

亲情护理干预在严重精神障碍患者中的应用

张强

山东省淄博市博山区南博山卫生院 山东淄博 255000

摘要：目的：分析在严重精神障碍患者中开展亲情护理干预的临床应用效果。方法：病例筛选为2021年5月至2022年5月期间我院负责健康管理的60例严重精神障碍患者，运用电脑随机选取方式将所有患者分成观察组和对照组，每组人数各有30例，治疗期间对照患者给予组常规电话随访管理，观察组患者添加亲情护理干预，将两组最终护理管理效果进行对比。结果：护理两组结果比较发现，观察组护理管理质量、患者服药依从性、焦虑及狂躁症状改与对照组相比均显著改善，最终患者的生活质量各项指标评分结果显示与对照组相比均得到显著改善，两组各项指标结果对比显示有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对严重精神障碍患者健康管理期间开展亲情护理干预，对于提升护理管理质量、增强患者身心舒适度、提高患者用药依从性、尽早改善患者的焦虑狂躁症状以及提高生活质量起着关键性作用。

关键词：严重精神障碍；亲情护理干预；效果分析

精神障碍属于一种常见的心理疾病，该病的发生主要是指大脑机能受到多种因素影响发生活动紊乱，而造成认知、行为、意志以及情感多方面发生障碍，若病情得不到良好控制，随着病情发展会导致患者出现严重妄想、幻觉、暴躁、行为怪异和精神失常等症状，因此会给患者的健康、生活、家庭以及社会安定造成严重影响^[1]。所以需要严重精神障碍患者开展多方干预，通过合理的治疗和优质的护理配合，尽早改善患者临床症状，减轻疾病对患者健康及生活造成的影响^[2]。为此，本篇文章笔者详细分析了亲情护理干预在严重精神障碍患者健康管理中的应用效果，详情见下文叙述：

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

随机选取我院2021年5月至2022年5月期间我院负责健康管理的严重精神障碍患者60例作为本文中的分析对象，将纳入的病例通过电脑随机选取方式划分为两组进行护理研究，组别包括观察组30例和对照组30例，对照组男女人数各有16例/14例，年龄均值为（52.5±2.2）岁，观察组男女人数各有17例、13例，平均年龄值为（53.0±2.3）岁，组间患者临床基础资料对比差值无统计学意义（ $P>0.05$ ）存在可比性。

1.2 方法

对照组患者采取常规电话随访健康管理，定期通过电话随访了解掌握患者的用药情况及病情控制情况，纠正患者的不良生活饮食习惯；做好患者的日常用药及用餐指导；告知患者及家属相关注意事项；观察组患者添加亲情护理干预，（1）风险因素分析：首先护理人员要全面分析患者的病情严重程度、心理状态、认知程度、身体营养状况以及存在的其他风险因素，并分析掌握临床护理中存在的问题，根据最终分析结果制定出针对性的护理计划。（2）健康教育：在每次电话随访过程中要耐心对患者讲解按时服药以及保持良好生活饮食习惯的重要性，并鼓励患者多听音乐、多与他人交流，缓解患者的负性情绪。（3）心理疏导：在电话随访过程中要通过和蔼可亲的态度与患者进行交流，引导了解掌握患者心中存在的压力及顾

虑，帮助患者探寻释放情绪方式，并告知家属给予患者更多的亲情关怀及鼓励安慰，嘱咐家属做好患者的用药监督指导工作，同时告知家属为患者营造良好的生活氛围，提升患者的身心舒适度及抗病信心。（4）生活指导：每次随访过程中要及时掌握患者的生活饮食情况，帮助患者纠正不良生活习惯和饮食习惯，告知患者饮食要采取营养均衡及少食多餐为主，康复期拒绝辛辣刺激食物，并根据患者身体恢复情况制定合理的康复锻炼计划，同时鼓励患者多到户外活动，多与朋友家人接触，丰富日常生活。

1.3 观察指标

（1）护理前后两组护理管理质量、患者服药依从性运用自拟调查问卷表评定，每项指标的最高分值为10分，得分值越高表示指标改善越好。（2）两组患者护理前后的焦虑情绪评估运用汉密顿焦虑量表（HAMA）测定，焦虑程度：低于6分=无焦虑，20分以内=轻度焦虑，28分以内=中度焦虑，超出29分=重度焦虑。（3）两组患者护理前后的狂躁程度运用Bech-Rafaelsen躁狂量表（BRMS）评定，0-5分=无躁狂症状；6-10分=存在躁狂症状；达到22分以上=存在严重躁狂症状。（3）两组患者护理前后的生活质量情况通过发放自拟调查问卷表评定，调查项目主要分为患者的睡眠质量、日常心理状态、对生活乐趣和生活能力，单项指标满分为10分，最终各项指标取得分值越高则表示生活质量改善越好。

1.4 统计学计算方法

本文中使用的统计软件为SPSS20.0，（ $\bar{x}\pm s$ ）和t检验n（%）和 χ^2 检验为本次计量和计数资料描述方法，两组数据指标对比存在显著差异时 $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 组间指标评分结果对比

护理干预前两组护理管理质量、患者服药依从性以及焦虑狂躁情绪评分结果对比显示无统计学意义（ $P>0.05$ ）；而护理干预后两组结果比较发现，观察组护理管理质量得到显著提升，患者依从性也明显增强，焦虑情绪及狂躁程度均得到及时改善，组间指标结果对比显示存在统计学意义

($P<0.05$)，见下表1。

表1两组患者评分指标对比详情 (n=30、 $\bar{x}\pm s$)

护理质量/分		服药依从性		焦虑情绪/分		暴躁程度/分		
组别	实施前	实施后	实施前	实施后	实施前	实施后	实施前	实施后
观察组	6.3±0.5	9.6±0.4	5.7±0.7	9.3±0.8	18.6±2.3	10.4±1.4	22.6±1.4	11.2±0.5
对照组	6.2±0.2	8.6±0.2	5.6±0.6	8.5±0.5	18.7±2.4	15.6±1.6	22.8±1.5	18.7±0.9
t	1.0170	12.2474	0.5940	4.6446	0.1647	13.3966	0.5338	39.8996
P	0.3133	0.0000	0.5548	0.0000	0.8697	0.0000	0.5955	0.0000

2.3组间患者生活质量改善情况
观察组患者的生活质量改善效果优于对照组，两者数据差值存在统计学意义
护理前两组患者生活质量各指标结果评分显示 ($P>0.05$)；护理后观 ($P<0.05$)，见下表3。

表3两组患者生活质量对比详情 (n=30、 $\bar{x}\pm s$)

睡眠质量评分			心理状态评分		生活乐趣评分		社会能力评分	
组别	实施前	实施后	实施前	实施后	实施前	实施后	实施前	实施后
观察组	6.2±0.4	9.5±0.4	6.6±0.5	9.1±0.6	6.3±0.5	9.6±0.4	5.6±0.3	9.2±0.8
对照组	6.3±0.5	8.3±0.2	6.4±0.3	8.2±0.4	6.2±0.2	8.6±0.2	5.7±0.4	8.5±0.5
t	0.8553	14.6969	1.8786	6.8359	1.0170	12.2474	1.0954	4.0640
P	0.3959	0.0000	0.0653	0.0000	0.3133	0.0000	0.2778	0.0001

3 讨论

精神障碍在临床上的发病率较高，导致该病的发生因素较多，其中包括先天遗传、个性特征、器质因素、体质因素及社会环境因素等。在诸多因素影响下最终会导致患者出现精神障碍、情感障碍、行为怪异及意志减退，严重者甚至会出现暴躁和自杀倾向，因此会严重影响患者的健康及社会稳定。目前临床针对该病主要通过药物治疗，同时还需要进行合理的心理干预，才能最大限度控制病情发展，尽早改善患者临床症状，减轻疾病的危害性^[3-4]。而且由于多数患者受到病情影响依从性较差，致使临床治疗护理难度上升，所以积极开展科学合理的护理干预配合，对于提高患者的身心舒适度、配合度以及治疗效果起着关键性作用^[5-6]。为此，此次研究中对严重精神障碍患者健康管理期间开展了亲情护理干预，最终取得了较好的护理效果。此护理措施主要是通过护理前开展全方位的风险评估，充分掌握患者和临床中存在的各类风险问题，进而能够制定出具有针对性及合理性的护理方案，提高健康管理质量。同时在每次电话随访过程中加强对患者的认知教育和心理疏导干预力度，通过多方位的干预缓解患者的过度焦虑烦躁情绪，让患者感受到更多的亲情关怀以及社会关爱，从而提高患者的认知度和配合度^[7-8]。并告知家属为患者营造良好的生活环境及氛围，给予患者更多的亲情关怀及鼓励安慰，减轻患者的负性情绪。通过加强对患者的饮食管理、运动干预以及生活娱乐干预等，可帮助患者纠正不良生活习惯，确保患者保持良好的生活饮食，提高机体抗病能力，丰富患者的业余生活，缓解患者的心理负担，最终可使患者保持良好的遵医用药行为，提高患者临床症状改善效率及生活质量^[9-10]。本文研究结果也已证实，采取亲情护理干预后的观察组患者焦虑烦躁情绪和依从性均得到显著

提升，最终患者生活质量显著提高，各指标结果均优于采用常规护理的对照组。

综上所述，通过亲情护理干预可有效提升对严重精神障碍患者的健康管理质量，增强患者的身心舒适度及遵医用药行为，提高疾病治疗效率，减轻疾病对患者健康及生活造成的影响。

参考文献：

[1]翁婷婷,李芳芳.分析严重创伤患者并发精神障碍的心理疏导及护理体会[J].智慧健康,2019,5 (7): 97-98.

[2]赵翠翠,徐凤,赵春莹,等.社区严重精神障碍患者延续护理模式的研究进展[J].护理管理杂志,2020,20 (9): 648-652.

[3]李萍,刘艳星,查莉,等.多部门联动管理模式在严重精神障碍患者延续护理中的应用[J].护理管理杂志,2019,19 (5): 373-377.

[4]于海艳.社区严重精神障碍患者家属的护理压力及应对策略研究[J].心理月刊,2020,15 (4): 87.

[5]张瑞娟.严重精神障碍患者的家庭随访及护理对策分析[J].甘肃科技,2020,36 (2): 148-150.

[6]李凤英.严重精神障碍患者的家庭随访护理措施[J].甘肃科技,2019,35 (23): 99-100.

[7]陈利军.预见性护理在严重创伤后早期精神障碍患者中的应用[J].中国高等医学教育,2019, 8 (9): 142-144.

[8]陈宏爱,叶海标.“医院-社区-家庭”一体化护理对严重精神障碍患者生命质量的影响[J].首都食品与医药,2019,26 (6): 97-98.

冠心病患者健康教育指导要点策略研究

李冬梅 贾春 (通讯作者)

莎车县人民医院 心血管内科 省部共建中亚高发病因与防治国家重点实验室 新疆喀什 844700

摘要: 目的: 总结分析冠心病患者健康教育指导的要点, 旨在为后续的临床干预提供方法。方法: 回顾分析于 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间在我院接受治疗的 62 例冠心病的患者, 所有患者均给予全面的健康教育, 分析效果。结果: 干预后患者的自我管理行为以及遵医嘱行为均提升; 患者焦虑和抑郁程度明显减低。结论: 冠心病是临床常见的心脏系统疾病, 在治疗的同时需要加强健康教育指导, 提升患者自我管理能力, 从而更好控制疾病。

关键词: 冠心病; 健康教育; 生活质量; 依从性; 自我管理

冠心病是临床常见的病症, 其具有病程长以及容易反复的特点, 疾病好发于老年人群。目前临床上尚无治愈冠心病的方式, 需要通过药物等干预模式控制疾病发展, 改善患者的生活质量。但在临床实际治疗中发现, 由于疾病病程比较长, 较多的患者在临床治疗过程中逐渐失去耐心, 治疗依从性降低, 使得疾病容易反复^[1]。而疾病较多患者为老年人群, 其对于疾病认识程度不足, 自我管理能力水平较低, 不利于疾病治疗。因此在冠心病的治疗过程中需要加强健康教育指导, 纠正错误认知, 并提升患者治疗依从性。

1. 资料与方法

1.1 基础资料来源

样本对象来源为于 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间在我院接受治疗的 62 例冠心病的患者, 其中男性患者 36 例, 女性患者 26 例, 年龄 54~80 岁, 中位年龄 (69.2±3.5) 岁, 病程为 3 个月~3 年, 平均病程 (1.5±0.1) 年。

样本纳入标准: 经过临床诊断确诊为冠心病; 无认知或者交流障碍; 同意接受本次的干预。排除标准: 合并精神疾病患者; 合并肝肾功能涨价患者; 合并恶性肿瘤等严重疾病患者; 正在参与其他研究的患者。

1.2 方法

(1) 制定健康教育评估量表。首先采取文献查询并结合临床经验制定相应的健康教育评估量表, 对不同的患者教育需求进行评估。采取语言或者非语言的方式与患者开展有效的沟通, 在沟通的过程中需要注意患者的个体情况, 比如患者的年龄、文化层次、接受新知识的能力不同而采取针对性的语言, 从而提升健康教育的效果。每次耐心回答患者提出的问题, 并对患者固有的对于疾病错误认知进行纠正。给予患者相应的关爱、安慰, 减轻患者负面情绪, 并进一步明确患者的健康需求, 适当满足, (2) 采取集体化的健康教育方式。组织患者参与疾病的讨论, 并组织健康教育讲座等模式, 通过集体教育的方式使得患者能够获得更多健康知识, 并通过互相的讨论获得更多疾病治疗经验。并可将治疗效果比较理想的患者现身说法, 进一步增强患者治疗的信心。(3) 个体化教育。分析患者不同健康需求, 采取个性化的健康教育。针对不识字的患者, 采取口头教育的模式; 针对情绪比较低落的患者可适当播放舒缓的音乐转移注意力, 以患者能够接受的方式开展健康教育。(4) 采取多种教育。将冠心病的宣教内容制作成手册、宣教视频或二维码形式进行宣教, 患者可以通过多种形式获得所需内容。此外, 将内容以语言的模式在病区循环播放, 通过重复宣教的模式加深患者的印象。(5) 注重家属的教育指导。叮嘱家属对给予患者陪伴和关爱, 在生活中多给予患者鼓励和肯定, 密切观察患者的情绪, 情绪低落时需要给予充足的关心, 使得患者能够充分感受家庭温暖。叮嘱患者按时服药、注意养成个人习惯等, 帮助患者提升自我管理能力^[2]。(6) 采用

互动式的健康教育指导。组织患者间的学习交流会, 会议上患者之间可以分享自我管理经验。医护人员对患者的用药情况进行检查, 每一位患者均需要分享自我用药体会和出现的不良情况等, 使得更多的患者明白治疗过程中需要注意的事项。并可采取知识抢答的模式进行互动, 从而进一步了解患者的健康知识了解情况。最后开展总结交流座谈会, 让患者之间交流后续的自我管理计划, 患者之间可以留下联系方式互相鼓励, 并且医护人员可以组建患者微信群, 定期在群里发布健康小知识, 并集中回答患者的问题, 使得患者能够随时获得更多的健康知识^[3]。(7) 锻炼指导。根据每一位患者的身体情况制定相应的运动计划, 运动内容主要为有氧运动, 包括慢跑、太极等, 运动量以患者未明显感受劳累为宜, 并叮嘱患者运动时家属陪伴在左右, 避免不良事件发生。

1.3 观察项目

采用问卷调查的方式对患者自我管理能力、遵医嘱行为(遵医嘱用药、合理休息、合理饮食、合理运动)进行评定, 最高分为 100 分, 得分越高说明患者的自我管理越好, 遵医嘱行为越好。

健康指导前后采取焦虑自评量表(SAS)以及抑郁自评量表(SDS)评价患者的心理状况, 得分越高说明负面情绪越明显。

1.4 统计学分析

将数据录入 EXCEL 中进行归类, 然后导入 SPSS20.0 中进行比较, 计量和计数资料分别采取 t 检验以及卡方检验, 数据对比后 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 干预前后患者的自我管理能力、遵医嘱行为

经过综合性的健康教育指导之后, 患者的自我管理能力、遵医嘱行为均获得明显的提升, 结果见表 1。

表 1 干预前后患者自我管理能力、遵医嘱行为[(X±S) 分]

时间	自我管理行为	遵医嘱行为	合理休息	合理饮食	合理锻炼
干预前	40.3±2.2	45.2±6.2	49.5±2.6	59.5±5.7	58.8±4.6
干预后	81.2±5.3	71.5±5.2	81.2±5.0	80.7±5.1	81.7±5.0
t 值	20.209	20.004	22.506	18.418	18.887
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 干预前后患者的心理状况

干预后患者的焦虑和抑郁状况明显减轻, 结果见表 2。

表 1 干预前后患者的心理状况[(X±S) 分]

时间	SAS	SDS
----	-----	-----

干预前	61.2±1.4	52.2±1.3
干预后	45.0±2.2	30.7±3.5
t 值	16.692	16.335
P 值	<0.001	<0.001

3. 讨论

近年来,冠心病的患病率以及住院率均出现明显的上升趋势,虽然在高水平医疗技术背景下,该疾病的病死率获得控制,但是该疾病仍然是威胁患者生命安全的一种疾病。而冠心病的发生、发展以及预后均与患者的生活方式以及健康行为有着密切的关系。健康教育是通过有计划、有组织、有系统的教育,使人们自觉采取有益的生活方式和健康行为,以此减轻或者消除危险因素,促进健康,改善患者的生活质量。目前健康教育是冠心病三级预防的有效手段,在冠心病的预防以及康复方面已经取得显著性的成效^[4,5]。但是目前国内外的研究专注于冠心病患者、照顾者的认知和心理干预,健康教育的内容比较少,使得健康教育指导工作一直未获得突破性的进展。健康教育指导出现较多的问题,比如(1)健康教育不能满足冠心病患者的健康知识需求。比如接受经皮冠状动脉介入治疗的患者术后需要注意药物的作用、副作用、日常康复训练等知识,而对于冠状动脉旁路移植术的患者比较担心手术的副作用,明显存在焦虑等不良情绪,因此对于该部分的患者需要重视心理教育。(2)不同人群健康知识需求。冠心病高危人群对于疾病的知识以及危害性认识不足,其信心主要是来源于非专业人员,缺乏专业的指导。冠心病长期发作使得患者心理负担比较大。相关报道指出^[6],社区空槽冠心病患者对于心理健康问题咨询与指导需求最为强烈,但是实际工作中专业人员缺乏该部分的指导。(3)冠心病照顾着对于疾病知识掌握不足。冠心病患者的照顾着主要为配偶、子女等,由于接受相关的健康教育较少,照顾着的疾病专科知识以及急救知识不足。当患者出现危险时不能及时处理,容易诱发不良情况。(4)医务人员培训不足。一些资历较浅或者经验不足的医护人员,对健康教育不够重视、专业知识缺乏,健康教育之前未能进行需求凭,对健康教育效果不能准确开展评价,使得健康教育指导工作未能获得预测的效果。有学者研究认为,将生理指标、疾病检查方法以及健康知识和信念等纳入健康教育的考量指标即可,未能根据患者的情况制定完全覆盖的考量,使得健康教育指导工作不到位,评价不合理。

根据以上的情况,本次重点分析冠心病患者健康教育指导的重要策略,经过研究分析我们发现心理健康指导、饮食指导、运动指导等均占据重要的位置,在对患者开展干预时需要综合考虑患者的情况给予针对性的指导。比如对于年龄较大、文化程度低的患者需要采取多次口头教育的模式,经过反复的教导加深患者的印象;对于文化程度高、接受新鲜知识快速的患者可以采取视频、图片等健康教育的模式,在提升患者知识程度的同时减少工作人员的工作量。此外不仅需要对患者开展健康教育指导,还需要对患者开展健康教育指导,使得家属获得更多的相关知识,配合医院开展工作,提升工作的质量。本次经过以上的干预之后,患者的自我管理能力、遵医嘱行为均获得明显的提升,前后差异具有统计学意义,说明强调综合性的健康教育指导,可以提升患者的自我管理行为;且干预后患者的焦虑和抑郁状况明显减轻,主要是因为获得全面的疾病知识后,患者对于疾病有了更深入的了解,因此可缓解心理压力,本次的研究结果与前人报道基本一致^[7,8]。

冠心病会让患者产生一系列的身心问题,导致患者自我管理能力降低,自我效能感应变差。如果患者不能及时并且积极的接受临床治疗,治

疗依从性差,会严重影响康复的进程^[9,10]。健康教育指导是患者接受治疗以及康复过程中一项重要的内容,健康教育指导的有效实施可以为患者解决相关的健康问题,从而改善不良生活习惯带来的负面影响^[11,12]。而传统的健康教育指导只是根据医嘱开展的干预,其干预模式比较单一,使得健康教育指导获得的效果不理想,未能达到预期^[13]。经过本次的研究,笔者认为在对冠心病患者实施健康教育指导的过程中,需要注意采取综合性的模式,给予患者和家属全方位的指导。但是在指导开展之前需要使用量表充分评估患者的状况,后续开展健康教育指导过程中需要根据本次评估结果,使得每一项健康教育活动均有据可依。且需要注意患者的心理教育,由于疾病的影像患者负面情绪比较明显,而情绪会直接影响其依从性,因此对患者开展健康教育指导的工作中尤其需要注意给予患者心理疏导,帮助其树立治疗的信息。此外也要注意患者家属的教育,患者良好生活习惯建立不仅需要依靠患者更需要家属的协助,因此需要通过家属的教育提升家属对于疾病的了解程度,在日常生活中更好的督促以及帮助患者树立良好生活习惯。总之,冠心病是临床常见的心脏系统疾病,在治疗的同时需要加强健康教育指导,提升患者自我管理能力,从而更好控制疾病。

参考文献:

- [1]单冬梅.门诊健康教育及心理护理对社区冠心病患者生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(14): 2186-2188.
- [2]王丹,郭舒婕.基于跨理论模型的健康教育对老年冠心病患者健康行为及依从性的影响[J].慢性病学杂志,2018,19(01): 105-107.
- [3]刘丹阳,盖越.延续护理对冠心病介入治疗患者预后质量影响[J].中国城乡企业卫生,2018,33(6): 147-148.
- [4]王冰花,汪晖,杨纯子,等.冠心病患者出院指导质量的调查分析[J].护理学杂志,2017,32(1): 75-78.
- [5]李秀芝.健康教育在老年冠心病患者疾病控制及预防保健中的应用[J].中国保健营养,2019,29(2): 371.
- [6]张志华,叶爽,秦玲.冠心病的社区综合护理[J].中国社区医师,2012,11(14): 357,358.
- [7]燕淑红.老年冠心病患者护理中健康教育的实施及效果研究[J].中国农村卫生,2021(14): 6-7.
- [8]张瑜.互动式护理模式在冠心病患者健康教育中的应用效果[J].中国医药指南,2021,19(2): 195-198.
- [7]汤玲玲.优质护理在冠心病护理中的应用分析[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2018,6(16): 99-100.
- [8]毕丽芬.浅议综合护理干预对冠心病患者生活质量影响[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2018,6(13): 113-113.
- [9]洪碧云,屈晶晶.家庭护理干预对冠心病患者生活质量的影响[J].现代医药卫生,2018,34(9): 1418-1419.
- [10]王星,刘艳丽.优质护理在冠心病护理中应用的价值评估[J].中国继续医学教育,2018,10(13): 164-165.
- [11]张伟嫦,张健华,焦淑燕,等.冠心病患者康复教育模式的探讨[J].现代临床护理,2004,6(3): 16-18.
- 项目类别:省部共建中亚高发病成因与防治国家重点实验室开放课题项目合同书
- 项目编号:SKL-HIDCA-2020-SC14
- 项目名称:南疆地区饮食方式与冠心病的相关性研究

PDCA 循环模式对麻醉恢复室护士交接班管理与质量持续改进的影响

乔玲

淄博市中心医院 山东淄博 255000

摘要：目的：探讨 PDCA 循环模式对麻醉恢复室护士交接班管理与质量持续改进的影响。方法：从我院 2019 年 2 月至 2020 年 7 月选取病例 176 例，随机分为两组，分别为普通组及 PDCA 组，普通组行常规交接，PDCA 组行 PDCA 循环模式交接；对比两组患者交接质量评分及不良状况发生率。结果：治疗后，根据两组患者在进行转入转出交接时交接状况、交接质量、交接满意程度、交接效率以及不良状况发生人数的数值可知，PDCA 组整体优于普通组。结论：在麻醉恢复室护士交接班管理中应用 PDCA 循环模式，有利于提高交接质量，降低不良状况发生率，有效改进交接状况。

关键词：PDCA 循环模式；护士交接班管理与质量；麻醉恢复室

Effect of PDCA circulation mode on shift management and quality continuous improvement of nurses in anesthesia recovery room

Qiao Ling

Zibo Central Hospital , Shandong, Zibo, 255000

【abstract】 objective to explore the effect of PDCA circulation mode on the shift management and quality continuous improvement of nurses in anesthesia recovery room. **METHODS:** from February 2019 to July 2020, 176 cases were randomly divided into two groups: Normal Group and PDCA group. The grade of handover quality and the incidence of adverse condition were compared between the two groups. **Results:** After treatment, PDCA group was better than the General Group according to the value of handover condition, handover quality, handover satisfaction degree, handover efficiency and the number of patients with adverse condition. **CONCLUSION:** The application of PDCA circulation mode in the shift management of nurses in anesthesia recovery room can improve the quality of hand-over, reduce the incidence of adverse conditions and improve the hand-over situation effectively.

【 key words 】 PDCA circulation mode; nurse Handover Management and Quality; Anesthesia Recovery Room

患者在进行麻醉手术之后可能会出现各种并发症，而监测恢复室则是进行麻醉手术患者转为正常病房或 ICU 病房的中间过渡阶段，该监测室中配备多种设备，用于对患者的生命体征等进行监测，以防止、减少并发症的出现，若在进行转入转出交接的过程中，出现交接不完整或是错误的情况，则会对患者的生命造成严重影响，本文就将 PDCA 循环模式应用在麻醉恢复室当中进行研究讨论，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

此次试验将从我院 2019 年 2 月至 2020 年 7 月中进行麻醉手术的患者中选取临床病例 176 例，采用随机数表法方式将其分为各 88 人的两组患者，分别为普通组、PDCA 组；普通组男 48 例，女 40 例，年龄 18 岁~63 岁，平均年龄（40.64±10.84）岁。PDCA 组男 47 例，女 41 例，年龄 19 岁~64 岁，平均年龄（40.72±11.51）岁；两组患者均知情并同意本研究，患者的年龄、性别等一般资料具有可比性（ $P>0.05$ ），同时经过医院伦理委员会批准。

1.2 方法

对照组：采用常规交接班方法进行麻醉恢复室转入转出。

PDCA 组：行 PDCA 循环法，具体如下。

成立小组：成立 PDCA 小组，收集并整理相关资料，印刷成册，而后发放给组内各成员，进行提前了解；请专业人员为组内成员进行培训，使

组内成员能够更加了解 PDCA 循环法相关知识，并通过了解国内相关施行状况使成员能够对流程有具体概念，便于施行。

设立计划：对本院麻醉患者在麻醉恢复室转入转出方面的流程进行分析探讨，得出在转入转出交接中存在时间较长、情况交接不清或未进行等状况，患者在麻醉恢复室中还存在不良事件，威胁到患者自身安全。

计划执行：设计完善交接流程制度，制作交接班单，交接单的制作应当以原本交接班制度为蓝本，结合当前所存在问题进行制作，对交接过程中的流程进行完善。设立监察制度，对交接状况进行检查，并设奖惩制度，做到有奖有罚，从而达到提升制度执行效果这一目的。

护理内容：患者在推入恢复室时，应当及时对患者的各项数据进行记录了解，若出现异常状况则应当立即进行处理；若患者出现躁动状况，可能是由于疼痛、低氧等引起，对于这类患者应当执行约束带以及床档来保证患者的安全，防止出现安全事故，还应当对患者的各个引流管、监测贴进行加固，防止脱落。患者若是施行的全麻，在交接过程中应当进行特别标注，这类患者很容易出现低体温单状况，因此应当注意对这类患者进行保温处理，输液等要经过加热器，保持患者体温正常，维持在 38 度左右。在对患者进行拔管时，应当确保患者的意识、自主呼吸已经恢复，报告医生确定后再实施拔管。在拔管后，患者很容易出现口干、疼痛等情况，恢复室护士应当仔细观察，及时给予安慰说明，减轻患者疑虑，为患者提供更全面的护理服务。

执行检查：由组内领导人员以及相关专业人士对制度执行情况进行检查，从而起到监督作用。检查应当不定期不定地进行，对于交接过程中所填写的单子、流程以及制度进行检查，了解患者满意程度以及护士对交接状况的评分。

制度处理：设置半个月为一次循环，对本次循环当中新出现及未得到解决的问题进行总结讨论，并且给予相应制度改变以及制定，从而达到改善制度，循环改进的目的。目标是在进行六次循环过后，科室所存在的交接问题，大部分得以解决。

1.3 观察指标

(1) 交接质量评分：对交接状况、交接质量、交接满意程度、交接效率进行评分，分数越高越好，最高十分。

(2) 不良状况发生率：统计不良状况发生人数，然后进行分析计算。

1.4 统计学分析

用 SPSS20.0 分析数据，计量资料 ($\bar{x} \pm s$)、计数资料分别实施 t 检验与 χ^2 检验对比。P<0.05 为差异显著。

2 结果

2.1 交接质量评分

干预后，对两组的交接质量评分进行比较可知，PDCA 组的交接状况、交接质量、交接满意程度、交接效率均优于普通组 (P<0.05)。见表 1。

表 1：交接质量评分[($\bar{x} \pm s$)]

组别	总例数	交接状况	交接质量	交接满意程度	交接效率
PDCA 组	88	9.10±0.34	8.84±0.67	9.03±0.64	8.67±0.81
普通组	88	8.54±0.62	8.05±0.52	8.23±0.51	7.87±0.73
t		7.429	8.738	9.170	6.882
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 不良状况发生率

干预后，对两组的不良状况发生数进行比较可知，PDCA 组的不良状况发生率优于普通组 (P<0.05)。见表 2。

表 2：不良状况发生率[n (%), 人]

组别	例数	无不良状况发生人数	无不良状况比例	不良状况发生人数	不良状况比例
PDCA 组	88	87	98.86%	1	1.14%
普通组	88	80	90.91%	8	9.09%
χ^2					4.216
P					0.040

3 讨论

麻醉恢复室是麻醉病人安全回到病房前的重要环节^[1-2]，一般有主任、主管、医师、护士等职员，负责麻醉恢复科室领导、组织、实施等一系列工作，在日常麻醉护理中，需要对麻醉科内存在的药品、器械、用具、仪器设备等进行检查，在进行患者转入转出麻醉恢复室时，应当按照标准流

程进行，做好交接、记录，在患者出现异常数据、状况时，应当及时通知医师，若数据变化重大，还应当通知主任，进行及时处理，防止意外发生，若患者病情严重、特殊，则应当延长转出时间。

在传统交接方式中麻醉手术患者在转入/出麻醉恢复室时可能会出现交接模糊、不详细、接/送错科室、患者等情况，并在转运过程中可能会出现管道滑脱等事故，存在安全风险；并且在苏醒时期麻醉作用仍然存在，肌松也并未完全消除，患者的保护性反射并未得到恢复，因此容易发生呼吸减慢、停止、输液脱出或外渗、非计划拔管等不良事件等情况；这些都可能对麻醉手术患者造成生命危险。

PDCA 循环由 Walter A. Shewhart (American) 提出，常用于企业管理，通过系统的计划使工作施行步骤更有条理，从而系统科学进行管理；将其将各项工作按照计划作出、实施以及效果检查，而后把有效方法纳入到标准中。该方法将质量管理分为四个阶段，即 Plan (计划)、Do (执行)、Check (检查) 和 Act (处理)，取首字母，即为 PDCA。

第一步，P (计划)：通过对相关护士、患者等进行调查访问，据调查所得资料进行分析，找出影响患者转出麻醉恢复室的原因，并按照影响程度大小进行排序，来了解发现患者需求以及转入/出麻醉恢复室所存在的问题。第二步，Do (执行)：根据调查发现所得信息，设计出麻醉手术患者转入转出及在恢复室时的计划方案及布局，按照方案及布局进行运作，努力朝着既定目标靠拢。在执行时，应当根据实际情况对方案细化，且严格按照所制定方案来进行。第三步，Check (检查)：进行 4C 管理，即 Check、Communicate、Clean、Control，也就是检查、沟通、清理、控制，对应用效果进行检查、验证、评估，确认方案是否达到了所定目标，对实施过程及所得结果进行总结分析，根据最终结果对施行方案有效性进行探讨。第四步，Act (处理)：处理总结检查结果，有效手段应当进行肯定加强，加入在标准化流程中，无效或者效果较小的方法应总结，并讨论改良，未得到解决的问题，应当重视提出解决办法，进入下次循环中。

由上可知，整个 PDCA 循环过程是逐步对实施流程进行推动，以层层递进的形式达到阶梯式上升目的，循环使得整体方案不断被修改与增加，使可行性得到增高，从而有效降低麻醉恢复室护士在进行交接班时漏交、交接不清、交接不当等情况，增强护理整体水平。本文通过一组常规交接方案进行交接质量及不良情况发生率的数据对比知：PDCA 组整体优于普通组 (P<0.05)。

综上所述，在麻醉恢复室护士交接班管理与质量持续改进中，应用 PDCA 循环能够有效提升交接质量，降低不良情况发生，因此，具有实际应用价值。

参考文献：

[1]王翠云,沈媛,鲁显福.医疗失效模式与效应分析在麻醉恢复室安全交接中的应用研究[J].护士进修杂志,2021,36 (19): 1782-1785.
[2]王丽梅,丁红,梁钊,林玉玲,肖伦华,姜玉梅.基于循证的麻醉恢复室护理记录单设计及应用[J].护理学报,2021,28 (17): 41-45.

FNAB 联合基因检测对甲状腺结节鉴别的诊断价值

祝利利 曹立宇^{通讯作者} 李庆

安徽医科大学附属阜阳医院 安徽省亳州市 236000

摘要：目的：甲状腺结节采取 FNAB（细针穿刺活检）加 BRAF V600E（丝/苏氨酸特异性激酶 基因 V600E）诊断并观察其效果。方法：选择我科诊断的甲状腺结节患者 68 例作为观察对象，观察开始于 2020 年 1 月，观察结束于 2021 年 12 月，并且根据患者使用的诊断方法不同，将患者分成细针组、基因组和细针加基因组，细针组使用 FNAB 诊断，基因组使用 BRAF V600E 诊断，细针加基因组采取 FNAB 加 BRAF V600E 诊断，对比三组诊断结果。结果：（1）细针加基因组和细针组、基因组诊断符合率比较，细针加基因组是 97.05%，细针组和基因组分别是 76.47%、88.23%，（ $\chi^2=13.238, p=0.012$ ），组间数据有差异。（2）细针加基因组和细针组、基因组诊断灵敏度比较，细针加基因组是 94.11%，细针组和基因组分别是 69.11%、80.88%，（ $\chi^2=12.678, p=0.011$ ），组间数据有差异。（3）细针加基因组和细针组、基因组诊断特异性比较，细针加基因组是 95.58%，细针组和基因组分别是 72.05%、86.76%，（ $\chi^2=11.490, p=0.009$ ），组间数据有差异。结论：甲状腺结节患者使用 FNAB 加 BRAF V600E 诊断效果优良，可推广。

关键词：甲状腺结节；FNAB；BRAF V600E

甲状腺结节在临床上属于常见疾病，该种病症主要发生在成年群体中，根据相关的机构统计，成年人中甲状腺结节发病率 4%到 7%，同时在这些甲状腺结节患者中，大约有 5%到 15%患者为恶性结节；并且，在甲状腺结节患者中，多数发生在女性成年群体中。因此，在成年女性中，需要多对该类疾病关注，减少甲状腺结节的发生。临床上对甲状腺结节患者治疗时，根据患者结节良恶性不同，采取的治疗方案也存在差。并且治疗方案不同，对患者后期影响深远。因此，在甲状腺结节患者治疗工作中，采取的治疗方案非常重要。为了帮助患者准确选择治疗方案，需要对患者疾病类型诊断，然后再使用针对性方法治疗，以此来提高甲状腺结节患者治疗效果。甲状腺结节患者在临床诊断中，其术后病理诊断为诊断金标准。但是在术前诊断中，其诊断正确率是决定手术的关键。临床为了帮助甲状腺结节患者诊断疾病，可以使用细针穿刺活检方法，这种方法在临床上应用后有良好的效果，并且减少患者诊断损伤，有利于临床诊断工作的开展。但是实际采取细针穿刺活检工作中，由于细针穿刺受到的局限性大，采集标本不全，在病理学诊断过程中容易出现漏诊和误诊，影响患者诊断效果。为了提高甲状腺结节患者术前诊断准确率，需要研究其他诊断方法。本次研究中结合 BRAF V600E 诊断，这种诊断是利用基因学原理，对患者开展疾病诊断。临床相关资料显示，甲状腺结节患者使用 BRAF V600E 诊断有良好效果，但是在甲状腺结节患者诊断中使用细针穿刺活检加 BRAF V600E 诊断效果如何，需要临床医生进行验证，以便为患者选择最佳的诊断方案^[1-2]。基于此，本组研究甲状腺结节采取 FNAB 加 BRAF V600E 诊断并观察其效果。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择我院诊断的甲状腺结节患者 68 例作为观察对象，并且将患者分成细针组、基因组和细针加基因组。纳入标准：所有患者使用术后病理学诊断为甲状腺结节；排除标准：排除临床资料不完整患者。细针组有 68 例甲状腺结节患者，对甲状腺结节患者年龄分析，最小年龄 18 岁，最大年龄 72 岁，中位数 45.23±5.24 岁；对甲状腺结节患者疾病类型分析，恶性结节 15 例，良性结节 53 例；对甲状腺结节患者性别分析，男 2 例，女 66 例。基因组有 68 例甲状腺结节患者，对甲状腺结节患者年龄分析，最小年龄 18 岁，最大年龄 72 岁，中位数 45.23±5.24 岁；对甲状腺结节患者疾病类型分析，恶性结节 15 例，良性结节 53 例；对甲状腺结节患者性别

分析，男 2 例，女 66 例。细针加基因组有 68 例甲状腺结节患者，对甲状腺结节患者年龄分析，最小年龄 18 岁，最大年龄 72 岁，中位数 45.23±5.24 岁；对甲状腺结节患者疾病类型分析，恶性结节 15 例，良性结节 53 例；对甲状腺结节患者性别分析，男 2 例，女 66 例。（ $P>0.05$ ）三组人员为相同患者，资料无差异。

1.2 方法

1.2.1 细针组

细针组使用 FNAB 诊断，该种诊断有以下方法。患者在诊断时采取仰卧位，并且将头部向后仰，使穿刺部位充分暴露。穿刺过程中使用超声定位，超声探头设置为 12 赫兹。超声定位后，对穿刺部位消毒，采用 10ml 注射器对患者穿刺，穿刺时根据超声引导穿刺达到病灶部位，然后根据不同方向进行吸抽，每个方向 4 到 5 次。完成病灶标本采集后，进行涂片工作，使用乙醇固定，将标本送检验科诊断^[3-4]。

1.2.2 基因组

基因组使用 BRAF V600E 诊断，对患者标本收集完成后，使用 BRAF V600E 突变检测试剂检验。检验过程中方法为荧光 PCR 法，具体操作根据试剂使用说明书操作完成^[5-6]。

1.2.3 细针加基因组

细针加基因组使用 FNAB 加 BRAF V600E 诊断，FNAB 诊断同细针组，BRAF V600E 诊断同基因组。

1.3 统计学分析

SPSS 20.0 处理数据，（ $\bar{x} \pm s$ ）与（%）表示计量与计数资料，t 值与 χ^2 检验， $P<0.05$ 有统计学意义。

2. 结果

2.1 三组诊断符合率

细针加基因组和细针组、基因组诊断符合率比较在表 1 呈现：

表 1 三组诊断符合率对照

组别	数例	符合数例	符合率
细针组	68（例）	52（例）	76.47%
基因组	68（例）	60（例）	88.23%
细针加基因组	68（例）	66（例）	97.05%

2.2 三组诊断灵敏度情况

细针加基因组和细针组、基因组诊断灵敏度比较在表 2 呈现：

表 2 三组诊断灵敏度对照

组别	数例	灵敏度数据	灵敏度
细针组	68 (例)	47 (例)	69.11%
基因组	68 (例)	55 (例)	80.88%
细针加基因组	68 (例)	64 (例)	94.11%

2.3 三组诊断特异性情况

细针加基因组和细针组、基因组诊断特异性比较在表 3 呈现:

表 3 三组诊断特异性对照

组别	数例	特异性数例	特异性
细针组	68 (例)	49 (例)	72.05%
基因组	68 (例)	59 (例)	86.76%
细针加基因组	68 (例)	65 (例)	95.58%

3. 讨论

甲状腺结节在临床上属于常见疾病,根据相关的机构统计发现,甲状腺结节女性发病率在 5%,男性发病率小于 1%,因此女性发生甲状腺结节的概率非常高。甲状腺结节疾病发生后,临床主要的诊断方法是使用影像学,其中主要采取超声诊断。超声使用在甲状腺结节患者诊断中,能够筛选出甲状腺结节患者。并且该种诊断对患者无损伤,能够保证患者诊断安全。甲状腺结节患者使用超声诊断后,其分辨恶性和良性率差,并且在临床治疗甲状腺结节时,需要根据患者恶性和良性不同,采取针对性方法治疗,以此来提高患者治疗效果。目前在甲状腺结节恶性和良性诊断金标准中,是通过手术后病理学检验,可以准确了解患者疾病情况。但是,甲状腺结节患者治疗时,需要在术前了解甲状腺结节情况,然后再采取针对性方法治疗,使患者治疗效果提高。由此可见,在甲状腺结节患者术前诊断中,采取诊断准确率方法非常重要^[7-8]。

临床对甲状腺结节患者诊断时,可以使用细针穿刺活检方法来了解患者疾病情况,这种方法是利用细针穿刺方法,收集到患者病灶标本,然后再采取病理学诊断,同时病理学诊断是甲状腺结节的诊断金标准,可以准确诊断出甲状腺结节疾病种类。但是实际使用细针穿刺活检诊断过程中,由于细针穿刺受到的局限性,导致收集样本完整性差,这种因素容易导致临床诊断误诊和漏诊,影响患者诊断结果。为了解决该方面诊断中存在的问题,需要临床研究其他诊断方案,帮助患者术前准确诊断疾病,以便指导术前治疗工作开展,提高患者治疗效果^[9-10]。

甲状腺结节患者除了使用穿刺活检诊断以外,还可以使用基因学诊断模式,其诊断的机理如下:在人体甲状腺癌中,29%到 83%可以检测出 BRAF 基因 15 外显子 T1799A 突变,并且在大于 90%的 BRAF 突变为蛋白质产物中的第 600 位,即 BRAF V600E。因此,在甲状腺结节患者诊断中,可以使用 BRAF V600E 诊断。同时,根据相关的参考文献分析,在恶性甲状腺结节患者中,使用 BRAF V600E 诊断能够达到 100%诊断率,由此可见在甲状腺结节采用 BRAF V600E 诊断效果高。在本次研究中,主要使用两种诊断方法结合诊断模式。两种诊断结合,可以提高诊断的灵敏度和特异性,使其诊断准确率高,以此来帮助患者术前准确诊断疾病,使临床可以采取针对性方法治疗,提高患者治疗效果^[11]。

在本次研究中,对细针加基因组和细针组、基因组诊断符合率比较分析,细针加基因组是 97.05%,细针组和基因组分别是 76.47%、88.23%, $(\chi^2=13.238, p=0.012)$,组间数据有差异。该数据分析获得,在甲状腺结节患者诊断过程中使用细针活检加 BRAF V600E 诊断,可以提高诊断的符合

率,以便临床为患者选择合理的治疗方案,提高患者治疗效果。分析原因,主要是采取单一的细针穿刺活检诊断后,其临床出现的漏诊和误诊率高,而采用两种诊断结合模式,可以采取不同机理诊断疾病,提高诊断正确率,帮助患者完成后期治疗工作。再对细针加基因组和细针组、基因组诊断灵敏度比较分析,细针加基因组是 94.11%,细针组和基因组分别是 69.11%、80.88%, $(\chi^2=12.678, p=0.011)$,组间数据有差异。该数据提示,在甲状腺结节患者诊断中使用细针穿刺活检加 BRAF V600E 诊断后,可以提高患者诊断灵敏度。最后对细针加基因组和细针组、基因组诊断特异性比较分析,细针加基因组是 95.58%,细针组和基因组分别是 72.05%、86.76%, $(\chi^2=11.490, p=0.009)$,组间数据有差异。该数据提示,在甲状腺结节患者诊断中使用细针穿刺活检加 BRAF V600E 诊断能够提高患者诊断特异性,帮助患者正确诊断疾病。

综上所述,甲状腺结节患者诊断工作中,使用细针穿刺活检诊断误诊和漏诊率高。为了解决该问题,可以结合 BRAF V600E 诊断,提高患者诊断符合率,以便指导临床开展治疗工作,提高患者治疗效果。因此该种诊断模式效果优良,值得在临床上推广。

参考文献:

- [1]相泓冰,曹丽,郑章增,门永忠.长径 ≤ 5 mm 甲状腺微小癌的超声特征及 US-FNAB 对其诊断价值[J].中国现代普通外科进展,2022,25 (05): 397-399+403.
- [2]翁赞博,姚艳芝,范义.结节最大径用于甲状腺结节超声引导下细针穿刺活检的价值[J].现代实用医学,2022,34 (04): 501-502.
- [3]杨振冬,杨恒,黄红梅,叶新华,李静.细针穿刺活检联合 BRAF-V600E 基因检测对甲状腺可疑恶性结节的诊断价值[J].南京医科大学学报(自然科学版),2021,41 (10): 1533-1535+1541.
- [4]孙茂盛,李春宝,杨振光,胥武望.超声引导细针穿刺在甲状腺良恶性结节诊断中的应用[J].医学影像学杂志,2021,31 (08): 1293-1295.
- [5]温泉,钱林学.超声引导下细针穿刺细胞学检查联合 BRAF V600E 基因突变检测对 TI-RADS 4 类甲状腺结节的诊断价值[J].中国医学装备,2021,18 (08): 100-104.
- [6]陶南生,孙秋水,吴斯琪,陈海霞.分析超声引导下细针穿刺抽吸活检 (US-FNAB)在不同大小甲状腺结节诊断中的应用效果[J].影像研究与医学应用,2021,5 (13): 100-101.
- [7]徐志鸿,郑逸文,段春霞.UG-FNAB 和 CEUS 在甲状腺结节定性诊断中的价值[J].深圳中西医结合杂志,2020,30 (23): 95-96.
- [8]张伟娜,阮莹,许教远,吴颖仪,陈杰恒.超声引导下细针穿刺细胞学检查联合 BRAFV600E 基因突变检测在甲状腺微小结节良恶性鉴别诊断中的价值[J].新医学,2019,50 (07): 527-531.
- [9]于婧,王凤琴,姚文娟,吴冬梅,刘大鹏.BRAF~(V600E)基因突变在 FNAB 易漏诊的高危甲状腺结节中的诊断价值[J].中国普外基础与临床杂志,2019,26 (09): 1083-1086.
- [10]王利娟.甲状腺结节细针穿刺细胞学检查联合 BRAF V600E 基因突变检测穿刺标本临床价值[J].临床军医杂志,2018,46 (02): 205-207.
- [11]张彩芬,杨久宜,李云瑶,宋佳,巩建萍,孔丹丹,许英杰,袁沛杉.FNAB 联合 BRAF~(V600E)突变检测在保定地区甲状腺结节诊断中的应用[J].中国医学前沿杂志(电子版),2015,7 (11): 85-88.

缺血性脑卒中介入治疗麻醉中应用盐酸右美托咪定的临床价值研究

于省三 韩新记*

烟台业达医院麻醉科 山东烟台 264006

摘要: 目的: 针对缺血性脑卒中介入治疗麻醉中应用盐酸右美托咪定的效果和临床价值进行研究。方法: 选取本院收治的行手术治疗的缺血性脑卒中患者为研究对象, 随机分为基础组和改良组, 基础组患者行常规全麻, 改良组患者行常规全麻应用盐酸右美托咪定, 对比两组的效果。结果: 改良组患者的麻醉恢复时间、手术时长和拔管时间均短于基础组, 且麻醉效果优良率也显著高于基础组, 麻醉中的不良反应现象也明显少于基础组, 而 Steward 评分、GCS 评分和 APACHE II 评分也明显优于基础组患者, 差异有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论: 针对缺血性脑卒中患者实施介入治疗时应以盐酸右美托咪定进行麻醉能够显著改善麻醉效果, 具有重要的临床应用价值。

关键词: 缺血性脑卒中; 介入治疗; 盐酸右美托咪定; 全身麻醉

Study on the clinical value of dexmedetomidine hydrochloride in interventional anesthesia for ischemic stroke

Yu Shengsan, Han Xinji*

Department of Anesthesiology, Yantai Yeda hospital, Yantai 264006, China

*Corresponding author, 396034680@qq.com

Abstract: Objective: To study the effect and clinical value of dexmedetomidine hydrochloride in interventional anesthesia for ischemic stroke. Methods: the patients with ischemic stroke who were treated by surgery in our hospital were randomly divided into basic group and improved group. The patients in basic group received routine general anesthesia and the patients in improved group received routine general anesthesia and dexmedetomidine hydrochloride. The effects of the two groups were compared. Results: the anesthesia recovery time, operation time and extubation time of the improved group were shorter than those of the basic group, and the excellent and good rate of anesthesia effect was also significantly higher than that of the basic group. The adverse reactions in anesthesia were also significantly less than that of the basic group, while the steward score, GCS score and Apache II score were also significantly better than those of the basic group ($P < 0.05$). Conclusion: dexmedetomidine hydrochloride anesthesia should be used in interventional therapy for patients with ischemic stroke, which can significantly improve the anesthetic effect and has important clinical value.

Key words: ischemic stroke; Interventional therapy; Dexmedetomidine hydrochloride; general anesthesia

缺血性脑卒中常发于老年人群, 是临床常见的脑血管疾病, 发病者脑部血管受阻导致血液无法正常流通, 从而脑部缺血缺氧, 有着较高的致残率和致死率。若延误治疗, 对患者的生命安全和生活质量都会造成恶劣危害。介入治疗是临床常用的手段, 主要包括机械取栓、支架安放等, 能够有效控制病情^[1]。受高发人群年龄等因素影响, 手术实施时的麻醉风险较大, 麻醉用药的科学与否将直接影响治疗效果。关于麻醉诱导用药和麻醉维持用药的方式向来都是临床研究的重要课题。本文针对缺血性脑卒中介入治疗麻醉中应用盐酸右美托咪定的临床价值进行研究, 具体如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院于 2019 年 5 月至 2022 年 5 月期间收治的 84 例行介入治疗的缺血性脑卒中患者为研究对象, 按照随机数表的方式分为基础组和改良组, 每组包括 42 例患者。基础组包括男性 24 例, 女性 18 例, 年龄 58 至 78 岁, 平均年龄在 (66.35 ± 3.17) 岁, 体质量 56 至 74 kg, 平均体质量 (60.34 ± 2.42) kg; 改良组包括男 23 例, 女性 19 例, 年龄 57 至 76 岁, 平均年龄在 (65.71 ± 2.64) 岁, 体质量 58 至 76 kg, 平均体质量 (61.20 ± 2.84) kg。所有患者均签署知情同意书, 本次研究也经过伦理委员会批准。

纳入标准: (1) 符合缺血性脑卒中的临床诊断标准; (2) 患者本文知情并同意本次研究; (3) 能够全程配合本次研究。排除标准: (1) 合并严

重肝肾等脏器功能异常的患者; (2) 合并严重血液系统疾病患者; (3) 合并其他心血管和脑血管疾病患者; (4) 对本研究所用药物过敏和有药物滥用史的患者。

1.2 方法

所有患者的麻醉诱导方式相同, 取 2mg 的咪唑安定, 配比 0.15mg/kg 标准的顺式阿曲库铵, 给予患者进行气管插管后吸入。基础组患者在麻醉维持阶段, 采用七氟醚吸入联合顺式阿曲库铵间断推注的方式, 而改良组患者选取盐酸右美托咪定, 以 $0.2 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 的速率进行输注, 在手术前 30 分钟终止泵注^[2]。在介入手术治疗中, 对所有患者的血压、心率、血氧饱和度等临床指标进行实时密切观察, 结合患者的实际状况调整麻醉用药。必要时采用血管活性药物帮助维持患者的相关指标, 让其心率、血压和脉搏氧饱和度等指标保持在入室监测值的上下 20% 范围之内。

1.3 观察指标

(1) 对比两组患者的手术时间、麻醉恢复时间和气管拔管时间。

(2) 对比两组患者的镇静效果, 根据两组患者的急性生理与慢性健康评分 (APACHE II)、Steward 苏醒评分以及格拉斯哥昏迷评分 (GCS) 进行评估。

(3) 对比两组患者的麻醉效果, 如果患者在手术期间无肢体活动, 处于安静状况下, 则为麻醉优秀; 若患者有轻微无意识肢体活动, 不影响

后续手术过程，则为麻醉良好；若患者肢体活动强烈，影响手术进程，则麻醉较差，麻醉优良率为优秀占比与良好占比之和。

(4) 对比两组患者在麻醉中的不良反应发生率。

1.4 统计学分析

本次研究采用 SPSS24.0 统计学软件进行数据对比，计数资料采用率表示，以 χ^2 检验；计量资料采用平均数 $\pm$ 方差表示，以 t 检验，差异显著则具有统计学意义 ($p<0.05$)。

2. 结果

2.1 对比两组患者的手术相关指标

改良组患者的手术相关指标明显低于基础组，差异有统计学意义 ($p<0.05$)，见表 1。

表 1： 两组患者手术相关指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	总例数	手术时长 (分钟)	麻醉恢复时 间 (分钟)	气管拔管时 间 (分钟)
基础组	42	13.51 $\pm$ 1.84	81.07 $\pm$ 9.64	15.32 $\pm$ 1.34
改良组	42	7.81 $\pm$ 1.64	72.91 $\pm$ 8.91	12.84 $\pm$ 1.62
t	-	9.6512	11.3812	10.5585
p	-	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者的临床相关指标

改良组患者的 APACHE II、GCS、Steward 评分均明显优于基础组患者，差异有统计学意义 ($p<0.05$)。见表 2。

表 2： 两组患者的相关指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	总例数	APACHEII 评分	GCS 评分	Steward 评 分
基础组	42	12.51 $\pm$ 1.63	4.32 $\pm$ 0.63	9.64 $\pm$ 1.20
改良组	42	8.42 $\pm$ 1.65	5.86 $\pm$ 0.31	14.67 $\pm$ 1.34
t	-	11.6512	12.6512	10.8651
p	-	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 对比两组患者的麻醉优良率

改良组患者的麻醉优良率显著高于基础组患者，差异有统计学意义 ($p<0.05$)。见表 3。

表 3： 两组患者麻醉效果对比[n (%)]

组别	总例数	麻醉优秀	麻醉良好	麻醉较差	总优良率
基础组	42	15(35.71)	19(45.24)	8 (19.05)	34(80.95)
改良组	42	19(45.24)	21(50.00)	2 (4.76)	40(95.24)
χ^2	-	-	-	-	10.353
p	-	-	-	-	<0.05

2.4 对比两组患者的不良反应发生率

改良组中不良反应事件明显少于基础组，差异有统计学意义 ($p<0.05$)，见表 4。

表 4： 两组患者不良反应发生率对比[n (%)]

组别	总例数	肌张力增 高	躁动不安	寒战	总发生率
基础组	42	2 (4.76)	3 (7.14)	3 (7.14)	8 (19.05)
改良组	42	1 (2.38)	0 (0.00)	1 (2.38)	2 (4.76)

χ^2	-	-	-	-	10.353
p	-	-	-	-	<0.05

3. 讨论

脑卒中以中老年人群为高发群体，发病者常合并其他心脑血管疾病、糖尿病、冠心病等慢性疾病，手术和麻醉的风险也随之提高。缺血性脑卒中在发病后，患者的机体会产生强烈的应激反应，给心功能带来更加恶劣的影响。缺血性脑卒中发病后，患者需要在最短时间接受有效的干预，从而控制病情、挽救其生命健康^[3]。

对缺血性脑卒中常施行介入性治疗进行干预，包括动脉取栓、支架安置、机械取栓等手法，都需要通过手术进行操作。相关研究显示，缺血性脑卒中介入手术中麻醉管理的效果与术后患者的恢复有着一定程度的关系^[4]。科学的麻醉管理能够有效促进患者术后的恢复，也能够提高手术期间的安全性和效率。盐酸右美托咪定的应用已经在临床上得到初步重视，作为新型的高选择性肾上腺 α_2 受体激动剂，应用后能够产生较有效的镇静和镇痛作用，抑制机体的交感神经，作用时间短、便于调节镇静效果，在应用过程中还有着特殊的清醒镇静的效果^[5]，唤醒患者变得更加容易，在镇静镇痛的同时也不对抑制患者的呼吸，对其呼吸、意识等没有过多影响，有着更高的安全性。应用盐酸右美托咪定，不仅便于在手术期间对患者的意识的观察，作出科学判断，还能够减少麻醉的用量，对辅助用药的剂量进行有效控制，确保患者的身体指标稳定，在临床中具有较强的有效性、可行性和易操作性^[6]。

在本次研究中，应用盐酸右美托咪定的改良组患者在手术期间的不良反应现象明显少于基础组，手术后患者的恢复时间和拔管时间也显著短于基础组，结果表明应用盐酸右美托咪定能够显著改善麻醉效果，减少不良反应发生率，而 GCS、steward 等评分结果也显示，盐酸右美托咪定有着维护脑组织和血流动力学稳定的效果，有着更高的安全性^[7]。

综上所述，缺血性脑卒中介入治疗麻醉中应用盐酸右美托咪定能够提高麻醉效果和安全性，具有重要的临床价值。

参考文献：

[1]王敏,刘华,任华. 缺血性脑卒中介入治疗麻醉中应用盐酸右美托咪定的临床观察[J]. 康颐,2020 (13): 205.

[2]谷强,余孝君,张津. 高龄与中低龄老年轻型缺血性脑卒中临床特点及预后分析[J]. 首都医科大学学报,2022,43 (3): 474-479.

[3]宁珑,孙航,冯晋,等. 急性缺血性脑卒中防治策略研究进展[J]. 医学综述,2022,28 (1): 94-99.

[4]林铃芳,周光宁. 不同发病机制急性前循环缺血性脑卒中患者血管内治疗的疗效与安全性研究[J]. 中风与神经疾病杂志,2022,39 (4): 340-342.

[5]代靖申,陈厚达,陈宗洁,等.右美托咪定在急性缺血性脑卒中介入机械取栓术中应用效果及对血浆富含半胱氨酸蛋白 61 影响[J].创伤与急危重病医学,2020,8 (3): 151-154.

[6]陈晓鹏. 右美托咪定复合静脉麻醉在急性缺血性脑卒中取栓术中的应用价值及安全性分析[J].心血管病防治知识,2020,10 (30): 3-5.

[7]王芳,张海明.右美托咪定复合依托咪酯在脑卒中介入治疗麻醉中的临床价值体会[J].中国保健营养,2020,30 (21): 37.

阿奇霉素序贯疗法对肺炎支原体肺炎患儿临床疗效、免疫功能及 PCT、CRP 水平的影响

艾传发

宁津县人民医院 山东德州 253400

摘要:目的: 探讨肺炎支原体肺炎(MPP)患儿采用阿奇霉素序贯疗法治疗对临床疗效、免疫功能及降钙素原(PCT)、C-反应蛋白(CRP)水平的影响。方法: 选取2021年5月至2022年4月我院收治的肺炎支原体肺炎患儿共计96例, 根据随机摸球法分成观察组($n=48$)与对照组($n=48$), 对照组采用红霉素治疗, 观察组采用阿奇霉素序贯疗法治疗, 对两组患者临床疗效、免疫功能及PCT、CRP水平进行比较。结果: 观察组(97.92%)治疗总有效率较对照组(83.33%)明显更高($P<0.05$); 治疗后两组免疫球蛋白A(IgA)明显提高($P<0.05$), 免疫球蛋白M(IgM)、补体C3明显降低($P<0.05$), 观察组IgA较对照组明显更高($P<0.05$), 观察组IgM、补体C3较对照组明显更低($P<0.05$); 治疗后两组PCT、CRP水平明显降低($P<0.05$), 观察组较对照组明显更低($P<0.05$)。结论: 阿奇霉素序贯疗法应用于MPP患儿治疗中, 可以提高临床疗效, 改善免疫功能, 降低PCT、CRP水平。

关键词: 阿奇霉素序贯疗法; 肺炎支原体肺炎; 临床疗效; 免疫功能; PCT; CRP

肺炎支原体肺炎(MPP)是一种常见的呼吸道传染病, 在婴幼儿与儿童群体中较为常见, 诱发该病的原因与免疫力、抵抗力密切相关, 由于儿童呼吸系统及心血管系统并未发育完善, 抵抗力较低, 更容易发生MPP, 临床主要表现为咳嗽、头疼、发热及全身乏力等, 严重者会出现多系统功能损伤, 威胁患儿生命健康, 需要尽早采取针对性治疗措施^[1-2]。红霉素作为治疗MPP的常用药, 可以起到良好的治疗效果, 但是该药物长期使用有较为严重的不良反应, 出现恶心呕吐等症状, 儿童耐受性较差^[3]。阿奇霉素是一种大环内酯类抗菌药物, 优点为半衰期长、抗菌谱广, 稳定性强等, 采用序贯治疗具有良好的治疗效果^[4]。基于此, 本研究对96例患儿进行分析, 旨在探究对临床疗效、免疫功能及降钙素原(PCT)、C-反应蛋白(CRP)水平的影响, 详情如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院收治的共计96例MPP患儿, 选取时间2021年5月至2022年4月, 采用随机摸球法分成观察组(48例)与对照组(48例), 观察组男性、女性分别为25例、23例, 年龄在2~10(6.13 ± 1.21)岁, 病程在1~9(5.24 ± 0.89)d; 对照组男性、女性分别为26例、22例, 年龄在2~11(6.16 ± 1.18)岁, 病程在2~10(5.18 ± 0.91)d。两组上述基线资料比较差异不明显($P>0.05$), 可以进行比较。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合《儿童肺炎支原体肺炎中西医结合诊治专家共识(2017)》^[5]诊断标准; ②经血清学、胸部X线检查确诊; ③患儿家属对本研究知情同意。排除标准: ①存在先天性免疫性疾病患儿; ②合并其他脏器感染患儿; ③对研究药物过敏者; ④认知障碍、精神疾病患儿。

1.3 方法

对照组采用红霉素治疗, 使用注射用乳糖酸红霉素(江西赣南海欣药业股份有限公司, 国药准字H36021155, 规格: 按红霉素计0.3g)25mg/(kg·d)和5%葡萄糖注射液250mL混合进行静脉滴注, 每天1次, 连续进行1周治疗, 待患儿症状明显改善, 体温正常后, 换红霉素肠溶片(吉林省集安益盛药业股份有限公司, 国药准字H22024681, 规格: 0.125g/片)口服治疗, 用药剂量为25mg/(kg·d), 每天2次, 连续进行1周治疗。对照组采用阿奇霉素序贯疗法治疗, 使用阿奇霉素(上海华源安徽锦辉制药有限公司, 国药准字H20040534, 规格: 250ml: 阿奇霉素0.25g与葡萄糖12.5g)进行静脉滴注, 用药剂量为10mg/(kg·d), 每天1次, 连续进

行5d治疗后停药, 将用药方案换为阿奇霉素(浙江康德药业集团股份有限公司, 国药准字H20066930, 规格: 0.1g/剂), 用药剂量为10mg/(kg·d), 每天1次, 连续进行1周治疗。

1.4 观察指标

①临床疗效: 临床症状完全消失, 血常规检查结果显示正常, 肺部无啰音、阴影完全消失为显效; 临床症状大部分消失, 血常规检查结果明显改善, 肺部啰音缓解、阴影面积明显缩小为有效; 临床症状未得到改善, 血常规检查结果异常, 肺部明显啰音、存在阴影为无效。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。②免疫功能: 治疗前后采集两组患儿空腹静脉血各3ml, 离心速度为3500r/min, 半径10cm, 离心10min, 取上层清液, 采用免疫透比浊法检测免疫球蛋白A(IgA)、免疫球蛋白M(IgM), 采用速率散射比浊法检测血清补体C3。③PCT、CRP水平: 治疗前后的采集两组患儿空腹静脉血各3ml, 3000r/min、半径15cm, 离心分离10min得到血清, PCT、CRP水平使用酶联免疫吸附法检测。

1.5 统计学方法

计数资料(临床疗效)以 $[n(\%)]$ 描述, 行 χ^2 检验, 计量资料(免疫功能、PCT、CRP水平)以 $(\bar{x} \pm s)$ 描述, 行 t 检验, 录入SPSS 25.0统计学软件, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

与对照组(83.33%)比较, 观察组(97.92%)有着更高的治疗总有效率($P<0.05$)。见表1。

表1 两组临床疗效比较 $[n(\%)]$

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	48	26(54.17)	21(43.75)	1(2.08)	47(97.92)
对照组	48	22(45.83)	18(37.50)	8(16.67)	40(83.33)
χ^2					6.008
P					0.014

2.2 两组免疫功能比较

在IgA、IgM、补体C3上, 两组治疗前比较无明显差异($P>0.05$), 治疗后IgA较治疗前明显提高($P<0.05$), IgM、补体C3明显降低($P<0.05$), 与对照组相比, 观察组IgA明显更高($P<0.05$), IgM、补体C3明显更低($P<0.05$)。见表2。

表2 两组免疫功能比较 $(\bar{x} \pm s, g/L)$

组别	例数	IgA		IgM		补体C3	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

观察组	48	0.88±0.24	1.27±0.20 ^a	2.16±0.35	1.18±0.16 ^a	2.35±0.37	1.27±0.18 ^a
对照组	48	0.86±0.26	1.01±0.19 ^a	2.18±0.37	1.38±0.18 ^a	2.38±0.39	1.97±0.27 ^a
<i>t</i>		0.392	6.530	0.272	5.754	0.387	14.945
<i>P</i>		0.696	0.000	0.786	0.000	0.700	0.000

注：与本组治疗前比较，^a*P*<0.05

2.3 两组 PCT、CRP 水平比较

在 PCT、CRP 水平上，两组治疗前比较无明显差异（*P*>0.05），治疗后较治疗前均明显降低（*P*<0.05），与对照组比较，观察组明显更低（*P*<0.05）。见表 3。

表 3 两组 PCT、CRP 水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	PCT（μg/L）		CRP（mg/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	0.22±0.05	0.05±0.01 ^a	13.31±2.89	9.13±1.03 ^a
对照组	48	0.21±0.06	0.14±0.03 ^a	13.29±3.02	10.47±1.56 ^a
<i>t</i>		0.887	19.718	0.033	4.966
<i>P</i>		0.377	0.000	0.974	0.000

注：与本组治疗前比较，^a*P*<0.05

3 讨论

MPP 主要是由呼吸道感染造成，在秋季较为多发，患儿患病后会出现咳嗽、黏痰、咽喉痛、体温升高等症状，对患儿的肺功能造成影响，影响患儿的日常生活，该疾病会伴有较多并发症，若没有得到恰当治疗，会对心脏、神经、消化系统等造成影响，使肺部疾病加重，严重影响患儿的生长发育^[6-7]。根据研究显示，患者年龄和该病发生有着密切关系，患者年龄越小，临床症状、疾病特征越不明显，引发疾病的原因越不明确，治疗难度越大。

红霉素属于大环内脂类抗生素，是一种黄白色或白色结晶粉末，味苦，能够对葡萄球菌、肺炎链球菌等革兰阳性菌，经过口服的吸收率为 18%~45%，主要用于呼吸系统感染治疗中^[8]。红霉素是一种抗菌活性较强的药物，虽作为首选治疗肺部感染的药物，但是可能会引发许多不良反应，例如皮疹、耳鸣、消化道反应、危害肝脏等，不易长期服用^[9]。阿奇霉素为优化的新型抗生素，为第 2 代大环内脂类药物，在呼吸道和生殖道感染疾病中广泛应用，用于治疗肺炎链球菌、支原体肺炎和流感嗜血杆菌，能与敏感菌 50s 核糖体亚基进行特异性结合，对细菌肽链向外延伸进行有效抑制，对蛋白质合成进行抑制起到灭菌的作用，杀灭支原体、衣原体等许多微生物^[10]。阿奇霉素的药效时间较长，具有较高的生物利用率，该药物在血液内具有很高的血药浓度，在肺细胞病灶部位中的药物浓度最高，当停止用药后也能起到较为持久的抗菌效果。该药物主要的代谢途径为肠道排泄，体内细胞色素不参与代谢过程，对肝肾的毒性反应较低，用药安全性较高。肺部可以较好的吸收抗生素，通过静脉注射和口服都可能起到较为明显的治疗效果，可以使用序贯疗法进行治疗，该治疗方式先通过静脉治疗，疾病症状改善稳定后，可将用药方式改为口服，可以减少用药治疗，降低治疗成本，且不易产生抗药性^[11]。

本研究中，观察组治疗总有效率与对照组相比，前者明显更高。究其原因，采用阿奇霉素序贯疗法治疗时使用序贯疗法，首先使用静脉滴注对病情进行控制、疾病改善后可改为口服用药，治疗目的为持续后续治疗，该药物的稳定性好、半衰期短、渗透组织力强、血药浓度高，破坏微生物蛋白质合成，起到消灭微生物的目的，加速疾病转归，提升临床疗效^[12-13]。本研究中，观察组免疫功能对对照组相比，前者 IgA 明显更高，IgM、补体 C3 明显更低。究其原因，阿奇霉素的吸收效率明显更高，可使机体中的促炎细胞因子水平明显降低，使吞噬细胞产生的氧化产物浓度降低，序贯治疗效果更佳，可起到调节免疫的作用，使患儿的免疫功能得到明显改

善^[14-15]。

PCT 是一种新型的实验室检验指标，在对感染类疾病进行评估时具有重大意义，当 MMP 出现感染时，会提高血清 PCT 含量，感染程度和血清 PCT 水平呈正相关；机体的炎症反应和 CRP 水平呈正相关，可以加强吞噬细胞活性、参加细胞凋亡等，当 MMP 发生炎症反应时，血清 CRP 水平会明显升高^[16]。此外，观察组 PCT、CRP 水平与对照组相比，前者明显更低。究其原因，阿奇霉素具有较高的生物利用度，抗菌活性较强，应用于患儿治疗中能起到较强的抗菌、杀菌作用，具有较长的半衰期，能够使高浓度水平长期保持，使杀菌作用增强，使用序贯疗法治疗，能对炎症进一步进行控制，使 PCT、CRP 水平降低^[17]。

综上所述，MPP 患儿采用阿奇霉素序贯疗法进行治疗，可促进临床疗效提高，对免疫功能进行改善，使 PCT、CRP 水平降低，值得推广。

参考文献：

[1]邱常亮.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床效果与安全性[J].临床合理用药杂志,2022,15（11）: 145-148.

[2]张波.阿奇霉素序贯疗法对小儿肺炎支原体肺炎治疗的影响研究[J].中外医疗,2022,41（1）: 104-107.

[3]王蕾.红霉素联合阿奇霉素序贯疗法与单用阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的效果对比[J].中国现代药物应用,2022,16（3）: 142-144.

[4]张庆桥.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的安全性及对并发症发生率的影响[J].当代医学,2022,28（8）: 60-62.

[5]中华中医药学会.儿童肺炎支原体肺炎中西医结合诊治专家共识（2017）[J].中国实用儿科杂志,2017,32（12）: 881-885.

[6]肖文义.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿肺炎支原体肺炎临床疗效及对小儿呼吸系统的影响[J].中国现代药物应用,2021,15（17）: 203-206.

[7]李凤芹.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床疗效[J].大医生,2021,6（2）: 77-79.

[8]乐桂荣,梁明,蔡文斌.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的临床疗效及其安全性[J].临床合理用药杂志,2021,14（6）: 35-37.

[9]庄阳.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿肺炎支原体肺炎的效果分析[J].常州实用医学,2021,37（4）: 221-222.

[10]姚晓娜.阿奇霉素序贯疗法联合甲泼尼龙治疗支原体肺炎患儿的效果观察[J].基层医学论坛,2021,25（14）: 2015-2016.

[11]阳梅.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的临床指标及有效率分析[J].按摩与康复医学,2021,12（6）: 75-76.

[12]赵月玲,马奎兵.特布他林雾化吸入联合阿奇霉素序贯疗法治疗肺炎支原体肺炎患儿的临床效果[J].河南医学研究,2021,30（16）: 2994-2996.

[13]张小红.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎临床疗效及安全性研究[J].山西卫生健康职业学院学报,2021,31（3）: 14-15.

[14]周颖华.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎临床疗效及安全性研究[J].北方药学,2021,18（7）: 160-161.

[15]李璐.阿奇霉素序贯疗法对支原体肺炎患儿炎症指标及免疫指标的影响[J].医学理论与实践,2021,34（4）: 655-656.

[16]杨海洋.阿奇霉素序贯疗法对支原体肺炎患儿临床效果及对血清炎症因子水平的影响[J].吉林医学,2021,42（9）: 2108-2110.

[17]蔡仪术,梁文宝,周焕娟.阿奇霉素序贯疗法应用于小儿支原体肺炎对症状改善及不良反应的影响[J].罕少疾病杂志,2021,28（3）: 57-58+100.

健康教育联合心理护理用于伴更年期综合征女性患者的效果研究

戴楠

枣庄市妇幼保健院 山东枣庄 277100

摘要:目的探讨在伴更年期综合征女性患者中开展心理护理干预和健康教育对临床治疗效果产生的影响。方法研究对象为我院收治的120例伴更年期综合征女性患者,按照护理方式的不同将其划分为参照组(开展常规健康教育)和研究组(实施健康教育联合心理护理干预),每组60例。对两组患者实施不同护理方式后的心理状态和对护理的满意度情况进行比较和分析。结果 研究组患者对护理的满意程度明显高于参照组(96.7%>80.0%),组间数据有显著的统计学意义存在($p<0.01$)。评估比较两组患者的心理状态发现,护理前组患者的SDS和SAS评分均比较接近(均 $P>0.05$);实施护理干预后,研究组患者的焦虑和抑郁评分均得到有效降低,且研究组患者SDS和SAS评分均明显低于参照组患者,组间比较差异有统计学意义存在(均 $P<0.05$)。结论将健康教育 and 心理护理干预联合应用于伴更年期综合征女性患者的临床护理中,有利于提高患者对疾病正确认知,改善不良心理状况,从而提高护理依从性,提高临床治疗效果。

关键词: 伴更年期综合征;健康教育;心理护理

[Abstract]Objective To investigate the effect of psychological care intervention and health education in women patients with menopausal syndrome.Methods The study subjects were 120 women with menopausal syndrome admitted to our hospital, which were divided into reference groups (conducting regular health education) and the research group (implementing health education combined psychological care intervention), with 60 cases in each group.Psychological state and satisfaction of nursing after implementing different nursing methods were compared and analyzed in the two groups.Results Nursing satisfaction in the study group was significantly higher than in the reference group (96.7%> 80.0%) and group data must be significant ($p<0.01$).The psychological status of the two groups found that the SDS and SAS scores of the pre-care group were close (both $P>0.05$); after the nursing intervention, they effectively reduced their anxiety and depression scores, and the SDS and SAS scores were significantly lower than the reference group, with significant differences (all $P<0.05$).Conclusion The joint application of health education and psychological care intervention to the clinical care of female patients with menopausal syndrome is beneficial to improve the correct cognition of disease, bad psychological condition, thus improving nursing compliance and clinical treatment effect.

[Keywords]with menopause syndrome; health education; psychological care

女性在社会中也承担着家庭和事业双面的压力,心理上容易产生不良情绪,长期积累得不到化解会使身体内分泌失衡,影响身体健康。更年期综合征大多发生于中年女性,表现为患者内分泌失调导致神经功能出现紊乱、生殖系统出现萎缩,心理状态也容易产生焦虑和烦躁、抑郁等负面情绪,情况严重的患者甚至会产生睡眠障碍,对个人健康造成非常不利的影响。当前,我国中年女性更年期综合征发病率不断增长,并且呈现年轻化的趋势。潘金玉等人^[1]的研究指出:对于更年期综合征女性患者的治疗重点关注健康和心理方面的护理和干预有利于提高临床疗效,促进康复。

1 基础资料和方法

1.1 基础资料

研究对象为2019年1月至12月期间收治的120例伴更年期综合征女性患者,按照护理方式的不同将其划分为参照组和研究组,每组60例。参照组患者的年龄区间为45~49(42.88±5.32)岁,病程范围0.5~2(1.35±0.46)年;研究组患者的年龄区间为45~50(43.02±5.16)岁,平均病程0.5~2(1.40±0.52)年。比较两组的基础资料发现无显著统计学差异存在($P>0.05$),与研究所需基础对照条件相符。所有患者及家属均对本次研究的目的和性质知情,并签署知情同意协议。本次研究向医院所在的医学伦理委员会提出申请并获得批准开始实施。

纳入标准:①120例患者均符合更年期综合征的相关临床诊断标准。②所有患者和家属均对研究知情,并签署知情同意协议;③本次研究符合伦理学的相关要求,④所有患者均具备完善的临床资料记录。

排除标准:①合并有严重精神障碍者;②合并有语言表达及沟通障碍

者;③存在其他重大脏器疾病、凝血功能障碍或传染性疾病者;④对研究所用药物存在过敏史者。⑤不配合本次研究中途退出者。

1.2 护理方法

两组患者均接受常规护理干预方式,给予患者饮食及用药指导、引导患者养成科学合理的生活作息。

1.2.1 参照组患者开展常规护理的同时增加健康教育干预,具体包括:通过开展健康知识讲座或者通过循环播放音频或视频的方式,组织患者参加教育培训和学习,对患者普及更年期相关健康知识,提高患者对更年期综合征疾病的正确认知,了解其疾病的引发原因、治疗方法和优势,树立患者成功治疗的信心。另外还可以通过发放疾病健康知识宣传手册给患者,方便患者随时查看和联系咨询。为患者的治疗和康复,提供沟通渠道,创造便利条件。

1.2.2 研究组患者实施健康教育联合心理护理干预,具体内容包括:首先挑选资深心理护理人员担任组长,挑选资历较深护理经验丰富的护理人员担任小组成员。定期对小组成员开展专业技能培训,提高其心理护理专业技能和职业素养,为患者提供更加专业和人性化的服务。其次,对患者开展心理评估,然后根据诊断结果制定合理的方案开展心理干预治疗。心理护理的内容主要为:积极与患者进行沟通和交流,关注患者的面部表情变化,当患者有不耐烦的情绪出现时,护理人员语气要使用温和的语言给予安抚和鼓励,但患者只用“嗯”、“哦”等简短的词语敷衍回答问题时,护理人员要及时结束谈话,以免引起患者更加严重的不满。时刻注意患者的情绪变化。护理人员发现患者情绪状态较为稳定或心情愉悦对谈话内容比

较感兴趣时可以继续谈话,谈话内容要围绕但不局限于患者的病情,护理人员将话题从患者比较感兴趣的事物上向病情方面进行积极的引导,用乐观积极的状态吸引和感染患者;也可以通过为患者定期播放喜欢的音乐的方式对其进行心理抚慰和疏导,为患者讲解音乐产生的背景和所要表达的积极向上的意境。通过药物治疗联合心理疏导的方式解决患者的睡眠障碍,对于睡眠障碍比较严重的患者可遵医嘱服用辅助睡眠药物,叮嘱患者按时上床休息,睡前将灯光关闭或者调暗,并通过播放舒缓的音乐进行助眠,将患者的睡眠逐渐调整到正常的频率上。为睡眠比较浅的患者提供眼罩或耳塞来降低外界的干扰,创造安静的睡眠环境。叮嘱患者家属多关注和鼓励患者,给予患者足够的精神支持,关注患者的情绪变化,多给予患者关心和支持,避免使用刺激性的语言,使患者的精神受到刺激从而激发极端行为,给患者带来精神和身体的创伤。对患者表现出的一些不正常的行为表示理解,并给予适当的安慰和支持,为患者讲述成功治疗的案例,提高患者成功治愈的信心,及时表扬和鼓励患者取得的进步,使患者能够更加积极主动的配合治疗,提升其治疗的信心。

1.3 疗效观察及评价指标

对两组患者实施不同护理方式后的心理状态和对护理的满意度情况进行比较和分析。

1.3.1 使用本院自行研制的满意度调查表对两组患者的护理满意程度进行调查和分析。试卷满分 100 分。非常满意 (95~100 分)、满意 (65~84 分)、不满意 (0~64 分)。护理满意度= (非常满意例数+满意例数)/总例数*100%。

1.3.2 心理状态评估。使用 SAS 量表评价两组患者的焦虑情况;使用 SDS 量表评价两组患者的抑郁情况。SAS 量表评分越高说明患者焦虑状态越严重;SDS 评分越高说明患者抑郁状态越严重。

1.4 统计学处理

在 excel 表格中汇总收集数据资料,借助 SPSS24.0 版本的统计学软件分析和处理数据,使用 χ^2 检验护理满意度等百分比计数资料 n (%) ,使用 t 检验焦虑、抑郁状况等计量资料 ($\bar{x} \pm s$) ,当 $p < 0.05$ 时,组间数据比较具有显著的统计学意义存在。

2 结果

2.1 两组患者对护理的满意程度比较 (览表 1)

比较两组患者对护理的满意程度发现,研究组明显高于参照组 (96.7%>80.0%),组间数据必有有显著的统计学意义 ($p < 0.01$)。提示相对于常规的健康教育相比,心理护理的联合应用能够有效提高治疗有效率。

表 1 两组患者对护理的满意程度比较

分组	非常满意 (例)	满意 (例)	不满意 (例)	总满意度 n (%)
研究组 ($n=60$)	28	30	2	58 (96.7)
参照组 ($n=60$)	23	25	12	48 (80.0))
X^2	8.086			
p	<0.01			

2.2 两组患者焦虑和抑郁情绪比较 (览表 2)

评估比较两组患者的心理状态发现,护理前两组患者的 SDS 和 SAS 评分均比较接近 (均 $P > 0.05$);实施护理干预后,研究组患者的焦虑和抑郁评分均得到有效降低,且研究组 SDS 和 SAS 评分均明显低于参照组患者,组间比较差异有统计学意义存在 (均 $P < 0.05$)。

表 2 两组患者心理状态评估比较

分组	SDS (分)		SAS (分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 ($n=60$)	52.58 $\pm$ 2.56	48.15 $\pm$ 2.50	51.58 $\pm$ 3.60	45.32 $\pm$ 1.98
参照组 ($n=60$)	52.33 $\pm$ 2.25	43.28 $\pm$ 1.89	51.59 $\pm$ 3.59	41.02 $\pm$ 2.15
X^2	0.568	12.037	0.015	11.396
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 结论

更年期综合征严重影响了女性的生活和工作,也对身体健康产生非常不利的影响^[2-3]。需要给予足够的关注并积极采取针对性的方案进行治疗和干预^[4-6]。本次研究中对研究组患者在常规护理的基础上开展健康知识和心理护理联合护理干预,取得了较为满意的效果。通过健康知识讲座,向患者发放健康知识手册的方式,提高患者对疾病的正确认知,树立其战胜疾病的信心,提高治疗依从性。通过积极关注患者的情绪变化,制定针对性的方案为患者开展心理疏导,通过播放音乐来缓解患者的紧张和抑郁的情绪,服用药物或播放音乐及进行助眠,给予患者家人般的关怀和温暖,叮嘱患者家属给予患者足够的精神支持和鼓励,使患者树立痊愈的信心,积极的投入治疗。研究发现:研究组患者对护理的满意程度明显高于参照组 (96.7%>80.0%),组间数据比较有显著的统计学意义 ($p < 0.01$)。护理前两组患者的 SDS 和 SAS 评分均比较接近 (均 $P > 0.05$);实施护理干预后,研究组患者的焦虑和抑郁评分均得到有效降低,且研究组 SDS 和 SAS 评分均明显低于参照组患者,组间比较差异有统计学意义存在 (均 $P < 0.05$)。

综上所述,将健康教育和心理护理干预联合应用于伴更年期综合征女性患者的临床护理中,有利于提高患者对疾病正确认知,改善不良心理状况,提高护理依从性,提高临床治疗效果。

参考文献:

[1]潘金玉.健康教育联合心理护理用于伴更年期综合征女性患者的效果分析[J].中外女性健康研究,2019,000(024):57,163.
[2]王媛媛.分析健康教育与心理护理措施在伴更年期综合征女性患者中的应用价值[J].人人健康,2020,No.523(14):400-400.
[3]赵新颖,彭伟,戚加秀.心理干预在更年期综合征中的效果分析[J].中国实用医药,2020,15(15):183-185.
[4]周萍,周芸,蒋敏慧.心理干预在更年期女性焦虑、抑郁患者中的效果分析[J].心理月刊,2020,15(21):122-123.
[5]李娜.双清固本汤治疗肝热盛、肾阴虚型更年期综合征的临床观察[D].北京中医药大学,2021.
[6]赵青竹.滋水清肝益坤汤治疗肾虚肝郁型更年期综合征的临床研究[D].北京中医药大学,2018.

达比加群酯联合替格瑞洛对老年心房颤动伴不稳定性心绞痛患者的治疗研究

张震

新泰市人民医院 心内科 山东泰安 271200

摘要: 目的 研讨老年心房颤动 (AF) 伴不稳定性心绞痛 (UAP) 患者使用达比加群酯与替格瑞洛治疗的临床价值。方法 选择 2020 年 1 月-2021 年 7 月收入我院的老年 AF 伴 UAP 患者 72 例, 按照随机数表法将其划为两组, 每组 36 例。对照组予以华法林+替格瑞洛治疗, 观察组予以达比加群酯+替格瑞洛治疗, 结束 12 个月用药后, 比较两组临床疗效、血管不良事件发生情况以及治疗前后的肌钙蛋白 I (cTnI) 水平与凝血功能指标[凝血酶时间 (TT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT)、凝血酶原时间 (PT)]。结果 观察组结束疗程用药后的总有效率 (86.11%) 高于对照组 (63.89%), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗后 3、12 个月, 观察组 cTnI 水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗后 3、12 个月, 观察组 3 项凝血功能指标 (TT、APTT 及 PT) 测定值均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。两组发生血管不良事件的患者总占比 (观察组为 2.78%, 对照组为 8.33%) 接近, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论 达比加群酯联合替格瑞洛用于老年 AF 伴 UAP 患者的治疗效果显著, 且可明显改善凝血功能, 减轻心肌损伤。

关键词: 心房颤动; 不稳定性心绞痛; 达比加群酯; 替格瑞洛

心房颤动 (Atrial fibrillation, AF) 是所有心律失常类型中最常见的一种, 患病率随患者年龄增加而升高, 在 80 岁以上人群中的发病风险达到 9%; 并且该病常与不稳定性心绞痛 (Unstable angina pectoris, UAP) 合并发生, 二者互为危险因素, 易加重病情, 甚至危及患者的生命安全^[1]。早期介入治疗是目前临床处理 AF 伴 UAP 的重要手段, 同时为预防术后血栓形成及血管不良事件发生, 积极予以抗凝、抗血小板凝集等处理也非常必要^[2]。替格瑞洛、达比加群酯分属于强效抗血小板药物及抗凝药物, 二者有较好的抗凝、抗血小板凝集作用, 且用药后出血风险低于华法林^[3]。本研究以 72 例老年 AF 伴 UAP 患者为例, 就上述两药的联用价值做了相关探讨和比较, 具体示下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2020 年 1 月-2021 年 7 月收入我院的老年 AF 伴 UAP 患者 72 例, 按照随机数表法将其划为两组, 每组 36 例。对照组男 20 例, 女 16 例, 年龄 60~83 (67.38±4.52) 岁; 包括 13 例伴高血压, 10 例伴糖尿病, 12 例有冠心病家族史。观察组男 22 例, 女 14 例, 年龄 60~81 (67.52±4.76) 岁; 包括 15 例伴高血压, 9 例伴糖尿病, 10 例有冠心病家族史。两组间基线资料分析显示 $P>0.05$, 具有可比性。本研究已通过院内伦理委员会的审批 (审批号为 2019-11)。

1.2 入选标准

1.2.1 纳入标准 ①符合《老年人非瓣膜性心房颤动诊治中国专家建议 (2016)》^[4]、《高龄老年冠心病诊治中国专家共识》^[5]中的判定依据; ②年龄≥60 岁; ③AF 血栓危险程度 (Congestive Heart Failure, Hypertension, Age>75 Years Old, Diabetes Mellitus, Prior Stroke and Transient Ischemia Attack, CHA₂DS₂-VASc) 评分≥2 分; ④具备一定交流及沟通能力; ⑤对研究知情, 且已入组协议。

1.2.2 排除标准 ①伴其他内科重症、严重肝肾功能不全及恶性肿瘤者; ②合并精神疾病或认知障碍者; ③预估存活期不足 3 个月者; ④半年内有出血性疾病史者; ⑤存在研究药物使用禁忌或既往有过敏史者。

1.3 方法 两组均接受常规对症处理, 包括调脂降脂、扩张支气管以及保护血管等措施。

1.3.1 对照组 予以华法林 (齐鲁制药有限公司, 国药准字: H37021314) + 替格瑞洛 (阿斯利康制药有限公司, 国药准字: J20130020) 治疗, 华法林起始量 3mg/次, 每周给予国际标准化比值检查 1 次, 结合其目标值 2.0~3.0, 按照每次增加 0.75mg 的量调整华法林剂量, 最后维持稳定剂量, 1 次/d; 替格瑞洛口服 90mg/次, 2 次/d, 持续 12 个月。

1.3.2 观察组 予以达比加群酯 (勃林格殷格翰制药有限公司, 国药准

字: J20130065) + 替格瑞洛治疗, 其中替格瑞洛用法用量同对照组, 达比加群酯口服 110mg/次, 2 次/d, 持续 12 个月。

1.4 观察指标 ①临床疗效^[4-5]: 对心房颤动、心绞痛症状基本消失或发作频次及时间减少≥80%者, 记为显效; 对心房颤动及心绞痛症状有所好转, 发作频次及时间减少 50%~79%者, 记为有效; 对治疗后心房颤动、心绞痛症状无变化, 发作频次及时间减少<50%, 甚至加重者, 记为无效。总有效率=(显效+有效)患者占比。②血浆肌钙蛋白 I (Troponin I, cTnI): 在治疗前及治疗后 3、12 个月, 采集患者的空腹晨血 3mL, 离心 (转速 3000r/min, 半径 10cm) 处理 15min 后提取上清液, 按照酶联免疫法测定血浆 cTnI 的水平, 试剂盒由上海森雄科技公司提供。③凝血功能指标: 在治疗前及治疗后 3、12 个月采集患者空腹晨血 4mL, 经枸橼酸钠抗凝后置于 4℃以下静置 1h, 制成血浆, 通过 DiagnosticaStago 公司生产的血凝仪 (型号: STA-R Evolution) 测定患者的血浆活化部分凝血酶时间 (Activated Partial Thrombin Time, APTT)、凝血酶原时间 (Prothrombin Time, PT) 以及凝血酶时间 (Thrombin Time, TT)。④血管不良事件: 包括缺血性脑卒中、心肌梗死及短暂性脑缺血发作 (Transient ischemic attack, TIA) 等。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 24.0 版本软件分析, 对计数资料做卡方检验, 对计量资料做 t 检验, 完成后符合正态分布的计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料以率表示, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床药效评估结果 观察组结束疗程用药后的总有效率为 86.11%, 高于对照组的 63.89%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1:

表 1 两组临床药效评估结果[n (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
观察组 (n=36)	20 (55.56)	11 (30.56)	5 (13.89)	31 (86.11)
对照组 (n=36)	15 (41.67)	8 (22.22)	13 (36.11)	23 (63.89)
χ^2				4.740
P				0.029

2.2 两组治疗前后 cTnI 水平测定结果 两组治疗前 cTnI 水平较接近, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后 3、12 个月, 观察组 cTnI 水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2:

表 2 两组治疗前后 cTnI 水平测定结果 ($\bar{x} \pm s$, ug/L)

组别	治疗前	治疗后 3 个月	治疗后 12 个月
----	-----	----------	-----------

观察组 (n=36)	31.08±6.16	22.79±4.52	19.31±4.77
对照组 (n=36)	29.47±8.05	25.13±4.97	15.70±5.14
t	0.952	2.089	3.088
P	0.343	0.040	0.002

表 3 两组治疗前后凝血功能指标测定结果 ($\bar{x} \pm s$, s)

组别	时间	PT	APTT	TT
观察组 (n=36)	治疗前	12.13±1.18	28.92±3.54	20.39±3.48
	治疗后 3 个月	16.47±2.85	53.14±4.38	68.35±6.22
	治疗后 12 个月	17.32±3.09	54.07±4.35	56.12±5.08
对照组 (n=36)	治疗前	11.79±1.02	28.33±3.41	21.02±4.12
	治疗后 3 个月	29.47±6.13	56.58±6.02	75.35±7.28
	治疗后 12 个月	32.48±8.27	57.11±5.29	79.31±8.36
组间治疗前 t/P		1.307/0.195	0.720/0.473	0.700/0.485
组间治疗后 3 个月 t/P		11.538/0.000	2.772/0.007	4.386/0.000
组间治疗后 12 个月 t/P		10.303/0.000	2.663/0.009	14.223/0.000

2.4 两组血管不良事件发生情况 观察组与对照组发生血管不良事件的患者总占比分别为 2.78%和 8.33%，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 4:

表 4 两组血管不良事件发生情况[n (%)]

组别	TIA	缺血性脑卒中	心肌梗死	发生总占比
观察组 (n=36)	1 (2.78)	0 (0)	0 (0)	1 (2.78)
对照组 (n=36)	0 (0)	2 (5.56)	1 (2.78)	3 (8.33)
χ^2				0.264
P				0.606

3 讨论

血栓栓塞是 AF 伴 UAP 患者致残、病死的主要原因。资料显示,非瓣膜病性 AF 患者罹患缺血性脑卒中等血栓栓塞疾病的风险远高于窦性心律,约是后者的 4~5 倍^[6]。同时血栓的形成与 UAP 的发生、发展也关系紧密^[7]。因此重视对 AF 伴 UAP 患者血栓栓塞的预防特别重要。抗凝、抗血小板治疗能够有效降低血栓栓塞的发生风险,但是老年 AF 伴 UAP 患者的病情较特殊,其普遍存在身体重要脏器功能减退、合并基础疾病较多等问题,治疗期间相对容易引发出血事件,对于双抗治疗方案的选择需要格外慎重。研究表明,华法林联合替格瑞洛治疗有较高的安全性,能够使患者在抗栓治疗中获益^[8]。但华法林的治疗窗较窄,用药后需密切监测国际标准化比值,整体用药效果并不够理想^[9]。

达比加群酯是近年新研制成的一种口服型抗凝药物,用药后可在较短时间内转化为达比加群,并有选择地与凝血酶特异结合位点产生作用,抑制纤维蛋白原降解,进而达到抗血栓形成的效果。相关研究表明,达比加群酯治疗能够有效减少缺血性卒中的发生,用于非瓣膜 AF 的抗凝治疗效果优于华法林^[10]。本研究结果显示,观察组结束疗程用药后的总有效率高于对照组 ($P<0.05$),治疗后 3、12 个月的血清 cTnI 水平以及凝血功能指标 (TT、APTT 及 PT) 测定值均低于对照组 ($P<0.05$),而两组间血管不良事件发生率比较则无显著性差异;提示与华法林+替格瑞洛方案相比,达比加群酯+替格瑞洛方案虽然在减少血管不良事件发生方面无明显优势,但能够更好地控制患者的病情症状,改善凝血功能,减轻心肌损伤。这与许承志等^[11]人以及刘雅楠等^[12]人观点均存在较大相似度。分析其原因,可能与达比加群酯具有更强效的抗栓作用有关,作为一种直接凝血酶抑制剂,其既可有效减轻血管阻力,改善局部血氧供应状态,避免器官组织因长时间血氧供应障碍而产生一系列应激反应;又可修复受损组织,防

2.3 两组治疗前后凝血功能指标测定结果 治疗前,两组的凝血功能指标 (TT、APTT 及 PT) 测定值比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);治疗后 3、12 个月,观察组该 3 项凝血功能指标测定值均低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3:

止再灌注加重心肌损伤,影响血管内血流流通;另外,替格瑞洛是一种无需经肝酶激活即可与 P2Y₁₂ 受体产生作用的抗血小板药物,同样具有较好的抗血栓能力,与达比加群酯联用,二者作用机制不同,也可起到更好的卒中及全身栓塞预防效果。

综上所述,达比加群酯联合替格瑞洛用于老年 AF 伴 UAP 患者的治疗,对提升用药效果、减轻心肌损伤、预防血栓形成等均有显著作用,且与华法林相比无需调整剂量及反复监测,整体用药效果更理想,值得推荐。

参考文献:

[1]杜秋红. 达比加群酯在非瓣膜性房颤合并不稳定型心绞痛患者中的疗效观察[J]. 中国现代药物应用,2021,15 (18): 116-118.

[2]陈玉波. 胺碘酮联合美托洛尔对不稳定型心绞痛伴快速心房颤动的疗效观察[J]. 中国医药指南,2020,18 (33): 38-39.

[3]丁庆刚,周铁仁,王维佳,等. 达比加群酯联合替格瑞洛治疗急性脑梗死并深静脉血栓临床观察[J]. 中国药业,2020,29 (20): 81-83.

[4]《老年人心房颤动诊治中国专家建议》写作组,中华医学会老年医学分会,中华老年医学杂志编辑委员会. 老年人非瓣膜性心房颤动诊治中国专家建议 (2016) [J]. 中华老年医学杂志,2016,35 (9): 915-928.

[5]中华医学会老年医学分会. 高龄老年冠心病诊治中国专家共识[J]. 中华老年医学杂志,2016,35 (7): 683-691.

[6]梁祥文,李平,甘剑挺,等. 利伐沙班治疗心房颤动合并稳定性心绞痛患者的临床效果及对凝血功能的影响[J]. 首都食品与医药,2021,28 (9): 84-85.

[7]王洪良. 小剂量达比加群酯对高龄心房颤动患者肾功能的影响[J]. 医学理论与实践,2021,34 (17): 2971-2973.

[8]陈小设,欧慰英,刘宏飞. 老年不稳定型心绞痛合并房颤患者抗栓治疗的临床观察[J]. 中国医药科学,2018,8 (17): 251-253.

[9]孙小强,李姮,张香玲,等. 达比加群酯联合替格瑞洛对老年心房颤动合并不稳定型心绞痛患者的有效性及安全性研究[J]. 中国全科医学,2018,21 (31): 3841-3845.

[10]黄富文,林伟明. 达比加群酯与华法林治疗非瓣膜性心房颤动患者对血管内皮功能及凝血功能的影响[J]. 中国处方药,2021,19 (2): 104-105.

[11]许承志,崔惠康,邓涛,等. 达比加群酯联合替格瑞洛片治疗老年心房颤动合并不稳定型心绞痛患者的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志,2022,38 (9): 891-894,923.

[12]刘雅楠,李国杰. 达比加群酯联合替格瑞洛对老年心房颤动合并不稳定型心绞痛患者的治疗效果[J]. 中国实用医药,2021,16 (6): 10-12.

术前访视及心理护理对手术室患者的护理效果

葛爱菊¹ 侯延波² 赵婧婧³

1 昌邑市人民医院手术室 山东潍坊 261300; 2 昌邑市人民医院门诊部 山东潍坊 261300;

3 昌邑市人民医院妇科 山东潍坊 261300

摘要:目的:探究手术室患者应用术前访视及心理护理的效果。方法:选取2020年12月-2021年12月在我院行手术治疗的120位女性患者作为本次的研究对象。随机分成研究组与常规组两组,每组各60位患者。常规组的患者采取常规护理,研究组的患者采取术前访视及心理护理。比较研究组与常规组患者的焦虑评分,抑郁评分,生活质量评分,血压情况心率情况以及护理满意度。结果:两组患者的焦虑与抑郁评分在术前1d没有统计学意义($P>0.05$),麻醉前,两组的焦虑与抑郁评分均比术前有所改善,并且研究组患者的焦虑与抑郁评分比常规组降低更多,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者的舒张压,收缩压以及心率在术前1d没有统计学意义($P>0.05$),麻醉前,研究组患者的舒张压,收缩压以及心率均比常规组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。术前两组生活质量评分无差异, $P>0.05$ 不具有统计学意义,而在术后,两组患者的生活质量评分均有所提高,并且研究组患者的认知功能,躯体功能,社会功能以及角色功能评分显著高于常规组患者,且 $P<0.05$ 差异有统计学意义。研究组患者的护理满意度为95.00%,明显的要比常规组的76.67%高,有统计学意义($P<0.05$)。结论:对手术室患者采取术前访视及心理护理进行干预,能够有效的缓解患者的抑郁与焦虑情绪,并且对于患者的血压以及心率的能够起到稳定的作用,进而能够提高患者的生活质量以及护理满意度,该方法值得广泛的应用。

关键词:术前访视;手术室;心率;血压;生活质量;心理护理

采取手术治疗通常会对患者造成一定的创伤,所以,在开始手术之前,患者通常都会有紧张,恐惧,焦虑等不良情绪产生,这可能会造成应激反应的发生^[1]。有相关研究表明^[2],女性比男性更容易出现神经过度紧张,敏感,激素紊乱等反应,所以对于手术室护理有着更高的要求。以前的手术室常规护理其内容较为单一,术前没有重视患者的心理状态,对于患者手术与术后恢复都是会有影响的^[3]。有相关学者指出^[4],在手术室患者护理中,应用术前访视及心理护理的方式,能够对患者的不良情绪进行缓解,并且还能够缓解患者的血压与心率,从而使得患者开展手术更加顺利,并且还能对患者的预后显著改善。本篇文章选取2020年12月-2021年12月在我院行手术治疗的120位女性患者作为本次的研究对象。随机分成研究组与常规组两组,每组各60位患者,来对常规护理和术前访视及心理护理两种方式进行对比,现结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年12月-2021年12月在我院行手术治疗的120位女性患者作为本次的研究对象。随机分成研究组与常规组两组,每组各60位患者。其中常规组患者的年龄在24-73岁之间,平均为(46.64±7.45)岁。小学文化水平的有12位,初中文化水平的有31位,高中及以上文化水平的有17位。研究组患者的年龄在25-72岁之间,平均为(46.72±4.53)岁。小学文化水平的有11位,初中文化水平的有30位,高中及以上文化水平的有19位。纳入标准:①进行手术治疗的患者。②认知情绪,交流无障碍的患者。排除标准:①严重心肝肾疾病的患者。②依从性差的患者。两组患者的一般资料没有统计学意义($P>0.05$),所有的患者均签有知情同意书,本次研究能够得以进行,是经过医学伦理委员会审批通过的。

1.2 方法

常规组的患者采取常规护理,对患者的基本情况要详细了解,并为家属与患者讲解手术的注意事项,过程,相关知识以及术后饮食等^[5]。对患者各项检查进行核实,并采取常规术前宣教,告知患者一些成功的案例,以此让患者心情放松,增加治疗的信心^[6]。术中进行常规的鼓励,术后对患者的体征以及病情进行密切的监测,如果有异常情况,要及时的进行报告^[7]。

研究组的患者采取术前访视及心理护理,具体实施如下:①术前访视:在术前1d手术室护士开展讨论会,对患者的资料,病例,包括心理状态,手术史,过敏史以及检查结果进行详细的了解,结束讨论之后,对患者进行访视,利用照片,视频等来为患者介绍手术室的环境,手术过程与方法等,从而对患者的不良情绪进行减轻^[8]。根据不同的患者年龄,学历等特点,对手术中的重要事项通过科普化,生活化的语言进行介绍,而对那些

比较固化,很难理解的内容,护理人员通过亲自示范来进行讲解,从而能够让患者更加熟练的理解并掌握。②心理护理:在开始手术前,要对患者进行术前心理干预,对于患者抑郁,焦虑以及恐惧等不良情绪发生的原因要明确,从患者的需求以及心理情况入手,对其进行心理疏导。为患者介绍手术的相关流程,并告知患者可能出现的一些情况以及相应解决措施,以此来对手术的效果进行突显,这样患者能够提前了解到手术之后可能会出现疼痛感,不适感等,能够提前做好准备,从而对于手术的恐惧感能够很大程度的降低^[13]。在完成手术之后,要及时的把手术效果告知给患者,以此让其担忧的心理放松下来。在麻醉效果过后,对患者早期锻炼进行指导,多鼓励其根据自身情况下床进行活动,对于患者的负性情绪要最大程度的进行减轻,以免影响术后的康复效果。

1.3 观察指标

比较研究组与常规组患者的焦虑评分,抑郁评分,生活质量评分,血压情况心率情况以及护理满意度。采取焦虑(SAS)与抑郁(SDS)自评量表来对患者的心理情况进行评价,分值越高表示焦虑和抑郁情况越严重。采取SF-36量表对患者的生活质量进行评估,满分为100,分数越高说明生活质量越好。采取我院自制量表来对患者满意度进行调查,主要分为非常满意,一般满意以及不满意三个级别,满意度=(非常满意例数+一般满意例数)/总例数*100.00%。

1.4 统计方法

对于数据情况采用统计学软件进行分析,计量资料使用均数±标准差表示,并进行t检验,计数资料使用百分比%表示,并进行 χ^2 检验, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较研究组与常规组患者的焦虑与抑郁评分

两组患者的焦虑与抑郁评分在术前1d没有统计学意义($P>0.05$),麻醉前,两组的焦虑与抑郁评分均比术前有所改善,并且研究组患者的焦虑与抑郁评分比常规组降低更多,差异有统计学意义($P<0.05$),如下表1所示。

表1 对比研究组与常规组患者的焦虑与抑郁评分[($\bar{x} \pm s$),分]

组别	例数	焦虑评分		抑郁评分	
		术前1d	麻醉前	术前1d	麻醉前
研究组	60	62.97±7.45	50.65±4.76*	63.67±5.68	42.87±3.12*
常规组	60	62.67±7.76	53.32±2.43*	62.65±4.62	50.43±5.43*
t		0.216	3.870	1.079	9.351

p	0.829	0.000	0.283	0.000
---	-------	-------	-------	-------

注：与同组术前对比，* $P < 0.05$ 。

2.2 比较两组患者的血压与心率情况

表 2 对比两组患者的血压与心率情况($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	舒张压 (mmHg)		收缩压 (mmHg)		心率 (次/min)	
		术前 1d	麻醉前	术前 1d	麻醉前	术前 1d	麻醉前
研究组	60	74.37 $\pm$ 11.53	75.31 $\pm$ 7.26	119.23 $\pm$ 7.04	124.52 $\pm$ 14.33	74.23 $\pm$ 6.52	87.47 $\pm$ 8.42
常规组	60	74.57 $\pm$ 11.26	79.53 $\pm$ 9.32	119.07 $\pm$ 7.02	141.49 $\pm$ 17.54	75.36 $\pm$ 6.48	116.48 $\pm$ 11.31
t		0.096	2.767	0.125	5.804	0.952	15.937
p		0.924	0.007	0.901	0.000	0.343	0.000

2.3 比较两组患者的生活质量评分

术前两组生活质量评分无差异， $P > 0.05$ 不具有统计学意义，而在术后，两组患者的生活质量评分均有所提高，并且研究组患者的认知功能，躯体

两组患者的舒张压，收缩压以及心率在术前 1d 没有统计学意义 ($P > 0.05$)，麻醉前，研究组患者的舒张压，收缩压以及心率均比常规组低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，如下表 2 所示。

功能，社会功能以及角色功能评分显著高于常规组患者，且 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。如下表 3 所示。

表 3 对比两组患者的生活质量评分($\bar{x} \pm s$)，分

组别	例数	角色功能		社会功能		躯体功能		认知功能	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
研究组	60	53.11 $\pm$ 5.95	86.22 $\pm$ 6.87*	57.85 $\pm$ 6.04	85.47 $\pm$ 6.07*	57.17 $\pm$ 5.04	87.25 $\pm$ 4.57*	63.92 $\pm$ 6.04	86.74 $\pm$ 6.37*
常规组	60	52.44 $\pm$ 5.88	77.35 $\pm$ 6.04*	57.10 $\pm$ 5.31	74.87 $\pm$ 5.93*	56.23 $\pm$ 5.57	77.20 $\pm$ 5.84*	64.57 $\pm$ 5.00	75.91 $\pm$ 6.99*
t		0.620	7.511	0.722	9.676	0.969	10.498	0.642	8.870
P		0.536	0.000	0.471	0.000	0.334	0.000	0.522	0.000

注：与同组术前对比，* $P < 0.05$ 。

2.4 比较研究组与常规组患者的护理满意度

研究组患者的护理满意度为 95.00%，明显的要比常规组的 76.67% 高，有统计学意义 ($P < 0.05$)，如下表 4 所示。

表 4 对比研究组与常规组患者的护理满意度[n(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意度
研究组	60	39(65.00)	18(30.00)	3(5.00)	57(95.00)
常规组	60	25(41.67)	21(35.00)	14(23.33)	46(76.67)
χ^2					8.292
p					0.004

3 讨论

在临床治疗中，手术这种方式不可或缺，但手术也会为患者带来创伤，从而使得患者发生应激反应，比如，担心，紧张，抑郁，焦虑等。焦虑可以改变患者的神经内分泌系统，激活肾素-血管紧张素-醛固酮系统，从而加快患者的心率，升高血压。有相关研究表明，手术室患者的心理情况与手术的耐受性和效果有着很大的关系，患者的心理情况良好，积极配合治疗，能够对手术的治疗效果以及恢复情况有效的进行提高。在手术室患者护理中，对患者术前的心理状态怎样进行改善，才能使其主动的积极的配合手术才是最主要的问题。通过术前访视能够加强护患间的交流以及两者之间的信任，从而在术前对患者的不良情绪进行缓解，对手术室护士来讲，在术前访视能够对患者的心理，生理以及特征进行了解，从而针对性的实施护理，以此来对手术效果进行提升。通过心理护理能够使得患者心理负担减轻，保持心情愉悦，释放负性情况，积极的接受手术治疗，从而对完成手术是非常有利的。

本次研究结果显示，两组患者的焦虑与抑郁评分在术前 1d 没有统计学意义 ($P > 0.05$)，麻醉前，两组的焦虑与抑郁评分均比术前有所改善，并且研究组患者的焦虑与抑郁评分比常规组降低更多，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此能够看出，在手术室患者中，采取术前访视及心理护理进行干预，能够显著的改善患者的不良情绪。两组患者的舒张压，收缩压以及心率在术前 1d 没有统计学意义 ($P > 0.05$)，麻醉前，研究组患者的舒张压，收缩压以及心率均比常规组低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此可以看出，研究组采取的护理方式有着明显稳定血压与心率的效果。术前 1d 两组生活质量评分无差异， $P > 0.05$ 不具有统计学意义，而在麻醉前，

两组患者的生活质量评分均有所提高，并且研究组患者的认知功能，躯体功能，社会功能以及角色功能评分显著高于常规组患者，且 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。研究组患者的护理满意度为 95.00%，明显的要比常规组的 76.67% 高，有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述，对手术室患者采取术前访视及心理护理进行干预，能够有效的缓解患者的抑郁与焦虑情绪，并且对于患者的血压以及心率的能够起到稳定的作用，进而能够提高患者的生活质量以及护理满意度，该方法值得广泛的应用。

参考文献:

- [1] Suk C M, Jong-Woan K, Joon-Yong J, et al. Analysis of pre- and intraoperative clinical for successful operating room extubation after living donor liver transplantation: a retrospective observational cohort study[J]. BMC anesthesiology, 2019, 19 (1): 112.
- [2] Peng Y N, Liu C Y, Zhang H, et al. Psychological health of nurses in operating room participating in organ donation and intervention effect[J]. Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi = Zhonghua laodong weisheng zhiyebing zazhi = Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases, 2020, 38 (4): 271-274.
- [3] 钟素琼. 心理护理干预在急性阑尾炎患者手术室护理的应用效果及对患者不良心理的改善分析[J]. 包头医学院学报, 2021, 37 (07): 79-83.
- [4] 郑海霞, 李海鑫, 郑玲玲, 王晓峰, 周磊, 王紫寒, 林玲. 手术室护士手绘漫画图在手术患儿术前访视中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2020, 17 (18): 141-143.
- [5] 赵香玲, 苗义芹. 心理联合互动宣教式访视对老年白内障患者心理状态及睡眠质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (23): 4262-4266.
- [6] 倪蕊, 张伟英, 汤丹青, 康诗卉, 王珏, 丁佳骏. 手术进程查询系统缓解手术患者家属心理焦虑的效果[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27 (33): 4580-4583.
- [7] 夏岩, 丛俊秀. 手术室优质护理对甲状腺手术患者心理状态及护理满意度的改善作用[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (29): 187-188.
- [8] 熊艳, 谢利莎, 袁媛. 妇科肿瘤手术患者实施术前访视护理对其心理状况及生理应激与满意度的影响[J]. 当代医学, 2018, 24 (26): 122-123.

骨转移瘤放射和 CT 诊断临床价值分析

何俊辉

复旦大学附属肿瘤医院 上海 201318

摘要：目的：分析放射与 CT 诊断骨转移瘤的临床价值。方法：将骨转移瘤患者确定为本次研究样本，时间限定在 2021 年 3 月至 2022 年 5 月，均在本院中选择，依照双盲法将 82 例患者分成两组，予以放射诊断的为对照组 41 例，予以 CT 诊断的为研究组，进行两组检出率的评比。结果：在组间进行骨转移瘤检出率的比较上，研究组与对照组的差异显著，且 $P<0.05$ 。结论：相较于放射诊断，CT 诊断骨转移瘤的临床价值更高，可将更为准确可靠的依据提供给临床诊治，适合全面性推广于临床。

关键词：放射诊断；CT 诊断；骨转移瘤

所谓的骨转移瘤，其是指在身体其他部位出现的原发肿瘤，以恶性肿瘤为主，肿瘤不仅会在骨骼处转移，且会继续生长于骨内，并逐渐形成肿瘤。由于原发肿瘤在位置上具有一定的隐匿性，所以很容易误诊或漏诊。癌症骨转移在临床中十分常见，其不仅会增加患者的身心痛苦，还会导致骨折、骨髓衰竭、脊髓压迫等并发症，导致治疗难度极大的增加。临床目前尚未寻找到可以根治骨转移瘤的方法，但如果进行诊断过程中将骨转移瘤误诊成为转移性骨肿瘤，并按照这一病症进行治疗，则会直接对临床疗效和预后产生影响，所以需要正确、合理的选择骨转移瘤的诊断方式^[1]。本文将骨转移瘤患者确定为本次研究样本，具体展开以下报告：

1 资料与方法

1.1 一般资料

2021.3-2022.5 的时间内收集整理病例，82 例研究样本均为骨转移瘤患者，由本院提供，双盲法作为依据分组，对照组 41 例患者的男/女=25/16；46-79 岁为年龄跨度，均值则为（63.8±2.6）岁；2-11 年为病程跨度，均值则为（6.4±1.5）年；研究组 41 例患者的男/女=24/17；47-80 岁为年龄跨度，均值则为（63.7±2.5）岁；2-10 年为病程跨度，均值则为（6.3±1.6）年。对比临床资料上的不同，可用 $P>0.05$ 进行表示，可作均衡性比较。

1.2 方法

对照组以放射 X 线诊断方式为主，由 GMM 公司负责提供 DR X 射线，首先予以定位，再进行扫描，设置层厚、层距的标准为 10mm。

研究组以 CT 诊断方式为主，选择的仪器为飞利浦 64 排 128 层螺旋 CT 机，先定位，明确具体需要扫描的部位后再给予处理，发现病变部位后，扫描两个相邻脊椎，设置定位层厚、层距标准为 10mm，同步观察骨窗。

1.3 观察指标

记录两组骨转移瘤类型，主要包括溶骨性、成骨型、混合型，并在组间进行检出率的比较。

1.4 统计学评析

经由 SPSS25.0 版本的统计学软件处理所得到的相关数据，[%]用来表达计数资料，并在相比上运用 χ^2 值检验，P 值不足 0.05 用来说明存在统计学意义。

2 结果

研究组 41 例患者的骨转移瘤检出率要显著高于对照组 41 例患者的骨转移瘤检出率，两组在统计学差异上的表示用 $P<0.05$ ，详见下表。

表 1 两组对比检出率的差异[n（%）]

组别	溶骨型	成骨型	混合型	检出率
对照组 (n=41)	16 (39.02)	14 (34.15)	5 (12.19)	35 (85.37)
研究组 (n=41)	18 (43.90)	15 (36.59)	8 (19.51)	41 (100.00)
χ^2				6.4737
P				0.0109

3 讨论

骨转移瘤是原发性恶性肿瘤在血液循环的作用下向骨组织内部进入并形成肿瘤的一种病症。实际上，所有肿瘤都存在骨转移的可能性，其会直接威胁广大患者的生命安全^[2]。X 线、CT 等是临床常用的骨转移瘤诊断方法，通过对患者临床症状表现进行早期发现，同时尽快采取积极对症的治疗，可防止病情持续发展和不断加重，使患者生存质量、生命安全得到保障^[3]。

X 线技术主要通过 X 线所具有的摄影、荧光效果和穿透性等照射出不同密度、厚度的人体组织，以明暗程度作为依据予以判断。其是临床当前常用于诊断骨科疾病的方法，具有操作简单方便的优势，但特异度并不高^[4]。CT 技术主要通过电子计算机断层扫描技术的方式，利用探测器中的超声波、 γ 射线、X 线束等多次断面扫描人体某个位置，并对血流状态、生理变化进行观察。CT 图像的组成主要是灰度差异性像素矩阵排列，在医学技术飞速发展的当前，CT 技术逐渐运用于骨转移瘤的临床诊断工作中。

CT 技术比 X 线技术具有更快的扫描速度和更高的图像质量，同时具有更好的清晰度。通过 CT 技术可全面观察骨转移瘤的软组织、骨质转化等情况，将软组织窗、骨窗的作用充分发挥出来，促进临床诊断骨转移瘤敏感度的提升。如果临床应用 CT 扫描进行诊断工作难以取得理想的效果，可以对目标位置进行三维重建处理，使智能化检查的功效得到更好的发挥，从而对各病灶位置、状态进行清晰观察，确定病灶具体的累及情况、骨质破坏情况等，掌握病程发展情况，为临床医师制定和优化治疗方案提供参考，保障临床治疗效果，促进生活质量的改善。除此以外，CT 诊断通过合理化应用窗口技术，可以清楚显示软组织异常与肿瘤骨质改变等各微小细节，特异性强，敏感性高^[5]。尽管整体而言，CT 诊断比放射诊断更适合骨转移瘤患者，但如果确定骨组织有病变存在，则应该优先选择放射诊断。临床方面应以患者具体病情作为依据对适宜的诊断方法进行选择，以切实提高检出率，控制误诊率。

根据本次试验结果，研究组与对照组进行骨转移瘤检出率的比较时，两组的差异可用 $P<0.05$ 来表示。从而表明，相较于放射诊断，CT 诊断骨转移瘤的临床价值更高，可将更为准确可靠的依据提供给临床诊治，适合全面性推广于临床。

参考文献：

- [1]黄亚,刁星飞. CT 在脊柱转移瘤诊断及鉴别诊断中的价值观察[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2022,20 (4): 186-188.
- [2]李森. 骨转移瘤放射和 CT 诊断临床价值分析[J]. 数理医药学杂志,2021,34 (2): 174-176.
- [3]张皎. 骨转移瘤放射和 CT 诊断临床价值分析[J]. 东方药膳,2020 (5): 88.
- [4]吴哲. 分析骨转移瘤放射和 CT 诊断临床价值[J]. 医药界,2020(5): 0130.
- [5]王毅. SPECT/CT 融合图像对骨转移瘤的诊断价值分析[J]. 中国医疗器械信息,2020,26 (6): 155-156.

乙型肝炎患者的血清免疫球蛋白水平临床检验效果观察

李琪

广元市精神卫生中心 四川广元 628000

摘要：目的：观察乙型肝炎临床检验中血清免疫球蛋白水平的应用价值。方法：2021 年 7 月-2022 年 3 月作为纳入观察样本的时间，设定在本院接受恩替卡韦治疗的 80 例乙型肝炎患者为研究组，设定 80 例在本院进行健康体检者为对照组，测定两组血清免疫球蛋白水平，组间进行检验结果的比较。结果：（1）两组相比：研究组的 IgA、IgM、IgG 更低于对照组，并且数据具有明显差异， $P<0.05$ ；（2）病情好转者与病情恶化者相比：IgA、IgM、IgG 三项均存在统计学意义， $P<0.05$ 。结论：通过血清免疫球蛋白的临床检验能够准确诊断乙型肝炎，并为治疗方案的制定提供参考和借鉴，准确评估预后，具有在临床中积极推广的价值。

关键词：临床检验；血清免疫球蛋白；乙型肝炎

乙型肝炎作为常见于临床的一种传染性疾病，其患病数量在近年来表现出明显增加的趋势。如果不能对乙型肝炎进行及时性的诊断和治疗，则会对肝功能造成持续性伤害，其不仅会对患者生命安全构成威胁，还会极大的增加社会与家庭负担。通过临床研究可知，人体黏膜组织中血清免疫球蛋白呈现广泛分布的状态，通过对血清免疫球蛋白水平进行检测可对肝功能相关指标变化进行反映，从而帮助临床对乙型肝炎作出准确诊断^[1]。本文选择同一时间前来我院接受治疗、健康体检者各 80 例展开血清免疫球蛋白检测情况的比较，现展开如下汇报：

1 资料与方法

1.1 一般资料

所有观察样本均在 2021 年 7 月-2022 年 3 月时间范围内选择，80 例接受替比夫定片治疗的乙型肝炎患者以研究组命名，47 例为男患者，33 例为女患者；最小年龄 35 岁，最大年龄 67 岁，年龄的平均值为（43.8±5.2）岁；80 例健康体检者以对照组命名，46 例为男性，34 例为女性；最小年龄 36 岁，最大年龄 68 岁，年龄的平均值为（43.6±5.3）岁。组间通过进行基本情况的比较，结果未显示有统计学差异， $P>0.05$ ，可以均衡对比。

1.2 方法

两组受试者均需要检测血清免疫球蛋白，具体分成以下步骤：保持晨起空腹，收集 4ml 静脉血，连续 10min 对血液标本进行 3000r/min 的离心处理，待分离上层血清后，保存在-20℃的环境中。通过型号为贝克曼 AU5800 的全自动生化分析仪检测血清，选择免疫比浊法测定 IgA、IgM、IgG 等血清免疫球蛋白指标。

研究组恩替卡韦的给药方式：口服，1 次予以 0.5mg，1 次/d，连续进行 1 个月的治疗。

1.3 观察指标

记录并进行两组 IgA、IgM、IgG 水平的比较；待研究组完成为其 1 个月的治疗后，评比不同预后，即病情好转、病情恶化患者的 IgA、IgM、IgG 差异所在。

1.4 统计学评析

运用统计软件 SPSS25.0 处理得到的相关数据，计量资料的表示上采用的为（ $\bar{x} \pm s$ ），对比上采用的为 t 检验， $P<0.05$ 即说明有统计学意义存在。

2 结果

2.1 对比两组血清免疫蛋白检验结果的差异

研究组明显要比对照组的 IgA、IgM、IgG 低，且三组的三项均具备统计学意义， P 均 <0.05 ，见表 1 所示。

表 1 对比两组血清免疫蛋白检验结果的差异（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	IgG（g/L）	IgA（g/L）	IgM（g/L）
研究组（n=80）	16.27±0.57	2.77±0.23	2.89±0.22
对照组（n=80）	10.22±0.75	1.77±0.18	1.39±0.17
t	57.4435	30.6246	48.2555
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 对比不同预后血清免疫球蛋白检验结果的差异

病情恶化者相较于病情好转者，IgA、IgM、IgG 高，统计学差异显著， $P<0.05$ ，见表 2 所示。

表 2 对比不同预后血清免疫球蛋白检验结果的差异（ $\bar{x} \pm s$ ）

预后情况	IgG（g/L）	IgA（g/L）	IgM（g/L）
病情好转 (n=45)	11.12±1.34	1.57±0.17	1.49±0.28
病情恶化 (n=35)	18.24±1.27	3.88±0.11	3.25±0.31
t	24.1169	69.7770	26.6114
P	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

乙型肝炎简称乙肝，主要是乙肝病毒感染而导致的病症，以肝组织炎症、坏死等为主要表现。乙肝传染性极强，传播途径包括性接触、母婴传播、血液传播、医源性感染等，临床症状表现缺少特异性，多为黄疸、纳差、乏力等，且往往伴随发热情况。如果不能及时给予患者针对性的抗病毒治疗，则病毒不断扩散的情况下会对肝功能造成损害，并向肝硬化或肝癌发展，进而导致患者的生存周期、生活质量直接降低^[2]。尽早诊断和治疗乙型肝炎，可使患者身心健康得到最大限度的保障，降低死亡率。大量研究证实^[3]，免疫损伤直接关系到乙型肝炎的病情发生、发展，通过检测人体血清免疫球蛋白，可对肝功能进行直接反映，帮助医师对患者病情严重与否作出准确判断，确保制定的治疗方案具有针对性和有效性的特点^[4]。之所以检测血清免疫球蛋白水平即可了解患者的病情，主要是人体出现乙肝病毒感染后，不断破坏肝实质，此时免疫球蛋白水平升高的极为明显，且病情严重程度与其升高幅度成正比关系^[5]。

此次试验中，研究组与对照组的比较上，IgA、IgM、IgG 差异显著， $P<0.05$ ；不同预后的比较上，病情恶化者的 IgA、IgM、IgG 水平较病情好转者高， $P<0.05$ 。从而充分证明，通过血清免疫球蛋白的临床检验能够准确诊断乙型肝炎，并为治疗方案的制定提供参考和借鉴，准确评估预后，具有在临床中积极推广的价值。

参考文献：

[1]陈黛琪,洪浚峰,黄志昂.乙型肝炎诊断中患者实施血清中免疫球蛋白检验的效果观察及 IgA 水平影响分析[J].中国医药科学,2020,10（5）: 180-182.

[2]戴黎明.血清免疫球蛋白在乙型肝炎患者临床检验的应用效果分析[J].健康女性,2021（35）: 243.

[3]周翔,钟政荣.慢性乙型肝炎患者免疫球蛋白检验的效果观察及 IgA、IgM 水平影响分析[J].健康必读,2020（36）: 264.

[4]吴琳乾.分析血清免疫球蛋白在乙型肝炎患者临床检验的应用效果[J].东方药膳,2021（21）: 255-256.

[5]唐寅.分析血清免疫球蛋白在乙型肝炎患者临床检验的应用效果[J].自我保健,2021（20）: 35-36.

运动并呼吸训练应用在慢阻肺康复治疗中的作用分析

马仲柏

云南省中医医院 云南昆明 650000

摘要：目的 分析运动并呼吸训练应用在慢阻肺康复治疗中的作用。方法 选取 2020 年 7 月至 2021 年 7 月间于我院接受治疗的 72 例慢阻肺患者作为分析对象，将其按数字表法随机分为常规组与康复组，每组 36 例。常规组接受基础治疗，康复组在常规组基础上采用运动并呼吸训练康复治疗，对比分析两组研究对象的治疗效果。结果 两组患者治疗前的 FEV₁、FVC 水平无明显差异（ $P>0.05$ ），康复组治疗后的 FEV₁、FVC 水平均优于常规组，差异明显（ $P<0.05$ ）；两组患者治疗前 6MWD 水平无显著差异（ $P>0.05$ ），康复组治疗 7d、14d 后的 6MWD 水平均高于常规组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 在慢阻肺患者的康复治疗中采用运动并呼吸训练的疗效确切，可明显改善病人的肺功能，提高运动耐量，增加康复效果，值得临床推广与应用。

关键词：运动训练；呼吸训练；慢阻肺；康复治疗；作用分析

慢阻肺全称慢性阻塞性肺疾病，是一种以气流阻塞为特征的呼吸道疾病，若未得到有效治疗可引发肺心病、呼吸衰竭等病症。该病具有患病率高、致残率高及病死率高的特点，超过 40 岁群体患病率为 10% 左右。^[1]本次就 2020 年 7 月至 2021 年 7 月间于我院接受治疗的 72 例慢阻肺患者作为分析对象，分析运动并呼吸训练应用在慢阻肺康复治疗中的作用。现分析如下：

1 资料与方法

1.1 病例资料

选取 2020 年 7 月至 2021 年 7 月间于我院接受治疗的 72 例慢阻肺患者作为分析对象，将 92 例患者按数字表法随机分为常规组与康复组，每组 36 例。常规组患者中，男性 19 例，女性 17 例；年龄在 49-78 岁之间，平均年龄为（63.6±9.1）岁；病程为 2-11 年，平均病程为（6.6±3.1）年。康复组患者中，男性 20 例，女性 16 例；年龄在 50-78 岁之间，平均年龄为（63.9±9.3）岁；病程为 3-10 年，平均病程为（6.5±3.2）年。纳入标准：两组患者经肺功能等检查，均符合慢性阻塞性肺疾病特征；研究对象均知晓研究目的并自愿签署知情同意书。排除标准：有精神、语言表达障碍者；有心肾功能不全等对本次研究有影响的重大疾病者；中途退出者；无法配合治疗者。两组研究对象在年龄、性别、病程等基础资料上对比，数据无统计学差异（ $P>0.05$ ），存在可比性。本次研究被我院伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 常规组接受基础治疗措施。避免接触被污染的空气，给予氧疗，可有效预防再复发，同时预防急性加重住院的风险。根据病人的病情选择对症的药物治疗，药物如支气管舒张剂、糖皮质激素、祛痰剂、抗氧化剂及抗感染药物等。^[2]

1.2.2 康复组在常规组基础上采用运动并呼吸训练康复治疗。具体如下：

1.2.2.1 运动训练：可进行有氧运动、阻力运动及伸展运动。有氧运动如太极拳、瑜伽等，太极拳适用于所有患者，其运动强度不大，可锻炼人体的

肌肉骨骼功能，同时能锻炼人体的呼吸功能，一般于晨起时进行。而瑜伽也适用于所有病人，瑜伽运动较为柔和，可锻炼人体关节及肌肉的灵活性，能锻炼人体呼吸，起到塑身作用，但练习瑜伽时需在专人指导下进行；阻力运动是一种对抗阻力的运动，目的是训练人体的肌肉，通常阻力运动有俯卧撑、哑铃以及杠铃等项目。可增加呼吸肌肉的强度，来帮助改善呼吸，通常每周 3 次；伸展运动一般在有氧运动和阻力运动前后进行，常见的拉伸运动如肩胛伸展、上背部伸展、阔背肌伸展等。可以让身体更好的适应运动状态，让剧烈运动后的身体更好的恢复正常状态。提高身体的运动能力，减少伤痛。^[3]

1.2.2.2 呼吸训练：一般是锻炼呼吸肌，如腹式呼吸与缩唇式呼吸锻炼，通过这两个方式进行呼吸肌的锻炼，可以帮助改善症状。腹式呼吸是通过腹部进行深吸和慢呼，每次 10-15 分钟，一天两次；进行缩唇呼吸时，病人应取端坐位，双手扶膝，深呼，深吸，舌尖放于下牙内，舌体弓起，增加呼气阻力，然后嘴唇嘟起来，类似吹口哨状，呼气的频率要缓慢平稳，每次吸气后宜屏气片刻再呼出，每次呼气持续 5 秒左右，在缩唇运动的过程中，呼气的 시간은吸气的 4 倍。每天可锻炼 3-4 次，每次 20 分钟左右。^[4]

1.3 观察指标

对比分析两组研究对象的治疗效果。（1）使用同一台肺功能检测仪检测两组患者治疗前后的 FEV₁、FVC 指标变化情况。（2）测量两组患者治疗前与治疗 7d、14d 后的 6min 步行距离（6MWD）水平，要求研究对象于同一环境下按日常速度行走，计时 6min。

1.4 统计学处理

选用数据软件 SPSS24.0 进行统计分析。计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前的 FEV₁、FVC 水平无明显差异（ $P>0.05$ ），康复组治疗后的 FEV₁、FVC 水平均优于常规组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

如表 1 所示:

表 1 两组患者治疗前后肺功能指标变化情况 (X±s,L)

组别	例数	FVC		FEV ₁	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
康复组	36	1.21±0.33	1.77±0.64	2.49±0.19	2.93±0.27
常规组	36	1.16±0.31	1.42±0.48	2.53±0.21	2.70±0.23
t	-	0.663	2.625	0.847	3.891
P	-	0.510	<0.05	0.40	<0.05

2.2 两组患者治疗前 6MWD 水平无显著差异 (P>0.05), 康复组治疗 7d、14d 后的 6MWD 水平高于常规组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。详情如表 2 所示:

表 2 两组患者治疗前后 6MWD 水平对比 (X±s, m)

组别	例数	治疗前	治疗 7d 后	治疗 14d 后
康复组	36	221.87±31.45	286.24±32.55	339.61±34.96
常规组	36	218.46±29.88	253.77±36.19	291.84±32.81
t	-	0.472	4.002	5.978
P	-	0.639	<0.05	0.000

3 结论

COPD 为临床常见症, 该病以持续气流受限为特征。慢阻肺的病因尚未完全明确, 已知与慢性支气管炎等疾病有关, 诱发因素包括外因与内因。外因如密切接触粉尘相关工作、吸烟、呼吸道疾病、生活条件艰苦等因素; 内因如家族遗传、自身免疫功能差、肺发育不全等因素。慢性阻塞性肺疾病临床表现症状为晨间咳嗽, 夜间阵咳。有白色黏液或浆液性泡沫痰咳出, 痰中带血, 常发于清晨, 发作时有脓性痰, 痰量增多。有气短、呼吸困难等症状, 于过量活动时出现, 症状会缓慢加重。疾病严重时会有喘息和胸闷、疲乏、消瘦、焦虑等症状。其检查方式通常为肺功能检查、胸部 x 线检查、胸部 CT 检查、血气检查等项目。COPD 的治疗方式有多种, 包括稳定期治疗、康复治疗、心理调适、饮食调节、家庭氧疗、药物治疗、急性发作期治疗等。临床多以药物治疗为主, 控制疾病、缓解症状, 如支气管扩张剂、吸入糖皮质激素、祛痰及镇咳祛痰剂、抗氧化剂。急性发作期治疗方式通常为吸氧与用药。慢性阻塞性肺疾病无法完全被治愈, 因患者的肺部的病变为不可逆转的。但若积极使用药物治疗、氧疗, 同时采取肺部康复治疗措施, 即可有效的控制疾病, 改善症状, 提高生活质量, 延长生存期。采取预防措施亦可避免高危因素, 如戒烟、减少空气污染、防治呼吸道感染

染、加强锻炼, 进行呼吸功能及耐寒锻炼等预防措施。在稳定期的治疗中, 最重要的是要预防疾病的急性加重, 而在急性加重的治疗中, 治疗目标是治疗本次疾病的急性加重, 同时预防未来疾病的急性加重。对于慢阻肺的治疗, 可分为两部分, 一部分为药物治疗, 一部分为非药物治疗。非药物治疗是在药物治疗的基础上进行的。通常需根据病人的临床指征来加用这些治疗。但所有的慢阻肺患者, 皆需要进行肺康复治疗。肺康复治疗能帮助患者改善临床症状, 提高生活质量, 于慢阻肺病人而言极为重要。^[5]本文对比分析运动并呼吸训练应用在慢阻肺康复治疗中的作用。

慢阻肺患者可通过适当锻炼来提高肺功能, 慢阻肺主要包括慢性支气管炎与慢性阻塞性肺气肿, 因肺泡的弹性回缩力下降, 肺内残气量增多, 导致出现呼气性呼吸困难。可以通过运动训练, 如瑜伽等有氧运动, 来改善肺功能, 使肺内残气顺利排出。同时还可通过呼吸训练, 如缩唇呼吸、腹式呼吸等方式, 提高肺功能, 延缓慢阻肺的病情进展。慢阻肺患者通过运动并呼吸训练等肺康复治疗方式, 有助于病人提高运动耐量, 提升心肺功能, 增强体质及机体的免疫力, 预防呼吸道感染以及慢阻肺的急性加重。^[6]此次研究结果显示, 两组患者治疗前的 FEV₁、FVC 水平无明显差异 (P>0.05), 康复组治疗后的 FEV₁、FVC 水平均优于常规组, 差异明显 (P<0.05); 两组患者治疗前 6MWD 水平无显著差异 (P>0.05), 康复组治疗 7d、14d 后的 6MWD 水平高于常规组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。说明运动并呼吸训练应用在慢阻肺康复治疗中的作用效果理想, 具有临床应用价值。

综上所述, 在慢阻肺患者的康复治疗中采用运动并呼吸训练的疗效确切, 可明显改善病人的肺功能, 提高运动耐量, 增加康复效果, 值得临床推广与应用。

参考文献:

[1]王学亮,刘爱文. 运动并呼吸训练在慢阻肺康复治疗中的作用分析[J]. 中华养生保健,2021,39 (2): 26-27.

[2]吴大鹏. 运动并呼吸训练在慢阻肺康复治疗中的作用分析[J]. 中国实用医药,2021,16 (3): 148-150.

[3]罗建. 试论运动并呼吸训练在慢阻肺康复治疗中的作用[J]. 饮食保健,2020,7 (31): 108.

[4]文阳章,李英妮. 运动并呼吸训练在慢阻肺康复治疗中的作用[J]. 双足与保健,2018,27 (1): 41-42.

[5]冯玛,龚保源. 肺功能康复训练对慢阻肺患者肺功能、呼吸功能及运动耐力的影响[J]. 中国老年保健医学,2019,17 (5): 28-30.

[6]王智辉,钟志超. 在慢阻肺患者康复治疗中采用运动并呼吸训练的 临床价值研究[J]. 国际医药卫生导报,2018,24 (24): 3757-3759.

作者简介: 马仲柏, 云南寻甸, 回族, 中级, 本科, 主要从事康复治疗工作。

联合熊去氧胆酸治疗胆汁反流性胃炎的疗效研究

代先波

贵州省印江自治县人民医院 贵州印江 555200

摘要：目的：研究联合熊去氧胆酸治疗胆汁反流性胃炎的疗效。方法：从我院随机挑选 2021 年 12 月-2022 年 4 月收治的 82 例胆汁反流性胃炎患者，并分为常规组（n=41）和研究组（n=41），常规组采用抑酸、护胃等相关治疗，研究组在常规组基础上采用雷尼替丁联合熊去氧胆酸治疗。对两组患者症状积分、治疗有效率、上腹痛消失时间、恶心消失时间、食欲改善时间、生活质量进行观察。结果：研究组患者腹痛积分为（0.50±0.10）、腹胀嗝气积分为（0.80±0.10）、恶心呕吐积分为（0.50±0.30）、口干口苦积分为（1.10±0.50），常规组患者腹痛积分为（1.00±0.10）、腹胀嗝气积分为（1.20±0.20）、恶心呕吐积分为（1.10±0.10）、口干口苦积分为（1.90±0.30），研究组患者症状积分情况要明显好于常规组（ $P<0.05$ ）。研究组患者治疗有效率为 97.56%，常规组患者治疗有效率为 85.37%，研究组患者治疗有效率要明显高于常规组（ $P<0.05$ ）。研究组患者上腹胀痛消失时间为（3.05±1.30）d、恶心消失时间为（3.15±0.96）d、食欲改善时间为（3.16±1.27）d，常规组患者上腹胀痛消失时间为（4.85±1.60）d、恶心消失时间为（5.16±1.01）d、食欲改善时间为（4.95±1.78）d，研究组患者上腹胀痛消失时间、恶心消失时间、食欲改善时间均要短于常规组（ $p<0.05$ ）。研究组患者躯体疼痛评分为（95.10±1.96）、生理状态评分为（96.47±1.56）、角色功能评分为（94.36±3.42）、生活幸福感评分为（94.94±2.41），常规组患者躯体疼痛评分为（84.30±2.03）、生理状态评分为（85.96±1.27）、角色功能评分为（84.96±2.63）、生活幸福感评分为（86.47±1.63），研究组患者生活质量要明显高于常规组（ $P<0.05$ ）。结论：在胆汁反流性胃炎治疗中应用联合熊去氧胆酸治疗能够有效改善患者临床症状，改善患者食欲，提升患者生活质量，具有较高治疗有效率，值得临床推广。

关键词：莫沙必利；铝碳酸镁咀嚼片；熊去氧胆酸；联合治疗；胆汁反流性胃炎

在临床中，胆汁反流性胃炎是常见的消化系统疾病，主要是指幽门功能不全或者是在胃大部切除术后，有胆汁酸的十二指肠液反流到胃部，导致胃黏膜充血水肿、呈现萎缩样改变、糜烂等病变。该疾病具有呕吐、恶心、腹痛、腹胀等临床表现，如果不及时采取有效治疗会发展成为萎缩性胃炎，甚至会出现癌变，威胁到患者生命安全^[1]。以往临床治疗该疾病时常用抑酸、护胃等相关治疗，虽然能够在一定程度上改善患者临床症状，但是无法根治疾病。近几年，熊去氧胆酸逐渐应用在胆汁反流性胃炎治疗中，其可以有效保护胃黏膜，把其和莫沙必利和铝碳酸镁咀嚼片治疗方法联合使用，可以有效提升治疗效果^[2]。下文从我院随机挑选 2021 年 12 月-2022 年 4 月收治的 82 例胆汁反流性胃炎患者，对联合熊去氧胆酸治疗胆汁反流性胃炎的疗效进行研究，详细如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从我院随机挑选 2021 年 12 月-2022 年 4 月收治的 82 例胆汁反流性胃炎患者，并分为常规组（n=41）和研究组（n=41）。在常规组中，有 26 例男性患者，15 例女性患者，年龄段在 20-65 岁之间；在研究组中，有 25 例男性患者，16 例女性患者，年龄段在 21-65 岁之间。两组患者一般资料对比无显著差异（ $P>0.05$ ），可比。

1.2 方法

常规组，给予患者抑酸、护胃等相关治疗。静脉输注盐酸雷尼替丁注射液 2ml（河南省神农药业有限公司生产，国药准字 H20043249，规格：50mg*10 支/盒）

研究组，在常规组基础上，联合熊去氧胆酸治疗。口服熊去氧胆酸片（华润三九（北京）药业有限公司，国药准字 H11021647，规格：50mg），每天 1 次，每次 100mg^[3]。

1.3 观察指标

对两组患者症状积分、治疗有效率、上腹痛消失时间、恶心消失时间、食欲改善时间、生活质量进行观察。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行统计学分析。计量的比较采用 t 值检验，计数的比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表存在显著差异。

2 结果

2.1 症状积分情况比较

研究组患者症状积分情况要明显好于常规组（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 两组患者症状积分情况比较 [（ $\bar{x}$ ±s）分]

组别	例数	腹痛	腹胀嗝气	恶心呕吐	口干口苦
研究组	41	0.50±0.10	0.80±0.10	0.50±0.30	1.10±0.50
常规组	41	1.00±0.10	1.20±0.20	1.10±0.10	1.90±0.30
T 值		6.641	6.558	6.968	7.563
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 治疗有效率情况比较

研究组患者治疗有效率为 97.56%，常规组患者治疗有效率为 85.37%，

研究组患者治疗有效率要明显高于常规组 ($P<0.05$), 详见表 2。

表 2 两组患者治疗有效率情况比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
研究组	41	24 (58.54)	16 (39.02)	1 (2.44)	40 (97.56)
常规组	41	13 (31.71)	22 (53.66)	6 (14.63)	35 (85.37)
χ^2					4.681
P 值					<0.05

2.3 上腹胀痛消失时间、恶心消失时间、食欲改善时间情况比较

研究组患者上腹胀痛消失时间、恶心消失时间、食欲改善时间均要短于常规组 ($P<0.05$), 详见表 3。

表 3 两组患者上腹胀痛消失时间、恶心消失时间、食欲改善时间情况比较
[($\bar{x} \pm s$) d]

组别	例数	上腹胀痛消失时间	恶心消失时间	食欲改善时间
研究组	41	3.05±1.30	3.15±0.96	3.16±1.27
常规组	41	4.85±1.60	5.16±1.01	4.95±1.78
T 值		5.636	6.321	4.857
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.4 生活质量情况比较

研究组患者生活质量要明显高于常规组 ($P<0.05$), 详见表 4。

表 4 两组患者生活质量情况比较 [($\bar{x} \pm s$) 分]

组别	例数	躯体疼痛	生理状态	角色功能	生活幸福感
研究组	41	95.10±1.96	96.47±1.56	94.36±3.42	94.94±2.41
常规组	41	84.30±2.03	85.96±1.27	84.96±2.63	86.47±1.63
T 值		4.586	5.032	5.633	4.968
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

临床研究显示, 持续性胆汁反流, 容易导致消化道炎症反应、胃溃疡、活动性炎症反应等, 甚至还会引发胃癌^[4]。因此, 如果患有胆汁反流性胃炎, 需要及早给予有效治疗。在十二指肠反流液中, 胆汁是主要成分, 胆汁中有一般固体成分为胆盐, 胆盐会对组织造成非特异性损伤, 进而导致胆汁反流性胃炎。

现阶段, 临床中抗胆汁损害药物相对较少, 常用的有雷尼替丁。雷尼替丁, 是选择性 H₂ 受体阻断剂, 可以对基础胃酸分泌进行抑制, 可以对夜间胃酸、各种刺激引起的胃酸分泌进行抑制, 进而影响到胃酸、胃蛋白酶活性, 对胃黏膜屏障具有保护作用, 有助于破损黏膜愈合。并且, 该药物以静脉输注的形式使用, 具有吸收快、维持时间长、生物利用度高、不良反应较少等优势^[5]。此外, 在临床中抗胆汁损害药物要有莫沙必利, 该药物是新型胃肠动力药物, 选择性 5-羟色胺 4 受体激动剂, 通过兴奋胃肠

道平滑肌间神经丛节前、节后神经元的 5-羟色胺 4 受体, 进而促进生理性释放乙酰胆碱, 促进胃肠道平滑肌蠕动收缩^[6]。并且, 该药物还可以轻度拮抗 5-羟色胺 3 受体和多巴胺 D 受体, 能够直接作用在胃肠道, 提升胃和十二指肠收缩以及胃十二指肠运动协调性, 特别是胃窦运动功能, 保证反流入胃的胆汁可以快速排入到十二指肠中, 减少有害物质和胃黏膜接触, 进而有效缓解患者临床症状^[7]。在在本文研究中, 常规组采用雷尼替丁胶囊口服治疗, 虽然可以在一定程度上改善患者临床症状, 但是远期效果并不理想, 停药后容易复发。

熊去氧胆酸, 是一种能够在肝脏合成的内源性胆汁酸, 但是其在人体胆汁酸盐中的含量相对较少, 利用熊去氧胆酸片治疗后, 可以抑制胆酸合成, 并且可以促使胆汁中大量熊去氧胆酸排出, 降低脱氧胆酸、石胆酸浓度^[8]。此外, 该药物可以减轻胆酸给胃黏膜带来的损害。把该药物和莫沙必利、铝碳酸镁联合使用, 可以有效提升治疗效果, 改善患者临床症状, 提升患者生活质量。从本次研究结果可以看出, 在胆汁反流性胃炎治疗中利用雷尼替丁联合熊去氧胆酸, 可以有效提升治疗效果。

综上所述, 联合熊去氧胆酸治疗胆汁反流性胃炎可以有效改善患者临床症状, 改善患者食欲, 提升患者生活质量, 治疗有效率较高, 具有较高临床推广价值。

参考文献:

[1]李自显,李丽萍,张振洋.莫沙必利+铝碳酸镁咀嚼片联合熊去氧胆酸治疗胆汁反流性胃炎疗效观察[J].临床心身疾病杂志,2021,27 (05): 125-127+133.

[2]金玉书.熊去氧胆酸联合铝碳酸镁和莫沙必利治疗胆汁反流性胃炎患者的效果[J].中国民康医学,2021,33 (07): 22-24.

[3]谢贞军.熊去氧胆酸联合莫沙必利治疗胆汁反流性胃炎的临床效果[J].临床合理用药杂志,2021,14 (08): 81-82.

[4]金花善.熊去氧胆酸联合莫沙必利和铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎患者的效果[J].中国民康医学,2021,33 (05): 28-30.

[5]王雷.熊去氧胆酸联合铝碳酸镁、莫沙必利治疗胆汁反流性胃炎的临床效果分析[J].中国现代药物应用,2021,15 (01): 99-101.

[6]宋晓慧.铝碳酸镁片联合熊去氧胆酸治疗胆汁反流性胃炎的临床效果观察[J].临床合理用药杂志,2020,13 (34): 84-86.

[7]张静洁,孟宪梅,周怡,等.治疗胆汁反流性胃炎采取熊去氧胆酸、铝碳酸镁联合莫沙必利的可行性评价[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8 (33): 61+65.

[8]宋颖飞,张喜云.熊去氧胆酸联合铝碳酸镁、莫沙必利治疗原发性胆汁反流性胃炎的效果[J].河南医学研究,2020,29 (08): 1450-145

作者简介: 代先波 (1972.09-), 男, 土家族, 贵州印江人, 本科学历, 副主任医师, 主要从事肿瘤科工作。

分析小儿微小度数斜视性弱视采用综合疗法治疗的临床效果

夏红玉

昆明市儿童医院 云南昆明 650000

摘要：目的：剖析综合疗法施行于小儿微小度数斜视性弱视中的治疗价值。方法：将 64 例小儿微小度数斜视性弱视患儿以随机抽签法分为两组，即对照组（32 例）、观察组（32 例）；对照组予以临床常规治疗，观察组施行健眼遮盖、光学压抑及手眼精细作业的综合疗法。比较两组患儿的临床治疗效果、生活质量及视力恢复情况。结果：观察组治疗有效率达 93.75%，对照组治疗有效率为 75.00%，观察组效果相对理想的患儿数多于对照组（ $p < 0.05$ ）。观察组干预后的生活质量指标，如社会功能、认知功能、角色功能、躯体功能等四项指标评分均高于对照组，差异明显（ $P < 0.05$ ）。两组预后视力均有好转，但观察组患儿的视力水平恢复水平较对照组更优（ $P < 0.05$ ）。结论：对小儿微小度数斜视性弱视患儿开展遮盖、光学压抑等综合疗法的干预，能进一步提升治疗效果，疗效更加显著，且能提高患儿生活质量，加快患儿视力情况的好转，值得临床进一步研究和推广施行。

关键词：微小度数斜视；弱视；综合疗法

微小度数斜视^[1]又称单眼注视综合症微小角度斜视，斜视和角度度小于 10 个棱镜度（5°），目前造成此病症的原因尚没有明确判断，大部分认为可能与产伤、屈光参差、手术和调节等因素^[2]有关。儿童作为易发轻微斜视群体，斜视程度一般较轻，一般情况下若视觉正常，患儿视线范围及感知与正常眼差异不大^[3]，差别不易看出，临床上一般不提倡采取手术治疗，但对于伴弱视患儿需另当别论。弱视^[4]是微小度数斜视中常见并发症，极易导致患儿视力水平下降，是致使患儿视觉发育不良的主要疾病之一，大幅度降低了患儿生活质量。因此，临床对微小度数斜视性弱视发现的及时性，和积极有效的治疗方式对患儿有重要影响。实践显示^[5]，压贴三棱镜的佩戴是纠正微小度数斜视中常用举措，而遮盖疗法的单一应用，也能在一定程度上抑制微小度数斜视性弱视的病情进展。但有研究表明^[6]，遮盖、光学压抑等综合疗法的应用，较于单一疗法而言，更具使用价值。本文以 64 例微小度数斜视性弱视患儿为观察案例，进一步剖析综合疗法的施行价值。实验过程和结果报告具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本实验观察案例为我院收治的 64 例小儿微小度数斜视性弱视患儿，纳入时间为 2020 年 1 月至 2020 年 12 月。依据随机抽签法将以上患儿分为两组，每组 32 例。其中一组为对照组，囊括男性数 19 例，女性数 13 例；年龄指标最大值 9 岁，最小值 2 岁，平均年龄为（5.52±1.03）岁，弱视等级包含有轻度 18 例、中度 7 例、重度 7 例。另外一组为观察组，囊括男性数 18 例，女性数 14 例；年龄指标最大值 8 岁，最小值 2 岁，平均年龄为（5.09±1.01）岁，弱视等级包含轻度 17 例、中度 8 例、重度 7 例。纳入标准^[7]：症状表现及体征符合微小度数斜视性弱视诊断标准；未存在免疫性疾病及其他器质性疾病；意识及认知良好，未实施过眼部手术；临床资料无缺失，患儿家属对实验知情并自愿签署同意书。剖析两组患儿的临床基础资料，包括性别、年龄及弱视程度等指标，结果显示数据差异较小，未有显著性（ $P > 0.05$ ），研究具有参考价值。

1.2 方法

对照组患儿予以临床常规疗法，采取压贴三棱镜进行治疗，让患儿佩

戴压贴三棱镜，以此矫正斜视。观察组施行综合疗法干预^[8]，措施囊括手眼精细作业、健眼遮盖、光学压抑及仪器刺激治疗等；①依据患儿的病情实况进行屈光矫正，给患儿使用阿托品眼膏（批准文号：国药准字 H20052295，生产企业：沈阳兴齐眼药股份有限公司），每天涂于患儿眼睑内，每天涂抹 3 次，连续用药 3d。②对患儿开展健眼遮盖疗法，在以患儿自身的实际情况为基础下，酌情开展双眼的视力矫正，针对差距≥2 行的患儿，予以双眼的交替遮盖治疗。③施行手眼精细作业干预，针对双眼均存在弱视的患儿，在同一时间对双眼开展作业训练；而对于单眼存在弱视的患儿，予以健康单眼的遮盖后，进行作业训练。④基于患儿眼睛实况，采用画图、穿针及串珠等措施，对患儿进行视觉刺激，以此促进视力恢复。⑤采用仪器配合治疗，可选取 CAM 视力刺激仪进行增视功能训练，每天训练 2 次，每次训练 20 分钟。对于旁中心注视者，需先进行红光闪烁治疗，待转化为中心注视后，再通过 CAM 视力刺激仪治疗，配合光刷、后像开展系统性治疗。

1.3 观察指标

（1）研究两组患儿的临床治疗效果，疗效共分为显效、有效及无效三个层级；其中，患儿视力基本恢复或有明显提升，能进行正常的日常生活为显效；患儿视力有所改善的为有效；视力未有改善或进一步下降的患儿为无效；治疗总有效率为显效及有效的患儿总和占比^[9]，即总有效率=（显效例数+有效例数）/样本总例数×100%。（2）剖析两组患儿的生活质量，方式予以 Brathel 指数进行评估，包括对患儿的社会功能、认知功能、角色功能及躯体功能等四方面进行评分，每项总分为 100 分，分值越高，表明患儿生活质量越佳。（3）采用标准对数视力表，评断两组患儿治疗前后视力水平变化情况。

1.4 统计学处理

实验数据分析择取 SPSS20.0 统计学软件，计数资料的组间分析为卡方检验，以%表示；计量资料的组间研究为 T 检验，以 $\bar{X} \pm S$ 表示。 $P < 0.05$ 为差异存在显著性。

2 结果

2.1 两组患儿的治疗效果研究

由数据可见, 观察组治疗效果的有效性优于对照组, 其治疗无效的患
者数仅有 2 例, 占比为 6.25%, 低于对照组, 且差异明显 ($P<0.05$)。见表
1:

表 1 两组患儿的治疗效果研究[n (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	10	14	8	24 (75.00)
观察组	12	18	2	30 (93.75)
X ²				4.2667
P				0.0389

2.2 两组患儿的生活质量研究

由数据可见, 观察组患儿干预后的社会功能 (82.64±4.63) 分、认知
功能 (81.72±4.15) 分、角色功能 (82.03±3.58) 分、躯体功能 (81.96±3.64)
等生活质量各项指标得分均高于对照组, 差异明显 ($P<0.05$)。见表 2:

表 2 两组患儿的生活质量研究 (X±S, 分)

组别	社会功能	认知功能	角色功能	躯体功能
对照组	76.15±4.48	72.24±3.11	70.52±3.49	71.59±3.69
观察组	82.64±4.63	81.72±4.15	82.03±3.58	81.96±3.64
T	5.6985	10.3407	13.0223	11.3176
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 两组患儿治疗前后视力水平比较

由数据可见, 治疗前, 两组患儿视力水平差距较小 ($p>0.05$), 经治
疗后两组患儿视力水平均有所提高, 且观察组视力改善情况较对照组更佳,
组间差异明显 ($p<0.05$), 见表 3。

表 3 两组患儿的生活质量研究 (X±S)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	32	0.45±0.13	0.82±0.03
对照组	32	0.46±0.12	0.69±0.19
t		0.3197	3.8231
p		0.7502	0.0003

3 讨论

小儿的视觉发育功能还未完善, 极易发生弱视、斜视等眼部疾病。微
小度数斜视是一种小儿常见眼病, 由于斜视的角度较小, 与正常眼睛的差
异性并不明显, 检查漏诊率高, 使其所致的并发症未能及时接受治疗。有
专家表示^[10], 小儿微小度数斜视, 由于度数较小, 若视觉正常, 患儿视线
范围及感知与正常双眼差异不大时, 无需进行手术等特殊治疗。但患儿并
发伴有屈光参差性弱视, 家长或医师则需高度重视, 及时采取治疗措施。
弱视是小儿微小度数斜视的常见并发症, 属于视觉神经发育性疾病, 若
未及时发现, 错过早期黄金治疗期, 会严重影响患儿的视功能发育; 如错
过视觉发育期, 则会导致弱视无法彻底治愈, 长期影响患儿的生活质量。
由于小儿微小度数斜视性弱视的发病原因未能明确, 临床目前也无理想的
治疗方法, 导致小儿微小度数斜视性弱视的发病率日益增长。观察发现,
如今, 小儿微小度数斜视性弱视的治疗方式多主张健眼遮盖, 希望以此促

进斜视眼的视力发育, 从而改善立体觉^[11]。但经实践显示, 遮盖疗法单一
应用的疗效不佳, 需多元化采用光学压抑法、手眼精细作业、红光闪烁法
及仪器治疗等其他治疗手段进行综合治疗, 才能最大程度促进患儿视力正
常发育及恢复。本文实验中施予对照组患儿压贴三棱镜的常规治疗措施干
预, 对观察组患儿施予包括手眼精细作业、健眼遮盖、光学压抑及配合仪
器刺激等综合治疗法干预。结果显示, 观察组患儿的治疗总有效率为
93.75%, 显著高于对照组的 75.00% ($p<0.05$)。经治疗后, 观察组患儿预后
的社会功能评分为 (82.64±4.63) 分、认知功能评分为 (81.72±4.15) 分、
角色功能评分为 (82.03±3.58) 分、躯体功能评分为 (81.96±3.64) 分, 均
高于对照组, 且差异明显 ($P<0.05$)。在视力水平方面, 预后两组患儿视
力均呈现好转, 但观察组患儿的视力改善情况较对照组而言更佳, 治疗效
果更为显著 ($p<0.05$)。

综上所述, 对小儿微小度数斜视性弱视患儿予以手眼精细作业、健眼
遮盖、光学压抑及仪器刺激治疗等综合疗法的干预比常规单一疗法治疗效
果更佳, 能进一步提升治疗效果, 成效显著。且对患儿视力恢复促进作用
更强, 使其及早回归健康的生活状态, 改善生活质量水平改善, 值得在临
床中大力推广应用。

参考文献:

[1]印健. 小儿微小度数斜视性弱视治疗中综合疗法的运用探究[J].
糖尿病天地,2020,17 (8): 172.
[2]常宏. 综合疗法治疗小儿微小度数斜视性弱视的效果研究[J]. 当
代医学,2020,26 (31): 168-170.
[3]雷琼. 综合疗法治疗小儿微小度数斜视性弱视的效果评价[J]. 中
国处方药,2020,18 (3): 149-150.
[4]李丹. 综合疗法治疗小儿微小度数斜视性弱视的疗效[J]. 中国医
药指南,2020,18 (9): 176.
[5]路伟波,成伟.综合疗法对小儿微小度数斜视性弱视临床效果及视力
指标分析[J].世界复合医学,2021,7 (03): 11-14.
[6]孙晓敬.综合疗法对小儿微小度数斜视性弱视的疗效分析[J].世界
最新医学信息文摘,2019,19 (72): 40-41.
[7]刘欣,高宗银,黄雄飞.综合疗法治疗小儿微小度数斜视性弱视的疗
效[J].中国现代药物应用,2019,13 (11): 84-85.
[8]张晓利.综合疗法对小儿微小度数斜视性弱视的疗效[J].深圳中西
医结合杂志,2020,30 (05): 164-165.
[9]李坤喆.系统观察综合疗法治疗小儿微小度数斜视性弱视的临床效
果[J].中国社区医师,2020,36 (13): 66-67.
[10]付琳.综合疗法对小儿微小度数斜视性弱视的效果观察[J].中国民
康医学,2019,31 (22): 28-30.
[11]刘辛露.综合疗法治疗小儿微小度数斜视性弱视 82 例临床探究
[J].智慧健康,2019,5 (06): 102-103.

作者简介: 夏红玉 (1977.1-), 云南昆明, 汉族, 副主任医师, 本科,
主要从事并擅长小儿眼科: 斜弱视的诊治, 儿童泪道疾患, 早产儿视网膜
病变的筛查等工作。

研究在特殊时期日间住院患者心理状态的影响

王学琼 陈庆

四川大学华西第二医院/出生缺陷与相关妇儿疾病教育部重点实验室 四川成都 610041

摘要：目的 研究对比在特殊时期日间手术部住院患者的焦虑、抑郁心理状态变化情况。方法 回顾性收集 2021 年 5 月 1 日至 2021 年 8 月 13 日于华西第二医院行日间手术治疗的女性患者，其中低风险时期 241 人，中高风险时期 1077 人。比较两组基线、焦虑抑郁评分情况，分析焦虑、抑郁评分的相关性以及各自的影响因素。结果 两组患者年龄、身高、体重、体重指数、手术方式、疾病性质差异无统计学意义。中高风险时期组焦虑、抑郁评分较高，焦虑和抑郁的发生率也更高。疫情风险分级对于抑郁的发生有明显影响，年龄、身高、体重等基本特征以及疫情风险分级对于焦虑无明显影响。结论 特殊时期中高风险升高会增加患者的焦虑评分，焦虑和抑郁评分存在相关性，疫情高风险可能影响患者的抑郁发生。

关键词：肺炎；风险分级；焦虑；抑郁

资料与方法

1. 研究对象

本研究回顾性收集了 2021 年 5 月 1 日至 2021 年 8 月 13 日（2021 年 8 月 13 日四川中高风险地区全部清零）于四川大学华西第二医院日间手术病房行妇科手术的住院患者，本研究从四川大学华西第二医院电子病历系统中提取了患者的相关信息，包括年龄、诊断、身高、体重、体重指数（BMI）。

2. 分组方法

根据患者入院时间的不同，将患者分为低风险时期组：入院时间为 2021 年 5 月 1 日-2021 年 7 月 22 日，中高风险时期组：入院时间为 2021 年 7 月 23 日-2021 年 8 月 13 日。收集各患者日间手术前的综合医院焦虑抑郁量表（Hospital Anxiety & Depression Scale, HAD）评分。

3. 统计分析

对住院患者的焦虑和抑郁状况采用描述性统计。用 Pearson 相关分析探讨住院患者焦虑及抑郁症状的相关性。为明确焦虑、抑郁评分的影响因素，进行 Logistic 多因素回归分析，得到相应的比值比（Odds ratios, ORs）和 95%置信区间（confidence interval, CI）。所有统计分析均采用 SPSS 22.0（IBM, Armonk, NY, USA）进行分析， $P < 0.05$ 被认为具有统计学意义。

结果

1. 各组基线资料比较

本研究共纳入女性患者 1486 人，其中中高风险时期组 241 人，低风险时期组 1077 人，所有患者均接受入院心理评估，住院期间均无并发症出现，无新冠肺炎感染病例。两组间患者年龄、身高、体重、BMI、手术方式及疾病性质差异无统计学意义（表 1）。

表 1 不同时期住院患者的基线特征比较

	中高风险时期组 (n=241)	低风险时期组 (n=1077)	P
年龄（岁）	36.58±7.51	33.94±8.05	0.053
身高（cm）	159.10±6.28	159.08±5.21	0.990
体重（kg）	52.55±6.49	54.58±8.37	0.143
BMI（kg/m ² ）	20.80±2.64	21.55±3.02	0.139
手术方式	宫腔 69.71%（168/241） 腹腔镜 30.29%（73/241）	宫腔 75.67%（815/1077） 腹腔镜 24.33%（262/1077）	0.055

疾病性质	良性 癌前 病变	98.34%（237/241） 1.66%（4/241）	97.77%（1053/1077） 2.23%（24/1077）	0.580
------	----------------	---------------------------------	-------------------------------------	-------

通过 Perason 相关分析，发现日间住院患者的焦虑和抑郁评分整体存在相关性（ $r=0.489$, $P<0.001$ ），并且这种相关性在该地区新冠肺炎疫情中高风险时期（ $r=0.559$, $P<0.001$ ）和低风险时期（ $r=0.491$, $P<0.001$ ）均存在。

2. 组间焦虑、抑郁评分比较

中高风险时期组患者焦虑评分显著高于低风险时期组（ $p<0.05$ ）。两组间抑郁评分无显著性差异（表 2）。中高风险时期组患者出现轻度及以上焦虑（焦虑评分高于 8 分）为 9.54%，出现轻度及以上抑郁（抑郁评分高于 8 分）为 13.69%。低风险时期组患者则 8.73%出现轻度及以上焦虑，7.71%出现轻度及以上抑郁，抑郁在两组间差异有统计学意义。

表 2 不同时期患者的心理评估比较

	中高风险时期组 (n=241)	低风险时期组 (n=1077)	P
焦虑评分	5.32±2.18	4.28±2.73	0.023
抑郁评分	3.95±3.74	3.84±2.74	0.833
轻度及以上焦虑	9.54%（23/241）	8.73%（94/1077）	0.687
轻度及以上抑郁	13.69%（33/241）	7.71%（83/1077）	0.003

3. 焦虑、抑郁相关因素分析

将患者按焦虑、抑郁评分分为焦虑/非焦虑、抑郁/非抑郁作为因变量，以年龄、身高、体重、BMI、手术方式、风险分级时期作为自变量，进行 Logistic 多因素回归分析。发现年龄、身高、体重、BMI、手术方式对日间住院患者的焦虑或抑郁与否无明显影响，疫情风险分级是患者抑郁与否的影响因素（OR 2.833, $P=0.013$ ），但尚未发现其对于患者焦虑与否的影响（表 3-4）。

表 3 患者焦虑与否相关因素分析

OR（95% CI）	P
------------	---

年龄	0.964 (0.920-1.011)	0.134
身高	0.902 (0.602-1.353)	0.619
体重	1.117 (0.633-1.972)	0.702
BMI	0.818 (0.192-3.478)	0.785
手术方式	1.305 (0.477-3.569)	0.604
是否中高风险	1.819 (0.797-4.153)	0.156
时期		

表 4 患者抑郁与否相关因素分析

	OR (95% CI)	P
年龄	1.007 (0.963-1.053)	0.758
身高	1.302 (0.807-2.102)	0.279
体重	0.671 (0.341-1.319)	0.248
BMI	2.875 (0.519-1.933)	0.227
手术方式	1.889 (0.548-6.505)	0.313
是否中高风险	2.833 (1.244-6.452)	0.013
时期		

讨论

在本次回顾性分析的患者中，无感染患者。对近期在本院进行日间手术的患者进行分析发现，本院所在省市部分地区自 2021 年 7 月 23 日根据国家疫情分区分级标准被调整为中高风险后，就诊人数较前有所下降，中高风险时期日间手术患者人数较低风险时期每日减少约 15.6%。

日间手术由于其手术时间短、手术时长可预测、住院时间短、费用低，因此得到了广泛的重视和推广。本研究高风险时期焦虑发生率为 9.54%，抑郁发生率为 13.69%，高于低风险时期焦虑和抑郁的发生率，并且发现焦虑和抑郁评分存在相关性，并且这种相关性在新冠肺炎疫情中高风险时期可能更强。

本研究探讨了年龄、基础状态、手术方式等因素对焦虑、抑郁发生的影响，这些都与患者的预后有关^[1]。分析发现影响日间住院患者抑郁与否的因素为疫情风险分级，中高风险时期患者的抑郁评分稍高于低风险时期，但无统计学差异，这可能与样本量较少有关。在焦虑方面，虽然风险分级与患者焦虑与否无明确相关，但中高风险时期患者焦虑评分明显较低风险时期增加，这提示在疫情中高风险时期，有部分患者存在发展为焦虑的风险，需要对这部分患者进行进一步关注，及时疏导，以期扭转这种风险。有研究报道，新冠疫情期间大众的抑郁、焦虑、情绪障碍、创伤后应激、睡眠障碍等心理健康问题可能还与年龄、性别、婚姻状况、教育水平、工作、所处环境等因素有关^[2]，其中某些因素本研究尚未纳入，未来还需要扩大样本量以进行更加深入的研究。由于该研究中中度、重度焦虑和/或抑郁的发生率低，因此未对于焦虑和/或抑郁分级进行进一步的讨论。

既往研究发现，焦虑是接受日间手术的患者主要的异常心理状态，与患者对于手术的应对方式和对手术的认知有关^[3-4]，及时的干预有助于改善患者的术后一般情况和治疗效果。不孕的日间患者在常规宣教和一般心理护理的基础上，在术后接受团体心理治疗、健康教育等延续护理后，可明显改善其抑郁情绪，对家庭功能有利^[5]。

公共卫生事件可能对患者的心理产生影响，调查发现，SARS 期间人群中出现有紧张、焦虑、恐慌等负面心理变化的约为 38%，其中女性的变

化更为明显^[6]。在新冠肺炎疫情期间，普通人群的抑郁、压力等心理异常状况明显加重^[7-8]。而对于非新冠肺炎感染的住院患者，新冠肺炎疫情是否影响焦虑、抑郁等心理异常的发生，结果尚存在争议^[9-10]。本研究中疫情分级风险升高后，日间住院患者焦虑、抑郁评分增加，可能是由于对于新型冠状病毒感染风险的担忧，以及与诊疗受限或延迟有关。虽然一定范围内的情绪变化可帮助患者应对突发公共卫生事件，但过度的焦虑和抑郁可能加重患者的心理压力，诱发心身疾病，影响诊疗效果。陈冬梅等人报道，乳腺癌患者在新型冠状病毒肺炎流行期间焦虑抑郁状态加重，且与诊疗的延迟有关。在疫情风险分级调升期间，出现焦虑和/或抑郁的患者需要及时接受干预，以改善预后。

本研究为回顾性研究，无法控制患者的基线水平，且纳入的时间较短，样本量较小，还需要更大样本、多中心的研究，以探究疫情下不同风险分级对日间住院患者的影响。

我们发现在疫情期间，高风险时期接受日间手术的住院患者焦虑状态明显加重，且焦虑和抑郁存在相关性，疫情风险分级会影响患者的心理状态。结合疫情防控的不同阶段，预测患者的心理状态，对于优化诊疗措施，及时进行心理干预，有十分重要的意义，能够促进治疗效果提升、改善患者的诊疗体验，帮助患者恢复。

参考文献：

[1]Mijderwijk H J , Stoelker R J , Duivenvoorden H J , et al. Prognostic model for psychological outcomes in ambulatory surgery patients: A prospective study using a structural equation modeling framework[J]. Plos One, 2018, 13 (4): e0193441.

[2]Hossain M M , Tasnim S , Sultana A , et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. 2020.

[3]崔菲菲. 日间手术患者术前心理状况调查[D]. 昆明医科大学, 2015.

[4]杨霞. 日间手术患者术前心理应激及早期护理干预效果研究[D]. 复旦大学, 2010.

2018 延续护理对日间病房不孕症患者不良情绪及家庭功能的影响

[5]唐小岚, 吕琳, 曾翠琼, 等. SARS 流行期间广西贵港少数民族地区不同人群的心理调查报告[J]. 中国健康心理学杂志, 2006,14 (5): 592-594

[6]李朝阳, 和爱林, 王滨. 新冠肺炎疫情期间居家隔离人员抑郁、焦虑、压力特点及其与人格、家庭功能的关系[J]. 河北联合大学学报 (医学版), 2020, 022 (003): 207-213,232.

[7]薛桂娥, 李金秀, 陈诗韵, 等. 新型冠状病毒肺炎疫情影响下老年人心理健康状况及影响因素分析[J]. 饮食保健 2020 年 36 期, 110 页, 2021.

[8]新冠肺炎流行期住院集中医学观察期间血液透析患者的焦虑抑郁状况[J]. 中国心理卫生杂志, 2020, v.34 (12): 90-95.

[9]路子文, 林岚, 王永红. 新冠肺炎期间老年脑卒中患者心理健康自测及影响因素[J]. 中国老年学杂志, 40 (20): 4.

[10]陈冬梅, 新冠肺炎疫情期间乳腺癌患者诊疗情况及心理状态调查

老年冠心病血清 Hcy 和 IMT 与病情的关系分析

郑凌军

淄博化建老年病医院 山东淄博 255438

摘要: 目的: 探讨老年冠心病患者血清 Hcy、IMT 与病情的关系, 为老年冠心病的诊治提供参考。方法: 收集疑似冠心病且行 CAG 检查的老年患者 198 例, 根据 CAG 检查结果诊断为冠心病 145 例, 纳入冠心病组, 余下 53 例纳入对照组。根据 Gensini 评分将冠心病患者分为低分 (1~20 分) 组 90 例、中分 (21~40 分) 组 34 例和高分 (>40 分) 组 21 例。分析各组血清 Hcy、IMT 水平差异及其与 Gensini 评分的关系。结果: 冠心病组 Hcy、IMT 水平及 HHcy 阳性率和斑块形成率均明显高于对照组 ($P<0.05$), 随着 Gensini 评分的升高, Hcy、IMT 水平及 HHcy 阳性率、斑块形成率逐渐升高, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。直线相关分析显示, 血清 Hcy 水平、颈动脉 IMT 与 Gensini 评分均呈正的相关性 ($r=0.542, r=0.648, P<0.05$)。结论: Hcy、IMT 与老年冠心病病变程度呈正相关, 两者水平可间接反映冠心病患者的冠脉病变程度。

关键词: 冠心病; 颈动脉粥样硬化; 同型半胱氨酸; 颈动脉内膜中层厚度

冠心病是临床常见的心内科疾病, 其发病与患者的不良生活方式有关。近年来, 随着我国人口老年人口的不但增多, 冠心病发生率呈逐年上升趋势^[1]。冠心病的诊断主要依赖于冠脉造影 (CAG), 但冠脉造影具有创伤性, 因此, 寻找一种简单、快捷、较准确的检测方法来尽早发现和预测冠心病, 有利于延缓患者病情的进展, 并指导临床治疗。研究证实, 颈动脉粥样硬化 (AS) 与同型半胱氨酸 (Hcy) 有关, 而颈动脉内膜中层厚度 (IMT) 是 AS 和冠心病的重要的评估指标^[2]。本研究旨在探讨 Hcy 和 IMT 与老年冠心病严重程度的关系。

1 对象和方法

1.1 研究对象 收集 2019 年 4 月至 2020 年 4 月期间在我院就诊的疑似冠心病且行 CAG 检查的老年患者 198 例, 其中男 115 例, 女 84 例; 年龄 61~81 岁, 平均 (70.3±7.5) 岁。排除伴有肿瘤、消化系统、严重感染、营养不良、血液病的患者或近期服用影响 Hcy 代谢的药物患者。根据 CAG 检查结果诊断为冠心病 145 例, 纳入冠心病组, 余下 53 例纳入对照组。冠心病组和对照组性别、年龄对比差异无统计学意义, 具有可比性。应用 Gensini 评分系统^[3]对冠心病患者的冠脉病变进行定量评分, 根据 Gensini 评分将冠心病患者分为低分 (1~20 分) 组 90 例、中分 (21~40 分) 组 34 例和高分 (>40 分) 组 21 例。

1.2 方法

1.2.1 Hcy 检测

采集待测者的空腹静脉血标本 5ml, 置入有 2%EDTA-Na₂ 的 EP 管内, 4℃下离心, 取上层清液置-80℃冰箱保存, 用酶联吸附法 (ELISA) 检测, 试剂盒购自上海恒远生物技术有限公司。根据试剂盒说明书, Hcy>15μmol/L 定义为高同型半胱氨酸血症 (HHcy)。

1.2.2 IMT 检测 用迈瑞公司的 DC-N2S 超声诊断仪, 探头频率 7.5~12MHz, 检测颈总动脉的 IMT。当 IMT 在 0.9~1.3mm 之间定义增厚, ≥1.3mm 定义为粥样斑块形成^[4]。

1.3 统计学处理

用 SPSS18.0 软件进行数据分析, 计量资料、计数资料分别用 ($\bar{x}\pm s$)、率表示, 组间比较用 t 检验和 χ^2 检验, Hcy、IMT 水平与 Gensini 评分的关系采用直线相关性分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 冠心病组与对照组 Hcy 及颈动脉 IMT 对比情况

冠心病组 Hcy、IMT 水平及 HHcy 阳性率和斑块形成率均明显高于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 冠心病组与对照组血清 Hcy 及颈动脉 IMT 对比情况

组别	例数	Hcy 水平	HHcy 阳性率	IMT	斑块形成率
冠心病组	145	18.6±3.1	67 (46.2)	1.3±0.1	114 (78.6)
对照组	53	9.9±2.6	2 (3.8)	0.8±1.1	3 (5.7)
t/ χ^2		15.624	20.723	9.621	43.500
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 低分组、中分组、高分组间 Hcy 及颈动脉 IMT 对比情况

随着 Gensini 评分的升高, Hcy、IMT 水平及 HHcy 阳性率、斑块形成率逐渐升高, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 低分组、中分组、高分组间 Hcy 及颈动脉 IMT 对比情况

组别	例数	Hcy 水平	HHcy 阳性率	IMT	斑块形成率
低分组	90	14.5±3.2	33 (36.7)	1.2±0.1	66 (73.3)
中分组	34	18.2±3.5	19 (55.9)	1.3±0.1	28 (82.4)
高分组	21	23.1±4.0	15 (71.4)	1.3±0.1	19 (90.5)
F		5.275	7.017	4.628	5.628
P		0.000	0.000	0.016	0.010

2.3 血清 Hcy 水平、颈动脉 IMT 与 Gensini 评分的关系分析

直线相关分析显示, 血清 Hcy 水平、颈动脉 IMT 与 Gensini 评分均呈正

的相关性 ($r=0.542, r=0.648, P<0.05$)。

3 讨论

AS是冠心病发生的主要原因,也是全身动脉粥样硬化改变的表现之一。Hcy是甲硫氨酸循环产生的中间产物,它由细胞中产生并直接释放入血循环,生理情况下,其水平较低,当机体存在某种病变时,如冠心病,其水平明显升高^[4]。早于上世纪60年代末,有学者发现Hcy是AS的诱发因素,之后,越来越多的学者对它与心脑血管疾病间的关系进行研究。近期有学者发现,Hcy是冠心病的独立危险因素,既可用于评估冠心病及其严重程度,还能用于评估冠心病PCI治疗后的预后^[5]。

本研究结果显示,冠心病组Hcy水平及HHcy阳性率均明显高于对照组 ($P<0.05$),随着Gensini评分的升高,Hcy平及HHcy阳性率逐渐升高,差异有统计学意义 ($P<0.05$),相关性分析显示,血清Hcy水平与Gensini评分均呈正的相关性 ($P<0.05$)。杨英等^[6]研究指出,Hcy水平每升高 $5\text{ }\mu\text{mol/L}$,冠心病的发生风险升高33%,而Hcy每下降 $3\text{ }\mu\text{mol/L}$,冠心病的发生风险将下降11%。黄晖等^[7]研究报道,老年冠心病患者中,高水平Hcy患者发生心血管事件的风险是低水平Hcy的1.8倍。杨艳等^[8]对年轻心肌梗死患者的血清Hcy进行检测发现,在纠正其他心血管危险因素后,高Hcy是心肌梗死的独立危险因素。对于有关Hcy在冠心病的作用机制,目前国内外学者普遍认为,Hcy水平升高可增强氧化应激反应,导致患者体内氧自由基水平升高,降低一氧化氮合成酶的活性,造成NO减少,血管内皮功能受损;Hcy水平升高使血液处于高凝状态,利于血栓形成;Hcy水平升高可上调cyclinD、cyclinA的表达,促进血管平滑肌增生,增加血管阻力;Hcy水平升高影响谷胱甘肽合成,后者与NO互相作用对血管具有保护作用,同时会抑制细胞内谷胱甘肽过氧化物酶等抗氧化酶的活性,使内皮细胞的抗氧化能力降低,导致体内活性氧物质无法及时被清除,从而促进AS的进展。

IMT是评估AS和预测冠心病的重要之一^[9]。有研究报道,IMT对心肌梗死等心血管事件有较好的预示作用,它每增加0.1mm,冠心病发生的风险10%~15%^[10],故可作为心血管疾病干预终点和疗效评估指标。孙晓芳等^[11]研究发现,IMT与冠脉病变程度密切相关,可用于评估冠脉病变程度。刘祖秋等^[12]将IMT用于2型糖尿病冠脉斑块钙化积分的评估指标。

本研究结果显示,冠心病组IMT水平和斑块形成率均明显高于对照组 ($P<0.05$),随着Gensini评分的升高,IMT水平及斑块形成率逐渐升高,差异有统计学意义 ($P<0.05$),相关性分析显示,血清颈动脉IMT与Gensini评分均呈正的相关性 ($P<0.05$)。有研究者对IMT与传统心血管危险因素进行比较发现,IMT对冠心病预测的特异性、敏感性高于传统心血管危险因素^[13]。权晓慧等^[14]研究指出,颈内动脉IMT变化对冠脉病变的预测作用不受其他因素影响,IMT增厚是急性冠脉事件的预示因子。另外有学者对无心血管疾病的健康志愿者3156例进行颈动脉IMT及Hcy进行检测,结果显示,采用4分法按Hcy进行分组,Hcy最高1/4组的颈内动脉及分叉处IMT明显高于其他三组,提示颈内动脉及分叉处IMT与Hcy的关系密切^[15]。

总之,Hcy、IMT与老年冠心病病变程度呈正相关,两者水平可间接反映冠心病患者的冠脉病变程度,因此在疑似冠心病患者行冠脉造影前,行Hcy、IMT检测对评估冠脉病变有着重要意义。

参考文献:

- [1]魏红,于北凯,齐立中.小而密低密度脂蛋白胆固醇联合同型半胱氨酸对冠心病患者颈动脉斑块、颈动脉内膜中层厚度的关系及诊断价值[J].中国临床医生杂志,2018,46(04):405-407.
- [2]徐福祿,蒋伟,黄露,等.武汉市25~45岁居民急性冠心病院前死亡的流行病学研究[J].实用预防医学,2018,25(5):592-594.
- [3]刘祥红,师志云,刘会玲,等.不同类型冠心病患者血清同型半胱氨酸水平变化研究[J].中国全科医学,2019,22(8):920-924.
- [4]邹云法,余文华,徐丽君,等.NO、ET-1、Hcy联合检测在冠心病中的诊断价值[J].中华全科医学,2019,17(7):1178-1180.
- [5]郭志霞,赵兴胜.同型半胱氨酸与冠心病发病机制及相关性研究进展[J].医学综述,2019,25(22):4477-4482.
- [6]杨英,杨俊.同型半胱氨酸与心血管疾病关系的研究进展[J].临床心血管病杂志,2017,33(2):106-109.
- [7]黄晖,严宁,王义勇,等.冠心病患者血浆同型半胱氨酸水平与冠状动脉病变 SYNTAX 积分的相关性研究[J].中国全科医学,2017,20(10):1208-1213+1224.
- [8]杨艳,张福军,沈松坤,等.采用ROC曲线评价NT-proBNP、cTnI、Hcy、DD、hs-CRP对冠心病的诊断价值[J].检验医学,2018,33(1):15-19.
- [9]陈中国,朱晓丽,万宇婷,等.颈动脉内膜中层厚度与冠心病的相关性分析[J].中华介入放射学电子杂志,2019,7(1):31-34.
- [10]魏红,于北凯,齐立中.小而密低密度脂蛋白胆固醇联合同型半胱氨酸对冠心病患者颈动脉斑块、颈动脉内膜中层厚度的关系及诊断价值[J].中国临床医生杂志,2018,46(4):405-407.
- [11]孙晓芳,朱方涛,李惠,等.冠心病患者血浆同型半胱氨酸水平与颈动脉内膜中层厚度相关性研究[J].医药论坛杂志,2018,39(04):47-50.
- [12]刘祖秋,俞飞虎,晏彪,等.血清可溶性E-选择素、谷氨酰转氨酶联合颈动脉内膜中层厚度检测在冠心病中的诊断价值[J].中国医药导报,2018,15(26):46-49.
- [13]王林,袁国裕,陈国雄,等.冠心病患者颈动脉内膜中层厚度及颈动脉斑块与SYNTAX评分的相关性研究[J].心脑血管病防治,2016,16(02):109-111.
- [14]权晓慧,王聪霞,李毓杰,等.颈动脉内膜中层厚度与冠状动脉病变程度的相关性[J].中国老年学杂志,2016,36(11):2650-2652.
- [15]任小鹏,王露朝,孙春喜.血浆致动脉硬化指数、颈动脉内膜中层厚度与高危冠心病患者冠状动脉病变程度的相关性[J].临床医学研究与实践,2019,4(35):31-32.

干扰素联合舒咽清喷雾剂治疗小儿手足口病的临床效果观察

魏淑红

廊坊广安医院 河北廊坊 065000

摘要：目的：探讨小儿手足口病中采取干扰素联合舒咽清喷雾剂治疗的作用效果。方法：60 例确诊为手足口病的患儿为研究样本，研究时间为 2019 年 9 月至 2021 年 9 月，依据患者接受治疗的药物进行分组，对照组采取常规治疗和干扰素，观察组在对照组的基础上加入舒咽清喷雾剂，分析两组获得效果。结果：对照组以及观察组的临床治疗总有效率分别为 80.0%及 96.7%，观察组的退热时间等均短于对照组（ $P<0.05$ ），治疗后观察组的 WBC 等实验室指标均优于对照组（ $P<0.05$ ）；对照组及观察组不良反应发生率分别为 6.7%及 13.3%，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：小儿手足口病临床治疗中采取干扰素联合舒咽清喷雾剂干预效果理想，且安全性高，值得推荐使用。

关键词：手足口病；患儿；舒咽清喷雾剂；干扰素

手足口病是儿科常见的疾病，具有发病率高治疗难度大等特点，一般好发于 5 岁以下儿童。疾病发生后患儿的四肢、口腔等部位可出现疱疹，且合并高热等症状，如果治疗不及时或者治疗方式不当可引起心肌炎等严重并发症，威胁患儿健康。目前对于小儿手足口病主要采取干扰素、利巴韦林以及炎琥宁等药物，而单一用药效果并不理想，笔者在日常治疗中发现采取干扰素联合舒咽清喷雾剂的治疗模式可获得较为理想效果，因此将资料整理做如下汇报。

1. 资料及方法

1.1 基础资料

研究对象为 60 例手足口病患儿，研究时间为 2019 年 9 月至 2021 年 9 月。样本入组标准：疾病诊断符合《手足口病诊疗指南（2008）》相关标准^[1]，患儿存在不同的发热、疱疹等临床症状，结合影像学以及实验室检查后确诊为普通型。排除标准：存在药物过敏史；脏器功能异常；重症手足口病患儿。

依据患儿治疗模式分为两组，对照组具有患儿 25 例，男女比为 15/10，年龄 6 个月-8 岁，平均（ 3.0 ± 0.4 ）岁，观察组具有患儿 35 例，男女比为 19/16，年龄 6 个月-7.5 岁，平均（ 2.8 ± 0.2 ）岁，以上两组患儿基础资料对比分析后显示 $P>0.05$ ，提示结果具有可比性。

1.2 用药治疗

对照组：给予对症治疗，比如纠正水电解质紊乱，适当补充维生素 C 和维生素 B，高热情况下可给予托洛芬退热。此外还使用干扰素进行治疗：重组干扰素 $\alpha 1b$ 注射液（北京三元基因药业股份有限公司 国药准字 S20010006）2ug/kg 溶于 2mL 的生理盐水中雾化吸入，每次 15min，2 次/d。观察组患儿除了以上用药之外还加入舒咽清喷雾剂治疗，舒咽清喷雾剂（桂林三金制药有限公司国药准字 Z20040137）喷于口腔，每次约 0.5mL，2 次/d。以上患儿共治疗 5d，对比结果。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效^[2]

疗效分为显效、有效及无效，显效：治疗后 3d 内退热，疱疹结痂，无新症状出现；有效：治疗 3d 内体温基本稳定，疱疹结痂，但是部分区域有散在新皮疹出现；无效：治疗后未获得以上效果。临床治疗总有效率=显效率+有效率

1.3.2 症状消失

记录两组退热、口腔疱疹愈合、手足皮疹愈合时间。

1.3.3 实验室指标

比较两组治疗前后的实验室指标，包括磷酸肌酸激酶（CK）、乳酸脱氢酶（LDH）、白细胞计数（WBC）、C 反应蛋白（CRP）等。

1.3.4 不良反应

不良反应包括头痛乏力以及发热加重等。

2. 结果

2.1 临床疗效

对照组 30 例中显效 12 例（40.0%），有效 12 例（40.0%），无效 6 例（20.0%），总效率为 80.0%；观察组 30 例中显效 16 例（53.3%），有效 12 例（43.4%），无效 1 例（3.3%），总效率为 96.7%，两组临床总有效率差异具有统计学意义（ $X^2=7.146 P=0.016$ ）。

2.2 症状缓解时间

经过不同的治疗干预之后，观察组的退热时间等均短于对照组，结果见表 1。

表 1 两组症状缓解时间对比[（ $\bar{x} \pm s$ ）d]

组别	例数	退热时间	口腔疱疹愈合时	手足皮疹愈合
			间	时间
对照组	30	2.5±0.8	4.3±0.9	4.0±0.7
观察组	30	1.5±0.4	2.3±0.6	2.6±0.3
t 值		3.306	4.591	3.366
P 值		0.031	0.027	0.030

2.3 两种治疗前后患者的实验室指标对比

治疗后观察组患者的 CK 以及 LDH 等实验室指标的数值明显优于对照组，结果见表 2。

表 2 两组治疗前后患者的实验室指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	CK（U/L）		LDH（U/L）		WBC		CRP（mg/L）	
					（ $\times 10^9/L$ ）			
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对 照 组	294.5±5.4		345.5±25.3		13.3±1.2		15.2±0.5	
	132.2±3.5		337.5±19.6		6.1±0.7		9.3±0.3	
	298.6±9.4		346.6±27.2		13.3±1.4		15.3±0.6	
观 察 组	84.1±3.2		217.5±15.3		5.0±0.1		4.1±0.2	
	0.025		0.918		0.011		0.019	
	12.116		17.190		3.303		7.773	
t 值	0.078	<	0.064	<	0.105		0.114	

P 值	0.001	0.001	0.035	<0.001
-----	-------	-------	-------	--------

2.4 并发症发生率对比

对照组 30 例患儿中, 发热加重 1 例, 白细胞减少 1 例, 不良反应发生率为 6.7%, 观察组 30 例中, 发热加重 1 例, 头痛乏力 2 例, 白细胞减少 1 例, 不良反应发生率为 13.3%, 两组不良反应发生率差异无统计学意义 ($X^2=0.994 P=0.067$)。

3. 讨论

手足口病主要是由于感染了肠道 RNA 病毒, 该种病毒可以通过呼吸、密切接触以及飞沫传播等方式进入人体内, 进入人体内部后会与咽部、扁桃腺以及肠道上皮细胞表面相应的病毒受体结合, 细胞内吞作用后进入细胞内部, 并且在细胞内完成了相应的复制, 复制后病毒会大量释放入血液内, 随着血液循环出现在患者的黏膜、皮肤、神经以及心肌等多个系统, 出现一些列的相关临床症状。该种病毒传染性比较强, 虽然大部分普通型的手足口病经过积极的治疗后会痊愈, 但也有少部分的患儿会发展成为重型, 对于重型的患儿如果治疗效果不佳可出现脑膜炎、呼吸衰竭等多种严重的疾病, 严重影响患儿的生命安全^[3]。经过长时间的研究, 也有较多的专家认为^[4], 对于手足口病的患儿, 一旦错过了最佳的治疗时间或者治疗方法不对, 就可能会造成病毒快速蔓延至整个机体, 患儿出现急性脑水肿以及呼吸循环障碍的严重的不良反应, 直接威胁患儿的健康, 极个别的患儿可能会发生循环障碍、神经源性肺水肿、脑炎以及脑膜炎等并发症。

小儿手足口病四季均可发生, 而根据流行病学统计分析显示, 一般在 4-6 月以及 9-11 月发病率较高, 主要为春秋交替季节气候变化比较大, 特别是春季的温度逐渐升高, 为病毒繁殖以及传播提供了合适条件。疾病发生后如果错过最佳治疗时间, 可造成病毒蔓延至各个器官, 造成急性脑水肿以及呼吸循环障碍等情况, 严重威胁患儿生命安全。目前临床治疗小儿手足口病主要以口服抗病毒药物为主, 其效果相对明显, 但是无法在短时间内改善患儿相关症状, 患儿治疗压力比较大。干扰素是指淋巴细胞以及白细胞共同制造成为的具有多种功能的活性糖蛋白, 在调节免疫以及增强机体抗病毒能力方面效果显著。患儿使用干扰素之后, 其能与患儿体内的敏感细胞表面位置特异抗体结合, 诱导产生敏感细胞抗体病毒蛋白, 可有效抑制病毒多肽链合成, 从而有效阻止病毒蔓延^[5]。同时也有学者研究认为^[6], 干扰素不仅能够提升自然杀伤细胞以及巨噬细胞的活性, 还能够大幅度的提升 NK 细胞的活动, 其可以有效保证患儿的机体不被病毒侵袭, 可以有效减轻感染再次发生, 对于患儿预后具有积极的意义。中医对于手足口病的病因以及发病机制尚未形成共识, 而《手足口病诊断指南(2018)》将该种疾病归属于“瘟疫以及湿热夹湿”范畴, 认为治疗的方法主要从清热解毒、固脱开窍和息风定惊等方面入手^[7]。舒咽清喷雾剂是一种由西瓜霜、射干、黄芩、射干、山豆根、金银花、防风、薄荷脑等景观精制而成的中成药, 具有清热疏风、消肿利咽的功效, 可明显改善患儿口腔疱疹等情况。本次观察组患儿接受干扰素以及舒咽清喷雾剂进行治疗, 结果临床疗效可达到 96.7%, 提示该种联合治疗模式效果理想, 此外使用联合治疗后患儿的发热等症状消失时间短于单一使用干扰素治疗的对照组, 说明联合治疗更能快速缓解患儿临床症状, 两组患儿临床不良反应发生率差异不显著, 说明舒咽清喷雾剂安全性较高。此外观察患儿的 WBC 等实验室指标明显优于对照组, 说明采取该种治疗的模式患儿机体状况恢复良好, 这对于患儿预后意义重大。本次干扰素联合舒咽清喷雾剂治疗小儿手足口病获得以上理想的效果, 笔者认为主要原因有以下几个方面: (1) 舒咽清喷雾

剂具有清热、抗炎等效果, 其可以有效降温并减轻肺部感染, 改善疾病的临床症状并且能够缩短患儿的病程。(2) 舒咽清喷雾剂可以协同干扰素提高患儿机体的免疫力与抗病毒的能力, 抑制病毒繁殖, 因此疗效理想, 复发性低。(3) 干扰素为临床最为常见的抗病毒药物, 连续应用后容易引起耐药性从而降低药物的治疗作用, 其与舒咽清喷雾剂联合应用之后可以明显降低耐药现象, 提高用药安全性。此外, 心肌是手足口病毒最常见的侵犯部位, CK 以及 LDH 等指标是反应心肌损伤的常见指标, 手足口病患儿以上的实验室指标明显提升, 且疾病严重程度与指标水平值升高呈正比^[8]。本次联合用药之后, 患儿的 CK 以及 LDH 等实验室指标因子水平明显降低, 并且低于对照组, 说明联合治疗的方案可以更好的保护患儿的心肌, 阻止病情发展。

手足口病是临床常见的出疹性疾病, 一般而言 5 岁以下的儿童好发, 其临床症状比较多样且典型, 可包括手足口部位的皮疹以及体温过高等, 属于一种急性的传染性疾病, 具有发病率高以及传染性强等特点^[9-11]。由于环境污染等因素, 使得近年来该疾病的发生率出现明显的上升趋势, 严重影响儿童的身体健康。对于小儿手足口病采取单纯的西药治疗效果并不是十分理想。而常言道“中医治本, 西医治标”, 为了达到标本兼治的目的, 本次笔者将中医与西医的伦理进行有机结合, 形成了“中西医结合治疗”这一特色的治疗模式。通过干扰素与舒咽清喷雾剂联合应用的治疗方式对患儿进行干预, 利用协同作用的原理开展治疗, 经过对应的治疗后, 临床疗效明显, 且患儿的症状快速缓解, 无其他的不良反应出现, 提示了该种中西医结合治疗的模式具有较高的安全性。总之, 小儿手足口病临床治疗中采取干扰素联合舒咽清喷雾剂干预效果理想, 且安全性高, 值得推荐使用。

参考文献:

- [1] 国家卫生健康委员会. 手足口病诊疗指南 (2018 年版) [J]. 传染病信息, 2018, 31 (3): 193-198.
- [2] 李宇生, 朱慧媚. 早期使用重组人干扰素 $\alpha 1b$ 雾化治疗 121 例手足口病疗效分析 [J]. 海峡药学, 2018, 30 (7): 164-165.
- [3] 王喆, 张倩, 黎曼依, 等. 手足口病患儿心肌酶等血清指标的分析 [J]. 中国妇幼保健研究, 2018, 29 (1): 79-82.
- [4] 石红, 钱磊, 王美荣. 干扰素雾化吸入治疗小儿手足口病的疗效观察 [J]. 中国现代医生, 2018, 56 (27): 52-53.
- [5] 安心宁. 干扰素联合炎琥宁治疗小儿手足口病疗效观察 [J]. 双足与保健, 2017, 26 (10): 95.
- [6] 李建祥. 干扰素治疗小儿手足口病的疗效讨论 [J]. 健康之友, 2021 (5): 135.
- [7] 徐建. 干扰素联合喜炎平治疗小儿手足口病疗效观察 [J]. 双足与保健, 2017, 26 (15): 1-2.
- [8] 池宏亮, 陈江平, 赵建锋. 热毒宁治疗 EV71 感染手足口病的疗效观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10 (16): 105-106.
- [9] 袁娟, 邓慧玲, 李亚萍, 等. 雾化吸入重组人干扰素 $\alpha 1b$ 治疗肠道病毒 71 型手足口病患儿的疗效 [J]. 中华实验和临床感染病杂志: 电子版, 2019, 13 (6): 478-484.
- [10] 殷铭东. 热毒宁联合干扰素治疗小儿手足口病的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5 (34): 147-149.
- [11] 李君霞, 张志明, 陈兰娇, 等. 炎琥宁联合干扰素治疗小儿手足口病的临床疗效观察 [J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 31 (5): 592.

罗哌卡因复合舒芬太尼用于剖宫产麻醉的临床效果分析

陈玉宏 王东

灵武市妇幼保健计划生育服务中心麻醉科 宁夏灵武市 750400

摘要：目的：探究在剖宫产麻醉中，罗哌卡因复合舒芬太尼麻醉方案的临床应用效果。方法：研究对象为2019年6月—2021年6月在医院进行剖宫产的104例产妇，采取随机数表法分为对照组与研究组，各52例，前者应用罗哌卡因进行麻醉，后者麻醉方案选择罗哌卡因复合舒芬太尼，观察两组麻醉效果。结果：研究组麻醉起效时间、镇痛维持时间及术后疼痛成分分别为（9.82±2.47）min、（5.43±1.17）h、（3.86±1.21）分，与对照组（15.04±3.33）min、（3.78±0.85）h、（5.14±1.65）分存在差异， $P<0.05$ ，研究组新生儿Apgar评分为（9.32±0.44）分，与对照组（9.37±0.36）分无差异， $P>0.05$ ；术中，研究组MAP、HR及SpO₂水平分别为（81.34±6.72）mmHg、（92.76±7.29）次/min、（96.53±0.84）%，与对照组（93.37±8.05）mmHg、（101.36±8.86）次/min、（93.22±1.36）%存在差异， $P<0.05$ ；研究组不良反应发生率为7.69%（4/52），与对照组5.77%（3/52）， $P>0.05$ 。结论：罗哌卡因复合舒芬太尼的麻醉方案可获得良好的麻醉效果，其有助于维持剖宫产产妇血流动力学稳定，降低手术应激风险，同时也不会引发更多不良反应，值得大力推广和应用。

关键词：罗哌卡因；舒芬太尼；剖宫产；麻醉效果

剖宫产能避免自然分娩时子宫收缩引发的剧烈疼痛，更重要的是其是解决妊娠期并发症、难产产妇分娩的重要术式，因此在产科有着无可取代的地位。但作为一项创伤性治疗手段，其顺利开展需要高质量的麻醉方案做保障。考虑到产妇处于特殊生理时期，如果麻醉药物使用不当，容易对胎儿造成负面影响。但如果应用剂量不足，则可能导致术中产妇体征波动，增加手术应激风险^[1]。因此，选择一种有效的麻醉方案，成为临床关注的重点问题。罗哌卡因是产科常用麻醉药物，其有着麻醉和镇痛的双重效应；舒芬太尼作为 μ 阿片受体激动剂，其不仅能在较短时间内发挥强大镇痛效果，同时有着相对较长的持续时间^[2]。在手术结束后，由于对换气抑制较小，因此恢复速度快，这能预防相关不良反应发生。本次研究就罗哌卡因联合舒芬太尼在剖宫产麻醉中的应用效果展开探究，以下为具体报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为2019年6月—2021年6月在医院进行剖宫产的104例产妇，采取随机数表法分为对照组与研究组，各52例。纳入标准：（1）单胎妊娠、足月产妇；（2）无麻醉药物过敏情况；（3）ASA分级为I—II级；（4）了解本次研究内容并签署同意书。排除标准：（1）存在认知障碍或精神系统疾病，无法配合完成研究；（2）凝血功能障碍；（3）合并心、肝、肾等严重功能障碍；（4）存在麻醉禁忌症。对照组年龄22—37（28.54±2.66）岁，孕周36—42（38.41±0.85）周；研究组年龄21—37（28.47±2.73）岁，孕周36—41（38.38±0.89）周。两组一般资料无差异， $P>0.05$ ，可比。

1.2 方法

所有产妇术前备皮，留置导尿管，开通静脉通路，进入手术室后，监测产妇各项体征。指导产妇取右侧卧位并适当抬高头部，在头下垫软枕，在L₂—3或L₃—4进行硬膜外穿刺，注入腰穿针，取出针芯，看到清亮脑脊液后30s内麻醉药物注射。取出腰穿针，置入硬膜外导管于头端，进行麻醉平面调整，满意后进行手术^[3]。对照组应用罗哌卡因（宜昌人福药业，H20103636）麻醉，将10mg药物加入到1mL、10%葡萄糖注射液稀释后用药。研究组麻醉方案选择罗哌卡因复合舒芬太尼，将5 μ g舒芬太尼（宜

昌人福药业有限责任公司，H20054171），罗哌卡因（宜昌人福药业，H20103636）10mg加入到1mL、10%葡萄糖注射液中稀释后用药。

1.3 观察指标

（1）手术指标，统计两组麻醉起效时间、镇痛维持时间、术后疼痛程度及新生儿Apgar评分。其中术后疼痛程度应用VAS评分反应，分值高低与疼痛程度成正比；新生儿Apgar评分：分值范围为0—10分，分值越高，表明新生儿健康程度越好。（2）体征指标，记录麻醉前及术中产妇的平均动脉压（MAP）、心率（HR）及血氧饱和度（SpO₂）水平。（3）不良反应，包括寒颤、心动过缓、低血压、恶心呕吐等。

1.4 统计学处理

采用SPSS21.0处理，计量资料、计数资料分别采用（ $\bar{x} \pm s$ ）、百分比表示，前者行t检验，后者行卡方检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标比较

与对照组比，研究组麻醉起效时间更短，镇痛维持时间更长，术后VAS评分更低， $P<0.05$ 。两组新生儿Apgar评分无差异， $P>0.05$ 。见表1。

表1 两组手术指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	麻醉起效 时间 (min)	镇痛维持 时间(h)	术后疼痛 程度(分)	新生儿 Apgar 评 分(分)
研究组	52	9.82±2.47	5.43±1.17	3.86±1.21	9.32±0.44
对照组	52	15.04±3.33	3.78±0.85	5.14±1.65	9.37±0.36
t	/	9.079	8.228	4.511	0.634
p	/	0.000	0.000	0.000	0.527

2.2 两组体征指标比较

两组麻醉前各体征指标无差异， $P>0.05$ ；术中，两组均出现体征指标波动，研究组波动幅度更小，MAP、HR水平更低，SpO₂水平更高， $P<0.05$ 。见表2。

表2 两组体征指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	MAP (mmHg)		HR (次/min)		SpO ₂ (%)	
		麻醉前	术中	麻醉前	术中	麻醉前	术中

研究组	52	76.65±5.44	81.34±6.72*	85.48±5.78	92.76±7.29*	98.04±0.35	96.53±0.84*
对照组	52	77.17±5.29	93.37±8.05*	85.83±6.01	101.36±8.86*	97.97±0.32	93.22±1.36*
t	/	0.494	8.273	0.303	5.405	1.064	14.932
p	/	0.622	0.000	0.763	0.000	0.290	0.000

注：*P 表示与麻醉前比较存在差异，P>0.05。

2.3 两组不良反应发生情况比较

与对照组比，研究组不良反应发生率更低，P<0.05。见表 3。

表 3 两组不良反应发生情况比较[n（%）]

组别	例数	寒颤	心动过缓	低血压	恶心呕吐	总发生率
研究组	52	0（0.00）	1（1.92）	1（1.92）	2（3.85）	4（7.69）
对照组	52	1（1.92）	0（0.00）	1（1.92）	1（1.92）	3（5.77）
X ²	/					0.294
p	/					0.588

3 讨论

相比于剖宫产，阴道分娩是更符合自然途径的是分娩方式，在分娩完成后，产妇不仅能尽快恢复健康，新生儿也能尽快适应外界环境。如果在无指征情况下选择剖宫产，产妇术中出血、术后血栓形成率都会大大升高；对于新生儿来讲，由于未经过产道挤压，呼吸系统功能异常几率也要更高。但在产妇存在难产、妊娠并发症等情况下，剖宫产则是更好的选择，其有助于保障产妇和围产儿的生命安全^[4]。剖宫产顺利实施的前提是有效的麻醉，在手术过程中，临床需要慎重考虑相关药物的使用剂量、种类及时机，尽可能避免药物突破胎盘屏障，对胎儿造成不良影响。针对剖宫产产妇，临床通常采取腰硬联合麻醉，这是由于该方式具备了硬膜外麻醉及腰麻的双重优点，不仅起效快、肌肉松弛效果好，还能随时添加药物以控制麻醉平面，确保手术顺利完成。在药物选择方面，临床希望选择的麻醉方案具备镇痛效果强、能保障术中体征平稳且不良反应少的优点^[5]。本次研究应用的麻醉药物中，罗哌卡因是一种长效酰胺类局麻药物，其与大多数局麻药物的麻醉机制相同，是通过阻断钠离子流入神经纤维细胞膜来对神经纤维冲动产生可逆性阻滞。从药物的血浆浓度来看，由于清除罗哌卡因的限速因子是缓慢吸收，所以通过硬膜外给药能延缓半衰期。虽然罗哌卡因容易透过胎盘，但与母体相比，胎儿总血浆浓度更低，且药物与血浆蛋白结合程度也相对较低，因此对胎儿造成的影响小^[6]。人体的神经系统上广泛且不均匀的分布着阿片受体，其与痛觉的整合与感受密切相关。当内阿片肽能神经元收到刺激后会释放脑啡肽来激活阿片受体，进而通过 G 蛋白偶联机制来抑制钙离子内流，钾离子外流，这会导致突触后膜发生超计划范围，此时神经元暂时处于抑制状态，痛觉冲动传导会被阻阻止。作为芬太尼的衍生药物，舒芬太尼是一种作用更强的 μ 阿片受体激动剂。由于其脂溶性更高，因此十分容易通过血脑屏障，并迅速在脑内达到有效血药浓度，故表现出更强的麻醉镇痛作用^[7]。在应用药物后，舒芬太尼能够在肝脏内进行生物转化，其代谢途径较多且消除代谢稳定，就算患者体内缺乏一种相关代谢酶，依旧不会影响到药物氧化代谢。其代谢产物之一的去甲舒芬太尼仍具有一定的药物活性，可持续发挥麻醉作用。并且小剂量长时间给药时，由于维持较高血药浓度时间长，因此麻醉效果消失缓慢，这能降低术后疼痛^[8]。本次研究显示，两组采取不同麻醉方案后，研究组取得了更

优的手术指标（P<0.05），两组新生儿 Apgar 评分无差异（P>0.05）。这提示罗哌卡因复合舒芬太尼的麻醉方案可发挥协同作用，不仅能缩短麻醉起效时间，达到更好的镇痛效果，同时也不会对胎儿造成不良影响。

从体征指标来看，术中两组 MAP、HR、SpO₂ 均出现一定幅度的波动。如果各项体征指标波动幅度过大，会增加手术风险，引起不良分娩结局。而研究组上述体征指标的波动幅度更小（P<0.05），说明复合用药的麻醉方案能为手术创造更好的条件。罗哌卡因对运动神经阻滞起效慢、阻滞效能较弱、持续时间也短，其不会对下肢静脉回流造成较大影响，因此对血压影响较小。研究发现^[9]，相比于其他局麻药物，罗哌卡因的心脏抑制作用更弱。其虽然会阻碍心肌细胞上的钙离子和钠离子通道，但有着“迅速占有、迅速离开”的特点，因此不会产生心肌毒性。舒芬太尼对血流动力学的影响与芬太尼相似，虽然会影响到心肌耗氧量、心脏指数等，但相较于芬太尼、吗啡，其心血管循环状态更加平稳。在联合应用两种麻醉药物的情况下，手术造成的刺激会大大减弱，因此患者的体征指标波动幅度更小。两组术后不良反应发生率无差异（P>0.05），提示复合用药不会增加不良反应发生风险。在钟乘坊等研究中^[10]，采取罗哌卡因与舒芬太尼复合麻醉的实验组与实施罗哌卡因麻醉的对照组不良反应发生无差异（P>0.05），与本次研究有一致性，强化说明了研究方案的安全性。

综上，在剖宫产麻醉中，罗哌卡因复合舒芬太尼麻醉效果好，安全性高，能为手术顺利进展创造良好条件，值得推广。

参考文献：

[1]王利骄. 罗哌卡因复合舒芬太尼用于剖宫产麻醉的临床效果[J]. 临床合理用药杂志,2021,14（10）: 112-113.

[2]单会荣,涂莹莹. 腰麻下罗哌卡因复合硬膜外不同剂量舒芬太尼用于剖宫产麻醉的临床效果观察[J]. 医学信息,2021,34（22）: 106-108.

[3]涂茂勇,丁盼盼. 罗哌卡因复合舒芬太尼用于剖宫产麻醉的临床效果观察[J]. 中国社区医师,2018,34（33）: 40+42.

[4]刘峰. 研究罗哌卡因复合舒芬太尼在剖宫产麻醉中的应用效果[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19（15）: 62-63.

[5]谭楚伟,李齐,陈林. 罗哌卡因复合舒芬太尼用于剖宫产麻醉的临床效果分析[J]. 基层医学论坛,2019,23（22）: 3169-3170.

[6]包铁刚. 罗哌卡因复合舒芬太尼用于剖宫产麻醉的临床效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7（54）: 18-19.

[7]韩玉明. 罗哌卡因复合舒芬太尼用于剖宫产麻醉的临床效果分析[J]. 中国实用医药,2019,14（27）: 97-98.

[8]古箴,郑晓宁,凌硕. 罗哌卡因复合舒芬太尼用于剖宫产麻醉的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19（A5）: 127-128.

[9]苗蕾. 罗哌卡因复合舒芬太尼用于剖宫产麻醉的临床效果[J]. 河南医学研究,2020,29（10）: 1802-1803.

[10]钟乘坊,叶秀丽,朱俊海. 罗哌卡因复合舒芬太尼用于剖宫产麻醉的临床效果[J]. 中国当代医药,2019,26（20）: 126-129.

经内镜治疗上消化道异物临床疗效分析

冯旭升

甘肃省徽县人民医院 甘肃徽县 742300

摘要：目的：评估上消化道异物患者采用经内镜治疗的应用价值。方法：选择甘肃省徽县人民医院在2020年3月至2022年3月期间就诊的20例上消化道异物患者，采用经消化内镜治疗，分析经内镜治疗上消化道异物临床疗效。结果：20例上消化道异物患者的一次性异物取出成功率100.00%。20例上消化道异物患者的术后并发症（胃溃疡、感染、消化道出血、穿孔、黏膜受损）发生率为5.00%，20例上消化道异物患者异物取出时间（11.26±1.61）分钟、术中失血量（35.78±2.62）毫升、住院时间（5.25±1.14）天。20例上消化道异物患者术前和术中的心率与呼吸无较大差异性，（ $P>0.05$ ）无统计学意义。术中患者的血氧饱和度（97.14±0.77）%和平均动脉压（102.97±5.64）mmHg明显降低，与术前（98.35±0.92）%、（107.62±4.61）mmHg相比，具有统计学意义，（ $P<0.05$ ）。结论：上消化道异物患者经内镜治疗可以取得一定的治疗成效，并发症发生率低，改善失血量，促进患者恢复，值得在临床中予以推广使用。

关键词：内镜治疗；上消化道异物临床治疗；住院时间；并发症

上消化道异物在现代临床上很常见的疾病，常见的异物滞留位置包括食管上段、中段、下段、胃腔、贲门、十二指肠等。上消化道异物是一种在上消化道中无法被消化和排除的疾病，是一种常见的急性疾病，在急诊科诊治中占有4%。如果不及及时治疗，会导致消化道粘膜损伤、感染、出血、消化道穿孔、阻塞等，严重者会导致感染性休克、食管气管瘘、主动脉破裂等。上消化道异物的处理方法有三种：自然排出、内镜处理、外科治疗。对于上消化道异物，首选的方法是内镜手术。与常规的外科治疗方法相比，内窥镜治疗在创伤小，并发症少，恢复快，治疗费用低等方面的优势。上消化道异物在儿童中发生率很高，主要是儿童对异物的好奇心，导致异物被吸入消化系统，导致异物滞留，如玩具、鱼刺等等^[1-2]。多数的异物都是锋利的，而且很容易被侵蚀，临床处理难度较大，很可能引发胃溃疡、出血、穿孔等并发症。胃镜检查是一种常见的诊断和治疗方法，目前，在过去的临床实践中，硬式胃食管镜胃切除术是一种有效的方法，但手术时间长，术后恢复慢，费用高^[3]。近年来，随着外科手术技术的迅速发展，经内镜治疗上消化道异物日益受到人们的关注。为探究经内镜治疗上消化道异物治疗的效果，本次研究择取甘肃省徽县人民医院收治的20例上消化道异物患者展开调研。

1. 资料和方法

1.1 基线资料

纳入甘肃省徽县人民医院就诊的20例上消化道异物患者，患者的就诊时间在2020年3月至2022年3月，采用经消化内镜治疗。20例上消化道异物患者中，女性上消化道异物患者12例、男性患者8例；年龄7岁~80岁，平均年龄（40.44±6.12）岁；发病至入院时间为4小时~48小时，平均时间（27.11±4.09）小时。异物类型：8例枣核（占比40.00%）、5例鱼刺（占比25.00%）、4例骨头（占比20.00%）、2例金属异物（占比10.00%）、1例腐蚀性异物（占比5.00%）。

纳入标准：（1）患者均经过影像诊断，结合既往病史，确诊为上消化道异物；（2）临床资料完整；（3）患者或家属对于本次研究知情同意，签署知情同意书。排除标准：（1）合并缺血性心脏病患者；（2）合并上消化道肿瘤患者；（3）胃肠道穿孔患者；（4）合并肝肾功能异常的患者；（5）合并传染性疾病的患者；（6）合并癌症患者；（7）患者合并异物所致的严

重全身感染。

1.2 方法

20例上消化道异物患者采用经消化内镜治疗，上消化道异物患者入院后，通过健康宣教来提升患者的依从性，医务人员通过与患者和家属的沟通来掌握患者疾病史，异物吞入时间和种类等，利用X线影像来确定异物的形态和位置。患者进入病房后，建立静脉通路，准备急救设备和药品，在手术中协助患者调整好姿势。

患者进入手术室后，提供持续心电监护，静脉注射的芬太尼（剂量：0.5μg/kg~1.0μg/kg），在患者的眼睫毛反应功能减退时，用依托咪酯（剂量：0.1mg/kg~0.15mg/kg）+异丙酚（剂量：1.5mg/kg~2.0mg/kg）。置入消化内镜，进行胃镜检查，并使用仪器取出拔除异物。如有异物较为锋利，应保证其长轴线与消化内镜的水平方向相同，避免造成消化道的损害；若有异物卡住，轻轻挤压镜片，用气囊将食道撑起，等异物脱离后，用仪器将其取下。手术后可按患者的情况给予抗感染消炎治疗。术后早期主要是吃流质食物，等病情逐渐好转，再逐渐转为普通食物。

1.3 观察指标

（1）统计20例上消化道异物患者一次性异物取出成功率。（2）统计20例上消化道异物患者术后并发症发生率，并发症包含胃溃疡、感染、消化道出血、穿孔、黏膜受损。（3）统计20例上消化道异物患者异物取出时间、术中失血量以及住院时间。（4）统计20例上消化道异物患者的指标数据。术前和术中10分钟患者的心率、呼吸、血氧饱和度和平均动脉压。

1.4 统计学处理

采用统计学软件SPSS23.0对20例上消化道异物患者的资料数据进行校准处理，应用（%）表示一次性异物取出成功率、术后并发症发生率，组间差异性应用卡方检验。应用（均数±标准差）表示异物取出时间、术中失血量、住院时间、心率、呼吸、血氧饱和度和平均动脉压，差异性应用t检验。若统计学意义存在，则（ $P<0.05$ ）。

2. 结果

2.1 20例上消化道异物患者一次性异物取出成功率

20例上消化道异物患者的一次性异物取出成功率（20/20）100.00%。

2.2 20 例上消化道异物患者术后并发症发生率

20 例上消化道异物患者术后共出现 1 例胃溃疡 1 (5.00)，并发症发生率为 5.00%。

2.3 20 例上消化道异物患者取出时间、术中失血量、住院时间对比

20 例上消化道异物患者的取出时间、术中失血量、住院时间分别为：(11.26±1.61) 分钟、(35.78±2.62) 毫升、(5.25±1.14) 天。

2.4 两组上消化道异物患者心率、呼吸、血氧饱和度和平均动脉压对比

如表 1，术前和术中的心率与呼吸无较大差异性，(P>0.05) 无统计学意义。术中患者的血氧饱和度和平均动脉压明显降低，与术前相比具有统计学意义，(P<0.05)。

表 1 两组上消化道异物患者心率、呼吸、血氧饱和度和平均动脉压对比

组别	{ $\bar{x} \pm s$ }			
	心率 (次/分钟)	呼吸 (次/分钟)	血氧饱和度 (%)	平均动脉压 (mmHg)
术前 (n=20)	79.63±7.22	31.16±6.37	98.35±0.92	107.62±4.61
术中 (n=20)	76.68±7.49	30.69±9.18	97.14±0.77	102.97±5.64
T 值	1.2681	0.1881	4.5105	2.8548
P 值	0.2125	0.8518	0.0001	0.0069

3. 讨论

上消化道异物是消化内科的常见病，疾病需要第一时间进行治疗。临床多以胃镜诊治进行干预，若不及时治疗，容易导致穿孔、出血等，严重者甚至会刺破动脉，威胁生命安全^[4-5]。有文献报导，小儿上消化道异物占 80%~85%，主要为玩具、硬币、电池、鱼刺等。成年人有 95% 的上消化道异物是由于误吞引起的，以食物块状异物最为普遍^[6]。上消化道异物种类有食团异物、尖锐异物、钝性异物和混合异物等，异物类型可以提示具体的嵌顿部位和常见的合并症。例如：尖锐的物体一般都是嵌入到胃肠道的锐角部，所以很有可能会刺穿食道，造成食道的感染，消化道异物主要有鸡骨、鱼刺、食物团块、枣核肠内异物嵌顿等。

上消化道异物会导致吞咽不适、恶心、胸部不适、咽喉痛等不适，对人体的身体和心理造成一定的危害。临床上多使用 CT、磁共振、X 线等综合检查，综合考虑病史和临床症状，可以确定上消化道异物的位置、直径、形态、以及与周边环境的相关性。随着消化内镜诊治技术的不断进步，消化内镜下异物已逐渐被视为上消化系统异物的第一选择，它不但对诊断准确，对临床治疗也有一定的帮助^[7]。消化内镜治疗能有效地改善患者的疼痛，减轻患者的恐惧、不适感和应激感，减少对胃粘膜的损伤。目前已有诸多文献报道显示，经消化内镜治疗上消化道异物安全有效，效果理想。经消化内镜治疗上消化道异物，如有异物为长条状，则应将其一头夹入，与消化道纵轴线的方向逐渐向外牵引^[8-9]。如果异物夹在中央，很难从咽喉、贲门等狭窄的地方穿过，很容易造成粘膜的伤害。如果异物太锋利，可以将锋利的一头朝下，在往外牵出时，可以防止粘膜受到伤害。如果在取出异物的时候，上消化道粘膜受损，那么在取出异物的时候要使用粘膜保护药物进行抗炎治疗。如果出现了穿孔、溃疡、炎症、出血等并发症，要

及时进行密切的随访，避免患者出现长期的不良后果。粘膜损害是上消化系统内最常见的合并症，此病例多数为轻度粘膜损害，不需特别处理，而粘膜受损程度大或深度严重的患者应给予抑酸、粘膜保护等措施，并建议患者在适当的时候禁食。若有出血，则应禁食，同时使用抗酸性药物及粘膜保护药物。如有小渗血，可在腹腔内用冰冻生理盐水进行消融，如有大量失血，可采用电凝法或用止血钳封闭。如出血过多，需给予补液、输血等对症下药，如经内窥镜下止血无效，可采用外科或介入治疗。若有较重的感染，则给予适当的药物，如禁食、抑酸、补液等。伴有局部脓肿的患者，应该进行彻底的引流术，对于不能通过药物保守疗法的患者，可以进行外科手术。穿刺往往与感染相结合，对有感染的患者，尽量使其排出畅通，如有引流史，则视具体条件而定；如果没有引流病史，应尽早封闭伤口，经禁食、酸补水及适当的药物处理，经适当的引流术，可使其愈合。如果药物不能有效的话，可以通过外科手术来解决^[10]。由本次研究发现 20 例上消化道异物患者的一次性异物取出成功率 100.00%，术后并发症发生率为 5.00%，异物取出时间 (11.26±1.61) 分钟、术中失血量 (35.78±2.62) 毫升、住院时间 (5.25±1.14) 天。患者术中和术中的心率与呼吸无较大差异性，(P>0.05)。术中患者的血氧饱和度 (97.14±0.77) %和平均动脉压 (102.97±5.64) mmHg 明显降低，与术前 (98.35±0.92) %、(107.62±4.61) mmHg 相比，存在统计学意义 (P<0.05)。

综上所述，经消化内镜治疗上消化道异物的效果显著，有利于降低并发症，提高一次性异物取出成功率，缩短异物取出时间、住院时间，降低术中出血量，值得在临床中推广。

参考文献：

[1]陈希,田永,李岩,等. 内镜治疗上消化道异物临床特点分析[J]. 河南医学研究,2022,31 (10): 1771-1775.

[2]张明波,周璇,何妍. 儿童上消化道异物的临床特征及经无痛内镜治疗的效果[J]. 临床医学研究与实践,2021,6 (27): 76-78.

[3]许东,李全林,周平红. ≥80 岁的上消化道异物患者内镜治疗安全性与可行性分析[J]. 中华胃肠外科杂志,2019,22 (11): 1078-1081.

[4]宋春芳. 术前共情沟通对无痛内镜下上消化道异物取出术患者治疗配合度的影响[J]. 护理实践与研究,2019,16 (13): 153-155.

[5]岳稳灿. 上消化道异物应用消化内镜治疗的有效性探究[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6 (30): 149-150.

[6]徐欢,王娟,叶向荣. 上消化道异物胃镜治疗的效果及影响因素[J]. 中国医疗器械信息,2021,27 (23): 99-100,106.

[7]彭盼,王美芬,陈韬,等. 儿童内镜在食管狭窄及上消化道异物中的应用进展[J]. 中国医师进修杂志,2020,43 (9): 854-859.

[8]莫善,李兴华,陈丽萍. 基层医院行无痛胃镜治疗上消化道异物的临床分析[J]. 微创医学,2021,16 (3): 435-437.

[9]薛宁,徐俊杰,魏绪霞. 消化内镜诊治儿童上消化道异物穿孔临床分析[J]. 中华小儿外科杂志,2022,43 (2): 117-121.

[10]葛薇. 心理护理在上消化道异物内镜下取出术中的应用效果[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5 (6): 128.

作者简介：冯旭升，(1983，2—)，男，汉语，甘肃徽县，本科。研究方向：内科学。

急性酒精中毒病人经内科急诊治疗后效果分析

黄涛 葛群英

石嘴山市中医医院 宁夏石嘴山 753000

摘要：目的：对急性酒精中毒患者进行急诊内科救治。方法：采用随机抽样的方法，将2019年3月-2021年3月内120名急性酒精中毒病人进行随机抽取，随机分成两组，分别为对照组和实验组各60名。对照组采用纳洛酮治疗，实验组采用纳洛酮联合门冬氨酸鸟氨酸进行治疗。比较两组的治疗效果、清醒时间与症状消失时间、不良反应发生率等均有显著差异。结果：经治疗后，实验组的总有效率为90.91%，与对照组72.73%相比明显高一些，差异有显著性，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。实验组病人在治疗后，醒来时间（ 2.71 ± 1.13 ）小时与正常组醒来时间（ 4.35 ± 1.72 ）小时相比短一些，差异有显著性，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。实验组病人在治疗后，症状消失时间（ 7.79 ± 2.21 ）小时，与对照组症状消失时间 13.38 ± 3.61 小时相比明显少一些，差异有显著性，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。试验组的不良反应发生率为7.27%，比对照组21.82%低，差异有显著性，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。经急诊抢救后，实验组60例病人痊愈出院，生存率100%，对照组因4例多脏器衰竭而死亡，生存率91.11%。结论：急性酒精中毒病人病情严重，急诊内用纳洛酮联合门冬氨酸鸟氨酸进行治疗，可以缩短病人的抢救时间。对病人进行紧急的内科抢救，可以有效地抢救病人的生命，提高肝脏的功能，并对预后有一定的促进作用。

关键词：急性酒精中毒；患者；内科急诊；治疗

急性酒精中毒是一种急性疾病，是由于摄入过量的酒精，会引起中枢神经系统的反应，从而影响到身体的各个器官功能，从而造成精神状态的异常。在发病初期，会出现意识模糊、呼吸困难、言语障碍等症状。急性酒精中毒如果不及时处理，会引起脏器的损伤，甚至是功能衰竭，严重者会造成生命危险。在临床上，急诊内科急救是抢救急性酒精中毒的重要措施，确保合理使用试验和治疗药物是提高抢救成功率的关键。不过，由于这种药物的作用时间很短，一旦停药，就会导致患者陷入昏迷、睡眠状态，从而降低治疗的效果。近年来，门冬氨酸鸟氨酸还具有治疗慢性肝炎、肝硬化等疾病的作用。本研究以本院2019年3月-2021年3月内120名急性酒精中毒病人为例，分析其在急诊内科急性酒精中毒的治疗情况。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年3月-2021年3月本院收治的急性酒精中毒患者120例作为研究对象，采取抽签的方式将患者分为实验组和对照组，每组60例。实验组患者男52例、女8例，年龄在23~62岁之间，平均年龄为（ 40.32 ± 11.25 ）岁，饮酒量在140g~270g，平均饮酒量（ 215.34 ± 38.79 ）g，急救时间40 min~3 h。对照组患者男53例、女7例，年龄在22~65岁之间，平均年龄为（ 41.46 ± 15.33 ）岁，饮酒量在135g~275g，平均饮酒量在（ 210.45 ± 39.56 ）g，急救时间45 min~4 h。两组患者的性别、年龄、救治时间等差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

入选标准：（1）符合急性酒精中毒的临床诊断标准（2）18周岁以上，70周岁以下。（3）中毒至救治时间在2小时内。（4）病人和家属都是自愿参加试验的；（5）本研究经伦理委员会同意下进行的。

排除标准：（1）原有肝、肾功能异常的患者；（2）哺乳期和怀孕期的女性；（3）不在协议上签字的患者。（4）不能主动配合检查的病人；（5）有认知功能损害的病人；（6）对纳洛酮或门冬氨酸鸟氨酸过敏的病人

1.2 方法

住院期间，医务人员要对病人的情况进行全面的评估，对于出现休克病人，应立即进行气管插管、机械通气，并使用液体复苏与中心静脉压力检测仪相联系；同时，通过调节仪器的动态变化，增加血管活性物质如

多巴胺、去甲肾上腺素等，提高血压，促进血液循环。对于呼吸衰竭、低氧血症患者，应采取肺保护措施；注意有没有呼吸道阻塞，可以用纤维支气管镜冲洗，把分泌物抽出来，保证气道畅通。1小时内无呕吐症状的病人应采取洗胃或催吐措施，以降低酒精的吸收，初期可用手指刺入病人舌根，刺激其呕吐，若无明显作用，可用400-900 ml温生理盐水或2%碳酸氢钠溶液洗胃。对于有昏迷症状的患者，可以肌注0.5 g的中枢兴奋剂，如苯甲酸钠或回苏林。所有病人在急诊内科接受了常规的治疗，包括催吐、洗胃、吸氧、利尿等，以确保病人的体温，同时进行心电图监测，保持病人体内的水、酸、碱平衡。采用盐酸纳洛酮注射液（成都天台山药业有限责任公司，国药准字H20058285）静脉滴注0.8~1.2 mg+250 ml。试验组在常规的治疗后采用纳洛酮加鸟氨酸鸟氨酸（德国Merz制药有限公司，注册编号H20130430），以5%葡萄糖水250 ml+10-15 g门冬氨酸鸟氨酸注射液（德国Merz制药有限公司）；具体情况：10毫升/支，可根据病人的晕厥情况进行调节，24小时之内不得多于20支。

1.3 观测指标和判断准则

对治疗前后的病人进行了监测，并对其血清中的ALT、天冬氨酸氨基转移酶（AST）、总胆红素（TBIL）进行分析。结果：治疗效果、清醒时间与症状消失时间、不良反应发生时间等均有显著差异。显效：病人的症状完全消失，意识完全苏醒，没有任何副作用，可以自由活动；有效：病人症状明显好转，意识恢复，能独立行动；无效：病人的临床表现并未好转，仍处于半昏迷状态，无法自主行动。总治疗效果有效率=疗效+疗效/总治疗效果 $\times 100\%$ ，不良反应包括嗜睡、恶心、呕吐等。

1.4 统计分析

数据处理采用SPSS21.0进行。测量数据用平均数（ $\pm$ ）标准差（ $-x\pm s$ ）表示，并使用t检验；用%的比率来表达计数数据，并使用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示有显著性差异，具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组病人的治疗效果比较

两组病人的治疗总有效率相比，实验组91.67%明显高于对照组71.66%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结果如表1所示：

表 1 两组病人治疗效果比较 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	60	48	7	5	91.67%
对照组	60	38	5	17	71.66%
χ^2					6.1111
P					0.0134

2.2 两组病人清醒时间与症状消失时间比较

两组相比,实验组的时间均少于对照组的时间,差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。结果如表 2 所示:

表 2 两组患者清醒时间与症状消失时间比较 ($\bar{x}\pm s, h$)

组别	例数	清醒时间	症状消失时间
实验组	60	2.71 $\pm$ 1.13	7.79 $\pm$ 2.21
对照组	60	4.35 $\pm$ 1.72	13.38 $\pm$ 3.61
t		5.9099	9.7942
P		0.0000	0.0000

2.3 两组病人不良反应发生情况比较

两组病人治疗后,实验组病人的不良反应发生率为 7.27%,低于对照组的 21.82%,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。如表 3 所示:

表 3 两组病人不良反应发生率情况比较

组别	例数	嗜睡	恶心	呕吐	不良反应发生率
实验组	55	1	2	1	7.27a
对照组	55	4	5	3	21.82
χ^2					4.681
P					0.031

3 讨论

随着人民生活水平的不断提高,酒文化渗透到社会各个领域,由此引发的急性酗酒事故也日益增多。急性酒精中毒可导致消化系统、神经系统和呼吸系统损害,并可导致多脏器功能紊乱,危及生命。酒精是一种可溶于水的物质,当酒精被大量地吸收时,它会很快地进入大脑的神经细胞膜,然后影响到细胞膜上的一些酶,使中枢神经系统由兴奋到抑制。中枢神经损伤会导致循环系统功能障碍、代谢异常,所以,早期治疗和控制各种并发症是急性酒精中毒的关键;防止人体对酒精的吸收。

急性酒精中毒是内科急症中最常见的一种,其主要表现为语言不清、动作失调、意识障碍等,这是因为酒精会刺激中枢神经细胞膜上的一种特殊酶,从而影响到神经细胞的正常功能。吸氧、利尿、保温、洗胃等是临床上常用的治疗手段。纳洛酮是一种具有抑制性的阿片类受体拮抗药,它本身没有任何的活性,它可以拮抗各种类型的阿片类受体,并且对 μ 受体具有很高的亲和力。这种药物的药效很短暂,一旦停药,就会出现昏迷不醒的情况。近年来,在内科急性中毒治疗中,经常使用门冬氨酸鸟氨酸,它可以在短期内控制病人的血氨水平,并促进肝脏细胞的修复和再生;排除体内的自由基,可以改善肝脏的功能,让身体的能量更加均衡,从而改善中毒的情况。另外,门冬氨酸鸟氨酸是一种常用的内服药物,一般是在药物的作用下,人体会产生谷氨酰胺;另外,谷氨酰胺具有良好的解毒效果,门冬氨酸鸟氨酸可以促进肝细胞的整体新陈代谢,及时排除体内的有害自由基,增强肝脏的整体排毒能力;同时,可以在短时间内维持患者的血氨浓度,促进肝脏细胞的修复

和再生。鸟氨酸是谷氨酰胺与尿素的合成基质,其生物利用率高达 82%,代谢产物可以通过尿液排出,安全性高。采用门冬氨酸鸟氨酸和纳洛酮结合,可以将两者的优点完全发挥出来,从而达到改善患者脑水肿、昏迷的目的,同时还可以控制患者的颅内压力,增强脑组织的循环,增加抢救的成功率。酒精中毒可引起脑组织缺氧、缺血,严重时可引起脑水肿。比如:吸氧,纠正体内水电解质失衡,补充维生素,保温,利尿等;纳洛酮是阿片受体拮抗剂,临床上主要用于解除压片类药物的复合麻醉;也可以通过静脉注射或者肌肉注射来缓解急性酒精中毒。但纳洛酮的半衰期较短,一般为 30~60 分钟,停用后病人有再次昏迷、昏睡等表现。酒精是一种损伤肝脏的疾病,它会增加肝脏的代谢负担,从而影响到机体的排毒和新陈代谢。必要的时候服用一些醒脑静也能起到护肝的作用。醒脑静主要由人工麝香、栀子、郁金、冰片等中药成分构成;其成份为人造麝香,具有开窍、活血、散结、兴奋神经的作用;栀子具有护肝、镇静、清热泻火、凉血解毒的作用;郁金具有降气止血、保肝的作用;冰片具有利胆、安神、降血脂、增强免疫力的功效;冰片的作用是开窍醒神热,镇痛,明目消肿。

本研究显示,在治疗后,实验组病人的总有效率为 91.67%,较对照组 71.66% 显著提高,差异有显著性 ($P<0.05$)。试验组病人清醒时间 (2.71 $\pm$ 1.13) 小时和症状消失时间 (7.79 $\pm$ 2.21) 小时比对照组病人清醒时间 (4.35 $\pm$ 1.72) 小时和症状消失时间 13.38 $\pm$ 3.61 小时明显少一些地,差异有显著性, ($P<0.05$)。结果显示,在治疗后,实验组的不良反应率为 7.27%,与对照组 21.82% 相比,明显低很多,差异有显著性 ($P<0.05$)。

4 结论

酒精中毒病人在治疗前,肝功能各项指标 ALT (U/L) 29.32 $\pm$ 5.22, AST (U/L) 32.54 $\pm$ 5.41, TBIL (μ mol/L) 20.81 $\pm$ 6.72; 经过内科急诊治疗后,肝功能各项指标 ALT (U/L) 20.33 $\pm$ 4.76, AST (U/L) 23.47 $\pm$ 4.13, TBIL (μ mol/L) 12.23 $\pm$ 5.41; 纳洛酮与门冬氨酸鸟氨酸鸟氨酸结合治疗急性酒精中毒可以加速病人的意识,出现不良反应率低,病人好得快等优点。所以急性酒精中毒患者采用神经内科急诊治疗效果显著,利于促进患者康复,并可提高治疗的有效率,具有很好的临床应用价值。

参考文献:

- [1]卢延发,陈万宏,黄圣明. 纳洛酮与盐酸纳美芬对急性酒精中毒患者心肌酶谱、神经递质的影响比较[J]. 黑龙江医学,2022,46 (06): 728-730.
- [2]刘伟明. 153 例急性酒精中毒病人的院前急救分析与处理[J]. 全科护理,2017,15 (18): 2254-2255.
- [3]郑卫辉. 纳洛酮在酒精中毒合并脑出血病人急救中的应用和护理[J]. 世界最新医学信息文摘,2016,16 (96): 376-379.
- [4]闵叶平. 酒精中毒病人急救护理要点与体会[J]. 全科护理,2015,13 (02): 149-151.
- [5]杨素萍,吴丹. 急性重度酒精中毒致心搏骤停病人的院前急救[J]. 临床医学工程,2012,19 (06): 988-989.
- [6]彭蓉. 急性酒精中毒合并颅脑损伤病人的急救护理[J]. 药物与人,2014,27 (07): 207.
- [7]张映芬,郑少霞,徐小莉. 急性酒精中毒病人的院前急救护理[J]. 全科护理,2014,12 (08): 722.
- [8]张叶华,徐亚群. 急性酒精中毒并发低血糖昏迷病人的急救护理[J]. 全科护理,2013,11 (36): 3415-3416.

探讨尿动力检查在评估前列腺增生伴糖尿病患者预后中的应用

李晓波

贵州省安顺市人民医院 贵州安顺 561000

摘要:目的 针对良性前列腺增生伴糖尿病患者接受尿动力检查评估疾病情况对临床治疗及预后的影响。方法 研究对象均为本院确诊为良性前列腺增生患者,纳入时间 2018 年 1 月—2019 年 12 月,总计例数为 150 例。依据是否合并发生糖尿病作为分组依据,将合并糖尿病患者纳入观察组,将未发生糖尿病患者纳入对照组,两组均接受尿动力检查,对两组检测出结果进行对比分析。结果 观察组最大膀胱容量(313.79±29.38)大于对照组(235.02±22.24),存有统计学差异($t=18.305$ $P=0.000$)。观察组初始尿意膀胱容量(221.30±20.68)大于对照组(145.27±13.32),存有统计学差异($t=26.342$ $P=0.000$)。观察组初始尿意膀胱容量(95.79±8.96)低于对照组(66.41±6.22),存有统计学差异($t=23.005$ $P=0.000$)。观察组膀胱感觉减退发生率 52.50%高于对照组 30.00%,对比存有统计学差异($\chi^2=7.759$ $P=0.005$)。观察组膀胱稳定性降低发生率 21.25%略高于对照组 14.29%,对比不存在统计学差异($\chi^2=1.227$ $P=0.268$)。结论 良性前列腺增生患者是否合并发生糖尿病,对疾病情况、临床治疗具有较大影响,可通过尿动力检查准确评估疾病情况,进而帮助医师更加科学地制定治疗方案,能够确保临床治疗效果,积极改善预后情况,应用价值较高值得推广及重视。

关键词: 尿动力检查;评估;良性前列腺增生;糖尿病患

前列腺属于男性特殊的生殖系统组成,其外形和栗子较为相近。其对男性具有极为重要的作用,主要为分泌前列腺液并构成尿道。前列腺增生属于一个缓慢紧张的过程,中老年男性属于疾病高危群体,通常为良性病变。疾病主要危害在于,会导致发患者发生排尿功能障碍,具体表现为尿急尿频、夜尿繁多、尿分叉和排尿困难逐步加重。疾病的发生和年龄关系密切^[1]。统计数据显示,我国高于 60 岁的男性中,约有一半以上会发生本种疾病,高于 80 岁男性,发病率可达 80%。现阶段,我国老龄化程度较高,因此疾病临床发生率激增,对男性健康存在较大影响,得到广泛的重视。在多种因素影响下,糖尿病已经成为对大众健康存在显著影响的疾病类型。由于两种疾病均容易发生在老年患者中。相关研究结果证实^[2],糖尿病属于良性前列腺增生和的常见合并症,如果良性前列腺增生同时发生糖尿病,极易增加膀胱功能障碍发生率,同时在尿流动力学上也存在显著变化,在治疗上需要予以重视,并根据指标情况,全面判断疾病情况,进而保证治疗效果,并改善预后情况。本次研究中,将本院确诊的良性前列腺增生患者作为研究对象,对比分析合并及不合并糖尿病患者在尿动力检查结果上的差异,为疾病临床方案优化提供更多参考依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象均为本院确诊为良性前列腺增生患者,纳入时间 2018 年 1 月—2019 年 12 月,总计例数为 150 例。依据是否合并发生糖尿病作为分组依据。入组对象均为男性,对照组($n=70$),年龄 56-76 岁。良性前列腺增生患者病程时间为 2-13 年。观察组($n=80$),年龄 57-78 岁。良性前列腺增生患者病程时间为 2-15 年,糖尿病病程时间为 2-9 年,均值(4.06±1.13)年。组间资料对比,无显著差异(详见下表)。

两组良性前列腺增生患者一般资料情况比较[n(%), ($\bar{x} \pm s$)]

项目	观察组 ($n=80$)	对照组 ($n=70$)	χ^2/t	P
年龄(岁)	71.12±2.41	70.86±2.32	0.671	0.503
良性前列腺增生病程时间 (年)	5.49±1.15	5.21±1.08	1.530	0.128

纳入标准:患者均出现下尿路梗阻等症状,且经影像学检查见前列腺

明显增大,残余尿量(RUV)在 60ml 以上,临床综合检查确诊为良性前列腺增生。详细了解研究流程和目的后,自愿参与研究并签署文件,接受尿动力检查。同时将逼尿肌无力者;不稳定膀胱;前列腺癌;合并严重机体病变或神经系统疾病者;血液系统、凝血功能异常者;生命体征不稳定者;接受过下尿路手术治疗患者;精神或神经系统疾病患者排除。且本次研究经本院伦理委员会审核批准。

1.2 方法

患者均接受尿动力学检查,检查仪器选择安多美达尿动力检查仪(生产厂家:德国安多美达;型号:ANDROMEDA Ellipse)。检查之前对患者进行宣教和指导,告知检查的详细流程和目的,明确检查必要性,并说明注意和禁忌事项,保证检查准确性。另外,告知患者检查中可能存在一定不适感,做好心理建设,并进行必要心理疏导,避免检查引发负性情绪。检查前 60min,护理人员需要提醒患者应用 500ml 凉开水。提醒患者膀胱明显发胀,感觉尿急时方可接受检查。首先检测尿量和尿流速。此项检查完成后,要求患者保持半坐位,并将 F8 双腔测压软管经由尿道置入,抽取剩余尿液并测定总量,并进行记录。完成之后将负压测压管置入到直肠中,调整耻骨联合水平大气压,将数值保持为 0,使用浓度为 0.9%氯化男溶液对膀胱进行充分灌洗,需要注意灌洗速度,要求保持匀速完成,速率需要控制在每分钟 20-50ml,确定膀胱充盈状态下,测定膀胱中的容积和压力。另外,利用肌电图活动性,探查逼尿肌和括约肌是否能够协调作用。此项检查如果协调性差,那么会导致排尿不畅、排尿困难甚至尿急发生。测定完排尿期膀胱压之后,测定休息状态或是咳嗽用力时的尿道压力,作为膀胱功能评价标准。全部检查数据测定并记录后,告知患者检查顺利完成。同时说明后期可能发生的问题及注意事项。说明接受检查后,患者早期排尿过程中存于不同程度疼痛感,少量血尿也是正常情况。要求患者多饮水,有助于改善不适感和相关临床症状。如果持续出现疼痛或是血尿加重,需要及时就诊并接受检查。

1.3 观察指标

汇总两组各项检查指标,具体包括:最大膀胱容量,初始尿意膀胱容量,膀胱残余尿量,膀胱感觉减退,膀胱稳定性降低,逼尿肌收缩能力降低^[3]。

1.4 统计学分析

以 SPSS22.0 统计软件分析数据,定量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,以 t 检验;以 n (%) 描述定数资料,以 χ^2 检验。 $P<0.05$,数据对比具有差异。

2 结果

2.1 膀胱容量相关检查指标

两组尿动力学检查指标比较证实,观察组最大膀胱容量、初始尿意膀胱容量、膀胱残余尿量均明显高于对照组,组间存有统计学差异 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 膀胱容量相关检查指标差异[$(\bar{x} \pm s)$, mL]

组别	例数	最大膀胱容量	初始尿意膀胱容量	膀胱残余尿量
观察组	80	313.79±29.38	221.30±20.68	95.79±8.96
对照组	70	235.02±22.24	145.27±13.32	66.41±6.22
t 值		18.305	26.342	23.005
P 值		0.000	0.000	0.000

2.2 膀胱和逼尿肌功能指标

两组在逼尿肌收缩能力降低和膀胱稳定性降低发生率上对比存有统计学差异,观察组发生率高于对照组 ($P<0.05$)。两组在膀胱感觉减退上对比无统计学差异 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 膀胱和逼尿肌功能指标差异[n (%)]

组别	例数	逼尿肌收缩能力降低	膀胱感觉减退	膀胱稳定性降低
观察组	80	45 (56.25)	42 (52.50)	17 (21.25)
对照组	70	24 (34.29)	21 (30.00)	10 (14.29)
t 值		7.251	7.759	1.227
P 值		0.007	0.005	0.268

3 讨论

前列腺增生症属于男性特有疾病,其近年来随着居然饮食及生活习惯的改变,导致该疾病的并发率呈现逐渐增长趋势。临床研究证实^[4],疾病发生主要临床表现为膀胱出口发生梗阻、逼尿肌功能受到损伤或是其稳定性降低。其病理生理变化主要相关于膀胱出口梗阻^[5]。前列腺增生症病发后不仅会导致患者排尿困难,同时也会增加膀胱肌及肾功能的损伤,严重者可并发尿毒症,最终影响患者生活质量及生存年限^[6]。在展开前列腺增生症的治疗时,不仅要综合考虑疾病诱发因素以及合并症,纠正不良饮食及生活习惯,同时还要结合患者年龄及机体耐受情况合理的选择治疗方式,方可确保治疗效果。

糖尿病属于衰竭范围内发生率较高的慢性疾病,现阶段国内发生率显著提升^[7]。发病患者极易增加膀胱功能障碍发生率,具体表现为尿量多、排尿频繁,尿流动力学提升但尿流率降低,逼尿肌正常收缩能力明显变化,进而导致剩余尿量明显增加。由于老年人同时为糖尿病和良性前列腺增生高危人群,因此两种经合并发生患者显著提升^[8]。对于合并症患者,其逼尿肌稳定性会显著降低,逼尿肌功能受到严重损伤,膀胱顺应性降低,相

比良性前列腺增生未发生糖尿病患者来说,上述各项问题程度更为严重。且相关研究结果证实^[9],一旦良性前列腺增生合并发生糖尿病,膀胱感觉降低更加明显,且膀胱顺应性提升效果显著。

本次研究结果显示,两组尿动力学检查指标比较证实,观察组最大膀胱容量、初始尿意膀胱容量、膀胱残余尿量均明显高于对照组 ($P<0.05$),这个结论证实,良性前列腺增生同时发生糖尿病后,会加重膀胱感觉功能损伤,对其愿意进行分析,认为血糖水平异常提升,会明显降低逼尿肌兴奋性,从而导致膀胱的感觉功能退化,会一定程度提升排尿反应容量阈值,进而形成代偿性逼尿肌肥大。另外,糖尿病还会损伤人体交感神经和 β 受体功能。对 cAMP 介导生化途径形成不利影响。糖尿病会损伤胆碱能神经,会引发膀胱收缩功能障碍,进而导致乙酰胆碱转移酶活性大幅度降低。另外合并症患者,自身在肌源性功能上发生障碍几率更高,因此会引发膀胱尿道功能障碍^[10]。两组在逼尿肌收缩能力降低和膀胱稳定性降低发生率上对比存有统计学差异,观察组发生率高于对照组 ($P<0.05$)。两组在膀胱感觉减退上对比无统计学差异 ($P>0.05$),说明良性前列腺增生合并发生糖尿病后,会明显降低逼尿肌收缩能力降低和膀胱稳定性。而发生和未发生糖尿病患者,在膀胱稳定性上对比拆较小,说明膀胱稳定性降低不会受血糖影响。逼尿肌收缩乏力主要是因为前列腺增生导致膀胱出口梗阻导致。但是糖尿病的发生,会提升逼尿肌发展速度,使其从代偿性肥大发展为失代偿期。临床接受尿动力学检查,能够准确判断膀胱功能情况,针对性解决患者逼尿肌收缩障碍情况。

综上,良性前列腺增生伴糖尿病患者接受尿动力学检查,可准确评价是否出现膀胱功能障碍,便于更为准确的制定治疗方案,帮助良好控制疾病情况,对于临床治疗和预后具有积极作用,值得重视。

参考文献:

[1]林娟,张功芳,陈晓露.老年糖尿病患者合并良性前列腺增生手术的康复护理效果分析[J].糖尿病新世界,2021,24(24):143-146.

[2]曾玲,刘立江,欧阳丹,章其鑫,曾南萍.经直肠三维超声检查在药物治疗前列腺增生效果评价的应用[J].江西医药,2021,56(11):2060-2062+2067.

[3]邱志勇,杨必林,刘武,廖仕芬.经尿道前列腺电切及剜除术对合并糖尿病良性前列腺增生患者性功能的影响探讨[J].中国实用医药,2021,16(16):72-74.

[4]李海清,温儒民,范川.尿动力学检查在前列腺增生并逼尿肌收缩乏力患者中的临床应用[J].医药论坛杂志,2021,42(10):66-69.

[5]侯继开.经尿道前列腺等离子电切术治疗合并糖尿病良性前列腺增生症的研究[J].糖尿病新世界,2021,24(1):68-70.

[6]白龙伟.探讨尿动力学检查在伴膀胱功能障碍的良性前列腺增生患者治疗中的应用价值[J].临床研究,2020,28(11):100-102.

[7]黄麟雅,余力锐.探讨护理干预措施在前列腺增生患者术前尿动力学检查中的临床效果[J].医学食疗与健康,2021,19(5):93-94.

[8]刘丽琴,张敏,吴剑.尿动力学围检查期预见性干预在良性前列腺增生病人中的应用[J].全科护理,2021,19(2):232-236.

[9]汪洪.探讨尿动力学检查在伴膀胱功能障碍的良性前列腺增生患者治疗中的应用[J].健康大视野,2021,11(12):248-251.

[10]林琳,李盼盼,王宽,等.综合护理干预在前列腺增生患者术前尿动力学检查中的应用效果[J].实用中西医结合临床,2021,21(13):146-147.

艾滋病、梅毒和乙型肝炎检测在母婴阻断中的临床价值

李燕歌 高莹 (通讯作者)

中国人民解放军空军第九八六医院 陕西西安 710000

摘要: 目的: 探讨在母婴阻断中检测乙型肝炎 (简称乙肝)、艾滋病 (acquired immunodeficiency syndrome, AIDs) 和梅毒的临床价值。方法: 研究前抽取 400 例妊娠期女性, 截止年限为 2020.01~2022.01 期间。所有妊娠期女性均检测乙肝表面抗原 (Hepatitis B Surface antigen, HBsAg)、人类免疫缺陷病毒 (human immunodeficiency virus, HIV) 抗体、梅毒抗体等, 以筛查乙肝、梅毒、AIDs 等疾病。观察所有妊娠期女性及其新生儿乙肝、梅毒、AIDs 等阳性检出情况。结果: 统计显示, 本组 200 例妊娠期女性检测 AIDs 阳性 0 例, 检出率 0.00%, 检出乙肝阳性 20 例, 检出率 5.00%, 检出梅毒阳性 6 例, 检出率 1.50%, 检测总阳性率为 6.50%, 而新生儿中检测乙肝阳性 2 例, 检出率 0.50%, 未检出 AIDs、梅毒等阳性, 检测总阳性率 0.50%。新生儿检测总阳性率 0.50% 低于妊娠期女性总阳性率 6.50% ($P < 0.05$)。结论: 在母婴阻断中检测乙肝、AIDs 和梅毒的价值较高, 可为临床控制这些疾病提供可靠依据和措施, 且便于及时的对妊娠期女性和出生后的新生儿加以治疗和干预, 从而有效降低这些疾病在新生儿群体中的发生率, 因此可进一步借鉴推广。

关键词: 在母婴阻断; 乙型肝炎; 艾滋病; 梅毒; 临床价值

随着全球化经济和社会的飞速发展, 加之人类日益频繁的交流, 导致了各种传染病发生率呈不断增高趋势, 其中较为常见的则为艾滋病 (acquired immunodeficiency syndrome, AIDs)、梅毒、乙型肝炎 (简称乙肝), 而这些疾病的防治受到了全球各国的极大重视和广泛关注^[1-2]。乙肝、梅毒、AIDs 等疾病会导致患者产生程度不同的不良情绪和负性心理, 且严重威胁人类的身体健康和生命安全^[3]。这些疾病传播的途径主要涉及血液、母婴及性传播等, 其中母婴之间的传播可提前采取措施加以防控, 如展开孕期血清检测, 则可及时将母婴之间的传播有效阻断, 从而及早控制和预防这些传染病, 最大程度的确保孕妇及胎儿的安全^[4-5]。在母婴阻断中, 妇幼保健系统是第一环, 在孕期对妊娠期女性加强保健指导, 不断普及乙肝、梅毒、AIDs 等疾病的相关知识, 通过多种形式和多部门协作的方式加强干预, 则可督促妊娠期女性积极参与相关筛查工作, 从而有效预防母婴之间乙肝、梅毒、AIDs 等疾病的传播^[6]。因此本研究前抽取 400 例妊娠期女性, 截止年限为 2020.01~2022.01 期间, 研究了在母婴阻断中检测乙肝、AIDs 和梅毒的临床价值, 现将研究情况做以下阐述:

1. 资料与方法

1.1 资料

本次研究前抽取 400 例妊娠期女性, 截止年限为 2020.01~2022.01 期间。研究开展前统计处理基本资料, 所选对象年龄范围位于 20-37 岁之间, 均值统计结果为 (30.52±5.87) 岁; 孕龄范围位于 10-40w 之间, 均值统计结果为 (35.74±1.25) w; 孕次范围位于 1-3 次之间, 均值统计结果为 (1.05±0.25) 次; 文化水平:。所有对象均知情, 且事先签订同意书, 正式开展研究前已获伦理委员批准。

入选条件: 均自愿接受乙肝、AIDs 和梅毒等筛查; 均顺利生产; 均为单胎产妇; 资料齐全; 认知正常, 意识清晰。排除条件: 终止妊娠者; 重要脏器严重功能障碍; 精神疾病; 智力或意识异常; 资料缺失; 中途退出研究。

1.2 方法

所有妊娠期女性均检测乙肝表面抗原 (Hepatitis B Surface antigen, HBsAg)、人类免疫缺陷病毒 (human immunodeficiency virus, HIV) 抗体、

梅毒抗体等, 以筛查乙肝、梅毒、AIDs 等疾病。具体为: 在空腹状态下采集所有妊娠期女性静脉血 3mL, 离心处理提取血清, 然后于零下 20℃ 环境中保存, 以待检测。首先检测乙肝, 采取全自动化学发光仪 (I2000SR, 美国雅培) 检测 HBsAg, 检测方法为化学发光法, 按照说明书严格进行检测。其次检测梅毒抗体, 采取甲苯胺红不加热血清试验 (Toluidine red unheated serum test, TRUST) 试剂盒进行初筛, 对于阳性者还需再次复查。最后是筛查 HIV 抗体, 仪器为全自动化学发光仪 (I2000SR, 美国雅培), 全自动化学发光仪 (I2000SR, 美国雅培)。

对于检测结果呈阳性者, 可采取科学指导喂养方式、为新生儿注射乙肝免疫球蛋白、采取乙肝疫苗对孕产妇注射的方式及时干预, 同时提供产后优质护理干预和疾病咨询服务, 同时提供人工喂养宣教, 采取抗 AIDs 药物加以治疗, 强化疾病健康教育, 提升家属和患者的认知水平, 做好规范治疗和产前保健指导干预。另外完成分娩后对新生儿检测乙肝、梅毒、AIDs 等, 具体操作同上。

1.3 评价指标

观察所有妊娠期女性及其新生儿乙肝、梅毒、AIDs 等阳性检出情况。

1.4 分析数据

各项数据在研究中以评价指标为准, 在 SPSS22.0 软件中对结果数据加以处理, 以 T 值、 χ^2 检验为统计方法, 结果资料分别经 $\bar{x} \pm s$ (均数加标准差) 和 [n (%)] (例、百分率) 来表示, 分别对应计量和计数值, 若 P 值显示为 < 0.05 , 则差异符合统计意义。

2. 结果

2.1 孕妇各项检测阳性情况

统计显示, 本组 200 例妊娠期女性检测 AIDs 阳性 0 例, 检出率 0.00%, 检出乙肝阳性 20 例, 检出率 5.00%, 检出梅毒阳性 6 例, 检出率 1.50%, 检测总阳性率为 6.50%。如表 1 示。

表 1: 孕妇各项检测阳性情况[例 (%)]

项目	n	阳性例数	阳性率 (%)
乙肝	400	20	5.00%
AIDs	400	0	0.00%

梅毒	400	6	1.50%
----	-----	---	-------

2.2 新生儿各项检测阳性情况

统计显示,新生儿中检测乙肝阳性 2 例,检出率 0.50%,未检出 AIDs、梅毒等阳性,检测总阳性率 0.50%。如表 2 示。

表 2: 新生儿各项检测阳性情况[例(%)]

项目	n	阳性例数	阳性率(%)
乙肝	400	2	0.50%
AIDs	400	0	0.00%
梅毒	400	0	0.00%

2.3 对比孕妇与新生儿总阳性率

新生儿检测总阳性率 0.50%(2/400) 低于妊娠期女性总阳性率 6.50%(26/400)($X^2=7.5144$, $P=0.002$)。

3. 讨论

在传染性疾病中,危害最为严重的疾病则为 AIDs,该病症主要是因感染 HIV 病毒所致,且患者发病后会丧失免疫功能,分析原因为病毒可侵害机体免疫系统,从而导致其感染其他疾病的风险大大增加,加之病毒具有相对较长的潜伏期,所以患者发病后存在较高的病死率^[7]。AIDs 的传播途径主要涉及性、母婴、血液等,其中母婴之间的传播主要通过宫内感染、分娩、哺乳等方式造成胎儿患病,若孕妇妊娠期间未采取有效的措施加以干预,则 AIDs 在婴儿或胎儿中的感染率高达 30%~40%^[8]。所以采取有效的措施阻断母婴之间的传播,则可有效预防 AIDs 在婴儿或胎儿中的发生,从而保新生儿出生质量。妊娠期女性若检测 HIV 呈阳性,则需采取抗 AIDs 药物在孕 28w 时开始治疗,在完成分娩之后,采取相关药物对母体和新生儿进行治疗,这个最大程度的减少疾病传播风险。在母婴传播方面,AIDs 大多数发生于分娩时期,所以疾病传播极易发生在距离分娩期越近的时段,其中最为危险的时期则为分娩,因此采取有效措施及早筛查并加以阻断尤为关键。

作为一种慢性全身性疾病,梅毒的发生主要是因感染梅毒螺旋体所致,此种病毒涉及先天性和获得性两种,其中先天性指的是孕妇经检测结果呈阳性后,母婴之间发生传播,并导致病毒感染胎儿,从而导致胎儿出现全身性感染^[9]。梅毒一旦发生,这会导致孕妇出现各种意外事件,如流产、早产、死胎等,从而较大程度的威胁胎儿和母体的身心健康。近几年有关调查数据表明,梅毒在新生儿中存在较高的感染风险,且梅毒发生率呈不断增高趋势,该病症发生后可严重损害机体多器官功能,所以对新生儿存在较大危害^[10]。早期采取有效措施及时筛查梅毒,并采取有效的措施进行治疗,这可防止母婴之间发生传播,从而最大程度的预防先天性梅毒。而在对该病症进行筛查的过程中,主要采取的方式为血清学试验,例如 TRUST、梅毒螺旋体明胶凝集试验(treponema pallidum particleagglutinationtest, TPPA)等,这些检查方法可保证结果的准确性和可靠性,而在实际检查的过程中若 TRUST 呈阳性,则还需实施 TPPA 复查,以最大程度的保证检测结果的准确性,从而有效阻断梅毒在母婴之间的传播^[11]。

在母婴传播的过程中,乙肝的感染方式主要包括产后唾液感染、母乳感染、胎盘宫内感染、阴道分娩感染等。为了有效阻断母婴之间乙肝的传播,对于检测乙肝结果呈阳性的妊娠期女性则需采取乙肝免疫球蛋白进行注射治疗,但此种方式往往难以达到理想的疗效。在分娩 6h、1 个月时,

对婴幼儿采取 200IU 乙肝免疫球蛋白进行注射治疗,同时在这两个时段及分娩半年时接种乙肝疫苗,周口对乙肝感染起到最大程度的预防作用,且阻断率高达 89%^[12]。近些年我国感染乙肝的患者数量较多,为了有效预防乙肝传染,大力推广乙肝疫苗和不断普及疾病知识尤为重要,这些措施的实施可最大程度的减少乙肝感染风险,从而保障人们的健康。本文结果中,统计显示,本组 200 例妊娠期女性检测 AIDs 阳性 0 例,检出率 0.00%,检出乙肝阳性 20 例,检出率 5.00%,检出梅毒阳性 6 例,检出率 1.50%,检测总阳性率为 6.50%。该结果表明,在妊娠期女性中尚未检测出阳性的 AIDs 女性,而梅毒和 AIDs 阳性均少量检出。文中还显示:而新生儿中检测乙肝阳性 2 例,检出率 0.50%,未检出 AIDs、梅毒等阳性,检测总阳性率 0.50%。该结果表明,早期筛查乙型肝炎、AIDs 和梅毒等疾病后采取措施加以干预,则可有效避免梅毒和 AIDs 的传播,其中乙肝的传染率也大大降低。新生儿检测总阳性率 0.50%低于妊娠期女性总阳性率 6.50%($P<0.05$)。可见,在母婴阻断中检测乙肝、AIDs 和梅毒发挥着极大优势和显著作用。对于妊娠期女性而言,孕期加强筛查乙肝、AIDs 和梅毒等疾病,并针对阳性者采取针对性的措施加以干预,督促患者加强复查,在确诊后予以对症处理,则可最大程度的预防这些疾病在母婴之间的传播,从而进一步保障母婴的健康和安全。

综上,在母婴阻断中检测乙肝、AIDs 和梅毒的价值较高,可为临床控制这些疾病提供可靠依据和措施,且便于及时的对孕妇和出生后的新生儿加以治疗和干预,从而有效降低这些疾病在新生儿群体中的发生率,因此可进一步借鉴推广。

参考文献:

[1]马磊,张永芳. 艾滋病、梅毒和乙型肝炎检测在母婴阻断中的临床价值[J]. 养生保健指南,2021,11(28): 106.

[2]肖开粉. 艾滋病、梅毒和乙型肝炎检测在母婴阻断中的应用价值[J]. 东方药膳,2021,03(21): 88-89.

[3]刘琳. 艾滋病、梅毒和乙型肝炎检测在母婴阻断中的临床价值[J]. 中国医药指南,2020,18(5): 62.

[4]傅雅丽,吕年青,许豪勤,等. 孕前妇女对艾滋病、梅毒和乙型肝炎母婴阻断服务的认知需求调查[J]. 中国计划生育学杂志,2020,28(11): 1748-1751.

[5]臧丽华. 艾滋病、梅毒和乙型肝炎检测在母婴阻断中的临床价值[J]. 健康忠告,2021,15(5): 81-82.

[6]王晶晶. 4087 例孕产妇乙型肝炎、梅毒、艾滋病检测结果分析[J]. 中国优生与遗传杂志,2020,28(9): 1108-1109.

[7]参美吉. 海北州孕产妇艾滋病、梅毒、乙型肝炎监测分析[J]. 青海医药杂志,2021,51(10): 55-57.

[8]汪光蓉,向雪,卢小岚,等. 5130 例临产孕妇乙型肝炎、梅毒及艾滋病检测结果分析[J]. 热带医学杂志,2020,20(8): 1059-1061.

[9]蔡文君. 2016-2017 年濠溪区预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播情况分析[J]. 首都公共卫生,2018,12(5): 277-278.

[10]凤卫星. 2013 年-2015 年预防艾滋病、梅毒、乙肝表面抗原母婴传播结果分析[J]. 医药前沿,2017,7(7): 28-29.

景宁畲族 2021–2022 心理健康防治报告研究

王静

丽水市第二人民医院心身科 浙江丽水 323000

摘要:目的 对景宁畲族在 2021 年至 2022 年度的居民心理健康情况进行分析。方法 选取 2021 年 6 月~2022 年 5 月景宁畲族普通居民共 2006 名作为研究组,另选取同期相同经济和地理条件的汉族自然村居民共 2017 名作为对照组。收集两组入选者人口学资料(包括年龄、性别、民族、受教育程度、婚姻状况、慢性病史、住房类型及年平均收入等),采用症状自评量表(SCL-90)对两组受试者心理健康水平进行调查。并对两组调查结果进行比较。结果 从调查结果来看,研究组和对照组的性别构成率相当,差异无统计学意义($P>0.05$)。在年龄、民族、受教育程度、婚姻状况、慢性病史、家庭平均年收入方面相比,差异具有统计学意义($P<0.05$)。通过 SCL-90 量表评分结果不难看出,研究组受试者在躯体化、强迫症状、人际敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性、其他以及量表总得分情况,均高于对照组受试者,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 景宁畲族居民 2021–2022 年度的心理健康问题明显,且较普通汉族居民的心理健康水平更低。这说明需要对少数民族,尤其是偏远地区的农民心理健康状况需要引起关注和重视。

关键词: 景宁畲族; 心理健康; 防治报告

心理健康也指精神健康,是人类健康的重要组成部分之一。对于大多数个体而言,没有精神疾病并不代表精神健康^[1]。心理健康问题作为当前社会关注的一个热点,也是当前流行病学、心理学、精神病学等学科研究的热点^[2]。我国作为一个多民族国家,由于历史、文化以及社会发展、变迁等因素的影响,许多少数民族原有生活方式受到冲击,可能产生难以适应等问题,从而造成的心理健康问题较一般人群更多^[3]。景宁畲族作为一个较为古老的民族,原属于我国南方的游耕民族,从原始居住地分散至浙江等地,也是浙江省仅有的一个少数民族自治县。因此,研究景宁畲族居民的心理健康现状,具有一定典型性和代表性,对于今后心理健康防治具有一定指导意义。

1 受试对象与方法

1.1 受试者资料

简单随机抽样法选取 2021 年 6 月~2022 年 5 月期间景宁畲族典型居住乡镇中 3 个样本镇的畲族普通居民共 2006 名作为研究组。同期另选取经济水平和地理环境相当的汉族自然村居民 2017 名作为对照组。所有入选对象均为当地居住时间不低于 3 年,且自愿参加的人群,均签署知情同意书。

1.2 方法

采用横断面研究法,对研究对象进行现况调查。调查问卷包括:(1)采用自制个人基本情况调查表进行居民一般人口学特征调查,内容包括:年龄、性别、民族、受教育程度、婚姻状况、慢性病史、年均总收入等;(2)筛选专业心理量表:90 项症状清单(SCL-90)对两组受试者进行调查^[4],该量表于 1973 年由 Derogatis 编制,20 世纪 80 年代引入我国,是我国成人团体心理调查使用最多的一种工具。量表包括躯体化、强迫症状、人际关系敏感、精神病性等 10 个因子共 90 个项目组成,每个项目均为 5 级评分制,程度由无至严重逐渐健身,得分越高则表示症状越严重,总分超过 160 分或任何一项因子得分超过 2 分,则考虑筛查阳性并进一步检查。该量表各症状的效度系数为 0.77–0.99 ($P<0.01$)。

1.3 质量控制

在进行正式调查前开展预调查,并由专家团队针对本调查的方案以及内容进行修改和完善,全部调查人员均接受专业的集中培训,并经过一致性检验之后参与到后续测试、访谈工作中。在调查期间有专人负责问卷的发放及回收,并负责对回收问卷的质量进行控制,若发现问卷完整性、逻辑性、一致性方面的质量内涵问题及时订正,不能订正的剔除研究。全部

数据均由双人进行平行录入,录入后再次核查。研究组有效回收问卷 2001 份,回收有效率 99.75%。对照组有效回收 1993 份,回收有效率为 98.81%。

1.4 统计学分析

本文中数据均使用 SPSS26.0 软件进行处理, $P<0.05$ 时表示差异有统计学意义;计数资料用“n(%)”表示、卡方(χ^2)检验;计量资料进行正态分布性分析后,用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示、配对样本 t 检验。

2 结果

2.1 两组一般人口学特征的分析

从调查结果来看,研究组和对照组的性别构成率相当,差异无统计学意义($P>0.05$)。在年龄、民族、受教育程度、婚姻状况、慢性病史、家庭平均年收入方面相比,差异具有统计学意义($P<0.05$)。详见表 1。

表 1 对两组受试者一般人口学特征的比较[n(%)]

项目		研究组 (n=2001)	对照组 (n=1993)	χ^2 值	P 值
性别	男/女	956/1045	941/1052	0.126	0.723
	青年 (18-39)	669 (33.43)	1993 (100.00)		
	中年 (40-64)	971 (48.53)	0		
年龄	老年(65 以上)	361 (18.04)	0	1990.510	0.000
	汉族	57 (2.85)	1595 (80.03)		
	民族	1942 (97.05)	190 (9.53)		
受教育程度	其他	2 (0.10)	208 (10.44)	2128.140	0.000
	高中及以 下	1392 (69.57)	0		
	大专以及 上	609 (30.43)	1993 (100.00)		
婚姻状况	未婚	751 (37.53)	1888 (94.73)	1457.407	0.000
	已婚	1250	105 (5.27)		

慢性病史	是	(62.47)			
	否	503 (25.14)	114 (5.72)		
家庭平均年收入	5 万以下	1498	1879	288.223	0.000
	5 万以上	(74.86)	(94.28)		
	5 万以下	354 (17.69)	20 (1.00)		
	5 万以上	1647	1973	327.621	0.000
	5 万以下	(82.31)	(98.99)		

2.2 两组受试者 SCL-90 量表评分情况的分析

通过 SCL-90 量表评分结果不难看出, 研究组受试者在躯体化、强迫症状、人际敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性、其他以及量表总得分情况, 均高于对照组受试者, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 对两组 SCL-90 量表评分情况的比较 ($\bar{x}\pm s$)

序号	调查因子	研究组 (n=2001)	对照组 (n=1993)	t 值	P 值
1	躯体化	1.49±0.31	1.22±0.29	28.421	0.000
2	强迫症状	1.85±0.40	1.71±0.39	11.199	0.000
3	人际敏感	1.83±0.47	1.51±0.45	21.976	0.000
4	抑郁	1.75±0.32	1.31±0.28	46.236	0.000
5	焦虑	1.61±0.57	1.34±0.37	17.748	0.000
6	敌对	1.73±0.39	1.32±0.31	36.768	0.000
7	恐怖	1.41±0.48	1.33±0.34	6.078	0.000
8	偏执	1.72±0.53	1.34±0.25	28.960	0.000
9	精神病性	1.55±0.46	1.31±0.29	19.715	0.000
10	其他	1.56±0.37	1.34±0.28	21.182	0.000
11	总分	149.71±30.2	123.7±29.5	27.532	0.000

3 讨论

每一个独立的人的健康状态都不只是个人躯体健康, 还包括了精神健康, 且涉及到生活的各方面, 与情绪、心理、社会以及精神等多种因素相关^[5]。而心理健康则是个人成长与发展的过程中一种完好状态, 包括恰当的行为、稳定的情绪、合理的认知、和谐的人际关系以及能够适应各种变化等, 心理健康问题也是对社会、经济发展具有一定影响的公共卫生问题和社会性问题^[6]。景宁畲族作为少数民族之一, 具有自己典型的民族传统与文化, 且族人分布具有小聚居、大分散等特点, 从经济、社会以及文化发展的特点来看, 其发展相对落后, 而正在发生变革和改变可能引起他们心理健康等方面的问题。尤其是留守老人能够获取的信息相对闭塞, 较少与外界交流, 贫富差距也更大^[7]。因此, 对景宁畲族居民心理健康状况进行调查, 有利于了解当地少数民族居民状况, 并对下一步心理健康防治提供指导性参数。

本文通过比较景宁畲族居民和汉族居民的人口学资料, 发现研究组和对照组的性别构成率相当, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。在选择心里调查工具时, 我们征求专家意见, 并经过反复比较、研讨, 确定选择 SCL-90 量表作为心理调查工具, 该量表是目前应用最为广泛的一个量表, 能够有效筛查个体心理健康以及精神疾病方面的问题^[8], 包括抑郁焦虑、强迫性思维、人际关系等维度, 测评简便且快速。从调查结果来看, 研究组受试者在 SCL-90 量表躯体化、强迫症状、人际敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐

怖、偏执、精神病性、其他以及量表总得分情况, 均高于对照组受试者, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。这一结果表明景宁畲族居民的心理状况较差, 且远低于经济、地理条件相当的汉族居民。造成这种差异的原因可能与民族差异性有关^[9]; 或是受教育年限的影响, 由于当地居民的文化水平偏低, 而对照组为汉族居民, 而造成心理认知等多方面的差异, 可能说明受教育程度越高, 接受信息的途径越多, 知识越丰富, 个体保健意识和应对各种问题的能力也得到提升, 心理健康状况则更好^[10-11]。同时, 我们认为, 畲族大多居住于贫困山区, 近几年的少数民族扶持政策虽然促进了地区的日渐发展, 但其周边大多为浙江、闽南等发达地区, 受自然地理基础条件的限制, 当地居民与外界的交流仍相对闭塞^[12]。这种影响对于青壮年更为明显, 因此在本调查中研究组受试者的强迫症状、人际敏感、抑郁、偏执得分相对偏高。有学者认为未婚、离异、经济差等各因素都是心理健康的危险影响因素^[13-14], 但由于本研究选取样本的差异性显著, 针对婚姻状况、家庭收入等指标的影响情况仍需要进一步研究。

总之, 景宁畲族居民 2021-2022 年度的心理健康问题明显, 且较普通汉族居民的心理健康水平更低。这说明需要对少数民族, 尤其是偏远地区的居民心理健康状况引起充分的关注和重视。

参考文献:

[1]周燕,张红庆,李华兵. 生活方式类型对中国城乡居民心理健康的影响[J]. 山西医药杂志,2020,49 (7): 806-810.

[2]赵凤,陆涛,周建邦,等. 青海省农牧区居民心理健康现状调查分析[J]. 黄河科技学院学报,2021,23 (5): 62-68.

[3]徐雪琴. 南疆三地州农村少数民族大学生国家通用语言文字学习心理调查和建议[J]. 喀什大学学报,2022,43 (2): 89-95.

[4]罗鸣春,谷雨,倪晓昉,等. 云南少数民族居民心理和谐与生活质量关系研究[J]. 中国健康教育,2014,30 (1): 27-30.

[5]高允锁,王小丹,李小林,等. 三亚市居民心理健康的影响因素调查分析[J]. 海南医学,2015 (23): 3570-3573,3574.

[6]倪林英,袁翠松. 内地高校少数民族学生双文化整合与社会支持、文化心理适应的关系[J]. 江西广播电视大学学报,2021,23 (2): 90-96.

[7]梁慧娜. 和谐社会视域下西部农村留守老人精神赡养问题研究——以宁夏回族自治区凤岭乡为例[D]. 湖北: 武汉理工大学,2017.

[8]童辉杰. SCL-90 量表及其常模 20 年变迁之研究[J]. 心理科学,2010,33 (4): 928-930,921.

[9]玄吉龙,张成镐. 社区朝鲜族与汉族更年期居民心理健康状况及影响因素研究[J]. 延边大学医学学报,2017,40 (2): 109-112.

[10]范莉娜,张晶,陈杰,等. 少数民族传统村落村民文化适应对心理健康的影响 ——基于黔东南三个侗族村寨的跨时段研究[J]. 西南民族大学学报 (人文社会科学版),2021,42 (1): 213-220.

[11]施加平,虞伟庚. 畲族新生心理健康状况调查[J]. 丽水学院学报,2006,28 (3): 72-74,91.

[12]刘萌. 城乡不同居住模式老年人心理状况及其影响因素的研究[D]. 山东: 山东大学,2017.

[13]李想,郭骏成,蒋湘玲,等. 海南国际旅游岛居民心理健康的影响因素分析[J]. 实用临床医药杂志,2016,20 (22): 1-4.

[14]高磊. 基于 SCL-90 量表的高职院校少数民族学生心理健康追踪研究[J]. 科教导刊,2021 (10): 184-188.

基金项目: 浙江省丽水市科技计划项目 (编号: 2020SJZC008)

胃肠间质瘤患者行胃肠超声造影检查的诊断价值分析

王玉双

内蒙古自治区中医医院 内蒙古呼和浩特 010020

摘要：目的：探究胃肠间质瘤患者行胃肠超声造影检查的诊断价值。方法：择选我院 2020 年 4 月至 2021 年 4 月收治的 40 例胃肠间质瘤患者为研究对象，40 例患者全部接受常规经腹超声检查和胃肠超声造影检查，并以检查方式差异进行分组。常规经腹超声检查为对照组，胃肠超声造影检查为研究组，分别就两组的检出情况、定位诊断价值进行对比，评价胃肠超声造影检查的诊断价值。结果：胃肠间质瘤检出情况，胃肠超声造影检查的检出率为 85.0%，40 位患者中仅 6 位未检出，而对照组的检出率仅为 52.5%，40 位患者中有 19 位未检出，研究组检出率明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。定位诊断方面，胃肠超声造影诊断的定位能力明显强于常规经腹超声诊断，其中胃肠超声造影诊断的定位准确率为 85.3%，检出的 34 例患者中 29 例均可准确定位，而对照组的定位准确率仅为 42.8%，检出的 21 例患者中仅 9 例可准确定位，差异统计学有意义， $P < 0.05$ 。结论：与常规经腹超声检查相比，胃肠超声造影检查的检出率更高，定位能力更强，具有影像学表现特征性，值得临床推广与应用。

关键词：胃肠超声造影检查；胃肠间质瘤；检出率；定位能力；诊断价值

胃肠间质瘤是一种临床较为常见的胃肠道间叶源性肿瘤，部分患者无症状，多数患者有腹痛、腹胀、黑便、呕血、腹部包块等症状^[1]。多数患者经治疗预后良好，少数存在高危因素的患者可能有术后复发现象。胃肠间质瘤是因卡哈尔氏间质细胞导致的软组织肉瘤，此类神经细胞受食物消化过程中的肠道运动的直接影响^[2]。胃肠间质瘤可在全消化道发生，以胃和小肠最为常见，少数患者在胃肠道外、肠系膜等部位发生^[3]。从生物学行为的角度，胃肠道间质瘤可以从良性发展为恶性，一般直径在 2cm 以下被认为是良性肿瘤^[4]。对于胃肠间质瘤患者，尽早发现、尽早治疗，是保障患者健康的重要基础。近几年，胃肠超声造影检查得到了快速发展，在胃肠疾病诊断中也有着更广泛的应用，并取得了良好的效果。本文即择选我院 2020 年 4 月至 2021 年 4 月收治的 40 例胃肠间质瘤患者为研究对象，就胃肠超声造影检查在胃肠间质瘤中的诊断价值，进行了研究，现汇报如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

择取 2020 年 4 月至 2021 年 4 月，因腹痛、黑便、腹部不适等症状，于我院就诊，并给予胃镜检查和口服钡餐检查的拟诊胃肠间质瘤患者 62 例为拟定研究对象。

诊断标准：经胃镜活检，或手术病理证实。

排除标准：①意思胃肠穿孔的患者；②体重指数超过 25 的患者；③完全性幽门梗阻、肠梗阻患者；④胃肠间质瘤术后复发，或发生转移的患者；⑤最终病例结果为非间质瘤的患者。

经以上标准筛选，最终确定 40 例临床病理确诊的胃肠间质瘤患者为研究对象。40 例患者中，男性患者 24 例，女性患者 16 例，年龄 32~74 岁，平均年龄（ 57.2 ± 10.8 ）岁。40 例患者的症状表现有黑便、腹痛、腹部不适等。胃肠间质瘤发生部位，胃 20 例，小肠 11 例，大肠 6 例，胃肠外 3 例。参考美国国立卫生研究院相关分级标准，40 例患者中极低风险度和低风险度共有 24 例，中风险度有 10 例，高风险度有 6 例。

1.2 方法

本组研究均采用飞利浦 iU22 超声诊断仪完成，探头选用 C5-2 探头。

40 例患者均需做好检查前准备。患者检查前 1d 需在晚餐选用流食，然后禁止禁食，检查前 4h 禁止饮水，检查前需确保大便排净。如患者胃内潴留物不会对检查结果造成影响，无需给予患者洗胃或胃肠减压处理，检查前需确定胃肠道充盈剂准备情况。如患者为经腹壁的直肠检查或乙状

结肠，需确认膀胱处于良好充盈状态。如患者接受超声检查前需灌肠，检查前 1d 需在晚餐选用流食，睡前应给予患者轻泻剂，帮助患者晨起排便和灌肠。

对照组为常规经腹超声检查结果。经腹超声检查遵照左上腹、右上腹、左下腹的顺序进行扫查，扫查区域相互交叉避免遗漏。如发现肿瘤，应确认患者胃肠穿孔、肠梗阻、急性胃扩张等疾病是否存在。

研究组为胃肠超声造影检查结果。检查前需给予患者造影剂。造影剂主要有三种使用方法，如患者病变位置处于上消化道或小肠，可选用口服方法；如患者存在吞咽困难问题，或带鼻饲管，可使用注射器通过鼻饲管注入造影剂；如患者病变位置处于上端直肠，或结肠，采用灌肠法。造影剂的实际用量需根据不同部位调整，一般情况下，胃和十二指肠用量在 400~600ml 区间，小肠用量与胃相比，约为后者的 1.5~2 倍，需两次服下，灌肠用量在 1500~3000ml 区间。以上用量需根据患者体型、年龄、病变位置等适当调整，如患者年龄较小，需适当减少用量。灌肠的实际用量需以患者耐受为基本参考，要达到病变区液体充盈，图像显示清晰的要求。

扫查至胃和小肠时，需在中上腹部沿胃和小肠的体表投影位置，按照由上至下的顺序，分别对纵切面、横切面、斜切面进行连续扫查。扫查要注意多切面、多方位进行，要注意根据患者体位和呼吸的变化进行调整，避免遗漏。

扫查至大肠腔时，需在下腹部和腹腔周边区域，沿大肠的体表投影位置，按照由上至下的顺序进行扫查。扫查需保证连续，要注意根据患者体位和呼吸的变化进行调整，避免遗漏。

1.3 观察指标

常规腹部超声检查结果，需分析肿瘤图像的部位、生长方式、肿瘤的最大径线，以及肿瘤的形态等信息，同时要对肿瘤转移情况进行判断。如在胃肠充盈情况下发现病变，需以常规经腹超声结果再次观察和定位。胃肠道外型间质瘤，起源于胃肠道壁以外的腹腔内其他部位。从生长方式的角度，来源于胃和肠道的胃肠间质瘤，可以分为三类，即腔内型、腔外型 and 骑跨型。腔内型为肿瘤由粘膜开始，向腔内生长；腔外型为肿瘤由浆膜开始，向腔外生长，与管壁连接；骑跨型主要表现为腔内腔外共同生长。

对比两组检查结果的检出情况和定位能力。

1.4 统计学方法

所有研究数据均使用 23.0 版本 SPSS 统计学软件包进行检验。其中，计数资料和计量资料，分别行（n，%）和（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，对应给予卡方

值检验和 t 值检验。如获得 $P < 0.05$ 的结果, 则表明最终结果存在统计学意义。

2 结果

两组检查结果的检出率对比结果, 见表 1, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组检查结果的检出率对比表 (n, %)

分组	检出	未检出	检出率
研究组 (n=40)	34	6	85.0%
对照组 (n=40)	21	19	52.5%
χ^2			9.832
P			0.001

两组检查结果已检出结果的定位能力对比结果, 见表 2, 统计学有差异 ($P < 0.05$)。

表 2 两组检查结果已检出结果的定位能力对比表 (n, %)

分组	准确定位	未定位	定位能力
研究组 (n=34)	29	5	85.3%
对照组 (n=21)	9	12	42.8%
χ^2			10.947
P			0.000

3 讨论

胃肠间质瘤是临床较为常见的一类胃肠道间叶源性肿瘤, 常见于 40 岁以上人群, 年轻患者较少, 儿童发病较为罕见。胃肠间质瘤多为良性肿瘤, 高风险度 GIST 约占恶性胃肠道肿瘤的 2.0% 左右^[5]。胃肠间质瘤的症状与发生的部位、生长方式、大小等密切相关, 临床约 30% 左右的患者无明显临床表现, 常通过常规体检或胃肠镜检查发现。患者早期多数无明显症状, 早期常见症状包括腹胀、吞咽困难等, 少数患者会有呕血、呕吐、恶心等症状, 极少数重症患者会有呼吸困难、低血糖等症状。对于胃肠间质瘤, 尽早发现、尽早确诊、尽早处理, 是保障患者安全, 改善预后的关键。影像学检查, 是胃肠间质瘤的常用检查手段, 一般有两种方法即常规经腹超声和胃肠超声造影检查^[6]。临床实践结果显示, 常规经腹超声容易受到肠腔内气体等外部因素干扰, 导致诊断准确率降低等问题, 尤其对于较小的病变, 很难得到准确诊断, 因此实际应用存在较明显的局限性。现代医学研究表明, 约 90.0% 的胃肠道肿瘤以中心致密的强回声为常见病灶表现, 周边多见低回声的复合性肿块, 且为均值增厚特性, 形成近似肾脏形状的声音图表现, 也被称为“假肾征”。“假肾征”并不是胃肠道肿瘤独属, 包括肠套叠、肠结核、非特异性溃疡性结肠炎等, 也可能出现“假肾征”。常规超声在定位诊断方面, 除结肠肝脾曲、回盲部等少数部位, 针对其他解剖位置的胃肠间质瘤均较难进行定位^[7]。

胃肠超声造影检查, 也叫“胃肠充盈超声检查”, 是借助造影剂充盈胃肠腔, 以达到改善胃肠内部超声成像条件的一种方式, 通过这种方式可保障声束的顺利穿透, 最终达到清晰显示胃肠壁结构和病变部位的目的^[8]。与常规经腹超声检查相比, 胃肠超声造影可以有效解决胃肠腔内气体干扰、内容物干扰等问题, 同时造影剂本身不会影响超声波的穿透, 可以进一步获得胃肠间质瘤的诊断信息, 提高检出率和定位能力^[9]。同时, 胃肠超声造影具有不需麻醉、造影检查无辐射、可重复、无创等优点, 患者容易接受, 在临床的应用也越来越广泛^[10]。本组研究结果显示, 胃肠间质瘤

检出情况, 胃肠超声造影检查的检出率为 85.0%, 40 位患者中仅 6 位未检出, 而对照组的检出率仅为 52.5%, 40 位患者中有 19 位未检出, 研究组检出率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。证明胃肠超声造影检查可进一步提高胃肠间质瘤的检出率, 不容易受气体等外部因素影响, 同时对于较小的病变, 也可以保证较高的检出准确率。未检出的病例, 以直肠间质瘤为主, 推测可能是由于直肠位置较深, 经腹扫查较难获得有效信息导致的。定位能力对比结果显示, 胃肠超声造影诊断的定位能力明显强于常规经腹超声诊断, 其中胃肠超声造影诊断的定位准确率为 85.3%, 检出的 34 例患者中 29 例均可准确定位, 而对照组的定位准确率仅为 42.8%, 检出的 21 例患者中仅 9 例可准确定位, 差异统计学有意义, $P < 0.05$ 。这种差异是由于胃肠充盈后, 减少了胃肠道病变在腹腔内的位置移动, 增加了定位的准确性导致的^[11]。同时, 胃肠在充盈状态下, 胃肠道的解剖结构也更加清晰, 也进一步提高了定位的准确性。具体来说, 胃肠道超声造影检查结果中, 胃肠间质瘤的影像学特征更为清晰。胃肠在充盈状态下, 胃肠间质瘤一般可见分叶状团块或球形团块表现, 单发较多, 形态规则, 边界清晰, 内部可见钙化、液化表现, 与其他胃肠道肿瘤相比具有明显差异^[12]。

结语:

胃肠超声造影检查与常规经腹超声检查对比, 因患者胃肠保持充盈状态, 可有效避免干扰, 诊断准确率更高、定位能力更强, 且无创、不需麻醉, 值得临床推广和应用。

参考文献:

- [1] 史敬瑜. 胃肠超声造影检查法在诊断胃肠间质瘤的临床价值分析[J]. 婚育与健康, 2021 (6): 132-133.
- [2] 李玉蕊, 马永丰, 李彦霞, 等. 胃肠超声造影检查法对胃肠间质瘤的诊断价值[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(62): 69-70.
- [3] 房芳, 于淑芳, 毕杰军. 胃肠超声造影检查对胃肠间质瘤的诊断分析[J]. 健康之友, 2021 (11): 130.
- [4] 王鹏. 胃肠超声造影检查对胃肠间质瘤诊断价值分析[J]. 东方药膳, 2019 (19): 12.
- [5] 付静, 洪睿霞, 赵怀, 等. 超声造影靶向引导胃肠间质瘤穿刺活检的临床价值[J]. 中华医学超声杂志(电子版), 2020, 17 (10): 977-981.
- [6] 林涛, 闻卿, 徐永远, 等. 浅谈超声造影在诊断胃外生高危胃间质瘤中的应用价值[J]. 实用肿瘤杂志, 2020, 35 (3): 274-277.
- [7] 张帆. 胃肠超声造影诊断胃占位性疾病的临床价值[J]. 影像研究与医学应用, 2019, 3 (20): 62-63.
- [8] 张智漂, 许岸高, 李丙生. 造影增强超声内镜在消化道肿瘤的研究进展[J]. 现代消化及介入诊疗, 2019, 24 (7): 818-820.
- [9] 尔丽棉, 吴明利, 袁丽, 等. 超声内镜增强造影成像在胃粘膜下肿物中的诊断价值[C]. //2019 中国肿瘤学会大会论文集. 2019: 3021-3022.
- [10] 庞彩莲, 石宛灵, 李小溪, 等. 口服胃肠超声造影剂超声检查对胃部病变的诊断价值[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4 (6): 36-38.
- [11] 彭咏, 周芳, 王芬, 等. 胃肠超声造影检查在常见胃占位性病变诊断中的临床应用[J]. 实用医技杂志, 2020, 27 (7): 849-850.
- [12] 饶胜男, 杨红梅, 易瑗. 超声造影引导下精准化穿刺在腹腔腔肿瘤诊断中的价值[J]. 健康必读, 2020 (17): 242.

门诊伤口换药与疼痛相关性研究

杨晓华 韩本权

泸州市纳溪区人民医院 四川泸州 646300

摘要：目的：对院内门诊处进行伤口换药的患者展开研究，探讨换药过程与产生疼痛之间存在的关联。方法：研究确认在院内门诊处就医患者中选取并执行，且均需要处理伤口进行换药，具体时间为2020年3月-2022年3月，研究人员的总数量为100例，使用院内自制调查表来统计研究在进行伤口换药时产生的疼痛概况，统计项目可总结为相关基础疼痛情况、相关换药疼痛情况、影响疼痛变化的主要因素、影响换药期间疼痛变化的主要因素。结果：大部分患者均发生基础疼痛，具体发生时间集中在活动时与晚间，疼痛主要以伤口部位为主，呈间歇性中度疼痛，部分患者选择镇痛药物并取得一定成效；大部分患者均发生换药疼痛，对于清洗液的选择倾向于生理盐水，主要以中度疼痛为主，且延续至换药后，疼痛普遍发生在换药后1h中，少数患者选择镇痛药物且并不能起到良好作用；引发基础疼痛加重的主要因素集中在对于伤口部位的触碰与按压，致使基础疼痛减轻的主要因素集中在分散患者自身注意力；引发换药疼痛加重的主要因素集中在清洗与触碰伤口部位，致使换药疼痛减轻的主要因素集中在换药休息与分散注意力。结论：疼痛是门诊处理伤口时的常见病症表现，在实施换药期间会因其他因素而增加患者痛感与不适，二者之间存在较大相关性。

关键词：门诊；伤口换药；疼痛

门诊是医疗机构中的重要组成部分，主要作用在于对不办理住院的患者提供综合性医疗服务，服务涉及内容广泛，能够对患者疾病予以预防、检测，并在康复阶段施以科学性指导^[1]。我国在近些年生活节奏加快，生活中的潜在意外事故发生风险提升，加上人们自我健康防范意识不足，使每年前往门诊部进行慢性伤口处理的患者数量始终处于居高不下状态。慢性伤口泛指自愈时间不低于2周并在愈合阶段受到感染、异物等因素影响，出现愈合延缓的伤口，其中开放性伤口主要以疼痛为常规病症表现^[2]。敷药是当前针对大部分开放性伤口的首选治疗方式，将敷料放置于纱布中，并结合实际情况选择合适的方式固定在伤口部位，通过定期换药，可以让药性充分发挥不断修复伤口，期间很多患者反映疼痛会出现间歇性加重^[3]。为了优化门诊部的工作流程并提高患者伤口换药舒适性，医学中对伤口换药与疼痛之间存在的相关性展开深入研究，以期为后续伤口换药工作的改善提供有力的参考依据。本文主要对院内门诊处进行伤口换药的患者展开研究，探讨换药过程与产生疼痛之间存在的关联。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

基本研究内容已上报院方，且获准执行。于2020年3月-2022年3月之间，在医院门诊部挑选出与研究方向相符且均需要处理伤口进行换药的患者，使用院内自制调查表来统计研究在进行伤口换药时产生的疼痛概况，以100例作为研究中筛选患者的总体数量，所有患者的平均年龄区间保持在18-73（45.25±3.44）岁，伤口的平均维持时长保持在2-17（9.51±3.22）周，部位受伤的平均面积保持在2-23（12.21±3.27）cm²，出现的具体症状经过总结后分为伤口感染、渗液或引流液异常、肉芽组织脆弱、伤口异味、伤口变大、伤口边缘浸渍以及伤口表面坏死组织明显，具体数量与占比依次为32（32.00）例、12例（12.00）、12（12.00）例、15

（15.00）例、10（10.00）例、19（19.00）例。入选标准：①所有患者的最低年龄限度不低于18岁且伤口的出现时间至少为2周。②患者的认知能力与表达能力符合常规标准。③患者及家属已知晓基本研究内容，且对研究的开展并未表示异议。排除标准：①患者自身痛觉敏感度已经超过常规标准，或无法正常感受疼痛刺激。②患者沟通能力受限。

1.2 方法

从院内抽调出6名成员组建调查小组，成员中包含伤口造口专科护士、伤口护理护士以及压力性损伤管理小组主要成员。调查小组告知患者此行研究目的与基本内容，在换药前30min开始着手准备，并使用NRS疼痛量表来测定患者换药前后的疼痛变化。过程中，可结合患者表情与肢体改变来做出记录，在换药结束后指导患者填写问卷。此次研究共发出100份问卷，均全部回收。

统计项目其一为相关基础疼痛情况，经过细化后参与统计的指标依次为存在伤口基础疼痛、基础疼痛发作时间、基础疼痛部位、基础疼痛持续时间、基础疼痛程度、使用镇痛药以及镇痛药缓解情况。统计项目其二为相关换药疼痛情况，经过细化后参与统计的指标依次为存在换药相关疼痛、换药所用清洗液、换药相关疼痛程度、换药后存在疼痛、换药后疼痛持续时间、换药前使用镇痛药物以及镇痛药物缓解情况。统计项目其三为影响疼痛变化的主要因素，引发疼痛加重的因素可细分为触碰与按压、变换体位、活动、夜间；知识疼痛降低的因素可细分为分散注意力、舒适体位、镇痛药、冷水浴。统计项目其四为影响换药期间疼痛变化的主要因素，引发疼痛加重的因素可细分为清洗伤口、触碰伤口、去除旧敷料、使用新敷料；致使疼痛降低的因素可细分为换药过程中短暂休息、分散注意力、支持关系存在、掌控换药节奏。

1.3 统计学分析

SPSS20.0 作为本试验各指标中主要的检验工具，若需要比对计数资料，可用卡方来表示(%)，若需要比对计量资料，可用 t 值来表示($\bar{x} \pm s$)，若组间存在明显差异，则用 P<0.05 表示。

2. 结果

2.1 分析相关基础疼痛情况

大部分患者均发生基础疼痛，具体发生时间集中在活动时与晚间，疼痛主要以伤口部位为主，呈间歇性中度疼痛，部分患者选择镇痛药物并取得一定成效；大部分患者均发生换药疼痛，对于清洗液的选择倾向于生理盐水，主要以中度疼痛为主，且延续至换药后，疼痛普遍发生在换药后 1h 中，少数患者选择镇痛药物且并不能起到良好作用。

表一 分析相关基础疼痛情况[例/%]

项目	例数	占比
存在基础疼痛		
是	89	89.00
否	11	11.00
基础疼痛发作时间		
休息	18	18.00
活动	32	32.00
晚间	30	30.00
白天	20	20.00
基础疼痛部位		
伤口部位	88	88.00
伤口周围皮肤	2	2.00
伤口及周围皮肤	10	10.00
基础疼痛持续情况		
持续性	14	14.00
间歇性	86	86.00
基础疼痛程度		
轻度疼痛	35	35.00
中度疼痛	42	42.00
重度疼痛	23	23.00
使用镇痛药		
是	29	29.00
否	71	71.00
镇痛药物缓解情况		
是	27	93.10
否	2	6.90

2.2 分析相关换药疼痛情况

大部分患者均发生换药疼痛，对于清洗液的选择倾向于生理盐水，主

要以中度疼痛为主，且延续至换药后，疼痛普遍发生在换药后 1h 中，少数患者选择镇痛药物且并不能起到良好作用。

表二 分析相关换药疼痛情况[例/%]

项目	例数	占比
存在换药相关疼痛		
是	90	90.00
否	10	10.00
换药所用清洗液		
生理盐水	52	52.00
3%过氧化氢+生理盐水	31	31.00
其他	17	17.00
换药相关疼痛程度		
轻度疼痛	19	19.00
中度疼痛	48	48.00
重度疼痛	33	33.00
换药后存在疼痛		
是	75	75.00
否	25	25.00
换药后疼痛持续时间		
0-1h	37	37.00
1-3h	25	25.00
3-5h	12	12.00
>5h	26	26.00
换药前使用镇痛药物		
是	23	23.00
否	77	77.00
镇痛药物缓解情况		
是	7	30.43
否	16	69.57

2.3 分析影响疼痛变化的主要因素

引发基础疼痛加重的主要因素集中在对于伤口部位的触碰与按压，致使基础疼痛减轻的主要因素集中在分散患者自身注意力。

表三 分析影响疼痛变化的主要因素[例/%]

项目	例数	占比
加重疼痛的因素		
触碰/按压	42	42.00
变换体位	29	29.00
活动	17	17.00
夜间	12	12.00

减轻疼痛的因素		
分散注意力	40	40.00
处于舒适体位	31	31.00
使用镇痛药	19	19.00
冷水浴	10	10.00

2.4 分析影响换药期间疼痛变化的主要因素

引发换药疼痛加重的主要因素集中在清洗与触碰伤口部位，致使换药疼痛减轻的主要因素集中在换药休息与分散注意力。

表四 分析影响换药期间疼痛变化的主要因素[例/%]

项目	例数	占比
加重疼痛的因素		
清洗伤口	29	29.00
碰触伤口	27	27.00
去除新敷料	24	24.00
使用旧敷料	20	20.00
减轻疼痛的因素		
换药过程中短暂休息	33	33.00
分散注意力	27	27.00
支持关系存在	25	25.00
掌控换药节奏	15	15.00

3. 讨论

门诊作为医疗机构内部的综合性职能科室，可以在自行范围内为患者提供集合诊疗、康复、检测等项目为一体的医疗服务，是不住院患者进行就医的重要区域^[4]。慢性伤口处理是门诊部的常规诊疗项目，在临床中的发生趋向逐年上升明显，医学中对于伤口的慢性与急性有明确的标准区分，前者伤口因其他因素影响，无法在常规时间内完成自愈，且自愈时间多于2周^[5]。慢性伤口在治疗阶段均出现了基础疼痛，研究中可以看出，大部分患者均发生基础疼痛，具体发生时间集中在活动时与晚间，疼痛主要以伤口部位为主，呈间歇性中度疼痛，部分患者选择镇痛药物并取得一定成效^[6]。导致此类情况出现的主要原因可总结为伤口处存在组织缺血、炎症及感染，处于疼痛状态下的患者晚间睡眠质量会受到较大影响，自身行动能力与生活能力受到明显制约，同时无法参与常规社会活动，而长时间的疼痛在一定程度上会延缓伤口愈合^[7]。

为了向广大慢性伤口患者提供更加全面的医疗服务，门诊部加大了对此类疾病的关注度，并将敷药作为慢性伤口患者临床治疗中的首选治疗方式^[8]。将药物均匀涂抹在纱布中，随后在伤口处予以固定，可以让药物在其中迅速发挥药性，并结合实际情况规定具体换药期限，来达到治愈目的^[9]。其中换药疼痛已经在门诊部被列入最需要被解决的医疗难题之一，研究中可以看出，大部分患者均发生换药疼痛，对于清洗液的选择倾向于生

理盐水，主要以中度疼痛为主，且延续至换药后，疼痛普遍发生在换药后1h中，少数患者选择镇痛药物且并不能起到良好作用。换药疼痛的发生与疾病类型具有一定相关性，不同疾病所用清洗液及方式均存在差异，而且镇痛药物在此疼痛应用中不能达到预期状态。研究中分别对基础疼痛与换药疼痛的变化依次做出分析，结果显示，引发基础疼痛加重的主要因素集中在对于伤口部位的触碰与按压，致使基础疼痛减轻的主要因素集中在分散患者自身注意力。因此，医护人员在实施处理时需要格外注意不要对伤口部位产生过多接触，可以选择音乐疗法及沟通的方式来降低患者对伤口处的注意力；引发换药疼痛加重的主要因素集中在清洗与触碰伤口部位，致使换药疼痛减轻的主要因素集中在换药休息与分散注意力，因此，医护人员在实施处理时要尽量避免对伤口部位的过多刺激，可以在换药期间制定多个阶段的休息环节，来舒缓患者情绪，同时让患者想一些其他的事情来转移注意力。

综上所述，门诊部医护人员在实施换药时与患者自身伤口疼痛存在较大关联，结合实际情况来重新规划具体换药流程，最大化降低患者的痛感与不适。

参考文献：

[1]葛志明,史振滢,杨云等.稀释氧化亚氮在直肠肛门周围脓肿术后换药时镇痛的应用研究[J].宁夏医学杂志,2022,44（4）: 337-339.

[2]杨晓旭,张惠,侯俊红.湿润烧伤膏对外阴癌术后病人创面愈合情况、切口疼痛程度及炎症因子水平的影响[J].全科护理,2022,20（10）: 1394-1396.

[3]王利娇,何小兰,孟湘琴等.VSD引流术结合重组人碱性成纤维细胞生长因子及液体敷料对糖尿病足溃疡的临床疗效及疼痛影响观察[J].数理医药学杂志,2022,35（2）: 266-269.

[4]王志云,沈迎雁,郑卫国.两种不同剂量右美托咪定配合舒芬太尼在大面积烧伤患者换药中的镇痛效果比较[J].中国乡村医药,2022,29（2）: 11-12.

[5]刘俊秀,金兴,丁玉静等.功能性鼻窦内镜手术后不同换药方案对疼痛和Lund-Kennedy评分影响的比较研究[J].中国微创外科杂志,2018,18（3）: 249-251.

[6]洪素梅.人文关怀在提高甲沟炎拔甲伤口换药舒适度中的应用研究[J].基层医学论坛,2022,26（8）: 133-135.

[7]刘玉树,刘飞飞,李家光等.镇痛药不同给药时机对中等面积二度烧伤患者换药镇痛效果的影响[J].天津医药,2021,49（12）: 1315-1318.

[8]胡庆霞,何朝珠,刘思.五种疼痛强度评估量表在门诊伤口换药病人中的易选性和同时效度[J].中国疼痛医学杂志,2018,24（2）: 146-148.

[9]朱秀英.银离子藻酸盐敷料换药与传统换药对门诊压力性损伤患者创面恢复情况的影响比较[J].河南医学研究,2021,30（10）: 1914-1916.

120 院前急救在急诊患者中的效果分析

于晓丽¹ 贡海兵² (通讯作者)

1.上海市松江区急救中心 上海 201600; 2.上海市松江区中心医院 上海 201600

摘要:目的: 分析急诊患者中实施 120 院前急救的应用效果。方法: 抽取院内收治的 80 例急诊患者, 依据入院方式进行分组, 单一小组为 40 例。急救组采取 120 院前急救, 参比组应用患者家属送至医院, 对比两组护理满意度、并发症(皮下气肿、纵膈气肿、气压伤、肺部感染)发生率、健康存活率、致残率、住院时长、急救时间、救治费用、患者负性情绪评分。结果: 急救组护理满意度对比参比组较高, 对比具备统计学意义 ($P<0.05$), 急救组并发症(皮下气肿、纵膈气肿、气压伤、肺部感染)发生率明显低于参比组, 有统计学对比意义 ($P<0.05$), 急救组健康存活率相比参比组更高, 致残率显著低于参比组, 有对比意义 ($P<0.05$), 急救组住院时长、急救时间、救治费用少于参比组, 有显著统计学意义 ($P<0.05$), 急救组负性情绪评分相比参比组更低 ($P<0.05$)。结论: 在急诊+患者中实施 120 院前急救有利于提高抢救效率, 缩短患者的住院时间。

关键词: 急诊; 120 院前急救; 满意度; 并发症

伴随社会经济逐步发展, 人们生活水平不断提高, 急救意识逐步增强, 日常生活中对于突发事件及时进行呼叫 120 院前急救情况逐步增加^[1]。院前急救属于新型的医学学科, 逐步受到重视。120 院前急救工作属于现阶段急诊患者的有效干预手段, 其能够使突发疾病患者获得理想救治, 提升整体急救效率, 使其致残率降低。本次将针对我院急诊患者积极开展 120 急救服务的临床效果进行分析, 报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

抽取急诊患者 80 例, 均在 2021 年 1 月-2022 年 1 月期间入院。纳入标准: 患者病情危急需要急救, 认知正常; 排除标准: 存在精神障碍者。120 急救入院者纳入急救组共 40 例, 患者家属送往医院患者纳入参比组共 40 例; 急救组共男患者 21 例、女患者 19 例, 年龄 20-78 岁, 平均 58.31 ± 1.32 岁, 参比组男患者 22 例、女患者 18 例, 年龄 21-78 岁, 平均 58.36 ± 1.27 岁; 针对于入组患者的基础资料统计及分析, 两组对比为 $P>0.05$, 则表示分组成立。

1.2 方法

参比组患者由家属送往医院, 入院后实施急救。急救组患者应采取 120 院前急救: 主要流程为: 为患者实施病情监测、电话指导以及运转, 应针对患者家属进行全方位电话指导, 同时, 针对于 120 急救车辆进行妥善安排, 接线员应通过沟通, 针对患者的意识、病史、发病原因等情况进行积极了解, 随后应指导用药, 并进行基本抢救, 确保呼吸顺畅, 同时, 对患者病情进行监测, 医护人员抵达现场后, 医务人员应对患者的个体情况进行检查, 逐步准确判断生命体征及意识, 为患者建立静脉通路, 以便医务人员及时为其实施对症治疗。随后应针对患者进行及时运转, 运转前应保证患者生命体征及病情稳定, 运送过程中应遵循安全、快速的原则, 转移时可以利用担架, 同时需要以患者的情况作为依据, 判断其是否需要实施给氧, 维持顺畅的呼吸道以及静脉通道, 如有室速以及室颤产生, 需要利用电复律以及药物进行干预, 针对药物应用剂量及方法时间进行及时记录, 并与医院进行沟通, 实施治疗及收治相关工作及时准备。

1.3 观察指标

观察研究护理指标: 并发症(皮下气肿、纵膈气肿、气压伤、肺部感染)发生率、住院时长、急救时间、救治费用、护理满意度、健康存活率、致残率、患者负性情绪评分。针对于患者的满意度情况实施调查, 依据评分结果对于患者满意度情况实施判断, 5 分以下为不满意、6-8 分为满意、8 分以上为很满意, 护理满意度=(总数-不满意数)/总数 $\times 100\%$ 。负性情绪评分应采取抑郁、焦虑评价表为患者进行评估, 患者评分表分数越高为患者抑郁、焦虑越严重。

1.4 统计学方法

通过 SPSS22.0 计算 120 院前急救效果相关指标, n , %主要表示并发症(皮下气肿、纵膈气肿、气压伤、肺部感染)发生率、护理满意度、健康存活率、致残率, 卡方对其指标进行检验, 住院时长、急救时间、救治费用、患者负性情绪评分应通过 ($\bar{X} \pm S$) 表示, 并应用 t 实施检验, 统计学结果为 $P<0.05$, 则对比有意义。

2. 结果

2.1 急救组、参比组护理满意度对比

急救组护理满意度、参比组护理满意度对比, 急救组患者护理满意度更高, 比较优势性明显 ($P<0.05$), 见表 1 所示:

表 1: 急救组、参比组护理满意度对比 (n , %)

组别	满意患者	很满意患者	不满意患者	总满意情况
急救组 ($n=40$)	20(50.00)	18(45.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
参比组 ($n=40$)	19(47.50)	11(27.50)	10 (25.00)	30 (75.00)
X^2				6.2745
P				0.0122

2.2 急救组、参比组并发症发生率对比

急救组并发症(皮下气肿、纵膈气肿、气压伤、肺部感染)发生率相比参比组更低, 存在对比差异 ($P<0.05$), 见表 2 所示:

表 2: 急救组、参比组并发症发生率对比 (n , %)

组别	皮下气肿	纵膈气肿	气压伤	肺部感染	发生率
急救组 ($n=40$)	1 (2.50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.50)
参比组 ($n=40$)	2 (5.00)	3 (7.50)	1 (2.50)	2 (5.00)	8 (20.00)
X^2	-	-	-	-	6.1346
P	-	-	-	-	0.0133

2.3 急救组、参比组健康存活率、致残率对比

急救组健康存活率更高, 参比组致残率更高, 有统计学对比意义 ($P<0.05$), 见表 3 所示:

表 3: 急救组、参比组健康存活率、致残率对比 (n , %)

组别	致残率	健康存活率
----	-----	-------

急救组 (n=40)	0 (0)	40 (100.00)
参比组 (n=40)	9 (22.50)	31 (77.50)
X ²	10.1408	
P	0.0015	

2.4 急救组、参比组住院时长、急救时间、救治费用比对

急救组住院时长、急救时间更短，救治费用更低，与参比组比较有统计学差异 ($P<0.05$)，见表 4 所示：

表 4 急救组、参比组住院时长、急救时间、救治费用比对 ($\bar{x} \pm s$)

组别	急救时间 (min)	救治费用 (元)	住院时长 (d)
参比组 (n=40)	79.24±6.45	5720.24±41.53	15.41±3.52
急救组 (n=40)	56.87±2.77	4233.67±42.57	10.47±2.82
t 值	20.1549	158.0888	6.9271
P 值	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 急救组、参比组患者负性情绪评分对比

急救组患者负性情绪评分相比参比组更低，有显著统计学对比意义 ($P<0.05$)，见表 5 所示：

表 5 急救组、参比组患者负性情绪评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	抑郁评分 (分)	焦虑评分 (分)
参考组 (n=40)	62.24±1.45	61.24±0.61
急救组 (n=40)	33.93±1.66	35.67±2.55
t 值	81.2338	61.6790
P 值	0.0000	0.0000

讨论

伴随社会经济逐步发展，人们急救意识不断增强，日常生活中突发事件及时呼叫 120 院前急救的情况逐步增多，院前急救属于新型医学学科，其属于医疗服务水平的重要体现，与急危重症患者的健康及生命具备有效联系。临床急救患者中创伤原因一般为打斗伤、建筑工地外伤以及交通事故，部分患者为突发性心血管疾病，及时实施院前救治并转送能够使其致残率、致死率降低，因此，应针对院前急救出诊人员实施系统化培训，提升整体急救质量及医疗服务水平^[2-3]。

近几年，伴随我国交通事故发生率逐步升高，临床创伤患者逐步增多，在事故发生后，应针对于患者采取及时有效的救治能够挽救患者的生命，使患者能够降低致死率及致残率，通常在产生突发事件时人们或拨打 120 急救电话，部分紧急情况下存在患者家属直接将患者送往医院的情况^[4]。临床调查中发现，针对于突发疾病及创伤患者采取及时有效的 120 急救能够使患者的病情改善，并为后续院内的进一步救治奠定良好基础。临床急诊医学当中院前急救属于重要环节，此方法属于首要环节，会直接影响急诊急危重症患者的抢救效果。采取院前急救能够帮助患者积极实现疾病治疗过程中采取最佳技术，能够起到理想的应用效果^[5-6]。由于近几年老龄化进程逐步加剧，导致慢性病发病率以及急危重症发病率逐年提高。伴随经济社会发展速度加快，使自然灾害、交通事故概率逐步提高。上述情况均会引发急诊患者数量增加。120 院前急救在急诊患者治疗过程中具备重要意义。急诊科收治的患者病情发展速度较快，较为严重，会使其护理治疗难度提升。因此，实施 120 院前急救能够患者获得更加及时有效的抢救，使医务人员能够拥有充足时间针对患者实施手术治疗，降低患者的死亡率。本医院医疗基本要、通信方法、运输等较为齐全，接线员能够通过

患者家属及时沟通，对其病情进行判断。同时，通过急救指导有效缓解临床症状。通过急救人员的专业化处理能够确保患者第一时间获得救治，通过组织管理院前工作有效强化，能够积极实施工作调度、指挥工作现场医务人员进行施救，实现院前急救流程全面优化，能够在报警电话接通之后迅速通过接警系统有效发出救护车，接到急救通知后能够前往患者的发病地点急救人员，报警人员需要在车辆上进行联络，并对其实施远程操控指导急救与护理转运过程中积极实施，同时，院前急救措施逐步落实能够针对急救设备、药品进一步完善，针对药物种类、数量进行标准配备，急救接警结束后及时实施药物补充，定期进行相关仪器的抢救及维护。到达现场后让患者平卧，将其衣领松开，将其下假牙取下，并为其实施正确地搬运，一人托住患者头部、肩部，避免患者产生头部震动，使患者头部出现过分扭曲，另一人托住患者的臀部、背部，一起用力保持平抬，将患者移动到担架上，如为从楼上拍下应对其维持头部在上脚、朝下的姿势进行搬运，能够使患者脑部充血减轻，避免在搬运时将患者扶直坐起，同时切忌抱起、背扛患者。如出现心搏骤停、呼吸骤停应为患者实施心肺复苏术，为患者进行胸外按压，并对于患者实施人工呼吸，在整个过程中均需要对于患者血压、呼吸、心率、血氧饱和度密切监控，维持生命体征稳定。如患者属于急性心血管病突发疾病，应给予患者氧气吸入，并给予安定片、硝酸甘油片口服^[7]。

本文研究显示，急救组护理满意度对比参比组护理满意度较高 ($P<0.05$)，急救组并发症（皮下气肿、纵膈气肿、气压伤、肺部感染）发生率相比参比组明显更低，有对比意义 ($P<0.05$)，急救组健康存活率均显著高于参比组，致残率相比参比组更低，有对比意义 ($P<0.05$)，急救组住院时长、急救时间、救治费用低于参比组，两组比较存在统计学意义 ($P<0.05$)，急救组负性情绪评分相比参比组负性情绪评分更低 ($P<0.05$)，急诊科收治的患者通常存在急危重症，需要及时采取科学急救措施有效挽救患者的生命。因此，急救技术、急救流程、急救时间均与患者的疾病治疗存在密切联系。急诊科收治患者当中部分患者一般为亲属将其送往医院就诊，此类患者通常无法积极进行院前急救，会耽误患者的治疗时间，如患者病情进展速度较快，会影响其后续治疗进展及效果。120 院前急救针对急救人员具备一定考验，在为患者急救过程中，应针对患者的症状及病情进行确定，保证转运、急救过程中不具备意外，整体为患者救治过程中均需要做到规范及科学，避免操作失误造成患者二次伤害。

综述，120 院前急救能够帮助患者尽早实现相关症状改善，有效维持生命体征，积极争取治疗时间，使其健康存活率提高，使患者获得良好的疾病预后。

参考文献：

[1]董芳芳. 120 院前急救在急诊患者中的应用效果[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13 (05): 123-125.

[2]董钰源, 时太丽, 李敏, 等. 急诊一体化信息平台在胸痛患者院前急救中的应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (86): 237-248.

[3]靳慧. 试分析急性心肌梗死的院前急救与急诊急救护理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (85): 301-302.

[4]周世辉, 翟桂兰, 马雪. 喉罩人工呼吸支持在急诊科院前急救心肺复苏术中的应用[J]. 中国医学物理学杂志, 2019, 36 (08): 985-988.

[5]丁雨红. 120 院前急救在急诊患者中的应用效果[J]. 当代护士 (中旬刊), 2019, 26 (08): 129-130.

[6]张先宅, 廖颖. 严重多发伤患者院前急救及急诊处理效果分析[J]. 中国社区医师, 2019, 35 (01): 93-94.

[7]崔成健. 急诊科在急性脑血管病的院前急救和转运研究[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12 (21): 27-28.

孕妇妊娠不同时期血浆 D-二聚体和凝血四项变化检验的价值分析

张莹坤

山东省临沂市平邑县中医医院 山东临沂 273300

摘要:目的:探究分析在孕妇妊娠各个时期,对血浆 D-二聚体和凝血四项指标变化情况的检验价值。方法:选取 2000 例在我院 2021 年 1 月 1 日-2021 年 12 月 31 日进行血浆 D-二聚体和凝血四项检验的孕妇,按照不同妊娠时期分为早期、中期、晚期和临产期,每个时期均为 500 例。比较各个时期的血浆 D-二聚体和凝血四项指标水平。结果:血浆 D-二聚体和纤维蛋白原含量比较中,临产期高于早、中、晚妊娠期,比较差异有统计学意义 ($P<0.05$);凝血酶原时间、活化部分凝血酶时间、凝血酶时间对比,临产期低于早、中、晚期,比较有统计学差异 ($P<0.05$)。结论:对不同妊娠时期孕妇的血浆 D-二聚体和凝血四项变化进行检验能为分娩即产后不良反应预防工作提供基础保障,具有十分重要的价值。

关键词:妊娠;不同时期;血浆 D-二聚体;凝血四项;检验评估

妊娠是胚胎和胎儿在母体内生长发育的过程中,属于女性特殊的生理阶段。孕妇在妊娠阶段,雌激素、孕激素水平会显著增加,并且随着妊娠时间的增加,孕妇体内的凝血因子水平也会随之提高,从而会导致血液长期处于高凝的状态,这种情况会导致孕妇在生产过程中容易出现大出血现象^[1]。为了有效避免此类危及到孕妇生命安全的事件发生,需要提前做好相应的预防措施,从而改善孕妇的血液状态。而相关指标的检验是做好预防工作的关键,根据相关研究表明,孕妇随着妊娠阶段的变化,血浆 D-二聚体、凝血四项指标也会随之变化,在完成妊娠阶段时指标水平会处于最大值,会增加大出血几率^[2]。为此,孕妇在妊娠的不同时期采取血浆 D-二聚体和凝血四项变化检验是尤为重要的。本文将从本院 2021 年一整年选取的 2000 例不同时期的孕妇作为研究对象来对 D-二聚体和凝血四项进行评估,现报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院 2021 年 1 月 1 日到 2021 年 12 月 31 日接受检查的孕妇,根据纳排标准选取了 2000 例作为本次研究、观察的对象。将选取的孕妇按照妊娠时期分为妊娠早期、中期、晚期、临产期,各 500 例,孕周分别对应 10-20 周、21-30 周、31-36 周、37-42 周。其中,妊娠早期产妇年龄范围和均值为 $[23-31(27.12\pm5.18)]$ 岁,初产妇 298 例、经产妇 202 例;妊娠早期产妇年龄范围和均值为 $[22-30(27.58\pm5.06)]$ 岁,初产妇 285 例、经产妇 215 例;妊娠早期产妇年龄范围和均值为 $[21-34(27.81\pm5.33)]$ 岁,初产妇 290 例、经产妇 210 例;妊娠早期产妇年龄范围和均值为 $[25-33(26.96\pm5.14)]$ 岁,初产妇 302 例、经产妇 198 例。不同妊娠阶段的孕妇在年龄、初经产妇例数方面比较无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比较的价值。

纳入标准^[3]:①孕妇均为 20 岁以上者且孕妇家属对本项研究的整个过程、目的均已熟知,自愿签署了相关知情同意书;②具有检查依从性;③均为单胎妊娠孕妇。

排除标准^[4]:①存在严重的沟通障碍或者精神疾病的孕妇;②具有糖尿病、高血压、心脑血管疾病、肝肾功能异常、血液疾病的孕妇;③在本次研究的前 3 个月服用过凝血药物的孕妇。

剔除标准:在本次研究过程中,中途由于无法坚持参与本次研究内容的孕妇。

1.2 方法

针对处于不同妊娠时期的孕妇,分别检测评估血浆 D-二聚体、凝血酶原时间、活化部分凝血酶时间、凝血酶时间、纤维蛋白原指标。前一天告知孕妇第二天清晨进行血浆 D-二聚体和凝血四项检测,保证检验时处于空腹状态。抽取孕妇 2ml 的静脉血液,将血液采集完成后将其放入到抗凝试管当中,然后通过枸橼酸钠(生产企业:广西亿康药业股份有限公司;批

准文号:国药准字 H45020137)对静脉血液进行抗凝处理,然后将标本放入到离心设备上进行离心处理(离心仪器转速:3000r/min,离心时间:10min),待处理完毕后对其进行检验,确保采集到检验的整个过程控制在 4h 以内^[5]。

1.3 观察指标

1.3.1 血浆 D-二聚体指标(D-D)。检查方法:通过全自动凝血分析仪,利用免疫学法对孕妇的血浆 D-二聚体进行检测评估^[6]。

1.3.2 凝血四项。指标分别包括凝血酶原时间、活化部分凝血酶时间、凝血酶时间、纤维蛋白原,分别对应 PT、APTT、TT、FIB。采用凝固法进行检测评估^[7]。

1.4 统计学分析

本文涉及数据均在 SPSS22.0 中输入展开统计,组间计数内容采用(%)表示,行 χ^2 检验,计量内容采用($\bar{x}\pm s$)表示,行 t 检验, $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 孕妇不同时期血浆 D-二聚体(D-D)指标对比

妊娠早期、中期、晚期以及临产期阶段的血浆 D-二聚体指标水平比较有明显差异,其中,临产期的 D-二聚体指标水平明显高于早、中、晚期水平,比较差异明显,有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 1 孕妇妊娠早、中、晚及临产期的血浆 D-二聚体指标水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

妊娠时期	例数	D-D ($\mu\text{g/L}$)
早期	500	181.92 $\pm$ 56.32
中期	500	224.15 $\pm$ 41.71
晚期	500	312.24 $\pm$ 82.23
临产期	500	377.42 $\pm$ 105.14
t 值		10.5234
P 值		0.0000

2.2 孕妇不同时期凝血酶原时间(PT)指标对比

妊娠早期、中期、晚期以及临产期阶段的凝血酶原时间比较(如表 2 所示),相较于早、中、晚期妊娠孕妇,临产期的凝血酶原时间更短,比较有统计学差异 ($P<0.05$),而早、中、晚期的凝血酶原时间比较无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 2 孕妇妊娠早、中、晚及临产期的凝血酶原时间比较分析 ($\bar{x}\pm s$)

妊娠时期	例数	PT (s)
早期	500	12.63 $\pm$ 1.04
中期	500	11.47 $\pm$ 0.72
晚期	500	10.26 $\pm$ 0.93
临产期	500	9.72 $\pm$ 0.81

t 值	14.5138
P 值	0.0000

2.3 孕妇不同时期活化部分凝血酶时间 (APTT) 指标对比

妊娠早期、中期、晚期以及临产期阶段的活化部分凝血酶时间比较 (如表 3 所示), 相较于早、中、晚期妊娠阶段, 临产期的活化部分凝血酶时间更短, 比较有统计学差异 ($P < 0.05$)。早、中、晚期妊娠阶段的活化部分凝血酶时间比较无差异性 ($P > 0.05$)。

表 3 孕妇妊娠早、中、晚及临产期活化部分凝血酶时间比较分析 ($\bar{x} \pm s$)

妊娠时期	例数	APTT (s)
早期	500	35.92±3.41
中期	500	33.34±3.07
晚期	500	32.91±2.25
临产期	500	29.14±2.20
t 值	6.4522	
P 值	0.0000	

2.4 孕妇不同时期凝血酶时间 (TT) 指标对比

妊娠早期、中期、晚期以及临产期阶段的凝血酶时间比较 (如表 4 所示), 同早、中、晚期阶段相比较, 临产期凝血酶时间更短, 对比存在统计学意义 ($P < 0.05$), 而早、中、晚期妊娠孕妇的凝血酶时间比较无差异性 ($P > 0.05$)。

表 4 孕妇妊娠早、中、晚及临产期凝血酶时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

妊娠时期	例数	TT (s)
早期	500	13.61±1.34
中期	500	13.09±1.26
晚期	500	12.21±0.94
临产期	500	10.96±0.86
t 值	5.9146	
P 值	0.0000	

2.5 孕妇不同时期纤维蛋白原 (FIB) 水平对比

妊娠早期、中期、晚期以及临产期阶段的纤维蛋白原比较 (如表 5 所示), 处于临产期阶段的孕妇, 其纤维蛋白原水平同妊娠早、中、晚期的孕妇相比更高, 比较差异明显, 有统计学意义 ($P < 0.05$), 但妊娠早、中、晚期的孕妇在纤维蛋白原比较上无差异性 ($P > 0.05$)。

妊娠时期	例数	FIB (g/L)
早期	500	3.01±0.36
中期	500	3.24±0.24
晚期	500	3.61±0.16
临产期	500	5.28±0.56
t 值	5.9133	
P 值	0.0000	

3 讨论

在人体凝血或者止血方面, 需要通过体内的凝血系统、纤溶系统来完成这一过程中, 已达到人体血液调节平衡的目的。但对于妊娠期的孕妇群体而言, 由于自身各项指标发生着一定的变化, 导致凝血、纤溶系统的整体功能有所下降, 从而会出现导致血液呈现出高凝的状态, 这种情况会导致孕妇在分娩的过程中容易出现大出血现象, 对孕妇以及胎儿的生命安全造成严重威胁^[8]。为了避免此类不良事件的发生, 需要对其做好预防工作, 而预防的前提是以检查结果为参考依据。通过对不同妊娠时期孕妇的血浆 D-二聚体和凝血四项指标水平变化情况进行检查和记录后, 能深入了解、掌握孕妇不同妊娠阶段的凝血状态、纤溶状态, 为预防孕妇不良症状提供了科学预测, 不仅能为后续的分娩工作提供科学、合理的指导, 也能显著

提升医院的整体分娩水平和医疗质量^[9]。

从本次研究结果中, 若孕妇妊娠阶段处于早期、中期或者晚期时, 孕妇的纤维蛋白原含量、血浆 D-二聚体水平要高于临产期的孕妇, 但凝血酶原时间、凝血酶时间以及活化部分凝血酶时间要高于临产期。分期产生此研究结果的原因在于女性若处于妊娠阶段时, 机体为了能够满足体内胎儿的各项需求以及分娩需求, 需要确保胎儿能够完全吸收到孕妇的影响, 并且也要保证胎盘组织的整体完整性, 而产妇在分娩的过程中在剥离胎盘过程中要操作时间更短、操作速度更快, 尽量减少分娩期间发生大出血的几率^[10]。因此, 孕妇体内的凝血功能、纤溶系统会发生一定的变化来尽量满足上述现象。随着孕妇妊娠阶段的变化, 凝血系统中的凝血因子活性也会随着提高, 从而导致孕妇体内始终保持在高凝状态。与此同时, 为了有效改善孕妇的血液调节平衡, 纤溶系统会诱导孕妇纤维蛋白原含量增加, 从而会在孕妇体内重新建立起不同的凝血、纤溶平衡状态。但这一过程中会提高孕妇分娩期间以及分娩之后不良症状的发生几率。为此, 检查相关指标显得尤为重要。血浆 D-二聚体以及凝血四项是评估价孕妇凝血功能、纤溶系统指标的重要检测指标, 其中, 血浆 D-二聚体指标是继发纤溶的重要因素, 也是纤溶酶水解交联纤维蛋白后出现的特异性降解物, 随着孕妇体内血栓溶解过程的不断发展, 血浆 D-二聚体也会显著提升。在凝血四项 (凝血酶原时间、活化部分凝血酶时间、凝血酶时间、纤维蛋白原) 方面, 其指标水平的变化能充分反应出外源凝血系统发生变化的具体是阶段, 其中凝血酶原时间的变化能够反应出孕妇凝血因子的具体变化情况。纤维蛋白原是糖蛋白成分中的一种, 主要是 通过肝脏器官来合成, 当孕妇体内开始凝血时则会产生水解反应, 从而产生纤维蛋白原。并且其指标抗凝过程中可以采取凝血酶时间来进行测量, 为临床分娩、不良反应预防工作提供有力的评估依据。

综上所述, 针对孕妇不同妊娠阶段的血浆 D-二聚体和凝血四项指标变化情况记性检查, 其意义在于能为临床主治医师提供更对评估的依据, 可以有效把控孕妇分娩过程中以及产后的凝血状态, 做好相应的预防工作, 尽量减少各种不良事件的发生几率, 可以帮助孕妇顺利完成生产。

参考文献:

- [1]朱宪侠. 孕妇妊娠不同时期血浆 D-二聚体和凝血四项变化及检验意义研究[J]. 医药前沿, 2021, 11 (2): 157-158.
- [2]黄海峰. 孕妇妊娠不同时期血浆 D-二聚体和凝血四项的变化情况分析[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20 (98): 174-175.
- [3]耿凤婷. 孕妇妊娠不同时期血浆 D-二聚体和凝血四项变化检验的价值分析[J]. 当代医学, 2020, 26 (3): 66-68.
- [4]王林. 孕妇妊娠不同时期血浆 D-二聚体和凝血四项变化及其检验价值分析[J]. 医学美容, 2020, 29 (11): 15.
- [5]苏林帆. 孕妇妊娠不同时期血浆 D-二聚体和凝血四项变化及其检验价值分析[J]. 养生保健指南, 2020 (22): 290.
- [6]王寿杰. 探讨妊娠不同时期孕妇实施血浆 D-二聚体和凝血四项变化、检验的临床价值[J]. 母婴世界, 2020 (26): 68.
- [7]张晓敏. 研究孕妇妊娠不同时期血浆 D-二聚体、凝血四项情况[J]. 养生保健指南, 2020 (43): 33.
- [8]索明莉, 孙艳飞, 杨海澜, 等. 妊娠期血浆 D-二聚体及凝血四项监测的临床意义[J]. 甘肃科学学报, 2019, 31 (6): 40-43.
- [9]李丹. 孕妇妊娠不同时期血浆 D-二聚体和凝血四项变化、检验价值的研究[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (6): 113-114.
- [10]黄田苗, 黄丽漫. 孕妇妊娠不同时期血浆 D-二聚体和凝血四项变化及其检验价值分析[J]. 临床检验杂志 (电子版), 2019, 8 (3): 161-162.

促红细胞生成素治疗 ICU 危重患者贫血的临床对照研究框架

钟嘉威

广州市增城区中医医院 广东广州 511300

摘要：目的：探究在 ICU 危重患者贫血治疗实践中采用促红细胞生成素的临床价值。方法：本实验所涉及的研究对象是我院 ICU 所收治的 40 例危重贫血患者，实验开始时间为 2020 年 8 月，实验结束时间为 2021 年 8 月，根据双盲法将所收治的患者进行组别的划分，参照组与研究组各包含患者 20 例。两组患者在入院后均需接受常规治疗，参照组患者在常规治疗基础上接受硫酸亚铁剂治疗，研究组患者在常规治疗基础上接受促红细胞生成素治疗，比较两组患者生活质量评分，治疗前后各相关指标、负面情绪评分、满意度评分，探究适宜治疗 ICU 危重患者贫血的手段。结果：组间数据表明，研究组患者生活质量评分高于参照组患者，治疗后研究组患者满意度评分高于参照组患者，负面情绪评分低于参照组患者，各相关指标优于参照组患者，示之为 $P<0.05$ ，即组间对比存在明显差异性。结论：在 ICU 危重贫血患者治疗实践中运用促红细胞生成素效果确切，可明显改善患者各相关指标。故在 ICU 危重贫血患者的治疗实践中应大力推广促红细胞生成素治疗手段。

关键词：促红细胞生成素；ICU；贫血；临床价值

贫血在临床上指的是人体外周血红细胞容量减少，且较之正常范围下限更低的一种临床症状^[1]。贫血患者的主要临床表现为面色苍白、耳鸣、头昏等^[2]。导致贫血患者发病的原因具有多重性，既包括失血、溶血，也包括红细胞生成减少等^[3]。贫血患者如若未得到及时的治疗，则会对其身体健康产生极为严重的危害。为了降低贫血的危害性，临床上始终在探究适合治疗危重症贫血患者的手段。在医疗水平日渐提升的时代背景下，治疗危重症贫血患者的方式也愈发丰富。因此，笔者探究了在 ICU 危重贫血患者治疗过程中运用促红细胞生成素的临床价值，具体报道呈现如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本实验所包含的研究对象是因我院 ICU 收治的危重贫血患者，患者总数共计 40 例，实验开始时间为 2020 年 8 月，实验结束时间为 2021 年 8 月，根据双盲法将患者划分成为两个组别，即研究组与参照组，每一小组各包含患者 20 例。参照组患者年龄范围是 22-63 岁，均数为 (37.82 ± 3.15) 岁；女患 13 例，男患 7 例。研究组患者年龄范围是 21-62 岁，均数为 (37.91 ± 3.22) 岁；女患 12 例，男患 8 例。两组患者常规性信息经比较后未发现存在明显差异，示之为 $P>0.05$ ，即组间对比存在明显差异。

纳入标准：（1）患者确诊为贫血；（2）患者意识清晰且表达流利。

排除标准：（1）患者临床资料不完善；（2）患者为部分民事行为能力人或无民事行为能力人。

本实验开始前已详细告知患者及家属相关信息，患者自愿签署知情同意书，且实验已被医学伦理委员会批准。

1.2 方法

在两组患者入院后均对其展开 ICU 常规治疗，即对患者的各项生理指标进行密切监测，给予患者适量的药物等。

参照组患者在常规治疗基础上接受硫酸亚铁剂治疗。给予患者口服硫酸亚铁剂（国药准字 H14022872 山西三九同达药业有限公司），剂量为每次 0.3 克，频率为每日一次，治疗周期共持续 14 天。

研究组患者在常规治疗基础上接受促红细胞生成素治疗。给予患者皮下注射每千克体重 150 个单位的促红细胞生成素（国药准字 S19980074 沈阳三生制药有限责任公司），注射频率为每日一次，治疗周期共持续 14 天。

1.3 观察指标

从物质生活、躯体功能、心理功能、社会功能四个层面评估患者生活质量，依据为 SF-36 量表，每一单项满分为 100 分，数值与患者生活质量呈现正相关关系^[4]。评估患者治疗前后各相关指标，包括红细胞（RBC）、血红蛋白（Hb）、红细胞压积（HCT），数值越高，则说明患者身体状况恢复越好^[5]。评估患者治疗前后负面情绪，依据为抑郁自评量表（SAS），焦虑自评量表（SDS），数值越趋近于 100，则说明患者负面情绪越剧烈^[6]。评估患者治疗前后满意度评分，包括服务满意度、操作满意度，每一单项满分为 50 分，数值越高，则说明患者满意度越高^[7]。

1.4 统计学分析

统计学计算对于衡量实验结果准确性意义重大，本实验中既包含计数资料的计算，也包含计量资料的计算。应将所有数据输入至 SPSS20.0 软件包中，依托卡方完成计数资料检验，通过%展现，依托 t 值完成计量资料检验，通过 $X\pm S$ 展现。如 P 值 <0.05 ，则意味着对比存在差异，反之则无差异。

2 结果

2.1 生活质量评分

研究组患者生活质量评分与参照组患者相比较更高（ $P<0.05$ ），详见表 1：

表 1：生活质量评分（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	物质生活	心理功能	社会功能	躯体功能
研究组 (n=20)	84.92±2.72	86.77±3.15	89.93±2.71	87.38±2.99
参照组 (n=20)	79.28±1.89	77.39±2.68	81.29±2.58	80.08±2.55
t 值	7.615	10.143	10.327	8.308
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 各相关指标

研究组患者治疗后 RBC、Hb、HCT 指标均高于参照组患者（ $P<0.05$ ），详见表 2：

表 2：各相关指标（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	RBC（*10 ¹² /L）		Hb（g/L）		HCT（%）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组（n=20）	2.15±0.34	3.38±0.57	59.94±6.83	95.59±10.19	20.22±2.71	29.98±3.79
参照组（n=20）	2.17±0.39	2.61±0.49	59.89±6.85	68.82±8.81	20.31±2.67	22.26±2.84

t 值	0.173	4.581	0.023	8.888	0.106	7.290
P	0.864	0.000	0.982	0.000	0.916	0.000

2.3 SAS、SDS 评分

研究组患者治疗后 SAS、SDS 评分均低于参照组患者 (P<0.05), 详见表 3:

表 3: SAS、SDS 评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	SAS		SDS	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=20)	59.92±2.81	27.17±1.83	61.13±2.69	25.52±2.69
参照组 (n=20)	59.84±2.92	35.59±2.05	61.22±2.73	30.13±2.58
t 值	0.088	13.703	0.105	5.531
P	0.930	0.000	0.917	0.000

2.4 满意度评分

研究组患者治疗后服务满意度、操作满意度评分较之参照组患者更高 (P<0.05), 详见表 4:

表 4: 满意度评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	服务满意度		操作满意度	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=20)	31.27±2.49	42.28±1.89	32.32±1.59	43.39±1.04
参照组 (n=20)	31.31±2.52	35.56±1.93	32.41±1.63	36.67±1.18
t 值	0.050	11.125	0.177	19.107
P	0.960	0.000	0.861	0.000

3 讨论

近些年,我国贫血发病率呈现出逐年升高的态势。随着贫血病程的推进,患者会出现程度不一的多器官表现,最初期的症状为困倦、头晕等。贫血患者临床症状的轻重与否会受贫血速度的直接影响^[8]。而人体的代偿能力与贫血程度也会对患者的疾病产生影响。若持续性的贫血未得到及时治疗,则患者会出现一系列的并发症,例如消化功能减退、肾衰竭、生长发育迟缓等^[9]。导致患者贫血发病的原因具有复杂性,主要包含失血过多、红细胞生成减少等。患血液病人群、长期慢性出血人群以及长期饮用浓茶的人群较之其他年龄阶层患贫血的几率更高^[10]。临床上始终在于探寻治疗危重贫血患者最为适宜的手段。在医疗水平不断提升的过程中,医生在治疗该类患者时也面临着更多的选择性。促红细胞生成素近些年在贫血患者的治疗过程中得到了较为频繁的运用。促红细胞生成素在临床上被认为是由肾脏而分泌的一种活性糖蛋白。给予贫血患者促红细胞生成素后能够对其骨髓红系造血母细胞的增殖起到刺激作用,从而提升患者体内的血红蛋白浓度、红细胞计数等。经过大量的临床实践研究可以发现,炎症因子可以对促红细胞生成素基因的表达起到抑制作用,从而使得内源性促红细胞生成素减少,但外源性促红细胞生成素能够逆转上述抑制作用。临床上始终认为危重贫血患者和慢性炎症疾病所导致的贫血患者均是由于炎症因子对内源性促红细胞生成素产生了抑制而发病。所以危重贫血患者发病最为主要的原因就是缺乏促红细胞生成素。ICU 所收治的危重贫血患者均会出现内源性促红细胞生成素降低的情况,但却能够对外源性促红细胞生成素产生反应。故而临床上认为促红细胞生成素对于治疗危重贫血患者具有至关重要的意义。在 ICU 危重贫血患者在皮下注射促红细胞生成素后其

骨髓会受到持续性的刺激,进而贫血症状会得到一定程度的缓解。输血是此前治疗贫血患者最为行之有效的手段。但输血会在一定程度上增加患者发生风险事件的几率,其中以输血相关感染最为严重。若输血不当,则会增加贫血患者患梅毒、病毒性肝炎等传染性疾病的几率,严重威胁到贫血患者的身体健康。而对危重贫血患者展开促红细胞生成素治疗能够在很大程度上降低危重贫血患者输血的频率,既能够对紧张的血源进行一定的缓解,同时也可降低患者在输血过程中发生相关风险的几率。部分危重贫血患者在治疗过程中会由于对治疗方式不甚了解而产生明显的抗拒情绪,进而影响到治疗的顺利进行。医护人员应当肩负普及健康知识的职责,运用患者可接受的方式向其讲述有关贫血的相关内容,加深患者对自身疾病的认知程度,使患者在治疗过程中能够增加对医护人员的信任程度,减轻抵触感。在患者治疗推进的过程中医护人员也应应对患者的心理状态进行一定的关注。若患者出现明显的负面情绪,医护人员可通过与其交流等方式转移患者的注意力。同时可在患者的生活中医护人员可更多扮演倾听者的角色,引导患者诉说内心想法,鼓励患者以更加积极的姿态面对疾病,提升患者在治疗过程中的积极性。优质的医疗服务可与药物治疗起到相辅相成的作用,不断加快 ICU 危重贫血患者身体恢复的速率,提高患者生活质量。

组间对比数据表明,研究组患者生活质量评分较之参照组患者更高,治疗后 RBC、Hb、HCT 指标优于参照组患者, SAS、SDS 评分低于参照组患者, 服务满意度、操作满意度评分高于参照组患者, 示之为 P<0.05, 即组间对比存在明显差异。

综上,在 ICU 危重贫血患者的治疗过程中应当更为广泛运用促红细胞生成素治疗手段。

参考文献:

[1]王晓云,王肖志,陈子俊,等. 促红细胞生成素对血液透析尿毒症患者肾性贫血及心脏结构和功能的影响[J]. 山东医药,2021,61(29): 54-57.

[2]陈婉淑,张梦露,韩冰. 环孢素联合重组人促红细胞生成素治疗慢性再生障碍性贫血的疗效评价[J]. 中国医学科学院学报,2021,43(5): 736-742.

[3]张健,刘琼. 血液病患者血清促红细胞生成素含量测定对贫血治疗的影响[J]. 健康之友,2021,10(16): 121.

[4]刘怡敏. 促红细胞生成素治疗 ICU 危重患者贫血的临床对照研究会[J]. 中国保健营养,2021,31(32): 65.

[5]李金花,魏林,朱璐,等. 基于微炎症因子及血清铁参数、促红细胞生成素水平变化探究罗沙司他胶囊在肾性贫血患者中的应用价值[J]. 中国医学创新,2021,18(25): 28-32.

[6]李菲,魏日胞. 促红细胞生成素产生细胞与慢性肾脏病贫血及肾纤维化关系的研究进展[J]. 解放军医学杂志,2020,45(6): 680-684.

[7]高峰,任利文,李晓雯,等. 促红细胞生成素在贫血治疗中的应用进展及市场简析[J]. 中国新药杂志,2020,29(10): 1110-1117.

[8]李昌艳,刘娟,顾芳,等. 静脉输注蔗糖铁联合重组人促红细胞生成素对维持血液透析肾性贫血患者的疗效与安全性分析[J]. 解放军医药杂志,2020,32(2): 51-55.

[9]赵露. 左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗肾性贫血的比较药学分析[J]. 健康必读,2020,19(3): 22.

[10]王华英,张洁. 罗沙司他与促红细胞生成素治疗维持性血液透析肾性贫血患者的效果比较[J]. 中国民康医学,2021,33(9): 111-112,115.

骨科植人性材料手术感染手术室相关的敏感性指标分析研究

邓佩儿

深圳市宝安区中心医院 广东深圳 518000

摘要：目的：探讨骨科植人性材料手术感染手术室相关的敏感性指标风险情况，为相关预防处理措施的制定提供数据支持。方法：抽取 2020 年 1 月~2021 年 12 月于我院行植人性材料手术治疗的 1000 例患者资料进行回顾性分析，统计植入物感染发生率，并评价手术室相关的敏感性指标中的主要危险因素。结果：本研究中抽取的 1000 例植人性材料手术患者术后共 10 例发生植入物感染，发生率为 1.00%。发生组与未发生组性别、年龄及基础疾病数据比较无明显差异（ $P>0.05$ ）；单因素分析结果显示，植人性材料手术治疗患者术后植入性感染的发生与手术时间 $>1h$ 、手卫生不达标、消毒灭菌隔离不彻底、环境污染及工作流程不合理密切相关（ $P<0.05$ ）；多因素分析结果显示，手术时间 $>1h$ 、手卫生不达标、消毒灭菌隔离不彻底、环境污染及工作流程不合理均属于手术患者术后植入物感染的主要危险因素（ $P<0.05$ ）。结论：骨科植人性材料手术患者术后植入性感染的发生与诸多手术室相关的敏感性指标密切相关，手术室需进一步提高清洁程度，强化无菌操作，重视手术配合并加强操作管理，实现手术感染风险的降低。

关键词：骨科；植人性材料；手术感染；手术室敏感指标；危险因素

近年来随着骨科疾病患者数量增加，此类患者长期卧床面临的疼痛、康复进展缓慢等问题也日益严峻。人工物体植入手术的应用不但有效改善了患者病情恢复，还对人体功能重建有重要价值^[1]，但考虑到该手术方式具有一定创伤性，加之此时患者身体机能较差，故部分患者可能出现术后植入物感染，延长患者住院时间，最终甚至导致手术治疗失败^[2]。既往研究认为，手术室内相关操作不得当可能导致人工物体植入手术患者术后感染风险增加^[3]，本研究主要就手术室相关的敏感性指标对人工物体植入手术患者术后感染风险的影响进行细致分析，明晰各类手术室相关的敏感性指标中的主要危险因素，以期为此类手术患者临床治疗安全性的提升及术后病情的稳定性恢复提供数据参考，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

抽取 2020 年 1 月~2021 年 12 月于我院行植人性材料手术治疗的 1000 例患者资料进行回顾性分析。1000 例患者中男性 543 例，女性 457 例；年龄 7~80 岁，平均（45.32±5.11）岁；其中四肢手术 533 例，关节假体置换手术 200 例，胸椎手术 132 例，腰椎手术 135 例。所有患者均经影像学检查判定符合手术要求，且手术均为Ⅰ类切口。

1.2 研究方法

结合患者病历资料统计植入物感染发生率，并将发生植入物感染的患者纳入发生组，将未发生植入物感染的患者纳入未发生组。统计并比较两

组患者性别（男性，女性）、年龄、基础疾病类型（原发病，外伤）及其他手术室敏感指标状态，包括：手术间（层流，Ⅰ类，急诊）、手术时间（ $\leq 1h$ ， $>1h$ ）、手术类型（择期，急诊）、手卫生不达标（有，无）、消毒灭菌隔离不彻底（有，无）、环境污染（有，无）、布局不合理（有，无）、工作流程不合理（有，无）等。

1.3 观察项目

①比较发生组与未发生组基础资料差异情况。②比较发生组与未发生组手术室敏感指标不同情况下植入物感染发生率。③统计骨科植人性材料手术感染手术室相关的敏感性指标中的主要危险因素。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 进行分析，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；将单因素分析有统计学意义的项目纳入多因素分析，多因素分析采用 Logistic 回归模型； $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 发生组与未发生组基础资料比较

本研究中抽取的 1000 例植人性材料手术患者术后共 10 例发生植入物感染，发生率为 1.00%。发生组与未发生组性别、年龄及基础疾病数据比较无明显差异（ $P>0.05$ ），见表 1。

表 1 发生组与未发生组各项基础资料数据比较[n（%）， $\bar{x} \pm s$]

组别	n	性别		年龄（岁）	基础疾病	
		男性	女性		原发病	外伤
发生组	10	5（50.00）	5（50.00）	45.47±5.12	2（20.00）	8（80.00）
未发生组	990	538（54.34）	452（45.66）	45.29±5.08	190（19.19）	800（80.81）
χ^2 值		0.075		0.162	0.004	
P 值		0.784		0.872	0.949	

2.2 植入性感染的单因素分析结果统计

单因素分析结果显示，植人性材料手术治疗患者术后植入性感染的发生与手术时间 $>1h$ 、手卫生不达标、消毒灭菌隔离不彻底、环境污染及工作流程不合理密切相关（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 发生组与未发生组手术室相关的敏感性指标不同条件下植入物感染发生率比较[n（%）]

手术室相关的敏感性指标		n	发生组 (n=10)	未发生组 (n=990)	χ^2 值	P 值						
手术时间	层流	853	8 (80.00)	845 (85.35)	1.269	0.193	择期	812	8 (80.00)	804 (81.21)	0.010	0.922
							急诊	188	2 (20.00)	186 (18.79)		

手卫生不达标	有	6	3 (30.00)	3 (0.30)	146.394	0.000
	无	994	7 (70.00)	987 (99.70)		
消毒灭菌隔离不彻底	有	8	3 (30.00)	5 (0.51)	108.525	0.000
	无	992	7 (70.00)	985 (99.49)		
环境污染	有	6	2 (20.00)	4 (0.40)	63.743	0.000
	无	994	8 (80.00)	986 (99.60)		
布局不合理	有	13	0 (0.00)	13 (1.31)	0.133	0.715
	无	987	10 (100.00)	977 (98.69)		
工作流程不合理	有	9	3 (30.00)	6 (0.61)	95.904	0.000
	无	991	7 (70.00)	984 (99.39)		

2.3 植入性感染的多因素分析结果统计

多因素分析结果显示,手术时间>1h、手卫生不达标、消毒灭菌隔离不彻底、环境污染及工作流程不合理均属于手术患者术后植入物感染的主要危险因素(P<0.05),见表3。

表3 手术室敏感指标中的主要危险因素分析统计

影响因素	B	S-E	Wald	P	OR	95%CI
手术时间>1h	0.672	0.494	7.116	0.010	1.425	1.028-2.035
手卫生不达标	0.693	0.373	7.543	0.009	1.410	1.007~2.113
消毒灭菌隔离不彻底	0.811	0.377	10.318	0.001	2.127	1.214~2.498
环境污染	0.709	0.415	8.976	0.005	1.524	1.147~2.175
工作流程不合理	0.622	0.508	6.543	0.013	1.373	0.945~1.918

3 讨论

植入性材料手术是促进骨科手术患者肢体功能重建,提高其生活质量并实现其病情及早康复的重要手段,但考虑到该手术方式具有明显的创伤性,患者本身身体状况较差,且我国缺乏这类手术的准入标准,因此部分患者手术治疗后存在较高的植入物感染风险^[4]。因此如何对植入性材料手术患者术后植入物感染的危险因素进行明晰,并制定相应的干预手段予以预防成为广大学者共同的研究方向。

既往研究认为,骨科植入物极易在手术室内发生感染,因此可针对手术室的敏感指标进行相应干预,以期实现患者术后感染风险的降低^[5]。本研究调查结果显示,我科植入性材料手术患者术后感染发生率为0.91%,而手术时间超过1h的524例患者术后感染发生率为1.72%,显著高于手术时间未超过1h患者的0.21%,且经多因素分析结果明确手术时间>1h是植入性材料手术患者术后感染的主要危险因素;除此之外,工作流程不合理同样可能通过增加手术室人员负担一定程度延长手术治疗时间,因此本研究中多因素分析结果同样显示工作流程不合理属于患者术后植入性感染的主要危险因素。探究其原因在于,工作流程的规范性与手术时间有密切联系,工作流程合理性欠缺,患者手术时间增加,切口暴露时间也相应增加,切口部位长时间与病房内空气接触,感染机会增加^[6]。针对此类情况需加强手术各环节的配合程度,保证手术室各项工作流程具有较好的衔接性与合理性。专科护士在术前需明确相关医疗器械的结构、原理、使用方法等,并严格要求其掌握手术治疗流程,最终实现手术治疗时间的缩短;术中巡回护士则需明确抗生素输注时间,并对患者身体进行保温处理,避免术中意外情况发生后增加处理时间。施术医师则需严格按照规范操作步骤进行手术治疗,避免复杂、繁琐手术处理行为的发生^[7]。

手术室工作人员手部所含细菌类别及数量通常较其他人群更多,且细菌可经由手部直接或间接传播至患者切口暴露位置,进而增加患者术中感染风险^[8]。本研究中因手卫生不达标造成的患者术后植入性感染发生率为46.15%,且后续因素分析结果也显示手卫生不达标是导致患者植入性感染发生的主要原因。针对此类情况需要要求手术室内的各项工作人员严格按照六步洗手法规范洗手,且每次手术操作、协作操作时洗手时间需超过5min,定期对手术室人员手卫生进行抽查检测,并严格对其洗手行为进行监督。除此之外,在进行人体植入物手术操作时,施术者需佩戴双层手套,以达到彻底隔绝细菌传播的目的;器械护士需采用无触式戴手套法,避免手套外层存在细菌经内翻操作时于套内种植^[9]。

手术环境是保障手术治疗正常进行的重要因素,同时也会对患者术后预后情况造成影响。既往研究提出,空气与环境污染是手术中外源性细菌侵袭的主要来源,若手术治疗时空气消毒环节存在问题,则患者术中感染风险也会明显增加^[10]。本研究中多因素分析结果显示,消毒灭菌隔离不彻底与手术室环境污染均属于植入性材料手术患者术后感染的主要危险因素。针对此类情况导致的感染可制定以下预防措施:①减少手术室工作人员的流动性,同时保证手术室的清洁,定期对手术室环境进行细致消毒处理;②严格执行手术器械的消毒灭菌,并在拆开放置植入物时避免暴露时间过长,器械护士在接触植入物时需使用无菌纱布包裹,放置植入物与皮肤直接接触。

综上所述,手卫生不达标、消毒灭菌隔离不彻底、环境污染及工作流程不合理等手术室相关的敏感性指标均会造成植入性材料手术患者术后感染风险增加,针对患者术后感染危险因素制定对应的预防处理措施可较大程度降低患者感染风险,实现其病情稳定且持续性康复,意义重大。

参考文献:

[1]王锦,王虹,邵明鑫,等.骨科植入术患者手术切口感染的病原学特征和危险因素分析[J].中国消毒学杂志,2018,35(8):596-598,601.
[2]张叶,袁钰慧.根因分析法对骨科植入类器械清洁灭菌效果及患者术后感染的影响[J].中华全科医学,2020,18(6):1044-1046,1050.
[3]张京京.图文式临床护理路径在预防骨科植入术后医院感染的可行性和实施效果分析[J].中国卫生质量管理,2017,24(3):63-65.
[4]冯兴兵,洪正华,陈忠义,等.老年骨科植入术后切口感染的病原菌分布及危险因素分析[J].中国消毒学杂志,2019,36(4):282-284.
[5]周胤婵,王枝娟,郑有成,等.骨科植入术后医院感染病原菌特点及危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2017,27(18):4187-4190.
[6]宋艳芹,于金秀,刘超.骨科无菌手术切口感染相关因素分析及手术室护理干预对手术感染的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(19):2723-2725.
[7]王娟,刘文沪,吴彦.骨科无菌手术切口感染发生的手术室相关影响因素[J].解放军预防医学杂志,2018,36(7):873-875,889.
[8]杨延良,王顺利,史炎鑫.骨科清洁手术预防使用抗菌药物与术后感染的关系[J].临床骨科杂志,2017,20(4):469-472.
[9]金志江,倪晓莉,曹烟华,等.全程质控集中管理模式对骨科外来手术器械质量控制及对感染发生率的影响[J].中国药物与临床,2019,19(19):3383-3384.
[10]谈绍峰,张莉,薛英,等.应用根因分析法控制骨科植入类器械清洗消毒效果对患者感染的影响[J].中华医院感染学杂志,2018,28(15):2394-2396,2400.

基金项目:深圳市宝安区科技计划基础研究项目(项目编号:2020JD176)

作者简介:邓佩儿(1981.11-),女,汉族,广东深圳人,本科学历,主管护师,主要从事手术室工作。

急诊抢救联合小剂量肾上腺素临床治疗重症哮喘的有效性

全维新 黄岳雄

湛江市遂溪县人民医院急诊科 广东湛江 524300

摘要：目的 研究急诊抢救联合小剂量肾上腺素临床治疗重症哮喘的临床疗效。方法 选取我院在 2021 年 1 月至 2022 年 3 月收治的重症哮喘患者 50 例作为主要对象，根据就诊顺序先后将其分为两组，每组 25 例。对照组患者入院后接受急诊抢救，观察组患者在急诊抢救的基础上联合使用小剂量肾上腺素，比较两组在临床总有效率、生命体征指标、临床症状改善时间以及不良反应方面的异同。结果 ①总有效率：观察组的临床总有效率（92.0%）显著高于对照组（68.0%），差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；②生命体征指标：两组治疗后患者的心率和呼吸频率均下降，血氧饱和度均提高，而观察组治疗后的心率和呼吸频率均显著低于对照组，血氧饱和度显著大于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；③临床症状改善时间：观察组患者的咳嗽缓解时间〔（4.52±1.02）d〕、胸闷缓解时间〔（3.16±0.87）d〕、喘息缓解时间〔（3.08±0.49）d〕均短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；④不良反应：观察组的不良反应发生率（4.0%）与对照组（8.0%）相比，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。结论 对重症哮喘患者实施急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗的疗效显著，可在短时间内改善临床症状，保持生命体征的稳定，且未明显增加不良反应症状，故有借鉴意义和推广价值。

关键词：急诊抢救；小剂量肾上腺素；重症哮喘；临床疗效

哮喘是临床上发生率较高的呼吸系统疾病，主要是由多种细胞和细胞组参与的气道慢性炎症性疾病，临床表现为喘息、胸闷、气急等症状，以气道高反应性和气道慢性炎症为主要特征。重症哮喘患者的病情危急且严重，患者伴有急剧咳嗽、胸闷以及反复性发作的喘息等综合症状，需要予以及时有效的救治，避免病情进一步的进展和恶化^[1-3]。目前临床上对于重症哮喘患者主要采用急诊抢救治疗，急诊抢救措施包括抗炎、降低毛细血管通透性、解痉等，但关于用药方面依然有可探讨的余地，治疗效果有待提高。既往有研究提出在重症哮喘患者治疗过程中除急诊抢救外增加使用小剂量肾上腺素进行治疗，而增加小剂量肾上腺素的有效性和安全性究竟如何，是此次研究的主要目的和内容。现选取我院收治的 50 例重症哮喘患者作为主要研究对象，旨在评价急诊抢救联合小剂量肾上腺素的临床治疗效果，现将研究过程和结果进行汇总，报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2022 年 3 月在我院接受治疗的重症哮喘患者 50 例，纳入标准：（1）研究中纳入的所有患者入院后均接受检查，综合检查结果和患者的临床症状表现，明确诊断为重症哮喘^[4]；（2）所有入组患者的各项基础资料完整，且患者的诊疗信息完善，患者配合度和依从性良好，可配合完成治疗；（3）所有患者以及家属对此次研究的目的和内容均明确表示知情和同意，家属在知情同意书上签字确认。排除标准：（1）合并慢性阻塞性肺疾病的患者；（2）合并肺源性心脏病；（3）合并气胸的患者^[5]；（4）合并高血压、冠心病；（5）对研究中使用的治疗药物有明确的使用禁忌症或明确过敏史的患者；（6）合并精神障碍或意识障碍的患者。本次研究符合医学研究的伦理道德要求，经由医院伦理委员会批准通过。

根据随机数字表法的原则将其分为两组，对照组与观察组各 25 例。观察组：男 15 例（60.0%），女 10 例（40.0%）；年龄 20~65 岁，平均年龄（42.05±2.39）岁。对照组：男 13 例（52.0%），女 12 例（48.0%）；年龄 22~67 岁，平均年龄（42.08±2.46）岁。经比较两组的性别（ $\chi^2=0.325$ ， $P=0.568$ ）和平均年龄（ $t=0.044$ ， $P=0.965$ ），差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），说明两组存在对照研究的可比性。

1.2 研究方法

对照组的治疗方案：对患者进行急诊抢救治疗，患者入院后立即将其安排进入到抢救室中，并对患者的脉搏和血压等基本生命体征指标的波动情况进行密切监测和记录。同时，为患者带上面罩吸氧，建立静脉通路，

对患者实施心电监护。将 0.5g 氨茶碱注射液（石药银湖制药有限公司，国药准字 H14022613）溶于 500ml 浓度为 0.9% 的氯化钠注射液中进行静脉滴注，同时给予 80mg 甲泼尼龙琥珀酸注射液（辽宁海思科制药有限公司，国药准字 H20133234）行肌肉注射。

观察组的治疗方案：急诊抢救+小剂量肾上腺素治疗，急诊抢救的治疗措施同对照组；同时，给予患者 0.3mg 肾上腺素（远大医药（中国）有限公司，国药准字 H42021700）行皮下注射，注射 10min 后注意观察患者生命体征的变化情况，如果患者的症状和体征指标无明显缓解，则再次注射 0.3mg 肾上腺素，直至病症缓解，但总用药剂量需要控制在 1.0mg 以内。

1.3 评价指标

判定临床疗效的标准^[6]：本次研究结果分为显效、有效和无效，如果经治疗后患者的症状和体征基本消失，经检查提示血氧饱和度恢复至正常水平，则判定治疗效果为显效；如果经过治疗后患者的症状和体征较治疗前改善 $> 50\%$ ，且经检查提示血氧饱和度和呼吸频率逐渐恢复至正常水平，则判定治疗效果为有效；如果治疗后患者的症状体征和各项生命体征指标的改善效果不明显，或未达到有效的标准，甚至治疗后患者的病症出现了加重的趋势，则判定为无效。计算两组的总有效率，计算方法是（显效 n+有效 n）/总 n×100%。

观察指标：（1）分别在治疗前和治疗后对两组患者的心率、呼吸频率和血氧饱和度测定结果进行准确记录，并将两组的两项生命体征指标波动情况进行组间和组内比较分析。（2）准确记录两组患者的咳嗽缓解时间、胸闷缓解时间、喘息缓解时间，并将两组的两项时间指标进行组间比较分析。（3）记录治疗期间和治疗后两组患者是否出现不良反应症状以及具体的不良反应症状，本组患者出现的不良反应症状主要有心率加快、过敏，计算两组的不良反应发生率，并将两组的发生率进行组间比较分析。

1.4 统计学处理

将 SPSS24.0 作为分析数据的软件，其中符合正态分布的计量指标用 t 进行检验，表示为均数±标准差；计数指标用 χ^2 检验，用例数/百分率表示，差异有统计学意义表示为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 总有效率

观察组和对照组对比总有效率，观察组是 92.0%，对照组是 68.0%，观察组显著高于对照组，并且差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 总有效率的对比[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	25	15 (60.0)	8 (32.0)	2 (8.0)	92.0
对照组	25	10 (40.0)	7 (32.0)	8 (32.0)	68.0
χ^2	/	/	/	/	4.500
P	/	/	/	/	0.034

2.2 生命体征指标

治疗前评估记录两组的心率、呼吸频率和血氧饱和度,差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后和治疗前相比各项生命体征指标均有波动,而观察组治疗后的心率、呼吸频率均小于对照组,血氧饱和度大于对照组,且差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 心率、呼吸频率、血氧饱和度的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	心率 (次/min)	呼吸频率 (次/min)	血氧饱和度 (%)
观察组 (n=25)	治疗前	121.14±6.35	36.96±3.23	80.33±3.26
	治疗后	90.31±5.58	15.45±2.05	95.86±2.03
对照组 (n=25)	治疗前	121.48±6.22	36.44±3.28	80.45±3.67
	治疗后	102.14±5.74	21.16±2.48	90.11±2.24
t/P 对照组 (治疗前后)		11.425/<0.001	18.579/<0.001	11.234/<0.001
t/P 观察组 (治疗前后)		18.235/<0.001	28.113/<0.001	20.219/<0.001
t/P 组间值 (治疗前)		0.191/0.849	0.565/0.575	0.122/0.903
t/P 组间值 (治疗后)		7.389/<0.001	8.873/<0.001	9.510/<0.001

2.3 临床症状缓解时间

观察组的咳嗽、胸闷和喘息缓解时间均较对照组短,两组的各项时间对比,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 临床症状缓解时间的对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	咳嗽缓解时间	胸闷缓解时间	喘息缓解时间
观察组	25	4.52±1.02	3.16±0.87	3.08±0.49
对照组	25	6.74±1.24	4.85±1.12	4.59±0.33
t	/	6.913	5.958	12.780
P	/	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 不良反应发生率

观察组和对照组患者均出现了一些不良反应症状,但观察组的不良反应发生率与对照组相比,差异无统计学意义 ($P>0.05$),见表 4。

表 4 不良反应发生率的对比[n (%)]

组别	例数	心率加快	过敏	发生率
观察组	25	1 (4.0)	0 (0)	4.0
对照组	25	1 (4.0)	1 (4.0)	8.0
χ^2	/	/	/	0.355
P	/	/	/	0.552

3 讨论

重症哮喘患者的病情较为危急且严重,需要立即予以抢救和针对性治疗,以缓解患者的临床症状,减轻患者的痛苦,改善预后^[7-8]。本次研究比较了单用急诊抢救与急诊抢救联合小剂量肾上腺素两种治疗方案在重症哮喘患者治疗上的应用效果,经对比发现后者联合治疗方案的总体优势更为突出,主要体现在以下几方面:第一,采用急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗的重症哮喘患者其总有效率可达到 92.0%,可见抢救有效率更高,更有利于在短时间内快速纠正患者的临床症状和体征。第二,采用急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗的重症哮喘患者其治疗后心率、呼吸频率和血氧饱和度均有显著性改善,这说明此种治疗方法更有利于保持患者的生命体征稳定,降低患者的心率和呼吸频率,提高血氧饱和度,并将各项指标维持在正常范围内,这对于维持患者生命体征的稳定有重要意义。第三,运用急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗的患者其咳嗽、胸闷和喘息的缓解时间均相对较短,说明此种治疗方法可以在短时间内改善患者的病症,及早解除患者的痛苦。第四,单独用急诊抢救治疗的患者其不良反应发生率是 8.0%,而采用急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗的患者其不良反应发生率是 4.0%,结果提示差异无统计学意义,这说明增加使用小剂量肾上腺素并不会增加不良反应的发生风险,说明在救治过程中增加使用小剂量肾上腺素是具备安全性的。肾上腺素是受体激动剂,能够直接作用于肾上腺素 α 受体和肾上腺素 β 受体^[9],且对支气管平滑肌 β_2 受体有兴奋性作用,可缓解支气管痉挛,扩张支气管,同时可对过敏介质的释放起到抑制性作用,从而达到平喘的治疗效果。李曼尔等人^[10]也曾针对此类课题开展过研究,获得的研究结果与此次研究结果存在一定相似性。

综合上述结果和分析,得出结论:急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗重症哮喘的综合疗效显著,兼具有效性和安全性,有临床推广的价值。

参考文献:

- [1]邓国强.急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗重症哮喘的临床效果[J].航空航天医学杂志,2020,31 (7): 783-784.
- [2]杨倩娜.小剂量肾上腺素联合急诊抢救治疗重症哮喘的临床分析[J].中国医药指南,2020,18 (2): 18-19.
- [3]叶勤.急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗重症哮喘的临床体会[J].北方药学,2020,17 (10): 181-182.
- [4]赵凯波.急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗重症哮喘患者的临床疗效[J].中国医药指南,2020,18 (25): 67-68.
- [5]韦兆吉,张晓妍,段宝民.急诊抢救重症哮喘联合小剂量肾上腺素治疗的临床分析[J].现代诊断与治疗,2020,31 (11): 1790-1792.
- [6]张铨成,蓝秀梅.急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗重症哮喘的效果[J].中外医学研究,2021,19 (33): 132-135.
- [7]相永森,谭秋玲,钟坚,等.急诊抢救重症哮喘联合小剂量肾上腺素治疗效果及不良反应观察[J].中外医学研究,2019,17 (36): 69-70.
- [8]郭俊,周纯.肾上腺素对重症支气管哮喘急性发作患者肺功能及呼吸动力学的影响[J].中华急诊医学杂志,2020,29 (2): 268-271.
- [9]张欣.院前急救中应用小剂量肾上腺素抢救重症支气管哮喘的疗效分析[J].医药论坛杂志,2019,40 (10): 161-163.
- [10]李曼尔,黄春梅,潘秀丽.急诊抢救重症哮喘联合小剂量肾上腺素治疗疗效[J].中外医学研究,2019,17 (31): 49-50.

作者简介:全维新(1973.8-),男,籍贯:广东湛江,汉族,本科,急诊医学副主任,研究方向:主要从事急诊医学。

子宫动脉上行支结扎联合子宫捆绑术治疗剖宫产术中难治性产后出血临床效果观察

杨素容

贵州省印江土家族苗族自治县人民医院 贵州印江 555200

摘要：目的：探讨子宫动脉上行支结扎联合子宫捆绑术治疗剖宫产术中严重产后出血的应用效果。方法：选取我院2019年1月至2021年1月剖宫产中发生严重产后出血患者60例作为研究对象，先采用常规止血方法（按摩子宫，使用宫缩剂，宫腔纱布填塞）止血效果差时，采取子宫动脉上行支结扎联合子宫捆绑术止血方法的临床效果进行分析。结果：60例患者仅一例因胎盘早剥发生了严重凝血功能障碍，最后采取了子宫切除术挽救了患者生命，其余59例，从术中出血量，输血量，术后再次发生出血及术后不良反应情况分析均获得了满意效果。结论：对剖宫产术中患者发生严重产后出血实施子宫动脉上行支结扎联合子宫捆绑术治疗，可以有效减少患者的出血情况，降低出血的风险，促进术后恢复，既保住了子宫，更挽救了患者生命，值得基层医院在临床上推广应用。

关键词：子宫动脉上行支结扎；子宫捆绑术；剖宫产；严重产后出血

剖宫产术中出血是临床妇产科中的一种常见并发症，也是导致产妇死亡的主要原因之一，严重威胁着产妇的生命安全^[1]。引起产妇出血的原因有很多，包括产妇产宫收缩乏力、软产道裂伤、凝血功能障碍以及胎盘因素等等。近年来，伴随着生活质量的提高、多次人工流产、手术及妊娠史、社会因素等的影响，剖宫产率逐年增高，剖宫产时大出血也呈不断上升趋势^[2]。剖宫产术中出血量 ≥ 1000 ml即为产后出血。如发生了产后出血，经一般的子宫按摩，使用宫缩剂等保守方法无效时，需采取外科手术止血甚至子宫切除时称严重产后出血。当产妇发生了产后出血，需要及时采取措施，避免产妇出现大量出血，造成产妇休克或者死亡的后果。因此，选择一种简便、高效的方法处理剖宫产术中产后出血，以避免子宫切除，保留生育功能，减少医疗纠纷，显得尤为重要。为了研究子宫动脉上行支结扎联合子宫捆绑术在剖宫产术中止血效果，现对我院术中出血患者进行研究分析。报告如下：

1 资料与方法

1.1 基本资料

选取我院2019年1月至2021年1月60例剖宫产中产后出血患者作为研究对象，平均年龄为 (27.45 ± 4.01) 岁；孕周在 $(36-41)$ 周之间，平均孕周为 (39.37 ± 2.01) 周。手术指征：剖宫产手术史14例，臀位8例、胎儿宫内窘迫7例，中央型前置胎盘8例，胎盘早剥3例、巨大儿6例、产程异常3例、子痫前期6例，羊水过少5例。所有患者均采用腰硬联合麻醉，术中发生产后出血，出血原因有子宫收缩乏力，胎盘粘连、植入、宫旁血管断裂。首先采用缩宫素、麦角新碱、卡前列素氨丁三醇等缩宫剂，同时持续子宫按摩，局部压迫、局部缝合如“8”、“U”字缝合等常规止血方法无效，最后采用子宫动脉上行支结扎联合子宫捆绑术止血方法。

1.2 方法

1.2.1 行子宫动脉上行支结扎术：助手将子宫提拉出腹腔并向一侧牵拉，充分暴露子宫下段，轻轻下推膀胱子宫反折腹膜，如果膀胱高时需要下推膀胱约2 cm，在对侧子宫峡部及子宫下段横切口下2~3 cm处，触及子宫动脉搏动，用1号可吸收线于子宫动脉内侧2~3 cm进针，向后穿过肌层，从子宫动脉外侧的阔韧带无血管区向前穿出，并结扎缝线，将子宫侧缘动静脉血流阻断。缝扎要紧，多缝子宫肌层，不穿透子宫蜕膜层，以

免术后感染和出现子宫内膜异位症，同时注意防止刺破血管引起阔韧带血肿。如单侧结扎无效，再行对侧子宫动脉支结扎。结扎右侧子宫动脉上行支，可采取相反的步骤，即进针先从阔韧带无血管区处由前向后，然后在后壁手指的指导下再进入后壁肌层，穿透肌层在切口下方出针、结扎。结扎后立即见子宫色泽转红润，收缩变硬，出血停止。

1.2.2 子宫捆绑术：止血方法主要针对子宫收缩乏力的患者，清理宫腔后，先用手纵向挤压子宫观察宫腔出血情况，如果出血无明显减少，说明此方法成功的可能性不大，如通过挤压时出血明显减少，则可行子宫捆绑式缝合术。仍用1号可吸收线从子宫下段横切口左侧中外1/3交界处切口下2 cm处进针，经过宫腔从切口上缘对应部位出针，后缝线在子宫前壁左侧的子宫体部由下向上褥式缝合2-3针至宫底，深达肌层，不穿透蜕膜层，于宫底部再次垂直褥式缝合1针距角3-4 cm，出针后将缝线绕过宫底达子宫后壁，于子宫后壁左侧相对应由上向下2~3针，出针于子宫下段水平进宫腔，水平出针至子宫右侧后壁，继续子宫右半部缝合，但缝合方向相反，最后出针在右侧相对应的子宫切口下，与左侧进针在同一水平，然后缓慢、小心、逐渐拉紧缝线，同时助手宫体加压，使子宫呈一纵向压缩后打结，松紧以容一食指为度。将子宫放入腹腔后观察10-15分钟，无出血后再缝合子宫切口，同时观察子宫色泽转为红润，收缩良好，方可关腹。

1.3 观察指标

分析这60例患者术中失血量，输血量，术后出血、子宫感染，坏死等并发症的发生情况及术后6周其子宫的恢复情况。

1.4 统计学分析

本研究统计所得所有相关数据均利用SPSS20.0软件来计算，通过(%)表示计数资料，组间比较采用 χ^2 检验或Fisher检验；计量资料采用均数 $\pm$ 标准差表示，组间比较采用独立样本t检验（正态性、方差齐性）。 $P < 0.05$ 表示比较差异较大，存在统计学意义。

2 结果

所有产妇经使用子宫动脉上行支结扎联合子宫捆绑术止血效果显著，60例患者仅一例因III级胎盘早剥，因严重的凝血功能障碍发生了难治性产后出血，经一般处理无效，为了避免更严重后果发生，最后不得

以切除子宫挽救了产妇生命。其余 59 例均取得了明显效果,其中出血量 100-2100ml,输血量 400-1200ml。无一例产妇产后发生再次出血、无腹痛,发热、子宫坏死等不良情况,均痊愈出院。产后 42 天复查子宫附件 B 超提示子宫恢复好。

3 讨论

由于二胎放开,危重孕产妇增多,剖宫产术中各种原因引起出血近年来有增加的趋势。剖宫产术中出血是产科临床上常见的出血性疾病。其中有 80% 出血事件发生于产妇产后 2 小时内,剖宫产导致的出血是临床上较为常见的一种出血状况^[3]。若不及时控制出血情况,容易造成大出血,病情严重的还会导致患者出现休克或者死亡,需要产科医护人员高度重视。术中出血发生范围较广,有可能是短时间内大出血,也有可能是长时间内持续少量出血的情况。临床中用于剖宫产中止血的方式众多,传统的按摩子宫、宫腔填塞、应用欣母沛及“8”字缝合等方式研究均可见,且效果研究差异普遍存在,而子宫动脉上行支结扎术及子宫捆绑术作为临床常见止血方式,这两种术式均是治疗难治性产后出血的重要措施。子宫动脉上行支结扎有效降低子宫血管血液流量,阻断血流,而盆腔血管存在丰富的交通支,不会引起子宫的缺血坏死,也不会影响月经。而子宫捆绑是使子宫呈纵向压缩状,交织于肌纤维间的子宫壁间血管被有效挤压,血窦关闭,出血迅速停止。以上两种方法单用效果不佳,联合应用能快速达到止血效果,因此对于出血的控制效果较好^[4]。在整体抢救能力较差的基层医院,如果能熟练掌握和实施这一手术,不仅能迅速止血,减少输血量,还能挽救子宫,缩短抢救时间,减少医疗费用和医疗纠纷的分担,具有良好的社会效益。

子宫供血特点:子宫动脉来自髂内动脉前干分支,经阔韧带基底部、宫旁组织到达子宫外侧,距宫颈内口平面 2cm 处横跨输尿管至子宫侧缘,此后再分为上下 2 支。而足月妊娠时,随着子宫下段的充分形成,子宫动脉约在子宫下段的中、下 1/3 处分为上、下 2 支;上支较粗,沿子宫侧壁迂曲上行称宫底支,供应子宫及子宫底的血液循环,并与卵巢动脉的输卵管分支及卵巢分支吻合;下支较细,供子宫下段、宫颈及阴道上 1/3 的血液循环,并与子宫骶韧带血管吻合^[5]。

止血原理及其适应证:妊娠期为了保证子宫血流量,子宫和卵巢均增生肥大,但妊娠子宫血流量的 90% 仍来自子宫动脉,结扎子宫动脉上行支和子宫捆绑后子宫血流明显减少,减缓,局部加压后易于使血流凝成血栓而止血;同时因血流减少,子宫肌层缺血,刺激子宫收缩而进一步压迫血窦止血。等其侧支循环 1 h 左右建立时时,出血部位已形成牢固血栓而持续止血^[6]。产后出血药物治疗无效后,可用手术治疗。既往临床上常用的是宫腔填塞纱条,子宫动脉结扎及髂内动脉结扎。由于髂内动脉结扎术手术操作困难,而且血管结扎并不能完全阻断血流,仅使动脉压下降 80%~85%,且盆腔侧支循环很快建立,其失败率高,有效率仅为 42%。并可有术中误伤输尿管及其他并发症,故临床上大多首选子宫动脉结扎术,次选髂内动脉结扎术。

本文通过回顾性对比分析我院采用该术式以来的治疗效果,发现产后出血量有显著的减少,60 例中仅一例因严重凝血功能障碍发生了难治性产后出血,为了挽救患者生命不得已切除子宫外,其余 59 例均获得了明显止血效果。但要想运用好这两个手术技巧,了解盆腔解剖与周围脏器的关系是避免术中损伤的关键。缝合时应避开血管,正确掌握该方法需注意缝扎时的部位、深度、宽度、单双侧等,以免引起水肿。注意触知子宫动脉搏动后,用圆针、1 号肠线或可吸收合成线,这样避免误扎了输尿管,同时结扎血

管尚可再通。术中应注意事项:(1)妊娠期盆腔血管处于紧张状态,且静脉管壁较薄,容易损伤,导致血肿形成,行子宫动脉上行支结扎时应远离阔韧带血管区进行缝扎,而应靠近子宫侧,从无血管透明区进出针,减少血管损伤的风险;(2)在妊娠晚期,输尿管会随着子宫右旋及子宫下段的伸展而升高并向前转位,同时造成膀胱底的位置较正常升高,故先将膀胱腹膜返折向下推离 2~3cm,再结扎该动脉,可以减少膀胱和输尿管的损伤的可能性;(3)前置胎盘通常在靠近宫颈处附着,故在子宫下段切口外下 2cm 左右处较易探寻到子宫动脉上行支,将子宫尽量上提后结扎,减少血肿发生率。并尽可能上提子宫,使结扎位置远离输尿管而尽可能低地结扎子宫动脉上行支、子宫动脉或其下行支等。(4)如为确保效果,可在其下 1cm 处再加扎第 2 道,但不能做 8 字缝合。(5)行子宫捆绑时,缝合进针时不要太靠宫颈边缘,防止损伤子宫血管。子宫前后进出针部位要在同一水平,左右对称,使子宫前后壁受力均衡、对称。(6)捆绑时在子宫前后壁分别褥式缝合 2~3 针可防止子宫收缩后形成线圈套入其他脏器引起梗阻的可能,并能避免缝线从子宫上滑脱。(7)捆绑打结前拉线时要缓慢均匀、适度用力,过紧可影响子宫供血,导致缺血、坏死,过松则起不到止血作用,导致手术失败。松紧度以打结后缝线可以提起并能容一食指为宜。(8)缝合结束后必须观察 10~15 min,观察子宫的色泽、子宫出血情况等。

综上所述,子宫收缩乏力是产后出血的主要因素,也是剖宫产产后出血的首要原因。术中当发生了产后出血,无论是什么原因在失血多的情况均会使子宫收缩乏力加重,反之快速控制了子宫出血又可减少子宫收缩乏力的发生。故应积极处理产后出血,根据出血情况采取综合措施,迅速控制出血,避免因失血过多导致产妇发生一系列的并发症,降低孕产妇死亡率。术中应根据产妇的高危因素积极预防,如新生儿娩出前积极予缩宫剂加强子宫收缩,同时按摩压迫子宫,术中应加强剖宫产手术技巧,避免子宫血管撕裂伤,使血管开放出血导致子宫收缩乏力。应根据术中出血情况快速判断引起出血的主要原因,而选择先行子宫动脉结扎术还是子宫捆绑术而达到快速止血效果。

避免输血、失血性休克减少医源性感染等不良后果发生。且术式应用越早效果越好,无后遗症发生,避免子宫切除,保留了生育能力,提高了生活质量,值得基层医院临床推广。

参考文献:

- [1]郑红霞.子宫动脉上行支结扎在剖宫产中止血中的应用效果及对卵巢功能的影响研究[J].中国医学创新,2021,18(01): 54-57.
- [2]黄琦,黄秀敏.改良 B-Lynch 缝合术+双侧子宫动脉上行支结扎在剖宫产术中难治性产后出血患者中的应用效果观察[J].临床合理用药杂志,2019,12(35): 18-19.
- [3]刘岚.肝针子宫全层缝合加子宫动脉上行支截断性结扎在前置胎盘剖宫产术中的应用[J].江西医药,2014,49(04): 343-345.
- [4]郑红霞.子宫动脉上行支结扎在剖宫产中止血中的应用效果及对卵巢功能的影响研究[J].中国医学创新,2021,18(1): 54-57.
- [5]胡丽平,游文强.胎盘娩出前行子宫动脉上行支结扎在中央性前置胎盘剖宫产中的应用[J].中外医学研究,2021,19(8): 108-110.
- [6]辛红.中央型前置胎盘产妇剖宫产中大出血行双侧子宫动脉上行支结扎的护理配合[J].吉林医学,2021,42(8): 2032-2033.

作者简介:杨素容(1976.01-),女,土家族,贵州铜仁人,本科学历,副主任医师,主要从事妇产科临床工作。

右心声学造影结合经食管超声心动图在房间隔卵圆孔未闭中的应用研究

朱云 陈治清

贵州省黔东南州人民医院 贵州黔东南州 562400

摘要：目的：研究右心声学造影结合经食管超声心动图在房间隔卵圆孔未闭中的应用效果。方法：从我院随机挑选 2020 年 8 月-2022 年 3 月收治的 68 例房间隔卵圆孔未闭患者，并且根据房间隔卵圆孔未闭解剖分型，把患者分为简单型房间隔卵圆孔未闭组（n=34）和复杂型房间隔卵圆孔未闭组（n=34）。对两组患者隧道长度、原发隔活动度、欧氏瓣长度、分流角度、孔径大小、继发隔厚度、右心声学造影分流类型进行观察。结果：简单型房间隔卵圆孔未闭组中隧道长度为（8.20±1.80）mm、原发隔活动度为（9.70±2.30）mm、欧氏瓣长度为（4.10±3.90）mm，复杂型房间隔卵圆孔未闭组隧道长度为（9.40±3.40）mm、原发隔活动度为（10.60±2.40）mm、欧氏瓣长度为（6.60±5.70）mm，两组隧道长度、原发隔活动度、欧氏瓣长度情况比较有差异，且差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。简单型房间隔卵圆孔未闭组分流角度为（14.80±7.10）°，复杂型房间隔卵圆孔未闭组分流角度为（7.10±1.60）°，两组分流角度情况比较具有有差异，且差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。简单型房间隔卵圆孔未闭组孔径大小、继发隔厚度分别为（2.80±0.80）mm、（6.40±1.40）mm，复杂型房间隔卵圆孔未闭组孔径大小、继发隔厚度分别为（2.80±0.90）mm、（6.50±2.10）mm，两组孔径大小、继发隔厚度情况比较无统计学意义（ $P>0.05$ ）。在右心声学造影中显示，简单型房间隔卵圆孔未闭组中，有 2 例是Ⅱ级分流，8 例是Ⅲ级分流，24 例是Ⅳ级分流；复杂型房间隔卵圆孔未闭组中，有 3 例是Ⅲ级分流，31 例是Ⅳ级分流。两组Ⅲ级和Ⅳ级分流率存在差异，且差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在房间隔卵圆孔未闭中应用右心声学造影结合经食管超声心动图具有确切效果，可以明确房间隔卵圆孔未闭解剖特征和分流程度，如果患者隧道较长、原发隔活动度较多、欧氏角度较小、分流等级较高，需要给予足够重视，值得临床推广和应用。

关键词：右心声学造影；经食管超声心动图；房间隔卵圆孔未闭

卵圆孔，是心脏房建隔上原发隔和继发隔之间的空隙，在胎龄 60 天时形成，是右心房氧合血液不进入肺循环直接进入左心房的通道。根据相关调查显示，很多人随着肺循环阻力降低，更多血液流经肺部，右心压力降低，左心压力增加，卵圆孔两个隔闭合粘连。在 3 岁时，两个隔之间如果没有粘连闭合，就是卵圆孔未闭，成年人中房间隔卵圆孔未闭占比大约时 30%，在打喷嚏、大笑、咳嗽、深呼吸时会使右心系统压力，导致体循环栓塞^[1]。近几年，右心声学造影和经食管超声心动图被广泛应用在房间隔卵圆孔未闭中，具有较高诊断价值。下文从我院随机挑选 2020 年 8 月-2022 年 3 月收治的 68 例房间隔卵圆孔未闭患者，对右心声学造影结合经食管超声心动图在房间隔卵圆孔未闭中的应用效果进行研究，详细如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从我院随机挑选 2020 年 8 月-2022 年 3 月收治的 68 例房间隔卵圆孔未闭患者，并且根据房间隔卵圆孔未闭解剖分型，把患者分为简单型房间隔卵圆孔未闭组（n=34）和复杂型房间隔卵圆孔未闭组（n=34）。在简单型房间隔卵圆孔未闭组中，有 20 例男性患者，14 例女性患者，年龄段在 19-57 岁之间；在复杂型房间隔卵圆孔未闭组中，有 19 例男性患者，15 例女性患者，年龄段在 20-76 岁之间。两组患者一般资料对比无显著差异（ $P>0.05$ ），可比。

1.2 方法

利用 EPIQ7C 型彩色超声诊断仪，且分别配有 X5-1 成人 3D 探头、S5-1 成人探头、X7-2t 多平面食管 3D 探头，探头控制在 1-5MHz、2-7MHz，且具有二维超声心动图、三维超声心动图、M 型超声心动图、彩色多普勒血流显像等功能^[2]。

经食管超声心动图：叮嘱患者禁食水，利用盐酸达克罗宁胶浆，进行咽喉部表面麻醉，把探头插到食管中段，插入 30cm 左右，于 45°-90°切面，利用 2DE、CDFI，对孔径大小、隧道长度、继发隔厚度、分流角度、欧氏瓣长度进行观察；利用 M 型超声，对原发隔活动度进行观察，且做好数据记录。然后，根据 0°-180°顺序，对心腔进行全面扫查，除外其他病变^[3]。

右心声学造影：在患者左肘正中静脉留置套管针，建立静脉通路，取

20ml 注射器 2 支，一支装有 5ml 碳酸氢钠及 5ml 维生素 C 注射液、另外一支存有 1ml 空气，利用三通装置连接 2 支注射器，确认静脉通路通畅后将碳酸氢钠、维生素 C 溶液与空气在两支注射器间来回推注不少于 10 次，促使空气与碳酸氢钠、维生素 C 溶液充分混合后存在于一支注射器，推注后右心腔显影，且叮嘱患者吹压力装置到 40mmHg，而后迅速松气，对右心腔显影后 5 个心动周期内左心腔显影情况进行观察，且进行数据记录^[4]。结合右心腔显影后左心腔显影情况可以分为以下几个等级：Ⅳ级是左心腔中微泡充满整个视野，和右心腔显示没有差异；Ⅲ级是左心腔中微泡超出 30 个；Ⅱ级是左心腔中微泡在 11-30 个之间；Ⅰ级是左心腔中微泡≤10 个；0 级是左心腔中没有微泡^[5]。

1.3 观察指标

对两组患者隧道长度、原发隔活动度、欧氏瓣长度、分流角度、孔径大小、继发隔厚度、右心声学造影分流类型进行观察。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行统计学分析。计量的比较采用 t 值检验，计数的比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表存在显著差异。

2 结果

2.1 隧道长度、原发隔活动度、欧氏瓣长度情况比较

两组隧道长度、原发隔活动度、欧氏瓣长度情况比较有差异，且差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 两组隧道长度、原发隔活动度、欧氏瓣长度情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	隧道长度 (mm)	原发隔活动 度 (mm)	欧氏瓣长度 (mm)
简单型房间 隔卵圆孔未 闭组	34	8.20±1.80	9.70±2.30	4.10±3.90
复杂型房间 隔卵圆孔未 闭组	34	9.40±3.40	10.60±2.40	6.60±5.70
T 值		4.063	4.196	4.203
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 分流角度情况比较

两组分流角度情况比较具有有差异,且差异有统计学意义($P<0.05$),详见表2。

表2 两组分流角度情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	分流角度($^{\circ}$)
简单型房间隔卵圆孔未闭组	34	14.80 $\pm$ 7.10
复杂型房间隔卵圆孔未闭组	34	7.10 $\pm$ 1.60
T 值		6.969
P 值		<0.05

2.3 孔径大小、继发隔厚度情况比较

两组孔径大小、继发隔厚度情况比较无统计学意义($P>0.05$),详见表3。

表3 两组孔径大小、继发隔厚度情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	孔径大小 (mm)	继发隔厚度 (mm)
简单型房间隔卵圆孔未闭组	34	2.80 $\pm$ 0.80	6.40 $\pm$ 1.40
复杂型房间隔卵圆孔未闭组	34	2.80 $\pm$ 0.90	6.50 $\pm$ 2.10
T 值		0.126	0.496
P 值		>0.05	>0.05

2.4 右心声学造影分流类型情况比较

在右心声学造影中显示,两组III级和IV级分流率存在差异,且差异具有统计学意义($P<0.05$),详见表4。

表4 两组右心声学造影分流类型情况比较 (n)

组别	例数	II级	III级	IV级
简单型房间隔卵圆孔未闭组	34	2	8	24
复杂型房间隔卵圆孔未闭组	34	0	3	31
χ^2		0.587	4.856	5.636
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

在临床中,偏头痛是较为常见的一种神经系统疾病,发病机制还不够清楚。临床研究显示,房间隔卵圆孔未闭会引起不明原因的神经系统疾病,如脑白质病变、偏头痛、缺血性卒中、减压病等。其中,偏头痛合并房间隔卵圆孔未闭的比例较高,占比九成^[6]。房间隔卵圆孔未闭因为分流较为细小,基本上不会影响到血流动力学,常常出现漏诊情况。临床研究显示,偏头痛的发生原因有可能和以下几个方面有关:第一,在房间隔卵圆孔未闭隧道长度增加,其重叠程度影响着通过房间隔管道样通道长度,因为房间隔卵圆孔未闭没有对血流动力学造成较大影响,在通道中血液流速较慢,甚至出现停滞,进而出现微血栓^[7]。第二,原发隔活动度增加,会导致房间隔大幅度摆动,在瘤体中血流形成涡流,这会使得右向左分流增加,最终导致反常栓塞发生率增加。第三,欧氏瓣增长,其血流导向作用容易导致反常栓塞。第四,分流角度小,气泡或栓子会贴合房间隔斜形走行,容易出现反常栓塞。第五,房间隔卵圆孔未闭越位复杂,右向左分流量较多,导致反常栓塞发生率上涨^[8]。

经食管超声心动图,可以清晰显示房间隔卵圆孔未闭的解剖结构和彩色血流,是临床中诊断房间隔卵圆孔未闭的金标准。但是,因为经食管超声心动图属于半侵入式检查,部分患者存在不耐受、假阴性、配合不满意等问题。而右心声学造影可以把左心内进入的气泡量化,且结合进入时间,

对气泡来源进行判定^[9]。临床研究显示,右心声学造影微气泡产生数量多少,和静脉通路运行中微气泡稳定性有着紧密关系,但是右心声学造影具有一定缺点,针对房间隔卵圆孔未闭的解剖结构和位置无法进行显示。研究显示,房间隔卵圆孔未闭伴随短暂右向左分流的健康成年人检出率在25%左右。并且,临床研究显示,单纯利用经食管超声心动图诊断房间隔卵圆孔未闭的特异性相对较高,而单纯利用右心声学造影诊断房间隔卵圆孔未闭的敏感性相对较高。因此,两种联合使用能够更加准确的对房间隔卵圆孔未闭进行评估。此外,本文研究显示,房间隔卵圆孔未闭大小、隧道长度、原发隔活动度和分流等级之间存在紧密联系,究其原因有以下几点:第一,因为对比剂微泡是在10 μ m左右,在房间隔卵圆孔未闭孔径较大时,会导致短暂的右心房压力超出左心房压力,瞬间右向左分流量增加。第二,原发隔活动度加大,基本上都是房间隔膨出瘤型,因为房间隔大幅度摆动,在瘤体中血流形成涡流,增加了第一房间隔和第二房间隔之间的缝隙,随之压力也逐渐上涨,增加了右向左分流量^[10]。第三,房间隔卵圆孔未闭隧道较长,代表原发隔和继发隔之间搭错的距离较长,在通道中血液流速减慢,甚至出现停止,这时会增加微血栓形成概率,进而导致患者更加容易出现偏头痛或不明原因卒中^[11]。

综上所述,右心声学造影结合经食管超声心动图应用在房间隔卵圆孔未闭中能够明确房间隔卵圆孔未闭解剖特征和分流程度,在临床诊断中需要重视隧道较长、原发隔活动度较多、欧氏角度较小、分流等级较高的患者,具有较高临床推广和应用价值。

参考文献:

- [1]岳庆雄,刘佳,周瑜,等.基于经食管超声心动图的卵圆孔未闭形态与隐性卒中的关系研究[J].中国卒中杂志,2021,16(9):915-920.
 - [2]何昌颖,李开林,卢婉玲.右心声学造影联合经食管超声心动图在房间隔卵圆孔未闭中的诊断价值[J].影像研究与医学应用,2021,5(11):74-75.
 - [3]庚靖淦,朱鲜阳,王琦光,等.经食管超声心动图联合右心声学造影在房间隔卵圆孔未闭中应用价值研究[J].临床军医杂志,2021,49(5):536-538.
 - [4]齐红艳,董菊芳,周畅,等.经胸、经食管超声心动图及右心造影对卵圆孔未闭的诊断价值[J].巴楚医学,2021,4(1):15-20.
 - [5]莫堂君.右心声学造影联合经食管超声心动图在卵圆孔未闭诊断中的应用价值[J].中国社区医师,2021,37(5):112-113.
 - [6]庚靖淦,朱鲜阳,王琦光,等.右心声学造影结合经食管超声心动图在房间隔卵圆孔未闭中的应用[J].中国医学影像学杂志,2020,28(12):938-941.
 - [7]陈火梅,赖玉琼,莫展,等.经食管超声心动图结合右心声学造影在卵圆孔未闭解剖中的应用[J].现代医用影像学,2019,28(12):2684-2686.
 - [8]杜丽娟,兰亭玉,黄文燕,等.经食管超声心动图联合右心声学造影诊断卵圆孔未闭合并肺动静脉瘘二例[J].中华医学超声杂志(电子版),2019,16(04):315-316.
 - [9]谢坚,王玉凯,彭伟英,等.经食管超声心动图右心声学造影与对比增强TCD检查在检测隐性脑卒中患者右向左分流的效果比较[J].临床神经病学杂志,2018,31(5):341-343.
 - [10]翁组周,赖志雄.超声心动图结合右心声学造影诊断卵圆孔未闭的临床价值探讨[J].黑龙江医学,2018,42(10):1021-1022.
 - [11]闫伟娜,梁瀚尹,吴巍巍,等.经胸及食管超声心动图与右心声学造影对卵圆孔未闭诊断价值[J].青岛大学学报(医学版),2020,56(3):352-354.
- 作者简介:朱云(1972.01-),女,汉族,本科学历,贵州毕节人,副主任医师,主要从事超声诊断方面的工作。

支气管肺泡灌洗治疗对老年重症肺炎患者效果及对机体 SaO_2 、 PaO_2 、 PaCO_2 水平的影响情况研究

邓啊味

重庆市开州区人民医院 重庆 405400

摘要：目的：分析对老年重症肺炎患者应用支气管肺泡灌洗治疗的实际效果，并观察其血气分析指标的变化。方法：病例选取自 2021 年 1 月~2022 年 1 月我院，均确诊为老年重症肺炎，共计 76 例，随机数字表法予以平均分组，即对照组、观察组，各组均为 38 例，对照组为常规治疗，观察组合用支气管肺泡灌洗治疗，就 2 组老年患者治疗前后的血气分析指标、血清炎症因子、治疗总有效率、康复进程等进行对比。结果：治疗总有效率观察组、对照组分别为 97.37%、86.84%， $P<0.05$ ；治疗前 2 组 SaO_2 、 PaO_2 、 PaCO_2 对比差异较小 $P>0.05$ ，治疗后 SaO_2 、 PaO_2 观察组高于对照组， PaCO_2 观察组低于对照组 $P<0.05$ ；发热、肺部啰音、咳嗽、咳痰的消失时间以及住院时间观察组均短于对照组 $P<0.05$ ；治疗前 2 组血清 $\text{IFN-}\gamma$ 、 IL-6 、 CRP 水平对比差异较小 $P>0.05$ ，治疗后血清 $\text{IFN-}\gamma$ 水平观察组高于对照组，血清 IL-6 、 CRP 水平观察组低于对照组 $P<0.05$ 。结论：对老年重症肺炎患者采用支气管肺泡灌洗治疗能够提升治疗效果、抑制炎症性反应、改善血气分析指标、加快康复进程等，该治疗方法值得应用与推广。

关键词：重症肺炎；老年患者；支气管肺泡灌洗；血气分析；效果

重症肺炎在老年人群中的发病率较高，患者受到病原菌侵袭使得肺部组织出现大量炎症分泌物，引起肺实质炎症性反应，该疾病是比较典型的呼吸系统病变，广大老年人群由于器官功能慢性减退以及抗病能力减弱等，因此更容易受到病原菌的侵袭诱发重症肺炎。患者的症状为心率增快、咳嗽、精神萎靡以及呼吸困难等，非常容易诱发二氧化碳潴留以及缺氧，甚至引起呼吸衰竭，威胁患者的生命健康。在患者治疗中清除患者的气道黏性分泌物以及迅速改善其通气状况是提升患者治疗效果的关键性环节^[1]。支气管肺泡灌洗有利于清除气道分泌物，此基础上给予抗生素药物进行局部注射有利于确保病灶局部的较高血药浓度，可提升抗菌效果。以下将分析对老年重症肺炎患者在治疗中应用支气管肺泡灌洗术的临床价值。

1 资料与方法

1.1 常规资料

病例选取自 2021 年 1 月~2022 年 1 月我院均确诊为老年重症肺炎，共计 76 例，随机数字表法予以平均分组，均为 38 例，观察组男、女分别为 20 例、18 例；年龄分布于 62~88 岁，均数（70.8±2.5）岁；病程 3~12d，均数（6.5±1.6）d；体质量 42.7~81.8kg，均数（60.8±2.6）kg；合并症种类：≥3 种 11 例，以及<3 种 27 例；吸烟史 17 例，饮酒史 19 例。对照组男、女分别为 21 例、17 例；年龄分布于 61~89 岁，均数（70.7±2.6）岁；病程 2~13d，均数（6.4±1.7）d；体质量 42.5~81.9kg，均数（60.9±2.5）kg；合并症种类：≥3 种 12 例，以及<3 种 26 例；吸烟史 18 例，饮酒史 18 例。2 组以上资料均有其可比性 $P>0.05$ 。

纳入标准：（1）符合重症肺炎的诊断标准，且年龄≥60 岁；（2）相关临床资料均齐备；（3）对研究方案知晓并征得知情同意；（4）意识状态清晰，配合度良好。排除标准：（1）合并重度创伤者；（2）罹患肺癌、心源性肺水肿、肺栓塞等其他肺部病变者；（3）具有凝血功能障碍者；（4）罹患各类感染性疾病者；（5）近期应用激素类药物治疗者。

1.2 方法

对照组患者为常规治疗，例如应用敏感抗生素进行抗感染治疗，提供营养支持，实施吸氧、化痰以及吸痰等治疗，纠正其水电解质紊乱，结合病情提供其他对症治疗；观察组联合应用支气管肺泡灌洗治疗，方法为：维持仰卧位，告知患者配合方法，通过鼻腔纤维支气管镜对患者气管以及支气管当中的分泌物进行充分清除。观察异物清除后可向该支气管内给予适量温热生理盐水进行灌洗，通常温度为 37 摄氏度，10~15ml/次，患

者灌洗液体总量通常为 100ml 左右，在结束灌洗后将纤维支气管镜进行缓慢退出。在操作期间负压应<100mmHg，所吸出痰液需立即送检，实施细菌培养与药敏实验，进而针对性的选择抗生素药物。患者痰液恢复澄清后可于患者病变肺段开口处给予硫酸阿米卡星（0.2g）+0.9%氯化钠溶液（10ml）混合液进行注入，患者各个病变肺段均为 0.1g，待患者药敏实验结果得出后可结合情况应用敏感抗生素给予注入治疗。

1.3 评价准则

（1）比较 2 组患者的治疗效果，显效：气喘、咳嗽、咳痰等症状消失，以及肺部啰音消失，复查胸部 X 线片可见病灶完全吸收；有效：症状、体征显著改善，肺部病灶缩小≥50%；无效：症状、体征无明显变化，肺部病灶缩小<50%。（2）对于 2 组患者的血气分析指标进行记录和对比，即血氧饱和度（ SaO_2 ）、动脉血氧分压（ PaO_2 ）和二氧化碳分压（ PaCO_2 ）。（3）记录 2 组患者各康复进程指标，如发热、肺部啰音、咳嗽、咳痰的消失时间以及住院时间。（4）对患者的血清炎症因子进行测定，如 γ 干扰素（ $\text{IFN-}\gamma$ ）、白细胞介素 6（ IL-6 ）、C 反应蛋白（ CRP ）。

1.4 统计学方法

文中数据行 SPSS22.0 分析，计量资料数据标准差为（ $\bar{X} \pm s$ ），数据实施 t 检验，计数资料表示为[n（%）]，数据实施 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表存在统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 2 组间相比

治疗总有效率观察组、对照组分别为 97.37%、86.84%， $P<0.05$ 。

表 1 临床疗效 2 组间相比[n（%）]

分组	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	38	23(60.53)	14(36.84)	1(2.63)	37(97.37)
对照组	38	15(39.47)	18(47.37)	5(13.16)	33(86.84)
χ^2 值		8.635	5.632	6.371	6.371
p 值		0.010	0.021	0.017	0.017

2.2 血气分析指标 2 组间相比

治疗前 2 组 SaO_2 、 PaO_2 、 PaCO_2 对比差异较小 $P>0.05$ ，治疗后 SaO_2 、 PaO_2 观察组高于对照组， PaCO_2 观察组低于对照组 $P<0.05$ 。

表 2 血气分析指标 2 组间相比（ $\bar{X} \pm s$ ）

组别	例数	SaO_2 （%）		PaO_2 （mmHg）		PaCO_2 （mmHg）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

观察组	38	79.53±4.62	92.26±8.16	76.95±6.35	92.63±3.16	85.36±12.37	46.95±5.16
对照组	38	79.54±4.61	87.15±7.16	76.97±6.33	88.17±3.09	85.38±12.35	53.79±8.09
t 值		0.265	8.635	0.192	6.352	0.815	7.362
p 值		0.397	0.009	0.536	0.016	0.635	0.013

2.3 康复进程指标 2 组间相比 对照组 P<0.05。
发热、肺部啰音、咳嗽、咳痰的消失时间以及住院时间观察组均短于

表 3 康复进程指标 2 组间相比 ($\bar{x} \pm s, d$)

分组	n	发热消退	肺部啰音消退	咳嗽消退	咳痰消退	住院时间
观察组	38	2.23±1.06	11.16±3.62	7.16±2.06	6.35±1.95	12.32±3.15
对照组	38	3.97±1.09	14.79±3.85	11.15±3.36	10.86±2.32	16.69±3.79
t 值		4.096	6.362	6.175	7.352	5.362
p 值		0.037	0.023	0.019	0.010	0.016

2.4 血清炎症因子 2 组间相比 后血清 IFN- γ 水平观察组高于对照组, 血清 IL-6、CRP 水平观察组低于对照组 P<0.05, 治疗

表 4 血清炎症因子 2 组间相比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IFN- γ (ng/ml)		IL-6 (ng/L)		CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	38	62.69±11.17	133.62±21.19	82.69±7.95	18.65±4.06	96.36±18.79	12.36±2.15
对照组	38	62.70±11.15	101.19±17.57	82.71±7.93	37.19±6.35	95.97±19.65	25.69±5.39
t 值		0.187	13.362	0.265	11.153	1.006	9.635
p 值		0.590	0.000	0.375	0.003	0.752	0.007

3 讨论

肺炎即患者的肺实质和间质发生的感染性炎症疾病, 该疾病在老年人群中具有较高的发病率, 主要与老年人年龄增长其免疫力较差, 再加上合并各类慢性疾病所以更易受到病原菌的侵袭感染而诱发重症肺炎, 患者的主要症状为呼吸急促、咳嗽、咳痰以及血压不稳等^{[2][3]}。在该类患者治疗中除了需给予药物治疗外, 通常还需进行呼吸与循环支持从而改善患者的肺通气状况, 降低其呼吸衰竭等并发症率以及死亡率^{[4][5]}。重症肺炎患者的病理特征集中体现为患者肺泡当中的纤维蛋白大量渗出, 与此同时肺泡表面活性物质明显减少引起患者阻塞性的肺不张, 并出现肺脏气体弥散异常, 随着患者炎症反应的加重甚至失控非常容易诱发全身重度炎症性反应、弥散性血管内凝血、急性呼吸窘迫综合征等并发症, 威胁患者的生命健康^{[6][7]}。对老年重症肺炎患者目前主要采取抗感染治疗、吸氧治疗以及其他对症治疗等。然而该类患者的病情较重, 往往存在比较严重的低氧血症, 传统的吸氧等治疗手段应用效果较差, 并且该类患者往往存在肺部渗出广泛的情况。其次老年人随着年龄增长身体机能减弱, 其自主咳痰能力下降, 给予患者全身抗生药物治在患者肺部的血药浓度相对较低, 随着抗生药物应用时间的不断延长还可能引起多重耐药, 所以需要探寻更为安全有效的辅助治疗手段^{[8][9]}。支气管肺泡灌洗术近年来在重症肺炎以及呼吸衰竭等患者的治疗中应用广泛, 通过进行该项操作能够对患者气道当中的分泌物进行快速有效清除, 有利于患者气道管腔快速恢复畅通, 在此基础上结合灌洗以及适当的吸引能够实现局部净化目的, 有利于清除细菌等病原菌。此外在操作中还可获取患者气道内分泌物实施细菌培养和相应的药敏实验, 在此基础上选择敏感性抗生素给予治疗有助于提升抗菌效果, 可加快患者的病情康复^[10]。在纤维支气管镜的辅助下能够直视状态下观察病灶部位, 更为准确的对气道当中分泌物进行快速清除, 与此同时在气道内给予抗生药物进行注入可确保局部病灶的药物浓度, 对提升抗菌效果、降低药物不良反应率有重要帮助。本研究显示观察组治疗总有效率高于对照组, 且治疗之后的血气分析指标、血清炎症因子水平改善情况优于对照组, 患者各主要症状体征消失时间和住院时间明显短于对照组。表明, 支气管肺泡灌洗的联合应用能够有效提升老年重症肺炎患者的治疗价

值。

综上所述, 对老年重症肺炎患者采用支气管肺泡灌洗治疗能够提升治疗效果、抑制炎症性反应、改善血气分析指标、加快康复进程等, 该治疗方法值得应用与推广。

参考文献:

[1]刘晖,杜娟,荆璐. 支气管镜肺泡灌洗结合局部注入乙酰半胱氨酸治疗老年重症肺炎的效果及对肺通气功能的影响[J]. 北方药学,2020,17(2): 136-137.

[2]吴晓静. 支气管肺泡灌洗治疗老年重症肺炎合并呼吸衰竭的价值分析[J]. 家庭医药.就医选药,2020, 12(2): 353-354.

[3]庄大鹏. 纤维支气管镜肺泡灌洗对 ICU 老年重症肺炎患者炎症因子及血气水平的影响[J]. 微创医学,2020,15(6): 805-807.

[4]周亚锋,陈文冲,罗建立. 纤维支气管镜下肺泡灌洗联合注入抗生素对老年重症肺炎患者炎症因子水平的影响[J]. 中华灾害救援医学,2020,8(5): 253-255.

[5]朱建凤,王红娟. 盐酸氨溴索联合纤维支气管镜肺泡灌洗在老年重症肺炎患者中的应用效果[J]. 实用临床医药杂志,2020,24(1): 82-87.

[6]杨盛泉,张元铭,王贵强. 胸腺肽 $\alpha 1$ 注射液联合床边纤维支气管镜支气管肺泡灌洗术对老年重症肺炎患者外周血 CD4+/CD8+水平及预后的影响[J]. 临床和实验医学杂志,2019,18(4): 406-409.

[7]濮雪华,揭红英,缪小莉,等. 支气管肺泡灌洗对重症肺炎合并呼吸衰竭患者正五聚体蛋白-3 水平的影响[J]. 中华老年多器官疾病杂志,2019,18(8): 588-592.

[8]张洁,陈苗,耿直,等. 纤维支气管镜肺泡灌洗术对老年 COPD 患者合并重症肺部感染血氧指标及预后的影响[J]. 中华医院感染学杂志,2019,29(4): 531-534.

[9]方洁琦. 纤维支气管镜肺泡灌洗治疗对于重症肺炎患者血气及炎症指标影响的临床分析[J]. 饮食保健,2020,11(37): 28.

[10]弭春珍,郝天伟. 纤维支气管镜肺泡灌洗术不同治疗时机对难治性肺炎支原体肺炎治疗效果的影响[J]. 智慧健康,2020,6(27): 54-55.

改良式侧卧位在痔疮手术中的应用研究

刘思雨

玉林市红十字会医院 广西玉林 537000

摘要：目的：探讨改良式侧卧位在痔疮手术中的应用效果。方法：从院内 2021 年 1 月~2022 年 1 月进行痔疮手术患者中选择 86 例作为探究对象，按照治疗体位不同分成研究组和对照组，每组各 43 例，对照组采用传统折刀位进行干预，研究组采用改良侧卧位进行干预，对比两组患者干预情况。结果：干预后，研究组呼吸频率，手术时间及平均舒张压及平均收缩压变化等均低于对照组 ($P<0.05$)，心率，血氧饱和度高于对照组 ($P<0.05$)，干预后，研究组心理健康，社交活动，躯体活动感官，生活环境，进食与性生活等均高于对照组 ($P<0.05$)，干预后，研究组患者临床舒适度比例高于对照组 ($P<0.05$)。结论：在痔疮手术中采取改良式侧卧位进行干预，可以改善生命体征，提高生活质量及舒适度。

关键词：改良式侧卧位；折刀位；痔疮手术

痔疮是指人体内直肠末端的肛管皮肤下直肠静脉曲张和扩张弯曲所导致的软静脉团组织，根据病变类型可分为内痔，外痔以及混合痔^[1]。该类病症临床发病率较高，临床症状为肛门疼痛，痔疮脱垂，肛门处粘液外溢以及感染坏死等，严重的还会出现痔疮嵌顿，而痔疮临床主要表现包括便血以及疼痛等，多数是由于患者长期站立，习惯性便秘或食用刺激性食物导致，严重的还会出现贫血症状，影响生活质量^[2]。目前对于该类疾病大多数采用手术治疗，而手术中根据患者实际情况选择合适体位，充分暴露手术视野，能够促进后期恢复，减轻临床疼痛，但手术过程中患者体位需要根据医生个人习惯而改变^[3]，临床使用过程中发现不合适体位存在手术视野暴露不规范，医护人员疲惫以及患心理压力较大等多数问题，而医院以患者为护理中心，医护人员需要根据实际情况减轻患者痛苦，临床需要观测不同体位对痔疮患者治疗情况^[4]，因此，本研究以进行痔疮手术患者作为对象，探讨改良式侧卧位在痔疮手术中的应用效果，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

从院内 2021 年 1 月~2022 年 1 月进行痔疮手术患者中选择 86 例作为探究对象，按照治疗体位不同分成研究组和对照组，每组各 43 例，对照组，男 23 例，女 20 例，年龄 24~59 岁，平均年龄 (42.31 ± 2.34) 岁；病程 4 个月~6 年，平均病程 (4.02 ± 1.23) 年；文化程度：小学及以下 8 例，初中 10 例，高中 11 例，大专及以上 14 例。观察组，男 34 例，女 19 例，年龄 22~58 岁，平均年龄 (42.02 ± 2.51) 岁；病程 6 个月~6 年，平均病程 (4.09 ± 1.10) 年；文化程度：小学及以下 6 例，初中 12 例，高中 13 例，大专及以上 12 例。两组患者临床一般资料差异无统计学意义 ($P>0.05$)，可进行比较。

1.2 方法

患者手术前一晚需要采用磷酸钠盐口服液进行冲服，手术前进行常规碘伏进行肛周消毒，进行人工扩肛等待肛门松弛后进行肛管消毒。在手术过程中，医护人员还应关注患者心理情绪变化，询问其有何不适（胸闷、气紧），并使用鼓励性语言进行安慰，手术过程中需要密切监测生命体征变化，做好保暖等措施，并给予手术体位护理，对照组采用传统折刀位进行干预，患者进入手术室后，医护人员需要为其连接心电监护仪，患者采取俯卧位，使手术患者耻骨与手术床中下 1/3 处齐平，能最大限度暴露肛门，协助病人胸部俯卧于软垫上，预防胸腹部受到压迫，降低下腔静脉回流受阻现象，头偏一侧，并在肩锁位置放置海绵垫，使其肩部抬高，并且将面部放置在橡胶头垫中，根据手术中具体情况将患者面部左右两侧交替进行受压。此时双臂自然呈现弯曲状态分别放置在患者头部两侧，也可弯曲放置在托手架上，但需要在医护人员指导下使用布类进行包裹，避免

与金属接触而出现电灼伤，臀部平于手术床的下肢板部位，两腿分别置于两侧下肢板上，之后医护人员将患者双腿分开向下垂落约 15°，并将双腿间角度保持在 45°，接着将患者头部位置降低，使其与水平面夹角维持在 15°，之后取医用胶布（宽 5cmX 长 60-70cm）对臀部两侧进行 45°牵引固定在手术床的边缘处，最后对患者乳房以及阴茎等部位进行保护，充分暴露手术视野。

研究组采用改良侧卧位进行干预，手术过程中需要根据患者麻醉情况以及舒适度决定患者采取左侧卧位 45°，调整患者背部支架的角度，并且在腋窝下垫软枕，防止出现腋神经损伤，并且将左上肢远端关节固定在托手架上，使患者躯体呈现弓形，左下肢伸直，右下肢屈膝 90°，并在左侧腕部及膝部、踝关节及右侧膝关节、踝关节处垫棉垫保护，预防压力性损伤，之后取医用胶布（宽 5cmx 长 60-70cm）对臀部两侧进行 45°牵引固定在手术床的边缘处，使患者肛门部位完全暴露，使用布类将双下肢进行包裹并固定，用右侧手臂抱枕，最后对患者乳房以及阴茎等部位进行保护。医护人员需要在手术过程中观察患者生命体征变化，叮嘱患者出现上肢不适时应及时反馈，手术过程中需要根据实际情况指导患者进行深呼吸，以降低肌肉紧张度，缓解对生命体征造成的不良影响。

1.3 观察指标

1.3.1 两组生命体征。主要包括心率，呼吸频率，血氧饱和度，手术时间及血压变化等；正常情况下，血氧饱和度为 95%~99%，正常心率为每分钟 60~100 次，平静时呼吸频率为每分钟 12~20 次，治疗前一周患者每日监测血压 1 次，取一周血压平均值为治疗前常规血压，治疗期间每两周复测血压，血压测量均取坐位右上肢，采用电子血压计测量 2 次，每次间隔半分钟为准。

1.3.2 两组治疗后生存质量。采用生活质量量表 QLQ-C30 对其心理健康，社交活动，躯体活动感官，生活环境，进食与性生活等多数项目进行评分，分数越高表明患者生活质量越好。

1.3.3 两组舒适度。自制调查问卷比较体位舒适度，满分 100 分，高于 80 分表示十分舒适，60-80 表示舒适，60 分以下表示不舒适。

1.4 统计分析

用 SPSS24.0 软件处理，计数资料采用 $n(\%)$ 表示， χ^2 检验，计量资料采用 ($\bar{x}\pm s$) 表示， t 检验， $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生命体征

干预后，研究组呼吸频率，手术时间及平均舒张压及平均收缩压变化等均低于对照组 ($P<0.05$)，心率，血氧饱和度高于对照组 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 两组生命指数变化对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心率 (次/分)	呼吸频率 (次/分)	血氧饱和度 (%)	手术时间 (min)	平均收缩压 (mmHg)	平均舒张压 (mmHg)
研究组	43	86.22±1.21	17.22±0.23	97.23±0.21	23.12±1.21	120.22±10.23	72.32±5.21
对照组	43	72.32±2.61	20.65±1.23	95.32±0.56	36.22±0.25	152.32±11.21	90.22±1.32
t		6.214	4.225	4.001	7.235	12.124	8.223
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组干预后生存质量

食与性生活等均高于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

干预后, 研究组心理健康, 社交活动, 躯体活动感官, 生活环境, 进

表 2 两组干预后生存质量对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心理健康	社交活动	躯体活动感官	生活环境	进食与性生活
研究组	43	58.22±0.32	15.62±0.21	14.22±0.23	20.33±1.21	14.32±1.21
对照组	43	52.32±2.16	13.22±0.95	13.21±0.62	14.22±1.62	12.33±1.20
t		5.224	4.985	5.125	10.235	6.214
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组舒适度

干预后, 研究组患者临床舒适度比例高于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组舒适度对比[n%]

组别	例数	十分满意	满意	不满意	总满意率
研究组	43	21(48.84)	20(46.51)	2(4.65)	41(95.35)
对照组	43	18(41.86)	17(39.53)	8(18.60)	35(81.40)
χ^2					5.214
P					0.033

3. 讨论

目前随社会快速发展, 导致人们生活节奏不规律, 促使痔疮发病率较高^[5], 而痔疮发生严重影响患者日常生活, 主要指直肠下端肛垫处发生病理理性改变, 同时根据改变位置及状态将其分为内痔, 外痔及混合痔等, 在痔疮手术治疗当中, 手术方法大多为外切内扎手术^[6-8], 在手术治疗当中多数采用折刀位位进行处理, 在使用时体位摆放较快, 能够顺利完成手术且避免患者暴露隐私部位, 有效缓解紧张情绪, 但在实际临床应用过程中, 患者临床舒适度不佳, 在治疗过程中腹部受压, 且医生站位不利于手术进行, 导致配合度降低^[9]。本研究中, 干预后, 研究组呼吸频率, 手术时间及平均舒张压及平均收缩压变化等均低于对照组 ($P<0.05$), 心率, 血氧饱和度高于对照组 ($P<0.05$), 本研究使用改良侧卧位进行干预能够改善手术治疗情况。多数研究表明, 侧卧位患者在治疗过程中生命体征波动较小, 自身稳定性较高^[10], 针对心脑血管疾病患者大多采用侧卧位, 侧卧位使用时能够有效减轻患者紧张情绪以及心理压力, 有效提高手术安全性, 降低术后并发症的发生, 而采取折刀位手术的患者会处于迷走神经兴奋状态, 从而抑制心脏活动, 导致血压下降^[11-14]。目前医护人员能够根据主治医生嘱托使患者呈现侧卧位, 可以使患者处于放松状态, 充分暴露手术视野, 并且操作较为简单, 有效缩短手术时间, 降低出血量^[15]。本研究中, 干预后, 研究组心理健康, 社交活动, 躯体活动感官, 生活环境, 进食与性生活等均高于对照组 ($P<0.05$), 且研究组患者临床舒适度比例高于对照组 ($P<0.05$), 说明在痔疮手术过程中, 正确体位能够保证手术顺利进行, 侧卧位在使用过程能够保证患者临床舒适度, 还能在使用过程中降低心脏压迫, 使腹部肌肉呈现松弛状态, 有利于下腔静脉回流, 提高患者配合度, 增加后期生活质量^[16]。

综上所述: 在痔疮手术中采取改良式侧卧位进行干预, 可以改善生命体征, 充分暴露手术视野, 有利于手术顺利进行, 并且缩短手术时间, 降低术后并发症发生情况, 提高生活质量及舒适度, 值得推广使用。

参考文献:

- [1]赵颖, 乔玉萍, 于振华. 在痔疮手术中采取不同体位对患者舒适度及满意度的影响[J]. 中国实用医药, 2020, 15 (34): 37-39.
- [2]孔燕, 王爽, 王青, 等. 术后应用酮咯酸氨丁三醇对痔疮手术患者VAS、NRS 及生活质量的作用[J]. 河北医药, 2021, 43 (19): 2976-2978, 2982.
- [3]陆伟华, 徐静蔚. 手术室护理中侧卧位与截石位配合肛肠手术的临床效果对比分析[J]. 检验医学与临床, 2020, 17 (16): 2372-2374.
- [4]王小梅, 于卫华, 党爱林, 等. 痔疮患者侧卧位手术体位支撑器的研制与应用效果评价[J]. 临床护理杂志, 2021, 20 (1): 58-61.
- [5]张天鹏, 徐文轩, 杨杰. 京万红软膏联合加减地榆槐角丸用于痔疮手术术后的效果[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2021, 27 (6): 872-876.
- [6]戚孟洁. 侧卧位下不同剂量低浓度等比重罗哌卡因蛛网膜下腔阻滞在肛肠手术中的合适剂量及患者的舒适度分析[J]. 健康必读, 2019, 000 (20): 251.
- [7]熊照, 叶能红, 陈永胜, 等. 超声多普勒引导下痔动脉结扎术联合微创手术治疗重症痔疮的临床疗效观察[J]. 中国内镜杂志, 2019, 25 (12): 26-31.
- [8]莫立文. 术中改良护理在侧卧位手术患者中的应用效果[J]. 中国保健营养, 2017, 27 (009): 192-193.
- [9]李荣华, 蔡靛羽, 蒋晨浩, 等. 吻合器痔上黏膜环切术术前撒针埋针对患者术后尿潴留发生的影响[J]. 山东医药, 2020, 60 (20): 70-72.
- [10]岳丽花. 萧氏双 C 护理模式联合提肛运动对环状混合痔术后疼痛视觉模拟评分及康复进程的影响[J]. 中国药物与临床, 2019, 19 (12): 2139-2140.
- [11]孙美花. 手术室护理中采用不同体位摆放配合肛肠手术的临床效果分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7 (21): 89, 91.
- [12]吕慧玲, LV, Huiling, 等. 手术室护理中采用不同体位摆放配合肛肠手术的临床效果[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9 (23): 3.
- [13]杨瑞, 蒋谷芬. 手术室护理中采用不同体位摆放配合肛肠手术的价值分析[J]. 中国社区医师, 2020, 36 (10): 2.
- [14]高丽霞. 手术室护理过程中应用不同体位摆放配合肛肠手术的效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018 (96): 2.
- [15]杨金蓉, 袁亚力. 手术室护理中采用不同体位摆放配合肛肠手术的临床效果观察[J]. 健康之友, 2019, 000 (24): 238-239.
- [16]陈芳萍, 韩成娟. 快速康复外科理念运用在痔疮患者围手术期的护理效果分析[J]. 山西医药杂志, 2019, 48 (8): 986-989.

比较研究在胆结石患者中腹腔镜胆囊切除术、小切口胆囊切除术的效果

苏永红

宁夏固原市隆德县人民医院 宁夏固原 756300

摘要:目的: 分析对于胆结石患者在治疗中采用腹腔镜胆囊切除术或者小切口胆囊切除术的治疗价值。方法: 病例选取自 2021 年 1 月~2022 年 3 月我院, 均确诊为胆结石, 共计 78 例, 随机数字表法予以平均分组, 即对照组、观察组, 各组均为 39 例患者, 对照组行小切口胆囊切除术治疗, 观察组采用腹腔镜胆囊切除术进行治疗, 就 2 组患者的一般手术指标、术后康复进程指标、并发症总发生率、术后切口疼痛程度、血清炎症因子水平等进行对比。结果: 手术时间、手术中切口长度以及手术中的失血量观察组均短于/少于对照组 $P < 0.05$; 术后首次下床活动时间、肛门排气时间、切口疼痛持续时间和住院天数观察组均短于对照组 $P < 0.05$; 术后并发症率观察组、对照组分别为 5.13%、15.38%, $P < 0.05$; 术后 12h、24h 以及 36h 的 VAS 切口疼痛度评分观察组均低于对照组 $P < 0.05$; 术前 2 组血清 TNF- α 、IL-6、CRP 水平对比差异较小 $P > 0.05$, 术后 3d 血清 TNF- α 、IL-6、CRP 水平观察组低于对照组 $P < 0.05$ 。结论: 在胆结石患者的治疗中采用腹腔镜胆囊切除术的整体价值高于小切口胆囊切除术, 腹腔镜手术的应用其创伤更小、术后恢复快, 且并发症率更低, 更有利于降低患者的术后炎症反应。

关键词: 胆结石; 小切口胆囊切除术; 腹腔镜胆囊切除术; 并发症; 价值

胆结石顾名思义即胆囊或者胆管当中出现结石形成, 该疾病是比较常见的胆道系统疾病, 亦被称作胆石症。结石坚硬, 由于反复慢性刺激可诱发局部炎症或出现胆道梗阻, 使患者产生腹痛、呕吐、身体发热以及黄疸等临床症状表现, 病情较重者还可能引起感染性休克, 对其生命安全构成一定威胁。近年来胆结石发病率具有明显的上升趋势, 该疾病的发生主要与性别、地域、饮食、遗传、环境、民族等因素有关。伴随着近年来人们饮食习惯发生改变, 以及物质生活水平的快速提升, 胆结石发病率呈现逐年攀升趋势, 特别是在广大经济发达地区该疾病的发病率较高^[1]。依据结石位置不同可分为胆囊结石、肝内胆管结石以及肝外胆管结石, 所诱发的胆绞痛、腹痛、高热甚至寒战等症状影响患者的身心健康。目前, 对于胆结石患者一经确诊建议早期进行外科手术治疗进而清除结石, 尽快消除患者的腹痛、腹胀等临床症状, 提升其生活质量。以往对胆结石患者主要采用开腹胆囊切除术进行治疗, 该手术方案的应用历史悠久, 其技术手段也较为成熟, 可在广大基层医院广泛开展。然而随着该手术的应用不断增多, 其缺陷逐渐显露, 如切口大、失血量多、创伤性高, 患者术后疼痛感重也影响术后康复进程。近年来微创外科理念迅速发展, 以小切口手术和腹腔镜手术为代表的微创手术在胆结石患者的治疗中具有广泛应用。以下将进一步探究对胆结石患者采用腹腔镜胆囊切除术或者采用小切口胆囊切除术进行治疗的临床效果。

1 资料与方法

1.1 常规资料

病例选取自 2021 年 1 月~2022 年 3 月我院均确诊为胆结石, 共计 78 例, 随机数字表法予以平均分组, 均为 39 例, 观察组男、女分别为 20 例、19 例; 年龄分布于 23~76 岁, 均数 (45.6 ± 2.6) 岁; 病程 6 个月~7 年, 均数 (2.6 ± 0.5) 年; 体质量 $43.5 \sim 82.5\text{kg}$, 均数 (62.7 ± 2.6) kg; 其中单发结石共计 11 例, 以及多发结石共计 28 例; 结石直径为 $2.6 \sim 8.5\text{mm}$, 均数 (4.5 ± 0.5) mm; ASA 麻醉分级: I 级 23 例, 以及 II 级 16 例。对照组男、女分别为 21 例、18 例; 年龄分布于 21~77 岁, 均数 (45.5 ± 2.7) 岁; 病程 7 个月~6 年, 均数 (2.7 ± 0.4) 年; 体质量 $43.3 \sim 82.8\text{kg}$, 均数 (62.8 ± 2.5) kg; 其中单发结石共计 10 例, 以及多发结石共计 29 例; 结石直径为 $2.3 \sim 8.6\text{mm}$, 均数 (4.4 ± 0.6) mm; ASA 麻醉分级: I 级 24 例, 以及 II 级 15 例。2 组以上资料均有其可比性 $P > 0.05$ 。

纳入标准: (1) 符合目前对胆结石的疾病判定准则; (2) 患者年龄 18~80 岁; (3) 对本研究方案知情并征得知情同意; (4) 经院内医学伦理委员会审查并批准通过; (5) 患者的相关临床资料完善; (6) 麻醉 ASA 分级

为 I~II 级; (7) 各有关临床资料均齐备; (8) 手术依从性良好。排除标准:

(1) 具有手术、麻醉应用禁忌症者; (2) 具有凝血功能异常者; (3) 罹患各类精神疾病者; (4) 同时参与其他临床研究者; (5) 罹患其他胆道系统疾病者; (6) 妊娠期/哺乳期患者; (7) 具有重要脏器功能病变者; (8) 罹患各类恶性肿瘤者。

1.2 方法

对照组行小切口胆囊切除术治疗, 术中维持平卧体位, 给予全身麻醉, 于右肋缘处做手术切口, 或于腹直肌处做手术切口, 控制长度 5.0cm, 对于腹壁各层进行逐层切开, 结合患者胆囊与周边组织脏器的解剖关系, 通过逆行结合顺行的方案实施胆囊切除, 胆囊取出。手术创口以电凝实施充分止血, 对其进行缝合, 胆囊床将无菌纱布条进行妥善放置其中, 观察 5 分钟, 如若无菌纱布未见明显血迹以及胆汁, 则提示缝合良好, 进一步对手术切口进行逐层缝合; 观察组采用腹腔镜胆囊切除术进行治疗, 术中维持平卧体位, 进行全麻以及气管插管, 脐部下缘处做小切口, 长度 1.0cm 左右, 呈弧形状态, 放置 10mm Trocar, 为患者创建二氧化碳气腹, 控制压力 10~12mmHg, 进一步在患者腋前线与肋弓下缘两者交汇处做小切口, 同时肝圆韧带处做小切口, 放置 5mm Trocar。将腹腔镜设备进行置入, 其中在腹腔镜的辅助下对患者腹腔状况进行详细探索, 同时需要了解胆囊状况及其组织粘连情况, 进一步对胆总管以及胆囊三角等组织的解剖结构进行辨认, 严格依据手术要求对胆囊三角进行解剖, 之后胆囊组织妥善分离并将其切除取出, 进行缝合止血。在操作中避免对周围组织造成损伤, 发现胆囊张力较高, 可进行穿刺, 将部分胆汁进行吸出, 从而降低压力, 利于术中抓持。

1.3 评价准则

(1) 统计 2 组患者的一般手术指标, 主要有手术时间、手术中切口长度以及手术中的失血量。(2) 记录 2 组患者术后的康复进程指标, 如首次下床活动时间、肛门排气时间、切口疼痛持续时间和住院天数。(3) 记录 2 组患者手术后的并发症, 如出血、胆瘘、切口感染、皮下气肿以及胆管损伤等。(4) 2 组患者均于术后 12h、24h 以及 36h 对其切口疼痛程度评估, 采用 VAS 评分法, 分值为 0~10 分, 0 分表示无痛, 10 分表示剧烈且无法耐受的疼痛, 得分越高表明患者的切口疼痛程度越严重。(5) 2 组患者均于术前以及术后 3d 对其血清炎症因子做一测定和比较, 包括肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素 6 (IL-6) 以及 C 反应蛋白 (CRP)。

1.4 统计学方法

文中数据行 SPSS22.0 分析, 计量资料数据标准差为 $(\bar{x} \pm s)$, 数据

实施 t 检验, 计数资料表示为[n (%)], 数据实施 χ^2 检验, $P < 0.05$ 代表存在统计学意义。

2 结果

2.1 一般手术指标 2 组间相比

手术时间、手术中切口长度以及手术中的失血量观察组均短于/少于对照组 $P < 0.05$ 。

表 1 一般手术指标 2 组间相比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	手术时间 /min	切口长度 /cm	失血量/ml
观察组	39	66.95±8.37	3.71±1.05	42.53±10.08
对照组	39	95.37±10.09	5.59±1.26	65.97±12.53
t 值		13.362	4.017	15.372
p 值		0.000	0.036	0.000

表 3 术后并发症率 2 组间相比[n (%)]

分组	n	出血	胆瘘	切口感染	皮下气肿	胆管损伤	总计
观察组	39	1 (2.56)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.56)	0 (0.00)	2 (5.13)
对照组	39	2 (5.13)	2 (5.13)	1 (2.56)	0 (0.00)	1 (2.56)	6 (15.38)
χ^2 值		0.651	1.187	0.315	0.315	0.315	5.362
p 值		0.298	0.096	0.795	0.795	0.795	0.029

2.4 术后 VAS 切口疼痛度评分 2 组间相比

术后 12h、24h 以及 36h 的 VAS 切口疼痛度评分观察组均低于对照组 $P < 0.05$ 。

表 4 术后 VAS 切口疼痛度评分 2 组间相比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	n	12h	24h	36h
观察组	39	3.01±0.26	1.69±0.33	0.62±0.13

表 5 血清炎症因子 2 组间相比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TNF- α (pg/ml)		IL-6 (pg/ml)		CRP (mg/L)	
		术前	术后 3d	术前	术后 3d	术前	术后 3d
观察组	39	852.36±56.35	1023.62±151.17	43.62±4.19	50.65±4.95	28.65±5.37	31.16±5.95
对照组	39	853.59±55.95	1265.38±163.79	43.65±4.17	55.37±6.17	28.67±5.35	39.79±6.05
t 值		0.265	19.635	0.517	5.362	0.817	6.635
p 值		0.193	0.000	0.826	0.019	0.195	0.013

3 讨论

胆结石是近年来高发的胆囊疾病, 患者可出现腹部疼痛、身体发热以及恶心和黄疸等症状。近年来该疾病的发病率有所升高, 主要与人们的日常饮食习惯发生变化和年龄增长等因素有关, 例如日常的高糖类、高胆固醇类以及高脂肪类饮食, 将导致胆结石的患病风险提升^[2]。对于胆结石患者进行胆囊切除术治疗能够有效消除患者的临床症状, 切除病灶并避免病情复发。目前对胆结石患者的外科手术治疗方案较多, 例如以往常用的开腹胆囊切除术和近年来比较常用的小切口胆囊切除术以及腹腔镜辅助下的胆囊切除术^[3]。传统开腹胆囊切除术的临床应用较为广泛, 然而受到创伤性高以及失血量多等因素影响, 使得该手术方案的临床应用受限。小切口胆囊切除术是在传统开腹胆囊切除术的基础上进一步发展和优化而来, 是对开腹胆囊切除术的进一步升级, 将手术中的切口明显缩小, 有利于降低患者的疼痛感以及减少失血量, 并且手术后所遗留的瘢痕较小, 这也更加符合近年来患者对于外科手术美观性的要求, 因此受到广大患者的青睐。该手术方案中切口缩小, 其创伤性进一步降低, 有利于实现术后的早期下床活动, 对于缩短术后住院时间, 加快术后胃肠功能恢复等有重要价值^[4]。腹腔镜胆囊切除术也是一种比较科学的微创手术方案, 在腹腔镜设备的协助之下进行手术操作, 术者能够获得更为清晰且广阔的术中操作视野, 这对于提升手术操作的准确性以及确保患者手术的安全性等有重要价

2.2 术后康复进程指标 2 组间相比

术后首次下床活动时间、肛门排气时间、切口疼痛持续时间和住院天数观察组均短于对照组 $P < 0.05$ 。

表 2 术后康复进程指标 2 组间相比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	首次下床 活动时间 /h	肛门排气时 间/h	切口疼痛 持续时间 /h	住院天数 /d
观察组	39	14.62±5.16	25.62±7.95	32.62±5.17	4.13±1.16
对照组	39	23.79±6.37	36.53±11.17	42.35±6.39	6.96±2.03
t 值		9.765	10.010	9.635	5.362
p 值		0.005	0.002	0.006	0.031

2.3 术后并发症率 2 组间相比

术后并发症率观察组、对照组分别为 5.13%、15.38%, $P < 0.05$ 。

对照组	39	5.59±0.67	2.95±0.37	1.16±0.39
t 值		6.352	5.637	5.037
p 值		0.016	0.020	0.023

2.5 血清炎症因子 2 组间相比

术前 2 组血清 TNF- α 、IL-6、CRP 水平对比差异较小 $P > 0.05$, 术后 3d 血清 TNF- α 、IL-6、CRP 水平观察组低于对照组 $P < 0.05$ 。

值, 可避免盲目操作对于周围脏器、血管等造成损伤。尤其是存在周围组织粘连者, 往往胆囊壁存在充血、水肿情况, 在腹腔镜的辅助下可提升手术操作的有效性和准确性。而本次研究则显示, 观察组的相关围手术期指标优于对照组, 手术后的切口疼痛度评分低于对照组, 并发症总发生率低于对照组, 术后三天炎症因子水平低于对照组。表明与小切口胆囊切除术相比, 运用腹腔镜胆囊切除术更有利于提升胆结石患者的整体治疗价值。

综上所述, 在胆结石患者的治疗中采用腹腔镜胆囊切除术的整体价值高于小切口胆囊切除术, 腹腔镜手术的应用其创伤更小、术后恢复快, 且并发症率更低, 更有利于降低患者的术后炎症反应。

参考文献:

- [1]高风华. 腹腔镜胆囊切除术在胆结石治疗中的临床效果及对患者手术时间、住院时间、出血量影响评价[J]. 健康之友, 2020, 14 (19): 63.
- [2]郑德坤, 许云龙, 葛志鹏, 等. 小切口胆囊切除术与腹腔镜胆囊切除术在胆结石手术治疗中的意义[J]. 中国保健营养, 2020, 30 (18): 90.
- [3]王革新. 小切口胆囊切除术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石临床效果评价[J]. 东方药膳, 2020, 25 (18): 118.
- [4]刘鸿均. 腹腔镜胆囊切除术与小切口胆囊切除术治疗胆囊炎与胆结石临床效果对比评价[J]. 智慧健康, 2020, 6 (18): 90-91.

椎管内麻醉阴道分娩妊娠结局分析及处理

陆剑宁

扶绥县人民医院 广西崇左 532199

摘要:目的 研究在椎管内麻醉条件下,阴道分娩对产程以及母体与新生儿结局的影响。研究方案:选用扶绥县人民医院于2021年01月—2021年10月收治的单胎足月分娩产妇共120例为研究对象,以60例的自然妊娠产妇为对照组,不作其他镇痛措施;将60例需要无痛分娩的产妇为观察组,并给予椎管内麻醉分娩镇痛。分别对二组产妇的宫缩间歇期情况、第一产程、第二产程进展、第三产程时间、产后最大出血量和新生儿的窒息、会阴缝合时间进行观察和比较。结果表明,观察组的第一产程和第二产程进展时限均略长于对照组,且观察组的产后出血量大于对照组,均有统计学含义,而第三产程时限和新生儿窒息,均差异且无统计学含义。会阴缝合时间缩短。结果:无痛分娩术能缓解产妇的分娩痛苦,仅略延长了第一产程、第二产程和产后出血量,对新生儿窒息并无不良影响。而且产后会阴缝合疼痛少,缝合时间缩短,减少会阴伤口感染发生。

关键词:椎管内麻醉;阴道分娩;产程;分娩结局

生育虽然是一个正常的生理学步骤,但由于生育过程中伴随着宫缩产生的巨大痛苦,每一个育龄女性对子宫收缩痛苦程度的耐受性力都不相同,在医学疼痛指数中,分娩痛苦程度仅次于烧灼痛苦而排名第二[1],进入临产后的紧张与痛苦所产生的各种应激应对妈妈与宝宝也无益,甚至由于害怕分娩痛苦而选择了剖宫产,导致非手术指征剖宫产增多[2]。随着社会需求,产妇们希望能在无痛情况下也能顺利阴道分娩,减轻疼痛的方法有多种,而最有效的镇痛方法是椎管内麻醉。我院是基层医院,近几年来也实施了椎管内麻醉阴道分娩,通过对椎管内麻醉无痛分娩产程的观察和处理,进一步论证无痛分娩的安全性,观察其对产妇产程、产后出血量、新生儿窒息的影响等,现将研究结果报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料的选取

以2021年01月—2021年10月医院所收治的120例初产妇作为主要研究对象,拟行椎管内麻醉无痛阴道分娩60例的产妇作为观察组,以自然阴道分娩的60例产妇作为对照组。选择标准:足月单活胎,头位正常,无妊娠合并症,评估胎儿大小3400g左右,骨盆条件并无明显异常,胎监正常,可以阴道分娩。排除标准:对麻醉用药敏感或不耐受,有阴道试产禁忌症,有椎管内麻醉禁忌证,合并有其他严重病变不适宜阴道分娩。2组产妇年龄、孕周、身长、预计胎儿体重等进行了对比,相差并无统计意义($P>0.05$),但具有一定可靠性,见表1。

表1 2组产妇一般资料的比较(x+s)

组别	n	年龄(岁)	孕周(周)	身高(cm)	胎儿体重(g)
对照组	60	25.4±3.15	39.6±2.81	153.2±2.56	3000±250
观察组	60	27.6±2.63	39.1±3.14	154.5±2.34	3100±260

1.2 方法

对照组按自然阴道分娩方式观察,不做任何镇痛处理,如药物镇痛或者使用导乐镇痛仪镇痛,指导适量活动和调整呼吸,减轻疼痛,监听胎心音以及监测产程的进展。观察组则当子宫颈口张开至约2-3cm时,开通静脉通道,请麻师来产房进行椎管内麻醉,一般选用在L3-4腰椎间距处实施穿刺,在硬膜外腔后置管,再接上自控硬膜外镇痛泵(PCEA),使用的是0.1%盐酸罗哌卡因和0.5μg/ml枸橼酸舒芬太尼的混合液,帮助产妇调节其体位,感觉舒适为止,持续给药剂量为0.5ml/min,按照实际镇痛疗效相应调节混合液的用量,同时产房配有中心吸氧、麻醉复苏机等。严密监视产妇的生命征,并监测产程进展。宫口接近全开后立即关掉止痛泵,

待胎儿娩出后再开启止痛泵并持续给药,分娩完毕后在产房观察二小时并拔出硬膜外导管,并引导产妇及时下床排尿。

1.3 检查指标分析

比较2组产妇的三个产程持续时间、产后出血量、分娩方式、新生儿分娩后的Apgar评估、会阴缝合时间。

1.4 统计方法

使用SPSS19.0应用软件实现统计学分析。计算资源以均数+标准差显示,2组间对比使用t检验;而计算资源则以[n(%)]显示,2组间对比使用检测,因此 $P<0.05$ 的差值具有统计意义。

2. 结果

2.1 2组分娩产妇对中行阴道分娩产妇产程和产后出血量的比较研究

产妇的第一产程、第二产程和总生产过程持续均长于对照组($P<0.05$),产后出血量观察组多于对照组($P<0.05$),2组第三产程时限及差别无统计含义($P>0.05$),具体见表2。

表2 2组产妇产程时间及产后出血量的比较(x+s)

组别	n	第一产程 (min)	第二产程 (min)	第三产程 (min)	产后出血量 (ml)
对 照 组	60	325.84±296.73	49.15±35.20	10.84±3.51	224.76±110.49
观 察 组	60	456.22±329.37	56.64±45.26	11.24±3.35	238.7±119.62

注:与对照组比较,1) $p<0.05$

2.2 2组产妇生育方案的对比

观察组的剖宫产方式率均为18.3%(11/60),远小于对照组的21.6%(13/60),差别有统计含义($P<0.05$),观察组的剖宫产"胎儿宫内窘迫"改行剖宫产的比率显著小于对照组,差别有统计含义($P<0.05$)。其余指征比较好,较差则无统计意义,参见下表3。

表3 2组产妇剖宫产原因的比较[n(%)]

组别	n	胎儿宫内窘迫	胎头下降停滞	持续性枕横(后)位	社会因素
对 照 组	60	5(38.4)	3(23)	4(30.7)	1(7.6)

观察组	60	2 (18.1)	3 (27.2)	4 (36.3)	2 (18.1)
-----	----	----------	----------	----------	----------

2.3 2组新生儿出生后 Apgar 评分的比较

2 组新生儿出生后 1 min Apgar 评分差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 4。

表 4 2 组新生儿出生后 1 min Apgar 评分的比较[n (%)]

组别	n	8~10 分	4~7 分	0~3 分
对照组	60	55 (91.6)	5 (8.3)	0 (0)
观察组	60	56 (93.3)	4 (6.6)	0 (0)

χ^2 值 0.000

P 值 >0.05

2.4 2 组产妇产会阴裂伤情况及缝合时间对比

观察组会阴裂伤多为 II 度裂伤, 缝合时间稍比对照组短, 但舒适程度高, 2 组会阴部裂伤程度及缝合时间评分差异, 无统计意义 ($P>0.05$), 见表 5。

表 5 2 组产妇产会阴裂伤情况的比较[n (%)]

组别	n	I 度裂伤	II 度裂伤	III 度裂伤	正中切开	侧切
对照组	47	11 (23.4)	18 (38.2)	0 (0)	15 (31.9)	3 (6.3)
观察组	49	13 (26.5)	19 (38.7)	0 (0)	13 (26.5)	4 (8.1)

χ^2 值 0.000

P 值 >0.05

3. 讨论

古往今来, 阴道分娩为最自然分娩方法, 对母亲伤害小、复原快, 产后 0.5 年即可继续怀孕, 亦为育龄妇女的优选生育方法。以往没有无痛分娩, 再加上中国实行独生子女政策, 不少产妇选择剖宫产终止妊娠, 剖宫产率甚至达到了 50%以上, 而随着三孩政策实施, 更多产妇期望能自然阴道分娩, 而无痛分娩则可有效增加阴道分娩量[3]。使用椎管内麻醉阴道分娩中观察也发现一些问题, 在第一产程中, 观察组时间较对照组长约 1 小时, 但发现观察组少数产妇行椎管内麻醉后, 第一产程超过 11 小时, 整个过程胎心音正常, 考虑有几个原因造成产程长, 1. 产妇行椎管内麻醉后疼痛明显减轻, 除此之外, 使用麻醉药物后会对控制排尿的外周神经产生抑制作用, 从而影响排尿反射的正常形成, 产妇尿意不明显, 出现尿潴留[4], 影响胎头先露下降, 宫口扩张慢, 导致产程长; 2. 使用麻药后的补液稀释体内抗利尿激素浓度, 导致内源性催产素释放减少[5], 抑制子宫平滑肌的收缩, 导致出现继发性宫缩乏力, 影响产程进展。对这种情况一是要及时导尿, 排空膀胱, 二是静滴低浓度缩宫素, 保持有效的规律宫缩, 可使第一产程活跃期宫口扩张速度加快[6]。在第二产程中, 观察组较对照组时间长, 主要是使用麻药后产妇整个人放松下来, 但当宫口开全真正需要用力配合阴道分娩时则出现产力差, 导致第二产程时间长, 所以一般宫口开大到 5-6cm 时则关闭镇痛泵, 产妇也没有明显疼痛感, 到宫口开全时就能很好的用力阴道分娩。观察组中产后出血量较对照组增多, 也是考虑与使用麻药后导致尿潴留、继发性宫缩乏力有关, 但参考其他医院研究的结论是观察组和对照组产后出血无统计学意义, 估计也和我科开展无痛分娩时间短, 处理经验不足有关, 多数产妇行椎管内麻醉后不愿下床活动, 以躺着为主, 故产后应及时导尿和使用加强子宫收缩药物, 减少产后出血。

发热问题, 行椎管内麻醉后少数孕妇会出现发热, 一般无高热, 监测体温在 37.5℃-38.5℃之间, 已排除由于胎膜早破或上呼吸道感染等原因造成的发热, 有科研人员研究发现是因为麻醉之后血管代偿性会呈收缩的状

态, 导致热量散失减少。舒芬太尼和罗哌卡因也可能导致部分人体温升高[7]。患者虽然有发热, 但监测胎心音多在正常范围, 可继续阴道试产。对此, 行椎管内麻醉的患者常规补液至少 1000ml, 发热问题也有所减少。

至于剖宫产的研究中, 对照组出现因疼痛要求剖宫产终止妊娠的, 而观察组则不存在这个原因, 因为胎儿宫内窘迫手术的, 对照组较观察组多, 主要病因为临产后, 强烈痛感激导致产妇发生心跳频率加快, 通气紧急等应激反映, 同时儿茶酚胺类物质也大批产生, 从而发生过度通气和耗氧, 导致发生胎儿宫内窘迫, 剖宫产率会上升[8], 而无痛分娩则能够降低促肾上腺皮质激素及其 β -内啡肽等内激素的产生, 从而降低了过分通气与氧耗, 有效防止了分娩产妇和胎儿体内同时发生代谢性酸中毒, 并且对胎盘的气体交换功能也具有保障作用, 使孕妇在母体内的生存环境获得了极大的改善, 从而减少了孕妇宫内窘迫的发病率, 减少剖宫产率的发生[9]。但使用椎管内麻醉镇痛的产妇, 由于麻醉药的作用, 会突然出现一过性的低血压, 监测的胎心音也会偏慢, 但予加快输液和改变体位后血压恢复正常, 胎心音也能够恢复正常[10]。而阴道分娩的, 由于行椎管内麻醉, 麻药阻滞阴部神经, 可有效阻断产道周围组织痛觉信号的传导, 盆底肌松弛, 降低会阴松紧度, 帮助胎儿顺利娩出[11]。会阴裂伤缝合时间虽然无明显差异, 但使用无痛分娩的产妇会阴疼痛轻微, 感觉舒适, 能顺利度过缝合的痛苦过程。观察新生儿分娩后状况, 观察组 Apgar 评分多为轻度窒息, 简单处理即能达到正常评分。而且, 分娩镇痛中所采用的罗哌卡因和舒芬太尼这两类麻醉药品的含量都较少, 因此它们对新生儿、子宫以及胎盘血流并无明显危害, 在分娩时使用能够减轻产妇的疼痛感, 而且起效快、安全性高, 不会抑制新生儿呼吸[12]。综上所述, 分娩镇痛提高了分娩的舒适度, 而且在产科医生积极干预下, 如适当时候诱导尿、静滴低浓度缩宫素或者适时行人工破膜等, 也可缩短产程, 降低了剖宫产率, 缩短了入院治疗时限, 且对孕妇结局并无恶劣危害, 因此可以在医疗临床上推广。

参考文献:

- [1]徐从剑, 华克勤, 实用妇产科学, 第四版, 北京: 人民卫生出版社, 2018: 365.
- [2]张华琴, 剖宫产率高的原因分析及对策[J]. 中国优生优育, 2013, 19 (3): 230-231.
- [3]周意园. 无痛分娩对剖宫产率及指征变化的影响[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31 (4): 723-725.
- [4]王家美, 腰硬联合麻醉患者术后尿潴留相关因素分析[J]. 中外医学研究, 2017, 15 (32): 63-64.
- [5]刘志强, 椎管内分娩镇痛的技术进展和热点问题[J]. 同济大学学报 (医学版), 2020, 41 (6): 679-682.
- [6]李景彩, 缩宫素应用于腰硬联合阻滞麻醉镇痛分娩中的作用探讨[J]. 药学与临床, 2013, 7 (9): 77.
- [7]周润丽, 探讨椎管内分娩镇痛致阴道分娩过程中产时发热的情况[J]. 智慧健康, 2021, 7 (8): 73-75.
- [8]马艳丽, 罗哌卡因联合舒芬太尼持续硬膜外镇痛在无痛分娩中的疗效及对母婴结局的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (35): 16-18.
- [9]王璇, 孔丽娜, 无痛分娩对产程及妊娠结局的影响[J]. 沈阳医学院学报, 2019, 21 (5): 421-423.
- [10]椎管内麻醉并发症的防治 (专家共识指南 2017).
- [11]刘金秀, 刘丽芳, 肖桂兰, 硬膜外麻醉联合会阴神经阻滞用于无痛分娩的前瞻性随机对照研究[J]. 实用医技杂志, 2020, 27 (12): 1650-1651.
- [12]吴新秀. 传统分娩与无痛分娩中的产程观察及分娩结局对比研究[J]. 实用中西医结合临床, 2017, 17 (3): 124-125.

观察普拉洛芬联合玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症患者的疗效

陈卓倩

贵州省黔西南州人民医院 贵州黔西南 562400

摘要：目的：观察普拉洛芬联合玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症患者的疗效。方法：从我院随机挑选2020年6月-2022年1月收治的78例干眼症患者，并分为常规组（n=39）和研究组（n=39），常规组采用玻璃酸钠滴眼液治疗，研究组采用普拉洛芬联合玻璃酸钠滴眼液治疗。对两组患者 BUT、Schiemer 试验渗透、不良反应发生率、炎症因子水平、FL 评分、治疗有效率进行观察。结果：治疗前，研究组和常规组患者 BUT、Schiemer 试验渗透情况比较无显著差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组患者 BUT 值为（ 12.85 ± 3.16 ）t/s、Schiemer 试验渗透值为（ 9.60 ± 1.13 ）mm，常规组 BUT 值为（ 9.60 ± 2.15 ）t/s、Schiemer 试验渗透值为（ 7.49 ± 1.21 ）mm，研究组患者 BUT、Schiemer 试验渗透情况要明显好于常规组（ $P<0.05$ ）。研究组患者不良反应发生率为 5.13%，常规组患者不良反应发生率为 20.51%，研究组患者不良反应发生率要明显低于常规组（ $P<0.05$ ）。治疗前，研究组患者 IL-6、CRP 水平情况比较无显著差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组患者 IL-6、CRP 水平分别为（ 13.76 ± 4.50 ）mg/L、（ 5.33 ± 1.36 ）mg/L，常规组患者 IL-6、CRP 水平分别为（ 16.40 ± 5.41 ）mg/L、（ 9.60 ± 1.58 ）mg/L，研究组患者炎症因子水平要明显好于常规组（ $P<0.05$ ）。治疗前，研究组和常规组 FL 评分情况比较无显著差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组患者治疗 14 天后 FL 评分为（ 1.52 ± 0.30 ）、治疗 28 天后 FL 评分为（ 0.51 ± 0.17 ），常规组患者治疗 14 天后 FL 评分为（ 2.74 ± 0.32 ）、治疗 28 天后 FL 评分为（ 1.20 ± 0.16 ），研究组患者 FL 评分要明显低于常规组（ $P<0.05$ ）。研究组患者治疗有效率为 97.44%，常规组患者治疗有效率为 82.05%，研究组患者治疗有效率要明显高于常规组（ $P<0.05$ ）。结论：在干眼症患者治疗中利用普拉洛芬联合玻璃酸钠滴眼液，可以有效改善患者 BUT、Schiemer 试验渗透值，很少出现不良反应，还可以有效改善患者炎症因子水平，降低 FL 评分，具有较高治疗有效性，值得临床推广。

关键词：普拉洛芬；玻璃酸钠滴眼液；干眼症；联合治疗

在临床中，干眼症是一种常见的疾病，主要是由于眼表油脂层、泪腺泪液缺乏分泌，或者是眼表的稳态环境被破坏等引起的，具有眼红、眼痒、眼部畏光、眼干等临床表现^[1]。如果不及时给予患者有效治疗，会引起一系列并发症，如结膜炎、角质化、角膜充血等，进而导致患者视线模糊，直接影响到患者生活质量。现阶段，临床治疗该疾病主要利用药物治疗，常用药物有玻璃酸钠滴眼液、普拉洛芬滴眼液等^[2]。临床研究显示，玻璃酸钠滴眼液、普拉洛芬滴眼液联合使用的治疗效果要明显好于单一药物治疗效果。下文我院随机挑选 2020 年 6 月-2022 年 1 月收治的 78 例干眼症患者，对普拉洛芬联合玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症患者的疗效进行观察，详细如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从我院随机挑选 2020 年 6 月-2022 年 1 月收治的 78 例干眼症患者，并分为常规组（n=39）和研究组（n=39）。在常规组中，有 25 例男性患者，14 例女性患者，年龄段在 23-61 岁之间；在研究组中，有 24 例男性患者，15 例女性患者，年龄段在 24-62 岁之间。两组患者一般资料对比无显著差异（ $p>0.05$ ），可比。

1.2 方法

常规组，采用玻璃酸钠滴眼液治疗。玻璃酸钠滴眼液（苏州工业园区天龙制药有限公司，国药准字 H20217043），每天 5-6 次，每次 1 滴^[3]。在治疗过程中，结合患者症状，适当对滴眼次数进行增减。

研究组，在常规组基础上，采用普拉洛芬滴眼液治疗。普拉洛芬滴眼液（广东众生药业股份有限公司，国药准字 H20133099）每 6 小时 1 次，每次 1-2 滴。在治疗过程中，结合患者症状，适当对滴眼次数进行增减。

两组患者均连续治疗 30 天。

1.3 观察指标

对两组患者 BUT、Schiemer 试验渗透、不良反应发生率、炎症因子水平、FL 评分、治疗有效率进行观察。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行统计学分析。计量的比较采用 t

值检验，计数的比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表存在显著差异。

2 结果

2.1 BUT、Schiemer 试验渗透情况比较

治疗前，研究组和常规组患者 BUT、Schiemer 试验渗透情况比较无显著差异（ $p>0.05$ ）；治疗后，研究组患者 BUT、Schiemer 试验渗透情况要明显好于常规组（ $p<0.05$ ），详见表 1。

表 1 两组患者 BUT、Schiemer 试验渗透情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	BUT 值（t/s）		Schiemer 试验渗透值（mm）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	39	6.03±1.30	12.85±3.16	2.99±0.45	9.60±1.13
常规组	39	6.04±1.32	9.60±2.15	3.02±0.38	7.49±1.21
T 值		0.249	5.263	0.362	5.416
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 不良反应发生情况比较

研究组患者不良反应发生率为 5.13%，常规组患者不良反应发生率为 20.51%，研究组患者不良反应发生率要明显低于常规组（ $P<0.05$ ），详见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生情况比较[n（%）]

组别	例数	结膜充血	眼睑瘙痒	视线模糊	总发生率
研究组	39	1（2.56）	1（2.56）	0（0.00）	2（5.13）
常规组	39	3（7.69）	3（7.69）	2（5.13）	8（20.51）
χ^2					4.526
P 值					<0.05

2.3 炎症因子水平情况比较

治疗前，研究组患者 IL-6、CRP 水平情况比较无显著差异（ $p>0.05$ ）；治疗后，研究组患者炎症因子水平要明显好于常规组（ $P<0.05$ ），详见表 3。

表 3 两组患者炎症因子水平情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	IL-6（mg/L）	CRP（mg/L）
----	----	------------	-----------

		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	39	22.40±1.40	13.76±4.50	15.40±3.60	5.33±1.36
常规组	39	22.36±1.45	16.40±5.41	15.48±3.65	9.60±1.58
T 值		0.415	3.965	0.516	5.696
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4FL 评分情况比较

治疗前,研究组和常规组 FL 评分情况比较无显著差异 ($P>0.05$);治疗后,研究组患者 FL 评分要明显低于常规组 ($P<0.05$),详见表 4。

表 4 两组患者 FL 评分情况比较[$(\bar{x} \pm s)$ 分]

组别	例数	治疗前	治疗 14 天后	治疗 28 天后
研究组	39	3.40±1.36	1.52±0.30	0.51±0.17
常规组	39	3.46±1.32	2.74±0.32	1.20±0.16
T 值		0.059	5.968	4.899
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

2.5 治疗有效率情况比较

研究组患者治疗有效率要明显高于常规组 ($P<0.05$),详见表 5。

表 5 两组患者治疗有效率情况比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
研究组	39	23 (58.97)	15 (38.46)	1 (2.56)	38 (97.44)
常规组	39	12 (30.77)	20 (51.28)	7 (17.95)	32 (82.05)
χ^2					5.669
P 值					<0.05

3 讨论

干眼症,属于一种慢性疾病,多发生在电脑工作者、长期佩戴隐形眼镜、老年人这几种类型群体中。以往临床治疗该疾病主要是利用人工泪液治疗、小泪点栓塞法^[4]。玻璃酸钠滴眼液,是常用的人工泪液药物,能够对眼睛干涩、异物感等症状进行有效改善,但是由于该疾病发病机制较为复杂,单一使用该药物无法有效根治,停止食用后容易复发。

临床研究显示,干眼症是由于生理环境被破坏,诱发非感染性免疫相关炎症,导致炎性介质对眼表细胞、微环境造成损伤。利用抗炎药物,可以对炎症进行抑制,对眼表细胞微环境进行维持,有助于对泪膜渗透性张力进行改善^[5]。普拉洛芬,属于非甾体类抗炎药物,能够对抗炎因子进行抑制调节,进而有效缓解患者炎症。并且,相关研究显示,在治疗干眼症时,利用普拉洛芬滴眼液,可以对角膜进行浸润,还可以对眼表微生态环境平衡进行维持^[6]。本文研究显示,研究组患者治疗有效率为 97.44%,常规组患者治疗有效率为 82.05%,研究组患者治疗有效率要明显高于常规组 ($p<0.05$)。从中可以看出,利用玻璃酸钠滴眼液联合普拉洛芬滴眼液治疗,可以提升治疗效果。究其原因,干眼症病理、生理改变的主要因素并不是眼表水分不足,而是眼表炎症引起的泪液分泌、排出系统功能不全,进而对泪膜成分造成影响,损害到泪膜稳定性,最终导致患者出现灼热、发红、眼干等症状。而玻璃酸钠滴眼液仅仅可以对眼表水分进行补充,对其他生理改变、病理改变作用较小,导致治疗效果不理想^[7]。因此,在玻璃酸钠滴眼液的基础上,联合利用抗炎药物,可以对眼表炎症进行抑制,有助于对泪液分泌、排除系统功能进行改善,进而对泪液渗透压进行降低,更好的保护眼表屏障、泪膜稳定性,实现协同增效效果。

FL 评分,是对患者角膜上皮缺损情况进行判断的主要手段,能够反映出结膜和角膜上皮损伤程度、溃疡发生情况^[8]。本文研究显示,治疗后,研究组患者 FL 评分要明显低于常规组 ($P<0.05$)。从中可以看出,利用玻璃酸钠滴眼液联合普拉洛芬滴眼液治疗,可以对患者角膜、结膜损伤情况进行改善。究其原因,由于炎症反映会对眼表微生态环境造成破坏,损坏

到角结膜,而利用普拉洛芬滴眼液能够对粒细胞反应、T 淋巴细胞吞噬作用进行改变,且可以对单核细胞吞噬作用、迁移作用进行降低^[9]。并且,该药物还可以对炎性因子生成进行调节,有效抑制炎症,减轻对角膜损伤。本文研究显示,治疗后,研究组患者炎性因子水平要明显好于常规组 ($P<0.05$)。这主要是因为普拉洛芬滴眼液是消炎类滴眼液,其丙酸衍生物可以对前列腺素生物产生进行抑制,前列腺生物合成会促使患者疼痛、发热症状加重,通过对前列腺生物产生进行控制,能够气道抗炎效果,且还可以避免免疫系统过于活跃,有效控制血清 IL-6、CRP 水平。本文研究显示,治疗前,研究组和常规组患者 BUT、Schiemer 试验渗透情况比较无显著差异 ($P>0.05$);治疗后,研究组患者 BUT、Schiemer 试验渗透情况要明显好于常规组 ($P<0.05$)。研究组患者不良反应发生率为 5.13%,常规组患者不良反应发生率为 20.51%,研究组患者不良反应发生率要明显低于常规组 ($P<0.05$)。从中可以看出,两种药物联合使用具有良好的安全性,因为两种药物放射活性会随时间影响而降低,不会在视网膜、晶状体、脉络膜、血液中积聚^[10]。此外,单纯利用剥离酸钠滴眼液是没有抗炎作用的,无法对眼表炎症引起的泪液分泌不足问题进行解决。而普拉洛芬滴眼液,是三环结构,能够有效抑制环氧合酶活性,可以对花生四烯酸分解前血栓素 A₂、前列环素、前列腺素分泌进行阻断,这个有助于对泪膜渗透性张力进行控制,有效修复眼表保护膜,有效改善泪液分泌和排除系统功能。

综上所述,普拉洛芬联合玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症患者,能够改善患者 BUT、Schiemer 试验渗透值,降低不良反应发生率,还能够改善患者炎性因子水平,降低 FL 评分,可以有效提升治疗有效率,具有较高临床推广价值。

参考文献:

[1]吕颖,何敏,刘虎梅.普拉洛芬联合玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症患者的疗效分析[J].中国现代药物应用,2022,16 (05): 148-151.

[2]唐红霞.普拉洛芬滴眼液联合玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症临床效果评价[J].现代养生,2022,22 (04): 302-304.

[3]邓辉琳.普拉洛芬滴眼液联合玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症患者的临床效果观察[J].现代医学与健康研究电子杂志,2021,5 (21): 4-7.

[4]李育红,李晖,曾程慧,等.普拉洛芬滴眼液联合高浓度玻璃酸钠滴眼液治疗老年干眼症临床观察[J].药物流行病学杂志,2020,29(12): 821-824.

[5]李杰.普拉洛芬联合玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症患者的临床观察[J].临床医药文献电子杂志,2020,7 (38): 153.

[6]隋丹丹,马玉涛,张念民,等.普拉洛芬联合玻璃酸钠滴眼液在白内障术后干眼症治疗中的临床效果[J].临床医药文献电子杂志,2020,7 (23): 147.

[7]庄靖玲.玻璃酸钠联合普拉洛芬滴眼液与单纯玻璃酸钠滴眼液治疗儿童干眼的疗效比较[J].临床医药文献电子杂志,2019,6 (87): 93.

[8]黄向娜.玻璃酸钠滴眼液联合普拉洛芬治疗青光眼术后干眼症的临床效果分析[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6 (12): 131-132.

[9]喻娟.普拉洛芬滴眼液联合玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症的疗效观察[J].中国处方药,2018,16 (12): 86-87.

[10]顾晓波.普拉洛芬滴眼液联合玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症眼表炎症的临床价值体会[J].临床医药文献电子杂志,2018,5 (90): 97-99.

作者简介:陈卓倩(1986-),女,汉族,贵州兴义人,本科学历,主治医师,主要从事眼科临床方面工作。

头孢地尼联合奥硝唑治疗盆腔炎的效果及不良反应发生率评价

宜楠¹ 李巧巧^{2*} (通讯作者)

1 陕西省韩城矿务局总医院 陕西渭南 715499; 2*镇安县妇幼保健计划生育服务中心 陕西商洛 726399

摘要:目的: 分析头孢地尼、奥硝唑联合用药对盆腔炎的治疗效果、不良反应。方法: 抽取本院 96 例盆腔炎患者为观察对象, 病例抽取时间自 2019 年 1 月~2021 年 12 月。按用药方案分组, 对照组 (n=48) 行奥硝唑药物治疗, 联合组 (n=48) 行头孢地尼、奥硝唑联合用药治疗。组间对比其疗效、不良反应及炎症因子、血液流变学项目变化。结果: 于治疗总有效率方面, 较对照组, 联合组项目值更高, $P<0.05$ 。于炎症因子项目 (IL-6、TNF- α 、hs-CRP)、血液流变学项目 (EAI、PV、CP) 方面, 治疗后, 较对照组, 联合组各项目值更低, $P<0.05$ 。于不良反应发生率方面, 组间比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。结论: 联合头孢地尼、奥硝唑用于盆腔炎疾病救治, 可提升效果, 并改善炎症因子、血液流变学项目值。

关键词: 头孢地尼; 奥硝唑; 盆腔炎; 效果; 不良反应; 炎症因子; 血液流变学

因卫生习惯、饮食习惯、心理压力等因素影响, 盆腔炎症发病率近年有上升趋势, 该疾病以白带增多、腹痛为主要疾病表现, 甚至导致不孕症、月经不调, 直接给患者的身心健康带来影响^[1-2]。临床主要以药物救治方案用于盆腔炎症控制, 而不同用药方案下, 药物疗效、不良反应方面存在一定差异。本次试验选取 2019 年 1 月~2021 年 12 月我院治疗的 96 例盆腔炎患者, 对其中 48 例患者应用头孢地尼、奥硝唑联合用药对盆腔炎疾病救治效果、不良反应的影响, 探讨如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

抽取本院 96 例盆腔炎患者为观察对象, 病例抽取时间自 2019 年 1 月~2021 年 12 月。按用药方案分组, 对照组 (n=48) 中, 年龄区间为 24 岁~50 岁, 取均值 (34.25 $\pm$ 2.19) 岁, 病程区间为 1 年~6 年, 取均值 (3.12 $\pm$ 0.63) 年; 联合组 (n=48) 中, 年龄区间为 23 岁~51 岁, 取均值 (34.36 $\pm$ 2.54) 岁, 病程区间为 1 年~6 年, 取均值 (3.27 $\pm$ 0.73) 年。于基线项目方面作对比可知, 差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

纳入标准: (1) 经超声、实验室等检查确诊为盆腔炎症疾病; (2) 存在典型疾病症状 (白带增多、腹痛); (3) 关于此次研究内容, 患者知悉, 并签署同意书。

排除标准: (1) 合并盆腔结核或其他盆腔病变; (2) 于其他脏器方面, 存在功能障碍; (3) 对此次试验涉及用药, 存在不耐受/过敏; (4) 于免疫功能方面, 存在功能异常; (5) 妊娠期/哺乳期女性。

1.2 方法

对照组 (n=48): 500mg/次奥硝唑 (山东鲁杭医药集团赛特有限公司; 国药准字 H20133070; 规格: 250mg·10s) 口服, 2 次/d, 持续治疗 4 周。

联合组 (n=48): 奥硝唑同对照组, 100mg/次头孢地尼 (深圳致君制药有限公司; 国药准字 H20100147; 规格: 100mg·6s) 口服, 3 次/d, 持续治疗 4 周。

1.3 评价指标

组间对比治疗总有效率, 以治愈、显效、有效例数之和计为总有效率, 效果判定标准为: (1) 治愈: 救治后, 患者各疾病症状完全消失, 且 B 超检查结果显示盆腔积液、包块消失, 妇科检查结果显示正常; (2) 显效: 治疗后患者疾病症状改善明显, B 超检查、妇科检查较治疗前明显改善; (3) 有效: 治疗后, 患者疾病症状及检查结果较治疗前有所好转; (4) 无效: 无明显变化。

组间比较不良反应发生率, 以腹泻、头疼、胃肠道反应较为常见。

组间比较治疗前、后血清炎症因子项目变化, 项目为白细胞介素 6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)。

组间比较治疗前、后血液流变学项目变化, 项目为血浆粘度 (PV)、全血粘度 (CP)、红细胞聚集指数 (EAI)。

1.4 数据处理

此次试验所得项目数据采用 SPSS20.0 作规范化处理, 计数项目数据以 n (%) 表述, 以 χ^2 检验作项目数据比较; 计量项目数据以 ($\bar{x}\pm s$) 表述, 以 t 检验作项目数据比较。项目数据比较差异有统计学意义, 表现为 $p<0.05$ 。

2. 结果

2.1 组间对比治疗总有效率

于治疗总有效率方面, 较对照组, 联合组项目值更高, $P<0.05$ 。详见下表。

表 1. 组间对比治疗总有效率[n (%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (n=48)	12(25.00)	17(35.42)	12(25.00)	7 (14.58)	41(85.42)
联合组 (n=48)	16(33.33)	16(33.33)	15(31.25)	1 (2.08)	47(97.92)
χ^2	-	-	-	-	4.9091
P	-	-	-	-	0.0267

2.2 组间比较不良反应发生率

于不良反应发生率方面, 组间比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。详见下表。

表 2. 组间比较不良反应发生率[n (%)]

组别	腹泻	头疼	胃肠道反应	总例数
对照组 (n=48)	1 (2.08)	1 (2.08)	1 (2.08)	3 (6.25)
联合组 (n=48)	1 (2.08)	0 (0.00)	1 (2.08)	2 (4.17)
χ^2	-	-	-	0.2110
P	-	-	-	0.6459

2.3 组间比较治疗前、后血清炎症因子项目变化

于 IL-6、TNF- α 、hs-CRP 等炎症因子项目值方面对比, 治疗前组间比较差异无统计学意义, $P>0.05$; 治疗后, 两组患者各项项目值较治疗前均下降, 且组间比较可知, 较对照组, 联合组各项目值更低, $P<0.05$ 。详见下表。

表 3.组间比较治疗前、后血清炎症因子项目变化 ($\bar{x} \pm S$)

组别	时间	hs-CRP(mg/L)	IL-6 (ng/L)	TNF- α (ng/L)
对照组 (n=48)	治疗前	12.58 $\pm$ 2.87	112.36 $\pm$ 8.12	93.54 $\pm$ 7.23
	治疗后	9.23 $\pm$ 2.14	63.54 $\pm$ 8.65	63.38 $\pm$ 7.15
联合组 (n=48)	治疗前	12.68 $\pm$ 2.77	112.46 $\pm$ 7.58	93.68 $\pm$ 7.21
	治疗后	6.01 $\pm$ 1.28	51.36 $\pm$ 8.11	40.45 $\pm$ 5.35
T 治疗后		8.9465	7.1168	17.7899
P 治疗后		0.0001	0.0001	0.0001

2.4 组间比较治疗前、后血液流变学项目变化

于 EAI、PV、CP 等血液流变学项目值方面对比, 治疗前组间比较差异无统计学意义, $P>0.05$; 治疗后, 两组患者各项目值较治疗前均下降, 且组间比较可知, 较对照组, 联合组各项目值更低, $P<0.05$ 。详见下表。

表 4.组间比较治疗前、后血液流变学项目变化 ($\bar{x} \pm S$)

组别	时间	PV (mPa·s/200s)	CP (mPa·s/200s)	EAI
对照组 (n=48)	治疗前	1.73 $\pm$ 0.25	4.25 $\pm$ 0.55	5.85 $\pm$ 0.54
	治疗后	1.51 $\pm$ 0.15	3.75 $\pm$ 0.45	5.11 $\pm$ 0.51
联合组 (n=48)	治疗前	1.74 $\pm$ 0.24	4.27 $\pm$ 0.54	5.88 $\pm$ 0.56
	治疗后	1.35 $\pm$ 0.18	3.12 $\pm$ 0.36	4.87 $\pm$ 0.46
T 治疗后		4.7311	7.5741	2.4211
P 治疗后		0.0001	0.0001	0.0174

3. 讨论

盆腔炎, 属妇科常见疾病, 即女性生殖器官及其周围组织出现炎症反应, 包括盆腔腹膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、子宫内膜炎等疾病。盆腔炎疾病发病率高, 以白带增多、腹痛为常见疾病表现, 严重时易引发不孕症、月经不调、异位妊娠, 危及患者健康^[3-4]。临床救治盆腔炎以药物治疗为主, 药物方案中以抗生素、抗感染药物为主, 通过消灭引发盆腔炎疾病的细菌(如厌氧菌、革兰阴性/阳性菌)而达到控制疾病症状的目的^[5-6]。

奥硝唑属长效药物, 该药物吸收力强、渗透力强、生物利用度高, 可杀灭导致盆腔炎症病的各种厌氧菌病原物, 达到控制疾病症状的效果, 且药物不良反应发生率, 于临床较为常用。但盆腔炎症病患者多为复杂性感染, 致使药物救治效果受限。而为进一步提升疗效, 临床救治盆腔炎逐渐考虑联合用药^[7-10]。本次研究结果显示, 于治疗总有效率方面, 较对照组, 联合组项目值更高, $P<0.05$ 。于不良反应发生率方面, 组间比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。于炎症因子项目、血液流变学项目方面, 治疗后, 较对照组, 联合组各项目值更低, $P<0.05$ 。即可知, 联合头孢地尼、奥硝唑药物方案, 用于盆腔炎疾病救治, 在不影响药物不良反应的同时, 可提升疗效、改善其炎症因子及血液流变学项目值。分析原因可知, 头孢地尼属广谱抗生素, 为半合成药物, 该药物对各敏感菌感染有明显效果, 尤其对革兰阴性菌的抗菌活性更为明显, 同时可平衡 β 内酰胺酶、头孢菌素酶, 起到抑制革兰菌活性的效果^[11-12]。联合头孢地尼、奥硝唑用于盆腔炎, 扩大药物抗菌范围, 完善药物抗感染治疗的覆盖面, 对于各类炎症感染诱因消除方面作进一步强化, 在不影响用药安全性的基础上提升药物疗效、强化消炎效果, 促术后康复^[13-17]。

综上所述, 对盆腔炎疾病救治, 开展头孢地尼、奥硝唑联合用药方案, 不影响用药安全性的基础上, 联合用药干预下患者的救治效果更佳, 且术后炎症因子、血液流变学项目值改善效果更为明显。

参考文献:

- [1]梁雪丽. 头孢地尼联合奥硝唑治疗盆腔炎的效果观察[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15 (13): 194-196.
- [2]渠志华, 郑岚. 头孢地尼联合奥硝唑对盆腔炎的应用效果及 CRP、IL-1 水平影响[J]. 中华养生保健, 2021, 39 (9): 193-195.
- [3]TRENT, MARIA, RECTO, MICHELLE, QIAN, QIANG, et al. Please Be Careful with Me: Discrepancies between Adolescent Expectations and Clinician Perspectives on the Management of Pelvic Inflammatory Disease[J]. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 2019, 32 (4): 363-367.
- [4]曹艳秋, 王枫. 头孢地尼联合奥硝唑治疗盆腔炎的临床效果观察[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (33): 53.
- [5]许传霖. 头孢地尼联合奥硝唑治疗盆腔炎的疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14 (10): 147-149.
- [6]LATIMER, ROSIE L., READ, TIM R. H., VODSTRCIL, LENKA A., et al. Clinical Features and Therapeutic Response in Women Meeting Criteria for Presumptive Treatment for Pelvic Inflammatory Disease Associated With Mycoplasma genitalium[J]. Sexually transmitted diseases, 2019, 46 (2): 73-79.
- [7]官立娟. 分析头孢地尼合并奥硝唑治疗 72 例盆腔炎患者的临床可行性[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (2): 126-127.
- [8]黄雪梅, 罗建秀, 顾丽琴. 分析头孢地尼联合奥硝唑治疗盆腔炎的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (30): 185.
- [9]侯丽. 头孢地尼联合奥硝唑治疗盆腔炎临床效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (14): 1.
- [10]董秀华. 头孢地尼联合奥硝唑治疗盆腔炎的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10 (27): 2.
- [11]SHIGEMI, DAISUKE, MATSUI, HIROKI, FUSHIMI, KIYOHIDE, et al. Therapeutic Impact of Initial Treatment for Chlamydia trachomatis Among Patients With Pelvic Inflammatory Disease: A Retrospective Cohort Study Using a National Inpatient Database in Japan[J]. Clinical infectious diseases, 2019, 69 (2): 316-322.
- [12]梁伟. 头孢地尼联合奥硝唑治疗盆腔炎临床效果观察[J]. 河南医学研究, 2017, 26 (14): 2601-2602.
- [13]孙凤芹. 头孢地尼联合奥硝唑及护理干预治疗盆腔炎临床效果观察[J]. 中国保健营养, 2017, 27 (30): 351.
- [14]袁晓琴, 袁少婷, 崔立新. 头孢地尼联合奥硝唑治疗盆腔炎的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3 (33): 98-100.
- [15]张云. 头孢地尼联合奥硝唑用于临床治疗盆腔炎的疗效分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7 (5): 2.
- [16]郭娟. 盆腔炎患者采用头孢地尼联合奥硝唑治疗的临床疗效分析[J]. 家庭医药. 就医选药, 2018 (07): 72-73.
- [17]许传霖. 头孢地尼联合奥硝唑治疗盆腔炎的疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14 (10): 3.

环喷托酯与阿托品对远视戴镜儿童睫状肌麻痹作用对比研究

郝艳君¹ 张丽军^{2*} 贾丁² 郭旭明¹ 郭梦瑶² 陈娟娟²

1 太原爱尔眼科医院 山西太原 030001; 2 山西爱尔眼科医院 山西太原 030006

摘要: 目的: 对比 1%硫酸阿托品眼用凝胶与 1%环喷托酯滴眼液对远视戴镜儿童睫状肌麻痹验光效果。方法: 将 25 例(50 眼)的远视戴镜儿童(年龄 6.56±2.34 岁)男 8 例, 女 17 例, 正位眼: 11 例, 内隐斜及内斜视: 9 例, 外隐斜及外斜视: 5 例; 单纯远视 10 眼, 复性远视散光 40 眼, 弱视眼 10 只, 非弱视眼 40 只, 分别先给予 1%盐酸环喷托酯滴眼液, 点眼 3 次, 间隔 10 分钟, 闭眼 30 分钟后检验光并收集数据; 7 天后同批患儿给予 1%硫酸阿托品眼用凝胶点眼, 3 次/日, 连用 3 天, 来院行检验光并收集数据。数据分别进行正态性及方差齐检验, 两种药物屈光度采用配对 t 检验; 同一患者使用两种药物产生的屈光度差值分别与年龄, 性别、视力、眼位及屈光度做相关分析。结果: 1%环喷托酯滴眼液屈光度数低于 1%硫酸阿托品眼用凝胶, 两者比较差异有统计学意义 (t=9.068, P<0.05); 两种睫状肌麻痹剂屈光度差值与矫正视力有相关性 (R=-0.364, P<0.05), 与性别、眼位、屈光度值无相关性 (P>0.05)。结论: 本研究发现 1%环喷托酯滴眼液对远视戴镜儿童具有强效、快速散瞳作用, 且有良好麻痹睫状肌作用; 且不受性别 (R=-0.128, P>0.05), 年龄 (R=-0.223, P>0.05)、眼位 (R=0.243, P>0.05)、屈光度 (R=-0.055, R=0.063, P>0.05) 影响。

关键词: 阿托品; 环喷托酯; 远视; 戴镜; 儿童

远视戴镜儿童需根据眼位及屈光度的变化来调换眼镜, 但儿童睫状肌调节能力很强, 为了准确了解儿童屈光度值的变化就需要尽可能降低眼的调节力, 因此临床上选择合适的睫状肌麻痹剂就成为儿童验光的重要环节。

目前临床上常用的睫状肌麻痹剂: 1%硫酸阿托品眼用凝胶和 1%盐酸环喷托酯滴眼液。1%硫酸阿托品眼用凝胶可以充分麻痹睫状肌, 验光准确性高, 是目前儿童睫状肌麻痹验光的首选药物^[1-2], 但是其起效缓慢, 维持时间较长, 一般需要 3 周左右瞳孔才能恢复, 致使儿童在散瞳期间不能视近、畏光, 造成儿童生活和学习困难。1%盐酸环喷托酯滴眼液是人工合成的抗胆碱药物, 起效快, 点药后 60 分钟产生最大的睫状肌麻痹效果, 作用时间短, 点药后 48 小时后瞳孔恢复。20 世纪 80 年代起开始在国外应用, 现已成为屈光检查的常规用药^[3]。因此我们考虑是否可以用 1%环喷托酯滴眼液代替 1%硫酸阿托品眼用凝胶作为远视戴镜儿童复查验光的常规用药? 两种药物验光的差异又受哪些因素影响? 现将研究报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2017 年 5 月—2018 年 5 月收治的远视戴镜儿童 25 例 (50 眼), 男 8 例, 女 17 例, 年龄 3~11 岁 (年龄 6.56±2.34 岁); 正位眼: 11 例, 内斜视: 9 例, 外隐斜: 5 例; 单纯远视 10 眼, 复性远视散光 40 眼; 弱视眼 10 只, 非弱视眼 40 只。纳入标准: (1) 患者及家属知情同意。(2) 首次散瞳验光使用的是 1%硫酸阿托品眼用凝胶。(3) 入选前 1 周, 眼局部及全身未使用其他药物。(4) 戴镜 1 年以上。排除标准: (1) 病理性远视、眼球器质性病变。(2) 隐形眼镜配戴史、眼手术史和外伤史。(3) 对硫酸阿托品和盐酸环喷托酯禁忌或过敏。(4) 戴镜不规律。

1.2 方法

先用 1%盐酸环喷托酯滴眼液, 间隔 10 min 滴眼 1 次, 共 3 次, 最后 1 次滴眼 30min 后检验光并记录结果。第 7d 用 1%硫酸阿托品眼液滴眼, 每日 3 次, 连用 3 天, 3d 后检验光并记录结果。屈光度值用等效球镜 (等效球镜=球镜+1/2 棱镜度) 计算, 表示为均数±标准差。

1.3 统计学方法

应用 SPSS 23.0 软件进行统计分析, 计量资料比较采用配对 t 检验

P<0.05 为差异有统计学意义; 两种睫状肌麻痹剂屈光度差值分别与屈光度值、年龄, 性别、视力、眼位做皮尔逊相关分析, P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

两种睫状肌麻痹剂检验光的屈光度值: 50 只眼屈光度值均呈正态分布, 且符合方差齐性。

	个案值	平均值	标准差
盐酸环喷托酯	4.91650	2.296851	50
硫酸阿托品	5.27500	2.280547	50
差值	0.36750	0.265357	50

1%盐酸环喷托酯滴眼液与 1%硫酸阿托品眼用凝胶屈光度峰值分别 (4.92±2.30)D 和 (5.28±2.28)D, 两种药物屈光度峰值的差值为 (0.38±0.27) D, 两差值之间的差异有统计学意义 ((t=9.068, P<0.05) 相关性。

		屈光度					
		年龄	性别	眼位	环喷托酯	阿托品	矫正视力
屈光度差值	皮尔逊相关	-0.223	-0.128	0.243	-0.055	0.063	-0.364
	显著性 (双尾)	0.119	0.375	0.089	0.704	0.664	0.014
	个案数	50	50	50	50	50	50

两种睫状肌麻痹剂屈光度差值与矫正视力呈相关性 (R=-0.364, P<0.05); 与年龄无相关性 (R=-0.223, p>0.05), 与屈光度无相关性 (R=-0.055, P>0.05; R=0.063, P>0.05), 与性别无相关性 (R=-0.128, P>0.05), 与眼位无相关性 (R=0.243, P>0.05)。

3 讨论

远视戴镜儿童戴镜 6-12 月根据眼位及屈光度的变化来调换眼镜。由于儿童调节力强, 临床上每次验光均需行睫状肌麻痹消除调节再行验光, 从而测出较准确的屈光度值。阿托品作为我国临床上儿童最常用的睫状肌麻痹剂, 由于其强效的睫状肌麻痹作用^[4], 一直是 12 岁以下儿童睫状肌麻痹

验光的“金标准”^[15-17]。但阿托品作用时间长,瞳孔及调节力恢复慢,需要3周左右才能恢复^[11],常常影响儿童的学习和生活。远视戴镜儿童如果每次复查屈光度的变化都用阿托品散瞳验光,就意味着每次复查完将有3周左右不能学习,这样为儿童及家长带来很大的困扰。1%环喷托酯是一种人工合成的乙酰胆碱受体拮抗剂,通过阻断虹膜睫状体及瞳孔括约肌对胆碱能药物的兴奋作用,达到麻痹睫状肌和瞳孔散大作用。其属于中效睫状肌麻痹剂,具有起效快,恢复时间短,副作用少^[5-6],在国外临床上已广泛应用于少年儿童屈光检查^[5]。

目前对两种睫状肌麻痹剂研究显示:国外文献报告结果不统一。Ingram和Barr^[7]对1岁白种儿童的研究发现,应用1%盐酸环喷托酯和1%阿托品睫状肌麻痹验光所得屈光度的平均差0.40D,认为前者不如后者的睫状肌麻痹效果好。同样Kawamoto和Hayasaka^[8]对51例(102只眼)日本儿童也做同样的研究,得出的结论两种睫状肌麻痹验光的屈光度值平均差0.72D,所以作者认为阿托品睫状肌麻痹验光的屈光度值更准确。Celebi和Aykan^[9]比较32例小度数<10棱镜度的调节性内斜视土耳其儿童,得出的结论应用1%盐酸环喷托酯和1%阿托品进行睫状肌麻痹验光的屈光度值的差异无统计学意义,所以作者认为在调节性内斜视儿童中,两种药物的睫状肌麻痹作用相似。国内,张林娜^[13],皮练鸿等^[14]分别在动物体内以及临床上证明了阿托品和环喷托酯在散瞳作用上基本相当。姚润莲^[12]进行临床对比实验,盐酸环喷托酯滴眼液最大睫状肌麻痹时间是60min,在最大睫状肌麻痹状态下盐酸环喷托酯组剩余调节力与阿托品组相近($P>0.05$),结果显示用盐酸环喷托酯代替阿托品对6~12岁屈光不正非调节性内斜视儿童进行散瞳验光是可行的。

以上研究都是针对远视未戴镜儿童,但是对于已经戴镜的远视儿童,两种药物的睫状肌麻痹效果如何?1%环喷托酯是否可以代替1%阿托品作为远视戴镜儿童常规复查睫状肌麻痹验光首选用药,经查相关文献,国内尚无相关报道。

本文对3-11岁的远视已戴镜儿童的研究结果表明,1%盐酸环喷托酯眼液与1%硫酸阿托品眼用凝胶屈光度峰值分别(4.92 ± 2.30)D和(5.28 ± 2.28)D,两种药物屈光度峰值的差值为(0.38 ± 0.27)D,两差值之间的差异有统计学意义($P<0.05$),1%环喷托酯不能完全替代1%阿托品的睫状肌麻痹作用。然而在眼科临床上,远视屈光度的全矫通常是指睫状肌完全麻痹状态下的静态屈光度减去+1.00D左右的生理性调节,如果睫状肌麻痹验光屈光度差值在+1.00D以内,不足以对临床上远视性屈光不正的矫正造成影响^[10]。对于远视戴镜儿童我们更关注的是每次复查的屈光度值及眼位变化,所以两种药物屈光度差值无临床意义。本研究还提示两种药物的屈光度差值仅与矫正视力呈负相关性,年龄越小,相关性越大,反之则越小;与屈光度,年龄、性别、眼位均无关,究其原因还有待进一步研究。

综上所述,本研究显示1%盐酸环喷托酯滴眼液对戴镜远视儿童睫状肌麻痹效果强,与阿托品相当,且仅与矫正视力相关,而不受屈光度、年龄、性别、眼位的影响。1%环喷托酯滴眼液睫状肌麻痹起效快、恢复快,全身不良反应小,在远视戴镜儿童临床使用中有明显优势。本文结果表明1%盐酸环喷托酯滴眼液是远视戴镜儿童常规散瞳验光的理想睫状肌麻痹剂,值得临床推广。

参考文献:

- [1]杨俊芳.托比卡胺与阿托品扩瞳验光结果对比研究[J].国际眼科杂志,2009,9(7): 1313-1315.
- [2]FAN D S, RAO S K, NG J S, et al. comparative study on the safety and efficacy of different cycloplegic agents in children with darkly pigmented irides[J]. Clin Experiment Ophthalmol, 2004, 32(5): 462-467.
- [3]Wright KW, Spiegel PH. Pediatric ophthalmology and strabismus [M]. St. Louis: Mosby, 1995: 69.
- [4]葛坚.眼科学[M].北京:人民卫生出版社, 2005: 463-464.
- [5]Bartlett JD, Janus SD. Clinical ocular pharmacology [M]. Boston: Butterworths, 1984: 112-113.
- [6]Chang FW. The Pharmacology of Cycloplegics. Am J Ophthalmol, 1978, 85: 219-222.
- [7]Ingram RM, Barr A. Refraction of 1-year-old children after cycloplegia with 1% cyclopentolate: comparison with findings after atropinisation [J]. Br J Ophthalmol, 1979, 63: 348-352.
- [8]Kawamoto K, Hayasaka S. Cycloplegic refractions in Japanese children: a comparison of atropine and cyclopentolate [J]. Ophthalmologica, 1997, 211: 57-60.
- [9]Celebi S, Aykan U. The comparison of cyclopentolate and atropine in patients with refractive accommodative esotropia by means of retinoscopy, autorefractometry and biometric lens thickness [J]. Acta Ophthalmol Scand, 1999, 77: 426-429.
- [10]王晓明, 马鲁新, 王利华. 远视儿童应用1%环喷托酯睫状肌麻痹验光的研究[J]. 中华眼科杂志, 2011, 47(11): 989-994.
- [11]郑康铨. 单纯屈光不正青少年用复方托品酰胺滴眼液与阿托品眼膏散瞳验光的对比分析[J]. 河北医药, 2009, 31(3): 294-295.
- [12]姚润莲, 艾育德, 阿拉腾其木格. 盐酸环喷托酯对儿童睫状肌麻痹效果的观察[J]. 国际眼科杂志, 2010, 10(1): 153-154.
- [13]张林娜, 田旭, 盛新华. 盐酸环喷托酯的散瞳作用[J]. 山东大学学报(医学版), 2004, 3(42): 372-372.
- [14]皮练鸿, 阴正勤, 刘京力. 1953例儿童环戊通与托吡卡胺眼液散瞳验光的比较研究[G]. 中华医学会第十二届全国眼科学术大会论文汇编, 2007.
- [15]Liao B, Lu W. Application of mydrin-P and atropine in refraction for amblyopia children [J]. Int J Ophthalmol (Guoji Yanke Zazhi), 2007, 7: 868-869.
- [16]Khurana A K, Ahluwalia B K, Rajan C. Status of cyclopentolate as a cycloplegic in children: a comparison with atropine and homatropine [J]. Acta Ophthalmol (Copenh), 1988, 66: 721-724.
- [17]刘念, 陈少芳, 李赛群, 等. 国产盐酸环喷托酯滴眼液和托吡卡胺对眼睫状肌麻痹效果的比较研究[J]. 国际眼科杂志, 2007, 7(6): 1595-1597.

小切口阑尾炎切除术用于阑尾炎治疗的临床效果分析

纪攀芝 王占芳

海阳市凤城街道卫生院 山东海阳 265118; 海阳市留格庄中心卫生院 山东海阳 265114

摘要:目的: 评估阑尾炎行小切口切除术治疗的价值。方法: 以 80 例阑尾炎患者为样本, 入选时间为 2018 年 12 月-2021 年 12 月, 样本被随机分组, 即参考组、调查组, 样本量均是 40 例, 前者行常规阑尾切除术, 后者行小切口阑尾切除术, 记录临床指标, 统计并发症, 观察切口愈合情况, 评估生活质量。结果: 手术、排气、拆线、住院时间以及切口长度等数值经相应计算后, 在调查组比参考组短, $P<0.05$ ($t=13.9842$ 、 19.9169 、 9.8785 、 6.6169 、 6.1265 、 9.1816 , P 均是 0.0000)。统计各手术方案的并发症数据, 在调查组仅有 5.00% , 此数值计算后比参考组的 25.00% 低, $P<0.05$ ($X^2=6.2745$, $P=0.0122$)。评估各手术方案下的切口愈合情况, 其中甲级愈合率数据经统计计算后在调查组 (70.00%) 比参考组 (35.00%) 高, 而丙级愈合率数据经统计计算后在调查组 (2.50%) 比参考组 (17.50%) 低, $P<0.05$ ($X^2=9.8246$ 、 5.0000 , $P=0.0017$ 、 0.0253)。经由不同维度评估各手术方案实施后的生活质量, 检验计算得到的分值, 在调查组比参考组高, $P<0.05$ ($t=4.4458$ 、 4.4318 、 4.3793 、 4.8084 、 3.5469 、 4.8876 , P 均是 0.0000)。结论: 小切口阑尾切除术不会过多影响到生活, 并发症少, 切口愈合好, 能提高阑尾炎患者接受度。

关键词: 小切口切除术; 临床指标; 愈合情况; 手术效果; 阑尾炎

阑尾炎为炎性病变, 常在病菌入侵后出现, 部分患者病因为阑尾管腔堵塞, 此病出现后有右下腹疼痛感, 若治疗被耽误, 有较高梗阻、穿孔风险, 需与其他急腹症进行辨别, 迅速完成阑尾切除治疗^[1]。既往经开腹完成阑尾切除, 可清楚了解阑尾位置, 掌握阑尾和附近组织的关系, 能保证阑尾切除彻底性, 但较大的创伤会增加阑尾切除术的出血, 可能会形成大面积瘢痕, 愈合效果欠佳, 若后续存在腹腔病变, 会增加手术难度^[2]。小切口切除术逐渐推广, 即在小切口状态下能详细观察阑尾情况, 了解阑尾附近血管、神经分布状态, 可降低阑尾切除风险。此术式切口小, 术后瘢痕较轻微, 在阑尾切除后腹部创伤小, 能改善创口愈合效果, 维持阑尾切除安全性^[3]。对此, 研究以 80 例阑尾炎患者为样本, 入选时间段为 2018 年 12 月-2021 年 12 月, 重点在于了解小切口阑尾切除术的价值。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

以 80 例阑尾炎患者为样本, 入选时间为 2018 年 12 月-2021 年 12 月, 样本被随机分组, 即参考组、调查组, 样本量均是 40 例。参考组: 病程值区间 6-42h, 均数值 (24.69 ± 2.51) h; 22 例男, 18 例女; ASA 分级: 25 例 I 级, 15 例 II 级; 年龄值区间 22-63 岁, 均数值 (42.55 ± 1.79) 岁。调查组: 病程值区间 7-43h, 均数值 (25.24 ± 2.36) h; 23 例男, 17 例女; ASA 分级: 26 例 I 级, 14 例 II 级; 年龄值区间 23-64 岁, 均数值 (43.19 ± 1.88) 岁。组间无差异, $P>0.05$ 。

纳入标准: ①确诊为阑尾炎, 符合阑尾切除适应症; ②同意严禁; ③近半年无腹部手术史; ④腹部无瘢痕组织; ⑤委员会通过研究。

排除标准: ①中重度肥胖者; ②有其他腹腔病变; ③瘢痕体质者; ④阑尾附近囊肿者; ⑤凝血病变者。

1.2 方法

调查组: 小切口阑尾切除术, 此组均行硬膜外麻醉, 感觉传导情况符合要求后平卧, 定位右下腹麦氏点并予以按压处理, 根据患者痛感情况做

标记, 在标记处做 1.5-3.0cm 的切口, 经此切口分离皮下组织、腹外斜肌腱膜、腹横肌等, 最终暴露出阑尾组织, 经无菌敷料吸出腹腔位置的脓液, 清除后在阑尾根部完成切除处理, 经组织钳辅助取出该组织, 缝合包扎即可。

参考组: 常规阑尾切除术, 此组也行硬膜外麻醉, 感觉传导情况符合要求后平卧, 在麦氏点疼痛位置做 5-8cm 的切口, 经此切口分离腹外斜肌腱膜、腹横肌等组织, 了解各肠道情况后寻找阑尾, 在阑尾根部予以结扎处理, 切除阑尾组织后经组织钳钳夹出体外, 缝合包扎即可。

1.3 观察指标

临床指标, 即统计手术时间、切口长度、出血量, 并在术后记录排气时间、拆线时间、住院时间。

并发症, 即切口感染、切口疝等, 还可能出现肠粘连等问题。

切口愈合情况, (1) 甲级: 切口恢复良好, 切口位置不存在并发症。

(2) 乙级: 切口愈合状态一般, 切口位置可观察到轻微红肿等情况。(3) 丙级: 切口愈合状态差, 切口位置可观察到严重的红肿问题, 常伴随脓性分泌物。

生活质量, 术后经由阑尾炎患者填写 WHOQOL-100 问卷, 评估角度有信仰、心理、环境等, 同时还包括社会、生理、独立等, 各项与 100 分越接近, 阑尾切除后生活越好。

1.4 统计学计算

SPSS25.0 中, (均数 $\pm$ 标准差) 表示临床指标、生活质量等计量资料, 百分数表示并发症、切口愈合情况等计数资料, t 、 X^2 计算后, $P<0.05$, 符合正态分布。

2. 结果

2.1 临床指标

手术、排气、拆线、住院时间以及切口长度等数值经相应计算后, 在调查组比参考组短, $P<0.05$ 。

表 1 临床指标

组别 (n=40)	手术时间 (min)	切口长度 (cm)	出血量 (mL)	排气时间 (h)	拆线时间 (d)	住院时间 (d)
调查组	28.05 $\pm$ 3.09	2.09 $\pm$ 0.31	11.89 $\pm$ 1.95	13.05 $\pm$ 2.04	6.31 $\pm$ 1.74	5.03 $\pm$ 1.05
参考组	39.74 $\pm$ 4.29	5.78 $\pm$ 1.13	16.72 $\pm$ 2.40	16.29 $\pm$ 2.33	8.82 $\pm$ 1.92	7.28 $\pm$ 1.14
t	13.9842	19.9169	9.8785	6.6169	6.1265	9.1816
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0001	0.0000

2.2 并发症

统计各手术方案的并发症数据, 在调查组仅有 5.00% , 此数值计算后比参考组的 25.00% 低, $P<0.05$ 。

表 2 并发症

组别 (n=40)	切口感染 (n%)	切口疝 (n%)	肠粘连 (n%)	总计 (n%)
调查组	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	2 (5.00)

参考组	3 (7.50)	2 (5.00)	5 (12.50)	10 (25.00)
X ²				6.2745
P				0.0122

2.3 切口愈合情况

评估各手术方案下的切口愈合情况，其中甲级愈合率数据经统计计算后在调查组（70.00%）比参考组（35.00%）高，而丙级愈合率数据经统计计算后在调查组（2.50%）比参考组（17.50%）低，P<0.05。

表 3 切口愈合情况

表 4 生活质量						
组别 (n=40)	信仰 (分)	心理 (分)	环境 (分)	社会 (分)	生理 (分)	独立 (分)
调查组	84.05±4.12	86.20±4.09	85.23±4.41	88.79±4.04	85.01±4.75	86.22±4.11
参考组	79.63±4.75	81.85±4.67	81.07±4.08	83.95±4.92	81.29±4.63	81.75±4.07
t	4.4458	4.4318	4.3793	4.8084	3.5469	4.8876
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0007	0.0000

3. 讨论

阑尾炎在急腹症中有较大占比，该病以麦氏点疼痛为典型症状，炎症出现后痛感强烈。由于阑尾组织对机体运转并无较大影响，当阑尾炎出现后多行阑尾切除治疗^[4]。若延误了切除时机，常加重阑尾，累及大附近组织，形成弥漫性腹膜炎，还可能会增加败血症发生风险，需调整切除方案，迅速完成阑尾炎的治疗。开腹阑尾切除术适应症广，根据阑尾位置在腹部做较大切口，即存在清晰度高的优势，可详细了解阑尾病变情况，精准操作下彻底切除阑尾^[5]。但大创伤并非所有阑尾炎患者都能接受，该手术有腹部切口恢复欠佳的问题，可能会出现腹部切口感染等事件，降低切口愈合效果。小切口阑尾切除术逐渐普及，顾名思义有切口小的特点，可减轻阑尾切除造成的腹部创伤，较小瘢痕组织可规避切口愈合并发症，增强阑尾切除安全性^[6]。

本研究中，手术、排气、拆线、住院时间以及切口长度等数值经相应计算后，在调查组比参考组短，统计各手术方案的并发症数据，在调查组仅有 5.00%，此数值计算后比参考组的 25.00%低，P<0.05。徐佳^[7]的研究中，统计各手术方案的并发症数据，在观察组仅有 6.90%，此数值计算后比对照组的 15.51%低，P<0.05。即小切口方案下的临床指标好，且并发症少。开腹状态下为轻松去除阑尾组织，并维持清晰的阑尾术野，会延长手术切长度，此时会造成切口恢复速度慢等情况，不利于患者在短时间内拆线，而且会引发诸多安全问题^[8]。小切口手术则能避免上述问题，仅需 1.5-3.0cm 的长度即可观察到阑尾病变情况，能减轻腹部创伤，减少腹腔脏器的暴露情况，可有缩短排气时间，加快腹部切口的恢复。小切口还能保护腹部器官，减少局部粘连问题，规范性切口清洁下可预防感染问题，降低阑尾切除风险^[9]。

本研究中，评估各手术方案下的切口愈合情况，其中甲级愈合率数据经统计计算后在调查组（70.00%）比参考组（35.00%）高，而丙级愈合率数据经统计计算后在调查组（2.50%）比参考组（17.50%）低，P<0.05。张岩江^[10]的研究中，评估各手术方案下的切口愈合情况，其中甲级愈合率数据经统计计算后在观察组（93.33%）比对照组（20.00%）高，而丙级愈合率数据经统计计算后在观察组（0.00%）比对照组（33.33%）低，P<0.05。即小切口手术方案能实现较好切口愈合效果。既往多在开腹前提下完成阑尾炎的治疗，此方案造成的腹部切口大，愈合过程中瘢痕组织明显，较大的切口增加了清洁难度，轻微的活动即可能出现伤口牵拉等问题，常增加切口位置的脓性分泌物，愈合效果欠佳，降低了阑尾炎患者接受度^[11]。小切口方案下能缩小切口长度，降低了伤口清洁难度，瘢痕组织小，恢复时间短，能保持腹部皮肤美观度，而且能改善切口愈合效果，可防止脓性分泌物的出现，减轻阑尾切除造成的不适感^[12]。

本研究中，经由不同维度评估各手术方案实施后的生活质量，检验计算得到的分值，在调查组比参考组高，P<0.05。即小切口手术可改善术后

组别 (n=40)	甲级 (n%)	乙级 (n%)	丙级 (n%)
调查组	28 (70.00)	11 (27.50)	1 (2.50)
参考组	14 (35.00)	19 (47.50)	7 (17.50)
X ²	9.8246	2.4133	5.0000
P	0.0017	0.0647	0.0253

2.4 生活质量

经由不同维度评估各手术方案实施后的生活质量，检验计算得到的分值，在调查组比参考组高，P<0.05。

生活。开腹方案下腹部创伤大，需要较长时间腹部切口方能愈合，此过程中有强烈疼痛，而且各类并发症多，均会对术后生活产生负面影响^[13]。与此不同，小切口手术创伤小，术后切口造成的疼痛问题并不严重，一般在阑尾炎患者耐受范围内，可减少镇痛药物的使用，并能减轻疼痛感，可提升术后舒适度。此方案能预防粘连、感染等问题，不适感轻微，无需其他康复措施即能实现较好的切口恢复效果，得到各阑尾炎患者的认可^[14-15]。

综上，小切口阑尾切除术可推广，能加速腹部切口恢复，规避并发症，提高阑尾切除安全性。

参考文献：

[1]蔡棣甜.小切口阑尾切除术治疗阑尾炎的临床应用价值探讨[J].基层医学论坛,2022,26 (8): 24-26.

[2]林贤坤.小切口阑尾炎切除术与传统手术治疗阑尾炎的临床疗效对比[J].中国社区医师,2021,37 (26): 28-29,32.

[3]王鹏.小切口阑尾切除术治疗急性阑尾炎的临床疗效研究[J].医学食疗与健康,2021,19 (7): 235-236.

[4]石健.对急性阑尾炎患者施行微创小切口阑尾切除术的临床效果探讨[J].系统医学,2021,6 (14): 93-95,104.

[5]张玉龙.观察阑尾炎患者应用小切口阑尾炎切除术的临床治疗效果[J].中国保健营养,2021,31 (36): 85.

[6]罗忠山.观察阑尾炎患者应用小切口阑尾炎切除术的临床治疗效果[J].中国保健营养,2020,30 (36): 129-130.

[7]徐佳.小切口阑尾炎切除术治疗阑尾炎的有效性与安全性[J].临床合理用药杂志,2019,12 (24): 118-119

[8]皮建琳,武洪涛,吴钢,等.微创小切口手术及中药直肠给药法对阑尾炎患者术后恢复的影响[J].基层医学论坛,2021,25 (1): 17-19.

[9]王进科.用腹腔镜下阑尾切除术与小切口阑尾切除术治疗急性阑尾炎的效果对比[J].当代医药论丛,2020,18 (4): 85-86.

[10]张岩江.小切口阑尾切除术应用于急性阑尾炎患者的临床疗效分析[J].名医,2021 (10): 112-113.

[11]辛占良.腹腔镜辅助小切口阑尾切除术对急性阑尾炎患者术后康复及 GLQI 评分的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41 (14): 1766-1768.

[12]李欣.小切口阑尾切除术对急性阑尾炎的治疗效果探究与康复探讨[J].反射疗法与康复医学,2020,29 (11): 121-123.

[13]颜海鹏.传统开腹阑尾切除术和小切口阑尾切除术对阑尾炎患者术后恢复的影响[J].中外医疗,2020,39 (10): 22-24.

[14]刘士龙.腹腔镜与腹部小切口阑尾切除术治疗急性阑尾炎效果对比[J].世界复合医学,2021,7 (6): 68-70.

[15]付剑.改良小切口阑尾切除术治疗急性化脓性阑尾炎合并腹膜炎的效果及生活质量观察[J].吉林医学,2019,40 (8): 1854-1855.

氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的效果观察

王霞

浙江大学医学院 浙江杭州 310058

摘要：目的：探究氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的临床疗效，以期临床工作人员提供参考价值。方法：分析我院心内科2021年4月到2021年10月收治的心肌梗死患者的基本资料，选取其中的90例患者作为本次研究对象，按照入院时间先后顺序将其分为数量均等的对照组和观察组，对照组45例患者，单独口服阿司匹林；观察组45例患者，在口服阿司匹林基础上口服氯吡格雷。对比两组患者的临床疗效。结果：经过治疗，观察组患者的左心室射血评分及血小板聚集率明显优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组的治疗总有效率为95.56%，对照组的治疗总有效率为80%，组间差异明显（ $P < 0.05$ ）；观察组患者的不良反应发生率为4.44%，对照组患者的不良反应发生率为17.78%，组间差异明显（ $P < 0.05$ ）；两组患者的生活质量均优于治疗前，且观察组患者的躯体功能、社会功能、心理状态的评分显著高于对照组（均 $P < 0.05$ ）。结论：对急性心肌梗死患者实施氯吡格雷联合阿司匹林药物治疗，能够显著改善患者的血液循环系统功能，有效降低不良心脑血管事件的出现概率，且联合用药具有较高的安全性，可以减轻药物治疗对患者的不良影响，在提高患者生活质量方面具有一定优势，可进行临床推广使用。

关键词：急性心肌梗死；阿司匹林；氯吡格雷；临床疗效

急性心肌梗死是冠状动脉粥样硬化、持续性缺氧缺血无法改善，最终导致局部心肌坏死的一种突发临床症状，多发于老年群体。相关研究表明，随着社会经济的快速发展，人们的生活方式和生活环境都发生较大的转变，再加上人口老龄化速度的加快，近些年心血管疾病在我国的发病率显著上涨，其中急性心肌梗死占比较大^[1]。患者往往存在疼痛、呕吐、发热等临床表现，对患者的日常生活和工作造成较大的负面影响，若没有及时采取有效的治疗措施抑制病情进一步恶化，将会严重威胁患者的生命安全^[2]。因此，对急性心肌梗死患者进行早期的干预治疗对提高患者生活质量、降低病死率有至关重要的作用^[3]。现阶段，急性心肌梗死的临床治疗主要以保守药物治疗为主，常用药物有氯吡格雷和阿司匹林，这两种药物具有抗血栓功能，能够有效抑制血栓的形成及发展，降低血管阻塞的发生率，临床效果显著。相关医学研究人员称，与单一性药物治疗相比，联合用药在急性心肌梗死的临床治疗中更具优势，有利于患者心功能的快速康复，并且能够改善预后，提高患者的生活质量。本文以我院心内科收治的90例急性心肌梗死患者为例，深入探究氯吡格雷联合阿司匹林药物在急性心肌梗死临床治疗中的实际效果，作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间为2021年4月到2021年10月，分析我院心内科收治的急性心肌梗死患者的基本资料，选取其中的90例患者作为本次研究对象，按照入院时间先后顺序对其进行分组治疗。45例观察组患者中，男性29例，女性16例；最低年龄为30岁，最高年龄为56岁，平均年龄（44.35±6.77）岁；基础疾病：糖尿病18例，高脂血症12例，高血压15例；梗死类型：1型18例，2型16例，3型11例；梗死位置：前壁26例，下壁19例。45例对照组患者中，男性24例，女性21例；最低年龄为32岁，最高年龄为60岁，平均年龄（46.62±8.82）岁；基础疾病：糖尿病19例，高脂血症13例，高血压13例；梗死类型：1型19例，2型14例，3型12例；梗死位置：前壁24例，下壁21例。对比两组患者的性别、年龄、基础疾病、梗死类型及位置等基本信息，组间差异不明显（ $P > 0.05$ ），说明两组患者均具备纳入对比的研究价值，并且所有患者家属均于实验前签署同意书，基本了解实验内容及实验流程，该实验得到本地伦理协会审查及批准。

纳入标准：（1）所有患者均符合急性心肌梗死的临床诊断标准且经实验室检查或心电图检查确诊为急性心肌梗死；（2）所有患者均意识清醒，具有良好的表达能力；（3）所有患者临床资料完整；（4）所有患者均自愿参与本次研究。

排除标准：（1）合并血小板功能异常或存在血液疾病者；（2）合并消化系统疾病者；（3）合并肝肾功能减退、呼吸衰竭者；（4）合并精神疾病

或存在认知障碍者；（5）对本次研究所使用药物不耐受者。

1.2 方法

对照组：实施单一性药物治疗

为对照组患者提供单一性药物治疗，药物选择阿司匹林肠溶片（生产企业：拜耳医药保健有限公司，批准文号：国药准字J20171021，规格：100mg*30片/盒），饭前至少半小时口服药物（嘱咐患者将药物完整吞下，禁止咀嚼或压碎服用），第一天用药剂量为300mg，自第二天开始，将每日服药剂量调整为100mg，并按此服用剂量维持四周。

观察组：实施联合药物治疗

在对照组的用药基础上，为实验组患者增用硫酸氢氯吡格雷片（生产企业：赛诺菲制药有限公司，批准文号：国药准字J20180029，规格：75mg*7片/盒），口服（嘱咐患者避免与食物同服），第一天用药剂量为300mg，自第二天开始，将每日服药剂量下调至75mg，并按此服用剂量维持四周。

在上述药物治疗基础上，为两组患者提供脑组织水肿清除和血液循环调节等护理措施，同时为患者提供饮食、运动指导，控制其血糖、血脂以及血压，治疗期间定期检测患者各项生命体征指标，根据患者具体恢复情况适当调整治疗方案。

1.3 观察指标

（1）对比两组患者的左心室射血评分以及血小板聚集率。

（2）对比两组患者的治疗效果，具体评判标准如下：若患者用药后，胸闷气短、呼吸困难等症状完全消失，经心电图检查显示心脏早搏现象消失，且NYHA心功能等级为I级，则表明治疗效果显著；若患者用药后，胸闷气短、呼吸困难等症状得到明显的改善，经心电图检查显示早搏次数明显减少，NYHA心功能等级为II级，则表明治疗效果一般；若患者用药后，胸闷气短、呼吸困难等症状未得到改善甚至加重，经心电图检查显示早搏次数变动不大，NYHA心功能等级为III级及以上，则表明治疗无效。效果显著的概率与效果一般的概率之和即为治疗总有效率。

（3）对比两组患者用药不良反应发生情况，不良反应具体包括出血、心律失常和肝功能衰竭，三种不良反出现概率之和即为不良反应总发生率。

（4）对比两组患者治疗前后的生活质量，为患者发放我院自制的的生活质量自评量表，从躯体功能、社会功能以及心理功能三个维度评估患者的生活质量，三个项目满分均为100分，评分越高表明患者的生活质量越好。

1.4 统计学方法

研究数据分析软件为SPSS20.0，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）形式记录，使用 t 检验对比，计数资料以（ n ）%形式记录，使用 χ^2 检验对比，当 $P < 0.05$

时表示差异明显。

2 结果

2.1 两组患者治疗后左心室射血评分及血小板聚集率对比

对比治疗结果发现, 观察组患者的左心室射血评分及血小板聚集率明显优于对照组, 差异具统计学意义 ($P<0.05$), 详细信息见表 1。

表 1 两组患者治疗前后左心室射血评分及血小板聚集率对比 [$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	左心室射血评分 (分)		血小板聚集率 (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	68.89±9.97	47.15±7.22	31.18±7.99	56.64±8.14
对照组	45	68.88±9.98	35.40±5.14	31.09±7.46	42.32±5.07
t	-	0.005	8.893	0.055	10.017
P	-	0.996	0.000	0.956	0.000

2.2 两组患者治疗效果的分析对比

观察组的治疗总有效率为 95.56%, 对照组的治疗总有效率为 80%, 组间差异明显 ($P<0.05$), 详细信息见表 2。

表 2 两组患者治疗效果对比 [n (%)]

组别	例数	效果显著	效果一般	无效	总有效率
观察组	45	28 (62.22)	16 (35.56)	2 (4.44)	43 (95.56)

表 4 两组患者治疗前后的生活质量对比 [n (%)]

组别	躯体功能		社会功能		心理状态	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	52.76±7.32	92.33±4.25	58.64±8.11	93.74±5.58	50.16±10.77	90.28±6.52
对照组	52.81±7.46	85.62±6.79	59.02±8.69	86.55±6.92	50.65±10.89	82.39±8.35
t	0.032	5.619	0.214	5.426	0.215	4.996
P	0.974	0.000	0.831	0.000	0.831	0.000

3 讨论

急性心肌梗死是指因冠状动脉出现急性、持续性严重缺血缺氧而引起的心肌坏死症状, 在心血管内科较为常见。当前急性心肌梗死的临床发病率呈逐渐上升趋势, 且病患首次发病年龄存在年轻化趋势^[4]。急性心肌梗死的基础病因是心脏供血渠道阻塞, 导致心肌耗氧量持续增加, 进而出现心肌供需失衡的情况。急性心肌梗死的诱导因素较多, 如心脏疾病、糖尿病、高血脂症、体重、吸烟、饮食等等均可能导致急性心肌梗死发生。急性心肌梗死的致残率和致死率较高, 且发病急, 患者在发病前会持续出现乏力、心悸等症状, 疾病发作时患者往往会出现濒死的感觉, 严重影响患者的身心健康和生命安全。与陈旧性心肌梗死相比, 急性心肌梗死更容易致使病患心功能下降、心力衰竭、休克、死亡等, 且血小板聚集率会快速上升, 即意味着急性心肌梗死患者的血小板处于一个相对的高激活状态, 这是造成患者体内血栓栓塞的主要原因^[5]。因此, 对于急性心肌梗死的治疗, 应当以抗血小板作为核心理念。

阿司匹林属于常用非甾体抗炎药, 是临床常用的抗血小板药物, 可抑制体内血小板聚集, 防止机体内形成血栓。而阿司匹林的抗血小板作用主要由抑制环氧酶活性来实现抑制血小板的激活。同时, 阿司匹林对环氧酶的抑制具有不可逆性, 所以阿司匹林能显著地抑制血栓, 尤其是小剂量阿司匹林, 具有抑制形成血栓的作用显著^[6]。氯吡格雷主要通过抑制 ADP 诱导聚集血小板来减少血小板活化, 从而避免其引发的扩增及心脑血管、外周血管的动脉粥样硬化, 这也有效避免了被其他激动剂诱发出的血小板聚集^[7]。临床研究人员称, 与单用阿司匹林相比, 两种药物的联用显著增强人体抗血小板的凝聚; 且研究表明氯吡格雷与阿司匹林这两种药物在人体中不会相互影响, 临床上可以对急性心肌梗死患者病情起到及时且良好的抑制作用, 为对患者的抢救工作争取到时间, 并且控制要用量, 被患者吸收的效率很高, 从而做到安全可行地进行高效治疗。

本次研究结果显示, 经过治疗, 观察组患者的左心室射血评分及血小板聚集率明显优于对照组, 差异具统计学意义 ($P<0.05$); 观察组的治疗总

对照组	45	16 (35.56)	20 (44.44)	9 (20.00)	36 (80.00)
χ^2	-	-	-	-	5.075
P	-	-	-	-	0.024

2.3 两组患者用药不良反应发生情况对比

观察组患者的不良反应发生率为 4.44%, 对照组患者的不良反应发生率为 17.78%, 组间差异明显 ($P<0.05$), 详细信息见表 3。

表 3 两组患者用药不良反应发生情况对比 [n (%)]

组别	例数	出血	心律失常	肝功能衰竭	总发生率 (%)
观察组	45	1 (2.22)	0 (0.0)	1 (2.22)	2 (4.44)
对照组	45	2 (4.44)	3 (6.67)	3 (6.67)	8 (17.78)
χ^2	-	-	-	-	4.050
P	-	-	-	-	0.044

2.4 两组患者治疗前后的生活质量对比

治疗前, 两组患者的躯体功能、社会功能、心理状态的评分差异较小 ($P>0.05$), 经过治疗, 两组患者的生活质量均优于治疗前, 且观察组患者的躯体功能、社会功能、心理状态的评分显著高于对照组 (均 $P<0.05$), 详细信息见表 4。

效率为 95.56%, 对照组的治疗总有效率为 80%, 组间差异明显 ($P<0.05$), 结果表明, 氯吡格雷联合阿司匹林治疗在改善患者心功能和凝血功能方面效果显著, 能够在极大程度上保证临床疗效, 对降低病死率、提高患者生命安全性有至关重要的作用。观察组患者的不良反应发生率为 4.44%, 对照组患者的不良反应发生率为 17.78%, 组间差异明显 ($P<0.05$); 两组患者的生活质量均优于治疗前, 且观察组患者的躯体功能、社会功能、心理状态的评分显著高于对照组 (均 $P<0.05$), 由此可见, 与单纯的阿司匹林药物治疗相比, 氯吡格雷联合阿司匹林药物治疗用药安全性更高, 可以有效降低不良反应出现概率, 改善预后, 对提高患者的生活质量有积极作用。

综上所述, 对急性心肌梗死患者实施氯吡格雷联合阿司匹林药物治疗, 能够显著改善患者的血液循环系统功能, 有效降低不良心脑血管事件的出现概率, 且联合用药具有较高的安全性, 可以减轻药物治疗对患者的不良影响, 在提高患者生活质量方面具有一定优势, 值得在临床治疗领域中使用推广。

参考文献:

[1]陈维平,谢芸.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的效果观察[J].当代医学,2020,26(20): 79-80.
[2]刘林,李前惠.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的效果观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(35): 3-4.6.
[3]唐铮.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的效果观察[J].养生保健指南,2018(4): 4,57.
[4]张义东.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的效果观察[J].中国医药指南,2019,17(35): 71.
[5]李红娟,李文娟,田洪森.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的效果观察[J].国际医药卫生导报,2015,21(5): 679-681.
[6]胡海师,杨春丽.阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗急性心肌梗死的效果分析[J].中国现代药物应用,2021,15(13): 163-165.
[7]朱宏涛.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的临床效果及安全性分析[J].中国现代药物应用,2021,15(5): 147-149.

初产妇产后盆底功能锻炼对盆腔器官脱垂影响的临床研究

张彩丽¹ 赵亚普² 安红梅¹ 范敬轩¹ 张蕊¹ 赵永民¹

1.保定市第二医院 产科 河北保定 071000; 2.保定市竞秀区妇幼保健院 产科 河北保定 071025

摘要:目的:探讨初产妇产后盆底功能锻炼对盆腔器官脱垂影响的临床研究。方法:选取2020年3月~2021年9月于该院分娩的55例初产妇作为研究对象,设为研究组并在产后予以盆底功能锻炼指导。选取同时期在该院分娩且分娩后未接受盆底功能锻炼的55例产妇作为对照组。对比两组患者盆腔器官脱垂程度、盆底肌力水平及性功能指标。结果:分娩后1个月,两组盆腔器官脱垂程度、盆底肌力水平及性功能差异无统计学意义($P>0.05$);分娩后6个月,相比对照组,研究组盆腔器官脱垂程度较低、盆底肌力水平及FSFI评分较高($P<0.05$)。结论:在初产妇产后实施盆底功能锻炼可改善其产后盆腔器官脱垂程度,提升其盆底肌力水平及产后性功能。

关键词:初产妇;盆腔器官脱垂;盆底功能锻炼;产后

[Abstract]Objective: To explore the clinical study on the effect of pelvic floor exercise on pelvic organ prolapse in primiparas. Methods: 55 primiparas who gave birth in Mou hospital from March 2020 to September 2021 were selected as the research object. They were set up as the research group and were given pelvic floor exercise guidance after delivery. Fifty five parturients who delivered at the same time and did not receive pelvic floor functional exercise after delivery were selected as the control group. The degree of pelvic organ prolapse, pelvic floor muscle strength and sexual function were compared between the two groups. Results: one month after delivery, there was no significant difference in pelvic organ prolapse, pelvic floor muscle strength and sexual function between the two groups ($P>0.05$); Six months after delivery, compared with the control group, the study group had lower pelvic organ prolapse, higher pelvic floor muscle strength and FSFI score ($P<0.05$). Conclusion: pelvic floor exercise after primipara can improve the degree of pelvic organ prolapse, pelvic floor muscle strength and postpartum sexual function.

[key words] primipara; Pelvic organ prolapse; Basin function training; postpartum

盆腔器官脱垂是女性常见盆底功能障碍性疾病,高发于女性产后3~6个月,产妇分娩后II度盆腔器官脱垂发生率最高可达56%,以肛提肌受损为主要表现,多为孕期腹压增加对阴道前壁、阴道后壁或阴道顶端下降/脱出阴道所致^[1]。对重度盆腔器官脱垂患者需接受手术治疗,但患者术后复发率较高,因此临床上针对此症状多以预防为主。盆底功能锻炼可有效提高产妇产后盆底肌功能,因此本研究在产妇产后对其实施盆底肌功能锻炼干预,结果如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年3月~2021年9月于该院分娩的55例初产妇作为研究对象,设为研究组并在产后予以盆底功能锻炼指导。选取同时期在该院分娩且分娩后未接受盆底功能锻炼的55例初产妇作为对照组。纳入标准:(1)自然分娩、单胎、初产妇;(2)妊娠时间超过32周;(3)会阴撕裂程度低于3级;(4)年龄:21~38岁;(5)签署知情同意书。排除标准:(1)新生儿娩出后罹患重症疾病或死亡;(2)合并内分泌疾病;(3)对照组研究过程中接受产后康复锻炼。两组一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)。研究通过伦理审核。

表1 两组产妇一般资料的对比 $[\bar{x}\pm s/n(\%)]$

指标	对照组 (n=55)	研究组 (n=55)	t/χ^2 值	P 值
年龄(岁)	27.6 $\pm$ 5.2	28.1 $\pm$ 5.3	-0.499	0.619
体质指数(kg/m ²)	25.6 $\pm$ 3.7	25.5 $\pm$ 3.2	0.152	0.879
文化程度			0.300	0.861
<高中	10(18.2)	12(21.8)		
高中到大 专	18(32.7)	16(29.1)		
$\geq$ 本科	27(49.1)	27(49.1)		
常住地			0.047	0.829
城镇	40(72.7)	41(74.6)		
农村	15(27.3)	14(25.5)		

分娩时孕周(周)	39.6 $\pm$ 2.0	39.3 $\pm$ 2.1	0.767	0.445
新生儿体重(kg)	3.1 $\pm$ 0.5	3.2 $\pm$ 0.4	-1.158	0.249
提肛肌缺 陷	有 18(32.73)	14(25.45)	0.705	0.401
	无 37(67.27)	41(74.55)		

1.2 研究方法

对照组产妇分娩结束出院时,实施产后注意事项相关指导。为研究组实施盆底肌功能锻炼:(1)在产妇分娩后4~6周开始,锻炼前排空膀胱,指导其在侧卧位、坐位及站立下进行Kegel训练,吸气时尽力收缩会阴部,并保持3~5s,然后匀速呼气并缓慢方式会阴部,每天训练30min,可分早晚两次进行。(2)为产妇提供阴道哑铃实施康复训练,根据产妇具体情况分别使用1~5号阴道哑铃进行锻炼,方法为:选取型号适宜的阴道哑铃,少量涂抹润滑油后缓慢置入产妇阴道中(置入深度为2~2.5cm),在此情况下让产妇进行步行、上下楼梯运动,10~25min/次,1次/d。

1.3 观察指标

分娩后1个月、6个月后,对比两组产妇临床指标。(1)盆腔器官脱垂程度,以处女膜平面为衡量标准^[2];根据脱垂脏器最远端与处女膜缘距离进行0~IV度评估。(2)盆底肌力,采用牛津分级系统评估^[3],诊断医师实施指诊,并指导产妇缩阴,通过手指感受到的阴道肌肉收缩力、持续时间及重复次数,进行0级~V级评估,级别越高产妇盆底肌力越高。(3)性生活质量,采用女性性功能量表(FSFI)^[4]评估。该量表中共19项条目,分为性欲、性唤起、阴道润滑度、性高潮、性满意度及性交疼痛6个维度,每项条目予以1~5分评分,评分越高表明患者性功能越好。

1.4 统计学分析

数据录入SPSS22.0,计数资料采用 $n(\%)$ 表示,行 χ^2 检验;计量资料采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,行 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组盆腔器官脱垂程度的对比 分娩后1个月,两组盆腔器官脱垂程度差异无统计意义($P>0.05$);分娩后6个月,研究组盆腔器官脱垂

程度低于对照组 ($P<0.05$), 详见表 1。

表 1 两组盆腔器官脱垂程度的对比[n (%)]

组别	例数	分娩后 1 个月			分娩后 6 个月		
		0 级	1 级	2 级	0 级	1 级	2 级
研究组	55	0 (0.00)	36 (65.45)	19 (34.55)	24 (43.64)	26 (47.27)	5 (9.09)
对照组	55	1 (1.82)	33 (60.00)	21 (38.18)	13 (23.64)	27 (49.09)	15 (27.27)
Z 值			1.230			8.289	
P 值			0.541			0.016	

2.2 两组盆底肌力水平的对比 分娩后 1 个月, 两组盆底肌力水平差异无统计意义 ($P>0.05$); 分娩后 6 个月, 研究组盆底肌力水平高于对照

表 2 两组盆底肌力水平的对比[n (%)]

组别	例数	分娩后 1 个月			分娩后 6 个月		
		I~II 级	III 级	IV~V 级	I~II 级	III 级	IV~V 级
研究组	55	37 (67.27)	13 (23.64)	5 (9.09)	7 (12.73)	7 (12.73)	41 (74.55)
对照组	55	44 (80.00)	9 (16.36)	2 (3.64)	26 (47.27)	18 (32.73)	11 (20.00)
Z 值			2.618			33.087	
P 值			0.270			0.000	

2.3 两组性功能评分的对比 分娩后 1 个月, 两组 FSFI 评分差异无统计意义 ($P>0.05$); 分娩后 6 个月, 研究组 FSFI 评分高于对照组 ($P<0.05$),

表 3 两组 FSFI 评分的对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	性欲	性唤起	阴道润滑度	性高潮	性满意度	性交疼痛	性功能总分
分娩后 1 个月								
研究组	55	3.69±0.60	3.68±0.91	3.82±0.77	3.15±0.81	3.91±0.94	3.20±0.74	21.45±3.19
对照组	55	3.71±0.58	3.61±0.88	3.76±0.84	3.21±0.90	3.84±0.83	3.10±0.85	21.23±3.62
t 值		-0.178	0.410	0.390	-0.367	0.414	0.658	0.338
P 值		0.859	0.683	0.697	0.714	0.680	0.512	0.736
分娩后 6 个月								
研究组	55	4.18±0.61	4.20±0.45	4.25±0.37	3.90±0.61	4.03±0.69	4.09±0.58	24.94±4.01
对照组	55	3.85±0.48	3.80±0.55	3.98±0.29	3.58±0.66	3.75±0.58	3.83±0.60	22.05±3.62
t 值		3.153	4.174	4.259	2.641	2.304	2.311	3.967
P 值		0.002	0.000	0.000	0.009	0.023	0.023	0.000

3 讨论

一般女性群体盆腔器官脱垂的发生率超过 30%, 多发生在中老年女性群体中, 在 60~69 岁女性中发病率可达到峰值^[5]。阴道分娩是诱发盆腔器官脱垂的危险因素, 为尽量降低盆腔器官脱垂的发生率或改善女性盆腔器官脱垂程度, 本研究对初产妇实施盆底肌功能锻炼, 尽早实施盆腔器官脱垂预防措施。本研究结果表明, 分娩后 6 个月, 研究组产妇产后盆腔器官脱垂程度低于对照组, 与李引弟等^[6]研究结果一致, 主要与盆腔功能锻炼可改善女性盆底肌结构有关。有研究指出^[7], 产后每天行 3 次盆底肌功能锻炼可显著减少肛提肌裂孔面积 4.43%, 本研究中研究组盆底肌力水平高于对照组, 进一步证实盆底肌锻炼的有效性。

综上所述, 在初产妇产后实施盆底功能锻炼可降低其产后盆腔器官脱垂程度, 提升其盆底肌力水平及产后性功能, 具有较高的临床应用价值。

参考文献:

[1]Haylen B T, de Ridder D, Freeman R M, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) /International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction[J]. Int Urogynecol J, 2010, 21 (1): 5-26.

[2]北京大学妇产科学系, 北京大学人民医院女性盆底疾病诊疗中心. 北京大学盆腔器官脱垂诊疗指南(草案)[J]. 中国妇产科临床杂志, 2012, 13 (2): 155-157.

[3]黄媛媛. 电刺激联合盆底康复训练在产后盆腔器官脱垂患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2022, 34 (3): 69-72. DOI: 10.3969/j.issn.1672-0369.2022.03.023.

[4]仇丽, 王红丽, 何志莲. 基于人格特质的心理干预对乳腺癌患者术后心理状态及性生活状况的影响[J]. 中国性科学, 2020, 29 (7): 126-129.

[5]熊静, 童邦菊, 兰侠. 老年女性盆腔器官脱垂的治疗进展[J]. 老年医学与保健, 2021, 27 (1): 199-201.

[6]李引弟, 雷侠, 晋雅凌, 等. 初产妇产后盆底功能锻炼对盆腔器官脱垂影响的临床研究[J]. 中国妇幼保健研究, 2016, 27 (11): 1384-1387.

[7]Takaoka S, Kobayashi Y, Taniguchi T. Effect of pelvic floor muscle training program in reducing postpartum levator hiatus area in Japanese women: A prospective cohort study using three-dimensional ultrasonography[J]. Jpn J Nurs Sci, 202017 (4): e12346.

课题名称: 保定市科技计划项目
课题编号 2041ZF204

电子胆道镜联合体内冲击波碎石治疗肝胆管残留结石的体会

郭超 李全福 钟永刚 许旭 侯广彬

保定市第二医院肝胆外科 河北保定 710000

摘要: 目的 探究对术后残留结石的肝内胆管结石患者中使用电子胆道镜+体内冲击波碎石治疗的成效。方法 利用随机取样的形式抽取在 2020 年 12 月-2021 年 12 月期间在医院肝胆外科进行诊疗的 100 例肝内胆管结石患者参与该次实验调研,经造影检查后,发现其中 42 例患者体内存在术后残留结石,后采取电子胆道镜为其进行体内冲击波碎石、取石,记录并分析患者相关治疗效果。结果:9 例分次结石完全取净,其取净率达到 92.86%,3 例依旧未能完全取净。所有行手术患者均无菌血症、胆汁漏、穿孔、撕裂、引流管堵塞及胆道出血等并发症。结论:临床采用电子胆道镜明确残留结石位置及病况发展,后实施体内冲击波碎石法,其创口较小、恢复时间快、并发疾病风险低,痊愈率高,治疗成效显著,适合在临床相似中普及使用,价值较高。

关键词: 电子胆道镜; 体内冲击波碎石; 肝胆管残留结石

[Abstract]Objective To explore the effect of electronic choledochoscopy plus shock wave lithotripsy in the treatment of patients with intrahepatic bile duct stones with postoperative residual stones. Methods 100 patients with intrahepatic bile duct stones who were diagnosed and treated in the Department of hepatobiliary surgery of the hospital from December 2020 to December 2021 were randomly sampled to participate in the experimental investigation. After angiographic examination, 42 patients were found to have postoperative residual stones. After that, electronic choledochoscope was used to perform shock wave lithotripsy and stone removal for them, and the relevant treatment effects of patients were recorded and analyzed. Results: the stones were completely removed in 9 cases, and the removal rate was 92.86%. 3 cases were still not completely removed. All the patients had complications such as asepsis, bile leakage, perforation, tear, blockage of drainage tube and biliary bleeding. Conclusion: the electronic choledochoscope is used to determine the location and development of residual stones, and then the shock wave lithotripsy in vivo is implemented. The wound is small, the recovery time is fast, the risk of concurrent diseases is low, the cure rate is high, and the treatment effect is significant. It is suitable for widespread use in clinical similarity and has high value.

【 key words 】 electronic choledochoscope; Internal shock wave lithotripsy; Residual hepatobiliary calculi

肝胆管结石 (hepatic calculus) 又作肝内胆管结石,指的是存在于肝管交汇部下各个胆管分枝道中的结石^[1]。其大部分为胆红素色素性结石,属性特异,虽为原发性胆管结石,却可与肝外胆管共存,且两项病症不适征极为相似。通常情况下,结石可采用肝切除术治疗切除肝组织中结石病灶部分,若无法抓紧治疗,会造成一系列相应的并发症,从而对患者的生命健康产生不良影响^[2]。然而无论手术有多成功,患体内都会存在一定的结石残留,针对所述情况,临床常用电子胆道镜+体内冲击波碎石来治疗留存的结石。因此,为确切对术后机体存在残留结石的肝内胆管结石患者中使用电子胆道镜+体内冲击波碎石补救治疗的成效,现将研究结果报告如下:

1 一般资料

1.1 一般资料

利用随机取样的形式抽取在 2020 年 12 月-2021 年 12 月期间在医院肝胆外科进行诊疗的 100 例肝内胆管结石患者参与该次实验调研,经造影检查后,发现其中 42 例患者体内存在术后残留结石,患者年龄 33-66 岁,平均 (47.52±2.48) 岁,男女比例为 27: 15。对比每位患者基础病历资料,未见差异 ($P>0.05$)。

纳入标准: ①术后机体中有残留结石,且存在上腹痛、寒战、高热、肝区压痛等不适症状; ②满足 1-2 级肝管内结石指征。

排除标准: ①术前麻醉药品不耐受体质者; ②伴有其他重型疾病,如肺、肾衰竭或糖尿病。

1.2 方法

相关医疗设备:

①日本 Olympusviseraotov-s190 / clv-s190 电子胆道镜系统; ②四川佐诚科技有限公司 TCS-B-II 型体内冲击波碎石仪 (一体式); ③美国库克

COOK 取石网篮 NGage Nitinol Stone Extractor 。

手术方法:

术后 6 周,可实施胆管探查。常规消毒后,拔出 T 管,铺毛巾,经 T 管窦道放置电子胆道镜,依照“见腔入镜”法则,用生理盐水冲洗胆管,实施监察窦道及肝内、肝外胆管情形,并明确肝胆管内残余结石的散布、数量以及性状等情况。

对于传统的电子胆道镜检查,使用石篮套取出结石。如果结石体积过大,将无法通过 T 管窦道取出,可使用体内冲击波取出结石。

将电极引线通过电子胆道镜的治疗通道置入,在直视下靠近结石中心,当生理盐水充满胆管时,多次敲击或连续激发放电,直至结石破碎成若干小块或沉淀物样,用网篮套取结石,将泥状结石冲洗出来。取石时间取决于患者的耐受程度,1-3 小时,取石用生理盐水 500-3000ml。若无法 1 次性取净结石,可以在以后重新放置胆道引流管。术后,插入与 T 管窦道直径相同的乳胶管引流胆道并外固定。1~2 周后,再次行电子胆道镜联合冲击波碎石术。在电子胆道镜检查确认无残余结石后,再次进行 t 管窦道造影或 (和) 上腹部 CT 检查,以确认结石取净,移除胆道引流管,闭合窦道。

1.3 观察指标

记录并分析肝胆管残留结石患者,取净结石次数、复发率以及并发症发生情况,涉及菌血症、胆汁漏、穿孔、撕裂、引流管堵塞及胆道出血等几项。

1.4 统计学分析

利用 SPSS24.0 行统计学分析,计量 ($\bar{x}\pm s$),结果 t 检验;计数 (%),结果 χ^2 检验。

2 结果

2.1 患者结石取净及复发情况

42 例肝胆管残留结石患者中, 有 7 例为 1 次取净, 占 16.67%; 20 例分 2-4 次取净, 占 47.62%; 12 例则是 5-8 次取净, 占 28.57%, 见表 1。

经造影及 CT 显示, 39 例肝内胆管无残石, 3 例结石残留, 调查肝内胆管结石患者未取净结石因素, 查后提示, 一是, 存在肝内胆管狭窄显著患者, 检查未发现结石, 经胆道镜检查其后方存在结石, 然网篮及碎石线不能通过。二是, 患者存在结石移位情况, 术中将结石打碎, 其部分碎片会散落分布, 并不断移动, 遇观察不及之处, 则造成无法 1 次取净。

表 1 患者取净结石情况分析 [(n=42) %]

取净次数	取净例数	占比%
1 次取净	7	16.67
2-4 次取净	20	47.62
5-8 次取净	12	28.5
合计	39	92.86

2.2 患者结石复发情况

对 39 例结石取净患者, 经 3 个月、6 个月、9 个月、12 个月、15 个月、18 个月分别行 6 次随访, 其中位时间 (9 个月) 内, 结石患者无复发情况, 12 个月、15 个月、18 个月分别有 1 例、3 例、5 例轻微症状, 见表 2。

表 2 患者结石复发情况分析 [(n=42) %]

时间	复发例数	占比%
3 个月	0	0.00
6 个月	0	0.00
9 个月	0	0.00
12 个月	1	2.38
15 个月	3	7.14
18 个月	5	11.90
合计	9	21.43

3 讨论

肝内胆管结石是我国一种临床常见型, 但又较难治愈, 胆道类病症, 其患病因素众多, 其机制相对复杂, 可能与胆道营养不良、感染、寄生虫、胆汁淤积、解剖变异等具有一定关联性^[3]。肝内胆管结石极易滑入胆总管内, 同时并发肝外胆管结石疾病。若长时间得不到及时治疗, 存在很大的结石梗阻、胆管反复性感染或是炎症性狭窄, 阻塞近端胆管扩张情况, 从而导致患者产生肝硬化及门脉高压病症。临床对于肝内胆管结石患者一般会采用手术方式治疗, 常见有肝切除术。其治疗原则就是将患者体内结石取净, 同时解决胆道狭窄和梗阻问题, 切除肝组织中结石病灶部分, 使其恢复或充血构建的胆汁引流通路, 避免结石病复发^[4]。

近几年间, 尽管肝内胆管结石造普外科治疗中获得了很大进展, 尤其是精确肝切除术的概念引入, 显著降低了肝胆管内结石残留率。然而, 若单单只利用胆道探查、T 管引流方式, 往往很难实现 1 次取净结石, 从而发生肝胆管内存在残留结石现象^[5]。因此, 临床后期对肝内胆管结石术后伴有残留结石情况, 需提供更为妥善的改进及处理措施, 减少肝胆管内结石残留率事件, 其意义重大。伴随临床电子胆道镜、体内冲击波碎石技术逐步成熟和普及应用, 在普外科治疗术后残留结石的肝内胆管结石患者过程, 使用电子胆道镜设备, 并能在直视机体肝胆管道影像下实施取石操作, 可明晰胆道狭窄病灶部位, 结石有无嵌顿情况, 其为当前解决临床探查术

后胆道残留结石问题的最高效、理想的微创疗法。电子胆道镜应采取从胆总管至肝内胆管, 由简单到复杂、依据秩序逐条检查, 的基本原则。先行取石操作, 取易取出的结石, 再处理体积相对较大的结石以及存在嵌顿现象的结石, 最后解决因肝内胆管口狭窄, 无法通过的结石。依据上述内容, 患者肝内胆管开口狭窄, 结石体积较大, 从而造成胆管内残留结石情况。其中, 结石过大采取强制取石后, 取石网篮很拔出, 会使患者疼痛加剧, 且会造成窦道穿孔, 取石网篮损坏情况, 因此, 在这种情况下需应用体内冲击波碎石法, 实施分次, 多次冲击波碎石后, 取出体内结石碎片, 并持续进行术后导管引流, 以备再次电子胆道镜取石。体内冲击波碎石术可将每一块难治性结石, 破碎成泥状, 便于取石网篮套住, 从窦道中取出。

本次研究结果显示, 42 例患者予以电子胆道镜 185 次, 均 4.9 次/例; 实施体内冲击波碎石 119 次, 均 2.8 次。应用体内冲击波碎石时, 有 22 例患者出现上腹部, 耐受力不佳, 引发胀痛, 但无菌血症、胆汁漏、穿孔、撕裂、引流管堵塞及胆道出血等并发症情况。共 39 例取净结石, 取净率高达 92.86%, 除去胆道引流管, 闭和窦道。1 例患者, 其胆道引流管出现意外脱落, 且未及时放置情况, 由此造成不能 1 次取净结石; 1 例患者, 存在肝内胆管狭窄显著患者, 检查未发现结石, 经胆道镜检查其后方存在结石, 然网篮及碎石线不能通过; 1 例患者存在结石移位情况, 术中将结石打碎, 其部分碎片会散落分布, 并不断移动, 遇观察不及之处, 则造成无法 1 次取净。39 例取净结石者, 经过 3-18 个月院外随访, 经造影、CT 复查, 其体内均未见残留结石, 且上腹痛、寒战、高热、肝区压痛等不适症状完全消退。可见, 对术后残留结石的肝内胆管结石患者中使用电子胆道镜+体内冲击波碎石治疗, 可大大增加结石取净率, 降低结石复发率, 避免残留结石情况, 减小患者不适指征与痛苦, 其为临床实用性技术, 可广泛应用推广, 此次研究与吴胜华学者实验结果一致^[6]。

综上所述, 对术后残留结石的肝内胆管结石患者行电子胆道镜+体内冲击波碎石治疗, 获得辅助治疗成效最佳, 可在极大程度上解决无法 1 次取净结石情况, 其微创、恢复迅速、并发症与复发率低, 普及应用价值极高。

参考文献:

- [1]高景雷,刘军,皇甫行勋,等.胆道镜联合液电碎石术治疗肝内胆管结石术后残留结石的临床效果[J].临床医学研究与实践,2022,2 (3): 85-87
- [2]潘孟,李敏朋,俞渊,常明.经皮经肝一期硬质胆道镜联合二期电子胆道镜取石治疗弥漫型肝胆管结石病[J].中国微创外科杂志,2021,13 (6): 531-534.
- [3]王领,魏志力,宋平辉.CT 引导下经皮肝穿刺胆道镜联合双频激光碎石取石治疗复发性肝内胆管结石患者疗效及安全性分析[J].实用肝脏病杂志,2022,1 (25): 108-109.
- [4]陈攀.经 T 管窦道胆道镜下钦激光碎石术治疗肝内外胆管残余结石的疗效及安全性[J].临床医学,2022,7 (2): 51-53.
- [5]钱志峰.鞘管保护下经 T 管窦道采用硬镜联合钦激光治疗肝内外胆管残余结石的临床效果观察[J].基层医学论坛,2022,26 (1): 4-6.
- [6]吴胜华.经 T 管窦道胆道镜下钦激光碎石术治疗肝内外胆管残余结石的疗效分析[J].当代医药论丛,2020,18 (14): 25-26.

课题名称: 保定市科技计划项目

课题编号 18ZF010

三维超声联合三维能量多普勒超声诊断宫腔粘连程度的运用研究

马玲玲 柯海荣 卫建辉

江西省九江市妇幼保健院 江西九江 332001

摘要: 目的 探究三维能量多普勒超声联合三维超声多项参数诊断宫腔粘连(IUA)程度的运用价值。方法:选取我院2020年1月到2021年12月需行宫腔镜手术治疗的IUA患者100例作为研究对象。随机分为对照组和观察组各50例;对照组采用经阴道二维联合三维超声检查,观察组采用经阴道三维能量多普勒超声联合经阴道三维超声技术检查,比较两种检查方式的诊断及结果。结果:经宫腔镜确诊100例IUA患者中,轻度粘连25例,中度粘连39例,重度粘连36例。观察组IUA程度越高,VFI、FI、VI越低,具有统计学意义。观察组和对照组在检查IUA患者ED、EV无明显差异。观察组检查IUA准确率为98.0%,对照组的准确率为84.0%,两组数据存在明显差异,具有统计学意义($P<0.05$)。结论:三维能量多普勒超声及三维超声多项参数诊断IUA程度的准确性高,并且安全无创,具有临床应用价值。

关键词: 三维能量多普勒超声; 三维超声; 宫腔粘连程度

宫腔粘连(Intrauterine adhesions,IUA)是一种常见的女性疾病,临床表现包括不孕、闭经、腹痛等,严重影响女性身心健康和生活质量。子宫内膜在正常月经中呈现周期性,保持其动态再生和分化,以及高可塑性,为胚胎着床作准备^[1-2]。IUA指放射或宫腔感染、宫腔手术操作后,破坏子宫内膜,形成创面,导致纤维化,发生IUA,部分甚至全部封闭宫腔。随着人工流产率的增加,IUA发病率也不断上升。高龄妇女继发不孕者,表现为重度IUA的大约20%~30%。临床诊断IUA的金标准是宫腔镜检查,但其属于有创性的检查,可重复性低,患者依从性差,限制其临床应用^[3-5]。寻找简单、无创的方式诊断IUA,是研究者们关注的重要问题。经阴道超声检查无创、便捷,三维能量多普勒超声能够检测血流变化、内膜情况,三维超声可以使子宫内膜三维成像,容易被患者接受。为探究三维能量多普勒超声及三维超声多项参数诊断IUA程度的运用价值,特选取我院100例患者进行研究,现报告如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院2020年1月到2021年12月的100例需行宫腔镜手术IUA患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组各50例。纳入标准:(1)经过检查,考虑宫腔粘连,需行宫腔镜检查者;(2)明确研究目的,签署知情同意书。排除标准:(1)合并心、肝、肾等严重功能障碍患者;(2)近三个月服用激素类药物者等。对照组年龄22-65岁,平均年龄 46.37 ± 5.36 岁,其中停经13例,继发性不孕18例,月经量减少19例。观察组年龄24-66岁,平均年龄 46.78 ± 5.53 岁,其中停经12例,继发性不孕17例,月经量减少21例。本研究经过医院伦理委员会批准。两组患者的基础资料无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组经阴道二维及三维超声检查。使用彩色多普勒超声诊断仪,嘱患者排空膀胱,采取膀胱结石位,患者取仰卧姿势。外阴充分暴露。耦合剂涂抹在探头。套上避孕套。在阴道后穹窿缓慢置入。探头频率4.5-9Hz。将探头旋转,进行多切面探查,以及多方位探查。观察记录子宫大小、位置、形状、子宫内膜厚度(ED)和子宫内膜体积(EV)等。

观察组经阴道三维能量多普勒超声及经阴道三维超声技术检查。嘱患者排空膀胱,采取膀胱结石位,患者取仰卧姿势。使用彩色多普勒超声诊断仪。外阴充分暴露。耦合剂涂抹在探头。套上避孕套。在阴道后穹窿缓慢置入阴道三维探头。探头频率5-9Hz。探查子宫及双附件区。观察记录

子宫内膜厚度、血流变化、内部回声,宫腔位置、形态、病变等。起始面选取子宫长轴正中矢状面。清晰显示子宫内膜时,将探头固定,三维能量多普勒模式启动。扫查角度 60° ,调整探头频率0.6 Hz。调整扫描角度以及取样框大小。对内膜进行三维成像。获取横断面、矢状面、冠状面。通过虚拟计算机辅助分析程序,手动描画子宫内膜形状。在测量子宫内膜厚度(ED)和子宫内膜体积(EV)基础上,获取血管血流综合指数(VFI)、血流指数(FI)、血管指数(VI)。

1.3 观察指标 (1)比较观察组IUA不同粘连程度VFI、FI、VI情况;(2)比较两组IUA患者ED、EV;(3)比较两种检查方式的IUA程度准确率。

1.4 统计学分析 采用SPSS20.0软件对本次调查的所有数据进行统计分析,其中计数资料用%表示,采用 χ^2 或精确概率法,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用t值。当 $P<0.05$,表示两组数据差异明显,具有统计学意义。

2. 结果

2.1 三维能量多普勒检测IUA患者相关指标比较

为了明确三维能量多普勒在IUA患者中诊断中的价值,对VFI、FI、VI进行分析。结果发现不同粘连程度IUA患者VI存在差异,重度IUA患者FI明显低于轻度和中度患者,不同粘连程度IUA患者VFI也存在明显差异。VFI、FI和VI可用于评估IUA程度,详见图1。

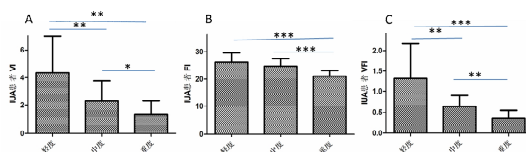


图1 三维能量多普勒检测用于评估IUA患者严重程度,A为IUA患者VI,B为IUA患者FI,C为IUA患者VFI,*: $p<0.05$,**: $p<0.01$,***: $p<0.001$ 。

2.2 两组IUA患者ED、EV比较

为了分析两组患者对IUA程度诊断效果,将两组患者不同粘连程度,对各亚组ED和EV进行比较。结果发现观察组和对照组对IUA患者诊断粘连程度无明显差异,详见表1。

表1 两组患者不同粘连程度EV、ED比较

轻度			中度			重度		
对照	观察	P	对照	观察 (n=20)	P	对照	观察 (n=17)	P
(n=12)	(n=13)		(n=19)			(n=19)		

ED (cm)	0.57±0.10	0.56±0.09	0.80	0.49±0.09	0.43±0.12	0.09	0.35±0.06	0.36±0.07	0.65
EV (cm ³)	2.13±0.64	2.08±0.59	0.84	1.52±0.56	1.47±0.45	0.76	0.79±0.17	0.83±0.13	0.43

2.2 两组检查方式 IUA 程度诊断正确率比较

经阴道三维能量多普勒超声及经阴道三维超声检查的总准确率为 98.0%，明显高于经阴道二维及三维超声检查 84.0%，两组数据存在明显差异（ $P<0.05$ ），具有统计学意义，如表 3。

表 2 不同检查方式 IUA 程度准确率比较

	例数	轻度准确率 (%)	中度准确率 (%)	重度准确率 (%)	总准确率 (%)
观察组	50	13/13 (100%)	19/20 (95%)	17/17 (100%)	49/50 (98%)
对照组	50	11/12 (91.7%)	15/19 (78.9%)	16/19 (84.2%)	42/50 (84%)
χ^2	-	1.128	2.246	2.928	5.983
-p 值	-	0.480	0.182	0.231	0.031

3. 讨论

IUA 是常见的妇科疾病，由多种因素导致，常见原因是继发感染、人工流产手术。由于人工流产手术，破坏子宫内膜，使子宫肌层出现粘连。IUA 患者往往出现周期性腹痛、经量减少、闭经等，严重的甚至反复流产、继发性不孕。IUA 诊断的金标准是宫腔镜检查。但由于宫腔镜检查操作复杂，创伤性大，并且费用比较高，影响临床普及应用。随着现代超声技术的不断发展，临床诊断 IUA，以经阴道超声作为首选方式^[6-7]。IUA 降低血流灌注，经阴道三维能量多普勒超声及经阴道三维超声检查，可以获得子宫内膜血流信号，并且对微血管的检出效能更高，对血流更加敏感^[8]，不受角度的影响。三维能量多普勒检测的 VFI、FI、VI 分别反映血流灌注、血流平均速度、血流信号容积比，用于评估子宫内膜血流灌注情况^[9-10]。本研究观察组检测患者 VFI、FI、VI，并且 IUA 程度越高，VFI、FI、VI 越低，见图 1。子宫内膜的血流灌注与 IUA 程度存在密切的关系^[11-12]。本结果 IUA 也说明 IUA 程度越严重，血流信号越少。

宫腔镜检查作为 IUA 诊断的金标准，但应用有限。经阴道三维超声空间重建和计算能力强，对 IUA 诊断的应用价值更高，能有效测量 ED 和 EV。IUA 粘连程度越重，子宫内膜越薄，ED 和 EV 越小^[13]。因此，IUA 程度也可以通过 ED、EV 进行间接评估。IUA 患者的子宫内膜容积比正常群体明显降低。二维超声检查不能显示，并且冠状面图像也无法显示，因此出现较高的漏诊率^[14-15]。三维超声是在二维超声的基础上，进行三维数据采集，对冠状切面图像三维重建^[16]，获得多位立体图像，对子宫内膜形态更加全面，有效弥补二维超声的缺陷。三维超声对 IUA 的范围、部位更加准确清晰^[17-18]。本研究观察组和对照组测量的 ED、EV 均采用三维超声，结果显示两种方案在测量子宫内膜厚度（ED）和子宫内膜体积（EV）无明显差异，见表 1。

三维能量多普勒评估宫腔粘连患者子宫内膜容积和血流参数的变化，结合三维彩超超声，避免由于切面原因导致的漏诊，有效提升诊断 IUA 的准确率^[19-20]。本研究显示，经阴道三维能量多普勒超声及经阴道三维超声检查的准确率为 98.0%，明显高于经阴道二维及三维超声检查 84.0%（ $P<0.05$ ）。本研究结果也说明，三维能量多普勒超声结合经阴道三维超声检查 IUA 的准确率更高。

综上所述，三维能量多普勒超声及三维超声多项参数能够有效提升 IUA 程度的诊断准确性，与宫腔镜诊断有较高的一致性，并且安全性高，能够有效预测子宫内膜容受性。

参考文献：

[1] 翟勇,蔡菊芳,代玲玲.经阴道三维超声联合能量多普勒对诊断宫腔粘连的价值探讨[J].辽宁医学杂志,2019,33(3): 16-18.

[2] 宋蕾,王凡,林冲,等.经阴道二维超声、三维超声容积成像及能量多普勒超声在宫腔粘连诊断中的联合应用[J].中国临床医学影像杂志,2019,30(5): 342-345,367.

[3] 马云飞,杜联芳,李宏波,等.三维能量多普勒超声评估宫腔粘连患者子宫内膜容受性[J].中国医学影像技术,2018,34(1): 82-85.

[4] 方娜,刘娜,苏慧,等.三维彩色多普勒超声测量子宫内膜血流对冷冻胚胎移植妊娠结局的预测价值[J].河北医药,2019,41(21): 3273-3276.

[5] 李舒,石惠杰,王颖,等.三维能量多普勒超声定量参数对胎盘植入的诊断价值[J].哈尔滨医科大学学报,2019,53(5): 506-509.

[6] 罗守娟,李超,谭丹丹.三维超声和二维超声对宫腔粘连的诊断价值观察[J].中国现代医生,2020,58(18): 121-123.

[7] 李佩佩,何海珍,余彩芬,等.MA 患者清宫术后宫腔粘连的发生率及相关因素分析[J].中国现代医生,2020,58(9): 85-89.

[8] 涂友梅,陈莞春,吕晓亮.阴道三维宫腔超声造影诊断宫腔粘连的价值[J].中国当代医药,2020,27(4): 186-188,192.

[9] 李小静,高鸿敏.经阴道三维超声及能量多普勒诊断宫腔粘连及预测严重程度效果[J].中国计划生育学杂志,2021,29(3): 516-519,635. DOI: 10.3969/j.issn.1004-8189.2021.03.022.

[10] 黄蔚,苏海庆,李业钊,等.三维超声定量参数在宫腔粘连诊断中的应用价值[J].影像科学与光化学,2021,39(5): 732-735. DOI: 10.7517/issn.1674-0475.210311.

[11] 邱荣昌.经阴道超声、经阴道三维超声及生理盐水宫腔造影诊断宫腔粘连的价值[J].影像研究与医学应用,2019,3(20): 88-89.

[12] 张慧,周凤英,耿聪.宫腔水造影在子宫及输卵管四维超声造影中的价值[J].中国医疗设备,2018,33(11): 76-78,101.

[13] T N Amin, E Saridogan, D Jurkovic. Ultrasound and intrauterine adhesions: a novel structured approach to diagnosis and management[J].Ultrasound Obstet Gynecol. 2015 Aug; 46(2): 131-9.

[14] 李素珊.经阴道超声三维容积成像结合宫腔声学造影应用于宫腔粘连临床诊断中价值分析[J].中国现代药物应用,2018,12(9): 63-64.

[15] 喻红霞,郭琦,王晨雨,等.经阴道三维超声在宫腔粘连诊断及粘连程度评估中的应用[J].中国实用医刊,2020,47(10): 11-14.

[16] 汪璐璐,钱永红,李红,等.经阴道三维超声自由解剖成像诊断宫腔粘连的临床应用价值[J].西部医学,2019,31(11): 1762-1766.

[17] 梁丽,李翠梅.经阴道二维超声联合经阴道三维超声诊断宫腔粘连的临床研究[J].影像研究与医学应用,2020,4(2): 120-121.

[18] 郑汉能,方建华,柳画云.经阴道超声三维容积成像结合宫腔声学造影诊断宫腔粘连的应用价值研究[J].临床医学工程,2019,26(3): 279-280.

[19] 段香凤,詹春华.经阴道三维超声评估宫腔粘连患者子宫内膜容积和血流参数的变化[J].中国医学创新,2019,16(26): 105-108. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4985.2019.26.028.

[20] 吕立威,丘雅波,符俊娟.三维能量多普勒超声诊断宫腔粘连的价值分析[J].中国超声医学杂志,2021,37(1): 70-73. DOI: 10.3969/j.issn.1002-0101.2021.01.022.

阿莫西林联合艾司奥美拉唑治疗幽门螺杆菌感染患者的临床效果分析

王霞

浙江大学医学院 浙江杭州 310058

摘要：目的：探讨阿莫西林联合艾司奥美拉唑治疗幽门螺杆菌感染的临床疗效。方法：将 86 例感染者分成两组，对照组使用四联疗法进行治疗，观察组采用阿莫西林联合艾司奥美拉唑治疗，对比两组患者的不良反应发生率和幽门螺杆菌根除率、临床症状积分、临床治疗疗效、SF-36 评分。结果：发生不良反应的患者，对照组 7 例，观察组 1 例，发生率分别为 37.21%、2.33%，观察组发生率较低（ $P < 0.05$ ）。根除率观察组 100.00%，对照组 74.41%，观察组较高（ $P < 0.05$ ）；治疗前，临床症状积分两组差异不显著。治疗后，相较于对照组，观察组三项积分下降较为明显且分值均较低（ $P < 0.05$ ）；每组 43 例患者，有效患者对照组 31 例，观察组 40 例，有效率分别为 72.09%、93.32%，观察组有效率较高（ $P < 0.05$ ）；治疗前，SF-36 评分 8 项维度，两组区别不突出。治疗后，同对照组相比，观察组 8 项维度分值增加较为明显且均较高（ $P < 0.05$ ）。结论：对幽门螺杆菌感染患者使用阿莫西林联合艾司奥美拉唑治疗效果较好，不良反应发生率明显降低，临床症状减少，幽门螺杆菌根除率高，副作用小，临床中可进行推广使用。

关键词：阿莫西林；幽门螺杆菌；艾司奥美拉唑；四联疗法

目前临床针对幽门螺杆菌感染常用抗菌药物与质子泵抑制剂（PPI）的联合疗法^[1]。艾司奥美拉唑即是常用的 PPI 之一。本文以 86 例感染患者为例，对四联疗法治疗和阿莫西林联合艾司奥美拉唑治疗进行比较，作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月—2021 年 6 月收治的 86 例感染患者，按照姓氏顺序将其进行 1-86 的编号，其中编号 1-43 归为对照组，编号 44-86 归为观察组。43 例观察组患者中男 21 例、女 22 例，患者最小 16 岁，最大 64 岁，平均（ 37.15 ± 14.13 ）岁；43 例对照组患者中男 24 例、女 19 例，患者最小 17 岁，最大 53 岁，平均（ 39.25 ± 12.17 ）岁。两组患者性别、年龄等均无显著差异（ $P > 0.05$ ），有可比性。

纳入标准：①符合病理检验标准；②患者知情并在相关文件上签字确认；③临床病例资料完整；④拥有自主行事能力。

排除标准：①依从性差；②药物禁忌症；③恶性肿瘤或重度心肝肾功能障碍；④精神疾病；⑤接受过胃部或食管手术治疗。

1.2 方法

对照组：使用四联疗法进行治疗，给予患者口服甲硝唑、阿莫西林、枸橼酸铋钾、艾司奥美拉唑治疗。其中甲硝唑片，0.4g/次，2 次/d；阿莫西林片 1g/次，2 次/d；枸橼酸铋钾片 0.15g/次，4 次/d；艾司奥美拉唑肠溶片 0.02g/次，2 次/d。持续治疗 7d 并以此为 1 个疗程，治疗 4-8 个疗程。

观察组：采用阿莫西林联合艾司奥美拉唑治疗。其中阿莫西林 0.75g/次，4 次/d；艾司奥美拉唑 0.02g/次，2 次/d。持续治疗 7d 并以此为 1 个疗程，治疗 4-8 个疗程。

感染患者治疗期间要注意保持健康规律的作息，早睡早起；同时多喝水，禁止食用生冷刺激辛辣食物，戒烟戒酒，饮食多补充维生素；可适当进行体育锻炼，有助消化。

1.3 观察指标

（1）对比两组患者的不良反应发生率和幽门螺杆菌根除率。不良反应主要对比腹泻、头晕、恶心三项。

（2）对比两组患者的临床症状积分。临床症状主要对比反酸、灼烧感、上腹部疼痛三个方面。

（3）对比两组患者的临床治疗疗效。显效：临床症状基本消除，无炎症反应和溃疡情况基本消失；有效：临床症状和炎症反应有所改善，溃疡面积缩减至原来的 50.00% 以下；无效：临床症状和炎症反应无任何缓解，同治疗前相比，溃疡面积缩小幅度低于 50%。

（4）对比两组患者的 SF-36 评分。SF-36 评分用来评估患者的生活质量情况，满分 100 分，分值越高代表情况越佳，共八个维度。

1.4 统计学方法

研究数据分析软件为 SPSS20.0，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）形式记录，使用 t 检验对比，计数资料以（ n ）%形式记录，使用 χ^2 检验对比， $P < 0.05$ 时表示差异明显。

2 结果

2.1 对比两组患者的不良反应发生率和幽门螺杆菌根除率

根据表 1 可以看出，对照组 7 例腹泻，4 例头痛头晕，5 例恶心，发生率为 37.21%（16/43），观察组 1 例腹泻，发生率为 2.33%（1/43），观察组发生率较低（ $P < 0.05$ ）。幽门螺杆菌根除率对照组为 74.41%（32/43），观察组为 100.00%（43/43），观察组根除率较高（ $P < 0.05$ ）。

表 1 两组患者的不良反应发生率和幽门螺杆菌根除率对比 [n (%)]

组别	例数	腹泻	头痛头晕	恶心	发生率	幽门螺杆菌根除率
对照组	43	7 (16.27)	4 (9.30)	5 (11.63)	16 (37.21)	32 (74.41)
观察组	43	1 (2.33)	0	0	1 (2.33)	43 (100.00)
χ^2	/				16.496	9.685
P	/				<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者的临床症状积分

1.28±1.15 分; 观察组三项积分分别下降 1.50±0.11 分、1.56±0.12 分、

根据表 2 可以看出, 治疗前两组患者的临床症状积分差异不明显。治

2.06±1.05 分, 观察组三项积分下降幅度较显著且均低于对照组 (P<0.05)。

疗后, 对照组临床症状三项积分分别下降 0.74±0.01 分、0.71±0.02 分、

表 2 两组患者的临床症状积分对比 [$\bar{X} \pm s$, 分]

组别	例数	反酸		灼烧感		上腹部疼痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	2.31±0.19	1.57±0.20	2.30±0.15	1.59±0.13	2.79±1.21	1.51±0.06
观察组	43	2.32±0.22	0.82±0.11	2.28±0.23	0.72±0.11	2.87±1.18	0.81±0.13
t	-	0.226	21.546	0.478	33.501	0.310	32.059
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 对比两组患者的临床治疗疗效

P - <0.05

根据表 3 可以看出, 对照组 27.91% (12/43) 无效, 有效率为 72.09% (31/43); 观察组 6.98% (3/43) 无效, 有效率为 93.32% (40/43), 观察组有效率较高 (P<0.05)。

表 3 两组患者的临床治疗疗效对比[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
对照组	43	25 (58.14)	6 (13.95)	12 (27.91)	31 (72.09)
观察组	43	32 (74.72)	8 (18.60)	3 (6.98)	40 (93.32)
χ^2	-				6.541

2.4 对比两组患者的 SF-36 评分

根据表 4 可以看出, 治疗前, 两组患者 SF-36 评分差异不突出。治疗

后, 对照组患者 8 个维度分别增加 25.33±1.44 分、22.73±1.12 分、18.02±4.98

分、10.57±7.25 分、19.91±0.29 分、18.95±1.04 分、25.31±1.26 分、25.06±0.04

分; 观察组患者 8 个维度分别增加 44.64±0.91 分、42.52±0.34 分、46.16±5.03

分、35.51±0.95 分、42.65±0.34 分、41.96±0.87 分、44.21±0.41 分、47.91±0.72

分, 观察组分值增加幅度较大且均高于对照组 (P<0.05)。

表 4 两组患者的 SF-36 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生理机能		生理职能		躯体疼痛	
		一般	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	50.22±3.68	75.55±2.24	56.22±1.21	78.95±2.33	53.25±6.24	71.27±1.26
观察组	43	50.99±2.06	95.63±2.97	56.01±1.04	98.53±1.38	52.37±6.09	98.53±1.06
t	-	1.197	35.396	0.863	47.413	0.662	108.562
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 4 两组患者的 SF-36 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分) (续)

组别	例数	一般健康状况		精力		社会功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	60.01±2.37	70.58±9.62	50.22±2.09	70.13±2.38	53.39±3.35	72.34±2.31
观察组	43	60.07±2.11	95.58±3.06	50.73±2.02	93.38±2.36	53.65±3.23	95.61±2.36

t	-	0.124	16.239	1.151	45.487	0.366	46.207
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 4 两组患者的 SF-36 评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）（续）					
组别	例数	情感职能		精神健康	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	51.03±3.61	76.34±2.35	50.23±2.38	75.29±2.34
观察组	43	51.07±3.08	95.28±2.67	50.66±2.05	98.57±1.33
t	-	0.055	34.918	0.898	56.717
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

幽门螺杆菌生存于人体幽门部位，并因此得名，是目前唯一能在人胃中存活的微生物。幽门螺杆菌是一种螺旋形厌氧菌，主要寄生于胃黏膜组织中，常导致感染者胃溃疡、十二指肠溃疡和胃炎等，严重时可能引发上消化道出血、幽门梗阻甚至胃癌。感染与慢性胃炎、消化性溃疡的发生密切相关，慢性胃炎和消化道溃疡患者的主要症状为餐后上腹部饱胀、不适或疼痛，常伴有其他不良症状，如嗝气、腹胀、反酸和食欲减退等，有些患者还可出现剧烈腹痛反复发作、胆汁反流性呕吐等^[2-3]。这些感染后常出现的不良反应，极大地降低了感染患者的生活质量。所以找到一种科学可行且副作用小的治疗方案十分重要。现阶段临床上对于幽门螺杆菌感染的患者多采用药物治疗的方式进行医治,然而幽门螺杆菌具有较强的耐药性,使得药物停留在细菌生物膜黏液层以外,无法直接作用于细菌,导致药物无法充分发挥药效,治疗效果和预期效果直接差距较大^[4-5]。随着医疗技术的不断进步，研发出了越来越多的治疗药物，其中四联疗法使用范围较广，虽然能够取得一定的临床疗效，但随着时间的推移，其治疗幽门螺杆菌感染方面疗效逐渐降低。所以，临床医学上致力于研究解决幽门螺杆菌的耐药性问题，发现使用阿莫西林和艾司奥美拉唑进行综合治疗，临床效果更佳，应用价值较高。

如若患者发生幽门螺杆菌感染，极易造成患者胃功能减弱、食欲不振，不仅会严重降低患者的生活品质，情况严重的话还会危及到患者的生命健康安全^[6]。所以，根据患者的病情具体情况和身体条件，针对性的选用合适的治疗药物就显得尤为重要。阿莫西林是临床较为常用广谱抗生素，其作用原理是通过抑制幽门螺杆菌细胞壁的合成来达到抗菌、杀菌的作用^[7]。艾司奥美拉唑是一种质子泵抑制剂，可直接用于胃壁细胞内幽门螺杆菌的治疗，其作用原理是阻止表层的尿素酶结合，从而将其活性抑制，并以此达到间接性根治幽门螺杆菌的效果；相较于奥美拉唑，艾司奥美拉唑的抑酸能力更强，抑制时间更为持久，并且耐受性更佳，对患者的毒副作用较轻，此外，艾司奥美拉唑起效快，能够在极短的时间内对酸起到抑制作用，因此，该药物能够有效控制尿素酶活性，抗菌效果较为理想。有关临床数

据资料显示，部分幽门螺杆菌感染患者在治疗后复发率较高，出现这一情况的原因是所使用的治疗药物无法做到彻底根除幽门螺杆菌，使得患者体会残留部分菌株，从而造成患者的二次感染复发，所以，在给予感染者阿莫西林治疗的同时予以艾司奥美拉唑，以便充分发挥药物的抑制作用，加强细菌根除力度，减少再次复发的可能性。

在本次研究中，观察组患者的不良反应较轻，幽门螺杆菌根除率要显著高于对照组患者的幽门螺杆菌根除率，临床症状改善更为显著，治疗效果更佳，同时，治疗后观察组患者的生活质量评分也明显更高，提示对于幽门螺杆菌感染的患者予以阿莫西林和艾司奥美拉唑治疗具有较高的安全性，能够有效抑制病菌活跃，抗菌效果较为理想。阿莫西林是一种半合成广谱青霉素，在予以患者使用前需进行过敏测试，医务人员认真查看患者病历资料，并询问患者既往病史和用药史等情况，谨慎用药，用药期间密切观察患者病情情况和临床反应，如患者发生不良反应需立即采取有效应对措施予以解决，保证患者用药安全。

综上所述，阿莫西林联合艾司奥美拉唑在治疗幽门螺杆菌感染患者中有较好的疗效，安全性较高，能够有效改善患者相关临床症状，提高患者的日常生活质量，具有较高的临床应用价值。

参考文献：

[1]骆晓豪,徐丽艳,海林,等.艾司奥美拉唑联合阿莫西林治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的效果及用药安全性分析[J].世界最新医学信息文摘,2021,21（80）: 129-130.

[2]周显横.益生菌联合三联疗法治疗小儿幽门螺杆菌相关性慢性胃炎的效果及不良反应发生率分析[J].吉林医学,2022,43（01）: 180-181.

[3]蔡永国,白笠,董堃博,等.大剂量阿莫西林联合艾司奥美拉唑治疗幽门螺杆菌感染患者的疗效[J].中国实用医药,2021,16（5）: 98-101.

[4]杨琳琳.奥美拉唑+甲硝唑分别联合克拉霉素与阿莫西林对慢性胃炎伴消化性溃疡患者 Hp 清除率的影响[J].罕少疾病杂志,2022,29（04）: 68-69+81.

[5]鄢雪峰,芦茜,廖怀利,等.大剂量阿莫西林联合艾司奥美拉唑治疗幽门螺杆菌感染患者的临床效果[J].医疗装备,2020,33（17）: 82-83.

[6]黄业鸿,刘改芳,忻晨曦,赵云红,吴婧.质子泵抑制剂大剂量二联与铋剂四联在幽门螺杆菌根除治疗中的疗效比较[J].临床荟萃,2022,37（03）: 230-233.

[7]刘俊莹,李文辉,贾莉,赵欣,贾彬.三联疗法联合益生菌对幽门螺杆菌感染患儿的临床疗效及对患儿生长发育的影响[J].中国医药,2022,17（01）: 76-79.

彩色多普勒超声诊断甲状腺微小癌的临床价值研究及预后的影响研究

吴文雯

贵州省黔西南州人民医院 贵州兴义 562400

摘要：目的：研究彩色多普勒超声诊断甲状腺微小癌的临床价值研究及预后的影响。方法：从我院随机挑选 2020 年 1 月-2021 年 12 月收治的 70 例甲状腺微小癌患者，所有患者均接受二维超声检测、彩色多普勒超声检测。且把病理学检查结果作为金标准，对比两种检查方式诊断效能情况、检出率、漏诊率、误诊率、微钙化检出率、超声图像特征。且超声图像与血流显像情况分析。结果：在 70 例甲状腺微小癌患者中，有 65 例是甲状腺乳头状癌，占比为 92.86%；有 4 例是甲状腺滤泡状癌，占比为 5.71%；有 1 例是甲状腺髓样癌，占比为 1.43%。二维超声检查准确率为 75.71%、灵敏度为 71.43%、特异度为 68.57%，彩色多普勒超声检查准确率为 90.00%、灵敏度为 85.71%、特异度为 82.76%，彩色多普勒超声诊断效能要明显高于二维超声（ $P<0.05$ ）。二维超声检出率为 75.71%、漏诊率为 15.71%、误诊率为 4.29%、微钙化检出率为 78.57%，彩色多普勒超声检出率为 92.86%、漏诊率为 7.14%、误诊率为 0.00%、微钙化检出率为 97.14%，彩色多普勒超声检出率、漏诊率、误诊率、微钙化检出率均要好于二维超声（ $P<0.05$ ）。在患者超声图像中，肿瘤形状都是不规则的，肿瘤边缘欠光整，且很多肿瘤没有薄膜，有低回声表现，病灶有轻微钙化，CDFI：肿瘤内探及少许血流信号，通常不会有丰富血流信号。在彩色多普勒检查中，患者血流信号在收缩期峰值是每秒 8.7-35.1cm，阻力指数是 0.5-0.8。在二维超声中，有 6 例微钙化、57 例边界清晰、6 例前后径和横径比值 ≥ 1 、41 例低回声、53 例边缘光滑；在彩色多普勒超声中，有 33 例微钙化、38 例边界清晰、60 例前后径和横径比值 ≥ 1 、64 例低回声、12 例边缘光滑，二维超声和彩色多普勒超声检查方式超声图像特征比较有显著差异（ $P<0.05$ ）。结论：在甲状腺微小癌诊断中应用彩色多普勒超声具有较高诊断效能，且疾病检出率较高、微钙化检出率较高，漏诊率较低，很少出现误诊情况，值得临床推广和应用。

关键词：彩色多普勒超声；甲状腺微小癌；临床诊断；预后影响

甲状腺微小癌，主要是指肿瘤直径 $\leq 1\text{cm}$ 的甲状腺癌。临床研究显示，甲状腺癌具有较好的预后情况，且具有较高治愈率。针对甲状腺微小癌患者来讲，因为其病灶较小，治愈率也要更高^[1]。一般情况下，甲状腺微小癌患者没有任何临床症状，大多是在健康体检，或者是在良性甲状腺结节手术时发现的。由于该疾病病灶体积较小，没有典型图像和声像，临床诊断具有一定困难。近几年，超声影像技术及超声设备发展良好，其对微钙化结节的检出率逐渐提升，这给甲状腺微小癌临床诊断提供了良好的依据^[2]。下文从我院随机挑选 2020 年 1 月-2021 年 12 月收治的 70 例甲状腺微小癌患者，对彩色多普勒超声诊断甲状腺微小癌的临床价值研究及预后的影响进行研究，详细如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从我院随机挑选 2020 年 1 月-2021 年 12 月收治的 70 例甲状腺微小癌患者，其中有 26 例男性患者，44 例女性患者，年龄段在 24-65 岁之间。纳入标准：满足甲状腺微小癌诊断标准；无合并颈部其他肿瘤性疾病；没有肿瘤转移；患者自愿参加本次研究，且签署知情同意书。排除标准：有重要器脏性疾病；有精神类疾病、认知障碍；不属于甲状腺微小癌患者。

1.2 方法

所有患者均接受二维超声检测、彩色多普勒超声检测。利用飞利浦 EPIQ5 及 GE LOGIQ E9 彩色超声诊断仪，L7 线阵探头，频率控制在 5MHz-10MHz。在检查时，帮助患者取仰卧位，把颈部充分暴露出来，先利用二维超声，全面检查患者甲状腺，对结节数目、位置进行明确，且对结节大小、形态、边缘、内部回声进行认真观察^[3]。然后利用彩色多普勒血流显像，对每个结节周边、内部血流分布进行观察，最后利用脉冲多普勒，对最大血流速度和阻力指数进行检测。此外，还需要对患者双侧颈部是否有肿大淋巴结进行检测，对其大小、数目、内部声像特征、血流情况进行记录^[4]。所有图像均储存在工作站，且做出诊断，手术后把诊断结果和病理结果进行对比分析。

1.3 观察指标

观察病理学检查结果情况；两种检查方式诊断效能情况对比；两种检查方式检出率、漏诊率、误诊率、微钙化检出率情况对比；超声图像与血流显像情况分析；两种检查方式超声图像特征比较

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行统计学分析。计量的比较采用 t 值检验，计数的比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表存在显著差异。

2 结果

2.1 病理学检查结果情况

在 70 例甲状腺微小癌患者中，有 65 例是甲状腺乳头状癌，占比为 92.86%；有 4 例是甲状腺滤泡状癌，占比为 5.71%；有 1 例是甲状腺髓样癌，占比为 1.43%，详见表 1。

表 1 病理学检查结果情况分析[n（%）]

类型	占比[n（%）]
甲状腺乳头状癌	65（92.86）
甲状腺滤泡状癌	4（5.71）
甲状腺髓样癌	1（1.43）

2.2 诊断效能情况比较

二维超声检查准确率为 75.71%、灵敏度为 71.43%、特异度为 68.57%，彩色多普勒超声检查准确率为 90.00%、灵敏度为 85.71%、特异度为 82.76%，彩色多普勒超声诊断效能要明显高于二维超声（ $P<0.05$ ），详见表 2。

表 2 两种检查方式诊断效能情况比较（%）

组别	例数	准确率（%）	灵敏度（%）	特异度（%）
	(n)			
二维超声	70	75.71	71.43	68.57
彩色多普勒超声	70	90.00	85.71	82.86
X^2		4.263	4.162	5.100
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 检出率、漏诊率、误诊率、微钙化检出率情况比较

二维超声检出率为 75.71%、漏诊率为 15.71%、误诊率为 4.29%、微钙化检出率为 78.57%，彩色多普勒超声检出率为 92.86%、漏诊率为 7.14%、误诊率为 0.00%、微钙化检出率为 97.14%，彩色多普勒超声检出率、漏诊率、误诊率、微钙化检出率均要好于二维超声（ $P<0.05$ ），详见表 3。

表 3 两种检查方式检出率、漏诊率、误诊率、微钙化检出率情况比较[n(%)]

组别	例数	检出率	漏诊率	误诊率	微钙化检出率
二维超声	70	53(75.71)	11(15.71)	3(4.29)	55(78.57)
彩色多普勒超声	70	65(92.86)	5(7.14)	0(0.00)	68(97.14)
X^2		8.526	5.368	5.120	9.664
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 超声图像与血流显像情况分析

在患者超声图像中，肿瘤形状都是不规则的，肿瘤边缘欠光整，且很多肿瘤没有薄膜，有低回声表现，病灶有轻微钙化，CDFI：肿瘤内探及少许血流信号，通常不会有丰富血流信号。在彩色多普勒检查中，患者血流信号在收缩期峰值是每秒 8.7-35.1cm，阻力指数是 0.5-0.8。

2.5 超声图像特征比较

在二维超声中，有 6 例微钙化、57 例边界清晰、6 例前后径和横径比值 ≥ 1 、41 例低回声、53 例边缘光滑；在彩色多普勒超声中，有 33 例微钙化、38 例边界清晰、60 例前后径和横径比值 ≥ 1 、64 例低回声、12 例边缘光滑，二维超声和彩色多普勒超声检查方式超声图像特征比较有显著差异（ $P<0.05$ ），详见表 4。

表 4 两种检查方式超声图像特征比较[n（%）]

组别	例数	微钙化	边界清晰	前后径和横径比值 ≥ 1	低回声	边缘光滑
二维超声	70	6（8.57）	57(81.43)	6（8.57）	41(58.57)	53(75.71)
彩色多普勒超声	70	33(47.14)	38(54.29)	60(85.71)	64(91.43)	12(17.14)
X^2		4.854	4.332	6.859	4.263	6.369
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

甲状腺癌，是甲状腺上发生的恶性肿瘤，且该疾病发生率不断上涨。临床研究显示，在普通人群中，有超出一半的人都有甲状腺结节，而在这些人群中有百分之十左右会发展成为甲状腺癌^[5]。甲状腺微小癌，主要是指肿瘤直径在 10 毫米以下的甲状腺癌，该疾病又被称作是隐匿性甲状腺癌。该疾病的发病机理临床中还没有统一认识，大多是认为和辐射、遗传、缺碘引起的^[6]。在甲状腺癌患者中，有八成以上的患者都是甲状腺微小癌，且主要以乳头状微小癌为主。甲状腺微小癌肿瘤体积相对较小，没有显著表现特点，难以利用触诊发现，一般都是体检中发现^[7]。在临床中，该疾病具有不错的疗效，且越早发现疾病，治疗效果和预后情况就会越好。尽

管该疾病从某种程度上来讲是好癌范围,乳头状癌生长较慢,但是容易出现局部淋巴结转移,若不及时治疗,会带来较为严重的影响^[8]。因此,在临床中,需要及早诊断和治疗甲状腺微小癌,这对于预后效果具有较为积极意义。

在以往临床中,在诊断甲状腺癌时大多利用二维超声,然而因为甲状腺微小癌具有一定特殊性,病灶实质性不均匀低回声,这给临床诊断带来了较大难度,直接影响到了诊断准确性,导致诊断结果出现偏差。近几年,彩色多普勒超声逐渐应用在各种疾病诊断中,该种治疗方式和二维超声相比,可以更加准确的显示肿瘤数量、形态、大小、病灶钙化、回声强度、肿瘤内部血流情况等,具有较高诊断准确性。该种检查手段,具有较强稳定性,通过数字化摄影,能够有效规避传统常规X线摄影影像链上对图像形成和噪音影响,并且通过对窗位窗宽进行调节,可以提升影像分辨率和对比度,能够对影像动态范围进行拓宽。并且,针对部分低密度病灶,尤其是接近背景密度的微小病灶和淡薄片影,彩色多普勒超声检查具有较好的图像可调性和敏感可探测性^[9]。

在超声图像中,甲状腺微小癌有以下表现:第一,实性结节和极低回声、低回声较多,病理基础是甲状腺癌细胞间质少,大且重叠,很少形成反射界面。和颈前肌群相比要高一些,和甲状腺实质相比要低一些,是低回声;和颈前肌群相比要低一些,是极低回声;和甲状腺实质相比高一些,是高回声^[10]。第二,前后径和横径比值 ≥ 1 ,其指标是结节形态的变异指标,和结节生长形式相关。横径是和皮肤平行结节的最大径,纵径是和皮肤垂直结节的最大径。第三,微钙化,超出一半的甲状腺乳头状癌病理能够对砂粒体进行观察,这主要是因为细胞供血不足,以至于组织坏死和蜕变,引起钙盐沉积。在病理中,砂粒体可以利用微钙化反映,其是甲状腺乳头状癌诊断的重要依据^[11]。第四,边缘成角、边界模糊,如果是良性结节,边缘不规则率相对较高;如果是恶性病灶边缘不规则率在7%-63%;如果是良性结节边缘不规则率在4.5%-59%。边界模糊良性结节发生率是14.5%-25.7%,边界模糊恶性结节发生率是47.8%-77.4%^[12]。在本文研究中,彩色多普勒超声检查诊断甲状腺微小癌,通过高分辨率扫查可以发现,乳头状癌发展有显著的浸润性特点,并且有较少间质,癌细胞处于交叠状态,没有薄膜的较大癌细胞有毛刺样边界形态,大多是低回声区,在病灶中有砂粒体,并且钙化间质形成。在患者超声图像中,肿瘤形状都是不规则的,肿瘤边缘欠光整,且很多肿瘤没有薄膜,有低回声表现,病灶有轻微钙化,CDFI:肿瘤内探及少许血流信号,通常不会有丰富血流信号。在彩色多普勒检查中,患者血流信号在收缩期峰值是每秒8.7-35.1cm,阻力指数是0.5-0.8。在二维超声中,有6例微钙化、57例边界清晰、6例前后

径和横径比值 ≥ 1 、41例低回声、53例边缘光滑;在彩色多普勒超声中,有33例微钙化、38例边界清晰、60例前后径和横径比值 ≥ 1 、64例低回声、12例边缘光滑,二维超声和彩色多普勒超声检查方式超声图像特征比较有显著差异($P < 0.05$)。

综上所述,彩色多普勒超声诊断甲状腺微小癌具有确切效果,具有较高的检出率,且很少发生误诊情况,漏诊率也相对较低,具有较高临床推广和应用价值。

参考文献:

- [1]陈永成.高频彩色多普勒超声检查早期诊断甲状腺微小乳头状癌的临床价值[J].中国医疗器械信息,2021,27(17): 87-88+168.
- [2]冯小平.甲状腺微小癌彩色多普勒超声诊断的价值及影像学特征研究[J].影像研究与医学应用,2021,5(06): 150-151.
- [3]陈静慧.彩色多普勒超声诊断甲状腺微小乳头状癌的临床价值[J].中国医疗器械信息,2020,26(15): 78-79.
- [4]陈珂.二维超声与彩色多普勒超声诊断甲状腺微小癌的价值分析[J].心理月刊,2020,15(06): 56+59.
- [5]惠小红.彩色多普勒超声在甲状腺微小癌诊断临床价值与应用[J].人人健康,2019(24): 263-264.
- [6]贾东霞.甲状腺微小癌彩色多普勒超声诊断的效果观察[J].中国继续医学教育,2019,11(29): 100-102.
- [7]徐春霞,李丽.高频彩色多普勒超声在甲状腺微小癌中的诊断价值研究[J].中国医疗器械信息,2019,25(14): 144-146.
- [8]王瑶,张蕾,郑超,濮恬宁,等.甲状腺微小癌的彩色多普勒超声诊断价值[J].癌症进展,2018,16(15): 1850-1853.
- [9]高柏钊.彩色多普勒超声在甲状腺微小癌诊断的临床价值分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(91): 129.
- [10]王朕,应怡,张春玲.应用彩色多普勒超声诊断甲状腺微小癌的可行性研究[J].中国医疗器械信息,2018,24(20): 114-115.
- [11]贺梅婷,李春梅,邢媛媛.二维及彩色多普勒超声联合弹性成像技术对诊断甲状腺微小乳头状癌的临床意义[J].中国医药,2019,14(03): 385-388.
- [12]肖春莹,周剑宇,杨朝晖,等.超声微血流成像技术与常规彩色多普勒超声评价甲状腺微小癌供应血管及其对甲状腺微小癌预测价值的比较研究[J].中国超声医学杂志,2018,34(12): 1073-1076.

作者简介: 吴文雯(1986-),女,汉族,贵州兴义人,本科学历,主治医师,主要从事超声诊断方面工作。

不同胰岛素剂量对糖尿病治疗效果观察

姚福秀

山东省平邑县人民医院 山东平邑 273300

摘要: 目的 针对糖尿病患者使用不同胰岛素给药办法的疗效研究。方法 选取 2018 年 10 月至 2020 年 12 月山东省平邑县人民医院诊治的糖尿病 42 例患者,通过随机掷骰子法分为皮下、泵入两组,每组各 21 例。皮下组患者行皮下胰岛素注射给药治疗;泵入组患者接受胰岛素泵给药治疗。对比两组患者治疗前后的指标改善情况。结果 两组患者治疗前临床指标数据比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),接受治疗后均得到改善,且治疗后泵入组患者的空腹及餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白、空腹及餐后 2hC 肽、胰岛素抵抗指数指标情况均显著低于皮下组,泵入组患者的胰岛 β 细胞功能指数显著高于皮下组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 胰岛素是控制血糖等指标的常用药物,可有效改善指标水平、提升疗效,皮下给药方式更为安全可靠,适用于常规给药控制指标治疗,泵入给药可减少夜晚或大剂量注射引发的副作用,需结合临床实际,进行针对性选取,推荐使用。

关键词: 胰岛素; 治疗前后指标改善情况; 糖尿病

Effect of different insulin doses on diabetes mellitus

Abstract: Objective To study the effect of different insulin administration methods on diabetic patients. Methods from October 2018 to December 2020, 42 patients with diabetes diagnosed and treated in Pingyi County People's Hospital of Shandong province were randomly divided into two groups, 21 cases in each group. Patients in subcutaneous group were treated with subcutaneous insulin injection; The patients in the pump group were treated with insulin pump. The indexes of the two groups were compared before and after treatment. Results there was no significant difference in clinical index data between the two groups before treatment ($P>0.05$). After treatment, they were improved. After treatment, the indexes of fasting and 2h postprandial blood glucose, glycosylated hemoglobin, fasting and 2h postprandial C peptide and insulin resistance index in the pump group were significantly lower than those in the subcutaneous group. The islets of the pump group were significantly lower than those in the subcutaneous group β The cell function index was significantly higher than that in the subcutaneous group ($P<0.05$). Conclusion insulin is a commonly used drug for controlling blood glucose and other indexes, which can effectively improve the index level and improve the curative effect. The subcutaneous administration method is more safe and reliable. It is suitable for routine administration control index treatment. Pumping administration can reduce the side effects caused by night or high-dose injection. It needs to be selected and recommended according to the clinical practice.

Keywords: insulin; The improvement of indexes before and after treatment; Diabetes

不良生活习惯及遗传影响均会增加诱发糖尿病的风险,导致患者发生代谢功能异常,出现胰岛素分泌度降低,提升血糖的活性^[1]。早期以多饮食、多排尿及疲乏无力等为主要表现,不会急速危及患者生命安全,但不经控制治疗,可引发多种合并疾病,对心脑血管、重要器官及神经功能影响较大,严重威胁患者的机体健康^[2]。胰岛素分泌的不足会加重疾病的发展,因此胰岛素给药治疗是目前首选的治疗办法。但经临床用药观察及大量参考文献数据显示,由于医疗给药技术的发展,临床胰岛素注射有不同的给药方式,对临床疗效的差异影响也较大。因此为进一步研究不同给药方式对疗效的影响,本文选取我院 42 例患者作以研究,分别使用皮下注射治疗及泵入给药治疗,对患者治疗前后的指标改善情况作对比,数据结论总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 10 月至 2020 年 12 月山东省平邑县人民医院诊治的糖尿病 42 例患者,通过随机掷骰子法分为皮下、泵入两组,每组各 21 例。皮下组男性 11 例,女性 10 例,年龄 35 ~ 75 周岁,平均 (55.43±10.67) 周岁,病程 2 ~ 6 年,平均 (4.25±0.75) 年;泵入组男性 9 例,女性 12

例,年龄 36 ~ 74 周岁,平均 (55.28±9.72) 周岁,病程 3 ~ 5 年,平均 (4.03±0.97) 年。患者基本资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),校对合格。纳入标准:(1) 患者接受检查空腹血糖均超过 7.0mmol/L,在口服葡萄糖耐量 2h 后检查均超过 11.1mmol/L,符合糖尿病的相关诊断,且出现多饮多食、消瘦多尿的情况;(2) 经院方伦理委员会批准,患者知情同意签字。排除标准:(1) 合并甲状腺疾病、肝肾功能疾病者;(2) 患有精神类疾病、治疗依从度欠佳或中途退出研究的患者。

1.2 方法

皮下组指导患者使用皮下注射用赖脯胰岛素(上海第一生化药业有限公司;10ml:400U;国药准字 H31020519)注射:3 次/d,于早、午、晚餐前 30min,0.5U/次,采用皮下给药注射方式。

泵入组给予患者胰岛素泵给药治疗:使用胰岛素泵(美国美敦力 Medtronic;MMT_722WWL)接入连续导管上,在患者皮下埋指针头,使用与皮下组相同赖脯胰岛素注射液,3 次/d,于早、午、晚餐前 20min,剂量以皮下组一半为准,将另一半作为追加剂量,注射期间用罗氏血糖监测仪器进行全面的指标监测。

两组患者均接受 3 个月/疗程,持续治疗一疗程的给药控制治疗,期间

也应注意血脂、血循环、血压的调节。

1.3 观察指标

对比治疗前后的指标改善情况。采用指尖血糖检测仪检查血糖情况，采用微柱层析法检查糖化血红蛋白，放射免疫测定法测 C 肽，正常血糖胰岛素钳夹技术检查胰岛素抵抗指数，糖耐量试验检查胰岛 β 细胞功能指数。在正常值区间内，患者的空腹及餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白、空腹及餐后 2hC 肽、胰岛素抵抗指数越低，胰岛 β 细胞功能指数越高，应用效果越好。

1.4 统计学分析

本文以 SPSS 20.0 统计软件作数据相关分析比对。计量值 t 检验校准，表达“平均值±标准差”，计数值 X²检验校准，表达“n%”。在 P<0.05 时，有统计价值。

2 结果

2.1 接受治疗前后患者的指标改善情况比较

两组患者治疗前临床指标数据比较差异无统计学意义 (P>0.05)，接受治疗后均得到改善，且治疗后泵入组患者的空腹及餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白、空腹及餐后 2hC 肽、胰岛素抵抗指数情况均显著低于皮下组，泵入组患者的胰岛 β 细胞功能指数显著高于皮下组，比较差异有统计学意义 (P<0.05)，见表 1。

表 1：两组患者治疗前后的指标改善情况比较

指标		皮下组 (n=21)	泵入组 (n=21)	t	P
空腹血糖 (mmol/L)	治疗前	8.55±1.24	8.57±1.21	0.052	0.958
	治疗后	5.27±0.54	4.92±0.27	2.656	0.011
餐后 2h 血糖 (mmol/L)	治疗前	13.65±1.64	14.04±1.67	0.763	0.449
	治疗后	6.36±0.44	5.78±0.68	3.281	0.002
糖化血红蛋白 (%)	治疗前	9.42±0.72	9.36±0.75	0.264	0.792
	治疗后	7.21±0.37	6.75±0.45	3.618	0.000
空腹 C 肽 (pmol/L)	治疗前	786.23±11.26	783.67±11.38	0.732	0.468
	治疗后	690.21±11.27	679.13±11.23	3.191	0.002
餐后 2hC 肽 (pmol/L)	治疗前	2207.26±98.35	2206.13±99.53	0.037	0.970
	治疗后	1503.78±78.54	1445.83±56.19	2.749	0.008
胰岛素抵抗指数 (%)	治疗前	2.17±0.35	2.15±0.36	0.182	0.856
	治疗后	1.98±0.34	1.67±0.23	3.460	0.001
胰岛 β 细胞功能指数 (%)	治疗前	37.68±10.23	37.21±10.45	0.147	0.883
	治疗后	65.43±9.12	75.37±9.15	0.883	0.001

3 讨论

糖尿病初期不易察觉，后期极易引发相关并发症，发病后需终身接受治疗，无法做到完全治愈，但经药物适当给药可降低疾病迁移对机体功能带来的负面影响。由于胰岛素代谢水平的降低，患者出现明显的血糖升高，如不及时加以控制，会诱发多器官功能受损^[3]。因此控制血糖水平是

抑制疾病发展及加强治疗的关键因素，进而有效改善患者的症状发展。胰岛素是控制血糖的特效药物之一，但就患者而言，即使接受给药治疗，也无法避免餐后的血糖提升^[4]。但接受胰岛素给药后，可以更为有利的帮助患者控制血糖值在正常范围区间，为患者饮食的自由选择提供了更多的选取空间，从本质上改善其饮食状态质量。

皮下注射更便于患者居家操作，对部分老年群体及治疗依从度欠佳患者的疗效保证极为重要，但一次给药剂量较大，且药效作用的时间相对较短^[5-6]。胰岛素泵是将人体健康胰腺正常进行胰岛素分泌的形式进行模拟给药，可以更为有效的保持其全天指标的稳定，从而提升控制疾病效果。泵入给药相对于皮下注射，可以更为显著的维持全天血糖水平，减少一次大剂量给药对机体的冲击，药效作用平稳，更具临床实践价值。

本文数据结果表明，通过胰岛素泵给药，疗效更优于皮下注射，指标控制更佳，安全性更好。泵入给药可以模拟健康人体胰岛素生产模式供给所需剂量，对其皮下组织进行持续的给药输注。更利于稳定患者全天的指标，更好地阻止疾病的发展及并发症的产生。胰岛素泵在夜晚减少剂量，可降低低血糖的发生风险，待凌晨后，会自动提升胰岛素的给药剂量，可有效保证维持药物作用，也有效降低了凌晨患者血糖明显提升的风险。部分患者皮下胰岛素注射餐后的血糖仍处在较高水平，但接受胰岛素泵持续输注的患者，能够显著地降低其用餐后指标水平^[7-8]。

综上所述，在糖尿病的治疗时，使用胰岛素给药，可更为有效控制指标水平，但临床可选取多种给药方式，皮下给药使用方便，安全性高，泵入给药药效持续好，不易产生低血糖情况，需结合实际条件进行方式选取，控制指标水平的同时，保证用药安全，提升整体疗效，值得临床的普及推广。

参考文献：

[1]刘发巧.胰岛素不同给药方式急诊治疗糖尿病酮症酸中毒的效果比较[J].糖尿病天地,2019,16(1): 77.

[2]杨帆,刘青河,陈德源.不同胰岛素给药方法治疗糖尿病的疗效比较[J].临床合理用药杂志,2020,13(16): 62-64.

[3]陈丽丽.不同胰岛素给药方法治疗糖尿病的安全性评估[J].糖尿病新世界,2020,23(1): 34-35.

[4]陈丰收,郑妹容.不同胰岛素注射方法治疗 2 型糖尿病并发感染临床疗效对比观察[J].糖尿病新世界,2020,23(4): 28-29,33.

[5]兰灵,朱晓慧.评价不同胰岛素给药方式在糖尿病患者治疗中的应用及胰岛素日用剂量的影响[J].糖尿病新世界,2020,23(13): 86-88.

[6]张伟,廖琳.2 型糖尿病治疗中预混胰岛素类似物剂量调整的探讨[J].中华糖尿病杂志,2015,7(6): 398-400.

[7]宇毅,褚秀美,贾培培,等.肺癌与糖尿病围手术期病人胰岛素泵的应用效果[J].青岛大学学报(医学版),2019,55(6): 675-678, 684.

[8]李亮.胰岛素不同给药方式治疗急诊糖尿病酮症酸中毒的临床效果[J].北方药学,2019,16(8): 98, 97.

不同放射诊断方法在肺癌与肺良性肿瘤鉴别中的应用分析

张标

贵州百里杜鹃管理区人民医院 贵州毕节 551614

摘要：目的：分析和探讨不同放射诊断方法在肺癌与肺良性肿瘤鉴别中的应用，为患者制定出适宜的诊断方式。方法：研究人员为我院肿瘤科 2019 年 12 月收治的肺癌与肺良性肿瘤患者，以随机方式抽取研究人员的总例数为 52 例，将所有参与研究人员的资料进行整理。按照诊断方法不同将 52 例患者分为 X 线胸片诊断组以及 CT 诊断组，其中两组患者的人数分别为 26 人。统计分析两组患者的影像学表现、鉴别诊断肺癌与肺部良性肿瘤的敏感度、特异度。结果：CT 诊断组患者的影像学结果显示毛刺或者锯齿状、肺叶一侧或全肺不张明显高于 X 线胸片诊断组，组间差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；但两组患者的规则的边缘或分叶征、病灶呈孤立性结节状周围型比较结果不明显，组间差异不明显（ $P>0.05$ ）；CT 诊断组的阳性鉴别诊断准确率高于 X 线胸片诊断组；CT 诊断组鉴别诊断肺癌与肺部良性肿瘤的敏感度、特异度比 X 线胸片诊断组更高，组间差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：CT 诊断组的诊断和鉴别的鉴别诊断肺癌与肺部良性肿瘤的敏感度、特异度准确性比 X 线胸片诊断组的更高；CT 诊断组的漏检率比 X 线胸片诊断组的更低。可以将 CT 诊断应用于肺癌与肺良性肿瘤患者的鉴别中，值得临床推广。

关键词：不同放射诊断方法；肺癌；肺良性肿瘤

肺癌又被称之为原发性支气管肺癌，是指起源于支气管黏膜或者黏膜上皮的细胞癌变而引起，叫做原发性的支气管肺癌，简称叫肺癌。肺癌从总的大体上来分，分作中央型的肺癌和周围型的肺癌，根据组织病变，可分为小细胞癌和非小细胞癌。临床症状多隐匿，主要表现为咳嗽、咳痰、咯血和消瘦等。根据临床调查数据显示，2018 年全球男性肺癌发病率占恶性肿瘤的第 1 位；在女性人群中，肺癌的发病率位列恶性肿瘤的第 3 位^[1]。我国 2015 年统计数据显示，肺癌分别为男性和女性人群恶性肿瘤发病率的第一和第二位。其中，肺鳞癌约占肺癌的 30%~40%；腺癌约占肺癌的 40%~55%^[2]。全球肺癌的死亡率极高，2018 年全球统计数据显示，男性肺癌死亡率占恶性肿瘤的第 1 位；在女性人群中，肺癌的死亡率仅次于乳腺癌，位列第二。我国 2015 年统计数据显示，肺癌的死亡率在男性和女性人群恶性肿瘤中均居首位。且肺癌的发病症状逐渐呈现出上升的趋势^[3]。

良性肿瘤在临床上比较少见，主要包括错构瘤、软骨瘤、纤维瘤、平滑肌瘤、血管瘤和脂肪瘤等，其中最多见的是错构瘤。肺的错构瘤是由支气管壁各种正常组织错乱组合而形成的良性肿瘤，可起源肺和支气管的所有各种不同类型细胞。绝大多数肺良性肿瘤为周围型肿瘤，常无症状，少数有咳嗽、咳痰、咯血或痰中带血。当前临床中诊断肺癌与肺良性肿瘤的鉴别方式主要是以 X 线胸片、CT 等放射影像学为主^[4]。根据临床的一项调查数据显示，20 世纪 70 年代到 90 年代，肺癌的病死亡率提升了 1.5 倍。在恶性肿瘤中具有最快的增速，肺癌患者只有 10% 的 5 年存活率，但是在早期诊断与治疗的作用下能够提升到 60% 以上。因此，采取有效的鉴别和诊断方式是帮助患者及早治疗的一个主要的方式。为更好地分析不同的鉴别方式对肺癌与肺良性肿瘤患者的诊断的准确率，本研究将选择我院收治的患者作为研究对象，将 X 线胸片和 CT 诊断运用于患者，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究人员为我院肿瘤科 2019 年 12 月收治的肺癌与肺良性肿瘤患者，以随机方式抽取研究人员的总例数为 52 例，将所有参与研究人员的资料进行整理。按照不同放射诊断方法将患者分为 X 线胸片诊断组以及 CT 诊断组，其中两组患者的人数分别为 26 人。两组患者的基本资料对比（ $P>0.05$ ）有可比性，详情见表 1。

纳入标准：（1）所有患者均接受经皮肺穿刺活检或术后病理诊断；（2）所有患者及其家属均知晓本次研究，并签署同意书。本研究获得医院伦理委员会许可。

排除标准：（1）有代谢性疾病、其他肿瘤者；（2）精神疾病者；（3）合并严重心肺疾病者；（4）妊娠哺乳期患者。

表 1 两组患者基本资料对比

组别	例数	性别		年龄（岁）	平均年龄（岁）	体质量指数（kg/m ² ）
		男	女			
X 线胸片诊断组	26	12(46.2)	14(53.8)	39-72	55.5±16.5	23.4±4.1
CT 诊断组	26	15(57.7)	12(46.2)	40-70	55±15	24.1±4.3
<i>t</i>	-	-	-	-	0.100	1.178
<i>P</i>	-	-	-	-	0.921	0.240

1.2 方法

1.2.1 X 线胸片诊断组

X 线胸片诊断组的所有患者在接受诊断之前均签署相应的同意书。对患者行西门子 R-500 型数字化 X 线摄影系统（DR），督促患者取站立正侧位，对患者进行常规胸片检查，参数分别为 8~10 MS、110~120 kV、28~32 mA、60~70 kV。

1.2.2 CT 诊断组

CT 诊断组的所有患者在接受诊断之前均签署相应的同意书。对患者行 64 排的西门子双源螺旋 CT 机，督促患者对平静的呼吸进行有效保持，之后憋气。对患者进行螺旋 CT 扫描，将电流、电压、层厚、螺距分别设定为 90~95 mA、150 kV、10 mm、2mm，扫描起点和终点分别为肺尖部、肺底部，一旦发现疑似病灶，则给予患者肘静脉注射 100 mL60%碘海醇，以增强显影，从而提升诊断效果，将螺距、层厚分别调整到 2 mm、3 mm，对病变部位进行薄层扫描^[5-6]。

1.3 观察指标

分别对 X 线胸片诊断组以及 CT 诊断组患者的影像学进行观察，其中观察的指标包含：有毛刺或锯齿状、肺叶一侧或全肺不张、缺乏规则的边缘或分叶征、病灶呈孤立性结节状周围型等。

1.4 统计学方法

在数据统计的过程中采用 SPASS24.0 进行分析，对患者的连续性计量资料采用（ $\bar{x} \pm s$ ）描述，并运用 t 检验，对于计数资料采用（%）表示，并用 χ^2 检验。数据统计具有显著差异时 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者的影像学表现比较

两组患者的影像学表现比较结果显示，CT 诊断组患者的影像学表现呈现出有部分的毛刺或者锯齿状、肺叶一侧或全肺不张，缺乏规则的边缘或分叶征、病灶呈孤立性结节状周围型；X 线胸片诊断组患者的影像学表现呈现出有小部分毛刺或者锯齿状、肺叶一侧或全肺不张，缺乏规则的边

缘或分叶征、病灶呈孤立性结节状周围型。CT 诊断组患者的影像学结果显示毛刺或者锯齿状、肺叶一侧或全肺不张明显高于 X 线胸片诊断组, 组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 但两组患者的规则的边缘或分叶征、病灶呈孤立性结节状周围型比较结果不明显, 组间差异不明显 ($P>0.05$), 详情见表 2。

表 2 两组患者的影像学表现比较[n (%)]

组别	例数	有毛刺或锯齿状	肺叶一侧或全肺不张	缺乏规则的边缘或分叶征	病灶呈孤立性结节状周围型	其他
CT 诊断组	26	12 (46.2)	4 (15.4)	5 (19.2)	4 (15.4)	1 (3.8)
X 线胸片诊断组	26	10 (38.5)	4 (15.4)	6 (23.1)	5 (19.2)	2 (7.7)
X^2		1.214	0.000	0.456	0.505	1.403
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组鉴别诊断肺癌与肺部良性肿瘤的敏感度、特异度比较

两组患者的鉴别诊断肺癌与肺部良性肿瘤的敏感度、特异度比较结果显示, CT 诊断组的阳性鉴别诊断准确率高于 X 线胸片诊断组; CT 诊断组鉴别诊断肺癌与肺部良性肿瘤的敏感度、特异度比 X 线胸片诊断组更高, 组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 详情见表 3, 表 4。

表 3 两组鉴别诊断肺癌与肺部良性肿瘤的结果比较[n (%)]

组别	例数	肺癌		肺部良性肿瘤	
		阳性	阴性	阳性	阴性
CT 诊断组	26	21 (80.8)	5 (19.2)	24 (92.3)	2 (7.7)
X 线胸片诊断组	26	20 (77.0)	6 (23.1)	22 (84.6)	4 (15.4)
X^2		16.334	0.508	2.902	2.902
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 4 两组鉴别诊断肺癌与肺部良性肿瘤的敏感度、特异度比较[n (%)]

组别	例数	肺癌		肺部良性肿瘤	
		敏感度	特异度	敏感度	特异度
CT 诊断组	26	92.0	89.0	93.5	95.1
X 线胸片诊断组	26	83.4	80.6	84.1	82.4
X^2		3.428	2.737	4.442	8.077
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

肺癌 (Lung Cancer) 是一种恶性肿瘤, 癌细胞主要起源于支气管的黏膜上皮。肺癌通常可分为 2 种类型-非小细胞肺癌和小细胞肺癌。绝大多数肺癌属于非小细胞肺癌。小细胞肺癌恶性程度更高。肺癌是全球第一大癌症死亡原因。美国癌症协会 (American Cancer Society) 估计, 2018 年, 全美约有 234030 例肺癌新发病例, 约有 54050 人死于肺癌^[7]。而在我国肺癌也是癌症当中致死率最高的一种癌症类型。二手烟、氡气、空气污染等, 都会增加肺癌的发生风险。临床调查研究表明, 肺癌占肿瘤发病第一位, 早期肺癌可以进行手术治疗, I 期或原位癌患者手术切除后可以达到根治的效果^[8]。而肺良性肿瘤生长受限, 缓慢, 可以形成大肿瘤, 造成压迫或阻塞。而恶性肿瘤生长迅速, 需要大量营养物质, 刺激血管生成, 若营养跟不上, 则产生坏死; 新生血管脆弱, 加上肿瘤侵犯血管, 可有出血; 恶性肿瘤本身易浸润转移, 造成本身及周围组织的破坏。肺癌与肺良性肿瘤之间最大的区别就是是否会侵袭周围组织。良性肿瘤一般被包膜包裹且边界

清晰, 而恶性肿瘤则没有包膜。良性肿瘤生长缓慢且血液供应不良, 而恶性肿瘤生长迅速且血液供应丰富^[9]。当前临床中诊断这两种不同的肿瘤使用的方式主要是以 X 线胸片、CT 等放射影像学为主。X 线胸片对人体组织器官具有较好的密度差别, 可形成天然对比, 例如胸部、骨关节。以患者的肺部检查为主, 肺部正常时气体透光度较好, X 线检查结果为低密度。如果肺部出现炎症合并渗出液时, 气体被液体取代, 密度会升高, 变为白色, 因此肺部炎症、肿瘤、结核可以进行 X 线检查^[10]。而 CT 放射诊断方式可以利用放射线对人体进行断层扫描, 所显示的是人体某个断面组织的密度分布图, 属于一种断层图像, 对病变分辨率更高一些。检查起来比较简单、方便, 适用于一些急诊患者的检查。

通过本次研究分析得出, CT 诊断方式相比较 X 线胸片的诊断准确性更高。CT 可清晰呈现肿瘤密度类圆形块影、均匀、多无分叶、钙化点、轮廓整齐等图像, 从而区分肺癌, 防止误诊和漏诊。但由于当前我国放射诊断方法发达国家之间还存在较大的差距, 需要不断完善相应的医学诊断建设工作, 在帮助提升患者的诊断检测的基础上, 帮助患者减少后续的各项治疗费用, 鉴定患者的整体治疗费用。有学者对两种不同的放射诊断方式进行了相应的研究, 最终的研究结果显示, 在肺癌诊断中, X 线胸片达到了 83.3% 的敏感度, 同时 X 线胸片诊断的费用整体低于 CT 诊断方式^[11]。同时这也是当前我国绝大部分患者在诊断中选择的一种主要的方式, 为更好地减轻患者的诊断经济负担, 在一些经济较为落后的地区可以选择使用 X 线胸片进行诊断, 而在一些经济较为发达的地区可以结合患者的实际请款选择对应的诊断方法。

综上所述, CT 诊断组的诊断和鉴别的鉴别诊断肺癌与肺部良性肿瘤的敏感度、特异度准确性比 X 线胸片诊断组的更高; CT 诊断组的漏针率比 X 线胸片诊断组的更低。可以将 CT 诊断应用于肺癌与肺良性肿瘤患者的鉴别中, 值得临床推广。

参考文献:

[1]王华,平春玲.对比研究不同放射诊断方法鉴别肺癌和良性肿瘤的效果[J].中国保健营养,2019,29(26):133-134.

[2]任晓军.对比 CT 与 X 线胸片放射诊断的方法鉴别良性肿瘤与肺癌的效果分析[J].黑龙江中医药,2021,50(03):47-48.

[3]刘文强.对比 CT 与 X 线胸片放射诊断的方法鉴别良性肿瘤与肺癌的效果研究[J].中国妇幼健康研究,2017,28(54):70-71.

[4]赵永刚.对比 CT 与 X 线胸片放射诊断的方法鉴别良性肿瘤与肺癌的效果[J].中国卫生标准管理,2018,9(06):104-106.

[5]董占飞,夏欢,赵艳萍,等.SPECT/CT 融合显像在肺癌患者肋骨病灶良、恶性鉴别诊断中的应用[J].新疆医学,2016,46(12):1494-1496.

[6]尚文丽,张和平,杨拴盈,等.低剂量螺旋 CT 对高危人群肺癌筛查价值的 Meta 分析[J].西安交通大学学报(医学版),2011,32(01):38-42+68.

[7]翟淼,于朝阳,张本超,等.早期肺癌动态进展的多层螺旋 CT 低剂量扫描诊断研究[J].中国临床医学影像杂志,2011,22(07):495-497.

[8]吴志华.多层螺旋 CT 低剂量扫描在监测早期肺癌动态进展中的应用价值研究[J].黑龙江医学,2013,37(10):933-934.

[9]舒松,金威,吴明,石锋,等.肺癌与良性肿瘤经不同放射诊断方法鉴别的比较分析[J].影像研究与医学应用,2018,2(22):230-231.

[10]Gao J, Wang HB, Xiao JY, et al.Association between proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 and latesaphenous vein graft disease after coronary artery bypass grafting, cross-sectional study[J].BMJ Open, 2018, 8(7):e021951.

[11]Tynski Z, Chiang W, Barrett A.An inguinal perivascular epithelioid cell tumor metastatic to the orbit[J].Case Rep Pathol, 2018,2018:5749421.

作者简介:张标(1977.02-),男,汉族,贵州盘州人,本科学历,副主任医师,主要从事放射诊断工作。

产前胎盘超声评分对诊断前置胎盘合并胎盘植入临床应用

贾淑华

烟台山医院 超声诊断科 山东烟台 264000

摘要：目的分析对前置胎盘合并胎盘植入患者来说产前胎盘超声评分的临床应用价值和意义。方法对我院在 2018 年 3 月至 2021 年 3 月期间收治的 60 例的前置胎盘产妇的资料开展回顾性分析，依据产检情况、剖宫产手术结论及病理特征进行统计学分析和研究。以是否合并胎盘植入为依据将其划分为观察组（n=30,胎盘前置和并胎盘植入，其中有 16 例为粘连型，8 例为植入型，6 例为穿透型）和参照组（n=30,单纯前置胎盘不合并胎盘植入）。收集两组患者的超声影像学资料并对其进行影像学特点开展打分，探讨前置胎盘合并胎盘植入的诊断中，产前胎盘超声评分的临床应用价值和意义。结果观察组产妇的产前胎盘超声评分与参照组相比明显较高，差异较为显著（ $p>0.05$ ）；观察组产妇中粘连型、植入型以及穿透型三组比较存在明显的统计学差异（ $p>0.05$ ）。将 ROC 曲线作为标准对各类胎盘植入超声评分分界值进行预测发现：粘连型和非植入型分界值是 3 分，植入型和粘连型的分界值是 6 分；穿透型和植入型的分界值是 10 分。通过比较病理结果和手术结论发现，产前胎盘超声评分与两者保持高度一致。结论在前置胎盘合并胎盘植入早期诊断中，产前胎盘超声评分有着非常重要的指导和参考价值，其应用有利于诊断准确性的提高，推广应用价值高。

关键词：胎盘植入；胎盘超声诊断；产前诊断评分；前置胎盘

在世界范围内，前置胎盘均具有一定的发病率，剖宫产会使得前置胎盘的发生风险增加^[1-3]。子宫手术、自然流产、高龄产妇、多胎妊娠等、既往产次增加等均使引发前置胎盘的危险因素^[4-5]。胎盘植入是一种因医源性引发的胎盘发育异常现象，在 20 世纪被发现并命名，胎盘组织异常黏附子宫或向子宫肌层侵入是此疾病的主要临床特征，主要类型分为胎盘植入、胎盘粘连、以及胎盘穿透。不进入子宫肌层的胎盘滋养层穿入蜕膜，称为胎盘粘连^[6-8]。滋养层侵入子宫肌层的胎盘前置叫做 PI（植入性胎盘）；如果胎盘滋养层穿过子宫肌层越过绒毛膜进入膀胱等周围组织，叫做 PP（胎盘穿透）^[9-10]。正常来说，胎盘植入发生在正常子宫的频率不高，但值得注意的是，胎盘植入在瘢痕子宫的发生率可达到 9.3% 左右，或者患者剖宫产史在两次以上的话，最高有 67% 的比率会发生前置胎盘及胎盘植入^[11]。前置胎盘与胎盘植入合并发生的原因可能引起孕产妇及胎儿新生儿的严重并发症，产妇出血风险会随之增加达到 10 倍左右，患者由此引发的败血症、子宫切除、乃至死亡的风险随之加大^[12]。此次研究通过对我院于 2018 年 3 月至 2021 年 3 月期间收治的 60 例的前置胎盘产妇产前胎盘超声评分资料等进行回顾性分析，以探讨在前置胎盘合并胎盘植入患者的临床诊断和治疗中产前胎盘超声评分的临床意义。

1 基础资料和方法

1.1 基础资料

对我院在 2018 年 3 月至 2021 年 3 月期间收治的 60 例的前置胎盘产妇的资料开展回顾性分析，依据产检情况、剖宫产手术结论及病理特征进行统计学分析和研究。以是否合并胎盘植入为依据将其划分为观察组（n=30,胎盘前置和并胎盘植入，其中有 16 例为粘连型，8 例为植入型，6 例为穿透型）和参照组（n=30,单纯前置胎盘不合并胎盘植入）。60 例患者的年龄范围为 21~45（32.15±6.28）岁，体质量 49~75（55.36±3.25）岁。纳入标准：①60 例患者均了解本次研究的性质并知情同意。②60 例患者均病理诊断和手术结论。③所有患者临床资料均较为完备。

排除标准：①临床资料不完整者；②合并有血液系统疾病者；③合并有认知障碍或者语言表达障碍无法表达自身感受者。

1.2 所用仪器和方法

1.2.1 所用仪器

所用超声诊断仪为 GE Voluson 品牌，型号为 E10，探头频率参数设置为：腹部 2~7 兆赫兹；阴道：4~9 兆赫兹。

1.2.2 超声检查及评分方法：

指导孕妇采取常规仰卧姿势，可根据实际情况调整为侧卧位，叮嘱患者在检查前饮水将膀胱需充盈至 300ml 左右。借助 TAS 开展常规腹部超声全面扫描，扫描范围为胎盘附着区域，扫描方式为纵、横切面以及冠切

面开展二维和彩色多普勒扫查；若经腹部扫查宫颈在效果不佳或有宫颈植入的倾向时可增加 TVS 经阴道扫查，依据超声影像学结果及呈现的特点包括胎盘的厚度、位置、膀胱线、宫颈形态、胎盘陷窝性状、胎盘后低回声带、胎盘基底部血流信号、有无血窦存在等情况对患者病情进行打分，对产妇胎盘植入的情况进行评估。

超声状态下胎盘植入评分标准：胎盘厚度、位置、膀胱线、宫颈形态、胎盘陷窝性状、胎盘后低回声带、胎盘基底部血流信号、有无血窦存在，有无既往剖宫产史等对患者的胎盘植入情况进行评分。评分量表见表 1。

表 1 胎盘植入超声评分量表

评分内容	分值		
	0 分	1 分	2 分
胎盘厚度	低于 3 厘米	3~5 厘米	高于 5 厘米
胎盘位置	正常	低置（离宫颈内口低于 2 厘米）及边缘	彻底前置
膀胱线	连续	中断	消失
宫颈形态	完整	不完整	消失
胎盘陷窝	无	有	有沸水症状，融合成片
胎盘后低回声带	连续	中断	消失
胎盘基底部血流信号	规则	流血增多，成团出现	有跨界血管出现
有无既往剖宫产史	无	1 次	2 次及以上
宫颈血窦	无	有	有沸水症状，融合成片

1.3. 统计学方法

收集研究相关的数据资料将其代入 SPSS 23.0 版本的统计学软件中进行运算和分析，计量资料以均数标准差标识计量资料，以进行验证，以百分比 n（%）标识计数资料，以卡方进行验证，当结果为 $P<0.05$ 时，说明组间数据比较有统计学意义产生。应用产前胎盘超声评分分别对胎盘植入的准确性、特异度、灵敏度、阴性预测值（NPV）和阳性预测值（PPV）进行诊断，并对其诊断效能进行评估。借助 Kappa 检验对产前超声评分与病理诊断金标准的诊断一致性进行评估，当 $0.75<K\leq 1$ 提示两者具有极高的一致性； $0.40<K\leq 0.75$ 一致性良好， $0\leq K<0.40$ 一致性较差。

2. 结果

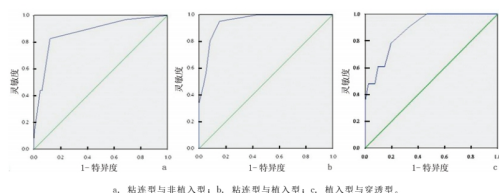
2.1 产前胎盘超声评分结果

观察组中粘连型胎盘评分为(3.62 ± 1.50)分,植入型胎盘评分为(7.51 ± 2.18)分,穿透型胎盘评分为(11.33 ± 2.64)分;参照组产妇的胎盘评分为(1.90 ± 0.76)分。观察组产妇的胎盘评分相对于参照组来说明显较高,组间数据比较差异存在统计学意义($t=12.678$, $p<0.05$)。

观察组产妇中黏连型、植入型、穿透型组间比较,有明显的统计学差异存在($F=208.725$, $P<0.05$)。

2.2 观察组产妇三组灵敏度、特异度及界值比较(见图2)

图2 观察组产妇三组灵敏度、特异度及界值比较



以 ROC 曲线为金标准对胎盘植入各类型的超声评分界值进行预测,结果如下:

2.2.1 以 ROC 曲线为标准,评估粘连型和非植入型,曲线下面积:0.869,当分值 ≥ 3 分时,特异度为 88.5%,灵敏度为 83.0%、Youden 指数对应最大值为 0.710,即判定 3 分为粘连型和非植入型的界值,超声评分 < 3 分时判定为为非植入型, ≥ 3 分判定为为粘连型(如图 2a 所示)。

2.2.2 以 ROC 曲线为标准,评估粘连型与植入型,曲线下面积:0.950,当分值 ≥ 6 分时,特异度为 92.0%,灵敏度为 81.2%、Youden 指数对应最大值为 0.712,因此,植入型和粘连型的界值确定为 6 分,当超声评分 < 6 分时判定为为粘连型, ≥ 6 分时判定为为植入型(如图 2b 所示)。

2.2.3 以 ROC 曲线为标准,评估植入型与穿透型,曲线下面积:0.890,当分值 ≥ 10 分时,特异度为 81.0%,灵敏度为 77.8%、Youden 指数对应最大值为 0.590,因此判定确定穿透型和植入型的界值为 10 分,当超声评分 < 10 分时判定为为植入型, ≥ 10 分时判定为为穿透型,(如图 2c 所示)。

2.3 评价产前胎盘超声评分对前置胎盘合并胎盘植入的诊断效能

依据产前胎盘超声评分对产妇的诊断结果为:胎盘植入 30 例(手术和病理结果显示 29 例),无胎盘植入 30 例(手术结论和病理结果显示为 31 例)。

将病理结果和手术结论作为金标准来评价产前胎盘评分诊断的灵敏度、特异度和准确性分别为 88.75%、86.14%、88.23%;阴性预测值为 88.26%,阳性预测值为 88.33%。借助 Kappa 检验对产前超声评分诊断前置胎盘合并胎盘植入与病理结果的一致性进行分股,确定 k 值=0.77 大于 0.75,提示两者一致性较高。

3 讨论

目前来说,产科超声检查是产前诊断的主要方式,超声英文名称 ultrasound,简称 US,是一种应用广泛、成本低、安全、经济实惠、免于侵入身体、无辐射和暴露的一种检测方式^[14-15]。在前置胎盘合并胎盘植入的早期诊断以及预后中发挥着非常重要的作用,研究证实,在产前开展前置胎盘合并胎盘植入诊断能够预防出血和并发症^[16]。

胎盘植入简称 PA,其预后恢复状况和胎盘植入深度以及宫旁浸润情况存在密切的关联,早期超声诊断有利于对临床进行指导,并为顺利生产提供安全保证^[17-19]。本次研究旨在探究超声与 PA 总体诊断的准确性之间的关系,对超声征象中提示 PA 类型进行总结,利用胎盘植入超声参数对胎盘植入的风险程度进行预测,提示胎盘植入的相关高风险因素。通过对产妇的个体风险分层评估,并为产妇提供产前咨询,并据此制定分娩计划。研究发现:胎盘植入情况的不同也会产生不同的围产期的结局。借助产前胎盘超声评分来划分胎盘植入类型,来协助科室制定有效预防机制,保障产妇安全,预防早产风险和分娩意外风险的发生。建议超声检查显示有胎盘植入风险持续存在的产妇提早入院治疗。研究发现:胎盘植入孕妇生产的最佳时机是在妊娠 34 周。子宫收缩、宫颈长度、生育史以及产妇的依

从性也是影响是否能安全顺利分娩的因素。子宫收缩、出血、胎膜早破引发的早产与胎盘植入引发的早产密切相关。无宫缩或出血现象发生的孕妇的安全分娩最佳时间可选择在妊娠 36 周。对于病情比较稳定,并且无出血和分娩迹象的产妇来说最佳分娩周期一般选择在妊娠 34-36 周。

总之,在前置胎盘合并胎盘植入早期诊断中,产前胎盘超声评分吃着非常重要的指导和参考价值,其应用有利于诊断准确性的提高,推广应用价值高。

参考文献:

- [1]周诚,廖锦堂,骆迎春,龙璨,张美香. 产前胎盘超声评分对诊断前置胎盘合并胎盘植入临床研究[J]. 中国超声医学杂志,2020,36(06):535-539.
- [2]郭晨燕,葛志平,李杨,等. 产前超声检查在前置胎盘伴胎盘植入诊断中的应用[J]. 江苏医药, 2020, 46(9): 893-895.
- [3]陆燕飞,宋海国,黄蔚,等. 超声联合 MRI 检查前置胎盘、产前置胎盘植入的临床价值[J]. 医学影像学杂志, 2019, 29(4): 699-702.
- [4]卢展辉,郑达聪,陈婷. 产前超声诊断前置胎盘并胎盘植入的价值[J]. 中华生物医学工程杂志, 2020, 26(1): 21-25.
- [5]卢君,王春光,宋晓,张帅,杭欣. 超声评分和 MRI 诊断植入性凶险型前置胎盘的价值分析[J]. 医学影像学杂志,2021,31(02): 306-309.
- [6]张金辉,张桂欣,张宇,孟雁欣,易建平. 超声评分及 MRI 预测凶险型前置胎盘合并植入的价值分析[J]. 河北医药,2021,43(09): 1339-1342.
- [7]杜玲玲,贾春红,秦永利. 超声评分法对凶险型前置胎盘伴胎盘植入的诊断价值[J]. 右江医学,2021,49(08): 613-616.
- [8]田媛媛,梁诗堂,邓玲灵,赵萍. 产前超声评分联合 MRI 在胎盘植入诊断中的应用价值[J]. 中国超声医学杂志,2021,37(10): 1148-1151.
- [9]种轶文,张爱青,王妍,等. 超声评分系统预测胎盘植入凶险程度的价值[J]. 中华围产医学杂志, 2016, 19(9): 705-710.
- [12]杨馨蕊,马京梅,杨慧霞. 胎盘植入性疾病的超声评分系统概述[J]. 中华妇产科杂志, 2020, 55(3): 208-212.
- [13]Romeo V, Ricciardi C, Cuocolo R, et al. Machine learning analysis of MRI-derived texture features to predict placenta accreta spectrum in patients with placenta previa[J]. Magnetic Resonance Imaging, 2019, 64(13): 71-76.
- [14]颜雪萍,韩春苗,吴青京,等. 超声诊断仪对胎盘植入的诊断及其影响因素分析[J]. 中国医学装备, 2019, 16(10): 63-66.
- [15]黄筱桐,罗红. 产前超声联合病史综合评分诊断完全性前置胎盘合并胎盘植入的价值[J]. 四川医学, 2020, 41(2): 146-150.
- [16]刘小晖,董燕,刘小玲,等. 凶险性前置胎盘合并胎盘植入的产前超声诊断及凶险预测研究[J]. 中国计划生育学杂志, 2019, 27(4): 539-543.
- [17]周诚,廖锦堂,骆迎春,等. 产前胎盘超声评分对诊断前置胎盘合并胎盘植入临床研究[J]. 中国超声医学杂志, 2020, 36(6): 535-539.
- [18]Chu CT, Zhao SH, Ding M, et al. Combining clinical characteristics and specific magnetic resonance imaging features to predict placenta accreta[J]. Journal of Computer Assisted Tomography, 2019, 43(5): 775-779.
- [19]PAGANI G, CALIG, ACHARYA G, et al. Diagnostic accuracy of ultrasound in detecting the severity of abnormally invasive placentation: A systematic review and meta-analysis[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2018, 97(1): 25-37.

儿童保健对婴儿生长发育影响的研究

黄秀琼

安徽省芜湖市第二人民医院儿童保健科 安徽芜湖 241000

摘要: 婴幼儿是人的生长发育速度比较快的阶段,也是为未来身体素质打基础最重要的阶段。如果能够采取合理的儿童保健手段,保证婴幼儿的初步发育,就能够提高婴幼儿未来的智力和身体素质,为我国的人口健康工作作出充分的奉献。研究儿童保健方法对婴幼儿早期发育的影响,首先要确立婴幼儿早期发育的特点,了解什么儿童保健可以促进婴幼儿的发育。本文详细分析了上述问题,期待为中国的婴幼儿的身体和精神健康作出贡献。

关键词: 儿童保健; 婴儿发育; 人类健康

一、婴幼儿的生长发育特点

从出生到 12 个月的时间是身体改善得更快部分。我国婴幼儿平均体重为 6kg,身高标准为 25 厘米,平均头发长度增加 13 厘米。从 12 到 36 个月,身体每年增加 2 到 3 公斤,婴幼儿的身体总长度在第二年增加了 12 厘米,平均值在第三年增加了 9 厘米。身体生长得如此之快,必须进行必要的营养补充。例如水溶性维生素和矿物质等。与成年人的营养需求不同,婴幼儿的消化道、呼吸道和中枢神经系统都不完善,在消化、吸收和代谢等方面存在差异。不恰当的进补容易造成婴幼儿便秘的情况。因此,多吃膳食纤维已成为减少婴幼儿严重便秘的最佳方法。0-2 岁是身体大脑的快速发展。它必须补充大量蛋白质,但它不能过多补充蛋白质。因为目前人体免疫系统已经产生,补充大量的蛋白质非常容易引起机体过度反应,造成皮肤湿疹等过敏性疾病。同时,婴幼儿环节是人的精神发展的最重要阶段,保证婴幼儿的心情愉快,对保证其身体和精神健康至关重要。另外,由于近年来,剖宫产手术较多,如果婴幼儿没有经过产道的挤压,复合益生菌在肠胃中就无法形成保护,导致免疫力低下,因此,在婴儿阶段,补充复合益生菌可以成为创造良好身体素质,打下必要的基础。

二、影响婴幼儿生长发育的因素

(一) 营养补充对婴幼儿生长发育的影响

营养是确保生长发育的化学物质。婴幼儿所摄入的营养的 10%~15% 的能量转换,是保证婴幼儿生长发育的主要元素,蛋白质食物、不饱和脂肪、各种营养素和维生素都对婴幼儿的身体健康起到了最重要的作用。因此,这两个阶段的健康状况必须更加重视,营养成分的补充必须加强。

(二) 必要的身体运动对婴幼儿生长发育的影响

运动是促进人类发展和增强抵抗力的有利元素。人体通过运动消耗能量,促进肌肉骨骼的生长。运动对骨骼和肌肉组织的影响尤为显著。能促进骨骺增厚,提高机体骨能量,推肌肉生长,增加肺活量,改善心脏功能等。

(三) 疾病要素对婴幼儿生长发育的影响

疾病要素,尤其是慢性病和先天性疾病(如儿童肾病综合征、先天性心脏病等)会危及儿童的生长发育,造成发育缓慢。此外,还存在胎子宫腔发育、孕膜生存环境、健康状况、情绪等各种要素的影响。例如,在口腔黏膜的早期,风疹病毒会导致胎儿异常,孕妈妈缺乏营养也可以缓解生长发育。孕妇服用对辐射源有害或不能服用的药物等,都会造成婴幼儿生长发育异常。因此,在婴幼儿生长发育的整个过程中,尽量保证婴幼儿不生病或者不生大病。

(四) 家庭和社会因素对婴儿生长发育的影响

家庭和社会因素对儿童成长和发展的影响不容忽视。优秀的文化教育重视自然环境,社会现状和生活方式是促进儿童成长和发展的最佳模式的主要元素。例如,世界上许多战乱国家,例如伊拉克、也门等国儿童的身体状况直线下降,就是社会发展环境影响儿童生长发育的一个很好的例子。

婴幼儿的生长发育是一个动态的、持续的过程,具有不平衡的特征和个体差异。在这个环节中,遗传决定了生长发育的发展潜力。这种发育潜能从宫内发育逐渐受到外部环境的功能和调节,所以生长发育水平是遗传和环境因素相互作用的结论。如果每个人不能改变遗传元素,就需要改变更多的环境元素,收集大量有益元素,促进婴幼儿健康快乐成长。

儿童保健是一项至关重要的工作。儿童保健主要是研究儿童发展的基本规律及影响因素。必要的儿童保健可以促进儿童健康快乐成长。同时,儿童保健的主要目的是更好地提高儿童的身体素质,降低儿童发病率和死亡率。发展智力性格都极其优秀和健康的下一代。

三、儿童保健的具体内容

1、新生儿随访及新生儿婴儿康复后 24 小时内随访,医生必须随访,新生儿必须在 28 天内进行 3-4 次随访。

2.先天性疾病的筛查。新生儿出生时,医生采集足跟血,制作止血方法,送到新生儿体内,进行苯丙酮尿症和甲状腺功能减退两种先天性代谢性疾病的筛查。

3.儿童专科医院门诊,跟进和监控儿童健康情况。

4.儿童按时定期体检,按年龄分体。各妇幼保健院医生每年检查1岁以下儿童4次,1至3岁儿童每年检查2次,3至7岁儿童每年检查1次。对身体、体重、嘴巴、眼睛、鼻子、智商等进行检查,发现异常后要及时进行纠正。

四、对婴幼儿进行儿童保健的必要性

所有的婴幼儿生来都是公平的。无论是贫穷还是富有,美貌丑陋。婴幼儿都有权利过上美好的生活,所有的婴幼儿都有权利接受更好的文化教育。同时,充分挖掘自身发展潜力,发展成为对社会发展更有意义的人。儿童保健工作有利于减轻家长看护婴幼儿的压力,让家长放心,可以更好地投入到社会发展工作中去。

五、儿童保健对婴幼儿生长发育的具体研究 —— 以数据统计分析法为手段

儿童保健的具体目标是把家庭生活作为整体,探索儿童身体健康的发展趋势。首先,儿童保健的关键是要以儿童为研究对象,宣传和规划优生优育的实际效果,以达到有效育儿的实际效果,从而达到优生优育的总体目标,伴随着现阶段医疗技术的发展,在经济发展水平和物质生活的快速的发展过程中,儿童的身体状况和发展方向成为家长最关心的问题。因此,我们需要在实施儿童保健的过程中,对儿童保健的作用制定更加严格的规定,

(1) 数据来源

在本研究中,有1060名0至6岁的儿童参加了儿童保健服务,并将其分为随机两组,其中对照实验进行传统保健,对照组应用儿童保健。对照组有310名女孩,220名男孩和年龄段(5天~5岁)。对照实验有280名女性儿童,250名男性儿童和年龄段(6天~6岁)。据统计,有54名超重者,14名肥胖者,20名缺铁性贫血者,5名低出生体重者,6名巨型婴儿,9名早产儿。选择的两组婴儿在一般数据和信息上没有太大差异,可以分别进行比较。本次讨论得到了某医院门诊伦理委员会的批准。

(2) 该方法在对照实验中应用了基本的保健,在此不再赘述。对照组采用婴幼儿儿童保健治疗。即医务人员鼓励婴幼儿母亲科学合理的母乳喂养婴儿,这有利于增强婴幼儿的抵抗力,同时进行有效的婴儿食物补充,促进婴幼儿营养物质摄入的平衡。同时,医务人员用简单明了的语言对其家中婴幼儿进行健康教育,明确婴幼儿保健的必要性,提醒其家中要对婴幼儿进行的正确治疗、并按时带婴幼儿到医院进行健康检查。按时注射预防传染病。最后,护理人员专门指导婴幼儿亲属开展婴幼儿保健教育,促进婴幼儿生长发育。

(3) 观察标准观察2组婴幼儿生长发育指标值、神经系统心理状态发育表现及营养性贫血、维生素d缺乏所致佝偻病症状。

(4) 统计学方法运用SPSS22.0软件,对文中包含的信息做好调研和统计工作。其中,准确的测量信息进行T检测,并由平均标准偏差表示。测量数据信息由卡方检验、样本数量和百分比表示。如果在检查中出现P值小于0.05,则表明存在很大差异。

(5) 结果

观察2组生长发育指标值及神经系统心理状态发育情况我们发现,对照组神经系统心理状态发育表现高于对照组实验,两组间差异较大(P小于0.05)。

对于2组营养性贫血和维生素d缺乏所致佝偻病症状,对照组营养性贫血患病率(P0.05)低于对照组,两组差异较大(P小于0.05)。对照组因缺乏佝偻病症状而维生素d的存活率低于对照组,两组比较差异有统计学意义(P小于0.05)。

(6) 结论

现阶段,在儿童健康不断被重视的前提下,儿童保健服务体系也发生了变化,常规体检的频率有所增加。一般婴幼儿的体检都是每月进行一次,常规体检的频率增加了。这可以及时纠正婴幼儿的发育问题。过去,常规体检只关心婴幼儿的生长状况。今天的保健服务体系,包括在调整过程中具体指导婴幼儿的心理发展。让对婴儿喂养状况和健康状况的审查更加完善。身体和精神卫生的具体指导更加具体,家长的满意率更高。同时,保证家长参与鱼儿活动的主体权利。

儿童保健对策的实施可以有效地促进发展。使用常规体检的具体目标是检测婴幼儿的身体生长发育状况,加强婴幼儿成长过程中的营养膳食搭配,改善婴幼儿的辅食,全面保证婴幼儿的生长发育。据相关报告,在婴儿发育初期,触摸婴幼儿,触摸的话,可以加强脑膜炎的肾上腺素分泌,刺激神经系统,加强胰岛素分泌,提高婴儿的抵抗力。在父母或者其他亲属的陪同下,为婴儿进行游泳运动,以加强心肺功能,调整婴儿体内的metabolism水平,改善婴儿的骨骼发育和运动能力,同时加强婴儿的体重监控。在这项研究中,研究团队实施了儿童保健对策,因此发展状况比参考组更稳定。

此外,营养干预还可以在经过具体指导后,减少婴幼儿患病的频率。作为婴幼儿的常见病,预防营养性疾病也是保健的关键。在儿童发育期,应保证纯母乳喂养,立即改善婴儿辅食的摄入量,防止儿童营养元素的摄入。另外,家长可以让婴幼儿多晒太阳,合理预防软骨病疾病的发生。新生儿在满月后每天服用维生素D,持续5天,每次的成分为400-800IU。为了更好地有效预防缺铁性贫血的发生,除了常规喂养外,还需要按时补铁。铁控制在每天18毫克左右。

六、儿童保健和婴幼儿健康问题的处理策略

传统保健中婴幼儿常见病的发病率,是选择合理的儿童保健方式的婴

幼儿发病率的4倍。可见，合理的儿童保健在婴儿生长发育的早期阶段是非常有益处的。此外，传统保健中婴儿身高和体重的总体目标率为93.41%和95.6%，而儿童保健中婴儿身高和体重的总体目标率分别为98.9%和100%。因此，适当的儿童保健方法可以促进儿童的生长发育。

此外，在照顾新生婴儿的阶段应进行适当的儿童保健。首先，应根据需要的频率和总数进行科学喂养，以防止营养摄入的不平衡。婴儿用品应使用适当的商品进行消毒和灭菌，直到降低安全系数。同时，还要注意新生儿高热情况。一般高热38.5度左右，要及时吃药。38.5度以下无需吃药，但要保证充足的生活用水。在均衡膳食方面，注意食物的合理搭配，可以预防婴幼儿缺铁性贫血、佝偻病的症状，达到人体所需的钙等营养素，保证婴幼儿健康快乐成长。在婴幼儿穿着方面，选择合适的衣物，可以锻炼婴幼儿的免疫力，使婴幼儿身心健康。在婴幼儿清洁方面，按时洗澡可以保证皮肤的卫生，避免常见的皮肤问题，进一步提高发热、感冒等疾病的抵抗力。最重要的是，婴幼儿必须按照社区卫生部的标准进行各种预防性注射，确保婴幼儿不会被疾病所侵害，保证婴幼儿的安全度过发育期。同时，还需要注意婴幼儿的成长环境，家庭空气质量对婴幼儿的健康影响很大。尤其是装修后的家里，由于甲醛浓度高，婴幼儿患败血症的几率会增加。因此，最好先营造一个健康的居住环境。新装修的房屋需要自然通风半年以上，通过安全检查后才能入住。

由于婴幼儿的情感成长与发展，提出家长要进行幼儿教育，如温柔的抚摸、细致的照顾、情感表达的锻炼、激发语言表达能力，甚至塑造人际交往能力等。当然，有些情况可以因人而异。例如，2-3岁的婴幼儿可以自己穿衣服，父母可以帮助整理小玩具等等。按照这样的规定抚养婴幼儿，可以取得很好的实际效果。

如果调价按允许，父母最好能满足婴幼儿关于安全感的精神需求，让婴幼儿养成健全的人格。大多数有人格缺陷的婴幼儿，大多因为离婚或父母失业。因此，我们更加需要多多关注留守儿童的身心健康。此外，儿童保健可能会被部分老年人所抵触。这是由于传统观念的影响。对此，新手父母应该及时进行沟通。

七、传统儿童保健的误区以及解决方法

（一）对婴幼儿进行手足限制

以前，老人们觉得，为了更好地伸直婴幼儿的腿，必须把婴幼儿的手脚绑起来。但实际上，这种实际操作非常容易伤害婴幼儿的骨骼系统，然后导致X或O形腿。

解决办法：合适的养护方法，应该是给予婴幼儿不受四肢束缚的自由空间，这样骨骼系统才能健康地成长。

（二）为婴幼儿戴上保护手套

很多家长都表明，婴幼儿出生后如果不戴上保护手套，担心会擦伤皮肤，造成伤害。其实，婴幼儿伸出手去触摸物体，只是他们对外界事物认识的渐进过程，根据触摸的方法创造出最初的认知能力。戴手套是一条破坏婴幼儿对外界认识的传动链，这对他们的发展非常不利。

解决方法： 婴幼儿不需要经常戴手套，但是可以适时修剪指甲，以防止乱动而刮伤自己。

（三）长期间不洗澡

有的家长在讨论婴幼儿洗澡的情况，说洗澡有问题，或者怕婴幼儿在洗澡的整个过程中摔倒，或者婴幼儿呛水。导致婴幼儿洗澡间隔太长，婴幼儿的皮肤越来越瘙痒、干燥。

解决方法： 根据婴幼儿的皮肤状况，科学洗澡，避免使用沐浴用品，用温开水清洗。清洁后，应将其充分擦干，并穿上合身的衣服和裤子，以确保婴幼儿的皮肤干燥舒适。

对儿童青少年进行适当的保健，并不是婴幼儿患病后的应对方式，而是一种防患于未然的主动防御方法，从科学喂养到有效的健身锻炼，从健康饮水到营养补充，从心理咨询到按摩，总之，婴幼儿身体和精神卫生的具体内容是多方面的。为了更好地保证婴幼儿的终身权益，我们必须进行科学研究。此外，有必要与传统的恶习作斗争，保证婴幼儿的身心健康发展。

八、结论

总而言之，对婴幼儿进行全面、科学、健全的儿童保健，对促进婴幼儿的身体和精神卫生以及身体健康具有关键的积极作用。同时，它可以合理地防止一些营养缺乏的发生。实际效果非常明显。

参考文献：

- [1]余小垓, 吴兵.儿童早期发展的科学干预活动对婴幼儿生长发育的影响效果观察[J].现代诊断与治疗, 2016, 27(10): 1897-1898.
- [2]周晓红.儿童早期发展科学干预对婴幼儿生长发育的影响探讨[J].中国继续医学教育, 2018, 10(17): 168-170.
- [3]李颖, 高翔羽, 向希盈等.家庭参与式管理模式对早产儿18月龄生长发育的影响[J].中华儿科杂志, 2016, 54(12): 902-907.
- [4]陈燕玲, 曲桂玉, 方家琪等.早期教育对婴幼儿生长发育影响的研究进展[J].中国儿童保健杂志, 2017, 25(8): 803-805.
- [5]姜艳芝.儿童保健对婴幼儿生长发育的影响研究[J].中国医药指南, 2017, 15(33): 201-202.
- [6]蔡剑英, 刘渊.探究儿童保健的实施对婴儿生长发育的影响[J].保健文汇, 2018, (5): 178.

心源性胸痛患者的急诊分诊判断分析

程万洲

甘肃省平凉市庄浪县人民医院急诊科 甘肃平凉 744600

摘要：目的：探索心源性胸痛患者的急诊分诊判断分析。方法：选取我院从 2017 年 3 月-2021 年 3 月治疗的 82 例胸痛患者，按照是否为中心源性胸痛分为两组，其中心源性胸痛为模型组共 27 例，非心源性胸痛为对照组共 55 例。分析心源性胸痛的影响因素。结果：数据分析显示年龄、脑梗塞，冠心病和气管炎是心源性胸痛的危险因素， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。结论：判断在急诊就诊的胸痛患者是否为中心源性胸痛时可以依据 MEWS 评分和年龄改善判断准确性，本法可进一步在临床分诊中使用。

关键词：心源性胸痛；急诊；分诊；判断分析

胸痛占急诊科新就诊人数的 2%-4%。从急性心肌梗死等生命威胁到肌肉拉伤等轻度自限性疾病，胸痛可能是各种疾病的主诉。可能的胸痛可以看作是一个连续体，范围从完全性急性心肌梗死到简单的短暂性绞痛。在这一谱系中有急性冠脉综合征，具有严重的心脏缺血和轻微的心肌损伤。全国每年有超过 12.9 万人死于缺血性心脏病。急性心肌梗死病例死亡率目前为 45%，其中超过 70% 的人在接受治疗前死亡。每八名不稳定心绞痛患者中就有一人在没有适当治疗的情况下在两周内梗死。在英国，大约 30% 的胸痛患者入院，70% 出院，而在美国，60% 的患者入院，40% 出院。尽管入院率如此之高，但 3%-4% 的急性心肌梗死患者无意中出院了。在英国，入院的患者明显更少；虽然漏诊的急性心肌梗死患者的数量尚不清楚，但最近的证据表明，约 6% 的急性心肌梗死患者急诊出院后可能会有严重的心肌损害。入院和出院的急性心肌梗死患者的死亡率大大降低（6% 比 25%）。漏诊的急性心肌梗死患者的死亡率占美国急诊医学相关诉讼金额的 20%。许多干预措施，包括药物治疗和手术，可以降低急性心肌梗死患者的死亡率。然而，只有在正确识别的情况下，患者才能受益^[1]。虽然确认所有的急性心肌梗死和不稳定型心绞痛患者很重要，但控制费用也很重要，不要让患者接受不必要的检查、住院护理和由此带来的心理压力。入住 CCU 并伴有胸痛的患者中，有 40% 将被排除所有缺血性心脏病。对患者、其家人、朋友和医疗系统有限资源的情感、身体和经济影响不应低估。因此，胸痛评估过程必须及时和准确，以便促进早期溶栓和转移到冠状动脉治疗，并限制对患者和医疗资源的影响。在国内就有以下几种应对急性胸痛护理分诊系统，例如香港的所有公立医院都依据香港医院管理局急性胸痛护理分诊指南来统一分诊。急性胸痛护理分诊指南主要是按照患者的症状体征，明确急诊等候时间，并将其分为 5 级。在北京协和医院就制定了一套更适合我国国情的急诊分诊标准，分别是 I 类（危急）生命体征不稳。改良早期预警评分法（NEWS）是国内急诊最常用的分诊工具之一，也被尝试用于急性胸痛分诊。NEWS 是针对患者的心率、呼吸频率、体温、意识状态和血压等方面展开评估。在之前就有研究表明，该评分法对急性胸痛预检分诊的准确率高达 79.3%。除此之外，胸痛 5 因子评分量表也被用于急诊预检分诊的诊断中。

急性胸痛是一种急症，具有突发性特殊，若病情严重，会危及患者生命安全。导致胸痛的原因有很多，例如外伤、气胸、心绞痛等均可导致胸痛的发生。持续时间少于 12 小时的胸痛的诊断是一个重要的挑战。这有三个原因。其次，阿司匹林和纤溶剂在此期间效力最强，最后大多数与急性心肌梗死相关的死亡发生在前 12 小时内^[2]。理想情况下，能够立即确定所有急性心肌梗死并确信排除所有非急性心肌梗死的检测是可行的。没有完美的测试存在；相反，最初结合测试来判定心肌梗死（RIMI），然后有效地排除心肌梗死（ROMI）。诊断试验的临床准确性是用敏感性和特异性来评估的。本研究的主要目的是探索心源性胸痛患者的急诊分诊判断分析。

1 资料和方法

1.1 基础资料

选取我院从 2017 年 3 月-2021 年 3 月治疗的 82 例胸痛患者，按照是

否为中心源性胸痛分为两组，其中心源性胸痛为模型组共 27 例，非心源性胸痛为对照组共 55 例。模型组男性 8 例，女性 19 例，年龄（55.33 ± 10.58）岁。对照组男性 28 例，女性 27 例，年龄（56.17 ± 11.47）岁。

1.2 临床纳入与排除标准

纳入研究对象的标准：①患者症状为胸痛且为急诊患者，年龄最小为 18 岁；②签署知情同意书

排除研究对象的标准：①由于外伤或其他创伤而导致的胸痛患者；②患者本人及家属均不愿参加此次实验，未签署知情同意书。③两组研究对象的年龄、性别等一般临床资料有明显差异，具有统计学意义（ $P<0.05$ ）

1.3 治疗方法

（1）诊断标准：① MEWS 由 5 项生理参数构成，其中包括呼吸频率、动脉收缩压、体温、意识状态、心率。0-2 分为体温参数，其余 4 项的参数为 0-3 分。MEWS 值为 0-14 分，由 5 项参数相加总和得出，患者病情与分值增加而加重；②一般资料包括出生性别、年龄、冠心病、高血压、糖尿病等。

（2）分诊护士培训：对分诊护士进行正规培训，包括分诊患者的主要流程，对分诊表的正确理解，问诊时所使用的规范用语与解释，在与患者交流中减少个人倾向性与引导性的语句，确保调查问卷填写完整并且保证其真实性与时效性。使用电子或水银体温计测量患者体温，人工计时 1min 记录患者呼吸频率。分诊护士要在 10min 完成各种临床资料的评估与记录，对患者进行编号，依据病情发展程度决定患者是否去胸痛绿色通道，并将分诊表与患者一同交给医生，进行进一步诊治。

1.4 统计学方法

本研究数据采用 SPSS 18.0 评价。计量资料使用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示并用 t 检验； $P<0.05$ ，差异有显著性。计数资料使用 n（%）表示并用 χ^2 检验， $P<0.05$ ，差异有显著性。

2 结果

回归分析两组患者数据发现，MEWS 评分、年龄、脑梗塞，冠心病和气管炎是心源性胸痛的危险因素， $P<0.05$ ，差异有显著性，详见表 1。

表 1 心源性胸痛的影响因素

影响因素	SE	P	OR
MEWS 评分	0.70	<0.05	1.12
年龄	0.01	<0.05	1.05
脑梗塞	1.39	<0.05	1.89
冠心病	1.52	<0.05	1.65
气管炎	0.14	<0.05	0.98

心源性胸痛患者的危险因素 MEWS 评分和年龄的截点值为 2.47 分和 48.26 岁。诊断的合理度和敏感度合理，具体见表 2。

表 2 心源性疼痛患者危险因素的诊断效能

影响因素	截点值	特异度	敏感度
年龄	48.26	39.96%	85.22%
MEWS 评分	2.47	87.17%	46.11%

3 讨论

胸痛的患者必须迅速获得适当的护理。这需要坚定地认识到问题,及早进行心电图检查,并由受过临床风险评估培训的临床医生进行评估。病人和急诊室之间的第一次临床接触通常是在护士分诊时^[1]。在这个阶段确定胸痛,并给予适当的临床优先考虑是至关重要的。胸痛是常见高发的急诊患者的主述病情,已发现在急诊患者中有 20%-30% 患者的就诊原因为胸痛,其也为多种疾病的临床症状,因其可由多种病因引起,且病情发展迅速,在分诊时要注意避免发生误诊与漏诊。否则会因不能准确快速确诊患者疾病,耽误病情,造成不良后果,严重时可能造成死亡。改良早期预警评分(MEWS)是临床急诊分诊中的常用评分系统。在 MEWS 表的基础上结合引起患者胸痛的其他临床资料,将其作为参考依据提供给急诊分诊护士,以便急诊分诊护士可以更快地准确的分诊胸痛患者。这将确保遵循适当的早期护理途径,一旦确定了这组患者,随后的治疗应该是对表现敏感的-非常紧急的心痛患者应该被安置在适当的区域,并且 ECG 记录应该是自动的。对心肌梗死执行初始 ECG,并应尽快记录下来,当然也要在 10 分钟内完成。心电图对心肌梗死来说是一个很好的工具,因为根据使用的标准,它具有很高的特异性(77%-100%)。但心电图在前 12 小时、11~18 小时的敏感性较差(28%-54%),心电图正常既不能排除 AMI,也不能为患者出院提供可靠的保证。因此,在这个阶段,心电图是一种工具,可以用来识别患者是否考虑使用溶栓药物^[4]。

因此,有心电图改变的急性心肌梗死患者应该立即发现,然后进行适当的治疗。留下来的患者从不稳定心绞痛到肌肉骨骼疼痛的患者都有。虽然个别患者的具体诊断可能需要一些时间才能确定,但通过检查心电图、记录有重点的病史和进行简短的检查,可以快速评估心肌梗死或后来并发症的风险^[5]。这将允许做出关于进一步护理的适当决定。首先考虑心电图结果——未知的缺血性变化预示着心肌梗塞的高风险和并发症的高风险。如果心电图正常,则寻找临床危险因素。首先,引出与不稳定缺血性心脏病相一致的任何病史—表 1 显示了一个实用的检查表。其次,记录了任何低血压(收缩压低于 120 mmHg)或严重心力衰竭(不只包括基础)的发现。如果存在两个以上的临床危险因素,则患者处于高危状态。如果只有一个危险因素存在或根本没有危险因素,那么应该重新考虑病史,看看是否存在伴随中度心肌梗死风险的两种特殊情况之一。评估工具源自多中心胸痛研究,为急诊科提供了一个客观的、循证的工具。它确保急性心肌梗死和其他高危患者被迅速识别,并为后续所有剩余患者的护理提供了一个框架^[6]。

在美国就有急诊危重指数在上世纪的 80 年代已经被急诊预检纳入医院的质量认证内容,其一共分为 5 级,有 57% 的美国医院急诊科都将 ESI 当成分诊的标准。但这一标准对护士的要求比较高,要非常清楚急诊流程,合理高效的利用医疗资源。澳大利亚则是国家预检标尺,分诊人员根据患者等待的救治时间,将患者分为了 5 个级别,分别是立即(需复苏)、危急(10 min)、紧急(30 min)、亚紧急(1 h)、不紧急(2 h),并制订安全就诊时间执行百分比。而胸痛分诊流程图(MTS)是由英格兰曼彻斯特市的多个医院急诊科室共同制定的,该系统的组成部分为 52 个不同的流程图,按照患者的症状、主诉等,分诊护士可以选择 52 个流程图中的某一个进行评估,其中就有胸痛分诊流程图。国外已有研究将 MTS 用于胸痛患者的分诊中,并显示 MTS 对急性冠状动脉综合征(acute coronary syndrome,ACS)具有较高的敏感性,由护士使用 MTS 是识别高危心源性胸痛的有效方法。但也有研究认为,MTS 对急性胸痛的分诊有漏诊可能,对 AMI 患者分诊不足,45.3% ST 段抬高型心肌梗死患者和 43.9% 的 ACS 患者被分为低危,分诊率有待提高,导致 MTS 的安全性不够。

所以针对国内外患者的管理都将取决于初始筛查的结果。一些患者的心电图诊断为心肌梗塞阳性,需要立即干预。其他人将处于高风险中,需要入院接受治疗和进一步诊断。中低危者需排除心肌梗塞,并安排适当的随访。胸痛患者的 ST 段抬高(两条肢体导联 >1 mm 或两条胸导联 >2 mm)或急性左束支传导阻滞是 AMI 的诊断和使用纤溶药物的指标。患

者应接受阿司匹林除非它们有重大禁忌症(活动性消化性溃疡、出血性疾病和严重过敏)。阿司匹林抑制环氧合酶依赖性血小板活性——需要一小时才能完全抑制环氧合酶。因此,越早给予阿司匹林,效果就越大。心梗后立即给予阿司匹林并持续一个月,每 1000 名接受治疗的患者可预防 25 例死亡和 13 例其他血管事件。

两种最常用的纤维蛋白溶解剂是链激酶和重组组织纤溶酶原激活剂(rtPA)。溶栓剂通过直接作用于冠状动脉血栓形成,导致由动脉供应的心肌再通和再灌注。溶栓剂和阿司匹林联合使用可降低每 1000 例 AMI 中 52 例死亡的死亡率。考虑到成本差异和相对临床效率,各个医院已经制定了使用这些药物的指南;目前 rtPA 的成本是链激酶的 8 倍。溶栓的益处并不依赖于年龄或性别,所有适应症患者均应接受溶栓治疗且无禁忌症。对于病情最严重的患者,即患有低血压和心动过速的患者,益处最大。然而,益处是时间依赖性的,快速识别和开始治疗是必不可少的。

患有心肌梗塞或并发症的高风险患者将需要紧急治疗和入院。其中许多患者的 ST-T 段改变提示心肌缺血或心内膜下心肌梗死,而其他患者的病史强烈提示不稳定缺血性心脏病。该组患 AMI 的几率约为 25%,并且发生严重并发症的风险为中度至高度。与所有可能患有心源性胸痛的患者一样,他们应该接受阿司匹林和适当的镇痛剂。除非有明确的禁忌症(存在明显的传导障碍、明确的哮喘或明显的心力衰竭),否则应开始阻断,抗血栓治疗也应如此。低分子量肝素在减少缺血事件的发生率和血运重建手术的需要方面比普通肝素更有效。两种形式的肝素的大出血并发症的发生率相同。因此,所有属于高危胸痛组且不适合溶栓药物的患者都应接受低分子量肝素。

所有因可能是心脏性胸痛而去急诊室就诊的患者都应优先考虑分诊,以便快速评估和治疗。Logistic 回归分析显示,年龄是心源性胸痛的危险因素,患者年龄越大,心源性胸痛的危险越高,这可能由于高龄人群属于高血压、冠心病高发人群,高血压、血脂异常、肥胖等是导致冠状动脉粥样硬化和继发性绞痛的最重要原因。单因素分析显示,心源性胸痛组有高血压、糖尿病、冠心病史比例显著高于非心源性胸痛组患者(均 $P < 0.01$),也印证了这一点。除此以外,在王海燕的研究也显示,心源性胸痛组男性比例显著高于非心源性胸痛组($P < 0.01$),其男性较女性出现心源性胸痛危险性更高,是女性的 1.630 倍,分析原因表明这可能与大多数男性吸烟、饮酒或作息不规范等不良生活习惯有关;同时患有高血压和冠心病的胸痛就诊者也是心源性胸痛的危险人群。因此,对于男性,有高血压、冠心病的胸痛就诊患者应该高度关注,注意鉴别与追踪,使疑似患者尽快得到确诊和有效救治。而在本研究的结果表明,对于急诊就诊的胸痛患者,可以在 MEWS 评分的基础上结合患者的临床表现进行分诊判断,则可以提高分诊的判断效率和准确度,表示 MEWS 评分推荐继续探索使用,并且在急诊就诊的时候,护理人员运用此评分系统可以有效的提高胸痛患者的救治效果和速度。故针对本研究的结果看来,MEWS 评分的运用还具备继续深入研究的潜力。

参考文献:

- [1]姚巧娟. MEWS 评分对急诊心源性胸痛患者近期预后的预测价值[J]. 西藏医药, 2021, 42(06): 56-58.
- [2]许丽霞, 许嘉惠. 急诊高危胸痛风险评估量表在心源性胸痛患者快速分诊判断中的应用[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(22): 3473-3476.
- [3]王娱, 韩静, 曹晓菁, 等. 评价急诊胸痛评分预测急诊胸痛患者风险的价值[J]. 首都医科大学学报, 2021, 42(05): 847-851.
- [4]贺新风, 叶秀云, 段小林. 急性心源性胸痛量化影响因素分析与急诊分诊模型构建[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(13): 87-90.
- [5]赵强. 急诊内科对急诊胸痛患者的诊断、鉴别诊断及治疗探讨[J]. 系统医学, 2020, 5(17): 80-81.
- [6]宋艳艳, 郑建华. 急诊心源性胸痛患者影响因素的量化分析与分诊判断[J]. 心血管病防治知识, 2020, 10(23): 40-42.

急诊创伤清创缝合术后不使用抗生素临床分析

吕福来 常鑫

山东省胶州市胶东街道中心卫生院 山东胶州 266300

摘要：目的：探析急诊创伤清创缝合术后不使用抗生素临床效果。方法：选择2019年1月至2022年1月在我院进行创伤清创的缝合术患者36例，根据患者的意愿分为对照组（n=18）使用抗生素进行治疗，观察组（n=18）不使用抗生素治疗，对比两组患者感染率、愈合率、伤口愈合情况。结果：对照组感染率5.56%，观察组感染率11.11%，差异不具有统计学意义（ $P>0.05$ ）；观察组伤口愈合情况Ⅰ级愈合16例，占比88.89%，Ⅱ级愈合2例，占比11.11%，对照组伤口愈合情况Ⅰ级15例，占比83.33%，Ⅱ级愈合3例，占比16.67%，两组差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；结论：对于急诊创伤清创缝合术患者不应用抗生素进行治疗，对患者的愈合情况和发生感染情况没有很大影响，为避免临床中出现滥用抗生素的情况，可以在其缝合术后不使用抗生素治疗。

关键词：急诊；创伤；清创；不使用；抗生素

在临床急诊科创伤清创缝合是较为多见的治疗方式，该种缝合主要是对于患者的皮肤组织受到损伤后，对其进行缝合^[1]。一般情况下，在对患者进行清创和缝合的时候，医护人员在缝合过程中，为了预防术后发生感染，对伤口愈合产生影响，大多会对患者应用抗生素进行治疗。但是随着医学界对抗生素的使用情况进行深度分析以后发现，临床中滥用抗生素的情况越来越严重^[2]。其中在急诊清创缝合的时候，是否需要使用抗生素也需要进一步讨论。基于此，本文选择2019年1月至2022年1月在我院进行创伤清创的缝合术患者36例，患者分为使用抗生素治疗和不用抗生素治疗，为进一步探析急诊创伤清创缝合术后不使用抗生素临床效果。具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年1月至2022年1月在我院进行创伤清创的缝合术患者36例，根据患者的意愿分为对照组（n=18）使用抗生素进行治疗，观察组（n=18）不使用抗生素治疗。其中对照组男性患者10例，女性患者8例，年龄30-60岁，平均年龄（45.48±3.10）岁；伤口长度2-7cm，平均长度（3.11±0.18）cm；受伤部位：头皮4例，手臂7例，下肢5例，躯干2例；伤口深度：到达肌层12例，深及骨膜外6例；割伤10例，挫裂伤8例；观察组男性患者9例，女性患者9例，年龄35-65岁，平均年龄（47.01±3.12）岁；伤口长度2-6cm，平均长度（3.14±0.21）cm；受伤部位：头皮5例，手部5例，下肢4例，躯干4例；伤口深度：达到肌层11例，深及骨膜外7例；割伤9例，挫裂伤9例；

纳入标准：（1）患者的受伤时间不超过2h；（2）治疗时间小于一天的患者；

排除患者：（1）伤及患者的大血管；（2）肌腱损伤的患者；（3）颅内受伤和腹腔贯通患者；（4）伴有肝脏、肾脏等重大器官严重疾病的患者；（5）精神疾病患者；（6）抗生素禁忌患者；

1.2 方法

对两组患者应用生理盐水、双氧水、碘伏等消毒药物对其进行皮肤消毒，及对伤口进行清创，与此同时应用浓度为2%的利多卡因对患者进行伤口附近局部麻醉，麻醉后对伤口附近及伤口表面的异物进行清理，如果有患者的伤口中有沙土或者杂物，首先使用生理盐水进行冲洗。如果伤口中有小尘埃或者煤灰等物质较难冲洗，应该使用小毛刷蘸取软肥皂进行刷洗，之后应用碘伏进行浸泡消毒。如果患者的伤口较深，则应该使用双氧水进行持续消毒，充分的消毒之后，仔细确认伤口内保证无异物，也没有血凝块^[3]。锐器导致的伤口，伤口边缘不需要处理。钝器导致的伤口，应该对伤口边缘进行处理。对其伤口附近的坏死皮肤组织进行剪除，之后对患者的伤口进行逐层缝合，在伤口缝合之后，在伤口表面覆盖经碘伏浸泡后的医用纱布，之后对患者的伤口进行包扎处理。在患者伤口发生的24小时以内，对其进行注射破伤风免疫球蛋白，注射部位为肌肉注射的方式^[4]。缝合术后前三天对患者每天更换一次无菌敷料，如若患者的伤口在头部，医师每天接时的应用碘伏对其进行伤口消毒，在缝合五天后对其进行拆线。如若患者的伤口在身体的躯干上，则在缝合十天后进行拆线。如若

患者的伤口在四肢上，则应该在缝合十四天后进行拆线。经过上述的处理过后，对照组患者使用抗生素配合治疗。观察组则不使用抗生素治疗^[5]。

1.3 观察指标

1.3.1 对比两组患者的感染发生率

1.3.2 对比两组患者伤口愈合等级发生率，Ⅰ级：患者的伤口愈合情况较好，未出现任何不良反应，基本上没有疤痕形成，并且能够满足患者对美观的要求。Ⅱ级：患者的伤口愈合情况一般，未出现感染和化脓的情况，但是患者的受伤部位伤口表现处轻微的硬结红肿情况，并发生皮下积液的情况，缝合的针眼部位出现轻微感染情况。Ⅲ级：患者的伤口愈合情况非常不好，伤口出现化脓和感染的情况，伤口在愈合之后疤痕非常明显，满足不了患者对美观的要求。

1.4 统计学分析

在本研究中使用SPSS23.0版本的统计软件作为数据分析软件，病例一般资料中两组患者的性别为计数资料，受伤部位为计数资料，伤口深度为计数资料，受伤类型为计数资料，结果中两组患者的感染发生率为计数资料，两组患者伤口愈合等级发生率为计数资料，计算出的数据以n（%）表示，并采用 χ^2 检验；病例一般资料中两组患者的年龄为计量资料，伤口长度为计量资料，计量数据以平均值±标准差（ $\bar{X} \pm S$ ），采用t检验；以 $P<0.05$ 表明差异在统计学上是显著的。

2 结果

2.1 对比两组患者的感染发生率

对照组感染率5.56%，观察组感染率11.11%，差异不具有统计学意义（ $P>0.05$ ）；见表1。

表1 对比两组患者的感染发生率（n，%）

组别	n	感染发生人数	未发生人数	发生率
观察组	18	1	16	5.56%
对照组	18	2	15	11.11%
χ^2	-	-	-	0.364
P	-	-	-	0.547

2.2 对比两组患者伤口愈合等级发生率

观察组伤口愈合情况Ⅰ级愈合16例，占比88.89%，Ⅱ级愈合2例，占比11.11%，对照组伤口愈合情况Ⅰ级15例，占比83.33%，Ⅱ级愈合3例，占比16.67%，两组差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；见表2。

表2 对比两组患者伤口愈合等级发生率（n，%）

组别	n	I	II	III
观察组	18	16（88.89%）	2（11.11%）	0
对照组	18	15（83.33%）	3（16.67%）	0
χ^2	-	-	0.232	-
P	-	-	0.630	-

3 讨论

在急诊中为患者进行清创缝合在临床中非常常见。在急诊医生为患者进行清创缝合时可能会发生感染的情况，且引发感染的原因有很多。现阶段有研究学者认为在患者进行伤口清创缝合以后，为其使用抗生素能够有效的预防感染情况的发生，其实不然，患者伤口清创缝合后不使用抗生素也不会发生感染的情况，相反使用抗生素还会导致发生滥用抗生素的情况。当前我国已经制定了相关抗生素使用的等级管理制度，以此来减少发生乱用抗生素的情况^[6-7]。

3.1 现阶段国内对于抗生素的管理制度是：抗生素的分级管理主要是根据抗生素药物治疗疾病的特点，及使用抗生素治疗后发生的不良反应，还有抗生素的价格、临床治疗效果、患者的经济情况等因素，再结合医院对于抗生素应用的实际情况。再对于抗生素进行分级管理时，应该根据限制使用和特殊使用的原则来进行使用抗生素治疗。抗生素是一种抗菌类的药品，使用抗生素治疗的目的在于想要快速的达到抗菌的效果。如果抗生素的使用不能够达到抗菌的目的，那在临床中就应该控制使用抗生素进行治疗。所以，在临床中使用抗生素为患者进行治疗时应该遵循抗生素的使用原则进行使用。在临床治疗中应该结合患者在治疗期间可能会发生感染的情况和感染的因素，再进行具有针对性的使用抗生素。如果在治疗时，患者忽然发生感染的情况，应该结合患者的实际情况使用高于此感染的抗生素药物，以此来控制患者的感染^[8]。

3.2 急诊患者在伤口缝合后的具体操作：患者在缝合以后能否出现感染情况，主要取决于患者的伤口内出现的细菌量和毒性强不强，还有一部分原因是患者伤口的部位对于身体整体的影响。从伤口的发生到医院进行伤口清创这中间的时间较短，伤口发生感染的几率就较低。一般情况下，细菌在伤口内部引发感染的时间约在 6 小时到 8 小时，但是如果有患者的伤口受到较为严重的污染，该种情况患者的伤口内部细菌感染引发时间则可能在 4 小时。本文中的患者均是在伤口发生 2 小时之内进行的伤口清创缝合。此时的伤口内部细菌尚未进行繁殖，非常容易清除。在对患者进行清理伤口并缝合时，通过使用双氧水和生理盐水对患者的伤口进行清洗，并剪除坏死的组织^[7]。这种处理方式能够同时清理掉较多的细菌，在这之后，还需要在伤口清洗完成后进行缝合，缝合处理以前还需要对患者的伤口进行确认检查，检查伤口内部还有无异物。应该从伤口的一端仔细检查至另一端。在检查时需要注意细小的物质，特别是细小的玻璃碎片等更容易对皮肤组织产生破坏的物质。所以医护人员更应该在缝合之前细心的观察伤口，避免发生遗漏的情况。在对患者进行伤口缝合时，理论上应该从伤口浅的地方、张力较小的地方开始缝合处理。对于较长的伤口应该着重注意缝合时的跨度及针线情况。在缝合后应该避免伤口内存有死腔，避免出现积血的情况对患者的伤口产生影响。对于患者的伤口周围组织皮肤尽量予以保留^[9]。如果发生伤口血液循环障碍，则可能引发局部抵抗感染的能力就显著降低。所以缝合时缝线过于紧，还有大量的使用肾上腺素都会对血管产生收缩作用，长时间的牵拉和压迫也会导致增加缝合后的感染情况的发生。有研究证明，在伤口内存有无活力的肌肉组织，或者伤口内存有异物时，能够促使厌氧菌的毒力加强至 1000 倍到 10000 倍。正常组织发生感染需要同时具有 100 个同类菌。所以对伤口进行清创后再进行缝合，是在缝合后不发生感染的最主要条件^[10-11]。

3.3 全身状态

患者的身体情况也决定了其是否应该使用抗生素。国外有研究调查显示，糖尿病患者的清创缝合手术后发生感染的几率为 10% 左右，身体内存有感染病灶的患者在清创缝合手术后发生感染的几率为 18% 左右，而正常人发生感染的几率则为 5% 左右^[12]。长时间使用抗生素治疗疾病的患者在清创缝合手术后发生感染的几率是正常清创手术患者的两倍。此外，营养不良的人群和老年人因机体免疫力下降、特殊肥胖病人的血流量较少，这类人比较容易发生清创手术后的感染^[9]。身体有些部位在清创后发生感染的情况较少，但是如果发生感染，情况则会非常严重。例如神经和肌腱的损伤，关节腔的损伤和开放性的骨折等等。抗生素虽然能够防止感染，但是临床中也不应该过度的依赖。在身体正常的人群中，在进行清创缝合时，

虽然清创不能够做到完全无菌，在伤口的内部或多或少的会存有细菌，但是人体的健康组织细胞具有吞噬细菌的能量，所以正常人群即使不使用抗生素也不容易发生感染^[13]。所以针对此类人群使用抗生素，则对患者增加了毒副作用，而且还增加了患者的经济负担。对于医生而言，使用抗生素进行治疗清创后的缝合手术，就意味着对此手术没有信心，或者是进行清创时不够认真，把使用抗生素作为一种保险^[14]。

本文研究显示，两组患者的感染发生率比较无显著差异 ($P>0.05$)，两组患者的愈合等级比较无显著差异 ($P>0.05$)；这项结果说明，在清创缝合手术后使用抗生素治疗或者不使用抗生素治疗。对患者的伤口愈合和感染情况影响不大。在现阶段临床中抗生素滥用情况较多的形势下，本文研究结果对减少滥用抗生素非常关键。在以后进行伤口清创治疗时，医护人员应该严格按照无菌治疗的基本原则进行清创缝合，以此能够在最大限度内减少使用抗生素的情况，以降低抗生素依赖。在如果有患者必须使用抗生素的情况下，有效、合理的使用抗生素治疗，因此减少滥用抗生素导致的种种不良反应，降低患者的经济方面的压力。就当前医院临床中而言，乱用抗生素情况已经成为各国重点关注的问题，已经就此问题进行激烈的讨论。抗生素的乱用，促使细菌的耐药性进而逐渐升高，因此人们的身体健康受到极大的威胁。在现阶段的临床治疗中，有部分患者因为想要确保治疗效果，通常会自己主动要求医师对其使用抗生素进行治疗。所以临床中为了减少发生乱用抗生素的情况发生，医护人员应该具有较好的责任意识，应该有着较高的责任心，针对患者的不合理使用抗生素的要求进行解答，由此对乱用抗生素的情况进行有效的控制，在能够确保治疗效果的同时，尽量减少抗生素的使用，以防止细菌耐药性的逐渐升高。

综上所述，对于急诊创伤清创缝合术患者不应用抗生素进行治疗，对患者的愈合情况和发生感染情况没有很大影响，为避免临床中出现滥用抗生素的情况，可以在其缝合术后不使用抗生素治疗。

参考文献：

- [1]李道卫. 急诊创伤清创缝合术后不使用抗生素临床分析[J]. 航空航天医学杂志,2020,31 (9): 1085-1086.
- [2]余勇. 基层医院门诊无菌手术早期清创缝合术不用抗生素临床疗效分析[J]. 中国卫生标准管理,2014,5 (2): 34-35.
- [3]廖益清,何斌. 早期清创缝合后不使用抗生素的临床分析[J]. 岭南现代临床外科,2006,6 (1): 78-78.
- [4]梁贵平. 急诊外科创伤手术切口感染的临床分析及预防研究[J]. 饮食保健,2017,4 (2): 45-46.
- [5]王宏新,谭国强,焦智勇,等. 早期清创缝合术后不使用抗生素 80 例分析[J]. 中国误诊学杂志,2007,7 (5): 1064-1066.
- [6]黄定坤. 急诊外科创伤手术切口感染的临床分析及预防研究[J]. 家庭医药,2020 (1): 87-88.
- [7]王阳保,张小平. 门诊无菌手术及早期清创缝合术不用抗生素临床效果分析[J]. 医药前沿,2013 (24): 90-90,91.
- [8]张艳. 急诊外科创伤手术切口感染的临床分析及预防研究[J]. 中国医药导刊,2013 (11): 1785-1786.
- [9]古丽米热·热合木吐拉,吐逊艾力·作德儿. 急诊清创缝合后不使用抗生素对创口的影响分析[J]. 世界最新医学信息文摘 (电子版),2018 (71): 72-72,76.
- [10]蓝英. 早期清创缝合术后不使用抗生素的临床观察[J]. 广西医学,2008,30 (12): 1963-1964.
- [11]贾宏良. 急诊外科创伤手术切口感染的临床预防研究措施[J]. 特别健康,2021 (8): 140-144.
- [12]张晓东. 关于急诊外科创伤手术切口感染患者的临床分析及危险因素研究[J]. 保健文汇,2018 (7): 34-36.
- [13]范云飞,张卫,杨晓颀. 急诊外科创伤手术切口感染的疗效与预防及切口愈合时间影响分析[J]. 保健文汇,2019 (12): 59-60.
- [14]陆章楠. 急诊外科创伤手术切口感染的预防护理和控制措施分析[J]. 养生保健指南,2020 (44): 209-210.

探讨闭合复位防旋髓内钉内固定术治疗对股骨粗隆骨折患者骨折愈合和生活质量的影响

杨勇

常州市武进第四人民医院 江苏常州 213151

摘要：目的：分析对股骨粗隆骨折患者实施闭合复位防旋髓内钉内固定术治疗的方式对手术效果以及患者术后生活质量的影响。方法 研究开始时间为 2019 年 6 月，结束时间为 2022 年 6 月，从此期间我院收治的股骨粗隆骨折患者中随机选择临床资料完整的 60 例开展此次研究，按照手术方式的不同完成分组，将实施常规复位内固定术治疗的 30 例患者纳入对照组，将实施闭合复位防旋髓内钉内固定术治疗的 30 例患者纳入观察组，对比两组患者的手术优良率；记录两组患者手术的相关指标（术中出血量、隐性红细胞丢失量、总住院时间、骨折愈合时间、首次负重锻炼时间）；观察记录两组患者出现的延迟愈合、畸形愈合、不正常疼痛等不良反应；出院时对患者的生活质量情况采用世界卫生组织认可的量表-WHOQOL-100 进行测验；对比治疗前后的髋关节评分（Harris 评分）。结果 （1）手术优良率：观察组、对照组患者的手术优良率分别为 96.67%、76.67%，观察组明显更高。（2）手术指标对比：观察组患者的术中出血量、隐性红细胞丢失量明显低于对照组，总住院时间、骨折愈合时间、首次负重锻炼时间也显著短于对照组，观察组指标更优。（3）不良反应对比：观察组出现 1 例不正常疼痛，发生率为 3.33%，对照组出现延迟愈合 2 例、畸形愈合 2 例、不正常疼痛 4 例，发生率 26.67%，观察组明显更低。（4）生活质量：出院时观察组患者生理健康、心理状态、社会功能、独立能力四大维度评分均显著高于对照组，差异具有统计学意义。（5）治疗前使用 Harris 评分对比两组患者的髋关节情况，发现无显著意义，手术后，Harris 评分显示观察组患者的髋关节更优， $P < 0.05$ 。结论 对股骨粗隆骨折患者实施闭合复位防旋髓内钉内固定术治疗的方式手术优良率更高，术后恢复较快，不良反应发生率更低，手术后的生活质量和髋关节功能更好，可在临床中推广应用。

关键词：股骨粗隆骨折；闭合复位防旋髓内钉内固定术；手术优良率；手术指标；不良反应发生率；生活质量；髋关节评分

临床中将股骨粗隆部大转子到小转子之间的部位出现骨折的情况成为股骨粗隆间骨折，也叫股骨转子骨折，据临床研究，股骨粗隆骨折常发生在 66~76 岁之间的老年人群中，在女性群体中的发病率约为男性的 3 倍^[1]。股骨粗隆骨折的主要发病原因是直接或者间接的暴力导致，暴力因素主要包括车轮碾压、重物击打、高处坠伤、火器伤等，患者受到间接暴力时，肌肉的强烈牵引力导致股骨粗隆骨折；受到直接暴力时，大粗隆受到扭伤、撞击、过度外展等，引发股骨粗隆骨折^[2]。股骨粗隆骨折常发生在骨质疏松患者群体中，由于钙元素的流失，骨头的硬度下降，受到暴力后易引发股骨粗隆骨折。手术是临床中常用的治疗股骨粗隆骨折的手段之一，常规复位内固定术与闭合复位防旋髓内钉内固定术均较为常用，近年来闭合复位防旋髓内钉内固定术在治疗股骨粗隆骨折的临床治疗中的应用越来越多^[3]。本次研究选取部分股骨粗隆骨折患者，对比了常规复位内固定术与闭合复位防旋髓内钉内固定术的手术效果，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究开始时间为 2019 年 6 月，结束时间为 2022 年 6 月，从此期间我院收治的股骨粗隆骨折患者中随机选择临床资料完整的 60 例开展此次研究，按照手术方式的不同完成分组，将实施常规复位内固定术治疗的 30

例患者纳入对照组，将实施闭合复位防旋髓内钉内固定术治疗的 30 例患者纳入观察组。其中对照组中男性 10 例，女性 20 例，年龄取值范围为 58 岁~79 岁之间，年龄均值为（69.81±4.35）岁，出现骨折时间 2 小时~8 小时之间，病程均值（5.31±1.25）小时；观察组中男性 11 例，女性 19 例，年龄取值范围为 59 岁~81 岁之间，年龄均值为（69.25±4.64）岁，出现骨折时间 1.5 小时~7 小时之间，病程均值（5.28±1.08）小时。基线资料也实施统计学分析，录入 SPSS 软件后结果表明不具备明显差异。

患者纳入：①经影像学检查，并结合临床疼痛位置表现等，确诊为股骨粗隆骨折^[4]，在发病 12h 内进行治疗；②在我院顺利开展了手术，临床资料全面具体；③智力正常，能正常回答问题、填写问卷，依从性高；④患者或家属在护理人员的指导下签署同意书，确定参与此次研究。

排除标准：①存在不符合实施手术的情况；②合并其他部位的骨折或者股骨头坏死等病理性疾病；③机体其他脏器损伤，对手术效果产生严重的干扰。

1.2 方法

对照组实施常规复位内固定术，具体方法为：术前行常规的影像学检查，并实施腰硬联合麻醉。取仰卧位，在股骨粗隆骨折患者的股骨近端外侧行一长度在 3cm 左右的手术切口，钝性分离肌肉和皮肤后将骨折部位充

分暴露，直接进行骨折的复位，注意在手术操作时做好神经及组织的保护^[5]。在手术完成后实施相应的抗生素治疗以及抗凝治疗避免出现严重的感染。

观察组实施闭合复位防旋髓内钉内固定术，具体方法为：术前行常规的影像学检查，并实施腰硬联合麻醉^[6]。取仰卧位，首先实施手法复位，牵引患肢，在 C 型臂的辅助下进行骨折部位的复位，纠正颈干角；在 C 型臂辅助下，经皮插入 1-2 枚导针（斯氏针），数量根据患者的骨折情况决定，使用斯氏针在水平面上将骨折断面拨动使其后移；再将 1 枚斯氏针经小粗隆间的上缘置入，通过撬拨促使骨折实现细致复位。通过股骨大转子上方 5~10cm 的部位开一长度为 2~4cm 的纵形切口，于大粗隆顶部最高点外侧 1cm 点打入导针，在 X 线机的观察下保证导针进入髓腔内，沿导针方向实施扩髓，选择合适规格的主钉（防旋）旋入股骨近端，将导针拔出，拔出导针；调整相应的角度以及方向保证后续的协调性，关闭切口^[7]。手术完成后实施相应的抗生素治疗以及抗凝治疗避免出现严重的感染。

1.3 观察指标

（1）对比两组患者的手术优良率，根据术后患者的恢复效果将手术效果分为优、良、差三个等级；手术顺利完成后患者恢复到受伤前的状态，肢体功能不受影响为优；手术完成后肢体功能受到细微影响，对日常生活的影响较小为良；未达到以上效果为差。优良率为 1-差占比率。

（2）记录两组患者术中出血量、隐性红细胞丢失量、总住院时间、骨折愈合时间、首次负重锻炼时间等手术的相关指标。

（3）观察记录两组患者出现的延迟愈合、畸形愈合、不正常疼痛等不良反应。

（4）应用 WHOQOL-100 量表完成对患者的关于生活质量的测评，选

表 2 手术指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	术中出血量（ml）	隐性红细胞丢失量（ml）	总住院时间（d）	骨折愈合时间（d）	首次负重锻炼时间（d）
观察组（n=30）	131.24±12.94	300.64±26.34	20.34±2.36	66.34±5.94	61.27±6.31
对照组（n=30）	210.34±25.34	435.39±35.34	26.37±5.39	79.39±7.25	76.34±4.94
T 值	15.2269	16.7450	5.6131	7.6262	10.3001
P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 不良反应对比

观察组不良反应发生率为 3.33%，对照组发生率 26.67%，观察组明显更低。详见表 3。

表 3 两组患者的不良反应对比发生率对比（n，%）

组别	延迟愈合	畸形愈合	不正常疼痛	发生率
观察组（n=30）	0	0	1	3.33%
对照组（n=30）	2	2	4	26.67%

取与此次研究相关的生理、心理、社会以及独立性，得分高说明质量越好。

（5）对比治疗前后的髌关节评分（Harris 评分），量表总分为 100 分，分数越高表明髌关节的效果越好^[8]。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 26.0 软件完成此次的统计学分析分析。将手术指标、髌关节评分及生活质量评分表示成“均数±标准差”（ $\bar{x} \pm s$ ）的格式，采用 student t 检验；使用百分比表示手术优良率以及不良反应发生率，实施卡方检验。检验后若 P 值小于 0.05 表明两组数据之间的差异明显。

2 结果

2.1 手术优良率对比

观察组、对照组患者的手术优良率分别为 96.67%、76.67%，观察组明显更高。详见表 1。

表 1 手术优良率对比（n,%）

组别	优	良	差	优良率
观察组（n=30）	20	9	1	96.67%
对照组（n=30）	10	13	7	76.67%
X ²	-	-	-	4.4706
P 值	-	-	-	0.0345

2.2 手术指标对比

观察组患者的术中出血量、隐性红细胞丢失量明显低于对照组，总住院时间、骨折愈合时间、首次负重锻炼时间也显著短于对照组，观察组指标更优。详见表 2。

2.3

2.4

2.5

2.6

2.7

2.8

2.9

2.10

2.11

2.12

2.13

2.14

2.15

2.16

2.17

2.18

2.19

2.20

2.21

2.22

2.23

出院时观察组患者生理健康、心理状态、社会功能、独立能力四大维度评分均显著高于对照组，差异具有统计学意义。详见表 4。

表 4 生活质量对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	生理健康	心理状态	社会功能	独立能力
观察组（n=30）	71.32±6.12	72.34±6.15	69.37±6.55	56.31±6.77

对照组 (n=30)	59.34±7.52	59.28±5.30	52.35±7.24	42.32±5.52
T 值	6.7677	8.8109	9.5483	8.7722
P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 Harris 评分对比

治疗前使用 Harris 评分对比两组患者的髋关节情况,发现无显著意义,手术后, Harris 评分显示观察组患者的髋关节更优, $P<0.05$ 。详见表 5。

表 5 Harris 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	手术前	手术后
观察组 (n=30)	23.67±3.28	75.31±5.31
对照组 (n=30)	23.94±3.67	60.37±4.28
T 值	0.3004	11.9982
P 值	0.7649	0.0000

3 结论

股骨粗隆骨折患者受伤后髋部出现剧烈疼痛,无法站立或者行走,下肢出现明显的外旋畸形、骨擦音或者短缩,患者患侧大粗隆升高,出现肿胀及淤斑,按压疼痛明显,另外股骨粗隆骨折患者还易引发创伤性休克、血管损伤、感染、治疗后畸形愈合、异位骨化、骨不连以及再次骨折等并发症,严重影响了患者的正常生活,需要立即对患者进行治疗^[8]。目前对股骨粗隆骨折患者的治疗主要包括牵引疗法以及手术治疗,对于未发生位移的较为稳定性的骨折以及不适合实施手术进行内固定的患者来说,需进行牵引治疗的方法。

目前手术治疗是大部分股骨粗隆骨折患者的治疗手段,传统常规复位内固定术虽然可起到一定的治疗效果,但对患者的创伤较大,术后并发症发病率较高^[9-10]。由于传统的复位术需要行 (3-4) cm 的切口,易对骨折周围软组织、骨膜造成较大的损伤,手术时间较长,长时间的暴露骨折部位也会对血液的正常循环造成严重的干扰;加之骨粗隆骨折患者的年龄普遍较大,身体机能的下降导致对手术的耐受性降低,长时间的创伤导致术后切口感染等并发症发生率高,易出现不良预后^[11-12]。近年来闭合复位防旋髓内钉内固定术在治疗股骨粗隆骨折的应用越来越多,本次研究发现实施闭合复位防旋髓内钉内固定术治疗的观察组患者的手术优良率更高,手术指标优良,不良不良反应发生率更低,手术后的生活质量和髋关节功能更好。闭合复位防旋髓内钉内固定术近年来在临床中的应用越来越多,临床研究发现,该手术的优点是抗旋转、抗内翻,其主钉尖端的可屈性凹槽,使应力能够集中,提高了骨折部位的稳定性,因此对不稳定型的股骨粗隆间骨折患者的治疗效果较好,对血液循环的影响小,患者术后的并发症发病率较低,更有利于术后恢复和骨折的愈合^[13-14]。

综上所述,对股骨粗隆骨折患者实施闭合复位防旋髓内钉内固定术治疗的方式手术优良率更高,术后恢复较快,不良反应发生率更低,手术后

的生活质量和髋关节功能更好,可在临床中推广应用。

参考文献:

[1]董振宗.股骨近端防旋髓内钉内固定术治疗股骨粗隆间骨折患者的效果[J].中国民康医学,2022,34 (02): 54-56.

[2]王大玉,程中午,张本结.股骨近端防旋髓内钉与动力髋螺钉治疗高龄股骨粗隆间骨折的术后骨愈合时间及并发症情况比较[J].中国医药导报,2021,18 (12): 107-110.

[3]马荣州.闭合复位微创 PFNA 与动力髋螺钉治疗不稳定型股骨粗隆间骨折的对比研究[J].医药论坛杂志,2021,42 (03): 100-103.

[4]赵磊.闭合复位股骨近端防旋髓内钉内固定术治疗股骨粗隆骨折患者的疗效及预后[J].医疗装备,2020,33 (23): 115-116.

[5]缪世昌,黄晓东,戚文元.股骨近端防旋髓内钉治疗复杂老年股骨粗隆间骨折的临床疗效及安全性分析[J].系统医学,2020,5 (18): 68-71.DOI: 10.19368/j.cnki.2096-1782.2020.18.068.

[6]吕庆生.闭合复位防旋股骨近端髓内钉内固定术治疗股骨转子间骨折患者的疗效[J].医疗装备,2020,33 (14): 105-106.

[7]穆怀磊,钱凤汉.闭合复位防旋髓内钉内固定术与切开复位锁定钢板内固定术治疗不稳定型股骨粗隆间骨折患者的效果比较[J].中国民康医学,2020,32 (14): 130-132.

[8]李永升,柯丽秀,赵志明.股骨近端防旋髓内钉与动力髋螺钉对不稳定型股骨粗隆间骨折患者 SOD、AngII 的影响[J].河北医药,2020,42 (09): 1328-1331.

[9]张舒.髓内固定术对老年股骨粗隆间骨折患者股骨头旋转及固定钉滑脱的影响研究[J].中国骨与关节杂志,2019,8 (06): 465-469.

[10]荆波.采用 PFNA 与人工股骨头置换术治疗不同分型股骨粗隆间骨折的效果分析比较 [D]. 山东第一医科大学,2019.DOI: 10.27353/d.cnki.gtsyc.2019.000194.

[11]王建伟,张文生,刘世平,庞军.闭合复位 PFNA 术治疗股骨粗隆骨折对患者骨折愈合和生活质量的影响[J].河北医药,2018,40 (01): 72-76.

[12]苟波,谢晓敏,祁文兵,白明华,彭页.近端防旋髓内钉与近端解剖型锁定钢板治疗老年股骨粗隆间骨折的效果比较[J].中国临床研究,2017,30 (10): 1375-1377.DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2017.10.022.

[13]符仲秋,丰景斌,罗贤红.股骨近端防旋髓内钉内固定治疗股骨干骨折合并同侧股骨粗隆间骨折的临床疗效分析[J].中国临床医生杂志,2017,45 (09): 72-74.

[14]李兴艳.髓内固定、髓外固定与人工关节置换术治疗高龄老人粗隆间骨折疗效对比研究[D].华中科技大学,2016.

不同胰岛素给药方法对糖尿病治疗的疗效差异分析

张军胜

兰州市西固区人民医院 甘肃兰州 730060

摘要：目的：研究对糖尿病患者使用胰岛素治疗时采取皮下注射与持续泵入对患者的治疗有效性、安全性以及血糖指标改善的情况。方法：本次研究开始时间为 2021 年 5 月、结束时间为 2022 年 3 月，将此段时间内我院收治的 58 例患者按照 1-58 完成编号后，按照电脑随机取号的方法，将取出来的 29 个号码纳入对照组，采取多次连续皮下注射的治疗方案，另外 29 个号码的患者实施连续性皮下泵入治疗，纳入观察组，对比两组患者的治疗有效率和不良反应（恶心、腹泻、低血糖）发生率，记录两组患者治疗过程中的胰岛素平均用量和目标血糖值时间以及干预前后的血糖指标（空腹血糖-FPG、餐后 2h 血糖-2hPG、糖化血红蛋白-HbA1c）水平。结果：（1）观察组治疗有效率为 96.55%，对照组为 79.31%，观察组明显较高。（2）观察组不良反应发生率为 3.45%，对照组为 24.14%，观察组明显较低。（3）此次研究中观察组的胰岛素平均用量为 (0.42 ± 0.15) [U (kg·d)]，明显低于对照组的 (0.72 ± 0.26) [U (kg·d)]；血糖达标时间观察组为 (5.39 ± 1.25) d，明显低于对照组的 (10.34 ± 2.36) d。（4）干预前使用全自动生化分析仪检验两组患者的 FPG、2hPG 以及 HbA1c 水平均不具有显著差异；干预完成后，两组患者的血糖和糖化血红蛋白水平下降，观察组的三项指标均明显低于对照组。结论：对糖尿病患者使用胰岛素治疗时采取持续泵入治疗的方案对患者的治疗效果较好，降低不良反应发生，减少胰岛素的使用剂量的同时可以促进血糖的快速达标，有效将血糖和糖化血红蛋白控制在良好的水平，可在临床中推广应用。

关键词：糖尿病；胰岛素；持续泵入；治疗有效率；不良反应；使用剂量；血糖指标

作为现阶段影响人类健康最常见的慢性病之一，糖尿病在我国发病率超过 10%，它是一种由遗传和环境因素引起的以慢性高血糖为特征的代谢性疾病。糖尿病的主要发病原因是胰岛素分泌绝对或者相对的不足引起的多项指标如脂肪、蛋白质、糖等指标的代谢紊乱。糖尿病患者的主要临床症状是多尿、口渴、发饿和消瘦，由于其属于代谢疾病的一种，假如治疗不及时易引发患者的多种并发症，对患者的生活质量乃至生命安全产生严重的影响^[1-2]。临床研究证实控制血糖是预防和减少糖尿病并发症的关键，目前主要的治疗方法是药物治疗，双胍类、磺脲类、噻唑烷二酮类、格列奈类、糖苷酶抑制剂类、DDP-4 酶抑制剂类、胰岛素等为临床常用药物^[3]。这些传统的降糖药物从葡萄糖吸收、利用及胰岛素补充等环节对人体血糖水平进行调节，在控制血糖、减少并发症方面起到了积极明显的效果。若糖尿病患者存在口服降糖药物禁忌症或者口服降糖药物效果不佳时，可采取胰岛素治疗的方式，胰岛素是对糖尿病患者血糖控制的常用有效手段，胰岛素是一种蛋白质类激素，可促进葡萄糖的氧化和糖原合成、转化，将血糖控制在较为正常的水平^[4]。胰岛素的给药方法主要有皮下注射与持续泵入等，临床研究发现不同的胰岛素给药方式对糖尿病患者血糖控制方面的效果也存在较大的差异，本次研究选取部分糖尿病患者，分组后对比皮下注射与持续泵入的治疗效果，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究开始时间为 2021 年 5 月、结束时间为 2022 年 3 月，将此段时间内我院收治的 58 例患者按照 1-58 完成编号后，按照电脑随机取号的方法，将取出来的 29 个号码纳入对照组，采取多次连续皮下注射的治疗方案，另外 29 个号码的患者实施连续性皮下泵入治疗，纳入观察组。对照组患者中男性和女性的人数分别为 15 例和 14 例，年龄最小 35 岁、最大 62 岁，平均年龄 (48.31 ± 5.75) 岁，病程最短 3 个月、最长 64 个月，病程均值 (28.34 ± 5.24) 个月，观察组患者中男性 16 例、女性 13 例，年龄的取值范围为 40 岁至 66 岁之间，年龄均值为 (48.61 ± 5.35) 岁，病程最短 3 个月、最长 69 个月，病程均值 (29.34 ± 6.05) 个月。将两组患者的性别、年龄等基础性资料录入 SPSS 软件分析后发现差异较小。

入选标准：符合 WHO1999 年版本的糖尿病诊断标准^[5]，即空腹血糖值超过 5.1mmol/L，餐后 2h 血糖 ≥ 8.52 mmol/L，糖化血红蛋白（HbA1c）水平 7.5%~10.5%；经过我院伦理委员会审核批准，受试者及其家属自愿参与此项研究及遵守研究规定。

排除标准：糖尿病合并高血压或其他严重并发症；严重心血管疾病患者；严重肝肾功能异常患者；血液系统疾病及其它恶性肿瘤患者；生殖泌尿系统等急性或慢性感染者；过敏体质患者。

1.2 方法

对照组采取多次连续皮下注射治疗方法，每日的注射剂量控制在 $0.5 \sim 1.0$ [U (kg·d)] 之间，每天三次，在早餐、午餐和晚餐前半小时完成皮下注射，注射的剂量占比分别为 40%、20%、40%^[6]。

观察组实施连续性皮下泵入治疗，将胰岛素泵正确完成连接，每日的注射剂量控制在 $0.5 \sim 1.0$ [U (kg·d)] 之间，初始泵入剂量为 0.3IU/kg，设置给药速度为 7IU/h，使用血糖仪对血糖水平进行动态监测，根据血糖的变化情况和变化趋势调整胰岛素的泵入速度^[7]。

1.3 观察指标

（1）对比两组患者的治疗有效率，根据治疗后的情况将治疗效果分为显效、有效和无效三个等级，治疗后空腹血糖在 6.1mmol/L 以内，餐后两小时血糖低于 7.2mmol/L 则为治疗显效；治疗后空腹血糖在 7.1mmol/L 以内，餐后两小时血糖低于 10.1mmol/L 为治疗有效；治疗后未达到上述标准则为治疗无效。治疗有效率为 1-治疗无效率。

（2）记录不良反应（恶心、腹泻、低血糖）发情况。

（3）记录两组患者治疗过程中的胰岛素平均用量和目标血糖值时间。

（4）对比治疗前后的血糖指标。采集 2 组患者早晨空腹静脉血 4mL 及餐后 2h 静脉血 2mL，患者的空腹血糖（FPG）和餐后 2h 血糖（2hPG）两项指标采用全自动生化分析仪进行检测，采用全自动 HbA1c 分析仪检测糖化血红蛋白（HbA1c）。

1.4 统计学方法

统计学软件选择为 SPSS 26.0 软件分析。以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示“胰岛素平均用量、目标血糖值时间、空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白”等计量资料，采用重复测量方差分析各组数据整体比较，采用 t 检验；将“治疗有效率和不良反应发生率”表示，采用卡方检验。若 P 值小于 0.05 表明两组数据之间的差异明显。

2.1 两组患者的治疗有效率对比

观察组和对对照组分别为 96.55%、79.31%，观察组明显高， $P < 0.05$ 。详见表 1。

表 1 两组患者的治疗有效率对比 (n, %)

组别	显效	有效	无效	有效率
观察组 (n=29)	21	7	1	96.55%
对照组 (n=29)	10	13	6	79.31%
χ^2	-	-	-	4.0616
P 值	-	-	-	0.0439

2.2 两组患者不良反应发生率对比

不良反应发生率观察组和对照组分别为 3.45%、24.14%，对比差异不显著。详见表 2。

表 2 两组患者的不良反应发生率对比（n，%）

组别	恶心	腹泻	低血糖	发生率
观察组 (n=29)	1	0	0	6.52%
对照组 (n=29)	2	3	2	8.70%
X ²	-	-	-	5.2200
P 值	-	-	-	0.0223

2.3 胰岛素平均用量和血糖达标时间对比

此次研究中胰岛素平均用量情况，观察组的明显低于对照组，血糖达

表 4 两组糖代谢指标对比对比（ ）

组别	例数	HbA1c（%）		FBG（mmol/L）		2hPG（mmol/L）	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	29	9.18±1.31	4.15±0.29	8.84±1.31	5.05±0.33	11.12±2.42	7.05±0.25
对照组	29	9.21±1.25	6.32±0.31	8.61±1.25	7.12±0.45	11.20±2.41	9.14±0.74
t	-	0.0892	27.5284	0.6840	19.9761	0.1261	14.4094
P	-	0.9292	0.0000	0.4968	0.0000	0.9001	0.0000

3 结论

糖尿病是由遗传和环境因素相互作用引起的以高血糖为特征的临床综合征，导致糖尿病发生的主要本质原因是胰岛素分泌绝对或相对不足，胰岛素作用于靶细胞的效果降低，引起糖、蛋白质、水、电解质等物质的代谢出现异常的情况^[8]。一般表现为空腹高血糖或餐后 2 小时高血糖，糖尿病患者易出现心、肾、眼、脑、神经、皮肤等组织器官的并发症，严重降低患者的生活质量，给生活带来不便，严重影响健康。因此，应及时诊断和治疗^[9]。我国糖尿病发病率居世界第二位，糖尿病患者人数已达世界五分之一，探索糖尿病的有效治疗方法一直是临床医生和研究人员关注的焦点，如果血糖控制在正常范围内，就会延迟患者的并发症发生^[10]。

目前临床中并没有能够根治糖尿病的药物，只能使用药物对患者的血糖水平进行有效控制，胰岛素较为常用，可促进血糖的转化或者利用，促进糖原的快速转化，降低血液中的血糖水平^[11]。胰岛素注入患者体内后使胰岛素的敏感性上升，缓解胰岛素抵抗。进行胰岛素注射时常用皮下注射，虽然能够起到一定的降糖效果，但是其作为一次性注射的方法，会在短时间内大大提高糖代谢能力，当剂量控制效果不好时患者容易出现低血糖^[12]。同时，皮下注射法需要结合进餐时间进行，对患者的生活、工作和休息有严格的规定，一定程度上会影响治疗的依从性，患者不能严格按照注射的时间要求完成皮下注射。本次研究对观察组患者实施了持续胰岛素泵入，发现治疗有效效果显著，对患者的血糖水平起到了良好的干预效果。胰岛素泵注射输入法可以持续为患者提供胰岛素，连续泵注法类似于人体合成和释放胰岛素的过程，更符合人体在高血糖状态下降低血糖水平的需求，泵注法可以保证患者血糖波动幅度小^[13]。采用连续泵送给药方式时，需根据时间差调整胰岛素用量，与白天相比，夜间胰岛素用量需要减少，这是因为夜间人体新陈代谢下降，所以转化糖的能力也会下降，因此，需要减少胰岛素剂量以避免因低血糖引起的低血糖症状，持续泵入的方式提高了胰岛素治疗的精确性。庞智鸿在《糖尿病治疗中应用不同胰岛素给药方法治疗的疗效研究》^[14]中发现对糖尿病患者采取持续泵入输注的方法可以对患者的血糖进行较好的控制，降低血糖水平，同时减少了胰岛素的使用剂量，缩短达到目标血糖值的时间。与本次研究结果基本一致。

综上所述，对糖尿病患者使用胰岛素治疗时采取持续泵入治疗的方案对患者的治疗效果较好，降低不良反应发生，减少胰岛素的使用剂量的同时可以促进血糖的快速达标，有效将血糖和糖化血红蛋白控制在良好的水平，可在临床中推广应用。

参考文献：

标时间观察组为明显少于对照组，两项指标均 P<0.05。详见表 3。

表 3 胰岛素平均用量和血糖达标时间对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	胰岛素平均用量[U（kg·d）]	血糖达标时间（d）
观察组（n=29）	0.42±0.15	5.39±1.25
对照组（n=29）	0.72±0.26	10.34±2.36
t	5.3822	9.9815
P	0.0000	0.0000

2.4 两组患者干预前后糖代谢指标对比

干预前对照组和观察组患者的空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白水平对比差异不显著，P>0.05，干预后两组患者的指标均有改善，但观察组患者的空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白均明显低于对照组，P<0.05。详见表 4。

[1]杜志明,庄建华.不同胰岛素给药方法在慢性精神分裂症合并糖尿病患者治疗中的效果临床对照研究[J].糖尿病新世界,2022,25（04）：73-76+84.DOI：10.16658/j.cnki.1672-4062.2022.04.073.

[2]陈广元.不同胰岛素给药方法用于治疗急诊糖尿病酮症酸中毒的效果分析[J].糖尿病新世界,2022,25（03）：181-183+191.DOI：10.16658/j.cnki.1672-4062.2022.03.181.

[3]刘环,杨西宁,何丽娟,曾琪茜,苏琳.4 种胰岛素给药方式在糖尿病酮症酸中毒中应用的 Meta 分析[J].循证护理,2021,7（15）：1989-1997.

[4]曲翠丽,李云,尚治新,白雪.胰岛素不同给药方式对糖尿病酮症酸中毒患者病情的影响[J].国际护理学杂志,2020,39（23）：4308-4312.

[5]张志锋.不同胰岛素给药方法对糖尿病治疗的疗效观察[J].糖尿病新世界,2020,23（20）：90-92.DOI：10.16658/j.cnki.1672-4062.2020.20.090.

[6]兰灵,朱晓慧.评价不同胰岛素给药方式在糖尿病患者治疗中的应用及胰岛素日用剂量的影响[J].糖尿病新世界,2020,23（13）：80-82.DOI：10.16658/j.cnki.1672-4062.2020.13.080.

[7]刘新宁,王大立,汤欣,董华,王南晔,张倩.探讨不同胰岛素给药方法对治疗糖尿病的临床疗效差异[J].医学食疗与健康,2020,18（01）：86+88.

[8]杨宇璇.不同胰岛素给药方法对糖尿病治疗的疗效差异分析[J].心理月刊,2019,14（15）：211.DOI：10.19738/j.cnki.psy.2019.15.191.

[9]张平,杨咏,金岩.两种胰岛素给药方法治疗糖尿病酮症酸中毒及高渗性昏迷的有效性[J].中国医疗器械信息,2019,25（04）：168-169.DOI：10.15971/j.cnki.cmdi.2019.04.084.

[10]李悦.不同胰岛素给药方式治疗糖尿病的疗效比较研究[J].临床合理用药杂志,2018,11（36）：132-133.DOI：10.15887/j.cnki.13-1389/r.2018.36.065.

[11]陈继芳.胰岛素不同给药方法治疗糖尿病的临床效果观察[J].中外医学研究,2017,15（03）：114-115.DOI：10.14033/j.cnki.cfmr.2017.3.063.

[12]程奎,胡淑芳,荣太梓.不同胰岛素给药方式对糖尿病脑卒中患者血糖及神经功能的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18（04）：61-62.

[13]周学灵.不同胰岛素给药方法对糖尿病酮症酸中毒及高渗性昏迷的疗效比较[J].中国药业,2015,24（17）：125-126.

[14]庞智鸿.糖尿病治疗中应用不同胰岛素给药方法治疗的疗效研究[J].中国医药指南,2017,15（01）：86-87.DOI：10.15912/j.cnki.gocm.2017.01.069.

血液透析对糖尿病肾病患者视网膜厚度及眼底改变的影响分析

曾春琴 胡高铭^{通讯作者}

重庆市江津区中心医院 眼科 中国重庆 404100

摘要: 目的 探讨血液透析对糖尿病肾病(DN)患者视网膜厚度及眼底改变的影响。方法 选取2020年6月-2021年4月我院收治的30例DN患者(60只眼)作为研究对象,均行血液透析治疗,持续12个月,比较透析前、透析后糖化血红蛋白(HbA1c)、尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)、血压、眼压、视网膜厚度及眼底改变情况。结果 透析后HbA1c[(10.29±1.54)%]、BUN[(11.34±1.54)mmol/L]、Scr[(297.64±28.52)μmol/L]、收缩压[(150.21±8.69)mmHg]、舒张压[(96.58±7.18)mmHg]低于透析前,差异有统计学意义($P<0.05$);透析后视网膜厚度[(298.52±25.14)μm]、脉络膜厚度[(274.28±24.52)μm]低于透析前,差异有统计学意义($P<0.05$);透析后视网膜出血、视网膜水肿、视网膜渗出、黄斑水肿及渗出发生率低于透析前,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 血液透析治疗能够改善DN患者肾功能指标,减少眼底改变发生,但会在一定程度上降低视网膜厚度

关键词: 糖尿病肾病; 血液透析; 视网膜厚度; 眼底改变

Analysis of hemodialysis on retinal thickness and fundus changes in diabetic nephropathy

[Abstract]Objective To investigate the effect of hemodialysis on retinal thickness and fundus changes in patients with diabetic nephropathy (DN).Methods 30 DN patients (60 eyes) admitted to our hospital from June 2020 to April 2021 were treated with hemodialysis for 12 months to compare hemoglobin A1c (HbA1c), urea nitrogen (BUN), blood creatinine (Scr), blood pressure, intraocular pressure, retinal thickness and fundus changes.Results After dialysis HbA1c [(10.29 ± 1.54) %], BUN [(12.56 ± 2.14) mmol/L], Scr [(124.28 ± 12.36) μmol/L], systolic [(150.21 ± 8.69) mmHg], diastolic [(96.58 ± mmHg)] than before dialysis, The difference was significant ($P<0.05$); Postdialysis retinal thickness [(298.52 ± 25.14) m], choroidal thickness [(274.28 ± 24.52) m] was lower than before dialysis, The difference was significant ($P<0.05$); Postdialysis retinal hemorrhage, retinal edema, retinal exudation, macular edema and exudation were lower than predialysis, The difference was significant ($P<0.05$).Conclusion The hemodialysis therapy can improve renal function index and reduce fundus changes in DN patients, but it can reduce retinal thickness to some extent

[Key words]diabetic nephropathy; hemodialysis; retinal thickness; fundus changes

糖尿病肾病(DN)为糖尿病所致严重并发症,早期无明显症状,随着病情进展可逐渐出现蛋白尿、水肿等症状,甚至可进展为终末期肾病,严重危害患者身心健康^[1-2]。同时,DN持续进展过程中可对眼睛造成一定程度影响,引起眼部微血管异常,促使视网膜厚度及眼底发生一定程度改变。血液透析为常见肾脏替代疗法,通过将血液引流至体外,再经弥散、超滤、吸附等一系列操作,能够代替肾脏清除体内代谢废物,维持内环境良好稳定,从而延长患者生存时间^[3-4]。相关研究显示^[5-6],维持性血液透析能够降低视网膜厚度,改变眼底情况,从而对患者视力造成一定程度影响。而国内关于血液透析对DN患者视网膜厚度的相关研究尚不多见,其具体影响尚未能够完全明确,还有待进一步研究。鉴于此,本研究旨在分析血液透析对DN患者视网膜厚度及眼底改变的影响,为DN患者治疗提供一定参考。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年6月-2021年4月我院收治的30例DN患者(60只眼)作为研究对象,其中男18例,女12例;年龄41-75岁,平均年龄(56.58±4.79)岁;体质指数20-28kg/m²,平均体质指数(24.85±1.76)kg/m²;糖尿病病程5-14年,平均病程(8.57±1.15)年;DN病程2-5年,平均DN病程(3.89±0.44)年;文化程度:10例高中及以上,12例初中,8例小学。纳入标准:符合《中国糖尿病肾脏疾病防治临床指南》^[7]中DN诊断;存在长期糖尿病史;精神状态正常;均行血液透析治疗;患者及家属签署知情同意书。排除标准:合并恶性肿瘤;伴有其他严重代谢性疾病;中途失访;合并其他眼底疾病。

1.2 方法 所有患者均行血液透析治疗:选用瑞典金宝AK200S型透析机,血液透析器选用德朗B-14P型,管路也选用德朗一次性透析管路,透析液选用碳酸氢盐透析液,控制透析液流量在500ml/min,血流速度180-240ml/min,每周透析3次,每次4h,抗凝剂选用低分子肝素钙,连续透析12个月。糖化血红蛋白(HbA1c)变化:透析前及透析12个月,采集所有患者3mL空腹静脉血,离心处理后,以全自动分析仪检测HbA1c变化。肾功能指标:透析前及透析12个月,采集所有患者3mL空腹静脉血,离心处理后,以全自动分析仪检测尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)水平。血压:透析前及透析12个月,以水银血压计检测收缩压、舒张压变化。视网膜厚度:透析前及透析12个月,采用日本Topcon 3D OCT-200测量视网膜厚度及脉络膜厚度变化。眼压:透析前及透析12个月,采用非接触式眼压计测量两组眼压水平,测量3次,取平均值。眼底改变:记录透析前后视网膜出血、视网膜水肿、视网膜渗出、动脉硬化、黄斑水肿及渗出等。

1.3 观察指标 比较透析前后HbA1c、BUN、Scr、血压、眼压、视网膜厚度及眼底改变情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0软件分析数据,计数资料以百分数表示,用 χ^2 检验;计量资料以“ $\bar{X} \pm s$ ”表示,用 t 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 HbA1c、BUN、Scr及血压变化 透析后HbA1c、BUN、Scr、收缩压、舒张压低于透析前,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 透析前后HbA1c、BUN、Scr及血压变化对比($\bar{X} \pm s$)

时间	HbA1c (%)	BUN (mmol/L)	Scr (μmol/L)	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
透析前 (n=30)	10.29±1.54	21.05±3.12	875.59±57.43	150.21±8.69	96.58±7.18
透析后 (n=30)	6.89±1.18	11.34±1.54	297.64±28.52	127.89±8.43	80.14±6.82
t	9.599	15.286	49.368	10.098	9.093

<i>P</i>	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
2.2 眼压及视网膜厚度变化 透析后视网膜厚度、脉络膜厚度低于透析前, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。					
表 2 透析前后眼压及视网膜厚度变化对比 ($\bar{x} \pm s$)					
时间	眼压 (mmHg)	视网膜厚度 (μm)	脉络膜厚度 (μm)		
透析前 (n=60)	12.78±2.14	298.52±25.14	274.28±24.52		
透析后 (n=60)	12.29±2.08	276.25±21.89	242.39±21.22		
<i>t</i>	1.272	5.175	7.618		
<i>P</i>	0.206	0.000	0.000		
2.3 眼底改变 透析后视网膜出血、视网膜水肿、视网膜渗出、黄斑水肿及渗出发生率低于透析前, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。					
表 3 透析前后眼底改变对比 n (%)					
时间	视网膜出血	视网膜水肿	视网膜渗出	动脉硬化	黄斑水肿及渗出
透析前 (n=60)	20(33.33)	13(21.67)	16(26.67)	29(48.33)	9 (15.00)
透析后 (n=60)	9 (15.00)	5 (8.33)	7 (11.67)	28(46.67)	2 (3.33)
χ^2	5.502	4.183	4.357	0.033	4.904
<i>P</i>	0.019	0.041	0.037	0.855	0.027
3 讨论					
DN 病因复杂, 临床认为长期高血糖会造成血管内皮功能损伤, 诱发微血管病变, 促使血小板异常聚集及血流动力学改变, 进而累及多种靶器官, 而肾脏最易受到累及 ^[8-9] 。随着 DN 病情的不断进展, 可引发高血压、水肿、蛋白尿等症状, 最终进展为终末期肾病, 导致患者肾脏代谢能力丧失 ^[10-11] 。视网膜病变也是 DN 患者常见并发症, 高血压、高血糖、凝血异常等多种因素影响, 会促使眼底发生一系列改变, 诱发视网膜、黄斑等区域水肿、渗出等, 严重影响患者视力水平, 需引起临床高度重视。					
血液透析为当前终末期 DN 重要肾替代疗法, 可替代肾脏清除体内代谢废物及肾脏毒素, 加快多余水分排出, 以减轻肾脏负担, 维持机体水电解质平衡。但临床关于血液透析能否对患者视网膜及眼底改变造成影响存在一定争议, 还需进一步研究明确, 以便于完善 DN 患者治疗方案。BUN、Scr 为反映肾小球滤过功能的重要指标, 当肾小球滤过功能障碍时, 该类药物可大量堆积于体内。HbA1c 则能够反映近期血糖波动情况, 其数值低则说明血糖越趋于正常化。血压升高也是 DN 病情进展过程中的常见现象, 通过监测血压水平变化, 也能够一定程度上反映病情变化。本研究结果显示, 透析后 HbA1c、BUN、Scr、收缩压、舒张压低于透析前, 提示血液透析能够良好改善 DN 患者病情, 降低血压水平, 减轻肾脏负担。本研究结果显示, 透析后视网膜厚度、脉络膜厚度低于透析前, 视网膜出血、视网膜水肿、视网膜渗出、黄斑水肿及渗出发生率低于透析前, 提示血液透析能够减少眼底不良改变发生, 但会在一定程度上降低视网膜厚度。其原因为 DN 患者病情进展过程中普遍存在过量自由基产物, 使得细胞因子大量释放, 加重氧化应激损伤, 且该类患者体内普遍存在微炎症状态, 多种因素作用可促使内皮细胞功能损伤, 加速动脉粥样硬化。而眼部血管在 DN 进展中易受到上述病理性变化影响, 易出现视网膜供血障碍、组织缺氧等, 引起视网膜水肿、渗出等变化 ^[12-13] 。血液透析能够清除体内代谢废物、毒性物质等, 并可纠正内环境紊乱, 从而降低血清渗透压、血管收缩					
压等, 避免多余液体体积聚于眼部, 且充分透析能够阻止 DN 引起的全身性病理变化, 进而改善眼底病变, 促进视网膜水肿、出血、渗出消散 ^[14-15] 。但血液透析时易出现血管通路相关炎症, 加之透析液不纯净、透析器生物不相容性等多种因素影响, 可在一定程度上加重氧化应激反应, 促使视网膜组织发生隐性损伤或萎缩, 导致视网膜厚度下降。					
综上所述, 血液透析能够减轻 DN 患者肾脏负担, 加快血压、血糖水平下降, 减少眼底异常改变, 但会在一定程度上降低视网膜厚度, 临床予以针对性干预。					
参考文献:					
[1]刘迎迎, 郭兆安, 周太荣, 等.益气养阴通络汤治疗糖尿病肾病 G3a2 期气阴两虚血瘀证的临床疗效与安全性评价[J].中华中医药杂志, 2021, 36 (2): 1180-1184.					
[2]黎凤珍, 张丽丽, 魏爱生, 等.复方血栓通胶囊联合依帕司他治疗糖尿病肾病的临床研究[J].现代药物与临床, 2021, 36 (6): 1217-1220.					
[3]陈辉, 潘静.高压氧联合高通量血液透析治疗糖尿病肾病 24 例疗效观察[J].中华航海医学与高气压医学杂志, 2019, 26 (3): 256-259.					
[4]赵艳红, 李红梅, 孙阳.高通量血液透析联合海昆肾喜对糖尿病肾病患者氧化应激及微炎症状态的影响[J].中国医药导报, 2020, 17 (4): 98-101, 109.					
[5]周虹利, 张学东.糖尿病肾病血液透析治疗与糖尿病视网膜病变的关系[J].眼科学报, 2020, 35 (1): 43-47.					
[6]郝健晨, 顾泉鹏, 赵楠, 等.非糖尿病终末期肾病患者视网膜及脉络膜厚度变化的研究[J].中国斜视与小儿眼科杂志, 2020, 28 (4): 10-13.					
[7]中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组.中国糖尿病肾脏疾病防治临床指南[J].中华糖尿病杂志, 2019, 11 (1): 15-28.					
[8]郑娜, 安智, 刘华刚.尿毒清颗粒联合组合型人工肾对糖尿病肾病维持性血液透析患者血脂代谢、炎症反应和细胞免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志, 2019, 28 (20): 2208-2211.					
[9]Wang S, Bao L, Fu W, et al.Protective effect of exosomes derived from bone marrow mesenchymal stem cells on rats with diabetic nephropathy and its possible mechanism[J].American Journal of Translational Research, 2021, 13 (6): 6423-6430.					
[10]庄葛, 吴霞, 石帅.温胆汤加减联合高通量血透对糖尿病肾病的抗氧化及抗微炎症作用观察[J].中国中西医结合肾病杂志, 2019, 20 (2): 163-165.					
[11]张晓丽.血液透析联合血液灌注对糖尿病肾病患者血清空腹血糖、C 反应蛋白、白细胞介素-6 影响的临床研究[J].陕西医学杂志, 2020, 49 (1): 68-71.					
[12]李志琛, 刘颖, 何徐军, 等.伴与不伴糖尿病肾病的糖尿病视网膜病变患者血浆蛋白质组学研究[J].实用医学杂志, 2019, 35 (13): 2094-2098.					
[13]刘蕾.血尿酸在糖尿病视网膜病变合并糖尿病肾病患者血清中的表达及其意义[J].医学临床研究, 2020, 37 (8): 1256-1258.					
[14]伊恩晖, 杜兆江, 贺金刚, 等.终末期糖尿病肾病患者围血液透析期眼部相关参数变化[J].国际眼科杂志, 2018, 18 (10): 1940-1942.					
[15]严锦, 曹丽, 薛冰冰.血液透析联合血液灌注及综合护理干预对糖尿病肾病患者白介素-6、C 反应蛋白和 β_2 -微球蛋白水平的影响[J].中国实用护理杂志, 2019, 35 (2): 97-101.					

优化优化急诊护理在急性心肌梗死患者抢救中的应用效果

王翠 米琳 (通讯作者)

中航工业西安医院 陕西西安 710077

摘要：目的：对急性心肌梗死患者进行优化急诊护理，比较具体效果。方法：本次选取的急性心肌梗死患者共计 30 例，常规组使用常规护理模式，优质组采用急救流程护理，比较具体效果。结果：通过对两组患者 SBP、DBP 及平均除颤次数比较，其中常规组患者 SBP、DBP 中试验组整体情况较优，试验组平均除颤次数 1.5±0.3 次，常规组平均除颤次数高于试验组 (P<0.05)。结论：对急性心肌梗死患者进行优化急诊护理，患者情况明显改善，住院后好转。

关键词：急性心肌梗死；优化急诊护理；效果

急性心肌梗死作为临床常见心血管急症，受冠脉粥样硬化破裂、出血等容易引起梗死，整体致残率、致死率相对较高，同时也是造成冠心病死亡的主要原因^[1]。因此应明确早期诊断，通过积极治疗，能够有效改善预后。本文通过对急性心肌梗死患者进行优化急诊护理比较具体效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次选取的急性心肌梗死患者共计 30 例，该组患者患病时间范围是 2 年-7 年；患者 43 岁-78 岁，(58.6±7.8) 岁是其平均年龄；急性心肌梗死患者主要包含冠心病、胸痛患者各计 16 例、14 例。纳入标准：第一，均为心内科疾病。第二，无其他重大脏器疾病。排除标准：第一，精神疾病患者。第二，血液系统疾病患者。

1.2 方法

常规组使用常规护理模式，优质组采用急救流程护理，比较具体效果。依照急救流程进行患者病情评估，打开静脉通路，并给予患者进行呼吸道护理。在院前急救中建立临床护理路径：

第一，在出诊前应建立应急措施，科室还应定时、快速建立急救方案，确保能够在接到急救电话后立马赶赴现场和家属进行沟通，并告知患者家属采用简单的急救措施。

第二，现场应急方案^[2]。通过对患者的精神面貌以及瞳孔进行观察，并进行 GCS 评分，如果患者处于昏迷状态同时体征不稳定，应及时进行患者口腔、呼吸道分泌物的清理，并给予排痰处理，在吸痰时要确保动作轻柔，在进行插管的同时不可过深，同时密切观察呼吸机的状态，如果异常还应处理。在吸痰时还应做好负压，并判断是否有效，在此之前应做好听诊，注意无菌操作。给予吸痰、吸氧护理，同时还应滴注甘露醇降低患者的颅内压，并给予冰敷处理，如果患者血压过高，还需平稳后才能转运。针对患者易紧张、恐惧的心理特点，告知患者家属，减轻患者对手术的焦虑恐惧心理。详细对患者介绍治疗、手术过程和术后注意事项。

第三，转运护理。在转运过程中应抬高急性心肌梗死患者的头部，并偏向一方，避免出血异物误吸的情况。如果患者表现为脑出血还应减轻水肿，并保护患者头部，通知医院做好准备，并准备相关仪器及药品，为患者制定科学的救治方案。

第四，对于患者来说，由于危险感较高，因此应和患者家属保持联系。通过进行院前档案建立，依次来消除紧张感，在设立责任护士的同时，确保安全有效。在下病危通知进行心电监测的同时，进行指脉氧监测，并给予中心吸氧。提前 30 分钟准备所需仪器、监护设备及药品。将患者根据位置安置舒适、安全的体位。术中用监护仪检测患者血压、心率、呼吸、血氧饱和度，全面观察其生命体征变化及不良反应^[3]。

1.3 观察指标

- (1) 患者发病后 2-6h、6-12h 心肌损伤标志物水平。
- (2) 喘息时间恢复、心跳速率恢复时间、住院平均时间。
- (3) SBP、DBP 及平均除颤次数比较。

2. 结果

通过对患者进行发病后心肌损伤水平比较，其中发病后 2-6h、6-12h、12-24hMyo 分别为 190.4±1.2μg/L、170.7±6.3μg/L、147.3±5.4μg/L，cTnI 值分别为 3.06±1.01ng/ml、51.63±0.2ng/ml、105.7±2.0ng/ml。

表 1.患者发病后 2-6h、6-12h 心肌损伤标志物水平

组别	Myo (μg/L)	cTnI (ng/ml)
发病后 2-6h	190.4±1.2	3.06±1.01
发病后 6-12h	170.7±6.3	51.63±0.2
发病后 12-24h	147.3±5.4	105.7±2.0

对常规组和试验组的病情相关参数进行比对，常规组的喘息时间平均值为 5.64±1.47，试验组的喘息平均时间为 3.54±1.06。常规组的心跳速率恢复时间为 9.24±1.41，试验组的心跳速率恢复时间为 7.63±1.10。常规组的住院平均时间为 21.67±1.24 天，试验组的住院时间为 17.32±1.02 天。试验组各项时间由于常规组（喘息时间恢复、心跳速率恢复时间、住院平均时间），P<0.05。

表 2.常规组和试验组病情相关参数分析

组别	例数	喘息时间恢复	心跳速率恢复时间	住院平均时间
常规组	15	5.64±1.47	9.24±1.41	21.67±1.24

试验组	15	3.54±1.06	7.63±1.10	17.32±1.02
-----	----	-----------	-----------	------------

通过对两组患者 SBP、DBP 及平均除颤次数比较,其中常规组患者 SBP、DBP 中试验组整体情况较优,试验组平均除颤次数 1.5±0.3 次,常规组平均除颤次数高于试验组 ($P<0.05$)。

表 3.两组患者 SBP、DBP 及平均除颤次数比较

组别	例数	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)	除颤次数
常规组	15	169.5±13.6	101.2±11.1	4.2±1.4
试验组	15	125.7±14.7	78.8±11.5	1.5±0.3
X^2/t		124.45	105.53	13.567
P		<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

心肌梗死作为一种心血管疾病,大部分是在动脉粥样硬化的前提下因为各种因素导致的动脉血流降低,甚至中断,从而引起局部脑组织血供不足、缺氧的症状^[4]。冠心病作为主要疾病,受冠状动脉硬化引起的供血不足,在短暂缺氧、缺血的同时患者情况明显改善,当前疾病致死率不断上升,直接导致生活质量受到影响。临床上疾病的一个主要指标为心绞痛,经相关数据表明,目前冠心病人的疾病特点多发。冠心病患者比较常见的症状之一就是心率失常,这种病症最容易降低患者冠状动脉中的血流量,会在一定的程度上加重患者的病情。

冠心病是受冠状动脉硬化引起的供血不足,在短暂缺氧、缺血的同时患者情况明显改善,当前疾病致死率不断上升,直接导致生活质量受到影响。临床上疾病的一个主要指标为心绞痛,经相关数据表明,目前冠心病人的疾病特点多发。冠心病患者比较常见的症状之一就是心率失常,这种病症最容易降低患者冠状动脉中的血流量,会在一定的程度上加重患者的病情^[3]。

目前将 ST 段下移、T 波导致的急性心肌梗死称为非 Q 波性心肌梗死,经相关研究表明,此种心电图能够对左冠状动脉回旋支急性闭塞的急性心肌梗死进行显示。在发病 6h 内心电图特点:第一,患者 V3-V5 导联 ST 下移在 0.5-1mm 左右。第二, V2-V3 导联 U 波抬高 1mm 以上。第三,下降的 ST 段,在 12h 后患者情况恢复到基线水平。左冠状动脉回旋支闭塞的急性心肌梗死,一般情况下并未出现 ST 段抬高情况。在胸部导联 V3-V5 仅有一部分存在 ST 段下降的情况。部分病人在进行左冠状动脉回旋支急性闭塞时,在 ST 段存在下降情况,但病人在 12h 内将会回到原先水平^[5]。

Myo 作为一种亚铁肌红蛋白,主要用来转运、储存氧气,一般在发病后 2h 升高,在 4-6h 后达到顶峰。通过对患者进行发病后心肌损伤水平比较,其中发病后 2-6h、6-12h、12-24h Myo 分别为 190.4±1.2μg/L、170.7±6.3μg/L、147.3±5.4μg/L, cTnI 值分别为 3.06±1.01ng/ml、51.63±0.2ng/ml、105.7±2.0ng/ml。Myo 主要储存在心肌、骨骼细胞中,如果出现损伤将会导致炎性水平升高。采用 cTnI、Myo 进行联合应用,能够

提升诊断特异度。在将各种心肌损伤标志物进行联合检测时,能够有效进行诊断。

在以往的急性心肌梗死诊断中,心电图作为常规诊断方式^[5],在进行心电图检测时会出现 T 波增高,并导致诊断困难加重。在临床医疗技术的不断进步中,如果心肌细胞损伤将会导致游离现象,除此之外梗死处细胞还会释放外周血液,在人体剧烈运动后血清肌红蛋白明显升高,对于急性心肌梗死来说,血清肌红蛋白为重要标志物。除此之外 cTnI 也是判断心肌损伤的主要标志物,在发病后进行相关指标的检测能够为临床方案制定提供一定依据。

急性心肌梗死又称心肌缺血性坏死,在患者发病时患者将会出现明显胸闷、心律不齐症状,严重者在发病后 1h 未及时治疗将会出现病情情况,因此如果发病时不及时将会影响预后^[6]。本文通过对急性心肌梗死患者进行优化急诊护理,能够保证患者病情暂时稳定,并为手术治疗提供一定时间,从根本上降低发病率。在为患者提供良好服务的同时能够缩短住院时间,促进患者康复,降低复发率。

优质护理在有效提升护理人员水平的同时,能够给予最佳护理,并在保障常规护理技能的基础上提升工作质量以及护理认可度^[7]。综上所述,在急性心肌梗死中进行临床护理,能够有效提升诊断效果,能够有效判定病情严重程度。

参考文献:

- [1]Schamroth Pravda Nili,Cohen Tal,Klempfner Robert,Kornowski Ran,Beigel Roy,Orvin Katia,Abitbol Merry,Schamroth Pravda Miri,Dobrecky-Mery Idit,Rubinshtein Ronen,Saada Madji,Eisen Alon. Temporal trends in the pre-procedural TIMI flow grade among patients with ST- segment elevation myocardial infarction - From the ACSIS registry[J]. IJC Heart & Vasculture,2021,36;
- [2]洪梅,梁萍,杨芬.优化急诊护理路径联合心理干预在急性心肌梗死患者中的应用效果[J].心理月刊,2021,16 (14): 119-120+142.
- [3]吴卓君,冯晓静,梁慧娟,梁琳,李方方.优化优化急诊护理流程在急性心肌梗死患者抢救中的应用价值[J].临床医学工程,2021,28(06): 837-838.
- [4]任淑霞.优质护理在急性心肌梗死患者优化急诊护理中的应用效果观察[J].山西医药杂志,2021,50 (10): 1762-1764.
- [5]李银娜.循证支持下针对性护理开展于急性心肌梗死患者院前优化急诊护理中的价值[J].黑龙江中医药,2021,50 (02): 391-392.
- [6]杜艳.分析循证护理应用在急性心肌梗死后心率失常患者临床护理中的应用效果[J].黑龙江中医药,2021,50 (02): 402-403.
- [7]Li X, Yan H, Zhang X, et al. Elevated serum myoglobin levels at hospital admission and the risk of early death among patients with hemophagocytic lymphohistiocytosis: evidence from 155 pediatric patients[J]. Annals of Hematology, 2020, 99 (2) .

临床护理路径对腹股沟疝围手术期护理效果的研究

熊 彧

贵州省松桃县九洲医院 贵州松桃 554100

摘要：目的：分析和总结临床护理路径对腹股沟疝围手术期护理效果。方法：选择我院 2020 年 12 月-2021 年 12 月收治的腹股沟疝修补手术患者共计 42 例作为研究对象，应用随机抛球法将患者随机分为对照组和研究组各 21 例。其中，对照组患者应用常规护理方式，研究组患者在对照组患者的基础上应用临床护理路径进行护理，比较合适分析两组患者的整体护理效果、并发症发生情况以及 GCQ 评分结果。结果：护理后，研究组患者的护理满意度明显高于对照组患者，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；研究组患者的并发症发生情况低于对照组患者，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；研究组患者的各项 GCQ 评分高于对照组患者，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：将临床护理路径方式应用于腹股沟疝围手术期患者的整体护理效果较好，患者满意程度较好，且并发症发生情况有明显的降低，有助于患者治疗预后，值得临床推广。

关键词：临床护理路径；腹股沟疝围手术期；护理效果

腹股沟疝是由于腔内脏器向体表突出而形成的一种疾病，是人们常说的疝气。其主要的原因是由于先天性因素以及哮喘、肌肉萎缩发病。患者患有腹股沟疝会出现腹股沟长出包块，并有疼痛感^[1]。在儿童时期的发病率较高，随着人们的生活水平不断提升的同时老年群体的患病几率也在升高当中。老年群体存在的腹壁薄弱以及肌肉萎缩症状可增加腹股沟疝的形成可能性，同时哮喘、便秘以及前列腺增生都可能成为疾病诱因，给患者的日常生活带来不良影响^[2]。当前临床中治疗腹股沟疝主要是以疝气修补术为主，但是部分患者在实际治疗的过程中由于对疾病的认知不够，加上与医护人员之间缺乏沟通，极易造成手术效果较差^[3]。因此，需结合患者的实际病症情况选择适宜护理途径。临床护理路径作为一种全新护理模式，是以时间为纵轴，以具体护理措施为横轴，制定严密的临床护理计划，具有预见性、计划性和系统性等优势^[4-5]。对腹股沟疝手术患者开展临床护理路径的整体效果较好，能够提升患者的治疗及预后效果。为更好地分析临床护理路径对腹股沟疝围手术期护理效果，本研究选择我院收治的患者作为研究对象，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2020 年 12 月-2021 年 12 月收治的腹股沟疝修补手术患者共计 42 例作为研究对象，应用随机抛球法将患者随机分为对照组和研究组各 21 例。两组患者的一般资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性，具体内容见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	性别		年龄（岁）	平均年龄（岁）
		男	女		
对照组	21	11	10	25-65	42.0±2.5
研究组	21	12	9	26-68	42.5±3.0
<i>t</i>	-	-	-	0.026	1.280
<i>P</i>	-	-	-	0.871	0.202

纳入标准：（1）所有研究患者年龄均在 20 岁以上，70 岁以下；（2）所有的患者病历资料完整；（3）经临床检验均符合腹腔镜下腹股沟疝修补手术标准；（4）患者对病情有基础性的了解，且均同意本次研究的目的。

排除标准：（1）严重精神疾病患者；（2）患有肿瘤疾病患者；（3）依从性较差患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者

对照组患者应用常规护理方式为主，其中包含手术前健康宣教、手术中体位调整、手术后保暖工作。

1.2.2 研究组患者

研究组患者在对照组患者的基础上应用临床护理路径进行护理，具体步骤如下。

（1）术前准备。首先，护理人员在患者接受手术之前需要引导患者对医院的环境有大致性的认识，让患者在熟悉环境的基础上开展后续的手术治疗。并且在熟悉的过程中还需要结合患者的实际情况进行适当的调整，帮助患者树立治疗信心。其次，护理人员需要细致化的向患者讲解本次手术的优势、医护人员的治疗优势以及手术方式等，帮助降低患者的恐惧心理^[6]。最后，护理人员需要综合不同患者的资料进行比对和分析，了解患者的临床资料，面评估患者的手术耐受程度，敦促患者完善身体检查。指导患者在床上练习便器的使用；加强饮食指导，并进行适当的心理建设。

（2）术中护理。护理人员在患者接受手术之前需对患者的各项生命体征进行监测，其中监测的内容包含体温保持、生命体征监测等。针对患者年龄较大的患者需采取针对性的护理措施，帮助做好术前各项准备工作，为手术医师的手术开展提供一定的条件。手术过程中需要将患者的手术体位进行调整，确保腹腔镜下腹股沟疝修补手术的顺利完成。

（3）术后护理。患者手术完成之后需要及时将其以平卧位姿势为主，密切关注患者手术之后的各项生命体征的变化情况，一旦发现紧急情况应当及时上报主治医生并采取相应的护理干预。定期对患者的伤口部位进行换药，并关注患者的伤口恢复情况，避免出现压疮、伤口感染等情况的发生^[7]。待患者达到下床活动的标准之后指导患者下床活动，避免剧烈运动。护理人员还需结合患者的实际情况制定出相应的应急预案护理措施以及心理护理措施，帮助患者减轻术后疼痛和心理压力^[8]。患者出院后建立相应的健康宣教微信群，定期向患者发送术后康复方法，并给予针对性的指导，加快患者康复进程。

1.3 观察指标

（1）比较两组患者的护理满意度；（2）比较两组患者并发症发生情况；（3）比较两组患者 GCQ 评分情况，其中评估内容包含：心理、精神、生理及社会文化和环境，分值越高则表明护理效果越好。

1.4 统计学方法

在数据统计的过程中采用 SPASS24.0 进行分析，对患者的连续性计量资料采用（ $\bar{x} \pm s$ ）描述，并运用 *t* 检验，对于计数资料采用（%）表示，并用 χ^2 检验。数据统计具有显著差异时（ $P < 0.05$ ）。

2 结果

2.1 两组患者护理满意度比较

两组患者护理满意度比较结果显示,护理后,研究组患者的护理满意度明显高于对照组患者,差异具有统计学意义($P<0.05$),详见表2。

表2 两组患者护理满意度比较 (n,%)

组别	例数	满意	一般	不满意	满意率
对照组	21	10	6	5	76.2%
研究组	21	12	8	1	95.2%
χ^2					14.729
P					0.001

2.2 两组患者并发症发生情况比较

两组患者并发症发生情况比较结果显示,研究组患者的并发症发生情况低于对照组患者,差异具有统计学意义($P<0.05$),详见表3。

表3 两组患者并发症发生情况比较 (n,%)

组别	例数	切口感染	压疮	尿潴留	总发生率
对照组	21	2	1	2	23.8%
研究组	21	1	0	1	9.5%
χ^2					7.368
P					0.005

2.3 两组患者 GCQ 评分比较

两组患者 GCQ 评分比较结果显示,研究组患者的各项 GCQ 评分高于对照组患者,差异具有统计学意义($P<0.05$),详见表4。

表4 两组患者 GCQ 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

	对照组 (n=21)	研究组 (n=210)	t	P
心理	21.68±2.06	24.32±2.25	8.654	0.001
精神	19.12±2.25	23.75±2.32	14.326	0.001
社会文化和环境	21.16±1.73	25.43±1.55	18.383	0.001
生理	20.26±1.29	24.13±1.35	20.726	0.001
总分	82.22±7.33	97.63±7.47	14.724	0.001

3 讨论

腹股沟疝是临床种常见的一种症状,也被称之为小肠气。主要是因为人体用力过度导致腹腔压力增加,从而让上环膜受到了压力被冲破而引起的。当出现腹股沟疝之后会在肚脐眼、下腹部、大腿根等部位出现包块的症状。这些肉眼能够看到的鼓包症状在平躺之后会消失,给人们的日常生活带来较大的影响^[9]。针对不同年龄群体采取的治疗方式存在一定的差异,例如,针对婴儿群体而言,可以采取疝带、疝托等保守治疗方式进行治疗。而年龄稍大的患者可以采取手术治疗的方式为主,常见的手术方式是以开放术式或者腹腔镜术式,具有复发几率低且创伤小的优点。出接受常规手术方式之外,还需要对患者采取相应的护理措施,帮助提高患者的整体治疗效果^[10]。临床研究结果表明,临床护理路径在临床实践中的应用价值远高于常规护理,以服务患者为治疗理念,从患者的实际角度考虑问题,能进一步提高护理工作的质量和效率,提升治疗效果。临床护理路径理念通过添加规范化、标准化救治流程的理念,对于提高疗效和改善患者生活质量有重要参考价值和指导意义。护理人员结合患者的实际病情、诊断结果、治疗流程、检查结果及心理状况等指标为患者制定针对性护理干预方案。按照路径表实施护理干预,确保护理实施的流程性和规范性,并引导患者主动参与护理过程。可以改善患者的自我负担,学会调整心理状

态,并在最佳状态下接受治疗,采取积极面对的应对方式,能够帮助患者环境心理压力,获得较好的护理效果^[11]。对于腹股沟疝手术患者而言,在经过手术之后心境可能发生一定的变化,需要护理人员结合其实际情况开展针对性的护理干预,使其能够转变心境,获得较好的护理效果。

从研究结果可以看出,将临床护理路径应用在腹股沟疝围手术期当中不仅能够改善常规护理方式中存在的不足,同时还能提高整个护理效果。因此,护理人员在针对患者开展临床护理路径时,需要针对患者的实际情况开展针对性的护理干预。通过制定科学、详细计划的护理方式,降低护理出错率,与患者的交流沟通,进一步促进医患之间的和谐关系,使得整个护理变得更加的有效^[12-13]。

综上所述,将临床护理路径方式应用于腹股沟疝围手术期患者的整体护理效果较好,患者满意程度较好,且并发症发生情况有明显的降低,有助于患者治疗预后,值得临床推广。

参考文献:

- [1]黎坚弟,林春英,石秋连,等.临床护理路径干预腹股沟疝围手术期的效果研究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(24): 56-57.
- [2]杨美玲.临床护理路径在腹腔镜腹股沟疝修补术围手术期的临床效果及对VAS的影响[J].中国医药指南,2019,17(32): 265-266.
- [3]刘晓静,景丽娜,郭芳.临床护理路径对腹股沟疝围手术期护理效果的分析[J].临床研究,2019,27(09): 193-194.
- [4]贾芳芳,郝泽军.临床护理路径在腹腔镜下腹股沟疝围手术期护理中的应用效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(32): 72+74.
- [5]刘俊青,邱怀玉,胡敏蝶,等.临床护理路径应用于成年男性腹腔镜腹股沟疝无张力修补术围手术期的效果评价[J].岭南现代临床外科,2018,18(02): 233-236.
- [6]刘月红.精细化围术期护理对腹股沟疝日间手术患儿的积极作用及其对并发症的影响[J].医学信息,2022,35(09): 181-183.
- [7]官能银,伍南斌.腹腔镜经腹腹膜前疝修补术和开放疝修补术治疗嵌顿性腹股沟疝的对比研究[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2021,15(06): 591-594.
- [8]赵永奎,李辰焰,王海磊.腹腔镜下经腹腹膜前修补术及Lichtenstein疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床疗效[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2021,15(06): 625-627.
- [9]伊建奎,张立峰,谭黄业,等.腹腔镜下腹膜前疝修补术治疗老年腹股沟疝的临床疗效观察[J].医学理论与实践,2021,34(18): 3212-3214.
- [10]周达磊,顾仕贤,毛茹,等.联合神经阻滞应用于老年患者腹股沟疝修补术的镇痛效果[J].临床与病理杂志,2021,41(06): 1337-1344.
- [11]陈胜兰,翁梅云,王文清.“123”健康教育模式对行腹股沟疝无张力修补术糖尿病患者焦虑情绪的影响[J].九江学院学报(自然科学版),2021,36(02): 114-116.
- [12]吴敏芝,潘艳芳,邓金桃,等.快速康复外科护理对腹股沟疝患者术后胃肠道功能恢复和疼痛程度的影响[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(05): 133-135.
- [13]卢燕,石晓红.应用集束化护理模式联合临床护理路径对结肠息肉切除患者的干预效果观察[J].中国基层医药,2022,29(04): 623-626.

作者简介:熊或(1977.12-),女,土家族,贵州松桃人,本科学历,副主任护师,主要从事临床外科护理工作。

袋鼠式护理对无创机械通气早产儿呼吸功能的影响

陈雯 凌莹

铜陵市妇幼保健院 安徽铜陵 244000

摘要:目的:探讨早产儿无创机械通气治疗中实施袋鼠式护理对呼吸功能的影响。方法:收集本院早产儿的时间在2021年6月-2022年6月,共100例,依照抽签法分组,对照组与研究组各50例,开展的是不同护理模式,即常规护理、袋鼠式护理,两组进行比较的主要内容为呼吸功能改善情况、治疗与住院情况、撤机24h后血气分析情况以及并发症发生率。结果:(1)比较两组干预后1d、7d的呼吸、心率、 SPO_2 变化情况,研究组均优于对照组,且均有统计学差异存在, $P < 0.05$; (2)两组比较pH值的差异,数据无统计学意义, $P > 0.05$; 两组比较 PaCO_2 、 PaO_2 的差异,研究组均低于对照组;两组比较 SaO_2 的差异,研究组高于对照组, P 均 < 0.05 ; (3)两组比较吸氧时间、住院时间,更短的为研究组;两组比较呼吸暂停次数,更少的为对照组,组间三项均有统计学意义存在, $P < 0.05$; (4)两组比较并发症发生率,研究组与对照组的差异可用 $P < 0.05$ 表示。结论:通过袋鼠式护理,可促进无创机械通气早产儿呼吸功能得到显著改善,提高氧合能力,降低并发症发生率,适合进一步在临床中推广。

关键词: 早产儿; 无创机械通气; 呼吸功能; 袋鼠式护理

对早产儿而言,因为呼吸系统、生理功能还处于未完全发育成熟的阶段,且受到围生期部分病理状态的影响,所以有必要积极开展呼吸支持治疗,目前临床首选无创机械通气作为出生后给予早产儿呼吸支持的方法,现阶段已在NICU(新生儿重症监护病房)中得到广泛性应用,其不仅可对早产儿的呼吸肌疲劳进行缓解,且可对肺通气进行改善,促使呼吸衰竭尽快得到纠正^[1]。相较于正常新生儿,早产儿接受无创机械通气治疗期间,早期呼吸功能比一般水平低,存在更高的健康风险,操作稍有不合理的情况,就容易导致各种并发症出现,威胁到早产儿的生命安全。正因为如此,需要对此类早产儿进行合理有效的护理干预配合^[2]。本文纳入100例在本院出生的早产儿,具体进行如下报告:

1 资料与方法

1.1 一般资料

2021年6月-2022年6月作为对本院早产儿进行收集的时间,根据抽签法将100分成分成50例/组的对照组和研究组两组。在对照组新生儿中27例(54.00%)男,23例(46.00%)女;30-34周为出生胎龄,均值得到(32.8±0.4)周;1.3-1.9kg为出生体质量,均值得到(1.7±0.3)kg;在研究组新生儿中28例(56.00%)男,22例(44.00%)女;31-34周为出生胎龄,均值得到(32.7±0.5)周;1.3-2.0kg为出生体质量,均值得到(1.8±0.2)kg。组间相比后,可见两组基础资料差距较小, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

在对照组早产儿中开展的为常规护理:应在温馨、舒适的病房环境,协助患儿调整体位,尽可能将侵袭性操作减少,加强早产儿母亲的宣教指导。在研究组早产儿中开展的为袋鼠式护理:(1)组建专门的袋鼠式护理小组:组员包括主任医师、副主任护师各2名、护师、主管护师各3名,主治医师1名。培训与考核工作的负责人为主任医师、副主任护师,将具体操作袋鼠式护理的相应流程作为需要考核的主要内容;评估早产儿袋鼠式护理条件的负责人为主治医师、副主任护师;对相关袋鼠式护理材料、文献进行查阅的主任医师1名,干预措施的践行和落实则安排主管护师、护师负责。通过小组成员集中讨论的方式对具体袋鼠式护理措施进行制定;(2)做好准备:以层流病房作为早产儿的病房,在隐蔽空间设置暖箱,躺椅需要保证有扶手且舒适度较高,确保袋鼠式护理在实施过程中可以和呼吸机管路进行连接。主治医师负责有效评估早产儿生命体征变化,护理

人员在暖箱中负责为早产儿进行防脱管帽、尿布的更换。组员需要将袋鼠式护理的优势、相关注意点、操作的具体流程等全面介绍和讲解给早产儿母亲,同时给予其指导和帮助,促使其学会自主进行这一护理。通过心电监护仪对早产儿有无生理指标报警的情况进行判断。护理措施开展前1d需要对新生儿生理情况进行询问,若条件符合,则需要将具体的来院时间告知早产儿母亲,根据要求对防脱管帽进行缝制,选择宽松、柔软的前开衣,于袋鼠妈妈准备室穿戴好帽子、隔离衣、口罩、一次性手套,通过七步洗手法进行洗手,并严格进行消毒;(3)实施袋鼠式护理:确定早产儿各项生命体征达到稳定状态后,按照1次/d的频率进行袋鼠式护理,开始时间为下午15点,2h/次,停止时间则是早产儿将无创呼吸机撤离以后。给予早产儿母亲正确指导,促使其在躺椅上保持坐位,揭开衣服,护理人员自暖箱中将早产儿抱出来,头保持竖直60°-90°的状态,于母亲胸前直立贴着,指导母亲通过手臂将早产儿背部、臀部托起。紧密连接呼吸机管路,间隔30min对心电监护仪显示的血氧饱和度、心率、呼吸进行1次记录,有效评估早产儿呼吸状态。给予早产儿母亲母乳喂养的相关指导。若 SPO_2 在0.9以下,需要将喂养暂停,稍作休息后再继续,结束喂养后由护理人员将早产儿再次抱回保温箱。

1.3 观察指标

(1)干预后1d、7d,利用心电监护仪对两组早产儿心率、呼吸频率、 SpO_2 变化情况进行监测;(2)撤机24h后需要对两组早产儿进行动脉血采集,标准为2mL,予以床旁血气分析,记录 SaO_2 、 PaCO_2 、 PaO_2 ;(3)两组早产儿需要记录呼吸暂停次数、吸氧时间、住院时间;(4)判断两组胃胀气、口鼻干燥、呼吸机相关性肺炎等并发症发生情况。

1.4 统计学评析

相关数据接收统计处理时用到的是SPSS25.0的软件包,计量资料行表示给予的($\bar{x} \pm s$),计量资料比较采用t检验,计数资料行表示给予的为百分率(%)表示,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 如果存在,则可说明有统计学意义。

2 结果

2.1 两组对比呼吸情况的不同

在表1中,两组干预后1d、7d的呼吸、心率均低于干预前, SPO_2 高于干预前,组间相比后,可以确定研究组的变化优于对照组,数据差异显著, $P < 0.05$ 。

表1 两组对比呼吸情况的不同[n(%)]

组别	呼吸(次/min)	心率(次/min)	SPO_2
----	-----------	-----------	----------------

	干预后 1d	干预后 7d	干预后 1d	干预后 7d	干预后 1d	干预后 7d
研究组 (n=50)	45.90±1.80	40.93±1.22	145.17±4.13	135.72±2.25	0.95±0.02	0.98±0.01
对照组 (n=50)	47.13±1.85	43.60±1.33	151.17±4.38	141.83±4.01	0.91±0.02	0.95±0.02
t	3.3695	10.4609	7.0475	9.3961	10.0000	9.4868
P	0.0011	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组对比撤机后 24h 内血气分析值的不同

在表 2 中,研究组与对照组的 pH 值无统计学差异, $P>0.05$; 组间 SaO_2 相比,更高的为研究组; 组间 PaCO_2 、 PaO_2 相比,更低的为研究组, 两组以上各项的差异具备统计学意义, $P<0.05$ 。

表 2 两组对比撤机后 24h 内血气分析值的不同 ($\bar{x} \pm s$)

组别	SaO_2	PaO_2 (mmHg)	PaCO_2 (mmHg)	pH 值
研究组 (n=50)	0.98±0.01	84.99±7.77	33.50±4.09	7.42±0.08
对照组 (n=50)	0.96±0.04	78.31±13.85	36.52±5.34	7.41±0.04
t	3.4300	2.9744	3.1748	0.7906
P	0.0009	0.0037	0.0020	0.4311

2.3 两组对比治疗与住院情况的不同

在表 3 中进行两组呼吸暂停次数的比较, 研究组更少, 吸氧时间、住院时间的比较, 研究组更短, 其与对照组的统计学差异显著, $P<0.05$ 。

表 4 两组对比治疗与住院情况的不同 ($\bar{x} \pm s$)

组别	呼吸暂停次数 (次)	吸氧时间 (d)	住院时间 (d)
研究组 (n=50)	10.47±2.10	7.67±1.30	16.89±3.21
对照组 (n=50)	23.56±6.43	11.48±3.54	21.36±5.54
t	13.6838	7.1439	4.9365
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 两组对比并发症发生率的不同

在表 4 中进行研究组与对照组并发症发生率的统计学比较, 两组的数据差异明显, P 值在 0.05 以下。

表 4 两组对比并发症发生率的不同[n (%)]

组别	呼吸机相关性肺炎	口鼻干燥	胃胀气	并发症
研究组 (n=50)	1 (2.00)	1 (2.00)	(0.00)	2 (4.00)
对照组 (n=50)	4 (8.00)	5 (10.00)	2 (4.00)	11 (22.00)
χ^2				7.1618
P				0.0074

3 讨论

早产儿主要指的是胎龄 37 周内娩出的新生儿, 一般情况下, 早产儿体重不足 2.5kg, 头围不足 33cm, 身体各重要器官功能还未完全发育, 适应外界的能力比较差, 相较于足月儿, 其在子宫内发育时间明显缩短, 所以更容易出现新生儿肺炎、呼吸窘迫等病症^[3]。无创机械通气是临床维持早产儿呼吸循环的主要方式, 其可有效预防呼吸障碍的原因导致的肺部疾病。但在实际的治疗过程中, 并发症发生率较高, 会在一定程度上影响早

产儿结局^[4]。真对接受无创机械通气治疗的早产儿, 临床方面强调需要给予特殊护理配合, 从而促进早产儿智力发育、神经行为功能改善^[5]。

袋鼠式护理属于特殊的早产儿护理法之一, 其主要通过指导早产儿母亲通过与袋鼠等有袋动物类似的照顾方式, 也就是皮肤接触的方式为早产儿提供护理, 满足其对温度的需求, 同时增强其安全感, 促进神经、体格发育, 增加母乳摄入量^[6-7]。皮肤亲密接触是袋鼠式护理的核心所在, 在与母亲交流过程中, 可以温和刺激早产儿的触觉、前庭、听觉, 并向纤维传输, 促使大脑边缘系统处于兴奋状态, 降低神经紧张性, 同时使呼吸、心率降低, 对生理应激反应进行缓解, 促使机体耗氧量降低^[8-10]。通过袋鼠式护理, 可以让早产儿生理需求氧供应得到有效维持, 促进呼吸功能的显著性改善^[11-12]。

通过这次试验最后得到的结果, 可见研究组早产儿与对照组早产儿的差异不仅在干预后 1d、7d 的呼吸、心率、 SpO_2 变化 PaCO_2 、 PaO_2 、呼吸暂停次数、吸氧时间、住院时间等方面体现出来, 而且在并发症发生率上同样得到统计学意义, $P<0.05$ 。从而可以表明, 通过袋鼠式护理, 可促进无创机械通气早产儿呼吸功能得到显著改善, 提高氧合能力, 降低并发症发生率, 适合进一步在临床中推广。

参考文献:

- [1] 海伦. 袋鼠式护理对无创机械通气早产儿呼吸功能的影响[J]. 科学养生, 2022 (4): 141-142.
- [2] 李玉, 李胜玲, 孙彩霞, 等. 袋鼠式护理对无创机械通气早产儿呼吸功能的影响[J]. 护理学杂志, 2021, 36 (6): 11-14.
- [3] 胡小珏. 母乳喂养联合袋鼠式护理对低出生体重早产儿及产妇的影响[J]. 护理实践与研究, 2022, 19 (9): 1382-1386
- [4] 何东梅, 吕志平, 林钻好, 等. 基于 FMEA 模型的袋鼠式护理在早产儿院内护理中的应用[J]. 海南医学, 2022, 33 (3): 402-404.
- [5] 张微. 袋鼠式护理对新生儿重症监护室早产儿操作性疼痛的影响[J]. 中外女性健康研究, 2022 (3): 7-9.
- [6] 虞新花, 赵莉. 探讨袋鼠式护理对喂养不耐受早产儿体质量、智能发育及家属护理满意度的影响[J]. 现代养生 (下半月版), 2022, 22 (1): 139-141.
- [7] 王园园. 水床式"鸟巢"联合袋鼠式护理对早产儿体格发育及智能发育的影响[J]. 妇儿健康导刊, 2022, 1 (2): 96-99, 106.
- [8] 徐春香, 唐霞, 黄颖兰. 袋鼠式护理联合不同体位干预对晚期早产儿心肺功能及生长发育的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (24): 62-64.
- [9] 张雪. 探讨袋鼠式延续性护理对早产儿生理指标及体格发育的影响[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (32): 152-153.
- [10] 黄莹, 徐萌. 袋鼠式护理在新生儿重症监护室早产儿中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (18): 147-149.
- [11] 贺芳, 郭晓萍, 刘会, 等. 袋鼠式护理对极低出生体重早产儿生命体征及母乳喂养的影响[J]. 全科护理, 2021, 19 (21): 2981-2984.
- [12] 朱秀娟. 袋鼠式护理对新生儿重症监护室早产儿康复情况及并发症的影响分析[J]. 饮食保健, 2021 (11): 176.

互联网+远程血压监测模式在高血压患者延续护理中的应用价值

刘继华

吉林省桦甸市红石砬子镇中心卫生院 吉林桦甸 132403

摘要: 目的 探究互联网+远程血压监测模式在高血压患者延续护理中的应用效果。方法 选择吉林省桦甸市红石砬子镇中心卫生院 2020 年 1 月~2021 年 12 月期间接诊的 92 例高血压患者开展探究, 随机抽签法分为对照组 ($n=46$ 例)、观察组 ($n=46$ 例)。其中对照组进行延续护理, 观察组在延续护理基础上采用互联网+远程血压监测模式, 比较两组干预效果 (遵医行为、自我护理能力、血压达标率)。结果 干预后, 观察组遵医行为 95.65%较对照组 80.43%高 ($P<0.05$); 观察组 ESCA 总评分较对照组高 ($P<0.05$); 观察组血压达标率 93.48%较对照组 76.09%高 ($P<0.05$)。结论 互联网+远程血压监测模式可保证高血压患者护理效果, 与提高遵医行为, 增强自我护理能力有关, 以获取理想的血压控制效果, 值得优选。

关键词: 高血压; 延续护理; 互联网+远程血压监测模式; 应用效果

高血压是常见的一种心脑血管疾病, 也是一种具有发病率高、治疗率低、控制率低等特点的慢性非传染性疾病^[1]。随着当前生活节奏的增快、工作压力的加大, 以及人们饮食结构的改变, 我国高血压发病率呈增长趋势发展, 损害靶器官, 又诱发肾脏、心脏等相关并发症, 降低生活质量, 危及生命。针对高血压的治疗, 以药物治疗为主, 以改变生活方式、饮食结构为辅。实践指出, 出院后的患者血压控制效果并不理想, 与其依从性差、血压监测不到位、自我护理能力低下等因素有关^[2-3]。因此, 认为做好高血压患者的院外健康指导对其预后发展起到至关重要的作用。近些年, 我国护理事业的发展及护理内容的不断完善, 延续护理应用范围愈加广泛, 并取得了令人满意的效果。然而当前护理人员资源不足, 难以更好的满足患者需求。因此, 进一步引进优质医疗资源, 提高医院诊疗服务水平是十分必要的。为此, 本研究针对吉林省桦甸市红石砬子镇中心卫生院 2020 年 1 月~2021 年 12 月期间收治的高血压患者开展研究, 对其延续护理中采用互联网+远程血压监测模式的作用效果进行全面分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入标准: (1) 符合《国家基层高血压防治管理指南 2020 版》^[4]; (2) 神志清楚, 理解、沟通等能力正常, 积极配合; (3) 灵活运用电子设备; (4) 对研究的内容已知晓, 主动参与。

排除标准: (1) 认知障碍、心理疾患; (2) 合并占位性病变、重要脏器功能衰竭等; (3) 研究过程中因自身原因而主动退出者。

结合研究筛选条件, 对吉林省桦甸市红石砬子镇中心卫生院 2020 年 1 月~2021 年 12 月期间收治的高血压患者开展研究, 共 92 例, 随机抽签法分为以下两组: 对照组 46 例, 包括男性患者 25 例、女性患者 21 例, 年龄为 25~75 (43.51 ± 6.20) 岁, 病程为 2~15 (9.61 ± 2.30) 年。观察组 46 例, 包括男性患者 26 例、女性患者 20 例, 年龄为 26~73 岁 (44.23 ± 7.15), 病程为 3~14 (10.19 ± 3.07) 年。经比较, 上述两组基线资料 (性别、年龄、病程等) 差异甚微 (P 均值 >0.05)。

1.2 方法

对照组: 进行延续护理, 即为患者建立个人档案, 记录基本信息 (年龄、临床诊断、用药史、过敏史、联系方式、家庭住址等); 评估患者病情及仍存在的问题, 并在后续随访予以重视, 如以电话方式询问患者饮食、

运动、用药等方面情况, 并予以健康指导, 必要时进行家庭访视。

观察组: 在延续护理基础上采用互联网+远程血压监测模式, 如下: (1) 开发远程监测管理系统软件, 包括系统服务器、医护移动终端 (动态监测患者的血压, 进行针对性干预指导)、患者移动终端 (监测自身血压及向医生发送健康问题咨询), 可促进医护人员、患者的线上双向沟通。(2) 成立干预团队, 包括一名医生、3 名护士、1 名软件技术开发工程师, 其中医生负责调整患者的用药方案及疾病当面的咨询; 1 名护士负责统筹, 以及协调成员之间的工作; 另外 2 名护士则分别负责收集及录入血压数据、健康指导; 工程师负责系统的维护。(3) 干预内容, ①远程血压监测, 根据患者个体差异性, 让其学会用远程电子血压计、APP 软件, 即指导患者下载 APP/关注微信公众号, 再实名注册账号, 打开手机蓝牙, 并连接血压计, 用血压计测量早 (晨起后 0.5h、未服药及进食前)、中 (午休后 0.5h)、晚 (睡前 1h) 血压后将数值经手机传至 APP 管理平台, 视情况减少上传次数, 便于掌握患者血压变化, 针对异常问题, 及时进行原因分析, 如测量错误、停药等, 再进行远程干预, 如调整用药方案、改变作息等, 7d 后血压仍异常则建议患者提前预约挂号就诊。另外, 对于 7d 以内未上传血压数据患者, 通过微信与其取得联系, 强调监测及上传血压的重要性; ③通过 APP 管理平台, 向患者发送疾病相关防治健康指导手册, 涉及饮食、健康生活方式、运动、规范用药等内容, 如若患者有疑问需要咨询, 可利用平台上发送咨询信息, 以获取针对性健康指导。

1.3 观察指标

1.3.1 遵医行为

选择本院自行设计的《高血压遵医行为调查表》为工具, 通过问卷形式调查患者的遵医行为, 总分 100 分, 分为完全遵医 (100~80 分)、部分遵医 (79~60 分)、未遵医 (<60 分)。

依从性 = (完全遵医、部分遵医) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.3.2 自我护理能力

评价患者干预前后的自我护理能力, 工具为自我护理能力量表 (Self care ability scale, ESCA), 该量表共 4 个维度 (自我责任感、自我护理技能、健康知识水平、自我概念), 涵盖 43 个条目, 总分 172 分, 分值变化与自我护理能呈正比。

1.3.3 血压达标率

统计患者血压达标率。

1.4 统计学处理

应用 SPSS26.0 统计软件分析数据,计数资料表示为“n (%)”,组间差异行 χ^2 检验;计量资料表示为“($\bar{x} \pm s$)”,符合正态分布,行 t 检验;检验水准 $\alpha=0.05$ ($P<0.05$),差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组遵医行为

干预后,观察组遵医行为 95.65%,包括完全遵医 18 例、部分遵医 26 例。对照组遵医行为 80.43%,包括完全遵医 15 例、部分遵医 22 例。两组比较差异有显著性 (χ^2 值=5.059, $P<0.05$)。

2.2 比较两组自我护理能力

干预前,观察组 ESCA 总评分为 78.45 $\pm$ 5.21 分,对照组 ESCA 总评分为 79.20 $\pm$ 6.11 分,两组比较差异无显著性 ($P>0.05$);干预后,观察组 ESCA 总评分为 151.20 $\pm$ 15.09 分,对照组为 134.57 $\pm$ 12.45 分,均高于干预前,且观察组 ESCA 总评分高于对照组,比较差异显著 ($P<0.05$)。

2.3 比较两组血压达标率

干预后,观察组血压达标率为 76.09% (35/46),对照组血压达标率为 93.48% (43/46),两组比较差异显著性 (χ^2 值=5.392, $P<0.05$)。

3 讨论

高血压的发生较复杂,普遍认为是环境、遗传等因素作用造成的结果^[5-6]。血压的持续增高,可导致靶器官受损,引发并发症,造成心肌梗死、脑卒中等严重后果,危及生命安全。药物治疗是控制高血压患者病情进展的首选方法,而配合健康的生活方式及饮食结构、适量的运动锻炼等,可使血压控制在正常范围,保护靶器官,改善生活质量。值得注意的是,高血压患者在出院后的遵医行为差、自我护理能力低,所以造成血压控制效果未能达到良好的预期目标。因此,重视高血压患者健康需求,予以全面、规范的健康指导对其病情恢复及预后发展具有重要意义。

延续性护理是将患者住院期间的护理延伸至院外,使之得到具有延续性、协调性、整体性等特点的护理过程。介于常规护理仅服务于住院患者,而高血压患者的理想血压控制效果与其遵医行为、自我护理能力等有关,所以出院后仍存在较高的护理需求,延续性护理的开展及落实可有效解决此类问题。近些年相关护理报道指出,延续护理虽然能够取得一定的护理效果,但是存在供需不平衡、质量标准缺乏、提供者学科单一等一系列问题,降低护理效果。因此,进一步完善、优化医疗服务质量水平成为当前研究热点。

当前互联网科技的发展,为远程医疗服务的发展提供了良好的条件。互联网+慢性病管理模式的运用及推广,在解决延续护理落实中存在的不足之处同时还可满足疾病患者健康需求。张瑜^[7]等人针对老年高血压患者开展研究,借助论坛、微信、QQ、短信提醒等方式进行延续性护理,可保证患者得到连续、全面的护理措施,切实提升生活质量水平。尹桂华^[8]等人就永久性肠造口患者为例,通过“互联网+远程护理平台”进行延续性护理,降低返院就诊治疗率,增强护理能力,减少并发症,以及优化生活质量,较常规护理而言,整体护理效果更理想。由此可见,互联网下医疗服务质量更有利于满足患者护理需求。

该研究结果显示,观察组遵医行为较对照组高,说明互联网+远程血压监测管理模式较延续护理更有利于提高患者遵医行为。因为互联网+

远程血压监测管理模式可满足患者居家护理需求,解决血压监测不到位、漏服药物、不健康饮食及生活方式等方面问题,使之充分认识到遵医行为的重要性,自觉采取利于自身健康的行为。该研究结果显示,观察组 ESCA 总评分较对照组高,说明互联网+远程血压监测管理模式可提升患者疾病认知水平,增强自我护理能力。原因如下:互联网+远程血压监测管理模式的落实可使患者学会使用 APP 管理平台,通过监测、上传血压数据,方便医护人员了解掌握其病情变化,以调整用药方案,以及纠正患者对疾病的错误认知,积极配合治疗,同时线上交流平台能帮助患者得到专业、规范的健康指导,逐渐培养健康信心素养,增强自我护理能力^[9-10]。该研究结果显示,观察组血压达标率较对照组高,说明互联网+远程血压监测管理模式的整体效果较理想,远远优于延续护理。原因在于互联网+远程血压监测管理模式可使医护人员时刻掌握患者病情状况及血压变化规律,针对异常情况及时调整治疗方案,满足不同个体患者治疗需求,控制病情进展,改善症状体征,提高血压达标率。

综上所述,高血压患者进行延续护理基础上采用互联网+远程血压监测管理模式,可进一步强化护理质量,提高患者遵医行为,增强自我护理能力,积极改变生活方式,规范用药,坚持锻炼等,以保证血压达标率,值得借鉴。介于相关报道较少,本研究未进行长期随访观察,建议见后继续探究互联网医疗模式的远期作用效果,为相关报道的顺利开展提供依据,以及提升我国慢性病患者机体健康发展水平。

参考文献:

- [1]吴丝丝,涂雪梅,龙春花,等.互联网+远程血压监测管理模式在高血压患者中的应用[J].现代医药卫生,2022,38(10):1764-1767.
- [2]陈东利.延续性护理对老年高血压患者血压及并发症的影响[J].航空航天医学杂志,2022,33(05):609-611.
- [3]黄思香,赖世芳,任新生.延续性护理对原发性高血压患者血压控制效果的 Meta 分析[J].中国老年保健医学,2022,20(02):137-143.
- [4]国家心血管病中心国家基本公共卫生服务项目基层高血压管理办公室,国家基层高血压管理专家委员会.国家基层高血压防治管理指南 2020 版[J].中国循环杂志,2021,36(3):209-220.
- [5]王佳殷.基于医院-家庭联动的延续性护理对老年原发性高血压病患者出院后总体治疗效果的影响[J].光明中医,2021,36(21):3700-3702.
- [6]关德娟,彭丽容,谭玲.微信强化模式的延续性护理对高血压患者出院后规范用药效果的影响[J].中国当代医药,2021,28(23):251-253.
- [7]张瑜,孟晓丽,胡楠楠,等.互联网+护理医疗服务应用于老年高血压患者延续性护理效果探析[J].长春中医药大学学报,2020,36(06):1311-1313.
- [8]尹桂华,李晓燕,丁元升.“互联网+远程护理平台”在永久性肠造口患者术后延续性护理中的应用[J].山东第一医科大学(山东省医学科学院)学报,2022,43(05):371-374.
- [9]黄俊芳.基于微信平台的延续性护理对高血压患者血压控制的影响研究[J].黑龙江中医药,2021,50(03):266-267.
- [10]牛素芹.延续性护理联合多媒体方式的健康教育对高血压患者的影响分析[J].包头医学,2021,45(01):52-54.

院前急救护理干预急性心肌梗死预后的影响研究

潘丽仪 石志琼

佛山市南海区第四人民医院急诊科 广东佛山 528211

摘要：目的：研究在急性心肌梗死病例中实施院前急救护理干预对预后的影响。方法：从2020年12月-2022年6月择取82例急性心肌梗死病例，以入院时间先后顺序分组研究，每组41例，常规组实施常规急救护理，观察组实施院前急救护理干预，对两组发病至抢救时间、住院时间、血管再通率、存活率进行对比，分别在干预前后评估两组神经功能、日常生活活动能力，观察并发症情况，评估患者及家属的护理满意度。结果：观察组发病至抢救时间比常规组短，住院时间短于常规组，血管再通率以及存活率高于常规组，干预后两组神经功能评分均下降，日常生活活动能力均提高，心律失常、心源性休克、心力衰竭等并发症总发生率低于常规组，总护理满意度高于常规组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在急性心肌梗死病例中，院前急救护理干预的实施可以促进预后改善，改善神经功能，提高日常生活活动能力，避免并发症发生，利于患者康复，临床价值显著。

关键词：院前急救护理干预；急性心肌梗死；预后；神经功能；日常生活活动能力；并发症

急性心肌梗死属于临床常见危急病症，指的是心肌组织因长时间严重缺血缺氧而导致的急性坏死症状，这一疾病的致死率比较高，严重威胁患者的生命安全^[1]。急性心肌梗死患者通常会出现呼吸困难，伴随神志不清，严重者将会出现休克症状。据相关研究指出，急性心肌梗死死亡患者中超过50%是在院外发病1小时之内猝死，所以对于这一疾病患者来说，及早进行规范化救治非常重要，可以使患者的病死率降低，改善其预后^[2]。院前急救的目的是以最快速度、最高效率为患者提供救治处理，为患者争取进一步救治的机会^[3]。该研究从2020年12月-2022年6月择取82例急性心肌梗死病例作为研究对象，分析在急性心肌梗死病例中实施院前急救护理干预对预后的影响，报告如下所见。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从2020年12月-2022年6月择取82例急性心肌梗死病例，以入院时间先后顺序分组研究，每组41例，常规组中男21例，女20例，年龄最大77岁，最小42岁，均值（ 62.23 ± 10.25 ）岁；观察组中男22例，女19例，年龄最大78岁，最小43岁，均值（ 62.30 ± 10.28 ）岁；两组资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：急性胸痛入院，伴随持续性心前区疼痛症状，符合《急性心肌梗死诊断和治疗指南》中相关诊断标准^[4]，患者家属对该研究知晓且同意参与。排除标准：合并精神疾病、合并肝肾功能障碍、过敏体质等。

1.2 方法

常规组实施常规急救护理，由家属自行护送就诊，入院之前并未接受院前急救与护理，入院后开始进行常规抢救及护理。

观察组实施院前急救护理干预：①组建院前急救护理干预小组，由医师、护理人员、急救中心主任组成，结合实际情况，制定相关护理干预措施。②接到急救电话之后，在1-3分钟做好准备赶赴现场，在此期间与家属随时保持联系，对患者病情进行了解，并指导家属简单急救，让患者处于平卧位，减少活动、干扰，切忌搬动及刺激，使其保持稳定状态，并告知家属准确到达时间，使其及时做好接车准备。③到达现场之后，首先观察神志、瞳孔等，对生命体征进行监测，评估病情，及时吸氧，意识清醒者可经鼻导管输氧，病情严重者应持续供氧，每分钟5-6L，氧气浓度40%，并建立静脉通路，注射抗心律失常药物，并纠正水电解质紊乱，疼痛剧烈者可用镇痛药物镇痛，舌下含服硝酸甘油，观察四肢及面部颜色，判断是否存在心源性休克，若有异常及时向医师汇报。④在患者转运途中，应确保输液管路通畅，监护设备运行正常，对患者心理状态进行观察，并通过语言、动作予以安慰，缓解不良情绪，维持生命体征的稳定。另外转运

途中急救人员需要提前与医院医护人员取得联系，说明患者情况，使患者在进入医院第一时间可以得到救治，确保救治过程的连续性。

1.3 临床观察指标

①对两组发病至抢救时间、住院时间、血管再通率、存活率进行对比。

②分别在干预前后评估两组神经功能、日常生活活动能力。神经功能通过美国国立卫生研究院卒中量表（National Institute of Health stroke scale，NIHSS）^[5]评估，包括12个检测项目，总分42分，评分与神经功能缺损程度成正比。日常生活活动能力通过基本生活活动能力（BADL）量表（Barthel指数评定量表）^[6]评估，涉及到10项内容评分，每项评分0-10分，总分0-100分，0-19分生活完全需要依赖，20-40分生活需要很大帮助，41-60分生活需要帮助，61-99分生活基本自理，100分生活完全自理，评分越高自理能力越强。

③观察并发症情况，涉及到心律失常、心源性休克、心力衰竭等。

④评估患者及家属的护理满意度，通过该院自制问卷调查，满分100分，评分超过90分为满意，超过60分为一般满意，不足60分为不满意，满意+一般满意=总满意。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组发病至抢救、住院时间对比

观察组发病至抢救时间比常规组短，住院时间短于常规组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表1：

表1 两组发病至抢救、住院时间对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	发病至抢救时间（min）	住院时间（d）
常规组（n=41）	41.27±2.55	14.26±2.55
观察组（n=41）	24.16±2.39	8.99±1.66
t	31.348	11.090
P	0.000	0.000

2.2 两组血管再通及存活率对比

观察组的血管再通率高于常规组，存活率高于常规组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表2：

表2 两组血管再通及存活率对比 $[n(\%)]$

组别	血管再通	存活
----	------	----

常规组 (n=41)	22 (53.66%)	33 (80.49%)
观察组 (n=41)	32 (78.05%)	40 (97.56%)
χ^2	5.423	6.116
P	0.020	0.013

表3 两组神经功能及日常生活活动能力评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	神经功能			日常生活活动能力		
	干预前	干预后	t/P	干预前	干预后	t/P
常规组 (n=41)	28.96±6.36	23.53±1.25	2.364/0.000	33.69±3.82	40.82±4.12	8.126/0.000
观察组 (n=41)	28.89±5.79	17.70±1.93	11.740/0.000	33.72±4.15	49.83±2.55	21.178/0.000
t	0.052	16.235		0.034	11.907	
P	0.479	0.000		0.487	0.000	

2.4 两组并发症对比

观察组心律失常、心源性休克、心力衰竭等并发症总发生率低于常规组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表4:

表4 两组并发症对比[n (%)]

组别	心律失常	心源性休克	心力衰竭	总计
常规组 (n=41)	3 (7.32%)	3 (7.32%)	2 (4.88%)	8 (19.51%)
观察组 (n=41)	1 (2.44%)	1 (2.44%)	0 (0%)	2 (4.88%)
χ^2				4.100
P				0.043

2.5 两组护理满意度对比

观察组总满意度高于常规组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表5:

表5 两组护理满意度对比[n (%)]

组别	满意	一般	不满意	总满意
常规组 (n=41)	20 (48.79%)	14 (34.15%)	7 (17.07%)	34 (82.93%)
观察组 (n=41)	25 (60.98%)	15 (36.59%)	1 (2.44%)	40 (97.56%)
χ^2				4.986
P				0.026

3 讨论

急性心肌梗死属于急性心血管疾病, 在临床中比较常见, 发病时不仅病情危急, 而且病死率比较高。通常情况下, 患者通常会出现持续、剧烈的胸骨后疼痛症状, 容易出现多种并发症, 如心律失常、心力衰竭等, 同时患者还会出现血清心肌酶水平异常, 同时伴随心电图异常, 这也是导致心源性死亡的重要原因之一。近些年, 急性心肌梗死不仅发病率高, 而且也有年轻化趋势, 据相关研究指出这一疾病病死率在 10-20%^[7]。对于这一疾病来说, 时间就是生命, 及早诊断与治疗非常重要, 可以挽救患者的生命, 降低患者病死率。所以尽早救治可以使患者病情稳定, 对其预后积极改善作用。对急诊医疗服务体系而言, 院前急救作为急诊的重要环节, 同时也是首要环节。院前急救的关键在于尽可能以最高效率、最快速度将患者转运至医院接受进一步治疗。该研究对急性心肌梗死患者实施院前急救护理干预, 通过此种方式可以使急救护理工作更加规范化、系统化, 同时也提高了急救护理人员工作的主动性与预见性, 以急救医疗中心为依据对院前急救护理干预路径进行制定, 确保急救护理工作的及时性、准确性, 使患者的生存率提高, 改善患者预后情况^[8]。

据该研究结果显示, 相比于常规组, 观察组发病至抢救时间更短, 住

2.3 两组神经功能及日常生活活动能力评分对比

干预前两组评分差异无统计学意义 ($P>0.05$), 干预后两组神经功能评分均下降, 日常生活活动能力评分均提高, 观察组评分结果均优于常规组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表3:

院时间更短, 血管再通率及存活率更高, 干预后神经功能改善效果更好, 日常生活活动能力更高, 并发症发生率更低, 护理总满意度更高, 由此可见院前急救护理干预的实施效果确切, 提高了整体临床疗效。这主要是因为院前急救护理干预中, 操作流程更加明确, 抢救过程也得到细化, 抢救时间也有明确界定, 使医护人员工作流程更加清晰、有条理, 确保各项工作有据可依, 使抢救效率得到明显提升。同时院前急救护理干预的实施可以有效避免治疗期间不必要的差异, 使急救护理措施更加规范, 让患者及时得到合理救治及护理, 使其康复时间缩短。另外院前急救护理干预的实施可以使操作流程更加规范, 医护人员对患者进一步救治内容明确, 使被动救治转变为主动救治, 另外医护人员提前与患者家属进行沟通与交流, 指导其做好简单急救工作, 这对患者的治疗效果与预后改善均有积极作用。在院前急救护理干预中, 转运途中护理人员不仅注意监测患者的病情、生命体征, 而且关注其心理情绪, 帮助其改善不良情绪, 使其保持稳定情绪, 这对生理状态有改善作用。院前急救护理干预坚持以人为本的原则, 增强了医患之间的沟通与交流, 拉进了医患之间的关系, 让患者家属更加护理服务, 避免医患纠纷问题的发生, 提高整体护理质量及效率。

综上所述, 在急性心肌梗死病例中, 院前急救护理干预的实施可以促进预后改善, 改善神经功能, 提高日常生活活动能力, 避免并发症发生, 利于患者康复, 临床价值显著。

参考文献:

- [1] 张阿喜, 李小花, 王静. 急性心肌梗死患者院前急救护理对预后的影响[J]. 贵州医药, 2021, 45 (10): 1670-1671.
 - [2] 刘知江. 优化老年急性心肌梗死患者院前急救护理干预的效果评价[J]. 四川医学, 2019, 40 (9): 967-969.
 - [3] 刘知江. 优化 80 例老年急性心肌梗死患者院前急救护理干预的效果评价[J]. 四川医学, 2020, 41 (3): 317-319.
 - [4] 陈佩佩, 李晓云, 贾亚娟. 院前急救护理路径在急性心肌梗死患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25 (15): 106-108.
 - [5] 杨艳青, 谭春兴, 李共甜, 等. 急性心肌梗死突发室颤患者的院前、院内急救护理[J]. 护理实践与研究, 2018, 15 (11): 143-144.
 - [6] 林彩玲, 关常青, 梁庆元, 等. 院前急救标准化管理在急性心肌梗死患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26 (1): 92-94.
 - [7] 唐莉, 冯健兰, 杨雨竹, 等. 急诊护理路径在急性心肌梗死患者救治中的应用效果[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38 (12): 1830-1833.
 - [8] 董海英. 临床护理路径程序对急性心肌梗死患者护理效果及死亡率的影响[J]. 护理实践与研究, 2018, 15 (19): 24-26.
- 作者简介: 潘丽仪 (1985.10-), 女, 籍贯: 广东佛山, 汉族, 本科, 主管护师, 研究方向: 急救护理。

优质护理干预在疝气手术护理中的临床效果观察

孙妮娜 周燕 刘碧雯 魏凌云 (通讯作者)

上海市杨浦区中心医院 (同济大学附属杨浦医院) 上海 200090

摘要: 目的: 分析优质护理干预在疝气手术护理中的临床效果。方法: 样本选择疝气手术患者共计 92 例, 时间为 2021 年 7 月到 2022 年 4 月, 平均分为两组, 分析优质护理干预差异。结果: 使得干预组患者依从性占比明显更高, 有极高的临床应用价值体现 ($P<0.05$); 使得患者治疗安全性进一步提升, 干预组患者并发症发生率明显更低 ($P<0.05$); 优质护理措施的开展, 有效地保证了患者各项情绪状态评分改善 ($P<0.05$); 更好的优化了整体的护理效果, 促进患者各项护理质量评分有效提升 ($P<0.05$); 患者各项生活质量评分的提升, 使得手术干预后, 患者生活质量已得到显著的改善 ($P<0.05$)。结论: 在疝气手术患者病情干预中, 医疗干预措施的开展, 联合护理措施的实施能更好地优化患者的生理状态, 促进愈后康复效率的有效提升, 进一步改善患者生活质量评分, 有推广应用价值。

关键词: 优质护理干预; 疝气手术护理; 临床效果

疝气是常见的外科疾病, 在临床干预中主要通过手术干预来改善病情; 通过手术治疗辅助实施护理措施, 能更好地帮助患者优化身心状态, 促进愈后康复效率的提升。所以优质的护理服务措施开展对疝气患者术后康复效率提升效果显著^[1]。本次调研中, 基于疝气手术患者病情护理立项, 分析优质护理措施的开展, 对患者的身心状态影响, 详见下文。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

样本选择疝气手术患者共计 92 例, 时间为 2021 年 7 月到 2022 年 4 月, 平均分为两组, 对照组 46 例患者中, 男女占比 30:13, 平均(41.51±1.46)岁; 干预组 46 例患者中, 男女占比 31:12, 平均(41.42±1.35)岁, 基本资料平衡,

1.2 方法

对照组开展常规的护理干预, 基于疝气的病理影响, 在临床护理阶段实施疾病基础护理、饮食护理、心理疏导等护理措施, 帮助患者改善身心状态, 优化手术结局, 促进生活质量改善。

干预组开展优质护理服务, 在常规护理基础上进一步优化护理内容; 优质护理服务措施的开展, 对患者的身心状态有着良好的改善, 效果能够更好地提升患者对手术治疗的认可程度, 并在手术干预阶段积极主动地配合舒适的实施有重要的应用价值体现^[2]。

(1) 组建优质护理小组: 通过收录护士长优质护理人员组成优质护理小组, 针对于疝气手术的患者进行评估, 制定符合大众的优质护理方案, 保证手术干预阶段, 优质护理方案的落实更加有效, 能够改善患者的身心状态, 并促进手术依存性的有效提升^[3]。

(2) 制定优化护理流程: 护理流程的制定中, 根据评估结果, 制定优质护理方案, 实现护理方案的个性化制定, 更好的优化患者的身心状态, 并保证手术干预阶段患者生活质量评分显著提升, 优化整体的护理效果^[4]。

(3) 开展心理疏导: 心理疏导措施的开展能够更好地优化患者的身心状态, 通过评估患者不良心理情绪反应, 明确导致患者出现不良情绪的源头, 并针对性疏导, 使得患者情绪有效改善, 有效增强医疗阶段的配合度^[5]。

(4) 并发症预防护理: 基于手术措施的实施, 术前、术中、术后均需要注重并发症预防护理, 以患者生理指标状态为基础, 定期观测, 在出现异常情况时能够及时反馈, 以保证预防护理措施的落实精准到位, 好的保证术后康复效率的有效提升^[6]。

1.3 评判标准

基于患者依从性进行评价, 分为完全依从、部分依从、不依从三个区间。

收集医疗干预阶段出现的出血呕吐恶心的并发症类型。

基于患者焦虑抑郁情绪进行评价, 使用 GAD-7 (21 分), PHQ-9 (27

分) 两个量表完成评估。

评价护理服务质量总分 100 分, 4 项内容单项分值 25 分。

评价患者, 生活质量评分, 使用成人生活质量评价量表 (SF-36) 完成评估, 评分项目共计 8 项。

1.4 统计学意义

软件: SPSS 26.0; 计量资料、计数资料数据格式统一为 $[\bar{x}\pm s, (n, \%)]$, 由 T 值、 X^2 值完成数据校验, 数据差异存在意义 $P<0.05$ 。

2. 结果

2.1 依从性分析

疝气手术护理阶段, 优质护理措施的开展, 能更好地优化患者的身心状态, 且护理措施开展能进一步优化请干预阶段的依从行为, 使得干预组患者依从性占比明显更高, 有极高的临床应用价值体现 ($P<0.05$), 详见表 1。

表 1 依从性分析 (n, %)

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	依从性
对照组	46	10(21.74%)	29(63.04%)	7 (15.22%)	84.78
干预组	46	13(28.26%)	32(69.57%)	1 (2.17%)	97.93
X^2	-	-	-	-	4.9286
P	-	-	-	-	0.0264

2.2 并发症发生率

相关医学研究证实, 疝气手术护理阶段开展优质护理措施, 能更好地优化手术干预效果, 促进治疗效果提升的同时降低了并发症的发生率, 使得患者治疗安全性进一步提升, 干预组患者并发症发生率明显更低 ($P<0.05$), 详见表 2。

表 2 并发症发生率 (n, %)

组别	例数	出血	呕吐	恶心	发生率
对照组	46	3 (6.52%)	3 (6.52%)	3 (6.52%)	19.57
干预组	46	1 (2.17%)	0 (0.00%)	1 (2.17%)	4.35
X^2	-	-	-	-	5.0595
P	-	-	-	-	0.0245

2.3 情绪评价对比

优质护理措施的开展,能更好地保证生气手术干预阶段的临床疗效提升,使得患者各项身心状态改善效果显著,同时优质护理措施的开展,有效地保证了患者各项情绪状态评分改善($P<0.05$),详见表3。

表3 情绪评价对比($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	GAD-7		PHQ-9	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	46	14.85±1.16	12.14±1.14	16.49±1.19	13.41±1.15
干预组	46	14.76±1.36	10.33±1.24	16.54±1.34	11.05±1.25
<i>T</i>	-	0.0543	7.2881	0.0297	9.4236
<i>P</i>	-	0.9568	0.0000	0.9763	0.0000

2.4 护理服务质量评价

基于罹患疝气的患者而言,手术干预措施的实施能够显著改善病理表现,优化身心状态;而医疗干预阶段联合开展优质的护理服务措施,使得人体的医疗护理服务质量进一步提升,更好的优化了整体的护理效果,促进患者各项护理质量评分有效提升($P<0.05$),详见表4。

表4 护理服务质量评价($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	护理方案	护理态度	护理细节	病情管理
对照组	46	16.61±1.22	16.44±1.16	16.14±1.24	16.34±1.25
干预组	46	20.21±1.36	20.41±1.31	20.43±1.32	20.16±1.44
<i>T</i>	-	13.3641	15.3882	16.0657	13.5870
<i>P</i>	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 SF-36 评分对比

疝气患者手术干预阶段,优质护理措施的实施,进一步优化了整体的医疗效率,保证护理服务质量提升的同时,有效地促进了患者各项生活质量评分的提升,使得手术干预后,患者生活质量已得到显著的改善($P<0.05$),详见表5。

表5 SF-36 评分对比($\bar{x}\pm s$,分)

项目	对照组(n=46)	干预组(n=46)	<i>T</i>	<i>P</i>
生理机能	74.68±1.22	89.68±2.11	4.7684	0.0000
生理职能	74.99±1.16	91.24±2.25	43.5379	0.0000
躯体疼痛	75.14±1.24	90.24±2.16	41.1195	0.0000
健康状况	75.34±1.19	89.45±2.31	36.8023	0.0000
精力状态	74.26±1.15	89.66±2.29	40.7595	0.0000
社会功能	75.91±1.23	89.74±2.24	36.4929	0.0000
情感职能	74.98±1.26	92.14±2.25	45.1314	0.0000
精神健康	75.11±1.19	91.04±2.11	44.6007	0.0000

3. 讨论

疝气的临床病症干预阶段,常用的医疗干预方式为手术治疗,医疗干预后联合开展有效的护理措施,能够显著降低肿块、便秘、呕吐、食欲不振等不良反应,更好地促进患者身心状态的有效改善,有极其重要的应用价值体现,值得推广使用。优质护理服务的开展,有效地保证了疝气手术概率中,各个阶段的护理服务有效落实,使得患者对本院医疗服务的满意度进一步提升,进一步促进其身心状态的有效改善^[7-8]。优质护理服务的开展阶段,宣教措施、心理疏导措施、病情干预措施及并发症预防措施等多种护理方案的实施,能综合且全面的为患者提供护理服务。优质护理服务

措施的开展,能有效地改善患者不良情绪对康复效率的影响。

通过联合患者家属,使得临床护理服务的干预能够更加有效,并针对患者的生理状态进行调整,使得护理措施的临床实施具有更高的个性化。更好的证实疝气患者手术干预阶段,优质护理服务措施的开展具有更高的价值体现。疝气手术护理阶段,优质护理措施的开展,能更好地优化患者的身心状态,且护理措施开展能进一步优化干预阶段的依从行为,使得干预组患者依从性占比明显更高^[9-10];相关医学研究证实,疝气手术护理阶段开展优质护理措施,能更好地优化手术干预效果,促进治疗效果提升的同时降低了并发症的发生率,使得患者治疗安全性进一步提升;优质护理措施的开展,能更好地保证生气手术干预阶段的临床疗效提升,使得患者各项身心状态改善效果显著,同时优质护理措施的开展,有效地保证了患者各项情绪状态评分改善;基于罹患疝气的患者而言,手术干预措施的实施能够显著改善病理表现,优化身心状态;而医疗干预阶段联合开展优质的护理服务措施,使得人体的医疗护理服务质量进一步提升,更好的优化了整体的护理效果;疝气患者手术干预阶段,优质护理措施的实施,进一步优化了整体的医疗效率,保证护理服务质量提升的同时,有效地促进了患者各项生活质量评分的提升,使得手术干预后,患者生活质量已得到显著的改善,上述研究数据均有效证实优质护理措施,临床应用价值显著^[11-12]。

综上所述,疝气手术患者,病情护理阶段,开展优质护理措施,可进一步优化病情,改善效果,促进患者生活质量的有效提升,有推广应用价值。

参考文献:

- [1]王妍.优质护理干预在疝气手术护理中的临床效果观察[J].中国保健营养,2020,30(24):315-315.
- [2]解芳平.优质护理干预在老年疝气手术患者护理工作中的应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(9):279-280.
- [3]吴姗姗.优质护理干预在老年疝气手术患者护理中的应用效果[J].医药前沿,2020,10(26):122-123.
- [4]Xu Q, Zhang G, Li L, Xiang F, Qian L, Xu X, Yan Z. Non-closure of the Free Peritoneal Flap During Laparoscopic Hernia Repair of Lower Abdominal Marginal Hernia: A Retrospective Analysis. Front Surg. 2021 Nov 30; 8: 748515.
- [5]张彩霞.优质护理干预在疝气手术护理中的临床效果观察[J].医学食疗与健康,2021,19(15):142-143.
- [6]葛宁鸽.优质护理干预在疝气手术中的临床效果研究[J].婚育与健康,2021,29(24):43-44.
- [7]田冕,李娜,王洁.优质护理用于疝气手术患者的护理方法及效果分析[J].医学食疗与健康,2020,18(17):112,114.
- [8]Huang S, Zeng G, Chen R. The value of postural nursing in patients undergoing hernia operation, its influence on pulmonary infection and the analysis of nursing quality. Minerva Med. 2021 Oct 21.
- [9]钟琴,陈艳,黎丽.优质护理在疝气手术患者中的护理效果探讨[J].黑龙江医药,2020,33(1):235-237.
- [10]张玉宁,高航,高翠.优质护理服务实施在老年疝气手术患者中的护理效果探究[J].家有孕宝,2020,2(9):246.
- [11]郑丽萍.优质护理理念应用于老年疝气手术患者护理中的可行性研究[J].世界最新医学信息文摘,2020,20(54):268,270.
- [12]李凤文,刘艳春.探讨细节化优质护理在成人疝气术后康复中的效果评价[J].世界最新医学信息文摘,2020,20(46):215,221.

探讨新生儿胃穿孔围术期的护理体会

谭夏梅

广州市妇女儿童医疗中心 广东省广州市 510620

摘要:目的 研讨新生儿胃穿孔围术期的护理体会。方法 取2021年5月-2022年5月我院胃穿孔新生儿10例,手术治疗,并给予围术期护理,分析护理结果。结果 围术期护理后,10例患儿全部抢救成功,抢救成功率为100.00%,术后无并发症,2周内均康复出院,平均住院时间为(13.25±1.59)d,出院时的体重为(3.62±0.25)kg。结论 面对新生儿胃穿孔患者,必须注意及时抢救,并加强围术期的护理干预,及时做好抢救护理和危险因素的预防工作,护理中也要求护理人员具备专业的护理知识,同时建立起责任心,以更好的专业知识和综合素质服务患儿,使患儿能够更快恢复健康,尽早出院。

关键词: 新生儿;胃穿孔;围术期;护理体会

胃穿孔一般发生在胃溃疡患者中,是其较为严重的一个并发症^[1]。该疾病主要发生在成年患者中,在新生儿群体中也有发病可能,但概率相对较低。在新生儿出生的2-7天为胃穿孔的高发期,稍有不慎便会对患儿的生命安全产生威胁,同时也会引发患儿的死亡^[2]。研究发现,新生儿胃穿孔发生的原因主要和胚胎发育初期各种胃部因素有关,可受到胃壁局部缺血、胃内压力上升、胃壁肌层缺损等因素影响^[3-4]。对于该类患儿而言,在发生胃穿孔后,诸多的气体会侵入腹腔中,使得膈肌升高,从而对换气功能造成一定影响^[5]。因此,患儿在临床上则会有明显的呼吸受限现象,严重时还可能并发弥漫性腹膜炎,甚至还有中毒性休克的可能。新生儿胃穿孔属于一种急腹症,危险程度较高,必须及时进行相应的治疗,目前手术为主要的治疗方案,通过手术抢救能够大大提升新生儿的存活率^[6]。不过,手术有着一定侵犯性,在围术期过程中也应坚持护理干预,提升手术疗效。现本文将针对新生儿胃穿孔的围术期护理进行探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

取2021年5月-2022年5月我院胃穿孔新生儿10例,5:5(男:女),出生时间在10-19d,平均(14.25±2.10)d;8例顺产分娩,2例足月剖宫出生;体重2.56-3.12kg,平均(2.83±0.65)kg。

入院时显示:患儿有腹胀症状,呼吸较浅,频率较高,听肠鸣音弱。肛门诊断:小指尖无法入肛门。入院时,患儿有高热现象,心率每分钟为(140.25±2.04)次,呼吸每分钟在(48.55±2.32)次。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准:(1)经临床诊断为胃穿孔;(2)出生时间超过7日;(3)患儿家属签字。

排除标准:(1)合并其他先天性疾病的患儿;(2)血液功能异常者;(3)伴有其他并发症疾病的患儿。

1.3 方法

1.3.1 基础治疗

入院后,为患儿常规进行胃肠道减压操作,应为患儿禁水、禁食,采取低压方式灌肠,同时常规进行补液,消炎和物理降温操作。在腹部X片诊断下,发现患儿腹部中有较多气体存在,因此行腹部穿刺操作将气体放出,患儿的呼吸受限现象得到了一定缓解。通过手术治疗,发现患儿的胃底能够发现4cm×5cm的先天性肌层发育现象,仅有黏膜层出现,其穿孔深度约在1mm左右。因此,通过手术将胃穿孔处进行修补。

1.3.2 护理方法

全部患儿均接受围术期护理干预,从手术开始前到手术过程中、手术结束后,进行全程护理指导,当患儿康复出院后方可停止护理。具体护理方法如下:(1)术前护理:收治患儿后,对患儿的基本信息进行全面分析,针对剖宫产分娩的患者,应将其住入暖箱中,同时指导患儿保持正确的姿势休养,尽量以侧卧姿势为主,以免误吸而造成的窒息现象^[7]。在进行氧气支持时,应选择面罩吸氧方式,并将其频率调为每分钟5L,同时常规讲解术前的相关事项,做好家属情绪安抚工作。医护人员则需备好手术所需的仪器,同时做好输液、输血、禁食等操作。手术前还需将手术室的温度调整为28℃。(2)术后护理:手术中,应全面监测患儿的体征状况,并和医生达成有效配合,同时做好保温工作,以免低体温对患儿机体造成的影响。另外,还需及时做好突发事件的应对准备。防止不良事件发生时能够有效处理

(3)术后护理:①感染预防:手术结束后,应将患儿送到NICU进行观察,待患儿体征处于平稳状态后,再将其送回普通病房,由于大部分患儿的体质量均较低,同时还有早产儿,免疫功能不足,因此最好安排单间病房,同时只允许一名陪护人员,降低探视时间。病房中的空气也需每日消毒,同时将窗户打开,确保通风次数为2次。而辐射保温台也应每日消毒和擦拭。所有新生儿所需要使用到的物品,也需提前消毒,确保干净干燥。病房床旁也应放上手部消毒液,加强手卫生管理,降低交叉感染的可能。②呼吸道护理:手术后,指导患儿保持平卧姿势,并在其肩部位置垫上枕头,同时将呼吸道打开,确保患儿能正常呼吸,头部则微微侧偏,降低误吸可能。在床旁还应放上吸痰器,以便随时进行吸痰处理。另外,还需密切观察患儿的呼吸状况,同时监测血氧饱和度,一旦发现血氧值降低现象,或呼吸异常、口周发绀时,则应马上和医生联系,并进行有效的应对处理。③辐射保温台护理:在手术后,应加强对患儿的保暖工作,尤其是早产儿和剖宫产儿,其体温中枢功能并未完全发育,可能受到四周环境温度影响,一旦温度偏低,便可能增加硬肿症的出现可能。如果将患儿放到辐射保温台中,不仅能够实现保暖效果,同时也有助于相关的治疗操作。大部分治疗操作最好在保温台中进行。另外,还需定期测试患儿的体温变化,结合体温状况及时进行辐射保温台温度的调整,确保温度在30℃-34℃左右,湿度维持65%-75%。如若患儿体温过高,超过37.5℃,则可通过物理方式降温,并适当降低保温台温度。必要情况下,还需将保温台直接关闭。术后患儿最佳体温值为36.3℃-37.5℃。④胃肠道减压护理:入院后,需常规进行胃肠道的减压操作,禁水禁食,使胃肠道的张力得以缓解,以免手术恢复效果受到影响。而在手术后,胃管可能会留置较长时

间,因此术后应加强对胃管的护理操作,确保管道固定,避免滑落、脱落等现象,一旦有意外,则应马上和医生联系,需确保医生同意或在医生有效地指导下,护理人员才可完成胃管的再次插入工作,严禁擅自重插胃管,以免引发胃吻合口瘘。在留置导管期间,应尽量使胃肠道的压力得到缓解,同时确保导管的通畅性,每日记录好引流液的性质、颜色和引流量。在需要的情况下,还可使用注射器将胃管液体缓慢吸出。在术后早期阶段,大部分患儿的引流液均呈咖啡色,但在病情的逐渐恢复后,大便会转为黄色。在进行胃肠减压操作过程中,如若发现导管引出液体中有血性液体存在,则需马上和医生联系,并及时进行相应处理。术后胃肠减压管的留置时间需保持 7-10 d 左右,当患儿肠道蠕动功能逐渐恢复正常后,则可将胃管拔除。⑤饮食干预与营养支持:营养支持也是手术治疗过程中的一个重要操作,机体的营养指标将和手术耐受性、预后效果等有着直接影响^[8]。在本文中,新生儿胃穿孔的禁食时间长达 7-9 日,患儿的免疫功能相对薄弱,故肠外营养支持工作则显得尤为必要。在手术后,应准确记录患儿每日进入和出入的饮水量,并结合患儿病情变化及时补充血浆、白蛋白、白细胞悬液等,使患儿的免疫功能得到提升。而在进行补液操作时,还应及时监测患儿的体重变化,一旦发现有不良反应产生,则应马上停止操作,并进行相应处理。本次研究中所选的患儿均在手术次日便接受了静脉营养治疗,营养液的含量结合患儿的体质量、病情状况、体液丢失情况进行结算。营养液主要选择的水溶性维生素、脂肪酸、氨基酸、脂溶性维生素等。静脉留置方式为头皮静脉,选择静脉时,尽量选择粗且直的。在进行液体输注时还应注意调节速度,同时观察穿刺点是否有红肿、疼痛和渗液现象,降低静脉炎的出现可能^[9]。在手术后 2-3 d,患儿便逐渐有肛门排气和排便现象,但并没有腹胀反应,因此,术后 7-10 d 便为患儿拔出胃管,术后 7d 则可逐渐饮用少量水,确保患儿没有呕吐现象后再开始母乳喂养。在护理过程中,还应全面检查患儿的腹部状况和大便情况,结合患儿的肌体耐受度适当饮食,母乳饮水量应从少量多次开始,随后再逐渐改为正常母乳喂养,使患儿的肠道功能有一个适应阶段。而在每次母乳喂养后,还需对患儿进行拍背处理,使胃部的气体得到排出。母乳饮食喂养的间隔时间则应结合患儿的实际需求而定,医生和护理人员应做好有效指导和相关事项的告知工作。⑥切口护理:在手术后应对切口进行腹带包裹,实现切口的保护效果^[10]。不过,在进行包裹操作时,应注意把握好松紧度,包括太紧可能影响患儿呼吸,而太松又无法达到保护目的。腹带最好选择消毒软布,使包裹的舒适感得到提升。同时,注意观察好患儿皮肤状况,定期更换腹带,以免发生切口感染,每日还需检查辅料状况,核查有无渗液、渗血现象,一旦有异常发生时,则需马上和医生联系,并做好更换工作。另外,还需及时观察好患儿的情绪变化,一旦发现有哭闹现象,则应马上寻找其中原因,同时进行情绪缓解。还在禁水、禁食期间,如果患儿哭闹情绪较为严重,还可以安抚奶嘴进行情绪的稳定工作,以免哭闹时使得腹部压力增加。在进行情绪安抚时,还可选用摇晃方式,将手臂放到患儿身体下方,以免对切口造成影响。⑦出院指导:出院前,应耐心讲述新生儿的喂养方法,并尽量要求母乳喂养,并注意记录好新生儿的生长变化,定期复诊和随访,并遵医嘱接种。

1.4 观察指标

观察患儿治疗和恢复情况。包括:抢救成功率、住院时间、并发症、出院体重等。

2 结果

手术后一日,患儿则拔除了气管插管,但测量呼吸状态较为平稳,为分钟(42.12±1.20)次。术后的 35 小时,1 例患儿突然出现了体征异常现象,心率下降至每分钟 69 次,呼吸降至每分钟 59 次,对此,护理人员马上进行了胸外心脏按压操作,并增加了氧气吸入量,同时为患儿注射 0.3mg 肾上腺素,有效的干预后,患儿的心率和呼吸逐渐恢复至正常范围。持续三日的正常试餐后,患儿未出现胃肠不适,排便正常,大便颜色转为黄褐色,并呈糊状。在手术治疗后的一周,对患者体温进行测量,得出平均体温为(37.52±0.36)℃,剖宫分娩的患儿则可离开暖箱,并回病房正常休养。

围术期护理后,10 例患儿全部抢救成功,抢救成功率为 100.00%,术后无并发症,2 周内均康复出院,平均住院时间为(13.25±1.59)d,出院时的体重为(3.62±0.25)kg。仅 1 例患儿出现了体征异常,但经护理后则逐渐恢复正常。

3 小结

综上所述,在新生儿外科的不断进步和成熟之下,临床治疗新生儿的技能也愈发成熟,使得新生儿胃穿孔的存活率也不断提升。如若再加上有效的围术期指导,完善术前、术中、术后的指导干预工作,还可保证患儿的预后质量,对新生儿胃穿孔的早日出院喂养有着重要的促进作用。

参考文献:

- [1]张伟. 新生儿胃穿孔患儿的围手术期护理体会[J]. 中国医药指南,2019,17(26): 260-261.
- [2]朱丽娜. 快速康复外科理念在急性胃穿孔患者围手术期的应用效果[J]. 河南医学研究,2021,30(3): 540-542.
- [3]孔伟娜,刘芬芬,千冬维. PDCA 循环模式下针对性护理对胃穿孔修补术患者生存质量及睡眠质量的影响[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(8): 159-162.
- [4]肖丽君,许明芳,洪岳华. PDCA 护理模式对胃穿孔患者术后营养状况和生活质量的影响[J]. 基层医学论坛,2021,25(24): 3433-3435.
- [5]薛更寅. 腹腔镜行胃穿孔修补术围术期对患者应用优质护理模式的价值分析[J]. 中国医药科学,2020,10(2): 164-166.
- [6]陈威. 腹腔镜胃穿孔修补术围术期的快速康复护理效果[J]. 中国医药指南,2020,18(28): 185-186.
- [7]王建新. 优质护理在急性胃穿孔患者围术期的应用效果[J]. 中国民康医学,2020,32(4): 152-154.
- [8]王艳君. 基于 FTS 理念的护理干预在急性胃穿孔患者围手术期的应用[J]. 河南医学研究,2020,29(14): 2665-2667.
- [9]杨兵. 围术期快速康复外科护理对胃肠道手术患者的影响[J]. 山东医学高等专科学校学报,2020,42(5): 394-395.
- [10]曾雪霞,许晓华. 快速康复外科理念对腹腔镜胃穿孔修补术患者术后胃动力及并发症的影响[J]. 黑龙江医药,2020,33(3): 731-732.

探讨快速康复外科理念在体外循环心脏手术患者围术期护理中的应用效果

汪姣

四川省科学城医院手术室 四川绵阳 621900

摘要：目的 分析在体外循环心脏手术患者的围术期护理中，应用快速康复外科理念护理方式的应用效果。方法 研究时间段选择近1年，以我院开展的体外循环手术工作进行研究分析，共计纳入样本研究量50例，所有患者均接受体外循环心脏手术进行治疗。对照组采取常规护理，观察组采取快速康复外科理念。对比两种不同护理方式所产生的护理效果。结果 观察组的下床活动时间、尿管拔出、住院时间明显较对照组更短，血浆用量较对照组更少（ $P<0.05$ ）；观察组患者的并发症发生率明显低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者的护理满意度明显较对照组患者更高（ $P<0.05$ ）；观察组的生活质量评分明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 在接受体外循环心脏手术治疗的患者中，实施快速康复外科护理能够促进患者的恢复，提升患者的护理满意度，减少患者并发症的发生，应用效果显著，值得推广。

关键词：体外循环心脏手术；常规护理；快速康复外科理念；围术期护理

体外循环心脏手术（Cardiac surgery with cardiopulmonary bypass）是常用的一种手术方式，在这种手术方式的干预下，是将血液从患者的身体中引出，通过体外人工氧合器，交换血液中的二氧化碳与氧气进行气体交换^[1]。通过该手术的实施下，能够模仿人体的肺脏功能，再通过机械泵，将血液输回机体中，为全身血液循环提供血液供应^[2]。通过体外循环心脏手术的实施，能够为现代心脏外科手术的成功开展提供重要保障。其中常用体外循环心脏手术的手术有：心脏瓣膜手术，成人先天性心脏病、主动脉根部瘤及冠状动脉旁路移植等^[3]。大部分心脏手术的开展都需要受到体外循环的支持，在心脏外科手术的开展中，会造成心脏停跳，若是缺乏体外循环支持，无法完成心脏手术^[4]。在临床医学中，通过应用体外循环来开展心脏手术能够从最大程度上减少对患者的心肌损害，从而促进患者手术后心脏成功恢复正常跳动^[5]。但临床研究指出，在体外循环心脏手术的开展中，有可能造成一些风险事件的发生，如可能引起患者出现心肌缺血、

感染、心律失常等情况，患者所面临的手术风险较大，严重情况下可能对患者的生命安全造成威胁。因而临床提出，在为患者开展手术治疗的同时，还需要为患者提供有效的护理服务^[6]。近年来有研究提出在体外循环心脏手术的实施下，通过快速康复外科（fast recovery surgery ,FTS）护理理念的应用能够起到较好的护理效果。为进一步对该种护理方式的实施效果进行探究，本研究就收治的接受体外循环心脏手术患者进行分析，现论述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间段选择近1年，以我院开展的体外循环工作进行研究分析，共计纳入样本研究量50例，所有患者均接受体外循环心脏手术进行治疗，随机分2组。两组患者资料对比 $P>0.05$ ，符合研究所需。具体如表1。

表1 两组信息资料比较（ $n, \bar{x} \pm s$ ）

组别	研究时间	例数	男性	女性	体质量（kg）	平均体质量（kg）	年龄范围（y）	平均年龄（y）
观察组	2020年1月~2020年12月	25	13	12	46~76	62.43±15.97	26~65	45.39±11.85
对照组		25	14	11	47~75	63.02±16.02	27~64	45.57±12.03

1.2 纳入和排除标准

纳入标准：所有患者对本次试验知情，并表示配合研究，签署同意书。排除标准：（1）自身存在免疫功能缺陷者；（2）伴随其他恶性肿瘤疾病，或自身存在先天疾病、传染性疾病者；（3）存在精神疾病，无法良好配合者；（4）存在血液疾病者；（5）存在相关手术禁忌症；（6）中途退出研究者。

1.3 方法

在患者入院后，均为患者开展相关检查，并为患者开展体外循环心脏手术进行治疗。

1.3.1 对照组

对照组患者采取常规护理，主要为患者开展生命体征监测，在手术干预前为患者开展健康宣教，并为患者进行心电监测护理，为患者提供相关饮食指导、呼吸功能训练等。

1.3.2 观察组

观察组患者则在FTS理念下开展护理措施，具体如下：（1）术前健康教育。在手术干预前，护理人员需要为患者开展健康教育，为患者讲解关于手术开展的原理、目的、流程等。同时为患者讲解关于肠内营养的相关

知识、注意事项等。通过健康教育的实施，提升患者的认知，从而促进患者配合度的提升。（2）术前心理护理，在术前，护理人员需要与患者进行积极的沟通，找到引起患者出现不良情绪的原因，并为患者提供针对性的心理疏导，将患者的抑郁、焦虑等不良情绪进行消除，使患者能够保持在相对稳定的心理状态下接受治疗及护理工作。（3）术中干预。在手术开展中护理人员需要对手术室的温湿度进行合理的调节，可应用变温毯、热气加温仪等设备进行干预，使患者的术中体温能够维持在正常的状态下。（4）术后干预。在手术干预后，护理人员应当将患者送入病房中休息，保持病房周围的安静。在为患者手术干预后，需要为患者进行一些输液治疗，在输液治疗开展的过程中，护理人员应当合理的调节输液的剂量及速度。在患者术后恢复期间，应当注意对患者呼吸道进行管理，保持通畅。由于手术的开展主要是通过患者的右侧胸腔完成，因此在手术干预中可能对肺部造成损伤。护理人员在术后可给予患者呼吸末正压通气治疗，对呼吸机的参数进行合理调节，预防肺不张等不良情况发生。在患者开展呼吸机辅助通气治疗过程中，应当为患者进行血气分析，并根据其分析结果，对患者的呼吸参数进行合理的调节，在调整后再次对患者进行血气分析，在治疗过程中护理人员需要加强对患者的呼吸监测。了解患者的血氧饱和度情

况、呼吸动度、频率及胸廓的运动频率等。通过听诊双肺,了解其是否存在呼吸音消失或减弱等不良情况。若是发现存在气道压力过高、血氧饱和度下降的情况,则需要警惕患者可能发生肺粘连或其他梗阻等情况。由于体外循环的开展会对心脏以及肺部造成再灌注损伤,因此在术后还需要加强对患者血流动力学指标的监测,持续进行心电监护,对患者的心电图变化、心率变化、心律等变化进行严密的观察,并给予其基础治疗,维持水、电解质的平衡。根据患者恢复情况,在严密的心电监护下为患者尽早开展早期运动干预。可从被动卧床训练逐渐过渡到床上主动运动再到下床运动,在循序渐进的方式下为患者进行运动指导,在运动期间注意观察患者的心电图变化情况指标。

1.4 观察指标

(1) 统计患者的围术期指标。包括下床活动时间、尿管拔出、住院时间、血浆用量。

(2) 统计患者的并发症发生率。

(3) 统计患者的护理满意度。

(4) 统计患者的生活质量评分。

1.5 统计学方法

应用统计学软件 spss22.0 对资料进行分析处理,计量资料($\bar{x} \pm s$)与计数资料(%),分别应用 t 、 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 围术期指标

观察组的各项围术期指标明显优于对照组 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组围术期指标对比 ($n, \bar{x} \pm s$)

分组	例数	下床活动时间 (d)	尿管拔出时间 (h)	住院时间 (d)	血浆用量 (mL)
观察组	25	2.43±0.26	8.03±1.16	12.19±1.15	6.57±1.19
对照组	25	4.72±0.37	14.59±2.06	18.47±2.09	9.01±1.02
t	-	25.320	13.874	13.163	7.784
p	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 并发症发生率

观察组的并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组并发症发生率对比 ($n, \%$)

分组	例数	胃肠功能异常	尿潴留	肺部感染	发生率
观察组	25	1 (4.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.00)
对照组	25	2 (8.00)	2 (8.00)	2 (8.00)	6 (24.00)
χ^2	-	0.355	2.083	2.083	4.153
p	-	0.552	0.149	0.149	0.042

2.3 护理满意度

观察组的护理满意度明显高于对照组 ($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组护理满意度对比 ($n, \%$)

分组	例数	满意	较满意	不满意	满意度
观察组	25	11 (44.00)	12 (48.00)	2 (8.00)	23 (92.00)
对照组	25	6 (24.00)	10 (40.00)	9 (36.00)	16 (64.00)
χ^2	-	2.228	0.325	5.711	5.711
p	-	0.136	0.569	0.017	0.017

2.4 生活质量评分

观察组的生活质量评分明显高于对照组 ($P < 0.05$),见表 5。

表 5 两组生活质量评分对比 ($n, \bar{x} \pm s$)

分组	例数	躯体功能	生理功能	精神功能	社会功能
观察组	25	85.37±15.92	86.85±16.05	87.18±16.72	85.82±17.02

对照	25	72.42±15.63	71.37±13.02	70.35±17.06	71.17±13.19
组					
t	-	2.902	3.745	3.523	3.402
p	-	0.006	0.000	0.001	0.001

3 讨论

在心脏外科手术中,为了保证手术的顺利实施,就需要采取体外循环手术为外科手术的开展提供重要支持。在体外循环心脏手术的开展中,通过上下腔静脉或右心房将回心的静脉血引出体外,基于人工心肺机氧合将二氧化碳排出体外,在交换气体后,再通过血泵将血液输回体内动脉循环中年^[7]。在心肺的转流状态下,能够将心脏血流阻断,再进行心内直视操作。通过体外循环手术的开展,主要是为了在给患者开展心脏直视手术过程中,为机体的全身脏器及组织提供血液供应。随着医疗技术的不断进步,体外循环心脏手术不断成熟,并得到了临床的广泛应用^[8]。这种技术不仅仅局限于心脏大血管手术的运营,还能够实施于肝脏手术、脑手术、肺手术、心肺功能衰竭手术等手术中,能够为患者提供重要的生命支持。有研究指出,在手术干预的同时,为患者实施有效的护理措施能够促进手术效果的提升。FTS 护理方式是以循证医学理论为基础开展。在体外循环心脏手术的実施下中对围术期的护理质量有较高的要求,能够将手术风险降低,通过术前的健康教育,能促进患者配合度的提升,为手术的顺利实施提供重要基础。在手术中及手术后,能够给予患者体温保护,能够减少患者的肺部感染风险、胃功能异常等并发症风险,能够使患者的住院时间得到明显缩短,促进患者的恢复。在 FTS 的實施下,能够对患者恢复情况加以分析,根据患者的病情为患者提供针对性康复措施,能够促进患者机体的恢复,取得较好的护理效果。

在本次研究中,观察组的下床活动时间、尿管拔出、住院时间明显较对照组更短,血浆用量较对照组更少 ($P < 0.05$);在并发症发生率统计中,显示观察组明显低于对照组 ($P < 0.05$);对患者护理满意度的统计,显示观察组较对照组更高 ($P < 0.05$);观察组的生活质量评分明显高于对照组 ($P < 0.05$)。说明基于 FTS 护理的开展,能够促进患者机体健康的恢复,提升患者的满意度,取得较好的护理效果。

综上,在体外循环心脏手术的實施,能够促进患者术后的恢复,效果显著,值得推广。

参考文献:

- [1]王慧慧,王学艳,郭美霞.快速康复外科理念导向下的护理干预在冠心病患者冠状动脉搭桥术围手术期中的应用[J].中国药物与临床,2021,21(12):3.
- [2]陈梦云,黄琼珊,李玲,等.医护一体化结合快速康复外科在食管癌患者围手术期应用的效果观察[J].现代临床护理,2020,19(3):7.
- [3]杜棣,马慧芳,乔静静,等.加速康复外科理念在髋关节置换术患者围手术期护理中的应用[J].昆明医科大学学报,2020,41(1):5.
- [4]葛伟伟,蔡璐,颜小挺.加速康复外科理念在髋关节置换术围手术期护理中的应用效果观察[J].中国药物与临床,2020,20(4):3.
- [5]郑洁,赵艳君,程建云.基于快速康复外科理念的疼痛管理联合中医疼痛护理干预在腹腔镜日间手术患者围手术期护理中的应用效果[J].广西医学,2021,43(7):4.
- [6]魏美金.《胃癌患者护理与家庭照顾》出版:快速康复外科理念在胃癌围手术期护理中的应用效果[J].介入放射学杂志,2021,30(4):1.
- [7]许惠萍.快速外科康复理念在老年腹腔镜胆囊切除术患者围手术期护理中的运用[J].中国药物与临床,2021,21(13):3.
- [8]兰文霞,李耀平,吴丽娟.基于多学科协作的快速康复外科护理模式在结直肠癌患者围手术期管理中的应用[J].中华现代护理杂志,2022,28(3):4.

预见性护理预防阴道分娩产妇产后出血的效果

王辉

廊坊市广阳区妇幼保健院 河北廊坊 065000

摘要：目的：对于预见性护理方案在预防阴道分娩产妇产后出血的预防效果进行分析。方法：将在我院建档并进行阴道分娩的100例产妇作为本次研究对象，并采用随机抽签法设置为观察组和常规组，分别实施预见性护理方案和常规护理方案。将两组患者的相关数据统计结果进行比较分析，为临床优化护理工作提供一定的参考。结果：经临床护理干预后，观察组产妇的各个相关数据统计结果显著优于常规组产妇，（ $P<0.05$ ）。结论：通过在阴道分娩产妇产后实施预见性护理方案能够有效预防其发生产后出血，而且还能够促进临床护理质量和效率的提升，产妇的心理状态得到有效调整，减少其产后出血量，在一定程度上有助于提高产妇的生存质量，产妇及其家属对临床护理服务表示满意和认可。

关键词：预见性护理；阴道分娩；产后出血

目前，人们的健康意识有大幅度提高，而且全面认识到阴道分娩的优点，在分娩方面首选阴道分娩方式，大多数的产妇在妊娠期充分了解自身情况的基础上一般都会尝试进行阴道分娩。而阴道分娩是一种自然的分娩方式，产后一般产妇的恢复速度都较快，而且通过阴道的挤压新生儿能够有效排出肺间质内的羊水，新生儿在身体协调能力和运动能力等方面更加良好。但是对于进行阴道分娩的产妇，应重视其并发症预防护理工作^[1]。产后出血是阴道分娩的常见并发症之一，其也是导致产妇发生死亡的一个重要因素，胎盘和软产道损伤以及宫缩乏力等因素都有可能导致阴道分娩产妇产后发生出血，产妇产后一旦发生出血，就会对其睡眠和血压等产生不良影响，甚至会对其生命安全产生威胁。为了能够有效预防阴道分娩产妇产后发生出血的情况，有效保证产妇的生命安全，应重视其产后出血的预防护理工作，旨在预防产妇发生产后出血，将患者的出血严重程度最大程度的减少，使新生儿和产妇的安全得以有效保障。常规护理模式虽然是目前上临床主要开展的护理工作，然而其中存在诸多问题。预见性护理方案较为新颖，通过将日常护理工作中常见的护理问题进行汇总而制定出有针对性的预防护理干预措施，旨在促进临床护理有效性的进一步提升^[2]。现对不同护理方案对阴道分娩产妇产后出血的预防效果进行如下汇总。

1 材料与方法

1.1 一般资料

产妇一般资料（表1）。

表1 两组产妇一般资料比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别（n）	年龄（岁）	孕周（周）
观察组（n=50）	27.53±3.02	40.10±0.82
常规组（n=50）	27.46±3.04	40.02±0.29
t	0.321	0.205
P	0.477	0.551

1.2 方法

常规组：执行常规护理方案，主要内容：对产妇进行常规产前检查，并将阴道分娩相关内容详细的告知产妇，促进其认知程度的提高，将阴道分娩的安全性详细地向产妇说明，并将阴道分娩过程中存在的不适感和相应的处理方法介绍给产妇。为了促进产妇配合度的提升，不断的给予其鼓励和安抚。针对分娩之后的产妇，护理人员对其相关生命体征等变化情况进行密切观察，并按照医生的要求给予患者相应的药物和处理。针对产后出现出血的产妇，对其出血量进行密切关注，必要的情况下向医师汇报，并配合完成相应的处理工作^[3]。

观察组：执行预见性护理方案，主要内容：（1）在分娩之前，护理人员全面检查产妇，并对其心理和生理等状况进行综合全面的评估，判断其是否和阴道分娩条件相符合，并将产妇妊娠并发症的发生情况重点排查，对其胎心进行密切监测，对胎儿的情况进行评价。对于贫血的产妇，配合

医生完成贫血纠正护理工作，使产妇的血红蛋白指标恢复到正常水平。（2）对产妇情况进行全面采集，对其产后出血高危因素进行排查和明确，并制定产妇产后出血高危因素量表，其中包括产妇的刮宫史、人工流产史和产后出血史等信息，根据评价表的结果为产妇制订个性化的护理计划，促进临床护理有效性的提高。（3）在分娩之前护理人员与产妇开展有效的沟通。护理人员对产妇的心理状态进行了解，并以温和的态度提高产妇对其信任度，促进产妇配合度的提升，将相关检查结果详细的介绍给产妇，使其明确可以尝试阴道分娩，并将阴道分娩的流程和需要注意的内容详细的介绍给产妇，重点讲解阴道分娩的优点，促进其认知程度的提升，提高产妇自然分娩的信心，使其在分娩时做好配合工作，将产程最大程度地缩短。（4）护理人员对产妇心理状态进行准确的判断，根据实际情况给予相应的心理疏导，使其紧张等不良心理状态得以缓解，不断的鼓励和安抚产妇，使其以良好的心理状态顺利完成阴道分娩。在分娩之前将拉玛泽生产呼吸法教会给产妇，经过练习使其能够准确掌握该呼吸法的正确方法，使产妇明确在不同产程阶段需要配合的内容，使其疼痛感得以最大程度的减少。同时，适当调整产妇的饮食，叮嘱产妇每天应进食含有丰富营养素的食物，但要保证容易消化，每天坚持进行适当的运动，有利于胎头的下降和阴道顺利分娩。（5）在分娩时护理人员要确保分娩室环境干净整洁，并给予产妇耐心的指导，将膀胱排空和保存体力，为产妇开放静脉通道，将相关的药物提前准备好，为及时实施有效抢救提供有利条件。护理人员对产妇宫缩情况进行密切的观察，并动态监测胎动和胎心，并给予适当的腹部按摩，有利于子宫的收缩，必要的情况下进行阴道侧切，使其尽快娩出胎儿。在分娩时，要对产妇的会阴进行保护。胎盘娩出之后，对胎盘和胎膜组织完整性进行检查，并根据实际情况判断其是否应用缩宫素。

（6）分娩之后产妇进行两小时观察，在确保产妇无异常情况之下安全送回普通病房，并不断地鼓励产妇应尽量母婴早接触和采取母乳喂养方式，叮嘱产妇应适当调整自己的心理状态，这样不但有利于子宫的收缩，同时还能够预防产后发生出血的情况。护理人员增加巡视次数，并对产妇的情绪和面色等情况进行观察，对其出血量进行测量。定时按摩产妇的腹部，有助于子宫的收缩，告知产妇腹部按摩能够尽快排除凝结的血块，不但能够有利于产后的尽快康复，同时还能够减少发生产后出血的风险。针对产后出血量相对较大的产妇，应做好测定和汇报工作，确保产妇的生命安全^[4]。

1.3 观察指标

对比两组产妇的相关指标。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 不同时间点出血量和住院时间比较

表 2 不同时间点出血量和住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	例 数	产后 2h 出血量 (ml)	产后 24h 出血量(ml)	住院时间(d)
观察组	50	5.32±2.45	172.56±43.44	192.50±45.78
常规组	50	7.01±2.87	213.88±38.61	284.63±51.33
t	-	3.172	4.832	9.920
P	-	0.002	0.000	0.000

2.2 并发症发生情况比较

表 3 并发症发生情况比较 (n, %)

组别 (n)	例数	宫颈裂伤	伤口感染	新生儿窒息	总发生率
观察组	50	2 (4.00)	1 (2.00)	2 (4.00)	5 (10.00)
常规组	50	4 (8.00)	3 (6.00)	7 (14.00)	14(28.00)
X ²	-	1.418	2.083	6.105	10.526
P	-	0.234	0.149	0.013	0.001

2.3 护理满意度比较

表 3 护理满意度比较 (n, %)

组别 (n)	例数	十分满意	满意	不满意	总满意度
观察组	50	38(76.00)	10(20.00)	2 (4.00)	48(96.00)
常规组	50	22(44.00)	17(34.00)	11(22.00)	39(78.00)
X ²	-	21.333	4.972	14.323	14.323
P	-	0.000	0.026	0.000	0.000

2.4 心理状态评分比较

表 4 心理状态评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (n)	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	60.32±5.14	31.87±5.40	59.78±5.60	32.88±5.47
常规组	50	60.52±4.63	47.12±4.50	59.30±5.97	46.33±4.73
t	-	0.918	9.669	0.373	9.258
P	-	1.021	0.000	0.497	0.000

2.5 生活质量评分比较

表 5 生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (n)	例数	环境	心理	生理	社会关系
观察组	50	18.21±1.85	15.61±2.25	15.24±2.85	16.12±3.24
常规组	50	12.44±2.01	10.87±2.52	9.26±3.20	11.02±2.58
t	-	15.356	10.800	10.630	9.860
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

阴道分娩后具有较高发生率的并发症就是产后出血,一般在分娩之后的两小时内具有较高的发生率,倘若产后出血未得到及时有效的控制,就有可能导致出血性休克或者大出血,甚至会引起死亡等不良后果。考虑到产后出血的不良影响,临床应加强阴道分娩后产妇的护理工作^[5]。临床上

所开展的常规护理模式重点是在对产妇实施常规的指导和宣教,产后对其情况进行关注,然而因产妇之间存在较大差异,因此常规的护理方案无法保证护理有效性,即使有些产妇发生产后出血给予必要的护理干预,然而却缺少主动性^[6]。

预见性护理方案较为新颖,该护理方案要求护理人员根据专业知识对日常护理工作中存在的问题进行判断和汇总,并制定相应的护理干预方案,有效预防护理问题的发生,促进临床护理工作有效性的进一步提高。在阴道分娩产后出血护理中应用预见性护理方案存在诸多优势^[7]。

预见性护理方案强调护理人员评估产妇和胎儿的综合情况,对于产妇产后出血风险予以明确,并以此为依据制定个性化的预防护理方案,最大程度地降低产妇发生产后出血的概率。自然分娩对于产妇来说是一种较为剧烈的刺激,在整个分娩阶段产妇会表现明显的不良心理状态^[8]。在分娩之前,这种不良的心理状态会对其应激水平产生影响,在一定程度上减慢分娩过程中宫口的扩张速度,进而延长产程,增加产妇的体力消耗量,同时也会增加产妇产后出血和阴道助产以及剖宫产的风险,也有可能增加导致胎儿出现宫内缺氧或者窒息的情况,进一步增加发生不良分娩结局的风险。由此可见,对于进行阴道分娩的产妇应加强其心理护理,最大程度的缓解其不良心理状态^[9]。在此基础上,应加强对产妇的健康教育力度,促进其认知程度的提升和依从性的提高,在保证产妇具有良好心理状态的同时,还能够加快其身体的尽快恢复,使其产后出血得到有效控制。分娩时护理人员还要对产妇的情况进行综合全面的考虑,给予及时有效的护理干预,使产后出血的发生得到有效预防,减少产后出血的严重程度。在分娩之后,护理人员需要对产妇的情况进行密切观察,对其出血征兆进行及时的判断,做好汇报和相应处理工作^[10]。

4 结论

总而言之,预见性护理方案对于阴道分娩产妇产后出血预防具有显著的效果,不但能够调整产妇的心理状态,同时还能够促进其产后的尽快恢复,减少产妇产后出血量,使产妇的生活质量得以优化,产妇及其家属更加认可该护理干预效果。

参考文献:

- [1]董许超.预见性护理预防阴道分娩产妇产后出血的效果[J].中国医药指南,2022,20(10):130-132.
- [2]徐章云,刘培.预见性护理对阴道分娩产妇产后出血的临床预防效果观察[J].贵州医药,2021,45(12):2009-2010.
- [3]江育英.预见性护理干预对阴道分娩产妇产后出血及满意度的影响[J].基层医学论坛,2021,25(35):5167-5169.
- [4]徐薇.预见性护理对降低阴道分娩产后出血的效果研究[J].当代临床医刊,2021,34(05):52-53.
- [5]李远兰.阴道分娩产妇进行预见性护理对产后出血状况的预防效果[J].中国社区医师,2021,37(27):143-144.
- [6]王爱丽,左艳君,沙灵,孔祥静.预见性护理对降低阴道分娩产妇产后出血的护理效果[J].中国医药指南,2021,19(08):173-174.
- [7]王慧.预见性护理对预防阴道分娩产后出血的临床护理效果[J].山西医药杂志,2020,49(20):2850-2851.
- [8]林慧芬.预见性护理干预在预防阴道分娩产后出血中的应用效果观察[J].基层医学论坛,2020,24(30):4341-4342.
- [9]李金晶,王婧铭,董艳,李建丽.阴道分娩产妇产后出血及其预见性护理效果探讨[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(26):98+101.
- [10]杨小平.预见性护理对阴道分娩产妇产后出血的护理效果分析[J].中外女性健康研究,2020(13):148+150.

个体化 CGA 护理干预模式在消化道早癌行 ESD 治疗患者中的应用效果观察

王吉月 许繁华^{通讯作者}

宁夏医科大学总医院消化内科 宁夏回族自治区银川 750000

摘要：目的 分析个体化老年综合评估（CGA）护理模式在内镜下黏膜剥离术（ESD）治疗消化道早癌中的应用效果。方法 于 2021 年 1 月~2022 年 1 月期间开展研究，收集该期间收治的 70 例行 ESD 治疗的消化道早癌患者作为研究对象，将研究对象按照随机分组法设为两组，同期开展不同的护理方案，对照组 35 例实施常规护理，观察组 35 例实施个体化 CGA 护理，比较两组护理效果。结果 两组术后 4h、8h 评分比较差异不大（ $p>0.05$ ）；术后 12h~72h 观察组 VAS 评分较对照组低（ $p<0.05$ ）；干预前，两组 PSQI 评分无显著差异（ $p>0.05$ ），干预后，观察组 PSQI 评分显著低于对照组（ $p<0.05$ ）；护理干预前两组 SAS、SDS 评分比较差异不显著（ $p>0.05$ ）；护理干预后，观察组 SAS、SDS 评分较对照组降低（ $p<0.05$ ）；与对照组相比，观察组并发症总发生率显著降低，总满意度显著升高（ $p<0.05$ ）。结论 对行 ESD 治疗的消化道早癌患者实施个体化 CGA 护理能够有效改善患者负性情绪，减轻术后疼痛，减少并发症，提高护理满意度。

关键词：消化道早癌；内镜黏膜下剥离术；老年综合评估；护理干预

随着人口老龄化发展、疾病谱改变，我国癌症负担日益加重，早发现、早诊断和早治疗是治疗癌症的关键原则，我国消化道恶性肿瘤发病率很高，其中食道癌、胃癌、结直肠癌均居于我国癌症发病率的前列^[1]。随着人们健康意识提高，消化道肿瘤早期诊断率显著升高，内镜黏膜下剥离术（ESD）目前已经被广泛应用于早期消化道恶性肿瘤的治疗中，相比传统外科手术具有创伤小、术后并发症少和恢复快等优势。然而 ESD 作为有创治疗，仍然有并发症风险，这无疑增加了患者的心理负担^[2]。另外，消化道恶性肿瘤多见于老年患者，老年人多合并有基础疾病，对手术耐受度较差，因此对于老年消化道早癌患者开展治疗和护理过程中，需要对其实际情况进行综合、全面的考虑^[3]。老年综合评估（CGA）是针对老年患者

健康状况的综合评估方法，其主张从精神、躯体、功能、社会、环境等各个维度对患者整体健康水平进行评价，从而指导临床治疗和护理方案的计划^[4]。本研究将 CGA 应用于消化道早癌 ESD 患者的临床护理工作中，收效较好，现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

于 2021 年 1 月~2022 年 1 月期间开展研究。研究对象为该期间我院收治的行 ESD 治疗的 70 例消化道早癌患者。将研究对象分设为两组，两组一般资料比较，差异不显著（ $p>0.05$ ），见表 1。

表 1 两组消化道早癌患者一般资料

组别	例数	性别[n（%）]		年龄 （岁）	体质量指数 （kg/m ² ）	疾病类型[n（%）]		
		男	女			胃癌	食管癌	结直肠癌
观察组	35	20（57.14）	15（42.86）	67.65±7.15	22.52±4.13	15（42.86）	11（31.43）	9（27.51）
对照组	35	19（54.29）	16（45.71）	69.15±6.97	23.14±4.03	16（45.71）	12（34.29）	7（20.00）
t/χ^2		0.058		0.889	0.636	0.058	0.065	0.324
P		0.810		0.377	0.527	0.810	0.799	0.569

纳入标准：（1）符合诊断标准的消化道早癌患者，均行 ESD 手术。（2）神志清楚，精神正常，可正常交流。（3）对研究知情同意且自愿参与。

排除标准：（1）合并精神障碍、认知障碍、智力障碍者。（2）酒精、药物依赖史。（3）合并其他系统肿瘤者。

1.2 方法

对照组实施常规护理，根据 ESD 手术需求和护理常规，进行相关护

理操作，包括术前检查与准备、禁食禁饮、肠道准备、健康教育、麻醉评估、术后禁食等。

观察组基于上述常规护理，实施个体化 CGA 评估，主要包括（1）评估，采集患者病历资料，对其疾病基本信息进行评估。评估要素包括功能状况[采用日常活动功能（ADL）量表评估]、合并症（老年肿瘤患者常见合并症如糖尿病、心血管疾病、肾功能不全、骨质疏松等，评估合并症

对治疗风险的影响)、精神状态[采用智能精装状态评估表(MMSE)量表进行评估]、情绪[采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行评估]、营养状况[采用营养风险筛查表(MNA-SF)进行调查]、压疮风险(采用Braden风险量表进行评估)。(2)护理措施,针对上述评估情况制定相应的护理方案:①营养护理,老年患者普遍存在营养不良,营养不良状态可影响患者预后,导致患者对手术耐受性下降,增加感染风险。针对评估存在营养风险的患者,由营养师制定营养治疗方案,护理人员负责落实,加强围术期营养管理。②压力性损伤风险,根据压疮风险评估级别,给予针对性的护理方案,无压疮风险者给予常规护理,轻中度风险者给予翻身、按摩等,高风险者给予水床等物理预防方法。③心理护理,对于存在焦虑和抑郁倾向的患者,进行心理疏导,给予人文关怀,帮助患者克服恐惧心理,向患者介绍ESD相关知识,帮助患者了解预后,从而减轻心理压力,消除紧张、焦虑、抑郁等情绪,若心理问题较严重则联系心理师给予专业的心理治疗。④加强生命体征监测,术后增加巡视频率,观察患者术后恢复情况,是否存在呕血、便血等出血现象,观察腹部存在压痛或反跳痛与否,警惕迟发性穿孔。

1.3 观察指标

(1)采用视觉模拟评分法(VAS)对患者疼痛程度进行评估,利用带有10cm刻度的标尺或线段进行评估,标尺或线段“0”、“10”两端分别代表无痛和剧烈疼痛,评分越高,疼痛程度越严重。分别于术后4h、8h、12h、24h、72h进行评估。

(2)分别于护理干预前后应用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)对患者睡眠质量进行评估,包括睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能七个因子,每个因子采用0~3分计分法,总分0~21分,评分越高,睡眠质量越差。

(3)采用SAS、SDS量表评估患者焦虑和抑郁程度,SAS以50分划界,SDS以53分划界,超过划界分提示存在症状,评分越高症状越重。

(4)统计两组术后并发症发生情况。

(5)统计两组护理满意度。

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 疼痛评分

两组术后4h、8h评分比较差异不大($p > 0.05$);术后12h~72h观察组VAS评分较对照组低($p < 0.05$),见表2。

表2 两组VAS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	术后4h	术后8h	术后12h	术后24h	术后72h
观察组	35	4.81±2.13	4.53±2.18	3.45±0.93	3.11±0.52	2.13±0.71
对照组	35	4.76±2.33	4.23±1.98	4.01±0.95	3.43±0.41	3.11±0.41
<i>t</i>		0.094	0.603	2.492	2.859	7.072
<i>P</i>		0.926	0.549	0.015	0.006	0.000

2.2 睡眠质量评分

干预前,两组PSQI评分无显著差异($p > 0.05$),干预后,观察组PSQI评分显著低于对照组($p < 0.05$),见表3。

表3 两组PSQI评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	35	11.13±1.13	3.15±1.15
对照组	35	11.35±1.82	6.23±1.07
<i>t</i>		0.608	11.600
<i>P</i>		0.546	0.000

2.3 焦虑、抑郁评分

护理干预前两组SAS、SDS评分比较差异不显著($p > 0.05$);护理干预后,观察组SAS、SDS评分较对照组降低($p < 0.05$),见表4。

表4 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	35	58.46±7.45	42.13±7.08	51.52±9.13	43.23±5.16
对照组	35	57.33±6.97	52.33±7.33	52.74±9.02	50.25±6.13
<i>t</i>		0.655	5.921	0.562	5.183
<i>P</i>		0.515	0.000	0.576	0.000

2.4 并发症

与对照组相比, 观察组并发症总发生率显著降低 ($p<0.05$), 见表 5。

表 5 两组并发症发生率比较[n (%)]

组别	例数 (n)	腹痛	出血	穿孔	院内感染	总发生
观察组	35	3 (8.57)	2 (5.71)	2 (5.71)	0 (0.00)	7 (20.00)
对照组	35	5 (14.29)	5 (14.29)	3 (8.57)	2 (5.71)	15 (42.86)
χ^2						4.242
P						0.039

2.5 护理满意度

与对照组相比, 观察组总满意度显著升高 ($p<0.05$), 见表 6。

表 6 两组护理满意度比较[n (%)]

组别	例数 (n)	非常满意	较满意	一般	不满意	总满意度
观察组	35	21 (60.00)	13 (37.14)	1 (2.86)	0 (0.00)	34 (97.14)
对照组	35	15 (42.86)	13 (37.14)	5 (14.29)	2 (5.71)	28 (80.00)
χ^2						5.081
P						0.024

3 讨论

消化道恶性肿瘤具有发病率和死亡率均高的特点, 是危害人类健康的重要疾病。随着消化道癌症早期诊断率的升高, 更多患者获得治愈或延长生存期的机会, 其中 ESD 的应用有效改善了相当部分消化道早癌患者的生存质量^[5-6]。

CGA 模式是一种对老年患者健康状况进行综合评估的方法, 其从上世纪八十年代开始建立, 此后逐渐在临床得到推广^[7]。CGA 强调从精神健康、躯体健康、躯体功能、社会功能等方面全方位多维度地评估患者综合健康水平^[8]。在临床中, CGA 模式的应用通常是采集患者完整病史、家族史、用药时、症状、健康习惯、社会经济状况等资料, 从而对患者做出全面的评估、诊断、治疗与护理^[9]。该模式的目的包括尽可能早地发现患者潜在的机体功能缺陷或风险, 进而明确患者的医疗需求、护理需求, 进一步制定有针对性的干预措施, 并对干预效果进行评估、调整干预策略^[10]。本次研究中, 将 CGA 模式应用到消化道早癌 ESD 患者的临床护理工作中, 通过功能状况评估、合并症评估、营养状况评估、心理状态评估、压疮风险评估, 并根据上述评估结果, 为患者制定个体化的干预方案, 涉及心理护理、营养护理、压力性损伤预防、病情监测等方面。研究结果显示, 与对照组相比, 观察组术后 12h~72hVAS 评分、干预后 PSQI 评分、SAS、SDS 评分以及并发症发生率均更低, 满意度更高, 提示 CGA 护理模式能够改善 ESD 患者心理状态, 减轻术后疼痛, 减少术后并发症, 促进患者康复。

参考文献:

[1]刘全艳,程倬,严明确,等. ESD 治疗上消化道早期癌的疗效及术后患者生活质量的影响因素分析[J]. 实用癌症杂志,2020,35 (9): 1493-1496.

[2]靳迎春,赵金,周津. 上消化道早期癌癌前病变患者应用内镜下黏膜剥离术治疗的效果观察[J]. 河北医学,2020,26 (8): 1338-1343.

[3]杨桂凤,虞敏亚,杨雪兰. 个体化预测早期消化道肿瘤 ESD 术后迟发性出血风险的列线图模型的建立[J]. 中华现代护理杂志,2021,27 (2): 164-170.

[4]李娟,许丹,李雯. 多元化视频宣教在内镜黏膜下剥离术患者健康教育中的应用[J]. 中国医药导报,2021,18 (17): 177-180.

[5]艾刚锋. "知信行"模式在内镜黏膜下剥离术围术期护理中的应用价值[J]. 国际护理学杂志,2021,40 (22): 4156-4158.

[6]魏萍,鲁雅飞. 全程舒适护理对消化内镜黏膜下剥离术患者的护理探究[J]. 中国卫生标准管理,2021,12 (3): 146-148.

[7]高霞. 优质护理服务对行内镜黏膜下剥离术治疗的消化道早癌患者的护理效果[J]. 中外女性健康研究,2021 (9): 137-138.

[8]李娅,李佼,兰春慧,等. 全程护理优化方案干预提高内镜下黏膜剥离术临床质量的价值[J]. 重庆医学,2019,48 (14): 2430-2432.

[9]李伟,张茜. 早期胃癌患者内镜黏膜下剥离术后心理焦虑的影响因素及其护理对策[J]. 护理实践与研究,2020,17 (11): 98-100.

[10]汤海霞. 空气波压力治疗仪联合个性化护理干预在早期胃癌内镜黏膜下剥离术后患者中的应用效果[J]. 医疗装备,2022,35 (4): 125-127.

探讨优质护理干预对前列腺癌患者情绪及生活质量的影响

江小艳 张苏迎

广州医科大学附属第一医院 广东省广州市 510230

摘要：目的：分析对前列腺癌患者使用优质护理对其负性情绪以及生活质量的影响。方法：从我院中选择 100 例患者作为研究对象，将患者进行随机平均分组后获得例数相等的对照与观察组别。对照组行常规护理，观察组行优质护理，就负性情绪、生活质量、护理满意度、尿失禁情况展开比较。结果：两组护理前负性情绪评分差异不显著，护理后观察组 SAS、SDS 评分低于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组各项生活质量评分低于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组护理满意度高于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组尿失禁发生率及持续时间均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：对前列腺癌患者进行优质护理可提升患者生活质量，缓解并改善负性情绪，让患者获得更好的护理服务，促进疾病改善。

关键词：优质护理；前列腺癌；负性情绪；生活质量；满意度；尿失禁

前列腺癌是一种因前列腺上皮细胞恶性增生所导致的肿瘤^[1]。这一疾病不具有传染性，但存在一定的遗传倾向。前列腺癌是男性中较为常见的恶性肿瘤之一，其发病率在西方一些国家仅次于肺癌，占男性恶性肿瘤的第二位^[2]。发生前列腺癌的患者多集中在 65 岁以上的男性中，经相关研究表明，约有 80% 的前列腺癌患者其年龄大于或等于 65 岁^[3]。由于前列腺癌多发生于前列腺后叶，早期并无明显症状^[4]。当肿瘤长大引起膀胱颈梗阻后出现相继症状才容易被患者察觉。发生的症状较为典型的是尿频、尿流变细、排尿困难、尿潴留等。上述症状又与前列腺增生的症状相似，所以容易混淆，耽误早期诊断^[5]。受此影响，部分前列腺癌患者在确诊后疾病形势已较为严峻，需及时采取治疗来控制病情。在治疗给予患者有效干预的同时，强调护理的介入具备重大意义^[6]。原因是因为优质的护理能够起到辅助治疗的作用，帮助患者控制情绪以及改善生活水平。就护理方法展开讨论，我院尝试进行对比研究以论证优质护理对疾病产生的积极效果，相关内容如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

在 2020.06~2022.01 时间线内，选择我院收治的前列腺癌患者 100 例作为研究样本。样本经随机数字法分组后获得例数均为 50 例的两个组别。对照组患者年龄 58~75 岁，平均年龄（ 64.27 ± 5.38 ）岁，分期情况：T1 期 23 例，T2 期 27 例。观察组患者年龄 60~78 岁，平均年龄（ 64.58 ± 5.49 ）岁，分析情况：T1 期 24 例，T2 期 26 例。

纳入标准：（1）经临床诊断确诊患有前列腺癌者；（2）自我意识清晰，信息资料健全者；（3）无相关药物过敏史者；（4）经沟通同意参与研究并在知情书上签下姓名者。

排除标准：（1）存在凝血功能障碍者；（2）病灶远端出现转移情况；（3）对护理内容有强烈排斥现象且拒不配合。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采取常规护理。于患者入院后对其实施健康知识教育，让患者更加了解疾病的病理知识、临床症状、注意事项等。给予患者日常生活习惯、饮食、用药方面的指导，做好监督方面的管理。日常注重病房巡查、体征检测，如遇异常情况及时汇报给医师。

1.2.2 观察组

实施优质护理，具体内容包括以下几项。（1）疼痛护理。如果前列腺癌侵犯了膀胱、直肠等部位会造成小腹部或腰部、会阴部的疼痛，护理人员首先需要向患者讲解疼痛产生的原因以及疼痛属于正常表现，降低患者的焦虑感。随后对患者疼痛情况进行评估，对轻度疼痛的患者可采取降低疼痛关注度、转移注意力的方式帮助患者缓解疼痛情况，针对中重度疼痛患者应在医师的指导下进行药物镇痛或者是镇痛泵镇痛处理。（2）心理护理。对患者产生的心理负性情绪表示充分理解。就患者当下情况进行心理

状态评估。针对出现轻度负性情绪的患者，护理的重点在于稳定患者情绪，将其朝着正向积极的方向引导，可采取的方式有沟通、开展兴趣爱好等。对中度负性情绪患者因找到另患者产生负面情绪的问题，针对问题进行心理疏导与开解，让患者能够找到情绪抒发的窗口，缓解并稳定负性情绪。对重度负面情绪患者，应采取一对一沟通、专业心理疏导、开展讲座等方式减轻患者沉重心理负担，让患者情绪能逐步稳定下来并朝着好的方向进展。（3）尿失禁护理。在尿管留置期间指导患者进行肛门收缩训练，增加盆底肌肉力量。护理人员需向患者强调进行提肛训练的必要性，在开展提肛训练时，护理人员需佩戴一次性手套，将液体石蜡涂抹至食指周围，引导患者放松身体，随后缓慢将食指插入患者肛门，指导患者进行相关收缩训练，待护理人员感受到收缩较为强劲时帮助患者计时，让患者维持 30s 以上时间。对持续尿失禁的患者进行肛周部位清洁、避免相关并发症发生。

（4）饮食及生活护理。指导患者及时补充膳食纤维，多食用高蛋白、高维生素的食物。日常饮食需要注意避免暴饮暴食、注重饮食的规律性和健康性。由饮食延伸至生活习惯方面，需督促患者改掉不良习惯（如长期抽烟、熬夜、喝酒等），建立起良性的生活作息规律。（5）用药护理。对患者常用药物进行讲解（如：比鲁卡胺片、如诺雷德等），让患者对药物相关知识有一定程度的了解。同时，明确药物的正确服用剂量及时间，遵照医嘱服用相关药物。护理人员需就服药重要性进行强调，告知患者不能按照自身喜好私自删减或增加药物类型、药物剂量等。

1.3 观察指标

（1）就患者负性情绪方面实施比较。患者负性情绪主要体现在焦虑、抑郁方面，测定方法以焦虑自评量表^[7]（SAS）、抑郁自评量表^[8]（SDS）为参考，评定患者负性情绪变化情况。实施测评主要以护理前及护理后两个时间段展开，两个量表分值越高及表示越严重。在总分 80 的情况下，总分低于 50 分者为正常；50—60 者为轻度，61—70 者是中度，70 以上者是重度。

（2）就生活质量方面进行对比。采用生活质量评定量表^[9]（SF-36）进行各项情况评分，量表内涉及患者活力、精神健康、生理职能、社会功能、躯体疼痛等 7 项指标，各项总分为 100 分，得分越高说明患者生活质量情况越好。

（3）就护理满意度进行对比。向患者搜集其对护理的满意情况，搜集使用本院自拟调查表进行，指导患者就表内题目实际感受进行打分，在总分 100 分的情况下，患者打分不足 60 分为不满意，超过 60 分未滿 80 分为比较满意，80 分以上为非常满意。

（4）就患者尿失禁情况进行对比。主要考察患者尿失禁发生概率和持续时间。其中，尿失禁发生概率为组内发生例数与组内总例数之比。

1.4 统计学方法

应用统计学软件 spss24.0 对资料进行分析处理，患者的计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）与计数资料（%），分别应用 t、 χ^2 检验，以 $p < 0.05$ 为差异有

统计学意义。

2. 结果

2.1 负性情绪比较

护理前两组 SAS、SDS 评分差异不显著 ($P>0.05$)，护理后两组评分均有所下降且观察组评分低于对照组 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 负性情绪比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	67.35±5.68	40.25±4.27	66.37±6.47	39.92±4.17

表 2 生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	精神健康 (分)	生理职能 (分)	躯体疼痛 (分)	情感职能 (分)	社会功能 (分)	生理功能 (分)	活力 (分)
观察组 (n=50)	89.26±6.23	91.50±9.28	92.22±8.16	95.13±8.43	94.53±6.85	96.36±8.36	92.89±5.17
对照组 (n=50)	78.24±4.58	78.63±8.17	80.23±8.13	77.48±8.22	73.21±5.47	83.73±8.12	82.27±5.12
t	10.077	7.360	7.360	10.599	17.197	7.663	10.320
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 护理满意度比较

观察组满意度高于对照组 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 满意度比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	比较满意	不满意	满意度
观察组	50	26 (52.00)	19 (38.00)	5 (10.00)	45 (90.00)
对照组	50	20 (40.00)	17 (34.00)	13 (26.00)	37 (74.00)
χ^2					4.336
P					0.037

2.4 尿失禁情况比较

观察组尿失禁发生率及持续时间均低于对照组 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 尿失禁情况比较 (n, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	发生率 (%)	持续时间 (d)
观察组	50	10 (20.00)	2.24±0.67
对照组	50	28 (56.00)	8.21±2.42
χ^2/t		13.752	16.811
P		0.000	0.000

3. 讨论

前列腺癌是前列腺泡细胞异常无序生长的结果，该疾病在全球发病率均较高，在我国情况同样不容乐观^[10]。前列腺癌主要发病群体为老年男性，受群体特殊性影响，老年患者在发病后容易产生较为明显的心理负担，其生活质量也会受到比较明显的影响^[11]。心理方面，患者受疾病本身影响、家庭因素、经济条件等多种因素共用作用，容易产生诸如烦闷、焦躁等负面情绪。在情绪的作用以及自身身体机能持续下降的情况下，患者的生活质量也会大打折扣。合理分析患者实际需求，给予患者有效的护理干预，对患者来说存在较为重要的意义。

有效展开护理举措，充分关注患者的切实需求，优质护理能够体现出自身的优势，给予患者更好的护理服务。优质护理与常规护理相比较，对明显的区别在于优质护理强调以患者为中心，在考虑患者需要的情况下给予了多方面的优质护理干预。从实际结果中进行分析，使用优质护理（观察组）与使用常规护理（对照组）存在明显差别 ($P<0.05$)。在负性情绪方面，护理前的评分不具备对比价值，护理后观察组两项评分明显低于对照组。这表示优势护理能在护理后较大幅度的降低患者的负性情绪评分，起到稳定情绪，促进患者改善心理负担的作用。在生活质量方面，观察组各项评分均高于对照组。这表示优势护理能从多方面提升患者生活水平，让患者综合生活质量获得升级。在满意度上，观察组满意度概率更高。表示其所用护理能更好的获得患者的认可。在尿失禁方面，观察组发生率及持续时间均较对照组低。说明优质护理能更好的改善患者尿失禁情况，促

组别	例数	SAS (分)	SDS (分)	满意度 (%)	尿失禁发生率 (%)
对照组	50	67.48±5.74	48.67±5.14	66.25±6.22	42.32±4.52
观察组	50	40.25±4.27	39.92±4.17	90.00	20.00
t		0.113	8.909	0.094	2.759
P		0.909	0.000	0.924	0.006

2.2 生活质量比较

观察组各项生活质量评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

进患者恢复。

综上，对前列腺癌患者使用优质护理能更好的改善患者尿失禁症状，提升患者生活水平，缓解负性情绪，患者对其护理的开展认可度更高。

参考文献:

- [1]朱春鹰,王宣娜,徐敬霞,等. 优质护理对腹腔镜下前列腺癌根治术后尿失禁的影响[J]. 医学理论与实践,2020,33 (9): 1525-1526.
- [2]慕彦. 优质护理干预对前列腺癌患者术后尿失禁的影响[J]. 中国医药指南,2020,18 (2): 279-280.
- [3]白进霞. 对接受前列腺癌根治术的患者进行优质护理对其术后尿失禁的影响[J]. 当代医药论丛,2020,18 (1): 230-232.
- [4]申倩,谢小卫,杜稳斌,等. 全程优质护理在前列腺癌化疗栓塞中的应用研究[J]. 中国肿瘤临床与康复,2021,28 (10): 1273-1277.
- [5]史率克,彭珠峰,宋攀. 加速康复外科在前列腺癌根治术中的应用进展[J]. 西部医学,2021,33 (11): 1714-1716,封 3.
- [6]王玲,何雨晴,王琼,等. 围术期协同激励护理在腹腔镜前列腺癌根治术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27 (6): 84-86.
- [7]李友芳,张娟,张培,等. 围术期快速康复护理结合临床路径在前列腺癌根治术患者中的应用价值[J]. 河北医药,2021,43 (2): 310-313.
- [8]刘爱平,姚小燕,罗顺英,等. 基于循证的前列腺癌根治术围术期加速康复外科护理策略的构建与实施[J]. 中国当代医药,2021,28 (24): 249-251,255.
- [9]夏军娜,朱礼霞,华剑红. 同伴支持延续性护理对前列腺癌手术患者的影响[J]. 中国当代医药,2021,28 (17): 273-276.
- [10]王玉婷,郑喜春,曹丹丹,等. 基于奥马哈系统的延续性护理在前列腺癌根治术患者中的应用效果观察[J]. 医药前沿,2021,11 (23): 120-122.
- [11]许献霞,陈振兰,黄英凡,等. 快速康复外科护理对前列腺癌根治术后患者控尿功能及康复结局的影响[J]. 长春中医药大学学报,2021,37 (4): 880-883.

无缝式护理对提高急诊科护理质量与护理满意率的作用分析

刘晓琴 汪银东

银川市第二人民医院 宁夏银川 750000

摘要：目的：分析急诊科医疗干预阶段，无缝隙护理模式开展对护理质量与护理满意度的影响。方法：选择 2021 年 10 月到 2022 年 5 月期间本院急诊收治的 82 例患者作为研究对象，2022 年 1 月前开展常规急诊护理阶段的 41 例患者为对照组，2022 年 1 月后开展无缝隙护理模式阶段的 41 例患者为干预组，分析无缝隙护理模式的应用价值。结果：急诊科患者病情护理阶段有效的护理方案开展，能更好地优化机制，效率提升患者对本院医疗服务的满意度；无缝隙护理模式的开展，使得干预组患者满意度占比进一步提升（ $P<0.05$ ）；无缝隙护理模式用于急诊科患者的病情干预，能进一步优化患者的依从行为；通过该护理模式的开展使得急诊干预阶段医疗护理服务质量提升；干预组患者接受无分析护理模式实施后，护理质量评分更高（ $P<0.05$ ）；急诊科病情较为紧急，所以急诊科医疗服务实施中，无缝隙护理模式的落实，更好地优化了，急诊效率保证了急救抢救治疗，有效促进了急诊用时抢救用时的缩短，改善患者住院治疗时间；干预组患者各项指标基于对照组（ $P<0.05$ ）；急诊科病情护理阶段，无缝隙护理模式的落实，能更好地优化患者的情绪状态，使得危急重症患者负性情绪有效缓解，能够主动配合医务人员开展相关医疗服务；无缝隙护理模式干预后，干预组患者焦虑、抑郁评分明显改善（ $P<0.05$ ）；由于急诊科患者病情通常较为紧急，患者在情绪、生理方面受到影响较大，所以开展无缝隙护理模式能加强医疗干预阶段患者的满意度，保证护理服务质量的提升；优化急诊科医疗服务质量，使显著改善患者的生活质量；干预组患者各项生活质量评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：急诊科护理阶段开展无缝隙护理模式，能更好地保证患者接受医疗干预服务阶段的连续性，使得相关医疗管理措施能够有序进行，更好的挽救患者的生命，有重要的应用价值体现。

关键词：无缝式护理；急诊科护理质量；护理满意率

急诊科为 24 小时接诊患者的特殊科室，工作强度大、工作时长，所以急诊医务人员的职业素养及营业技能要求更高。在急诊医疗干预阶段，提升护理服务质量，不但能有效保证急诊效率的提升，还能够更好地优化医疗人员的工作能力，根据患者的实际情况，选择合理、合规的干预方案，保障患者生命安全的同时提升急诊科护理服务质量^[1-2]。本次调研基于急诊科护理措施的实施请评估，明确无缝隙护理模式的应用价值，详见下文。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 10 月到 2022 年 5 月期间本院急诊收治的 82 例患者作为研究对象，2022 年 1 月前开展常规急诊护理阶段的 41 例患者为对照组，2022 年 1 月后开展无缝隙护理模式阶段的 41 例患者为干预组，对照组男性 20 例、女性 21 例，平均（49.75±1.75）岁；干预组男性 22 例、女性 19 例，平均（49.79±1.68）岁，基线资料平衡，调研数据可比。

纳入标准：纳入患者均有正常的表达交流能力、无终末期恶性肿瘤疾病、患者及其家属对本次调研内容知情。

排除标准：排除严重创伤、终末期恶性肿瘤疾病、语言功能障碍、无法正常沟通交流者。

1.2 方法

在无缝隙护理模式实施前开展常规的急诊护理干预，急诊科收录患者后，第一时间对患者的病情进行问诊与检查，了解病理类型，采取紧急救治方案，医疗干预阶段对患者的情绪进行安抚，并通过宣教使得患者依从性提升，配合医疗干预措施的开展^[3-4]。

无缝隙护理模式实施后，在急诊科接诊患者以后根据其患病情况及患病种类进行分类，根据患病种类需求调整患者体位姿势，护理人员辅助急诊医师完成相关的检查，建立静脉通路，实时监测生命指标，对患者阶段出现的症状，进行专业性的护理与干预，同时需要安抚患者情绪；护理阶段需要注重各个环节的无缝衔接，以保证整体护理效率的提升；在医疗干预阶段，根据临床治疗效果进行二次的护理评估，询问患者的感受；与患者交流沟通缓解其紧张焦虑的不良情绪，并实时关注患者生理状态，若有异常情况表现，及时告知主治医生，采取对应的医疗干预措施，最大限度保证患者生命安全^[5-6]。

1.3 评判标准

满意度评价分为非常满意、满意、一般三个类别，对应分值区间为 100 分到 80 分，79 分到 50 分，49 分到 0 分。

基于护理质量进行评价，以方案、细节、态度、管理为评价项单项分

值 25 分。

通过收集护理措施实施前后院内急诊用时、抢救用时、急诊球囊扩张时间及住院时间数据，分析数据差异。

通过使用 SAS、SDS 量表评价情绪，分值区间 0-80 分，分值越高负性情绪越严重。

使用生活质量评分量表，对患者的生活质量进行评价，项目为 4 项，单项分值 25 分。

1.4 统计学意义

软件：SPSS 27.0；计量资料、计数资料数据格式统一为 $[\bar{x} \pm s, (n, \%)]$ ，由 T 值、 χ^2 值完成数据校验，数据差异存在意义 $P<0.05$ 。

2. 结果

2.1 护理满意度分析

急诊科患者病情护理阶段有效的护理方案开展，能更好地优化机制，效率提升患者对本院医疗服务的满意度；无缝隙护理模式的开展，使得干预组患者满意度占比进一步提升（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 满意度占比（n，%）

组别	例数	非常满意	满意	一般	满意度
对照组	41	6（14.63%）	27（65.85%）	8（19.51%）	80.49
干预组	41	9（21.95%）	31（75.61%）	1（2.44%）	97.56
χ^2	-	-	-	-	6.1157
P	-	-	-	-	0.0134

2.2 护理质量评分

无缝隙护理模式用于急诊科患者的病情干预，能进一步优化患者的依从行为；通过该护理模式的开展使得急诊干预阶段医疗护理服务质量提升；干预组患者接受无分析护理模式实施后，护理质量评分更高（ $P<0.05$ ），详见表 2。

表 2 护理质量评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	方案	细节	态度	管理
对照组	41	17.39±1.34	17.44±1.47	17.51±1.51	17.49±1.54

干预组	41	20.16±2.06	20.24±2.05	20.19±2.11	20.31±2.09
<i>T</i>	-	7.2174	7.1073	6.1376	6.9554
<i>P</i>	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 急救指标数据分析

急诊科病情较为紧急,所以急诊科医疗服务实施中,无缝隙护理模式的落实,更好地优化了,急诊效率保证了急救抢救治疗,有效促进了急诊用时抢救用时的缩短,改善患者住院治疗时间;干预组患者各项指标基于对照组 ($P<0.05$),详见表3。

表3 急救指标数据分析 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	急诊用时	抢救用时	急诊球囊扩张时间	住院时间(d)
对照组	41	20.34±2.37	52.37±5.41	105.39±10.21	15.38±1.59
干预组	41	11.29±1.59	38.36±3.67	72.36±7.67	10.27±1.19
<i>T</i>	-	20.3046	13.7223	16.5619	16.4753
<i>P</i>	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 患者情绪评价对比

急诊科病情护理阶段,无缝隙护理模式的落实,能更好地优化患者的情绪状态,使得危急重症患者负性情绪有效缓解,能够主动配合医务人员开展相关医疗服务;无缝隙护理模式干预后,干预组患者焦虑、抑郁评分明显改善 ($P<0.05$),详见表4。

表4 患者情绪评价对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	41	61.96±1.62	55.41±1.25	65.46±1.45	56.41±1.21
干预组	41	62.14±1.33	50.14±1.06	65.36±1.49	48.33±1.06
<i>T</i>	-	0.5499	20.5892	0.3080	32.1622
<i>P</i>	-	0.5839	0.0000	0.7589	0.0000

2.5 生活质量评分

由于急诊科患者病情通常较为紧急,患者在情绪、生理方面受到影响较大,所以开展无缝隙护理模式能加强医疗干预阶段患者的满意度,保证护理服务质量的提升;优化急诊科医疗服务质量,使显著改善患者的生活质量;干预组患者各项生活质量评分均高于对照组 ($P<0.05$),详见表5。

表5 生活质量评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

项目		对照组 (n=41)	干预组 (n=41)	<i>T</i>	<i>P</i>
躯体功能	干预前	16.41±1.66	16.58±1.63	0.4679	0.6411
	干预后	18.68±1.85	20.34±2.01	3.8909	0.0002
心理状态	干预前	16.24±1.62	16.34±1.69	0.2735	0.7852
	干预后	18.74±1.89	20.16±2.16	3.1679	0.0022
社会功能	干预前	16.34±1.64	16.49±1.63	0.4154	0.6790
	干预后	18.46±1.88	20.24±2.04	4.1085	0.0001

生活意志	后				
	干预前	16.71±1.64	16.49±1.65	0.6055	0.5465
	干预后	18.36±1.85	20.41±2.01	4.8051	0.0000

3. 讨论

无缝隙护理模式的工作理念重点在于护理工作内容的无缝衔接,在急诊科护理工作中,无缝隙护理模式的开始能够保证急诊患者从求医-就诊-治疗阶段的全程有效护理,通过相关护理措施的开展,优化患者不良情绪的同时,更好的提升了医疗干预的依从性,使得病情的干预效果有效期是,同时更好的保证了各个环节护理服务质量的有效改善^[7-8]。无缝隙护理模式的实施充分考虑了各个岗位工作人员的特长,契合医务人员特长,制定无缝隙护理方案,更好地发挥团队协作模式的优点,使得医疗护理服务中,医疗干预质量提升,护理服务质量提升,有效挽救患者生命,有极其重要的价值体现^[9-10]。急诊科患者病情护理阶段有效的护理方案开展,能更好地优化机制,效率提升患者对本院医疗服务的满意度;无缝隙护理模式用于急诊科患者的病情干预,能进一步优化患者的依从行为;通过该护理模式的开展使得急诊干预阶段医疗护理服务质量提升;急诊科病情较为紧急,所以急诊科医疗服务实施中,无缝隙护理模式的落实,更好地优化了,急诊效率保证了急救抢救治疗,有效促进了急诊用时抢救用时的缩短,改善患者住院治疗时间;急诊科病情护理阶段,无缝隙护理模式的落实,能更好地优化患者的情绪状态,使得危急重症患者负性情绪有效缓解,能够主动配合医务人员开展相关医疗服务;由于急诊科患者病情通常较为紧急,患者在情绪、生理方面受到影响较大,所以开展无缝隙护理模式能加强医疗干预阶段患者的满意度,保证护理服务质量的提升;优化急诊科医疗服务质量,使显著改善患者的生活质量,相关调研数据均证实,无分析护理模式在急诊科护理中的应用价值显著^[11-12]。

综上所述,在急诊科护理干预中选择无缝隙护理模式,能更好地保证医疗护理服务及医疗干预服务的连贯性,使得患者病情得到有效的治疗与护理,更好的优化患者的生理状态,改善生存质量,值得推广。

参考文献:

- [1]白光凤.无缝隙护理模式在急诊科护理中的应用方法及效果[J].安徽卫生职业技术学院学报,2020,19(1): 77-78.
- [2]徐韵,吴靖,叶如,黄蓓蓓.无缝隙护理对提高急诊科护理质量与护理满意率的作用分析[J].中医药管理杂志,2018,26(4): 103-104.
- [3]张全月.结构化沟通护理对急诊科护理人员交接班质量的影响[J].当代护士: 中旬刊,2021,28(2): 179-182.
- [4]冯丽.急诊科呼吸机护理中的护理干预措施研究[J].中国继续医学教育,2020,12(16): 169-171.
- [5]张瑜,王艳军,白峰,全永翠,韩冰.叙事护理干预在急诊科护理管理中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(7): 1154-1156.
- [6]刘学芳.人文关怀护理对急诊科创建优质护理服务的效果观察[J].心血管外科杂志,2020,9(2): 204-204.
- [7]肖二艳,肖雪青.风险防范护理在急诊科护理质量管理中的应用[J].河南医学研究,2020,29(6): 1127-1128.
- [8]沙美容,谭小梅,刘彩霞,咎红艳.优质服务在急诊科综合病房护理中的应用[J].中国药物与临床,2020,20(5): 838-840.
- [9]褚钧舒.人性化护理管理在急诊科临床护理中的应用[J].医学食疗与健康,2020,18(9): 117-117,119.
- [10]陈列.急诊科护理中细节化护理管理的应用价值研究[J].中国卫生产业,2020,17(2): 38-39,42.
- [11]王莹.“无缝隙”护理管理在急诊科优质护理中的价值评价[J].中华养生保健,2020,38(8): 147-148.
- [12]张翠娟.风险防范护理在急诊科护理质量管理中的应用[J].医学理论与实践,2021,34(18): 3290-3292

观察个体化护理干预在高血压护理过程中的应用效果

马亚玲 饶晓艳 朱美云 冯晶晶 闫莉君^{通讯作者}

通用环球西安北环医院 陕西省西安市 710032

摘要:目的:分析针对高血压患者采取个体化护理对患者产生的积极效果。方法:从我科中选择400例高血压患者作为样本,对患者进行随机平均分组,采取常规护理的为对照组;采取个体化护理的为观察组。两组之间就血压、自我护理能力、生活质量、护理满意度方面展开比较。结果:两组护理前舒张压、收缩压差异变化不明显,护理后观察组两项指标均低于对照组;两组护理前自护能力评分差异不显著,护理后观察组各项评分高于对照组;观察组与对照组同比,生活质量各类得分更高;护理满意度更高;上述差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:个体化护理能改善高血压患者血压情况,提升患者自护能力从而让患者生活质量方面得到升级,可获得患者的高度认可。

关键词:个体化护理;高血压;血压水平;自我护理能力;满意度

高血压属于一种世界性的常见疾病,世界各国的患病率高达10%~20%左右^[1]。高血压疾病是体内流动血液对血管壁的压力值持续升高且高于正常范围所引起的疾病^[2]。一般人体正常血压值应小于120/80mmHg,高血压则大于等于140/90mmHg。患有高血压疾病的人群大多集中在中老年群体,疾病可以通过药物进行控制但需要进行终身治疗^[3]。患有高血压的患者容易出现头晕、头痛、疲劳、心悸等症状^[4]。随着疾病的持续进展高血压容易导致心、肾等器官的损害和病变,常易引发中风、心梗、肾衰等并发症^[5]。由于高血压属于慢性疾病的一种,所以针对该疾病需要进行合理且具备持续性的护理干预举措,以达到辅助治疗、控制病情的效果。为体现出以人为本的护理概念,强调在护理中树立起患者自我护理的意识,我科主张使用个体化护理对患者进行护理干预。为进一步探究该护理模式产生的临床效果,院内特进行对比研究,具体情况如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从我科中选择400例高血压患者作为样本(时间段:2021.01~2022.01),对患者进行信封法分组后所得两个组别例数为200例。对照组男女占比115:85,年龄35~72岁,平均年龄(55.41±6.43)岁;观察组男女占比113:87,年龄36~73岁,平均年龄(55.58±6.57)岁。

纳入标准:(1)患者均符合高血压相关标准,临床已确诊;(2)患者自我意识清晰能自主判断是否参与研究;(3)所有患者主动参与本次研究并就同意书上签下自身姓名。

排除标准:(1)存在精神异常者;(2)合并有重要器官疾病;(3)对护理干预内容存在个体排斥,拒不接受;(4)因个人原因中途退出研究者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

行常规护理。在患者进入医院后对患者进行健康知识教育,帮助患者就疾病相关知识做更深入的了解。日常注重对患者进行饮食、用药、运动训练方面的指导,定期进行病房巡查和生命提升检测,对病房环境做好控制。

1.2.2 观察组

行个性化护理,具体护理内容如下。(1)建立档案。在患者入院后由护理人员就患者基本信息进行了解,评估患者对疾病的了解程度、心理状态等,就患者联系方式记录到档案中,定期为患者展开生命体征检测并将相关数据记录到档案中。(2)个体化知识宣讲。结合患者对疾病的了解情况进行具备针对性的健康教育。健康教育可以采取多种渠道、多种方法以提升教育的丰富性,在贴合患者文化水平、知识了解度的基础上进行疾病病理知识、注意事项、常见并发症等有关内容进行宣讲。宣讲后对患者了解情况作出评估,针对患者尚存在疑惑的部分进行重点重复讲解,直至患者充分了解相关知识。(3)个体化心理护理。受疾病本身影响以及经济因素、家属意见等多重因素影响,患者容易产生诸如烦躁、悲观、焦虑等负

面情绪。针对患者心理状态进行评估,了解患者产生负性情绪的原因,护理人员就原因进行心理疏导工作,同时给予患者相应的鼓励,帮助患者改善负性情绪,使得情绪能够得到控制并缓解。另外,在心理干预上需要加强与患者的一对一沟通,通过沟通建立起双方的信任感,随即向患者讲解治疗的正面案例,引导患者以积极心态面对疾病,提升治疗及护理的依从性。(4)个体化用药护理。告知患者高血压属于慢性疾病的一种,需持续进行药物治疗干预。护理人员需就药物相关知识进行讲解,包括药物服药时间、药物禁忌症、服用药物正确剂量等。监督患者在用药最佳时间内服药,避免在凌晨后服药。针对部分服药依从性差的患者需找到患者不按时按量服药的原因,就原因与患者进行沟通,再次强调按时按量服药的重要性并做好监督工作,督促患者正确用药。(5)个体化饮食护理。为患者制定健康营养饮食计划,提醒患者应每日控制盐和脂肪的摄入量,改正饮食方面喜重口重油、饮食不规律的习惯。提醒患者需戒烟戒酒,日常饮食以清淡适口为主,合理增加粗粮谷物、高纤维食物的摄入量。平时多食用有利于控制血压的食物如芹菜、海带等。(6)个体化运动护理。根据患者年龄、健康状况制定运动训练内容。内容主要涉及散步、慢跑、走楼梯等有氧运动。护理人员需定期帮助患者展开相应训练并控制患者训练的时长以及频次。训练需遵照循序渐进的原则进行,护理人员前期主要起监督指导作用,后期可将主导权交于患者,让患者养成合理运动的习惯。

1.3 观察指标

(1)就患者血压展开比较。分别测定护理前后患者收缩压(SBP)及舒张压(DBP)情况,展开护理前后及两组之间的对比。

(2)就自我护理能力进行比较。使用自我护理能力测定量表^[6](ESCA)对患者概念、技能、知识掌握、责任感方面进行评分。评分于护理前后开展,患者得分越高说明对应的自护能力越强。

(3)就生活质量实施比较。参考生活质量评定量表^[7](SF-36)重点对患者精神、社会、躯体、情感方面进行评分,各项评分总分为100分,得分越高说明患者对应情况越好。

(4)就满意情况进行比较。向患者发放本院自拟的调查表搜集患者对护理的态度,患者可就表内内容进行打分,在总分100分的情况下,得分不足60分为不满意,超过60不足80为比较满意,80以上为非常满意。

1.4 统计学方法

应用统计软件 spss23.0 对资料进行分析处理,患者的计量资料($\bar{x} \pm s$)与计数资料(%),分别应用t、 χ^2 检验,以 $p<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 血压情况对比

护理前两组SBP、DBP指标均较高,护理后两组均有时候下降且观察组两项指标低于对照组($P<0.05$),见表1。

表1 血压情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	收缩压 (SBP) mmHg		舒张压 (DBP) mmHg	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	200	165.41±14.25	124.31±10.06	109.39±10.14	92.34±8.76
对照组	200	164.88±14.12	135.74±15.23	108.97±10.22	101.25±9.68

表2 自护能力对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	自我概念 (分)		自我护理技能 (分)		健康知识掌握 (分)		自我责任感 (分)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组(n=200)	28.74±4.56	36.78±5.84	28.16±5.42	37.25±6.13	23.47±4.25	29.68±5.14	18.69±3.58	26.76±4.36
对照组(n=200)	28.66±4.61	30.27±4.85	27.95±5.33	31.41±5.27	23.66±4.30	24.75±4.71	18.94±3.69	21.43±3.91
t	0.174	12.127	0.390	10.216	0.444	10.000	0.687	12.870
p	0.861	0.000	0.696	0.000	0.657	0.000	0.492	0.000

2.3 生活质量对比

观察组各项生活质量评分均高于对照组 ($P<0.05$), 见表3。

表3 生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	精神健康 (分)	社会功能 (分)	躯体功能 (分)	情感职能 (分)
观察组	200	80.12±16.33	72.54±11.78	69.32±15.25	68.24±10.32
对照组	200	54.11±13.89	48.69±10.52	34.22±14.03	50.12±8.99
t		17.157	21.356	23.954	18.723
p		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 护理满意度对比

观察组护理满意度高于对照组 ($P<0.05$), 见表4。

表4 护理满意度对比[n (%)]

组别	例数	非常满意	比较满意	不满意	满意度
观察组	200	117 (58.50)	75 (37.50)	8 (4.00)	192 (96.00)
对照组	200	102 (51.00)	78 (39.00)	20 (10.00)	180 (90.00)
χ^2					5.530
P					0.019

3. 讨论

高血压属于慢性疾病中较为典型的疾病之一, 患有该病的患者需进行终身的治疗干预^[8]。高血压的患病群体较为庞大, 我国成年人中, 患有高血压的人数占比已超过30%^[9]。在对该病进行持续治疗的过程中, 展开优质的护理以促进效果对患者来说意义重大^[10]。个体化护理是一种创造性的、整体有效的护理模式, 具备个性化的特点^[11]。在护理实施过程中可以给予患者心理、生理、精神方面的满足, 让患者通过更为优质的护理介入控制并改善病情^[12]。在本次个体化护理中, 该护理模式体现出了以人为本的护理理念。护理侧重于心理、用药、饮食、运动、知识宣讲等方面展开具体护理内容, 可帮助患者从多方面改善情况, 获得更好的效果。

从结果中进行分析, 观察组与对照组 (即个体化与常规护理的对比) 各项结果差异显著 ($P<0.05$)。对血压的改善情况上, 两组均在护理后呈现出SBP、DBP下降的趋势, 但观察组下降幅度更高。说明个体化护理与常规护理同比能更好的控制血压情况, 患者在护理后血压能得到有效降低。在自护能力的对比上, 两组护理后各项能力均有所提升但观察组评分更高。基于护理前两组各项评分均不高的情况下, 观察组所用护理方式能在护理后显著提升各项评分情况, 说明个体化护理能显著提升患者自护能力。在生活质量方面, 观察组各项评分均高于对照组。表示个体化护理能有效提升患者各方面生活质量, 使得生活水平有明显上升。在满意度方面, 观察组比之对照组满意度更高。这表示患者对个体化护理的认可更高。

t	0.373	8.856	0.412	9.651
p	0.708	0.000	0.680	0.000

2.2 自护能力对比

两组护理前自护能力评分差异不明显, 护理后观察组各项评分高于对照组 ($P<0.05$), 见表2。

综上, 对高血压患者采用个体化护理能有效控制并改善患者血压情况, 提升自护能力和生活质量, 让患者对其产生高度认可。

参考文献:

- [1]魏敏,黄鹤. 神经功能导向式个体化护理在高血压脑出血中的应用研究[J]. 现代医药卫生,2021,37 (9): 1476-1479.
- [2]董丽秀,吴燕逢. 个体化延续护理在高血压合并2型糖尿病患者中的应用效果分析[J]. 基层医学论坛,2021,25 (30): 4307-4309.
- [3]郝丽娟,刘静静,抄龙芬. 个体化延续护理对高血压患者的应用价值体会[J]. 黑龙江中医药,2021,50 (1): 228-229.
- [4]石利,彭丹,孙晶晶. 协同护理结合个体化护理模式在肾功能不全合并高血压患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27 (17): 98-100.
- [5]李芳音. 个体化延续护理对老年高血压患者血压水平的影响探讨[J]. 基层医学论坛,2021,25 (6): 784-785.
- [6]王宝楠. 个体化护理干预在老年高血压合并动脉粥样硬化患者中的应用效果[J]. 中国医药指南,2021,19 (14): 159-160.
- [7]刘丽艳. 个体化延续护理对高血压患者生存质量和心理情绪的提升评价[J]. 中国医药指南,2021,19 (25): 110-111.
- [8]胡欢平,程美娟,吴春风,等. 个体化延续性护理对高血压患者健康行为的影响[J]. 现代诊断与治疗,2020,31 (22): 3667-3669.
- [9]钟佳. 高血压病患者实施个体化延续护理的临床效果观察[J]. 医药前沿,2020,10 (32): 204-205.
- [10]陈惠惠,高旭华,陈丽玉. 个体化康复护理对老年高血压患者的疾病认知及自我护理能力的影响[J]. 中外医疗,2020,39 (30): 108-110,150.
- [11]段小微. 个体化延续护理模式在高血压患者护理中的应用分析[J]. 中国社区医师,2020,36 (8): 135-136.
- [12]李颖,邱维彬. 个体化护理干预在高血压护理过程中的作用与影响[J]. 中国医药指南,2020,18 (3): 347-349.

优质护理应用于白内障患者护理中的效果观察

申芸静

青海省海东市互助土族自治县人民医院 青海海东 810599

摘要：目的 针对白内障患者，探究优质护理所起到的应用效果。方法 将我院2021年5月~2022年5月收录的88例患者进行研究，随机分成两组各44例，对照组实行常规护理，观察组实行优质护理，将各项指标（生活质量、心理状况、并发症情况、治疗依从性以及护理满意度）进行比较。结果 观察组干预后的社会职能、精神状态、身体状况以及睡眠质量评分显著高于对照组，对比有差异（ $P<0.05$ ）。观察组干预后的SAS以及SDS评分显著低于对照组，对比有差异（ $P<0.05$ ）。观察组的并发症发生率（6.82%）显著低于对照组（22.73%），对比有差异（ $P<0.05$ ）。观察组的治疗依从率（97.73%）显著高于对照组（86.36%），对比有差异（ $P<0.05$ ）。观察组的护理满意度（95.45%）显著高于对照组（81.82%），对比有差异（ $P<0.05$ ）。结论 优质护理能调节白内障患者的生活质量，改善心理状态，减少术后并发症，提高治疗依从性，增加满意度，值得地方推广。

关键词：优质护理；白内障；效果观察

白内障作为中年人群高发的眼部疾病，对患者的身体健康和生活质量带来了极大的影响，通常需要采取手术进行治疗，为提高治疗效果，还应搭配科学的护理，帮助改善患者的预后^[1]。本次研究通过我院收录的88例患者为对象，分析优质护理的实用性，阐述至下文。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收录我院2021年5月~2022年5月总计88例患者为对象，分为两组各44例，两组的一般资料如表1所示，具有可比性（ $P>0.05$ ）。

表1 一般资料（ $\bar{x}\pm s$ ，%）

组别	例数	年龄（岁）	男性[例（%）]	女性[例（%）]
观察组	44	59.16±5.65	24（54.55）	20（45.45）
对照组	44	59.22±5.58	25（56.82）	19（43.18）
t/χ^2		0.050	0.046	0.046
P		0.960	0.830	0.830

1.2 纳入标准

纳入标准：符合医院伦理委员会标准；皆符合白内障的相关指征；皆配合该研究并签署同意书。

排除标准：排除存在恶性肿瘤的；排除肝、心、脾功能障碍的；排除有精神隐疾的；排除配合其他眼部疾病的；排除中途离开研究的。

1.3 方法

对照组开展常规护理。针对白内障患者的治疗期间，护理人员遵循医院的相关要求，执行常规性的护理，做好术前的身体检查，术后引导患者正常用药，并在生活与心理上提供帮助，密切关注病情的变化。

观察组开展优质护理。①护理培训。针对白内障的护理，增强护理人员对于疾病理论与手术治疗方面的专业知识，并掌握对应的护理技巧，让其树立以人为本的理念，同时强化其沟通技巧，能够为护理的开展提供支持，且与患者构建和谐的关系，防止患护纠纷等不良事件出现。②护理计划。患者进入医院后，护理人员及时与其取得联系，并为其介绍自身与医院情况，来让患者获得安全感，同时引导其完成入院手续，并指导其接受全面的检查，再根据白内障类型、病情程度与手术方式等，为患者设计优质的护理计划，并在患者治疗期间根据实际专科，予以合理的调整。③健康宣教。在为白内障患者实施宣教前，为保证其能够理解自身的情况，护理人员通过分析其教育背景，选择恰当的交流方式，把白内障的疾病危害、治疗原则以通俗易懂的言语进行讲解，并注意保护患者的隐私，详细解答其提出的问题，让患者知晓治疗期间需要注意的问题，提高其治疗依从性，从而全身心配合治疗与护理工作的实施。④心理护理。由于白内障对患者的视力伤害极大，影响了其日常的生活和工作，再加上白内障需要手术治疗，会受到家庭与社会方面的压力，使得患者容易存在焦虑、抑郁

等的心理。因此护理人员关注患者的心理变化，加强人文关怀，多与其聊天和交流，避免患者在独处时胡思乱想，合理予以宽慰和安抚，尽可能满足其合理需求，并在病房播放轻柔的音乐，来帮助舒缓患者的负面情绪。

⑤环境护理。在白内障患者住院期间，为其提供舒适的病房环境，将室内的温度以及湿度调整，并把合理控制光照来减少对患者眼部的刺激，同时做好卫生工作，定期开窗通风，防止患者在术后发生感染等不良情况，同时结合其意愿对病房进行装饰，放一下绿色植物，是患者感受到温馨。⑥用药护理。在白内障术后，结合医嘱护理人员引导患者科学的用药，包括口服药物的服用时间和剂量，以及外用药物的涂抹方式，让患者与其家属能够正确的使用药物，同时密切关注患者用药期间的体征变化，若有异常出现需及时的处理，提高药物治疗的安全性和有效性。⑦饮食护理。白内障患者受疾病症状以及治疗的影响，会对其食欲造成影响，为保证患者每日营养的正常摄入，护理人员为其制定健康的饮食方案，皆其膳食爱好和用餐习惯，合理搭配食物，并多补充优质蛋白、高维生素以及各种微量元素，多食用新鲜的瓜果蔬菜，杜绝辛辣、刺激类的食物，来帮助身体的恢复。⑧生活护理。护理人员定期为患者测量视力，嘱咐患者避免用眼疲劳，同时适当为其进行身体按摩，引导其健康良好的生活作息，保证充足的睡眠，在身体状态良好时，合理下床活动，并指导患者学会眼部保养，来提高其生活质量。

1.4 观察指标

将两组的生活质量（社会职能、精神状态、身体状况以及睡眠质量评分）做比较。

将两组的心理状况（SAS以及SDS评分）做比较。

将两组的并发症情况（反应性虹膜炎、角膜水肿以及眼内感染）做比较。

将两组的治疗依从性（以三个等级进行评价，包括完全依从、一般依从和不依从）做比较。

将两组的护理满意度（以三个等级进行评价，包括非常满意、一般满意和不满意）做比较。

1.5 统计学计算

采用SPSS 26.0进行统计，以EXCEL2010整理数据，以 $P<0.05$ 表示差异，以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示并用 t 检验计量资料，以（%）表示并用 χ^2 检验计数资料。

2 结果

2.1 生活质量

观察组干预后的社会职能、精神状态、身体状况以及睡眠质量评分显著高于对照组，对比有差异（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 生活质量（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	社会职能（分）		精神状态（分）		身体质量（分）		睡眠质量（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

观察组	44	54.57±5.37	64.19±4.32	55.05±5.29	64.51±4.18	55.83±5.46	65.10±4.27	53.99±5.37	63.76±4.16
对照组	44	54.63±5.62	60.37±4.48	55.13±5.43	60.73±4.30	55.90±5.58	61.29±4.44	54.06±5.51	59.93±4.32
<i>t</i>		0.051	4.072	0.070	4.181	0.060	4.103	0.060	4.236
<i>P</i>		0.959	0.000	0.944	0.000	0.953	0.000	0.952	0.000

2.2 心理状况

观察组干预后的 SAS 以及 SDS 评分显著低于对照组, 对比有差异 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 心理状况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	55.34±6.37	41.21±5.14	54.62±6.25	40.53±5.33
对照组	44	55.21±6.48	48.46±5.21	54.49±6.37	47.72±5.48
<i>t</i>		0.095	6.571	0.097	6.012
<i>P</i>		0.925	0.000	0.923	0.000

2.3 并发症情况

观察组的并发症发生率 (6.82%) 显著低于对照组 (22.73%), 对比有差异 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 并发症情况 (n, %)

组别	例数	反应性虹膜炎	角膜水肿	眼内感染	发生率[例(%)]
观察组	44	1	2	0	3 (6.82)
对照组	44	4	5	1	10 (22.73)
χ^2					4.423
<i>P</i>					0.035

2.4 治疗依从性

观察组的治疗依从率 (97.73%) 显著高于对照组 (86.36%), 对比有差异 ($P<0.05$), 见表 5。

表 5 治疗依从性 (n, %)

组别	例数	完全依从	一般依从	不依从	依从率[例(%)]
观察组	44	22	21	1	43 (97.73)
对照组	44	19	19	6	38 (86.36)
χ^2					3.880
<i>P</i>					0.049

2.5 护理满意度

观察组的护理满意度 (95.45%) 显著高于对照组 (81.82%), 对比有差异 ($P<0.05$), 见表 6。

表 6 护理满意度 (n, %)

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意度[例(%)]
观察组	44	24	18	2	42 (95.45)
对照组	44	19	17	8	36 (81.82)
χ^2					4.062
<i>P</i>					0.044

3 讨论

白内障是中老年人群常见的一种眼部疾病, 由于各种原因导致的晶状体透明度下降, 使得晶状体混浊, 进而影响视力的视觉障碍性疾病^[2-3]。根据相关研究表明, 白内障的发病与年龄增长、家族遗传、眼部外伤以及环境因素等有密切的关系^[4-5]。除此之外, 糖尿病、葡萄膜炎等的疾病, 也会诱发白内障的出现^[6-7]。以及免疫与代谢异常等都能引起晶状体代谢紊乱, 也是造成白内障发生的主要因素^[8-9]。一旦发生白内障, 患者会出现视力下

降、视物模糊、畏光重影等症状, 随着病情发展会对眼部功能造成进一步损害, 甚至有失明的可能^[10-11]。目前临床上对于白内障以药物治疗和手术治疗等为主, 而临床上一般建议进行手术治疗, 而为了提高手术的整体疗效, 还应采取科学的护理措施^[12-13]。优质护理根据白内障的特点, 以针对性的方面来采取护理干预, 除了在心理、环境、用药、饮食、生活等方面提供帮助外, 还注重患者的整体体验, 从而改善预后的效果^[14-15]。

通过本次研究结果得出, 观察组干预后的社会职能、精神状态、身体状况以及睡眠质量评分显著高于对照组, 同时干预后的 SAS 以及 SDS 评分更低, 并且观察组的并发症发生率更低而治疗依从率与护理满意度更高, 对比有差异 ($P<0.05$)。结果说明, 实施优质护理对该病患者的效果更为理想。

综上所述, 优质护理应用于白内障患者护理中的效果良好, 能够调节生活质量, 改善心理状态, 减少术后并发症, 提高治疗依从性, 增加满意度, 具有地方推广的价值。

参考文献:

- [1]姜婷. 优质护理对比常规护理应用于超声乳化治疗白内障患者中的效果分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (6): 284-285.
- [2]常美松. 老年性白内障围手术期患者护理中优质护理的应用[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (19): 200-201.
- [3]许烨婷, 魏凌云. 优质护理在老年白内障患者术后护理服务中的应用效果观察[J]. 中国现代医生, 2018, 56 (19): 162-164, 168.
- [4]张甜. 优质护理对比常规护理应用于超声乳化治疗白内障患者中的效果分析[J]. 中外医学研究, 2018, 16 (28): 121-122.
- [5]姚天骄. 优质护理在老年白内障患者术后眼科护理中的临床效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (2): 177-178.
- [6]朱婧. 优质护理干预在超声乳化白内障摘除术中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27 (14): 201-204.
- [7]孔一帆. 优质护理在超声乳化白内障吸除术患者中的应用效果观察[J]. 中国民康医学, 2018, 30 (23): 126-128.
- [8]林丽. 优质护理干预在超声乳化白内障吸除术患者中的应用效果分析[J]. 基层医学论坛, 2019, 23 (29): 4274-4275.
- [9]邓玉玉. 超声乳化白内障吸除术治疗白内障中实施个性化优质护理的应用效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21 (68): 347-348.
- [10]张佳慧, 王林. 超声乳化白内障吸除术后优质护理与常规护理效果对比分析[J]. 中华全科医学, 2018, 16 (2): 323-325.
- [11]石晓凤. 优质护理在老年白内障患者术后护理服务中的应用效果分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (4): 201-202.
- [12]谢荣荣, 王延梅. 优质护理在白内障患者护理中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3 (1): 153-154.
- [13]郭东青, 刘小倩, 朱敏秋, 等. 优质护理在白内障患者护理中的应用价值[J]. 中国当代医药, 2019, 26 (30): 219-221.
- [14]黄梅香. 白内障超声乳化术护理中优质护理路径的应用及对患者视力恢复的影响[J]. 中国医药科学, 2021, 11 (18): 131-134.
- [15]范玉莲, 郭滨颖, 张敬维, 等. 白内障围手术期护理应用优质护理的临床效果观察[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (27): 243.

延续性护理对冠心病伴高血压患者的作用研究

谈园园 纳菲菲

石嘴山市中医医院 宁夏石嘴山 753000

摘要:目的:观察延续性护理在高血压合并冠心病病人中的作用。方法:选择2019年7月至2021年6月入院的80名冠心病伴高血压病人,将其随机分成两组,每组40例病人。观察组为持续护理,对照组为常规护理;比较两组患者的生活质量、血压、护理前后的心理状况[采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)]以及自我管理能力。结果:观察组的生活质量、自我管理能力得分明显高于对照组($P<0.01$),收缩压、舒张压值均较对照组低($P<0.01$);两组SAS评分和SDS评分在护理后明显降低($P<0.05$),与对照组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。结论:对高血压伴冠心病病人进行延续性护理,可以提高护士的护理质量,提高病人的自我管理水平和自我管理能力,具有一定的实用价值。

关键词: 延续性护理; 冠心病; 高血压; 自我管理能力

随着社会经济的发展,生活节奏的加快,工作环境等因素的作用,使人们的锻炼时间大大缩短,同时也使冠心病的患病率增加。目前,冠心病、高血压已经广泛分布于各年龄段,特别是随着人口老龄化的不断增加,这两类疾病在老年人中的发病率也越来越高。在中国,男性高血压占人群的50%,女性冠心病占人群的75%。冠心病并发高血压病人因其对饮食及生活习惯的严格要求,对其生存质量产生了很大的影响。由于治疗方法的限制,病情发展到一定程度,甚至会出现脑、肾等器官的并发症,使病人因病返贫、因病致贫,造成的经济问题不容忽视。因为病人长期遭受病痛的困扰,大部分病人都有比较严重的精神问题,而且自我管理能力差,从而影响了临床的疗效。

目前,对此类病人的临床护理大多采用传统的常规护理方法,只对病人在住院过程中的病症和并发症进行机械性的护理,不能实现个体化、持续性;病人出院后往往会出现遵医令较差的情况,这对病人的长期康复有一定的影响。因此,对冠心病伴高血压病人进行合理、有效的护理,提高其精神和自我管理水平和自我管理能力是十分必要的。从2019年7月至2021年6月,本研究对80名冠心病伴高血压病人进行持续护理,取得了较好的疗效。以下是我们的报道。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取80名同期入院的高血压伴冠心病病人,不包括糖尿病和其它器官病变的病人。将病人随机分成观察组40名和对照组40名。观察组中24名男性,26名女性,年龄42~72岁,平均年龄(60.25±2.32)岁。对照组中27名男性,23名女性,年龄44~75岁,平均年龄(62.15±2.68)岁。两组基础资料差异均不显著($P>0.05$),有可比性。本研究获得了伦理道德委员会的认可。

1.2 方法

对照组采用常规护理措施,对病人进行住院护理,并按医嘱、病情监测、药物护理、健康教育等。观察组在常规护理的基础上进行后续的护理。

①疾病辅导:护士将有关冠心病、高血压方面的知识,对病人及家人进行细致的讲解,使病人及家人了解病情,并能更好地配合医护工作。在病人出院后,向病人及家属说明有关药物使用的注意事项,使病人明白遵守医嘱的重要性。通过定期的健康讲座,引导病人对疾病的发生和重视,树立战胜疾病的信心,提高战胜疾病的意志。

②膳食指导:护士要引导病人多吃低纤维、高蛋白、高热量、易消化吸收的食物,避免吃辛辣刺激性的食品,避免吃奶类食品,避免吃太多的食物。采用少量多餐的方式,减轻病人因饥饿引起的不舒服,降低每天的总摄入量,以改善日常血糖控制。

③运动指导:护士应制定科学合理的运动计划,使病人了解运动的效

果,提高运动的认识,科学运动,防止过度疲劳运动。建议根据病人的具体情况制定个性化的锻炼方案,如游泳、步行等,尽量选择对身体没有伤害的运动,主要是在室内进行,并辅以室外活动。

④用药指南:告知病人遵守医生的用药原则,不得擅自停用或更换药品,并根据医生的指示将用药方法、用药时间以书面形式发给病人;目的是为了消除病人对药物的畏惧,从而避免病人自行停药、换药。

⑤心理辅导:部分病史较长的病人,常会由于长期患病而产生焦虑、忧郁等负面情绪。对此类病人,护士不仅要耐心地进行心理辅导,还要寻求家人的协助,以争取家人的支持;帮助病人树立良好的心理状态,并积极配合治疗。

⑥观察辅导:建立病人资料档案,定期拜访、电话回访,掌握病人的血压、用药情况。护士也要耐心回答病人家属的问题,根据病人的个人情况和病情,制定个性化的护理计划,提高护理质量。请家属帮助改善病人的生活纪录,以便在后续的追踪中及时提供病人的情况。

1.3 观测值

①生活品质:对病人的生存质量进行评价,包括心理、社交、情感、躯体疼痛四个维度,以标准化评分为100分,得分与生活质量成正比。

②对病人的血压进行监测,其中包括舒张压、收缩压。

③精神状况:使用焦虑自我评估量表和抑郁自我评估量表对两组患者的心理状况进行评估,评分与焦虑、抑郁程度呈显著正相关。

④自我管理:以《慢性病自我管理研究测量表》评价病人出院后的自我管理水平和自我管理能力。

1.4 统计学方法

利用SPSS22.0软件对资料进行分析。计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 来表示,组间比较行 t 检验,计数资料用 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异显著,有统计学意义。

2 结果

2.1 两组病人生活质量评分比较

观察组病人的精神状态、社交功能、情感功能、身軀疼痛等各项评分均比对照组高, $p<0.05$,两组差异有统计学意义。如表1所示:

表1 两组生活质量评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别(n)	精神状态	社交功能	情感功能	身軀疼痛
观察组(40)	95.51±5.07	96.22±3.89	94.87±4.67	91.14±5.68
对照组(40)	82.42±4.51	85.92±4.98	82.09±5.12	81.73±4.98
t 值	9.287	6.764	9.571	6.584
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组病人血压变化情况比较

观察组病人收缩压、舒张压比对照组病人的都要低,差异有统计学意

义 $p < 0.05$, 如表 2 所示:

表 2 两组血压变化情况比较 (mmHg, $\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	收缩压	舒张压
观察组 (40)	112.17 $\pm$ 8.67	78.14 $\pm$ 4.89
对照组 (40)	139.12 $\pm$ 8.41	88.21 $\pm$ 4.52
t 值	8.356	5.781
P 值	<0.001	<0.001

2.3 两组病人护理前后 SAS、SDS 评分比较

观察组护理前 SAS、SDS 评分与对照组护理前 SAS、SDS 评分相比, 差异不明显 $p > 0.05$; 观察组护理后 SAS、SDS 评分与对照组护理后 SAS、SDS 评分相比, 差异有统计学意义 $p < 0.05$, 如表 2 所示:

表 3 两组护理前后 SAS、SDS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (40)	41.65 $\pm$ 4.53	35.67 $\pm$ 4.91	51.98 $\pm$ 5.70	39.68 $\pm$ 7.89
对照组 (40)	41.67 $\pm$ 5.15	41.98 $\pm$ 4.87	52.77 $\pm$ 6.14	51.45 $\pm$ 7.36
t 值	0.276	3.761	0.989	9.875
P 值	0.726	<0.001	0.961	<0.001

2.4 两组病人自我管理评分比较

观察组病人在自我管理评分方面均比对照组高, 两者差异有统计学意义, $p < 0.05$, 如表 4 所示:

表 4 两组自我管理评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	症状管理	疾病共性管理
观察组 (40)	0.73 $\pm$ 0.29	0.87 $\pm$ 0.27
对照组 (40)	0.24 $\pm$ 0.31	0.29 $\pm$ 0.35
t 值	3.278	3.897
P 值	<0.001	<0.001

3 讨论

冠心病是一种由冠状动脉粥样硬化引起的心血管疾病, 首先是血管腔狭窄或堵塞, 然后心肌缺血、缺氧、坏死, 引起心悸、胸闷、心绞痛。有关资料显示, 糖尿病与高血压、高血糖及其他慢性病有一定关系。高血压是一种常见的冠心病并发症, 其控制率较低, 发病率较高, 至今还没有根治的方法; 这种疾病是不断发展的, 必须终生服药。冠心病合并高血压病人因长期患病, 容易产生焦虑、抑郁等情绪, 严重影响其疗效及恢复。因此, 对于此类疾病, 要及早发现、早治疗, 采取适当的护理措施, 以减少其发生的风险。目前, 对此类病人的护理主要是在医院进行, 而在病人离开医院后, 就不再提供相应的护理。但是, 对于这些病人, 尽管在住院期间病情基本得到了缓解, 但是大部分病人在离开医院后仍有很多的自我控制能力差; 由于饮食、运动等不良生活习惯等原因, 使得长期治疗效果欠佳。所以, 对于此类病人, 采取持续的护理是非常必要的。持续护理可以增强病人的健康意识, 促进病人的健康行为, 改善自我控制和治疗的遵从, 从而养成良好的行为习惯; 达到改善病人生活质量的目的, 具有一定的推广价值。

延续性护理被越来越多地提到, 而且日益受到重视, 可见这是改善医疗保健的一个因素, 这对医患都是非常重要的。国外有许多研究显示, 持续护理可以显著提高病人的长期预后, 病人的再住院治疗率和再住院率均显著下降, 这也是社会的需求; 要加强对慢性病的持久性护理。在不同的疾病中, 持续照护的具体内容, 持续照护的方法, 持续照护的管理, 都是值得探讨的问题。国外学者在持续性照护方面进行了大量的研究, 例如糖尿病、心血管疾病、肿瘤等, 在此基础上, 已形成一套较为完整的持续护理

制度和模式, 并制订了相关的医疗卫生规范; 保证执行持续照护。目前, 我国在持续护理方面的研究还处在初级阶段, 尚未形成有效的医疗流程, 对病人的持续护理仍需借鉴与探索; 所以, 对于病人, 尤其是中国的慢性病病人, 医院外延续性护理的发展, 还有待于进一步的探索, 并制定出一套完整的系统与模式, 制定相关的健康制度和规范, 以作为衡量医疗质量的标准。因此, 来提高病人的生活质量。

延续性护理是以病人和人性化关怀为中心的一项护理服务, 近年来已被越来越多地运用于临床。以往的研究报告, 病人在出院后 2 个星期内, 接受护理人员及医生的随访, 强调遵从药物可以获得较好的疗效。对充血性心衰病人的追踪研究显示, 持续的护理可以提高病人的药物遵从性。持续照护能为病人提供连续的、明确的、有效的、无形的护理。在持续护理中, 护士应加强教会病人及家人一些简单护理, 提高病人及家属的护理水平, 并定期访问病人; 以循证医学为基础, 对病人进行指导, 以达到对病人病情的有效控制。本文认为, 持续护理不但可以提高病人的生存品质, 而且可以提高病人对血压控制的重要性。这是因为持续护理病人出院后, 护士会为病人建立健康档案, 并对病人进行定期的有关疾病的教育, 以提高病人对自己的病情的认识。同时, 定期进行跟踪, 了解病人的康复状况, 并采取相应的治疗措施, 以达到控制病情复发、减少病情恶化的目的, 提高病人的生活质量和身体素质。在日常护理中, 通过饮食、运动等行为的介入, 加强对病人的心理健康教育, 可以促进病人的康复, 使病人对护士产生信任; 之前有工作者研究表明, 提高病人的遵从性是非常有必要的。同时, 心理状态、自我管理效率对护理工作的影响也很大。研究发现, 在护理后的 SAS、SDS 评分、自我管理等方面, 观察组与对照组相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 说明持续护理能够提高病人的心理状况, 提高病人的自我管理。其疗效的取得, 主要是因为护士经常与病人及家属进行密切的交流, 以帮助病人得到更多的支持, 从而改善病人的焦虑状况, 从而促使他们主动配合治疗。

由以上论述得出, 延续性护理可以有效地提高冠心病伴高血压病人的生存质量, 改善病人的精神状态, 增强病人的自控能力; 在临床上有很大的推广价值。

参考文献:

- [1] 张丽. 冠心病合并高血压患者的护理方式及应用效果研究[J]. 中国社区医师, 2019, 35 (2): 171-172.
- [2] 张华, 张玲玲. 针对性护理干预对老年冠心病合并高血压患者代谢指标的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24 (17): 21-24.
- [3] 夏萍. 综合护理在高血压合并冠心病患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22 (15): 95-96.
- [4] 白瑞娟. 优质护理配合血压管理对高血压合并冠心病病人血压、心率及生活质量的影响[J]. 全科护理, 2019, 17 (8): 949-951.
- [5] 王巧英, 何青, 陈琴, 等. 延续性护理对冠心病伴高血压患者的远期效果观察[J]. 医药前沿, 2019, 9 (1): 40-41.
- [6] 申萍, 黄云婷, 唐秋艳. 知-信-行理论配合阶段性健康教育对高血压合并冠心病患者疾病认知程度及遵医行为的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24 (17): 5-8.
- [7] 邹宝林, 郑梅. 老年冠心病合并高血压及糖尿病共病人健康促进行为与应对方式和希望水平的相关性研究[J]. 全科护理, 2020, 18 (2): 135-138.
- [8] 刘善敏. 针对性护理对冠心病合并高血压老年患者血脂相关指标的影响[J]. 检验医学与临床, 2019, 16 (12): 1760-1763.

急性呼吸衰竭无创通气患者采用综合护理干预对降低不良反应的影响

王扣

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 浙江杭州 310000

摘要:目的: 分析在急性呼吸衰竭无创通气患者中采用综合护理干预措施对降低患者不良反应的临床意义。方法: 纳入病例时间为 2019 年 9 月-2020 年 10 月, 病例来源于本院收治急性呼吸衰竭无创通气患者, 共计 90 例, 依据硬币抛投法分组方式, 纳入到 A 组 45 例, 纳入到 B 组 45 例, B 组采用基础一般性护理方式, A 组采用综合护理方式, 组间比对两组患者临床护理价值。结果: 干预前, 两组比对生活质量评分, 显示差异可做忽略, 数据提示 $p>0.05$; 干预后, 两组继续比对这一指标, 显示 A 组高于 B 组, 数据提示 $p<0.05$; 干预前, 两组比对心理指标评分, 评估工具选择焦虑自评量表 (SAS) 与抑郁自评量表 (SDS), 显示差异可做忽略, 数据提示 $p>0.05$; 干预后, 两组继续比对这一指标, 显示 A 组低于 B 组, 数据提示 $p<0.05$; 干预后, 两组比对不良反应发生率数值, 显示 A 组低于 B 组, 数据提示 $p<0.05$; 干预后, 比对两组患者护理满意度, 显示 A 组高于 B 组, 数据提示 $p<0.05$ 。结论: 在急性呼吸衰竭无创通气患者护理工作中采用综合护理措施, 可有效降低不良反应发生率数值, 患者通气效果得到有效改善, 同时可缩短通气时间, 经研究结果证实可做临床推广。

关键词: 急性呼吸衰竭; 无创通气; 综合护理; 不良反应

无创通气主要是指不经过人工气道进行的通气, 借助鼻面罩可将呼吸机与患者相连, 通过呼吸机提供正压支持以此完成通气辅助形成的人工通气方式, 此种方式操作便利, 使用也比较方便, 确保正常吞咽、进食以及咳嗽等功能, 针对低氧血症以及高碳酸血症等具有有效纠正作用, 在近些年以来主要应用在各种急慢性呼吸衰竭治疗工作中^[1]。具体实施过程中, 基于多种因素影响, 患者需要承受躯体折磨, 同时心理压力较大, 产生明显紧张以及恐惧反应, 产生一系列并发症, 产生上机失败问题^[2]。因此在无创通气患者护理过程中, 需确保护理质量, 以此保证无创通气效果^[3]。本研究通过对 2020 年 3 月-2021 年 4 月本院收治 90 例急性呼吸衰竭无创通气患者进行客观性分析, 采用综合护理措施, 探讨护理价值, 现将研究结果公布如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入病例时间为 2019 年 9 月-2020 年 10 月, 病例来源于本院收治急性呼吸衰竭无创通气患者, 共计 90 例, 依据硬币抛投法分组方式, 纳入到 A 组 45 例, 纳入到 B 组 45 例, A 组资料如下: 男 22 例 (48.89%), 女 23 例 (51.11%), 年龄区间为 27-71 岁, 经计算, 均值为 (51.82±14.56) 岁; B 组资料如下: 男 21 例 (46.67%), 女 24 例 (53.33%), 年龄区间为 28-74 岁, 经计算, 均值为 (51.05±14.11) 岁。对比两组基础信息 ($P>0.05$), 有可比性。

1.2 方法

患者均按照常规操作方式, 准确呼吸机以及面罩, 使用五头带固定面罩, 连接根据病性调整完参数的呼吸机, B 组患者采用一般基础护理措施, A 组采用综合护理干预措施: (1) 构建干预基础, 用机前, 护理人员需用亲切礼貌的语言与患者交谈, 为患者提供更加安静舒适的休息环境, 与患者相处, 需要更加热情、诚挚、关心以及体贴等, 与患者谈论其更喜欢的话题, 获取患者的高度信任。(2) 认知干预措施, 专业护理人员通过学习的理论和专业知识, 借助通俗易懂的语言, 为患者讲解无创呼吸机的特点、功能, 为其解释无创通气的目的以及安全性等, 上机阶段可能出现的并发症以及预防方式均需告知患者, 并且避免患者饱餐。(3) 心理干预措

施, 结合患者的实际心理特点, 对其评估, 掌握患者担忧的问题, 护理人员需进行针对性的指导以及回答, 缓解其紧张以及忧虑, 讲解同种疾病借助无创通气治疗恢复较好的患者案例, 缓解患者负性情绪, 提高治疗信心。通气过程中, 护理人员需与患者沟通交流, 告知其通气实际情况, 并且给予患者安慰和鼓励。(4) 行为干预措施, 帮助患者采取舒适体位, 需指导患者全身处于放松状态, 采用听力分散法, 需分发给患者 MP3, 借助双耳式耳机收听喜欢的音乐, 注意其中音量不能过大, 适宜分贝设置为音乐声压级高处现场噪音的 4-7dB, 使用分贝仪检测; 采用触觉分散法, 手握患者手或者是触摸患者背部, 以此方式增加患者安全感; 呼吸训练方式, 护理人员需要守护在患者身边嘱咐其联系鼻吸气以及口呼气, 伴随机器呼吸, 与机器进行配合, 指导其连接以及卸除面罩的方式, 如若恐惧可自行拆除, 以此提高安全性。面罩选择过程中, 需控制患者舒适感, 在使用呼吸机过程中, 需长时间与面罩接触, 造成患者产生面部皮肤损伤, 无创通气过程中, 结合患者脸型以及呼吸方式, 确定合适面罩应用, 以此方式提高患者治疗舒适感。面罩需选择质地较好并且密封性较长的材料, 并且确保柔软性, 必要情况在面罩皮肤部位涂抹少量糊膏, 降低摩擦。

1.3 观察指标

比对两组生活质量评分, 评估内容为生理功能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、精神健康, 分值与护理效果呈正比。

比较两组心理指标评分, 评估工具为汉密尔顿焦虑量表 (HAMD) 以及汉密尔顿抑郁量表 (HAMA), 分值与护理效果成反比。

比较两组不良反应发生率数值与护理满意度数值。

1.4 统计学处理

本文以 SPSS21.0 实施分析, 定性资料用 X² 检验, $\bar{x} \pm s$ 表述定量资料, t 实施检验, 数据比较 $P<0.05$ 存在统计学意义。

2 结果

2.1 评估两组生活质量分值

干预前, 两组比对生活质量评分, 显示差异可做忽略, 数据提示 $p>0.05$; 干预后, 两组继续比对这一指标, 显示 A 组高于 B 组, 数据提示 $p<0.05$, 见表 1。

表 1 评估两组生活质量分值 ($\bar{x} \pm s$, 分)

例数	生理功能		躯体疼痛		总体健康		活力		社会功能		精神健康		
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	
A组	4	54.42±6.	68.81±5.	37.84±4.	29.12±5.	26.41±5.	53.14±7.	39.53±5.	65.15±6.	45.14±5.	65.81±7.	55.84±6.	70.14±6.
B组	5	60	12	41	37	70	53	11	21	52	31	82	41

B	4	54.51±6.	61.12±4.	37.20±4.	50.81±5.	26.85±6.	44.40±7.	39.12±5.	58.14±5.	44.81±5.	56.24±6.	56.31±6.	62.23±6.
组	5	60	81	52	02	11	04	23	90	70	80	92	91
t	-	0.065	7.343	0.680	19.793	0.353	5.688	0.376	5.490	0.279	6.430	0.325	5.630
值													
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05
值													

2.2 评价心理指标评分

干预前, 两组对比心理指标评分, 显示差异可做忽略, 数据提示 $p>0.05$; 干预后, 两组继续对比这一指标, 显示 A 组低于 B 组, 数据提示 $p<0.05$, 见表 2。

表 2 评价心理指标评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

	例数	HAMD		HAMA	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	45	48.78±9.35	44.35±7.28	49.36±9.02	45.25±7.20
对照组	45	49.73±6.29	48.80±6.09	50.57±7.01	50.01±5.71
t 值	-	0.566	3.145	0.711	3.475
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 评价不良反应发生率数值

干预后, 两组对比不良反应发生率数值, 显示 A 低于 B 组, 数据提示 $p<0.05$, 见表 3。

表 3 评价不良反应发生率数值 (n, %)

	例数	面罩漏气	鼻面部损伤	口咽部干燥	呼吸抵抗	发生率数值
观察组	45	1 (2.22)	0 (0.00)	1 (2.22)	0 (0.00)	2 (4.44)
对照组	45	2 (4.44)	2 (4.44)	3 (6.67)	2 (4.44)	9 (20.00)
X ² 值	-	-	-	-	-	5.074
P 值	-	-	-	-	-	<0.05

2.4 评价护理满意度数值

干预后, 对比两组患者护理满意度, 显示 A 高于 B 组, 数据提示 $p<0.05$, 见表 4。

表 4 评价护理满意度数值 (n, %)

	例数	非常满意	较为满意	不满意	满意度
观察组	45	35 (77.78)	8 (17.78)	2 (4.44)	43 (95.56)
对照组	45	30 (66.67)	5 (11.11)	10 (22.22)	35 (77.78)
X ² 值	-	-	-	-	6.153
P 值	-	-	-	-	<0.05

3 讨论

针对急性创伤或者是慢性呼吸道疾病等, 极有可能造成患者肺通气或者是换气障碍, 造成患者缺氧或者是二氧化碳潴留症状, 患者临床症状表现为嗜睡以及神志恍惚, 严重情况下会产生昏迷以及代谢紊乱等症状, 临床将此种症状称为急性呼吸衰竭^[4]。临床针对急性呼吸衰竭开展初次治疗, 一般情况下利用早期机械通气作为辅助治疗方式, 对患者缺氧症状进行纠正, 以此排除患者二氧化碳潴留情况, 氧分压有效提高, 患者呼吸肌疲劳得到有效缓解, 预后效果提高^[5]。

伴随生物、心理以及社会医学模式转变, 人类健康与疾病互相转化过程中不仅会受到生物因素影响, 同时会与心理社会因素产生密切联系。通

过国内外大量研究表明, 机械通气患者极易感受到的心理不适是焦虑、恐惧以及疼痛等, 恐惧心理会对无创通气患者产生最大影响, 严重情况下会产生上机失败^[6]。基于此, 改善患者负性情绪会产生重要价值。护理干预可有效改善急性呼吸衰竭无创通气患者恐惧感, 个体化护理过程中, 对患者实施计划性、系统性以及适时性的干预措施, 以此帮助患者构建稳定良好的情绪状态, 缓解恐惧心理, 促使患者利用最佳心理状态提高治疗配合程度, 确保无创通气治疗可顺利完成^[7]。患者在无创通气依从性上, 会受到心理因素影响, 同时也会与受教育程度以及疾病认识等产生联系^[8]。护理干预有助于提高患者依从性, 借助综合性护理干预措施, 开展详细评估, 与患者充分沟通, 构建良好护患关系, 将其作为基础, 护理人员需要借助诚实语言以及合理性的行为, 借助医学知识以及成功病例发挥示范作用, 患者利用合理认知取代不合理认知, 上机过程中患者可倾听音乐, 对大脑内啡肽分泌进行调节, 发挥镇静和催眠作用, 通过和谐音乐旋律直接改变患者精神状态, 患者可产生心理快感和放松, 患者不惧怕无创通气, 缓解心理恐惧, 以此提高治疗依从性, 处于完全放松情况下, 可调节吸气以及呼气, 实现与呼吸机良好配合, 达到有效治疗目标^[9]。临床干预过程中, 出于客观以及人为因素影响, 患者会产生一系列并发症, 比较常见的有胃肠胀气以及面部压伤等, 在临床护理过程中, 需指导患者利用正确呼吸方式, 患者闭嘴用鼻呼吸, 减少其中的吞咽工作, 防止气被吸到胃里, 产生胃肠胀气。针对已经产生胃肠胀气的患者, 可使用胃肠动力药物^[10]。

综上所述, 在急性呼吸衰竭无创通气患者护理工作中采用综合护理措施, 可有效降低不良反应发生率数值, 患者通气效果得到有效改善, 同时可缩短通气时间, 经研究结果证实可做临床推广。

参考文献:

- [1]樊丹娜,李怡兰,杨静.综合护理干预对急性呼吸衰竭无创通气患者的应用价值[J].实用临床医药杂志,2015,000 (006): 113-115.
- [2]徐旭平.综合护理干预对 86 例 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者无创正压通气治疗效果临床影响分析[J].现代诊断与治疗,2015,26 (3): 2.
- [3]王丽,李燕.综合护理干预对 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者无创正压通气治疗效果的影响[J].医学信息,2015,28 (046): 130.
- [4]许伊佳,周静.综合护理干预对老年 COPD 合并呼吸衰竭无创机械通气患者排痰效果及肺换气功能的影响[J].医学临床研究,2018,35 (2): 3.
- [5]卞蓉婷,成晓蓉.综合护理用于急性呼吸衰竭无创通气中的效果及患者满意度评价[J].医药前沿,2018,008 (031): 381-382.
- [6]杨金照.综合护理干预对 COPD 合并呼吸衰竭无创通气患者康复的影响[J].青岛医药卫生,2019,051 (002): 131-133.
- [7]吴炎.COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者应用综合护理干预对无创正压通气治疗效果的影响[J].临床研究 2015 年 23 卷 12 期,161-162 页,2016.
- [8]凌耿飞,曹聪聪,闫登峰.无创呼吸机联合氧气驱动雾化吸入对慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者肺功能及血气分析指标的影响[J].中国实用医刊,2022,49 (07): 29-32.
- [9]马文辉,王小华,金丽.综合护理干预在急性呼吸衰竭无创通气患者中的应用价值[J].湖南中医药大学学报,2016,36 (A01): 1.
- [10]杨蓉.无创通气治疗的老年急性呼吸衰竭患者应用综合护理干预的临床效果观察[J].中国保健营养 2019 年 29 卷 23 期,184 页,2019.

基于时效性激励的延续性护理在炎症性肠病患者中的应用效果分析

许繁华 王吉月^{通讯作者}

宁夏医科大学总医院消化内科 宁夏回族自治区银川 750000

摘要:目的: 分析基于时效性激励的延续性护理在炎症性肠病患者中的应用效果。方法: 选 2021 年 1 月~2022 年 1 月 60 例炎症性肠病患者进行研究, 以随机法分为观察组 (30 例, 时效性激励延续性护理) 与对照组 (30 例, 常规护理)。分析患者负性心理情绪、炎症因子水平、自我管理能力和自我效能感、护理满意度。结果: 观察组患者 SAS、SDS 评分显著低于对照组, ($P<0.05$); 观察组患者 TNF- α 、CRP、PCT 水平显著低于对照组, IFN- γ 水平显著高于对照组, ($P<0.05$); 观察组患者自我管理能力显著高于对照组, ($P<0.05$); 观察组患者 GSES 评分显著高于对照组, ($P<0.05$); 观察组患者护理满意度显著高于对照组, ($P<0.05$)。结论: 给予时效性激励延续性护理可显著缓解患者消极心理情绪, 降低患者炎症因子水平, 加强患者自我管理能力, 提高患者自我效能感, 提高患者护理满意度, 对改善患者预后具有极为重要的影响, 值得广泛推广。

关键词: 时效性激励; 延续性护理; 炎症性肠病

炎症性肠病 (IBD) 是临床中常见慢性肠道炎性疾病, 患者主要表现为腹痛、慢性腹泻、慢性炎症等症状, 对患者健康造成较为严重的影响。相关研究认为, IBD 在临床中主要包含了克罗恩病 (CD)、溃疡性结肠炎 (UC) 等。随着近年来人们生活节奏的不断加快、社会压力的不断增加、餐饮结构改善等因素的影响, IBD 患者的发病率呈逐年上涨的趋势, 成为了影响患者健康的重要疾病之一。相关研究指出, IBD 患者在临床中的治疗效果不佳, 再加上人们对该病的认知不足, 导致患者在承受疾病带来的痛苦的同时, 还会对患者带来严重经济负担与生活压力, 对患者生理、心理等带来严重的影响^[1]。延续性护理是临床中常用护理模式, 通过给予患者科学教育方式, 激发患者自我能动性, 使患者积极参与自身疾病的管理, 对改善患者预后具有重要的影响, 现做出如下分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选 2021 年 1 月~2022 年 1 月 60 例炎症性肠病患者进行研究, 以随机法分为观察组与对照组, 各 30 例。观察组男女 16: 14, 平均年龄 (41.96 $\pm$ 5.37) 岁; 对照组男女 17: 13, 平均年龄 (42.19 $\pm$ 5.71) 岁。两组对比, ($P>0.05$), 有可比性。

纳入标准: (1) 符合 IBD 相关诊断标准。

排除标准: (1) 严重精神异常。

1.2 方法

对照组实施常规护理。包括对患者实施日常饮食、运动等相关健康知识指导, 患者出院时嘱咐患者回访时间, 告知患者相关注意事项。在对患者复查时, 护理人员需要加强与 IBD 患者之间的交流, 并对患者病情进行了解。

观察组实施基于时效性激励的延续性护理。(1) 成立延续性护理小组, 由科室主任护师为组长, 主治医师、高年资护理人员为组员。①组长负责对小组成员之间的管理工作, 包括对组员之间的工作进行安排与协调, 指导各组员将工作进行落实, 并对各组员的表现进行评价。②医师主要根据患者疾病发展情况对患者日常用药方案进行调整, 同时对患者用药疗效进行评估。③其余护理人员需要对患者自我护理手册进行撰写, 并根据患者家庭背景、疾病程度对患者护理方案进行制定。(2) 住院宣教。患者在住院过程中, 护理人员需要充分利用多种宣传方式对患者实施心理、饮食、运动等方面进行指导: ①通过采用走廊宣传栏定期制作宣传健康指导海报; ②通过广播、电视等对疾病自我护理方法进行报道; ③每周定时组织 IBD 患者科普知识讲座, 并针对患者的疑难问题进行现场指导与讲解; ④护理人员除了对患者实施常规护理措施干预外, 还需要根据患者病情对患者实施具体的护理措施; ⑤组建 IBD 患者互助小组, 每周定期组织患者进

行科普知识讲座, 由患者中的综合素质突出患者为组长, 主要体现为自我管理能力强、有责任心、从而协助护理人员对患者进行管理。(3) 出院指导: 患者在出院时, 护理人员需要为患者发放出院后的额相关健康宣教资料, 并建立病情交流群, 对患者病情进行了解。可通过对患者发放《IBD 患者院外自我护理手册》, 包括疾病相关知识、饮食建议、行为禁忌等, 同时对特殊意外时的相关处理方案等进行介绍。为患者发放健康登记表, 该表在患者住院期间由护理人员进行登记, 患者出院后自己需要对饮食、运动、不良反应等进行相应的记录。护理人员可通过微信、QQ 等通讯工具, 创建医患互动交流群, 确保每位患者出院时由本人或家属入群, 并进行实名备注, 方便后续对患者病情交流、监督指导等。护理人员需要告知每位患者科室的电话及微信公众号, 确保每位患者记录与关注, 并告知患者微信公众号, 确保患者记录与关注。定期通过公众号为患者推送相关健康知识。(4) 出院延续性护理: 护理人员需要根据患者在住院期间中的登记表及患者恢复情况, 制定每位患者的个性化延续性护理方案, 其具体护理内容包括对患者及家属就用药相关知识进行讲解, 同时对药物不良反应进行了解, 并叮嘱患者用药时间与用药剂量, 同时指导患者并发症发生时的护理方案。①不良反应: 当患者服用皮质类固醇等药物治疗时, 可能回导致患者出现体重增长或痤疮等现象, 对此, 护理人员需要耐心告知患者引起疾病的原因以及处理方案; ②对于存在消化系统负担的患者而言, 护理人员需要向患者及患者家属就饮食护理的重要性进行强调, 并建议患者服用富含纤维素及蛋白质、易消化的食物, 禁食豆制品、油炸类、刺激类食物, 若患者出现进食受阻, 则可建议患者经静脉注射的方式对营养物质进行补充, 降低消化系统的负担; ③腹痛护理: 若患者出现腹痛等情况时, 护理人员需要知道患者及时对服用部位、程度、变化等情况进行确定, 并为患者提供相应的镇痛方式, 并指导患者服用解痉药物进行服用, 同时提示患者的相应药物服用剂量; ④腹泻护理: 腹泻是 IBD 患者最为常见的临床症状, 症状相对较轻的患者, 每日腹泻次数为 2~3 次, 严重情况下, 每日腹泻次数超过 20 次。对此, 护理人员需要机制指导患者补充水电解质, 并加强对患者肛周的清洁与护理, 确保患者床铺干燥与整洁, 加强对感染等并发症的预防。此外, 护理人员还需指导患者对腹泻次数、大便颜色、是否存在出血情况进行观察。⑤通便护理: 对于存在严重 IBD 患者, 患者大多易出现消化道淤血症状, 部分症状较为严重的患者, 甚至还会出现消化道大出血等现象, 对此, 护理人员需要对患者血压、心率等变化进行观察, 及时对患者进行补液、输血等措施进行干预。⑥饮食情况: 护理人员需要了解患者出院后是否遵医嘱饮食, 并指导患者及家属对患者饮食日记进行记录; ⑦生活状况: 护理人员需要对患者作息规律进行了解, 对于患者缓解期是否进行了体育锻炼等; ⑧心理状态: 护理人员需要对患者心理变

化进行了解,若患者心理压力过大。

1.3 观察指标

(1)负性心理情绪对比。包括焦虑度评分(SAS)与抑郁度评分(SDS)。

(2)炎症因子水平对比。包括肿瘤坏死因子(TNF- α)、干扰素- γ (IFN- γ)、C反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)等。

(3)自我管理能力对比。采用自我管理调查表对患者自我管理能力进行评估。

(4)自我效能感对比。采用自我效能感量表(GSES)对患者进行评估。

(5)护理满意度对比。采用满意度问卷调查表对患者进行评估。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0进行统计学分析,计数资料采用(%)和 χ^2 检验,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)和 t 检验,以($P < 0.05$)具有统计学意义。

2 结果

2.1 负性心理情绪对比

观察组患者SAS、SDS评分显著低于对照组,($P < 0.05$),见表1。

表1 负性心理情绪对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	护理前		护理后	
		SAS	SDS	SAS	SDS
观察组	30	54.68 $\pm$ 3.25	57.86 $\pm$ 3.28	31.76 $\pm$ 3.04	32.76 $\pm$ 3.13
对照组	30	54.84 $\pm$ 3.03	57.42 $\pm$ 3.17	42.65 $\pm$ 3.23	43.87 $\pm$ 3.28
t		0.197	0.528	13.447	13.422

表4 自我效能感对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	自我护理能力	自我护理责任感	自我减压	自我决策	总分
观察组	30	31.27 $\pm$ 3.52	34.19 $\pm$ 7.86	25.47 $\pm$ 4.72	11.82 $\pm$ 2.13	92.74 $\pm$ 6.85
对照组	30	28.25 $\pm$ 3.16	25.63 $\pm$ 5.19	20.82 $\pm$ 3.96	6.96 $\pm$ 2.63	73.58 $\pm$ 9.43
t		5.108	7.271	6.038	11.488	13.151
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 护理满意度对比

观察组患者护理满意度显著高于对照组,($P < 0.05$),见表5。

表5 护理满意度对比[n, (%)]

组别	n	满意	较满意	不满意	满意度
观察组	30	16(53.33)	13(43.33)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	12(40.00)	10(33.33)	8(26.67)	22(73.33)
χ^2		1.071	0.635	6.405	6.405
P		0.301	0.426	0.011	0.011

3 讨论

相关研究指出,IBD在临床中具有病程长、病情久治不愈等特点,对患者健康与预后造成严重的影响。相关研究指出,大多数IBD患者通常以被动的护理的方式接受护理干预,这就导致患者在临床护理中的参与意识不强,患者待出院后,严重缺乏对自我的护理意识,这就导致患者出院后极易导致患者病情反复,对患者预后造成严重的影响。因此,为了能够有效的给予患者护理干预,采用时效性激励的延续性护理对改善患者预后具有重要的影响^[2]。

时效性激励的延续性护理是临床中常见护理模式,主要以患者为中心,经科学教育的方式,从而激发患者的自我能动性,从而能够使患者积极参与到自身疾病的临床管理中^[3]。延续性护理能够有效的对患者治疗效果进行巩固,同时还可有效的对IBD患者对疾病的认知进行提高,从而有效的提高患者自我管理能力和自我效能感,对降低患者疾病的复发风险,

P 0.844 0.599 0.000 0.000

2.2 炎症因子水平对比

观察组患者TNF- α 、CRP、PCT水平显著低于对照组,IFN- γ 水平显著高于对照组,($P < 0.05$),见表2。

表2 炎症因子水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TNF- α (mg/L)	IFN- γ (ng/L)	CRP (mg/L)	PCT (μ g/L)
观察组	30	0.82 $\pm$ 0.31	1.16 $\pm$ 0.24	13.27 $\pm$ 2.73	1.52 $\pm$ 0.43
对照组	30	1.45 $\pm$ 0.57	0.76 $\pm$ 0.37	21.96 $\pm$ 3.52	2.18 $\pm$ 0.74
t		6.141	5.736	12.338	4.877
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 自我管理能力对比

观察组患者自我管理能力和自我效能感显著高于对照组,($P < 0.05$),见表3。

表3 自我管理能力和自我效能感对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	入院时	出院3个月	出院6个月
观察组	30	76.38 $\pm$ 11.27	97.69 $\pm$ 12.52	115.97 $\pm$ 13.27
对照组	30	76.65 $\pm$ 11.05	83.62 $\pm$ 10.94	87.16 $\pm$ 15.35
t		0.094	4.635	7.777
P		0.926	0.000	0.000

2.4 自我效能感对比

观察组患者GSES评分显著高于对照组,($P < 0.05$),见表4。

减少患者经济负担具有极为重要的影响^[4]。

在本次研究中,通过对患者实施时效性激励的延续性护理进行干预后,并取得以下研究结果:观察组患者SAS、SDS评分显著低于对照组,($P < 0.05$);观察组患者TNF- α 、CRP、PCT水平显著低于对照组,IFN- γ 水平显著高于对照组,($P < 0.05$);观察组患者自我管理能力和自我效能感显著高于对照组,($P < 0.05$);观察组患者GSES评分显著高于对照组,($P < 0.05$);观察组患者护理满意度显著高于对照组,($P < 0.05$)。因此,我们认为,给予患者延续性护理干预后,可显著改善患者消极心理情绪,降低患者炎症因子水平,提高患者自我管理能力和自我效能感,对改善患者预后具有极为重要的意义。

综上所述,时效性激励的延续性护理对IBD患者具有重要护理价值,值得广泛推广。

参考文献:

- [1]周夏.基于时效性激励的延续性护理在炎症性肠病患者中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(9):1711-1713.
- [2]黄秋妍,刘秀梅,刘欢欢.基于时效性激励理论指导的延续性护理在老年牙周病患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(3):41-44.
- [3]杨志定,彭欢,龙友红.炎症性肠病中应用延续性护理干预的效果及对患者自我效能的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(87):112,117.
- [4]周夏.基于时效性激励的延续性护理在炎症性肠病患者中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(9):1711-1713.

观察预防性护理对颅脑外科深静脉血栓的预防效果

杨晓雪

贵州省兴义市人民医院 贵州兴义 562400

摘要：目的：观察预防性护理对颅脑外科深静脉血栓的预防效果。方法：从我院随机挑选 2020 年 1 月-2021 年 12 月收治的 72 例颅脑外科患者，并分为常规组（n=36）和研究组（n=36），常规组采用常规护理，研究组采用预防性护理。对两组患者腘静脉血流速度、股静脉血流速度、深静脉血栓发生率、生活质量、护理满意率、SAS、SDS 评分进行观察。结果：研究组患者腘静脉血流速度为（25.79±3.61）cm/s、股静脉血流速度为（22.41±5.59）cm/s，常规组患者腘静脉血流速度为（19.69±2.91）cm/s、股静脉血流速度为（17.29±4.31）cm/s，研究组患者腘静脉血流速度、股静脉血流速度均要好于常规组（ $P<0.05$ ）。研究组患者深静脉血栓发生率为 2.78%，常规组患者深静脉血栓发生率为 19.44%，研究组患者深静脉血栓发生率要明显低于常规组（ $P<0.05$ ）。研究组患者社会功能评分为（88.63±3.96）、心理功能评分为（80.96±7.52）、物质生活评分为（82.60±4.30）、躯体功能评分为（82.63±5.69），常规组患者社会功能评分为（78.40±3.20）、心理功能评分为（73.16±6.53）、物质生活评分为（75.96±3.40）、躯体功能评分为（73.40±4.52），研究组患者生活质量要明显高于常规组（ $P<0.05$ ）。研究组患者护理满意率为 97.22%，常规组患者护理满意率为 80.56%，研究组患者护理满意率要明显高于常规组（ $P<0.05$ ）。干预前，研究组和常规组 SAS、SDS 评分情况比较无显著差异（ $P>0.05$ ）；干预后，研究组患者 SAS、SDS 评分分别为（26.36±2.84）、（25.96±2.69），常规组患者 SAS、SDS 评分分别为（35.40±4.26）、（34.46±3.36），研究组患者焦虑、抑郁情况要明显好于常规组（ $P<0.05$ ）。结论：在颅脑外科患者护理中采用预防性护理干预，对深静脉血栓具有良好的预防效果，可以有效改善腘静脉血流速度、股静脉血流速度，提升患者生活质量，改善患者不良情绪，具有较高护理满意率，值得临床推广和应用。

关键词：预防性护理；颅脑外科；深静脉血栓；预防效果

颅脑外科疾病发生原因较为复杂，因为病灶大多是在脑部，因此会对患者生命安全造成较大威胁。临床研究显示，深静脉血栓，是颅脑外科术后常见并发症，是下肢深静脉血液的非正常凝结现象，和机体多种内在因素相关，如静脉壁受损、静脉血流障碍等^[1]。针对颅脑外科患者来讲，在治疗过程中需要配合高质量护理干预，这样才可以有效预防和及时处理深静脉血栓，避免血栓后综合征的发生，保证治疗效果和患者生命安全。预见性护理，是一种新型护理模式，结合患者实际情况，制定预见性护理干预方案，可以有效降低并发症发生^[2]。把其应用在颅脑外科患者护理中，能够提升治疗效果，尤其是在预防深静脉血栓方面，具有较为积极意义。下文从我院随机挑选 2020 年 1 月-2021 年 12 月收治的 72 例颅脑外科患者，对预防性护理对颅脑外科深静脉血栓的预防效果进行研究，详细如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从我院随机挑选 2020 年 1 月-2021 年 12 月收治的 72 例颅脑外科患者，并分为常规组（n=36）和研究组（n=36）。在常规组中，有 22 例男性患者，14 例女性患者，年龄段在 27-63 岁之间；在研究组中，有 21 例男性患者，15 例女性患者，年龄段在 28-63 岁之间。两组患者一般资料对比无显著差异（ $P>0.05$ ），可比。

1.2 方法

常规组，采用常规护理。护理人员需要注重对患者各项体征变化进行监测，且做好护理文书记录，及时反馈给医生；在医生指示下，采取针对性并发症护理干预^[3]。与此同时，护理人员需要做好常规护理工作，其中包括定时对病房进行消毒、打扫，保证病房阳光照射充足，保证室内空气流通，减少细菌滋生；给予患者及其家属常规健康教育，把相关注意事项进行告知和提醒；给予患者饮食护理干预，叮嘱患者治疗过程中需要摄入足够的营养物质，如维生素、蛋白质等。

研究组，采用预防性护理。第一，危险因素评估。在护理工作中，护理人员需要评估患者发生深静脉血栓的危险因素，了解患者体格检查情况、既往病史，把有可能会引起深静脉血栓的危险因素进行列举，如疾病类型、年龄、治疗方式等，且利用针对性手段进行进行防范^[4]。第二，强

化健康教育。护理人员可以利用视频教育、书面教育、口头教育等手段，把深静脉血栓疾病诱发因素介绍给患者，且把深静脉血栓疾病预防知识宣传手册发放给患者，指引患者纠正不良生活习惯、不良就医习惯，叮嘱患者戒烟，以防周围血管痉挛^[5]。与此同时，护理人员还需要叮嘱患者多饮用茶水、果汁，对血液粘稠度进行降低；多食用富含粗纤维食物，促使患者肠道蠕动。此外，护理人员还需要叮嘱患者及其技术注重保暖工作。第三，体征护理。针对高危患者，护理人员需要密切观察其肢体颜色、温度、肿胀情况，对下肢静脉回流情况进行及时掌握，定时对双下肢小腿周径进行测量，且需要对患者血常规、出凝血时间、凝血酶原时间、尿常规和血小板进行记录，如果有异常需要及时告知医生给予救治^[6]。第四，运动护理。针对卧床患者，需要把其下肢抬高，且需要给予患者肢体被动按摩，避免血液滞留，尽可能防止过度屈髋，以防对下肢回流造成影响。护理人员还需要定期帮助患者变换体位，给予患者翻身，且在病情允许的情况下，鼓励患者下床活动，开展一些简单的关节屈伸运动。如果患者无法下床活动，护理人员应多鼓励其进行一些床上运动，例如膝关节屈伸运动、深呼吸等等，进而有效预防深静脉血栓形成^[7]。第五，预防性用药。针对颅脑外科患者，可以结合患者实际情况，尽可能减少不必要静脉穿刺。术后利用常规抗凝治疗和护理，低分子肝素钙 5000-6000IU，皮下注射，每 12 小时 1 次；低分子右旋糖酐液 250ml，静脉输入，每天 1 次^[8]。

1.3 观察指标

对两组患者腘静脉血流速度、股静脉血流速度、深静脉血栓发生率、生活质量、护理满意率、SAS、SDS 评分进行观察。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行统计分析。计量的比较采用 t 值检验，计数的比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表存在显著差异。

2 结果

2.1 腘静脉血流速度、股静脉血流速度情况比较

研究组患者腘静脉血流速度、股静脉血流速度均要好于常规组（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 两组患者腘静脉血流速度、股静脉血流速度情况比较 [$\bar{X} \pm s$] cm/s]

组别	例数	腘静脉血流速度	股静脉血流速度
研究组	36	25.79±3.61	22.41±5.59
常规组	36	19.69±2.91	17.29±4.31
T 值		4.859	4.960
P 值		<0.05	<0.05

2.2 深静脉血栓发生率情况比较

研究组患者深静脉血栓发生率要明显低于常规组 ($P<0.05$), 详见表 2。

表 2 两组患者深静脉血栓发生率情况比较[n (%)]

组别	例数	深静脉血栓发生率
研究组	36	1 (2.78)
常规组	36	7 (19.44)
χ^2		4.558
P 值		<0.05

2.3 生活质量情况比较

研究组患者生活质量要明显高于常规组 ($P<0.05$), 详见表 3。

表 3 两组患者生活质量情况比较 [$(\bar{x} \pm s)$ 分]

组别	例数	社会功能	心理功能	物质生活	躯体功能
研究组	36	88.63±3.96	80.96±7.52	82.60±4.30	82.63±5.69
常规组	36	78.40±3.20	73.16±6.53	75.96±3.40	73.40±4.52
T 值		4.338	4.259	4.633	4.526
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 护理满意率情况比较

研究组患者护理满意率为 97.22%, 常规组患者护理满意率为 80.56%, 研究组患者护理满意率要明显高于常规组 ($P<0.05$), 详见表 4。

表 4 两组患者护理满意率情况比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意率
研究组	36	22 (61.11)	13 (36.11)	1 (2.78)	35 (97.22)
常规组	36	12 (33.33)	17 (47.22)	7 (19.44)	29 (80.56)
χ^2					5.989
P 值					<0.05

2.5 SAS、SDS 评分情况比较

干预前, 研究组和常规组 SAS、SDS 评分情况比较无显著差异 ($p>0.05$); 干预后, 研究组患者焦虑、抑郁情况要明显好于常规组 ($P<0.05$), 详见表 5。

表 5 两组患者 SAS、SDS 评分情况比较 [$(\bar{x} \pm s)$ 分]

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	36	49.63±2.63	26.36±2.84	50.10±3.66	25.96±2.69
常规组	36	49.68±2.60	35.40±4.26	50.26±3.59	34.46±3.36
T 值		0.325	5.691	0.415	6.365

P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05
-----	-------	-------	-------	-------

3 讨论

深静脉血栓的形成, 主要是由于血液黏度较高、血管壁损伤、血流较为缓慢。并且, 患有深静脉血栓的患者通常伴随肢体疼痛、肢体肿胀等, 主要发生在肢体活动受限患者、长期卧床患者群体中。颅脑外科患者, 因为长时间卧床、昏迷, 加之治疗过程中静脉直观因素影响, 容易出现下肢深静脉血栓, 这非常不利于患者身心健康, 也会直接影响到预后效果^[9]。因此, 针对颅脑外科患者, 需要采取有效的护理干预, 减少或预防深静脉血栓形成。

预防性护理, 属于一种新型护理模式, 其是以患者为中心, 结合患者实际情况, 制定预防性护理计划和方案。在本文研究中, 研究组采用预防性护理, 给予颅脑外科患者危险因素评估、强化健康教育、体征护理、运动护理、预防性用药等, 获得了不错的预防效果, 有效减少了深静脉血栓形成。在预防性护理中, 护理人员通过危险因素评估、强化健康教育, 起到了未病防病、疾病防变作用, 且有效提升了患者对深静脉血栓的重视程度; 通过饮食护理, 指引患者多饮用茶水、果汁, 多食用富含粗纤维食物, 可以有效降低患者血液粘稠度, 促使患者肠道蠕动, 这对深静脉血栓预防也具有较为积极意义; 通过术后功能锻炼, 可以促使血液、淋巴液向心回流, 进而减少血栓形成。此外, 通过预防性用药, 利用低分子肝素, 可以对凝血系统进行激活, 对血小板黏附、聚集、释放进行减少, 进而有效预防深静脉血栓^[10]。从本次研究可以看出, 预防性护理干预, 对深静脉血栓具有较好的预防效果, 能够有效减少深静脉血栓发生。

综上所述, 预防性护理干预颅脑外科患者, 可以有效降低深静脉血栓发生率, 有效改善腘静脉血流速度、股静脉血流速度, 提升患者生活质量, 具提升护理满意率, 缓解患者不良情绪, 具有较高临床推广和应用价值。

参考文献:

- [1] 马珊, 陈芸. 预防性护理对颅脑外科深静脉血栓的预防效果[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13 (24): 175-178.
- [2] 陶清华, 陆蓉, 张娟. 快速康复神经外科护理对颅脑外伤患者肢体功能及预后的影响[J]. 中国医药科学, 2021, 11 (06): 119-122.
- [3] 魏红侠, 吕夏. 强化护理模式对颅脑手术后预防深静脉血栓的效果评估[J]. 血栓与止血学, 2020, 26 (05): 865-866.
- [4] 曹冬梅. 脑外科重症颅脑损伤患者行围手术期护理对压疮预防的效果研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4 (47): 29.
- [5] 何春梅. 脑外科重症颅脑损伤患者行围手术期护理对压疮预防的效果[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2019, 36 (05): 534-535.
- [6] 张琳. 预防性护理在颅脑外科患者深静脉血栓形成中的应用效果分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (72): 83-84.
- [7] 程春霞. 优质护理在颅脑外科患者深静脉血栓形成中的应用[J]. 中国医药指南, 2018, 16 (33): 207.
- [8] 田薇, 徐国君, 李阳. 预防性护理在颅脑外科患者深静脉血栓形成中的应用[J]. 中国医药指南, 2018, 16 (05): 251-252.
- [9] 谈万兰. 预防性护理在颅脑损伤外科患者深静脉血栓形成中的应用[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3 (06): 69-75.
- [10] 彭凤云. 颅脑外科患者深静脉血栓形成的预防性护理效果探讨[J]. 航空航天医学杂志, 2018, 29 (01): 106-108.

作者简介: 杨晓雪 (1979-), 女, 白族, 贵州兴义人, 本科学历, 副主任护师, 主要从事手术室耳鼻咽喉科临床护理质量管理工作, 掌握手术室各科室疑难重症手术抢救与配合, 掌握耳鼻咽喉科常见病、多发病、疑难重症护理; 熟悉手术室、耳鼻咽喉科各种仪器设备使用方法。

系统性护理干预在慢性胃炎及胃溃疡患者中的效果及满意度评价

范金叶 唐利琴* (通讯作者)

陕西航天医院 陕西西安 710025

摘要:目的:探讨系统性护理干预在慢性胃炎及胃溃疡患者中的效果及满意度。方法:在2020年1月至2021年12月,将我院接受治疗的慢性胃炎及胃溃疡患者共92例纳入作为研究样本,采取随机方式在患者中开展随机分组,对照组和研究组中分别有46例样本。对照组选择常规护理模式,研究组选择系统性护理模式,在组间和组内对比症状、心理状态、睡眠质量及生活质量的评分,并在组间对比护理满意度。结果:在护理后,两组腹痛、饥饿痛、餐后痛等的评分均明显比护理前低,而组间对比各项评分,研究组均明显比对照组低,均 $P<0.05$ 。在护理后,两组焦虑、抑郁及睡眠质量的评分均明显比护理前低,而组间对比各项评分,研究组均明显比对照组低,均 $P<0.05$ 。在护理后,对比于护理前,生活质量评分在两组中均明显增高,而在组间开展该评分的对比,研究组明显更高,均 $P<0.05$ 。护理总满意率在组间开展对比,研究组比对照组高($P<0.05$)。结论:在慢性胃炎及胃溃疡患者治疗期间,系统性护理落实后可起到缓解症状的作用,有利于改善患者心理、睡眠和生活质量,使其对护理服务更加满意。

关键词:慢性胃炎;胃溃疡;系统性护理;满意度评价

慢性胃炎、胃溃疡均属于消化系统常见的病变,患者发病后均会出现腹痛、饥饿痛、餐后痛症状,且其病程漫长,病情迁延不愈,对患者的身心健康造成不良影响^[1]。对于慢性胃炎及胃溃疡,临床主张对其开展积极治疗,质子泵抑制剂是这两种疾病治疗时常用的药物,可在一定程度上缓解病情,但在治疗期间,患者受到病情影响,易在心理方面出现不良情绪,影响其病情控制效果^[2]。合理的护理措施是保证慢性胃炎及胃溃疡治疗效果的关键,系统性护理模式是一种主张开展系统化护理的模式,其护理措施更加全面,为探讨这一护理模式在慢性胃炎及胃溃疡患者治疗中的应用效果,本研究中将2020年1月至2021年12月我院接受治疗的慢性胃炎及胃溃疡患者共92例纳入,在患者中开展随机分组和对比,具体内容见下文:

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2020年1月至2021年12月,将我院接受治疗的慢性胃炎及胃溃疡患者共92例纳入作为研究样本,采取随机方式在患者中开展随机分组,对照组和研究组中各有46例样本。在对照组中,性别分别为男性26例、女性20例,年龄从20岁到64岁,平均 (42.48 ± 10.59) 岁;在研究组中,性别分别为男性24例、女性22例,年龄从19岁至65岁,平均 (42.03 ± 10.72) 岁。在组间对比性别、年龄发现资料间均具有良好的均衡性,统计学结果均 $P>0.05$,研究有可比性。

纳入标准:(1)经病史询问及消化内镜检查,确诊慢性胃炎合并胃溃疡;(2)年龄已满18周岁;(3)采用同一种质子泵抑制剂治疗;(4)意识在治疗过程中全程保持清醒。排除标准:(1)恶性肿瘤;(2)肝肾功能不全;(3)其他消化系统病变;(4)在精神和认知层面存在障碍。本研究获医学伦理委员会审批,患者对研究知情后同意参与研究。

1.2 方法

对照组选择常规护理模式,在应用质子泵抑制剂治疗前,先为患者讲解质子泵抑制剂的用法及其对于慢性胃炎及胃溃疡的作用,嘱咐患者按时按医嘱服药,并在用药过程中,注意对患者生命体征开展严密地监测。同时,还应应对患者饮食进行控制,向患者说明饮食控制对于慢性胃炎及胃溃疡病情控制的重要性,饮食以清淡、易消化的食物为主,嘱咐患者多食用新鲜的蔬菜、水果,注意补充维生素和微量元素,还需戒烟戒酒,禁止食用油腻、辛辣食物。

研究组选择系统性护理模式,在实施常规护理措施的同时,还对患者开展了以下护理干预:(1)心理护理:采取一对一、面对面的方式,开展与患者之间的沟通,循循善诱地鼓励患者,让其勇敢表达内心想法,道明自身顾虑,护士注意在聆听时记录好患者所述内容,再根据其所述内容对其心理层面的状况进行分析,如发现患者伴有焦虑、紧张、恐惧等情绪,

需对这些情绪产生的原因加以分析,再在患者中开展针对性的心理疏导工作。同时,为患者家属重点说明亲情陪伴对于患者病情控制的有利之处,嘱咐家属多多给予患者关心和照顾。(2)音乐护理:询问患者在音乐方面的喜好后,选择性地挑选符合患者喜好且动听轻松的音乐,每天播放1次,每次持续30分钟,同时,指导患者轻轻闭眼,放松呼吸,引导其进行自我调节,使患者在音乐声中放松身心。(3)环境护理:在患者养病的室内对温度和湿度进行调整和控制,以患者感觉舒适为宜(温度 $22^{\circ}\text{C}\sim 25^{\circ}\text{C}$,湿度50%~60%),对室内的光线明暗情况进行调整,以柔和光线为佳,并控制室内噪音,注意在操作时保持轻柔动作。

1.3 观察指标

在组间和组内对比症状、心理状态、睡眠质量及生活质量的评分,并在组间对比护理满意度。

症状评分:应用Likert 4级评分法开展对于慢性胃炎及胃溃疡患者腹痛、饥饿痛、餐后痛等症状严重程度的评估,分值从0分到3分,得分高,意味着症状严重。

心理状态评分:心理状态评分包含焦虑评分和抑郁评分两项指标,前者评估时应用SAS量表,满分、临界值分别100分、50分,后者评估时应用SDS量表,满分共100分,临界值设定为53分,最终分数与焦虑、抑郁的严重程度呈正比^[3]。

睡眠质量评分:对于睡眠质量开展评估时,选择匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表,最高21分,最低0分,得分的高低与睡眠障碍的严重程度呈正比^[4]。

生活质量评分:对于生活质量的评估选择的工具为世卫生活质量测定简表(WHOQOL)-BREF,量表包含了生理、心理、环境及社会关系,单项计分最高100分,最低0分,得分的高低与生活质量水平呈正比^[5]。

护理满意度:在患者中对于护理服务满意度开展调查,调查工具为医院自制护理满意度调查问卷,问卷分数从0分至100分,将满意度划为不满意(小于60分)、一般满意(60分至80分)、很满意(大于80分),总满意率=很满意率+一般满意率。

1.4 统计学方法

应用SPSS 22.0软件,计数资料($n\%$)行 χ^2 检验,计量资料()行t检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组症状评分比较

在护理后,两组腹痛、饥饿痛、餐后痛等的评分均明显比护理前低,而组间对比各项评分,研究组均明显比对照组低,均 $P<0.05$ 。见表1:

表1 两组症状评分比较（，分）

组别	时间	腹痛	饥饿痛	餐后痛
对照组 (n=46)	护理前	53.49±5.03	56.72±5.49	54.81±10.34
	护理后	44.18±3.89 [#]	47.08±3.51 [#]	41.65±8.10 [#]
研究组 (n=46)	护理前	53.20±5.14	56.41±5.68	54.27±10.52
	护理后	40.07±3.21 ^{#*}	43.19±3.02 ^{#*}	31.20±6.74 ^{#*}

注：[#]即较之护理前（P<0.05），*即较之对照组（P<0.05）。

2.2 两组心理状态、睡眠质量的评分比较

在护理后，两组焦虑、抑郁及睡眠质量的评分均明显比护理前低，而组间对比各项评分，研究组均明显比对照组低，均 P<0.05。见表 2：

表3 两组生活质量评分比较（，分）

组别	时间	生理	心理	环境	社会关系
对照组 (n=46)	护理前	70.75±5.14	70.34±5.18	70.27±5.04	70.39±5.12
	护理后	78.34±5.82 [#]	79.07±5.46 [#]	77.16±5.23 [#]	77.65±5.30 [#]
研究组 (n=46)	护理前	70.96±5.17	70.45±5.13	70.48±5.09	70.20±5.16
	护理后	84.05±5.59 ^{#*}	84.39±5.28 ^{#*}	83.47±5.93 ^{#*}	83.62±5.71 ^{#*}

注：[#]即较之护理前（P<0.05），*即较之对照组（P<0.05）。

2.4 两组护理满意度比较

护理总满意率在组间开展对比，研究组比对照组高（P<0.05）。见表 4：

表4 两组护理满意度比较[n（%）]

组别	例数	很满意	一般满意	不满意	总满意率
对照组	46	20(43.48%)	21(45.65%)	5（10.87%）	41（89.13%）
研究组	46	26(56.52%)	20(43.48%)	0（0%）	46（100.00%） *

注：^{*}即较之对照组（P<0.05）。

3 讨论

慢性胃炎、胃溃疡作为消化科常见疾病，随着近年来饮食习惯的改变和生活节奏的加快，这两种消化系统病变的患病率呈现出增高的趋势。慢性胃炎、胃溃疡发生后，患者均出现上腹部疼痛症状，在饥饿和餐后，疼痛感较明显，随着患者病情进展，患者病情加重，治疗难度增大^[6-7]。由于慢性胃炎和胃溃疡的发生均与胃酸分泌过多有关，因此，对于这两种疾病，临床的治疗方法以质子泵抑制剂为主，该类药物可发挥良好的抑制胃酸作用，从而减缓病情进展^[8-11]。

在慢性胃炎及胃溃疡的治疗中，为保证患者病情控制效果，需采取相关护理措施进行干预^[12-13]。常规的护理措施以简单宣教、用药指导、生命体征观察、饮食指导为主，其护理措施缺乏充足的针对性，且未能全面针对患者治疗期间的各类护理问题进行解决，导致护理效果不够理想。而系统性护理主张在护理方案制定时重视患者身心双重方面的需求，以满足患者身心双重方面需求为护理目标，为其制定系统化的护理方案。本研究中研究组、对照组分别采取系统性护理、常规护理，研究结果显示：在护理后，各项症状、焦虑、抑郁及睡眠质量的评分在研究组中均明显比对照组低，生活质量评分在研究组中明显比对照组高，护理总满意率在研究组中比对照组高，均 P<0.05，说明系统性护理对于慢性胃炎及胃溃疡患者可保证其病情控制效果，在心理、睡眠、生活质量层面对于患者均起到了改善作用，究其原因因为系统性护理方案充分尊重了患者的合理需求，对患者开展了系统化的护理干预，在护理方案落实后可全面针对患者的护理问题进行解决，增强病情的控制效果，进一步减轻了病情在心理、夜间睡眠和生活质量方面产生的影响，是患者对于护理服务的评价更高。

表2 两组心理状态、睡眠质量的评分比较（，分）

组别	时间	焦虑评分	抑郁评分	睡眠质量评分
对照组 (n=46)	护理前	53.49±5.03	56.72±5.49	15.20±2.35
	护理后	44.18±3.89 [#]	47.08±3.51 [#]	11.26±1.58 [#]
研究组 (n=46)	护理前	53.20±5.14	56.41±5.68	15.27±2.32
	护理后	40.07±3.21 ^{#*}	43.19±3.02 ^{#*}	9.60±1.41 ^{#*}

注：[#]即较之护理前（P<0.05），*即较之对照组（P<0.05）。

2.3 两组生活质量评分比较

在护理后，对比于护理前，生活质量评分在两组中均明显增高，而在组间开展该评分的对比，研究组明显更高，均 P<0.05。见表 3：

综上所述，在慢性胃炎及胃溃疡患者治疗期间，系统性护理落实后可起到缓解症状的作用，有利于改善患者心理、睡眠和生活质量，使其对护理服务更加满意。

参考文献：

[1]杨悦.系统护理干预对慢性胃炎及胃溃疡患者不良心理及生活质量的影响[J].中国标准化,2022（4）：208-210.

[2]张玉英.系统化护理对慢性胃炎胃溃疡患者效果及心理状态分析[J].中外医疗,2021,40（20）：134-137.

[3]段泉泉,胜利.焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J].中国心理卫生杂志,2012,26（9）：676-679.

[4]路桃影,李艳,夏萍,等.匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J].重庆医学,2014,43（3）：260-263.

[5]都元涛,方积乾.世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明[J].现代康复,2000,4（8）：1127-1129,1145.

[6]王淑湘.系统护理干预对慢性胃炎胃溃疡患者的影响分析[J].中国药物与临床,2021,21（11）：1980-1981.

[7]邢雪,杨驰,钟琼.系统护理干预对慢性胃炎及胃溃疡患者疗效、不良心理及生活质量的影响观察[J].医学食疗与健康,2020,18（8）：121-122.

[8]蔡亮.奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎并胃溃疡的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2021,15（23）：102-105.

[9]杨勇.奥美拉唑结合阿莫西林治疗胃炎并胃溃疡的疗效及对 Hp 感染根除率的影响[J].医学食疗与健康,2021,19（4）：60-61.

[10]闫彬.奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎并胃溃疡患者的临床效果[J].中国医药指南 2021，19（7）：14-15.

[11]柴雪丽.奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎并胃溃疡临床治疗效果评价[J].健康必读,2019,（19）：116.

[12]王威娜.系统护理干预对慢性胃炎及胃溃疡患者疗效、不良心理及生活质量的影响[J].中国现代医生,2018,56（14）：146-148.

[13]孙雯娟.系统护理干预对慢性胃炎及胃溃疡患者疗效、不良心理及生活质量的影响分析[J].中文科技期刊数据库（文摘版）医药卫生：00159-00159.

循证护理应用于股骨粗隆间骨折病人中的护理效果研究

李玉洪 吴娅飞

荆州市第一人民医院 湖北荆州 434000

摘要：目的：探讨股骨粗隆间骨折患者应用循证护理干预后的效果。方法：本报告以 2020 年 5 月—2021 年 5 月作为时间区间，并截取此段区间中我院接收的 60 例股骨粗隆间骨折患者作为数据提供对象，分组方式以数字随机表方法实施，共分成常规组和研究组，以 30 例为每组人数，分别予以常规护理和循证护理，分析护理效果。结果：研究组生活质量各维度分数更高， $p < 0.05$ ；研究组并发症几率更低， $p < 0.05$ ；研究组术后 NRS 分数更低， $p < 0.05$ ；护理后，研究组 SAS/SDS 分数更低， $p < 0.05$ 。结论：对股骨粗隆间骨折患者在治疗期间实施循证护理干预后的效果显著，值得推广。

关键词：股骨粗隆间骨折；循证护理；并发症；生活质量

股骨粗隆间骨折属于常见疾病，该病对直接影响到患者的髋关节功能，且会出现明显疼痛，对患者日常生活有一定干扰。目前，手术作为该病的主要治疗手段，因创伤大，容易引发大量并发症，其剧烈疼痛也会对患者心理造成影响，对术后恢复有不良影响。因此，在临床护理工作中，科学护理模式是关键^[1]。基于此，本文旨在对我院 2020 年 5 月—2021 年 5 月期间抽取的 60 例股骨粗隆间骨折患者展开循证护理干预后的效果展开调查，如下。

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

此次筛选的 60 例入组成员均属于我院收治的股骨粗隆间骨折患者，截取的时间区间为 2020 年 5 月—2021 年 5 月，以数字随机表的方法分成常规组和研究组，以 30 例为组间人数。本次实验经我院伦理委员会审批；入组成员均自愿参与，签署知情协议。常规组 30 例中男性：16 人，女性：14 人，年龄限定范围：45-88 岁，以 (62.26 ± 2.81) 岁为年龄中间值，病程区间：4-10 天，以 (6.21 ± 1.35) 天为病程平均计算值，原因：交通意外 12 例、跌倒 10 例、坠落 5 例、其他 3 例；研究组 30 例中男性：17 人，女性：13 人，年龄限定范围：47-85 岁，以 (62.21 ± 2.85) 岁为年龄中间值，病程区间 5-13 天，以 (6.28 ± 1.32) 天为病程平均计算值，原因：交通意外 13 例、跌倒 8 例、坠落 7 例、其他 2 例。两组资料经统计学计算后， $p > 0.05$ ，可进行组间对比。

纳入标准：①入组成员均经我院影像学检查符合我院关于股骨粗隆间骨折的临床诊断标准；②入组成员均拥有完整的临床资料；③入组成员均无手术禁忌症，且配合度较高、神志清楚；④入组对象均无髋关节骨折既往史。排除标准：①排除组间对象合并精神障碍；②排除组间对象存在骨折手术史；③排除组间对象合并高血压、糖尿病等基础疾病者；④排除组间对象合并严重心、肾、肺等功能异常者。

1.2 方法

1.2.1 常规组：常规护理：护理过程中为患者提供常规健康教育，将有关该病的治疗方式、注意事项等告知患者，并加强对患者的病情监测。

1.2.2 研究组：循证护理：（1）创建循证护理小组。组内成员包含科室护理人员，由护士长进行监督，对护理人员进行专业培训，增加其对循证护理内容的认知，考核合格后可执行护理操作。（2）确定循证问题。在和患者沟通后，听取患者的意见，明确循证问题，包括：髋关节功能恢复、并发症预防、降低疼痛程度、缓解心理压力。（3）找寻循证依据。结合询证问题，通过搜索网上相关文献，收集相关资料，明确循证依据。（4）护理方案实施。①髋关节功能恢复：a.环境干预：在查房过程中可和患者加强交流，对患者机体恢复情况有一定了解，回答患者不懂的问题，拉近护患之间的距离，并为患者创建舒适的病房环境，以免对心理造成影响。b.心理干预：按时对患者心理状态进行评估，结合实际情况，为患者进行针

对性心理疏导；如果患者过渡担忧自己恢复情况，可为患者引进成功得到治疗且出院的患者资料，为其介绍，通过心理暗示的形式，为患者构建治疗信心；对于因疼痛过渡心情烦躁的患者，可对其进行疼痛方面的心理干预，通过移情、转移注意力和芳香等方式，正确引导患者，让患者幻想一些愉悦的事情，并增加患者和家属之间的沟通，还可通过音乐的刺激，转移患者对疼痛的关注度，同时香氛法的干预措施就是选择患者喜爱的香氛，来改善患者的睡眠，提升患者舒适体验，降低疼痛。C.强化功能训练：初期可适当按摩以及被动活动，协助患者进行床上主动训练，逐渐向坐位、站位和行走训练过渡。②并发症干预。对皮肤处的颜色、筋脉等情况进行观察，按时为患者进行翻身，并加强肢体保暖工作，一旦有异常，可提供低分子肝素治疗，以免形成血栓；每 2 小时翻身一次，并进行按摩，避免出现压疮，并在饮食上加强干预，多吃新鲜蔬菜和水果。③疼痛干预。疼痛剧烈患者可严格依据医嘱，为其提供镇痛治疗；疼痛轻微患者，可通过转移注意力的方式来转移患者的集中点，以降低患者的疼痛阈值。

1.3 观察指标

1.3.1 生活质量：用 SF-36 生活评估量表评分，对患者精神健康、生理功能、社会功能、情感职能、躯体疼痛等内容进行评价，总分为 100 分，分数与生活质量成正比。

1.3.2 心理状态分析：应用 SAS、SDS 焦虑、抑郁自评量表进行评估，SDS 评分标准以 53 分为标准，分数与抑郁程度呈反比，SAS 评分标准为 50 分，分数与焦虑程度呈反比；

1.3.3 并发症分析，通过下肢深静脉血栓、压疮、便秘等进行评估；

1.3.4 疼痛程度分析，使用 NRS 评分：0：无痛；1-3：轻度疼痛（疼痛不影响睡眠）；4-6：中度疼痛；7-9：重度疼痛（不能入睡或者睡眠中痛醒）。

1.4 统计学分析

SPSS27.0 软件应用分析， χ^2 检验数值，以 (%) 体现， t 检验数值，以 $(\bar{x} \pm s)$ 体现，若出现结果 $P < 0.05$ ，分析存在统计价值。

2. 结果

2.1 负性心理状态分析

护理后，研究组更低， $p < 0.05$ ，见下表。

表 1 心理状态分析 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS		SDS	
	干预前	干预后	干预前	干预后
常规组 (n=30)	54.32±2.10	48.32±2.51	53.85±3.02	47.66±2.05
研究组 (n=30)	53.82±1.74	40.34±1.02	53.45±2.08	42.58±2.12
t	1.004	16.132	0.597	9.435
p	0.319	<0.001	0.553	<0.001

2.2 生活质量情况评估。

研究组各项生活质量分数更高, $p<0.05$, 见下表。

表2 生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$; 分)

组别	精神健康	生理功能	躯体疼痛	社会功能	情感职能
常规组 (n=30)	70.52±3.23	71.15±7.10	75.02±5.13	80.58±4.31	78.33±5.42
研究组 (n=30)	82.88±6.71	80.52±6.28	85.84±4.43	88.19±5.68	83.36±4.77
t	9.091	5.414	8.743	5.846	3.816
p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 疼痛程度分析

术后, 研究组 NRS 分数更低, $p<0.05$, 见下表。

表3 疼痛程度分析 ($\bar{x} \pm s$; 分)

组别	术前	术后8小时	术后12小时	术后24小时
常规组 (n=30)	7.85±2.02	4.68±1.53	4.05±1.16	3.46±0.85
研究组 (n=30)	7.75±2.11	3.45±1.06	2.95±0.93	2.24±0.66
T 值	0.188	3.619	4.052	6.209
P 值	0.852	0.001	<0.001	<0.001

2.4 并发症分析

研究组并发症发生率更低, $p<0.05$, 见下表。

表4 并发症分析 (n%)

组别	例数	下肢深静脉血栓	压疮	便秘	总发生率
研究组	30	1/30 (3.33%)	0/30 (0.00%)	0/30 (0.00%)	1/30 (3.33%)
常规组	30	3/30 (10.00%)	1/30 (3.33%)	3/30 (10.00%)	7/30 (23.33%)
X ² 值	-	-	-	-	5.192
p 值	-	-	-	-	0.023

3. 讨论

股骨粗隆间骨折属于骨科临床上常见的骨折类型, 多数股骨粗隆间骨折患者的年龄较大, 患者以中老年人多见, 因此时常伴有骨质疏松, 影响患者预后效果和恢复时间。同时, 预后效果因容易受到各种因素的作用, 对患者健康水平的恢复极为不利。对于股骨粗隆间骨折患者来说, 临床上的有效治疗方案以手术为主, 此种方式所获得的临床效果显著, 同时能够有效改善患者关节功能障碍, 但是, 手术作为侵入性操作, 对患者本身造成的创伤比较大, 不利于患者预后效果的改善, 也延长了患者的住院时间, 加重了患者家属和家庭的压力。由于患者在恢复阶段容易受到各种因素的干扰, 很有可能会延长患者的恢复时间, 因此, 临床上对于患者的临床护理工作不容忽视, 科学可靠的护理模式有利于清除影响患者恢复的负面因素, 也能够有效控制患者病情发展^[2]。但是目前, 对于临床上应选择何种护理模式还存在一些意见, 需要对此进行探索。

以往, 在股骨粗隆间骨折患者的护理工作中经常以传统护理模式为主, 但是该护理模式的整体导向主要以病情为中心, 同时护理中涉及的内容不够综合, 按部就班, 无法能够真正结合患者实际情况满足患者需求, 其针对性不强, 患者所获得的效益不多, 导致护理质量和满意度下降。而循证护理作为近几十年来出现的具有科学性、权威性的护理模式, 也是护理模式转变的必然趋势, 在该护理模式中涵盖的护理工作内容更加科学和全面, 通过了解患者对护理工作的建议, 由护理人员展开进一步调查, 并收集患者的意见, 对患者实际需求和情况进行分析, 与临床以往护理模式

相结合, 明确护理中出现的的问题, 通过在晚上搜索相关资料, 得到可靠的支持依据, 并结合护理问题制定出更加切合实际的护理方案, 从而为好评提供更加科学和专业的护理措施^[3]。本次报告通过研究和表格数据得出, 研究组在循证护理干预后的 NRS 分数、SAS/SDS 分数更低, 生活质量各维度分数更高, 其并发症发生率也得到明显降低, $p<0.05$; 此一系列数据可证实循证护理的有效性和优势, 说明该护理模式在降低并发症、减少患者疼痛程度、消除患者心理负面因素并改善患者生活质量方面发挥着重要作用。说明, 股骨粗隆间骨折患者在实施循证护理前, 创建了专业的循证护理小组, 组内成员接受了专业的学习和培训, 其专业性强, 确保了护理工作的规范性^[4]。在确定护理问题期间, 护理人员在和患者交流过程中, 了解到患者对护理措施的相关意见, 并在以往护理工作内容的基础上, 明确了几项护理期间存在的问题, 比如: 髋关节功能恢复、疼痛、并发症、负性心理等, 通过相关资料的查阅后, 明确其循证依据。以上一系列措施确保为患者提供的护理措施的可行性和科学性, 在接下来的护理工作中可以此作为依据, 在实际护理过程中, 护理人员可结合护理中的问题为其进行针对性干预, 使得患者护理措施更具针对性^[5]。

首先, 在髋关节功能恢复及负性心理问题, 护理人员可通过环境、心理方面进行干预, 通过良好的治疗环境, 来提升患者的舒适体验, 通过对心理状态差的患者的心理疏导, 消除影响患者心理的不良因素, 使得患者心理状态处于健康水平, 对患者面对治疗和护理的整体状态进行改善, 以获得患者的理解和配合, 来促进患者功能恢复, 消除患者负面心理^[6-7]。此外, 还通过早期对患者进行肢体恢复被动联系, 尽可能帮助患者恢复髋关节功能; 而对于并发症预防方面, 护理人员在对患者术后可能会出现并发症问题进行分析, 并重点对其进行观察, 及时发现患者出现的异常情况, 同时加强对患者的饮食、活动干预, 以促进患者快速恢复; 对于护理中的疼痛问题, 护理人员可通过针对性的疼痛护理, 先了解患者的疼痛程度, 选择转移注意力的方式或者药物方式为患者降低疼痛感, 在为患者提供镇痛药物治疗时, 一定要严格遵循医嘱, 选择适当的剂量, 以免出现不良反应^[8]。此外, 通过对患者情绪状态的有效调节, 防止患者出现情绪和生理之间相互作用并影响的状态。

综上所述, 对股骨粗隆间骨折患者在治疗期间实施循证护理干预后的效果显著, 值得推广。

参考文献:

- [1]任颖飞,王丽.探讨量化评估策略指导下手术室护理对老年股骨粗隆间骨折内固定术中价值研究[J].临床研究,2022,30(04):170-173.
- [2]张秋芳.循证护理在促进股骨粗隆间骨折手术患者髋关节功能恢复中的作用[J].航空航天医学杂志,2022,33(03):338-341.
- [3]王小丽,周英,周玉萍.以自我护理为目标导向的微信平台宣教对股骨粗隆间骨折病人围术期自护能力、自我效能及生活质量的影响[J].全科护理,2022,20(08):1084-1087.
- [4]郑欣欣.动机行为转化的护理模式对年龄>60岁股骨粗隆间骨折患者术后疼痛程度及生活质量的影响[J].临床研究,2022,30(02):26-29.
- [5]薛白.综合护理对行人工股骨头置换术老年骨质疏松性股骨粗隆间骨折患者的影响[J].黑龙江医学,2021,45(08):877-878.
- [6]何玲莉,李慧,伍萍,等.微创治疗股骨粗隆间骨折围手术期实施人性化康复护理的体会[J].中国社区医师,2021,37(08):129-130.
- [7]杨舒宇.临床护理路径在股骨粗隆间骨折的应用效果[J].内蒙古医学杂志,2021,53(01):118-119.
- [8]秦雪娟,高秀霞,王晓佳.整体护理在股骨粗隆间骨折老年手术患者中的应用效果[J].名医,2021(02):138-139.

手术室护理在骨科无菌手术的应用分析及对切口感染的影响

胡程铭

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 浙江杭州 310000

摘要：目的：分析手术室护理在骨科手术中的应用成效。方法：回顾性分析 2021 年 2 月到 2022 年 2 月于我院进行骨科手术的患者 60 例；按照人数将其均分为观察组和对照组；对照组采取围术期护理，观察组在对照组采取措施基础上采取手术室护理；对比两组患者手术时间、住院时间、不良情况发生率。结果：观察组患者手术时间、住院时间均显著短于对照组， $P < 0.05$ ；观察组患者术后出现切口感染情况显著优于对照组，而发生其他不良反应几率亦显著低于对照组， $P < 0.05$ 。结果：手术室护理在骨科无菌手术的应用上具备较高的价值。

关键词：手术室护理；感染；骨科；应用价值

骨科疾病的发生率在我国较高，一方面基于国民保健意识、国内医疗技术的提高使得骨科疾病越来越容易被发现；一方面基于我国庞大的人口且已步入老龄化社会，在我国发生骨科疾病的高发群体为中老年人^[1-2]。骨科疾病中的绝大多数情况均需要进行手术，随着微创手术的理念逐渐成为主流，医生们将骨科手术对患者在各方面可能造成的安全隐患均进行了相当程度的降低；当下，多数中度、轻度甚至一部分重度骨科疾病手术均能减少患者手术时间、住院时间、不良反应发生情况^[3]。尽管骨科手术对患者造成的伤害在当前的医疗技术中已经得到有效控制，这得益于微创手术理念的推广，也得益于护理理念的变化；仅靠手术方式的革新无法有效处理手术对患者造成的如严重程度切口感染、切口感染所引发并发症、苏醒期谵妄和躁动等危险情况，这些都是会造成患者二次手术甚至死亡的风险因素，因而需制定系统、能及时反应患者具体情况的护理方案。基于此，笔者企图探究手术室护理在骨科手术中的应用成效，并通过手术时间、住院时间、不良情况发生率对其进行探究，具体情况见下文。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2021 年 2 月到 2022 年 2 月于我院进行骨科手术的患者 60 例；按照人数将其均分为观察组和对照组；观察组男性 18 例、女性 12 例；平均年龄为（58.9±2.7）岁；症状分布：髌骨骨折 10 例、股骨骨折 7 例、四肢存在骨折情况 5 例、脊柱腰椎间盘突出 6 例、其他 2 例；平均病程为（2.1±1.1）年；严重程度分布：I 度开放性骨折为 18 例、II 度开放性骨折为 8 例、III 度开放性骨折为 4 例。对照组男性 17 例、女性 13 例；平均年龄为（58.5±2.4）岁；症状分布：髌骨骨折 11 例、股骨骨折 7 例、四肢存在骨折情况 4 例、脊柱腰椎间盘突出 5 例、其他 3 例；平均病程为（1.9±1.1）年；严重程度分布：I 度开放性骨折为 19 例、II 度开放性骨折为 9 例、III 度开放性骨折为 2 例。两组患者在一般资料上无显著性差异， $P < 0.05$ ；经调查，两组患者中均不存在恶性肿瘤、退行性神经疾病、精神障碍、构音障碍、终末期肾病的情况。本次研究经过患者与其家属、相关卫生机构的同意。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采用常规围术期护理，护士于术前通过交谈收集患者资料。依次对其告知手术必要性、手术优点、手术对患者本身适用度、术中护理等内容，确保患者理解提到的大部分内容；临近手术，护士带领患者家属一同将其送至手术室。

手术期间，护士通过患者体征、仪器指数、插管特征等途径的观察对麻醉医生进行汇报，配合麻醉医生实施麻醉药剂摄入；术中适当调整患者头部姿势、对其做好保暖措施；术毕，采用安全带固定患者下半身，保证其不会因为谵妄、躁动等情况出现跌床情况。

术后，采用镇痛泵、适量药剂、注意力转移，配合家人对其做好疼痛管理；采取患者不会感到不适的设施对一些股骨、髌骨、下肢骨科手术患者进行姿势指导，预防因为睡觉翻身等情况使其伤口遭受压力。

1.2.2 观察组

观察组在对照组基础上采取手术室护理。

进行一般系统检查以识别需要进一步评估的心肺系统异常。特别是对于既往无病理记录的患者，心脏杂音、额外的心音和异常胸部体征需要检查或转诊至适当的专科医生；胃肠道系统的观察可识别腹部异常；应记录局部皮肤异常，并应向负责相关骨科手术的小组强调这些特征存在的隐患；记录包括心率和血压在内的观察结果；对入院患者行凝血筛查、术前生化血清检测、全血细胞计数、心电图必要时需采用 X 胸部线片对其完善检查。

麻醉医生选择的麻醉类型取决于许多因素，在执行麻醉措施之前需自行评估患者健康状况。麻醉医生应在术前访问患者，便于减轻患者术前焦虑；在该环节，麻醉医生和患者讨论麻醉剂的选择，还需理解患者担忧，询问其术前前两天左右是否在服用某类药物；评估患者的心血管系统和肺部，询问其先前是否存在肺部遭受严重炎症的情况，确定其是否存在吸烟状况，根据收集到的信息为其选择相应的体质分类。

在整个手术过程中，护士、麻醉医生是患者的主要安全负责人；护士的护理和关注应从患者准备手术直到麻醉后恢复；需要令患者知道护士在其麻醉期间会提供必要的安全保护及相关措施，从而减少骨科手术中患者承受的心理压力。

一部分护士通过观察主刀医生在患者身上所采取措施，并检查仪器数值变动来管理手术室并保证患者的安全与健康需求。执行该阶段工作护士在工作中需具备：维持手术室的清洁度、保证手术室内适当的室温、湿度和照明、确保设备正常运行、确保在外科手术期间会使用的物品材料供应充足、保证手术满足严格的无菌条件。

在护理全程，护士应意识到安全是重中之重；帮助患者放置支架，以便防止髌关节脱位；注重使用膝盖带保证患者下肢不出现脱落；保证患者手臂不应超过 90°。

1.3 观察指标

患者出院需涉及以下护理程序和身体体征表现。患者完全清醒，对声音或轻触有反应，能够保持气道畅通，咳嗽反射正常，呼吸和血氧饱和度正常；心血管系统稳定，无不明原因的异常反应或持续出血；患者的脉搏和血压应与正常的术前值进行比较，或者应与计划的术后护理相对应的水平；应充分控制疼痛和呕吐，并规定适当的镇痛和止吐方案；温度应在可接受的范围内（ $>36^{\circ}\text{C}$ ）；必要时会采用氧气和液体治疗。

对比两组患者手术时间、住院时间；以人为统计对象，对比两组患者除切口感染之外不良反应发生情况；以手术切口所处部位为统计对象，对比两组患者切口感染率。

1.4 统计学方法

本次研究采用 SPSS20.0 作为统计学软件，计算分析两组患者在观察指标上的差异，计数资料采用（%）表示，行 χ^2 检验，计数资料采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验。

2 结果

2.1 住院、手术时间对比

研究结果显示观察组患者住院时间、手术时间均显著短于对照组， P

<0.05。(表2)

表2 住院、手术时间对比 (x±s min d)

组别	例数	手术 (min)	住院 (d)
观察组	30	53.47±7.51	9.14±0.82
对照组	30	60.71±6.82	11.74±0.67
t		3.909	13.445
P		0.000	0.000

2.2 不良反应发生情况对比

研究结果显示观察组患者除切口感染外的不良反应发生率显著低于对照组,P<0.05。(表2)

表2 不良反应发生情况[(n) %]

组别	例数	呼吸道感 染	疼痛、水 肿	躁动、谵 妄	发生率 (%)
观察组	30	1	0	0	3.3% (1/30)
对照组	30	1	1	1	10% (3/30)
x ²					6.667
P					0.010

2.3 切口感染情况对比

研究结果显示观察组患者切口感染率显著低于对照组,P<0.05。(表3)

表3 切口感染情况对比[(n) %]

组别	例数	髋部、臀 部	腿、 脚	胳膊、 手	肩、膝、肘、 踝	感染率 (%)
观察组	30	1	0	0	1	6.6% (2/30)
对照组	30	2	1	1	1	16.7% (5/30)
x ²						8.571
P						0.003

3 讨论

针对骨科手术的手术室护理被学者称之为术中护理。手术室护理对于手术成功而言至关重要,一定程度上可谓直接关系到手术成败,护理方案应对效果不足尤其是在骨科手术这类较为容易引发苏醒期躁动、谵妄的类型而言,很大概率是使得患者死亡;手术室护理中接受信息来源较少,患者绝大多数信息来源于术前,此外只能凭借医生、护士结合门诊医生对患者情况的诊断去为护理措施的制定寻找较为可靠的依据,而过渡到术后护理阶段,患者相当一部分时间表现出因为手术受到的影响也和手术室护理存在直接联系,可以在一方面看出执行手术室护理的护士其工作的艰巨也能看出手术室护理对围术期护理构架的重要性。在骨科手术中,无菌手术是最低标准,该环节执行不到位则容易在术后加大患者死亡率,但布置好该环节需考虑大量因素,手术室环境、术前患者体质评估、术前患者疾病评估等都需执行护理的护士有所考虑^[4]。

研究结果显示观察组患者在观察指标上的表现均显著优于对照组,这表明手术室护理相对于单纯的围术期护理在骨科手术中及涉及到的术后意外情况的应对效果更佳。虽然手术室护理接收患者信息渠道较之术后护理更窄,但可通过建立一套较为完善的评估体系去尽最大努力获取患者病史、习惯、体质等信息,随着生化仪器等医学电子设备的快速发展,术前评估体系所能发挥的效用也越来越大,观察组护士借助血清生化仪器等设备对患者进行凝血测试等和保证患者术中安全、术中护理质量密切相关的指标进行检测能减少手术室护士在护理方案的制定中加大或者留下风险^[5-6]。除去护士对患者的术前评估之外,麻醉医生对患者的术前评估也是必不可少的,麻醉护理是手术室护理中最重要一环,苏醒期谵妄、躁动等典

型状况和麻醉护理存在着密切联系,骨科手术更是引发苏醒期谵妄、躁动等不良反应的风险因素且本组患者多为中老年人,对手术耐受性差,大多数情况需进行全麻护理或者涉及范围较大的局部麻醉,这些因素综合在一起都将提高接受骨科疾病患者出现意外状况的风险,因而需麻醉医生在术前就患者情况进行周密调查;在大量实验中已经知道术前短暂吸烟、服用药物等都是影响麻醉效果的重大变量,因此需注意^[7-8]。切口感染情况的出现和手术室护理存在联系,例如姿势问题、神经压迫的避免等,庞大的工作量不仅仅是医生的责任,护士在该环节也负有大量责任;护士应知道进行某一种骨科手术时,患者应该保持的姿势。使得患者姿势满足手术要求时,应尽量满足以下条件:保证患者处于舒适位置且需进行手术的部位必须充分暴露;护士随时检查血管避免其出现堵塞;减少影响患者呼吸节奏的姿势因素,例如手臂在胸部的压力或由长袍引起的颈部或胸部收缩;保护患者神经免受不适当的压力,避免其手臂、手、腿或脚的位置不当可能导致的严重损伤或瘫痪;肩部在术中必须有材质柔软的衬垫,以防止该部位出现神经损伤^[9-10]。

综上所述,进行系统的手术室护理对骨科疾病患者具备重要意义,术前通过各种仪器对患者做好术前评估为手术室护理提供准确依据,术中护士协助主刀医生、麻醉医生做好对患者生命体征检测能保证手术室护理在无菌手术下对包括切口感染等不良情况的应对效果更佳。

参考文献:

- [1]陈娟,李政玲.手术室护理对骨科无菌手术切口感染的效果[J].中国城乡企业卫生,2021,36(12):210-211.
- [2]陈园园.骨科患者围术期预防切口感染的预防护理体会[J].航空航天医学杂志,2021,32(05):635-636.
- [3]王丽,徐芹,孙新远.精细化护理干预在骨科手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(06):108-110.
- [4]汪红萍,纪根宝,余连香.骨科术后切口感染的危险因素及病原菌分布特点分析[J].医学综述,2021,27(05):1037-1040.
- [5]毛红艳.骨科无菌手术患者发生切口感染的危险因素及手术室护理管理对策[J].中国医药指南,2020,18(35):10-12.
- [6]熊红艳,倪鹏,李金荣.手术室护理在骨科无菌手术的应用分析及对切口感染的影响[J].中外医疗,2020,39(10):144-146.
- [7]金怡.手术室护理应用于骨科无菌手术的效果及对切口感染的影响[J].特别健康,2020,(4):179-180.
- [8]许文娟,姜玲.骨科无菌手术切口感染的危险因素及手术室中药涂擦预防效果分析[J].当代护士(下旬刊),2019,26(07):47-49.
- [9]伍玉娟,梁淑华,周淑明,李爱玲.手术室护理在骨科无菌手术的应用分析及对切口感染的影响分析[J].航空航天医学杂志,2017,28(04):514-515.
- [10]洪霞凤,周翠萍,范马丽,陈景洋.基于快速康复外科策略的手术室护理在老年骨科手术患者中的应用效果分析[J].黑龙江医学,2021,45(20):2138-2139.
- [11]赵杨春.手术室护理管理对骨科手术患者医院感染发生率的影响[J].山西医药杂志,2020,49(24):3517-3519.
- [12]邓和丽.骨科无菌手术切口感染相关因素分析与手术室护理干预价值[J].中国伤残医学,2020,28(9):96-97.
- [13]李莎莎,锁莹莹.手术室针对性护理干预对预防骨科无菌手术切口感染的效果观察[J].河南外科学杂志,2019,(6):174-175.
- [14]余瑞玲.骨科无菌手术切口感染相关因素分析与手术室护理干预价值[J].全科护理,2018,16(26):3201-3204.
- [15]宋艳芹,于金秀,刘超.骨科无菌手术切口感染相关因素分析及手术室护理干预对手术感染的影响[J].国际护理学杂志,2018,(19):2723-2725.
- [16]任彦.手术室护理干预对预防88例胃肠道手术切口感染效果观察[J].人人健康,2019,(19):159-160.

护理干预对妇科腹腔镜手术后腹胀和肩背部疼痛的影响

文兴菊 陈彩

昆明市第一人民医院 云南昆明 650000

摘要：目的：分析护理干预对妇科腹腔镜手术患者术后腹胀和肩背疼痛的影响。方法：选取2021年2月至2022年6月期间在我院行妇科腹腔镜手术治疗患者108例，以随机双盲法分为观察组和对照组，每组均54例。对照组患者给予常规护理干预，观察组患者在对照组基础上，同时给予腹胀和肩背疼痛的针对性护理干预。结果：观察组患者术后的腹胀、肩背疼痛发生率，均显著低于对照组， $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。观察组患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间和进食时间，均显著短于对照组， $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。两组患者护理前的肩背运动功能、肩背疼痛评分，均相当， $P>0.05$ 比较差异无统计学意义；观察组患者护理后的肩背运动评分，显著高于对照组；肩背疼痛评分，显著低于对照组； $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。观察组患者的肩背疼痛持续时间，显著短于对照组， $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。结论：对妇科腹腔镜手术患者，实施腹胀和肩背疼痛的针对性护理干预，可显著降低其腹胀、肩背疼痛发生率，从而促进其术后胃肠道功能的快速恢复，减轻肩背疼痛程度，缩短肩背疼痛时间，改善肩背运动功能，具有较高的临床应用价值。

关键词：护理干预；妇科；腹腔镜手术；腹胀；肩背疼痛

腹腔镜技术的应用为外科手术开创了一个全新的时代，腹腔镜手术以其创伤较小、失血量较少、疤痕较小，术后疼痛较轻，恢复较快等优势在妇科疾病的治疗中表现出了较大的应用优势^[1]。腹腔镜手术的应用使得有相当一部分的妇科疾病，可以通过该手术疗法在极大的减少机体创伤的情况下获得良好的治疗效果^[2]。但对于妇科腹腔镜手术患者来说，术后易出现腹胀、肩背疼痛等并发症^[3]。引起腹胀发生的主要原因是由于在手术实施过程中，受到麻醉，手术牵拉、刺激，身心应激反应等多种因素的影响，导致患者的胃肠功能会受到严重的影响，从而引起患者术后出现胃肠功能障碍，胃肠功能恢复延迟，而引起腹胀^[4]。引起肩背疼痛的主要原因是由于手术治疗过程中，腹壁机械牵拉刺激膈肌而引起的。腹胀、肩背疼痛，均会给患者的术后康复带来不利影响，同时增加患者的痛苦^[5]。因此，积极地采取有效的护理干预，预防腹胀、肩背疼痛的发生，对促进患者术后康复，有重要的意义。本文就对护理干预对妇科腹腔镜手术患者术后腹胀和肩背疼痛的影响进行了分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年2月至2022年6月期间在我院行妇科腹腔镜手术治疗患者108例，纳入标准：①需行腹腔镜手术治疗的妇科疾病患者；②患者具备正常的认知功能，且治疗依从性良好；③患者对本次研究内容知情，且签署了《知情同意书》；④本研究通过了医学伦理委员会的审核，并批准实施。排除标准：①合并较为严重的心、肝、肾等功能障碍疾病的患者；②合并凝血机制异常、麻醉禁忌症等的患者；③临床资料不完整的患者；④存在沟通障碍的患者。108例患者以随机双盲法分为观察组和对照组，每组均54例。观察组54例，年龄范围24-66岁，年龄中位数（40.63±6.42）岁；其中子宫肌瘤16例、卵巢囊肿13例、宫颈病变11例、异位妊娠10例、其他妇科疾病4例。对照组54例，年龄范围21-68岁，年龄中位数（39.96±6.64）岁；其中子宫肌瘤13例、卵巢囊肿14例、宫颈病变13例、异位妊娠9例、其他妇科疾病5例。组间资料无明显差异， $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组患者给予常规护理干预，观察组患者在对照组基础上，同时给予腹胀和肩背疼痛的针对性护理干预。具体如下：①早期下床活动：术后运动从被动运动开始，在术后6h，根据患者的耐受情况给予强度合适肘部、腕部及指部的屈伸运动等四肢被动运动，并根据恢复情况，逐渐加入上臂外展、上举、抬臀、膝关节屈曲、下肢抬高等运动。刚开始遇到频率保持在每日3-4次，逐渐增加到每日10-20次。在术后6h可根据患者的情况，指导其下床活动，并逐渐由床边活动过度到病房活动，再到病房走廊活动。在此期间，护士要加强对患者进行健康教育，首先要告知其早期下床活动、

积极进行康复锻炼的意义、目的和重要性，以此来提高患者的护理依从性。

②呼吸指导：护士在患者麻醉苏醒后，教患者掌握正确的呼吸方法，要用鼻呼吸，尽量不要因为疼痛而呻吟，也不要张口呼吸，以防消化道进入过多的空气。③腹部热敷：在患者术后6h给予腹部热敷，刺激胃肠道神经，促进排气。④腹部按摩：在术后由护士对患者实施腹部按摩，按摩方法为护士双手交叠放置在患者的肚脐部位，然后围绕患者的肚脐顺时针进行绕圈按摩，以此来促进患者的胃肠蠕动和血液循环，每日按摩1次，每次按摩时间保持在15-20min。在腹部按摩过程中要注意保护手术切口。⑤肩背按摩：以轻柔的手法对患者肩部进行按摩。在此基础上，选取气海、足三里、三阴交、天枢、中脘等穴位，以指腹反复按揉的方式进行按摩。⑥饮食干预：在患者麻醉清醒后，无需等患者肠鸣音恢复就可以指导患者尝试进食。首先用汤匙饮用温开水50ml，如患者在饮用温水后2h之内无不适症状，则可逐渐少量多次的给予患者进食流质食物，流质食物的选择首先要保证食物呈液态、而且不具有刺激性，以米汤为宜。不可以选择过甜、过咸、调味品过多的食物，同时要注意不要选择易产气，容易引起腹胀的食物。进食量为100-150ml/次，每天进食次数为6-7次，进餐间隔时间为2-3h。患者在每次进食之后，最好保持平躺的姿势，躺20-30min左右。如果患者在进食流质食物后无不适症状，则逐渐增加流质食物的进食量，并可在术后2-3天时间内逐渐过渡到低脂半流质食物，半流质食物的选择要以呈半流质状态、蛋白质含量达到正常需求、纤维素含量极低的原则进行。患者进食时要注意少食多餐，每日的饮食次数分为5-6次完成进食。在术后4天左右可逐渐恢复正常饮食。⑦疼痛管理：全面开展疼痛感转移法帮助患者缓解疼痛，例如在病房内播放一些舒缓、愉悦的音乐，使患者放松；或者与患者进行聊天，聊患者感兴趣的事，或者为患者播放喜爱的电视节目，来转移患者的注意力，使其弱化对疼痛的关注度，从而减轻疼痛感。当患者的疼痛程度比较剧烈，无法忍受时，则可以遵医嘱给予镇痛药物进行镇痛。⑧心理护理：积极与患者沟通，安抚患者情绪，使其放松心态，保持心情舒畅，减少患者应激反应，有助于腹胀的缓解。

1.3 观察指标

①腹胀、肩背疼痛发生率：统计患者术后的腹胀、肩背疼痛发生率。②胃肠道功能恢复时间：统计患者的术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间和进食时间。③肩背运动功能：分别在护理前和护理后，使用Constant-Murley肩功能评定标准对患者的肩背运动功能进行评估，满分100分，得分越高则表明患者的肩背功能越好^[6]。④肩背疼痛程度及疼痛持续时间：分别在护理前和护理后，使用视觉模拟评分法（VAS）对患者的肩背疼痛程度进行评估，得分范围0-10分，得分越高表明患者的疼痛程度越严重^[7]。并统计患者的肩背疼痛持续时间。

1.4 统计学处理

研究中所涉及到的计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 实施 t 检验, 计数数据 (%) 实施 χ^2 检验, 应用 SPSS 22.0 软件进行分析, 检验水平为 0.05。

2 结果

2.1 两组患者的术后腹胀、肩背疼痛发生率比较

观察组患者术后的腹胀、肩背疼痛发生率, 均显著低于对照组, $P < 0.05$ 比较差异有统计学意义。如表 1:

表 1 两组患者的术后腹胀、肩背疼痛发生率比较

组别	腹胀	肩背疼痛
观察组 (n=54)	7 (12.96)	9 (16.67)
对照组 (n=54)	16 (29.63)	18 (33.33)
χ^2	7.482	7.219
P	<0.05	<0.05

2.2 两组患者的术后胃肠道功能恢复时间比较

观察组患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间和进食时间, 均显著短于对照组, $P < 0.05$ 比较差异有统计学意义。如表 2:

表 2 两组患者的术后胃肠道功能恢复时间比较 (h)

组别	肠鸣音恢复时间	首次排气时间	首次排便时间	进食时间
观察组 (n=54)	23.16±4.39	29.04±4.66	42.01±6.04	24.35±3.02
对照组 (n=54)	30.18±4.68	38.17±5.19	50.65±7.01	33.32±3.5
t	6.318	7.525	6.546	6.136
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者的肩背运动功能、肩背疼痛程度及疼痛持续时间比较

两组患者护理前的肩背运动功能、肩背疼痛评分, 均相当, $P > 0.05$ 比较差异无统计学意义; 观察组患者护理后的肩背运动评分, 显著高于对照组; 肩背疼痛评分, 显著低于对照组; $P < 0.05$ 比较差异有统计学意义。观察组患者的肩背疼痛持续时间, 显著短于对照组, $P < 0.05$ 比较差异有统计学意义。如表 3:

表 3 两组患者的肩背运动功能、肩背疼痛程度及疼痛持续时间比较

组别	肩背运动 (分)		肩背疼痛 (分)		疼痛持续时间 (h)
	护理前	护理后	护理前	护理后	
观察组 (n=54)	67.47±11.42	90.57±6.46	5.83±2.15	1.71±0.33	16.58±4.03
对照组 (n=54)	68.16±12.68	82.84±8.64	5.96±2.27	3.24±0.80	29.42±4.53
t	0.247	4.482	0.284	11.027	13.062
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

腹胀、肩背疼痛均是妇科腹腔镜手术患者最常见的并发症, 也是影响患者术后快速康复的主要因素^[8]。妇科腹腔镜手术患者发生腹胀、肩背疼痛的因素较多, 主要是由于患者在手术治疗过程中, 受到手术牵拉、创伤、麻醉及腹腔内残留二氧化碳 (CO_2) 气体等诸多因素的影响, 而易导致的。腹胀、肩背疼痛给患者带来的危害是显而易见^[9]。因此, 积极地预防腹胀、肩背疼痛的发生, 具有重要的临床意义。本次研究中, 针对妇科腹腔镜手术后腹胀、肩背疼痛的发生, 给予了针对性的护理干预。

本研究显示, 实施了腹胀、肩背疼痛针对性护理干预的观察组, 其腹胀、肩背疼痛的发生率, 得到了显著的控制, 较实施常规护理干预的对照组患者, 明显更低。这表明, 针对护理干预的实施, 可显著降低患者的腹胀、肩背疼痛发生率。同时研究显示, 针对性护理干预可显著缩短患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间和进食时间, 这表明, 针对性护理更利于促进患者术后的胃肠道功能恢复。且针对性护理干预下, 患者的肩背运动评分、疼痛程度评分, 均具有明显的优势, 且患者的疼痛持续时间明显更短。这表明, 针对护理干预的实施, 可显著改善患者术后的肩背运动, 减轻其疼痛程度, 缩短其疼痛时间。

由此可见, 腹胀、肩背疼痛针对性护理在妇科腹腔镜手术患者的应用中, 可获得的临床效益。分析这一原因主要, 主要是由于通过饮食护理, 改变了常规的待肠鸣音恢复后才进食的饮食护理, 在早期以试餐的方式, 逐渐恢复饮食, 能够帮助患者在最短的时间内促进胃肠蠕动, 使其胃肠功能得以快速恢复。在此基础上, 联合应用腹部按摩、深呼吸指导、下床活动干预等手段进一步强化胃肠功能恢复效果, 使患者能够在术后较短的时间内, 胃肠功能得到恢复, 从而有效地避免了由于胃肠功能障碍而引起的腹胀症状。同时通过早期下床活动、肩部按摩、疼痛护理干预, 可促进患者肩背运动功能的快速恢复, 同时利于减轻患者的疼痛程度, 从而显著降低患者的肩背疼痛发生风险^[10]。

综上所述, 对妇科腹腔镜手术患者, 实施腹胀和肩背疼痛的针对性护

理干预, 可显著降低其腹胀、肩背疼痛发生率, 从而促进其术后胃肠道功能的快速恢复, 减轻肩背疼痛程度, 缩短肩背疼痛时间, 改善肩背运动功能, 具有较高的临床应用价值。

参考文献:

- [1]谭小明, 林 敏. 热奄包联合穴位贴敷对妇科腹腔镜术后腹痛腹胀的护理效果[J]. 护理学, 2022, 11 (1): 5.
- [2]谢静. 针对性护理在预防腹腔镜胆囊切除术后腹胀中的应用价值及腹胀发生率评价[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (20): 2.
- [3]李梦思, 凌虹. 快速康复外科护理对腹腔镜下子宫内肌瘤根治术患者氧化应激反应的影响[J]. 检验医学与临床, 2022, 19 (2): 5.
- [4]李萌, 曹霞. 早期护理干预对妇科腹腔镜术后患者腹胀的效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36 (10): 2.
- [5]李平. 探究联合中医护理技术干预在普外科患者腹腔镜术后腹胀管理中的应用效果[J]. 系统医学, 2021, 6 (17): 4.
- [6]辛兰芝, 侯丽丽. 中西医结合理论的综合护理对行腹部手术治疗患者术后排气和胃肠道功能恢复时间的影响[J]. 中西医结合护理 (中英文), 2021, 7 (6): 4.
- [7]张宜萍, 卢红艳, 郑枫. 穴位按摩联合温灸中脘穴在腹腔镜术后肩背部疼痛患者中的应用[J]. 医疗装备, 2020, 33 (19): 3.
- [8]许卉, 李海宁, 李海红, 等. 责任护理模式下的综合保温措施对腹腔镜子宫切除术患者围术期体温及凝血功能的影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41 (2): 4.
- [9]董春苗. 膝胸卧位背部叩击对妇科腹腔镜术后肩背疼痛效果的护理研究[J]. 婚育与健康, 2021, 14 (6): 50-51.
- [10]徐小丹. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术后医护一体化护理模式联合中药脐敷对患者并发症发生率的影响[J]. 实用中医内科杂志, 2021, 13 (4): 2846.

舒适护理在血液透析室整体护理中的应用

张菁

安徽省芜湖市第二人民医院血液净化中心 安徽芜湖 241000

摘要：目的讨论舒适医护在血液透析室整体护理中的运用价值及意义。方式：挑选执行透析医治的 40 例病人，其中 20 例选用舒服医护，外 20 例选用基本医护，观察两组临床功效。结果选用舒服医护的观察组 3 年存活率、并发症及病人自身满意率均好于基本医护组，两组较为差别有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结果舒适医护可明显改进透析病人的预后，提升护理的质量，降低并发症的产生。

关键词：舒适护理；血液透析；应用分析

一、引言

血液透析是医治慢性肾功能衰退的关键对策，通过肾脏功能取代医治，可以增加病人的性命。尽管医治效果明显，但非常容易减少病人的免疫力功能，造成一各种并发症，许多病人务必承担经济压力，使病人发生比较严重的心理压力，影响其生活质量。

肾脏疾病比较严重危害人们的身心健康，乃至造成病人身亡。对肾病晚期病人运用血液透析这一对策，对病人的血液具有净化处理功效，消除病人血液中的有害物质，提升病人体内血液酸碱水平，具有增加病人性命的功效。但血液透析能在一定水平上强化病人的心理压力和压力，与此同时随着人民群众生活水准的提升，对医护服务的质量要求愈来愈高，因而，对全部血液透析室的医护，必须深层次研究。

舒服医护模式又称“萧氏舒服医护模式”，由台湾华杏出版发行组织总裁萧丰 1998 年提出。舒服医护模式是一门综合性的课程，通过医护活动和舒服的研究，可以做到生理学、心理、社会等层面最开心的情况，或是减少不开心的水平。近些年，舒服医护关键运用于外科手术医护。我们将舒服医护模式与血液透析整体护理相融合应用于我们的血液透析病人，使其开心接纳血液透析医治不但获得了较好的临床效果，更舒服的医护模式切合了整体护理的发展，改进了整体护理的含义为我们更强的协助患者血液透析医治发展了新的领域。

二、实验组患者护理方法

（一）心理护理

掌握病人的心理情况。对于病症和医治，病人非常容易发生焦虑情绪、抑郁症等心态，选用血液透析的方法开展医治，病人的经济压力持续强化，并且，一些病人由于自身形象的更改而心情不好，因而大多数血液透析病人的心理处在消极、消沉的情况。为了改进病人的欠佳心态，护理人员应积极主动与病人交流，清除病人的害怕心理，减少病人的焦虑不安心态，促进病人塑造击败病症的自信心，提升病人的医治依靠性和医护依靠性。除此之外，护理人员还需要对病人亲属开展相对应的健康宣教，以提升病人亲属对病人的支持水平，提升病人的生活质量。

（二）透析前舒适护理

对透析室内开展科学有效的配备，透析室内温度适合，环境湿度适合，按时对透析室内开展消毒杀菌。病人开展透析室时，医务人员应积极与病人交流，恰当减轻病人焦虑不安。对病人开展穿刺时，要对穿刺点作出有效的挑选，尽可能一次穿刺取得成功，穿刺困难时，医护人员要强化对病人的宽慰和激励，确保病人的依从性。

尤其是首次透析的病人，表明了透析医治的目的、过程、很有可能产生的状况和解决对策，缓解了病人的焦虑不安，提升了归属感，获得了病人的相互配合。他表述说，对他们开展透析医治要创建两条毛细血管通路，穿刺针较为粗，穿刺时比一般静脉血管穿刺痛，但一般人能承受。与此同时穿刺前找寻轻轻松松话题讨论与病人沟通交流，分散化专注力，缓解病人疼痛和不适感。逐渐透析医治后，病人的身体活动遭受一定的限定。透析时间长，特别是在在直穿病人，穿刺身体移动影响血液总流量，影响透

析效果或血总流量达不上穿刺不成功，再度穿刺给病人产生痛楚。病人躺在床上，在不影响透析的状况下，我们协助病人将床头抬高 20~45°，尽可能使他们做到自己最舒服的体位。

透析室应宽敞、光亮、清理，并配置空调、电视机等。调整透析室的温度和环境湿度，将室温控制在 22~25℃，环境湿度 55%左右，透析医治过程中使病人觉得冬暖夏凉。

（三）护理方法

对比组：保持安静，加强基础医护；紧密观察透析过程中心电监护的转变，按时查验观念、眼瞳、心电监护、肌力、肌张力等。观察组，宣教提前准备：透析病人营养成分问题关键，留意填补蛋白，尤其是控制摄水流量，病人重量提高不可超出 2.5kg。透析设备、药品提前准备：娴熟把握透析机实际操作，做好透析给水系统、透析管道和穿刺针、透析液的提前准备，并留意运行后各项指标平稳后逐渐透析。与此同时提前准备透析药（生理盐水、肝素、5%碳酸氢钠）、急救药、高渗葡萄糖注射液、10%葡萄糖酸钙、地塞米松及透析液等。透析过程医护：为避免血液透析中的凝结阻塞化学纤维管，影响透析的开展，减少透析医治的效果，必须采用抗凝对策。一般的初肝素量为 40~50mg。假如有条件，则监控 PTT 或 KPTT。慢性血液透析时的透析时间为 4h/次。透析频率由病人尿量决定，每 24h 尿量在 800ml 以下者为 3 次/周，800ml 以上者为 2 次/周。并发症的舒服医护：低血压，透析器预充，血总流量由小慢慢变大，选用次序透析或高钠透析，标示病人控制透析间重量提高降低超滤量预防，产生后快速填补血容积，与此同时减慢血总流量降低或暂停超滤。低氧血症应用碳酸氢盐透析液，应用生物相容性优良的透析器开展预防。医治上预鼻软管吸氧。对于心律失常，应事前控制含钾食品类，以防透过前高血钾。透析过程中的心包填塞应立即终止透析，并用肝素血清中和肝素。心理舒服医护：尿毒症病人及亲属对透血疗法不了解，非常容易觉得害怕，应向病人及亲属详细介绍透血方式及常见问题，尽可能缓解观念痛楚。

（四）透析中舒适护理

由于开展血液透析的时间较为长，护理人员既要协助病人挑选舒服的体位、对时、根据病人必须拆换体位，又要留意为病人给予按摩等服务，提升病人的舒服度。对病人病况转变开展紧密监测，严格记录液态出入量，对病人电解质溶液和血液转变开展观察，积极主动对病人的生理学体征反应开展提出问题，当病人发生比较严重浮肿状况时，应立即开展相对应的介入治疗。

透析医治时，本院免费为病人给予午餐。饭前将每个患者的床头摇到半坐卧位，把盒饭放到盘子里，放到患者便捷的部位，用餐的人相互配合用餐，饭后梳理床位单位，摇床变成舒服的体位。

许多透析病人具备焦虑情绪、焦虑情绪、消极、心寒、抑郁症等心理状态，我们要对病人的不一样心理状态开展相对应的心理医护，给予理解和怜悯，关注病人，尽可能缓解病人的观念痛楚，积极主动参加医治。

肾功能衰竭病人应长期性依靠血液透析医治。病人通常在自己的经济、医疗花费、家庭关联等状况下觉得自己是家中、社会的压力。我们要

积极主动争得社会尤其是家中的支持、合作，不但要让亲人在患者面前维持优良的心境，还需要常常宽慰、激励患者，提升患者的存活期待和生活质量，增加性命，为家中和社会做力所能及的事。除此之外，许多病人可以开展适度的家务活活动，缓解家中压力，得到家中和社会的认可，降低病人的社会不融入感。

严密观察心电图监护，我们每 30 分钟测量一次血压值，与此同时巡查患者，观察穿刺点。发觉出现异常的，按照医嘱恰当立即服药，做好 DH 观察表记录，立即处理设备警报，清除透析医治过程中很有可能产生的不适感。

（五）透析后舒适护理

血液透析完毕后，对病人毛细血管通路开展适度处理，确保内瘘包带焦虑不安度的适度 and 干燥水平的优良，每天对病人穿刺位置开展查验，如有肿胀、热痛等状况，应立即向医师体现状况。具体指导病人加强锻炼身体，锻炼抗压强度遵循由弱到强的原则，具体指导病人合理饮食，防止病人肾脏功能压力加剧。

通告病人及亲属血液透析完毕后在家里休养常见问题，把握透析后医护，当日内瘘干燥，防止重物运送，次日用温开水冲哥温湿敷，有益于内瘘毛细血管变软、营养成分。提示病人每天查验内瘘状况，如发觉出现异常，应尽早与医护人员获得联络，立即处理。尽可能降低出门，通告病人不必去公共场所。放入口味淡、易消化的膳食，控制摄入量，把握低盐、低磷、高品质蛋白的膳食谱，维持肌肤、牙科清理，维持排便通畅，控制心态，维持开朗心理状态。

加强对亲属的教育，告知家中支持体系对平稳患者病况的必要性，激励亲属为患者构建优良的休养环境，给予物质和精神支持，使患者塑造与病症抗争的自信心，在优良的心身情况下接纳下一次血液透析医治。

王金环为提升病人血液透析医治的舒服度，降低并发症的产生，心理医护与舒服医护相融合获得了理想化的医治效果。张秀峰等人提出饮食搭配干涉，王希婧等人提出集群化管理，通过专业医疗实际操作具体指导病人诊疗活动，获得了优良的医治效果。查看国内外参考文献材料发觉，血液透析病人选用舒服医护不但可以确保透析医治的安全性和恰当性，并且可以标准病人的自我行为，改进其生活质量，具备较高的运用价值。王秀玲在研究中强调，舒服的医护干涉可以改进其自我管理行为，提升生活质量，但可以忽视对病人消极心理状态的点评。笔者在实践中证实，干涉后观察组病人焦虑情绪、抑郁症得分均小于对比组，差别有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组病人舒服度得分高过对比组，差别有统计学意义（ $P<0.05$ ），即血液透析室整体护理加舒服医护能恰当改进病人的消极心态，提升病人的医护舒服度，具备很高的运用未来。随着医疗卫生工作的日益健全，较大程度地充分发挥医疗资源和人力资源的价值，确保病人可以安心就医，目前部分医疗工作人员在加强医护安全管理、人性化高品质医护及其医疗医护一体化医护模式，重视病人主体影响力的与此同时充足发掘其潜力，依靠病人、亲属、医师、护理人员多层面的力量搭建优质服务，进一步提升病人医护满意率和医治合规性，具备较高的参考意义。

三、结果

统计学方法采用 SPSS18.0 统计学软件进行分析，计量资料采用 x 检验、计数资料采用 t 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

通过对本组血透患者实施临床护理后可以得知，观察组患者并发症发生率低于对照组，两组比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），两组比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详细数据如下表 1 所示：

表 1 不同护理模式效果比较

组别	例数	生存率	并发症例	满意度
----	----	-----	------	-----

观察组	20	79.8	4	95.6
对照组	20	57.6	7	73.2

四、讨论

血液透析医治关键是将病人体内的血液导进体外，将血液与人体浓度值类似的电解质溶液饱和溶液称之为透析液，通过吸附、超滤中空化学纤维等基本原理由体内的新陈代谢废弃物彻底除去，经过净化处理完成运输过程。舒服医护关键是在基本医护的基础上对病人开展心理干涉和生理学干涉，为病人造就总体、人性化、创造力的医护服务，使病人从心理、生理学都做到开心情况。通过较为两组患者的医护满意率和并发症的产生状况，研究组患者的医护满意率高过对比组，并发症的产生状况较对比组有显著差别。究其原因，护理人员与病人应创建优良的医护关系，从血液透析前、中、后三个层面进行医护工作，使病人掌握血液透析的常见问题、实际操作和意义，提高血液透析知识，更好地相互配合护理人员工作，使病人焦虑不安、能恰当清除焦虑情绪和焦虑情绪等心态，给病人以自信心。进一步提升血液透析结果的精确性，使病人得到优良的透析感受，提升医护满意率。护理人员向病人表明有关层面的常见问题，使病人在医护过程中维持优良的生活方式，使病人在生理学和心理学层面处在愉快情况，重视医护中的清洁卫生和本人卫生，减少血液透析医治医护过程中并发症的产生率。

综上所述，在血液透析室总体的医护中添加舒服的医护，可以恰当地减少病人的透析焦虑不安度，改进病人的欠佳心态，从而恰当地提升病人的医护满意率，与此同时可以减少并发症的产生率。

对于肾功能衰竭的病人来说，运用血液透析的方法开展取代医治，可以具有明显的效果，但受医治周期长、病人欠佳心理情况等多层面欠佳要素的影响，病人的医治效果通常无法进一步改进。血液透析归属于入侵性实际操作，能给病人产生一定水平的疼痛，必须在密闭空间内实际操作，因而病人产生应激反应的几率有一定的强化，假如不采用科学恰当的医护对策，很有可能比较严重影响血液透析的效果及成功开展。因而，在对病人开展血液透析的过程中，必须对病人执行优良的医护。促进病人欠佳病症获得减轻。

传统式上运用于患者的医护对策是基本医护模式，但该医护模式关键以病症为中心，非常少关心患者的心理体会性，愈来愈无法达到患者的医护需求，与此同时比较严重限定了患者舒服度的提升，从而做到患者医治合规、限定提升医护合规、医护满意率等多层面有关指标。本次研究对试验组病人选用舒服医护，其中关键包含心理医护和透析全程医护，以提升病人血液透析过程中的舒服度，协助病人改进欠佳心理情况，进而提升病人医治医护的依从性也有益于血液透析的成功进行和病人的医治效果、生活质量的提升。

舒服医护在整体护理的基础上，使病人在生理学、心理、社会等层面都没有压力感，使病人充足享有“以民为本”的多方位照料。舒服医护不但达到病人的基本需求，并且丰富了“以民为本”、“以病人为本”的医护服务含义，具有了清除优良苦恼、推动释放压力的功效。我们将该模式运用于血液透析医护，使病人体体会到温馨、关爱，塑造与病症抗争的信仰，更好地相互配合医治和医护，紧密医护关系，提升医护质量，使病人在医治过程中觉得舒服，提升病人满意率。

参考文献：

[1]文竹根.舒适护理在血液透析室护理中的应用体会[J].中外医疗,2012,31（14）: 170+172.
[2]刘喜,罗倩,李小琼.舒适护理在血液透析室整体护理中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26（03）: 227-229.

需要层次护理应用于腹腔镜子宫肌瘤患者术后护理中的优势评价

刘侠

齐齐哈尔市中医医院 妇科 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要:目的 针对腹腔镜子宫肌瘤患者术后护理中需要层次护理的应用效果进行分析,进而评价其临床运用优势。方法 本次研究对象总计例数为 60,均为本院确诊为子宫肌瘤且接受腹腔镜手术治疗病患,将病例筛选时间固定于 2021 年 1 月—2021 年 12 月之间。随机信封法将入组 60 例对象分入两组中。对照组(n=30)纳入对象予以常规术后护理服务,观察组(n=30)病患接受手术治疗后,以需要层次护理模式开展护理服务,评价不同护理模式的应用差异。结果 术后恢复指标及住院时间上,观察组相对较短,且患者不良情绪评分较低,自护能力各项评分相对较高,本组患者对护理工作满意度优势明显,上述各项均存有显著差异($P < 0.05$)。结论 子宫肌瘤患者接受腹腔镜手术切除后,将需要层次护理引入到工作中,有助于改善患者消极情绪,提升患者自我护理能力,强化患者疼痛耐受度,并确保机体尽快恢复,服务效果得到患者认可,临床应用优势显著。

关键词:需要层次护理;腹腔镜手术;子宫肌瘤

临床中相关研究对子宫肌瘤发生机制尚无明确论定,多认为密切相关于子宫平滑肌细胞增生^[1]。该病发生后,以腹部疼痛不适、白带及经期异常、出血贫血以及不孕为主要临床表现。临床统计数据证实,疾病多发生于孕龄期女性中。考虑到肌瘤对女性患者生理层面存在较大影响,因此需要积极进行治疗,一方面降低疾病对健康及生育功能的影响,同时及时根除子宫肌瘤,还可以降低其恶变几率^[2]。手术属于最为有效的根治方案,传统开腹手术虽然病灶切除效果有保证,但创伤过大且会遗留疤痕,患者接受度不高。随着微创技术的逐步发展,为疾病治疗提供了新的方向,借助腹腔镜完成手术,能够降低创伤,确保术后尽快恢复,其临床应用效果及安全性得到广泛验证。手术切除子宫肌瘤后,能够避免瘤体对组织和脏器造成压迫,可切实改善相关临床症状。虽然腹腔镜技术成熟效果及安全性理想,但是仍为有创操作,且疾病发生部位较为特殊,女性患者心理层面存在异常波动,因此护理工作开展时,既需要关注疾病和症状,同时也需要满足其心理层面需求,巩固手术治疗效果^[3]。需要层次护理针对性满足个体多层次,有助于提升工作总体效果,对术后机体和心理恢复有利。为了提高护理工作整体效果,本次特开展研究,针对性分析腹腔镜子宫肌瘤患者术后护理中需要层次护理的应用优势,为临床工作优化提供更多参考依据。具体如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究对象总计例数为 60,均为本院确诊为子宫肌瘤且接受腹腔镜手术治疗病患,将病例筛选时间固定于 2021 年 1 月—2021 年 12 月之间。随机信封法将入组 60 例对象分入两组中,各 30 例。按照平均年龄区分,观察组为(36.65±3.54)岁,对照组为(36.15±3.61)岁;按照单发和多发区分,观察组分别为 12 例/10 例,对照组为 18 例/20 例;按照文化程度区分,高中及以下及高中以上,观察组分别为 14 例/15 例,对照组为 16 例/15 例。对比患者资料差异无显著差异。

纳入标准:临床综合检查确诊为子宫肌瘤,且经超声检查确诊并明确疾病情况,具备手术指征,为腹腔镜手术适应证,择期手术治疗;患者意识清醒,具备较高的理解和配合能力;患者家属共同在知情同意文件上签字确认。

排除标准:肿瘤高度疑似恶性性质患者;手术及麻醉禁忌患者;合并严重机体疾病患者;术中转为开腹手术治疗患者;沟通障碍或精神异常患者。

1.2 护理方法

对照组围术期予以常规护理:术前遵医嘱完成必要检查,进行常规宣教和指导;做好手术准备,说明注意事项;完善术前准备。术后密切关注病情变化及恢复,遵医嘱进行处置和治疗,加强巡视便于及时发现并发症及前兆,及时告知医师并配合完成干预。根据要求评价术后疼痛程度,并

采取针对性缓解措施,或遵医嘱使用镇痛药物,避免造成不利影响。说明术后关注重点,并适当进行行为纠正,确保生活及饮食上合理控制。生命体征平稳且医师许可后,鼓励患者尽早下床及活动,确保机体尽快恢复,避免引发相关并发症。

观察组依据需要层次护理理念开展护理服务,具体方法为:(1)生理需求:工作中注意观察患者感觉及潜在需求,并针对性满足,进行多模式镇痛干预,确保尽早活动改善预后情况;(2)情感及归属感:加强护患交流,想其所想,赢得患者信赖,提供诊疗便利同时疏导其不良情绪,并对家属进行指导,协同帮助患者保持积极心态,满足其社会及情感需求;(3)安全感:提高服务专业性,进行手术及安全性告知,说明可能存在的问题和解决方法,介绍成功病例,强化治疗信心;根据情况开展健康宣教,纠正患者错误认知,让其对疾病和手术有理性认知;(4)尊重感:工作中语言谨慎,操作时注意保护隐私,不与他人讨论患者疾病或情况,日常交流时态度温和,尊重患者知情权;(5)自我实现:在工作开展或是制定方案时,征询患者意见,鼓励其表达看法和建议以及实际需求,并给予肯定和称赞,提升患者自我认可程度,更为积极地配合治疗及护理工作开展。

1.3 指标观察

(1)预后指标:详细观察并记录患者术后肛门排气时间、下床活动时间、住院治疗时间,并进行组间比较。评价术后疼痛程度,工具选择视觉模拟评分法,综合考虑患者主诉、表现和表情进行判断,最高分为 10 分提示剧痛,分值降低提示疼痛感降低。(2)负性情绪:依据焦虑抑郁自评量表进行评分,临界值为 50,分数提升证实负性情绪加重。(3)自护能力:依据自我护理能力评价量表评分,主要从四个维度完成测定,具体为健康知识掌握情况、自我概念、自我护理意识及能力,分值越高提示对应能力越强。(4)护理满意度:依据自制量表评分,80 分以上提示满意,不足 60 分提示不满意,其他分值证实一般,以其为基础计算护理满意度。

1.4 统计学分析

数据均录入 SPSS 22.0 统计软件进行分析。

2 结果

2.1 预后相关指标组间比较

如下所示:两组在预后指标上组间存有显著差异,观察组各项时间均数值较对照组低($P < 0.05$)。

表 1 术后相关指标组间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肛门排气时间(h)	下床活动时间(h)	疼痛评分(分)	住院治疗时间(d)
观察组	30	43.48±4.37	19.52±3.18	2.59±0.36	5.97±1.37
对照组	30	51.23±4.21	25.41±3.74	3.37±0.45	7.28±1.80

t	6.995	6.572	7.413	3.172
P	<0.001	<0.001	<0.001	0.002

2.2 负性情绪改善情况

入组时,抑郁和焦虑情绪上观察组与对照组均值分别为(51.28±3.38)分、(53.74±4.01)分、(51.40±3.40)分、(53.58±3.87)分,均较为接近($t=0.137$ $P=0.891$, $t=0.157$ $P=0.876$)。护理干预后再次评价,抑郁和焦虑情绪评分有所降低,指标上观察组与对照组均值分别为(41.86±2.39)分、(43.09±2.27)分、(43.28±2.95)分、(45.12±2.50)分,组间对比有意义($t=11.502$ $P=0.000$, $t=2.049$ $P=0.045$, $t=3.293$ $P=0.002$)。

2.3 自护能力评分

如下所示:入组时,测定结果证实,不同组别手术患者在四项自护能力评分接近。干预后,分值提升。两组间比较,观察组各项评分相对较高,且差异显著($P<0.05$)。

表 3 自护能力干预前后差异分析[($\bar{x} \pm s$), 分]

指标	时间	观察组(n=30)	对照组(n=30)	t 值	P 值
健康知识掌握情况	入组时	12.81±3.32	13.06±3.63	0.278	0.782
	干预后	25.28±5.37	19.59±4.12	4.605	<0.001
自我概念	入组时	13.98±3.43	14.13±3.67	0.164	0.871
	干预后	24.30±4.31	18.56±3.36	5.753	<0.001
自我护理意识	入组时	31.70±3.49	31.53±3.54	0.187	0.852
	干预后	44.96±3.71	39.35±3.39	6.114	<0.001
自我护理能力	入组时	18.40±3.31	18.75±3.27	0.412	0.682
	干预后	31.53±4.14	27.88±3.82	3.549	0.001
总计	入组时	76.89±13.55	77.47±14.11	0.162	0.872
	干预后	126.07±17.53	105.38±14.69	4.955	<0.001

2.4 护理满意度

两组手术患者均配合完成满意度调查,专业人员评价后,结果提示,在满意、一般、和不满意上,对照组与观察组分别为10例、13例、7例,13例、16例、1例,计算满意度后,对照组76.67%低于观察组96.67%,组间显著差异($\chi^2=5.192$ $P=0.023$)。

3 讨论

子宫平滑肌瘤即为俗称的子宫肌瘤,多为良性病变,在女性生殖系统疾病中占比相对较高,疾病的发生影响广泛,不但影响健康,同时还会影响生育能力以及家庭稳定,降低女性患者生活质量。随着医疗技术的不断完善,诊断模式优化及效能提升,大大提高了疾病临床检出率,准确判断肿瘤情况后,可尽早实施有效处理措施,避免疾病恶化或是引发不利影响^[4-5]。针对疾病,保守方案亦或是手术方案均可实现治疗目的,但是大量实践结果证实,保守治疗起效慢且效果满意度低。鉴于此,具备手术指征者,建议手术切除肌瘤,降低不利影响,避免发生恶变。由于子宫肌瘤多发于育龄期女性当中,这类群体对生活能力及子宫功能比较重视,有保留子宫及生育能力的需求^[6]。子宫肌瘤剔除术治疗有效性高,一方面不会对子宫生理机构完整性产生过大影响,可维持生育能力,同时还能够保护女性盆

底结构,保证盆底完整性^[7]。既往多采取开腹手术进行治疗,缺陷较为明显。现阶段,微创技术临床应用广泛,且适应症范围不断扩大,与传统开放手术相比,优势较为显著,手术能够满足患者个性化的要求,不但能降低创伤,还可提升手术总体安全性,缩短术后住院时间,确保尽快康复归家,另一方面,手术切口小,术后瘢痕不明显,得到女性广泛的认可^[8-9]。

考虑到手术具有较强生理及心理刺激性,加之女性担心子宫功能或是生育功能受到影响,如果配合度降低或是负性情绪明显,会导致应激水平波动,对手术及预后不利^[10]。鉴于此,辅以更科学且全面的护理干预措施,对手术效果及安全性至关重要。常规护理模式规范度高,但是缺陷在于心理层面关注度不够,因此具有一定局限性。现阶段,人们对护理工作重视度及要求不断提升,临床积极对护理服务进行完善。需要层次护理属于新型护理模式中应用率较高的一种。其将马斯洛需求理念作为指导思想,需要针对性优先解决紧急及低层次的护理需求,并综合考虑患者实际情况,逐步满足其更深一层的需求,并重视提升患者自我效能和护理能力,实现自我管理,能够积极配合并参与术后护理及康复服务,保持积极态度^[11]。在实际护理过程中,不断提升患者生理、情感、安全感、归属感及被尊重程度,有助于激发其更高层次的需求,提升自身主观能动性,进而能够现在提升护理效果,发挥良好辅助作用,改善预后情况。

治疗过程中患者具备的自理能力被称之为自护能力,研究结果证实,患者自护能力较强时,能够获得理想的临床收益^[12]。本次需要层次护理模式应用结果证实,自我护理能力的提升,负性情绪的改善,对预后恢复具有积极作用,可提升患者对工作满意度。

综上,腹腔镜子宫肌瘤患者护理中推行需要层次护理具有显著优势,通过改善患者情绪并提升其自护能力,能够实现术后尽快恢复,缩短治疗时间尽快归家,大众满意度高,具备推广价值。

参考文献:

- [1]黄宁君.需求导向护理对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者术后恢复及创伤性应激障碍的影响[J].中国社区医师,2022,38(13):90-92.
- [2]江洁丽.舒适护理模式在腹腔镜子宫肌瘤剔除围手术期护理中的应用分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(21):108.
- [3]郭敬,张英,杨凤霞,等.护士主导的护理模式在腹腔镜肝切除患者中的应用效果[J].昆明医科大学学报,2022,43(6):1-4.
- [4]李华杰.需要层次护理在腹腔镜子宫肌瘤患者术后的应用效果[J].河南医学研究,2020,29(32):6130-6132.
- [5]孙丽娜.气压治疗仪联合预见性护理在子宫肌瘤腹腔镜子宫切除术后患者中的应用[J].医疗装备,2021,34(14):144-145.
- [6]董德娥.优质护理干预应用于腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者围术期护理中的效果观察[J].爱情婚姻家庭:教育科研,2020(10):185-185.
- [7]刘彩霞,王晓红.需要层次护理在子宫肌瘤患者术后护理中的应用研究[J].甘肃科技,2021,37(4):143-145.
- [8]邱司桥,伍梅,李和祯.基于需要层次理论的护理模式在子宫肌瘤剔除术患者术后护理中的应用研究[J].医学食疗与健康,2021,19(26):143-144.
- [9]李娜.需求导向护理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者围手术期中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2022,44(2):144-146.
- [10]梁秋红.阶段性管理护理在腹腔镜子宫肌瘤切除术患者中的应用效果[J].吉林医学,2020,41(9):2245-2246.
- [11]郭欣.罗伊适应护理在腹腔镜子宫肌瘤切除术患者中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(17):181-183.
- [12]李晶晶,吴菁,黄冬冬.快速康复理念在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术护理中的应用[J].重庆医学,2021,50(1):375-376.

手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染的效果

楼硕

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 浙江杭州 310000

摘要：目的：对胃肠道手术患者实施手术室护理干预在预防切口感染方面的效果进行分析。方法：选取 44 例胃肠道患者，均实施手术治疗方案，将其按照护理干预方案的不同随机分组，22 例患者设定为一组，分别实施手术室护理干预和常规护理干预，依次为观察组和对照组，对比观察组和对照组切口感染率、围术期指标、护理效果。结果：护理满意度和切口感染率方面，观察组的 100.00%、4.54%和对照组的 72.72%、36.36%，相应比较，数据差异性显著，观察组的护理满意度高、切口感染率低，（ $P<0.05$ ）。围术期指标方面：分别与对照组相比，观察组的胃管拔除时间短、肛门排气时间短、首次排便时间短、切口愈合时间短，住院时间短， t 分别检验组间差异性，（ $P<0.05$ ）。结论：临床对胃肠道疾病患者实施手术治疗时，为了减少患者切口感染率、术后促进切口愈合并加快胃肠道的恢复，建议同时配合手术室护理干预方案。此方案的护理效果非常理想，受到患者及其家属的高度认可，其护理满意度较高。

关键词：手术室护理；胃肠道；手术；感染

临床上，胃肠道疾病包括很多种类型，如十二指肠溃疡、胃溃疡、胃癌、结肠癌等，目前，采用手术方法对胃肠道疾病进行治疗，能够快速切除病灶，避免病灶继续蔓延引发更严重的情况。切口感染是胃肠道手术治疗的一种最常见并发症，感染发生后，患者会出现切口开裂、切口渗液，甚至加剧切口疼痛严重程度，机体体温升高等，直接影响手术治疗效果及患者切口愈合，甚至不利于患者器官功能的恢复。所以，临床对胃肠道疾病患者实施手术治疗的同时，加强必要的护理干预措施非常关键^[1]。实验选取 44 例胃肠道手术患者，就诊时间为 2020 年 4 月至 2022 年 4 月，分别给予手术室护理干预和常规护理干预，其中前者取得了不错的效果，有效降低了患者切口感染率、同时对提升手术整体效果也有积极的影响。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 44 例胃肠道疾病患者，患者就诊科室为：消化内科，就诊时间为 2020 年 4 月至 2022 年 4 月，入院后，对患者进行检查并确诊，均符合手术治疗的指征，在此基础上将其随机分组，22 例患者实施手术室护理干预，设定为观察组，按照疾病类型分析，急性腹膜炎、阑尾炎、胃癌、肠梗阻、腹外疝、直肠癌分别占：3 例、5 例、6 例、4 例、4 例，女性和男性分别占：10 例、12 例，年龄最小 21 岁，最大 74 岁，平均（ 45.39 ± 2.09 ）岁，22 例患者实施常规护理干预，设定为对照组，女性和男性患者分别占：19 例、13 例，按照疾病类型分析：胃癌、肠梗阻、直肠癌、急性腹膜炎、阑尾炎分别占：5 例、5 例、3 例、4 例、5 例、患者年龄最小 24 岁，最大 78 岁，平均（ 46.03 ± 2.12 ）岁，所有患者均积极配合手术治疗、无麻醉药物过敏者，其基本资料可见，（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组 常规护理干预 术前，为患者做好常规检查，并告知患者术后应注意的事项。此外，安抚好患者的情绪，指导术前睡眠充足。术中密切观察患者的生命体征，及时为患者做好保暖措施，避免身体长时间暴露引发感染的现象，术后及时预防感染等并发症发生，保证手术效果。

观察组 手术室护理干预 术前，全面了解患者的基本情况，包括病史、过敏史、有无手术禁忌症等，同时为患者介绍手术治疗的必要性，告知手术操作的流程、术后应注意的事项及术前禁食禁水等，让患者在术前充足休息。消毒护理：术前对患者进行消毒时，务必要保证消毒面积覆盖切口周围 20cm 左右，避免盲区，还要保证无菌操作。手术操作时，无菌下打开患者的腹腔，同时注意保护切口，在对胃肠道切开前，要保护好切口周围的组织，对胃肠道切口缝合后，要采用强吸水性敷料覆盖^[2-3]。注意切口切开时，要避免细菌等污染。强化无菌操作：所有医护人员进入手术室前务必要严格执行六步洗手法，穿好手术衣，一旦术中手套被手术器材

刺破。需及时更换，且保证手术器材不能二次使用。术后及时消毒才能投入到下次使用中。手术完成后，缝合腹膜，采用 0.9% 的生理盐水反复对切口皮肤、肌层等进行冲洗，肿瘤手术者，其冲洗液为 38~43℃ 灭菌注射用水浸泡，并停留 5min 左右。随后反复用生理盐是冲洗切口。此外，还要强化对手术室的护理管理，对需要连台进行手术治疗的，手术间隔时间要在 30min 以上，护理人员严格做好手术室的消毒、杀菌工作^[4-6]。存在特殊感染的手术治疗者，要使用含氯消毒剂对地面及物体表面进行擦拭。确保手术室通风性良好，及时做好对手术治疗者的保暖措施，严格控制好手术室人员的控制管理工作，对于肿瘤手术治疗者，操作医师及护理人员要严格落实手术器材隔离技术，预防感染。

1.3 观察指标

观察两组切口感染率、围术期指标、护理效果。其中围术期指标包括：胃管拔除时间、肛门排气时间、首次排便时间、切口愈合时间，住院时间，护理效果：采用问卷调查结果评估护理满意度结果，问卷总分 100 分，划分为 3 个标准，非常满意、满意和满意，问卷内容包括：护理态度、护理内容是否完整等。

1.4 统计学分析

软件 SPSS24.0 分析实验数据，计数资料和计量资料分别用 $\pm$ 标准差、%，代表分别为：住院时间、肛门排气时间等，护理满意度等， t 、 X^2 分别检验数据之间的差异性，统计学意义判断标准： $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 对观察组和对照组的切口感染率进行对比

见下表 1，观察组中切口感染者 1 例，对照组中切口感染者 8 例，两组切口感染率可比， $4.54\%<36.36\%$ ， X^2 检验数据差异性，（ $P<0.05$ ）。

表 1 两组切口感染率对比

组别	n	切口感染	未感染
观察组	22	1（4.54%）	21（95.46%）
对照组	22	8（36.36%）	14（63.64%）
X^2	/	11.952	/
P	/	0.000	/

2.2 对观察组和对照组的护理效果进行对比

见下表 2.2 组护理效果对比，观察组的护理满意度评价明显较高，与对照组的数据相比， X^2 检验数据差异性，（ $P<0.05$ ）。

表 2 两组护理效果对比

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	22	12（54.54%）	10（45.46%）	0（0.00%）	100.00%

对照组	22	8 (36.36%)	8 (36.36%)	6 (27.28%)	72.72%
X ²	/	/	/	/	10.394
P	/	/	/	/	0.000

2.3 对观察组和对照组的围术期指标进行对比

见下表3, 对比2组围术期指标: 胃管拔除时间、肛门排气时间、首次排便时间、切口愈合时间, 住院时间, 观察组的各项指标均较短, 与对照组的数据分别相比, t 检验组间差异性, ($P < 0.05$)。

表3 两组围术期指标对比

组别	n	胃管拔除时间 (h)	肛门排气时间 (h)	首次排便时间 (h)	切口愈合时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	22	17.26±0.13	42.06±0.31	40.21±0.36	6.01±0.05	7.02±0.48
对照组	22	24.95±0.17	69.37±0.27	72.48±0.41	8.39±0.07	11.29±0.52
t	/	4.598	7.491	9.861	4.057	5.482
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

胃肠道是人体最大的免疫器官, 同样也是人体最大的排毒器官。从人体解剖学中发现, 胃肠道具体是从胃幽门至肛门的消化管。胃肠道疾病包括几大类型: ①一般炎症性胃肠道疾病, 如急性胃炎、溃疡性结肠炎、急性阑尾炎等, ②消化性溃疡, 胃溃疡、十二指肠溃疡等。③肿瘤疾病: 胃癌、食管癌、大肠癌等, ④消化道出血及肠易激综合征等。临床采用手术方法治疗胃肠道疾病, 取得了不错的效果。但研究发现, 手术治疗的同时由于患者胃肠道极易滋生细菌, 另外, 术中对患者机体暴露时间较长, 容易出现术后呕吐、肛门停止排气等胃肠道功能紊乱现象, 这样在一定程度上降低了机体抵抗力, 从而诱发术后切口感染, 切口裂开或出现渗液现象, 延长切口愈合时间并影响手术总体效果^[7]。因此, 及时对胃肠道手术患者加强科学、高效的护理干预措施, 对预防切口感染, 促进切口愈合及缩短住院时间有积极的影响。手术室护理干预, 主要从加强手术室护理管理、严格执行无菌操作、做好消毒管理工作、及时为患者冲洗手术切口等方面入手, 有效清除了细菌源, 避免细菌进入患者的切口引发感染^[8]。结合研究结果显示: 分别与对照组相比, 观察组的切口感染率低、护理满意度高, 数据之间的差异经 X^2 检验, 有统计学意义。可见, 对胃肠道手术患者实施手术室护理干预, 有效预防了切口感染率, 保证了护理效果。是由于手术室护理干预方案应用过程中, 严格执行无菌操作, 手术室护理人员做好器械及皮肤准备等工作, 全面提升了护理质量。确保手术室环境良好, 通风良好, 加强对患者的保暖措施等, 避免因抵抗力下降, 引发切口感染现象^[9]。同时控制好手术室医护人员, 加强卫生管理等, 避免出现交叉感染。另外, 术后及时对患者的切口进行冲洗, 不但促进切口愈合, 而且降低了切口感染率^[10]。观察组的围术期指标分别与对照组相比, 观察组的胃管拔除时间短、肛门排气时间短、首次排便时间短、切口愈合时间短, 住院时间短, t 检验组间差异性, ($P < 0.05$)。可见, 手术室护理干预能够有效预防切口感染率, 同时缩短了患者切口愈合时间、加快患者术后机体的恢复, 护理方案的应用价值显著。此外, 手术结束后, 护理人员要加强对患者的监测力度, 如果发现患者切口有疼痛、局部肿胀发红、发热等现象, 提示存在切口感染的可能性。如果没有脓肿, 可及时对患者进行更换切口敷料, 减轻并消除炎症, 但是如果存在脓肿, 要及时拆除缝线, 确保脓液彻底流出, 并给予相应的抗菌药物, 此外, 建议患者加强机体营养摄入, 多吃新

鲜蔬菜, 瓜果, 蛋白质含量高的食物, 增强机体抵抗力和愈合能力。对于化脓较严重的患者, 可使用盐水蒸的方法进行治疗, 将一勺食盐加入一碗300毫升的开水中, 将消毒纱布覆盖碗, 然后使得蒸汽对着患者化脓的伤口进行熏蒸, 直至开水水汽变得不烫, 一般这个蒸的过程持续在3-5分钟。蒸后采用氏收口方进行治疗, 促使化脓现象尽快得到缓解, 从而加快伤口的愈合。然而对于出现切口有红肿的感染者, 可使用生理盐水进行反复冲洗切口, 有助于彻底清除切口的细菌及其他异物, 还可以在切口上涂抹碘伏进行消炎。

综上所述, 临床对胃肠道疾病患者实施手术治疗时, 为了减少患者切口感染率、术后促进切口愈合并加快胃肠道的恢复, 建议同时配合手术室护理干预方案。此方案的护理效果非常理想, 受到患者及其家属的高度认可, 其护理满意度较高。

参考文献:

- [1]梁艳丽.快速康复外科护理理念应用在胃肠道患者术后预防切口感染的效果及预后影响[J].当代临床医刊,2022,35(02):108-109.
- [2]钟金兰.细节化手术室护理干预对腹部手术患者预防切口感染及应激反应的影响[J].山西医药杂志,2021,50(20):2967-2969.
- [3]栗莎莎.强化手术室护理干预在预防胃肠道手术患者切口感染的临床效果[J].黑龙江医学,2021,45(16):1724-1726.
- [4]吕华,许晓璇,谢敏玲,等.手术室护理干预对胃肠道手术患者预防切口感染及术后胃肠道功能恢复的影响[J].智慧健康,2021,7(24):103-105.
- [5]毛红艳.骨科无菌手术患者发生切口感染的危险因素及手术室护理管理对策[J].中国医药指南,2020,18(35):10-12.
- [6]李梅.无缝隙手术室护理对胃肠道肿瘤手术切口感染及术后康复的影响[J].中国药物与临床,2020,20(21):3695-3697.
- [7]程方圆,刘培珍.手术室护理干预在预防胃肠道手术患者切口感染的临床效果分析[J].名医,2020(12):251-253.
- [8]王婷婷,任元鹏.对接受腹部手术的患者进行改良式手术室护理对其切口感染发生情况的影响[J].当代医药论丛,2020,18(11):214-215.
- [9]巫丹.手术室护理干预在预防胃肠道手术患者切口感染的临床效果分析[J].智慧健康,2020,6(09):103-104.
- [10]谢绮雯,贺宝金,李群.快速康复外科护理理念应用在胃肠道患者术后预防切口感染的效果及预后影响[J].首都食品与医药,2020,27(02):151.
- [11]王丹娟.手术室采取的护理干预对预防胃肠道手术切口感染的效果研究[J].母婴世界,2021,(6):256.
- [12]王丽昭.手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染效果观察[J].中国保健营养,2021,(7):43.
- [13]张欣怡.手术室护理干预对预防胃肠道手术患者切口感染的临床效果评估[J].饮食保健,2021,(1):94.
- [14]易蓉.手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染效果观察[J].特别健康,2021,(3):224.
- [15]钟晓燕.手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染效果观察[J].中国药物与临床,2019,(8):1367-1368.
- [16]李林瑛.手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染的效果[J].养生保健指南,2021,7(19):225.
- [17]李旭.手术室护理干预在预防胃肠道手术患者切口感染的临床效果观察[J].中国医药指南,2020,(17):289-291.
- [18]刘一敏.手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染的效果[J].健康大视野,2020,(21):11.
- [19]曾艳,周诗于,冯海燕.手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染效果的分析[J].饮食保健,2019,6(22):159.

肾病综合征并发肺栓塞的防治对策及护理

曹霞

陆军特色医学中心 重庆 400042

摘要：肺动脉栓塞是肾病综合征患者的临床上最常见的并发症，本文通过总结肾病综合征患者肺动脉栓塞的预防和治疗措施，提出如何进行临床护理一体化治疗，并在此基础上进行了前期宣教，观察病情，进行护理干预和心理护理。对肾病综合征患者应及时进行病情评估，密切监测其病情变化，提高其发生风险，并注意护理，及时采取预防和治疗措施，可使其尽早发现并促进 PET 的恢复。

关键词：肾脏疾病症候群；肺栓塞；抗凝剂

肺栓塞（简称 PTE）是由肺动脉或右心房内的栓子引起的，其特点是肺内循环和呼吸机能紊乱。PTE 是一种严重的并发症，死亡率高达 20%~30%。肾小球滤过屏障中的血浆蛋白通透性增高，会导致血浆蛋白随着尿液排出，出现水肿、大量蛋白尿、高脂血症、低蛋白血症等，其中以深静脉血栓所致的肺栓塞最为常见。下面是关于预防和护理的综述^[1]。

一、肾病综合征并发肺栓塞的防治要点

1.1 肾病综合征患者肺动脉栓塞的病因：DVT 和 PTE 是临床上最常见的并发症。在肾脏疾病综合征患者中，大约 38% 会出现静脉血栓栓塞（VET），其中 DVT 和 PTE 是最常见的。血凝性高，可导致 DVT，血栓脱落，随着血液的流动，最终阻塞肺动脉，造成肺栓塞。肾脏病综合征患者血液中的高凝状态与以下因素有关：

（1）血清中的白蛋白含量会降低。肾病综合征患者体内的血浆蛋白流失会导致低蛋白血症，从而导致肝代偿性合成蛋白升高，凝血因子的生成尤其是纤维蛋白原的增加。从而使体内的凝血-抗凝、纤溶平衡失调，进而引发 DVT 和 PTE。

（2）长期或过量使用激素，容易发生高凝，形成血栓。

（3）高血脂可使病人血液粘度升高，从而容易发生 DVT。

（4）血小板增多或功能异常。肾病综合征病人的血小板数目可能会正常或增多，但是其功能改变，表现为血小板对二磷酸腺苷和胶原蛋白的聚集能力增强，这种高聚度与血浆中的白蛋白水平成正相关，但与血脂水平成正相关。

（5）应用利尿药物。利尿剂可导致脱水，降低血容量，增加血液中的高凝，并加速血栓的形成。

（6）除了高凝血量外，还可以通过刹车，抽烟等来提高 DVT 的发病率。

1.2 肾病综合征伴肺动脉栓塞的处理

（1）绝对卧床，吸氧止痛，必要时给予抗休克疗法，以提高呼吸能力；溶栓治疗，主要有尿激酶、链激酶等；抗凝剂：肝素，华法林，低分子量。根据相关文献，PTE 可在 51%~71% 的下肢深静脉血栓（DVT）中出现，而 NS 则出现 DVT，其主要病因可能是血液高凝。血液高凝状态可导致 DVT，血栓脱落，随着血液的流动，最终阻塞肺动脉，从而导致 PIE 的发生。DVT 的发生与血清白蛋白偏低（特别是 20 g/L）、利尿剂的不当使用、长期服用激素、血管内皮受损等。此外，已有的数据显示，膜性肾脏疾病的发生率在 25%~50% 之间，其病因尚不清楚。我们共发现 3 例肾组织学检查，发现 2 例是膜性肾病，说明膜性肾病多合并血栓。

（2）NS 并发 PTE 是一种非常罕见的疾病，其临床表现往往是不典型的，因此很容易被漏诊或误诊。如果在抽血过程中出现血液粘稠、易凝、输液时出现血液回流不良等情况，则说明病人血液中存在高凝；出现口渴、烦躁、肢体疼痛等表现，提示有血栓的可能。如果是血清白蛋白低于 20 g/L、长期使用激素、利尿剂等，一定要注意血 D-二聚体的异常，并采取相应的预防措施。

（3）造成 PTE 的栓子大多来自下肢静脉血栓，所以对 NS 患者的下肢进行评价是非常有必要的，常见的 6P 检查包括：有无下肢痛、苍白、麻痹、感觉异常、无脉搏等。在 NS 病人的日常护理中，应引导病人进行主动或被动的下肢活动，并积极预防 DVT；对水肿少尿患者进行 24 小时

尿量的监测，并能有效地控制患者的饮食，减少血粘度，防止血栓的发生。建议患者多吃粗纤维食品，不要做剧烈的憋气运动，也不要长时间蹲下。对肾病综合征患者应及时进行病情评估，密切监测其病情变化，提高其发生风险，并注意护理，及时采取预防和治疗措施，可使其尽早发现并促进 PET 的恢复。

二、肾病综合征并发肺栓塞的护理要点

2.1 血栓防治的护理

（1）提前预警风险，做好护士对患者进行相关知识的介绍，提前了解病情。多与患者沟通，了解患者的心理变化，消除患者的疑虑，赢得患者的信赖^[5]。

（2）早期积极、对有胸水的病人，要采取被动的姿势，要注意卧床休息，同时要适当的抬高双腿，使静脉回流加快，不能自由活动的病人，可以做一些被动的运动。在条件允许的情况下，尽早下床，逐渐增加活动的次数。

（3）注意对静脉的保护，减少对血管的损害，避免在同一位置重复穿刺，尽可能采用留置针。要注意不要使用下肢静脉，特别是股动脉。

（4）合理膳食，控制高血脂肾病综合征患者，由于高血脂，容易发生血栓。饮食上要注意低盐低脂，富含纤维素，不能吃辛辣的食物。限制摄入糖分，过量的糖分很容易在身体里转变成脂肪，从而导致 C2 浓度升高^[6]。

（5）对患者进行观察，观察患者的症状，有没有四肢肿胀，有没有感觉到脚底温度的改变。如果血液采集过程中出现粘稠、易凝的情况，则说明患者处于高凝状态；如果患者出现口渴、肢体突然疼痛等症状，说明有血栓。利尿剂的用量要多，避免出现脱水过多，导致血液粘稠。激素治疗可加重高凝状态，密切观察血液中的微量改变，并监测血液凝固的持续时间。

（6）应用激素和利尿剂的观察护理激素在肾脏疾病综合征中的作用很大，但是会加重血液中的高凝。在临床上，要密切观察高凝状态细微的改变，及时发现凝血时间，及时调整药物使用。如果患者有向心性肥胖，建议患者穿宽松的衣服，以免衣服太紧会对血管产生压力和损伤^[7]。此外，还要注意利尿药中的离子紊乱。每天都要对患者的尿量和肿胀进行监测。如果患者的下肢肿胀比较严重，需要区分是体位性水肿，还是肢体深静脉血栓。如果患者有腹水，需要注意是否存在肝静脉血栓^[8]。

（7）降低动脉穿刺率，避免血管损伤的发生，必须进行动脉穿刺时，必须选用较细的血管。手术时，要选用好的针尖，并保证一针的成功率。在拔出后，棉球不要挤压太久，避免不必要的动脉穿刺，特别是深静脉，比如股动脉。

2.2 血栓形成后的护理

（1）体位制动，确诊栓子位置取健侧卧位，嘱病人绝对卧床 2 个星期，限制双腿的运动，将患肢抬起 30 度，不能进行推拿。

（2）对患者进行 ECG、氧治疗、生命体征的监测、血液动力学、氧指数的监测。询问患者是否有疼痛，并将疼痛的位置、程度、游动方向等记录下来。如果患者出现胸闷、气促、胸闷、发绀、焦躁等症状，应及时向医院报告，并进行高流量的输氧治疗。

（3）抗凝剂的护理：所有患者都接受了低分子肝素钠、华法林的抗凝。

由于其半衰期较长,需要严格控制使用时间,同时要注意观察注射部位皮肤、粘膜和内脏是否有出血倾向。术后加用华法林,以防止肺动脉血栓再发。在用药过程中,监测凝血酶原时间(PT),使PT值维持在1.5~2.5倍,而INR为2.0~3.0。在使用过程中要注意戒烟和喝酒,不要吃影响华法林的食物和药物。

(4)对疑似血栓的患者进行安全陪检,常规超声对下肢深静脉进行常规检查,并做螺旋CT肺动脉造影以确定是否存在肺栓塞。外出检查时要用平车搬运,尽量减少搬运,以防栓子掉落。在转运过程中,要准备好监护设备和急救用品,并有医疗护理人员的陪伴。

(5)肺栓塞患者的心理护理主要表现为胸闷、呼吸困难,患者会出现惊慌、焦虑等情绪,护士要做好解释,争取患者和家人的配合。维持病房的空气清新和安静的生活护理;平时要注意口腔卫生,防止口腔溃疡^[9]。

2.3 密切做好监护准备

(1)及早识别肺栓塞

本案例患者曾经出现胸闷/心慌等情况,以及突发性的心率失常短阵室速波形,连续关注患者的生命体征及心电图变化,特别是关注心律失常情况。整个病房要保持安静休息的环境,提供给患者良好的休息,同时要告知患者保持心情平稳,保障患者休息睡眠时间。开展肺栓塞健康宣教工作,告知其疾病的起因和结果,以及有效预防措施,一旦出现胸闷心悸等症状,既可以及时提示,从而有效进行救治。

(2)做好抢救准备

护理组要制定相应的窦性心动过速病情护理预案,对患者心电监测提示交界区逸搏心律,详细分析患者的起病原因、病程情况、临床症状及基础疾病情况等方面,熟悉患者情况,密切关注患者意识,一旦出现肺栓塞情况,及时启动治疗抢救程序。同时,针对可能严重患者肺栓塞情况,配合所有临床治疗环节,注意静脉给药通道滴速,维持日常床边心电监护,确保病房抢救仪器,均处于能够运转状态中,从而确保能够第一时间确定患者情况,给予准确有效的救治。

(3)保持呼吸道通畅

对于患者曾经出现意识丧失、呼之不应持续十几秒后心动过速自行终止,同时肢体抖动停止、意识恢复的情况,护理过程中要保持呼吸道通畅,维持有效呼吸。全面监护患者情况,发现任何异常情况第一时间给与救治。针对患者一旦出现肺栓塞、意识丧失、呼之不应等情况,告知监护人员积极关注,第一时间保持呼吸道通畅,维持有效呼吸,增加病情了解程度,确保应急抢救有效进行。

(4)密切监测血电解质,尽早补钾、补钙

对于患者密切监测血电解质,特别是对于低钾低镁等情况,保持静脉通路通畅,及时补钾、补钙纠正电解质紊乱。针对患者术后出现低钾低镁情况,分析其背后原因,经过系统治疗后,病情持续缓解,给与护理有效应对。同时针对患者肾病综合征后突发性电解质紊乱症状后,活动耐力和自理能力下降,建议尽量卧床休息,并全天候监测患者信息情况,及时采取必要康复护理、健康宣教的手段,从而帮助患者减少不必要的焦虑情绪。

三、肾病综合征并发肺栓塞的有效护理路径

3.1 肾病综合征并发肺栓塞临床护理一体化

护理临床护理一体化肾病综合征并发肺栓塞临床护理一体化工作,

(1)要在收治病人手术一开始,就对(于)患者情况进行全面分析评估,充分考虑到患者的年龄、性别、基础疾病、身体状态等多方面情况,结合临床护理一体化质量、管理治疗方式,对于用药情况、护理临床护理一体化情况、感染情况、监护情况进行全方位评估,充分预计到患者可能出现的风险因素。

(2)在充分评估风险因素的基础上,应当全面进行原因分析,从根本上面找原因,反思现有护理临床护理一体化流程、系统设置、记录要求,从而找到关键性的改进策略,并对于其成效开展长期有效的监测。

3.2 肾病综合征患者管理

肾病综合征并发肺栓塞内的护理临床护理一体化,不同于普通护理工

作,对于患者的分等级临床护理一体化,是最主要、最直接内容。

(1)肾病综合征并发肺栓塞第一时间,就要进行患者临床护理技术管理,明确患者所属科室、患者特定情况,如药物过敏体质等。

(2)观察是否出现任何不适症状及不良反应,血压呼吸是否正常,静脉通道是否滴注正常,是否存在任何堵管、回血等情况。

(3)针对昏迷病人要有针对性做好防滑脱处理措施,对于注射过程中、拔针过程中存在可能感染等情况发生,从而最大限度避免各种风险因素的发生。

由此,在现有的肾病综合征并发肺栓塞患者管理护理临床护理一体化体系内,加强对于患者的临床护理技术的临床护理一体化,围绕“以患者为中心”护理风险体系展开的,对于患者相关的护理临床护理一体化活动存在的风险,采取有针对性、最直接、最有效的预防风险控制情况分析,从而进行严格高效控制,严格遵守患者护理临床护理一体化操作指南的要求。

四、结束语

肺栓塞的发病时间短,如果不能及时处理,造成严重的后果,死亡率仅次于心肌梗塞和肿瘤。本研究报告显示,肺栓子70~89%均来自于下肢深静脉,故及早发现并及早发现,是减少肺栓塞死亡率,提高患者预后的重要措施。在临床护理中,应对患者进行全方位的观察和评价,做好日常的预防,并适时地进行合理、有效的护理。加强对患者和家人的认识,加强对自身疾病的控制。我们将人性化的护理理念融入到日常工作中,而不是单纯的机械操作,让病人在最好的心态下配合治疗,同时利用中医和西医的相关知识,对病人进行健康教育,让病人在治疗的过程中,进行生活的调整,是取得效果的重要因素。该方法具有操作简便、无副作用等优点,有一定的应用价值。

参考文献:

- [1]王燕燕.预见性护理干预对肾病综合征患者并发症的效果观察[J].按摩与康复医学,2015,6(24):106-107.
- [2]许红娟.肾病综合征患者肾静脉血栓的预防[J].医学信息,2015,28(24):229.
- [3]郭小华,王峰.肾病综合征并发血栓的预防及护理[J].中国临床护理,2011,3(2):109-110.
- [4]杨立恒.急性肺栓塞患者远期预后随访调查及危险因素分析[J].中国呼吸与危重监护杂志,2013,12(6):552-557.
- [5]高磊等.下肢深静脉血栓形成与肺栓塞关系的超声研究[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(36):16-17.
- [6]徐喜媛,孙德俊,杨敬平.肺血栓栓塞症的诊治体会[J].中国呼吸与危重监护杂志,2003,2:94.
- [7]张卓然,时国朝.11例肾病综合征并发肺栓塞临床病理分析.中国呼吸与危重监护杂志,2005,4(1):57.
- [8]刘英,那威,李月雄.肾病综合征并发血栓的预防及护理.护士进修杂志,2000,15(8):636.
- [9]赵玉娥,手丽君,陆敏智.肺栓塞病人的临床急救与护理[J].临床肺科杂志,2009,14(8):1121.
- [10]吴颖.肺栓塞溶栓和抗凝治疗的护理[J].现代实用医学,2009,21(6):668.
- [11]陈端生.福建省省中医病证诊疗常规[M].厦门:厦门大学出版社,2006:251.
- [12]周美华,张辰.肺栓塞护理新进展,国外医学护理学分册,2002,21(4):157-159.
- [13]李素玲,庄碧云,蔡立慧,等.急性肺栓塞溶栓治疗的护理,中国误诊学杂志,2005,5(8):1525-1526.
- [14]王辰,肺栓塞.北京:人民卫生出版社,2003:387-388.
- [15]张卓然,时国朝.11例肾病综合征并发肺栓塞临床病理分析.中国呼吸与危重监护杂志,2005,1(4):699-700.

快速康复外科护理在食管癌患者围手术期中的作用分析

胡素琴

大冶市人民医院 湖北黄石 435100

摘要：目的：探讨食管癌患者围手术期中运用快速康复外科护理的临床价值。方法：选择 2020 年 1 月-2021 年 7 月期间我院收治的食管癌患者 110 例为研究对象，根据数字随机法将其分为两组，其中对照组行常规护理，而观察组则运用快速康复外科护理，比较分析两组护理效果。结果：术前，两组营养指标比较无差异 ($P>0.05$)；干预后，观察组的 ALB、PA 以及 TP 水平均高于对照组 ($P<0.05$)；与对照组比较，观察组的住院、首次下地活动、经口进食、肛门排气以及胸管拔管时间均较短，且 KPS 评分较高，组间比较差异明显 ($P<0.05$)；两组干预前的负面情绪对比无区别 ($P>0.05$)；观察组干预后的 SDS 和 SAS 评分均低于对照组 ($P<0.05$)；相比较对照组而言，观察组的并发症发生率低，组间对比有差异 ($P<0.05$)。结论：临床上将快速康复外科护理运用在食管癌患者中，不仅可以减轻患者负面情绪，改善机体营养状态，还能预防并发症，值得推广。

关键词：食管癌；快速康复外科护理；营养指标；并发症

食管癌是比较常见的一种恶性肿瘤，以营养不良、代谢异常、吞咽困难以及胸骨后疼痛等症状为主要表现，其发生机制复杂，与长期酗酒吸烟、不良饮食习惯以及亚硝胺类化合物等诸多因素有关。研究^[1]发现，食管癌起病隐匿，具有较强的侵袭性，若治疗不及时，可导致诸多并发症如休克、大出血等，严重的情况下，甚至危及患者生命安全。世界卫生组织、国际癌症研究机构（WHO/IARC）预估 2022 年全球食管癌的新发病例为 56.2 万例，在全部癌症患者中占 3.2%，每年有 42 万人死于食管癌，在全部癌症死亡患者中占 4.9%。在恶性肿瘤中，食管癌是比较常见的一种类型，因为早期症状不典型，不容易被患者察觉，大部分患者确诊时，已经为中期或晚期，具有较高的死亡率，所以需要积极治疗以促进患者生存率的提高。当前在治疗食管癌时，手术是常用的一种方法，可以清除病灶，延长患者生存时间，尤其是对于早期食管癌患者，具有较好的预后效果。但是手术作为创伤性的一种手段，可增加机体损伤，再加上患者缺乏对手术的正确认识和了解，可产生紧张、焦虑等负面情绪，加重机体应激反应，不利于术后胃肠功能恢复^[2]。快速康复外科护理作为通过对围术期多项护理措施进行优化，使手术创伤应激反应减轻，降低并发症发生率，恢复患者病情的一种护理模式^[3]。因此，本文对快速康复外科护理在食管癌患者中的运用效果进行了探讨，现报道如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选择我院 2020 年 1 月-2021 年 7 月期间收治的食管癌患者 110 例为研究对象，根据数字随机法将其分为两组，每组 55 例。对照组病程 3-20 个月，平均 (11.2 ± 4.5) 个月，年龄 44-78 岁，平均 (60.5 ± 6.1) 岁，其中 23 例为女性、32 例为男性，TMN 分期：10 例为 III 期、30 例为 II 期、15 例为 I 期，发病部位：9 例为食管下段、38 例为食管中段、8 例为食管上段；观察组病程 4-21 个月，平均 (11.3 ± 4.6) 个月，年龄 45-79 岁，平均 (60.6 ± 6.2) 岁，其中 21 例为女性、34 例为男性，TMN 分期：11 例为 III 期、31 例为

II 期、13 例为 I 期，发病部位：10 例为食管下段、36 例为食管中段、9 例为食管上段。两组的疾病分期、年龄等资料比较无差异 ($P>0.05$)。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准：（1）符合《食管癌和胃癌治疗指南》中关于食管癌的诊断标准，且经病理学检查确诊；（2）行择期食管癌根治术；（3）临床资料完善；（4）患者意识清醒，可正常交流和沟通；（5）患者及家属对本次研究知情，且签署同意书。

1.2.2 排除标准：（1）严重营养不良者；（2）合并其他恶性肿瘤者；（3）慢性肠道疾病者；（4）术前行化疗者；（5）严重精神异常或者意识障碍者；（6）临床资料缺失或者中途退出研究者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

对照组行常规护理，即密切关注患者病情变化，术前完善相关检查，做好手术准备；术术前晚，给予患者清洁灌肠，术前 12h，告知患者保持禁食状态，8h 保持禁饮状态；术中对患者生命体征进行严密监测，一旦发现异常，及时告知医生处理；术后给予患者基础护理，包括活动、饮食、预防并发症以及疼痛等，并且根据患者实际情况，确定拔管时间。

1.3.2 观察组

观察组则行快速康复外科护理：（1）术前。①心理干预。术前对患者进行访视，运用简单易懂的语言，给患者讲解疾病和手术的相关知识，包括手术注意事项、流程、麻醉方法等，让患者正确认识手术过程，并且对患者的心理状态进行了解，及时帮助患者排忧解难，疏导负面情绪，有助于患者调整好心态，并且多给患者列举一些成功的病例，使患者看到治疗的希望，增强战胜疾病的信心，提高治疗依从性；②预备练习。运用简单易懂的语言，给患者讲解呼吸训练的相关知识，传授呼吸训练的方法和技巧，比如缩唇呼吸、腹式呼吸以及坐式呼吸等，指导患者正确咳嗽，并且与爬楼梯、吹气球锻炼相结合；③营养支持。术前 2 周，将 Harris-Benedict

方程作为依据,对每天患者的基本能量需求进行计算,再乘以校正系数C,其中女性为1.19,男性为1.16,根据这一计算值,给予患者营养支持;④肠道准备。术日晚,不需要对患者进行清洁灌肠,仅给予患者磷酸钠盐口服,术前6h,告知患者保持禁食状态,术前2h禁饮,并且术前4h,给予患者5%的葡萄糖溶液500ml口服;(2)术中护理。入室后,热情接待患者,通过眼神、语言以及动作等给予患者安慰和鼓励,协助患者合理摆放体位,尽量增加患者舒适度。同时,术中运用加温器加术中所需的冲洗液、输液以及静脉输血等,运用电热充气装置或者电热毯对患者四肢皮肤进行保暖,并且密切监测患者生命体征变化,预防不良事件;(3)术后护理。①体位护理。对患者的呼吸、脉搏以及血压等进行观察,抬高床头30°,待患者意识清醒后,告知患者手术很成功,平复患者紧张的情绪;②饮食护理。营养师将患者的病情作为基本依据,指导并动态调整其饮食方案,定期对患者的营养状态进行评估。术后禁食期间,给予患者鼻饲喂养,即经鼻将特制的营养管直达十二指肠输送营养液,待患者肛门排气后,给予清淡、容易消化、富含营养的流质饮食;术后8d,可给予患者半流质饮食,并且根据患者恢复情况,逐渐过渡至普食;③早期活动。术后6h,协助患者在床上开展四肢活动,每2h进行1次叩背,术后第2d,协助患者下床站立,并且适当行走等;④导管护理。妥善固定引流管,对引流液的数量、性状以及颜色等进行观察和记录,避免出现导管脱落、弯曲以及打折等,保持导管通畅;⑤疼痛护理。准确评估患者疼痛程度,给予针对性干预措

施,对于VAS评分<4分的患者,以非药物干预为主,比如聊天、按摩、听音乐等;对于VAS评分≥4分者,则严格按照医嘱要求,运用镇痛药物,减轻患者疼痛感。

1.4 观察指标

观察下列指标:(1)营养指标,包括白蛋白(albumin, ALB)、前白蛋白(pre-albumin, PA)以及总白蛋白(total protein, TP);(2)运用Zung焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评价患者负面情绪,得分越高,则焦虑、抑郁程度越严重;(3)运用卡氏功能状态(KPS)评价患者健康状况,总分为0-100分,得分越高,则健康状况越好;(4)记录两组的经口进食、住院、胸管拔管、首次下地活动以及肛门排除时间;(5)统计两组术后并发症发生情况,包括吻合口瘘、腹胀、切口感染以及肺部感染等。

1.5 统计学分析

由SPSS20.0软件分析数据,采用t和X²检验计量与计数资料对比,以P<0.05表示有差异。

2. 结果

2.1 两组营养指标变化情况

两组术前的营养指标对比无区别(P>0.05);观察组术后的TP、PA以及ALB水平平均高于对照组(P<0.05),见表1。

表1 两组营养指标对比(x±s)

组别	TP (g/L)		PA (mg/L)		ALB (g/L)	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照组 (n=55)	56.51±12.34	64.11±9.03	175.46±40.22	195.67±40.02	34.23±7.04	34.12±5.65
观察组 (n=55)	57.34±11.25	74.56±8.45	175.48±40.29	226.46±41.11	34.87±7.12	40.02±4.35
t 值	0.874	9.112	1.064	5.866	1.963	6.001
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组围术期各项指标对比

活动以及住院时间均短于对照组(P<0.05),见表2。

观察组的KPS评分高,且胸管拔管、肛门排气、经口进食、首次下地

表2 两组各项指标比较(x±s)

组别	首次下地活动时间 (d)	经口进食时间(d)	肛门排气时间(h)	胸管拔管时间(d)	住院时间(d)	KPS 评分(分)
对照组(n=55)	2.27±0.29	6.25±0.61	48.76±12.34	3.65±0.31	10.67±1.23	65.23±5.65
观察组(n=55)	1.34±0.21	4.13±0.55	40.03±11.23	2.33±0.19	8.14±1.09	75.46±6.33
t 值	6.398	9.112	4.975	5.084	9.054	6.486
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组干预前后SDS和SAS评分比较

干预前,两组评分对比无差异(P>0.05);相比较对照组而言,观察

组的 SAS 和 SDS 评分均较低, 组间对比有差异 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组 SAS 和 SDS 评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	SDS 评分		SAS 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 ($n=55$)	49.67 $\pm$ 4.33	45.34 $\pm$ 1.23	48.03 $\pm$ 4.23	44.02 $\pm$ 1.12
观察组 ($n=55$)	49.78 $\pm$ 4.23	39.12 $\pm$ 0.26	48.12 $\pm$ 4.21	36.56 $\pm$ 0.58
t 值	0.112	6.398	0.963	8.475
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组术后并发症对比

与对照组比较, 观察组的并发症发生率低, 组间对比有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组并发症比较 [n (%)]

组别	吻合口瘘	腹胀	切口感染	肺部感染	发生率
对照组 ($n=55$)	3 (5.45)	4 (7.27)	4 (7.27)	3 (5.45)	14(25.45)
观察组 ($n=55$)	0 (0.0)	1 (1.82)	1 (1.82)	1 (1.82)	3 (5.45)
X^2 值					12.863
P 值					<0.05

3. 讨论

3.1 食管癌的研究概况

近年来, 随着人们生活方式和饮食习惯的改变, 再加上人口老龄化进程的加剧, 食管癌在我国的发病率呈现出明显的上升趋势, 已经成为危害人们身心健康的一种重要疾病^[4]。据研究数据显示, 40 岁以前的食管癌发病率较低, 45 岁以后呈明显上升趋势, 80 岁及以上发病率达到高峰, 为 143.65/万。因为老年患者随着年龄的不断增长, 其组织器官出现了不同程度的衰老和退化, 尤其是长期重度吸烟和肺功能较差的患者, 再加上进行性吞咽困难, 不能正常进食等因素的影响, 无法满足机体的营养供给, 降低自身免疫力和抵抗力, 从而表现出贫血、营养不良等症状。国外研究表明, 食管癌的发病呈现出地区性的特点, 其高发地区以亚洲的一些地区和国家及非洲撒哈拉以南地区为主, 而在北美地区和欧洲人群中的发病率不高, 并且与女性相比, 男性具有较高的发病率和死亡率。有研究发现, 食管癌的发生与年龄有关, 并且随着年龄的不断增长, 其发病率也明显升高, 所以食管癌也是危害中老年人健康的一种重要疾病。临床研究资料表明, 老年食管癌合并糖尿病患者, 其血糖控制较差, 术后更容易出现并发症, 糖尿病可导致患者的手术治疗难度增加, 加重机体应激反应, 还会影响患者的术后组织愈合, 延长住院时间, 增加医疗费用, 加重患者的经济负担。

研究指出, 一些患者在长期生活中存在的不良生活习惯, 比如饮食温度过高、长期吸烟、大量饮酒等, 这些都会对患者的术后恢复产生直接影响。同时, 食管癌患者的手术操作部位包括颈部、腹部以及胸部等, 其手术比较复杂且难度较高, 患者身体容易受到严重创伤, 术后容易出现诸多并发症, 所以为了保障患者手术效果, 促进患者术后康复, 选择有效、科学的护理模式尤为重要。

3.2 快速康复外科护理在食管癌中的运用价值

快速康复外科护理的基础为循证学, 与外科、心理等多项措施相结合, 能够使手术创伤应激反应减轻, 预防并发症, 从而促进患者康复^[5]。在食管癌的临床治疗中, 外科手术是常用的一种方法, 但是其术后恢复存在诸多的影响因素如低氧血症、肠梗阻、恶心呕吐、器官功能不全、应激反应以及疼痛等, 而通过行快速康复外科护理, 能够将上述应激减轻或者阻断, 使术后并发症减少, 使住院时间缩短, 促进患者康复, 从而达到治疗目的^[6]。在本次研究中, 观察组的 SDS 和 SAS 评分均较低, 提示通过给予患者心理干预和疏导, 能够使患者正确认识疾病, 减轻内心的焦虑和恐慌, 提高治疗依从性。同时, 在本次研究中, 观察组的术后恢复时间短、且并发症较少, 说明快速康复外科护理运用在食管癌患者中的效果较好。分析原因主要为, 在快速康复外科护理中, 通过优化术前肠道准备, 使禁食时间缩短, 能够减轻患者不适感; 术前给予患者葡萄糖溶液口服, 可以使肠道耐受性得到改善, 确保能量需求; 术后尽早进食, 可以对胃肠蠕动进行刺激, 使胃肠功能恢复时间缩短^[7]。

综上所述, 临床上在治疗食管癌时, 运用快速康复外科护理, 不仅能够使患者负面情绪减轻, 改善营养状态, 还能减少并发症, 促进患者康复, 具有推广价值。

参考文献:

- [1]刘奕兰.基于 FTS 理念的护理对老年食管癌胸腔镜手术后康复影响[J].中国卫生标准管理,2022,13 (04): 148-152.
- [2]马欣.快速康复外科护理在食管癌根治术患者中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33 (10): 158-160.
- [3]罗艺芬,黎旭曦,张文.早期肠内营养联合加速康复外科在食管癌根治术中的临床护理研究[J].当代介入医学,2021,1 (4) .
- [4]苏二川,苏建薇,梁清梅,叶翠玲.ERAS 护理在食管癌患者围手术期康复效果和生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40 (03): 521-524.
- [5]李明爱.快速康复外科护理对微创食管癌临床效果、心理状态及预后分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7 (08): 128-129.
- [6]孙敏.对接受手术治疗的食管癌患者进行快速康复外科护理的效果分析[J].当代医药论丛,2020,18 (04): 249-250.
- [7]朱春华,杨智翔,曹万华.快速康复外科护理在微创食管癌手术患者围术期中的应用[J].中国实用医药,2019,14 (25): 146-147.

综合护理干预应用于乳腺癌护理中的效果探究

黄婷

大冶市人民医院 湖北黄石 435199

摘要：目的：探讨乳腺癌护理中综合护理干预的效果。方法：选择我院 2020 年 1 月~2022 年 1 月收治的乳腺癌患者 80 例进行研究，双色球法分为两组，每组 40 例。对照组采取常规护理，观察组采取综合护理干预。对比两组效果。结果：干预前，两组负面情绪评分与生活质量评分无明显差异 ($P>0.05$)，干预后观察组焦虑评分、抑郁评分更低，生活质量评分更高，与对照组差异显著 ($P<0.05$)；观察组患者满意度高于对照组，差异显著 ($P<0.05$)；观察组并发症率低于对照组，差异显著 ($P<0.05$)。结论：乳腺癌护理中应用综合护理干预，可更好地缓解患者的负面情绪，减少并发症发生，提高生活质量，促使其更满意，值得应用。

关键词：乳腺癌；综合护理干预；负面情绪；生活质量；患者满意度

乳腺癌作为常见的恶性肿瘤疾病，也是女性比较棘手的一类病变，其发病率高，而且对患者的正常生活、工作造成影响，容易导致她们负面情绪加重，生活质量下降^[1]。乳腺癌多采取手术切除，但切除后对患者的身体与心理都会造成巨大打击，一些患者甚至有抵触，不愿意配合，从而影响手术效果^[2]。随着放化疗联合手术治疗增多，对于晚期乳腺癌采取手术、放化疗等多方案联合治疗，可进一步提高预后，成为研究热点。研究证实，外科手术、放化疗治疗乳腺癌可取得不错的效果，但不管采取何种方式，都能在治疗期间导致患者身体及其他机能损伤。基于此，针对乳腺癌手术患者，要积极做好护理干预，但采取何种护理模式则成为临床研究热点。常规护理干预应用历史悠久，但其难以满足新时期患者对医疗服务的需求，这就需要探寻更为有效的护理模式^[3]。综合护理作为新型护理模式，在临床多个科室均有开展，证实可进一步提高预后，但是目前在基层医院该护理模式应用在乳腺癌中的报道还比较缺乏，需进一步探究。本次就我院 2020 年 1 月~2022 年 1 月收治的乳腺癌患者 80 例实施研究，旨在探究综合护理干预的效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2020 年 1 月~2022 年 1 月收治的乳腺癌患者 80 例进行研究，双色球法分为两组，每组 40 例。纳入对象临床资料完整，确诊满足乳腺癌标准^[4]，有手术指征，均采取手术治疗，签署知情同意书，同时排除严重脏器病变、其他恶性肿瘤或妇科疾病、妊娠期或哺乳期、精神疾病，以及不愿意配合研究等患者。对照组：年龄最小 30 岁、最大 57 岁，均值 (41.52 ± 5.34) 岁；病程最短 6 个月、最长 8 年，均值 (3.12 ± 0.62) 年。观察组：年龄最小 32 岁、最大 59 岁，均值 (41.77 ± 5.15) 岁；病程最短 5 个月、最长 8 年，均值 (3.31 ± 0.55) 年。基线资料对比，两组无明显差异 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组：本组予以常规护理干预，根据病情提供用药指导，注意观察患者的不良反应，做好生命体征监测，及时发现意外情况，并针对性处理。同时，配合手术医师做好护理配合，尽量减少术后并发症发生。

1.2.2 观察组：本组予以综合护理干预，措施如下：(1) 健康教育与心理疏导：乳腺癌作为恶性肿瘤，其危害巨大，但患者对疾病知识不了解，容易出现担忧、焦虑、抑郁、恐慌等情绪，同时采取手术治疗，切除后会严重影响美观，也会给患者身心健康带来影响，部分患者会有抵触、沮丧、失落等。为此，要做好疾病知识宣教，提高患者的认知程度，让她们掌握疾病知识、手术方法及注意事项，同时知晓良好的心理情绪对疾病康复的促进作用。主动与患者沟通交流，及时掌握患者的情绪变化，针对性疏导，尽量缓解或消除负面情绪，提高治疗信心，促使她们以良好的心理状态配合手术及护理。此外，有条件下，可请既往案例进行亲身说教，进一步提高治疗信心。(2) 环境干预：加强病房环境管理，定期消毒病房，做好打扫与清洁，维持室内的干净，定期通风开窗，维持室内空气清新。室内禁止吸烟，避免大声喧哗，减少人员探访，为患者营造安静与舒适的休息环境。适当调整室内的温度与湿度，一般温度 24-26℃、湿度 55% 左右。(3) 术中配合：进入手术室，在手术前准备时，要观察患者的心理情绪变化，

再次做好宣教，提高其依从性。同时，对患者的情绪进行疏导，告知其手术流程与方法，叮嘱注意事项，告知其良好的心理情绪对手术顺利完成的促进作用。协助患者取仰卧位，上肢外展 80°，将其平放在托手架，侧腋下胸背部则垫上合适的纱垫，尽量维持患者的舒适。手术期间，护理人员及时将医师所需物品送达，并观察患者的生命体征变化，有异常及时上报。

(4) 术后基础护理：术后，将患者安全送回病房，根据手术情况，选择合适体位，对术后心率、呼吸等密切监护。及时更换切口药物，严格无菌操作，避免感染，同时对切口处皮肤温度与颜色进行观察。术后，除了应用镇痛泵镇痛，还可通过聊天与播放音乐等方式转移注意力，也可缓解患者的疼痛。大部分患者需留置导管，比如尿管、引流管等，需维持导管畅通，妥善固定，定期检查，避免扭曲、堵塞。术后 7-10d，可根据患者恢复情况拔除导管。(5) 饮食干预：乳腺癌患者围术期抵抗力与免疫力下降，为此需增强营养，合理调整膳食结构，术后加大营养支持，适当补充营养。叮嘱患者术后禁忌辛辣、油腻及刺激性食物，鼓励她们多食用新鲜的蔬菜与水果，以及富含纤维素的食物，同时以清淡、易于消化为主。(6) 康复训练：为了促进患者术后尽快康复，术后第 2 天开始，可鼓励患者进行轻微的肘关节与小臂等活动锻炼。术后 1 周开始，开展肩关节恢复训练，并指导她们按照循序渐进的选择执行，以耐受为宜。避免过度训练，导致二次伤害。

1.3 观察指标

(1) 比较两组负面情绪，主要从焦虑与抑郁评分，参考焦虑自评量表与抑郁自评量表^[5]，均有 20 条目，所有项目分数之和 $\times 1.25$ ，将整数部分作为标准分，临界值分别为 50 分与 53 分，评分越低则负面情绪越轻。

(2) 比较两组生活质量，参考 GQOL-74 量表^[6]，选择四个功能评价，包括物质、社会、躯体及心理，均采用百分制评价，评分越高则生活质量越好。

(3) 比较两组患者满意度，护理结束后用院内自制满意度问卷调查，满分 100 分，满意 >90 分、尚可 70-90 分、不满意 <70 分，满意度=满意率+尚可率。

(4) 比较并发症，主要包括排尿困难、皮下积液、患处水肿等，并发病率=发生例数/本组例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

SPSS22.0 分析数据，计数资料用%、 χ^2 处理，计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 、 t 处理， $P<0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 负面情绪比较

干预前，两组负面情绪评分无明显差异 ($P>0.05$)，干预后观察组焦虑评分、抑郁评分更低，与对照组差异显著 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 两组负面情绪对比 ($\bar{x}\pm s$ ，分)

组别	焦虑评分		抑郁评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	53.66 $\pm$ 2.41	38.94 $\pm$ 4.12	55.24 $\pm$ 2.68	39.54 $\pm$ 3.88

(40)

对照组 (40)	53.39±2.57	45.28±4.67	55.36±2.74	46.94±4.37
<i>t</i>	0.110	4.921	0.068	4.831
<i>P</i>	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 生活质量比较

干预前, 两组生活质量评分无明显差异 ($P>0.05$), 干预后观察组生活质量评分更高, 与对照组差异显著 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体功能		物质功能		心理功能		社会功能	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (40)	68.55±3.16	84.14±2.33	68.64±3.43	84.23±2.33	68.63±3.27	84.86±2.34	68.63±3.35	84.33±2.67
对照组 (40)	68.73±3.24	78.64±2.73	68.56±3.74	78.34±2.38	68.83±3.37	78.43±2.58	68.57±3.24	78.53±2.26
<i>t</i>	0.036	4.632	0.044	4.452	0.052	4.503	0.059	4.814
<i>P</i>	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 患者满意度比较

观察组患者满意度高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 患者满意度对比[n (%)]

组别	满意	尚可	不满意	患者满意度
观察组 (40)	23 (57.50)	16 (40.00)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组 (40)	14 (35.00)	18 (45.00)	8 (20.00)	32 (80.00)
χ^2				5.994
<i>P</i>				<0.05

2.4 并发症比较

观察组并发症率低于对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 并发症对比[n (%)]

组别	排尿困难	皮下积液	患处水肿	合计
观察组 (40)	1 (2.50)	1 (2.50)	0 (0)	2 (5.00)
对照组 (40)	4 (10.00)	4 (10.00)	1 (2.50)	9 (22.50)
χ^2				5.547
<i>P</i>				<0.05

3 讨论

乳腺癌是女性常见恶性肿瘤, 我国每年乳腺癌新发率明显高于全球平均水平, 比如上海、北京、天津等地区发病率较高^[7]。从既往文献^[8]中看出, 乳腺癌患者发病后会有明显的焦虑、害怕等情绪, 而且乳腺癌发病部位特殊, 会直接影响其乳房结构与功能, 一定程度上可能导致其自卑情绪, 加上生活质量较低, 不利于她们的生活与工作。目前, 临床治疗乳腺癌相对有效的方式为乳腺癌改良根治术, 可提高生存率, 但乳腺癌是一类身心疾病, 心理社会因素除了会影响疾病的发生, 还会在治疗期间影响治疗效果。此外, 对于部分中晚期乳腺癌患者, 除了要接受手术治疗外, 还可能辅之以化疗或放疗等综合治疗, 这些都可能使她们生理与心理上的不适, 也会给疾病带来威胁, 导致并发症增多, 不利于预后^[9]。为此, 针对乳腺癌患者, 除了要积极治疗, 还应配合有效的护理干预。综合护理干预可以从围术期进行全面护理干预, 考虑各个方面, 尽量满足患者的身心需求, 从而提高治疗效果。既往文献中证实综合护理在多种疾病中有不错的价值, 但在基层医院乳腺癌中的应用还比较缺乏, 需进一步探究。

本次就我院收治的 80 例乳腺癌患者进行分组研究, 对照组采取常规护理, 观察组采取综合护理干预, 结果显示: 干预前, 两组负面情绪评分与生活质量评分无明显差异 ($P>0.05$), 干预后观察组焦虑评分、抑郁评分更低, 生活质量评分更高, 与对照组差异显著 ($P<0.05$); 观察组患者满意度高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$); 观察组并发症率低于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。该研究结果与同类报道^[10]相似, 有学者对收治的 80 例乳腺癌患者进行抽签随机平均分配, 对照组用常规护理, 实验组用综合护理, 结果显示: 实验组干预后 SAS 评分与 SDS 评分更低, 而患者护理满意度更高, 并发症率更低, 与对照组差异有统计学意义 ($P<0.05$)。近几年, 乳腺癌发病率有所升高, 且趋于年轻化趋势, 这对于育龄期女性而言, 打击巨大^[11]。现阶段乳腺癌的治疗方法逐渐从单一手术转变为全身综合治疗, 但乳腺癌的特殊性, 导致患者不得不承担疾病疼痛, 还要面对身体残缺带来的心理影响与社会上的异样眼光, 这些都会导致患者的身心压

力增加, 不利于治疗的顺利开展^[12]。通过综合护理干预, 从健康教育与心理干预着手, 尽量提高患者的认知水平, 缓解其负面心理情绪, 促使其以良好的状态配合治疗与护理, 从而提高治疗依从性; 加强环境干预, 努力营造舒适的住院环境, 提高患者的身体舒适度, 让她们感觉到温馨, 也可提高其治疗依从性^[13]; 此外, 配合饮食干预与康复训练, 可进一步提高患者的机体营养, 促进其更快恢复健康^[14]。在该研究中, 针对乳腺癌手术患者开展综合护理干预, 使患者的负面情绪得到缓解, 可更好地配合完成治疗与护理, 提高了依从性, 最终改善了预后, 使患者生活质量明显提升, 从而对护理服务更满意^[15]。不过, 该研究未能进行长期随访, 综合护理干预是否能减少远期复发, 则需进一步探索。

综上, 乳腺癌护理中应用综合护理干预, 可更好地缓解患者的负面情绪, 减少并发症发生, 提高生活质量, 促使其更满意, 值得应用。

参考文献:

- [1] 林娜, 方针针. 综合护理干预在乳腺癌护理中的应用价值分析[J]. 贵州医药, 2021, 45 (11): 1843-1844.
- [2] 黄燕平, 王莹. 综合护理和常规护理在乳腺癌护理中的应用效果对照分析与研究[J]. 黑龙江医学, 2021, 45 (24): 2633-2634.
- [3] 晏琛, 曾凡. 综合护理干预对乳腺癌化疗患者情绪、血清细胞因子水平及生命质量的影响分析[J]. 当代护士 (下旬刊), 2021, 28 (2): 98-101.
- [4] 马洁. 综合护理干预在乳腺癌护理中的应用价值及患者生活质量评价[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (4): 340-341.
- [5] 施伟娣. 综合护理干预联合人性化护理在乳腺癌患者中的应用价值及患者生活质量评价[J]. 婚育与健康, 2021, 13 (7): 53-54.
- [6] 高红玉. 综合护理干预对乳腺癌化疗患者消化道反应、免疫功能及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (4): 710-714.
- [7] 王静, 王永丽, 刘沙沙. 快速康复外科综合护理方案在乳腺癌择期手术病人护理中的应用[J]. 临床研究, 2021, 29 (10): 156-157.
- [8] 苏娅丽, 王丕琳, 刘均娥, 等. 早期综合护理干预对乳腺癌患者希望水平及生存质量的影响[J]. 中国护理管理, 2019, 19 (2): 310-313.
- [9] 常利, 张洁, 王雁, 等. 综合护理干预对乳腺癌改良根治术后病人病耻感及应对方式的影响[J]. 护理研究, 2019, 33 (16): 2793-2797.
- [10] 赵权萍, 郑孝词, 曹彬, 等. 快速康复外科综合护理方案在乳腺癌择期手术病人护理中的应用[J]. 护理研究, 2021, 35 (4): 695-699.
- [11] 赵欣. 综合康复护理在乳腺癌术后患者中的应用效果及价值分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (94): 122, 139.
- [12] 邱晓晴. 以自我效能理论为基础行综合护理对乳腺癌患者状态自尊水平及心理状态的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39 (7): 1222-1225.
- [13] 沈玉英, 盛丽丽, 严敏, 等. 基于马斯洛需要层次理论的综合护理对乳腺癌术后患者心理应激、功能康复及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39 (17): 3149-3152.
- [14] 傅晶. 综合护理对提高乳腺癌化疗患者自我护理能力和依从性的影响分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (45): 62.
- [15] 杨丽珠. 综合护理干预对乳腺癌改良根治术后病人病耻感及应对方式的影响[J]. 科学养生, 2020, 23 (4): 225.

心理护理干预对胰腺癌患者术后负性情绪及疼痛的影响分析

聂莹

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430000

摘要：目的：讨论心理护理干预对胰腺癌患者术后负性情绪及疼痛的影响。方法：将我院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月，收治 88 例行手术治疗的胰腺癌患者，随机分组各 44 例，观察对照组（施以常规护理）、研究组（加强心理护理）的预后情况。结果：研究组的疼痛率低于对照组， $P < 0.05$ 。干预前两组 HAMA 与 HAMD 评分相匹配， $P > 0.05$ 。干预后 HAMA 与 HAMD 评分比干预前低， $P < 0.05$ 。干预后研究组的 HAMA 与 HAMD 评分比对照组低， $P < 0.05$ 。研究组的舒适度评分高于对照组， $P < 0.05$ 。研究组的夜间睡眠时间比对照组长， $P < 0.05$ 。研究组的术后住院时间及首次下地时间和首次排气时间比对照组短， $P < 0.05$ 。结论：心理护理干预可降低术后疼痛程度，有效改善术后负性情绪，值得应用推广。

关键词：心理护理；胰腺癌；术后疼痛；负性情绪

胰腺癌是常见的消化道恶性肿瘤，有发病率高与发病隐匿及进展迅速和预后差等特点，通常采取手术疗法干预。术后疼痛与负面情绪是胰腺癌手术治疗的常见并发症，严重的术后疼痛及心理障碍会引起失眠与恶心等生理变化，对手术整体疗效和预后的影响较大。心理护理贯穿治疗全程，能够稳定患者的身心状态，提高疼痛阈值，以此改善预后。本文主要对 2021 年 1 月至 2022 年 1 月间 88 例行手术治疗胰腺癌患者的心理护理干预成效进行讨论，效果满意，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 88 例行手术治疗的胰腺癌患者当作实验对象。纳入标准：①年龄超过 18 岁；②符合《胰腺癌诊治指南（2014）》的相关诊断标准和手术指征；③患者及家属均知情同意。排除标准：①无自理能力；②手术禁忌症；③精神意识障碍；④合并严重并发症；⑤临床资料不全者。随机分组各 44 例，对照组年龄 35-70 岁，年龄平均 59.3 ± 4.1 岁；男性 22 例，女性 22 例。研究组年龄 34-68 岁，年龄平均 59.5 ± 4.2 岁；男性 21 例，女性 23 例。基础资料对比差异不明显， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组施以常规护理，包括病情观察与用药指导等。研究组加强心理护理，方法如下：

1.2.1 行为干预

胰腺癌患者术后第 1-4d 的疼痛感明显，采取多模式镇痛，包括镇痛药物和放松疗法及心理暗示等措施，通过主观情绪的调节，提高患者的疼痛耐受度，进而达到降低疼痛感的目的。指导患者掌握正确的深呼吸训练方法，要求其坚持训练，以达到放松心态的目的。指导患者通过听音乐或观看视频等方式转移注意力与舒缓情绪。指导患者采取合适体位，避免出现引流管受压或脱出及扭曲等情况，规避引流不畅等因素引起的疼痛加剧。发挥主管医生和营养师等学科的联动效应，为患者制定针对性的食谱计划和康复训练计划，指导患者参考计划表循序渐进的展开活动及康复锻炼，

家属与护理人员进行监督与鼓励，增强患者的疾病恢复信心。加强多种方式和途径的健康宣教，包括发放健康知识手册与视频等途径，涉及个体化宣教或小组宣教等途径，达到宣教的目的，以纠正病人错误治疗观念与态度，使其主动遵循健康的生活方式。合理控制病房的温度与湿度，做好卫生消毒工作，营造安静与温馨的住院环境，减少噪音与强光等不良刺激，提高生理功能的适应性。

1.2.2 心理干预

患者对健康知识的认知度低，加上强烈的术后疼痛感，易出现焦虑和恐惧等不良情绪反应。要求护理人员加强心理护理，通过沟通交流等途径，掌握与分析产生不良情绪的因素。鼓励患者主诉烦恼与痛苦，帮助患者分析和解决问题，获得患者的信任，以此建立良好护患关系。通过健康宣教和分享治疗成功的案例等措施，提高患者的认知度和配合度及治疗信心，切实消除其不良情绪。在胰腺癌根治性术后，患者的生活发生一定改变，促使其身份随之发生转变。应当帮助患者明确自己现在的角色定位，目前任务是积极配合医护人员的临床操作，以争取早日康复。在术后换药等操作时，做好操作解释与信息咨询服务等工作，及时给予鼓励与安抚，强调各项操作对预后改善的重要性。观察患者情志与肢体语言的变化，加强术后疼痛程度与心理状态评估，及时采取针对性的措施干预。采取个体化的心理护理干预模式，猜疑拮抗心理患者，用专业的服务态度与娴熟的操作技能，提高患者的信任度与认可度。抑郁与心理退化的患者，用说服与评价等方式，指导其所面临的问题；通过信心疗法与自我暗示等措施，引导患者树立正确的生活理念。

1.2.3 社会支持

患者在腺癌术后易产生无助感或孤独感，护理人员需对患者投入更多的关心与爱心及耐心，态度亲切且语言温和，通过交流给予精神与情感支持。多做家属的思想教育工作，使其给予患者更多的鼓励与支持及陪伴，避免使用过激的语言刺激患者，促使其早日恢复健康。在术后康复期间，鼓励患者积极参与社交活动，通过交谈等集体活动，减轻精神与心理压力，

提高治疗恢复信心。发挥病友与家属的监督等作用,使其意识到保持治疗信心与情绪稳定对疾病控制的重要性,从而提高自我管理水平。

1.3 观察指标

参照 WHO 疼痛评估标准,了解术后疼痛程度,无疼痛为 0 级,轻微疼痛为 I 级;能忍受的明显疼痛为 II 级;无法忍受的剧烈疼痛为 III 级。参照 HAMA 与 HAMD 量表,了解患者抑郁与焦虑症状的改善情况。量表问卷有 7 个题目,各题目有 0-3 分的 4 个分值,总分 21 分,分数越高表示焦虑抑郁负面情绪越严重,8 分为分界点,超过 8 分表示患者有焦虑抑郁负面情绪。利用 GCQ 量表评定患者的舒适度情况,采取百分计,分数与舒适度呈正相关。GCQ 量表涉及社会文化与环境、生理、心理、精神的四个维度,共计 28 项,采取 1-4 分评分法,分别对应非常同意、同意、不同意、非常不同意四个选项,分数越高表示越舒适。参照首次下地时间和首次排气时间等指标,了解术后恢复进度。

1.4 统计学方法

用 spss21.0 软件处理数据,计量数据用均数±标准差表示,行 t 检验其数据是否符合正态分布;计数资料用[n/%]表示,行 χ^2 检验差异性;组间统计学差异用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 术后疼痛程度等级

研究组的疼痛率低于对照组, $P<0.05$, 如表 1 所示。

表 1 疼痛率比 (n,%)

组别	n	0 级	I 级	II 级	III 级	疼痛率
对照组	44	14(31.82)	14(31.82)	10(22.73)	6(13.64)	36.36
研究组	44	24(54.55)	14(31.82)	5(11.36)	1(2.27)	13.64
t						6.061
P						0.014

2.2 心理状态

干预前两组 HAMA 与 HAMD 评分相匹配, $P>0.05$ 。干预后 HAMA 与 HAMD 评分比干预前低, $P<0.05$ 。干预后研究组的 HAMA 与 HAMD 评分比对照组低, $P<0.05$, 如表 2 所示。

表 2 心理状态比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	时间	对照组	研究组	t	P
HAMA	治疗前	13.16±0.25	13.27±0.52	0.478	0.527
	治疗第 2 周	10.27±0.28	8.41±0.18	5.137	0.034

	周				
	治疗第 4 周	6.41±0.12	4.19±0.17	4.165	0.040
HAMD	治疗前	14.33±0.36	14.47±0.41	0.265	0.774
	治疗第 2 周	10.21±0.81	7.65±0.17	5.362	0.032
	治疗第 4 周	6.07±0.32	5.23±0.14	3.412	0.048

2.3 舒适度

研究组的舒适度评分高于对照组, $P<0.05$, 如表 3 所示。

表 3 舒适度评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	对照组	研究组	t	P
生理	65.34±2.33	96.24±2.43	28.654	0.000
心理	71.75±2.05	92.18±2.85	23.441	0.000
环境	80.29±2.19	95.23±1.64	14.705	0.000
社会生活	69.32±2.23	92.28±1.52	24.134	0.000

2.4 术后恢复进度

研究组的夜间睡眠时间比对照组长, $P<0.05$ 。研究组的术后住院时间及首次下地时间和首次排气时间比对照组短, $P<0.05$, 如表 4 所示。

表 4 舒适度评分比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	n	夜间睡眠时间 (h)	术后住院时间	首次下地时间	首次排气时间
对照组	44	5.32±1.24	14.26±2.15	3.26±0.45	3.14±0.67
研究组	44	7.51±2.46	11.14±1.37	2.17±0.21	2.04±0.34
t		5.624	6.358	3.465	3.441
P		0.032	0.025	0.048	0.048

3 讨论

患者行胰腺癌切除术治疗后,由于腹腔内切除范围广,加上术后留置引流管等侵入性操作较多,患者活动会牵拉腹肌运动,从而加剧疼痛。患者的负面情绪与手术应激反应及炎症刺激及认知度低和术后持续疼痛等因素有关。大部分患者的心理素质不健全,加上害怕疼痛,对术后功能锻炼等临床护理干预的配合度及依从性较差,促使术后感染和压疮等并发症的风险增大,不利于术后康复。采取规范性的心理护理,更利于缓解术后疼痛和负面情绪等情况,从而有效改善预后与生活质量^[1]。

心理护理可缓解术后疼痛程度,减轻患者的痛苦。在术后的心理护理中,建立规范化的疼痛护理模式,由患者与医护人员共同参与,各主体对术后镇痛的认识度和管控疼痛的能力随之加强。心理护理术中患者生理功

能适应性的调节,采取集疼痛评估和疼痛控制及疼痛管理一体化的规范化疼痛管理模式,要求护理人员落实循证护理措施,在以无痛为原则和以患者为中心的现代化护理服务理念为导向下,采取多模式镇痛和行为干预措施减轻患者痛苦,增加治疗中的安全性。发挥患者和医护人员的联动效应,更利于及时把控引起术后疼痛的危险因素,及时采取有效的措施缓解疼痛,动态性和及时性的调整心理护理措施,确保护理工作的整体性及有效性和人文性,利于达到理想的术后镇痛效果。

心理护理可改善患者的术后负面情绪,稳定患者的身心状态,更利于促进术后的转归。心理因素对心身疾病的治疗与转归的影响较大,需加强对患者心理变化及情绪状态的重视,以达到理想的治疗效果及康复程度,对心身疾病的心理护理意义突出,一是解除患者对疾病的紧张与悲观和抑郁等情绪,强化患者战胜疾病的信心。二是展开系统性的健康教育,让患者尽早适应新的角色及住院环境。三是帮助患者建立新的医患等人际关系,以适应新的社会环境,尽快回归社会。患者发病和手术治疗后的社会角色也随之发生改变,人际关系和生活环境及角色的转变,患者通常难以接受,会出现各种心理问题,需不断优化心理护理模式,帮助患者创造利于治疗和康复的最佳心理状态。心理护理有利于患者的康复,并贯穿患者的整体护理中,更利于提高临床治疗效果,使患者早日康复^[2]。

心理护理可加速术后恢复进度,实现医疗资源的整合优化与高效利用。术后的负面情绪与持续疼痛等致病因素间互为因果关系,促使机体处于恶性循环状态,不利于预后改善。尤其是在术后,患者存在明显的心理问题和情绪障碍,一是患者清醒后,首先想知道手术的结果及术后的治疗。二是持续疼痛等因素影响,易产生焦虑和抑郁的心理,影响疾病的康复。三是文化程度不同,对正常的术后反应认识不足,对术后康复缺乏自信心。规范落实心理护理措施,更利于稳定患者的身心状态,使其从恶性循环状态脱离出来。首先,需给予心理安慰,尊重患者的知情权,明确告知术后情况。术后护理人员用亲切与和蔼的语言进行安慰,告知手术顺利和过度紧张情绪对疾病发展影响等方面的内容,强化患者积极配合可促进术后治病康复的意识。介绍后续的治疗方案,加强术后恢复的科学指导,纠正患者错误的思想观念,如认为术后早期离床活动会引起切口裂开和出血等不良情况的错误观念,护理人员需加强患者疑惑的疏导,明确告知术后下床活动的注意事项,切实强化患者的依从性及自我护理管理能力。其次,疏导患者的焦虑和抑郁心理。术后患者出现焦虑抑郁的反应,与身体的不适和切口的疼痛等原因有关,有睡眠不佳和食欲不振及不愿活动等表现,忽视患者心理问题的解决,必将影响患者的康复。因此,需积极疏导患者的焦虑抑郁负面情绪。准确分析患者的心理和性格及气质等特点,尤其是心理退化和内向的患者,需主动去给予关心与体贴。细心照顾生活不便处,体谅和同情患者,想患者所想,急患者所急,提高患者的预后信心。再次,

缓解患者的疼痛。术后患者的负面情绪对疼痛加剧的影响较大,患者情绪波动较大或注意力过度集中及意志力薄弱与烦躁等,会加剧疼痛。加强环境管理,减少噪音和强光及灰尘等不良刺激,让患者在生理上提高疼痛的耐受力。细微观察患者的情绪变化,采取多模式镇痛,如药物止痛和看杂志等措施,分散患者的注意力,控制疼痛引起的各种不适。最后,增强患者康复治疗的信心。胰腺癌术后的恢复期长,此阶段患者的情绪状态对疾病预后的影响较大。因此,医护人员在心理护理干预中,需向患者传达有利的信息,给予鼓励和支持,强化其治疗信心。发挥综合心理护理措施的优势协同效用,切实提高患者的生理及心理等方面的适应度,营造良好的术后恢复身心状态,以此缩短术后的住院时间。

心理护理可提高患者的整体舒适度,利于推进医疗服务质量和效益的持续改进。心理护理是以患者为中心和让患者受益为宗旨的护理模式,不断发现护理中的薄弱环节,及时消除服务不足问题,以切实提高护理服务质量,满足患者在生理及心理等层面的合理需求。患者接受心理护理服务后,心理状态得到明显的改善,减少应激反应发生。心理护理干预中,全程保障患者的权益,可有效改善护患关系,提高患者的信任度和舒适度。心理护理为提高患者的生理及心理适应性,更注重细节护理干预,如保证管道妥善固定与患者资料齐全及加强隐私保护和指导患者术后早期活动等,各部门间为患者提供无缝隙的优质护理服务,促使护理工作有的放矢和因人而异的展开,利于优化现代护理管理模式,尽快落实提高手术整体疗效和患者身心舒适度等方面的护理高要求。心理护理工作的前瞻性和个体化及人文性等特点突出,在临床护理工作中,根据患者的心理特点和心理活动及性格特征等,以科学理论为指导,以良好的人际关系为基础,主动与患者进行交往,以此影响和改变患者的不良心理状态及行为。整体护理与循证护理及细节护理等优质护理服务模式,在手术患者心理护理中的应用,发挥联动效应与协同机制,想方设法的提高患者舒适度和医疗服务满意度等,促使科室护理内涵更加丰富^[3]。

综上所述,心理护理干预可降低胰腺癌患者的术后疼痛程度,有效改善术后负性情绪,提高患者的整体舒适度,加速术后恢复进度,临床应用价值较高,值得深入研究。

参考文献:

- [1]陈佳萍.心理护理对胰腺癌患者术后负性情绪及疼痛程度的影响研究[J].医学美容,2019,28(17):20,47.
- [2]张连香,赵海蓉,张志琴. Roy 适应模式护理对胰腺癌患者负性情绪及术后疼痛程度的影响分析[J].长春中医药大学学报,2021,37(1):171-173.
- [3]朱小萌.心理护理干预对胰腺癌患者术后负性情绪及疼痛的影响[J].心理医生,2018,24(26):237-238.

虎潜丸联合西药治疗原发性骨质疏松的有效性与安全性的 Meta 分析

刘玥婧 王瑞 刘清 钟凯 (通讯作者)

天津中医药大学中医学院 天津 301600

摘要：目的 系统评价虎潜丸联合西药治疗原发性骨质疏松的有效性安全性。方法检索中国知网、万方、维普、CBM、PubMed、Web of Science、EMBASE，收集虎潜丸联合西药治疗原发性骨质疏松的随机对照研究（RCTs）。采用 Cochrane 风险偏倚评估工具对纳入的随机对照试验进行风险偏倚评估后，采用 RevMan5.3 软件进行 Meta 分析。结果 纳入 7 个随机对照试验，共 657 例患者。Meta 分析结果显示：试验组在临床疗效[RR = 1.17, 95%CI (1.08, 1.26), $P < 0.0001$]、VAS 评分[MD = -1.33, 95%CI (-2.60, -0.06), $P = 0.005$]、骨密度（BMD）[MD = 0.04, 95%CI (0.02, 0.06), $P = 0.001$]方面均优于对照组，差异均有统计学意义。结论 虎潜丸联合西药可加强原发性骨质疏松的临床疗效，结论较为可靠。但纳入的研究数量少、质量较低，需要更多高质量、大样本量的临床研究去证实结论。

关键词：虎潜丸；原发性骨质疏松；Meta 分析；随机对照试验

原发性骨质疏松症是一种以单位体积内骨量低于正常为特征的骨骼疾患，同时还出现疼痛、骨折等临床症状^[1]。随着我国人口老龄化日益严重，该病发病率逐年增加，已成为严重影响中老年人群生活质量的慢病之一。年龄、遗传、营养、生活习惯等因素都与原发性骨质疏松症的发生密切相关^[2]。目前西医治疗存在价格高、不良反应多、远期疗效欠佳等不足，而中医药对该病的积极作用逐步展现^[3]。近年来研究虎潜丸联合西药治疗骨质疏松的文献越来越多，但样本量较小，文献质量和疗效都未进行系统评价。因此本文通过对虎潜丸联合西药治疗原发性骨质疏松的随机对照试验进行 Meta 分析，为临床医师应用虎潜丸联合西药治疗原发性骨质疏松提供可靠的循证依据。

1 研究方法

1.1 纳入标准

1.1.1 研究类型 RCT，无论是否采用盲法，语种限定为中、英文。

1.1.2 研究对象 参照《原发性骨质疏松症诊疗指南 2017》^[1]诊断标准确诊的骨质疏松的患者。

1.1.3 干预措施 试验组采用疏肝利胆汤联合常规术后治疗方案治疗；对照组为常规术后治疗。

1.1.4 结局指标 临床疗效，评定依据《中药新药临床研究指导原则》^[4]；骨密度；VAS 评分；不良反应。

1.2 排除标准 重复发表的低质量文献；数据不全、错误或无相关结局指标的文献；综述和基础研究。

1.3 检索策略

检索中国知网、万方、维普、CBM、PubMed、Web of Science、EMBASE 中关于虎潜丸治疗原发性骨质疏松的研究。检索词采用主题词与自由词结

合的方式，英文检索词包括：huqian pill、Hidden Tiger Pill、POP、等；中文检索词包括：原发性骨质疏松、虎潜丸

1.4 文献筛选与资料提取

2 名作者独立进行文献筛选和资料提取，交叉核对结果，有分歧时与通讯作者协商解决。通过阅读题目和摘要排除不符合纳入标准的文献后，阅读全文根据纳入排标准再次筛选，确定最终纳入的文献。如有数据缺失联系原作者补齐信息。提取信息包括：第一作者，患者基本信息，干预措施，结局指标等。

1.5 纳入研究的偏倚风险评价

两名作者独立评价纳入的 RCTs 的偏倚风险，并交叉核对结果，有分歧时协商解决。采用 Cochrane 手册 5.1.0 推荐的 RCT 偏倚风险评估工具评价偏倚风险^[5]。

1.6 统计分析

采用 RevMan5.3 软件进行 Meta 分析。连续型变量使用均数差（MD）进行分析；二分类变量采用相对危险度（RR）为统计量。运用 χ^2 检验进行异质性检验。当各研究间无统计学和临床异质性时（ $P \geq 0.10$, $I^2 \leq 50\%$ ），采用固定效应模型；否则采用随机效应模型，必要时分析其异质性来源。进行敏感性分析判断 Meta 分析结果的稳定性。

2 结果

2.1 文献筛选流程及结果

检索 7 个数据库共获得 201 篇文献，剔除后获得 128 篇文献。阅读题目和摘要初筛排除 103 篇，研究疾病不一致 33 篇，干预措施不符 35 篇，综述 6 篇，动物实验 29 篇，对 25 篇文献进行全文阅读，根据纳入排标准排除干预措施不符 18 篇，最终纳入 7 篇文献^[6-12]。见图 1。

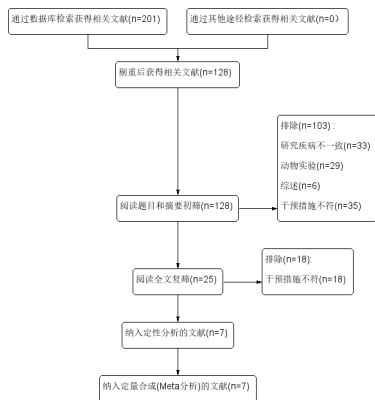


图1 文献筛选流程及结果

2.2 纳入研究基本特征

纳入研究基本特征见表1，疗程为8周、60天、6个月。

表1 纳入研究基本情况

纳入研究	样本量	疗程	治疗方法		结局指标
			C	T	
付小卫2012	48/48	3个月	阿伦磷酸钠片+鲑鱼降钙素+碳酸钙D2片	对照组+虎潜丸 加减	①
刘昕2009	46/46	60天	阿仑磷酸钠片+碳酸钙D3片	对照组+虎潜丸 加减	②④
周洪保2017	57/56	3个月	阿伦磷酸钠片+鲑鱼降钙素	对照组+虎潜丸 加减	①②③
朱磊2016	48/48	3个月	阿伦磷酸钠片+鲑鱼降钙素	对照组+虎潜丸 加减	①②
王鑫2016	20/24	8周	阿伦磷酸钠片+元素钙	对照组+虎潜丸 加减	③
罗江2019	70/66	3个月	阿仑磷酸钠片+钙尔奇D3片	对照组+虎潜丸 加减	③④

龚志军2013	40/40	3个月	阿伦磷酸钠片+碳酸钙D2片+鲑鱼降钙素	对照组+虎潜丸 加减	①
---------	-------	-----	---------------------	---------------	---

注：T：试验组；C：对照组；①临床疗效；②骨密度；③VAS评分；④不良反应。

2.3 偏倚风险评价结果

对7篇文献^[6-12]进行质量评价，3篇文献^[8,9,11]正确使用随机序列产生方法；所有文献在分配隐藏、盲法上均未提及，被评为不清楚；在不完整的结局指标、选择性报告、在其它偏倚方面，被评价为低偏倚。偏倚风险评价结果见图2

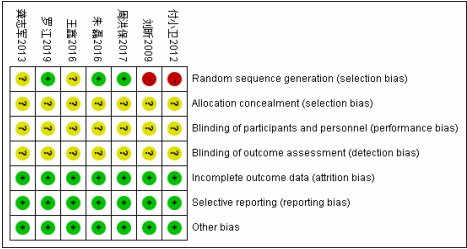


图2 纳入研究的偏倚风险评价

2.4 Meta 分析结果

2.4.1 临床疗效

临床疗效作为主要结局指标，纳入4个RCT^[6,8,9,12]，共385例患者。各研究间无异质性 $[P=0.41, I^2=0\%]$ ，采用固定效应模型。Meta分析结果显示：试验组临床疗效优于对照组 $[RR=1.17, 95\%CI(1.08, 1.26), P<0.0001]$ ，差异有统计学意义（图3）。

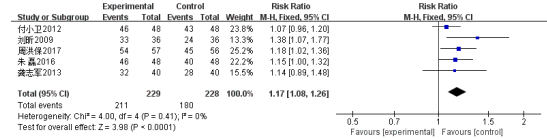


图3 临床疗效

2.4.2 骨密度（BMD）

纳入3个RCT^[7-9]，共301例患者。各研究间有异质性 $[P=0.10, I^2=56\%]$ ，对3个研究的文献特征进行分析，采用逐一剔除法进行异质性分析，发现剔除刘昕2009^[7]后，异质性消失。分析原始研究，发现刘昕2009^[7]的疗程为60天，其它两个研究的疗程为3个月，故考虑是疗程的原因，采用随机效应模型。Meta分析结果显示：试验组在增加骨密度方面优于对照组 $[MD=0.04, 95\%CI(0.02, 0.06), P=0.001]$ ，差异有统计学意义（图5）

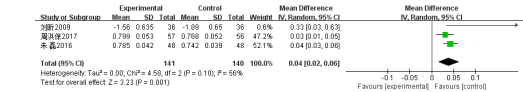


图5 骨密度

2.4.3VAS 评分

VAS 评分是按标准对疼痛进行评分,疼痛度越高则评分越高。纳入 3 个 RCT^[8,10,11],共 293 例患者。各研究间有异质性 $[P<0.00001, P=97\%]$,对 3 个研究的文献特征进行分析,采用逐一剔除法进行异质性分析,当排除任一研究后,异质性依然存在 $[P=0.15, P=51\%]$ 。但分析原始研究,未发现明显临床的异质性,故考虑统计学异质性,采用随机效应模型。Meta 分析结果显示:试验组在降低 VAS 评分方面优于对照组 $[MD=-1.33, 95\%CI (-2.60, -0.06), P=0.005]$,差异有统计学意义(图 4)。

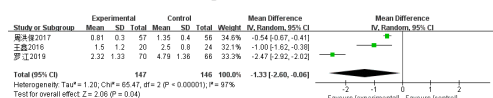


图 4VAS 评分

2.3.4 不良反应

2 篇^[7,11]提及不良反应,1 篇^[7]仅对照组出现 3 例恶心呕吐,皮疹等不良反应;1 篇^[11]试验组和对照组均未发生不良反应,由于纳入的研究样本量小,故不能准确评价不良反应情况。

2.5 敏感性分析

采用逐一剔除法对以上指标进行敏感性分析,逐一排除纳入的研究后观察效应量和 P 值改变。分析骨密度时,剔除刘昕 2009^[7],meta 分析的结果为 $P=0.35$,提示在骨密度方面,结果不稳定。排除临床疗效、VAS 评分指标中的任何一篇文献,效应量和 P 值未发生明显变化 ($P<0.05$),表明 Meta 分析结果是稳定的。

3. 讨论

本文系统评价了 7 个随机对照试验。Meta 分析结果显示:虎潜丸联合西药可更好的缓解疼痛,临床疗效更突出,且敏感性分析稳定,疗效可靠。还可增加骨密度。现代药理研究也证实,虎潜丸具有抗炎、镇痛、抗疲劳等作用,可以促进骨髓基质细胞向成骨细胞分化,有效治疗骨质疏松症^[13]。其中人工虎骨不但能增加血钙水平、增加骨密度、骨强度及韧性,也能减少骨吸收^[14]。牛膝中的甾体组分为治疗骨质疏松的主要有效性组分^[15]。熟地黄提取物 RGX 增加了成骨细胞的增殖和碱性磷酸酶 (ALP) 活性,对骨质疏松性骨质流失有预防作用^[16]。锁阳可抑制骨转换率,刺激骨细胞形成,促进成骨细胞的活性和骨生成,从而达到抗骨质疏松的作用^[17]。

研究结果局限性:部分研究的样本量小,质量低,未提及具体随机方法、隐藏和盲法的具体操作,可能存在偏倚;部分研究未提及不良反应且仅 1 篇研究报告随访情况,不足以判断药物的远期疗效及安全性;虎潜丸的药物组成、使用剂量上有差异,评价干预措施效果时,影响结果的真实性。

综上,虎潜丸联合西药治疗原发性骨质疏松症,能够加强临床疗效,缓解疼痛,增加骨密度。但由于纳入的 RCTs 数量少,质量较低,需要更多高质量、大样本量的临床研究来证实上述结论。

参考文献:

- [1]原发性骨质疏松症诊疗指南(2017)[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2017,10(05):413-444.
 - [2]屈永周,何绍烜,赵刚.原发性骨质疏松症的病因学研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(35):36-37+41.
 - [3]邓昶,周明旺,等.骨质疏松症的中医病因病机及其治疗进展[J].中国骨质疏松杂志,2017,23(08):1105-1111.
 - [4]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:356-359.
 - [5]Higgins JP, Green S.Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Available at:
 - [6]付小卫,鲁超.中西医结合治疗原发性骨质疏松症的疗效评价[J].陕西中医学院学报,2012,35(03):50-51.
 - [7]刘昕.中西医结合治疗原发性骨质疏松 46 例[J].江西中医药,2009,40(06):41-42.
 - [8]周洪保.中西医结合治疗原发性骨质疏松症疗效观察[J].实用中医药杂志,2017,33(04):381-382.
 - [9]朱磊.中西医结合疗法对原发性骨质疏松症的临床疗效分析[J].内蒙古中医药,2016,35(05):55.
 - [10]王鑫,孙滨,张婧婧.虎潜丸对绝经后骨质疏松症的疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(75):182-183.
 - [11]罗江.虎潜丸加减方治疗肾阴虚型原发性骨质疏松症骨性疼痛的疗效观察[J].湖南中医药大学学报,2019,39(04):546-549.
 - [12]龚志军.中西医结合治疗原发性骨质疏松症临床分析[J].中外医学研究,2013,11(02):132-133.
 - [13]陈德强,刘鹏飞,王鑫.虎潜丸对骨髓基质干细胞增殖及分化的影响[J].山东中医杂志,2012,31(1):50-54.
 - [14]刘铮,韩大为.虎骨及人工虎骨的临床研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2006(02):73-75.
 - [15]罗懿钊,欧阳文,等.牛膝中皂苷和甾酮类物质基础及药理活性研究进展[J].中国现代中药,2020,22(12):2122-2136.
 - [16]陈思琦,李佳欣,等.熟地黄的药理学研究进展[J].化学工程师,2019,33(11):46-50.
 - [17]薛海燕,焦婵媛,姚军.锁阳药理作用的研究进展[J].现代药物与临床,2018,33(03):709-712.
- 作者简介:刘玥婧(1999-),汉族,女,本科在读,天津中医药大学中学院。
- 通讯作者:钟凯,男,博士学位,天津中医药大学中学院。

壮医火针点刺联合中药封包敷脐治疗脾胃虚寒型功能性消化不良的疗效观察

朱石保

钦州市中医医院脾胃病科 广西钦州 535000

摘要: 目的: 观察壮医火针点刺联合中药封包敷脐治疗脾胃虚寒型功能性消化不良的临床疗效。方法: 将 100 例脾胃虚寒型功能性消化不良患者随机分为治疗组和对照组, 每组 50 例。治疗组采用壮医火针点刺联合中药封包敷脐治疗, 对照组采用口服多潘立酮片治疗。观察两组治疗前后中医证候评分、血清胃动素和胃泌素水平及生活质量评分的变化情况, 并比较两组临床疗效。结果: 治疗组总有效率为 96.0%, 对照组为 82.0%, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组治疗后中医证候积分低于对照组, 生活质量评价高于对照组 ($P < 0.05$); 在血清胃动素、胃泌素水平的变化情况上, 治疗组均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 壮医火针点刺联合中药封包敷脐是治疗脾胃虚寒型功能性消化不良的一种新的有效方法, 值得临床推广。

关键词: 功能性消化不良; 脾胃虚寒型; 壮医火针

功能性消化不良 (FD) 的主要临床表现有上腹烧灼、上腹疼痛、早饱、餐后饱胀、恶心、呕吐、嗝气、食欲不振等, 是临床上由胃和十二指肠功能紊乱引起的、经检查排除器质性疾病的一种最常见的功能性胃肠病, 具有慢性、持续性、反复发作的特点。另外, 研究表明这类患者常常伴有焦虑、抑郁、睡眠障碍等问题, 导致患者生活状态不佳, 影响消化吸收, 引起一系列消化系统症状^[1]。由于该病的病因病机尚不明确, 也缺乏有效的诊治手段, 对患者的身心健康造成了较大的影响, 因此选择合理、有效的治疗方法较为关键。本研究观察壮医火针点刺联合中药封包敷脐治疗脾胃虚寒型功能性消化不良的临床效果, 现具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

100 例患者均为我院收治的脾胃虚寒型功能性消化不良患者, 随机分为两组。对照组 50 例, 男 26 例, 女 24 例; 年龄 21-55 岁, 平均 (35.12±1.05) 岁; 病程 6-32 个月, 平均 (16.28±2.04) 个月。观察组 50 例, 男 25 例, 女 25 例, 年龄 20-58 岁, 平均 (35.18±0.92) 岁, 病程 6-30 个月, 平均 (16.18±1.91) 个月。两组临床资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断: 参照功能性胃肠病罗马 IV 诊断标准^[2]: (1) 包括下述 1 条或多条: a. 餐后饱胀不适; b. 早饱感; c. 中上腹痛; d. 中上腹烧灼; (2) 上述症状出现至少 6 个月以上, 且无可以解释上述症状的器质性疾病; 中医诊断标准参照《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见 (2017 年)》脾胃虚寒型诊断标准^[3]: 主症: ①胃寒隐痛或痞满; ②喜温喜按。次症: ①泛吐清水; ②食少纳呆; ③神疲倦怠; ④手足不温; ⑤大便溏薄; ⑥舌淡苔白; ⑦脉细弱。患者存在上述主症及次症 2 项以上即可诊断。

1.3 治疗方法

(1) 对照组: 口服多潘立酮片 (吗丁啉, 西安杨森制药有限公司, 10mg*30 片), 一次 10mg, 1 日 3 次。(2) 治疗组: 给予壮医火针点刺联合中药封包敷脐治疗。1) 壮医火针点刺治疗。①穴位选择: 选取壮医特定穴: 脐周四穴 (神阙旁开 1.5 寸, 上下左右各一穴)、谷线穴 (在剑突尖端与脐窝中点连线的中点处, 作一条两端距前正中线 4 寸的与腹部正中线垂直的连线, 此横线上均是谷线穴, 具有疏通水、谷两道及健脾行水的功效)、止呕穴 (鸠尾和膻中连线的中点) 及下脘、内关、足三里。②操作方法: 常规皮肤消毒后, 右手持 1 寸直径 0.3~0.4mm 壮医微火针, 将针尖在酒精灯上烧红, 左手提拿穴位皮肤及皮下组织, 然后迅速刺入治疗部

位, 深度约 0.5 寸, 快进快出; 避免穿透腹部、损伤内脏和肠管。壮医火针点刺隔日治疗 1 次。2) 中药封包敷脐治疗: ①药物组成: 饴糖 30g, 芍药 18g, 党参、白术、干姜、莱菔子各 15g, 桂枝、生姜、大枣、柴胡、香附、小茴香各 10g, 炙甘草 6g 组成。上方药物打碎混合, 加入适量白酒, 置铁锅内炒至药物热透后置入纱布袋内并扎紧袋口, 以病人能耐受为度, 用 3-5 层毛巾将热药袋包好后勤敷于脐部, 随着药袋温度的下降逐层去除毛巾, 每日两次。2 组均以 2 周为一个疗程, 治疗 4 个疗程共 8 周后评估治疗效果, 治疗过程中不得服用其他影响试验药物疗效的其他药物, 注意多避风寒, 保暖, 不要进食辛辣食物, 油腻食物, 以免影响观察。

1.4 观察指标

(1) 中医证候总积分 (胃寒隐痛或胀满、喜温喜按、神疲倦怠、食少纳呆、手足不温、大便溏薄等症) 采用“胃肠疾病中医证候评分表”^[4]进行评定, 将症状分为轻 (3 分)、中 (5 分)、重 (7 分) 计分。(2) 生活质量评分参考文献^[5]从物质生活、躯体功能、心理功能、社会功能评分四个方面进行评价, 满分均为 100 分, 评分越高, 生活质量越好。(3) 胃动素及胃泌素水平测定。

1.5 疗效评定标准

参照《功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见》^[6]。临床痊愈: 主要症状、体征消失或基本消失, 疗效指数 >95%; 显效: 主要症状、体征明显改善, 70%≤疗效指数<95%; 有效: 主要症状、体征明显好转, 30%≤疗效指数<70%; 无效: 主要症状、体征无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 <30%。

1.6 数据处理

应用 SPSS22.0 软件, 计量资料表示为 ($\bar{x} \pm s$), t 值检验, 计数资料表示为 %, χ^2 值进行检验, 统计学意义指标 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 治疗效果比较

治疗组: 临床痊愈 22 例、显效 16 例、有效 10 例、无效 2 例, 总疗效 96.0%; 对照组: 临床痊愈 18 例、显效 15 例、有效 8 例、无效 9 例, 总疗效 82.0%; 两组总疗效组间对比差异有显著性 ($P < 0.05$)。

2.2 中医证候总积分比较

治疗组中医证候总积分优于对照组, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 中医证候总积分比较 ($\bar{x} \pm s$); n=50

组别	治疗前	治疗后
----	-----	-----

治疗组	22.35±2.36	10.03±1.54
对照组	22.41±2.57	13.96±1.47
t 值	0.154	16.511
P 值	0.878	0.000

2.3 生活质量评分比较
治疗组生活质量评分均优于对照组，P<0.05，见表 2。

表 2 生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$)；n=50

组别		物质生活评分	躯体功能评分	心理功能评分	社会功能评分
治疗组	治疗前	62.32±16.02	56.56±19.21	39.42±6.57	70.0±5.8
	治疗后	80.28±2.38	78.24±2.63	82.31±7.64	86.5±4.4
对照组	治疗前	60.54±15.17	56.02±19.13	40.24±6.81	70.3±5.7
	治疗后	71.38±4.23	64.07±4.34	69.52±12.57	79.4±5.3
两组治疗后 t 值		11.883	18.096	9.665	7.288
两组治疗后 P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 胃动素、胃泌素水平比较治疗组胃动素、胃泌素水平优于对照组，P<0.05，见表 3。

表 3 胃动素、胃泌素水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别		胃动素 (pg/ml)	胃泌素 (pg/ml)
治疗组	治疗前	208.90±28.50	53.54±4.08
	治疗后	285.70±25.70	76.50±3.02
对照组	治疗前	208.60±28.20	53.38±4.14
	治疗后	245.50±28.40	62.28±4.91
治疗后 t 值		7.421	15.987
治疗后 P 值		0.000	0.000

3 讨论

FD 的主要症状有腹胀、腹痛、早饱等，属于祖国医学“痞满”、“嘈杂”、“胃痛”等范畴。《杂病源流犀烛·肿胀源流》云：“痞满……脾病也，由脾虚、气郁，心下痞塞填满而成。”叶桂在《临证指南医案》中曰：“嘈有虚实真伪，其病总在于胃”。《素问·太阴阳明论篇》云：“饮食不节，起居不时者……阴受之，入五脏……填满闭塞”。现代学者认为，人们普遍生活节奏快，精神压力大，大都有不良的饮食生活习惯（如饮食不节制、经常吃冷饮或冰凉的食物，熬夜、看手机、玩游戏等），导致脾胃的升降功能出现紊乱，进而影响脾胃的正常运化功能。因此，治疗脾胃虚寒型 FD 应以益气健脾和胃、温中散寒止痛，佐以疏肝理气为治疗大法。

MTL 和 GAS 都是重要的胃肠激素，可刺激胃蛋白酶的分泌及促进胃酸的分泌，增加胃黏膜血流量，营养胃肠黏膜，增强胃肠道的运动功能^[7]。现代医学针对功能性消化不良的治疗主要是以保护促胃肠动力、抑酸、促消化、抗焦虑抑郁等对症治疗为主，但花费较高，且副作用较多。中医药治疗功能性消化不良在临床报道中均取得较好的疗效。中药封包疗法是利

用药物本身的功效及药物加热后的热能一起协同作用刺激肌肤，使局部皮肤毛细血管扩张，改善血液循环，使药液迅速渗透到肌肤，开启腠理、疏通经络，使药能直达病所达到治疗效果。于氏^[8]认为，药物敷脐疗法是通过神经体液的调节、经络的感应传导和全息胚脐的泛作用及药物的透皮吸收来发挥治疗作用的。本研究中药封包敷脐方为小建中汤加味，方中以饴糖为君，温中止痛；桂枝配伍芍药，缓急止痛，调理阴阳，干姜温阳祛寒，党参补益脾气，白术运脾燥湿，柴胡、香附疏肝理气和中，莱菔子下气消满，小茴香温脾暖胃共为臣；佐以姜枣散寒补脾；甘草益气、安脾、止痛，调和诸药为使。诸药合用，全方共奏温中散寒止痛、健脾和胃、疏肝理气、调和气血、平衡阴阳之功。中医认为，肚脐即神阙穴，为任脉要穴，与督脉命门穴平行，神阙穴为任脉上的阳穴，命门为督脉上的阳穴，中药热敷肚脐能有效的调和患者寒证体质。中药封包敷脐既有药物本身的作用，又有药物对穴位的刺激作用，激发经气，调动经脉、脏腑的功能，从而达到药穴同用的效果，使疾病自愈。

功能性消化不良属壮医“谷道病”，范畴，壮医治疗疾病的原则是调气解毒补虚，临床实践中多通过运用外治的方法（针灸、刺血、拔罐、刮痧等）在人体龙路、火路的穴位上施以治疗，使三气复归同步而达到治疗目的。壮医火针疗法来源于壮族民间火针点刺技术，古称“焮刺法”。火针点刺具有温通经脉，祛寒止痛的作用，对多种疾病的治疗有显著效果。有研究表明^[9]火针在针体烧红时温度可达 800 度，刺入穴位时使瘀阻的血脉得以通畅，从而达到治疗疾病的目的。本研究应用火针点刺壮医特定穴（脐周四穴、谷线穴、止呕穴）及下脘、内关、足三里，可使其热量迅速向全身扩散，达到祛寒除湿、温中止痛的作用，对缓解患者腹胀、腹痛、早饱等症状有较好的疗效。

本研究结果显示，治疗后治疗组中医症候积分、生活质量评分相关指标及胃动素、胃泌素水平改善程度显著优于对照组（P<0.05）；治疗后治疗组总有效率 96.0%显著高于对照组总有效率 82.0%（P<0.05）说明应用壮医火针点刺联合中药封包敷脐治疗脾胃虚寒型功能性消化不良，患者临床症状明显缓解，生活质量评分明显升高，可有效改善患者胃动素、胃泌素水平，提高患者生活质量，疗效显著，值得推广。

参考文献：

[1]Pongkor Psakol P,Moonwiriyyakit A,Muanprasat C.Fatty acid and mineral receptors as drug targets for gastrointestinal disorders[J].Future Med Chem,2017,9 (3): 315-34.

[2]Stanghellini V,Talley NJ,Chan F,et al.Rome IV-Gastrointestinal Disorders[J].Gastroenterology,2016,150 (6): 1380-1392.

[3]中华中医药学会脾胃病分会.消化不良中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010,5 (5): 724.

[4]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.胃肠疾病中医症状评分表[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19 (1): 66-68.

[5]宋雪.功能性消化不良患者护理干预对心理及生活质量的影响[J].中国医药指南,2019, 17 (36): 358.

[6]李军祥.功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见 (2017 年) [J].中国中西医结合消化杂志,2017,25 (12): 889-894.

[7]李恒.柴胡疏肝散联合西药治疗肝胃不和型功能性消化不良疗效及对患者血清胃肠激素水平的影响[J].陕西中医, 2020,41 (7): 904-906.

[8]于华.“蝴蝶效应”与脐机制探讨[J].光明中医, 2007, 22 (8): 2-4.

[9]潘韦情.壮医火针点刺联合泮托拉唑治疗脾胃寒湿型消化性胃溃疡的临床观察[J].微创医学, 2019, 14 (1): 51-53.

针灸治疗腰椎间盘突出症的临床效果评价

丁荣富 茅燕华

上海市闵行区浦江社区卫生服务中心 上海市 201112

摘要：目的 针对腰椎间盘突出症患者，探究针灸治疗的临床效果。方法 将我社区卫生服务中心 2021 年 1 月~2022 年 1 月收录的 102 例患者进行研究，随机分成两组各 51 例。对照组实行常规治疗，观察组实行针灸治疗，将临床效果（临床疗效、临床指标、疼痛情况以及症状积分）进行比较。结果 观察组的治疗有效率（96.08%）显著高于对照组（78.43%），对比有差异（ $P<0.05$ ）。观察组的疼痛缓解时长、下肢麻木消失时长以及运动功能恢复时长显著短于对照组，对比有差异（ $P<0.05$ ）。观察组治疗后的 VAS 以及 VRS 评分显著低于对照组，对比有差异（ $P<0.05$ ）。观察组治疗后的主症积分、次症积分以及总积分显著低于对照组，对比有差异（ $P<0.05$ ）。讨论 针灸治疗能增加腰椎间盘突出症患者的治疗效果，加快症状恢复，减轻疼痛情况，改善症状积分，值得地方推广。

关键词：针灸治疗；腰椎间盘突出症；疼痛情况；症状积分；临床效果

腰椎间盘突出症是临床上常见的腰部疾病，主要是由于腰椎间盘退变，导致纤维环部分或者完全破裂，髓核突出，刺激或者压迫神经根、马尾神经所引起的一种综合征，也属于一种脊柱退行性疾病。腰椎间盘突出症不仅对患者的身体健康和生活质量造成了影响，随着病情的加重，甚至有发生瘫痪的风险，为提高整体的治疗效果，需要结合中医进行辅助治疗，帮助改善患者的预后。本次研究通过我社区卫生服务中心收录的 102 例患者为对象，分析针灸治疗的实用性，阐述至下文。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收录我社区卫生服务中心 2021 年 1 月~2022 年 1 月总计 102 例患者为对象，年龄 24~59 岁，分为两组各 51 例，两组的一般资料如表 1 所示，具有可比性（ $P>0.05$ ）。

表 1 一般资料（ $n=51$ ）

组别	例数	年龄（岁）	病程（年）	男性[例（%）]	女性[例（%）]
观察组	51	42.37±5.26	2.47±0.58	28（54.90）	23（45.10）
对照组	51	42.45±5.19	2.51±0.54	27（52.94）	24（47.06）
t/χ^2		0.077	0.361	0.040	0.040
P		0.939	0.719	0.843	0.843

1.2 纳入标准

纳入标准：符合医院伦理委员会标准；皆符合腰椎间盘突出症的相关指征；家属皆配合研究并签署同意书；皆具备沟通能力。

排除标准：排除合并恶性肿瘤的；排除中途离开研究的；排除肝、心、脾功能异常的；排除中途离开的；排除先天性畸形的；排除对针灸治疗不耐受的。

1.3 方法

对照组开展常规。进行消炎、止痛、解痉等对症治疗，选用双氯芬酸钠缓释片（国药准字：H20067776，生厂家：湖南华纳大药厂有限公司）进行治疗，用药方式为口服，100mg/次，1 次/d，并根据患者的具体情况来酌情控制剂量，同时开展牵引治疗，牵引重量为体重的 1/3~1/2，35min/次，1 次/d，连续治疗 30d。

观察组开展针灸治疗。在对照组的基础上，联合针灸治疗，选择足三里穴、腰阳关穴、足临泣穴、阳陵泉穴、夹脊穴、秩边穴、环跳穴、委中穴、昆仑穴、承山穴以及阿是穴等实施针灸，运用平补平泻法，得气后留针 30min，行针 1 次/1d，并根据患者的耐受程度来酌情控制频率，连续治疗 30d。

1.4 观察指标

将两组的临床疗效做比较，疗效判定标准分为显效：治疗后腰部疼痛、

肢体麻木以及活动受限等症状基本消失，腰椎功能恢复正常，生活质量良好；有效：治疗后腰部疼痛、肢体麻木以及活动受限等症状明显改善，腰椎功能有所恢复，生活质量一般；无效：治疗后腰部疼痛、肢体麻木以及活动受限等症状仍然存在，腰椎功能无改善，生活质量差。

将两组的临床指标（疼痛缓解时长、下肢麻木消失时长以及运动功能恢复时长）做比较。

将两组的疼痛情况（VAS 以及 VRS 评分）做比较。

将两组的症状积分（主症积分、次症积分以及总积分）做比较。

1.5 统计学计算

采用 SPSS 22.0 进行统计，以 EXCEL2016 整理数据，以 $P<0.05$ 表示差异，以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示并用 t 检验计量资料，以（%）表示并用 χ^2 检验计数资料。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组的治疗有效率（96.08%）显著高于对照组（78.43%），对比有差异（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 临床疗效（ $n, \%$ ）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率[例（%）]
观察组	51	28	21	2	49（96.08）
对照组	51	22	18	11	40（78.43）
χ^2					7.141
P					0.008

2.2 临床指标

观察组的疼痛缓解时长、下肢麻木消失时长以及运动功能恢复时长显著短于对照组，对比有差异（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 临床指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	疼痛缓解时长（d）	下肢麻木消失时长（d）	运动功能恢复时长（d）
观察组	51	5.69±1.44	9.27±1.59	13.58±1.76
对照组	51	7.86±1.69	15.36±1.86	16.31±1.95
t		6.980	17.774	7.422
P		0.000	0.000	0.000

2.3 疼痛情况

观察组治疗后的 VAS 以及 VRS 评分显著低于对照组, 对比有差异 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 疼痛情况 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	VAS (分)		VRS (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	51	7.17±1.24	2.09±0.67	7.45±1.38	2.21±0.72

表 5 症状积分 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	主症积分 (分)		次症积分 (分)		总积分 (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	51	11.35±2.17	4.06±1.52	6.75±1.44	2.83±1.17	18.10±2.69	6.89±2.04
对照组	51	11.29±2.28	6.44±1.65	6.69±1.59	4.68±1.32	17.98±2.80	11.12±2.23
<i>t</i>		0.136	7.576	0.200	7.490	0.221	9.995
<i>P</i>		0.892	0.000	0.842	0.000	0.826	0.000

3 讨论

腰椎间盘突出症是生活中十分常见的一种疾病, 是指腰椎间盘因为退变、外伤或是慢性的损伤, 使得椎间盘向后突出, 造成周围的神经受到压迫, 从而引发相应的症状^[1]。外伤是腰椎间盘突出症最常见的因素, 因为腰椎间盘各部分 (髓核、纤维环及软骨板), 尤其是髓核, 在受到外伤的影响下, 椎间盘的纤维环破裂, 髓核组织从破裂之处突出 (或脱出) 于后方或椎管内, 导致相邻脊神经根遭受刺激或压迫, 从而产生腰部疼痛, 一侧下肢或双下肢麻木、疼痛等一系列临床症状^[2]。同时随着年龄的增长, 椎间盘逐渐发生退变, 纤维环和髓核的含水量逐渐下降, 髓核失去弹性, 纤维环逐渐出现裂隙, 劳损积累和外力的作用下, 会引发腰椎间盘突出症, 严重者压迫神经产生症状^[3]。除此之外, 腰椎骶化、骶椎腰化和关节突不对称等腰骶部先天发育异常, 使下腰椎承受异常应力, 均会增加椎间盘的损伤^[4]。在生活中再加上姿势不当、剧烈咳嗽以及受寒受湿等的影响, 使椎间盘的压力增加, 突然的腰部负荷加大, 都容易造成椎间盘破裂, 诱发腰椎间盘突出症^[5]。

一旦发生腰椎间盘突出症, 患者在临床上会出现的腰部疼痛、肢体麻木以及活动受限等的症状, 部分患者还会出现肌肉萎缩、肌无力等相关症状, 对其日常生活和健康造成了严重的影响^[6]。而腰椎间盘突出症患者若未得到及时有效的治疗, 还可能压迫到脊髓, 引发大小便功能障碍、会阴部麻木、性功能障碍等的症状^[7]。目前临床上对于腰椎间盘突出症的治疗一般采用牵引治疗以及药物治疗等, 通过对症治疗来达到消炎、止痛、解痉的目的, 同时生活中注意减少腰椎的负荷, 避免久坐与负重, 从而缓解腰椎间盘的压力^[8]。

在中医学中, 腰椎间盘突出症类属“腰痛”等的范畴, 中医认为其主要的病机是肾虚不固、外邪阻滞、气滞血瘀导致腰腿部经脉痹阻不通从而产生疼痛^[9-10]。中医将腰椎间盘突出症分为风寒痹阻型、肾气亏虚型、气虚血瘀型、痰湿阻滞型等证型, 而治疗主要是采用中药、针灸、推拿等的治疗手段^[11-12]。针灸是中医治疗最常用的手段之一, 其治疗的作用主要是活血化瘀、舒筋通络, 帮助调节脏腑功能, 在临床上对腰椎间盘突出症患者实施针灸治疗, 能够缓解局部疼痛、改善局部炎症, 从而恢复正常的腰椎功能^[13-14]。根据相关研究显示, 采用针灸治疗, 相关常规治疗, 能够提高腰椎间盘突出症患者的整体疗效, 促进局部的血液循环, 对腰椎功能恢复有良好的帮助^[15]。

根据该次研究数据显示, 观察组的治疗有效率显著高于对照组, 同时观察组的疼痛缓解时长、下肢麻木消失时长以及运动功能恢复时长更短, 治疗后的 VAS 以及 VRS 评分更低, 并且主症积分、次症积分以及总积分更低, 对比有差异 ($P<0.05$)。结果说明, 实施针灸治疗对该病患者的效

对照组	51	7.13±1.33	5.18±0.84	7.39±1.47	5.43±0.90
<i>t</i>		0.157	12.136	0.213	19.952
<i>P</i>		0.876	0.000	0.832	0.000

2.4 症状积分

观察组治疗后的主症积分、次症积分以及总积分显著低于对照组, 对比有差异 ($P<0.05$), 见表 5。

果更好。

综上所述, 针灸治疗腰椎间盘突出症的效果明显, 能够增加治疗效果, 加快症状恢复, 减轻疼痛情况, 改善症状积分, 值得在地方推广。

参考文献:

[1]陈素容. 分析中医针灸治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38 (2): 76-77.

[2]焦利峰. 分析中医针灸治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (2): 167-168.

[3]战玉田. 分析中医针灸治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (87): 225,232.

[4]刘桃平. 中医针灸推拿治疗老年人腰椎间盘突出症的临床效果分析[J]. 医药前沿, 2019, 9 (14): 183-184.

[5]胡海燕. 中医针灸推拿联合牵引治疗腰椎间盘突出症的临床效果分析[J]. 心理月刊, 2020, 15 (15): 212.

[6]李艳荣. 分析中医针灸治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2020, 20 (99): 180,188.

[7]庄新娟. 中医针灸联合康复理疗治疗腰椎间盘突出症的临床效果观察[J]. 反射疗法与康复医学, 2021, 2 (15): 1-3.

[8]Yuan T, Xiong J, Wang X, et al. The Quality of Methodological and Reporting in Network Meta-Analysis of Acupuncture and Moxibustion: A Cross-Sectional Survey[J]. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2021, 2021 (1): 1-15.

[9]王茜. 针灸推拿联合中药治疗腰椎间盘突出症的临床治疗效果分析[J]. 世界复合医学, 2020, 6 (10): 135-137.

[10]侯晓勇, 聂欣宇. 分析针灸推拿加中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2020, 20 (78): 254-255.

[11]王克兢. 中医针灸联合正骨推拿对腰椎间盘突出症的临床效果分析[J]. 中国医学创新, 2020, 17 (34): 116-120.

[12]Zai F L, Wu R L, Zheng M F, et al. Warming Needle Moxibustion Relieves Symptoms of Lumbar Disc Herniation Patients and Upregulates Plasma β -endorphin[J]. Acupuncture Research, 2018, 43 (8): 512-515.

[13]何洪, 刘铭, 卢维煜, 等. 腰椎间盘突出症患者中采取中医针灸推拿治疗的临床价值[J]. 中外医学研究, 2021, 19 (17): 37-39.

[14]罗智超, 安嘉懿, 朱晓玲, 等. 中医针灸推拿结合牵引对腰椎间盘突出症患者的治疗效果分析[J]. 医药前沿, 2019, 9 (32): 210.

[15]赵辉, 张振华, 靳凯锋, 等. 采用针灸联合推拿、牵引治疗腰椎间盘突出症的效果分析[J]. 中医临床研究, 2021, 13 (24): 104-106.

银屑病中医体质与辨证分型的相关性研究

张铁昌

盐山县寿甫中医医院 河北沧州 061300

摘要:目的 探究银屑病中医体质与辨证分型的关系。方法 根据中西医诊断标准,纳入2018年8月至2020年8月期间我院皮肤科收治的106例银屑病患者进行研究,并根据《实用皮肤科学》和《中医体质诊断标准》对本组患者进行辨证分型和中医体质分类,再对患者进行银屑病皮损严重程度评分PASI。结果 本组患者中医辨证分型结果为血热型51例,PASI评分(11.83±2.24)分;血燥型32例,PASI评分(10.79±2.16)分;血瘀型银屑病23例,PASI评分(9.27±1.86)分;本组患者中医体质分布情况及PASI评分结果分别平和质24例(8.51±1.49)、湿热质21例(13.19±2.26)、气郁质17例(13.82±2.79)、气虚质11例(11.49±2.37)、阴虚质10例(9.68±2.27)、阳虚质9例(9.73±2.19)、瘀血质7例(9.59±2.11)、痰湿质5例(10.26±1.65)、特禀质2例(18.13±3.41)。结论 寻常型银屑病辨证分型多为血热型,且好发于湿热质和气郁质等中医体质的患者,病情复杂严重,中医体质为平和质的患者也易发生改变,但辨证分型多为血燥型,且病情较轻。

关键词:银屑病;中医体质;辨证分型;相关性

银屑病是皮肤科常见疾病类型,症状表现为患者躯体个别部位或全身出现散发的丘疹、斑块和鳞屑。病变部位皮肤瘙痒,患者抓挠易导致皮损,严重影响患者正常生活和工作。该病致病因素较多,发病机制复杂,病情较为顽固且易复发,临床防治难度较大。西医对于银屑病的致病机理尚不完全明确,随着临床专家学者对该病的重视程度逐渐提高,目前认为,其与遗传因素、机体感染、机体代谢机制功能障碍、内循环失衡、免疫力降低、精神创伤以及明确外伤或手术等因素有关,但针对该病西医领域尚未出现特异性治疗。近年来,随着中医辨证分型的研究热度持续高涨,越来越多的专家学者对于银屑病的研究方向有了新的启发和突破。中医认为,差异化的个体体质对疾病的出现、病情发展的走向有重要的影响。个体中医体质表现在中医疾病诊治和治疗中的地位举足轻重,历代医家通过望、闻、问、切四诊法来对患者进行体质判断,而后将其作为辨证处方用药的指导。关于描述体质与发病及病情进展的关系的相关著作也有很多被流传下来。如隋代医者在其著作《诸病源候论·漆疮候》中云:“任由察性畏漆,但见漆便中其毒”,阐述了漆过敏体质遇漆中毒的现象。中医体质学说这一概念最早是由王琦等在其著作《中医体质学说》中提到的,是指依托中医理论研究人体各种体质类型的生理、病理特点,并以此分析疾病的反应状态、病变性质及发展趋向,从而指导疾病防治和治疗的一门学说。其中提到了人体基本中医体质大致可分为平和体质、气虚体质、阴虚体质、阳虚体质、痰湿体质、湿热体质、瘀血体质、气郁体质和特禀体质。而根据传统中医整体辨证理论学说,银屑病的中医学候分型有血热型、血燥型和血瘀型,那么在根据中医体质学说的指导,不同中医症候分型的银屑病均与个人中医体质有特定的关联性,为了验证这一说法,本文对近期我院收治的银屑病患者进行研究,旨在通过探究不同中医体质与银屑病不同中医症候分型的关系可以为中医治疗和预防银屑病提供指导方向。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选取2018年8月至2020年8月期间我院皮肤科收治的106例银屑病患者进行研究,所有患者临床症状均符合《临床皮肤科学》和《实用皮肤科学》关于银屑病的描述,所有患者银屑病类型均为寻常型银屑病;所有患者均为智力正常,精神状态良好,依从性高且对本次研究认可并配合全程调查;排除未明确诊断的临床患者;依从性差,存在智力缺陷,认知障碍以及精神及神经系统疾病、不能很好配合调查的患者。该组患者基本情

况如下:男性患者62例,女性患者44例,年龄25-59岁,平均年龄(35.27±3.26)岁,患病时间15d-17年,平均(5.23±0.19)年。

1.2 方法

对所有入组患者进行详细的体格检查和皮肤专科检查,观察患者的皮肤状况,查看皮损的形状、范围、是否出现皮损,询问患者有无瘙痒感以及皮疹的分布范围,观察皮损的颜色和形态和鳞屑状况,然后参照《临床皮肤病学》、《实用皮肤科学》等对患者进行银屑病的中西医诊断,确诊为银屑病后对患者进行银屑病皮损程度评分(PASI)。与患者建立密切沟通,令其理解此次研究的意义和目的,然后指导患者填写《中医9种基本体质分类量表》,进而帮助临床医生能对患者的个体体质做出初步判断,再结合《中医体质分类判定标准》和《中医9种基本体质分类量表》的情况最终判断出患者的中医体质。

1.3 银屑病中医辨证分型及标准

刘辅仁主编的第二版《实用皮肤科学》中关于寻常型银屑病有三种中医辨证分型,分别为血热型银屑病、血燥型银屑病和血瘀型银屑病。其中血热型银屑病患者通常有如下表现:突发皮疹,且病情发展迅速,患者情绪波动较大,心里异常烦躁、易发怒、口舌干燥、便秘、小便短赤,舌质红,苔薄白或黄,脉弦滑或数。血燥型银屑病患者表现:皮疹发生及发展相对较为平缓稳定,皮疹颜色较淡,皮下有明显浸润灶,皮肤表面可见少量鳞屑,舌质淡红、苔少,脉缓、沉细。血瘀型银屑病患者表现如下:病情反复,经久不愈,皮损部位肥厚,鳞屑多且密伴严重瘙痒,舌质紫暗或可见瘀斑,脉涩或迟缓。

1.4 中医体质分类及其标准

王琦教授及其领导的团队运用流行病学、免疫学、分子生物学、遗传学、数理统计学等多学科交叉的方法,等经过30余年的探索研究,初步判断中医体质有9种基本类型,分别为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质和特禀质。平和质人群特点为:体型匀称健壮、面色、肤色红润,有光泽,精力充沛,对于外界环境的温度变化耐受性较好,脉象和缓、强劲有力;气虚型人群特点为:整体感觉元气不足,易疲劳、易出汗、对抗气候和温度变化的耐受力不佳,易生病,脉弱。阳虚型人群的特点:畏寒怕冷,手脚冰凉,喜食温热的食物、易咳嗽、浮肿、腹泻。喜热怕凉,对风、寒、湿邪敏感。阴虚型人群特点:口干舌燥,手脚怕热,体型偏瘦,易疲劳、入睡困难或睡着易醒,大便干燥,对

暑热燥邪耐受度较低,脉象沉细。痰湿型人群特征:体胖且腹部肥满松软,口黏苔腻、多汗、多油。脉象滑。湿热型人群特征:面垢油光,易生痤疮,口苦、口干、身重困倦、大便粘滞不畅或早结,舌质偏红,苔黄腻,脉滑数。血瘀型人群特征:肤色晦暗,舌质紫暗,舌下裸麦增粗,脉涩。气郁型人群特征:神情不畅,情感脆弱、敏感多虑,脉弦。特禀型人群特征:存在生理缺陷和过敏反应的先天失常患者,如家族遗传性疾病、先天发育不全等。

1.5 PASI 评分标准

该量表是评估银屑病发病面积和严重程度的一项功能量表,包括对患者进行头颈部、上肢、躯干、下肢进行皮损面积、浸润、红斑、表皮鳞屑严重程度等进行评分,其中各部分皮损面积采取 0-6 分评分法,浸润、红斑、表皮鳞屑严重程度等采取 0-4 分评分法,总分 0-72 分,分值越高,说明患者病情越严重。

2 结果

2.1 本组银屑病患者中医辨证分型及 PASI 评分

本组 106 例银屑病患者中医辨证分型情况为:血热型银屑病 51 例,占总受试人群的 48.11%;血燥型银屑病 32 例,占总受试人群的 30.19%;血瘀型银屑病 23 例,占总受试人群的 21.70%。不同中医辨证分型患者的 PASI 评分平均值:血热型(11.83±2.24)分;血燥型(10.79±2.16)分;血瘀型(9.27±1.86)分,PASI 评分两两相比,血热型与血燥型患者差异较为明显,具有统计学意义(P<0.05),详见表 1。

表 1 本组银屑病患者中医辨证分型及 PASI 评分

中医辨证分型	病例数 (n)	占比 (%)	PASI 评分
血热型	51	48.11	11.83±2.24
血燥型	32	30.19	9.27±1.86
血瘀型	23	21.70	10.79±2.16

2.2 本组患者中医体质分类及 PASI 评分

根据患者填写的《中医 9 种基本体质分类量表》,结合《中医体质分类判定标准》可知,本组患者中医体质分类情况如下:平和质 24 例(22.64%)、湿热质 21 例(16.04%)、气郁质 17 例(16.04%)、气虚质 11 例(10.38%)、阴虚质 10 例(9.43%)、阳虚质 9 例(8.49%)、瘀血质 7 例(6.60%)、痰湿质 5 例(4.72%)、特禀质 2 例(1.87%)。根据中医体质分类重新对本组患者进行 PASI 评分,结果发现,分值最高的为特禀质患者(18.13±3.41)分,最低的为平和质患者(8.51±1.49)分,其他的依照从高到低的顺序分别为:气郁质(13.82±2.79)分、湿热质(13.19±2.26)分、气虚质(11.49±2.37)分、痰湿质(10.26±1.65)分、阳虚质(9.73±2.19)分、阴虚质(9.68±2.27)分、瘀血质(9.59±2.11)分,详见表 2。

表 2 本组患者中医体质分类及 PASI 评分情况

中医体质	病例数 (n)	占比 (%)	PASI 评分
平和质	24	22.64	8.51±1.49
湿热质	21	19.81	13.19±2.26
气郁质	17	16.04	13.82±2.79
气虚质	11	10.38	11.49±2.37
阴虚质	10	9.43	9.68±2.27
阳虚质	9	8.49	9.73±2.19
瘀血质	7	6.60	9.59±2.11

痰湿质	5	4.72	10.26±1.65
特禀质	2	1.87	18.13±3.41

3 讨论

中医认为,不同的体质下对于同一疾病的反应和表现是不同的,这就导致了同一病症在中医中呈现出不同的辨证分型,也决定了患者预后和转归的差异性表现。银屑病在中医中属于“热症”、“瘀症”、“燥症”范畴,是因皮肤中蕴结风湿热毒或血运不畅、肌肤失养导致的。本组研究中,106 例寻常型银屑病患者中医辨证分型最多的是血热型,其次为血燥型和血瘀型,这与以往文献报道一致。且对不同中医分型患者进行 PASI 评分时发现,血热型 PASI 评分最高,血瘀型最低,说明寻常银屑病血热型患者病情最为严重,血瘀型患者病情最轻。另外,本组患者中医体质分类由高到低分别为平和质、湿热质、气郁质、气虚质、阴虚质、阳虚质、瘀血质、痰湿质、特禀质,结合中医辨证分型本研究发现,血燥型患者中多数为平和质,且其 PASI 评分最低,说明平和质患者罹患银屑病后症状最轻。而血热型患者中多数为湿热体质和气郁体质,且 PASI 评分较高,说明湿热质和气郁质人群最易患银屑病,且病情较重。

根据上述研究结果可知,不同中医体质下银屑病的辨证分型不同,病情严重程度也存在较大差异。研究银屑病中医体质与辨证分型的关联性可帮助临床医生调整治疗方案,促进治疗效果,具有较强的临床指导意义。

参考文献:

[1]代淑芳. 银屑病中医体质与辨证分型的相关性探讨[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35 (11): 2940-2942.

[2]钟传慧. 银屑病中医分型及中医辨证联合中医体质护理的干预效果观察[J]. 四川中医, 2017 (9): 214-217.

[3]戴静. 银屑病中医辨证,中医分型联合中医体质护理的临床效果研究[J]. 大家健康 (中旬版), 2018,12 (3): 24.

[4]林浩,宋军,于滨. 银屑病中医体质与辨证分型的相关性研究[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (18): 174-175.

[5]查惠. 银屑病中医辨证分型的临床护理体会[J]. 饮食保健, 2017, 4 (18): 196.

[6]史宝娜. 寻常型银屑病中医体质与中医证型的分布规律[J]. 中国药物经济学, 2017, 12 (8): 146-148.

[7]纪云清,周冬梅. 寻常型银屑病三大基本中医证型皮损的皮肤镜特征观察[J]. 2021,16 (3): 518-521.

[8]杨雪松,罗光云,叶建州. 银屑病中医体质与证型相关性研究[J]. 光明中医, 2019, 34 (9): 1429-1430.

[9]刘宇超,白彦萍,王磊. 银屑病的中医证候研究进展[J]. 贵州中医药大学学报, 2021, 43 (5): 90-94.

[10]段行武. 中医“辨证论治”银屑病[J]. 健康世界, 2018 (4): 42-43.

[11]杨雪松,罗光云,叶建州. 银屑病中医体质与证型相关性研究[J]. 光明中医, 2019, 34 (09): 1429-1430.

[12]林浩,宋军,于滨. 银屑病中医体质与辨证分型的相关性研究[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (18): 174-175.

[13]代淑芳. 银屑病中医体质与辨证分型的相关性探讨[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35 (11): 2940-2942.

小儿推拿联合穴位贴敷治疗小儿腹泻的临床护理价值分析

张艳

北京市平谷区妇幼保健计划生育服务中心 北京平谷 101200

摘要：目的：分析小儿腹泻采用小儿推拿与穴位贴敷联合治疗过程中的护理方法及效果。方法：2020年2月至2022年2月的时间范围内收集就诊于本院的小儿腹泻病例，将纳入到本次研究中的100例患儿根据奇偶数法分组，50例患儿列入对照组，开展常规治疗+常规护理，50例患儿列入试验组，开展小儿推拿+穴位贴敷，两组患儿涉及到的比较项目为临床症状改善情况、临床治疗效果、护理满意度。结果：（1）组间进行腹痛、呕吐消失时间、大便正常时间、止泻、退热时间的比较时：试验组与对照组患儿的各项差异显著，具备统计学意义， $P < 0.05$ ；（2）组间进行治疗总有效率的比较时：试验组患儿更高，且与对照组患儿存在统计学差异， $P < 0.05$ ；（3）组间进行护理满意度的比较时： $P < 0.05$ ，试验组更优，同对照组具有明显不同；（4）组间进行IL-6、CRP、TNF- α 等炎症指标的比较时：干预后两组患儿均低于干预前，而试验组患儿更低于对照组患儿， P 均 < 0.05 。结论：小儿腹泻在进行小儿推拿联合穴位贴敷治疗过程中辅助优质、全面的护理干预，可促进临床疗效的提升及临床症状的改善，提高护理满意度，控制炎症发展，值得借鉴和推广。

关键词：小儿腹泻；穴位贴敷；小儿推拿

小儿腹泻作为临床儿科极为常见的一种病症，其在秋冬季节的发病率较高，以大便性状改变、腹痛、排便次数增多等为典型临床症状表现，部分患儿会有脱水、发热的情况出现。如果未能得到及时有效的治疗，腹泻处于反复、长期的发作状态，则会向慢性腹泻发展，导致营养不良的后果，对患儿身心健康、成长发育影响较大，甚至会造成患儿死亡的后果。如何提高小儿腹泻的临床治愈率，一直以来是临床重点进行探索的焦点性问题^[1]。中药穴位贴敷与中医推拿在中医中属于两种特色疗法，表现出安全可行、经济适用、避免针药痛苦等优势，其在临床儿科中的应用有利于提高患儿配合度，且不会对患儿胃肠道产生刺激，临床疗效、安全性备受青睐及肯定。本文针对就诊于本院的腹泻小儿患者100例进行分组研究，具体展开以下分析和汇报：

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集整理病例的时间：2020.2-2022.2；纳入的病例类型：就诊于本院的100例腹泻患儿；分组依据：奇偶数法。设定对照组患儿数量50例，男患儿/女患儿=27/23；最小者4个月，最大者5岁，年龄均值（ 1.8 ± 0.6 ）岁；最短病程1d，最长病程1周，病程均值（ 3.5 ± 0.6 ）d。设定试验组患儿数量50例，男患儿/女患儿=28/22；最小者5个月，最大者6岁，年龄均值（ 1.9 ± 0.4 ）岁；最短病程2d，最长病程1周，病程均值（ 3.6 ± 0.7 ）d。均衡性比较两组患儿的基本情况， $P > 0.05$ ，存在公平对比的价值。

1.2 方法

对照组患儿：常规治疗。针对年龄在1岁以下的患儿，按照3g/d的标准服用蒙脱石散，按照3片/d的标准服用双歧三联活菌片。针对年龄在1岁以上的患儿，按照3-6g/d的标准服用蒙脱石散，按照6片/d的标准服用双歧三联活菌片，治疗时间为4d。

试验组患儿：中医推拿+穴位贴敷。清洁双手后将润滑油涂抹上去，对腹部进行按摩，再对肚脐进行轻揉，依次以揉、推、捏、揉等手法按摩鱼尾、上七节、脊背、天枢、足三里等相应的穴位，以患儿症状作为依据，合理控制和增减按摩力度，1次/d，1个疗程为4d。选择白芍、黄连、吴茱萸等药物，将其研磨成细粉末状，将白醋2g加入，制作成糊状备用，对患儿脐周围皮肤进行消毒，再将药饼在患儿脐内敷贴，通过敷料贴固定，连续进行6h贴敷后即可去除，1次/d，1个疗程为4d。

护理干预配合：（1）基础干预：强化观察患儿病情变化，确定脱水患儿有无低钾血症或低钙血症出现，对其日排便次数、量、性状、颜色等进

行全面记录，及时向临床医师反馈。给予患儿家长合理调整患儿饮食的科学指导，若患儿是非母乳喂养的情况，则以流食为主，如稀饭、米汤、豆浆等，遵照少食多餐的基本原则，逐渐向普食过渡；（2）宣教指导：加强患儿家长的疾病知识宣教，将中医推拿与穴位贴敷联合治疗的优势、必要性、注意要点等介绍给患儿家长，提高其理解能力和配合行为；（3）臀部干预：排便次数明显增加的情况下，排泄物容易沾染臀部，所以强化臀部护理至关重要，每天对臀部进行清洗，保证其一直处于干燥清洁状态。按时对尿布进行更换，发现有红臀的情况，即刻开展电磁波照射治疗；（4）敷贴干预：患者在进行敷贴治疗期间，护理人员需要密切观察其脐部皮肤变化，如果确定有红肿或破损、水泡的情况，需要将敷贴治疗马上停止，对患儿有无灼痛、瘙痒等不适感进行询问，如果有，则需要将敷贴取下，确定症状改善后才能继续进行治疗，对患儿敷贴治疗固定牢固与否进行判断，防止滑脱。6h后将敷贴贴敷取下，通过温水对敷贴部位进行擦拭；（5）推拿干预：患儿在进行推拿治疗时，要求护理人员全程陪伴，协助其对适宜体位进行选择，并和推拿师保持默契、主动的配合。推拿期间需要对患儿情绪进行安慰，支持并鼓励患儿，选择讲故事、听音乐等不同方式将患儿注意力转移，防止其出现哭闹行为而对推拿治疗产生影响。

1.3 观察指标

（1）统计记录两组患者止泻时间、退热时间、腹痛消失时间、呕吐消失时间、大便正常时间；（2）判断临床治疗效果时，标准如下：若大便性状、次数均达到正常范围，临床症状表现完全消失，则用痊愈表示；若大便性状改善明显，同时次数减少，临床症状缓解，则用有效表示；若大便性状、次数无任何变化，临床症状未有任何缓解，则用无效表示^[2]；（3）通过发放自制满意度调查问卷的方式评价两组护理满意度情况，设定的3个等级为非常满意、一般满意、不满意；（4）干预前、后的时间均需要测定炎症指标变化情况，其中荧光免疫法用来对CRP（C反应蛋白）水平进行检测；ELISA法用来对IL-6（白介素-6）、TNF- α （肿瘤坏死因子）进行检测。

1.4 统计学评析

借助版本为SPSS25.0的统计学软件完成所得到的相关数据的处理，计量资料在表达和对比上各运用的为（ $\bar{x} \pm s$ ）、 t 检验，计数资料在表达和对比上各运用的为百分率（%）、 χ^2 检验， $P < 0.05$ 可说明具备显著性差异。

2 结果

2.1 对比临床症状改善情况

表 1 进行两组患儿退热、止泻时间及呕吐、腹痛消失时间、大便正常时间的比较，更短的均为试验组，其与对照组的差异得到 $P < 0.05$ 。

表 1 对比临床症状改善情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	呕吐消失	腹痛消失	止泻	退热	大便正常
对照组 (n=50)	2.39±0.31	2.46±0.60	4.42±0.91	2.96±0.49	4.44±0.88
试验组 (n=50)	1.31±0.42	1.22±0.56	3.16±0.85	1.61±0.29	3.07±0.67
t	14.6294	10.6833	7.1549	16.7653	8.7587
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 对比临床效果

表 2 进行治疗总有效率的比较，试验组与对照组存在的差异为 $P < 0.05$ ，即有统计学意义。

表 2 对比临床效果[n (%)]

组别	痊愈	有效	无效	总有效率
对照组 (n=50)	23 (46.00)	17 (34.00)	10 (20.00)	40 (80.00)
试验组 (n=50)	28 (56.00)	21 (42.00)	1 (2.00)	49 (98.00)
χ^2				8.2737
P				0.0040

2.3 对比护理满意度

表 3 进行护理满意度的比较，试验组 96.00%与对照组 78.00%的差异得到 $\chi^2=7.1618$ ， $P < 0.05$ 。

表 3 对比护理满意度[n (%)]

组别	非常满意	一般满意	不满意	满意度
对照组 (n=50)	24 (48.00)	15 (30.00)	11 (22.00)	39 (78.00)
试验组 (n=50)	26 (52.00)	22 (44.00)	2 (4.00)	48 (96.00)
χ^2				7.1618
P				0.0074

2.4 对比炎症指标变化情况

表 4 进行 IL-6、CRP、TNF- α 等炎症指标的比较，干预前试验组与对照组可用 $P > 0.05$ 表示；干预后两组可用 $P < 0.05$ 表示。

表 4 对比炎症指标变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	CRP (mg/L)		IL-6 (pg/L)		TNF- α (ng/L)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=50)	21.7±3.8	10.6±2.7	22.8±5.5	16.5±3.5	4.3±1.8	2.3±0.5
试验组 (n=50)	21.2±3.5	7.6±2.0	23.6±4.4	11.5±2.1	4.2±1.5	1.6±0.3
t	0.6844	6.3133	0.8031	8.6620	0.3018	8.4887
P	0.4954	0.0000	0.4238	0.0000	0.7635	0.0000

3 讨论

小儿腹泻又名秋季腹泻，可急性起病，也可缓性起病，一般会有黏液便或水样便、排便次数增多等症状表现，且往往存在水电解质紊乱、酸碱

失衡、脱水等伴随症状^[3]。通过临床对小儿腹泻的病因进行调查分析，确定与病菌感染、环境改变、饮食不当、免疫力低、体质差等因素有关。如果治疗不及时的情况下，则容易产生并发症，对患儿身心健康、生命安全产生影响^[4]。西医补液、用药等治疗方式不仅不能取得理想的治疗效果，而且容易有不良反应的问题出现，难以有效控制病情复发。

祖国中医学认为小儿腹泻需要纳入到“泄泻”的范畴，并确定脾胃是导致泄泻的根本。小儿推拿的基础是小儿的生理病理特点，通过特定手法于体表相应穴位进行推拿，可以促使阴阳平衡，并对气血运行起到增强和调节作用，促使全身脏腑功能有效改善，起到扶正祛邪的功效，对小兒全身证候予以改善，增强其体质和免疫力^[5-6]。目前临床已有大量研究证实^[7]，小儿腹泻通过小儿推拿治疗整体成效显著。且进行小儿推拿治疗过程中不会出现不良反应，患儿接受度高，患儿家属满意度高。

穴位贴敷的实施穴位主要是肚脐部的神阙穴，肚脐位于腹壁最薄的位置，通过对这一穴位进行药物贴敷，则穿透弥散更容易实现。肚脐下分布的血管极为丰富，可对药物快速向血液循环进入起到促进作用，避免首过效应，减少胃肠道受到不良刺激的可能性，降低不良反应发生率^[8]。贴敷药物中的黄连可以发挥清热燥湿止泻的作用，白芍可以发挥和血、调和镇痛的作用，吴茱萸可以发挥温中理气燥湿的作用。三药合用的情况下能够将经脉之气激发出来，对脏腑气血运行起到促进作用，并可对脾胃寒气进行湿化，促使胃肠血液循环明显改善，同时对分泌胃液、黏膜吸收等功能起到促进效应，止泻效果良好^[9]。在小儿推拿与中药贴敷配合治疗的基础上予以针对性护理干预辅助，则可使临床疗效和安全性得到更好的保证^[10]。

此次研究在进行治疗总有效率、临床症状改善情况、护理满意度及 IL-6、CRP、TNF- α 等炎症指标变化等方面的对比上，试验组与对照组均可用 $P < 0.05$ 表示差异。从而证明，小儿腹泻在进行小儿推拿联合穴位贴敷治疗过程中辅助优质、全面的护理干预，可促进临床疗效的提升及临床症状的改善，提高护理满意度，控制炎症发展，值得借鉴和推广。

参考文献:

[1]杨丽钢.小儿推拿配合穴位贴敷治疗小儿腹泻的临床护理效果提升体会[J].健康必读,2020(10):100-101.
[2]万莉.小儿推拿配合穴位贴敷治疗小儿腹泻的临床护理观察探讨[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(72):295-296.
[3]高蕾.小儿腹泻使用中药穴位贴敷配合推拿治疗的临床护理体会[J].饮食保健,2020,7(27):244.
[4]蒙秋兰.小儿推拿配合穴位贴敷治疗小儿腹泻的临床护理观察[J].药店周刊,2021,30(44):114-115.
[5]王均玲.探讨中药穴位贴敷联合推拿治疗小儿腹泻的护理效果[J].今日健康,2021(11):163-164.
[6]刘佳.小儿推拿配合穴位贴敷治疗小儿腹泻的临床护理效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(91):291-292..
[7]王利云.小儿推拿配合穴位贴敷治疗小儿腹泻的临床护理观察[J].健康女性,2021(24):213.
[8]刘蕴.推拿配合穴位贴敷治疗小儿腹泻的临床观察及护理[J].心理月刊,2020,15(13):119.
[9]汪征.中药穴位贴敷合推拿治疗小儿腹泻的护理效果探讨[J].中国医药指南,2020,18(18):281-282.
[10]张素玲.推拿联合中药穴位贴敷辅助口服药物治疗小儿腹泻临床观察[J].山西中医,2020,36(8):40-41.

中医推拿手法联合中药内服治疗颈椎病的临床观察

张叶鸣 叶秋萍^(通讯作者) 付盈悦 胡晓瑜

贵阳康养职业大学 贵州贵阳 550081

摘要:目的探讨中医推拿手法联合中药内服治疗颈型颈椎病的临床疗效。方法将60例颈型颈椎病患者随机分为对照组和观察组各30例。对照组采用中药汤剂内服治疗。观察组在中药汤剂治疗的基础上联合中医推拿手法,均连续治疗2周。观察2组治疗前后视觉模拟评分(VAS)、颈椎功能障碍指数(NDI),并比较其临床疗效。结果与治疗前比较,2组治疗后VAS、NDI评分明显降低($P<0.05$);与对照组比较,观察组VAS评分明显降低($P<0.05$);观察组显效率优于对照组($P<0.05$)。结论 中医推拿手法联合中药内服能有效缓解颈型颈椎病疼痛,改善其颈椎功能。

关键词: 中医推拿手法; 中药内服; 颈型颈椎病

椎动脉型颈椎病在临床颈椎病的治疗过程中发病概率较高,其中发病原因大部分为患者由于各种生活习惯导致患者颈肩部肌肉长期难以得到有效放松,从而导致患者肌肉群出现局部缺氧、缺血,从而导致对患者的椎基底动脉造成一定程度的压迫,从而逐渐出现供血不足等有关症状^[1]。患者出现椎动脉型颈椎病后,其中主要的临床症状就是体位性眩晕,即患者在日常生活中,由于体位变化可能会导致患者产生眩晕感,特别是患者在进行头部转动过程中,同时情节严重者,可能会导致患者出现猝倒^[2]。同时这些年来由于人们生活压力的逐渐增加,而且人们在工作生活过程中不加以注意,导致近些年来椎动脉型颈椎病的发病概率明显提升,同时这种疾病逐渐向年轻化方向发展,对我国人民的生命健康以及日常生活造成了严重影响^[3]。椎动脉型颈椎病这类疾病在进行治疗过程中,这种疾病的发病原因与患者的椎基底动脉血供不足有关,所以在临床治疗过程中需要采取有效手段对患者的局部压迫进行缓解,在治疗过程中还未发现有效果明显的西药,同时采用西药保守治疗很难取得很好的治疗效果^[4]。因此本研究为了探讨中医推拿手法联合中药内服治疗颈型颈椎病的临床疗效,做了以下研究:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年11月—2021年5月于贵州中医药大学第一附属医院就诊的颈型颈椎病患者60例,并按随机数字表法分为对照组和观察组各30例。对照组男14例,女16例;年龄23~59岁,平均 (40.74 ± 5.27) 岁;病程1.5~5年,平均 (2.28 ± 1.63) 年。观察组男17例,女13例;年龄26~55岁,平均 (41.58 ± 5.87) 岁;病程1~6年,平均 (2.47 ± 1.24) 年。2组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

西医诊断标准:被动性颈椎过度前屈、后伸、左右侧屈、左右旋转时,颈部活动受限,颈部压痛感明显,颈椎x线片检查结果显示颈椎存在病理性移位。中医诊断标准:根据《中医病证诊断疗效标准》^[5]相关内容进行分析,患者均符合椎动脉型颈椎病诊断标准,头颈部体位改变会导致眩晕、恶心、呕吐等症状,

入选标准:纳入标准:均符合中西医椎动脉型颈椎病诊断标准。排除标准:(1)存在严重心肝肾功能障碍者。(2)存在神经系统疾病者。(3)临床资料不全者。

1.2 治疗方法

对照组

采用温胆汤合天麻钩藤饮进行治疗,该方剂由石决明30g,陈皮10g,

竹茹10g,珍珠母30g,法半夏10g,枳壳10g,栀子10g,酸枣仁10g,黄芩10g,炙甘草6g,钩藤10g,天麻10g,牡丹皮30g,茯神10g组成。400mL清水煎煮,取汁服用,2次/d,1剂/d,早晚温服。同时,根据患者具体症状进行中药加减,若存在头痛症状则加白芷10g,黄姜10g;若患者耳鸣则加僵蚕10g。7d为1个疗程,连续治疗14d。

观察组

观察组中药内服方式与对照组相同,并联合中医多指顶推手法进行治疗(多指顶推法就是让患者在仰卧位的舒适状态下,治疗师半握空拳,根据治疗部位和目的,运用两个及以上手指近端指间关节的背面进行施治。此法强调指力应圆润,力度应轻柔,由表及里,先轻后重,运用巧劲,将顶与推两种力量合二为一,尤其注重“因人而异”,即根据病患的具体病情,适当调整运指数,合理分配指力和用力方向,触点、揉、摩、擦等手法于顶推之中。)具体如下:告知患者保持坐位姿势,头部前屈,医师位于患者身后方,通过对上肢肌肉、斜方肌、颈背肌、项韧带实施捏、拿、滚,根据肌肉走形,应用弹拨、按压、理筋手法左右选择。颈部通过旋转复位方式,可对颈椎棘突外偏情况进行纠正,每日开展1次治疗。

1.3 观察指标及方法

①疼痛程度采用视觉模拟评分法VAS评价2组疼痛改善程度,其总分为0~10分,得分越高表示疼痛越剧烈。②生活质量采用颈椎功能障碍指数(NDI)调查问卷对2组颈椎功能障碍情况进行评价。分数越高表示功能障碍程度越重。③CAS的疗效诊断标准根据《中医病症诊断疗效标准》(国家中医药管理局2012年)进行制定^[6]:治愈:眩晕、颈项部疼痛等症状全部消失,颈部活动度正常,且持续3个月上述症状没有复发,疗效指数 $\geq 90\%$;显效:上述症状较前明显好转,患者仅有轻微头晕但不影响日常的生活及工作,70% $\leq$ 疗效指数 $<90\%$;有效:患者眩晕症状较前好转,日常生活和工作受到一定影响,30% $\leq$ 疗效指数 $<70\%$;无效:患者头晕、颈肩部疼痛等症状较治疗前均无改善,疗效指数 $<30\%$ 。

1.4 统计学方法

采用SPSS 20.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用t值检验进行统计推断;计数资料采用(n,%)进行统计描述,采用 χ^2 检验进行统计推断,检验水准为 $P<0.05$,即差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组疗效比较

表1 2组疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效 率(%)	显效 率(%)
----	----	----	----	----	----	------------	------------

对照 组	30	3	15	12	0	100.00	60.00
观察 组	30	2	25	2	1	96.67	90.00 ¹

注：与对照组比较，1）P<0.01。

2.2.2 组治疗前后 VAS、NDI 评分比较

表 2.2 组治疗前后 VAS、NDI 评分比较

组别	例数	时间	VAS 评分	NDI 评分
对照组	30	治疗前	5.13±2.45	18.97±11.88
		治疗后	1.87±1.04 ¹	4.20±3.22 ¹
观察组	30	治疗前	5.67±2.35	20.47±10.07
		治疗后	1.27±0.78 ^{1、2}	4.07±2.32 ¹

注：与治疗前比较，1）P<0.01；与对照组比较，2）P<0.05。

3 讨论

颈椎病的发生主要与颈椎间盘退变、颈椎的生物力学失衡等密切相关，长期劳损致使颈部肌肉的屈伸肌功能下降，导致颈椎病的发生。常规的间歇性颈椎牵引通过重量牵引的方式刺激神经肌肉，促使颈椎肌群的感觉运动功能逐渐恢复，改善肌肉的稳定性，发挥缓解疼痛、改善临床症状的作用，但治疗后复发的风险较高。

在中医学理论中，椎动脉型颈椎病属于祖国传统医学“眩晕”“项痹”的范畴，其症状表现主要集中在头颈项部。《灵枢·海论》载：“髓海不足，则脑转耳鸣，脘眩眩冒，目无所见，懈怠安卧。”《素问·五藏生成论》谓：“诸髓者，皆属于脑。”脑为髓之海，脑海不足，其病因病机或因气血虚少，或因督脉瘀滞。颈椎病同时也与宗筋理论关系密切，“筋”通常指的是关节囊、韧带、肌肉等软组织，颈椎周围的韧带、肌肉等出现脊柱平衡失调症状，即“筋出槽，骨错缝”，导致颈椎病。该病主要由肝肾受损、外邪入侵，导致血瘀阻滞，肝肾不足，再加上患者饮食劳倦造成脾胃受损，导致痰湿中聚，随着病程加长，造成患者气虚、脾虚等。因此，中医治疗该病以健脾和胃、平肝潜阳为主要方式。温胆汤合天麻钩藤饮由石决明、陈皮、竹茹、珍珠母、法半夏、枳壳、梔子、酸枣仁、黄芩、炙甘草、钩藤、天麻、牡丹皮、茯神组成，其中，钩藤、天麻具有扩张血管、增加血流量，降血压等功效；石决明、珍珠母具有平肝潜阳功效；梔子、黄芩具有汤是一种益气温阳、活血化瘀的方剂，主要成分包括人参、当归、炙甘草、黄芪、丹参、桂枝、茯苓、川芎、泽兰、白术等，人参具有良好的人参补气、补脾益肺的功效，对于心力衰竭、心源性休克等症状具有良好的治疗效果；当归能够起到有效的补血、活血的作用；炙甘草具有良好的滋阴养血、益气通阳的效果；黄芪具有良好的排脓止痛、活血医危的功效；丹参能够起到有效的活血祛瘀、清心除烦、凉血消痈的作用，对于胸痹心痛等症具有良好的治疗效果^[7]。桂枝具有良好的发汗解表、散寒止痛、通阳化气的效果；茯苓能够起到有效的利水渗湿、健脾、宁心的作用；川芎能够对心血管系统疾病起到良好的治疗作用；泽兰能够起到有效的祛风镇痛、温中祛寒的效果；白术能够起到有效的补脾健胃、燥湿利尿的效果诸药合用使患者获得良好的改善血液循环、扩张血管、增加组织供血的效果，并且还能够对内源性凝血系统的稳定性进行调节，使机体免疫力获得显著提升，最终能够使患者获得良好的治疗效果^[8]。

推拿是一门古老的中医外治法，可治疗内、外、妇、儿、骨伤、五官、神经等各科多种病症，“推拿之效，助正退邪”^[9]。颈椎病属于中医“筋骨病”、“眩晕”的范畴，祖国医学认为筋骨失于平衡是导致颈椎退行性疾病的重要原因，这就说明了治疗颈椎病的关键就在于保持颈部的筋骨平衡^[10-12]。多指顶推手法可能通过以下机制发挥作用：纠正颈椎不稳、偏歪、旋转；缓解颈部肌肉痉挛；松解神经根局部粘连、消除水肿；纠正小关节的紊乱、解除滑膜嵌顿；调整颈椎椎间盘与神经根的位置，调整钩椎关节位置，恢复颈椎关节正常的解剖位置，利于椎间盘、韧带和关节囊等处组织水肿的消退，改善局部组织血供，加速静脉的回流，促使神经周围的炎症减退；改变脊柱椎间关节的关节关系，降低椎旁软组织张力，缓解脊神经、交感神经的刺激症状。

综上所述，中医推拿手法联合中药内服能有效缓解颈型颈椎病疼痛，改善其颈椎功能。本课题研究所采用的方法属中医传统特色疗法，对于发展和发扬传统医学疗法具有重要的理论意义和很高的实用价值。本次研究试验方法可行性强，安全，高效，无毒副作用，疗效确切可靠且易于为受试者接受，操作的可重复性强，易于临床开展及推广使用。

参考文献：

[1]沈羽思.针灸联合推拿疗法治疗椎动脉型颈椎病疗效及对患者血流动力学的影响[J].现代中西医结合杂志.2018,(35):3951-3954.

[2]史能军.分析中医针灸、推拿手法联合治疗椎动脉型颈椎病疗效及对生活质量的影响[J].双足与保健.2019,(8):25-26.

[3]李公信.颈椎病患者应用针灸推拿结合中药治疗的疗效及安全性探究[J].家庭医药.2018,(6):34-35.

[4]王孝维.针灸推拿与中药联合应用对椎动脉型颈椎病患者血流动力学的影响价值分析[J].健康前沿.2018,(5):189.

[5]吴梦颖,赵宇恒.针灸推拿疗法治疗椎动脉型颈椎病的进展[J].继续医学教育.2018,(2):162-163.

[6]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,2012;37-38.

[7]沈羽思.针灸联合推拿疗法治疗椎动脉型颈椎病疗效及对患者血流动力学的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(35):3951-3954.

[8]黄蓬辉,颜景,陈燕雪.中医针灸联合推拿手法治疗椎动脉型颈椎病的效果分析[J].世界中医药,2017,12(12):3114-3116.

[9]刘益兵,白玉,赵祯,等.温针百会穴联合调气活血法对椎动脉型颈椎病血流动力学及血清TNF-α、ET、NSE的影响研究[J].针灸临床杂志,2018,34(7):13-17.

[10]潘伟东,吴加利,罗卫平.针刺颈夹脊穴及颈三针联合正骨推拿治疗椎动脉型颈椎病的临床观察[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(3):28-32.

[11]MACHALY S A, SENNA M K, SADEK A G. Vertigo is associated with advanced degenerative changes in patients with cervical spondylosis[J]. Clin Rheumatol, 2011 (30): 1527-1534.

[12]BAYRAK I K, DURMUS D, BAYRAK A O. Effect of cervical spondylosis on vertebral arterial flow and its association with vertigo[J]. Clin Rheumatol, 2009 (28): 59-64.

基于数据挖掘的陈士铎治疗儿科斑疹痘用药规律探析

严东英

广西东兴市妇幼保健院儿科 广西东兴 538100

摘要：目的：探讨陈士铎治疗“斑”“疹”“痘”用药规律。方法：检索《陈士铎医学全书》中药治疗儿科斑疹痘的医案，整理其用药频次、药物的气味归经、聚类分析和关联规则分析。结果：通过《石室秘录》《辨证录》总共纳入 19 首方剂，51 味中药，排名前 10 的有当归（15）、荆芥（13）、人参（9）、麦冬（9）、元参（8）、陈皮（7）、炙甘草（6）、白术（6）、黄芪（6）、生甘草（5）。对《陈士铎医学全书》治斑、疹、痘的 51 味药物进行系统聚类分析，可将 51 味常用药分为 13 类。关联规则分析结果显示，二项关联的有 5 项，三相关联的有 11 项，四相关联的有 6 项。结论：陈士铎治疗儿科“斑”“疹”“痘”用药具有一定的规律，治法突出“散法”和“润法”。

关键词：斑；疹；痘；陈士铎；用药规律；数据挖掘

“斑”“疹”“痘”是儿科常见的皮肤病，虽然三者之间具有差异，但陈氏以儿科疾病统一论治，也同时属于儿科皮肤疾病。《医方考》云：“无热不斑，无湿不疹，此二言者，斑疹之大观也。”陈氏认为，盖疹与斑皆热毒，痘多是虚处藏邪^[1]。其用药处方具有一定的规律。陈士铎，字敬之，号远公，别号朱华子，又号莲公，自号大雅堂主人，浙江山阴人^[2]。《石室秘录》和《辨证录》为陈士铎所作，前者共计 6 卷，分为礼、乐、射、御、书和数；后者总计十四卷，论述精湛，用药精当^[3]。本研究检索《陈士铎医学全书》中的关于儿科斑、疹、痘相关医案的记载，通过数据挖掘分析其用药规律。

1 资料与方法

1.1 处方来源

搜索《陈士铎医学全书》中关于斑、疹、痘相关医案。

1.2 数据规范化处理

《陈士铎医学全书》中斑、疹、痘相关医案中的方药。参照 2020 年版《中华人民共和国药典》（第一部）^[4]对《陈士铎医学全书》斑、疹、痘所涉及到的 52 味中药的名称统一实施规范化处理，如：将“归尾”规范化处理为“当归”，“苡仁”规范化处理为“薏苡仁”，“生术”统一规范化处理为“白术”同时，依据 2020 年版《中华人民共和国药典》对中药的药性、药味、

归经也进行规范化处理。对中药功效参考全国高等中医药院校“十三五”规划教材《中药学》^[5]进行归类。

1.3 资料处理和数据挖掘

《陈士铎医学全书》中斑、疹、痘相关医案中的方药组成、剂量，录入 Microsoft Excel 2019 软件，对录入中药的性味归经进行分类，建立数据库，所有处方均由同两人录入，互相核对。采用 Excel 2019 软件进行药物频次、性味归经统计，使用 IBM SPSS Modeler 18.0 软件对中药通过 Apriori 算法进行关联规则分析。IBM SPSS Statistics 25.0 软件进行剂量统计、聚类分析，聚类方法采用质心聚类，度量标准区间采用 Pearson 相关性度量^[6]。

2 结果

2.1 气味归经

在《陈士铎医学全书》中，《石室秘录》和《辨证录》记载了关于斑、疹、痘的医案，共计 19 首，51 味中药，排名前 10 的有当归（15 频次）、荆芥（13 频次）、人参（9 频次）、麦冬（9 频次）、元参（8 频次）、陈皮（7 频次）、炙甘草（6 频次）、白术（6 频次）、黄芪（6 频次）、生甘草（5 频次），见表 1。四气以寒为主，五味以甘为主，主要归肺经，具体分布见图 1。

表 1 《陈士铎医学全书》治斑、疹、痘中药频数、频率分析

序号	药	频数	频率%	序号	药	频数	频率%	序号	药	频数	频率%
1	当归	15	8.98	11	茯苓	5	2.99	21	白芍	3	1.80
2	荆芥	13	7.78	12	天花粉	5	2.99	22	青蒿	3	1.80
3	人参	9	5.39	13	丹皮	5	2.99	23	贝母	2	1.20
4	麦冬	9	5.39	14	桔梗	5	2.99	24	防风	2	1.20
5	元参	8	4.79	15	金银花	4	2.40	25	连翘	2	1.20
6	陈皮	7	4.19	16	生地	4	2.40	26	茯神	2	1.20
7	炙甘草	6	3.59	17	升麻	4	2.40	27	木通	3	1.80
8	白术	6	3.59	18	黄芩	3	1.80	28	玄参	2	1.20
9	黄芪	6	3.59	19	川芎	3	1.80				
10	生甘草	5	2.99	20	牛蒡子	3	1.80				

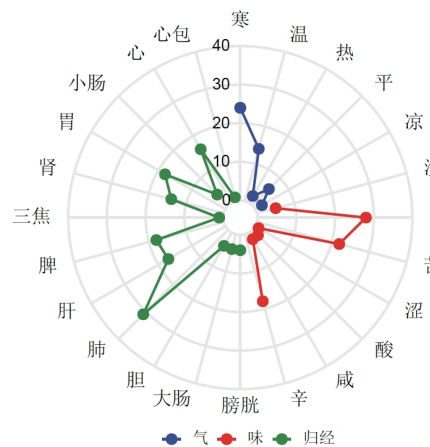


图1 中药四气五味归经分布图

2.2 聚类分析

对《陈士铎医学全书》治斑、疹、痘的 51 味药物进行系统聚类分析，可将 51 味常用药分为 13 类，分别是：C1：沙参、白芷、白芥子；C2：猪苓、薏苡仁、车前子；C3：石膏、地骨皮、当归；C4：白薇、葛根、白果、茯苓、木通；C5：防风、山楂、生黄芪；C6：牛蒡子、肉桂、川芎、连翘、荆芥；C7：甘草、金银花、茯神、通草、白术；C8：玄参、菊花、丹皮、升麻、白芍；C9：贝母、苦参、黄芩、栀子；C10：当归、人参、陈皮；C11：青蒿、半夏、天花粉、生蒺子；C12：麦冬、桔梗；C13：黄芪、附子。见表 2 和图 2。

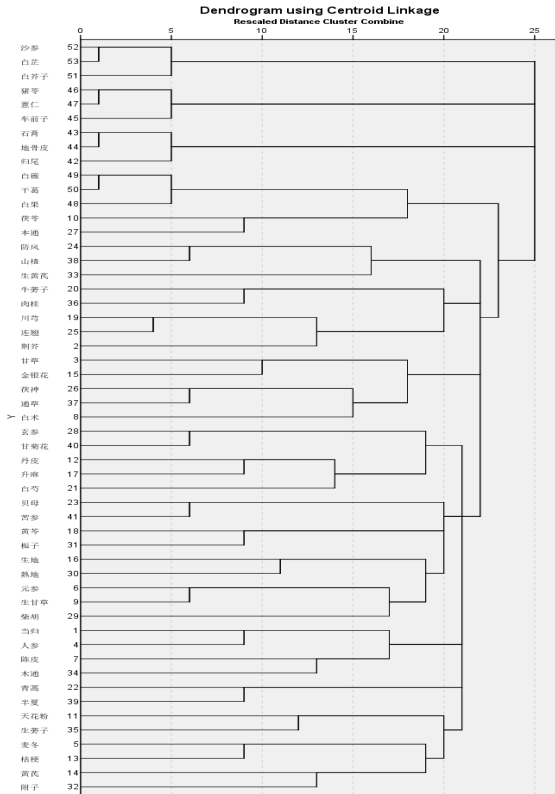


图2 《陈士铎医学全书》治斑、疹、痘药物聚类分析

表2 《陈士铎医学全书》治斑、疹、痘药物聚类分析结果

聚类	药物味数	药物	主要功效
	/味		

C 1	3	沙参、白芷、白芥子	解表化痰养阴
C 2	3	猪苓、薏苡仁、车前子	利尿除湿
C 3	3	石膏、地骨皮、当归	清热养血
C 4	5	白薇、葛根、白果、茯苓、木通	清热祛湿
C 5	3	防风、山楂、生黄芪	顾表化痰
C 6	5	牛蒡子、肉桂、川芎、连翘、荆芥	解毒
C 7	5	甘草、金银花、茯神、通草、白术	清热解毒
C 8	4	玄参、菊花、丹皮、升麻、白芍	养阴解毒
C 9	4	贝母、苦参、黄芩、栀子	清热燥湿
C 10	3	当归、人参、陈皮	益气养阴
C 11	4	青蒿、半夏、天花粉、生蒺子	化痰解毒
C 12	2	麦冬、桔梗	养阴宣肺
C 13	2	黄芪、附子	补气温阳

2.3 关联规则分析

对斑疹痘中药方剂数据进行关联分析，置信度 $\geq 85\%$ ，支持度 $\geq 20\%$ ，最终得到关联规则数据 21 条。举例说明：当出现元参的时候，出现生甘草的频率 93%，公式表达：Confidence= $P(A \cup B)/P(A)$ 。支持度为 26.32%，意味着“同时涵盖元参和生甘草的处方”占“本研究所有处方”的比例为 26.32%，公式表达：Support= $P(A \cup B)$ [7]。本次研究结果显示，二项关联的有 5 项：元参-生甘草、当归-天花粉、当归-黄芪、当归-人参、当归-陈皮。三相关联的有 11 项：元参-生甘草 and 当归、当归-黄芪 and 人参、当归-白术 and 人参、人参-白术 and 当归、当归-陈皮 and 人参、荆芥-陈皮 and 麦冬、麦冬-元参 and 荆芥、当归-元参 and 荆芥、当归-人参 and 荆芥、当归-麦冬 and 荆芥、荆芥-麦冬 and 当归。四相关联的有 6 项：当归-白术 and 人参 and 荆芥、人参-白术 and 荆芥 and 当归、当归-元参 and 麦冬 and 荆芥、荆芥-元参 and 麦冬 and 当归、麦冬-元参 and 荆芥 and 当归。见表 3 和图 3。

表3 药物之间的关联规则分析

后项	前项	支持度百分比	置信度百分比
元参	生甘草	26.31578947	100
当归	天花粉	26.31578947	100
当归	黄芪	31.57894737	100
当归	人参	47.36842105	100
元参	生甘草 and 当归	21.05263158	100
当归	黄芪 and 人参	26.31578947	100
当归	白术 and 人参	26.31578947	100
人参	白术 and 当归	26.31578947	100
当归	陈皮 and 人参	26.31578947	100
荆芥	陈皮 and 麦冬	21.05263158	100
麦冬	元参 and 荆芥	26.31578947	100
当归	元参 and 荆芥	26.31578947	100

中医护理干预措施对慢性腰肌劳损患者的影响

安乐

新疆喀什地区莎车县人民医院 新疆莎车 844700

摘要：目的：观察针对慢性腰肌劳损患者开展中医护理干预方案临床疗效。方法：将2019年4月至2021年4月新疆喀什地区莎车县人民医院收治的慢性腰肌劳损患者76例作为本次研究对象，通过数字随机表法将其均分为对照组和观察组，每组均有患者38例，对照组实施常规护理干预，观察组在常规护理干预的基础上增加艾灸、刮痧、穴位按摩等中医护理干预措施，比较两组患者临床护理效果和护理满意度、6个月复发率等指标。结果：观察组患者的治疗后生活质量评分显著高于对照组，组间差异比较有统计学意义($P < 0.05$)；观察组患者治疗总有效率(92.11%，35/38例)显著高于对照组(76.32%，29/38例)，组间差异有统计学意义($\chi^2=11.427$, $P=0.035$)；观察组患者护理满意率(86.84%，33/38例)显著高于对照组(71.05%，27/38例)，组间差异有统计学意义($\chi^2=8.174$, $P=0.002$)；两组患者的治疗后疾病复发率比较无明显差异，组间数据比较无统计学意义($\chi^2=11.483$, $P=0.637$)。结论：针对慢性腰肌劳损患者的治疗增加中医护理干预能够提高治疗效果和生活质量，患者对护理工作满意度更高，可临床推广应用。

关键词：慢性腰肌劳损；中医护理干预；治疗有效率；生活质量；护理满意率

慢性腰肌劳损为临床常见疾病，通常由于腰部过度运动或过度负荷导致，临床表现主要为腰部酸痛、胀痛[1-2]，部分患者腰部活动受限，该病症反复发作严重影响患者日常生活，临床治疗主要以药物治疗、物理疗法、封闭疗法等，同时加强腰背肌功能锻炼可以得到较好的治疗效果，中医辨证中腰痛通常由于风、寒、湿、淤等内因导致，可在治疗中使用针灸、推拿、中药外用等疗法对症治疗[3]，在治疗中合理增加艾灸、刮痧、穴位按摩等中医护理干预措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2019年4月至2021年4月新疆喀什地区莎车县人民医院收治的慢性腰肌劳损患者76例作为本次研究对象，通过数字随机表法将其均分为对照组和观察组，每组均有患者38例。其中对照组患者男21例，女17例；年龄32岁—71岁，平均年龄(57.4±4.1)岁；病程2.3-13.6年，平均(7.63±1.44)年。观察组患者男19例，女19例；年龄34岁—73岁，平均年龄(58.1±4.3)岁；病程2.4-14.3年，平均(7.85±1.47)年。两组患者一般资料比较无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 纳入标准

纳入标准：①通过患者的病史、症状、体格检查和影像学检查结果确诊为慢性腰肌劳损[4]；②所有患者均对本次研究知情并签署知情同意书；③在新疆喀什地区莎车县人民医院完成治疗，定期复查及随访；④诊疗资料齐全。

排除标准：①急性腰肌劳损患者；②精神、智力障碍或阿尔茨海默病患者；③合并全身性疾病患者；④其他不适宜开展中医护理干预的患者。

1.3 方法

对照组患者临床采用常规护理措施干预，观察组患者在常规护理的基础上增加中医护理干预措施。

1.3.1 常规护理

包含健康教育、疼痛护理、心理护理、用药指导、饮食指导以及康复锻炼等一系列常规护理措施。

健康教育：入院后即开展疾病知识宣教工作，通过不同时机对患者及家属就慢性腰肌劳损疾病的相关知识、治疗方案、禁忌以及注意事项等进行宣传，对日常行为、坐姿等进行规范，指导患者日常正确佩戴护腰、腰围等腰部保护[5]，及时对患者提出的问题予以专业解答。

疼痛护理：定期对患者疼痛进行评估分级，通过分散患者注意力等方法增加患者对疼痛的耐受性，必要时给予镇痛镇静药物患者肌肉疼痛。

心理护理：根据慢性腰肌劳损患者心理特点适时进行心理疏导，减少

患者自身不良心理状态，保证患者积极配合治疗和疾病康复信心。

用药指导：严格按照医嘱监督患者服药，明确告知患者及家属药物服用禁忌，减少不按时服药、超剂量服药或自行停药等不良用药行为。

饮食指导：保证患者日常营养摄入的同时控制患者体重，制定符合患者口味的饮食计划及食谱。

康复锻炼：制定康复计划，加强患者的腰背肌功能锻炼、腰部核心肌肉锻炼等，调整患者肌肉张力[6]，减轻患者疼痛感，增强生活质量及功能。

1.3.2 中医护理干预措施

艾灸疗法：把温艾灸盒放于患者的阿是穴和周边邻近的肾俞穴、腰俞穴、委中穴部位，点燃盒内艾卷，调节盒盖打开程度调节适宜温度，达到活血化瘀、通经止痛的效果，通常1次/d，每次20min，开展艾灸时做好保护措施以避免皮肤烫伤[7]。

刮痧疗法：在患者腰部均匀涂抹刮痧油，滋润皮肤、活血化瘀的同时减少摩擦，减少皮肤损害，使用刮痧板由内向外，由上至下进行刮痧，根据患者的耐受度调整刮痧力度和角度[8-9]，直至患者皮肤局部出现红色粟粒状，或暗红色出血点等“出痧”变化，两次刮痧治疗间隔二周为宜，刮痧之后饮用适量的温开水或生姜汁糖水发汗解表。

腰部穴位按摩：右手或左手握拳，以食指掌指关节突起部置于患者命门穴、阿是穴、两侧肾俞穴、腰阳关穴上，先顺时针方向压揉，再逆时针方向压揉，每次穴位按摩以30min/次为宜[10-11]。

中药熏蒸：根据患者痹症类型分别配置寒湿型或肾虚型熏蒸药物[12]，将药物加入熏蒸机内，加热药物至50℃，利用药物蒸汽熏蒸患者腰部疼痛部位，利用物理温热和透皮给药方式缓解患者疼痛，1次/日，每次30min。

1.4 观察指标及评价标准

生活质量判定：使用生活质量评价量表(SF-36)对患者的生活质量进行评分，表内包含心理功能、躯体功能、情感职能及社会职能，满分为100分，分数越高表明患者生活质量越好[13]。

临床疗效判定：显效：患者经治疗后腰部疼痛症状消失，腰部功能恢复良好；有效：患者经治疗后腰部疼痛症状显著缓解，腰部功能基本恢复；无效：患者经治疗后腰部疼痛症状未见变化或加重，腰部功能未见好转。总有效率=显效率+有效率[14]。

护理满意率：为患者及家属发放新疆喀什地区莎车县人民医院自制的患者护理满意度调查问卷，问卷满分为100分，分数越高表示患者对护理工作的满意度越高，护理满意率=调查问卷分数高于85分患者例数/本组患者例数×100%。

6个月复发率：患者出院后我院定期对患者开展复查及随访工作，根

据随访记录对患者 6 个月内腰肌劳损病症是否复发进行判别并计算复发率。

1.5 统计学处理

采用 SPSS19.0 统计软件对本次研究数据进行统计分析。生活质量评分(SF-36)等计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,治疗总有效率、护理满意率、6 个月复发率等计数资料以率(%)表示,行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后生活质量比较

根据生活质量评价量表(SF-36)显示,观察组患者的生活质量评分显著高于对照组,组间差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表 1。

表 1 两组患者治疗后生活质量比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	社会功能	心理功能	躯体功能	情感功能
对照组	38	84.43±4.64	86.27±4.31	87.63±3.59	84.28±3.73
观察组	38	73.27±5.16	73.25±4.69	78.36±3.68	76.66±3.97
t 值	-	5.015	9.734	9.382	11.263
P 值	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者临床疗效比较

观察组患者治疗总有效率(92.11%)显著高于对照组(76.32%),组间差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	38	12 (31.58)	17 (44.74)	9 (23.68)	29 (76.32)
观察组	38	22 (57.89)	13 (34.22)	3 (7.89)	35 (92.11)
X ² 值	-	-	-	-	11.427
P 值	-	-	-	-	0.035

2.3 两组患者护理满意率比较

根据回收的患者护理满意度调查问卷显示,观察组 33 例患者问卷分数高于 85 分,护理满意率为 86.84%,对照组 27 例患者问卷分数高于 85 分,护理满意率为 71.05%,观察组患者对护理工作满意度更高,组间差异有统计学意义($X^2=8.174$, $P=0.002$)。

2.4 两组患者 6 个月复发率比较

观察本次研究的两组患者进行随访记录,观察组患者 6 个月内有 8 例患者复发,复发率为 21.05%,对照组患者 6 个月内有 9 例患者复发,复发率为 23.68%,两组患者的治疗后疾病复发率比较无明显差异,组间数据比较无统计学意义($\chi^2=11.483$, $P=0.637$)。

3 讨论

腰肌劳损是医院临床常见病症,病因较多,主要与气候、工作强度、日常行为姿态相关,如不及时进行治疗可能导致腰部功能损伤或受限,患者由于长期疼痛导致生活质量严重下降,在医院临床开展治疗时除了药物治疗、物理治疗、封闭治疗等手段外,还要保持良好的生活习惯,避免久坐久站后疼痛症状也会有所缓解,按照中医经络理论通过艾灸、刮痧、穴位按摩等传统中医疗法可提高临床收益,临床疗效和生活质量均有显著提高[15]。艾灸疗法、穴位推拿疗法及熏蒸疗法都是根据经络学说施治,能够温经散寒,行气通络,疏通经络,调和气血,通过对施灸、推拿、熏

蒸等方法对对应穴位进行刺激调节患者身体机能,进而发挥中医治疗作用。刮痧疗法能够调气行血、活血化瘀、驱邪排毒,针对寒湿型腰痹效果明显,能够有效缓解腰肌劳损患者的症状,但施治前应对患者出血倾向、皮肤过敏、心脏功能进行详细了解,严格遵循操作规范,避免不良事件发生。

本研究显示,观察组患者实施中医护理措施后,治疗总有效率显著高于对照组,实施中医护理时通过艾灸、按摩及刮痧等手段疏通患者经络的同时患者的血液循环速度提升,缓解患者疼痛并且恢复肌肉组织活性,患者腰部功能得以恢复,临床治疗效果提升明显。本次研究中针对两组患者 6 个月内的复发率进行了观察汇总,两组患者复发率之间比较差异较小,分析复发患者的一般资料发现,年龄处于 30-60 周岁之间患者复发率明显高于 60 周岁以上患者群体,推测应该与此年龄段患者日常生活状态以及工作强度关系密切,针对此类人群应尤其注意健康宣教工作开展,对其日常生活中的不良姿态和生活习惯加以纠正,以维持较好的治疗效果。

综上所述,针对腰肌劳损患者采用中医护理干预方案能够显著提高临床治疗效果及患者生活质量,患者对中医护理工作的认可度更高,临床应用价值较高,可推广应用。

参考文献:

- [1] 龚万欧, 宋庆华. 中药配合针灸联合腰部力量康复训练对慢性腰肌劳损临床症状的改善作用研究[J]. 四川中医, 2018, 36(8): 145-148.
- [2] 王国香, 曾正平. 探讨中医护理干预措施对慢性腰肌劳损患者的影响[J]. 中外医学研究, 2014, 12(26): 94-95.
- [3] 李明婵, 李长辉. 慢性腰肌劳损的中医外治法研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(68): 113-114.
- [4] 钟伟兴, 王宁, 李义凯. 对“腰肌劳损”的再认识[J]. 中医正骨, 2021, 33(9): 44-46.
- [5] 王萍. 慢性腰肌劳损患者的临床综合优质护理体会[J]. 健康大视野, 2021(7): 158.
- [6] 朱思静, 陈勇, 杨潺. 中医联合腰部功能锻炼治疗腰肌劳损疗效分析[J]. 心理医生, 2018, 24(32): 107-109.
- [7] Zhiling L. Clinical Study on Lumbar Muscle Strain of Cold-dampness Type Treated by Needle Warming Moxibustion[J]. Journal of New Chinese Medicine, 2019.
- [8] 陈颖盈, 章立, 张蕾, 等. 特色整经刮痧技术治疗腰肌劳损的临床疗效观察[J]. 特别健康, 2018(18): 236.
- [9] 寸雨婷, 姚斌彬, 田川, 等. 现代康复技术在腰肌劳损治疗中的应用研究进展[J]. 反射疗法与康复医学, 2021, 2(2): 175-178.
- [10] 陈丽媛, 沈重庆, 李长辉. 基于肌肉力学性能探讨推拿治疗慢性腰肌劳损作用机制[J]. 智慧健康, 2022, 8(2): 33-35.
- [11] 卡热买提·阿布都克然木, 刘俊昌. 推拿促进慢性腰肌劳损功能康复的研究进展[J]. 新疆中医药, 2020, 38(5): 94-96.
- [12] 石清坡. 温针灸联合中药熏蒸治疗腰肌劳损临床观察[J]. 广西中医药, 2022, 45(1): 58-61.
- [13] 陈艳, 王家安, 蒋丰. “体医结合”对中青年腰肌劳损患者的治疗研究——以肌肉松解术与普拉提斯运动为治疗手段和方法[J]. 四川体育科学, 2019, 16(4): 266-267.
- [14] 高焕霞. 中医整体护理干预在慢性腰肌劳损患者中的应用及效果分析[J]. 养生保健指南, 2020(27): 188-189.
- [15] 庄国柱. 中医药治疗腰肌劳损研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(8): 203-205.

苗药肤痔清软膏治疗陈旧性肛裂临床观察

曹树建¹ 孙福群¹ 周吉照¹ 曲牟文² (通讯作者)

1.山东省无棣县人民医院肛肠科 山东无棣 251900; 2.中国中医科学院广安门医院肛肠科 北京 100053

摘要: 目的研究苗药肤痔清软膏治疗陈旧性肛裂的临床疗效。方法选择我院 2018.1~2020.10 期间收治的 90 例陈旧性肛裂患者进行研究, 采用随机数字表法分为研究组、治疗组和对照组, 每组各 30 例。其中, 研究组采用温水坐浴后苗药肤痔清软膏外涂; 治疗组采用温水坐浴后硝酸甘油软膏外涂; 空白对照组采用温水坐浴, 入组患者连续治疗 28 d。比较三组患者疼痛程度、出血症状评分、溃疡创面愈合情况、临床疗效及治疗结束 3 个月内患者复发率。结果经过 28 d 治疗后, 三组患者疼痛程度评分和出血症状评分均显著降低 ($P<0.05$), 研究组患者疼痛程度评分及出血症状评分显著低于治疗组和空白对照组 ($P<0.05$); 研究组溃疡创面愈合情况、临床疗效、3 个月内复发率优于治疗组和对照组, 其中, 研究组和对照组比较, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论苗药肤痔清软膏外用治疗陈旧性肛裂能有效缓解患者疼痛, 改善出血症状, 加速溃疡创面愈合, 且复发率低, 近远期疗效均较显著, 值得临床推广使用。

关键词: 苗药; 肤痔清软膏; 陈旧性肛裂; 外涂; 疗效

肛裂是指从齿状线以下到肛缘的肛管组织表面裂开形成梭形或椭圆形小溃疡, 是常见的肛肠疾病, 主要临床表现为肛周剧烈疼痛、便秘、便血等^[1], 发病率可达到2%左右, 若不及时治疗, 任由病情持续发展下去可形成陈旧性肛裂。尽管手术是治疗陈旧性肛裂的常用方法, 但由于术后很可能并发肛门失禁、切口感染等诸多并发症, 不利于疾病预后, 故通常先选用药物保守治疗。苗药肤痔清软膏具有清热解毒、活血化瘀、消肿止痛、除湿止痒的功效^[2]。本研究旨在对苗药肤痔清软膏治疗陈旧性肛裂的临床疗效进行客观评估与验证, 科学系统地评价该药的治疗效果, 为陈旧性肛裂的治疗提供新的途径和思路, 现报告如下。

1 材料和方法

1.1 研究对象

选择我院 2018 年 1 月至 2020 年 10 月收治的陈旧性肛裂患者 90 例进行研究, 按照随机数字表法分为研究组、治疗组和对照组, 每组各 30 例。纳入标准: (1) 符合Ⅱ、Ⅲ期肛裂诊断标准^[3]并经临床表现、综合诊断确诊; (2) 临床资料完整; (3) 了解本研究内容并签署知情同意书。排除标准: (1) 合并严重脏器疾病; (2) 合并恶性肿瘤; (3) 合并其他肛肠疾病者; (4) 妊娠期或哺乳期妇女; (5) 合并认知、行为能力不全者。

其中, 研究组男 16 例, 女 14 例; 年龄 26~68 岁, 平均年龄 46.39±3.51 岁; 平均病程 3.69±1.41 年; 肛裂部位: 前位 14 例, 后位 16 例; 肛裂分期: Ⅱ期 17 例, Ⅲ期 13 例; 治疗组男 15 例, 女 15 例; 年龄 24~67 岁, 平均年龄 46.62±3.27 岁; 平均病程 3.50±1.26 年; 肛裂部位: 前位 12 例, 后位 18 例; 肛裂分期: Ⅱ期 16 例, Ⅲ期 14 例; 对照组男 14 例, 女 16 例; 年龄 25~68 岁, 平均年龄 45.77±3.46 岁; 平均病程 3.41±1.34 年; 肛裂部位: 前位 13 例, 后位 17 例; 肛裂分期: Ⅱ期 18 例, Ⅲ期 12 例; 三组患者一般资料比较: 性别 ($\chi^2=0.267$, $P=0.875$)、年龄 ($F=2.293$, $P=0.107$)、病程 ($F=1.611$, $P=0.206$)、肛裂部位 ($\chi^2=0.364$, $P=0.985$)、肛裂分期 ($\chi^2=0.605$, $P=0.739$), 差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

三组患者均采用保守治疗, 研究组: 采用温水坐浴后苗药肤痔清软膏外涂, 每天早晚各 1 次, 每次约 2g; 治疗组: 采用温水坐浴后硝酸甘油软膏

外涂, 每天早晚各 1 次, 每次约 2g; 空白对照组采用温水坐浴, 每天早晚各一次。若当日再解大便可重复外洗换药, 三组患者均连续治疗 28 d 后对比疗效。

1.3 观察指标

(1) 疼痛程度改善情况: 采用视觉模拟评分法 (VAS) 评估患者疼痛程度, 评分范围 0~10 分, 评分越高表明疼痛越明显。(2) 出血症状评分: 无便血, 记为“0 分”; 便纸带血或便外少血, 记为“2 分”; 便时滴血, 出血量较多, 需要常规止血, 记为“4 分”; 便时有喷射状出血, 出血量大, 甚则出现休克, 需要特殊处理, 记为“6 分”。(3) 创面愈合效果: 愈合: 创面完全上皮化、皮肤完整无分泌物; 基本愈合: 创面小, 肉芽生长良好, 疼痛较轻, 无分泌物; 部分愈合: 创面宽度 ≥ 0.5 cm但 <1.0 cm, 肉芽生长良好, 较疼痛, 少量分泌物; 未愈合: 创面宽度 >1.0 cm, 肉芽生长慢, 剧烈疼痛, 分泌物多。创面愈合率=(愈合+基本愈合)/例数 $\times 100\%$ 。(4) 临床症状改善情况: 显效: 不适症状基本消失, VAS 评分、出血症状评分 $\geq 75\%$, 创面基本愈合; 有效: 不适症状有所消失, VAS 评分、出血症状评分下降 $\geq 50\%$ 但 $<75\%$, 创面部分愈合; 无效: 不适症状未消失, VAS 评分、出血症状评分下降 $<50\%$, 创面未愈合。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。(5) 复发率: 治疗结束后, 每周进行一次电话随访, 1 个月后门门诊复查, 记录入组患者治疗后 3 个月内复发情况并计算复发率。

1.4 统计分析

采用 SPSS 22.0 软件进行统计学分析, 计数数据以 n (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 计量数据符合正态分布以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 2 组间比较使用独立样本的 t 检验, 多组间比较采用单因素方差分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者疼痛程度及出血症状评分比较

治疗前, 三组患者疼痛程度评分和出血症状评分无统计学差异 ($P>0.05$), 经过 28 d 治疗后, 三组患者疼痛程度评分和出血症状评分均显著降低, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 其中, 研究组患者疼痛程度评分及出血症状评分显著低于治疗组和空白对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 具体数据见表 1。

表 1 三组患者疼痛程度及出血症状比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	疼痛程度 (分)				出血症状 (分)			
	治疗前	治疗后	t 值	P 值	治疗前	治疗后	t 值	P 值
研究组	6.35±1.12	2.36±0.84	15.824	<0.05	4.63±0.68	1.16±0.33	26.922	<0.05
治疗组	6.32±1.14	4.56±0.77	5.706	<0.05	4.57±0.79	2.47±0.64	12.971	<0.05
对照组	6.28±1.25	5.26±0.69	2.766	<0.05	4.70±0.72	3.62±0.81	2.958	<0.05

t_1 值	1.598	9.127	0.220	8.757
P_1 值	0.115	<0.05	0.826	<0.05
t_2 值	0.491	12.737	1.471	15.091
P_2 值	0.626	<0.05	0.147	<0.05
t_3 值	0.994	3.363	1.681	6.279
P_3 值	0.324	0.001	0.098	<0.05

注： t_1 、 P_1 ：研究组与治疗组比较； t_2 、 P_2 ：研究组与对照组比较； t_3 、 P_3 ：治疗组与对照组比较。

2.2 三组患者溃疡创面愈合情况比较

治疗后，研究组溃疡创面愈合情况优于治疗组和对照组，其中，研究组和对照组比较，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），具体数据见表2。

表2 三组患者溃疡创面愈合情况比较

组别	愈合	基本愈合	部分愈合	未愈合	总有效率（%）
研究组（n=30）	16	8	5	1	80.00
治疗组（n=30）	10	9	8	3	63.33
对照组（n=30）	8	6	9	7	46.67

注：研究组与治疗组比较， $\chi^2_1=2.052$ 、 $P_1=0.152$ ；研究组与对照组比较 $\chi^2_2=7.177$ 、 $P_2=0.007$ ；治疗组与对照组比较 $\chi^2_3=1.684$ 、 $P_3=0.194$ 。

2.3 三组患者临床疗效比较

经过28 d治疗后，研究组临床疗效优于治疗组和对照组，其中，研究组和对照组比较，疗效差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），具体数据见表3。

表3 三组患者溃疡创面愈合时间及临床症状改善情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	显效	有效	无效	总有效率（%）
研究组（n=30）	16	10	4	86.67
治疗组（n=30）	12	8	10	66.67
对照组（n=30）	7	9	14	53.33

注：研究组与治疗组比较， $\chi^2_1=3.365$ 、 $P_1=0.186$ ；研究组与对照组比较 $\chi^2_2=9.130$ 、 $P_2=0.010$ ；治疗组与对照组比较 $\chi^2_3=2.041$ 、 $P_3=0.360$ 。

2.4 三组患者复发率比较

治疗结束后3个月内随访，对照组复发8例，复发率26.67%；治疗组复发5例，复发率16.67%；研究组复发2例，复发率为6.67%。其中，研究组和对照组相比较，复发率差异具有统计学意义（ $\chi^2=4.320$ 、 $P=0.038$ ），其余两组比较，无显著差异（ $P>0.05$ ）。

3 讨论

目前，肛裂的发病机制尚不明确，国内外学者多认为其病理是括约肌痉挛导致肛管部供血不足，“缺血-痉挛-缺血”的恶性循环形成的肛管皮肤呈梭形的缺血性溃疡^[4]。临床多采用手术治疗肛裂，但由于肛管解剖结构的特殊性，多选择开放性创口，这使得手术创伤大，术后分泌物、粪便导致创面感染，创面愈合缓慢，同时术后创缘水肿、排便刺激、出血、疼痛等并发症迁延不愈，严重影响患者的生活质量。近些年来，非手术疗法越来越受到重视，非手术治疗保证了治疗效果的同时，保留了肛管内括约肌的完整性，同时避免了手术和麻醉的风险，减少了患者的痛苦^[5]。

肤痔清软膏是苗药中药制剂，不含糖皮质激素。其主要成分为金果榄、土大黄、苦参、黄柏、野菊花、紫花地丁、朱砂根、雪胆、重楼、黄药子、姜黄、地榆等15味。其中，金果榄具有抗菌消炎、镇痛、促进溃疡愈合等功效；土大黄中的蒽醌类衍生物具有解痉镇痛作用；苦参具有镇痛、抑菌及缓解炎症反应的功效；黄柏具有泻火解毒、清热燥湿的功效，黄柏提

取物能阻断神经传导，缓解疼痛，减轻局部炎症反应，促进创面愈合^[6]；诸药合用，可达到清热解毒、活血止痛、去腐生肌的功效。现代医学研究认为，肤痔清软膏外涂于创面，为创面提供了一个湿性愈合环境，在湿润环境下，上皮细胞快速生长，释放多种生长因子如：成纤维细胞生长因子、表皮生长因子及血小板衍生长因子等，激活多种酶，特别是蛋白酶、尿激酶等，一方面刺激细胞增殖，另一方面发挥酶学清创作用，减少感染；湿润环境加快表皮细胞迁移速度，且不形成结痂，加快创面愈合；湿润环境造成创面缺氧，抑制创面细菌生长，微酸环境促成纤维细胞生长，刺激血管增长，有利于创面修复，还能够调节创面氧张力，促进血管修复故障，保护新肉芽，减轻疼痛，促进伤口愈合。高僮等人研究表明，肤痔清软膏联合中药熏洗有效缓解混合痔患者术后疼痛和创面水肿^[7]。李蕊慧等人研究表明，肤痔清软膏能改善混合痔、肛瘘、肛周脓肿患者疼痛及便秘症状，加速创面愈合，减少并发症发生^[8]。本研究中，研究组温水坐浴后外涂肤痔清软膏，研究组温水坐浴后外涂硝酸甘油软膏，经过28 d治疗后，研究组患者疼痛程度评分及出血症状评分显著低于治疗组和空白对照组（ $P<0.05$ ）；研究组溃疡创面愈合情况和临床疗效均优于对照组（ $P<0.05$ ），但研究组和治疗组比较，无显著差异（ $P>0.05$ ）；治疗结束后3个月内随访，研究组和对照组相比较，复发率差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），其研究组和治疗组比较，无显著差异（ $P>0.05$ ）。以上结果说明，外用肤痔清软膏能有效缓解陈旧性肛裂患者疼痛，出血，促进肛裂创面愈合，其效果与外涂硝酸甘油软膏接近。

综上所述，苗药肤痔清软膏用于治疗陈旧性肛裂近远期疗效均较显著，值得临床推广使用。

参考文献：

[1]陆文强. 清热燥湿方熏洗对陈旧性肛裂术后创面愈合及炎症因子水平的影响[J]. 结直肠肛门外科,2018,24（1）：64-67.

[2]李蕊慧,李勇冠. 肤痔清软膏用于混合痔、肛瘘、肛周脓肿患者术后治疗的临床效果研究[J]. 北方药学,2021,18（3）：63-64.

[3]中华中医药学会肛肠分会.痔、肛瘘、肛裂、直肠脱垂的诊断标准（试行草案）[J].中国肛肠病杂志,2004,24（4）：42-43.

[4]Mathur N, Qureshi W. Anal fissure management by the gastroenterologist. Curr Opin Gastroenterol. 2020 Jan; 36（1）：19-24.

[5]Emile SH, Elgendy H, Elfeki H, et al. Does the duration of symptoms of anal fissure impact its response to conservative treatment? A prospective cohort study. Int J Surg. 2017,6（44）：64-70.

[6]宋金忠,许建成,葛焱,等. 八珍汤口服联合复方黄柏液湿敷促进肛周坏死性筋膜炎创面愈合疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2020,04：388-391.

[7]高僮,毛细云. 中药熏洗联合肤痔清软膏运用于混合痔术后临床观察[J]. 光明中医,2021,36（5）：724-726.

[8]李蕊慧,李勇冠. 肤痔清软膏用于混合痔、肛瘘、肛周脓肿患者术后治疗的临床效果研究[J]. 北方药学,2021,18（3）：63-64.

中医辨证治疗心脑血管疾病效果探究

张慧¹ 郑文光²

1 庆云县中医院 山东德州 253700; 2 德州市中医院 山东德州 253000

摘要: 目的: 探究中医辨证治疗心脑血管疾病效果。方法: 从本院于2020年9月—2021年9月期间收治的心脑血管疾病患者中随机选择100例作为研究对象, 选择信封法将所选患者分成对照组(n=50)及试验组(n=50), 选择常规西药治疗对照组患者, 中医辨证治疗试验组患者。对临床治疗效果展开比较。结果: 相较于对照组, 试验组临床治疗效果更加显著($P<0.05$); 相较于对照组, 试验组患者对医疗技术水平满意度评分均更高($P<0.05$)。结论: 在对心脑血管疾病患者展开治疗时, 给予其中医辨证治疗方式, 临床治疗效果更加显著, 患者对医护人员工作满意度也有所提升, 护患纠纷事件发生情况也会随之减少, 临床体征及临床症状均得到明显改善, 患者预后效果及远期生存质量均得到一定保证。

关键词: 中医辨证治疗; 心脑血管疾病; 神经功能

心脑血管疾病为严重威胁人类生命健康安全的疾病之一, 老年人为该病高发群体, 而随着近几年我国人民生活习惯的改变以及生活作息的变化, 心脑血管疾病正逐渐朝向年轻化发展^[1]。其中冠心病、高血压以及脑血栓等均为临床中较为常见的心脑血管疾病, 病症较为复杂且病情发展极为迅速, 既往多选择常规西药对该病患者展开治疗, 临床治疗效果并不十分显著^[2-3]。有学者经过研究, 结果显示, 在对心脑血管疾病患者展开治疗时, 将中医辨证施治所具有的优势发挥出来, 可获得极佳效果^[4]。本文主要将2020年9月—2021年9月期间在本院接受治疗的100例心脑血管疾病患者作为研究对象, 探究中医辨证治疗心脑血管疾病效果, 如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

按照信封法将100例于2020年9月—2021年9月期间在本院接受治疗的心脑血管疾病患者分为对照组(n=50)及试验组(n=50), 对照组男女比例为27:23, 年龄介于55-80周岁, 平均(67.52±2.48)周岁; 冠心病患者20例, 高血压患者18例, 心力衰竭患者12例。试验组男女比例为26:24, 年龄介于55-79周岁, 平均(67.12±2.36)周岁; 冠心病患者21例, 高血压患者18例, 心力衰竭患者13例。两组基本资料之间差异并不显著($P>0.05$), 可对比。

纳入标准: ①与冠心病、高血压、心力衰竭疾病诊断标准相符; ②均自愿参加本次研究, 并签署相关协议。

排除标准: ①意识不清醒者; ②精神障碍者。

1.2 方法

对照组(常规西药治疗): (1) 冠心病: ①存在心绞痛急性发作情况患者, 需给予其硝酸甘油(生产规格: 0.5mg), 并舌下含服, 1片/次, 3-4次/日; 同时还给予其硝酸异山梨酯(生产规格: 5mg*100片/瓶), 5-10mg/次, 3-4次/日; ②需给予心肌缺血患者戊四硝酯片(生产规格: 10mg*100片/瓶)进行口服, 10-30mg/次, 3-4次/日; 并给予其盐酸维拉帕米(生产规格: 40mg)用, 80-120mg/次, 3-4次/日, 疗程为1个月。(2) 高血压: 选择氨氯地平阿托伐他汀给予患者进行口服, 5-10mg/次, 1次/日, 疗程为2个月。(3) 心力衰竭: 给予患者美托洛尔服用, 初始剂量为12.5mg, 待4-7d服用剂量可增加至25mg, 之后每一周需增加一次剂量, 根据患者实际情况增加药物剂量; 同时, 还需给予患者依那普利进行服用, 初始剂量为5mg, 靶剂量为每日15-30mg。

试验组(中医辨证治疗): (1) 冠心病: ①气阴两虚型: 选择通冠生

脉饮, 组方为10g麦冬、6g红花、10g川芎、15g丹参、30g黄芪以及6g五味子和10g麸炒白术, 主要功效为益气、活血以及养阴; ②瘀血痹阻型: 血府逐瘀汤, 组方为3g柴胡、9g生地、5g桃仁、6g赤芍、9g牛膝、6g枳壳、3g甘草以及9g红花, 主要功效为通脉、活血、理气及化痰; ③寒凝血瘀型: 当归四逆汤, 组方为8枚大枣、12g当归、9g白芍、6g通草、6g甘草以及3g细辛和9g桂枝, 主要功效为温阳、散寒、通阳及活血; ④气虚血瘀型: 益气活血汤, 组方为10g当归、30g黄芪、15g丹参、60g益母草、2g党参、12g赤芍、15g鸡血藤及9g苏木, 主要功效为活血、通脉、益气。上述中药均需取500ml水进行煎服, 1剂/日, 30d为一疗程。

(2) 高血压: 天麻钩藤汤, 组方为9g钩藤、15g天麻、15g蝉蜕(去土)、15g防风(去芦并叉枝)、15g人参(去芦)、15g麻黄(去根、去节)、15g僵蚕(去丝、去嘴)、15g蝎尾(去毒)、3g炙甘草、3g川芎、3g麝香, 加150ml水, 煎至90ml, 不拘时服。若患者存在面青唇白或四肢冷情况, 则需在组方中加入1.5g附子。(3) 心力衰竭: ①气阴两虚、心血瘀阻型: 益心通脉化痰汤, 组方为15g西洋参、15g麦冬、12g五味子、30g黄芪、12g当归、15g丹参、12g红花、15g佛手、6g三七粉。若患者存在心悸怔, 则需加12g琥珀、30g龙骨、30g牡蛎; 若患者存在胸闷肋胀情况, 则需加12g檀香、15g川楝子、15g香附子。②脾肾阳虚、水湿泛滥型: 温阳利水除湿汤, 组方为15g熟附子、18g白术、15g茯苓、20g车前子、15g煎泽泻、15g猪苓、18g大腹皮、12g桂枝、10g干姜、30g薏米仁。③肺肾两虚、水湿上泛型: 纳气平喘泻肺汤, 组方为18g熟地、15g炮附子、18g煎茯苓、10g炙麻黄、12g杏仁、15g葶苈、12g大枣、15g五味子、18g山萸肉、15g白芍、12g半夏、15g陈皮。④心阳虚脱型: 四逆加人参汤加味药物, 30g人参、15g附子、10g干姜、10g甘草、60g黄芪、15g五味子。上述中药均需取500ml水进行煎服, 1剂/日, 连续服用14d。

1.3 观察指标

评定临床治疗效果: (1) 冠心病: 治疗后心电图均恢复正常, 且无临床症状, 显效; 心电图显著改善, 症状均明显改善, 有效; 心电图及症状均未改善, 无效;

评定患者对医疗技术水平满意度: 康复环境(12个条目)、医护态度(11个条目)、医护技能(9个条目)、信息告知(8个条目)以及情感体验(8个条目)5个部分, 从未满意、基本满意、满意分别计0、2、4分, 分值越高表示满意度越佳, 该量表Cronbach's α 系数为0.840。

1.4 统计学分析

SPSS22.0 处理数据,计数资料[n(%)]表示,检验 χ^2 ; 计量资料($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验。当 $P < 0.05$, 组间差异显著。

2. 结果

2.1 对患者临床治疗效果展开比较

相较于对照组患者, 试验组临床治疗总有效率更高 ($P < 0.05$), 如表 1。

表 1 对冠心病患者临床治疗效果[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	25 (50.00)	10 (20.00)	15 (30.00)	35 (70.00)
试验组	50	40 (80.00)	8 (16.00)	2 (4.00)	48 (96.00)
χ^2	-	-	-	-	11.977
P	-	-	-	-	0.001

2.2 对两组患者医疗技术水平满意度评分展开比较

相较于对照组, 试验组患者对医疗技术水平满意度评分均更高 ($P < 0.05$), 如表 2。

表 2 对两组患者医疗技术水平满意度评分展开比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	康复环境	医护态度	医护技能	信息告知	情感体验
对照	50	34.69±6.86	31.12±6.55	32.01±5.54	24.47±4.65	24.14±3.82
试验	50	39.08±6.25	37.49±6.27	35.58±5.43	27.51±3.82	28.36±3.55
t	-	3.345	4.968	3.254	3.572	5.722
p	-	0.001	<0.001	0.002	0.001	<0.001

3. 结论

心脑血管疾病在中医中归属于“中风”、“眩晕”以及“心痹”范畴内, 疾病产生主要原因为先天不足, 后天风邪侵袭, 加上七情失调、饮食不节以及劳累过度等, 从而引发肝肾阴虚、气血两虚及肾精不足所导致。在对该病患者展开治疗时, 应以活血化瘀、疏风散邪及化痰通络为主^[5-6]。既往常规西医治疗主要将抗凝、脱水、降颅压及扩管等措施作为主要治疗方式, 但临床治疗效果受到一定限制。随着近几年我国中医治疗技术水平的持续发展, 中医辨证治疗方式的应用范围更加广泛, 中医辨证治疗可将患者具有个性化的病症作为主要依据, 从而辨证用药, 达到气血两治、心脑两治和痰瘀两治的效果, 并尽最大努力改善预后效果^[7-8]。

在对冠心病患者展开治疗时, 按照气虚血瘀型、瘀血痹阻型、寒凝血脉型、气阴两虚型进行划分, 并将证候特点作为主要依据, 从而分别用药, 包括益血活血通脉、通脉活化瘀理气、温阳活血散寒通阳、益气活血养阴等各辩证思路, 调整并疏通患者气血失调及血脉淤滞等症状, 进而达到脉络舒通且气血均匀的目的^[9]。中医学理论认为高血压这一疾病的发生与患者劳倦内伤以及饮食不节和情志不舒等因素之间存在密切关联, 该病属于临床中较为常见的慢性病之一^[10]。且随着近几年人们生活习惯以及饮食习惯的改变, 该病发病率正逐年呈上升趋势, 且逐渐趋于年轻化, 带给社会以及家庭一定的经济和生活负担。有研究结果显示, 给予高血压患者中医辨证治疗方式, 可有效提升临床治疗效果, 并发症发生情况明显减少, 在一定程度上可减轻患者痛苦, 其经济负担也会随之减轻^[11]。在对心力衰

竭患者展开治疗时, 需根据其临床症状对其展开具有针对性的治疗措施, 附子主要功效为加强患者心肌收缩力以及心排量, 冠脉流量也有所增加, 降低患者血管阻力, 血液循环得以改善; 人参主要功效为改善患者心肌代谢和能源储备, 利于患者心肌修复; 黄芪主要功效为增强患者机体免疫力, 在一定程度上还可增强其心肌收缩力。选择中医治疗, 可避免其出现复发情况, 机体免疫力也得以调整, 患者寿命得以延长, 死亡率有所降低, 同时还可提升患者生活质量^[12-13]。本研究结果显示, 相较于对照组, 试验组临床治疗效果更加显著 ($P < 0.05$)。相较于对照组, 试验组患者对医疗技术水平满意度评分均更高 ($P < 0.05$)。

综上所述, 中医辨证治疗心脑血管疾病患者, 临床疗效更加显著, 临床症状得到有效缓解, 患者病情也得到更好的控制。

参考文献:

[1] 黄金梦, 刘小军, 苑扬, 等. 心脑血管疾病患者静脉-动脉体外膜肺氧合联合连续性肾脏替代治疗后总胆红素水平变化及其与预后的关系研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2021, 29 (10): 53-57.

[2] 郭晟, 周承志. 中医活血化瘀法治疗急性慢性心脑血管疾病的异与同[J]. 中国医药导报, 2020, 17 (19): 140-143.

[3] 张贺, 樊懿萱, 张洁. 银杏蜜环口服溶液治疗心脑血管疾病的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18 (12): 1884-1887.

[4] Mavrogeni SI, Kolovou G, Tsimpiris V, et al. The importance of heart and brain imaging in children and adolescents with Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C)[J]. Rheumatol Int. 2021, 41 (6): 1037-1044.

[5] 于淑红, 赵欣, 高德珍, 等. 血栓弹力图对心脑血管疾病患者抗血小板治疗效果的评价作用[J]. 中国医刊, 2019, 54 (8): 871-874.

[6] 薛立平, 张艳, 孟宪生. 基于 Ca2+代谢探讨葛根素治疗骨质疏松症引起心脑血管疾病的药理药效及初步作用机制[J]. 中南药学, 2019, 17 (7): 1010-1013.

[7] 樊明新, 杨婷, 田刚, 等. 免疫组库多样性在中医药治疗心脑血管疾病中的应用展望[J]. 中药药理与临床, 2020, 36 (4): 233-236, 98.

[8] 蒋文波, 金玉, 陈昊, 等. 龙家俊治疗心脑血管疾病合并糖尿病足经验介绍[J]. 新中医, 2021, 53 (5): 221-224.

[9] 刘树森, 孙文斌, 李文兰, 等. 基于网络药理学的黄连-吴茱萸药对抗癌及治疗心脑血管疾病机制研究[J]. 中草药, 2020, 51 (1): 109-117.

[10] 陈宽, 张建永, 段灿灿, 等. 心脑血管胶囊治疗心脑血管疾病的网络药理学研究[J]. 中药材, 2020, 43 (2): 436-443.

[11] 孟庆进, 谷菲, 于加贝. 血清脂蛋白- α 水平检测用于阿托伐他汀钙治疗心脑血管疾病的价值[J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (13): 2304-2305.

[12] Vatine GD, Barile R, Workman MJ, et al. Human iPSC-Derived Blood-Brain Barrier Chips Enable Disease Modeling and Personalized Medicine Applications[J]. Cell Stem Cell. 2019, 24 (6): 995-1005.

[13] 刘杨, 张方博, 孙慧峰. 灯盏细辛治疗心脑血管疾病的药理与临床[J]. 中医学报, 2020, 35 (12): 2580-2583.

火龙罐治疗在剖宫产术后产妇腹胀中的研究

诸莉莉 许凌 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院 (南京市妇幼保健院) 江苏南京 210000

摘要: 目的: 探讨火龙罐治疗在剖宫产术后腹胀中的研究。方法: 选择 2021 年 4 月至 2022 年 1 月在某三甲专科医院进行剖宫产分娩的产妇 108 名, 随机数字分组后, 对照组的 54 名产妇实施围术期护理, 观察组的 54 名产妇在对照组常规护理基础上进行了火龙罐治疗, 观察分娩后腹胀的问题。对分娩后产妇的腹胀程度评分、分娩后首次排气、首次排便时间进行记录。结果: 对照组产妇在分娩后的腹胀程度评分高于观察组, 相互比较数据具有统计学意义 ($P<0.05$)。对照组产妇在分娩后首次排气时间和观察组相比较长, 相互数据比较具有统计学差异 ($P<0.05$)。对照组产妇在分娩后首次排便时间和观察组相比较, 花费时间较长, 相互数据比较具有统计学差异 ($P<0.05$)。结论: 火龙罐治疗在剖宫产术后腹胀中的应用, 产妇产后的腹胀评分降低, 首次排气及排便的时间缩短, 减少了术后不适感, 有利于产妇恢复加快。

关键词: 火龙罐; 剖宫产; 腹胀

剖宫产手术作为一种终结妊娠的方式, 对于挽救新生儿及孕产妇的生命起到重要作用, 目前已被更多的孕产妇所选择^[1-3]。剖宫产术后的产妇, 由于手术伤口的存在, 自身对于疼痛的敏感性, 所有大部分产妇选择卧床休息, 从而引发产妇的术后代谢变慢, 容易出现腹胀现象, 需要进行一些护理措施减少产妇术后的腹胀情况^[4-5]。目前关于剖宫产术后产妇的腹胀情况报道较多, 有的是采用护理干预措施, 有的是通过按摩, 也有进行穴位贴敷治疗的, 实施的效果也是多样性^[6-10]。火龙罐作为一种中医外治疗法, 将推拿、刮痧、走罐等多种中医手法进行整合, 具有温、通、调、补的作用, 目前在治疗面瘫及外科术后腹胀的报道较多^[11-12]。关于火龙罐治疗产妇产后腹胀的报道目前临床未见, 为了验证实验效果, 我们将 2021 年 4 月至 2022 年 1 月在某三甲专科医院进行剖宫产分娩的产妇 108 名进行对照研究, 汇报如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 4 月至 2022 年 1 月在某三甲专科医院进行剖宫产分娩的产妇 108 名纳入研究。对照组有产妇 54 名, 年龄 23-39 岁, 平均年龄 30.15 ± 5.49 岁; 孕周 37-41 周, 平均 39.56 ± 2.26 周; 其中横切口 50 例, 竖切口 4 例; 经产妇 10 人, 初产妇 44 人。观察组有产妇 54 名, 年龄 23-39 岁, 平均年龄 30.22 ± 5.14 岁; 孕周 37-41 周, 平均 39.34 ± 2.67 周; 其中横切口 51 例, 竖切口 3 例; 经产妇 13 人, 初产妇 41 人。产妇之间的基本相关数据比较无差异, 可以进行实验比较 ($p>0.05$)。

纳入标准: 1.符合剖宫产手术指征; 2.术后 24 小时内无自主排气; 3.无雷火罐实施禁忌症; 4.家属及产妇本人知情同意。

排除标准: 1.产妇无法进行沟通, 存在沟通障碍; 2.有胃肠道的疾病过往历史; 3.妊娠期具有合并症患者; 4.术中肠管损伤或者进行抢救。

1.2 方法

对照组进行常规护理, 术后进行生命体征监测。对产妇进行及时疏导, 讲解术后腹胀的原因, 进行饮食及运动指导, 禁止食用牛奶、豆制品及含糖类的食物。责任护士对产妇进行腹部按摩, 并且叮嘱产妇产后尽早下床活动, 必要时遵医嘱使用药物。

观察组在对照组护理的基础上进行火龙罐治疗, 实施治疗前护理人员要修剪指甲、取下腕表及饰品、洗净双手。具体方式如下: 1.产妇一般取侧卧位, 温湿度适宜, 注意保护患者隐私。2.对产妇的皮肤清洁后涂抹按摩油, 将专用艾柱插入火龙罐内, 检查罐口完好无损, 充分均匀点燃艾柱

后, 护理人员双手握住火龙罐, 沿着足太阳膀胱经上的脾俞循经向下至腰骶部大肠俞、八髎穴, 手掌的小鱼际在施罐时先接触皮肤然后落罐, 结合多种不同手法将罐体作用于皮肤肌肉组织, 操作过程动作轻柔, 注意倾听患者的主诉。3.每次进行火龙罐治疗的时间为半小时左右, 一天一次。

1.3 观察数据

分娩后产妇的腹胀评分、分娩后首次排气、排便时间。腹胀评分是采用胃肠症状评分系统 (GSRS), 在产妇治疗前后进行对比评分, 0 分代表无症状, 1 分代表经提示存在症状, 2 分代表有症状但是对生活不影响, 3 分代表症状对生活产生影响。通气及排便的时间, 从手术结束后开始计算直到首次通气及首次排便。

1.4 统计 采用 SPSS20.0 统计学软件对本次火龙罐实验的相关数据 (腹胀评分、分娩后首次排气、排便时间) 进行分析, 计数资料以率 (%) 表示。

1.5 结果

1.5.1 对照组产妇在干预前的腹胀评分为 2.23 ± 0.21 , 观察组产妇在干预前的腹胀评分为 2.21 ± 0.25 , 相互腹胀评分比较无差异 ($P>0.05$)。实施干预后产妇的腹胀评分为 1.88 ± 0.19 , 观察组干预后产妇的腹胀评分为 0.69 ± 0.05 , 对照组腹胀评分高于观察组, 相互比较有统计学意义 ($P<0.05$), 见表一。

1.5.2 对照组产妇首次排气时间为 30.26 ± 3.50 小时, 观察组产妇首次排气时间为 23.13 ± 4.53 小时, 对照组产妇在分娩后首次排气时间和观察组相比较长, 相互数据比较具有统计学差异 ($P<0.05$)。对照组产妇首次排便时间为 45.21 ± 5.54 小时, 观察组产妇首次排便时间为 37.33 ± 5.32 小时, 对照组首次排便时间较长, 相互数据比较有统计学差异 ($P<0.05$), 见表二。

表 1 两组产妇腹胀评分比较 ($\bar{x}\pm s$ 分)

组别	人数	干预前	干预后
对照组	54	2.23 ± 0.21	1.88 ± 0.19
观察组	54	2.21 ± 0.25	0.69 ± 0.05
p		$P>0.05$	$P<0.05$

表 2 两组产妇首次通气时间及首次排便时间比较 ($\bar{x}\pm s$ 小时)

组别	人数	首次通气 (h)	首次排便 (h)
对照组	54	30.26 ± 3.50	45.21 ± 5.54
观察组	54	23.13 ± 4.53	37.33 ± 5.32

p	P<0.05	P<0.05
3.讨论		
剖宫产作为一种常见的手术分娩方式,术后容易出现腹胀等一些并发症,主要是由于孕产妇在术前高热量高蛋白饮食所导致胃肠内的产气量增多 ^[13] 。此外术中麻醉及手术刺激导致产妇肠管麻痹,肠腔内气体排除难度加大,术后由于产妇运动受限,从而进气量和出气量不平衡,导致腹胀 ^[14] 。术后腹胀对产妇术后的恢复造成较多的困扰,腹部肌张力增加,营养物质的摄入量受到限制,对肛门排气时间及住院时间的延长。中医认为剖宫产术后发生腹胀的原因与机体虚弱、麻醉及手术中的刺激对人体自身的脏腑气血传导不利,损伤了脏腑功能,导致了肠道不畅 ^[15] 。		
火龙罐是集推拿、刮痧、艾灸于一体的中医特种治疗工具,操作时结合揉、碾、推、按、点、摇、闪、震、熨、烫等不同手法将三种传统中医疗法完美结合并达到了1+1+1>3的神奇疗效,目前在治疗痛症、痹症、寒湿类疾病等方面治疗效果显著 ^[16-19] 。推拿的目的通过刺激穴位疏通经络气血,促进胃肠功能恢复。刮痧的目的是疏通腠理、调和营卫。艾灸的目的是温经散寒,促进气机通畅。火龙罐的大小及适用人群也是有具体区别:大号的火龙罐主要针对成人的颈椎及腰、腿。中号的火龙罐针对成人的腹部、消瘦者的颈肩腰背部。小号的火龙罐针对成人的面部、头部、颈部、四肢末端、关节部位、消瘦者腹部。在本次实验中我们根据产妇术后的体态,一般选择中号的居多。		
火龙罐治疗在剖宫产术后产妇腹胀研究中发现:对照组产妇在干预前的腹胀评分为2.23±0.21,观察组产妇在干预前的腹胀评分为2.21±0.25,相互腹胀评分比较无差异(P>0.05)。实施干预后产妇的腹胀评分为1.88±0.19,观察组干预后产妇的腹胀评分为0.69±0.05,对照组腹胀评分高于观察组,有统计学意义(P<0.05),表明火龙罐治疗的达到了疏通经络,加快血液循环,促进产妇体内的废物及老化细胞得到排出,全身的功能状况得到好转,在治疗前后的腹胀评分比较中效果显著,产妇自身也觉得腹胀程度减轻。对照组产妇首次排气时间为30.26±3.50小时,观察组产妇首次排气时间为23.13±4.53小时,对照组产妇在分娩后首次排气时间和观察组相比较长,相互数据比较具有统计学差异(P<0.05)。对照组产妇首次排便时间为45.21±5.54小时,观察组产妇首次排便时间为37.33±5.32小时,对照组产妇在分娩后首次排便时间和观察组比较,花费时间较长,相互数据比较具有统计学差异(P<0.05)。产妇由于手术的刺激,胃肠道功能出现紊乱。火龙罐治疗实施时,揉罐后通过一些化学作用将按摩的药膏导入体内,加速机体的恢复 ^[20-25] 。		
综上所述,火龙罐在剖宫产术后腹胀产妇中的治疗效果研究中,产妇的腹胀评分下降,术后首次通气及排便时间缩短,对于提升产妇的康复速度起到关键作用,迎合了目前快速康复护理的理念,为后期产妇的腹胀研究提供新的方法,值得推荐。		
参考文献:		
[1]梁杰芬,吴伟霞,黄燕飞.早期护理干预在剖宫产术后产妇腹胀中的应用效果价值体会[J].黑龙江中医药,2020,49(6):260.		
[2]徐萍.探讨早期全面护理干预对剖宫产分娩术后产妇的影响[J].智慧健康,2020,6(19):55-57.		
[3]张盈盈,潘新.早期护理干预改善剖宫产术后产妇腹胀的临床效果研究[J].现代诊断与治疗,2020,31(6):998-999.		
[4]梁丽娟.早期护理干预对围生期剖宫产术后的康复效果观察[J].中		

国医药指南,2020,18(3):192-193.

[5]彭华英,唐念,冯霞,尹婷产后早期护理干预对剖宫产产妇的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(24):110-112.

[6]王娜.早期护理干预在剖宫产术后产妇腹胀中的应用效果及对患者排气时间的影响观察[J].中国医药指南,2018,16(34):218-219.

[7]张惠萍.中医综合干预促进剖宫产术后胃肠功能恢复的临床观察[J].中国中医药科技,2018,25(3):456-457.

[8]张艳,侯聪,汤铭铭,等.推拿手法对妇科腹腔镜术后胃肠功能恢复和胃肠道激素水平的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(8):844-846,893.

[9]罗坚女,金国军.足三里穴位按摩对腹部手术后肠功能恢复的疗效观察[J].中华中医药杂志,2020,35(3):1611-1612.

[10]向清华,杨海江,张瑶瑶.远端取穴埋针预防子宫肌腹腔镜术后腹胀的效果[J].上海护理,2018,18(12):64-67.

[11]宋跃华,张小文,王佩光.火龙罐结合针刺在急性期周围性面瘫病人中的临床应用[J].按摩与康复医学,2022,13(12):1-2.

[12]陈燕燕,秦红连.火龙罐治疗改善脊柱骨科患者术后早期腹胀排便困难的临床疗效[J].内蒙古中医药,2022,2(2):103-104.

[13]张惠萍.中医综合干预促进剖宫产术后胃肠功能恢复的临床观察[J].中国中医药科技,2018,25(3):456-457.

[14]柯雪爱.自拟中药方对剖宫产术后首次排气时间的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(21):3942-3944.

[15]王翀敏,沈醒杭,王延武,等.针刺不同穴位对剖宫产术后产妇胃肠功能的影响.中华全科医学,2018,16(6):1004-1007.

[16]巫柳萍,王智伟,赵馄,等.火龙罐综合灸治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症80例临床观察[J].中医临床研究,2021,13(1):109-111.

[17]陈洁伶.火龙罐治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的康复效果[J].中国农村卫生,2020,12(19):42-43.

[18]陈小玲,梁玉仪,林仕彬,等.火龙罐综合灸技术在颈肩腰腿痛中的应用效果及对VAS评分的影响[J].内蒙古中医药,2020,39(9):117-118.

[19]何冬安.火龙灸联合体外冲击波治疗腰椎间盘突出症40例临床观察[J].浙江中医杂志,2020,55(6):44-46.

[20]李永华.火龙罐在治疗腰椎间盘突出症中的临床研究[J].中国农村卫生,2019,11(2):31.

[21]杜善淑.火龙罐综合灸疗法在脑卒中患者康复期中的护理效果[J].按摩与康复医学,2021,12(23):30-31.

[22]郑娟霞,郑娟丽,黄碧芳,等.火龙罐治疗在腰椎间盘突出症病人中的应用[J].护理研究,2020,34(22):4098-4100.

[23]Durmaz A, Komurcu N. Relationship Between Maternal Characteristics and Postpartum Hemorrhage: A Meta Analysis Study[J]. The Journal of Nursing Research, 2018, 26(5): 362-372.

[24]Ko HK, Chin CC, Hsu MT. Moral Distress Model Reconstructed Using Grounded Theory [J]. The Journal of Nursing Research, 2018, 26(1): 18-26.

[25]Boz I, Selvi N. Testing the Psychometric Properties of the Postpartum Sleep Quality Scale in Turkish Women [J]. The Journal of Nursing Research, 2018, 26(6): 385-392.

清热凉血散瘀法治疗急性放射性肠炎对其血清炎症因子的影响

许颖

石家庄市中医院肛肠科 河北石家庄 050000

摘要：目的：探究放射性肠炎实施清热凉血散瘀法治疗对患者血清炎症因子的影响作用。方法：2020 年 6–2021 年 12 月期间在我院行放射性肠炎治疗的 60 例患者经双盲法分为参照组、研究组，各 30 例，参照组实施西药保留灌肠，研究组实施清热凉血散瘀法，比较两组成效。结果：研究组在血清炎症因子水平、中医证候积分、并发症发生率及治疗成效方面的表现更优，与参照组差异 $P<0.05$ 。结论：清热凉血散瘀法治疗放射性肠炎的效果理想、安全性高，值得推行。

关键词：放射性肠炎；清热凉血散瘀法；血清炎症因子；治疗成效

放射性肠炎是常见的肠道疾病，临床多实施抗炎、止血及止泻等对症处理，虽都取得一定效果，但多数仅能使患者的症状得到暂时缓解。中医保留灌肠是治疗放射性肠炎的有效手段，能在驱邪的同时扶助正气，疗效显著、优势明显，且简单易行，副作用小，为广大患者所接受^[1]。其中，清热凉血散瘀法具有清热解毒和凉血止血功用，实施于放射性肠炎的中医保留灌肠中，能发挥更为理想的治疗成效，帮助患者进一步改善症状和控制病情^[2]。本文以我院 60 例 2020 年 6–2021 年 12 月期间行放射性肠炎患者为分析对象，旨在探究清热凉血散瘀法的治疗价值，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2020 年 6–2021 年 12 月期间在我院行放射性肠炎治疗的 60 例患者为分析对象。基于双盲法分组规则，将所有患者依次纳入参照组、研究组。参照组 30 例患者中，年龄分布区间为 42~74 岁，平均（58.03±9.17）岁；所患肿瘤：20 例患有宫颈癌，6 例患有子宫内膜癌，4 例患有直肠癌。研究组 30 例患者中，年龄分布区间为 41~75 岁，平均（58.11±9.08）岁；所患肿瘤：22 例患有宫颈癌，5 例患有子宫内膜癌，3 例患有直肠癌。两组患者的一般资料经数据分析后，差异无显著性（ $P>0.05$ ），可比价值大。研究取得医院医学伦理委员会的批准，患者或家属知情同意参与。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准：①与放射性肠炎的诊断标准相符，且经影像学检查手段确诊；②无认知异常、沟通障碍，未患有精神类疾病；③肝肾功能正常，无器质性疾病或恶性肿瘤；④依从性良好；⑤临床资料完整。排除标准：①合并其他器质性疾病或恶性肿瘤；②存在凝血功能障碍或血液性疾病；③既往实施胃肠道手术术治疗者；④存在沟通障碍；⑤哺乳期或妊娠期女性；⑥对本研究所用药物存在禁忌症或过敏史者；⑦合并存在肠梗阻、穿孔等不良情况者；⑧拒不配合或中途退出者。

1.3 方法 两组患者实施纠正水电解质紊乱、输血及铁剂补充等普通干预，参照组基于以上措施开展西药保留灌肠治疗：药物选择硫酸庆大霉素注射液（批准文号：国药准字 H32022539，生产单位：江苏大红鹰恒顺药业有限公司，规格剂型：1ml：4 万单位）、盐酸利多卡因注射液（生产企业：山东华鲁制药有限公司，批准文号：国药准字 H37022108，规格：20ml：0.4g）、地塞米松磷酸钠注射液（生产企业：郑州卓峰制药有限公司：规格 1ml：5mg*10 支，批准文号：国药准字 H41020055）与氯化钠注射液（批准文号：国药准字 H20173182，生产单位：无锡台裕制药有限公司，规格

剂型：50ml：0.45g），对应用量为 24 万单位、10ml、5mg 与 200ml。将上述药物混合后进行加温，直至 38℃后，经患者肛管滴入开展保留灌肠操作，每次保留灌肠时间在 2h 及以上，每日 2 次。研究组开展清热凉血散瘀法，组方包括黄连 15g、白芍 10g、沙棘 5g、黄柏 15g、厚朴 10g、白术 10g 及甘草 5g。将以上药物制作成散剂后，择取 30g 药粉置入 100ml 的 80℃热水中，充分摇匀并静置。待温度控制在 38℃时，对患者实施肛管灌肠，操作方法与参照组保持一致。

1.4 观察指标 分析两组治疗成效，其中将症状体征消失且结肠镜检查结果显示炎症消失、功能正常的患者视为治愈；症状体征改善，结肠镜检查显示炎症缓解、功能趋于正常的患者视为显效；症状体征好转，结肠镜检查显示炎症好转、功能改善的患者视为有效；未达以上任一情况的患者为无效；总有效率治愈、显效与有效的患者占比之和^[3,4]。比较两组干预前后的中医证候评分，评价维度包括腹部疼痛、排便困难与里急后重，每维度采用 4 级评分法，分值越高，表明症状越严重^[5]。比较两组干预前后的血清炎症因子水平，包括 C 反应蛋白、白细胞介素 6 及肿瘤坏死因子 α ^[6]。对比两组并发症情况。

1.5 统计学处理 研究数据择取统计学软件 SPSS20.0 分析，计数资料的组间比较实施卡方检验，以（n，%）表示；计量资料的组间比较实施 t 检验，以均值（ $\bar{x}\pm s$ ）表示。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床治疗成效分析 相较于参照组治疗总有效率 70%而言，研究组的总有效率更高，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组临床治疗成效分析（n，%）

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
参照组	30	6	8	7	9	21(70.00)
研究组	30	13	10	5	2	28(93.33)
χ^2						5.455
P						0.020

2.2 两组中医证候积分比较 干预前，两组各项中医证候积分相近，差异 $P>0.05$ 。干预后，研究组的腹部疼痛、排便困难及里急后重评分均低于参照组，差异明显（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组中医证候积分比较（分， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	腹部疼痛		排便困难		里急后重	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
参照组	30	2.55±0.30	0.85±0.15	2.09±0.26	0.76±0.10	2.42±0.29	0.82±0.14
研究组	30	2.58±0.31	0.62±0.11	2.06±0.24	0.58±0.05	2.36±0.21	0.70±0.12
t		0.381	6.773	0.464	8.818	0.918	3.565
P		0.705	0.000	0.644	0.000	0.363	0.001

2.3 两组血清炎症因子水平比较 干预前，两组各项血清炎症因子水平相近，差异 $P>0.05$ 。干预后，研究组的 C 反应蛋白、白细胞介素 6 及肿瘤

坏死因子 α 均低于参照组，差异明显（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 3 两组血清炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	C 反应蛋白 (ug/ml)		白细胞介素 6 (pg/ml)		肿瘤坏死因子 α (pg/ml)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
参照组	30	17.45 $\pm$ 3.94	7.31 $\pm$ 2.24	95.37 $\pm$ 9.25	25.35 $\pm$ 3.19	411.24 $\pm$ 31.16	152.17 $\pm$ 20.28
研究组	30	17.88 $\pm$ 3.92	3.60 $\pm$ 1.31	95.18 $\pm$ 9.17	15.58 $\pm$ 2.46	409.57 $\pm$ 30.16	106.67 $\pm$ 15.52
t		0.424	7.662	0.080	13.284	0.211	9.759
P		0.673	0.000	0.937	0.000	0.830	0.000

2.4 两组不良事件分析 研究组无患者发生头晕嗜睡及皮肤反应,不良事件发生率为 10%, 显低于参照组 40%, 差异 $P<0.05$, 见表 4。

表 4 两组不良事件分析 (n, %)

组别	例数	恶心呕	腹痛腹	头晕嗜	皮肤反	总发生率
		吐	胀	睡	应	
参照组	30	5	4	1	1	12(40.00)
研究组	30	1	2	0	0	3 (10.00)
χ^2						7.200
P						0.007

3 讨论

急性放射性肠炎是一种放射性肠道损害, 主要因盆腔、腹腔等部位接受放射治疗所致, 主要发生于直肠^[7]。分析发现, 手术对组织造成的损伤、放疗接受射线的剂量、设备和计划, 以及患者自身的慢性疾病和不良的生活习惯等, 均是导致放射性肠炎发生的重要危险因素。近年来, 随着放疗治疗的普及, 放射性炎症的发病人数也愈发增多, 严重影响患者的治疗进程和身体健康。这是由于, 急性放射性肠炎一旦发生, 过程常常无法控制, 所致的呕吐、腹泻、食欲不振、慢性腹痛等不良情况, 急性放射性肠炎病程一般不长, 还存在继发癌变的可能, 给患者带来巨大痛苦的同时, 也限制了部分放疗工作的开展, 影响治疗效果^[8-10]。经临床实践总结发现, 放射性肠炎的治疗原则在于改善症状和减轻痛苦, 并辅助保障患者能取得良好的放射治疗效果, 实现病情控制和生活质量提升^[11]。保留灌肠是治疗放射性肠炎的常见举措, 旨在借助肠黏膜的吸收能力, 将药物送入人体循环直达病灶, 发挥减轻炎症和改善受损创面的治疗作用。但多项研究表明^[12-14], 放射性肠炎的病情发展快、过程控制难度高, 且尚无统一有效的治疗策略, 选用西药实施保留灌肠治疗的效果有限, 且可能伴有诸多不良反应发生, 亟待探索更为安全、有效、可行的治疗手段。中医认为, 放射性肠炎属于“泄泻”、“痢疾”等范畴, 基本病机在于热毒伤及肠道, 湿热蕴结, 应以清热、解毒、利湿为治疗核心^[15]。贺应林^[16]等研究明确, 放射性肠炎实施清热解毒、益气止血方进行保留灌肠, 能促进患者改善症状、减少并发症和改善血清炎症因子水平。许文婧^[17]、朱琳^[18]等人也表示, 放射性肠炎实施具有清热解毒作用的中医保留灌肠治疗, 疗效可靠、安全性高。本研究结果显示, 研究组在治疗成效、并发症发生率、血清炎症因子水平及中医证候评分方面的表现更优, 与参照组差异明显 ($P<0.05$)。充分说明, 由黄柏、厚朴、甘草等药物组成的清热凉血散瘀法, 能充分发挥药物的抗炎及抗变态反应作用, 减轻肠黏膜溃疡情况, 并实现症状缓解和不良反应的减少, 提高患者生活质量^[19-21]。

综上所述, 急性放射性肠炎实施清热凉血散瘀法治疗的价值理想, 值得推行。

参考文献:

[1]刘涛,吴显文,杨太峰. 葛根芩连汤加减内服联合保留灌肠治疗放射性直肠炎疗效研究[J]. 陕西中医,2020,41 (10): 1422-1425.

[2]陈十昔,赵彦,韩宁宁,等. 白头翁汤保留灌肠联合 rhGM-CSF 治疗Ⅱ~Ⅲ期宫颈癌放疗所致急性放射性直肠炎疗效及对患者炎症反应的影响[J]. 陕西中医,2020,41 (1): 46-49.

[3]邹长鹏,郑峰,赵迎春,等. 中西医结合治疗急性放射性肠炎疗效观察[J]. 中华中医药学刊,2021,39 (3): 80-82.

[4]Murai T, Matsuo M, Tanaka H, et al.Efficacy of herbal medicine

TJ-14 for acute radiation-induced enteritis: a multi-institutional prospective Phase II trial[J].Journal of Radiation Research, 2020, 61 (1): 140-145.

[5]耿翠翠,李磊强,张杨,等. 八珍汤合葛根芩连汤加减治疗气血两虚、湿热蕴肠型宫颈癌放疗所致放射性肠炎 40 例[J]. 环球中医药,2019,12 (3): 397-400.

[6]ZHANG T, SHI L, XU Y, et al.Purified PEGylated human glucagon-like peptide-2 reduces the severity of irradiationinduced acute radiation enteritis in rats[J].Journal of Radiation Research, 2018, 30 (23): 2545-2559.

[7]陈宇杰,石志敏. 肠风饮灌肠治疗肠风伤络型宫颈癌放疗所致急性放射性直肠炎临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2018,24 (3): 197-201.

[8]王遥,高颖,陈海若,等. 小檗碱对大鼠急性放射性肠炎的疗效及机制研究[J]. 解放军医学杂志,2021,46 (10): 960-974.

[9]祝朝富,安佰平,黄洪婕,等. 基于 TLR4/NF- κ B 信号通路探讨托里消毒散治疗放射性直肠炎的作用机制[J]. 安徽医科大学学报,2020,55 (9): 1367-1373.

[10]王毓国,窦永起,秦丽. 黛黄芍药散对放射性直肠炎大鼠 Th1/Th2 细胞因子影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2017,19 (2): 16-19.

[11]Kim JB, Lee JL, Park SH, et al.Acute ileal perforation caused by radiation enteritis after restoration[J].Annals of Coloproctology, 2020, 25 (16): 1452-1457.

[12]黄薇微,张炜,徐内卫,等. 复方苦参注射液联合平溃散保留灌肠治疗急性放射性直肠炎疗效及对机体炎症反应的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27 (24): 2642-2644,2648.

[13]詹增钦,李贞伦,刘颖,等. 谷氨酰胺与美沙拉嗪在子宫颈癌放疗所致急性放射性肠炎中的应用[J]. 中外医学研究,2021,19 (22): 69-71.

[14]杨涛. 参苓白术散加味联合美沙拉嗪栓治疗慢性放射性肠炎的临床疗效及对患者胃肠功能的影响[J]. 中国药物经济学,2021,16 (6): 62-65,70.

[15]董殿超. 针药并用对湿热内蕴型放射性直肠炎的临床疗效观察[J]. 浙江临床医学,2020,22 (5): 675-676.

[16]贺应林,张磊昌. 清热解毒、益气止血方治疗急性放射性肠炎的效果及对患者血清炎症因子的影响[J]. 中国医学创新,2021,18 (30): 119-123.

[17]许文婧,马玥诗,王佩,等. 复方苦参注射液治疗急性出血重症放射性肠炎大鼠的实验研究[J]. 中国中医急症,2021,30 (6): 959-962.

[18]朱琳. 葛根芩连汤加味内服联合保留灌肠治疗放射性直肠炎疗效观察[J]. 浙江中医杂志,2021,56 (6): 429-430.

[19]蒋伟冬,陆金根,董艳,等. 白头翁汤对放射性肠炎大鼠一般情况及纤维化因子的影响[J]. 西部中医药,2020,33 (6): 7-12.

[20]孙云川,何新颖,胡秀茹,等. 安肠组方对急性放射性肠炎模型大鼠肠黏膜的保护作用及机制研究[J]. 河北中医,2020,42 (4): 586-590,617, 封 3.

[21]胡月,黄艾. 自拟肠风促愈饮辅助西药灌肠治疗宫颈癌放疗所致急性放射性直肠炎疗效观察[J]. 中国中医急症,2019,28 (9): 1624-1627.

通便方联合揸针治疗老年功能性便秘的疗效观察

张慧琰 黄静怡 龚雯静 马改霞 宛月 徐晓玲

上海市普陀区曹杨街道社区卫生服务中心 上海 200062

摘要：目的：探讨通便方联合揸针治疗老年功能性便秘的临床疗效。方法：随机选取2020年6月~2021年6月我中心中医科门诊收治的老年功能性便秘患者90例为研究对象，采用随机数字表法将其分为通便方联合揸针组、通便方组、揸针组，每组各30人。所有患者入组后均予一般治疗，揸针组在一般治疗的基础上采用揸针治疗，通便方组在一般治疗的基础上采用通便方治疗，通便方联合揸针组在一般治疗的基础上采用通便方联合揸针治疗，三组均治疗4周，对比分析两组患者临床症状评分及临床疗效。结果：治疗前，三组症状评分接近，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后通便方联合揸针组临床症状评分低于揸针组、通便方组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），揸针组与通便方组评分比较，揸针组评分高于通便方组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。通便方联合揸针治疗组总有效率（93.33%）高于揸针组（66.67%）和通便方组（73.33%），差异均有统计学意义（ $\chi^2_1=6.667$ ， $\chi^2_2=4.320$ ， $P<0.05$ ）；揸针组合通便方组临床疗效比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：应用通便方联合揸针治疗可以有效改善患者便秘症状，临床疗效优异，值得借鉴推广。

关键词：通便方；揸针；老年功能性便秘；疗效观察

前言：功能性便秘是社区常见病之一，临床表现为粪便干结、排便困难、粪便重量和次数减少等，可影响患者的食欲及肠道营养吸收，也是诱发肠道恶性肿瘤、心脑血管疾病的重要因素^[1]。老年人因为消化功能减弱，肠道蠕动功能降低和活动量减少等原因，更容易发生功能性便秘，严重影响老年人生活质量。由于其发病原因尚不十分明确，现代医学多以对症治疗为主，近期疗效显著，远期效果欠佳，易耐药^[2]。祖国医学对功能性便秘治疗标本兼治，操作简单，成本低廉，单纯中药治疗临床证实能改善症状，单纯揸针治疗刺激量小，疗程长^[3]。本研究通过应用通便方联合揸针治疗老年功能性便秘，旨在探寻其对老年功能性便秘临床疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取2020年6月~2021年6月我中心中医科门诊收治的老年功能性便秘患者90例为研究对象，采用随机数字表法将其分为通便方联合揸针组、通便方组、揸针组，每组各30人。通便方联合揸针组患者女性16人，男性14人，年龄范围62-75岁，平均（68.32±5.07）岁，病程2-5年，平均（3.21±0.56）年，体质指数19.75-24.31kg/m²，平均（21.78±1.12）kg/m²；通便方组患者女性15人，男性15人，年龄范围61-75岁，平均（67.82±4.89）岁，病程2-5年，平均（3.32±0.53）年，体质指数19.82-24.21kg/m²，平均（21.28±1.32）kg/m²；揸针组患者女性14人，男性16人，年龄范围62-74岁，平均（67.02±4.97）岁，病程1-5年，平均（3.01±0.55）年，体质指数19.85-23.31kg/m²，平均（21.72±1.23）kg/m²。三组患者一般资料相比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：①西医诊断符合2006年国际功能性胃肠疾病——罗马III诊断标准者；②中医诊断符合国家中医药管理局2012年中华人民共和国中医药行业标准：中医病症诊断疗效标准中“便秘”的诊断标准者；③生命体征平稳，意识清醒，无精神类疾病或沟通障碍者；④能坚持治疗并配合随访者；⑤年龄>60岁；⑥入组期间未同时接受其他方法治疗该疾病；⑦所有患者均对本次研究内容知情并同意参与本研究。排除标准：①合并药物、胃肠道梗阻等器质性疾病、肠易激综合征诱发的便秘或因代谢性、内分泌、胃肠道等外科手术及神经性疾病伴发的便秘者；②正在服用可引起便秘或对肠道功能有影响的药物者；③合并盆底结构及功能受损者；④合并明显的肛裂或痔疮者；⑤合并凝血功能异常或长期服用肝素、法华林等抗凝药者；⑥合并明显的或进展期的心、肾及肝功能受损，或肝脾明显肿大、腹主动脉瘤等或认知功能受损、精神障碍及失语，或不能配合研究和治疗者；⑦合并安装有心脏起搏器者；⑧因各种原因中途退组者。

西医诊断标准：①必须符合以下2项或2项以上：A至少25%的排便感到费力；B至少25%的排便为干球状或硬便；C至少25%的排便有肛门口直肠阻塞感或梗阻感；D至少25%的排便需要手法帮助（如手助排便、

支托盆底）；E每周排便少于3次。②在不适用泻药时很少出现稀便；③没有足够的证据诊断肠易激综合征。中医诊断标准：①排便时间延长，二天以上一次，粪便干燥坚硬；②重者大便艰难，干燥如粟，可伴少腹胀急，神倦乏力，胃纳减退等症；③排除肠道器质性疾病。

1.2 治疗方法

所有患者入组后均予一般治疗，具体为加强排便的生理教育，建立良好的饮食习惯，如增加膳食纤维含量及饮水量，坚持良好的排便习惯，腹部呼吸锻炼和按摩，进行适当而又规律的运动，并保持良好的心态和情绪。治疗时注意观察患者有无晕针、出血等不良反应，及时处理。

1.2.1 揸针组在一般治疗的基础上采用揸针治疗：①穴位配伍：双侧支沟穴，天枢穴，中脘穴，关元穴，双侧足三里穴，上巨虚穴。②操作方法：针刺前，医生用肥皂水刷洗双手，待干后用75%酒精棉球擦拭。施术时，先用75%酒精棉球于穴位处进行皮肤消毒。患者取仰卧位，医生用镊子夹持针尾直刺入膈穴皮内，透气防敏胶布直接覆盖、粘贴固定于局部，嘱患者每日按压胶布3-4次，每次1min，留针一天。治疗时间为4周，第一、二周，每周3次，2天1次，周末休息，第三、四周，每周2次，3天1次，周末休息，共10次。

1.2.2 通便方组在一般治疗的基础上采用通便方治疗：①具体处方为：生白术30g，生白芍30g，肉苁蓉20g，生地黄15g，熟地黄15g，枳实15g，枳壳15g，槟榔15g，桃仁15g，杏仁6g。所有中药饮片购自上海康桥药业有限公司。②煎服方法：加水没过中药饮片1/3，慢煎至400ml，一日一剂，分早晚两次口服，200ml/次，餐后半小时温服，连续服用4周。

1.2.3 通便方联合揸针组在一般治疗的基础上采用通便方联合揸针治疗，通便方方药及服用方法同通便方组，揸针治疗选穴及操作方法和疗程同揸针组。

1.3 指标评价

1.3.1 临床症状评分：根据2012年国家中医药管理局发布的中华人民共和国中医药行业标准：中医病症诊断疗效标准制定以下临床症状评分标准：对比分析三组患者开始治疗前及治疗后首次排便时间、排便间隔时间、排便速度、排便性状、排便难度、便意。采用三级4分法，按排便的难易程度分别记分，轻度1级计分0分、中度2级计分2分、重度3级计分4分，总分范围0分~24分，评分越低，症状越轻，详见表1。其中，首次排便时间为从第一次治疗起始至第一次排便为止，此段间隔的时间为首次排便时间。

表1 临床症状评分标准

项目	0分	2分	4分
首次排便时间	<4h	4-24h	>24h
排便间隔时间	<24h	24-72h	>72h
排便速度	<5min	5-10min	>10min

排便性状	成形	干结	颗粒
排便难度	不费力	用力	手法辅助
便意	急	微弱	无

1.3.2 临床疗效标准：参照 2012 年国家中医药管理局发布的《中华人民共和国中医药行业标准：中医病证诊断疗效标准》制定以下疗效判定标准：治愈：2 天以内排便 1 次，便质转润，解时通畅，短期无复发；好转：3 天以内排便，便质转润，排便欠畅；未愈：症状无改善。总有效率 = (治愈例数+好转例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS20.0 进行数据统计分析。根据不同的研究资料采用相应的统计方法。计量资料采用 t 检验，两组组间比较用独立样本 t 检验，两组组内比较用配对样本 t 检验；计数资料采用 X² 检验；等级资料采用 Ridit 分析。P<0.05，表示差异具有统计学意义；P<0.05，表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前，三组症状评分接近，差异无统计学意义 (P>0.05)，治疗后通便方联合揸针组临床症状评分低于揸针组、通便方组，差异均有统计学意义 (P<0.05)，揸针组与通便方组评分比较，揸针组评分高于通便方组，差异有统计学意义 (P<0.05)，详见表 2。

表 2 三组患者临床症状评分结果比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
揸针组	30	17.35±1.32 ^a	16.32±1.21	3.151	0.003
通便方组	30	17.12±1.35 ^a	12.38±1.37	13.498	0.000
通便方联合揸针组	30	17.31±1.16 ^a	7.82±1.30	29.834	0.000
t ₁	-	0.125	26.215	-	-
P ₁	-	0.901	0.000	-	-
t ₂	-	0.585	13.225	-	-
P ₂	-	0.561	0.000	-	-
t ₃	-	0.406	11.806	-	-
P ₃	-	0.686	0.000	-	-

注：t₁、P₁ 为揸针组与通便方联合揸针组比较结果，t₂、P₂ 为通便方组与通便方联合揸针组比较结果，t₃、P₃ 为揸针组与通便方组比较结果

2.3 三组患者临床疗效比较：通便方组联合揸针治疗组总有效率 (93.33%) 高于揸针组 (66.67%) 和通便方组 (73.33%)，差异均有统计学意义 ($\chi^2_1=6.667$, $\chi^2_2=4.320$, P<0.05)；揸针组合通便方组临床疗效比较，差异无统计学意义 (P>0.05)，见表 3。

表 3 三组患者临床疗效比较[例 (%)]

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率
揸针组	30	11 (36.67)	9 (30.00)	10 (33.33)	20 (66.67)
通便方组	30	18 (60.00)	4 (13.33)	8 (26.67)	22 (73.33)
通便方联合揸针组	30	25 (83.33)	3 (10.00)	2 (6.67)	28 (93.33)
χ^2_1	-	-	-	-	6.667
P ₁	-	-	-	-	0.010
χ^2_2	-	-	-	-	4.320
P ₂	-	-	-	-	0.038

3 讨论

随着社会的老齡化加剧、现代人生活节奏和饮食习惯的改变等影响，便秘已成为影响患者生活质量的重要因素之一，而且与大肠癌发病关系密切^[4]。临床对于老年功能性便秘发生的机制尚不明确，主要认为是人体结肠蠕动功能降低或菌群失调等原因导致^[5]。治疗上主要采用改善生活习惯、

饮食习惯加强运动锻炼等进行改善，严重时一般针对临床症状采用泻剂、灌肠或益生菌改善肠道菌群等方法治疗^[6]。但临床疗效欠佳，停药后易反复发作，且便秘患者滥用泻剂导致的泻剂性肠病和结肠黑变病已引起大家的关注^[4]，因此探索功能性便秘的治疗十分必要。祖国医学认为，功能性便秘主要是大肠生理机能异常导致，病位在大肠，与肺、脾、肾等脏腑相关，同时与人体气机升降出入有必然连续^[7]。《素问·灵兰秘典论》有言：“脾胃者，仓廩之官，五味出焉；大肠者，传道之官，变化出焉”，说明饮食水谷经脾胃腐熟之后，经由小肠吸收水谷精微物质，而后水谷糟粕经大肠传导出魄门为粪便，大肠为病，则大便不通而为便秘^[8]。

本研究采用通便方联合揸针治疗老年功能性便秘，方中生白术补气健脾，生白芍养阴柔肝，为君药；槟榔行气消积，枳实积壳化痰除痞行气，为臣药；佐以生地熟地清热兼滋阴凉血，肉苁蓉温补肾阳兼润肠，桃仁杏仁润肠通便。诸药并用，以柔肝理气、行气破积药物润肠通便，加以健脾补肾润肠之品，因老年人功能性便秘多有脾肾虚弱之特点，此方从补脾胃论治，为通治方。该方药性平和，效力专一、药味甘润、易被患者接受。揸针选穴为双侧支沟穴，天枢穴，中脘穴，关元穴，双侧足三里穴，上巨虚穴。其中支沟穴，为手少阳三焦经的经穴，有清热通便作用，为治疗便秘的要穴；天枢穴，足阳明胃经的腹部要穴、大肠募穴及大肠经气所聚集之处，具有升降清浊、交通上下气机之效；中脘穴，为治疗一切腑病的要穴，治疗便秘密切相关；关元穴，为人体真元之气汇聚之地，元阴元阳交关之所，脾肾虚虚型功能性便秘患者针刺关元穴可温补元阳，濡润肠腑，调畅气机，扶正巧邪，促进粪便排泄；足三里，可生发胃气、燥化脾湿，为补脾要穴；上巨虚穴属足阳明胃经，是大肠的下合穴。中医认为“合治内腑”，故对消化系统的疾病尤其是大肠腑病尤为见效，可治疗肠鸣、腹胀、便秘等病。

本次研究结果表明，应用通便方联合揸针治疗，患者治疗后首次排便时间、排便间隔时间、排便速度、排便性状、排便难度、便意等便秘症状评分低于揸针组和通便方组，临床疗效优于通便方组和揸针组，这一结果提示应用中药内服和揸针外治，可以叠加对老年患者功能性便秘的治疗效果。本次研究存在的不足之处为，因样本量较小，结果可能存在误差，且因经费原因未对其方药的作用机制进一步阐述，后续应增加样本量进一步深入研究。

总之，应用通便方联合揸针治疗可以有效改善患者便秘症状，临床疗效优异，值得借鉴推广。

参考文献：

[1]闫小妮,殷燕,任晓阳,等. 不同性别、年龄及伴随症状功能性便秘患者肛门直肠动力学特点研究[J]. 中国全科医学,2019,22 (24): 2913-2917,2923.

[2]聂怀利. 近 5 年中医治疗老年功能性便秘进展[J]. 内蒙古中医药,2018,37 (8): 114-116.

[3]杨香燕,沙静涛,杜胜花,等. 揸针联合生物反馈治疗功能性便秘的疗效及对症状和生活质量的影响[J]. 河北中医,2021,43 (12): 2063-2066.

[4]王珺文,孙会会,姜元喜,等. 功能性便秘和便秘型肠易激综合征的治疗研究进展[J]. 国际消化病杂志,2021,41 (1): 19-22.

[5]李晶磊,谢丹丹,沈潜,等. 基于“脏腑气机升降”理论探讨振腹推拿治疗慢性功能性便秘[J]. 环球中医药,2021,14 (12): 2157-2160.

[6]杨琼,王斌. 粪菌移植治疗功能性便秘的临床新进展[J]. 临床消化病杂志,2020,32 (5): 336-338

[7]胡闭月,王丽,张庆. 益生菌对不同年龄人群功能性便秘治疗效果的研究进展[J]. 中国微生态学杂志,2020,32 (11): 1341-1345.

[8]王伟松,袁恒佑,刘建和,等. 全国名中医王行宽多脏调燮治疗功能性便秘的经验[J]. 湖南中医药大学学报,2021,41 (6): 893-896.

课题项目名称：通便方联合揸针治疗老年功能性便秘的疗效观察 (项目编号：ptkwws202028), 项目负责人：张慧琰。

血管性认知障碍的中医证型、证素分布及用药规律研究

张舞青

单县中心医院神经内科 山东单县 274399

摘要：目的：分析血管性认知障碍的中医证型、证素分布及用药规律，旨意为相关人员的研究工作提供参考文献。方法：实验择取 2020 年 1 月 15 日～2021 年 1 月 15 日本院收治的 128 例在血管性认知障碍病患为研究样本。受试者符合血管性痴呆纳入标准。收集患者相关资料，分析病患 血管性认知障碍的中医证型、证素分布及用药规律。结果：患者共计表现出 11 种证型。分布频次前三名的证型为痰瘀互结证、瘀血痹阻证以及肾精不足证；患者的病证素依照升序依次为：气滞证 1 例、气逆证 1 例、内风证 1 例、外风证 1 例、阳亢证 3 例、阴虚证 4 例、阳虚证 12 例、精亏证 18 例、气虚证 22 例、痰证 25 例、血瘀证 40 例；治疗血管性认知障碍疾病功效类别包含补虚药、活血化瘀药以及清热药等 10 种功效的药物；单味中药出现频次从高到低前五位为：川芎、石菖蒲、丹参、黄芪、熟地黄；组方规律之内统计中药组合出现频率情况。第五位为川芎－丹参、第四位为石菖蒲－远志、第三位为石菖蒲－黄芪、第二位为石菖蒲－丹参、第一位为川芎－石菖蒲；药物配伍关联度排在第一位为郁金－石菖蒲，第二位为桃仁－川芎，第三位为远志－石菖蒲，第四位为赤芍－川芎，第五位为当归－川芎。结论：血管性认知障碍患者主要以痰瘀阻窍为标、肾虚髓亏为本，多为虚实夹杂证。治疗方面，建议活血化瘀、益精补肾、开窍化痰。

关键词：血管性认知障碍；中医证型；中医证素；分布规律；用药规律

现如今，我国已经进入人口老龄化社会。在此背景下，血管性认知功能障碍的发生概率明显上升，现已成为一项现相当严重的公共卫生问题。该疾病患者认知障碍严重，疾病治疗比较困难。迄今为止，临床尚无彻底治愈本病的方法。尽早发现患者疾病，对其开展有效治疗，意义重大。祖国医学博大精深、源远流长^[1]。针对血管性痴呆患者来讲，为其实施中医治疗疾病，能却不俗效果。现阶段，国内针对血管性认知障碍的中医证型、证素分布及用药规律研究不多，结合实际情况，本文对以上命题开展分析，现汇报如下。

1. 资料与方法

1.1 基线资料

实验择取 2020 年 1 月 15 日～2021 年 1 月 15 日本院收治的 128 例在血管性认知障碍病患为研究样本。经诊断，患者符合美国第四版《精神疾病诊断和统计手册》内关于本病的诊断标准。患者均使用中药治疗疾病。纳入对象：年龄 45-85 岁、有明确脑影像学检查资料、家属自愿参加实验调查、病史时间在 3 个月以上。排除对象：精神病史、当前处于谵妄状态、抑郁症、焦虑症、因头部外伤引起的认知障碍、严重失语症、肝肾功能不全者、CO 中毒、低血糖、脱髓鞘疾病、精神类药物滥用者、听力障碍者、无法配合检查者。在此其中男性 70 例、女性 58 例。年龄区间为 47.51~84.52 岁，年龄均值为（69.25±1.47）岁。

1.2 方法

收集患者相关资料，分析病患 血管性认知障碍的中医证型、证素分布及用药规律。详细为：患者病证素频次、证型频次、患者使用中药治疗疾病功效统计情况、血管性认知障碍患者使用单味中药频次分析情况以及患者使用中药关联规则分析情况。

1.3 统计学原理

本实验使用微软公司出品的 Excel2010 软件，创建出血管性认知障碍

中医证素、证型以及中药数据库，经 3.0 版中医传承计算软件、Excel2010 软件针对 128 例病患涉及到的单味中药、证素、中医证型开展频数分析、聚类分析和关联规则分析。

2. 结果

2.1 患者病证素频次

在 128 例病患中，患者的病证素依照升序依次为：气滞证 1 例、气逆证 1 例、内风证 1 例、外风证 1 例、阳亢证 3 例、阴虚证 4 例、阳虚证 12 例、精亏证 18 例、气虚证 22 例、痰证 25 例、血瘀证 40 例。

2.2 患者证型频次

患者共计表现出 11 种证型。分布频次前三名的证型为痰瘀互结证、瘀血痹阻证以及肾精不足证。128 例患者证型频次分布情况详情参照表 1。

表 1.血管性认知障碍病患中医证型频次分布情况[n,%]

中医证型	出现频次	所占比例
肾虚髓亏	1	0.78%
脾肾阳虚	5	3.91%
肝阳上亢	6	4.69%
痰浊蒙窍	7	5.47%
肝肾阴虚	8	6.25%
肾虚血瘀	8	6.25%
髓海不足	9	7.03%
气虚血瘀	10	7.81%
肾精不足	15	11.72%
瘀血痹阻	25	19.53%
痰瘀互结	34	26.56%

2.3 患者使用中药治疗疾病功效统计情况

本组调查表明：治疗血管性认知障碍疾病功效类别包含补虚药、活

血化瘀药以及清热药等 10 种功效的药物。具体中药功效分类详情参照表

2.

表 2.血管性认知障碍患者使用中药治疗疾病功效统计情况[n,%]

中药功效类别	出现频次	所占比例
收涩药	1	0.78%
理气药	4	3.13%
利水渗湿药	4	3.13%
安神药	5	3.91%
化痰止咳平喘药	6	4.69%
解表药	7	5.47%
平肝熄风药	10	7.81%
清热药	11	8.59%
活血化瘀药	34	26.56%
补虚药	46	35.94%

2.4 血管性认知障碍患者使用单味中药频次分析情况

患者使用单味中药出现频次从高到低前五位为：川芎、石菖蒲、丹参、黄芪、熟地黄。患者使用单味中药频次详情参照表 3.

表 3.血管性认知障碍患者使用单味中药频次分析情况[n,%]

单味中药	出现频次	所占比例
川芎	25	19.53%
石菖蒲	17	13.28%
丹参	15	11.72%
黄芪	12	9.38%
熟地黄	10	7.81%
远志	9	7.03%
当归	8	6.25%
甘草	7	5.47%
赤芍	7	5.47%
郁金	6	4.69%
桃仁	5	3.91%
茯苓	4	3.13%
何首乌	2	1.56%
红花	1	0.78%

2.5 患者使用中药关联规则分析情况

本实验应用平台方剂分析模块，将药物的支持度设定为 0.25，具体置信度设定为 0.7。于组方规律之内统计中药组合出现频率情况。第五位为川芎一丹参、第四位为石菖蒲一远志、第三位为石菖蒲一黄芪、第二位为石菖蒲一丹参、第一位为川芎一石菖蒲。患者核心药物组合情况参照表 4.

表 4.患者核心药物组合情况

中药组合	出现频次（次）	所占比率
石菖蒲一甘草	8	6.25%

石菖蒲一赤芍	9	7.03%
石菖蒲一郁金	9	7.03%
川芎一桃仁	10	7.81%
川芎一当归	10	7.81%
石菖蒲一熟地黄	10	7.81%
川芎一黄芪	10	7.81%
川芎一丹参	11	8.59%
石菖蒲一远志	11	8.59%
石菖蒲一黄芪	11	8.59%
石菖蒲一丹参	13	10.16%
川芎一石菖蒲	16	12.50%

经中药组方规则分析，（a-b 前药出现，后药出现概率代表其置信度，该值越高表明两类药物的关联度越强）取得药物配伍关联度排在第一位为郁金一石菖蒲，第二位为桃仁一川芎，第三位为远志一石菖蒲，第四位为赤芍一川芎，第五位为当归一川芎。治疗血管认知障碍药物对关联规则情况参照表 5.

表 5.血管认知药物对关联规则分析情况（置信度 0.7 以上）

关联规则	置信度水平（%）
丹参一石菖蒲	0.71
黄芪一石菖蒲	0.73
熟地黄一石菖蒲	0.75
甘草一石菖蒲	0.79
当归一川芎	0.80
赤芍一川芎	0.85
远志一石菖蒲	0.85
桃仁一川芎	0.88
郁金一石菖蒲	0.91

讨论

关于血管性认知功能障碍的概念最早由国外学者 Bowler 以及 Hachinski 于在 1993 年正式提出。这种疾病主要指的是经由脑血管疾病高危因素、明显或者不明显脑血管疾病所引发的从轻度认知损害到痴呆的认知损害综合征^[2]。也就是说，此类疾病为一种因血管因素所造成的不同程度认知功能障碍。有学者研究表明^[3]：如果能够通过有效方式在早期发现血管性认知功能障碍，可以取得不俗的治疗效果。与此同时对病患开展早期干预，有助于延缓受试者疾病进展，全面改善患者所表现出的临床症状。通过这种方式，可发挥出针对血管性认知功能障碍早干预、早治疗以及早预防的根本目的。和血管性痴呆不同的是，血管性认知功能障碍概念之中不仅囊括了痴呆，同时也包含了尚未达到痴呆但已然存在认知功能障碍的情况。血管性认知功能障碍主要针对于痴呆前期病患，其研究重点是在患者痴呆前期。通过一定方式控制血管性高危因素，尽早对患者开展有效的诊断与治疗，降低认知功能障碍发生与发展^[4]。关于血管性认知功能障碍的正式提出，有助于确认那些处于前期症状的病患，其为一级预防的良好

时机。对于这些群体,工作人员可以尽早为其开展预防以及干预。这一点有着相当重要的经济与社会意义。

有研究证实:血管性认知障碍病患以肾精亏虚证为多。但该研究的分析对象重要为高龄老年人,因此无法排除老年人的非病理性改变^[5]。古代医书《素问·上古天真论》中有云:“女子...七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也”而“丈夫...五八,肾气衰,发落,发落齿槁...八八天癸竭精少,肾脏衰,形体皆极,则齿发去。”从上述内容中可见,一个正常的老年人随着自身年龄的不断增加,会表现出肾精亏虚的情况。

本组实验研究结果表明:针对于 128 例患者用药频次进行分析,依照药效功能进行分类,结果证实:血管性痴呆患者多使用活血化瘀类以及补虚类药物治疗疾病。在使用频次较高的单味药物之中,桃仁、赤芍、丹参、川芎能够发挥出活血祛瘀的效果;当归、甘草、黄芪则能够滋补患者气血,发挥出上补脑窍的功效;远志以及熟地黄可入人体肾经,体现出益精补肾的成效;而石菖蒲则能够通神明,祛痰秽。当前有诸多研究证实:丹参以及川芎中的有效成分能够发挥出改善人体微循环、预防血栓形成、抑制人体神经细胞凋亡、降低认知障碍发生、改善记忆力的效果。临床之中,活血化瘀常用药品针对赤芍—桃仁的乙醇提取物可影响人体血液流动,减少血栓形成,有效调节血液黏稠度水平,降低患者发生心脑血管疾病的概率。当代有研究证实^[6]:远志皂苷以及黄芪甲苷针对人体的大脑神经脑血管可发挥出保护作用,同时也能够体现出一定的抗痴呆效果。

本组试验研究结果表明:针对 128 例血管性认知功能障碍患者药物关联情况加以分析,出现频率前 5 位的核心药物组合具体为川芎—丹参、石菖蒲—远志、石菖蒲—黄芪、石菖蒲—丹参以及川芎—石菖蒲。上述药物组合均属于血管性认知障碍的核心药品。经关联性规则开展分析,结果表明:郁金—石菖蒲置信度最高。上述两味药品为中药方剂,菖蒲郁金汤的重要组成部分。

该方剂出自于医者沈嘯谷以及时逸人所编撰的《温病全书》之中。菖蒲郁金汤能够发挥出化痰开窍的效果。应用这种方剂对痰浊化热蒙窍证神志病患者开展治疗,能够取得满意成效。当代药理研究证实:郁金—石菖蒲内的主要成分能够发挥出降低人体脑形态改变、抑制人体大脑海马神经元凋亡的效果^[7]。石菖蒲能够发挥出开窍安神的效果,远志则能交肾于心。上述两类药物配伍相得益彰,可发挥出宁神补肾、充盈脑窍的成效,其用于治疗健忘症常用方剂开心散的重要组成部分。当归—川芎、赤芍—川芎、桃仁—川芎配伍组合有着活血祛瘀的效果。其主要适合于治疗认知障碍患者以及瘀阻脑窍之证导致的痴呆患者。

通过对 128 例患者所使用的高频药物聚类分析,可以看出:使用频率较高的药物聚类为益气化痰类以及活血化瘀类方剂。在此其中,益气化痰类又被分成三个小组:第一类为红花、桃仁、赤芍、当归以及川芎,上述药物属于通窍活血汤加减方剂。在临床上,将其一般用于治疗淤血痹阻脑络所引发的健忘、头部疼痛、痴呆经典方剂。在第二类之中第一小组的茯

苓、甘草、远志、熟地黄是《洪氏集验方》内健脾胃肾名方还少丹的化裁方剂。远志能够交通心肾,茯苓以及甘草则可健脾益气,熟地黄则能补肾滋阴。当代药理研究证实^[8]:方剂还少丹进入到人体之后,能够全面加大海马部分活性,有效改善人体脑自由基损伤功能以及记忆力水平。在临床中,一般应用这种方剂治疗脑血管性痴呆等脑部损伤病变。第二小组为黄芪以及石菖蒲。石菖蒲自古素有“令耳目聪明、九窍通利”之说。这种药物能够发挥出通脑窍、祛痰浊的效用。黄芪则为补气良药,将其和石菖蒲配伍,能够有效强化前者的化痰之力,进而令患者气顺痰自排^[9]。第三组则为何首乌、郁金、丹参。上述三味中药为当代临床用于治疗心脑血管疾病的常见中成药组方。这些中成药包含冠脉宁片、心脑血管胶囊等等。何首乌能够发挥出益精血、补肝肾的效果,丹参以及郁金则能发挥出行气活血的成效。

综上所述,血管性认知障碍患者主要以痰瘀阻窍为标、肾虚髓亏为本,多为虚实夹杂证。治疗方面,建议活血化瘀、益精补肾、开窍化痰。

参考文献:

- [1]王飞雪,黄小波,裴卉,李浩.血管性痴呆中医病机理论的传承和发扬[J].世界中医药,2022,17(02):221-224+228.
 - [2]景岳岚.阿尔茨海默病与血管性痴呆中医证候分布及相关影响因素比较分析[D].湖南中医药大学,2021.
 - [3]李伟峰,芦锰,董新刚.痴呆健脑方辅助西医常规疗法治疗轻中度血管性痴呆临床研究[J].中国中医药信息杂志,2021,28(03):100-103.
 - [4]向岁,石和元,谭爱华,谢光璟,冉思邈,王平.基于“脑肠轴”学说探讨血管性痴呆的中医脑肠同治思路[J].时珍国医国药,2021,32(09):2231-2233.
 - [5]王佩佩,席娅,李宏伟,曹丽翠,刘丽,王娜林,李占涛,贾孟辉.血管性痴呆形成的病机及治疗规律探讨[J].中国民族医药杂志,2021,27(05):54-55.
 - [6]毕信亚,陈炜,王爱丽,蔡正清,王卉,王红霞.“针行祛邪,药行温阳”之法治疗血管性痴呆疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2021,30(27):3057-3060.
 - [7]沈晓明,王慧利,赵慧,黄艳丽,王佳彬,陈红,许玉珉,张杰.中医辨证结合 3R 护理模式对血管性痴呆患者的影响[J].中西医结合研究,2021,13(04):286-288.
 - [8]JIA L F, DU Y F, CHU L, et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: A cross-sectional study[J].The Lancet Public Health, 2020, 5(12): e661-e671.
 - [9]Guo Y, Song R, Cao X, et al. TCM Syndrome Element Analysis of Non Dementia Vascular Cognitive Impairment of Elderly People of Different Age Stages[J]. Chinese Medicine Modern Distance Education of China, 2015.
- 作者简介:张舞青(1975-),女,汉,山东省单县,副主任,博士研究生。

复方祛斑中药提取物外用制剂的研究初探

胡幸 张涛

济南市中医医院 山东济南 250021

摘要: 本文就复方祛斑中药提取物外用制剂开展研究,以复方熊果苷凝胶最佳基质处方为例,指出制备复方祛斑中药提取物外用制剂时,研究人员重点优化处方,采用实验方式优选制备工艺,以保障祛斑凝胶剂成品质量始终处于稳定状态,提升凝胶成品的整体性状,满足临床治疗工作要求。

关键词: 复方祛斑中药;提取物;外用制剂

近年来,人们对自身生活品质的要求逐渐提高,为了使皮肤达到自然美白的要求,选择应用复方祛斑中药提取物外用制剂治疗面部褐色、浅黑色等的斑块,改变皮肤上不规则性色素,常用的祛斑药物主要为氢醌,这种药物本身有着治疗效果较好的特点。但是,实际应用过程中,发现其本身有着较强的致敏性、致癌性、刺激性,现在这种药物已被限制使用。除此之外,曲酸也能较高的祛除皮肤斑,但是,临床研究发现这种药物会致使皮肤出现红斑、接触性皮炎反应,相比较而言,复方熊果苷凝胶的治疗效果更佳,其不仅能够祛除皮肤斑块,还能达到美白效果,具有较高的临床应用价值。

1 复方祛斑中药提取物外用制剂概述

作为一种祛斑药物,复方祛斑中药提取物外用制剂主要是指能够治疗黄褐斑、提升治愈率的要求,与传统中药相比,其本身有着不需要长期服用、携带便捷等优点,能够有效修复紫外线等对人体皮肤造成的伤害,加快皮肤新陈代谢的速度,减少黑色素沉淀,以期能够有效降低雀斑、黄褐斑、老年斑等出现的概率。本文以复方熊果苷凝胶为例开展研究工作,作为外用祛斑凝胶剂,其制备期间选择的药物成分分别为维甲酸、熊果苷、甘草酸二钾、维生素 E,其中熊果苷能够有效抑制皮肤中的酪氨酸酶活性,但是并不会对酪氨酸酶合成与表达造成不利影响,应用其的目的仅为阻断皮肤中黑色素,避免黑色素出现沉淀现象。同时,与其他中药材相比,熊果苷本身为天然活性物质,使用过程中并不会对人体皮肤造成不利影响,具有刺激性较小、安全性较高等优势,可以满足临床祛斑工作要求;维甲酸药物成本的作用主要为加快皮肤角质层、黑色素颗粒脱落的速度,缩短黑色素的排泄周期;甘草酸二钾本身有着水溶性较好的特点,本身具有消炎作用,对皮肤的刺激性较小、药性较为温和,可以消除日晒对皮肤造成的损伤,避免皮肤出现细微炎症状况;作为抗氧化剂,维生素 E 能够有效阻止不饱和脂肪酸产生过氧化反应,消除皮肤中的自由基,从根本上抑制黑色素形成。同时,维生素 E 还能有效滋润机体皮肤。

制备复方熊果苷凝胶外用制剂过程中,所需的材料主要为熊果苷,并在其中添加维生素 E、维甲酸、甘草酸二钾药物,这些药物应用之后,可以将黑色素阻断与多个形成阶段,与其他祛斑药物相比,其本身有着祛斑功效较强的特点,并且实际制备复方熊果苷凝胶时,研究人员选择卡波姆胶-940,将其作为复方熊果苷凝胶的主要机制,与其他类型凝胶相比,其本身涂层性、成膜性、黏结性较好的特点。同时,凝胶涂抹之后形成水

化凝胶层,其能够有效控释药物,要求研究人员必须要选择综合性能较高的基质,以保证复方熊果苷凝胶能够达到预期祛斑效果。本文实际开展复方祛斑中药提取物外用制剂研究工作期间,运用均匀设计方法,将复方熊果苷凝胶性状的均匀性、黏附性、润滑性、保湿率等作为考察指标,选择最佳额的复方熊果苷凝胶基质,保证基质处方的科学性、合理性。

2 实验研究

2.1 仪器与试剂

2.1.1 仪器

FA1604S 型电子天平(上海天平仪器厂),MP1100B 型精密电子天平(上海恒平科学仪器有限公司),KQ-250DB 型数控超声波清洗器(昆山市超声仪器有限公司),数显恒温水浴锅 HH-4(国华电器有限公司),PHS-2C 精密酸度计(上海雷磁),LRHS 系列恒温恒湿培养箱(上海博泰试验设备有限公司),体外黏附力测定装置(自制)。

2.1.2 试剂

熊果苷(北京贝丽莱斯生物化学有限公司,批号:20120404),维甲酸(东药集团,批号:0311203001),维生素 E(北大国际医院集团西南合成制药股份有限公司,批号:201201002),甘草酸二钾(北京贝丽莱斯生物化学有限公司,批号:20120301),卡波姆 940(南京燕化化工产品经营有限公司,批号:20080308),甘油(湖南尔康,批号:20111133),三乙醇胺(上海久亿化学试剂有限公司,批号:20100108),羟苯乙酯(台山市新宁制药有限公司,批号:20100901);乙醇(南京医药科利达有限公司,批号:20120130),纯化水(自制),其他试剂均为分析纯。

2.2 方法与结果

2.2.1 方法

(1) 复方熊果苷凝胶制备方法

实际制备复方熊果苷凝胶时,研究人员按照处方选择一定量的药物,做好 CP-940 研细操作,分次将研细粉末撒入至纯化水中,要求必须要保证粉末撒入的均匀性,并将溶液放置一夜,使溶液内部的药物充分溶解、膨胀,当容器内部溶液成为胶体之后,研究人员需要在胶体中加入对羟基苯乙酸酯醇溶液,并向其中加入 0.2g 甘草酸二钾水溶液、3.0g 熊果苷、0.05g 维甲酸、2.0g 维生素 E,将这些物质混合在一起之后,还要向容器内部加入丙二醇、甘油,并稀释容器内部的溶液,将其制备成为混悬液,并将其中加入羟胶体液,并做好搅拌处理工作,保证容器内部溶液始终处于均匀

状态，采用缓慢滴加方式向溶液内部加入三乙醇胺，按照边加边搅拌的方式操作，使溶液内部形成黏稠的胶状液体，向其中加入 100g 纯化水，保证容器内部物质始终处于均匀状况。

(2) 控制复方熊果苷凝胶质量

实际控制复方熊果苷凝胶质量时，研究人员重点控制其的性状、PH 值等，下面就具体的控制方法进行探讨：

第一，性状，制备复方熊果苷凝胶时，研究人员重点控制其的性状，复方熊果苷凝胶呈现不透明、半固体形状，颜色为淡黄色，质地较为细腻、均匀，凝胶本身有着黏附力较强、涂展润滑性较高的特点。

第二，PH 值，研究人员选取 5g 样本开展工作，应用 50ml 纯化水进行稀释处理，并做好搅拌工作，时间控制在 5min 左右，最终测试复方熊果苷凝胶的 PH 值为 7.02。

第三，进行微生物限度检查工作。开展微生物限度检查工作期间，研究人员严格按照《中国药典》附录 VIIIC 开展检查工作，要求复方熊果苷凝胶的微生物限度必须要控制在标准范围内。

第四，重点进行含量测定。开展复方熊果苷凝胶含量测定时，研究人员依据《中国药典》开展测定工作，采用测定方式为高效液相色谱法，实验测定条件如下：其中色谱柱为 Lichrospher 柱，检测波长为 283nm、流动相采用水—甲醇、进样量为 10μL、流速控制在 1.0mL/min 左右，柱温控制在 25℃，将熊果苷的停留时间控制在 5.5min 左右。

第五，制备对照品溶液，制备对照品溶液时，研究人员采用精密称取制备方式，称取熊果苷 17.80mg，将其放置在量瓶内部，量瓶的规格为 100ml，并向量瓶内部装水，稀释对照品溶液，直至稀释至指定刻度，按照实验要求摇匀。

第六，制备供试品溶液，制备供试品溶液时，研究人员称取 0.5g 凝胶，并将其放置在烧杯中，烧杯的规格为 100ml，并向其中加入 60ml 的水，采用超声方式搅拌烧杯中的溶液，时间为 20min，将烧杯内部溶液搅拌至溶解，并装入之量瓶中，量瓶的规格为 100ml，向量瓶中加入水，直至内部溶液达到指定刻度，对其进行摇匀处理，按照实验要求开展过滤工作，将其作为供试品溶液。

第七，制备对照品储备溶液，制备对照品储备溶液时，研究人员称取 27.85mg 熊果苷原料，并原料放置于量瓶内部，量瓶的规格为 50ml，并向量瓶内部加水，直至内部溶液稀释至指定刻度，按照实验要求摇匀内部的液体，将其作为实验的对照品储备溶液。

第八，制备阴性对照溶液，制备阴性对照溶液时，按照处方比称取溶液辅料，依据复方熊果苷凝胶制备工艺、样品制备方法开展后续工作，完成阴性对照溶液制备工作。

第九，专属性试验，进行专属性试验时，研究人员量取样品溶液、对照品储备液与阴性对照溶液，规格为 10μL，并做好性状、PH 值等的测定工作，试验结果显示，对照品色谱与样品色谱的保留时间在同一色谱峰，测定阴性对照品溶液时，发现其的保留时间并没有色谱峰（如图 1 所示），上述实验过程中并没有干扰因素。

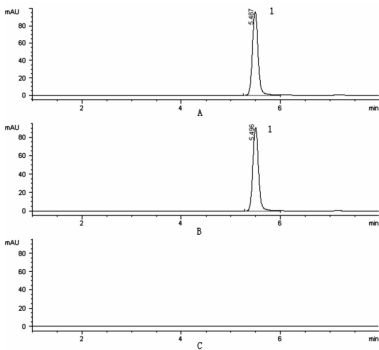


图 1 熊果苷液相色谱

（其中 B 为熊果苷原料、A 为供试品溶液、C 为阴性对照品溶液）

(3) 复方熊果苷凝胶均匀性设计试验

进行复方熊果苷凝胶均匀性设计时，研究人员选择 CP-940、三乙醇胺、甘油+丙二醇、氮酮投药量四个因素进行考察，这四个因素本身具有可变性特点，按照三个可变性因素选取 3 个水平的试验方式，共需要处理 9 个水平。同时，研究人员还非常重视性状、润滑性、黏附力等设计试验工作，查阅相关资料可知，复方熊果苷凝胶处方相关因素水平均在一定范围内，其中，甘油+丙二醇（%）（X₂）为 20%~40%，CP-940（%）（X₁）为 0.4%~0.8%，三乙醇胺（%）（X₃）为 0.8%~1.2%，氮酮（X₄）为 0%~2%（如表 1 所示）。

水平	因 素			
	CP-940(%) (X ₁)	(甘油 + 丙二醇) (%) (X ₂)	三乙醇胺 (%) (X ₃)	氮酮 (%) (X ₄)
1	0.4%	20%	1.0%	2%
2	0.4%	30%	1.2%	1%
3	0.4%	30%	1.2%	0
4	0.6%	40%	1.2%	0
5	0.6%	20%	0.8%	2%
6	0.6%	20%	1.0%	1%
7	0.8%	30%	0.8%	1%
8	0.8%	40%	1.0%	0
9	0.8%	40%	1.2%	2%

表 1 复方熊果苷凝胶均匀性设计试验因素水平

(4) 复方熊果苷凝胶均匀性设计试验考察指标

研究人员考察复方熊果苷凝胶均匀性时，采用以下试验考察指标开展后续考察工作，具体考察过程如下：

第一，性状均匀性试验，进行复方熊果苷凝胶性状均匀性实验时，研究人员邀请 3 位技术人员共同观察凝胶的性状，观察内容主要包括澄明度、细腻度等，并做好评分工作，观察结果显示，复方熊果苷凝胶本身为浅黄色，其的透明度评分结果为样品 3>4=2>1>5=6=7=8=9。

第二，润滑性试验，研究人员同样邀请三位技术人员一共开展复方熊果苷凝胶涂抹试验，并根据试验结果进行凝胶润滑效果评分，并取三位技术人员评分的平均值。

第三，黏附力实验，试验开展之前，研究人员邀请三位技术人员涂抹复方熊果苷凝胶，并根据复方熊果苷凝胶的黏附力评分，按照取平均值的方式计算黏附力评分结果。测试黏结性时，该项目重点测试切向黏附力与垂直黏附力，测试切向黏附力时，技术人员选取 0.1g 复方熊果苷凝胶，将其涂抹在玻璃板上，玻璃板的规格为 7×7cm，将在其上部位置覆盖硬质塑料薄片，规格为 2.5×2.5cm，将 500g 砝码压在薄片上部，时间为 5min，此

时样品处于完全展开状态,技术人员将玻璃板垂直固定,并在塑料薄片上安装塑料小杯、小钩、细线,在塑料小杯上部安装滴流装置控制阀,将水滴滴入至塑料小杯内部,水滴的流速为 $20\text{ml}\cdot\text{min}^{-1}$,直至薄片出现滑动现象,准确记录钩线、薄片、水、塑料小杯的规格信息,最终得到复方熊果苷凝胶切向黏附力的具体数值。开展垂直黏附力试验时,技术人员选取 0.1g 复方熊果苷凝胶,将涂抹在 $7\times 7\text{cm}$ 的玻璃板上,重复切向黏附力实验步骤,使复方熊果苷凝胶在玻璃板与硬质塑料薄片之间展开,固定玻璃板,在塑料薄片垂直方向上安装塑料小杯、细线和小钩,并在滴流装置上安装控制阀,将控制阀的速度调至 $20\text{ml}\cdot\text{min}^{-1}$,保证其能够垂直流入至小杯中,观察玻璃板与薄片两者时间的完全分离时间,准确记录两个的分离时间以及垂直黏附力试验条件,最终得到复方熊果苷凝胶的垂直黏附力。

第四,保湿性,开展保湿性试验时,研究人员称取 5g 复方熊果苷凝胶剂,将其放置在容器内部,并放置在恒温恒湿培养箱内部,将培养箱内部的温度调制 25°C ,放置在 45% 、 80% 相对湿度的环境中, 48h 之后将复方熊果苷凝胶剂取出,准确称取凝胶剂试样的重量,准确计算放置前后复方熊果苷凝胶剂的重量差异,最终得出复方熊果苷凝胶剂试样的保湿率。

(5) 复方熊果苷凝胶均匀设计实验评分标准

进行复方熊果苷凝胶均匀设计实验时,研究人员要详细了解实验评分标准,具体考察指标主要为润滑性、形状均匀性、黏附力、保湿率等(具体评分标准见表2)。

处方	CP-940 (%) (X)	甘油+丙二醇 (%) (X)	三乙醇胺 (%) (X)	氮酮(%) (X)	性状均匀性 (Y)	润滑性 (Y)	黏附力($\text{g}\cdot\text{cm}^{-2}$) 切向(Y) 垂直(Y)	保湿率 (RH 55%) (%)	pH
1	0.4%	20%	1.0%	2%	6	4.5	0.64 3.63	-63.1 -71.8	7.83
2	0.4%	30%	1.2%	1%	5	4	0.53 3.65	-48.6 -61.0	8.09
3	0.4%	30%	1.2%	0	4	3	0.57 3.80	-49.7 -61.4	7.84
4	0.0%	40%	1.2%	0	4.5	5	1.07 6.16	-35.2 -48.9	7.55
5	0.0%	20%	0.8%	2%	8	5	1.02 6.10	-56.9 -66.8	6.93
6	0.0%	20%	1.0%	1%	7	5	0.84 5.99	-63.4 -72.0	7.29
7	0.0%	30%	0.8%	1%	8	6	1.30 9.42	-48.3 -60.4	6.25
8	0.0%	40%	1.0%	0	6.5	7	1.59 9.95	-54.1 -50.0	6.76
9	0.0%	40%	1.2%	2%	8.5	7	0.97 8.24	-29.4 -43.0	7.27

表2 复方熊果苷凝胶均匀设计实验评分标准

(6) 复方熊果苷凝胶稳定性试验

第一,耐热试验制备复方熊果苷凝胶,软管灌装后于常温下密封保存。取凝胶3只,于恒温恒湿箱内放置1d,温度为 48°C ,湿度为 55% 。测得性状均匀性为8,润滑性为7.7,切向黏附力为 $1.61\text{g}\cdot\text{cm}^{-2}$,垂直黏附力为 $9.09\text{g}\cdot\text{cm}^{-2}$ 。温度升高,凝胶润滑性、切向黏附力均略有增加,但凝胶无分层、变质现象;第二,耐低温试验另取凝胶3只,于低温冰箱内放置1d,温度为 -15°C 。之后取出恢复至常温后观察凝胶,性状均匀性为8,润滑性为6.7,切向黏附力为 $0.85\text{g}\cdot\text{cm}^{-2}$ 垂直黏附力为 $4.50\text{g}\cdot\text{cm}^{-2}$ 。温度降低,凝胶润滑性、黏附力均有所下降,但凝胶无分层、变质现象。第三,离心试验取凝胶10g,置于离心管中,离心30min,转速为 $2500\text{r}\cdot\text{min}^{-2}$,之后取出凝胶观察,结果无分层现象。

2.2.2 结果

综合分析复方熊果苷凝胶均匀设计结果、制剂成本、制作简便等相关影响因素,可知,复方熊果苷凝胶最佳基质处方为三乙醇胺含量(X3)为 0.8% 、CP-940 含量(X1)为 0.8% 、甘油+丙二醇含量(X2)为 40% 、氮酮 1% 。依据上述因素标准称取复方熊果苷凝胶的含量,研究人员制备3批复方熊果苷凝胶,并根据实验要求在每批中选取3个样品观察,可知,

复方熊果苷凝胶的润滑性为6.5、性状均匀性8、PU值6.57、保湿率在 $44\%\sim 55\%$ 之间。同时,研究人员运用拟合方程开展计算最终得到复方熊果苷凝胶的理论值,其的数值与实验做得到的测定值基本一致,测定数值与理论值均为设计实验结果的最优数值,通过上述数据信息,可知,实验优化技术结果本身具有较高的可信度。上述研究数据信息证明,优先所得出的复方熊果苷凝胶工艺本身具有成品形状优良,产品质量整体较为稳定,复方熊果苷凝胶所采用制备工艺整体较为简便、制备成本在可控范围内,并且没有明显的副作用,药物本身的透皮吸收性非常好,复方熊果苷凝胶符合临床应用标准。

3 讨论

黄褐斑是由多种原因导致的色素沉着性皮肤病,表现为颜面颧部及颊部呈蝶翅状分布的大小不一、边缘清楚的黄褐色或深褐色斑片,无明显自觉症状,也可以发生在前额、鼻和口周部位。本病在男女都可发生,多见于中青年女性,尤其是妊娠女性。其发病率随着日益加剧的社会竞争也越来越高,严重影响患者的美容和心理健康,也影响其工作和生活,使患者生活和精神上产生很多烦恼和痛苦。因此,寻找本病有效的治疗方法及探讨建立本病客观地评价方法就显得很重要了。本文研究复方祛斑中药提取物外用制剂,以复方熊果苷凝胶剂为例,以熊果苷(对一羟基苯 B-D-吡喃葡萄糖苷)是源于绿色植物的天然活性物质,具有利尿、抗菌、镇咳等作用。近年来发现熊果苷有皮肤增白作用,它通过抑制黑素细胞的酪氨酸酶活性而有效地抑制黑素的生成,其毒性、刺激性、致敏性等副作用均较对苯二酚小,在护肤用品方面有广泛的用途。本文制备复方熊果苷凝胶时,药物成分选择了熊果苷、维甲酸、维生素E、甘草酸二钾,其中熊果苷为安全脱色素药之一,维甲酸可以加快黑色素的“排泄”。甘草酸二钾有温和的消炎作用,维生素E是抗氧化剂。

制备复方祛斑中药提取物外用制剂,研究人员要重视仪器与试剂选择工作,做好复方熊果苷凝胶制备工作,将其的性状、PH值等控制在规定范围内,依据实验要求制备对照品溶液、供试品溶液、对照品储备液、阴性对照溶液,做好微生物限度、专属性、均匀性实验,明确实验中的可变因素,重点考察复方熊果苷凝胶外用制剂性状均匀性、润滑性、保湿性、黏附性等指标,最终确定最佳的复方熊果苷凝胶处方,进一步推动中医药美容领域发展。

参考文献:

[1]耿放,刘海洋,赵旭,等.美白祛斑中药复方提取物的制备及应用:2013.
[2]韩越.复方祛斑中药提取物外用制剂的初步研究[J].江苏科技信息,2013(14):3.
[3]黄乐真.一种祛斑的中药提取物配方及其制备方法:CN112807404A[P].2021.
[4]张晴晴,沈悦,胡婷婷,等.一种祛斑的中药提取物,制备方法及其应用:2018.
[5]任继功.一种祛斑的中药制剂及其制备方法和应用:CN105853743A[P].2016.
[6]尤俊杰,包银萍,朱娇玲,等.一种美白祛斑的中药复方提取液的制备工艺及其应用:CN110538123A[P].2019.

桑菊饮加减治疗儿童咳嗽临床观察

任霞

甘肃省平凉市泾川县人民医院儿科 甘肃省平凉市 744300

摘要：目的：探讨分析桑菊饮加减治疗儿童咳嗽的临床效果。方法：随机将平凉市泾川县人民医院儿科 2020 年 1 月—2022 年 1 月诊治儿童咳嗽患儿 50 例平均分成各 25 例的对照组和研究组，前组西药常规治疗，后组联合桑菊饮加减治疗，分析比较临床效果。结果：研究组患儿治疗有效率较对照组高（96.00%vs76.00%， $\chi^2=4.1528$ ， $P<0.05$ ）；研究组治疗后患儿流涕时间、咳嗽持续时间、咳嗽停止时间、肺部啰音消失时间各为（3.85±0.47）、（5.36±0.74）、（5.84±0.81）、（5.57±0.79）d，分别较对照组短（ P 均 <0.05 ， $t=8.6485$ 、8.6859、7.4157、8.9270）；研究组治疗后患儿咽痛咽痒、胸闷胸痛、咳嗽咯痰、声音嘶哑等中医证候积分各为（1.28±0.24）、（1.46±0.28）、（1.34±0.26）、（1.21±0.22）分，分别较对照组小（ P 均 <0.05 ， $t=6.4715$ 、5.2368、4.6415、6.9141）。结论：桑菊饮加减治疗儿童咳嗽的临床疗效确切，能够明显减轻咳嗽症状，缩短患儿病程，增进食欲，达到早日康复，恢复正气，解除家属的焦虑情绪，值得临床推广应用。

关键词：儿童咳嗽；桑菊饮加减；临床观察；中医证候积分

儿童咳嗽目前已经成为危害儿童健康及困扰家属极其常见的呼吸系统疾病之一，临床上导致儿童咳嗽的原因屡见不鲜，其中最常见的病因主要包含以下几个方面：首先，由于患有各种呼吸系统疾病如急性上呼吸道感染，急性支气管炎，支气管肺炎，支气管哮喘，急性感染性喉炎均可引起咳嗽，这是造成儿童咳嗽的最主要病因，其病原体主要包括肺炎链球菌、流感嗜血杆菌，肺炎克雷伯菌等等，或者感染腺病毒以及呼吸道合胞病毒等病毒以后，都会出现咳嗽以及发热等呼吸道感染症状；其次，由于患有过敏性因素引起的症状^[1,2]。儿童往往属于过敏体质，在接触到鱼、虾或者尘螨等过敏原刺激以后，会引起咳嗽非常剧烈的症状，最后，如果支气管有异物吸入也会引起咳嗽^[3]。西医在治疗儿童咳嗽时一般采用抗感染，抗病毒，止咳化痰等等，药用头孢克洛颗粒，阿莫西林克拉维酸钾颗粒及阿奇霉素颗粒，氨溴特罗口服液等服后很难凑效，近年来，随着祖国医学在各学科中的应用普及，我们从事中医儿科的医务工作者对于儿童咳嗽进行不懈努力，不断探索，辨证论治，四诊合参，取得较好效果^[4]。鉴于此，该次研究主要选择平凉市泾川县人民医院自 2020 年 1 月—2022 年 1 月诊治的儿童咳嗽患儿 50 例，通过随机抽样等对照方法，进一步分析了桑菊饮加减治疗儿童咳嗽的临床价值，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机将医院 2020 年 1 月—2022 年 1 月诊治儿童咳嗽患儿 50 例平均分成各 25 例的对照组和研究组。研究组男童 15 例，女童 10 例；年龄 4~13 岁，平均年龄（8.73±1.15）岁；病程 4~13 天，平均病程（7.74±1.21）天。对照组男 16 例，女 9 例；年龄 4~12 岁，平均（8.64±1.17）岁；病程 3~13 天，平均病程（7.55±1.13）天。两组患童的一般临床病历资料对比，无差异（ P 均 >0.05 ）。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：（1）满足临床西医诊断小儿咳嗽的诊断标准^[5]。（2）满足中医学风热型咳嗽的临床症状表现；（3）一般性病历资料完整。（4）患童家属均知情并已告知。

排除标准：（1）存在心肝肾等脏器功能障碍。（2）存在呼吸道其他严重畸形。（3）对治疗药物存在过敏。（4）入组前接受其他药物治疗。（5）存在精神病史。（7）治疗依从性差，或家属不同意。

1.3 治疗方法

对照组常规西药治疗，主要取孟鲁司特钠（Merck Sharp & Dohme

Limited（U.K.），批准文号 BH20070258）进行口服治疗，每次 5mg，每天口服 1 次。研究组则在上述基础之上给予桑菊饮加减治疗，以桑叶 8-12 克、桔梗 3-4 克、连翘 8-12 克、芦根 8-12 克、前胡 8-12 克、薄荷 5-6 克、甘草 3 克组方，并随患儿症状进行加减，其中痰多加浙贝母 3-4g，咽喉肿痛加板蓝根 8-12g、玄参 8-12g、牛蒡子 8-12g；发热者，柴胡 5-6g，葛根 5-6g，咳嗽黄稠者加黄芩 5-8g，枇杷叶 6-10 克，口渴甚者加天花粉 6-10g，咳嗽严重伴气喘者加蜜紫苑、百部各 5-8g，舌苔薄白者加山楂 8-10g，藿香 6-8g，舌苔厚腻者加苍术 6-8g，莱菔子 6-10 克。以凉水浸泡 20 分钟，煎 15 分钟，滤渣后取汁 150ml-300ml，4-6 岁患儿 1 剂分 3 次温服；7 岁以上者每日 1 剂，1 剂分 2 次温服，或少量多次频服。两组患儿均持续口服治疗 5-7 日。

1.4 观察指标

分析对比两组患童的临床治疗效果，并观察统计其各症状的停止时间，另评估其各症状的中医证候积分变化。

1.5 统计学方法

该研究数据利用 SPSS21.0 软件处理分析，以 $P<0.05$ 判定组间存在显著差异性。

2 结果

2.1 表 1 结果显示，研究组患儿治疗有效率较对照组高（96.00%vs76.00%， $\chi^2=4.1528$ ， $P<0.05$ ，见表 1）。

表 1 两组患儿临床治疗效果 [n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
研究组	25	16（64.00）	8（32.00）	1（4.00）	24（96.00）
对照组	25	10（40.00）	9（36.00）	6（24.00）	19（76.00）
χ^2	-	-	-	-	4.1528
P	-	-	-	-	0.0416

2.2 表 2 结果显示，研究组治疗后患儿退热时间、咳嗽停止时间、咳嗽停止时间、肺部啰音消失时间各为（3.85±0.47）、（5.36±0.74）、（5.84±0.81）、（5.57±0.79）d，分别较对照组短（ P 均 <0.05 ， $t=8.6485$ 、8.6859、7.4157、8.9270，见表 2）。

表 2 两组患童症状停止时间（ $\bar{x} \pm s$ ，d）

组别	例数	退热时间	咳嗽停止时间	咳嗽停止时间	肺部啰音消失时间
研究组	25	3.85±0.47	5.36±0.74	5.84±0.81	5.57±0.79

对照组	25	5.44±0.79	7.62±1.07	7.89±1.12	8.15±1.21
t	-	8.6485	8.6859	7.4157	8.9270
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 表 3 结果显示, 比较两组治疗前各症状中医证候积分组间无差异

表 3 两组患儿治疗前后肺功能改善情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	口干咽痒		胸闷气短		咳嗽多痰		声音嘶哑	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	25	2.27±0.42	1.28±0.24*	2.33±0.49	1.46±0.28*	2.41±0.58	1.34±0.26*	2.14±0.40	1.21±0.22*
对照组	25	2.30±0.44	1.84±0.36*	2.36±0.52	1.98±0.41*	2.37±0.54	1.73±0.33*	2.18±0.42	1.77±0.34*
t	-	0.2466	6.4715	0.2099	5.2368	0.2524	4.6415	0.3448	6.9141
P	-	0.8063	0.0000	0.8346	0.0000	0.8018	0.0000	0.7317	0.0000

注: 与治疗前比较, *P<0.05。

3 讨论

咳嗽是人体清除呼吸道内的分泌物或异物的保护性呼吸反射动作, 小儿通过咳嗽反射能有效清除呼吸道内的分泌物或进入气道的异物,但是严重的咳嗽可把气管病变扩散到邻近的小气管及支气管,使病情加重甚至缠绵难愈, 此外, 持久剧烈的咳嗽可影响患儿休息、消耗体力,并可引起肺泡壁弹性组织的破坏, 诱发肺气肿^[6]。中医学认为, 咳嗽是小儿肺部疾患中的一种常见症状, 因小儿为稚阴稚阳之体, 脏腑娇嫩, 脾常不足而肺常虚, 易受风寒或风热侵袭, 邪郁犯肺, 郁闭不宣, 其气上逆, 而为咳嗽^[7]。治疗主要通过对症进行辨证, 大致可分为外感咳嗽和内伤咳嗽, 一般而言, 急性起病, 咳嗽剧烈, 病程较短的, 伴有流涕, 恶寒, 发热的属于外感咳嗽, 主要分型有风寒咳嗽和风热咳嗽两种; 而咳嗽时间较长的, 咯痰较多的, 或干咳病程较长的, 属于内伤咳嗽, 可分为痰湿咳嗽、痰热咳嗽、阴虚咳嗽等^[8]。其中风热咳嗽最为常见, 临床在治疗上主要应用桑菊饮加减, 有疏风清热、宣肺止咳之功效。方中桑叶, 味甘, 性寒, 主入肝, 肺经, 能疏散上焦风热, 且善走肺络、清泻肺热为主药。辅以薄荷助桑叶疏散上焦之风热; 桔梗性平, 味辛, 苦, 有宣肺、止咳、祛痰、排脓等功效, 连翘苦寒清热解毒, 芦根甘寒清热生津止渴, 共为佐药; 甘草调和诸药, 且有疏风清热、宣肺止咳作用, 为使药。全方可济疏风清热、宣肺止咳、辛凉透表等作用^[9,10]。

该次研究结果显示, 研究组患儿治疗有效率较对照组高 (96.00%vs76.00%, $\chi^2=4.1528$, $\chi^2=4.2471$), 提示对于儿童咳嗽的临床治疗采用桑菊饮加减具有确切可靠的临床疗效。李若蒙等研究中^[11], 治疗组在对照组基础上给予桑菊饮加味治疗后, 该组总有效率为 97.92%, 高于对照组的 87.50%, 组间差异明显 ($P<0.05$), 佐证了桑菊饮加减治疗风热咳嗽的临床价值。且该研究研究组治疗后患儿流涕时间、咳嗽持续时间、咳嗽痰停止时间、肺部啰音消失时间时间各为 (3.85±0.47)、(5.36±0.74)、(5.84±0.81)、(5.57±0.79) d, 分别较对照组短 (P 均<0.05, $t=8.6485$ 、8.6859、7.4157、8.9270), 说明对于儿童咳嗽的临床治疗采用桑菊饮加减可显著的促进患童临床各项症状的停止。张莹翠的研究中^[11], 观察组在对照组西药阿奇霉素治疗基础上联合桑菊饮加减治疗后, 其流涕、咳嗽、咳嗽、肺部啰音消失时间分别为 (6.15±0.51)、(5.79±0.47)、(5.49±0.59)、(4.19±0.52) d, 均显著短于对照组 ($P<0.05$), 同样验证了桑菊饮加减治疗对促进咳嗽患儿临床症状的消失有积极意义。研究组治疗后患儿咽痛咽痒、胸闷胸痛、咳嗽咯痰、声音嘶哑等中医证候积分各为 (1.28±0.24)、

(P 均>0.05), 研究组治疗后患儿口干咽痒、胸闷气短、咳嗽多痰、声音嘶哑等中医证候积分各为 (1.28±0.24)、(1.46±0.28)、(1.34±0.26)、(1.21±0.22) 分, 分别较对照组小 (P 均<0.05, $t=6.4715$ 、5.2368、4.6415、6.9141, 见表 3)。

(1.46±0.28)、(1.34±0.26)、(1.21±0.22) 分, 分别较对照组小 (P 均<0.05, $t=6.4715$ 、5.2368、4.6415、6.9141), 则提示对于儿童咳嗽的临床治疗采用桑菊饮加减对其病情的恢复有重要作用。马素红等研究中^[12], 观察组在常规西药治疗基础上加用桑菊饮加减方治疗后, 其咽痛咽痒、胸闷胸痛、咳嗽咯痰、声音嘶哑等积分各为 (1.37±0.31)、(1.55±0.36)、(1.34±0.38)、(1.36±0.29) 分, 均显著低于对照组 (P 均<0.05), 与该次研究结果一致性良好, 进一步验证了桑菊饮加减对风热咳嗽的症状改善有关键性作用。

综上所述, 在儿童咳嗽的临床治疗中应用桑菊饮加减的疗效可靠, 能够缩短患儿症状、改善食欲, 继而促进病情的恢复, 值得推广。

参考文献:

[1]赵亚岚.桑菊饮加减联合中药穴位贴敷治疗小儿风热咳嗽 120 例的临床效果[J].临床医学研究与实践,2018,3 (09): 125-126.

[2]熊智群,罗桂平.桑菊饮加减联合中药敷胸散治疗风热犯肺型小儿咳嗽的疗效观察[J].湖北中医杂志,2020,42 (06): 35-36.

[3]李宁.桑菊饮加减治疗风热犯肺型咳嗽临床观察[J].实用中医药杂志,2022,38 (04): 542-543.

[4]郭红新.桑菊饮加减辨证治疗小儿肺炎支原体感染风热咳嗽临床观察[J].光明中医,2020,35 (05): 679-681.

[5]罗雅玲,罗玲霞,吴宇峰.推拿联合桑菊饮及诱导排痰治疗风热咳嗽患儿 50 例[J].浙江中医杂志,2018,53 (02): 106.

[6]李晶.桑菊饮加减治疗风热犯肺型咳嗽临床疗效观察[J].北方药学,2019,16 (06): 82-83.

[7]杨华杰.桑菊饮合泻白散加味治疗表里同感风热咳嗽 100 例临床疗效观察[J].名医,2021 (10): 173-174.

[8]张建文,项李娥,桂金贵,徐朝晖,费文君,尚莉丽.桑菊饮加减联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体感染风热咳嗽临床观察[J].安徽中医药大学学报,2018,37 (05): 19-21.

[9]徐振华.加味桑菊饮治疗小儿风热犯肺咳嗽疗效观察[J].新疆中医药,2020,38 (01): 12-13.

[10]李若蒙,王悦,常冬梅.桑菊饮加味治疗小儿风热咳嗽疗效观察[J].中国社区医师,2018,34 (20): 91-92.

[11]张莹翠.桑菊饮加减联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体感染风热咳嗽对退热时间的影响[J].内蒙古中医药,2021,40 (05): 36-37.

[12]马素红,李游,郑维波.桑菊饮加减方治疗感染后咳嗽风热阴伤证临床研究[J].陕西中医,2019,40 (03): 315-318.

健康教育路径干预在脑垂体瘤患者护理中的应用

李文静

浙江大学医学院附属第二医院 浙江杭州 310000

摘要：目的：观察脑垂体瘤患者在护理过程中应用健康教育路径干预方式的实际效果。方法：选择 90 例患者进行本组研究，所有患者均确诊患有脑垂体瘤，以相关方法分组之后，观察组患者采取本组实验中主要研究的健康教育路径干预方法，而对照组仅仅实施常规护理，对比两组患者在护理后的相关数据。结果：对比对照组患者的相关数据可以得出，观察组患者的自我护理能力以及疾病认知、生活质量量表分值均明显更高，获得了显著提升，统计学存在意义， $P < 0.05$ ；对比对照组患者，观察组患者的疾病不确定感的量表评分、应对方式问卷评分、并发症均明显改善， $P < 0.05$ 。结论：对于脑垂体瘤患者来说，开展健康教育路径干预方法，有助于患者预后效果的改善。

关键词：健康教育路径干预；脑垂体瘤；应用效果

在治疗脑垂体瘤患者过程中可以采用多种途径，例如放射治疗、手术以及药物治疗等，目的是对患者的病情实际进展进行有效控制^[1]，将肿瘤切除或者缩小，在有效治疗后，由于患者还需要密切监护，开展有效护理，确保护理服务周到、细致，才能促进患者健康良好、快速恢复，那么仅仅为患者提供常规护理，不能获得良好预后，因此应对患者术后的健康教育进行强化，要求患者在治疗过程中严格遵医嘱，将药物使用方法掌握，确保患者的生活方式更加规律以及健康，引导患者学习自我护理，将患者的生活质量明显提升^[2]。本组实验选择 90 例患者，研究脑垂体瘤患者开展健康教育路径干预方法的实际效果。

1 资料和方法

1.1 资料

从本院选择研究对象，诊治时间控制在 2021.1-2021.12，共计 90 例确诊患有脑垂体瘤的患者参与研究，分组方式是随机号码表法，观察组患者 45 例，男女是 25 例、20 例，年龄 30-78（ 55.5 ± 3.5 ）岁，对照组患者 45 例，男女是 24 例、21 例，年龄 31-77（ 55.4 ± 3.4 ）岁。可以对比两组患者资料， $P > 0.05$ 。

纳入条件：视力减退，头痛；实施颅 X 线平片正侧位片，提示患者变形、鞍鞍增大、鞍底下陷，双底，变薄鞍背向后竖起，吸收破坏骨质，CT 提示垂体高度对比脑组织更高；术前没有开展放疗史。

排除条件：肝肾功能障碍；感染；脑血管病变；在入组之前的 3 个月，使用过对内分泌产生影响的药物；甲状腺功能异常。

1.2 方法

对照组仅仅实施常规护理，与患者的实际病情改变进行有机结合，为患者提供针对性治疗，治疗之前，将准备工作做好，护士应详细告知患者治疗过程，告知患者如何进行护理配合，治疗之后，对患者体征的监护进行强化，围绕防治以及康复，将健康手册制定并发放给患者，强调注意事项。

观察组患者采取本组实验中主要研究的健康教育路径干预方法，除了采用如对照组一样的护理干预措施之外，还需要致力于提升患者的自我护理能力以及认知疾病程度，依据制定的健康教育路径干预方法，将合理以及科学的路径开展，具体办法如下：（1）针对术前患者做好以下护理工作：在患者进入医院之后，护士应为患者简单介绍病区的具体环境，告知患者在住院过程中需要注意的事项，帮助患者对环境进行快速适应^[3]，在住院第一天告知患者检查项目以及如何在检查期间做好配合，确保患者顺利完成各项检查工作，保证患者获得较为准确的检查结果。对于患者来说，需要了解自己所患疾病的相关知识，因此护士应加强这方面的宣教，将疾病发生原因以及发病机制等知识为患者详细讲解，将治疗疾病的方法告知患

者，同时护士应对患者的心理情况进行评估，对患者心理波动进行充分掌握，为患者及时开展针对性心理疏导，在术前两到三天，护士应做好患者在治疗之前的准备工作，将手术方案告知给患者，然后针对患者以及患者家属提出的问题进行详细解答，关注他们的心理状态，告知患者手术安全性以及疗效，确保患者在手术过程中积极配合，另外护士还需要告知患者手术风险，告知患者如何做好配合并避免风险发生，确保患者手术顺利完成。（2）做好患者手术之后的相关护理干预工作：在手术当天，护士需要在术前对患者的内心感受进行充分掌握，通过询问了解，若患者有紧张情绪，护士应鼓励患者，将患者治疗疾病的信心增加，利用肢体按摩、抚触等，帮助患者放松身体^[4]，在患者手术治疗完成之后，护士应在患者苏醒之后的第一时间告知患者手术情况，结合患者术后检查的相关结果，告知患者在术后恢复期间需要注意的相关事项，护士应告知患者填塞鼻腔纱条的目的，告知患者将吞咽、咳嗽等动作减少，不能擤鼻，以上动作会影响患者术后恢复。对于护士以及患者家属来说，应减少与患者之间的说话，可以使用表情、肢体动作等方式安慰患者、鼓励患者。术后两到三天，对患者鼻腔护理进行强化，观察患者鼻孔渗液情况，对于鼻腔内的纱条来说，在填塞 48 小时之后，可以将其拔除，对患者鼻孔内是否流出清水样的液体进行观察，鉴别患者是否出现了脑脊液漏，对于护士来说，应保证患者鼻腔清洁，可以使用滴鼻液。在患者手术后的 4-7 天，护士应对患者手术后的恢复情况进行严密监测，利用视频宣教、口头讲解等方式，指导患者开展康复护理，开展行为锻炼，促进患者的自我护理能力明显提升，另外，护士应指导患者通过冥想、呼吸调节、肌肉放松等方式实施心理方面的减压处理。护士应对患者 24 小时之内的液体出入量进行记录，如果患者出现口渴、多喝水、多尿等临床症状，24 小时的尿量在 4000ml 以上，警惕患者发生尿崩，及时为患者提供有效治疗，对患者尿量进行合理控制。对于护士来说，应参考患者术后康复需要，将患者的饮食方案制定，将相关建议提供给患者，告知患者可以摄取高蛋白、高热量食物，有助于患者术后康复。对于患者来说，可以多吃一些含钠、含钾的食物，例如咸菜、橘子、香蕉等。为患者提供激素替代治疗，对患者激素水平进行定时复查。护士还需要抬高患者所处的床头，将患者脑水肿情况明显减轻，加强预防患者并发症的发生，例如颅内感染、脑脊液漏。（3）护士应做好患者延续性护理工作。在患者办理出院手续之后，护士应总结并归纳患者治疗过程中的宣教内容^[5]，对患者记忆进行巩固，将患者认知自身疾病的程度明显提升，除此以外，护士还需要告知患者在出院后需要注意什么事项，在患者出院之后，对患者的跟踪随访进行强化，了解患者术后恢复，将患者在术后康复过程中的各类问题解决，使用电话或者微信等方式保持联系，指导患者开展相应的康复护理，围绕防治以及康复护理内容，将健康手册制

作之后，将宣传视频制作，利用微信公众号、微信群，向患者发放，方便患者查阅，提高患者自我护理能力，提高患者生活质量。

1.3 观察指标

对比对照组患者、观察组患者的自我护理能力以及疾病认知、生活质量量表分值、疾病不确定感的量表评分、应对方式问卷评分、并发症。

1.4 判定标准^[6]

自我护理能力：使用自拟的自我护理能力调查量表测定数据。

疾病认知：使用自拟的疾病认知程度调查量表进行数据测定。

生活质量量表分值：使用 SF-36 量表统计数据。

疾病不确定感的量表评分：使用疾病不确定感量表测定数据。

应对方式问卷评分：使用应对方式问卷测定数据。

1.5 统计学分析

SPSS25.0 统计软件中， χ^2 检验中，以百分号%表示计数资料，t 检验中，以 $[\bar{x} \pm s]$ 表示计量资料， $P < 0.05$ ，有统计学差异。

2 结果

观察组患者的自我护理能力以及疾病认知、生活质量量表分值均明显更高，获得了显著提升，对比对照组患者的相关数据可以得出，统计学存在意义， $P < 0.05$ ；观察组患者的疾病不确定感的量表评分、应对方式问卷评分、并发症均明显改善，对比对照组患者， $P < 0.05$ 。

表 1 对比两组患者的自我护理能力（分）（n=45）

组别	自我概念	自护技能	健康知识	自我责任感
观察组	24.11±2.62	32.26±3.75	35.26±2.95	26.24±2.78
对照组	20.01±3.16	25.42±2.62	30.42±3.46	21.51±3.22
t	6.7002	10.0302	7.1407	7.4588
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 对比两组患者的疾病认知（%）（n=45）

组别	优	良	差	优良率
观察组	25（55.55）	18（40.00）	2（4.44）	95.55
对照组	17（37.77）	18（40.00）	10（22.22）	77.77
χ^2				6.1538
P				<0.05

表 3 对比两组患者的生活质量量表分值（分）（n=45）

组别	生活质量量表分值
观察组	78.55±2.88
对照组	72.02±3.45
t	9.7471
P	<0.05

表 4 对比两组患者的疾病不确定感的量表评分（分）（n=45）

组别	复杂性	不明确	不可预测	信息缺乏
观察组	12.62±2.74	27.24±6.62	6.22±1.41	14.22±2.44
对照组	19.75±3.42	35.26±4.74	9.22±1.55	17.26±1.62
t	10.9144	6.6077	9.6043	6.9628
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 5 对比两组患者的应对方式问卷评分（分）（n=45）

组别	屈服	面对	回避
观察组	7.11±2.02	25.61±4.14	10.22±2.75
对照组	9.52±1.77	18.42±3.16	13.51±3.02

t	6.0194	9.2608	5.4034
P	<0.05	<0.05	<0.05

表 6 对比两组患者的并发症（%）（n=45）

组别	尿崩	脑脊液漏	深静脉血栓	呼吸困难	合计
观察组	0（0.00）	1（2.22）	0（0.00）	1（2.22）	2（4.44）
对照组	1（2.22）	4（8.88）	1（2.22）	3（6.66）	9（20.00）
χ^2					5.0748
P					<0.05

3 讨论

由于脑垂体瘤压迫，部分患者会出现视力减退、头痛，疾病导致激素改变，多种类型症状出现，损害患者身体健康，确诊患者后，应及时治疗患者，为了促进患者良好恢复健康，应做好患者护理，为患者提供健康教育路径干预方法，确保患者严格遵医嘱，对自我管理进行强化，积极配合相关治疗。在患者实际工作中，依照合理、科学的步骤来开展健康教育^[7]，帮助患者对疾病进行深入了解，确保患者掌握手术护理配合要点，在术前，患者应尽快熟悉医护人员以及院区环境，护士应积极沟通患者，将患者所需的帮助提供给患者，在诊疗过程中，围绕手术方案、诊疗知识等做好解释说明^[8]，开展患者心理疏导工作，确保患者身心放松，在之后的康复过程中，侧重于并发症防治、饮食等方面，做好跟踪随访，与患者术后恢复情况进行有机结合^[9-10]，促进患者自我管理能力提升，为患者提供生活方面的指导，提高患者自我护理能力等。

此次实验得出：观察组患者的自我护理能力以及疾病认知、生活质量量表分值均明显更高，获得了显著提升，观察组患者的疾病不确定感的量表评分、应对方式问卷评分、并发症均明显改善。

总结以上得出，对于脑垂体瘤患者来说，开展健康教育路径干预方法的价值高，有助于患者预后效果的改善，可以在临床上推广应用。

参考文献：

[1]夏文敏，唐云红. 健康教育路径干预在脑垂体瘤患者护理中的应用[J]. 中国病案, 2020, 21（7）: 4.

[2]施芮. 健康教育路径干预在脑垂体瘤患者护理中的运用[J]. 中国医药科学, 2021, 11（12）: 4.

[3]孙晓燕，李凯. 个性化健康教育对垂体瘤患者术后自我管理对生活质量的影响[J]. 辽宁医学杂志, 2020, 34（4）: 4.

[4]王婷，李维佳. 经鼻蝶入路垂体瘤切除术后并发症的临床护理干预[J]. 中国医药指南, 2020, 18（15）: 2.

[5]陈素英. 医护一体化护理模式在经鼻蝶入路垂体瘤切除手术患者中的应用效果评价[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5（21）: 2.

[6]盛贵箫，王雯婷，张贞,等. 运动处方对垂体瘤术后患者生命质量影响的研究[J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36（08）: 566-572.

[7]姚丽. 入院"类集体教育"模式对垂体瘤患者自我效能及照顾者负担的干预效果[J]. 中国社区医师, 2020, 36（12）: 2.

[8]钟春连，陶云娜，徐叶萍,等. 医护一体化健康教育对垂体瘤术后患者健康行为及症状困扰的影响[J]. 中国医药导报, 2021, 18（4）: 5.

[9]王萍，傅洁洁，盛庆瑜,等. "工作坊"模式在脑垂体瘤术后康复中的应用研究[J]. 护理与康复, 2020, 19（5）: 5.

[10]徐佳宁. 预防性护理干预在女性垂体瘤切除手术患者围手术期的应用效果[J]. 妇儿健康导刊, 2022, 1（1）: 4.

PBL 联合模拟教学在消化科临床实习带教中的应用探讨

王海昆 崔旻

新疆医科大学第一附属医院消化内科 新疆乌鲁木齐 830000

摘要：目的：研究 PBL 与模拟教学方式结合在消化内科实习带教中的应用效果。方法：选取 2019 年 5 月~2020 年 5 月在我院消化内科实习的 90 名学生作为研究对象，使用奇偶数交替法，将学生分为两组，对照组 45 例使用模拟教学法；观察组 45 例使用模拟教学与 PBL 问题导向教学联合方式，对比两组学生实习效果、学科成绩，评估对实习带教的满意度。结果：观察组实习生健康知识掌握程度、学习兴趣与沟通能力方面评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；观察组理论成绩、实践成绩高于对照组，差异存在统计学意义 ($P<0.05$)；观察组满意度高于对照组，组间差异显著 ($P<0.05$)。结论：在医院消化内科实习带教中，使用 PBL 联合模拟教学方法产生的效果良好，能够提高理论成绩与实践成绩，巩固实习效果，并提升实习带教满意度。

关键词：消化科；临床实习带教；PBL 联合模拟教学；应用

实习带教是培养合格医疗工作者的关键，在消化内科实习带教中，应为实习生选择合适的技术方法，通过对模拟教学与 PBL 教学方法的应用，确保实习带教效果达到预期。模拟教学可对临床场景进行再现，相关教学方式不受到时间、地点限制。通过对实际情境的模拟，能够将实习生代入到角色中，使得整个教学过程生动形象，提高学生体验度^[1]。PBL 教学属于研究型教学方式的一种，是以问题为核心的教学方式，相关教学理论的应用，能够确保实习带教更加具有针对性，可根据实际问题对教学场景与内容进行调整，真正体现了以学生为中心的教学理念。本文对 PBL 联合模拟教学的应用优势进行分析，研究资料与方法如下：

1 资料及方法

1.1 一般资料

研究所用资料为我院消化内科 2019 年 5 月~2020 年 5 月期间实习的 90 名学生，使用奇偶数交替法，将学生分组，进行对照研究。其中对照组 45 名、观察组 45 例，资料见表 1：

表 1 两组一般资料详情表

组别	性别		年龄 (岁)
	男	女	
对照组 (n=45)	23	22	22.18±1.25
观察组 (n=45)	21	24	22.29±1.06
χ^2 或 t	0.178		0.450
P	0.673		0.654

分析上表，两组一般资料差异小 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

对照组使用常规模拟教学法，其中教学主要内容如下：首先做好基本教学，在消化内科带教人员的组织下，对实习生的学科理论知识与操作技能进行培训，并做好关键点总结，其次是开展模拟教学，教师对以往的案例进行分析，并做好人员分工，对案例场景进行模拟再现，做好人员分工。实习生分别扮演护理人员、患者、家属，对不同角色的内心活动进行掌握。最后是总结阶段，对模拟实习中出现的问题进行记录，并对问题进行讨论研究。在总结阶段，鼓励实习生充分表达自己观点，并对相关知识点进行梳理。

观察组在模拟教学基础上，采取 PBL 问题导向教学方法，实习带教方案设计如下：

①提出问题。带教人员为实习生设计讨论问题，如“上消化道出血的主要表现是什么？”、“发生消化道出血的具体原因？”、“什么是蜘蛛痣、什么是鹅掌？”、“消化性溃疡问诊的要点包括哪些？”等等。以上述问题作为 PBL 教学的出发点。

②建立假设条件。根据提出的问题，引导学生对患者病史资料进行收集，通过对体格检查数据和辅助信息的分析，提出假设。在实际教学中，为充分发挥 PBL 教学方法的应用优势，教师对问题涉及的资料进行整理，并引导学生对资料进行分类，并对问题进行讨论，确保消化内科实习更加具有针对性。将信息的收集和整理作为 PBL 教学的关键环节，其中信息的来源主要是病史采集、网络资料与图书检索，并完成对信息的交流与互换。

③论证假设。以小组讨论的方式，提出解决上述实际问题的方案。对患者病情进展进行观察，了解病情指标变化，对假设条件作出进一步论证。在问题论证过程中，需要引导学生利用所学医学伦理知识解决问题，并培养学生解决实际问题能力，关注其实践技能与操作方式，对实习生存在的问题及时纠正。组织小组成员围绕患者病例进行讨论，鼓励学生自由提出问题，发表不同的意见，集思广益。实习带教人员对学生讨论的焦点问题进行总结。

1.3 观察指标

观察两组实习效果、学科成绩、对实习带教满意度。其中实习效果的评估方式选择我院自制的调查问卷表，评估项目包括健康知识掌握程度、学习兴趣、沟通能力，满分 100 分，分值越高，表明实习效果越好；对学科成绩的考核标准采取考试方法，分为理论成绩与实践成绩，各 50 分。

满意度=(非常满意+一般满意)/总例数*100%。

1.4 统计学处理

使用 SPSS20.2 进行统计分析，以[n(%)]表示计数资料， χ^2 检验差异，以 ($\bar{X} \pm s$) 表示计量资料，t 检验差异，当 $P<0.05$ 时，有统计学意义。

2 结果

2.1 两组满意度指标对比结果

观察组满意度高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2：

表 2 实习带教满意度组间比较结果[n(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意度
观察组	45	30	14	1	97.78%
对照组	45	25	12	8	82.22%
χ^2	-	-	-	-	4.444
P	-	-	-	-	0.035

2.2 两组实习效果评估情况比较

观察组实习生的健康知识掌握程度、学习兴趣与沟通能力评分均高于对照组，差异存在统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3：

表 3 两组实习效果评估情况比较结果 (分, $\bar{X} \pm s$)

组别	例数	健康知识掌握程度	学习兴趣	沟通能力
观察组	45	23.45±1.38	24.54±1.83	26.25±2.12
对照组	45	22.31±0.86	22.14±1.27	24.84±1.57
t	-	4.703	6.103	3.585
P	-	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组学科成绩比较结果

观察组理论成绩、实践成绩均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4:

表 4 两组学科成绩比较结果 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	理论成绩	实践成绩
观察组	45	46.14±2.28	43.15±1.33
对照组	45	44.32±1.68	42.04±1.07
t	-	4.311	4.362
P	-	<0.001	<0.001

3 讨论

近年来, 由于医疗卫生条件的进步, 医院护理工作得到升级, 通过对护理方式的调整, 能够最大程度提高各科室的服务效率, 为患者提供更加优质且个性化的护理服务, 为患者早期康复奠定基础。临床带教作为培养最新医护人员的重要手段, 对带教实习教学方法进行优化, 将最新的技术和理念应用在教学环节十分重要^[2]。

以往在消化内科的实习带教中, 采取的方法为灌输教育, 通过对理论知识和操作能力的讲解与示范, 促使学生完成实习带教的具体任务。相关教学内容设计也缺乏创新, 主要是根据各科室对实习方案进行选择。上述教学方式取得一定效果, 能够加深学生对系统知识的理解, 并巩固学科理论基础。然而相关实习带教方式具有明显局限性。例如, 在整个实习过程中, 学生的主动性较差, 参与感不强。在实习中, 也对带教人员形成了严重依赖, 实习带教的效果未能真正体现出来。基于此, 将模拟教学法与 PBL 教学方法应用在消化内科实习带教中。通过设计讨论问题, 构建了以学生为中心, 教师作为引导者的实习带教模式, 有利于培养学生分析问题、解决问题的实际能力, 并且能够对学生创造力进行培养。在相关教学模式的应用中, 教师引导学生提出问题、建立假设、收集材料、论证假设, 使得整个实习带教活动的开展更加系统、科学, 显著提升了实际教学效果与学生满意度。

在模拟教学模式下, 带教人员可对具体案例进行模拟, 指导实习人员对案例中的不同角色进行扮演, 充分体验不同角色的具体情况, 并完成具体的治疗与护理任务。相关模拟教学法也能够为理论学习与技能操作提供必要条件, 使得学生能够更加积极主动参与到教学中, 锻炼自身能力。基于 PBL 教学方法的应用, 可构建以问题为核心的教学模式, 是目前在消化内科应用较为广泛的实习带教模式。相关教学方式的应用, 也能够最大程度激发学生的思考能力, 使得学生之间的配合度提升, 学习方向更加明确。与传统教学方式比较, PBL 教学方法的应用优势也表现在以下方面:

①深化理论知识与实践操作之间的联系程度。在具体的教学环节, 相关人员可根据具体问题, 设计科学的带教方案, 并关注学生对理论知识与实践操作的理解, 发现其中存在的不足, 并做好针对性调整。②激发学生自主学习能力。临床带教实践表明, 在 PBL 教学模式, 学生能够主动对问题进行思考, 并且对问题进行深度挖掘, 学生的思维能动性自主参与意识均得到锻炼。实习生是临床实习带教的核心, 通过对 PBL 教学方法的应用, 学生可在教师的引导下, 自主完成制定学习计划的目标, 变以往被动学习为主动学习。③锻炼学生沟通协作能力。在对问题的讨论中, 学生能够增加对彼此的了解, 不仅锻炼沟通能力, 而且有利于培养人际关系。

现阶段, PBL 教学法在我国医学教学系统中的应用较为广泛, 通过对教学问题的合理选择, 能够对学生形成启发, 促使学生更加积极、主动参与到实习带教全程^[3]。为充分发挥实习带教价值, 将 PBL 教学法与模拟教学结合起来, 善于在模拟情境中, 为学生设计扩展问题, 使得学生能够更好地了解消化内科治疗与护理相关知识。本次教学结果表明, 联合教学方式取得显著价值, 学生的实习效果明显提升, 学生对健康知识的掌握程度加深, 并且学习兴趣更加浓厚, 其沟通能力、协调能力均获得提升。

在相关教学方法的应用过程中, 教师对学生的兴趣爱好进行掌握, 根据学生个体化差异, 对相关教学内容进行调整, 由此提高学习乐趣。消化内科实习项目较多, 通过对模拟教学方法与 PBL 教学法的结合应用, 能够帮助学生梳理知识点, 使得学生对理论知识和专业技能有更加形象认知, 学习目标更加准确。

本次消化内科 PBL 教学与 模拟教学选取的患者病历信息如下:

患者: 男性, 年龄 40 岁。

主诉: 上腹部剧烈疼痛, 有黑便史, 腹部疼痛合并呕血 2 天。

现病史: 上腹部烧灼样痛, 餐前明显, 进食后症状缓解, 胃部反酸、嗝气, 未经过系统诊治。5 天前, 出现间断性黑便、不成形、量少, 2 天前, 恶心、呕吐症状加重, 呕吐物为咖啡渣样, 有胃内容物, 总量为 200ml。患者无头晕、心悸症状, 否认肝炎病史。

检查: 体温 36.7, 血压 80/50mmHg, 意识模糊, 未见肝掌与蜘蛛痣、腹软, 剑突下有压痛感, 未见反跳痛与肌紧张, 肠鸣音 3 次/min, 双侧下肢未见浮肿。急诊胃镜检查: 食道黏膜光滑; 胃腔积血; 十二指肠球部前壁可见 1.0*1.2cm 溃疡, 存在活动性出血症状。

根据上述信息, 引导学生对 PBL 教学方案中的各种问题进行讨论分析, 斌哥做好相关教学成果记录。在模拟教学中, 实习带教人员也可指导学生对患者、医生、护理人员进行角色扮演, 对消化内科就诊、治疗与护理全流程进行模拟, 并识别其中存在的关键点, 使得教学效果达到预期。在具体的教学环节, 也对学生进行健康教育指导, 对学生消化内科实习成绩进行考核。实习成绩可具体分为理论成绩、专业操作成绩, 每项 50 分, 总分为 100 分, 分值越高, 表明学生的学习效果越良好。在消化内科实习带教中, 也重点评估学生解决实际问题的能力, 通过问卷调查的方式, 了解学生对患者资料评估、病情诊治与护理方面知识的掌握程度, 并构建相关教学场景, 对临床病例情况进行模拟, 使得学生能够真实感受到最新实习带教方案的应用价值, 为学生高质量完成实习准备条件^[4]。在教学过程中, 也需要增加学生之间的交流与配合, 在问题导向的理念下, 完成相关教学设计, 使得学生自主学习能力、合作意识均获得提升, 增加实际效果成果。为确保联合教学方式的价值得到最大程度发挥, 有关人员应掌握循序渐进方法, 关注学生的实习效果。

综上所述, 将 PBL 教学法与模拟教学应用在消化内科实习带教中, 能够提高实习效果、学科成绩与实习带教满意度。

参考文献:

- [1]李焱芳,牛媛媛,党李梅,等.思维导图结合持续质量改进在消化内科实习带教中的效果研究[J].中华医学教育探索杂志,2021,20(12): 1439-1443.
- [2]杨风华,钱春格,郭亚辉,等.PBL 联合 CBL 教学法在消化科实习护生带教中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(16): 2914-2916.
- [3]于辉,翟真真,马玉涛,等.五年制医学生急性胰腺炎实习教学中 PBL 教学法的应用[J].现代职业教育,2020(18): 116-117.
- [4]李静.消化科临床实习带教中 PBL 联合模拟教学的应用价值分析[J].中国卫生产业,2020,17(07): 121-122+127.

急性胰腺炎患者采用个体化健康教育对改善患者生活质量的影响

许雅倩

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 浙江杭州 310000

摘要：目的：观察个体化健康教育应用于急性胰腺炎（简称 AP）患者护理中的效果。方法：随机选择 90 例 AP 患者，观察组患者 45 例，行个体化健康教育，对照组患者 45 例，行常规护理，统计学对比两组患者的组间数据。结果：对比对照组患者得出，观察组患者的护理效果、肠鸣音恢复时间、排气排便时间、腹胀腹痛缓解时间、依从性、生活质量分值、健康知识评分、自我效能、不良情绪、疼痛均显著改善， $P < 0.05$ ，有统计学意义；对比两组患者护理干预前的健康知识评分、不良情绪、疼痛， $P > 0.05$ ，无统计学意义。结论：个体化健康教育应用于 AP 患者护理中，效果较为理想。

关键词：急性胰腺炎；个体化健康教育；生活质量

临床上常见消化系统病变，在急腹症中包括急性胰腺炎（简称 AP），患病后，患者发生急性上腹痛、发热、恶心呕吐以及血尿淀粉酶升高，发病急，发展较为迅速，伴随多种并发症，若未能及时以及有效治疗患者，病情恶化，多器官功能障碍综合征、全身炎症反应综合征等情况均容易发生，威胁患者生命健康。近几年来，国内外学者针对这一疾病患者的病情提出了个体化健康教育^[1]。大量临床研究得出，AP 患者接受健康教育的程度与健康教育方式之间存在明显的关联性。本组实验选择 90 例患者，分析个体化健康教育应用于 AP 患者护理中的效果。

1 资料和方法

1.1 资料

在我院 2020 年 3 月~2021 年 4 月（近一年）随机抽取 90 例 AP 患者，分组方式是随机号码表法，观察组患者 45 例，男女比例是 25:20，年龄 24~76（48.5±1.2）岁，发病 20~46（35.2±2.4）h，对照组患者 45 例，男女比例是 24:21，年龄 25~75（48.4±1.1）岁，发病 21~45（35.1±2.3）h。以上组间数据比较， $P > 0.05$ 。

纳入条件：符合诊断标准《中国急性胰腺炎诊治指南》；有程度不同的腹痛、发热以及恶心呕吐等；异常升高血尿淀粉酶；意识清晰。

排除条件：植物神经系统病变严重、肝肾功能严重病变、无法配合实验。

1.2 方法

对照组患者 45 例，行常规护理，开展常规健康教育，将疾病知识讲解给患者，提高患者对于健康知识的掌握度。

观察组患者 45 例，行个体化健康教育，具体包括：（1）为患者实施入院时评估。待患者进入医院之后，结合患者个体差异，给予患者实施针对性评估，涉及患者的文化水平、社会背景、心理情况、职业特点、临床表现等，记录信息，进一步了解患者情况，从患者身心需求方面，将患者的个体化教育方案科学制定，确保合理，稳定患者情况之后，给予患者实施健康宣教，由浅入深，将疾病基本特点说明，将患者治疗依从性提高。

（2）给予患者实施饮食干预。告知患者进食以及开展胃肠减压的重要性，因为患者不了解疾病，不能意识到饮食会导致此病发生，即便告知患者禁食，患者依然偷偷进食，因此护士应针对此种情况进行说明，告知患者治疗过程中的注意事项，对治疗以及护理进行积极配合。护士应指导患者摆放舒适体位，对痛苦进行缓解，在禁食期间，为患者提供肠外营养支持，稳定患者病情之后，患者可以少量喝水，然后转变为无脂流食、半流食以及普食，少吃高蛋白、高脂肪食物，不能吃刺激性食物。（3）针对患者的心理特点，做好相应干预工作。对于患者来说，由于对医院环境陌生，由于病痛影响，会产生紧张不安情绪，为了确保患者顺利开展治疗过程，应重视患者的心理干预，为患者宣教疾病相关知识，对患者的想法以及需求进行耐心倾听^[2]，针对性开导患者，将患者的不良情绪减轻，确保患者

健康教育效果理想。利用宣传册发放、口头讲解、护理示范等方式，开展多层次、多途径的健康宣教，帮助患者了解疾病相关知识以及不良情绪对治疗效果的影响，鼓励患者家属与患者一起学习相关健康知识，监督患者养成一个健康良好的生活习惯。（4）在健康宣教过程中，考虑到患者的社会背景、文化水准，将不同的宣教方式选择，确保患者明白医护人员的用心，对治疗以及护理过程进行主动积极配合，避免出现过度用药或者过度治疗等情况，促进患者临床治疗效果明显提升，提高患者的整体护理质量。针对患者的个体差异性，开展个体化健康教育^[3]，促进患者更加了解疾病相关知识以及护理要点，改善患者预后，提高患者对护理工作的满意度。

1.3 效果分析^[4]

患者经由治疗后，体征以及症状均完全消失，各项实验室检查以及 CT 检查提示结果正常则为治愈；完全消失体征以及症状，各项实验室检查指标恢复正常的占比在 75%以上，判定显效；好转症状以及体征，CT 提示病情好转，下降血淀粉酶，判定有效；其他情况，判定无效。总有效率=100.00%-无效率。

生活质量分值：使用健康状态调查问卷（SF-36）。

健康知识评分：使用健康知识测评表。

自我效能：使用自我效能评定量表。

不良情绪：使用焦虑抑郁自评量表。

疼痛：使用数字模拟评分法。

1.4 统计学分析

使用 SPSS25.0 软件， χ^2 检验计数资料，t 检验计量资料，以 %、 $[\bar{x} \pm s]$ 表示， $P < 0.05$ ，统计学有意义。

2 结果

观察组患者的护理效果、肠鸣音恢复时间、排气排便时间、腹胀腹痛缓解时间、依从性、生活质量分值、健康知识评分、自我效能、不良情绪、疼痛均显著改善，对比对照组患者得出， $P < 0.05$ ，有统计学意义；比较两组患者护理干预前的健康知识评分、不良情绪、疼痛， $P > 0.05$ ，无统计学意义。

表 1 对比两组患者的护理效果（n=45）

组别	治愈例数	显效例数	有效例数	无效例数	总有效率
观察组	20(44.44)	13(28.88)	10(22.22)	2(4.44)	95.55
对照组	11(24.44)	12(26.66)	12(26.66)	10(22.22)	77.77
χ^2					6.1538
P					<0.05

表 2 对比两组患者的肠鸣音恢复时间、排气排便时间、腹胀腹痛缓解时间（d）（n=45）

组别	肠鸣音恢复时间	排气排便时间	腹胀腹痛缓解时间
观察组	3.45±0.82	3.68±0.26	3.44±0.77
对照组	6.52±0.96	7.41±0.34	6.94±1.35
t	16.3117	58.4591	15.1071
P	<0.05	<0.05	<0.05

表4 对比两组患者干预前后的健康知识评分、不良情绪、疼痛(分)(n=45)

组别	健康知识评分		焦虑		抑郁		疼痛	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	56.6±5.1	81.5±6.2	45.55±3.22	20.12±1.47	46.44±3.06	20.32±2.22	6.62±0.42	2.02±0.33
对照组	57.2±4.7	70.8±5.4	45.62±3.12	26.66±1.52	46.57±3.11	26.15±2.14	6.54±0.37	3.42±0.22
t	0.5803	8.7300	0.1047	20.7476	0.1999	12.6832	0.9588	23.6794
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表5 对比两组患者的自我效能(分)(n=45)

组别	运动	饮食	药物使用	生活习惯	并发症预防
观察组	17.55±0.33	17.65±0.61	17.66±0.84	16.43±0.68	16.44±0.25
对照组	15.47±0.25	14.47±0.24	13.44±0.33	14.84±0.61	13.61±0.55
t	33.7027	32.5425	31.3670	11.6759	31.4229
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

对于AP患者来说,有较为严重的病情存在,预后效果较差,恢复期漫长,因此针对患者的自我管理提出了高要求。临床实践分析,对于AP患者来说,在护理过程中应用个性化健康教育,可以发挥积极作用,能够提高患者对生活方式以及疾病等方面的正确认知,将患者规避危险因素的积极性有效提升,促进患者自我护理能力提升,患者生活质量改善,患者预后效果理想。应用个体化的健康教育,符合患者护理需求,通过实施快速康复理念以及循证医学等现代化护理服务,结合患者病情,在掌握患者生活习惯的基础上^[5],为患者开展针对性运动以及饮食等辅助护理,有助于疏导患者不良情绪,指导患者正确用药,在护理过程中,为患者开展个性化护理干预措施,有助于患者良好控制病情,促进患者与护士之间的关系改善,有助于患者有序开展临床护理工作,将健康教育的积极作用充分发挥。

在患者的实际护理工作中,首先应做好患者入院方面的健康教育,为患者提供微笑服务,热情接待,告知患者相关规章制度以及环境等,减轻患者紧张情绪,了解患者社会背景、既往疾病史以及临床症状等信息,根据患者病情,将患者的个性化健康教育方案制定,促进患者的各项护理需求获得有效满足,在患者的治疗过程中,为患者开展心理健康教育,由于多数患者认知疾病知识不够全面,加上疾病带来的不舒适感觉,会导致患者不良情绪加重^[6],在不违背医院规章制度的基础上,护士应主动为患者提供人文关怀,掌握沟通技巧,对患者的困惑进行耐心倾听,利用暗示性以及鼓励性语言引导患者宣泄情绪。在患者疾病知识宣教过程中,对错误观念进行纠正,答疑解惑,为患者提供信息咨询服务,有问必答,回答问题时做到语言通俗易懂,将患者的自我护理能力有效提升^[7-9]。针对患者的用药进行健康宣教,首先应告知患者规律用药的必要性,避免漏服或者错服等情况影响患者护理效果,将服药备忘录以及手机软件提醒等使用,患

表3 对比两组患者的依从性、生活质量分值(n=45)

组别	依从性	情绪功能	躯体功能	社会功能	角色功能
观察组	43(95.55)	1.77±0.55	1.91±0.88	1.25±0.38	1.82±0.74
对照组	35(77.77)	1.33±0.41	1.38±0.51	0.84±0.22	1.18±0.45
t/ χ^2	6.1538	4.3026	3.4956	6.2638	4.9571
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

者家属也可负责监督,确保患者按时按量用药,告知患者容易出现的药物不良反应,促进患者现自我良好护理。在患者的生活宣教过程中,根据患者饮食习惯^[10],将个体化的饮食方案制定,对于急性发作期的患者来说,开展禁食操作,开展肠外营养支持,待患者稳定病情之后,少食多餐,定时定量,确保患者睡眠充足,为患者制定个体化运动计划,主要开展适当的有氧运动。

此次实验得出:观察组患者的护理效果、肠鸣音恢复时间、排气排便时间、腹胀腹痛缓解时间、依从性、生活质量分值、健康知识评分、自我效能、不良情绪、疼痛均显著改善,对比对照组患者得出, $P<0.05$;比较两组患者护理干预前的健康知识评分、不良情绪、疼痛, $P>0.05$ 。

总结以上得出,个体化健康教育应用于AP患者护理中的效果较为理想,患者可以明显改善依从性、生活质量分值、健康知识评分、自我效能、不良情绪、疼痛,有效缩短患者肠鸣音恢复时间、排气排便时间、腹胀腹痛缓解时间,值得临床推荐。

参考文献:

- [1]宋娜,李丹丹,高磊.基于个体化健康教育的延续性护理在急性胰腺炎患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(15):3.
- [2]杜海兰.个体化健康教育在急性胰腺炎患者中的应用效果[J].中国城乡企业卫生,2022,37(2):2.
- [3]许武英.个体化健康教育对急性胰腺炎患者的护理效果[J].现代养生,2022,22(13):3.
- [4]陈丽丽、王宣丽、刘芳.结构化心理干预配合个体化健康教育对急性胰腺炎患者健康行为的影响[J].临床与病理杂志,2020,40(10):6.
- [5]王海晔,赵利群,王玉平等.阶梯式临床路径健康教育在急性胰腺炎患者中的应用研究[J].西部中医药,2020,33(2):4.
- [6]郭玲玲.个体化健康教育在急性胰腺炎患者护理中的应用价值[J].黑龙江医学,2020,44(1):2.
- [7]陈冬平.急性胰腺炎护理干预中行个体化健康教育的临床效果分析[J].系统医学,2020,5(13):3.
- [8]杨桂凤.个体化健康教育在急性胰腺炎护理中的应用分析[J].医学食疗与健康,2020,18(13):2.
- [9]许璐.个体化健康教育在急性胰腺炎护理干预中的效果观察[J].医学食疗与健康,2021,19(20):2.
- [10]戴斌,李鑫.护理结局分类系统应用于急性胰腺炎患者健康教育效果的价值分析[J].医学临床研究,2021,38(2):3.

分析健康教育在肿瘤放化疗护理中的作用

刁海霞

安徽省芜湖市第二人民医院放疗二科 安徽芜湖 241000

摘要：肿瘤放化疗是通过化学药物杀死肿瘤细胞来控制肿瘤病情的一种肿瘤治疗手段。抑或是造成身体比例失调，有时候也会引起一些其他的症状发生等。这个时候的肿瘤放化疗患者急需给予治疗和帮助，一旦医院没有进行及时地查看并且给相对的医学处理，那么患者的病情可能会恶化，甚至是出现更加不堪设想的后果。因此，为了确保肿瘤放化疗患者的生命健康安全，医院的医生利用很多的科技设施给予患者一定的治疗，外加健康教育护理的服务来对患者进行帮扶保护，为了防止患者的健康受到病情的威胁，就需要医生的治疗加上健康教育护理的干预，对肿瘤放化疗患者的治愈效果非常显著，值得各个医院加以应用并且逐步地推广开来。

关键词：肿瘤放化疗；健康教育护理；应用效果；作用

一、肿瘤放化疗以及健康教育护理的简单介绍

1、肿瘤放化疗的简单陈述

肿瘤放化疗是通过化学药物杀死肿瘤细胞来控制肿瘤病情的一种肿瘤治疗手段。比如：头晕眼花、体质逐渐下降、体弱多病、软弱无力、疼痛加重、呕心呕吐、消瘦等。

2、健康教育护理的作用以及具体研究

为了确保肿瘤放化疗患者的生命健康安全，医院的医生利用很多的科技设施给予患者一定的治疗，外加健康教育护理的服务来对患者进行帮扶保护，以此来确保患者的生命健康能够得到保障。为了能够更好、更快地让肿瘤放化疗患者摆脱病痛的折磨以及心理阴影的加速，需要医护人员联手共进，一起来为患者谋取福音。针对肿瘤放化疗患者的严重程度情况、得病原因以及心理暗示，我们医院着手从几个方面的情况进行分析与研究，具体阐述为下面的几个方面。

二、一般资料和治疗方法

通过对医院的档案进行调查与研究，我们医院记录表中明确显示：我院从2020年到2021年期间一共收治了142例肿瘤放化疗患者，对这些放化疗患者，医院的医生运用先进的科学仪器和自己的专业肿瘤治疗技术对患者进行及时的治疗，在此基础上给予一定的放化疗诊治，再加上护理人员健康教育护理干预方式，对这些患者的疾病进行了紧急的处理和治疗。不仅如此，医护人员还对这些患者的相关资料信息全部进行了妥善地保存、留档、存根，所有的患者均给予了及时的医学观察和健康教育护理的后续服务，给患者的身心健康教育提供了很大的帮助、思想认识、紧张情绪、心情不适等情况给予及时的健康教育和心理疏导，缓解他们对疾病的恐惧，对化疗后的心理郁闷，后期的一系列问题和心理落差等。经过健康教育护理干预以后，根据研究数据显示的结论来看，整体治疗效果非常显著，患者有了有很大的改善，有的患者还得到了治愈，恢复到以前的健康状态，可喜可贺，值得各大医院对健康教育的护理模式进行推广与应用。针对肿瘤放化疗患者的严重程度情况、得病原因以及心理暗示，我们医院着手从几个方面进行分析与研究具体情况，具体可以阐述为下面几个方面：

1、肿瘤放化疗患者的情况分析与研究

根据我们医院记录数据可以了解到：从2020年至2021年我院一共接收了142例肿瘤放化疗患者，对于来院治疗的患者人员，我们医院的医护人员运用机器设备和设施对患者展开了细致、认真地检查与研究其患病的原因，给予高度的重视，对这些患者的住院资料均分门别类进行保存完整。数据调查报告显示：其中男性55例，女性87例，年龄从3岁——89岁，各个年龄段的患者都有，其中大部分患者以中老年人和女性为主。经过对这142例肿瘤放化疗患者进行常规性和系统性的医学专业查看病情，确诊为得了肿瘤，以此同时，在确定病情的情况下也基本明确了病发的原因和基本的患病轻重情况。这些住院的患者都和肿瘤放化疗患者的情况没有分

别，一般可以分为几个不同的类型：青少年肿瘤放化疗患者、青年人中的成年发发型肿瘤放化疗患者、孕妇肿瘤放化疗患者、女性肿瘤放化疗患者、老年人肿瘤放化疗患者等几种类型。

2、对肿瘤放化疗患者进行健康教育护理的途径

所有接受的肿瘤放化疗患者经过及时的治疗与处理之后，都会进行适合的健康教育护理，从而对放化疗患者进行二次或者是深层次保护，而其护理方法主要包含有：

①进行常规性的健康教育护理

常规性的医疗健康护理：护理人员仔细地观察并记录每一位放化疗患者的基本情况，观察他们的生命体征是否顽强，了解肿瘤放化疗患者的心率、血压、脑部仪器监测数据、体温高低、血常规、尿常规、身体情况、思维能力是否受影响、是否身体发软、行动能力是否正常、是否出现不良反应、是否出现并发症或者是一系列术后的病变情况等，让患者自行选择运动的剂量，在保证自己身体行动能力无恙的情况下，适当地进行轻松、简单便捷的运动类型，比如：饭后散步，去医院的走廊里走走，和其他患者或者是医护人员进行聊天、沟通，开阔自己的境界，加快血液循环，促进身体的体征快速恢复和趋于健康化。并且患者在运动的过程中，心情高兴，身体放松，缓解病情的加重，也能够锻炼身体，避免出现其他的一些不良病症，更加严重影响患者的生命健康安全。

②进行药品的安全健康护理

药品的安全健康护理：护理人员依照患者的实际情况并结合具体药物的性质及其适用的人群来选择恰当的药物，患者的用药必须严格执行医生和护士的标准，用药量小，达不到放化疗术后治疗的效果，用药量超标，不仅不会达到身体更快速度的恢复，还可能会导致患者的病情反复，严重的话，甚至出现昏迷的情况。因此，医护人员对患者的情况进行详细的了解，对患者的药品用量特别注意，在用药以前，都需要提前进行三次确定无误的情况下，再给患者进行药物的配置，对于口服的溶液或者是药片，应该在纸盒上标准清楚每次吃几粒，每天吃几次，饭前吃还是饭后吃，一定要认真对待，也就是尊重生命，尊重医学工作，绝不可以拿患者的生命开玩笑。医院的护理人员还应该注意观察患者，避免他们产生一些不良反应，及时供给药物等，健康教育护理人员需要快速地开启两条救治措施，在放化疗的紧要关头，需适当的加快药物的给予，防止血压、血糖、肿瘤切除部位的持续升高和病变，切记一定要合理约束。

③进行合理的饮食健康护理

在饮食方面一定要注意健康饮食：肿瘤放化疗患者在手术后，身体比较弱，长时间的手术消耗体力而没有添加食物，这时候的胃部承受能力比较低，不适宜吃一些硬的、不易于消化的食物，否则可能引发并发症的出现。这个时候就需要医护人员特别注意患者的饮食相关问题，特别是胃部肿瘤放化疗患者，不能觉得饿就进行暴饮暴食，随心所欲，想吃什么就吃什么，护理人员告诉肿瘤放化疗患者只能吃一些简单的饭菜，为不同原因

引起患病的患者列出不同的饮食清单,不能吃酸辣的东西,刺激胃部的反酸或者是倒流,引起更严重的胃病,那样就不利于身体的恢复,把放化疗做的努力工作都浪费掉,等于白做,甚至是更加严重。

反之,如果他们食用不合乎身体情况的食物,则可能造成更严重的后果。还要进行适时地监督,随时查看患者的进食情况,以免发生一些意外情况。护理人员还应该叮嘱患者尽量多喝白开水,有利于自己身体的健康恢复。

④进行及时的心理健康教育护理

时刻关注心理健康护理问题:持续性护理人员应多关心患者,在关怀的基础上向他们宣传肿瘤放化疗的急救措施,让他们了解自己的治疗进展以及需要注意的情况,引导患者随时保持积极向上的态度,乐观开朗,以及良好的生活和规律饮食,积极向上的治疗态度和心理素质的健康对病情的好转和彻底恢复有非常大的帮助,让人心情放松,心宽病自然好。心理健康教育帮扶:肿瘤放化疗患者对自己的形象转变可能一时难以接受,医护人员需要多多地给予高度的关注,对他们的身心健康关怀备至,及时地进行心理疏导和心理安慰,尽可能地安排一对一的专人负责放化疗后的服务工作,争取最多的时间陪伴在患者身边,减轻心理负担,减少心理阴影。让他们在第一时间了解和认知自己的肿瘤疾病在放化疗后的情况,了解每天的治疗进程和治疗的方式方法,给他们讲解生活中正能量的事件和有关抵抗肿瘤的成功事例,了解他们的日常生活所需,尽可能地满足他们的心理需求,让患者能够清晰地对待自己的疾病,预防一些心理承受能力有限,而发生一些不可预知的后果。

⑤对老年人放化疗患者和幼儿放化疗患者应该给予特殊的健康教育护理

老弱病残人群是社会的弱势群体,应该被社会各界予以高度的重视和照顾。我院坚定不移地跟着社会的脚步前行,对老弱病残患者给予积极的治疗并且安排专业人员,进行一对一的健康教育护理,加上他们的身体特殊,比较弱小,根据他们身体的具体情况实施具体的对应措施,尽可能把伤害降到最低程度,老年人大部分都是几种疾病缠身,这个情况下,要时刻关注他们的生命体征,不犯错误,导致身体承受二次打击和肿瘤的伤害。对于一些特别困难的老弱残幼患者,医院给予了特别的照顾,减免了他们的大部分甚至是全部治疗费用,还成立了专项扶贫基金会进行资金的筹集,解决他们的后顾之忧,从而让他们更好的接受治疗,为身体健康保驾护航。

3、健康教育护理对于肿瘤放化疗患者的实践应用

在我们医院医生和护理人员的共同努力治疗下,肿瘤放化疗患者都在短时间内得到治疗,遏制了病情的进一步恶化,基本没有出现一些伴随身体其他功能的病变、体虚、发热等情况,身体体征基本上趋于稳定状态。在放化疗以后,需要对患者的心理素质、身体素质、药物的使用、病情的控制程度等进行及时地沟通与追踪,第一时间掌握患者的各方面情况,为患者恢复健康提供最优质的保障。

4、健康教育护理人员应该平等对待每一位患者

健康教育护理人员需要用专业的素养来要求自己,不能把患者分成三六九等,人人都是平等的,在患者面前,更应该表现出良好的素质修养,医护人员应该以患者的一切为衡量标准,把患者的需求当作自己的工作己任,帮助患者打赢这场没有硝烟的战争,早日康复,实现无疾病梦。通过医患之间的密切配合,共同维护患者的生命健康成长,为患者提供良好的、有素养的、长期的、适宜的健康教育护理方法,保证患者的身心健康,尽可能地让每一位患者都能得到最好的照顾,争取让他们早日康复,过上正常人的生活,不再忍受疾病带来的痛苦和折磨。

三、取得了明显的效果

所有的患者均给予了及时的医学观察和健康教育护理的后续服务,安排了细致地一对一的护理服务,给患者的身心健康教育提供了很大的帮

助、思想认识、紧张情绪、心情不适等情况给予及时的健康教育和心理疏导,让患者有家的舒适、愉悦感觉,缓解他们对疾病的恐惧,对化疗后的心理郁闷,后期的一系列问题和心理落差等。经过健康教育护理干预以后,根据研究数据显示的结论来看,整体治疗效果非常显著,患者有了有很大的改善,有的患者还得到了治愈,恢复到以前的健康状态,可喜可贺。这种健康教育护理的帮扶模式取得了很大的效果,便于医院工作的顺利开展以及患者病情的控制,住院治疗的肿瘤患者的病情得到了很大的改善与恢复。根据研究数据来看,肿瘤放化疗患者在健康教育健康护理的护理帮助和医生的及时治愈下取得了非常好的恢复效果,患者的身体趋于健康化和恢复之中。整体效果非常显著,大部分患者有了很大的信心和自信,值得各大医院大力地推广与实践应用健康教育健康护理的服务。

四、在医护人员的共同努力下,对肿瘤放化疗患者取得的良好效果进行研究与分析

为了确保肿瘤放化疗患者的生命健康安全,医院的医生利用很多的科技设施给予患者一定的治疗,外加健康教育护理干预的服务来对患者进行帮扶保护,以此来保障患者的生命健康安全。在进行放化疗和健康教育护理以后,得出了数据比例结论:治愈人数达38人,轻症缓解人数99人,严重者只有4人,死亡人数是1人,治愈率和轻症状比率占据很大的比例,而重症率和死亡率占有很小的比例。这份数据结论充分的说明:健康教育护理在肿瘤放化疗患者的开展工作中具有非常大的作用,能够大大地提高患者在放化疗后的治愈情况,加大患者对疾病的抵抗意志,放松心情,积极配合医护人员的工作,帮助患者克服疾病后带来的一系列后续问题,更快、更好地促进患者的身体恢复,取得了非常显著的效果,应该被各大医院大力推行,应用这种健康教育护理模式,促进医学事业的飞速发展。

五、总而言之

从上面叙述的情况下,我们了解到:健康教育护理人员对肿瘤放化疗患者实施具体情况具体分析,对于不同的肿瘤放化疗患者采取不同的健康教育护理方法进行对症护理方法,促使患者的病情得到很好的控制,取得了不错的康复效果,因此,在肿瘤放化疗患者的救治过程中,利用健康教育护理来进行肿瘤放化疗患者的护理是非常有必要的。健康教育护理人员对患者的护理与健康心理安慰,使得患者对自己的治疗情况、病情的高低程度、简单的预防并发症发生的情况有所缓解,于是对自己的生活充满希望,不再那么自暴自弃、听从命运的安排,而是努力地与肿瘤疾病进行抗争,希望争取早日获得身体的健康自由,大大地降低患者二次感染和出现并发症的发生,死亡的概率更是少之又少。医生的治疗加上持续性护理的干预,对肿瘤放化疗患者的治愈效果非常显著,值得各个医院加以应用并且逐步地推广开来。

参考文献:

- [1]区妙兴;李巧云;临床护理路径的应用对肺癌首次化疗患者的效果观察[J];河南诊断与治疗杂志;2021年16期;14—15
- [2]于卫华;李志菊;影响住院患者健康教育的多种因素分析[J];实用护理杂志;2016年03期;52—53
- [3]杨娟丽;陈璐;杨书芳等;肿瘤晚期患者负性情绪对生活质量的影響[J];当代护士(综合版);2015年11期;13
- [4]岳利霞;李群;周忠霞;健康教育临床路径在肿瘤化疗患者中的应用效果观察[J];河南诊断与治疗杂志;2017年02期;1—3
- [5]高洋洋;江杰;癌症患者照顾负荷影响因素及干预措施的研究进展[J];实用护理杂志;2015年08期;32—33
- [6]元梅莲;吴建军;早期心理干预对晚期肿瘤患者心理及生活状态的影响[J];当代护士(综合版);2019年21期;51—53
- [7]严美珍;范小英;护理干预对癌痛患者治疗效果与治疗依从性的影响[J];河南诊断与治疗杂志;2017年03期;35—36

基于舒伯职业发展理论的医学生职业生涯规划研究

李冬菊 孙鹏程 赵嘉喆 吴丹迪 肖欢玲 钟兴泉^(通讯作者)

重庆三峡医药高等专科学校 重庆 404120

摘要:舒伯职业发展理论是著名职业生涯规划师舒伯提出的一种职业生涯规划模型,可用于企业的人力资源管理领域,亦可用于在校教育。本文主要以高等教学为背景,以医学生为针对人群,借用舒伯职业发展理论,结合国内学者在该领域提出的一些研究观点,进行基于舒伯职业发展理论的医学生职业生涯规划研究。文章从舒伯职业发展理论的概述入手,提出职业生涯规划教育应当注意的问题与具体教学策略,最后基于前人研究,总结舒伯职业发展理论应用于职业生涯规划教育面临的困境与问题、课程目标的设计、教育路径的设计,希望本文能够为医学生职业生涯规划教育提供理论指导。

关键词:舒伯职业发展理论;医学生;职业生涯规划

舒伯职业发展理论的先进之处,是将人的职业发展与个人职业阅历成长相结合,不排斥人年龄增长下看待职业的不同视角;强调在人的不同阶段,加强自我引导与规划,以更好地提高自身职业视野,提升岗位胜任力。舒伯职业发展理论将生涯发展阶段划分成成长、试探、建立、保持和衰退五个阶段,不同阶段对应不同年龄段下看待世界、看待未来职业的视角,因此舒伯职业发展理论适用于被管理者的不同时期。国内有学者主张将舒伯职业发展理论应用于小学素质教育阶段^[1],亦有部分学者将舒伯职业发展理论应用于高等教育甚至职场教育领域^[2]。本文以医学生为针对人群,以高等教育为背景,总结国内学者利用舒伯职业发展理论开展职业生涯规划教育的研究现状,请参阅下文。

1 舒伯职业发展理论概述

(1) 成长阶段:0~14岁,人逐渐发展出对自我的认知,有了表达自身需要的能力,同时通过外界环境的感知,尝试“修饰”自我认知。该阶段需要做的是健全地发展自我认知,了解工作意义,埋下对未来职业爱好的种子。为实现上述目标,要分三步进行培养:一是在4~10岁(幻想期),以需要为前提设计未来职业;二是在11~12岁(兴趣期),以爱好为前提完善未来职业;三是在13~14岁(能力期),以能力为基础健全职业梦想。

(2) 试探阶段:15~24岁,人通过在校教育以及一些社团或社会面的活动,进一步接触职业,并对自我认知、职业规划有了进一步探索,明确个人能力与职业前景,可能出现职业转换需要。该时期的发展任务是进一步细化自身的职业偏好,坚定职业方向,但也不要拒绝试错的机会。该时期同样分三步走:一是在15~17岁(试探期),结合自身能力、爱好、需要、机会等各个因素,暂时决定未来职业方向;二是在18~21岁(过度期),接受市场或专业训练,结合现实情况、自身条件等要素,将一般性的职业选择转为特定的职业选择,即进一步细化职业发展方向;三是在22~24岁(试验并尝试承诺期),尝试融入社会、融入职业,感受现有职业与自身认知的契合度,并分析其成为长期职业的可能性,若发现该职业不适合,可再经历上述环节明确职业发展方向。

(3) 建立阶段:25~44岁,人在该时期尝试找寻变迁机会,寻觅自身适合的岗位,并想尽力设法稳固职位、寻求继续上升机会。该时期主要经历两个阶段,一是25~30岁(试验且承诺稳定期),不断探寻合适岗位,直至找寻满意岗位或提高自身,适配岗位需要;二是31~44岁(建立期),工作逐渐稳定,寻求业绩提升,以期获取该职业方向的提升机会。

(4) 保持阶段:45~65岁,人在该时期继续尝试稳固职场地位,同时要面对其他人员的挑战,该时期的发展任务是维持现有岗位地位。

(5) 衰退阶段:65岁以上,或退休阶段,人在该时期需要退下一线生产工作,或彻底隐退,寻求生活中新的角色定位,以期获得生活层面的满足感^[3]。

2 舒伯职业发展理论在医学生职业生涯规划教育中的注意事项

(1) 要适当把握舒伯职业发展理论中的关键要素。舒伯职业发展理论面向高等医学院校的医学生,其成长阶段(0~14岁)的职业生涯规划

不再适用,而试探阶段(15~24岁)中试探期(15~17岁)也不再适用。理论上,从0~17岁,相应的职业生涯规划教育应交给对应的初级、中级教育接管。因此理论上,医学院校面向医学生的职业生涯规划,应当重点抓住试探阶段的过度期、试验并尝试承诺期,以及建立阶段、保持阶段、衰退阶段开展实践教育^[4]。

(2) 要努力转化舒伯职业发展理论中错过的人生阶段职业教育。国内职业教育的开展,主体仍旧为各高校,部分职业教育重任分摊至中专学校,这就导致多数学生在1~18岁这个特殊阶段,仅接受过素质教育,未结束系统的职业教育。因此职业生涯规划教育中提升职业认识、了解自身诉求、明确发展目标等各个阶段的职业生涯规划教育重任,高校不可完全忽视,而是要尽可能地帮助学生重拾职业生涯规划全程应承担的“任务”^[5]。

(3) 要建立专门的职业生涯规划教育课程。医学生是我国医学行业发展的重要支撑,加强面向医学生的职业生涯规划教育,有助于提高医学生医风医德,树立医学生职业生涯良好的价值观、人生观,有助于医学类院校思政教育工作的开展。

3 基于舒伯职业发展理论的医学生职业生涯规划教学策略

3.1 成长阶段

职业生涯规划教育课程教师应当在开课前,做好成长阶段的课时分布,弥补0~14岁小学阶段,医学生未接受职业生涯规划教育的遗憾。关于4~10岁幻想期的转换式教育,教师应当告知医学生,其所选专业未来需要面对的工作场景,以及需要承担的职业压力与重要意义;如临床医学专业,强调医者仁心的事迹,弘扬白求恩先生国际人道主义精神,讲述感人的医生事迹,加强课程思政教育的同时,帮助医学生明确职业认识,坚定学习信心与就业信念,丰富幻想期对未来职业的认知,并以此很好地过度至兴趣期,帮助医学生提升学习专业课的兴趣,发挥教学互助性。最后,向医学生播撒下依照兴趣与能力,选择终生研究方向的“种子”,待医学生走入临床后,选定一个方向,不断提高自身业务本领,以能力实现自身职业发展目标。

3.2 试探阶段

既然医学生已经选择医学专业,就代表着他们经过认真的思考与研判,渡过了试探期,暂时决定了未来职业方向。该时期教师需要做的,是坚定医学生的学医信念,加强思政教育的同时,不断协同专业课教师,做好专业训练,提升医学生能力,让医学生在校期间具备较理想的岗位胜任力。在此过程中,教师继续加强职业引导,帮助医学生分析医生职业的成长可能性,以及从业为医学生带来的经济上、精神上的收益,让医学生度过试验并尝试承诺期,了解现有专业发展为长期职业的可能性。

3.3 建立阶段

由于该阶段并未实际到来,因此属于“超前教育”。教师应当根据每位医学生对自身的认识、对未来工作的期望等因素,结合现实情况,帮助医学生规划好未来可行的一套职业成长路径,帮助医学生进一步明确未来发展方向,找到自身适合的岗位。如爱好心血管领域,可在踏上工作岗位后

驻扎相关科室,参加相关规培带教活动,加强在该领域的自主学习,甚至考验进修心血管领域系统知识,明确职业建立路径后,不断提升自己,想尽办法稳固职位、寻求继续上升机会。在 31~44 岁的建立期,教导医学生该阶段要平衡好临床工作与继续教育、科室管理、科研工作的平衡性,在绩效指标、职称要求等引领下,寻求职业上升机会。

3.4 保持阶段

该阶段同样属于“超前教育”。继续明确未来职业发展意义,做好本职工作的同时,发挥高年资医务人员的岗位价值。同时也要秉持一颗相对平和的心态,应对来自各方的职业挑战。为了稳定现有岗位与地位,适当的提升自我,也要为年轻人才腾出资源。

3.5 衰退阶段

该阶段同样属于“超前教育”。由于医务人员的特殊性,随着临床工作年限越久,积累的宝贵经验越丰富。教师告知医学生,医学领域较之其他行业的优势,在于即便退休,只要自身条件足够优秀,仍旧可以选择成为医学类院校相应领域的教学者,或是医院的返聘专家,继续发挥自身职业价值。该优势可与成长阶段、试探阶段相应教学内容形成联动,提升医学生学医、就业积极性与主观信念。

4 基于舒伯职业发展理论的受培者职业生涯规划展望

4.1 高等教育阶段职业发展困境与对策

郑彩莲等学者^[6]基于舒伯职业发展理论总结高等教育阶段职业发展困境,认为受教育者对自身职业发展目标不明确、高校在该领域的引导不足、受教育者无法自主排解来自社会面的一些职业认知压力,导致受教育者面临职业发展困境。郑彩莲等学者提出舒伯职业发展理论可很好地引导职业生涯规划课程的开展,认为善用该理论,能够帮助受教育者健全职业认识,清晰地了解自我概念,加强职业规划。这是成长阶段与试探阶段的职业生涯规划价值所在。另外,舒伯职业发展理论引导下,受教育者能够加强对岗位的归属感,这是由于在建立阶段,受教育者了解未来发展方向,明确职业上升路径,对职业产生更多的信心,找寻自身职业价值,因此产生对岗位的满意度,进而提高了岗位归属感。最后,郑彩莲等学者强调,基于舒伯职业发展理论,能够帮助受教育者职业生涯的“可持续发展”蓄势。这是由于在建立阶段、保持阶段甚至衰退阶段,均强调了人在岗位所创造价值的无穷性,且这些价值能够为人争取到更高的行业地位,获得物质与精神上的激励。而为了追求职业上升,人应当加强对自我的要求与约束,不断通过学习蓄势,寻求可持续发展可能。

4.2 舒伯职业发展理论下教学课程目标的设计

黄辉^[7]研究基于舒伯职业发展理论的翻转课堂,文中提出教学目标的设计,认为面向大学生的职业生涯规划教育课程,其教学目标应当是多元化的,其中主要涵盖知识层面、技能层面与态度层面的学习。知识层面要求大学生了解职业发展的阶段特点,对所选职业有一个清晰的认知,并要求大学生能够掌握现有的社会环境与职业环境,了解职业要求,在相应法律与行业标准的约束下,提高自身知识储备,应对生涯规划需要。技能层面要求大学生掌握自我探索、信息搜索和管理、生涯决策及求职等技能,学会为职业发展而进行自我管理、人际交往等能力。态度层面要求大学生树立职业生涯规划自主意识,端正职业观,在追求职业发展的道路上,不可一味寻求小我价值的实现,还要讲集体、讲奉献,注重大我价值的提升,将职业发展与推动行业进步、社会发展、国家富强的大目标结合起来,提升职业生涯规划宏观愿景。

黄辉认为,在实际的教学阶段,要善于结合工具,如教学前期,以各种音视频打开课堂学习局面,随后在问题与组织活动的机会上提升课题互动性。基于布鲁姆教育目标分类理论,一般将教育目标分为六大类,分别是记忆、理解、应用、分析、评价、创造;其中前三者是初级认知,后三者是高级认知。基于舒伯职业发展理论面向医学生的职业生涯规划课

程,也可根据布鲁姆教育目标分类理论设计初级学习目标与高级学习目标,最终让医学生具备基于舒伯职业发展理论,创造自身职业生涯规划的能力。

黄辉还提出一个观点,其认为职业深夜是一个循环,尤其对于医学生而言,未来随着医院的发展需要,总有部分医学生会面临换岗的要求,而每一次的换岗就意味着职业生涯需要经历一个循环。面对新的研究领域,医学生们未来需要经历前期的成长与探索阶段,帮助自身明确转岗意愿;随后在建立与维持期,不断在岗位寻求成长与稳定机会;最后在衰退期,做好下一次轮岗或退休后的职业规划准备。这一观念将舒伯职业发展理论放置于创造层进行二次应用,是较好的教学方向,值得各位职业生涯教学教师借鉴与吸收。

最后,每个人在职业生涯发展的过程中,都会面临种种转折,其中不同人生角色带来的转折是不可规避的,如子女、学生、工作者、夫妻、家长、父母等。做好这些人生角色对自身职业生涯规划影响的提前布局,或许能够确保医学生的职业生涯规划更加严谨、适用、可行。

4.3 基于舒伯职业发展理论的职业生涯规划教育路径

王莹^[8]认为,基于舒伯职业发展理论的职业生涯规划教育路径应当分三步落实,第一步是要坚定不移地面向全校开展专门的职业生涯规划课程,并在其中将知己、知彼、决策、行动教育贯彻落实。第二步是要以游戏化思维进行生涯发展的团体辅导,提升辅导的趣味性与学生的参与感。第三步是对有需要的学生进行一对一的个体咨询服务,展现进行化辅导;期间要注意把控生涯咨询的范围、咨询师的角色转变以及咨询技术。王莹更希望将职业生涯规划教育发展为项特殊的校内服务,而不仅局限于课程,只有这样才能更好地提高职业生涯规划教育的应用宽度与广度。

5 小结

面向医学生的职业生涯规划教育,结合舒伯职业发展理论,具备良好的职业规划引导性。了解舒伯职业发展理论内涵,同时就医学生人群进行适当调整,丰满教学内容,能够很好地指引医学生明确职业发展方向,坚定就职与学习信念。基于前人相关研究为引,思考实践教学策略,综而述之、综而思之、综而用之,能够帮助一线教师打通面向医学生职业生涯规划教育的“最后一公里”。

参考文献:

- [1] 于军华.生涯教育引导学生面向未来[J].教育,2020,16(9): 45-45.
 - [2] 陈颖仪.基于舒伯职业发展理论的IT企业女性员工职业生涯规划研究[J].企业改革与管理,2020,28(8): 66-67.
 - [3] 李青山.舒伯“自我概念”发展理论下的高校辅导员职业生涯规划阶段研究[J].科教导刊,2018,10(15): 88-89.
 - [4] 庞诗琪.舒伯生涯发展理论评析及其启示[J].科教文汇,2018,15(33): 33-34.
 - [5] 朱宇峰.基于生涯发展理论的高校学生干部职业能力培养研究[J].教书育人(高教论坛),2019,33(11): 36-38.
 - [6] 郑彩莲,葛玲玲.舒伯生涯发展理论视域下高校青年教师的培养路径研究[J].青年发展论坛,2021,31(6): 60-66.
 - [7] 黄辉.基于O-PIRTAS模型的“舒伯生涯发展理论”翻转课堂设计[J].沙洲职业工学院学报,2019,22(2): 37-41.
 - [8] 王莹.“三步走”开展生涯发展教育[J].辽宁经济,2020,39(4): 65-67.
- 作者简介:李冬菊(1993.11-),女,苗族,重庆市武隆区,助教,硕士研究生,研究方向:大学生心理健康。
- 通讯作者:钟兴泉(1985.4-),女,汉族,重庆市巫溪县,讲师,硕士研究生,研究方向:心理学。
- 【基金项目】重庆三峡医药高等专科学校人文及教育教学改革研究项目(项目编号:XJ2021000604)

舌癌扩大切除应用股前外侧皮瓣行舌缺损修复的手术护理配合

李冠升 吕汶泽^{通讯作者} 王慧娟 周培明

广东省人民医院（广东省医学科学院） 广州 510030

摘要：目的 探讨舌癌扩大切除术后同期应用股前外侧皮瓣行舌缺损修复的手术配合，提供护理经验。方法 对19例同期应用股前外侧皮瓣修复舌缺损实施术前、术中手术配合和护理。结果 19例皮瓣均成活。结论 术前备齐所需物品，护士应熟悉手术步骤及术中配合，严格执行无菌和无瘤原则是手术成功关键。

关键词：舌癌；股前外侧肌皮瓣；组织缺损；手术配合；护理

舌癌是口腔颌面部较高发的恶性肿瘤之一，其发病率占口腔癌的41.8%^[1]。手术是其主要治疗手段^[2]，但肿瘤切除后遗留较大的组织缺损，造成不同程度的功能障碍，导致术后语音、咀嚼功能障碍，严重影响术后生存质量，使患者的生活质量明显下降^[3]。目前，随着功能外科的发展，舌癌根治术后舌缺损的修复重建日益受到重视，各种游离组织瓣被应用于再造舌的外形和功能舌缺损修复，股前外侧皮瓣修复术的手术时间较短，主要是可以根据患者缺损组织的情况，针对性调整皮瓣的特性，同时血管蒂吻合后，皮瓣内能够充分的进行血供，供取软组织的范围也较大，从而将手术难度大大降低缩短了手术时间，同时股前外侧皮瓣修复创伤小，准确性高，取材方便，满足了各种组织修复的需求，只要吻合一组血管，即可保证皮瓣的供血，不需要破坏供区主干血管，从而减少了对供区肢体功能的影响^[4]，是舌再造良好的材料之一，股前外侧肌皮瓣已成为口腔颌面部软组织缺损修复的首选皮瓣，而且也是头颈缺损修复重建应用最多的游离组织瓣^[5]。现将我院于2021年1月—2022年6月收治的19例舌癌扩大切除术后同期应用股前外侧皮瓣行舌缺损修复的手术配合介绍如下。

1 临床资料

我院口腔颌面外科2021年1月—2022年6月应用股前外侧皮瓣行舌缺损修复19例，其中，男性10例、女性9例，年龄32-76岁，平均年龄53岁，19例舌癌患者手术过程进展顺利，术中未发生麻醉、手术、护理意外，术后皮瓣19例完全成活。

2 手术方法

采用经鼻腔插管全麻方式，病人取头（颈）后仰卧位、头偏向健侧，沙袋固定头部。两组手术人员同时进行，一组进行原发灶切除及颈淋巴结清扫手术，一组进行皮瓣制备。

2.1 原发灶处理 先行改良根治性颈淋巴清扫和原发灶扩大切除。在颈淋巴结清扫过程中注意保护受区血管，常用受区动脉以颌外动脉和甲状腺上动脉居多，静脉常用颈内静脉的分支血管如面总静脉、甲状腺上静脉、颈外静脉、颈前静脉。沿着颈部正中，将下唇及唇内侧黏膜、牙龈颊于正中切开，将皮瓣沿着骨膜分别向外侧分离，翻至双侧额前缘，弯制2条4孔钛板，使之与下颌骨表面相贴合，分别预打孔8个，使用电锯于下颌骨正中，将下颌骨锯开，扩大切除原发病灶，并取切缘术中冰冻病理检查，彻底止血后用1000 mL 灭菌注射用水冲洗术腔，待皮瓣植入。

2.2 皮瓣制备 在血管多普勒超声探测仪引导下，设计右侧股前外切

口，标记右下肢股前旋股外侧动脉、静脉走行，于右下肢标记线中点范围内股前取大小合适皮瓣，带股前旋股动脉、伴行静脉降支2支长约12cm。基本止血后，于皮瓣供区放置负压引流球，间断缝合。

2.3 血管吻合及舌修复 皮瓣定位后，在显微镜下将甲状腺上动脉和旋股动脉降支吻合，旋股动脉降支伴行静脉与面总静脉吻合，第二支静脉则选择与甲状腺上静脉吻合，检查吻合动静脉血运通畅，张力适可；皮瓣再次止血后，修复舌、口底缺损，形成再造舌；分别逐层缝合口内前份及颌骨内侧牙齦缺损；下颌骨截骨对位钛板、钛钉内固定；分别将颌下、颈部伤口缝合，于颈部放置负压引流管。

2.4 气管切开 头取正中位，于颈部正中2,3气管软骨环处切开皮肤，暴露2,3气管软骨环并于正中切开，置入气管套管，拔除鼻腔气管插管，气管套管连接万向接头，连接麻醉机，缝合固定气管套管，手术结束，患者送ICU留观。

3 护理措施

3.1 心理护理 舌是人体重要的器官之一，具有语言、咀嚼、吞咽、呼吸等功能，舌癌患者不仅要承受肿瘤带来的恐惧心理，还要担心舌体切除后带来的言语、吞咽等功能障碍。因此巡回护士应在术前1天查阅病历，全面了解患者情况以及心理需求，耐心细致地向患者介绍手术流程和手术配合注意事项，并列举舌癌术后成功修复病例使患者消除顾虑，以最佳心理状态接受手术^[6]。

3.2 用物准备 常规备颌骨根治器械、皮瓣切取器械、气管切开器械、颌骨内固定器械等，特殊用物及药物：电锯、显微器械、超声刀、双极电凝、各式血管缝线、各式可吸收带线针、冰格、皮肤划线笔、肝素钠、2%利多卡因等

3.3 手术间准备 选择高洁净度、宽阔的层流手术室至高净化状态，室内温度调节至25℃，湿度50%。

3.4 术中配合

3.4.1 巡回护士配合要点 （1）患者入室后，建立好一条可靠的静脉通道，注意不能在取皮瓣侧肢体进行动、静脉穿刺，与手术医生、麻醉医生进行三方核查，核实患者身份，检查手术部位是否与手术同意书相符，核对手术方式。（2）预防压力性损伤 因该手术时间较长，注意患者术中皮肤保护，主要受压部位有：额头、鼻翼、枕部、骶尾部、踝关节、足跟，措施：重点部位皮肤涂抹赛肤润，患者过床时，骶尾部置于海绵垫凹陷处，使用足跟垫保持足跟部悬空；督促麻醉医生在固定气管插管时顺应鼻腔方

向固定,避免牵扯鼻孔,并取合适大小凡士林油纱覆盖鼻翼处,避免管道与鼻翼皮肤直接接触,减轻管道对鼻翼的压迫;手术过程中,骨隆突处行间断地托起局部减压,避免压疮的发生。(3) 保护眼睛 由于该手术主要在头颈部进行,且使用电刀、锯等易损伤器械,麻醉后患者双眼予眼贴保护,避免角膜损伤。(4) 体位摆放 头(颈)后仰位,肩下置啫喱肩垫,按需抬高肩部,颈下置颈垫,使头后仰,充分暴露,以方便术中行颈淋巴清扫术,两侧分别用一沙袋固定头部,保护颈椎⁰。(5) 保证手术设备功能良好、用物齐全 正确摆放高频电刀、双极电凝脚踏开关、超声刀、电锯、显微镜等设备位置,以便供术者使用;根据手术的进程及时供应物品,保证手术顺畅。(6) 低体温的预防 铺设身下型加温毯,连接加温设备,麻醉诱导后留置测温尿管,根据患者体温,灵活调节,防止病人体温过低引起组织瓣的血管收缩和痉挛而继发血栓形成,影响组织瓣的成活⁰。(7) 输液输血管理 遵医嘱,控制补液速度及补液量,以防心衰、肺水肿,术中要特别注意输血反应,切勿使用凝血药物、收缩血管药物,否则易致血管痉挛、栓塞;准确填写护理记录单。(8) 在手术医生吻合血管前,配置肝素、利多卡因冲洗水,术中用来冲洗血管壁中及周围的凝血块,预防血管痉挛⁰。 具体方案:12500U 肝素加 2%利多卡因 10m L 加生理盐水 500m L。

3.4.2 器械护士配合要点 器械护士充分了解患者情况及手术方式,熟悉手术步骤,术前根据手术需要以及医生习惯充分准备好术中所需的各种器械及用物,铺置好两组手术人员同时进行手术所需用的手术器械台,并与巡回护士一起清点、核对器械台上所有物品,2 名器械护士分两组同时进行手术配合,其中 1 名负责做舌癌病灶切除和颈淋巴清扫,另 1 名配合取股前外侧皮瓣及修复供区创面,严格区分两组间无菌物品,分台使用。

(1) 皮瓣制备组 ①器械护士注意术中递湿盐水纱布供医生使用或间断以生理盐水喷洒创面及血管蒂,严防皮瓣及血管蒂干燥而发生血管痉挛。②每次使用双极电凝后及时擦净前部电极上结痂;③皮瓣离断后用湿盐水纱布小心覆盖,妥善交受区手术组备用。(2) 原发灶根治组 ①术中严格遵守无菌及无瘤原则⁰,保持无菌器械台器械干燥、无血迹。器械台上铺设隔离盘,用于放置接触过肿瘤的器械,未避免肿瘤细胞污染其他器械,放置在隔离盘内的器械不得再次使用。②根治手术结束后器械护士及手术医生全部更换无菌衣及手套。③标本的管理 因标本数目较多,手术台上使用“带编号冰格”进行标本暂时存放,遵循即刻核对、即刻记录原则⁰,与手术医生、巡回护士三方核对患者信息、标本名称、数量、送检方式无误后方可送检。④血管吻合前备好温肝素盐水,以便随时冲洗血管腔(12500U 肝素加 2%利多卡因 10ml 稀释于生理盐水 500ml 中)。⑤手术中使用器械多,显微器械精细贵重,血管吻合缝针小,因此需加强台上器械物品管理,做到心中有数,严防遗漏。

4 体会

舌癌扩大切除应用股前外侧皮瓣行舌缺损修复术具有术野广泛、部位多、手术时间长、手术器械多样化、吻合血管难度高等特点⁰,不仅要求手术室护士要熟悉所有的手术器械,了解手术医师的习惯,还要系统掌

握口腔颌面外科肿瘤根治术的操作流程以及游离皮瓣相关知识。术前巡回护士应对病人进行访视,做好病人的心理护理,告知其手术的相关事宜,减轻病人心理负担⁰,需做好患者、手术间、环境及器械物品的充分准备,坚守岗位,做好手术物品的供给和患者的安全管理,加强观察。由于术中器械种类及数量多、手术时间长,器械护士在术中应熟悉手术配合,并做好手术器械的管理,保持器械台的整齐干净,严格执行无菌及无瘤原则⁰。在显微镜下血管吻合时,应该积极主动的准备好血管缝针和缝线,摆放于术者习惯的位置;同时准备好肝素盐水,在血管吻合时注意配合医生血管冲洗,这样不仅可提高手术效率,同时也是对血管吻合成功的重要保障。术中配合娴熟,才能保障手术的顺利进行。

参考文献:

- [1]周海燕 田刚 金美英. 舌癌切除患者前臂游离皮瓣舌再造术的围手术期护理[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25 (3): 204.
 - [2]申宝红, 郭田, 张全英, 等. 个体化口腔护理对舌癌术后患者口腔清洁度及肌皮瓣成活率的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24 (04): 68-70.
 - [3]邓家晓. 前臂游离皮瓣在舌癌切除后舌再造中的应用[J]. 医学文选, 2002, 21 (6): 777-778.
 - [4]闫长山, 李文敏, 时毅. 不同皮瓣修复术对口腔颌面部肿瘤术后缺损的影响[J]. 实用癌症杂志, 2020, 35 (2): 300-303.
 - [5]Tuhar, Zamfirescu D, Gheorghita C, et al. Ablation of advanced tongue cancer and mobile tongue reconstruction by using a sensitive anterolateral thigh and vastus lateralis muscle free flap [J]. J Med Life, 2015, 8 (1): 64-67.
 - [6]景秀艳, 李红, 陈艳. 肢体肿瘤微波灭活后带血管腓骨移植手术配合[J]. 护理学杂志, 2003, 18 (9): 687-688.
 - [7]中华护理学会手术室护理专业委员会. 手术室护理实践指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021: 45, 111-112.
 - [8]张秀颜, 郑楚莲, 沈玉崇. 口腔癌根治同期斜方肌肌皮瓣修复术的手术配合[J]. 实用护理杂志. 2007, 23 (1, A): 39-40.
 - [9]Siemionow M, Arslan E. Ischemia / reperfusion injury: A review in relation to free tissue transfers [J]. Microsurgery, 2010, 24 (6): 468.
 - [10]赵蕊, 杨华, 顾玮瑾. 我国恶性肿瘤手术中无瘤操作技术的进展[J]. 中华护理杂志, 2007, 42 (8): 730-731.
 - [11]杨燕君, 赵钟茹, 赵凌梅, 徐芳, 袁华, 谢玲. 舌癌根治术后腓肠内侧动脉穿支皮瓣进行舌再造的手术配合[J]. 护士进修杂志, 2018, 33 (15): 1430-1433.
 - [12]黄绵绵. 综合护理干预对舌癌术后患者心理状况及生活质量的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2 (8): 127.
- 作者简介: 李冠升 (1990-), 男, 广州, 本科, 护师。

精细化护理对减少重症肺炎患者并发症及满意度的影响

陈旭爱

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 浙江杭州 310000

摘要：目的：探究重症肺炎患者经精细化护理干预后对其并发症与护理满意度影响。方法：100例重症肺炎患者就诊于2021年4月-2022年4月，随机分组，精细组行精细化护理，常规组行常规护理，对比两组重症肺炎患者相关指标、肺功能水平、并发症情况、自我效能感量表（GSES）评分、急性生理及慢性健康II（APACHE II）评分及护理满意度差异。结果：精细组机械通气时间、住院时间、白细胞计数（WBC）正常时间均短于常规组， $P<0.05$ ；精细组1S用力呼吸容积（FEV1）及1S率（FEV1/FVC）等指标优于常规组， $P<0.05$ ；精细组并发症风险较常规组低、护理满意度较常规组高， $P<0.05$ ；精细组APACHE II评分较常规组低、GSES评分较常规组低， $P<0.05$ 。结论：重症肺炎患者经精细化护理干预，可改善肺功能、提升自我效能，还可减少肺炎并发症，高效可行。

关键词：重症肺炎；精细化护理；并发症；满意度

重症肺炎可累及多器官，具有病情进展快、病情危重等特征，死亡风险较高。发生重症肺炎后，呼吸衰竭、多器官功能衰竭等病症较常见，因此诊治难度高，大部分患者预后不佳。近年来，我国医学模式不断改变，传统护理模式逐渐转为生物-心理-社会干预模式，且临床对护理方案重视度提升。本文以100例重症肺炎患者为样本，对照常规护理模式探讨精细化护理价值。

1 资料和方法

1.1 资料

100例2021年4月-2022年4月就诊重症肺炎患者为样本，随机分组，基线资料对比如表1。基础疾病如下：36例糖尿病、35例冠心病、18例高血压、6例慢阻肺、3例脑出血、2例其他。两组重症肺炎样本基线资料对比， $P>0.05$ 。

组别	n	性别		年龄（年）		呼吸频率（次/min）	
		男	女	区间	均值	区间	均值
精细组	50	28	22	47-83	63.71±3.25	35-40	37.18±2.94
常规组	50	29	21	48-84	63.68±3.36	36-41	37.20±2.97
X^2/t		0.0408		0.0454		0.0338	
P		>0.05		>0.05		>0.05	

1.2 入选排除标准

入选标准：（1）与《中国社区获得性肺炎诊治指南》中记载肺炎标准相符^[1]；（2）开展实验室检查、X线检查确诊；（3）知情同意；（4）无肺病史。

排除标准：（1）凝血功能障碍者；（2）其他器官衰竭者；（3）传染性病原体；（4）营养不良者；（5）机械通气禁忌证者。

1.3 方法

入选重症肺炎样本均给予药物治疗、机械通气治疗。

精细组行精细化护理：（1）创建精细化小组：由护士长担任组长，选取责任心强、护理经验丰富护士组成小组。护士长定期对精细化护理小组成员开展培训，培养护士护理技能与护理知识、提升护士责任心，并改善护士服务态度。结合实际护理任务、患者病情变化，制定针对性精细化护理方案，并在实际护理期间依据患者身体状态变化调节、优化护理方案^[2]。

（2）落实护理职责：结合护理计划划分责任区，同时组织护理人员集中培训，保障护理人员充分掌握自己负责区域患者资料，并要求护理人员监测、记录患者病情变化，以提升护理人员积极性。（3）环境护理：指导重症肺炎患者卧床休息，定期对病室通风、消毒，维持患者居住环境空气清新，以降低医源性感染风险。调控病室温度在18-28℃、调控病室湿度在60-65%间。此外，还需为重症肺炎患者提供保暖护理，规避患者着凉，同时注意为患者更换病号服、床单。护理人员为重症肺炎患者提供护理服务

时，需严格遵守无菌原则，管控探视人数、次数，保障患者能够充分休息。

（4）输液护理：重症肺炎患者输液期间，护理人员需注意调控输液速度，不可过快输液，以规避肺水肿。此外，还要关注患者身体指标、精神状态变化，若出现脉搏加快、面色苍白等病症，立即停止输液^[3]。（5）心理干预：发生重症肺炎后，受疾病与治疗影响，患者多伴心理问题，如存在严重抑郁、焦虑、恐惧等负性情绪，因此护理人员需重视患者心理疏导。重症肺炎治疗前，利用通俗语言普及肺炎相关知识，加深患者对自身病情了解；加强与患者沟通，提升患者信任度，注意沟通期间要耐心解答患者内心疑虑，并采取鼓励性语言提升患者信息；引导患者诉说内心疑虑，并与患者一同分析负性情绪因素，充分了解患者需求后，辅助患者解决相关问题^[4]。最后对患者开展应激反应、咨询、群体支持等训练。（6）呼吸道干预：重症肺炎患者可能出现神志不清症状，此时可辅助其半卧位，并轻拍患者背部，以促进肺扩张，使患者咳出痰液。若痰液黏稠无法咳出，可采取雾化吸入氨溴素方案稀释痰液，以维持呼吸通畅；若患者昏迷，可利用吸痰机吸痰，注意吸痰时间控制在15s内，规避长时间吸痰损伤患者呼吸道黏膜，为患者吸痰时，注意观察痰量、痰色及痰液性质^[5]。（7）氧疗干预：发生重症肺炎后，患者低氧风险较高，此时护理人员可结合血氧饱和度监测结果给予氧疗，可选择鼻导管给氧或面罩给氧，注意控制氧流量在5L/min。若重症肺炎患者出现二氧化碳潴留，需持续低流量给氧，控制氧浓度30-35%^[6]。实际氧疗护理时，注意监测患者呼吸频率、意识状态。（8）饮食干预：为患者准确高蛋白、高维生素的清淡饮食，可准备鱼汤、面条等食物。叮嘱患者少食多餐，若患者无法自主进食或神志不清，需给予营养支持治疗，补充营养消耗，增强机体抵抗力。（9）出院指导：对患者开展宣教，叮嘱患者按时服药、作息规律、定期锻炼、做好保暖，同时叮嘱家属科学为患者准备饮食，若发现患者出现身体不适，尽早回院复查^[7]。

常规组行常规护理：定期清洁口腔，定期吸痰、化痰，同时调节室内温度、湿度，做好病室消毒。

1.4 观察指标

- （1）临床指标对比：机械通气时间、住院时间与WBC正常时间等。
- （2）肺功能指标对比：FEV1、FEV1/FVC等。
- （3）APACHE II评分与GSES评分对比：APACHE II评分0-71分，病情轻微则分数低；GSES评分10-40分，自我效能感低则分数低。
- （4）并发症对比：肺水肿、肺部感染、支气管扩张、休克等。
- （5）护理满意度对比：本院自制量表评估满意度。

1.5 统计学研究

重症肺炎指标由SPSS 21.0处理，运用 χ^2 记录计数、计量资料，运用 X^2 、t检验重症肺炎指标差异。有对比差异， $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 相关临床指标对比

精细组机械通气时间、住院时间与 WBC 正常时间较常规组短, $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2 相关临床指标分析表 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	机械通气时间	住院时间	WBC 正常时间
精细组 (n=50)	7.27±1.33	23.71±3.24	6.71±1.02
常规组 (n=50)	10.41±1.69	32.11±4.62	9.37±1.87
t	10.3243	10.5260	8.8301
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 肺功能指标对比

精细化护理干预下,精细组 FEV1、FEV1/FVC 等较常规组高, $P < 0.05$; 干预前两组 FEV1、FEV1/FVC 等指标对比, $P > 0.05$ 。如表 3。

表 3 肺功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	FEV1 (L)		FEV1/FVC	
	护理前	护理后	护理前	护理后
精细组 (n=50)	1.41±0.24	2.91±0.29	43.96±2.19	78.43±4.51
常规组 (n=50)	1.39±0.23	1.93±0.28	43.92±2.18	64.29±3.75
t	0.4254	17.1903	0.0915	17.0466
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 并发症对比

精细组并发症风险较常规组低, $P < 0.05$ 。如表 4。

表 4 并发症差异分析表 (n,%)

组别	肺水肿	肺部感染	支气管扩张	感染性休克	发生率
精细组 (n=50)	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	4.00
常规组 (n=50)	2 (4.00)	3 (6.00)	3 (6.00)	1 (2.00)	18.00
t	-	-	-	-	5.0051
P	-	-	-	-	<0.05

2.4 APACHE II 评分与 GSES 评分对比

精细化护理干预下,精细组 APACHE II 评分较常规组低、GSES 评分较常规组低, $P < 0.05$; 干预前两组 APACHE II 评分与 GSES 评分等指标对比, $P > 0.05$ 。如表 5。

表 5 APACHE II 评分与 GSES 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	APACHE II 评分		GSES 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
精细组 (n=50)	44.71±2.95	31.28±1.52	4.08±0.96	7.89±1.42
常规组 (n=50)	44.69±2.94	36.58±1.71	4.11±0.95	6.48±1.18
t	0.0340	16.3804	0.1571	5.4001
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 护理满意度对比

精细组护理满意度较常规组高, $P < 0.05$ 。如表 6。

表 6 护理满意度差异分析表 (n,%)

组别	满意	基本满意	不满意	满意率
精细组	41 (82.00)	8 (16.00)	1 (2.00)	49 (98.00)

(n=50)

常规组 32 (64.00) 12 (24.00) 6 (12.00) 44 (88.00)

(n=50)

t - - - 3.8402

P - - - <0.05

3 讨论

肺炎影响因素众多,与感染、缺氧等关系密切。随着我国人口老龄化问题加剧,加上中老年群体乱用抗生素生成的耐药细菌、耐药病毒增加,致我国肺炎发病率提升,重症肺炎患者逐年增加。重症肺炎典型症状为呼吸衰竭、全身炎症病变,病情严重者出现昏迷、休克^[8]。目前临床尚未明确重症肺炎特异性治疗方案,因此大部分重症患者预后较差。此外,发生重症肺炎后,会加剧患者家庭经济压力,此时患者极易出现恐惧、焦虑、抑郁等负性情绪,不利于后续治疗。临床常规护理方案内容单一,护士机械化完成护理操作,整体护理效果不佳。近年来,精细化护理方案逐渐用于重症肺炎等疾病护理中,能够规避护理漏洞,有利于增强护理质量。精细化护理核心内容为落实护理管理职责,使临床护理责任更为具体化、明确化,进而规范护士操作,使其在护理工作中更为细心^[9]。

结合研究分析,精细组临床指标、肺功能水平、并发症情况、GSES 评分、APACHE II、护理满意度等指标均优于常规组。提示精细化护理用于重症肺炎护理中具有重要价值。分析精细化护理优势如下:(1)精细化护理模式可增强护理人员综合业务水平,有利于明确护理职责、提升护士责任心,进而为重症肺炎患者提供优质服务;(2)精细化护理模式基于“以人为本”理念,既可提升患者生理舒适度,还可辅助患者舒缓不良情绪,有利于增强患者对抗肺炎信心;(3)精细化护理模式具有前瞻性,可提前预防肺炎相关并发症,有利于患者预后^[10]。

综上所述,对重症肺炎患者行精细化护理,可降低肺炎并发症风险,患者满意度较高,可在临床推广。

参考文献:

- [1] 区晓芬,区晓珊,冯焕珍,吴庆妮,利素文.对重症肺炎合并糖尿病患者开展精细化护理对其血糖水平与生活质量的改善作用[J].糖尿病新世界,2022,25 (07): 148-151.
- [2] 丁云艳,刘晓风.集束化综合护理对老年重症肺炎患者不良情绪、肺功能和生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2022,41 (05): 904-907.
- [3] 成麒麟.精细化护理在新生儿重症肺炎合并呼吸衰竭护理中的应用效果[J].临床医药文献电子杂志,2020,7 (25): 64+85.
- [4] 陈聪,李梦,王京.精细化护理干预对重症肺炎合并糖尿病患者机械通气时间及患者家属护理工作满意度的影响[J].首都食品与医药,2020,27 (04): 178.
- [5] 李梦,王京,陈聪.精细化护理干预在重症肺炎患者中的应用观察[J].首都食品与医药,2019,26 (21): 181.
- [6] 王娜.探讨优质护理干预模式对老年重症肺炎患者疾病控制、并发症及护理满意度影响[J].医学理论与实践,2019,32 (16): 2640-2641.
- [7] 孟齐.专科护士指导的全程精细化护理干预在 ICU 老年重症肺炎患者中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26 (23): 237-239+243.
- [8] 韩雯思.精细化护理对重症肺炎并呼吸衰竭治疗临床效果及肺部功能分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19 (66): 374.
- [9] 吴汝君.精细化护理在 PICU 重症肺炎合并呼吸衰竭患儿护理中的应用效果[J].临床合理用药杂志,2019,12 (05): 156-157.
- [10] 王慧芳.精细化护理对重症肺炎患者 APACHE II 评分及护理满意度的影响[J].中国地方病防治杂志,2018,33 (06): 703.

认知行为护理对肾内科血液透析患者生活质量影响的疗效观察

侯月

北京中医医院顺义医院 101300

摘要：目的：研究肾内科患者行血液透析期间，实施认知行为护理后所产生的作用及成效。方法：研究在院内肾内科患者中选取并执行，且均行血液透析，具体时间为 2020 年 3 月-2022 年 3 月，研究人员的总数量为 100 例，后续比中对中依据随机数字表法，将所有研究人员划分为人数均等的两组，依次实施常规护理与认知行为护理，以对照组和研究组作为本次研究中的组别名称，将各组患者在护理期间的整体生活质量、负面情绪变化进行评估，记录护理满意程度。结果：经过相关护理后，研究组在护理期间疾病对各项生活指标的影响效果及生活中对他人的依赖性，均低于对照组，组间存在一定差异（ $P<0.05$ ）；研究组护理过程中与医护人员的磨合时间及情绪波动程度，均低于对照组，组间存在一定差异（ $P<0.05$ ）；结果得出，研究组对其使用的护理方式，在护理过程中表现出明显满意的总人数，高于对照组，组间存在一定差异（ $P<0.05$ ）。结论：认知行为护理在实际应用中对整体生活质量提升及负面情绪改善具有良好作用，有效引导患者积极配合治疗与护理，可以在临床中大范围应用。

关键词：认知行为护理；肾内科血液透析；疗效观察

血液透析是当前针对肾功能衰竭的临床首选治疗方式，能够将血液移至体外，在透析器中经透析液互相作用后，完成常规物质交换，从而均衡机体内的相关指标水平，有效净化血液中的有害物质，通过回输后来改善患者肾部功能^[1]。肾功能衰竭的引发条件在现代医学中被认为是外伤导致的血液供输异常以及长时间肾脏病变，我国近些年肾衰患者数量仍有明显上升趋势^[2]。基于对患者健康的考虑，医学中对于此类疾病的研究仍在不断深入中，并发现血液透析可以满足肾衰患者的治疗需求，但整体治疗周期较长，而且过程较为复杂，很多患者反映在治疗期间出现了诸多不良症状，高昂的医疗费用在很大程度上增加了患者的就医压力^[3]。血液透析产生的负面情况已经得到了医学中的广泛重视，并将未来研究方向放在护理干预中。认知行为护理总结了现阶段患者的治疗现状，在原有护理内容基础上作出了延伸与完善，注重对于患者生活质量与主观情绪的护理，能够从不同方面予以患者针对性的护理措施，从根本上解决了患者的就医难题^[4]。本文主要研究肾内科患者行血液透析期间，实施认知行为护理后所产生的作用及成效，现内容如下。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

基本研究内容已上报院方，且获准执行。于 2020 年 3 月-2022 年 3 月之间，在医院肾内科中挑选出 100 例与研究方向相符且行血液透析的患者，后续比中对中依据随机数字表法，将所有研究人员按照 1:1 的比例平均分组，每组能够分到 50 例患者。所有患者的相关基础信息均归纳于表一中，通过比对后发现，并无明显差异（ $P>0.05$ ）。入选标准：①对于患者临床症状的观察结果与肾功能衰竭在常规诊断相符。②患者的单室尿素清除数值不低于 1.2。③单周血液透析治疗次数稳定在 2-3 次。排除标准：①患者血液透析中出现了严重不良症状。②患者自身心肺功能存在明显障碍。③患者自身患有传染病。

表一 两组患者相关基础信息

组别	研究组	对照组	t/ χ^2 值	p 值
人数（例）	50	50	-	>0.05
年龄（岁）	19-70	20-70	-	-
平均年龄（岁）	44.52±8.07	45.15±8.01	0.391	0.696
性别（例/%）	男性患者 23 (46.00)、 女性患者 27 (54.00)	男性患者 22(44.00)、 女性患者 28 (56.00)	0.040	0.840

文化程度 (例)	高中以下 14 (28.00)、 高中及大学 25 (50.00)、 大学以上 11 (22.00)	高中以下 15(30.00)、 高中及大 学 26 (52.00)、 大学以上 9 (18.00)	0.254	0.880
-------------	---	---	-------	-------

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组沿用常规护理，内容为：①入院护理。医护人员告知患者在院生活期间按照健康的作息进行吊证，并简述疾病的起源、具体治疗及血液透析重要性，在日常饮食中予以专业指导。②血液透析护理。医护人员严格按照流程进行巡视，穿刺中观察患者是否出现不良症状，对相关指标予以实时监测，确保治疗安全。③心理护理。医护人员在护理阶段仔细观察患者主观情绪变化，并提供平等交流的平台，引导患者讲述内心真实想法，可以有助于后续针对性的心理疏通。

1.2.2 研究组

研究组加入认知行为护理，内容为：①疾病认知干预。医护人员通过沟通来对患者的疾病认知度作出基础评估，并根据评估结果对认知中的盲区与误区进行讲解。告知患者治疗方向与基本内容，树立良好的治疗信心。②自我护理认知干预。医护人员利用院内制作的健康宣传手册来提高患者对自我护理的认知度，让患者掌握基础自我护理方式，并树立良好的健康行为意识。③日常认知干预。医护人员结合患者实际病况来制定营养分配表，告知患者进食间隔保持在 1-2h，秉持少食多餐原则，在进食中提高对优质蛋白的摄取量，严格把控体内水分与钠含量。同时医护人员记录患者单日液体的排入量，单日饮水量需要超过之前排尿量 500ml，并合理把控磷元素摄入量。④家庭支持认知干预。引导家属积极参与院内组织的疾病科普交流会，明确家属在治疗中的重要性，告知家属增加陪伴患者的时间，能够显著提升患者自身的治疗信心。

1.3 判定指标

①将各组患者在护理期间的整体生活质量进行评估，评估主要从生理方面、社会方面、心理方面以及健康方面展开，单项指标的评估区间为 0-100 分，健康标准值为 60 分，患者所得分值若处于 60-100 分之间，则可说明该项指标恢复良好。②将各组患者在护理期间的负面情绪变化进行评估，评估主要从焦虑和抑郁方面展开，单项指标的评估区间为 0-100 分，健康标准值为 50 分，患者所得分值若处于 0-50 分之间，则可说明该项情绪的的稳定程度较高。③记录各组患者的护理满意程度，记录标准：未出现

其他症状,治疗顺利且依从性高,则为非常满意;出现的症状得到一定缓解,治疗较顺利且依从性较高,则为满意;仍存在诸多症状,治疗较困难且依从性差,则为不满意。

1.4 统计学分析

SPSS20.0 作为本试验各指标中主要的检验工具,若需要比对计数资料,可用卡方来表示(%),若需要比对计量资料,可用 t 值来表示($\bar{x} \pm s$),若组间存在明显差异,则用 $P < 0.05$ 表示。

2. 结果

2.1 分析整体生活质量

研究组在护理期间疾病对各项生活指标的影响效果及生活中对他人的依赖性,均低于对照组,组间存在一定差异($P < 0.05$)。

表二 分析整体生活质量($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	生理方面	社会方面	心理方面	健康方面
护理前				
研究组 (n=50)	55.60±4.22	56.15±3.20	59.40±3.61	54.04±3.80
对照组 (n=50)	54.03±4.05	57.42±3.71	59.10±3.25	53.05±3.48
t 值	1.898	1.832	0.436	1.358
p 值	0.060	0.069	0.663	0.177
护理后				
研究组 (n=50)	91.28±1.54	91.22±1.57	92.63±1.27	92.62±1.55
对照组 (n=50)	84.31±1.64	84.35±1.56	86.61±1.36	86.47±1.53
t 值	21.907	21.948	22.876	19.967
p 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 分析负面情绪变化

研究组护理过程中与医护人员的磨合时间及情绪波动程度,均低于对照组,组间存在一定差异($P < 0.05$)。

表三 分析负面情绪变化[例/%]

组别	焦虑		抑郁	
	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组 (n=50)	62.11±2.33	31.55±2.22	62.31±2.36	32.47±1.78
对照组 (n=50)	62.05±2.31	39.44±2.01	62.25±2.28	39.19±1.98
t 值	0.129	18.629	0.129	17.847
p 值	0.897	<0.001	0.897	<0.001

2.3 分析满意程度

结果得出,研究组对其使用的护理方式,在护理过程中表现出明显满意的总人数,高于对照组,组间存在一定差异($P < 0.05$)。

表四 分析满意程度[例/%]

组别	不满意	满意	非常满意	总满意度
研究组 (n=50)	0 (0.00)	18 (36.00)	32 (64.00)	50 (100.00)
对照组 (n=50)	5 (10.00)	19 (38.00)	26 (52.00)	45 (90.00)
X ² 值	-	-	-	5.263
p 值	-	-	-	0.021

3. 讨论

血液透析在当前普遍应用在肾功能衰竭患者的临床治疗中,可以通过物质交换的方式,将移动到体外的血液经透析器中透析液作用后予以净化,均衡血液中的相关指标水平,还可以排出过量水分,血液回送后可以改善患者的病症表现^[5]。肾功能衰竭是肾脏疾病转移至后期后产生的常见症状,医学中结合疾病的具体发展速度,以急性和慢性作为类型区分,在现代医学中已经被列入对患者生活质量造成严重影响的肾内科疾病名单中^[6]。我国近些年居民生活方式与饮食结构发生变化,加上人们对于相关疾病认知度较低,使肾功能衰竭逐渐成为了肾内科中的常见疾病,相关医学报告中显示,国内每年出现肾功能衰竭的患者数量始终处于居高不下状态^[7]。

为了向广大肾功能衰竭患者提供更加全面的医疗保障,医学中加快速度对此类疾病的研究进展。血液透析在肾衰患者临床治疗中的采纳率较高,作为当前广泛应用的治疗方式,其弊端也在长期使用中逐渐显示出来^[8]。血液透析的治疗周期较长,很多患者在过程中受到不良症状影响,对于治疗的信心逐渐降低,无法与医护人员形成较好配合,因此,医学中已经将关注度转移到护理措施的整改中^[9]。认知行为护理是结合以往护理不足而制定的新型护理措施,通过早期的认知与行为干预可以有效避免过程中患者产生的应激反应,护理更加注重患者主观情绪变化,应用健康教育及自主护理流程告知来提高患者对疾病的认知度,从而稳定患者情绪来达到互相配合的目的,规范了患者的饮食习惯,确保患者的健康状况支持后续治疗,并明确了家属在治疗中的重要性,从而增加鼓励与陪伴患者的时间^[10]。研究中可以看出,经过相关护理后,研究组在护理期间疾病对各项生活指标的影响效果及生活中对他人的依赖性,均低于对照组,组间存在一定差异($P < 0.05$);研究组护理过程中与医护人员的磨合时间及情绪波动程度,均低于对照组,组间存在一定差异($P < 0.05$);结果得出,研究组对其使用的护理方式,在护理过程中表现出明显满意的总人数,高于对照组,组间存在一定差异($P < 0.05$),说明认知行为护理已经在实际应用中取得显著成效。

综上所述,认知行为护理在使用中对于患者生活质量与治疗信心的提升具有显著作用,能够引导患者积极配合治疗,可以被广泛推广。

参考文献:

- [1]熊依芳.终末肾脏病儿童应用血液透析技术治疗及相关护理经验总结[J].贵州医药,2022,46(4): 670-672.
- [2]陶玲玲,樊梅荣,魏建梅.疼痛护理干预对血液透析伴肾性骨病病人生活质量的影响[J].中国疼痛医学杂志,2022,28(4): 311-313,316.
- [3]李迎芝,王静静,陈琦.基于微信平台的延伸护理对糖尿病肾病血液透析患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(1): 77-80.
- [4]张俊玲,龙沙沙,雷娅婷等.某三级甲等医院门诊血液透析病人对肾性骨病的认知及护理需求[J].循证护理,2022,8(9): 1249-1252.
- [5]付华,景艳.血管通路护理小组模式对维持性血液透析患者心理状态和生活质量的影响观察[J].贵州医药,2022,46(4): 659-660.
- [6]兰小红,韩品香.糖尿病肾病患者维持性血液透析中个性化饮食护理干预对营养状况的影响[J].中国乡村医药,2020,27(10): 71-72.
- [7]邱国,徐柳清,何春雷等.维持性血液透析患者社会支持与心理韧性的关系:家庭弹性的中介作用[J].温州医科大学学报,2022,52(2): 92-97.
- [8]赖秋玲,余娟.优化分层式护理对血液透析患者心理状态、生活质量及并发症的影响[J].透析与人工器官,2022,33(1): 69-72,92.
- [9]程彦伶,周秀花,乔建红.网络平台的延续护理在维持性血液透析青年患者自我管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(1): 32-35.
- [10]李佩佩.改良式冲洗法与不停泵回血法对血液透析管路冲洗效果及患者体外循环凝血程度的影响[J].透析与人工器官,2022,33(1): 73-75.

浅谈在医院感染控制中微生物检验的应用

葛群英 黄涛

石嘴山市中医医院 宁夏石嘴山 753000

摘要：目的：探讨微生物检验在医院感染控制中的应用分析。方法：选择我院 2020 年 9 月-2021 年 9 月份住院的 160 名感染病人对其进行研究。采用随机分组法，将其分成 A 组 80 例，B 组 80 例。A 组感染病人根据临床经验，配制治疗药物，B 组感染病人进行微生物检验后，根据化验结果配制治疗药物。比较两组的感染严重程度、感染控制及满意度情况。结果：A 组中重度感染的占比 18.75% 高于 B 组重度感占比 10%，A 组中轻度感染的占比 50% 明显低于 B 组中轻度感染的占比 70%，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。A 组感染的总控制率为 70% 明显低于 B 组的 85%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。A 组患者的满意率为 81.25% 明显低于 B 组的 92.5%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：开展微生物检验，根据结果制定相应的处理措施，可有效地控制医院感染，提高病人的满意度。

关键词：微生物检验；医院感染；病人；治疗；处理措施

随着现代医疗技术的飞速发展，新的治疗手段和方法越来越多地被运用于医院和医学各个领域，为人们的生命和健康提供了良好的保证。但在治疗中，因缺乏临床经验和使用不当等原因，往往会造成医院内感染性疾病发生，并有逐年上升的趋势。医院内感染，也就是医院获得性感染，简单的说就是院内感染。其发生的条件是传染源、传播途径、易感人群三样同时存，少一样就不会有被感染的风险。在一旦发生感染，往往会加重病人的病情，给病人带来经济损失和痛苦，给医院带来较大的工作负担。所以，当前的医院感染控制工作应以早发现、早报告、早控制为重点。微生物检测是当前医院感染管理的主要手段之一。此项技术的应用，既能有效地控制或减少易感人群的感染率，又能为临床提供有针对性的抗感染治疗提供依据。

随着社会经济的飞速发展，医学水平不断提高，化疗、介入治疗等手段的日益普及，为临床上的治疗提供了一种有效的治疗手段。医院感染可在原发病的基础上引发其它疾病，对病人的生命安全造成极大的危害。医院感染患者在住院治疗期间受到的感染，属于隐性感染，一般是在患者出院后出现的。给患者、家属、社会大众等带来了巨大的危险。虽然目前已有多种抗感染药物，但医院感染仍是一个令人头痛的问题。但是，随着微生物的不断增多，医院的感染率也越来越高，从而对保证医院的医疗服务质量有很大的影响。因此，必须加强对医院感染的监测和控制，以防止其进一步传播；从而保证病人的身体和生命的安全。本研究采用微生物的检测方法，从在我院 2020 年 9 月-2021 年 9 月感染病人，采用微生物检测分析法，从病原菌分离和鉴别角度，采用有针对性的药物治疗。研究表明，实施微生物检查后，根据检测结果配制出相应的抗菌药物，能有效地防止和控制医院感染。本文就微生物检测在医院感染管理中的应用与成效进行了分析，对实施和效果进行总结，并就其具体内容作了以下介绍。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2020 年 9 月-2021 年 9 月住院的 160 例病人，随机分为 A 组和 B 组，各 80 名。A 组年龄 24~75 岁，其中男性有 53 名，女性 27 名，平均年龄 43.2 ± 12.8 岁，病程 2~4 年，平均病程 $2.1\sim 0.8$ 年；B 组年龄 22~76 岁，其中男性 51 名，女性 29 名，平均年龄 44.1 ± 10.9 ，病程 2~4 年，平均病程 1.8 ± 0.9 年。所有病人在住院后都得到了明确的诊断，他们都是自愿的并且参加了这项研究，并且签署了知情同意书。纳入条件：符合《医院感染诊断标准》；所有人都知道这一研究，自愿参加，并签署了知情同意书。排除条件：肝肾功能异常、血液系统疾病、自身免疫系统疾病、恶性肿瘤等。这项研究获得了医院伦理委员会的认可。

1.2 方法

1.2.1 微生物检测

导致医院感染的原因有：滥用抗生素、化学药物、免疫抑制剂、介入性治疗等。微生物检测是临床上的一种重要手段，它可以为医生提供详细、科学、准确的临床诊断，帮助医生了解感染的病因，制定合理有效的防治感染的措施。对于突发的医院感染，医务人员要及时进行病原菌检测，并对其进行分子分型、血清学分型、细菌素等进行鉴别，以保证在最短的时间内确定耐药菌株的种类，从而达到控制医院感染的目的。

1.2.2 处置方法

A 组：医生根据自己的工作经验，结合病人的感染状况，选用相应的药物，严格控制病人的医院感染，不做病原菌检查。B 组：在 A 组治疗的基础上，采用微生物检测法，以控制感染面，并与药物辅助治疗相结合。主要包括：1）对病患进行微生物检测，利用医院现有的微生物分析仪对病患进行系统性的微生物指标测定，同时使用相应的条带进行细菌学鉴定；（2）根据细菌学的知识，检测和分析病原体，定期、定时、定点对医院内的病人进行全面的消毒和清洗，防止感染的发生；（3）合理地管理医疗设备和医疗用品，重点监控易受感染的高危人群。比较两组病人轻度感染、中度感染、重度感染例数和感染比例。

1.3 观测指标和判断准则

（1）根据《医院感染诊断标准》，对两组感染的严重性进行了评价，分为轻度感染、中度感染和重度感染，并对感染的比例进行了统计；并将感染控制分为消失、控制和感染 3 个等级。总控制率 = $\frac{\text{消失次数} + \text{控制次数}}{\text{总数量}} \times 100\%$ 。

（2）按我院自行编制的满意度调查表，对两个小组的满意度进行了调查，并将其分为“不满意、满意、非常满意”3 个等级进行评估，总体满意 = 非常满意 + 满意。

1.4 统计学处理

采用 SPSS19.0 软件对所得数据进行统计分析，计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，比较采用 t 检验；计数资料以率（%）表示，比较采用 X^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组感染严重程度情况比较

A 组中重度感染的占比 18.75% 高于 B 组重度感占比 10%，A 组中轻度感染的占比 50% 明显低于 B 组中轻度感染的占比 70%，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。如表 1 所示：

表 1 两组感染严重程度情况比较 例 (%)

组别	轻度感染	中度感染	重度感染
A 组 (n=80)	40 (50.0)	25 (31.25)	15 (18.75)
B 组 (n=80)	56 (70.0)	16 (20.0)	8 (10.0)
X ² 值	11.203 7	4.472 0	4.000 0
P 值	0.000 8	0.034 5	0.045 5

2.3 两组感染控制情况比较

A 组感染的总控制率为 70%明显低于 B 组的 85%, 差异有统计学意义 (P<0.05)。如表 2 所示:

表 2 两组感染控制情况比较 例 (%)

组别	消失	控制	感染	总控制
A 组 (n=80)	34 (42.5)	22 (27.5)	24 (30.0)	56 (70.0)
B 组 (n=80)	48 (60.0)	20 (25.0)	12 (15.0)	68 (85.0)

2.4 两组满意度情况比较

A 组患者的满意率为 81.25%明显低于 B 组的 92.5%, 差异有统计学意义 (P<0.05)。如表 3 所示:

表 3 两组满意度情况比较 例 (%)

组别	非常满意	满意	不满意	总满意
A 组 (n=80)	32 (40.0)	33 (41.25)	15 (18.75)	65 (81.25)
B 组 (n=80)	43 (53.75)	31 (38.75)	6 (7.5)	74 (92.5)

3 讨论

医院感染分为内源性院内感染和外源性感染, 内源性院内感染是由于自身疾病的原因引起的感染, 外源性感染是指源自他人或外界环境因素引起的感染。感染大多有潜伏期, 若病人在住院期间因在院外而发生了感染, 则属于医院感染; 对住院患者来说, 可能是因为病情较重, 患者的聚集、并发症等原因, 导致医院感染的风险较大。引起感染的原因有很多, 主要有住院期间身体对外界刺激的抵抗力下降、抗菌药物滥用、住院治疗环境不佳、介入治疗、放射治疗等。近年来, 医院感染越来越引起人们的关注, 而临床上的微生物检验也越来越受到关注。

在临床上, 一般会采用消毒、隔离等方法进行阻止, 然后再选择抗生素进行针对性的治疗, 从而降低医院感染的发病率。同时, 微生物检验也是医院感染控制的关键环节, 通过微生物检验的结果, 制定科学合理的用药方案, 有效地预防和减少细菌的耐药性, 提高抗生素的合理使用, 加强抗菌药物的疗效。临床实践证明, 医院感染主要由传染源、易感人群和传染途径三部分组成, 采取一系列的措施, 对每一个环节进行有效的控制, 可以将医院感染的发生率降到最低。而微生物检验与传染源、易感人群、传染途径等三种途径密切相关, 开展微生物检验是控制医院感染途径的关键环节。同时, 微生物检验也包含了致病菌种、型鉴定等多个方面, 对其进行正确的鉴定, 是提高医院感染控制水平的重要措施。医务人员应建立对医院感染的监测观念, 并根据感染相关的风险因素开展相应的工作。一是采用有针对性的科学方法, 可以有效地改善病人的病情; 同时, 加强医疗卫生体系建设, 加强对医院感染的防范。

医院是病人最集中的地方, 病人的病情五花八门, 病原体也越来越多, 大部分细菌都能在潮湿的地方生存很长一段时间。当身体被细菌入侵时, 就会出现这种情况。因此, 应加强微生物检验, 及时发现病源, 并采取相应的防治措施; 这样可以防止传染和传播。在临床上, 最易受感染的人群有: 重症监护室、骨髓移植、条件致病菌、肿瘤病人。通过对易感人群进

行细菌检验, 并对细菌的抗药性进行监控, 以达到有效地防治医院感染的目的。有关研究认为, 医院微生物检验技术的高低直接影响到医院感染的监控和控制, 因此, 医护人员应持续提高实验室微生物检验的操作水平, 以更好地发挥其在医院感染防治工作中的作用。首先, 要加强对临床检验员的理论知识和技术水平的培训, 以提高对传染病的诊断和治疗的认识; 其次, 提高检测人员的主观能动性和积极性, 促进他们对病原体的检测速度和精确度的提高; 第三, 提高检验员的交流技能, 保证所有的检查工作的正常进行; 第四, 加强医务人员的使命感, 确保医院感染控制工作的顺利进行。本研究以 160 名病人作为样本, 将其随机分成两组, A 组与 B 组均为 80 例病人; A 组感染病人根据临床经验, 配制治疗药物, B 组感染病人进行微生物检验后, 根据化验结果配制治疗药物。结果表明, 采用微生物化验可有效地减少感染, 减少感染。利用山东鑫科微生物检测仪和相应的药剂对细菌的抗药性进行了分析, 确定了细菌的抗药性; 根据最后的检查结果, 制定相应的治疗方案, 加强医院感染的防治。结果表明, A 组中重度感染发生率为 18.75%高于 B 组重度感染发生率 10%, A 组中轻度感染的发生率 50%明显低于 B 组中轻度感染发生率 70%, 两者均有显著性差异 (P<0.05)。A 组感染的总控制率为 70%明显低于 B 组的 85%, 差异有统计学意义 (P<0.05)。通过对微生物检测的分析, 制定治疗方案, 可以有效地改善病人的病情, 合理选择抗生素, 可以更好地控制感染率。另外, 对两组病人的满意度进行对比, A 组病人的满意度为 81.25%明显低于 B 组的 92.5%, 差异有统计学意义 (P<0.05)。结果显示, 通过微生物检验治疗, 可以有效地改善病人对医院医生的满意程度, 并进一步确认了微生物检验在医院感染管理中的重要性。

总之, 临床医学中, 微生物检验是临床诊断和治疗的主要方法, 在临床诊断中起着举足轻重的作用。通过大量的实验和临床试验, 证明微生物检验能够准确、全面地了解病人的病原情况, 从而为制定相应的治疗方案提供可靠的依据。本研究旨在评估和分析微生物检验在医院感染控制中的作用, 并根据病原学检查的结果, 制定相应的诊断和治疗方案; 正确选择抗感染药物, 能有效地防止和控制医院感染, 具有很好的临床推广应用价值。

参考文献:

[1]袁海玲,武琼,王琳,王亚萍,徐锦,甘海燕. 基于失效模式与效应分析法的 PIVAS 医院感染风险管理策略研究[J]. 中国现代应用药学,2022,39 (05): 684-689.

[2]安彦锦,陈醒醒,杨怀,牟霞,余福勋,詹琳. 新冠疫情常态化防控期间医院感染的特点及其应对措施[J]. 中华医院感染学杂志,2022, (01): 145-150.

[3]陈燕珍,廖丽,余华容,李彤. 某三级医院医院感染现状及相关因素分析[J]. 中国卫生标准管理,2022,13 (02): 119-123.

[4]王晓俊,焦义芬,夏亚琴. 分级感控管理在低龄患儿医院感染控制中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27 (19): 165-167.

[5]李翠霞,杨爱军. 社区卫生服务中心在新冠肺炎疫情防控中的医院感染控制措施[J]. 中国社区医师,2021,37 (20): 175-177.

[6]张文英. 消化内镜医院感染相关危险因素分析及控制措施探讨[J]. 数理医药学杂志,2021,34 (06): 945-946.

[7]魏丽,孙翠平. 检验科免疫实验室医院感染危险因素及控制措施探讨[J]. 名医,2021, (11): 189-190.

[8]许琳利,丁冬明. 临床免疫实验室医院感染危险因素及控制措施探讨[J]. 中国实用医药,2021,16 (12): 184-187.

医院利益群体对消化内镜专科护士角色期望的质性研究

李晓虹 范燕燕^{通讯作者}

滨州医学院护理学院 山东烟台 264000

摘要：目的 访谈医护人员和患者对消化内镜专科护士（Clinical Nurse Specialism, CNS）的角色期望。方法 采用目的抽样法，对山东省5所三甲综合医院的内镜医护人员及诊疗患者共18名进行半结构化访谈。结果 对消化内镜CNS角色期望可归纳为4个主题：专业知识技能期望、综合能力期望、职业道德素质期望、动机期望。结论 3个群体对消化内镜CNS角色期望呈现出多元化特征，内镜护士应正确角色定位，注重职业道德素质养成、专业知识技能和综合能力提高以及良好职业动机培养。

关键词：消化内镜；专科护士；角色期望；半结构访谈；质性研究

角色期望是人们在特定的社会环境和历史条件下对某种社会形象的内在素质和外在行为的主观愿望^[1]。随着生物-心理-社会医学模式的转变，内镜诊疗新技术、新设备的不断发展，人们对内镜CNS的角色期望亦在不断更新和丰富。本文旨在选取从事消化内镜诊疗护理相关工作的医护人员及患者等为研究对象进行质性访谈，获取其对内镜护士的角色期望。

1 对象与方法

1.1 研究对象

采用目的抽样法，于2021年7月-9月对山东省5地市的5所三甲综合医院医护人员及诊疗患者进行半结构化访谈，所有被访者均自愿参加。纳入标准：①护士：从事消化内镜专科护理或管理工作≥5年；②医生/麻醉师：从事消化内镜医疗领域≥5年且具有中级及以上职称；③患者：1个月以内接受过消化内镜诊疗，对其过程可回忆且沟通无障碍。样本量的确定以不再有新的主题出现为标准，访谈对象一般资料见表1。

表1 访谈对象一般资料（n=18）

								工作年限
	人 数	编 号	性 别	年龄 （岁）	学 历	职称/ 诊断	职务/工 作	（年）/ 内镜诊疗次 数（次）
医 生	4	D1	男	47	博 士	主任医 师	副主任	20
		D2	女	43	博 士	副主任 医师	副主任	16
		D3	男	39	硕 士	主治医 生	带教老 师	12
		D4	男	38	硕 士	主治医 生	麻醉师	10
护 士	8	N1	女	43	硕 士	副主任 护师	护理部 副主任	18
		N2	女	39	硕 士	主管护 师	护士长	10
		N3	女	42	硕 士	副主任 护师	护士长	13
		N4	女	43	本 科	主管护 师	护士长	14
		N5	女	39	本 科	主管护 师	带教老 师	13
		N6	男	32	本 科	护师	资深护 士	5
		N7	女	35	本 科	主管护 师	资深护 士	8
		N8	女	38	本	主管护	资深护	10

				科	师	士		
患者	6	P1	女	57	大专	肠息肉	退休	2
		P2	女	35	初中	缺铁性贫血	工人	3
		P3	男	62	本科	胃息肉	退休	2
		P4	男	53	初中	消化道出血	无业	1
		P5	男	66	初中	胆总管结石	退休	2
		P6	男	56	高中	消化道出血	退休	3

1.2 方法

1.2.1 拟定访谈提纲 医护人员：①您觉得当前消化内镜护理工作中，哪些是可以由护工做的？②作为一名专科护士需要具备哪些工作能力和个人特质？③在与护士搭档合作的过程中，哪些做得好？哪些做的不好？患者：①在您的内镜检查中，护士都为您做了哪些事情？②内镜护士哪些做得比较好，哪些做得不够好？③您对内镜护士的工作还有什么建议和要求吗？

1.2.2 资料收集与分析 采用视频访谈，时间控制在30~60分钟，采用Colaizzi七步分析法^[2]对资料进行分析。

2 结果

2.1 主题一：专业知识技能期望

2.1.1 疾病护理和内镜管理的相关知识

医护患三方对消化内镜CNS在内镜专科知识技能方面有较高的期望，认为内镜护士需要掌握内镜检查相关疾病用药、心理、护理、伦理与法律、消毒隔离以及内镜维护和保养等知识。D4：“要了解一些麻醉药物常见不良反应的观察。”N8：“患者需要心理支持。”N2：“熟悉内镜器械及各种辅助设备的性能，维护和保养的知识也必不可少。”N3：“要严格执行标准预防措施。”P2：“护士告诉我一些疾病的预防和治疗知识，很好。”

2.1.2 娴熟的内镜操作和并发症处理技术 N6：“在急救护理技术方面，我还差点。”D3：“对于高难度技术，比如EVL,ERCP等，相对复杂，操作要点多，内镜护士操作水平参差不齐。”P3：“这次胃镜，我不那么恶心，护士操作特别熟练（举起大拇指，点赞，脸上露出微笑）。”

2.2 主题二：综合能力期望

2.2.1 良好的身心素质 消化内镜CNS需要具备强健的身体，自信乐观、沉着冷静的性格、压力应对的能力。N6：“术后有时需要把患者抬到病床上，（护士）没有劲儿是不行的。（哈哈）”P4：“给我做的时候，有个护士一直在叹气，为什么叹气？她技术行不行（担心、焦虑的表情）？”

2.2.2 沟通合作和教育咨询能力 内镜诊疗的成功离不开医、护、患三方的紧密配合。D1:“毕竟内镜操作不是一个人的事情,需要多方配合,共同努力。”D3:“护士配合不好,很容易造成出血、穿孔等并发症。”D1:“需要悟性高、有眼力见的护士,手脑不灵活不行。(摇头)”P5:“护士解释的清楚明白,有幽默感。”N5:“消化内镜 CNS 需要具备对低年资护士的临床带教能力和对患者家属的健康教育能力。”

2.2.3 病情观察和抢救能力 消化内镜 CNS 需要具备敏锐的观察力、预见性思维和批判性思维。D4:“要善于发现细节。”D3:“哪一类的病人,术前需要准备什么,术中相对的预判,出现意外的处理,甚至可以为低年资医生提供指导性意见。”

D4:“抢救技能必须扎实过硬。”P6:“我当时是大吐血,护士沉着冷静,动作迅速,如果抢救水平不行,我早就没命了。”

2.2.4 人文关怀 消化内镜 CNS 要有耐心,具备关心、爱护、尊重患者,保护患者隐私等人文关怀能力。N5:“我是个男护士,个别女患者介意我操作,我会尊重患者意愿。”患者认为护士的细微的照护、关怀很大程度上能缓解紧张焦虑等不良情绪。P1:“指导我侧身,平躺,改变体位,还为我揉肚子,盖被子,很温暖,问我肚子疼不疼,胀不胀。”

2.2.5 组织管理和专科发展能力 消化内镜 CNS 需要具备管理人、物、事的能力。D1:“维持预约分诊秩序,管理仪器、耗材、毒麻药品等。”N2:“内镜室工作存在着很大的不确定性和随机性,患者准备不充分(血压控制不好,清肠不彻底等)就不能进行内镜诊疗,术中突发情况(出血、穿孔等)会延长诊疗时间。”D2:“她们勤奋好学,有什么新技术、新进展总是和大夫共同学习、进步。”N1:“论专业水平,其实我们的护士不差,但是能否把工作中的经验总结发表,可能大部分做不到。”N2:“内镜专业发展很快,护士必须进行专科培训,进修交流,不断进步。”

2.3 主题三:职业道德素质期望 消化内镜 CNS 需要具备慎独精神、责任心、严谨认真、爱岗敬业、奉献精神等职业道德素质。D1:“无人监管下的器械消毒,复苏期间按时巡视并不是每个人都能做到的。”N7:“加班加点是常事。”

2.4 主题四:动机期望 内镜护士对自身群体期望具备热爱工作、提升自我价值、个人职业发展、成就感和使命感等动机。N5:“我喜欢这个工作,体现我的价值,也实现我的个人理想。”N6:“每次我顺利完成高难度的操作,都特别有成就感,甚至使命感。”

3 讨论

3.1 不同利益群体对消化内镜 CNS 的角色期望存在差异 医生更期望内镜护士具备较高的专业综合能力,如操作技能、应急抢救能力等,以确保内镜诊疗的成功和术后的恢复;护士对自身群体动机的期望更强烈,期望内镜护理团队能全面发展综合能力;患者表示技术是硬道理,由于疾病带来的焦虑、恐惧和不确定感,强烈期望“技术好”的护士为其操作。由此提示,应充分关注不同利益群体对消化内镜 CNS 角色的期望,完善角色职能,丰富角色定位。

3.2 消化内镜 CNS 角色期望呈现出多元化特征 内镜护士除承担内镜诊疗配合的角色,还不同程度地承担着组织管理、沟通协调、病情观察、教学科研等工作角色。消化内镜 CNS 在循证护理实践、科研创新等专科发展方面仍有不足,与黄婵等^[3]的调查结果一致。于洋等^[4]的研究表明,内镜护士承担着护理者、管理者、教育者等重要角色;谭丹等^[5]提出,内镜 CNS 应具备评判性思维、诊疗配合、沟通协调、科研创新等多种核心能力,支持本研究的结果。但不同的是本研究还探究到了更深层次的职业道德期望、动机期望等。深层次的特征可以将工作中有卓越成就者和表现一般者区分开来^[6]。由此提示内镜专科护士培养应注重职业道德素质养成和良好职业动机培养。

3.3 消化内镜 CNS 设置的迫切性及建议

目前澳大利亚、美国等国家扩展胃肠镜护士职能,护士执行部分内窥镜的检查,发展了护士内镜检查师、镇静/麻醉给药这些新角色,护士在获得相关资质后,可开展预防性的内窥镜筛查、术后结肠镜检查术等^[7-9]。但国内尚未设置消化内镜 CNS 岗位,分析可能与对消化内镜 CNS 培养的重视和认识不足有关。我国专科护士的培养已包含重症监护、急诊急救、肿瘤、糖尿病等几十个专科领域^[10],却尚未形成较为系统、规范的消化内镜护士培训方案,考核认证机制不完善^[11,12],也没有统一的消化内镜专科护士上岗标准^[13],但已有专家探讨消化内镜专科护士的角色转变^[4]、培养模式^[14,15]、职业发展^[6]等方面。由此建议,在积极学习国外先进经验、模式的基础上,构建培养中国特色的消化内镜 CNS 岗位胜任力指标体系,加大人力、物力、财力投入,发展消化内镜 CNS 岗位和人才培养。

参考文献:

- [1]宋华.医院不同人群对护士长角色的期望调查分析[J].中华护理杂志,1992,27(8):375.
- [2]Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologist views it, existential phenomenological alternatives for psychology[M]. New York: Oxford, 1978: 48.
- [3]黄婵,张媛媛,席惠君,等.中国消化内镜护士角色职能及专业实践能力调查[J].中华消化内镜杂志,2020(04):271-272-273-274-275-276-277-278-279.
- [4]于洋,刘杏春,孙莉.内镜护理模式的新发展与护士角色的转变[J].中国实用医药,2014,9(29):264-265. DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2014.29.405.
- [5]谭丹,乐梅先,赵丽萍,等.消化内镜专科护士培养认证的质性研究[J].现代临床护理,2020,19(01):24-29.
- [6]McClelland D C. Testing for competence rather than for "intelligence"[J]. Am Psychol, 1973, 28(1): 1-14.
- [7]Pferifer UG, Schilling D. Non-physician endoscopy: how far can we go?[J]. Visc Med, 2016, 32(1): 13-20. DOI: 10.1159/000443623.
- [8]Stephens M, Hourigan LF, Appleyard M, et al. Non-physician endoscopists: a systematic review[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(16): 5056-5071. DOI: 10.3748/wjg.v21.i16.5056.
- [9]Tucker D, Scrymgeour G, Marshall B. Toward developing a nurse endoscopist role in New Zealand[J]. Gastroenterol Nurs, 2017, 40(2): 128-133. DOI: 10.1097/SGA.0000000000000146.
- [10]吴文芳.专科护士培养领域准入指标体系的研究[D].山东大学,2016.
- [11]傅增军,王宪,季倪蕾,等.消化内镜专科护士培养方案的建立[J].世界华人消化杂志,2015,23(16):2671-2676.
- [12]余晓帆,王琇,范颖,等.消化内镜护士专业培训现状及需求的调查分析[J].中华现代护理杂志,2016,22(26):3799-3802. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-2907.
- [13]马久红,吕农华.国内外内镜专科护士培养对我国的启示[J].中国护理管理,2012,12(10):95-96.
- [14]郭盛丽,陈晓容,朱婷,等.国内外消化内镜护士的培养现状与启示[J].中华现代护理杂志,2021,27(24):3343-3347.
- [15]韦键,宋洋,李鹏,等.国内外消化内镜专科护士培养模式的比较与思考[J].世界华人消化杂志,2016,24(24):3564-3569.
- [16]蒋蓉,张素,胡雪慧,等.消化内镜专科护士培训及职业发展需求的调查研究[J].中国护理管理,2021,21(03):425-429.

西咪替丁联合复方甘草酸苷治疗小儿过敏性紫癜的疗效分析

赵莹

江苏省阜宁县人民医院 江苏盐城 224400

摘要：目的：分析西咪替丁联合复方甘草酸苷治疗小儿过敏性紫癜的效果。方法：以小儿过敏性紫癜者为研究对象，又以2020年4月~2022年4月为背景，对期间的86例样本做对比研究，视接受常规治疗的43例为对照组、接受西咪替丁联合复方甘草酸苷治疗的43例为观察组，记录多项症状改善时间，测定其免疫功能，统计不良反应并对比其临床疗效。结果：相较对照组，观察组的紫斑及呕吐等症状改善时间均显著短于对照组($p < 0.05$)；治疗后，免疫功能有显著差异，观察组的CD4+及CD8+等多项指标均显著优于对照组($p < 0.05$)；统计不良反应，观察组的总发生率显著低于对照组($p < 0.05$)；相较对照组有效率，观察组显著更高($p < 0.05$)。结论：西咪替丁与复方甘草酸苷的联合用药使得小儿过敏性紫癜者的临床症状快速改善、免疫功能有效提高，其疗效更显著且安全性更高。

关键词：西咪替丁；复方甘草酸苷；小儿过敏性紫癜；免疫功能

过敏性紫癜从分类上来说属于血管炎，是一种常见小儿病，临床方面称许兰-亨诺氏血管炎，其病例基础为广泛的小血管炎性病变，其病因除了细菌或病毒感染之外，还与鱼虾等食物过敏、抗生素等药物过敏、花粉过敏相关。儿童自身抵抗力较差，若因此发生变态反应，就会产生相应的抗原抗体复合物并沉淀，为此，也可将小儿过敏性紫癜视作自身免疫性疾病^[1]。患儿通常急性发作，且在发病前的1至3周大多出现不同程度的上呼吸道感染症状，低热、头痛与乏力，随后便表现出下肢远端皮疹，由粉红色丘疹变为深红色斑，其血管神经性水肿及压痛可能出现在头部、眼睑等处。此外，患儿大多伴随恶心呕吐与腹部绞痛等消化道症状、游走性关节炎与关节炎等关节症状、血尿与肾功减退等肾脏问题。有关小儿过敏性紫癜的治疗尚无特效方法，为此大多采用包括一般疗法、激素疗法在内的综合治疗，就疗效而言，若未引发肾炎，预后较好，若治疗延误，可能反复发作甚至迁延数年^[2]。为探究西咪替丁联合复方甘草酸苷治疗小儿过敏性紫癜的效果，此次研究在2020.04~2022.04之间选出86例患儿，过程及结果如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为过敏性紫癜患儿而研究背景为2020.04~2022.04，共计样本86例，按照其治疗方案进行分组，即以接受常规治疗的样本为对照组、以接受西咪替丁联合复方甘草酸苷治疗的样本为观察组，经统计，均43例，进一步分析，对照组中有男25例、女18例，其年龄最大12岁、最小3岁，平均 (8.33 ± 2.53) 岁，病程最长13日、最短3日，平均 (9.21 ± 1.13) 日，中有单纯型患者20例、腹型10例、关节型8例、其他5例；观察组中有男23例、女20例，年龄在2岁~11岁间而均值为 (6.73 ± 2.02) 岁，病程在5~15日间而均值为 (10.28 ± 2.14) 日，可分单纯型、腹型、关节型及其他型18例、11例、7例及8例；差异比较之时， $p > 0.05$ ，已征得患儿家属的同意以及伦理委员会的批准。

纳入标准：(1)符合美国(1990)风湿病协会制定的标准；(2)年龄在20岁以下；(3)因急性腹痛而入院检查；(4)其组织切片结果中可见周围嗜中性粒细胞浸润。排除标准：(1)近期使用过免疫抑制剂治疗；(2)合并自身免疫性疾病；(3)对所用药无过敏者；(4)血小板计数异常者；(5)脏器功能严重不全者；(6)严重感染者；(7)配合度较差者；(8)基础资料缺失者。

1.2 方法

对照组：接受常规治疗，指导患儿卧床休息，在饮食方面应当以高蛋白半流食为主，若是存在大便潜血等情况可考虑流食，若是腹痛症状严重、可见血便者需禁食，对患者做细菌培养分析，必要时予以抗生素进行治疗，明确发病原因及其过敏原，为患者注射维生素C以改善患者毛细血管脆性，常用药还有20%葡萄糖酸钙注射液，为防血小板异常凝聚需给予潘生丁治疗，为达到抗过敏的效果可予以抗组胺药物进行治疗，对有感染症状的患儿需以抗生素进行治疗。

观察组：以对照组的处理为基础，给予患者以西咪替丁(片剂，广东恒健制药有限公司、H44020624、0.2g*100s)治疗，常用量为1片/次、2次/日，儿童用药需要医生指导，联合用药为复方甘草酸苷(片剂，北京凯因科技股份有限公司、H20083001、20片*2板)，小儿用药需1片/次、3次/日，通常于饭后口服，可依据患儿的年龄年龄及病情严重程度进行适当的调整。

1.3 观察指标

(1)症状改善时间：主要包括紫斑、呕吐、腹痛、腹泻、皮疹、水肿、关节痛、肾损害等症状。(2)免疫功能水平：主要包括CD3+ (代表表面抗原分化簇3)、CD4+ (即分化簇4)、CD8+ (即分化簇8)、CD4+/CD8+ (二者比值，用于表示细胞免疫功能紊乱程度)等淋巴细胞亚群数值，TNF- α (即肿瘤坏死因子)、CRP (代指C反应蛋白)、IL-9 (白细胞介素-9，即P40)、IL-17 (即白介素-17)等炎性因子水平，IgG、IgE、IgA、

NK（即指自然杀伤细胞）等免疫球蛋白水平。（3）安全性：计算不良反应发生率，主要包括头晕乏力、低血钾症、血压飙升、尿量减少、肌力下降、关节疼痛、心律失常、四肢痉挛等。（4）有效率：以紫癜等症状完全消失且实验室检验结果正常为痊愈、以紫癜等症状以及实验室检查指标改善为有效、以未达标准或有持续加重的表现为无效。

1.4 统计学方法

统计工具为 SPSS（25.0），检验方法为 t 值及卡方，分别对应症状改

善时间与免疫功能指标等计量数据（ $\bar{x} \pm s$ ）以及安全性及有效率等计数数据（%），且以 $p < 0.05$ 表示组间差异有统计学价值。

2. 结果

2.1 症状改善时间的记录情况

观察组在紫斑等多项症状的改善时间上均显著短于对照组，数据见表

1；

表 1 病情改善情况[（ $\bar{x} \pm s$ ），d]

组别	紫斑	呕吐	腹痛	腹泻	皮疹	水肿	关节痛	肾损伤
观察组（n=43）	4.04±1.66	3.82±1.16	3.25±1.60	4.35±1.88	5.38±0.72	3.27±1.77	6.22±1.60	10.42±1.80
对照组（n=43）	7.78±1.74	6.02±1.08	6.27±1.53	7.65±1.85	7.19±0.68	6.92±1.76	9.46±1.54	17.22±1.56
t	8.474	7.044	7.828	9.034	9.513	7.594	9.205	9.288
p	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 免疫功能水平的差异比较

优于对照组，数据见表 2-4；

观察组的淋巴细胞亚群数值、炎性因子水平、免疫球蛋白水平均显著

表 2 淋巴细胞亚群数值[（ $\bar{x} \pm s$ ），%]

组别	CD3+		CD4+		CD8+		CD4+/CD8+	
	前	后	前	后	前	后	前	后
观察组（n=43）	48.35±2.34	62.03±2.57	20.45±2.88	31.18±1.17	22.20±1.09	30.02±2.17	2.02±0.55	1.53±1.08
对照组（n=43）	48.34±2.31	57.51±2.60	20.42±2.92	27.20±1.08	22.23±1.07	24.10±2.06	2.02±0.43	1.29±1.10
t	0.829	9.102	0.877	8.924	0.782	7.942	0.691	7.812
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 3 炎症因子水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	TNF- α （ $\mu\text{g/L}$ ）		CRP（ng/l）		IL-9（pg/mL）		IL-17（pg/mL）	
	前	后	前	后	前	后	前	后
观察组（n=43）	1.89±0.55	0.82±0.25	153.12±4.21	132.20±3.57	232.23±5.12	168.27±7.12	304.14±7.09	268.12±9.10
对照组（n=43）	1.88±0.63	1.52±0.30	153.15±4.23	140.39±3.71	232.25±4.92	190.34±5.68	305.20±6.94	287.08±9.06
t	0.873	8.034	0.788	9.112	0.928	8.059	0.777	7.834
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 4 免疫球蛋白水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	IgG（g/L）		IgE（%）		IgA（g/L）		NK（%）	
	前	后	前	后	前	后	前	后
观察组（n=43）	12.82±2.37	9.25±2.53	0.21±0.88	0.06±0.17	3.12±1.09	1.49±1.17	19.23±1.55	16.18±1.23
对照组（n=43）	12.80±2.71	10.59±2.66	0.20±0.92	0.12±0.08	3.13±0.97	2.05±1.06	19.22±1.53	18.09±1.30
t	0.847	8.478	0.905	8.758	0.885	7.955	0.679	6.965

p >0.05 <0.05 >0.05 <0.05 >0.05 <0.05 >0.05 <0.05

2.3 用药安全性的分析比较

观察组的不良反应总发生率显著低于对照组，数据见表 5：

表 5 用药安全性（n，%）

组别	头 晕 乏 力	低 血 钾 症	血 压 飙 升	尿 量 减 少	肌 力 下 降	关 节 疼 痛	心 律 失 常	四 肢 痉 挛	总发 生率
观察组 (n=43)	1	0	1	1	0	0	1	0	9.30
对照组 (n=43)	3	2	1	2	1	2	2	1	32.56
X ²									7.353
p									<0.05

2.4 治疗有效性的分析比较

观察组的治疗总有效率显著高于对照组，数据见表 6：

表 6 治疗有效性（n，%）

组别	痊愈	有效	无效	总发生率
观察组（n=43）	29	13	1	97.67
对照组（n=43）	12	26	5	88.37
X ²				9.075
p				<0.05

3. 讨论

过敏性紫癜属于毛细血管变态反应性疾病，患者大多为学龄期儿童，为此也是儿科中的常见疾病，引发的哮喘及肾炎等疾病也不在少数，该疾病的发生与进展呈季节性，其中以春、冬较多，夏季较少^[3]。治疗前需要相同外科急腹症、脑膜炎导致的紫癜、急性肾小球肾炎等经相鉴别，临床经验表明，以卧床休息、饮食干预、抗生素治疗为代表的一般疗法其疗效有待提高，一般的病例无需做激素治疗，且大多在 1 至 2 个月可痊愈，但消化道出血以及发生肾脏病变的患儿其风险较高，治疗难度也相对较大，常用免疫抑制剂等药物或进行低分子肝素抗凝治疗。

西咪替丁在市面上常见片剂、胶囊、注射剂等多种，而本次研究选择了片剂，该药物可有效缓解因胃酸过多而导致的胃痛、胃灼热、反酸，为此也被临床方面视作常用抗酸药物，属处方药，合并心脏疾病、呼吸系统疾病、器质性脑病及肾脏功能损伤的患者慎用，且孕妇禁用。西咪替丁直接作用于壁细胞上的 H₂ 受体，起到了竞争性抑制组胺作用，但分析其药

代动力学可知，蛋白结合率仅为 15%，于肝脏代谢并经肾脏排出，可见皮疹、脱发、腹泻、眩晕、痉挛、出血、倦怠等多种不良反应^[4]。复方甘草酸苷则是临床用于治疗慢性肝病的首要药物，不仅可有效改善肝功的异常状态，还可用作湿疹及荨麻疹的治疗性药物，其组成成分为甘草酸苷、甘氨酸及盐酸半胱氨酸，具有抗炎、调节免疫、灭活病毒等多重作用，对保护患者的肝脏功能亦有重要价值，多见血压、心率、关节、肌肉等方面的不良反应，其用药应当依据患者严重程度做调整，且联合用药的效果仍有待深究^[5]。

研究结果表明：相较对照组的临床症状，观察组在紫斑等多项上的改善时间均显著更短，说明经西咪替丁与复方甘草酸苷的联合治疗，患儿的临床症状得以迅速改善；免疫功能仅在治疗后有显著差异，观察组的淋巴细胞亚群数值（CD3+、CD4+、CD8+、CD4+/CD8+更高）、炎症因子水平（TNF-α、CRP、IL-9、IL-17 更低）、免疫球蛋白水平（IgG、IgE、IgA、NK）均显著优于对照组，说明经西咪替丁、复方甘草酸苷联合治疗可有效提高患儿的免疫功能；综合分析临床疗效，观察组的不良反应总发生率显著低于对照组而治疗总有效率更高，这也说明西咪替丁与复方甘草酸苷的联合应用可以有效提高治疗有效性以及用药安全性。这是因为二者的联合可促进 T 淋巴细胞的转化，NK 的自然杀伤作用得以提高，实现了对机体免疫功能的调节并避免了对肝脏的损伤，胃酸的分泌活动得以有效抑制，胃酶活性的降低保护了胃粘膜，组织胺的抑制改善了消化道出血及水肿症状，充分发挥了药物本身的抗炎作用及抗过敏作用，且从药代动力学来讲，二者的联合可迅速起效、迅速吸收、迅速转化、迅速代谢，残留较少，用药安全性更高。

总之，以西咪替丁联合复方甘草酸苷治疗小儿过敏性紫癜者可提高疗效及用药安全性，对改善患儿的临床症状及其免疫功能均有重要作用。

参考文献：

[1]刘柳叶,马永梅,张涛.西咪替丁与复方甘草酸苷联合应用治疗小儿过敏性紫癜临床疗效观察[J].贵州医药.2020,(1).69~70.

[2]闫东梅.复方甘草酸苷联合西咪替丁治疗小儿过敏性紫癜的疗效观察[J].中国医药指南.2019,(13).170-171.

[3]王业涛.复方甘草酸苷联合西咪替丁治疗小儿过敏性紫癜的疗效观察[J].临床医药文献电子杂志.2018,(63).168.

[4]丁晓艳.西咪替丁联合复方甘草酸苷治疗小儿过敏性紫癜疗效观察[J].临床医药文献电子杂志.2019,(56).63.

[5]李宗尚.西咪替丁联合复方甘草酸苷治疗小儿过敏性紫癜疗效观察[J].皮肤病与性病.2018,(6).900-901.

感觉统合结合社交团体游戏课在儿童语言发育迟缓治疗的疗效研究

陈明兰

韶关市粤北人民医院 广东韶关 512000

摘要：目的：通过感觉统合结合社交团体游戏课训练探讨儿童语言发育迟缓治疗的效果。方法：选择我院 56 例 2021 年 11 月-2022 年 5 月语言发育迟缓儿童。随机分组，将其分为对照组和观察组。对照组予以常规的儿童言语发育迟缓综合康复训练模式，观察组则在对照组的基础上增加感觉统合结合社交团体游戏课。结果：观察组的语言发育迟缓患儿，通过在综合康复训练模式的基础上增加感觉统合结合社交团体游戏课，改善了感觉统合失调、语言发育落后、社交障碍和社交困难等一些问题，在学习能力、专注事情和事物能力、注意力、姿势动作控制能力、小肌肉协调能力、情绪控制能力、生活社交功能等方面也有不同程度的提高，效果比对照组更好， $P < 0.05$ 。结论：感觉统合结合社交团体游戏课对于语言发育迟缓儿童效果好。可改善语言发育落后、社交障碍和社交困难而伴有的儿童多动、注意力不集中、智力低下、自闭倾向、异常行为等，能在游戏中培养孩子的兴趣，在兴趣中培养孩子的看、指、应、说、等待、轮流、合作、分享、炫耀、竞争等社交元素进行交往和沟通。

关键词：儿童语言发育迟缓；感觉统合；社交团体游戏课

语言和言语发育迟缓：是指孩子在成长发育过程中，语言和言语的发育能力没有达到与他的实际年龄相符的能力水平。其中不包括由于听力受损引起功能障碍而引起的语言和言语发育迟缓，以及构音器官的功能障碍等其他语言能力障碍类型。呈现语言和言语发育迟缓的儿童，大多数具有精神发育迟滞和对周围人和周围事物反应的发育迟缓和异常表现。据世界卫生组织统计，0~6 岁儿童出现发育迟缓的概率为 1%~2%[1]。儿童语言发育迟缓的病因复杂，涉及非遗传学和遗传学因素[2]，一般认为，语言和言语发育的最主要因素有下面六点：听觉能力障碍、社会交往能力障碍、语言智力发育迟滞、受语言学习限定的特异性功能障碍、语言环境的影响、构音器官的异常[3]。儿童智力发育迟缓在语言和言语发育迟缓中所占的比例比较大，IQ 的值在 70 以下，存在与实际相应年龄应有的社交能力的适应性行为障碍和行为异常[4-5]。本研究选择我院 56 例 2021 年 11 月至 2022 年 5 月语言发育迟缓儿童。随机分组，对照组予以常规的儿童言语发育迟缓综合康复训练模式，观察组在对照组的基础上增加感觉统合结合社交团体游戏课，分析感觉统合结合社交团体游戏课在儿童语言发育迟缓治疗的作用，如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2021 年 11 月-2022 年 5 月 56 例儿童语言发育迟缓患儿，将研究对象随机分为两组，对照组和观察组。对照组 28 例，随机分为男 22 例，女 6 例，年龄 2~7 岁，平均年龄（ 4.3 ± 0.5 ）岁。观察组 28 例，随机分为男 21 例，女 7 例，年龄 2~7 岁，平均年龄（ 4.3 ± 0.6 ）岁。对照组和观察组两组患儿的一般资料相比无统计学差异（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准的所有患儿都符合语言和言语发育迟缓的诊断标准，如下：孩子到了说话的相应年龄仍然不会跟着讲话；或者孩子说话很晚；开始说话以后又出现迟缓或者停滞；语言的应用能力、词汇和词语的表达能力比同龄儿童较差；语言基本交流技能差；只会用单词或者简单的词语交流，不会表达句子；命名和回答大人问题的反应差或者反应慢；语言理解能力困难和听指令执行指令困难；多数孩子伴有行为多动、注意力不好、智力水平低下、自闭倾向和打人行为异常等。所有病人的家属都对研究内容知情和签署知情同意书。数据排除标准：①患儿智力能力发育重度落后且合并运动能力重度障碍；②患儿只单纯构音功能障碍；③患儿有颅内出血或者先天性畸形[6-7]。

1.2 方法：

1.2.1 临床分组及疗程标准：所有患儿符合临床诊断标准和符合入选标准，纳入 56 例患儿，按随机数字法分为对照组与观察组。10 天为一疗程，间歇 10 天进行下一疗程，连续治疗 6 个疗程。

1.1.2 治疗方法

对照组予以常规的儿童言语发育迟缓综合康复训练模式，根据患儿能力给予认知

训练、言语训练、手指精细功能训练、注意力训练、听觉统合训练等综合康复训练，训练频率为每天 1 次，每次 30 分钟，每周 5 次。

观察组在对照组的基础上增加感觉统合结合社交团体游戏课：（1）感觉统合训练。合理使用感觉统合训练器材。选择的器材有滑板、滑梯、荡秋千、平衡脚踏车、脚踏石、彩虹隧道、蹦蹦床、推小车、吹泡泡、走平衡木等，根据小儿的感统能力特点，选择不同的团体游戏；（2）社交团体游戏课有 2 名治疗师进行，根据评估结果将能力相近、性格互补的患儿以 6-8 人为一组（低功能组、中功能组、高功能组）。治疗师设计对应的治疗目标：①低功能组：环境适应训练，行为矫正；②中功能组：基础社会适应训练，行为适应性，语言交流功能；③高功能组：社会规则性，社会行为表现，沟通的技能训练，思维的逻辑性和灵活性。保持周围环境安静，治疗师在上课前按患儿姓名顺序进行点名，点到名的孩子回答到和举手，上课要积极引导患儿与治疗师交流，引导患儿主动表达和主动交流欲望；积极鼓励患儿主动进行语言沟通与交流，表达其需求及欲望共同营造课堂轻松愉悦的游戏气氛，寓教于乐。（3）社交团体游戏的种类：a、感官类集体游戏：冲豆袋、钻山洞、彩虹伞、捞小鱼；b、竞争性集体游戏：赛跑、比赛套圈圈、比赛抢椅子；c、轮流性集体游戏：贴人游戏、萝卜蹲、轮流吃东西；d、合作性集体游戏：合作叠塔、合作运球、两人三足；e、对抗性集体游戏：拔河、石头剪刀布；f、分享性集体游戏：集体分果果、分小食；g、其他：例如训练注意力的游戏。训练频率为每天 1 次，每次 30 分钟，每周 5 次。

1.3.观察指标：

①采用中国汉语儿童语言和言语发育迟缓评定法（sign-significant relations, S-S）来进行疗效评价。具体疗效评价标准：痊愈：S-S 评价提示患儿语言和言语发育达到与实际相应年龄相符的发展水平；显著疗效：S-S 评价提示患儿语言和言语发育提高到 1 个阶段以上；比较有效：S-S 评

价提示患儿语言和言语发育提高 到 1 个阶段以内;无效:没有达到以上评价标准。总有效率 = (痊愈例数 + 显著疗效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

②采用格赛尔 Gesell 发育量表评定来评估患儿智力发展水平,涵盖大动作运动能力、适应性能力、语言发展能力、社会交往能力、精细动作能力 5 个维度。

1.4 采用统计学方法 SPSS 19.0 统计软件处理数据,计量患儿临床资料以 $\bar{x} \pm s$ 来表示,采用 t 检验;采用计数资料以 n (%) 表示,用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 此结果差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 该资料统计研究组的治疗总有效率为 96.43%,结果明显高于对照组的 85.71% ($P < 0.05$)。具体情况见表 1。

表 2 对照组和观察组患儿治疗前后的 Gesell 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	运动能力	适应性能力	语言能力	社交能力	精细动作能力
观察组	治疗前	80.35 $\pm$ 6.24#	81.25 $\pm$ 6.15#	81.25 $\pm$ 6.29#	81.17 $\pm$ 6.35#	81.27 $\pm$ 6.35#
(n=28)	治疗后	88.58 $\pm$ 7.25*	89.65 $\pm$ 7.14*	90.25 $\pm$ 7.26*	90.14 $\pm$ 7.08*	90.34 $\pm$ 7.08*
t	7.579	7.872	8.179	8.253	8.254	
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
对照组	治疗前	80.15 $\pm$ 6.23	81.04 $\pm$ 6.15	81.16 $\pm$ 6.27	81.15 $\pm$ 6.35	81.15 $\pm$ 6.34
(n=28)	治疗后	84.43 $\pm$ 6.75	85.23 $\pm$ 6.41	86.03 $\pm$ 6.64	85.68 $\pm$ 6.75	85.68 $\pm$ 6.73
t	4.028	3.886	4.642	4.272	4.273	
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

注:与同期对照组比较, # $P > 0.05$, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

感觉统合训练操作简单,可达到有效治疗语言发育迟缓的目的,且安全有效,不会给语言发育迟缓儿童带来痛苦[8-9],社交团体游戏课是目前治疗儿童语言发育迟缓的一种重要的物理治疗手段,针对儿童语言发育迟缓患儿的语言发育落后、社交障碍和社交困难。现在多采用 BSR 模式进行干预,以行为疗法作为训练干预的主要方法;以结构化教育模式作为训练的基本框架;以社会交往、情绪调控作为训练干预的核心内容,同时兼顾患儿认知能力水平、言语发展水平、运动能力发展水平、生活方面自理能力、行为管理能力、感知觉发育能力等[10-11]。

本研究中,对照组予以常规的儿童言语发育迟缓综合康复训练模式,观察组在对照组的基础上增加感觉统合结合社交团体游戏课。比较两组言语发育迟缓治疗效果:感觉统合结合社交团体游戏课能在游戏中培养孩子的兴趣,在兴趣中培养孩子的看、指、应、说、等待、轮流、合作、分享、炫耀、竞争等社交元素进行交往和沟通。让孩子在游戏中吸取经验,获得体验,并从游戏中能学会更多的知识,带给孩子快乐,愉悦的情绪,提供孩子与同伴接触的机会,学习合作和互助。结果显示,观察组对言语发育迟缓治疗效果比对照组更好, $P < 0.05$ 。

综上所述,感觉统合结合社交团体游戏课对于语言发育迟缓儿童效果好,可有效的更好的培养孩子的团队集体意识,增强孩子的竞争意识;促进儿童的互动能力;在集体环境中提高孩子的整体社交水平;更好地帮助孩子融入社会集体生活[12-13]。显著改善患儿行为及语言功能,促进患儿康复及正常发育,值得临床推广应用。

参考文献:

[1]陈蜀,谭育华,尹国甫,谢伟想,李莹,费阳.头针联合康复训练治疗小儿精神发育迟缓的临床观察[J].中国民间疗法,2021,29(7): 44-46.

表 1 对照组和观察组患儿的临床疗效比较 [n, n (%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	28	3	17	7	1	27(96.43)
对照组	28	1	8	15	4	24(85.71)

注:与对照组比较, * $\chi^2 = 5.042$, * $P = 0.025$ 。

2.2 Gesell 评分 所有患儿治疗前,两组的 Gesell 评分相比较没有显著差异 ($P > 0.05$); 患儿通过治疗后,两组患儿 Gesell 评分都有明显提高,且观察组的 Gesell 评分明显高于对照组 (P 均 < 0.05)。见表 2。

[2]Dale PS, Simonoff E, Bishop DVM, et al. Genetic influence on language delay in - two -old children [J]. Nature Neuroscience, 1998, 1: 324

[3]刘世琳,姜苏敏,张莉.儿童语言发育迟缓相关因素分析[J].听力学及言语疾病杂志,2006,14(3): 179-181.

[4]高东培.小儿精神发育迟缓临床治疗分析[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(14): 69-70.

[5]葛海静,黄敏辉,詹建英.儿童语言发育迟缓就诊延迟相关因素分析[J].中国儿童保健杂志,2016,24(3): 325-328

[6]孟灵博,麦亚凝,杨思渊.行为分析疗法结合结构化教学治疗儿童孤独症的疗效分析[J].中国妇幼保健,2017,32(12): 2625-2627

[7]林陵,袁兰英.重复经颅磁刺激联合言语训练治疗儿童语言发育迟缓的效果及对患儿行为与认知的影响[J].临床医学工程,2020,27(5): 545-546.

[8]温俊红.感觉统合训练在治疗儿童语言发育迟缓中的作用[J].中国民族民间医药,2013,22(2): 45-45.

[9]徐晓梅,魏明香,黄翠梅,林小芹,韩锦英.儿童语言发育迟缓的早期干预分析[J].中外医疗,2014,(16): 146-147.

[10]蔡娟娥,李晓乐,李家妮.团体语言训练、团体感觉统合游戏及图片交换沟通系统对自闭症儿童行为及康复效果的影响[J].医学理论与实践,2021,34(2): 340-342.

[11]宋良茹.感觉统合治疗在儿童言语发育迟缓康复的重要作用分析[J].饮食保健,2018,5(41): 51-52.

[12]王敬敬,王艳辉,童薇.行为分析疗法联合结构化教学对孤独症患儿的康复效果[J].护理实践与研究,2020,17(13): 155-157.

[13]宋成忠,马艳平,杨凯,殷翠萍,岳寿伟.游戏疗法在儿童语言发育迟缓训练中的应用[J].世界中西医结合杂志,2012,07(2): 139-141.

肿瘤放化疗引起的口腔并发症的预防与护理

胡琴

安徽省芜湖市第二人民医院放疗二科 安徽芜湖 241000

摘要: 本文全面分析了肿瘤放化疗引起口腔并发症患者的临床表现及常见症状, 阐述分析了肿瘤放化疗引起口腔并发症患者的口腔并发症的预防和护理常见手段和主要方式, 总结归纳了肿瘤放化疗引起口腔并发症患者的口腔并发症的预防和护理疗效, 为临床治疗肿瘤放化疗引起口腔并发症总结经验。

关键词: 肿瘤放化疗; 口腔并发症; 预防; 护理

随着人口老龄化和现代城市生活快节奏, 肿瘤的发病率逐年递增, 特别是常见病恶性肿瘤前 3 位, 胃癌、肺癌、乳腺癌, 成为了严重危害人群生命健康的癌症杀手。随着现代医学的不断发展, 对于恶性的治疗手段, 已经从原有单一手术方式, 逐步丰富充实为放疗、化疗发展到靶向治疗、免疫治疗等多种手段。然而, 口腔并发症作为肿瘤放化疗引起患者, 往往采取放化疗后治疗作为最常见、最有效的治疗手段, 并采用化疗、放疗等辅助巩固治疗成效。根治性手术, 术后经历了化疗、放疗等候, 患者常常表现为基础情况差、并发症发生率高、住院时间长, 特别是患者生活饮食情况, 容易出现许多口腔并发症严重影响整体情况恢复。同时患者在治疗过程中会面临严重的症状负担, 如口腔粘膜出血水肿症状、感染、出血、疲乏等, 给患者带来生理和心理上的严重创伤。口腔粘膜出血水肿症状不仅仅是患者主观的体验、感受和认知, 还会影响患者治疗的依从性、耐受性, 降低患者的生活质量。

近年来, 针对肿瘤放化疗引起口腔并发症患者情况, 引入口腔并发症的预防和护理内方式, 充分强调立足于患者整体情况, 特别是维持口腔粘膜基本情况、生活状态等角度入手, 帮助患者缓解术后并发症控制的情况, 改善患者生存情况, 延长患者生命质量。随着肿瘤放化疗引起口腔并发症患者情况, 更多地应用口腔并发症的预防和护理内科治疗方式, 并得到癌症肿瘤放化疗引起综合治疗的广泛应用, 特别是肿瘤放化疗引起口腔并发症患者术后和化疗后患者, 整体情况提升、术后并发症控制的临床疗效越来越得到肯定, 成为了更为安全、更加有效、治疗成本更低的治疗方式, 能有效缓解患者术后并发症控制情况, 具有重要临床应用意义。

1 肿瘤放化疗引起口腔并发症患者的临床表现及常见症状

1.1 肿瘤放化疗引起口腔并发症患者的临床治疗情况

近年来, 随着肿瘤发病率的逐年递增, 根据肿瘤放化疗并发症发病的临床治疗数据统计, 进入肿瘤放化疗引起治疗的口腔并发症患者, 发病年龄 35 岁至 75 岁之间, 集中爆发在中老年阶段, 即 45 岁以上人群占到了 80% 左右, 其中男性发病比例占到 2/3 以上。同时, 进入口腔并发症肿瘤放化疗引起的患者, 常常 80% 以上已经进行了口腔并发症的根治术, 最常见病理分型为腺癌占到 70%, 术后时间在 3 年至 5 年不等, 其中 5 年生存率在 20-30% 左右。由此可见, 针对肿瘤放化疗引起口腔并发症患者的临床治疗情况, 给予有针对性的对症治疗, 显得具有重要意义和临床价值。

综合考虑肿瘤放化疗引起口腔并发症患者临床治疗情况, 可以看到这些患者经过肿瘤放化疗、手术类型后, 本身自身的饮食消化能力, 受到一定程度的影响。由于患者经过口腔并发症的根治术, 或者相应的化疗和放疗治疗后, 身体器官的各项功能均受到一定程度影响。特别是口腔并发症患者本身自身, 就存在高度发病关联的不良饮食习惯, 比如饮食无规律, 长期酗酒, 或者喜食生冷食物、腌制食材、或者油炸或是霉变等, 造成本身就邪毒入侵受损、运化失调。继而口腔并发症发病后的手术、化放疗治疗后, 就会进一步加重肠胃消化功能的气机不畅, 身体津液的升降失衡。

肿瘤放化疗引起口腔并发症患者常常表现为, 整体情绪低落, 加上术后、化疗后不适感袭来, 容易产生较大情绪波动, 加之紧张与术后恢复情况, 会产生情志失调, 造成情志内伤人, 进一步加重肝脾功能的负担情况。

1.2 肿瘤放化疗引起口腔并发症患者的临床表现分析

肿瘤放化疗引起口腔并发症患者, 已经进行了口腔并发症的根治术, 并且相应的化疗和放疗治疗后, 身体器官的各项功能均受到一定程度影响。患者常常表现为整体状态不佳, 甚至到了肿瘤放化疗引起末期, 患者整体机能极大下降, 造成了本身就是身体极度亏虚。肿瘤放化疗引起口腔并发症患者的口腔粘膜出血水肿症状、减轻放化疗的毒副作用及增强放化疗敏感性方面有着独特的优势。可来自原发病引起的肠胃、整体饮食、身体状态口腔粘膜出血水肿症状, 药物毒性引起的肌肉、周围神经及口腔粘膜出血水肿症状, 手术伤口感染导致整体情况虚弱症状, 特别是手术化疗后各种并发症引起的口腔粘膜出血水肿症状, 各种操作带来的口腔粘膜出血水肿症状等, 可出现在疾病治疗的各个时期。经调查研究发现, 部分肿瘤放化疗引起口腔并发症患者发病开始表现为全身多处身体虚弱无力口腔粘膜出血水肿症状, 病人常首诊于骨科或口腔粘膜出血水肿症状科。所以, 当未明确诊断的肿瘤放化疗引起口腔并发症患者发生口腔粘膜出血水肿症状时, 医护人员应更加重视。避免发生漏诊或误诊。

临床上治疗肿瘤放化疗引起口腔并发症的药物种类繁多, 特别是化疗、放疗药物毒性反应引发的机体各部位的口腔粘膜出血水肿症状。有些化疗药物时可导致男性乳腺发育引起伴口腔粘膜出血水肿症状。甲氨蝶呤在治疗肿瘤放化疗引起口腔并发症患者时, 甲氨蝶呤对口腔黏膜上皮细胞具有直接损伤作用, 且随血药浓度增加反应更加明显可出现口腔黏膜炎。治疗肿瘤放化疗引起口腔并发症时使用环磷酰胺, 可损伤膀胱黏膜, 导致细胞坏死, 最后导致出血性膀胱炎, 患者可出现尿频、尿痛等症状。除此之外, 临床治疗化疗后中性粒细胞减少, 时使用的重组人粒细胞集落刺激因子 (rhG-CSF), 会造成骨髓腔内大量白细胞增生, 压迫骨膜、骨皮质和关节, 引起患者骨痛等不适, 进而造成整体情况不适。

2 肿瘤放化疗引起口腔并发症患者的口腔并发症的护理手段

随着肿瘤放化疗引起口腔并发症发病率的逐年递增, 越来越多的肿瘤放化疗引起口腔并发症的治疗手段推陈出新, 原有较为传统的口腔并发症根治术, 曾经一度全部占据临床治疗榜首, 然而后续一部分口腔并发症切术、放化疗、分子靶向治疗和口腔并发症的预防措施药结合治疗等手段也为口腔并发症打开了新的治疗途径和方案。

2.1 药物护理

在治疗由肿瘤放化疗引起口腔并发症本身引起的口腔粘膜出血水肿症状时, 可根据世界卫生组织 (WHO) 癌痛三阶梯, 即口服给药、按时用药、个体化给药及严密观察患者用药后的变化, 及时处理各类药物的副作用, 观察评定药物疗效, 及时调整药物剂量, 且减少不良反应, 提高患者用药的依从性。特别是遇到化疗药物抑制、杀伤肿瘤细胞外, 对正常

的细胞与组织,有明确破坏作用时,患者整体情况不大好转,需要调整药物治疗,从而有效改善患者全身状况,综合考虑放疗药物对于肿瘤细胞的杀伤能力。如果反复调整用药后,能够纠正全身性的不良症状,则可以考虑加强支持治疗措施,比如化疗后输入血白蛋白、GM-CSF、EPO等皮下注射。经调查研究发现,使用康复新液联合rhG-CSF溶液及复方硼砂漱口液联合rhG-CSF溶液均可降低化疗后口腔黏膜炎的发生率及发生时间。当使用环磷酰胺过程中应注意水化和利尿,当出现出血性膀胱炎时,应立即停止用药。或者加强外来维生素摄入,如加强口服大量维生素C、复合维生素B等,加快口腔黏膜细胞生长

2.2 饮食护理

以保障肿瘤放疗引起口腔并发症患者的营养供给为原则,避免刺激性食物,多食用含纤维素、维生素、营养物质的食物,饮食护理食物以柔软、细煮,添加瘦肉、豆制品、牛奶、鱼蛋类,补充钙质等。在饮食前,应对食物、饮品进行菌落数检验,当菌落数 $<100\text{cfu/g}$ 时方可进食。当患者口腔溃疡严重时,禁食过冷、过热、过硬的食物,避免辛辣、刺激、粗糙、多刺等有可能刺激口腔黏膜炎性创面的食物。如果患者反复出现口腔并发症,严重影响口腔黏膜充血水肿,甚至多处破溃糜烂,则单通过进食不能满足机体需要时,给予静脉补充营养,或者可采用肠外营养支持以保证患者的营养供给。

2.3 物理护理

肿瘤放疗引起口腔并发症本身是一种较难治愈的疾病,会给患者及家属带来身体、心理及经济上不同程度的压力。临床研究案例显示,个体外实验提示低能氦2激光(LEL)可促进黏膜上皮愈合,特别是对于口腔黏膜出血水疱症状有明显改善,可以采取每天多次照射口腔黏膜,不仅可以有效减缓肿瘤放疗所引发的口腔并发症的疼痛感觉,而且可以减少疼痛持续时间,从而让患者得到有效体感。同时引入心理物理治疗综合手段,应结合患者的情绪状态,告知患者引起口腔黏膜出血水疱症状的原因及治疗方法,采用家属联合宣教、家庭社会支持、音乐疗法等手段,通过对不良情绪的抑制发挥情志不调伤及邪毒入侵的情况。加强对于肿瘤引发的口腔并发症的疼痛护理工作,如果患者并发严重口腔并发症,导致严重疼痛无法忍受,则可以考虑使用局部疼痛麻醉要素,在漱口液中加入一定比例的局麻药,如0.15%~1%利多卡因、普鲁卡因等,如果药物使用后效果较为明显的,则可以考虑可在睡前、进食前用局麻药稀释液含漱,不仅可有效缓解疼痛,同时对于预防控制肿瘤放疗所引发的口腔并发症继发感染,有着明确疗效。

2.4 口腔并发症的预防 and 护理

口腔并发症的预防 and 护理理论认为“不通则痛”治疗口干时用10%甘草水含漱,邪毒入侵不调、气血运行障碍是口腔黏膜出血水疱症状发生的病理基础,可以适当引入辨证治疗,中药辅助并用胖大海、甘草及金银花适量泡茶饮用。口腔并发症的预防 and 护理认为心主血脉,心与脉相通心,气将血液灌注到脉,气血运行障碍时,心必然会有所感受,心感受到了这种病理变化,则有口腔黏膜出血水疱症状的证候产生。故在中药内服方剂时对于健脾开胃、行气行血、瘀血阻络、痰瘀痹阻证方剂宜温服,痰湿虚热证者宜凉服,可用西瓜霜、华素片、康复新液口含及辅以清热解毒汤剂治疗。针对肿瘤放疗引起口腔并发症患者,常常表现为本身就是本虚或者是表实的情况,以气机失调为主要症候,针对邪毒入侵病变的病理原因,聚焦理气为本,邪毒入侵结合的原则目标,将祛邪扶正、治胃健脾贯穿始终,采取缓图用药、慢调扶正的原则。以健脾利湿为首,开胃消导为辅助,结合疏肝气和理脾气,理顺气行水行石化金,从而血行痰化,作用。达到驱邪扶正

2.5 外治法护理

药物外敷法是指将药膏,或是将药末用清水、酒、醋、蜂蜜等作为调和剂涂抹于患处的一种治疗方法,改变口腔的理化,提升患者肿瘤放疗术后不适感受。研究证实,根据口腔pH值,选择呋喃西林液、1%~4%碳酸氢钠溶液、2%洗必泰等漱口,或者应用中药外敷法辅助术后患者伤口疼痛、引发骨痛及周围神经病变引起的口腔黏膜出血水疱症状中。用别嘌醇片2.0g研末+生理盐水250ml分次漱口,对降低5-氟尿嘧啶所致的口腔黏膜炎有潜在作用,新型的口腔护理液来替代以往常采用的生理盐水、呋喃西林溶液等常规护理液,如0.5%聚维酮碘、口洁灵溶液,采用中药外敷早期辅助治疗可明显减轻患者口腔黏膜充血、口腔溃疡发生、口腔局部疼痛等,不但杀菌力强,而且具有口感好,提高患者生活质量。

3 肿瘤放疗引起口腔并发症患者的临床预防措施

总体来说,利用好口腔并发症的预防措施联合治疗,对于肿瘤放疗引起口腔并发症患者的整体对症治疗有着积极推动作用意义,特别是提升患者整体情况,减少放疗的毒副作用,以及增强患者邪毒入侵功能方面,缓解患者的消瘦、口腔黏膜出血水疱等情况,具有明确治疗作用。现有口腔并发症的预防 and 护理对症治疗,特别是对于邪毒入侵虚寒、痰湿凝结,以及肝胃不和主要类型,已经形成了较为规范化口腔并发症的预防 and 护理药治疗基础方剂,为后续结合西药治疗奠定有效基础。

常用的肿瘤放疗引起口腔并发症患者的临床预防措施,包括在化疗开始前应进行口腔检查和必要的口腔治疗,积极治疗口腔炎症,去掉假牙和连接体,填补或拔除龋齿,待创口愈合1至2日后开始化疗。坚持做好口腔黏膜清洁,坚持使用清水或盐水或茶水漱口,尤其是饭后,通过漱口可机械性清除口腔内的残渣,湿润并润滑口腔黏膜。注重保持环境湿度,可以经常使用加湿器,多使用口唇润滑剂。日常做好口腔清理活动,包括化疗开始前应进行口腔检查和必要的口腔清洁,坚持饭后睡前用软毛刷或海绵刷牙清洁口腔。如果已经出现血小板减少情况,就要注意减少主动刷牙次数,从而确保好口腔黏膜的正常情况。

有相关文献资料显示,肿瘤放疗引起口腔并发症患者的邪毒入侵虚寒情况,来接受口腔并发症的预防 and 护理治疗患者,常常出现的化疗毒副作用、术后并发症等情况,并且合并整体术后口腔黏膜出血水疱、高龄恢复慢等基础情况,临床应用中要加强对个体的对症辨证治疗。

结合肿瘤放疗引起口腔并发症患者的口腔并发症的预防 and 护理治疗,以西药对症、支持、抗感染治疗为辅,以口腔并发症的预防 and 护理扶正补气血为主,开展全面辅助治疗。针对肿瘤放疗引起口腔并发症患者身体消瘦,面色枯黄,神情暗淡,少言寡语等口腔黏膜出血水疱症状,针对此症状情况,口腔并发症的预防 and 护理治疗思路主要为,以攻为主,健脾和胃是整个治疗的核心灵魂。对于放疗的毒副作用,口腔并发症的预防 and 护理治疗则是加强患者固本正气,配合好放疗药物正向作用,对症治疗好患者不良反应。

参考文献:

- [1]秦冬岩,岳崇玉,杨红娟,等.医护一体化护理对肿瘤放疗患者焦虑、抑郁情绪及生活质量的影响[J].中华现代护理杂志.2016, 22(15): 2148-2150, 2151
- [2]侯晓燕.自我效能干预对恶性肿瘤放疗患者癌痛及生活质量的改善效果[J].黑龙江中医药, 2020, 49(06): 89-90
- [3]张玉芳.肿瘤放疗患者实施院内延续性护理的临床效果[J].中外女性健康研究, 2017, (09): 155-156
- [4]张永华,李燕.院外延伸护理对肿瘤放疗患者生存质量的改善效果[J].中外医学研究, 2017, 15(26): 72-74

药师参与用药指导对患者用药依从性及疗效的影响

王玉梅 杜森^{通讯作者}

徐州市肿瘤医院 江苏徐州 221005

摘要:目的 探讨药师参与用药指导对患者用药依从性及疗效的影响。方法 将我院2020年1月—12月门诊治疗的高血压患者300例(未干预组)和2021年1月门诊治疗的高血压患者300例(干预组)为观察对象,其中未干预组患者不进行药师参与用药指导,干预组患者进行药师参与用药指导。使用Morisky服药依从性量表评估未干预组与干预组的用药依从性;比较两组治疗效果;比较两组治疗前、治疗后的收缩压(SBP)、舒张压(DBP)水平。结果 干预组用药依从性(92.33%)高于未干预组(7.67%)($\chi^2=57.042$, $P=0.000$)。干预组总有效率(90.33%)高于未干预组(81.67%)($\chi^2=9.358$, $P=0.002$)。治疗前未干预组与干预组的SBP、DBP水平统计学差异($P>0.05$),治疗后干预组的SBP、DBP水平为[(129.07±9.40) mmHg、(85.19±6.51) mmHg]低于未干预组[(137.94±9.25) mmHg (76.57±5.72) mmHg] ($P<0.05$)。结论 药师参与用药指导能够提高患者的用药依从性及疗效,值得推广。

关键词: 药师; 用药指导; 用药依从性; 疗效

患者用药依从性与病情转归密切相关,然而部分患者在治疗期间,由于对治疗认识不足、用药方案复杂、药物不良反应等原因,导致患者治疗依从性较差,如漏服药、擅自减药、擅自停药、擅自换药等,这些行为将直接影响药物的疗效及疾病控制^[1]。缺乏用药指导是导致患者治疗期间用药依从性差的重要原因。因此,本研究选取我院2020年1月—12月门诊治疗的高血压患者300例(未干预组)和2021年1月门诊治疗的高血压患者300例(干预组)为观察对象,探讨药师参与用药指导对患者治疗期间的用药依从性及疗效的影响,总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院2020年1月—12月门诊治疗的高血压患者300例(未干预组)和2021年1月门诊治疗的高血压患者300例(干预组)为观察对象。纳入标准:(1)治疗时间≥1个月;(2)年龄>16周岁;(3)学历为初中及以上;(4)无视听障碍,可正常沟通;(5)无认知障碍;(6)签署同意书。排除标准:(1)合并危急症患者;(2)疾病未确诊者;(3)住所不固定患者;(4)具体用药情况不明者;(5)合并甲类、乙类传染性疾病者;(6)合并恶性肿瘤患者。

1.2 方法

(1)未干预组:药师未参与用药指导,患者按照医嘱用药。

(2)干预组:由药师参与用药指导,按照美国药师协会和全美连锁药店基金会制定的“药物治疗管理”(MTM),为患者提供标准的药学服务:①药物治疗回顾:患者入院2d内,收集患者的疾病信息,包括患者的一般资料、疾病、用药类型。其中一般资料包括性别、年龄、既往史、过敏史、病史、临床检查等。用药情况包括处方药、非处方药、中药、营养补充剂等。收集患者的既往用药史、药物过敏史相关信息。②用药相关问题(MRPs)评估:将患者的现用药情况、既往用药信息、医嘱等进行综合分析,审核用药的适应性、有效性、安全性、依从性,如是否存在药物治疗不足/过度、无效药物、剂量过低/过高、用药依从性等。③干预/转诊:根据MRPs的轻重缓急及药师权限,给予相应的干预方式。对于需要更改药物治疗计划的患者,药师采用协作干预、直接干预或转诊的方式。其中协作干预方法是制定医师沟通单,发送给处方医师。直接干预的方式是在职业范围内,直接对患者进行沟通,包括药物宣教、疾病管理、改变生活方式等,具体为根据高血压疾病特点、治疗情况,指导患者戒烟戒酒、控制体重(适宜体重指数<24kg/m²)、合理膳食、控制钠盐摄入(每日摄入量<6g,合并心脏病患者每日摄入量<3g)、劳逸结合。而对于出现休克、严重过敏的患者,采用转诊给医师或其他医疗团队的方式。

④个人用药记录和用药行动计划:药师与医师关于MRPs沟通完成后,建立个人用药记录,包括处方药、非处方药、中药、营养补充剂等。药师在职业范围内,建立干预患者的用药行动计划,如更换降压药物后观察记录不良反应、疗效、对患者进行指导等。⑤文档记录和随访:对患者进行MRPs干预结束后,采用SOAP模式记录参与用药指导的内容和过程。“S”为主观资料:内容包含病史、用药史、吸烟史、患者未遵医嘱用药的原因等,患者未遵医嘱用药原因如患者自觉症状好转后减少用药剂量、患者忘记服药、患者因出现不良反应擅自停药等。“O”为客观资料,内容包含血压水平、心率、体温、肝肾功能等临床检查资料。“A”为评估:包含患者出现不良反应的可能原因、治疗效果不佳的可能原因、患者吸烟饮酒影响降压等。“P”为计划:包含更改用药方案、合理膳食指导、生活方式干预、运动干预等。随访在MRPs干预结束后及出院前一天进行,明确干预后患者的治疗效果,包括临床症状、血压控制水平、用药依从性等。

1.3 观察指标

(1)统计两组患者的一般资料,包括性别、年龄、有陪护比例、文化程度、使用药品种类、每天使用药品频次。(2)比较两组用药依从性调查:使用Morisky服药依从性量表对患者进行评估,该量表包含8个题目,其中第1—4个题目题目答案为“否”两个选项,5—7个题目答案为“是”,第8个题目答案为“从不”,全部答对视为依从性好;答错任意一条以上的题目视为依从性差。(3)比较两组疗效:比较两组疗效:显效:舒张压(DBP)下降幅度≥10mmHg且血压≤139/89mmHg,或DBP下降幅度≥10mmHg;有效:DBP下降幅度<10mmHg且血压≤139/89mmHg,或DBP下降幅度11—19mmHg,或收缩压(SBP)下降幅度≥30mmHg;无效:血压>139/89mmHg且DBP下降幅度<10mmHg,SBP下降幅度<30mmHg。总有效率=(显效+有效)/300×100%。(4)测量治疗前、后两组的SBP、DBP水平。

1.4 统计学分析

用SPSS25.0统计学软件分析,患者的年龄、使用药品种类、每天使用药品频次、SBP、DBP的数据资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验,性别、有陪护比例、文化程度、用药依从性、治疗效果的数据资料用%表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

两组性别、年龄、有陪护比例、文化程度、使用药品种类、每天使用药品次数无统计学差异($P>0.05$),见表1。

表1: 两组患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$, $n(\%)$)

组别	n	性别(男/女)	年龄(岁)	有陪护	文化程度(中学/大专以上)	使用药品种类(种)	每天使用药品频次(次)
未干预组	300	162/138	41.02±3.32	215(71.67)	135/165	2.35±0.23	2.45±0.24

干预组	300	167 / 133	40.75±3.57	212 (70.67)	130 / 170	2.34±0.22	2.43±0.21
χ^2 / t		0.168	0.945	0.073	0.169	0.544	0.543
P		0.682	0.139	0.787	0.681	0.423	0.425

2.2 两组患者用药依从性比较

干预组用药依从性 (92.33%) 高于未干预组 (7.67%) ($\chi^2=57.042$, $P=0.000$), 见表 2。

表 2: 两组患者用药依从性比较[n (%)]

组别	n	依从性好	依从性差
未干预组	300	203 (77.67)	97 (32.33)
干预组	300	277 (92.33)	23 (7.67)
χ^2		57.042	
P		0.000	

2.3 两组治疗效果比较

干预组总有效率 (90.33%) 高于未干预组 (81.67%) ($\chi^2=9.358$, $P=0.002$), 见表 3。

表 3: 两组患者用药依从性比较[n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
未干预组	300	112 (37.33)	133 (44.33)	55 (18.33)	245 (81.67)
干预组	300	166 (55.33)	105 (35.00)	29 (9.67)	271 (90.33)
χ^2					9.358
P					0.002

2.4 两组血压水平比较

治疗前未干预组与干预组的 SBP、DBP 水平统计学差异 ($P>0.05$), 治疗后干预组的 SBP、DBP 水平低于未干预组 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4: 治疗前后两组血压水平比较 ($\bar{x}\pm s$, mmHg)

组别	n	SBP		DBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
未干预组	300	163.15±11.32	137.94±9.25	96.12±7.61	76.57±5.72
干预组	300	162.96±10.45	129.07±9.40	96.55±7.59	85.19±6.51
t		0.214	11.649	0.693	17.229
P		0.691	0.000	0.314	0.000

3 讨论

患者在接受药物治疗过程中, 若用药依从性不佳, 出现擅自停药、减药、增加药物剂量等用药依从性差的行为, 会直接影响药物治疗效果^[2]。而患者的这些用药行为, 一方面与患者自身原因有关, 另一方面与医师的开药有关。患者缺乏用药的认识、对药物不良反应产生顾虑, 会导致其不重视医嘱, 不遵从医嘱。医师开处方时出现药物治疗剂量不足、疗程不足、用药不对症等情况, 会导致药效达不到预期的效果。或医师开处方时, 药物剂量过大、用药配伍禁忌等情况时, 会出现不良反应, 导致患者对用药产生顾虑, 进而影响用药依从性和治疗效果^[3]。因此, 药师参与用药指导时, 需要从患者和处方医师两方面进行干预。

药师参与用药指导中, 主要根据 MTM 标准的药学服务流程进行干预, 包括药物治疗回顾、MRPs 评估、干预 / 转诊、个人用药记录和用药行动计划、文档记录和随访。其中药物治疗回顾主要内容是收集患者的基本信息、疾病信息、药物信息资料, 作为开展服务的信息基础。相关研究^[4]显

示, 2 型糖尿病患者通过全程药师干预后, 用药依从性为 86%, 而未进行全程药师干预组的用药依从性仅为 62%, 通过全程药师干预后明显提升了 2 型糖尿病患者的用药依从性。本研究对门诊的高血压患者进行比较, 结果显示干预组用药依从性 (92.33%) 高于未干预组 (7.67%) ($P<0.05$), 与上述报道类似。提示, 药师参与用药指导能够提高患者的用药依从性。考虑原因是, 药师参与用药指导能够直接对患者的用药依从性进行干预, 基于 MRPs 评估患者的用药安全性、依从性情况, 在职业范围内直接对患者进行药物宣教、疾病管理、改变生活方式等干预, 使患者认识到规范治疗的必要性, 提高依从性; 采用与医师建立沟通单的协作干预模式, 与医师沟通更改不合理的用药方案, 调整用药的适应性, 提高药物治疗安全性, 消除患者对用药的心理顾虑, 提高用药依从性。

患者治疗中用药的适应性直接影响治疗效果, 医师由于对药物不熟悉、经验性用药等原因, 导致用药的适应性出现不合理的情况, 如用药不对症、剂量过低、疗程不足等, 会直接影响疗效^[5]。相关研究^[6]显示, 慢性阻塞性肺疾病患者治疗中, 药师参与后的疾病控制效果优于未干预组。本研究对门诊治疗的高血压患者进行比较, 结果显示干预组总有效率 (90.33%) 高于未干预组 (81.67%) ($P<0.05$), 与上述报道类似。提示, 药师参与用药指导能提高疗效。考虑原因是药师通过用药指导, 基于 MRPs 评估用药的适应症、有效性, 对患者用药中不合理的地方, 及时与医师建立沟通单, 提出新的用药建议, 帮助医师调整用药方案, 有助于促进合理用药, 确保药物治疗的有效性, 提高疗效^[7]。本研究对门诊治疗的高血压患者进行比较, 结果显示, 治疗后干预组的 SBP、DBP 水平为低于未干预组 ($P<0.05$)。提示, 药师对门诊治疗的高血压患者进行用药指导, 能够促进降压, 更好地控制血压水平。分析原因是, 药师通过 MRPs 流程, 收集患者的基本资料、疾病信息、用药信息, 对患者用药方案进行审核, 综合分析用药的合理性、潜在危害, 针对不合理的情况分别与医师、患者对接沟通。与医师协调更改用药方案, 确保用药适宜。与患者沟通, 消除患者的用药顾虑, 促进患者遵医用药, 帮助患者戒烟戒酒、健康饮食、纠正不良生活习惯等, 使患者的生活饮食习惯与用药相辅相成, 避免不良饮食生活习惯影响药效^[8]。从多方面、多角度干预, 帮助患者更好地控制血压, 使治疗后的血压水平低于比未干预组。

综上所述, 药师参与用药指导能够提高患者的用药依从性及疗效, 值得推广。

参考文献:

- [1] 舒文琳, 陈雪梅, 杨一民, 等. 中西药临床药师科普干预在儿童门诊患者中的效果研究[J]. 儿科药科学杂志, 2022, 28 (04): 22-25.
- [2] 杜文英, 张颖, 邵奇, 等. 临床药师干预肿瘤科患者镇痛治疗药物使用的效果分析[J]. 中国药物应用与监测, 2021, 18 (06): 409-412.
- [3] 袁亮亮, 王超, 翟慧媛. 药学干预对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 (06): 473-476.
- [4] 周玉琳, 贾林燕. 全程药师干预对 2 型糖尿病患者用药依从性与安全性的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14 (17): 153-154.
- [5] 杨静, 任道霞. 临床药师干预辅助用药对药品使用合理性的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (35): 105-107.
- [6] 谢跃辉, 袁琴, 杨悟新. 药师参与对慢性阻塞性肺疾病患者治疗依从性及疗效的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28 (12): 18-21.
- [7] 张鹏飞. 药师参与用药干预对用药合理性及不良反应的影响[J]. 首都食品与医药, 2020, 27 (11): 106-107.
- [8] 徐田希, 陈鸿. 药师在合理用药中的作用[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13 (28): 166-169.

人性化护理模式在手术室护理中的应用价值分析

许晓晗

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 浙江杭州 310000

摘要：目的：探讨人性化护理模式在手术室护理中的应用价值。方法：选择 2021 年 5 月~2022 年 7 月时段到我院接受治疗的 89 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，其中观察组 45 例，对照组 44 例，观察组采用人性化护理模式，对照组采用常规手术室护理模式，对比两组护理后的效果。结果：观察组护理后焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）评分显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组护理满意度显著优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：将人性化护理模式应用于手术室护理中，能够有效提升手术护理的质量，帮助缓解患者的忧郁焦虑情绪，建议临床使用。

关键词：人性化护理；手术室护理；应用价值

手术室属于医院重要医疗部门，因手术操作复杂，该部门医护人员工作量较大，维护手术室的舒适环境，提高各环节人员的综合素质，能帮助有效防止手术感染，提供手术顺利完成的基础^[1]。患者在手术前很容易产生心理应激反应，这对患者的神经、循环以及内分泌等系统造成了一定的影响，从而干扰麻醉以及手术的顺利实施^[2]。人性化护理能够做到满足患者在多方面的需求，全方位地对患者的生命及健康进行人文关怀；通过人性化护理，可以构建与患者的有效沟通和和谐相处关系，促使患者身心能在最短的时间内恢复正常。对此本文就我院在 2021 年 5 月~2022 年 7 月时段接受治疗的手术治疗患者采用人性化管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 2021 年 5 月~2022 年 7 月时段到我院接受治疗的 89 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，其中观察组 45 例，对照组 44 例。对照组中：男 28 例，女 16 例，年龄 20~72 岁，平均年龄（44.34±8.56）岁；观察组中：男 30 例，女 15 例，年龄 21~70 岁，平均年龄（44.47±8.45）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）患者无突发性疾病；（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）患严重内脏功能疾病者；（2）患者具有精神障碍或认知障碍；（3）患者不符合手术指标。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用常规手术室护理；包括：医护人员应该热情接待患者及其家属，介绍治疗环境，熟悉责任护士；嘱咐患者若服药后出现不适症状，应及时告知医护人员。术前检查患者各项手术指标，如有需要做好备皮；术中应结合手术方案配合主刀医师，并在术后做好记录；患者出院后要定期电话回访进行指导，叮嘱患者定期到院复查。

1.2.2 观察组

采用人性化护理；包括：在对照组的基础上实施人性化护理。（1）术前护理。患者在手术前常常会出现紧张、恐惧的状态，手术作为一种应激源，可导致患者产生强烈的生理与心理应激反应，因此在对患者手术前，护理人员应与患者进行详细沟通，语气要热情、灵活、有亲和力，了解到患者的基本情况，通过术前表现确定心理状态，根据不同患者心理受影响程度，对其进行安抚、引导，对患者进行精神上的支持，可以讲述医院成功手术案例，介绍医院医疗技术水平，增强患者对医院的认知以及对手术的信心，消除患者不良情绪，减轻患者压力，同时将麻醉时的相关步骤讲给患者，以提高主动治疗依从性，有利于手术顺利完成。（2）术中护理。调整手术室湿温度到合理范围，调整好手术床，为患者调整手术体位，选择舒适的姿势，满足符合手术操作，同时不影响生理功能；要考虑到患者

肢体受压问题，在不妨碍呼吸动作、不影响静脉回流，无软组织及神经受压或牵拉的前提下，可以将柔软垫子之类的或其他舒适高的支撑物置于患者受压处，同时注意一定要做好术中保暖工作，保护好各关键部位。鼓励患者积极面对手术，陪伴患者手术，进行各种护理工作时，动作要求精准轻柔，尽量避免操作不慎给患者带来听觉或是触觉方面的突然刺激；分散注意力直至麻醉生效使患者入睡；有些患者担心麻醉和手术是否顺利而产生心理负担，进而还可能引起血压、心率异常，此时应该引导患者稳定情绪迎接手术，热情帮助患者，讲解麻醉效果和麻醉师的注意事项和配合方法；手术进行过程中积极配合主刀医师，保持监测患者各项手术相关指标，密切观察，若发现异常情况，要及时上报主刀医师。（3）术后护理。护理人员为患者擦干血迹和消毒剂遗留痕迹，密切观察患者情况，告知患者手术结果及手术治疗效果，给患者一定的治疗信任，加强治疗信心；耐心倾听患者的倾诉，提前告知术后正常反应；若患者抱怨疼痛，要告诉患者疼痛原因，嘱咐不要过度紧张，同时告知术后的注意事项，包括疾病可能会引起的一些并发症，引起患者及家属重视，增加治疗配合性；针对患者手术结果，时刻监督患者伤口愈合情况，做好病情记录；询问患者需求，根据需求合理调整病房内环境；调查患者对手术护理的满意度，询问相关意见和建议，加以更改完善。询问患者是否有术后不适，观察患者的体位是否正确，避免出现压迫神经或阻碍血液流通等情况，让患者感受到关心和照顾，加深社会归属感，利于提高治疗积极性。给予患者生理和心理上的双重护理，促进手术能够顺利进行，且有效维护和谐的医患关系，促进提高手术治疗效果。

1.3 观察指标

调查记录护理后患者 SAS、SDS 评分以及护理满意度，并进行比较。评判标准：护理满意度分为显效、有效、无效，百分制。90~100 分是非常满意，为显效；79~89 分是比较满意，为有效；≤78 是不满意，为失效。

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 两组患者抑郁焦虑情况比较

观察组护理后 SAS、SDS 评分显著低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者护理前后 SAS、SDS 评分比较[n （ $\bar{x} \pm s$ ）]

组别	n	SAS（分）		SDS（分）	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	55	64.71±8.65	42.76±9.32	53.22±8.02	42.57±4.87
对照组	54	65.74±9.46	56.63±8.31	52.29±7.25	48.52±6.90
t		0.593	8.196	0.635	5.209
P		0.554	0.000	0.527	0.000

2.2 两组患者护理满意度情况比较

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情况比较[n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	满意度
观察组	55	90.91 (50/55)	9.09 (5/55)	0	1
对照组	54	70.37 (38/54)	18.52 (10/54)	11.11 (6/54)	88.89 (48/54)
χ^2					4.507
P					0.034

3. 讨论

手术室护理中如果护理不到位,很容易对患者造成一系列不良影响,降低手术进度和效果。如体位安置不当:会影响患者循环、呼吸,约束带过紧或两上肢过度外展、造成神经受压。衬垫不当导致褥疮发生。手术器械准备不充分或器械性能不良;术中再次准备延长手术时间,手术器械核对或是管理不规范导致部分小型器械等残留患者体内^[3]。设备使用管理不合理;设备性能掌握程度不足,导致增加患者手术风险。术中仪器使用失误;术前准备时未试机,出现临时故障,如电凝器电极固定不牢,造成脱落、污染等。多次使用一次性电刀极板造成皮肤灼伤。输血输液查对血型时出现差错,药物摆放错误(用后习惯性随手放置),标识不清导致误用。手术患者护送事故,护送途中发生管道脱落。接送车没固定好,导致患者滑落,甚至可能对部分特殊手术患者生命安全构成影响。术后患者影像学检查结果等贵重物品遗失。这些存在问题不仅仅是护理人员知识、经验缺乏的体现,同时会使医院和患者之间的关系紧张。

常规手术护理模式存在未严格执行查对制度、器械物品准备不足、手术护理记录缺失、手术体位安置不当、未按医嘱护理、送检标本遗失、手术室言行不当(讨论到与手术无关话题)、消毒隔离不到位等一系列问题。同时手术室护理工作的常见差错包括有:(1)没有做好患者的基本信息核对查实,造成手术对象差错或是弄错手术内容^[5]。(2)药物核查不严谨,记错患者应用药物、过敏药物、剂量等,延误病情甚至危及生命^[6]。(3)没有认真核对患者血型,输血错误。(4)没有在准备工作时认真地检查医疗器械和物品、对器械的使用方法不熟悉,导致操作失误或影响手术效果,给患者造成二次伤害,引起医疗事故及纠纷^[7]。(5)术后没有完整清点医疗器械和物品,导致手术使用物品遗留患者体内。(6)术中未仔细观察患者病情,导致不能及时发现患者的异常情况并并发症发生。(7)标本的收集和管理不认真、弄错或遗失标本^[8-10]。(8)因护理不当,导致患者发生压伤、摔伤、灼伤等意外情况。(9)没有正确或及时的对患者使用止血带,导致肢体缺血坏死。手术室护理工作的缺陷能对患者造成十分严重的不良影响,因此在每一个环节上,都应该仔细认真,不能马虎。医护人员严格遵守规章制度,提高综合素质,以达到更好的护理效果;护理人员在手术护理工作中应保证自己有充分的体力和精力,可有效减少护理失误,医务工作者对自己负责就是对患者的负责^[11-13]。法律能够有效保障医护人员的合法权益,应加强对相关法律知识的学习,增强法律意识,维护自身及患者的合法权益,加强医疗安全性。人性化护理是一种新型的护理模式,为患者提供最优质的服务,极大力度地推动了护理事业的发展,真正把以患者为中心推向了“以人的健康为中心”的发展方向。人性化护理是具有创造性、个性化、整体性、有效性的一种护理模式,其目的在于要让患者在精神、社会、身体上处于舒适满足的状态,改善或消除不适感。人性化护理注重给予服务对象人性化的关怀和照顾,在临床工作中,要求护理人员不能仅仅局限于掌握单纯的技术操作,应更注重“以人为本”的整体护理。手术是患者最担心的治疗环节,护理人员在手术过程中实施人性化护理,能充分表达自己对患者的关怀和照顾,这样不仅能让患者心理上得

到极大满足,还能最大程度的减缓身体不适;使其保持在相对最佳状态,不仅能有效增强患者手术信心,还能加快手术进度,对治疗效果有积极促进作用。相关研究发现,让患者保持心情愉快可以加速患者的伤口愈合。所以对于医院来讲,提高医护人员综合素质,选择科学合理有效的护理措施能增加患者的治疗舒适满意程度,帮助取得更好的治疗效果,维持和谐的护患关系^[14]。本研究结果显示,观察组护理后 SAS、SDS 评分低于对照组;观察组护理满意度优于对照组;且差异显著。人性化护理术前开展心理准备减轻患者应激反应,经过心理准备,患者的焦虑、恐惧、抑郁等负面影响均得到有效缓解,手术室护理人员必须改变单纯手术室工作,扩展至术前访问,术中护理,术后护理三方面,要求护理人员掌握全面知识,不断更新汲取,提高护理质量,增强护理责任心,促进患者早日康复,不仅融洽医患关系,同时获得了患者及家属的肯定,提高医疗护理质量。说明对手术治疗患者采用人性化护理模式,可提高患者综合素质,改善生活质量,提升护理满意度,促进实现理想的治疗效果。

综上所述,使用人性化护理模式于手术治疗患者中,临床护理效果显著,可有效改善患者心理健康,提高护理质量,值得临床应用。

参考文献:

- [1]果玉秀.手术室护理中人性化护理模式的应用效果观察[J].现代养生,2022,22(01):48-50.
- [2]陆颖.人性化护理模式在手术室护理中的应用价值分析[J].江苏科技信息,2021,38(28):66-68.
- [3]罗园,程丽霞.人性化护理模式在手术室护理中的应用效果评价[J].中国医药指南,2021,19(13):202-203.
- [4]刘婷.人性化护理在手术室护理中的应用及效果分析[J].中国医药科学,2021,11(07):154-157.
- [5]鄧丹丹.手术室护理中实施人性化护理对护理满意度及术后并发症影响[J].系统医学,2021,6(05):177-179.
- [6]张海燕,杨辉.人性化护理在手术室护理中的应用及效果分析[J].医学食疗与健康,2021,19(02):101-102.
- [7]杨革,刘转,田玲.人性化护理模式在手术室护理中的应用价值分析[J].贵州医药,2020,44(11):1843-1844.
- [8]刘絮,杨扬,李丹丹.人性化护理在手术室护理质量和患者满意度中的效果[J].临床研究,2020,28(11):181-182.
- [9]张倩.人性化护理模式在手术室护理中的应用价值探索[J].中外女性健康研究,2020,(08):109-110.
- [10]张媛媛.人性化护理模式在手术室护理中的应用价值评价[J].中国继续医学教育,2020,12(06):181-183.
- [11]白建弘.人性化护理模式在手术室护理中的应用价值分析[J].中国保健营养,2021,31(14):231.
- [12]杨洲.人性化护理模式在手术室护理中的应用价值分析[J].心理月刊,2019,14(20):104.
- [13]张淑荣.人性化护理模式在手术室护理中的应用价值分析[J].全科口腔医学杂志(电子版),2019,6(23):83,85.
- [14]彭程欢.人性化护理模式在手术室护理中的应用价值分析[J].东方食疗与保健,2017,(3):153.
- [15]陈慧,盛家鹏.人性化护理模式在手术室护理中的应用价值分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(13):93-94..
- [16]申珂.人性化护理模式在手术室护理中的应用价值分析[J].糖尿病天地,2020,17(3):270-271.

优化急救护理流程对急诊心肺复苏患者抢救成功率及预后的影响研究

张旭琳

烟台市烟台山医院 山东烟台 264000

摘要: 目的探讨在急诊心肺复苏患者抢救中优化急救护理流程对抢救成功率和预后产生的影响。方法研究对象为我院急诊科于2019年6月至2020年6月时间段内接收的60例心肺复苏患者,我院于2020年1月实施优化急救护理流程,按照实施的急救流程的不同将60例患者划分为观察组(实施优化后的急救护理流程, $n=30$)和参照(开展常规的急诊护理措施, $n=30$),对两组患者抢救成功率、抢救流程耗时、并发症发生情况以及两组患者的心理状况进行比较和分析。结果两组患者的胸外按压时间、接诊时间、建立静脉通路时间、心电图检查时间比较,观察组明显低于参照组($P<0.05$);两组患者抢救成功率比较,观察组明显高于参照组,组间数据比较差异有显著差异较为明显($P<0.05$);两组患者死亡率比较,观察组明显低于参照组,组间数据比较差异较为显著($P<0.05$)。两组并发症发生情况比较,研究组明显低于参照组($<4.00\%$),组间数据比较差异较为显著($p<0.05$)。苏醒后,观察组患者的SAS、SDS评分明显优于参照组,有统计学意义存在($p<0.05$)。结论急诊心肺复苏患者来说,优化急救护理流程能够缩短抢救耗时,提高患者的抢救成功率,降低死亡发生风险,并发症明显得到降低,患者心理状态相对较优,预后情况良好,推广应用价值较高。

关键词: 心肺复苏; 急诊; 抢救成功率; 急救护理流程; 优化

在急诊科的抢救手段中,心肺复苏属于比较常见的一种,主要用于心搏呼吸骤停,其引发原因较为多样,包括各类危重心脏病、脑血管疾病卒中疾病、以及严重创伤等^[1-2]。心搏呼吸骤停通常较为突发,争取急救时间对患者来说非常关键,患者如果短时间内无法救治可能会引发死亡,因此需要对急诊抢救流程进行优化,以节省时间,为最快速的实现救治,使患者脱离生命危险^[3]。心肺复苏能够对心搏呼吸进行机械化重启,降低患者死亡几率达到救治的目的^[4-5]。本文通过对我院急诊科于2019年6月至2020年6月时间段内接收的60例心肺复苏患者,按照急救流程的不同分组对急救效果进行分析和比较,探讨两种急救流程的对抢救成功率和预后恢复产生的影响,具体情况参下文。

1 基础资料和方法

1.1 基础资料

选择我院急诊科于2019年6月至2020年6月时间段内接收的60例心肺复苏患者纳入此次研究的范围,我院于2020年1月实施优化急救护理流程,按照实施的急救流程的不同将60例患者划分为观察组(实施优化后的急救护理流程, $n=30$)和参照(开展常规的急诊护理措施, $n=30$)。观察组中男性患者和女性患者人数比例为19:11,年龄区间为21~85(56.33 ± 6.15)岁,心搏呼吸骤停病因分型为:12例为严重创伤,8例为卒中疾病,6例为脑血管疾病,4例为危重心脏病;男性患者和女性患者人数比例为17:13,年龄区间为20~83(55.82 ± 6.06)岁,心搏呼吸骤停

病因分型为:13例为严重创伤,7例为卒中疾病,6例为脑血管疾病,4例为危重心脏病。对两组患者的基础资料进行组间比对发现无显著的统计学差异存在,可继续进行组间比较。

1.2 纳入及排除标准:

1.2.1 纳入标准:①所有患者均为心跳呼吸骤停且经病理学确诊;②60例患者均由同一组医护人员抢救治疗;③本次研究经过患者及家属的知情同意并向医院伦理委员会申报批准后执行。

1.2.2 排除标准:①未在本院完场治疗家中途转院的;②抢救无效死亡者;③为接受医学抢救者;④合并有血液系统疾病者;⑤有免疫系统疾病及重大传染性疾病者;⑥有凝血功能障碍合并者;⑦资料欠缺者。

1.2 治疗方法

参照组依照常规的急诊接诊流程进行抢救和护理,进急诊分诊后将患者转移至对应急诊科室开展抢救,对患者进行心肺复苏治疗,适中对患者的生命体征进行密切的关注,为患者建立静脉通路,进行身体特征监测。

观察组患者实施优化后的急救护理流程,详情见下文:

1.2.1 为心跳呼吸骤停患者开放绿色通道。由于患者病情非常紧急,不容得有片刻的迟缓,否则可能造成无法挽回的后果乃至死亡,造成抢救成功率低下,因此抢救时间需要分秒必争。所以,为患者开通心跳呼吸骤停绿色通道,就在一定程度上节省了转移和等待的时间,为患者的抢救抢占了时间,使得抢救成功率大幅度提高。绿色通道开放后,急救患者可优先

使用药品、抢救室、病房专供、设备优先使用、人力资源优先调度。借助绿色通道使得分诊时间和药品供应等候时间大幅度缩短,救助速率加快。

1.2.2 组建抢救小组。挑选经验丰富的意识组间多个心跳呼吸骤停抢救小组,组长职位由 1~2 名经验丰富的急诊科人员担任,小组成员由具备一定资历的护理人员组成,负责对抢救护理工作进行协调和配合,由小组内 1 名成员负责药品的使用和管理,1 名成员负责设备的管理和调度分配。待患者分诊后,小组组长立马组织小组成员开展抢救工作,待检患者交由医生展开抢救后,小组组长进行辅助,要求小组成员药品及设备准备要快速、高效、干净、利落,相互协作配合抢救。

1.2.3 积极执行护理策略,达成护理目标。在十秒钟之内完成对患者的心电图、心率、血压等生命体征监测;为患者建立静脉通路,2 分钟内完成血液样本采集;1 分钟内将影像学检查所需设备准备到位,准备除颤仪,快速准确的完成抢救辅助工作。

1.3 观察指标

观察比较两组患者抢救所用时间,对接诊时间、胸外按压时间、静脉通路建立时间、心电图检查时间进行详细准确的记录并做组间比较和分析。

对两组患者的死亡率以及抢救成功率进行计算和汇总。对两组患者抢救治疗中的并发症发生情况进行观察和记录,并做组间对比分析。

使用 SAS(焦虑自评量表)和 SDS(抑郁自评量表)对患者苏醒后的心理状态进行打分,SDS>53 分说有抑郁倾向,SAS>50 说明有焦虑倾向,分值越低说明患者心理状态越好,反之亦然。

并发症涉及项目为:反应迟钝、记忆减退、抽搐、胸部不适。

死亡判断标准:脑死亡即脑干死亡。有 4 项死亡判定标准:①机体自发呼吸及自发运动消失;②机体受到刺激不能发生反应;③丧失各种反射功能;④脑电波无波动。

1.4 统计学处理

将研究所获得的数据资料纳入 SPSS24.0 版本的软件中进行统计学分析,计数资料使用 n(%)标识,结果以卡方进行验证,计量资料以均数标准差表示,结果以独立样本 t 进行验证,以 P<0.05 作为组间数据比较有统计学意义的判定标准。

2 结果

2.1 观察组和参照组患者抢救所用时间对比(见表 1)

两组患者的胸外按压时间、接诊时间、建立静脉通路时间、心电图检查时间比较,观察组明显低于参照组(P<0.05);组间数据比较差异有显

著差异较为明显(P<0.05)。

表 1 观察组和参照组患者抢救所用时间对比(分)

分组	接诊时间	胸外按压 时间	静脉通道建立 时间	心电图检查 时间
观察组 (n=30)	2.08±0.09	1.58±0.19	3.05±0.28	1.16±0.18
参照组 (n=30)	3.39±0.12	2.22±0.18	4.96±0.29	2.95±0.22
t	47.834	13.394	25.952	34.491
p	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 观察组和参照组患者的死亡率及抢救成功率对比(见表 2)

两组患者抢救成功率比较,观察组明显高于参照组(76.67%>50.00%),组间差异较为明显(P<0.05);两组患者死亡率比较,观察组明显低于参照组(23.33%<50%),组间数据比较优明显的差异(P<0.05),存在统计学参比意义。

表 2 观察组和参照组患者的死亡率及抢救成功率对比

分组	死亡率(%)	抢救成功率(%)
观察组(n=30)	7(23.33)	23(76.67)
参照组(n=30)	15(50.00)	15(50.00)
X ²	4.593	4.593
p	0.000	0.000

2.3 苏醒后,观察组和参照组患者的抢救过程中的心理状态对比(见表 3)

两组患者的 SAS 及 SDS 评分比较,观察组患者均明显低于参照组患者,组间数据比较差异较为显著(x²=9.075,9.373,均 P<0.05)。

表 3 苏醒后,观察组和参照组患者的抢救过程中的心理状态对比

分组	SAS 评分	SDS 评分
观察组(n=30)	53.06±4.33	56.10±4.08
参照组(n=30)	64.12±5.08	67.33±5.14
t	9.075	9.373
p	0.000	0.000

2.4 研究组和参照组患者的并发症发生情况对比(见表 4)

两组并发症发生情况比较,研究组明显低于参照组(<4.00%),组间数据比较差异较为显著(p<0.05)。

表 4 研究组和参照组患者的并发症发生情况对比 n (%)

分组	反应迟钝	记忆减退	抽搐	胸部不适	总发生率
观察组 (n=30)	0 (0.00)	1 (3.33)	1 (3.34)	0 (0.00)	2 (6.67)
参照组 (n=30)	3 (10.00)	2 (6.67)	1 (3.33)	2 (6.67)	8 (26.67)
χ^2	4.320				
p	<0.05				

3 讨论

心脏突然停止跳动是心搏骤停的典型的临床特征，这一状况会导致射血及排血功能产生障碍，并且经过心电图检查发现大动脉波和心音均无波动，彻底消失，人体生命体征也逐渐消失，病情较为危急^[5-8]。此疾病发病突然，病情进展快，症状为重，发生猝死的风险较大^[9-11]。并且，经过有关资料显示近些年来，心搏骤停的临床发病率正在逐年增长，其引发原因较多，与饮食、休息、生活和工作的压力有着较大的关系^[12-15]。心搏骤停具有较高的死亡率，是一种危险系数较高的疾病^[16]。心搏骤停致死原因中引未在发病期间获得及时有效的救助占据较大的比例。心搏骤停发病后 8 分钟是救治的最佳时机，倘若救治不及时或者无效，病情会进展严重甚至引发死亡。

优化急诊护理流程是现有的急诊历程加以分析和总结，对现有流程中存在的问题和不足进行探讨，对现有流程进行改进，以提高效率节省时间，并且对护士进行培训要求其对于每一个抢救流程熟知，对抢救护理措施熟练的掌握，急诊护理专业快速。绿色通道的开放为患者大大节省了等待时间，缩短了分诊、设备调度和药品供应方面的时间，大大提高了抢救速度；并专门的抢救小组的组建使得抢救护理工作更具专业化，经验丰富的护理人员保障了护理的专业性和安全性；并且对抢救步骤进行量化处理，使得抢救护理流程更为标准和规范。本次研究结果显示使用优化后的急救护理流程的患者的胸外按压时间、接诊时间、心电图检查耗时、建立静脉通路耗时明显低于参照组 ($P<0.05$)，抢救成功率明显高于参照组 ($p<0.05$)，心理状态明显优于参照组 ($p<0.05$)，并发症发生率明显低于参照组 ($p<0.05$)，差异均有统计学意义存在。

总之，对于急诊心肺复苏患者来说，优化急救护理流程能够缩短抢救耗时，提高患者的抢救成功率，降低死亡发生风险，并发病明显得到降低，

患者心理状态相对较优，预后情况良好，推广应用价值较高。

参考文献:

[1]李冬平. 心肺复苏应用急诊护理干预的临床价值研究[J]. 智慧健康,2020,6 (34): 136-137.

[2]吕颖,蒋飞,王晓玲. 急诊护理流程优化对急诊患者急救效果及护理满意度的影响分析[J]. 医学食疗与健康,2021,19 (01): 110-111.

[3]吴小娟,邹素华,黄媛媛,陈苗妙. 优化急救护理流程对急诊心肺复苏患者抢救成功率及预后的影响[J]. 中国现代医生,2021,59(12): 171-174.

[4]关素琴. 急救护理流程优化对心脏骤停行心肺复苏患儿抢救效果及康复的影响[J]. 医学理论与实践,2021,34 (18): 3271-3273.

[5]郑帆,郭莹. 优化急诊护理流程在急性心肌梗死患者抢救中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践,2022,7 (05): 161-163.

[6]赵惠. 研究急诊心肺复苏患者采取优化急救护理流程的抢救效果及预后[J]. 中国实用医药,2018,13 (24): 148-149.

[7]马茹,刘雪艳. 优化急救护理流程对急诊心肺复苏患者抢救成功率及预后的影响[J]. 临床医学研究与实践,2018,3 (25): 157-158.

[8]曹丽波. 优化抢救流程在急诊危重症监护病房护理管理中的效果[J]. 实用临床医药杂志,2019,23 (20): 126-128.

[9]马静. 优化护理急救流程对急诊心肺复苏抢救应用效果及预后分析[J]. 当代临床医刊,2019,32 (06): 540-541.

[10]林转结,董丽娟,黄永贵. 心肺复苏患者优化急救护理流程的抢救效果及预后分析[J]. 岭南急诊医学杂志,2018,23 (03): 286-287.

[11]李晓燕. 优化急诊护理流程对提升急性脑卒中抢救成功率的影响[J]. 临床医学研究与实践,2018,3 (13): 158-159.

[12]章艳,蔡俊伟,叶良凤. 全程优化护理对急诊心跳呼吸骤停患者抢救成功率的影响[J]. 中国医药科学,2020,10 (11): 103-105+175.

[13]王慧,许振升. 优化护理流程应用于心肺复苏抢救中的效果研究[J]. 黑龙江医药科学,2020,43 (04): 49-50.

[14]李云星. 心肺复苏患者采取优化急救护理流程的抢救结果及预后[J]. 中国实用医药,2019,14 (25): 179-180.

[15]余霞,邓海艳,龙深海. 优化急救护理流程在心肺复苏患者抢救中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2019,25 (23): 83-85.

[16]杜琳琳,张志勇. 急诊心肺复苏患者优化急救护理流程的抢救效果及预后分析[J]. 实用临床医药杂志,2017,21 (08): 8-10+20.

护理应急预案配和无缝隙护理在产后大出血产妇救护中的应用效果

陈云

南京市妇幼保健院 江苏南京 210024

摘要：目的：观察产后大出血产妇救护中应用护理应急预案联合无缝隙护理的临床效果。方法：在2021年1月至2021年12月的时间内收集42例产后大出血产妇，全部在本院中选择，分组时以抽签法作为依据，设定开展常规护理的21例患者为对照组，设定开展护理应急预案+无缝隙护理的21例患者为实验组，对两组不同的临床救护效果进行比较。结果：（1）组间比较出血量，实验组少于对照组；组间比较手术时间、止血时间、住院时间，实验组均短于对照组；以上各项差异均为 $P<0.05$ ；（2）组间比较手术成功率，实验组高于对照组；组间比较输血率、失血性休克发生率，实验组均低于对照组；存在统计学意义， $P<0.05$ ；（3）组间比较SAS评分、SDS评分，两组干预后均更低于干预前，其中相较于对照组更低的为实验组， $P<0.05$ ；（4）组间比较护理满意度，实验组与对照组的差异可用 $P<0.05$ 表示。结论：选择护理应急预案与无缝隙护理配合的方式应用于产后大出血产妇救护中能够有效改善心理状态，提高止血效果，促进病情康复，适合全面性推广和普及。

关键词：产后大出血；无缝隙护理；护理应急预案

产后大出血属于产科发病率较高的急危并发症之一，主要是宫缩乏力、软产道裂伤、胎盘植入等造成的子宫流血不止现象，会对患者生命安全构成直接性威胁，如果不能及时进行救护，则会因为失血量过多而引起失血休克，从而直接导致患者死亡的后果^[1]。临床现阶段一般会选择宫缩剂或药物促使宫缩力提高，实现预期的止血目的，但止血速度缓慢，所以需要进行规范化护理方案的配合。无缝隙护理是现代医疗护理方式改善与优化的前提下提出的新型护理模式，其可使护理流程的完整性、连续性得到保障，而在产后大出血救治中运用此种护理模式的相关研究并不多。本文在本院中收集42例产后大出血产妇，具体进行以下报告：

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入病例的时间限定在2021.1-2021.12范围内，以本院收治的产后大出血产妇42例为主，依据抽签法将分组完成，对照组的患者21例，25-38岁为患者年龄范围，平均值为 (27.6 ± 3.5) 岁；39-41周为患者孕周范围，平均值为 (40.5 ± 0.3) 周；产后大出血原因：4例凝血功能障碍，2例胎盘因素，15例宫缩乏力；实验组的患者21例，26-39岁为患者年龄范围，平均值为 (27.5 ± 3.6) 岁；39-42周为患者孕周范围，平均值为 (40.6 ± 0.2) 周；产后大出血原因：3例凝血功能障碍，1例胎盘因素，17例宫缩乏力。通过对比组间临床资料存在的差异，确定各项均为 $P>0.05$ ，能够公平比较。

1.2 方法

在对照组患者中进行常规护理，主要包括的内容为：入院时给予基础性的宣教指导，简单介绍疾病知识，加强饮食干预，叮嘱患者必须遵医嘱用药，始终保持平和稳定的心态。在实验组患者中进行护理应急预案联合无缝隙护理，主要包括的内容为：（1）组建专门的应急无缝隙护理管理小组：成员选择产科责任护士、护士长，要求护士必须临床护理经验 ≥ 5 年。确定组员后需要培训关于救护产后大出血的相关知识，并予以考核，以救护产后大出血的理论知识、能否熟练使用急救仪器等作为主要考核内容。将各护士的排班时间安排好，做好交接班，确保工作时间的护理工作可以做到无缝衔接；（2）加强病情观察：通过对最近几例剖宫产术后出血的患者进行分析总结，确定存在以下特点：a.出血时间较之前出血病例延迟，多在术后3-5小时；b.患者出血早期变化：心率较平时加快20次/分，宫底较前升高—上二或上四（宫腔积血受到纱条或血块的影响难以压出），术后少尿、出血前使用镇静剂缓解疼痛、术后寒战、血压下降比较滞后；c.患者凝血功能基本正常，主要表现为子宫收缩乏力。介入术后效果不佳。针对以上情况需加强监测，发现阳性症状，加强监测，5-15-30分钟监测一次，尽早处理，保证安全，必要时可以延长监护时间；（3）救护措施的

正确应用：进行宫腔球囊填塞术治疗，在宫腔填塞过程中，对产妇呼吸、心率、血压变化等生命体征进行密切观察，同时对阴道流血量、性状进行观察，将宫底高度和对比标记好。待Bakri球囊放置于宫腔后，协助产妇调整至平卧位，禁止对宫底进行按压，以免出现球囊移位、脱出的情况。放置过程中需要对引流液颜色、性状、量变化进行观察，发现异常，马上向医生汇报。放置宫腔纱条24h后将其取出，放置球囊的时间在24-48h范围内，取出以前需要将静脉通路开放，促使正常血容量得到尽快补充和恢复；静脉滴注缩宫素，注射的过程中需要对子宫进行按摩，取出后要观察并记录产妇30min内的宫缩、阴道流血情况，若有必要，可遵医嘱进行备血、输血的相关准备；叮嘱产妇以蛋白质、维生素、铁丰富的食物为主；对其心理状态进行评估，予以针对性、个性化心理疏导，促使其紧张焦虑等负性情绪得到缓解；进行介入栓塞术治疗后，要在术后24h内对穿刺部位辅料、下肢末梢血运情况进行观察，同时间隔4h对足背动脉搏动进行1次测定。连续6-8h对穿刺肢体进行伸直制动处理，或者时间上可以遵医嘱；（4）饮食干预：以产妇营养状况作为依据，对合理且科学的饮食计划进行制定。以营养丰富、铁元素丰富、蛋白质高的食物为主要选择，并保证所摄入的食物柔软容易消化，禁止辛辣、生冷等刺激性较强的食物，遵照少食多餐的基本原则，提供丰富、多样的食物种类；（5）生活干预：监护室温湿度需要进行合理调整，分别按照22-24℃、50%-60%的标准。确定产妇生命体征、病情均达到稳定状态后，需要支持和鼓励其尽早下床活动锻炼，促使机体免疫力和抵抗力增强。将正确母乳喂养的方式方法教给患者，以促进其病情得到显著改善；判断产妇有无疼痛或高热情况出现，若确定腹痛程度明显加剧，同时血压下降、腹膜刺激征，需要即刻向医生报告；进行母乳喂养时，如果用药涉及到氨甲喋呤，则需要遵医嘱将母乳喂养暂停，指导其正确进行人工喂养，并给予挤奶手法的指导，确保泌乳可以持续进行；增加饮水量，术后6h内禁止屈膝、打喷嚏、咳嗽等增强腹压的动作，对腰背、肢体进行按摩，促使不适症状得到缓解，术后24h允许产妇下床进行活动；（6）心理干预：叮嘱产妇在出现产后大出血时保持冷静，正确引导其通过深呼吸、身心放松的方式对紧张、焦虑等负性情绪进行缓解，同时介绍出现大出血的具体原因、合理有效的止血技巧等，告诉产妇需要和医护人员主动、积极配合，一直保持平和稳定心态，提高产妇的信任感、依赖感，全程给予产妇鼓励、支持，帮助其树立治疗的信念和决心，以转移注意力的方式促使心理负担、精神压力减轻，提高其配合行为与依从性。

1.3 观察指标

（1）记录两组产妇的手术时间、出血量、止血时间以及住院时间；（2）判断两组手术成功率情况，同时观察失血性休克、输血发生情况；（3）评

价心理状态时将 SAS (焦虑自评量表)、SDS (抑郁自评量表) 作为依据, 如果两项评分越高, 那么证明的是患者存在越严重的焦虑、抑郁问题^[2];

(4) 通过本院自制护理满意度评价表评价两组患者对护理技能、护理态度等满意度情况, 100 分为总分值标准, 如果得分在 60 分以下, 则说明不满意; 如果得分在 60-80 分间, 则说明基本满意, 如果得分在 81-100 分间, 则说明非常满意。

1.4 统计学处理

在本次研究中所有相关数据的分析用的均为统计学软件 SPSS25.0, 计数资料在表达上用的为百分率 (%), 组间对比上用的为 χ^2 检验, 计量资料在表达上用的为 ($\bar{x} \pm s$), 组间对比上用的为 t 检验, $P < 0.05$ 如果存在, 那么可说明有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组出血量、止血、手术、住院时间的差异

在表 1 中, 同对照组患者, 实验组患者的手术时间、止血时间、住院时间短, 出血量少, 组间各项均有统计学意义存在, $P < 0.05$ 。

表 1 对比两组出血量、止血、手术、住院时间的差异 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (min)	止血时间 (min)	出血量 (mL)	住院时间 (d)
对照组 (n=21)	52.64±4.17	12.26±0.95	1663.25±235.60	11.36±1.37
实验组 (n=21)	40.57±3.36	5.39±0.66	1231.37±229.74	7.32±1.20
t	10.3285	27.2159	6.0143	10.1654
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 对比两组手术成功率、失血性休克、输血情况的差异

在表 2 中, 实验组失血性休克、输血发生率更低于对照组, 手术成功率更高于对照组, 统计学差异显著, $P < 0.05$ 。

表 2 对比两组手术成功率、失血性休克、输血情况的差异[n (%)]

组别	手术成功	失血性休克	输血
对照组 (n=21)	16 (76.19)	6 (28.57)	19 (90.48)
实验组 (n=21)	21 (100.00)	1 (4.76)	13 (61.90)
χ^2	5.5814	4.2857	4.7250
P	0.0172	0.0384	0.0297

2.3 对比两组负性情绪变化情况的差异

在表 3 中, 两组患者干预后均比干预前 SAS 评分、SDS 评分低, 尤其是实验组患者, 其比对照组患者更低, $P < 0.05$ 。

表 3 对比两组负性情绪变化情况的差异 ($\bar{x} \pm s$)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=2)	55.47±3.25	52.84±6.46	58.36±2.48	55.20±6.27
实验组 (n=21)	55.50±3.28	43.28±4.35	58.40±2.51	45.86±5.25
t	0.0298	5.6252	0.0519	5.2339
P	0.9764	0.0000	0.9588	0.0000

2.4 对比两组护理满意度情况的差异

在表 4 中, 实验组与对照组进行比较的项目为护理满意度, 统计学方面得到的差异可以用 $P < 0.05$ 表示。

表 4 对比两组护理满意度情况的差异[n (%)]

组别	非常满意	基本满意	不满意	满意度
对照组 (n=21)	8 (38.09)	6 (28.57)	7 (33.33)	14 (66.67)
实验组 (n=21)	11 (52.38)	9 (42.86)	1 (4.76)	20 (95.24)

 χ^2

5.5588

P

0.0183

3 讨论

产后大出血属于临床妇产科十分常见的危重症, 诱发因素主要为宫缩乏力、胎盘滞留、凝血功能障碍等。如果未能及时、正确的采取救治措施, 则会因为大量失血而导致各种并发症出现, 其中失血性休克会直接威胁到患者生命安全, 不利于产后恢复^[3]。此外, 产后大出血发病突然, 且病情进展迅猛, 会导致患者出现性质严重的心理危害, 影响产妇与新生儿的生命健康^[4]。现阶段临床多选择护理应急预案的方式进行大出血的护理, 运用护理应急预案的过程中要求护理人员分工明确且相互配合的落实各项救护措施, 确保可以顺利开展护理工作, 并降低并发症发生危险, 将最大的保障提供给产妇与新生儿。然而, 救护期间的工作失误问题很容易导致医疗事故, 所以为保证护理效果的提升, 需要进行科学、优质的护理配合^[5]。

随着时代发展和医疗技术的进步, 无缝隙护理作为新型护理方式, 目前已在临床护理工作中得到逐渐应用。传统护理模式强调以疾病为中心, 而无缝隙护理模式则强调以患者为中心, 可以使整个护理工作更加完整且连续^[6]。在产后大出血护理中运用无缝隙护理模式, 可以使患者各方面的个性化需求得到更好的满足, 同时促使护理人员及时对护理工作中的纰漏进行发现和处理, 积极改进和优化护理方案, 提高应急处理能力, 保证患者生命安全, 督促护理人员自觉学习救护产后大出血的相关知识和技能, 促进自身能力水平的不断提升, 且对相应制度进行严格遵守和践行^[7-8]。通过无缝隙护理可以将个性化健康指导提供给产后大出血患者, 确保其健康需求得到满足, 促进护患间的交流沟通, 使其负性情绪得到缓解和疏导。监测生命体征, 尽量将最佳救护时机把握住, 通过精细化、全面化的护理干预, 对以人为本的护理服务理念进行体现, 从而促进护理服务质量的显著性提升^[9-10]。

本次研究发现, 进行止血时间、手术时间、出血量、住院时间、手术成功率、失血性休克、输血发生率的比较时, 实验组与对照组均得到统计学差异, $P < 0.05$; 而组间进行 SAS 评分、SDS 评分、护理满意度的比较时, 同样可用 $P < 0.05$ 表示组间有统计学意义。可见选择护理应急预案与无缝隙护理配合的方式应用于产后大出血产妇救护中能够有效改善心理状态, 提高止血效果, 促进病情康复, 适合全面性推广和普及。

参考文献:

- [1] 叶小青, 罗运静, 张莉枚. 产后大出血产妇救护中护理应急预案配合无缝隙护理的效果分析[J]. 医药前沿, 2021, 11 (20): 151-152.
- [2] 易倪亚. 产后大出血救护中护理应急预案配合无缝隙护理的应用效果探讨[J]. 婚育与健康, 2021 (20): 33-34.
- [3] 陈秀雯. 产后大出血产妇救护中护理应急预案配合无缝隙护理的应用价值[J]. 中外医疗, 2020, 39 (26): 93-95.
- [4] 胡玉兰. 产后大出血产妇救护中护理应急预案配合无缝隙护理的有效性分析[J]. 健康管理, 2020 (29): 247.
- [5] 刘军宁. 探讨护理应急预案和无缝隙护理在产后大出血产妇救护中的应用效果[J]. 养生保健指南, 2019 (35): 213.
- [6] 唐述姣. 产后大出血产妇救护中护理应急预案配合无缝隙护理的应用[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6 (11): 168, 171.
- [7] 郑丽清. 产后大出血产妇救护中应用护理应急预案配合无缝隙护理的价值[J]. 家庭医药, 2019 (3): 291.
- [8] 蔡仲结. 护理应急预案配合无缝隙护理对产后出血的效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2019, 34 (1): 150-151.
- [9] 邓芳, 骆春梅, 叶秀珍. 护理应急预案配合无缝隙护理在产后大出血产妇救护中的应用[J]. 护理实践与研究, 2018, 15 (14): 67-69.
- [10] 王珏. 护理应急预案配合无缝隙护理在产后大出血产妇救护中的应用分析[J]. 医学美容, 2018, 27 (24): 149.

心脏彩色多普勒超声在诊断严重高血压致左室肥厚伴左心衰竭时的临床应用

李荐德

陇南市第一人民医院功能检查科 甘肃陇南 746000

摘要:目的 分析心脏彩色多普勒超声在严重高血压致左室肥厚伴左心衰竭中诊断的应用效果。方法 选取于陇南市第一人民医院诊疗的 100 例严重高血压致左室肥厚伴左心衰竭患者作为观察组,另选取同期心脏超声检测结果正常的 50 例患者作为对照组,对比两组患者心脏超声结果以探讨心脏彩色多普勒超声的诊断价值。结果 观察组 LVEDd、LADd、A 峰大于对照组,而 LVEF、E 峰和 E/A 小于对照组,差异均具有统计学意义(均 $P<0.05$)。心功能 II 级患者的 LVEDd、LADd、A 峰小于对照组, LVEF、E 峰、E/A 明显大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 心脏彩色多普勒超声能全面观察心脏室壁运动搏幅和心脏内部结构改变,从而及时有效的检出左室肥厚伴左心功能衰竭的情况。

关键词: 高血压综合征; 左室肥厚; 左心力衰竭; 心功能分级

高血压病可引发严重的心脑血管疾病,心力衰竭是高血压致左心室肥厚发展到末期阶段的主要发病特征。由原发性高血压引起的左室肥厚合并左心衰竭的发生率近年来逐渐上升,造成了极高的致残率和死亡率。明确诊断高血压患者心脏病变情况,及时检出左室肥厚并左心力衰竭的情况,能够为临床系统化诊疗提供科学依据^[1]。目前心脏彩色多普勒超声已经可以直接对心脏内部结构进行探测,其可以明确心脏血流动力学指标变化规律,并具备了使用简单、重复性高、稳定性较好的优势。这项研究同时也把心脏彩色多普勒超声运用在对高血压病致左室肥厚伴左心衰竭的检测上,指导临床在早期即可进行有效治疗。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择于陇南市第一人民医院进行诊疗的因严重高血压病致左室肥厚伴左心功能衰竭的患者 100 例作为观察组,另选取同期检测结果正常的患者 50 例作为对照组。观察组男 56 例,女 44 例,平均年龄(55.7±5.9)岁。根据美国纽约心脏病协会(NYHA)心衰程度 NYHA 分级:II 级 40 例,III 级 60 例。患者高血压平均(12.5±5.7)年。对照组男 27 例,女 22 例,平均年龄(52.8±5.3)岁。纳入标准:患者均存在长期的高血压发病史,满足《内科学》第八版中关于对高血压致左室肥厚和左心衰竭的诊断要求。排除标准:合并任何更严重的心血管疾病情况的患者,肝肾功能障碍或心

功能不全者,其他因素引发的左室肥厚、左心力衰竭,先天性心脏结构异常,恶性肿瘤疾病者。两组患者一般资料差异近似,具有可比性(均 $P>0.05$)。

1.2 方法

采用专用彩色多普勒心脏超声诊断仪,相控阵探头,频率 2-4MHz。患者保持左侧卧位或仰卧位,探头放于左胸位置,确定好标准切面后测量其左室舒张末期内径(LVEDd)以及左房内径(LADd),并使用双平面测量法测定左室的射血分数(LVEF)。再通过脉冲多普勒测量舒张早期峰值流速(E 峰)及舒张末期峰值流速(A 峰)值,并计算 E/A 比值。

1.3 观察指标

比较观察组和对照组以及不同左心功能分级病人的 LVEDd、LADd、LVEF、E 峰、A 峰测值以及 E/A 比值。

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 统计学软件,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较采用 t 检验, $P<0.05$ 定义为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心脏超声检测结果对比

观察组 LVEDd、LADd、A 峰大于对照组,而 LVEF、E 峰和 E/A 小于对照组,差异均具有统计学意义(均 $P<0.05$),详见表 1。

表 1. 两组心脏彩超检测结果对照

组别	例数	LVEDd (mm)	LADd (mm)	LVEF (%)	E 峰 (cm/s)	A 峰 (cm/s)	E/A
观察组	100	54.8±4.1	50.4±5.7	50.3±12.0	71.8±12.3	79.2±7.3	0.8±0.3
对照组	50	48.7±2.9	36.2±3.5	67.8±10.6	90.3±10.2	75.3±6.5	1.1±0.4
t 值		9.542	16.144	8.744	9.171	3.196	5.149
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000

2.2 不同心功能分级患者心脏彩色多普勒超声检测效果评价

不同心功能分级病人的心脏彩超检测结果显示,心功能 II 级患者的 LVEDd、LADd、A 峰小于对照组, LVEF、E 峰、E/A 明显大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),详见表 2。

表 2. 不同心功能分级病人的心脏彩色多普勒超声检测结果对比

组别	例数	LVEDd (mm)	LADd (mm)	LVEF (%)	E 峰(cm/s)	A 峰 (cm/s)	E/A
II 级	40	51.1±4.2	46.3±6.2	46.4±10.2	80.8±12.2	75.3±6.8	1.0±0.2
III 级	60	58.9±5.3	54.4±7.3	36.8±8.4	72.1±11.5	79.6±7.3	0.8±0.3
t 值		9.804	7.102	5.749	4.195	3.562	4.856
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000

3 讨论

近年的研究证实,仅有约 0.4%的严重高血压病患者并合有左室肥厚伴

左心衰竭^[2]。疾病早诊断、早治疗是控制该疾病进展,提升患者预后的关键。心脏冠状动脉造影是治疗因高血压所致左室肥厚和左心衰竭的金标准,但由于是有创检查患者的依从性较差,不宜广泛开展应用。心脏超声是目前心脏疾病检查中能够充分显示血流状态及心内结构的有效检查方法,其操作安全、便捷、可重复等优势。根据本次心脏彩色多普勒超声检查结果分析,观察组中 LVEDd、LADd 测量值都高于对照组, LVEF 测量值均低于对照组, E 峰血流速度测值也低于对照组, A 峰血流速度测值也高于对照组, E/A 比值也低于对照组。这一研究结果充分说明了在以严重高血压病所引起的左室肥厚伴心功能衰竭的临床诊断诊疗中,心脏彩色多普勒超声检测的利用价值及其重要。心脏彩色多普勒超声探头在心脏体表部位移动能够准确的捕捉心脏结构异常、室壁运动异常等变化。相关研究中,心脏彩色多普勒超声广泛的用于各类心脏病的临床诊断中,敏感性、特异性以及准确性均能够得到保证。对于患者长期处于高血压状态时表现

出的回心血流受阻情况,能够及时发现左室血液异常增多的声像图表现,也能及时地发现左室肥厚。通过心脏彩色多普勒超声还能够观察左室舒张及收缩功能,可对左室容积增加情况进行详细测定,对反应心脏功能的指标也有很好的检出。心脏彩色多普勒超声的应用原理,还在于利用脉冲超声波,轻易的穿透障碍,直接对心脏进行观察。可详细全面的观察心脏内部结构及心脏活动情况,可正确判断心脏解剖结构异常及心脏运动异常的情况,疾病检出率极高。心脏彩色多普勒超声还可以全面显示心肌搏动及活动搏幅状况,能够对心脏血流动力学的改变情况进行观察分析,通过对这些指标的观测,可以全面评估出心脏室间隔、各室壁厚度及室壁节段性心脏损害程度,损害的具体部位等,也可以对流出道或心腔内肿瘤情况等作出判定,有效检出心肌及血管异常病变,准确评估左心功能。心脏彩色多普勒超声技术在对心脏的动态指标及室壁搏幅评估过程中,可以对 LVEDd 和 LAD 指标和室壁活动实现全方位观察,还可使用双平面 Simpson 法实现对 LVEF 的检测,利于脉冲多普勒技术可全面监测二尖瓣口舒张早期的 E 峰血液速度和 A 峰最高血液速度。通过测量 E/A 比率,可以更准确的评估心肌动态运行状况,并可评估因出高血压综合征所致的左室肥厚和左心力衰竭程度^[3]。通过心脏彩色多普勒超声对病人心脏的检查,可发现 LVEDd、LVEF 测值的异常情况,及时发现病人心脏结构及血流情况变化。从检查结果上来看,对严重高血压所致的左室肥厚并左心力衰竭病人及健康体检者的检测结果进行分析,结论得出了健康体检者的指标测值均在正常数值范围内,而左室肥厚并左心力衰竭病人的指标测值显著异于正常指标,这说明了心脏彩色多普勒超声的应用具有较高的敏感度及准确性。有关研究人员也表示,这些疾病的患者当左室的舒张作用功能发生障碍时,对其心肌收缩能力也会形成不良影响,左心室长期处于扩张状态,左心室壁张力增大,从而引起 LVEF 下降、LVPWd 及 LVEDd 增高^[4]。交感神经活力的水平逐渐提高,对肾上腺素受体形成了影响,从而对心脏的各种细胞因子和中枢神经激素产生毒性侵犯,对心肌细胞产生损害,并引起心功能的异常变化。通过使用心脏彩色多普勒超声检测技术可对心脏结构的异常情况进行检测,因而提升心脏疾病的检出率。

心脏彩色多普勒检测也是心脏疾病患者的常规检测项目之一,是目前唯一能够对心腔内结构及心脏搏动情况、血流情况进行综合评价、动态探查的检测手段。这种检查手段对人体无辐射、无创伤、灵活、便捷,在了解心脏各房室腔内径及室间隔、室壁厚度、室壁的整体活动和节段性活动搏幅、瓣膜启闭功能等方面均发挥了显著作用,能够对心脏主要动静脉的血流状况、心内的结构异常及心肌病变等进行探测,并能有效检出恶性肿瘤、赘生物及血栓、周围血管病变等疾病^[5]。有研究资料证实,因严重高血压而致左室肥厚并伴左心衰竭的患者,会发生左心室律不规律的情况,且往往会伴左心室舒张作用功能不全。在利用心脏彩色多普勒超声进行疾病诊断的过程中,病变情况在超声仪器上有明确的显示。根据多年来临床经验分析,在心脏彩色多普勒超声检查中,通过对 LAD、LVEDd、LVEF 等测量指标的增加及对 E 峰、A 峰、E/A 值变化的分析,可对高血压致左室肥厚并左心力衰竭情况进行准确检出^[6]。高血压致左室肥厚并左心力衰竭病人的左心房容积明显增大,射血功能明显减低,左室壁增厚等情况在超声检查结果中有明确的体现,说明心脏彩色多普勒超声检查在该病变的诊断中具有很高的检测灵敏度和准确率,能够利用心脏彩色多普勒超声检查开展对严重高血压疾病致左室肥厚和左心衰竭的判定,也能够充分反应心肌损害程度,为心功能评价提供科学诊断依据,为疾病的有效检出提供循证医学证据。

此项研究结果表明,心功能 II 级病人的 LVEDd、LADd 测值均小于对照组, LVEF 测值均大于对照组, E 峰血流速度测值大于对照组, A 峰血流速度测值小于对照组, E/A 比值大于对照组,两组间进行比较存在非常明显的差异。美国纽约 NYHA 分级评价标准是由美国纽约心脏病学会所提供的心功能评定办法,具有很高的评估敏感性^[7]。从本研究结论来看,

对不同心功能分级病人的心脏彩色多普勒检测结果具有很大的差异性。心脏彩色多普勒检测结果也与心功能分级有直接的关系。说明了健康体检者与因严重高血压所致左室肥厚及左心力衰竭病人和不同心功能分级病人的心功能测值都具有相当大的差异,也充分说明了通过心脏彩色多普勒超声检查能够对该病变作出临床诊断,这不仅对左室肥厚并左心力衰竭病变能有效检出,还可判断病情的发展程度,对患者进行心功能判定,提高临床检出价值^[8]。在本研究中,得到了如下体现:在入院检测时,下列患者为开展心脏彩色多普勒超声检测的重要群体:需诊断本病症并排查其他心血管病者;出现严重胸痛或者呼吸困难、听诊见心脏杂音、或者已经明确诊断的患者需要进行开展心功能测评者;或者已经诊断为高血压性心脏病等心血管系统疾病者;通过上述疾病患者采用心脏彩色多普勒超声检查,可以明确是否发展为左心力衰竭阶段,以给出准确评估结果。

综上所述,心脏彩色多普勒超声检查在临床上极为常用,属于无创检查,灵活便捷且可重复操作。使用心脏彩色多普勒超声检测对患者的左心房室腔内径和内部结构进行检查,以及掌握血流情况,可为严重高血压致左室肥厚和左心衰竭的临床治疗提供了合理科学的理论基础,在早期心脏病变的诊治与预防上可取得很好的疗效,并为后期医学治疗提供了依据,同时还可以监测疾病发展状况,评估预后,为治疗方案的调整提供重要依据^[9]。心脏彩色多普勒超声技术是高血压、心脏病等引发心脏功能异常情况的有效检测手段,可对心内结构、瓣膜功能情况、血流状况、各房室是否出现异常情况、心脏功能损害及血管结构等等均可进行探查^[10]。目前,心脏彩色多普勒超声检测技术对严重高血压致左室肥厚并左心衰竭的诊治都具有较好的准确性和灵敏度,可通过准确的左心功能评价及血流状况的评估,提升对各类心脏疾病的检出率。心脏彩色多普勒超声检测技术能够对不同左心功能分级患者的心脏内部结构改变做出评估,通过定量分析,观察心脏内部结构变化及心功能损害的严重程度,可作为心脏功能异常及心肌功能损害严重程度的评估标准^[11]。以心脏彩色多普勒超声检测技术作为因严重高血压致左室肥厚并左心功能衰竭疾病的重要检测方法,可准确检出疾病,并对疾病的严重程度作出评价,同时也可判断预后,可作为指导临床治疗方案的重要依据,应用价值显著。

参考文献:

- [1]黄妙玲,林梅清,李冠芳.探究临床心脏彩超检查在高血压左室肥厚并左心衰竭中的诊断效果[J].当代医学,2020,26(3):165-167.
- [2]申喜庆,王娜,王志强.心脏超声诊断高血压左室肥厚并左心力衰竭的效果评价[J].人人健康,2020,No.521(12):100-100.
- [3]马晓明.心脏彩超诊断高血压左室肥厚并左心力衰竭的价值研究[J].中国实用医药,2020,v.15(12):48-50.
- [4]王俊玉.心脏彩超诊断高血压左室肥厚并左心力衰竭的价值[J].影像研究与医学应用,2020,4(2):109-110.
- [5]张秀菊,唐笑一.心脏彩超对高血压左室肥厚并左心衰竭的诊断价值[J].中国现代药物应用,2019,13(7):37-38.
- [6]刘韦华,谢晴.心脏超声在高血压左室肥厚并左心力衰竭患者中的诊断价值[J].临床医学研究与实践,2020,5(4):114-116.
- [7]张仁义.心脏超声在高血压左室肥厚并左心力衰竭诊断中的应用研究[J].中国社区医师,2020,36(7):130-131.
- [8]杨舒,林晓丹,陈凡民.心脏彩超诊断高血压左室肥厚并左心力衰竭的临床价值[J].当代医学,2020,v.26;No.585(34):78-80.
- [9]危志军.心脏彩超在高血压左室肥厚并左心衰竭诊断中的应用分析[J].心血管病防治知识(下半月),2019,9(12):38-40.
- [10]李会英.心脏彩色多普勒超声在高血压左室肥厚并心力衰竭的诊断价值分析[J].中国实验诊断学,2019,23(5):847-848.
- [11]刘燕,杨燕淑,段峰,等.高血压左室肥厚并左心力衰竭的心脏超声诊断的临床价值[J].影像技术,2019,31(2):4-5+18.

Apex 256 排冠脉 CTA 对比传统冠脉 CTA 诊断冠脉粥样硬化的价值分析

吴丹 林汉平^{通讯作者}

中山大学附属第三医院 广东广州 510630

摘要：目的：探究 Apex 256 排冠脉 CTA 对比传统冠脉 CTA 诊断冠脉粥样硬化的价值，旨在为临床冠脉粥样硬化的治疗与预后提供诊断方式。方法：抽取 2020 年 3 月-2022 年 1 月时间段内早我院接受冠脉粥样硬化诊断的患者 383 例。均接受 Apex 256 排 CT 冠脉 CTA、传统冠脉 CTA 检查，其中传统冠脉 CTA 检查为参照组，Apex 256 排冠脉 CTA 诊断为观察组。比较两组诊断方式患者冠脉管腔狭窄程度，冠脉血管中斑块性质，诊断方式的敏感性、特异性及准确性。结果：观察组诊断冠脉轻度、中度狭窄占比 51.44% 高于参照组 36.81%，而诊断冠脉重度狭窄占比 21.67% 低于参照组 34.46% ($P < 0.05$)；两组诊断软斑块、纤维斑块、钙化斑块、及混合斑块的准确率、诊断敏感性比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；观察组诊断特异性与准确性均高于参照组 ($P < 0.05$)。结论：相比于传统冠脉 CTA，冠脉粥样硬化患者经 Apex 256 排冠脉 CTA 诊断时能准确判断冠脉管腔狭窄程度，且敏感性、特异性及准确性均 100%，且检查中患者无需控制心率，在早期诊断、治疗冠心病方面具显著临床价值。

关键词：冠脉粥样硬化；Apex 256 排冠脉 CTA；传统冠脉 CTA；诊断效能；斑块性质

Value analysis of Apex 256 row coronary CTA compared with traditional coronary CTA in the diagnosis of coronary atherosclerosis

【 Abstract 】 Objective: To explore the value of Apex 256 row coronary CTA compared with traditional coronary CTA in the diagnosis of coronary atherosclerosis, in order to provide a diagnostic method for the treatment and prognosis of clinical coronary atherosclerosis. Methods: A total of 383 patients with coronary atherosclerosis diagnosed in our hospital from March 2020 to January 2022 were selected. Apex 256-slice CT coronary CTA and conventional coronary CTA were performed in all patients, with traditional coronary CTA as the reference group and Apex 256-slice coronary CTA as the observation group. The degree of coronary stenosis, plaque properties of coronary vessels, sensitivity, specificity and accuracy of diagnostic methods were compared between the two groups. Results: The diagnosis rate of mild and moderate coronary stenosis in the observation group was 51.44% higher than that in the reference group (36.81%), while the diagnosis rate of severe coronary stenosis was 21.67% lower than that in the reference group (34.46%) ($P < 0.05$). There were no significant differences in the accuracy and sensitivity of soft plaque, fibrous plaque, calcified plaque and mixed plaque between the two groups ($P > 0.05$). The diagnostic specificity and accuracy of observation group were higher than that of reference group ($P < 0.05$). Conclusions: Compared with traditional CORONARY CTA, Apex 256 row CORONARY CTA can accurately determine the degree of coronary stenosis in patients with coronary atherosclerosis with 100% sensitivity, specificity and accuracy, and patients do not need to control the heart rate during the examination, which has significant clinical value in the early diagnosis and treatment of coronary heart disease.

Key words: coronary atherosclerosis; Apex 256 coronary CTA; Traditional coronary CTA; Diagnostic effectiveness; Nature of the plaque

冠状动脉性心脏病是由冠状动脉狭窄所诱发的心肌缺血缺氧而导致的，而冠状动脉粥样硬化是该症发作的主要诱因。动脉粥样硬化的诱发因素诸多，如遗传、高血压、公民吸烟、饮食中饱和酸与胆固醇的含量高、少运动等不良生活习惯^[1]。伴随我国公民生活水平的不断提升以及社会现代化水平的提高，中老年群体中冠状动脉粥样硬化性心脏病的患病率逐年提升，影响患者的生活质量的同时还威胁其身体健康，严重者甚至危及生命^[2]。为保障公民身体健康，尤其是减少中老年群体冠状动脉粥样硬化诱发心绞痛或急性冠状动脉综合征（ACS）的发生几率，需通过独特的医疗影像诊断方法，简便、快捷地获取患者整个心脏的容积影像数据，并对容积数据进行多方位重建，从而获得其二维或三维高清影像，客观地展示冠状动脉的内部结构形态或立体形态，以此为冠脉粥样硬化的诊断和临床治疗提供准确可靠的依据^[3]。目前临床主要通过冠脉 CTA、多层螺旋 CT 等评价冠脉粥样硬化，Apex CT 是一款 256 排 512 层的人工智能能谱 CT，其在开展头颈心联合扫描，对排查早期斑块，提前预防斑块脱落造成的血管

阻塞方面具有重要意义。因此本次探究 Apex 256 排冠脉 CTA 对比传统冠脉 CTA 诊断冠脉粥样硬化的价值，旨在为临床冠脉粥样硬化的治疗与预后提供诊断方式，现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 研究资料

抽取2020年3月-2022年1月时间段内早我院接受冠脉粥样硬化诊断的患者383例。均接受Apex 256排CT冠脉CTA、传统冠脉CTA检查，其中传统冠脉CTA检查为参照组，Apex 256排冠脉CTA诊断为观察组。纳入标准：①均符合临床冠心病相关诊断标准；②临床表现或体征为心绞痛、胸闷、气促及心前区不适等；③患者及其家属对本次研究知情，并签署书面同意书。排除标准：①既往行心脏瓣膜置换手术；②安装永久性心脏起搏器；③伴严重心律失常或及心动过缓者；④伴严重肝肾等脏器功能障碍者；⑤合并碘剂过敏；⑥研究资料不完整者。

383例患者中男性207例，女性176例，年龄48-93岁，平均（66.69±3.26）

岁，病程2.5-13年，平均（7.72±0.32）年，体征：伴心绞痛179例、伴有胸痛与胸闷症状208例，合并症：高脂血症36例、高血压96例、糖尿病15例。

1.2方法

1.2.1参照组诊断方式为传统冠脉CTA检查。经东芝Aquilion One 320螺旋CT诊断，检查前需告知患者空腹，且6-8h后进行呼吸训练，问询是否碘过敏，如若心率>70次/min给予倍他乐克口服^[4]。造影剂为碘普罗胺注射液。CT扫描参数：电压120kV，电流500mAs，螺距0.18-0.2mm，探测器准直160mm，旋转时间0.33s/转，准直器宽度0.5mm×640。扫描始于患者气管隆突下1cm，至心脏隔面1cm，扫描时体位为仰卧位平躺，行冠脉钙化积分扫描。明确扫描延迟时间、自动触发层面后，于肘静脉缓慢注入造影剂（60ml），再次持续注入生理盐水（40ml），延时10s开始监测扫描。指导患者呼吸方式即深吸气后屏气进行扫描，结果由影像学经验丰富的专家判断。

1.2.2观察组诊断方式为Apex 256排CT检查。Apex CT机（美国GE公司），伴有心电门控监护仪。检查前问询患者有无碘过敏、甲亢、严重的心肝肾不全等禁忌证。检查时无需控制心率。①体位：头朝外脸朝上平躺于Apex CT检查床上，身体正中矢状面与台面重合并垂直，连接好心电门控，同时进行呼吸训练。检查人员需保持患者静脉通道通畅，接好Y型链接管、高压注射器，并舌下含硝酸甘油0.3mg。CT外定位线定于患者的胸骨角，CT中心水平线120-140mm，并对CT清零。②扫正、侧两个定位图，预先设定扫描模式，锁定心脏轴位扫描范围：上下范围160mm固定，可从气管分叉下10mm-15mm往下定；前后、左右范围视个体差异而定（一般FOV为190-250mm），后面包胸椎椎体即可。选好高压注射器注射模式及流速。一般为A-B管注射，A管为欧乃派克370mg I/ml高浓度造影剂50ml（个体差异，可用30-65ml），流速为4-6ml/s；第二个B管为40mlNaCl注射液，流速与第一个A管相同。③钙化积分及监测层面扫描。一般选择监测层面的降主动脉为自动监测点，CT值设定为60HU。接着CT机自动语音系统对患者进行心电门控呼吸训练，获取其心动周期的数据。注入造影剂后，延时8-10S，进行动态自动监测扫描，当监测点的造影剂CT值等于60HU时，延时2S，触发自动语音系统嘱咐被检者作好呼吸控制（约5.9S）并对冠脉进行轴位增强扫描。特别情形也可人工监测，一般是左侧心室造影剂浓度到达右侧心室浓度时人工触发，呼吸控制所需的时间5.9S（即延时5.9S）扫描，以获得患者心动周期同一时段的冠脉CTA轴位影像。一般选用心动周期75%时相，所获得的冠状动脉CTA轴位数据进行重算，再重建VR，MPR，MPI，CPR及血管探针分析，若75%时相影像欠佳，则采用“冻结”影像分析。全方位展示冠状动脉CTA影像。

1.3 观察指标

表 2 比对两组方式敏感性、特异性及准确度（例，%）

组别	例数	阳性（280）		阴性（103）		敏感性	特异性	准确度
		真阳性	假阴性	假阳性	真阴性			
参照组	383	273	10	13	90	96.47（273/280）	87.38（90/103）	94.78（363/383）
观察组	383	280	0	0	103	100.00（280/280）	100.00（103/103）	100.00（383/383）
χ^2						3.593	13.470	5.360
P						0.058	<0.001	0.021

1.3.1 冠脉管腔狭窄程度评价。通过目测直径法进行分级，标准：无狭窄；轻度狭窄：冠脉管腔狭窄<50%；中度狭窄：冠脉管腔狭窄程度50%-74%；重度狭窄：冠脉管腔狭窄 75%-99%；闭塞：冠脉管腔狭窄100%^[5]。

1.3.2 冠脉中斑块性质评价。冠脉斑块分级标准如下：CT 值>130Hu 为钙化斑块；CT 值为 50-130Hu 为纤维斑块；CT 值<50Hu 为软斑块；混合斑块：冠脉中含钙化斑块、纤维斑块、软斑块中的两种及以上。

1.3.3 诊断方式的敏感性、特异性及准确性评价。计算公式：真阴性/（真阴性+假阳性）×100%=特异性；真阳性/（真阳性+假阴性）×100%=敏感性；（真阴性+真阳性）/各组例数×100%=准确性。

1.4 统计学方法

数据通过软件 SPSS22.0 处理，计数资料为 n（%）表示，行 χ^2 检验， $P<0.05$ 时提示差异有统计学意义。检验标准 $\alpha=0.05$ 。

2. 结果

2.1 冠脉管腔狭窄程度评价

观察组诊断冠脉轻度、中度狭窄占比51.44%高于参照组36.81%，而诊断冠脉重度狭窄占比21.67%低于参照组34.46%（ $P<0.05$ ）。见表1。

表 1 冠脉管腔狭窄程度比较 n（%）

组别	例数	轻度、中度狭窄	重度狭窄
参照组	383	141（36.81）	132（34.46）
观察组	383	197（51.44）	83（21.67）
χ^2		4.341	4.051
P		0.037	0.044

2.2 冠脉中斑块性质评价

两组诊断软斑块、纤维斑块、钙化斑块、及混合斑块的准确率比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。见表2。

表 2 冠脉中斑块性质比较 n（%）

组别	例数	钙化斑块	纤维斑块	软斑块	混合斑块
参照组	383	56（14.62）	68（17.75）	72（18.80）	77（20.10）
观察组	383	58（15.14）	62（16.19）	99（25.85）	61（15.93）
χ^2		0.101	0.086	1.433	0.589
P		0.918	0.769	0.231	0.443

2.3 比对两组方式敏感性、特异性及准确度

观察组诊断特异性与准确性均高于参照组（ $P<0.05$ ），两组诊断敏感性比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。见表3。

3.讨论

冠心病好发于中老年群体,通过影像学手段能相对准确的评估冠状动脉腔的狭窄程度及管腔中斑块性质,目前临床影像学手段较多,既往临床将冠脉造影作为准确诊断冠心病的“金标准”,但动脉造影属侵入性操作,会增加风险性^[6]。

本研究比对Apex 256排CT与冠脉CTA诊断冠脉粥样硬化的价值,分析发现观察组诊断冠脉轻度、中度狭窄占比51.44%高于参照组36.81%,而诊断冠脉重度狭窄占比21.67%低于参照组34.46% ($P<0.05$);两组诊断软斑块、纤维斑块、钙化斑块、及混合斑块的准确率、诊断敏感性比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);观察组诊断特异性与准确性均高于参照组 ($P<0.05$),上述结果提示Apex 256排CT在冠脉粥样硬化管腔狭窄程度及特异性与准确性更具价值。因Apex CT是高能球管的智能机,采用气悬浮驱动,扫描速度快,160mm大视野扫描,数据处理能力强,扫完定位图它就立即计算出钙化积分扫描所需的毫安秒,冠脉轴位扫描所用的毫安秒,一般为25-150mas (个体差异较大),比其它普通CT机小60%以上甚至数倍,完成钙化积分扫描时间仅用0.35S,完成轴位扫描仅用0.8 S,层厚极薄仅为0.625mm、且采用深度学习智能神经网络算法,故而它比其他螺旋CT更省时、更低剂量、更实时、更少伪影、图像更清晰。经肘正中静脉“团注”造影剂,造影剂经肺循环到左心,左心室收缩将其送进主动脉,接着左心室舒张,主动脉瓣关闭,造影剂倒灌进入冠状动脉,使冠脉与心肌等组织形成强对比。由于造影剂只流经心脏和肺循环,而肺循环只由于占人体血液总量9%左右,故成年人个体体重差异较大所用的造影剂的量也相差不是很大,比如一个45KG的成人与一个90KG的人也就相20ml,普通体重65KG用量为50ml。Apex CT的扫描速度极快,获得心脏轴位数据的时间仅用0.8S左右,采用心电图控技术和深度学习算法,这就决定所用造影剂量少的缘由^[7-8]。高质量钙化积分扫描,层厚0.5mm,层间距0.25mm,而且扫描时间仅为0.35S,没有错层伪影,使我们能从多角度、全方位获得高分辨率、高清晰度的影像。显示1mm以下的病灶,充分展示冠状动脉病灶是否是钙化斑、混合斑等,病灶的分布在冠脉的哪一支或多支,病灶的分布范围。准确地计算出冠状动脉的钙化积分分数,为患者心血管事件发生率提供客观的标准。冠脉CTA轴位扫描采用自动监测扫描所获得的影像较为稳定、较为标准化。选择上下心脏扫描160mm范围中线平面与胸降主动脉相交的主动脉为ROI监测点较为合适。还有Apex CT是轴位扫描,是在视诊床不移动的情况下扫描,选错监测点会导致视诊床位移,反而给扫描结果造成不良影响^[9]。一般ROI监测点为胸段降主动脉横断面正中央,面积约为主动脉横截面积的1/3左右,CT值设为60HU,这由于时间-HU曲线所决定,当监测点的CT值达60时,造影剂已到达监测点,加上延时2S呼吸控制5.9S,曲线呈现为几近垂直向上到达最高点。由于采用高压注射器的A-B管注射模式,延时一般8-10S后才扫描采集,当ROI监测点的CT值为60时触发自动语音系统,嘱咐检查者吸闭气控制好呼吸 (约需5.9S),CT机按预先设定的轴位扫描模式自动进行扫描。这样便可获得心脏轴位薄层数据,使获得的冠脉CTA容积影像数据万无一失,利于提高VR、MPR、MPI、CPR及探针技术分析的影像质量^[10]。同时还可主动脉增强图像的CT值来衡量效果,一般主动脉的CT值都可达400-750HU之间,足以重建出高质量的冠

脉CTA各种影像。有时也会出现CT值在200-400HU间,那是由于心脏的射血分数过低或者扫描时突然出现心律不齐,往往需要“冻结”影像重算,也不影响重建效果,达到诊断要求,使普通螺旋CT无法做成功的冠脉CTA,Apex CT能轻松地做成功。

因而Apex CT在冠脉检查方面有其独特优势,无须控心率是其最突出的特点,它不但十分简单、经济、快捷,几分钟便可完成冠脉CTA的检查,且是容积成像,可任意重建、分析。“双源CT”虽好,却需要两个球管、两套探测器,较为麻烦,而Apex CT检查冠脉时,被检者的辐射时间少,辐射剂量低,仅为普通CT的几分之一,同时造影剂的用量少,减少被检者的毒副作用,无需控心率,成功率极高,既绿色又环保。并且是无创性检查,得到的影像分辨率高、清晰度好,能分析判断斑块是非钙化斑、钙化斑或百分比。而素有“金标准”的有创性介入冠状动脉造影却不能分析斑块的性质,而且耗时长、辐射量大、造影剂用量大、不能同时检查左右冠脉。因此,Apex CT是中老年人心脏健康的福音,对疑有冠心病的中老年人应早检查、早诊断、早预防、早治疗。Apex CT冠脉检查方法是目前临床首选的冠脉检查方法。

综上所述,相比于传统冠脉CTA,冠脉粥样硬化患者经Apex 256排冠脉CTA诊断时能准确判断冠脉管腔狭窄程度,且敏感性、特异性及准确性均100%,且检查中患者无需控制心率,在早期诊断、治疗冠心病方面具有其显著的、独特的临床价值。

参考文献:

- [1]李秋均,杨家明,赵好果,等.256 层螺旋 CT 血管造影在冠状动脉粥样硬化狭窄中的诊断价值[J].深圳中西医结合杂志,2019,29 (8): 87-88.
- [2]祁冬,马静,姜研,等.256 排 Revolution CT 多参数能谱成像在胆囊阴性结石诊断中的应用价值[J].中国医疗设备,2021,36 (10): 165-168,176.
- [3]郝妮娜,孙羽,刘松,等.能谱 CT 评估颈动脉粥样硬化性斑块稳定性的可行性和应用价值[J].继续医学教育,2022,36 (1): 125-128.
- [4]黄爱娜,陆健,张涛,张学琴,缪小芬,王绍刚,许梁,翟丽娟.256 层 iCT 低剂量扫描联合迭代重建技术在头颈部 CTA 的应用[J].放射学实践,2018,33 (8): 842-846.
- [5]吴景强,赖发明,何永红.256 层螺旋 CT 在冠状动脉疾病诊断及左心功能评价中的临床价值[J].心血管病防治知识,2017, (2): 29-30.
- [6]张定义,武华,闻燕妮,等.256 层螺旋 CT 对冠状动脉疾病的诊断价值[J].影像研究与医学应用,2018,2 (7): 156-159.
- [7]禹静.超声实时弹性成像技术、超声造影及能谱 CT 检测颈动脉斑块的多模对照研究[D].青岛大学,2017.
- [8]王雯雯,张广兵.256 层螺旋 CT 低剂量扫描联合迭代重建在头颈部 CTA 中的初步应用[J].影像研究与医学应用,2020,4 (11): 11-13.
- [9]段爱梅,何绍飞,李金兰.比较 256 层螺旋 CT 血管造影与冠状动脉造影对冠状动脉粥样硬化狭窄诊断价值[J].影像研究与医学应用,2020,4 (4): 73-74.
- [10]申洪宪.256 排螺旋 CT 冠脉成像技术与常规冠脉造影的准确度对比[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2022,20 (1): 88-91.

社区管理对控制高血压患者血压水平的效果分析

楼伟琪

浙江省诸暨市暨南街道社区卫生服务中心 浙江诸暨 311813

摘要：目的：研究分析社区管理对控制高血压患者血压水平的效果。方法：选择在我院治疗 60 例原发性高血压病人为研究对象，时间范围是 2020 年 8 月—2022 年 3 月。采用随机法进行分组，对照组（30 例）进行常规护理，观察组（30 例）则实施社区管理。观察并测量血压相关指标，统计并发症发生率，评价应用效果。结果：管理前，对照组患者收缩压（168.23±10.23）mmHg，舒张压（98.36±6.23）mmHg，观察组患者收缩压（164.22±11.36）mmHg，舒张压（97.65±5.62）mmHg，两组患者的血压值相似，差异无统计学意义， $P>0.05$ ；管理后，对照组患者收缩压（135.31±12.11）mmHg，舒张压（88.58±6.13）mmHg，观察组患者收缩压（125.31±9.77）mmHg，舒张压（81.57±6.52）mmHg。经过社区管理后，所有患者的血压都出现了一定的降低，且观察组血压指标比对照组改善更明显（ $P<0.05$ ）；在并发症发生率的统计上，观察组为 16.67%，明显比对照组 26.67%低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组患者对高血压的自我管理能力也得到了提升，经比较分析患者的各方面评价都比对照组强，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：将社区管理应用于高血压患者的血压控制管理上，不仅可有效降低患者血压水平，减少并发症可能出现的概率，还可以加深患者对相关疾病和护理知识的了解和掌握，并在日常生活中注重自我管理。

关键词：高血压；社区管理；血压水平

高血压是临床常见慢性病之一，其病情较长，具有发病率高和疾病负担重的特点^[1]。一旦患者不能得到有效治疗，会造成对脑、心与肾等多个脏器的伤害，对患者的生命安全十分不利。合理的血压控制，能有效帮助患者减轻病症，减少病痛。近年来，人民的生活水平随着我国的快速发展而不断提高，生活方式改变，高血压的发生概率也有逐步提升的趋势^[2]。研究表明，高血压是可预防和控制的，药物治疗、较好的遵医行为等在很大程度上能够对血压的控制形成有利影响^[3]。高血压患者以长期药物治疗为主，因而容易出现严重的负面情绪，影响患者治疗依从性，疗效不佳，甚至有些患者会放弃治疗。故而，在治疗此类患者的同时，实施针对性的管理模式尤为重要。经有效研究证明，社区管理可以对高血压患者的血压水平控制起到重要作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020.8-2022.3 在我院治疗 60 例原发性高血压病人为研究对象。采用随机法进行分组，每组 30 例，对照组进行常规护理，观察组则实施社区管理。对照组男：女为 17：13，37—70 岁，均值（58.5±1.5）岁；观察组男：女为 8：7，年龄在 40—73 岁，平均（58.3±0.8）岁。两组患者一般资料无明显差异（ $P>0.05$ ），可比。

1.2 方法

对照组进行常规护理。医生叮嘱患者每天按时吃药，定期到医院复诊。在复查时，医护人员需测量并对比患者近期血压变化，对用药量进行适宜的调整^[4]。

患者实施社区管理模式，其主要方法如下。建立社区健康管理小组：确定全科主任作为管理组组长，社区的主治医师为副组长、3 名具有慢病护理员资格的护士为成员的社区健康管理组。①心理护理：由于疾病的影响，患者常有焦躁、害怕等不良情绪。医护人员需以友好、耐心的态度和患者交流，排解患者的恐惧心理。还可以讲解疾病治疗知识和护理过程，稳定患者情绪。②健康教育：每一月对病人举行一次健康讲座，其中包括像学位按摩等。还可以利用海报和视频、知识手册等，宣传高血压相关疾病知识，充分利用文字，书画与音、视频等方式做好相关健康知识宣传，让患者能够更深刻的了解高血压的危害和自身病情状态，从而达到积极配

合治疗的效果；③饮食指导：多吃水果、蔬菜及低脂奶制品。由于高盐饮食可能导致水钠储留，引起血压升高，故而需要少吃含盐分高的食物。低钾可能诱发高血压，所以需要摄入充足的钾、钙和镁。④用药指导：遵医嘱对患者进行用药指导，禁止患者擅自更改用药量，避免出现不合理用药导致不良反应。⑤签订家庭医生签约服务，享受一对一的个人定制慢病管理：社区健康管理组按照每位病人的实际病情和来确定病人的来诊时间、后期护理方案和随访安排，每个季度最后一周的周日上午由 2-3 名医护人员对出院的病人进行回访，监测包括血压在内的指标，并详细记录病人用药、病情恢复状况等。每年组织病人至少做一次健康体检。⑥运动干预：调查显示，肥胖与血压成正比例关系。适当的运动或锻炼可以帮助患者减轻或维持身体健康状态，进而有利于控制患者血压水平。同时也可以减少相关心脑血管病的发病率。需要注意的事，运动不可过量，需要适度，且伴有心、肾功能损害的患者不可进行剧烈的有氧运动。⑦患者在日常生活中需加强自我保健和护理教育。包括指导患者进行血压的自我监测，讲解血压测量方法和注意事项，督促患者保持良好的健康生活方式，遵医嘱用药等等，并使患者了解复诊的时间和意义，提高其自我管理意识和能力。

1.3 观察指标及其评价标准

（1）测量并统计管理前后两组患者收缩压和舒张压并进行对比。（2）并发症发生率的统计和比较。（3）自我管理能力的评估。

1.4 统计学

运用 SPSS 20.0 进行数据分析，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，t 检验，计数资料（%）表示， χ^2 检验， $P<0.05$ 时，数据的差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 血压指标分析

如表 1。管理前，对照组患者收缩压（168.23±10.23）mmHg，舒张压（98.36±6.23）mmHg，观察组患者收缩压（164.22±11.36）mmHg，舒张压（97.65±5.62）mmHg，两组患者的血压值相似，差异无统计学意义， $P>0.05$ ；管理后，对照组患者收缩压（135.31±12.11）mmHg，舒张压（88.58±6.13）mmHg，观察组患者收缩压（125.31±9.77）mmHg，舒张压（81.57±6.52）mmHg。对血压指标的比较显示，观察组改善情况比对照组更强，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。

表 1 血压指标分析[n ($\bar{X}$ ±s)]

组别	例数	收缩压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)	
		管理前	管理后	管理前	管理后
对照组	30	168.23±10.23	135.31±12.11	98.36±6.23	88.58±6.13
观察组	30	164.22±11.36	125.31±9.77	97.65±5.62	81.57±6.52

2.2 两组患者并发症发生情况比较

如下表 2。统计发现, 两组患者并发症发生情况分别为, 发生并发症为血肌酐升高者: 观察组 2 例, 对照组 3 例; 发生并发症为心律失常者: 观察组 2 例, 对照组 3 例; 发生并发症为脑卒中者: 观察组 1 例, 对照组 2 例。观察组和对照组患者的并发症发生率分别为 16.67%、26.67%, 观察组明显比对照组低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 3 自我管理能力比较 [n (%)]

组别	例数	对高血压的了解	健康生活方式	自我血压测量	合理膳食	遵医行为
观察组	30	28 (93.33)	28 (93.33)	29 (96.67)	28 (93.33)	28 (93.33)
对照组	30	22 (73.33)	20 (66.67)	19 (63.33)	23 (76.67)	22 (73.33)
χ^2 值	-	6.071	7.024	7.114	7.963	6.824
P 值	-	0.014	0.024	0.022	0.019	0.006

3 讨论

高血压在当前的发病率比较高, 对患者身体的损伤具有全面性, 使得患者会伴有明显的头晕、头痛等症状, 且由于很难根治, 在长期治疗过程中极易引起并发症, 危害患者生活和生命健康^[5-7]。调查显示, 有约 1/4 的成年人患有不同程度的高血压, 其中八成的病人采取了治疗, 只有大约一半的病人得到较好的控制。据调查分析, 许多高血压患者对高血压健康知识认识不足, 以至于在日常生活中并无良好生活习惯, 对于医嘱也并未能够完全遵循, 那么对此, 这就要从实际出发, 加强护理干预^[8]。

随着高血压疾病的发展, 持续的高血压会严重损害人体的心、脑、肾等重要器官, 尤其是对心脏损害非常严重, 这是导致心房颤的重要原因。根据调查资料显示, 患者的生活饮食习惯与高血压的诱发和病情发展有着紧密的联系^[9]。影响人体健康的因素很多, 其中行为方面占比超过百分之六十。有效的行为控制对高血压的预防和控制有着重要作用, 不仅可以降低并发症发生率, 还有利于提高患者自我管理能力和生活质量, 保障患者生命健康安全。

高血压的预防保健指的是将护理学和公共卫生学进行有效运用, 向社会人群提供健康教育、保健指导等社会服务方式。合理的健康管理对病人的病情控制起到较好的作用, 社区健康管理的本质就是全科医生、社区护理人员与病人三方共同完成血压动态平衡的一种管理, 可以为病人提供高质量、全面的综合服务。

在医疗技术水平和行业服务水平总体提高的同时, 社区医疗服务体系在行业中的重要作用也逐步体现出来。过去几十年, 随着我国经济的快速发展, 人们生活水平不断提高, 人们的生活和饮食方式也出现了较多的变化。再加上我国人口老龄化趋势越来越严重, 某种方面而言, 社区高血压人群数量也随之增多。社区管理护理的临床应用, 能够帮助患者更好的控制血压水平, 养成良好的用药习惯, 降低疾病并发症的发生概率, 改善患者生活质量并提高患者自我管理能力, 最终达到治疗目的^[10]。社区管理在当下已经被深入应用到了全国范围内, 主张在社区内对高血压患者实施护理, 而且从常规护理模式基础上革新、优化, 使其可以更加符合老年高血

表 2 两组患者并发症发生情况比较 (n,%)

组别	例数	血肌酐升高	心律失常	脑卒中	并发症发生率
对照组	30	2	2	1	16.67%
观察组	30	3	3	2	26.67%

2.3 自我管理能力分析

统计, 对高血压的了解观察组占比 93.33%, 对照组占比 73.33%; 健康生活方式观察组占比 93.33%, 对照组占比 66.67%; 自我血压测量观察组占比 96.67%, 对照组占比 63.33%; 合理膳食观察组占比 93.33%, 对照组占比 76.67%; 遵医行为观察组占比 93.33%, 对照组占比 73.33%。结果表明护理后患者自我管理能力观察组相对更优于对照组, ($P<0.05$), 见表 3。

压患者现状。

综上, 社区管理护理的临床应用, 能够帮助患者更好的控制血压水平, 养成良好的用药习惯, 降低疾病并发症的发生概率, 改善患者生活质量, 还可以加深患者对相关疾病和护理知识的了解和掌握并在日常生活中注重自我管理。

参考文献:

[1]孙乐,刘园园.高血压慢性病管理中实施临床路径式管理的效果探究[J].科学养生,2019,22(12): 120-120.

[2]陈晨.延续性护理联合丹参片对高血压患者生活能力及血压的影响[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(15): 137-139.

[3]魏长斌.药物治疗高血压患者有效控制血压的独立预测因子[J].中国现代医生,2021,59(7): 107-110,114.

[4]韩泰森,翟琛琛,罗震寰,等.中国部分地区高血压患者用药依从性变化的影响因素分析[J].医学新知,2021,31(2): 81-87.

[5]刘清霞,王健昌,周海峰.临床药师干预对精神疾病合并高血压患者药物治疗的效果影响[J].中国医药科学,2022,12(1): 167-170,182.

[6]杨超.探讨氨氯地平阿托伐他汀钙片药物治疗高血压合并冠心病患者的治疗情况——评《临床心血管疾病综合治疗学》[J].中国临床药理学与治疗学,2021,26(7): F0002-F0002.

[7]刘树军,姜岩,罗萍.伴有高血压的急性肾损伤患者临床及病理分析[C]//中国中西医结合学会肾脏疾病专业委员会 2018 年学术年会.2018.

[8]陈兵.中青年高血压患者综合健康管理认知,就医需求及遵医行为情况调查分析[J].中国医学创新,2020,17(25): 75-80.

[9]张竞雯,张娟,江宇,等.深圳市高血压、糖尿病患者行为和生活方式现状及其与疾病控制的关系[J].中国慢性病预防与控制,2021,29(10): 735-740.

[10]任绮华,李芳,江燕冰.护理人员主导的管理模式对社区高血压患者用药依从性及血压控制的影响[J].中国药业,2017,26(17): 64-66.

细节护理在确保手术室护理安全中的应用效果观察

顾甜甜

西安市交通大学第一附属医院 陕西西安 710061

摘要：目的：探讨在手术室中应用细节护理确保护理安全的效果。方法：研究前抽取 100 例病例，截止年限为 2021.01~2022.01 期间，均实施手术治疗，研究中以随机法分设为甲、乙组进行对比，各组分别纳入 50 例。甲组应用手术室常规护理，在此方案上乙组应用细节护理。对比 2 组风险事件、并发症率、护理质量及满意率等情况，以评定效果。结果：统计显示，2 组对比风险事件结果，乙组发生率 4.0%均低于甲组 24.0% ($P<0.05$)。2 组对比并发症结果，乙组发生率 6.0%低于甲组 24.0% ($P<0.05$)。2 组对比消毒隔离、设备管理、器械准备、麻醉管理等各评分结果，乙组均高于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比满意率结果，乙组总体为 98.0%高于甲组 82.0% ($P<0.05$)。结论：在手术室中应用细节护理确保护理安全的效果显著，即可减少各种护理风险和术后并发症，还可提升护理质量，保障手术安全性，患者普遍满意，可进一步借鉴推广。

关键词：手术室；细节护理；护理安全；应用效果

作为医院治疗和抢救危重症患者的重要场所，手术是具备各种医疗器械和先进设备，但其存在相对较高的感染风险，加之护理工作繁重，所以对护士的工作要求相对较高^[1-2]。近些年由于医疗服务水平的提升，临床护理对于改善患者不良心理和缓解生理痛苦发挥了极大作用，而在手术期间对患者提供优质的护理可促使其积极配合手术，并保持良好心态，从而进一步保障手术疗效^[3-4]。但在实际手术中，多种风险可对护理安全造成威胁，从而对手术质量和成功率产生直接影响，所以在手术室中加强细节护理尤为关键^[5-6]。因此本文则研究了在手术室中应用细节护理确保护理安全的效果，现将研究情况做以下阐述：

1. 资料与方法

1.1 资料

本次研究前抽取 100 例病例，截止年限为 2021.01~2022.01 期间，均实施手术治疗，研究中以随机法分设为甲、乙组进行对比，各组分别纳入 50 例。研究开展前统计处理 2 组基本资料，其中男女比例为 15:15 (甲组)和 16:14 (乙组)；所选病例年龄范围位于 22-67 岁之间，2 组均值统计结果分别为 (53.8±3.1) 岁 (甲组)、(54.3±2.9) 岁 (乙组)。通过对各项数据经 X^2 、 T 值检验分析，若 $P>0.05$ ，说明研究可开展。所有对象均知情，且事先签订同意书，正式开展研究前已获伦理委员批准。

1.2 方法

甲组应用手术室常规护理，入室后，首先由护士在术前对患者具体信息进行仔细核对，就手术注意事项和具体流程做详细讲解，协助患者完善术前准备。术中展开麻醉操作时，协助医师完成麻醉操作，护士需指导患者采取合理体位，同时对患者各项体征密切监测，准确传递相关手术器械，确保顺利完成手术。术后将患者护送至普通病房，并与病房护士做好相关交接工作。

在前组方案上乙组应用细节护理，具体为：(1) 术前细节护理：首先巡回护士需探视患者，对其各项检查予以详细了解，并对具体术式和麻醉方式予以核对，了解其有无过敏史，讲解注意事项和手术流程。按照患者检查结果和身体状况制定护理注意事项和针对性措施，制定预防和解决突发事件的措施，对护理模式合理规划。同时对患者进行心理疏导，告知其保持良好的心态的作用和目的。术前完善相关准备，对相关设备和手术器械仔细检查，并在相应的位置合理放置，你确保顺利完成手术。(2) 术中细节护理：巡回护士在患者入室后是对其心理状态和准备情况进行详细了解，与患者加强交流和沟通，消除其不良心理。指导患者采取合理体位，

开通有效静脉通路，注意防护压力性损伤，请注意保护患者隐私，防止出现体表不必要的暴露情况。麻醉前需对手术方式、部位、患者信息再次核对。护士在麻醉时需协助医师有效快速麻醉，同时对患者各项体征密切监测，以便及时发现和处理异常事件。患者体位根据麻醉方式合理选择，一般气管插管全麻采取平卧位，留置导尿管。让患者为局麻处理，则需对其用药情况予以观察，协助医师配制麻醉药物。术中还需对室内温湿度进行合理调节和控制，注意对患者各项体征密切监测，做好相关保暖工作，预先加热处理输注的液体和所需的冲洗液，防止低体温事件。可采用恒温毯减少裸露皮肤，对患者予以保温。对于手术区域以外的污水物和血迹及时清理干净，采取无菌棉球对口唇干裂者蘸取温水加以湿润。在手术实施期间，器械护士需按照一定顺序对手术器械进行合理摆放，确保术中可将各种器械及时、准确、安全的传递给主治医师，也缩短轻点器械的时间。

(3) 术后细节护理：结束手术后巡回护士需对患者的体表血迹进行彻底擦拭，注意做好消毒工作，并对创面进行包扎处理，同时固定好引流管，协助患者穿好衣服。器械护士需对各手术器械仔细清点，反复核对，避免发生遗漏。患者苏醒期间神经阻滞药、肌松药、麻醉药等作用尚未彻底退去，此时还需对患者的具体状况予以密切观察，积极预防各种并发症和不良事件。待患者苏醒后对其自身感受进行仔细询问，并将手术成功的消息及时告知患者，然后将患者护送至普通病房，在此期间与病房护士积极交接，以便后续护理顺利开展^[7-8]。

1.3 评价指标

对比 2 组风险事件 (包括消毒隔离不当、设备管理不当、未充分准备器械、麻醉管理不当等)、并发症率 (包括静脉血栓、软组织损伤、感染等)、护理质量 (以自拟量表评估消毒隔离、设备管理、器械准备、麻醉管理等评分，各项均为 25 分满分，分值越高越好。)及满意率 (调查时自拟工具为问卷，分为 3 个条目，满分 100 分，涉及不满意、一般、非常等。)等情况，以评定效果。

1.4 分析数据

各项数据在研究中以评价指标为准，在 SPSS22.0 软件中对结果数据加以处理，以 T 值、 X^2 检验为统计方法，结果资料分别经 $\bar{x} \pm s$ (均数加减标准差)和 $[n (%)]$ (例、百分率)来表示，分别对应计量和计数值，若 P 值显示为 <0.05 ，则差异符合统计意义。

2. 结果

2.1 对比风险事件

统计显示,2 组对比风险事件结果,乙组发生率 4.0%均低于甲组 24.0% (P<0.05)。如表 1 示。

表 1: 2 组对比风险事件[例 (%)]

组别	n	消毒隔离不当	设备管理不当	未充分准备器械	麻醉管理不当	发生率 (%)
乙组	50	0	1 (2.0)	1 (2.0)	0	2 (4.0%)
甲组	50	2 (4.0)	3 (6.0)	4 (8.0)	3 (6.0)	12(24.0%)
X ² 值						8.7458
P 值						0.000

2.2 对比并发症

统计显示,2 组对比并发症结果,乙组发生率 6.0%低于甲组 24.0% (P<0.05)。如表 2 示。

表 2: 2 组对比并发症[例 (%)]

组别	n	静脉血栓	软组织损伤	感染	发生率 (%)
乙组	50	0	2 (4.0)	1 (2.0)	3 (6.0%)
甲组	50	3 (6.0)	4 (8.0)	5 (10.0)	12 (24.0%)
X ² 值					7.1245
P 值					0.000

2.3 对比护理质量

统计显示,2 组对比消毒隔离、设备管理、器械准备、麻醉管理等各评分结果,乙组均高于甲组 (P<0.05)。如表 3 示。

表 3: 2 组对比护理质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	麻醉管理	器械准备	设备管理	消毒隔离
乙组	50	24.2±0.6	23.4±1.5	24.1±0.3	24.2±0.6
甲组	50	18.5±2.3	18.4±2.1	19.5±0.9	19.3±2.1
T 值		5.3144	6.0751	5.8956	6.4124
P 值		0.032	0.024	0.030	0.022

2.4 对比满意度

统计显示,2 组对比满意度结果,乙组总体为 98.0%高于甲组 82.0% (P<0.05)。如表 4 示。

表 4: 2 组对比满意度[例 (%)]

组别	n	不满意	非常	一般	总体 (%)
乙组	50	1 (2.0)	35(70.0)	14(28.0)	49 (98.0%)
甲组	50	9 (18.0)	26(52.0)	15(30.0)	41 (82.0%)
X ² 值					7.0325
P 值					0.000

3. 讨论

作为临床治疗中的重要科室,手术室面临的风险相对较高,除了要求操作医师具备较高的技能水平之外,还需确保护士提供优质的护理服务,从而最大程度的减少各种风险问题^[9]。以往在手术室的常规护理工作中,护士多按照主治医师和麻醉师的要求展开相关护理操作,导致护理缺乏主动性,且极易产生各种纰漏,且极易忽视一些细节之处,这直接影响到了手术的整体疗效^[10]。而作为一种新型的护理模式,细节护理的理念主要为以患者为中心,其实施期间注重细节控制和干预,可有效的提升护理工作

质量。细节护理的实施可督促护士将整个护理服务始终贯穿于围手术期,可促使护士对各项护理操作主动执行和完成,且注重每一个服务细节,始终坚持以人为本的理念,可保证手术的顺利实施,并有效预防和减少各种风险事件,从而消除护理安全隐患,保证手术的安全性和有效性。同时此种护理模式实施期间主治医师、麻醉师和护士之间可积极配合,可完善所有术前和术中等相关准备,可对患者的感受和心理予以充分考虑,可减少手术所致损伤,保证手术效率,进一步提升患者对手术室护理的满意程度^[11-12]。本文结果中,2 组对比风险事件结果,乙组发生率 4.0%均低于甲组 24.0% (P<0.05)。2 组对比并发症结果,乙组发生率 6.0%低于甲组 24.0% (P<0.05)。2 组对比护理质量各评分结果,乙组均高于甲组 (P<0.05)。2 组对比满意度结果,乙组总体为 98.0%高于甲组 82.0% (P<0.05)。可见,在手术室中应用细节护理确保护理安全具有良好优势和作用。

综上,在手术室中应用细节护理确保护理安全的效果显著,即可减少各种护理风险和术后并发症,还可提升护理质量,保障手术安全性,患者普遍满意,可进一步借鉴推广。

参考文献:

[1]谷照宇. 手术室细节护理在确保手术室护理安全中的应用探讨[J]. 中国保健营养,2021,31 (14): 235.

[2]陶秀玉. 细节护理对手术室护理安全保障的作用评价及效果分析[J]. 中国医药指南,2021,19 (1): 209-210.

[3]Huang Ting, Li Wei, Song Lingling, et al. Observation on the effect of holistic nursing intervention in operating room and its effect on nursing quality and safety score in patients undergoing laparoscopic radical gastrectomy.[J]. 2021,03 (11): 1145-11473.

[4]高丽娟. 手术室细节护理对手术室护理安全的影响[J]. 中外女性健康研究,2021,14 (10): 127-128.

[5]周海燕. 手术室细节护理在确保手术室护理安全应用效果及并发症分析[J]. 中华养生保健,2021,39 (4): 118-119.

[6]杨静. 手术室细节护理对手术室护理安全性的提升作用分析[J]. 中外女性健康研究,2021,06 (12): 148-149.

[7]谭英. 手术室细节护理在提高手术室护理安全中作用研究[J]. 中国农村卫生,2021,13 (4): 70,88.

[8]陈玉惠,郑巧英,郭茹凤. 手术室细节护理在手术室护理安全中的应用效果及对护理质量的影响分析[J]. 中外医疗,2021,40 (23): 151-153,161.

[9]李爱艳. 手术室护理安全中手术室细节护理应用分析[J]. 中国卫生标准管理,2021,12 (21): 166-168.

[10]段中玉,时玉来,冯新梅. 手术室细节护理管理应用于手术室护理的安全性及临床效果[J]. 中国保健营养,2021,31 (12): 199.

[11]Von Vogelsang Ann-Christin, Swenne Christine Leo, Gustafsson Birgitta Åkesdotter, et al. Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper.[J]. 2020, 03 (04): 495-502.

[12]张伟. 手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用效果[J]. 中国医药指南,2021,19 (6): 184-185.

苯磺酸氨氯地平片联合美托洛尔治疗高血压的疗效观察

李清

武警广东省总队医院 广东广州 510000

摘要：目的：探讨苯磺酸氨氯地平片联合美托洛尔治疗高血压的疗效及安全性，为高血压的临床用药提供参考。方法 选择武警广东省总队医院 2021 年 3 月至 2022 年 3 月收治的 160 例高血压患者作为研究对象，采用随机列表法分为观察组和对照组各 80 例。对照组采用单一服用苯磺酸氨氯地平片的常规治疗方式，观察组在此基础上联合使用琥珀酸美托洛尔缓释片治疗。观察并比较两组患者的治疗总有效率、血压指标控制效果以及药物不良反应的发生率。结果 对照组的总有效率为 76.25%，观察组的治疗有效率为 95.00%，两组比较（ $\chi^2=5.012$ ， $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者的收缩压和舒张压比较无统计学差异（ $P>0.05$ ）。治疗后，两组患者的血压水平均较治疗前明显降低，两相比较可见，观察组的血压降低效果更加明显（ $P<0.05$ ）；治疗过程中两组均为发生明显的不良反应，比较两组不良反应发生率结果，（ $P>0.05$ ）差异有统计学意义。结论：在高血压患者的临床治疗中，应用苯磺酸氨氯地平片联合美托洛尔的治疗方式比单一使用苯磺酸氨氯地平片效果更佳，可显著改善患者的血压水平，且安全性高，值得临床应用及推广。

关键词：苯磺酸氨氯地平片；美托洛尔；高血压；疗效

高血压是临床最常见的慢性病之一，也是心脑血管疾病主要的危险因素之一^[1]。国际高血压学会 2020 年发布的《国际高血压实践指南》^[2]指出：无论在欧美发达国家还是在中国，高血压均已成为最常见的慢性非传染性疾病。该指南预计到 2025 年全球高血压患者将达到 15 亿，占成年人口的 1/3。而《中国心血管病报告 2018》^[3]的数据显示，目前我国有高血压患者约 2.7 亿，每年有超过 200 万人死于高血压引起的各类心血管疾病，每年相关医疗费用超过 400 亿元。高血压已然成为严重威胁人类健康，并造成社会和沉重经济负担的全球性公共卫生问题。但是，《国家基层高血压防治管理指南 2020 版》^[4]指出，我国高血压患者血压控制现状不容乐观，目前，全国约有 1.3 亿患者不知道自己患有高血压，在已知确诊人群中有超过 3000 万没有接受任何治疗，在接受治疗的人群中超过 75% 的人群血压控制不合格，所以，我国的高血压防控任务异常艰巨。目前，临床治疗高血压主要采用药物进行降压治疗，常见的药物有：钙离子拮抗剂、 β 受体阻滞剂、利尿剂等^[5]。其中钙离子拮抗剂是最常用的降压药物，苯磺酸氨氯地平片作为新一代钙离子拮抗剂，因其半衰期长、吸收快、耐受性较好而被广泛应用于高血压的临床治疗中。但是随着病程增长，服用剂量的增加可能会引发继发性的肾素升高、心率失常等不良反应。因此，临床治疗中，多采用联合 β 受体阻滞剂、利尿剂等不同药理机制的药物来减少该药的服用剂量。本研究通过以单一使用苯磺酸氨氯地平片的常规治疗方式为基础，观察苯磺酸氨氯地平片联合美托洛尔缓释片治疗高血压的临床效果。现将研究报道如下

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择武警广东省总队医院 2021 年 3 月至 2022 年 3 月收治的 160 例高血压患者作为研究对象，采用随机列表法分为观察组和对照组各 80 例。纳入标准：（1）与本院签署知情同意书并经医院伦理委员会批准者；（2）符合中华医学会心血管分会制定的《原发性高血压诊断标准》；（3）收缩压 135~180mmHg 或舒张压 85~110mmHg。排除标准：（1）合并心、脑、肝、肾等重大脏器疾病者；（2）既往合并药物治疗过敏史者；（3）精神病患者；（4）妊娠或者哺乳期妇女。脱落标准：（1）治疗期间出现严重的并发症；（2）由于疾病或治疗原因，主动退出实验。经利用统计学软件对两组的基线资料（包括性别、年龄、合并疾病等）予以处理，结果显示，两组患者的性别、年龄、病史等基线资料不存在统计学差异（ $P>0.05$ ），有可比性。见表 1

表 1 两组基线资料比较

组名	例数	性别	平均年龄	平均病程
对照组	80	男（42）：女（38）	65.35±10.51	5.15±2.25
观察组	80	男（41）：女（39）	63.86±11.65	4.98±2.31
P		>0.05	>0.05	>0.05

1.2 研究方法

两组研究对象入组后均给予扩张血管、洗脱 3D 等常规治疗，并进行生活方式调整及饮食控制等，在此基础上给予对照组苯磺酸氨氯地平片（络活喜）（生产企业：辉瑞制药有限公司；批准文号：国药准字 H10950224）治疗：口服，初始剂量为 5mg/次，1 次/d，视病情程度可调整剂量至 10mg/次，1 次/d 维持。给予观察组患者磺酸氨氯地平片联合美托洛尔治疗：（1）磺酸氨氯地平片（络活喜）使用方法同对照组。（2）给予琥珀酸美托洛尔缓释片（倍他乐克）治疗（生产企业：阿斯利康制药有限公司；批准文号：国药准字 J20150044）治疗：口服，12.5~23.75mg/d，分 2 次服用，长期治疗的目标用量为 190 mg。两组治疗方式均以 4 周剂量为一疗程。为保证对照结果严谨性和准确性，治疗过程中所有患者均严禁服用其他降压药物及降压治疗，严禁烟酒，定期测量血压、心率、血常规等指标并根据实际病情调整用药剂量。

1.3 观察指标

观察并比较两组患者的治疗总有效率、血压控制效果以及药物不良反应的发生率，其中临床治疗总有效率为治疗显效与治疗有效患者例数之和与总例数的比值。（1）疗效判定标准根据《中国高血压防治指南》中的疗效标准：治疗前后血压与治疗前相比，舒张压下降 $\geq 10\text{mmHg}$ 并处于正常范围，或者舒张压下降 $\geq 20\text{mmHg}$ 则视为治疗显效；若治疗后患者舒张压下降 $< 10\text{mmHg}$ 但已经处于正常值或者下降范围为 10mmHg~19mmHg，则为治疗有效；治疗后患者血压下降 $< 10\text{mmHg}$ 且未处于正常范围或者无下降，则为治疗无效。（2）血压控制效果：通过比较治疗前后两组患者的收缩压与舒张压变化情况来评价患者的血压控制效果；（3）不良反应发生率：常见的不良反应主要包括心悸、踝肿、胃肠道反应等。

1.4 统计学分析

采用 SPSS22.0 统计软件对研究所得计数、计量资料进行分析、处理。其中，有效率计数资料采用（%）表示，（ χ^2 ）检验，而在处理血压水平指标等计量资料时，则采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，（t）检验，运用 $P<0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 两组临床疗效比较

临床数据显示,对照组的治疗总有效率为 76.25%,观察组的治疗总有效率为 95.00%,两组比较 ($\chi^2=5.012$, $P<0.05$) 观察明显高于对照组,差异具有统计学意义。见表 2

表 2 两组临床疗效比较 (n%)

组别	n	显效	有效	无效	有效率
观察组	80	50 (62.50)	26 (32.50)	4 (4.00)	76 (95.00)
对照组	80	35 (40.75)	30 (37.50)	15 (19.75)	65 (81.25)
χ^2					5.012
P					0.013

2.2 两组血压控制效果比较

经对两组的治疗前后的血压控制水平予以比较,结果显示,治疗前,两组的血压水平各指标无统计学差异 ($P>0.05$)。治疗后,两组的血压均得到了明显的控制,各指标均低于治疗前,其中联合用药的观察组血压下降效果更加明显 ($P<0.05$)。见表 3

表 3 两组血压控制效果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组名	例数	收缩压		舒张压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	80	165.5 $\pm$ 3.7	128.3 $\pm$ 4.3	100.8 $\pm$ 4.5	84.9 $\pm$ 4.4
对照组	80	166.3 $\pm$ 3.9	138.8 $\pm$ 4.5	100.6 $\pm$ 4.8	89.9 $\pm$ 4.1
T 值		0.063	4.218	0.079	0.069
P 值		0.681	0.021	0.666	0.021

2.3 两组不良反应比较

2 组患者治疗过程均未出现严重不良反应,其中对照组治疗过程中心悸、胃肠道反应、踝肿率等不良反应发生率比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 2,

表 2, 2 组患者治疗过程不良反应发生率比较 (n%)

组名	例数	心悸	胃肠道反应	踝肿	总计
观察组	80	2 (2%)	11 (22%)	2 (4%)	15 (18.75%)
对照组	80	5 (2%)	9 (20%)	2 (4%)	16 (20.00%)
χ^2 值	-	-	-	-	1.721
P 值	-	-	-	-	0.713

3. 讨论

高血压是影响人类健康的三大慢性疾病之一,该病的主要特点是人体血压收缩压异常升高导致脉压增大,临床症状呈现多样化。高血压多发于老年群体,近年来,随着人们生活与饮食方式的改变,该病有年轻化的趋势,且由于我国人口老龄化,该病的发病率不断升高。高血压是心脑血管病的主要危险因素,该病可累及心、脑、肾等脏器,若长期无法得到控制,可导致卒中、心梗、心衰、肾衰等严重后果,甚至危及患者生命。目前,对于原发性高血压临床普遍采用扩血管、降压类药物进行治疗。相关研究^[6]表明,导致高血压的主要诱因是动脉粥样硬化与交感神经异常活跃所致,而随着老年群体由于机体器官功能衰退,血管弹性降低,心脏收缩乏力,导致冠脉血管对心脏的回血的缓冲功能不足,而舒张时冠脉缺乏足够的弹

性和回缩力又造成了动脉压升高。此外,交感神经过度活跃导致肾素异常释放,引发水钠潴留,增加了外周血管阻力,造成心脏排血量增。因此,改善冠脉血管功能并抑制交感神经异常是治疗高血压的主要方式。

苯磺酸氨氯地平片是临床常用的降压药物,该药可对钙离子通道作用,减少血管平滑肌外的钙离子内流,增强血管张力和弹性,避免冠脉粥样硬化的发生^[7]。该药作为第三代钙离子拮抗剂因其服用方便、吸收效果好、半衰期长、药效平稳而被广泛应用于临床治疗高血压。但是临床研究发现,长期使用该药可导致继发性肾素增高与去甲肾素异常活跃,进而发生心悸、踝肿、头痛等不良反应。美托洛尔是心血管疾病常用的 β 受体阻滞剂,该药通过对心脏 β 受体及神经中枢 β 受体进行阻滞,可以有效减慢心率,降低心肌排血量;并缓解交感神经的兴奋性和神经元的活性,有效抑制肾素的释放。经临床证实对治疗冠心病、高血压具有显著的疗效,并且安全性和耐受性良好。将这两种药物联合使用,一方面可以提升降压效果,另外,美托洛尔的联合应用既可以减少苯磺酸氨氯地平片的使用剂量,降低不良反应的发生率,还可以通过其 β 受体阻滞作用,改善各种不良反应的症状。临床实践证实,该药物组合是对治疗高血压效果显著,且安全性良好。

本研究结果显示,单一使用苯磺酸氨氯地平片的对照组治疗总有效率为 81.25%,而联合使用美托洛尔的观察组治疗总有效率为 95.00%,这说明苯磺酸氨氯地平片联合美托洛尔治疗高血压效果更佳。而表 2 数据显示,治疗后,两组患者的血压水平(收缩压和舒张压)均较治疗前均有明显下降,而对比两组数据可见,观察组的血压控制效果较对照组更加显著,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。而表 3 数据显示,与单一使用苯磺酸氨氯地平片的对照组相比,联合使用美托洛尔的观察组治疗过程中并未增加明显的不良反应 ($\chi^2=1.721$, $P>0.05$)。这说明苯磺酸氨氯地平片联合美托洛尔的治疗方式较单一使用苯磺酸氨氯地平片的治疗方式并未增加用药风险,在安全性方面并无明显差异。综上所述,苯磺酸氨氯地平片联合美托洛尔治疗高血压安全、有效,可以显著降低患者的血压水平,并能改善患者的心脏功能与药物反应,而且不会增加治疗过程中的不良反应。是一种安全有效的治疗方式,值得推广应用。

参考文献:

- [1]赵睿学,王停,荆鲁,等.基于国内外新版高血压指南探讨高血压前期存在的问题与思考[J].实用心脑血管病杂志,2022,30(1):5.
- [2]陈晓平,崔兆强,林金秀,等.《2020 国际高血压学会全球高血压实践指南》解读[J].中国医学前沿杂志:电子版,2020,12(5):7.
- [3]胡盛寿,杨跃进,郑哲,等.《中国心血管病报告 2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):12.
- [4]国家心血管病中心国家基本公共卫生服务项目基层高血压管理办公室,国家基层高血压管理专家委员会.国家基层高血压防治管理指南 2020 版[J].中国循环杂志 2021 年 36 卷 3 期,209-220 页,ISTIC PKU CSCD,2021.
- [5]大动脉炎相关高血压诊治多学科共识中国专家组, Lin-Di J. 中国大动脉炎相关高血压诊治多学科专家共识[J].复旦学报:医学版,2021,48(2):12.
- [6]何绍堂.氨氯地平联合美托洛尔治疗老年原发性高血压效果观察[J].现代中西医结合杂志,2014,23(13):2.
- [7]刘曼,张育玮,郭俊荣,等.苯磺酸氨氯地平片生物等效性试验的现状[J].中国临床药理学杂志,2020,36(7):3.

信息环境背景下的卫生档案管理工作探析

吴达政

龙口市卫生健康综合服务中心 山东龙口 265701

摘要: 本文主要针对信息环境背景下的卫生档案管理工作展开研究, 先对信息环境背景下的卫生档案管理工作的重要性进行介绍, 然后提出医疗卫生档案管理中存在的不足之处, 最后有针对性地论述和总结信息环境背景下的卫生档案管理工作的优化措施, 主要包括加强医疗卫生档案管理工作的基础设施建设、加强专业化医疗卫生档案管理人才的培养、加强完善的医疗卫生档案管理体系的构建、完善医疗卫生档案信息的网络化管理等, 旨在促进卫生档案管理工作的顺利进行, 充分满足信息化环境需求。

关键词: 信息环境; 卫生档案管理工作; 优化措施

在医疗卫生服务工作中, 医疗卫生档案管理发挥着重要的作用和优势, 在经济社会迅速发展的强大推动下, 明显提升了人们的生活水平, 但是在医疗卫生服务工作中, 仍然存在着较多的不足之处, 其中, 特别是缺少较为完善的医疗卫生档案管理, 不仅会使工作人员的工作量变得越来越多, 很难确保良好的工作效率, 而且也不利于构建规范化的医疗卫生档案管理工作体系。基于此, 应基于信息环境视角, 将对医疗卫生档案管理工作的重视度提升上来, 将我国医疗卫生事业的发展空间、发展渠道拓展开来, 同时将医疗卫生档案的完整性体现出来, 稳步推进和落实医疗卫生事业。

一、信息环境背景下的卫生档案管理工作的重要性

(一) 有利于将医疗卫生档案的完整性体现出来

在传统医疗卫生档案管理的储存方面, 纸质储存、照片储存等为主要形式, 如果管理方式的合理性不足, 极容易在环境因素下, 使档案信息受到了一定的损坏问题, 从而无法将医疗卫生档案信息的作用完全发挥出来。基于信息环境背景下, 医疗卫生档案管理工作与信息技术的结合势在必行^[1], 在计算机内, 通过对医疗卫生档案信息的储存, 可以避免医疗卫生档案信息储存空间出现紧张化的现象, 并切实保护医疗卫生档案信息安全免受威胁, 从而更好地保存医疗卫生档案信息。

(二) 有利于将医疗卫生档案管理工作效率提升上来

在传统医疗卫生档案管理中, 需要投入的时间和精力较多, 工作人员需要投入大量的时间, 一定程度上造成处理其他相关事项的时间较少, 这对于医疗卫生档案管理工作是极为不利的。基于信息环境下, 加强医疗卫生档案管理工作改革, 可以满足人力和物力的节约化需求, 并将工作人员的信息记录时间控制在合理范围内, 使工作人员妥善处理其他事宜, 为医疗卫生档案管理工作效率的提升提供极大的便捷。

(三) 有利于推动医疗卫生档案信息资源共享性目标的实现

在传统信息查找过程中, 所需的时间较多, 相关流程和手续也比较繁琐, 这不仅会使工作人员的工作量变得越来越多, 也很难将工作人员的工作效率提升上来, 从而无法推动医疗卫生档案信息资源共享性目标的实现。而在信息环境下, 医疗卫生档案管理工作会得到有效地推动, 将医疗卫生档案信息查找流程精简到最佳, 避免浪费诸多不必要的时间, 同时确保患者及时对自己所需的信息进行了解, 使医疗卫生档案信息的资源共享性得以满足和实现。

二、医疗卫生档案管理中存在的不足之处

(一) 对医疗卫生档案管理的重视度明显不足

目前, 一些地方政府和相关部门对医疗卫生档案管理的重视度较低,

主要以传统医疗卫生档案管理方式为主, 信息化与卫生档案管理工作处于相互分离、隔绝的状态, 而且一些地区也没有对医疗卫生档案管理部门进行设置, 无法为医疗卫生档案管理工作提供人力支持。与此同时, 部分地区医疗卫生档案管理人员的专业性较差^[2], 专业化管理尚未在医疗卫生档案信息中得到广泛应用, 计算机的相关知识也严重缺失, 医疗卫生档案的信息化管理尚未落实到位, 其中, 如果保存的合理性不足, 医疗卫生档案信息将会面临到不再完整的威胁, 并且对医疗卫生档案管理工作造成极大的影响。

(二) 医疗卫生档案管理专业化人才有待提升

医疗卫生档案管理工作对专业化人才提出了明确的要求, 也就是说, 对于档案管理人员来说, 在开展档案管理工作的同时, 应综合化应用信息技术, 不断改进和优化医疗卫生档案管理工作形式, 将医疗卫生档案管理工作流程改善到最佳, 防止在工作时间中浪费较多的时间和精力。但是在实际上, 部分地区的医疗卫生档案相关部门的管理人才专业性较低, 在档案管理工作中, 比较机械化, 而且一些工作人员信息技术操作能力比较欠缺, 很难使医疗卫生档案管理工作得到顺利进行, 甚至会对档案信息的共享性造成极大的影响。

(三) 缺少完善的档案管理制度

对于一切工作来说, 制度的作用都是不可或缺的, 但是在实际上, 相关管理制度的完善性明显不足, 所涉及的薄弱点和空白点较多^[3], 其中, 缺少清晰、明确的权责利关系, 档案监督机制的完善性也严重缺失。总之, 因为缺少完善的卫生档案管理制度, 难以有效规范档案管理工作, 也无法及时保存档案信息, 从而很难将卫生档案的应用价值充分发挥出来。

(四) 信息化管理力度明显不足

现阶段, 相关部门对卫生档案的信息化建设的关注度有待提升, 并且对信息化的接受度较低, 继而对政府的公信力和服务职能造成了严重影响^[4]。同时, 因为卫生档案管理工作具有一定的繁琐性特点, 如果配备的管理人员的专业性不足, 会对档案管理工作质量造成严重制约, 从而无法确保准确决策, 也会导致信息化建设始终停滞不前。

三、信息环境背景下的卫生档案管理工作的优化措施

(一) 加强医疗卫生档案管理工作的基础设施建设

在医疗卫生档案管理工作实施方面, 基础设施建设为重要的影响因素之一, 所以对于医疗卫生档案管理部门来说, 应对基础设施的建设予以高度重视, 这对于医疗卫生档案信息化管理工作的作用相当之大。首先, 基于政府及相关部门角度, 应将资金及设备支持力度提升上来, 加强完善的基础设施的构建, 引导医疗卫生档案管理部门人员对计算机进行灵活运用, 促

进医疗卫生档案管理工作的顺利进行。其次,医疗卫生档案管理部门应从自身实际情况出发,与基础设施设备的情况相结合,确保档案管理工作的针对性。最后,医疗卫生档案管理部门,要想确保基础设施设备良好的使用寿命,应定期开展基础设施设备的检修工作,借助基础设施设备的应用,更好地落实医疗卫生档案管理工作。

(二) 加强专业化医疗卫生档案管理人才的培养

在卫生档案管理中,医疗卫生档案管理人才为重要的支撑和保证,已经成为了提升档案管理工作信息化水平的重要方式方法之一。基于此,医疗卫生档案管理部门应积极培养专业化人才,为人才培养提供正确的指导^[5],使工作人员的综合素养发生质的变化与飞跃,并将信息技术操作能力提升到全新的高度和领域,以此来为医疗卫生档案管理工作提供人力的保证与支撑。具体来说:

首先,基于档案管理部门角度,应加强医疗卫生档案管理意识的积极渗透,引导医疗卫生工作人员加强信息技术的正确使用,使工作人员对信息化管理的重要作用予以清晰认知,将工作人员的信息化认知水平提升到新的高度,从而在信息技术操作的学习中保持较高的主动性和积极性。其次,在档案管理部门的角度上看,医疗卫生工作人员的定期培训那是必须要进行的,为工作人员各方面能力的提升创造有利条件,使医疗卫生档案管理工作与预期目标之间的距离越来越接近化。最后,通常来说,工作人员应严格录入档案信息,但是如果录入的准确性不够,对整个档案的影响是相当之大了。因此,医疗卫生档案管理部门应将管理和惩戒力度提升上来,最大程度地规避工作失误问题,以免对医疗卫生档案信息的完整和准确造成制约。

(三) 加强完善的医疗卫生档案管理体系的构建

对于卫生档案管理体系,如果规范性和完善性不足,很容易给医疗卫生档案管理工作带来不便,而且很难将服务质量提升上来。基于此,加强医疗卫生档案管理体系的构建是至关重要的,实现医疗卫生档案管理与信息化建设的紧密结合。对于医疗卫生档案管理部门来讲^[6],在构建档案管理体系时,医疗卫生档案信息化管理的工作内容那是必须要考虑的,反反复复梳理其流程,引导医疗卫生档案信息化管理部门形成合力,共同致力于一体化管理目标的实现,从而将良好的服务提供给社会群众。

除此之外,还要加强电子文件归档管理体系的构建。想要医疗卫生档案信息化管理水平“更上一层楼”,电子文件归档管理体系的构建也尤为重要,使医疗卫生档案信息完完整整地录入进去,推动医疗卫生档案信息管理水平的提升,将共享性的作用和优势充分释放出来。其中,档案管理部门应对医疗卫生档案管理的内容进行深入分析,为电子文件归档管理体系的构建提供合理的依据。同时在纸质档案管理的基础上,电子文件的管理也要积极落实,加强现代化设备的应用,对档案信息予以准确收录,促进档案的统计、检索等一系列工作的顺利进行,满足各类信息的网络共享性需求,实现纸质文档向电子文件的顺利转变和过渡,最终向数据库中进行上传。

(四) 完善医疗卫生档案信息的网络化管理

加强医疗卫生档案信息化管理,对于医疗卫生档案管理工作效率的作用相当大,而且还可以充分展现出优质化服务的魅力。首先,网络设施的完善对于卫生档案管理部门来讲至为关键,实现医疗卫生档案管理工作的网络化办公,并且要加大网络的研发力度,加强医疗卫生档案管理系统的构建,促进医疗卫生档案信息整理等工作^[7],将工作人员的工作效率提升上

来,给予相关部门和群众最为优质化的服务。

其次,构建统一化的档案信息系统。由于卫生档案涵盖着较多的内容,为了及时有效地储存卫生档案信息,构建统一化的档案信息系统非常有必要。其一,应通过信息手段集中各部门、各科室,然后向信息系统中进行录入,使传统各自为政的局面发生明显的改变,将内部信息的共享性提升上来,从而使卫生档案管理效率得到显著提升^[8];其二,对医疗卫生工作进行分析,应加强档案系统子系统的构建,从档案的性质、类别等出发,为后期档案信息的合理利用提供极大的便捷。

(五) 做好档案信息安全管理

为了确保卫生档案管理信息化建设水平的稳步提升,信息安全也是不容忽视的,由于档案信息化管理与互联网之间的联系性较强,再加上互联网开放性的影响,所以如果出现恶意攻击卫生档案信息的行为,其后果不堪设想。所以在卫生档案管理中,档案信息安全管理非常关键。首先,应密切结合档案信息系统,将软硬件的先进性体现出来,进一步完善档案信息系统;其次,严格检查档案信息入档,反复核查档案信息系统中的信息,确保在档案系统中的准确归入;最后,应合理利用信息安全技术,如身份认证技术等,给予档案信息安全强有力的保证,形成对不良现象的有效预防。

四、结束语

综合上文内容可知,基于信息化环境,加强医疗卫生档案管理工作势在必行,确保卫生档案管理工作效率的稳步提升,将档案信息的完整性体现出来,并使医疗卫生档案管理部门的体制改革得到不断强化,将医疗卫生档案管理部门的服务职能充分体现出来。对此档案管理部门应与信息时代保持高度的协调与一致,对档案管理工作予以不断规范和完善,从而使信息化环境与卫生档案管理工作紧密融合在一起。基于此,本文就信息环境背景下的卫生档案管理工作展开分析,并对信息环境背景下的卫生档案管理工作的优化措施进行了详细论述,希望论述内容能够为相关业内人士带来一定启发。

参考文献:

- [1]邵红琪,牛其强,刘雪艳,等."4M1E"要素在科技档案信息化管理中的应用研究[J].科技广场,2021(6):8.
- [2]王晓华,叶瑞绵,秦冬梅.医院综合档案在信息化环境中数字化管理的运用探讨[J].科技资讯,2021,19(16):3.
- [3]于丽.办公自动化环境下医院档案管理工作的相关要点探讨[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊)2017年17卷A0期,188,208页,2020.
- [4]鲍松虎,周慧娜.慢性阻塞性肺疾病社区综合防治管理平台构建及其应用效果观察[J].中国基层医药,2021,28(5):5.
- [5]陆佩平,王智慧,李耀亭,等.内蒙古地区居民电子健康档案管理问题及对策[J].中国卫生信息管理杂志,2018,15(6):4.
- [6]姜晓飞.基于信息化环境的医院档案管理人员的职业素质[J].中国卫生产业2020年17卷30期,115-117页,2021.
- [7]司莉,陈辰,王雨娃,等.2014-2018年国内外图书情报与档案管理学科研究热点比较分析[J].图书与情报,2020(1):8.
- [8]林德南,张冬云,黄娜,等.基于电子健康卡(码)的健康和金融服务融合应用[J].中国卫生信息管理杂志,2020,17(1):5.

试论骨科护理风险因素分析及管理对策

苗翠英

内蒙古乌兰察布市第二医院 内蒙古乌兰察布 012000

摘要：伴随着中国综合国力的进一步增强，大家对物质的需求量愈来愈高，尤其是医疗服务标准。现阶段我国的诊疗程序愈来愈完善，骨科护理在治疗过程中具有重要意义，骨科患者在诊治操作过程中的护理实际效果尤为重要。优良的护理可以做到提高骨科患者的治疗效果，协助患者快速康复，缓解病症产生的痛楚。但在骨科患者的护理全过程中，会因为社会发展、患者方面、护理工作人员等原因通常会给患者产生一定的风险性，给骨科患者的护理工作中产生安全风险，不利患者的恢复和医治。因而，在护理工作上务必高度重视这种风险因素的出现，采用科学合理的方法解决各种各样风险因素，提升护理高效率，提高骨科患者对护理工作中的满意率。骨科护理存有众多风险性，很有可能造成不良影响，这种风险性包括骨科的护理工作人员和患者的风险性，怎样合理地避开这种风险因素尤为重要，因而骨科护理中的管理方法措施也是一个不容小觑的问题，管理方法防范措施是防止风险源的高效对策。

关键词：骨科护理；风险因素；管理对策

骨科病症品种繁多，大多数具备进度快、变化快、病况繁杂的特性，给骨科患者的诊治和护理产生许多麻烦，骨科病症的护理是临床医学护理的难题，造成骨科护理存有众多风险因素。一旦发现问题，会立即危害护理实际效果。因而，科学研究骨科护理的风险源十分关键，分析骨科护理中的风险因素，寻找解决这种风险因素的合理对策，将有利于提高骨科护理的安全性，降低护理问题带来的损害，因此，笔者将在本文中从护理中的骨科护理开展了操作系统的探讨和讨论。最先，从骨科医护人员的视角，分析护理工作人员在护理工作上很有可能引起的各种各样风险因素。其次，从护理工作人员的视角，分析了护理工作人员在护理全过程中很有可能引起的多种要素。最终，对医生和护理工作人员很有可能引起的危险源开展了综合总结并讨论了防止这种风险源的一些基础管理方法防范措施。

一、骨科护理风险因素分析

在骨科临床医学护理全过程中，护理风险性难以避免，这也是近些年来医疗界非常重视的问题之一。在对骨科患者进行护理的过程中，危害骨科患者正常的修复的要素全是风险源。骨科患者的病症多见意外伤害，有发病忽然、快速，病况变化快，病情长的特征，患者会因为治疗时间漫长而导致心理状态消极。因而，在护理的过程时要尤其注意防范护理风险性的产生。本分析根据骨科护理中也许具有的风险因素，讨论骨科护理中的护理风险性，有目的地开展护理干涉，最大限度地降低护理全过程中将会产生的出现意外，不断提升骨科护理品质，实际调研具体情况如下所示。

（一）护理工作人员的风险源

1.1 骨科护理中多见的风险源

在骨科护理全过程中，造成护理风险性的关键因素有质量控制要素、对潜在性护理风险性预料能力不足、患者本身风险因素等多个方面。最主要的是管理方法素养要素，如骨科护理工作人员综合能力参差不齐，护理工作人员工作中发现或解决问题不及时，医院门诊护理管理方案不健全等多种原因，都有可能造成骨科护理过程中护理风险性的发生；第二，对骨科护理中一些潜在的风险性预料工作能力的分析不够。因为骨科接诊的患者多见突发骨裂，假如护理工作人员欠缺充分的护理工作经验和护理社会经验，通常会发生错误操作造成的护理风险性。由于许多骨科患者主要表现为繁杂的复合型外伤，病况繁杂，假如无法立即确切分辨患者病况，很可能造成护理风险性。患者本身的风险因素也是护理全过程中造成护理风险性的主要因素，因为患者参差不齐，受各方面因素影响，对骨科护理的知晓水平不一样，对本身身体状况的了解也不一样，有时候不愿意紧密配合护理，非常容易造成护理全过程中发生意外。

1.2 护理人员只重视护理专业技能的学习培训

护理人员尽管具备坚实的骨科护理专业技能，但欠缺必需的法制观念和担当意识，造成在实践环节中没法严格执行有关要求，从而造成在工作中，造成因护理对策不合理而耽误患者病况，尤其是一些刚参与作业的护理人员，因为欠缺社会经验，不可以立即采取相应对策解决一些护理问题，造成护理问题愈来愈多。伴随着现阶段医疗技术的飞速发展，很多新的机器设备和药品持续资金投入到医院治疗中，给临床治疗产生了很大程度的便捷。作为护理人员，一定要尽早把握这种新机器设备、新药品特性，便于在护理中迅速、恰当地应用，防止因耽误护理时长而提供的护理风险性。

1.2.1 护理人员责任感不强

对比别的部门，骨科护理工作人员总数相比较少。这样的事情下，骨科护理工作人员的劳动量会非常大，造成身体疲乏和心态转变，护理工作人员的负担会增大。这种状况的产生会使护理人员心态冷淡，护理服务项目意识淡薄，造成护理实际效果不佳，乃至产生骨科护理纠纷案件，进而引起风险源。

1.2.2 骨科护理工作人员专业素养不高

因为骨科的护理工作中关键是在骨科或术后开展，术后的护理工作中繁杂而悠长，护理人员不但必须具有较好地护理专业能力，还必须保持积极主动积极的心态。骨科护理一般包含手术后创口护理、中后期的功能锻炼及康复指导、对患者的心理指导等。假如护理工作人员的综合能力不足高，就不能在护理的过程中系统化分析患者的病况，防止病情严重。因此一个好的护理人员在护理过程中需要具备一定的危险前瞻性。

假如护理步骤不标准，很有可能会丧失患者的信赖，乃至产生医疗事故纠纷，进而产生风险性。因为骨科医治和护理的专业性很强，许多患者难以对骨科病症做出恰当客观性的分辨，生病后都没有疾病治疗基本常识。在这样的情况下，大部分患者对自身的护理工作中有很高的期待，希望获得全方位系统的护理。但倘若在护理全过程中都没有符合患者的期待，就非常容易引起患者的医患冲突。

（二）患者自身造成的风险因素

尽管国内的医疗服务标准拥有非常大的发展，民众的营养健康观念逐步提高，但依然存有各种各样成见，有一些患者觉得彻底没必要依照医院医疗的诊疗流程来，觉得医院门诊的许多护理工作中全是不必要的。

1.1 患者不愿意使用医院里新的医疗器械

患者不觉得这也是医院门诊来为患者服务项目，以为这也是医院门

诊挣钱的手段之一,这种都说明患者的健康服务观念欠缺,并没有真正地了解护理工作中的重要性。患者拒绝全新机器设备、新技术应用、新标准下的恢复护理,毫无疑问会提升骨科护理工作中的难度系数,乃至导致患者与护理工作人员产生分歧,进而造成骨科护理的风险性。

1.2 患者消极情绪造成的风险源

骨科的患者和别的部门的患者有不一样的问题,骨科患者一般生病周期时间较长,在这段时间,患者的心理健康问题不可忽视。患者常发生抑郁症、焦虑情绪、心烦等心态,乃至发生心理障碍,会造成患者没法相互配合护理工作人员,进而危害骨科护理的常规开展,提升护理风险性。

骨科病症的病发和进度全是十分快速的,因此许多患者都是会有一些不好的心理状态心态,例如焦虑情绪、抑郁症、害怕、焦虑不安等。因为病况突发性,患者难以紧密配合护理工作人员进行护理工作中,乃至一部分患者没法遵医嘱完成医治,造成病况进一步加重,存有很大的护理风险性。

(三) 社会发展风险因素

护理是医治患者的主要全过程。近些年,伴随着某些护理人员和患者各种不良行为的曝出,护理工作中在社会上的整体形象遭受了不良影响。许多患者在接纳护理的历程中,并不信任护理工作人员。与此同时,护理人员对被护理的另一半一直有疑心,彼此之间不信任。从患者的方面而言,许多患者因为对护理工作中欠缺合理的了解和理解,及其一些欠佳诊疗状况的发生,对护理工作人员出现了一定的抵触。从护理工作人员的方面看来,因为没有相应的法律法规,在维护保养本身安全防护的历程中,通常处在弱势群体,自身意义和权益无法得到社会发展的维护和高度重视。

二、骨科护理风险预防的有效性防范措施

对于骨科护理中易于产生的护理风险,必须采用系统性的护理管理方法对策,推动护理品质,降低护理风险的产生。

(一) 护理体系的完善

第一,医院要优化护理流程管理,避免出现岗位职责不清、职责分工未知的状况。要不断完善风险评定规章制度,尤其是立即高效地评定危重病人的病况,积极主动搞好护理工作上的推广和安全性常见问题;第二,针对新护理人员,要搞好课堂教学工作,护理人员可以根据创建微信群等方法随时随地保持联络。若有紧急状况出现,会立刻告知值勤护理人员解决。若有护理安全事故,应立即汇报,尽量避免与患者及亲属产生矛盾。第四,清除各种各样不安全风险,对无守候高坠床风险患者的护理人员设定床前防护栏,规定无看护或行走不便的患者上厕所时,应告知护理人员,并在护理人员的帮助下进行,以防摔倒、滑倒导致二次伤害,加强医院病房巡视工作。

(二) 加强对患者的监护

对新住院的患者,及时对其止血、止疼、捆扎、防感染的应急处理,避免因失血或感染风险严重危害患者人身安全;对病况比较严重的患者开展供氧和心电图检查检测,紧密观测心电图监护。按时拆换创口医用敷料,具体指导患者及亲属在自身护理全过程中减少伤口发炎的风险;具体指导患者挑选科学合理的姿势,确保其舒适度,对于心前区有呼吸不畅和痛疼的人,可以挑选半卧床铺,如果患者出现腹痛,应选取侧卧,合理减轻腹腔疼痛,护理人员应当与患者紧密沟通交流。除此之外,护理人员应当细心征求患者亲属的建议并用心回应患者和亲属提起的问题。在交流和沟通交流中,护理人员语气温和,态度和善。除此之外,护理人员应当告知患者及其亲属日常饮食搭配,多吃蔬菜和新鲜水果。此外,催促患者按时下

床进行适当的活动,指导患者释放压力,维持愉悦的心境。

(三) 提高护理人员的综合护理能力

医院务必为护理人员,尤其是刚加入的护理人员给予必需的专业能力和专业知识培训。在入职前中,要确保护理人员达到岗位要求后才可以参与工作中,防止她们因为工作中能力不足,影响护理实际效果,给护理工作中产生风险。与此同时,培养护理人员的使命感和法制观念,让护理人员了解到自身职位的重要程度,了解有关法律法规,加强护理人员的自己防范意识。医院应加强护理工作中的整顿,严肃查处违规操作,根据严格要求净化处理护理团队。在骨科护理中,要加强护理规章制度的文化教育,确保护理规章制度的学习培训,普及化护理规章制度。要按时开展护理评定,按时对护理人员开展评定考评,将护理评定与本人员工福利挂钩,激发护理人员的主动性和使命感,维持风险观念,精确清除风险的迹象,进而防止风险的产生。

(四) 加强与患者的沟通交流

加强护患中间的沟通交流是十分关键的,那样才可以加强护患的信赖关系。沟通交流是解决一切分歧的好方法,护患矛盾大多数是护患之间的不信任导致的,实质上可以归纳为沟通交流的问题。在护理全过程中,护理人员应主动与患者沟通交流,真心实意关怀患者,以减轻护患分歧,减少风险。由于骨科常见病的突发和高频率性,在护理患者的历程中,必须从专业的方向对其病症开展详尽的表述,解释患者明确提出的各类问题,协助患者减轻消极情绪,争得其紧密配合,尽量为患者给予更快的护理服务项目。而且要虚心听取患者的建议,填补本身护理工作中的不足,把风险源解决在萌发前,与此同时,要搞好患者亲属的工作,一般来说,脑外科患者必须长期性护理才可以彻底恢复。

(五) 骨科护理队伍建设

现阶段中国脑外科护理人员较少,加强骨科护理队伍建设至关重要。加强护理队伍建设,就要培养护理人员的风险观念。融合以前发生的风险事情,通过护理的基础理论和实践活动对其开展解读,让护理人员记熟《医疗事故处理条例》并将概念付诸行动,便于在诊疗风险事情出现时,可以娴熟解决,医院可以与院校协作,关键培育一批骨科护理专业技能扎实的护理人员,那样才能够把风险降至最少。

三、总结

骨科护理是一项十分关键的工作。在脑外科护理中,医护人员要分析风险造成的原因,逐渐改善工作方法,制订具体的护理标准和风险防范措施,明显提高医院的总体医疗水平和服务水平。伴随着我国医疗水平的不断提升,各类诊疗机制的健全,将护理风险会降至最少,护理的效果也会更好。骨科护理的风险要素主要是来源于护理人员、患者和社会发展等方面,在具体的骨科临床医学护理全过程中,只有进一步提高护理人员的综合能力,塑造和谐护患关系,塑造优良的社会形象,才可以减少骨科患者在护理过程中发生风险的概率,不断提升患者的护理满意率。

参考文献:

- [1]叶小惠.骨科护理风险因素分析与风险管理的探讨[J].中国当代医药,2012,19(11):140-141.
- [2]吴端操.浅谈骨科护理风险因素及护理防范对策[J].基层医学论坛,2008,12(24):746-747.
- [3]刘春英.骨科病房护理风险因素分析及对策[J].黑龙江医学,2014,40(8):957-958.

探讨基于授权理论自我管理模式在肾移植受者出院指导服务中的应用效果

张婵 李晓莉

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川市 750002

摘要:目的 针对肾移植患者,探究出院指导服务中用以基于授权理论自我管理模式所起到的效果。实施授权教育:按照明确问题、表达感情、设立目标、制定计划、评价结果5步骤进行。方法 将我院2021年5月~2022年5月收录的74例患者进行研究,随机分成两组各37例,对照组实行常规护理,观察组实行基于授权理论自我管理模式护理,将各项指标(自我管理能力、生活质量、心理状况以及护理满意度)进行比较。结果 观察组干预后的饮食管理、治疗管理、心理管理以及躯体管理评分显著高于对照组,对比有差异($P<0.05$)。观察组干预后的社会职能、精神状态、生理功能以及睡眠质量评分显著高于对照组,对比有差异($P<0.05$)。观察组干预后的SAS以及SDS评分显著低于对照组,对比有差异($P<0.05$)。观察组的护理满意度(97.30%)显著高于对照组(83.78%),对比有差异($P<0.05$)。结论 基于授权理论自我管理模式护理能提高肾移植患者的自我管理能力,调节生活质量,缓解心理状态,增加满意度,值得地方推广。

关键词: 授权理论;自我管理模式;肾移植;出院指导;服务效果

肾移植作为慢性肾功能衰竭的常用治疗手段,而为了让患者在移植后更快的康复,还应搭配科学的护理,提高其自我管理能力,从而帮助改善患者的预后^[1]。本次研究通过我院收录的74例患者为对象,分析基于授权理论自我管理模式的实用性,阐述至下文。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收录我院2021年5月~2022年5月总计74例患者为对象,分为两组各37例,两组的一般资料如表1所示,具有可比性($P>0.05$)。

表1 一般资料 (x±s, %)

组别	例数	年龄(岁)	男性[例(%)]	女性[例(%)]
观察组	37	53.46±5.09	20(54.05)	17(45.95)
对照组	37	53.38±5.16	21(56.76)	16(43.24)
t/χ^2		0.055	0.055	0.055
P		0.956	0.815	0.815

1.2 纳入标准

纳入标准:符合医院伦理委员会标准;皆符合肾移植的相关指征;皆配合该研究并签署同意书。

排除标准:排除听觉或认知功能障碍的;排除肝、心、脾功能异常的;排除有精神隐疾的;排除病例资料不全的;排除中途离开研究的。

1.3 方法

对照组开展常规护理。在肾移植患者治疗期间,护理人员做好手术相关的宣教工作,指导患者正确的用药,并对可能出现的并发症做好提前的预防,当其符合出院指征后,护理人员予以定期随访,在生活方面提供必要的支持。

观察组开展基于授权理论自我管理模式的护理。①护理团队。以团队护理的模式,来为肾移植患者提供护理干预,团队包括肾移植主治医师、手术医师、住院医师以及主管护师,再挑选肾移植治疗方面经验与操作突出的护理人员,定期开展基于授权理论自我管理模式的专业培训,帮助患者培养自我管理能力^[1]。②护理方案。护理人员为患者建立健康档案,收集其基础信息,包括姓名、住址、联系方式、疾病史、手术史以及过敏史等,再结合其身体检查的结果,为其制定针对性的护理方案。③健康教育。护理人员每周进行2~3次的一对一的指导教育,并事先评估患者的文化程度与个性特征性,选择恰当的交流方式,将肾移植手术的基本原理为患者进行详细介绍,再对其提出的问题予以细致的解答,来保证治疗与护理的顺利开展,同时让患者形成自我管理意识,制定自我管理的近期和远期目标,

为出院后的自我管理提供帮助来治疗与护理的开展提供帮助^[2]。④心理护理。由于肾移植需要采取手术医治,在再加上疾病本身所带来的影响,不仅损害了患者的身体健康,还对其心理健康找出来了极大的影响,因此容易出现焦虑、抑郁等的负面情绪。因此护理人员需做好患者的心理疏导工作,按照不同的性格,来与其进行沟通和交流,了解患者的心理诉求,给予其信心与支持,同时通过介绍肾移植的成功案例,来使患者对未来充满希望,从而缓解其的情绪负担^[3]。⑤用药护理。护理人员为患者统计肾移植术前与术后所涉及到的药物,如免疫抑制药物等,将其基本的药理为患者进行介绍,以及可能出现的一些副作用,让患者做好心理准备,能够提前做好应对,同时要让其严重按照医师规定的用法和用量来使用药物,形成良好的用药习惯,来保证用药的安全性和有效性,若用药期间出现了异常反应,需要及时与医师反馈。⑥出院指导。在肾移植术后待患者符合出院指征,护理人员为其与照顾者进行相关教育与指导工作,在出院后的居家期间,让患者实现自我的管理,保证患者与照顾者能够掌握居家护理的相关知识技能,并针对薄弱的环节进行反复指导,来为患者后续的自我管理提供帮助^[4]。⑦定期随访。患者出院后,护理人员结合其具体情况,选择电话、线上或上面等的方式进行随访,了解患者自我管理能力状况,并为其生活方面提供指导,同时借助交流平台,为患者与照顾者建立交流与咨询平台,为患者提供全天候的服务^[5]。

1.4 观察指标

将两组的自我管理能力(饮食管理、治疗管理、心理管理以及躯体管理评分)做比较。

将两组的生活质量(社会职能、精神状态、生理功能以及睡眠质量评分)做比较。

将两组的心理状况(SAS以及SDS评分)做比较。

将两组的护理满意度(以三个等级进行评价,包括非常满意、一般满意和满意)做比较。

1.5 统计学计算

采用SPSS 25.0进行统计,以EXCEL2019整理数据,以 $P<0.05$ 表示差异,以(x±s)表示并用 t 检验计量资料,以(%)表示并用 χ^2 检验计数资料。

2 结果

2.1 自我管理能力

观察组干预后的饮食管理、治疗管理、心理管理以及躯体管理评分显著高于对照组,对比有差异($P<0.05$),见表2。

表 2 自我管理能力 (x±s)

组别	例数	饮食管理 (分)		治疗管理 (分)		心理管理 (分)		躯体管理 (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
观察组	37	24.17±2.34	31.05±3.16	29.75±2.16	36.15±3.20	10.38±1.26	13.76±2.16	11.28±1.17	16.83±2.25
对照组	37	24.26±2.42	25.10±3.32	29.80±2.27	30.06±3.29	10.42±1.29	10.53±2.25	11.31±1.24	11.46±2.31
<i>t</i>		0.163	7.896	0.097	8.071	0.135	6.299	0.107	10.130
<i>P</i>		0.871	0.000	0.923	0.000	0.893	0.000	0.915	0.000

2.2 生活质量
观察组干预后的社会职能、精神状态、生理功能以及睡眠质量评分显著高于对照组, 对比有差异 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 生活质量 (x±s)

组别	例数	社会职能 (分)		精神状态 (分)		生理功能 (分)		睡眠质量 (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
观察组	37	54.60±5.34	64.83±4.15	55.16±5.47	65.02±4.25	54.26±5.39	64.25±4.30	53.85±5.39	63.94±4.22
对照组	37	54.67±5.62	60.69±4.31	55.22±5.53	60.93±4.31	54.30±5.45	60.13±4.37	53.91±5.50	59.82±4.31
<i>t</i>		0.055	4.209	0.047	4.110	0.032	4.088	0.047	4.155
<i>P</i>		0.956	0.000	0.963	0.000	0.975	0.000	0.962	0.000

2.3 心理状况
观察组干预后的 SAS 以及 SDS 评分显著低于对照组, 对比有差异 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 心理状况 (x±s)

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	37	55.05±6.16	42.16±5.87	54.35±6.08	41.48±5.75
对照组	37	54.99±6.25	48.32±5.92	54.27±6.17	47.61±5.80
<i>t</i>		0.042	4.495	0.056	4.566
<i>P</i>		0.967	0.000	0.955	0.000

2.4 护理满意度
观察组的护理满意度 (97.30%) 显著高于对照组 (83.78%), 对比有差异 ($P<0.05$), 见表 5。

表 5 护理满意度 (n, %)

组别	例数	满意度[例 (%)]			
		非常满意	一般满意	不满意	
观察组	37	21	15	1	36 (97.30)
对照组	37	17	14	6	31 (83.78)
χ^2					3.945
<i>P</i>					0.047

3 讨论

肾移植是临床上常见的一种治疗手段, 作为肾脏替代治疗的方法之一, 主要是将来自供体的肾脏, 通过手术的方式植入受体体内, 从而达到恢复患者肾脏的功能, 是临床上治疗慢性肾功能衰竭的主要方式^[6-7]。成功的肾移植可全面恢复肾脏功能, 帮助排出代谢废物和毒素, 改善生活质量^[8-9]。而随着医疗技术的进步, 肾移植手术的愈发成熟, 为各种肾脏疾病治疗提供了有效的技术支持^[10-11]。而对于肾移植术后, 为保证移植的整体效果, 还需搭配科学的护理方式, 来改善患者的预后^[12-13]。基于授权理论自我管理根据肾移植的特点, 帮助患者形成自我管理的意识, 发挥其主导作用, 帮助其身体的更快恢复, 也为患者出院后提供良好的帮助^[14-15]。

通过本次研究结果得出, 观察组干预后的饮食管理、治疗管理、心理管理以及躯体管理评分显著高于对照组, 同时社会职能、精神状态、生理功能以及睡眠质量评分更高, 而 SAS 以及 SDS 评分更低, 并且观察组的护理满意度更高, 对比有差异 ($P<0.05$)。结果说明, 实施基于授权理论自我管理护理对该病患者的效果更为理想。

综上所述, 基于授权理论自我管理模式在肾移植患者出院指导服务中

的效果良好, 能够提高其自我管理能力, 调节生活质量, 缓解心理状态, 增加满意度, 具有地方推广的价值。

参考文献:

[1]叶桂荣, 钟超, 姚琳, 等. 基于授权理论自我管理模式在肾移植受者出院指导服务中的应用效果[J]. 大医生, 2019, 4 (3): 165-167.

[2]汪艳, 杨巧兰, 廖贵益, 等. 授权教育在肾移植受者远期家庭功能及生活质量中的应用研究[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (11): 141-142.

[3]操晓红, 姚伟, 李伟, 等. 防疫压力模拟健康教育模式在提高肾移植受者防护依从性中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (20): 106-108.

[4]段亚哲, 李烟花, 陆小英, 等. 延续护理在肾移植术后出院患者自我管理中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37 (21): 2995-2998.

[5]张娜, 丰嘉敏, 刘雨佳, 等. 延续性护理在肾移植术后出院患者自我管理中的应用[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2018, 25 (4): 52-54.

[6]王文娇, 娄小平, 陈婕, 等. 延续性个案管理干预在术后肾移植受者中的应用[J]. 郑州大学学报 (医学版), 2020, 55 (5): 644-648.

[7]李果, 赵上萍, 王妙维, 等. 早期康复训练在肾移植受体患者术后应用的效果观察[J]. 华西医学, 2021, 36 (5): 578-581.

[8]刘蓓蓓, 邱瑞明, 黄开开, 等. 基于聚类分析对肾移植病人疾病感知与自我管理行为的研究[J]. 循证护理, 2020, 6 (10): 1014-1019.

[9]花静, 薛武军, 丁小明, 等. 延续护理在肾移植术后出院病人自我管理中的应用[J]. 循证护理, 2020, 6 (12): 1367-1370.

[10]张静. 延续性护理在肾移植术后出院患者自我管理中的应用对提升患者用药依从性的价值[J]. 当代临床医刊, 2021, 34 (5): 39,20.

[11]王素平, 葛亚辉, 潘振宏, 等. 知行模式健康教育在肾移植术后患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33 (19): 163-165.

[12]严艳红, 蔡金花, 王雪静, 等. 思维导图结合多媒体在肾移植术后患者健康教育中的应用效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21 (14): 320-322.

[13]杨娇弟, 宋君, 叶青, 等. 微信延续护理模式对肾移植患者自护能力和生活质量的影响研究[J]. 医院管理论坛, 2018, 35 (5): 66-68,48.

[14]张静. 延续护理应用于肾移植术后出院患者自我管理中对提高服药依从性和满意度的影响[J]. 糖尿病天地, 2020, 17 (9): 223.

[15]张晓波. 基于自我管理模式的护理干预对肾移植患者的影响[J]. 泌尿外科杂志, 2021, 13 (3): 108-110.

风险管理在早产儿 PICC 护理中的应用效果观察

张少媚

广州市妇女儿童医疗中心 广东广州 510180

摘要：目的：分析早产儿 PICC 护理期间接受风险管理的效果。方法：经伦理委员会审批后实施研究，择取我院 2020 年 5 月~2021 年 5 月接诊的 70 例行 PICC 置管的早产儿作为研究对象，35 例/组，按照护理方案差异性划分组别，对照组、观察组分别予以常规护理、风险管理，比对两组患儿风险管理效果。结果：与对照组比较，观察组事故、不良事件等发生率低，家属满意度及健康教育覆盖率高，食欲、睡眠、疲乏等评分高，PICC 护理期间风险事件发生率低，护理后疼痛评分低 ($P<0.05$)。结论：早产儿接受 PICC 置管治疗过程中，予以风险管理可控制风险因素，降低并发症发生率，同时有助于强化护理人员风险防范意识，提升护理质量水平。

关键词：风险管理；早产儿；PICC 护理；常规护理

早产儿主要指胎龄不超过 37 周的活产婴儿，一般情况下，患儿的出生体重未超过 2500g，头围控制在 33cm，其器官功能、适应能力发育均比足月儿差，可能会出现吞咽功能弱、缺氧、感染等现象，威胁早产儿的生命安全，因此需尽早地治疗^[1-2]。PICC 建立可缓解患儿反复穿刺形成的疼痛感，并且可及时补足早产儿所需液体、药物和营养物质，对其身体恢复具有重要价值^[3]。但是 PICC 相关并发症发生率日益增高，给早产儿身体健康形成威胁，所以对其采取的护理方案也需得到重视。资料显示，风险管理可控制 PICC 应用期间存在的安全隐患问题，确保早产儿在治疗、护理期间的安全性^[4-5]。基于此，本文就风险管理的运用效果进行如下分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经伦理委员会审批后实施研究，择取我院 2020 年 5 月~2021 年 5 月接诊的 70 例行 PICC 置管的早产儿作为研究对象，35 例/组，按照护理方案差异性划分组别，对照组、观察组分别予以常规护理、风险管理；两组一般资料比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性，见表 1。

表 1 基线资料 [$\bar{x}\pm s, n(\%)$]

组别	n	男	女	平均胎龄 (周)	平均体重 (g)
观察组	35	20(71.43)	15(42.86)	32.48±2.32	1700.49±123.48
对照组	35	19(54.29)	16(45.71)	32.54±2.38	1701.59±123.50
χ^2/t		0.014		0.107	0.356
P		0.906		0.915	0.972

纳入标准：(1) 所有患儿均为早产儿，家属知晓本研究所有内容，自愿签署“同意书”；(2) 患儿病情处于稳定状态且意识清晰。

排除标准：(1) 对于本研究中涉及的血管紧张素 II 受体阻滞剂存在过敏现象，并会生成严重不良反应者；(2) 患儿有家族病史。

1.2 方法

两组均使用相同导管 (1.9F 型管) 进行置管，置管后采用生理盐水 (2ml) 冲洗，待置管操作完毕后采用 10U/mL 肝素盐水封管。

对照组接受常规护理，根据患儿病情予以患儿针对性饮食指导、病情观察等护理干预措施，并且时刻对患儿的病情进行动态化监测。

观察组采用风险管理。(1) 成立护理风险管理小组：选择 4 名院内资深护士组成风险管理小组，护士长担任本小组负责人员，其余 3 名护士作

为小组成员。护士长职责主要是召开护理风险管理会议，安排各成员的工作，同时着手于提升医护人员对风险因素的评估能力，护理操作能力等，同时需要对近期或以往存在的输液风险事件进行分析和评估，结合早产儿病情、生命体征指标等情况，寻找诱发风险因素的原因，制定出更符合本院实际护理工作的风险管理措施。(2) 提升医护人员风险管理重视度：由于护理风险事件大多因疏忽造成，所以更加细致的护理干预能够大大降低风险事件发生率，确保早产儿在护理期间的安全性。向医护人员强调细节护理的重要性，能够提升医护人员对于部分风险因子的预防意识和能力。主要包括置管前健康宣教、岗前培训、置管方式等，岗前考核成功者可参与护理工作。(3) 穿刺护理：在实施穿刺前，需要将所需物品、药品准备妥善，包括注射器、正压无针接头、生理盐水等，在征求家属的同意下实施穿刺操作，并且严格地按照无菌化操作原则完成各项操作。由于早产儿的血管较细，身体机能发育尚未完善，所以置管的操作需要提高警惕。消毒前采用湿润温毛巾对身体进行擦拭，置管期间需要时刻关注早产儿的生命体征指标，提升一次性置管成功率，减少早产儿身体受到的影响。(4) 置管后风险护理：在置管后，医护人员需要为患儿做好皮肤清洁与导管冲洗、药物更换工作，一般状况下，早产儿穿刺部位处于较为敏感状态，所以一旦出现敷料脱落、破损等现象，则需要及时地进行更换。更换敷料期间需要沿导管远心端至近心端去除敷料，禁止接触导管，并判断穿刺点是否有红肿和渗血情况，采用乙醇、碘伏进行消毒和清洁。此外，在敷料处需要详细地注明日期、姓名等信息，便于更加明确地安排下次更换时间。

1.3 效果判定

(1) 风险管理调查情况：包括事故/差错、不良事件、家属满意度、健康教育覆盖率、投诉事件。

(2) 护理前后 QOL 评分：评估早产儿食欲、睡眠等情况，得分高证实护理效果佳，以此作为判断护理干预是否有效标准之一。

(3) PICC 护理期间风险事件发生率：记录早产儿是否伴有液体外渗、堵管等风险事件，从而评判风险管理是否有效。

1.4 统计学方法

以统计学软件 spss22.0 对资料进行分析处理，计数采用 (%) 表示，采用 χ^2 检验，计量采用均 ($\bar{x} \pm s$) 来表示，采用 t 检验， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 风险管理调查情况

与对照组比较，观察组事故、不良事件等发生率低，家属满意度及健

健康教育覆盖率高,差异具有统计学意义 ($P<0.05$),详见表2。

表2 风险管理调查情况 (n, %)

组别	n	事故/差错	不良事件	家属满意度	健康教育覆盖率	投诉事件
观察组	35	1 (2.86)	0 (0.00)	34 (97.14)	32 (91.43)	0 (0.00)
对照组	35	6 (17.14)	4 (11.43)	29 (82.86)	22 (62.86)	4 (11.43)
χ^2		3.968	4.242	3.968	8.102	4.242
P		0.046	0.039	0.046	0.004	0.039

2.2 护理前后 QOL 评分

与对照组护理后比较,观察组食欲、睡眠、疲乏等评分高,差异具有统计学意义 ($P<0.05$),详见表3。

表3 护理前后 QOL 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

类别	时间	观察组 (n=35)	对照组 (n=35)	t	P
食欲	护理前	5.32±2.05	5.30±2.08	0.041	0.968
	护理后	7.66±2.18	6.32±2.11	2.613	0.011
精神	护理前	4.12±1.05	4.11±1.04	0.040	0.968
	护理后	6.36±2.78	5.20±1.15	2.281	0.026
睡眠	护理前	4.23±2.02	4.24±2.04	0.021	0.984
	护理后	7.78±2.49	6.11±2.18	2.985	0.004
疲乏	护理前	4.18±1.32	4.20±1.35	0.063	0.950
	护理后	7.78±2.26	6.23±2.10	2.972	0.004

2.3 PICC 护理期间风险事件发生率

与对照组比较,观察组 PICC 护理期间风险事件发生率,差异具有统计学意义 ($P<0.05$),详见表4。

表4 PICC 护理期间风险事件发生率 (n, %)

组别	n	堵管	渗液	疑似感染	发生率
观察组	35	1 (2.86)	1 (2.86)	0 (0.00)	2 (5.71)
对照组	35	4 (11.43)	5 (14.29)	2 (5.71)	11 (31.43)
χ^2		1.939	2.917	2.059	7.652
P		0.164	0.088	0.151	0.006

3 讨论

现目前,早产、感染、窒息均属于造成新生儿生命受到威胁的原因之一。静脉通路建立是确保早产儿得到有效治疗的关键措施,是提升抢救成功率的必不可少条件^[6]。早产儿因静脉表浅、血管壁薄、静脉血管顺应性较差,所以容易出现药物渗透现象,更严重则会导致皮肤血管出现坏死现象^[7]。PICC 穿刺技术操作方式简便、具有较高的安全性,其运用置管穿刺方式完成开放性静脉输液,输入营养液于婴儿机体中,从而降低细菌感染、皮下组织受损概率;同时 PICC 管道留置时间长,可减少反复穿刺对早产儿造成的伤害,降低感染事件发生率。但是实际情况中, PICC 在治疗期

间容易引发并发症,加之早产儿免疫功能发育能力较差,所以极大地干扰早产儿治疗进程^[8]。

风险管理是一种有预见性的护理模式,医护人员通过对现存、潜在的风险进行识别、评估、并且有组织地采取针对性措施进行干预,从而减少患者在此期间受到的伤害,达到提升护理质量水平的目的。在早产儿 PICC 护理期间的运用予以风险管理,可从护理前成立风险管理小组为起点,首先对医护人员的风险护理能力水平进行提升,风险护理意识进行强化,从而可予以风险管理基础保障;护理期间,优化医护人员的护理措施,从患儿的病情、生命体征指标、置管情况、敷料情况等进行评估,针对此期间可能存在的风险因素进行预测和分析,尽早地采取措施进行干预,从而保障护理效果^[9-10]。

本研究结果显示,与对照组比较,观察组事故、不良事件等发生率低,家属满意度及健康教育覆盖率高;由此可见,予以风险管理干预后,护理期间容易出现的事故和不良事件发生率均得到有效地控制,能够让家属接受更全面、系统性的健康教育,并且更加积极地参与到护理工作中,提高对于医护人员的认可度和依从性。观察组食欲、睡眠、疲乏等评分高;由此可见, PICC 置管期间辅以风险管理,二者相辅相成、相互配合,能够让患者的生命质量水平得到提高,对其病情恢复具有重要价值。观察组 PICC 护理期间风险事件发生率低,可控制不良事件发生率,可予以患儿安全性一定的保障。

综上所述,早产儿 PICC 护理中辅以风险管理,可强化医护人员的风险防范意识,从而控制护理期间不良事件、并发症发生概率,减少早产儿的不适感,对于家属满意度提升具有重要意义,达到强化护理效果的目的。

参考文献:

- [1]王胜,王国琴,胡晓静. 无缝隙护理在极低出生体重儿留置 PICC 导管护理中的应用及对堵管、脱管的影响[J]. 河北医药,2021,43(17):2713-2715,2720.
- [2]方源. 风险预警管理预防 NICU 早产儿 PICC 置管部位医用粘胶相关性皮肤损伤[J]. 国际医药卫生导报,2021,27(2):292-296.
- [3]姚欣,石光莲,亢苗. 风险管理在早产儿 PICC 护理中的应用效果分析[J]. 检验医学与临床,2020,17(8):1113-1116.
- [4]韩春红,周家凤. 预防性护理对减少早产儿 PICC 置管致静脉炎的效果观察[J]. 医药前沿,2020,10(24):133-134.
- [5]金芳,邓露雪,林楚琴. 预防性护理干预对减少早产儿 PICC 置管致静脉炎的效果观察[J]. 当代护士(下旬刊),2019,26(8):104-106.
- [6]段小凤,王松,李胜玲. NICU 早产儿 PICC 导管相关血流感染高危因素的 Meta 分析[J]. 现代预防医学,2020,47(9):1708-1713.
- [7]刘莹,黄银娟,黄丽婷. 加强护理风险管理在早产儿脐静脉置管干预中的应用[J]. 国际护理学杂志,2020,39(15):2846-2849.
- [8]黄满九. 集束化管理对早产儿 PICC 并发症的影响[J]. 当代护士(中旬刊),2020,27(10):48-51.
- [9]李彩云,赵晓燕,邓素芬,等. 改良移除敷贴法在早产儿 PICC 置管维护中的应用效果评价[J]. 中西医结合护理(中英文),2020,6(9):163-165.
- [10]王胜,王国琴,胡晓静. 无缝隙护理在极低出生体重儿留置 PICC 导管护理中的应用及对堵管、脱管的影响[J]. 河北医药,2021,43(17):2713-2715,2720.

卫生监督量化分级管理在学校卫生监督中的应用效果探讨

国薇

大连市中山区卫生健康监督中心 辽宁大连 116000

摘要：目的：探究卫生监督量化分级管理在学校卫生监督中的应用效果。方法：选取 2020 年 5 月~2020 年 11 月 20 所学校作为研究对象，对学校的卫生监督实施量化分级管理，分析管理前后学校级别、饮水卫生评分、校园环境评分、疫病防控评分及学校卫生室评分。结果：实施卫生监督量化分级管理后学校级别较管理前显著提升（ $P<0.05$ ）；饮水卫生评分、校园环境评分、疫病防控评分及学校卫生室评分均显著高于分级管理前（ $P<0.05$ ）。结论：对学校实施卫生监督量化分级管理可提升学校卫生级别，并在饮水、环境、疾病预防等各方面管理上有所改善。

关键词：卫生监督；量化分级管理；学校；应用效果

当前人们对学校卫生情况更加关注，并对学校的卫生监督管理提出了更高的要求，为了取得良好的管理效果，学校应当注重青少年健康，并根据《中共中央国务院关于加强青少年体育增强青少年体质的意见》^[1]等政策，积极实施学校卫生监督管理工作。量化分级管理对于学校的卫生管理有积极效果，通过了解学校卫生安全风险，并结合学校实际情况制定的一系列评价项目，并进行量化，使校园内部各方面的管理评价更具有客观性和准确性，对学校的卫生状况良好反应，帮助学校进行针对性地改善，使学校卫生级别提升，保证学生卫生安全^[2]。本文研究以 20 所学校作为研究对象，意在分析卫生监督量化分级管理在学校卫生监督中的应用效果，具体报告下述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取 20 所学校作为研究对象，时间（2020 年 5 月-11 月），其中包括小学 8 所，中学 6 所，幼儿园 6 所。

1.2 方法

对学校实施卫生监督量化分级管理。（1）提升学校组织力度：学校针对量化分级管理工作展开相应会议，将管理工作内容及标准明确，并制定专属负责人负责学校相关区域内卫生情况，按照卫生评价标准及量化标准进行测评。在学校大会中，积极宣传卫生监督管理工作，并促进社会家长及媒体对学校进行监督与检查，使学校卫生情况得到改善。制定动态监管机制，提升管理人员对学校卫生的重视程度。（2）加强卫生培训：卫生行政管理部门对当地学校展开卫生监督量化分级管理培训，并明确培训内容，使各学校了解量化分级的评分指标以及评定标准，使学校意识到卫生安全及卫生管理的重要性，并积极落实卫生监督管理工作。为各学校讲述卫生监督管理工作的具体要求，并制定管理目标和原则，明确相应奖惩措施，为学校卫生管理工作提供准确建议。根据学校的实际情况，指出有待改善的问题，并给予充分的意见及建议，使学校不断改善与优化。（3）扩大宣传力度。通过社会舆论监督，使更多的人参与到学校卫生监督过程中，并促进学校建立完善的卫生管理制度，配置专属管理人员以及保健教师，建立完善的学校卫生室，并加强卫生室设备的采购，保证学校卫生室满足相关标准及要求。（4）饮水安全：建立饮水卫生制度，对学校生活饮用水安全进行监督，检查学校水质量，并对学生直饮水卫生管理，保证学生用水安全卫生。（5）传染病预防：对于学校传染病预防工作来说，建立学校传染病预防制度，并开展定期体检以及传染病相关知识宣传等工作，按照严格的疫病管理制度实施，了解学生的健康状况，并对学生体检情况良好记录形成健康档案，并向家长进行反馈。在春季等传染病高发期应当加强对学生健康管理，为学生讲述疾病相关知识，告知学生传染病的预防方法，提升学生预防意识，并养成良好的生活习惯，提升学生健康意识。（6）环境管理：积极对学校教室及相关公共场所进行消毒，保证校园环境良好，

对教室环境进行管理，保持室内通风及良好的光照，加强教室卫生检查。在实施卫生监督量化分级管理后再次进行卫生评级。

1.3 观察指标

比较卫生监督量化分级管理前后学校级别、饮水卫生评分、校园环境评分、疫病防控评分及学校卫生室评分。

（1）级别评定：根据《学校卫生综合评价（GB/T 18205-2012）》，学校卫生管理评价得分与监测评价得分的总和为综合评价实际得分。凡综合评价实际得分达到管理与监测标准总分的 85%及以上者为学校卫生优秀学校，定为 A 级；60%~85%为学校卫生合格学校（不含 85%），定为 B 级；60%以下者（不含 60%），为学校卫生不合格学校，定为 C 级。

（2）饮水卫生评分：包括卫生管理、水质检验以及水质质量。每项分数为 100 分，分数越高表明饮水卫生越好。

（3）校园环境评分：包括教学环境、生活环境。每项分数为 100 分，分数越高表明校园环境越好。

（4）疫病防控评分：包括组织制度、落实措施、健康教育、消毒产品、疫情报告，每项分数为 100 分，分数越高表明疫病防控效果越好。

（5）学校卫生室评分：包括医政管理、传染病控制及医疗废物处理，每项分数为 100 分，分数越高表明学校卫生室开展标准越高。

1.4 统计学分析

研究所有数据行统计数据，计量资料（ $\bar{x}\pm s$ ）表示、计数资料 n （%）表示，组间对比 t 、 χ^2 检验， $P<0.05$ ，统计意义标准，应用 SPSS 24.0 软件统计分析。

2. 结果

2.1 学校级别

实施卫生监督量化分级管理后学校 A 级、B 级数量提升，C 级数量减少，具可比性（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 管理前后学校级别对比%

组别	A 级	B 级	C 级
管理前（n=20）	5（25.00）	10（50.00）	5（25.00）
管理后（n=20）	9（45.00）	11（55.00）	0（0.00）
χ^2	1.758	0.100	5.714
P	0.185	0.752	0.017

2.2 饮水卫生评分

经卫生监督量化分级管理后，学校卫生管理、水质检验、水质质量评分显著高于管理前，具可比性（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 管理前后学校饮水卫生评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ；分）

组别	卫生管理	水质检验	水质质量
管理前（n=20）	76.53±1.47	81.45±1.53	82.56±2.64

管理后 (n=20)	86.64±1.75	95.62±1.57	95.31±2.67
<i>t</i>	19.783	28.907	15.186
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 校园环境评分

经卫生监督量化分级管理后,学校教学环境、生活环境评分显著高于管理前,具可比性 ($P<0.05$)。见表3。

表3 管理前后学校评分对比 ($\bar{X} \pm s$; 分)

组别	教学环境	生活环境
管理前 (n=20)	77.86±1.63	75.45±1.75
管理后 (n=20)	90.85±1.74	89.45±1.64
<i>t</i>	24.366	26.105
<i>P</i>	<0.001	<0.001

2.4 疫病防控评分

经卫生监督量化分级管理后,学校组织制度、落实措施、健康教育、消毒产品、疫情报告评分显著高于管理前,具可比性 ($P<0.05$)。见表4。

表4 管理前后疫病防控评分对比 ($\bar{X} \pm s$; 分)

组别	组织制度	落实措施	健康教育	消毒产品	疫情报告
管理前 (n=20)	73.52±1.62	72.53±1.61	72.22±2.63	82.07±2.26	77.52±2.62
管理后 (n=20)	91.42±1.36	88.53±1.92	87.42±2.16	89.29±2.24	86.42±2.36
<i>t</i>	37.846	28.557	19.974	10.147	11.288
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.5 学校卫生室评分

经卫生监督量化分级管理后,学校医政管理、传染病控制及医疗废物处理评分显著高于管理前,具可比性 ($P<0.05$)。见表5。

表5 管理前后学校卫生室评分对比 ($\bar{X} \pm s$; 分)

组别	医政管理	传染病控制	医疗废物处理
管理前 (n=20)	82.42±1.64	83.65±1.62	72.42±2.62
管理后 (n=20)	94.32±1.42	95.24±1.25	87.31±2.32
<i>t</i>	24.532	25.331	19.028
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001

3. 讨论

学校是学生们学习的重要场所,学生们一天当中大部分的时间都会在学校度过,对于学校的卫生条件具有很高的标准,为了更好地改善学校卫生环境,提升学校卫生条件等级,需要采取良好的管理制度与监督制度,帮助学校不断改善。根据《公共场所卫生监督量化分级管理指南》^[3]的要求,我国各地学校积极落实卫生制度,无论是幼儿园、小学还是中学校都积极开展学校卫生监督量化分级管理,了解学校实际的管理水平以及卫生情况,并帮助学校明确改善内容与制定管理目标^[4]。由于学生的年龄较小,身体免疫力较弱,面对数量庞大的学生群体,要保障学生的身体健康及卫生安全,开展学校各区域卫生管理是十分必要的。在此过程中,为学生营造良好的学习场所,满足学生的学习及生活要求^[5]。在实际的卫生监督量化分级管理中,省级卫生行政部门对各学校开展详细的培训工作,并明确学校卫生管理标准,加强细节管理,使学校对相关法律法规及学校卫生政策有了更高的认识,掌握相应标准,从而不断提升学校的综合能力。另外,各地区卫生管理部门应当加强宣传力度,确保各学校重视卫生管理工作,积极开展卫生监督及管理,并向社会公开公共场所卫生信誉等级的一系列标准信息,帮助学校进行针对性的整理和改善。在实施卫生监督量化分级管理过程中,应当保证量化评价的客观与公开,并实施动态监测体系,使

得学校的卫生等级评价更加真实。

结合本次实验研究,以20所学校为研究对象,对学校进行卫生监督量化分级管理后,学校级别显著提升,其中A级学校由5所上升为9所,B级学校由10所上升为11所,C级学校由5所下降为0所,管理前后学校等级变化具有显著差异 ($P<0.05$)。经卫生监督量化分级管理后,学校卫生管理、水质检验、水质质量评分较管理前均有所提高,具可比性 ($P<0.05$)。表明实施卫生监督量化分级管理,可提升学校评级,并有效改善学生学校饮水卫生。在实际的管理过程中加强学生饮水安全,建立良好的饮水制度,并对学生的饮用水进行检查,了解学校水质质量,并对学校食堂的水源进行安全卫生检查,确保学生饮水安全,使饮水管理更加全面。经卫生监督量化管理分后,学校校园环境、生活环境显著高于管理前 ($P<0.05$)。表明卫生监督量化分级管理可以良好改善校园环境,在管理中重点关注学校的教学环境与生活环境,在教学环境管理中,注重教室清洁,及时对教室消毒处理,由于教室内学生人数较多,学生长时间处于教室内学习、活动,易使细菌滋生,需要建立良好的教室环境管理制度,按时通风,加强教室的清洁打扫,保持教室内良好的光照,并注重学生的个人卫生。在学校的生活环境管理中,需要加强对食堂、宿舍等区域的卫生管理,保证学生饮食安全,加强学校食堂、宿舍等公共区域的清洁与消毒,避免生活垃圾堆积,为学生的健康提供良好保障。经卫生监督量化分级管理后,学校疫病防控评分显著高于管理前,具可比性 ($P<0.05$)。表明卫生监督量化分级管理可以提升学校的疫病防控效果。在学校中学生接触较为密切,对于学校的疫病防控有较高的要求,针对传染病的预防,学校制定完善的管理制度,加强传染病防控的重视,按照相关政策标准,定期开展学生体检工作,了解学生的身体状况,并采取有效的疫病预防措施。加强对学生的健康管理,在传染病高发季节,需要保持学生良好的生活习惯,对学生进行健康教育,向学生讲述传染病相关知识,并使学生良好预防,告知学生预防疾病的有效措施,并加强对学生的监管,提升学生的防护意识,积极开展相关体育活动,提升学生免疫力和身体素质,有效避免学校学生受到传染病的影响,危害学生身体健康。管理后,学校卫生室评分显著高于管理前,医政管理、传染病控制及医疗废物处理评分均有所提升 ($P<0.05$)。表明量化分级管理可以改善学校卫生室水平,学校根据相关政策要求加强卫生室的建立,聘请专业的校医,结合学校的实际情况开展卫生管理工作,完善卫生室的建设,保证卫生室相应设备齐全,并可以满足学生的疾病治疗要求。在此过程中学校应当注重组织计划,将相应的组织方案良好落实,积极开展健康教育,采购完善的消毒产品,并做好疫情报告,提升学校疫病防控效果。

综上所述,卫生监督量化分级管理在学校卫生监督中的应用效果显著,可提升学校的卫生等级,并保证学校各个管理方面评分提升,包括饮水、环境、疫病防治及卫生室建设等,使学校的综合管理能力提升,值得推广应用。

参考文献:

- [1]郝淑杰. 卫生监督量化分级管理在学校卫生监督中的应用效果初探[J]. 健康大视野,2021(12): 285.
- [2]周玉善. 公共场所卫生监督量化分级管理在基层实施有效性研究[J]. 糖尿病天地,2021,18(2): 111.
- [3]郭宇,王丽燕. 公共场所卫生监督量化分级管理实施作用[J]. 中国保健营养,2021,31(22): 298.
- [4]李萍,宋淑萍. 试论餐饮行业推行食品卫生监督量化分级管理的效果[J]. 饮食保健,2021(20): 268.
- [5]刘伟. 卫生监督量化分级管理在学校卫生监督中的应用效果评析[J]. 中国卫生产业,2020,17(4): 156-158.

论卫生事业单位安全生产档案工作的信息化管理

李德胜

青岛市疾病预防控制中心<青岛市预防医学研究院> 山东青岛 266033

摘要:随着我国社会经济的高速发展,社会生产力的提高导致卫生事业单位安全生产的相关信息不断增多,对生产过程中的档案管理也有着更高的需求。在信息技术成熟应用的时代背景下,安全生产的档案管理工作也将迎来信息化发展,以计算机网络技术为基础的信息化档案管理能够有效的提升其工作效率,完善档案管理效果。卫生事业单位通过信息化档案管理的建设,能够全面加强安全生产管理效果,实现对相关生产信息的高效管理,从而为单位运营和发展提供保障。为此,根据卫生事业单位安全生产档案管理的需求,结合档案管理工作情况,对安全生产档案工作的信息化管理进行了全面探讨。

关键词: 卫生事业单位; 安全生产; 档案工作; 信息化管理

卫生事业单位是社会发展和经济建设的重要单位,其安全生产中所形成的资料信息往往需要进行严格的整理归档,以便于后续的生产管理所需,由此也导致了相关单位有着较大的档案管理压力。传统的纸质档案管理具有一定局限性,在档案资料与日俱增的今天,已无法快速有效的开展档案管理工作,需要采用更加有效的管理方式来提高档案工作效率。对于计算机信息技术而言,其能够使用数据来存储相关档案信息,并且有着占地空间小、传输效率高、存储量大等特点,将相关信息化管理方式应用到安全生产档案工作中,能够有效的提高档案管理工作效率,缓解卫生事业单位安全生产的档案管理压力。因此,相关单位应当重视信息化管理的技术应用,正确认识到档案管理信息化发展的必然性,明确档案信息化建设的核心内容,采取科学合理的措施来加强对档案工作的信息化管理,实现档案管理效果的全面提高。

1 卫生事业单位档案管理信息化发展的必然性

在计算机网络技术高度发展的今天,网络数据的应用能够更加高效的传递和储存信息,并且能够实现远程的信息访问和下载。而档案管理也需要实现对资料信息的收集、整理、储存和查阅,因此在档案工作中与信息化技术有着极高的契合度。网络数据中能够以文字、图像、音频、视频等方式储存信息,有效的增加了相关信息的辨识度,使信息被查阅时能够给与调查者更好的反馈^[1]。对于传统的纸质档案管理而言,其主要问题在于信息的纸质载体。作为实体文件,纸张不仅有着较大的空间占用面积,且容易受到存储环境的影响,如发生火灾等安全事故时,会直接导致档案资料被损毁。同时,纸质档案的收集整理与翻阅较为困难,需要花费大量的时间进行档案管理,而纸质档案复制较为麻烦,容易出现档案遗失或失窃等问题,对相关单位的安全生产有着极大的影响。对此,档案管理信息化的发展不仅可以有效地解决上述问题,而且可以大大提高档案管理的效率,人们能够通过计算机终端和网络连接进行远程范围,极大的提高了档案工作的服务性能,并且网络数据的可复制性也能够帮助相关档案进行快速备份,从而全面的提高了档案管理的可靠性,避免档案丢失等问题的发生,由此可见,档案工作的信息化管理也是其未来发展的必然趋势。

2 卫生事业单位档案管理信息化建设的目标

卫生事业单位安全生产的档案管理信息化建设需要实现其功能性、安全性、实用性目标,使信息化档案管理能够为安全生产提供有效的保障。对于信息技术而言,其主要优势包括数据高速传输、在线管理、数据库储存、信息共享等多个方面,因此需要在信息化档案建设过程中利用相关技术优势来强化数据管理功能,需要实现的功能有信息收集、信息整理、数据分析、分类建档和档案调阅等,以此来提高档案管理信息化建设的功能性^[2]。档案管理的可靠性对卫生事业单位极为重要,在建设信息化档案时应当加强网络安全防护,采用多种保护措施来提高档案信息的可靠性,对

关键档案内容进行深度加密,从而避免受到外部网络的恶意攻击,以免对卫生事业单位的安全生产造成损失。在此基础上,档案管理信息化建设还需要注重其实用性功能,针对卫生事业单位自身的发展情况和组织架构来建设合理的信息化管理系统,以满足卫生事业单位各部门人员的档案收集或查阅需求。通过结合企业特点进行的及时调整,能够有效的发挥出信息化档案管理的优势,全面提升卫生事业单位的档案工作效率。

3 卫生事业单位档案管理信息化建设的核心内容

3.1 明确信息化档案建设需求

在信息化档案建设前,卫生事业单位应当明确自身的档案工作管理需求,针对过去管理工作中存在的问题进行总结和分析,以确保在信息化档案建设中能够得到有效解决。卫生事业单位的信息化档案建设一般需要专业的网络技术公司来开发档案管理系统,因此需要提前做好充足的市场调研,选择合适网络技术公司来搭建卫生事业单位的信息化档案管理系统。同时,卫生事业单位自身也需要明确提出相关档案管理系统的建设要求,针对相关档案工作管理提出合理的诉求,以确保信息化档案能够准确按照卫生事业单位工作所需进行建设。在卫生事业单位与网络技术公司进行合作时,应当充分交流意见,在核心技术问题上应以专业人员的建议为准,减少不必要的干预,从而保证信息化档案管理系统的高效建设^[3]。

3.2 卫生事业单位应该建立完善的档案管理系统

对信息化档案的建设需要将现有的档案管理系统接入信息化管理系统中,对相关纸质资料通过扫描进行上传,从而保证信息化档案的完整性。在此基础上,通过对单位内部基础设施的全面更新,来建立档案工作的局域网管理系统,以此来确保信息化档案管理系统的独立性与安全性。在信息化档案建设时,应当根据卫生事业单位的运营能力在内部建设独立的服务器,以保证档案数据库的独立性和安全性,避免档案管理系统受到外部影响。同时,对信息化档案管理系统进行本地化调整,以符合卫生事业单位的管理习惯,从而提升信息化档案的实用性。在信息化档案建设初步完成后,需要卫生事业单位工作人员对该档案系统进行试运行,针对不合理的地方应及时提出修改意见,确保技术人员能够对相关问题进行快速处理。

3.3 卫生事业单位要加强管理系统的使用维护

在信息化档案建设完成后,还需要卫生事业单位对档案管理人员进行技术培训,在技术人员的指导下实现对信息化档案管理系统的熟练应用。在档案管理人员能够熟练使用该系统后,便可以让信息化档案管理系统正式开放运行,以此来实现对档案工作的信息化管理。此外,卫生事业单位还应当和网络技术公司签署相应的售后服务协议,以便于后续的系统升级和维护,确保信息化档案能够长期稳定的管理运行。

4 卫生事业单位档案工作信息化管理的具体措施

4.1 卫生事业单位要细化档案管理内容

在建立档案数据库时,要树立整体规划的意识,针对卫生事业单位的安全生产数据进行合理的分类储存,并对相关档案数据进行细化分类管理。信息化档案的细化分类需要建立科学合理的分类逻辑,以满足后续查阅的需求,保证数据分类的有效性。在卫生事业单位的安全生产中,档案数据的收集应针对生产相关信息内容进行详细记录,提取其中的重要信息进行重点标注,准确的记录档案中的时间地点等数据,以实现档案资料的有序整理和储存,方便后续的快速检索查阅。在对档案资料进行收集和整理归类时,可以利用数字化的表现形式来进行指代,在确保相关档案资料信息内容准确的前提下,对档案资料进行电脑信息的录入,使在对其进行管理时可以通过线上形式进行整理。

4.2 卫生事业单位需要完善档案管理制度

档案管理制度是保障档案工作顺利开展和有效落实的基础,建立健全的管理制度可以使管理人员在档案管理时有据可依,从而提高档案工作效率。在信息化档案管理模式的应用过程中,卫生事业单位也应当对自身的管理制度进行不断完善,以此来适应信息化的档案管理模式。对管理制度的优化需要以档案工作的信息化管理为基础,结合实际管理过程中遇到的问题,不断地对管理制度中存在的漏洞进行完善,对于档案工作中遇到的新问题,可以通过与网络技术公司的售后对接来解决,确保管理制度的优化能够解决管理工作中遇到的问题,为卫生事业单位的信息化档案建设和应用提供全面的制度保障^[4]。

4.3 卫生事业单位要加强信息化管理意识

强化对归档工作的监管。由于公开机构的归档信息或材料,有时可能涉及个人隐私信息安全问题或国家机密,所以,政府有必要形成严密的档案管理信息化发展建设机制,以保证归档信息系统的完整性和安全性。首先,通过为文档管理与信息网站系统设定对文档读取的访问权限,给每位管理人员注册一个目标个人账户,并将其身份数据注入文档信息系统,从而让管理系统可以利用地址和身份信息验证拦截身份不明的外来访问,并尽量做到对文档信息系统的保密。第二,注意内部工作人员的系统访问,记录并统计每个访问者的身份、访问时间以及他们在系统中的档案读取和操作处理情况,避免单位领导或部分员工利用职务之便来任意篡改或泄露了他人档案中的重要信息,严格防止了徇私舞弊、私自牟利等严重违法违纪情况的出现。第二,利用国家档案保护机制规范档案的数字化管理,让他们在有效的监管下按照规范进行归档保管工作,在保证国家档案信息管理网络的正常有效运转的同时提升了工作的效率。卫生事业单位对数字化管理档案的使用是为了可以更好的进行归档操作,而作为工作实施的基础,广大档案管理工作就必须提高自己的数字化管理能力。在归档项目的数字化工作流程上,管理人员需要具备相应的计算机技术能力,对相关系统的操作和技术应用有足够的了解,能够熟练的使用信息化档案管理系统的各项功能,在对安全生产档案进行管理时应当具备信息化档案管理意识,利用管理系统的便捷性来对相关数据进行合理的分类整理和归纳储存。同时,针对管理系统中不了解的内容,应当主动进行学习和应用,从而实现档案工作中高效的信息化管理。

4.4 卫生事业单位实现档案管理工作现代化的可行对策

档案信息化的建设工作,在今后进行各种现代化的档案安全保管技术工作时,一定要注意确保专业人员能够掌握专门领域的档案信息技术和操作能力。同时,要注意根据所属事业单位承担的各项具体业务工作项目,对档案管理的内容进一步加以调整优化充实与补充完善,进行对档案资料内

容的动态化分类和管理工作。这当然就有必然的要求各级行政事业单位都要积极主动积极地去提供这样一种更加科学和高效便捷的行政档案电子化管理工作方式,确定开展档案管理中对于档案资源的基础利用的价值目标和基础业务的管理价值目标。在这个环节当中,还要求我们着重做好思想宣传教育工作,积极改革档案保管的传统思路,革新档案管理理念,积极吸收引进国外先进的档案保管方法。根据单位内部的工作状况和发展情况,不断地与时俱进,持续地变革创新。此外,该项目的管理监督工作过程中可能还会遇到涉及到具体涉及到企业的日常经营和管理费用支出情况等各方面可能出现问题。管理制度需要与时俱进地改革,我国基层卫生事业单位从其基本的工作理念和原理来说,属于一种针对我国社会大众进行服务的一种工作。因此在对于相应的工作内容进行开展的时候,对于其基本的工作效率就有着很高的要求,工作质量以及工作效果的实现也十分的重要。而经过一系列的调查以及资料查阅之中了解到,我国许多地区的基层卫生事业单位中的档案管理工作开展时的相关制度还不够完善,同时也没有一个相对规范化以及标准化的管理模式建设。就使得在管理工作的进行中常常会有着一些疏忽以及错误。对于当前我国基层卫生事业单位的档案信息管理工作的现代化工作中起到了不可或缺的作用的重要效果保障,对于该单位的档案事业发展有着关键决定性的作用。档案管理的意识有待提升,在基层卫生事业单位的档案管理工作里,管理人员本身对于工作的认知应当更加清晰化,档案管理者如果没有对于其基本的工作内容有着一个正确的认知就会对于其基本的档案管理工作的实现产生阻碍。但是这样的情况在很大一部分的基层卫生事业单位中是普遍性存在、屡见不鲜的。如果档案管理工作没有工作者本身的先进管理意识和思维模式来进行武装,势必也会对于相应的基层卫生事业单位发展产生一定的阻碍^[5]。

5 结语

在网络技术深入发展与使用的新时期,推进卫生事业单位档案管理现代化工作有着非常关键的意义。据此,为满足当今社会主义市场经济日益发达的特殊需要,卫生事业单位内控制度财政管理机关应推动档案管理现代化建设工作,主动建立技术服务平台和管理制度,在平时管理和培养教育中提高档案管理工作者的技术素质,共同搞好对归档保管系统和内部信息网络的安全监督与管理,以确保卫生事业单位内控制度的归档管理现代化创建工作较为顺畅地开展。信息化管理作为卫生事业单位内控制度安全生产档案管理工作重点发展方面,可以利用计算机等网络信息技术全面提高档案管理工作效率,使档案管理的效益可以获得有效提高。而卫生事业单位财务在建立互联网等信息化档案系统时,就必须明确了档案管理工作要求,并形成健全的管理制度,同时利用单位自身档案管理机制和企业信息化建设管理意识的提高,来进行卫生事业单位财务档案工作的逐步优化。

参考文献:

- [1]史菲.提升卫生事业单位档案管理信息化建设的方法与策略[J].数字通信世界,2022(3):176-178.
- [2]刘建华.基于互联网环境下卫生事业单位档案信息化管理[J].黑龙江档案,2022(1):60-62.
- [3]董晓会.信息化背景下卫生事业单位档案管理模式探讨[J].活力,2022(2):175-177.
- [4]成震.卫生事业单位档案信息化建设与管理方法探析[J].文化产业,2021(36):67-69.
- [5]田蕊.基层事业单位档案管理现代化路径探索[J].卷宗,2021,11(4):98.

2 型糖尿病合并骨质疏松患者护理干预方案的构建

陈辉

山东省泰安市东平县第一人民医院 山东泰安 271506

摘要：目的：研究对 2 型糖尿病合并骨质疏松患者构建护理干预方案的临床效果。方法：病例抽选 2 型糖尿病合并骨质疏松患者 70 例，病例选择时间范围 2020.08–2021.08。随机将入选病例进行分组，研究组与对照组分别有 35 例患者。对照组采用常规护理方法，研究组在接受常规护理的同时对其构建护理干预方案。对比两组患者的遵医行为、疾病知识知晓率、并发症发生率以及护理满意度等指标。结果：研究组患者的并发症发生率、遵医行为以及疾病知识知晓率等均优于对照组患者 ($P < 0.05$)，并且调查统计护理满意度情况，研究组患者高于对照组 ($P < 0.05$)。结论：对 2 型糖尿病合并骨质疏松患者构建护理干预方案，有助于降低并发症的出现，并提高患者自我管理能力，具有较高的临床应用价值。

关键词：2 型糖尿病；骨质疏松；护理干预；构建方案

Abstract: Objective: To study the clinical effect of constructing nursing intervention program for patients with type 2 diabetes mellitus complicated with osteoporosis. Methods: A case selection of 70 patients with type 2 diabetes mellitus complicated with osteoporosis, the time range of case selection was 2020.08-2021.08. The selected cases were randomly divided into groups, and there were 35 patients in the study group and the control group. The control group adopted routine nursing methods, while the research group received routine nursing care while constructing nursing intervention programs. The medical compliance behavior, disease knowledge awareness rate, complication rate, and nursing satisfaction were compared between the two groups of patients. Results: The incidence of complications, medical compliance behavior and disease knowledge awareness rate of the patients in the study group were better than those in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Constructing a nursing intervention plan for patients with type 2 diabetes and osteoporosis can help reduce the occurrence of complications and improve the self-management ability of patients, which has high clinical application value.

Key words: type 2 diabetes; osteoporosis; nursing intervention; construction plan

近年来，随着人们生活质量的不断提升，在日常习惯发生较大改变的背景下，糖尿病患者数量逐年增多，其中 2 型糖尿病发病率相对较高。而且多数老年患者合并有骨质疏松，严重影响其生活质量^[1]。可能伴有脆性骨折、骨骼畸形、肌肉骨骼疼痛、微血管和大血管病变等症状，对患者的身心健康均会造成一定危害。在糖尿病长期治疗期间，骨质疏松作为一项常见并发症，需引起关注。进而降低患者的致残率和死亡率，保障患者生命质量得到平稳，减少疾病痛苦。在全民健康意识不断提升的情况下，对于糖尿病合并骨质疏松的重视程度日益提升，对相关护理工作提出更高的要求。但在临床实践中，2 型糖尿病合并骨质疏松患者接受护理干预时，往往存在效果不佳的现象。如患者并发症发生率较高、医嘱遵从性较差、疾病知晓率不高等。影响患者的实际恢复效果。因此，为有效提高患者治疗效率，则需注重采取科学护理措施。而常规护理难以实现对患者的有效干预，其以疾病为中心的落后观念不符合患者实际护理需求，因此必须结合患者实际情况构建完善的护理干预方案。依据现代医疗护理思想，整合护理资源，有效对患者建立针对性、整体性的护理干预方案，有助于提升健康恢复水平，满足患者的需求，提升治疗有效率及依从性。满意度等。为此本文主要分析对 2 型糖尿病合并骨质疏松患者构建护理干预方案的临床效果。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究起止时间为 2020.08–2021.08，研究对象选择为确诊 2 型糖尿病合并骨质疏松患者 70 例。实际将入选观察病例分为研究组和对照组，每组各有 35 例。其中研究组病例是由男性病人 18 例，女性 17 例构成，年龄中位 (61.21±4.72) 岁。对照组病例是由男性病人 19 例，女性 16 例构成，年龄中位 (61.85±5.07) 岁。比较两组患者的基本资料，无统计学意义 ($P > 0.05$)。

病例纳入标准。纳入标准：(1) 患者入院后接受血常规、血生化以及骨密度检查等，结合临床症状表现，确诊患者为 2 型糖尿病合并骨质疏松症；(2) 患者意识清楚，无精神类疾病；(3) 患者临床资料完整，且自愿配合研究。排除标准：(1) 合并凝血功能障碍者；(2) 恶性肿瘤者；(3) 合并严重的内科或外科疾病者；(4) 患有传染性疾病者。入选患者及家属均在自愿原则签署知情同意书，经医院伦理委员会审核批准后实施。

1.2 方法

对照组患者采用常规护理，包括向患者及其家属进行健康宣教、给予饮食指导和用药指导等，并引导患者进行适当的运动锻炼，加强心理干预和沟通等。

研究组患者在接受常规护理的基础上，构建完善的护理干预方案。具体做法：(1) 建立护理小组，通过收集相关护理资料，在小组内讨论干预方案框架，明确开展饮食护理、心理护理、运动干预、药物指导以及健康宣教等项目。比如开展饮食护理时，相关护理人员指导患者补充营养成分，建议饮用牛奶等，补充钙剂。并且采用空腹服用且多饮水，避免泌尿系统系列病症发生；开展心理护理时，应注重观察患者的心理情绪变化，对存在不良心理患者开展沟通和引导，如讲述成功治疗案例、聊天、听音乐、看电视等，缓解紧张及焦虑情绪；运动干预则是根据患者的实际病情，指导进行步行、慢跑等运动方式，尽量选择安全、光线较好的场所，防范出现摔倒等情况，保障运动量适当；药物指导则是嘱咐患者定时、定量服用药物，避免私自更换服药时间和剂量；健康宣教即是由护理人员向患者及其家属，讲解糖尿病和骨质疏松的相关知识，如发病机制、治疗措施、不良反应、临床症状、注意事项等，提高自我管理能力。(2) 开展专家咨询。根据专家指导意见修改护理干预方案，对具体护理措施进行调整，保证各项护理手段符合患者需求。即是护理小组按照患者病情发展情况，初步制定护理干预框架，并提交给专家进行专业分析，根据专家反馈意见，对护

理方案进行调整。(3) 制定护理干预方案。综合患者实际情况、文献资料收集以及专家意见等,形成完整的临床护理干预计划,并对小组成员分工,落实具体护理干预措施。(4) 加强对患者的沟通和交流,定期开展随访调查,了解患者的血糖控制情况及骨质疏松情况,调整治疗方案。

1.3 观察指标

采用问卷调查方式统计两组患者的并发症发生率、遵医行为和疾病知识知晓率。应用我院自制护理满意度调查量表对患者进行评价,评估内容主要有护理服务操作水平、护理态度、护理人员责任心等方面,评估患者的护理总满意度。根据量表评分从低到高划分不满意、基本满意和很满意三个层次,总满意度为很满意率与基本满意率之和,满意度越高,代表护理干预方案构建效果越好。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 对本研究中涉及的计数资料进行处理。通过行卡方检验后,采用(%)表示结果。当 P 值 <0.05 时,代表组间数据比较有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者的并发症发生率、遵医行为及疾病知识知晓率

研究组患者的并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$),且遵医行为和疾病知识知晓率指标高于对照组 ($P<0.05$),组间差异突出。如表 1。

表 1 两组患者并发症发生率、遵医行为及疾病知识知晓率比较情况(%,例)

组别	例数	并发症发生率	遵医行为	疾病知识知晓率
研究组	35	2.86 (1/35)	94.29 (33/35)	97.14 (34/35)
对照组	35	20.00 (7/35)	74.29 (26/35)	77.14 (27/35)
X^2		5.0806	5.2851	6.2477
P		0.0241	0.0215	0.0124

2.2 比较两组患者的护理满意度

研究组患者的护理总满意度高于对照组 ($P<0.05$),数据比较差异突出。如表 2。

表 2 两组患者护理满意度比较情况(%,例)

组别	例数	很满意	基本满意	不满意	总满意度
研究组	35	21	14	0	100.00
对照组	35	14	15	6	82.86
X^2					6.5625
P					0.0104

3 讨论

糖尿病是临床上常见的内分泌代谢疾病,当患者缺乏胰岛素或者胰岛素生物作用发挥出现障碍,将会严重导致脂肪、蛋白质、电解质等物质代谢困难。这一过程将会致使患者的骨代谢发生紊乱^[2-3]。因此多数 2 型糖尿病患者存在合并骨质疏松现象,对患者的日常生活产生较大影响。其特征往往出现骨量减少、骨组织微结构发生改变,且骨强度降低,很容易因脆性增加而导致骨折。同时其也是患者出现长期疼痛和功能性障碍的主要原因,具有较高的致残率。患者的主要症状表现为酸背痛、周身酸痛、骨关节疼痛,持重物时疼痛感加剧、活动受限比较严重等,导致翻身起坐以及

行走等存在较大困难。同时伴有软组织抽搐等现象,骨质疏松较为严重者,可能出现骨折问题。该疾病的主要发病机制为高血糖促使尿钙流失增加,抑制骨形成。并且骨转换处于较低水平,或是糖基化终产物导致骨脆性增加或胰岛素抵抗促进合成代谢等,致使患者骨折风险提升。对于老年患者而言,糖尿病合并骨质疏松会对生活质量以及活动等产生较大的限制,在治疗过程中需采取有效手段进行辅助。为此需要进一步强化对患者的护理干预,常规护理在当前对患者的自我管理能力提升效果不佳,所以需联合护理干预方案,以此提高护理质量和水平。同时构建完善的护理方案,能够实现糖尿病合并骨质疏松患者的长期管理,在控制血糖值稳定的基础上,保证骨密度良好,避免发生脆性骨折现象。

由于糖尿病合并骨质疏松患者病情对患者的身心发展有较大的影响,因此在护理过程中必须构建完善的护理方案。关注糖尿病患者的骨质疏松情况,避免发生脆性骨折,降低死亡率和致残率,保障患者正常的生活质量,减轻病痛感受。结合现代医疗理念的发展,如采用传统护理方式,则难以保障糖尿病合并骨质疏松患者的需求得到满足。为此需要制定系统化的护理方案,帮助患者尽快恢复。在具体实施中,通过成立护理小组,结合相关文献资料、初步总结护理经验等,可制定系统化的干预措施,全方位对患者实施护理。并经过专家论证,促使护理方案符合患者实际需求,以此提高护理质量。该护理模式是基于现代医疗护理理念发展而来,注重改善传统护理中以疾病为中心的落后思想,强调以患者为核心地位,制定针对性的护理方案,以此控制患者血糖值和骨质疏松现状,缓解患者临床病症,提高健康水平。

在本次研究实验中,选取 70 例 2 型糖尿病合并骨质疏松患者作为观察对象,随机分为研究组和对照组,每组各有 35 例。对照组患者接受常规护理,主要包括心理护理、健康宣教、用药指导、饮食指导、运动训练等。研究组在常规护理基础上构建护理干预方案,建立干预小组制定具体护理措施。经干预后,研究组患者的并发症发生率低于对照组且在遵医行为和疾病知识知晓率方面高于对照组 ($P<0.05$)。表明护理干预方案的构建和实施,有助于改善患者生活质量,提高依从性。对比两组患者满意度情况,研究组显著高于对照组 ($P<0.05$)。代表护理干预方案的构建能够促使患者维系良好心态,提高治疗配合度。由此通过对 2 型糖尿病合并骨质疏松患者构建科学、良好的护理方案,有助于改善患者病情现状,缓解不良心理状态,以此积极面对治疗,在长期病程中保持自信心,有助于提高治疗效果和质量。所以护理人员需重视对护理干预方案的构建,不断提升自身专业素养,结合专家论证意见,优化护理工作模式。确保患者在治疗过程中获得更为优质的护理服务,加快康复速度。

综上,对 2 型糖尿病合并骨质疏松患者构建护理干预方案,有助于提升临床护理效果,保证护理模式得到优化,提高患者满意程度,值得推广应用。

参考文献:

[1]华诚峰,潘佩嫔,利结芳,等.老年骨质疏松症合并 2 型糖尿病患者中医体质类型与生活习惯的相关性分析[J].齐鲁护理杂志,2020,26(3): 40-43.
[2]张延英,尤华琴.老年糖尿病骨质疏松性骨折患者血清生化指标的变化[J].中国老年学杂志,2020,40(4): 723-725.
[3]赵勤英.中医特殊护理对 2 型糖尿病合并骨质疏松症患者生活质量的影响[J].四川中医,2019,37(6): 213-216.

延伸护理在慢性病管理中的研究

张柳菊 韩敏 宋好

昆明市第三人民医院 预防保健慢病管理中心 云南昆明 650000

摘要：目的：探讨延伸护理对慢性疾病管理的应用情况。方法：选择2020年5月至2021年5月在我院进行慢性疾病治疗的90例患者为研究对象，采用随机数字表法将患者分为参照组、研究组各45例。给予参照组患者行常规护理干预模式、给予研究组患者行延伸护理干预模式。对两组患者的疾病复发情况进行观察，并对比疾病控制率情况和护理满意度情况。结果：研究组患者采用延伸护理干预措施后患者的疾病复发率和再次入院率分别为11.11%、6.67%均低于参照组46.67%、26.67%（ $P<0.05$ ）；研究组患者采用延伸护理干预后患者的总满意度占93.5%显著高于参照组78.3%（ $P<0.05$ ）。通过对患者随访1年，研究组患者的日常生活能力评分与参照组相比明显较高，其中参照组患者的Barthel指数评分为 65.66 ± 11.57 分显著低于研究组的 78.13 ± 13.28 分，差异显著，具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：临床对慢性疾病患者实施延伸护理服务的效果较为明显，不仅有效改善预后，对患者生活质量具有提高效果，提高疾病的控制率，临床可持续推广使用。

关键词：延伸护理；慢性病管理；实践探讨

[Abstract]Objective: To explore the application of extended nursing to chronic disease management. Methods: A total of 90 patients who received chronic disease treatment in our hospital from May 2020 to May 2021 were selected as the research objects, and the patients were divided into the reference group and the study group by random number table method, 45 cases in each group. Patients in the reference group were given routine nursing intervention mode, patients in the study group were given extended nursing intervention mode. The recurrence of disease in the two groups was observed, and the disease control rate and nursing satisfaction were compared. Results: The recurrence rate and readmission rate of patients in the study group were 11.11% and 6.67%, respectively, lower than 46.67% and 26.67% in the reference group ($P<0.05$). The total satisfaction of patients in the study group after extended nursing intervention accounted for 93.5%, which was significantly higher than that in the reference group (78.3%) ($P<0.05$). The patients were followed up for 1 year, and the score of Barthel index in the control group (65.66 ± 11.57) was significantly lower than that in the control group (78.13 ± 13.28), the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: The clinical effect of extended nursing service for patients with chronic diseases is relatively obvious, not only effectively improve the prognosis, improve the quality of life of patients, improve the disease control rate, clinical sustainable promotion and use. 【Key words】 extended nursing; Chronic disease management; Practice,

近年来，随着社会的不断发展和进步，人们的生活习惯和饮食结构均发生了很大变化，同时患者患慢性疾病的发病率也越来越高，其中神经内科中的慢性疾病发病率占据首位，其中常见的慢性疾病主要为脑血管疾病，对患者的日常工作和生活造成了极大的影响，严重者还会危及患者的生命安全^[1-3]。为此慢性疾病的护理成为了研究的重点方向，慢性疾病的疾病类型主要是长期疾病积累而成的，高血压、糖尿病、冠心病等都属于临床多发的慢性疾病^[1]。治疗周期较长，且难以痊愈，影响患者的生活质量^[4-6]。本文主要探讨对慢性疾病患者实施延伸护理服务的临床应用价值，具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选择2020年5月至2021年5月在我院进行慢性疾病治疗的90例患者为研究对象，患者疾病类型主要为心血管类、糖尿病、呼吸系统以及脑卒中等。采用随机数字表法将患者分为参照组、研究组各45例。参照组患者中男性、女性患者分别为23例、22例，患者年龄为49~85岁，均值为 (64.52 ± 4.28) 岁；研究组患者中男性、女性患者分别为24例、21例，患者年龄为50~84岁，均值为 (65.17 ± 4.37) 岁。两组患者的一般临床资料对比不具有差异性（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 干预方法

参照组患者采用传统基础护理。

研究组患者在传统基础护理上联合延伸护理方案，详细步骤如下：①建立护理门诊：部分医院需建立护士门诊，主要为患者在出院后提供免费咨询事项，提高患者的日常生活、饮食、药物等多种方面的情况。护士门诊的管理需加强对慢性疾病制定系统化管理，其他综合疾病的患者需根据具体情况为患者展开个性化护理服务，并做专业护理指导，提高患者自我护理能力和护理技能。②延伸护理中心：以延伸护理理论为前提，为患者设立专业护理中心，提供优质的护理延伸服务，可以上门指导的形式观察患者的基本情况，并了解患者对疾病的认知，观察患者的心理状态，为期进行心理咨询指导等。③网络、电话回访：以网络的形式观察患者的病情，充分展现人文护理干预，采用指导方式为患者进行针对性护理，并采用关注公众号或微信群的方式宣传慢性疾病的控制和预防。了解患者的各项问题，提高生活生活，提高患者对自身疾病的认知，预防疾病并发症。

1.3 观察指标

对两组患者的疾病复发情况进行观察，并对比疾病控制率情况和护理满意度情况。随访1年，比较两组患者日常生活能力与生活质量的改善情况。日常生活能力评价包括衣着、饮食、大小便控制、行走、起居，满分10分。生活质量采用Barthel指数评分评价，满分100分，分数越高代表生活质量越好。

1.4 统计学处理

采用 SPSS19.0 统计学软件对该数据进行核对和对比, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 进行 t 检验; 计数资料采用 [n (%)] 表示, 进行 χ^2 检验; $P < 0.05$ 表示数据对比结果差异显著, 具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组预后状况比较

研究组患者采用延伸护理干预措施后患者的疾病复发率和再次入院率分别为 11.11%、6.67% 均低于参照组 46.67%、26.67%, 差异显著, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者满意度比较

研究组患者采用延伸护理干预后患者的总满意度占 93.5% 显著高于参照组 78.3%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 1 所示。

表 1 两组患者满意度对比 [n (%)]表 2 两组患者日常生活能力和 Barthel 指数评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	日常生活能力评分					Barthel 指数评分
		衣着	饮食	大小便控制	行走	起居	
参照组	46	5.22±1.13	6.34±1.52	7.03±1.66	6.65±1.37	6.15±1.52	65.66±11.57
研究组	46	7.66±1.32	8.16±1.27	8.31±1.16	8.20±1.14	7.76±1.63	78.13±13.28
t		9.523	6.232	4.287	5.898	4.899	4.802
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

慢性疾病护理方式通常较为繁琐, 且由于该病的患病周期较长, 在长期服药状态下, 对患者的生活能力和自理能力均造成一定影响, 同时患者和家属面对的负担较大, 多数老年慢性病患者还会出现并发症疾病, 为此, 临床对护理需求越来越高^[7-9]。

延伸护理服务在当前属于较为新型的护理干预方式, 针对慢性疾病的护理, 患者的康复离不开护理人员的专业指导, 临床护理效果较为显著。延伸护理服务需以患者的需求和病情状况制定护理模式, 不仅能明显改善预后, 还利于病情恢复, 通过延伸护理服务可提高慢性疾病的控制率^[10-11]。

通过本次研究结果显示, 研究组患者采用延伸护理干预措施后患者的疾病复发率和再次入院率分别为 11.11%、6.67% 均低于参照组 46.67%、26.67% ($P < 0.05$)。研究组患者采用延伸护理干预后患者的总满意度占 93.5% 显著高于参照组 78.3%。通过对患者随访 1 年, 研究组患者的日常生活能力评分与参照组相比明显较高, 其中参照组患者的 Barthel 指数评分为 65.66±11.57 分显著低于研究组的 78.13±13.28 分, 差异显著, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此表明, 延伸护理服务能显著提升慢性疾病的服务效果, 另外对改善预后具有显著效果, 改善患者的生活质量, 显著控制疾病。

综上所述, 临床对慢性疾病患者实施延伸护理服务的效果较为明显, 不仅有效改善预后, 对患者生活质量具有提高效果, 提高疾病的控制率, 临床可持续推广使用。

参考文献:

[1] 刺瑞萍. 探索延伸护理在内科慢性病管理中的实践应用效果[J].

组别	n	满意	基本满意	不满意	总满意度
参照组	46	15 (32.6)	21 (45.7)	10 (21.7)	36 (78.3)
研究组	46	29 (63.0)	14 (30.5)	3 (6.5)	43 (93.5)
χ^2					5.075
P					<0.05

2.3 两组患者日常生活能力和 Barthel 指数评分比较

通过对患者随访 1 年, 研究组患者的日常生活能力评分与参照组相比明显较高, 其中参照组患者的 Barthel 指数评分为 65.66±11.57 分显著低于研究组的 78.13±13.28 分, 差异显著, 具有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 2 所示。

见表 2。

保健文汇, 2021, 22 (02): 117-118.

[2] 彭文亮, 徐文丽, 龙春云, 等. 延伸护理在慢性病管理中的探索与实践[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (90): 242-243.

[3] 万宝珍, 徐雪梅, 汤惠霞, 等. 延伸护理在内科慢性病管理中的探索与实践[J]. 中国实用医药, 2018, 13 (30): 155-156.

[4] Trentham Furness, Hewavasm Jude, Barnfield Jakqui, et al. Adding an accredited exercise physiologist role to a new model of care at a secure extended care mental health service: a qualitative study[J]. Journal of mental health (Abingdon, England), 2018, 27 (2).

[5] 赵小红, 张玉莲, 张华丽, 等. 延伸护理服务改善持续非卧床腹膜透析患者营养不良状况的效果评价. 2020.

[6] 徐琼辉, 涂佳, 顾会琴, 等. 延伸护理在慢性病管理中的探索与实践[J]. 湖北科技学院学报 (医学版), 2018, 32 (05): 458-460.

[7] 门玮娟, 代新年, 刘杰, 等. 康复护理评估在脑卒中患者肢体功能任务导向法训练中的应用, 解放军护理杂志, 2014, 31 (8): 71-73, 76.

[8] 秦秀英, 苏丽葵, 张瑞怡, 延伸护理对提高脑卒中患者日常活动能力的作用. 黑龙江医学, 2015, 39 (9): 1103-1104.

[9] 兰火连. 脑卒中患者社区护理需求及影响因素分析, 中国医药导报, 2015, 12 (2): 108-112.

[10] 闵瑰, 生活辅助器具对老年脑卒中偏瘫患者自我效能的影响中国老年学杂志, 2014, 34 (11): 3149-3151.

[11] Rossini PM, Calautti C, Pauri F, et al. Post-stroke plastic reorganisation in the adult brain. Lancet Neurology, 2003, 2 (8): 493-502.

门诊高危孕妇管理中孕期护理管理的应用分析

张旭琳

烟台山医院 门诊部 山东烟台 264000

摘要：目的 分析门诊高危孕妇管理中孕期护理管理的应用效果。方法 选取 2020 年 4 月至 2022 年 4 月期间我院收治的 60 例门诊高危孕妇为研究对象，依据患者的孕期管理方式将其分入观察组（30 例）和对照组（30 例），对照组患者采用常规门诊指导等管理方式，观察组患者加强孕期护理管理。比较两组高危因素转阴情况、孕妇管理前后对妊娠相关知识掌握情况、护理管理依从性评分、平均产前检查次数、妊娠合并症和产后出血发生率、孕期体重控制情况、患者焦虑抑郁等负性心理评分改善情况。结果 观察组患者高危因素转阴率明显高于对照组（ $P<0.05$ ），孕妇管理后对妊娠相关知识掌握情况、护理管理依从性评分改善情况明显优于对照组（ $P<0.05$ ），平均产前检查次数明显高于对照组（ $P<0.05$ ），妊娠合并症和产后出血发生率明显低于对照组（ $P<0.05$ ），孕期体重控制情况以及患者焦虑抑郁等负性心理评分改善情况明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 门诊高危孕妇管理中孕期护理管理中具有良好的应用效果，能显著提升患者高危因素转阴率以及孕妇管理后对妊娠相关知识掌握情况、护理管理依从性，增加患者对产前检查的重视度，以有效减少妊娠合并症和产后出血发生，优化患者孕期体重控制水平，并促进患者焦虑抑郁等负性心理评分改善。

关键词：门诊；高危孕妇管理；孕期护理管理；应用效果

高危孕妇虽然在妊娠期孕妇中的占比不高，但随着如今人们对母婴健康和生命安全的关注度持续提升，加上对临床医疗服务质量水平的需求不断提升，如何通过高效的管理措施保障高危孕妇的健康和生命安全不仅是多方面高度关注的问题，同时也是体现临床医疗服务质量水平的重要指标^[1-2]。为此，本文就妇产科护理常见风险的预防及处理方式进行分析。为此，本文选取了 2020 年 4 月至 2022 年 4 月期间我院收治的 60 例门诊高危孕妇，门诊高危孕妇管理中孕期护理管理的应用效果进行了研究分析，现报告如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取了 2020 年 4 月至 2022 年 4 月期间我院收治的 60 例门诊高危孕妇，依据患者的孕期管理方式将其分入观察组（30 例）和对照组（30 例），观察组年龄最小 22 岁，最大 35 岁，平均年龄（ 28.23 ± 4.12 ）岁；对照组年龄最小 21 岁，最大 36 岁，平均年龄（ 28.18 ± 4.09 ）岁，两组孕妇一般资料比较具有可比性（ $P>0.05$ ）。

1.2 护理方法

对照组患者采用常规门诊指导等管理方式，观察组患者加强孕期护理管理，具体包括：（1）组建门诊孕期护理管理小组，并加强小组成员的专业培训，重点高危孕妇护理相关知识，转变护理人员对护理管理的思想观念，提升护理人员对高危孕妇护理的认识、重视和护理服务主动性、护理技巧，以在高危孕妇护理管理中加强人文关怀为原则、提升高危孕妇高危因素转阴率为目标，进而给予患者实施一系列的护理管理措施；（2）积极开展对孕妇的风险评估，除了常规的产检卡，对高危孕妇需要额外建立详细的个人档案，全面收集、记录孕妇的个人情况、健康状况、自我护理

能力、文化程度、情绪状况、孕产妇存在的风险因素等等信息，从而为患者制定科学规范的护理管理方案；（3）积极开展对孕产妇的健康教育：耐心的为孕妇说明其妊娠状况，同时要积极鼓励孕妇的家属督促孕妇在日常生活中加强自身管理，包括孕期的正确饮食方法、日常运动方案、孕期并发症预防、日常生活注意事项、日常护理方法等，从而提升孕妇对妊娠相关知识的了解和自我护理能力，评估孕妇的焦虑、抑郁心理状况，多鼓励和开导孕妇，充分理解孕妇担心胎儿健康的心理，从而使孕妇的心理压力得以减轻、对临床人员的信任感，以此增加孕妇的配合度；（4）加强日常监护：耐心的指导孕妇掌握正确的胎心胎动计数方法、日常生活的正确睡眠姿势，如果孕妇存在糖尿病、高血压则需要加强血糖血压的监测，为孕妇讲解日常生活中正确的饮食方法，从而将血压、血糖控制在正常水平，对于贫血的孕妇则需要为孕妇详细讲解合理补充叶酸的重要性，并在日常饮食中积极摄入含铁量丰富的食物类型；（5）分娩管理：在孕妇分娩之前综合孕妇的各项情况以评估最佳的分娩方式，而不管是哪一种分娩方式，均全面详细向孕妇讲解分娩过程、分娩期间护理情况、产科医生权威性等，从而避免孕妇由于对分娩知识的缺乏而过度紧张，以此提升分娩的安全性。

1.3 观察指标

比较两组高危因素转阴情况、孕妇管理前后对妊娠相关知识掌握情况、护理管理依从性评分、平均产前检查次数、妊娠合并症和产后出血发生率、孕期体重控制情况、患者焦虑抑郁等负性心理评分改善情况^[3]。孕妇管理前后对妊娠相关知识掌握情况、护理管理依从性评分均通过医院自制调查表进行，抑郁评分采用汉密尔顿抑郁量表^[4]进行，焦虑评分采用汉密尔顿焦虑量表^[5]进行，总分均为 20 分，分值越高表示焦虑/抑郁程度越

重。

计学意义。

1.4 统计学方法

2 结果

采用 SPSS22.0 软件对本次研究相关数据进行分析 and 处理，采用样本 t 检验计数资料，以卡方 χ^2 检验计量资料， $P<0.05$ 时提示数据差异具有统

2.1 两组高危因素转阴率对比
观察组患者高危因素转阴率明显高于对照组 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 两组高危因素转阴率对比 (%)

组别	例数 (n)	贫血[n (%)]	臀位[n (%)]	妊娠糖尿病[n (%)]	高危因素转阴率[n (%)]
对照组	30	8 (26.67%)	6 (20.00%)	4 (13.33%)	18 (60.00%)
观察组	30	14 (46.67%)	10 (33.33%)	5 (16.67%)	29 (96.67%)
X ²		2.584	1.364	0.131	11.882
P		0.108	0.243	0.718	0.001

2.2 两组平均产前检查次数、对比

观察组孕妇管理后对妊娠相关知识掌握情况、护理管理依从性评分改善情况明显优于对照组 ($P<0.05$)，平均产前检查次数明显高于对照组 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 两组管理后对妊娠相关知识掌握情况、护理管理依从性评分对比

（ $\bar{x} \pm s$ ）						
组别	例数	对妊娠相关知识掌握情况（分）		护理管理依从性评分（分）		平均产前检查次数
		护理前	护理后	护理前	护理后	（次）
观察	30	53.34±4.29	95.51±4.72	52.64±4.88	95.67±5.37	6.49±0.76

组

对

照

组

t	0.060	13.280	0.285	8.205	13.360
P	0.952	0.000	0.777	0.000	0.000

2.3 两组妊娠合并症和产后出血发生率对比

观察组妊娠合并症和产后出血发生率明显低于对照组 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 两组妊娠合并症和产后出血发生率对比[n (%)]

组别	例数	水肿	高血压	蛋白尿	妊娠合并症发生率	产后出血率
对照组	30	8 (26.67%)	6 (20.00%)	4 (13.33%)	18 (60.00%)	6 (20.0%)
观察组	30	14 (46.67%)	10 (33.33%)	5 (16.67%)	29 (96.67%)	1 (3.33%)
X ²		2.584	1.364	0.131	11.882	4.043
P		0.108	0.243	0.718	0.001	0.044

2.4 两组孕期体重控制情况对比

观察组孕期体重控制情况以及患者焦虑抑郁等负性心理评分改善情况明显优于对照组 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 两组孕期体重控制情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	孕 28 周	孕 32 周	孕 36 周	孕 40 周	产后 40d
对照组	30	68.47±4.72	70.49±4.76	73.72±4.66	77.35±4.47	72.44±4.31
观察组	30	64.22±4.55	65.36±4.73	68.59±4.64	72.75±4.42	67.57±4.45

组

t	3.551	4.187	4.273	4.008	4.306
P	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 两组孕期体重控制情况对比

观察组孕期体重控制情况以及患者焦虑抑郁等负性心理评分改善情况明显优于对照组 ($P<0.05$)，见表 5。

表 5 两组患者干预前后焦虑抑郁评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	焦虑评分		抑郁评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	16.46±1.39	11.37±1.18	16.15±1.22	11.54±1.33
观察组	30	16.52±1.44	5.24±0.61	16.18±1.26	5.46±0.76

<i>t</i>	0.091	109.141	0.054	30.922
<i>P</i>	0.877	0.000	0.937	0.000

3 讨论

高危妊娠孕妇主要是指孕妇在妊娠期间合并有心血管疾病、高血压、贫血、糖尿病以及孕妇生活环境较差或者孕妇为高龄产妇等情况的孕妇，特别是妊高症、妊娠合并糖尿病、贫血是最为常见的类型，如果没有得到及时有效的干预则很容易导致产后出血、妊娠期胎儿畸形、难产流产以及等多种不良妊娠结局，从而危及到母婴健康乃至生命安全。因此，对于高危妊娠孕妇需积极采取高效的干预措施加强护理干预^[6-7]。

孙君侠^[8]等表明，高危因素一方面会对孕妇机体产生不适，另一方面孕妇会因为对胎儿健康的担心而产生焦虑、紧张、抑郁等不良情绪，尤其是部分缺乏对医疗相关知识和妊娠相关知识了解的孕妇，因此自身对医学相关知识掌握不足，在妊娠过程中未能采取科学合理的自我管理方式，最终导致不良妊娠结局率增大。因此对高危妊娠孕妇的管理需充分借助于门诊产检以加强对孕妇的监护，积极通过有效的心理护理改善孕妇的不良心理，减轻孕妇的心理压力，通过有效的健康教育增加孕妇对妊娠保健相关知识的认识度，进而提升孕妇的自我管理能力，从而有效的改善其高危状况^[9]。

胥晨帆^[10]等表明，在目前众多门诊孕妇护理管理中，虽然制定了较为完善的护理管理制度，但是在护理管理的整体性、系统性方面较为缺乏，更多的依赖于孕妇自身参与产检的积极性，而一些孕产妇则由于未引起产检和自我护理的重视，使得其合并疾病造成了严重后果。通过积极组间孕中期护理管理小组并加强护理人员的专业培训则能够提升护理管理的系统性、全面性，同时也提高了护理人员的专业护理水平，促使护理人员能够充分掌握高危妊娠孕妇的临床护理要点，最终使门诊护理人员责任意识与综合护理能力得到提升；通过积极为孕妇建立个人档案和风险评估则提升了对孕妇护理管理的延续性和针对性，以此提升护理效果^[11]。

本次研究结果显示，观察组患者高危因素转阴率明显高于对照组（ $P<0.05$ ），孕妇管理后对妊娠相关知识掌握情况、护理管理依从性评分改善情况明显优于对照组（ $P<0.05$ ），平均产前检查次数明显高于对照组（ $P<0.05$ ），妊娠合并症和产后出血发生率明显低于对照组（ $P<0.05$ ），孕期待体重控制情况以及患者焦虑抑郁等负性心理评分改善情况明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。由此表明，门诊高危孕妇管理中孕中期护理管理中具有良好的应用效果，能显著提升患者高危因素转阴率以及孕妇管理后对妊娠相关知识掌握情况、护理管理依从性，增加患者对产前检查的重视度，以有效减少妊娠合并症和产后出血发生，优化患者孕期待体重控制水平，并促进患者焦虑抑郁等负性心理评分改善。

参考文献：

- [1]赵娟利,史敏尔,朱仁祝,陈爱娥,姜雪琴,汪巧波,杨春娣. 294 例妊娠期糖代谢异常病例管理模式与妊娠结局分析[C]//2022 年浙江省妇产科学及围产医学学术年会暨《妇产科常见疾病规范化治疗新进展》及《围产医学热点追踪》学习班论文集,2022,36 (09): 1579-1583.
- [2]陈冰,李妹霞,杨亚妹.风险预警评估管理模式联合规范化营养干预对围生期妊娠期糖尿病高危孕妇的应用效果[J].国际护理学杂志,2020 (02): 359-360-361-362.
- [3]郑建盛,王志萍,杨丽全,廖敏,林志萍,彭华芬,姚锦源.二胎高危孕妇妊娠压力与疲劳的关系—链式中介效应分析[J].锦州医科大学学报,2019,40 (06): 39-43.
- [4]孙旭,赵莹莹,赖建强. 糖尿病遗传代谢基因多态性对妊娠期糖尿病高危孕妇的影响[C]//.营养研究与临床实践——第十四届全国营养科学大会暨第十一届亚太临床营养大会、第二届全球华人营养科学家大会论文摘要汇编,2022,36 (04): 268-270+279.
- [5]冯薇,解红文,丁腊春,阮永兰,朱玉芬,张婷,唐亚莉.应用多学科诊疗模式提高妊娠期糖尿病孕妇自我管理能力的实践[J].中国护理管理,2019,19 (03): 428-432.
- [6]龚云辉,周容,张迅,李天伦,袁粒星,何斌,韩代文,唐君,邹粉娥,邱东生,王和.四川地区 2007~2009 年孕妇产前筛查情况分析[J].现代预防医学,2022,37 (07): 1308-1312.
- [7]慕丽红,黄丽燕,杨文方,辛娟,李旭东,胡骏,郝建东,尚丽,漆翠芳,李文静,Mei Chun Chung.全面两孩政策下产科门诊服务现状调查[J].中国生育健康杂志,2018,29 (06): 546-550.
- [8]孙君侠,高辉,李建芬,毕姝洁,尹金丽,卓会芳,王娜.孕期综合护理干预对妊娠期高血压高危孕妇的效果分析[J].华北理工大学学报(医学版),2018,20 (06): 486-489.
- [9]蓝海英,曾妍芳,丁颖,邹雨霞,张立新,孙静,刘婷,薛伟,邵正美,黄维维,胡娟,邹萍,吕翠,陈静,秦峰.应用 PPM 多学科合作诊疗系统治疗孕产期心身障碍对孕妇焦虑抑郁高危因素影响的调查研究[J].中国卫生标准管理,2017,8 (19): 29-31.
- [10]胥晨帆,张明,左琳.国家卫生计生委办公厅关于印发三级和二级妇幼保健院评审标准实施细则(2016年版)的通知[J].中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报,2021,30 (12): 1657-1660.
- [11]姚慧,丘小霞,夏红卫,韦萍,黄越华,何仲彪,韦朋海,雷利志,黄增帅,邓泽彬.2010~2013 年广西高危孕产妇的管理监控情况及其高危因素变化分析[J].广西医学,2019,37 (09): 1258-1261.

“互联网+”联合 PDCA 循环模式在医院档案管理中的运用

赵洪波¹ 孙志强²

1 青州市妇幼保健院 山东青州 262500; 2 潍坊市益都中心医院 山东青州 262500

摘要: 目的: 探究“互联网+”联合 PDCA 循环模式在医院档案管理中的运用价值。方法: 这次研究共选择 176 份档案按照随机数表法的方式分成不同 2 组, 各有 88 份, 给予前组常规档案管理, 后组则实施“互联网+”联合 PDCA 循环模式的档案管理, 对比两组档案管理正确率、检全率、检准率、管理人员满意程度。结果: 管理后, 试验组的档案管理正确率、检全率与检准率均高于对照组 ($P < 0.05$); 管理后, 试验组的管理人员满意程度要比对照组更高 ($P < 0.05$)。结论: 在医院档案管理中实施“互联网+”联合 PDCA 循环模式的管理方式有着良好的效果。

关键词: 互联网+; PDCA 循环模式; 医院; 档案管理

医院档案是医院在各个活动中形成的, 可以查考、利用和保存各个形式以及各种载体的历史记录, 其中医院档案包括了党群的管理、行政的管理、医疗的管理、医学科学、医疗器械设备以及会计和统计等各个方面的内容, 所以医院档案的内容很庞大复杂^[1]。医院档案管理工作作为医院日常工作的重要组成部分, 其规范化是医院档案事业发展的必然要求, 也是卫生事业发展的要求。传统档案管理的方法效率并不高, 且准确率也较低, 无法及时满足工作人员对档案资料的收集、整理和检索等需求, 所以应当结合现有的技术及时更新档案管理制度^[2]。随着信息化飞速发展, “互联网+”医院档案管理的模式已经逐渐得到广泛应用, 可以更好地弥补传统档案管理中存在的缺陷, 进一步提高医院档案管理质量和效率。基于此, 本文以 176 份档案作为研究对象, 探究“互联网+”联合 PDCA 循环模式在医院档案管理中的运用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次纳入 176 份档案, 纳入时间 2021.1 月~2021.6 月。使用随机数表法的方法分成 2 组不同的组别, 也就是对照和试验。给予前组常规档案管理, 后组则实施“互联网+”联合 PDCA 循环模式的档案管理。其中对照组档案管理人员共有 20 例, 试验组档案管理人员共有 20 例。所有档案均符合档案管理的相关标准, 且在一般类别资料之间对比具有同质性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组实施常规管理, 即: 根据相关规定采用常规的档案管理方案进行分类管理。

试验组实施“互联网+”联合 PDCA 循环模式的档案管理, 即: (1) 计

划阶段 (Plan): 根据国家档案管理相关法律法规并结合医院工作的实际情况, 建立管理小组, 对医院的相关制度进行修订和完善; 根据目前档案管理信息化的要求和医院快速发展的需求, 可组织档案室的工作人员、科室的负责人员和各个科室兼职档案的工作人员, 组织他们学习互联网科技在档案管理中的应用, 根据档案管理及时修订《医院各个科室档案归纳范围》; 按照新的归档方案和要求收集各类的档案并制定好工作计划, 明确各类工作人员的岗位职责和分工。应该加强对医院病案信息化建设进行合理地统一规划, 根据病案信息建设的具体情况, 建立一套完善的医院信息化建设标准体系。应该加大科技研发力度, 建设出适合医院档案管理特征的管理软件, 让病案资源不再单单只存放在档案室中。同时, 医院在建设档案信息化过程中, 应该建立健全相关管理规章制度, 为病案信息化建设提供其实可行的保障。(2) 实施阶段 (Do): 根据修订的档案管理制度和医院工作的实际情况, 进行各个门类、各个载体资料的收集、整理、归纳、管理、利用和开发的工作, 之后对医院电子文件档案管理的系统进行完善, 将电子档案可以分类和分级别的保存, 使得电子档案更加规范有序, 从而能够有效保证纸质档案和电子档案的同步性。(3) 检查阶段 (Check): 对已经整理好的各个门类和各个载体档案资料进行监督, 严格审查档案资料是不是完整和规范, 以及检查档案内容是不是具有连续性和统一性, 并检查电子档案和纸质档案是否是一致性的, 最后对结构进行统计和分析, 对出现的问题进行深入的讨论, 从而不断完善档案整理的方法和相关流程。(4) 处理阶段 (Action): 对出现的问题应该查找原因并归纳总结, 保证在后续工作中可以积极改进, 避免错误再次发生。管理人员可以利用科学技术, 发展档案之间的联系, 并找出其共性和一些问题, 从而能有效地为下一步工作开展提供有针对性的指导意见。

1.3 观察指标

(1) 观察两组档案管理正确率、检全率、检准率。

(2) 观察两组管理人员满意程度，采用医院自制的量表进行评价，一共 100 分，其中在 60 以下的表明不满意，在 60 和 85 之间的表明比较满意，在 85 以上的则是非常满意。总满意度是后两者相加的总和，然后除以总例数之后，再乘以 100%^[3]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 的统计数据对相关数据的处理，不同组之间的比较分别采用 X²、t 检验，P<0.05 表示存在意义。

2 结果

2.1 档案管理正确率、检全率、检准率

管理后，试验组档案管理正确率、检全率、检准率均高于对照组，P<0.05，如下表。

表 1 档案管理正确率、检全率、检准率对比 (n, %)

组别	正确率	检全率	检准率
试验组 (n=88)	85 (96.59)	87 (98.86)	86 (97.72)
对照组 (n=88)	74 (84.09)	72 (81.81)	71 (80.68)
X ² 值	7.878	14.650	13.275
P 值	0.005	0.000	0.000

2.2 管理人员满意程度

管理后，试验组的满意程度要比对照组更高，P<0.05，如下表。

表 2 管理人员满意程度对比 (n, %)

组别	非常满意	比较满意	不满意	总满意度
试验组 (n=20)	13 (65.00)	6 (30.00)	1 (5.00)	19 (95.00)
对照组 (n=20)	7 (35.00)	5 (25.00)	8 (40.00)	12 (60.00)
X ² 值				7.025
P 值				0.008

3 讨论

档案管理是医院管理的重要组成部分，也是必不可少的一个工作环节。随着信息化技术已经融入各个行业的技术中，在信息化的趋势下，医院档案也展开了信息化建设，这对提升传统病案管理效率和发展都有着重要的作用^[4]。在传统档案管理中，一些管理人员的档案管理意识比较淡薄，

在管理制度上依然使用长期以来形成的以计划管理为核心的各种制度，使得档案信息资源开发不足，最终导致档案利用率较低^[5]。

PDAC 循环管理，主要通过计划、执行、检查以及处理四个流程完成相关的管理工作，与常规管理流程相比较具有更加整体性与计划性，能够使工作人员在管理过程中有着更加明确的目标^[6]。该管理方式是一种科学化以及标准化的全面质量管理方法，也是一个周而复始的质量管理循环过程，在各个领域中得到广泛应用。在刘海朋^[7]研究中，给予对照组采用常规三方质控管理，研究组则实施 PDAC 循环管理。结果显示：研究组各项病案管理质量评分均高于对照组，而且病案整理时间短于对照组。由此可以证实，PDAC 循环管理模式在医院的档案管理中有着良好的应用价值。“互联网+”医院档案管理模式已经在各级医院尤其是一些大型的综合性医院中得到了广泛应用，其与 PDAC 循环管理模式相结合运用到管理工作中，不仅能够有效保存档案治疗，维护档案的全面性和完整性，也可以为工作人员提供更加便捷的检索途径，从而更好地提高其利用价值与服务质量^[8-9]。

传统档案管理中，档案管理工作人员在工作时受到的空间限制较大，因为传统档案是用纸字版进行编撰、存放，这就导致病案占据较多的空间，并且随着时间的推移，档案的数量会逐渐增加，增加档案管理工作人员的工作难度^[10]。其次，面对大量的档案，不进行及时的信息化收集和处理，对很大程度上影响档案资源的利用，所以“互联网+”联合 PDCA 循环模式的开展节省了大量的人力物力。在档案管理过程中，应加强档案管理的规范 and 标准，必须确保电子文档资料的安全性，进行一些防火墙等相关技术的处理，对档案资料进行一些有必要的保护措施^[11-12]。在对档案的利用过程中，要注重对档案的安全管理和控制工作，防止档案出现一些管理安全问题。其次，档案管理人员在开展工作时，必须根据国家档案法或其他档案管理规范要求，依法、有效的开展档案管理工作，并充分地利用信息化技术来实现并按资源的有效利用，使病案资料的管理规范化。

在何肖颖^[15]的研究中，对照组内档案进行普通管理方案的处理，实验组在对照组的基础上运用互联网+的技术进行分类管理。结果显示：实验组档案管理有效率达到 92%，明显高于对照组有效率 82% (P<0.05)；实验组档案管理方案的正确率达 90%其明显优于基于传统管理模式的正确率达 76%的对照组 (P<0.05)。主要是因此种管理方式可以更好地丰富档案来源的渠道，提高档案资源整合的能力，可以快速加工档案信息，而且储存档案信息也不会仅限于一种，各种各样的信息都可以进行自动化、精准化且全方位的归类整合以及保护储存^[16-17]。其次，此种管理方式可以提

高患者诊疗效率,为档案整理提供科学依据,也为医患人员进行优化服务方面有着极好的正面影响力。所以在实际管理过程中,“互联网+”联合PDCA管理模式有着良好的应用效果,可以更好地提高管理质量。现如今,“互联网+”在医院档案管理中有着良好应用效果,从构架设置到操作的层面上充分发挥了正面作用,可以及时收集患者就诊、体检等个人信息,而且可以有效扩展自身的资源。所以在实际管理过程中,此种管理方式可以对患者相关数据的结果、治疗方案等进行系统分析和处理,并对日常的数据做到自动归档、安全存储、高效筛查等,从而为医生优化服务提供理论依据,便于科学治疗方案的决策^[18]。而且在本次的研究结果中显示,试验组档案管理正确率、检全率、检准率分别为 96.59%、98.86%、97.72%,而对照组的分别是 84.09%、81.81%、80.68%,前组明显高于后组($P<0.05$)。由此可证实,“互联网+”与 PDCA 循环联合的档案管理模式可以更好地弥补传统档案管理中存储空间大、保存量多、工作效率低及检索查询耗时费力等问题,充分满足了现代档案管理的需求^[19]。而且在本次的研究中显示,试验组管理工作人员的满意程度 95.00%要明显高于对照组的满意程度 60.00% ($P<0.05$)。由上述数据结果可证实,此种档案管理模式使档案信息与档案资源整合效率明显提高、档案来源渠道也更加丰富,有效提高了档案管理效率。

综上所述,在医院档案管理中实施“互联网+”联合 PDCA 循环模式的管理方式有着良好的效果,可以更好地满足现代管理需求,提高管理质量。

参考文献:

- [1]姜琪馨,赵克明,高雪,等.呼吸系统疾病共享档案信息资源的区域性构建及其在支气管哮喘患者随访中的应用[J].中国医学装备,2020,17(4): 131-134.
- [2]高震雷,吴晶,王美玉,等.痛风达标治疗的慢病管理模式构建及应用效果评价[J].护士进修杂志,2020,35(4): 369-372.
- [3]刘政,王锡榜,周艳红,等.互联网+医生的社区高血压患者慢病管理模式效果[J].解放军医院管理杂志,2020,27(2): 156-161.
- [4]苏曼璐.PDCA 管理工具在心理咨询档案质量管理中的效果[J].中国卫生产业,2019,16(20): 16-18.
- [5]张寅初,张宝帅.PDCA 循环在继续医学教育管理中的运用分析[J].中国继续医学教育,2019,11(17): 1-2.
- [6]杨云净,潘东,常静,等.基于“互联网+”的高血压管理服务模式对高血压患者血压管理效果观察[J].中国心血管病研究,2020,18(5): 430-434.
- [7]刘海朋.PDCA 在病案管理中的作用及对提高病历质量的意义[J].中国医学创新,2020,17(25): 135-138.
- [8]李国华.试论档案管理模式改革在医院档案管理中的应用[J].中国卫生产业,2019,16(31): 91-92,95.
- [9]夏敏琦,张少晨.质量改进方式在推动医院文书档案规范管理中的应用效果[J].中国社区医师,2019,35(10): 189,191.
- [10]马伟建,徐昊,李磊.医院文书档案管理中 PDCA 循环的应用分析[J].中国卫生标准管理,2019,10(5): 7-10.
- [11]张振宁.精细化管理对于医院病历档案管理水平的的影响分析[J].科技创新导报,2019,16(26): 164-165.
- [12]万福志.基于电子健康档案的胎心监护管理系统对监护操作时间及结果判读效率的影响[J].医疗装备,2020,33(24): 164-165.
- [13]范建美,王峰.基层医院对流动人口妇女孕前优生检查与保健系统化管理的研究[J].中国当代医药,2019,26(11): 187-189.
- [14]宋燕妮.档案管理模式下的新型方法在医院档案管理中的应用发展[J].中国卫生标准管理,2018,9(11): 17-18.
- [15]何肖颖,李星月,王玥.互联网+档案管理方案在医院档案管理中的应用及其效果分析[J].中国卫生产业,2017,14(30): 40-41.
- [16]宋燕妮.现代化新型管理联合计算机管理在医院档案管理中的效果[J].中国继续医学教育,2018,10(19): 37-39.
- [17]贾培玲.基于“互联网+”健康管理平台提高社区居民 2 型糖尿病管理效果[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(22): 2835-2839.
- [18]秦一力.互联网联合档案管理方案在医院档案管理中的应用价值[J].中国卫生标准管理,2018,9(12): 1-2.
- [19]姚惠娟,刘欣,张洁,等.过敏性紫癜患者健康档案平台构建及其在治疗依从性与健康教育中的应用效果评价[J].中国医学装备,2020,17(7): 157-160.

作者简介: 赵洪波(1978.11-),女,汉族,山东省青州市,中级,大学本科,研究方向: 档案管理。

探究我国中医药行政管理体制改革战略

李栋

庆阳市中医医院 甘肃庆阳 745000

摘要: 本文主要目的是探讨我国中医药行政管理体制改革战略。为了确保中医药行政管理体制改革效果更为良好,文章首先从行政管理的概念、基本特征等内容入手,具体分析我国中医药发展现状;在此基础上,结合当前我国中医药行政管理体制中存在的主要问题,从而提出相对应的改革战略,旨在提高中医药行政管理水平,推动我国中医药事业健康、稳定的发展。基于此,通过对上述内容进行简单分析,希望能给其他工作人员提供一定的理论参考和借鉴。

关键词: 中医药;行政管理;体制改革;战略发展对策

Probe into the reform strategy of Chinese medicine administration system

Lidong

Qingyang Hospital of traditional Chinese medicine Qingyang 745000

Abstract: the main purpose of this paper is to explore the reform strategy of Chinese medicine administrative system. In order to ensure a better effect of the reform of the administrative system of traditional Chinese medicine, the article first analyzes the current situation of the development of traditional Chinese medicine in China from the concept and basic characteristics of administrative management; On this basis, combined with the main problems existing in the current administrative system of traditional Chinese medicine, this paper puts forward corresponding reform strategies, aiming at improving the administrative level of traditional Chinese medicine and promoting the healthy and stable development of the cause of traditional Chinese medicine. Based on this, through a simple analysis of the above content, I hope to provide some theoretical reference and reference for other staff.

Key words: Traditional Chinese medicine; administrative management; structural reform; Strategic Development Countermeasures

前言

随着社会主义市场经济体制的不断完善,我们国家的国民经济水平也有了显著提升,与之相对应的就是我国对外开放程度日益增强,社会各个行业的更新时间不断缩减,在 21 世纪的今天,如果不能紧紧结合时代社会发展潮流,势必被这个时代所淘汰,我国中医药行政管理体制亦是如此,没有例外。中医药直接关系到人们生命健康,因其自身所具备的商品属性,促使其具备各种不稳定因素,一旦这些不稳定因素超出可控范围,就会威胁到人类生命安全。

1. 行政管理的基本概述分析

1.1 概念

行政管理指的是运用国家权力对社会事务以及自身内部进行管理的一种活动,也指的是一切企业、事业单位的行政事务管理工作。行政管理系统是一类组织系统,它是社会系统的重要分支系统。从广义角度来说,行政管理是指一切社会组织、团体对有关事务的治理、管理和执行的社会活动,同时也指国家政治目标的执行,包括立法、行政、司法等;从狭义角度来说,指的是国家行政机关对社会公共事务的管理,也称之为公共行政。随着国民经济的不断发展,行政管理对象越来越宽泛,包括经济建设、文化教育、市政建设、社会秩序、公共卫生、环境保护等方面。现代化行政管理一般用于系统工程思想和方法,减少人力资源、物力资源、财力资源的浪费,从而提高行政管理的效率和水平。

1.2 基本特征

(1) 灵活性

在中医药企业日常经营管理过程中,资金使用、原材料供应、产品销售等一系列工作环节之间的关系都是比较紧密的。所以,要想提高现代中医药企业的生产效率,就必须要保证每一个工作环节都能实现有效的信息交流、沟通^[1]。现代中医药企业行政管理部门主要就是负责相关信息的调节,从而优化现代中医药企业生产经营工作流程。基于以上来讲,现代中医药企业行政管理工作的灵活性比较重要,才能适应瞬息万变的市场规

则,进一步增强现代中医药企业自身的经济实力。

(2) 时效性

有效开展现代中医药企业行政管理工作,帮助现代中医药企业充分利用内部资源,从而提高现代中医药企业生产效率以及药品质量。现代中医药企业行政管理的顺利执行,还能激发企业内部工作人员自身潜能,为中医药企业实现可持续发展创造良好的条件;而且,通过制定现代中医药企业行政管理措施,还能充分调动行政管理人员的积极性,增加管理人员对于中医药企业的归属感、认同感,最终为现代中医药企业创造更大经济价值。

(3) 层级性

在中医药企业日常生产经营过程中,中医药企业内部主要包括两个层级:一个层级是决策层,另一个层级是执行层。而中医药企业行政管理工作正好介于决策层和执行层的中间,在行政管理体制具体落实过程中,需要对决策层制定相关策略,传达相应发展目标,运用各种行政管理措施,指导执行层完成决策层下达的目标、指令。与此同时,中医药企业还要加强对执行层工作人员的思想了解,比如:执行层的工作态度、工作能力等等,并将其基本工作概况如实上报给决策层。现代中医药企业行政管理部门主要工作就是做好两个层级之间的协调关系,也是对决策层、执行层的一个监督。

2. 我国中医药发展现状分析

“十二五”期间,国家对于中医药发展极其重视,提出中医、西医融合的发展观念,全面落实中医药行政管理体制改革,并为其提供相对应的资金成本,确保中医药行政管理体制改革战略有效实施。但是,在具体实施中医药行政管理体制改革战略过程中,实际效果和预期目标之间不匹配,在改革期间存在“水土不服”的问题,也就是中央和地方行政管理存在对接失误的问题。基层中医药企业需要接受中央和地方政府的双面管理,严重限制中医药行政管理体制发展速度^[2]。基于此,为了全面落实中医药行政管理体制改革工作,通过改革发现其中存在的弊端,针对具体问题进行具

体分析,从而提出相对应的解决方案,并坚决贯彻执行,之后加大改革力度,确保改革一直在“路上”,通过持续不断的从中央到地方的行政管理体制改革,推动中医药事业走向新高度。

3. 我国中医药行政管理体制中存在的主要问题分析

3.1 中医药管理职能比较分散、片面和界定模糊

从严格意义上来说,中医药管理局对于中医药管理并不是唯一的监管部门,在药品生产流通过程中,监管部门除了中医药管理局之外,还需要涉及国家发改委、国家食品药品监督管理局、国家质检总局、国家工商总局、卫生部、国家林业局、农业部、商务部、科技部、工信部等,而这些部门一起监管,只能增加监管成本,降低监管效率,很容易存在工作人员互相推诿扯皮的问题。

中医药管理局在中医药的管理类型方面,更偏向于科学研究和医疗服务的内容,对于专业院校的学科指导、专业课程设置、人才培养策略等,有关中医药专业人才培养方面和中医药重大项目审批和立项方面缺少完善的管理制度,不能充分发挥其应有功能、价值。

在中医药管理过程中,需要多部门共同监管。现如今,我们国家缺少健全的法律法规政策对监管部门的职权范围进行界定,在界定模糊不清的状况下,很容易出现对同一事件多部门重复监管的情况,促使监管对象“无从下手”,增加国家监管成本^[3]。因为不同工作部门意见不一致,导致监管对象存在“事难办”、“难办事”的问题,严重限制中医药事业高质量发展。

3.2 管理主体不太明确

中医药行政管理工作是由中医药管理局来管控的,管理范围包括一切和中医药相关的全部事情。但是,随着国家行政管理体制改革的不断落实,中医药管理局划分成卫计委管理,其中原本部分中医药管理职能也被妥善划分,在经过重新洗牌后,平均分配给其他职能部门。原本中医药管理局虽然继续统筹全国中医药管理工作,但是在实际工作中,却陷入只有管理权力却无法管理的窘境。通过相关调查结果显示,在部分地级市、县及其县级以下的行政单位中,基本上没有在当地设置中医药管理部门,就算是卫计委管辖下的中医药管理局发布各类文件要求,到地方实施就会变得事倍功半,这些文件内容只能在地方设置的中医药管理单位才有具体落实的可能,否则就是华而不实^[4]。即使地方存在中医药管理单位,也不能有效落实“总局”指示,归根结底,是因为在中医药管理局纳入到卫计委管理后,部分中医药管理职能被划分为其他职能部门中,对于划分的部分内容,不能直接贯彻落实,只能通过和其他相关部门进行洽谈,在获得批准后,才能将任务具体落实到实际工作之中。

3.3 中医药管理队伍实力较差

因为国家执行“精兵简政”政策,大部分中医药监管人员被压缩,这是因为地方政府对其不太重视,所以将其作为“裁员”重点。大部分监管人员被压缩后,真正投入到中医药监管的从业人员较少,大大降低其监管能力,为中医药管理工作人员的监管工作带来更大挑战。

4. 我国中医药行政管理体制改革战略分析

4.1 明确中医药行政管理体制改革的目标

中医药行政管理体制改革是一项复杂、长期的工作项目,有关部门要明确自身责任,科学、合理的决策。现阶段,我们国家中医药行政管理体制改革比其他工作改革进度更慢,归根结底,是因为中医药部门并没有落实其自身行政管理体制改革的目标,盲目改革,为了“改革”而“改革”,导致其行政管理缺少目的性、创新性,造成中医药行政管理体制改革工作流于表面工作形式,并没有具体落实到实际工作中。另外一方面,我国中医药行政管理部门的法律法规不太完善,行政管理缺乏一定的政策保证。为

了加快我国中医药行政管理体制改革步伐,国家要建立、完善和中医药行政管理体制改革工作有关的法律法规,为中医药行政管理体制改革奠定更为坚实的政策保障^[5]。我们国家中医药行政管理体制改革具备长期性的特征,行政管理体制改革要充分将多种因素联系在一起,比如:重点考虑到国家政策对于中医药行政管理体制改革的影响、社会经济发展对于中医药行政管理体制改革的影响等,减少外界因素对于中医药行政管理体制改革的影响,才能确保中医药行政管理体制改革战略顺利实施。

4.2 创新中医药行政管理体制改革手段

为了加快中医药行政管理体制改革步伐,有关部门要采用科学、合理的改革手段。随着国民经济的高效发展,中医药也得到极大发展提升,中医药管理部门认识到行政管理体制改革对于中医药事业发展的重要性,对中医药行政管理体制深化改革战略发展规划,有效增强其自身行政管理水平。另外一方面,为了确保中医药行政管理体制改革的科学性、合理性,中医药管理部门要根据当前中医药事业的发展现状,制定切实可行的行政管理体制改革手段,实现中医药事业的可持续发展。在中医药事业发展期间,国家要加强对中医药的管控,健全中医药事业发展机制,坚持“以人为本”的发展观念,统筹全局,做好中医药行政管理体制改革战略发展工作。基于全新的中医药行政管理体制下,确定中医药发展目标,创新中医药发展模式。

4.3 强化人员培训

在我国中医药行政管理体制改革落实期间,有关部门不能真正将理论和实践指导紧密联系,过于注重理论知识研究,从而忽视实践指导的重要性,导致行政管理体制改革先天不足。对此,为了更好的落实中医药行政管理体制改革工作,加大中医药人员的培训力度,提高其自身专业水平和综合素养。同时,中医药管理部门结合当地政府,建立中医药培训基地,加强中医药理论知识的培训,创新培训形式,不断壮大中医药人才队伍,为中医药行政管理体制改革提供良好的人才储备。

结束语

综上所述,我国中医药事业发展对于国民经济发展、社会稳定有一定推动作用。结合我国中医药发展现状来分析,传统的中医药行政管理体制已经不能满足现代化中医药发展的基本需求。基于此,就需要加快我国中医药行政管理体制改革。在具体落实中医药行政管理体制改革过程中,有关部门要结合我国中医药实际发展情况,制定切实可行的行政管理方案,不断创新行政管理模式,明确中医药行政管理体制改革目标,避免存在盲目改革的问题。

参考文献:

- [1]王文姮,周昌. 山东中医药大学科研管理体制改革助推高质量发展 打造中医药科技人才战略高地[J]. 中国医药导报, 2020, 000 (33): 144-145.
- [2]刘元元,禹白絮,李瑶. 双创背景下中医药独立院校行政管理专业的教学改革研究[J]. 中国行政管理, 2020, 10 (32): 222-223.
- [3]仝小林,朱向东,赵林华,等. 加强我国新发突发传染病中医药应急防控体系建设的战略思考[J]. 中国科学院院刊, 2020, 35 (09): 199-200.
- [4]程革,蒋继彪,王明强. “一带一路”视域下中医药高等教育国际化转型发展的战略思考[J]. 南京中医药大学学报社会科学版, 2022, 23 (03): 196-200.
- [5]杨鸣,张颖,董斐,等. 中医药参与 2019 新型冠状病毒病治疗的临床研究策略与方法思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 000 (33): 177-178.

公立医院内部控制下的大型医用设备绩效管理模式的探索

刘焯斌 张建 孙玲 仇庆 庞聪 刘志伟 (通讯作者)

常州市第一人民医院医学装备科 江苏常州 213000

摘要: 目的: 1、针对大型医用设备重配置轻管理的现象,加强大型医用设备全生命周期管理。通过多科室联合管理,加强设备管理的效率和可靠性。2、通过共享共用支撑,实现设备资源共享,提高区域内设备使用效率。3、通过数据分析进一步加强大型医用设备的行业研究及管理服务,并为此提供大量的理论和实践依据,进一步改进和完善评价方法和评价机制。方法: 1、利用信息化手段动态的管理大型医用设备使用工作,全面反映出设备使用绩效,提高设备使用效率,对大型医用设备实时监控在线状态及关闭、运行、待机等信息,通过预警提示功能减低设备故障风险。2、通过网络化实时管理和仪器分管相结合的手段,进行科学管理及效益评估。3、通过共享共用支撑,实现设备资源共享,提高区域内设备使用效率。4、通过信息化手段,进行统计分析,生成报表,为全局提供政策决策依据。促进医疗机构科学合理的补偿机制的形成,为多部门多组织协同管理模式的建立提供数据支持。5、通过数据分析进一步加强大型医用设备的行业研究及管理服务,并为此提供大量的理论和实践依据,进一步改进和完善评价方法和评价机制。结果: 借助于大型医用设备使用绩效评价的指标体系,实现在购置大型医用设备前以量化的形式对医院现有设备综合情况开展考评,解决大型医用设备配置可行性论证存在不够充分的问题;同时,实现对大型医用设备全生命周期的科学管理,使之更有利于实现资源共享管理;最后,在医院公益性回归已成必然的历史趋势下,公立医院在使用大型医用设备开展医疗、教学、科研等各项日常医疗服务活动时,应将切实履行社会责任作为其重要绩效目标。

关键词: 内部控制;大型医用设备;绩效管理

我国卫生主管部门明确要求医疗机构配置大型医用设备应当根据医疗机构的功能定位、医疗技术水平、服务量、学科发展和群众健康需求等因素按阶梯逐级有序对应配置,但由于我国现行医院等级复核评审、学科和临床重点专科建设、医疗服务能力评价等考评指标体系中,均将大型医用设备配置规模纳入指标体系,医疗机构在大型医用设备配置、更新过程中,易出现争抢大型医用设备配置指标现象,以期不断提升医疗服务能力和学科建设水平。这种现象的改变仅依靠行政干预往往达不到预期效果,从而导致部分地区大型医用设备配置规模和数量超越了当地社会经济发展和医疗服务需求水平,造成一定程度的决策性浪费。

借助于大型医用设备使用绩效评价的指标体系,不但能够实现在购置大型医用设备前以量化的形式对医院现有设备综合情况开展考评,解决了大型医用设备配置可行性论证存在不够充分的问题,同时也可以实现对大型医用设备全生命周期的科学管理,更有利于实现资源共享。在医院公益性回归已成必然的历史趋势下,公立医院在使用大型医用设备开展医疗、教学、科研等各项日常医疗服务活动时,应将切实履行社会责任作为其重要绩效目标。同时随着 5G 和物联网技术的不断发展,符合现阶段实际情况的网络化管理模式呼之欲出,大型医用设备信息化动态管理变为可能。

一、绩效目标的设定

(一) 临床使用效果

临床使用效果是大型医用设备使用绩效的首要目标。

大型医用设备临床使用效果绩效目标包含先进性、安全性、有效性

1、先进性

(1) 对比国内外同类大型设备临床使用现状开展调查研究

(2) 分析评价其技术层面: 先进性的保有程度, 以及对于相关学科

临床、科研和人才队伍建设的引领程度

(3) 设定大型医用设备先进性绩效目标。

2、安全性

(1) 医疗机构需要对设备使用风险作出正确评估, 制定临床应用质量控制路径

(2) 界定临床适应症范围, 设定合理的大型设备临床应用安全性绩效目标

3、有效性

在设定先进性、安全性绩效目标的基础上, 达成考量大型医用设备临床应用意义、诊断准确率、治疗疗效有效性绩效目标

先进性、安全性、有效性三者之间相辅相成, 先进性和有效性是大型医用设备使用绩效的根本目标, 缺乏先进性和有效性的设备不具备投入临床使用的意义; 安全性是大型医用设备临床使用效果的重要保障, 没有安全性保障的先进性只能给人类健康造成新的危害。

(二) 成本效益分析

目前, 甲类、乙类以及新型大型设备在临床上使用范围越来越广。医疗机构大型医用设备因其投资成本大、回收期长而成为医院开展成本效益分析的首选投资项目。

按照成本习性, 大型医用设备相关成本=固定成本+变动成本

1、大型医用设备原值=发生的购置+运输+安装成本 (配置阶段)

2、大型医用设备运行成本=医技人员经费+材料费+维修保养费+水电费 (使用阶段)

3、相关清理费用 (处置阶段): 医疗机构大型医用设备经济收益主要来源于按照政府定价收取的检查、治疗费用。

(三) 社会责任履行度

公立医院的 社会责任指向患者、医务人员、社会等各个利益相关者,

医院社会责任包括：

- 1、向社会提供公平的医疗卫生保健服务
- 2、关注公共卫生和国民健康
- 3、构建和谐医患关系
- 4、保护环境、节能降耗、减少污染物排放等，

通过问卷调查的方法，针对以上四个部分的考核重点进行不定期的统计，包含面向患者的医疗服务满意度及诊疗准确度的调研、面向医务人员的设备使用和诊疗满意度的调研、结合相关管理部门对于环境保护及节能降耗的评价结果。

二、绩效评价体系

为了切实可行地开展大型医用设备使用绩效评价工作，需要建立能够综合考量大型医用设备使用效果、投资回收、运营效率及社会责任履行等活动的指标体系，在客观量化的财务指标和带有一定判断性的非财务指标之间寻找平衡点。

（一）财务维度

1、本量利分析法（Cost Volume Profit Analysis, CVP）

（1）本量利分析是成本-产量-利润依存关系分析的简称

这种方法的基本原理就是在综合考量影响设备运营的成本、效益因素基础上，通过盈亏临界点分析，确定大型医用设备服务量达到多少人次才能做到不亏不盈，进而预测该大型医用设备实现经济盈利的目标工作量。

（2）CVP 应用背景

我国现行医疗服务价格实行政府统一定价，在特定时间范围内，大型医用设备检查、治疗项目价格标准基本保持不变，因此运用 CVP 分析法开展大型医用设备使用绩效评价时，可以运用基本线性分析法计算保本点的数学期望、保利点的数学期望，以及保本的概率、保利的概率，从而进行相应分析与决策。

（3）主体指标

CVP 首先将成本划分为固定成本+变动成本

（a）固定成本=该设备的价格+辅助设备价格+装修及配套投资+维保预期总投入

（固定成本是指在一定范围内总额相对不变的成本，单位以“万元”计）

（b）变动成本=直接消耗的材料费用+水电费+人员工资+其他一些额外支出

（变动成本是指其总额会随着业务量的变动而变动的成本，单位以“元 / 月”计）

（4）参考指标

购置贵重医用设备前，使用科室须根据该科室目前的就诊病例，科室已有的诊治该项目的类似或相同设备的具体情况，对所购置的贵重医用设备的月就诊人次做充分市场调研，获得一个比较确切的平均月就诊人次。接下来就可以计算出单位变动成本

（a）单位变动成本 = 变动合计 / 月就诊人次

（b）保本点工作量 = 固定成本合计 / （收费标准 - 单位变动成本）

（c）回本周期（月）= 保本点工作量 / 月就诊人次

（b）常规数值分析

开机利用率=（设备年检查/治疗人次× 人均占机时间）/（日平均开机时间× 年实际开机天数）

能力利用率=（设备年检查/治疗人次）/（日最大工作量× 年可能开机天数）

（二）非财务维度

1、应用背景

大型医用设备使用绩效评价注重财务指标，基于财务维度的绩效评价体系自身也存在固有缺陷。

（1）会计信息和财务指标是对设备运营的一种抽象、综合的反映，能够反映设备使用的业绩结果，但同时却掩盖了很多深层次的业绩动因，仅依据财务指标容易导致绩效评价的深度不足

（2）采集的相关财务数据多为事后获得，属于“过去”的会计信息，在时效上具有滞后性，不便于及时反映大型设备使用动态，不能实现过程跟踪

综合以上因素的大型医用设备单机使用绩效评价指标体系如表 1 所示

一级指标	二级指标	三级指标	权重
财务维度	投资回收能力	投资回收期	5
		投资收益率	5
	台均检查治疗人次	日均检查治疗人次	5
		日均服务人次	5
	综合运营效率	每职工检查治疗人次	5
		每百元固定资产业务收入	5
		每百元固定资产业务支出	5
		成本收益率	5
非财务维度	使用频率 / 频次	开机天数	5
		故障停机天数	5
		开机率	8
	工程技术保障能力	设备完好率(%)	8
		设备维修率(%)	3
		大型设备净值率(%)	1
	临床使用效果	大型设备阳性检出率(%)	10
		大型设备治疗好转率(%)	10
	社会责任履行度	患者满意度	2
		使用者满意度	2
		预约等候时间缩短率(%)	2
		医用废弃物处置合格率(%)	2
		每业务密度能耗	2

表 1 大型医用设备单机使用绩效评价指标体系

三、绩效评价结果运用

大型设备使用绩效评价的最终目的就是要透过绩效反馈、绩效辅导等方式促进绩效评

价结果的运用，持续改进医疗机构大型医用设备绩效管理。总体而言，大型医用设备使用绩效评价结果在配置、使用、处置等国有资产全生命周期管理活动中的运用具有较为广泛的适宜性。

（一）提供大型医用设备配置、更新可行性论证重要依据，把好“入口”

1、从先进性、有效性、安全性、经济性等维度对拟配置设备开展绩效预测评估

2、开展严谨的可行性论证分析

为大型医用设备配置和更新提供有说服力的支撑数据和决策基础，避免大型医用设备配置决策的随意性，从根本上纠正超规模配置现象，解决

设备盲目配置后使用效率低下等问题,从而把好大型医用设备的“入口”关。

(二) 严格审核、审批大型医用设备等国有资产处置事项,把好“出口”关

1、大型医用设备处置是医院国有资产管理中易于被忽视的环节

长期以来,在大型医用设备管理活动中存在“重配置,轻处置”现象。按照国有资产管理相关规定,当设备使用期满功能丧失而无法继续使用时,医疗机构必须按照资产处置操作规程向卫生及财政主管部门办理资产处置审批手续,待处置申请批复后须及时办理资产账务核销及实物处置手续。

2、绩效应用(科学化、精细化)

借助于医疗机构提供的大型医用设备使用绩效评价结果,卫生主管部门以及财政部门可以获得拟处置大型医用设备历史使用绩效的评价报告,并据此作出是否同意资产处置的准确判断,改变以往仅依据大型设备使用年限等要素进行处置决策的状况。

(三) 逐步优化区域卫生资源配置规划

1、现状和弊端分析(总体使用效率不高,利用不足和利用过度现象并存)

(1) 来自医院内部的管理文化及管理水平因素

(2) 源自外部的国家医疗卫生财政补偿政策、医疗服务价格形成机制等因素

2、解决方案

(1) 逐步完善医疗机构大型设备使用绩效评价机制

评价结果将逐步成为安排财政资金的重要依据,可以倒逼公立医院加强预算管理、提高资金使用效益

(2) 数据支撑(合理检查、合理治疗)

设备使用绩效评价结果也将为政府部门提供制定公立医院财政补偿机制、医疗服务价

格形成机制等公共政策提供决策,实现从制度层面引导医疗机构本着绩效优先原则,根据自身实际需求合理配置适宜设备,逐步提高国产大型医用设备配置水平,避免盲目配置大型进口设备,纠正大型医用设备利用不足以及利用过度现象,从而逐步优化区域医疗卫生资源配置规划。

四、总结

公立医院作为公益性组织,承载众多社会责任,医疗设备成本投入与效益的联动分析不能仅以经济盈利的大小来衡量。鉴于此,在大型医用设备绩效评价过程中,更需要紧紧围绕“质量、安全、效果、满意度”等核心评价要素,立足设备使用状况、工程技术保障能力、临床使用效果、社会责任履行度等维度,建立基于非财务维度的使用绩效评价指标体系,在此基础上整合医院财务流、业务流的数据信息,完善补充财务指标的不足,改善医院运营管理水平,提高国有资产使用效益。

参考文献:

[1]寇月琴.大型医用设备配置与使用管理政策分析[J].医疗卫生装

备,2017,11(38):137-140.

[2]卢建龙,吕力琅,曹志刚,赵东阳,应晓华.基于政府职能转变与市场发展效果的大型医用设备配置管理策略研究[J].中国卫生政策研究,2017,8(10):55-59.

[3]魏涵,谭玲,杨练,张健,李芳.四川省“十二五”期间大型医用设备配置与使用情况分析[J].卫生软科学,2019,8(33):49-53.

[4]张清芝,何雅静,岳萍,王琨,郑二维.公立医院乙类设备管理问题与对策研究[J].经济技术协作信息,2019(15):33.

[5]郭佳凯,郑黎强,岳阳阳,纪超,王卓非,柴英杰,潘楠,王毅,王雯,郭启勇.中国大陆二、三级医院大型医疗设备配置与使用情况分析[J].中国临床医学影像杂志,2016,27(2):127-130.

[6]胡弟元.大型医用设备区域配置规划的方法学探讨[J].科技资讯,2018(17):85-87.

[7]李平,修永新,赵健,郭娟娟,王学霏,戴力辉.基于2005~2014年CNKI与万方数据库的大型医疗设备绩效指标的文献计量学研究[J].中国医疗设备,2017,32(3):58-61.

[8]郝俊飞,陈天友.大型医疗设备全生命周期管理[J].经济研究导刊,2017(23):175-176.

[9]董兆华,王蓬勃,孙春堂,董艺丹,张春霞.医疗设备成本管理与效益分析[J].中国医学装备,2016,13(6):110-112.

[10]丁陶,栗美娜,张鹭鹭.基于公益性回归的公立医院改革回顾与思考[J].中国卫生质量管理2018,25(6):123-127.

[11]钮庆璐,熊季霞.基于利益相关者理论的公立医院公益性回归的博弈分析[J].重庆医学,2016,45(31):4452-4454,4446.

[12]胡静仪.我国公立医院回归公益性的困境[J].现代医院管理,2017,15(2):39-41.

[13]潘中叶.智慧医院建设中大型医疗设备管理问题研究[J].教育教学研究与医院管理,2019,6(39):279-280.

[14]侯乐.成本效益分析在大型医疗设备管理中的应用[J].中国医学装备,2018,15(2):104-107.

[15]李增强.大型医疗设备的管理与维护[J].医疗装备,2018,31(8):80-81.

[16]张璐,叶英姿,王界厚.量本利分析法在大型医疗设备管理中的应用[J].医疗卫生装备,2019,40(8):76-78,82.

[17]Samuel Greengard. Finding a Healthier Approach to Managing Medical Data[J].Communications of the ACM,2018,61(5):31-33.

[18]Rita H.wouhaybi,Mark D.Yarvis,Sangita Sharma,Philip Muse,Chieh-Yih Wan. Experiences with context management in emergency medicine[J].ACM Transactions on Embedded Computing Systems (TECS),2013,12(4):1-22

课题名称:基于内部控制的大型医用设备绩效管理模式探索(课题编号:JSYGY-3-2021-661)

强化高危妊娠管理在高危妊娠孕妇护理中的效果

陈献奋

广西贵港东晖医院妇产科 广西贵港 537100

摘要：目的：观察强化高危妊娠管理在高危妊娠孕妇护理中的效果。方法：选取我院高危妊娠孕妇 86 例（2019 年 8 月至 2021 年 7 月），随机分为常规护理对照组（43 例）与强化高危妊娠管理的观察组（43 例），观察睡眠质量、自我护理能力、妊娠结局、新生儿结局、满意度。结果：与对照组相比，观察组 PSQI 评分低，ESCA 评分高，不良妊娠结局发生率低，新生儿不良结局发生率低，满意度评分高， $P < 0.05$ 。结论：在高危妊娠孕妇护理中强化高危妊娠管理，能提高其睡眠质量，提升自我护理能力，改善不良妊娠结局及新生儿结局，得到了孕妇广泛认可，值得借鉴。

关键词：强化高危妊娠管理；高危妊娠；护理；效果

高危妊娠致病因素是多方面的，如妊娠期糖尿病、心脏病、高血压等，会导致各种并发症的发生，严重时危及孕妇及胎儿安全。近年来，该病发生率呈不断上升趋势，相比于正常妊娠孕妇，高危妊娠孕妇出现意外情况的概率更大，且会加大死亡率^[1]。据调查显示，高危妊娠引起的围产儿患病或死亡率较高。而高危妊娠孕妇身心会出现较大的变化，一旦其情绪波动较大等，也会进一步加大对自身及胎儿造成的危害^[2]。因此，需要做好高危妊娠孕妇孕期管理及监测，及时有效的干预其存在的危险因素，尽可能减少不良因素带来的影响^[3]。本研究选取我院高危妊娠孕妇 86 例，观察强化高危妊娠管理效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019 年 8 月至 2021 年 7 月，选取我院高危妊娠孕妇 86 例，随机分为 2 组，各 43 例。对照组年龄 22 至 39（ 30.17 ± 3.23 ）岁，BMI 指数 18 至 24（ 21.38 ± 1.27 ） kg/m^2 ，孕周 36 至 41（ 38.72 ± 1.27 ）周，妊娠期糖尿病 17 例，羊水过少 3 例，胎位异常 5 例，妊娠期高血压 18 例，初产妇 29 例，经产妇 14 例，观察组年龄 23 至 38（ 30.54 ± 3.28 ）岁，BMI 指数 18 至 24（ 21.40 ± 1.62 ） kg/m^2 ，孕周 36 至 41（ 38.34 ± 1.30 ）周，妊娠期糖尿病 19 例，羊水过少 2 例，胎位异常 4 例，妊娠期高血压 18 例，初产妇 28 例，经产妇 15 例。一般资料对比， $P > 0.05$ 。

纳入标准：无产道异常；认知正常；临床资料完整。

排除标准：精神疾病；脑血管疾病；凝血功能障碍。

1.2 方法

对照组：干预相关危险因素，对各指标进行检测，向孕妇说明高危妊娠诱发因素、危害等。叮嘱孕妇合理安排作息，适当运动，保证其自身及胎儿健康。

观察组：① 建立高危妊娠管理小组，各人员需了解妊娠高危因素，对

进行全面的培训，提升其综合能力。建立患者档案，进行一对一的管理。

② 针对孕妇存在的高危因素，需对其进行有效的干预，如果孕妇存在羊水过少的情况，需要对其妊娠时间进行严格的掌握。针对妊娠合并高血压的孕妇，需要对其血压、血流量变学等进行检测，并且监测其心脏指数。③ 对孕妇进行生活干预，多摄入水果及蔬菜，减少钠的摄入，使其获得所需营养，且维持营养平衡。④ 积极进行健康教育，可通过网络平台、宣传讲座等方式进行。⑤ 妊娠期高血压患者需要对其血压变化进行密切的关注，积极进行健康指导，促进其对妊娠期高血压认知的提高，使其了解饮食、运动等的重要性，并且在饮食方面重视钠盐的摄入，保持饮食清淡，注意血压及体重的控制。⑥ 对于妊娠期糖尿病孕妇而言，积极控制其饮食、运动也是非常重要的，如果通过以上方式其血糖未控制在合理范围就需使用胰岛素。⑦ 对孕妇进行保健管理，维持妊娠生理性，使其积极配合干预。动态观察孕妇孕期情况，加强知识宣传，防止其接触 X 线、滥用药物等，防止危险因素的出现。⑧ 对孕妇营养情况进行评估，及时补充其所需营养，孕妇日常休息时保持左侧卧位，并且叮嘱孕妇做好自我监护，教会其数胎动的次数，1 天 3 次，告诉孕妇正常胎动为每小时 3 至 5 次，12 小时不少于 10 次，否则预示胎儿有异常。⑨ 护理人员保持和蔼可亲的态度，并且在孕妇交流期间保持诚恳、亲切的语气。进行相关检查时，需向其说明检查的目的及意义，提高认知，消除疑虑，同时针对相关检测结果，需要向孕妇实事求是的进行讲解，真正了解自身情况，并且接受相应的干预措施。鼓励高危妊娠孕妇讲出自身对高危妊娠的认知及理解，并且说出自身担心的方面及相应的问题，根据具体情况讲解孕妇理解不到位及不正确的地方，疏导不良情绪。告诉高危妊娠孕妇尽可能减少药物的使用，不必要的情况下尽可能不用药物，避免药物带来不利影响。针对过分依赖剖宫产的情况，需要向其详细说明剖宫产存在的危害性，告诉其不能过分的依赖，需通过有效的干预进行危险因素控制。

1.3 观察指标

睡眠质量：PSQI（匹兹堡睡眠质量指数），评分越低越好；自我护理

能力：自我护理能力测定量表（ESCA），评分越高越好；妊娠结局：新生儿结局；满意度：4 个方面，各 25 分。

1.4 统计学方法

SPSS20.0，计量资料表示： $(\bar{x} \pm s)$ ，t 检验，计数资料表示：n%， χ^2

检验， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 睡眠质量对比

干预后，观察组 PSQI 评分低于对照组， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1 睡眠质量对比（分）

组别		日间功能	催眠药物	睡眠障碍	睡眠效率	睡眠时间	入睡时间	睡眠质量
对照组 (n=43)	干预前	1.75±0.46	1.18±0.23	1.61±0.34	0.96±0.23	1.30±0.23	1.80±0.38	1.53±0.27
	干预后	1.50±0.26	0.70±0.22	1.40±0.14	0.68±0.15	1.15±0.27	1.50±0.53	1.24±0.30
观察组 (n=43)	干预前	1.74±0.28	1.19±0.45	1.60±0.42	0.97±0.32	1.29±0.18	1.72±0.28	1.52±0.34
	干预后	1.03±0.09	0.71±0.13	1.34±0.05	0.48±0.10	0.61±0.04	1.18±0.09	1.14±0.12

2.2 自我护理能力对比

干预后，观察组各评分高于对照组， $P<0.05$ ，见表 2。

表 2 自我护理能力对比（分）

组别	健康知识水平		自我护理技能		自我概念		自我责任感	
	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=43)	33.63±1.52	37.51±1.64	25.14±1.53	29.90±0.76	20.93±1.62	23.54±1.37	18.58±1.15	22.83±1.43
观察组(n=43)	33.58±1.53	46.58±1.72	25.54±1.64	41.56±1.84	20.57±1.23	27.56±0.48	18.38±1.51	27.78±1.50
t	0.1520	25.0261	1.1694	38.4069	1.1605	18.1592	0.6909	15.6625
P	0.8795	0.0000	0.2455	0.0000	0.2491	0.0000	0.4915	00000

2.3 妊娠结局对比

观察组低于对照组， $P<0.05$ ，见表 3。

表 3 妊娠结局对比（n%）

组别	胎膜早破	产后出血	剖宫产	发生
对照组 (n=43)	4（9.30）	1（2.33）	4（9.30）	9（20.93）
观察组 (n=43)	1（2.33）	0（0.00）	1（2.33）	2（4.65）
χ^2	-	-	-	5.1079
P	-	-	-	0.0238

2.4 新生儿结局对比

观察组低于对照组， $P<0.05$ ，见表 4。

表 4 新生儿结局对比（n%）

组别	新生儿窒息	巨大儿	低体重儿	新生儿结局
对照组 (n=43)	3（6.98）	3（6.98）	4（9.30）	10（23.26）
观察组	1（2.33）	1（2.33）	1（2.33）	3（6.98）

(n=43)

χ^2	-	-	-	4.4405
P	-	-	-	0.0350

2.5 满意度对比

观察组各评分高于对照组， $P<0.05$ ，见表 5。

表 5 满意度对比（分）

组别	护理技能	护理态度	健康教育	心理支持
对照组 (n=43)	18.27±1.84	19.82±1.74	18.38±1.29	18.62±1.84
观察组	22.63±1.72	22.39±1.46	22.31±1.48	22.49±1.52
(n=43)				
t	11.3511	7.4195	13.1263	10.6331
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

高危妊娠引起的不良后果较多，会进一步加大风险性，近年来，由于人们生活方式等的变化，导致高危妊娠孕妇数量不断增加，进而其相关干预措施引起了人们广泛重视^[4]。有学者认为，高危妊娠孕妇容易娩出高危

婴儿,而且由于新生儿免疫力弱、发育不完全,进而其容易感染各类疾病。妊娠高危因素包含多个方面,如生育年龄、环境因素、生活因素等,以上均会较大围生期或围生期前危险,因此,人们对高危妊娠的管理与监测提高了重视,认为需通过有效的方式保证孕妇及新生儿安全^[5]。

本研究结果中,与对照组相比,观察组 PSQI 评分低,ESCA 评分高,不良妊娠结局发生率低,新生儿不良结局发生率低,满意度评分高, $P<0.05$ 。临床认为,必须对高危妊娠孕妇的管理进行进一步的强化,使其身心状态得以有效改善,保证分娩顺利^[6]。强化高危妊娠管理在围生期保健中是一项非常重要的内容,具有综合性及系统性特点,而且其根据整体性及专业性,能对相关工作进行进一步的强化及细化,更有利于干预措施的优化,进而获得良好的孕妇及新生儿结局。而且该管理模式有利于护理质量的提升,而且使孕妇对护理服务的要求得以满足,在很大程度上防止疾病对妊娠、分娩造成影响,提升自然分娩率^[7]。有研究表明,管理过程中能强化管理保健,进一步扩大监测范围,了解高危妊娠孕妇详细情况,合理利用医疗资源,并且保证各个管理环节能充分的衔接。加强健康教育,能提高孕妇对高危妊娠的认识,了解相关危险因素,促进自身知识水平的提升,能主动地配合相关工作,而且有利于其自我管理能力的提升,有利于各项措施较好的落实^[8]。同时,了解孕妇高危因素及存在的问题,进行针对性的干预,加强监护,能了解危险情况变化情况,进行及时的干预。对孕妇进行个体化管理,并且对其具体情况进行不断地评估,有利于较好的调整后续干预方案,而且给予孕妇相应的指导,获得良好的结局^[9]。对高危妊娠饮食管理引起重视,具体饮食需根据其具体情况进行调整,提高干预针对性,保证孕妇及胎儿获取所需营养,促进分娩质量的提升。高危妊娠孕妇心理上的会发生较大变化,变得敏感、焦虑、情绪波动较大,甚至部分孕妇负面情绪较为严重,因此,管理期间需要对其心理干预引起重视^[10]。很多高危妊娠孕妇对自身病理认识不到位,发生高危妊娠后也无法对其有正确的认识,并且会考虑自己分娩是否顺利、胎儿情况、会不会发生难产等,同时,在其对方面有相应的认识后会担心自身情况会不会进一步恶化或引发其他严重情况,进而出现紧张心理。部分高危妊娠孕妇症状并不明显,进而无法对相关问题引起重视,认为相关情况可通过剖宫产进行解决,过于依赖剖宫产分娩手段^[11]。高危妊娠孕妇还存在明显的恐惧感,主要体现在三个方面,如疼痛恐惧、难产或大出血恐惧、担心胎儿发育情况情况^[12]。因此,需加强患者心理管理,解除其疑惑,进行积极的心理疏导,并且叮嘱注意事项,对自身情况有正确的理解,减轻心理负担,积极控制危险因素。

所以,强化高危妊娠管理用于高危妊娠孕妇护理中,能提高其睡眠质

量及自我护理能力,改善不良妊娠结局及新生儿结局,孕妇满意度高,具有推广价值。

参考文献:

- [1]徐明菊.风险预警评估管理模式在高危妊娠孕妇中的应用效果[J].实用心脑血管病杂志,2019, 27 (S1): 75-77.
- [2]张珊珊,黄婷.改良风险预警评估管理对改善高危妊娠产妇围产结局的价值[J].中国病案,2019, 20 (2): 91-94.
- [3]孙秀艳,申雅菁.高危妊娠孕妇孕期自我管理能力和其相关因素研究[J].现代消化及介入诊疗,2019, 24 (A01): 1218-1219.
- [4]张珊珊,黄婷.改良风险预警评估管理对改善高危妊娠产妇围产结局的价值[J].中国病案,2019,20 (2): 91-94.
- [5]冯薇,解红文,丁腊春,等.应用多学科诊疗模式提高妊娠期糖尿病孕妇自我管理能力的实践[J].中国护理管理,2019,19 (3): 428-432.
- [6]王庆伟.综合康复护理联合穴位贴敷对高危妊娠孕妇产后焦虑、抑郁及体内雌、孕激素的影响[J].西部中医药,2021,34 (10): 139-142.
- [7]Perdriolle-Galet E, Peyronnet V, Bertholdt C. Post-partum chez la femme tabagique sevrée en cours de grossesse : gestion du risque de reprise — Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse [Management of Resumption Risk in Postpartum for Women who Quit Smoking During Pregnancy — CNGOF-SFT Expert Report and Guidelines for Smoking Management During Pregnancy]. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020 Jul-Aug; 48 (7-8): 619-624.
- [8]慕年花.连续细致化护理对高危妊娠初产妇结局及产后母乳喂养自我效能的影响[J].实用临床医药杂志,2019,23 (10): 106-110.
- [9]郭超.健康教育护理干预在妊娠期高血压孕妇中的应用效果观察[J].中国药物与临床,2019,19 (12): 2120-2122.
- [10]Flor-Alemany M, Acosta P, Marín-Jiménez N, Baena-García L, Aranda P, Aparicio VA. Influence of the degree of adherence to the mediterranean diet and its components on cardiometabolic risk during pregnancy. The GESTAFIT project. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2021 Jul 22; 31 (8): 2311-2318.
- [11]钱秋蝉,张丽君,黄倍倍,等.高危妊娠孕晚期孕妇抑郁状况评估及与家庭支持的相关性分析[J].中国妇幼保健,2020,35 (8): 1413-1415.
- [12]施若莱.高危妊娠初产妇实施产前综合干预对其不良情绪和分娩结局的影响[J].中国妇幼保健,2019, 34 (19): 4443-4445.

腹腔热灌注治疗晚期胃癌恶性腹水的研究进展

陈方红

凉山彝族自治州第一人民医院肿瘤内科 四川凉山 615000

摘要: 作为胃癌晚期常见继发病之一, 恶性腹水患者平均生存期短, 预后差, 对其的治疗尚未发现有效治疗药物, 因此不但对患者生活质量造成严重影响, 而且影响患者化疗开展和治疗效果。对于晚期胃癌恶性腹水的治疗, 目前临床主要应用局部治疗, 加压腹腔内气溶胶化疗、细胞毒药物等腹腔内灌注和腹腔热灌注化疗等技术在临床的应用不但提高晚期胃癌恶性腹水患者的生活质量和近期疗效, 同时也患者的治疗开辟了新领域。本文主要对腹腔热灌注治疗晚期胃癌恶性腹水的研究进展进行综述, 以期对晚期胃癌恶性腹水患者的治疗提供借鉴。

关键词: 胃肿瘤; 晚期; 恶性腹水; 局部治疗; 腹腔药物灌注

作为全球常见的消化道恶性肿瘤之一, 胃癌在中国、日本等有较高的发病率, 我国胃癌新发病例每年约 40 万例, 在全球总发病例数中的占比高达 42%^[1]。胃癌早期患者通常无明显临床症状, 容易被忽视, 因此在发病早期检出率较低, 很多患者在发现明显临床症状诊断时, 已经处于中晚期。对于胃癌的治疗, 临床主要治疗方式为手术治疗, 但为了有效改善患者的临床症状和提高患者的生存质量, 通常还会进行化疗、放疗、靶向治疗等^[2]。晚期胃癌为无论是否进行了手术均可能会发生腹膜转移, 导致恶性腹腔积液的出现。静脉化疗作为临床常用的化疗方法, 但化疗药物因为腹膜-血浆的屏障作用难以达到腹腔, 因此存在于腹腔中的癌细胞也难以有效杀灭, 患者腹腔恶性腹水也因此难以抑制。腹腔热灌注化疗作为一项发展成熟的技术, 其应用可以有效弥补静脉化疗的不足。在晚期胃癌恶性腹水患者的治疗中应用腹腔热灌注治疗可以发挥有效治疗效果已经得到了临床证实。

1 腹腔热灌注化疗的原理和作用机制

1.1 腹腔热灌注化疗的原理

腹腔热灌注化疗主要是将含有化疗药物的灌注液通过灌注管注入患者腹腔, 同时使用灌注机维持灌注液恒温 and 循环灌注, 灌注液在腹腔充盈一定时间后, 从而发挥预防和治疗恶性腹水的作用。在进行常规化疗时, 因为腹膜-血浆屏障导致化疗难以穿过屏障到达腹腔, 而到达腹腔的部分药物因为有效浓度不够, 因此难以将腹腔中的肿瘤细胞有效杀灭^[3]。而在进行腹腔热灌注化疗时, 得益于腹膜-血浆屏障, 减缓了化疗药物进入血液循环, 因此降低了药物清除率, 化疗药物也可以在腹腔中长时间保持高浓度, 因此可以有效的对腹腔中的癌细胞进行抑制或杀灭^[4]。腹腔热灌注首次应用是在 1980 年, 之后通过临床的不断研究改进, 如今该项技术已经发展成熟而且在临床被广泛应用^[5]。

1.2 腹腔热灌注化疗的作用机制

导致晚期胃癌发生的原因是患者腹腔内有癌灶残留, 腹腔热灌注化疗能够对晚期胃癌患者腹腔中的恶性腹水的生成进行抑制是因为其可以对患者腹腔中的癌细胞进行抑制和杀灭, 其作用机制主要如下: (1) 因为在患者腹腔中充盈了含有化疗药物的灌注液, 使得腹腔中的癌细胞可以与化疗药物进行充分接触, 再加上腹膜屏障的阻隔, 使得药物清除率大幅度降低, 延长了药物在腹腔中的留滞时间, 因提高了药物对癌细胞的抑制和杀灭效果; (2) 热效应可以对 DNA 转录、复制和修复进行抑制, 因此可以有效杀死肿瘤细胞, 因为将药物维持在 43℃作用, 该温度下肿瘤细胞耐受

时间缩短, 仅有 1h, 而正常细胞可以耐受时间更长, 因此在使用腹腔热灌注化疗时, 不但可以将肿瘤细胞杀死而且不会对正常细胞造成伤害^[6];

(3) 癌细胞膜和肿瘤血管通透性会在高温状态下增加, 因此化疗药物可以更好的被吸收, 另外, 热效应还可以使化疗药物活性增加, 同时提高治疗效果^[7]; (4) 在进行持续热灌注时, 循环流动的灌注液可以机械冲刷患者腹腔中的微小癌灶或癌细胞, 可以有效减少腹壁和腹腔脏器中癌细胞的附着, 从而将肿瘤细胞带出腹腔。

2 晚期胃癌恶性腹水中腹腔热灌注化疗的应用

在 2019 年中国腹腔热灌注化疗技术临床应用专家共识中指出腹腔热灌注化疗在胃癌、结直肠癌、胰腺癌、胆管癌、肝癌等腹膜恶性肿瘤腹膜转移导致的恶性腹水的治疗方面有独特疗效^[8]。在李晓霞^[9]等人的研究中, 选取 131 例晚期胃癌合并腹水患者, 将患者进行分组, 分为 68 例使用单纯静脉化疗的对照组和 63 例使用腹腔热灌注联合化疗的观察组, 两组患者进行治疗后, 观察组治疗客观有效率和疾病控制率均明显优于对照组 ($P<0.05$), 患者生活质量总改善率明显高于对照组 ($P<0.05$), 不良反应发生率明显低于对照组 ($P<0.05$), 表明在晚期胃癌恶性腹水患者的治疗中应用腹腔热灌注化疗可以对患者肿瘤生长和腹水进行有效治疗, 安全性高, 而且有利于提高患者的生活质量。在姜润学^[10]的研究中, 选取 96 例胃癌合并恶性腹腔积液患者作为研究对象, 将患者分为应用贝伐珠单抗联合腹腔热灌注化疗组和应用常规组腹腔内注射化疗组, 两组患者治疗 2 个周期后, 贝伐珠单抗联合腹腔热灌注化疗组的血清肿瘤标志物癌胚抗原 (CEA) 和糖类抗原 199 水平均明显低于 (CA199) 常规腹腔内注射化疗组 ($P<0.05$), 贝伐珠单抗联合腹腔热灌注化疗组的客观缓解率、疾病控制率和生命质量改善情况均明显高于常规腹腔内注射化疗组 ($P<0.05$)。在吴川清^[11]等人的治疗中, 选择 67 例胃癌腹膜转移患者作为研究组, 根据治疗方式不同将患者分为腹腔热灌注治疗组 46 例和非腹腔热灌注治疗组 21 例, 结果显示腹腔热灌注治疗组的中位生存期为 14 个月, 明显优于肺腹腔热灌注治疗组的 9 个月 ($P<0.05$), 提示腹腔热灌注治疗使患者的生存期延长, 而且不会增加患者治疗相关并发症的发生风险。在彭茜^[12]等人的研究中, 选取 96 例胃癌腹膜转移患者作为研究对象, 根据治疗方法将患者分为肿瘤细胞减灭术联合热灌注化疗组 56 例和单纯系统化疗组 40 例, 结果显示联合治疗组患者的中位总生存期为 19.7 个月, 明显高于单纯组的 8.0 个月 ($P<0.05$)。在晚期胃癌引发的恶性腹水患者的治疗中, 腹腔热灌注治疗疗效确切, 为了预防恶性腹水的发生, 可以在患者手术结

束进行灌注管的放置,在患者围术期应用腹腔热灌注治疗安全可行,不会增加患者术后并发症和腹膜癌的发生风险,有利于延长患者生存期。

3 化疗药物选择

在胃癌导致恶性腹水患者的腹腔热灌注治疗中,化疗药物的选择非常重要,药物选择直接影响临床治疗效果。因为患者的恶性腹水主要由胃癌引起,因此腹腔热灌注治疗药物不但考虑其是否对胃癌敏感,同时还要将药物对腹膜的刺激程度、药物在腹膜中的吸收等药物自身属性考虑其中。在腹腔热灌注化疗技术应用专家共识中指出,可以选择泰素帝、DDP、紫杉醇、顺铂、奥沙利铂等药物,药物治疗可以根据实际情况选择单一使用或联合应用,药物剂量选择参照静脉化疗药物使用剂量。在冯昌怡^[13]等人的研究中,给予对照组5-氟尿嘧啶静脉化疗,观察组在对照组基础上增加顺铂腹腔热灌注,结果显示观察组临床收益率明显优于对照组,不良反应明显少于对照组;在吴建国^[14]等人的研究中,在消化系统肿瘤恶性腹水治疗中,腹腔热灌注治疗可以对患者癌性腹水进行有效治疗,有利于延长患者的生存期和提高患者生活质量。在Nakamura^[15]等人的研究中,在胃癌腹膜转移患者的治疗中应用紫杉醇、奥沙利铂对患者进行治疗具有明显的抗肿瘤效果,而且患者对治疗耐受。对于灌注液的选择,要考虑药物的属性,可以选择注射用水或生理盐水,但部分药物要选择其他的灌注液,例如国产卡铂和奥沙利铂的灌注液要选择5%葡萄糖液,可以对药物治疗效果稳定进行维持。但在使用葡萄糖作为灌注液时要对患者的血糖变化进行检测,尤其是糖尿病患者,应该注意对患者血糖进行控制。在进行腹腔热灌注化疗是,通常选3000~5000mL的液体量,300~600mL/min灌注流量,温度通常选择43℃,灌注时间为1h,对于需要进行多次腹腔热灌注治疗的患者,每次治疗间隔至少间隔24h,间隔时间可以根据患者的治疗耐受程度适当延长^[16]。

4 晚期胃癌恶性腹水腹腔热灌注化疗的禁忌症和并发症

4.1 禁忌症

在晚期胃癌恶性腹水患者的治疗中腹腔热灌注化疗的疗效得到了临床证实,但部分晚期胃癌导致的恶性腹水患者并不可以应用腹腔热灌注化疗进行治疗,即存在以下禁忌症的患者:(1)存在广泛腹腔粘连患者和肠梗阻患者;(2)存在心血管疾病和肝肾功能严重不足患者;(3)生命体征不稳定患者。为了保证腹腔热灌注治疗的安全展开,在进行治疗前要对患者全身情况进行评估,根据患者的实际情况制定符合患者的治疗方案。

4.2 并发症

相比较全身化疗,在晚期胃癌导致的恶性腹水患者中应用腹腔热灌注治疗的不良反应较少,并发症的发生时通常是因为化疗药物倒灌,患者的常见并发症包括发热、疼痛、感染、胃肠道反应、骨髓抑制等,其中较为常见的疼痛和发热,为了减少并发症的发生,可以对患者进行镇痛镇静治疗,可以给予患者利多卡因、地塞米松等并发症进行缓解。同时可以对患者进行心电监护和对患者的生命体征进行严密监测,另外还可以与患者适当补液。对于多次应用腹腔热灌注治疗的患者,为了减少患者不良反应和并发症发生,可以适当减少化疗药物使用剂量,在治疗期间要对患者的肝功能、血常规等变化情况进行观察。

5 结语

晚期胃癌恶性腹水的治疗一直都是医疗工作者重点关注的问题,其发生对患者的生活质量和生存期造成了严重影响,腹腔热灌注化疗技术的出现为晚期胃癌恶性腹水的治疗提供了新思路。在晚期胃癌恶性腹水生成抑制中腹腔热灌注化疗的效果已经得到国内外多项研究证实,其应用安全可行,不会增加患者并发症和不良反应发生风险。药物的选择和肿瘤属性是影响腹腔热灌注化疗疗效相关因素,对于药物、使用剂量、灌注时间以及周期的选择目前临床缺乏统一标准,还需要对此进行深入研究。总之,在晚期胃癌恶性腹水的治疗和预防中,腹腔热灌注化疗治疗效果确切,不良反应少,安全可行,有较好的应用前景。

参考文献:

- [1]詹宏杰,梁寒,刘洪敏,等.腹腔热灌注化疗对不同病理类型和Borrmann分型进展期胃癌患者的预后分析[J].中国肿瘤临床,2020,47(3):135-139.
- [2]杨飞,张亚铭,周潮平,等.局部进展期胃癌根治性手术联合腹腔热灌注化疗的安全性及近期疗效[J].中国普通外科杂志,2021,30(4):412-420.
- [3]郭晓冬,王静霞,谢国群,等.腹腔灌注顺铂联合紫杉醇、替吉奥多途径给药治疗胃癌腹膜转移的临床观察[J].临床肿瘤学杂志,2020,25(6):549-552.
- [4]林曜,沈楚,郭熙恺,等.腹腔热灌注化疗预防局部进展期胃癌患者根治术切除后腹膜转移的安全性评价[J].中华胃肠外科杂志,2022,25(1):48-55.
- [5]姬忠贺,刘刚,安松林,等.完全肿瘤细胞减灭术加腹腔热灌注化疗治疗胃癌腹膜转移的病例筛选策略[J].中国肿瘤临床,2020,47(3):128-134.
- [6]李承慧,龙婷婷,汪超,等.恩度联合多西他赛序贯腹腔灌注治疗胃癌伴恶性腹水的临床观察[J].现代肿瘤医学,2020,28(1):98-101.
- [7]姜松耀,赵良超,严晓伟,等.紫杉醇腹腔热灌注联合静脉化疗转化治疗晚期胃癌(附1例报告)[J].外科理论与实践,2020,25(2):152-154.
- [8]中国抗癌协会腹膜肿瘤专业委员会,广东省抗癌协会肿瘤热疗专业委员会.中国腹腔热灌注化疗技术临床应用专家共识(2019版)[J].中华医学杂志,2020,100(2):89-96.
- [9]李晓霞,李元勃.腹腔循环热灌注联合化疗治疗晚期胃癌合并腹水的疗效观察[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28(8):986-989.
- [10]姜润学.贝伐珠单抗联合腹腔热灌注化疗治疗胃癌伴恶性腹腔积液效果观察[J].肿瘤研究与临床,2020,32(10):701-704.
- [11]吴川清,李源,王点石,等.腹腔热灌注化疗治疗胃癌腹膜转移的安全性及有效性单中心临床研究[J].临床外科杂志,2020,28(5):424-428.
- [12]彭茜,李仕卿,武海涛,等.肿瘤细胞减灭术联合腹腔热灌注化疗治疗胃癌腹膜转移的远期疗效[J].中国临床研究,2020,33(11):1449-1453.
- [13]冯昌怡,郭庆森,游平弟,等.顺铂+5-氟尿嘧啶联合顺铂腹腔热灌注治疗晚期胃癌的疗效及安全性探究[J].癌症进展,2020,18(14):1485-1488.

心理护理联合语言沟通护理对精神障碍患者的应用进展

牛军姬

枣庄市精神卫生中心 山东枣庄 277101

摘要: 精神障碍又称精神病,是指在各种因素影响下大脑功能活动障碍,引起不同程度的精神活动损害。患者多表现为自言自语、哭笑无常、情感障碍等,大部分患者缺乏自知力,不承认自己患病,也不就医,从而使得疾病加重,给自身和家人带来严重伤害,所以要积极就医,同时进行心理干预和语言沟通,来提高患者认知能力,改善患者生活质量。心理护理和语言沟通护理可缓解患者不良情绪,减轻患者心理负担,有助于患者康复,同时还可增加患者治疗信心,使患者早日回归社会。对此,本文将结合国内外已有研究结果,对精神障碍患者护理中心理护理联合语言沟通护理的应用进展展开综述,以供参考。

关键词: 心理护理; 语言沟通护理; 精神障碍; 应用进展

Abstract: Mental disorder, also known as psychosis, refers to the brain dysfunction under the influence of various factors, causing different degrees of mental activity damage. Patients show is said to himself, cry laugh more volatile, emotional disorders, etc., the majority of patients lack of self-knowledge, don't admit to sicken, also do not go to a doctor, so as to make the illness is aggravating, give themselves and their families bring serious damage, so want to go to a doctor actively, at the same time psychological intervention and language communication, to improve the patients' cognitive ability, improve the patients quality of life. Psychological nursing and language communication nursing can alleviate patients' bad mood, reduce the psychological burden of patients, help patients recover, but also can increase the patient's confidence in treatment, so that patients return to society as soon as possible. In this regard, this paper will be combined with domestic and foreign research results, the application of psychological nursing combined with verbal communication nursing in the nursing of patients with mental disorders is reviewed for reference.

Key words: psychological nursing; Language communication nursing; Mental disorders; Application progress

精神障碍在临床较常见,其病因复杂,为多种因素共同参与的结果,主要包括生物学因素、心理因素、社会学因素等,其中有精神障碍家族史、长期处于心理应激者,患病率更高^[1]。患者精神障碍症状一般不受意志控制,症状内容也常与周围环境不相称,主要有注意障碍、思维障碍、定向力障碍、情感障碍、智能障碍等,严重时,可引起认知、行为等多种异常,从而给学习、工作带来严重影响,所以要积极就医^[2]。一般医生会根据患者病因、严重程度等选择个体化治疗,以控制患者症状,同时进行心理疏导,以提高患者依从性及自知力^[3]。对此本文将分析心理护理联合语言沟通护理在精神障碍患者的应用进展,现综述如下。

1. 精神障碍现状

随着人们生活水平的不断提高,精神压力的不断增加,导致精神疾病患病率逐渐升高,加上人们自知力低,就医性差,使得疾病逐渐加重,从而为治疗增加难度,另外精神障碍病情严重,多为终生性,所以患者经济负担重。在郝楷荣^[4]等人的研究中,分析严重精神障碍患者的现状,研究显示,发病文化程度最高的是中学阶段,患病年龄最高的是青中年,疾病类型多为精神分裂症和双相情感障碍,究其原因发现,这个阶段的患者认知力低,情感薄弱以及患者不承认自己患病等,因此需要及时采取措施以纠正患者认知,提高患者康复率。

精神障碍多为终生性,既对患者生活质量带来影响,也为其家庭照护者带来巨大挑战,使其承受巨大的心理、经济、生理等方面的压力,加上患者家属不愿寻求社会帮助,害怕他人嘲笑,使得其照护负担更重。在王若溪^[5]等人研究中,分析家庭照护者社会支持现状,研究显示家庭照护者

社会支持水平整体较低,究其影响因素发现,照护者职业类别、患者疾病类型、症状稳定程度、经济收入为共性因素,其他因素还包括性别、婚姻状况、宗教信仰、双方关系、家庭获补助量等,这些因素使得患者社会支持力度存在显著差异,因此要重点关注突出群体,了解其需求,从而提高其身心健康水平。

精神障碍患者就业问题一直是社会关注的重点,也是影响患者康复的难点之一。有研究显示,我国患病人数超过 1 亿,严重障碍者超过 1600 万,但社会关注的重点仅限于疾病的治疗和康复,鲜少关注就业问题,加上多数精神障碍患者需终身治疗,从而使得经济负担较重。在胡晓龙^[6]等人研究中,分析患者就业现状,研究显示,精神障碍患者总体就业率偏低,这主要和患者年龄、住院次数、康复时长、婚姻状况等相关,其中年龄越大、住院次数越多、未婚状况,就业越难,而已就业者,与同事关系的处理及自身状况是影响患者就业状况的主要因素,因此要做好精神障碍患者康复期健康教育工作,从而提高其依从性。

精神障碍患者往往缺乏自知力,不承认自己患病,也不愿意就医,从而使得疾病加重。在许燕^[7]等人的研究中,分析青少年患者的就医现状,研究显示青少年患者就医率较低,这主要和患者疾病认知低、经济情况差、就医距离远、单亲家庭等因素相关,所以要积极评估青少年就医影响因素,并采取相应的措施进行干预,从而提高其认知程度和就医积极性。

2. 精神障碍患者存在的心理问题

精神障碍常见的心理问题:①病耻感:患者因患病和就医经历被贴上歧视标签,甚至遭到家人的唾弃,使得患者生活质量受到严重影响;②焦

虑、抑郁：精神障碍属于慢性疾病，其治疗周期较长，加上医院环境的影响，使患者精神压力较大；⑤ 自知力不完整：自知力是指患者对精神疾病的认识和判断能力，大部分患者自知力较弱，不承认自己患病，也不配合医生治疗，从而导致疾病加重；⑥ 自杀：精神障碍患者经治疗后，虽然得以康复，但对自己患病期间的表现感到愧疚，加上社会对精神障碍患者的歧视，使患者很难融入社会，并产生无用、无价值感，从而导致自杀现象的发生^[8-9]。

3. 精神障碍患者的心理护理及语言沟通护理进展

3.1 心理护理

(1) 心理评估：患者入院后，进行全面评估，了解患者疾病类型、病程、发作次数、恢复情况、经济状况等以及患者对疾病的心理态度等，以便为患者制定个体化干预措施。

(2) 健康教育：评估患者疾病认知程度，并根据评估结果进行疾病宣教；采用多种形式进行展开，如视频、图片、一对一讲解、宣传手册等，宣教内容包括疾病的病因、类型、严重程度、发病征兆、治疗方式、预防措施及日常注意事项等，以提高患者疾病认知，减少患者心理恐惧，从而提高患者就医积极性；同时联合社区和家庭，定期对患者进行随访，了解患者预后；针对公益企业，应讲解患者就业情况及就业中可能出现的问题，以提高企业意识，并做好心理准备，从而帮助患者建立社会支持系统；针对患者照护者，详细讲述疾病照护注意事项，告知照护者家庭环境对患者疾病的影响，使其做好患者照护工作，从而帮助患者树立信心^[10]。

(3) 心理干预：做好患者心理评估，了解患者心理表现，以便及时进行心理疏导，避免情绪恶化现象；多鼓励和支持患者，使患者以积极的心态对待疾病；多理解和尊重患者，保持充足的耐心与患者交谈，认真倾听患者内心感受，不随意打断患者，并引导患者积极面对疾病，同时做好患者情绪变化记录；为患者提供良好的交流环境，使患者可以敞开心扉随意表达，以便充分掌握患者内心感受，并及时根据患者心理情况进行心理疏导；指导患者情绪舒缓技巧，如深呼吸、冥想、听音乐、与他人交流等，同时鼓励患者通过练瑜伽、浇花、画画等来转移注意力，从而帮助患者消除负面情绪，使患者积极面对疾病。在刘平平^[11]的研究中，分析语言沟通联合心理护理模式的效果，其中在心理护理中，指出护士需综合评估，给予患者针对性心理疏导，鼓励患者多表达自己的情绪，通过下棋、看书等方式转移注意力，以促进情绪的转化，从而提高患者依从性，避免不良行为的发生。

3.2 语言沟通护理

(1) 语言沟通技巧：语言是护患沟通的重要工具，也是收集患者基本资料的来源，掌握合适的沟通技巧可增加患者信任感，提高患者配合度。沟通时，多开放式提问为主，封闭式为辅，多给患者思考时间，从而使患者逐渐进入交流状态，减少排斥状态；认真倾听患者主诉，积极解释各种治疗的目的和重要性，以提高患者配合度；定期评估患者风险事件，对于暴力、冲动的患者，应积极引导，使患者认识这种情绪带来的负面影响，

从而树立正确的心态，必要时，遵医嘱注射镇静剂^[12]。

(2) 语言沟通方式：语言在心理和行为暗示方面具有重要作用，一般积极的语言暗示可调节患者情绪，改变患者行为，增加患者信心，同时恰当的沟通方式可增加患者信任感，使患者依从性得以提高。在吴菊^[13]的研究中，分析心理护理联合语言沟通方式对精神障碍患者的影响，研究指出护士在沟通时，应语言委婉，态度温和，并尊重患者，理解患者感受，充分调动自己的力量来满足患者合理需求，以增加患者信任感，同时多采用患者感兴趣的话题，以提高患者交流积极性。由此可知，掌握合适的语言沟通方式可提高患者配合度，同时还可提高语言沟通的有效性。

4. 小结

在精神障碍患者护理中，采用心理护理联合语言沟通护理，可有效改善患者不良情绪，提高患者认知，从而有助于患者依从性地提高，所以值得推广使用。

参考文献：

- [1]柳婷. 心理护理和语言沟通用于精神病患者护理中的作用探讨[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (6): 832-834.
- [2]呼琴琴, 任文静, 徐鸿超,等. 心理护理和语言沟通技巧干预在精神障碍护理中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (21): 174-176.
- [3]牛雨晴. 语言沟通联合心理护理在精神病护理中的应用效果评价[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (19): 235-236.
- [4]郝楷荣, 纪家武, 熊端华,等. 严重精神障碍患者现状及管理调查分析[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12 (2): 23-25.
- [5]王若溪, 宋素怡, 周勇杰, et al. 严重精神障碍患者家庭照护者社会支持现状及影响因素分析[J]. 中国全科医学, 2022, 25 (4): 480-488.
- [6]胡晓龙, 陈婷婷, 梁哲,等. 嘉定区社区严重精神障碍患者就业现状及影响因素分析[J]. 精神医学杂志, 2020, 33 (01): 54-57.
- [7]许燕, 翁德芸, 刘松康,等. 2020年广东地区青少年精神障碍的就医现状及影响因素[J]. 江苏预防医学, 2022, 33 (1): 44-46.
- [8]孟子琦. 精神科门诊首次就诊的精神疾病患者心理健康状况调查分析[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19 (19): 221-222.
- [9]白秀芳. 长期住院老年精神病患者心理问题分析及护理方法[J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (14): 2584-2586.
- [10]刘颖华, 李梁生, 陈淑燕. 心理干预与语言沟通在精神障碍患者康复护理中的应用效果[J]. 中国实用医药, 2020, 15 (24): 150-152.
- [11]刘平平. 精神病患者护理中采取语言沟通联合心理护理模式的效果及其对护理满意度的影响[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (22): 196-198.
- [12]贺光春, 米莉, 李飞,等. 强化式心理干预联合技巧性语言沟通对康复期精神分裂症患者认知、沟通及生活质量的影响[J]. 川北医学院学报, 2021, 36 (10): 1395-1398.
- [13]吴菊. 心理护理与语言沟通方式联合对精神疾病患者在治疗过程中实施护理的临床效果探讨[J]. 科学养生, 2020, 23 (2): 219.

头颈部恶性肿瘤放疗期间皮肤损伤护理研究进展

陈薇丽

烟台山医院 超声科 山东烟台 264000

摘要:头颈部恶性肿瘤在全世界都是比较常见的。对肿瘤通过放射线进行局部治疗的方法称之为放射治疗,这种方法已经非常成熟,但是放射治疗会对患者的皮肤造成不同程度的损伤,这对于患者的生理以及心理都会造成很大的影响。本篇文章从放疗过程中的皮肤损伤情况,损伤分级以及相应的护理措施三个方面来对头颈部恶性肿瘤皮肤损伤护理进行研究,其目的就是为了能够帮助到临床护理人员对颈部恶性肿瘤患者皮肤损伤之后的护理工作提供一些参考。

关键词:头颈部恶性肿瘤;护理措施;皮肤损伤;放射治疗;创面清洁

头颈部肿瘤包括口腔颌面部肿瘤,耳鼻喉科肿瘤以及颈部肿瘤。对于放射疗法比较敏感的有鼻咽癌,扁桃体癌以及舌根部癌^[1]。因放射治疗这种方法对患者的皮肤会造成损伤,所以临床医护工作中,面临的主要问题就是如何顺利的开展放疗计划,在放疗期间如何对患者皮肤完整性进行保证以及如何做好皮肤护理工作^[2-3]。本篇文章对头颈部恶性肿瘤放疗过程中的皮肤护理从下面三个方面进行研究,详细报道如下。

1 放疗过程中的皮肤损伤情况

在全世界范围内,头颈部恶性肿瘤较为常见,该病在全世界每年增加的病例大约在六十四万左右,死亡的病例在三十五万左右。根据国际癌症机构的调查数据显示^[4],在2020年时,头颈部恶性肿瘤患者新增达到了十四万左右,有七万左右死亡,这个趋势还在上升。放射疗法虽然能够对肿瘤细胞进行抑制,延长患者的生存期,但是这个治疗方式很容易损伤患者的皮肤,这对患者的生活质量造成很大的影响。放射线皮肤损伤是因受到某种射线而造成的局部或身体皮肤出现一系列生物效应,包括器官,骨骼,肌肉,皮下组织以及人体皮肤等损伤,这种不良反应在肿瘤放射治疗中非常常见,其达到了百分之九十的发生率,这种急慢性创面很容易被忽视,患者会出现脱皮,红斑以及皮肤疼痛等症状,严重的甚至还会发生出现溃疡,出血以及水泡等情况,如果护理不及时,还会引发患者全身感染,这对放疗的进展会造成很大的影响^[5-6]。

2 放射性皮肤损伤的分级

根据美国 RTOG 标准,当前根据损伤程度,放射线皮肤损伤主要分为五级^[7]。0 级皮肤基本没有变化^[8]。I 级毛发会脱落,出现干性脱皮,减少汗量,轻度的红斑。II 级会出现中度水肿,红斑明显,皮肤有触痛感。III 级会出现重度水肿,皮肤褶皱外的湿性脱皮。IV 级会出现组织坏死,出血以及溃疡。患者的放射线皮肤损伤程度和级别的高低之间是呈正相关的,皮肤等级越高,患者的皮肤损伤越难治愈^[9-10]。

3 护理干预措施

3.1 心理护理

对于肿瘤很多患者都是充满畏惧的,而且放射疗法本来就有不良的反应,比如呕吐,恶心,疲乏等,对于患者来讲,皮肤损伤会对其身体美观造成很大的影响,而不良反应又会对患者的负性心理进行加重,从而导致患者的生活质量受到很大影响,降低患者的依从性,这对于患者的治疗效果是非常不利的^[11-12]。护理人员要从言语上对患者进行鼓励,并且对患者做好相应的健康宣教,疏导患者的负性心理,对于患者合理的需求要尽可能的进行满足。另外对于家属的解释以及安抚工作也要做好,多鼓励家属陪伴患者,这样能让患者对自身的负性心理进行缓解,进而让患者对治疗

带来的紧张感以及疾病的恐惧感能够很大程度的进行消除,让患者保持一个良好的心态来面对疾病^[13]。

3.2 皮肤损伤的干预措施

3.2.1 标准化皮肤护理

(1) 放疗前:患者要保持照射区的干燥,清洁,穿全棉宽松的衣物,对照射区要做好标记,还可外用药膏来对皮肤损伤进行预防。

(2) 放疗期间:嘱咐患者对照射区皮肤采取温水软毛巾进行沾洗,不能使用肥皂水,以免冷热刺激。

(3) 放疗后:放疗之后,如果患者的皮肤有渗出液以及破损,对该皮肤要保持干燥,遵照医嘱使用抗生素,以免发生感染。

3.2.2 评定为II级-IV级皮肤损伤的创面处理

(1) 对患者全身以及局部情况在换药之前要进行评估,对于伤口的影响要排除其他因素。

(2) 每天进行一次换药,使用生理盐水湿敷十分钟,一次来对疼痛进行缓解。用生理盐水棉球擦洗局部伤口,和清创相结合来对伤口表面坏死组织进行清除,直到伤口基底完全暴露,但不能暴力快速的进行清创,以免发生出血情况^[14]。

(3) 选择合适的敷料,有相关的研究表明,创面愈合速度在湿性环境下要快于干性环境,湿性敷料能够对伤口环境维持低氧,对纤维细胞的生成能够起到促进的作用^[15]。而且还能够避免创面形成干痂造成二次损伤。创面清洁完成之后,把水凝胶敷料均匀涂抹伤口表面,再根据伤口大小来对外层敷料进行选择,让伤口处在一个封闭的环境中,这样能够预防创面发生感染^[16]。

3.2.3 疼痛的护理

根据 VRS 分级法把疼痛程度分成四级。0 级没有疼痛;1 级疼痛比较轻微,能够正常生活,睡眠不会受到影响;2 级有明显的疼痛,睡眠会受到影响,患者需要镇痛药物;3 级剧烈疼痛,患者睡眠受到很大的影响,伴有自主神经紊乱,需要镇痛剂。

根据患者主诉来评估患者的疼痛情况,以此来针对性的对患者进行治疗。疼痛比较轻的,可以通过听音乐,看电视等来对患者的注意力进行转移,如果患者的疼痛程度比较严重,需要遵照医嘱来服用镇痛药物。止痛药正确的使用,对于服药之后如果患者有不良反应发生,要及时采取相应的护理措施进行解决。治疗期间要加强巡视,对于患者的疼痛情况要主动的进行询问,并处理好患者与家属之间的理解,对于镇痛措施要及时的进行调整。在日常护理中,对患者的疼痛情况也要时刻的进行关注,比如在换药以及创面清洁时,要轻柔,不可出现牵拉的情况。

3.2.4 口腔护理

对患者的口腔黏膜的评估,护理人员要做好,自信观察患者的咽部有没有溃疡,红肿的情况,每天进行三次的口腔护理。①有相关的研究表明^[17],注射用重组人白介素-11联合0.9%氯化钠溶液20ml,氧气1.5mg进行雾化吸入,能够对患者的口腔组织含氧量进行增加,以此来对口腔进行湿润。②对患者采取0.9%氯化钠溶液100ml联合利多卡因5mg进行混合含漱,每天三次,每次30ml。③用棉签蘸取0.9%氯化钠溶液来对口腔脓性分泌物进行彻底清除。④使用5%碳酸氢钠进行一比一稀释30ml,含漱十五分钟,能够对真菌感染进行预防。⑤有相关研究表明^[18],外喷康合素能够对患者口腔溃疡进行快速的愈合。

3.2.5 营养支持

患者放射治疗之后,其食管黏膜以及口咽部黏膜会因为放疗而受到影响,使得患者不能正常进食,这会造成患者出现营养不良的情况^[19]。有相关研究表明^[20],大约有百分之三十六的头颈部肿瘤患者在进行放疗之前,就存在营养不良的情况,而随着放疗的开展,营养不良发生的情况会越来越多。这和血红蛋白降低,导致皮肤养分不足,氧气不足,对组织的愈合以及修复会造成很大影响^[21]。如果在进行放疗过程中,患者发生了营养不良的情况,这对修复患者的皮肤损伤是非常不利的,能够对患者的生活质量以及放疗耐受性进行降低,导致患者的治疗时间增加,进而对于治疗的费用也会提升。

4 小结

放疗法虽然能够对肿瘤细胞进行抑制,延长患者的生存期,但是这个治疗方式很容易损伤患者的皮肤,这对患者的生活质量造成很大的影响。虽然I级与II级放射线皮肤损伤不会对患者的放射治疗进程造成影响,但是放疗法会对患者照射区的皮肤造成疼痛,水肿,红斑以及干性脱皮等不良反应,这可能会加重患者的皮肤损伤。而III级与IV级放射皮肤损伤会对引起患者全身或者是局部的感染,这对放疗法的进程会造成很大的影响。当前对于放射线皮炎的发生率还没有单一的干预措施能直接降低,所以,对于患者的护理干预,护理人员要多方面的进行,对放疗法带来的皮肤损伤要采取针对性的措施来进行降低,以此来对患者放射区皮肤的完整性进行保证,促进放疗法顺利开展。

参考文献:

- [1]Ng S P, Cardenas C E, Bahig H, et al. Changes In Apparent Diffusion Coefficient (ADC) In Serial Weekly MRI During Radiotherapy In Patients With Head And Neck Cancer: Results From The PREDICT-HN Study[J]. International Journal of Radiation OncologyBiologyPhysics, 2020, 108 (3): e790-e791.
- [2]董海北,许猛军,李翠翠,夏晶.个体化营养干预对头颈部恶性肿瘤放疗患者体质量丢失及生存质量的影响[J].系统医学,2021,6 (22): 97-101.
- [3]杜玉敏,商莉娜,李琳,何文英.主动性皮肤护理联合薄荷冰片外敷对乳腺癌术后放疗患者急性放射性皮肤损伤的影响[J].现代中西医结合杂志,2022,31 (05): 705-708.
- [4]Bell R B, Leidner R, Young K H, et al. Cohort Expansion Study of Neoadjuvant Immunoradiotherapy in Locoregionally Advanced HPV+ and HPV- Head and Neck Squamous Cell Carcinoma[J]. International Journal of Radiation OncologyBiologyPhysics, 2020, 106 (5): 1225-1226.
- [5]王亚欣.针对性护理干预对早期乳腺癌保乳术后调强放疗患者皮肤损伤风险及生活质量的影响[J].河南医学研究,2020,29 (25): 4784-4786.

[6]刘晓云,温盛瑛,朱淑芳,黄小梅.颈外静脉逆行留置输液降低脑瘤患者放疗时面膜对皮肤损伤的研究[J].赣南医学院学报,2020,40 (08): 796-798.

[7]MD A, Jpt A, Mrv A, et al. Is the introduction of more advanced radiotherapy techniques for locally-advanced head and neck cancer associated with improved quality of life and reduced symptom burden?[J]. Radiotherapy and Oncology, 2020, 151: 298-303.

[8]丁学锋,魏旭升,严晓花,温鹏军,谢洪霞,毛宏亮.局部热疗联合医用放疗皮肤防护剂对乳腺癌术后胸壁放疗急性放射性皮肤损伤的疗效观察[J].中国医学创新,2021,18 (25): 171-175.

[9]徐文娇.吹氧联合庆大霉素和维生素B₁₂ (12) 治疗乳腺癌放疗后III级皮肤损伤的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2020,13 (15): 104-105.

[10]熊沫,胡娟.主动性皮肤护理联合临床护理路径对放射性皮炎患者皮损程度、心理状况及疼痛程度的影响[J].国际护理学杂志,2021,40 (08): 1476-1479.

[11]程宇文,刘家豪,邓滨,梁锦辉,雷章华,陈永红,颜建业,宁锦燕.诱导联合同期调强放疗与单纯同期调强放疗在局部晚期鼻咽癌的对比研究[J].中国医学创新,2020,17 (04): 43-47.

[12]路潜,张彤,张力川,王玉洁,庄冰,金三丽,李红梅,龚丽青,王艳莉,方玉,肖绍文,郑宝敏,孙艳.头颈部恶性肿瘤患者放疗治疗期间骨骼肌量变化及其影响因素分析[J].中国护理管理,2020,20 (03): 338-343.

[13]Appendino P, Ferrera F D, Nassisi D, et al. Are intraoral customized stents still necessary in the era of Highly Conformal Radiotherapy for Head & Neck cancer? Case series and literature review[J]. Reports of Practical Oncology and Radiotherapy, 2019, 24 (5): 491-498.

[14]张利博,宁彤彤,张辉.罗伊适应护理理念对恶性淋巴瘤放疗患者焦虑情绪和生活质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28 (03): 366-368.

[15]贺婷婷,贝宴屏.规范化癌痛护理联合舒缓护理对恶性肿瘤患者放疗期间癌痛控制及生命质量的临床观察[J].中国现代医生,2022,60 (02): 181-184.

[16]吕玉洁,江岱琪,李红丽,韦宇,黎容清.预见性护理联合加减养阴生津茶在头颈部肿瘤合并放射性口干症患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28 (01): 66-68.

[17]刘立柱,李超艺,林诗炜,曲野.小鼠10%皮肤软组织缺损创伤后应激障碍抑郁样行为模型的构建及其发生机制探讨[J].中国美容医学,2022,31 (05): 98-102.

[18]庞志明,邹颖珊.头颈部肿瘤患者放疗期间营养状态调查及其与放射性咽炎、疼痛的相关性分析[J].黑龙江医学,2022,46 (10): 1222-1225.

[19]岳岚,许妍,李珍,杨长永,古钰君,王梦,李蕾蕾.肿瘤患者医用粘胶相关性皮肤损伤风险评估量表的编制及信效度检验[J].中华护理杂志,2022,57 (08): 964-970.

[20]李彩秀,程秀丽,程玲,张婷.压力性损伤风险评估指导的分级干预联合早期营养干预对肺癌放疗患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28 (05): 117-119.

[21]赵晓维,王霞,王欣然.集束化护理措施预防肿瘤患者中心静脉通路装置相关皮肤损伤的效果分析[J].中华现代护理杂志,2021,27 (32): 4369-4374.

床旁超声在急诊危重症患者中的应用和护理研究进展

姜冬梅

烟台市烟台山医院 山东烟台 264000

摘要: 超声有着较强的穿透力以及良好的方向性,是一种机械振动波,广泛的应用在无损检测方面。随着临床医学学科快速的发展,在临床中超声因便捷,可视床旁,监测功能与兼顾评价等快速的被医师掌握,特别是在急诊危重症患者中,床旁超声的准确,视速以及快速等性能,对护理质量以及诊疗的效率能够很大程度的进行提升。

关键词: 重症监护室; 急诊; 危重症患者; 床旁超声; 肺部超声; 儿科; 护理

医院急诊科这个部门是非常重要的,主要是对急危重症患者进行抢救,来就诊的患者很多都是需要快速的对病情进行评估以及处理,抢救生命最重要的一项操作就是要短时间内对气道进行评估,并建立呼吸通路^[1]。随着可视化技术的发展,在气道中逐渐开始应用床旁超声。在急诊科影像学检查这种评估方法是不可缺少的,对病情能够直接的进行评估以及干预。在急诊科中 CT 与 X 线检查较为常用,但两者都有放射性,所以不能反复频繁的使用^[2]。CT 作为检查金标准,不能进行床边检查,在转运患者中较为费时,对转运人员也有要求,因此在转运危重患者时需医护人员一起^[3]。必须要采取无创伤,准确,快速,能反复进行,简捷的真打盹方式才能对患者进行及时的诊治。有相关的研究表明^[4],在临床中床旁超声应用较为广泛,而且效果比较理想。重症床旁即时超声和传统超声是由区别的,主要在监测危重,紧急患者生命体征中较为适用,可以对患者的预判过程以及诊疗评估进行缩短。文章就来对急诊危重症患者应用床旁超声以及护理研究进行综述。

1 在心肺复苏,急诊院前,院内气管插管中应用床旁超声

临床中对心搏骤停诊断的金标准就是超声。在心肺复苏中,对心搏骤停的类型能够通过重症超声进行判断,失却假性无脉电活动,对心搏停止以及心室颤动进行却分,并根据原因来鉴别,这样能够采取相应的措施进行抢救^[5]。在气管插管利用床旁超声进行评估,成功率能够达到百分之七十五。有学者^[6]根据床旁超声来对脾脏,肝脏以及膈肌功能移动度进行监测,以此来预测拔管。对膈肌功能通过肺部超声进行监测,能够及早的发现异常情况。在脑卒中,鉴别呼吸困难病因,伤员检伤分类,腹部创伤中应用超声有着广阔的前景,如何进行实施以及发展还需进行探究^[7]。

2 重症监护室和床旁超声

超声技术在重症监护室不但能够对早期神经系统疾病及时的发现并诊断,还有着可重复使用,快速,无创以及床旁的优势,也能够对患者的血容量进行检测。医护人员对患者的中心经脉,心率以及血压通过常规监测来对血容量进行判断不可靠,患者的血脑钠肽结果以及活性药使用量不稳定,对判断复苏液体量会造成误导,这时对床旁超声进行应用是非常有必要的^[8]。床旁超声为临床工作带来很大的便捷,能够对患者的液体超负荷进行有效避免。颅脑外伤引起的应激性心力衰竭需要对患者的输液进行控制,另外还要对脑部的灌注进行保证,而血管活性药对脑部灌注进行维持是一个表象,对心室射血分数以及心室壁运动情况只有超声才能看见,以此来对液体管理进行准确的反映^[9]。有学者^[10]对急性呼吸窘迫合并脓毒性休克患者采取 B 超对下腔静脉塌陷指数进行计算,以此来对全身驯化血容量进行评估,对肺水肿程度通过小叶间隔线 B 线梳理进行评估。

在重症监护室采取床旁超声来对患者的容量反应性进行评估,有学者发现^[11],超声医师的测量结果以及操作时间和重症监护室医师没有差异,由此说明对于重症监护室患者医师能够独立的采取床旁超声进行诊断。在重症监护室应用方面,对休克原因可以通过床旁超声进行判断,指导深静脉血栓筛查,中心经脉穿刺以及液体复苏,对脱机困难或氧合改善不明显的改善,可对腹部有没有并发症进行明确。

3 床旁肺部超声的应用

对急性呼吸衰竭采取床旁超声进行诊断,能够对患者的初诊时间,确诊时间,正确治疗时间进行有效地缩短。对急性呼吸衰竭病因如肺不张,急性肺水肿等敏感性,特异性以及准确性都高达百分之九十以上。有学者^[12]对气胸患者采取床旁肺部超声进行快速诊断,提出肺部超声与胸部 CT 这两者结果具有一致性,但肺部超声对操作者有着比较强的依赖性,需进行规范培训。学者对心脏护手早期肺不张以及肺实变采取床旁超声进行诊断,阳性患者检出率相比于胸部 CT 要少百分之四,这两种诊断方法的一致率为百分之九十六,由此说明,在肺不张以及肺实变中可采取床旁超声进行筛查^[13]。在重症脑卒中神经源性肺水肿中采取床旁超声进行筛查,其特异度为百分之八十,敏感度为百分之百,符合率为百分之八十三。在急性呼吸窘迫综合征患者血管外肺水指数中,采取肺部超声进行判断,其特异度以及敏感度都比较高。床旁重症超声肺部 B 线和降钙素原,液体管理因素,哮喘,心功能,慢性阻塞性肺疾病以及肺挫伤相关。有相关的报道显示^[14],在重症监护室重症患者合并胸部损伤中应用床旁超声进行诊断,和临床确诊结果的符合率分别为,创伤性膈疝百分之五十的符合率,心包积液百分之百,胸腔积液为百分之九十四,肺挫伤为百分之八十二,气胸为百分之八十五,误诊率为百分之八点七,漏诊率为百分之十一.六。

4 腹部脏器损伤应用床旁超声诊断

有学者对腹部实质性外伤中应用 B 超进行检查,认为对外伤的位置,损伤程度以及出血量能够通过 B 超详细的显示出来,其有着无创,快速,简便,安全以及较高的诊断符合率等优点,有着较高的应用价值。在对脏器破裂进行诊断时,以手术结果作为金标准,床旁超声达到了百分之七十七的符合率,阴性预测值为百分之九十一,阳性预测值为百分之百,灵敏度为百分之九十三,特异度为百分之百,床旁超声结果和 CT 结果没有差异。有相关学者认为^[15],急诊医生对腹部创伤患者采取超声技术进行诊断,能够达到百分之百的正确率,急诊外科医师初步诊断耗时为(4.43±2.21)分钟,超声科医师耗时为(15.43±4.32)分钟,由此说明在超声诊断时间上,急诊医师能够对检查时间进行缩短,更加有优势。采取 CT 检查胃穿孔疾病要比 B 超有优势,但肝脏疾病检查中,两种方法基本没差异,

由此说明,要根据患者的病情以及需求来选择合适的检查方式。

5 儿科中床旁超声的应用

有相关学者^[16]对早产儿脑损伤采取床旁超声进行诊断,颅脑异常检出率为百分之五十六,明显的要比CT以及MRI异常检出率要高。有报道指出^[17],对早产儿采取超声进行检查,其单纯脑室内出血和脑室膜下出血比较敏感,与MRI或CT相比,超声对硬膜下出血与蛛网膜下腔出血的敏感度比较低,与超声可以形成互补。有相关研究表明^[18],在儿童急性阑尾炎以及肠套叠中采取床旁超声的诊断符合率要比CT检查高。

6 护理中床旁超声的应用

护理方面,在置管以及动静脉穿刺中床旁超声能够发挥很大的作用。有学者^[19]应用床旁超声来对机械通气患者进行肠内营养指导,能够显著的缩短达标时间,提高前白蛋白水平,误吸发生率比较低,护理人员能够明显的缩短肠内营养调整的时间,对营养支持的效果有着显著的改善,这对于护理人员的工作负荷能够很大程度的进行减轻。在产科麻醉中产妇误吸胃内容物是非常严重的一种并发症,通过床旁超声能够让护理人员对产妇胃内容物进行预见性评估,从而能够降低并发症发生的几率。有相关的研究表明^[20],B超延迟超声检查的错误诊断率要比即刻超声检查的错误率高。通过培训之后,对重症超声基层医院也能掌握并在临床检查中进行应用,这对于临床快速筛查以及治疗是非常有利的。

7 总结与展望

相比于以往来讲,床旁超声拓宽了适用范围,对医护人员通过培训,能够对诊治过程进行快速评估,并且没有痛苦,体位变换少,患者有着较高的接受度。床旁超声有着可反复操作,快捷,经济以及准确的优势,在急诊重症监护室危重患者中非常适用。通过简单的培训,重症监护室以及急诊科等医护人员能够快速的对该技术进行掌握,随时能评估,诊断患者,以此来对危重症患者的诊疗过程进行有效地缩短,这对急诊过度拥挤的情况能够在一定程度上进行有效地缓解。超声设备因价格更加的实惠,性能更好,而且还有很好的便携性,这对普及该技术提供了很大的可能性,对以后患者病情日常评估中也会成为常用的一种手段。

参考文献:

- [1] Lesmana C R, Herjuningtyas C, Inggriani S, et al. Bedside Percutaneous Approach in a Critically Ill ICU Patient with Complex Pancreatobiliary Disorder Followed by Endoscopic Approach: Lessons Learnt from a Tertiary Referral Center[J]. Case Reports in Gastroenterology, 2021, 15 (1): 210-217.
- [2] Tarnowski M, Stein E, Marcadenti A, et al. Calf Circumference Is a Good Predictor of Longer Hospital Stay and Nutritional Risk in Emergency Patients: A Prospective Cohort Study[J]. Journal of the American College of Nutrition, 2020, 39 (7): 1-5.
- [3] Agarwal A, Barman B, Parihar A, et al. Impact of Bedside Combined Cardiopulmonary Ultrasound on Etiological Diagnosis and Treatment of Acute Respiratory Failure in Critically Ill Patients[J]. Indian Journal of Critical Care Medicine, 2020, 24 (11): 1062-1070.
- [4] Tuinman P R, Jonkman A H, Dres M, et al. Respiratory muscle

ultrasonography: methodology, basic and advanced principles and clinical applications in ICU and ED patients—a narrative review[J]. Intensive Care Medicine, 2020, 46 (4): 594-605.

[5] 王军娜,郭洁,马洁,赵文娟.床旁超声联合责任制分层护理小组模式在PICU患儿监护中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(23): 72-74.

[6] 刘盼,张铮铮,张羿,高恒妙,任宏,曲东,许巍,刘成军,缪红军,黄莉,杨子浩,张芙蓉,成怡冰,陆国平,陈伟明.儿童重症监护病房医护人员对长期机械通气认知及管理现状的多中心调查[J].中国小儿急救医学,2022,29(05): 347-352.

[7] 侯晓红,刘伟明,段飞,徐静,黄瑞,王玉萍.改良床旁肺部超声评估方案在重症肺炎机械通气患者胸部物理治疗中的应用[J].中国实用护理杂志,2020(02): 146-147-148-149.

[8] 冀秀洁. ICU 优质护理干预措施在行床旁血液滤过急性重症胰腺炎(SAP)患者中的应用价值[J]. 中国保健营养, 2020, 030 (002): 226.

[9] 张照堂,马进萍,尚霞丽.现状-背景-评估-建议沟通模式在呼吸重症监护室护理人员床旁交接班中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(11): 169-171.

[10] 石健龙,吕博文,陈华达,刘华耀,廖仍照,关永健.急诊床旁超声在急性呼吸困难快速鉴别诊断中的应用价值研究[J].中国医学创新,2022,19(03): 158-162.

[11] 刘月,郭丽苹,杨爽,赵之,林雅杰.床旁肺超声实时动态评估危重症患者肺炎病情严重程度的应用价值[J].临床急诊杂志,2022,23(02): 87-90.

[12] 曾萍,苏真娇,刘春燕,等.护理质量指标规范化监测管理在急危重症患者护理中的应用实践[J].实用临床护理学电子杂志,2020(32): 1.

[13] 崔水峰,陶冬艳,周璇,戚贵华,陈萍,戚蓉.多学科融合的综合实训在护理专业教学中的开发和应用——以急危重症护理学课程为例[J].高教学刊,2021,7(35): 51-54.

[14] 薛兰芳,张琰,梁海珍,韦红.基于中国专家共识急救路径在AIS患者院前急救护理中的应用及评价[J].华夏医学,2021,34(05): 150-154.

[15] 宋文静,王莹,窦琳.超声下膀胱容量评估在危重患者留置尿管早期拔管中的应用研究[J].中国实用护理杂志,2019(30): 2363-2367.

[16] 孙艺,夏如.SBAR沟通模式在提高心内科护士危重患者床边交接班完整率中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(39): 7+9.

[17] 荣燕,翟飞飞,陈安琪,等.标准化沟通模式应用于急诊病区护理床边交接班中的意义分析[J].家庭保健,2018,000(020): 164.

[18] 夏群丽,徐莎.目标策略的针对性护理干预在肾衰竭合并心力衰竭患者床旁血液滤过机辅助治疗中的应用[J].医疗装备,2019,32(21): 196-198.

[19] 胡梅芳,张晓红.集束化护理干预在预防ICU床旁连续性肾脏替代治疗非计划性下机中的应用效果研究[J].泰州职业技术学院学报,2019,19(05): 63-65+70.

[20] 许业钦,李娟华,李淑懿,钟思霞.任务驱动教学模式在急危重症护理实验教学中的应用分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(87): 148+157.

氯吡格雷联合阿司匹林用于急性进展性脑梗死的疗效分析

杜皆新 刘岩 刘惠

山东省章丘区人民医院 山东济南 250200

摘要：目的：剖析氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性进展性脑梗死的医学效果。方法：选择 2020 年 1 月—2022 年 1 月我院接诊的 86 例急性进展性脑梗死病人，运用随机数字表法分成联合治疗组与传统治疗组，各 43 例。2 组病人住院后均进行传统治疗，传统常规组在基础治疗上给予氯吡格雷治疗，联合治疗组在常规组基础上再加阿司匹林开展治疗。比照 2 组病人治疗效果、血液黏度、美国国立卫生研究院脑卒中评定量表（NIHSS）得分、纤维蛋白原、生活质量得分及副作用产生状况。结果：联合治疗组临床医学总效率为 95.3%，显著高过传统常规组的 69.8%，差别具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。联合治疗组血液黏度、NIHSS 得分、纤维蛋白原各自为（ 10.26 ± 1.33 ）分、（ 1.54 ± 0.11 ） $\text{mPa}\cdot\text{s}$ 、（ 0.03 ± 0.01 ） g/L ，均显著好于传统常规组，差别均具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。联合治疗组病人心理状态、社会发展、身体、物质各类生活质量得分均高过传统常规组差别均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。2 组副作用发病率对比差别无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：在急性进展性脑梗死的诊治中选用氯吡格雷配合阿司匹林开展治疗，实际效果准确且服药安全系数较高，可积极的推广应用。

关键词：氯吡格雷；阿司匹林；急性进展性脑梗死

[Abstract]Objective: To analyze the medical effect of clopidogrel and aspirin in the treatment of acute marigold cerebral infarction.Methods: Select 86 patients with acute progressive cerebral infarction in our hospital from January 2020 to January 2022, respectively, and divided into combined treatment group and traditional treatment group with 43 cases respectively.Group 2 patients received traditional treatment. the traditional conventional group received clopidogrel on the basic treatment, and the combined treatment group added aspirin to the conventional group.The treatment effect, blood viscosity, National Institutes of Health Stroke Assessment Scale (NIHSS) score, fibrinogen, quality of life score and side effects were compared.Results: The total clinical medicine efficiency of the combined treatment group was 95.3%, significantly higher than 69.8% of the conventional group, and significant ($P<0.05$).The blood viscosity, NIHSS score and fibrinogen were (10.26 ± 1.33) and (1.54 ± 0.11) $\text{mPa}\cdot\text{s}$. (0.03 ± 0.01) g/L , which were significantly better than the conventional group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$).In the combined treatment group, the scores of psychological status, social development, physical and material quality of life were higher than those of the traditional conventional group ($P<0.05$).There was no significant difference in the incidence of side effects in the 2 groups ($P>0.05$).Conclusion: Clopidogrel and aspirin are used in the diagnosis and treatment of acute progressive cerebral infarction, with accurate actual effect and high safety factor, which can be actively applied.

[Key words]clopidogrel; aspirin; acute progressive cerebral infarction

脑梗死属于一种脑血管病，当人体脂类累积于血管内，造成血管粥样硬化就可以形成脑梗死，该病作为临床医学危重症病症，产生后若梗塞血管坐落于颈部血管、脑主动脉则可导致大面积脑梗死，不良影响大。

急性进展性脑梗死则指病人于病发后脑组织神经损伤在 6h~7d 内呈阶梯性进度的脑中风过程，其病况进度具备可逆性，临床医学死亡率及病发率较高。临床流行病学分析强调，脑梗死的产生与年龄成正比，年龄增高为该病发病率升高的风险因素之一。

近些年在我国老年人群占比率升高，脑梗死患病率随着升高，急性进展性脑梗死病人的治疗中，怎样改进病人自主神经、提升病人生活质量是治疗此病的关键。临床医学常见药品中，阿司匹林及氯吡格雷均为常见药品，此两种药品在心血管疾病的治疗中效果明显，经多年推广受普遍认可，

但是在急性进展性脑梗死病人的诊治中单一服药功效仍然存在一定局限，为观察氯吡格雷联合阿司匹林治疗该病的医学功效及服药安全系数，文中入选我院 86 例病人当作研究对象，比照观察单一服药及相互用药的治疗效果，详细信息汇报如下所示。

1 材料与方式

1.1 一般材料

患者均来自 2020 年 1 月~2021 年 1 月 1 日我院接诊的急性进展性脑梗死病人中选取 86 例，全部病人合乎《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》有关诊断标准，列入规范：① 经 CT 确诊、磁共振确诊诊断病人为急性进展性脑梗死；② 经肝、肾、肺等功能检查未发现比较严重内脏器官作用不全；③ 无药品治疗禁忌；④ 观念清晰，思维、能力正常；⑤ 知情我院研究方

向、服药计划方案，签署知情同意书。排除规范：① 比较严重收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ ($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$)；② 凝血功能障碍或脑血管意外；③ 住院治疗前 3 个月内增加行抗凝剂或溶栓治疗；④ 未与我院签订协议且临床医学数据资料不健全；⑤ 半途撤出科学研究或转诊者；⑥ 未达到以上纳入规范者。

运用随机数字表法分成联合治疗组与传统常规组，各 43 例。传统组病人中脑梗死患者 15 例，颞、额等皮层梗死 13 例，基底节区梗死 10 例，丘脑梗死 5 例；男 27 例，女 16 例；平均年龄为 (63.64 ± 4.32) 岁。

联合治疗组病人中脑梗死 18 例，颞、额等表皮层梗死 6 例，基底节区梗死 10 例，丘脑梗死 9 例；男 26 例，女 17 例；平均年龄为 (63.65 ± 4.33) 岁。2 组病人的一般资料对比，差别无统计学意义 ($P>0.05$)，具备对比性。

1.2 一般方式

2 组病人住院后均进行吸氧治疗、降血压、脑保护、预防感染等基本治疗。

传统常规组在这一基础上给予氯吡格雷治疗，硫酸氢氯吡格雷（深圳信立泰药业股份有限公司，国药准字 H20000542）75mg/次，内服，1 次/d，不间断治疗 14d。

联合治疗组在常规组基础上再加阿司匹林开展治疗，阿司匹林肠溶片（拜耳医药保健有限公司，国药准字 H23023515），100mg/次，1 次/d，不间断治疗 14d。

1.3 观察标准及判断规范

1.3.1 血液粘度、纤维蛋白原及 NIHSS 得分

记录 2 组病人治疗 14d 后血液粘度、纤维蛋白原及 NIHSS 得分。评定治疗 14d 后病人中枢神经情况，运用 NIHSS 评定，分数为 42 分，总成绩越高而病人中枢神经损伤越严重。

1.3.2 效果判断分析

临床医学效果区划为效果：显著、一般、无效，等级分类规范：效果显著：治疗后临床表现合理改进，呼吸、心率等保持稳定，中枢神经损伤状况显著改进；一般：治疗后临床表现合理改进，呼吸、心率等保持稳定，中枢神经损伤状况有一定程度改进；无效：治疗后病人临床症状、临床表现均无改进，自主神经无 9 好转。临床医学总效率=（显著+一般）/总数 $\times 100\%$ 。

1.3.3 副作用

对比 2 组病人副作用发生情况，副作用包含恶心、呕吐、头痛、过敏等。

1.3.4 生活质量

评定病人治疗后的生活质量，运用生活质量综合鉴定问卷调查

（GQOLI-74）进行评定，该问卷调查进行 4 个层面的评定，心理状态、身体、物质、社会每 1 层面的总分成 100 分，分数越高而病人生活质量越高。

1.4 统计学方法

选用 SPSS23.0 统计学软件对数据资料进行处理。计数资料以均数 $\pm$ 标准偏差 ($\bar{x}\pm s$) 表明，选用 t 检验；计量资料以率 (%) 表明，选用 χ^2 检测。 $P<0.05$ 表明差别有统计学意义。

2. 结果

2.1 2 组病人临床医学效果对比

联合治疗组临床治疗总效率显著高过传统常规组，差别具备统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1：2 组病人临床医学效果对比 (N, %)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
联合治疗组	43	30	11	2	95.30
传统常规组	43	18	12	13	69.80
χ^2					9.772
P 值					0.002

2.1.2 组血液黏度、NIHSS 得分、纤维蛋白原水平对比

联合治疗组血液黏度、NIHSS 得分、纤维蛋白原各自为 (10.26 ± 1.33) 分、 (1.54 ± 0.11) mPa·s、 (0.03 ± 0.01) g/L，传统常规组血液黏度、NIHSS 得分、纤维蛋白原各自为 (16.59 ± 4.39) 分、 (1.75 ± 0.21) mPa·s、 (0.12 ± 0.02) g/L；联合治疗组病人血液黏度、NIHSS 得分、纤维蛋白原水准均显著小于传统常规组，差别均具备统计学意义 ($t=9.049$ 、 5.809 、 26.393 , $P=0.000$ 、 0.000 、 $0.000<0.05$)。

表 2：血液黏度、NIHSS 得分、纤维蛋白原水平对比

组别	例数	血液黏度	NIHSS 得分	纤维蛋白原
联合治疗组	43	1.54 ± 0.11	10.26 ± 1.33	0.03 ± 0.01
传统常规组	43	1.75 ± 0.21	16.59 ± 4.39	0.12 ± 0.02
χ^2		9.049	5.809	26.393
P 值		0.001	0.005	0.001

2.3 2 组生活质量得分对比

联合治疗组病人心理、社会、身体、物质各类生活质量得分各自为 (85.69 ± 4.22) 、 (84.36 ± 4.65) 、 (85.69 ± 4.22) 、 (84.31 ± 4.26) 分，传统常规组病人心理状态、社会发展、身体、物质各类生活质量得分各自为 (75.29 ± 5.16) 、 (75.21 ± 5.63) 、 (72.69 ± 5.97) 、 (73.39 ± 5.64) 分；联合治疗

组病人心理状态、社会发展、身体、物质各类生活质量得分均高过传统常规组，差别均有统计学意义（ $t=10.231、8.217、8.838、10.131,P=0.000、0.000、0.000、0.000<0.05$ ）。

表 3：生活质量得分对比（ $\bar{X}\pm S$ ）

组别	例数	心理	社会	身体	物质
联合治疗组	43	85.69±4.22	85.69±4.22	85.69±4.22	84.31±4.26
传统常规组	43	75.29±5.16	75.21±5.63	72.69±5.97	73.39±5.64
χ^2		10.231	8.217	8.838	10.131
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 2 组副作用产生状况对比

联合治疗组产生过敏 1 例、恶心、呕吐 2 例、头痛 2 例，副作用发病率为 11.6%；传统常规组产生过敏 1 例、恶心、呕吐 1 例、头痛 2 例，副作用发病率为 9.3%；2 组副作用发病率比照差别无统计学意义（ $\chi^2=0.124,P=0.725>0.05$ ）。

表 4：副作用产生状况对比（N，%）

组别	例数	过敏	恶心、呕吐	头痛	副作用
联合治疗组	43	1	2	2	11.6
传统常规组	43	1	1	2	9.3
χ^2					0.124
P 值					0.725

3. 讨论

急性脑梗死又称为急性缺血性脑卒中，该病为多种因素导致脑血管病变，脑部血液供应障碍，局部脑组织缺血、缺氧性坏死，进而出现相应神经功能缺损的一类临床综合征。该病发病机制较多，其中脑血栓形成占脑梗死比例的 60%。脑血栓形成主要病因由于局部血管粥样硬化继发血栓形成，当存在糖尿病、高血压、高血脂等疾患时，即血管粥样硬化风险更高，动脉粥样硬化血管内皮损伤及血小板激活并在受损的内皮上黏附和聚集，血流缓慢和血液凝固性增高，血管内集聚、堆积，进而产生动脉血栓，形成血栓后堵塞远侧动脉，进一步造成脑梗死。近些年在我国城市居民生活水平不断提升，住户膳食结构产生变化，且老龄化人口数量持续增长，造成将脑梗死患病率逐渐升高。急性进展性脑梗死为脑梗死中常见种类，该病出现后，病人脑组织发生一系列“瀑布式”缺血级联反应，造成脑组织神

经细胞损伤，若未及时介入治疗有较高致死、伤残风险性^[1]。

现阶段在急性进展性脑梗死的诊治中采用溶栓治疗较多，该病的病理学研究中明确提出，急性进展性脑梗死发生与脑损伤相关、血栓多变、再灌注损伤等，因此通过溶栓治疗可促进病人血管再通，挽救缺血半暗带，恢复缺血脑组织的血供，加强对缺血脑组织保护，但是常规溶栓治疗对时间及适用范围规定较高，很多病人错过合适治疗机会后难以获得明显提高，因而需探寻一种更好的治疗方法。

氯吡格雷作为一种二磷酸腺苷阻断剂，能抑制血细胞蛋白激酶与二磷酸腺苷紧密结合，阻碍由二磷酸腺苷受体的糖蛋白（GP）IIb 及 GPIIb/IIIa 一氧化氮合酶活性，进而达到抑制血小板聚集的效果，除此之外，本药可阻滞二磷酸腺苷造成的血细胞失活，抑制部分阻滞剂造成的血小板聚集，且对血细胞的释放也有一定抑制效果^[2]。

现阶段在心脑血管病疾病的治疗中氯吡格雷效果好，受临床医师一致认同。阿司匹林是医学史上三大经典药品之一，此药在医学运用比较普遍，在祛毒止痛、消肿抗风湿等治疗中都表现出显著成绩，而在心血管疾病的治疗中，阿司匹林不可逆抑制环氧合酶的合成，抑制血小板血栓素 A₂ 的生成从而抑制血小板聚集，对诱发的血小板聚集造成抑制效果，充分运用溶血栓、抗凝作用。

将阿司匹林与氯吡格雷联合用于急性进展性脑梗死病人的治疗中，通过两种药品联合抗血小板凝集做到溶血栓目地，在邓润杰等^[3]的探讨中，将用药计划方案与单一服药开展对比发现，用药计划方案治疗效果显著高过单一服药方案，联合用药的病人神经系统损伤改进状况好于单一服药，而小组之间副作用观察中，联合用药未增加不良反应，其科学研究结果与此次探究结果基本一致。但是，本次科学研究总样本数较少，数据信息结果存机性强，需从接下来分析中进一步补充样本，以确保研究精确性。

总的来说，在急性进展性脑梗死病人治疗中，氯吡格雷配合阿司匹林治疗可提升临床治疗效果，改进病人生活质量，且无显著增毒作用，能为该类患者提供优质的治疗方案。

参考文献：

[1]赵妍,郑丽,刘德平.替格瑞洛联合阿司匹林用于治疗中国急性冠脉综合征患者有效性及安全性的 Meta 分析[J].临床药物治疗杂志.2019,17（6）.25-31.

[2]王志国.阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性缺血性脑卒中的效果[J].河南医学研究.2019,28（13）.2383-2384.

[3]邓润杰,丘锦龙.大剂量阿司匹林联合依达拉奉治疗急性脑梗死的疗效观察[J].使用中西医结合临床.2019,19（5）.73-74.