层索带彻底切除，对浅筋膜层组织实施牵引。（4）缝合固定白膜，对阴茎的回缩进行有效预防。（5）包皮缺损的患儿，需要对内外板皮瓣进行适当的裁剪，并以可吸收线，对包皮进行缝合，从而有效预防切口挛缩及狭窄等情况的发生。（6）术后采用弹力绷带进行包扎，覆盖相应的敷料，积极预防感染事件的发生。（7）术后2-3天可以将敷料除去，对弹力绷带予以保留，采用抗生素类药物联合浓度为0.9%的氯化钠溶液进行湿敷，从而有效预防创面出现结痂。

1.3 观察指标

（1）术中出血量和手术操作时间；（2）术后下床活动、疼痛消失、住院总时间；（3）术后不良反应情况；（4）手术治疗效果；（5）手术前后阴茎显露长度；（6）术后不同时间点疼痛程度和心理状态评分；（7）家长对手术方案及效果满意度。

1.4 评价方法

治疗效果：临床治愈：手术后患儿的阴茎能够完全暴露，没有发生回缩，长度恢复正常；有效：手术后患儿的阴茎大部分能够暴露出来，但存在程度轻微的回缩问题；无效：手术后患儿阴茎仅有小部分能够暴露，或在暴露后又发生回缩^[4]。

疼痛程度：采用 VAS 法评价，0-10 分，分数高，疼痛严重^[5]。

心理状态：采用 HAMD 和 HAMA 量表评价，每表包括躯体和精神两方面，各 7 个问题，共 14 个，每题 0-4 分，共 56 分，分数高，则心理问题严重^[6]。

满意度：采用我院自拟百分问卷调查，出院当天，通过不记名打分形式，调查家长满意度。≥80 分满意，<80 分且≥60 分基本满意，<60 分不满意。

1.5 数据处理方法

以SPSS22.0处理，P<0.05时，可认为，数据比较，有统计学意义，计数和计量资料，分别进行X²和t检验，并分别以，[n(%)]和（ $\bar{x} \pm s$ ）表示。

2 结果

2.1 术中出血量和手术操作时间

治疗组患儿术中出血量低于对照组，治疗组手术操作时间短于对照组，组间数据比较差异有统计学意义（P<0.05）。见表 1。

表 1 术中出血量和手术操作时间

组别	例数(n)	出血量(mL)	操作时间(min)
对照组	30	26.39±4.15	52.03±5.17
治疗组	30	15.62±3.79	36.29±4.58
t 值		12.031	17.010
P 值		<0.05	<0.05

2.2 术后下床活动、疼痛消失、住院总时间

治疗组术后下床活动、疼痛消失、住院总时间短于对照组，组间比较 P<0.05。见表 2。

表 2 术后下床活动、疼痛消失、住院总时间

组别	例数(n)	下床活动(h)	疼痛消失(d)	住院总时间(d)
对照组	30	55.94±10.73	5.45±0.98	6.33±0.86
治疗组	30	23.10±6.74	2.16±0.27	3.41±0.95
t 值		29.135	4.516	4.009
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 术后不良反应情况

对照组6例，治疗组1例，比例分别为20.00%和3.33%，组间比较P<0.05。

2.4 治疗总有效率

治疗组总有效率高于对照组，组间比较 P<0.05。见表 3。

表 3 治疗总有效率 [n(%)]

组别	例数(n)	无效	有效	临床治愈	总有效率
对照组	30	9(30.00)	15(50.00)	6(20.00)	21(70.00)
治疗组	30	2(6.67)	11(36.67)	17(56.67)	28(93.33)*

注：与对照组比较*P<0.05

2.5 手术前后阴茎显露长度

两组手术前后阴茎显露长度均高于手术前，组内 P<0.05。手术前组间 P>0.05，手术后组间 P<0.05。见表 4。

表 4 手术前后阴茎显露长度(mm)

组别	例数(n)	手术前	手术后	t 值	P 值
对照组	30	18.13±2.30	31.29±3.25	13.241	<0.05
治疗组	30	18.32±2.65	40.36±3.42	21.793	<0.05
t 值		1.013	9.628		
P 值		>0.05	<0.05		

2.6 术后不同时间点疼痛程度和心理状态评分

两组术后三天 HAMA、HAMD、VAS 评分低于术后当天，组内 P<0.05。护理前组间 P>0.05，护理后组间 P<0.05。见表 5。

表 5 术后不同时间点疼痛程度和心理状态评分（分）

组别	时间	VAS	HAMA	HAMD
对照	术后当天	7.61±0.37	28.34±5.19	27.94±5.31
组	术后三天	4.29±0.65	17.26±4.37	18.24±4.95
t1 值		12.629	20.067	18.753
P1 值		<0.05	<0.05	<0.05

治疗	术后当天	8.13±0.58	27.13±5.20	28.15±4.72
组	术后三天	2.06±0.42	11.92±4.47	12.39±5.17
t2 值		14.861	25.379	25.492
P2 值		<0.05	<0.05	<0.05
t 值		12.304	16.742	14.370
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

注：t1、P1 为对照组术后当天和术后三天组内比较，t2、P2 为治疗组术后当天和术后三天组内比较，t、P 为两组术后三天组间比较

2.7 护理满意度

观察组满意度高于对照组，组间比较 $P<0.05$ 。见表 6。

表 6 护理满意度[n(%)]

组别	例数(n)	满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	30	7(23.33)	17(56.67)	6(20.00)	24(80.00)
治疗组	30	18(60.00)	11(36.67)	1(3.33)	29(96.67)*

注：与对照组比较* $P<0.05$

3 讨论

隐匿阴茎属于临床泌尿外科的一种较为常见的一种，患者大多数为儿童，具体的病因目前还不是十分清楚，判断与患者会阴部位脂肪堆积，导致阴茎体被掩埋，阴茎皮肤浅筋膜发育出现异常，有一定的关系。存在隐匿阴茎问题的患儿，阴茎大多数位于阴阜皮下位置，包皮与阴茎体没有附着，故由隐匿性外观呈现^[7]。相关领域所进行的研究显示，针对由脂肪堆积而导致出现的隐匿阴茎，随着患儿年龄的不断增长育，体重的逐渐减轻，可能会自行恢复正常。但是一些由于浅筋膜发育状态出现异常而导致的隐匿阴茎，通过上述方式自行减轻或复常的可能性较小，故需要通过外科手术的方式，对其进行有效治疗，从而使病情程度减轻，阴茎的长度增加，帮助患儿改善预后^[8]。

采用常规Shiraki术对隐匿阴茎进行治疗，可以将一些多余的脂肪组织切除，增加纤维的弹性，将内外板进行交错缝合，可以对新包皮的形成起到积极的促进作用，使隐匿阴茎问题得以解决。但该术式在治疗过程中，不能够使肉膜发育异常问题得到解决，有效率往往不尽人意^[9]。

改良Devine术同样是小儿隐匿阴茎治疗过程中的一种常用手术方式。通过该术式对隐匿阴茎进行治疗，不仅仅能够使Buck's筋膜外层索带彻底得以解除，使阴茎的伸缩状态得以恢复，且能将存在异常的肉膜切除，解决隐匿阴茎问题。采用该术式对隐匿阴茎进行治疗期间，患儿阴茎内板与

外板的切口之间呈现十字形分布状态，可使阴茎暴露的充分程度更加理想，帮助改善术中操作视野，使操作精确度得到提升，从而减轻手术所造成的损伤，减少术后并发症。由于肉膜异常得以解除，故患儿在手术后再次发生阴茎回缩情况的风险较低^[10]。

通过进行本次研究，可以充分说明，小儿隐匿性阴茎采用Devine矫正术进行治疗，能够控制术中出血量，缩短操作时间，减少术后不良反应，尽可能减轻疼痛，使患儿保持良好心态，缩短术后恢复时间，使治疗效果和家长满意度得到同步提升。

参考文献：

[1]张帅,刘殿勇,高莉娟.经阴茎背侧入路脱套固定术治疗先天性隐匿阴茎的疗效分析[J].临床小儿外科杂志,2018,17(12):898-901,906.

[2]汪洋,王长园,魏孝钰,等.先期包皮环切对小儿隐匿性阴茎改良Devine手术疗效的影响[J].广西医科大学学报,2017,34(4):571-574.

[3]王刚,孙毅伦,王胜利.阴茎脱套联合耻骨前筋膜固定治疗隐匿阴茎的效果观察[J].西南国防医药,2017,27(8):837-839.

[4]蒋明珠,范应中,石志康.改良Devine术和改良Shiraki术治疗完全型隐匿阴茎的对比研究[J].临床小儿外科杂志,2018,17(12):902-906.

[5]阎景铁,张大森,李明伟,等.改良Devine术+包皮远端皮瓣转移治疗小儿重度隐匿性阴茎的效果[J].临床小儿外科杂志,2017,16(4):406-408.

[6]马达,陈景琪,钟建华,等.阴茎阴囊角固定术与阴茎根部背侧皮肤固定术治疗小儿隐匿性阴茎疗效比较[J].新乡医学院学报,2019,36(11):1078-1080.

[7]刘太阳,李杰,霍自豪,等.78例隐匿性阴茎患儿运用"V"形切口改良Brisson手术治疗的效果分析[J].中国性科学,2017,26(7):33-34.

[8]王誉都,李鹏,高亚,等.改良Devine术治疗小儿隐匿性阴茎对患儿术后阴茎长度和生长发育的影响[J].国际泌尿系统杂志,2020,40(1):99-102.

[9]景中民,卢学仁,徐海亮,等.改良Brisson术对学龄期儿童隐匿性阴茎患者生长发育及生活质量的影响[J].上海医药,2017,38(9):41-44.

[10]纪福龙,时丕业,孔彦霞,等.包皮环切术治疗失败的小儿隐匿性阴茎再整形矫治的临床研究[J].中国性科学,2018,27(6):38-40.

个体化疾病护理干预在消化性溃疡患者中的应用价值分析

李思明

成都市第二人民医院 四川成都 610000

摘要: 目的: 探讨个体化疾病护理干预在消化性溃疡患者中的应用价值。方法: 选取 2020.1-2020.12 我院收治的 96 例消化性溃疡患者为研究对象。按照随机数字表法分为观察组(个体化疾病护理)与对照组(常规护理)。对比两组服药信念及依从性。结果: 干预后两组疾病知识评分升高, 观察组高于对照组($P<0.05$)。观察组用药依从率为 93.75%(45/48), 高于对照组(79.17%(38/48), $P<0.05$)。观察组生理、心理、环境、社会评分高于对照组($P<0.05$)。结论: 给予消化性溃疡患者个体化疾病管理可增强患者对疾病知识的了解, 提高服药依从性, 改善生活质量。

关键词: 个体化疾病护理; 消化性溃疡; 服药依从性

Application Value of Individualized Disease Nursing Intervention in Patients with Peptic Ulcer

Li Siming

Chengdu Second People's Hospital, Chengdu, Sichuan Province, 610,000

[Abstract] Objective To explore the application value of individualized disease nursing intervention in patients with peptic ulcer. Methods A total of 96 patients with peptic ulcer treated in our hospital from January 2020 to December 2020 were selected as the research object. According to the random number table method, they were divided into observation group (individualized disease nursing) and control group (routine nursing). The medication belief and compliance of the two groups were compared. Results The score of disease knowledge in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). The medication compliance rate in the observation group was 93.75% (45 / 48), which was higher than that in the control group (79.17% (38 / 48), $P < 0.05$). The scores of physiology, psychology, environment and society in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). Conclusion Individualized disease management for peptic ulcer patients can enhance patients' understanding of disease knowledge, improve medication compliance and improve quality of life.

[Key words] Individualized Disease Nursing; Peptic Ulcer; Medication Compliance

消化性溃疡为慢性消化系统疾病, 多见于胃部及十二指肠, 患者临床症状主要表现为恶心、腹胀、食欲减退等^[1]。数据显示消化性溃疡的发病率约 5~10%, 并且随生活方式的转变, 消化性溃疡的发病率呈现升高的趋势^[2]。消化性溃疡患者通过采用多药联合治疗, 减轻溃疡对患者的不良影响^[3]。文献指出, 患者出院时携带药物的数量与其再住院率呈现正相关关系, 并且随再入院频次的增加, 多数患者的药物治疗方案出现变化, 患者出现对药物治疗的抵抗性, 增加药物错服概率, 导致再入院风险升高^[4]。多数消化性溃疡患者对疾病药物、饮食管理的知识技能缺乏, 数据显示超过一半的消化性溃疡患者对药物治疗、自我监测及饮食等方面知识存在缺陷。患者的服药依从性与文化程度、家庭收入等存在联系^[5]。已有报道证实给予患者药物、饮食等管理可提高慢性疾病患者的服药依从性。故本文将个体化疾病护理用于消化性溃疡患者, 分析其对患者服药依从性的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020.1-2020.12 我院收治的 96 例消化性溃疡患者为研究对象。按照随机数字表法分为观察组与对照组, 各 48 例。观察组年龄 23~62 (36.78±6.46) 岁, 男性 29 例, 女性 19 例, 文化程度: 初中及以下 9 例、高中及大专 24 例、本科及以上 15 例。对照组年龄 25~64 (36.78±6.46) 岁, 男性 31 例, 女性 17 例, 文化程度: 初中及以下 10 例、高中及大专 25 例、本科及以上 13 例。两组基线资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究经本院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入、排除标准

1.2.1 纳入标准 ①经胃镜/X 线/钡餐等确诊为 PU; ②患者沟通能力正常; ③患者对本研究知情。

1.2.2 排除标准 ①严重脏器损伤者; ②患有恶性肿瘤者; ③合并精神障碍性疾病者; ④参与其他研究者; ⑤认知功能障碍者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 常规治疗及护理, 基础护理、健康知识宣教、出院指导、用药指导等。

1.3.2 观察组 个体化疾病护理, ①首先由临床医师、临床药师、药理学医师、护士共同制定针对消化性溃疡患者的健康宣教、药物、饮食等方面的疾病管理方案。②入院第 1 d 在病房进行干预, 临床药师制作患者应用药物的列表, 通过依从性量表评估患者可能存在的药物相关问题及患者依从性、用药行为及需求等, 针对患者的问题, 给予个性化的指导。护理人员针对患者表现的症状及生活习惯给予对应的健康宣教, 要求患者记录每天的药物及饮食情况。药剂师与医师联合进行药物治疗方案的优化。③出院后, 由接受专业药物培训的责任护士进行电话随访, 便于讨论治疗方案的变化情况, 确定新的可能存在的药物相关问题, 并为患者提供药物、饮食、消化性溃疡自我管理等方面的健康知识, 鼓励患者积极提出问题, 与护理人员进行讨论。电话随访时间 40~60 min/次, 出院时添加患者或家属的微信, 通过微信提醒患者记录饮食、用药信息, 每天定时传送, 忘发者提醒患者。责任护士比对患者的日记, 给予有效的指导或建议。

1.4 观察指标 疾病知识评分由 14 个条目组成, 每项 1 分, 分值越高患者疾病知识掌握程度越高。Morisky 用药依从性问卷, 0~8 分, 8 分为依从性优、6~7 分为依从性良、<6 分为依从性差。利用世界卫生组织生活质量量表从生理、心理、环境、社会 4 个方面评价, 分值与生活质量呈正比。

1.5 统计学方法 数据分析采用 SPSS 21.0。计数资料 n (%) 用 χ^2 检验。计量资料 () 用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疾病知识评分 干预前两组疾病知识评分比较, 差异无显著性 ($P>0.05$); 干预后两组疾病知识评分升高, 观察组高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疾病知识评分比较 (, 分)

组别	n	干预前	干预 2 个月后	t	P
观察组	48	2.76±1.55	12.15±1.45	30.651	<0.001
对照组	48	2.78±1.60	6.68±1.80	11.219	<0.001
t		0.062	16.395		
P		0.951	<0.001		

2.2 两组用药依从性 观察组用药依从率为 93.75% (45/48), 高于对照组 (79.17%(38/48), $P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组用药依从性 n (%)

组别	n	优	良	差	总依从率
观察组	48	37 (77.08)	8 (16.67)	3 (6.25)	45 (93.75)
对照组	48	28 (58.33)	10 (20.83)	10 (20.83)	38 (79.17)
χ^2					4.360
P					0.037

2.3 两组生活质量 观察组生理、心理、环境、社会评分高于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组生活质量评分 (, 分)

组别	n	生理	心理	环境	社会
观察组	48	88.79±3.58	90.14±1.55	89.45±2.16	84.67±2.56
对照组	48	81.20±2.59	83.64±1.69	81.64±2.30	77.91±2.36
t		11.901	19.638	17.149	13.451
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

消化性溃疡患者由于病情及对疾病知识了解的欠缺, 故患者对治疗的抵抗性较强^[6]。患者服药依从性变差后, 影响患者的治疗效果, 增加相关并发症的发生风险^[7]。有学者将疾病管理用于慢性疾病如高血压、心衰及糖尿病患者, 发现可提高患者对疾病知识的掌握^[8]。本文结果显示, 个体化疾病管理可提高消化性溃疡患者的疾病知识评分。究其原因因为个体化疾病管理可根据患者的症状及药物治疗方案, 给予患者针对性的药物、饮食、健康教育, 改善患者对疾病和治疗态度及认知, 提高其对疾病知识的掌握

程度。国内学者指出, 纠正患者对疾病错误的认知可转变其对疾病知识的了解, 本文中医护人员通过前期对患者的评估, 后期针对性的鼓励患者提出问题, 并与其讨论, 评估患者饮食、用药日记, 及时发现患者存在的用药问题, 并及时解答, 促进患者对疾病知识的兴趣^[9]。

服药依从性为患者对其应用的药物的相关医嘱的依从情况。此前研究指出, 不良医患沟通对患者的药物治疗可造成不利影响^[10]。本文中临床药师及护士依据患者的治疗方案, 针对性的给予患者指导, 为患者提供药物治疗相关知识, 激发患者遵医嘱用药的主动性; 同时要求患者每天记录用药、饮食日记, 一方面可反映患者用药依从性的变化趋势, 另一方面可通过患者自身的药物监测达到提醒患者用药的效果, 提升患者的服药依从性^[11]。观察组患者生活质量各项评分高于对照组, 提示个体化疾病管理提高患者的用药依从性, 更好的控制患者的病情, 改善患者的生理及心理状态, 提高生活质量。

综上所述, 给予消化性溃疡患者个体化疾病管理可增强患者对疾病知识的了解, 提高服药依从性, 改善生活质量。

参考文献:

- [1] 凌明强. 序贯疗法与标准四联疗法治疗胃溃疡幽门螺旋杆菌感染患者的疗效比较[J]. 临床医学工程, 2020, 27(11):85-86.
- [2] 徐婷婷. 临床护理路径对消化性溃疡患者幽门螺杆菌根除率, 心理情绪及遵医行为的影响[J]. 河南医学研究, 2020, 29(31):182-184.
- [3] 杨彩玉. 临床药学服务对幽门螺杆菌阳性消化性溃疡患者用药依从性及治疗效果的影响分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(28):78+87.
- [4] 杨胜利, 赵越. 对用三联疗法进行治疗的 Hp 感染所致消化性溃疡患者实施药学干预的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2019, 17(17):131-132.
- [5] 许贵敏. KTH 整合式护理干预对 HP 阳性十二指肠球部溃疡患者治疗依从性及生活质量的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(17):173-175.
- [6] 林玉琼, 曹芬. 综合护理在 2 型糖尿病合并 Hp 阳性消化性溃疡护理中对患者治疗依从性、心理状态及生活质量的影响[J]. 中外医学研究, 2019, 17(36):122-124.
- [7] Chen B, Liu XY, Zhang HM, et al. Psychological effect of comprehensive nursing intervention in elderly patients with perforated peptic ulcer: A protocol of systematic review[J]. Medicine, 2020, 99(39):e22226.
- [8] 徐兰. 综合护理干预 2 型糖尿病合并 Hp 阳性消化性溃疡治疗依从性、心理状态及生活质量的影响[J]. 新疆中医药, 2019, 37(2):61-63.
- [9] 高歌, 尹立新, 付婷霞, 等. 幽门螺杆菌阳性消化性溃疡患者健康自我管理能力与心理困扰的影响: 疾病认知的中介效应[J]. 中国病原生物学杂志, 2019, 14(9):105-109.
- [10] 孙丽梅. 综合护理对慢性胃炎、消化性溃疡患者依从性评分及护理满意度的影响观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(51):242-242.
- [11] 赵亚娟. 个性化护理在慢性胃炎及消化性溃疡患者中的应用效果及对身心状态的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(20):177-179.

供应室护理工作中的风险分析及其防范措施

孟秀丽

定兴县医院 河北保定 072650

摘要: 目的: 调查总结供应室护理工作中存在的风险并制定防范策略, 保障供应室护理工作质量。方法: 以 12 名 (2020 年 4 月至 2022 年 4 月) 供应室护理人员作为研究对象, 以风险防范策略实施时间为界限, 分为实施前 (2020 年 4 月至 2021 年 4 月)、实施后 (2021 年 5 月至 2022 年 4 月)。以风险发生率、护理质量、病菌感染率、风险识别能力等指标评估。结果: 实施风险防范策略后, 风险发生率、病菌感染率显著下降, 护理人员风险识别能力明显提高, 且护理人员的护理质量水平提升, 对实施前相比较 $P < 0.05$ 。结论: 以调查形式总结供应室护理工作潜在的风险, 并制定风险防范措施, 可保障护理人员的工作安全, 提高供应室的护理工作质量。

关键词: 供应室护理; 风险; 防范措施; 护理质量

引言

供应室是医院构成的重要部分, 其与医院各个科室相连接, 是保障医院各科室正常运转的重要环节, 医院各科室所重复使用的医疗器械、设备均需回收、灭菌、消毒处理, 确保医疗器械、设备以无菌状态被医院各科室使用。随着我国医疗技术的快速发展, 医院引进的医疗器械具有种类繁多、多样化等特点, 既满足了医院医疗水平提升的目标, 但也对医院供应室工作提出挑战, 供应室各项工作的质量直接关系到医院各科室运转效率, 因此要注重医院供应室护理工作质量的提升^[1]。把控供应室各项工作的质量, 可避免出现以下问题: 院内感染率增加、威胁患者与护理人员的安全、医疗器械灭菌消毒不彻底等, 进而降低供应室护理风险事件发生率。从医院供应室管理制度、护理人员自身等多方面入手规范供应室护理工作流程, 既可保障医院各科室的有序运转, 也可降低医患纠纷的发生率^[2]。供应室护理人员对护理期间出现的风险性问题进行总结, 结合医院实际情况, 制定规范化、针对化的护理模式, 强化供应室护理人员的护理风险防范意识, 规范自身行为, 有效降低供应室护理风险事件的发生^[3]。本文选择 12 名供应室护理工作人员开展研究, 以风险发生率、护理质量、病菌感染率、风险识别能力等指标评估风险防范措施的效果, 数据分析如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

以 12 名 (2020 年 4 月至 2022 年 4 月) 供应室护理人员作为研究对象, 年龄均值 (40.93±3.14) 岁; 均为女性。纳入标准: 供应室工作时间 3 年以上; 具有良好学习能力; 了解研究目的, 并主动参与研究。排除标准: 供应室工作时间未满 3 年; 了解研究目的, 并不参与研究活动。

1.2 方法

依据供应室以往护理工作内容, 对 12 名供应室护理人员进行调查, 总结供应室护理工作中存在的风险因素, 如下:

1.2.1 工作人员素质水平参差不齐

由于供应室的特殊性, 其不直接接触患者, 爆发医患纠纷的风险性较小。但由于部分护理工作人员工作态度不认真、护理风险防范意识薄弱, 使得其在工作中存在失误, 降低供应室护理工作的质量。而且供应室消毒人员缺乏高度的无菌意识, 导致供应室器械未能严格按照规范消毒, 存在安全隐患, 威胁患者的生命安全, 进而导致医疗纠纷事件的发生。

1.2.2 工作人员培训活动较少

部分护理人员进入供应室工作的时间较短, 所接受的培训活动较少, 且对工作内容、工作环境感觉陌生, 使得其未能熟练掌握消毒灭菌物品的正确放置方法, 无法学习最新的消毒灭菌知识, 导致物品消毒灭菌期间出现灭菌失败的问题, 物品灭菌效果较差, 造成严重的后果, 使得医院承担法律风险, 有损医院形象。

1.2.3 未按标准程序操作

灭菌运行记录书写是供应室护理工作中不可或缺的一个环节, 作为为无菌包裹提供灭菌合格的重要证明, 其可保障临床医疗安全放心的使用无菌包裹, 保障临床治疗的安全性。但由于供应室护理人员工作量较大, 需要记录大量物品, 为了保障自身的工作效率, 未能规范书写灭菌运行记录内容, 出现漏记、错记甚至涂改等现象, 影响灭菌运行记录内容的书写质量, 更改后的灭菌运行记录内容无法作为护理人员工作质量的判断依据, 也使得临床资料存在缺失风险、错误风险。供应室护理人员工作中缺乏灭菌运行记录规范书写的培训, 使得护理人员灭菌运行记录书写不合格, 无法为临床医疗提供可靠依据, 使得临床治疗安全存在隐患。供应室护理人员灭菌运行记录书写不规范, 导致灭菌设备得不到及时的维修与检测, 影响医疗物品的灭菌工作。

1.2.4 日常工作风险

供应室需对回收物品进行灭菌消毒处理, 但物品回收环节, 护理人员容易接触污染源, 存在职业暴露风险。供应室护理人员较少, 污染物品数

量较多，回收时无序堆放，增加交叉感染概率，威胁护理人员职业安全。对于医疗物品进行灭菌消毒处理时，若是医疗物品未能得到充分的浸泡，护理人员手工清洗不彻底，均对医疗物品最终的灭菌效果造成影响，增加风险事件的发生率，存在安全隐患。在医疗物品包装环节，若其包装不合格、少了重要物品，则包装质量较低，影响其的正常使用，存在贻误诊疗时机的风险。而医疗器械类型较多，有部分医疗器械较为尖锐，若护理人员的注意力不集中、操作失误，则会面临扎伤、刺伤的风险，进而感染；护理人员需重视被已使用医疗器械刺伤事件的处理，避免威胁护理人员自身生命健康安全。供应室相关管理者缺乏对护理人员工作安全的关注度，未能为护理人员制备完善的防护用品，增加供应室护理人员的职业暴露危险性。

1.2.5 管理制度不合理

供应室护理工作管理制度的合理性与院内感染风险有一定关系。相较于医院其他科室，部分供应室护理工作管理者不重视规章制度的执行，并未设立监督供应室护理工作执行效果的专业机构，从而导致供应室护理工作监管缺乏，容易出现失误，降低供应室护理工作质量。供应室护理工作人员的责任意识较为薄弱，对工作不负责，使得供应室护理工作出现质量问题，不仅使护理工作人员自身面临感染风险，同时也对临床医疗造成不利影响。

1.2.6 区域分布不合理

医疗用品灭菌消毒工作需分步骤开展，所需空间较大，区域划分清晰明确，尤其是污染区、清洁区、无菌区的划分。供应室未明确做区分标志，则会导致各个区域间存在严重的交叉感染现象，人员通道与医疗物品通道

区分不显，杂物与医疗物品堆放在一起，严重影响医疗物品的灭菌消毒工作，降低医疗物品的清洁度。

1.3 观察指标

以风险发生率、护理质量、病菌感染率、风险识别能力等指标评估。

风险发生率、病菌感染率：对护理人员进行调查，统计相应数据。

护理质量：依据研究目的自制调查问卷，每项满分为 100 分，对供应室护理人员进行调查，整合数据，并统计分析。

1.4 统计学分析

以 SPSS25.0 软件处理数据，经 T 检验计量资料，经 χ^2 检验计数资料， $P<0.05$ 表示临床研究具有统计学意义。

2 结果

实施风险防范策略后，风险发生率、病菌感染率显著下降，护理人员风险识别能力明显提高，且护理人员的护理质量水平提升，对实施前相比较 $P<0.05$ 。（表 1，表 2）

表 1 对比两组风险发生率、病菌感染率

组别	风险发生率(%)	病菌感染率(%)	风险识别能力 (分)
实施前 (n=12)	7.25±2.14	6.54±1.23	85.69±4.24
实施后 (n=12)	2.21±1.31	1.28±0.63	93.49±2.56
T 值	6.9582	13.1851	5.4554
P 值	0.0000	0.0000	0.0000

表 2 对比两组护理质量评分

组别	服务态度(分)	包装质量(分)	收回及时度 (分)	供给及时度 (分)	环境管理(分)	污染区管理 (分)	无菌区管理 (分)	安全管理(分)
实施前 (n=12)	76.98±7.45	78.69±5.24	79.62±5.47	78.46±5.41	80.63±3.24	84.56±1.52	81.92±3.57	80.97±3.25
实施后 (n=12)	89.67±2.97	90.32±3.81	89.67±3.57	90.36±2.14	92.54±2.32	95.36±2.23	92.46±2.61	92.47±2.54
T 值	5.4811	6.2184	5.3299	7.0855	10.3533	13.8628	8.2562	9.6579
P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

3.1 供应室护理工作风险的共性问题

供应室护理工作主要是将医院各科室重复使用的医疗器械回收、灭菌、消毒，再次为医院各科室临床诊疗提供服务。供应室护理工作较为繁杂，接触的医疗器械类型较多（手术钳、镊子等常规医疗器械；医用螺钉、钢板等植入性医疗器械），每一大类的医疗器械消毒方法、要求均不相同，

其对回收、灭菌、消毒等环节的要求不尽相同，导致供应室护理工作出现漏洞，使得医疗器械灭菌效果不彻底，增加院内感染率（细菌感染、热源反应、病毒感染等），威胁临床治疗患者的生命安全，降低医疗水平，有损医院形象^[4]。因此要重视供应室护理工作质量的提高。供应室护理工作风险的共性问题主要包含：（1）工作人员素质水平参差不齐；护理人员护理风险防范意识薄弱，缺乏高度的无菌意识，未能严格按照供应

室医疗器械消毒操作进行规范灭菌消毒,灭菌消毒不彻底,进而增加患者安全风险。(2) 工作人员培训活动较少:护理工作进入供应室的时间较短,未能熟练掌握多类别医疗器械灭菌消毒操作流程,消毒过程存在漏洞、失误。(3) 未按标准程序操作:灭菌运行记录一种依据,其书写不规范,一旦出现漏记、错记甚至涂改等现象,则会降低灭菌运行记录的有效性,导致临床资料存在缺失风险,甚至出现灭菌消毒设备得不到及时检测、维修的情况,影响供应室护理工作效率。(4) 日常工作风险:供应室护理人员手工清洗医疗器械,灭菌、消毒不佳,且灭菌消毒后的包装不合格,严重影响医疗器械的正常使用。医疗器械包含尖锐物品,存在刺伤、扎伤等问题,威胁护理人员的安全性。(5) 管理制度不合理:医院供应室未设立监督供应室护理工作执行效果的机构,缺乏对供应室护理工作的监督。

(6) 区域分布不合理:医疗器械回收、灭菌、消毒等各项工作需要专区开展,但由于供应室空间狭小,污染区、无菌区、清洁区等区域未清晰划分,导致区域内存在交叉感染的可能性,降低医疗器械灭菌消毒工作质量。

3.2 供应室护理风险防范策略

3.2.1 提高风险防范意识

定期组织供应室护理人员学习相关法律法规,即《医疗事故处理条例》,明确护理人员需要承担的法律风险,强化护理人员的责任心,做好详细的护理记录。组织学习《医院感染管理规范》,提高供应室护理人员防控医院感染的意识与无菌意识,严格执行供应室医疗器械无菌操作,保障医疗器械的安全性。通过组织学习《医疗事故处理条例》、《医院感染管理规范》等文件,提高供应室护理人员的风险防范意识,有效降低医疗纠纷事件的发生率^[5]。

3.2.2 增加专业培训频率

为了保障供应室护理工作质量,应注重护理人员专业技能的培训,以《一次性物品管理规范》和《消毒技术规范》作为培训内容,帮助护理人员储备专业的知识,提高护理人员的理论基础。为供应室护理人员示范不同类别医疗器械的回收、灭菌、消毒、包装、储存、发放等操作方法,并鼓励供应室护理人员进行练习,增强护理人员灭菌消毒相关操作的熟练度,提高护理人员专业技能水平。组织供应室护理人员专业技能比赛,促使护理人员积极主动练习专业技能,提高护理人员的工作质量。

3.2.3 规范记录书写标准

灭菌运行记录书写不规范,导致临床资料不完善,为了保障临床资料的完整性,强化灭菌运行记录书写规范性,提高供应室护理人员证据意识。组织书写—审核小组,一位组员书写灭菌运行记录,另一位组员检查灭菌运行记录的书写格式、书写内容是否正确,符合书写标准可进行下一步灭菌消毒工作,为医院各科室使用无菌医疗器械提供依据,降低医源性感染事故的发生^[6]。

3.2.4 增强护理人员自我保护意识

供应室清洗各个科室医疗器械,存在职业暴露风险,应加强供应室护理人员自我保护意识,组织学习《传染病防治法》,阐述不同传染病对人体生命健康的威胁,提高护理人员职业防护意识,避免直接接触医疗器械而诱发的传染病。在医疗器械清洗、清洁过程中集中注意力,尤其是尖锐的医疗器械,避免出现刺伤、扎伤等事故的发生,降低对护理人员自身安全的威胁性。制定供应室风险事故应急预案,一旦发生风险事故及时处理,降低风险事件造成的损害程度。

3.2.5 完善管理制度

医院供应室应完善工作规范,明确供应室护理人员岗位职责与工作内容;设立奖惩制度,以此保障供应室护理人员的工作质量,可使其对工作保持热忱。并设立监督供应室护理工作执行的部门,负责对护理工作质检,保障护理人员工作质量,并持续消除供应室护理工作安全管理漏洞。

3.2.6 优化供应室布局

加大医院供应室投资力度,扩建供应室,严格划分污染区、清洁区、无菌区,并在各区域间设置缓冲时间,避免污染的医疗用品将病毒、细菌带入无菌区;将人流通道、物流通道隔离,避免非工作人员进入物流通道、医疗用品进入人流通道,降低交叉感染的可能性。明确规定污染医疗用品、灭菌消毒医疗用品的摆放位置,前者放在污染区、后者放在无菌区,规定灭菌消毒的医疗用品禁止经过污染区,且无菌区周围不能存放污染的医疗用品,避免出现二次感染、交叉感染。

综上所述,调查总结供应室护理工作存在的风险,并针对多样的风险事件制定风险防范策略,持续强化供应室护理人员的职业防护意识、无菌意识、风险意识、专业技能水平,保障供应室护理工作质量,为医院各科室临床诊疗提供灭菌消毒合格的医疗用品,降低院内感染的风险性。

参考文献:

- [1]陶瑛.医院供应室护理的风险防范措施及对策[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(33):159.
- [2]姜国荣.供应室工作中的风险隐患及防范对策分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(46):175+184.
- [3]李东英.供应室工作中的风险隐患及防范对策分析[J].心电图杂志(电子版),2018,7(03):176.
- [4]李玉梅.医院供应室护理的风险防范措施及对策分析[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(93):261-262.
- [5]郭锦娣.供应室护理工作中常见风险及防范措施总结[J].临床医学研究与实践,2017,2(23):195-196.
- [6]丁文娟.医院供应室护理工作的风险防范及对策[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(23):176+184.

延续护理对白血病行造血干细胞移植术后出院患者影响

魏晓霞

河北燕达陆道培医院 河北廊坊 065201

摘要: 目的: 观察在白血病行造血干细胞移植术后出院患者护理中应用延续护理法所取得的护理效果。方法: 160 例行造血干细胞移植术治疗的白血病患者, 病例选取时间为 2020 年 1 月份-2021 年 12 月份, 随机分成对照组(常规护理)和观察组(延续护理), 各 80 例。结果: QLQ-C30 评分、FACT-BMT 评分、POMS-SF 评分护理前两组对比无差异 ($P>0.05$); QLQ-C30 评分、FACT-BMT 评分护理后观察组高于对照组, POMS-SF 评分护理后观察组低于对照组, 健康知识知晓率观察组高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 在行造血干细胞移植术治疗的白血病患者术后出院护理中使用延续护理方法, 有助于提升患者生命质量, 改善患者不良心理情绪, 患者对健康知识有较高的知晓率。

关键词: 白血病行造血干细胞移植术; 延续护理; 生命质量

造血干细胞本身属于一种成体干细胞, 存在于血液系统中, 所展现出来的功能为长期自我更新能力和各类免疫细胞功能及造血细胞功能^[1]。白血病作为一种恶性血液病, 在疾病治疗中主要是实施造血干细胞移植术治疗方法, 造血干细胞移植经过大剂量的化疗和放疗过程, 以此来完成对机体原发疾病发病机制的阻断, 进而将造血干细胞移植给白血病患者, 可为患者重新进行免疫系统和造血系统建立, 以此来展现出良好的疾病治疗效果^[2]。为了能够使疾病治疗效果得以进一步的改进和提升, 建议给予患者延续护理方法, 该种护理方法完成了对住院护理工作的延伸, 在护理工作中通过实施一系列的行动设计过程, 可根据白血病患者的不同健康场所, 实施不同的护理方法, 由于患者在接受造血干细胞移植手术治疗之后, 患者需要保持休息状态, 在较短时期内不可参与室外活动, 使患者及其家属更为明确护理方法及在护理工作期间需要注意的问题, 患者掌握了出院后的健康保健知识, 有助于促进患者的病情尽快恢复健康^[3]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

160 例行造血干细胞移植术治疗的白血病患者, 病例选取时间为 2020 年 1 月份-2021 年 12 月份, 随机分组。对照组 80 例, 男 50 例, 女 30 例, 5-58 (20.6±2.6) 岁; 对照组 80 例, 男 50 例, 女 30 例, 4-57 (21.6±2.8) 岁; 两组资料无差异 ($P>0.05$)。纳入标准: ①与白血病诊断标准要求相符合; ②患者意识清楚; ③患者知情同意本次研究活动。排除标准: ①在参与本次研究活动之前参与过其他活动者; ②意识障碍和精神障碍者; ③听力障碍、视力障碍、认知障碍者; ④合并严重心肝肾疾病者。

1.2 方法

对照组, 常规护理, 护理人员需要对患者的随访情况进行详细记录, 详细为患者讲解出院后的相关注意事项, 要求患者需要严格按照医嘱要求服药, 指导患者饮食方法和运动方法, 对出院患者每隔 3 个月随访 1 次。

观察组, 延续护理, (1) 营养支持: 由于患者在接受造血干细胞移植术后会导致患者的自身能量消耗量较大, 无法满足患者自身的营养需求, 患者的体质较为虚弱。因此, 建议患者应增减进食量, 多食高维生素、高蛋白类的食物, 食物类型包括芹菜、羊肉、牛肉、鸡等, 不可进食一些不易吸收及消化类的食物, 例如, 鸭肉, 以防止饮食不当从而导致患者出现

腹泻, 从而导致患者出现移植物抗宿主病, 叮嘱患者应多食新鲜的疏和水果, 在日常生活应需保证饮食的卫生, 在进食水果时需要削皮, 将蔬菜清洗干净, 不可进食一些生凉类的食物, 以防止患者出现消化道感染疾病。

(2) 用药指导: 要求患者需要严格按照医嘱要求用药, 不可随意增减用药剂量。对于一些服用复方新诺明的患者, 要求患者应多喝水, 以避免出现结晶尿现象。(3) 生活指导: 护理人员告知患者应保证房间中空气的通畅性, 定时开窗通风, 叮嘱患者不可在房间中养宠物。结合患者病情的实际情况, 科学为患者制定运动方案, 要求患者需要严格按照运动方案中的要求, 循序渐进的参与到运动训练中来, 以使患者的机体抵抗力和体质得以增强。(4) 预防感染: 为了避免患者出现消化道感染, 要求患者在日常生活中应保证日常进食的新鲜性, 日常生活的卫生性。不可进食一些生冷及刺激性较强的食物。在外出时不要去人多的地方, 外出佩戴口罩。(5) 院外随访: 护理人员需要定期对患者进行随访, 在出院之后的第 1 个月, 随访次数为每周 1 次。在出院之后的第 2-3 个月, 随访次数为每周 2 次, 之后的时间段需要根据患者病情的实际情况来决定复查次数。

1.3 观察指标

(1) QLQ-C30 评分, 使用 QLQ-C30 (癌症患者生命质量测定量表) 进行评分, 评估指标包括躯体功能、情绪功能、角色功能、认知功能、社会功能五项指标, 得分越高说明患者的生活质量越好^[4]。(2) FACT-BMT (癌症治疗功能评价系统-骨髓移植生命质量量表) 进行评分, 评估指标包括生理健康 (0-28 分)、社交家庭健康状况 (0-28 分)、功能健康状况 (0-28 分)、情绪稳定状况 (0-24 分)、移植特异模块 (0-40 分) 五项指标, 得分越高说明患者的生命质量越好^[5]。(3) POMS-SF 评分, 评估指标包括愤怒、紧张、抑郁、精力、疲乏、慌乱六项指标, 得分越高说明患者的情绪状态越不好^[6]。(4) 健康知识知晓率, 评估指标包括复查时间、并发症及观察、药物名称、饮食忌宜几种。

1.4 统计学处理

数据处理使用 SPSS22.0 软件, ($\bar{x} \pm s$) 用 t 检验; (%) 用 χ^2 检验, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

2 结果

2.1 QLQ-C30 评分

QLQ-C30 评分护理前两组对比无差异 ($P>0.05$); QLQ-C30 评分护

理后观察组高于对照组 ($P<0.05$)。

表 1 QLQ-C30 评分 ($\bar{x} \pm s$) / (分)

组别 (n=80)	躯体功能		情绪功能		角色功能		认知功能		社会功能	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	69.83±11.52	87.36±7.52	76.25±11.25	88.25±15.25	65.25±13.25	82.25±9.25	76.25±6.25	88.25±7.45	65.36±8.45	89.47±2.25
对照组	70.52±10.25	76.85±11.25	77.25±9.63	82.25±8.25	64.24±11.22	75.24±6.25	77.03±5.47	80.23±6.22	66.02±7.65	81.42±6.36
t 值	12.352	8.542	11.421	7.854	10.241	6.253	11.253	6.547	10.368	7.452
P 值	0.253	0.000	0.365	0.000	0.0875	0.000	0.525	0.000	0.986	0.000

2.2FACT-BMT 评分

护理后观察组高于对照组 ($P<0.05$)。

FACT-BMT 评分护理前两组对比无差异 ($P>0.05$); FACT-BMT 评分

表 2 FACT-BMT 评分 ($\bar{x} \pm s$) / (分)

组别 (n=80)	生理健康		社交家庭健康状况		功能健康状况		情绪稳定状况		移植特异模块	
	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
观察组	19.45±3.52	25.65±4.26	18.25±3.25	26.25±2.65	13.25±2.42	25.66±3.22	14.23±3.33	22.25±2.22	22.25±4.22	34.25±3.33
对照组	19.33±2.25	21.69±3.22	18.33±2.36	23.22±2.42	13.33±3.25	21.22±2.36	14.23±4.22	20.12±3.25	22.23±3.56	28.36±4.22
t 值	3.652	8.452	4.222	7.656	4.224	6.586	5.252	7.452	6.986	9.457
P 值	0.532	0.000	0.745	0.000	0.875	0.000	0.635	0.000	0.457	0.000

2.3POMS-SF 评分

理后观察组低于对照组 ($P<0.05$)。

POMS-SF 评分护理前两组对比无差异 ($P>0.05$); POMS-SF 评分护

表 3 POMS-SF 评分 ($\bar{x} \pm s$) / (分)

组别 (n=80)	愤怒		紧张		抑郁		精力		疲乏		慌乱	
	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	护理前	护理后
观察组	1.56±0.36	1.15±0.32	1.54±0.43	1.25±0.42	1.62±0.52	1.25±0.23	2.54±0.86	2.12±0.25	1.81±0.65	1.35±0.42	1.84±0.45	1.46±0.36
对照组	1.55±0.42	1.44±0.26	1.53±0.45	1.42±0.36	1.64±0.42	1.38±0.21	2.56±0.75	2.36±0.65	1.82±0.63	1.52±0.52	1.85±0.46	1.65±0.35
t 值	0.786	3.653	0.685	2.653	0.685	3.526	0.975	2.784	0.965	2.145	2.451	3.252
P 值	0.352	0.000	0.653	0.000	0.654	0.000	0.365	0.000	0.745	0.000	0.523	0.000

2.4 健康知识知晓率

健康知识知晓率观察组高于对照组 ($P<0.05$)。

表 4 健康知识知晓率[n(%)]

组别 (n=80)	复查时间	并发症及观察	药物名称	饮食忌宜
观察组	65 (81.25)	63 (78.75)	66 (82.50)	60 (75.00)
对照组	54 (67.50)	51 (63.75)	55 (68.75)	48 (60.00)
X ² 值	3.968	4.394	4.103	4.103
P 值	0.046	0.036	0.043	0.043

3 讨论

造血干细胞移植治疗方法主要是指通过对白血病患者进行化疗、全身照射、免疫抑制预处理治疗,经血管将正常的自体或供体的造血细胞输注给患者,以帮助患者对免疫功能和造血功能进行重建^[8]。近年来,随着医疗技术的快速发展,造血干细胞移植治疗方法被广泛应用于白血病患者移植前后化疗诱导、HLA 配型、免疫领域中,有助于增大移植后患者的存活机会。但是有很大一部分白血病患者经移植之后,患者会出现较多的并发

症,即使在出院之后,患者仍然需要定期进入到门诊中进行复诊,并且需要长期服药,进而导致患者的生活质量严重下降,并且还会对患者的功能状态造成极大的影响^[9]。由于接受造血干细胞移植术的白血病患者缺乏粒细胞,并且使用了免疫抑制剂,在移植之后患者极容易出现感染这一并发症,该并发症的发生率为 50%-80%,患者的感染主要表现为呼吸道感染和肠道感染^[10]。为了能够确保造血干细胞移植术后的白血病患者能够尽快恢复健康,建议给予患者延续护理方法,在护理工作期间通过给予患者营养支持、用药指导、生活指导、预防感染、院外随访,保证了患者饮食的科学性和合理性,规范了患者的饮食方法,并给予了患者科学的生活指导,有助于预防患者出现感染,指导患者科学的院外随访方式,有助于增强患者及其家属的自我保护意识,可尽快发现患者存在的问题,能够做到早发现早治疗,患者的遵医行为强,能够将患者的危险因素消除掉,疾病预后效果突出,有助于确保患者尽快恢复健康。

本文研究结果为,QLQ-C30 评分、FACT-BMT 评分、POMS-SF 评分护理前两组对比无差异 ($P>0.05$); QLQ-C30 评分、FACT-BMT 评分护理

(下转第 128 页)

首次换药时间结合细节化护理干预对外科术后伤口愈合及满意度的影响分析

阮玉蓉¹ 李静²

1. 北京丰台妇幼保健院 北京 100069; 2. 北京天坛医院 北京 100070

摘要: 目的: 分析首次换药时间结合细节化护理干预对外科术后伤口愈合及满意度的影响。方法: 纳入于2019年1月-2020年12月期间来我院就诊的91例接受外科手术患者作为实验对象, 按随机数字表法分成两组, 对照组45例, 观察组46例。对照组接受常规护理模式, 观察组在对照组基础上行首次换药时间结合细节化护理干预模式, 根据外科手术患者不同阶段的生理特点和心理特点, 采用细节化护理管理进行术后护理, 比较分析两组患者术后1个月的伤口愈合效果、不良反应、心理状态评分以及护理满意度。结果: 干预后, 观察组伤口愈合情况显著高于对照组($P<0.05$); 观察组不良反应发生率及心理状态评分均低于对照组($P<0.05$); 观察组护理满意度比对照组更佳($P<0.05$)。结论: 首次换药时间结合细节化护理管理在外科手术患者恢复中, 提高了外科术后患者的护理质量, 确保了患者的安全, 提高了护理满意度, 对患者的生理恢复以及心理健康的保持都发挥着至关重要的作用, 值得临床推广运用。

关键词: 首次换药时间; 细节化护理干预; 外科手术; 护理质量

随着现代医学技术的不断进步, 外科手术技术以及设备发展也越来越完善, 减轻疾病所带来的痛苦, 是现代医学极为重要的诊疗手段。手术的成功不仅取决于医生的操作手法, 术后伤口的愈合程度也是评定手术是否成功的关键^[1]。临床调查发现, 实施有效的护理不仅可以减少感染以及并发症的发生, 还能减轻患者疼痛和促进恢复^[2]。目前临床针对外科手术患者主要以常规护理为主, 但常规方式侧重于生理健康而忽略心理健康, 导致应用效果受限。而细节护理方式是一种针对患者病情量身定制的个性化护理模式, 切实符合患者心理需求且能够改善患者身心健康。基于此, 为探讨首次换药时间结合细节化护理干预对外科术后伤口愈合及满意度的影响, 研究选择91例患者开展调查, 内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入90例于2019年1月-2020年12月在我院普外科接受手术治疗的患者作为研究对象, 均符合我国普外科手术治疗指征。按随机数字表法, 将91例患者分为观察组和对照组, 对照组45例, 观察组46例。观察组男22例女24例; 年龄24~52岁, 平均年龄(38.00±0.84)岁; 阑尾炎9例, 胃部手术11例, 甲状腺切除术10例, 其他患者16例。对照组男23例女22例; 年龄25~50岁, 平均年龄(37.50±0.83)岁; 阑尾炎8例, 胃部手术11例, 甲状腺切除术6例, 其他患者20例。两组性别、年龄、疾病类型等资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$), 本研究已由院内医学伦理委员会审批通过。

纳入标准: ①患者病例资料完整; ②年龄≥18岁; ③患者及家属知情同意; ④无精神病史及其他药物过敏史患者。

排除标准: ①病历资料缺失患者; ②存在严重言语及视听障碍; ③有精神病史或者药物过敏史; ④神经损伤或者伤口感染严重; ⑤中途退出

研究者。

1.2 方法

对照组采用常规护理模式, 在手术后2~3d开展首次换药。(1)护理人员高度遵循无菌操作规范, 确保手部卫生;(2)揭除伤口局部外层敷料后缓慢取下内层敷料, 如操作时发现敷料与局部组织存在粘连, 则先以无菌盐水将局部浸润后, 再用镊子揭除;(3)换药时若患者存在渗血表现, 则使用棉签进行压迫处理, 而后应用碘伏或75%酒精进行局部消毒, 使用生理盐水清洗伤口;(4)将伤口以75%纱布覆盖, 并消毒周围皮肤, 使用无菌纱布浸入碘伏溶液(0.5%)并覆盖于创面, 再用无菌纱布进行包扎, 大约包扎6~8层, 术后1d换药一次。

观察组则在对照组的基础上实施细节化护理干预模式。(1)术前细节护理: ①术前2h可少量进稀流食, 防止术中呕吐、误吸等状况的发生; ②使用心理压力消除法对患者进行心理疏导, 讲解手术后给身体带来的益处, 消除患者对手术的恐惧心理, 保证睡眠充足; ③提前让患者熟悉主治医师以及相关护理人员; ④对患者进行全身检查并做好记录, 告知主治医师患者的身体状况; ⑤护理人员通过积极的心理暗示方法, 告知患者手术所需大致时间, 可适当使用抗焦虑药物, 使患者心理达到稳定水平; ⑥准备好所需要的用具并消毒。(2)术中细节护理: ①对患者进行麻醉, 通过举例法使患者了解麻醉的安全性及可逆性, 指导其正确配合面罩吸氧, 叮嘱患者听从指令动作, 增强其手术中的自控力及心理防御能力; ②观察并记录患者手术切口大小、手术出血量以及疼痛反应情况; ③患者苏醒时及时告知手术完成情况; ④手术环境: 将手术室温度控制在20~24℃, 相对湿度保持在30%~60%之间。(3)术后细节护理: ①在手术后1d在常规换药方式的基础上开展首次换药, 移动患者时要尽可能的平稳以保护患者伤口; ②观察患者伤口处有无异常渗血、渗液, 并及时向告知医师; ③叮嘱

患者日常饮食清淡，辅助患者正常进行饮食睡眠、休息等；④根据患者喜好播放轻音乐分散患者的注意力，依据实际情况使用一定镇静药或者镇痛剂，减少患者对术后疼痛的敏感度。(4)其他术后护理：①护理人员向患者及家属开展疼痛知识教育，预估患者疼痛出现时间以及疼痛引起的并发症等，并指导应对方式以建立患者对抗疾病的信心；②保证舒适的休息环境，保持患者充足的睡眠并及时清洁患者身体；③护理人员需有针对性的制定疼痛护理计划：若切口产生疼痛，则依据疼痛程度分级用药，分别使用止痛泵、止痛针或者口服止痛药物；针对久卧所产生的腰骶部疼痛，则指导患者进行适当的下床活动，并指导家属按摩酸痛部位，舒缓肌肉酸痛；④指导患者术后保持舒适的卧床姿势；⑤嘱咐患者参加康复运动，并进行健康教育增强患者对治疗的依从性。⑥嘱咐患者严格按照医嘱进行休息、用药。

1.3 观察指标

(1) 伤口愈合情况：依据《中国手术部位感染预防指南》^[3]中对于伤口愈合标准开展评价，分为I期愈合：伤口缺损范围较小、对合良好，局部无水肿感染及坏死组织，再生修复速度快，功能良好；II期愈合：伤口缺损及空隙较多，边缘对合不佳，出现红肿、炎症反应，修复时间长，瘢痕明显，影响日常运动功能；III期愈合：明显伤口感染，已实行感染控制与伤口缝合；(2) 伤口局部不良反应：在手术后记录两组伤口局部不良反应发生情况，计算不良反应总发生率。(3) 心理状态评定量表(Mental Status Scale in Non-psychiatric Settings, MSSNS)：MSSNS 量表由焦虑因子(13项)、愤怒因子(8项)、抑郁因子(10项)、孤独因子(7项)4个因子组成，根据患者的访谈内容来采用5级评分法，分数从0-4分，得分越高表明患者消极情绪越高。(4) 护理满意度：使用组尔斯卡护理满意度量表进行护理满意度评价，分为满意、比较满意、一般、不满意，护理满意度=(非常满意例数+基本满意例数)/总例数×100%，总分100分，分数越高则护理满意度越高。

1.4 统计学方法

数据纳入 SPSS22.0 软件分析，符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，t 检验；计数资料以(%)表示， χ^2 检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计意义。

2 结果

2.1 两组干预后伤口愈合程度比较

干预后，观察组伤口愈合程度高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组干预后伤口愈合情况对比[n(%)]

组别	n	I期愈合	II期愈合	III期愈合
观察组	46	30 (65.21%)	15 (32.61%)	0
对照组	45	19 (42.22%)	19 (42.22%)	7 (15.56%)
χ^2	-	4.839	0.898	7.594
P	-	0.027	0.343	0.005

2.2 两组干预后不良反应发生率比较

干预后，观察组患者不良反应发生率低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 干预后两组不良反应发生率对比[n(%)]

组别	n	痂皮损伤	局部血肿	伤口感染	总发生率
观察组	46	2 (4.34%)	0	5 (10.87%)	7 (15.21%)
对照组	45	8 (17.78%)	4 (8.88%)	7 (15.55%)	19 (42.31%)
χ^2					8.128
P					0.004

2.3 两组后 MSSNS 量表评分比较

干预后，观察组 MSSNS 量表评分显著低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表1 两组干预 MSSNS 量表评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	抑郁	焦虑	愤怒	孤独
观察组	46	18.82±0.34	15.07±0.64	7.92±0.75	11.01±0.32
对照组	45	24.42±0.64	15.67±0.24	8.72±0.05	11.67±0.75
t		52.284	5.895	7.139	5.480
P		0.000	0.002	0.000	0.000

2.4 两组护理满意度比较

观察组护理满意度较对照组更高($P < 0.05$)。见表4。

表5 两组患者护理满意度比较[n(%)]

组别	例数	满意	比较满意	一般	不满意	总满意度
观察组	46	36 (78.26%)	8 (17.39%)	0	2 (4.35%)	44 (95.65%)
对照组	45	30 (66.67%)	7 (15.56%)	0	8 (13.33%)	37 (82.23%)
χ^2						4.194
P						0.040

3 讨论

外科手术是一把双刃剑，一方面它能够消除并治愈人体疾病，另一方面若术后伤口护理不当，则会衍生各种严重的并发症，伤口不能够及时愈合是其中较为严重的一种。伤口愈合不良易导致患者的伤口受到感染，并引发其他并发症，改变全身免疫功能降低患者抵抗力，同时也增加了护理

人员的工作量^[4]。目前临床常规的术后伤口护理以换药为主,但其对患者术后不良情绪护理效果不佳。对此,如何预防术后并发症发生以及改善患者预后成为临床亟待解决问题。

伤口愈合是一段依赖于许多不同细胞、细胞因子酶和生长因子的协同作用的复杂过程,由止血、炎症、增殖和组织重塑等多个阶段组成,对于每个阶段进行及时护理,才能促进愈合并避免过多的瘢痕形成^[5]。若对伤口护理效果不佳则会大大延长患者伤口愈合时间,而伤口换药是促进术后伤口愈合非常重要的环节之一,且首次换药时间的不同也会对伤口产生直接影响。本次研究结果显示,观察组伤口愈合程度明显高于对照组($P<0.05$)。提示采用首次换药时间结合细节化护理干预模式可以有效的减少炎症反应,促进细胞增生,减少术后伤口感染的发生率。探究其原因,由于传统常规护理一般于术后 2~3d 实施首次换药,但是由于伤口渗液,使得敷料于伤口组织粘合程度较高,换药时会造成伤口牵拉、撕裂等问题,从而造成对新生肉芽组织的损伤。而本次研究选择术后 1d 换药,辅料与伤口组织粘合力较低,换药时间短,对伤口影响小。此外,由于人的心理行为、神经与内分泌系统相互影响,伤口疼痛可能导致患者内分泌紊乱,使得交感神经功能亢进、儿茶酚胺升高,直接影响炎症因子的释放^[6]。因此,采用本次研究采用细节化护理,在术前、术中以及术后对患者进行针对性的心理疏导,设计个性化的护理计划,使得患者保持情绪稳定且伤口不易感染。此外,若术后伤口未得到及时有效的护理,那么极容易引发伤口痂皮损伤、局部水肿以及伤口感染等并发症,及时观察渗液情况并做出处理,能够避免不良反应的发生^[7]。干预后观察组患者不良反应发生率低于对照组($P<0.05$),提示采用首次换药时间结合细节化护理干预模式可以及时发现并预防伤口不良反应的发生。探究其原因在于,在对患者进行必要的换药处理后,基于细节化护理模式的护理人员及时对患者及家属进行关于伤口的健康知识教育,提高了患者对伤口疼痛、异常渗液的关注度,加之护理人员随时观察伤口处有无渗血渗液情况的出现,并向医师反应使得患者能够得到较及时的治疗,减少了伤口不良反应发生的概率。外科手术,一般造成的伤口创面大,恢复周期长,使得患者容易对病情产生担忧从而产生焦虑抑郁等负性情绪,使得神经内分泌功能受损,伤口恢复速度较慢^[8]。在本次研究中,干预后观察组 MSSNS 量表显著低于对照组($P<0.05$),提示采用首次换药时间结合细节化护理干预模式能够帮助患者克服负性情绪,改善代谢水平,促进伤口的恢复。探究其原因在于,该模式在术前叮嘱患者保证睡眠,并提前了解主治医生及护理人员,使得患者可以保持良好的身体状态并减少患者面对陌生工作人员的恐惧感,为患者提供舒适安静的休息环境并保持身体清洁,修复患者神经、内分泌功能,促进身体代谢,促进创口愈合及功能康复,提高减少并发症的发生^[9]。陈亚红等^[10]曾在研究中发现,对外科患者术后同时行多种护理措施,能够有效改善和

降低患者的负性情绪,提升患者愉悦度,促进护患关系,提高患者对护理质量的满意度。本次研究中观察组护理满意度比对照组更佳($P<0.05$),提示采用提示采用首次换药时间结合细节化护理干预模式不仅能够改善术后伤口疼痛带来的负性情绪,还能够提高患者对护理的满意度。究其原因在于,次研究通过强化患者对病情与治疗方式的认知,重视患者的感受,建立良好的医患关系。通过传达治愈希望给患者,缓解患者对于疾病的恐惧与担忧并减轻心理负担。在对患者实施一定的鼓励与表扬,能够让患者看到医生和自己共同努力的结果,并自我肯定,提高患者对术后康复医嘱的依从性,建立和谐医患关系^[11]。

综上所述,采用首次换药时间结合细节化护理干预,能够提高外科术后伤口愈合的速度,减少伤口不良反应的发生率,改善患者的心理、生理等功能,提高护理满意度,值得推广。

参考文献:

- [1] 维娟妮、杨军玲、张媛、侯诗箐. 快速康复外科理念在胃癌患者围手术期护理中的应用与对伤口愈合时间影响研究[J]. 贵州医药, 2020, 44(10):2.
- [2] 宗莉萍, 张倩, 杨春. 优质护理干预对胃肠道手术患者术后疼痛、恢复和切口感染的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2020, 17(4):3.
- [3] 中华医学会外科学分会外科感染与重症医学学组, 中国医师协会外科医师分会肠痿外科医师专业委员会, and 任建安. "中国手术部位感染预防指南." 中华胃肠外科杂志 4(2019):301-314.
- [4] 许蜜, 王跃会, 何玉华, 等. ARIMA 模型在手术部位感染发生率预测中的应用[J]. 中华医院感染学杂志, 2020, 30(1):5.
- [5] 蒋琪霞等. "132 例手术切口感染患者临床特征及干预效果分析." 医学研究生学报 33.2(2020):6.
- [6] 杨永涛, 崔利军. 抑郁症与炎症因子及辅助抗炎治疗的研究进展[J]. 神经疾病与精神卫生, 2021, 21(2):6.
- [7] 卢晓娟. 下腹部横切口不缝合肌层和皮下层的伤口愈合临床分析[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(19):3.
- [8] 雷建卫, 汪媛. 胃癌根治术后患者的不良情绪与生命意义的关系[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(5):3.
- [9] 张素文. 胃癌术后伴有不良情绪患者的心理护理干预效果观察[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(23):2.
- [10] 陈亚红, 巫瑞, 范国颖. 护理干预对外科术后疼痛及护理满意度的影响[J]. 贵州医药, 2020, 44(2):2.
- [11] 魏娜娜, 张萌, 庄洁. 细节护理模式在胃溃疡患者护理中的应用分析[J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(S01):2.

综合护理对慢性胃炎及消化性溃疡患者生活质量的影响分析

曹娟

盐城市第一人民医院 江苏盐城 224000

摘要: 目的 探析慢性胃炎及消化性溃疡患者接受综合护理, 对患者生活质量的影响。方法 经数字表法对我科室 2018 年 1 月至 2020 年 12 月接收的 45 例慢性胃炎及消化性溃疡患者实施分组, 对照组 22 例患者接受常规护理, 观察组 23 例患者接受综合护理, 关注患者生活质量评估结果差异。结果 经干预, 对照组社会、躯体、认知及角色功能评分, 均少于观察组, $P < 0.05$ 。结论 慢性胃炎及消化性溃疡患者接受综合护理, 对患者生活质量具有较大影响, 能够从躯体、社会、角色功能等多个方面, 改善患者生活。

关键词: 慢性胃炎; 消化性溃疡; 综合护理; 生活质量

Analysis of the effect of comprehensive nursing on the quality of life of patients with chronic gastritis and peptic ulcer

Cao Juan

The First People's Hospital of Yancheng, Jiangsu 224000,

【Abstract】Objective To explore the effect of comprehensive nursing care for patients with chronic gastritis and peptic ulcer on the quality of life of the patients. Methods 45 patients with chronic gastritis and peptic ulcer received in our department from January 2018 to December 2020 were divided into groups by the digital table method. 22 patients in the control group received routine nursing care, and 23 patients in the observation group received comprehensive nursing care. Differences in the results of patients' quality of life assessment. Results After intervention, the social, physical, cognitive and role function scores of the control group were lower than those of the observation group, $P < 0.05$. Conclusion Chronic gastritis and peptic ulcer patients receiving comprehensive care has a great impact on the quality of life of the patients, and can improve the lives of patients from many aspects such as physical, social, and role functions.

[Keywords] chronic gastritis; peptic ulcer; comprehensive care; quality of life

慢性胃炎及消化性溃疡是一种以胃痛、食欲下降、泛酸、呃逆等症状为主要表现的消化系统疾病^[1], 受病程长、发病率高等因素影响, 难以在短时间内治愈, 幽门杆菌若未彻底清除就会导致反复发作, 而胃粘膜严重受损就会影响胃肠道功能^[2-3], 且在二者作用下炎症加重、溃疡面扩大, 加大了胃穿孔的风险, 同时也给患者的身心健康带来重大影响, 从一定程度上, 降低了患者的生活质量。为此, 加强慢性胃炎、消化性溃疡患者的临床干预, 对缓解患者身心痛苦具有重要作用^[4]。本文经数字表法对我科室 2018 年 1 月至 2020 年 12 月接收的 45 例慢性胃炎及消化性溃疡患者实施分组, 分别实施综合护理与常规护理, 现报道研究结果。

1 资料与方法

1.1 一般资料:

经数字表法对我科室 2018 年 1 月至 2020 年 12 月接收的 45 例慢性胃炎及消化性溃疡患者实施分组, 对照组 22 例患者接受常规护理, 观察组 23 例患者接受综合护理。对照组 (22 例): 其中慢性胃炎 9 例、十二指肠溃疡 7 例、胃溃疡 6 例, 男女分别 12 例与 10 例, 年龄 29~66 岁, 平均年龄 (47.62±5.63) 岁, 病程 1~10 年, 平均病程 (5.46±1.24) 年; 观察组 (23 例): 其中慢性胃炎 10 例、十二指肠溃疡 8 例、胃溃疡 5 例, 男女分别 13 例与 10 例, 年龄 31~68 岁, 平均年龄 (48.76±6.41) 岁, 病程 2~11 年, 平均病程 (5.29±1.16) 年。45 例患者资料经临床对比, 差异无统计学意义, $P > 0.05$, 可比性较强。患者均在自愿前提下签署知情同意书;

研究内容均通过医院伦理委员会审核与批准。

纳入标准: (1) 45 例患者均符合慢性胃炎及消化性溃疡临床诊断标准; (2) 经病例检查, 幽门螺杆菌感染试验结果呈阳性; (3) 患者均无过敏史。排除标准: (1) 存在心肝肾功能异常患者; (2) 患有精神类疾病患者; (3) 患有其他严重疾病患者; (4) 沟通交流有障碍、认知有障碍、无法配合完成问卷调查。

1.2 方法

45 例患者接受质子泵抑制剂、抗 Hp 与胃粘膜保护剂等常规对症治疗。对照组 22 例患者采取包括协助患者做好常规检查、开展健康教育、介绍用药方法及心理疏导等方面的常规护理措施。观察组 23 例患者采用综合护理措施。

1.2.1 开展健康教育与心理疏导活动

由于慢性胃炎、消化性溃疡病程较长, 且需要长期用药, 受疾病产生的生理痛苦影响, 易使患者出现焦虑、抑郁等不良情绪, 降低患者对疾病的治疗信心。为此, 护理人员应采用科学的方法, 评估患者当前心理情况, 并根据评估结果, 使用适当的心理疏导方式, 开解患者, 让患者了解治疗对缓解病情的重要性。同时, 向患者介绍以往成功案例, 使患者提升诊治信心, 从而增加临床护理依从性, 给予患者以更多的陪伴及鼓励, 突出护理服务的人性化特点, 倾听其心声、满足其需求, 加大患者家属在临床护理工作之中的参与度, 促使患者时刻保持好心情。健康教育之时以详述慢

性胃炎及消化性溃疡的理论知识为基础,例如其发病原因、相似表现、常用治疗方法及药物,还需做好药物的相关指导,无论是药物种类,还是配伍,亦或是用量及用法,都不可随意更换,尽力提高患者的自护能力。

1.2.2 给予患者饮食指导与生活护理

为使患者养成良好的饮食习惯,向患者介绍饮食与疾病康复之间关系。结合患者当前病情、饮食习惯,给患者提供适宜的饮食计划。嘱咐患者多食高蛋白、易消化及低脂食物,禁食生冷、辛辣食物,叮嘱患者尽量少喝牛奶。如果患者存在便血情况,需要患者禁食,待停止出血 24h 后指导患者进食低温清流质,逐渐过渡到半流、软食,就软食而言,同样需要以易消化的食物为主,强调细嚼慢咽,即以牙齿尽可能磨碎食物,这对于充分混合食物与胃液有重要作用,一定要做到少食多餐,还可进行粗粮细做。严防营养不良以及贫血等并发症,忌烟忌酒并规律生活,切勿暴饮暴食,改变夜宵等不良饮食习惯,尤其是闷胀感严重的患者或是合并嗝气的患者,可在医生的指导下在饭前 30min 服用吗丁啉等药物,叮嘱患者在进食后 30min 进行适当的运动,可为简单的散步,这对促食物消化、提高机体素质均有重要价值,此外还需创设舒适的护理环境以改善患者睡眠质量。

1.2.3 提供疼痛护理及并发症预防护理

患者患病后,常伴随上腹疼痛或不适情况。我们护理人员可以通过按摩腹部的方式来缓解患者疼痛,以手掌对其腹部进行顺时针按摩 10min,力度需适宜,同时安抚患者情绪,使患者在按摩过程中处于放松状态,从

而有效缓解患者痛感。为充分转移患者疼痛注意力,可通过播放音乐、观看电视剧节目等方式,警惕持续性的剧烈疼痛后发生穿孔,维持需要了解疼痛发生的位置、持续时间以及疼痛的性质,分析并除去疼痛诱发因素,进一步缓解患者疼痛。对于出血患者应当以卧床平躺修养为主,此时需要稍微抬高其下肢以维持脑部正常供血,对于呕吐者应当严防倒吸而至窒息,可事先将其头部偏向一侧,严重者还需借助负压吸引器,进一步处理其气道分泌物以维持呼吸顺畅;严防胃穿孔,一定要坚持一段时间的流食以避免刺激,做好其腹部保暖工作,对其引流情况予以高度关注,定期复诊。

1.3 指标观察

对比生活质量评估结果:从社会、认知、躯体及角色功能四个方面,使用生活质量(SF-36)对患者生活水平进行评估,各项满分均为 100 分,分数越低,说明患者生活水平越差。

1.4 统计学方法

各项数据均采用统计学 SPSS24.0 软件录入,计量资料如 SF-36 评分以($\bar{x} \pm s$)表示,经 t 值检验,计数资料如总有效率以(n,%)表示,经卡方检验, $P < 0.05$,说明差异有统计学意义。

2 结果

经干预,对照组社会、躯体、认知及角色功能评分,均少于观察组的(89.44±8.78)分、(92.23±4.67)分、(94.41±5.68)分、(92.41±6.03)分, $P < 0.05$,但在护理前, $P > 0.05$,详细数据记录在下表。

表 1 患者干预后生活质量结果对比表[($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	n	社会功能		躯体功能		认知功能		角色功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	22	68.46±6.21	78.33±6.18	77.82±3.87	84.66±4.62	78.93±3.96	83.22±4.53	79.02±4.88	85.66±5.22
观察组	23	68.41±6.33	89.44±8.78	77.65±3.92	92.23±4.67	78.88±3.76	94.41±5.68	79.15±4.84	92.41±6.03
t		0.027	4.888	0.146	5.464	0.043	7.285	0.090	4.007
P		0.979	0.000	0.884	0.000	0.966	0.000	0.929	0.000

3 讨论

慢性胃炎可能由多种原因所致,炎性病变主要发生于胃粘膜上,通常呈慢性、进展性变化,早期出血黏膜充血及水肿,后期表现为渗血及糜烂^[5-7];胃溃疡主要发生在胃部,其次为十二指肠,同样为慢性病变,与胃酸直接接触有密切的关系。慢性胃炎以及胃溃疡为消化内科常见并,这两种疾病常伴发出现,这是因为二者均会对胃粘膜屏障造成不同程度的损坏,但二者之间又有一定的区别,主要凸显在患者的疼痛感受等方面,其中慢性胃炎的疼痛并不规律而溃疡患者的疼痛往往出现于上腹部,且这种疼痛具有节律性、周期性以及长期性等特点^[8-9],偶有隐痛者,早期不易发现,治疗延误可能会造成患者胃穿孔等其他严重并发症。

慢性胃炎、消化性溃疡疾病的发病率随人们生活水平提高与饮食结构改变而呈上升趋势发展,与幽门螺杆菌的感染有直接的关系^[10],此外,药物的滥用、食物的刺激、精神的紧张均为诱发因素。二者均属于临床上较

为常见的消化系统疾病,早期发作之时并无典型症状,为此不易区分,而伴发之时齐全病情较为复杂,患者常伴随反酸、上腹疼痛、饱胀、恶心呕吐、嗝气、反胃、烧心等症状,临床多选用药物治疗方式^[11]。临床方面针对慢性胃炎伴发消化性溃疡患者的治疗以彻底清除幽门螺杆菌为主要原则,必须在分析功能损伤的原因的基础上对其胃粘膜予以一定的保护,且为了防止疾病的复发并改善患者的预后,临床方面不断对护理工作进行优化与整合,希望在用药、饮食与运动配合以及并发症预防等方面予以相应的指导,进而实现临床疗效以及患者生活质量的有效提高。

结果及分析:经干预,对照组社会、躯体、认知及角色功能评分,均少于观察组的(89.44±8.78)分、(92.23±4.67)分、(94.41±5.68)分、(92.41±6.03)分, $P < 0.05$ 。与石慧敏在^[12]2020 年中的研究结果一致,即“观察组的生活质量评分均高于对照组”,同样显示出显著的差异,这表明慢性胃炎、消化性溃疡患者接受综合护理,通过享受护理人员提供的饮食、

心理、健康教育、疼痛等护理措施^[13],大幅改善了患者的生活质量。综合护理相比于常规护理,是以患者为中心,重视患者治疗中的需求,给患者营造舒适的治疗环境,关注患者心理情绪,给予良好的心理干预,配合一定健康教育,能够进一步拉近护理人员与患者之间距离,使患者不仅养成良好生活习惯,还能够提升临床干预依从性。此外,向慢性胃炎、消化性溃疡患者提供饮食指导,有助于患者养成良好的饮食习惯,进一步提升了患者的机体免疫力;配合疼痛护理,有助于缓解患者疼痛程度,增加患者舒适度,最终实现了改善患者生活质量这一根本目的。

总之,慢性胃炎及消化性溃疡患者使用综合护理,有助于改善患者身心状态,能稳定提升患者生活质量。

参考文献:

- [1]赵宏党.综合护理干预对慢性胃炎及消化性溃疡患者生活质量的影响[J].山西医药杂志,2021,50(04):679-681.
- [2]陈英利.综合护理干预对慢性胃炎及消化性溃疡患者的生活质量影响研究[J].临床研究,2020,28(09):163-164.
- [3]刘少霞,黎淑珍,谢丽娟,赵崇毅.综合护理干预对慢性胃炎及消化性溃疡患者生活质量的影响[J].现代诊断与治疗,2020,31(13):2154-2155+2184.
- [4]臧丽娟.综合护理干预对慢性胃炎及消化性溃疡患者生活质量的影响[J].中国医药指南,2019,17(36):224-225.

响[J].中国医药指南,2019,17(36):224-225.

[5]丛峰.整体护理干预对慢性胃炎及消化性溃疡患者生活质量的影响[J].中国医药指南,2019,17(22):281-282.

[6]韩钰.综合护理干预对慢性胃炎及消化性溃疡患者生活质量的影响[J].中国医药指南,2019,17(04):203-204.

[7]董宁.慢性胃炎合并消化性溃疡患者应用综合护理干预对其生活质量的影响分析[J].首都食品与医药,2019,26(03):126.

[8]张茜,蒋盼盼,姚娟娟.综合护理在消化性溃疡及慢性胃炎患者中的应用效果[J].中国民康医学,2019,31(01):153-154.

[9]多莹.个性化护理在慢性胃炎及消化性溃疡患者中的应用[J].中国医药指南,2021,19(33):170-171.

[10]全一楠.综合护理干预对治疗慢性胃炎及消化性溃疡临床疗效的影响[J].中国现代药物应用,2019,13(05):190-191.[11]孙丽梅.综合护理对慢性胃炎、消化性溃疡患者依从性评分及护理满意度的影响观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(51):234.

[12]石慧敏.综合护理干预对慢性胃炎及消化性溃疡患者生活质量的影响观察[J].中国社区医师,2020,36(23):145-146.

[13]黄金文.综合护理干预对慢性胃炎及消化性溃疡患者生活质量的影响[J].中外女性健康研究,2019(03):132+170.

(上接第122页)

后观察组高于对照组,POMS-SF 评分护理后观察组低于对照组,健康知识知晓率观察组高于对照组($P<0.05$)。临床上有相关的调查研究结果显示,接受造血干细胞移植治疗的白血病患者相比于普通人群生活质量较低,通过给予患者延续护理方法之后,患者的生命质量显著改善。大多数接受造血干细胞移植治疗的白血病患者,大多对家庭和社会存在感恩心理,更加珍惜自己的生命和热爱生活,对未来充满期待,但是在接受手术治疗之后,一些患者的形象和角色会出现极大的改变,进而导致患者出现愤怒、紧张、抑郁、精力、疲乏、慌乱等不良心理情绪,对未来失去自信心,缺乏家庭和社会的支持,从而给患者带来不好的心理体验。因此,护理人员需要给予患者正向心理引导,以确保患者的不良心理情绪得以尽快消除,定期对患者进行电话随访,会积极主动同患者进行沟通和交流,对于患者的经历给予肯定,鼓励和支持患者,组织患者参与到新老交流会中,给患者提供彼此之间沟通和交流的机会,患者可通过现身说法的方式来表明自己的心境及生活质量,以此来对存在负面心理情绪的患者以带动和影响。从本文研究结果中可知,通过给予患者延续护理方法之后,有助于改善患者的负性心理情绪,患者生活质量显著改善,在疾病治疗期间可保持积极的心理状态。护理人员在对患者进行健康随访期间,护理人员会多渠道与患者进行沟通和交流,并使用通俗易懂的语言与患者进行沟通和交流,给予了患者专业化和及时性的护理指导,增强了患者对疾病的认知度。

综上所述,在行造血干细胞移植治疗的白血病患者术后出院护理中使用延续护理方法,有助于提升患者生命质量,改善患者不良心理情绪,患者对健康知识有较高的知晓率。

参考文献:

- [1]张因因.多学科合作延续护理对造血干细胞移植术后患者的影响[J].中国继续医学教育,2021,13(5):189-192.
- [2]曹祯.出院后防感染护理对造血干细胞移植患者生存率和生命质量的影响[J].中国民康医学,2019,31(23):154-156.
- [3]付莹.定期电话随访式延续护理对造血干细胞移植患者生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2016,35(16):2268-2270.
- [4]陈霞,蒋秀美.延续性护理在造血干细胞移植术后患者中应用效果的三年随访研究[J].护士进修杂志,2020,35(4):361-365.
- [5]白丽霞,黄冲,徐东明,等.康复治疗干预对血液病异基因造血干细胞移植术后股骨头坏死患者的影响[J].中国现代医生,2022,60(9):79-83.
- [6]姚梅珍.延续性护理干预对异体造血干细胞移植术后患者免疫抑制剂用药依从性的影响[J].吉林医学,2017,38(7):1353-1355.
- [7]刘立桃,汪瑞嘉,张美玲.延续性护理对缺血性心脏病患者出院后心功能康复的影响[J].药店周刊,2021,30(15):149.
- [8]解文君,张帅,刘毅,等.领悟社会支持及应对方式在恶性血液病行造血干细胞移植患者心理弹性与创伤后成长间的中介效应[J].护理学报,2019,26(3):73-78.
- [9]刘怡雪.探讨在缺血性心脏病患者出院后实施延续性护理对其心功能康复的影响[J].首都食品与医药,2019,26(10):124.
- [10]高俊峰,王莉,贾艳梅,等.延续性护理对缺血性心脏病患者出院后心功能康复的影响[J].中国临床护理,2018,10(1):27-30.

分娩方式对孕妇产后抑郁的影响及其临床护理干预

王晓丽 万俊

巴中市中心医院, 感染科 四川巴中 636000

摘要: 目的: 对分娩方式对孕妇产后抑郁的影响和护理效果进行评价。方法: 随机将我院 2020 年 1 月到 12 月之间的产妇 110 例分为例数相等的两组, 一组进行自然分娩, 一组进行剖宫产, 剖宫产组进行常规护理干预, 自然分娩组进行优质护理干预, 评价两组产妇的产后抑郁和护理效果。结果: 对比两组患者的 EPDS 评分, 自然分娩组 ≤ 12 分人数明显多于剖宫产组, ≥ 13 人数明显少于剖宫产组, 数据对比差异显著 ($P < 0.05$)。对比两组护理满意度, 自然分娩组低于剖宫产组 ($P < 0.05$)。自然分娩组产后抑郁发生率低于剖宫产组 ($p < 0.05$)。结论: 选择合适的分娩方式可以使孕妇产后抑郁的发生率大大降低, 配合优质护理干预可以显著促进孕妇产后抑郁评分降低, 多数产妇对于优质护理的满意度高于常规护理, 体现了优质护理的价值, 提醒产妇和临床谨慎选择剖宫产, 降低剖宫产机率, 促进自然分娩。

关键词: 分娩方式; 孕妇; 产后抑郁; 临床护理

The effect of delivery mode on postpartum depression in pregnant women and its clinical nursing intervention

Abstract: Objective: To evaluate the effect of delivery mode on postpartum depression and nursing effect of puerperae. Methods: A total of 110 puerperae in our hospital between January and December 2020 were randomly divided into two groups with equal number of cases, one group underwent natural delivery, the other group underwent cesarean section, and the cesarean section group underwent routine nursing intervention. The natural childbirth group received high-quality nursing intervention, and the postpartum depression and nursing effects of the two groups were evaluated. Results: Comparing the EPDS scores of the two groups of patients, the number of patients with a score of ≤ 12 in the natural delivery group was significantly more than that in the cesarean section group, and the number of patients with a score of ≥ 13 was significantly less than that in the cesarean section group, and the data comparison was significantly different ($P < 0.05$). Comparing the nursing satisfaction between the two groups, the natural delivery group was lower than the cesarean section group ($P < 0.05$). The incidence of postpartum depression in the natural delivery group was lower than that in the cesarean section group ($p < 0.05$). Conclusion: Choosing an appropriate mode of delivery can greatly reduce the incidence of postpartum depression in puerperae, and combined with high-quality nursing intervention can significantly reduce the postpartum depression score of puerperae. Most puerperae are more satisfied with high-quality nursing than routine nursing, reflecting the value of high-quality nursing, to remind mothers and clinicians to choose cesarean section carefully, reduce the probability of cesarean section, and promote natural childbirth.

Key words: mode of delivery; pregnant women; postpartum depression; clinical nursing

产妇在分娩之后出现抑郁的情况叫做产后抑郁。而产后抑郁的发生和许多因素有关, 包括产妇自身内分泌水平的变化, 以及突然转变为母亲的角色影响等等。很多产妇产后抑郁会出现比较情绪低落, 烦躁, 缺乏安全感的情况, 甚至会出现自残的倾向以及完全失去行为能力, 使产妇的生活质量大大降低。分娩是产妇一个必经的生理过程, 它具有强烈的刺激性, 产妇会出现应激反应, 而这些应激反应都会引起产妇出现一些不良情绪, 导致出现产后抑郁和焦虑^[1]。研究主要分析了在选择分娩方式时选择剖宫产和自然分娩对于产后抑郁的影响, 本为探讨具体效果, 特选取本院的 110 例产妇的临床资料进行统计, 并作出如下报告和分析:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

随机将我院 2020 年 1 月到 12 月之间的产妇 110 例分为例数相等的两组, 对照组 55 例产妇年龄 20-46 岁, 平均 26.38 岁, 观察组 55 例产妇年龄 22-45 岁, 平均 27.18 岁, 两组产妇一般资料未体现明显区别 ($P < 0.05$)。产妇本人均在阅读知情同意后签字确认参与本研究, 均无中途退出情

况, 排除精神状态异常以及合并严重躯体疾病和妊娠期并发症的产妇。

1.2 方法

在产妇分娩前后的一周发放调查问卷, 由产妇在半小时内填写完成, 了解产妇的抑郁情况。

剖宫产组应用常规产科护理, 包括饮食指导、卫生指导和常规产前检查。

自然分娩组进行优质护理, 包括在产妇入院后主动地与产妇进行交流, 对于产妇提出的问题进行解答和制定解决措施, 使产妇对于分娩有更多科学的认知, 让产妇提前做好心理准备, 减少产妇的危机感, 准备好产妇的相关信息和资料, 了解产妇的基本情况, 通过健康教育的方法, 让产妇了解分娩时需要注意哪些问题。结合产妇的接受能力, 可选择不同的健康教育方式, 比如口头讲解、图片讲解、视频讲解等。提前了解产妇家属的情况, 与产妇家属进行积极的沟通, 建议产妇家属多陪伴, 鼓励产妇满足产妇提出的需求, 使产妇的心情放松, 提高产妇分娩自信。告知产妇分娩前要保持心理和生理放松, 比如闭目养神、深呼吸。利用健康教育促进

产妇产后自信的增加，减轻产妇产后对分娩的恐惧，如果产妇产后内心比较焦虑，抑郁甚至是自信心不足，也可以用以往成功的分娩案例使产妇产后的自信提高，分散产妇产后的注意力。

1.3 观察指标

1.3.1 对两组产妇产后 EPDS 评分进行比较，总分小于等于 12 分为阴性，大于等于 13 分为阳性。

1.3.2 对两组产妇产后护理满意度进行比较。

1.3.3 对两组产妇产后抑郁发生率进行比较。

1.4 统计学方法

统计学处理软件采用 SPSS24.0，用均数标准差（±）表示计量资料，用 t 检验，用百分比（%）表示计数资料，用 χ^2 检验，当 $P<0.05$ 时视为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者的 EPDS 评分比较

对比两组患者的 EPDS 评分，自然分娩组 ≤ 12 分人数明显多于剖宫产组， ≥ 13 分人数明显少于剖宫产组，数据对比差异显著（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者的 EPDS 评分比较（分）

组别	例数	≤ 12	≥ 13
自然分娩组	55	44	6
剖宫产组	55	32	18
t		6.398	6.930
P		0.000	0.000

2.2 两组产妇产后护理满意度比较

对比两组产妇产后护理满意度，自然分娩组低于剖宫产组（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组产妇产后护理满意度比较（n/%）

组别	例数	十分满意	满意	不满意	总满意度
自然分娩组	55	22	28	5	50(90.90)
剖宫产组	55	17	25	13	42(76.36)
t					12.301
P					0.000

2.3 两组产妇产后抑郁发生率

自然分娩组产妇产后抑郁发生率低于剖宫产组（ $p<0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组产妇产后抑郁发生率（n/%）

组别	例数	抑郁	无抑郁
自然分娩组	55	6	49
剖宫产组	55	12	43
t		13.102	13.222
P		0.000	0.000

3. 讨论

很多产妇产后首次分娩内心比较紧张，如果不能及时的缓解对产妇产后身心将产生的影响非常明显，作为一种比较理想的分娩方式，自然分娩安全性较高，但是对于初产妇来说也存在着很大的难度，但是相对来说安全性可以保障，而剖宫产具有较高的并发症发生率和感染几率^[2]。因此，对于初产妇来说，临床鼓励选择自然分娩的分娩方式。但近年来，受很多因素影响，剖宫产率一直在升高，而剖宫产引起的产后感染，婴儿死亡几率也随之提升。妊娠是一个自然而然的过程，对初产妇来说情感体验比较强，内心所产生的反应也比较明显。所以，产妇产后往往在产后出现一些不同程度的心理障碍，引起神经及内分泌调节失常^[3]。而这种不良的情绪如果长期持续，也会使产妇产后的生理功能受到影响，表现为血压升高等，从而对分娩方式进行改变，导致产后出血。初产妇进行分娩前的心理干预有重要的意义，传统医学更重视产妇产后的生理干预，而忽视心理干预，这很容易导致产妇产后内心出现不良情绪，影响新生儿健康及产妇产后的健康。

作为一种比较有侵入性的手术，剖宫产后并发症比较多，如果产妇产后需要再次妊娠，可能出现瘢痕子宫，对产妇产后身心健康不利。虽然自然分娩有很长的时间会发生疼痛的情况，但是对于产妇产后的机体来说损伤比较小，也不会影响日后生育，所以自然分娩的好处更多^[4]。这就要求产妇产前一定要做好充足的准备，观察产妇产后心理以及生理素质，防止产妇产后出现长期的焦虑抑郁。分娩时产妇产后的疼痛感会释放儿茶酚胺，导致宫缩乏力，血压升高和难产，如果严重可能会导致大出血，使胎儿窒息。有相关研究显示，为了促进分娩的顺利完成，除了胎儿等因素以外，心理因素也需要极为重视心理干预，心理干预后产妇产后的负面情绪会降低，能够促进产妇产后顺利分娩，缩短产程。与盲目分娩相比，产妇产后对于分娩过程也有所了解，恐惧感也会大大地减轻。在分娩过程中，助产士有效地指导产妇产后放松呼吸，转移注意力，降低疼痛感，对产妇产后身心状态比较有利^[5]。

临床近些年来深入的研究了优质护理对于产妇产后的护理效果，同时也分析了优质护理干预的应用价值，发现优质护理应用于产妇产后护理中取得了比较好的效果，同时，临床上也对于产妇产后抑郁的治疗进行了深入的相关研究，获取了研究成果。产后抑郁是一种女性的精神障碍类疾病，它的情况比较严重，对于产妇产后来说有着极大的不良危害，其对于身心健康造成的损害不容人们小觑。产后抑郁不仅会让产妇产后的生活质量大大降低，也会导致母亲这个角色受到影响，从而降低对新生儿的照顾质量。据相关调查显示，产后抑郁的发生几率较高，且在不同女性中发生率不同，比如高龄产妇或高危产妇。据相关调查显示，多数女性在产后都会出现一些心理障碍的情况，表现为不同程度的焦虑和抑郁，但是一般来说，会在产后的一段时间后自行缓解，只有少数的产妇产后会持续产后焦虑和抑郁。据临床调查显示，产妇产后出现产后抑郁会受到分娩方式选择的影响。在本研究中也发现，选择自然分娩更不容易发生产后抑郁，而选择剖宫产更容易发生产后抑郁。说明自然分娩的产妇产后来说更加的合适，而剖宫产则对产妇产后的心理产生一定的影响。剖宫产后抑郁几率较高，主要是虽然剖宫产可以使分娩

（下转第 135 页）

尘肺患者中运用肺康复护理的效果分析

陈亚红

甘肃中医药大学第三附属医院白银市第一人民医院 甘肃白银市 730900

摘要:目的:探讨肺康复护理对尘肺患者肺功能的效果。方法:将2020年2月到2021年3月在本院进行治疗的尘肺患者118例作为本次的观察对象,并将这些观察对象随机分为实验组和对照组两组,每组有59例尘肺的患者,其中对照组的59例尘肺患者使用常规的护理措施进行护理,而实验组的59例尘肺患者,则采用肺康复护理措施进行护理,在两组尘肺患者采用不同的护理措施进行护理后,将两组尘肺患者的肺功能以及生命质量的情况进行对比分析。结果:在两组尘肺患者使用不同的护理措施进行护理后,实验组的尘肺患者肺功能的指标情况以及生命质量情况均明显的优于对照组的尘肺患者,且两组尘肺患者的护理结果在对比后产生的差异数据具有统计学意义($p < 0.05$)。结论:本文对尘肺的患者使用肺康复护理措施进行护理,能够有效的改善尘肺患者的肺功能指标以及生活质量情况,同时还可以提高尘肺患者的治疗效果,在临床上值得推广和使用。

关键词:尘肺;肺康复护理

尘肺在临床上主要是指肺尘埃的沉着病,而矽肺是临床中对患者危害最严重的一种,目前没有可以根治矽肺的办法。同时矽肺是煤矿工作人员常患有的疾病,也是能够威胁煤矿工作人员生命健康的疾病。矽肺会导致患者的肺产生纤维化,并且肺功能降低,患者的抵抗力和免疫力也会降低,很容易会出现呼吸道感染而加重患者的病情并且难以治愈,同时也会增加患者在医院的治疗费用,降低了患者的生活质量。为了能够有效的改善患者的肺功能方面,提高患者的生活质量以及治疗的效果,本文将对尘肺的患者使用肺康复护理措施进行护理,并将其护理的结果进行处理和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年2月到2021年3月,在本院进行治疗的尘肺患者118例作为本次的观察对象,并将这些观察对象随机分为实验组和对照组两组,每组有59例尘肺的患者,其中对照组的59例尘肺患者中,有男性患者35例,女性患者24例,年龄在42~80岁之间,平均年龄在(60.3±4.8)岁,对照组的这些尘肺患者对于尘粉的接触时间在15~30年之间,平均的时间在(21.5±3.5)年,而实验组的59例尘肺患者中,有男性患者37例,女性患者22例,年龄在40~78岁之间,平均年龄在(61.2±4.3)岁,实验组的尘肺患者接触尘粉的时间在13~32年之间,平均的时间在(21.8±3.2)年,两组尘肺患者分为I期、II期和III期,其中I期的有32例、II期的有58例、III期的有28例。两组尘肺患者均符合本次的研究标准,且两组尘肺患者均自愿参加本次的研究,在两组患者平静呼吸5次后测定的肺活量均为轻度减低,能够生活自理并且心电图检查正常,近时间内没有出现呼吸道感染和其他疾病等。两组患者的临床资料在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

对照组的尘肺患者使用常规的护理措施进行护理,而实验组的尘肺患者则采用肺康复护理措施进行护理,主要的内容包括:首先需要进行康复护理前的准备,在尘肺的患者入院以后,护理人员需要对尘肺患者的肺功能进行全面的评估,从而根据相关的资料以及患者的病情情况,制定针对性的康复护理计划,同时需要给予患者氧气吸入治疗和支气管扩张剂进行治疗,并使用抗生素来预防患者出现感染的现象,最后清理尘肺患者的呼吸道实施康复护理方案。1. 护理人员需要对尘肺患者进行心理护理措施,因为尘肺疾病在临床的时间较长,并且疾病会出现反复发作的现象,所以尘肺的患者需要长时间进行住院治疗,患者的精神上会出现很大的压力,

并且尘肺疾病的临床症状会出现咳嗽、胸痛等,也给患者的机体上带来了很大的痛苦,由于多种因素导致患者出现了一些不良的心理问题,会产生恐惧、焦虑以及暴躁的情绪,所以护理人员需要向尘肺的患者宣传尘肺的相关知识,使尘肺患者能够对自身的疾病有一个正确的认知,也能够增强患者战胜疾病的信心,从而消除尘肺患者产生的恐惧心理,并且护理人员还需要向尘肺患者说明肺康复治疗的意义以及方法,有效的提高尘肺患者对于康复治疗的依从性和对护理人员的配合度等。此外,护理人员还需要多为尘肺的患者列举治疗成功的案例,鼓励尘肺的患者应该积极的面对治疗,调节自己的心理情绪。2. 护理人员需要指导尘肺的患者进行腹式呼吸的模式,首先护理人员需要指导尘肺患者进行放松练习,使患者以站立或者坐立的姿态来调整呼吸以后,再进行胸式和腹式以及缩唇呼吸的训练,在指导患者进行呼吸训练的时候,可以播放轻松的音乐来帮助患者缓解紧张的心情,放松患者的身心。此外,护理人员在指导患者进行缩唇呼吸训练的时候,需要告知患者只用鼻子进行吸气,随后通过缩嘴唇来呼出气体,呼气的时候需要缓慢进行,时间在4~6秒之内。随后,护理人员指导患者进行腹式的呼吸训练,协助患者采取舒适的体位告知患者应该经鼻子吸气后屏住气息,随后用口来将吸进的气体缓慢地呼出。在患者呼气的时候,询问患者是否能够感受到肋弓下沉并且变小。3. 指导患者进行排痰的训练,为了能够有效的提高尘肺患者的呼吸通畅性,所以护理人员需要指导患者进行排痰的训练,第1步,护理人员需要指导尘肺的患者进行体位引流,体位引流就是护理人员应该合理的安排尘肺患者的体位,使患者肺段内所积聚的分泌物,可以在重力的作用下能够顺利的排出体外,如果尘肺的患者呼吸道内的分泌物较多,可以每天进行体位引流3~4次,如果尘肺患者的呼吸道内分泌物较少,可以每天进行体位引流2次。第2部,也可以通过对患者进行胸部叩击、震颤来帮助患者进行排痰,护理人员应该有节奏性的叩击尘肺患者的肺底,并且要采取自下而上的方向进行叩击,护理人员对尘肺患者叩击的力度要以尘肺患者能够感受到震颤并且发出空而深的叩击音为准。第3步,护理人员需要指导尘肺的患者进行上下肢的训练,可以通过指导尘肺患者手提重物来加速患者肺部的运动,也可以通过指导患者爬斜坡、上楼梯和慢跑来增加尘肺患者的肺活量。4. 护理人员在尘肺的患者出院时进行有效的指导,告知患者如何在家进行氧气疗法,并且需要叮嘱患者在使用氧气时的注意事项,告知患者应该预防感冒的发生,并且需要加强自身的运动锻炼来提高抵抗力和免疫力,并且对患者的饮食进行科学合理的规划,嘱咐患者需要进食高蛋白以及高维生素的食

物，并且应该戒烟戒酒，禁食刺激性强以及油腻的食物。

1.3 观察指标

在两组尘肺患者采用不同的护理措施进行护理后，将两组尘肺患者护理前后的肺功能评价指标和生命质量进行对比分析。肺功能的评价指标包括肺活量、第1秒用力的呼气量、最大呼吸中段流量以及呼气的峰流量。而生命质量的评估主要是对改良后的呼吸系统疾病的患者生命质量评估，评分越高代表患者的生命质量就越高。

1.4 统计学分析

表1 两组患者肺功能评价指标的对比情况

组别	FVC(L)护理前	FVC(L)护理后	FEV ₁ (L)护理前	FEV ₁ (L)护理后	FEV ₁ /FVC(%)护理前	FEV ₁ /FVC(%)护理后	MMEF(L/s)护理前	MMEF(L/s)护理后	PEF(L/s)护理前	PEF(L/s)护理后
实验组	1.52±0.84	2.48±1.05	1.01±0.14	1.45±0.22	44.79±15.25	83.13±17.22	0.88±0.15	1.56±0.48	2.89±0.87	4.52±1.08
对照组	1.54±0.81	2.01±1.02	1.03±0.11	1.19±0.28	44.80±15.31	51.42±18.14	0.85±0.16	1.04±0.49	2.85±0.82	3.13±1.02
t	2.0968	12.3823	3.8210	14.2145	3.8272	13.2548	2.3114	12.4931	4.1392	13.2103
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组尘肺患者采用不同的护理措施进行护理后，实验组尘肺患者的生命质量优于对照组的尘肺患者，且两组尘肺患者的生命质量在对比后产生的差异数据具有统计学意义（p<0.05）见表2

表2 两组患者生命质量的对比情况

组别	例数	社会适应	心理健康	躯体症状	生活能力
实验组	59	12.83±1.42	12.42±2.03	25.83±7.25	23.64±5.25
对照组	59	11.24±1.50	9.95±1.31	21.59±7.34	20.31±6.16
t		12.0835	10.5382	11.8302	12.4299
p		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

尘肺的患者由于长时间的吸入粉尘和中等的微颗粒粉尘后，这些粉尘就会沉着于气管和支气管以及肺泡内，所以会导致患者的肺内形成结节以及广泛纤维化，减弱患者肺的弹性，致使患者的通气发生改变，形成慢性阻塞性肺疾病，还会导致患者的膈肌出现下移并且收缩的效率降低。此外，由于粉尘长期的沉着在患者的呼吸细支气管和肺泡内，会因此产生刺激，从而促进矽结节的形成和融合，使患者的肺有效换气面积降低，从而导致换气功能下降，出现不同程度的通气功能障碍的情况。根据近几年的研究表明，尘肺患者的病变情况是不可逆性的，虽然气道病变难以改变，但是如果指导患者进行呼吸肌的锻炼，能够使肌肉在一定的时间锻炼下发生很大的力量，从而改善尘肺患者的活动能力以及肺功能的情况。在本次的研究当中，对尘肺的患者使用心理护理以及健康教育宣传、氧疗、有效排痰和营养调护等肺康复护理措施，能够有效的改善患者的活动耐力以及肺功能的情况，并且患者的咳嗽以及胸闷和呼吸困难的症状也会得到良好的缓解，改善了患者的肺功能指标。肺康复护理措施对于尘肺患者来说，应该从耐受的低负荷对患者进行护理，以患者不感到疲劳为宜，且训练的强度也应该从低到强进行持续的训练，此外还需要对患者的呼吸肌进行锻炼，随着患者的呼吸肌功能不断的改善，能够有效地调整患者阻力负荷，并且循序渐进增强患者对康复训练的耐受能力。护理人员在尘肺的患者进行

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 两组尘肺的患者采用不同的护理措施进行护理后，实验组尘肺患者的肺功能评分指标情况优于对照组的尘肺患者，且两组尘肺患者的肺功能评价指标对比后产生的差异数据具有统计学意义（p<0.05）见表1

护理的时候，需要耐心的进行指导，特别是在对患者进行健康宣教的时候，要使尘肺的患者能够明白尘肺疾病的相关知识，提高战胜疾病的信心。由于临床上尘肺的患者患病的时间比较长，再加上患者机体的呼吸道抵抗力会下降，所以尘肺患者的体质比较差，在进行呼吸肌训练的时候，护理人员除了要教会患者正确掌握康复锻炼的动作方法以外，还需要在训练的时候遵循三个原则：负荷、针对性以及可逆性。同时还需要指导患者在呼气时应该轻缓，不要过度的用力呼吸，从而能够有效的防止过度换气以及呼吸肌疲劳的情况，并指导患者应该注意保暖，从而预防呼吸道出现感染的情况。

尘肺疾病在临床上是一种不可逆转的慢性渐进的疾病，目前没有办法进行根治，但是可以通过康复护理来增加尘肺患者机体免疫力，从而阻止尘肺疾病的进展以及复发的情况，有效的降低了尘肺患者在临床上出现的症状，改善患者肺功能的指标，从而提高了患者的生命质量，延长患者的生命。目前在临床上对于尘肺患者的治疗没有特效药，所以只能使用抗感染以及对症支持进行治疗，但是由于治疗效果有限，患者对于治疗的信心不够充足，所以本次对尘肺的患者在进行治疗的同时使用肺康复护理措施进行护理，能够有效的缓解以及延缓尘肺疾病的发展，从而改善了患者的呼吸功能和患者的活动能力，并且也改善了尘肺患者不良的心理状态，提高了患者的生命质量，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

[1]卢雪梅 杆肺康复护理对尘肺患者肺功能的影响[J] 杆齐齐哈尔医学院学报, 2020, 33(4): 525-526.
[2]何海英 杆健康教育配合呼吸操锻炼对尘肺患者肺功能的影响[J] 杆实用医院临床杂志, 2020, 9(6): 184-186.
[3]郝春艳 杆探讨负荷呼吸训练对老年煤工尘肺患者肺功能及生存质量的影响[J] 杆中国卫生产业, 2020, 11(5): 142-143.
[4]钦卓辉, 张健杰, 司徒洁, 等 杆呼吸功能训练对尘肺患者肺功能的影响[J] 杆华西医学, 2020, 13(6): 1072-1073.

品管圈活动在提高外科手术患者 VTE 预防护理措施落实率中的应用

丁淑梅 耿金霞

吴忠市人民医院 宁夏吴忠市 751100

摘要：目的：探讨品管圈活动在提高外科患者静脉血栓栓塞预防护理措施落实率中的应用效果。方法：将 2020 年 11 月到 2021 年 11 月在本院外科进行治疗的 106 例患者采取品管圈活动护理措施进行护理，并将 106 例患者护理前后患者的落实率以及静脉血栓栓塞发生情况和护理满意度的情况进行对比和分析。结果：采用品管圈活动进行护理的 106 例患者功能锻炼、间歇式充气压力泵、风险评估和充足饮水的落实率以及静脉血栓栓塞的发生情况和患者对护理工作的满意度情况均优于采用品管圈活动护理前的患者，并且护理前后落实率和静脉血栓栓塞发生情况以及患者对护理工作的满意度情况对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。结论：本文对外科的患者采取品管圈活动进行护理，能够有效的提高患者的预防护理措施落实率以及患者的护理工作的满意度，同时还能够降低患者出现静脉血栓栓塞的发生率，在临床上值得推广和使用。

关键词：品管圈活动；外科；静脉血栓栓塞；落实率

静脉血栓栓塞目前是临床上比较常见的一种并发症，包括肺栓塞以及下肢深静脉血栓形成，静脉血栓栓塞在临床具有较高的发病率，目前静脉血栓栓塞是患者在院内非预期病死的主要原因，严重的威胁到了患者的生命安全，所以应该积极的预防患者出现静脉血栓栓塞的情况，并且采取有效的干预措施进行护理。引起患者出现静脉血栓栓塞的情况包括患者的基础病、高龄患者、长期的卧床休养、手术后、损伤以及并发症等有很大的关联。所以临床上应该对高危的相关因素进行有效的预防，来降低静脉血栓栓塞的发生率以及病死率的情况。品管圈活动是临床上一种新型的护理模式，是指科室的全体护理人员参与，并且应用集体的智慧以及力量不断的去管理以及完善工作的场所，从而提高护理的质量。为了能够进一步的掌握品管圈活动对外科患者出现静脉血栓栓塞的价值，所以本文将对外科患者 106 例使用品管圈活动进行护理，并将护理前后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 11 月到 2021 年 11 月在本院外科进行治疗的 106 例患者作为本次的观察对象，这 106 例外科的患者中有男性患者 56 例，女性患者 50 例，年龄在 28~75 岁之间，平均年龄在（50.30±1.22）岁。在这 106 例的患者中有初高中学历的患者为 33 例、大专和本科的患者为 45 例、本科以上的患者为 28 例。本次的研究是经过医学伦理委员会认可的，同时本次研究的 106 例患者均是自愿签署知情同意书，且这 106 例患者均没有合并心、肝、肾功能严重不全的患者，同时也没有精神障碍的患者。此外，这些患者的临床资料非常的完整，符合静脉血栓栓塞的相关诊断标准。

1.2 方法

对 106 例患者使用品管圈活动进行护理，主要的内容包括：1. 首先应该成立品管圈活动小组，并且由外科的 20 名护理人员组成，护士长则担任品管圈活动小组的辅导员，护理骨干则为品管圈活动的圈长，其他的成员为品管圈活动的圈员，圈长需要负责对各阶段的活动进行合理的安排，而辅导员则是负责监督和引导的工作，剩余的圈员则负责执行工作。本次的圈名为“爱心圈”圈名的意义是传递温暖，让患者感受到爱。2. 选定活动

主题，首先应该召开全员会议，并且使用头脑风暴法来列举在护理工作中最常遇见的问题，并且通过集体的讨论对每个遇到的问题进行分析，从而根据分析的结果选定本次的活动主题。最终确定本次的活动主题为提高外科患者静脉血栓栓塞预防护理措施的落实率。3. 原因分析，品管圈活动小组的成员需要采用头脑风暴法来分析外科的患者出现静脉血栓栓塞的原因，主要包括：①患者和家属的自身因素，因为患者以及家属对于静脉血栓栓塞的健康知识并没有掌握，对于护理人员健康宣教内容也没有遵守。所以导致高龄的患者以及手术治疗时间长和偏瘫的患者都出现了静脉血栓栓塞的情况。②医护人员的因素，因为医护人员本身缺乏对静脉血栓栓塞的形成意识，同时也没有及时的与患者进行沟通和交流，导致对患者健康宣教的不及时以及不全面，而引起患者出现了静脉血栓栓塞的情况。③院内的管理方面，医院对于护理人员的培训不到位，并且院内也没有建立完善的预防静脉血栓栓塞形成的防范措施，所以导致了静脉血栓栓塞的发生。4. 院内应该在每天晨会时对品管圈的成员在病房管理中以及护理技术和护患沟通技巧等方面出现的问题进行分析和讨论，从而通过改善病房的环境、强化医护人员沟通的技巧、提高护理工作的质量等措施来预防患者出现静脉血栓栓塞的形成。5. 有效的护理措施，①护理人员需要叮嘱外科的患者少吃高脂肪以及高蛋白类的食物，应该保持低脂低盐以及富含丰富维生素的食物为主，并且还应该禁止食用辛辣以及刺激性的食物，每天保持足够的饮水量来保证大便的通畅。②对于长期卧床的患者，护理人员需要指导患者进行直腿抬高的运动以及膝和足踝屈伸运动促进血液的流动，同时还应该根据患者的实际情况，指导患者进行适当的运动。在患者下床进行活动时，最好指导患者穿抗血栓的袜子以及分级弹力袜。③护理人员应该密切的观察患者的病情情况，并且对患者进行静脉血栓栓塞的风险评估，利用卡普里尼的评分表评估，从而根据评估的结果来对患者进行相应的预防护理措施。对于低危的静脉血栓栓塞的患者，在病情的允许下可以指导患者进行床下的活动，但是需要对患者皮肤的色泽以及皮肤的温度和皮肤的感觉进行观察以及记录，同时提醒患者应该多饮水；对于中危的静脉血栓栓塞的患者来说，应该在低危静脉血栓栓塞患者的护理基础上进行基础预防以及物理预防，指导患者进行直腿抬高、踝泵和股四头肌的

运动，并且合理的利用间歇式充气压力泵，同时还应该指导患者禁烟、禁酒；对于高危和极高危的静脉血栓栓塞的患者来说，应该对患者进行肢体血管彩超诊断和 D-二聚体动态监测，有效的借助空气压缩泵以及患者的实际病情情况，对患者合理的使用抗凝的药物。

1.3 观察指标

将 106 例外科患者护理前后功能锻炼、间歇式充气压力泵、风险评估以及充足饮水的落实率、患者静脉血栓栓塞的发生情况以及患者对护理工作的满意度情况进行对比分析。

1.4 统计学分析

表 1 两组患者护理前后功能锻炼、间歇式充气压力泵、风险评估和充足饮水情况的对比

时间	例数	功能锻炼	间歇式充气压力泵	风险评估	充足饮水
护理前	106	50 (47.17%)	51 (48.11%)	52 (49.06%)	60 (56.60%)
护理后	106	95 (89.62%)	96 (90.57%)	96 (90.57%)	98 (92.45%)
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 在 106 例外科患者使用品管圈活动进行护理后患者静脉血栓栓塞发生的情况优于采用品管圈活动护理前，且护理前后患者静脉血栓栓塞发生的情况对比具有统计学意义 (p<0.05) 见表 2

表 2 两组患者护理前后静脉血栓栓塞发生的对比情况

时间	静脉血栓栓塞发生率
护理前	21/106 (19.81%)
护理后	4/106 (3.77%)
P	<0.05

2.3 采用品管圈活动进行护理后的患者对护理工作的满意度情况优于采用品管圈活动护理前的患者，且患者护理前后对护理工作的满意度情况对比具有统计学意义 (p<0.05) 见表 3

表 3 两组患者护理前后对护理工作满意度的对比情况

时间	例数	护理环境	护理操作	护理态度
护理前	106	66.15±6.02	65.23±5.16	67.30±6.22
护理后	106	74.60±8.55	73.54±7.40	76.75±8.62
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

进行外科手术后的患者需要长期的卧床休养，并且患者会因为身体疼痛的情况而降低了运动量，导致机体的血流出现不畅，从而引发患者出现静脉血栓栓塞的情况，静脉血栓栓塞严重的威胁到了患者的生命安全，所以需要尽早的采取有效的预防措施来降低静脉血栓栓塞的发生率。静脉血栓栓塞的发病是比较复杂的生理以及病理的过程，所以在临床上应该先评估患者的实际情况，从而对患者进行针对性的预防措施。随着我国生活水平以及经济水平的不断提高，我国医学模式以及人们的健康观念也在发生的转变，人们对于临床护理的服务要求在不断的提高，而品管圈活动正是因为具有较高质量的服务得到了广泛的应用，并且护理的效果也非常的明显。为了能够探讨品管圈活动对预防静脉血栓栓塞的效果，所以对本院外科治疗的 106 例患者使用品管圈活动进行护理，并观察预防护理落实率以及静脉血栓的发生情况和护理满意度的情况。

品管圈活动是临床上一种新型的护理模式，品管圈活动能够将全体的

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 106 例外科患者进行品管圈活动护理后患者功能锻炼、间歇式充气压力泵以及风险评估和充足饮水的落实率情况均优于品管圈活动护理前的 106 例外科患者，且护理前后患者的落实率对比具有统计学意义 (p<0.05) 见表 1

护理人员参与到活动的过程中，并且应用集体的智慧和力量不断的完善以及管理工作的场所，从而提高护理服务的质量，也提高了患者对护理工作满意度的情况。本次的研究通过对比外科患者使用品管圈活动前后的落实率情况发现，在患者使用品管圈活动护理后，患者的功能锻炼以及间歇式充气压力泵和风险评估、充足饮水的落实率均优于患者使用品管圈活动护理前，且患者护理前后落实率的情况对比产生的差异数据具有统计学意义 (p<0.05)，根据这组数据说明对外科的患者进行品管圈活动护理能够提高护理措施的落实率，同时也能够提高护理的效果。这主要是因为品管圈活动能够充分的发挥各个成员的能力，并且指导各成员履行自己的职责，减少护理人员出现推诿的现象，促进护理工作的顺利开展，再加上经过明确的会议讨论以后，护理人员能够有计划并且有目的的对患者进行护理，从而提高了护理措施的落实率。对患者出现静脉血栓栓塞的风险进行评估，根据不同的风险患者，指导进行相应的功能锻炼以及合理的使用间歇式充气压力泵，并且提醒患者每天保持充足的饮水量等，都能够提高护理措施的落实率，降低患者出现静脉血栓栓塞的几率。为了能够更进一步的了解品管圈活动的效果，在本次的研究中可以看到患者护理前后静脉血栓栓塞的发生情况以及患者对护理工作的满意度情况均优于进行品管圈活动护理前的患者，并且护理前后之间的差异数据具有统计学意义 (p<0.05)，通过这一数据可以看出，对外科的患者使用品管圈活动进行护理，能够有效的预防患者出现静脉血栓栓塞的几率，同时还能够提高患者对护理工作的满意度以及提高患者对临床治疗和对护理工作的依从性。因此，也降低了临床上出现护患纠纷的发生率。在对外科的患者进行品管圈活动的过程中，还应该针对于静脉血栓栓塞的发生风险利用 Caprini 评分表进行评分，能够非常明确患者静脉血栓栓塞的情况，从而也提高了对静脉血栓栓塞防护措施的的科学性以及可靠性，降低静脉血栓栓塞的发生率。此外，护理人员对患者进行品管圈活动护理时，应该保持良好的护理服务态度，面对患者出现疑问时，应该及时、耐心的倾听患者的疑问，并进行解答，提高护理人员对工作的责任感。院内也应该确保患者居住的病房内，有干净和整洁的良好环境，提高患者在临床治疗的舒适度。此外，院内也应该定期对护理人员进行培训工作，强化护理人员的专业知识，提高护理人员的实际操作能力，从而也能够提高患者对护理工作的满意度。在静脉血栓栓塞预

防护理措施的过程中,需要严格的控制相关药物的禁忌症;虽然预防措施能够预防静脉血栓栓塞的发生率,但是仍然会存在静脉血栓栓塞的发生,所以还需要进行加强的处理,并且避免其他并发症的情况,在发现以后应该及时的进行处理。医护人员应该指导患者戒烟、戒酒,养成良好的生活习惯来提高临床的治疗效果。

综上所述,本文对外科的患者使用品管圈活动进行护理,不仅提高了患者对护理工作的满意度,同时也提高了护理措施的落实率,降低了静脉血栓栓塞的发生情况,从而提高了患者的临床治疗的效果,值得推广和使用。

参考文献:

- [1]徐园,王晓杰,陈亚萍,等.建立住院患者静脉血栓栓塞症上报系统内容的研究[J].中华护理杂志,2021,51(8):956-959.
- [2]刘建龙,张蕴鑫.静脉血栓栓塞症临床诊疗对实验室检查的实际需求[J].中华检验医学杂志,2021,39(10):747-750.
- [3]内科住院患者静脉血栓栓塞症预防中国专家建议写作组,中华医学会呼吸病学分会,中华医学会老年医学分会,等.内科住院患者静脉血栓栓塞症预防中国专家建议(2021)[J].中华结核和呼吸杂志,2021,38(7):484-491.
- [4]邝杏娥.运用Caprini血栓风险评估量表开展预警性干预对防范神经外科静脉血栓栓塞的作用[J].护理实践与研究,2021,14(14):59-61.
- [5]王爱凤,高丽丽,马娜,等.专访访视在神经外科患者出院指导中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2021,22(10):1383-1386.

(上接第130页)

的痛苦在一定程度上降低,但是产后需要卧床一段时间,恢复较慢,加上行动比较困难,喂奶比较不方便,所以产妇内心往往感到有压力,这大大增加了产后抑郁的发生率。而自然分娩则能够更早的恢复出院,对于产妇来说所承受的压力更小,所以其产后抑郁的发生率相比剖宫产来说更低一些,因此,临床上需要更加重视对产妇的临床护理,使产妇发生产后抑郁的几率降低。临床应用优质护理,通过多个方面对于产妇进行指导,降低了剖宫产和自然分娩产后抑郁的几率。首先需要对产妇进行健康教育和孕期保健,使产妇对于分娩有更多正确科学的认知,促使产妇尽量选择自然分娩的方式,同时告知产妇分娩的具体流程以及需要注意哪些问题。如果发现产妇存在焦虑,抑郁等心理障碍,需要耐心地进行引导和指导,使产妇说出内心的焦虑和想法,让产妇保持一个比较积极平稳的心态,轻松地应对分娩。临床鼓励自然分娩,但不要过早地对产妇产程进行干预,这样能够使产妇的心理压力减轻。临床护理人员需要主动的了解产妇内心的需求和诉求,并且要为产妇提供良好的情绪价值,在产妇分娩过程中尽量全程陪伴,通过语言、安抚等肢体动作来使产妇感到放松,增加产妇的安全感,为产妇提供支持,同时也要告知产妇家属,尽量要在临床护理工作中进行参与,使产妇感受到来自家庭的帮助和鼓励,感受到爱与关怀,从而更加认同自己角色的转变,有助于及时处理产妇产后的一些并发症,比如疼痛、尿潴留等。同时,对于产妇产后一定要密切观察,护理好产妇的私密部位,告知产妇及早进行康复训练。

本研究结果显示,对比两组患者的EPDS评分,自然分娩组 ≤ 12 分人数

[6]黄月明,杨冬武,李港.院前使用抗凝剂对颅脑损伤后预防VTE的影响[J].中华神经创伤外科电子杂志,2021,4(1):46-49.

[7]徐园,邓海波,陈亚萍,等.静脉血栓栓塞护理小组的建立及管理[J].中华护理杂志,2021,52(11):1353-1355.

[8]张晶晶,江智霞,张霞,等.ICU患者静脉血栓栓塞预防措施的系评价[J].中国实用护理杂志,2021,33(26):2069-2073.

[9]田博,宋春风,李辉,等.Caprini和Rogers风险评估模型联合使用可以提高胸外科术后患者筛选静脉血栓栓塞症的准确性[J].中华胸部外科电子杂志,2021,4(3):186-189.

[10]植艳茹,李海燕,王金萍,李蓉,朱江,钱火红.品管圈在提高静脉血栓高危患者物理预防措施落实率中的应用[J].解放军医院管理杂志,2021,27(08):719-722.

[11]李利,王勇敏,肖莹莹.品管圈活动在提高神经外科患者VTE预防护理措施落实率中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,25(06):134-135.

[12]张海燕.品管圈活动提高神经外科患者DVT预防护理措施落实率[J].中国卫生产业,2021,15(30):37-38.

[13]许燕.医院护理质量改进中品管圈的应用效果观察[J].临床医学研究与实践,2021,1(2):82-83.

[14]王临润,汪洋,张相宜,等.品管圈管理在医疗机构中的应用价值[J].医药导报,2021,31(6):823-826.

[15]张友婷,乔丽曼,潘文合,等.品管圈在静脉药物配置中心的实践与效果分析[J].医药导报,2021,30(2):272-274.

明显多于剖宫产组, ≥ 13 人数明显少于剖宫产组,数据对比差异显著($P<0.05$)。对比两组护理满意度,自然分娩组低于剖宫产组($P<0.05$)。自然分娩组产后抑郁发生率低于剖宫产组($p<0.05$)。可见自然分娩的分娩方式对于产妇来说更能够缓解产妇的焦虑情绪,降低产妇产后抑郁的发生率,减轻产妇的不良情绪,促使产妇心情放松,从而更好的照护新生儿,适应母亲角色的转变,配合优质护理能够进一步改善产妇的抑郁程度,提高对临床护理工作的满意度,体现以人为本的护理理念,具有较高的临床价值和意义。

综上所述,选择合适的分娩方式可以使产妇产后抑郁的发生率大大降低,配合优质护理干预可以显著促进产妇产后抑郁评分降低,多数产妇对于优质护理的满意度高于常规护理,体现了优质护理的价值,提醒产妇和临床谨慎选择剖宫产,降低剖宫产机率,促进自然分娩。

参考文献:

- [1]王芬,李燕,陈凤仁,等.分娩镇痛的满意度对产后抑郁发生的影响[J].现代预防医学,2020,47(6):5.
- [2]王辉,杨保仲,郭祺,等.经皮穴位电刺激联合硬膜外分娩镇痛对产后抑郁症的影响[J].针刺研究,2021,46(3):5.
- [3]王歆.产前睡眠障碍对初产妇分娩方式选择及产后抑郁的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(17):3.
- [4]宋玉荣,詹磊,孙莉.硬膜外分娩镇痛对分娩过程和分娩方式及产后抑郁的影响[J].中华全科医学,2021,19(6):4.
- [5]唐宜,朱金凤.产科"课堂式"健康教育对二胎待产孕妇妊娠相关知识储备及分娩方式的影响[J].实用医院临床杂志,2021,18(3):5.

脑卒中吞咽障碍患者中运用护理干预的效果分析

樊海燕 祁秀红

宁夏医科大学总医院康复医学科 宁夏银川 750001; 宁夏医科大学总医院心脑血管病医院 宁夏银川 750001

摘要: 目的: 探讨脑卒中吞咽障碍患者中运用护理干预的效果。方法: 采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 10 月期间接收的 92 例脑卒中吞咽障碍患者, 随机分为对照组与观察组各 46 例, 对照组运用常规护理, 观察组运用护理干预, 分析不同护理操作后患者日常生活能力、肌功能、吞咽功能康复效果、心理状况、不良问题发生率。结果: 在误吸率与吸入性肺炎率上, 观察组为 8.70%和 10.87%, 对照组为 26.09%和 21.74%, 两组差异有统计学意义 ($p<0.05$); 在患者吞咽功能康复有效率上, 观察组为 89.13%, 对照组为 73.91%, 两组差异有统计学意义 ($p<0.05$); 在患者 HAMA 等心理评分上, 观察组护理后降低程度明显多于对照组, 两组差异有统计学意义 ($p<0.05$); 在日常生活能力、肌功能评分上, 观察组护理后改善幅度明显多于对照组, 两组差异有统计学意义 ($p<0.05$)。结论: 脑卒中吞咽障碍患者中运用护理干预, 可以有效地减少误吸、吸入性肺炎等不良问题, 改善负面情绪, 提升吞咽功能康复效果, 优化肌功能与日常生活能力, 护理整体效果明显提升。

关键词: 脑卒中; 吞咽障碍; 护理干预; 效果

脑卒中术急性脑血管疾病问题, 可以分为出血型与缺血型, 有较高的发病率、致残率与病死率。患病后有 22%至 65%的可能出现吞咽功能障碍^[1], 导致患者进食困难, 甚至导致机体营养不良, 容易出现误吸与吸入性肺炎等多种问题。除了规范的治疗, 还需要考虑护理工作对患者功能恢复的支持作用。本文采集 92 例脑卒中吞咽障碍患者, 分析运用护理干预后患者日常生活能力、肌功能、吞咽功能康复效果、心理状况、不良问题发生率, 具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 10 月期间接收的 92 例脑卒中吞咽障碍患者, 随机分为对照组与观察组各 46 例。对照组中, 男 25 例, 女 21 例; 年龄从 43 岁至 78 岁, 平均 (56.29 ± 4.16) 岁; 病程从 11 天至 62 天, 平均 (24.97 ± 5.38) 天; 观察组中, 男 28 例, 女 18 例; 年龄从 42 岁至 79 岁, 平均 (55.12 ± 3.09) 岁; 病程从 13 天至 60 天, 平均 (25.86 ± 4.16) 天; 两组患者的基本年龄、性别、病程的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, 观察组运用护理干预, 具体内容如下:

每天开展对应的口腔护理, 通过棉签蘸冰水刺激其软腭、舌根、咽喉, 通过冷刺激来进行吞咽动作的诱导。让患者在座椅上支撑椅面开展推压活动, 同时进行屏住呼吸, 而后突然性地松手, 放开声门, 反复性的屏气与呼吸, 每天需要做好患者口腔以及有关舌肌活动, 开展对应的唇、舌、颌的肌肉活动训练, 提升患者颈部活动能力^[2]。做好呼吸控制, 配合舌喉活动, 避免误吸问题, 做好对应的颈部活动训练, 开展反复性的咳嗽活动, 由此来进行对应的气管异物排出反射^[3]。

基础训练的时间控制在两周后, 做好摄食活动训练。在进食过程中,

保持仰卧位, 头部保持前屈, 避免在进食的过程中食物漏出, 同时也防控误吸风险^[4]。在进食过程中, 需要通过健侧咽肌做送食进入食道, 主要是因为其健侧咽部扩张。在食物的选择上, 一般以汤类、蛋羹等为主, 平衡营养与患者个人喜好所需, 符合个人的饮食习惯。每次的使用量合理, 避免一口过度食量而导致的呛咳、漏出等问题。饮食结束之后, 还需要配合对应的吞咽活动^[5]。

整个活动之中, 需要做好患者情绪变化观察, 合理地调控负面情绪, 提升患者整体的配合度。要做好对应的心理干预工作, 患者会因为脑卒中而导致功能障碍问题, 进而引发生活自理能力下降^[6]。因此需要做好对应的沟通交流, 保持护患信任, 给予对应的心理支撑, 避免焦虑、担忧等导致的负面问题。做好患者心理状况的评估了解, 提供针对性的心理引导建设, 多给予积极正面的心理暗示, 开展积极的放松训练、呼吸训练^[7]。每周两次, 每次 2 小时, 持续 8 周。

要做好患者睡眠管理, 提升睡眠质量, 在一定程度上可以改善负面情绪, 提升机体的恢复能力。夜间需要提供舒适、安静的睡眠环境, 合理地控制温度、湿度以及空气质量, 依据具体的季节情况而定^[8]。关闭手机, 避免不必要的灯源导致的光源刺激。睡眠质量要做好睡眠指导, 运用侧卧位由此来改善上气道阻力问题, 提升患者整体的睡眠水准。

要做好家庭支持工作。患者的治疗恢复质量在一定程度上与其家庭与照顾人员有关, 要做好对应的教育指导工作, 提升有关人员对疾病以及治疗护理工作的认识。脑卒中有关知识以及护理注意事项可以通过教育指导来提升患者治疗依从性。多样化形式的教育指导, 可以采用书面方式, 也可以采用口头方式结合。书面方式除了常规的纸质宣传手册, 也可以配合对应的手机电子文章。将视频、图文资源集合在内, 提升整体内容教育指导的清晰性、明确性、有效性, 符合个人的信息阅读习惯。可以开展集体性的健康讲座, 积极鼓励患者家属参与其中。如果家庭支持情况相对不佳,

可以由护理人员开展对应支持。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者日常生活能力、肌功能、吞咽功能康复效果、心理状况、不良问题发生率。吞咽功能康复效果分为痊愈、显效、有效以及无效。其中康复有效率=痊愈率+显效率+有效率。日常生活能力采用 MBI 评分,肌功能采用 CSS 评分。心理状况采用 HAMA 评分,评分越低情况越好。不良问题观察误吸与吸入性肺炎的发生率。

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, $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者 HAMA 评分情况

见表 1,在患者 HAMA 等心理评分上,观察组护理后降低程度明显多于对照组,两组差异有统计学意义 ($p<0.05$);

表 1: 各组患者 HAMA 评分结果 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	护理前	护理后
观察组	23.98±7.64	12.39±4.51
对照组	23.41±6.59	15.76±5.23

注:两组对比, $p<0.05$

2.2 两组患者护理前后日常生活能力、肌功能评分情况

如表 2 所示,在日常生活能力、肌功能评分上,观察组护理后改善幅度明显多于对照组,两组差异有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2: 两组患者护理前后日常生活能力、肌功能评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	时间	日常生活能力	肌功能
观察组	护理前	53.76±5.87	76.24±3.41
	护理后	91.67±2.63	96.45±1.24
对照组	护理前	52.98±5.27	75.82±3.28
	护理后	92.76±2.49	95.68±1.63

注:两组护理前对比, $p>0.05$, 两组护理后对比, $p<0.05$

2.3 患者误吸率与吸入性肺炎率情况

见表 3 所示,在误吸率与吸入性肺炎率等不良问题发生率上,观察组为 8.70%和 10.87%,对照组为 26.09%和 21.74%,两组差异有统计学意义 ($p<0.05$);

表 3: 患者治疗误吸率与吸入性肺炎率评估结果[n(%)]

分组	n	吸入性肺炎	误吸
观察组	46	5 (10.87)	4 (8.70)
对照组	46	10 (21.74)	12 (26.09)

注:两组对比, $p<0.05$

2.4 患者吞咽功能康情况分析

见表 4 所示,在患者吞咽功能康复有效率上,观察组为 89.13%,对照组为 73.91%,两组差异有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 4: 患者吞咽功能康评估结果[n(%)]

分 组	n	痊愈	显效	有效	无效	治疗总 有效率
观 察 组	46	23(50.00)	12(26.09)	6 (13.04)	5 (10.87)	89.13%
对 照 组	46	14(30.43)	10(21.74)	10(21.74)	12(26.09)	73.91%

注:两组对比, $p<0.05$

3 讨论

脑卒中属于全球范围内死亡率较高的疾病之一,导致脑卒中的原因较多,一般与高血脂、高血压、糖尿病等有密切关系,有关因素直接导致患者血管壁病变。脑卒中中具有较高的发病率与致残率、死亡率,有 75%左右的患者会出现一定程度的生活自理能力下降,缺失劳动能力,对家庭与社会都带来较大的负担。临床用药上选择多样,但是对于该病的治疗没有绝对的治疗方案,不同药物之间的作用与效果也在持续地观察研究中。一般是由于多种因素引发的脑组织血液供应功能障碍,引发脑组织缺血、缺氧等有关组织坏死,进而引发神经功能缺损。该病可以运用血管介入手术治疗诊断,同时也需要配合有关药物治疗,治疗后的康复护理支持也非常重要。要做好定期治疗依从性管理,由此来降低疾病带来的风险性。治疗以及护理不仅要注重治疗效果的发挥,同时也需要考虑其安全性。

吞咽功能障碍是脑卒中的常见并发症之一,会导致患者睡眠质量下滑,患者会出现日间疲乏、头晕、嗜睡,记忆力下滑,导致整体康复治疗恢复以及有关护理工作开展受到影响。要做好患者整体情况的评估了解,做好针对性的护理指导以及干预工作。吞咽障碍一般是个人不能够达到正常的食物吞咽,属于脑卒中之中相对严重的并发症问题,会导致患者营养供给不良,引发的营养缺乏。还会因为饮食不良导致误吸、呛咳,进而引发吸入性肺炎等问题。轻度吞咽障碍会导致患者整体的饮食兴趣下滑,交流困难,进而导致生活质量相对较差;重度吞咽障碍会导致患者窒息、死亡。吞咽障碍所引发的言语能力受限,导致患者与亲友的沟通产生一定阻力,进而导致日常生活能力受到干扰,情感方面相对感到孤独。

本研究中,在误吸率与吸入性肺炎率上,观察组为 8.70%和 10.87%,对照组为 26.09%和 21.74%,两组差异有统计学意义 ($p<0.05$);在患者吞咽功能康复有效率上,观察组为 89.13%,对照组为 73.91%,两组差异有统计学意义 ($p<0.05$);在患者 HAMA 等心理评分上,观察组护理后降低

(下转第 142 页)

脑卒中患者中采用康复护理干预对其运动功能的影响分析

高艳凤 丁红英

宁夏医科大学总医院康复医学科 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨脑卒中患者中采用康复护理干预对其运动功能的影响。方法：采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 9 月期间接收的 94 例脑卒中患者，随机分为对照组与观察组各 47 例，对照组运用常规护理，观察组运用康复护理干预，分析不同护理操作后患者肢体功能障碍、日常生活能力、护理满意度、心理状况、治疗依从性情况。结果：在患者 HAMA、HAMD 等心理评分上，观察组护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者躯体功能、角色功能、情感功能、认知功能、社会功能等生活质量评分上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者上肢与下肢运动功能评分上，观察组护理后提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者护理满意度上，观察组 95.74%，对照组 82.98%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者治疗依从性上，观察组 93.62%，对照组 80.85%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：脑卒中患者中采用康复护理干预，可以提升患者肢体功能水平，改善其焦虑抑郁负面情绪，提升治疗依从性，优化患者生活质量，提高患者护理满意度，整体状况更为理想。

关键词：脑卒中；康复护理干预；运动功能

脑卒中属于常见脑血管疾病，分为脑出血与脑梗塞两种情况。该病会导致患者功能障碍与神经缺损，在老年患者中较为常见，容易有较高的致残率与致死率。该病会引发多种功能障碍，例如偏瘫、语言障碍、认知功能障碍、吞咽功能障碍等，其中偏瘫属于常见的肢体功能障碍，对患者生活构成一定影响，甚至失去自理生活能力。本文采集 94 例脑卒中患者，分析运用康复护理干预后患者肢体功能障碍、日常生活能力、护理效果、心理状况、治疗依从性情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 9 月期间接收的 94 例脑卒中患者，随机分为对照组与观察组各 47 例。对照组中，男 29 例，女 18 例；年龄从 55 岁至 82 岁，平均 (66.29 ± 4.17) 岁；病程从 30 天至 50 天，平均 (42.98 ± 5.18) 岁；观察组中，男 24 例，女 23 例；年龄从 57 岁至 84 岁，平均 (67.41 ± 5.85) 岁；病程从 30 天至 50 天，平均 (42.98 ± 5.18) 岁；两组患者的基本年龄、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，观察组运用康复护理干预，具体内容如下：

其一，积极开展肢体康复活动。在肢体康复护理工作中，需要依据患者具体的康复进度情况，提供对应合理的护理方案。可以制作成专业的健康手册，也可以设计成网络文章的健康宣教形式^[1]。保持耐心地解答以及沟通，鼓励患者反馈疑问，及时给予认知层面的纠正。让患者各项生命体征平稳之后，可以进行对应的按摩，同时引导其进行主动以及被动的活动。一般可以做好肢体按摩以及肢体屈曲、伸展、内旋、外展等多样的活动，每次保持 20 分钟至半小时，每天两次。做活动过程中可以通过健侧逐步到患侧，从大关节逐步到小关节，同时以踝腕关节活动为主要关注区域。同时要指导家属为患者每天提供温水足浴，促进血液循环，可以配合一定的穴位按摩^[2]。让其病情逐步稳定之后，可以引导其做好主动活动锻炼，包括牵拉运动、肢体屈伸活动等，逐步地再扩展到举手、外展、屈腿、伸腿等。具体的操作方法可以通过视频的方式传播，尤其是智能手机的普及，有关视频的调取、存放、传播更为便捷。同时要家属意识到让患者进行必要的自理活动，避免过度的干预而导致其自理能力的退化。下床活动可以让患者先通过扶着物体展开，而后转为拄拐，再进行徒步活动。活动期间需要指导患者以及家属保持正确的患肢活动姿态^[3]。

其二，要做好体位护理。当患者侧卧位过程中患侧处于下方时，需要让其头部颈椎上保持弯曲，下颌进行内收。患侧上肢需要朝前伸出，进行

肩关节屈曲状态在 90 度以内，进行肩胛骨内侧缘以及胸廓平面与床铺的直接接触，防控膝关节由于长时间压迫而导致的疼痛感^[4]。在患肢在其侧卧位状态时朝上时，其患侧上肢需要保持向前伸，同时让其拇指处于外展状态，四肢处于伸展状态。

其三，要做好日常生活自理能力训练。可以做好积极的沟通指导，让患者掌握基本的要领，做好安全防护工作^[5]。日常训练包括梳头、洗脸、刷牙、拧毛巾、用餐、穿衣、如厕、洗浴等，每次保持半小时，每天两次。所有的活动需要设计成对应的表格，进行逐一完成的勾选。同时针对其恢复情况进行对应的奖励来提升患者治疗康复的信心，避免消极情绪的影响。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者肢体功能障碍、日常生活能力、护理满意度、心理状况、治疗依从性情况。心理状况采用 HAMA、HAMD 等心理评分，评分越低情况越好。护理满意度=很满意率+基本满意率。日常生活能力包括躯体功能、角色功能、情感功能、认知功能、社会功能等评分，评分越高情况越好。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。肢体功能障碍观察上肢与下肢的运动功能情况，运用 Fugl-Mcger 运动功能评估量表进行，分数越低肢体运动功能越差。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者生活质量情况

见表 1，在患者躯体功能、角色功能、情感功能、认知功能、社会功能等生活质量评分上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1： 各组患者生活质量结果 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	躯体功能	角色功能	情感功能	认知功能	社会功能
观察组	8.41 $\pm$ 1.25	8.19 $\pm$ 1.16	8.26 $\pm$ 1.24	8.23 $\pm$ 1.19	8.45 $\pm$ 1.58
对照组	6.53 $\pm$ 1.19	6.32 $\pm$ 1.05	6.38 $\pm$ 1.05	6.49 $\pm$ 1.27	6.47 $\pm$ 1.35

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 各组患者心理评分情况

见表 2，在患者 HAMA、HAMD 等心理评分上，观察组护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表2: 各组患者心理评分结果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	HAMA	HAMD
观察组	治疗前	54.92±3.01	55.84±5.24
	治疗后	31.97±4.25	32.49±4.71
对照组	治疗前	55.73±4.19	56.74±4.26
	治疗后	47.83±3.28	44.57±5.23

注: 两组治疗前对比, $p > 0.05$, 两组治疗后对比, $p < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后肢体运动功能情况

如表3所示, 在患者上肢与下肢运动功能评分上, 观察组护理后提升幅度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

表3: 两组患者治疗前后肢体运动功能对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	上肢	下肢
观察组	治疗前	13.09±4.25	8.64±5.30
	治疗后	37.65±5.31	27.58±6.23
对照组	治疗前	14.26±4.98	8.97±4.63
	治疗后	24.59±5.22	19.42±5.39

注: 两组治疗前对比, $p > 0.05$, 两组治疗后对比, $p < 0.05$

2.4 患者治疗依从性情况

见表4所示, 在患者治疗依从性上, 观察组 93.62%, 对照组 80.85%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表4: 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	总治疗依从率
观察组	47	32(68.09)	12(25.53)	3(6.38)	93.62%
对照组	47	21(44.68)	17(36.17)	9(19.15)	80.85%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.5 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 95.74%, 对照组 82.98%, 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	47	29(61.70)	16(34.04)	2(4.26)	95.74%
对照组	47	18(38.30)	21(44.68)	8(17.02)	82.98%

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

临床有关数据发现, 脑卒中患者中有 70%~80% 的患者存在着一定程度的偏瘫以及失语症状^[6]。尤其是偏瘫问题发生率相对较高, 患者的自理生活会因此而明显的下滑, 整体的生活质量会造成较大的影响。而有关问题之后, 会导致神经功能受损, 但是有关功能的修复可以通过康复训练来逐步的改善, 配合药物治疗, 在三个月内可以逐步的改善^[7]。

在整个康复护理工作中, 肢体功能的康复非常关键, 直接影响着其整体的日常生活能力。但是也需要充分意识到, 要想让患者在肢体康复活动中配合有关工作进行, 需要做好心理建设以及认知提升^[8]。只有患者以及家属对有关康复活动有充分的认识, 明白其价值以及技术要领, 才能规范有效地循序渐进展开, 保持足够的耐心。如果没有做好患者以及家属有关层面的建设工作, 会出现治疗依从性下降, 缺乏足够的康复耐心。同时在

操作过程中容易出现不规范, 进而导致效果不佳。此外, 患者的负面情绪也直接影响着其治疗依从性的高低, 建立积极的心态, 在一定程度上可以让患者保持足够的耐心配合执行, 避免半途而废。

做好家属的思想工作以及教育指导工作, 可以减轻护理工作压力, 让家属对患者日常康复工作有更好的支持。提升患者生理的舒适度以及心理的状态, 避免因为家属支持力度不足而导致患者消极情绪以及不良问题的发生。尤其是偏瘫患者, 其生活自理能力受到一定影响, 其日常生活以及治疗护理的康复工作更大程度上依赖家属的支持。家属无论是在日常生活的细节上, 还是经济上的支持, 对于患者而言都有较大的影响性。因此要极大地调动家属层面的辅助价值, 让家属对患者的康复保持积极的心态, 这样才能有助于整体工作有效地推进。

本研究中, 患者肢体功能障碍、日常生活能力、护理满意度、心理状况、治疗依从性上, 观察组各项评价均优于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。观察组采用了康复护理干预, 在一定程度上促使患者与家属保持积极的心态, 建立科学的认知状况, 积极地参与到有关肢体康复活动中, 由此整体的恢复质量相对较高, 生活质量得到明显的提升, 负面情绪也相对更少, 治疗依从性更高, 肢体运动功能得到明显的改善, 患者以及家属对护理工作的评价也相对较高。说明了这种康复护理干预工作有实际的疾病治疗恢复辅助价值, 在患者中的应用效果相对较好。虽然部分患者由于脑卒中问题导致神经功能损伤严重, 引发整体的康复效果不佳。但是对于多数患者而言, 积极地参与康复护理在一定程度上可以有助于疾病的康复效果, 提升整体疾病康复的概率。

对于患者而言, 整体的康复过程需要循序渐进地展开, 因此需要有足够的耐心。要做好有关心理建设以及认知建设, 由此减少护理工作的压力, 避免患者以及家属负面情绪以及错误的思维而导致护理工作的风险以及不良事件。患者配合度越高, 负面情绪越少, 整体的治疗康复情况更好, 对于护理人员来说也是一种较大的心理支撑以及职业价值实现。

总而言之, 脑卒中患者中采用康复护理干预, 可以提升患者肢体功能水平, 改善其焦虑抑郁负面情绪, 提升治疗依从性, 优化患者生活质量, 提高患者护理满意度, 整体状况更为理想。

参考文献:

- [1]沈亚玲,朱伟,夏晓燕,等. 早期综合康复护理干预在急性脑卒中合并摄食-吞咽障碍患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(9):58-60.
- [2]于佩娜,吕媛. 早期康复护理联合心理干预对脑卒中患者康复效果及情绪的影响研究[J]. 贵州医药,2021,45(5):833-834.
- [3]夏颖,谭放花,张策, et al. 综合护理干预模式对高血压合并缺血性脑卒中患者康复效果的影响[J]. 中西医结合护理(中英文),2021,7(4):157-159.
- [4]许梦敏,孟晓冰. 急性脑卒中吞咽障碍患者行早期康复护理干预的效果分析[J]. 黑龙江医学,2021,45(8):815-816.
- [5]周阳. 早期康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肩关节半脱位的影响[J]. 中国医药指南,2021,19(8):209-210.
- [6]陈静. 连续康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能和生活质量评分影响评价[J]. 东方药膳,2021(8):165.
- [7]张晓杰. 早期康复护理干预在脑卒中偏瘫患者中的应用[J]. 中国保健营养,2021,31(33):95.
- [8]钟黄霞. 护理干预及早期康复训练对脑卒中后吞咽困难情况及护理满意度影响[J]. 东方药膳,2021(1):184-185.

原发性肝癌介入治疗恶心呕吐采用护理干预的效果分析

顾晓筱 李晓燕

宁夏医科大学总医院日间病房 宁夏银川 750000

摘要：目的：探讨原发性肝癌介入治疗恶心呕吐采用护理干预的效果。方法：采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 9 月期间接收的 118 例原发性肝癌介入治疗患者，随机分为对照组与观察组各 59 例，对照组运用常规护理，观察组针对恶心呕吐采用护理干预，分析不同操作后患者术后恶心呕吐改善效果、患者护理满意度、心理状况、治疗依从性等情况。结果：在患者术后恶心呕吐改善总有效率上，观察组 93.22%，对照组 71.19%，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；在患者治疗依从性上，观察组 93.22%，对照组 81.36%，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；在患者护理满意度上，观察组 96.61%，对照组 84.75%，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。结论：原发性肝癌介入治疗恶心呕吐采用护理干预，可以有效地提升患者治疗依从性，恶心呕吐改善情况更好，负面情绪更少，治疗恢复护理满意度更好。

关键词：原发性肝癌介入；恶心呕吐；护理干预；效果

原发性肝癌属于较为高发且常见的消化道肿瘤问题，其病情发病隐匿，一般在发作出现症状以及确诊后多属于中晚期。多数患者不能做手术切除病灶的质量手段，一般运用选择性肝动脉栓塞化疗，属于较为常见的质量方法^[1]。本文采集 118 例原发性肝癌介入治疗患者，分析运用护理干预后对患者术后恶心呕吐改善效果、患者护理满意度、心理状况、治疗依从性等情况的影响，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 9 月期间接收的 118 例原发性肝癌介入治疗患者，随机分为对照组与观察组各 59 例。对照组中，男 37 例，女 22 例；年龄从 33 岁至 71 岁，平均（ 45.98 ± 3.09 ）岁；文化程度中，初中及以下为 31 例，高中为 16 例，大学为 12 例；观察组中，男 33 例，女 26 例；年龄从 35 岁至 73 岁，平均（ 46.16 ± 3.53 ）岁；文化程度中，初中及以下为 33 例，高中为 18 例，大学为 8 例；两组患者在基本的年龄、文化程度、性别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，观察组针对恶心呕吐采用护理干预，具体内容如下：

1.2.1 环境管理

需要提供患者安静、舒适的治疗恢复环境，尤其是其休息状态下，避免过多的打搅。同时依据其个人经济能力以及诉求做好病房的安排，如果要保证其良好的休息，尽可能安排单人病房。同时治疗护理有关操作需要在时间上相对集中，避免对其构成的干扰^[2]。操作过程中需要保持轻柔，避免粗暴操作而导致的不适感。确保室内空气新鲜流通，定时开窗通风换气，确保室内没有异味。如果有排泄物、呕吐物以及污染物，需要及时引导保洁员做好有效清理，为患者提供更为良好舒适的进食环境条件。同时在进食过程中避免恶心事物、病情，以及其他负面不愉快信息的讨论^[3]。

1.2.2 饮食护理

要做好饮食管理工作，术前术后需要进行 6 小时的禁食。在出现呕吐过程中，需要将禁食时间延长。饮食方面需要保持清淡、易消化，可以进行清汤、粥等流食。饮食要多摄取高蛋白、高维生素、高热量、少刺激的饮食状态，例如果汁、肉汤、鱼汤等，保持少量多餐，提供机体良好的营养支持，优化机体免疫力，由此来感受改善恶心呕吐方面的不适感，提升有关问题的机体承受能力^[4]。要防控冷热饮食同时摄取而导致的呕吐反应诱发。饮食方面避免过硬的食材，例如坚果、饼干、苹果，防控引发上消化道出血。饮食之后避免马上躺下，防控食物反流导致的口腔恶心呕吐^[5]。餐后半小时需要摄取新鲜蔬菜瓜果来保持机体维生素的补充，同时也促使排便顺畅。术后保持多饮水，一般情况下需要每天保持 2000~3000 毫升的饮水量，保证每天排尿量在 3000 毫升以上，由此来加快机体药物的代谢^[6]。

1.2.3 心理护理与健康教育

要做好对应的健康教育以及心理干预工作，多展开护患沟通交流，知晓其心理状况。尤其是多数患者、家属对于介入治疗手术缺乏足够的了解程度，因此容易焦虑、紧张、恐惧，甚至缺乏治疗信心^[7]。在有关治疗方案方面，需要做好简要的说明，同时让其了解可能出现的不良反应，让其做好必要的心理准备。同时也要让其意识到有关反应可以通过有效的办法防控，避免其过度恐慌、焦虑情绪而导致治疗恢复影响。让其意识到术后所产生的消化道反应，主要是由于介入手术所使用的化疗药物而导致的药物反应，可以有效防控以及治疗干预，避免其负面情绪^[8]。如果其产生恶性呕吐情况，可以通过多样化的方式做改善。首先，有恶性情况出现，可以指导其做好深呼吸，同时进行腹部的轻柔按摩。同时进行其必要的注意力转移，让其尝试关注愉快的食物。其次，可以进行冰水的口含，让其恶心症状得到逐步的改善。术后 24 小时可以在其病情相对稳定的状态下做好下床活动，同时展开沟通互动。与亲友自我聊天，也可以通过看电视、

听音乐、刷手机的方式来转移注意力。餐后进行半小时的散步，促使食物消化吸收。可以进行内关、合谷、足三里等穴位的点按由此来改善恶心、呕吐等症状。同时可以指导其在呕吐过程中将头侧向一边，防控呕吐导致的误吸。呕吐之后，需要进行温水口腔清洁，减少口腔异味而带来的不良问题。

在介入手术治疗之后，需要提升病房的巡查频次，由此更好的观察患者的生理以及心理反应，提供必要的关心、安慰，减少其心理压力。要积极地围绕患者需求为中心，在其病情得到相对稳定的状况下，可以允许其通过自己喜欢的活动来转移注意力，优化整体的心理状况。也可以通过音乐疗法的方式结合止吐药物配合来改善自己的有关反应。在介入治疗的过程中，也可以播放患者自己所喜爱的音乐来转移注意力，得到心理层面的安慰。

在病房方面也可以适宜的整体的温馨舒适感，避免严肃环境造成的情绪压力。可以摆放绿植，也可以在病床旁放置温水，由此来及时加水。一般情况下，要确保患者身旁 24 小时有人陪护，这样可以提供安全便捷的生活支持。如果在呕吐之后，有人及时的送服温水来达到口腔清洁的效果。

1.3 评估观察

分析不同操作后患者术后恶心呕吐改善效果、患者护理满意度、心理状况、治疗依从性等情况。护理满意度=很满意率+基本满意率。心理状况采用焦虑抑郁对应的 SAS、SDS 评估量表，评分越低情况越好。恶心呕吐改善效果分为显效、有效以及无效。显效为护理后患者没有恶心呕吐、或者存在轻度的恶心。有效为护理后患者有轻度的恶心合并呕吐，不需要治疗干预。无效为患者有严重性的恶心呕吐情况，需要针对性治疗控制。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后焦虑、抑郁等心理评分情况

如表 1 所示，在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1：两组患者护理前后焦虑、抑郁等心理评分对比 ($\bar{x}\pm s$ ，分)

分组	时间	焦虑	抑郁
观察组 (n=59)	护理前	58.29±6.81	61.74±5.29
	护理后	37.48±4.33	39.28±4.36
对照组 (n=59)	护理前	59.71±5.84	60.46±4.61
	护理后	47.32±4.79	47.25±4.97

注：两组护理前对比， $p>0.05$ ，两组护理后对比， $p<0.05$

2.2 患者术后恶心呕吐改善效果情况

见表 2 所示，在患者术后恶心呕吐改善总有效率上，观察组 93.22%，对照组 71.19%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2：患者术后恶心呕吐改善评估结果[n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	59	45(76.27)	10(16.95)	4(6.78)	93.22%
对照组	59	19(32.20)	23(38.98)	17(28.81)	71.19%

注：两组对比， $p<0.05$

2.3 患者治疗依从性情况

见表 3 所示，患者治疗依从性上，观察组 93.22%，对照组 81.36%，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)	20(33.90)	4(6.78)	93.22%
对照组	59	23(38.98)	25(42.37)	11(18.64)	81.36%

注：两组对比， $p<0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示，在护理总满意率上，观察组 96.61%，对照组 84.75%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 4：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	37(62.71)	20(33.90)	2(3.39)	96.61%
对照组	59	22(37.29)	28(47.46)	9(15.25)	84.75%

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

恶心呕吐属于肝癌介入治疗中常见的问题，甚至部分患者因为不良反应而造成心理层面的惧怕感，进而对治疗工作不配合，中断治疗。护理工作则是配合治疗的开展，提升患者身心体验感受，促使患者更好的配合治疗工作的展开，优化整体的治疗功效。

一般护理工作从病理层面考虑入手，缺乏患者身心诉求的满足。患者自身生理、认知以及心理层面缺乏对应的安抚，由此导致有关工作开展存在一定的阻力。做好对应心理护理以及教育指导工作，在一定程度上可以提升患者整体的治疗依从性，由此改善介入治疗所带来的恶心呕吐等不适感，整体的工作开展程度更好。同时护理人员自身的护理状态以及所有操作的针对性，在一定程度上可以有效地提升患者整体治疗的配合度，减少不良的矛盾冲突，给予患者更强的心理安慰。

患者对肝癌介入手术的认识在一定程度上缺乏全面性，尤其是多数患者并不是医疗从业人员，更不是有关科室的医护人员，因此对有关知识的

了解相对较少,容易听信社会谣言以及有关误导内容,进而对治疗工作构成一定干扰。要建立科学合理的认知状态,在一定程度上可以提升患者对治疗方案的配合效果。要注重观察患者对疾病方面的意识情况,引导其对疾病有更为正确、客观的认识,保持积极的心态,避免过多的消极信息对个人认知构成的干扰^[2]。

行为干预方面,患者会有自身个人化的长期生活经历以及行为习惯,而这些对疾病治疗康复会构成一定影响,要做好积极的生活习惯以及治疗习惯的干预纠正,让其在治疗康复期间保持良好的状态。需要做好患者日常行为习惯以及用药生活习惯的观察记录,依据情况做好针对性地指导以及纠正^[6]。在健康教育过程中,需要做好有关行为规范性的强调说明,让其意识到合理的行为在一定程度上可以辅助康复治疗工作的开展。例如,用药习惯在一定程度上极大的影响治疗方案的落实效果,要引导患者掌握正确的服药方式,注意有关事项。医护人员需要做好有关日常生活习惯的指导,让其保持合理的运动以及饮食状态,培养良好的饮食习惯以及运动习惯^[7]。有关生活习惯在一定程度上也会影响患者的个人情绪变化以及心理状况。随着现代技术的发展,手术护理工作在一定程度上可以更为丰富化,效果得到提升,方式更为简便,成本更低。尤其是有关智能技术的发展,智能手机的普及,人们可以方便地通过阅读手机电子文章来观察有关健康教育指导的视频以及图文知识。

总而言之,原发性肝癌介入治疗恶心呕吐采用护理干预,可以有效地

提升患者治疗依从性,恶心呕吐改善情况更好,负面情绪更少,治疗恢复护理满意度更好。

参考文献:

- [1]姜星宇.个性化护理缓解肝癌介入术后患者恶心呕吐不适症的效果观察[J]. 婚育与健康,2021(5):85.
- [2]许舒婷.个性化护理缓解肝癌介入术后患者恶心呕吐不适症的效果观察[J]. 养生保健指南,2020(12):188-189.
- [3]李冰.原发性肝癌介入治疗中恶心呕吐的护理分析[J]. 东方药膳,2021(18):250.
- [4]吴韩意.个性化护理缓解肝癌介入术后患者恶心呕吐不适症的效果观察[J]. 特别健康,2021(1):268.
- [5]李慧影,宋懿玲.个性化护理缓解肝癌介入术后患者恶心呕吐不适症的作用研究[J]. 养生保健指南,2021(13):206.
- [6]魏倩倩,李洋,刘平.如何有效预防肝癌及介入术后恶心、呕吐的护理[J]. 健康必读,2020(22):7-8.
- [7]李花,滕清光.肝癌介入治疗的综合护理干预效果评价[J]. 中国社区医师,2020,36(11):147,149.
- [8]谢鑫,莫伟,阳秀春.阿帕替尼联合介入治疗肝癌不良反应的观察及护理[J]. 当代护士(下旬刊),2020,27(2):126-127.

(上接第 137 页)

程度明显多于对照组,两组差异有统计学意义($p<0.05$);在日常生活能力、肌功能评分上,观察组护理后改善幅度明显多于对照组,两组差异有统计学意义($p<0.05$)。观察组康复护理工作针对患者出现的功能障碍问题,采取针对性的干预措施,尽可能的改善脑卒中带来的并发症影响,提升患者生活质量水平。康复护理可以有效地提升患者的营养状况,提升疾病康复的效果,患者对疾病的治疗康复也更有信心。

吞咽康复训练,在一定程度上可以调整患者吞咽部位的肌肉群情况,提升整体的协调性以及灵活度,促使吞咽反射大脑皮质控制功能得到优化恢复。吞咽功能得到改善,可以通过口进食,同时也减少呛咳等风险,提升患者主动饮食能力及意识,让机体营养以及水分的摄取得到提升,整体的营养状况得到改善,疾病康复信心也会更强。吞咽功能的恢复在一定程度上也可以降低患者治疗康复的经济压力,减少对家属以及照料者带来的不良影响。

其生活质量的提升可以减轻脑卒中患者对社会、家庭构成的负担。家属的反馈情况也相对更好,因此家属在有关工作的开展上配合度相对更高。在具体指导工作中,需要做好多样化教育指导的安排,了解患者以及家属的诉求,进行针对性地引导。同时鼓励患者家属反馈自身的疑问,针对性地强调可以减少患者治疗康复过程中的负面问题,整体的工作开展情况相对理想。

总而言之,脑卒中吞咽障碍患者中运用护理干预,可以有效地减少误吸、吸入性肺炎等不良问题,改善负面情绪,提升吞咽功能康复效果,优化肌功能与日常生活能力,护理整体效果明显提升。

参考文献:

- [1]黄涛,张秀琳.综合护理干预在脑卒中患者神经源性吞咽障碍治疗中的价值[J]. 国际护理学杂志,2021,40(9):1651-1653.
- [2]王修麒,程国珍,赵艺.多学科协作的综合护理干预在老年脑卒中吞咽障碍患者康复中的应用[J]. 国际护理学杂志,2021,40(22):4144-4148.
- [3]许梦敏,孟晓冰.急性脑卒中吞咽障碍患者行早期康复护理干预的效果分析[J]. 黑龙江医学,2021,45(8):815-816.
- [4]罗妍.优质护理干预对脑卒中后合并认知障碍患者吞咽障碍的影响分析[J]. 健康必读,2021(2):139.
- [5]魏艳.连续护理干预对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能恢复的影响[J]. 饮食保健,2021(29):164.
- [6]杨爱平.解读护理干预对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能和预后的影响[J]. 饮食保健,2020,7(6):163-164.
- [7]石雯娟.综合护理干预用于脑卒中吞咽障碍患者的效果[J]. 智慧健康,2020,6(36):145-146,151.
- [8]刘佳,许海燕.急性脑卒中致吞咽障碍患者中康复护理干预的应用价值分析[J]. 养生保健指南,2020(16):166.

优质护理对老年冠心病心绞痛患者临床疗效的影响

贺丽燕 吴荣

银川市第三人民医院大新社区卫生服务中心 宁夏银川 750001

摘要:目的:探讨优质护理对老年冠心病心绞痛患者临床疗效。方法:观察本院2020年5月至2021年9月期间接收的104例老年冠心病心绞痛患者,随机分为对照组与观察组各52例,对照组运用常规护理,观察组运用优质护理,分析不同护理操作后患者心绞痛发作次数、持续时间、生活质量、护理满意度、治疗依从性、心理状况情况。结果:在患者心绞痛发作次数、持续时间上,观察组各项护理后降低程度明显多于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者治疗依从性上,观察组94.23%,对照组84.62%,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者焦虑、抑郁等心理评分上,观察组各项降低程度明显多于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者护理满意度上,观察组96.15%,对照组82.69%,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者社会功能、心理功能、生活状况、躯体功能等生活质量评分上,观察组各项评分明显高于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$)。结论:优质护理对老年冠心病心绞痛患者有较好的治疗支持作用,可以提升患者治疗依从性,改善患者负面情绪,减少心绞痛发作频次与持续时间,提升其生活质量,提高患者护理满意度,整体状况更为理想。

关键词:优质护理;老年冠心病心绞痛;临床疗效

老年冠心病心绞痛一般是由于冠状动脉粥样硬化的可能,从而导致管腔狭窄,进而引发供血不足,由此导致心肌缺氧、缺血,会导致患者胸骨后压榨性疼痛问题。该病会导致患者生活质量降低。除了规范的治疗,护理工作的支持也非常重要。本文采集104例老年冠心病心绞痛患者,分析运用优质护理后患者心绞痛发作次数、持续时间、生活质量、护理满意度、治疗依从性、心理状况情况,具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院2020年5月至2021年9月期间接收的104例老年冠心病心绞痛患者,随机分为对照组与观察组各52例。对照组中,男28例,女24例;年龄从60岁至77岁,平均 (68.29 ± 4.18) 岁;病程从1年至14年,平均 (7.98 ± 1.36) 年;观察组中,男31例,女21例;年龄从60岁至78岁,平均 (67.75 ± 5.96) 岁;病程从1年至14年,平均 (7.51 ± 1.97) 年;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,观察组运用优质护理,具体内容如下:

要做好对应用药指导工作,依据情况观察患者的病情变化做好个性化的应对措施处理。按照医嘱说明用药有关注意事项,包括药物的使用频次、用法、剂量、不良反应等,同时要嘱咐患者及时反馈不良反应以及配合药物疗效观察的有关工作^[1]。对于用药方面,还需要依据其具体的性质做好药物输液速度的管控,防控低血压等负面问题。对于抗凝药物,使用过程中需要做好其出血问题的防控。

心理护理方面需要做好对应恐惧、焦虑等负面问题的心理疏导,及时做好积极案例以及积极心理建设工作^[2]。同时医护人员还需要对患者进行沟通交流过程中注意其心理层面的关照,保持良好和谐的治疗氛围,避免压抑沉闷氛围对患者构成的不良影响。同时医护人员在沟通互动过程中,自身的情绪也需要保持积极向上的状态,由此来感染患者的情绪状态,保证有关护理工作的顺利开展^[3]。

需要按照每个环节治疗恢复所需,做好对应的疾病健康教育指导工作。语言要简单明了、通俗化,避免过多专业术语对患者理解构成的障碍^[4]。要保持充分的耐心,解答患者的疑问,同时保证自身态度亲和有礼,合理的把控表达中的用词。

要做好对应的饮食护理工作,一般患者中老年患者较多,其整体的抵

抗能力相对不足,因此需要做好对应的饮食方案设计^[5]。一方面,要参照疾病治疗所需的基本饮食原则,另一方面,需要考虑到患者个人饮食喜好。一般情况下,需要保持清淡饮食,尽可能地避免过于油腻、重口味的饮食,防控暴饮暴食,同时要控制好血压、血糖的控制^[6]。尤其是老年患者,多种慢性病情况较多,例如高血脂、糖尿病、高血压等。多种问题容易合并存在,因此更需要做好对应个体化饮食方案的设计以及叮嘱。饮食方案指导上面,可以提供书面资料,例如纸质书面手册以及手机电子文章的方式。要明确到饮食的具体食材、内容、制作方法、食用禁忌等问题,提升患者以及家属在有关执行过程中的操作准确性,避免过多笼统且专业化术语导致患者、家属理解的障碍^[7]。

要做好患者生活护理方面的指导,在发病过程中,需要让患者保持相对舒适的休息状态,尽可能地保持良好的睡眠质量^[8]。充分地休息,在一定程度上可以改善心绞痛等负面问题,要做好其心绞痛情况的观察,了解其发作情况。同时做好心率以及血压各有关指标的综合性观察,如果有异常情况需要及时告知医生处理。要做好患者心功能监测,要做好有关生活质量的指导优化,保持相对健康的生活心态以及生活方式,同时合理的做好药物管控。

在日常用药方面避免患者模仿他人用药而导致的随意停药以及更换药物,要谨遵医嘱做好用药工作的落实。要让其意识到每个患者自身的体质状况不同,病情状况的差异,决定了其用药的差异性,没有统一一刀切的治疗方案以及办法。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者心绞痛发作次数、持续时间、生活质量、护理满意度、治疗依从性、心理状况情况。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。生活质量主要观察社会功能、心理功能、生活状况、躯体功能等评分,评分越低情况越好。心理状况主要观察焦虑、抑郁等心理评分,运用SAS、SDS有关量表,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, $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后心绞痛发作次数、持续时间情况

如表1所示,在患者心绞痛发作次数、持续时间上,观察组各项护理后降低程度明显多于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$)。

表 1: 两组患者护理前后心绞痛发作次数、持续时间对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	时间	发作次数 (次)	持续时间 (min)
观察组	护理前	9.24±1.27	6.93±1.29
	护理后	5.57±1.08	2.28±1.06
对照组	护理前	9.28±1.16	6.89±1.31
	护理后	7.96±1.31	5.45±1.22

注: 两组护理前对比, $p > 0.05$, 两组护理后对比, $p < 0.05$

2.2 两组患者护理前后焦虑、抑郁评分情况

如表 2 所示, 在患者焦虑、抑郁等心理评分上, 观察组各项降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2: 两组患者护理前后焦虑、抑郁评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	焦虑	抑郁
观察组	护理前	45.98±5.61	46.98±3.98
	护理后	31.76±4.16	33.27±2.07
对照组	护理前	46.73±5.27	45.73±4.25
	护理后	39.87±4.13	41.56±3.51

注: 两组护理前对比, $p > 0.05$, 两组护理后对比, $p < 0.05$

2.3 各组患者生活质量评分情况

见表 3, 在患者社会功能、心理功能、生活状况、躯体功能等生活质量评分上, 观察组各项评分明显高于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 3: 各组患者生活质量评分结果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	社会功能	心理功能	生活状况	躯体功能
观察组	65.78±4.09	62.81±3.59	61.08±3.52	64.27±4.61
对照组	45.92±3.51	47.27±2.51	43.57±3.44	45.19±3.58

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.4 患者治疗依从性情况

见表 4 所示, 在患者治疗依从性上, 观察组 94.23%, 对照组 84.62%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 4: 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	52	29(55.77)	20(38.52)	3(5.77)	94.23%
对照组	52	17(32.69)	27(51.92)	8(15.38)	84.62%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.5 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 96.15%, 对照组 82.69%, 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	52	34(65.39)	16(30.77)	2(3.85)	96.15%
对照组	52	19(36.54)	24(46.15)	9(17.31)	82.69%

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

在教育指导工作上, 除了用药指导, 也需要做好有关疾病知识的讲解, 包括疾病的发病原因、影响因素, 日常生活管理等各具体事项。随着技术的发展, 有关教育指导的形式以及内容不断的多样化、个性化, 更好的匹配个人实际情况所需。一方面, 要匹配个人的疾病状况, 以及生活情况; 另一方面, 也要考虑到患者以及家属日常信息使用习惯的差异。一般

情况下, 老年患者多习惯于纸质方式, 但随着智能手机的普及, 较多中老年患者对智能手机的使用也较为熟悉。在具体的有关健康宣教文章的发送中, 适宜地需要扩大其字体的字号, 提升患者自行观察阅读的便捷性。同时配合对应的图文、语音以及视频等方式, 这样可以减少部分中老年患者视力调节不佳而导致的阅读障碍问题。需要充分的调度家属的支持力度, 家属做好有关生活管理的配合以及有关治疗护理工作的支持, 可以减少患者治疗的不便感。

在心理护理方面, 要多做积极正面信息的传递。可以采用多种注意力转移的办法来减少其对疾病过度关注导致的心理负面感受。可以通过音乐疗法、放松训练以及多种娱乐爱好等活动来提升其整体的心理质量。具体处理应对上, 需要考虑个体情况所需, 同时也要结合科室条件而定。现代化的心理疏导以及有关健康教育等多种操作方式多样, 具体的操作成本也不同。其成本方面, 不仅仅是费用成本, 同时也关系到时间成本、人力成本等。尤其是科室护理人员自身工作任务较重, 多样化的方式开展不仅在于可以提升有关工作开展的质量, 同时也需要通过新技术、新方法减轻护理人员工作压力。尤其是有关书面方式以及多种智能设备的使用, 在一定程度上可以提升患者感受, 同时将护理人员从繁重的护理工作中解脱出来。对于重复性的操作内容, 可以通过有关新技术来替代。尤其是健康宣教工作, 手机智能技术的支持以及纸质书面手册的引导, 在一定程度上可以减轻护理人员在面对面教育指导过程中的压力。可以将专业且经典的健康宣教材料制作成长期可重复使用的健康宣教内容, 患者以及家属可以关注有关健康教育平台, 就可以浏览信息内容, 甚至在科室内部设置对应的智能推送软件, 将有关工作的开展更为便捷化。

在护理工作中, 要充分地意识到家属的支持作用。家属不仅可以提供患者更好的生活照料, 提供对应的经济支持, 同时也可以帮助患者构建更为和谐轻松的氛围, 减少患者的心理压力。对于护理人员而言, 家属的支持在一定程度上可以减少护理工作的压力。同时家属也可以反馈更多的患者基本情况, 让护理人员更好地了解患者状况而采用更为合理匹配的护理方案, 甚至可以辅助医生更好地做好用药管理。

总而言之, 优质护理对老年冠心病心绞痛患者有较好的治疗支持作用, 可以提升患者治疗依从性, 改善患者负面情绪, 减少心绞痛发作频次与持续时间, 提升其生活质量, 提高患者护理满意度, 整体状况更为理想。

参考文献:

- [1]张静. 探讨优质护理对老年冠心病心绞痛患者护理中的价值[J]. 养生保健指南, 2020(12):120.
- [2]王玉华. 优质护理对老年冠心病心绞痛患者临床干预效果[J]. 健康大视野, 2020(18):162.
- [3]王志玲. 优质护理对提高老年冠心病心绞痛患者满意度的影响[J]. 医药前沿, 2020, 10(1):178-179.
- [4]岑美君. 延续性护理干预对老年冠心病不稳定性心绞痛患者的效果分析[J]. 东方药膳, 2021(17):139-140.
- [5]肖楠川. 预见性护理对老年冠心病心绞痛患者不良情绪的影响评价[J]. 饮食保健, 2020(45):213.
- [6]柳艳芳. 优质护理应用于急诊老年冠心病合并高血压患者中的临床效果分析[J]. 健康之友, 2021(10):221.
- [7]王友丽. 优质护理干预老年冠心病患者的护理观察效果分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18(16):242-243.
- [8]袁艳, 肖琴, 叶胜梅. 延续性护理对老年冠心病不稳定性心绞痛患者的护理效果及不良事件预防分析[J]. 健康管理, 2020(15):196.

多发性踝关节损伤患者行全面护理的效果研究

李惠 魏文娟 张坤

济南市中西医结合医院 山东济南 271100

摘要：目的：分析多发性踝关节损伤患者行全面护理的效果。方法：选取 70 例多发性踝关节损伤患者，所有患者均于 2020 年 10 月至 2021 年 12 月在我院治疗的患者中随机选取 62 例进行本次研究，根据患者入院日期单双号的原则将其分为对照组和观察组，各有患者 35 例，分别对患者实施常规护理和全面护理，在护理前后对所有患者心理状态进行评估，统计两组护理后患者对自身疾病的知晓率以及行为改善情况，统计两组并发症，统计学比较其结果。结果：在心理状态评分方面，与对照组相比，护理前，观察组与其比较 ($P>0.05$)，护理后，观察组 SAS 评分、SDS 评分均更低，($P<0.05$)；护理后，与对照组相比较，观察组患者对自身疾病的知晓率、对保健知识的知晓率、健康生活行为以及合理饮食行为占比更高，($P<0.05$)；在并发症发生率方面，观察组 (2.86%) 较对照组 (20.00%) 更低，($P<0.05$)。结论：多发性踝关节损伤患者在治疗的过程中给其配合应用全面护理干预，能够较好的改善患者的心理状态，还能提高患者对自身疾病的认知程度，对降低并发症发挥着重要的作用，能够有效促进患者病情的恢复，有较高的推广价值。

关键词：多发性踝关节损伤；全面护理；并发症；心理状态

多发性踝关节损伤在临床上比较常见，有研究人员认为，多发性踝关节损伤的发生可能与体育训练、车祸以及工业制造等因素有关，大部分患者发病后创口比较复杂^[1]。临床上对此类患者的治疗主要以手术为主，手术治疗的过程中需要使用多种治疗器械，甚至还会对患者的血管、神经以及周围其他组织造成不同程度的损伤，并且通过手术治疗的患者也存在一定周期的运动受限，导致其术后发生伤口感染、下肢静脉血栓等几率升高，极大的影响着患者的日常生活及工作。随着临床研究的逐步深入，有研究人员发现，对多发性踝关节损伤患者实施手术治疗的同时给其配合应用全面护理干预，对提高治疗效果以及改善患者的预后均发挥着极其重要的作用^[2]。全面护理方式在临床护理中的应用比较广泛，护理人员在具体的工作中，对患者实施心理护理、健康宣教、生活护理等全面护理，从多个方面促进了患者病情的恢复，较好的改善了患者的生活状态。本次研究选取了 2020 年 10 月至 2021 年 12 月在我院治疗的 70 例多发性踝关节损伤患者，通过与常规护理的结果比较，详细的分析了全面护理干预的应用优势。具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 70 例多发性踝关节损伤患者，所有患者均于 2020 年 10 月至 2021 年 12 月在我院治疗的患者中随机选取 62 例进行本次研究，纳入标准：(1) 符合多发性踝关节损伤的诊断标准^[3]，且经 X 线片、CT 以及 MRI 等诊断被确诊；(2) 患者及家属均知情且同意参与；排除标准：(1) 合并严重的器质性疾病；(2) 合并恶性肿瘤；(3) 不能配合本次研究；(4) 合并其他部位的损伤。根据患者入院日期单双号原则将其分为对照组和观察组，各有患者 35 例。观察组中男：女=21：14，年龄 19~55 (37.38±4.81) 岁；对照组中男：女=20：15，年龄 20~54 (37.29±4.84) 岁。本次研究经过了本院伦理委员会的批准。两组一般资料比较 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组 常规护理。患者住院后，护理人员及时与患者及家属进行有效的沟通及交流，进一步掌握患者的病情情况，简单地向患者及家属讲解一些疾病相关的知识以及治疗期间需要注意的事项，提高患者的配合度，治疗后入住患者做好健康保健，促进病情恢复。

观察组 全面护理。具体如下：(1) 初期护理。注意护理人员要保证自身仪容仪表的整洁，为患者提供专业的护理服务，加强对医院门口至门诊期间道路障碍物的清除，为患者提供治疗通道，保证患者治疗的通畅性。患者入院后，护理人员采用专业的态度与沟通方式同患者及家属进行

有效的沟通及交流，通过交流充分的掌握患者的病情情况，对患者的身体状态进行评估，理性分析患者的病情情况，与相关医师进行积极配合，指导患者进行相关检查。患者在等待检查的过程中，护理人员向其介绍医院的情况以及病情相关知识，提高患者对自身疾病的正确程度，及时将检查结果告知患者，积极配合治疗医师对患者提供护理服务；(2) 环境护理。护理人员要与保洁人员进行积极沟通，保持医院公共部位环境卫生的清洁干净，尤其是接待区域要清洁，定期对患者的座椅进行消毒，并将座椅调整在舒适状态，定时清除接待区域的垃圾，保证接待区域环境的通风，保证空气的流通，及时对接待区域的温度及湿度进行调整，以患者感觉舒适状态为主，一般情况下温度和湿度分别在 22~26 摄氏度和 60%~80%，同时还要保证这种区域地面的清洁，根据具体情况做好防滑措施，保证患者能够舒适通过就诊区域。护理人员要根据具体情况对人员流量比较多的区域设置隔离带或者扶手，保障患者就诊秩序，还要使地面处于干燥状态，避免患者滑倒摔伤；(3) 心理护理。护理人员还要加强对患者的心理护理，掌握专业的心理状态评估量表的使用方式，并对患者的心理状态进行评估，根据评估结果对造成患者心理状态不佳的因素进行分析，并对其实施针对性的心理疏导。通过与患者进行沟通及交流，了解患者对自身疾病相关知识的掌握情况，详细进行疾病相关知识的讲解，帮助患者正确的认识自身疾病以及积极配合护理工作对疾病恢复的重要性，进一步消除患者心理上出现的不良情绪。部分患者文化程度比较低，由于担心病情康复情况从而心理上产生了不良情绪，护理人员要及时安慰患者，对患者实施针对性的开导，叮嘱患者遵医嘱对促进病情恢复的重要性，让患者能够明确遵医嘱就能够尽快的恢复，指导患者按时训练，促进踝关节功能的恢复；(4) 饮食护理。护理人员要叮嘱患者应适当的加大蛋白质以及热量的摄入，可以根据患者的饮食喜好为其制定针对性的饮食方案，适当的食用富含纤维素的蔬菜及水果，改善其消化能力，避免出现便秘，叮嘱患者适当的多晒太阳，促进机体对钙磷等元素的吸收。还要指导患者进行踝关节功能训练，严格控制训练强度，以患者耐受为主，促进患者踝关节功能的恢复。

1.3 观察指标

在护理前后，采用焦虑自评量表 (SAS：评分为 69 分以上判定为重度焦虑，评分为 60~69 分判定为中度焦虑，评分为 50~59 分判定为轻度焦虑) 和抑郁自评量表 (SDS：评分为 70 分以上判定为重度抑郁，评分为 60~70 分判定为中度抑郁，评分为 50~59 分判定为轻度抑郁) 对患者护理前后的心理状态进行评估，统计两组护理效果，主要包括护理后患者对自身疾病的知晓率、对保健知识的知晓率、健康生活行为以及合理饮食行为等，统

计两组并发症,统计学比较其结果。

1.4 统计学分析

用 SPSS 21.0 软件,用 () 表示各计量资料,用 t 检验,用 (n, %) 表示各计数资料,用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义

2 结果

2.1 心理状态评分

在心理状态评分方面,与对照组相比,护理前,观察组与其比较 ($P > 0.05$),护理后,观察组 SAS 评分、SDS 评分均更低, ($P < 0.05$)。见表 1:

表 1 心理状态评分比较 (, 分)

组别	时间	SAS 评分	SDS 评分
观察组 (n=35)	护理前	51.31±5.32	52.82±5.86
	护理后	30.12±2.01	30.43±2.18
对照组 (n=35)	护理前	51.29±5.27	52.86±5.87
	护理后	40.56±4.18	41.99±4.26
t 护理后		5.083	5.484
P 护理后		0.021	0.019

2.2 护理效果

护理后,与对照组相比较,观察组患者对自身疾病的知晓率、对保健知识的知晓率、健康生活行为以及合理饮食行为占比更高, ($P < 0.05$)。见表 2:

表 2 护理效果比较 (χ^2 , %)

组别	对自身疾病的知晓率	对保健知识的知晓率	健康生活行为	合理饮食行为
观察组 (n=35)	34 (97.14)	34 (97.14)	33 (94.29)	33 (94.29)
对照组 (n=35)	22 (62.86)	21 (60.00)	21 (60.00)	20 (60.00)
χ^2	17.631	18.013	17.006	17.006
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 并发症发生率

在并发症发生率方面,观察组 (2.86%) 较对照组 (20.00%) 更低, ($P < 0.05$)。见表 3:

表 3 并发症发生率比较 (χ^2 , %)

组别	伤口感染	褥疮	下肢静脉血栓	并发症发生率 (%)
观察组 (n=35)	0	0	1	1 (2.86)
对照组 (n=35)	2	2	3	7 (20.00)
χ^2	/	/	/	8.032
P	/	/	/	0.000

3 讨论

对多发性踝关节损伤患者实施全面护理,此种护理方式的实施对护理人员的专业技术水平要求比较高,要求护理人员以患者为中心,从多个方面为患者提供全面的护理服务,进一步提高护理质量。大部分多发性踝关节损伤患者发病比较突然,并且损伤部位比较多,患者受伤后由于受到疾病的影响会出现明显的生理不适、疼痛等症状,导致其心理不良情绪增加

[4]。部分患者由于担心治疗情况,心理上出现了不同程度的焦虑及紧张感。对此类患者实施全面护理,护理人员从初期护理、环境护理、心理护理以及运动护理等多个方面为患者提供了护理服务,通过初期护理,为患者提供了通畅的诊疗通道,护理人员通过专业的护理态度与沟通方式掌握了患者的病情情况,通过与医师进行积极配合协助患者进行相关检查,患者等待的过程中给其进行了健康教育,提高了患者对自身疾病的认知程度。通过环境护理,为患者提供了舒适的治疗环境,将诊疗区域的温度及湿度控制在了舒适的范围,加强了对诊疗区域卫生的清洁及消毒,保证了诊疗区域环境卫生的干净安全,护理人员还根据就诊患者的数量,加强了隔离带及扶手的设置,为患者提供了一个规范化的就诊秩序,加强了诊疗区域地面卫生的清洁及管理,有效的避免了患者滑倒摔伤的风险[5]。通过对患者实施心理护理,针对性的分析了引发患者心理状态不佳的因素,保证了心理疏导行为的针对性。通过与患者进行有效的沟通及交流,掌握了患者对自身疾病的认知情况,且进行了疾病宣教,促进了患者心理不良情绪的缓解,有效的提高了患者的配合度,同时加速了患者病情的恢复。通过对患者实施饮食护理,加强了蛋白质及热量的摄入,根据患者的饮食喜好为其制定了针对性的饮食方案,保证了患者蛋白质的补充,促进了其消化能力的改善,减少了便秘并发症的发生。并且通过对患者进行运动指导,促进了其踝关节功能的恢复[6]。

本次研究结果显示,在心理状态评分方面,护理后,观察组 SAS 评分、SDS 评分均更低, ($P < 0.05$),提示全面护理有效的改善了患者的心理不良情绪。这是因为前面护理过程中,护理人员针对性的对患者的心理情绪进行了评估分析,掌握了引发患者心理出现不良情绪的因素,并根据分析结果对患者实施了针对性的心理疏导干预,有效的缓解了其心理上出现的不良情绪。本次研究结果还显示,护理效果方面,观察组患者对自身疾病的知晓率、对保健知识的知晓率、健康生活行为以及合理饮食行为占比更高, ($P < 0.05$)。这是因为通过全面护理干预,护理人员通过健康宣教,加强了患者对自身疾病的认知程度,促使患者在日常生活中更加规范的管理了自己的行为。本次研究结果还显示,在并发症发生率方面,观察组 (2.86%) 较对照组 (20.00%) 更低, ($P < 0.05$)。这是因为,全面护理干预专业性更强,各项护理操作更加规范,有效的避免了并发症的发生。

做上手术,多发性踝关节损伤患者在治疗的过程中给其配合应用全面护理干预,能够较好的改善患者的心理状态,提高患者对自身疾病的认知程度,降低了并发症,促进了患者病情的恢复,建议推广应用。

参考文献:

- [1]李红洲.对多发性踝关节损伤患者进行全面护理的效果观察与探讨[J].东方药膳,2021,12(17):187-188.
- [2]黄燕,莫勇军.韧带修复术联合个体化护理对踝关节骨折合并三角韧带损伤患者踝关节功能与骨代谢的影响[J].现代医学与健康研究(电子版),2021,5(11):137-139.
- [3]苗青.踝关节外侧副韧带损伤的术后临床康复护理[J].糖尿病天地,2021,18(3):263.
- [4]安丽英,张晓翠.快速康复外科理念在踝关节外侧副韧带损伤患者围手术期护理中的应用[J].养生保健指南,2021(25):138.
- [5]杨群智.踝关节损伤的评估和护理管理[J].医药前沿,2021,11(30):193-194.
- [6]张洁.综合护理干预对踝关节外侧副韧带损伤致踝关节不稳患者影响[J].医药前沿,2020,10(29):200-201.

集束化护理在先兆流产护理中的应用效果研究

李普霞

济南市中西医结合医院 271100

摘要：目的：研究集束化护理在先兆流产护理中的应用效果。方法：本次研究选取2020年3月至2021年12月我院收治的80例先兆流产患者，根据本组患者入院日期单双号的原则将其分为对照组和观察组，各40例，分别实施常规护理和集束化护理，护理结束后，评估两组护理有效率，并应用评估量表评价两组心理状况评分，在护理前后，评估两组生活质量（SF-36），将两组结果进行统计学比较。结果：以护理有效率为评价标准，观察组（95.00%）较对照组（80.00%）更高，（ $P < 0.05$ ）；在心理状况评分方面，与对照组相比较，观察组均更低，（ $P < 0.05$ ）；在SF-36评分方面，护理前，两组比较（ $P > 0.05$ ），护理后，两组较治疗前相比较均升高（ $P < 0.05$ ），但是观察组更高，（ $P < 0.05$ ）。结论：临床上对先兆流产患者实施集束化护理干预，能够有效改善患者的情绪状态及生活质量，还能促进临床治疗效果的提升，建议推广。

关键词：集束化护理；先兆流产；心理状况；生活质量

有研究数据显示，近几年来，我国先兆流产患者呈现出了逐年增加的趋势，在妊娠疾病中的发病率为11%~15%，当患者发病后如果未能得到及时有效的处理，很容易发展为流产，对女性患者的生命安全造成了极大的威胁^[1]。先兆流产指的是妊娠28周内，妊娠女性出现了轻微的阴道流血、伴发阵发性腰痛、腹部疼痛等症状，对其实施盆腔检查后发现宫口未开、也无妊娠物排出，且患者胎膜依旧完整，子宫大小与妊娠孕龄相符合。部分症状比较严重的患者会发展为流产^[2]。大部分患者在接受治疗的过程中很容易出现身心不适、情绪不稳等情况，对治疗及恢复造成了较大的影响。经过多项研究后发现，对于先兆流产患者实施治疗的过程中给其配合应用有效的护理干预，能够有效改善患者的心理状况，并且还能为提高治疗效果提供可靠的协助。本次研究选取了2020年3月至2020年12月在我院治疗的80例先兆流产患者，通过比较常规护理与集束化护理应用的效果，详细的分析了集束化护理干预的应用优势。具体如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 基本情况

本次研究选取2020年3月至2021年12月我院收治的80例先兆流产患者，根据患者入院日期的单双号原则将其分为观察组和对照组，各有患者40例。观察组研究对象年龄21~44岁，均值（ 32.60 ± 3.52 ）岁，妊娠孕周6~27周，均值（ 21.10 ± 3.13 ）周；对照组研究对象年龄22~45岁，均值（ 32.67 ± 3.56 ）岁，妊娠孕周7~27周，均值（ 21.13 ± 3.18 ）周。以上两组研究对象的年龄、妊娠孕周等基本情况差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.1.2 纳入与排除标准

（1）纳入标准：①符合先兆流产的诊断标准^[3]，且经超声诊断为子宫内妊娠；②初次妊娠；③患者及家属均了解研究目的及流程并自愿参与研究；

（2）排除标准：

①心、肝、肾功能严重损伤；②认知功能障碍、精神病；③其他妊娠

疾病；④恶性肿瘤；⑤治疗依从性不佳或不能全程参与研究。

1.2 护理方法

对照组 实施常规护理。护理人员协助患者进行相关检查，配合治疗人员对患者实施保胎治疗，对患者实施常规健康教育，密切观察患者各项指标的变化情况，为患者提供一个干净舒适的治疗环境，定期对病房进行清洁消毒，保证病房内空气的流通，护理人员还要将病房内的温度和湿度调整在患者感觉舒适的范围，同时还要对病房内光线的控制，避免病房内光线过强。

观察组 实施集束化护理。（1）集束化护理小组。科室结合患者的具体情况及时成立集束化护理小组，选择科室专业的医师和护士长各1名，再选择7名责任护士，共同组成集束化护理小组，小组通过会议的形式对患者的病情进行全面的评估，结合患者的具体情况制定科学的护理方案，小组之间进行人员责任划分，每一位护理人员都能明确自身职责，承担起自身责任；（2）健康宣教。护理人员对患者及家属进行先兆流产相关知识的健康宣教，通过与患者沟通及交流，掌握患者对先兆流产相关知识的了解程度，对患者进行针对性的健康宣教，提高患者对自身疾病知识的掌握程度。护理人员要向患者说明良好的心理情绪对疾病治疗的有效性，提高患者的配合度；（3）心理护理。护理人员通过与患者沟通，掌握患者的心理状况，采用专业的心理评估量表对患者的心理状态进行评估，结合患者的理解能力和认知能力，用通俗易懂的语言为患者及家属进行疾病相关知识、身体状况的介绍，关于患者不同的问题认真的给予其解答，尽可能取得患者家属的支持，叮嘱患者家属给予患者更多的关爱，让患者感受到来自亲人的关爱和家庭的温暖，从而感受到更多的安全感。护理人员还可以向患者介绍一些成功的案例，或者让一些治疗成功的患者现身说法，给患者讲解一些治疗过程中的配合事项，增强患者对治疗的信心。护理人员通过对患者的心理状况进行评估，分析患者心理上存在的问题，对患者实施针对性的心理疏导，促进患者心理负性情绪的缓解；（4）饮食指导。部分患者受到疾病的影响会表现出不同程度的恶心、呕吐等胃肠道不适症状，针对此种情况，护理人员要指导患者饮食上要注意以清淡、易消化的食物

为主,同时还要保证营养的摄入均衡,尤其不能摄入一些热量较高的食物,避免引发患者呕吐。日常饮食中可以多食用一些粗纤维、蒸熟的或者煮熟的食物,避免食用油炸爆炒类的食物,保证营养的充足。饮食方面还要定时定量,加强对体重的控制,保证患者机体营养的均衡;(5)运动护理。护理人员还要根据患者的具体情况为其制定科学合理的运动方案,本组患者其孕周为7~27周,护理人员要叮嘱患者运7~13周的患者每日至少需要进行30~45分钟的户外运动,为了保证患者的安全性,运动形式方面应当选择比较舒缓的运动形式,孕周在14~27周的患者,可选择快走、上肢运动锻炼等方式。但是需要注意的是,患者在锻炼期间,护理人员及家属要加强陪同,为患者的生命安全做好保障;(6)远程指导。护理人员要加强对患者的随访,随时了解患者的身体情况,组织小组成员对患者的病情情况进行分析,根据定期分析结果对临床使用的护理方式进行调整,对临床护理工作中存在的一些不足进行改善优化,对临床护理中的一些缺陷内容进行完善,保证临床护理工作的持续化进行。

1.3 观察指标

护理结束后,评估两组护理有效率,经过治疗及护理后如果患者阴道流血停止,腹部腹痛以及腰酸症状消失,其他并发症消失则评价为护理显效,如果患者经过治疗及护理后各症状缓解则评价为护理有效,如果未改善或者未能达到上述标准则评价为护理无效;采用症状自评量表评价两组心理状况评分,包括焦虑、抑郁、恐惧、躯体化、敌对等5个维度,每个维度评分25分,评分越高提示患者不良情绪越严重;在护理前后,采用

表2 心理状况评分比较

组别	例数(n)	躯体化	焦虑	抑郁	恐惧	敌对
观察组	40	15.26±3.28	10.22±2.06	8.35±3.20	7.66±1.36	7.16±1.86
对照组	40	2.56±0.46	19.74±4.18	17.96±4.82	18.37±3.58	16.43±3.36
t值		6.836	4.466	4.984	5.663	4.421
P值		0.020	0.029	0.027	0.024	0.029

2.3 比较 SF-36 评分

在SF-36评分方面,护理前,两组比较($P>0.05$),护理后,两组较治疗前相比较均升高($P<0.05$),但是观察组更高,($P<0.05$)。见表3:

表3 护理前后 SF-36 评分比较

组别	护理前	护理后	t	P
观察组(n=40)	52.81±3.74	87.86±5.43	17.562	0.000
对照组(n=40)	52.83±3.72	68.67±4.66	8.089	0.008
T值	1.008	9.247		
P值	0.092	0.001		

3 讨论

有研究人员发现,先兆流产会导致患者心理和生理压力增加,对其临床治疗效果造成较大的影响^[4]。集束化护理是一种新型的护理方式,近几年来被广泛的应用在了临床护理中。集束化护理的应用指的是护理人员根据患者的具体病情,通过事前查找一些相关资料,找到处理此种病情的相关指导依据以及措施,以此为基础为患者提供更加优质的护理服务^[5]。近

生活质量评估量表(SF-36)评估两组生活质量,总分为100分,评分越高,提示患者的生活质量越好。将两组结果进行统计学比较。

1.4 统计学分析

采用SPSS 25.0软件整理分析数据,计数资料以($n, \%$)形式展开,进行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)形式展开,进行t检验, $P<0.05$ 提示存在统计学差异。

2 结果

2.1 比较护理有效率

以护理有效率为评价标准,观察组(95.00%)较对照组(80.00%)更高, ($P<0.05$)。见表1所示:

表1 护理有效率比较

组别	显效	有效	无效	治疗有效率(%)
观察组(n=40)	30	6	2	38(95.00)
对照组(n=40)	23	9	8	32(80.00)
χ^2 值	/	/	/	7.326
P值	/	/	/	0.019

2.2 比较心理状况评分

在心理状况评分方面,与对照组相比较,观察组均更低, ($P<0.05$)。见表2所示:

几年来,我国医学模式改革脚步在逐年加快,其涉及到了生物学、心理学以及社会学等相关知识,有医学研究人员发现,现在流产患者在治疗的过程中,心理因素在很大程度上直接影响着其临床治疗的效果^[6]。

有研究人员发现,当先兆流产患者及家属对胎儿的期望值较高时,患者个人的保胎要求也就越强烈,其治疗期间出现愤怒、忧伤等负性心理情绪的几率也就越高,负性情绪的发生对大脑皮层的正常活动造成了较大的影响,一系列的活动引发了子宫的异常收缩,加速了胚胎的排出,从而降低了保胎的成功率^[7-8]。我院近年来在先兆流产患者的护理中应用了集束化护理干预,护理人员从多个方面为患者提供了优质的护理服务,首先科室管理人员根据患者的情况及时成立了集束化护理小组,小组成员通过共同讨论及责任划分,每一位护理人员明确了自身职责,保证了后续护理工作的有效性和规范性,通过对患者实施健康宣教,进一步明确了患者对自身疾病的认知程度,通过健康宣教,让患者及家属对先兆流产相关的知识有了更加深入的了解,从而更加积极的配合了医护人员的工作。在对患

(下转第151页)

舒适护理在剖宫产术后产妇护理中的应用研究

马秀花

吴忠市红寺堡区妇幼保健计划生育服务中心 宁夏吴忠市 751999

摘要：目的：探讨舒适护理在剖宫产术后产妇护理中的应用。方法：观察本院2020年4月至2021年9月期间接收的104例剖宫产产妇，随机分为对照组与观察组各52例，对照组运用常规护理，观察组运用舒适护理，分析不同护理之后患者康复情况、舒适度、瘢痕状况、术后并发症、护理满意度情况。结果：在患者GCQ、VSS有关舒适度、瘢痕状况上，观察组各项与对照组差异明显，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在术后并发症发生率上，观察组9.62%，对照组23.08%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在恶露量、术后排气时间、首次下床时间、切口愈合时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者护理满意度上，观察组94.23%，对照组80.77%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在焦虑、抑郁心理评分上，观察组各项护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：舒适护理在剖宫产术后产妇护理中的应用，可以有效地提升患者舒适度，该函瘢痕情况，减少负面情绪影响，加快手术恢复质量，术后并发症更少，患者对护理工作的满意度更高，整体的护理成效更为理想。

关键词：舒适护理；剖宫产；术后；产妇护理；应用

剖宫产属于常见分娩方式，尤其是孕产妇存在严重并发症与难产情况时，这种分娩方式的效率更高，安全性也更高，降低围产期风险，提升母婴双方的健康质量。随着“三孩”政策的放开，剖宫产的比例也在不断攀升。甚至部分地区高达70%以上的剖宫产率，因此做好有关分娩工作的护理工作，辅助治疗工作的开展，提升分娩安全性非常有必要。除了安全顺利地分娩，提升产妇的舒适度，也可以更好地改善不良情绪，整体状况更为理想。本文采集104例剖宫产产妇，分析运用舒适护理后患者康复情况、舒适度、瘢痕状况、术后并发症、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

观察本院2020年4月至2021年9月期间接收的104例剖宫产产妇，随机分为对照组与观察组各52例。对照组中，年龄从22岁至35岁，平均（ 27.48 ± 3.41 ）岁；产次为1至3次，平均为（ 1.63 ± 0.48 ）次；文化程度中，初中及以下为21例，高中为16例，大学为15例；观察组中，年龄从21岁至36岁，平均（ 28.16 ± 4.97 ）岁；产次为1至3次，平均为（ 1.59 ± 0.52 ）次；文化程度中，初中及以下为23例，高中为17例，大学为12例；两组患者在基本年龄、文化程度、产次等基本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，要做好患者病情观察，了解患者各项生命体征以及意识状况，了解其是否存在腹部切口渗血问题。做好有关教育工作，让产妇了解术后注意事项，指导其基本的母乳喂养知识以及技巧，引导产妇做咳嗽以及体位变化过程中进行切口按压，防控牵拉引发的切口疼痛问题。观察组运用舒适护理，具体内容如下：

1.2.1 基础护理

基础护理上要做好细致的教育指导工作，针对患者以及家属的认知水平，做好术后注意事项说明，提供对应的书面材料以及口头指导强调。如果产妇切口敷料存在渗血、渗液等情况，需要及时告知医师处理，提升整

体对症干预的效果。做好定期的静脉通道检查，如果有阻塞情况，需要及时反馈给医师做对应处理^[1]。需要指导以及辅助产妇做好皮肤、口腔、会阴等区域的清洁，做好整体环境优化，保证病房环境的清洁干燥，及时进行身体的擦浴以及衣物的更换，保持身体的清洁度。嘱咐产妇做好尽早的下床活动锻炼，促使身体更好的康复，尽可能地缩减术后并发症等不良影响^[2]。

1.2.2 体位与切口护理

体位干预方面，术后两小时嘱咐产妇做好平卧位处理，在体位处理上需要以背部肩胛骨以及髂骨为对应的支撑，做好肘部弯曲将其前臂放在胸部，对膝关节以及髌关节做弯曲，在后背与肩部放置长枕达到支撑，防控肢体外转，防控牵拉所导致的切口疼痛不适感^[3]。

一般术后6~8小时需要通过沙袋做好切口的压迫止血，在换药过程中需要运用德莫林敷贴，将切口周围1cm边缘做好覆盖。

1.2.3 心理护理

要做好心理建设工作，要做好有关心理建设工作，注意产妇的心理变化状况，及时地进行心理建设干预，积极的鼓励以及安慰，防控其焦虑、抑郁等负面情绪对整体恢复构成的影响^[4]。同时要做好产妇家属的心理建设工作，避免家属负面情绪对产妇构成的干扰。让家属保持积极乐观的情绪状态以及语言状态，做好产妇积极的心理建设以及心理暗示工作。构建良好和谐的家庭氛围，让产妇得到更好的恢复以及理解。必要情况下，还需要构建整个病房环境的友好状态，避免产妇心理压力^[5]。尤其是产后有关负面问题的讨论，容易引发产妇心理压力感。需要尽可能地减少有关不良信息的刺激影响，要做好对应的疼痛护理干预工作。一般剖宫产术后可能会有明显的疼痛感，可以运用有效的方法做干预，但是多数患者的疼痛难以有效避免。需要指导产妇做好深呼吸，同时通过听喜欢的音乐来转移其注意力，提升其整体对疼痛的耐受度^[6]。必要情况下，可以运用镇痛剂做辅助处理，提升其身体的舒适度。

1.2.4 饮食护理

要做好饮食护理工作，产妇术后 5 小时可以提供适量的流食，在其排气之后可以逐步的转为半流食。具体饮食需要保持丰富维生素、易消化以及丰富蛋白质，防控产气等不良饮食对个体构成的负面影响^[7]。

1.3 评估观察

分析不同护理之后患者康复情况、舒适度、瘢痕状况、术后并发症、护理满意度情况。康复情况主要集中在恶露量、术后排气时间、首次下床时间、切口愈合时间等指标。术后并发症主要集中在腹胀、尿潴留、下肢深静脉血栓、出血等情况上。舒适度采用 GCQ 评估量表，越高情况越好。瘢痕状况采用 VSS 评估量表，评分越低越好。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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者治疗恢复情况

见表 1，在恶露量、术后排气时间、首次下床时间、切口愈合时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1： 各组患者治疗恢复结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	恶露量 (min)	术后排气时 间 (ml)	首次下床时 间 (d)	切口愈合时 间 (周)
观察组	37.28±4.19	178.25±9.74	34.71±4.29	9.43±1.52
对照组	59.42±8.14	284.11±10.63	46.37±7.97	13.19±3.41

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 各组患者舒适度、瘢痕状况情况

见表 2，在患者 GCQ、VSS 有关舒适度、瘢痕状况上，观察组各项与对照组差异明显，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2： 各组患者舒适度、瘢痕状况结果 ($\bar{x}\pm s$ ，分)

分组	GCQ	VSS
观察组	94.15±7.32	2.47±1.42
对照组	83.59±6.29	3.78±1.96

注：两组对比， $p<0.05$

2.3 患者术后并发症发生率情况

见表 3 所示，在术后并发症发生率上，观察组 9.62%，对照组 23.08%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 3： 患者术后并发症发生率评估结果[n(%)]

分组	n	下肢深 静脉血 栓	出血	尿潴留	腹胀	术后并 发症发 生率
观察组	52	0 (0.00)	1 (1.92)	1 (1.92)	2 (3.85)	9.62%
对照组	52	2 (3.85)	3 (5.77)	3 (5.77)	4 (7.69)	23.08%

组

注：两组对比， $p<0.05$

2.4 两组患者护理前后焦虑、抑郁心理评分情况

如表 4 所示，在焦虑、抑郁心理评分上，观察组各项护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 4： 两组患者护理前后焦虑、抑郁心理评分对比 ($\bar{x}\pm s$ ，分)

分组	时间	焦虑	抑郁
观察组	护理前	53.76±5.27	56.24±5.68
	护理后	31.64±3.63	29.45±4.23
对照组	护理前	52.98±5.54	55.75±4.28
	护理后	46.15±3.43	43.68±4.63

注：两组护理前对比， $p>0.05$ ，两组护理后对比， $p<0.05$

2.5 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 94.23%，对照组 80.77%，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	52	37(71.15)	12 (23.08)	3 (5.77)	94.23%
对照组	52	22(42.31)	20 (38.46)	10 (19.23)	80.77%

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

舒适护理强调患者生理、心理的舒适，同时也要达到认知状态的优化，提升患者整体的自我感受。舒适护理的核心理念是一种人性化的护理出发点，注重优化整体的环境，辅助患者保持放松舒适的体位，给予充分的心理关爱，提供各种优化的人性化服务^[8]。

剖宫产之后，术后其切口具体状况会导致其整体身体恢复、切口愈合、美观度、生活质量的影响，同时也反馈了医疗技术的水平，甚至影响产妇及家属对医疗工作的评价。如果产妇术后疤痕较为明显，同时不适感多。不仅美观受到影响，其整体的综合性感受也相对较差。其瘢痕增生的问题及质地坚硬突出体表，会有疼痛、瘙痒等症状问题，对其休息、心情以及社会活动都会构成一定影响。而采用德莫林敷贴，可以更好地提升切口吸附功能以及抑菌能力，由此来让切口细胞功能以及愈合状况得到优化，让切口愈合得到明显的提升。

一般剖宫产术后早期出现疼痛问题是由于宫缩以及手术切口愈合有关。情况严重会导致患者心率加快以及烦躁情绪，对其康复以及睡眠质量构成影响。在睡眠情况不佳的情况下，会导致患者交感神经异常兴奋，进而抑制催乳素的分泌，由此导致乳汁分泌量以及母乳喂养量受到一定的干扰。而舒适护理在一定程度上可以降低腹部肌肉牵拉所导致切口疼痛感，同时通过多样化的注意力转移办法提升产妇对疼痛的耐受度。整体的生理舒适感得到优化，心理负面的情绪更少，配合对应的病房环境优化，体位

舒适化的管理,有效地提升产妇整体的舒适感。让产妇更好的配合医护人员的工作进行,减少医护工作的阻力以及不良问题。

剖宫产术后患者可能会有尿潴留等问题,该方面与妊娠期膀胱紧张度降低、产后腹肌松弛等问题有密切的关系,同时影响着产妇的精神、心理状况。舒适护理在一定程度上提升了患者心理建设效果,做好必要的疼痛干预,改善了患者负面情绪。同时通过早期活动锻炼以及饮食指导,有效地提升术后恢复质量以及恢复速度,降低术后并发症,整体的恢复效果相对理想,说明了该护理方式的应用有效性。

在患者 GCQ、VSS 有关舒适度、瘢痕状况上,观察组各项与对照组差异明显,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在术后并发症发生率上,观察组 9.62%,对照组 23.08%,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在恶露量、术后排气时间、首次下床时间、切口愈合时间等指标上,观察组各项明显少于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在患者护理满意度上,观察组 94.23%,对照组 80.77%,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在焦虑、抑郁心理评分上,观察组各项护理后评分降低程度明显多于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。因为整体生理、心理的舒适感提升,恢复质量提高,由此患者对护理工作的满意度,优化整体的护理工作成效。

总而言之,舒适护理在剖宫产术后产妇护理中的应用,可以有效地提升患者舒适度,该函瘢痕情况,减少负面情绪影响,加快手术恢复质量,

术后并发症更少,患者对护理工作的满意度更高,整体的护理成效更为理想。

参考文献:

- [1]解婷婷.舒适护理于剖宫产术后产妇护理中的应用效果分析[J].特别健康,2021(23):159-160.
- [2]张磊.剖宫产术后产妇护理中应用舒适护理的临床效果及对提高产后舒适度的作用[J].中外女性健康研究,2021(21):158-159.
- [3]吴艳华.剖宫产术后产妇护理中应用舒适护理的临床效果及对提高产妇产后母乳喂养率的效果分析[J].中国保健营养,2021,31(35):237.
- [4]赵红梅.舒适护理在剖宫产术后产妇护理中的应用[J].饮食保健,2021(13):222.
- [5]谢娟.舒适护理在剖宫产术后产妇护理中的应用效果[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(49):126-127.
- [6]邱多欣,张洁,刘炳霞.对优质护理对剖宫产妇产后恢复及舒适度的影响分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(33):138,146.
- [7]唐建芳.探究在剖宫产术后产妇中应用舒适护理的应用效果[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(7):255-256.
- [8]庄乾玉.舒适护理在剖宫产术后产妇护理中的临床应用效果[J].母婴世界,2020(35):15.

(上接第 148 页)

者进行健康宣教的过程中,尤其对于患者不明确的地方护理人员加强了讲解,提高了患者对自身疾病的认知程度。通过对患者进行心理护理,明确了患者心理中担忧的问题,提出了一些针对性的护理措施,鼓励患者家属给予了患者更多的关爱和帮助,让患者感受到了更多的安全感,通过一些治疗成功的案例向患者介绍了治疗过程中需要配合的事项,促进了患者心理情绪的缓解,增强了患者对治疗的信心^[9]。护理人员通过对患者进行饮食护理,保证了患者饮食的安全性和健康性,同时还保证了营养摄入的均衡性,通过对患者实施运动护理,根据患者的具体情况为其制定了针对性的运动护理方案,保证了患者安全性的同时,根据患者的情况选择了最适合的运动形式,最后通过远程护理,护理人员根据患者的恢复情况对护理过程中存在的一些问题进行了分析,提出了改进的措施,对临床护理方式进行了及时改进和完善,保证了护理工作的有效性,为后续护理工作提供了可靠的指导依据^[10]。

本次研究结果显示,以护理有效率为评价标准,观察组(95.00%)较对照组(80.00%)更高, ($P<0.05$),进一步证实了集束化护理先兆流产患者是非常有效的。本次研究结果还显示,在心理状况评分方面,与对照组相比较,观察组均更低, ($P<0.05$)。提示对先兆流产患者实施集束化护理干预,能够有效缓解患者的躯体化症状,从而改善了患者的焦虑抑郁等不良情绪。本次研究结果还显示,在 SF-36 评分方面,护理后,两组较治疗前相比较均升高 ($P<0.05$),但是观察组更高, ($P<0.05$)。提示集束化护理干预对改善患者的生活质量发挥了重要的作用。整个护理操作中,为患者提供了专业的护理服务,促进了患者生活质量以及心理状态的改善。

总之,临床上对先兆流产患者实施集束化护理干预,能够有效改善患者的情绪状态及生活质量,还能促进临床治疗效果的提升,建议推广应用。

参考文献:

- [1]李小芳.集束化护理在先兆流产护理中的应用效果研究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(17):55.
- [2]徐青.集束化护理在先兆流产护理中的应用效果研究[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(14):192.
- [3]苏慧明.在先兆流产护理中应用集束化护理的效果及对患者生活质量的改善研究[J].黑龙江中医药,2020,49(6):320-321.
- [4]肖利萍.集束化护理在先兆流产护理中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26(1):245-246,249.
- [5]王娟.集束化护理干预模式应用于先兆流产患者生活质量中的临床效果评价[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(34):23,25.
- [6]李静敏.集束化护理干预模式应用于先兆流产患者生活质量中的临床效果分析[J].首都食品与医药,2018,25(3):76.
- [7]邓敏.集束化护理干预模式应用于先兆流产患者生活质量中的临床效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(14):36-37.
- [8]胡爱华.集束化护理对早期先兆流产患者的护理效果观察[J].中外女性健康研究,2021,16(13):162-163.
- [9]李慧.集束化护理干预模式对高龄先兆流产患者的影响[J].当代医药论丛,2020,18(14):254-256.
- [10]于翠萍,马硕.先兆流产患者实施集束化护理服务的可行性研究[J].中国城乡企业卫生,2020,35(12):186-187.

全程护理干预对提升儿童疫苗接种配合度的效果分析

纳瑾

银川市第三人民医院文化街社区卫生服务中心 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨全程护理干预对提升儿童疫苗接种配合度的效果。方法：观察本院 2020 年 4 月至 2021 年 10 月期间接收的 242 例儿童疫苗接种案例，随机分为对照组与观察组各 121 例，对照组运用常规护理，观察组运用全程护理干预，分析不同护理后儿童配合度、及时接种率、接种不良反应、儿童家属满意度、家长健康认知水平等情况。结果：在儿童配合度上，观察组 96.69%，对照组 78.51%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在及时接种率上，观察组 92.56%，对照组 76.86%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在接种不良反应率上，观察组 3.31%，对照组 18.18%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在儿童家属满意度上，观察组 95.87%，对照组 85.12%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在家长对疫苗接种知识、行为、态度等评分上，观察组各项护理后提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：全程护理干预对提升儿童疫苗接种配合度有一定辅助作用，提升及时接种率，减少接种不良反应，提升家长对儿童疫苗接种的认识水平，提高家属对有关工作的满意度。

关键词：全程护理干预；儿童；疫苗接种；配合度；效果

预防接种属于我国对儿童健康提供的基础医疗保障内容，该方式可以让儿童产生对传染病的免疫，提升机体免疫力，防控传染病的流行。儿童自身因为没有得到完全的成熟发育，容易受到较多病毒与病原菌的侵入。通过疫苗接种是有效地防控疾病的手段，减少有关医疗工作压力，降低家庭在儿童养育工作中的压力。本文采集 242 例儿童疫苗接种案例，分析运用全程护理干预后儿童配合度、及时接种率、接种不良反应、儿童家属满意度、家长健康认知水平等情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院 2020 年 4 月至 2021 年 10 月期间接收的 242 例儿童疫苗接种案例，随机分为对照组与观察组各 121 例。对照组中，男童 68 例，女童 53 例；年龄从 0.5 岁至 6 岁，平均（ 2.28 ± 0.75 ）岁；观察组中，男童 64 例，女童 57 例；年龄从 0.5 岁至 6 岁，平均（ 2.52 ± 0.84 ）岁；两组儿童的基本年龄、性别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，观察组运用全程护理干预，具体内容如下：

要做好疫苗接种儿童以及家长情况的基本了解，尽可能的依据其情况做好针对性的教育引导工作。要让其知晓疫苗接种的目的、价值、效果，注意事项等，避免其认知偏差以及误解导致的接种不配合^[1]。同时在接种之前需要让家属意识到保证儿童身心状况处于相对健康平稳的情况，积极开展儿童接种档案的建立。接种之前需要让家长在有关同意书上签字确认。一般儿童对于疫苗接种多数情况下会有抗拒态度，治疗依从性差，因此需要做好之前的沟通交流，做好其情绪安抚，通过沟通或者其他方式转移其注意力^[2]。同时保持温和的接待方式，避免儿童对接种人员产生恐惧感以及排斥感，进行必要的语言鼓励表扬、安抚或者肢体上面的安慰，积极的调动家属对儿童的情绪管理引导辅助，减少接种医护人员自身的工作压力。

接种之前需要细致地做好接种人员有关信息以及疫苗情况的核对，包括其名称、注射时间，完善有关无菌化操作^[3]。在接种过程之中，避免注射速度过快。注射完成之后需要嘱咐家长对儿童注射部位进行适宜地压迫，保证有效止血。同时还需要嘱咐家属要确保儿童注射区域的清洁干燥，进行半小时留关之后再确定其情况平稳，没有异常情况后可以离开。如果有不良反应，需要及时依据情况做好对应的处理^[4]。

接种之后，如果有穿刺点感染情况，需要告知家长采用正确的处理办法。如果有化脓情况，需要进行穿刺点引流。接种完成之后，如果有轻度

的发热情况，需要运用物理降温来干预，同时督促接种儿童进行多饮水^[5]。当其体温在 38 摄氏度以上时，需要按照医嘱合理用药。如果其有过敏性紫癜情况出现，则需要做好对应的抗组胺类药物的使用。如果有过敏性休克以及昏厥情况，可以辅助其保持快速的平卧，同时适宜地注射肾上腺素。

在护理工作中，要不断进行环境的优化管理，开展人性化的接种流程，做好对应的健康教育以及心理疏导工作，提升儿童以及家属在接种有关工作中的体验感受，减少不良问题的出现^[6]。要做好环境管理，保持接种环境的舒适、清洁、安静，避免嘈杂混乱环境对个人构成的不良影响。温度控制在 25 摄氏度左右，湿度在 55% 上下；保持充分柔和的采光，适宜的柔化环境视觉条件，减少环境中压抑沉闷氛围对儿童心理构成的恐惧感，提升整体环境中带给个人的生理体验感受，减少心理层面的焦虑。

1.3 评估观察

分析不同护理后儿童配合度、及时接种率、接种不良反应、儿童家属满意度、家长健康认知水平等情况。配合度=完全配合率+基本配合率。接种不良反应主要集中在恶心呕吐、腹泻、发热、红肿与硬结。满意度=很满意率+基本满意率。家长健康认知水平包括对疫苗接种知识、行为、态度等评分，评分越高情况越好。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组儿童家属护理前后接种认知水平情况

如表 1 所示，在家长对疫苗接种知识、行为、态度等评分上，观察组各项护理后提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 1：两组儿童家属护理前后接种认知水平对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	时间	疫苗接种知识	行为	态度
观察组	护理前	21.67±4.18	17.85±2.96	19.52±4.29
	护理后	32.48±5.62	24.51±4.98	26.38±5.11
对照组	护理前	20.97±3.67	18.59±4.27	18.97±5.81
	护理后	25.68±4.25	20.37±5.92	21.38±4.26

注：两组护理前对比， $p>0.05$ ，两组护理后对比， $p<0.05$

2.2 儿童配合度与及时接种率情况

见表 2 所示，在儿童配合度上，观察组 96.69%，对照组 78.51%，对

比有统计学意义 ($p<0.05$);

在及时接种率上, 观察组 92.56%, 对照组 76.86%, 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	完全配合	基本配合	不配合	配合率	及时接种 率
观 察 组	121	56(46.28)	61(50.41)	4 (3.31)	96.69%	112 (92.56)
对 照 组	121	43(35.54)	52(42.98)	26(21.49)	78.51%	93(76.86)

注: 两组对比, $p<0.05$

2.3 儿童接种不良反应情况

见表 3 所示, 在儿童接种不良反应率上, 观察组 3.31%, 对照组 18.18%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 3: 儿童接种不良反应评估结果[n(%)]

分 组	n	腹泻	红肿与 硬结	恶心呕 吐	发热	接种不 良反应 率
观 察 组	121	1 (0.83)	1 (0.83)	1 (0.83)	1 (0.83)	3.31%
对 照 组	121	5 (4.13)	4 (3.31)	6 (4.96)	7 (5.79)	18.18%

注: 两组对比, $p<0.05$

2.4 儿童家属护理满意度情况

见表 2 所示, 在儿童家属满意度上, 观察组 95.87%, 对照组 85.12%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 2: 儿童家属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	121	73(60.33)	43 (35.54)	5 (4.13)	95.87%
对照组	121	54(44.63)	49 (40.50)	18 (14.88)	85.12%

注: 两组对比, $p<0.05$

3 讨论

接种疫苗是进行疾病预防控制相对低成本且有效的方式之一。随着医疗技术的不断推进, 人们对疾病预防的意识不断增强, 国家对疫苗接种工作的重视度提高, 有关疫苗接种的工作开展会更普遍, 但是儿童疫苗接种推进工作的难处以及不良反应问题也较为常见^[7]。随着有关工作的开展, 人们逐步的认识到护理工作对疫苗接种的支持作用。要针对儿童以及家属展开针对性的护理干预, 尽可能地减少疫苗接种带来的不良反应以及落实工作不佳等情况, 提升家属对有关工作的满意度, 提高医疗的口碑形象^[8]。

要提升家属对疫苗接种工作的重视度, 保证有关工作流程的顺畅。教育指导工作需要根据实际情况而定, 尽可能符合家属的认知习惯以及信息接收方式, 保证健康教育工作落实的有效性。一般可以进行口头一对一地强调指导, 回复其提出的个性化问题, 做好重点强调。同时配合纸质宣传手册或者手机电子文章做对应的全面性知识性覆盖, 提升家属对有关工作认识的水平, 纠正错误认知以及习惯带来的负面问题, 提升家属以及儿童在疫苗接种

工作中的配合度, 减少抗拒以及各种阻力因素构成的护理工作压力。

在护理干预工作中, 要充分围绕接种儿童以及家属的需求为中心, 满足其合理诉求, 提升工作开展效率, 避免医疗资源的浪费。同时也要配合社会各方面资源做好有关疫苗接种工作的支持性, 无论是健康宣教, 接种便捷性等服务工作, 都可以做好针对性的优化。也需要开展社区以及儿童有关机构在有关问题上的重视度, 由此提升整体工作推进的配合效果。

疫苗接种工作的开展, 在一定程度上需要护理工作的支持, 而护理人员的综合素养直接关系到整体护理工作的落实效果。因此, 各单位需要注意护理人员的综合素质培养, 除了专业的疫苗接种操作技术培训以及考核工作, 也需要开展有关儿童心理学、社会学、法律常识、沟通技巧、健康宣教能力各方面的指导, 提升护理人员对多样化情况的应变能力。尤其是在具体工作中, 会面临多种多样性格以及不同背景的家属以及儿童情况, 护理人员自身的观察判断以及临床应对能力决定了工作开展的成效。综合应对能力好, 不仅可以提升及时接种的比例, 同时可以减少不良冲突矛盾, 提升家属对有关工作的认可度, 反过来可以提升护理人员对自身工作的获得感以及荣誉感, 避免受挫心理对整体工作带来的干扰情绪。培训工作的开展也需要依据科室实际情况而定, 充分利用社会各方面资源, 做好线上培训与线下培训的结合。培训工作中, 近年来网络培训以及信息沟通交流的运用不断增多, 但是在实际应用上也需要融合线下模式的配合。线下培训注意力相对集中, 沟通环境相对私密, 可以更好地展开多样化内容的指导。而线上信息的交流沟通更适合于大众知识信息的传递分享, 提升整体工作推进的有效性。具体处理应对中, 还需要关注培训形式开展成本、效率、效果, 定期展开护理人员的培训考核。通过多样多样化的激励措施来提升其参与培训考核工作的积极性, 同时要建立其个人职业规划以及职业展望, 提升其自身对工作的信心以及期待, 主动参与各种提升个人能力的活动中。多样化激励措施除了常规的薪资福利, 也可以提供对应的假期、荣誉表彰、晋升机会、进修机会, 以及多样化的单位资源。在激励措施之前需要做好人员的沟通互动, 了解其诉求, 然后保证激励措施匹配, 有效减少资源浪费。具体处理应对中还需要优化管理人员对有关工作的重视程度, 由此才能保证有关人员在个人提升工作上的有效性。

总而言之, 程护理干预对提升儿童疫苗接种配合度有一定辅助作用, 提升及时接种率, 减少接种不良反应, 提升家长对儿童疫苗接种的认识水平, 提高家属对有关工作的满意度。

参考文献:

[1]路静.无缝隙护理管理在社区流动儿童疫苗及时接种中的应用研究[J].中国校医,2021,35(12):909-910+913.

[2]张志云.家长健康教育在百白破疫苗接种中的应用[J].中国城乡企业卫生,2021,36(12):75-76.

[3]邱艳.多途径健康宣教在社区儿童免疫规划接种中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(23):177-179.

[4]石继龄.个性化护理在预防接种过程中的应用价值[J].中外医疗,2021,40(28):138-141.

[5]罗书利.儿童预防接种中实施规范化接种护理管理理念对疫苗接种率的作用[J].中国标准化,2021(16):208-209.

[6]张茂峰,吕宜兵,吕海水.心理干预对疫苗注射儿童应激反应及家属满意度的影响[J].心理月刊,2021,16(16):172-173+175.

[7]郝晓霞.探讨心理护理在儿童预防接种中的效果[J].心理月刊,2021,16(12):92-93.

[8]华丽,王萍,张培慧.儿童接种 EV71 疫苗后不良反应的观察与护理[J].基层医学论坛,2021,25(15):2102-2103.

全程无缝隙护理在妇科门诊手术室护理中的应用探讨

秦俊秀

山西省长治市第二人民医院妇科 山西省长治市 046000

摘要:目的: 分析全程无缝隙护理在妇科门诊手术室护理中的应用价值。方法: 随机抽取 2018 年到 2021 年 8 月与我院妇科门诊手术室进行治疗的患者 100 名; 按照人数将其均分为观察组和对照组, 观察组实施全程无缝隙护理, 对照组实施常规护理; 护理结束, 对比两组患者 SDS、SAS 评分、不良反应发生率。结果: 研究结果显示观察组患者的 SAS、SDS 评分显著优于对照组, $P < 0.05$; 不良反应发生率显著低于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 全程无缝隙护理在妇科门诊手术室护理中具备良好应用价值。

关键词: 妇科; 门诊手术室; 全程无缝隙护理

[Abstract]Objective: to analyze the application value of whole course seamless nursing in gynecological outpatient operating room nursing. Methods: 100 patients who were treated in the operating room of our gynecological outpatient department from 2018 to August 2021 were randomly selected; They were divided into observation group and control group according to the number of people. The observation group was given full course seamless nursing, and the control group was given routine nursing; At the end of nursing, SDS, SAS scores and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. Results: the results showed that the SAS and SDS scores in the observation group were significantly better than those in the control group (P); The incidence of adverse reactions was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: the whole course seamless nursing has good application value in the nursing of gynecological outpatient operating room.

【 key words 】 Gynecology; Outpatient Operating Room; Whole process seamless care

门诊手术室随着我国医疗制度的变化, 又重新出现在大众视线。门诊手术室是医院中与社会、患者直接接触的部门, 所进行绝大部分手术损伤小, 无需住院。随着媒介发展, 大量医学知识迅速出现在大众视线, 门诊手术室服务对象也逐渐增多, 门诊手术室的工作质量关乎治疗效果、预后效果, 且会对医院的社会形象产生重要影响, 作为与外界频繁接触的科室, 该科室在工作过程中具备人流量大、易发生冲突、对护士素质要求高、难管理等特点^[1]。患者于门诊手术室进行手术后, 绝大部分当日即可出院; 相对大型手术而言, 该类情况下手术恢复周期短。门诊手术室相对于其他科室而言, 接收到患者的投诉也更快, 工作强度大, 很容易造成失误, 因此需要护士与医生互相协助, 保证工作质量。妇科门诊手术室是门诊手术室中的重要组成部分, 很多较为容易被人所忽视的妇科疾病都会到妇科门诊手术室进行治疗, 除此之外, 还会进行人流这一类手术。处理这类情况多为年轻女性, 由于性教育的落后甚至使得一部分进行人流手术的患者为未成年^[2]。在进行人流手术过程中, 一部分患者家属会因为羞耻等原因对患者在医院进行辱骂, 而情侣因为纠纷也会对女方造成伤害, 人流是最容易因为患者负面情绪而出现失控行为的情况之一, 护士因为职责所在必须维护患者隐私, 患者家属与其之间的冲突是护理中的难点。隐私的泄露是所有护理中都要避免的, 一些目击者将进行诸如人流手术的信息在外界流传开, 严重的会导致这部分患者自杀, 也会对医护信任度下降, 对医院造成不良影响。针对进行人流手术的患者还存在普遍的说谎问题, 即对以往流产史的隐瞒, 多次进行流产对身体危害巨大, 甚至会导致终身不孕、因大出血而死亡; 基于对医生的不信任、医疗常识的不了解, 很多年轻女性都会试图隐瞒过往流产史, 这是依从性不高的体现, 也说明护患之间沟通效率存在问题, 这类问题因为多方面因素, 类似于人流的手术在妇科门诊

手术室中较多, 使得妇科门诊手术室护理难度提高, 除此之外还存在大量其它问题。总体上而言, 以往门诊手术室护理模式已逐渐无法适应目前医疗环境, 随着人们需求的变化, 妇科门诊手术室也需要进行调整。基于以上问题, 笔者提出全程无缝隙护理, 并通过 SAS、SDS 评分, 不良反应发生率对其与常规护理进行对比, 具体情况见下文。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

随机抽取 2018 年到 2021 年 8 月与我院妇科门诊手术室进行治疗的患者 100 名; 按照人数将其均分为观察组和对照组; 观察组患者平均年龄 (34.5 ± 1.8) 岁; 其中人工流产 26 例、诊断性刮宫 8 例、前庭大腺囊肿切除 8 例、宫颈息肉切除 8 例。对照组患者平均年龄 (34.3 ± 1.5) 岁; 其中人工流产 27 例、诊断性刮宫 9 例、前庭大腺囊肿切除 9 例、宫颈息肉切除 5 例。两组患者在一般资料上无显著差异 $P > 0.05$ 。两组研究对象均不存在恶性肿瘤、手术禁忌症、药物禁忌症、凝血障碍、其他慢性疾病等阻碍手术进行的症状。本次研究经过患者与其家属、本院伦理学委员会的同意。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组在本次研究中采用常规护理, 护理方案的实施涉及整个围术期。

1.2.2 观察组

结合以往研究组建小组, 由领导力较强人员担任组长, 定期开展会议; 就以往工作中出现问题、该阶段工作中出现问题进行汇总, 并在小组内部展开积极讨论就以往问题作出解决方案, 针对内容包括: 制度设计、心理

护理、环境布置、麻醉护理、饮食指导、健康宣教、术后指导等。小组成员就该阶段工作中反映出来的问题进行记录,书写格式为:时间-患者姓名-手术类型-患者情况-意外情况发生原因-该阶段所处护理环节。在妇科门诊手术中,人工流产较多,该群体包括大学生、甚至未成年、未婚先孕者,在进行手术过程中患者可能会有家属、朋友在旁,未成年家属可能会对患者进行责骂,而大学生则会表现出更多的恐惧、忧虑,未婚先孕这也会表现出自责愧疚等负面心理。在日常护理工作中,护士每日会接收多位患者,护士精力有限,而患者之间一旦知晓对方是因为流产等原因进行手术也会对患者产生一些负面看法,护士在对患者进行传唤时很可能因为保护隐私意识不到位致使患者消息外传,使得进行流产的患者在进行手术的过程中产生负面情绪而崩溃,影响到手术过程中与医生的配合,给手术带来风险。护士需要将日常工作中每一次造成的错误记录下来,仅仅是人工流产手术进行中,护士会遭遇很多情况,当患者遭遇家属责骂或遭遇对方打骂都要及时帮助患者做好心理护理,必要时除纠正患者本身存在的错误观念之外,就流产手术进行中涉及到的每一种情况记录下来,而后由小组成员进行汇总;会议规定把上一工作阶段中出现的应该纠正的问题作为该阶段工作的目标。

在工作阶段中,在针对进行流产手术患者进行护理时,将患者隐私保护好;遭遇家属或者情侣打架时及时劝退围观者,并要求其他护士继续工作,保护好双方隐私。基于门诊工作特点导致护士精力分散,则需设置足够人手以保证护理质量;避免每种情况均采用同一种护理方案,考虑患者的社会经济条件、年龄、身体因素;在与患者进行沟通时,将语言表达得简单、易懂、流畅,内容除去心理安慰还包括介绍手术优点、手术必要性、手术可导致的不良反应;针对诸如进行人流手术的患者则需对其告知流产的危害,并对其传输正确观念,告知其避免发生流产行为;为一些需要实施麻醉措施的患者讲解麻醉药剂本身特性、对身体影响、术前应当采取何种饮食措施、术后注意事项等。尤其是一部分疾病在进行手术后,也需要进行术后阶段的护理,以保证手术效果。针对每一种情况需要管理者制定系统的、清楚的规则,用以告知工作人员以便及时阻止意外情况发生。

每月对接受过门诊手术的患者进行电话随访,随访内容包括术前护理、麻醉护理、术后护理三个阶段;组长通过以往信息找出负责该患者护理环节的护士,发现其表现优异/较差则给予一定奖励/惩罚;随后组织护士对该问题进行汇总。

在下一次会议上将对该阶段工作问题的纠正作为下一个工作阶段的重点,要求护士们集中力量解决工作程序中出现的的问题。

1.3 观察指标

对比两组患者护理阶段 SDS、SAS 评分;统计术后不良反应发生情况,以人为统计对象对两组患者不良反应发生率进行对比。

1.4 统计学方法

本次研究采用 SPSS22.0 作为统计学软件对标准样本和其他样本进行对比,计数资料采用%表示,行 χ^2 检验;计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 t 检验。

2 结果

2.1 SAS、SDS 评分对比

研究结果显示观察组患者 SDS、SAS 评分显著低于对照组, $P < 0.05$ 。(见表 1)

表 1 SDS、SAS 评分对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数 (n)	SDS	SAS
观察组	50	50.24 $\pm$ 0.81	50.14 $\pm$ 1.01
对照组	50	52.71 $\pm$ 1.33	52.59 $\pm$ 0.83
t		11.216	13.252
P		0.000	0.000

2.2 不良反应发生情况

研究结果显示观察组患者不良反应发生率显著低于对照组, $P < 0.05$ 。(表 2)

表 2 不良反应发生率对比[(n) %]

组别	例数 (n)	感染	剧痛	其他	发生率 (%)
观察组	50	1	0	1	4% (2/50)
对照组	50	2	2	4	14% (7/50)
t					30.864
P					0.000

3 讨论

在长期工作中,笔者认为妇科门诊手术室医护人员首先要注重对患者隐私的保护,医疗行业类似于法律行业,我们医护人员面对的人群形形色色,有时牵扯到的事件也是让日常生活中被人们所规定的伦理道德难以容忍,但基于护士职业道德导致我们应对所有患者提供隐私保护;其次,妇科门诊手术室所进行的手术对患者伤害不大,很快能出院,使得医护一天会接受很多人进行手术,在等待治疗期间,患者很容易与其他人发生冲突,使得治疗秩序受严重破坏,护士要维持好现场秩序,同时也是对进行类似于流产等使得当事人对准备接受隐私性要求极高手术患者的保护;妇科门诊手术室所实施的绝大部分手术对患者侵入程度较低,该过程中面临的主要困难在护患沟通上,这是门诊手术室所处环境所致,使得一个护士同时要应付多个患者,这是所有门诊护理中的常见问题。多数研究也显示,在疾病症状较轻的情况下,患者更注重护士与其沟通中所表现出的态度,患者的投诉多与护士素质有关;第三,护士在进行护理时,受多方面因素影响,经济因素、人力因素等,要求提高护理质量还需提高对护士待遇。总之,策划更高质量护理方案,除了对原有不必要护理环节进行精简外,护士需投入的精力不会减少。提高对于接受妇科门诊手术室服务的患者的护理质量是一个多维度、系统的工作,涉及诸多环节^[3]。

本次研究结果显示,观察组患者在观察指标上的表现较之对照组更好,表明全程无缝隙护理对于妇科门诊手术室进行医疗过程中遭遇到的一系列问题处理得较好。本次研究中,全程无缝隙护理主要针对流产等使

(下转第 158 页)

院前急救护理干预对创伤性休克患者抢救成功率的影响分析

任玉杰 李文娟

宁夏回族自治区中卫市人民医院 急诊科 宁夏中卫 755000

摘要：目的：探讨创伤性休克患者应用院前急救护理干预对其抢救成功率的影响。方法：选取我院急诊科接收的 50 例创伤性休克患者，这些患者均在 2021.3~2022.3 期间接收，根据来院方式的不同完成两组患者的分组，甲组由家属护送至急诊科，该组患者实施常规护理，乙组为 120 接诊，该类患者实施院前急救护理干预，观察两组抢救成功率、并发症发生率以及护理满意度，并分析数据。结果：抢救成功率：乙组为 96.00%，甲组为 76.00%，前一组更高 ($P<0.05$)；并发症发生率：乙组为 0.00%，甲组为 16.00%，前一组更低 ($P<0.05$)；总满意率：乙组为 96.00%，甲组为 76.00%，前一组更高 ($P<0.05$)。结论：创伤性休克患者实施院前急救护理干预意义重大，可促使抢救成功率得到有效提升，并发症发生率有效降低，且患者对该护理的满意度更高，值得将该护理推广。

关键词：创伤性休克；院前急救护理干预；常规护理；抢救成功率；并发症发生率

创伤性休克在临床中极为常见，是因创伤引起的急性全身危重症，具有较高的发病率，该类患者表现为有效血容量减少，微循环灌注不足，该病具有起病急、进展快、极凶险、预后差等特点，严重时可引起多器官功能衰竭，直接危及患者生命，故需采取积极治疗，早期治疗可有效改善预后^[1]。除采取积极治疗外，还需为患者提供优质、全面的护理，合理积极的护理对于急救治疗有促进和辅助作用^[2]。往常一般采取的是常规护理，但总体效果欠佳，需为患者提供其他护理。院前急救护理属于急诊医疗中重要组成部分之一，将这种护理应用于创伤性休克患者的护理中效果显著，可为患者后续治疗争取时间，创造宝贵时间，具有显著效果^[3]。本研究即探讨了创伤性休克患者应用院前急救护理干预对其抢救成功率的影响，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院急诊科接收的 50 例创伤性休克患者，这些患者均在 2021.3~2022.3 期间接收，根据来院方式的不同完成两组患者的分组，分为甲组（25 例，男性 13 例，女性 12 例，年龄 20~72 岁，平均年龄 46.12±8.08 岁）和乙组（25 例，男性 14 例，女性 11 例，年龄 20~70 岁，平均年龄 46.09±8.04 岁）。纳入标准^[4]：①均经临床确诊；②既往无严重脏器疾病；③临床资料齐全；④家属对本研究知情同意。排除标准^[5]：①合并严重传染性疾病；②合并恶性肿瘤；③凝血功能异常；④既往存在严重心脑血管病史。两组一般资料无差异 ($P>0.05$)，可比。

1.2 方法

甲组由家属护送至急诊科，该组患者实施常规护理，家属将患者送至急诊科后，护理人员立即完成患者的接诊工作，迅速完成基础护理操作，包括采血、建立静脉通道、血液送检等，并给予患者氧气吸入、心电监护，确保患者呼吸道通畅，待急诊医师明确诊断后遵医嘱行止血、补充血容量、液体复苏等治疗，治疗期间患者的监测，发现异常及时处理，针对评估需行手术治疗的患者，做好患者的术前准备。乙组为 120 接诊，该类患者实

施院前急救护理干预，具体如下：

1.2.1 接诊与出诊。护理人员接到 120 指挥中心调度电话后，迅速明确患者具体情况，重视调度电话中提到的内容，确定患者的呼救位置，安排出诊，救护车迅速赶往呼救地点，出诊护士电话回访给予呼救人员电话指导。

1.2.2 现场急救护理。120 到达事故现场后，快速对患者伤情进行评估，协助急诊医生完成患者的急救，若患者存在活动性出血，则立即采取止血措施，采用局部加压包扎、止血带等方法暂时止血，待休克初步纠正后，再进行根本的止血措施，协助患者取平卧位，抬高下肢，抬高高度约 20~30°，此体位可以促进下肢静脉血液回流。若患者存在骨折，则对骨折进行制动和固定，给予患者鼻导管吸氧或面罩吸氧，4~6L/min，保持患者气道通畅，维持血氧饱和度，必要时建立人工气道，针对昏迷患者，将其头部偏向一侧，检查呼吸道有无异物和分泌物，若有则及时清理，避免误吸、窒息等出现，开放至少两条大口静脉通道，选用留置针 16~18 号，遵医嘱迅速补充血容量，同时加强患者的保暖。

1.2.3 转运和途中监护。按照患者原本体位搬动，四人将患者轻搬至救护车，转运途中加强患者意识、精神状况、各项生命体征、瞳孔等的监测，给予患者心电监护，查验双码，排查有无新冠中高风险地区旅居史和接触史同时通知科内做好患者的接诊准备，向家属交代患者基本病情，并告知家属转运和急救途中可能出现的意外情况、并发症等，取得家属理解，并签署知情同意书。

1.2.4 院内救治护理。救护车到达医院后，快速将患者送至抢救室，迅速采血并完善相关检查，包括血常规、凝血、血型、肝肾功能等，并根据患者损伤情况安排影像学检查，遵医嘱实施补充血容量、抗休克、液体复苏、预防感染等治疗，补液遵循先盐后糖、先晶后胶、适当应用高渗盐水、速度先快后慢等原则，对药物滴速进行严格控制，加强药物不良反应的观察和监测，根据患者具体情况实施交叉配血，给予患者输血治疗，检查患者创伤具体情况，对于四肢闭合性骨折患者，采用支具或夹板固定，检查

患者有无气胸、血胸、连枷胸等出现，必要时配合意识做胸腔闭式引流和胸带加压包扎，检查出血的隐蔽来源，如腹内出血、血胸、骨盆骨折等，怀疑休克由于内出血引起时，立即实施检查，确定后安排紧急手术治疗，需要行手术治疗的积极做好术前准备，其他患者均留置导尿，监测每小时尿量，记录出入量，并密切观察和监测患者中心静脉压、血压等变化，同时密切观察患者神志、精神状态、皮肤温度色泽、肢端感觉、活动血运、肢体肿胀、疼痛以及出血情况等，加强并发症的预防护理，待患者病情平稳后给予其健康教育，向其讲解疾病和治疗方面知识，耐心倾听并解答患者疑问，给予其针对性指导，促使患者对于疾病和治疗的认知度提升，消除其焦虑担忧情绪，增强其治疗信心，并加强患者的心理护理，给予患者疏导、鼓励，帮助患者缓解焦虑情绪，告知患者不良情绪的不利影响，向其讲解保持积极乐观心态的重要性，指导患者通过心理学技巧缓解不良情绪，并加强安全管理，防止意外事件发生，保障患者治疗的安全性。

表 1 两组抢救成功率和并发症发生率对比[n(%)]

组别	例数	抢救成功率 (%)	DIC	感染	ARDS	急性肾竭	合计 (%)
甲组	25	19/25 (76.00%)	1 (4.00%)	1 (4.00%)	1 (4.00%)	1 (4.00%)	4 (16.00%)
乙组	25	24/25 (96.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
χ^2	-	4.153	1.020	1.020	1.020	1.020	4.348
P	-	0.042	0.312	0.312	0.312	0.312	0.037

2.2 两组护理满意度对比

总满意率：乙组为 96.00%，甲组为 76.00%，前一组更高 ($P<0.05$)。
详见表 2：

表 2 两组护理满意度比较[n(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意率 (%)
甲组	25	10(40.00%)	9 (36.00%)	6 (24.00%)	19/25 (76.00%)
乙组	25	18(72.00%)	6 (24.00%)	1 (4.00%)	24/25 (96.00%)
χ^2	-	5.195	0.857	4.153	4.153
P	-	0.023	0.355	0.042	0.042

3 讨论

休克是临床中常见的一组综合症群，常见类型较多，主要有创伤性休克、失血性休克、心源性休克、感染性休克、过敏性休克、神经性休克等^[6]。其中创伤性休克极为常见，是指机体由于各种创伤原因引起低血容量，导致组织器官灌注不足，进而发生微循环和细胞代谢功能障碍的一种综合征，常见病因有交通事故伤、坠落伤、机器损伤等，该类患者短期内血容量快速急剧下降，微循环灌注不足，若治疗不及时，可诱发多种并发症，如感染、多器官功能障碍综合征 (MODS)、急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)、弥散性血管内凝血 (DIC)、急性肾衰竭等，甚至可直接导致患者死亡，严

1.3 观察指标

观察两组抢救成功率、并发症发生率以及护理满意度，并分析数据。常见并发症有 DIC、感染、ARDS、急性肾衰竭等，统计两组发生情况。采用我科自制调查表评价护理满意度，根据评分结果分为非常满意、一般满意和满意三项，统计两组总满意率。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 统计学软件分析数据，数据的对比均采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为数据有统计学差异。

2 结果

2.1 两组抢救成功率和并发症发生率对比

抢救成功率：乙组为 96.00%，甲组为 76.00%，前一组更高 ($P<0.05$)；并发症发生率：乙组为 0.00%，甲组为 16.00%，前一组更低 ($P<0.05$)。
详见表 1：

重威胁患者生命安全，故采取及早救治^[7]。现临床上治疗该病以急救治疗为主，本着抢救先于一切，按“抢救-诊断-治疗”的程序进行，处理以挽救患者生命为第一位，保留肢体，防止感染，避免和减少残疾依次排序，除采取积极救治外，还需加强患者的护理^[8]。往常多采取常规护理，这种护理虽应用时间长，但效果欠佳，需为患者提供其他有效护理^[9]。

院前急救是临床医学的一个特殊领域，是指伤病员进入医院以前的急救，院前急救是危重症患者救治尤为重要的一环，是确保患者在发病、受伤早期就能得到及时、迅速、积极、科学救治的前提^[10]。院前急救护理可通过及时、迅速、有效的救治和护理措施，维持伤病员生命体征，减轻伤病员痛苦，减少并发症发生，为其后续临床治疗争取时间，进而提升患者抢救成功率^[11]。院前急救护理是患者能否救治成功的关键之处，在提升抢救成功率、降低死亡率和并发症发生率、改善预后等方面具有极其重要的意义^[12]。本研究实施的院前急救护理包括接诊与出诊、现场急救护理、转运和途中监护、院内救治护理四个方面，其中接诊与出诊可促使急救时间快速缩短，在患者受伤早期就给予治疗干预，尽早救治，促使预后进一步改善，现场急救护理在伤病现场给予患者评估、救治等，确保患者在第一时间内得到科学、积极救治，转运和途中监护确保严格、正确转运患者，途中加强患者的监测，便于出现异常及时处理，院内救治护理包括治疗、健康教育、心理护理和安全护理等，这些护理共同发挥了良好效果，全程综合、迅速、积极的护理发挥了良好效果。

本研究结果显示，抢救成功率：乙组为 96.00%，甲组为 76.00%，前

一组更高 ($P<0.05$); 并发症发生率: 乙组为 0.00%, 甲组为 16.00%, 前一组更低 ($P<0.05$), 可见急救护理干预对创伤性休克患者是显著有效的, 究其原因与该护理更为迅速、及时、全面、综合, 可在患者受伤早期就给予患者救治有关。总满意率: 乙组为 96.00%, 甲组为 76.00%, 前一组更高 ($P<0.05$), 可见患者对该护理的满意度更高, 分析原因与该护理可提升抢救成功率, 降低并发症发生率有关。

综上所述, 创伤性休克患者实施院前急救护理干预意义重大, 可促使抢救成功率得到有效提升, 并发症发生率有效降低, 且患者对该护理的满意度更高, 值得推广。

参考文献:

- [1] 鲁潜乾, 罗丽珊, 胡展华, 等. 院前急救护理干预对创伤性休克患者抢救成功率的影响[J]. 中国医药科学, 2018, 8(24):3.
- [2] 周文丽. 院前急救护理干预对创伤性休克患者抢救成功率的影响[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(4):2.
- [3] 郭淑霞. 院前急诊护理干预对创伤性休克患者抢救成功率及抢救时间的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2021, 44(1):2.
- [4] 苏小华. 院前急救护理干预对创伤性休克患者抢救成功率的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(94):2.

(上接第 155 页)

者感到极大负面情绪的手术。针对进行人流手术的患者进行护理, 需要护士保持足够耐心。在护理中, 不仅要确保患者将实际情况说出, 还要对其今后生活作出指导, 告知其再次发生这种情况的危险性。总体而言, 针对这类情况要给予对方正确医疗建议, 还要注重对其心理护理; 这些环节的成功都对护士的工作能力和专业素养有着极高要求, 除此之外, 当患者家属带领其进行人流手术也是较难处理的情况, 诸如这类情况有很多, 甚至一位护士一天就要处理很多起这类事件, 这会极大消耗护士耐心、体力, 这种情况要求护士做出更高成绩无异于天方夜谭。因此在护理小组会议上要将工作中出现的错误作为针对对象, 进行讨论改正, 并将在工作中展现出的问题纳入考量范围, 将对该阶段工作问题的纠正作为工作目标要求护士们为之努力。考虑到大型医院是新的护理体系中, 出现系统性、结构性错误的情况很少, 护理方案框架过大, 重新设计再过度到使用阶段不符合现实情况, 将原有护理方案进行整改比策划一套新的护理方案更加简单, 护士们适应能力也更强, 在保持现有工作节奏的前提下对以往工作中出现的错误进行总结、处理, 该护理方案的实施有利于保持工作氛围的正向循环, 保持工作质量; 例如针对进行人流手术的患者护理时, 护士结合以往案例反省医疗语言的使用, 再保护好患者隐私, 促使其将实际情况说出来, 以便保证患者生命安全^[4-5]。总体而言, 妇科门诊手术室护理的重点在于护患沟通, 其表现为每天都有较大概率接收到这类要进行隐私性要求极

[5] 焦国英. 细节护理对急诊科创伤性失血性休克患者抢救成功率及预后的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2019, 42(2):2.

[6] 肖敏, 袁伟刚, 袁宇震, 等. 院前急救护理模式对创伤性休克患者抢救成功率的影响研究[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(3):3.

[7] 赵新昂, 李航, 霍延伟, 程永涛, 袁生华, 兰永怀, 刘泳, 唐映利, 郑冰. 急诊手术治疗重症胸部创伤合并创伤性休克的临床价值探讨[J]. 贵州医药, 2019, 43(08):1303-1305.

[8] Zheng C, Shao F, Huang Z, et al. Application of pre-hospital rescue nursing pathway in prehospital treatment of traumatic shock[J]. China Medicine and Pharmacy, 2018, 8(8):3.

[9] 陈金荣, 万黎. 创伤性休克患者通过院前急救护理干预提高抢救成功率的研究[J]. 饮食保健, 2019, 6(003):232.

[10] 娜日苏. 急救护理干预对外科急诊创伤性休克患者的干预效果及对抢救成功率的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2020, 000(30):2.

[11] 马明丹. 早期院前急诊护理干预对创伤性休克患者抢救成功率的影响观察[J]. 首都食品与医药, 2018, 25(15):1.

[12] 马军锋. 026 机场急救护理干预对创伤性休克患者抢救成功率的影响[J]. 中华航空航天医学杂志, 2019, 30(04):315-315.

高、对当事人心理、生理损害极大手术的患者, 针对这类问题的处理, 不能盲目对现有护理框架进行全面整改, 提高护理质量也需考虑实际人力成本、医疗环境、对患者管理难度等等, 因为笔者所负责的区域是门诊护理, 不单单要考虑保证护理质量, 还要考虑护士人手、护士精力、接待其他患者等, 针对以往问题进行纠正, 并形成循环, 能保证护士对准备接受隐私性要求极高手术患者进行护理时, 保持较高护理质量, 且能对门诊护理中护士工作繁重的情况进行一定程度改善。

综上所述, 全程无缝隙护理在妇科门诊手术室护理中具备应用价值。

参考文献:

- [1] 沈景亮. 心理护理用于妇科门诊计划生育手术中的临床效果观察[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(21):3049-3051.
- [2] 陈丽珍. 流产后关爱护理在妇科门诊手术室中的应用效果分析[J]. 中外医疗, 2019, 38(28):145-148.
- [3] 袁莉敏, 王建凤, 孙群. 妇科门诊手术室患者身份识别管理的应用研究[J]. 中国卫生产业, 2019, 16(24):91-92.
- [4] 应美群. 患者身份识别管理在妇科门诊手术室的应用[J]. 中医药管理杂志, 2018, 26(20):51-52.
- [5] 田云波. 健康教育在妇科门诊手术室中的实施[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2018, 5(14):14-15.

老年下肢骨折患者手术室护理中采用人性化护理的效果分析

吴纤红 柳莹莹

灵武市人民医院手术室 宁夏灵武市 751400

摘要：目的：探讨老年下肢骨折的患者在手术室护理中使用人性化护理措施的效果。方法：将 2020 年 5 月到 2020 年 5 月在本院进行治疗的老年下肢骨折的患者 100 例作为本次的观察对象，并将这些观察对象采用奇偶数的方法随机分为实验组和对照组两组，每组有 50 例老年下肢骨折手术的患者，其中对照组的 50 例老年下肢骨折手术的患者使用常规的护理措施进行护理，而实验组的 50 例老年下肢骨折手术的患者采用人性化护理措施进行护理，在两组老年下肢骨折手术室患者采用不同的护理方法护理后，将两组老年下肢骨折患者术后并发症和护理工作的满意度情况以及心理状态和生活质量的评分情况进行对比分析。结果：在对老年下肢骨折患者使用不同的护理方法护理后，通过人性化护理的实验组老年下肢骨折患者术后并发症以及对护理工作的满意度情况优于使用常规护理的老年下肢骨折患者，且两组老年下肢骨折患者的护理结果在对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$)。此外，采用人性化护理措施实验组老年下肢骨折患者心理状态和生活质量的平均情况优于使用常规护理的对照组老年下肢骨折患者，且两组老年下肢骨折患者心理状态以及生活质量的评分情况在对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论：本文对老年下肢骨折的患者使用人性化护理措施进行护理，能够有效的降低术后出现并发症的情况，同时还可以提高患者对护理工作的满意度，改善患者不良的心理情绪以及生活质量，从而有效的提高了老年下肢骨折患者的治疗效果，在临床上值得推广和使用。

关键词：老年下肢骨折；手术室；人性化护理

目前在临床上，下肢骨折是比较常见的骨科疾病，也是比较常见的骨折类型。下肢骨折在老年人群中的发病率比较高，如果老年人出现下肢骨折时没有及时的进行治疗，会导致患者截肢，甚至还会威胁到患者的生命安全以及健康。老年下肢骨折在临床上具有强烈的疼痛症状，会降低老年患者的生活质量。对于老年下肢骨折的患者主要采取的治疗方法是手术治疗，但是在手术治疗的同时，还需要采取科学合理的护理方法来促进手术的顺利开展、提高手术治疗的安全性、改善患者术后的康复效果。在常规的护理工作中，并没有注重患者的需求，所以在对老年下肢骨折患者进行护理的过程中，没有切实的满足患者和家属的需求，影响了患者的治疗效果。而随着我国现在生活水平的提高，人们对于健康的意识也在不断的提高。对于医疗护理工作来说也提出了更高的要求，特别是进行手术治疗后的患者，因为手术治疗是一种应激源，会加重患者身体以及心理上的负担，并且患者生命体征的状态也会影响到手术治疗的效果以及术后的康复情况。人性化护理措施在临床上是采取以人为本的护理原则对患者进行护理，能够满足患者以及家属对护理的合理需求，提升对患者的护理质量。本文将对老年下肢骨折的患者使用人性化护理措施进行护理，并将其护理的结果进行处理分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 5 月到 2021 年 5 月在本院进行治疗的老年下肢骨折患者 100 例作为本次的观察对象，并将这 100 例老年下肢骨折患者采用奇偶数的方法分为实验组和对照组两组，每组有 50 例老年下肢骨折的患者，其中对照组的 50 例老年下肢骨折的患者中，有男性患者 25 例，女性患者 25 例，年龄在 61-82 岁之间，平均年龄在 (70.5±6.5) 岁。而实验组的 50 例老年下肢骨折患者中有男性患者 28 例，女性患者 22 例，年龄在 61~83 岁之间，平均年龄在 (70.8±6.8) 岁。两组老年下肢骨折患者均符合本次的研究标准，且两组老年下肢骨折患者均签署知情同意书，同时临床资料在对比后

产生的差异数据不具有统计学意义 ($p > 0.05$)。

1.2 方法

对照组的老年下肢骨折患者使用常规的方法进行护理，而实验组的老年下肢骨折患者采取人性化护理措施进行护理，主要的内容包括：1. 在患者入院以后，护理人员需要对患者的情况进行全面的评估，包括患者的年龄以及性别和健康状况等，并且为患者详细的介绍院内的环境以及手术的流程和手术的安全性、可靠性。同时还需要指导老年下肢骨折患者在手术中需要配合的地方，有效的提高老年下肢骨折患者在手术中对医护人员的配合，同时还可以改善老年患者因为手术而出现紧张和不安的心理情绪，提高患者战胜疾病的信心。2. 在患者手术的过程中，护理人员需要对老年下肢骨折患者进行心理护理，对于在手术过程中使用全麻的患者需要在早期进行告知，而对于非全麻的患者在手术的过程中护理人员应该对患者的生命体征进行严密的监测，并且掌握好术中患者的状态，同时为手术的患者讲解麻醉中的操作流程和注意事项等，协助患者摆放好手术需要的体位，护理人员应该做好对患者隐私的保护工作，同时也应该做好对患者的保温工作，降低患者在手术时产生的羞耻感，缓解患者手术时出现不良的情绪，在对患者进行手术的过程中，需要严格的按照无菌操作进行。3. 在患者手术以后，护理人员需要对患者的创口进行清洗和包扎，在患者的生命体征稳定以后，会送到普通病房，病房内的护理人员需要定期的对患者生命体征情况进行密切的观察，加强对患者手术后心理以及康复的护理工作，使患者能够保持良好的心理状态，积极的配合在手术后进行的康复锻炼和其他的护理工作，从而能够促进患者的健康恢复，提高患者治疗的效果。

1.3 观察指标

在两组老年下肢骨折患者采用不同的护理方法护理后，将两组老年下肢骨折患者并发症情况以及对护理工作的满意度情况和患者心理状况以及生活质量的评分情况进行对比分析。

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 两组老年下肢骨折患者采用不同的护理方法进行护理后,使用人性化护理措施进行护理的实验组老年下肢骨折患者术后并发症情况以及对护理工作满意度的情况均优于使用常规护理的对照组老年下肢骨折的患者,且两组老年下肢骨折患者的护理结果在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 两组患者术后并发症以及护理满意度的对比情况

组别	例数	术后并发症	护理满意度
实验组	50	1 (2.00%)	50 (100.00%)
对照组	50	7 (14.00%)	45 (90.00%)
χ^2		4.8913	5.2632
P		0.0269	0.0217

2.2 两组老年下肢骨折患者使用不同的护理方法进行护理后,采用人性化护理的老年下肢骨折患者心理状态评分以及生活质量评分情况均优于采用常规护理的对照组老年下肢骨折的患者,且两组老年下肢骨折患者对比后产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)见表2

表2 两组患者心理状态以及生活质量评分的对比情况

组别	例数	SAS	SDS	SF-36
实验组	50	38.5±2.5	36.6±2.6	92.5±3.0
对照组	50	45.5±3.5	45.5±3.6	85.5±3.5
t		11.5079	14.1717	10.7375
P		0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

由于我国生活水平的提高,所以人们的生活习惯以及饮食习惯都已经发生了改变,所以这种情况也增加了老年人群出现骨折的几率,特别是下肢出现骨折的发生率较高,发生骨折的原因与老年人骨质疏松和行动不便有很大的关系。目前对于下肢骨折的患者来说多采用手术进行治疗,但是在采用手术治疗以后,很容易出现下肢深静脉血栓等并发症的情况,会降低老年下肢骨折患者的治疗效果,为了能够有效的降低手术对老年患者机体上的损伤、并减轻术后的应激反应、提高手术的安全性、促进患者健康恢复,所以在手术治疗的同时应该使用科学且合理的护理措施提高患者的生活质量。手术室人性化护理干预措施主要采取以人为本的护理原则进行护理,能够合理的满足老年患者生理和心理上的需求,拉近与老年患者之间的关系,从而提高老年患者对医护人员的信任度以及对手术治疗的信任度,平衡老年患者身心的状态,改善老年患者出现不良情绪的现象,从而提高老年患者的预后效果,缩短老年患者术后康复的时间。

综上所述,本文对老年下肢骨折的患者使用人性化护理措施进行护理,能够有效的降低老年下肢骨折患者在手术后出现并发症的情况,同时还可以提高患者对护理工作的满意度,改善患者出现不良心理情绪的现象,提高患者的生活质量,使患者保持身心舒适并以良好的状态去面对疾

病、战胜疾病,提高治疗和预后的效果,在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]赵悦.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用效果评价[J].中国医药指南,2020,18(3):314-315.
- [2]王晓莉,汤怡.观察人性化护理干预应用于老年下肢骨折患者手术室护理中的实际价值[J].世界最新医学信息文摘,2020,19(90):335,337.
- [3]朱红艳.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用[J].系统医学,2020,4(19):159-161.
- [4]经娟,周婷婷.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用价值研究[J].双足与保健,2020,28(18):100-101.
- [5]杨柳,韩欢,牛丽楠,等.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用效果观察[J].双足与保健,2020,28(17):175-176.
- [6]陈芳,谢欣珂.老年下肢骨折手术室护理中人性化护理的实施效果观察[J].智慧健康,2020,5(24):149-150.
- [7]郭红杰.人性化护理干预在老年下肢骨折患者手术中的应用[J].中国城乡企业卫生,2020,34(6):8-10.
- [8]申圳,杨丽华.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用探讨[J].首都食品与医药,2020,26(4):97.
- [9]陈海玲,邓金霞,江国英.人性化护理干预在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用效果观察[J].中国实用医药,2020,13(33):187-189.
- [10]李知轩.老年下肢骨折患者手术室护理干预方式及效果[J].双足与保健,2020,27(22):99-100.
- [11]汪红霞.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用探讨[J].双足与保健,2020,27(20):59-60.
- [12]陈榕.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用效果[J].中外医学研究,2020,16(19):78-79.
- [13]王晶.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用价值[J].中国校医,2020,32(5):374-375.
- [14]宋开玲,王翠霞,申慧.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用价值探讨[J].双足与保健,2020,28(7):20-21.
- [15]何新仑.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的作用分析[J].双足与保健,2020,28(4):115-116.
- [16]王艳.老年下肢骨折患者手术室人性化护理效果观察[J].齐鲁护理杂志,2020,14(8):88-89.
- [17]李洁.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用价值探讨[J].中国继续医学教育,2020,8(9):241-242.
- [18]周玲.老年下肢骨折患者手术室护理中行人性化护理的有效性分析[J].母婴世界,2020,(7):247.
- [19]江翠金.人性化护理干预在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用[J].深圳中西医结合杂志,2020,26(17):157-158.
- [20]石云.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用效果[J].临床合理用药杂志,2020,(36):182-183.

高血压高危人群体检护理中健康生活方式宣教的作用分析

徐国莉 王文娟

宁夏回族自治区宁东医院 750409

摘要：目的：为进一步提高体检护理质量，文章将讨论健康生活方式宣教应用于高血压高危人群体检护理中的实际作用。方法：研究对象纳自本院接收（2020年10—2021年12月）的高血压高危者，共筛选出92例，依照其检查次序分为参照组（46例）与分析组（46例）。先期参照组仍在常规模式下进行护理，分析组则着重增加健康生活方式的宣教内容，就高血压相关指标及生活方式改变情况进行组间评比。结果：实施干预前两组对象的血压指标经评比未见明显差别， $P>0.05$ ；干预后分析组对象的血压指标较参照组更低，且分析组的血压控制合格率明显更高于参照组，组间差异化明显，经验证 $P<0.05$ 。实施干预后两组对象的生活方式经评测对比，分析组的生活方式更为健康，各项内容在评定中表现更为优异，结果具备统计学差异性， $P<0.05$ 。结论：针对于高血压高危人群而言，在体检护理中着重实施健康生活方式的内容宣教可有效提升其对于该疾病的认知水平，更有助于促进其改善自身生活方式，使生活方式更加健康，从而更好的控制血压水平。

关键词：高血压；高危人群；体检护理；健康生活；宣教

引言

高血压在临床中多见于中老年群体，其病程长且经长期发展后可对患者的健康造成严重威胁，如容易诱发心血管疾病等^[1]。目前随着我国老龄化日益加剧和人们生活饮食习惯的改变，高血压的发病率正在逐步攀升，若得不到及时有效的干预和防治，则会对其机体健康造成严重影响，随着疾病的不断进展最终对其生命安全构成威胁^[1]。根据临床观察发现，高血压患者中普遍存在生活饮食不健康现象，如摄入过量盐分、长期饮酒吸烟、缺乏锻炼等，随着年龄的增长逐渐致使血压水平升高^[2]。现实生活中很多人缺乏相应的健康知识及相关意识，长时间不健康生活饮食直至身体出现各类问题，随着临床医学及护理学的不断发展，健康知识宣教逐渐受到临床关注，且应用效果良好^[2]。鉴于此，本次研究将健康生活方式的相关内容对高血压高危人群做临床宣教，旨在进一步提升体检护理质量，为其提供更加专业和规范的健康指导，使其健康意识增加，了解更多健康生活与高血压之间的关联，起到更好的预防效果。文章将以本院接收的高血压高危者为例展开分析研究，探讨该方式方法的临床作用及价值，详情如下。

1. 资料与方法

1.1 基础资料

研究对象纳自本院接收（2020年10—2021年12月）的高血压高危者，共筛选出92例，依照其检查次序分为参照组（46例）与分析组（46例）。本次研究活动已事先报审本院伦理委员会，获批准后逐一展开。参照组对象分布于32-75岁，平均值为（53.98±4.27）岁；男女对象各为25例、21例。分析组对象分布于32-76岁，平均值为（54.52±4.63）岁；男女对象各为24例、22例。两组对象的基础资料经统计学对比和验证均未发现显著化差别， $P>0.05$ ，具备良好可比性。

研究对象的纳入条件：经检查其各项指标与《高血压防治指南》中的相关规定一致；对本次研究情况知情，在医护人员告知后自愿签字加入；具备良好的交流沟通能力；经询问均存在长时间不健康的生活饮食习惯，如过量摄入盐分和糖分等；纳入者的BMI经测算均超过 23.5kg/m^2 。关于排除：其同时患有其他严重类疾病，如恶性肿瘤、其他脏器功能不全等；已确诊患有高血压或糖尿病者；存在冠心病者；存在其他感染性病症者；处于妊娠或者哺乳期间的女性；告知研究内容后不愿意配合者；存在心理

障碍或精神类疾病者。

1.2 方法

研究中参照组对象采取了常规护理指导，告知其关于高血压的患病机制及发展过程等，叮嘱其生活中的各类注意事项并提供用药指导，叮嘱其谨遵医嘱用药并按时测量血压，详细记录血压水平并对其关心的问题给予及时回应。

分析组在常规内容中着重增加与健康生活方式相关的内容，主要内容如下。①宣教方式。采用多种方式方法展开健康宣教，首先是一对一的沟通，告知其健康生活与疾病的必然联系，强调核心知识和原理，再添加微信群、发放宣传册、开办健康知识课堂等，同时需要定期电话随访和复查，将其推荐权威的信息获取途径，避免听信各类未经证实的网络消息。②心理健康护理。通过基本交流与其建立专业的信任关系，结合对方的个人情况展开心理护理，了解其情绪症结点及关心的问题，尊重个性化差异，结合其疾病情况给予相应的指导。心理护理应从实际问题出发，避免空谈理论，但同时结合其情绪特点，认真倾听其诉说和负面情绪，给予支持和理解，随后再进行情绪疏导和鼓励，以温和积极的态度引导对方，列举身边优秀的案例，提升其配合度与依从性。③关于饮食。饮食的指导宗旨是维持低盐低脂、控制胆固醇的摄入量，需要营养均衡，以新鲜的全果、蔬菜等为主，日均摄盐量 $\leq 6\text{g}$ 。肉类食物尽量以瘦肉和高蛋白低脂类为主，每日饮食中确保足量的蛋白质，主食尽量选择杂粮与粗粮。每次进餐以7分饱为宜，可少食多餐，保持排便通畅。对于喜好浓茶与咖啡者，可提议更换为其他更益于帮助调节血压的饮品。④关于生活。尽量保持较为规律的生活习惯，确保每日睡眠时间充足，加强自我管理控制好体重，生活中注意劳逸结合，避免长时间处于疲惫状态。⑤关于运动。可根据个人爱好给予指导，主要包括快走与慢跑、太极拳与八段锦等，但要形成规律性的习惯，每周3-5次，每次以45min左右为宜。对于长时间缺乏运动的患者，需要叮嘱其循序渐进，每次以感到疲惫为止，不可过度运动，逐渐养成良好的习惯。⑥血压测量及用药。指导对方定时测量血压水平，掌握正确的方法并进行详细记录。根据医师的叮嘱用药，若服药期间出现其他不良反应可及时通过微信、电话或就医的方式解决，及时反馈用药情况等。

1.3 评测指标

血压控制情况及合格率主要参照研究对象的舒张压与收缩压（DBP与

SBP) 指标,若 DBP 指标控制在 90mmHg 以下则视为合格、而 SBP 指标需要控制在 140mmHg 以下。经相同时间的护理干预,评测两组对象的健康生活情况,主要包括谨遵医嘱用药、低盐低脂饮食、情绪状态平稳、戒烟酒做运动。

1.4 统计学方法

研究中为确保数据的可靠性,均由笔者负责收集和统计,用常规统计学软件 SPSS 22.0 版做处理,属于计量类的用 ($\bar{x}\pm s$)表示,属于计数类

表 1: 评比两组对象的血压控制情况及合格率 ($\bar{x}\pm s$, %)

组别	例数	干预前 DBP	干预后 DBP	干预前 SBP	干预后 SBP	控制合格率
分析组	46	121.78±5.82	85.19±2.21	151.67±6.02	121.71±2.83	45 (97.83)
参照组	46	121.43±5.91	104.83±4.94	152.07±6.14	142.64±3.06	37 (80.43)
t/χ^2		0.801	26.846	0.763	38.978	8.253
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 评比两组对象的健康生活情况

实施干预后两组对象的生活方式经评测对比,分析组的生活方式更为健康,各项内容在评定中表现更为优异,结果具备统计学差异性, $P<0.05$ 。详见表 2。

表 2: 评比两组对象的健康生活情况 (n, %)

组别	例数	谨遵医嘱用药	低盐低脂饮食	情绪状态平稳	戒烟酒做运动
分析组	46	45 (97.83)	44 (95.65)	43 (93.48)	43 (93.48)
参照组	46	38 (82.61)	34 (73.91)	37 (80.43)	33 (71.74)
χ^2		5.892	8.017	9.946	8.003
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

高血压在发展初期虽危害性并不大,但随着长时间发展可对患者机体造成越来越严重的损伤,最终威胁其生命安全,临床认为应对高血压的最好方式是预防,及早进行诊断和干预对患者来讲意义重大。根据目前的研究成果来看,高血压与长期不健康生活饮食之间存在必然联系,患者通常存在长期情绪状态不平稳、基因遗传及不规律饮食和作息等现象^[3]。学界普遍认为高血压高危人群若能保持健康规律的生活饮食习惯、定期适量运动、戒烟、控制饮酒等,其血压控制效果将得到大幅度改善,非常有助于心血管类病症的防治,可使血压水平控制在合理范围内^[3]。高血压目前已受到世卫组织及社会民众的广泛关注,尤其在老龄化逐渐加剧的国内,高血压防治已成为普遍话题,人们对于其危害性的认识正在逐步提升。以往在体检护理中通常只传递较为广泛的知识,告知其大致的病因及相关情况,健康知识教育较为笼统和表面,缺乏针对性及体系化的护理通常并不能为患者提供实际帮助,其现实生活中很难遵从和改变^[4]。

健康生活方式宣教是一种更为系统化和更加科学合理的护理方式,首先从理论上向其讲解高血压与健康生活之间的关系,使其对于高血压的认知水平得到根本提升,告知其疾病的发展过程及发展中可能伴随的各类并

发的用 (n, %)表示,而组间验证用 t 和 χ^2 进行,最终若 $P<0.05$,则视为具备组间差异性。

2. 结果

2.1 评比两组对象的血压控制情况及合格率

干预前两组对象的血压指标经评比未见明显差别, $P>0.05$;干预后分析组对象的血压指标较参照组更低,且分析组的血压控制合格率明显更高于参照组,组间差异化明显,经验证 $P<0.05$ 。详见表 1 内容。

发病,使其认识到该疾病的危害性^[4]。随后再从饮食、运动、生活等方面给予针对性的指导,注意结合对方的个人特点与喜好,避免过于刻板导致对方无法遵从。很多高血压高危者并不掌握基本的血压测量方法,不了解跟踪记录血压水平的重要性,需要护理人员给予解释和指导,从而为药物的选择及临床治疗提供坚实依据。运动指导要充分尊重对方的工作特点及个人爱好,运动内容可适当进行调节,运动的主旨是保持规律性习惯,每周的运动次数不可低于 3 次,且每次需要坚持一定的时长,以循序渐进步为主,逐渐养成习惯。只有科学合理的饮食及运动才能帮助其在保证营养摄入的同时有效控制体重,逐渐提升机体免疫力,且运动可帮助其改善和调节情绪,有助于保持更为积极乐观的个人状态,从而更有助疾病的预防和治疗^[5]。结果显示,实施干预前两组对象的血压指标经评比未见明显差别, $P>0.05$;干预后分析组对象的血压指标较参照组更低,且分析组的血压控制合格率明显更高于参照组,组间差异化明显,经验证 $P<0.05$ 。实施干预后两组对象的生活方式经评测对比,分析组的生活方式更为健康,各项内容在评定中表现更为优异,结果具备统计学差异性, $P<0.05$ 。据此可见,针对于高血压高危人群而言,在体检护理中着重实施健康生活方式的内容宣教可有效提升其对于该疾病的认知水平,更有助于促进其改善自身生活方式,使生活方式更加健康,从而更好的控制血压水平。

参考文献:

[1] 李桃.健康生活方式宣教在高血压高危人群体检护理中的应用效果[J].健康必读,2019,(27):122.
[2] 唐怡新.健康生活方式宣教在高血压患者体检护理中的实施效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(22):186,196.
[3] 杨通念,余婷.健康生活方式宣教在高血压高危人群体检护理中的应用效果[J].饮食保健,2019,6(45):166-167.
[4] 徐小凤.健康生活方式宣教在高血压高危人群体检中的应用效果[J].健康必读,2019,(33):258.
[5] 郭白茹.高血压患者体检护理中健康生活方式宣教的实施价值体会[J].心血管病防治知识,2019,9(26):49-51.

肝癌介入治疗病人围术期合并上消化道出血的护理

徐彦荣 顾晓筱

宁夏医科大学总医院日间病房 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨肝癌介入治疗病人围术期合并上消化道出血的护理。方法：观察本院2020年4月至2021年10月期间接收的92例肝癌介入合并上消化道出血患者，随机分为对照组与观察组各46例，对照组运用常规护理，观察组采用针对性护理，分析不同护理后患者止血效果、生存率、复发率、治疗疗效、肝功能指标、护理满意度差异。结果：在患者止血率上，观察组95.65%，对照组82.61%，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；在患者AST、TBIL、ALT、AFP等肝功能指标上，观察组各项护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；在肝癌短期疗效上，观察组有效率为78.26%，对照组76.09%，对比没有统计学意义（ $p > 0.05$ ）。在护理总满意率上，观察组95.65%，对照组78.26%，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；在患者生存率与复发率上，观察组为71.74%和10.87%，对照组为65.22%和15.22%，对比没有统计学意义（ $p > 0.05$ ）。结论：肝癌介入治疗合并消化道出血患者围术期运用针对性护理，可以有效地提升止血效率，提升肝功能指标，不影响治疗疗效、生存率与复发率，提升患者护理满意度，整体状况更为理想。

关键词：肝癌介入治疗；围术期；上消化道出血；护理

肝癌属于较为常见且高发的恶性肿瘤之一，介入治疗是常见的微创治疗方法。该病早期缺乏典型症状，确诊时多属于中晚期情况，由此导致最佳治疗时机的错失。介入治疗可以提升患者生活质量，提高生存率。本文采集92例肝癌介入合并上消化道出血患者，分析运用针对性护理后患者止血效果、生存率、复发率、治疗疗效、肝功能指标、护理满意度差异，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院2020年4月至2021年10月期间接收的92例肝癌介入合并上消化道出血患者，随机分为对照组与观察组各46例。对照组中，男27例，女19例；年龄从47岁至85岁，平均（ 64.28 ± 6.87 ）岁；肝功能Child-Pugh分级上，A级为7例，B级为32例，C级为7例；观察组中，男25例，女21例；年龄从45岁至84岁，平均（ 63.61 ± 5.97 ）岁；肝功能Child-Pugh分级上，A级为5例，B级为30例，C级为11例；两组患者的基本年龄、性别、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，观察组采用针对性护理，内容如下：

1.2.1 术前护理

术前要做好对应的心理疏导工作，肝癌疾病本身会对患者构成强烈的心理冲击，容易出现悲观态度。同时由于患者对治疗手段缺乏足够的了解以及信任，也容易导致焦虑、恐惧的负面情绪。因此需要做好情绪方面的评估了解，针对其个人需要提供主动的关心，注重合理的沟通技巧，达到对应的心理疏导工作，减少其内心情绪压力。做好必要的教育指导工作，让其意识到疾病以及手术基本知识，提升治疗信心以及配合度，同时说明有关注意事项，让其更好地适应治疗手术所需。必要情况下，可以让成功案例进行现身说法，提升患者对治疗的信心，也需要做好家属的心理构建以及教育指导工作，让家属做好患者的心理抚慰，给予对应的生活照料以及心理支撑，减少患者围术期的心理不良影响。

术前准备工作上，需要辅助患者各项检查，术前12小时禁食禁水，术前半小时内做好安定肌内注射，防控患者心理过度紧张焦虑而引发的不良问题，做好必要的肝功能事项讲解。了解患者的手术耐受度以及手术敏感度。需要指导患者进行床上大小便，让其了解排尿训练的必要性以及方法，同时按照医嘱合理地使用药物。

1.2.2 术中护理

术中护理中需要辅助患者保持平卧位，将其穿刺部位做充分暴露，完善有关无菌化操作，按照医嘱做好对应的镇痛、吸氧、静脉通道建立，保持有关通道顺畅，做好各项生命提升以及意识状况的变化监测，了解患者的体验感受。如果有不适感，需要及时告知医生处理。在治疗过程中，如果患者有不良反应，需要及时反馈给医生处理，同时要做好患者患肢动脉搏动以及包扎情况的观察了解，及时地送回病房，做好有关交接工作。

1.2.3 术后护理

术后护理工作中，除了基础护理之外，还需要做好有关心理护理以及并发症护理。

术后并发症方面包括腹痛、发热、胃肠道护理、肝功能损害护理，肝区疼痛护理、股动脉栓塞护理等各方面指导。术后患者可能会产生明显的腹痛反应，主要因为治疗导致的组织坏死、缺血、炎症所刺激影响^[1]。术后1~2天会达到疼痛的高峰期，在3~5天则可以改善。要做好其疼痛频率、时间、性质、部位的确定，依据其情况合理地使用止痛药。做好患者对疼痛耐受度以及敏感度地评估了解，做好对应的心理护理工作。通过积极的心理暗示方法来转移患者注意力，说明疼痛的原因以及改善的方式，减少其心理负担^[2]。

患者可能会有发热问题，主要是由于肿瘤内凝固性坏死所引发的吸收热量所引发。一般在术后2~3天会较为明显，会持续3~7天的发热，在一周之后则主要是由于机体抵抗力下降所引发的感染发热问题^[3]。要做好对应发热原因的了解，以及针对性处理。同时要嘱咐患者进行必要的饮水来补充机体水分，做好基础护理。一般患者体温在38℃左右则不需要做药物

性降温处理,如果高于 39℃以及持续发热在一周以上则可能存在并发感染问题,需要合理地使用抗生素以及物理降温等措施。由于药物治疗所致,可能会导致患者胃肠道反应,例如恶心、呕吐、腹痛、胃炎、胃溃疡、消化道出血等问题^[4],需要及时地做好其症状反应观察,合理地使用药物。要细致地观察其呕吐物以及排泄物的颜色、量以及性质,做好对应记录,及时的防控出血带来的风险问题。

治疗可能会导致患者肝功能损害,需要做好有关的心理安抚工作,合理使用药物,做好各项症状体征的观察了解,嘱咐患者保持充分的睡眠,合理地使用保肝、利尿以及补充电解质,防控感染以及低蛋白血症^[5]。做好患者精神状况的观察,如果患者存在肝区疼痛情况,则需要做好对应情况的观察。疼痛一般在术后半小时内出现,会持续 1~2 天,3~5 天会逐步的改善,需要做好患者以及家属有关疼痛原因的告知,合理的通过营造舒适的环境,播放音乐,或者其他注意力转移的方式来改善其对疼痛的敏感度,减少其焦虑紧张情绪带来的疼痛不适感^[6]。如果疼痛过于明显,需要合理地使用镇痛药物处理。术后需要对穿刺侧肢体的皮肤颜色、温度以及足部活动、足背搏动情况做观察。发现肢体苍白,小腿疼痛,皮温降低,感觉迟钝等情况,可以推测有股动脉栓塞问题。需要将其患者抬升,以及配合热敷。合理地做好超声检查确定,按照医嘱使用解痉以及扩血管药物使用,避免对患肢进行按摩,防控栓子脱落而引发的不良问题^[7]。及时地开展手术处理。

1.2.4 出院指导

需要做好出院指导,包括家庭饮食、活动、作息、复诊、用药各方面。饮食方面保持清淡、低质、低胆固醇、高热量、丰富维生素的饮食,避免辛辣、烟酒刺激饮食带来不良影响^[8]。嘱咐多饮水来促使身体毒素的排泄,保持良好的心理状态,做好充分的休息,避免过于劳累以及情绪波动,保持健康规律的生活。防控感冒,做好保暖处理。同时尽可能减少公共活动,完成有关定期复诊工作。按照医嘱做好合理用药,定期的展开肝功能以及有关指标的检查观察。如果有不适感,需要及时复诊。

1.3 评估观察

分析不同护理后患者止血效果、生存率、复发率、治疗疗效、肝功能指标、护理满意度差异。护理满意度=很满意率+基本满意率。治疗疗效分为完全缓解、部分缓解、稳定、发展。治疗总有效率为完全缓解率+部分缓解率。肝功能指标主要集中在 AST、TBIL、ALT、AFP 等肝功能指标。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, $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 患者止血率情况分析

见表 1 所示,在患者止血率上,观察组 95.65%,对照组 82.61%,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1: 患者止血率评估结果[n(%)]

分组	n	止血率
观察组	46	44 (95.65)
对照组	46	38 (82.61)

注: 两组对比, $p<0.05$

2.2 患者肝癌短期疗效情况分析

见表 2 所示,在肝癌短期疗效上,观察组有效率为 78.26%,对照组 76.09%,对比没有统计学意义 ($p>0.05$)。

表 2: 患者肝癌短期疗效评估结果[n(%)]

分 组	n	完全缓解	部分缓解	稳定	发展	治疗总有效率
观察组	46	15(32.61)	22(47.83)	4 (8.70)	5 (10.87)	78.26%
对照组	46	11(23.91)	24(52.17)	5 (10.87)	6 (13.04)	76.09%

注: 两组对比, $p>0.05$

2.3 患者生存率与复发率情况分析

见表 3 所示,在患者生存率与复发率上,观察组为 71.74%和 10.87%,对照组为 65.22%和 15.22%,对比没有统计学意义 ($p>0.05$)。

表 3: 患者生存率与复发率评估结果[n(%)]

分组	n	生存率	死亡率	复发率
观察组	46	33 (71.74)	13 (28.26)	5 (10.87)
对照组	46	30 (65.22)	16 (34.78)	7 (15.22)

注: 两组对比, $p<0.05$

2.4 两组患者护理前后肝功能指标情况

如表 4 所示,在患者 AST、TBIL、ALT、AFP 等肝功能指标上,观察组各项护理后评分降低程度明显多于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$)。

表 4: 两组患者护理前后肝功能指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

分组	时间	AST (U/L)	TBIL ($\mu\text{mol/L}$)	ALT (U/L)	AFP (ng/L)
观察组	护理前	87.42 $\pm$ 5.29	47.82 $\pm$ 4.20	89.25 $\pm$ 6.21	193.78 $\pm$ 11.53
	护理后	58.29 $\pm$ 4.17	30.16 $\pm$ 3.76	53.67 $\pm$ 4.18	153.27 $\pm$ 9.86
对照组	护理前	85.74 $\pm$ 5.11	46.37 $\pm$ 3.82	88.72 $\pm$ 5.42	195.22 $\pm$ 9.85
	护理后	65.21 $\pm$ 5.42	37.81 $\pm$ 4.19	64.98 $\pm$ 4.69	165.74 $\pm$ 8.97

注: 两组护理前对比, $p>0.05$, 两组护理后对比, $p<0.05$

(下转第 167 页)

快速康复外科护理模式对老年脊柱骨折患者恢复及围术期疼痛的影响观察

袁培凤

菏泽市曹县中医院 山东菏泽 274400

摘要: 目的: 探讨对老年脊柱骨折患者实施快速康复外科护理模式的临床价值, 分析其对患者围手术期疼痛程度的影响。方法: 在 2020 年 2 月-2022 年 1 月期间选取本院诊治的老年脊柱骨折患者 82 例纳入研究样本, 根据护理方式不同将患者分为两组, 采用常规护理患者为对照组, 41 例, 采用快速康复外科护理模式患者为观察组, 41 例, 对比两组护理质量评分情况、术后不同时间疼痛评分情况、术后患者下床活动时间、住院时间、术后并发症发生率以及随访三个月患者恢复优良率, 明确快速康复外科护理模式的临床应用价值。结果: 经过不同护理, 观察组患者护理质量评分明显高于对照组, 术后不同时间疼痛评分明显低于对照组, 术后下床活动时间以及住院时间明显短于对照组, 术后并发症发生率明显低于对照组, 术后恢复优良率明显高于对照组, 两组比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对老年脊柱骨折患者实施快速康复外科护理模式, 效果好, 值得推荐患者使用。

关键词: 老年脊柱骨折; 快速康复外科护理模式; VAS 评分; 并发症; Prolo 功能评分

脊柱骨折是临床上常见的一种骨折类型, 主要是由于外力所导致, 发病人群主要为老年人, 这主要是因为老年人一般存在骨质疏松等症状, 脊柱的稳定性较差^[1]。发生脊柱骨折之后需要积极治疗, 否则患者不仅需要承受巨大的痛苦, 而且有可能因为错失最佳的治疗时机导致出现脊柱畸形情况, 严重者截瘫, 甚至有生命危险^[2]。目前, 临床上对患者主要是采用微创手术进行治疗, 获临床广泛认可。该手术方式虽然创伤小, 安全性高, 但是仍然属于侵入操作, 术后患者疼痛严重, 一定程度上对预后产生不良影响^[3]。因此, 需要积极配合有效的护理干预措施, 以降低术后疼痛感, 促使患者更快康复。为确定最佳的护理方案, 本文选取老年脊柱骨折患者 82 例进行分组研究, 具体汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究共选取患者 82 例, 选取时间为 2020 年 2 月-2022 年 1 月, 根据护理方式不同将患者分为两组, 各 41 例。对照组: 男性 22 例, 女性 19 例, 年龄 62-80 岁, 平均 (68.54±5.45) 岁; 观察组: 男性 23 例, 女性 18 例, 年龄 61-81 岁, 平均 (68.44±5.43) 岁。2 组基线资料比较无显著差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准: (1) 经过临床综合诊断, 所有患者均确诊为脊柱骨折; (2) 所有患者的年龄均在 60 岁以上, 均进行手术治疗; (3) 患者资料齐全, 自愿参与本次研究, 签署同意书; (4) 本次研究通过医院伦理委员会的批准。排除标准: (1) 排除了存在手术禁忌症患者以及合并其他严重脏器疾病患者; (2) 排除伴有严重出血倾向与生理缺陷患者; (3) 排除对本次研究不配合以及中途退出研究。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 本组患者实施常规护理, 主要包括手术前协助患者完成相关检查, 做好手术前的准备工作, 手术后根据患者的情况实施对症护理, 主要包括疼痛护理、康复训练等。

1.2.2 观察组 本组患者实施快速康复外科护理模式, 具体操作如下:

(1) 手术前的护理。手术前护士协助患者完成各项检查, 主要包括血常规、血压、肝肾功能等, 全面了解患者的情况, 包括基础疾病、营养状况、心理状况、体重等信息, 对患者的情况进行评估, 耐心告知患者微创手术治疗脊柱骨折的优越性以及注意事项等, 尽量多向患者讲述治疗成功的案例, 缓解患者的负面情绪, 帮助患者提高康复信念, 进而提高对治疗的依从性。手术前两小时可以给予患者葡萄糖注射液 500 毫升, 以避免患者由于饥饿出现烦躁感, 降低患者对手术的应激反应。(2) 手术中护理。患者进行手术前需要对手术室进行全面消毒清洁, 调整合适的温度和湿度, 在患者进入手术室之后, 核对好患者的信息, 对患者简单讲述手术室的环境, 减轻患者的陌生感, 协助患者取俯卧位, 完成麻醉, 在额头缠绷带, 在膝关节位置垫海绵垫, 然后根据可以根据手术时间将康惠尔泡沫敷料放置在受压部位, 以缓冲压力。在手术的过程中要定时对受压部位进行抬起操作, 避免长时间受压导致压疮发生。手术中密切观察患者的各项生命体征, 一旦出现异常, 及时通知医生处理, 术后将患者身上的体液清除干净, 注意保温, 将患者送回病房。(3) 术后护理。首先护理是要对患者进行体位训练。术后 3d 对患者体位进行严格控制, 预防脊髓神经损伤情况加重。协助患者取低枕平卧位, 将头部和身体保持在一条轴线上, 身体与纵轴平行。严格要求家属不能私自挪动和改变患者的体位。如果患者需要翻身, 需要护理人员在场协助, 切记不能对患者进行拉动、旋转、拖动, 如果患者的上肢功能较好, 可以指导患者借助上肢来改变体位。同时, 加强对创口的保护, 及时更换敷料, 避免对创口施加压力。其次要对患者做好个体化的康复护理工作。手术后 4-6d, 根据患者的恢复情况, 指导患者进行早期卧位康复锻炼, 指导患者借助上肢功能进行体位更换、翻身等操作。在患者身体允许的情况下, 可以指导患者使用哑铃、拉力器进行上肢力量的强化训练。术后 7-10d 可以协助患者进行坐位康复锻炼, 同时鼓励患者使用双手支撑进行直立训练, 直到完全直立。手术后的 1-14d, 指导患者佩戴支

具协助患者进行康复训练，教授患者正确使用轮椅，改善患者行动能力。另外，还需要加强对患者心理康复训练，护士要对患者的遭遇表示理解和同情，积极耐心的与患者沟通交流，疏导患者负面情绪，多向患者讲述正能量，帮助患者以积极乐观的态度面对自己的疾病，从而积极配合康复训练和治疗。

1.3 观察项目和评价标准

(1) 比较两组护理质量评分情况。采用医院自制的调查量表，包括四个项目，每项 100 分，分数高表示护理质量好^[4]。

(2) 比较两组术后不同时间疼痛评分情况。采用 VAS 评分，总分 10 分，0 分为无痛，10 分为剧痛，分数越高表示疼痛越严重^[5]。

(3) 比较两组患者下床活动时间以及住院时间。

(4) 比较两组术后并发症发生率。

(5) 比较两组术后 3 个月恢复优良率。随访 3 个月，采用 Prolo 功能评分标准评价患者预后情况，包括脊柱功能、劳动能力、疼痛及服药状况等方面，总分为 4~20 分，17~20 分为优，13~16 分为良；9~12 分为可，4~8 分为差^[6]。优良率=（优病例数+良病例数）/总病例数×100%。

1.4 统计学方法

使用“SPSS22.0 版本软件进行此研究，采用方差同质性检验方法，变量资料以“t”计算用“($\bar{x}\pm s$)”表示。定性数据用“ X^2 ”核实以(%)表达。各组数据服从方差相同的正态分布， $P<0.05$,显著差异。

2 结果

2.1 两组护理质量评分对比分析

护理后对两组护理质量进行评分，观察组各项评分均明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组护理质量评分对比分析 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别(n=41)	护理操作	健康教育	护患交流	文书书写
对照组	88.23±2.13	89.65±2.11	88.59±2.33	88.13±2.31
观察组	95.63±2.52	96.66±2.68	95.62±2.33	96.65±2.32
t	14.360	12.202	13.661	16.663
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组术后不同时间疼痛评分比较

术后不同时间，观察组疼痛评分均明显低于对照组，表示疼痛程度相对较轻，两组比较有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组术后不同时间疼痛评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术后 1d	术后 2d	术后 3d
对照组	41	6.55±1.11	5.37±1.13	4.32±1.56
观察组	41	4.51±1.45	3.34±1.22	2.11±0.21
t		7.153	7.817	8.990
P		0.000	0.000	0.000

2.3 两组下床活动时间和住院时间比较

经过不同护理，观察组下床活动时间和住院时间均明显短于对照组

($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组下床活动时间和住院时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	下床活动时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	41	17.74±2.14	23.95±2.34
观察组	41	11.64±1.42	16.73±1.26
t		15.208	17.395
P		0.000	0.000

2.4 两组并发症发生率比较

护理后比较两组并发症发生率，观察组明显低于对照组 ($P<0.05$)。

见表 4。

表 4 两组并发症发生率比较(n,%)

组别	例数	切口感 染	肺部感 染	下肢静 脉血栓	压疮	发生率
对照组	41	2	2	2	4	10(24.39)
观察组	41	1	1	0	0	2 (4.88)
X^2						6.248
P						0.012

2.5 两组术后三个月恢复优良率比较

术后随访 3 个月，比较两组患者恢复优良率，观察组明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组术后三个月恢复优良率比较(n,%)

组别	例数	优	良	可	差	优良率
对照组	41	16	11	8	6	27(68.29)
观察组	41	25	10	5	1	35(85.37)
X^2						4.232
P						0.040

3 讨论

脊柱骨折作为临床上常见的一种骨折类型，对患者具有严重不利的影响，一般需要实施外科手术治疗^[7]。临床实践发现，对脊柱骨折患者实施外科手术治疗，一般均可以改善患者脊柱生理解剖结构以及稳定性，从而改善患者活动受限、感觉功能障碍等症状^[8-9]。但是手术治疗属于侵入操作，会导致患者出现强烈的疼痛感，导致患者舒适度下降，因此，为进一步提高手术治疗效果，改善预后，需要在围手术期配合实施有效的护理干预措施。但是常规护理措施单一，难以取得理想的护理效果^[10]。在这种情况下，我院对部分患者实施快速康复外科护理模式，相较于常规护理，取得了较好的护理效果，分析原因如下：快速康复外科护理模式是一种先进的护理模式，该护理模式以循证医学证据为基础，坚持以人为本的理念，将患者为护理服务的中心和主体，对围手术期护理措施进行不断优化，最大限度减少患者在围手术期遭受的刺激，将加速术后康复作为护理的主要目的。因此，采用该护理模式对患者进行护理，可以显著提升护理质量，

减轻患者的疼痛感,促使患者术后尽快康复,改善预后^[11,12]。

本文研究发现,经过不同护理,观察组患者护理质量评分明显高于对照组,术后不同时间疼痛评分明显低于对照组,术后下床活动时间以及住院时间明显短于对照组,术后并发症发生率明显低于对照组,术后恢复优良率明显高于对照组,两组比较有统计学意义($P<0.05$)。研究结果表明对老年脊柱骨折患者实施快速康复外科护理模式是有效的,可以将其作为临床护理的优良方案。

综上所述,对老年脊柱骨折患者实施快速康复外科护理模式,有助于提高护理质量,减轻患者疼痛感,降低并发症发生率,促使患者尽快康复出院,改善预后,值得推荐患者使用。

参考文献:

- [1]陈艳.快速康复外科理念在脊柱骨折并发脊髓损伤围手术期护理中的应用[J].中国民间疗法,2018,26(8):93-94.
- [2]张立妍.快速康复外科护理对行微创手术的脊柱骨折患者的影响[J].中国民康医学,2018,30(9):125-126.
- [3]李巧平,李琳,李璟,等.快速康复外科理念在微创内固定治疗胸腰椎爆裂骨折患者围术期护理中的应用[J].解放军护理杂志,2017,34(10):51-54.
- [4]林秋炜,陈玉芳.快速康复外科护理在微创内固定治疗胸腰椎爆裂

骨折患者围术期护理中的应用[J].白求恩医学杂志,2020,18(3):307-308.

[5]李佳.快速康复外科护理对行微创手术的脊柱骨折患者的影响研究[J].山西医药杂志,2019,48(10):1240-1242.

[6]刘勇,安文涛,张志彬.椎体成形术结合快速康复外科理念治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的疗效研究[J].科学技术与工程,2021,21(22):9275-9280.

[7]李莉,吴群芳,姚丽.快速康复理念在无神经损伤胸腰椎爆裂性骨折术后疼痛护理的应用[J].海军医学杂志,2021,42(2):246-248.

[8]刘勤,张朝贵,黄凤鸣.加速康复外科理念下精细化护理在脊柱手术护理中的应用[J].药店周刊,2021,30(50):96-97.

[9]邱兴.快速康复外科护理联合心理干预在PFNA内固定术治疗老年粗隆间骨折中的应用效果分析[J].心理月刊,2020,15(20):157-158.

[10]沈阳.快速康复外科护理模式对脊柱骨折围手术期患者疼痛度及预后效果的影响[J].现代养生(下半月版),2021,21(10):93-94.

[11]张黎影,王薇,魏燕.快速康复外科护理对脊柱骨折患者围术期疼痛的影响[J].检验医学与临床,2020,17(20):3030-3032.

[12]马开菊.快速康复外科护理对脊柱骨折患者的影响[J].中外医学研究,2021,19(36):87-90.

(上接第164页)

2.5 患者护理满意度情况

见表5所示,在护理总满意率上,观察组95.65%,对照组78.26%,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	46	29(63.04)	15(32.61)	2(4.35)	95.65%
对照组	46	16(34.78)	20(43.48)	10(21.74)	78.26%

注:两组对比, $p<0.05$

3 讨论

有关围术期护理工作中,要关注肝癌介入治疗的护理所需,也需要兼顾消化道出血的实际防控工作。要做好有关消化道出血观察识别的健康教育指导,提供对应的应急措施,按照医嘱合理用药。如果发现出血情况需要及时告知医护人员,或者到院就诊。一般患者如果有黑便以及腹胀情况,则可能有出血征象情况。各护理工作的开展需要针对患者个体情况而定,做好患者与家属双方的配合调动工作,提升工作开展的有效性,降低护理工作压力与风险。总而言之,肝癌介入治疗合并消化道出血患者围术期运用针对性护理,可以有效地提升止血效率,提升肝功能指标,不影响治疗疗效、生存率与复发率,提升患者护理满意度,整体状况更为理想。

参考文献:

- [1]段甜,孙晓英,韩月霞.针对性护理对肝癌介入治疗患者胃肠道反应及疼痛的影响[J].临床医学工程,2021,28(2):219-220.
- [2]刘文霞.医护一体化护理干预对肝癌介入治疗患者自护能力及并发症的影响[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(14):335-336.
- [3]张海燕.个性化护理对肝癌介入治疗患者的临床效果研究[J].饮食保健,2021(4):132.
- [4]宋建花.肝癌介入治疗中无缝隙护理的应用探讨[J].黑龙江中医药,2021,50(1):298-299.
- [5]莫倩,刘先茹.心理护理在肝癌介入治疗中的应用对患者负面情绪的改善作用分析[J].饮食保健,2021(28):176.
- [6]苏美丽.综合护理干预在肝癌患者介入治疗中的应用[J].黑龙江科学,2021,12(10):78-79.
- [7]方晓园.纽曼系统护理模式对中晚期肝癌介入治疗术后患者生活质量和不良情绪的影响[J].家有孕宝,2021,3(17):225.
- [8]王丽娜.原发性肝癌患者介入治疗后的护理常规及优化[J].母婴世界,2021(5):236.

神经外科脑挫伤患者围术期采用综合护理干预的效果分析

张生莉

甘肃中医药大学第三附属医院白银市第一人民医院 甘肃白银市 730900

摘要：目的：探讨神经外科脑挫伤患者围术期采用综合护理干预的效果。方法：采集本院2019年5月至2021年10月期间接收的104例神经外科脑挫伤患者，随机分为常规组与实验组，每组各52例，常规组运用围术期常规护理，实验组运用综合护理干预，分析不同护理后患者认知功能、运动功能、神经功能缺损程度、护理满意度情况。结果：在患者定向力、视知觉、空间知觉、运作运用、视运动、思维运作等认知功能评分上，观察各组各项护理后评分提升幅度明显多于常规组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者NIHSS、FMA评分上，实验组各项护理后评分改善幅度明显多于常规组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者护理满意度上，实验组96.15%，显著比常规组82.69%比例更高，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：神经外科脑挫伤患者围术期采用综合护理干预，可以有效地改善患者神经功能缺损状况，提升其运动功能，优化其认知功能，提升患者护理满意度，整体状况更为理想。

关键词：神经外科；脑挫伤；围术期；综合护理干预；效果

重症脑挫伤属于神经外科常见危急重症情况，患者一般在入院时处于昏迷状态，有舌后坠、咳嗽反应相对弱化或者消失，容易有呕吐物与分泌物造成呼吸道的阻塞，由此导致机体缺氧与窒息等风险，同时预后情况相对较差。本文采集104例神经外科脑挫伤患者，分析围术期运用综合护理干预后患者认知功能、运动功能、神经功能缺损程度、护理满意度情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2019年5月至2021年10月期间接收的104例神经外科脑挫伤患者，随机分为常规组与实验组，每组各52例。常规组中，男28例，女24例；年龄从28岁至79岁，平均（ 42.58 ± 5.01 ）岁；住院时长为14天至73天，平均（ 24.98 ± 4.08 ）天；损伤类型中，硬脑膜外血肿为13例，硬脑膜下血肿为7例，颅内血肿为8例，脑干伤为5例，脑挫裂伤为12例，开放性颅脑损伤为7例；实验组中，男32例，女20例；年龄从26岁至78岁，平均（ 43.17 ± 7.64 ）岁；住院时长为14天至71天，平均（ 25.67 ± 4.51 ）天；损伤类型中，硬脑膜外血肿为11例，硬脑膜下血肿为8例，颅内血肿为9例，脑干伤为3例，脑挫裂伤为11例，开放性颅脑损伤为10例；两组患者的基本年龄、性别、损伤类型、住院时长等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

常规组运用围术期常规护理，实验组运用综合护理干预，内容如下：

要做好患者伤情的综合评估，入院之后需要快速地对其伤情做整体评价。对其意识、瞳孔、反应、脉搏、呼吸、肢体瘫痪等情况做综合的观察记录，要确保患者呼吸顺畅，防控窒息风险。尤其是该类患者昏迷情况较为多见，要辅助患者保持侧卧位或者平卧位，将其头部侧向一旁。及时清理其呕吐物以及口鼻腔内的血液，以及有关分泌物。做好患者血氧饱和度情况观察，如果患者有严重性的呼吸衰竭情况，需要及时开展对应的气管插管^[1]。同时保持每分钟4~5升的吸氧处理，避免因缺氧导致的脑水肿严重化。要做好呕血以及便血的观察记录。患者损伤情况可能会导致应激性溃疡，由此引发上消化道出血，同时激素的运用也容易引发该问题。需要在患者发病之后几个小时，或者在数天时间内做好其呕血以及便血情况的观察，包括其呕吐物以及大便的性质、颜色、量等^[2]。如果有咖啡样的呕吐物，柏样排便，则可能怀疑有上消化道出血风险。要辅助患者快速建立两条静脉通路，由此来保证输液以及输血所需，保证一次性静脉穿刺成功。要做好患者躁动防控，避免有关穿刺滑脱等风险。

要做好抗休克管理，患者发病之后，其面部血管分布情况较多，容易

导致大量出血，进而引发失血性休克。需要做好患者皮肤黏膜、意识、肢体温度、末梢循环、血压、尿量、脉搏等各方面指标的观察^[3]，由此来更为准确地判断其休克严重程度。如果判定存在休克问题，需要及时行血容量补充。要做好患者病情综合观察，完善其意识、瞳孔、血压、脉搏、呼吸等各方面变化的观察记录，保持每15分钟一次。对其颅内病变情况，通过瞳孔情况反馈^[4]。了解瞳孔的大小、形态以及对光反射的敏感度，由此来对其颅内血肿情况做及早的观察判断，对其意识障碍以及变化情况规律做有效的了解。如果患者从深昏迷状况逐步变为浅昏迷，或者存在躁动情况，则说明其病情有改善趋向。如果有浅昏迷状态到深昏迷，同时有瞳孔、血压、呼吸各指标的变化，则可能其存在病情的严重化。如果患者存在原发性的昏迷情况严重化，则可能存在脑损伤严重问题。如果有意识障碍，则可能有颅内血肿不断严重化以及脑水肿情况严重问题。要做好体温观察，患者可能会有低热问题，需要鉴别不同发热原因，做好针对性干预。

需要做好环境管理。确保空气新鲜，定时开窗通风换气^[5]。保持湿度在70%以上，温度在19度摄氏度左右。做好室内的紫外线灯消毒清洁，每天一次地面湿式清扫。做好其体位管理，保持去枕平卧，让其颈部得到舒展，将其床头做15度至30度的抬升，有助于其整体呼吸状况的优化^[6]。同时也可以让其脑静脉回流得到优化。指导患者做好翻身活动，反正要保持身体各部分处于同一轴位，避免气管套管旋转幅度过大而引发的窒息等问题。要做好换药管理，套管切口敷料保持每天1~2次的更换。套管口采用无菌纱布做有效的覆盖，避免异物阻塞。

要做好呼吸道护理工作。对其气管内进行定时的1%碘化钾溶液滴入来进行痰液稀释，同时防控干燥问题而导致的痰痂。依据情况做好雾化吸入，保持每天三次以上。要做好结膜炎防控管理，进行其眼部清洁^[7]。通过湿毛巾对其眼部做内眦向外眦的清理。如果患者存在眼部不能闭合以及昏迷状况，则需要运用生理盐水对其眼部做擦洗，同时运用生理盐水湿纱布对眼部做遮盖，避免角膜受损问题。白天需要运用1%氯霉素眼药水做好滴眼使用，每天两次。晚间需要进行红霉素或者金霉素眼膏，避免其睫毛粘附在结膜之内。

要做好饮食以及营养指导工作。患者存在面部损伤问题，通过经口进食相对较难，可以运用鼻饲流质饮食支持。可以运用高渗饮食，少量多次，从少到多，每次保持100毫升，然后逐步增加到每次200~300毫升，其间隔时间控制在三小时。鼻饲的浓度需要逐步提升，但是防控过浓以及渗透压过高而引发的腹胀、腹泻等问题。

要做好口腔护理工作。患者意识清醒情况下，可以指导其通过含漱液进行口腔清洁^[8]。采用20毫升的含漱液，通过牙齿间隙将含漱液输入到口

腔内, 然后进行头部的左右摇摆, 让漱口液在口腔中得到全面充分的流动, 然后再通过吸引器将其吸出, 让患者进行低头吐出漱口液。来回反复进行 3~4 次操作, 保持动作的柔和, 防控用力牵拉导致了不良问题。如果患者处于昏迷状况, 则需要应用消毒棉片在做对应的清洁, 避免其皮肤黏膜受损等问题。做好导尿管留置护理, 需要进行尿液颜色、性质、量的观察记录, 每天运用 0.1% 的新洁尔灭消毒做好外阴以及尿道口的清洁, 每天两次, 确保尿管的清洁无菌状况。同时鼓励患者多喝水、多排尿, 进行有效的生理性膀胱冲洗。一般不采用抗菌药物做膀胱冲洗, 防控耐药菌株导致的感染风险。

要做好患者多样化的心理护理工作, 让家属提供患者良好的家庭氛围, 同时积极地做好正面心理暗示, 提升其治疗康复的信心。多提供成功案例, 给予多样性注意力转移方法的指导, 让其保持身心松弛。

1.3 评估观察

分析不同护理后患者认知功能、运动功能、神经功能缺损程度、护理满意度情况。认知功能主要运用 LOTCA 量表, 包括患者定向力、视知觉、空间知觉、运作运用、视运动、思维运作等认知功能评分, 评分越高代表其认知功能情况越好。神经功能缺损评分运用 NIHSS 评分, 评分越低情况越好。运动功能主要运用 FMA 评分, 评分越高情况越好。

1.4 统计学分析

表 2: 两组患者护理前后认知功能评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	定向力	视知觉	空间知觉	运作运用	视运动	思维运作
实验组	护理前	7.22±0.53	10.34±0.56	7.84±0.53	9.40±0.47	16.72±0.64	13.82±0.41
	护理后	14.28±0.74	16.27±0.48	11.73±0.49	11.76±0.53	22.49±0.75	22.56±0.57
常规组	护理前	7.49±0.42	10.15±0.42	7.65±0.28	9.23±0.49	16.28±0.62	12.75±0.52
	护理后	11.09±0.61	11.47±0.47	9.15±0.39	10.26±0.58	19.57±0.48	20.08±0.71

注: 两组护理前对比, $p > 0.05$, 两组护理后对比, $p < 0.05$

2.3 患者护理满意度情况

见表 3 所示, 实验组护理总满意率为 96.15%, 常规组为 82.69%, 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
实验组	52	34(65.38)	16(30.77)	2(3.85)	96.15%
常规组	52	22(42.31)	21(40.38)	9(17.31)	82.69%

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

脑挫伤属于较为常见的脑损伤问题, 一般是外力作用而导致的软脑膜完整性受损, 脑皮质浅层出血或者挫碎等问题。该损伤问题会导致患者有严重的意识障碍, 病情持续严重, 甚至导致损伤之后长时间的昏迷以及死亡。在其意识得到恢复之后, 也会容易引发头痛以及脑激惹等风险, 还会导致自主神经功能紊乱, 甚至引发患者呼吸循环障碍。患者会出现多样化的神经系统异常情况, 例如失语、偏瘫、吞咽障碍等, 也容易出现脑水肿等多种并发症。对于该类患者的护理工作, 需要作严密管控, 优化整体地护理细致度。同时考虑到人性化的特点, 提升患者整体的配合度, 降低治疗风险。对于护理人员的综合要求也相对更高, 需要有较好的沟通判断能力, 能够开展积极的指导, 护理操作更为细致严谨, 由此减少护理风险问题的发生。

本研究中, 实验组采用综合护理干预的方式, 有效提升了患者整体的恢复效果, 患者对护理工作认可度较高, 整体的护患关系较为和谐, 减少

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, $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后 NIHSS、FMA 评分情况

如表 1 所示, 在患者 NIHSS、FMA 评分上, 实验组各项护理后评分改善幅度明显多于常规组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

表 1: 两组患者护理前后 NIHSS、FMA 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	NIHSS	FMA
实验组	护理前	22.17±1.98	35.72±2.08
	护理后	10.06±1.25	64.29±4.92
常规组	护理前	22.43±1.86	35.29±2.38
	护理后	13.27±1.39	54.73±2.11

注: 两组护理前对比, $p > 0.05$, 两组护理后对比, $p < 0.05$

2.2 两组患者护理前后认知功能评分情况

如表 2 所示, 在患者定向力、视知觉、空间知觉、运作运用、视运动、思维运作等认知功能评分上, 观察各组各项护理后评分提升幅度明显多于常规组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

了不良冲突矛盾带来的护理工作压力, 护理工作的口碑形象得到了有效提升。说明该方式应用的合适性, 具体操作还需要做好护理人员执行能力培训、考核, 提升其执行效果, 将科学有效的护理工作落实到位。

总而言之, 神经外科脑挫伤患者围术期采用综合护理干预, 可以有效改善患者神经功能缺损状况, 提升其运动功能, 优化其认知功能, 提升患者护理满意度, 整体状况更为理想。

参考文献:

- [1]孙晓村. 早期康复护理的应用对促进脑挫伤患者神经功能的影响[J]. 特别健康, 2021(21):249.
- [2]黄青霞. 重度脑挫伤病人临床护理干预对预后的影响研究[J]. 健康必读, 2021(7):16.
- [3]柏芸. 重度颅脑损伤合并肺挫伤患儿的急救护理分析[J]. 中国伤残医学, 2021, 29(19):78-79.
- [4]韩胜伟. 脑挫伤患者救治过程中的协同式院前急救护理效果[J]. 东方药膳, 2020(17):14.
- [5]杜洪芳. 早期康复护理对脑挫伤患者神经、运动及认知功能的影响评价[J]. 医学理论与实践, 2019, 32(13):2122-2124.
- [6]王燕. 一例颅脑损伤合并肺挫伤患者的护理[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(3):125, 129.
- [7]魏迎兵, 徐蕴芳, 邹幼萍, 等. 持续颅内压监测在双额叶脑挫伤中的应用及护理[J]. 解放军护理杂志, 2010, 27(7):526-527.
- [8]顾英, 郭丽萍. 临床护理路径在脑挫伤中的应用效果[J]. 中外医学研究, 2017, 15(23):102-104.

激励式护理干预对呼吸衰竭重症监护患者肺功能及心理状态的影响分析

张洋 卞慧英

济南市中西医结合医院 山东济南 271100

摘要：目的：探讨分析激励式护理干预对呼吸衰竭重症监护患者肺功能及心理状态的影响。方法：选取我院收治的呼吸衰竭重症监护患者共计 70 例，划分为对照组（常规护理）、研究组（激励式护理），观察和比较两组患者护理效果。结果：护理干预后，研究组患者治疗时间、机械通气时间、总住院时间指标，均明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）；研究组患者的肺功能指标改善效果，均明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）；研究组患者的心理状态改善效果，均明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：针对呼吸衰竭重症监护患者，给予激励式护理干预的效果显著，有助于恢复肺部功能，改善不良心理情绪，值得推广应用。

关键词：激励式护理干预；呼吸衰竭重症监护患者；肺功能；心理状态

呼吸衰竭属于综合征，患者呼吸功能出现严重障碍，静息时无法自主呼吸，合并代谢紊乱、生理功能紊乱等症状^[1]。患者会出现心率加快、呼吸困难、血压升高、发绀等症状，严重危及生命。参与外呼吸的环节病变，都会造成呼吸衰竭。常见病由于通气功能障碍、换气功能衰竭等。临床治疗呼吸衰竭重症监护患者时，多采用机械通气法。通气时间长，为了确保通气治疗效果，需要采取制动措施，但是该措施会导致患者出现失用性肌萎缩等症状，对预后影响大，所以必须实行全方位护理干预。常规护理干预，主要缓解患者的不良情绪，患者实行被动活动，降低并发症率，能够有效控制病情，但护理效果不理想。激励式护理，是将心理学为基础，加强患者的治疗信息，以加强治疗与护理主动性，改善预后^[2]。本文研究中，围绕呼吸衰竭重症监护患者，讨论激励式护理干预的应用，分析患者肺功能、心理状态改善情况，具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院收治的呼吸衰竭重症监护患者共计 70 例，时间为 2020 年 10 月至 2021 年 10 月。患者分为对照组与研究组。其中，对照组中，男性患者 20 例，女性患者 15 例，年龄 55-76 岁，平均年龄为（64.2±3.8）岁。研究组中，男性患者 18 例，女性患者 17 例，年龄 56-78 岁，平均年龄为（65.6±3.7）岁。比较两组患者一般资料，存在显著差异（ $P > 0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

对照组患者，采用常规护理模式，包括体位、呼吸、活动护理内容。第一，体位护理：由于呼吸衰竭重症监护患者比较特殊，应当正确摆放体位，当体位不合适，就会挤压患者呼吸道，阻碍呼吸，还会出现导管移位、弯折、脱落等现象；第二，呼吸护理：护理人员关注患者情况，定期排痰。当发现呕吐物、分泌物时，应当及时清理，确保患者呼吸道顺畅。当患者出现呼吸困难症状，使用支气管镜、茶碱类药物辅助排痰。呼吸机是患者必备设施，护理人员应当确保呼吸机正常运行，按照患者实际情况，调整呼吸机通气量、参数，以满足患者呼吸需求；第三，活动指导：呼吸衰竭

重症监护患者长时间卧床，缺乏运动，护理人员应当对患者关节、四肢进行被动活动，避免出现肌肉萎缩、压疮等症状。

研究组患者，采用激励式护理干预，措施如下：第一，制定护理计划：明确护理目标，关注患者护理需求，为了减少护理不良事件，护理人员联合身体检查结果、治疗经历，制定相关应对措施。注重与患者交流沟通，观察患者表情、行为，评估患者情绪变化。结合患者不良情绪来源，制定激励式护理计划。第二，目标激励：为患者制定呼吸训练、呼吸锻炼计划，制定短期激励目标。首先，呼吸运动：注重功能联系与活动，使用呼吸机辅助患者呼吸。告知患者正确呼吸方法，应当用鼻呼吸，减少吞咽动作。患者应当避免在面罩内说话，为了避免胃肠胀气，呼吸时应当紧闭嘴巴。护理人员需要注意湿化罐的蒸馏水位置，将标准水位线的上下线为准。湿化罐内的灭菌蒸馏水，更换频率为 1 次/d。其次，呼吸训练：患者应当从鼻孔吸气，呼气时微缩嘴唇，呈吹口哨样，气体缓慢从嘴巴呼出。同时收缩腹部，吸气与呼气时间比为 1:2，每日进行 3-4 次，10min/次。最后，制定激励目标：护理人员制定每日功能恢复联系、后续活动计划，评估患者关节活动度、肌肉强度，加强患者稳定性、耐受强度。日常功能恢复练习，为被动活动。站立、行走联系，需要患者离床活动。因此，护理人员可先为患者制定 2d 活动量。活动过程中，按照患者接受程度，给予呼吸机辅助，为患者提供氧支持。相隔 1d，护理人员评估患者肌肉能力、肌肉缓解、活动度、呼吸能力。患者达到目标后，可以给予激励，加强患者基础治疗的依从性。第三，语言激励：注重护患沟通与交流，密切关注患者情绪变化。在护理操作前后，给予患者语言激励。比如机械通气后，护理人员可夸赞患者的操作配合度，以提升患者治疗与护理的积极性，缓解不适感。第四，需要激励：注重与患者沟通交流，鼓励患者表达内心感受，比如获得心理安慰、获得护理措施等。在日常护理中，联合患者实际情况，实行激励合理。如果患者一天的情绪状态良好，依从性高，则可以为患者提供肢体按摩等操作，加强患者的康复依从性。第五，榜样激励：患者治疗过程中，当出现应激情绪时，出现放弃治疗的想法。护理人员应当列举成功案例，从而加强榜样激励作用。

1.3 指标观察

比较两组患者临床指标,包括治疗时间、机械通气时间、总住院时间。检测患者肺部功能指标,对比患者的肺功能改善情况,包括 FEV₁ (1s 用力呼吸容积)、FVC 水平 (FEV₁/用力肺活量)、FEV₁% (FEV₁ 占预计值的百分比)。使用肺功能分析仪,。观察和记录两组患者的心理状态变化。

1.4 统计学方法

对不同组患者数据进行比较,使用 SPSS21 软件,通过 T 检验法,检验计量资料;采用 χ^2 检验法,检验计数资料,当不同组数据 P 值小于 0.05,表示存在显著差异。

2 结果

2.1 比较两组患者临床治疗

护理干预后,研究组患者治疗时间、机械通气时间、总住院时间指标,均明显优于对照组 (P<0.05),详情见表 1:

表 1 比较两组患者临床治疗

组别	例数	治疗时间 (d)	机械通气时间 (d)	总住院时间 (d)
对照组	35	27.45±6.98	20.57±4.25	36.35±7.98
研究组	35	19.09±3.98	15.25±4.01	27.12±5.01
t	/	6.474	5.414	6.176
P	/	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者肺功能指标

干预前,两组患者肺功能指标,无显著差异 (P>0.05);干预后,研究组患者的肺功能指标改善效果,均明显优于对照组 (P<0.05),详情见表 2:

表 2 对比两组患者肺功能指标

组别	时间	FEV ₁ (L)	FEV ₁ /FVC	FEV ₁ %
对照组	干预前	1.32±0.19	42.18±5.15	46.47±4.01
		1.85±0.21*	64.63±4.98*	63.02±4.18*
研究组	干预后	1.34±0.12	43.13±5.24	47.12±4.02
		2.74±0.22*#	76.73±5.05*#	74.24±5.53*#

注:与干预前比较,*P<0.05;与对照组比较,#P<0.05

2.3 对比两组患者心理状态

干预前,两组患者心理状态比较无差异 (P>0.05);干预后,研究组患者的心理状态改善效果,均明显优于对照组 (P<0.05),详情见表 3:

表 3 对比两组患者心理状态

组别	时间	抑郁评分	焦虑评分
对照组	干预前	67.82±2.71	70.82±3.77
		55.37±4.28*	58.08±3.03*
研究组	干预后	68.17±4.56	71.74±4.11

49.27±3.56*#

53.87±2.78*#

注:与干预前比较,*P<0.05;与对照组比较,#P<0.05

3 讨论

呼吸衰竭症状,是由于多种原因所致肺通气、换气功能障碍。按照病变部位,划分为中枢性、周围性呼吸衰竭^[3]。按照动脉血气分析,可以划分为I型、II型呼吸衰竭。其中,I型症状,是单纯低氧性呼吸衰竭,无高碳酸血症,动脉血气分期结果为动脉血氧分压小于 600mmHg。II型症状,是指短期内出现的呼吸衰竭症状,病情危重,必须及时抢救。按照病程,可以划分为急性、慢性。其中,慢性呼吸衰竭,是长时间形成的疾病,机体出现代偿。呼吸衰竭会累及全身系统,导致多器官功能障碍。慢性呼吸衰竭,合并二氧化碳潴留时,随着二氧化碳分压升高,患者出现先兴奋、后抑制的神经系统症状^[4]。兴奋症状,表现为躁动不安、烦躁症状;夜间失眠,白天嗜睡;抑制现象为昏睡、昏迷。患者出现急性缺氧症状时,会出现精神错乱、抽搐、昏迷症状。严重呼吸衰竭患者,会出现胃肠道缺血、糜烂出血、黏膜受损等,出现贫血、黑便、呕血等症状。呼吸症状还会危害患者循环系统,表现为心动过速。酸中毒、严重低氧血症,会加剧心肌损伤,出现血压下降、心律失常、心脏骤停反应。临床在治疗呼吸衰竭患者时,多采用机械通气治疗法,调节患者体内潴留气体紊乱,稳定代谢紊乱症状,确保呼吸通畅度,有助于恢复病情。机械通气治疗,注重患者的镇静与镇痛治疗,可以为重要脏器提供充足氧气。当患者长期制动时,体内被激活的生物化学通道,会造成肌肉蛋白分解、合成异常,引发患者神经组织、循环功能、肌肉组织异常,出现较多并发症,所以必须注重患者护理干预^[5]。患者住院期间,与患者及家属接触最多的就是护士。按照相关研究显示,建立全面化、责任制、标准化的护理模式,能够改善患者肺功能与心理状态,延缓患者疾病进展,以加强治疗与护理的依从性。

常规护理干预,注重患者活动、卧床体位、呼吸等干预,锻炼患者运动功能,加强生活质量。尽管具备一定效果,但是改善程度不深,存在的不良问题较多。激励式护理干预,采用积极心理学知识,以目标激励、需要激励、语言激励、榜样激励等方式,给予患者全方位激励与鼓励,提升患者的正向思维强度,加强自我情绪管理,减少治疗与护理期间的敏感度与不适感,以提升患者治疗自信心^[6]。提升护理依从性,促进患者功能康复,缩短恢复时间。在此次研究中,研究组患者治疗时间、机械通气时间、总住院时间指标,肺功能指标改善效果,心理状态改善效果,均明显优于对照组 (P<0.05)。与常规护理模式相比,激励式护理干预,有助于改善患者各项临床症状。在常规护理中,护理目标为患者生理状态,不太关注心理需求,所以护理效果的局限性影响大。给予呼吸衰竭患者激励式护理干预,可以补充原有康复计划的内容,制定短期康复目标,实行目标激励法,以加强患者自主康复意愿。当达成短期目标之后,才可以提升康复信念感,确保患者治疗与护理的依从性。采用语言激励方式,能够以心理暗示法加强患者的积极情绪,化解乏力、呼吸困难、疼痛等不良症状,加强患者情绪自控能力,确保内分泌的稳定性^[7]。需要激励措施,可以满足患

(下转第 174 页)

针灸配合穴位注射治疗颈椎病的临床疗效观察

冯胜军

德江县民族中医院 贵州德江 565200

摘要：目的：探讨对颈椎病患者予以针灸配合穴位注射治疗的临床疗效。方法：择取我院 2021 年 3 月~2022 年 3 月 98 例颈椎病患者，随机分组对比研究，各 49 例，对照组实行单一针灸治疗，观察组基于针灸联合穴位注射治疗，观察两组临床疗效，应用疼痛视觉模拟评分（VAS）、日本骨科协会评估治疗评分（JOA）以及中医症候评分评估两组治疗前后疼痛程度、颈椎功能、症状情况等。结果：观察组临床总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组 VAS、JOA 以及中医症候评分差异不大（ $P>0.05$ ），治疗后，观察组 VAS、中医症候评分低于对照组，JOA 评分则高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对颈椎病患者予以针灸配合穴位注射治疗的临床疗效显著，不仅可以对促进疗效进一步提升，还能使神经根加速修复，继而缓解疼痛等临床症状，加快病情恢复速度，应用有效性较高，值得临床大力推广并应用。

关键词：针灸；穴位注射；颈椎病；颈椎功能；疼痛程度；中医症候

颈椎病又可成为颈椎综合征，是基于退行性病变的常见骨科疾病之一。该病的发生是因长时间保持不良颈椎姿势，继而导致骨质增生、颈椎劳损所致颈椎脊髓和神经根受压，久而久之并发诸多以颈椎功能异常为主的综合征。一旦罹患颈椎病临床症状多表象为颈肩疼痛、四肢麻木以及头晕目眩等^[1]。近些年来，随着新媒体时代不断发展，电子产品广泛普及，颈椎病例数在不断增加，且越发趋于年轻化。由于颈椎病起病具有隐匿性，且病程时间较长，如若没有得到及时、有效的诊疗极易遗留神经症状，不仅加大治疗难度，导致预后不良，且会降低生活质量。鉴于此，应倍加重视对颈椎病的治疗^[2]。目前，西医针对颈椎病尚且没有特效治疗方案，常采用非手术治疗，但应用口服药物、理疗、封闭疗法、电疗等往往达不到预期效果。祖国医学将颈椎病归于“颈肩痛”“项痹”“颈弦”等范畴，在不断深入研究发现，对颈椎病应用针刺治疗可进一步强化神经系统活动，从而使增加局部毛细血管通透性，对血液微循环加以改善；穴位注射则是于人体对应穴位处注入药物制剂，以此达到治疗疾病的效果^[3]。本次研究将纳入 98 例颈椎病患者，旨在探讨对颈椎病患者予以针灸配合穴位注射治疗的临床疗效。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

择取我院 2021 年 3 月~2022 年 3 月 98 例颈椎病患者，随机分组对比研究，各 49 例。观察组：男女各 29 例与 20 例，年龄 25~61 岁，平均年龄为（40.76±3.54）岁，病程 1~6 年，平均病程（3.01±0.31）年；其中 15 例轻度，24 例重度，10 例重度。对照组：男女各 30 例与 19 例，年龄 24~63 岁，平均年龄为（41.48±3.27）岁，病程 1~7 年，平均病程（3.28±0.41）年；其中 16 例轻度，25 例重度，8 例重度。两组基线资料差异不大（ $P>0.05$ ）。本次研究经我院伦理委员会批准。

纳入标准：①符合《颈椎病诊治与康复指南》中神经根型颈椎病诊断标准；②接受针灸、穴位注射治疗者；③无精神系统疾病，且具有较高治疗依从性者；④年龄≥20 岁者；⑤签署知情同意书。

排除标准：①针灸、穴位注射介入治疗禁忌症者；②椎管内存在肿瘤者；③处于哺乳期、妊娠期者；④未严格依据规定治疗，临床资料不全者；⑤同时参与其他研究治疗者；⑥合并严重脏器系统、造血系统疾病者；⑦其他因素所致上肢麻木、疼痛者；⑧中途退出研究者。

1.2 方法

对照组实行单一针灸治疗，协助患者俯伏坐位，取一软枕垫于头下，主穴取百会穴、风池穴、颈部病变对应的夹脊穴；配穴取下肢三阴交穴、太冲穴、伏兔穴、足三里穴、髀关穴，上肢臂臑穴、肩髃穴、曲池穴、手三里穴、外关穴；针对瘀血阻滞者可加血海穴，明显头晕头痛者加合谷穴、华佗夹脊穴，气血不足者加太溪穴，痰浊上扰者加丰隆穴。采用平补平泻法进行针灸治疗，每间隔 10min 行针一次，留针时间为 30min。

观察组基于针灸联合穴位注射治疗，针灸治疗与对照组无异，穴位注射各取一对主穴、配穴，应用 10mL 注射器吸取维生素 B12（国药集团容生制药有限公司，国药准字 H41020633）0.5mg，2%利多卡因（上海朝晖药业有限公司，国药准字 H31021071）2mL，对患者穴位处局部皮肤进行常规消毒处理后，快速刺入皮下 1 寸，而后捻转，患者出现酸胀感，且回抽无血再将药液缓慢注入 1.5~2mL，10 次为一个疗程，共需要治疗三个疗程，每次疗程需要间隔 3 天。

1.3 观察指标

观察两组临床疗效，其中疗效评定标准分为显效：经治疗，症状消除，肢体、颈部功能以及肌力恢复正常状态，可进行正常劳动；有效：经治疗，症状明显好转，肢体、颈部功能有所改善，肩背、颈部疼痛减轻；无效：经治疗，症状无明显变化甚至加剧；临床总有效率（%）=（显效+有效）/总例数×100%。应用疼痛视觉模拟评分（VAS）、日本骨科协会评估治疗评分（JOA）以及中医症候评分评估两组治疗前后疼痛程度、颈椎功能、症状情况等，其中 VAS 总分值为 10 分，分值越高提示症状越严重；JOS 总分值为 30 分，分值越低提示颈椎功能障碍越显著；中医症候评分为 30 分，分值越高提示症状越严重。

1.4 统计学方法

采用 SPSS23.0 统计软件进行数据处理。正态分布且方差齐的计量资料采用均数±标准差 ($\bar{x}$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 多组间比较采用方差分析。计数资料用频数和百分比 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验。非正态分布的计量资料采用中位数和四分位数 $M(Q1,Q3)$ 表示。采用多因素

Logistic 回归分析进行影响因素分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组临床总有效率比较

观察组临床总有效率高于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组临床总有效率比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	49	29 (59.18)	18 (36.73)	2 (4.08)	47 (95.91)
对照组	49	19 (38.78)	19 (38.78)	11 (22.45)	38 (77.55)
χ^2					7.183
P					0.007

2.2 两组治疗前后 VAS、JOA 以及中医症候评分比较

治疗前, 两组 VAS、JOA 以及中医症候评分差异不大 ($P>0.05$), 治疗后, 观察组 VAS、中医症候评分低于对照组, JOA 评分则高于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组治疗前后 VAS、JOA 以及中医症候评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	VAS		JOA		中医症候评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	49	6.56±1.23	0.58±0.13	6.53±1.45	11.76±2.85	22.98±2.56	12.01±3.41
对照组	49	6.61±1.18	1.34±0.27	6.65±1.47	8.94±2.01	22.86±2.48	17.01±3.38
t		0.205	17.753	0.406	5.660	0.235	7.289
P		0.837	0.000	0.685	0.000	0.814	0.000

3. 讨论

颈椎病是基于退行性病理变化的疾患, 发病主要是由于颈部组织因长时间慢性损伤所致椎间盘变性脱水、韧带增厚以及纤维环结构变化, 而导致颈椎病发病的主要原因是颈椎退行性病变, 尤其是椎间盘退变是导致颈椎各组织结构退变的首要因素, 一旦发病变便无法保持或是稳定颈椎运动节段生物力学平衡^[4]。慢性劳损直接参与至颈椎病发生、进展、治疗, 乃至预后中, 而慢性劳损主要是因长时间保持不良体位或是进行不科学的体育锻炼所致。颈椎病症状复杂, 多表现为走路不稳、头晕头痛、颈部和背部胀痛、四肢无力、手脚麻木等, 更甚者会出现心动过速、视物模糊等不良症状。

临床针对颈椎病的治疗主要是以手术治疗和保守治疗两种方式为主, 对于轻度、中度以及对手术治疗不耐受者而言, 保守治疗较为适用。西医神经阻滞、牵引、理疗等方式治疗效果不太理想, 复发率较高。中医将颈椎病归于“痹证范畴”, 并认为该病是由于风寒湿邪侵入经络, 导致经络阻塞, 久而久之筋脉失养而导致营卫异常, 最终引起肝肾亏虚、气血不足所致^[5-6]。

目前, 临床西医尚且不能明确解释颈椎病发生机制, 且无法进行有效治疗, 对于这种情况可以寻求中医的帮助。我国传统医学已有千年历史, 在治疗中也具有较大的优势^[6-7]。中医针灸疗法经由对经络穴位予以相应的

刺激, 继而起到治疗的目的, 其中风池穴临床主治目赤痛、头晕头痛、颈项强痛等症状; 头部藏有百会穴, 周围分布着枕大神经分支, 左右紧邻重要组织, 例如静脉、颞浅动、枕动等, 主治耳鸣、头晕头痛、鼻塞等症状; 夹脊穴又可称之为华佗夹脊穴, 属于经外奇穴, 其穴位功能主治范围相对较广, 其中上胸部穴位可对上肢病证、心肺部病证加以治疗, 下胸部穴位可对胃肠道病证既要治疗, 同时还可对自主神经功能作进一步调节, 可用于肢端感觉异常、自主神经功能紊乱、血管性头痛等疾病治疗中^[8-9]。

从研究结果可见, 观察组临床总有效率高于对照组 ($P<0.05$), 提示针灸治疗颈椎病具有一定有效性, 但相对针灸配合穴位注射治疗而言疗效欠佳, 究其原因可能是由于穴位注射治疗经由穴位将药物注入体内, 药物可直接病灶, 继而对局部血液微循环加以改善, 使得神经根水肿快速消除, 继而达到缓解症状的效果^[10-11]。本次研究中穴位注射治疗应用药物主要为维生素 B12 和利多卡因, 其中维生素 B12 可对神经根加以营养, 起到补血的作用, 利多卡因则可对颈部交感神经传导加以阻滞, 从而扩张血管, 对局部血液微循环进行有效改善, 在吸收水肿的同时还可是炎症代谢产物快速排出体内^[12-13]。研究结果中, 治疗前, 两组 VAS、JOA 以及中医症候评分差异不大 ($P>0.05$), 治疗后, 观察组 VAS、中医症候评分低于对照组, JOA 评分则高于对照组 ($P<0.05$), 提示对颈椎病患者予以针灸配合穴位注射治疗可改善临床症状反应, 继而避免颈椎功能障碍, 加快颈椎功能恢

复^[14-15]。

综上所述,对颈椎病患者予以针灸配合穴位注射治疗的临床疗效显著,不仅可以对促进疗效进一步提升,还能使神经根加速修复,继而缓解疼痛等临床症状,加快病情恢复速度,应用有效性较高,值得临床大力推广并应用。

参考文献:

- [1]张彦珂. 针灸联合穴位注射治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 山西中医, 2017, 33(4):2.
- [2]王华. 穴位注射,针灸,推拿牵引联合治疗神经根型颈椎病的临床疗效研究[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(20):2.
- [3]王蓉娣,彭鹏鸣. 穴位注射联合针灸治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2020, 11(23):3.
- [4]孙立司. 针灸联合穴位注射治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(8):3.
- [5]车明铭,吴锦媛. 穴位注射维生素B₁₂结合针灸治疗颈椎病的临床效果[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(10):3.
- [6]王晓飞. 针灸配合穴位注射对神经根型颈椎病颈肩臂痛疗效分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(1):2.

(上接第 171 页)

者的实际需求,以加强患者康复质量,提升护理依从性。榜样激励措施,借助榜样力量,加强患者的康复信心与康复意愿,确保护理措施的实施效果,全面满足患者的肺部治疗与护理需求,缩短康复时间。此外,在激励式护理中,护理人员指导患者进行腹式呼吸、缩唇呼吸,以降低呼吸频率,延长患者呼气与吸气时间,加大膈肌运动幅度,有助于促进痰液排出^[8]。通过上述护理干预,能够提升患者最大通气量、肺活量,改善低氧血症、胸闷、咳嗽等症状,促进患者肺功能恢复。联合心理护理措施,能够减轻患者不良心理情绪。因此,在护理呼吸衰竭重症监护患者时,必须注重观察患者病情,准确评估患者病情发展情况,以免疾病恶化发展。密切观察患者病情,联合医药护理,能够降低疾病治疗中的不良反应,避免加重患者病情。通过此次对呼吸衰竭重症监护患者的护理,有助于了解呼吸衰竭重症监护疾病的护理要点,总结护理呼吸衰竭重症监护患者的重要内容^[9]。需要关注的是,在本次研究中,选择 78 例呼吸衰竭重症监护患者,患者病例纳入数量少,对研究结论的说服力产生影响。在后续研究中,加大病例纳入数量,注重呼吸衰竭重症监护患者治疗方法、临床疗效探究,保证研究结论的可信度,加强说服力。

综上所述,针对呼吸衰竭重症监护患者,给予激励式护理干预的效果显著,有助于恢复肺部功能,改善不良心理情绪,帮助患者建立治疗与护理自信心,尽早结束治疗疗程,值得推广应用。

参考文献:

- [7]杨静波,李小梅. 穴位注射与针灸推拿用于神经根型颈椎病患者治疗中的临床分析[J]. 中医临床研究, 2019.
- [8]张婉娟,符芳玲,李武,等. 针灸配合穴位注射治疗神经根型颈椎病临床疗效 Meta 分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019(7):4.
- [9]项莲莲. 神经根型颈椎病中医综合治疗的研究进展[J]. 中医学, 2019, 8(1):4.
- [10]黄韶辉. 针灸推拿治疗对神经根型颈椎病患者临床改善观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(21):3.
- [11]伍素科,张平. 针刺联合穴位注射对神经根型颈椎病颈椎功能恢复的影响[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(4):5.
- [12]韦英成,梁晓行,吴肖梅,等. 医用臭氧水穴位注射治疗椎动脉型颈椎病临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(8):5.
- [13]袁代富. 用穴位注射联合针刺疗法治疗神经根型颈椎病的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(3):2.
- [14]黄蓉,彭志高. 针刀配合穴位注射治疗椎动脉型颈椎病 40 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(5):3.
- [15]陈天鑫,朱瑜琪. 穴位注射治疗神经根型颈椎病研究进展[J]. 中国医药科学, 2021, 11(4):4.

- [1]郭金宇. 重症监护呼吸衰竭患者中实施综合护理对呼吸机相关性肺炎的预防效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19(34):170-171.
- [2]王静. 人性化优质护理干预在重症监护呼吸衰竭患者护理中的应用效果评价[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(24):3125-3126.
- [3]陈艳辉. 重症监护呼吸衰竭患者护理中采用人性化优质护理干预的效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(A1):311.
- [4]章雪婷,刘丽琼. 振动排痰仪联合综合性护理在儿童重症监护室急性呼吸衰竭患儿中的应用[J]. 医疗装备, 2021, 34(16):152-153.
- [5]崔伊莎,董慧娟. 人性化优质护理干预对重症监护呼吸衰竭患者心理状态及血气分析指标水平的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(12):2229-2230.
- [6]千丽. 早期心理护理对呼吸衰竭重症监护患者的应用效果及对肺功能指标的改善评价[J]. 心理月刊, 2021, 16(03):200-201.
- [7]郭静雯,崔银鸽. 探讨重症监护病房呼吸衰竭患者实施临床护理路径的应用效果[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(05):164-165.
- [8]王顺静. 人性化优质护理干预在重症监护呼吸衰竭患者护理中的应用效果探讨[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(17):142-143.
- [9]孙雯,王宾艳. 个案护理管理对重症监护室呼吸衰竭机械通气病人血气指标及预后的影响[J]. 全科护理, 2020, 18(16):1994-1997.

浅谈中医药高等院校教育精准扶贫路径及成效研究

张淮纤¹ 杨阳¹ 杨艳萍²

1.云南中医药大学 云南昆明 650500; 2.保山中医高等专科学校 云南保山 678000

摘要: 中医高等教育精准扶贫是通过充分挖掘医学人力资源潜质而实现他们自我发展与自我追求的目标,达到贫困人口脱贫的问题,本文通过对云南中医药高等院校精准扶贫招生、精准培养、精准服务、精准管理、精准就业等路径进行研究,取得相应成效,同时对还存在的问题进行梳理,提出策略,通过扶智与扶志相结合,从根本上解决农村地区的落后及民生问题,试图以中医药高校为起点带动高校教育“精准扶贫”内涵建设,以此助力高校教育扶贫的发展。

关键词: 教育精准扶贫; 路径; 成效 对策

2015 年中共中央扶贫开发工作会议召开,进一步将教育扶贫确定为“五个一批”精准扶贫的重要内容。习近平总书记指出:“治贫先治愚,扶贫先扶智。教育是阻断贫困代际传递的治贫之策。”党的十九大报告也明确提出要注重扶贫与扶志、扶智相结合。“治愚”和“扶智”,根本就是发展教育。

教育精准扶贫作为精准扶贫的重要内容,被赋予了重大使命与任务,通过实施教育精准扶贫,能够切实阻断贫困代际传递模式,坚定贫困人口消除贫困的决心和斗志。教育精准扶贫指的是:对像精准、项目精准、资金精准、措施精准、脱贫对像精准。中医高等教育是教育精准扶贫的重要力量,中医高等教育精准扶贫是通过充分挖掘医学人力资源潜质而实现他们自我发展与自我追求的目标,通过扶智与扶志相结合,从根本上解决农村地区的落后及民生问题,达到贫困人口脱贫的问题。

1. 中医药高等院校教育扶贫路径

云南省针对高等教育精准扶贫政策的实施,提出以服务能力为导向、提升教育质量,实施教育精准扶贫。中医药高等院校以专业特色为依托,招生政策倾斜、贯通产学研渠道多样路径培养、利用现代教育技术多渠道就业,使扶贫对像精准脱贫。

1.1 多类型、多批次、多层次精准招生

1.1.1 招收专项计划生,中医药高等院校实施招收贫困地区专项计划,具体分为国家专项计划、地方专项计划,高校专项计划,招生对像来自于国家划定云南省区域内 88 个集中连片特殊贫困县和国家级扶贫开发重点县生源,地方专项和高校专项计划实施区域为划定云南省 100 个县、区的农村区域。通过专项计划的实施增加贫困地区学生,接受优质中医药高等教育的机会,有效地促进教育公平,为贫困地区发展提供人和智的有力支撑。

1.1.2 招收免费医学生,国家订单定向免费医学生、云省级订单定向免费医学生,地方订单定向免费医学生,实施区域云南省农村户籍的考生,新生报到前需跟定向就业地签订就业协议,免费医学生解决学生就业问题,同时解决乡镇卫生院难留住人才的问题,云南中医药大学从 2011 年至 2022 年招收本科农村订单定向免费医学生 3000 多人,保山中医药高等

专科学校从 2015 年至 2022 年招收专科免费医学生 1000 多人,已培养毕业生近 2000 千人,报到率、岗位胜任力 95%以上。免费医学生单设批次,单独录取,解决了贫困农村生源上大学问题,为地方乡镇卫生院培养中医学全科医生。同时解决进出口问题,为农村贫困地区教育精准扶贫贡献一份力量。

1.1.3 招收少数民族预科生,中医药高等院校入学制度向贫困地区以及民族地区倾斜,加大对贫困地区少数民族,边疆和少数民族地区考生照顾力度,积极实施少数民族预科班,预科升本科的专业充分考虑贫困地区、边疆少数民族地区缺医少药,发展医疗的实际需求,给预科生提供医、药类专业选择,使贫困地区少数民族学生享有平等接受高等教育的机会。

1.1.4 建档立卡户专升本考生单独划线,为了增加贫困学生专升本的就业率,建档立卡户专升本考生,单设批次、在普通批次录取之前完成建档立卡户的考生录取工作,所有参加专升本贫困学生都有优先接受本科教育机会。

1.2 多维度、多形式、多渠道精准培养

对贫困生形成了奖、助、贷、勤、补、免等多元经济扶贫体系,云南省中医药高等院校学生 80%以上来自贫困农村、边疆民族地区,一大部分建档立卡户,学校为了让家庭贫困学生免除经济担忧、顺利完成学业。开展对贫困学生多形式,多渠道教育经济扶贫方式。

1.2.1 学生拿录取通知书在户籍所在地政府,可申请生源地助学贷款,大学在读期间所有利息均免,毕业后再偿还。中医药高等院校奖学金类型奖励范围广,有政府资助“国家级奖学金”、“省政府奖学金”,“校级奖学金”,“专业奖学金”,有专门为品学兼优贫困生设立“励志奖学金”;社会名人资助“伍达观奖学金”,还有一系列专门为医药专业学生设立的具有中医药专业特色的奖学金,如药企资助“一方奖学金”,“念慈庵”奖学金;民营企业医馆资助“圣爱奖学金”等。诸多类别奖学金激励在校贫困生只要勤奋学习、积极进取,能解决由于经济贫困带来学业困难。助学金惠及面广。中医药院校的助学金除了中央和地方政府以及学校共同出资设立的“国家级助学金”、“省级助学金”“校级助学金”外,还有来自知名药企业资助,民营企业、民医馆资助,社会名人资助的助学金多种类型,能惠及 90%贫困

医学生。

1.2.2 中医药高等院校给贫困生提供校内固定劳动岗位，如教室管理、教师办公室材料整理，食堂岗位等，结合中医药、针灸、推拿、养生、康复各专业优势，对贫困学生举办相关技能培训，开设大学生实习创新创业园，让贫困学生利用课余时间，假期在有偿为社会服务，通过劳动来取得合法报酬改善学习和生活条件。

1.2.3 中医药高等院校对订单定向免费医学生实行免学费、免住宿费，补生活费；在校生如遇到家庭变故，经济困难，学校给予的临时性、一次性的无偿帮助，对于孤残贫困生、特殊贫困生实行学费减免制度。

1.3 产学研一体，发挥专业特色，拓宽贫困学生脱贫途径

为了减少家庭贫困学生“等、靠、要”思想，引导学生用积极的人生态度来面对贫困，培养他们适应社会的能力，中医药高等院校与企业联动，与知名中医馆联合对贫困学生进行针灸、推拿、养生、康复等专业技能培训，利用医药专业实操性、服务性优势提供贫困医生有偿服务社会，获得经济报酬的机会，即提高自身专业水平同时又解决了部分经济难题。

1.4 激发贫困生内生动力，精准就业，精准服务管理

就业是民生之本，是社会各界重点关注的问题，不仅关系着个人价值体现和家庭脱贫，就业是中医药高等院校教育精准扶贫的内生动力。关系着学校持续稳定的发展，维护社会的和谐稳定，中医药高等院校大一新生进校开设职业生涯规划课程、创新创业课程，大四开展就业课程，从思想上指导学生职业就业方向，除开设课程外，还在就业信息的提供、招聘单位的遴选和就业方向的选择上给予了具体的指导分析，做到了“一对一”精准就业服务，做到每位贫困学生就业情况追踪，不就业不撒手，切实保障了中医药高等院校扶贫的成效，高质量脱贫目标的实现。2020 年疫情后，传统的线下校园招聘形式变成了，“互联网 + 就业”线上线下结合新模式，形成网上初选与线下面试相结合，学校通过数据库，网络平台，对贫困大学生开展精准对接服务。智能地为贫困生匹配适宜岗位。贫困生根据自己的择业观点筛选符合自己要求的就业岗位，由被动择业向主动择业转移。就业精准管理促使贫困大学生精确定职业范围，减少在求职、择业初期盲目乱投简历行为，帮助贫困大学生高效率求职。

2. 中医药高等院校教育精准扶贫成效

2.1 经过近十年的努力，我国教育精准扶贫工作已经取得了阶段性成效，2020年基本实现高等教育普及化，多元办学体制逐步建立，社会参与力量不断增多，高等教育人才培养立体化，教师队伍建设学历层次不断提高，基础设施不断完善，高等教育发展环境良好。

2.2 教育精准扶贫资助规模不断扩大，贫困学生受益程度不断提高。教育经费投入不断增多：自2014年每年资助金额高达上千亿元，资助金额每年增长，贫困生受助规模不断扩大，2015年资助贫困学生人数八千多万人次，到2022年每年资助贫困生上亿人次，贫困地区学生的资助规模不断扩大，受益程度不断提高。

2.3 中医药高等院校招生倾斜政策取得良好效果。云南中医药高等院校

自2011年起招收订单定向免费医学生。目前已毕业近万人次，为云南省基层卫生院培养培养了一批“下得去、用得上、留得住、干得好”的全科医生。

自2013年云南省实施农村地区专项招生计划以来，为贫困地区考生单独设立批次，单独录取，为贫困地区多培养了万名医学生，增强贫困地区大学生的软实力，进一步促进了教育公平公正，教育精准扶贫内生动力不断强化，取得了阶段性成果。

2.4 扶贫主体多元化。教育精准扶贫政策下从传统以政府和教育行政部门较为单一扶贫主体的帮扶格局，逐步发展为以政府和教育行政部门为主导、中医药高等院校联合药企，医院，民营医馆等多元扶贫主体，助力医学类高等院校教育精准扶贫提供物力、财力支持，拓宽了就业渠道，增加了就业岗位。

3. 中医药高等院校教育精准扶贫存在的问题

3.1 贫困对象识别需更加精准。目前贫困学生的认定，停留在建档立卡户、低保家庭户、农村边疆少数民族家庭户、国家连片贫困地区生源，用经济性指标、身份指标来判别贫困对象，对于非建档立卡户、地域经济好的贫困生人群，难以用显化贫困标签来描述的潜在教育贫困对象往往被忽视。

扶贫对象扩大化和扶贫工作精准化之间有遗漏，需对贫困对象进行精准梳理。

3.2 缺乏贫困生心理帮扶机制，中医药高等院校由于专业特点，要求学生既掌握扎实的理论基础，又具备实际操作能力，还要具备高尚的德行修养，医学学习过程辛苦、耗时；贫困医学生学业、就业心理困扰严重。部分贫困生在学业和经济的双重压力下，容易产生心理问题，据统计目前在校生中，有明确诊断心理疾病的大学生中大部分是贫困生，学校除了对贫困医学生做经济帮扶、学业帮扶外，缺乏对贫困医学生的心理健康重视。解决贫困生心理问题刻不容缓，为了改善学生的心理压力给他们所带来的就业困扰，实施精准有效的心理帮扶，提升学生自我认知。

4. 中医药高等院校教育精准扶贫发展建议策略

4.1 精准识别贫困学生信息，传统贫困信息是学校请学生自己填表到户口所在地政府、居民委员会出具的纸质版证明，随着网络技术的发展，广大农村贫困学生家庭的贫困信息通过现代信息手段进行如家庭成员，家庭收入都用大数据抓取存档、保管、分享，客观、真实，建档立卡户档案一年一档动态管理，非贫困地区贫困生人口一年一排查，掌握最新情况，为中医药高等院校助学金评定工作提供了极大的便利，通过“互联网+”手段，实现家庭贫困信息与高校评助信息对接方式的信息化、高效化、便捷化。

4.2 实施精准有效的心理帮扶，成立校院班三级大学生心理健康咨询中心，学校重视学生的心理健康，关注贫困医学生，对贫困医学生的心理问题进行分析，建立学生心理评估，帮扶机制，通过“评估 + 引导、激励 + 资助”的模式针对性的引导学生克服学业、就业的自卑心理。帮助增强他们的信心，正确的认知自我。

（下转第 186 页）

中医内科治疗偏头痛临床体会

李臣

山东省烟台市莱州市土山镇卫生院 山东烟台 261400

摘要：目的：选择中医内科治疗偏头痛的临床作用。方法：选择 2020 年 1 月—2021 年 1 月在医院进行治疗的偏头痛病人有 100 例，对这种病人有关治疗材料开展剖析，病人就医，选用不同方法进行治疗，实验组执行中医辨证治疗，共计 50 例病人，对照组执行常规中医内科方法进行治疗，共计 50 例。随后对比患者总效率。结果：实验组与对照组病人在治疗的总效率对比上面有非常大差别，实验组中治疗总效率为 98%，远远地高过对照组病人 80%，统计分析 $P<0.05$ ，因此表明分类具备对比实际意义。结果：根据对头痛病人选用中医内科辨证治疗方法，可以显着提升诊治高效率，改进病人的临床表现，因此具备很高的临床医学使用价值。

关键词：中医内科；偏头疼；临床医学实际效果

【Abstract】Objective: To select the clinical effect of internal medicine in the treatment of migraine. Method: Select 100 patients with migraine who were treated in the hospital from January 2020 to January 2021. The relevant treatment materials of this patient were analyzed, the patients were treated, and different methods were used for treatment. The experimental group performed dialectical treatment of traditional Chinese medicine. A total of 50 patients were treated in the control group with conventional Chinese medicine internal medicine methods, and a total of 50 patients were treated. Then compare the total patient efficiency. Results: There is a very big difference in the total treatment efficiency between the experimental group and the control group. The total treatment efficiency in the experimental group is 98%, which is much higher than 80% of the control group. The statistical analysis $P<0.05$, which indicates the classification Have practical significance for comparison. Results? According to the selection of TCM internal medicine treatment methods for headache patients, it can significantly improve the efficiency of diagnosis and treatment, and improve the clinical performance of patients. Therefore, it has a high clinical value for use in clinical medicine.

[Keywords] Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine; Migraine; Actual effect of clinical medicine

偏头疼是一种血管性痛疼，在临床中比较普遍，通常是因为病人脑神经功能失调紊乱和血管收缩知觉障碍导致的，其实际发病原理还不明确，病人通常体现为恶心呕吐、心率加快等病症，若和环境舒适稍加休息可在一定水平上缓解疼痛，但仍需及时治疗，长期的反反复复的偏头疼，头疼延迟非常长的话，通常是因为大家脑的异常，甚至发生脑栓塞，脑梗等^[1-2]。临床医学中对于偏头疼病人有几种治疗方式，为了更好地研究，本次实验中医内科采用辩证法治疗偏头痛，分析临床实际效果，本分析对 100 例糖尿病患者进行试验和数据分析，研究思路如下所示。

1 材料和方式

1.1 一般材料

在医院进行治疗的偏头疼病人有 100 例，对这类病人有关治疗材料进行剖析，并选用不同方法进行治疗，每组均为 50 例。

实验组中，女士病人 27 例，男士病人 23 例，病人年龄在 16~59 岁之间，年龄结构为 (38.32 ± 1.22) 岁；现病史在 1~7 个月中间，均值现病史 4.0 ± 0.3 个月。

在对照组中，女士病人 29 例，男士病人 21 例，病人年纪在 17~56 岁中间，年龄结构为 39.12 ± 1.22 岁；现病史在 1~8 个月中间，均值现病史为 5.1 ± 1.2 个月。

2 组对比获得的 P 值超过 0.05，因此表明对 2 组病人除执行方式不同以外，其他因素均不影响实验结果，分类具备统计学意义。

1.2 一般方法

对照组病人执行中医内科方法进行治疗，实际为病人内服：酸枣仁、丹参、黄芩各 30 克；防沙、川芎 12 克；熟地黄、川芎、地龙、菊花 15 克；夏枯草、夜交藤 6 克；合欢皮、天麻、白术茯苓 10 克。若病人头疼部位为一侧，可添加柴胡、黄芩各 12 克；若病人后枕位置痛疼，则可添

加吴茱萸、蔓荆各 10 克。将这种中药材添加水烧开，文火慢煎，不断煎制 2 次，每天让病人服食一剂，持续治疗 20 天左右为一个疗程。

实验组病人在这个基础上选用中医辨证治疗，即根据病人具体情况针对性进行治疗。如：对于阳肝上亢型病人，可以对其服食天麻钩藤饮（天麻钩藤饮有天麻、钩藤、石决明、山栀子、黄芩、川牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、朱茯神组成）；对于痰淤阻络型病人，可以为其服食通络定痛汤（乳香、没药，赤芍，杜仲，麻黄，狗脊，木瓜，姜黄，僵虫，当归）；对于气血亏虚型病人，可以让其服食山参美容汤（黄芪 当归 桂心 甘草（炙）橘皮 白术 人参 白芍药 熟地黄 五味子 茯苓各 远志（去心，炒））；对于肾脏阴亏型病人，可以让其服食枸菊地黄汤（熟地黄、山茱萸（制）、山药、牡丹皮、茯苓、泽泻、枸杞子、菊花）。以上汤剂均煎制服食，一天一剂，持续治疗 30 天为一个疗程。

2 结果

2.1 对 2 组病人临床治疗效果开展对比

实验组相对于对照组病人在治疗总效率对比上显著不同，实验组中治疗总效率显著较高，统计分析检测 P 低于 0.05，因此表明分类具备对比实际意义。见表 1。

表 1：两组患者治疗效果分析（N，%）

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
实验组	50	29	20	1	98% (49/50)
对照组	50	20	20	10	80% (40/50)
χ^2 值					11.734

P 值					P<0.05
-----	--	--	--	--	--------

3 讨论

偏头疼属于一种原发性头痛，是临床医学中常用的慢性的神经血管性疾病^[3-4]。在过去临床治疗过程中，通常选用西药方法进行治疗，其认为本病与病人血管调整作用微弱和神经细胞作用不够等有巨大关联，因此在治疗过程中有选用钙离子拮抗剂等药品进行治疗，其可以在一定程度上提升病人血管壁的左室水平，推动病人头部血液循环系统，以减轻临床表现^[5-6]。

从中医内科的方向上说，偏头疼归属于“脑中风”病症，主要是因为寒邪入身、肝肾功能失衡、静脉血管堵塞而致的，因此在对病人完成治疗的环节中不只是限于病发位置，要从本质上进行均衡调节。相对比药物治疗方式，中医治疗可以显著减轻病人临床表现，因为偏头疼病人类别较多、病况各不相同且部分病人病况比较复杂，因此不但需要对其进行中药治疗，还需要对于病人具体情况进行辨治^[7]。于此，为了更好地研究中医内科在治疗偏头痛病人的临床实际效果，本分析对 100 例偏头疼病人开展了剖析，数据显示：实验组相对比对照组病人在治疗总效率对比上面有非常大差别，实验组中治疗总高效率为 98%，远远地高过对照组病人 80%，统计分析检测 P 低于 0.05，因此表明分类具备对比意义^[8]。

偏头痛是现代中医内科临床治疗中较为常见的一种慢性神经血管疾病，主要是由于人体神经或血管功能紊乱引起的阵发性头痛。相关研究表明，近几年偏头痛的发病率逐年上升。临床偏头痛治疗仅能控制疼痛或缓解症状，而不能达到完全治疗^[9]。中药、西药等临床治疗偏头痛的方法较其他疗法获得更好的疗效，而且治疗费用也在多数病人能够负担的范围内，受到广大患者和医生的欢迎。临床治疗偏头痛，应把握不同发病特点，有针对性，把多种中药有机结合起来使用，能起到清热、化痰通络、止痛作用。临床上，除遵循辨证治疗的原则外，还应参照经络循行，选择引经药物，随时观察病情变化，调整不同药物的剂量，才能取得满意的疗效。总之，中医内科治疗偏头痛的方法有很多种，但临床上必须坚持对症治疗，尽量减少不良反应的发生，避免病情反复发作。疗程中，随时观察病人的病情变化，以便适当调整药量，以达到控制和预防病人临床症状的目的，提高偏头痛的临床疗效^[10]。

偏头痛是临床医学上较为常见的疾病，其发病具备顽固性及规律性，是因人体血管或自主神经遇阻后而引起间歇性的或轻或重的头痛。身患该症状后，其病症在医学上表现为规律性反复发作，展现为偏侧头痛或两边头痛。现阶段，未有完全高效彻底消除该病的治疗方式，临床治疗关键以减轻病人病症、控制病情为主导。偏头痛属于我国中医病名行业标准中的“偏头风”、“脑风”、“头风”、“头风”等症范围。头为聪明之府、神灵之主，诸阳之会，内藏大脑而为髓海。

偏头痛病人的中医病症具体表现为：风邪兼 夹寒、热、湿之邪，阻遏经脉、上犯巅顶、血气失和、蒙蔽清阳、肝失肃降、脾失健运、脑络虚损、大脑失充、营血亏损、脉络失荣等。选用现代科学临床治疗偏头痛，关键以中医、西医方面及中西结合医治，而就现在来讲，还未发现可合理彻底消除该疾病的治疗方式，临床治疗也只是对病人病况加以控制或减轻病人病症。在以上医药学思想体系中，中医可以从病人的病因考虑而开展辨证治疗，因而，中医内科治疗偏头痛具备更加平稳和满意的实际效果，

同时副作用小，更加经济，能被众多病人所接纳^[11]。偏头疼作为一种严重威胁病人健康生活质量的慢性疾病，必须选用针对性的治疗方式，本研究通过对头痛病人选用中医内科辨证治疗方法，可以显著提升诊治效率，改进病人的临床表现，因此具备很高的临床医学使用价值。

偏头痛病人开展临床诊断后，以清热解毒、活血、安神助眠、止痛、补血补气、平潜肝阳、活血化瘀、佐以化痰、滋润肾脏等辨证施治^[12]。当代药学研究证实，中药川芎对神经中枢具备明显的止痛和镇定的作用，同时对舒张病人血管、提升血容量，进而改进头部血液循环系统，可合理预防血栓；三七、丹参、地龙、天麻等具备止痛、抗惊厥的功效，可软化血管、改进血管运动神经中枢。临床护理及本研究结论均说明，选用中医临床诊断辩证医治偏头痛，可高效改善病症，减少血液黏度，改进头部血液循环，提升头供血，避免产生静脉血栓，改进人体作用，进而发挥合理的止痛和镇定效果，疗效明显。

总的来说，偏头痛在当代中医的内科临床治疗中可以算是一种十分普遍的慢性神经血管性疾病，这类病症关键的引起原因是人体内的神经系统或血管产生多功能的阻碍，进而引起间歇性头痛。在医学上治疗方式非常多，有西医方面、中医及中西医结合的治疗方法，中医治疗方式和其余的治疗方法对比可以获得更为满意的临床效果，且医治的成本非常低，吃的药品对身体的不良反应不大，因此中医内科医治偏头痛受众多的医师病人的欢迎。

参考文献：

[1]梁义志.四君子汤在中医内科疾病脾胃气虚证中的应用[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,(19).173.

[2]王军虎.分析中医内科治疗偏头痛的临床效果和疗效观察[J].医学食疗与健康,2020,(10).32~33.

[3]刘志刚.中医内科治疗偏头痛的临床研究进展[J].临床医药文献电子杂志,2019,(5).46.

[4]朱宇明.中医内科治疗偏头痛的临床疗效观察[J].中国医药指南,2019,(9).183.

[5]崔静,崔琪.偏头痛的中医内科治疗效果观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,(3).140-141.

[6]张振海,张政.中医内科分型治疗偏头痛的临床研究[J].临床医药文献电子杂志,2018,(15).165.

[7]孙违章,胡金凤,段琴,等.中医药治疗偏头痛 90 例临床疗效观察[J].智慧健康,2018,(12).82-83.

[8]宋彦彦.中医内科治疗偏头痛 16 例临床疗效观察[J].中国社区医师,2017,(26).92-93.

[9]彭祖春.偏头痛患者采用中医内科治疗的效果观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,(1).1-2.

[10]曾一.中医内科治疗偏头痛的临床疗效探讨[J].世界最新医学信息文摘(连续性电子期刊),2018,(76).196~197.

[11]田东梅.中医内科治疗偏头痛的临床效果分析[J].养生保健指南,2017,(22):58.

[12]曾一.中医内科治疗偏头痛的临床疗效探讨[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2018,18(76):196-197.

中药直肠滴入治疗肛肠科疾病的效果研究

杨丽

四川省大英县人民医院 四川大英 629300

摘要:目的:研究运用中药灌肠疗法治疗肛肠科疾病的效果。方法:对近年来我院收治的102例肛肠科疾病患者的临床病例进行回顾性分析研究。我们将这102例患者随机分为观察组和对照组,每组各有51例患者。对照组采用西药疗法治疗,观察组采用中药灌肠疗法治疗。对比观察研究这两组患者的临床治疗效果。结果:观察组中临床治疗效果显著的有49例(96.07%),对照组中临床治疗效果显著的有45例(88.23%)。观察组的临床治疗效果很明显高于对照组的临床治疗效果,两组间的效果具有明显的差异($P<0.05$),具有统计学的意义。结论:运用中药灌肠疗法治疗肛肠科疾病的效果非常显著,值得在临床治疗中广泛及推广。

关键词: 中药灌肠疗法; 西药治疗法; 肛肠科疾病; 效果研究

Abstract: Objective: To study the effect of enema therapy with traditional Chinese medicine on anorectal diseases. Methods: the clinical data of 102 patients with anorectal diseases in our hospital in recent years were analyzed retrospectively. We randomly divided these 102 patients into observation group and control group, with 51 patients in each group. The control group was treated with western medicine, and the observation group was treated with traditional Chinese medicine enema. The clinical therapeutic effects of the two groups were compared. Results: 49 cases (96.07%) in the observation group and 45 cases (88.23%) in the control group had significant clinical effects. The clinical therapeutic effect of the observation group was significantly higher than that of the control group, and there was significant difference between the two groups ($p<0.05$). Conclusion: the effect of enema therapy with traditional Chinese medicine in the treatment of anorectal diseases is very significant, which is worthy of extensive application and promotion in clinical treatment.

Key words: Traditional Chinese medicine enema therapy; Western medicine therapy; Anorectal diseases; Effect study

随着经济的发展,人们生活水平的提高,生活方式的多样化,饮食的复杂化,人们患肛肠疾病的机率也越来越高,便秘、直肠炎、肛窦炎等肛肠疾病频频发生。这就促使我们对肛肠科疾病治疗方法的研究,已达到治疗效果的突破。近几年来,中药灌肠疗法在治疗肛肠科疾病的临床应用中受到了广泛关注,为了研究中药灌肠疗法对肛肠科疾病的治疗效果,选定我院102例肛肠科疾病患者作为对象进行研究。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

时间以2018.1-2019.1为准,选取我院102例肛肠疾病患者,将其按照不同的治疗方法随机分为对照组和观察组,每组分别51例。这51例对照组中男性患者31例,女性患者20例,年龄22-82岁,平均(49.5±10.1)岁;患者疾病类型分别为便秘患者20例;直肠炎患者15例;肛窦炎患者16例。这51例观察组中男性患者33例,女性患者18例,年龄26-84岁,平均(49.6±10.5)岁;患者疾病类型便秘患者33例;直肠炎患者10例;肛窦炎患者8例。两组患者在年龄、性别、疾病类型等方面比较进行了统计分析,结果得到无差异($p>0.05$),可比较。

1.2 方法

1.2.1 对照组的患者采用常规的西医疗法治疗,根据不同疾病类型选择对应的药物进行治疗,药物包括柳氮磺吡啶栓、甲硝唑,硝酸甘油药物融入生理盐水中进行保留灌肠^[1]。观察组的患者采用中药灌肠疗法,中药成分分别为:(1)便秘患者适用:郁金、蒲公英、厚朴、枳实各15g,决明子、白芍各20g、大黄8g、芒硝10g,甘草5g,杏仁15g,柏子仁15g,生地15g,玄参15g,白芍15g。(2)直肠炎或直肠炎伴有肛门坠胀的患者适用:黄柏15g,黄芩3g,黄芩15g,茯苓15g、陈皮10g、党参30g、白芍15g、败酱草20g、黄芪30g,栀子15g,冰片15g,柏子仁15g,甘草5g。(3)肛窦炎患者适用:葛根、五倍子、白芍各15g。鱼腥草、败酱草、白花蛇舌草各30g,黄连15g、冰片20g。用水煎煮去渣留汁,保留灌肠,每天1次,连续治

疗2周为1疗程^[3]。

(4) 预防为主 防治并重

在疾病发生后,中医提倡积极的治疗和干预,尽量减轻病情的不利影响,尽早恢复健康。同时,更加注重未病先防和预防观念,包括适当的运动,增强身体抵抗力;平时要保持良好的饮食习惯,不要吃辛辣刺激的食物;适当的劳逸结合,避免久坐;要保证大便正常,要有良好的排便习惯;让局部保持干净,防止不良的刺激,调节情绪,七情不能过极;对有关的病症进行积极的治疗,用药要慎重。

(5) 中西医结合

中医肛肠病学科的发展,不能只依靠国家的政策扶持和科学技术的发展,更多的要依靠西医的借鉴。从建国之初,中医和西医相结合,现在,西医和中医结合,中医并未将西医拒之门外,特别是在肛肠科,甚至还采取了一种“拿来主义”的做法,很多西医的学说被中医界广泛地接受,各种现代化的治疗手段也得到了广泛的运用,尤其是在肛肠外科中,有了对西医的借鉴,中医肛肠学的理论与治疗手段也得到了进一步的提升。

(6) 综合护理

对病人讲解病因、症状等相关的知识,可以采取多种形式,如集中广播、个别宣传讲解等,使患者了解病情的危险,通过以上分析,可以帮助病患了解疾病的防治。介绍了该病的病因、常见症状、预防措施、治疗方法、饮食注意事项等。其次,科学合理的膳食可以提高机体的免疫力,改善疗效。协助病人调整他们的膳食,合理调配饮食和营养。当用药的时候,教育病人认识到自己的不良反应,向病人说明使用直肠药物时的副作用,要随时关注自己的身体有没有什么副作用。同时,在灌肠之前,要病人先把大便清空,然后再做左侧卧位。选择了一次性的输液管,除去下面的橡胶接头,给输液管的连接和肛门进行润滑,插入肛门,插入的深度根据病变的大小的不同。最后,病人是一个非常敏感的人群,在接受相应的治疗前,由于过度的压力而手足无措,引起不必要的精神上的惊慌。改进病房

的条件，营造一个安静、舒适的环境，把医院的各种仪器的噪音都调小，最大限度地减少对病人造成的不必要的刺激。

(7) 术后创面愈合

做完肛肠手术后，因局部血液和淋巴回流障碍，血管的渗透率增加，组织出现了浮肿。再加上肛门不能完全消毒，伤口愈合缓慢。依据中医的疮疡学说，在肛肠疾病的手术后，采用中医的方法，能加速伤口的愈合。在手术早期，尚有少数坏死组织存在，可以用九一丹、八二丹等外用去除脓，如果没有丹药，可以用黄连纱条来进行抗菌拔脓。中期创面肉芽润泽，颜色鲜红，一碰就会流血。像血液一样的分泌物，可以用生肌玉红膏纱条来换药。在生肌长皮的后期，可以用皮粘散来加快伤口的愈合。另外，可以选用中药如蒲公英、苦参、马齿苋、黄柏等，还可以帮助提高局部新陈代谢，提高上皮细胞的生长条件，促进了肉芽组织的快速、好的生长。若病人体质不佳，血气不足，肉芽组织发白，可以服用一些中药，如八珍汤、补中益气汤等，以扶正气血，促进伤口愈合。

1.3 观察结果

(2) 便秘患者诊断标准：患者是否有大便干燥；是否排便不畅费力；排便时间延长，是否排便次数减少等症状。

(3) 直肠炎患者诊断标准：患者大便是否呈稀便；是否次数增多；肠镜下直肠黏膜是否出血、水肿、糜烂、充血状。

(4) 肛窦炎患者诊断标准：患者肛门是否有下坠感、疼痛感，是否里急后重感，肛门是否有潮感，瘙痒。肛门镜检查肛窦、肛乳头处是否呈充血、红肿等状态。

(5) 疗效判定标准：患者临床症状若完全消失，肠镜下黏膜若正常，每日正常排便 1-2 次，1 年内若未复发则视为痊愈；患者经治疗后临床症状得到改善并未完全消失，肠镜检查下黏膜病变好转并未恢复正常，在 1 年内时有复发情况视为有效；患者经治疗后症状并没有明显改善或症状比以前更为加重视为无效。

1.4 统计学

采用 SPSS20.0 软件统计对研究结果数据进行分析，其中计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，而计数资料以 n(%) 表示，并采用 χ^2 检验，当 $P < 0.05$ 时表示差异显著。

2 结果

两组患者临床效果对比：本组患者中便秘患者 53 例，直肠炎患者 25 例，肛窦炎患者 24 例。其中对照组：便秘患者 (n=20) 痊愈 12 例，有效 6 例，无效 2 例；直肠炎患者 (n=15) 痊愈 10 例，有效 3 例，无效 2 例；肛窦炎患者 (n=16) 痊愈 8 例，有效 6 例，无效 2 例；观察组：便秘患者 (n=33) 痊愈 28 例，有效 5 例，无效 0 例；直肠炎患者 (n=10) 痊愈 6 例，有效 4 例，无效 1 例；肛窦炎患者 (n=8) 痊愈 4 例，有效 2 例，无效 1 例；观察组治疗效果总有效率 (96.07%) 大于对照组 (88.23%)， $P < 0.05$ 。

表 1 两组患者临床效果对比

组别	痊愈	有效	无效	总有效率
对照组(n=51)	30	15	6	88.23%
观察组(n=51)	38	11	2	96.07%

3 讨论

肛肠疾病是临床上比较常见、常见的一类疾病。所有年龄段的人都会出现这种情况。肛肠疾病术后的常见并发症，不但影响了病人的术后生活治疗，推迟其恢复，同时也会给患者的心理和生理带来一定的伤害。同时

也给医务人员的治疗造成了一定的困难。因而，如何正确处理肛肠疾病的常见术后并发症，已成为广大医务人员的重要课题。此项研究涉及到肛肠疾病的临床并发症，术后大出血、尿滞留、便秘、外科创面感染。为术后有痛苦的病人，医院医护人员应用盐酸利多卡因胶浆医治，将棉条浸透于利多卡因胶浆中，并将其浸湿，病人手术排便前，用湿棉条擦拭创面，外敷，浸泡了三分钟以上，让病人会再次排便。在换药的时候，要先用利多卡因胶浆棉条涂抹创面。术后伤口出血的病人，通常有两种方法。伤口流血少，病情较轻的病人采用压迫法进行止血；对于有大量出血的病人，采用缝合和止血的方法。对于失血过多的病人，要立即进行输血医治。术后一天之内禁止饮食和排便，同时给予病人必要的营养支持。对少量出血的病人可以采用压敷，该制剂为冻干凝血酶。视病人便秘的情况而定，病人服用麻仁润肠丸，同时还要注意饮食方面的调整。病情较重的病人可用生理盐水、甘油溶液、皂液等药物进行排便。如果是重度便秘的人，可以通过手指掏挖结合灌肠等方式进行治疗。如果是创面感染的病人，用酒精和抗生素的药水冲洗伤口。并对病人进行静脉输液。

灌肠作为临床中常用的治疗技术，它能将药物直接送达肛肠等部位的病灶，使药物更快地被病灶吸收并且治疗，从而使治疗的效果更为显著。本次中药灌肠治疗肛肠科疾病的效果研究显示：观察组中治疗的效果显著的有 49 例 (96.07%)，对照组中治疗效果显著的有 45 例 (88.23%)。观察组的治疗效果明显高于对照组的效果，两组间的效果具有明显的差异 ($P < 0.05$)，具有统计学意义。说明运用中药灌肠疗法治疗肛肠科疾病可以有效地治愈患者，降低愈后不良反应，提高患者的质量，提高满意度，达到预期的治疗效果。

中药直肠滴注医治直肠炎是一种简便、易行的方法。治疗效果好，且无任何不良反应，直接用药可达患处，使局部组织中的药物浓度比血液中的浓度高，效果比口服药好，避免了口服和注射药物的缺点和疼痛，降低上消化道的压力，避免胃酸和消化酶的作用，让医疗方法更加主动，对维持药品性能和改善疗效具有重要意义。研究表明，在直肠黏膜上的药物吸收与静脉注射没有差别，与口服相比，其生物利用度明显提高，而且，它的吸收速度更快，效果也更好。长期使用，提高了治疗效果的可靠性。而且，不需要经过上消化道和肝脏，就可以直接进入大循环。既能预防或降低有效的药物成份被消化液和肝脏的损害，而且还能减少药物对肝脏的毒性，减少消化道的副作用。

综上所述，运用中药灌肠疗法治疗肛肠科的疾病，可以将药物的药效直接作用于肛肠病灶，因为药物进入肠道后不再经过胃肠道的循环，直接粘附于肠粘膜的表面作用于病灶部位，有助于增强药物使用效率，治疗效果显著，方法适用、治疗疗程短、见效快等优点，在临床治疗肛肠疾病中具有有效的作用，值得在临床中广泛运用以及推广。

参考文献：

[1]张锦,李师,蓝菲,关成,王波.中药熏洗联合普通针刺对肛肠患者术后创面愈合影响及机制分析[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(08):107-110.
[2]岳朝驰,杨向东,李俊.针灸配合中药熏洗治疗老年肛肠术后疼痛140例临床观察[J].云南中医中药杂志,2019,40(06):69-71.
[3]甘琴,汪春霞,黄国栋,万燕,余六秀,廖鹏.便时温水坐浴联合便后中药熏洗坐浴对减轻肛肠疾病术后疼痛的效果观察[J].全科护理,2019,17(12):1472-1473.

中药脐疗治疗脾肾气虚血瘀湿浊型 CKD3-5 期非透析患者 临床观察

姚成¹ 潘红梅²

¹承德医学院研究生院 河北承德 067000; ²河北省沧州中西医结合医院肾病科 河北沧州 061000

摘要: 目的: 观察脐疗方对慢性肾脏病(chronic kidney disease,CKD) 3~5 期患者血清白介素 6(IL-6)及肾功能的影响。方法: 共选择了 CKD3-5 期“脾肾气虚血瘀湿浊”型非透析患者 60 人, 将按照随机原则随机分为治疗组 and 对照组分别 30 人。对照组予惯例处理, 治疗组以对照组为基础的前提下予脐疗医治。治疗 12 周综合评估两组患者中医临床症状缓解程度, 观察记录肾功能相关指标和血清 IL-6 水平变化。结果: (1)治疗后治疗组临床症状分值显著高于对照组, 统计差异显著($P < 0.05$); (2) 医治后治疗组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$); (3) 治疗组、试验组治疗前后 2 组 IL-6 差值有统计学意义 ($P < 0.001$)。 (4)治疗后治疗组血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)、白介素(IL-6)血清含量低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 脐疗方能显著改善脾肾气虚血瘀湿浊型 CKD3-5 期患者的临床症状, 提高治疗有效率, 改善肾功能, 其机制与调控血清 IL-6 含量存在一定相关性, 值得进一步探究。

关键词: CKD3-5; 脐疗; IL-6; 中医外治

慢性肾脏病(chronic kidney disease,CKD)在中国成人未标发病率已达 13.39%^[1], 其发生率高、预后不好、医疗费高昂, 已严重危害人类健康。肾纤维化(Renal Fibrosis,RF)是 CKD 发展至末期的主要病理改变。CKD 发生和加重的原因是多元化的, 细胞因子白介素-6 (IL-6)是炎症反应的促发剂, 在促进肾小球系膜细胞(mesangial cell, MC)增殖和细胞外基质 (ECM)积聚及其在肾小球损害或硬化进展中起重要作用^[2]。虽然现代医学的施治方法在相当程度上可以维持病情, 但仍有一系列临床症状无法改善。中医药治疗能够通过炎症机制多靶点、多途径抑制肾纤维化^[3], 但中医脐疗法在慢性肾脏病相关临床应用报道较少, 本次研究探讨中药脐疗方对脾肾气虚血瘀湿浊型 CKD3-5 期非透析患者的临床疗效。现将结果报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

所收集的 60 例病人均来自于 2021 年 3 月-2022 年 3 月河北省沧州中西医结合医院肾病科以门诊和住院的方式收治的 CKD3-5 期患者, 经中医辨证为脾肾气虚血瘀湿浊证。按照随机原则随机分为对照组和治疗组各 30 例。治疗组男 16 例,女 14 例。年龄 48 ± 8.91 岁,病程 $49.50 (38.25, 120.00)$ 个月,糖尿病肾病 7 例,慢性肾炎 9 例,高血压肾损害 10 例,多囊肾 3 例,狼疮肾 1 例。对照组男 16 例,女 14 例。年龄 44.67 ± 10.46 岁,病程 $44.00 (8.75, 110.25)$ 个月。糖尿病肾病 12 例,慢性肾炎 7 例,高血压肾损害 8 例,多囊肾 1 例,狼疮肾 2 例。两组病人的性别、年龄、病程、原发病变类型、疾病分期等基线资料对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 存在相似性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

按照改善全球肾脏病预后组织(Kidney Disease Improving Global Outcomes,KDIGO)2012 年提交的《CKD 评估与管理临床实践指南》^[4], 其

中肾部结构或功能异常 ≥ 3 个月; 肾小球滤过率(glomerular filtration rate,GFR) $15 \sim 59 \text{ mL/min} \cdot 1.73 \text{ m}^2$ 。

1.2.2 中医诊断标准

根据 2002 年出版的《中国新药临床研究指导原则》^[5]

脾肾气虚主证: 倦怠乏力, 气短懒言, 食少纳呆, 腰酸肢软。次证: 脘腹胀满, 大便不实, 口淡不渴。舌苔脉象: 舌淡, 有齿痕, 脉沉细而弱。湿浊主证: 呕吐呃逆, 肢体困重, 食少纳呆。次证: 脘腹胀满, 口中粘腻。舌苔脉象: 舌苔脉象。

血瘀主证: 脸色晦暗, 腰部乏力或疼痛。次证: 皮肤甲错, 肢体麻木。舌苔脉象: 舌质紫暗, 或有瘀斑瘀点, 脉细或涩。

凡符合主症 2 项或次症 3 项或以上者, 可确定为脾肾气虚血瘀湿浊证。

1.3 选择标准

纳入标准

符合 CKD3-5 期的西医诊断标准和中医脾肾气虚血瘀湿浊证诊断标准并签订了知情同意书; 年龄: 18-65 岁; 入组时未采用其他外用药物治疗者; 未经过透析治疗; 肌酐清除率 (Ccr) 大于 10 mL/min 。

排除标准

严重心脑血管系统疾病者; 严重过敏体质者; 脐周皮肤感染、破溃者; 严重精神障碍患者; 原患病变为恶性肿瘤的相关疾病患者; 妊娠或哺乳期患者; 腹部手术围手术期患者。

1.4 方法

两组均采用西医一般治疗, 治疗组在此基础上加用中医脐疗方敷脐给药。组成包括: 黄芪 15g、丁香 10g、肉桂 10g、水蛭 5g、王不留行 20g、桃仁 15g、红花 10g、大黄 20g。将上述药物研磨添加辅剂(蛋清)调成糊并搓成丸状敷于脐部, 该药物由河北省沧州中西医结合医院药剂室制备。

外用普通纱布及防过敏医用胶布固定维持 6-8 小时，隔天一次。治疗观察 12 周。

1.5 观察指标

(1)两组病人按照 2002 年出版的《中国新药临床研究指导原则》^[5]评价标准将中医临床表现分数按无、轻、中、重分别记为 0, 3, 6, 9 分。记录治疗前后症状积分并计算总积分。(2)肾功能检测取入组患者空腹静脉血 3~5ml,离心分离血清进行相关指标的检测。(3)用酶联免疫吸附法检测血清 IL-6 水平,试剂盒均由上海酶联生物科技有限公司提供,使用规范参照说明书。(4)计算评估两组患者医治后疗效。

1.6 疗效标准

按照 2002 年发布的《中国新药临床研究指导原则》^[5]疗效评分标准,分别记为 3 分显效:病症缓解或逐渐消失,症状积分下降 $\geq 60\%$;Ccr(内生肌酐清除率)提高 $\geq 20\%$;或 Scr(血肌酐)下降 $\geq 20\%$,后两项满足其中之一即可。2 分有效:症状减轻,临床表现分数下降 $\geq 30\%$;Ccr 提高 $\geq 10\%$;Scr 下降 $\geq 10\%$;1 分稳定:临床表现有所改善,症状分数下降 $<30\%$;Ccr 无下降或提高 $<10\%$;Scr 无下降或提高 $<10\%$ 。后两项具备一项即可。0 分无效:临床症状无改善或持续加重:Ccr 下降,或 Scr 提高,后两者具备之一即可。计算公式:(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

1.7 统计学方法

应用统计软件 spss 26.0 统计分析数据。将符合正态分布的量化数据以 (Mean $\pm$ SD)表达,组间数据比较以 t 检验。非正态的数据分析结果以 M(p25,p75)描述,计数资料以例数和构成比 n(%)表达,组间对比采用 W M-W 检验。P <0.05 的差异具有统计价值。

2. 结果

2.1 症状积分比较

治疗后治疗组中医症状积分较对照组下降 (P <0.05);治疗组治疗前后中医症状积分下降 (P <0.05)。见表 1。

表 1 两组患者中医症状积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	中医症状积分(分)			
		治疗前	治疗后	Z	P
治疗组	30	127.50(89.25,165.75)	61.50(33.00,111.75)	4.556	0.000
对照组	30	103.50(81.00,171.75)	93.00(66.75,176.25)	1.051	0.293
Z		0.814	2.241		
P		0.416	0.025		

2.2 疗效比较

治疗组的总有效率高于对照组,差异有统计学意义 (P <0.05) 见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较[(%)]

组别	例数	无效	稳定	有效	显效	总有效率
治疗组	30	4(13.33)	9(30.00)	10(33.33)	7(23.33)	26(86.67)
对照组	30	11(36.67)	8(26.67)	6(20.00)	5(16.67)	19(63.33)
Z						2.241
P						0.025

2.3 肾功能相关指标比较

治疗后治疗组血肌酐 (Scr)、尿素氮 (BUN) 下降 (P <0.05),内生肌酐清除率 (Ccr) 下降 (P >0.05);治疗组治疗前后血肌酐 (Scr)、内生肌酐清除率 (Ccr) 下降 (P <0.001);

治疗组与对照组治疗前后尿素氮 (BUN) 降低 (P <0.05),治疗组治疗前后血肌酐 (Scr)、内生肌酐清除率 (Ccr) 降低 (P <0.05) 见表 3。

表 3 两组患者肾功能相关指标比较(p25,p75)

组别	例数	Scr(μ mol/L)				Ccr(ml/min)				BUN(mmol/L)			
		治疗前	治疗后	Z	P	治疗前	治疗后	Z	P	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组	30	271.00 (215.50,366.25)	206.50(173.00,34.75)	4.5	0.0	24.03(18.35,34.80)	28.63(20.23,44.89)	4.6	0.0	15.77(11.99,17.84)	9.95(6.91,12.57)	4.7	0.0
对照组	30	301.50(200.25,354.75)	305.50(215.25,436.25)	0.7	0.4	27.19(21.20,41.16)	29.60(20.11,42.98)	1.4	0.1	13.66(9.52,17.76)	10.10(8.13,12.56)	4.7	0.0
Z			1.981				0.118				2.018		
P			0.048				0.906				0.044		

2.4 血清 IL-6 比较

治疗后治疗组血清 IL-6 水平较对照组降低 (P <0.05);治疗组治疗前

后血清 IL-6 水平降低 (P<0.001); 治疗组、试验组治疗前后 2 组 IL-6 差值有统计学意义 (P<0.001) 见表 4。

表 4 两组患者血清 IL-6 比较 M(p₂₅,p₇₅)

组别	例数	IL-6(pg/mL)			
		治疗前	治疗后	Z	P
治疗组	30	14.69(8.90,19.03)	9.99(5.36,16.40)	4.782	0.000
对照组	30	12.42(8.97,17.71)	12.40(8.97,17.72)	1.035	0.301
Z		0.931	2.144		
P		0.352	0.032		

分组	差值均数±标准差 (pg/mL)	差值中位数 95%置信 区间(pg/mL)	t 检验	
			t	P
治疗组	3.44±1.95	3.43(2.72-4.15)	9.64	0.000
对照组	0.01±0.02			

3. 讨论

中医一般认为 CKD 属“水肿”“关格”“隆闭”等范畴。肾脏患病，腹部胀大，下肢出现浮肿并伴有咳嗽与气喘是《黄帝内经》中的论述。肾为水脏，脾主运化。肾气开阖得当，脾气健运，体内水液才得以平衡分布。脾肾气虚则会因虚致有实邪如湿浊、血瘀的出现。存在关注价值的是本文创新性地将中医外治法的脐疗运用于临床，为临床中 CKD 患者这一特殊人群在施治过程中因口服给药存在的胃肠道水肿、消化功能紊乱等诸多问题提供了新的思路。脐疗解剖学研究表明脐为人体成长过程中腹壁最后一个封闭部，具备表面角质层薄、表皮障碍小、敏感性高、血运丰富及神经细胞密集等特点特征^[6]。药理学分析证明黄芪可以提高人体免疫功能，改善肾脏代谢^[7]。大黄可减轻免疫炎症反应而维持正常肾功能^[8]。丁香总黄酮可达到抗炎、抗氧化的作用^[9]。肉桂有抗氧化、抗炎、参与免疫调节、抗凝、促进新生血管生成、改善器官局域血供等潜在作用机制^[10]。水蛭粉可延缓肾纤维化^[11]。王不留行具有抗凝血、减少全血黏度作用^[12]。红花具有改善血脂等功效，可有效控制肾纤维化^[13]。桃仁可增加血浆流量^[14]。方中黄芪益气生血，助血运行。丁香、肉桂温补肾阳，助阳化气。水蛭破血逐瘀，通经除癥。王不留行活血消肿利尿。桃仁、红花相需为用，增强舒畅血脉祛瘀除血的功效。大黄泻浊通腹。全方配伍严谨，脾肾气升，瘀血消，湿

浊得去，伎巧得强。

本实验结果表明，治疗组中医临床症状积分、血肌酐 (Scr)、尿素氮 (BUN)、血清 IL-6 水平及治疗总体有效率较对照组低 (P<0.05)。治疗组治疗后中医临床症状积分、血肌酐 (Scr)、内生肌酐清除率 (Ccr)、尿素氮 (BUN)、血清 IL-6 水平及治疗总有效率较治疗前均改善 (P<0.05)。可以总结出，西医常规治疗联合中药脐疗治疗脾肾气虚血瘀湿浊型 CKD3-5 期非透析患者能够更好的缓解中医临床症状、改善肾功能、提高治疗总有效率，其机制与参与调控血清 IL-6 含量存有相关性，值得进一步探讨。

参考文献:

[1]王善志,朱永俊,唐文庄,等.中国成人及老年人群慢性肾脏病患病率 Meta 分析[J].中国老年学杂志,2017,37(21):5384-5388.

[2]刘继博,卢玲.中医药在抗肾纤维化过程中对 TNFα、IL-6 干预作用的研究进展[J].江西中医学院学报,2007(01):89-90.

[3]余柯娜,麻志恒,陈建,等.浅谈中医药从炎症角度治疗肾纤维化的研究进展[J].中国中西医结合肾病杂志,2015,16(10):938-940.

[4]Eckardt K U,Kasiske B L,DIGO linical ractice uideline or lomerulonephritis oreword[J].Kidney International Supplements,2012:140.

[5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:163.

[6]宫锦汝,庄礼兴,王笑丹.敷脐疗法的作用机理探讨[J].长春中医药大学学报,2011,27(01):85-86.

[7]翟海宁.结肠透析联合中药灌肠治疗慢性肾脏病高磷血症临床分析[J].中外医疗,2021,40(32):18-21.

[8]宋海翔,王子芬,张凤芳,等.慢性肾功能衰竭患者尿白介素-6 的检测及大黄对其影响[J].中国中西医结合杂志,2000,20(2):107-109.

[9]黄晶玲,江汉美,屠寒,等.丁香总黄酮抗氧化活性研究[J].湖北农业科学,2019,58(09):117-119.

[10]李若颖,夏天卫,陈晨,等.基于网络药理学探究肉桂治疗慢性肾脏病的作用机制[J].中医学报,2020,35(06):1271-1277.

[11]詹继红,王琮瑞,胡茂蓉.水蛭治疗慢性肾脏病 54 例对比研究[J].贵阳中医学院学报,2017,39(02):61-63+97.

[12]田怡,辛丹,高达.中药王不留行的研究进展[J].中国继续医学教育,2015,7(25):201-202.

[13]屈春梅,李红梅.柚皮素改善糖尿病肾病模型小鼠病情及机制研究[J].重庆医学,2018,47(23):3025.

[14]程子水.固元活血涤肾汤联合西药治疗慢性肾脏病 3 期临床研究[J].新中医,2021,53(20):66-69.

耳穴压丸配合药膳对促进慢性髓劳病患者康复的临床护理效果观察

王小娟 开金龙^{通讯作者}

甘肃庆阳市中医医院 甘肃庆阳 745000

摘要：目的：探究耳穴压丸配合药膳在慢性髓劳病患者康复中的临床护理效果。方法：本次实验的开始时间和结束时间分别为 2021.01 和 2022.02，本次实验对象为我院收治的慢性髓劳病患者 98 例，按随机数字表法分为两组，每组 49 例。参照组实施针对性护理，研究组在针对性护理的基础上实施耳穴压丸配合药膳，对比两组患者临床疗效、患者满意度以及平均住院天。结果：两组慢性髓劳病患者疗效相比，研究组疗效 97.96% 更高，($P < 0.05$)；两组慢性髓劳病患者的满意度相比，研究组 95.92% 高于参照组，($P < 0.05$)；两组慢性髓劳病患者的平均住院天数相比，研究组 (16.90 ± 3.23) d 短于参照组，($P < 0.05$)。结论：耳穴压丸配合药膳在慢性髓劳病患者的辅助治疗中效果显著，促进患者乏力倦怠、腰膝酸软等症状的康复，缩短病程，减轻患者的经济压力，提高患者满意度，该种中西医结合的辨证施护护理方法值得推广。

关键词：慢性髓劳病；耳穴埋豆；药膳；辨证施护

再生障碍性贫血是由于各种原因导致的骨髓造血机能减退，导致以骨髓有核细胞增生低下，红骨髓容量减少，脂肪组织增多，全血细胞减少为临床表现的一组综合征【1】。2009 年由中华中西医结合学会血液病专业委员会、中华中医药学会内科分会血液病专业委员会组织全国部分高校、科研院所从事血液病临床与科研的专家就常见血液病中医病证进行了专题讨论，并达成共识，确定用“髓劳病”为中医病名。根据起病的急缓程度，分为：“慢髓劳”、“急髓劳”。慢性髓劳病患者以乏力倦怠、腰膝酸软症状为主要临床表现，此病病程较长、反复发作，给患者身体、心理、生活造成很大影响，不利于疾病的康复；祖国医学讲究三分治疗七分护理，即除给予有效药物治外，应采用合理的护理手段与药物治疗相互配合，提高患者治疗的依从性，以达到良好的治疗效果，减轻患者的经济压力，提高患者的满意度。因此，本文主要探究耳穴压丸配合药膳在慢性髓劳病患者康复中的作用。

具体如下：

1 资料与方法

1.1 纳入标准 诊断标准 西医诊断标准：参照张之南、沈悌主编的《血液病诊断及疗效标准》（第 3 版）有关对再生障碍性贫血诊断标准；中医证候参考《中药新药临床研究指导原则》（2002 版）、国家中医药管理局医政司中医临床诊疗方案“慢性再生障碍性贫血中医诊疗方案”；《黄帝内经·素问》“肾主骨，生髓，藏精”，在从肾论治基础上，将慢性髓劳病分为肾阳虚、肾阴虚、肾阴阳两虚三个证型；患者及家属知情同意。

1.2 排除标准 急性髓劳病；对所选中药及其食物过敏者；不能按疗程治疗，治疗依从性差者；皮肤有创伤、溃疡、感染者或者合并其它皮肤病者；参加其它相关药物及食物临床实验者。

1.3 一般资料

将 2021.01 设置为本次实验的开始时间，将 2022.02 设置为本次实验的结束时间，研究对象为 98 例慢性髓劳病患者，按随机数字表法分为两组，每组 49 例。研究组：男 33 例，女 16 例；年龄 16 岁~69 岁之间，平

均年龄 (41.23 ± 5.45) 岁，主要症状：皮肤紫癜、神疲乏力、腰膝酸软；参照组：男 35 例，女 14 例；年龄 17 岁~72 岁之间，平均年龄 (41.55 ± 5.62) 岁，主要症状：皮肤紫癜、神疲乏力、腰膝酸软，两组一般资料比较，差异不具有统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.4 方法 参照组实施针对性护理：(1) 生活护理：病室环境温湿度适宜，保持病室的清洁，每天空气消毒，白细胞下降者应当保护性隔离以减少感染，注意保暖，以防复感外邪；(2) 休息与活动：对于重型者需要绝对卧床休息，慢性期避免剧烈运动及体力活动，运动强度和时间采用循序渐进的原则，避免长时间站立，防止碰撞出血；(3) 预防感染：不要去公共场合，带上医用外科口罩以保护自己；保持床铺和衣服整洁、干燥，应注意对患者的指甲进行修剪，定期对皮肤进行清洁，可于每日使用 $40 \sim 50^\circ\text{C}$ 的温水对患者的皮肤进行擦拭，并且擦拭皮肤过程中不能够使用含碱的清洁剂，患者衣物应选择宽松、柔软的棉质衣物；(4) 预防出血：保持大便通畅；注意出血倾向，如皮肤黏膜出血、鼻衄、牙龈出血、眼底出血等；肌肉注射和静脉注射等结束后要延长压迫时间，避免皮下渗血；(5) 饮食护理：适宜清淡、新鲜、松软、易消化的食物，忌食生冷半熟食、辛辣、刺激之品；推荐食用药食同源并具有高蛋白、富含维生素含铁丰富的食物，如瘦肉、鱼禽、动物血、蛋奶、干果、香菇、木耳、蘑菇海带、豆制品及绿叶蔬菜、水果等。(6) 情志调理：重视情志护理，保持心情舒畅，劳逸结合，加强锻炼；并实时的与患者沟通，给与开导，稳定患者情绪，消除其消极的情绪，减少其焦虑和恐惧。(7) 用药护理：按照医生的指示服用，不要自己减少或停止服用药物；不要让患者暴露于危险的辐射中，避免使用会对骨骼产生副作用的药品；要密切关注药品的副作用；需要进行血液检查和肝脏、肾脏的检查。

研究组在针对性护理的基础上实施耳穴压丸配合药膳：耳穴压丸（选穴肾穴、脾穴、肝穴）：操作方法：准备好相关设备仪器（包含王不留行籽、治疗盘、镊子、探棒）。体位调整为坐位或卧位，使用浓度 75% 的酒精对局部皮肤进行清理。操作者持探棒从上而下寻找敏感点，根据探查结

果,确定压豆点(耳穴敏感点),使用耳穴压丸专用耳贴固定在耳穴脾、肝、肾的部位,每天更换、两耳交替贴压,减轻病人的不适感,指导病人压豆后自行按压耳豆以增加疗效,每次每穴 1-2 分钟,每天三到五次,7 天为 1 个疗程,一般治疗 2~3 个疗程。药膳方:(1)肾阴虚证:虫草骨髓汤:冬虫夏草、牛骨髓、精盐、味精,各适量,先把冬虫夏草、牛骨髓分开用清水洗净,然后在瓦煲内放入适量清水,大火烧开后再放入冬虫夏草、牛骨髓,煮开后再转为小火继续煲三小时,即可加精盐、味精调味食用,有滋补肝肾,养血益精的功效;(2)肾阳虚证:羊肉胡萝卜枸杞汤:羊肉、胡萝卜、枸杞、生姜、精盐,各适量,先把羊肉洗干净切块,放开水里焯一下,再和洗净的胡萝卜、枸杞、生姜一起入砂锅中,加适量的清水,用大火煮开后再转小火炖三个小时,加入精盐调味即可,有温补脾肾、益精养血之功效;(3)肾阴阳两虚证:鲫鱼五仁汤:鲫鱼一条,红衣花生、赤豆、核桃仁、黑芝麻、红枣,各适量,先把鲫鱼清理干净后切块,入锅加清水熬汤,然后取鱼汤加入红枣、红衣花生、赤豆、核桃仁、黑芝麻熬煮一个半小时左右即可食用,有滋阴温阳,补气养血的作用;药膳方根据季节,患者的具体情况选择食用,两组均干预两周,一周进行一次疗效评价。

1.5 观察指标 (1) 证候疗效:参照《中药新药临床研究指导原则》(2002 版)拟定证候的症状与体征轻重程度分级量化,根据治疗前后积分值变化评定疗效。计算公式:[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]x100%。疗效标准如下:

(1)治疗后,证候积分降低≥95%,患者临床症状和体征基本消失或完全消失,则为痊愈。(2)治疗后,证候积分降低≥70%,患者临床症状和体征明显改善,则为显效;(3)治疗后,证候积分降低≥30%,患者的症状与体征得到了好转,则为有效;(4)治疗后,证候积分降低<30%,患者的症状与体征无明显的变化甚至恶化。(2)满意度:满意度主要分为三个选项:非常满意、不满意、满意。(3)患者平均住院天数。

1.6 统计学方法

本次研究通过 SPSS22.0 分析,计量资料按照 ($\bar{x}\pm s$) 方式展示,并利用 t 值检验,计数资料按照 (n/%) 方式展示,检验方式为 X²,若 P<0.05 则有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组的证候疗效

研究组的有效率高于参照组,两组证候疗效比较有显著性差异, P<0.05, 见表 1。

表 1 两组的证候疗效比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率
研究组	49	9 (18.37)	21(42.86)	18(36.73)	1 (2.04)	48(97.96)
参照组	49	3 (6.12)	19(38.78)	20(40.82)	7 (14.29)	42(85.71)

x ²	/	/	/	/	/	4.9000
P	/	/	/	/	/	0.0268

2.2 对比两组的护理满意度

研究组的护理满意度显著高于参照组,两组比较有显著差异, P<0.05, 见表 2。

表 2 两组的护理满意度比较[n(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	护理满意度
研究组	49	21 (42.86)	26 (53.06)	2 (4.08)	47 (95.92)
参照组	49	15 (30.61)	23 (46.94)	11 (22.45)	38 (77.55)
x ²	/	/	/	/	7.1837
P	/	/	/	/	0.0073

2.3 对比两组的平均住院天数

研究组的平均住院天数短于参照组,有显著性差异 (P<0.05), 见表 3。

表 3 两组的平均住院天数比较 ($\bar{x}\pm s, d$)

组别	例数	平均住院天数
研究组	49	16.90±3.23
参照组	49	25.65±5.93
t	/	9.0705
P	/	0.0000

3 讨论

再生障碍性贫血是一种常见的血液系统病症,如果不及时进行有效的介入,会导致感染、出血甚至死亡。因慢性再障本质为“本虚标实”之证,大多数患者热毒之象为本虚继发,总结了虚为本、邪为标、痰瘀为变的病机特点。再障辨证经历了脏腑辨证、气血辨证、从肾辨证三个阶段,临床疗效不断提高。《皇帝内经·素问》“肾主骨,生髓,藏精”,中医强调肾论治,将患者分为三种证型:肾阳虚慢性再障、肾阴虚慢性再障、肾阴阳两虚慢性再障【2】。其中初期患者以阳虚型居多,后期病久,阴虚及阴阳两虚者渐多,且常伴有痰湿、瘀血等病理产物。

慢性再障的发病因素较多,主要是因为肾气不足或禀赋不足导致,夫肾主骨,生髓藏精,精血并出,肾不藏精。精不化血,血无所生,则生虚劳。或后日失养,饮食不节,房劳内伤,形神耗耗,以致气损,神气衰,气不足而为虚。感于六淫,伤于脏腑,机不能发为本病。夫虚者脾也,肾者本之,脾者后之原也。肾藏精,生髓,髓者血之海。脾主升清浊,其精上为赤为血,脾受气而血虚;肝肾俱出,子母俱虚,或为肝、肾、阴虚。在中医上,对再障者的分类是“血虚”,“血虚”,“血枯”。20 世纪 50 年代末,中国开展了对再生障碍性贫血中西医结合疗法的探讨,部分专家提出,肾主骨,生髓,藏精,精血同生的学说,指出,再障症的病因是肾精不足,肾精不足,肾精不足,髓少不能化血。以肾为核心,以肾为核心的辩证法,以养血养血为基础。近代试验证明,补肾的药物均能加速骨髓内的造血细胞集落生成单元的增殖,从而促进其细胞的生长。

中医辨证论治主要方法有内服、外用等,耳穴是腧穴的一类,指分布

在耳廓的反应点,与脏腑经络、四肢百骸相互沟通,可以反应机体的生理病理现象,可诊治疾病。《灵枢·口问》曰:“耳者,宗脉之所聚也。”耳与脏腑经络关系密切,六阳脉行于耳,六阴脉达于耳。《厘正按摩要术》曰:“耳虽为肾窍,而五脏所结。”说明耳与脏腑生理、病理息息相关。耳廓上的特定反应区称为耳穴,具有全身的全息对应点,所以刺激耳部相应位置可疏通气血经络、调节脏腑阴阳。当机体产生疾病时,不良神经冲动在神经元之间传递,而人体的耳朵神经分布广泛,且肌肉覆盖较薄,通过介质刺激耳郭相应位置,可起到治病防病的作用【3】。耳穴疗法即耳廓穴位刺激法,包括贴压、按摩、放血、磁疗等刺激方法,耳穴压丸是临床常用方法之一,以药若菜子压耳,随局刺之,通气血,调阴阳,以救疾者是中医特色非药物疗法【4】。

慢髓劳当以“虚则补之”为法,填精补肾,调理阴阳,护卫气血,并可据病机,或滋阴补肾填精,或温补肾阳填精,或滋阴济阳填精,各有侧重【1】。本实验中根据辨证论治、辩证施护原则耳穴压丸选穴:肾穴、脾穴、肝穴:肾耳穴,耳穴名,具有益精气,壮肾阳,育精穴,强肌肉,纳肾气等作用;肝耳穴,耳穴名,别名肝点,养血平肝,疏郁缓急,通络止痛之作用;脾耳者,耳之所出也,主调阴血、宣肺健脾,益气,通络,除湿固脉,三穴共奏补肾填精、疏肝健脾之功效。

食疗药膳是祖国医药学宝库的珍贵遗产,其在中华民族繁衍生息的过程中起着重要作用【5】。药膳的选择是以本草学为依据,以辨证论治及辨药膳多为药、食两用之品,并有食品的色、香、味等特性;药虽入口,中药所择,与物调和,犹为药膳。药膳之调,以炖、煮、煨、蒸为主。庶药食久热,大放功效。夫药膳调和,药食原汁,有所补益,肴膳鲜美,以致其切。食疗药膳增强机体的免疫力,从而增强人体的造血能力。由于中药汤剂多有苦味,故民间

有“良药苦口”之说。药膳的主要原料是中药和食物,寓药于食,寓性于味,融中药功效与食物美味于一体。因此,以精湛的烹调艺术为手段,借助炖焖、煨、蒸、煮、熬、炒、卤、烧等中国传统的烹调方法,同时按患者身体的需要进行中药的选料、调补。

本次研究中,结合患者的实际情况开展辩证治疗,(1)肾阴虚证:虫草骨髓汤:有滋补肝肾,养血益精的功效;(2)肾阳虚证:羊肉胡萝卜枸杞汤:有温补脾肾、益精养血之功效;(3)肾阴阳两虚证:鲫鱼五仁汤:有滋阴温阳,补气养血的作用。

综上所述,耳穴压丸外用与与辩证施膳内服,共奏滋补肝肾、益精壮阳、温补脾肾,调理阴阳之功效,且耳穴贴压外用无刺激,患者很容易接受,辩证施膳方取材简单,操作简单,药食结合,提高疗效,促进患者的康复,缩短病程,减轻患者经济压力,提高患者满意度,该种中西医结合的辩证施护方法值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]陈信义,杨文华.中医血液病学[M].北京:中国中医药出版社,2019:42-47.
- [2]陈信义,周郁洪,胡晓梅.血液疾病优势病种中医诊疗方案与路径解读[M].北京科学技术出版社,2019:35-37.
- [3]穆云霞,吴宇峰.葛根素联合耳穴贴压治疗小儿近视并发斜弱视 32例[J].西部中医药,2015,28(12):106-108.
- [4]黄丽春.耳穴诊断学[M].北京:科技文献出版社,2004:74.
- [5]夏小军.中西医结合肿瘤特色医疗[M].兰州:甘肃科学技术出版社,2021:365-369.

(上接第 176 页)

4.3 强化专业技能,利用专业优势,拓宽中医药高等院校教育精准扶贫路径,提高核心竞争力。专业技能是医药学生求职过程中的重要因素之一,坚实的专业技能往往能带来更好的就业机会。因此,加强贫困医学生专业技能至关重要。中医院院校要根据社会需求和自身专业特色,针对性培养贫困医学生的创新创业能力、组织管理能力、人际交往能力等,鼓励贫困医学生积极参加创新创业比赛,中医药院校要转变精准扶贫思维,精准扶贫不仅仅局限于资助的方式,还更应该拓宽扶贫路径,让贫困医学生在实践中锻炼各项能力,提供就业核心竞争力,为之后的就业奠定基础。

精准扶贫政策下,教育精准扶贫是每所中医药高等院校的一项重要工作,也是一项长期工作,意义重大,影响深远。要做好此项工作,就要准确把握教育精准扶贫的发展方向,精准对接中医药院校教育与扶贫工作,努力提高社会服务能力,培养更多具有创新精神和实践能力的有用人才,促进贫困地区快速发展,尽快摆脱贫困。

参考文献:

- [1]王廷勇,李天俊,邹联克.构建教育精准扶贫的长效机制[J].大理大学学报 2019(11) 16-18
- [2]陈欣,刘立感恩教育助推精准扶贫的成效——基于黔西南的调查案例[J].区域治理 168
- [3]李晨旭,周姝.精准扶贫战略下高职院校教育精准扶贫策略研究

[J] 山西青年专题研究 2019(6) 上 85-86

- [4]赵红,肖云珠.精准扶贫理念下贫困大学生就业帮扶对策探析[J].现代交际 2020(2) 145
- [5]精准扶贫视角下广西建档立卡贫困医学生就业现状及帮扶路径探析——以广西科技大学医学部为例[J].农村经济与科技 2021年第32卷第16期 290
- [6]杨慧玉.云南滇中地区教育精准扶贫绩效评价研究[D].昆明理工大学 2021 22-23
- [7]康俊彪.医学院校贫困生精准资助模式探讨[J].福建医科大学学报(社会科学版) 2018(3) 45
- [8]李徽,马加升.民族地区高校教育精准扶贫的理论创新与实践——以昆明学院扶贫实践为例[J].昆明学院学报 2020 42(5)
- [9]李雪峰,王薇,刘璐.探析我国高校教育精准扶贫模式下的研究现状、问题及应对措施[J].陕西教育(高教) 2020(4)
- [10]左帅.中医药高校“精准扶贫”的内涵解读与方案探讨[J].产业与科技论坛 2018,17(14)

作者简介:张淮纤,女,出生于1978年9月,云南省禄劝县人,硕士研究生,研究方向,高等教育管理,教育学、心理健康教育。

项目基金:云南中医药大学中医药政策研究课题 课题编号 20202C01

润肺膏治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察

于浩 赵静秋 姚顺敏^{通讯作者}

贵阳市乌当区人民医院 贵州贵阳 550000

摘要：目的：目的 观察润肺膏治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效。方法：选取我院 2021 年 7 月-2022 年 7 月收治的 90 例慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者为本次研究对象，按照是否应用润肺膏治疗将患者分为对照组（45 例：未应用润肺膏治疗而应用常规西医西药）与治疗组（45 例：应用润肺膏），比较两组患者治疗效果及不良反应发生情况。结果：治疗组治疗 10 天后 CRP、WBC、NEU 均低于对照组，肺功能、血气指标以及生活质量均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。对照组总有效率为 71.12%（32/45），低于治疗组的 95.56%（43/45）（ $P < 0.05$ ）。两组患者在治疗过程中均无不良反应发生。结论：慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者采用润肺膏治疗可显著提升临床疗效。

关键词：润肺膏；慢性阻塞性肺疾病急性加重期；临床疗效

慢性阻塞性肺疾病简称慢阻肺，该病患者病情稳定期患者亦可出现咳嗽、咯痰等症状，急性加重期时，患者肺功能显著降低，咳嗽、咯痰症状加重，同时患者伴有气短、喘息、呼吸困难等症状，若未行有效治疗可并发慢性呼吸衰竭、自发性气胸^[1,2]。慢阻肺急性加重期西医常用 β 受体激动剂、抗胆碱药物以缓解患者不适症状，但是总体疗效不甚理想。中医将本病归属于“肺燥”、“肺痿”范畴，润肺膏具有补肺润燥的作用，近些年，部分医学研究者提出，对于慢性阻塞性肺病急性加重期患者应用润肺膏以提升临床疗效^[3,4]。本次研究为论证轮生上述观点，比较我院 2021 年 7 月-2022 年 7 月 90 例分别应用常规西药治疗以及应用润肺膏治疗慢阻肺急性加重期患者为预后情况。

1 资料与方法

1.1 一般资料

治疗组 45 例慢阻肺急性加重期应用润肺膏治疗慢阻肺急性加重期患者中男 23 例、女 22 例，年龄在 54 岁~77 岁、平均年龄（63.60±1.44）岁，慢阻肺病史在 3 个月~10 年，平均慢阻肺病史在（5.05±0.11）年。对照组 45 例未应用润肺膏而应用常规西药治疗慢阻肺急性加重期患者中男 24 例、女 21 例，年龄在 54 岁~75 岁、平均年龄（63.62±1.42）岁，慢阻肺病史在 3 个月~10 年，平均慢阻肺病史在（5.05±0.11）年。两组患者相关基础一般资料无统计学差异。

1.2 病例选择标准

纳入标准：（1）本次研究对象均既往有慢阻肺病史，均因咳嗽、咯痰症状加重且患者伴有喘息、呼吸困难等症状，结合患者入院后肺部影像学检查、肺功能等检查，患者均符合为慢阻肺急性加重。（2）本次研究对象均咳嗽、气促、痰多且质地粘稠、咳吐不爽、胸闷不畅、久咳痰多，符合肺虚气弱型“肺痿”。（3）本次研究对象均本次研究用药前未应用其他用药方案，同时入院后自愿参与本次研究。排除标准：（1）排除对本次研究用药方案过敏患者。（2）排除合并肝、肾以及其他脏器疾病患者。（3）排除

神志异常患者。（4）排除中途放弃治疗转院或临床资料不全的患者。

1.3 方法

两组患者入院后均开展低流量吸氧治疗，对照组布地奈德（上海信宜，国药准字：H20010551）2mg+异丙托溴铵（山东京卫制药，国药准字：H20120003）2mL，雾化吸入治疗，每日 2 次。头孢噻肟（请更改石药集团欧意药业，国药准字：H20041669）2g ivgtt q8h。茶碱缓释片（广州迈特兴华制药，国药准字：H44023791）每次口服 0.1g，每日 2 次。治疗组在对照组基础上加用润肺膏（山东润中药业，国药准字：Z20174066）治疗，15g/次，3 次/d，10d 为 1 个疗程，两组患者均持续给药 10 天。

1.4 观察指标

比较两组入院时、治疗 10 天后 CRP、WBC、NEU、肺功能、血气指标、总有效率、不良反应以及生活质量，总有效率疗效评定标准 痊愈：临床症状完全消失，两个月内不存在复发情况，肺啰音消失，实验室检查结果正常；显效：临床症状基本消失，肺啰音基本消失，实验室检查结果基本正常；有效：临床症状有所改善，肺啰音有所改善；无效：临床症状无改善迹象或加重。总有效率 = 痊愈率 + 显效率 + 有效率。借助呼吸困难评分（mMRC）评估患者生活质量，0 分：在剧烈运动时感到呼吸困难。1 分：情绪激动或轻微运动即感到呼吸困难。2 分：轻微运动时感到呼吸气短，静息片刻可自行缓解。3 分：步行不足 100 米或几分钟后需静息片刻。4 分：呼吸困难难以离家或穿衣时即感到呼吸困难。

1.5 统计学处理

统计学方法 采用 SPSS 12.0 软件进行统计学分析，计数资料采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 CRP、WBC、NEU

两组患者治疗 10 天后 CRP、WBC、NEU 均低于入院时，此外，治疗组患者治疗 10 天 CRP、WBC、NEU 均低于对照组，见表 1。

表 1 两组患者相关 CRP、WBC、NEU [χ±s、n]

例别	例数	CRP (mg/L)		WBC (X 10 ⁹ /L)		NEU (%)	
		入院时	10 天后	入院时	10 天后	入院时	10 天后
治疗组	45	22.19±1.25	10.23±1.38 ^c	15.53±2.15	4.41±0.08	88.52±2.52	62.52±2.24
对照组	45	22.21±1.21	15.25±1.34 ^c	15.49±2.11	10.11±0.10 ^c	88.48±2.46	70.21±2.21 ^c
t 值		1.209	25.351	1.512	28.446	0.842	20.126
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与同组入院时比较, ^c*P* < 0.05
2.2 肺功能
两组患者 10 天后相关肺功能指标均高于入院时, 治疗组患者治疗 10 天后相关肺功能指标均高于对照组, 见表 2。

表 2 两组患者相关肺功能指标 [χ±s、n]

例别	例数	FEV1 (mL)		FVC (mL)		FEV1/FVC (%)	
		入院时	10 天后	入院时	10 天后	入院时	10 天后
治疗组	45	1253.41±22.11	2538.23±22.45 ^c	2558.54±22.57	3528.25±22.48 ^c	48.42±0.12	71.42±1.52 ^c
对照组	45	1258.45±22.15	2205.13±22.48 ^c	2562.51±22.52	3268.42±22.44 ^c	48.45±0.10	68.41±1.55 ^c
t 值		0.125	10.653	0.162	10.268	1.484	21.447
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与同组入院时比较, ^c*P* < 0.05
2.3 血气指标
两组患者 10 天后相关血气指标均优于入院时, 治疗组患者治疗 10 天后相关血气指标均优于对照组, 见表 3。

表 3 两组患者相关肺功能指标 [χ±s、n]

例别	数	PaO ₂ (mmHg)		S _O 2 (%)		PaCO ₂ (mmHg)	
		入院时	10 天后	入院时	10 天后	入院时	10 天后
治疗组	45	78.48±5.12	92.21±12.48 ^c	88.24±4.52	97.55±4.42 ^c	58.41±5.11	45.48±5.38 ^c
对照组	45	78.44±5.09	85.53±12.44 ^c	88.28±4.57	93.47±4.45 ^c	58.46±5.10	50.44±5.41 ^c
t 值		0.125	10.653	0.162	10.268	1.484	21.447
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与同组入院时比较, ^c*P* < 0.05

2.4 总有效率、不良反应

对照组总有效率低于治疗组, 具体情况见表 4, 此外, 两组患者在治疗过程中均无不良反应发生,

表 4 两组患者总有效率 [n/%]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	45	24	19	2	95.56(43/45)
对照组	45	18	14	13	71.12 (32/45)
χ ² 值					5.817
P 值					<0.05

2.5 生活质量

治疗组患者治疗 10 天后 mMRC 量表 0 分百分率高于对照组, 见表 6。

表 5 两组患者生活质量 [χ±s、n]

[n/%]					
组别	n	3 分	2 分	1 分	0 分
治疗组	45	2.22 (1/45)	8.88 (4/45)	17.78 (8/45)	71.12 (32/45)
对照组	45	2.22 (1/45)	22.22 (10/45)	22.22 (10/45)	53.34 (24/45)
χ ² 值					5.374
P 值					<0.05

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病简称慢阻肺, 该病的发生与患者长期吸烟、吸入粉尘或化学物质、肺部感染、遗传因素有关, 在上述因素作用下患者肺部发生炎症反应, 布地奈德、异丙托溴铵雾化吸入后可促使支气管平滑肌扩张^[5-8]。茶碱缓释片给药后可促进内源性肾上腺素、去甲肾上腺素的释放, 同

时阻滞呼吸道嘌呤受体与嘌呤物质的结合,在对抗腺嘌呤的过程中,抑制呼吸道收缩,此外,该品可增强膈肌的收缩能力,现代药理研究显示该品给药后药效可持续作用 12h。慢阻肺急性发作患者应用头孢克肟为常用抗感染药物,在促进 CRP 因子吸收的同时,有利于 WBC、NEU 等血常规指标逐渐恢复正常^[9-11]。中医认为本病发病病机为久咳肺虚,为肺虚气弱型“肺痿”,而润肺膏主要成分为莱阳梨清膏、党参、炙黄芪、紫菀(蜜炙)、百部(蜜炙)、川贝母,其中党参具有补中益气的作用,同时党参与黄芪均由益气健脾的作用,莱阳梨清膏、紫菀、百部、川贝母均为润肺止咳佳品,此外,本药蜜制符合了甘味滋补的理念^[12]。慢阻肺急性加重期患者体内大量炎症因子合成并释放,大量炎症因子活化时可产生大量氧自由基,同时在疾病因素影响下,患者身体处于高代谢状态,体内 ATP 酶积聚消耗,氧自由基进一步加剧合成。现代药理研究显示润肺膏中莱阳梨清膏具有抗氧化的作用,可有效促进慢阻肺急性加重期患者体内多种氧自由基的吸收^[13]。党参现代药理研究显示该品提取物可提升吞噬细胞的吞噬能力,进而提升机体免疫功能。炙黄芪现代药理研究显示该品可增加血液中白细胞的、中性粒细胞数量,增强非特异性免疫功能以及特异性免疫功能。紫菀现代药理研究研究显示该品可抑制气管痉挛,达到平缓的效果。百部现代药理研究研究显示,百部生物碱可抑制咳嗽反射,发挥镇咳、祛痰的作用,同时该品对多种致病菌具有抑制作用。川贝母现代药理研究研究显示,其含有的总皂苷成分具有显著的祛痰、镇咳的作用,此外,该品可舒张支气管平滑肌,发挥平喘的效果^[14]。

刘坚等^[15]临床研究与本次研究结果相似,应用润肺膏治疗的患者治疗后生活质量高于单纯应用西药治疗的对照组。慢阻肺急性加重期患者体内大量炎症因子合成并释放,WBC、NEU 逐渐升高且高于正常水平。本次研究显示应用润肺膏治疗的治疗组患者治疗 10 天后 CRP、WBC、NEU 均降低切低于对照组,治疗组患者肺功能、血气指标以及总有效率显著优于对照组,由此可见,对于慢阻肺急性加重期患者应用润肺膏可促进患者临床治疗效果的提高,进而促进机体肺功能指标以及血气指标尽快恢复正常,两组患者均未出现不良反应,由此可见,慢阻肺急性加重期患者常规西医治疗以抗生素控制感染、解痉平喘祛痰可治标,润肺膏扶正祛邪、补肺润肺治本。

综上所述,慢阻肺急性加重期患者润肺膏有较高的临床推广价值。

参考文献:

- [1] 龚彩霞. 中医辨证施护对慢阻肺患者肺功能及生活质量的影响[J]. 中外医学研究,2021,19(11):111-113.
- [2] 康倩靓. 慢阻肺患者辨证分型实施中医护理干预临床效果及对患

者肺功能变化的影响分析[J]. 中国保健营养,2021,31(6):223.

[3] Exploring the Influence of Cigarette Smoke on TROP2 Expression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease[J]. American journal of respiratory cell and molecular biology.,2021,64(6):655-656.

[4] 马靖. 中医药治疗慢阻肺疾病的研究进展[J]. 内蒙古中医药,2021,40(7):161-162.

[5] 李志春. 中医药治疗肺肾气虚型慢阻肺稳定期的临床研究进展[J]. 当代医药论丛,2021,19(10):20-22.

[6] PETITE, SARAH E., MURPHY, JULIE A.. Systemic Corticosteroid and Antibiotic Use in Hospitalized Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation[J]. The annals of pharmacotherapy,2019,53(2):144-150.

[7] 黄德天. 慢阻肺肺功能及疗效优化的中医治疗方案探究[J]. 养生保健指南,2020(26):284.

[8] 段家麟,邵苹,谢艳妮. 探析中医辨证治疗慢阻肺合并呼衰的临床效果[J]. 养生保健指南,2020(43):92-93.

[9] 任莹,张凌云. 中医药在治疗慢阻肺疾病方面的应用进展[J]. 母婴世界,2020(26):297-298.

[10] 杨春艳,付义,张爱华,等. 中医药干预慢阻肺患者肺组织中缺氧诱导因子内皮生长因子的研究进展[J]. 云南中医中药杂志,2019,40(1):84-85.

[11] MURPHY, TIMOTHY F., BRAUER, AIMEE L., PETTIGREW, MELINDA M., et al. Persistence of Moraxella catarrhalis in Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Regulation of the Hag/MID Adhesin[J]. The Journal of Infectious Diseases,2019,219(9):1448-1455.

[12] 杨莎. 重视慢阻肺疾病的共病,尽早介入中医药治疗[J]. 饮食保健,2020,7(6):251-252.

[13] BAHARAN ZARRABIAN, MEHDI MIRSAEIDI. A Trend Analysis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Mortality in the United States by Race and Sex[J]. Annals of the American Thoracic Society,2021,18(7):1138-1146.

[14] 罗国庆,赛力克·吐尔苏巴义. 中医治疗稳定期慢阻肺的临床疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(79):191,199.

[15] 刘坚,蒋译文,刘贤文. 润肺膏联合噻托溴铵吸入对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者生命质量及氧化应激的影响[J]. 中国实用医药,2021,16(35):181-183.

六西格玛管理对静脉药物配置中心化疗药物配制质量干预效果

郑萌萌

昌乐县人民医院 山东昌乐 262400

摘要：目的：探索静脉药物配置中心化疗药物配制中开展六西格玛管理价值。方法：筛选我院静脉药物配置中心化疗药物配置为研究对象（时间 2021 年 6 月-2022 年 6 月）（200 次），配置中对照组（2021 年 6 月-2021 年 12 月）开展常规管理，观察组（2022 年 1 月-2022 年 6 月）开展六西格玛管理，观察两组药物配置质量。结果：观察组各项指标（药物配置时间、送至科室时间、配药量）相比对照组更优，差异显著（ $P<0.05$ ）。观察组静脉药物配置质量（基础操作评分、配置知识评分、操作技能评分、操作安全性评分）评分相比对照组更高，差异显著（ $P<0.05$ ）。差错率观察组 1.00% 低于对照组 5.00%，差异显著（ $P<0.05$ ）。满意度观察组 98.00%（更高），对照组 93.00%，差异明显（ $P<0.05$ ）。结论：静脉药物配置中心化疗药物配制开展六西格玛管理效果显著，可提升药物配置质量，降低差错事件发生率，提高整体配置效率，以达到管理目的，值得推广。

关键词：静脉药物配置中心；化疗药物；配制质量；六西格玛管理

近年来，全世界恶性肿瘤疾病发病率呈现出明显增长趋势，对人们生命健康产生明显的威胁，需要加强重视力度^[1]。化疗是治疗肿瘤疾病的重要方式，可以有效改善患者临床症状，延长患者生存期，具有较高的应用价值。化疗药物可通过静脉途径进入体内控制病情，以保证治疗效果^[2]，而配置环节是保证药物质量的重要因素^[3]，只有合理进行药物配置才能保证符合药物质量标准，也是现阶段静脉药物配置中心需要重点管理环节^[4]。六西格玛管理是一种优质管理模式，该模式遵循零浪费、高效率准则^[5]，从不同层次开展管理，提高配置效率，降低差错率，改善传统配置中存在的不足，优化流程缺陷，提升整体服务水平与质量^[6]。本次研究将以 200 次药物配置为样本，分析六西格玛管理在静脉药物配置中心化疗药物配制质中的应用价值：

1 资料与方法

1.1 一般资料

筛选我院（时间 2021 年 6 月-2022 年 6 月）静脉药物配置中心化疗药物配置为研究样本（200 次），对照组（2021 年 6 月-2021 年 12 月）开展常规管理，观察组（2022 年 1 月-2022 年 6 月）开展六西格玛管理，两组药物均由同一组药师配置，两组患者一般资料无明显差异性（ $P>0.05$ ），符合研究要求。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组选择常规管理，按照常规制度开展各项配置工作，以流程为基础，从扫描、打包、核对、发放以及回收等方面开展管理，规范集中配置工作，实现规范化配置。

1.2.2 观察组

观察组选择六西格玛管理：六西格玛管理模式以流程管理为核心，从五个维度开展：（1）定义，将零浪费、低差错、高效率作为管理基础，制定完善的管理计划，优化药物配置流程，及时清除药物配置中存在的风险隐患，提升效率与质量。（2）测量，通过定量调查与定性访谈方式开展，对药物需求进行分析，明确所需配置药物以及工作人员配药速度，合理进行准备，对配药流程中的相关处方、审核、配置忽视审核、再次核对、包装等进行合理的监控，明确配置中存在的问题，记录数据。（3）分析，对配置环节中存在的问题开展分析，明确问题产生原因，针对性进行优化，并提前对可能存在的风险隐患进行预防，提高整体防范意识。（4）改进，针对上述分析结果进行优化，制定完善的改进方案，强化各项管理体系，优化改进方案，如对开处方时间进行控制，规定最晚处方时间，如每日上午九点半，由专业人员进行汇总与处理，分配给各个科室，经过药师审核

后进行集中配置，尽量减少配置批次，以保证配置质量。通过双重审核系统进行其处理，对药物剂量、给药途径、配伍进行审核，明确药物稳定性，经由药师进行再次审核，及时修改存在的问题，以保证用药安全性。对药物操作进行规范，合理执行六步洗手法，穿戴好防护服、手套等，利用装备提升安全性。按照灭菌标准进行合理的药物回收，合理进行分类，对药物进行保存，特殊药品需要进行特殊的标记与存储。注重送药速度控制，保证其速度符合标准，及时送往各个科室，保证运送路线通畅。对工作人员进行合理的培训，提升其专业水平与专业知识掌握水平，做好合理的班次设计，预先进行合理的统计，实现资源优化配置，提升配药速度。（5）控制，进行改进方案落实，对方案中存在的问题进行改进，不断优化调整，以提升整体效果。

1.3 观察指标

（1）观察两组配药指标情况，包括药物配置时间、送至科室时间、配药量。

（2）观察两组静脉药物配置质量，以基础操作评分、配置知识评分、操作技能评分、操作安全性评分维度开展，自拟问卷，分值从 0 分-100 分，分值高表示配置质量越高。

（3）观察两组静脉药物配置差错情况，包括信息差错、配置差错、包装破损，计算发生率。

（4）观察两组满意度，包括非常满意（25-20 分）、满意（19 分-15 分）、不满意（14 分-10 分），自拟满意度问卷，分值 25 分-0 分，计算满意度。

1.4 统计学处理

SPSS26.0 处理，以（ $\bar{x} \pm s$ ）均数±标准差计量配置指标以及配置质量评分；以数（n）或率（%）计数差错率与满意率，利用 t 与 χ^2 检验正态分布， $P<0.05$ 说明差异有对比价值。

2 结果

2.1 两组配药指标情况对比

观察组各项指标（药物配置时间、送至科室时间、配药量）均优于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组各项指标情况对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	药物配置时间(min)	送至科室时间(min)	配药量 (ml)
观察组	100	50.56±1.37	7.22±0.34	73.11±2.25
对照组	100	55.93±1.52	9.56±0.43	60.52±2.16
t	-	12.672	8.659	12.271

P	-	0.000	0.000	0.000	
2.2 两组静脉药物配置质量评分					
观察组静脉药物配置质量（基础操作评分、配置知识评分、操作技能评分、操作安全性评分）评分显著更高，差异显著（P<0.05）。见表2。					
表 2 两组静脉药物配置质量（ $\bar{x}\pm s$,分）					
组别	n	基础操作 评分	配置知识评 分	操作技能评 分	操作安全性 评分
观察组	100	96.19±1.29	94.88±2.58	93.70±1.85	91.70±1.96
对照组	100	82.27±1.34	81.32±2.56	82.51±1.76	80.51±1.94
t	-	13.265	13.262	12.202	11.256
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组静脉药物配置差错事件

差错率观察组 1.00%（更低），对照组 5.00%，差异显著（ $P<0.05$ ），如表 3。

表 3 差错事件发生情况[n(%)]				
组别（n=100）	信息差错	配置差错	包装破损	差错率
观察组	0（0.00）	0（0.00）	1（1.00）	1（1.00）
对照组	2（2.00）	1（1.00）	2（2.00）	5（5.00）
χ^2	-	-	-	4.300
P	-	-	-	0.038

2.4 两组药物配置满意度情况

满意度观察组 98.00%（更高），对照组 93.00%，差异显著（ $P<0.05$ ），如表 4。

表 4 满意度情况对比[n(%)]				
组别（n=100）	非常满意	满意	不满意	满意率
观察组	54（54.00）	44（44.00）	2（2.00）	98（98.00）
对照组	52（52.00）	41（41.00）	7（7.00）	93（93.00）
χ^2	-	-	-	4.189
P	-	-	-	0.041

3 讨论

静脉药物配置中心化疗药物配制是保证医院临床治疗开展的重要因素，肩负着药物配置作用。传统药物配置过程中^[7]，由科室医生通过电脑进行医嘱，由配置中心工作人员进行配置，将配置药物输送到各个科室^[8]，但在传统配置过程中还存在一些不足，进而容易对药物配置产生影响，甚至造成药物受到污染^[9]，因此合理进行管理尤为重要，通过管理优化整个流程^[10]，以满足现阶段的需求。六西格玛管理是一种优质的管理模式，该管理属于新型方法^[11]，以数据、事实驱动为核心，针对药物配置流程进行优化，将管理工作看作为一种流程^[12]，通过定义、测量、分析、改进以及控制五部分开展，及时发现传统中存在的问题，消除影响问题的因素，以提升整体药物配置质量^[13]。通过运用该管理模式可改变传统管理中存在的不足，针对问题进行处理，对可能出现的问题进行预防^[14]，消除配置中存在的隐患，为患者提供更为优质的药学服务^[15]，加强流程审核，进一步提升药物配置效率，同时降低差错率，提高满意度，保证临床用药安全性，具有较高的推广价值^[16]。

本次研究结果中，观察组各项指标（药物配置时间、送至科室时间、

配药量）更优，相比对照组差异显著（ $P<0.05$ ），说明该管理模式可有效提升药物配置质量，降低各种因素产生的影响，优化配置流程，减少差错，及时清除存在的安全隐患与风险，配置优质药物。观察组静脉药物配置质量（基础操作评分、配置知识评分、操作技能评分、操作安全性评分）评分更高，差异显著（ $P<0.05$ ），说明该管理模式可改变配置水平，降低各种因素影响，强化整体性，降低各种因素产生的影响，提高整体其配置水平，满足标准要求。差错率观察组 1.00%相比对照组 5.00%更低，差异显著（ $P<0.05$ ），说明通过该管理可有效提升精准度，降低差错率，实现安全、高质量配置，为各科室提供优质的药学服务。满意度观察组 98.00%（更高），对照组 93.00%，差异显著（ $P<0.05$ ），说明该管理模式可有效提升满意度，为患者治疗服务提供良好的保障，降低配置问题发生率，发挥出药物自身价值，促使患者得到优质治疗。

综上所述，静脉药物配置中心化疗药物配制中开展六西格玛管理可以有效提升配置质量，降低各种因素产生的影响，提高整体配置效率，优化工作水平，降低配置风险，保证临床用药安全性，值得推广。

参考文献：

[1]张书亚,杨洋,郝琳慧.精益六西格玛法在I类切口抗菌药物管理中的应用[J].海峡药学,2022,34(03):185-188.

[2]孙明燕,李璐梦.六西格玛管理法在控制骨科病区药物医嘱执行缺陷发生率方面的作用[J].中医药管理杂志,2021,29(23):43-44.

[3]何敏,袁桂花,马秀莲.六西格玛管理法在静脉化疗药物配置工作中的应用研究[J].青海医药杂志,2018,48(07):51-52.

[4]叶林森.六西格玛管理用于药物临床试验启动前流程优化的初步探讨[J].临床合理用药杂志,2021,14(14):175-176.78.

[5]潘美丽,陈婷婷,裘锦瑜.六西格玛管理在提高静脉化疗药物配置效率中的作用[J].中医药管理杂志,2021,29(08):125-127.

[6]叶林森.六西格玛管理在药物临床试验机构院外CRC管理的初步探讨[J].临床合理用药杂志,2021,14(07):139-140.

[7]崔智超,李林林,李万俐.六西格玛管理对医院静脉药物集中调配中心化疗药物配制质量的控制[J].护理管理杂志,2017,17(06):441-443.

[8]石红梅,石咏梅.六西格玛管理法对急诊输液室输液质量及患者满意度的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(24):4442-4445.

[9]肖丽艳,谭玲玲,徐丽丽.六西格玛管理在静脉治疗质量管理中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(10):159-163.

[10]黄琼珊,黄小玲,蔡莹莹.六西格玛管理模式在降低静脉药物配置残余药量中的应用[J].国际医药卫生导报,2020,26(12):1780-1783.

[11]彭艳红,谭玲玲,覃海春.六西格玛管理在预防呼吸内科住院病人跌倒中的应用[J].全科护理,2019,17(34):4295-4298.

[12]曹艳,徐泉喻,尹哲.肿瘤专科日间化疗病区六西格玛管理模式的应用与效果评价[J].中国社会医学杂志,2020,37(02):226-228.

[13]王嵘娟.六西格玛管理对医院静脉药物集中调配中心配置效率及配置质量的影响[J].中国医学创新,2019,16(31):103-107.

[14]李宣.六西格玛管理对静脉药物配置中心化疗药物配制质量控制中的应用[J].黑龙江中医药,2020,49(01):52-53.

[15]陈红霞,郭炎荣,危华玲.六西格玛管理模式在静脉用药调配中心中的应用的效果评价[J].广西医学,2020,42(01):103-106.

[16]王嵘娟.六西格玛管理在静脉药物配置中心中的应用[J].中国医学创新,2019,16(36):162-165.

头痛宁胶囊联合头部穴位注射治疗血管神经性头痛患者的临床效果探讨

刘秋华

微山县人民医院 山东济宁 272600

摘要：目的：探究在血管神经性头痛疾病治疗中头痛宁胶囊联合头部穴位注射治疗方法所取得的临床治疗效果。方法：2020.1-2020.12，78例血管神经性头痛患者，随机分组法，每组39例。头痛宁胶囊治疗法用于对照组，头痛宁胶囊联合头部穴位注射法用于观察组。观察两组头痛发作次数及持续时间、临床治疗效果。结果：观察组头痛发作次数及持续时间均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。观察组临床治疗有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ）。治疗前，两组Hcy、CRP水平对比无差异（ $P > 0.05$ ）；治疗后，观察组Hcy、CRP水平对比低于对照组（ $P < 0.05$ ）。治疗前，两组ACA、BA、MCA指标对比无差异（ $P > 0.05$ ）；治疗后，观察组ACA、BA、MCA指标高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：在血管神经性头痛疾病治疗中应用头痛宁胶囊联合头部穴位注射治疗方法，有助于缩短头痛发作次数及持续时间，患者脑血流动力学指标明显改善，疾病临床治疗效果显著。

关键词：头痛宁胶囊；头部穴位注射；血管神经性头痛；治疗效果；发作次数；持续时间

随着社会经济的快速发展，人们的生活压力和学习压力不断增加，血管神经性头痛疾病发病率也随之而提升。血管神经性头痛本身具有治愈难度大及反复发作特点，是临床上一种发病率较高的疾病，多发于青中年人群中，极容易反复发作，并且病程长，从而增加了疾病的临床治疗难度，在患病后患者的生活质量严重下降。通过对血管神经性头痛进行的发病机制进行了解可知，引发疾病的产生受头颅血管神经调节功能障碍及大脑皮层功能失调有直接关系，患者最为突出的临床表现为头痛反复发作，并且随着患者体位及情绪的不断变化，患者的头痛症状也会随之而加重，导致患者生活质量严重下降。在以往血管神经性头痛疾病临床治疗中主要是采用西药治疗方法，但是总体治疗效果不好，患者在治疗后极容易出现各种不良反应，且病情容易反复发作。近年来，随着中医技术的快速发展，推动了中医学的发展，中医方面加大了对血管神经性头痛疾病治疗方法的关注。经中医对血管神经性头痛进行治疗可知，中医证型以肝阳上抗型疾病最为多见，在疾病临床治疗中倡导使用针灸及中药汤剂治疗方法^[1]。因此，在发病后应及时进入到医院中接受治疗，现阶段临床上倡导使用头痛宁胶囊联合头部穴位注射治疗方法。本文将78例血管神经性头痛患者作为研究对象，对头痛宁胶囊联合头部穴位注射治疗方法所取得的临床效果进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2020.1-2020.12，78例血管神经性头痛患者，随机分组法，每组39例。对照组，男、女为20例和19例，31-62岁，均值（47.6±3.5）岁；观察组，男、女为21例和18例，32-64岁，均值（48.6±3.7）岁。两组资料无差异（ $P > 0.05$ ）。纳入标准：①本次研究选取的所有患者均符合《中药新药临床研究指导原则》中关于血管神经性头痛诊断标准要求；②患者的临床症状表现出舌红、面红、口干、主症及苔黄等次症；③患者认知正常、精神状态佳。排除标准：①受癫痫、高血压及器质性疾病所引发患者出现头痛；②合并严重心肝肾疾病者；③对本次研究用药过敏者；④在疾病治疗期间出现严重疾病；⑤疾病治疗依从性差；⑥中途退出。

1.2 方法

对照组，行头痛宁胶囊治疗法，给予患儿头痛宁胶囊（国药准字Z20026851，陕西步长制药有限公司），口服，每次2粒，每日3次，连续治疗4个疗程。

观察组，行头痛宁胶囊联合头部穴位注射法，在对照组治疗方法基础

上增加头部穴位注射法，给予患儿2ml复方丹参注射液，3ml2%利多卡因，1ml维生素B12。取患者的风池、太阳、百会、太冲、外关、角孙穴，对以上穴位进行常规消毒，使用一次性注射器抽取上述药物，对以上穴位进行注射，在注射期间，要求针头与患者皮肤之间的角度保持在45°刺入的深度为0.7寸，在治疗期间询问患者的身体感受，一旦发现患者的穴位部位处出现酸胀感时，并且注射器回抽无血后，将药液缓慢的推注进去，每日注射穴位的次数为1次。当注射工作结束后，穴位应使用棉签进行按压，以3d为1个治疗疗程，间隔1周后，再开展第2个疗程治疗，连续治疗4个疗程。

1.3 观察指标

观察两组头痛发作次数及持续时间。临床治疗效果对比，显效：患者的头痛症状完全消失，经脑血流图及TCD检查结果显示患者完全恢复正常；有效：患者的头痛症状明显减轻，经脑血流图及TCD检查结果显示患者基本恢复正常；无效：患者的头痛症状未减轻或加重，经脑血流图及TCD检查结果显示患者未恢复正常。观察两组治疗前后Hcy、CRP水平，分别代表同型半胱氨酸、C反应蛋白水平，在患者空腹状态下采集患者的10ml肘静脉血液样本将其放置在促凝试管中，以每分钟3000r的速度进行离心处理10min，将上清液放入到-70℃的环境中待检。使用分析仪及其相关配套试剂盒对Hcy、CRP水平进行测定，其中，Hcy使用荧光免疫法进行测定，CRP使用散射比浊法进行测定。观察两组治疗前后脑血流动力学指标，使用彩色多普勒超声诊断仪和经颅多普勒对患者进行检查，检查指标包括ACA、BA、MCA三种，分别代表大脑前动脉、基底动脉、大脑中动脉。

1.4 统计学处理

SPSS22.0软件，头痛发作次数及持续时间用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，用t检验；临床治疗有效率用（%）表示，用 χ^2 检验，差异显著（ $P < 0.05$ ）。

2 结果

2.1 头痛发作次数及持续时间对比

观察组头痛发作次数及持续时间均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。

表1 头痛发作次数及持续时间对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	头痛发作次数（次）	头痛持续时间（d）
（n=39）		
观察组	23.42±6.52	1.33±0.42
对照组	32.25±11.25	1.87±0.52

t 值	4.256	6.253
P 值	0.000	0.000

2.2 临床治疗有效率对比

观察组临床治疗有效率高于对照组 (P<0.05)。

表 2 临床治疗有效率对比[n(%)]

组别 (n=39)	显效	有效	无效	有效率
观察组	26 (66.67)	11 (28.21)	2 (5.13)	37 (94.87)
对照组	12 (30.77)	17 (43.59)	10 (25.64)	29 (74.36)
X ² 值	8.672	1.393	4.826	4.826
P 值	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.3 治疗前后 Hcy、CRP 水平对比

表 4 治疗前后脑血流动力学指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=39)	ACA		BA		MCA	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43.12±6.28	53.42±7.14	42.63±8.46	52.82±7.24	72.03±7.14	0.77±0.13
对照组	42.74±5.22	46.18±6.32	43.25±6.14	46.22±70.32	71.24±7.53	74.18±8.62
t 值	12.532	11.457	8.653	11.754	15.452	1.243
P 值	0.745	0.000	0.532	0.000	0.657	0.000

3 讨论

血管神经痛疾病的产生与颅内外血管舒缩功能出现失调有直接关系,血管会出现异常性痉挛,极易导致颅内血流阻滞不通及颅内供血不足等情况,容易反复发作。医学专家学者通过多年来的研究提出,引发血管神经痛疾病的产生与内分泌因素、遗传因素、徐液管因素、血液流变学、物理因素、神经精神因素有直接关系,之所以会发病与患者的机体生物物质出现改变及血管功能出现障碍有直接关系^[2]。

通过对患者进行颅脑 CT 检查,患者未出现明显的异常。从中医角度对血管神经性头痛疾病进行分析可知,被纳入到“偏头痛”、“头风痛”、“头痛”疾病范畴,引发该种疾病的产生受上犯巅顶、六淫之邪入侵所致。在中医治疗中,倡导给予患者调节五脏气机治疗方法,以使患者的脑部功能得以显著改善。临床上倡导使用头痛宁胶囊联合头部穴位注射治疗方法,其中,头痛宁胶囊具有祛瘀止痛、熄风涤痰功效,中药物构成包括土茯苓、天麻、防风、当归、全蝎、制何首乌几种,其中,土茯苓具有清热解毒、除湿、通利关节、解汞毒功效;天麻具有息风平肝、祛风湿、止痹痛功效;防风具有祛风解表、抗菌、止痒功效;当归具有养血、活血、补血功效;全蝎具有息风镇痉,通络止痛,攻毒散结功效;制何首乌具有强身健体、保健心脏、保护肝脏功效,患者头痛症状改善显著。但是临床上的相关研究结果显示,在血管神经性头痛疾病治疗中若是单独使用头痛宁胶囊治疗方法疾病临床治疗效果不好,应联合头部穴位注射疗法。头部穴位注射疗法该种通过对患者的穴位进行针刺,针灸作为我国一种传统的疾病治疗方法,通过对特定部位处进行针刺的方式,能够起到调气血及通经脉功效,从而取得良好的疾病治疗效果。现代病理学相关研究提出,若机体处于一种病理状态中,通过使用针刺治疗,展现出了双向调节作用,在血管神经性头痛疾病临床治疗中应用展现出了较多的优势,表现为多靶点、无毒副作用,能够起到调气血、通经脉作用,可有效改善患者的脑部血液循环,使患者的异常性血管痉挛得以明显缓解^[3]。在血管神经性头痛疾病临床治疗中应用头痛宁胶囊联合头部穴位注射治疗方法,疾病临床治疗效果更为显著,有助于帮助患者尽快恢复健康。

既往研究结果显示,王建文在 2015 年提出^[4],头痛宁胶囊疗法,治

疗前,两组 Hcy、CRP 水平对比无差异 (P>0.05); 治疗后,观察组 Hcy、CRP 水平对比低于对照组 (P<0.05)。

表 3 治疗前后 Hcy、CRP 水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=39)	Hcy (μmol/L)		CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	19.48±3.44	12.85±2.63	3.44±1.04	0.86±0.33
对照组	19.22±3.12	16.33±2.75	3.36±1.15	1.97±0.66
t 值	0.345	5.824	0.265	10.276
P 值	0.726	0.000	0.786	0.000

2.4 治疗前后脑血流动力学指标对比

治疗前,两组 ACA、BA、MCA 指标对比无差异 (P>0.05); 治疗后,观察组 ACA、BA、MCA 指标高于对照组 (P<0.05)。

疗有效率为 91.84%; 头痛宁胶囊联合头部穴位注射治疗方法,治疗有效率为 75.51%。联合治疗方法治疗有效率明显高于单一用药治疗方法(P<0.05)。张云龙在 2020 年提出^[5],常规西药治疗法,Hcy,治疗前为 (19.23±3.16) μmol/L,治疗后为 (16.31±2.89) μmol/L; CRP,治疗前为 (3.39±1.13) mg/L,治疗后为 (1.96±0.64) mg/L。平肝潜阳汤结合针灸疗法,Hcy,治疗前为 (19.47±3.45) μmol/L,治疗后为 (12.85±2.74) μmol/L; CRP,治疗前为 (3.45±1.02) mg/L,治疗后为 (0.87±0.31) mg/L。联合治疗法 Hcy 和 CRP 指标明显低于单一用药治疗方法 (P<0.05)。常规西药治疗法,头痛发作次数为 (2.93±0.95) 次/月,每次持续时间为 (2.65±0.87) d; 平肝潜阳汤结合针灸疗法,头痛发作次数为 (1.18±0.26) 次/月,每次持续时间为 (1.21±0.58) d; 联合用药方噤头痛发作次数及每次持续时间均低于单一用药治疗方法。通过将他人研究结果与本文研究结果进行对比,研究数据具有相似性,可知本文具有较高的临床研究价值,可为同类型文章写作提供研究价值。

本文研究显示,观察组临床治疗有效率高于对照组 (P<0.05)。可知在血管神经性头痛疾病治疗中应用头痛宁胶囊联合头部穴位注射治疗方法患者头痛症状改善显著,缩短了头痛发作次数及持续时间,展现出了较高的临床应用价值。

综上所述,在血管神经性头痛疾病治疗中应用头痛宁胶囊联合头部穴位注射治疗方法疾病临床治疗效果显著。

参考文献:

[1]严鹏程.活血祛风通络汤联合针刺法治疗神经性头痛的效果分析[J].当代医药论丛,2019,17(20):165-166.
[2]杨金锁,杨雨果,李金岑.芎芷驱风饮联合针灸治疗血管神经性头痛的临床疗效[J].智慧健康,2017,3(08):85-86.
[3]李森柏.芎芷驱风饮联合针灸治疗血管神经性头痛的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(11):138-139.
[4]王建文.头痛宁胶囊联合头部穴位注射治疗血管神经性头痛患者的临床效果探讨[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(98):59+136.
[5]张云龙.平肝潜阳汤结合针灸治疗肝阳上亢型血管神经性头痛的效果及对 Hcy,CRP 水平的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(28):3.

电热针灸治疗膝痹病的临床疗效研究

罗娟娟

宁夏中西医结合医院针灸推拿科 宁夏银川 750021

摘要：目的：探讨电热针灸治疗膝痹病的临床疗效。方法：观察本院 2021 年 3 月至 2021 年 12 月收治的 82 例膝痹病患者，随机分为对照组与观察组各 41 例，对照组运用常规治疗，观察组运用电热针灸治疗，分析不同治疗方法后患者治疗疗效、疼痛程度以及有关检测指标情况差异。结果：在治疗总有效率上，观察组 92.68%，对照组 73.17%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者 VAS 疼痛评分上，观察组治疗后降低程度明显多于对照组，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 4.88%，对照组 24.39%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：电热针灸治疗膝痹病可以有效地提升治疗疗效，疾病控制情况更好，降低患者疼痛度，减少治疗不良反应，整体状况更好。

关键词：电热针灸；膝痹病；临床疗效

膝痹病在中医理论中属于痹症范畴，在西医领域称为膝关节骨性关节炎、膝关节风湿性关节炎。有关疾病会导致患者明显的关节肿胀、疼痛与关节积液等情况^[1]，一般西医治疗对于膝关节骨性关节炎会采用膝关节腔内注射玻璃酸钠，进行关节滑液的补充，改善关节软骨退变速度，降低炎症因子，优化软骨润滑度等^[2]。祖国医学治疗膝痹病有针刺、艾灸、拔罐等方法，普通针刺治疗有其局限性，而电热针灸，是将现代恒温加热技术与针法相结合的中医外治法，是针身恒温加热的一种治疗方法。本文采集 82 例膝痹病患者，分析运用电热针灸治疗后患者治疗疗效、疼痛程度以及有关检测指标情况差异，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院 2021 年 3 月至 2021 年 12 月收治期间接收的 82 例膝痹病患者，随机分为对照组与观察组各 41 例。对照组中，男 17 例，女 24 例；年龄从 50 岁至 80 岁，平均（ 64.82 ± 3.09 ）岁；病程从 1 年至 23 年，平均（ 8.92 ± 2.08 ）年；体重指数为 24 至 34，平均（ 28.57 ± 1.97 ）；观察组中，男 15 例，女 26 例；年龄从 50 岁至 80 岁，平均（ 64.19 ± 3.65 ）岁；病程从 1 年至 25 年，平均（ 8.24 ± 2.16 ）年；体重指数为 24 至 34，平均（ 28.16 ± 1.82 ）；两组患者在年龄、性别、体重指数、病程等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 纳入标准与排除标准

纳入标准：（1）符合膝痹病有关评估标准，通过各种医疗手段与中医诊断确诊。（2）患者自愿参与有关治疗与项目研究工作，签署对应同意书；（3）不存在精神异常或者行为障碍问题，能有效沟通互动，行为正常，配合治疗工作进行，没有中途中断治疗工作，完全地接受了整个研究工作流程。（4）年龄范围在 40 岁至 75 岁范围。

排除标准：（1）存在关节受伤史；（2）存在心脑血管、肝肾脾以及造血系统的严重性疾病问题，包括肿瘤疾病问题；（3）在 90 天时间内使用过激素药物与有关治疗；（4）没有依照治疗方案进行，随意停止治疗或者增减治疗环节；（5）治疗过程中正在接受其他疾病的治疗。

1.3 方法

对照组运用常规针刺治疗，每次 20min，每周三次，2 周为一个疗程。观察组运用电热针灸治疗，穴位选择集中在内膝眼、外膝眼、足三里、血海、阳陵泉、阴陵泉。选用内热式针灸针，常规消毒，直刺，连接内热式针灸治疗仪，选取温度 42℃，留针 20min，每周三次，2 周为一个疗程。所有患者均运用 1 疗程治疗。

1.4 评估观察

分析不同治疗方法后患者治疗疗效、疼痛程度以及有关血清炎症反应因子检测指标情况差异。治疗疗效分为显效、有效以及无效。显效为治疗后患者症状消除，关节活动恢复正常，总积分降幅在 75%以上；有效为患者治疗后症状基本消除，关节活动受到轻度影响，总积分降幅在 30%至 75%；无效为治疗后患者症状、积分与活动能力没有明显改善，甚至严重化。治疗总有效率为显效率和有效率的集合。疼痛程度运用 VAS 疼痛评分，评分越低情况越好。

1.5 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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者 VAS 疼痛评分情况

见表 1，在患者 VAS 疼痛评分上，观察组治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 1： 各组患者 VAS 疼痛评分结果（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	时间	VAS 疼痛评分	关节重症指数	关节压痛指数
观察组	治疗前	3.39 $\pm$ 1.10	1.75 $\pm$ 0.43	2.35 $\pm$ 0.72
	治疗后	1.43 $\pm$ 0.38	0.34 $\pm$ 0.17	0.46 $\pm$ 0.21
对照组	治疗前	3.42 $\pm$ 1.07	1.64 $\pm$ 0.52	2.38 $\pm$ 0.68
	治疗后	3.17 $\pm$ 1.01	0.71 $\pm$ 0.36	0.92 $\pm$ 0.37

注：两组治疗前对比， $p>0.05$ ，两组治疗后对比， $p<0.05$

2.2 患者治疗疗效情况分析

见表 2 所示，在治疗总有效率上，观察组 92.68%，对照组 73.17%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 2： 患者治疗疗效评估结果[n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	41	26(63.41)	12(29.27)	3(7.32)	92.68%
对照组	41	17(41.46)	13(31.71)	11(26.83)	73.17%

注：两组对比， $p<0.05$

2.3 患者治疗不良反应情况

见表 3 所示，在患者治疗不良反应率上，观察组 4.88%，对照组 24.39%，

对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 3: 患者治疗不良反应评估结果[n(%)]

分组	n	头晕	嗜睡	恶心	腹胀	总不良反应率
观察组	41	0 (0.00)	2 (4.88)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.88%
对照组	41	3 (7.32)	3 (7.32)	2 (4.88)	2 (4.88)	24.39%

注: 两组对比, $p<0.05$

3 讨论

由于我国老龄化社会的来临, 膝痹病患者不断增多, 发病率也在不断提升。在我国范围内, 60 岁至 75 岁患者群体中, 存在膝关节骨性关节炎的发病率在 50% 左右, 而达到 75 岁以上的群体中, 其发病率可以高达 80%^[3]。膝关节骨性关节炎是膝痹症情况的一种, 还包括膝关节类风湿性关节炎等。膝痹病发生原因多样, 一般呈现出膝关节出现活动功能受限与膝关节疼痛等问题。一般是由于骨关节退行性变化所引发, 该病会从膝关节软骨面出现病变^[4]。一般通过磁共振与 X 线来进行疾病的诊断。

在中医理论中, 认为膝痹病主要是因为人体缺乏正气, 导致风寒湿热侵入, 导致机体气血凝滞以及经络痹阻, 由此引发患者血脉不利, 进而引发关节肿胀、疼痛、活动功能受限等问题^[5]。依据疾病特点, 展开对应的标本兼治以及补虚祛邪等处理, 集中在行气活血与通经止痛。电热针灸治疗可以促使经络疏通, 促使气血调和。通过低频脉冲电流的穴位刺激, 可以有有效的促使肌肉收缩。有关刺激会导致局部血液循环优化, 促使炎症物质更好的渗出吸收, 让机体新陈代谢得到优化, 促使受损组织修复, 让机体的痛阈提升, 同时可以促使消肿止痛^[6]。

本研究中, 在治疗总有效率上, 观察组 92.68%, 对照组 73.17%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。该结果从整体情况出发, 说明了电热针灸辅助治疗可以有效地提升治疗疗效, 患者的整体症状与体感感受得到优化, 减少疾病对患者生活构成的影响, 恢复质量更高。患者 VAS 疼痛评分上, 观察组治疗后降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。说明电热针灸治疗过程中, 可以更好地改善疾病有关的症状状况, 患者体验感受得到优化, 减少疾病不适感, 整体状况得到优化。在患者治疗不良反应率上, 观察组 4.88%, 对照组 24.39%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。该指标说明, 相对于常规西医治疗方法, 中医电热针灸可以有效地降低治疗过程对患者构成的不良反应, 提升治疗安全性, 整体的治疗成效更为明显。

膝痹病主要是以膝关节疼痛、肿胀以及屈伸不利所引发的关节畸形状况, 临床表现的疾病, 其临床多以针交、理疗等方法进行保守、对症治疗。电热针灸技术是将现代恒温加热技术与针法相结合的中医外治法, 用特制针具 (内热式针灸针) 针入人体腧穴或肌肉处, 并辅以针身恒温加热的一种治疗方法。电热针灸技术源于传统的针灸治疗, 即温针灸。传统温针灸治疗存在烟雾重影响空气质量、温度不可控, 局部的烧烫伤等弊端, 内热式针灸治疗仪解决了以上问题。内热式针灸针通过控制微细发热管芯, 使针具内部产生红外热能由于红外热能集中在针体的下 3/5~4/5 部位, 内热式针灸针工作时, 针体通道周围直径在 1~1.8cm 的环境中, 温度稳定地保持在 40~60°, 从而促使组织细胞、组织间质、毛细血管、神经、淋巴组织的供血。供氧充盈度得明显改善, 使细胞和组织之间的能量活动物质和新

陈代谢率得到加强, 人体的气血得以畅通。具有恒温方便、安全。远期疗效较好的特点。目前, 运用电热针灸密集型针刺治疗膝痹病在我区未出现。为提高膝痹病治愈率, 减轻家庭和社会负担, 我科申报该项新技术, 观察治疗组和对照组 VAS 评分 Leguesne 膝关节功能评分进行比较。经济效益方面来说, 该治疗见效快、成本低。从社会效益方面来看, 远期疗效更好, 可以减轻家庭负担, 促进社会的和谐稳定。整体治疗的发挥效果相对理想, 多数患者可以产生较好的反馈, 治疗的适用性相对较好。

电热针灸在中医范围中属于中医外疗法, 可以达到阴阳调和与疏通经络的功效。电热针灸比传统常规的针灸治疗效果更强。电热针灸可以有效地提升患者局部痛阈, 同时可以改善疾病炎症问题^[7]。针对病变与老化软骨达到更好的保护与修复功效。如果配合中医汤药辅助, 还可以提升更好的补肝肾、强筋骨的功效, 让退变骨质获得更好的精血滋养, 促使组织得到修复, 发挥标本兼治。电热针灸可以较好的改善膝痹病的疼痛不适症状, 促使膝关节功能得到优化, 让疾病进程得到延缓, 控制疾病反复发作频次^[8]。

该病还可以配合中医推拿治疗手法, 促使局部膝关节有效刺激, 让局部血运状况得到优化, 降低炎症介质的释放量, 让炎症介质得到更好地吸收, 由此来改善膝关节炎症反应状况。膝关节炎症反应的改善, 有助于其关节受损组织得到修复。而局部血运循环的提升, 可以让关节腔滑液更好的提升, 由此来达到膝关节更好的润滑, 降低活动过程中关节面所存在的摩擦, 改善关节面所承受的损伤可能性。而本研究中患者疾病的改善, 在于其膝关节修复情况更好, 关节面磨损状况得到明显的好转, 让膝关节疼痛症状得到有效改善, 患者可以更好地开展膝关节活动, 由此提升膝关节功能。而如果能配合中药汤剂以及推拿手法, 则可以更好地促使膝关节周围软组织粘连得到松解, 整体的关节僵硬状况可以更好地调整, 整体疾病治疗恢复的速度更快, 质量更高。中医治疗比常规西药治疗有更强的标本兼治效果, 可以更好地控制疾病复发率, 整体治疗恢复成效更好。

总而言之, 电热针灸治疗膝痹病可以有效地提升治疗疗效, 炎症控制情况更好, 降低患者疼痛度, 减少治疗不良反应, 整体状况更好。

参考文献:

- [1]王厚义,孙金谔,何勇. 宣痹健膝汤联合温针灸治疗膝骨关节炎临床观察[J]. 饮食保健,2021(4):71.
- [2]陈梅,刘龙彪,姜文萍,等. 筋针联合雷火灸疗法治疗膝痹病的效果分析[J]. 当代医药论丛,2019,17(24):183-185.
- [3]韩玫,李贞,曹建西. 温针灸联合口服独活寄生汤治疗膝骨关节炎寒湿痹阻证[J]. 中医正骨,2021,33(6):67-69.
- [4]任雅妮,王彦峰. 温阳通痹中药配合温针灸治疗退行性膝关节炎疗效观察[J]. 中国保健营养,2019,29(13):22-23.
- [5]程杰,叶志英. 近五年针灸治疗膝骨关节炎的研究进展[J]. 中国医药导刊,2020,22(4):261-264.
- [6]中华中医药学会骨伤科分会膝痹病(膝骨关节炎)临床诊疗指南制定工作组. 中医骨伤科临床诊疗指南·膝痹病(膝骨关节炎)[J]. 康复学报,2019,29(3):1-7.
- [7]林贵香,庄垂加. 膝关节骨关节炎的针灸治疗浅论[J]. 中国医药导刊,2020,22(6):385-388.
- [8]涂志英,项颖,罗艳霞. 中药与针灸推拿联合治疗膝骨性关节炎临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育,2019,17(21):57-58.

毫针透刺治疗脑卒中后足内翻疗效观察

罗莉娜

合山市人民医院 广西来宾 546508

摘要：目的：探究毫针透刺治疗脑卒中后足内翻疗效。方法：以随机抽样法为分组依据，将本院抽取的 11 例脑卒中后足内翻患者分为试验组（毫针透刺+普通针刺+常规下肢运动疗法+低频电刺激治疗，n=6）与参照组（普通针刺+常规下肢运动疗法+低频电刺激，n=5），均于 2021.6–2022.2 期间在本院接受治疗，对干预效果进行分析比较。结果 治疗前试验组改良 Ashworth 痉挛量表（MAS）评级 2 级 3 例，3 级 3 例，参照组 2 级 1 例，3 级 4 例，两组无显著差异（ $P>0.05$ ），治疗后试验组 1 级 3 例，2 级 3 例，参照组 2 级 1 例，3 级 4 例，两组 MAS 分级对比差异显著（ $P<0.05$ ），干预前两组 Fugl-Meyer 运动功能评定量表（FMA）、Berg 平衡量表（BBS）评分对比无差异（ $P>0.05$ ），干预后试验组评分均高于参照组（ $P<0.05$ ）。结论 将毫针透刺治疗应用于脑卒中后足内翻后，可降低患侧下肢肌张力，显著增强患者下肢胫前肌肌力与电生理活动，改善其步行能力、平衡能力，值得应用。

关键词：脑卒中；毫针透刺；足内翻；肌电生物反馈

脑卒中是临床常见病症，是脑部血液循环障碍性疾病，主要是因脑血管阻塞或破裂所致，据调查，脑卒中在我国已超过 200 万人，每年死于脑卒中人数超过 150 万人，对患者生理、心理带来严重影响^[1-2]。其中足内翻是脑卒中患者常见后遗症，其发生与下肢伸肌肌力增高，肢体内外侧肌张力失衡相关，存在足跟着地困难，踝关节僵硬的症状，严重影响患者的正常行走能力，一般在行走的时候需要用拐杖支撑身体^[3-4]。目前针对脑卒中足内翻，临床多以康复训练为主，虽有一定的临床效果，但时间长，训练恢复较慢，且疗效较不稳定^[5]。为了尽快改善中风偏瘫患者的肢体能力和生活能力，我们将针刺与常规治疗同时应用于治疗的过程中，能够有效改善患者的各项功能^[6-7]。本研究采用毫针透刺+普通针刺+常规下肢运动疗法+低频电刺激治疗，报道如下：

1 研究对象与方法

1.1 一般资料

以随机抽样法为分组依据，将本院收治的 11 例脑卒中后足内翻患者分为参照组（n=5）及试验组（n=6），所有患者均于 2021.6–2022.2 期间在本院就诊，本次研究经伦理委员会审核通过（批号：IRB-2021-019）。纳入标准：①研究期间依从性良好可积极配合。②病历资料完整，中途未退出者。③均符合《实用脑血管病学》^[8]中脑卒中诊断标准，单侧足内翻是因脑卒中造成。④坐位平衡≥2 级，患侧踝背屈肌肌力<3 级。排除标准：①伴有不同程度认知障碍者。②其他引起步行功能障碍情况。③听力障碍或者无法交流者。所有患者及家属均了解研究内容，且组间一般资料无差异（ $P>0.05$ ），见表 1。

表 1 一般资料对比

组别	N	男/女	年龄（岁）	病程（月）	左侧/右侧
试验组	6	4/2	63.67±6.28	7.17±0.72	3/3
参照组	5	3/2	63.54±6.05	7.24±0.76	2/3
χ^2/t	-	0.052	0.035	0.157	0.110
P	-	0.819	0.973	0.879	0.740

1.2 方法

参照组给予常规针刺+常规下肢运动疗法+低频电刺激：（1）常规针刺治疗：下肢针刺腓腓鼻穴、伏兔穴、血海穴、足三里穴、丰隆穴、三阴交穴、阴陵泉穴，每日 1 次，6 d 为 1 个疗程，共治疗 3 个疗程。（2）偏瘫肢体运动训练：①做主动踝关节背屈动作锻炼小腿三头肌；②训练胫前肌力量，

针对性对踝关节进行主动背伸、外翻训练；③针对能够下床运动患者，协助其站在楔形板，依据患者痉挛程度，对楔形板坡度进行调整；④同时指导患者进行平衡功能、日常生活能力、步行功能训练，1 次/d，40min/次，每周训练 6 次，共持续 3 周。（3）低频电刺激：选择苏州好博痉挛肌低频治疗仪（HB-JL5），对小腿胫骨前肌群进行刺激。患者卧位，使用 95%乙醇棉球对患侧小腿外侧进行消毒处理，依据仪器说明书执行操作，在腓骨长短肌肌腹贴电极片，依据患者实际情况对治疗参数进行调整，依据患者耐受情况进行强度调整。诱发肌肉运动，模拟正常自主足背屈并外翻动作。治疗 20min/次，1 次/d，6 次/周，共完成 3 周。

试验组在上述基础上增加毫针透刺患侧下肢穴位。透刺穴位：丘墟穴透刺照海穴；刺法：仰卧位，由丘墟穴以 45°角向外踝间隙照海穴透刺，进针 2.5~3 寸，以在照海穴能触到针尖为度；阳陵泉透阴陵泉：仰卧位，由阳陵泉直刺进针透向阴陵泉方向，进针 3~4 寸，以局部的酸胀感或有麻电感向足部放散为度。留针 30min，留针期间行针 1 次。行针以轻度小幅度提插为主。每次行针 2min，每天针刺 1 次，共治疗 15 次。

1.3 观察指标

使用 Fugl-Meyer 运动功能评定量表（FMA）对比两组下肢运动功能，<50 分：严重运动障碍，50~84 分：明显运动障碍，85~95 分：中度运动障碍，96~99 分：运动功能佳^[9]。使用 Berg 平衡量表（BBS）评估两组平衡功能，量表包括独立坐、坐到站、独立站立等 14 个条目，分值在 0~56 分，分值越高平衡功能越佳^[10]。采用改良 Ashworth 痉挛量表（MAS）统计分析治疗前后下肢痉挛程度。该方法共分为 6 个等级，检查者徒手牵拉痉挛肌进行全关节活动范围内的被动运动，对产生的阻力范围及肌张力增高程度进行评测^[11]。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 22.0 统计学软件进行统计分析。均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）描述计量资料，采用 t 检验； $[n(\%)]$ 描述计数资料，采用 χ^2 检验。当 $P<0.05$ 时，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 FAC 分级对比

治疗前试验组（MAS）评级 2 级 3 例，3 级 3 例，参照组 2 级 1 例，3 级 4 例，两组无显著差异（ $P>0.05$ ），治疗后试验组 1 级 3 例，2 级 3 例，参照组 2 级 1 例，3 级 4 例，两组 MAS 分级对比差异显著（ $P<0.05$ ）。

2.2 两组 FMA、BBS 评分对比

干预前两组 FMA、BBS 评分对比无差异 ($P>0.05$), 干预后试验组评分均高于参照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 对比两组 FMA、BBS 评分 $[\bar{x} \pm s, \text{分}]$

组别	n	FMA		BBS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	6	80.34±6.25	95.76±2.11	34.87±3.46	47.11±0.53
参照组	5	80.97±6.43	88.05±2.68	34.19±3.80	40.25±0.39
<i>t</i>		0.164	5.349	0.311	23.955
<i>P</i>		0.873	0.001	0.763	0.001

3 讨论

足内翻是脑卒中后患者常见的一种并发症, 主要是由中枢神经系统受损、反射性交感神经营养不良。中枢神经损伤后引起的足下垂内翻是肢体瘫痪的表现之一。脑卒中患者瘫痪肢体关节制动, 韧带因得不到牵拉自动短缩, 失去弹性, 患侧肢体内侧肌肉紧张而外侧迟缓。从而使胫骨、跟骨之间的关节生物力学发生改变, 骨间隙、骨质及相关肌肉韧带平衡力失调而导致足内翻。是痉挛期下肢伸肌痉挛模式的组成部分, 也是制约步态和步行能力的重要因素^[12]。在脑卒中后偏瘫下肢功能恢复过程中, 往往会出出现伸肌共同运动模式而引起足内翻下垂。对患者步行、步态能力带来严重影响^[13]。因此针对脑卒中足内翻患者, 需尽早采取有效的治疗措施, 以促进其步行、步态能力恢复。脑卒中后下肢痉挛致足内翻的治疗涉及到多学科。康复训练过程中诱发患者足背屈并不困难, 但患者足背屈同时往往合并足内翻, 如何打破偏瘫患者下肢伸肌共同运动模式, 促进分离运动, 引导患者足背屈并外翻是脑卒中康复经常面对的问题。

相关研究显示, 脑卒中患者康复训练开展越早, 其功能恢复越佳, 早期正确康复治疗, 经过输入正常的运动模式来影响输出, 以此促进正常功能模式, 与促进中枢神经系统实现功能重组, 进而缓解肌痉挛, 纠正步态, 提升患者步行功能^[14]。中医认为正常情况下“筋”“骨”相连, 筋可束骨而维持骨关节与周围组织间的正常结构, 从而完成生理功能。当出现足内翻时, 代表“筋骨失和”, 导致气血运行不畅, 从而引起局部疼痛、肿胀及功能障碍^[15]。本文研究显示, 治疗前试验组 2 级 3 例, 3 级 3 例, 参照组 2 级 1 例, 3 级 4 例, 两组无显著差异 ($P>0.05$), 治疗后试验组 1 级 3 例, 2 级 3 例, 参照组 2 级 1 例, 3 级 4 例。两组 MAS 分级对比差异显著 ($P<0.05$), 干预前两组 FMA、BBS 评分对比无差异 ($P>0.05$), 干预后试验组评分均高于参照组 ($P<0.05$), 分析原因: 透穴刺法又称为透针疗法, 是通过对某一穴位上的两个或两个以上穴位进行针刺, 通过针刺角度、方向和深浅程度的不同来达到治疗的一种方法, 这种方法可以增强沟通表里经和邻近经脉的作用, 促使气血运行, 从而治愈疾病。本研究中采用阳陵泉透阴陵泉、丘墟透照海穴, 对患肢外侧肌肉有较强的兴奋作用, 可以提高外侧肌群肌张力; 足内翻时, 针刺可改善局部的血液循环, 使足跖屈肌群肌肉得到放松, 从而减轻足背屈肌群肌张力的作用, 纠正足的力学紊乱和提高足部的稳定性; 同时对患者下肢运动功能有促进作用; 还可以增加踝关节屈曲活动度, 有利于症状改善^[16]。“阳陵”与“阴丘”同出一源。阳陵泉穴为筋之会穴, 有气血调和、筋脉通畅之效; “照海”通“阴跷”, 可平调阴阳跷脉、补虚泻实、阳缓自调、阴急自缓。

综上所述, 对脑卒中后足内翻增加毫针透刺治疗后, 可显著增强患者下肢胫前肌肌力, 降低下肢内侧肌群肌张力, 改善其步行能力、平衡能力, 值得应用。

参考文献:

- [1] Rosa Cabanas-Valdés, Jordi Calvo-Sanz, Gerard Urrútia, et al. The effectiveness of extracorporeal shock wave therapy to reduce lower limb spasticity in stroke patients: a systematic review and meta-analysis[J]. Topics in Stroke Rehabilitation, 2020, 27(2): 137-157.
- [2] 王程灵, 郑焕驰, 郭婷, 等. 梅花针叩刺联合康复训练治疗卒中后足内翻的临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(4): 431-435.
- [3] Demeestere, Jelle, Scheideman, Lauranne, Lemmens, Robin, et al. Alberta Stroke Program Early CT Score Versus Computed Tomographic Perfusion to Predict Functional Outcome After Successful Reperfusion in Acute Ischemic Stroke[J]. Stroke, 2018, 49(10): 2361-2367.
- [4] 闫如玉, 杨帆, 李宗衡, 等. 针刺治疗中风后足内翻的取穴规律探析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(5): 547-550, 561.
- [5] Navia Pedro, Schramm Peter, Fiehler Jens, et al. ADAPT technique in ischemic stroke treatment of M2 middle cerebral artery occlusions in comparison to M1 occlusions: Post hoc analysis of the PROMISE study[J]. Interventional Neuroradiology, 2020, 26(2): 178-186.
- [6] 哇兰, 蔡艳. 穴位注射配合针刺治疗中风后足内翻临床疗效研究[J]. 西部中医药, 2018, 31(10): 114-116.
- [7] 夏梦, 鲁海. 踝三针治疗中风后足内翻临床研究[J]. 中国中医急症, 2018, 27(12): 2152-2155.
- [8] 冯春燕, 康煜炜, 张春红, 等. 丘墟透照海针刺治疗对缺血性脑卒中后足内翻患者即刻积分肌电图的影响[J]. 江苏医药, 2021, 47(12): 1223-1225, 1230.
- [9] Kodai Miyara, Kentaro Kawamura, Shuji Matsumoto, et al. Acute changes in cortical activation during active ankle movement after whole-body vibration for spasticity in hemiplegic legs of stroke patients: a functional near-infrared spectroscopy study[J]. Topics in Stroke Rehabilitation, 2020, 27(1): 67-74.
- [10] 阮传亮, 陈若蓝, 林子涵, 等. 基于肌骨超声观察“交通跷脉”针法对中风后足内翻患者下肢肌肉形态的影响[J]. 中国针灸, 2020, 40(3): 251-255.
- [11] 王凌飞, 张雪竹, 聂坤. 针刺结合康复治疗对脑卒中足内翻的干预效果及足踝运动学特征分析[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(10): 2178-2182.
- [12] Emilio Rubén Pego-Pérez, Isaac Fernández-Rodríguez, José Manuel Pumar-Cebreiro. National Institutes of Health Stroke Scale, modified Rankin Scale, and modified Thrombolysis in Cerebral Infarction as autonomy predictive tools for stroke patients[J]. Reviews in the Neurosciences, 2019, 30(7): 701-708.
- [13] 阮蓓蓓, 马向明. 针刺阴阳跷脉治疗中风后足内翻患者 60 例[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(2): 280-281.
- [14] 曹燧, 袁梦鑫, 刘慧慧, 等. “从阳引阴”针法配合电刺激治疗中风后足内翻临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(4): 66-70.
- [15] 吕凤立. 针刺足少阳、阴跷脉穴结合站立位重心控制练习对中风后足内翻患者康复的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(6): 207-210.
- [16] 冯春燕, 张春红, 李金坡. 针刺结合康复治疗卒中后足内翻的研究现状[J]. 中医药导报, 2019, 25(14): 129-131.

老年肺炎采用小青龙汤治疗的效果分析

王迪¹ 高玉松² 赵蓉³

固原市中医医院 宁夏固原市 756000

摘要：目的：探讨老年肺炎采用小青龙汤治疗的效果。方法：观察本院2020年4月至2021年9月期间接收的98例老年肺炎患者，随机分为对照组与观察组各49例，对照组运用常规治疗，观察组运用小青龙汤治疗，分析不同用药后患者治疗疗效、肺功能变化、疾病症状消除时间、血清标志物、生活质量情况。结果：在患者治疗总有效率上，观察组97.96%的比例明显多于对照组的79.59%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者IL-4、CRP、SOD等血清标志物等指标上，观察组治疗后各项改善程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者精神状况、情感功能、身体疼痛、社会功能、心理健康等指标上，观察组各项治疗后提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者气喘缓解、咳嗽消失、肺部湿啰音消失、住院时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在FEV1、FVC、PEF等肺功能治疗前后变化上，观察组各项提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：老年肺炎采用小青龙汤治疗可以有效提升治疗疗效，症状改善速度更快，肺部功能得到优化，血清标志物改善明显，生活质量明显提升，患者整体治疗恢复情况更好。

关键词：老年肺炎；小青龙汤；治疗效果

肺炎属于呼吸科常见老年患者疾病，一般呈现出咳嗽、呼吸不畅等临床症状。老年患者自身因为机体免疫功能退化，呼吸系统整体的疾病防御能力退化，同时因为气管弹力水平下降，容易导致气管阻力提升，进而不能有效地将气道中的分泌物有效排出，容易出现误吸，由此导致感染，肺炎由此产生。本文采集98例老年肺炎患者，分析运用小青龙汤治疗后患者治疗疗效、肺功能变化、疾病症状消除时间、血清标志物、生活质量情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院2020年4月至2021年9月期间接收的98例老年肺炎患者，随机分为对照组与观察组各49例。对照组中男28例，女21例；年龄从60岁至83岁，平均（70.52±5.61）岁；合并疾病中，糖尿病为4例，高血压为7例，冠心病为2例；观察组中男25例，女24例；年龄从60岁至84岁，平均（71.63±4.89）岁；合并疾病中，糖尿病为5例，高血压为6例，冠心病为4例；两组患者的基本年龄、性别、病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规治疗，观察组运用小青龙汤治疗，药物组成中，山楂、款冬花、太子参、桔梗、茯苓、杏仁、鱼腥草各12g，炒地龙、桂枝、紫苏子各10g，麻黄、橘络、甘草各6g，蝉蜕5g。每天一剂，水煎口服，分早晚各一次使用。1疗程为2周，持续2疗程治疗后观察效果。

1.3 评估观察

分析不同用药后患者治疗疗效、肺功能变化、疾病症状消除时间、血清标志物、生活质量情况。治疗疗效分为显效、有效、无效。显效为治疗后咳嗽与咳嗽有关症状得到显著好转，肺部湿啰音消除，X线胸片反馈肺部阴影有显著吸收；有效为治疗后患者疾病症状有好转，肺部湿啰音也有好转，X线胸片有好转；无效为治疗后各有关检查指标没有改善，甚至有严重化趋势。治疗总有效率=显效率+有效率。血清标志物主要集中在IL-4、CRP、SOD等指标。生活质量主要集中在精神状况、情感功能、身体疼痛、社会功能、心理健康等指标。疾病症状消除时间主要集中在气喘缓解、咳嗽消失、肺部湿啰音消失、住院时间等恢复速度指标。肺功能变化主要观察FEV1、FVC、PEF等指标。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗疗效情况分析

见表1所示，在患者治疗总有效率上，观察组97.96%的比例明显多于对照组的79.59%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表1：患者治疗疗效评估结果[n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	49	25(51.02)	23(46.94)	1(2.04)	97.96%
对照组	49	17(34.69)	22(44.90)	10(20.41)	79.59%

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 各组患者疾病治疗恢复速度情况

见表2，在患者气喘缓解、咳嗽消失、肺部湿啰音消失、住院时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表2：各组患者疾病治疗恢复速度结果（ $\bar{x}\pm s, d$ ）

分组	气喘缓解时 间等	咳嗽消失时 间等	肺部湿啰音 消失时间等	住院时间
观察组	2.71±0.45	5.62±0.97	5.57±0.74	7.25±1.39
对照组	5.19±0.68	8.51±1.05	9.72±0.93	11.56±2.42

注：两组对比， $p<0.05$

2.3 两组患者治疗前后肺功能情况

如表3所示，在FEV1、FVC、PEF等肺功能治疗前后变化上，观察组各项提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表3：两组患者治疗前后肺功能对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	时间	FEV1 (L)	FVC (L)	PEF (L/s)
观察组 (n=49)	治疗前	1.41±0.38	1.64±0.52	2.53±0.57
	治疗后	1.94±0.46	1.95±0.64	3.62±0.49
对照组 (n=49)	治疗前	1.40±0.35	1.67±0.48	2.51±0.54
	治疗后	1.62±0.37	2.23±0.59	3.19±0.37

注：两组治疗前对比， $p>0.05$ ，两组治疗后对比， $p<0.05$

2.4 两组患者治疗前后血清标志物情况

如表4所示，在患者IL-4、CRP、SOD等血清标志物等指标上，观察组治疗后各项改善程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 4：两组患者治疗前后血清标志物对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	时间	IL-4(ng/L)	CRP(mg/L)	SOD(U/ml)
观察组 (n=49)	治疗前	52.69±11.50	34.82±8.76	291.54±33.28
	治疗后	24.18±9.87	6.79±6.45	458.96±37.81
对照组 (n=49)	治疗前	53.63±10.26	33.18±7.62	296.75±35.71

表 5：两组患者治疗前后生活质量评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	时间	精神状态	情感功能	身体疼痛	社会功能	心理健康
观察组（n=49）	治疗前	46.29±9.83	48.91±7.94	46.72±9.15	50.15±8.71	45.87±7.19
	治疗后	76.42±10.87	76.58±8.42	76.42±9.81	84.67±9.16	88.64±8.14
对照组（n=49）	治疗前	44.72±8.76	47.29±8.16	45.83±10.73	51.64±9.29	47.29±5.12
	治疗后	65.73±8.09	65.25±7.89	65.19±9.65	76.45±8.77	75.81±6.25

注：两组治疗前对比， $p>0.05$ ，两组治疗后对比， $p<0.05$

3 讨论

小青龙汤中，山楂可以化痰。款冬花可以润肺下气与止咳平喘，可以针对肺热咳嗽与肺寒哮喘发挥效果^[1]。太子参可以提升免疫力，改善气阴不足与神经衰弱，同时可以生津润肺，改善肺燥干咳，对于老年患者，提升免疫力更为突出。桔梗可以宣肺止咳、祛痰、排脓，对于有效针对呼吸系统疾病发挥调整功效，对呼吸道黏膜有关症状发挥抑制与调整，有助于痰液清除^[2]。茯苓可以利水渗湿、健脾宁心安神。杏仁可以平喘、下气止咳、疏散肺经风寒痰湿等问题。鱼腥草可以提升免疫力，发挥抗菌抗病毒，利尿功效。可以提升白细胞吞噬能力，优化血清备解素，对于多用病菌可以发挥抑菌的功效，对于流感病毒发挥抗病毒功效。炒地龙可以发挥清热解毒、润肺止喘、利尿的功效^[3]。桂枝可以发汗解肌、温通经脉、助阳化气，对于风寒感冒类问题有改善作用。紫苏子可以化痰止咳、润肺平喘。麻黄可以发汗散寒、宣肺平喘以及利水消肿^[4]。橘络可以理气化痰，可以改善气滞所引发的胸闷胀痛，改善咳嗽、咳痰。蝉蜕可以疏散风热、宣肺疗哑。甘草可以补气、清热解毒、镇咳止痛以及调和诸药的功效^[5]。

本研究中，在患者治疗总有效率上，观察组 97.96%的比例明显多于对照组的 79.59%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在 FEV1、FVC、PEF 等肺功能治疗前后变化上，观察组各项提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。说明观察组使用的小青龙汤可以有效地提升疾病改善效果，肺功能调整效果明显，整体的治疗恢复水平较高，多数患者中都可以有效见效。在患者 IL-4、CRP、SOD 等血清标志物等指标上，观察组治疗后各项改善程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。说明小青龙汤可以解表营卫，提升患者机体免疫力，改善机体炎症反应，让机体整体的保护能力得到提升，可以促使氧自由基更好的清理，改善疾病的病理状况，调整机体的损伤状况^[6]。在患者精神状态、情感功能、身体疼痛、社会功能、心理健康等指标上，观察组各项治疗后提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。老年患者疾病会带来直接的生活质量下滑，而小青龙汤使用之后，可以明显的优化其生活质量，说明疾病改善效果明显，反过来也验证了药物的治疗效果更有保证^[7]。在患者气喘缓解、咳嗽消失、肺部湿啰音消失、住院时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。该结果说明小青龙汤不仅可以提升治疗效果，同时加快疾病恢复速度，强化有关药效，患者治疗耗时更短，降低治疗成本，减少患者经济负担，提升治疗体验^[8]。症状尽快地消除，可以有助于恢复患者正常生活，同时也减少身心负面体验感受，对治疗工作

治疗 30.71±8.64 11.74±5.23 415.87±36.10
后

注：两组治疗前对比， $p>0.05$ ，两组治疗后对比， $p<0.05$

2.5 两组患者治疗前后生活质量评分情况

如表 5 所示，在患者精神状态、情感功能、身体疼痛、社会功能、心理健康等指标上，观察组各项治疗后提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

的评价也会相对更高。

本研究中，一方面说明了小青龙汤治疗的效果卓有成效，另一方面也需要意识到并不是所有患者对于这种治疗均可以达到有效性，这说明了个体情况的差异性。尤其是在具体的临床案例中，会遇到做种多样的合并疾病状况，这样会导致治疗难度的提升。患者合并的疾病越多，基础疾病会需要更多的药物治疗。药物之间也会有更多的作用性，用药越多，药物的负面问题也会更为显现。要保证治疗效果，同时也需要考虑用药的安全性。尤其是老年患者，对疾病以及药物的耐受性低，更需要考虑患者体验感受的反馈，提升工作开展的效果。今后，还需要多研究实际案例情况，尤其是在多样性的复杂状况下，有关用药的反馈更值得完善，这样才能保证小青龙汤治疗效果的全面观察，提升药物使用的专业性。尤其是特殊用药后的负面问题收集，更需要关注，尽可能地减少药物带来的不良问题。具体用药，要做好反馈了解，发挥中医辨证施治的特点，针对患者个体情况做好药物成分的加减处理，提升治疗的针对性。

总而言之，老年肺炎采用小青龙汤治疗可以有效提升治疗疗效，症状改善速度更快，肺部功能得到优化，血清标志物改善明显，生活质量明显提升，患者整体治疗恢复情况更好。

参考文献：

[1]况凤燕,杨慧园.小青龙汤联合盐酸氨溴索治疗老年肺炎对气喘及咳嗽等临床症状消失时间的影响[J].吉林医学,2021,42(10):2436-2437.
[2]李秀和.中药小青龙汤对老年肺炎的治疗作用研究[J].健康必读,2020(35):165.
[3]熊雍容,王路标.小青龙汤联合盐酸氨溴索治疗老年肺炎的效果[J].临床合理用药杂志,2021,14(20):69-71.
[4]黄洋,郭婷.小青龙汤加减治疗老年肺炎的临床疗效探析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(78):191-192.
[5]马力.小青龙汤加减治疗老年重症肺炎效果研究[J].中国保健营养,2021,31(16):97-98.
[6]陈永昶,陈静,张蕾,等.小青龙汤加减治疗老年肺炎的效果观察及有效评价[J].大医生,2020,5(18):59-62.
[7]尚晓东.小青龙汤加减联合盐酸氨溴索治疗老年肺炎的临床分析[J].特别健康,2020(25):57-58.
[8]赵华.小青龙汤加减治疗老年肺炎的价值分析[J].中国农村卫生,2020,12(4):95-96.

微格教学法在规培护士教学中的应用分析

黄纯

自贡市第一人民医院 四川自贡 643000

摘要: 目的: 探讨微格教学法在消化科规培护士教学中的应用。方法: 以 2019.1-2020.1 本院消化科 10 名规培护士为对照组, 以 2020.2-2021.2 本院 10 名消化科规培护士为观察组。以同期 120 例患者为调查对象, 各 60 例。比较两组教学质量。结果: 观察组专业理论知识、技能考核评分高于对照组 ($P<0.05$)。观察组规培护士临床护理能力评分高于对照组 ($P<0.05$)。观察组健康教育、理论、操作、病情观察评分高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 微格教学法的教学质量较高, 可提高消化科规培护士的护理能力及患者的满意度。

关键词: 微格教学法; 规培护士; 教学

Application analysis of micro teaching method in nurse nurses

Huang Chun

Zigong First People's Hospital Zigong, Sichuan 643000

Abstract: Objective To explore the application of micro teaching method in the teaching of gastroenterology nurses. Methods 10 nurses from 2019.1-2020.1 and 10 nurses from 2020.2-2021.2 as observation group. With 120 patients in the same period, 60 patients each. Compare the teaching quality between the two groups. Results The professional theoretical knowledge and skill assessment scores were higher than that of the control group ($P<0.05$). The clinical nursing ability score of the regular training nurses in the observation group was higher than that of the control group ($P<0.05$). The health education, theory, operation and disease observation scores were higher than those of the control group ($P<0.05$). Conclusion The high teaching quality of micro teaching method can improve the nursing ability of gastroenterology nurses and patient satisfaction.

Key words: micro-grid teaching method; regular training of nurses; teaching

微格教学法在上世界 60 年代开始在国外被用于教学, 其为在角色扮演的基础上利用多媒体设备评价教师的教学效果及学生的学习情况^[1]。微格教学模式的优点在于可将课堂小型化, 老师可利用影音设备进行教学过程, 并且可利用多媒体设备回放使学生进行自我评价、同伴评价及教师点评, 帮助带教老师直观的了解学生学习情况, 有目的的调整教学的方式方法, 便于学生掌握专业知识^[2,3]。护理教学质量的改善为临床带教的重要组成部分, 规培学生将理论知识转化为实践操作需较长的过程, 而科学合理的教学可大大缩短转化的时间^[4]。微格教学法已被用于临床教学, 随着医疗模式的转变, 以疾病为中心的护理理念转向以患者为中心, 故需为患者提供优质护理服务, 提高患者的满意度^[5]。本文将微格教学法用于消化科, 观察其应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2019.1-2020.1 本院消化科 10 名规培护士为对照组, 以 2020.2-2021.2 本院 10 名消化科规培护士为观察组。对照组年龄 21~24(22.34±0.42)岁, 男性 2 名, 女性 8 名。观察组年龄 20~23(22.27±0.40)岁, 男性 1 名, 女性 9 名。两组一般资料具有可比性。以同期 120 例患者为调查对象, 各 60 例, 患者意识清楚, 理解能力正常。

1.2 方法 对照组: 传统带教, 入科后由带教老师向其介绍护理所需的评估、诊断能力; 介绍科室的环境、疾病常见的类型、症状及基础护理内容; 讲解理论知识及示范教学内容, 指导规培护士进行技能操作。观察组: 微格教学法, 该种教学模式按照备课-实践-反馈-改进-再实践-再反馈的循环模式进行。备课, 规培护士入组后进行摸底考核, 根据考核情况有目的的制定教学内容。实践: 随机指派 1 名规培护士进行讲授带教内容及

护理实践操作。反馈: 带教老师及其他规培护士点评讲授的内容及操作, 指出不当之处。纠正: 规培护士根据带教老师及其他人员提出的意见进行改正, 最终有带教老师确定授课的内容。再实践: 选择另一名规培护士进行理论授课及实践操作, 带教老师及其他学生旁听, 同时可利用影音设备进行拍摄。再反馈: 将规培护士的授课视频分享至微信群内, 选取优秀的视频, 带教老师及规培护士共同观察, 由带教老师组织学生共同讨论, 首先由带教老师指出其中的不足指出, 再由其他学生进行评价, 最后带教老师补充完善授课内容, 制定改进计划。

1.3 观察指标 出科考核, 分为理论知识及技能考核。理论知识试卷组成包括填空 (40 分)、单选 (20 分)、简答 (40 分), 试卷由消化科护士长阅卷。技能考核包括静脉采血、静脉输液、静脉输血、无菌操作、灌肠等。采用自制的量表从评估、诊断、计划、实施、评价、操作技能、心理干预、应用能力等方面评价规培护士的临床护理能力, 每项 0~10 分, 分值越高临床护理能力越好。自制的调查问卷了解患者对规培护士工作的评价, 从健康宣教、理论知识、操作技能、病情观察 4 个方面, 0~10 分。

1.4 统计学方法 数据分析采用 SPSS 21.0。计数资料 n (%) 用 χ^2 检验。计量资料 () 用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组理论知识及技能考核评分 观察组专业理论知识、技能考核评分高于对照组 ($P<0.05$)。

表 1 两组理论知识及技能考核评分 (, 分)

组别	n	专业理论知识	技能考核
观察组	10	90.88±4.12	88.81±6.44

对照组	10	87.12±3.26	82.16±5.62
<i>t</i>	-	2.263	2.460
<i>P</i>	-	0.038	0.024

表 2 两组临床护理能力评分（，分）

组别	n	评估	诊断	计划	实施	评价	操作技能	心理干预	应用能力	总分
观察组	10	8.49±0.65	8.35±0.94	8.89±0.91	7.91±0.50	8.21±0.86	8.26±0.64	7.94±0.92	7.99±0.83	65.33±3.24
对照组	10	7.81±0.58	7.51±0.60	8.07±0.75	7.02±0.46	7.45±0.63	7.72±0.52	7.20±0.70	7.21±0.71	60.41±3.12
<i>t</i>	-	2.468	2.382	2.198	4.142	2.254	2.454	2.297	2.258	3.459
<i>P</i>	-	0.024	0.029	0.041	0.001	0.037	0.025	0.034	0.037	0.003

2.3 两组患者对护理工作评分 观察组健康教育、理论、操作、病情观察评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 3 两组患者对护理工作评分（，分）

组别	n	健康教育	理论	操作	病情观察	总分
观察组	60	9.57±0.33	8.29±0.44	8.57±0.57	8.30±0.31	34.06±2.67
对照组	60	8.86±0.28	7.94±0.25	8.05±0.44	7.91±0.27	30.16±2.14
<i>t</i>	-	12.708	5.357	5.594	7.348	8.829
<i>P</i>	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

护理规培生在进入临床工作前，接受规范化的带教为重要的必经过程，故选择合适、科学的护理教学模式，对调动规培生及带教老师的积极性，提高教学的质量至关重要^[6]。临床带教为将理论知识转化为实践的过程，是护理教学的深化及延续。规培护士接受规范化的临床带教学习后，可加深其对护理服务的理解，提高其专业技能及工作素养^[7]。临床带教的质量与规培护士的学习质量及合格的护理人员的培养直接相关。带教老师的专业知识、教学模式及环境等与教学质量关系密切^[8]。常规的临床带教模式以科室为单位，主要采用护士长、高年资护理人员组成的 1 对 1 带教模式，主要以经验性教学为主，教学内容缺乏系统化及规范化，不利于规培护士对技能的掌握，并且规培护士的积极性较低，在将理论与时间结合过程，灵活性不足，在提高护理质量方面存在欠缺。

微格教学法为将理论及操作技术用于教学过程的培训方式，微是采用微观的方式将教学对象分解为易于掌握的部分。格为针对教学技能制定的评价指标及标准，保证教学方法更加规范化^[9]。微格教学法的优势在于重视实际操作，在教学过程中利用多媒体将理论及实践分为不同的单元进行训练，同时鼓励规培护士不断完善教学内容，锻炼学生的思考能力，提高教学质量；并且学生可通过回放观看自己的视频，有助于学生自行调整及改进^[10]。本文中观察组理论知识、技能考核评分及临床护理各项能力评分均高于对照组，提示微格教学法可提高规培护士的理论及技能操作的掌握，增强对临床护理能力的理解。本文中规培护士在备课过程指导学生学

习文献，增强其学习的积极性，学生授课及操作可提高学生的组织能力，而学生由于授课及操作的经验较少，初期的表现存在不足，带教老师在听课期间及时记录并在课后为学生纠正。其他规培人员在课后提出自身的意见，并进行讨论提高沟通能力。规培护士在课后可通过录像回顾自己的讲课及操作视频，利于其及时修正。本文结果显示观察组患者对规培护士健康教育、理论、操作、病情观察的评分高于对照组，提示微格教学法可提高教学的质量，保证规培护士为患者提供优质的服务。

综上所述，微格教学法的教学质量较高，可提高消化科规培护士的临床护理能力，提升患者对护理服务的满意度。

参考文献：

[1]王彩. 改良微格教学训练法在新入职规培护士岗前技能培训考核中的应用效果[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(10):1413-1415.

[2]常亮, 陈畅, 苏君,等. 微格教学法在神经外科规培医生培训中的应用及效果[J]. 中国高等医学教育, 2019,12(12):106-107.

[3]战青, 郭晶. 同伴互助式微格教学法在临床护理实践教学中的应用分析[J]. 中国卫生产业, 2019, 16(10):136-138.

[4]刘桂花. 同伴互助学习联合微格教学法在新入职护士危重症护理教学中的应用探讨[J]. 当代护士: 下旬刊, 2017,15(7):164-166.

[5]朱应武, 蔡佩芬, 任天成. 微格教学法联合传统教学法在全科住院医师规范化培训带教中的应用效果分析[J]. 中国毕业后医学教育, 2019, 3(3):261-264.

[6]王鹏, 刘重远. SBME 联合微格教学模式在泌尿外科临床技能教学中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13(5):28-32.

[7]吕英瑛, 时丽萍, 孟玲,等. Seminar-案例教学法联合微格教学法在康复专科护士培训中的应用[J]. 中国康复, 2020, 35(8):446-448.

[8]杨思怡, 沈轶群, 陈梦如. 参与式教学法联合基于微信平台的微格教学法在社区急救护理培训中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文), 2020, 6(10):358-361.

[9]王宇, 李胜云, 李玲,等. 同伴互助学习联合微格教学法在护理本科生急救技能培训中的应用效果[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(11):1027-1029.

[10]吴清叶,姜蕾.微格教学法在医学基础护理技术教学中的应用——以青岛第二卫生学校为例[J].中国培训,2020, 15(03):62-63.

护理教育教学中培养学生综合职业能力的建议

彭体方 张超 刘双 苏丫娣

菏泽家政职业学院 中专部 山东菏泽 274000

摘要:近年来,随人们物质条件的改善及对自身健康的重视,加之科学技术的进步,使得医疗行业得到高速发展,且人们对医务工作者的要求逐渐提升。护理作为医务工作的关键组成,所以相关人员的教育工作极为重要。从当前护理教育教学层面而言,其不应仅是专业知识的讲授,还需培养学生的综合职业能力,如言语表达能力、问题及信息处理能力等,上述能力的培养可帮助学生快速适应岗位,构建友好的护患关系,降低矛盾、冲突发生风险等。本文首先对培养护理专业学生综合职业能力的价值及当前培养现状进行简要分析,随后提出相应建议,希望对相关从业者有一定的启发作用。

关键词: 护理教育教学; 学生; 综合职业能力

前言: 护理属于一个服务型的工作,其在医务工作中有着极为重要的作用。所以,在护理教育期间,对此专业学生的综合职业能力进行培养具备极为重要的作用。近些年,随着我国老龄人口数量的增多,诸多疾病的发病率显著提升,且亚健康人群的数量也在持续增多,人们的医务需求与日俱增。在此种情形下,使得医患矛盾问题越发突出。而护理人员作为医生、患者间联系沟通的桥梁,其需具备极高的综合素质、良好的语言表达能力,从而实现与患者间的有效沟通,降低医患纠纷发生风险,提升患者医护配合度,保障及提升临床治疗效果。

一、培养学生综合职业能力的价值

(一) 可增强学生创新意识及能力

在护理教育教学中,学生综合职业能力培养的着手点往往为知识、实践操作及真实工作环境间的联系,从而使学生在了解并掌握基本专业能力的条件上对其综合应用能力进行训练,增强学生知识掌握程度,丰富学生实践经验,从而对学生的创新意识及能力进行培养^[1]。

(二) 有助于学生就业

职业教育的最终目的就是促进学生综合发展,使学生学会某种特定的职业能力,进而使其可在社会得以生存。从护理教育层面分析,学生职业能力的增强可提升患者核心竞争力,从而有助于学生就业。因此,为增强学生职业能力,在护理教育期间,学校以及教师要整合护理职业相关知识、技能,以学生的就业能力、职业素养培养为核心,从而增强学生实际问题的发现、处理能力,进而提升学生的竞争力,帮助学生就业^[2]。

(三) 有助于学生适应社会

近些年,随市场经济的发展及我国经济社会的进步,使得我国社会劳动力市场稳定性较差,其不仅需要从业者具备优秀的专业能力,还需要从业者具备良好的心理适应能力以及言语表达、人际交往能力。从护理工作而言,其具备一定的特殊性,随着医疗水平的提升,其对从相关从业者的要求越发丰富,从业者不仅需要具备优秀的专业能力、良好的心理素质,还需具备优秀的言语沟通能力及问题处理能力。因此,在护理教育教学中,学校及教师要加强对培养学生综合职业能力,加强对学生心理训练方面的重视,培养学生各种压力的承受能力、言语表达能力、人际交往能力及问题

发现处理能力,从而使学生在毕业后可快速适应社会^[3]。

二、护理教育教学中学生综合职业能力培养现状

当前,在护理教育教学中,学生综合职业能力的培养已受到学校及教师的关注,但从实际教学现状来看,其依然存在一些问题,表现如下:受教学计划等因素影响,在实际教学中,教师往往将大部分精力投入到专业知识的讲解及渗透中,其希望可于极短的时间内使学生系统性掌握护理知识及技巧,从而促进学生学习能力及水平提升。但从实际教学效果层面来看,此种教学方式已无法充分满足培养学生综合职业能力的需要,并且在实际教学期间,教师往往将学习成绩作为学生学习能力及综合素质的唯一评价标准,而此情形违背了培养学生综合职业能力的初心及目的,其会对学生职业能力的培养产生不良影响。因此,从教师层面来讲,在护理教育教学中,若想促进学生学习质效,其需要革新自身观念,加强对综合职业能力培养方面的认知,了解学生在此方面的培养需求,以教学大纲为依据,积极探寻可高质量培养学生综合职业能力的新路径^[4]。

三、护理教育教学中培养学生综合职业能力的建议

(一) 创新教育体系

在护理教育教学中,学生综合职业能力的培养应与课程紧密联系在一起,其应渗透至学生的整个学习过程中。因此,学校及教师需积极革新教学体系,于教学体系中纳入学生职业能力的培养。首先,教师在创设课程时,应以培养具有较强综合职业能力的应用型护理人才作为目标,要以帮助学生就业为导向对课程体系进行架设,并针对性选取课程教学内容,例如,在教师对课程结构进行搭建时,可以基础课、专业课、选修课、实践课作为基础架构,其中基础课作为学生护理专业基础知识的学习,教师要加强对专业课、实训课的设计,并且在各种类型课程教学期间均要有意识地对学生综合职业能力进行培养。教师在对教学内容选取时,教师要以学生实际需求、行业发展现状、行业人才要求及教学目标等为依据针对性选取相应的教学内容,例如,在选取专业课教学内容时,教师可以护理行业人才需求为依据选取相应教学内容,其需具备职业特色,且要可以与学生未来就业方向联系在一起。其次,学校以及教师要积极革新教学模式,降低理论教学在教学中所占的比例,加强对学生实践能力的培养,理论实践

相结合,强调“教”“学”间的互动,使学生具备自主性,引导学生自主展开学习,进而使学生职业能力得到培养,例如,教师在教授“患者出入院护理”相关内容时,可利用情境教学模式教学,由学生分别对患者及护理人员进行扮演,对护理工作进行演绎,并且要引导学生换位思考,站在患者或自身角度看待需求、问题,要求学生不仅需完成护理任务,还需以实际工作情境为依据模拟开展与患者间的沟通,规范自身言行,体会实际工作可能发生的状况,此种方式不仅可使学生护理能力得到锻炼,规范学生言行,并且还可锻炼学生的言语表达能力、护患沟通能力,其可有效促进学生职业能力提升^[5]。

(二) 革新教育方法

在护理教育教学中,教师要积极革新教学方法,从而实现学生综合职业能力的有效培养。在教学期间,教师可采取角色扮演、多媒体教学、案例分析教学等一体化教学模式,此类模式不仅可为学生讲授理论知识,而且还可对学生的知识应用能力进行锻炼。教师在教学中,要对学生主体地位尊重,需秉持“以人为本”的观念,运用相应措施调动学生求知欲,进而实现学生的综合培养^[6]。

(三) 强化实践教学

护理专业为应用型专业,其具备较强的实践性,所以此专业在学生实践能力方面存在较高的要求。因此,教师在对综合职业能力进行培养时,需加强对实践教学方面的重视,在展开课程规划时,要规划出更多的实践教学时间,并为学生提供合理真实的实践环境,从而促进学生实践能力提升。首先,教师要对课程时间进行调整,增加实践教学在课程教学中所占的比例,从而使学生的实践操作能力得到有效锻炼。其次,教师要以当下行业环境、人才需求等为依据,制定针对性的实践内容,对学生的技能及职业能力展开强化锻炼,例如组织临床实习等。除此之外,除对实践教学体系予以完善外,学校还需为学生创建良好的实践平台,建设校内实训室,并且加大此方面的资金投入,积极构建先进的仪器、设备,从而增强实践教学效果。学校还可加强与本地医院间的联系,为学生提供更多的实习机会,使学生于真实情境下实践学习,从而为学生毕业后步入工作岗位奠定坚实基础^[7]。

(四) 加强对学生自控能力的培养

当前,护理专业的学生多为 00 后,其意味着教育管理模式已步入到一个崭新的阶段。相较于 90 后、80 后学生,00 后学生个性突出,具备极强的自我意识,从而使得其对传统的管理教学方式往往存在较强的抵触情绪。因此,学校及教师要积极革新管理教学方式,从而激发学生的自控能力。自控能力主要指人从内心所产生的对自我进行控制、约束的一种能力,大多数学生自控能力的发挥需恰当的启发、引导才可拥有,而从护理专业行业的要求来看,护理行业从业者必须具备良好的自控能力,要对自身的言谈及行为进行约束,从而提升护理服务质量,降低医患纠纷发生风险。因此,以当代学生特征为依据,教师应因材施教,对不同的学生要采取不同的教育管理方式,要具备足够的耐心引导学生展开自我约束、自我管理,

从而促进学生综合职业能力提升^[8]。

(五) 组织开展职业技能竞赛类教育活动

相较于其他课程,护理教育有一定特殊性,其在学生理论知识、操作技能等方面要求较高,仅一点点差错都会增强护患纠纷发生风险,甚至会造成患者病情恶化。因此,在对综合职业能力培养中,学校及教师要促进学生理论实践能力提升,并要将其作为教育重点。基于护理教育教学的特殊性,学校及教师可于教学中组织技能竞赛等活动,从而丰富学生知识储备,使学生的实践能力得到锻炼,例如,学校可组织“意外伤害患者紧急处理”的护理竞赛活动,以班级为单位,由教师或学生模拟产生意外事故的患者,并邀请学校领导及合作医院资深护理人员等对学生护理表现展开评价。在竞赛期间,扮演患者的学生或教师要尽可能还原事故场景,并要对患者可能产生的症状或表现进行模仿,例如痉挛、疼痛剧烈抵触护理人员操作等,从而对学生的突发事故处置能力进行综合考察,评价学生的职业素养。在此期间,评委要严密观察学生事故处置表现,包含与患者间的沟通、创伤处的处理、心理疏导及疼痛缓解措施等,并以上述表现为依据对学生进行评分。竞赛完成后,教师要以自身理论基础、丰富的临床护理经验等为依据对所有参赛学生的表现展开评价,并给予相应的优化建议。从任课教师层面而言,教师要依据学生的实际表现对学生的学习状况进行评价,分析学生的不足,并对自身的教学方向进行优化调整。从学生的角度而言,此种护理竞赛不仅可对学生的专业技能进行考验,锻炼其实践能力,还可接受优秀从业者的指导,可促进自我提升,因此学生的参与热情通常较高。与此同时,竞赛存在一定的竞争性,因此,从综合职业能力培养层面而言,其是一个重要的机会,可使学生正视自身存在的不足,从而防止在步入岗位后遭受挫折^[9]。

(六) 强化职业道德素质培养

护理教育教学中,教师要指导学生对最新的护理质量规范、标准以及相关的法律法规进行学习,并且要要求学生自觉对相关规章制度予以遵守,对自身的言谈举止进行约束,不仅要使自身做到遵纪守法,还要对他人的行为进行监督,促进护理质量持续提升。教师在实际教学期间,还需为学生灌注在实际临床工作中的多项要求,如善于自省、自律、规范自身行为、在护理工作中守法、护法、尊重患者等。除此之外,教师还要帮助学生加深对护理工作特性的认知,需使学生对护理从业者需具备的道德素养有一个清晰的了解,如严谨、求实、爱岗敬业等,并且要对学生的慎独精神进行培养,尤其是要使学生充分了解在各项护理操作期间的相关注意事项,例如,在查对制度、对患者展开护理操作时必须严格遵循无菌操作原则等,上述均需学生具备高度的责任感及慎独精神。因此,在护理教育教学期间,教师要加强对临床案例的运用,使用其对学生展开强化教育,加深学生对临床护理工作的认知,使其意识到慎独精神在工作中的重要价值,督促学生向此方面进步发展,进而促进学生综合职业能力提升^[10]。

(七) 强化教学考核

(下转第 208 页)

产房助产护理带教中运用情景模拟教学法的效果

林燕

广东医科大学附属第二医院 广东湛江 524003

摘要:目的 情景模拟教学法在产房助产护理带教中的临床效果。方法 选择医院 2021 年 5 月—2021 年 12 月的 33 名助产护生做为研究对象, 选用双盲法将其分成试验组(17 人)和对照组(16 人)。试验组护生选用情景模拟教学法, 对照组护生选用传统常规式教学方式。比对 2 组护生导师带教后的能力指标值(包含应急能力、基础理论成绩和实践成绩)。结果 试验组护生的应急能力(92.15±3.25)、基础理论(97.23±2.24)和实际操作水准(92.15±3.25)显著优于对照组(86.34±3.67)、(85.29±4.27)、(81.19±1.28)(P 均 <0.05), 对比差别具备统计学意义。结论 在产房助产护生的临床教学中, 情景模拟教学法具备较好的教学效果, 可提升护生的操作过程能力和紧急能力。具备较高的使用价值, 非常值得推广和应用。

关键词: 情景模拟教学法; 产房助产; 护理带教

临床护理教学是推动护生快速进入工作岗位的重要步骤和内容。临床带教能使护生将基础知识转换为专业实践知识, 带教水平将直接影响医院护理品质的发展方向。因此, 医院应高度重视护理带教效果, 依据高效的教学策略, 提升护生的综合能力素质和医院护理品质^[1]。传统式的带教方式以课程标准、固定提纲为基础, 较为枯燥乏味, 难以充分激发护生的综合性能力^[2]。情景模拟教学法的基本原理是在带教教师的辅导下, 护生根据情景模拟教学和角色扮演游戏开展互动学习, 协助护生真正认识、掌握和体会护理工作, 深入了解患者对护理的实际需求。因此, 本文致力于剖析情景模拟教学法在产房助产护生护理带教中的实际效果, 选取 2021 年 5 月-12 月在本院实习的 24 名护生开展研究, 取得了较好的研究成果, 汇报如下所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 5 月至 2021 年 12 月在产房见习的 33 名助产护生作为研究样本, 选用双盲法分成试验组(17 人)和对照组(16 人)。其中, 试验组护生均为女性, 年纪范围 20-23 岁平均年龄为(22.45±1.05)岁。中专护生 9 人, 大专护生 8 人。在对照组中, 护生均为女性。护生年纪 19~24 岁, 均值(21.24±1.53)岁。中专护生 8 人, 大专护生 8 人。对比 2 组护生的基准线数据信息, 数据显示无显著性($P > 0.05$), 对比有价值。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组护生选用传统式带教方式。依据带教教师的带教标准、提纲开展带教, 历时 4 周。第 1 周, 护生观看带教教师提供的传统临床教学的视频教材, 为护生演示孕期检查、骨盆测量和接生技术的方法。第 2-3 周, 护生们在模型上反复训练。针对一些关键信息和知识要点, 护生需自行查阅相关资料, 第 4 周开展考核。

1.2.2 试验组

将情景模拟教学法运用于试验组等的护生带教。教学策略: ①带教教师的确定: 导师带教护生前, 教师应具备多年丰富的诊治经验和专业基础知识, 教学水准高, 能达到期望的教学效果; 可以挑选妇产科的主管护师和护士作为带教教师。在培训前, 教师必须选用一些经典案例, 依据课程内容提前准备教学设计。学习过程是一个由简易到繁杂, 由单项练习到综合性练习, 由初级到高级的过程。第 1 周为护生放映一些典型的病例教学视频, 为护生示范有关实体模型实际操作与教学片后, 要求成员在仿真模型上实施反复的骨盆测量、引导检查、胎心听诊、模拟孕妇产接生等操作。②综合实践教学: 首先, 教师必须为护生设定一个较好的临床医学情景,

让护生良好进入情景; 情景可以结合临床医学待产室助产中常见的护理问题和紧急事件, 及护生对待产室助产护理的认识来建立。其次, 带教教师必须提前准备。在整理和梳理数据信息时, 必须保证与临床护理实践相一致, 并在情景对话中预测分析将会产生的护理问题。护生可以自行查找材料处理护理问题。最终, 设置对应的考核指标。护生可以依据不同的培训主题风格模拟各种各样的护理情景。在培训中, 护生可以自行分组, 还可以由教师分组。每一组 4 名护生, 每组设一名小组长。组长依据护生的情况分派学习任务。产房助产护理中, 每一个护生必须饰演不同的人物角色, 情景模拟教学和实际区别不能很大。第 2-3 周的综合性练习。根据病史剖析、小组通过自学、仿真模拟应急预案演练等方法开展综合性训练。教师依据突发急救项目的方位和目的, 参考常见的产科病例编制病例, 为护生创设抢救情景, 并提出有关问题, 正确引导成员思考。例如一例因分娩时间延长造成产后大出血, 导致生产结束后出血的病例。此时产后观察为重点: 先综合评定出血情况, 及时治疗, 以防延误病情。假设发生失血性休克: 则抢救的重点在于及时止血, 确保输液通畅是救治取得成功的第一步, 运用套管针技术确保液体迅速灌注, 提升救治成功率。对于此种情况, 让成员认识到当发生突发急救实践必须及时预料可能发生及解决的问题, 随后提出相对应的护理防范措施。引导小组成员以病例为依据, 复习有关理论知识, 在带教教师的引导下找出问题的答案。③汇总与评价: 教师应汇总护生的学习状况, 剖析其学习中存在的不足和问题的护理方式, 并提供相对应的合理的指导, 第四周开展考核。

1.3 观察指标

1.3 观察指标

通过 4 周的带教教学, 对 2 组护生开展理论和实践考评, 对比 2 组护生的各项能力指标(理论成绩、实践成绩和应急能力), 按照《平产接生评分标准表》进行评分, 满分为 100 分。

1.4 统计学方法

本次研究的带教效果评分考核均采用 SPSS26.0 统计学软件进行数据处理, 将各项能力指标表明为($\bar{x} \pm s$), 应用 t 检验, 如若 $P < 0.05$, 差别有统计学意义

2 结果

对比两组护生的各项能力指标, 试验组护生的各项能力指标均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 2 组护生的各项能力指标对比[($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	n	理论成绩	实操成绩	应急能力
试验组	17	97.23±2.24	96.28±1.28	92.15±3.25

对照组	16	85.29±4.27	86.34±3.67	81.19±1.28
t 值		10.1473	10.5170	12.5920
p 值		<0.01	<0.01	<0.01

3 结论

伴随着社会和时代的不断发展,临床医学护理带教中传统式的常规教学方式已经无法达到医院和社会对护理人员的要求^[3]。从真正病人的身上开展实践教学和学习临床医学专业技能的困难和缺点慢慢显现出来,教学方式也在逐步完善。其中,情景模拟教学法获得了广泛运用,其实际效果获得了认证。它在一定程度上补充了传统式教学资源紧缺、应用性差的众多缺点,变成临床医学专业技能的重要方法之一。

情景教学法是一种有效的新型教学方式,在带教以前,实习护生要提早搜集和掌握学习的具体内容,在具体学习中,可以对学过的专业知识开展复习,对自身并没有把握的具体内容有一个明确地了解^[4]。教学以理论知识为基本,并在这个基础上构建教学情景,使学员在具体学习中深入把握和夯实理论知识。在教学过程中,带教教师要明确教学目的,根据构建一定的分为来构建特殊的教学情景,从而使护理见习生积极主动转换学习的态度,根据具体情景辅助其熟练掌握所学专业技能,进而逐渐确定自身的发展和个人目标^[5]。情景教学是临床医学教学中较常用的一种新的教学方式。根据产室助产护理的实践活动教学,情景仿真模拟教学有利于复原真正的临床情景^[6]。在这个背景下,护生可以对临床医学助产护理实际操作的核心内容和有关常识有更形象化、更深入地掌握,因此还可以协助护生累积一定的护理经验。除此之外,情景模拟教学可以直接将基础知识转换为操作过程,既可以锻炼护生运用实践活动基础知识的能力,又可以协助护生掌握怎样在情景模拟教学下开展助产护理,与此同时还能够培养护生的应急反应能力和创新思维能力,具备较高的使用价值。

在产室助产护理实践活动教学中,情景模拟教学可以为见习护士模拟助产护理的实际情况,使实习护生对这一情景更为了解,并在以后的具体护理中有一定的经验。情景模拟教学法可使学员将很多记忆的专业知识应用到助产护理中,能有效地培育学员应用理论知识认识、熟练掌握操作过程的能力^[7]。根据教学情景的模拟训练,护生可以把握在助产护理中怎样与病人有效沟通,并依据十几种很有可能发生情形和问题设定,锻炼学员预设、解决问题的能力。情景模拟法还能刺激护生的学习积极性,使其能够更好地把握助产护理专业知识,同时还可使护生提早感受到妇产科护患纠纷案件的实际情况,掌握和了解护患纠纷案件很有可能造成的常见原因,把握对应的处置问题的对策,进而改进自身的护理缺陷,显著提高护理水准和品质^[8]。传统式护理教学的重要内容是以课本为基础设定教学纲要,更重视书本上的理论专业知识,体现出较大的缺陷,非常容易忽略护理带教的实践性教学,造成护生没有相关实践护理经验。虽然在传统式的护理教学方式下,学员可以对护理的基础知识有扎实的把握,但是护生却无法将所学习的专业知识应用到实际中去,这就致使了“高分低能”的状况。而情景模拟教学法可合理提升护生的时间能力,根据情景模拟实际妇产科助产护理实例,既持续增强了学员的主动性,又能提升护生的实践活动能力。从本次研究效果看来,试验组护生的基础理论能力、实践活动能力和应急能力显著高于对照组,差别有统计学意义($t=8.5779$ 、 8.8590 、 10.8694 , $P<0.05$)。说明情景模拟教学法在待产室助产护理教学中的运用,能合理加强助产护生的临床护理能力,激起待产室助产护理实习生的自学能力和教学有效率。传统的带教方式大多注重知识的经验的传授,而

护生在枯燥的理论引导教学中那一激发起注重学习和主观能动性,而利用情景模拟可以帮助护生快速进入情景,模拟真实的临床场景、感受到患者的真实需要,如正常的助产流程、危机、重症患者的突发急救等情景的创设,在护理学习的过程中更加直观易于理解,有较强的真实感和趣味性,更有益于激发护生的主观能动性和积极性^[9]。

护生能在情景模拟训练中了解到自身的不足,并不断加以完善。在产室助产护理中,她们可以取长补短,进一步提高自身的护理能力。除此之外,护生在进行临床医学工作前还需要学习基础知识和临床医学专业知识。由于它们并没有真正的触碰到病人,对已学专业知识和定义的掌握和记忆力全是抽象化的。根据情景模拟实践活动,他们可以把自己的基础理论和临床医学专业知识有机地结合在一起,进而更全方位地把握医学常识。例如产科分娩机转便是基础理论教学的核心和难题。在见到分娩过程以前,护生难以真正理解分娩的实际护理流程。根据观看分娩模拟的指导视频,护士可以更直观地掌握分娩机制的流程,核实上台接生、怎样护理产妇产会阴,如何处理新生儿婴儿等等。护生首先在详细教学视频的辅助理论教学的引导下,在带教教师的情景中提出个人的疑问,在角色扮演、护理和实际操作中,明确整套护理流程,再对真正患者开展娴熟实际操作,展现了爱伤理念,塑造了优良的职业道德。在情景模拟教学中,加入了突发抢救训练后,可以逐渐产生清晰的救治流程思路,把握娴熟的救治专业技能,使其应对突发情况的抢救能力获得较大提升。例如本研究加入了关于套管针技术的教学,护士可以在模型上反复练习此技术,直至穿刺术一次取得成功,增加了临床护理质量和水平。伴随着临床医学护生教学水准的提升,情景模拟教学法将变成实践活动教学中必不可少的主要方式。作为一种教学方法和评价方法,逐渐被广泛运用于临床医学中。

综上所述,情景模拟教学法在产室助产护生临床护理教学中的运用,可以有效提升护生的综合能力和素养,对医院护理品质也有积极的功效,非常值得临床医学运用和推广。

参考文献:

- [1] 骆丽英,潘健,蔡彩兰. 持续性质量改进联合责任助产提高产房助产护理质量效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(4):101-103.
- [2] 史美英. 助产士分层授权管理对会阴侧切率与产房质量的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40(5):776-778.
- [3] 刘华,谭春梅,罗莎莉. 认知行为训练在产房助产过程中的临床观察[J]. 成都医学院学报,2020,15(4):510-512.
- [4] 张风景,韩秋萍,孙书娟. 产房助产人员心理压力因素分析与缓解对策[J]. 护理实践与研究,2020,17(16):37-39.
- [5] 唐伟伟,于娟,王洁,等. 缺陷情景模拟联合工作坊教学法在新入职护士岗前技能培训中的应用[J]. 中华现代护理杂志,2022,28(9):1251-1256.
- [6] 程喜荣,苏悦,薛媛,等. 导学式情境模拟教学法在实习护生职业风险培训中的应用[J]. 护理学杂志,2022,37(2):60-63.
- [7] 雷娟,马秀琴,谯进,等. 情景模拟教学对 ICU 实习护士职业认同感及评判性思维能力的影晌[J]. 医学临床研究,2022,39(2):319-321.
- [8] 许莹,宋文娟,邝美华,等. SSP 结合情景模拟教学法在护理学基础线上线下混合式实训教学中的应用[J]. 卫生职业教育,2022,40(8):120-122.
- [9] 冯莉莉. 情景模拟教学法在产房助产护理带教的运用效果分析[J]. 家有孕宝,2021,3(20):280.

高职院校护理专业课程思政教育路径浅谈

王颖慧 赵纪聪 朱瑞芳 张超 苏丫娣

菏泽家政职业学院 中专部 山东菏泽 274000

摘要:党的十八大以来,以习近平同志为核心的党中央高度重视高校教育中的思政教育,思政教育的本质是讲道理,根本目标是培养国家和社区所需要的人才。随着时代的发展变革,新时代的思政教育对教职工有了更高的要求,高职院校护理专业的思政教育承担着为国育才,为党育人的重要。只有做好思政教育,才能培养出有正确价值观、人生观,有职业道德的新一代护理人才,让学生成长为使社会放心、让党放心的新时代人才。

关键词: 护理专业; 大学思政教育; 思政教育路径; 大学教育

受到疫情影响,近两年我国各方面对专业的医护人员需求量呈现逐年增加的态势。尤其在采取动态清理政策后,随着经济形势的恢复和社会面的逐步开放,社会各界对医护行业的高水平、高质量人才需求更是有相当大幅度的增长。各类高校护理专业报考的人数也有相应的增加。长期以来,复杂的国内环境使得综合素质成为了护理专业大学生能够脱颖而出的重要能力。因此,现在高校的护理专业课程非常重视思政教育。本文结合笔者实际工作中的经验,简单介绍高职院校护理专业课程思政教育的路径相关问题,希望能起到抛砖引玉的作用。

高校护理专业的思政教育

“思政教育”的概念界定

思政教育是指通过特定的课程教育学生正确的思想政治理念、价值观念以及精神追求等思想政治方面的内容。对于一般高校而言,思政课程往往由马克思主义哲学原理、社会学、政治学等思政课程,以及各种思政活动所组成。本文所涵盖的思政教育包括各类思政课程。

思政教育在当下高校护理专业中的重要性

当下世界正处在百年未有之大变局,党和国家坚持发展中国特色社会主义、建设社会主义现代化强国的总体目标未曾变动。但目前的国内形势复杂,疫情扩散以及国内外对待疫情的政策区别,往往使得护理专业学生把国内的情况和国外的情况进行对比,在这个过程中,经常有学生感到困惑,这些困惑就是思政课程要阐明解释的重点。思政课程可以科学的解释学生的困惑,引导学生正确的看待中国和世界,学会辩证的认识问题,树立正确的人生观,价值观^[1]。

思政教育与医德教育的相互关系

由于医疗卫生领域具有特殊性,医护人员担负着特殊的任务和使命,医德和医风是护理专业学生必须要培养的品质,思政教育可以将医德方面的素质培养融合其中,让护理专业的学生明确行为规范,坚守职业底线,强化自我修养,加强终生学习。长期教学实践证明,将思政教育教学模式应用于高校护理学教学,可以有效改善教学效果不及预期的问题,在实践中已经取得了不错的成果。

高校护理专业的思政教育实施现状

从目前我校护理专业学生接受的思政教育形势来看,主要由以下几个方面的问题客观存在:

思政教育师资力量较为不足

统计资料显示,2020年我国普通高校在校生数量超过1400余万人。

相比之下,2020年全国普通高等学校教职工人数仅有约266万人,专任教师仅有约183万人,其中思政类教师人数仅占全部教师人数的4%,在校生与思政课教师之比约为400:1。由此可见,多数院校都或多或少存在师资力量不足的问题,思政课程成为公开课或者由辅导员组织学生自行学习^[2]。

对于思政教育而言,教师的重要性不言而喻。思政教师不仅是先进文化思想的传播者,党和政府的坚定支持者,更是学生健康成长的指导者,是指导学生全面发展的领路人。因此,思政课程对执教者的教学能力要求很高,而目前的护理专业思政教育普遍存在教师教学能力不足的问题^[3]。

学习进程受到疫情影响较大

今年受疫情影响,很多高校转入线上课程学习,思政教育的学习进程受到一定不良影响。线上课程时一种全新的教学形势,很多教师面对这种新形态的教学方法还不甚熟悉,依旧采用线下教学方法,使得线上课程的优势无法发挥,课堂较为死板^[4]。

高校护理专业思政教育路径和综合能力培养

学生的综合素养是指他们在经过学业、管理工作、社会实践后所产生的综合品质与才能,也可理解为他们在各个方面的综合素养培养之结果。从内在归因视角来看,综合素养应该包括了人生观、价值观、个性、社会特质、领导才能等多方面的要素,从理论视角来看,对上述内容的影响越是积极,也就能表示他们的综合素养就愈高。但从外界评价角度而言,大学生的综合素质中最重要的几个要素是:(1)爱岗敬业奉献精神;(2)解决问题的能力;(3)心理、抗压能力;(4)工作技术和学习水平;(5)沟通交流能力。这些能力也是高校护理专业思政教育所需重点关注的对象^{[5][6]}。

对高校护理专业思政教育而言,对综合素质的培养主要有以下几方面的因素:

学习活动

专业技能的学习是高职院校护理专业的基本工作,也是提高学生阅读能力和工作能力的基本活动,是中国大学生综合素质训练的重要地基。只有在积极进行教学活动,传授大学生有关基本知识能力的基础上,才能更加深入推广综合素养的训练工作。但从另一个视角来看,通过教学活动本身也能够渗入综合素养训练,在教学过程中潜移默化的加以优秀品质的陶冶与内化,利用不同类型的教学活动培养大学生的综合素养,是当前培养大学生综合文化素质的最主要方式^[7]。

团体活动

团体活动是培养大学生综合素养最有效的工具，在高校阶段的大学生往往具有很强的团体意识，喜欢参与团体活动，在目前的大学生综合素养培养中，团体活动是最有效的训练体系之一。集体活动能够协助学校建设良好校园文化氛围，借助学校人文环境对学员的陶冶培养他们的综合素养，也能够使他们懂得用集体主义的立场、观念、思维来分析问题、解决，学会站在集体的角度考虑实际问题，为集体利益而奋斗。这对他们未来的专业成长十分有帮助。

实践活动

社会实践活动是目前我国很多大学实施的主流课余（或课内）活动项目，该类活动的本质是利用空闲时间（或由学校指定时间）参与到社会实践中去，其形式有体验社会工作、参加公益活动、实地调查参观等。实习也是一种社会实践活动，社会实践可以帮助学生将所学的知识转换为技能，再通过实际的实践工作将自身的诸多技能转化为实际能力。社会实践活动相比起学习活动和集体活动，更加注重课内知识和课外实践的结合，通过综合性的方式培养学生的综合素质，使学生能够在走上工作岗位后适应复杂的社会工作形式。比起前两种活动对大学生综合素质的培养，实践活动是最有效，最直接的综合素质培养方式，也是全程化的综合素质打造平台^[8]。

规划路径做好高职院校护理专业课程思政教育

笔者在高职院校护理专业课程思政教育的实际经验中，总结出了一套采用问题为导向，有明确路径规划的思政教育方法。具体方法介绍如下：

笔者所准备的思政教育学习是以问题作为驱动的，用问题来组织和引导一系列学习活动，这些学习活动的最终目标一定是解决或有助于解决最初的基础问题的。在学习阶段的最后一般会会有一个最终成果或作品用于检验教学和学习效果，这一成果可以由学生独立完成，也可以小组协作完成，或由师生共同完成。在完成这一成果的过程中，会对基础问题得出有价值的结论并发现新的问题。思政课程更加关注现实中的各类社会问题和自身所学的专业技能相结合，结合时事政治，更吸引学生参与讨论^[9]。

笔者鼓励学生自主研究并互相合作，以小组为学习的基本单元，培养学生自主学习能力的同时也关注学生间协作沟通的能力提升。笔者认为，以问题为导向的思政学习路径方法有以下优点：

明确学生的学习目的，提高学生学习兴趣。

提高学生学习的主动性和参与性。

提高学生的信息获取、加工和利用的能力。

提高学生利用现有知识解决实际问题的能力。

培养学生的团队精神、沟通能力和表达能力。

以问题为基础的教学方法在思政教学中的具体应用方案

选定问题

问题的选取对于课程思政教育学习工作的进行十分关键，好的问题必须要在具有实际意义和学术意义的同时引起学习者的探究兴趣，并且问题的难易程度必须适当，如果过于难或者过于简都对课程思政教师学习工作有不良影响。问题的选取一般要结合实际，可以是最近热点的社会问题，国家的重大政策变化等。

在选取问题时，可以由老师提出的一些问题交由学生自己挑选，也可学生自己选择问题交由老师评价后批准。就普通高职学校的护理专业课程

思政工作教学来说，较小的阶段性问题必须符合学员当前的复习时间，以小组合作在一个月内就能够完成为宜，大的综合性问题则可以作为学生最终学习效果的检验，研究可能长至数月或者整个问题贯穿整个学年。在思政教学的过程中，老师需要认真研究学生对所选定的问题是否具备研究价值，同时也要考察学生的学习能力与综合水平如何把握所选定的问题，以及研究工作是否顺利完成。学生如有需要的话，也可以根据所选定的问题做出合理的修改，或否决学生选择的问题。

制定计划

在选定研究的问题后，学生应当针对问题制定具体的计划，这个计划应当是具体落实到研究的每个工作环节，包括人员的分工，信息收集采集，小组讨论的时间安排等等。

展开研究

问题的研究阶段是问题引导方式思政教学的主体，也只有经过对这一过程的实践探究与工作，学习者才能掌握一定的专业知识与技巧。在课堂教学中，问题的探究阶段通常以文献研究与材料剖析为先，以访谈与实际调研为辅。在科学研究的过程中，学习者需要对科学研究工作中的思想与观点加以记录，不断给出解决问题的假设。学习者能够采用各种方法来获取信息，如检索论文，网络查询，询问教师等。当获取足够多的资料时，需要对获取到的资料加以处理与加工，通过研究提出问题的假设，根据研究成果开展试验，对最初提出的问题加以检验，最后提出问题处理的对策或其他的结论。

成果展示

在教学工作的最后，各个学术单位都必须将整个教学阶段的工作总结记录，然后再把研究记录以及科学研究最后的结果，通过作品的形式加以展示。具体的表现形式可有学术论文、汇报、教学实践录像、图片等。教学小组还需要在研究成果展出的过程中展示出学员在自主探究的过程中掌握了什么基本知识和技巧。在研究成果展示之后，还需要及时做出总结和反省，最后交给老师做出评估。

评价

思政教师的考核和评估方式与传统的笔试考评方法有所不同，以教师对题目的研究程度和结果的完成度为准则作动态的评估。包括研究过程中的参与程度都可以作为最终评价的参考。这种评价策略，鼓励学生去独立地思考问题。不仅能够以更全面客观的视角反映学生的学习态度和学习能力，而且还能够带动学生自主学习能力和综合能力的提高。

高职院校护理专业课程思政教育的效果分析

目前，我国不少高等医学院校的护理学课程已经成为医疗教学改革试点，在实际教学中将思政教育和专业教育相结合，可以起到事半功倍的效果。根据笔者所在高校实验班级和对照组的期末考试成绩比较分析，可见实施以问题为基础的思政教育路径教学方法的专业班级平均期末成绩相比其他专业有一定程度的提高。这一对比虽然也受到教学水平的影响，但是可以从中看出以问题为基础的专业课程思政教育路径教学方法对学生的总体成绩提高是有着积极作用的^[10]。

通过实验班级学员的反映，大部分学员都对以问题为基础的思政教育教学方法持支持态度，并认为教学成效相当好。从老师收集到学员的反馈信息来看，大部分参与以提问为中心的教学模式的老师都一致认为，问题

引导式教学能够确定学生的学习目的、培养教学兴趣,从而增强了学生教学的积极性,也培养了协作培养和交流学习才能,从而促进了学员将基础理论联系现实的工作能力及其利用所学基础知识解题的综合能力得以提升。

参与思政教育学习的学生普遍认为自己在教学过程中培养了团队协作意识和能力,在学习的中感受到了积极的氛围,学习更加顺利和愉快。

结束语

在当前的形势下,办好思政课要不能仅局限于学校一地,要高度重视思政课的实践性和问题导向性,把小思政课和大社会课结合起来,把理论和实践相结合,教育并且引导学生把人生目标、职业道德贯彻落实,把自身所学的知识技能奉献到为社会服务,同中华民族的伟大复兴相结合。这就要求高职护理院校更加重视思政教育,思政教师切记不可照本宣科,空读文件,一定要把课程和现实中的事件结合,赋予思政课程生命,积极采用案例教学,探索教学,问题导向学习等等方案。在目前的形势下还要学会利用线上智慧课堂工具,多和学生沟通交流,让每一个学生都能爱上思政,学会思政课。

对于高职院校护理专业课程思政教育未来的发展方向,还有很多的问题需要广大思政教育共同探索,共同研究,笔者同诸位共勉。

参考文献:

[1]高德毅,宗爱东.从思政课程到课程思政:从战略高度构建高校思

想政治教育课程体系[J].中国高等教育,2017(1):43-46.

[2]高德毅,宗爱东.课程思政:有效发挥课堂育人主渠道作用的必然选择[J].思想理论教育导刊,2017(1):31-34.

[3]陆道坤.课程思政推行中若干核心问题及解决思路——基于专业课程思政的探讨[J].思想理论教育,2018(3):64-69.

[4]史瑞芬.论“课程思政”视阈下的护理专业课程教学改革[J].中华护理教育,2019,16(8):586-590.

[5]史瑞芬.让专业课堂“思政飘香”——从护理“人文课程”到护理“课程人文”[J].护士进修杂志,2019,34(14):1253-1256.

[6]陈荟洁,黄海菲.立德树人视域下高职院校“课程思政”融合发展模式探索[J].教育与职业,2019(14):88-91.

[7]周一峰.高职护理专业课程思政教育路径探讨——以急救护理与技术为例[J].卫生职业教育,2017,35(23):61-62.

[8]张玲华,贾建芳.“课程思政”在本科内科护理学中的实践[J].中华护理教育,2020,17(7):611-616.

[9]张宏展,李艳,武佼佼,等.护理伦理学“课程思政”的教学改革与探索[J].中华护理教育,2020,17(1):45-49.

[10]吴俊晓.协同育人理念下护理专业课程思政建设的探索与实践[J].卫生职业教育,2020,38(1):86-88.

(上接第203页)

教学考核不仅是对学生学习状况、教学成效等方面的考核,其更重要的作用是为后续的教学改革提供数据支持。因此,教师要对教学考核方式进行持续优化,要更为精准的对学生的学习成效及综合职业能力状况等进行判断,首先,教学考核不应仅以学习成绩作为评价依据,还需结合学生的是否进步、学习热情、实践操作水平等,若学生有所进步,教师要适时给予表扬,从而调动学生学习主动性。其次,除对学生成绩进行评价外,还需教师对评价面予以拓宽,引入自我评价、教师评价、同学间互评及医院实习单位评价等,从而保障评价的综合性,其中学校及教师要对医院实习评价予以高度重视,从而对学生的职业能力进行判断,进而使教师可针对性对后续的教学方案及内容进行相应调整。最终,在考核完成后,教师要对考核数据展开全面分析,探究学生学习及教学问题,了解学生的综合职业能力状况,进而对教学模式进行改革,并针对性给予学生相应的帮助^[1]。

结论:综上所述,在护理教育教学中,学生综合职业能力的培养需校方与教师共同努力,教师需革新教学模式、增强教学质效,学生需调动自身学习主动性、提升自身的学习能力及意识,校方需加强对学生综合素质方面的关注及引导,只有如此才可提升学生的综合职业能力,促进护理教育质效提升,进而为医疗护理行业输送更多的高素质人才。

参考文献:

[1]崔虎威.护理教育教学中如何培养学生综合职业能力[J].健康大视野,2019(6):117.

[2]李丽娟.浅析护理教育教学中如何培养学生综合职业能力[J].才智,2020(9):150.

[3]庞春华.浅谈护理教育教学中如何培养学生综合职业能力[J].医学食疗与健康,2020(6):196,212.

[4]张菊花.护理教育教学中如何培养学生综合职业能力[J].健康必读,2020(35):151.

[5]吴祥翠.护理职业教育中护生综合能力的培养[J].品牌研究,2020(36):204.

[6]刘明连,姜振伟.浅析护理教育教学中如何培养学生综合职业能力[J].国际援助,2020(7):63.

[7]阳海华.护理教育教学中如何培养学生综合职业能力[J].名医,2018(11).

[8]彭鑫,李静.护理职业能力提升的教学策略探析[J].继续医学教育,2021,35(11):91-94.

[9]蒋燕萍,李彩霞,赵秋燕.高职护理技术综合实训中渗透护生职业防护教育的研究[J].医学食疗与健康,2021,19(17):189-190.

[10]李少华,金松洋.基于职业能力培养的高职基础护理项目化教学实践[J].卫生职业教育,2019,37(9):98-99.

[11]李艳玲,刘大川.体验式教学模式在培养高职护生综合职业能力中的应用[J].卫生职业教育,2019,37(3):92-93.

分层次教学结合案例教学法在检验科进修生教学中的应用价值

唐明霞¹ 岳飞利¹ 李兴² 2Δ通讯作者

1.雅安市人民医院检验科 四川雅安 625000; 2.雅安市人民医院, 肝胆胰脾外科 四川雅安 625000

摘要: 目的: 研究在检验科进修生教学中应用分层次教学结合案例教学法的价值。方法: 将 2018.01-2019.12 本院检验科接收的 10 名进修生设为对照组, 应用传统带教方法, 将 2020.01-2021.12 本院检验科接收的 10 名进修生设为观察组, 应用分层次教学结合案例教学法, 对比分析两组进修生理论考试、操作技能考核成绩、主观评价状况及教学满意度。结果: 相较于对照组进修生理论考试、操作技能考核成绩, 观察组进修生成绩更高 ($P < 0.05$)。相比对照组进修生主观评价 (自学能力、学习主动性、文献检索能力、创新意识和能力、临床思维能力、协作能力、交流表达能力、知识的理解与应用、学习兴趣) 评分, 观察组进修生评分明显更高 ($P < 0.05$)。与对照组检验科进修生教学满意度 (60%) 相比, 观察组检验科进修生 (100%) 更高 ($P < 0.05$)。结论: 在检验科进修生教学中应用分层次教学结合案例教学法效果理想, 可提升进修生学习效果, 调动进修生主观能动性, 提升进修生教学满意度, 推广可行性较高。

关键词: 分层次教学; 案例教学法; 检验科; 进修生

在当前的医师培养环境下, 实践教学是最重要的培养途径。实践教学的任务是促进实习进修人员理论、实践相结合, 丰富其临床经验, 从而帮助实习进修人员高效构建起独立分析以及独自处理实际问题的能力^[1]。在实践教学中, 带教方

法会对教学效果产生直接影响。一般情况下, 带教老师会对相关知识展开进一步拓展, 并且会对实习进修人员的操作实践技能、自主学习意识及能力展开进一步培养, 增强学生的创新意识及思维, 进而为实习进修人员后续的学习工作打下良好基础^[2]。近些年, 在检验科带教工作中, 传统带教方法的局限性越发明显, 带教效果不突出。因此, 相关人员需积极探究全新的带教方法。部分研究指出, 分层次教学、案例教学法在带教工作中可取得理想效果^[3]。本次研究比较分析在检验科进修生教学中应用分层次教学结合案例教学法的价值, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2018.01-2019.12 本院检验科接收的 10 名进修生设为对照组, 应用传统带教方法, 将 2020.01-2021.12 本院检验科接收的 10 名进修生设为观察组, 应用分层次教学结合案例教学法。对照组男性/女性=3/7, 年龄 20-24 (21.78±2.03) 岁, 受教育程度: 本科 5 例、专科 5 例。观察组男性/女性=3/7, 年龄 20-25 (21.95±2.12) 岁, 受教育程度: 本科 4 例、专科 6 例。两组一般资料基本相同 ($P > 0.05$), 可比较。

纳入标准: ①到本院检验科进修实习; ②智力正常; ③沟通能力正常; ④知情、同意纳入本研究。

排除标准: ①精神障碍; ②存在重要脏器疾病, 可能会对进修产生影响; ③存在血液系统疾病; ④智力异常; ⑤减轻短期内产生过重大变故 (如入狱、重疾等); ⑥处于哺乳期、妊娠期女性; ⑦学习态度不端正, 依从

性差; ⑧不同意纳入本研究。

1.2 方法

1.2.1 对照组

应用传统带教方法, 进修生到科室后, 为其介绍本院检验科基本状况, 随后由带教老师依据预先制定的带教计划展开教学, 先为进修生讲解、复习相关理论知识, 随后逐渐过渡至实践操作, 耐心解答进修生的疑问, 并定期分析、总结带教期间存在的问题。

1.2.2 观察组

应用分层次教学结合案例教学法, 具体如下: (1) 制定分层教学方案, 选取具备丰富临床经验的带教老师组建带教师资队伍, 以进修生的数量为依据, 合理分配给每位带教老师, 由带教老师展开组织讨论, 通过操作前的讲解理论知识、复习实践、组织各种考试、与学生交流等方式对学生的状况、学习能力、临床经验、操作水平等进行了解, 并且在实际教学前, 带教老师要对进修生展开岗前培训, 以带教老师的方案为依据, 为其讲解教学方式, 并加强与进修生间的交流, 取得其理解、配合; (2) 以进修生的学习能力、学习学历背景等为依据为其制定针对性的带教计划, 且在实际教学中, 老师要对学生的学习能力、学历等方面的差异予以尊重, 从而解决一些学生因理论知识掌握不牢靠、操作能力差等害怕被老师提问、不敢提问的状况; (3) 带教老师要在实际教学中加强对案例的运用, 要以教学大纲相关要求为依据, 针对性选取教学案例, 案例选择要以内科多发疾病为主, 如肝硬化、肝炎、胆囊炎、原发性肝癌、肺炎、胆石症、冠状动脉粥样硬化性心脏病等, 老师要对相关案例展开汇总、整理, 并将其制作成案例教学 PPT; (4) 在教学期间, 老师应以案例教学中检验教学的特征对相关问题进行设计, 并依据形式、种类等展开归类, 并依据进修生的学习状况、学习能力等为其针对性选取教学案例, 合理把控案例的难

易程度，从而提升教学效果，激发学生的探索欲、求知欲。此外，在教学期间，带教老师应将实验项目引入到案例分析教学中，进修生通过利用自身所学知识分析实验中的项目数据，从而实现知识与实践间的结合，再加上老师的引导、提问，可有效增强进修生的实践操作能力，加深其对理论知识的了解；（5）在带教后期，带教老师利用检验工作中存在的共性及其具备争议性的问题，组织学生对此类问题展开分析、讨论，从而帮助学生加深对检验科相关知识的了解，提升学生的专业能力及素质；（6）进修生需以教师所提案例或问题展开自主学习，自主查阅相关文件资料，并对收集到的信息展开汇总、分析、整理，提出自身对案例或问题的见解、想法，并将其与检验项目进行联系，最后汇报给带教老师，带教老师再予以分析总结。

1.3 观察指标

（1）考核对比检验科进修生考试成绩，成绩分为两方面，分别为理论考试成绩、操作技能成绩，各 100 分，分数与教学效果正相关。

（2）采取问卷调查法（自行设计的主观评价调查问卷）对检验科进修生教学期间主观性展开统计对比，问卷共包含 9 个维度，分别为自学能力、学习主动性、文献检索能力、创新意识和能力、临床思维能力、协作能力、交流表达能力、知识的理解与应用、学习兴趣，各维度均利用 Likert 5 级展开评价，分值与效果正相关。

（3）利用问卷调查法（自制的满意度问卷）对检验科进修生教学满意度进行统计对比，问卷 0 分至 100 分，非常满意：超过 85 分；一般满意：70 分至 85 分；不满意：低于 70 分。满意度=（非常满意+一般满意）进修生人数÷总人数×100%。

1.4 统计学处理

研究所得数据运用 SPSS25.0 软件处理，计量（理论考试考核成绩、操作技能考核成绩、主观评价评分）、计数（教学满意度）资料分别由平均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）、数（n）和率（%）表示，t、 χ^2 检验，P<0.05 代表差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 理论考试、操作技能考核成绩对比

相较于对照组进修生理论考试、操作技能考核成绩，观察组进修生成绩更高（P<0.05）。见表 1。

表 1 两组进修生理论考试、操作技能考核成绩对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	人数	理论考试成绩	操作技能成绩
观察组	10	84.02±4.73	89.64±2.27
对照组	10	74.85±5.19	80.89±2.45
t	-	4.120	8.284
P	-	0.001	0.000

2.2 两组进修生主观评价对比

相比对照组进修生主观评价（自学能力、学习主动性、文献检索能力、创新意识和能力、临床思维能力、协作能力、交流表达能力、知识的理解与应用、学习兴趣）评分，观察组进修生评分明显更高（P<0.05）。见表 2。

表 2 两组进修生主观评价对比[n(%)]

组别（n=35）	观察组	对照组	t	P
自学能力	4.07±0.28	2.65±0.46	8.339	0.000
学习主动性	4.94±0.36	2.76±0.41	12.635	0.000
文献检索能力	3.81±0.47	2.55±0.43	6.255	0.000
创新意识和能力	3.94±0.45	2.14±0.28	10.740	0.000
临床思维能力	4.17±0.39	2.08±0.35	12.612	0.000
协作能力	3.97±0.56	2.64±0.58	5.217	0.000
交流表达能力	4.48±0.61	2.74±0.55	6.699	0.000
知识的理解与应用	3.68±0.64	2.91±0.74	2.489	0.023
学习兴趣	3.65±0.52	3.06±0.46	2.687	0.015

2.3 检验科进修生教学满意度

与对照组检验科进修生教学满意度（60%）相比，观察组检验科进修生（100%）更高（P<0.05）。见表 3。

表 3 两组检验科进修生教学满意度对比[n(%)]

组别（n=10）	非常满意	一般满意	不满意	教学满意度
观察组	7（70.00）	3（30.00）	0（0.00）	10（100.00）
对照组	4（40.00）	2（20.00）	4（40.00）	6（60.00）
X ²	-	-	-	5.000
P	-	-	-	0.025

3 讨论

近些年，随着社会经济的进步，各行各业运行管理模式越发丰富，科技水平持续提升，此种情形使得各行业及各领域在人力资源要求方面越发严格，无论是理论知识掌握程度、还是实践操作能力，其均存在较高的要求^[4]。从医学领域层面而言，其也具备以上特征^[5]。近年来，随着医学技术的进步以及医疗水平的提升。医学科目划分越发精细，具体科目医学研

究的持续深入,使得临床医师的知识储备量、实践技能熟练程度均持续提升,其在知识学习方面的要求越发严格^[6]。基于此情形,带教实习成为当前医师培养的重要途径。从当前医院带教现状来看,传统的带教方法已无法充分满足行业日益发展的学习需求^[7]。分层教学及案例教学法均为教学方式的一种,前者以进修生的学习能力、状况等为依据给予针对性的教学,后者利用典型案例对进修生展开教学,将上述两种教学方法用于临床教学中,可有效帮助进修生巩固自身理论知识,提升其实践操作能力及专业素养。从既往数据及经验层面来看,相较于其他医学学科的进修生,检验科的进修生环境适应能力较差,与患者沟通能力欠佳,问题分析及处理能力较差^[8]。因此,为实现高素质、优秀的现代化检验科人才培养,临床需积极探究新型的带教方式,从而提升带教效果^[9]。与传统教学法相比,分层教学与案例教学法教学质量更佳,其尊重进修生的个体差异性,可有效调动进修生的学习主动性,帮助进修生加强对检验科典型案例的了解,丰富进修生的知识储备,提升进修生的问题分析及处理能力,拓展其思维,进而为其后续学习、工作奠定良好基础^[10]。从带教老师层面而言,分层教学与案例教学法的运用是一种全新的尝试以及艰巨的考验,与传统带教方式相比,此两种教学方式对带教老师的要求更高,因此,带教老师需持续增强自身能力,并加强对分层教学与案例教学法的研究,从而提升教学效果^[11]。

别立翰^[12]等以检验科 48 名实习生作为研究对象,对照组(24 例)、试验组(24 例),前者应用传统带教法,后者应用案例教学法,研究发现,相较于对照组实习生,试验组实习生理论成绩、实践技能成绩更高,教学满意度更高,由此可知,在检验科实习生教学中,应用案例教学法效果理想,可促进实习生理论、实践相结合,提升教学质效。韩荣花^[13]以住培生、进修生、专硕生、实习生展开研究,分别行传统带教方法、分层次教学培训,研究发现,相较于传统带教方法,各层次学生对分层次教学培训满意度更高,由此可知,在检验科培训中,行分层次教学培训效果理想,可满足各层次人员学习需求。周丽华^[14]等以医学检验专业学生 46 名展开研究,随机分组,对照组(23 名)、实验组(23 名),分别行传统教学法、案例教学法,研究发现,相比对照组,实验组学生理论测试成绩更高,满意度更高,由此可知,在检验科实习生带教中应用案例教学法效果理想,可提升带教质效。别立翰、韩荣花、周丽华等研究结果与本次研究结果基本相同。本次研究显示,与对照组进修生理论考试、操作技能考核成绩相比,观察组进修生成绩更高,表明在检验科进修生教学中应用分层次教学+案例教学法可提升进修生对理论知识及操作技能水平。与对照组进修生主观评价(自学能力、学习主动性、文献检索能力、创新意识和能力、临床思维能力、协作能力、交流表达能力、知识的理解与应用、学习兴趣)评分比较,观察组进修生评分更高,表明在检验科进修生教学中应用分层次教

学+案例教学法可调动进修生主观能动性。相较于对照组检验科进修生教学满意度(60%),观察组检验科进修生(100%)更高,表明在检验科进修生教学中应用分层次教学+案例教学法可提升进修生教学满意度。

综上所述,在检验科进修生教学中应用分层次教学+案例教学法效果显著,可提升进修生学习效果,调动进修生主观能动性,提升进修生教学满意度,值得推广。

参考文献:

- [1] 韩小君,林庆知.检验科实习生带教中传统教学结合具体案例教学模式的探索与应用[J].中国卫生产业,2020,17(36):10-12.
- [2] 钱晓琴.案例法结合微信平台在临床基础检验带教中的应用研究[J].中国高等医学教育,2021(4):127-128.
- [3] 吴边,陶雯.不同带教方法在检验科实习带教中的应用探讨[J].中国卫生产业,2020,17(6):129-130,133.
- [4] 严立,武睿,夏云.分层次教学在医学检验科培训中的应用探讨[J].检验医学与临床,2020,17(18):2741-2743.
- [5] 蔡莎莎,邹金艳,段达荣,等.微视频教学结合案例式情景模拟演练法在检验科实习生生物安全带教中的实践效果评价[J].中国卫生检验杂志,2020,30(13):1660-1661.
- [6] 康海全,曹颖,顾兵,等.案例式演讲在临床微生物学检验技术实践教学中的意义[J].继续医学教育,2021,35(12):72-74.
- [7] 李磊,张路家,孙茜.多种教学模式在检验科实习教学中的应用[J].国际检验医学杂志,2017,38(21):3058-3059.
- [8] 方敏,陆一平.案例式教学在临床免疫学检验实验教学中的应用分析[J].饮食保健,2018,5(14):274.
- [9] 高佳,李佳,崔婵娟,等.多元化教学与过程性考核相结合在临床生化检验教学中的实践[J].中华检验医学杂志,2019,42(12):1078-1080.
- [10] 张慧芸,韩冉,段学光,等.翻转课堂与案例教学法结合应用于医学实验诊断学教学的探索[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(7):5-7.
- [11] 刘艳辉,孙皓天.PBL 案例教学在生物化学检验教学中的应用[J].中国继续医学教育,2020,12(20):33-35.
- [12] 别立翰,马晨芸,徐正,等.案例教学法在医学检验科实习教学中的应用[J].中国继续医学教育,2021,13(30):19-23.
- [13] 韩荣花.分层次教学在医学检验科培训中的应用探讨[J].特别健康,2021(14):63.
- [14] 周丽华,方家敏,程霞,等.案例教学法在检验科实习生带教中的应用[J].中国继续医学教育,2019,11(16):21-24.

中职护理教育与临床护理对轨的现状与建议

朱瑞芳 张超 赵纪聪 王颖慧 苏丫娣

菏泽家政职业学院 中专科 山东菏泽 274000

摘要: 中职护理教育和临床护理专业为满足新时期的社会发展需要,正在慢慢加强临床护理质量和护理教育质效,围绕临床护理和护理教学实际情况中暴露出的各种缺点与不足,为实现护理专业长效化、稳定发展目标,需要加快人才培养可靠路径与策略摸索进程,优化传统人才教育计划,根据新时期临床护理专业人才实际需求,结合社会环境制定出针对性的教育方案。在经济蓬勃发展推动下,病患对临床护理的需求开始向多元化和个性化方向发展,护理人才在接受教育过程中需要从过去的教育扭转到高素质、高能力以及高文化方向上,遵循社会切实需求落实护理教育和临床护理的良好对轨,保证护理专业人才拥有可靠的实践经验,为护理教育和临床护理建设找到新的突破口,持续推动医疗水平强化。文章首先立足目前中职护理教育和临床护理对轨具体情况角度进行分析,提出发展过程中的主要短板问题,并提出切实可行的中职护理教育和临床护理对轨实践策略,以期推动中职护理教育满足新时期社会发展需求。

关键词: 中职护理教育; 对轨培养; 临床护理; 短板

引言: 中职护理教育是为医疗行业培养高素质人才的教学工作,其教育模式主要分为能力型、职业型以及应用型。最近几年,由于护理意识和护理技术的不断进步,护理教育和临床护理的对轨环节出现了各种各样的不足,导致学生在进入职场之后无法顺利融入工作,将自身技能充分发乎,医院需要在工作对学生二次培养,加重了护理成本和人力管理成本。因此,在新时期社会环境下针对中职护理教育和临床护理对轨具体情况和相关实践建议展开研究,具有重要的现实价值和实践价值。中职护理教育目的在于为社会和国家培育出高技能的护理人才,若是仅传递专业理论知识,而轻视了实践教学就无法充分满足教育目标,也会影响教育效果。

一、中职护理教育与临床护理对轨的现状分析

(一) 护理教育过程中临床新知识技术应用不足

新时期,我国科技发展迎来了新高度,特别是围绕医学技术的研究更是进入新阶段,临床护理环节和过去相比获得了日新月异的变化^[1]。在临床护理工作中开始应用了越来越多的新技术和新理念,然而在笔者对现阶段关于中职护理教育的教材进行翻阅时却发现,和临床护理方面新技术与新知识相关的内容较少。就如心肺复苏术来讲,当前教材中应用的心肺复苏指南是 2000 年的版本,然而在临床中使用的指南已经改成 2010 版本,两者在实践操作等多个环节均具有显著的不同。此情况直接体现出现阶段中职护理教育与临床护理之间没有完全实现对轨教育。

(二) 护理实操项目和工具时效性不理想

在对众多中职护理教学活动中都普遍存在一个问题,即多数教师过度关心学生对护理操作项目的了解程度,会选择应用多媒体等信息化辅助教育手段为学生展示应用护理实际流程等主要内容,让学生能够对护理产生清晰地了解。但是实际上,在临床护理期间时常会基于病患病情的不断变化而出现不同的护理问题,普遍情况下需要护理人员在充分遵循操作原则的基础上自主展开各项护理工作。而目前受到教材内容的限制影响,此部分内容并未合理投入到具体教学活动中。除此之外,目前的临床护理环节

中投入了众多先进的一次性用具,例如一次性静脉注射管分截流式,在这类一次性用具的加持下,护士和护理人员能够从冗杂的工作中得到一定解放,同时切实满足了有效控制职业暴露风险的工作目标^[2]。然而,在现阶段众多中职护理教学中讲解的知识还是围绕普通滴管式静脉输液管等传统医疗用具为主,因而学生无法在具体临床护理环节中对学习的知识技能展开自主应用。

(三) 中职护理教育中缺乏可靠的实训场地

最近几年受到教育事业改革的强烈影响,非常多的中职院校开始关注其实践教学指导,同时借助实训基地等方式让中职护理教学可以满足实践与理论充分结合的目标。然而随着学校扩招使得护理专业学生人数不断上涨,加之一些中职学校自身办学能力和经济实力等并不理想,导致其建设的实训基地暴露出设备紧缺、不够先进等问题,无法满足专业内每位学生的实训练习需求,因此严重限制了实训环节真实效用的良好发挥^[3]。

二、中职护理教育体现出的突出问题分析

新时期我国护理教学工作中,依然存在应用传统理论教学的模式,虽然对于教师来讲教学压力减少,有助于教师对课堂教学的充分掌控,但是并未重视学生的主观能动性和思维发展的培养,严重抑制了学生创新思维和创造能力的发展,和新时期行业对专业人才的需求背道而驰。

目前,护理行业需要拥有高素质能力、高文化水准的综合型人才,需要学生具备辩证思维能力、精准的操作技术以及灵活的临床反应能力,能够围绕具体问题作出正确应对。然而传统课堂活动中,学生被动接受知识,课下死记硬背,一直在教师引导下进行学习,缺少自主性学习计划和职业规划,不管是前期知识预习还是真实开始学习,都不能有效发挥自身能力优势。教师掌控着课堂教学,没有根据学生具体认知情况和理解情况展开教学,学生对于知识的把握良莠不齐,由此影响了护理教育效果的提升。此外,护理教育中也没有帮助学生形成终身学习意识,普遍集中于现有理论学习,学生知识结构和视野受到限制,使得学生未来实践发展产生局限

性,而教师在传统教学思想下并未主动扭转自身教育观念,致使教学模式长期僵化,给学生未来发展带来负面影响。

三、中职护理教育与临床护理对轨有效对策

(一)着重加强教育师资力量建设

为实现中职护理教育和临床护理的有效对轨教育,首先要强化教育师资队伍素质能力,需要让专业教师在医疗单位接受专业而系统的指导,借助对新药与新设备的实际学习和操作来展开周密检测,将相关知识纳入课程教学中。在此环节,其一学校能够让学生和保健单位建立联系,其二学校教学能够让教师和保健单位建立直接联系。切实加强护理专业教师教育水平也专业素养,通过学校教师与医疗单位教师,保证护理指导和临床护理之间的密切关联^[4]。在知识结构中,要注意道德修养的良好培养,由护理道德教师、护理讲师、临床护理专家组建专业培训小组。根据护理工作道德方面能力要求,制定教学纲要和教学实际任务。专家队伍内的教师相互促进,相互完善,充分结合护理道德、临床护理技术以及二级护理等多项课程内容。

(二)应用切实可行的护理专业教学方法

护理专业是一门实践性较强的学科,其含有护理知识和临床实践技能,教师在教学期间需要结合课程特点选择对象的教学方法,例如案例教学法、理论教学法、合作探究等等。无论是哪一种教学方法都需要坚持素质教育原则,彰显学生主体地位,着重培养学生能力和对专业的兴趣。

其一,理论教学方法。护理教材中关于护理内容的部分,教师需要找出专门的教育场地借助多媒体设备实施教学。在对护理知识进行讲解时教师需要抛弃过去的“填鸭式”教学方法,多和学生进行互动交流。教师需要引导学生,让其加入到情境练习或是小组合作活动当中对护理知识展开讨论,为学生提供自主演示机会,创设轻松、活跃的学习氛围,强化学生学习积极性。

其二,小组合作探究方法。针对临床护理知识,可以将学生分为若干小组展开讨论。随机划分完小组之后,在临床实际案例基础上让学生将学习的知识应用到具体操作中,同时通过发散思维展开延伸,在小组内进行讨论,分析问题并试着自主处理,然后抽取一位学生对本组操作步骤进行分享。教师在一旁观察学生活动情况,必要时给予帮助,鼓励学生勇敢表达自己观点,随时解答学生提出的疑惑,先给予学生讨论空间,然后由教师总结。此种教学方法可以有效发挥学生优势,助力学生养成解决问题、筛选问题的能力,同时加强学生语言组织和表达能力。教学期间教师和学生可以围坐在一起,以便于更好地形成互动氛围,借此调动学生课堂参与积极性和表达欲望^[5]。

其三,情境教学方法。护理专业涵盖众多护理技术,学生需要借助实训来强化个人专业能力。在实训期间不能单一地开展操作练习,还需要通过模拟真实情境,让学生应用自身所学剖析临床案例,再以自身具备的护理技术为病患处理问题。通过阶段性实训之后可以强化学生对护理工作的初步理解,同时掌握临床护理工作中需要注意的重点,如观察病患身体情

况与心理情况,再根据病患具体特点开展临床护理操作,为其后续步入职场奠定基础。

其四,角色演绎教学方法。护理学科还涉及人文科学内容,教师在教学中需要借助角色演绎方法,由教师确定病例,学生在小组范围内分配角色,再查阅相关资料。在护理课上学生演绎不同角色,结束后让学生展开互评活动,再由教师总结活动中涉及的知识点。学生在不同角色演绎过程中,渐渐懂得和病患换位思考,并学会分析每个角色的内心活动,帮助学生建立同理心,渐渐具备护理工作者的使命感^[6]。

(三)在以人为本教学思想下开发实践平台

新时期的护理专业教育要坚持以人文本教学思想,为学生搭建可靠的实践平台。在时代进步发展背景下实行护理教育和临床护理对轨教学,首先要更新教育思想,抛弃传统教育观点与思想对教育的限制和影响,依托以人为本和三位一体教育思想,围绕学生展开教学,推动学生综合成长,强化学生综合技能与职业素质,培养学生实践水平的同时强化学生临床经验。打造新型教学模式,彻底转变教师和学生在课堂教学中的地位,根据学生真实情况明确教学目标并控制教学进度,助力学生对学习目标、课业任务以及完成时间进行确定,帮助学生养成健康积极地学习习惯,以此为教学质量提升进行保障^[7]。

其次,展开合作探究教学,通过小组学习方式加强学生之间互动交流,不同小组内学生能力层次存在差异,对不同知识点、项目的理解也不同,借助合作交流,使课堂氛围更加活跃和开放,调动学生思维能力发展并丰富学生视野,促进其集体意识和团队合作意识提升,以此缓解课堂教师与学生互动性不足的问题。落实合作教学,能够让学生个人水平与团队合作意识放在同一高度,防止重此抑彼,注重对学生实践水平和职业素养的培养,在合作活动推动下保证项目研究和知识积累效果,让学生在相互合作氛围里激发探究直观能动性和研究兴趣,激发个人知识探究欲望。

最后,注重理论和实践联合指导,在“学校+医院+社区+社会”多维实训教育平台推动下,不断强化学生综合实践水平,深化新型教育模式导入,改善教育环境和教学过程^[8]。通过案例教学方法、问题教学方法、情景模拟教学加深理论教学和实践操作的关联教学质量,围绕目前护理教学活动中学生普遍存在的问题展开针对性指导,及时结合学生反馈与具体教学中的不足进行调整和创新,实现护理专业高效课堂构建目标。

(四)改善教学形式以加强实践练习

为加强当前中职学生护理实践素质能力,必须要优化现有的教育形式。新时期的护理执业资格考试提升了人文社会学方面知识考查比例,由此可以看出目前临床护理对于人文知识的要求在不断上涨,因而护理教育工作需要调整之前的课程体系,根据专业人才培养目标和学校定位,围绕社会人才素质与能力培养目标完善课程结构,均衡课程内人文社会知识、专业教育以及医学知识三方的比例,深化学生人文内涵和专业能力指导,从而满足护理行业实际需求。在进行教学期间需要提升理论知识和实际操

(下转第 216 页)

视频宣教结合模拟演练对护理实习生乳腺癌围手术期健康宣教的影响及效果

胡淑敏

慈溪市人民医院医疗健康集团（慈溪市人民医院） 浙江慈溪 315300

摘要：目的：探讨视频宣教结合模拟演练对护理实习生乳腺癌围手术期健康宣教的学习效果。方法：将时间锁定在2021年09月~2022年2月之间，选取此阶段内在我院进甲乳科实习生22个进行分析，将其归入实验组，此时间段内实施标准化视频宣教结合模拟演练模式，并辅以乳腺癌理论知识PPT课件强化理解记忆。将时间锁定在2020年4月~2021年5月之间，选取此阶段内在我院进甲乳科实习生22个进行分析，将其纳入对照组，此时间段内采取传统带教方法。比较两组对乳腺癌知识的掌握情况及对围手术期乳腺癌健康宣教的掌握情况。结果：实验组对乳腺癌知识的认知度明显提高（ $P < 0.05$ ），对乳腺癌围手术期健康宣教输出能力明显提高（ $P < 0.05$ ）。结论：视频宣教结合模拟演练对护理实习生乳腺癌的知识掌握程度及健康宣教指导能力有所提升。

关键词：视频宣教；模拟演练；护理实习生；乳腺癌；围手术期；健康宣教

乳腺癌据统计在中国城乡人群乳腺癌发病率均呈上升趋势，由于危险因素暴露水平变化，人口增长及老龄化等多重危险因素作用，乳腺癌将是近期中国城乡妇女疾病负担最大的恶性肿瘤之一。[1] 据2018年国际癌症研究机构（IARC）调查的最新数据显示，乳腺癌在全球女性癌症中的发病率为24.2%，位居女性癌症的首位，其中52.9%发生在发展中国家，在我国乳腺癌的发病率呈逐年上升趋势，每年有30余万女性被诊断出乳腺癌，在东部沿海地区及经济发达的大城市，乳腺癌发病率上升尤其明显。我科目前乳腺癌病人人数也在逐年增加，随着人们对生活要求的提升，患肢对功能锻炼要求的重要性，改善乳腺癌患者的生活质量及生存质量，乳腺癌围术期的管理优劣显得尤为重要，所以需要护理人员的专业知识水平需要有一定的要求。然而在目前的护理临床教学中，实习生的带教方法，采用统一进科教育，规范科室相关基础及专科操作。以带教老师为主体，实行一对一跟班制，采取的是传统传授法教育模式，临床工作中遇到相关的知识点，进行讲解学习，没有遇到就不涉及讲解。学习内容单一、不连贯，导致学生掌握的知识点凌乱，对于主观能动性差及缺乏思辨能力的学生所学知识难以串联，内化，运用，过分依赖带教老师。现临床工作受限于排班的变动，对病人缺乏连续性护理，同时工作时忙于病患的各项护理，实习生着眼于眼前的各项基础操作，而忽略理论知识的掌握，理解与临床实际联系应用，缺乏病情观察及应变的能力。学生对于专科疾病理论知识的学习掌握度层次不一，局限于知识的识记，死记硬背，过后遗忘快，没有做到理论联系实际；临床需要宣教实训时难以表达或者表达不全，往往经过提醒后才能回忆相关知识点。掌握知识不能很好的与临床工作联系，理论与实践结合性差。另外，由于带教老师不同，所表述的重点不同，有时会出现认知的偏差。本研究针对围手术期乳腺癌的特点，采取标准化视频宣教结合模拟演练模式，并辅以乳腺癌理论知识PPT课件强化记忆的方式进行学习，以提高护理实习生对乳腺癌围手术期健康宣教的掌握程度。

1 对象与方法

1.1 研究对象

从时间区间2020年4月~2021年5月我院实施传统带教方法下接收

的进科护理实习生中随机抽取22个展开研究，将其归入对照组。从时间区间2021年09月~2022年2月我院实施标准化视频宣教结合模拟演练模式下接收的进科护理实习生中随机抽取22个展开研究，将其归入实验组。参比组护理实习生中男性有2个，女性有20个，年龄均分布在18岁~24岁之间，均值区间为（21.07±2.06）岁；受教育资料：大专实习生有7个，中专实习生有15个。实验组护理实习生中男性有3个，女性有19个，年龄均分布在18岁~24岁之间，均值区间为（20.94±2.09）岁；受教育资料：大专实习生有5个，中专实习生有17个。不同组别进科护理实习生的一般基础资料之间进行比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），说明具备较好的可比性。

纳入标准：于相关时间区间内在我院进科实习的护理实习生；选择宁波卫生职业技术学院、淄博职业学院、衢州职业技术学院、永康卫校及海宁卫校、湖州卫校、绍兴卫校、浙江工业职业技术学院、滁州城市职业学院、金华职业技术学院、浙江舟山群岛新区旅游与健康职业学院、安徽红十字会卫生学校的护理实习生；一般基础资料均在院护理教学管理系统有所记载的护理实习生。

排除标准：患有感染性疾病、传染性疾病的护理实习生；对话交谈能力较弱的护理实习生；研究配合度较差的护理实习生。

1.2 方法

在进行带教宣讲服务前，院内相关科室需要进行教学老师筛选，要求其具备扎实的专业理论知识、熟练的操作能力、丰富的工作经验、善于交谈和教学的特点。所有入组带教老师均为主管护师，在本科工作经验丰富，有扎实的理论基础知识，有丰富的临床实践经验，知晓乳腺癌围手术期的相关治疗护理内容。培训通过本次课题的操作相关内容。参与教学服务，保障教学服务质量。教学老师在接收相对应的护理实习生后，需要对教学大纲进行仔细的阅读，并结合科室规章制度，制定合理的教学计划，设立教学目标，便于完成阶段性任务。在做好相关教学准备后，即可为护理实习生展开教学服务。

对照组采用传统带教，对每一轮护理实习生进行带教老师一对一带教方式1个月，教学期间需要学习乳腺癌相关理论知识，训练护理操作，不

断增强专业水平,为日后工作做好准备。实验组采用在传统老师带教模式下叠加标准化视频宣教及模拟演练模式,并辅以乳腺癌理论知识 PPT 讲解强化理解及记忆。

1.2.1 干预内容 根据乳腺癌的理论知识(包括定义、病因、临床表现、病理分型、治疗原则、护理措施、患肢功能锻炼等)结合临床经验进行 PPT 制作并学习,通过拍摄乳腺癌围手术期的术前术后健康宣教及患肢功能锻炼的健康宣教视频。视频由病区护士自导自演,病房实景拍摄,还原患者住院场景。根据实际病房动态设置乳腺癌围手术期的健康宣教输出。针对当时没有实际案例可供宣教的情况下在带教老师的指导下进行模拟演练。

1.2.2 干预时间 每一轮实习生进入科室建立微信群,组建学习沟通交流的通道,实习第一周进行乳腺癌理论知识及临床经验的 PPT 学习并进行讨论。实习第二周进行乳腺癌术前术后健康宣教及患肢功能锻炼的健康宣教视频学习。实习第三周根据病房动态进行模拟演练,如有病人,老师需要提前询问患者意愿,在获得许可后带领护理实习生进入病房,让其进行实操,对患者进行简单的护理服务,并由教师进行监督指导,纠正不正确之处,有效增强操作能力;若没有病人的情况下,带教老师需要给出合适的案例,营造案例场景,提供相关用品,让护理实习生进行模拟演练,真实体验患者感受和护理人员工作内容,以此将理论与实践相结合,加深理解和记忆。实习第四周护理实习生需要进行出科考核,以此对实习生一段时间内的实习收获进行了解反馈,便于发现不足之处,加强整改和练习,为日后工作打下良好基础。另外,需要护理实习生对宣教服务的满意度进行评价,以此了解宣教效果,便于及时发现宣教不足之处,帮助其复盘,针对不足点进行指正,便于以后改进。

1.3 评价方法

1.3.1 自制乳腺癌围手术期评价表 通过乳腺癌手术前及乳腺癌术后二个健康宣教模块进行分数评价,手术前宣教占比 30 分,手术后宣教占比 70 分,总分 100 分。

1.3.2 资料收集 在实习结束出科时针对乳腺癌围手术期健康宣教考评后进行评分统计。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行统计分析,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。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组学生乳腺癌围手术期健康宣教成绩比较 详情如表 1。

表 1 两组学生乳腺癌围手术期健康宣教成绩比较

组别	人数	术前分数	术后分数	总分
对照组	22	17.18 $\pm$ 5.77	28.09 $\pm$ 16.80	45.27 21.32
实验组	22	21.82 $\pm$ 5.75	44.32 $\pm$ 11.15	66.18 13.89
t		-2.669	-3.774	-3.854
p		0.011	0.001	<0.05

3 讨论

乳腺癌是指乳腺上皮细胞发生增殖失控,进而恶变的情况,属于乳腺外科、乳腺内科、肿瘤科诊治范畴[2-3]。此疾病的病因可能与内分泌激素

水平、绝经年龄晚、不孕、初次生育年龄晚、月经初潮年龄早等因素有关。早期症状多不明显,常以乳房肿块、乳房皮肤异常(包括酒窝征、橘皮症、皮肤卫星结节等)、乳头溢液、乳头或乳晕异常、腋窝淋巴结肿大等局部症状为主,因其症状不明显,非常容易被忽略[4-7]。另外,部分患者还可伴随食欲不振、厌食、消瘦、乏力、贫血、发热等恶病质症状,严重者出现转移,累及多组织器官损伤病变,危及患者生命[8-10]。患有此疾病的患者到院就医时,常因对病情的担忧出现恐慌情绪,若护理人员照护不到位,还可出现风险事件,加重患者病情,危害患者生命[11-12]。因此,相关科室护理服务质量的好坏与患者病情息息相关。护理实习生是未来从事护理行业的主要人员,虽在学校进行过系统学习和培训,具备一定专业认知和操作能力,但尚未从事过临床实践,未真正与患者接触过,当为患者进行护理服务时,无法随机应变,常会出现疏漏之处,延误患者治疗时机。故需要对护理实习生进行适当的宣讲,增强实习生护理认知,熟悉具体工作内容,了解临床护理工作的重要性,为日后相关护理工作夯实基础[13-15]。以往科室内常应用传统传授法教学模式,主要是以带教老师为主体,实行一对一跟班制,并对临床遇到相关知识点进行学习。此方法的学习内容单一、不连贯,导致学生掌握的知识点凌乱,对于主观能动性差及缺乏思考的学生所学知识难以串联,内化,运用,过分依赖带教老师。并且临床工作受限于排班的变动,对病人缺乏连续性护理,同时工作时忙于病患的各项护理,实习生着眼于眼前的各项基础操作,而忽略理论知识的掌握,理解与临床实际联系应用,缺乏病情观察及应变的能力。学生对于专科疾病理论知识的学习掌握度层次不一,局限于知识的识记,死记硬背,过后遗忘快,临床需要宣教实训时难以表达或者表达不全,往往经过提醒后才能回忆知识点。所掌握知识不能很好的与临床工作联系,理论与实践结合性差。同时带教老师的不同,所表述的重点不同,有时出现认知的偏差[16-18]。

本研究采取视频宣教结合模拟演练的方式进行学习,以提高护理实习生对乳腺癌健康宣教的掌握程度,结果显示,实验组掌握程度评分高于对照组。表明统一规范化视频宣教结合模拟演练,并辅以乳腺癌理论知识 PPT 课件强化理解记忆的学习方式是可行的,有优势的。从原理上讲学习是习得、应用、反思、创造、融合提高的过程[21]。通过小组团队学习,理解和记忆相关理论知识,把信息存储到大脑中,完成对概念的认知,习得后应用就是学习的目的,同时也是学习的过程和手段,通过理论知识的学习及视频健康宣教的学习去刻意练习,作为反思检验和内化的过程,让认知结构达到优化,根据费曼理论去教授学习,以教为学的三维立体学习法以达到学习的目的[19-20]。另外,结果也显示,实验组实习生对乳腺癌宣教的掌握程度高于对照组。表明统一规范化视频宣教结合模拟演练,并辅

以乳腺癌理论知识 PPT 课件强化理解记忆的学习方式是效果较好的、获得一定认可的。

综上所述,视频宣教结合模拟演练对护理实习生乳腺癌健康宣教有利于提高护理实习生对乳腺癌知识的掌握程度。提高护理实习生对临床知识的运用能力。

参考文献:

[1] 李霓.中国城乡女性乳腺癌发病趋势分析和预测.中华预防医学杂志,2012,46(08):703-707

[2]孙伟明,顾立学.Sandwich联合风险管理在乳腺癌化疗护理教学中的应用[J].中国继续医学教育,2020,12(07):36-38.

[3]周雅丽.试论以问题为导向的教学在乳腺癌护理带教中的应用[J].中国卫生产业,2019,16(35):128-130.

[4]邱翠玲.以问题为导向的教学在乳腺癌护理带教中的应用分析[J].中国卫生产业,2019,16(27):139-141.

[5]卢皓.Sandwich教学法在乳腺癌护理教学中的应用价值分析[J].中国卫生产业,2019,16(16):143-144.

[6]杜倩,李珍.以问题为导向教学法在预防乳腺癌患者中心静脉置管并发症临床护理教学中的应用[J].河南外科学杂志,2021,27(06):170-172.

[7]林飞行,汪育锋.目标引导式PBL教学法在乳腺癌患者护理教学中的应用研究[J].中国高等医学教育,2021(02):105-106.

[8]王辉.以问题为导向的教学在乳腺癌护理带教中的应用效果[J].临床合理用药杂志,2020,13(22):175-176.

[9]王慧,巩海燕,刘薇,栗翠英.基于MDT模式下的乳腺癌教学体会[J].教育教学论坛,2020(14):322-323.

[10]朱莉.Sandwich教学法在乳腺癌护理教学中的应用研究[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(21):160+162.

[11]吴菲菲.思维导图教学法在乳腺癌手术配合教学中的应用[J].当代护士(中旬刊),2019,26(04):151-154.

[12]朱丽娟.Sandwich教学法在乳腺癌护理教学中的应用价值分析[J].中国继续医学教育,2019,11(09):15-17.

[13]毛雄燕,何润芳,臧立娜.Sandwich教学法在乳腺癌护理教学中的应用[J].基层医学论坛,2018,22(18):2581-2582.

[14]张玉奇.情景模拟演练及翻转课堂教学方法在急诊科低年资护士中的应用效果.医药教育,2019,26(18):181-183.

[15]李双子.医护合作情景模拟教学在规培生心肺复苏培训中的应用.齐鲁护理杂志,2019,25(7):131-133.

[16]牟飞飞.微课教学结合案例式PBL教学在肿瘤科临床护理带教中的应用.齐鲁护理杂志,2019,25(7):133-135.

[17]黄鑫,沈秀敏.模型演练带教法提升妇产科医学生的抢救能力作用研究.中国继续医学教育,2019,11(20):8-10.

[18]孟桂平.标准化视频结合多媒体课件宣教模式在心内科住院患者跌倒/坠床认知中的应用.临床护理杂志,2020,19(1):27-29.

[19]冯微,王卉,赵毅.情景模拟教学法在乳腺癌功能锻炼中的应用[J].中国继续医学教育,2020,12(09):11-13.

[20]卢永清.情景模拟教学法在乳腺癌术后患肢功能锻炼中的应用[J].科技风,2019(11):31-32.

[21]姚志学.高效学习方法与思维导图实战,清华大学出版社

(上接第213页)

作的联系,只凭借理论教学是不能符合课程标准要求的,借助实践操作强化知识记忆理解,将实操当做护理教学重点,强化教学效果的同时持续完善学生实践能力和职业素养^[9]。通过案例教学或是情境教学模式,可以让学生在角色扮演、案例研究或是知识辩论过程中,强化个人专业能力和人文素养,弥补传统教育活动中对于学生职业价值、工作态度和职业情感的不重视,促进学生人文关怀能力的养成,以此保证学生在正式就业之后可以具备理想的职业道德与服务精神。

结语:综上所述,护理人员在我国是不能缺少的技能型专业人才。中职护理院校的办学目的就是为医疗行业输送一批又一批专业素质理想、道德素养高尚的综合型护理人才。为实现护理专业人员在正式进入职场后可以充分发挥出自身价值,同时顺利度过转换期,中职院校需要关注护理教育和临床护理的有效对轨,同时借助一些新型的教育手段推动护理教育和临床护理的自然衔接。文章围绕中职院校护理教育和临床护理实际对轨教育过程中存在的突出问题展开分析和梳理,找出问题成因。当前护理教育最显著的问题就是无法做到紧随时代发展,无法结合具体情况来做出针对性完善。立足教师角度进行分析,教师素质能力的强化直接影响着教学结果,因而需要加快实现“双师型”教育力量培养目标。并且,护理教学需要着眼于现阶段具体情况,借助实训室以及教育基地为学生实践体验提供机会和空间,以此通过亲身体验夯实教育效果。望以此文可以为新时期中职护理教育提供新思路和新方法,以此实现护理教育和临床护理的协同发展

目标。

参考文献:

[1]徐芳.试论中职护理教育与临床护理对轨的现状及措施建议[J].魅力中国,2020(26):280.

[2]杜燕霞.试论中职护理教育与临床护理对轨的现状及措施建议[J].现代职业教育,2018(15):46.

[3]李凤娇.试论中职护理教育与临床护理对轨的现状及措施建议[J].百科论坛电子杂志,2020(18):2417.

[4]马桂娟,陆悦,刘则阳,等.护士长临床护理能力的现状调查[J].中华护理教育,2021,18(10):904-909.

[5]唐喻堂,叶菁舟,何梅.临床护理人员科研伦理认知及培训需求调查[J].护理学杂志,2021,36(1):60-62.

[6]李燕,乔远静,王晋芳.基于课程思政的护理专业教学改革现状及思考[J].中国医药导报,2021,18(4):69-72.

[7]徐晓娜.护理职业道德渗透教育在临床护理教学中渗透研究[J].医学美容,2020,29(9):185.

[8]鹿笑寒,宋洁,王晋芳,等.置信职业行为在护理教育中的研究现状[J].护理学报,2022,29(3):35-39.

[9]李帆.护理职业教育中如何培养学生综合能力[J].山西青年,2022(4):155-157.

以家庭为中心的健康教育在支气管哮喘患儿中的应用

何远琼

宜宾市第一人民医院 四川宜宾 644000

摘要：目的：探讨以家庭为中心的健康教育对支气管哮喘患儿病情及生活质量的影响。方法：以 80 例支气管哮喘患儿为对象。按照入组单双顺序分为观察组（以家庭为中心的健康教育）与对照组（常规护理）。比较两组患儿病情控制及生活质量。结果：观察组家长支气管哮喘的基础知识、应急处理、疾病预防、治疗知识评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组喘息、咳嗽、哮鸣音消失时间低于对照组，儿童哮喘控制测试表（C-ACT）评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。干预后两组第一秒用力呼吸容积（FEV1）、呼吸峰流速（PEF）、25%PEF、50%PEF、75%PEF 水平升高，观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。干预后观察组症状、情感功能、活动评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：以家庭为中心的健康教育可提高家属对疾病知识的掌握，快速控制患儿病情，提高生活质量。

关键词：以家庭为中心；引导式教育；支气管哮喘；患儿

支气管哮喘是常见的气道慢性炎症疾病，好发于儿童时期^[1]。气促、喘息、咳嗽、胸闷等为支气管哮喘主要症状，严重影响患儿的正常生活。支气管哮喘的病程较长，并且病情易反复，若控制不当可进展为肺部感染等，危及患儿生命^[2]。支气管哮喘患儿的病程长，多数患儿不能长期住院治疗，故家庭护理对控制患儿的病情至关重要^[3]。以家庭为中心的健康教育通过指导患儿主要照顾者学习疾病知识，掌握治疗、护理技能，引导及教育其积极参与日常护理，为患儿提供科学的家庭康复环境^[4]。本文将以家庭为中心的健康教育用于支气管哮喘患儿，观察对患儿病情及生活质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2020.1-2020.6 本院收治的 80 例支气管哮喘患儿为对象。纳入标准：①确诊为支气管哮喘；②年龄 2~14 岁；③家属对本研究知情。排除标准：①合并感染性疾病；②过敏性哮喘；③患有先天性心脏病；④合并精神系统或严重心理障碍性疾病；⑤参与其他研究者。按照入组单双顺序分为观察组与对照组，各 40 例。观察组年龄 3~10 岁，平均（ 6.15 ± 2.06 ）岁，男性 25 例，女性 15 例，病程（ 1.37 ± 0.27 ）年。对照组年龄 3~9 岁，平均（ 6.15 ± 2.04 ）岁，男性 23 例，女性 17 例，病程（ 1.40 ± 0.25 ）年。两组基线资料具有可比性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组：常规护理，包括健康宣教，介绍疾病的发病原因、症状等，指导患儿合理饮食及运动注意事项。

观察组：以家庭为中心的健康教育，①教育方式，根据患儿的具体情况如年龄、认知等选择教育方式，学龄前患儿认知、接受能力较低，可采用游戏的方式调动患儿兴趣，如画图讲故事介绍治疗方法；学龄期儿童可采用比喻、讨论等形式进行；患儿家属的理解及认知能力较强，可向其详细讲解支气管哮喘知识，并指导家属向患者普及。②教育内容，心理健康教育，向家属及患儿讲解疾病发作的原因，与家属及时沟通，指导家属以积极的心态面对疾病，发作时保持镇定，减轻患儿的紧张、恐惧心理；疾病知识，讲解疾病的诱发因素、用药、症状，减少外界刺激方法等，使其可正确认识疾病；急性发作处理，讲解急性发作的表现及应急处置措施，

防止病情加重；雾化吸入，演示雾化吸入器的使用，配置方法及药物注意事项等，如茶碱类、糖皮质激素类、 β_2 受体激动剂等。③随访，进行 4 个月的随访，第 1 个月，2 周/次，30 min/次；第 2 个月，1 月/次，了解患者的病情、症状等，给予指导。

1.3 观察指标

用自制的问卷调查家属对疾病知识（基础知识、应急处理、疾病预防、治疗知识）的掌握情况，每项满分 50 分，分值越高疾病知识掌握情况越好。记录患儿症状（喘息、咳嗽、哮鸣音）消失时间。利用儿童哮喘控制测试表（C-ACT）^[5]评估患儿病情控制情况，0~27 分，25~27 分完全控制，20~24 部分控制，低于 19 分未控制。利用肺功能仪测量患儿第一秒用力呼吸容积（Forced breathing volume in the first second, FEV1）、呼吸峰流速（peak expiratory flow, PEF）、25%PEF、50%PEF、75%PEF。利用儿童哮喘生活质量问卷^[6]从症状（10~70 分）、情感功能（8~56 分）、活动（5~35 分）评价患儿生活质量，分值越高患儿生活质量越高。

1.4 统计学方法

数据分析采用 SPSS 21.0。计数资料 n （%）用 χ^2 检验。计量资料（ $\bar{x}$ ）用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组家长支气管哮喘知识掌握情况

观察组家长支气管哮喘的基础知识、应急处理、疾病预防、治疗知识评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 1 两组家长支气管哮喘知识掌握情况（ $\bar{x}$ ，分）

组别	n	基础知识	应急处理	疾病预防	治疗知识
观察组	40	44.10 $\pm$ 3.30	39.27 $\pm$ 3.71	40.27 $\pm$ 4.15	41.03 $\pm$ 4.19
对照组	40	37.20 $\pm$ 4.17	32.91 $\pm$ 4.42	34.65 $\pm$ 4.21	35.30 $\pm$ 4.44
t		8.202	6.904	6.018	5.931
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组症状消失时间

观察组喘息、咳嗽、哮鸣音消失时间低于对照组，C-ACT 评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表2 两组症状消失时间 ()

组别	n	喘息消失时间 (d)	咳嗽消失时间 (d)	哮鸣音消失时间 (d)	C-ACT 评分 (分)
观察组	40	4.28±1.49	5.30±1.26	5.05±1.58	23.35±1.03
对照组	40	5.70±1.79	7.45±1.18	7.18±1.66	21.18±1.39

<i>t</i>	-3.880	-7.874	-5.852	7.946
<i>P</i>	0.002	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组肺功能指标

干预前两组 FEV1、PEF、25%PEF、50%PEF、75%PEF 水平比较无差异 ($P>0.05$); 干预后两组 FEV1、PEF、25%PEF、50%PEF、75%PEF 水平升高, 观察组高于对照组 ($P<0.05$)。

表3 两组肺功能指标水平 ()

组别	n	FEV1 (%)		PEF (%)		25%PEF (L/min)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	60.84±8.26	75.06±11.85	47.93±14.23	79.63±10.14	48.95±17.68	77.19±13.73
对照组	40	60.34±13.52	69.03±11.84	48.42±14.42	64.20±10.82	50.85±14.81	64.33±9.60
<i>t</i>		0.197	2.276	-0.151	6.583	-0.520	4.853
<i>P</i>		0.844	0.026	0.880	<0.001	0.604	<0.001

<i>P</i>	0.771	<0.001	0.604	<0.001
----------	-------	--------	-------	--------

2.4 两组生活质量评分

干预前两组症状、情感功能、活动评分比较无差异 ($P>0.05$); 干预后两组症状、情感功能、活动评分升高, 观察组高于对照组 ($P<0.05$)。

组别	n	50%PEF (L/min)		75%PEF (L/min)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	42.71±12.46	74.05±14.16	38.75±11.53	67.58±10.17
对照组	40	41.82±14.61	60.97±9.08	37.18±16.05	52.21±13.42
<i>t</i>		0.292	4.917	0.521	5.778

表4 两组生活质量评分 (, 分)

组别	n	症状		情感功能		活动	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	29.85±9.02	58.48±4.90	23.40±5.13	49.95±3.80	14.58±2.52	30.88±2.34
对照组	40	31.70±6.09	49.18±5.63	23.65±3.43	43.65±3.28	15.35±2.24	26.33±2.43
<i>t</i>		-1.075	7.882	-0.256	7.936	-1.455	8.518
<i>P</i>		0.286	<0.001	0.799	<0.001	0.150	<0.001

3 讨论

支气管哮喘是儿科常见的呼吸疾病, 发病率及复发率均较高^[7]。支气管哮喘多伴有气道高反应性, 并可引起咳嗽、喘息等症状, 严重危及患儿的身心健康, 若病情控制不当, 可加重肺功能损伤^[8]。目前尚无根治支气管哮喘的手段, 多以对症治疗为主, 缓解患儿症状。与成人比较, 儿童的认知、接受能力及自我管理 ability 均较差, 有学者指出, 在哮喘患儿的治疗过程中家长扮演重要的角色^[9]。支气管哮喘的病程长, 患儿病情控制后多以居家治疗为主, 故加强对患儿主要照顾者的健康教育, 对提升疾病的控制情况具有积极意义^[10]。基于此, 本文将以家庭为中心的健康教育模式用于支气管哮喘患儿, 观察其效果。

本文结果显示, 观察组家属对支气管哮喘疾病相关知识的掌握程度较好, 并且该组患儿的症状消失时间明显缩短, CAT 评分升高, 提示通过以家庭为中心的健康教育可增强家属对疾病知识的了解, 转变其对疾病的认知, 积极的参与患者的疾病管理, 减轻对病情的控制。以家庭为中心的健康教育重视家属在疾病管理中的作用, 通过为家属提供科学的操作技巧, 满足其日常的需求, 出院后通过随访观察, 保证家属可获得完整、系统的

知识, 患儿在出院后可继续得到专业的指导, 强化护理的效果^[11]。本文中观察组患儿肺功能指标 (FEV1、PEF、25%PEF、50%PEF、75%PEF) 水平改善明显, 提示以家庭为中心的健康教育干预可改善患儿的肺功能, 可能与健康教育可增加患者及家属对疾病的认知, 意识到遵医嘱治疗的重要性, 故坚持治疗, 改善机体肺功能^[12]。本文结果显示, 观察组患儿症状、情感功能、活动评分改善明显, 提示以家庭为中心的健康教育可提高患儿的生活质量。国内有学者指出, 通过健康教育可提高家属的健康知识, 提高哮喘的防治效果^[13]。方香香等课题组结果指出, 依据患儿的个体状况进行健康教育, 可提高患儿的生活质量^[14]。部分家属对于哮喘的认知存在片面性或错误, 复因常规的护理模式对于支气管哮喘的教育较为形式化, 故复发的概率较高。在常规护理基础上应用引导式教育可调动家长的积极性, 提高其对疾病的认知, 在患儿的健康管理过程中发挥作用, 帮助患儿建立健康生活方式, 提高生活质量^[15]。

综上所述, 以家庭为中心的健康教育可提高家属对疾病知识的掌握, 快速控制患儿病情, 提高生活质量。

(下转第 226 页)

格林健康教育模式在护生职业防护中的应用效果

余颖

慈溪市人民医院医疗健康集团（慈溪市人民医院） 浙江慈溪 315300

摘要：目的：探讨以格林健康教育模式改善护生职业防护中的实践应用效果。方法：将2020年6月-2022年4月在我院实习的护理实习生75名交替分组，分为2组，其中对照组护生37名，沿用传统职业防护教育；格林组护生38名，采用系统持续的职业防护健康教育干预，比较两组护士干预前后职业防护态度、知识、行为以及职业暴露情况的差异。结果：格林组护生的职业防护态度、知识和行为得分均显著高于对照组。格林组护生的职业暴露评分明显低于对照组。结论：格林模式框架下的健康教育干预改善了护生的职业防护态度，提高了防护意识和知识水平，增强了职业防护行为能力，从而降低了职业暴露的发生。

关键词：格林模式；护生；职业防护

实习护生，作为特殊的群体，由于缺乏临床工作经验，对工作环境的陌生以及职业防护意识的薄弱，导致职业暴露的风险增加。调查显示：护生实习前对职业暴露、职业暴露后处理、锐器伤应急预案知晓率分别为28.93%、13.71%、29.95%，有76.10%的护生在实习期间发生过针刺伤^[1-2]。针对这一现象，加强职业防护教育是减少护生实习期间职业暴露的最主要措施。格林模式通过系统、全面、有效地评估目标人群某种行为产生的动机及影响因素，设计针对性的健康教育干预措施，提高目标人群的知识水平，促使其行为改变，并对干预效果加以评价^[3]。因此，本科将格林健康教育模式应用于ICU护生的职业防护中，取得了良好的效果，现将研究结果报道如下。

1. 对象

选取2020年6月-2022年4月在我院实习的护理实习生75名。纳入标准：①全日制正规在校护理实习生，学历大专及以上。②在我院实习期间不小于9个月。排除标准：中途休假无法完整参与护理实习。

2. 方法

2.1 对照组方法

实习护生接受传统的“ICU实习生职业防护入科教育、院感的控制及预防”学习讲课，采用PPT讲授，时间为2学时。

2.2 格林组方法 采取格林模式给予干预，具体方法如下：

2.2.1 评估护生的职业防护水平。运用格林健康教育模式构建的调查问卷，对两组护生的职业防护态度、知识和行为现状进行调查，包括社会性评估及流行病学评估、行为环境评估、教育生态评估、管理政策评估，并对其进行多方位诊断，从而获得影响ICU护生的职业暴露及防护水平的倾向因素、强化因素和促成因素，为制订护生的健康教育干预方案提供可靠依据。

2.2.2 针对问卷调查，制定健康教育干预方案。职业防护的倾向因素包括护生的态度、信念、价值观和认识，是促进或阻止其职业防护行为所产

生的动机。针对倾向因素，课题组根据护生职业防护的要求，以格林健康教育模式为理论框架，制定健康教育干预方案。依据干预方案，在入科后前三天对格林组护生进行系统的职业防护健康教育干预，包括职业防护态度、信念、知识、技能及价值观教育。具体见表1

表1 格林组护生入科后前三天职业防护健康教育干预内容、方法及时间

批次	学时（h）	培训方法	培训内容
第一次	3	PPT 演示	职业防护的概念 职业暴露的概念 标准预防的概念及措施
第二次	2	PPT 演示	针刺伤的防护 医疗废弃物的正确处理
第三次	2	PPT 演示	化学消毒剂及化疗药物暴露的职业危害及防护
每个学时 40min			

2.2.3 科室实习期间的持续性的监督管理。格林健康教育模式认为，行为的改变是综合倾向因素、促成因素和强化因素的共同结果^[4]。针对这些因素，课题组采取在实习期间对格林组护生进行持续监管督导、支持鼓励，及时反馈等互动交流方式进行干预。1）运用护理管理系统，建立护生档案：入科时建立护生档案及联系方式，同时建立微信群，方便护生和研究者在群内进行答疑解惑。2）设立ICU病房职业安全督导员，一般为当天的责任组长，督促护生进行各项操作时采取合适的职业防护行为，及时掌握护生职业防护行为和职业暴露的发生情况。如果发生职业暴露，需要进行讨论分析及处理，使护生能自我反省，并提供相应的意见和建议，提高护生职业防护能力，以防下次再次发生职业暴露的可能。3）科室根

据相关职业防护及职业暴露相关知识及法律制定实习护生防护知识手册、护生针刺伤防护流程、护生职业暴露上报流程等。鼓励护生见相互监督，相互提醒，促使她们形成良好的职业防护行为。4) 实习四周结束，对格林组实习护生进行考核。提前经微信群给出具体情景案例，通过书面或对话方式对护生的职业防护态度、知识及行为能力进行测评，对考核结果及时评价反馈，对职业暴露情况进行评价，对薄弱环节或不足给予纠正指导，对护生的优点进行表扬和肯定，以此增强护生的自信心，从而增加职业防护干预的效果。

2.3 评价方法

选用问卷方法进行评价。职业防护问卷包括 3 部分^[5]：一般资料问卷、护生职业防护态度、知识、行为问卷和职业暴露发生情况问卷。①一般资料问卷：包括护生的班级、年龄、性别、在校学习成绩。②护生职业防护态度、知识和行为问卷：知识部分由 15 个条目组成，选对得 1 分，最高分为 15 分；态度部分共 30 项，采用 Likert 5 级计分法^[6]，最低 1 分，最高 5 分，得分越高说明职业防护态度越积极；行为部分共 30 项，采用

Likert 5 级计分法，最低 1 分，最高 5 分，得分越高说明职业防护行为越好。③职业暴露情况评价：采用本科室自制问卷进行评价，该问卷包含生物性因素(8 个条目)、化学性因素(8 个条目)、物理性因素(8 个条目)，共 24 个条目。分数最高 72 分，最低 24 分，得分越高说明职业暴露的情况越严重。

2.4 统计学方法

运用 SPSS 18.0 统计软件对数据进行分析，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，两组均数比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1 对干预后两组护生的知识、态度、行为得分进行检验，结果显示：两组干预后的知识、态度、行为均高于干预前的分值，而干预后格林组护生的知识、态度和行为得分则高于对照组。

3.2 对干预后两组护生的职业暴露情况进行检验，结果显示。干预后格林组护生的暴露风险低于干预前的格林组护生，在实习阶段，两组护生均无针刺伤发生。见表 2 所示：

表 2 格林组、对照组知识、态度、行为、职业暴露情况得分对照 ($\bar{x} \pm s$; 分)

组别	时间	防护知识评分	防护态度评分	防护行为评分	职业暴露评分
对照组	干预前	10.30±0.42	131.51±1.33	132.43±1.37	63.92±1.32
(n=37)	干预后	12.43±0.43	136.03±1.42	135.81±1.52	56.68±1.72
格林组	干预前	10.39±1.35	131.53±1.58	132.61±1.31	62.47±1.35
(n=38)	干预后	13.37±1.36	139.37±1.28	139.16±1.21	52.66±1.75
t/P 对照组 (干预前后)		21.6947/0.0000	14.2191/0.0000	10.1069/0.0000	20.4109/0.0000
t/P 格林组 (干预前后)		9.5217/0.0000	23.6420/0.0000	22.5023/0.0000	27.1306/0.0000
t/P 组间值 (干预后)		4.0129/0.0001	10.7053/0.0000	10.5745/0.0000	10.0305/0.0000

4. 讨论

4.1 格林模式应用的现状

格林模式被应用于各个研究领域，其中医学研究方向包含慢病、癌症、社区健康教育、疾病预防等方面，干预对象包括患者和健康人群，推动了高质量健康促进的发展，对健康教育、疾病预防、提升生活质量提供了有力的循证依据^[7]。它包含了 9 个前后呼应且连续循环的步骤。分别为：社会学评估、流行病学评估、行为环境评估、教育生态评估、管理政策评估、实施、经过评价、影响评价、结果评价。根据这个步骤，格林健康教育模式应用于需要健康教育的不同人群，比如慢性病的健康教育。正因如此，近两年极为流行，但是如何运用到护生、护士这个人群，还需要大家积极探索。本研究通过格林健康教育模式对护生的职业防护及职业暴露进行干预，格林组护生职业防护的态度、知识和行为优于对照组护生，而职业暴露风险格林组护生小于对照组护生，可见格林模式应用于护生职业防护是有效的。

4.2 格林健康教育模式改进了护生职业防护的态度，对职业防护引起了重视。

格林健康教育模式能够进一步提高学生的防护意识，同时，在实习过程中能够通过动态持续化的有效督导，确保护理实习生能够积极认识到职业防护为自身带来的益处，并深刻认识到职业暴露的风险，积极端正了学生的职业防护态度。大部分实习的护理实习生能够针对职业伤害具备明确认知，避免存在侥幸心理，实现有效意识强化，使护理实习生能够对于职业防护对职业伤害的威胁性进行明确，培养护理实习生良好的职业防护行为，使其减少职业伤害。

4.3 格林健康教育模式提高了护生职业防护态的知识，更好的运用到临床工作。

格林健康教育模式具备明确的框架指南，能够有计划、针对性的对于护理实习生进行健康教育，同时，采用情景案例方式进行有效考核，能够积极引导护理实习生可全面实现问题思考，激发其学习兴趣，有效改变传

统教育的被动知识接受状态,能够激发学生的学习主动性,使其掌握更多职业防护知识,可采取职业防护健康教育讲座,避免实习生产生随意性,可积极构建系统性的职业防护知识结构,提升整体职业防护知识掌握度。

4.4 格林健康教育模式强化了护生职业防护的行为,使防护能力得到进一步增强。

格林模式框架结构实施健康教育能够使护理实习生职业防护认知态度以及知识水平均得到提高,更有利于促进护理实习生实现防护技能掌握,使其能够积极面对临床各项职业暴露风险问题,具备防护意识,预防护理实习生职业防护行为能力降低,提升整体有效性。

4.5 格林健康教育模式降低了护生职业暴露的发生的风险,从结果中看到了其效果。

格林健康教育模式下能够使护理实习生职业防护态度进行端正,使其具备防护意识,积极调动学生的防护技能积极性、主动性。确保护理实习生针对容易产生职业暴露的各个环节能够加以重视,使职业暴露发生率减少。医护人员的职业暴露涉及范围广,主要包括锐器伤导致的事故性职业暴露、防护用品使用不当的物理性职业暴露、消毒剂引起的化学性职业暴露、骨骼肌肉运用损伤造成的职业暴露^[8]。由于我国职业暴露的原因包含护理人员职业防护意识差、依从性差、知识不足等,同时也包括缺乏系统完善的防护健康教育,通过针对实习生进行持续系统的职业防护健康教育,能够有效减少职业暴露。

本文研究显示,干预前,格林组防护知识、防护态度、防护行为、职业暴露情况得分(10.39±1.35、131.53±1.58、132.61±1.31、62.47±1.35)对比对照组防护知识、防护态度、防护行为、职业暴露情况得分(10.30±0.42、131.51±1.33、132.43±1.37、63.92±1.32),无显著统计学差异($P>0.05$),干预后,格林组与对照组知识、态度、行为、职业暴露情况得分(13.37±1.36、139.37±1.28、139.16±1.21、52.66±1.75、12.43±0.43、136.03±1.42、135.81±1.52、56.68±1.72)对比,具备显著存在统计学意义,格林组知识、态度、行为评分更高,对照组职业暴露情况得分更高($P<0.05$),格林健康教育模式能够通过有效系统评估,依据格林模式的理论框架结构实现调查问卷建设,针对临床护士的防护水平以及职业暴露情况进行有效评估,可采用职业暴露发生情况问卷评估,对于护理人员产生最多的职业暴露特点及种类进行明确。同时,针对于行为环境进一步评估,主要包含医院工作场所的布局及设计,以及护理人员个人防护相关行为评估,其中个人防护行为主要包含一级防护、二级防护、三级防护。一级防护行为一般为护理职业危害因素的知晓以及采取相应的职业防护措施,利用相关标准化护理操作规程等。二级护一般为职业暴露产生后当事人有无及时进行相应补救措施,及时上报三级防护行为,一般为职业损伤后相关康复治疗行为以及是否具备良好的社会知识系统。同时,针对临床护士的职业防护现状及

教育情况进行进一步评估,主要包含护理实习生的相关管理部门管理制度的有效管理评估,应针对管理政策进一步评估,依据倾向因素实施相关职业防护教育,主要包含技能培训以及知识培训,使护理实习生能够端正防护态度,树立正确的价值观。同时,有效促进因素整改,为其提供知识性环境,能够在医院层面上积极建立专业化的护理职业安全委员会,针对护理实习生相关职业安全管理提供支持,同时,职业护理安全委员应建立安全小组,制定培训计划,针对护理人员实现职业安全知识及技能有效培训,使其能够纠正自身的不良行为,在日常培训及考核过程中,针对职业暴露发生情况进行有效登记^[9-10]。

5. 小结

护生的职业防护知识存在不同程度的缺乏,职业防护态度较积极,但职业防护行为较差。运用格林模式对护生进行职业防护强化教育能提高护生的职业防护知识、态度水平,促进护生的职业防护行为。护生的个人职业防护行为是职业暴露发生的其中一个影响因素,医院和实习科室应该合力创造一个良好的职业防护环境,以有效减少其实习期间的职业损伤。

参考文献:

- [1]廖培娇,雷阳阳,陈芸梅,等.护生临床实习前标准预防认知情况调查[J].护理实践与研究,2016,13(15):96~98.
- [2]鲍娟,王方,胡传来.综合医院实习护生针刺伤的调查研究[J].护理管理杂志,2015,15(2):135-136.
- [3]王筱筱,段宏为,林航,王爱红.格林模式在健康教育中的应用进展[J].中国护理管理,2018,04:570-574.
- [4]Green Lw, Kruter Mw. Health promotion planning: an educational and environmental approach[M]. 2nd ed. Mountain View CA: Mayfield. 1991: 44-214.
- [5]陈燕.健康促进格林模式促进护生职业防护知行信的效果研究[D].上海:复旦大学护理学院,2013:1-100.
- [6]曾灵芝,王超,韦雪艳,吴凤菊,何旗群.防范针刺伤操作行为规范视频在护生岗前培训中应用的效果观察[J].医药高职教育与现代护理,2018,1(4)
- [7]刁晓丽,李晓红,迟俊涛.格林健康教育模式的适用性综述[J].中华现代护杂志,2021,17:2368-2371.
- [8]周璟,尹洁洁,肖丹.基于思维导图的培训对感染科医护人员职业暴露防护知行信水平的影响[J].护理实践与研究,2021,18(24):3761-3765
- [9]文湘萍,陈娟,薛新广.格林健康教育模式对手术室护士职业防护的干预效果[J].工业卫生与职业病,2020,46(02):163-164+169.
- [10]蒋燕,史齐,郭兰青,等.格林健康教育模式在本科护生职业防护干预中应用效果研究[J].护理研究,2017,31(34):4434-4437.

孕期健康教育在妇产科门诊护理中临床应用

李平

长治市第二人民医院产科 山西长治 046000

摘要:目的:探究在临床妇产科门诊护理中应用孕期健康教育的效果和作用。方法:选取2020年4月~2021年6月期间于我科门诊进行产检的60例孕妇作为观察对象,并按照抽签法将患者分为人数相等的两组,分别是对照组和实验组;对照组孕妇采用的护理干预为常规护理,实验组孕妇则在常规护理的基础上加以孕期健康教育干预。对两组孕妇的心理状态评分、自然分娩情况、母乳喂养情况、并发症发生率以及护理满意度进行对比。结果:对比两组孕妇护理前后的SDS、SAS评分。两组孕妇在护理后的SDS、SAS评分均低于护理前的SDS、SAS评分,实验组孕妇的SDS、SAS评分显著低于对照组孕妇($P < 0.05$),具有统计学意义;对比两组孕妇自然分娩情况、母乳喂养率、并发症发生率,实验组孕妇的自然分娩率显著高于对照组($P < 0.05$),具有统计学意义;实验组孕妇的母乳喂养率显著高于对照组孕妇($P < 0.05$),具有统计学意义;实验组孕妇的并发症率显著小于对照组孕妇($P < 0.05$),具有统计学意义;对比两组孕妇对护理的满意度。实验组孕妇对护理的满意度为96.67%,对照组孕妇对护理的满意度为80.00%,实验组孕妇的满意度显著高于对照组孕妇的满意度($P < 0.05$),具有统计学意义。结论:在对孕妇的临床护理中,施以孕期健康教育可以使孕妇对孕期健康知识进行有效的掌握,并且自然分娩率显著,从而提升孕妇的满意度以及生活质量,在临床上有着积极的作用,值得推广。

关键词:孕期健康教育;妇产科门诊;临床护理;自然分娩

[Abstract]Objective: To explore the effect and role of health education during pregnancy in clinical outpatient care of Obstetrics and gynecology. Methods: 60 pregnant women who underwent antenatal examination in our outpatient department from April 2020 to June 2021 were selected as the observation objects, and the patients were divided into two equal groups, the control group and the experimental group; The pregnant women in the control group received routine nursing intervention, while the pregnant women in the experimental group received health education intervention during pregnancy on the basis of routine nursing. The psychological state score, natural delivery, breast feeding, complication rate and nursing satisfaction of the two groups were compared. Results: SDS and SAS scores of two groups of pregnant women before and after nursing were compared. The SDS and SAS scores of pregnant women in the two groups after nursing were lower than those before nursing. The SDS and SAS scores of pregnant women in the experimental group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$); The natural delivery rate, breast feeding rate and complication rate of pregnant women in the experimental group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$); The breast feeding rate of pregnant women in the experimental group was significantly higher than that of pregnant women in the control group ($P < 0.05$); The complication rate of pregnant women in the experimental group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$); The satisfaction of two groups of pregnant women to nursing was compared. The satisfaction of pregnant women in the experimental group was 96.67%, and that in the control group was 80.00%. The satisfaction of pregnant women in the experimental group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: in the clinical nursing of pregnant women, health education during pregnancy can enable pregnant women to effectively master the health knowledge during pregnancy, and the natural delivery rate is significant, so as to improve the satisfaction and quality of life of pregnant women. It has a positive role in clinic and is worth popularizing.

【 key words 】 health education during pregnancy; Outpatient department of gynecology and Obstetrics; Clinical nursing; Spontaneous childbirth

当今社会,人们的生活水平有了很大提高,越来越多的人开始关注生育质量。优质分娩已成为许多孕妇及其家人的首选。妇产科门诊是孕妇进行产科检查的主要场所,同时承担着孕期健康咨询的重要任务。值得注意的是,大多数孕妇都是初产妇,缺乏生育经验,容易出现心理不稳定、怀孕期间睡眠质量下降等问题,对孕妇和胎儿都有负面影响^[1-3]。常规妇产科诊所主要在孕期产前检查后管理孕妇的日常保健,较少关注孕妇的心理状况和健康知识需求。孕妇对自身情况的了解和孕产知识会影响她们自身的思维方式和看待问题的方式,甚至会影响孕妇自身孕期健康护理的有效性^[4-6]。为了解决这一问题,积极有效地对孕妇进行孕期教育非常重要。孕期健康教育旨在为孕妇提供健康建议,有助于改善孕期健康状况,减少负面心理情绪,从而提升孕妇的分娩质量。本研究选取60例孕妇,分组并进行不同的护理,将两组孕妇的分娩结局进行对比。现有报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

选取2020年4月~2021年6月期间于我科门诊进行产检的60例孕妇作为观察对象,并按照抽签法将患者分为人数相等的两组,分别是对照组和实验组。其中对照组产妇年龄范围在22~38岁之间,平均年龄为

(28.5±2.3)岁,初次生产产妇有22例,经产妇有8例;孕周在6~14周之间,平均孕周为(8.41±1.25)周。实验组产妇年龄范围在21~36岁之间,平均年龄为(24.5±2.1)岁,初次生产产妇有21例,经产妇有9例;孕周在5~13周之间,平均孕周为(7.86±1.58)周。两组孕妇在一般资料对比上差异不显著,无统计学意义,具有可比性。两组孕妇经体检均显示为健康,无合并其他器官功能疾病,同时无恶性肿瘤以及过往精神疾病史。孕妇及其家属均对本次研究内容知情且同意,并签署了知情同意书。同时本次研究还取得了医学伦理委员会的批准。

1.2 方法

对照组与实验组患者入院后一同接受常规性护理干预,具体内容包括按照孕周对孕妇进行常规的腹围、宫高、血压、心率等常规检查,讲解基本生活注意事项以及饮食事项。实验组患者加以孕期健康教育护理干预,具体内容为:

① 有针对性的健康教育。对孕妇及其家人进行个性化健康教育,学会评估自己的健康状况,告知孕妇怀孕期间可能出现的血压和血糖异常,避免妊娠高血压和妊娠糖尿病的发生,鼓励孕妇充分掌握妊娠相关健康知识;根据胎儿发育情况合理补充膳食。每天锻炼两次,每次15~30分钟。

② 心理护理。帮助孕妇调整心理情绪,告诉孕妇自己的情绪会影响胎儿的情绪,甚至影响胎儿的生长发育,与孕妇充分沟通,了解她们情绪不好的原因,帮助孕妇找到发泄情绪的方法,让他们保持相对平静的状态,以健康积极的态度面对即将到来的分娩。

③ 日常生活方式。鼓励孕妇计划日常生活,合理饮食,实现均衡饮食和全面营养,适当增加蛋白质摄入。补充足够的叶酸和铁,怀孕期间避免吸烟和饮酒,并告知孕妇不要有影响胎儿的危险因素,以促进胎儿的健康发育。

④ 密切对胎儿进行监测。指导孕妇每天在家计算胎动,并评估胎儿在子宫内的发育情况。如果胎动少于三次/小时,这表明胎儿可能缺氧。应及时在医院进行全面检查,确保胎儿健康。

⑤ 定期向孕妇讲授“自然分娩”、“产褥保健”、“母乳喂养”等知识,可以通过线上的方式,为孕妇展示相关教学视频、PPT、模型等。

1.3 观察指标

① 采用 SDS、SAS 自评量表对比两组孕妇在护理前后的心理评分,分数越高提示孕妇心理存在焦虑以及抑郁的情况越严重,反之则越低。

② 对比两组孕妇的自然分娩情况、母乳喂养率、并发症发生率。

1.4 统计学方法

数据采用 SPSS13.0 统计学处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组孕妇护理前后的 SDS、SAS 评分

对比两组孕妇护理前后的 SDS、SAS 评分。两组孕妇在护理后的 SDS、SAS 评分均低于护理前的 SDS、SAS 评分,实验组孕妇的 SDS、SAS 评分显著低于对照组孕妇 ($P < 0.05$),具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组孕妇护理前后 SDS、SAS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	列数	SDS		SAS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	67.8±3.42	59.8±2.15	68.3±3.21	58.2±2.13
实验组	30	67.1±3.54	44.5±2.01	67.9±3.11	43.89±2.21
t	-	0.779	28.473	0.490	25.536
P	-	0.439	0.000	0.626	0.000

2.2 对比两组孕妇的自然分娩情况、母乳喂养率、并发症发生率

对比两组孕妇自然分娩情况、母乳喂养率、并发症发生率,实验组孕妇的自然分娩率显著高于对照组 ($P < 0.05$),具有统计学意义;实验组孕妇的母乳喂养率显著高于对照组孕妇 ($P < 0.05$),具有统计学意义;实验组孕妇的并发症率显著小于对照组孕妇 ($P < 0.05$),具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组孕妇的自然分娩情况、母乳喂养率、并发症发生率两组[n(%)]

组别	例数	自然分娩	母乳喂养	并发症发生率
对照组	30	20 (66.67)	25 (83.33)	5 (16.67)
实验组	30	29 (96.67)	30 (100.00)	0 (0.00)
χ^2	-	9.017	5.455	5.455
P	-	0.003	0.020	0.020

2.3 对比两组患者对护理的满意度

对比两组孕妇对护理的满意度。实验组孕妇对护理的满意为 96.67%,对照组孕妇对护理的满意度为 80.00%,实验组孕妇的满意度显著高于对照

组孕妇的满意度 ($P < 0.05$),具有统计学意义。见表 3。

表 3 两组患者对护理的满意度[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	30	16(53.33)	8 (26.67)	6 (20.00)	24(80.00)
实验组	30	19(63.33)	10(33.33)	1 (3.33)	29(96.67)
χ^2	-	0.617	0.318	4.043	4.043
P	-	0.432	0.573	0.044	0.044

3 讨论

孕期健康教育包括很多内容,如帮助孕妇建立健康的生活习惯,改善不良行为,调整孕期心理状态,强调母乳喂养的重要性,分享自然分娩的经验,对孕妇的个性化问题给予指导和帮助,纠正孕妇的错误认识,以积极乐观的态度顺利度过妊娠期,在全面了解生产过程的基础上最终选择生产方式。本研究通过全面系统的健康教育,普及孕期保健知识,学会独立监测胎动,评估胎儿在子宫内的情况;注意孕妇的心理健康,有针对性的建议孕妇在心情不好的情况下进行孕妇经验交流,以保持怀孕期间的心理愉悦;积极改善生活方式,适当调整饮食和锻炼,确保孕妇和胎儿的健康。

孕期孕产妇健康教育和指导能有效提高孕产妇认知,调整孕期负面情绪,解释分娩过程的常识,使孕产妇正确看待自然分娩,主动选择分娩过程中的自然分娩,并积极配合分娩期间腹压的分娩。分娩前,对孕妇进行母乳喂养的健康教育和指导,提高她们对母乳喂养的认识和认识,并帮助她们做好相关准备。新生儿在接受母乳喂养时,不仅能够满足营养需求,而且能够加深母婴之间的情感交流,减少并发症的发生,对产妇产后的康复起到关键作用。医院在开展健康教育和指导时,护理人员应积极为孕妇及其家人提供帮助,尽量纠正日常生活中的错误行为,树立积极的生活态度,通过健康教育保障孕妇的健康。经过对孕妇的健康教育和指导,孕妇在身体和心理上的所有问题都得到了改善。因为一些产妇对自然分娩了解不够,所以孕妇对自然分娩有错误的理解。健康教育可以帮助他们正确对待自然分娩,以积极健康的态度面对自然分娩,让孕妇科学系统地掌握知识,选择合适的分娩方式。在本次研究中,实验组孕妇通过加以实施孕期健康教育,其心理评分较护理之前有显著的提高,且根据本次研究的结果显示,实验组孕妇的自然分娩率以及并发症率远低于对照组,且母乳喂养率高于对照组,说明实施孕期教育可以通过加强孕妇对孕期知识的掌握来提高自然分娩率,并大大降低并发症率。

综上所述,在对孕妇的临床护理中,施以孕期健康教育可以使孕妇对孕期健康知识进行有效的掌握,并且自然分娩率显著,从而提升孕妇的满意度以及生活质量,在临床上有着积极的作用,值得推广。

参考文献:

- [1]龙爱华,焦瑞平,曾建英.妇产科门诊护理中应用孕期健康教育的价值分析[J].中国继续医学教育,2021,13(35):190-193.
- [2]姜雪.孕期健康教育在妇产科门诊护理中的临床效果分析[J].中国医药指南,2021,19(25):158-159.
- [3]刘丽芳.孕期健康教育在妇产护理中的临床意义及价值评价[J].中国医药指南,2021,19(23):152-153.
- [4]赵焕青.孕期健康教育在妇产科护理中的临床应用效果观察[J].中国农村卫生,2021,13(12):14-15.
- [5]安瑞秀.孕期健康教育在妇产科护理中的应用分析[J].医学食疗与健康,2020,18(24):85-86.
- [6]柳娜.孕期健康教育在妇产科门诊护理中的临床应用效果[J].心理月刊,2020,15(09):75.

急性心肌梗死患者中采用健康教育的效果分析

王迎兰 潘婷

宁夏医科大学总医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨急性心肌梗死患者中采用健康教育的效果。方法：观察本院 2019 年 5 月至 2021 年 4 月期间接收的 84 例急性心肌梗死患者，随机分为对照组与观察组，每组各 42 例，对照组运用常规护理，观察组运用健康教育，分析不同护理后患者治疗依从性、并发症情况。结果：在治疗依从率上，观察组 100.00%，对照组 92.86%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在用药管理、饮食管理、病情监测、运动管理等各方面自我管理能力评估合格率上，观察组各项明显高于对照组，差异有统计学意义 ($p < 0.05$)；在护理前后 LVEF、NT-proBNP 心功能变化上，两组差异显著，有统计学意义 ($p < 0.05$)；在护理前后焦虑、抑郁评分变化上，观察组护理后降低程度明显多于对照组，两组差异显著，有统计学意义 ($p < 0.05$)；在护理总满意率上，观察组 95.24%，对照组 80.95%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者并发症率上，观察组 11.90%，对照组 33.33%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论：急性心肌梗死患者中采用健康教育可以有效地提升治疗依从性，减少并发症，改善负面情绪，提升心功能，优化患者自我管理能力，整体状况更为理想。

关键词：急性心肌梗死；健康教育；效果

急性心肌梗死需要及时治疗干预才能保证患者生命质量，病情风险大，变化快，同时病情需要长期治疗控制，对患者生理与心理构成较大的伤害。本文采集 84 例急性心肌梗死患者，分析在治疗基础上配合健康教育后的患者变化情况，内容具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院 2019 年 5 月至 2021 年 4 月期间接收的 84 例急性心肌梗死患者，随机分为对照组与观察组，每组各 42 例。对照组中，男 29 例，女 13 例；年龄从 42 岁至 78 岁，平均为 (61.75 ± 4.09) 岁；发病时间为 1 至 5h，平均 (3.98 ± 0.96) h；观察组中，男 25 例，女 17 例；年龄从 41 岁至 77 岁，平均为 (62.85 ± 3.42) 岁；发病时间为 1 至 5h，平均 (3.65 ± 0.76) h；两组患者的基本年龄、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，观察组运用健康教育，内容如下：

急性心肌梗死的发病原因与日常生活中不良饮食、长期酗酒、抽烟、情绪过多波动等有关。因此日常生活中，除了规范的治疗用药管理，也需要做好生活日常管理。引导患者注重自身心理状况、情绪的管控，保持心态平和^[1]。同时纠正不良饮食状况，戒烟戒酒，每天确保充分地休息。由此来做好生活优化管理，避免疾病的反复发作。

急性心肌梗死在疾病症状上需要做好充分的沟通，让患者与家属对疾病有基本的认识，能够及时地反馈疾病症状，同时应对问题的发生^[2]。要让患者意识到发病之前可能会有数日的身体乏力，胸部不适感以及心悸等情况。要做好日常生活管理观察，如果有异常状况，及时到院救治，防控病情严重引发的栓塞、心肌梗死等不良问题。日常生活管理方面需要嘱咐患者做好绝对的卧床休养^[3]。一般情况下，一周之后情况稳定后，可以进行适度的下床小幅度活动。第 3 周时，可以开展一定的床边活动锻炼，促使胃肠蠕动能力加快，以及血液循环的优化。在第 4 周可以在室内与室外

做适量的下床活动，但是要保证在活动过程中有家人或其他人员的陪护，防控危险问题发生。运动过程中，需要合理地控制强度与时间，避免过于疲劳。要引导患者做好每日饮食管理，保持营养均衡，多摄取易消化饮食，确保饮食清淡^[4]。合理地控制油腻与钠盐，多摄取流食、多饮水，防控便秘问题。同时要做好血糖、血脂指标的监测，及时反馈有关指标情况。让患者意识到如果有异常不适感，需要及时告知医生处理，保证及时的救治工作，避免风险问题的出现。

要做好心理层面的健康教育引导工作，让患者意识到该疾病的发生与负面情绪有一定的关系。需要及时地控制负面情绪导致的应激反应，做好心理层面疏导调试。通过注意力转移等多种方法来减少心理压力，保持心情舒畅，这样可以在一定程度上对控制疾病有更好的辅助意义。

1.3 评估观察

分析不同护理后患者治疗依从性、并发症、护理满意度、负面情绪、自我管理能力、心功能变化情况。治疗依从性分为完全依从、部分依从、不依从，总依从率为完全依从率加部分依从率的总和。并发症主要集中在心律失常、心力衰竭、心源性休克。负面情绪主要运用 SAS、SDS 有关焦虑、抑郁评估量表进行，评分越低情况越好。护理满意度采用百分制问卷调查表，80 分以上为基本满意，90 分以上为很满意，80 分以上为满意度标准范围。自我管理能力主要观察用药管理、饮食管理、病情监测、运动管理等各方面自我管理能力评估合格率。心功能变化观察 LVEF、NT-proBNP 等指标。

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， $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗依从性情况

见表 1 所示，在治疗依从率上，观察组 100.00%，对照组 92.86%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；

表 1: 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	总依从率
观察组	42	31(73.81)	11(26.19)	0(0.00)	100.00%
对照组	42	22(52.38)	17(40.48)	3(7.14)	92.86%

注: 两组对比, $p<0.05$

2.2 患者并发症情况分析

见表 2 所示, 在患者并发症率上, 观察组 11.90%, 对照组 33.33%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2: 患者并发症评估结果[n(%)]

分组	n	心力衰竭	心源性休克	心律失常	治疗总有效率
观察组	42	0	2	3	11.90%
对照组	42	3	4	7	33.33%

注: 两组对比, $p<0.05$

2.2 患者护理满意度情况

见表 2 所示, 在护理总满意率上, 观察组 95.24%, 对照组 80.95%, 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	42	26(61.90)	14(33.33)	2(4.76)	95.24%
对照组	42	15(35.71)	19(45.24)	8(19.05)	80.95%

注: 两组对比, $p<0.05$

2.4 各组患者自我管理能力和评估情况

见表 4, 在用药管理、饮食管理、病情监测、运动管理等各方面自我管理能力评估合格率上, 观察组各项明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 4: 各组患者自我管理能力和评估结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	n	用药管理	饮食管理	病情监测	运动管理
观察组	42	40(95.24)	41(97.62)	39(92.86)	37(88.10)
对照组	42	31(73.81)	27(64.29)	25(59.52)	22(52.38)

注: 两组对比, $p<0.05$

2.5 两组患者护理前后心功能情况

如表 5 所示, 在护理前后 LVEF、NT-proBNP 心功能变化上, 两组差异显著, 有统计学意义($p<0.05$);

表 5: 两组患者护理前后心功能对比 ($\bar{x}\pm s$)

分组	时间	LVEF(%)	NT-proBNP($\mu\text{g/L}$)
观察组	护理前	40.58 $\pm$ 5.73	512.59 $\pm$ 14.26
	护理后	58.94 $\pm$ 7.21	422.98 $\pm$ 15.29
对照组	护理前	40.19 $\pm$ 5.38	510.48 $\pm$ 15.37

护理后 46.47 $\pm$ 6.11 479.08 $\pm$ 13.62

注: 两组护理前对比, $p>0.05$, 两组护理后对比, $p<0.05$

2.6 两组患者护理前后焦虑、抑郁评分情况

如表 6 所示, 在护理前后焦虑、抑郁评分变化上, 观察组护理后降低程度明显多于对照组, 两组差异显著, 有统计学意义($p<0.05$);

表 6: 两组患者护理前后焦虑、抑郁评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	时间	焦虑	抑郁
观察组	护理前	43.72 $\pm$ 5.16	44.24 $\pm$ 5.37
	护理后	31.41 $\pm$ 2.43	30.24 $\pm$ 3.54
对照组	护理前	42.96 $\pm$ 5.58	75.37 $\pm$ 3.28
	护理后	39.56 $\pm$ 3.22	38.45 $\pm$ 3.63

注: 两组护理前对比, $p>0.05$, 两组护理后对比, $p<0.05$

3 讨论

具体健康教育工作的开展, 可以做好形式内容的合理化。要注重患者情况的了解, 保持针对性进行, 避免笼统一刀切而导致的不匹配^[5]。健康教育的形式可以通过书面方式与口头方式结合。口头方式有常规的健康讲座, 以及 1 对 1 的口头面对面指导。书面方式相对较多, 可以做墙面海报、健康手册、手机电子文章等多种方式。尤其是电子化的方式应用越来越广, 可以将图文、视频、音频等材料集中在内^[6], 提升健康教育指导内容的清晰明确性, 视觉感受会更好, 覆盖的内容也更为全面。甚至配合手机检索材料的方式, 可以更为便捷性地找到针对性需要了解的内容, 患者在了解过程中的便捷性与体验感受更好。

健康教育在内容上需要保持通俗易懂, 易于理解, 避免过多专业术语而导致患者与家属理解障碍。尤其是急性心肌梗死患者中, 多数属于中老年患者居多, 大多数人并不属于医疗专业人员, 也并不属于心内科和心外科有关疾病的从业人员, 对于急性心肌梗死的了解程度相对较低。沟通中需要采用通俗化的语言来提升其理解的效果, 最终保证执行的配合度^[7]。鼓励患者与家属反馈问题与提出疑问, 避免因为社会上的错误引导或者自行检索的不专业网络信息而导致的认知误区。要充分地意识到纠正错误认知, 在一定程度上可以配合治疗护理工作的开展, 避免因为沟通障碍或者信息不对称而导致的矛盾纠纷。尤其是急性心肌梗死的病情严重, 发展变化快, 不能及时有效地控制疾病状况容易导致患者病情恶化, 甚至死亡。因此要做好有关工作的优化管理, 提升工作的针对性^[8]。

现代化的健康教育工作的开展, 逐步地便捷化。从传统的口头指导、面对面的讲述以及纸质宣传单的指导, 逐步转为网络电子方式。作为医疗从业人员要不断地捕捉更新的健康教育形式, 符合实际情况所需^[9]。

要充分地意识到健康教育的工作, 不仅可以纠正错误认知, 也可以改善错误思维导致的心理压力, 因此可以配合心理安抚工作共同进行^[10]。良好的心理素质在一定程度上可以配合认知建设工作的开展, 提升患者整体的治疗依从性。具体处理应对上还需要考虑到实际情况差异, 准备多样化的形式与内容, 以备不时之需。

要做好护理人员培训管理,充分意识到护理人员自身的综合素养决定了健康教育工作落实的效果。要做好护理人员沟通技巧、心理学、社会学、法律常识以及疾病专业知识的培训提升^[11],保持与时俱进,不断学习新技术、新方法,在专业上的过硬,是在教育指导工作中推行有效的基础,同时配合其他能力的支持,才能更好地应对多样化的复杂状况。要考虑个人实际情况的差异,护理人员自身的职业规划,能力水平,学习状态不同,需要做好沟通了解,而后安排合理的线上与线下培养计划^[12]。同时做好定期考核观察,配合对应的激励措施,提升工作开展的有效性。要做好激励措施的多样化,符合个人实际情况所需。除了常规的薪资福利,还可以配合荣誉表彰、假期、晋升机会,以及各方面的医院自有资源等。

总而言之,急性心肌梗死患者中采用健康教育可以有效地提升治疗依从性,减少并发症,改善负面情绪,提升心功能,优化患者自我管理能力,整体状况更为理想。

参考文献:

- [1]王颖异.健康教育对急性心肌梗死患者院外时间延误和住院转归的影响[J].特别健康,2021(25):250.
- [2]张素杰.健康教育干预对老年急性心肌梗死患者生活方式及自我管理能力的影 响[J].黑龙江医药科学,2021,44(1):119-120.
- [3]朱梅珏.规范化健康教育在急性心肌梗死患者护理中的应用[J].

(上接第 218 页)

参考文献:

- [1]江婷.以家庭为中心的护理模式对肥胖哮喘患儿运动量、依从性、饮食健康行为及肺功能的影响[J].慢性病学杂志,2021,24(10):1539-1541.
- [2]Mathew J, Paikray S, Singh M. PO-1022Correlation Of Phenotypic Expression With Response To Therapy In Indian Children With Bronchial Asthma[J]. Archives of Disease in Childhood, 2014, 99(Suppl 2):A584-A585.
- [3]Toyran M, Ba Kirtas A, Dogruman-Al F, et al. Airway inflammation and bronchial hyperreactivity in steroid naive children with intermittent and mild persistent asthma[J]. Pediatric Pulmonology, 2014, 49(2):140-147.
- [4]刘宁,戚晓素,嵇志娟,等.整体护理联合以家庭为中心的护理模式对儿童支气管哮喘急性发作及患儿生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2018,3(28):182-184.
- [5]秦小香.以家庭为中心的护理管理模式对哮喘患儿治疗依从性及生活质量的影响[J].卫生职业教育,2017,35(16):129-131.
- [6]饶花平,孟艳妮.儿童哮喘控制测试量表(C-ACT)在哮喘儿童中的应用[J].中国医师杂志,2009,11(9):1232-1233.
- [7]彭艳芬,程茜.中文版儿童生命质量哮喘特异性量表的信度和效度评价[J].中国当代儿科杂志,2010,12(12):943-946.
- [8]Chen Z, Peng C, Mei J, et al. Vitamin D can safely reduce

家有孕宝,2021,3(13):281.

- [4]左芳蕾.急性心肌梗死护理中采用健康教育的效果[J].饮食保健,2021(11):263.
- [5]李媛媛.MR心脏灌注成像与双能量冠脉CTA评价急性心肌梗死的对照研究[D].新疆医科大学,2019年.
- [6]李应;急性心肌梗死患者配偶创伤后成长现状及其影响因素的研究[D].武汉轻工大学,2018年.
- [7]董文涛;99mTc标记的TSPO配体CB86在大鼠急性心肌梗死SPECT/CT显像的初步研究[D].厦门大学,2018年.
- [8]李霞;基于T1mapping评价急性心肌梗死的应用研究[D].新疆医科大学,2019年.
- [9]宋辉;基于IVIM的磁共振成像对急性心肌梗死可挽救心肌定量的实验研究[D].遵义医科大学;2019年.
- [10]王瑞;基于患者体验的急性心肌梗死患者心脏自然康复进程研究[D].北京协和医学院,2018年.
- [11]王淑蕊;T2 mapping在急性心肌梗死中的应用价值:动物实验研究[D].北京协和医学院,2018年.
- [12]刘静;急性心肌梗死介入术后患者运动康复方案的构建与实证研究[D].第二军医大学;2017年.

asthma exacerbations among corticosteroid-using children and adults with asthma: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Nutrition Research, 2021, 92:49-61.

- [9]Liu L, Yue D, Hu L, et al. Relationship between interleukin-13 rs20541 single nucleotide polymorphisms and therapeutic efficacy in children with asthma[J]. The Journal of International Medical Research, 2020, 48(6): 300060520929179.
- [10]Krischer J P, Cuthbertson D, Couluris M, et al. Association of diabetes-related autoantibodies with the incidence of asthma, eczema and allergic rhinitis in the TRIGR randomised clinical trial[J]. Diabetologia, 2020, 63(9537):1-12.
- [11]阙瑞雪,周芳,王佳婷,等."全链式"信息化健康管理模式在儿童支气管哮喘居家护理中的效果研究[J].中国实用护理杂志,2021,37(25):1974-1978.
- [12]王珍珍,侯宁.以家庭为中心的护理干预模式对哮喘患儿自我管理及家长心理健康的影响[J].临床合理用药杂志,2019,12(3):168-170.
- [13]胡珏,徐春蕾,叶丹丹.基于家庭为中心的延续护理对哮喘患儿症状改善和生活质量的影响[J].当代护士:下旬刊,2021,28(5):82-85.
- [14]方香香.健康教育结合延伸护理干预对支气管哮喘患者病情控制及生活质量的影响[J].临床研究,2020,28(2):180-182.
- [15]唐燕萍.家长及患儿全面健康教育对支气管哮喘急性发作患儿病情控制的作用[J].中国妇幼保健,2020,35(12):2163-2165.

临床医师在高血压合并普外科围手术期预防用抗菌药物的作用

黄振乾

济南市钢城区颜庄中心卫生院 山东济南 271103

摘要：目的：分析临床医师在高血压合并普外科围手术期预防用抗菌药物中的作用。方法 选取 2021 年 1~6 月本院收治的高血压合并普外科手术患者 100 例，作为对照组；选取 2021 年 7~12 月本院收治的高血压合并普外科手术患者 100 例作为观察组，对观察组抗菌药物应用实施临床医师干预，基于不合理用药次数、抗菌药物使用合理性、住院时间及费用三个方面对两组患者的用药情况进行对比。结果 观察组用药不合理性指标较对照组明显减少，用药总体合理性明显高于对照组，住院时间与费用、抗菌药物用药时间及费用相较于对照组也显著减少，各项差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 高血压合并普外科围手术期预防用抗菌药物应用经过临床医师干预过程，不仅使治疗费用与治疗时间得到减少，而且避免了大部分不合理的用药情况，促使抗菌药物综合应用效果得到有效提高。

关键词：抗菌药物；临床医师；普外科；高血压

普外科属于临床治疗与抢救的重要场所，患者的生命健康与临床手术的每个环节都有着密不可分的关系。感染是手术治疗中最为严重的并发症之一，手术引起的感染不仅影响患者术后康复，还会对患者生命安全造成极大威胁^[1]。诸如切口感染等普外科临床手术感染事件不仅会加重患者的痛苦，而且将使患者住院的时间大幅延长，为患者带来经济和精神上的双重压力。而住院时间、手术时间、手术方式、患者年龄及合并基础疾病等都是普外科手术感染的重要诱发因素。因此，医生一般都会采取有效的预防措施减少普外科手术感染的发生，抗菌药物的使用即是预防措施之一。近些年来，居民生活习惯和饮食结构发生了较大的改变，加之人口老龄化持续加剧，造成高血压患者数量日益增多。高血压患者围手术期的血压控制水平，是影响手术安全性的关键因素。若血压临床管理不当，术后并发症的发生风险将显著提高^[2]。有关调查显示，外科手术患者伴有高血压症状者目前已占到 5%~20%。手术中合并高血压症状，可能迫使手术时间、手术方式、住院时间等发生改变，在增加手术复杂状况的同时，也将造成患者普外科围手术期的感染几率的增加。基于此，临床医师在高血压合并普外科围手术期一般都会采用抗菌药物方式预防感染，一旦用药不当极有可能导致药物滥用等问题，反而会增加感染几率和治疗难度，加重患者负担。我院对抗菌药物的应用历来较为重视，近来以合并高血压普外科手术患者为研究对象，就围手术期预防用抗菌药物使用过程中临床医师的干预作用展开研究实践，现将具体情况进行报告。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择 100 例 2021 年 1~6 月我院收治的合并高血压普外科手术患者作为研究对象，作为为对照组，其抗菌药物应用未进行医师干预；将 2021 年 7~12 月我院实施抗菌药物应用临床医师干预阶段的 100 例合并高血压普外科手术患者作为观察组，其抗菌药物应用进行了临床医师干预。两组患者一般资料比较情况（详见表 1），差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

表 1 两组患者一般资料

对照组	观察组
-----	-----

性别（男/女）	52/48	56/44
年龄/岁	35.65±25.32	36.98±23.08
体质量/kg	42.56±26.01	41.28±22.32
手术时间/min	75.66±53.12	76.36±32.26

1.2 方法

对照组患者抗菌药物应用不进行医师干预，而对观察组患者医师的抗菌药物应用则进行一系列干预，具体措施包括：（1）成立监督小组。联合医疗质量监察小组、医务科等部门成立干监督小组，对临床医师抗菌药物应用情况进行监督。监督小组结合卫生部相关规定，制定抗菌药物临床应用标准、管理办法等规章制度，规范约束临床医师的抗菌药物使用行为。抗菌药物的品种、用法、用量、联合用药等情况由临床医师通过讨论协商，在监督小组指导下实施全方位的指导和干预。（2）实施宣传教育。通过定期专题讲座、宣传展板、线上推送等形式，将抗菌药物正确使用的方法、原则、意义等内容向临床医师进行积极广泛地宣传。促使临床医师从思想理念上对形成对抗菌药物正确使用的重要性、必要性的深刻认识，自觉按照医院规定规范预防用抗菌药物应用行为，杜绝不正确、不合理、不规范的用药行为。同时，倡导临床医师与患者沟通，使其加强对药物的了解，解除对药物治疗的疑惑^[3]。（3）定期分析考核。将合理使用抗菌药物纳入到临床医师绩效考核体系中。监督小组对通过定期调查、分析患者病例对临床医师的抗菌药物使用情况进行考核评价，对用药制度执行不到位、用药严重不合理的医师及时进行纠正和批评，同时对用药规范达标的医师进行表彰奖励。

1.3 观察指标

将抗菌药物不合理用药次数、抗菌药物使用合理性、住院时间及费用作为观察指标，采用回顾性调查方法，调取医院信息管理系统（HIS）记录的列为研究对象的合并高血压普外科手术患者的抗菌药物相关指标内容，对两组患者围手术期的预防用抗菌药物应用情况进行比较。其中，抗菌药物使用合理性评价根据本院《抗菌药物临床应用标准》进行评价，分为合理、不合理、基本合理三个等级，具体标准如表 2 所示，总合格率＝

合格率+基本合格率。

表 2 抗菌药物使用合理性评价标准

评价 指标	合理	基本合理	不合理
细菌 感染	细菌感染迹象明显	存在细菌感染迹象	无细菌感染迹象
药物 选择	符合药物使用相关 标准； 对感染细菌敏感	安全、无禁忌症	有禁忌症，使 用违规药物
用法 用量	符合药物使用规定	基本达到药物使用 规定	不符合药物 使用 规定
适应 症	绝对适应症	相对适应症	无适应症

1.4 统计学方法

所有数据采用 SPSS22.0 统计软件进行处理，计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间计量资料比较采用 t 检验。计数资料用[x (%)]表示，组间计数资料比较采用 χ^2 检验。P<0.05 说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 抗菌药物不合理用药结果比较

据表 3 显示，观察组各类不合理用药情况出现次数均少于对照组，特别是药物选择不当、联合用药无指证、用法用量不正确三类不合理指标都控制在 5 次以下，出现次数极少。并且两组患者不合理用药各项指标比较的差异都具有统计学意义 (P<0.05)。

表 3 抗菌药物不合理用药指标比较 [n (%)]

不合理用药指标	对照组	观察组	χ^2	p
药物选择不当	8 (8)	2 (2)	6.18	<0.05
联合用药无指证	12 (8)	1 (1)	12.518	<0.05
药物选择起点高	31 (31)	10 (10)	8.324	<0.05
用法用量不正确	30 (30)	5 (5)	9.654	<0.05
更换药品无依据或过于频繁	38 (38)	13 (13)	10.285	<0.05
用药疗程过长	55 (55)	10 (10)	10.101	<0.05
预防给药时机不当	33 (33)	8 (8)	10.133	<0.05
溶媒选择不当	53 (53)	22 (22)	9.711	<0.05

2.2 抗菌药物使用合理性比较

如表 4 所示，观察组抗菌药物用药的合理率及总合理率都达到 80%以上，明显高于对照组的 47.68%、65.56%，且对比差异有统计学意义 (P<0.05)，说明观察组的用药合理性优于对照组。

表 4 抗菌药物使用合理性比较 [n (%)]

组别	使用次数	合理	基本合理	不合理	总合理率
对照	755	360(47.68)	135(17.88)	260(34.43)	495(65.56)

组					
观察组	502	402(80.07)	29 (5.77)	71 (14.14)	431(85.85)
t					14.578
p					<0.05

2.3 住院时间及费用比较

据表 5 分析，观察组的住院时间、用药时间、住院总费用、抗菌药物费用四项指标均低于对照组，所有差异均有统计学意义 (P<0.05)。

表 5 住院时间及费用比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	住院时间 (t/d)	用药时间 (t/d)	住院总费用 (元)	抗菌药物费用 (元)
对照	12.3±3.2	6.3±2.6	6783.89±116.36	808.34±35.99
观察	8.3±2.2	3.2±1.1	5033.84±80.93	498.36±22.06
t	6.998	5.798	81.681	56.601
p	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

对细菌具有抑制作用或杀灭作用的药物，称之为抗菌药物。相关资料表明，抗菌药物不仅可以减少感染，而且对治愈率及患者安全均具有提高和保障作用。抗菌药物的发现和应用使无数患者的重新获得健康，甚至挽回了生命。但是抗菌药物却随着其日益广泛而普遍的使用，开始出现抗菌作用的削弱。抗菌药物无效或者疗效降低的主要原因为细菌对抗菌药物的敏感性减小甚至消失，该问题的主要诱因即为抗菌药物使用不合理导致的细菌耐药。受其影响，一旦患者出现耐药细菌感染，将可能面临病死率增加、住院时间延长、治疗过程更加复杂等一系列问题，从而加重个人和社会经济负担。此外，当前新药物理论和药品随着药学的不断进步和发展而层出不穷，临床医师在临床用药过程中，由于缺乏对新的抗菌药物药学知识的深入了解，很容易出现用药错误，这也是导致抗菌药物的滥用问题的一大原因。由此可见，导致抗菌药物过度暴露并诱导细菌耐药主要由临床抗菌药物滥用导致。

在临床感染性疾病中抗菌药物的确发挥着广泛又高效作用，但是由药物滥用而导致的细菌耐药性加重问题也应该引起各界重视。目前，抗菌药物耐药性已成为世界面临的最紧迫的公共卫生问题之一。而值得社会各界高度关注的是，我国抗生素耐药问题在抗生素广泛使用背景下正变得日趋严峻。不合理的抗菌药物使用，比如抗菌药物使用强度 (AUD) 严重超标将导致新型耐药细菌的出现，增加患者痛苦、治疗费用和感染几率，对手术效果造成不良影响，此情形通常在围手术期容易发生。因此，减少细菌耐药的发生和抗菌药物的滥用，必须对抗菌药物科学管控。抗菌药物使用

(下转第 231 页)

医院医保基金使用问题及改进策略探讨

刘昀

内蒙古自治区异地就医结算中心 内蒙古呼和浩特市 010010

摘要：现阶段，在各项各国家医保政策连续出台的背景下，医疗行业的保险制度改革不断深化，其中改革效果最明显的为医保基金使用制度。但在其具体推广过程中，仍然存在许多不足，甚至阻碍了国家医保基金实际作用的发挥。基于此，文章结合当前综合性三甲级医院中医保基金制度的推行情况，分析存在的实际问题，进行深入研究并提出了以下可行性应对措施。

关键词：医院；医保；基金使用；问题；改进策略

现阶段，我国综合性医院中医保基金使用仍存在较多问题，对国家推行医保基金使用制度产生不良影响，间接导致基层居民的“就医难、看病贵”等问题^[1]。文章从我国目前的医保基金使用困难出发，阐述了当前时代背景下，我国医保基金使用普遍存在的问题，并积极借鉴国内外优秀使用和管理经验，对医保基金工作进行全面整改，加大管理监管力度，致力于全面提升我国医保基金使用效益，提高院内基金职能单位的工作质量，实现管理工作的合理化、科学化，构建良好的医患关系。

一、医疗保险基金概述

医疗保险基金是指由国家发起的为保障基层职工和居民基本医疗需求从各方面筹集而来的专项基金。医疗保险基金保障着基层民众的基本医疗需求，与此同时，也对医疗事业发展和改革发展起着促进作用，保障社会经济的稳步发展^[2]。在当前时代背景下，我国社会经济快速发展、医学技术不断革新，国内人口组成逐渐呈现老龄化态势。我国的医疗保险基金制度也随着社会发展进行了一系列的调整。据国内相关医疗统计显示，我国2017年初到12月末，社会医疗保险基金总收入达到1.77万亿元，总支出达到1.43万亿元，参保人数也在逐渐上升，至2018年中旬，医疗保险参保人数已覆盖12亿人次^[3-4]。以上实践成果突出表现了新时期国家医疗保险工作的推进速度和具体成效，伴随医疗保险制度的逐渐全面普及，随之而来的管理和使用问题也越来越突出，成为困扰政府相关部门和医院医保管理部门的主要问题。面对当前新形势，国家医保部门和医院组织如何高效、科学地解决医保基金使用问题，提高基金利用率，降低使用风险逐渐成为当前社会关注的首要问题。

二、医疗保险基金投入使用的意义

（一）保障基金使用安全

近年来，虽然我国医保基金推行较顺利，但在使用方面仍存在诸多问题，基金占用问题比较明显，在我国各个地区都有发生。其主要原因是多数医院在追求经济利益的同时，忽视了医保消费问题，没有考虑到患者的利益，也没有考虑到国家推行医疗保障基金的实际意义^[5]。只将其当作规定程序，按部就班进行医保基金管理，所以，导致医院内相关部门对医保基金使用问题研究不深入，以上问题制约着医院医保基金的发展，难以将其实际功能和作用发挥出来，随着医疗行业的不断发展，一系列医保基金

使用问题接踵而至。诸如临床药品价格攀升、使用医保基金购买保健品、过度医疗等。基于此，现阶段，建立完善的管理制度，强化管理水平刻不容缓。随着医保基金使用管理的普及，管理工作将会越来越科学化，许多以往不合理的基金使用问题将得到控制^[6]。

（二）提高医疗服务质量水平

在我国大多数的综合性医院中，医保基金报销流程是先由病人现金垫付，治疗结束后经过医保部门核算再进行报销。这种报销流程在异地就医中极其常见，对于一些疑难病患者，无疑是加大了患者的就诊压力，许多患者在出院时由于各种问题导致未及时结算费用，将会出现医保基金余额虚增问题。医院医保基金在这一过程中并未发挥其实际作用，反倒成为患者治疗的制约因素，阻碍了国家医保基金的有效运行。基于当前形势，建立完善制度，强化基金管理，促使基金的合理使用变得愈加重要^[7]。

三、医疗保险基金管理现状

（一）医保基金部分地区推广困难

据统计我国在18年年底医疗保险参保人数已经达到12亿人，以上参保人数已经占据我国人口的较大比例，但其中仍有部分居民没有参保，在一定程度上阻碍了医保基金的正常管理和使用。近些年，伴随各项医保制度的提出，医保覆盖面逐渐扩大，基本所有城镇人口都纳入医保范围内，除此以外，农村常住人口、外派劳务人群以及异地就业人群都被纳入医保范围内。伴随制度的推广医保基金业务量急速扩大。但我国仍然存在地区经济发展不均衡、人口流动性大以及就业失调等多种问题，导致医保缴纳差额大，增加了医保基金的不稳定性，不利于长期的可持续发展。

（二）监管力度小

我国最早是在1998年建立的医疗保险制度，在后续的20年间不断结合社会发展现状进行探索和改革，不断完善医疗保险制度和条目。但近些年，我国经济水平高速发展，许多医保监管问题浮出水面，主要体现在：一些医保定点医院实际执行医保政策时管理观念落后、意识薄弱，即便是政策规定的硬性条例也不能真正落实，管理混乱；参保人群没有相关对基金安全意识，在基金使用过程中不重视基金的维护问题，导致最后出现经济纠纷问题；更有甚者，钻医保基金制度的空子，与主管医生串通进行违规操作，恶意骗取医保基金，导致国家医保基金流失，基金实际作用得

不到发挥^[8-9]。

（三）政府基金透支

医保基金在使用过程中主要经过医保管理单位和医疗机构两个部门，日常基金利用率高，医疗机构虽属于公益性事业单位，担负着救治患者的主要责任，但同时医疗机构还带有极强的营利性，需要通过患者获取经济效益，以此来发提升医院医疗水平。一些不良医师在利益驱使下容易诱导患者过度消费。在当前制度下参保人员会通过医保统筹支付部分医疗费用，对医疗保险制度和使用情况不明确，缺乏管理意识。医、患双方出于对自身利益的考量，在这一过程中容易达成意识共识，过度支付医疗费用，浪费医疗资源^[10]。此外，由于我国仍然存在区域间参保数量不均衡问题，加剧了医保基金收支不平衡的现象，近些年，医保基金使用问题层出不穷，诸如药品、器材过度使用、医学材料及药品价格增长等问题，导致国家医保基金总额逐渐超出可控范围。

四、医疗保险基金使用问题

（一）就医标准高

参保人员在日常看病就诊过程中，诊疗后，患者和医生都会考虑到利益因素选择医保范围内报销药品，但由于各种药物的厂家不同，药价也各不相同，尤其体现在进口药品上，其药价相对较贵。我国医保制度要求不同药品的使用均要按照医疗条目下达处方，在医保目录中的药品可以使用医保基金支付。在这一过程中，参保人员认为贵价药品的药效相对更好，盲目选择高价药，医师不得不满足参保者要求。长此以往，增加了医保基金支出比例，滋生了医保基金过度支出、甚至出现无效使用等问题^[11]。增加了医院的医保基金管理压力。

（二）就诊辅助检查多

医疗单位受利益驱使，不断扩大了就医群体和医保受众范围，虽然带来了短期的经济效益，但从长远看，药品和器械使用成本的增加，医保基金的支出比例不断上调。其次，在就医过程中，医疗单位为寻求经济效益，过度增加辅助检查项目，一些常规疾病通过普通检查即可得到结果，但医疗单位还是会增加一些不相关的检查项目，增加患者就诊经济压力的同时也给医保基金的使用带来不良影响，临床中主要体现在影像检查数量增多、实验室化验条目增加^[12]。更有甚者一些医保定点单位为提高医疗从业者的工作积极性，将院内药品消耗数量与个人经济效益相挂钩，实施硬性计划，造成医保基金的严重浪费。

（三）治疗费用增加。

参保人在就医诊疗时，花费的资金需要个人前期垫付，后续才可进行费用报销。但医保报销的大前提是接受住院治疗，在这种情况下，患者为节省治疗费用，“小病大治”较轻微只需要门诊治疗的疾病也强制要求住院治疗，一些医师为避免造成矛盾纠纷，一味迁就患者，增加了国家医保资金的支出，滋生了后续一系列的不良就医现象。

五、医院医保基金使用问题的改进策略

（一）扩大医保基金覆盖面

目前我国人口老龄化趋势明显，医疗保险参保问题越来越突出，基金资源逐渐枯竭。实际参保人员增长减缓，城镇职工的医保基金收入也在不断下降。医保基金的众筹渠道一般只有只能用人单位缴纳或者职工自行缴纳等两种方式，政府提供少部分的资金补助。分析其基金获取情况，渠道过于单一，不利于新参保者增加数量的增加，整体呈明显下降趋势，致使医保基金收支不平衡，整体收入不断下降，无形中增加了基金运行风险^[13]。基于当前现状国家有关医保部门应做出如下调整：首先，鼓励民营企业和其他社会资本增加投入成本，为城镇职工医保基金筹集拓展渠道，构建多层次、全方位的筹资体系；其次，国家政府部门也应适当增加投入成本，完善医疗保障制度，给特殊困难人群和城镇退休工人提供更多的医保保障；最后，适当扩展基金涵盖面，构建新型基金模式，充分发挥医保基金的保障性作用。

（二）完善医保基金监管机制

当前，要想提升基金安全性必须要做到基金使用的透明性。具体整改措施：首先，需要强化医院的内部基金监督工作，院内设立专业的医疗保险部门，协调参保人群、医院机构和管理机构之间的关系，进而全面控制医疗基金的使用，统筹基金的监管和协调工作；其次，强化舆论力量，发挥新闻媒体的重要性作用，不断完善监督体系，鼓励新闻媒体积极发声，提高人民群众参保率的同时使其能够真正参与到医保基金的监督过程中；积极的引导医院基金管理，发挥内部治理作用，健全评价系统，提高内部员工自律性，以高标准的制度规范自身医疗服务行为；医保定点机构、医保服务单位需签署相关协议，加大管理力度，出台详细的定点机构条件考评制度，明确双方权责，通过合理考核以及奖惩制度优化医疗服务单位行医标准；最后，要求医保定点机构建立具体诚信评价机制，做到“有制可依”，全面提升我国医疗服务水平，强化医疗从业者“为患者考虑”的意识，提升整体服务质量^[14]。

（三）加大对医保定点单位的监管

加大对定点医疗保险定点机构的监管力度。上级机构定期组织人员对医疗单位的门诊开药患者和住院诊疗患者情况进行稽查，加大检查力度，着重核对病人的电子病历、门诊处方以及治疗付费等单据，杜绝出现过度医疗、医疗造假以及其他违规骗保行为。在具体审查过程中，需始终遵守《服务协议》中有关规定，严格查处违规医疗机构；其次，国家政府部门应建立健全医保管理和监察规章制度，严格规范医保定点机构、定点药店的医疗行为，杜绝各项违规操作，同时鼓励参保人群积极加入到医疗基金的监管中，举报定点机构的违规行为，结合医保基金监管奖惩制度对举报人群提供相应奖励，提高参保者共同建设良好医保基金使用风气，严肃惩治医保定点机构骗取、套用国家医保基金的现象^[15]。

结束语：

综上所述，虽然，现阶段我国医疗保险基金使用仍存在诸多问题，但伴随各项国家政策的提出，医保基金使用和管理制度不断革新，不断变革以往管理制度，结合实际基金使用问题，健全监督机制和体系、扩大医保

基金覆盖面、加大对医保定点单位的监管,就能促进医保基金使用和管理可持续发展,实现医保基金的收支平衡,为参保人群提供高质量的医疗服务。

参考文献:

- [1]王斌斌,肖锦铖.我国医疗保障基金监管现状研究[J].卫生软科学,2022,36(05):3-8.
- [2]李航.基于数字化的浙江省苍南县“三位一体”医保基金监管对策研究[J].经济师,2022(05):136-137.
- [3]赵军.医院医保基金使用问题及改进策略探讨[J].行政事业资产与财务,2022(08):63-65.
- [4]李辉,王晓华.协同推进“三医联动”改革 提升医保基金使用效能[J].山东人力资源和社会保障,2022(04):42-44.
- [5]王培.浅议医保基金监管的体制性特点、机制性问题与长效机制建设[J].商业文化,2022(10):141-142.
- [6]杨文娟.内控背景下健全医保基金财务管理机制的重要性[J].财经理论,2022(10):128-130.
- [7]胡燕芳.医院医保基金管理内部控制存在的问题及对策研究[J].行

(上接第 228 页)

过程中,需要全面综合地考虑药物对机体的影响、选择性、抗菌谱及抗菌作用、病人机体状态、导致感染的微生物类型等多方面因素,以使治疗方案的制定和抗菌药物的选择达到最优化效果。否则,任何一个方面的疏忽都可能会导致耐药菌株等不良后果,给患者带来额外的负担。一般而言,应按照以下原则合理使用抗菌药物:给药途径和药物选择必须有针对性,防止药物浪费,经验用药调整以微生物药敏试验结果为依据;疗程和剂量必须适当,防止耐药菌株产生;将抗菌药物的不良反应控制到最低,做好预防措施;对体内正常菌群受抗菌药物的影响密切关注;争取最佳疗效,有效地控制感染。

合理地预防用抗菌药物对预防术后感染具有重要作用,也是抗菌药物的使用疗程及时机难以确定的关键点^[4]。本文以高血压合并普外科手术患者为研究对象,在其围手术期预防用抗菌药物的应用过程对临床医师进行干预,通过两组患者对比研究临床医师干预措施的作用,为构建围术期抗菌药物管理模式提供参考^[5]。研究结果显示,通过监督小组指导、加强宣传教育、定期考核奖励等干预措施,临床医师的药物选择不当、联合用药无指征、用法用量不正确等抗菌药物应用不合理事件明显减少,用药整体合格率显著提升,抗菌药物费用和疗程、住院天数和住院总费用均得到显著减少。综上所述,我院对普外科围手术期临床医师使用预防用抗菌药物的干预措施取得显著效果,有利于提高医务人员对该类手术围手术期合理使用抗菌药物的意识,推动临床科室整改工作,提升医院抗菌药物管理水平^[6]。对于培养临床医师抗感染药物应用能力,降低合并基础疾病手术治

政事业资产与财务,2022(06):49-51.

[8]汤甜甜.新形势下医院医保基金监管工作存在的问题及对策[J].黑龙江人力资源和社会保障,2022(04):83-85.

[9]刘也良.西南医科大学附属医院 医保基金使用监管既有力度又有温度[J].中国卫生,2022(01):104-105.

[10]栗青云.医保基金运行管理中存在的问题及优化建议[J].财富生活,2021(24):10-12.

[11]王妍妍.医保基金支付风险与医疗卫生供给侧改革[J].中国乡镇企业会计,2021(11):92-93.

[12]崔亚男.医保基金运行中存在的问题及处理对策分析[J].商业观察,2021(24):45-47.

[13]高廉.新常态、老龄化与医保基金可持续发展[J].中国经贸导刊(中),2021(09):75-76.

[14]韩艳苓.关于医保基金管理或使用问题的探索[J].环渤海经济瞭望,2021(06):111-112.

[15]李秋,郑大喜,沈崇光.医院医保基金使用政策回顾及典型问题与改进策略探讨[J].中国卫生经济,2020,39(10):13-18.

疗费,改善围手术期医疗质量、提高抗菌药物合理用药水平,以及为提高围手术期抗菌药物合理使用提供参考依据^[7]等均具有积极作用,值得在临床进一步推广。

参考文献:

- [1]范静,徐驰,李飞,刘丽洁,李相成,贾秀玲.围手术期预防用抗菌药物合理应用敏感指标构建[J].中国现代应用药学,2021,38(19).
- [2]梁婧.高血压患者围手术期血压及并发症的临床管理心得[J].心血管病防治知识(学术版),2018(33):16-18.
- [3]李晶丽,唐海斌,阮璐.临床药师干预对骨科I类切口手术患者围术期预防用抗菌药物的合理性影响[J].抗感染药学,2021,18(07):976-979.
- [4]陈亮,叶雨露,李永昌,等.药理学和行政干预前后对I类切口手术患者预防性使用抗菌药物的合理性及其效果比较[J].抗感染药学,2019,16(1):31-35.
- [5]欧汝静,罗赛,朱莉娜,等.临床药师在耳鼻喉科普外科IIII类切口手术预防应用抗菌药物的干预效果分析[J].中国药物与临床,2021,21(20):3.
- [6]仝志刚,贺晴,陆一,沈崇德,金柯,董亮,张秀红.某院泌尿外科围手术期预防用抗菌药物管控模式的建立及成效[J].中国药房,2019,30(15).
- [7]钟纯洁,苏红军,庞东旭,等.2019—2020年天津市宝坻区人民医院I类切口手术围手术期预防性应用抗菌药物的合理性分析[J].现代药物与临床,2022,37(2):4.

地屈孕酮与桂枝茯苓胶囊治疗子宫内膜异位症痛经患者的临床疗效比较

张婷

北京市第六医院 北京 100007

摘要：目的：分析比较地屈孕酮与桂枝茯苓胶囊治疗子宫内膜异位症痛经患者的临床疗效。方法：将北京市第六医院2019年1月至2021年12月收治的痛经患者随机分为观察组53和对照组51例。观察组应用地屈孕酮在月经5~25天治疗，10mg，每日2次；对照组应用桂枝茯苓胶囊治疗，0.93g，每日3次，3个月为一疗程。比较2组的临床疗效、视觉模拟评分法（VAS）疼痛评分、CA125的水平和患者的满意度。结果 应用地屈孕酮治疗的观察组子宫内膜异位症痛经患者总有效率和满意度分别为94.34%和96.23%，明显高于应用桂枝茯苓胶囊的对照组；应用地屈孕酮治疗的观察组子宫内膜异位症痛经患者的VAS评分和CA125水平均明显低于应用桂枝茯苓胶囊的对照组， $p < 0.05$ ，差异均有统计学意义。结论：与桂枝茯苓胶囊相比，地屈孕酮治疗子宫内膜异位症痛经患者可更有效地改善临床症状，提高临床疗效、降低VAS评分和CA125水平，有效提高患者的生活质量，且无严重并发症发生，药物的安全性和耐受性较好。

关键词：地屈孕酮；桂枝茯苓胶囊；子宫内膜异位症；痛经；临床疗效

Analysis and comparison of the clinical efficacy of dydrogesterone and Guizhi Fuling Capsules in the treatment of dysmenorrhea patients with endometriosis

Zhang Ting Beijing Sixth Hospital 100007

Abstract Objective To analyze and compare the clinical efficacy of dydrogesterone and Guizhi Fuling Capsules in the treatment of Endometriosis Dysmenorrhea. Methods Patients with dysmenorrhea admitted to Beijing sixth hospital from January 2019 to December 2021 were randomly divided into an observation group of 53 and a control group of 51 cases. The observation group was treated with dydrogesterone for 5-25 days of menstruation, 10 mg, twice a day. The control group was treated with Guizhi Fuling Capsules, 0.93 g, 3 times a day, 3 months as a course of treatment. The clinical efficacy, visual analogue scale (VAS) pain score, CA125 level and patient satisfaction were compared between the two groups. Results The total effective rate and satisfaction rate of endometriosis dysmenorrhea patients in the observation group treated with dydrogesterone were 94.34% and 96.23%, which were significantly higher than those in the control group treated with Guizhi Fuling Capsules. The VAS score and CA125 level of patients with endometriosis dysmenorrhea in the observation group were significantly lower than those in the control group treated with Guizhi Fuling Capsules ($p < 0.05$). Conclusion Compared with Guizhi Fuling Capsules, dydrogesterone in the treatment of dysmenorrhea patients with endometriosis can more effectively improve clinical symptoms, improve clinical efficacy, reduce VAS score and CA125 level, effectively improve the quality of life of patients without serious complications. The safety and tolerance of the drug are good.

Key words Dydrogesterone; Guizhi Fuling Capsules; Endometriosis; Dysmenorrhea; Clinical efficacy

子宫内膜异位症是临床上常见的妇科疾病之一，多发生于育龄期女性，主要好发于卵巢、宫骶韧带等处，主要症状是继发性渐进性痛经，患者常因腹痛较剧烈严重影响生活质量^[1]。目前治疗子宫内膜异位症有期待疗法、药物治疗和手术治疗等。由于多数患者对手术治疗相对有所抵触，因此临床上多采用药物治疗。中医治疗痛经方面有着宝贵的经验，由于桂枝茯苓胶囊的主要成分丹皮酚及桂皮醛等可拮抗雌激素、改善患者微循环及消肿止痛，在临床治疗子宫内膜异位症痛经方面取得了较好的效果^[2]。孕酮的立体异构体地屈孕酮具有单纯孕激素活性，接近天然孕酮分子结构，治疗子宫内膜异位症可取得显著疗效，且由于其无盐皮质激素、雌激素及雄激素活性，长期应用时不导致骨代谢异常且导致血栓的风险低，安全性高^[3]。本研究旨在通过分析北京市第六医院2019年1月至2021年12月收治的痛经患者的治疗资料，比较地屈孕酮与桂枝茯苓胶囊治疗子宫内膜异位症

痛经患者的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将北京市第六医院2019年1月至2021年12月收治的痛经患者随机分为观察组53和对照组51例。观察组53例，年龄22~46岁，平均 (34.58 ± 5.32) 岁，病程1~12年，平均 (5.84 ± 1.51) 年，月经周期23~40天，平均 (33.41 ± 2.57) 天，经期3~10天，平均 (5.41 ± 1.25) 天，治疗前VAS疼痛评分 (7.56 ± 2.45) 分，治疗前CA125 (44.56 ± 7.32) U/ml；对照组年龄21~48岁，平均 (35.62 ± 6.16) 岁，病程1~11年，平均 (5.89 ± 1.35) 年，月经周期24~39天，平均 (33.57 ± 2.46) 天，经期3~11天，平均 (5.64 ± 1.23) 天，治疗前VAS疼痛评分 (7.58 ± 2.28) 分，治疗前CA125 (45.07 ± 7.24) U/ml。两组患者在年龄、病程、月经周期及经期、治疗前VAS疼痛评分和CA125水平等方面比较差异均无统计学意义， $p > 0.05$ ，具

有可比性。本研究所有患者均符合子宫内膜异位症患者的诊断,纳入和排除标准,见文献^[4-5],均知情同意且经我院伦理委员会批准认可。

1.2 治疗方法 观察组应用地屈孕酮在月经5~25天治疗,10mg,每日2次;对照组应用桂枝茯苓胶囊治疗,0.93g,每日3次,3个月为一疗程。

1.3 观察指标 观察比较2组的临床疗效、视觉模拟评分法(VAS)疼痛评分、CA125的水平和患者的满意度。

1.4 疗效判断标准 临床疗效判断、患者满意度、VAS疼痛评分的判断标准参考文献^[6-7]。

1.5 统计学方法 采用SPSS22.0统计软件分析处理所有数据, $p < 0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效的比较 应用地屈孕酮治疗的观察组子宫内膜异位症痛经患者总有效率为94.34%,明显高于应用桂枝茯苓胶囊的对照组的74.51%, $p < 0.05$,统计学差异明显,见表1。

表 1 两组患者临床疗效的比较

组别	病 例	显效	缓解	无效	总有效率 (%)
对照组	51	24(47.06)	14(27.45)	13(25.49)	38(74.51)
观察组	53	28(52.83)	22(41.51)	3(5.66)	50(94.34)

▲ $p < 0.05$, 与对照组比

2.2 两组患者满意度的比较 应用地屈孕酮治疗的观察组子宫内膜异位症痛经患者满意度分别为96.23%,明显高于应用桂枝茯苓胶囊的对照组的80.39%, $p < 0.05$,统计学差异明显,见表2。

表 2 两组患者满意度的比较

组别	病 例	非常满意	满意	不满意	满意度 (%)
对照组	51	28(54.90)	13(25.49)	10(19.61)	41(80.39)
观察组	53	32(60.38)	19(35.85)	2(3.77)	51(96.23)

▲ $p < 0.05$, 与对照组比

2.3 两组患者治疗后VAS疼痛评分和CA125水平的比较 应用地屈孕酮治疗的观察组子宫内膜异位症痛经患者的VAS评分和CA125水平分别为(2.34±1.26)分和(14.82±3.57)U/ml,均明显低于应用桂枝茯苓胶囊的对照组的(3.96±1.53)分和(22.38±4.02)U/ml, $p < 0.05$,统计学意义明显,见表3。

表 3 两组患者治疗后 VAS 疼痛评分和 CA125 水平的比较

组别	病 例	VAS 疼痛评分(分)	CA125(U/ml)
对照组	51	3.96±1.53	22.38±4.02

观察组	53	2.34±1.26▲	14.82±3.57▲
-----	----	------------	-------------

▲ $p < 0.05$, 与对照组比

3 讨论

子宫内膜异位症是危害育龄期女性生活质量和身体健康的以痛经为主要症状的常见临床疾病之一,除痛经外还可导致性生活疼痛、不孕症等不良后果的发生,严重影响女性的生活、工作甚至家庭的幸福。目前虽然治疗子宫内膜异位症的方法较多,也取得了比较不错的临床效果。但由于痛经的机制到目前为止仍不是特别清楚,在治疗上如何选择疗效好、安全性高、并发症少的治疗子宫内膜异位症的药物是临床治疗上的一个重要问题。CA125的水平在痛经患者中有一定程度的升高,有效降低其水平可以反应治疗痛经的疗效水平。

本研究将北京市第六医院2019年1月至2021年12月收治的痛经患者随机分为观察组和对照组,分析比较地屈孕酮与桂枝茯苓胶囊治疗子宫内膜异位症痛经患者的临床疗效。结果表明,应用地屈孕酮治疗的观察组子宫内膜异位症痛经患者总有效率和满意度分别为94.34%和96.23%,明显高于应用桂枝茯苓胶囊的对照组;应用地屈孕酮治疗的观察组子宫内膜异位症痛经患者的VAS评分和CA125水平均明显低于应用桂枝茯苓胶囊的对照组, $p < 0.05$,差异均有统计学意义。与文献^[8]的研究结果相似。

综上所述,与桂枝茯苓胶囊相比,地屈孕酮治疗子宫内膜异位症痛经患者可更有效地改善临床症状,提高临床疗效、降低VAS评分和CA125水平,有效提高患者的生活质量,且无严重并发症发生,药物的安全性和耐受性较好。

参考文献:

[1]孙雪英,贾旭悦.桂枝茯苓胶囊对子宫内膜异位症术后患者痛经和血清CA125水平的影响[J].北京中医药,2019,38(10):1026-1028.

[2]卢娜,张丹,苑文娜.桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素治疗子宫内膜异位症的临床研究[J].现代药物与临床,2020,35(6):1117-1121.

[3]彭超,周应芳.药物治疗在子宫内膜异位症长期管理中的应用和选择[J].中国实用妇科与产科杂志,2021,37(3):303-308.

[4]周燕.桂枝茯苓胶囊辅助治疗子宫内膜异位症痛经的疗效及对血清CA125水平的影响[J].临床合理用药,2021,14(11):89-90.

[5]陈茜.桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇对子宫内膜异位症患者子宫内膜厚度及血流的影响[J].中国合理用药探索,2019,16(5):79-81.

[6]张卫平.艾芪汤治疗原发性痛经的疗效观察及对血清PGF2 α 、IL-6含量的影响[J].中国中医药科技,2021,28(1):63-64.

[7]吴珂.温针灸联合颗粒治疗原发性痛经效果及对血清CA125及子宫动脉血流动力学的影响[J].光明中医,2021,36(13):2178-2180.

[8]李碧钦,张颖,周祖妹,等.地屈孕酮治疗痛经有效性及安全性的前瞻性、随机对照、开放标签、多中心临床研究[J].中国药房,2022,33(3):344-351.

1 例肺癌化疗后IV度骨髓抑制的护理

徐红丹 李娜 朱米君

浙江大学医学院附属第一医院 浙江省杭州市 310000

摘要: 总结 1 例肺癌晚期化疗后IV度骨髓抑制的护理经验。护理要点为保护性隔离、密切观察预防出血、营养管理、做好心理疏导和出院宣教。经过精心的治疗和护理,患者骨髓抑制恢复,无严重并发症发生,顺利出院。

关键词: 骨髓抑制;化疗;护理

[Abstract] To summarize the nursing experience of one case of grade IV myelosuppression after advanced lung cancer chemotherapy. Nursing points are protective isolation, close observation and prevention of bleeding, nutritional management and psychological counseling. After careful treatment and care,

[Key words] Bone marrow suppression; Chemotherapy; Nursing

化疗后骨髓抑制可分为肿瘤化疗相关贫血 (Chemotherapy-related anemia, CRA) [1]、化疗所致中性粒细胞减少 (Chemotherapy-induced neutropenia, CIN) [2]和化疗所致血小板减少症 (Chemotherapy-induced thrombocytopenia, CIT) [3],是指患者在使用骨髓抑制性化疗药物后,引发外周血血红蛋白、白细胞、中性粒细胞和血小板降至正常水平以下,并在停药后恢复正常。近年来,肺癌的发病率和死亡率逐年攀升[4],其治疗方法多样化,其中化疗是肿瘤治疗常用手段之一,化疗药物能有效抑制肿瘤细胞的增殖,延长患者的生存时间,但由于化疗药物的特异性差,在控制肿瘤细胞的同时,对人体正常细胞也有损害,产生不同程度的毒副作用,其中骨髓抑制是多数化疗药常见的毒性反应。严重的骨髓抑制不仅会影响患者的治疗,而且会危及患者的生命。为使患者顺利度过骨髓抑制期,做好相关护理尤为重要。2020年4月浙大一院肿瘤内科收治了1例肺癌化疗后IV度骨髓抑制的患者,现将护理措施总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,67岁,因“确诊肺癌2年余”于2020年4月24日收治入院,患者2020.3.13,2020.4.7予三线2周期AP(培美曲塞840mg d1,卡铂400mg d1 q3w)方案化疗联合贝伐珠单抗(400mg q3w)抗血管生成治疗。患者骨转移,予伊班磷酸钠4mg抗骨转移治疗。2020.4.23当地医院复查血象:白细胞计数 $0.39 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $0.22 \times 10^9/L$,血小板 $15 \times 10^9/L$,血红蛋白69g/L。患者主诉口腔溃疡,疼痛明显,疼痛评分3分,影响进食,当地医院肠内营养支持后出现腹泻,每日7-8次水样便。入院查体:体温37.2℃,脉搏89次/min,血压135/87mmHg,spo₂97%,全身皮肤粘膜无明显出血点。入院后予预防性抗感染,升白细胞,升血小板治疗,改善口腔溃疡;止泻补液等对症营养支持治疗。

1.2 治疗方法及转归

2 护理

2.1 做好保护性隔离,预防感染

骨髓抑制多发生于化疗后的两周内,白细胞或中性粒细胞减少是最常见的血液毒性反应,严重的中性粒细胞减少会增加感染的风险也会合并发热、感染常导致化疗药物减量或延迟,最终影响疗效。肺癌患者化疗后发生骨髓抑制的回顾性研究[5]表明,常见高危人群具有以下特点:年龄≥65

岁,BMI<18.5 kg/m²,或高龄和消瘦者造血机能变差;KPS评分≤80,患者合并肝、肾、心、肺等基础疾病(如轻中度肝硬化);肿瘤TNM分期III-IV期,有骨转移,骨髓造血功能受损;小细胞肺癌;合并放疗;多周期化疗(>4周期);化疗方案:托泊替康、紫杉醇类、长春瑞滨联合铂类、依托泊苷联合铂类等多药或含铂方案。此案例中患者符合出现骨髓抑制的高危因素,故提示护理人员做好预见性护理。立即予以患者单间隔离,病房内保持合适的温湿度,同时病房内予以紫外线消毒每天2次,每次时间不少于30分钟,协助家属患者将患者的生活用具用含氯消毒液擦拭每天2次,饮食也必须经过严格清洁或消毒等预处理,保持口腔清洁,餐后漱口,限制探视人数,且固定家属在患者住院期间进行陪护。严格执行无菌操作,避免不必要的操作,限制侵入性操作。该患者经过泰能联合大扶康联合预防抗感染,予重组人粒细胞刺激因子注射液升白细胞治疗,患者逐渐血象恢复正常,无感染发生。

2.2 严密观察,预防出血

骨髓抑制是化疗的主要并发症。骨髓抑制常易导致血小板数量迅速降低,从而对机体凝血功能造成一定影响,引发出血。为此,医护人员要嘱患者在出现骨髓抑制期间,避免创伤从而引起继发出血,如勿用手挖鼻子及耳朵,举动要小心,尽量不要出现磕碰事件,以避免机械性损伤导致的出血事件发生;同时需密切观察患者的意识、瞳孔和生命体征,并询问患者有无出现头痛、视力模糊、恶心呕吐等情况。适当限制活动,保持情绪稳定,避免剧烈咳嗽、提取重物等增加腹压的动作。告知患者使用软毛牙刷和电动剃须刀,指导患者或家属观察出血的征象及出血时应采取的适当措施,并及时告知医护人员。监测血常规,凝血功能常规等,以便发现出血问题及时进行处理。该患者予以特级护理,监测患者的呼吸心率、血压情况,注意患者皮肤粘膜有无异常、大便的性质及尿液颜色有无出现改变。经过重组人血小板生成素注射液升血小板治疗,必要时输注血小板,患者无出血发生,血小板逐渐恢复正常。

2.3 疼痛护理

癌痛是恶性肿瘤患者最常见的并发症之一,可给患者带来极度的肉体痛苦及沉重的心理压力。资料显示,癌痛可发生在抗肿瘤治疗过程中的任一阶段,虽然目前控制癌痛的药物与方法层出不穷,但调查性研究表明目前至少约30%的患者从未能对癌痛达到有效地管理,约有70%的患者在

抗肿瘤的治疗过程中出现癌痛^[6]。因此,在患者入院时需要对患者进行有效地沟通,教会患者进行有效疼痛评估,使患者能有效地运用数字评分法进行自评,并对有关疼痛的知识进行宣教,使其能够对癌痛产生正确的认知,从而正确应对癌痛。在对晚期癌症使用口服阿片类药物患者的质性研究中表明^[7],患者在服药期间出现了耻辱、恐惧和内疚等情绪。因此护理人员在用药宣教的过程中注意患者的情绪,并对消除患者药物具有成瘾性的偏见,能对医护人员进行主动告知,以达到对疼痛的早期控制,提高患者的生活质量。此外,在患者入院后,邀请患者及家属参与由医生、护士和药剂师共同组织的健康宣教大讲堂,讲解关于癌痛的相关知识,用以帮助患者提高对疼痛的认知。此案例中的患者出现口咽及咽喉部溃疡,疼痛评分 3 分,严重影响进食,于碱性漱口水和使用,该患者疼痛缓解并无其他癌性疼痛发生。

2.4 营养管理

丰富的营养是维持正常生命活动,提高机体免疫能力,增加自身抵抗力的重要保证。受肺癌及化疗不良反应影响,患者多存在恶心呕吐、不思饮食的情况,从而导致营养不良,影响后续治疗。研究证明,营养不良是肿瘤患者出现临床不良结局的主要负性因素,它是肿瘤患者最常见的并发症,削弱了治疗效果、增加了并发症的发生率、升高了死亡率^[8]。研究指出,我国三甲医院住院患者总体营养不良的发病率为 80.4%,且有 66.78% 的肿瘤患者没有获得任何营养治疗^[9]。故详细评估患者的疾病情况,入院后立即进行营养风险筛查评分,并进行根据饮食需要制定合适的膳食计划,由于患者出现了骨髓抑制,嘱患者多卧床休息,以提高机体免疫力,并给予对应的营养支持治疗,改善患者的营养状况。鼓励患者进食优质蛋白易消化饮食,患者经过输注静脉脂肪乳氨基酸葡萄糖(卡文)肠外营养支持,输入白蛋白,止泻补液等治疗。

2.5 心理护理

面对恶性疾病不可治愈的现实,肺癌患者在治疗阶段会出现不同程度悲观、自责、绝望情绪,而化疗带来的不良反应又会进一步加重患者的痛苦,致使患者出现多种不良心理,若不良心理无法得到及时排解,持续累积,不但可导致患者出现消极恐惧的心理,严重者甚至可导致患者放弃、抵抗治疗,甚至自杀。因此在患者住院期间应给予患者有效、积极的心理支持。加强针对性心理支持,首先必须认真分析患者心理、家庭以及社会等方面的情况,全面掌握可导致患者出现异常心理的条件,然后密切观察患者日常生活中的种种表现,若发现患者出现异常情绪,应做好及时的心理支持和疏导,如转移注意力,强化正念支持,如告诉患者良好的心理精神状态可增强化疗的效果,改善患者在生存期的生活质量。倾诉是缓解患者心理压力的重要方式,但多数肺癌患者难以找到倾诉的对象,从而导致内心压力无法排解。为缓解患者心理压力,护理人员要认真听取肺癌患者倾诉,及时给予安慰性的语言给予回应,从心理上、行动上给予支持,逐渐缓解其心理压力。研究发现,不但肺癌患者存在严重的心理压力,患者家属承受的心理压力也不容小觑。在针对肺癌患者展开心理护理的同时,也要加强对患者家属的心理干预,使其能够更好地与医护人员配合,共同完成对患者的护理。为此,必须对患者和家属实施分阶段的心理支持护理,具体措施如下:①在患者入院时可发放相关化疗知识手册,引导其认真阅

读,讲解其中的疑难问题,纠正患者及家属的错误认知,使其认识到化疗是一种积极的治疗方式,对于延长患者生命具有重要的价值。②在患者住院期间可行渐进性放松训练及引导性想象训练,之后通过案例讲解指导患者,嘱其保持积极向上的良好的心态,并教会其控制、管理情绪的方法。③护士认识到此事件对其家庭也是一沉重打击,因此,告知家属发生的原因、治疗的经过和预后。指导家属多关心、体贴患者,帮助其顺利通过治疗期。经过以上护理措施,患者未发生严重的抑郁和负性情绪。

2.6 出院宣教

受肺癌及化疗影响,患者出院时身体多较为虚弱,出院后常易出现多种不良现象,从而降低其生活质量。为此,出院时要加强对患者及家属的健康宣教,使其充分认识到出院后遵医嘱继续治疗及生活的重要性,指导患者继续重视血象复查,注意保暖,防止感冒,避免去人口密集的地方,按时服用药物,定期随访,如有不适及时就诊。通过出院宣教,该患者出院后随访期间未发生明显不良事件。

3 小结

肺癌化疗后IV度骨髓抑制的患者病情危重,救治难度大,对护理提出了较高的要求,采取的护理措施包括:做好保护性隔离,预防感染;严密观察,预防出血;疼痛护理、营养管理和心理护理。经过精心的治疗和护理,患者骨髓抑制恢复,无严重并发症发生,顺利出院。

参考文献:

- [1]史艳侠,邢锴元,张俊,等.中国肿瘤化疗相关贫血诊治专家共识(2019年版)[J].中国医学前沿杂志(电子版),2019,11(12):78-85.
- [2]史艳侠,邢锴元,张俊,等.肿瘤化疗导致的中性粒细胞减少诊治专家共识(2019年版)[J].中国肿瘤临床,2019,46(17):876-882.
- [3]肿瘤化疗所致血小板减少症诊疗中国专家共识(2018版)[J].中华肿瘤杂志,2018,40(9):714-720.
- [4]Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global cancer statistics 2020: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021.
- [5]石亚飞,陈伟,曹宇,等.非小细胞肺癌患者化疗后骨髓抑制的影响因素分析[J].临床药物治疗杂志,2019,17(11):38-43+61.
- [6]Prandi C, Garrino L, Mastromarino P, et al. Barriers in the management of cancer-related pain and strategies to overcome them: Findings of a qualitative research involving physicians and nurses in Italy[J]. Ann Ist Super Sanita, 2015, 51(1): 71-78.
- [7]Azizoddin D R, Knoerl R, Adam R, et al. Cancer pain self-management in the context of a national opioid epidemic: Experiences of patients with advanced cancer using opioids[J]. Cancer, 2021, 127(17): 3239-3245.
- [8]Steenhagen E, van Vulpen J K, van Hillegersberg R, et al. Nutrition in peri-operative esophageal cancer management[J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2017, 11(7): 663-672.
- [9]宋春花,王昆华,郭增清,等.中国常见恶性肿瘤患者营养状况调查[J].中国科学:生命科学,2020,50(12):1437-1452.

探讨优质护理理念在晚期肺癌患者护理中的临床应用价值及对生活质量的影响

毕成玉

四川省肿瘤医院 四川成都 610000

摘要：目的：通过优质护理理念指导晚期肺癌患者的护理工作，从而改善患者临床症状，缓解不良情绪，提升生活质量。方法 将符合纳入标准的74例晚期肺癌患者作为研究对象，将研究对象分设为两组，其中对照组37例开展常规肿瘤护理，观察组37例接受优质护理理念指导下的肿瘤护理模式。比较两组症状、生活质量以及焦虑抑郁状态的管理效果。结果 干预前，两组呼吸困难、失眠、疼痛、恶心呕吐症状评分；躯体功能、社会功能、心理功能、共性症状及副作用、特异模块评分；焦虑、抑郁评分组间无显著差异（ $p>0.05$ ）；干预后，观察组上述症状评分、生活质量评分和不良情绪评分改善程度均优于对照组（ $p<0.05$ ）；与对照组相比，观察组护理总满意度显著升高（ $p<0.05$ ）。结论 将优质护理理念运用与晚期肺癌患者的护理工作中能够改善患者的不适症状和生活质量，缓解不良情绪。

关键词：晚期肺癌；临床护理；优质护理；生活质量

肺癌是全球性的公共卫生问题，是威胁人类健康的主要肿瘤之一。据世界卫生组织国际癌症研究机构（IARC）发布的数据，2020年肺癌发病率仅次于乳腺癌，居于第二，而在此之前肺癌一直是全球发病率最高的恶性肿瘤。肺癌发病初期症状非常隐匿，患者一般无特殊的自觉症状，这也导致临床上很多患者在确诊之时已经进入肺癌中晚期，错失了最佳的手术时间窗，而进行放射治疗和化学治疗的毒副作用较大，患者躯体症状严重，加上肺癌治疗带来的巨大经济压力，患者生理心理需求均难以得到较好地满足，严重影响其生活质量^[1]。另外，肺癌患者晚期还存在较严重的情绪问题，而长期处在负性情绪当中又进一步加重躯体症状负担^[2]。因此如何对晚期肺癌患者进行科学管理，使患者在剩余的生存期内提升生活质量，促进患者优逝是目前护理工作面临的重要课题。优质护理理念出自卫生部“优质护理服务示范工程”，自该活动开展以来，经过多年发展，其在概念与护理模式、内容等方面形成具有各自医院特色的理论和实践成果^[3]。本

研究在优质护理理念指导下，对晚期肺癌患者开展日常护理工作，收效较为满意，报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象：本院收治的74例晚期肺癌患者。病例收治时间：2020年3月~2022年3月。

纳入标准：①符合肺癌诊断标准，肺癌分期为Ⅲ期、Ⅳ期。②预计生存时间超过3个月。③意识清楚，可准确表达自身需要与情感，能独立或在研究人员指导下进行问卷填制。④符合知情同意原则。

排除标准：①患者无法自主表达自我意愿，对治疗及护理依从性较差。②正在参与其他研究。③精神疾病或认知障碍。④放弃治疗或中途转院。

采取随机数字表法选取样本，每组37例。两组一般资料比较，无显著差异（ $p>0.05$ ），见表1。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	性别[n（%）]		年龄 （ $\bar{x} \pm s$ ，岁）	分期	
		男	女		Ⅲ期	Ⅳ期
观察组	37	22（59.46）	15（40.54）	45.47±4.02	12（32.43）	25（67.57）
对照组	37	20（54.05）	17（45.95）	46.03±4.87	15（40.54）	22（59.46）
t/χ^2		0.220		0.595	0.525	
P		0.639		0.553	0.469	

1.2 方法

对照组按常规肿瘤护理模式开展日常工作，患者入院首日，由责任护士对其全身情况进行评估，开展床旁宣教。住院期间做好皮肤、口腔、晨晚间护理等基础护理，根据患者症状进行对症处理。根据患者心理状态开

展相应的心理护理。出院前给予出院指导。

观察组开展优质护理，具体包括：①组建优质护理团队，由护士长牵头作为小组长，具有五年以上工作经验的肿瘤专科护士作为组员，配备专科医生、营养师和心理咨询师。对团队成员进行优质护理培训和考核，考

核合格后正式开展工作。②优质护理干预方案细则,包括 a.护理评估,患者入组第一周,对其症状感知、症状反应、症状程度进行评估,根据患者需求制定个体化的干预方案。b.认知护理,根据评估情况,采用 PPT、视频、纸质图文资料等方式对患者和其家属开展健康教育,教育内容主要包括肺癌晚期常见的症状,不同症状产生的原因,使患者具备一定识别症状加重危险因素的能力。然后向患者强调若不重视管理症状可能对身体产生的影响,最后就是向患者介绍各种症状的管理办法。c.行为干预,以患者实际情况为依据,在康复师指导下进行日常活动,保证患者在耐受范围内保持一定的运动量,改善症状。d.心理干预,和患者勤沟通,多交流,对其情绪反应、心理状态进行评估,根据患者兴趣爱好帮助其发展特长,以此作为精神寄托分散其注意力,或者在能力范围内帮助患者实现其尚未实现的愿望,给予其生活信心,改善其形态。鼓励患者表达自身的情绪,对其不良情绪产生原因进行识别,并进行个体化指导,若患者心理状态不容乐观要及时联系心理科进行心理评估和干预。e.社会支持,鼓励家属参与患者的日常护理,使亲朋好友多探望患者,病情允许的前提下可鼓励患者参加病情交流会。f.睡眠干预,帮助患者建立规律的作息时

间,保持病房内环境温湿度适宜,夜间操作尽量减少或集中操作,减少对患者睡眠时间的干扰,遵医嘱合理应用抗失眠类药物。

1.3 观察指标

①症状表现:应用埃德蒙顿症状评估量表(ESAS)对患者临床症状严重程度进行评估,包括呼吸困难、失眠、疼痛、恶心呕吐四项,采用线性模拟计分法,0~10分,数字越大,症状越重。②不良情绪:采用 SAS、SDS 量表对两组不良情绪进行评估,SAS、SDS 临界分分别为 50 分、53 分,超过临界分提示存在焦虑、抑郁状态,评分越高,则症状程度越严重。③生活质量,应用癌症患者生命质量量表体系中的肺癌量表(QLICP-LU)进行评估,包括躯体功能、社会功能、心理功能、共性症状及副作用四个领域以及一个特异模块,评分越高,则生活质量越高。④护理满意度:以自制的护理调查问卷对满意度进行评估。其中①~③分别于护理干预前和干预后 2 周进行调查。④在出院前进行调查。

1.4 统计学方法

采用 spss24.0 软件处理资料,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,(%)表示计数资料,分别以 t 和卡方检验,P<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 ESAS 评分

干预前,两组呼吸困难、失眠、疼痛、恶心呕吐症状评分组间比较无差异($p>0.05$);干预后,观察组上述症状评分较前下降,且显著低于对照组($p<0.05$),见表 2。

表 2 两组 ESAS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	时间	观察组 (n=37)	对照组 (n=37)	t	P
呼吸困难	干预前	5.46±1.52	5.43±1.42	0.088	0.930
	干预后	4.23±0.74	5.22±0.61	6.279	0.000
疼痛	干预前	3.43±1.08	3.41±1.01	0.082	0.934
	干预后	2.45±0.41	3.31±0.31	10.177	0.000
失眠	干预前	5.01±1.03	5.02±1.05	0.041	0.967
	干预后	3.41±1.02	4.23±1.12	3.293	0.002
恶心呕吐	干预前	2.81±1.05	2.79±1.03	0.083	0.934
	干预后	1.43±0.42	2.74±0.81	8.733	0.000

2.2SAS、SDS 评分

两组干预前 SAS、SDS 评分组间比较无显著差异($p<0.05$),干预后观察组 SAS、SDS 评分较对照组低($p<0.05$),见表 3。

表 3 两组 SAS、SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	37	56.15±7.12	38.13±6.31	57.25±6.12	32.13±4.05
对照组	37	57.54±7.29	47.13±6.14	58.17±7.02	48.25±6.33
t		0.830	6.218	0.601	13.048
P		0.409	0.000	0.550	0.000

2.3QLICP-LU 评分

干预前,两组躯体功能、社会功能、心理功能、共性症状及副作用、特异模块评分无差异($p>0.05$);干预后观察组上述评分均较对照组提高($p<0.05$),见表 4。

表 4 两组 QLICP-LU 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	时间	观察组 (n=37)	对照组 (n=37)	t	P
躯体功能	干预前	22.13±3.21	22.15±3.15	0.027	0.979
	干预后	24.13±2.12	22.11±2.11	4.108	0.000
社会功能	干预前	24.11±2.46	24.02±2.33	0.162	0.872
	干预后	28.46±1.52	24.13±1.31	13.126	0.000
心理功能	干预前	34.12±2.11	34.08±2.05	0.083	0.934
	干预后	39.15±2.14	34.02±2.18	10.215	0.000
共性症状及副作用	干预前	27.12±1.36	27.33±1.02	0.751	0.455
	干预后	31.23±2.42	28.13±2.13	5.849	0.000

作用					
特异模	干预前	28.13±1.52	28.33±1.31	0.606	0.546
块	干预后	33.25±2.13	28.14±2.03	10.564	0.000

2.4 护理满意度

与对照组相比，观察组护理总满意度显著升高（ $p<0.05$ ），见表 5。

表 5 两组护理满意度比较[n（%）]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	总满意度
观察组	37	25(67.57)	11(29.73)	1(2.70)	0(0.00)	36(97.30)
对照组	37	22(59.46)	9(24.32)	4(10.81)	2(5.41)	31(83.78)
χ^2						3.945
P						0.047

3 讨论

优质护理服务的宗旨为“以患者为中心”，对基础护理进行强化，并要求对护理专业内涵进行深化，使得护理服务水平得到整体提升^[4]。所谓以患者为中心，即是指无论在医疗行为还是思想观念上，一切从患者出发，事事为患者着想，紧紧围绕患者需求，不断提升服务质量^[5]。将优质护理理念应用于晚期肺癌中，我们的护理宗旨是提升患者生活质量，维护患者的生命尊严。

在本次研究中，干预后观察组患者呼吸困难、失眠、疼痛、恶心呕吐症状评分较对照组显著降低，这提示我们优质护理模式的应用能够有效缓解患者的症状。呼吸困难作为肺癌最常见的症状，发作时患者常常伴有呼吸急促、皮肤苍白、心动过速等症状，对患者而言是非常痛苦的一种体验^[6]。疼痛也是晚期癌症患者的常见负面体验，癌痛是影响患者生活质量的重要因素之一^[7]。相关研究指出，肺癌患者有较大的失眠风险，因其年龄较大，呼吸功能低下，癌症治疗带来的恶心呕吐等症状负担在极大程度上影响着患者的睡眠质量^[8-9]。对此我们在护理过程中，应用认知疗法进行干预，通过行为认知疗法，患者能获得更多的疾病知识支持，并自觉采取一些措施规避症状加重的危险因素，能够掌握部分缓解症状的技能，因此可以降低患者上述症状的主观严重程度。

相关研究指出，在肺癌患者中多数都存在不同程度的焦虑、抑郁状态^[10]。相比其他恶性肿瘤，肺癌患者身体机能下降更严重，症状负担也更重，因此在心理变化上也非常明显，焦虑和抑郁程度较高^[11-12]。本次研究中，根据患者症状，开展包括心理治疗、社会支持、健康教育以及行为认知等

在内的多项支持性护理策略，在不同角度为患者提供心理护理，减少患者抑郁和焦虑症状，研究结果显示，观察组 SAS、SDS 评分低于对照组。基于上述措施，患者生理、心理层面的需求均得到一定满足，生存质量随之而提升，研究结果显示观察组生活质量评分较对照组高。

综上所述，优质护理模式应用于晚期肺癌患者的护理工作有较高价值，可缓解患者不良情绪和躯体症状，提高患者生存质量。

参考文献：

[1]王冰,任梅香,宁世杰. 基于健康信念模式的护理干预对肺癌患者呼吸功能锻炼依从性的影响[J]. 中华现代护理杂志,2020,26(7):927-930.

[2]石玲,曹娟,夏燕燕. 基于人本理念的姑息护理对晚期肺癌患者情绪与生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2022,31(6):851-854.

[3]曹艳超,尹桂梅,郑新英,等. 基于快速康复外科理念的护理干预对肺癌患者疗效、疲乏及生活质量的影响[J]. 中国医药导报,2020,17(28):173-176,181.

[4]巩敏. 延续护理措施对老年晚期肺癌化疗患者不良反应和生活质量的影响[J]. 中国药物与临床,2021,21(5):884-886.

[5]孙梅辉,袁群映,赵健. 循证护理在行胸腔镜肺癌根治术患者中的应用及其对生活质量的的影响[J]. 长春中医药大学学报,2021,37(1):204-206.

[6]冯莎莎,唐瑞红,樊聪智. 综合护理措施对晚期非小细胞肺癌化疗患者癌性疲乏与生活质量的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复,2020,27(4):482-485.

[7]黄笑笑,洪张翔,魏伟瑾. 基于 ERAS 理念的全程综合优质护理对食管癌患者的心理状态及生活质量的影响[J]. 海南医学,2022,33(6):813-816.

[8]席宝宇,张红娟,张妮,等. 姑息化疗对晚期肺癌患者细胞免疫功能及相关炎症因子水平的影响及护理对策[J]. 中国肿瘤临床与康复,2020,27(2):243-246.

[9]张朝晖,谢凤兰,陈爱萍,等. 晚期肺癌患者参与及执行治疗决策的心理体验及支持性需求的现象学研究[J]. 现代临床护理,2020,19(7):30-36.

[10]赵宝芳,钱爱云,康聪颖,等. 基于生命意义为主导的灵性照护对晚期肺癌患者希望水平及社会支持水平的影响[J]. 中国医药导报,2022,19(2):164-167.

[11]申智慧,李丽,李胜楠,等. 心理干预联合音乐放松疗法对晚期肺癌化疗患者希望水平、心理痛苦程度、癌因性疲乏的影响[J]. 国际精神病学杂志,2021,48(2):354-358.

[12]周丽娟,唐瑶,张宇,等. 以意义疗法为基础的综合干预在中年晚期肺癌患者安宁疗护中的应用价值[J]. 中国实用护理杂志,2021,37(31):2450-2455.

基层介入临床护理路径在卒中患者中的应用

叶志英 叶丽 荣晓霞 曹莉 任均碧 周瑶

四川绵阳四〇四医院 四川绵阳 621000

摘要：目的：探讨基层介入临床护理路径在卒中患者中的应用。方法：以 2020.1-2022.2 本院收治的 100 例缺血性脑卒中（IS）患者为对象。随机分为观察组与对照组，对照组：传统护理，观察组：介入临床护理路径。比较两组神经功能、日常生活能力、住院时间、费用、并发症发生率等。结果：干预后两组 NIHSS 评分降低，ADL 评分升高，观察组降低/升高幅度高于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组住院时间、住院费用、mRS 评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组护理满意度为高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：介入临床护理路径可改善脑血管介入治疗患者神经功能及日常生活能力，缩短患者住院时间，减少医疗费用及相关并发症发生，提高患者满意度。

关键词：介入；临床护理路径；卒中

Abstract: Objective To explore the application of basic interventional clinical care pathway in stroke patients. Methods 100 patients with ischemic stroke (IS) were admitted to 2020.1-2022.2. Randomized is divided into observation group and control group, control group: traditional nursing, observation group: interventional clinical nursing pathway. Neural function, daily living ability, length of stay, cost, and complications rate were compared between the two groups. Results After the intervention, the NIHSS score decreased and the ADL score increased, and the decrease / increase was higher than the control group ($P<0.05$). The length of stay, hospitalization cost, and mRS score were lower than the control group ($P<0.05$). The complication rate in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$). The satisfaction with care in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$). Conclusion interventional clinical nursing pathway can improve neurological function and daily living ability of patients with cerebrovascular interventional therapy, shorten hospital stay, reduce medical expenses and related complications, and improve patient satisfaction.

Key words: intervention; clinical care path; stroke

缺血性脑卒中（IS）是脑血管常见的疾病，该病发病急骤、病情进展快，致残率及致死率较高^[1]。IS 治疗的关键在于快速开通阻塞的血管，恢复脑组织的血液灌注。国外有报道指出血管内介入治疗用于急性前循环大血管闭塞脑卒中患者，取得较好的效果^[2]。脑血管介入治疗是指经皮股动脉穿刺，在 DSA 的指引下在血管内介入治疗的方式^[3]。然而手术作为应激源，患者可因手术产生较强的心理反应，因此配合相应的护理意义重大。临床护理路径为针对特定疾病的治疗、康复、护理制定的有严格工作顺序、时间要求的护理模式，其目的为优化资源配置，保证病人获得优质的护理服务^[4]。本文将介入临床护理路径用于 IS 患者，探究其应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2020.1-2022.2 本院收治的 100 例 IS 患者为对象。纳入标准：（1）影像学检查确诊为 IS；（2）均接受介入治疗。排除标准：（1）患有严重器质性器官功能障碍；（2）未合并甲亢、恶性肿瘤等；（3）脑出血或短暂性脑缺血发作。随机分为观察组与对照组。观察组 50 例，年龄 47~85（ 66.31 ± 11.81 ）岁，男性 28 例，女性 22 例。对照组 50 例，年龄 40~82（ 67.04 ± 11.98 ）岁，男性 33 例，女性 17 例。两组一般资料比较无差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组：传统护理。口头健康宣教：术前常规备皮，嘱咐患者术前禁

食、禁饮，围术期监测患者的生命体征，观察组患者下肢皮肤温度、排尿情况；术后密切观察。

观察组：介入临床护理路径。查阅国内外最新权威文献，结合患者病情，制定护理路径表。以入院时间为横轴，以入院指导、心理疏导、常规准备、术前干预、术后并发症预防、用药治疗、饮食指导、出院指导等为纵轴，制定日程表。（1）入院当天，责任护士向患者自我介绍，讲解医院、科室的规章制度，带领患者熟悉科室环境，消除患者的陌生感；告知患者留取大、小便样本的方法等；收集患者的基本资料。（2）入院第 2 d，向患者讲解 IS 病因、临床症状、治疗方法等，告知患者介入治疗的必要性、安全性等；协助患者完善术前各项检查。（3）术前 1 d，告知患者术前准备内容、注意事项、床上大小便训练，建立静脉通路，准备好术中用药；再次评估患者的病情，给予患者心理护理，缓解患者的术前紧张、焦虑情绪，告知患者术后可能出现的并发症。（4）手术当天，准备好术中抢救药物，严格执行各项护理操作，保证手术顺利进行，陪同患者进入手术室，密切监测患者生命体征，发现不良事件及时报告医师，给予干预。（5）术后当天，嘱咐患者静卧 24 h，监测、记录患者生命体征变化，保持穿刺肢体伸直制动 12 h；鼓励患者多饮水；观察患者精神状态及双下肢足背动脉搏动。（6）出院时，告知患者出院流程及出院手续，出院带药用药方式、注意事项，按照复诊。

1.3 观察指标

利用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评价患者神经功能,0~42分,分值越高神经功能缺损加重。采用日常生活能力评定量表(ADL)评价患者日常生活能力,总分100分,分值越高提示患者的生活自理能力越强。记录患者住院时间、费用。利用改良Rankin量表(mRS)评价患者预后情况,0~6分,分值越高预后越差。统计患者并发症发生率。护理满意度,满意(90~100分);基本满意(81~89分);不满意(0~80分)。

1.4 统计学方法

数据分析采用SPSS 23.0。计数资料n(%)用 χ^2 检验。计量资料($\bar{x} \pm s$)用t检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组NIHSS评分、ADL评分

干预后两组NIHSS评分降低,ADL评分升高,观察组变化幅度高于对照组($P<0.05$)。

表1 两组NIHSS评分、ADL评分比较

组别	n	NIHSS 评分		ADL 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	11.94±4.31	2.68±3.71	35.20±19.51	76.90±19.71
对照组	50	11.84±5.25	7.32±6.28	33.20±21.28	40.90±28.30
t		0.104	4.496	0.490	7.381
P		0.917	<0.001	0.625	<0.001

2.2 两组住院时间、住院费用及预后情况

观察组住院时间、住院费用、mRS评分低于对照组($P<0.05$)。

表2 两组住院时间、住院费用及预后情况比较

组别	n	住院时间 (d)	住院费用(元)	mRS 评分 (分)	复发
观察组	50	13.58±7.40	87188.09±36477.12	1.86±1.31	2(4.00)
对照组	50	22.16±15.08	110350.00±38519.32	4.02±1.20	5(10.00)
χ^2/t		3.611	3.087	8.588	1.382
P		<0.001	<0.001	<0.001	0.240

2.3 两组并发症

观察组并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。

表3 两组并发症发生率n(%)

组别	n	卒中抑郁	坠积性肺炎	下肢静脉血栓	肩关节挛缩	总计
观察组	50	0(0)	1(2.00)	2(4.00)	0(4.00)	3(6.00)

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	50	45(90.00)	4(8.00)	1(2.00)	49(98.00)
对照组	50	24(48.00)	14(28.00)	12(24.00)	38(76.00)
χ^2		需要重新计算			4.891
P					<0.001

2.4 两组护理满意度

观察组护理满意度高于对照组($P<0.05$)。

表4 两组护理满意度比较n(%)

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	50	45(90.00)	4(8.00)	1(2.00)	49(98.00)
对照组	50	24(48.00)	14(28.00)	12(24.00)	38(76.00)
χ^2		需要重新计算			4.891
P					0.027

3 讨论

IS是神经内科常见病,其多见于老年人群,随着老龄化进程的加快,IS的发病率随之增加^[5]。IS的致残率、致死率、复发率均较高,为家庭、社会造成极大的负担。随着介入技术的发展,血管介入治疗为IS的治疗提供新的选择。股动脉由于搏动性强、不易发生痉挛、穿刺难度小,故将其作为IS介入治疗的首选^[6]。然而多种因素可对血管介入治疗的效果造成不利影响。围术期患者若未得到正确、及时的护理,可增加术后并发症的发生风险,文献指出,穿刺部位皮下出血为股动脉穿刺常见的并发症,而穿刺部位并发症的发生与围术期压迫止血力度、时间不精确、术后抗凝药物使用不当及患者穿刺肢体活动时间过早等存在联系^[7,8]。因此对于接受血管介入治疗的IS患者进行全面的临床护理至关重要。

介入临床护理路径针对血管介入手术的要求及并发症危险因素等制定相应的路径表,要求责任护士按照路径表内容落实每项干预措施,术前按照表单中的要求进行训练,可保证患者在术后心理及行动方面可积极配合;同时密切监测患者的生命体征及细微的变化,保证护理工作的规范及标准,并且介入临床护理路径邀请患者共同参与,调动患者的积极性,有助于早期发现并发症并予以干预^[9,10]。介入临床护理路径的目的为合理利用医疗资源,提升护理质量。在制定IS介入治疗路径表时,强调医护患三者的协作,制定详细的护理日程,在干预期间,医护人员按照路径表实施护理,患者可对自身病情及诊疗情况有详细的了解,可促使患者配合完成治疗及护理,可在最短的时间内完成相关的检查,并且可早期发现并发症并予以预防,缩短患者的住院时间,减少医疗费用支出。本文中观察组住院时间及费用均低于对照组,提示介入临床护理路径可促进患者快速康复,减少患者的开支。本文结果显示观察组NIHSS评分低于对照组,ADL评分高于对照组,提示介入临床护理路径干预可减轻患者的神经功能

(下转第243页)

优质护理在麻醉复苏室全麻患者复苏期的应用价值分析

冯杰

贵州省人民医院 贵州省贵阳市 550002

摘要：目的：研究优质护理应用在麻醉复苏室全麻患者复苏期的效果。方法：选择医院在2020年1月-2020年10月收拾的全麻患者104例。按随机数表法分为对照组和研究组，各52例。为前者提供麻醉复苏的常规护理，为后者提供麻醉复苏室内全麻复苏期的优质护理，对比两组的护理满意度情况以及并发症情况。结果：护理前两组的护理满意度情况相差不大($P>0.05$)，经过科学护理后，研究组的护理满意度评分远高于对照组，对比 $P<0.05$ ；研究组的并发症发生率1.92%，远低于对照组的13.46%， $P<0.05$ 。结论：在麻醉复苏室为全麻患者复苏期提供优质护理，可以在很大程度上改变患者的护理满意度，并减少并发症出现，效果比较显著。

关键词：优质护理；麻醉复苏室；全麻患者；复苏期；应用

1 引言

手术是治疗大部分疾病的主要方式，在当前疾病种类持续增加的趋势下，手术技术也不断提升，出现新的手术方式以及操作技巧，对于疾病治疗和保健发挥了很大的作用。不管手术技术如何先进，但依然属于侵入性操作，大部分情况下都需要在患者机体上做出伤口，这会给学生带来较大的痛苦，可能导致患者出现异常行为。所以一般术前都需要麻醉，以保证手术顺利进行。而一般来说，术后麻醉效果还会持续一段时间，需要缓慢进行复苏，在这个过程中，如果护理不当，可能导致患者心理情绪等出现异常表现，比如因短暂性意识不清造成较明显的焦虑心理等。而术后的麻醉复苏，一般是在麻醉复苏室内进行，由护理人员进行监护，确保患者度过麻醉复苏期，特别是要关注对患者心理复苏的引导^[1]。而临床手术中全麻的方式比较常见，所以对于全麻患者麻醉复苏期的护理十分重要。因此，需要为此提供科学的护理干预，尤其是对于全麻患者，因为麻醉效果更加强烈，复苏期时间也更长，更需要科学的护理服务，本次提出优质护理的应用。

2 资料与方法

2.1 材料

选择医院在2020年1月-2020年10月收拾的全麻患者104例。按随机数表法分为对照组和研究组，各52例。其中对照组有男28例，女24例，33-68岁，平均 (48.06 ± 4.33) 岁；研究组有男27例，女25例，34-70岁，平均 (48.72 ± 5.28) 岁。对比患者的普通信息， $P>0.05$ 。

2.2 方法

对照组：提供常规护理，按照医生要求实时监测患者的生命体征，控制好麻醉复苏室的温湿度条件，注意保暖。(1) 监测护理：要密切关注生命体征，利用心电监护仪等设备，实时监测患者的呼吸、心率、血压、血氧饱和度等变化。如果发现异常或者设备报警，要及时告知医生处理。(2) 呼吸系统护理：为了确保患者可以正常呼吸，需要固定好气管插管，避免出现脱离、堵塞等问题；如果提供机械性通气，还要保证设备正常运行；对于患者要注意及时清除痰液，避免出现窒息问题。

研究组：提供优质护理，主要是针对麻醉前后，特别是麻醉复苏期的心理状态进行干预引导。(1) 术前心理护理：术前麻醉过程中，护理人员要与患者交流，沟通患者的信息，同时向患者宣教疾病知识的相关内容，

了解疾病的病因、症状、可行的治疗方式以及不同治疗方式各自的适应症和禁忌症等；说明手术治疗的原因、目的、必要性和可行性；简单介绍手术的流程以及优势，特别点名可能的不良反应以及注意事项等；向患者说明需要进行的术前准备，同时说明主治医师的技术水平，表达出主治医师的可靠性和安全性，消除患者的恐惧、担忧心理。之后在患者保持良好状态后进行麻醉和手术。(2) 麻醉复苏室心理护理：在患者结束手术送入复苏室后，要随时陪伴在患者身侧，在患者表现出恢复意识的迹象后，可以轻声呼唤患者，使患者快速熟悉自己的声音，推动意识恢复正常^[2]。在患者熟悉了护理人员的声音后，与患者进行沟通，轻声交谈，选择患者感兴趣的信息，特别说明手术很成功，让患者不要担心，只要术后配合治疗护理，就能很快恢复后回家。这样可以减轻患者存在的焦虑、不安等情绪，可以促使其从麻醉状态中快速恢复。必要的话可以为患者播放歌曲，讲一个小故事，或者轻拍患者不涉及手术的部位，或者呼唤患者的名字等，增加患者的熟悉程度和自在感，对于消除此时的疼痛和躁动有积极意义。在患者恢复良好后，简单说明复苏期的一些注意事项，耐心回答患者的问题，这要求护理人员使用轻柔的语气与患者交流，促使患者建立起与护理人员的信赖感^[3]。(3) 转入病房：在患者离开麻醉复苏室，离开手术间，转移到病房的过程中，率先呼唤患者的家属过来陪伴，要求家属提供家庭支持，全程陪护，积极与患者交流，转移患者注意力；同时安排主刀医生与患者进行交流，说明手术很成功，介绍术后恢复注意事项等，提供必要的心理支持。

2.3 观察指标

(1) 对比两组护理前后的护理满意度情况，使用自制量表进行统计，包括多个项目，满分100分，分数越高说明护理满意度越高。

(2) 对比两组出现并发症的情况。

2.4 统计学处理

使用SPSS展开数据分析，数据用%和 $\bar{x}\pm s$ 表示，分别实行 χ^2 和t检验，以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组护理满意度对比

结果发现，护理前两组的护理满意度情况相差不大($P>0.05$)，经过科学护理后，研究组的护理满意度评分远高于对照组，对比 $P<0.05$ ，具体

见表 1。

表 1 护理前后患者护理满意度评分对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	护理前	护理后
对照组	120	63.18±2.25	86.85±3.61
研究组	120	64.03±3.74	96.78±2.77

3.2 两组并发症情况对比

统计发现, 对照组出现 7 例并发症, 发生率 13.46%, 而研究组出现 1 例, 发生率 1.92%, 组间对比, $P<0.05$ 。

4 讨论

临床上手术是治疗很多疾病的主要方式, 其适应证越来越广泛。但在手术过程中, 为了减轻疼痛感, 保证操作的顺利进行, 并且保障治疗效果的发挥, 需要让患者机体处于沉眠状态, 而这就需要进行手术麻醉, 使患者整体或局部丧失感觉, 从而实现无痛操作, 为手术创造良好条件的目的。目前来说麻醉学已成为医学的一门单独学科, 与其他学科之间联系紧密, 而且临床麻醉也称为现代麻醉学的关键。现代麻醉的范围包括临床麻醉、重症监护、急救复苏、疼痛治疗等^[4]。其中在临床上, 涉及到围手术期的一切处理工作, 比如麻醉前准备, 需要结合患者情况选择合适的麻醉方式和麻醉药物; 进行麻醉操作时要按照无菌操作要求进行, 并且麻醉过程以及手术过程中需要时刻监测的生命体征变化; 术后将患者带入麻醉复苏室, 继续进行监测和护理, 直到患者意识恢复。

随着麻醉技术的发展, 麻醉的类型逐渐增加, 并且方式也比较多样, 但比较常用的就是局部麻醉以及全身麻醉。其中全身麻醉在麻醉中的占比呈上升趋势, 全麻是选择合适的药物, 经过口腔吸入或静脉输注等方式, 使药物发挥麻醉作用, 麻痹中枢神经系统, 使全身都感觉不到疼痛, 并且患者丧失意识。对于具体麻醉方法的选择, 需要结合患者病情、手术需求、不同方法的优缺点以及麻醉师的经验等进行合理选择。麻醉前需要评估病情, 做好禁食准备, 准备好麻醉药品和设备, 科学进行麻醉前用药。此次研究论述的是麻醉后的复苏过程^[5]。

麻醉复苏期是从停止追加全麻药物到患者恢复正常意识状态的阶段。一般来说, 术后麻醉药依然还会起效, 但效果是逐渐削弱的。随着麻醉药效逐渐消失, 患者的意识就逐渐恢复。但这需要一定的时间, 并且期间可能出现一些并发症, 为了加速手术预后, 保证患者安全, 护理人员需要在术后将患者送到麻醉复苏室, 让患者在复苏室内呆到彻底清醒, 并保证生命体征平稳之后, 再送入病房。麻醉复苏室需要提前做好各项准备, 包括麻醉床、心电监护、呼吸机等, 其中麻醉床旁需要配备氧气、吸痰器等设备, 做好急救准备。复苏室护理人员与手术室护理人员进行工作交接, 交接内容主要是患者的姓名、床号、住院号、疾病、手术名称、麻醉方式、麻醉用药、是否存在气管插管、静脉穿刺、引流、伤口敷料、药物过敏史等信息, 做好充足的护理准备^[6]。

麻醉复苏室需要负责的护理内容主要包括五个方面: ①复苏患者交接: 患者进入复苏室后要立刻监测生命体征, 与麻醉师交班, 了解术中情况^[7]。在患者未清醒之前, 选择去枕平卧, 头转向一侧, 保持呼吸道通畅; 如果是幼儿要注意头略向后仰; 根据上述交接内容逐一交接; 在患者没有彻底清醒之前, 安排专人负责护理。②监测生命体征: 包括血压、脉搏、呼吸、心率等, 借助心电监护仪, 实时监测这些体征变化, 直到患者完全

清醒。个别患者可能会需要转运设备。③呼吸道梗阻护理: 主要是担心患者意识不清晰, 可能出现呼吸道不通畅的问题。对此需要关注患者是否存在发绀、呼吸困难、鼻翼煽动等情况, 关注血氧饱和度、血压变化等呼吸道梗阻的症状; 如果患者表现出舌后坠, 需要使其头部后仰, 或者留置口咽通气管, 并且及时清除口腔分泌物。④意外伤害: 在患者复苏过程中, 可能出现躁动不安、幻觉等情况, 此时容易出现意外伤害, 比如坠床、意外拔管、输液脱落等。对此护理人员需要结合躁动程度以及麻醉情况, 使用约束带进行约束, 拉上床档, 做好穿刺部位以及留置管道的固定工作, 保持通畅。在麻醉复苏护理过程中, 需要关注一些注意事项, 包括如下方面: 全麻患者需要安排专人护理, 直到患者彻底清醒转入病房, 实时监测生命体征变化, 如有异常及时告知医生处理; 平卧时头部偏向一侧, 防止出现呕吐、误吸等问题; 保持呼吸道通畅, 及时清除口腔分泌物, 并且关注是否出现喉部水肿问题; 如果发现患者出现体温 $\geq 39^{\circ}\text{C}$, 心率 >130 次/min, 面色苍白、青紫, 血氧饱和度急速降低, 呼吸浅而快, ≥ 30 次/min, 伤口渗血等情况时, 要及时通知医生进行处理^[1]。

全麻复苏期是麻醉状态的延续, 是一个病情变化迅速而复杂的过程, 患者在瞬间即可出现严重的、致命的并发症。复苏室护士要有高度的责任心、敏锐的观察力和应急能力, 时刻守护在病人床旁, 保证医疗安全, 减轻病人的痛苦和负担^[8]。医护人员要将患者作为护理服务的主体, 一切从患者的需求出发, 倾听患者的诉求, 满足患者的各方面需求; 关注患者的心理变化, 注意进行心理疏导, 缓解负面情绪。最终目标是让患者保持积极的心理, 不仅可以强化疗效, 还可以提升依从性。一是有有效的心理沟通。护理人员要将自己放在与患者等同的地位, 心平气和地倾听患者的请求、苦痛, 表现出自己的真诚态度, 打动患者, 用行动和行为表现出对患者价值观、人生观、人格等的尊重, 才能建立起良好的护患关系, 并能推动患者信任自己, 成功开展护理工作。所以护理人员要平等看待患者, 尊重患者, 让患者在整个过程中, 可以获得自我价值感, 感受到被他人认同的良好体验, 被护理人员信任和理解, 从而可以放开心境, 更加坦诚地表述自己的困惑, 这样护理人员可以采取消除患者的疑虑, 促使护理顺利进行^[7]。二是进行有效的语言沟通。护理人员要掌握与患者进行有效沟通的技巧, 积极为患者讲解疾病相关的知识, 同时耐心地解答患者提出的问题。在护理时, 需要密切关注患者的表情和行为表现, 积极询问患者是否存在不适, 如果发现患者的面色发白、目光呆滞、神志不清等, 要及时通知医生给予处理, 预防抽搐、休克等不良反应。同时护理人员要提供鼓励、尊重和关爱, 使患者心态平稳, 精神舒缓, 避免出现不良反应。

本次研究就提出优质护理方式的应用。该模式是以患者为中心, 强化基础护理, 全面落实护理责任, 深化护理服务内容, 整体提高护理水平的先进模式^[9]。在护理过程中, 要坚持将患者作为护理服务的主体, 一切护理行为都要从患者的需求出发, 倾听患者的诉求, 将患者放在首位, 满足患者的各方面需求; 简化护理方案, 优化护理流程, 提供优质高效的护理服务, 并适当控制护理成本。该模式的内涵主要是保证满足患者基本需求, 保证安全, 保证生理的舒适性以及心理的平衡性, 利用优质和全面的护理服务质量来获得患者的满意度。一般来说, 该模式的内容覆盖入院护理、晨间护理、晚间护理、饮食护理、排泄护理以及出院护理等方面^[9]。但此次研究针对的是全麻复苏期的患者, 需要提供针对麻醉复苏的相关护理服

务。另外,还需要提供常规护理:(1)健康知识宣教:提供健康教育,通过组织知识讲座,发放宣传手册、播放宣传广播和视频等,提高患者对该病的认识,正确面对疾病;根据患者的个体差异采取不同的教育方式,讲清楚该病与生活习惯、环境之间的关系,教育并督促患者形成良好生活习惯。(2)心理干预:护理人员积极与患者进行沟通,用心倾听他们的疑惑,耐心解答他们的问题。使患者了解心理情绪对于治疗效果的作用,同时多方位评估患者的心理状态,充分发挥家庭和社会支持作用,保障患者的心理健康。(3)伤口护理:主要是严密观察,防止感染,及时换药物。注意指导患者和家属保持纱布周围清洁,避免污染,如果发现纱布掉落要及时通知护理人员重新敷设。如果出现渗血或渗液问题,也要检查原因并进行处理。对于引流的患者,需要观察引流液性状,做好引流量记录,保证引流管通畅;如果发现堵塞、滑脱等问题要通知医生处理;定期清洁引流管口周围,做好消毒工作,防止感染;结合恢复情况决定拔除引流管的时间,尽早拔除^[10]。

本次研究发现,护理前两组的护理满意度情况相差不大($P>0.05$),经过科学护理后,研究组的护理满意度评分远高于对照组,对比 $P<0.05$;研究组的并发症发生率1.92%,远低于对照组的13.46%, $P<0.05$ 。因此,在麻醉复苏室为全麻患者复苏期提供优质护理,可以在很大程度上改变患者的护理满意度,并减少并发症出现,效果比较显著。

参考文献:

[1]汉祖拉古力·牙生.分析优质护理在麻醉复苏室全麻患者复苏期的

应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(33):317+319.

[2]张素如.优质护理干预在麻醉复苏室内全麻患者复苏期护理中的效果观察[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(10):352-353.

[3]谢岚.优质护理在麻醉复苏室全麻患者复苏期的应用价值分析[J].中外医学研究,2021,19(9):98-100.

[4]舒琳.优质护理在麻醉复苏室全麻患者复苏期的应用[J].家有孕宝,2021,3(17):260.

[5]满林林.优质护理在麻醉复苏室全麻患者复苏期的应用[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(16):141.

[6]热那古·吾布力哈森木.优质护理在麻醉复苏室全麻患者复苏期的应用[J].中国保健营养,2020,30(8):198-199.

[7]孟繁青.优质护理在麻醉复苏室全麻患者复苏期的应用体会[J].中国保健营养,2020,30(26):177.

[8]麻丽芳.麻醉复苏室全麻患者复苏期护理应用优质护理的效果探究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(42):103.

[9]张鹏伟,段娜.探索优质护理在麻醉复苏室全麻患者复苏期的应用价值[J].特别健康,2020,(15):201+204.

[10]吕雯惠.优质护理在麻醉复苏室全麻患者复苏期的应用效果[J].婚育与健康,2021,(2):139.

(上接第240页)

损伤,提高其日常生活能力。介入临床护理路径根据IS患者血管介入的护理经验,经过反复的探究及改进制定的护理流程,保证护理活动更加标准,护理人员可根据路径安排时间及步骤,增强了护理人员自主意识,避免护理漏项,保证医疗安全,提高护理质量。本文结果显示观察组术后并发症发生率降低,并且患者的护理满意度升高,提示介入临床护理路径可有效减少介入治疗相关的并发症,提高患者对护理治疗的满意度。介入临床护理路径中保持医护患三者的沟通顺畅,帮助患者更多的了解疾病相关知识,提高战胜疾病的信心,拉近与患者的关系。

综上所述,介入临床护理路径可改善脑血管介入治疗患者神经功能及日常生活能力,缩短住院时间,减少医疗费用及相关并发症发生,提高患者满意度。

参考文献:

[1]李秀玲.基于患者需求为导向的临床护理路径对卒中后偏瘫患者主观感受及生活质量的影响[J].护理实践与研究,2020,17(1):50-51.

[2]俞小霞,方彩娣,郭彬.临床护理路径在缺血性脑卒中康复护理中应用及标准化护理流程构建分析[J].中国药物与临床,2020,20(5):826-828.

[3]郁红.临床护理路径康复护理对缺血性脑卒中患者临床转归、偏侧

肢体功能及生活质量的影响[J].当代护士:下旬刊,2021,13(2):135-138.

[4]王晏.以患者需求为导向的临床护理路径对卒中后偏瘫患者主观感受及生活质量的影响[J].长寿,2021,21(3):159-159.

[5]张晓宇,高书理,白亚娟.临床护理路径模式下的协同护理干预对缺血性脑卒中恢复期患者的影响[J].黑龙江医学,2021,45(24):2622-2624.

[6]赵晓红.护士为主导的临床护理路径对缩短急性缺血性脑卒中病人溶栓时间的效果[J].全科护理,2020,18(5):599-602.

[7]吴玉琴,王云,周丽娟.基于临床路径的护理模式在急性缺血性脑卒中静脉溶栓患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(7):114-116.

[8]李静,谭艺峰,孙丰菊,等.精细化护理与临床护理路径在心血管介入导管室围手术期护理中的应用[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(79):235-236.

[9]常丽.探讨在心血管介入导管室围手术期护理中应用精细化护理与临床护理路径的效果[J].中国保健营养,2020,30(13):273-273.

[10]孙华娟,谈士慧,王玲.临床护理路径在缺血性脑血管病介入患者护理中的应用[J].中国临床研究,2020,33(6):863-864.

项目来源:基金项目:绵阳市卫生健康委员会科研课题:基层介入临床护理路径在卒中患者中的应用 项目编号:202057。

临床护理路径在肿瘤化疗 PICC 置管患者中的应用效果分析

逯燕

西安交通大学第一附属医院肿瘤内科 陕西西安 710061

摘要：目的：探讨对肿瘤化疗 PICC 置管患者采用临床护理路径完成护理干预后获得临床效果。方法：选取 2018 年 1 月~2021 年 5 月收治的 74 例肿瘤化疗 PICC 置管患者进行护理研究；随机分为常规组（采用常规方式完成护理干预）和研究组（在常规组基础上，采用临床护理路径模式完成护理干预），各 37 例；比较两组患者导管留置时间、一次性置管成功率、心理状态评分[SDS（抑郁自评量表）、SAS（焦虑自评量表）]、并发症（静脉炎、导管破损、穿刺点出血、感染）总发生率、护理满意度（护理质量、疾病护理、环境干预、健康教育、护理细节）评分、护理质量（病区护理、服务态度、服务体系、满意度、技术水平）评分。结果：研究组导管留置时间长于常规组（ $P<0.05$ ）；研究组一次性置管成功率（97.30%）高于常规组（75.68%）（ $P<0.05$ ）；护理前，研究组 SDS、SAS 评分同常规组比较，未呈现出明显差异（ $P>0.05$ ）；护理后，研究组 SDS、SAS 评分均低于常规组（ $P<0.05$ ）；研究组并发症（静脉炎、导管破损、穿刺点出血、感染）总发生率（8.11%）低于常规组（29.73%）（ $P<0.05$ ）；研究组护理质量、疾病护理、环境干预、健康教育、护理细节评分均高于常规组（ $P<0.05$ ）；研究组病区护理、服务态度、服务体系、满意度、技术水平评分均高于常规组（ $P<0.05$ ）。结论：临床护理路径模式有效应用，同常规护理比较，可将患者导管留置时间有效延长，将一次性置管成功率提高，并改善心理状态，将静脉炎、导管破损、穿刺点出血、感染等并发症出现减少，提高护理满意度以及护理质量，可促进肿瘤化疗 PICC 置管患者总体预后水平提高。

关键词：肿瘤化疗 PICC 置管；临床护理路径；导管留置时间；一次性置管成功率；心理状态评分；并发症；护理满意度；护理质量

临床针对肿瘤患者治疗期间，化疗方式获得广泛应用。但因为此种方式表现出一定刺激性，易对患者造成静脉炎症、血管破坏、渗漏性损伤等，更为严重，会对治疗效果产生影响^[1]。对此创建良好静脉通道，不但可以将患者因为穿刺造成痛苦感降低，而且可防止化疗针对静脉造成刺激，从而对化疗顺利进行做出保证。此种疾病患者治疗时间较长，所以表现出较长护理时间，易产生系列问题。护理中往往因为方法不当、操作失误而呈现出穿刺、出血以及静脉炎症等系列疾病，严重情形下对患者治疗效果以及生活质量产生显著影响^[2]。对此确定有效方式展开护理干预，意义显著。本研究选取 2018 年 1 月~2021 年 5 月收治的 74 例肿瘤化疗 PICC 置管患者进行护理研究，旨在探讨对肿瘤化疗 PICC 置管患者采用临床护理路径完成护理干预后获得临床效果，现报告如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月~2021 年 5 月收治的 74 例肿瘤化疗 PICC 置管患者进行护理研究；随机分为常规组和研究组，各 37 例；纳入标准：①对于肿瘤化疗标准均符合；②患者临床资料齐全；③均属于首次应用 PICC 置管；④研究前均签署知情同意书；⑤表现出较高护理依从性；排除标准：①患有肝脏、心血管以及肾功能等系列器官疾病；②存在精神等方面疾患；③中途退出实验研究；

终止试验标准：①肿瘤化疗 PICC 置管患者在接受医疗人员临床护理期间表现出系列不良事件，临床医师对患者展开判别，此次研究无法继续开展，需要停止；

②在实施临床工作期间，因为系列不良状态出现，导致肿瘤化疗 PICC 置管患者无法继续进行本次研究，临床医师需要将试验终止；③在临床护理期间，肿瘤化疗 PICC 置管患者呈现出系列偏差，脱离实际，从而使患者配合度显著降低；④在实施临床试验过程中，所有肿瘤化疗 PICC 置管患者不配合继续进行，提出将知情同意书撤回要求。脱落标准以及处理原则：研究人员针对肿瘤化疗 PICC 置管患者疾病情况、形成原因以及脱落情况展开认真、清晰记录，并且对于肿瘤化疗 PICC 置管患者相关数据均保存，创建档案，以供后期数据分析。常规组男、女各 20、17 例；年龄 19~79（58.49±2.58）岁；研究组男、女各 24、13 例；年龄 21~81（58.55±2.59）岁；两组性别、年龄比较，具有均衡性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 常规组

采用常规方式完成护理干预，简单就疾病以及置管知识进行健康宣教，就日常注意事项进行讲解，合理展开生命体征检测以及药物服用指导等。

1.2.2 研究组

在常规组基础上，采用临床护理路径模式完成护理干预，①合理创建护理路径小组，并对小组成员展开知识培训，对患者病情发展情况以及化疗情况进行充分掌握，将护理人员自身工作能力提高；②合理展开健康宣教，护理人员就病房设施、医院环境、主治医师、责任护士与医院管理制度等进行充分了解，利用通俗易懂语言就自身病情情况对患者进行讲解，确保患者可以积极配合；③合理展开置管前护理干预，同患者保持密切沟

通,对患者心理变化全面了解,将患者负面心理有效消除。就置管重要意义进行讲解,对患者腹式呼吸法掌握进行指导,对其良好生活习惯养成进行指导;④合理展开置管时护理干预,对患者核对信息后,依据医嘱合理展开系列检查,对于置管流程严格参照,对置管位置渗血情况以及包扎情况密切关注;⑤合理展开置管后护理干预,完成置管后,除对患者生命体征密切关注之外,还需要对导管通畅程度进行关注,积极完成四肢功能训练以及心理干预。

1.3 观察指标

①比较两组患者导管留置时间;②比较两组一次性置管成功率;③比较两组心理状态评分[SDS(抑郁自评量表)、SAS(焦虑自评量表)],对于SAS,用于肿瘤化疗PICC置管患者焦虑症状判定,总分25~100分,50分为临界值,越高分值,对应肿瘤化疗PICC置管患者越严重焦虑症状;对于SDS,用于肿瘤化疗PICC置管患者抑郁症状判定,总分为25~100分,53为临界值,越高分值,对应肿瘤化疗PICC置管患者越严重抑郁症状;④比较两组患者并发症(静脉炎、导管破损、穿刺点出血、感染)总发生率;⑤比较两组护理满意度(护理质量、疾病护理、环境干预、健康教育、护理细节)评分,利用院制百分制满意度量表展开对应评定,越高分值,对应越高护理满意度;⑥比较两组护理质量(病区护理、服务态度、服务体系、满意度、技术水平)评分,利用院制百分制护理质量量表展开对应评定,越高分值,对应越高护理质量。

1.4 统计学方法

研究结果导入SPSS22.0软件分析数据。计数资料以 χ^2 检验完成,表现形式为百分比。计量资料以t检验完成,表现形式为 $\bar{x} \pm s$ 。以 $P < 0.05$ 为统计学意义显著。

2. 结果

2.1 两组患者导管留置时间比较

研究组导管留置时间(117.13 $\pm$ 12.66)d长于常规组(95.89 $\pm$ 12.59)d($P < 0.05$)。

2.2 两组患者一次性置管成功率比较

研究组37例患者中,一次置管成功患者36例(97.30%);常规组37例患者中,一次置管成功患者28例(75.68%);研究组一次性置管成功率(97.30%)高于常规组(75.68%)($P < 0.05$)。

2.3 两组患者心理状态评分比较

护理前,研究组SDS、SAS评分同常规组比较,未呈现出明显差异($P > 0.05$);护理后,研究组SDS、SAS评分均低于常规组($P < 0.05$)。(见表1)

表1 两组患者心理状态评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	SDS	SAS
----	-----	-----

	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组 (n=37)	62.22 $\pm$ 4.29	30.17 $\pm$ 5.29	63.69 $\pm$ 5.17	30.22 $\pm$ 4.24
常规组 (n=37)	62.39 $\pm$ 5.19	45.28 $\pm$ 4.18	63.71 $\pm$ 5.36	44.69 $\pm$ 5.25
t	0.1535	13.6322	0.0163	13.0428
P	0.8784	0.0000	0.9870	0.0000

2.4 两组患者并发症总发生率比较

研究组并发症(静脉炎、导管破损、穿刺点出血、感染)总发生率(8.11%)低于常规组(29.73%)($P < 0.05$)。(见表2)

表2 两组患者并发症总发生率比较 [n(%)]

组别	静脉炎	导管破损	穿刺点出血	感染	总计
研究组 (n=37)	1(2.70)	1(2.70)	1(2.70)	0(0.00)	3(8.11)
常规组 (n=37)	3(8.11)	3(8.11)	3(8.11)	2(5.41)	11(29.73)
χ^2					5.6381
P					0.0175

2.5 两组患者护理满意度比较

研究组护理质量、疾病护理、环境干预、健康教育、护理细节评分均高于常规组($P < 0.05$)。(见表3)

表3 两组患者护理满意度比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	护理质量	疾病护理	环境干预	健康教育	护理细节
研究组 (n=37)	90.25 $\pm$ 5.13	91.28 $\pm$ 4.29	92.33 $\pm$ 5.29	91.78 $\pm$ 5.19	93.39 $\pm$ 5.29
常规组 (n=37)	75.29 $\pm$ 4.29	75.85 $\pm$ 2.59	76.39 $\pm$ 5.29	77.81 $\pm$ 5.28	78.25 $\pm$ 5.66
t	13.6074	18.7294	12.9604	11.4775	11.8872
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.6 两组患者护理质量比较

研究组病区护理、服务态度、服务体系、满意度、技术水平评分均高于常规组($P < 0.05$)。(见表4)

表4 两组患者护理质量比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	病区护理	服务态度	服务体系	满意度	技术水平
研究	92.25 $\pm$ 4.25	92.69 $\pm$ 5.17	91.17 $\pm$ 5.22	92.49 $\pm$ 4.23	92.66 $\pm$ 5.17

组					
(n=37)					
常规	80.35±5.22	79.69±5.25	77.66±5.29	74.43±6.19	74.22±5.25
组					
(n=37)					
t	10.7534	10.7319	11.0575	14.6526	15.2228
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3、讨论

PICC 作为肿瘤化疗患者输液方式一种,呈现出留置时间长、成本低以及置管速度快等系列优势,但是因为其感染风险较高,则会对肿瘤患者身体康复产生一定程度影响,对此期间给予护理配合,存在显著意义^[3-6]。

临床护理路径作为优质护理服务模式一种,呈现出科学性、综合性以及全面性特点,其同常规护理有所不同,于患者入院开始给予全面性护理干预,将护理被动操作同患者自我管理进行有效结合,可将患者心理状态有效改善,将其治疗安全性显著提高,从而获得快速康复效果。 本次研究发现,研究组导管留置时间长于常规组 ($P<0.05$);研究组一次性置管成功率 (97.30%) 高于常规组 (75.68%) ($P<0.05$);护理前,研究组 SDS、SAS 评分同常规组比较,未呈现出明显差异 ($P>0.05$);护理后,研究组 SDS、SAS 评分均低于常规组 ($P<0.05$);研究组并发症 (静脉炎、导管破损、穿刺点出血、感染) 总发生率 (8.11%) 低于常规组 (29.73%) ($P<0.05$);研究组护理质量、疾病护理、环境干预、健康教育、护理细节评分均高于常规组 ($P<0.05$);研究组病区护理、服务态度、服务体系、满意度、技术水平评分均高于常规组 ($P<0.05$),亦可验证上述结论,分析此种结果原因为,临床护理路径方法有效应用,可实现护理同质化。在实施 PICC 置管过程中,护理人员对于相关护理路径可以充分遵循,可对年轻护理人员提供统一标准,同普通护理比较,可将护理效果显著提高。此外可将患者自我评估导管可能性显著提高,对于系列问题可以做到及时发现以及解决,可将 PICC 并发症发生率显著降低,将患者痛苦感有效缓解,将患者生活质量以及护理质量显著提高。其可将传统经验式护理模式改变,避免护理盲目性而对患者造成严重困扰。此外在实施护理期间,对于相关标准护理人员可以严格执行。从而防止因为护理人员素质差异而表现出系列护理缺陷现象。对于临床表现出的系列问题,可于第一时间采取有效方法加以解决。在实施临床护理路径护理期间,对于护理的有序性以及连续性可以充分强调。每一阶段均具有相匹配表格,可避免系列护理细节遗漏。将护理工作认可程度提高,对于导致呈现出的系列医疗纠纷显著减少,将住院风险显著减少。此外就护理人员自身工作职责需要加以明确,将护理人员自我价值认可显著提升,对应使患者满意度获得显著提高,从而将患者

导管留置时间有效延长,将一次性置管成功率提高,并改善心理状态,将静脉炎、导管破损、穿刺点出血、感染等并发症出现减少,表明临床护理路径模式运用于肿瘤化疗 PICC 置管患者护理中可行性^[7-13]。

综上所述,临床护理路径模式有效应用,同常规护理比较,可将患者导管留置时间有效延长,将一次性置管成功率提高,并改善心理状态,将静脉炎、导管破损、穿刺点出血、感染等并发症出现减少,提高护理满意度以及护理质量,可促进肿瘤化疗 PICC 置管患者总体预后水平提高。

参考文献:

- [1]陈辉,曹媛媛.使用与满足理论分析下的延伸护理服务对肿瘤置管化疗患者 PICC 导管维护依从性及非计划性拔管风险的影响[J].临床研究,2021,29(10):137-139.
- [2]岑碧芝,陈银崧,李丽萍.经外周静脉穿刺中心静脉置管精细化护理干预对预防肿瘤化疗患者中心静脉导管相关性血流感染的效果分析[J].医药前沿,2021,11(6):129-130.
- [3]郭新颜,王圆圆.临床护理路径在肿瘤化疗 PICC 置管患者中的应用效果分析[J].中国全科医学,2021,24(S01):2.
- [4]刘婷.老年肿瘤化疗患者 PICC 护理中临床护理路径应用的价值分析[J].饮食保健,2018, 005(041):175-176.
- [5]程腊花,刘友花,彭莉贞.临床护理路径在行 PICC 置管肿瘤化疗病人护理中的临床效果观察[J].医学信息,2018, 31(A02):2.
- [6]鲁晓莉.分析肿瘤护理中 PICC 的应用路径[J].家庭保健,2017,000(022):106-107.
- [7]罗纯.临床护理路径对老年肿瘤化疗患者 PICC 护理的应用效果分析[J].饮食保健,2018.
- [8]夏侯洪文.分析临床护理路径对老年肿瘤化疗患者 PICC 护理的应用效果[J].2021.
- [9]黄芳芳.临床护理路径在 PICC 置管肿瘤化疗患者中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26(23):3.
- [10]邢恒.临床护理路径在行 PICC 置管肿瘤化疗患者护理中的应用效果[J].2020.
- [11]徐胜军,曹玉萍,段爱旭,等.临床护理路径在行 PICC 置管肿瘤化疗病人护理中的应用效果[J].护理研究:下旬版,2012,26(4):2.
- [12]李卉,蒋梅,刘静娟.临床护理路径在肿瘤术后 PICC 置管患者中的应用[J].当代护士(下旬刊),2018,25(05):86-88.
- [13]刘玉红,刘丽红,任艳丽,等.肺癌化疗患者 PICC 置管管理中应用临床护理路径的价值分析[J].中国保健营养,2017,27(024):279-280.

安徽省广德市太子参栽培历史及现状调查研究

晏家文¹ 相英龙² 尹永飞³ 张珂³ 通讯作者

1.广德市中医院 安徽广德 242200; 2.安徽中医药大学附属滁州中西医结合医院 安徽滁州 239000;
3.安徽中医药大学药学院 安徽合肥 230011

摘要: 目的: 调查了解广德市太子参的栽培历史、现状及问题, 为广德市太子参产业的发展提供参考依据。方法: 实地调查广德市太子参栽培乡镇, 询问当地参农。结果: 广德市太子参栽培起步较早, 形成了一定的栽培规模, 不同地区具有不同的太子参栽培模式, 其栽培方法与管理方法有一定差别, 栽培发展过程中存在一定的问题。结论: 广德市太子参栽培规模又受市场价格的影响较大, 应合理规划推动广德市太子参产业的可持续发展。

关键词: 广德市; 太子参; 栽培调查

太子参为石竹科孩儿参属植物孩儿参 *Pseudostellaria heterophylla* (Miq.) Pax ex Pax et Hoffm. 的干燥块根^[1]。作为传统中药材, 随着人们保健养生意识的增强, 太子参得到广泛的利用, 并形成了系列产品, 如“江中健胃消食片”、“复方太子参颗粒”、“太子参口服液”等^[2]。随着太子参市场需求的增大其价格随之增长, 野生资源被大量采挖, 导致了太子参野生资源的匮乏, 这也促进了太子参的栽培技术的发展和栽培产业的扩大。

安徽省现有皖南宣城地区和皖西六安地区两大太子参产区, 其中宣城产区栽培主要集中在宣州区和广德市^[3]。安徽宣州产太子参因根粗壮, 皮微黄, 粉性足, 气味正, 而被称为“宣州太子参”。在第四次全国中药资源普查过程中, 通过实地走访调查、资料文献查阅, 作者对广德市太子参野生资源、栽培的历史及栽培现状进行了调查。据调查, 广德市是宣城地区最早栽培太子参的地区, 在广德市太子参的栽培历史上, 其种植规模随行情波动较大, 但广德市栽培太子参从未间断, 本地药农太子参栽培技术较为成熟。

1 太子参资源分布状况

据《中药志》^[4]记载我国野生太子参主要分布于江苏、安徽、浙江、山东、湖南、湖北、黑龙江、吉林、辽宁、内蒙古、河北、陕西、四川、西藏、河南等地, 野生资源分布较广。20 世纪 70 年代之前, 太子参药材来源多为野生资源^[2], 由于蕴藏量少、过度采挖、缺少合理保护, 造成野生资源减少, 不能满足市场需求, 太子参栽培产业发展逐渐得到重视。

太子参的栽培已有百年的历史^[5], 但太子参栽培产业快速发展时期为 20 世纪 70 年代之后, 随着药材价格的提高, 开发利用的不断深入及政府扶持力度加大, 栽培规模逐渐扩大。2012 年前后太子参主要栽培地区有江苏、福建、安徽、浙江、山东、江西和贵州等^[6]。江苏省主要栽培地区为句容市, 另外宜兴、南京老鹰山、溧阳、镇江宝华山等地也有种植^[7]。福建省栽培地区主要在柘荣、福鼎、霞浦、福安等县市, 栽培面积较大^[8]。安徽省现有皖南宣城地区和皖西六安地区两大太子参产区, 宣城产区主要在广德市和宣州区, 六安产区集中在霍山县、舒城县、裕安区等地。山东省太子参栽培主要在临沂、临沂、首南、首县等地, 泰安、济宁、济南、烟台、威海、青岛、潍坊等地也有栽培^[9]。贵州省自 1993 年开始引种栽培太子参, 黄平县、余庆县、瓮安县、湄潭县等地和乌当区均有种植^[10]。另外湖北省恩施也有太子参栽培^[11]。

2 安徽省广德市野生太子参野生资源状况

安徽省广德市属于亚热带湿润气候, 其境内土质主要是黄红壤, 比较适合太子参生长的。在第四次中药资源普查中发现广德市新杭镇、四合乡及桃山镇均有野生太子参分布, 主要生长于毛竹林和阔叶林下, 但野生资源量不大, 为零散分布, 无法进行资源的开发利用。

3 安徽省广德市太子参栽培历史调查

在第四次全国中药资源普查中, 普查队对广德市现有栽培和历史上有栽培太子参的乡镇进行了走访, 通过访问当地老药农及第三次全国中药资源普查广德市普查队员, 调查收集了广德市太子参栽培历史的相关信息。

3.1 广德市太子参种质资源开发利用历史

通过走访广德市四合乡药农, 调查到上世纪六十年代, 广德市太子参野生种质资源曾被作为江苏省太子参栽培种质来源, 据调查, 部分江苏省药农到广德市四合乡进行了长时间的太子参野生种质资源的收集, 并运回江苏省进行栽培。据此可见当时广德市四合乡野生太子参资源较为丰富。

走访调查中, 笔者拜访了原广德药材公司的员工罗元璋老先生, 其曾参加第三次全国中药资源普查工作。据介绍, 上世纪七十年代初, 江苏药农在广德采挖野生太子参, 采挖量为数百公斤。在运回江苏途中, 此批太子参种质资源在广德长途汽车站被查收。后经研究, 此批查收的太子参种质资源被用于广德市太子参栽培实验用种苗, 并于 1974 年开始在广德市誓节乡试种, 试种成功后向全县推广, 广德市太子参栽培产业逐渐扩大。

3.2 广德市太子参早期栽培调查

上世纪七十年代广德药材公司利用收缴的野生太子参种质资源开展了太子参栽培实验, 并由中药材公司人员提供技术支持指导当地农民种植, 栽培实验取得了成功并积累了经验。据中药材公司统计, 1974-1984 年广德市太子参的收购量呈快速增加趋势 (见图 1), 可以看出 1974-1984 年广德市栽培太子参的产量明显增加, 说明广德市太子参的栽培在中药材公司的推动下发展非常迅速。

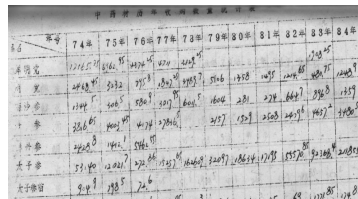


图1 太子参1974-1984年收购量(第三次全国中药资源普查广德市普查资料)

3.3 广德市太子参栽培发展情况

自太子参栽培实验成功后,广德市太子参栽培一直稳步发展。在南林渡的走访中,据参农介绍,当地栽培太子参至少已有近 50 年的时间,上世纪七八十年代栽培技术和装备比较落后,产量很低,但当地药农坚持种植太子参直至今。

南林渡参农介绍,上世纪八十年代广德太子参深受市场认可,其产量和价格均为广德市栽培太子参以来之最,且在全国太子参产业中所占市场份额较大。罗元璋老先生亦对上世纪八十年代广德栽培太子参的情况进行了介绍,并分析了广德市太子参受市场追捧的原因:“由于在八十年代党参紧缺,太子参代替党参使用,使太子参成为畅销中药材。而广德市太子参的栽培起步较早,其他地方太子参的栽培还没起步,如福建、贵州等,所以上世纪八十年代广德市太子参在这样的大背景下得到迅速发展并。”

4 广德市太子参栽培现状调查

4.1 栽培规模

广德市太子参的栽培经过几十年的发展,现栽培乡镇较多。广德市的东部有东亭乡的南林渡、新村、高峰、沙坝;西部有誓节的花鼓林场等地;南部有柏垫镇;北部有邱村镇的桃花山林场。广德市太子参栽培面积变化较大,由 1975 年最初的 85 亩增加到 1985 年的 3500 亩,在 2013 年达到 8000 亩左右,2013 年以后由于太子参的市场价格比较低致使种植面积有所缩减,但仍有许多地方依旧在种,2015 年广德市栽培太子参栽培面积为 1000 亩左右。2016 年太子参产地价格有所上升,但 2017 年至 2022 年太子参总体行情有所下跌,广德市太子参栽培面积虽有一定增加,但目前栽培面积只有 2000 亩至 3000 亩左右。

4.2 栽培模式

广德市太子参的栽培根据各乡镇具体情况的不同,有不同的栽培模式。广德市栽培太子参的模式根据海拔高度的不同和是否套种主要分为四种:一是较高海拔的套种;二是较高海拔大田种植;三是较低海拔的套种;四是较低海拔大田种植。

4.2.1 较高海拔的山地套种

广德市誓节镇属于丘陵地带,因此较高海拔的套种模式主要在誓节镇,海拔较其他栽培太子参的地方高,土壤主要是沙土,土质疏松,比较适合太子参生长。当地参农套种太子参的模式主要是利用山上植物下的空地种植太子参,因为这种方式有植物为太子参遮阴,通常会把田间杂草除去,避免影响太子参产量。但如果田中其他植物还不能起到遮阴的效果,则不会把草除净。

4.2.2 较高海拔大田种植

较高海拔田中种植的模式主要在誓节镇。太子参价格高的时候参农会利用自家的山上坡地大田种植太子参,这种模式的弊端是太子参直接暴露在阳光下,没有任何其他植物为其遮挡阳光,若天气炎热太子参很可能会死苗。为解决这一问题参农 5 月份以后天气转热后便不再除草,以使杂草为太子参遮挡阳光。

4.2.3 较低海拔的套种

广德市东亭乡地势较平坦,所以较低海拔的套种模式在东亭乡较多。

因东亭乡主要发展园林植物,许多农民利用林间空地种植太子参,以增加收入。这种种植方式的好处是一方面可使园林植物充分利用太子参施肥的多余肥料,另一方面园林植物又成为太子参的天然保护伞,为其遮挡较强的阳光,从而使两种作物各求所需以促进各自的生长。这种栽培模式对园林植物与太子参均有益处,值得其它类似中药借鉴。此模式与誓节镇园林植物下套种基本相同,只是海拔不同。

4.2.4 较低海拔大田种植

东亭乡亦有参农将杉木林砍伐整地后种植太子参,除去杉木后由于田中又没有其他植物为太子参遮阴,这种模式往往不会把杂草彻底清除,而是适当除草,但 5 月份以后天气变热不再除草,以使杂草做太子参的天然遮阴棚。

在实地调查中发现较高海拔的套种和较低海拔的套种、较高海拔大田种植和较低海拔大田种植的栽培管理模式并没有明显的差异,据当地参农介绍,收获的药材在质量和产量也没有明显的不同。主要是参农结合自家的条件和当地的地理环境选择的适合当地的栽培模式,以增加土地的综合利用及综合产出。

4.3 种植方法及田间管理

4.3.1 栽培时间差异

广德市不同乡镇太子参的栽培时间有一定差异,如新村参农会把当年作为种苗的太子参到 11 月份再采挖,然后直接种到已经整好的地中;而南林渡的参农会把 7 月份采挖的太子参窖藏越冬,次年早春种在已整好的地中。

4.3.2 病虫害的防治

无论是农作物的种植还是中药的栽培病虫害都是不可避免的灾害,太子参的栽培中病虫害的防治尤为重要。走访调查中从广德东亭乡参农处了解到,太子参生长期间常见的病害是花叶病、叶斑病,当地参农俗称为“太子参发瘟病”,对太子参的产量及品质均有严重的影响。3 月至 5 月常发,对于这种疾病没有相关专业人员的指导,当地药农和销售农药者没有较好的办法,一般药农会接受农药销售者的建议使用广谱抗菌药代森锰锌和杜邦阿啶,并且增加用药次数解决这一问题。但随着喷洒农药频率的增加、用药剂量的加大必然会带来新的问题,如农药残留量增加、抗药性的提高等,这也是影响中药材质量的一个重要因素。

4.3.3 连作障碍

连作障碍在农业生产上普遍存在,而大多数中药材栽培品种都存在不同程度的连作障碍问题,有些栽培药用植物的连作障碍问题相当突出^[12],太子参栽培中连作障碍问题突出,给参农带来了一定的经济损失。调查中,据参农介绍,太子参在一块地中栽培不能超过两年,否则病虫害明显增多,太子参的产量和质量显著下降,目前使用化学药物很难改变这一现象。当地参农的解决办法是一块地种 1~2 年后将参种挖出移至另一块处理好的地块种植,也可隔一年种一次。

5 广德市太子参栽培产量与加工贮藏方法调查

5.1 园林植物套种太子参产量

通过对东方园林公司的护林员的走访调查,了解了广德市园林植物套

种太子参的产量情况。据介绍,园林植物套种太子参一亩地可收获 1000kg 鲜货,干燥后可折合 250kg 干货,若田间管理方式得当,可提高收成至 1500kg 左右鲜货,干货近 350kg。

5.2 大田种植太子参产量

通过对东亨乡参农调查走访,了解到太子参的产量与市场价格亦有一定的关系。如价格高的年份参农普遍会加强田间管理,产量可高达一亩地 400 多千克干货;而价格较低的年份参农常疏于田间管理,则产量自然会低,一般一亩地 250kg 左右干货,大田种植太子参产量受田间管理等因素影响较大。

5.3 太子参采收加工方法

太子参一般为夏季茎叶枯萎时采挖,洗净,除去须根置沸水中略烫后晒干或直接晒干。走访调查中参农介绍,广德市现一般没人加工烫参,多采挖过后直接晒干,如遇到连续阴天则选用电风扇吹,电风扇不仅可把太子参风干以防色泽变差,还可把须根等杂质吹掉以提高净度并节省人工。太子参货源紧张销量好的时候,一般从地里挖出的鲜参便会被收购商抢购。

5.4 太子参贮藏方法

调查中了解到当地参农贮藏太子参的模式主要分为两种:一是个体户参农少量贮藏,二是大量贮藏模式。

少量贮藏时,参农把晒干的太子参直接装入蛇皮袋里,外面再用塑料薄膜包紧,堆放在阴凉、干燥、通风处。这种方法可使太子参长期保持干燥,通常可保存两三年,不过这种方法仅限于少量保存。

大量囤货贮藏时,一般为基地采收后囤货贮藏,将晒干后的太子参堆放在阴凉、干燥的冷库中保存,这样一般可以保存六七年之久。

6 影响广德市太子参发展的因素

广德市所产的太子参“根粗壮,皮微黄,粉性足,气味正”,但目前市场占有率不高,其原因主要有以下几个方面。

(1) 自广德药材公司解体以后,广德太子参的种植一直处于无序发展、无统一管理和无统一宣传的状态,因此广德太子参的栽培为零散发展,未形成较大的、规范化的太子参种植基地,太子参相关产业链不完善,尚未形成地方特色。

(2) 广德市相关部门尚未形成对中药栽培产业的系列扶持政策,对太子参栽培的支持力度及宣传力度不够。

(3) 广德市太子参栽培以零散为主,缺乏龙头企业带动,缺少相关有影响力的合作社把种植太子参的参农联合在一起,缺少技术总结,未形成特色种植产业。

(4) 广德市太子参的栽培以农户散种为主,采收后直接销售给当地药材收购商,这种模式受市场行情影响较大,价格高时参农一拥而上纷纷种植,价格低时种植规模则会明显缩小,参农易盲目跟风种植,无法形成稳定的生产规模,不利于进一步发展,这也是缺乏统一管理、无序栽培的必然结果。

(5) 栽培中不可避免的连作障碍是太子参栽培的难题,这不仅会导致太子参种质的退化,还会带来一系列的病虫害并导致太子参质量下降、产量减少。

7 结语

广德市园林植物产业发展具有一定规模,而林下生态环境适合太子参生长,林药套种的种植模式是一种提升综合价值的种植模式,广德市参农已掌握林下套种中的栽培技术,为广德市发展太子参产业奠定了基础,广德市太子参产业具有广阔的发展前景。

广德市太子参虽然栽培时间较早,有一定的技术经验积累,但发展也存在较多问题,太子参产业发展壮大过程中,需政府的政策引导与支持,并成立相关协会、合作社等对太子参栽培进行统一、科学的管理,形成“公司+农户”“合作社+农户”“公司+基地+农户”等经营模式,以减少市场影响,形成稳定的产业规模。同时还要加强产学研合作,解决生产关键问题和并开发相关产品,使其发展成为地方特色产业。同时还要加强广德市太子参的品牌意识,做好宣传工作,提升市场竞争力及在行业内的影响力。

参考文献:

- [1]国家药典委员会.中华人民共和国药典.一部[S].北京:中国医药科技出版社,2020:69.
 - [2]康传志,周涛,江维克.我国太子参栽培资源现状及药材品质的探讨[J].中国现代中药,2014,16(7):542-545.
 - [3]宋向文,姚厚军,韩邦兴.安徽省太子参生产现状与存在问题研究[J].安徽农业科学,2013,41(36):13831-13832.
 - [4]中国医学科学院药物研究所等编.中药志[M].北京,人民卫生出版社,1982,266-268.
 - [5]林光美.太子参研究进展[J].中国野生植物资源,2004,23(6):15-17.
 - [6]黄胜君.丹东太子参生境土壤养分测定与分析[J].辽东学院学报(自然科学版),2013,20(3):169-171.
 - [7]余永邦,秦民坚,梁之桃.不同产区太子参的 rDNA ITS 区序列的比较[J].植物资源与环境学报,2003,12(4):1-5.
 - [8]林金泉.关于闽东太子参的栽培、管理与市场分析[J].科技资讯,2014,22:206-207.
 - [9]毕胜,李桂兰,于崇田.山东太子参的高产栽培技术[J].特产研究,1994,4:53-55.
 - [10]彭益书,陈蓉,杨瑞东.贵阳市乌当区太子参及其种植土壤中 14 种元素含量与道地性[J].贵州农业科学,2014,42(11):109-113.
 - [11]余启高.恩施市太子参栽培技术[J].甘肃农业科技,2008,10:57.
 - [12]曹国,赵凯.不同连作障碍防控技术组合对太子参主要经济性状的影响[J].江苏农业科学,2014,42(3):194-196.
- 基金项目:2013 年中医药部门公共卫生专项“国家基本药物所需中药原料资源调查和监测项目”(财社〔2013〕135 号)。

循证护理在手足口病患儿急救护理中的应用分析

廖艳梅

广西百色市德保县人民医院 533700

摘要：目的：分析手足口病（HFMD）患儿急救护理中，实施循证护理的临床价值。方法：以 54 例手足口病患儿为对象，随机分为对照组、观察组各 27 例，分别实施常规护理和循证护理，比较两组的临床护理效果。结果：与对照组相比，观察组症状改善时间显著缩短（ $P < 0.05$ ），舒适度评分提高（ $P < 0.05$ ），并发症总发生率下降（ $P < 0.05$ ）。两组护理前肠道病毒 CV-A16、EV-A71 阳性率相比，组间差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），护理后观察组阳性率低于对照组，组间差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：循证护理用于手足口病患儿中，能够有效缩短患儿恢复时间，改善炎症因子水平，提升患儿舒适度，减少并发症。

关键词：手足口病；急救护理；循证护理；舒适度；并发症

手足口病（HFMD）是目前较为常见的儿科疾病，发病后患儿常表现出手足水泡、口腔溃疡等症状，严重影响其正常活动，随着病情进展会进一步损害患儿神经系统^[1]。现阶段对于 HFMD 的治疗仅保守治疗为主，但 HFMD 患儿必须立即进行急救，长期临床实践证实^[2]，在急救过程中搭配优质的护理模式，能够快速改善患儿症状及炎症症状，对并发症有一定消减作用，因此在 HFMD 患儿急救中实施护理非常有必要。本研究认为循证护理用于 HFMD 急救患儿具有明显的优势，循证护理能够追究患者的护理需求，深层次挖掘临床护理的根源性问题，从而给予 HFMD 患儿针对性较强的护理措施，快速改善患儿的临床症状，加快其康复^[3]。为进一步分析循证护理在 HFMD 患儿中的实施价值，现选取我院 2021 年 2 月—2022 年 1 月收治的 54 例患儿为对象，展开下述详细报道。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取时间：2021 年 2 月—2022 年 1 月，选取病例：HFMD 患儿，共 54 例，随机分为对照组、观察组各 27 例。对照组男患儿、女患儿各 14 例、13 例，年龄 2~12 岁，平均（ 5.24 ± 0.36 ）岁，病程 1~20d，平均（ 12.15 ± 0.52 ）d，入学情况：幼儿园 20 例，小学 7 例；观察组男患儿、女患儿各 15 例、12 例，年龄 2~11 岁，平均（ 5.26 ± 0.35 ）岁，病程 1~19d，平均（ 12.20 ± 0.63 ）d，入学情况：幼儿园 19 例，小学 8 例。患儿资料齐全，两组数据差异甚微（ $P > 0.05$ ），可对比。

纳入标准：①患者知晓此次研究，签署知情同意书；②体征平稳的患儿；③无其他基础性疾病的患儿。

排除标准：①凝血功能障碍的患儿；②对本次使用药物过敏的患儿；③合并肝肾、心脏功能不全的患儿；④合并先天疾病的患儿。

1.2 方法

对照组：给予常规急救护理，措施包括：送往急救室后立即给予患儿消毒和卫生护理，针对患儿临床症状给予针对性护理，如降低颅内压、退热、抗病毒等干预方法。在急救期间做好家长的心理疏导工作，让家长知晓 HFMD 患儿用药治疗及康复护理的重要性，叮嘱家长做好患儿的康复护理，告知相关注意事项。

观察组：给予 HFMD 患儿循证护理，措施如下：

（1）构建循证护理小组：由 1 名主治医师、3 名责任护士构成，医师负责检查患儿的身体状况，给出相应的急救指导方案，责任护士配合医师，完成急救护理，同时搜集护理中存在的问题，及时改变护理方法。

（2）提出循证问题：综合监测患儿的体温、皮肤、口腔等实际情况，根据患儿症状提出针对性的急救护理策略，小组间提出询问问题例如“如何快速改善患儿的临床症状”、“如何缩短患儿脱离危险的时间”、“如何缩短患儿体温下降时间”等，针对问题构建完善的循证护理方案。

（3）循证支持：为保证护理方案的可行性，循证小组成员需分头查找护理资料，如通过古代文献典籍、知网万方等网站、图书馆等查阅急 HFMD 的临床护理方法，证实本次循证护理方案的可行性及价值。

（4）循证护理过程：①呼吸机护理：对患儿血氧饱和度、血压等体征密切监测，同时观察患儿胸廓隆起、面色等情况，定时听患儿双肺呼吸音，避免呼吸机导管插入到错误的肺腔内，导致患儿出现肺不张情况；呼吸机导管和管道保证良好的气密性和连接状态，储水瓶最低位且储水槽蒸馏水维持在指定刻度，调整水温和湿化温度；监测到患儿有痰鸣音时立即拍背或引流痰液，防止呛咳；监测患儿颅内压水平，若水平过高需立即进行脱水降压处理。②高热护理：高热状态会导致患儿脑部严重缺氧，因此需给予患儿强效降温药物，本次使用布洛芬混悬液，口服后持续监测患儿体温变化。同时给予患儿物理降温，缩短患儿发热消退时间。③脑炎、脑

干脑炎的护理：当发现手足口病患儿存在肢体抖动、抽搐等症状时，立即静脉推注甘露醇溶液（20%），搭配一定剂量的甘油果糖，持续监测患儿的颅内压、血压及瞳孔变化等。此外，将床头抬高 15°左右，维持患儿的呼吸道通畅。④肺水肿或肺出血的护理：给予患者正压通气，提升肺泡内口压力，减少肺泡深处，增加肺部氧气含量，进而改善患儿的缺氧状态；及时清除患儿的呼吸道分泌物，引流肺部血液、分泌物等，必要时给予患儿密闭式吸痰管。⑤口腔护理：及时清理患儿口腔分泌物，采用利多卡因+地塞米松+甘露醇混合液对患儿口腔进行清洗，并在嘴唇上涂上润滑物质，避免嘴唇干燥。若患儿为昏迷状态，需给予其气管插管或鼻饲管，维持患儿机体营养的平衡状态。⑥消毒隔离：医护人员都必须穿戴防护服和口罩，每天对患儿的床单元、床头柜等进行消毒，每天倾倒室内医疗垃圾；每天对患儿呼吸机管道进行消毒，首先在氯溶液（500mg/L）中浸泡呼吸机管道半小时，然后流动水冲洗干净后浸泡于戊二醛溶液（20%）半小时，蒸馏水再次冲洗后晾干备用。⑦口腔疼痛护理：患儿苏醒后立即给予其温水漱口，然后棉签蘸取适量过氧化氢对溃疡面进行清洗，清洗后用碳酸氢钠（4%）漱口，上述操作两天一次。清洁完成后在溃疡面上喷洒开喉剑喷雾剂，每 3h 喷一次，帮助缓解患儿的口腔疼痛感；苏醒后尝试给予患儿流食，控制食物温度避免提高疼痛感。⑧早期康复护理：ICU 监护室患儿情况稳定后，护士每天给予患儿被动床上训练，包括翻身、全身按摩、冷刺

激等，按照从轻到重、由简到繁的训练原则，不断提升患儿的肌力和肢体功能。此外，患儿出院后要求家属加入到微信群中，帮助家长及时答疑解惑，定期回访。

1.3 观察指标

（1）记录两组患儿的症状缓解时间，共包括口腔疱疹、神经系统受累等六大症状。

（2）检测干预前后患儿的肠道病毒（CV-A16、EV-A71）特异性核酸结果。

（3）评估患儿舒适度，自拟评估量表，对患儿睡眠、面部、身体及安抚 4 个方面进行打分，按照 0-10 分标准评估，评分与患儿舒适度成正比。

（4）记录患儿并发症发生情况，总发生率=发生例数/总例数*100%。

1.4 统计学分析

EXCEL 表格录入数据，SPSS23.0 计算数据，计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验，计数资料[n（%）]表示，采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示组间差异明显。

2 结果

2.1 症状改善时间对比

两组患者症状改善时间相比，较短的为观察组，组间差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 症状改善时间对比（ $\bar{x} \pm s$ ，d）

分组	发热	口腔疱疹	口腔疼痛	神经系统受累	手足皮疹愈合	总患病
对照组（n=27）	5.01±0.15	6.25±0.15	3.85±0.24	6.12±0.24	5.63±0.24	13.24±1.24
观察组（n=27）	3.02±0.25	3.65±0.85	1.89±0.11	4.02±0.31	3.85±0.18	9.58±0.63
t	35.467	15.652	38.576	27.833	30.831	13.673
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组肠道病毒阳性率比较

P

0.028

0.015

两组护理前肠道病毒 CV-A16、EV-A71 阳性率相比，组间差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），护理后观察组阳性率低于对照组，组间差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

2.3 舒适度评估

与对照组相比，观察组舒适度评分显著提升，组间差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 2 两组肠道病毒阳性率比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

分组	例数	CV-A16		EV-A71	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	27	27(100.00)	8 (29.63)	27(100.00)	7 (25.93)
观察组	27	27(100.00)	1 (3.70)	27(100.00)	0 (0.00)
χ^2		4.800		5.909	

表 3 舒适度评估（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

分组	例数	面部活动	身体活动	睡眠质量	安抚情况
对照组	27	6.12±0.45	6.23±0.24	6.45±0.24	7.12±0.63
观察组	27	8.26±0.24	8.32±0.33	8.17±0.47	8.63±0.54
t		21.803	26.615	16.935	9.456
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 并发症情况比较

两组并发症总发生率相比，观察组较低，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 4 并发症情况比较[n（%）]

分组	例数	肺水肿	脑炎	心肌炎	总发生率
对照组	27	3（11.11）	3（11.11）	2（7.41）	8（29.63）
观察组	27	0（0.00）	1（3.70）	0（0.00）	1（3.70）
χ^2					4.800
P					0.028

3 讨论

皮肤疱疹、丘疹等是 HFMD 患儿的常见症状，多见于大腿、四肢上，疱疹呈现离心性分布，数量不均匀，皮疹消退后多出现色素沉着。当 HFMD 发展到中晚期，患儿还会出现发热、咳嗽等多种反应，不及时治疗会导致严重后遗症^[4]。在急诊 HFMD 患儿抢救期间，应配合相应的护理措施，能有效提升急救效率，缩短患儿症状缓解时间。

本研究认为循证护理是一种理想的护理模式，在 HFMD 患儿急救中实施能获得良好效果，本研究结果显示，护理后与对照组相比，观察组症状改善时间缩短，肠道病毒阳性率下降，舒适度评分提升，并发症发生率降低（ $P<0.05$ ）。可见循证护理能够快速改善患儿症状及舒适度，对炎症因子也有一定控制作用，同时能减少并发症的发生。取得上述良好护理效果，得益于循证护理模式的顺利实施。循证护理将护理研究和实践工作紧密结合，在分析护理原因的基础上，实施针对原因的护理分析，证实循证问题存在的真实性，这种护理模式有效改变护士以经验和直觉为主的护理习惯及行为^[5]。循证护理也能因地制宜，帮助医护人员结合医疗环境及设备情况制定相应的护理措施，因此在发展落后的地区或山区，循证护理都有着较为广泛的实施空间^[6]。本文根据医院现有设施和患儿的具体情况，通过构建护理小组、循证问题和循证支持等准备工作，制定一套针对 HFMD 患儿的详细护理方案，通过呼吸机护理、高热护理、脑炎、脑干脑炎的护理、肺水肿或肺出血的护理、口腔护理、消毒隔离、口腔疼痛护理等护理措施，对患儿进行全面干预，充分考虑到患儿各个方面的护理需求，多种护理措施相互配合，有利于快速恢复患儿的正常体征，缩短临床症状改善时间，提升患儿舒适度，同时控制机体炎症因子水平^[7]。

总之循证护理的实施，有效提升临床护理治疗，提高医护之间的协调

性和科学性，医护人员相互理解彼此工作，改变传统命令式的护理模式^[8]。且循证护理实施期间能够充分考虑医院条件，控制护理成本，从而帮助控制患儿的医疗费用，减轻家长的经济压力^[9]。李欢^[10]也对循证护理的临床价值进行研究，分层抽样法选取近一年某医院 90 例手足口病合并神经系统损害患儿。按随机数字表法分组：对照组（45 例）实施常规护理，研究组（45 例）实施循证护理。结果显示研究组症状改善时间显著低于对照组，研究组口腔疱疹、体温改善时间：（3.34±1.12）、（1.24±0.42），对照组：（4.05±1.62）、（1.48±0.44）d，此结果与本研究具有一致性，可见循证护理具有较为理想的临床应用价值。

综上所述，循证护理用于手足口病患儿中，能够有效缩短患儿恢复时间，改善炎症因子水平，提升患儿舒适度，减少并发症，值得推广。

参考文献：

[1]肖秀.循证护理干预在小儿手足口病患儿中的应用效果[J].糖尿病天地, 2021, 18（11）: 276.

[2]曾叶纯.循证护理对手足口病合并脑炎患儿干预效果的 Meta 分析[J].牡丹江医学院学报,2021, 12（2）: 112-115,125.

[3]郑雪梅,施志敏.循证护理对于手足口病患儿护理舒适度的影响[J].皮肤病与性病,2020,42(5):736-737.

[4]王英,王英军.循证护理对 EV71 感染重症手足口病患儿临床症状及预后的影响[J].中外医疗,2020,39(19):150-152.

[5]焦丽君.对 EV71 感染所致重症手足口病合并病毒性脑炎患儿进行循证护理的效果探讨[J].当代医药论丛,2020,18(5):256-258.

[6]黄见欢,谢笑芬,莫燕玲."四化管理"护理模式对手足口病患儿康复进程及生活质量影响[J].心电图杂志: 电子版, 2020,9(2):243-245.

[7]刘霞.循证护理协同早期康复干预在手足口病合并脑炎患儿中的应用[J].当代护士: 下旬刊,2020,27(1):102-104.

[8]于建华.循证护理应用于小儿手足口病合并脑炎护理中的临床效果[J].中国医药指南,2021,19(9):198-199.

[9]杨春霞.循证护理应用于小儿手足口病合并脑炎护理中的临床效果及家属满意度分析[J].系统医学,2020,5(17):169-171.

[10]李欢.循证护理对重症手足口病合并神经系统损害临床症状及病程的影响分析[J].皮肤病与性病,2020,42(6):889-890.

作者简介：廖艳梅（1988-6），女，壮，广西壮族自治区百色德保县人，本科，广西百色市德保县人民医院，护师，儿科护士。

静脉中心混合调配药物环节护理中使用优质护理服务取得的效果

周萌

潍坊市昌乐县人民医院 山东昌乐 262400

摘要：目的：探究静脉药物配置中心护理方案，明确优质护理服务的应用效果。方法：统计分析样本为静脉用药患者 130 例（2021 年 1 月至 12 月），随机将其分为对照组（常规护理服务）和观察组（优质护理服务），各 65 例，对比两组护理效果。结果：观察组打印贴签时间、还药耗时、排药时间、配药时间均短于对照组，文书书写、药物配置、药品发放、风险意识维度护理质量评分高于对照组，观察组（1.54%）护理差错发生率低于对照组（10.77%），观察组（96.92）医护满意度高于对照组（86.15%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在静配中心混合调配药物工作中，开展优质护理服务效果显著。

关键词：优质护理服务；静脉药物配置中心；药物混合调配环节；护理质量

调查数据显示，我国所有门诊及住院患者中，超过 70% 的患者需行静脉注射，以此满足临床治疗需求。在此背景下，静脉药物配置中心（简称“静配中心”）工作任务进一步加重。其作为重要的药学部门，为操作人员提供了清洁、密闭的药物配置环境，解决了传统静脉液体配置开放性、分散性问题，可实现静脉用药集中管理，保证输液安全和药品质量，减少各类输液反应，提高药品管理成效，减轻临床护士工作负担、降低医疗成本支出^[1]。但静配中心工作具有工序繁杂、流程复杂的特点，涉及处方打印、适宜性审核、药品混合调配、贴签摆药、成品配送等多个环节，易出现各类护理差错，如贴签差错、审方打印差错等，甚至引发医患纠纷及医疗事故。本文将对优质护理服务的应用进行分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

统计分析样本为静脉用药患者 130 例（2021 年 1 月至 12 月），随机将其分为对照组和观察组，各 65 例，两组男女比例分别为 35:30、36:29，年龄分别为（43.22±3.69）岁、（42.85±3.41）岁，输液时间分别为（4.68±1.24）d、（4.75±1.36）d，组间差异较小（ $P>0.05$ ）。所选患者交流、沟通能力正常，年龄>18 岁，已排除昏迷及休克患者、合并血液传染病患者、过敏体质患者以及抵触本研究患者。两组患者由相同护理人员负责药物调配环节护理，所选护理人员 12 名，年龄（27.12±3.05）岁，均为女性，接受过静配中心专业培训，研究期间无人变动。

1.2 方法

对照组：按照标准护理流程，开展静配中心工作，确保护理措施落实到位，实时监测药物配置工作，协助药师遵医嘱配药，减少各类护理差错和风险问题，严格把控药物打印贴签、混合调配、排药、成品发放等重点环节。

观察组：（1）对静配中心护理人员开展全面培训，内容以标准护理流程、常见药物使用方法和剂量、常见药物不良反应等为主，提高护理人员业务水平，以便于配合药师开展药物混合调配工作；设立考核制度，护理人员具备一定药理知识、专业护理技能扎实，方可上岗工作，若存在对工作流程不熟悉、药理知识掌握薄弱等问题，应再次进行培训；（2）合理放置医疗药物，采取分类放置原则，对药品名称、规格等进行明确标识；按照药物类型不同，使用不同的颜色进行标识、区分，例如，高危药物、抗肿瘤药物、中成药、抗菌药物、普通药物等，分别使用紫色、红色、绿色、黄色、蓝色标识；重点关注对储存环境要求较高的药物，如冷藏保存药物、避光保存药物等，将其放在相应区域；药品使用完成后，应及时放回原位，做好用药记录，及时补充各类药品^[2]；对于无菌药品成品，应参照相关要求保存包装，对于有特殊保存要求的成品药物，应清晰标注注意事项；（3）

落实无菌操作原则，加强静配中心卫生管理，护理人员应积极区分清洁区域与非清洁区域，减少不必要的人员流动，强清洁区域卫生管理，落实各项消毒措施，定时检查静配中心配制间、操作台清洁情况，检查相关人员手卫生，以此进一步规范自身护理行为，促使其配合药师完整静脉药物配置，保证静配中心护理质量；（4）落实护理差错上报制度，简化静配中心护理差错上报流程，不断总结以往工作经验，定期召开交流反馈会议，明确护理差错诱因，采取针对性解决措施^[3]。

1.3 观察指标

①工作效率：记录两组各工作环节耗时，时间精确到 s，包括打印贴签时间、排药时间、还药耗时、配药时间；②护理质量：调查工具为自制百分制问卷，涉及文书书写（25 分）、药物配置（25 分）、药品发放（25 分）、风险意识（分）4 个维度，由专科护士长评估，得分与护理质量成正比；③护理差错发生率：护理过程中，强化质量检查，准确识别各类护理差错，统计两组审方打印差错、成分核对分装差错、贴签摆药差错、成分配送差错等护理差错发生情况；④医护满意度：患者输液结束后，向相关医护人员发放自制十分制满意度问卷，涉及审方、摆药、配送及时性等 10 个条目，各条目不满意记 0 分，满意记 1 分，得分>8 分为非常满意，得分 6~8 分为基本满意，得分<6 分为不满意，问卷回收率 100%。

1.4 统计学方法

数据录入 SPSS27.0 进行统计学分析处理， $P<0.05$ 为差异有统计学价值。

2. 结果

2.1 工作效率

与对照组相比，观察组打印贴签时间、还药耗时、排药时间、配药时间更短（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 两组工作效率对比（ $\bar{X} \pm s$, n=65, min）

组别	打印贴签时间	排药时间	还药耗时	配药时间
观察组	1.22±0.56	0.73±0.98	3.89±1.04	1.72±1.19
对照组	3.04±0.69	2.24±1.06	6.12±1.25	3.68±1.24
t	16.5118	8.4330	11.0566	9.1945
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 护理质量

观察组文书书写、药物配置、药品发放、风险意识维度护理质量评分高于对照组（ $P<0.05$ ），详见表 2。

表2 两组护理质量评分对比 ($\bar{X} \pm s$, n=65, 分)

组别	文书书写	药物配置	药品发放	风险意识
观察组	23.12±1.95	23.65±1.83	23.24±1.80	22.98±1.65
对照组	19.68±1.91	19.41±1.60	19.69±1.42	19.02±1.43
t	10.1606	14.0627	12.4836	14.6221
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 护理差错发生率

观察组护理差错发生率低于对照组 ($P < 0.05$), 详见表3。

表3 两组护理差错发生率对比[n (%), n=65]

组别	审方打印 差错	成分核对分 装差错	贴签摆药 差错	成分配送 差错	总发生率
观察组	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.54)	0 (0.00)	1 (1.54)
对照组	1 (1.54)	2 (3.08)	2 (3.08)	2 (3.08)	7 (10.77)
X ²	-	-	-	-	4.7951
P	-	-	-	-	0.0285

2.4 医护满意度

观察组医护满意度高于对照组 ($P < 0.05$), 详见表4。

表4 两组医护满意度对比[n (%), n=65]

组别	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组	35 (53.85)	28 (43.08)	2 (3.08)	63 (96.92)
对照组	30 (46.15)	26 (40.00)	9 (13.85)	56 (86.15)
X ²	-	-	-	4.8663
P	-	-	-	0.0274

3. 讨论

静配中心操作环境符合药物特性和国际标准, 由专业的药剂人员操作, 配置抗生素、细胞毒性药物等静脉药物, 通过药师参与、采取先进的药物配置技术, 可将静脉药物配置风险集中, 为临床提供优质药学服务, 在保障药物疗效和安全性、提高静脉药物配置质量、提升医院整体管理水平等方面意义重大^[4]。静配中心工作量大、工作流程复杂, 对护理人员业务水平要求较高, 其必须具备扎实的护理学知识及一定的药理学知识, 以此配合药师完成药物混合配置工作, 提高静配中心工作效率, 构建高质量的静配中心护理体系, 减少各类护理差错, 避免医疗纠纷的出现^[5]。常规护理模式下, 护理人员仅能完成静配中心日常工作, 未能充分发挥其自身职责, 如预测风险事件、与药师分工合作、监测静脉用药调配情况等, 各项护理措施针对性不强, 故护理效果十分有限。从患者需求出发, 监护工作流程, 控制服务成本, 提高服务质量, 即优质护理。该模式在临床科室应用广泛, 但在静配中心护理方面应用较少^[6]。本研究中, 通过总结静配中心护理现状, 通过文献检索、筛选、评价、总结等措施, 结合静配中心护理特点, 制定了优质护理服务计划, 获得了理想干预效果。本研究结果显示, 在工作效率方面, 观察组打印贴签时间、还药耗时、排药时间、配药时间均短于对照组, 在护理质量方面, 观察组文书书写、药物配置、药品发放、风险意识维度评分高于对照组, 在护理差错发生率方面, 观察组 (1.54%) 低于对照组 (10.77%), 在医护满意度方面, 观察组 (96.92%) 高于对照组 (86.15%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

分析原因如下: 首先, 受工作繁重、自身知识储备有限等因素影响, 部分静配中心护理人员业务水平不高, 且缺乏继续教育、进修培训的机会, 这一问题, 显著提高了静配中心护理风险, 容易引发诸多护理问题。优质护理模式下, 以护理学、药理学专业知识为主要内容, 予以护理人员全面培训, 能够提升其综合素质, 配合药师更好地完成静配中心工作^[7]。其次, 分类放置、存储药物, 优化静配中心布局, 能够调整静配中心作业流程, 消除相关用药隐患及护理风险, 如药品摆放杂乱、药品标识不明等, 有助于提高静配中心护理效率, 缩短药师排药、配药所需时间; 同时, 按照药物储存要求, 将其分区域摆放, 能够减少因储存不当所致的变色、变质、发霉等问题, 有助于静配中心成本管控。最后, 严格参照无菌流程, 加强静配中心卫生管理, 可规范护理人员行为, 为静脉药物的配置创造良好条件。此外, 落实护理差错上报事件, 能够明确现有护理工作的不足, 持续提升静配中心护理质量^[8]。有研究显示^[9], 根据护理方法不同, 将静脉用药患者分为研究组 (优质护理服务) 和参照组 (常规护理服务), 结果显示, 研究组用药时间错误、用药方法错误、用药剂量错误等不合理用药发生率低于参照组, 研究组患者满意度高于参照组, 且研究组配置输液速度更快、静脉用药配置合格率更高, 说明优质护理服务可切实提高静配中心护理质量, 护理效果明显优于常规护理。有学者指出^[10], 操作流程混乱、人员素质缺乏、药品损耗等, 均为静配中心常见的护理风险, 开展优质护理后, 通过岗前培训、定期开展药学知识培训、优化静配中心护理流程、成立质量控制小组、强化环境卫生管理等措施, 使得静配中心药物配置效率明显提升, 各类护理差错发生率显著降低, 且临床科室医护人员满意度有所提高。

综上所述, 在静配中心混合调配药物工作中, 开展优质护理服务效果显著, 主要体现在减少护理差错、提高静配中心整体护理质量、提升药物混合调配工作效率、提高临床医护人员满意度等方面, 具有推广借鉴价值。

参考文献:

- [1]高雅. 细节管理在静配中心护理管理中的效果分析[J]. 中国卫生标准管理, 2022, 13(06): 166-168.
- [2]王晶晶, 王燕慧, 李钰珊, 等. 循证护理在静脉用药调配中心静脉输液安全质量管理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(14): 2185-2188.
- [3]王建敏, 郭风才, 高书萍. 静脉配置中心优质护理服务中的实施效果研究[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27(S1): 193.
- [4]徐爽, 孔婷婷. 细节管理在静配中心护理管理中的应用[J]. 黑龙江医药科学, 2021, 44(03): 65-66.
- [5]卓金旋. 优化静脉用药调配中心管理在临床优质护理服务中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(06): 97-973.
- [6]吴荣. 提高静配中心药物配置工作质量和效率的策略探讨[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(03): 415-417.
- [7]张芳芳, 张娜. 多环节质量控制在静脉用药调配中心中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2020, 32(21): 87-88.
- [8]孔婷婷, 徐爽. 循环管理模式对降低静脉用药调配中心排药差错的效果观察[J]. 黑龙江医药科学, 2020, 43(04): 151-152.
- [9]金宛. 规范化改进对提高静配中心药物调配工作效率和质量的影响[J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 52(06): 768-769.
- [10]赵海艳, 王晔. 改良预警评分联合护理标识在静脉用药调配中心护理管理中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(08): 95-98.

临床免疫检验影响因素与对策分析

刘阳

银川市第三人民医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨临床免疫检验影响因素与对策。方法：采集本院2020年5月至2021年9月期间接收的208例临床免疫检验案例，随机分为对照组与观察组，分析有关检验影响因素、比例，研究质控管理对策，对照组运用常规管理，观察组运用针对性质控管理，分析不同处理后临床免疫检验结果差异。结果：临床免疫检验影响因素主要集中在检验环境温度、环境清洁度、检验试剂平衡时间、样品质量、检验人员综合素质情况等。在临床免疫检验准确率上，观察组为98.08%，对照组82.69%，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。结论：临床免疫检验影响因素较多，需要做好针对性管控，减少检验工作差错，提升检验准确率。

关键词：临床免疫检验；影响因素；对策

免疫力情况反馈可以有效的了解患者机体对疾病的防御能力，免疫力强的情况下可以更好地提升人体对细菌、病毒方面的防控能力，同时也可以反馈机体健康水平。了解机体免疫力，可以更好地为后续治疗做有效参考。而影响临床免疫检验结果准确性的影响因素较多，需要做好各因素的总结分析，为后续工作的开展提供参考意见。本文采集108例临床免疫检验案例，分析影响因素，观察采用针对性质控管理后临床免疫检验结果变化，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2020年5月至2021年9月期间接收的208例临床免疫检验案例，随机分为对照组与观察组各104例。对照组中，男58例，女46例；年龄从22岁至76岁，平均 (38.29 ± 4.02) 岁；观察组中，男54例，女50例；年龄从21岁至74岁，平均 (39.16 ± 7.53) 岁；两组患者在基本年龄、性别等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

分析有关检验影响因素、比例，研究质控管理对策，对照组运用常规管理，观察组运用针对性质控管理。

在具体的质控管理工作方面，需要做好样本采集工作的规范。一般情况下，在样本采集流程以及储存过程中，需要做好各环节细致地说明规定。一般情况下，对于采集的时间、方法需要做好量化指标以及细化说明，依据患者情况做好合理的采集时间设定，要指导患者运用相对正确规范的采血姿势。同时在抗凝剂的使用中需要做好规范性的处理，按照流程做好对应的样本储存。一般血液样本采集之后，需要保存在4摄氏度的低温环境中。如果不能及时进行检验，需要做好低温储藏。一般情况下，最好在采集之后两小时内做检验，这样才能更好地规避标本劣质以及其他问题影响而导致的检验结果偏差。试剂方面需要做好有关品质管理，一般情况下处于室温条件下的平衡时间需要在半小时以上，由此要保证其室温与试剂温

度处于一致性。同时检验环境的温度需要做好严格的管控，一般保持在18摄氏度至25摄氏度范围内，确保检验时温度在40%~60%范围，由此来降低静电风险性，尽可能地减少对样本构成的污染问题。同时需要做好患者教育指导，提升其有关检查工作的准备配合度，避免个人行为偏差对检验结果构成的影响。具体处理应对上，可以将方式多元化、灵活化、便捷化，充分展现人性化基本原则。一般可以通过事先的口头沟通、电话通知、短信通知或者其他方式书面通知均可，依据实际科室情况而定。尤其是当下互联网信息发达，微信公众号平台成为各医院在实际应用中的有关辅助工具。在有关平台上，患者可以实现在线预约挂号与咨询沟通，同时也可以通过平台推送有关就诊注意事项通知，引起患者的注意。甚至在后疫情时代，通过公众号平台收集患者的基本资料，包括以往病史、当下身体状况、年龄、性别、用药禁忌、过敏史等各方面内容，由此来保证后续诊疗工作符合实际情况所需。可以通过有关平台展开必要的健康教育指导工作，纠正患者的错误认知与行为，保证有关工作顺利规范地开展，避免冲突矛盾与差错问题导致的不良后果。

对于有关检验工作，需要从样本采集、保存、送检、接收、检验、出具报告等各环节做质量管控。在检验之前，需要对采集人员做对应的培训管理，保证其专业操作能力与习惯符合岗位实际情况所需，遵循有关操作流程与标准。要合理地把控采集后的保存时间，及时送检，同时保证送检过程的平稳性，避免密封不严格以及其他因素导致的样本污染。要做好有关试剂合理性与确切性的了解，严格把控质量管理，保证投入使用后能对结果发挥作用。样本检验过程中，还需要依据具体检验项目做好室内环境温度、适度、空气清洁度以及检验试剂平衡时间等各方面的管理，做好有关指标的动态监测与调控，确保有关样本的完全性。在检验后期，需要做好有关检验记录的落实，进行数据的复核，做好有关留样保存管理等。

1.3 评估观察

分析不同处理后临床免疫检验结果差异。

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, $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 对照组 104 例检验质量影响因素评估情况

见表 1, 临床免疫检验影响因素主要集中在检验环境温度、环境清洁度、检验试剂平衡时间、样品质量、检验人员综合素质情况等。

表 1: 对照组 104 例检验质量影响因素评估结果

项目	数量	比例
检验环境温度	6	5.77%
检验仪器故障	1	0.96%
采集时间不规范	3	2.88%
样本送检不及时	4	3.85%
检验人员综合素质	2	1.92%
无菌化操作不规范	2	1.92%

2.2 各组临床免疫检验准确率情况

见表 2 所示, 在临床免疫检验准确率上, 观察组为 98.08%, 对照组 82.69%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2: 各组临床免疫检验准确率结果[n(%)]

分组	n	正确率	差错率
观察组	104	102 (98.08)	2 (1.92)
对照组	104	86 (82.69)	18 (17.31)

注: 两组对比, $p<0.05$

3 讨论

首先, 样本本身会因为多因素情况而导致其结果偏差。例如储存时间过长, 没有低温保存, 受到污染, 或者多次冻融操作等。有关血液样本在采集时间、方法、过程中, 各个细节都会直接导致血液标本质量受到干扰。其次, 是检验人员自身在有关免疫检验操作中, 由于其自身经验积累、技术水平、思想状态等, 都会导致其操作可能存在一定的偏差, 进而影响检验结果质量受损^[1]。其三, 检验所处的环境中温度、湿度、保存环境安全性等都会构成有关检验结果的影响。例如, 在室温条件下, 部分样本可能会存在存放时间过长出现变质。空气中的湿度如果在 40%以下也会容易有静电问题, 进而引发塑料器皿出现电离子吸附, 由此导致污染样本问题。清洗液的更换方面, 工作人员在清洗液的处理更换工作中, 如果没有依照有关流程做好洗液桶清理处理, 进而容易导致假阳性状况。试剂平衡时间, 通常情况下如果试剂平衡时间相对短, 则会引发室温以及试剂温度差异。例如, 如果室温在 4℃与 24℃的情况下, 有关酶标板处于孵箱内所显示的时间可以达到 8 分钟的差异^[2]。检验设备上面, 一般情况下需要做好检验

仪器的定期维护保养、校准。如果出现故障问题, 需要及时反馈处理, 避免处于故障状况中的设备投入实际使用。要做好定期校准处理, 这样才能尽可能地保证检验结果的标准性, 防控误差问题带来的检验质量影响^[3]。

要做好检验人员有关技术水平的管控, 优化有关工作效果。要进行对应实验室检验人员的专业素养培养, 提升有关时间操作能力。一般情况下, 需要做好工作人员的定期培训工作。注重有关实操技术的强化, 要形成有关工作操作规范的行为意识以及习惯, 做好真实案例的说明, 引起有关关注^[4]。同时要做好有效思想引导工作, 让其意识到自身操作失误不仅带给患者不良检测结果, 同时会导致不良口碑, 甚至因为检测结果偏差导致误诊等问题引发一系列的媒体事件。要充分意识到当前大家工作处于一种新媒体环境, 各种负面问题容易因为偶然因素引爆而导致负面影响的扩展化^[5]。因此, 需要工作人员在自身工作中保持更为严谨的操作意识, 要形成更为规范的工作习惯。在人员的录用上需要做好专业技术以及个人思想状态双方面的观察了解, 对于不合格的人员不可以做上岗安排。在人才管理方面, 要保持有效监督管控。同时提供对应的激励措施, 优化提升激励措施。一般包括奖励措施以及惩罚措施, 由此来提升整体工作落实的有效性。要做好定期仪器的维护管理工作, 要做好在仪器维护管理工作上的责任制, 配备对应的人员、资金、设备、技术支持, 确保有关工作落实到实处, 做好定期评估了解。尤其对于相对频繁性使用的仪器, 通常情况下有关仪器的使用时间不可以超过一年, 其校准间隔时间需要控制在 6 个月以内^[6]。对于检验结果需要做好反复的核对, 确定无误之后才能反馈到医师以及患者。在检测之前需要做好样本的细致观察, 认定其属于合格之后再检测工作操作, 避免有关资源的浪费, 做好各环节的审核^[7]。

对于有关检验工作管理, 一方面要实行责任制管理, 将有关工作落实到个人, 另一方面在落实层面上也需要做好科室整体的考评, 由此提升整个科室对各个环节工作的支撑、重视, 避免将责任过多归结于个人而导致其他人缺乏责任心以及缺乏支持意识的状况。要提升整个科室工作人员之间的合作氛围, 互相辅助支持, 查漏补缺, 完成各项工作各环节的配合。因此出现操作问题, 一方面要对有关工作操作人员的责任做批评, 另一方面也需要对整个小组以及科室情况做批评, 由此来引起有关工作人员对整体工作安排的配合度^[8]。

一般情况下, 临床免疫检验工作从采集、保存、送检、检验以及有关物质、人员各层面上是大家集体合作的结果, 并不单单依靠个人完成有关工作的操作。因此, 整个团体流程的配合效果直接影响着最终工作的成效, 甚至对检验之前患者的指导沟通、强调工作也直接关系到检验的结果。而有关工作可能并不是单一人员操作进行, 需要依赖有关辅助工作人员支持^[9]。因此每一个环节都需要落实到位, 才能确保最终工作落实的有效性。甚至在整个流程中各环节配合度更好, 偶尔有一个环节出现差错, 也可以

通过其他环节人员做对应的补救，由此来防控问题不良后果的出现^[10]。

一般情况下，在临床免疫检验工作影响因素中，甚至会出现多因素的影响，甚至是各环节人员同时缺乏细致观察以及责任态度，导致最终结果的偏差。例如在标本采集过程中，如果采集人员对患者的情况有充分的了解，提前预知其不良问题，则可以预防有关采集标本的差错。如果在此环节中工作人员没有做好有关信息的确认，或者确认信息之后马虎大意，仍旧进行标本的采集，导致有差错的采集样本进入到下一个环节。而下一个环节中，如果在样本保存过程中，在高温环境中时间过长，如果工作人员没有保存标准的意识，为了完成有关工作指标，将已经产生变质的标准投入到后续的检验环节，也会导致有关工作出现偏差。而如果在此环节中，在工作室内有双人或者多人，对有关采集样本做情况的观察监督，及时提醒有关送检人员将采集的样本做好送检处理，避免样本留置时间过长而导致的误差，这样也可以防止后续检验结果的偏差。在送检过程中，如果样本因为破损、污染等问题不能投入使用，有关工作人员有专业的工作意识能够及时反馈问题，而不是让受到污染的样本继续投入到检验环节，也可以防控有关工作差错的产生。而对于检验人员，如果已经发现送来的样本出现的问题。观察到有关样本变质、污染、破损等问题，能够做好及时的询问以及反馈，也可以追踪溯源，了解样本采集、送检、保存等各环节的情况，由此来防控检验样本不合格的问题，甚至如果反馈及时，可以及时通知患者做再次的采集工作，由此来保证后续检验结果的准确性。而在检验环节中，如果检验人员已经发现检验试剂以及检验设备出现故障，可能对检验结果构成一定的影响，及时地反馈有关问题，而不是为了完成有关指标任务，强行将有关工作落实下去，也可以防控检验指标的差错性。因此整个工作的流程，各环节人员的相互配合，互相辅助监督，在一定程度上是确保最终检验结果专业性的基础条件。在整个流程中，各环节肩负起自身的责任，同时做好之前之后流程工作的辅助性观察，发现异常情况及时反馈，都可以达到更多的辅助效果，而不是将有关问题继续恶化。尽可能地将不良文体扼杀在萌芽状态，保证后续工作操作的有效性。要充分意识到检验结果的偏差所带来的影响性远远高于有关流程环节中差错而导致的后果。要以检验结果准确性为工作第一标准，其次是检验工作的成本以及效率等问题。在当下技术发展的今天，随着有关方法论、技术的升级，在一定程度上提升了临床免疫检验工作的专业性、有效性、及时性。同时考虑到患者人性化的需求，在有关操作流程上更为便捷，技术的升级带来了检验效果的高效性。作为有关工作人员，需要充分学习新技术、新方法，不断辅助有关工作开展，减少工作差错问题。日常要做好有关专业领域的学习，知晓有关负面案例情况，从中吸取经验教训，同时针对实际科室工

作情况，做好多样化方法的准备，依据情况做灵活的调整。在实际应用中，会出现多种多样化的问题。一方面要积累丰富的指导方法与准备工作，另一方面做好工作人员灵活应对的能力。常规性操作解决多数普通问题，特殊性问题则做好灵活性的机动处理，提升工作执行的有效性，而不是笼统一刀切。要因地制宜与因人制宜的合理化展开，有灵活思辨的能力。一般特殊问题需要管理人员有更强的灵活应对能力，而不是单纯的交给基层执行人员处理，管理人员要肩负自身的价值与责任。对于基层普通工作人员，更多依照专业流程处理，其次是及时反馈问题。在遇到问题后，不要隐瞒，要及时反馈给领导，这样才能保证工作有效开展，而不是让工作问题矛盾激化。管理人员在综合能力上要有充分的准备，一方面要在专业上有较强的理论与经验基础，另一方面，也需要有综合素养，能有丰富的综合学科支持基础，能有更强的观察判断与处理能力，而不是仅仅懂得医学单方面的知识。

总而言之，临床免疫检验影响因素较多，需要做好针对性管控，减少检验工作差错，提升检验准确率。

参考文献：

- [1] 龚晓清. 影响临床免疫检验质量的因素与对策分析[J]. 东方药膳, 2020(17):50-51.
- [2] 苏晨辉. 影响临床免疫检验质量的因素分析与对策探究[J]. 养生保健指南, 2021(3):17.
- [3] 邢自良. 影响临床免疫检验质量的因素分析与对策探究[J]. 健康大视野, 2021(2):259.
- [4] 陈红. 影响临床免疫检验质量的因素与分析对策探究[J]. 中国保健营养, 2020, 30(17):296.
- [5] 付忠会. 临床免疫检验质量影响因素与应对[J]. 婚育与健康, 2020(14):137.
- [6] 王秋红. 临床免疫检验影响因素及对策探析[J]. 健康之友, 2020(10):28, 27.
- [7] 费静. 临床免疫检验中影响质量的因素以及对策[J]. 质量安全与检验检测, 2021, 31(1):125-127.
- [8] 董方远. 临床免疫检验的质量影响因素及相应对策分析[J]. 饮食保健, 2020, 7(33):261-262.
- [9] 孙伯杨. 强化免疫检验质量管理对临床免疫检验准确性的影响观察[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(18):79, 81.
- [10] 黄冬媚. 临床免疫检验的质量影响因素和相应对策[J]. 养生保健指南, 2021(25):245.

门诊药房药品调剂差错原因与对策

马文园 苗婷婷

银川市妇幼保健院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨门诊药房药品调剂差错原因与对策。方法：采集本院 2020 年至 2021 年期间接收的 121 例门诊药房药品调剂差错处方，分析其差错原因，以及管控对策。结果：121 例门诊药房药品调剂差错原因中，医师原因为 25.62%，门诊药师原因为 74.38%；在差错具体原因中，用法用量差错为 15.70%，电子处方差错为 9.92%，药品多发或者漏发为 21.49%，药品剂型、厂家、规格差错率为 35.54%，药品名称、包装相似性导致差错为 17.36%。在调剂差错率与出门差错率上，管理前为 0.76‰和 0.18‰，管理后为 0.23‰和 0.06‰，对比差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：门诊药房药品调剂差错原因与医生与药师有一定关系，需要做好细节管理，提升工作流程规范性，减少误差导致的不良影响。

关键词：门诊药房；药品调剂；差错；原因；对策

药品调剂差错主要是药品调剂流程中出现的差错，容易构成药品管理与患者构成不良影响。而门诊药房属于医院的窗口部分，为门诊患者提供用药保障以及有关药学服务。虽然在实际工作中，不断重视药品调剂管理工作，但是会因为各方面因素影响，导致存在一定比例的药品调剂差错，需要结合时代发展水平以及技术、方法，尽可能地降低不良问题发生率。本文采集 114 例门诊药房药品调剂差错处方，分析其差错原因，以及管控对策，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年至 2021 年期间接收的 114 例门诊药房药品调剂差错处方。

1.2 方法

分析其差错原因，采取针对性管理。

1.3 评估观察

观察调剂差错原因，分析针对管理前后差错率情况。从大方面可以分为门诊药师与医师的原因，从具体原因上，门诊药师原因包括药品多发或者漏发，药品名称包装相似性导致差错，药品剂型、厂家、规格差错等。医师的差错原因中，主要集中在用法用量差错、电子处方差错方面。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 门诊药房药品调剂差错原因

见表 1 所示，121 例门诊药房药品调剂差错原因中，医师原因为 25.62%，门诊药师原因为 74.38%；在差错具体原因中，用法用量差错为 15.70%，电子处方差错为 9.92%，药品多发或者漏发为 21.49%，药品剂型、厂家、规格差错率为 35.54%，药品名称、包装相似性导致差错为 17.36%。

表 1：121 例门诊药房药品调剂差错原因评估结果

项目	差错	案例数	比例
医师原因	用法用量差错	19	15.70%
	电子处方差错	12	9.92%
门诊药师原因	药品多发或者漏发	26	21.49%
	药品剂型、厂家、规格差错	43	35.54%
	药品名称、包装相似性导致差错	21	17.36%

2.2 调剂差错率与出门差错率情况分析

见表 2 所示，在调剂差错率与出门差错率上，管理前为 0.76‰和 0.18‰，管理后为 0.23‰和 0.06‰，对比差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 2：调剂差错率与出门差错率评估结果[n(%)]

分组	n(张)	调剂差错率 n (%)	出门差错率 n(‰)
管理前	114837	87 (0.76)	21 (0.18)
管理后	147621	34 (0.23)	9 (0.06)

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

3.1 门诊药房药品调剂差错原因

3.1.1 药师因素

由于门诊用药之中，在包装、规格、剂型、品名上面都具有一定的相似性，容易造成视觉上的混淆。同时在药物的数量上也容易因为注意力不集中或者马虎大意而导致数量差错。在具体操作中没有依照“四查十对”等基本操作原则，对于大处方以及取药高峰情况下，操作过程中患者的数量过多，容易因为忙乱导致错发以及漏发等问题。具体的药品在规格、剂型、厂家上都会因为同一种药品而在有关细节上出现一定的差异性，由此导致拿取错误。尤其是没有对处方进行严格的检查，就引发错问题。

同时药物的具体类型也有一定的差异性，容易因为记忆混淆而导致错发。在包装上，药品本身也容易具有一定的相似性。较多的药师在实际的发药过程中，更多会对药品的大小、形状、包装进行快速的识别，而并没有完全的进行药品细节的检查，进而导致发错。在用药禁忌方面也可能出现对儿童用药发放为成人用药，向孕妇发放了孕妇禁止使用的药剂。

3.1.2 医师因素

医生因素方面，一般现在可能有手写处方以及电子处方等多种情况，在用法用量上面容易出现一定差错。例如，电子处方书写或者信息差错，部分药师对有关系统操作不熟悉，或者记忆混淆，也容易在缺乏“四查十对”的处理中而导致错误问题。在用法用量上面，例如，属饭前用药，没有做好准确的指导，让患者误以为饭后使用；胰岛素注射用药需要做冷藏，而患者容易误认为冷冻，进而导致药品失效等问题；在处方禁忌方面，没有做好有关患者综合情况的了解，进而导致违反用药配伍禁忌，对患者身体构成的伤害。较多的药物会有对应的使用禁忌症，部分患者使用之后会带来一定的功能损伤。而在实际处方处理中，一是没有对患者的禁忌情况做细致的询问，就容易导致有关处方本身的错误性。处方在书写上面的规范性不佳，也会导致患者无法正常地取到药物，有名字错误或者个人信息的差错等。

3.1.3 患者因素

此外也容易因为患者因素引发有关调剂错误。例如,患者自身因为疾病因素导致身体的承受能力差,在长时间排队、候诊中容易导致情绪烦躁激动,由此导致催促药师以及医师操作,进而导致正常工作受到影响,导致错拿以及漏拿有关药物。

3.2 门诊药房药品调剂差错管控对策

3.2.1 细节优化

面对相关情况需要做好各方面问题的逐一防控,充分使用时代技术条件以及方法。要保证实际工作中工作压力的合理化,避免工作压力过大而导致的药师以及医师操作。要保证门诊诊疗环境上保持有序排队,避免人员拥挤以及其他患者情绪躁动导致的工作干扰。药品需要在门诊药房做分类存放,保证存放有序,位置相对固定。尤其是对于相似性的药物需要做间隔性的摆放,同时做好醒目性的提醒。甚至可以依据药师自身的个人操作习惯,做好醒目的标识,由此来提升其辨别的效率以及质量。要做好严格的质控管理工作,依照有关制度标准做好药品入库管理。完善有关入库验收,做好科学的储存。高危性的药物,需要做好醒目的标识,避免调配差错等问题。定期还需要做好药品本身有效期的检查,同时保持先进先出的基本药品拿取操作原则。

3.2.2 优化审核管理

要让药师做好处方的细致审核,同时对于存疑地方需要及时地与医师做沟通说明,在发药过程中,还需要嘱咐患者使用药物的注意事项,提供对应的书面便携材料。通过教育指导,让患者对用药基本禁忌等有基本的了解。一方面,可以减轻药师以及医师解说工作压力,另一方面也可以让患者自行参照执行,更为便捷用药。要做好处方调剂差错登记制度,对于出现的药品操作问题需要及时反馈,开通对应的绿色通道,避免问题的隐瞒。对于隐瞒问题者,需要做好严格惩处,避免相关问题再次发生。要做好定期的组内部的会议,积极鼓励工作人员相互反思以及分享经验,对存在的隐患作重视以及分析,讨论提出建设性的意见,不断的优化整体门诊药房工作水准。要注重科室之间的沟通互动,对于药品有关信息的更新需要及时的做好信息共享,由此来帮助医师更为准确地提供对应的处方,避免处方差错而引发的药品配发错误。同时要对日常处方情况做习惯性的了解,做好定期的提醒。要积极地运用智能技术来辅助有关工作的开展。如果条件运用,还可以运用智能药物拿取装置,减少人为操作带来的误差。但是这种操作的成本高,日常维护管理的成本也高,因此在一般机构不适宜应用,适合用药量的单位。一般单位,还是需要依靠工作人员,让药师做好具体的执行与审核工作。智能设备可以做好对应的信息监督审核,减少有关信息传递过程中的差错。门诊取药也要保持有序管理,通过叫号系统让患者到点拿药,避免人员全部堆积在取药窗口导致的错乱。可以提供座椅,让取药人没有想到自己的时候坐等,避免人员拥挤烦躁情绪。提升就医流程的舒适感,可以更大程度地降低患者与家属的负面情绪。

3.2.3 注重人才培养管理

要做好医师、药师综合素养的提升,做好药剂科定期的专业知识讲授指导,让药师在知识层面上有更扎实的积累。同时日常药师以及医师需要做好专业方面的理论沟通学习,提升有关工作操作的默契感。要不断地做好实际业务工作中问题的总结归纳,采用循环性的优化提升办法,不断地寻找问题以及解决问题,避免问题遗漏而导致了不良问题发生。定期需要做好有关工作人员的理论知识考核,同时日常也需要对实操工作做考核评估,发挥一定的监督指导作用。药师不仅需要具有药理学理论知识基础,同时也需要有具备临床医学以及有关心理学掌握,这样才能满足实际多样化情况所需,鼓励药师做好继续教育,不断地提升自身综合素养。随着后疫情

时代的来临,有关医疗工作的开展重视度不断提升,对于医务人员的业务素质培养,从传统的实体课程培养逐步开始注重网络层面的培训沟通。一方面,是日常科室内部的人需要对最新颁布的信息内容以及接收到的行业信息做小组群内的沟通互动转发,让工作人员有充分的知晓。另一方面,也可以为工作人员提供专业性的网络培训课程。具体的课程内容可以通过直播形式或者是录播形式进行,可以展开网络层面行业内专业人员的沟通互动,解答问题。将实际工作中遇到的问题放到网络平台上,供专业人员讨论分享,弥补科室内人力资源不足。集思广益,提升有关工作开展的有效性。多学习其他医院同行的方法经验,筛选适合本科室的对策。注重多样化激励措施的运用,提升工作人员自我提升的动力。每个员工都有自己的诉求,除了常规的薪资福利,也可以提供多样的医院可以开展的福利。包括假期、进修机会、人脉资源、荣誉表彰以及其他医院内部资源等。要做好激励措施之前的沟通了解,知晓其内心的想法。沟通中要保持坦诚的状态,避免不实表达导致员工真实诉求的隐瞒。要挖掘员工的最本质的诉求,从而进行多样化的激励措施提供,提升其对激励措施的满意度,由此降低激励措施资源的浪费。在当前激励措施,往往因为缺乏与员工诉求的匹配,由此导致个人主观能动性的调动不足,同时也引发激励措施的资源浪费。

3.2.4 注重因地制宜合理管理

在具体的方法使用上,一方面要考虑到其操作带来的实际效果,另一方面也要考虑其成本。而成本方面除了常规的经费成本、物资设备成本、人力成本,也要考虑时间成本。有关工作的开展,如果不能有效地控制成本,提升整体的效果,其开展的耗费过大,也无法满足实际情况所需。因此,在具体的方法使用上要考虑因地制宜,匹配地方条件状况,同时还需要考虑到工作人员的执行能力,并不是越高级的方法,适用性越高。越高级的方法可能对医院的硬件、软件条件要求更高,对工作人员的综合素养要求更高。因此,更多情况下需要采用和自身医院科室情况相匹配的同行经验,这样才能达到更高的适用性。但是对于先进的方法需要了解掌握,因为整体的医疗工作开展会不断地提升管理以及操作水准,当下不适用于科室的方法,不代表未来不能适用。作为专业人员,需要对前端技术以及方法经验有一定的了解,这样对未来的工作发展有一定的助力。

总而言之,门诊药房药品调剂差错原因与医生与药师有一定关系,需要做好细节管理,提升工作流程规范性,减少误差导致的不良影响。

参考文献:

- [1]秦超燕. 门诊西药房处方调剂差错分析与防范对策[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(6):171-173.
- [2]王玉群. 门诊药房处方调剂差错原因分析及防范措施探究[J]. 东方药膳,2021(22):259.
- [3]王秀健. 药房中药调剂常见差错分析与解决对策[J]. 健康大视野,2020(16):101.
- [4]张晓丽. 门诊西药房药品管理与调剂差错的调查分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(65):191-192.
- [5]王恒. 探讨门诊药房药品调剂工作规范化管理[J]. 饮食保健,2020,7(19):7-8.
- [6]张华利,钱火连,黄光英. 门诊药房处方调剂差错原因与改进措施探讨[J]. 中国药业,2021,30(16):28-30.
- [7]郭良红,杜燕华. 门诊西药房药品管理与发放数字化管理措施分析[J]. 糖尿病天地,2021,18(5):4.
- [8]朱雷. 门诊西药房处方调剂差错分析及防范措施[J]. 医学美学美容,2021,30(5):190.

胃肠外科中运用快速康复外科护理后的患者并发症情况分析

毛静 张璐丹

中宁县人民医院普外科 宁夏中宁县 755100

摘要：目的：探讨胃肠外科中运用快速康复外科护理后的患者并发症情况。方法：观察 2019 年 6 月至 2021 年 2 月期间接收的胃肠外科患者 104 例，随机分为对照组与观察组，每组各 52 例，对照组运用常规护理，观察组运用快速康复外科护理，分析各组护理后患者并发症、疼痛程度情况。结果：在术后疼痛程度评级上，观察组评级明显低于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在并发症发生率上，观察组 5.77%，对照组 17.31%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在治疗依从性上，观察组 96.15%，对照组 82.69%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在护理满意度上，观察组 96.15%，对照组 80.77%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：胃肠外科中运用快速康复外科护理后可以有效地改善其术后疼痛程度，减少术后并发症，提升其治疗依从性，患者护理满意度也更高，整体状况更为理想。

关键词：胃肠外科；快速康复外科护理；并发症

快速康复护理主要是通过多方面护理内容的优化，改善手术可能出现的问题与症状，提升恢复速度，减少恢复不良问题。胃肠外科手术中，会因为各种内外部因素的影响导致患者有多种应激反应，影响治疗恢复的状况，需要护理工作辅助改善。本文采集胃肠外科患者 104 例，分析运用快速康复外科护理后患者并发症、疼痛程度情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察 2019 年 6 月至 2021 年 2 月期间接收的胃肠外科患者 104 例，随机分为对照组与观察组，每组各 52 例。对照组中男 29 例，女 23 例；年龄从 24 岁至 73 岁，平均 (64.28 ± 4.09) 岁；文化程度方面，初中及以下为 28 例，高中为 16 例，大学为 8 例；观察组中男 27 例，女 25 例；年龄从 24 岁至 73 岁，平均 (65.19 ± 4.43) 岁；文化程度方面，初中及以下为 24 例，高中为 17 例，大学为 11 例；两组患者的基本年龄、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，常规护理方面，做好术前 12 小时禁食，6 小时禁饮。术后做好胃管拔除之后进行饮食指导，让其在术后是 72 小时后进行下床活动。

观察组运用快速康复外科护理，内容如下：

1.2.1 术前护理

术前护理要做好心理建设，减少患者紧张焦虑情绪，提升其治疗康复信心。要做好必要的交流沟通，让其了解手术治疗流程与注意事项，构建良好的医患关系。要做好患者机能状况优化，促使术后更快速地恢复。做好饮食管理，保持易消化、高蛋白的清淡饮食。同时需要在术前 12 小时禁食，术前 6 小时禁饮。手术当日早晨需要进行胃管留置，同时合理使用镇静剂注射^[1]。

1.2.2 术中护理

术中护理上需要做好生理状况的变化观察，如果有异常情况需要及时处理。要做好保温管理，使用保温毯，做好输液温度以及器械的预热，做好身体遮盖保暖。

1.2.3 术后护理

术后护理上需要在其麻醉苏醒之前做好各项情况的观察记录。做好心理护理工作，及时地告知其手术成功的消息，做好心理安抚。要积极鼓励其配合康复工作的开展，避免其过多地对身体状况产生担忧^[2]。让其意识到良好的心理状态有助于疾病的康复，提升其自觉控制不良情绪的意识。要做好饮食管理，如果意识恢复之前没有呕吐情况，可以将其床头 15 度

调高，指导其做好斜卧位，在意识恢复之后需要将床头调升到 30 度。如果在恢复过程中有渗血渗液情况，需要做好及时观察与处理。饮食之前需要饮用少量温开水，观察其吞咽状况，如果没有异常情况，可以进行少量流食设计，然后逐步恢复到普食^[3]。

术后要做好疼痛情况观察，依据情况做好疼痛护理，合理使用镇痛药物。同时做好手术切口观察，如果有感染以及切口开裂情况，需要及时干预。同时要做好家属指导工作，让家属多陪伴患者多沟通，提供兴趣爱好活动^[4]。要做好营养管理，术后第 1 天需要进行葡萄糖盐水的鼻肠管泵注入，如果有口干情况可以适量地饮用温开水。术后第 2 天可以做好肠内营养支持，如果有恶心呕吐、腹泻状况，可以将输液速度减缓。要做好康复训练，清醒之后可以做好床上被动的四肢活动训练。每 2 小时做好一次翻身防控静脉血栓^[5]。术后 3 天可以开展简单的活动锻炼，具体的运动量与运动强度依据，其耐受度合理设定。

1.3 评估观察

分析各组护理后患者并发症、疼痛程度情况。并发症主要集中在胃出血、吻合口瘘、腹胀等情况。疼痛程度分为 4 级评价，0 级为无痛；I 级疼痛为患者有轻度疼痛，II 级疼痛为患者有明显疼痛，但是在忍受范围内；III 级为患者有剧痛感，无法忍受，影响睡眠。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 患者术后疼痛程度评级情况分析

见表 1 所示，在术后疼痛程度评级上，观察组评级明显低于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1：患者术后疼痛程度评级结果[n(%)]

分组	n	0 级	I 级	II 级	III 级
观察组	52	19 (36.54)	18 (34.62)	8 (15.38)	7 (13.46)
对照组	52	11 (21.15)	17 (32.69)	14 (26.92)	19 (36.54)

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 患者并发症情况分析

见表 2 所示，在并发症发生率上，观察组 5.77%，对照组 17.31%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2：患者并发症评估结果[n(%)]

分组	n	胃出血	吻合口瘘	腹胀	总并发症率
----	---	-----	------	----	-------

观察组	52	2 (3.85)	1 (1.92)	0 (0.00)	5.77%
对照组	52	4 (7.69)	3 (5.77)	2 (3.85)	17.31%

注：两组对比， $p < 0.05$

2.3 患者治疗依从性情况分析

见表3所示，在治疗依从性上，观察组 96.15%，对照组 82.69%，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	52	36(69.23)	14 (26.92)	2 (3.85)	96.15%
对照组	52	21(40.38)	22 (42.31)	9 (17.31)	82.69%

注：两组对比， $p < 0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表4所示，在护理满意度上，观察组 96.15%，对照组 80.77%，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。

表4：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	护理总满意度
观察组	52	37(71.15)	13 (25.00)	2 (3.85)	96.15%
对照组	52	22(42.31)	20 (38.46)	10 (19.23)	80.77%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

胃肠外科采用快速康复外科理念护理，更注重细节优化，减少手术对患者构成的不良刺激，由此减少恢复不良问题。患者恢复更顺利，减少治疗住院时间，降低治疗成本，提升患者体感舒适度，整体状况更为理想。

快速康复外科理念对于手术治疗工作而言，通过优化有关操作流程，尽可能地缩减手术准备以及恢复时间，减少手术带来的应激反应，降低手术并发症，进而达到更快的康复效果。围术期护理涉及患者的心理护理、生理护理、认知引导各方面，让患者从生理、心理、认知各层面配合治疗工作的开展，尽可能提升手术恢复的效果，保证手术顺利地进行，避免不良因素刺激导致的手术延迟或者恢复时间延长。

首先，心理护理层面要充分的考虑到多数患者对手术可能会存在焦虑、恐惧等负面情绪，进而引发多种的手术应激反应、术后并发症等问题^[5]。因此需要针对患者不同心理状态做对应心理建设疏导，做好积极的心理暗示。要了解患者的综合情况，包括其个人的基本信息、疾病史、用药史、手术情况、生活习惯、兴趣爱好等特点。选择其能够接受的语言做教育指导、心理安抚等方式，保证护理工作的顺利进行。要保证对患者耐心的倾听，了解其想法以及诉求，然后做好对应的引导工作^[6]。一般情况下，快速康复护理理念下的术前准备禁食禁水以及术后饮食管理与常规围术期护理要求相对不同。其术前准备工作更高效，尽可能减少过长时间禁食禁水而带来的身体不利问题，降低手术带来的不良反应。比如快速康复外科理念的护理，在术前半小时内进行抗生素预防性使用，但是术后不需要过长时间的抗生素用药。同时对于手术紧张相对更明显的患者，一般术前一晚上可以给予镇静药物来提升其休息质量。同时术前也不主张做肠道准备等常规术前护理工作。传统手术一般需要在手术当天补充较多液体，同时术后3~4天还需要每天大量补液，因此体重会不同程度的提升。而快速康复外科理念的护理在一定程度上注重保证生命体征正常的维持状况之下，尽可能地缩减补液量，由此来减少有关术后并发症，同时减少住院时长，恢复速度相对更快。在手术期间，需要做好体温管理。一般术中低温可能会引发多种手术应激反应，导致切口感染的风险提升等问题^[7]。术中以及

术后做好有关保暖处理，可以更有效地减少手术出血量，以及术后感染、心脏并发症问题，减少分解代谢带来的不良问题。保暖处理的办法可以通过保温毯、输入液体以及冲洗液的恒温处理，同时还需要做好手术室温度、湿度的控制，避免手术室温度过低而导致的患者低体温问题。同时术后早期活动方面，一般传统手术的护理理念在于早期要做好卧床休养，但是快速康复护理理念之下，基于充分的止痛，在一定程度上强调避免应用引流管^[8]。鼓励其做好早期下床活动锻炼，开展早期功能训练，同时设定对应的康复治疗目标以及护理计划。术后还可以通过嚼口香糖等方式来达到促使胃肠蠕动的恢复，尽可能地减少术后肠麻痹等不良问题。快速康复护理理念强调术后早期可以进行进食，不一定要等到肠道通气之后处理。

快速康复外科理念的护理工作需要进行需要配合对应的教育指导，具体教育指导方式以及内容需要贯穿到整个护理流程中，尽可能的提升患者的理解效果，避免其理解不到位而导致的负面影响。教育指导中要减少专业术语的比例，尽可能通过通俗用语解说。随着护理工作的压力增大，可以更好地配合书面指导文件来开展，这样可以降低护理工作压力。同时书面指导内容设计的专业、全面，有利于患者以及家属的了解，保证最终的教育指导效果。还可以利用其住院的闲暇时间做有关内容的指导，充分利用患者闲暇时间。在有关护理处理上要充分调动家属的配合，避免家属认知偏差以及不良行为而导致的工作阻力。要充分意识到护理工作不仅要完成对患者的教育指导以及护理操作，更大程度上要帮助患者减少外界不良因素构成的影响。因此其陪护人员以及家属等人员也属于护理工作需要考虑的范畴，要做好其心理安抚、教育指导工作。尽可能提供人性化的服务，提升家属对有关护理工作的认可度，由此来帮助患者得到更好的治疗恢复支持，减少其不良行为构成的护理工作压力以及矛盾冲突等问题。具体处理应对上，需要依据科室人力条件、经费状况、环境状况、患者情况，避免笼统一刀切。要充分意识到护理工作的开展要从实际情况出发，综合各方面因素，减少不利因素带来的影响。一方面也要参考前人的优秀经验，另一方面要做好当时当地实际情况改变的调整，充分吸收时代技术条件以及方法论为有关护理工作的优化升级提供参考。

总而言之，胃肠外科中运用快速康复外科护理后可以有效地改善其术后疼痛程度，减少术后并发症，提升其治疗依从性，患者护理满意度也更高，整体状况更为理想。

参考文献：

- [1]彭丹,杜思英,叶其香,等.快速康复外科护理对胃肠外科手术术后病人疼痛及并发症的影响[J].饮食保健,2021(9):162.
- [2]黄淑芬.快速康复外科护理对胃肠外科手术术后病人疼痛及并发症的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(38):44-45.
- [3]薛瑜,顾燕姬.快速康复外科护理对胃肠外科患者术后胃肠功能恢复及并发症发生率的影响分析[J].养生保健指南,2020(42):186.
- [4]刘朕.优质护理在胃肠外科老年患者空肠输注肠内营养中的干预效果研究[J].基层医学论坛,2021,25(33):4775-4777.
- [5]崔瀛元.中西医结合护理对胃肠外科患者术后胃肠功能恢复及并发症的影响[J].医学信息,2021,34(20):179-181.
- [6]彭金凤.品管圈护理模式对胃肠外科护理质量及护理满意度的影响[J].中外医学研究,2021,19(08):95-97.
- [7]庄珊珊,王明芽.快速康复护理在胃肠外科中的实施效果观察[J].中国卫生标准管理,2021,12(03):127-129.
- [8]庄丽红,李梅君.快速康复外科护理在老年胃肠肿瘤患者围手术期中的应用[J].中国卫生标准管理,2020,11(23):146-149.

尿常规检验运用干化学法与尿沉渣检验的效果分析

潘婧雯

银川市第三人民医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨尿常规检验运用干化学法与尿沉渣检验的效果。方法：采集本院 2020 年 4 月至 2021 年 8 月期间接收的 92 例尿常规检验案例，随机分为对照组与观察组各 46 例，对照组运用干化学法检验，观察组运用干化学法联合尿沉渣检验，对比不同检验方式下准确率与指标差异。结果：在定量白细胞阳性、定量白细胞阴性、定量红细胞阳性、定量红细胞阴性等检测结果上，观察组各项明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在诊断准确率上，观察组 93.48%，对照组 78.26%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：尿常规检验运用干化学法与尿沉渣检验均可以达到一定诊断价值，而两种方式结合检验，可以更大程度地提升检验的准确性。

关键词：尿常规检验；干化学法；尿沉渣检验；效果

尿常规检查属于常规检查手段之一，可以更好地判断肾脏疾病状况，一般在疾病初期会产生尿沉渣、蛋白尿有关情况。通过尿常规检验可以达到一定检验效果，可以检查尿液透明度、成分比例、酸碱度等。有关自动化设备的支持，促使尿常规检验更为便捷有效。本文采集 92 例尿常规检验案例，分析运用干化学法与尿沉渣检验的情况，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 8 月期间接收的 92 例尿常规检验案例，随机分为对照组与观察组各 46 例。对照组中，男 28 例，女 18 例；年龄从 34 岁至 57 岁，平均（ 46.82 ± 4.09 ）岁；观察组中，男 26 例，女 20 例；年龄从 32 岁至 59 岁，平均（ 45.29 ± 4.65 ）岁；两组患者在基本年龄、性别等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用尿沉渣检验，运用全自动尿沉渣分析仪做好尿液标本检测，配合对应的试剂。做好镜下检查，了解有关黏液丝、尿蛋白、白细胞、红细胞、结晶情况的观察记录，依据对应检验时间的差异做好 1500r/min 离心处理。一般在 5 分钟之后摒弃上层清液，检验剩下的尿渣。观察组运用干化学法联合尿沉渣检验，收集好新鲜尿液后做混匀，而后运用尿自动分析仪与有关试剂做检验观察、记录。

1.3 评估观察

对比不同检验方式下准确率与指标差异。观察漏诊率、误诊率与准确率。指标主要集中在定量白细胞阳性、定量白细胞阴性、定量红细胞阳性、定量红细胞阴性等检测结果上。

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， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 不同检验方式检测结果差异

见表 1 所示，在定量白细胞阳性、定量白细胞阴性、定量红细胞阳性、定量红细胞阴性等检测结果上，观察组各项明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 1：不同检验方式检测结果[n(%)]

分组	n	定量白细	定量白细	定量红细胞	定量红细胞
		胞阳性	胞阴性	阳性	阴性
观察组	46	21(45.65)	41(89.13)	15(32.61)	41(89.13)
对照组	46	6(13.04)	30(65.22)	9(19.57)	34(73.91)

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 不同检查方式诊断准确率情况

见表 2 所示，在诊断准确率上，观察组 93.48%，对照组 78.26%，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	准确率	漏诊率	误诊率
观察组	46	43(93.48)	2(4.35)	1(2.17)
对照组	46	36(78.26)	5(10.87)	5(10.87)

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

在检验科中尿传控检验属于常见的检验项目内容，可以有效地观察泌尿系统疾病以及有关发病原因的掌握，一般情况下集中应用在肝胆疾病、膀胱功能、肾病、输尿管等各方面情况，对疾病的诊断以及治疗恢复效果做一定观察判断。在具体的试验应用中，可以运用尿化学检验、细胞学检验、微生物检验以及有形成分检验等各方面。同时其中可以包括红细胞、

白细胞有关的形态以及计数检验内容^[1]。完成之后可以在有关验证数据的支持下，对其肾脏疾病、炎症情况以及血尿状况做有效判定。尿化学检验可以在一定程度上掌握尿中蛋白质、血红蛋白等有关指标情况。可以了解其泌尿系统疾病问题，对有关致病菌做分类管理。在尿常规检验中，当前的检验方法集中在干化学法以及尿沉渣法^[2]。尤其是技术设备的提升，全自动尿常规检验仪器在临床应用广泛，可以达到自动化、流水化操作，整体的检验结果更具有可靠性，同时检验效率提升，降低了人力资源消耗。有关检验的成本得到进一步的缩减，在基层医疗单位中广泛应用。

干化学法一般通过化学试剂带方面的化学反来呈现出试剂带颜色的改变，由此对有关指标的检测水平做对应的判断。一般情况下，可以针对血红蛋白、亚铁血红素等做有效检验，同时可以掌握尿液内细菌以及有关大量肌红蛋白假阳性情况^[3]。当红细胞出现破坏之后，其检验结果会反馈出假阴性状况。尿液分析仪可以更好地掌握其结果，操作便捷，整个速度相对更快，同时检测的项目逐步丰富，因此在实际检验应用中逐步得到推广。干化学试剂带的辅助性应用，通过燃料与中性粒细胞酯酶反应来让其呈现出紫色，其反应程度越高，其颜色相对更深。对于白细胞数量也可以达到间接性的检测效果。在检验过程中做中性粒细胞酯酶检测，不会与淋巴细胞、单核细胞之间产生对应的反应。因此受到有关仪器、试条、检验尿样等方面的影响，也会导致有关检验结果出现一定的误诊风险^[4]。尿沉渣检验一般是针对尿液内的成分、形态、比例等情况做对应的分类。一般集中管型分类的了解，在具体检验上集中在转型的反馈。当其结果为阳性时，则需要进一步通过显微镜做有效观察了解。尿沉渣检验在一定程度上可以进行尿液具体情况的分类管理，由此来获取有效信息。在检验操作中，会存在一定的误差率^[5]。一般对阳性结果需要通过显微镜做镜下检查的辅助来进一步请确定。因为通过实际应用发现，将干化学法与尿沉渣法做联合检验，在一定程度上可以发挥两者技术的优势，既保证了效率，同时也保证了检验的效果，整体结果的可靠性显著提升，降低有关检验的误差率。有关操作上的双重处理，可以减少假阴性以及假阳性的可能性。尿沉渣检验方式可以进行对应的离心处理，整体的尿检验结果准确性得到有效保证^[6]。但尿沉渣操作方式相对复杂，对人员的精力消耗更大，对个人工作整体状态要求更高。因此，为了降低有关检验工作的漏诊以及误诊率，一般需要工作人员以及有关设备管理更严格。尿沉渣法的检验方式在一定程度上可以规避常规检验中的弱点，对尿液中有关成分的形态、红细胞白细胞的状况做有效区分^[7]。

尿沉渣检验法属于常规检验方法，一般对于肾病患者而言，多运用晨起第一次尿液做检验标本，尿量保持 5~10ml 做送检所需。要指导患者做好合理的尿液采集方式，一般需要将前部分的尿液摒弃，以尿液中段的样

本为准。前段尿液可以更好地将尿道口与有关尿道的细菌清理，中段尿液留取后送检，可以更好地保证检验结果的准确性。同时，对于女性受检患者而言，需要避开白带与月经血对尿液样本的干扰，而男性患者要减少前列腺液混入到尿液中产生结果干扰。尿液检验结果与多方面因素有关，包括样本采集，样本的存放管理，送检过程，设备维护管理水平以及操作人员专业化水平^[8]。除了尿液样本的规范性管理，也需要注重样本保存的规范化。一般情况下，需要及时送检，避免尿液过久存放导致尿液样本变质，如果不能及时检验，需要将尿液放置在低温冷藏环境中保存，尽可能地减少尿液存放过程中变质的风险。尤其是部分尿液样本不能及时检验，或者需要重复性操作处理，由此需要确保尿液样本质量的合格性。在细节处理应对上，要考虑具体环境条件，尽可能地保持流程优化，减少工作延误。尽可能地让尿液采集点与检验点在同一区域，避免过程中送检导致的样本污染或者其他问题。如果条件允许，可以在医院内装备对应的送检传输工具，保持传输过程平稳，避免颠簸或者冲撞对有关样本构成的不良影响。可以利用多样化的先进设备，同时也需要注重环境布局管理，尽可能地减少样本采集点、检验操作室偏僻导致的操作问题。有关送检装备上，也需要保持专业化处理，避免随意存放运送导致的样本失效等问题。在检验操作环节，要做好有关检验仪器的定期校准、维护保养，同时对于有关试剂也需要做好严格管控，确保处于有效期范围内，避免因为试剂失效等问题导致的结果偏差。同时，也需要严格做好有关设备、试剂的采购管理，保证有关硬件条件支持工作顺利展开。同时对于工作人员也需要培训管理，让其对有关操作的专业性有更多的认识。在设备管理上，要做好及时的更新换代，及时淘汰老旧与存在故障的设备，保证有关设备在性能、功能丰富性、工作效率、操作便捷性上不断提升。同时也需要依据科室实际需求做好设备数量、型号等各方面的合理搭配。一方面要满足实际工作所需，保证工作准确性、高效率；另一方面，也需要考虑设备成本投入，避免限制浪费。甚至配套的环境管理也十分重要，甚至要做好有关检验室的温度、湿度管理，保证有关设备运行的有效性，同时减少尿液在室温条件下放置受到的影响。

要做好有关医院情况的实际了解，不断进行多样化的培训考核，让员工视野得到拓展。要完善考评体系，要针对医院自身检验工作情况，完善对应的考评体系，由此来防控检验偏差问题。基于遵守有关检验工作管理制度、条件，设定对应的考核制度，包括理论笔试与实操检测。要让工作人员依照有关制度执行，定期地做好有关知识以及技能的考核，还可以展开科室间的竞赛考评，配套对应的激励措施。激励措施通过奖励以及惩罚两方面开展，具体内容可以多样化贴合工作人员实际情况所需，由此来提升激励制度的调动性，避免奖惩资源的浪费。

在医院管理中缓慢地推进有关问题循环优化管理,其科学有效的管理办法可以及时地发现医院检验工作中的问题,同时展开对应的头脑风暴,进行问题的改善调整,保证医院管理的持续性推进。要积极的构建针对性循环管理模式,注重检验科管理的科学有效化,推进有关管理工作的规范化、标准化、科学化,维护各方面的实际价值。要做好医生医疗行为的规范性,避免多收费以及乱收费。同时要严格的管控过度诊疗而导致的医疗资源浪费以及负面形象问题。质控管理办法在一定程度上可以改善检验科管理工作不足,合理的管控医疗成本,优化管理流程,提升管理水平。

做好科室工作人员的定期会议讨论,开展工作心得交流,进行工作开展对比分析,做好管理水平的优化,充分地发挥有关管理工作价值。要做好有关工作人员能力培训,检验科工作不仅仅是管理人员的职责所需,同时需要全体人员的配合,要提升整体工作人员的医保管理意识。定期展开对应培训考核,不仅要进行医务人员专业技能的培训优化,同时也要强化其专业的护理水平。确保检验工作专业化开展,缩减有关工作失误而导致的不良医疗浪费问题。要做好有关技术指导与管理制度强调说明,定期笔试,提升员工对有关业务的掌握程度,由此保证有关工作依照规定执行,做好病患利益的保障。

在人员培养上,要充分地意识到有关尿常规检验工作,与工作人员自身的综合素养有关,提升其业务操作能力,是保证有关检验工作落到实处的关键。有关尿常规检验工作中,无论是尿沉渣检验法还是干化学法,从样本的采集、保存、送检、检验操作等各环节都需要按照规定操作标准执行,有对应的流程,甚至依据每个科室以及医院具体情况有特殊执行细节要求。但是在具体执行过程中,会因为受到工作人员综合因素影响而导致部分环节出现一定的疏漏。因此要做好人员管理,一方面要保证人员专业素养达标,另一方面甚至要考虑到工作人员自身工作性格、思想状态对整体工作构成了影响。

一般情况下,有关工作属于重复性、琐碎的操作内容,部分工作人员自身可能会因为长时间重复性的工作而导致厌倦感,进而出现一定疏忽。也有工作人员喜欢相对重复性、精细化的工作习惯,养成更为谨慎的工作态度。因此对工作人员思想状态、工作习惯的观察了解要更为重视,尽可能地保证工作人员性情与工作岗位特性要求的匹配性。

日常要注重有关培训管理,分享有关工作技巧、知识信息,让工作人员在实际岗位操作上能够符合时代包装所需。一般情况下,可以做好线上的沟通交流,分享有关行业动态信息,传播有关检验工作操作技巧以及最新发展等情况。同时科室内部也需要做好定期的总结汇报,针对实际工作中发现的问题,做好有关讨论分析。尽可能地将问题控制在更小的范围,

或者通过先进的管理方法以及操作技巧来规避问题的持续性、反复性发生。

同时还需要做好有关配合性地工作,一方面要做好检疫工作自身要求所需,另一方面也需要做好患者方面的指导教育,避免患者操作不当而导致有关工作出现一定疏忽。具体处理应对上,需要考虑科室实际条件,平衡有关投入成本与最终实际效果之间关系。较多的工作方法以及设备可能不适应所有的科室情况以及医院条件,过高的运营成本会带给科室沉重的压力,因此需要在众多资源条件选择中寻找出更匹配的方式。日常多关注有关工作经验反馈情况,保证工作解决的有效性。有关检验技术有各自的优势,要具体问题具体对待。工作人员自身要保证操作的专业性,操作的专业水平直接关系每个检验方式的最终效果。往往检验差错与操作失误有一定的关联性,减少操作不当行为是提升各技术优越性的关键。在工作中,要做好医疗带新,做好人才衔接,避免人才断层导致的工作疏忽。尤其是后疫情时代,较多工作人员需要支援调动,工作压力会相对变大,需要做好人员管理工作,保证工作人员能适应多样变化状况所需。工作人员一方面要适应检验工作量的灵活波动,另一方面也需要保持自身整体工作精神状态的饱满,避免精神不振导致的工作疏忽。

总而言之,尿常规检验运用干化学法与尿沉渣检验均可以达到一定诊断价值,而两种方式结合检验,可以更大程度地提升检验的准确性。

参考文献:

- [1]王爱梅.干化学法与尿沉渣用于尿常规检验中的价值评价[J].养生保健指南,2021(30):248.
- [2]韩炜平.干化学法与尿沉渣联合用于尿常规检验的效果观察[J].母婴世界,2021(10):35.
- [3]刘汇林.尿常规检验中联合应用干化学法与尿沉渣的临床效果[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(9):137-138.
- [4]孙武,张云松.干化学法与尿沉渣联合用于尿常规检验的检出率及价值探讨[J].养生保健指南,2021(46):241-242.
- [5]王佳丽.尿常规检验中联合应用干化学法与尿沉渣的效果[J].母婴世界,2021(5):57.
- [6]张舒心.干化学法与尿沉渣用于尿常规检验中的价值探讨[J].特别健康,2021(24):48.
- [7]张志超,孙红先.研究分析在临床尿常规检验中应用干化学法与尿沉渣法联合检验的效果[J].中外女性健康研究,2020(20):180-181.
- [8]黄玉霞,曾连英,曹颖.干化学法与尿沉渣联合用于尿常规检验的临床效果观察[J].当代医学,2020,26(14):23-25.

超声引导下腰丛联合坐骨神经阻滞麻醉应用在老年下肢骨科手术中的效果分析

乔占学 丁建雄

盐池县人民医院 宁夏盐池县 751500

摘要：目的：探讨在超声引导下腰丛坐骨神经阻滞麻醉对老年下肢骨科手术中的效果。方法：将 2020 年 4 月到 2021 年 4 月，在本院进行下肢骨科手术的老年患者 60 例作为本次的观察对象，并将这些观察对象采取随机的方法分为实验组和对照组两组，每组有 30 例老年下肢骨折手术的患者，其中对照组的 30 例下肢骨科手术的老年患者采用腰硬联合麻醉，而实验组的 30 例下肢骨科手术的老年患者使用引导下腰丛坐骨神经阻滞进行麻醉，在两组下肢骨科手术的老年患者使用不同的麻醉方法麻醉后，将两组下肢骨科手术的老年患者各项指标的情况以及不同时刻患者血流动力学的指标和患者疼痛视觉模拟评分情况进行对比分析。结果：在两组下肢骨科手术的老年患者使用不同的麻醉方法麻醉后，通过超声引导下腰丛坐骨神经阻滞麻醉的下肢骨科手术的老年患者各项指标情况以及不同时刻的血流动力学指标和疼痛视觉模拟评分的情况均优于采用腰硬联合麻醉的对照组下肢骨科手术的老年患者，且两组下肢骨科手术的老年患者麻醉的结果在对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。结论：本文对老年下肢骨科手术的患者采用超声引导下腰丛坐骨神经阻滞麻醉，这种麻醉的方法能够满足老年下肢骨科手术患者在手术中的需求，同时也能够降低对患者血流动力学的影响，提高患者在手术治疗中的安全性。此外，此种麻醉方法也能够提高患者对麻醉的满意度，所以这种麻醉的方法在临床上值得推广和使用。

关键词：超声引导；腰丛坐骨神经组织麻醉；腰硬联合麻醉；老年下肢骨科手术

由于老年人年龄的增长所以老年人的机体功能都会出现下降和衰退的现象，所以增加了老年患者出现骨折的几率。临床上在对骨折的患者进行治疗时，为了能够提高骨折患者的康复效果以及恢复的效果，一般骨科的医生都会采取手术的方法进行治疗，但是由于老年骨折患者的年龄比较特殊，并且机体的功能以及协调性都出现衰退和下降的现象，如果在对老年骨折患者进行手术的过程中，盲目的使用麻醉方法，就会对患者的生命安全造成严重的影响。在实际的临床上对下肢骨科的患者进行手术治疗的时候，经常会采用椎管内的麻醉以及全身麻醉，但是这种麻醉的方法会对患者的血流动力学产生不利的影响，而传统的腰丛坐骨神经阻滞麻醉，则具有很大的盲目性，需要考验麻醉医师的经验。为了能够对老年下肢骨科手术的患者使用更有效的麻醉方法，降低老年患者血流动力学的改变，所以本次将对老年下肢骨科手术的患者采取不同的麻醉方法进行研究，并将其研究的结果进行对比分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 4 月到 2020 年 4 月，在本院进行治疗的下肢骨科手术的老年患者 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 例老年下肢骨科手术的患者，其中对照组的 30 例老年下肢骨科手术的患者中，有男性患者 17 例，女性患者 13 例，年龄

在 65~82 岁之间，而实验组的 30 例老年下肢骨科手术的患者中，有男性患者 18 例，女性患者 12 例，年龄在 65~87 岁之间。本次研究的纳入标准：参与此次研究的观察对象均通过 X 光线及 CT 等检验方式确诊为单侧下肢的骨折。这些患者均符合本次研究的纳入标准并且均签署知情同意书，且两组患者的临床资料在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

两组患者的手术前期工作以及各项准备工作均保持一致，并且需要为下肢骨科手术的患者开放静脉通道，保证在对下肢骨科手术的老年患者进行后续治疗时，如果出现其他紧急状况，能够第一时间的对老年患者进行急救。此外，医护人员还应该对下肢骨科手术的老年患者生命体征的情况进行监测和记录。在对下肢骨科手术的患者进行治疗的过程中，需要选择有效和安全的麻醉方法进行麻醉，但是由于麻醉的效果受老年人自身因素的影响，会对老年患者的机体产生很大的损害。并且由于老年患者的年龄比较特殊，所以身体的各项机能以及协调性均发生了改变，所以老年患者没有办法适应麻醉对机体带来的不良反应以及负面的效应，本次将探究不同的麻醉方法，对老年患者进行麻醉以后的表现。对照组的老年下肢骨科手术患者采用腰硬联合麻醉，而实验组的下肢骨科手术的老年患者则采取超声引导下腰丛坐骨神经阻滞麻醉。

对照组的患者使用腰硬联合麻醉进行麻醉，而实验组的下肢骨科手术老年患者则是采取超声引导下腰从坐骨神经阻滞麻醉，主要的方法：在对患者进行麻醉前，需要对患者进行麻醉知识的宣教。对患者进行初期麻醉时，应该通过超声诊断以及相关的水平位置扫描，使进针的部位能够凸显。在本次的研究中采用的诊断为便携式彩色超声诊断仪，能够合理的通过新型的医学诊断仪器为临床的治疗提供准确的统计数据。经过超声的引导，患者的腰大肌以及腰方肌和竖脊肌都能够通过图像进行有效的查验，并且在超声的引导扫描下还能找到髂嵴主要基准点的标记点。随后通过超声的引导，使用含量为 1%的利多卡因对患者进行浸润的局部麻醉，这时可以通过穿刺的作用，在最初的标记点间隙内打开患者的脊柱，并且对内部进行垂直进针，针头在到达最初的标记点以后需要向后退一小部分，再根据倾斜的拿针方法继续进针。如果在进针的过程中受到了很大的阻力，这时应该向内继续进针，直到阻力消失以后才可以拔出针芯，并且需要将患者的无脑脊液进行回抽。同时还应该在空隙范围内使用 0.5%的罗哌卡因对患者的内部进行注射。对于患者的坐骨结节以及股骨大转子中点的连线，超声会对其进行精细的扫描，从而能够有效的输出精准的数据，同时在超声

的引导下还可以使用 0.5%的罗哌卡因 25 毫升对坐骨神经旁的参穿刺位置进行缓慢的注射。

1.3 观察指标

在两组老年下肢骨科手术的患者使用不同的麻醉方法进行麻醉后，将两组老年下肢骨科手术患者各项指标情况以及不同时刻血流动力学的指标和疼痛视觉模拟的评分情况进行对比分析。

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 在两组老年下肢骨科手术的患者使用不同的麻醉方法进行麻醉后，实验组老年下肢骨科手术患者的运动神经阻滞起效的时间和维持时间以及感觉神经阻滞的起效时间和维持时间、VAS 的评分情况均优于对照组的老年下肢骨科手术的患者，且两组患者各项指标情况在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 两组患者各项指标的对比情况

组别	例数	感觉神经起效时间	感觉神经维持时间	运动神经起效时间	运动神经维持时间	VAS 评分
实验组	30	6.11±1.72	475.65±80.08	8.89±2.77	348.45±64.39	0.74±0.16
对照组	30	9.98±4.63	352.4±58.15	14.2±5.36	265.78±49.07	1.02±0.31
t		4.33	5.48	5.24	6.36	2.88
p		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 在两组老年下肢骨科手术的患者使用不同的麻醉方法进行麻醉后，实验组老年下肢骨科手术患者不同时刻的血流动力学指标情况均优于对照组的老年下肢骨科手术的患者，且两组老年下肢骨科手术患者不同时刻

刻血流动力学指标对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 2

表 2 两组患者不同时刻血流动力学指标的对比情况

指标	组别	例数	T0	T1	T2	T3
HR (次 /min)	实验组	30	71.4±9.2	71.9±7.2	68.6±9.1	72.3±9.4
	对照组	30	71.8±8.6	72.8±8.1	67.4±8.9	73.2±8.2
	t		0.258	0.324	0.147	0.698
	p		> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05
SBP (mmHg)	实验组	30	137.3±13.1	132.3±15.6	136.5±13.9	137.2±12.4
	对照组	30	138.5±12.3	120.6±13.2	116.5±12.4	125.6±9.8

	t		0.62	4.35	3.36	4.58
	p		> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05
DBP	实验组	30	87.5±9.4	84.4±9.2	87.3±8.2	85.4±7.3
	对照组	30	88.8±8.5	80.6±6.1	74.4±7.2	81.2±6.1
	t		0.28	2.37	7.62	3.69
	p		> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 在两组老年下肢骨科手术患者使用不同的麻醉方法进行麻醉后，实验组老年下肢骨科手术患者疼痛视觉模拟评分情况优于对照组的老年下肢骨科手术患者，且两组老年下肢骨科手术患者疼痛视觉模拟评分情况在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 两组患者疼痛视觉模拟评分的对比情况

组别	例数	疼痛视觉模拟评分
实验组	30	0.86±0.11
对照组	30	1.03±0.23
t		2.48
P		< 0.05

3 讨论

目前在临床上骨折多发生在老年人群中，主要是老年人因为年龄的增长，所以机体的功能以及协调性都出现了退化的现象，并且老年人由于年龄增加高血压以及糖尿病和冠心病都会在老年群体中体现。目前在临床上对于老年下肢骨科手术的患者多采取手术进行治疗，但是在进行手术治疗时，应该慎重的选择麻醉的方式，因为麻醉不仅要达到手术的要求，同时还要降低患者出现的不良反应，保证患者的生命安全。如果盲目的对患者进行手术麻醉，很可能会对老年人的生命安全以及身体健康造成不良的影响。在对下肢骨科手术的老年患者进行麻醉的时候，通常使用椎管内麻醉进行麻醉，这种麻醉的方法不仅能够起到很好的镇痛作用，并且起效快，同时麻醉的平面相对较低，对老年患者的呼吸功能影响比较小。但是由于老年患者自身的因素会影响麻醉的穿刺成功率以及麻醉的效果。并且椎管内麻醉的扩散组织范围比较大，所以会导致患者的血液循环流动功能出现不良反应。而腰丛坐骨神经阻滞麻醉，因为没有办法对麻醉的内部进行观察，所以这种麻醉的方法很考验麻醉医师的经验，具有很大的盲目性，并且还会引发神经组织不全的现象，会给患者的生活产生一定的影响。而在通过超声引导技术以后，麻醉师能够根据超声的引导下观察到各类组织以及系统的位置，所以在对患者进行麻醉穿刺的过程中，可以根据超声图像的引导，对穿刺的神经位置进行确定。

综上所述，本文对进行老年下肢骨科手术的患者使用超声引导下腰丛坐骨神经阻滞麻醉，这种方法对于进行下肢骨科手术，特别是老年患者的下肢骨科手术，能够提高手术的安全性，并且也能够缓解患者的临床疼痛，使患者对麻醉的满意度提高。降低对患者血流动力学的影响，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

[1]林仙菊、王慧琴、饶素欢 . 腰丛和坐骨神经阻滞麻醉在 1 例高龄患者下肢手术中的应用[J]. 浙江临床医学,2020,18(09):1758-1759.

[2]李秋兰 . 腰丛坐骨神经联合阻滞麻醉在骨科下肢手术中的临床应用价值分析 [J]. 中国保健 营养, 2020, 25 (17): 75-76.

[3]余云兰、尤新民、林加福 . 神经刺激仪定位下腰丛神经阻滞麻醉在老年患者下肢手术中的 应用 [J]. 实用外科杂志, 2020, 30 (03): 362-364.

[4]李晓光、付强、郑秀娟,等 . 超声引导腰丛 - 坐骨神经阻滞在老年患者单侧下肢手术中的 效果分析 [J]. 中国卫生标准管理, 2020, 8 (11): 132-134.

[5]王春光 . 探讨超声引导腰丛 - 坐骨神经阻滞在老年患者单侧下肢手术中的应用效果 [J]. 中 外医学研究, 2020, 15 (03): 28-30.

[6]杨杰,宋际明,胡红专.超声引导下腰丛坐骨神经阻滞麻醉在老年 下肢骨科手术中的应用效果观察[J].影像研究与医学应用,2020,3(6):212-213.

[7]方烨.超声引导下腰丛坐骨神经阻滞麻醉在老年下肢骨科手术中的应用[J].中国保健营养,2020,28(32):300.

[8]黄敏贞,罗青,何海峰.超声引导下腰丛坐骨神经阻滞麻醉在老年 患者下肢骨科手术中的应用[J].中国伤残医学,2020,26(12):43-45.

[9]薛莉.老年下肢骨科手术中超声引导下腰丛坐骨神经阻滞 麻醉 的应用效果观察[J].医药前沿,2020,8(18):80-81.

[10]韩青.超声引导下腰丛坐骨神经阻滞麻醉在老年下肢骨科手术中的应用效果[J].中国医药指南,2020,15(14):118.

孕产妇检测梅毒假阳性的原因及处理方法探讨

温淑慧 李文芮

宁夏宝石花医院 宁夏银川 750006

摘要：目的：探讨孕产妇检测梅毒假阳性的原因及处理方法。方法：采集本院2018年4月至2021年12月期间接收的1014例孕产妇案例，分析其中假阳性情况与原因。结果：假阳性反应率为1.78%，其中假阳性原因中，血液样本处理不规范为0.49%，妊娠原因为1.08%，合并疾病为0.20%；1014例孕产妇检测梅毒结果中，真阳性2.47%，假阳性为1.78%，真阴性为96.06%，假阴性为1.68%。结论：孕产妇检测梅毒假阳性的原因较多，包括血液标本保存、采样管的选择、送检与操作人员处理不当，同时也与妊娠本身以及患者合并多种生理疾病有关，因此需要做好针对性干预处理，减少假阳性发生率。
关键词：孕产妇；梅毒检测；假阳性；原因；处理方法

梅毒血清学检测在孕产妇中应用广泛，在技术发展之下，有关梅毒血清学检测的水平不断发展。具体处理上，要充分意识到检验本身存在一定的差错，因此要做好差错因素的管控，降低不良因素的影响。本文采集1014例孕产妇案例，分析其假阳性原因、比例以及应对处理方法，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2018年4月至2021年12月期间接收的1014例孕产妇案例，所有案例均来自有关记录所得。

1.2 方法

分析其中假阳性情况与原因、比例。要观察假阳性、真阳性、假阴性、真阴性的比例。同时假阳性原因集中在血液样本处理不规范、采样管的选择（促凝管）妊娠原因、合并疾病等。

2 结果

2.1 1014例孕产妇案例假阳性反应率情况

见表1所示，假阳性反应率为1.78%，其中假阳性原因中，血液样本处理不规范为0.49%，妊娠原因为1.08%，合并疾病为0.20%。

表1：1014例孕产妇案例假阳性反应率情况[n(%)]

原因	数量	比例
血液样本处理不规范	5	0.49%
妊娠原因	11	1.08%
合并疾病	2	0.20%
合计	18	1.78%

2.2 1014例孕产妇检测梅毒结果情况

见表2所示，1014例孕产妇检测梅毒结果中，真阳性2.47%，假阳性为1.78%，真阴性为96.06%，假阴性为1.68%。

表2：1014例孕产妇检测梅毒结果[n(%)]

检测结果	数量	比例
真阳性	25	2.47%
假阳性	18	1.78%
真阴性	974	96.06%
假阴性	17	1.68%

3 讨论

梅毒主要是由于患者感染了梅毒螺旋抗体所引发的慢性传播疾病。人体感染该病毒后会导致机体产生多种抗体，而做好有关抗体检测，就可以达到疾病感染的判断。一般情况下，梅毒有关抗体分为特异性抗体与非特异性抗体^[1]。特异性抗体主要属于梅毒感染所特有的TP抗体，一般如果有该抗体的检测结果，则可以达到梅毒感染的确定。而非特异性抗体则不

属于梅毒所特有的抗体情况。一般情况通过滴度来对其做定量表示，其滴度的高低与梅毒病情所存在的活动性与传染性有正相关性。由此，可以在该抗心磷脂抗体的检测下来对梅毒病毒所具有活动性产生检测^[2]。一般情况下，如果TP抗体属于阴性，则可以将梅毒做排除。如果TP抗体为阳性，则可以进行梅毒感染的确定。如果患者合并存在抗心磷脂抗体有关的高滴度，则可以说明梅毒疾病当下处于疾病活动期。

孕产妇梅毒出现假阴性的原因多种，首先，与标本本身有一定关系。采集的血液标本有关的含情性物质的抗凝管、标本溶血、离心等操作不当也会引发误诊，有关标本在保存方面也缺乏完整性，进而引发细菌污染所引发的假阳性问题^[3]。对于血液标本缺乏更为专业的处理，由此引发溶血标本内存在没有受破坏的血细胞。由于血红蛋白会产生类过氧化物酶活性，由此导致特异性反应，由此导致假阳性问题。有关没有得到彻底性的离心处理，进而引发血清样本不能达到纯净效果，会有絮状物残余，进而引发假阳性问题^[4]。血清样本在进行前处理过程中，由于整个样本管不能达到较好的密封性，因此会导致细菌对样本构成污染，进而引发检查结果的假阳性。患者自身的疾病情况，也会构成最终的检查结果假阳性偏差。在有关梅毒检测中，会因为过氧化酶的干扰而引发梅毒诊断结果偏差^[5]。在实际情况中，还会因为患者自身的抗生素滥用，检测操作不规范，设备维护不佳等因素，由此导致梅毒确诊效果受到影响。患者如果自身存在病毒性肝炎、自身免疫性疾病、恶性肿瘤、妊娠，甚至年龄偏大的老年人也会出现梅毒检测假阳性情况。如果梅毒感染患者合并有HIV感染，也会有假阴性的可能性^[6]。一般梅毒螺旋体感染人体之后，会在血清中产生梅毒螺旋体抗体，甚至由此终身存在。当特异性梅毒螺旋体阳性出现后，就可以说明患者体内存在梅毒感染问题。

梅毒检查可以进行体格检查，例如进行生殖器与有关身体部位的检查，观察是否存在梅毒螺旋体感染的症状。其次，运用梅毒螺旋体IgM抗体检测，该检测方式属于当下较为常见的梅毒检测方式。IgM抗体是免疫球蛋白，由此来做梅毒检查，可以有较高的敏感性，同时可以及早诊断，甚至可以观察是否存在胎儿的梅毒螺旋体感染情况。其三，可以运用脑脊液检查^[7]。晚期梅毒情况一般会出现神经症状，一般是通过有关治疗无效下再做脑脊液检查。该检查诊断方式可以对后续治疗干预有一定的支持作用。其四，通过暗视野显微镜检查。通过该检查属于有效检查方式。梅毒血清学检测，一般是针对二期、三期的梅毒情况做血清学检查，由此可以判断梅毒的进程与痊愈情况，同时也可以对药物效果做反馈评估。其六，可以运用分子生物学梅毒检查，在进行材料扩增来螺旋体DNA序列，由此来进行螺旋体DNA拷贝数量的提升，可以有效地提升其检查的诊断率^[8]。其七，也可以进行彩超、X线、CT、MRI等检查手段来了解有关梅毒感染情况。

对于孕产妇梅毒血清假阳性情况的处理，需要做好针对性处理。首先，

需要做好检测结果的分析干预,梅毒血清试验属于临床应用上的常见参考指标,但是单纯依靠该指标,缺乏可靠性。一般情况下,会重视血清检查结果,也需要关注有关因素对检查结果构成的干扰。在临床检测中,如果滴度在 1:4 之下,则需要谨慎使用有关结果,需要做好会诊处理。更为细致地了解假阳性反应原因,依据情况做好患者病史状况的细致观察诊断。孕产妇梅毒检测方面,还需要考虑妊娠本身对检测结果构成的影响。一般情况下,需要做好患者遗忘病史、症状的综合了解,由此来获取更为准确地判断结果。对于有关情况,需要做好复诊,而后进行对应情况的观察判断。在有关工作中,需要注重有关检查试剂、检查设备仪器方面的检查,保证有关功能的可靠性,避免故障异常导致的结果偏差。要避免操作不当因素对结果构成的影响,要做好检测之前的教育指导,让其意识到个人行为以及配合检查工作的开展是保证检查结果准确性的基础。

梅毒螺旋体属于相对常见的厌氧菌,其抵抗能力相对较弱,甚至因为化学药品本身的高敏感性,让其难以在体外环境很好的存活。一般如果接触了阳光照射,或者因为环境干燥影响,都会直接导致其衰亡。梅毒螺旋体不能在器物的承载下进行传播与扩散,同时有长时间的潜伏期。一般在感染之后的 2 年内都仍旧可以实现通过胎盘传播的效果,由此导致后续有关疾病传播危害性。面对有关问题,一般会进行孕前保健与血液的检测,由此来及时发现梅毒感染问题,防控问题的扩展。在检验方法上,一般运用酶联免疫吸附法处理,属于多数情况下运用的梅毒螺旋体筛查方式。采用酶联免疫吸附与双抗原夹心法开展检测,由此来观察对应的感染情况。检测手段中的假阳性问题备受行业重视,尤其是孕产妇对应的检测结果,不仅关系患者的健康与治疗工作,同时也影响着家庭和睦,甚至会导致夫妻关系破裂等不良问题。因此,需要保证有关检测结果的准确性,尽可能地减少误差。

梅毒检测主要集中在两个方式,血液检测与实验室检测。血液检测属于当下较为常见的方式,其操作便捷,一般在患者空腹状况做检测。但是该血液检测的不足在于,其不能保证其梅毒具体属于哪一期,进而导致不能针对性治疗干预。实验室检查方法,也可以运用多种处理方式,可以通过梅毒血清检测、暗视野显微镜检测、脑脊液检测等多种手段,由此来保证后续检测结果的精细性。

梅毒通过治疗后,可以进行其痊愈情况的判断,一般多运用梅毒血清学检测来做有效确定。一般情况下,在大医院中,多运用 RPR/TRUST、TPPA 等有关检测。RPR/TRUST 是进行非特异性梅毒血清学检测,主要应用在有关疗效观察判断中。TPPA 检测进行血清特异性梅毒螺旋体抗体,由此来达到更高的敏感性与特异性。如果有关检测结果为阳性,需要观察疾病情况,一般终身保持阳性属于常见情况。有关指标中的滴度与对应的梅毒活动状况有密切关系。一般被确诊为梅毒情况,在治疗前多运用 RPR/TRUST 定量试验。如果两次试验的结果有 2 个稀释度之上的差异变化,可以来达成滴度降低的判定。梅毒在专业治疗之后,一般保持每三个月一次的 RPR/TRUST 复查,而半年之后保持每半年一次的 RPR/TRUST 的复查处理,一般需要进行 2 至 3 年的持续随访。要做好之前检测结果的比对,由此来了解 RPR/TRUST 滴度变化状况。一般在进行 3~6 个月的持续治疗后,滴度在 4 倍状况的降低后,则说明有关治疗的有效性。滴度可以处于持续性的降低,甚至转阴。要做好持续性的三次到四次的检测结果阴性确定,这样才能确定其梅毒属于临床治愈标准。各阶段的梅毒治疗会有一定血清反应的转阴情况差异。如果属于一期、二期梅毒情况做药物治疗,一般可以达到较高的血清转阴率。一般在 1~2 年时间内可以实现 70%~95%的转阴率。如果属于一期梅毒,在专业的一年治疗后,2 期梅毒在 2 年的专业治疗后,血清反应如果还是阳性,则可以属于血清抵抗或者血清固定情况。具体原因与患者机体内的潜伏活动病变、机体免疫力降低、

治疗剂量不足以及耐药性等各方面因素都有关系,甚至无法确定病因。对于相关患者而言,则可以进行脑脊液检查、艾滋病检查等多方面辅助,由此才能更好地确定其病因。如果无法发现异常情况,则需要做好后期随访工作,尤其是不可做抗生素的随意使用。有关情况的观察,在一定程度上都需要做好梅毒检测工作来反馈。

有关检测工作的专业化结果,与各环节工作有关。一方面要完善有关检测流程,另一方面要做好工作人员的培训管理与患者的教育指导。在检测流程上,从样本的采集、保存、送检、检验等各环节。从采集角度出发,要嘱咐患者在检查前做好自身管理,避免不当行为、用药等对检查结果构成的干扰。在样本保存上,要做好环境管理,温度控制,避免高温环境对样本构成的破坏。如果不能及时检查,需要保证样本在低温环境中冷藏。最好在采集后的 2h 内及时检查。同时保存过程中,要保持无菌化原则,避免对样本的污染。要保持保存环境的清洁卫生、安全,避免意外情况破坏导致的不良问题。在检验环节,需要保证有关试剂、设备的专业性,定期要做好维护保养。一般要设定对应的维护管理的台账,做好定期的监督观察,发现问题,有绿色通道及时反馈,避免处于故障的检测工作仍旧在使用中。

要做好有关人员培训管理工作,工作人员自身综合能力参差不齐,培训工作可以更好地规范其行为。培训工作要做好入职培训与在岗培训,尤其是做好入职培训,提升工作人员最初的工作习惯规范性,避免后期自身行为习惯偏差后难以有效逆转。在岗培训,可以进行线上培训与线下培训结合,提升有关工作培训的有效性。尤其是疫情时代,对于公共性、大众性的内容,可以进行线上学习。可以通过视频、图文、音频等材料分享。科室工作群组内也可以积极分享行业信息,传授有关工作经验,讨论有关工作优化对策,积极开展头脑风暴。要充分地利利用新媒体技术与网络信息的价值,做好信息共享与便捷性使用。科室内部要保持不断提升、分享的氛围,减少有关人员培养的成本,提升有关工作价值。对于岗前培训,需要尤为重视。如果不能达到集体性培训,作为科室管理人员与骨干人员,需要做好对应的指导说明,让其了解有关工作规范,端正思想,提升有关工作落实效果。工作开展上,要顾及实际情况。

总而言之,孕产妇检测梅毒假阳性的原因较多,包括血液标本保存、送检与操作人员处理不当,同时也与妊娠本身以及患者合并多种生理疾病有关,因此需要做好针对性干预处理,减少假阳性发生率。

参考文献:

- [1]高瑞,李倩,杨齐.输血前梅毒患者血清学检测假阳性发生的高危因素分析[J].黑龙江医学,2021,45(11):1221-1223.
- [2]刘斯琴,寇筱因,王金文.酶联免疫吸附试验检测梅毒抗体假阳性的原因分析[J].家庭医药.就医选药,2020(7):112-113.
- [3]陈建霞.重组抗原免疫印迹法及化学免疫发光法检测梅毒假阳性价值比较[J].中国保健营养,2021,31(10):108.
- [4]王扬.重组抗原免疫印迹法及化学免疫发光法检测梅毒假阳性价值比较[J].中国现代药物应用,2021,15(1):38-40.
- [5]魏玲,庄琪,陈智睿,等. CMIA 与 TPPA 检测梅毒血清抗体阳性符合率比较及假阳性结果分析[J].中国保健营养,2020,30(32):305-306.
- [6]胡强.梅毒免疫印迹与化学免疫发光法检测梅毒假阳性对比分析[J].临床检验杂志(电子版),2020,9(3):476.
- [7]夏欢,洪云,王永卿,等.不同方法学检测老年病人梅毒抗体假阳性结果分析[J].实用老年医学,2021,35(2):189-191.
- [8]谭家晶.对老年患者血清梅毒抗体假阳性结果及与临床相关性的分析[J].特别健康,2021(26):42.

浅析社区卫生服务中心医院内感染控制中的护理管理

刘爱清 李霞

山东省滨州市滨城区区直机关医院 山东滨州 256600

摘要：目的：探究社区卫生服务中心医院内感染控制中的护理管理优质护理管理效果。方法：在2019年1月至2020年2月，在社区卫生服务中心医院感染管理的50例资料当中，实施优质护理管理，作为实验组，在中2016年5月至2017年5月，在社区卫生服务中心医院感染管理的50例资料当中，实施常规管理，作为对照组。对两组的相关指标。结果：在实验结果中，显示实验组中社区卫生服务中心的各项指标评分相较于对照组来说明显更高，各数据对比差异显著（ $P<0.05$ ）；除此之外，在实验结果中对比发现实验组内医务人员对于医疗设备的满意度相较于对照组来说明显更高，差异具备统计学意义（ $P<0.05$ ）；经过管理后，观察组专业知识评分（ 85.21 ± 3.14 ）分、工作质量评分（ 88.72 ± 2.89 ）分、差错事件发生率优于对照组专业知识评分（ 85.21 ± 3.14 ）分、工作质量评分（ 88.72 ± 2.89 ）分、差错事件发生率（ $P<0.05$ ）；管理后，观察组护理人员护理文书书写（ 90.21 ± 4.58 ）分、消毒隔离操作（ 85.36 ± 2.11 ）分、护理操作技能（ 86.45 ± 5.11 ）分、急救物品管理（ 91.45 ± 2.66 ）分优于对照组； $P<0.05$ 。结论：优质护理管理模式在社区卫生服务中心医院感染管理中应用效果显著。

关键词：社区卫生服务中心；优质护理管理；感染控制；作用分析

社区卫生服务中心在社区医疗当中，具有重要的角色，也是医疗发展中的必要产物。社区卫生服务中心服务的患者多为老年群体，因此防感染是十分重要的工作之一^[1]。一旦感染发生，不仅会对医护人员产生影响，还会对大量的患者产生威胁^[2]，因此，社区卫生服务中心的防感染管理，成为了社会关注的重点问题^[3]。本文将对社区卫生服务中心医院内感染控制中的护理管理优质护理管理效果进行深入分析。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取本院中2019年1月至2020年2月患者50例，2016年5月至2017年5月患者50例，前者为实验组，后者为对照组，前者实施优质护理管理，后者实施常规护理管。组间资料对比， p 值 >0.05 ，详情见表1。

表1：组间资料对比

组名	年龄(岁)	平均年龄 (岁)	男[n(%)]	女[n(%)]
对照组(n=50)	27-56	32.8±1.4	28(51.52%)	22(48.48%)
实验组(n=50)	28-55	35.2±1.8	26(45.45%)	24(54.55%)
T/x ²	-	0.649	0.243	0.243
p	-	0.518	0.622	0.622

1.2 方法

对照组中社区卫生服务中心手术器械，均给予常规管理及消毒方法，期间未进行细节管理培训。

实验组中手术器械在管理过程中，相关工作人员进行培训，强化细节管理方法及细节处理措施，如下。

护理人员在进任何的操作时，均要确保无菌化，从而将感染和传染的链条切断，一旦违背了无菌化的原则，那么将会容易出现感染的不良事件的发生，护理人员对自己的工作要认真负责，态度端正，对于无菌化操作要重视起来，定期对护理人员进行培训，提升护理人员的综合素质，最大限度的杜绝社区卫生服务中心医院内感染事件的发生。

护理过程当中，要做好清洁工作，做好消毒工作，可以采用空气净化器等装置，对空气中的微生物进行测定，便于管理，还可以采用紫外线照射的方式，做好每次消毒的工作记录，工作责任到人。

在管理过程中需要对护士进行统一护理管理。应提高护理人员的思想

觉悟，加强专业知识和理论知识的学习，根据相关规定，要求护理人员不仅要充分了解社区卫生服务中心医院相关规定，还需具备专业知识，组织医务人员参加学习培训、学术交流、学术讲座等活动，从而提高自身的业务水平与理论知识，为患者提高全方位的服务措施，保障患者用药安全。

护理人员对患者的病情要熟知，对患者存在感染的风险进行评估，做好心理疏导的工作，消除患者的负面情绪，指导患者的治疗过程，此外，在护理的过程当中，要积极的做好护理的本职工作，减少感染等不良事件的发生概率。

由于多数患者伴有心理不良情绪，护理人员应和患者实施沟通，分析导致患者不良情绪的相关因素，进行针对性的护理，能减轻其心理压力，并提高护士与患者之间的配合度。对护理人员进行技术培训，例如理论知识强化、仪器使用、护理技术培训，护理人员应在护理操作过程中，需要严格的执行无菌操作，确保患者的安全。

1.3 评价标准

①护理评分。应用本院自制表格评测。②满意度③工作质量评分。④护理质量。

1.4 统计学方法

双人录入核对所有数据，随后采用SPSS20.0软件做处理，计数与计量资料评价价值提示如下：

表2 计数与计量资料评价

指标	统计方法	检验方式	统计学差异性标准
计量资料	$\bar{x} \pm s$	t	$p<0.05$
计数资料	%	χ^2	

2 结果

2.1 两组社区卫生服务中心每项指标护理评分比较

在实验结果中，显示实验组中社区卫生服务中心的各项指标评分相较于对照组来说明显更高，各数据对比差异显著（ $P<0.05$ ）；

表3 两组社区卫生服务中心每项指标护理评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	包装品质	消毒品质	设备管理	环境管理
实验组	91.4±3.5	95.3±3.1	96.8±3.6	95.3±1.5

组别	包装品质	消毒品质	设备管理	环境管理
对照组	88.3±4.1	87.5±3.9	87.2±5.1	88.2±1.3

2.2 两组医护人员满意率比较

详情见表 4。

表 4 两组医护人员满意率比较

组别	满意	基本满意	不满意	总满意率 (%)
实验组 (n=50)	40	8	2	96%
对照组 (n=50)	28	9	13	74%

2.3 对比各项指标

经过管理后, 观察组专业知识评分 (85.21±3.14)分、工作质量评分 (88.72±2.89)分、差错事件发生率 4.00% 优于对照组专业知识评分 (85.21±3.14)分、工作质量评分 (88.72±2.89)分、差错事件发生率 16.00%

表 6 对比 2 组护理文书书写、消毒隔离操作、护理操作技能、急救物品管理 (分)

组别	例数	护理文书书写		消毒隔离操作		护理操作技能		急救物品管理	
		管理前	管理后	管理前	管理后	管理前	管理后	管理前	管理后
观察组	50	60.21±3.11	90.21±4.58	65.02±1.29	85.36±2.11	59.33±2.54	86.45±5.11	70.31±1.26	91.45±2.66
对照组	50	61.22±3.45	72.56±4.11	66.13±1.07	70.45±2.54	58.78±1.87	66.78±2.70	70.28±1.78	80.33±1.97

3 讨论

社区卫生服务中心是综合性部门, 社区内的工作, 与患者的医治效果息息相关, 如果在其中的任何一个步骤发生问题, 则会对患者的治疗效果和社区卫生服务中心医疗水准造成影响^[4]。社区卫生服务中心的日常工作当中, 感染是较为容易发生的一种不良事件, 因此, 无论是医生, 还是护理人员, 均要对其充分的重视和关注^[5-6]。

此外有相关资料表示, 将 20 例社区卫生服务中心的工作人员当作研究对象, 发现在优质护理管理后, 工作人员的医疗设备包装供应, 清洁消毒灭菌等巨得到了较大改善。常规的管理模式当中, 护理人员不会对个人的工作十分的重视, 甚至出现护理不到位、不及时的情况, 严重影响了护理的效果和质量。而优质护理管理模式的科学性更强, 全面性更强, 护理人员的分工明确, 并且责任到人, 能够将护理的工作做到位, 更为负责的做好自己的本职工作。

本文的研究当中, 发现管理后的每项品质评分, 同比与管理前均得到显著改善, 且满意率和合格率也均得到了提高, 能够有效的减少院内感染的发生几率。经过优质护理管理, 每项标准的合格率提高, 消毒室工作人员的工作效率可以提升, 不良事件的发生率减少, 其应用管理效果突出。

综上所述, 在社区卫生服务中心医院感染管理中应用优质护理管理模式, 能够很好提升社区卫生服务中心每项标准评分和工作人员的满意率, 及时对管理中的欠缺部分实行调节, 应在临床中多加以推广应用。

参考文献:

[1]陈萍,张君君.消毒供应中心优质护理管理在社区卫生服务中心医院感染管理中的应用[J].中医药管理杂志,2020,28(11):163-165.
[2]嵇燕君.优质护理管理对社区卫生服务中心医院社区卫生服务中心医院感染管理效果的影响观察[J].名医,2019(11):280.
[3]加永曲珍,益西群错.消毒供应中心优质护理管理在社区卫生服

(P<0.05), 如表 5 所示。

表 5 对比两组专业知识评分、工作质量评分、差错事件发生率

组别	例数(n)	专业知识评分(分)	工作质量评分(分)	差错事件发生率(%)
实验组	50	85.21±3.14	88.72±2.89	2 (4.00)
对照组	50	65.08±2.11	50.21±1.28	8 (16.00)

2.4 对比各项指标

管理前, 观察组护理文书书写、消毒隔离操作、护理操作技能、急救物品管理评分和对照组无差别 (p>0.05), 管理后, 观察组护理人员护理文书书写 (90.21±4.58)分、消毒隔离操作 (85.36±2.11)分、护理操作技能 (86.45±5.11)分、急救物品管理 (91.45±2.66)分优于对照组 (P<0.05), 如表 6 所示。

中心医院感染管理中的应用[J].医学食疗与健康,2019(12):181-182.

[4]庞彬.优质护理管理在消毒供应中心与临床科室沟通管理中的应用效果[J].中国卫生产业,2019,16(14):94-96.

[5]张秀艳.持续护理质量改进在医院感染控制中的实践研究[J].国际感染杂志(电子版),2018,7(4):33-34.

[6]黎壮萍,黄仍心,朱丽婵.优质护理管理对社区卫生服务中心医院管理的意义[J].中国当代医药,2018,25(12):134-136.

[7] Tirupathi R , Freshman R , Montoy N J , et al. Infection Preventionist Run Clostridioides difficile Testing Diagnostic Stewardship Protocol- Experience From a Rural Community Hospital[J]. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2020, 41(S1):s484-s485.

[8]Marra A R , Edmond M B , Popescu S V , et al. Examining the need for eye protection for COVID-19 prevention in the community[J]. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2020, 42(5):1-6.

[9]Mendes E T , Souza S B , Paranhos H L , et al. Hospital Outbreak of Respiratory Syncytial Virus in Neonatal Intensive Care Unit: The Risk of Admitting External Patients[J]. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2020, 41(S1):s251-s252.

[10]Mercuro N , Medler C , Macdonald N , et al. Improving Prescribing Practices at Hospital Discharge With Pharmacist-Led Antimicrobial Stewardship at Transitions of Care[J]. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2020, 41(S1):s289-s290.

[11]王莉莉.探讨社区卫生服务中心医院消毒技术对院内感染控制的作用[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2018,18(13):22-23.

[12]张倩,郑洁芳,邹春华,等.44 所社区卫生服务中心医院感染控制管理现状分析[J].中华医院感染学杂志,2016,26(18):4283-4285.

基于互联网思维主导的健康教育对社区 2 型糖尿病患者健康素养及自我管理能力的影

牛学军 陈亚娟

北京市大兴区庞各庄镇中心卫生院 北京 102601

摘要：目的：分析研究互联网思维主导的健康教育对社区 2 型糖尿病患者健康素养及自我管理能力的影。方法：将本院 2020 年 7 月-2021 年 7 月接受的 400 例社区 2 型糖尿病患者作为研究对象，以随机综合平衡法分为对照组（200 例）、试验组（200 例）。对照组患者实施常规干预，试验组患者应用基于互联网思维主导的健康教育，比较血糖水平、自我管理能力、生活质量、健康知识掌握程度。结果：试验组患者和对照组患者的健康宣教效果有效率（97.00%VS86.00%）比较有统计学差异（ $P<0.05$ ）。试验组患者和对照组干预前血糖、生活质量对比无统计学差异（ $P>0.05$ ）；干预后血糖、生活质量比较有统计学差异（ $P<0.05$ ）。试验组患者和对照组患者的健康知识掌握程度（95.00%VS83.00%）比较有统计学差异（ $P<0.05$ ）。试验组患者和对照组患者的自我管理能力比较有统计学差异（ $P<0.05$ ）。结论：在社区 2 型糖尿病患者健康教育期间，通过予以基于互联网思维主导的健康教育，健康知识掌握程度提升，自我管理能力提高，生活质量随之提升，患者对医疗服务的满意度较高，很大程度上提高了健康宣教水平，在临床中值得应用和推广。

关键词：互联网思维；健康教育；2 型糖尿病；自我管理能力

近年来，2 型糖尿病的患病率日趋升高，危害较大。该疾病属于慢性进行性疾病，健康素养水平是血糖控制的重要影响因素，为了改善患者的预后，需实施积极有效的干预方式，提高患者的自我管理能力^[1]。在实际的治疗过程中，实施常规干预方法虽然具有一定的效果，但是存在不符合患者实际需求等问题^[2]。因此，需对干预方式进行创新和改革。相关医务人员基于互联网思维开展针对性的健康教育，能够有效满足社会 2 型糖尿病患者的实际需求，有助于提高自我管理能力，进一步提高了医疗水平^[3]。本文择取 2020 年 7 月-2021 年 7 月接受的 400 例社区 2 型糖尿病患者，观察基于互联网思维主导的健康教育的应用价值，现有以下内容。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将本院 2020 年 7 月-2021 年 7 月接受的 400 例社区 2 型糖尿病患者作为研究对象，以随机综合平衡法分为对照组（200 例）、试验组（200 例）。对照组患者实施常规干预，试验组患者应用基于互联网思维主导的健康教育，试验组 200 例，男 93 例，女 107 例，平均（65.3±7.8）岁，其中伴高血压病史 44 例，伴冠心病病史 17 例；对照组 200 例，男 105 例，女 95 例，平均（64.7±7.91）岁，其中伴高血压病史 45 例，伴冠心病病史 15 例。两组性别、年龄、并发症经比较无统计学差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组常规干预，根据 2 型糖尿病相关标准展开病情观察、协助检查等基础干预。试验组基于互联网思维主导的健康教育，干预时间 1 年。（1）

建立健康教育小组：选择资历深且经验丰富的医务人员作为小组成员，加强糖尿病知识培训，开展心理疏导、疾病知识、自我管理、治疗流程、并发症防治等。（2）评估患者情况：医务人员评估患者受教育程度和健康素养水平，分析不同个体特单，指导患者学习互联网使用方法，熟练掌握 2 型糖尿病健康知识。（3）开展健康宣教：首先开展网站宣传，开设疾病宣教专区，利用视频资料的方式进行宣教，时间控制在每次 5~10min，每周 1 次。医务人员设置留言窗口，对于患者咨询及时回复。然后开展微信教育，医务人员利用微信公众号建立信息管理平台，同时建立微信群定期发布自我管理知识，在微信平台设置自我管理名次，并定期公布。

1.3 观察指标

1.3.1 分析健康宣教效果，包括：显效、有效、无效，有效率=（显效+有效）/总干预人数^[4]。

1.3.2 分析血糖水平^[5]。

1.3.3 分析健康知识掌握程度，包括：完全掌握、部分掌握、未掌握，掌握率=完全掌握+部分掌握/总干预人数^[6]。

1.3.4 分析生活质量（简要补充指标评价标准）^[7]。

1.3.5 分析自我管理能力（简要补充指标评价标准）^[8]。

1.4 统计学方法

应用 R 4.2.0 软件 chisquare 程序包完成本次研究的数据分析工作，计数资料（涵盖健康宣教效果、并发症发生率）通过相对数表示，即“[n(%)]”，以“ χ^2 ”检验；计量资料（涵盖生活质量、护理质量、SAS 评分、SDS 评分）

通过“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,以“ t ”检验, $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 分析健康宣教效果

试验组患者和对照组患者的有效率分别为 97.00%、86.00%,有统计学差异 ($P < 0.05$)。

表 1: 分析健康宣教效果[n/ (%)]

组别	显效	有效	无效	有效率 (%)
对照组	80 (40.00)	92 (46.00)	28 (14.00)	86.00

表 2: 分析血糖水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	空腹血糖 (mmol/L)		餐后 2h 血糖 (mmol/L)		糖化血红蛋白 (%)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n = 200)	10.35 ± 2.14	8.42 ± 1.35	12.58 ± 1.72	9.08 ± 1.54	9.48 ± 1.64	7.08 ± 1.59
试验组 (n = 200)	10.42 ± 2.09	6.77 ± 1.43	12.42 ± 1.64	7.19 ± 1.36	9.46 ± 1.58	5.94 ± 1.52
t	0.234	8.390	0.673	9.199	0.131	5.182
P	0.815	0.000	0.501	0.000	0.895	0.000

2.3 分析健康知识掌握程度

试验组患者和对照组患者的健康知识掌握程度 95.00%、83.00%有统计学差异 ($P < 0.05$)。

表 3: 分析健康知识掌握程度[n/ (%)]

组别	完全掌握	部分掌握	未掌握	掌握率 (%)
对照组 (n = 200)	80 (40.00)	86 (43.00)	34 (17.00)	83.00
试验组	90 (45.00)	100 (50.00)	10 (5.00)	95.00

表 3: 分析生活质量 ($\bar{x} \pm s$)

组别	社会关系 (分)		精神状态 (分)		躯体功能 (分)		生理功能 (分)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n = 200)	40.98 ± 6.21	49.05 ± 6.27	45.25 ± 3.41	51.33 ± 5.32	46.71 ± 3.98	52.31 ± 4.67	40.33 ± 2.78	48.44 ± 3.62
试验组 (n = 200)	40.68 ± 6.19	60.12 ± 4.78	45.18 ± 3.39	62.41 ± 3.55	47.02 ± 4.02	65.54 ± 2.85	40.29 ± 2.81	69.75 ± 4.02
t	0.342	14.040	0.145	17.324	0.548	24.182	0.101	39.392
P	0.732	0.000	0.884	0.000	0.584	0.000	0.919	0.000

2.5 分析自我管理能力

试验组患者和对照组患者的自我管理能力有统计学差异 ($P < 0.05$)。

表 5: 分析自我管理能力 ($\bar{x} \pm s$)

组别	药物管理 (分)	饮食管理 (分)	运动管理 (分)	血糖监测 (分)
----	------------	------------	------------	------------

对照组 (n=200)	60.42±4.28	64.98±2.26	68.61±3.95	66.24±1.44
试验组 (n=200)	72.21±3.52	73.52±2.05	74.58±2.94	73.76±1.24
<i>t</i>	21.275	27.988	12.124	39.572
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

对于 2 型糖尿病患者而言，目前无彻底治愈方法，在整个生命周期中预防和治疗是关键内容^[9]。随着社会的发展，医疗水平不断提升，在互联网背景下，相关医务人员实施积极有效的健康教育策略，可满足患者综合治疗需求^[10]。现如今，患者健康素养较低是导致患者的治疗依从性低的主要原因，对患者开展基于互联网思维主导的健康教育，对其病情控制、预后改善具有非常重要的作用^[11-12]。

研究结果显示，分析健康宣教效果，试验组患者和对照组患者的有效率 97.00%、86.00%有统计学差异（ $P<0.05$ ）。实施基于互联网思维主导的健康教育，改变以往 2 型糖尿病患者获取信息的渠道，护理人员利用网络信息维护患者的健康，提高其健康素养水平，有助于提高健康宣教效果^[13]。试验组患者和对照组患者干预前血糖对比无统计学差异（ $P>0.05$ ）；干预后血糖有统计学差异（ $P<0.05$ ）。实施基于互联网思维主导的健康教育，医务人员利用创新健康宣教理念，突破时间和空间的限制，能够优化整合媒介，建立完整的健康教育体系，将患者的血糖控制在稳定状态，效果显著^[14]。试验组患者和对照组患者的健康知识掌握程度 95.00%、83.00%有统计学差异（ $P<0.05$ ）。实施基于互联网思维主导的健康教育，具有实时性和交互性，建立立体化的健康教育网络，促使熟练掌握 2 型糖尿病相关知识，正确看待疾病，改善健康医院，有助于提高健康知识掌握程度。试验组患者干预前和对照组患者干预前生活质量对比无统计学差异（ $P>0.05$ ）；干预后生活质量有统计学差异（ $P<0.05$ ）。实施基于互联网思维主导的健康教育，从患者的实际情况出发，促进个体正向行为的养成，拓宽教育路径，设置监测反馈模块，积极控制患者的血糖症状，有助于提高生活质量。试验组患者和对照组患者的自我管理能力有统计学差异（ $P<0.05$ ）。实施基于互联网思维主导的健康教育，开展自我管理能竞争，能够有效控制糖代谢指标，进一步提高了健康宣教效果。

综上所述，基于互联网思维主导的健康教育实施后 2 型糖尿病患者的健康知识掌握程度升高，自我管理能力提升，血糖控制良好，效果确切。

参考文献：

[1]林恺,姚弥,谢洁莹,等.应用名义小组技术构建基于初级保健服务需求的 2 型糖尿病患者健康教育框架[J].中国全科医学,2021,24(34):4392-4397.

[2]彭羽,林赞,周卉,等.基于互联网思维主导的健康教育对社区 2 型糖尿病患者健康素养及自我管理能力的影 响[J].中国卫生事业管理,2021,38(3):237-240.

[3]张芹,王伟丽,宋雪楠,等.基于精准护理理念的标准化健康教育在 2 型糖尿病患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(15):27-30.

[4]朱琦,周静怡,袁红英,等.以格林模式为基础的健康教育对 2 型糖尿病高危患者疾病认知、自护行为及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(3):476-480.

[5]何剑青,吕丽珍,冯颖瑜,等.以 SMART 原则为核心的健康教育在初诊 2 型糖尿病患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(19):48-50.

[6]龙艳玲,谭玲玲,靳晨晓,等.基于 BCW 理论的健康教育对 2 型糖尿病患者自我管理行为的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(16):47-49.

[7]周晓琴,王志平,豆欣蔓,等.LEARNS 模式在 2 型糖尿病患者健康教育中的应用[J].中国护理管理,2020,20(4):564-568.

[8]孙锦华.知行信健康教育对老年 2 型糖尿病患者血糖、自我效能感、护理满意度的影响[J].河南医学研究,2021,30(2):372-374.

[9]王嵘.多形式护理健康教育对首诊 2 型糖尿病患者自护能力及疾病知识水平的影响[J].黑龙江医学,2021,45(14):1499-1500,1503.

[10]涂湘媛.国家基本公共卫生服务规范中 2 型糖尿病患者的健康教育护理探讨[J].中国农村卫生,2021,13(4):7-8.

[11]闫朝霞,张森森,栗娟,等.基于知-信-行理论下的健康教育门诊对 2 型糖尿病患者自我管理行为的影响[J].黑龙江医学,2021,45(10):1088-1090.

[12]李俊.基于 IKAP 理论的健康教育对初诊 2 型糖尿病患者治疗依从性和血糖水平的影响[J].中国社区医师,2021,37(34):174-175.

[13]楚斯垠,余贺果,莫绮华,等.基于移动互联网平台联合体验式健康教育在社区 2 型糖尿病综合健康管理中的应用[J].当代护士(上旬刊),2021,28(12):58-60.

[14]刘雨晴.老年 2 型糖尿病患者应用 LERANS 健康教育方法的效果评价[J].中国实用乡村医生杂志,2021,28(12):19-22.

医保基金运行管理中存在的问题及优化建议

刘昀

内蒙古自治区异地就医结算中心 内蒙古呼和浩特市 010010

摘要: 社会环境在不断发展, 医保基金运行管理制度也要不断完善。分析了加强医保基金运行管理的重要意义, 结合过去医保基金运行管理中存在的问题, 分析了优化该管理问题的有效策略。通过优化管理, 必定能够提升医保基金的使用效率, 维护群众利益, 保证医保政策稳定发展。

关键词: 医保基金; 运行管理; 优化建议

医保制度的发展, 能够帮助更多人解决看病问题。然而, 过去医保基金管理中存在一些问题, 相关管理制度还存在较大优化空间。在优化管理的过程中, 必须深入了解哪些方面存在管理问题, 不断改进, 切实改善群众医保使用体验, 降低群众使用医保时的后顾之忧。

一、加强医保基金运行管理的重要性

医保基金对我国的人民群众十分重要。医疗保险事业的稳定发展与医疗保险基金的安全高效运行密不可分。必须强化医疗保险基金制度的建立, 实行医保基金监督, 完善基金会计核算管理, 促进医保基金政策的落实, 防止医保基金的外流, 从而最大限度地维护广大参保群众的医保权益, 实现医保基金运行管理的长期稳定发展。医保基金的规范化运作, 可以有效地保障基金的安全, 防止基金被人为地侵占、盗用, 确保医保基金全部投入到公共医疗服务中。同时, 也有利于规范医生用药行为、加强医德建设, 指导医生合理用药, 防止医院盲目追求利润, 增加医保基金的普及率和利用效率。

二、医保基金运行管理中存在的问题

(一) 医疗服务管理方式落后

一些医疗基金运行管理单位的管理人员, 由于缺乏对基金管理的认识, 致使基金管理规范化、法制化的现象, 只停留在表象上, 没有严格的约束。在医疗服务工作的各个方面, 比如: 经办机构业务范围不够, 没有开通服务人民“最后一公里”, 办理服务受限于县级医保大厅, 乡镇便民服务中心效率不足, 不能为群众提供便捷的保健服务; 因人工报销而造成的往返车费、误工费、票据及清单打印费用及结账时间较长等问题, 使广大参保人既感到沉重又烦恼, 又使办理机构的满意度下降。因缺乏对居民医保政策的宣传教育, 参保人群对医疗保险的了解不多, 参保意识不强, 缺乏强制措施, 低保、特困、建档立卡贫困户参保不积极, 尤其是城市低保人员, 社区与管理单位相互交叉, 形成“两不管地带”^[1]。

(二) 医疗服务流程管理不善

医疗保障基金的使用, 是以人民的健康为核心, 全面实现全民医保, 确保参保人员的医疗保障权益。但是, 在实施过程中, 各地仍然存在一定的问题, 仍然没有对医保基金进行有效的监督, 也有一些欺诈骗保的现象, 在复杂的监管形势下, 缺乏足够的监督力量, 这已经成为制约我国医疗保障基金安全、高效使用的重要因素。首先, 定点医院在提供医疗服务的时候, 也会对医保管理部门在设立总额控制、清算等方面是否合理、基金的支付是否及时等问题提出疑问。同时, 医院为了增加自身的经济利益, 就会出现“看病贵”的问题。定点医院会利用虚假的广告, 如体检、免费医疗等理由, 诱使或欺骗参保人员入院, 让高血压、小儿肺炎、单纯急性支气管炎等不符合住院条件的参保人员进行住院治疗。这些行为既扩大了医疗保险基金的覆盖面, 骗取参保人员的医保基金, 又增加了医疗保险基金的负担。其次, 由于医保基金的监管技术相对滞后, 政府和医院都有自己的医疗保障信息管理系统和医疗信息系统, 二者仅仅是建立了一个数据交换

平台, 因此, 医保经办机构不能准确地跟踪到医院的医疗服务, 也不能在短时间对其进行评估。医疗机构的管理困难与管理方法的缺乏, 以及管理方式单一、信息化的智能监控才刚刚开始, 离“互联网+医疗”的需求还有很大距离。最后, 医保基金的内部控制体系仅仅停留在形式上, 没有得到切实的实施, 它的框架很大, 没有对它进行具体的管理, 也没有明确的职责。这些问题都是由于监管不力, 没有及时地发现问题所导致^[2]。

(三) 医保基金财务核算管理不规范

1、会计核算方法单一

根据医疗保险基金运作的基本原则, 采用以收付实现制核算的方法进行基金财务核算, 但该方法无法全面、准确地体现出当期医疗保险基金的实际收支余额。例如, 医疗保险基金使用状况的统计分析中, 由于财务数据不能全面地反映整个医保基金的运作状况, 无法为各业务单位提供有价值的参考依据, 而且还要进行相关的数据检索和还原, 增加了工作的困难, 只能体现出医疗保险基金的预算实施情况。在对定点医院进行结算和年终结账时, 由各定点医院先垫付, 然后医保基金再按照规定进行结算支付。这样业务发生的时间就会有偏差, 医保基金的开支也会落后, 无法真实地体现出医保基金当期的实际收支结余, 也无法对医保基金进行有效地监督。而在医疗保险基金的编制过程中, 由于缺乏可供参照的财政资料, 导致医疗保险基金的编制困难、资料不够精确, 导致了医疗保险基金预算只能流于形式。

2、财务整合实施不理想

在我国医疗保险制度的改革过程中, 我国大多数地方的医保单位已经实行了医疗保险基金的财务服务整合, 这是一种全新的财政会计核算管理模式, 它使医疗保险基金的业务数据和财务数据之间相互联系, 使业务和财务数据的信息得以充分地结合。然而, 在实际操作中, 却未能实现业务和财务的均衡与和谐, 同时也带来了一些问题。例如, 当财务部门实行整合的时候, 有关部门的工作模式没有进行相应的调整, 导致了财务和业务数据无法实时地进行交换。但由于各部门都没有经过系统的培训, 使得各部门的工作无法取得较好的效果, 无法充分发挥财务业务的整合功能, 进而影响到医保基金的整体运作效率^[3]。

(四) 医保基金的筹措不足

现阶段, 社会医疗保险的筹集模式为各方资金缴纳的, 以财政税收为主, 政府补贴为辅, 覆盖大部分人口, 然而, 医保基金征缴率仍偏低, 部分单位存在不缴纳医疗保险费用。比如, 有些经济效益好的企业在给职工参保时并没有做到全部纳入, 存在欠缴未缴, 缴费不及时, 使其职工不能享受或不能及时享受医疗保险待遇; 而经济效益差的企业, 对于职工参保更是无能为力; 还有些单位及个人对医保基金政策的不了解, 存在着顾虑, 导致部分医保基金不能得到筹集。

(五) 医保经办服务能力较差

随着医保事业改革的深入, 参保人员对医疗机构的管理能力提出了更

高的要求。而就目前我国医疗保险基金管理机构运行情况来看,目前我国的医保经办业务人员数量较少,相关岗位人员的专业技术水平较低,难以适应新形势下的工作需求。由于专业岗位缺乏对相关的政策、法规的掌握,缺乏对医疗费用的统计分析,以及服务管理人员的服务意识薄弱,不能有效地维护参保人员的合法权益,使服务群众的满意度下降。

三、改善医保基金运行管理的策略

(一) 强化制度建设,完善管理模式

1、建立“1+2+3+N”医保便民服务体系。“1”个标准化的医保经办服务窗口。突破业务障碍,执行“一窗式”的受理服务流程,以“六统一”为原则,提供经办服务。“2”级医疗机构+企业医保服务站。在定点医院的医保工作服务站,实现了“一窗式”的医疗服务。并将其与业务有机结合,构建了“一窗受理,分类办理,综合服务”的医疗保险服务经办模式。企业医保服务中心负责增加和减少本单位员工、单位信息变更、缴费基数申报等工作,为企业的员工提供医疗保险服务。“3”基层医保服务站完善医保网络。进一步简化行政审批、放管齐下、医疗保险服务的优化、医疗保险服务的下沉。构建县乡村三级联动的医保服务网络体系,将医保经办服务网络扩展至基层,可以在医保工作服务站办理的业务,要全部在医保服务站进行办理,实现一站式服务原则。建立“群众家门口”的医保服务窗口,为广大参保人员解决医保经办服务“最后一公里”这一重点问题,有效地改善医保服务便利性。“N”个基层医务工作者,充分体现医保“两大员”作用。基层医疗人员通过家庭签约医生网络平台,将医疗服务和医保服务联系在一起,充分体现医保政策宣传员和医保业务代办员的作用^[4]。

2、理顺业务流程,简化办理程序。进一步完善“不见面”的医疗服务,如“网上办”、“掌上办”,简化办理时限,简化申请材料。搭建一个互动平台,实现了人工报销的医疗费用实时提示,针对不是即时办结的业务,在处理完成后及时告知。建立并引入了先进的医疗保险基金核算信息系统,实现了不需要缴纳纸质材料就可以进行人工报销费用,推进信息化的进程,建立“智慧医保”,提升医疗服务的质量和工作效率。构建完善的信息共享体系,及时掌握贫困人员的准确、完整的资料,保证四类贫困人员的全员参保、全员走访、全员慢性病筛查,保证医疗扶贫的各项政策在每个人身上都能得到落实。加大对医疗保险政策的宣传力度,可以开展现场宣传,开展各类医疗保险政策的宣传活动,发放全民医保小册子,为群众进行健康检查,为他们提供医保政策咨询,确保宣传的效果。通过媒体的形式进行宣传,可以通过当地的医保微信公众号、当地新闻、新媒体等渠道,向社会公布医疗保险政策的相关信息。

(二) 完善内部控制体系,加强医保基金监督

1、医保经办机构要积极履行职责,为定点医院提供优质的服务。要坚决贯彻上级的政策,保证各地贯彻落实好上级文件的精神,保证医疗机构执行相关制度。在为患者提供服务时,不将责任当作权力,做好医保基金的预拨、结算、审批等工作。不拖延、不设卡、及时拨付,确保医保基金的正常运行,让当地医疗机构放心。同时,要为人民谋福利,探索医药价格服务。设立药品、试剂、耗材数据库,实现医药价格的全面监控,保证老百姓能用上降价药品,真正减轻群众看病负担。并结合日常检查、专项检查 and 年度考核等方式,不断深入地进行打击欺诈骗保专项整治活动。对保险诈骗要实行“零容忍”,加强对定点医院的监督,对发现的违法问题进行严格查处。

2、提出或建立先进的医疗信息化体系,实现数据的无缝衔接,实现医疗信息的共享,并使医院的医疗基金得到更好地跟踪和监督。同时,可以探讨一些行之有效的社会监管方式,通过组织专家评议,群众监督举报,广泛发动全社会参与监督工作,以增强监督效果。使举报和投诉的通道更

加顺畅,实现对各种问题进行及时地处置^[5]。

(三) 优化医保基金财务会计核算管理

为了真正发挥医保基金数据的运行和分析作用,对医保基金的会计核算进行规范化管理,促进收付实现制和权责发生制相统一,保证财务数据和业务数据的一致性,能够全面、准确地体现出医疗保险基金的当期盈利状况,这将有助于有关部门做好医疗保险基金的预算工作,并使会计信息的质量有所提高。同时,在医疗保险基金财务业务整合的进程中,医疗保险经办机构要注重强化全员工作作风的转变,并与新的财务业务管理方式相适应。通过定期对员工进行系统的医保政策体系和医保信息平台的培训,让他们能够对医疗机构的财务、业务流程有一个全面的了解,从而提高员工的整体素质,更好地实现财务业务的整合。从而保障了医疗保险基金的健康、稳定地发展,有效地满足了参保人员的基本医疗需要,并使医疗资源得到有效地使用。

(四) 丰富医保基金筹集方式

进一步推进医疗保险基金体制改革,可以促进各地区统筹层次的整合,提高参保率,实现全民医保。同时,通过多种形式的宣传,动员具备条件的企业积极参加,形成全民参保的氛围。深入社区,在人群密集的地方,发放医疗保险政策的宣传单。通过微信公众号进行医疗保险政策的推广。在医保服务大厅、定点医疗机构设立医保政策宣传栏,使医保政策让全民知晓。对一些经营状况不佳的企业,可以通过实行缓缴或制订方案、逐步扩面等措施来支持参保,这样就可以扩大医疗保险的覆盖面,让医疗保险逐渐覆盖到城市的各个地方^[6]。

(五) 加强任务管理和绩效考核

要加强队伍建设,以党建工作为基础,建立完善的考评机制。通过绩效考核模式,加强各级工作人员责任心。可以通过人员培训、人才引进、考核体系、奖惩机制等方式提升工作质量。要优化权力运行流程,避免“体外循环”情况的发生,去除业务边界,实现全员上岗制度,同时整合服务流程,实现“一窗办理”模式。同时,要落实首问负责人服务模式,完善热线服务制度,落实工作责任。还可以搭建医保公众号,推出网络问卷调查,实时了解人们关心哪些医保政策,调查接受医保服务群众的满意程度,切实保证服务工作质量,争取群众认可^[7]。

结束语:

优化医保资金管理能够切实提升医疗保险工作开展质量。各地要从管理模式、监督方式、资金筹集等方面对其进行优化,提高服务质量和群众满意度,推动医保工作可持续发展。

参考文献:

- [1]赵军.医院医保基金使用问题及改进策略探讨[J].行政事业资产与财务,2022(08):63-65.
- [2]米兰.医保基金运行情况分析及相关问题研究[J].中国市场,2022(07):44-45.
- [3]崔亚男.医保基金运行中存在的问题及处理对策分析[J].商业观察,2021(24):45-47.
- [4]杜士红.健全基金内部控制制度确保医保基金稳定运行[J].经济师,2021(04):255-256.
- [5]费太安.完善筹资控费机制 推动职工基本医保基金稳健运行[J].中国财政,2020(15):45-47.
- [6]倪沪平.完善医保基金运行机制的思考[J].中国社会保障,2020(06):84.
- [7]马明清.浅析新时代医保基金运行中存在的问题及解决对策[J].农村经济与科技,2020,31(10):110-111.

风险管理方法及其用于医院管理工作中的积极意义于价值分析

陈淑霞

山东省新泰市人民医院 山东新泰 271200

在进入科技时代后,随着医疗水平的逐步完善,医院的发展也有了较大的改革。这些改革体现在医院的经营方面以及医院的管理目标等方面。在持续拓展医院规模的背景下,为了对医院的经济效益及社会效益给予最大的保障,也为了能够让医疗护理服务呈现出最佳水平,在进行医疗服务的过程中,往往想要全方位、多维度的为患者提供最佳服务。而在医院的经营管理过程中,不可避免的会出现某些相对比较欠缺的情况,这些相对不足可能会对医院的未来发展产生较大的阻碍,会使医院的管理风险有所增加。以往在社会经济发展中应用的较为广泛的一种管理方法就是风险管理方法,这种方法在各种工商业管理中最为常用。在医院管理工作中应用风险管理方法,一定程度上能够降低医院风险的发生,最大限度减少各种医疗纠纷的出现。对医院的长远发展具有着重要的意义。

一、概述风险管理基本情况

风险管理属于新兴的管理科学,主要是对风险控制技术及风险发生规律进行研究。将风险评价、风险估测、风险识别等方式应用在经济单位管理过程中,同时对这些方式进行重组搭配以达到最优化状态。这种风险管理技术在风险发生后产生的后果中,以及在对风险的控制中能够起到一定的作用,最大程度的降低损失并控制风险。风险管理过程的主要目的是为了对目标给予最大限度的安全保障,同时成本的流失能够控制在最小范围内。风险管理包括5个阶段,分别是风险管理效果评价阶段、选择风险管理技术阶段、风险评价阶段、风险衡量阶段、风险识别阶段,各个阶段优化组合并循环重复使用,最终让风险管理达成一个周期循环过程。

风险管理方法在医院管理工作中可涵盖在四个阶段,医疗风险识别、风险评价、风险处理、风险管理效果评价。医院管理工作中,经过这四个阶段的工作展开,最终可达成一个周期循环。风险管理过程中是,在回顾性分析医疗机构以往几年的资料后,能够在一定程度上识别和评价产生的医疗风险,进而对医疗风险产生的危险因素进行深入探究,并可进一步的给予确定。在对产生的风险因素进行确定后,可在后续的工作中进行加以纠正,在相关系统、诊疗护理过程中提出需要整改的对策及相应的措施,在可控范围内对或许会出现的风险进行相应的行为整改,从不同层面给予鼓励、教育、干预措施,对整改后的相应信息进行系统性收集,在一个周期循环后对整改的效果进行评价。

二、风险管理方法在医院管理工作中的内容概述

第一,概述风险处理方法内容

通过分析研究风险在对风险发生概率及风险的严重程度及给予考评,经过此过程,医院风险管理人员能够对其有着一定程度的了解,在后续工作中可以提出相应的处理措施。在管理过程中,为了能够找出风险并明确相应的整改措施,需要先对风险进行分析并识别,这样能够最大程度的使医院的未来发展损害有所减轻,使医院管理水平降低有所减少。可以说,影响医院未来发展及影响医院管理水平的关键性的因素就是风险的处理措施。

风险处理方法大体上可概括为法律处理、取消风险、风险滞留或风险转移、增强预防风险四种处理方法。其中,在法律处理方法中,因为存在损害程度的差异及风险类别的差异,在处理风险问题的时候,可能会存在

着某些风险需应用到法律层面的内容。比方说,医院管理工作过程中,若是在治疗中让患者出现了较为强烈的不良反应或是出现了严重损害患者生命安全的情况,必然会产生医疗纠纷。站在医院的层面,对医院的正当利益进行必要的维护,就需要对医院无需承担的风险进行必要的清除,此时就会应用到一些法律手段及法律知识。在取消风险方法中,当医院在运营过程中,可能需要开发某一些项目,在医院实施管理时,对这些项目在进行分析后发现,后续工作开展可能会产生较大的风险,可能会严重的损害到患者的生命安全、身心健康,那么对需要开发的项目就应该及时放弃,实行取消风险方法的风险管理,对可能会产生的风险就可以做到最大程度的避免。在风险滞留或风险转移方法中,在消除风险时会采取利用医院的内部力量,控制在医院管理的内部,这种方法是风险滞留管理方法。而风险转移方法则是在对风险进行承担时,由医院与医院外的其他机构联合负责,换言之就是医院自身只负责部分风险,这种方法能够让医院需要负责的风险强度有着较大的减小。通常情况下,在风险滞留管理办法与风险转移管理办法中,风险转移管理办法是最为常用的一种,也是医院在应对风险时更倾向于使用的一种。在强化预防风险方法中,在确定一定会面临风险时,可以参考产生的危害及发生的概率等因素,分析并识别风险,针对性的进行预防,做好积极防控工作。比方说,对相关工作人员的防控意识给予强化,特别是重要环节、关键部门的员工,或是对管理与维护措施进行强化,如牵扯到的设施、设备、器械等部件。

第二,概述风险评价方法内容

在风险识别后,在风险管理过程中,后续应该进行的动作就是进行风险评价。医院在发展过程中,在经营期间,一定会出现各种各样的风险,而这些风险也存在着大小的差异。其中,较大的风险可能会对医院的发展经营产生严重的后果,而较小的风险则可能不会产生较大的影响。所以,在医院管理工作过程中,也应该对风险进行评价,评价风险的大小,这是风险识别后一定需要完成的动作。因为风险而出现多大的后果及风险出现的几率有多大是风险评价的主要两个内容,其中,在分析风险出现的几率方面,通常可以通过计算而获得,出现的可能性与概率呈正相关,即越大出现的可能性,计算得出的概率越高。当风险发生概率较高,就应该做好相应的预防措施,进行及时的预警处理,综合分析、评估风险可能带来的伤亡程度、导致的价值流失。若是风险发生概率较低,综合分析、评估最大限度避免发生的可能性并设计相应的处理方法。但是若风险发生概率较低,却会带来较大的风险损失,那么就一定要实施有效的处理方法,对风险进行消除,或是将损失尽可能的降低。

第三,概述风险识别方法内容

在风险管理过程中,管理的首要前提就是风险识别,在识别风险的过程中,若是可以对风险进行正确的识别,那么医院的管理者才可以针对性的实施相应的有效措施,才可以对损失能够最大限度的进行降低,甚至可能还会有效规避风险的发生。医院管理工作过程中,管理人员在识别风险的时候可以对风险从不同的层次给予分析并识别。此外,在医院管理工作中,由于风险存在于医院服务、人员安排、设备运行等不同的环节,所以风险的发展是表现为一种动态发展的,这种动态发展隐患往往会在某

一个环节中产生不同的变化,也可能产生于某一个动态环节中。所以,医院管理工作过程中最为主要的工作就是对风险的监控进行动态监测,风险的识别应做到全面的强化。

现阶段医院管理工作中,风险管理方法包含工作流程图法及调查方法两种方法。工作流程图法的具体内容可概述为在医院服务的各个环节中,在流转的流程间,对各项事项进行分析。而调查法则是实施综合调查对风险管理相关的因素由风险管理工作人员进行全面分析,对管理过程中的重要的资料进行了解,对医院发展的状态尽可能的做到随时掌握,在此背景下能够对风险隐藏的因素,做到最大限度的分析识别,从而在后续的工作中能够及时的做出风险预警。调查法与工作流程图法两种方法具有着不同的优势,因此医院管理工作过程中可以针对性的采用不同的风险识别法。

三、风险管理方法在医院管理中的构建策略

第一,构建并完善风险管理制度

在医院管理工作中,对风险管理相关制度进行不断的完善并优化,才能最大程度的保障工作过程中可以顺利的执行风险管理方法。在构建医疗风险管理相关制度过程中,在制定的过程中,最主要的出发点应该放在对意外事故、并发症的降低方面,同时需要以诊治效果的有效提高及诊疗风险的有效减少为主要目的。通过全方位、多维度的研究、评价医院负担的风险,以此为出发点,针对可能牵涉到的关键的部门、人员、环节进行构建,在对风险管理的各项制度进行构建的过程中,需要让各项制度能够从医院的实际情况出发,能够更加符合医院的发展。同时在医疗风险管理制度制定完成后,在执行的过程中,应该持续完善充实各项制度策略,对受到的教训及获得的经验进行持续的总结、归纳。在执行风险管理制度的过程中,需要最大程度的让医院的护理服务质量得到提高,让医护人员的风险意识得到持续的强化,使风险管理制度能够越来越完善,让医院可能会发生的风险事件越来越少。

第二,严格督促落实各项制度,加强准入制度建设

在医疗项目及医疗机构方面,需要对其准入制度进行不断强化,并在后续的工作过程中,对制度进行最高规格的落实执行。此外还需严格监控药品的不良反应及药品滥用情况,对用药的监督管理也要做到不断的强化,对新药的准入也应该加大重视。对于新方法、新技术、医疗器械等方面的准入制度,也应该做到严格把关。在采用新方法、新技术之前,需要有关专家经严格的讨论分析后,在确认其执行的可行性后才能正式使用,最大程度的将新方法、新技术可能产生的风险控制在最小的范围内,避免因对相关知识内容的欠缺而引发不良事件。

四、风险管理方法在医院管理工作中的积极意义与价值

第一,促进医护人员专业素质的有效提高

现阶段的医疗环境存在着较多的不足,随着医疗水平的不断提升,人们对健康的意识越来越强,医院接诊患者数量也越来越多,由此导致医院需要大量的相关工作人员,而人员的欠缺使得医疗机构的压力也越来越大。由于患者数量的不断增加,在为患者治疗过程中,往往更多的想要让患者尽快康复,在患者的身上花费了较大的精力,这就造成了医护人员自身的专业素质并没有受到重视,其水平仍处于停滞不前的状态,导致医护人员因多种因素的影响极易产生急躁等情绪,进而对患者的态度欠佳,由此引发患者对医护人员的不满,严重时还会对医护人员的治疗、护理质量产生怀疑,最终阻碍治疗顺利进行,影响患者的临床疗效。风险管理方法应用在医院管理工作中,能够提前发现医护人员情绪方面的问题,并提前做好相应的预防工作,为医护人员提供及时的心理疏导,并对医护人员的

工作进行有效调整,最大程度降低发生意外事件,投诉事件,不断提高医护人员的专业素质。

第二,促进医院护理服务质量的有效提高

在医院的发展过程中,在医院管理工作中,医疗纠纷是发生概率最高的一种风险。纠纷风险概率越高,其产生的后果也越发的严重,且会严重阻碍医院的发展。医护人员的专业素质水平得不到提升,患者的需求得不到满足,极易增加医护人员与患者不良情绪发生风险,严重降低医护人员的服务质量,使医疗纠纷的发生风险也成倍增加。为了使医院的服务质量得到有效的提升,医院管理人员就需要对相关工作内容进行深入的研究,对医务人员的人数是否应该增加及医疗服务质量如何提升等方面进行相应的探讨分析。此外,基础医疗设施也应该纳入医院管理人员重点关注内容,对基础医疗设施进行及时的更新,对医疗设备进行更换,应用较为先进的医疗设备,不但能够服务更多的患者,也能够让患者的就诊时间得到极大的缩短,同时医院的诊治水平也得到进一步的提升,进而使得医院的医疗服务质量得到提高。在医院管理工作过程中,尤为需要注意的是,无论是医院的医护人员,还是医院的管理人员,都应该在服务的过程中对自身的风险防范意识进行不断的增强,都应该对自己的言谈举止做到时刻注意,最大程度的将医疗纠纷的发生风险降至最低,避免医务人员与患者之间出现不必要的误会。需要注意的是,针对不配合治疗的患者,应对其进行风险防范措施,在对患者的相应医疗服务进行提供的同时,需对相关治疗规范守则进行严格遵守,只有这样才能在发生风险后,在最短的时间内对相应的证据进行收集,且如若需要,还可的对医院无需承担的责任通过法律途径进行维护。

第三,促进医疗纠纷的妥善处理

在医院的管理工作过程中,当医疗纠纷发生后,在对责任进行划分时,大多数情况下,最大的责任来源于医院,此时医院就需要向患者家属进行赔偿。在赔偿方面更多的是选择付出金钱的赔偿,而数额方面可能是相对较大的数额。尽管医院向患者进行了如数赔偿,但医院的风评也受到了极大的影响,不但医院的经济损失严重,同时也出现了较为严重的负面评价。在处理医疗纠纷的过程中,对纠纷的相关问题及内容,大部分的医务人员是无法良好的进行处理的,一方面是因为医院管理人员严重缺乏对风险管控的意识,另一方面也是因为严重缺少对法律意识的重视。在对医疗纠纷进行处理时,医院管理人员往往无法良好的找寻证据,这也是因为不愿用法律手段解决问题所致。因此,在医院管理工作过程中,无论是医院的普通人员,还是医院的管理人员,都需要对风险防范意识进行不断加强,使自身的风险管理方法、措施得到持续提升,做到能够更加准确地识别风险类型,及时采取相应的风险防范措施。在医院管理过程中,管理人员需要对相关工作人员的行为进行严格规范,对风险防控工作应该加大重视,对牵涉到风险有关材料证据应做到及时有效的掌握,这样才能在发生风险之后,马上实施针对性的应对措施,对医院的权益进行有效的维护。

综上所述,在医院管理工作过程中,风险管理方法可以概括在三个方面,其中,风险管理方法的基础主要是在风险识别方面,而在风险管理实施过程中,相对较为重要的则是风险评价方面,而重中之重的方面则是风险处理。将相应的风险处理措施运用在不同的风险类型中,对风险预防工作加大重视,在日常管理工作中加入风险管理防范措施,才能及时处理相应的风险,并得到较好的处理结果,才能使医院的损失降至最低。此外,对医院的服务质量及医务人员的专业素质进行提升、增强,一定程度上也能够减少医疗纠纷的发生,进一步促进医院得到一个良好的发展。

安全文化在手术室护理管理中的应用研究

邓蕾

贵阳市第六医院 贵州贵阳 550002

摘要：目的：对手术室护理管理中安全文化的应用效果进行分析讨论。方法：选取我院 2793 例手术患者，随机将其分为常规组（1396 例）和试验组（1397 例），分别实施常规手术室护理管理和安全文化管理，对比两组护理缺陷情况、管理质量评分及患者护理满意度。结果：试验组无菌物品应用差错、物品准备差错、仪器操作差错、护理纠纷发生率均比常规组低（ $P < 0.05$ ）；试验组安全管理、无菌物品管理、手术配合均比常规组高（ $P < 0.05$ ）；试验组护理满意度显著高于常规组（ $P < 0.05$ ）。结论：手术室护理管理应用安全文化管理，提高护理管理质量，可降低护理缺陷发生率，且患者对护理更为满意，值得推广应用。

关键词：手术室护理管理；安全文化

护理时治疗中必不可少的环节，特别是手术室护理，作为医院科室重要科室之一，手术室接收患者病情危急，医护人员工作紧张，节奏快，风险大，对医护人员技术要求高，手术室护理管理尤为重要，而手术室护理管理包括护理人员操作水平、医疗设备及手术室空气，任何一个环节管理失败，可能造成手术失败^[1-2]。而患者受手术创伤影响，机体应激反应较强，一旦护理人员出现差错，引发护理风险事件，均可能造成医患纠纷。安全文化基于安全意识、安全理念，重点观念系统安全、安全观念、行为安全、工艺安全，减少不良事故发生^[3]。本研究观察我院 2793 例手术患者手术护理管理效果，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2793 例手术患者，所有患者均符合手术指征，对研究内容知情同意，自愿参与无异议，排除临床资料不全，精神疾病、认知障碍，沟通障碍及中途退出研究者。随机将 2793 例手术患者分为 2 组，常规组（1396 例）749 例为男性，647 例为女性，年龄：最小 22 岁，最大 65 岁，平均（ 43.5 ± 3.9 ）岁；其中 456 为 1 级，337 例为 2 级，331 为 3 级，272 为 4 级；手术类型：210 例为普外科手术，150 例为神经外科手术，117 例为泌尿外科手术，181 例为甲乳外科，251 例为骨科手术，240 例为妇产科手术，114 例为眼科手术，133 例为五官手术；试验组（1397 例）740 例为男性，657 例为女性，年龄：最小 23 岁，最大 67 岁，平均（ 45.0 ± 3.2 ）岁；其中 457 为 1 级，340 例为 2 级，332 为 3 级，268 为 4 级；手术类型：213 例为普外科手术，154 例为神经外科手术，115 例为泌尿外科手术，179 例为甲乳外科，241 例为骨科手术，238 例为妇产科手术，120 例为眼科手

术，137 例为五官手术；两组性别、年龄、手术分级及手术类型相近（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

常规护理组根据传统培训模式对护理人员进行基础知识、护理操作技能培训，所有护理人员必须熟悉常规手术物品、手术器械，对护理人员进行合理排班，减轻护理人员工作压力。手术中积极配合医生完成手术，密切监测患者生命体征，做好监测结果记录。对患者体位进行调整，指导患者遵循医嘱用药，提高患者用药依从性。

试验组开展安全文化管理，具体内容如下：（1）护理安全培训。定期组织手术室护理人员参与护理安全培训，其中理论知识培训内容包括我国医疗安全环境，护理安全需求及安全形势，同时，让护理人员意识到日常工作环境中存在的安全隐患。将各类安全问题事件，培训理论知识整理成宣传手册，视频，或在宣传栏上公示，提高手术室护理人员安全隐患防范意识及防范技能。每周定期组织护理人员参与专题交流会，让护理人员互相分析日常工作中存在的问题，找到问题解决措施，优化护理流程，所有护理人员定期对培训内容进行考核，定期抽查手术间应急状态，物品、一起摆放是否合理。（2）营造良好的安全文化氛围。营造一个良好的安全文化管理氛围，提高护理人员服务意识、安全意识，将安全文化管理理念融入日常护理管理工作，转变护理人员在护理缺陷事件方面的处理态度，主动承认护理中的问题，分析总结错误原因，形成口头报告，并最终整理成书面报告，以便其他护理人员进行信息查询，避免再次重复犯错。日常工作中一旦出现护理差错事件和护理纠纷，护士长必须做好记录，组织科室护理人员对不良事件进行分析，找到护理流程中存在的漏洞，有针对性的

制定改进对策。另外所有护理人员必须熟悉《执业护士法》、《医疗事故处理条例》《医院感染预防与控制》等法律法规，使安全文化意识根治到每位护理人员心中，营造一个良好的手术室安全文化管理氛围。（3）识别工作风险，完善预防机制。一般情况下，手术室护理安全隐患与安全管理密切相关，而手术室护理风险一般表现为以下几个方面：①护理人员缺乏责任心，在工作中未仔细清点手术物品，特别是小件物品和术中器械敷料，导致手术器械准备不够充足。②护理人员经验不足，护理操作不够规范，执行力较差。在安全文化管理中需不断对预警机制进行完善，同时，加强监督力度，确认预警机制落实情况，另外，护理人员自身也需不断从各类安全隐患事件中吸取经验，提高自身风险识别能力和预防能力。（4）不断对管理体系进行完善。建立三级护理质控制度，护理部、护士长、护理管理小组均需参与到护理管理中，同时，需对护士长和护理人员职责进行明确划分，定期分析安全事件，总结护理问题，抽查感染控制情况、护理文书书写情况、急救药品设备管理及安全意外事件发生情况，结合本院实际情况完善手术室护理人员、器械护理人员及巡回理人员安全管理制度，完善护理人员奖励、惩罚措施，提高护理人员工作积极性，团结手术室护理人员，提高团队凝聚力，降低护理差错事件发生率。（5）更新护理工作流程。组织护理人员不断对各环节操作流程进行优化设计，提高各环节护理流程的科学性，减少护理人员错误发生率。由于手术室工作人员相对较多，流动量大，加之，手术室器械多，种类复杂，所以手术室灭菌物品、非灭菌物品需根据规定摆放到固定位置，并用不同颜色来标记，所有药品、特殊气体也需用醒目的标签明确标识。不断完善手术室物品、设备管理制度，委派经验丰富的护理人员进行管理。定期对手术室进行打扫、消毒，保持手术室干净、整洁。多询问麻醉医生、手术科室医生、手术患者意见，向医护人员反馈患者建议，尽力满足患者护理需求，从而提升手术室护理质量。（6）建立完善的回访制度。手术前加强患者巡访，详细为患者介绍手术流程及手术注意事项，给予患者更多鼓励，帮助患者建立积极的疾病治疗信心，主动配合医护人员，以促进手术顺利完成。手术结束后密切监测患者恢复情况，及时解决患者异常情况，降低患者术后并发症发生率，促进患者术后恢复。

1.3 观察指标

（1）对比两组护理缺陷情况，包括无菌物品应用差错、物品准备差错、仪器操作差错、护理纠纷。（2）对比两组管理质量评分，包括安全管理、无菌物品管理、手术配合，每项满分为 100 分，评分越高管理质量越好^[4-5]。（3）设计问卷调查表对满意度进行调查，总分为 100 分，得分达

到 80 分为非常满意，得分 61~79 分为基本满意，得分低于 60 分为不满意，总满意度为非常满意率与基本满意率之和^[6-7]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS24.0 统计学软件进行数据分析，计量资料用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，两组间比较采用 t 检验；计数资料采用率表示，组间比较采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组护理缺陷情况

试验组无菌物品应用差错、物品准备差错、仪器操作差错、护理纠纷发生率均比常规组低（ $P < 0.05$ ），具体数据见表 1。

表 1 对比两组护理缺陷情况[n.(%)]					
组别	例数	无菌物品应用 差错	物品准备差 错	仪器操作 差错	护理纠纷
常规组	1396	283 (20.27)	186 (13.32)	233 (16.69)	326 (23.35)
试验组	1397	47 (3.36)	0 (0.00)	0 (0.00)	47 (3.36)
χ^2	-	191.5805	199.4132	254.3887	241.0854
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 对比两组管理质量评分

试验组安全管理、无菌物品管理、手术配合均比常规组高（ $P < 0.05$ ），具体数据见表 2。

表 2 对比两组管理质量评分（ $\bar{x} \pm s$,分）				
组别	例数	安全管理	无菌物品管理	手术配合
常规组	1396	79.41±6.89	76.51±11.42	78.44±6.41
试验组	1397	92.27±1.98	90.78±2.58	93.25±2.59
t	-	67.0467	45.5553	80.0635
P	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 对比两组护理满意度

试验组护理满意度为 96.85%，常规组护理满意度为 69.99%，试验组护理满意度显著高于常规组（ $P<0.05$ ），具体数据见表 3。

表 3 对比两组护理满意度[n.(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
常规组	1396	349 (25.00)	628 (44.99)	419 (30.01)	977 (69.99)
试验组	1397	586 (41.95)	767 (54.90)	44 (3.15)	1353 (96.85)
X ²	-				364.4018
P	-				0.0000

3 讨论

随着现代医疗水平不断提醒，患者对护理要求越来越高，这就要求医院必须不断加强护理管理，提升护理质量。特别是手术室其护理本身存在一定特殊性，手术室患者心理承受能力较差，加之，医疗器械复杂，风险事件发生率明显比其他科室高^[8]。以往常规护理内容相对较为简单，护理人员仅需对患者病情进行监测，加强环境消毒，做好无菌处理即可，护理重点多放在治疗效果方面，安全文化管理涉及较少，安全管理模式也仅处于管理者从上至下的被动管理，一旦发现安全问题，更多将责任归结为个人身上，解决问题的方法多是直接惩罚责任人，未找出问题发生的根本原因，因此，护理缺陷事件发生率较高，患者满意度低，容易发生医患纠纷，导致医护人员工作难以顺利开展^[9-11]。护理安全文化是近年来护理中应用较多的一种理念，在护理中更注重医护人员风险意识、安全意识的培养，提高护理人员安全行为、组织行为及协调性，不断对缺陷事件进行分析，完善差错报告系统及预防机制，取消传统惩罚制度，转为非惩罚制度，积极鼓励护理人员上报安全问题，定期组织护理人员交流，鼓励护理人员分享自身经验，找到护理缺陷发生的原因，有针对性的制定预防措施^[12-13]。研究表明，任何机构想要正常运行，必须具备完善的管理体制、安全设备，严格遵循法律制度和规章标准，而安全文化管理更是将这一点贯彻落实，不断纠正医护人员面对安全问题的态度、行为，营造一个护理安全文化管理氛围，提高护理人员责任心，将各项工作制度和护理操作行为落实，提高护理服务的及时性和安全性^[14-15]。本研究观察结果显示，试验组无菌物品应用差错、物品准备差错、仪器操作差错、护理纠纷发生率均比常规组低（ $P<0.05$ ）；试验组安全管理、无菌物品管理、手术配合均比常规组高（ $P<0.05$ ）；试验组护理满意度显著高于常规组（ $P<0.05$ ），此次研究结

果进一步证明，在手术室护理管理中安全文化管理效果显著优于常规管理。

综上所述，手术室护理管理应用安全文化管理，提高护理管理质量，可降低护理缺陷发生率，且患者对护理更为满意，值得推广应用。

参考文献：

[1]崔丽丽,窦红梅,李贞贞,等.手术室护士中低体温护理现状与专业认知、安全文化态度的相关性[J].国际护理学杂志,2022,41(2):225-228.

[2]邱海艳.安全警示教育在手术室护理安全文化建设的应用[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(29):311-312.

[3]孙葵丽,陶红兵,夏述燕.综合医院手术室护士对患者安全事件报告意向的调查[J].护理学杂志,2021,36(14):48-51.

[4]李慧萍,苏智华,钱莹娜.基于微信公众号平台在手术室护理文化建设中的应用研究[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(60):41-44.

[5]谭安丽.手术室护士对围术期患者实施保温护理的现状及相关影响因素研究[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(54):298-299.

[6]刘娟.手术室护理人员血源性职业暴露的高危因素分析与防护[J].护理实践与研究,2020,17(16):26-28.

[7]甘蓓,王琼,张朵好.患者参与护理模式对护理不良事件和医院安全文化的影响[J].当代护士(上旬刊),2021,28(8):170-173.

[8]孙思,熊小燕,陈玉红.基于护理不良事件分析对护理安全文化建设的探索与思考[J].江苏卫生事业管理,2021,32(3):305-309.

[9]王倩.护理安全文化在心脏监护病房护理管理中的应用及其安全性分析[J].国际护理学杂志,2021,40(16):2989-2992.

[10]王红蕾.安全文化理念与心理护理在妇产科护理中的应用评价[J].中国农村卫生,2021,13(17):24-25.

[11]张国兰.基于安全文化理念的责任制护理对妇产科护理安全的价值探究[J].当代护士(上旬刊),2021,28(3):81-82.

[12]何红慧.安全文化理念在妇产科护理管理中的应用研究[J].中国社区医师,2021,37(13):138-139.

[13]陈玉瑜.安全文化理念联合柔性管理对妇科护理管理质量的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(11):1934-1936.

[14]龚玉华.妇产科护理管理中应用安全文化理念的意义研究[J].中国卫生产业,2019,16(32):131-132.

[15]李悦,祝辉.对安全文化在手术室护理管理中的应用思考[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(13):2565-2566.

儿科护理风险与安全管理分析

王爽

青岛西海岸新区中医医院 山东青岛 266500

摘要：目的：讨论分析儿科护理风险众多安全隐患及管理方法和防范措施。方式：选择医院 2020 年 1 月—2022 年 5 月儿科为研究科室，此前科室医治实行常规管理，自 2020 年 1 月以来医院加强护理风险管控，加强制度建设、护理应急预案及改善各项工作，重视护理安全教育，提升护理人员的危机意识和防范能力。对比实施管理前、与实施管理情况。结果：经过风险管理后护理人员的危机意识提高，护理错漏情况显著降低，严重护理错漏事故的发生。结论：加强护理风险管控，可最大限度地避开护理风险，确保诊疗护理安全。

关键词：儿科护理；风险；安全管理

众所周知，医疗效果与患者安全是儿科所遇到的重大问题，已造成 WHO 和世界各国密切关注和高度重视。而护理工作作为诊疗工作的关键构成部分，护理安全已成为考量护理服务的主要标准，与病人的心理健康及人身安全密切相关。

在临床上，有时候极其简易或看起来不值一提的临床活动都存在潜在风险。一旦产生由于护理人员技术导致的风险后果不可估量^[1]。实际上，有专家强调 30%-50%的不良反应可以通过预防得到防止^[2]。因此，近些年，我院根据健全风险管理方案，提升工作内容，加强护理人员危机意识、安全防范意识，从源头上避开、降低漏洞错漏事故的发生，拥有不错的效果，现将方式方法报导如下。

1. 材料与方法

1.1 一般材料

选择医院 2020 年 1 月—2022 年 5 月儿科为研究科室，此前科室医治施行常规管理，自 2020 年 1 月以来医院施行风险管理和安全管理。对比前后管理效果。

1.2 一般方法

风险管理与安全管理具体措施：

(1) 创建护理风险管理

创建护理小组主抓护理工作，护士长为组长，选择护理部负责人为副组长，小组包含护理督查权威专家、主要部门护士，按时对我院护理风险开展质量管理。按时召开工作会议，分析最近风险事件发生的原因、工作频率及严重后果，对于检测中出现和不确定的风险明确提出预防措施，及时反馈给各病房护理人员，把错漏安全事故和安全隐患处理在萌发状况；创建风险网络信息，及时处理护理安全风险，及时整顿，将护理不安全事故的处理变成积极的预防。

(2) 健全护理风险性管理方案

风险性管理方案推行主要包括核查评定护理工作中的风险，并制定相应的预防风险措施。针对护理上引进的辛集市做好护理工作的审查一准入考评一资质评定一存档管理，使护理新技术应用于实践具备合理、安全和可执行性，减低护理风险性。护理中心技术应用提升了护理水平、增强了病患的生活质量。

创建非民事制裁不良反应汇报制，鼓励呈送护理不良事件，主要是发现并改善异常，而不是注重个人惩罚，使安全风险在第一时间获得汇报并采取相应预防。对诊疗护理漏洞进行研究发现，绝大部分诊疗护理漏洞并不是独立的，是诸多阶段因素中的某一个或多个因素发生改变而致，不仅有系统的原因，也有环境、人为疏忽。因此，院级护理质控委员会需要每个季度对护理不良事件开展探讨分析、判定，在护士会议、护理质量控制大会上通告根本原因，分析方法找寻问题的所在，制订规避风险的对策，从根源上清除或减少护理风险。

(3) 创建新护理人员晚班制度

依规从业持证上岗，严格遵守新护理人员晚班准入制，新护理人员务必通过临床护士带教，综合评定达标后才可单独上夜班，保证护理安全。

(4) 创建褥疮管理方案

创立褥疮管理工作组，制订褥疮申报流程、进行褥疮申报单填写、褥疮观察记录，汇报、评定、会诊等策略，使潜在的护理风险得到处理，做到科学合理的管理，合理的监管，进而减少褥疮的发生率，提升护理质量。

(5) 加强安全工作

加强护理安全管理方法制订紧急事件应急预案，护理前后的交接流程，风险阶段管理方法和重要护理（技术性）新项目的风险阶段监管等。护理部着手撰写《护士工作指导》《护理安全管理手册》《新编儿科护理常规》做到人手一册，以指导护理工作。将安全管理纳入护士目标管理考核。

制定护理安全专项督查表，定期对病区环境、设备设施、特殊患者管理、急救药品、器材、麻醉药品、特殊药品、特殊科室等进行专项检查，注重整改落实，把护理安全隐患消灭在萌芽状态。加强细节管理完善各种警示标识，做到安全标识区要有图文“防坠床、防跌倒”等标识，随时提醒患者家属；患者身份识别制度，住院患者佩戴手腕带，以方便各种操作处置前后的查对。

(6) 护士培训

制定全院护士业务学习计划，定期组织全院护士学习如护理安全隐患，分析护理疑难病例，讨论医疗设备安全使用，保证质量，以及相关法律法规培训，如《护士条例》、《2022 年病人安全目标》等。汇总共享护理安全风险和经验教训；构建安全学习氛围，掌握危机意识，围绕日常工作。通过学习提高护理安全观念和相关法律法规观念，处理好医患冲突，防止护患纠纷案件产生。

加强三基学习培训加强我院护理人员基本知识、基本理论、专业技能等三基学习培训，护理部按时进行理论实际操作。如设定临床医学工作中的情景抽测，包含环境评价、病人评定、用药前准备、操作步骤、终未处理，实际操作中反映对患者个性化关怀，语言沟通交流等，通过当场评定指导提升临床医学专业能力。

专科护士培训如儿童 ICU 专科护士、急诊科专科护士、诊室专科护士、血液净化专科护士、国家级别危急重症专科护士、糖尿病患者专科护士、国家级别营养保健等学习培训，为临床发展带来强有力支撑，派护理人员到相对应技术专业比较强的区域进修或护士培训班等，不断提升水平，新护理人员培训，改善护士岗前培训方法探讨核心制度，最新法律法规、护理文书、院感防控医学典型风险案例及其临床医学模拟练习等及其“2010 年中国患者安全目标”等相关内容，列入新护士岗前培训，加强岗位使命感推动护理人员质量意识和防范意识的提升。

1.3 观察指标

对比实施管理前、与实施管理情况,统计不良事件发生情况,并与管理前做对比,分析产生风险的具体原因。

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 进行统计,正态分布的计数资料选用(N,%)表示,利用 X^2 检验, $P<0.05$ 时,表明存在统计学差异。

2. 结果

2.1 儿科护理风险有关因素分析

(1) 管理方法

护理安全规章制度欠缺或不健全,管理方法监管不给力,产生护理不良事件,隐瞒不报,导致没法掌握客观事实、难以改善、预防不良时间的发生,而重犯相近问题使风险提升;管理制度实行力度不足、管理方法不及时造成护理漏洞。主要体现在:护理人员书写不规范、对护理的培训工作不积极、职业道德欠缺^[3]。

(2) 技术性方面

护理人员技术实力、专业技能的参差不齐、护理经验不足等给病人产生安全风险。责任感较弱或因服务质量差而产生的医患冲突,这些原因均会提升护理风险产生的概率,如小孩颈静脉穿刺,作业者在颈部肌肉表层沿颈静脉入针穿刺术,因未见加血,待针管退出皮下组织再次穿刺术时,患者忽然嘴唇发绀,吸气异常。假如护理人员在实际操作前未告知亲属所做操作具备风险,亲属通常不理解操作中产生的问题而引起纠纷举报^[4]。

(3) 护理技术应用

伴随着新业务流程、新技术应用的持续引入,护理工作的多元性、难度系数的超极限值,增加了护理隐患的产生。如护理新技术应用准入条件不严苛,对新机器设备不了解,错误操作或护理技术不娴熟,护理缺乏经验,对潜在性的不安全因素欠缺前瞻性,非常容易产生安全风险^[5]。

(4) 工作人员方面

编写问题:近些年医院业务流程迅速发展,短时间招聘了很多不同文凭、不同层级的新护理人员。从而,发生年轻护士业务能力与诊疗护理任务认识不清的现象,护理工作中安全保障与品质提升遭遇严峻的考验;临床医学护士编制不够,提升了护理风险产生的概率。

人员结构方面:有的医院太过考虑到人工成本,限定护士编制;一些缺乏经验的低年资护理被推上去做更高、需要大量工作经验的工作,使护理不安全因素提升^[6]。

工作能力方面:护理不单单需要理论,也需要经验的累积和精湛的操作技能,护理人员必须长时间练习。新护理人员通过短期培训班就上岗,其临床专业能力、操作技能、组织协调能力和抢救观念均有薄弱。如晚间值勤大多数为低年资护理人员,因为缺乏经验,在救治病人时,手忙脚乱,造成护理风险性提升^[7]。

(5) 法制观念淡漠

护理记录是重症病人的重要信息。如心电图监护数据信息、护理措施记录不及时,数据信息不确切或撰写不标准,一旦产生医患纠纷,病历变成法律法规的一种直接证据,体现患儿病况或身亡情况,在法律法规上护理文书便变成护理人员“不当作为”的直接证据^[8]。

(6) 意外伤害

坠床摔倒:儿科病人易产生坠床摔倒。如遇路面滑、床腿松动、座椅不稳、防护措施及护理宣传不及时等易产生坠床摔倒。烧伤:对危重症患者,尤其是肢端循环系统或智障人士应用暖手袋、电褥子或方法不合理,造成烧伤;TDP灯针灸治疗错误操作导致烧伤等^[9]。

2.2 实施前后情况分析

经过风险管理后护理人员的危机意识提高,护理错漏情况显著降低,严重护理错漏事故的发生^[10]。

3 讨论

3.1 加强风险管控是提升护理服务水平的重要途径

风险管控的最后目标是降低护理错漏安全事故的产生,确保病人的安全及不受多余的伤害。建立和完善的护理风险管理模式,保持极度的细心,精益求精管理方法,把不安全的因素(工作人员、自然环境、机器设备、终端等)处理在萌发情况,保证护理质量与护理安全^[11]。

4.2 质量控制

医院护理部依据《卫生部医院管理年点评手册》和《护理工作质量评价规范》执行护理质量评价,改善护理质量控制方法将我院护理质量控制分成整体护理、抢救、护理文书、护理流程、特殊部门、医院质量控制、课堂教学质量控制等,护理质量管理组全年全程对我院各护理模块有准备的开展护理质量控制(一个季度覆盖所有质量控制内容)对存在的问题,及时反馈,整顿。有益于护理质量的真正提升,而不是重在处罚^[12]。

总而言之,护理风险管控是一项长期性、持续工作,建立和完善的护理风险管控常态化,合理推动护理质量管理的专业化、系统化、制度化,持续鉴别发现护理工作存在和不确定的风险,提升护理人员的法制观念、担当意识和规避风险的能力,积极探索护理安全风险、薄弱点,采用积极的管理方法,防范措施,持续不断质量控制,才可以真正的为病人给予安全性、高效、高品质的护理服务,进而合理的避开医疗事故纠纷、医患纠纷的风险。

参考文献:

- [1]宋晓燕.风险防范式护理在儿科安全管理中的应用分析[J].成都医学院学报,2021,16(2):194-196,202.
- [2]李翠娥,黄建梅.儿科危重症患者转运过程中护理风险管理应用分析[J].中外医疗,2020,39(33):174-176.
- [3]何文英.护理风险警示标识运用于儿科护理安全管理中的意义分析[J].东方药膳,2020(14):282-283.
- [4]梁丽.护理风险警示标识运用于儿科护理安全管理中的意义分析[J].中国医药指南,2019,17(31):230-231.
- [5]刘珊,刘媛,陈阅微.儿科ICU护理风险管理的影响因素分析与护理对策[J].护理实践与研究,2020,17(1):132-134.
- [6]奚丽蓉.对儿科护理行为实施风险管理的分析与干预[J].内蒙古中医药,2011,30(23):175-177.
- [7]李汕韦,詹艳.住院儿童家属参与护理风险管理现状及影响因素分析[J].当代护士(下旬刊),2022,29(1):23-26.
- [8]黎兰英,章华蓉,王春华.基于灾害脆弱性分析的风险评估法在儿科护理风险事件评估与改进中的应用[J].医疗装备,2021,34(7):141-142.
- [9]Wegner W, Silva MUMD, Peres MA, Bandeira LE, Frantz E, Botene DZA, Predebon CM. Patient safety in the care of hospitalised children: evidence for paediatric nursing. Rev Gaucha Enferm. 2017 May 4;38(1):e68020. Portuguese, English.
- [10]Ogboenyi AA, Tubbs-Coolley HL, Miller E, Johnson K, Bakas T. Missed Nursing Care in Pediatric and Neonatal Care Settings: An Integrative Review. MCN Am J Matern Child Nurs. 2020 Sep/Oct;45(5):254-264.
- [11]Tume LN, Coetzee M, Dryden-Palmer K, Hickey PA, Kinney S, Latour JM, Pedreira ML, Sefton GR, Sorce L, Curley MA. Pediatric Critical Care Nursing Research Priorities-Initiating International Dialogue. Pediatr Crit Care Med. 2015 Jul;16(6):e174-82.
- [12]Zhang J, Zhang Y, Liu Y, Shang X, Shi Z, Ma X. Review: Pediatric nursing status and its application analysis based on high quality nursing theory. Pak J Pharm Sci. 2015 Mar;28(2 Suppl):811-3.

PDCA 循环模式在医院感染管理中的应用价值分析

黄春芬¹ 伍娜² 余兆敏³

粤北人民医院 广东韶关 512026

摘要:目的:探究PDCA循环模式在医院感染管理中的应用价值。方法 选我院2020年1月至2021年12月期间52名医院医护人员为研究对象,以我院医院感染管理中PDCA循环模式开始时间(2021年1月)将其分为对照组、观察组,在医院感染管理中分别实施常规管理、PDCA循环模式管理,比较两组医院感染控制情况(医院感染发生率、手卫生合格率、灭菌物品合格率)、仪器设备菌落数。结果 观察组呼吸系统感染发生率及总医院感染发生率分别为0.23%、0.79%,均较对照组0.71%、1.66%低,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组手卫生合格率、物品消毒合格率为99.00%、98.00%,均较对照组93.00%、91.00%高,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组辐射台、洗婴台、医疗器械菌落数均较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:在医院感染管理中,应用PDCA循环模式管理,可降低患者院内感染发生率,提升医护人员手卫生合格率、灭菌物品合格率及仪器设备灭菌质量。

关键词:医院感染管理;PDCA循环模式;手卫生

医院感染控制,为保证医院治疗安全性、提升患者治疗质量重要基础。但受医护人员卫生习惯、医院环境卫生管理情况等因素影响,可能会增加患者院内感染事件发生风险;而随临床抗生素的滥用,患者发生院内感染后,会增加其疾病治疗难度、延长治疗周期、增加治疗经济压力,并造成医疗资源浪费,因此需加强医院感染管理^[1-2]。但在常规医院感染管理中,多以传统管理方案为主,可能会出现管理效果不满意、存在管理缺陷等情况。PDCA循环模式,即计划(Plan)、执行(Do)、检查(Check)、处理(Action),通过制定、执行计划,检查管理效果,弥补管理方案不足之处,以不断提升管理质量,满足临床管理需求^[3]。为此,本次研究选我院2020年1月至2021年12月期间52名医院医护人员为研究对象,分析PDCA循环模式管理前后医院感染控制效果。

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52名医院医护人员为研究对象,以我院医院感染管理中PDCA循环模式开始时间(2021年1月)将其分为对照组、观察组。其中医生12名、护士40名,年龄24~48岁,平均(36.11±6.24)岁;职称中,29名初级职称,14名中级职称,9名高级职称。其中对照组管理期间,共包含1689例住院患者,其中男性887例、女性802例,年龄2个月~84岁,平均(63.34±12.45)岁;观察组管理期间,共包含1764例住院患者,其中男性918例、女性846例,年龄2个月~88岁,平均(64.28±15.34)岁;两组患者基础资料相近($P>0.05$);所选患者均符合我院伦理标准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①医护人员研究中无转岗、离职情况,且家中无重大变故;②所选患者均于我院住院部治疗;③患者及医护人员对研究知情同意。

排除标准:①存在精神性疾病,无法配合完成研究;②长期使用免疫抑制剂、糖皮质激素治疗。

1.3 方法

对照组(常规医院感染管理):严格依据医院感染管理办法完成管理,包括定期对医护人员手卫生、环境菌落数等进行抽检,结合抽检结果了解院内病原菌种类、敏感抗生素等情况,并实施针对性防控;加强医护人员手卫生重要性宣传指导。

观察组(PDCA循环模式管理):(1)计划(Plan):收集2019年1月至12月期间院内感染、物品器械表面菌落数控制情况等数据,总结患者院内感染发生原因,包括医护人员手卫生、物品灭菌质量、环境中菌落数、患者自身免疫力、患者护理依从性;结合患者院内感染原因,制定并实

施符合我院特色的医院感染控制流程;(2)执行(Do):①医护人员手卫生管理:组织医护人员参加手卫生培训指导,除基础医院感染控制重要性外,重点完成包括手部清洁方法、手卫生管理重要性等相关知识培训讲解;病房外、公共卫生间均放置75%酒精,医护人员对患者检查前后,均进行手卫生消毒;②物品灭菌管理:加强消毒供应中心培训管理,包括重新梳理消毒供应中心管理流程、消毒供应中心管理培训及责任划分等,提升消毒供应中心内医疗器械管理质量;加强手术室相关医疗器械预处理过程培训管理,提升器械管理质量,降低物品及医疗器械相关院内感染发生风险;③环境消毒管理:地面湿式清扫,病房环境每日以紫外线消毒灯持续消毒30min/次,2~3次/d;保持环境温湿度适宜,且定时开窗通风;物品表面以1000mg/L含氯消毒液喷洒、擦拭;污染物处理时,以20~50g/L含氯溶液浸泡后处理,患者使用过的床品焚烧处理;终末消毒时,延长空气消毒时间至2~4h,且将患者接触过的物品表面充分消毒;④患者免疫管理:患者入院后,对其以营养筛查NRS2002量表进行营养不良筛查,必要时采集患者血液样本进行免疫能力筛查,若存在营养不良风险,则通过营养补充、加强饮食护理指导等方式纠正患者免疫异常状态,提升其自身抗感染能力;⑤患者健康教育指导:患者进入病房后,对其进行个人卫生防护健康教育指导,包括个人卫生习惯对抗感染重要性、口腔卫生清洁方式、正确咳嗽排痰方法、会阴清洁、手卫生管理等,提升患者自身抗感染能力;(3)检查(Chack):每月定期、不定期进行管理效果检查,包括医护人员手卫生检查及考核、环境及医疗器械菌落数、患者健康教育结果检验等情况,统计管理不满意情况,每月定期开会讨论感染控制不满意情况,并结合医院医疗资源、护理资源等,重新梳理管理方案;(4)执行(Action):将最新管理方案应用至医院感染管理方案中,定期检查、评估管理方案实际价值,并通过不断修整、完善管理内容,不断提升管理质量。

1.4 观察指标

(1)比较两组医院感染控制情况,包括医院感染发生率、手卫生合格率、灭菌物品合格率;①医院感染发生率调查中,统计比较其医院感染发生率、感染类型;②手卫生合格率调查中,两组分别随机抽查100次手卫生情况,手卫生合格率=手卫生合格次数/总抽查次数;③灭菌物品合格率调查中,两组分别随机抽查100件医疗器械及灭菌物品,灭菌物品灭菌合格率=灭菌合格物品/总抽查件数;(2)比较两组仪器设备菌落数:两组分别随机抽查病房、不同科室内仪器设备菌落数情况,包括辐射台(各100台)、洗婴台(各100台)、医疗设备(各100件)。

1.5 统计学方法

($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,(%)表示计数资料, t 、 χ^2 检验; $P<0.05$

表示差异有统计学意义；数据统计计算软件为 SPSS 24.0。

2. 结果

2.1 医院感染控制情况

观察组呼吸系统感染发生率及总医院感染发生率分别为 0.23%、0.79%，均较对照组 0.71%、1.66%低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组手卫生合格率、物品消毒合格率分别为 99.00%、98.00%，均较对照组 93.00%、91.00%高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 医院感染控制情况[n（%）]

组别	院内感染				手卫生合 格率	物品消毒 合格率
	呼吸道	泌尿系	切口感	发生率		
	感染	统感染	染			
对照 组	12(0.71)	6 (0.36)	10(0.59)	28 (1.66)	93(93.00)	91(91.00)
观察 组	3 (0.23)	5 (0.28)	6 (0.34)	14 (0.79)	99(99.00)	98(98.00)
χ^2	5.826	0.140	1.187	5.362	4.688	4.714
P	0.016	0.708	0.276	0.21	0.030	0.030

2.2 仪器设备菌落数

观察组辐射台、洗婴台、医疗器械菌落数均较对照组低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 仪器设备菌落数（ $\bar{X} \pm s$ ，个）

组别	n	辐射台	洗婴台	医疗器械
对照组	100	3.02±0.35	2.11±0.30	1.88±0.29
观察组	100	2.59±0.37	1.71±0.34	1.41±0.30
t		8.443	8.822	11.264
P		<0.001	<0.001	<0.001

3. 讨论

院内感染为临床常见不良事件，影响患者医院治疗安全性，需积极控制，以提升医院医疗质量。在常规医院感染管理中，管理方式多以医院传统管理流程为主，尽管在管理中，同样会加强医护人员手卫生、环境菌落数等方面管理，但在传统管理流程约束下，部分管理方案下达后执行效果相对较差，且随着我国经济水平提升，对医院管理要求逐渐提升，因此传统医院感染管理方案难以满足实际管理需求，影响实际抗感染能力^[4]。

PDCA 循环模式管理方案，与传统管理模式相比，PDCA 循环模式管理中，可通过不断发现并纠正管理不足，以不断提升管理质量^[5-6]。本次研究中，在观察组中实施 PDCA 循环管理模式干预，结果显示，观察组呼吸系统感染发生率及总医院感染发生率分别为 0.23%、0.79%，均较对照组 0.71%、1.66%低，且观察组手卫生合格率、物品消毒合格率分别为 99.00%、98.00%，均较对照组 93.00%、91.00%高，考虑原因为，在对观察组管理期间，通过计划期间，总结对照组院内感染发生原因，并以此为依据分析我院院内感染发生原因、制定并执行针对性解决方案，以控制院内感染发生率，即在本次研究调查分析中发现，对照组院内感染中，感染发生原因主要为医护人员手卫生、物品灭菌质量、环境中菌落数、患者自身免疫力、患者护理依从性有关，因此在管理方案执行中，主要管理方案为加强医护人员手卫生培训、强化物品灭菌管理、环境消毒管理等，其中加强医护人员手卫生培训，在提升其手卫生清洁质量基础上，可提升其对手卫生清洁重视程度，减少院内手部病原菌传播风险；加强环境消毒及物品灭菌管理，减少物品表面及环境中细菌污染情况，可进一步降低患者院内感染发生风险；患者管理方面，主要管理方案包括加强患者营养不良筛查、患者健康教育指导，通过提升患者自身抗感染能力、提升患者院内感染自我防护能力，以全面性降低患者院内感染发生风险；而在加强医护人员手卫生培训、物品及器械消毒管理，进而提升手卫生合格率、物品消毒合格率^[7-8]。

本次研究结果显示，观察组辐射台、洗婴台、医疗器械菌落数均较对照组低，考虑原因为，辐射台为新生儿、病危儿、早产儿护理保暖措施，而受患儿生命体征稳定性差、免疫能力较低、院内感染风险相对较高影响，可能会增加新生儿肺炎发生风险；洗婴台为新生儿护理重要器械，若其存在菌落数超标情况，会增加新生儿感染风险；医疗器械管理中，特别对于手术室医疗器械而言，若存在细菌污染情况，会增加患者手术室感染风险，因此本次研究中对儿科相关器械、医疗器械菌落数情况研究；实施常规医院感染控制中，在对器械菌落数管理过程中，消毒供应中心、手术室医疗器械预处理流程相对陈旧，受工作人员基础技能、工作责任心、器械更新速度相对较快等因素影响医疗器械灭菌质量；应用 PDCA 循环模式管理，在管理中，对物品灭菌管理中，加强消毒供应中心培训管理，包括重新梳理管理流程、责任制划分等，可提升消毒供应中心器械消毒灭菌质量，同时加强手术室护士医疗器械预处理培训，可提升手术器械，特别是腔镜器械消毒灭菌质量，保证手术室安全性；环境消毒管理中，加强物品表面、地面及空气消毒管理强度，特别加强存在感染性疾病患者排泄物、使用过物品强化消毒灭菌过程，可进一步强化灭菌效果，降低辐射台、洗婴台、医疗器械菌落数水平，提升院内感染性疾病发生风险，对提升医院感染控制效果、降低院内感染发生率具有重要意义^[9-10]。

医院感染管理中，应用 PDCA 循环模式管理，可降低患者院内感染发生率，提升医护人员手卫生合格率、灭菌物品合格率及仪器设备灭菌质量，效果显著。

参考文献：

[1]张艳丽，明敏馨，陈晓红，等. 151 所三级综合医院医院感染管理与控制评估结果分析[J]. 中国医院管理，2020，40(9):26-28.

[2]侯冷晨，王鹏，钱香玲，等. 上海市公立医院医院感染管理现状调查[J]. 中国感染控制杂志，2021，20(11):1016-1021.

[3]郑永军，王秀丽，李媛，等. PDCA 循环管理模式在医院感染控制中的实践研究[J]. 解放军预防医学杂志，2020，38(4):84-86.

[4]王旭霞，田芳英. PDCA 循环在提高医院感染管理质量中的作用[J]. 中国药物与临床，2020，20(23):4027-4029.

[5]林露，张菊，李刚，等. 失效模式与效应分析联合 PDCA 循环在重症监护病房多重耐药菌院内感染防控中的应用[J]. 华西医学，2022，37(3):363-368.

[6]沈婕，杨柳，丁君蓉，等. PDCA 循环管理对胸外科肺癌根治术后控制医院感染及肺功能恢复的影响研究[J]. 成都医学院学报，2020，15(5):608-610+614.

[7]翟英，陈晓康，赵明. 多部门合作在多重耐药菌医院感染防控中的作用[J]. 公共卫生与预防医学，2022，33(2):93-96.

[8]廖静，李红兵，徐丽婷，等. PDCA 循环管理法在医院抗菌药物专项管理中的应用成效观察[J]. 贵州医药，2022，46(3):459-460.

[9]张佑健，李鹏，刘云红，等. 基于 DRGs 方法医院感染管理在某院 ICU 的应用[J]. 中国感染控制杂志，2020，19(9):780-784.

[10]杨亚红，张浩军，朱腾飞，等. 甘肃省 44 家医疗机构医院感染管理工作现状调查[J]. 中国护理管理，2022，22(2):281-285.

作者简介：黄春芬（1988-11 月-5 日），民族：汉族，性别：女，籍贯：湖南省郴州市，学历：本科，职称：主管护师，研究方向：院感管理。

医院高警示药品管理中全面质量管理的运用分析

宋磊

延边大学附属医院（延边医院） 吉林延吉 133000

摘要：我国对于药品管理的应用历史超过 25 年，随着近年来药理学理论的不断深入研究和不断发展，对药品进行分类分级管理显得尤为重要。其中对于高警示药品的全面质量管理在保证医院的医疗质量、用药安全上起到越来越重要的作用。医院高警示药品的管理需要相关工作人员在进行管理工作的同时，针对其中存在的问题进行分析并建立良好的管理体系，进而使医院的用药管理工作顺利开展，使医院的医疗质量得到提升。药学部分对高警示药品的全面质量管理贯穿药品在医院流通的全过程，涉及医院药品供应目录的制定、药品的采购入库、出库、审核医嘱、发药、用药交代等多个方面，多个环节。其中任何一个环节的差错都会影响临床治疗的安全、有效、经济。药师应在工作中加强对高警示药品的关注，使临床治疗工作能够更为顺利的开展，保障患者的用药质量。

关键词：医院门诊；药师；药品管理；高警示药品

Abstract: The application history of drug management in my country is more than 25 years. With the continuous in-depth research and development of pharmaceutical theory in recent years, it is particularly important to classify and manage drugs. Among them, the total quality management of high-alert drugs plays an increasingly important role in ensuring the hospital's medical quality and medication safety. The management of high-alert drugs in the hospital requires relevant staff to analyze the existing problems and establish a good management system while carrying out the management work, so as to make the hospital's drug management work smoothly and improve the hospital's medical quality. The comprehensive quality management of high-alert drugs in the pharmacy department runs through the entire process of drug circulation in the hospital, involving the formulation of hospital drug supply catalogues, drug procurement, storage, delivery, review of doctor's orders, drug distribution, and medication account. a segment. Errors in any of these links will affect the safety, effectiveness and economy of clinical treatment. Pharmacists should pay more attention to high-alert drugs in their work, so that clinical treatment can be carried out more smoothly and the quality of patients' medication can be guaranteed.

Key words: hospital outpatient; pharmacist; drug management; high-alert drugs

随着近年来社会经济的不断发展，人们的生活水平在不断提升，用药的安全管理也越来越受到患者以及社会各界的高度关注。与此同时，有效的药物管理也是我国医疗安全管理中不可或缺并且十分重要的一项内容。无论是口服用药还是注射用药，一旦患者在接受治疗时出现问题，则必然会导致不良事件的发生。尤其是高警示药品在使用过程中如果使用不当，则会导致患者出现损伤或者死亡^[1]。在近年来的临床药物研究中，随着越来越多新药的发现，用药不良事件的报道也在不断增加，社会各界都十分重视药品的安全性的管理。除此之外^[2]，在进行现代化的药物应用时，药品的合理使用是导致患者出现一系列不良反应的关键，需要相关工作人员引起重视，只有合理对药品进行应用管理，才能够保障患者安全有效的治疗^[3]，而高警示药品的不合理应用则会造成更严重的不良事件。正常情况来说，高警示药品的起效速度较快，在临床上具有较高的用药风险，尤其是高浓度电解质以及肌肉松弛剂等药物必然会导致患者的治疗效果受到影响，高警示药品的有效管理需引起相关工作人员的高度重视。

开展有效的药品监督管理工作，对于医院的发展来说至关重要。药品在使用过程中管理的重要性自然不言而喻，而如果想要保障药品分级管理制度的顺利开展，工作人员需要从药品的研发和生产等步骤就开展药品的有效管理。一方面来说，能够在一定程度上保障药房的管理准确性和有效性，另一方面在一定程度上了解社会上药品的应用变化状况，通过这种方式能够使药品的管理有章可循，保障现代药品管理工作能够更加顺利的开展。

一、高警示药品管理方案

1. 医院药品的管理

首先在进行管理工作的开展前，需要完善高警示药品的管理制度，医院中相关部门应当明确高警示药品的标识，并且做出对应的分级管理制度，以及高警示药品的医院目录，将各方面的要求落实在医院的各个部门，

在科室内实行三级管理制度，并且明确不同科室以及工作人员的职责。例如住院以及门诊各部门需要对高警示药品的相关警示标识进行有效的维护，而药学部门的工作需保障医院以及药库中高警示药品的管理工作顺利进行，针对临床病区以及诊疗室的用药，需要派遣专人对其进行维护，做好高警示药品的应用以及交接和记录，使管理工作能够落到实处。其次在开展药品管理工作前，需要针对相关用药管理人员和药学人员的专业素质进行优化，工作人员在开展高警示药品工作前了解这类药物与其他药物之间存在的差异性，并对其引起高度重视，了解高警示药品一旦出现问题，可能对患者产生的巨大不良影响。需针对现有的相关工作人员的工作现状进行综合分析，进而对高警示药品的管理工作人员进行有效的针对性培养，最大限度的提高相关工作人员的综合素质，进而使高警示药品的管理质量得到提升。

临床药师还需要做好高警示药品的审方工作，药师需要具备全面的药学知识，熟悉药品的所含成分，避免患者在接受治疗时重复用药，尤其在进行高警示药品的处理时，需要针对多方面内容进行详细的观察，例如严格执行处方制度，并合理审查药品名称，做好有效的药品规格分析，检查药品使用方法和剂量。随着剂型创新以及药物品种的不断增多，许多药物在使用过程中也面临着诸多安全性的问题，并且患者的不良反应发生状况也变得更为复杂，所以门诊窗口的药师在高警示药品发药的同时应当与患者进行良好的交流，告知患者用药方法和时间，提高患者正确使用药物的能力降低由于用药错误而引发的不良反应。

2 药品分类管理

在进行现代化的药品管理时，对药品进行分类管理是最常见也是最有效的一种管理形式，而药品的高危药品警示标识管理是一种建立在药品分类管理基础上的药品管理方式。医务人员在药品进行分类后，还需要对药品进行进一步的细化，将药品的特性和安全性作为依据将高警示药品进

行分级,按照药品的规格和剂量以及给药方式进行差异性的警示表示,并对各种不同管理层次的药品做出优化管理。在对高警示药品进行管理时,需要开展特殊化的管理,不仅这类药品在出入库时需要有相关的责任药师签字,同时根据警示标示进行分析,同时在发药期间还需要记录药品的具体使用状况以及治疗病情记录,患者的用药状况。除此之外,对于用于精神疾病的高警示药品,需要对其进行特殊的保护,避免药物过量风险。只有对药品进行合理的分级,才能够保证一系列的管理措施能够落到实处。

3 高危药品的标识管理

在进行高危药品的警示标识卡处理时,工作人员不仅需要建立醒目的标识卡,同时还可以在标识卡上涂抹荧光粉,而在光线较暗或者在突发停电的状况下,医务人员也能够清楚准确的区分药品的危险程度和危险等级,及时找到高危药品的储存位置。高危药品在进行储存时,储存区域包括病区、药房等多个区域,在医疗环境中的分布面积较广,所以在开展高危药品管理时,可以引用三级管理体系,优化并完善高危药品的管理方针,要求护理人员与药学人员一同参与到高警示药品的管理工作中,进而快速分析管理工作中存在的盲区与安全隐患。培训人员也需要及时了解管理工作中的各种问题,并对护理人员进行有效的指导,讲解高警示药品在使用时的相关知识,例如储存知识、高警示药品与普通药品之间的差异。

在开展高警示药品标识管理时,需要针对这一管理方案进行持续性的优化与改进,利用高警示药品登记本记录药品的应用与入库状况,并定期不定期针对高警示药品的库存进行检查,确认药品数量以及摆放状况,确定标识是否醒目以及临期药品是否摆放在便于拿取的部位。同时还需要在进行管理时,针对于高危药品的相关目录和药品的数据进行评估。

4 药师的优化管理

高警示药品的全面质量管理离不开临床医生、护士及药师的配合。开具医嘱执行医嘱是告警数药品用于患者的重要一环。药师需要对高警示药品医嘱进行更加谨慎、全面的审核,对护士执行医嘱的细节进行掌控。首先需要医院的管理层更新管理理念,并且下定决心整改,可以将重点放置如何使药学服务模式转变,也就是从以往的以药物为核心转换为以患者为中心,从以往的药物供应为核心转换为既能维持日常药物的供应,又得不断提升药学专业技术服务,并参与到用药过程中,将临床用药作为核心。改变传统的思想观念,需要对临床药师的配置要有所提升,要明确临床药师的重要性,才能让其自身积极走向临床并参与到药物治疗中,并为患者提供更优质、更安全的药学服务。明确药师对医嘱的审核不是找麻烦,而是对药品全面质量管理的一部分,最终目的是保障临床用药的安全、有效、经济。特别是针对高警示药品,要加强具有针对性的医嘱审核工作。

临床治疗往往是复杂的,个性化的,药学人员应不断完善自己的临床思维及专业能力。不仅仅从制度上加强对高警示药品的管理,更要在专业上给临床如何安全有效使用高警示药品提供有力的帮助,这就需要药学人员定时进行药学管理相关会议,做好药物的采购、使用等规定,严格按照正确流程购入并登记,领用药物也需根据流程申领,选择安全、有效且价格合适的药物。对高警示药品要重点防范和监督,并定期对药师进行相关药物的培训,必须熟悉不同药物之间的禁忌和需要注意的事项,才能使用药合理性提升。完善药品管理绩效的考核,让药师明确绩效考核的关键之处,有助于使药师的工作积极性得到提升,并积极鼓励药师多提升和学习,在实践中去学习经验,自觉了解新型药物的禁忌以及不良反应。此外,定期对药师进行高警示药品针对性用药培训,并且让药师积极参加会诊、查房以及患者疾病探讨,保障高警示药品的管理不仅仅依靠书本上的知识。可以通过带教方式对青年药师进行相应指导,组建一支综合能力强、具有

临床思维的药师团队,保障患者的用药安全。药师在进行高警示药品管理工作时不仅一定的沟通技巧,同时还需要在实践中不断学习,建立良好的知识架构,完善专业知识技能,并尽职尽责地履行药师的综合责任,协助医师共同做好患者的服务,工作已达到最优化的治疗效果,使患者能够获得来自医务人员和药学人员的综合支持。

二、讨论

随着现代医疗环境在不断发展,人们对于医疗消费安全意识的提升也越来越明显。如果医院内的药品管理体系不完善^[4],存在缺陷,在患者的用药过程中极易导致医疗纠纷的发生,不仅会对患者的治疗过程产生影响,同时还会在一定程度上影响医院的影响力和信誉度。所以在进行药品管理时相关工作人员需要不断针对用药管理方式进行优化了解。在目前的医院用药环境中,笔者认为需要强化医院的药品管理力度,特别是针对高警示药品的管理,进而保障患者的用药安全,使后续管理工作能够更为顺利的开展。针对高警示药品来说,工作人员更加需要落实药品管理的各个细节,使用药不良事件的发生率得到控制,最大限度的避免医疗纠纷的发生。高警示药品属于较为特殊的一类药品,需要选择特殊的管理方式。首选,采购人员每个月需要根据药物的库存以及药物的消耗状况,制定药物的分析,及时进行采购,避免药物出现不足的情况。而针对抢救的高警示药品往往需要积极进行采购使药物的使用能够满足医疗环境的需求,进而使医院内部的综合管理水平得到提升。目前我国的医疗环境中并没有一个统一且完善的制度对高警示药品进行管理^[5]。目前在进行高危药品的管理时,往往仅采用标识管理,而一部分医院的药学部门甚至并没有重视高警示药品的管理工作,这就会导致用药的准确性和安全性受到影响,所以高警示药品的管理方式急需优化,这样不仅能够保障医疗工作的安全性,同时还能使患者的治疗效果得到保障。

近年来高警示药物受到了现代医务人员的高度重视^[6]。而对于高警示药品的管理,在目前临床合理用药管理中占有十分重要的地位。为了保障患者的治疗效果的同时保证用药的安全性,医务人员在对患者进行用药时,需要尽可能了解患者的病情,了解药品特别是高警示药品的特性,并针对患者的病生理特点做出相应的用药调整,这样才能使患者后续的治疗工作能够更为顺利的开展。

综上所述,医院高警示药品的管理对于医院的发展与治疗工作的开展来说极为重要,相关工作人员在进行高警示药品的管理时,应当针对其中存在的问题进行分析并建立良好的管理体系,进而使医院的用药管理工作顺利开展,使医院的医疗质量得到提升。

参考文献:

- [1]陈鸿,高小玲. 高危药品警示标识管理用于医院药品管理的实践效果[J]. 中国卫生标准管理,2021,12(17):107-110.
- [2]张蕴,陈婷,周霖. 高警示药品警示标识管理用于医院药品管理的实践效果分析[J]. 海峡药学,2021,33(09):219-221.
- [3]黄忠强. 高警示药品标识管理用于医院管理的效果分析[J]. 北方药学,2021,18(03):131-132.
- [4]张海. 妇幼专科医院高警示药品安全管理与使用专家共识[J]. 药品管理与研究,2020,20(04):255-260.
- [5]方小岳,巫美红,汪敏. 医院药师参与高警示药品管理实践与合理化建议[J]. 中医药管理杂志,2019,27(24):72-73.
- [6]杨晓娜. 高警示药品警示标识管理用于医院药品管理的价值分析[J]. 北方药学,2019,16(10):166-167.

风险意识在手术室护理管理中的应用价值观察

耿光玲

新泰市人民医院 山东泰安 271200

摘要: 目的: 探讨在手术室护理应用风险意识管理的临床疗效及价值。方法: 选择 2020 年 4 月~2021 年 12 月时段到我院接受治疗的 121 例进行手术治疗的患者, 以随机数字表法进行分组, 分别为观察组和对照组, 观察组 61 例, 对照组 60 例, 观察组采用风险意识管理手术室护理, 对照组采用常规手术室护理, 对比两组护理后的效果。结果: 观察组护理后护理满意度显著优于对照组 ($P < 0.05$)。观察组护理后的风险事件情况显著优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 将风险意识应用在手术室护理管理中护理效果明显, 患者接受度较高, 可以有效降低风险事件发生, 建议临床应用。

关键词: 风险意识; 手术室护理管理; 应用价值

Application value of risk awareness in nursing management of operating room

Geng Guangling

Xintai people's Hospital Shandong Tai'an 271200

[Abstract] Objective: To explore the clinical efficacy and value of risk awareness management in operating room nursing. Methods: 121 patients who received surgical treatment in our hospital from April 2020 to December 2021 were randomly divided into observation group and control group. There were 61 cases in the observation group and 60 cases in the control group. The observation group used risk awareness to manage operating room nursing, and the control group used routine operating room nursing. The effects of the two groups were compared. Results: the nursing satisfaction of the observation group was significantly better than that of the control group ($P < 0.05$). The risk events after nursing in the observation group were significantly better than those in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: the application of risk awareness in the nursing management of operating room has obvious nursing effect and high acceptance of patients, which can effectively reduce the occurrence of risk events. It is recommended to apply it in clinical practice.

[Key words]: risk awareness; Operating room nursing management; Application value

手术室是医院救治重病、危及患者的特殊场所, 具有工作量大、应急事件多、精密仪器使用频繁、医疗风险大等特点^[1]; 随着医疗水平和技术提升, 疾病死亡率和意外死亡率得到了一定的控制, 不过因为大多数手术室患者情况危急, 身体情况以及疾病情况等存在差异, 难以做好相对充分的提前预防方案, 还是很容易发生死亡或伤残事件, 造成一定程度的医患矛盾, 对患者的身心也带来了极大的影响。据相关资料表示, 风险意识管理是逻辑和系统方法的结合, 能够做到将损失降至最低, 最大几率的提高可能性^[2]; 手术室的管理十分重要, 能否做好护理工作甚至能直接影响到手术的成败, 也对患者术后恢复情况有所影响, 如果某环节发生失误, 引发的后果是无法预估完整的, 不仅给患者及其家属带来了不良影响, 也会造成医院方面的重大损失。应着重培养手术室护理人员的责任心和风险管理防范意识, 以做到有效规避一定手术风险, 防止医疗事故频繁发生; 手术室作为高危风险的科室, 实施风险管理十分必要。本文就我院在 2020 年 4 月~2021 年 12 月时段接受治疗的手术患者采用风险意识护理后效果进行观察分析, 具体如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 4 月~2021 年 12 月时段到我院接受治疗的 121 例手术治疗患者, 以随机数字表法进行分组, 分别为观察组和对照组, 观察组 61 例, 对照组 60 例。对照组中: 男 35 例, 女 25 例, 年龄 22~79 岁, 平均年龄 (40.31 ± 3.43) 岁; 观察组中: 男 38 例, 女 23 例, 年龄 24~78 岁, 平均年龄 (41.05 ± 3.67) 岁, 两组患者各项资料对比无明显差异 ($P > 0.05$), 可对比。

纳入标准: (1) 本次实验经本院医学伦理委员会批准; (2) 患者及其家属知情并同意此次研究; (3) 患者一般资料齐全。

排除标准: (1) 具有严重内部器官功能障碍及病变者; (2) 患者凝血功能障碍。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用手术室常规管理护理; 包括: 术前给患者进行手术指导, 术中引

导患者配合医生，术后叮嘱患者注意事项，避免引发并发症。

1.2.2 观察组

采用手术室风险意识管理护理；包括：在对照组的基础上增加风险意识管理；（1）预防准备。若手术人数较多，护理人员容易应接不暇，对于急诊患者，医院需要准备急诊手术台，使急诊患者能够及时参加手术，防止由于医护人员缺乏而导致伤情延误，影响手术效果及患者健康；加强对手术医护人员的培训，根据手术室的实际情况制定与之匹配的护理培训方案流程等，丰富护理人员的临床手术护理经验和应急意识以及应变能力，定期开展分层专业培训，通过各种教学形式，培养护理人员的应急从容性以及丰富实践经验，确保都能熟练将所积累的知识技能应用到实践中。手术科室制定相关的护理规范制度，定期对护理情况进行检查，包括职业技能的表现、抢救能力以及与学生交流情况等；调查患者的护理满意度，根据患者对护理人员提出的合理建议或意见，实时反馈并针对性地对护理人员提出要求，进行弱项强化培训。（2）术前风险管理。护理人员根据手术需要，仔细核对患者的基本信息，

与家属沟通病史，对患者的疾病、过敏史以及其他手术外伤史加以确认，监察生命体征以及身体状况，若患者表现出焦虑、紧张等负面情绪要耐心给予疏导安抚，防止意外情况发生；如果患者意识清醒，应由本人亲自完成核实工作，意识不清醒则由家属代替完成，应根据患者自身情况预先评估患者在手术过程中可能出现的风险和意外，提前做好应对措施（可准备多种应对方案）；根据手术方案确定手术类型，提前做好准备工作，核对医疗器械、设备、抢救药品等，保证剪刀、消毒液、止血带等应急、处理物品齐全，注意检查核对手术器械的规格，对药品、器械质量进行检查。（3）术中风险管理。制定合理人性化的排班作息机制，提高护理人员积极性，减少安全隐患的发生；根据手术的不同，护理人员应该在术前准备好所有的手术器材和用具并反复核查，同时对手术中需要使用的药品进行常规检查核对，保证无误；全程陪伴患者，为患者选取调整舒适度高的体位，协助主刀医生手术视野充分暴露，设置床档，避免患者麻药无意识摔落等意外事件的发生；遵守术中严格无菌要求，专注手术进行，积极配合医生，缩短手术进行时间，在手术完成后检查患者的切口缝线情况、清点检查手术用具和器械，确保无物品遗落在患者体内；术中使用药剂用量规格应严格遵照医嘱，与医生反复确认药品名字，同时核查患者基本资料、剂量、时间以及药品种类等，以确保药物使用正确，需要进行补液之前要对输液袋进行质量检查，需要给予抗生素时要先进行过敏测试，避免患者出现应激、变态反应，需要输血时，正确书写配血单送往血库，核对好血型、血量以及测试结果等，保证信息血型匹配，将血液取回后，在手术室

再次核实进行输血，过程中观察患者反应，密切注意生命体征，瞳孔、血压、心率等检测指标，出现异常时及时报告医生。（3）术后风险管理。术后如果需要送检病理组织标本，须要将病理单填写完整全面，标本标识正确无误，待申请通过审核后送去病检；手术完成后处理好术中产生的污物等，安排相关保洁人员处理，器材完好的送去清洁消毒；将手术情况以及可能出现的问题或危险因素等及时告知患者家属，达到家属的理解并积极配合院方辅助治疗陪护患者；将患者送回病房后要注意患者导管是否存在渗漏等问题，及时处理，定期观察患者体征变化，做好术后生活饮食指导工作，患者身体机能逐渐恢复之后，指导患者进行功能康复训练，训练过程中科学循序，鼓励复建，告知患者及家属可能出现的安全隐患以及应对处理方法，防止出现意外情况；术后护理人员进行报告总结，将过程中存在的问题、自己的疑问等整理归纳；定期组织护理人员参加相关护理培训，增强风险意识，提高专业技能，同时医护人员应当熟练掌握相关法律法规，在患者个人权益得到保护的同时也能避免自身的合法权益受损。

1.3 观察指标

观察记录两组患者手术风险事件，记录存在下肢静脉血栓形成、猝死、压疮；调查记录两组患者护理满意度；并进行对比。评判标准：护理满意度分为显效、有效、无效。评分>92分是非常满意，为显效；评分85~92分是比较满意，为有效；评分<85分是不满意，为无效。

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 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 $n(\%)$ 表示，差异有统计学意义为 $P < 0.05$ 。

2. 结果

2.1 两组患者风险事件情况比较

观察组护理后的风险事件情况显著优于对照组 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者护理后风险事件情况比较[n(%)]

组别	n	下肢静脉血栓 形成	猝死	压疮	发生率
观察组	61	1.64 (1/61)	0	1.64 (1/61)	3.28 (2/61)
对照组	60	6.67 (4/60)	3.33 (2/60)	11.67 (7/60)	21.67 (13/60)
χ^2					7.800
P					0.005

2.2 两组患者护理满意度比较

观察组护理满意度显著优于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者护理满意度比较[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组	88.52 (54/61)	9.84 (6/61)	1.64 (1/61)	98.36 (60/61)
对照组	55.00 (33/60)	30.00 (18/60)	15.00 (9/60)	85.00 (51/60)
χ^2				5.469
P				0.019

3. 讨论

手术室医疗意外频发，主要风险因素是护理人员方面、管理方面、环境方面等^[3]；许多医院的手术室护理人员护理风险意识较缺乏，或间接或直接的导致了意外事件的高发生率，造成了患者预后并发症的上升，手术效果的不理想以及医疗纠纷的频繁。

管理是医院发展以及保障正常工作秩序的根基^[4]，手术科室需要对护理人员展开风险意识相关的培训，规避可预见性风险，提前防范不可预见风险，保障患者生命安全，减缓疾病带来的家庭经济压力和社会负担。手术室接受的患者多是重大、危急情况患者，加入风险意识管理到手术护理管理中将会有效的改善医院的护理质量。在可控范围内采取针对性的风险防范措施，树立风险意识，对医院护理及整体管理具有积极重要的意义；医疗纠纷的发生可以可控性地减少，但做不到完全避免，一旦发生医疗纠纷不仅影响院方形象，也会对患者及家属带来不良影响，有意识的增强医护人员的相关法律意识，能够使临床护理工作效率有效提升。手术室护理管理的核心内容，如何有效的降低风险是手术室护理工作的重点；手术室护理工作中，因患者病情危急，比较特殊，面对的风险比其他科室更高，任何细节差错都可能威胁患者的生命安全，因此护理人员在工作中不仅参与疾病的治疗，同时对疗效及后期康复情况起到了重要影响。手术室护理风险管理相比常规管理方式，融合了“以人为本”的管理理念^[5]，立足患者角度展开护理工作，目的在于整个护理过程中加强对可能出现的安全隐患的监测，从而减少风险事件发生；风险意识管理的实施会使医护人员在一定程度上提高对于安全隐患的敏感性，在较完善、科学的监督指导下顺利实施护理工作，大大降低意外情况的发生几率。首先对手术室护理人员展开教育培训，提升护理风险意识，培养评估风险以及处理应对风险的应急能力，在强化常规护理操作的基础上，增强护理人员相关法律法规的学习掌握，建立人性化且严密的护理制度，严格按照各项规章制度展开护理工

作，提升强化法律意识和风险意识，并采用考核的方式帮助护理人员巩固培训内容，将平面化的知识应用到立体的实践中来，从主观上减少手术风险的发生隐患，提高整体护理质量，为患者提供安静、安全的手术治疗环境，促进提高手术成功率，减短患者术后恢复时间。术前核实手术进行患者信息，并通过患者以及患者家属详细了解患者的病情、身体、过敏史情况，以便手术工作的顺利开展，不延误患者病情，对于患者不良情绪及时劝导，提高其手术依从性，减少手术中的阻碍因素；全面的检查手术室所需用物品，包括器械是否符合患者手术要求标准，准备好手术当中应对突发情况等需要用到的剪刀、止血带、消毒液等；术前风险管理可以确保患者术前体征与情绪稳定，有利于及早开展手术。术中陪伴患者，为其选择舒适的体位，避免术中压疮等风险出现，手术全程积极配合主刀医生，严格执行无菌消毒操作，随时观察术中患者生命体征，手术结束后检查手术伤口的缝合，以及手术用具的齐全性；术中风险管理可以确保手术安全性，利于手术顺利进行。术后将患者送回房间后及时告知家属手术情况以及患者术后注意事项，指导科学合理的生活饮食，帮助指导恢复期的复建锻炼，避免锻炼时发生事故，引起不良后果；术后风险管理可以帮助患者稳定手术疗效并规避各种风险事件出现，利于促进病情快速恢复。本研究结果显示，观察组护理后护理满意度优于对照组；观察组护理后的风险事件情况优于对照组；且差异显著。说明在手术室护理管理中采用风险意识管理护理，可促使手术治疗患者实现理想的治疗效果。

综上所述，使用风险意识于手术室护理管理中，临床效果明显，护理评价较高，并且能够有效减少风险事件的发生，值得临床推广应用。

参考文献：

[1]高书丽. 风险意识在手术室护理管理中的应用价值探讨[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,18(63):294+298.

[2]李庆丽. 风险意识在手术室护理管理中的应用价值观察[J]. 中国医药科学,2018,8(02):104-106.

[3]许莲花. 风险意识在手术室护理管理中的应用价值[J]. 中国卫生产业,2017,14(28):108-110.

[4]孙岳岳. 观察风险意识在手术室护理管理中的应用价值[J]. 中国医药指南,2017,15(20):242.

[5]张春艳. 风险意识在手术室护理管理中的应用及其临床价值分析[J]. 中国医药指南,2017,15(20):269-270.

医院供应室消毒及灭菌质量的管理分析

刘秀萍 纪娜

宁夏回族自治区中卫市人民医院 消毒供应科 宁夏中卫 755000

摘要：目的：探讨医院供应室消毒及灭菌质量的管理。方法：研究对象 30 名为我院医院供应室的工作人员，以及随机抽选的 2021 年 1 月—6 月（实施常规管理，文中以管理前代表）及 7—12 月（实施质量管理，文中以管理后代表）期间需要进行消毒、灭菌处理的手术器械各 100 件，并将两个时间段医院供应室工作管理质量进行对照分析。结果 医院供应室质量管理后消毒及灭菌合格率 98.00%显著高于管理前的 92.00%（ $P < 0.05$ ）。医院供应室质量管理后较管理前各项工作质量评分均更高，对比均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。质量管理后较管理前理论知识、消毒及灭菌操作评分均更高，对比均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论 质量管理的应用可增加医院供应室工作人员专科能力水平，并有助于各项工作质量及消毒及灭菌合格率的显著提升，亦可以降低消毒及灭菌用时及成本。

关键词：医院供应室；消毒；灭菌；质量管理；专科能力

医院供应室是医院临床工作的总后勤，是医院的供应枢纽，可为全院供应无菌医学用品，同时还担负着对全院各科室的所有医疗仪器、物品的清洗、消毒、杀菌等重要职责。该科室的运行质量，与院内的医疗、护理服务质量以及病患的生命安全息息相关，而搞好医院供应室的消毒、灭菌等工作，就可以在在一定程度上防止院内感染的出现^[1]。但是在实际工作中，会存在质量管理问题，进而影响科室工作质量，不利于患者的预后及医院的稳定发展。同时随着居民对医疗服务要求的不断提升，导致医院供应室的工作内容逐渐增加，并易发生消毒、灭菌不合格事件，从而影响医疗器械的安全应用，也不利于疾病预后水平的确保。因此来说需要不断完善医院供应室管理，提高工作人员专科能力，以有效预防医院感染的发生^[2]。而本次主要就质量管理的应用效果展开研究，以期取得满意的管理预期，现做如下报告：

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象 30 名为我院医院供应室的工作人员，以及随机抽选的 2021 年 1 月—6 月及 7-12 月期间需要进行消毒、灭菌处理的手术器械各 100 件。工作人员男 10(33.33%)/女 20(66.67%)例，年龄 21-42 岁，均值(36.42±3.19)岁；工龄 1-7 年，均值(3.14±1.06)年；学历专科 12 名(40.00%)、本科 18 名(60.00%)。且研究中所有手术器械均来自我院手术室，并在同一消毒供应室内完成手术器械管理。

1.2 方法

2021 年 1 月—6 月期间以常规管理模式进行医院供应室工作质量管理干预，包括遵守医疗器械清洗及灭菌流程标准进行消毒，并且在消毒设备运行过程中观察运行参数，及时排除设备故障，消毒后按流程包装及存放

等内容。同时定期对工作人员展开针对性培训，并做好相应的考核工作，以评确保消毒供应中心工作质量。2021 年 7-12 月期间以质量管理模式进行医院供应室工作质量管理干预，具体包括：

1.2.1 制定消毒灭菌质量管理规范

建立了消毒灭菌质量管理体系标准，通过综合剖析本院自身的各种工作机制与质量管理体系，并对供应室以往出现的质量问题加以汇总分类，从而制订出符合医院供应室的消毒灭菌品质管理体系标准，以提高管理工作的条理性与系统性，并提升管理工作品质与效率。

1.2.2 健全消毒灭菌监测规范

坚持做好消毒灭菌质量管理工作的自我监督，及时发现消毒灭菌质量监督过程中出现的重大问题和薄弱环节。并根据出现的问题及时提出了相应的处理对策，以改善消毒灭菌效果。并对消毒灭菌质量管理工作进行了流程化、系统化，并建立质量管理的奖惩制度，对执行能力严格的工作人员进行嘉奖，并对实施能力欠缺的工作人员进行惩戒。

1.2.3 规范医院供应室环境

按照医院供应室建立规范，对供应室的空间实行合理规划，并根据规范划定污染区、清洁区和无菌区，在各区都应该张贴上醒目标志以明显区分。对供应室的各种物资按类别实行统一存放，消毒后的物资根据消毒时间保存，在派发时间内根据消毒时间按先后顺序予以派发。在工作人员进入供应室前，必须通过换鞋、服、帽、戴口罩等，确保供给室内部整齐清洁无菌。对无菌敷料间必须每天通过紫外线杀菌 1 次，并定时做好菌种培养工作，对可疑及已经破坏过的物料和区域必须做到及时发现处理，且绝对严禁非本科室的工作人员进入。同时质检员在每日也要对所用消毒设备进行每日检查，以确保设备运行，减少因故障而导致的消毒质量不达标

的现象。

1.2.4 加强工作人员专科培训

开展专业学术讲座,对供应室人员的知识水平开展技术培训,着重了解、认识病菌繁殖体和细菌芽孢。并要求所有人员均 100%了解消毒杀菌的基础知识。同时组织全科工作人员开展作业技能考核,并邀请器械科技人员开展专业辅导活动,让科室人员全面了解掌握器械消毒灭菌管理质量规范和各项作业技能。并进一步增强其服务技巧,注重责任心的培养,从而使其积极面对工作,并充分了解医院供应室消毒及灭菌对防控医院病感染意义和重要性。

1.2.5 制定消毒灭菌工作目标

(1)对消毒、杀菌的概念识别率实现 100%;对病菌繁殖体和细菌芽孢识别的成功率实现 100%;消毒药水的使用剂量以及稳定性的判断,在空气中灭菌时,细菌去除率实现 100%;(2)对于各种需要杀菌、消毒的物品也要加以区分,要清除医疗器械表面的杂质,同时需要进行保湿处理;在清洁医疗器械时要采用专业的工具进行清洁,并且避免用手进行清洁,所采用的清洁剂也不可对医疗仪器产生腐蚀性;冲洗所采用的水流也应当符合的有关规范,并在冲洗之后对医疗器械进行干燥区别处理;然后根据相应规定进行杀菌、消毒;同时合理把握各种物品的灭菌时机,杀菌后确保风干,以防止在储存过程中被污染;(3)正确进行空气灭菌工作,以确保所有杀菌后耗材都满足其储存要求。(4)严格检测消毒、灭菌物品质量,对不合格状况及早发觉,并及时处置,以降低不合格状况发生率。

1.3 指标观察

1.3.1 随机抽选手术器械 100 件进行消毒及灭菌合格率、用时及成本对比。

1.3.2 评估医院供应室工作人员包括清洗、消毒、灭菌、包装的工作质量评分,均为满分 100,得分越高工作质量越高^[3]。

1.3.3 应用科室自制量表评估工作人员理论知识、消毒及灭菌操作评分。

1.4 统计学分析

SPSS 25.0 版本软件处理研究数据,变量资料以“t”计算,定性数据用 χ^2 核实,并分别以 $(\bar{x} \pm s)$ 与 $(\%)$ 表示, $P < 0.05$ 时为统计学意义。

2 结果

2.1 医院供应室消毒及灭菌合格率、用时及成本对比

医院供应室质量管理后较管理前消毒及灭菌合格率更高,用时及成本更低,对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 1:

表 1 医院供应室消毒及灭菌合格率、用时及成本对比[n (%), $(\bar{x} \pm s,)$]

时间	抽检样品数	消毒及灭菌合格率 (%)	用时 (h)	成本 (元)
管理前	100	92 (92.00)	7.32±0.34	73.38±1.91
管理后	100	99 (98.00)	1.21±0.27	58.84±1.47
χ^2	-	5.701	140.730	60.327
P	-	0.017	0.000	0.000

2.2 医院供应室质量管理评分对比

医院供应室质量管理后较管理前各项工作质量评分均更高,对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2:

表 2 医院供应室质量管理评分对比 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

时间	工作人员数	清洗 (分)	消毒 (分)	灭菌 (分)	包装 (分)
管理前	30	81.32±2.34	74.84±2.97	73.27±3.54	70.32±2.34
管理后	30	92.21±3.87	94.38±3.91	93.17±4.79	92.21±3.87
t	-	13.189	21.787	18.300	26.511
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 工作人员专科能力水平对比

医院供应室质量管理后较管理前理论知识、消毒及灭菌操作评分均更高,对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3:

表 3 工作人员专科能力水平对比 $(\bar{x} \pm s)$

时间	工作人员数	理论知识评分 (分)	消毒及灭菌操作评分 (分)
管理前	30	87.67±4.30	86.66±5.51
管理后	30	94.54±5.09	93.37±5.23
t	-	4.825	4.837
P	-	0.000	0.000

3 讨论

医院供应室是医院各种无菌药品的供应单位,是医疗设备、物品清洁、消毒、灭菌的重要组成部分。且该科室消毒、灭菌效果可保障医院各项

工作顺利开展，并直接影响着医疗护理质量和患者安危，能够有效避免医疗事故的发生^[4]。同时医院供应室作为疾病感染控制的一部分，具有非常重要的预防院内感染作用。因此说，医院供应室尽管不直接参与到对病人的护理中，但在医疗工作中占有了十分关键的地位，是医院日常医疗活动的重要组成部分^[5]。所以，必须对医院供应室实施工作品质管理，以提升医院供应室的各方面工作品质，保证无菌物品的质量，防止医院交叉感染，提高医院临床护理质量，保障患者健康。

现阶段随着医疗理念的深入，以及医疗技术的进步与发展，致使病患就诊例数逐渐增加，这也导致医院供应室的工作内容增加，强度增大，进而会出现诸多工作质量问题，从而影响手术器械的消毒、灭菌质量，并造成院内感染发生率呈现增长态势^[6]。而通过总结医院供应室消毒及灭菌质量不合格的原因，显示主要存在3个问题，一为消毒处理问题，从医疗器械的回收开始，在对器械进行处理时，不能对器械进行分类，全部放置于一车混合；临床科室器械处理不当，对利用后的器械没有进行及时清理；以及医院供应室对用过的医用材料也不能严格加以区分，甚至有混合清洗的情况，在灭菌时也不能严格遵守相关流程标准，灭菌后不加以检查，导致很难判断消毒、灭菌过程是否合格；此外在包装、灭菌和储运等环节中，也存在较多容易被忽略的问题^[7]。二是在管理方面，一些医疗机构人员认为医院供应室的消毒、灭菌等管理工作，就只是单纯的对医院器材的清理，而忽视了相关管理规定以及工作人员的专业性和岗前训练。而在实际上，所有器材管理规定都是有相应要求的，绝对马虎不可。而专业人员没有从意识上重视供应室内毒、灭菌的要求与意义，进而就会导致消毒、灭菌工作的不合格。另外部分技术能力不合格的人员投身到工作中，也会产生毒、灭菌不符合要求问题^[8]。三是对医院供应室设置规划不当，部分医疗机构将其仅作为库房使用，且室内及空气环境不达标，导致细菌附着与器械上，进而增加医源性感染的发生。

质量管理属于兼具科学性、综合性的新型护理管理模式，其可以不断规范工作质量，从而达到最佳的管理效果^[9]。而本次研究将其应用到医院供应室中，其可更加完整的点评工作质量，并通过探索、总结、解决消毒管理工作中的问题，逐步完善管理工作，从而显著提升管理效果。此外，在该种管理模式的应用下，其更加注重工作人员的专业能力，并通过加强培训使工作人员的综合素质得到有效提升，并使其以积极的态度面对工作，从而减少消毒、灭菌不合格现象的发生。并且在质量管理下还可以提高供应室布置的合理性，保证供应室的无菌环境，提高供应室的消毒质量。并且通过制定各项规章制度，还可以不断规范科室工作流程，减

少因为流程差错或不达标而造成的不良影响^[11]。此外并且由质检员每天对消毒设备进行例行检查，可及时发现相关问题，并进行解决，从而减少因为设备故障而导致的消毒不彻底及耽误工作进程的效果，使消毒供应中心的工作质量更具稳定性。而本次研究结果也对上述论点进行了论证，即在质量管理干预下我院医院供应室各项工作质量评分、消毒及灭菌合格率、工作人员专科能力水平均较管理前更高，消毒及灭菌用时及成本更低，对比均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

综上所述，将质量管理应用到医院供应室工作中，有助于提升科室消毒、灭菌质量，并确保医疗用品的使用安全性，对维持医院稳定发展，以及确保患者预后水平及生命健康均有积极影响意义，制定被进一步推广与应用。

参考文献：

- [1]田雅,郑文,郭洪娟. 实施细节管理对消毒供应室护理质量和护理满意度的影响分析[J]. 现代医院,2022,22(2):232-235.
- [2]杨玲. 作业流程重组联合细节把控管理对消毒供应室护理质量及医院感染的影响[J]. 循证护理,2022,8(1):106-109.
- [3]王丽君,刘玲玲,李单单. 分析细节管理在医院供应室消毒及灭菌中的作用[J]. 沈阳药科大学学报,2021,38(S2):141.
- [4]李晓云,王伟恒,邹玫. PDCA 循环管理对医院消毒供应室护理质量及医院感染的影响[J]. 黑龙江医药科学,2021,44(6):30-31.
- [5]黄沛珍,邢刚,黄流英,何丽梅,谭欣欣. 低温等离子体灭菌器配合全程质控管理对消毒供应室器械灭菌效果及工作质量的影响[J]. 中国当代医药,2021,28(20):219-221+225.
- [6]陈静静,范利,孙凯琳,范祥娟,杨娟娟. 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.
- [7]冀冬梅. 品管圈活动在消毒供应中心清洗质量管理中的应用[J]. 黑龙江中医药,2021,50(3):106-107.
- [8]张杨,刘雪霞,李静,张书琴. 分层次管理模式对医院消毒供应室工作质量的影响研究[J]. 临床研究,2021,29(6):156-157.
- [9]赵颖. 消毒供应室的质量监测管理对于控制器械的消毒灭菌质量的作用效果研究[J]. 中国医疗器械信息,2020,26(19):168-169.
- [10]王少芹. 4R 危机管理对消毒供应室消毒、灭菌效果及工作质量的影响[J]. 全科护理,2020,18(26):3530-3532.

琼西地区卫生服务机构慢性病管理的现状、问题及新模式构建

吴媛 李文霞 吕金芳 区岛良 蔡小聪

儋州市人民医院慢病管理科 海南儋州市 571179

摘要: 在卫生服务机构中, 慢性病的治疗是一项基础工作内容, 也是其中重点的工作内容, 而高效的管理模式是提升慢性病治疗的重要途径。本文分析了卫生服务机构慢性病管理概述及管理规范, 并分别从管理现状、所面临的问题以及新模式的构建对琼西地区卫生服务机构慢性病管理进行研究, 希望有所帮助。

关键词: 琼西地区; 卫生服务机构; 慢性病管理; 新模式构建

引言: 据相关调查数据显示, 近年来随着人们生活水平的提高、生活方式的改变, 慢性病在琼西地区的发病率越来越高, 死亡率也在逐年增加。高血压、糖尿病等慢性病正在严重的危害人们地健康甚至是生命。但是由于慢性病的发病特点, 其治疗需要较长的时间, 且治疗成效还相对较低, 因此对于卫生服务机构而言, 加强慢性病管理是十分重要的。

1. 卫生服务机构慢性病管理概述及管理规范

在社会发展和社区建设的过程中, 卫生服务机构是必不可少的一部分, 在卫生服务机构建设中, 慢性病管理占据着重要的地位。慢性病管理需要针对特定的慢性病患者进行相关的治疗、保健等工作, 为服务对象进行慢性病预防的工作。卫生机构慢性病管理需要将人民放在首位, 时刻为人民服务, 保障人民的身体健康和社会的利益, 根据当地的实际情况、合理利用现有资源, 对人民进行全方位的卫生服务。慢性病主要指的是不容易在短时间内治愈、容易长期存在的疾病, 如心脑血管疾病、精神异常、糖尿病等, 这些慢性疾病发病率较高, 但治疗率却相对较低, 因此也为慢性病管理工作带来了较高的难度。

在慢性病管理当中有其相应的管理规范, 据相关规定表示, 以常见的高血压、糖尿病管理规范为例, 需要对当地满 18 周岁的糖尿病患者、高血压患者进行规范的管理。对此, 卫生服务机构需定期开展对特定人群的测血压工作, 对其进行健康检查, 尤其从其中筛查出高危人群, 并在之后每年展开至少一次的检查工作。在工作开展过程中需要加强对卫生服务机构的宣传, 使居民能够有途径与其取得联系。针对确诊高血压的患者, 卫生服务机构工作人员需要每年对其进行多次随访, 并针对其检查情况对其进行相应的健康指导, 且确保患者每年至少进行一次健康检查。对于确诊了糖尿病的患者, 卫生服务组织应当登记完整患者信息, 并开展每年多次的随访工作, 在随访过程中也需要对其情况进行检查, 并根据检查结果进行健康指导。

2. 琼西地区卫生服务机构慢性病管理现状

2.1 基层卫生服务机构医疗条件较低

在琼西地区, 基层卫生服务组织慢性病管理中, 最为普遍存在的现象就是医疗条件较低。在基层卫生服务机构中, 由于受到对慢性病认识不足、资金有限等条件的制约, 基本的医疗条件都相对较低, 难以满足实际慢性病管理的需求, 尤其是其中一些民营的医疗机构, 在开展卫生服务慢性病管理时更是条件有限, 这就严重影响了慢性病管理的高效开展。由于基础医疗条件较差, 一些卫生服务机构甚至没有置备完善的医疗用具, 用来进行慢性病治疗的药品也不够健全, 导致卫生服务机构能够接诊的慢性病患者不断较少, 或者就诊的患者难以得到及时的诊治, 影响其身体健康。

2.2 卫生服务机构慢性病管理不够规范

在卫生服务机构慢性病管理工作当中, 需要为慢性病患者在检查、治疗等方面提供健全的服务, 但实际上就目前琼西地区的慢性病管理来看, 仍然缺少一定的规范性, 导致不少的居民都人们当地的卫生服务难以满足其基本需求。除此之外, 甚至还有的卫生服务机构连基本的检查和治疗条件都不够, 规范性更是可想而知。虽然目前逐渐重视对居民的健康档案建档工作, 但是真正以为民服务出发, 做到真正规范的慢性病管理的卫生服务机构确实有限的, 对于相关医务人员缺少规范化的管理、对于基础设施条件包括药物储备等缺少标准管理, 甚至没有统一的管理条例, 这都难以赢得居民的信任, 导致慢性病管理工作难以顺利开展^[1]。

2.3 对慢性病健康教育宣传力度不够

慢性病在各种疾病类型中是较为常见的, 且危害性也是较强的, 无论是卫生服务机构的工作人员还是居民都应该加强对其的认识。在慢性病管理过程中, 应加强通过宣传手册、宣传讲座等形式加强对居民的宣传教育。但目前, 琼西地区针对慢性病健康教育的宣传工作仍然做的不到位, 对于各种宣传活动的开展较少, 或者开展不到位, 导致群众参与度不高, 难以真正起到宣传教育作用, 进而为后续的年体检工作、上门建档和回访等工作都带来了较大的困难, 限制了慢性病管理工作的开展。

2.4 缺少专业的慢性病管理人员

在琼西地区,针对卫生服务机构慢性病管理的专业人才方面所存在的较大问题就是人才的缺失。由于卫生服务中心的条件有限,一些在医疗当中具有较高能力素质的人才大多不愿意留在卫生服务机构中进行工作,导致针对慢性病管理的专业医务人员较为欠缺。根据相关调查显示,不少的基层卫生服务机构中技术人员的配置不合理,难以满足慢性病管理工作开展的需求,尤其是全科医师、护士人员更是少之又少,进而导致在慢性病管理中难以开展高效的工作,患者的随访率也较低,难以达到慢性病管理目标。

2.5 慢性病患者登记缺少标准化

在诸多的琼西地区卫生服务机构慢性病管理现状当中,缺少对患者登记的标准化是一个较为典型的现状。在琼西地区,目前针对慢性病患者的调查途径仍然有限,主要还是通过对主动前来健康检查或者诊治的患者中发现,并在此过程中再进行慢性病档案的创建,而在最开始患者就诊时并没有第一时间创建档案,这就导致在档案登记过程中很有可能出现遗漏、不标准等情况。就目前现有情况来看,琼西地区卫生服务机构大多仍未建立慢性病报告登记体系,导致慢性病管理工作缺少标准化和规范性。

3. 琼西地区卫生服务机构慢性病管理面临的问题

3.1 居民缺少预防意识

在琼西地区卫生服务机构开展慢性病管理工作过程中,所面临的最大问题就是居民缺少对慢性病的预防意识,导致慢性病管理工作难以高效开展。事实上慢性病的出现与个人本身的身体素质、生活习惯都有很大的关系,在生活过程中不加以注意,一旦发病将很难进行治愈。这种疾病在发病之前是本可以有机会预防,或者在发病后可以通过及时的诊治将其抑制住的,但是由于人们缺少预防意识,常常引起不可挽回的后果。一方面,人们对慢性病的认识不到位,另一方面,也在于人们不重视慢性疾病。要想克服这个问题,卫生服务机构必须加强宣传工作,呼吁居民参与到预防慢性病工作中来。

3.2 慢性病治疗经费有限

在开展慢性病管理工作时,一个基本的条件就是治疗经费,但目前慢性病治疗经费有限是琼西地区卫生服务机构所面临的较为普遍的问题。由于卫生服务机构的资金主要来源于政府财政拨款,近年来虽然对公共卫生的财政投入有所增加,但仍然受到人口流动性较大等各种因素的影响,使资金与实际的工作需求存在一定的差异。在卫生服务机构开展慢性病管理的过程中,在人力、物力上都需要很大的消耗,如果经费有限,将严重影响基础设施条件的建立、专业人员的聘请以及对患者的检查治疗等工作的

开展,进而影响慢性病管理的质量^[2]。

3.3 慢性病高危人群干预

在慢性病管理当中,对于慢性病高危人群的干预是重点内容之一,但就琼西地区卫生服务机构的实际工作开展情况来看,对于慢性病高危人群的干预工作仍然是一项较大的问题。在慢性病管理中,过度肥胖、血压血脂过高、吸烟嗜酒等都是慢性病高危人群,需要重点关注。但是这些人群由于通常缺少对慢性疾病的认识,或者出于对卫生医疗机构的不信任等,不配合慢性病管理工作的进行,导致对其干预程度有限,难以及时发现高危人群的潜在问题,进而会使慢性病管理工作受到影响。

4. 琼西地区卫生服务机构慢性病管理新模式构建

4.1 建立完善的慢性病预防体系

在慢性病的管理工作中,加强对慢性病的预防是从根本上提高管理质量的重要途径,只有做好预防工作,才能有效控制慢性病的增加。对此,琼西地区的卫生服务机构应根据当地是实际情况和目前慢性病管理现状,制定适合自身的慢性病预防体系,规范管理流程。由于在慢性病预防工作中,需要涉及到居民的高度参与,如果基层社区的卫生服务机构在开展慢性病预防工作时遇到困难,可以与上级部门进行沟通,并加强与政府部门和其他相关部门的合作,共同鼓励全民参与,并制定完善的慢性病预防体系。在慢性病预防体系中应将工作战略规划、主要预防目标等都列入其中,最好制定阶段性的工作开展计划,以此提高慢性病预防管理的效率。在慢性病预防体系中,还应该安排主要负责人和明确任务主要开展形式等,保证慢性病预防体系能够在慢性病管理中发挥作用,有效预防居民慢性病的产生。

4.2 实施多措并举的管理模式

要想实现高质量的慢性病管理工作,仅依靠单一的管理方式和途径是远远不够的,实施多措并举的管理模式是十分必要的。首先为了能够使卫生服务机构能够更全面的发展问题,加强对慢性病患者的信息收集,琼西地区的各个村、居等都可以建立自助点,使居民能够主动利用自助点配合慢性病管理工作,医疗人员也可以通过自助点对健康检查报告等进行筛选,更有利于其发现慢性病患者,及时为其诊治。其次,还需要加强对慢性病患者的随访工作。由于不同的慢性病特点有所不同,随访要求也有所不同,卫生医疗机构可以根据自身医疗条件情况,将医务人员分成几组,分别定期对慢性病患者进行随访,并在随访的过程中加强对情况的调查和记录^[3]。同时,在随访过程中,还应该重点发现高危人群,并对其进行基础检查和健康教育,将其信息备案,在之后的随访中对其进行健康检查。

4.3 规范慢性病治疗流程

慢性病的治疗工作可以说是慢性病管理的核心环节，只有治疗有效果，才是真正的高效管理。因此，琼西地区卫生服务机构应加强对慢性病治疗流程的规范，确保治疗工作有序进行，切实帮助人民解决问题。首先，基层卫生服务机构应该建立专门的慢性病治疗机构，并充分落实上下级诊疗制度，在发现慢性病患者时，应根据其实际病情情况，选择最为合适的治疗方案，做到上级医疗机构和基层卫生服务中心的双向诊治，并落实急慢分治的治疗方式，确保慢性病症状较轻的患者能够在基层得到高效的治疗，慢性病较为严重的患者也能够对接到上级医院进行治疗。与此同时，为了提高慢性病治疗水平，还需要加强对临床人员专业技能的培训，确保其符合规定要求，充分清晰治疗流程后，才能开展慢性病治疗工作，以此提高慢性病管理工作效果。

4.4 加强综合信息系统的应用

在卫生服务机构慢性病管理当中，对于患者信息的管理、健康档案的建立等都是需要消耗大量人力和时间的内容，而这些信息管理工作在信息系统的应用下就可以很大程度地提高管理效率和管理质量。在信息化时代，信息技术已经在各个领域内发挥了其突出的作用，科学技术也同样如此。在卫生服务机构开展慢性病管理工作过程中，就可以充分应用信息系统对居民的基本信息和健康档案进行管理，不仅能够保证信息的安全性和完整性，还能够在患者治疗时快速在系统内查到其相关信息，以此保证治疗的效率和治疗措施的针对性。同时利用信息系统，工作人员可以在上面治疗流程加以沟通和协调。信息系统的应用能够为卫生服务机构的慢性病管理工作带来很大程度的便利，并提高管理质量，发挥着重要的作用。

4.5 加强对居民的健康教育

在卫生服务机构慢性病管理中，不仅要做到机构人员对慢性病的充分认识，还要加强居民对慢性病的认识，使其自主参与到慢性病管理工作当中，以此才能够全面提高慢性病管理工作的效果。由于居民自身对慢性病的重视度不够，在日常生活中对卫生服务机构的配合也不到位，所以必须加强对居民的健康教育。首先，基层卫生服务机构须在村、社区内设置专门的慢性病宣传栏，将慢性病的类型、发病原因、危害等详细的在宣传栏上加以介绍，并根据实际情况定期更新宣传栏内容，扩大宣传教育的覆盖范围。其次，可以在小范围区域内定期开展健康知识讲座，请全部的居民前来学习，在讲座中加强对实际慢性病案例和相关基础知识的讲解，并使其认识到卫生服务机构所开展的慢性病管理工作^[4]。另外，还可以在重点地区搭建交流平台，卫生服务机构的相关慢性病管理人员可以通过平台与患者之间直接进行交流，非患者也可以通过平台了解慢性病的相关内容，以此全方位的提高居民对慢性病的认识，提高其健康素养，为慢性病管理

工作奠定重要基础。

4.6 加强引导慢性病患者自我管理

由于慢性病的治疗是一个长期的过程，卫生服务机构与患者都需要有足够的耐心才能够克服治疗中存在的困难。为了降低慢性病管理的难度，提高慢性病管理的效率，卫生服务机构应加强引导患者进行自我管理。对此，卫生服务机构应为患者提供明确的各个阶段的治疗方案，并为其制定健康管理计划，使其能够在日常居家的过程中配合治疗开展自我健康管理^[5]。同时，慢性病管理人员还应该定期对患者进行健康体检的提醒，不断提高其自我管理意识，并引导其在标准规范的带领下进行适当锻炼，以此提高慢性病管理水平，为患者的健康作出努力。

4.7 完善慢性病管理考核评价机制

为了保证慢性病管理的落实效果，针对该项工作完善慢性病管理考核评价机制也是十分必要的。在工作开展过程中，考核评价机制能够充分发挥其监督作用，由上级对基层的卫生服务机构工作落实情况进行检查和监督，并对慢性病管理相关内容和工作进行考核评价，以此保证琼西地区各卫生服务机构慢性病管理工作的质量。在考核时，为了保证信息的准确性，考核人员可以随机对健康档案进行抽查，检查档案的完整性和动态完善情况，并对相应的患者进行电话回访，询问其是否接受了相关慢性病管理工作内容。同时，为了使各卫生服务机构能够加强对考核评价的重视，还可以将评价结果与经费相关联，进而促进慢性病管理的开展。

结论：综上所述，通过对琼西地区的卫生服务机构慢性病管理现状和所面临的问题进行分析，要想降低慢性病对人们健康的危害，必须加强管理新模式的构建，通过建立完善的慢性病预防体系、实施多措并举的管理模式、规范慢性病治疗流程等多种方式，提高管理水平，提升卫生服务机构的服务能力，保障人们的健康安全。

参考文献：

- [1]王曼菲,陈馨仪,王安石. 基层医疗卫生机构的慢性病管理：经验、问题和建议——基于案例分析[J]. 卫生经济研究,2022,39(03):46-49.
- [2]朱庆,钟小碟,蒙仕珠. 海口市社区卫生服务机构慢性病管理现状分析[J]. 中国热带医学,2019,19(11):1058-1062.
- [3]韩雪. 健康档案在乡镇卫生院慢性病管理中的使用[J]. 黑龙江档案,2022,(01):218-220.
- [4]张桂贤. 健康教育在农村社区慢性病管理中的应用研究[J]. 中国农村卫生,2021,13(20):36-37.
- [5]周坤. 基于社区卫生服务机构慢性病管理情况的分析与探讨[J]. 人人健康,2020,(10):63.

儿童脓毒症的护理研究进展

汤桂花

广州市妇女儿童医疗中心 广东广州 510623

摘要: 综述儿童脓毒症的病因、临床表现及护理要点。

关键词: 儿童; 脓毒症

脓毒症多发于婴幼儿, 据估计, 全球每年有超过 3000 万人被诊断为脓毒症, 500 万人死于脓毒症, 幸存者有很重的经济负担和很高的长期发病率[1]。特别是在美国, 每年有 170 万住院患者诊断为脓毒症, 并且其中 27000 因脓毒症死亡[2]。从 2003 年到 2009 年中, 败血成年人人群中每 100000 人中诊断出脓毒症的患者从 359 人上升至 535 人。与成人的研究结果类似, 儿童中脓毒症发病率也逐年上上升, 从 2006 年的每 10 万人 92.8 人发病增加到 2012 年的每 10 万人 158.7 人发病[3]。

在国外, 大约一半的儿童脓毒症病例涉及低出生体重的婴儿[4][5], 其中 40% 的脓毒症新生儿死亡或严重残疾[6]。随着对儿科疾病认识的提高, 对儿童脓毒症定义进行改进, 提高了诊断的准确性[7]。2005 年儿童脓毒症国际共识会议统一了儿童脓毒症的定义, 从而协调了研究机构和医院之间研究成果的比较[8]。近几十年来, 成人脓毒症死亡率几乎保持不变, 基本维持在 35%~50% 之间, 但自 1980 年以来, 儿童脓毒症死亡率却急剧下降至如今的 10%~20%[9], 这可能是由于医院在治疗和护理水平的提高所致。但是, 儿童疾病中因脓毒症而导致的死亡率仍然很高。

1 儿童脓毒症的病因

儿童脓毒症的病因与成人脓毒症的病因不同, 而不同年龄段的儿童发病的病因也不尽相同, 可分成新生儿和儿童时期。出生后 72 小时内发作的新生儿脓毒症最有可能由链球菌(GBS)、大肠杆菌、克雷伯氏菌属、肠杆菌属和单核细胞增生李斯特菌引发。而出生后 72 小时后发病称迟发性新生儿脓毒症, 其最常见的病因包括凝固酶阴性葡萄球菌、革兰氏阴性杆菌、肠杆菌科细菌以及甲氧西林敏感和耐甲氧西林金黄色葡萄球菌。而在年龄较大的儿童中, 如 6~12 岁, 最常见的致病菌则是葡萄球菌、链球菌、假单胞菌和脑膜炎球菌[10]。此外有数据表明, 多重耐药菌的感染会大幅增加儿童脓毒症死亡率[11]。因此, 要求护理人员需要特别注意院感的防控, 尤其是处于在重症监护病房(ICU)中的患者[12]。

2 儿童脓毒症的临床表现

脓毒症是以全身炎症反应综合征, 免疫失调微循环紊乱和终末器官功能障碍为主要特点。儿童脓毒症的感染源可能是病毒、细菌、真菌或立克次体。儿科高级生命支持(PALS)指南建议在第一个小时内使用抗生素并紧急控制感染源。因此, 儿童严重脓毒症被定义为脓毒症加上以下特征之一: 心血管器官功能障碍、急性呼吸窘迫综合征或两个或多个其他器官存在功能障碍[13]。

在脓毒症的过程中, 炎症反应被激活, 过量的促炎因子分泌到周围血液和器官中, 导致毛细血管通透性、内皮损伤、间质水肿和高动力循环, 进而导致组织缺氧、代谢障碍, 最终出现器官功能损害, 甚至衰竭。一般来说, 首先发生衰竭的是呼吸系统, 其次是肝脏、肾脏、心脏和其他系统[14]。衰竭器官的数量与脓毒症患者的死亡率是密切相关的, 脓毒症的患者, 通常是数个器官系统的功能同时被破坏, 每一个器官的损伤都会增加患者的死亡风险, 受累器官的数量越多, 死亡率就越高。因此在儿童脓毒

症病情加重时, 器官功能出现衰竭时, 需要护士加强观察及时进行早期识别。

3 儿童脓毒症导致的其他症状

儿童脓毒症早期会出现“冷”休克的现象, 治疗的主要目标是及时纠正休克状态[15]。主要通过密切临床观察血流动力学状态、毛细血管再充盈、四肢灌注、脉搏、尿量和精神状态等来指导治疗调整。在感染性休克发生后, 应立即开通静脉通路以及进行液体复苏[16]。一般来说, 液体复苏首选静脉注射等渗盐水。

4 儿童脓毒症引发的多器官功能障碍综合征(MODS)

一般来说, 多器官功能障碍综合征的定义为涉及两个或多个器官系统的功能障碍[17]。研究估计, 超过 73% 的儿童脓毒症儿童患有 MODS, 新生儿和婴儿患 MODS 的风险更高。总体而言, MODS 的存在会增加死亡风险。血小板减少症相关的多器官衰竭是另一种在成人中不常见的儿童脓毒症表现。它是一种血栓性微血管病综合征, 伴有血小板减少和多器官衰竭。血浆置换可以去除血小板和纤维蛋白形成微凝血酶的超大血管性友病因子多聚体。

5 儿童脓毒症的护理要点

因此, 在护理过程中应加强对儿童休克和多器官功能障碍等并发症的识别和护理。密切观察生命体征的变化对于识别早期脓毒症起到非常重要的作用。此外, 护士应尽早发现患儿早期脓毒症的症状, 及时报告医生, 患儿出现多器官功能障碍综合征的机率将降低。

若患儿病情进一步恶化, 需转入 ICU 进一步治疗, 护士应给予吸氧, 监测生命体征、建立静脉通路。一旦患儿出现呼吸衰竭, 应遵医嘱急查血气分析、电解质等, 协助医生进行气管插管, 呼吸机辅助呼吸[18]。

5.1 休克的观察和护理

患儿若发生休克, 应采取以下措施: 昏迷患者应加床栏防止坠床, 保持头侧位, 按需吸痰, 防止发生窒息或吸入性肺炎。注意观察患者的意识状态、瞳孔大小以及血压、脉搏、呼吸等生命体征变化, 如意识障碍加重, 两侧瞳孔不等大, 呼吸浅慢或暂停, 可能提示发生脑疝, 应及时行脱水治疗。应用高渗脱水剂时[19], 要保证用药速度和时间, 同时监测用药后尿量及脑压变化。降温是治疗脑功能衰竭的重要措施之一, 可酌情用物理或药物降温。遵医嘱合理应用血管活性药物改善患儿循环, 注意使用过程中加强监测血压及心率变化。

5.2 多系统器官功能障碍的观察护理

5.2.1 呼吸系统功能障碍的观察护理

重症脓毒症患儿的呼吸系统常伴随氧合功能障碍, 表现为血氧饱和度下降, 呼吸急促、紫绀等。因此护理人员应当密切监测患儿呼吸及血氧饱和度状况, 尤其是昏迷的患儿。如果患儿出现进行性呼吸功能损害, 应进行气管插管[20]。

5.2.2 心血管系统功能障碍的观察护理

脓毒症会诱发患儿血压降低并伴随有心动过速伴或不伴节律异常的临床表现,该现象可能是血管内皮细胞调节功能异常所致[21]。护理人员应遵医嘱合理使用血管活性药物,在输注血管活性药物时,应从低浓度、慢速度开始,给予持续心电监护,根据患儿血压值调整药物浓度和速度,禁止从血管活性药物通道推注其他药物,以免引起血流动力学的突然改变;严防药液外渗,原则上应从中心静脉导管给药[22]。

5.2.3 泌尿系统功能障碍的观察护理

脓毒症患儿易诱发急性肾损伤,而脓毒症合并急性肾损伤的患者预后更差、病死率更高[23]。目前研究认为脓毒症时微血栓形成、严重炎症反应、肾小管细胞死亡等多种因素是引起急性肾损伤的核心机制[24]。护理时要持续监测尿液的性状、颜色及尿量。若尿液性状及颜色发生明显改变,可能表明患儿肾小球滤过功能有异常,导致尿量减少,尿素氮增高,肌酐增高,肾衰竭风险增大[25]。

5.2.4 肝功能障碍的观察护理

护理人员应遵医嘱及时检测患儿胆红素、丙氨基转移酶、门冬氨酸氨基转移酶等生化指标,并注意观察患者意识改变及黄疸情况,以判断患儿的病情变化[26]。避免使用损害肝脏药物,定时监测电解质、血氨等指标变化[27]。

6 小结

儿童脓毒症,特别是严重脓毒症病情变化快,我们需通过不断增加对此类疾病的认识,在护理过程中及时识别患者病情变化,对脓毒症的预后有着重大影响。

参考文献:

- [1]Walkey AJ, Lagu T, Lindenauer PK. Trends in sepsis and infection sources in the United States. A population-based study. *Ann Am Thorac Soc* 2015;12:216-220.
- [2]Schuller KA, Hsu BS, Thompson AB. The Rate of sepsis in a national pediatric population, 2006 to 2012. *Clin Pediatr (Phila)* 2017;56:1001-1007.
- [3]Ruth A, McCracken CE, Fortenberry JD, et al. Pediatric severe sepsis: current trends and outcomes from the Pediatric Health Information Systems database. *Pediatr Crit Care Med* 2014;15:828-838.
- [4]Watson RS, Carcillo JA. Scope and epidemiology of pediatric sepsis. *Pediatr Crit Care Med* 2005;6(3 Suppl):S3-5.
- [5]Angus DC, van der Poll T. Severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2013;369:840-851.
- [6]Brocklehurst P, Farrell B, King A, et al. Treatment of neonatal sepsis with intravenous immune globulin. *N Engl J Med* 2011;365:1201-1211.
- [7]de Souza DC, Barreira ER, Faria LS. The epidemiology of sepsis in childhood. *Shock* 2017;47(1S Suppl 1):2-5.
- [8]Weiss SL, Fitzgerald JC, Pappachan J, et al. Global epidemiology of pediatric severe sepsis: The sepsis prevalence, outcomes, and therapies study. *Am J Respir Crit Care Med* 2015;191:1147-1157.
- [9]Black RE, Cousens S, Johnson HL, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: A systematic analysis. *Lancet* 2010;375:1969-1987.
- [10]Aneja RK, Varughese-Aneja R, Vetterly CG, Carcillo JA. Antibiotic

therapy in neonatal and pediatric septic shock. *Curr Infect Dis Rep* 2011;13:433-441.

[11]Folgori L, Livadiotti S, Carletti M, et al. Epidemiology and clinical outcomes of multidrug-resistant, gram-negative bloodstream infections in a European tertiary pediatric hospital during a 12-month period. *Pediatr Infect Dis J* 2014;33:929-932.

[12]McGrath EJ, Asmar BI. Nosocomial infections and multidrug-resistant bacterial organisms in the pediatric intensive care unit. *Indian J Pediatr* 2011;78:176-184.

[13]Vincent JL, Sakr Y, Sprung CL, et al. Sepsis in European intensive care units: Results of the SOAP study. *Crit Care Med* 2006;34:344-353.

[14]Trzeciak S, Glaspey LJ, Dellinger RP, et al. Randomized controlled trial of inhaled nitric oxide for the treatment of microcirculatory dysfunction in patients with sepsis. *Crit Care Med* 2014;42:2482-2492.

[15]Aneja R K, Carcillo J A. Differences between adult and pediatric septic shock. *Minerva Anestesiologica*. 2011;77 (10): 986-992.

[16]Oliveira CF, Nogueira de Sa' FR, Oliveira DS, Gottschald AF, Moura JD, Shibata AR, et al. Time- and fluid-sensitive resuscitation for hemodynamic support of children in septic shock: Barriers to the implementation of the American College of Critical Care Medicine/Pediatric Advanced Life Support Guidelines in a pediatric intensive care unit in a developing world. *Pediatr Emerg Care* 2008;24:810-815.

[17]Davis AL, Carcillo JA, Aneja RK, et al. American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock. *Crit Care Med* 2017;45:1061-1093.

[18]罗红敏.不同感染部位来源的脓毒症患者的宿主反应差异:一项前瞻性队列研究[J]. *中华危重病急救医学*, 2022,34(02):193-193.

[19]刘霜,任晓旭,郭琳瑛,张琪,张瑾,祝益民. 3%高渗盐水在儿童脓毒性休克早期液体复苏中的作用[J]. *中华儿科杂志*, 2015,53(08):599-604.

[20]赵嫣红,姜洁婵,张敏. 儿童心血管系统药物中毒致呼吸循环功能障碍的护理体会[J]. *浙江实用医学*, 2014,19(05):371-372.

[21]吕永,樊哲儒,罗俊苗,王晔,王龙. 脓毒症大鼠心房肌细胞部分心电改变及其对心房颤动易感性的影响[J]. *中国心脏起搏与心电生理杂志*, 2022,36(01):52-57.

[22]王海青. 连续性血液净化治疗严重脓毒症儿童的预后及影响因素分析[D]. 山东大学, 2020.

[23]梁霞,邹望远. 尿源性脓毒症的研究进展[J]. *中南大学学报(医学版)*, 2019,44(04):455-460.

[24]杨琳雅. 单中心儿童尿源性脓毒症临床特征回顾性分析[D]. 福建医科大学, 2021.

[25]曹莹莹,张妍. 维持性血液透析患者并发泌尿系统肿瘤的临床特点及护理干预[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2022,29(01):95-98.

[26]尹天泉,赵程,刘岩. 参附注射液治疗脓毒症并发急性肝损伤患者疗效研究[J]. *实用肝脏病杂志*, 2022,25(02):295-296.

[27]周楨,凌琪华,王倩. 清胰汤治疗脓毒症急性肝损伤疗效观察[J]. *上海中医药大学学报*, 2022,36(S1):23-26.