

个体化低蛋白饮食干预对慢性肾脏病患者生活质量的改善评价

陈彦瑾

杭州市第三人民医院 营养科 浙江杭州 310009

摘要：目的：分析个体化低蛋白饮食干预对改善慢性肾脏病患者生活质量的效果。方法：抽取本院慢性肾脏病患者98例为此次试验研究对象，病患抽取时间自2020年3月~2022年3月。按饮食干预方式作分组处理，对照组（n=49）作常规饮食干预，试验组（n=49）行个体化低蛋白饮食干预。组间对比其慢性肾脏病患者的肾功能、生活质量、营养状况变化。结果：干预后，试验组各肾功能项目指标值低于对照组，生活质量、营养状况项目指标值高于对照组， $P<0.05$ 。结论：个体化低蛋白饮食干预应用于慢性肾脏病患者中，可提升其生活质量、营养状况，并改善其肾功能，效果显著。

关键词：个体化低蛋白饮食；慢性肾脏病；生活质量；肾功能；营养

低蛋白饮食为慢性肾脏病的主要干预措施，通过控制蛋白摄入量，以降低机体尿蛋白、保护患者肾功能的目地，而在个体差异影响下，饮食干预效果存在一定的差异性^[1-2]。为进一步提升饮食干预效果，此次试验分析个体化低蛋白饮食干预用于慢性肾脏病患者中的效果。

1. 基线资料和方法

1.1 基线资料

抽取本院慢性肾脏病患者98例为此次试验研究对象，病患抽取时间自2020年3月~2022年3月。按饮食干预方式作分组处理，对照组（n=49）中，男性、女性患者例数之比为27:22，年龄区间为35岁~77岁，年龄均值为（48.69±3.12）岁，病程区间为2年~7年，病程均值为（4.87±1.32）年，原发性疾病为糖尿病肾病、肾小球肾炎、高血压肾病、红斑狼疮肾炎、隐匿性肾炎患者例数分别为13例、11例、7例、8例、10例；试验组（n=49）中，男性、女性患者例数之比为29:20，年龄区间为34岁~76岁，年龄均值为（48.23±3.11）岁，病程区间为2年~8年，病程均值为（4.75±1.31）年，原发性疾病为糖尿病肾病、肾小球肾炎、高血压肾病、红斑狼疮肾炎、隐匿性肾炎患者例数分别为14例、10例、8例、8例、9例。于各基线项目方面，组间比较可知，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）经临床诊断确诊为慢性肾脏病；（2）患者肾小球滤过率下降，且处于稳定期；（3）认知清晰，可良好沟通；（4）关于此次试验内容，患者知悉，并签署知情同意书。

排除标准：（1）于心、脑、肝、肺等其他脏器方面，存在明显功能异常；（2）存在中重度营养不良情况；（3）合并有严重影响机体营养代谢的疾病，如甲亢；（4）存在泌尿系感染性病变。

1.2 方法

对照组：常规饮食干预，在对患者饮食习惯、饮食结构进行调查后，指导患者作饮食调整，控制每日膳食蛋白控制在0.4g/kg/d，优质蛋白需高于50%。

试验组：个体化低蛋白饮食干预，由临床营养师对患者的肾功能、生化检查结果进行评估，根据评估结果拟定个体化低蛋白饮食计划。告知患者个体化低蛋白饮食计划的内容、必要性、注意事项，同时知道患者了解日常常见食物的蛋白质含量，引导患者养成记录饮食、膳食结构的习惯，以便于及时调整日常饮食。控制患者每日摄入蛋白质量在0.8g/kg/d内，适当提高患者每日优质蛋白质摄入量，优质蛋白由牛奶、肉、蛋混合论证，同时，需控制植物蛋白摄入量，如豆类、谷薯类，控制优质蛋白质、植物蛋白质供给比例为2:1。控制每日碳水化合物供能占比区间为55%~60%，以高热量、低蛋白食物种类为主，如粉丝、粉条、藕粉、麦淀粉。控制每日脂肪供能区间在25%~30%间，因慢性肾脏疾病患者易出现脂类代谢异常，需控制脂肪供能占比在30%内。另一方面，于日常饮食解雇中，需增

加水果、蔬菜的摄入，以确保矿物质、膳食纤维、维生素的摄入充足，其中水果量不低于200g/d，蔬菜以含糖量高、植物蛋白质含量低的种类为主。

1.3 评价指标

组间比较两组患者干预前、后肾功能项目水平变化，即血肌酐（SCr）、胱抑素C（CysC）、血尿素氮（BUN）。

组间比较两组患者干预前、后生活质量变化，以生活质量评估表作评估，评估项目包括心理功能、躯体功能、社会功能、环境，各项目分值越高，则表明生活质量越佳。

组间比较两组患者干预前、后营养状况变化，即血浆前白蛋白（PA）、血红蛋白（Hb）、血浆白蛋白（ALB）、血清总蛋白（TP）。

1.4 数据处理

项目数据以SPSS20.0分析，计数、计量项目值以 $n(\%)$ 、 $(\bar{x}\pm s)$ 表述，以 χ^2 检验、t检验作比较。 $p<0.05$ 即差异显著，有统计学意义。

2. 结果

2.1 组间比较两组患者干预前、后肾功能项目水平变化

干预后，试验组各肾功能项目指标值低于对照组， $P<0.05$ 。具体见下表。

表1.组间比较两组患者干预前、后肾功能项目水平变化（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	时间	SCr (umol/L)	CysC (mg/L)	BUN (mol/L)
对照组 (n=49)	干预前	188.42±30.13	1.81±0.22	26.36±3.57
	干预后	172.32±20.11	1.66±0.33	22.12±3.01
试验组 (n=49)	干预前	187.44±29.91	1.82±0.27	26.23±3.43
	干预后	145.31±25.15	0.89±0.19	15.27±3.15
T 干预后		5.8715	14.1548	11.0055
P 干预后		0.0001	0.0001	0.0001

2.2 组间比较两组患者干预前、后生活质量变化

干预后，试验组各生活质量项目指标值高于对照组， $P<0.05$ 。具体见下表。

表2.组间比较两组患者干预前、后生活质量变化（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	时间	心理功能	躯体功能	社会功能	环境
对照组 (n=49)	干预前	17.46±1.35	17.23±1.05	17.35±1.15	18.91±1.11
	干预后	20.01±1.27	19.74±1.12	19.53±1.21	20.05±1.03
试验组 (n=49)	干预前	17.12±1.41	16.45±1.36	17.12±1.17	18.54±1.27
	干预	23.02±1.06	23.12±1.03	23.21±1.35	23.11±1.17

后				
T 干预后	12.7369	15.5493	14.2093	13.7415
P 干预后	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

2.3 组间比较两组患者干预前、后营养状况变化

干预后，试验组各营养状况项目指标值高于对照组， $P<0.05$ 。具体见下表。

表 3.组间比较两组患者干预前、后营养状况变化（ $\bar{x}\pm S$ ）

组别	时间	Hb (mg/L)	ALB (g/L)	PA (g/L)	TP (g/L)
对照组 (n=49)	干				
	预	97.45±5.21	31.23±2.54	115.23±6.12	53.12±3.12
	前				
	干	110.23±5.57	35.12±3.08	133.45±7.36	60.11±3.15
试验组 (n=49)	后				
	干	97.47±6.12	31.31±2.25	115.21±5.96	53.12±3.45
	前				
	干	120.33±7.12	43.54±3.41	145.23±8.23	68.45±3.21
后					
T 干预后		7.8209	12.8268	7.4686	12.9808
P 干预后		0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

3. 讨论

慢性肾脏病，为全球化公共健康问题之一，人们随着年龄增长，出现慢性肾脏病的危险性升高，加之人口老龄化问题突出，该疾病的临床发病率近年呈上升趋势^[3-4]。而蛋白尿为慢性肾脏病主要临床表现，蛋白质随尿排出，机体肾小球损伤加重，促使肾小球滤过率下降，严重者发展为终末期肾病，需展开血液透析救治^[5]。

低蛋白饮食为慢性肾脏病的主要饮食干预措施，为延缓该疾病进展的基础措施。常规低蛋白饮食干预即控制蛋白质摄入量在 0.4g/kg/d-0.6g/kg/d，一定程度可降低机体尿蛋白，保护患者残肾功能，达到预防尿毒症的目的^[6-7]。但因个体差异等因素影响，低蛋白饮食干预于干预效果上有一定的偏差，为进一步提升低蛋白饮食干预的效果，此次试验开展个体化低蛋白饮食干预。此次试验结果显示，干预后，试验组各肾功能项目指标值低于对照组，生活质量、营养状况项目指标值高于对照组， $P<0.05$ 。即表明个性化低蛋白饮食干预可进一步提升患者生活质量，改善患者肾功能、营养状况。分析原因，由临床营养师结合患者肾功能、生化检查结果对患者机体状况作评估，根据评估结果以确定符合患者个体化的低蛋白饮食计划，同时为患者介绍具体计划以提升患者的依从性^[8-10]。于饮食结构方面，控制好每日蛋白质、脂肪、碳水摄入比例，并对各项内容作进一步优化。于蛋白质方面，要求质蛋白质、植物蛋白质供给比例为 2:1，每日蛋白质质量摄入需低于 0.8g/kg/d，选用优质蛋白食物。于碳水化合物方面，要求以高热量、低蛋白食物种类为主^[11-12]。于脂肪方面，需严格控制脂肪供能占比低于 30%。同时，增加果蔬摄入，确保患者摄入充足矿物质、膳食纤维、维生素。在保障患者营养摄入均衡、充足、优质的基础上，尽可能保护患者的肾功能，进一步提升患者生活质量^[13-14]。

综上，个体化低蛋白饮食干预对改善慢性肾脏病患者生活质量、营养

状况、肾功能，均有显著效果。

参考文献：

[1]覃金芳. 低蛋白饮食干预个性化细节荷载法在慢性肾功能不全高磷血症者中的应用[J]. 国际护理学杂志,2021,40 (3): 518-520.

[2]熊海霞,李慧群,曾岱霞. 微信平台-专科护理门诊模式提高慢性肾脏病 3-5 期患者低蛋白饮食依从性的护理体会[J]. 岭南急诊医学杂志,2020,25 (2): 201-202.

[3]NAKAO TOSHIYUKI, KANAZAWA YOSHIE, TAKAHASHI TOSHIMASA. Once-weekly hemodialysis combined with low-protein and low-salt dietary treatment as a favorable therapeutic modality for selected patients with end-stage renal failure: a prospective observational study in Japanese patients[J]. BMC Nephrology,2018,19 (1) . 69-79.

[4]刘少琴,陈秋兰,叶彩珍,等. 个体化低蛋白饮食干预对慢性肾功能不全高磷血症患者营养状况的影响[J]. 中外医学研究,2020,18 (32): 172-174.

[5]李党香,刘蓉,金晓,等. 体验式饮食教育对慢性肾脏病患者低蛋白饮食依从性的影响[J]. 中国实用护理杂志,2021,37 (31): 2414-2419.

[6]阮明磊. 低蛋白饮食联合复方 α -酮酸片治疗慢性肾功能衰竭的效果[J]. 临床医学研究与实践,2019,4 (25): 33-35.

[7]DAVID UNWIN, JEN UNWIN, DOMINIC CROCOMBE, et al. Renal function in patients following a low carbohydrate diet for type 2 diabetes: a review of the literature and analysis of routine clinical data from a primary care service over 7 years[J]. Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity,2021,28 (5): 469-479.

[8]卢凤萍,李转婕,陈丽连. 个体化低蛋白饮食干预对慢性肾功能不全高磷血症患者肾功能的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2018,24 (17): 75-78.

[9]廖安全,黄贵阳. 优质低蛋白饮食联合 α 酮酸、尿素清颗粒治疗慢性肾功能衰竭的疗效观察[J]. 临床医学工程,2018,25 (11): 1517-1518.

[10]李娟,周凡,吴丰学. 高纤低蛋白饮食联合骨化醇胶丸对老年慢性肾病患者 25-羟维生素 D、炎症因子及肾功能影响[J]. 临床军医杂志,2019,47 (9): 972-974.

[11]CHEWCHARAT, API, TAKKAVATAKARN, KULLAYA, WONGRATTANAGORN, SASITORN, et al. The Effects of Restricted Protein Diet Supplemented With Ketoanalogue on Renal Function, Blood Pressure, Nutritional Status, and Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder in Chronic Kidney Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. Journal of renal nutrition: the official journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation,2020,30 (3): 189-199.

[12]马丽,易娜. 低蛋白饮食在慢性肾脏病中的应用与面临的问题[J]. 中国实用内科杂志,2019,39 (12): 1095-1098.

[13]王丹,刘卓华,简金莲,等. 慢性肾脏病 1-5 期患者优质低蛋白饮食认知现状及影响因素分析[J]. 国际援助,2021 (32): 244-246.

[14]王彦,孙建琴. 低蛋白饮食在非透析慢性肾脏病中的应用研究[J]. 中国全科医学,2018,21 (33): 4144-4148.

作者简介：陈彦瑾；出生日期：1987 年 8 月 26 日；性别：女；民族：汉族；籍贯：绍兴诸暨；职称：营养技师；研究方向：营养；专业类别：医学营养；最高学历：大学本科。

改良的反向 Mason-Allen 缝合技术在关节镜下缝合冈上肌中小型撕裂的临床观察

倪云涛¹ 杨砥² 通讯作者 王力辉² 孙权² 陈顺玲²

1. 贵州中医药大学 贵州贵阳 550002; 2. 贵州中医药大学第一附属医院 贵州贵阳 550002

摘要: 目的: 观察改良的反向 Mason-Allen 技术应用在关节镜下缝合冈上肌中小型撕裂的临床效果。方法: 回顾并分析贵州中医药大学第一附属医院骨伤科在; 2020; 年; 3; 月至; 2021; 年; 3; 月期间采用关节镜下反向 Mason-Allen 技术修复肩袖撕裂 (冈上肌腱撕裂) 的 60 例患者; 其中; 男; 31; 例; 女; 29; 例; 年龄; 56-78 岁; 平均年龄 (67.23±10.61); 岁; 其中; 42; 例发生于右侧; 左侧; 18; 例。排除无法取得随访、依从性差的患者; 收集整理患者资料; 包括: 一般情况、术前肩关节功能评分、疼痛评分、肩袖撕裂类型、手术时间、术后并发症发生情况; 采用 Constant; 评分、美国加州大学肩关节评分 (UCLA)、美国肩与肘协会评分 (ASES) 对手术前、手术后半年肩关节功能进行临床评估; 本组所有患者均获 1 年的随访。结果: 60 例患者均顺利应用反向改良的 Mason-Allen 技术施行关节镜下肩袖修补术。围手术期未发生明显不良并发症; 肩袖愈合满意; 术后肩关节功能明显改善; 疼痛明显减轻。Constant; 评分从术前的 (60.02±11.17) 分增加至术后; 1; 年随访时的 (80.15±12.55) 分;; UCLA; 肩关节评分从术前的 (16.50±5.66) 分增加至末次随访时的 (34.13±2.20) 分; ASES; 评分从术前的 (53.25±16.95) 分增加至末次随访时的 (91.72±6.21) 分; 术前、术后比较差异均有统计学意义 (P; <0.01)。结论: 反向改良的 Mason-Allen 技术是一种新的肩袖缝合方式; 具有良好的生物力学特性; 通过该技术关节镜下修补冈上肌中小型撕裂可以取得满意的临床效果。

关键词: 肩袖损伤; 缝合技术; 关节镜

肩袖撕裂是导致肩部疼痛、无力伴关节活动受限的常见原因。根据撕裂的大小, DeOrio 和 Cofield^[1] 将肩袖撕裂分为 4 类: 小型撕裂 (<1 cm), 中型撕裂 (1~3 cm), 大型撕裂 (3~5 cm) 和巨大型撕裂 (>5 cm)。由于术后疼痛程度相对较轻、留院时间短、术后手术瘢痕小, 相对美观, 关节镜下肩袖修复术已成为治疗肩袖损伤最为常用的方法^[2]。目前, 肩袖缝合技术种类繁多, 如单排缝合、双排缝合和单排改良 Mason-Allen 缝合技术等^[3]。为寻找一种简单而又理想的缝合方法, 笔者结合单排改良 Mason-Allen 技术以及 SpeedFixTM 设计了一种新型的改良缝合技术。故本研究笔者采用回顾性病例研究分析 2020 年 3 月—2021 年 3 月在关节镜下使用 1 枚锚钉固定的方向 Mason-Allen 缝合技术治疗的 60 例冈上肌腱撕裂的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾并分析 2020 年 3 月—2021 年 3 月 60 例冈上肌肌腱退行性撕裂 (肩袖撕裂范围 0.7-1.5 cm, 全层撕裂), 并采用肩关节镜下反向 Mason-Allen 缝合技术治疗的肩袖撕裂患者。至少术后第 1、1.5、3、6 和 12 个月复查 1 次, 截至时间为术后第 12 个月。其中, 男 31 例, 女 29 例, 年龄 56-78 岁, 平均年龄 (67.23±10.61) 岁, 其中 42 例发生于右侧, 左侧 18 例。手术前平均肩关节症状持续 5~12 个月, 平均 8.5 个月。所有患者及家属均签署知情同意书, 本研究已通过我院伦理委员会审批。

1.2 手术方法

1.2.1 麻醉

采用气管插管全身麻醉联合臂丛神经阻滞麻醉, 常规收缩压控制在 <100 mm Hg。

1.2.2 体位与手术入路

患者选用沙滩椅体位, 手术入路方式为: 后外侧、前侧、外侧、前外侧入路

1.2.3 手术步骤

先于肩峰后角下方 1.5cm、偏内侧 1cm, 即“软点”处建立后侧入路作为常规观察入路, 行孟肱关节腔检查, 对伴发的病损 (孟唇损伤、肱二头

肌长头腱损伤等) 做对应处理。移动关节镜至肩峰下间隙镜下探查肩袖撕裂的位置及大小。在行肩峰成型、肩袖撕裂区域清创、新鲜化骨床后, 在肩袖裂口的足印区外缘中间置入 1 枚 4.5 mm 的带线锚钉 (复合可吸收骨锚钉, Arthrex 公司)。

1.2.4 反向改良 Mason-Allen 缝合技术的应用

置入双线的带线锚钉, 利用 Suture LassoTM 将其中一根缝线先在肩袖裂口内侧 (Cable 结构内侧) 的前方由上向下穿过肌腱。(之前的改良 Mason-Allen 缝合技术是将缝线从肩袖组织的关节侧向滑膜侧穿过, 这里需要反向的穿过。我们采用先由上向下穿过导线环, 再利用该环通过另一个由下向上的导线环, 最后通过该导线环将锚钉所带的缝线头由上向下穿过肩袖组织。) 然后在肩袖裂口内侧 (Cable 结构内侧) 后方将该缝线头由下向上穿过 (附图 1)。稍收紧缝线, 使得内侧横向于肩袖纤维方向的缝线拉直。利用 Suture LassoTM 将另一根缝线在横向缝线内侧由下向上穿过肩袖组织。将第一根缝线的两头在肌腱上表面打结形成一个跟 Mason-Allen 方向相反的水平褥式缝合 (附图 2)。将第二根缝线的两端打结, 完成反向 Mason-Allen 缝合 (附图 3)。完成缝合后再次完整探查肩袖的肩峰侧和关节腔侧, 检查缝合固定的稳定性和肩袖修复的完整性, 彻底冲洗清除组织碎屑, 缝合包扎, 术毕。

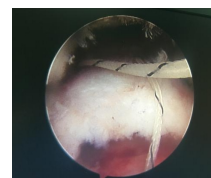


图 1 先在裂口中间置钉, 缝线从上到下, 再从下到上越过线后完成反向水平褥式缝合

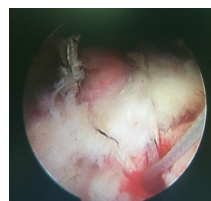


图 2 垂直缝合缝线在之前横线内侧, 垂直缝合点位于褥式缝线中间

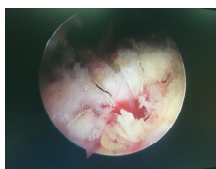


图3 褥式与垂直缝合依循打结,完成反向 Mason-Allen 缝合

1.3 术后康复锻炼和评估

1.3.1 术后康复锻炼

术后给予患肩外展抱枕护具保护 6 周。术后第 1 天开始,指导患者行患侧手部、腕部屈伸锻炼,同时注意肩胛带肌的训练以及颈椎胸椎的训练,维持肩胛骨稳定性。局部肿胀消退,疼痛减轻后开始被动的肩关节活动范围的训练。术后 6 周去除外展固定支具,逐渐开始过渡到肩关节主动活动训练。术后第 3 个月开始进行肌力强化锻炼及本体感觉训练为主。术后第 6 个月基本可以恢复无限制的活动。

1.3.2 术后评估

评估患者术前及术后 1 年时随访的肩关节 Constant 评分、美国加州大学肩关节评分(UCLA)、美国肩与肘协会评分(ASES)。

1.4 统计学方法

应用 SPSS25.0 统计软件进行分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

60 例患者均顺利应用反向改良的 Mason-Allen 技术施行关节镜下肩袖修补术。围手术期未发生明显不良并发症,肩袖愈合满意,术后肩关节功能明显改善,疼痛明显减轻。Constant 评分从术前的(60.02 $\pm$ 11.17)分增加至术后 1 年随访时的(80.15 $\pm$ 12.55)分;UCLA 肩关节评分从术前的(16.50 $\pm$ 5.66)分增加至末次随访时的(34.13 $\pm$ 2.20)分;ASES 评分从术前的(53.25 $\pm$ 16.95)分增加至末次随访时的(91.72 $\pm$ 6.21)分;手术前后比较,差异具有统计学意义($P<0.01$)。见附表。

表1 患者肩关节术前和术后的评分比较($\bar{x} \pm s$)

	术前	术后 1 年	t 值	P 值
Constant 评分	60.02 $\pm$ 11.17	80.15 $\pm$ 12.55	-9.282	0.000
UCLA 评分	16.50 $\pm$ 5.66	34.13 $\pm$ 2.20	-22.512	0.000
ASES 评分	53.25 $\pm$ 16.95	91.72 $\pm$ 6.21	-16.507	0.000

3 讨论

目前,肩袖修补技术种类多样,其主要目的是尽可能复位并维持固定回缩的肌腱残端在足印区的贴合,并提供足够的稳定性,直至达到腱骨愈合^[4]。研究表明,Gerber 等^[5]提出的 Mason-Allen 缝合技术比褥式缝合或者简单缝合具备更好的缝线抓持力,但在关节镜下操作难度相对较大。Scheibel 等^[6]对其方法进行了改良,使之适用于关节镜下操作。该方法通过水平褥式缝合与垂直简单缝合相结合,不仅增加单个锚钉对肌腱断端的把持力,更有利于修复处的早期稳定,且动物标本生物力学测试证明其初始强度和双排固定差异并无统计学意义^[7]。因此,改良 Mason-Allen 缝合技术在生物力学上更具理论优势。Yong^[8]等在改良 Mason-Allen 缝合技术与无结缝合桥治疗肩袖损伤的研究中也证实了这种方法的有效性。Baums 等人^[9]比较了各种单排与双排缝线锚钉修复技术的肌腱-骨界面接触压力,证明了改良 Mason-Allen 缝合和双排缝合技术的平均接触压力大于其他简单缝合技术。Khalil MH 等^[10]的一项前瞻性研究报告,改良的 Mason-Allen 是一种可靠、简单、花费较少的肩袖撕裂修复

技术,其功能结果与双排缝合桥修复技术相当。然而,传统的改良 Mason-Allen 缝合技术水平褥式缝线打结在肌腱上表面,收紧下压肌腱时会使得远端(残端)上翘,形成“Dogear”,使得肌腱上表面不平整,同时腱骨间接触减小,不利于愈合。

Mason-Allen 技术的优势主要在于能在缝合固定肩袖肌腱的同时横向挤压纤维,同时交叉的缝线的设计都能减少缝线对肌腱组织的切割,增加固定的可靠性和减少再撕裂率。Burkhart 利用宽线带设计推广了 SpeedFixTM 的缝合方法,该技术相比简单的单排缝合技术在外拉肩袖肌腱的同时能提供更多的肌腱-骨床间的压力,但是该方法受限于需要使用专门的缝合锚钉和宽线带,限制了该方法的推广。研究表明,缝线桥技术比单排缝合技术在修复肩袖损伤时具有更低的再撕裂率,且临床效果也较满意。但是缝线桥技术修复肩袖撕裂后仍然有引起局部缺血导致在内排锚钉处发生再撕裂。同时大量内置物也增加了患者医疗成本。既往诸多研究已表明,单排及双排固定小型、中型的肩袖撕裂后再撕裂率等指标并无明显差异;另有报道单排修复后再撕裂率较双排高,但并无统计学意义。笔者认为而反向改良的 Mason-Allen 缝合技术结合了 SpeedFixTM 技术与改良 Mason-Allen 缝合技术的优势,改良了 Mason-Allen 技术中水平褥式缝合的方向,增加了肌腱-骨界面间的压力,同时保留了其原有优势。此方法是对改良 Mason-Allen 缝合技术的另一种方式的运用。但是,相较于传统改良 Mason-Allen 缝合技术,是否能有更优的临床疗效,能否增加愈合率及减少再撕裂率,尚还需要进一步临床及生物力学研究。本研究结果显示,这种新型反向缝合技术能获得确切的临床疗效,而且从手术时长及操作难度上也无明显增加。对于<1.5cm 大小的肩袖撕裂的关节镜治疗建议以单排固定为主,不仅缩短手术时间,而且降低患者医疗费用,同时大大降低手术难度。

本次研究还存在许多不足:(1)患者在中后期随访当中是否会发生第二次撕裂,还需要进一步加大力度跟踪随访。(2)由于冈下肌和肩胛下肌损伤会降低肌腱的愈合率,为减少对研究的影响因素,提高研究结果的准确度,笔者仅将单纯的冈上肌肌腱中度撕裂患者纳入本研究,因此样本量相对较小,需在以后的研究中增加样本量以进一步研究。(3)改良反向 Mason-Allen 缝合方式是否更具有良好的生物力学特性,是否能提供更好的腱骨间接触压力还需进一步加大对生物力学研究验证。

参考文献:

- [1]张晓萌,王艳华,寇玉辉,陈建海,刘洋,张殿英.肩袖损伤分型的发展与现状[J].中华肩肘外科电子杂志,2020,8(02):180-185.
 - [2]Pearsall AW 4th,Ibrahim KA,Madanagopal SG.The results of arthroscopic versus miniopen repair for rotator cuff tears at mid-term follow-up[J].J OahopSurgRes,2007,2(1):24.
 - [3]卓鸿武,潘玲,刘诗濂,李坚.关节镜下改良 Mason-Allen 与缝线桥缝合治疗中型肩袖撕裂的疗效对比[J].中国骨伤,2021,34(06):504-507.
 - [4]陈王深杰,康一凡.促进和加强肩袖腱骨界面愈合的技术进展[J].中国矫形外科杂志,2019,27(10):912-916.
- 作者简介:倪云涛,男,硕士研究生。主要研究方向:骨与关节病变研究。通信作者:杨砥,男,副主任医师,硕士,硕士研究生导师。主要研究方向:骨与关节病变研究。
- 基金项目:2020 年贵州省卫生健康委科学技术基金项目(关节镜下胸小肌松解对肩袖损伤预后影响的研究),编号:黔卫健函(2020)170 号。

浅谈胃气在中医肿瘤治疗中的重要性

王宏吉 陈慧 通讯作者

贵州中医药大学 贵州贵阳 550002

摘要：在中医学理论中胃气有广义和狭义之分，中医学认为脾胃为“后天之本，气血生化之源”，维持着人体五脏六腑等各系统的正常生理功能。肿瘤病机是以正气亏虚，兼有有形之邪。在肿瘤的治疗中需扶正祛邪，广义之胃气即人体的正气，故防治胃气在中医肿瘤治疗中至关重要。

关键词：胃气理论；肿瘤；中医治疗

在我国中医学中的胃气主要有广义和狭义之分：狭义的胃气指的是胃腑本身的正常生理功能与特性，以通降为顺。广义的胃气即是脾胃的共同生理功能，为后天生存之本^[1]。二者虽有一定的广义与狭义之分，但在本质功能上两者基本上是相同一致的，都同样参与主导着人体饮食、水谷营养的消化摄取与吸收，但脾脏在帮助运化体内水谷、化生人体精微物质方面脾胃器官的整体协调作用又至关重要，二者必不可少。中医学认为“人以胃气为本”，脏腑间的气血功能旺盛时则可表明胃气尚足，脏腑气血功能一旦衰败则可认为是胃气衰败，有胃气则生，无胃气则死。因此，胃气的有无盛衰，与人体生命的有无密切相关，所以中医在临床治疗肿瘤时，需要知晓胃气的重要性，时刻注意顾护胃气。本文旨在通过传统中医对胃气的不同认识，从不同角度探讨胃气在中医肿瘤治疗过程中的重要性，并进一步丰富中医药对肿瘤的治疗理论。

1 历代医家对胃气的认识

《素问·平人氣象論》第一次提出了胃氣學說：“人以水谷為本……脈無胃氣亦死”^[2]。一方面說明了胃氣為脈之本，脈氣依賴着胃氣的供養，另一方面也說明了胃氣是氣血津液的生化運行之根本基源，亦即又是人體臟腑功能活動的最根本的物質基礎。在既往的描述中“胃氣”、“脾氣”、“脾胃之氣”，三者間往往沒有刻意的進行區分，而三者其實關係密切，往往同時被人們所提及，如《素問·玉機真臟論》：“脾脈者土也，孤臟以灌四旁也”“脾胃健旺……則五臟不安”，所有的臟腑官竅，均依賴于脾胃所運化生成的水谷精微^[3]。《靈樞·五味》所載的“胃者，五臟六腑之海也，五臟六腑皆稟氣于胃”進一步地表明了胃在人體的生命活動扮演着重要的角色，還更進一步表明了胃腑是體內五臟六腑氣血生化之源，臟腑功能活動維持的關鍵物質基礎既是後天飲食吸收所賴以化生的氣血水谷津液精微，精微物質又常需在臟腑功能的幫助參與下才能正常轉化，從而繼續維持我們人體基本的生命活動。李東垣在其《脾胃論》條目中明確記載着“九竅者……五臟皆得胃氣，乃能通利”，認為想要長期維持人體五臟六腑等各系統的正常生理功能必須補充胃氣。脾胃之氣是身體的重要組成部分，為人體輸送精微營養物質，脾胃“為後天之本，氣血生化之源”，脾胃功能的強弱，在很大程度上影响着人的生命。《景岳全書》：“胃氣為養生之王……無胃氣則死，是以養生家必當以脾胃為先。”若人體的胃氣受到很大的損傷，患者本身體內各系統如消化系統就會隨之紊亂失調造成人體各種慢性疾病，導致免疫力和抵抗力下降，免疫系統問題隨之出現^[4]。

2 胃气的不同内涵

腐熟水谷的消化功能源于胃，胃受纳、腐熟水谷的消化和吸收作用，

与脾气的运化功能两者间需要相互地配合与协调，只有这样才能化生供养全身各处的精气血津液。叶天士在《临证指南医案·脾胃》说：“胃宜降则和”胃主通降，主要就是指胃自身的正常生理功能及特性是指通利下降，通过食物的消化和糟粕的排泄过程来体现^[5]。《脾胃论·脾胃虚实传变论》：“元气之充足……若胃气本弱……而诸病之所由也。”认识到了人体生命及其成长过程与机体自身健康的紧密关系依靠着我们脾胃的消化功能，人的成长发育，虽皆须要得益于肾中先天禀赋之精气，以形成机体发育的重要物质基础，而人的成长必须靠着脾胃后天之精微，才能使机体健壮^[6]。《素问·平人氣象論》“平人之常氣稟于胃……人無胃氣曰逆，逆者死。”由此又可引申得出，它既不僅發揮着胃腸道的一般生理功能，同時又還是構成五臟六腑各種功能正常活動和維持元氣、宗氣、營氣、衛氣的物質基礎。胃氣是否充足，不僅關係到五臟水谷食物的受納和腐熟，將而且關係到人體的臟腑生理活動，以及整個機體生命力的強弱和疾病的轉歸預後^[7]。《臨證指南醫案·脾胃》：“胃宜降則和。”因胃屬脾，只有當氣機以下而降者才為之順，逆而為脾病，臨床上凡見到呃逆、噯氣時便通常被稱為“胃氣上逆”，只有保證脾胃氣血的生化升降與功能活動正常，才能有效保證機體的腸蠕動功能正常運行，確保胃腸良好的消化、吸收和膳食功能^[8]。

《素問·平人氣象論》說“所謂胃氣者，……肝不弦、腎不石也”。所謂的肝脈之弦，心脈之鉤，脾脈之代（緩），肺之毛（浮）脈，腎之石（沉）脈，即皆是代表五臟的真臟脈^[9]，有胃氣之脈象即脈來從容和緩、不快不慢，有胃氣之脈表示人體正氣充足，雖病却易治，且大多預後良好。《素問·平人氣象論》說“人以水為本……脈無胃氣亦死”。在脈象中如果缺乏了“和緩”、柔弱和圓滑的脈象就是沒有胃氣的表現。脈無胃氣是臟腑元氣衰敗，脾胃之氣衰絕，水谷不再生化，人體的精氣不再資生的表現。舌苔，指的是散布在舌面上的一層苔狀物，是指由胃氣朝上熏蒸後胃中納之谷氣、食滯，凝結和堆積附着于口腔舌面之上而逐漸形成的。舌苔是中醫臨床望診時最明顯的症狀，通過臨床觀察望其舌苔能夠更加清楚地觀察到邪正的盛衰、陰陽之虛與實、病位的深淺、病性的寒熱等的一系列不同情況^[10]。

3 中医对肿瘤的认识

“癌”一詞最早見于宋朝的中醫學文獻，那個時候，醫生們可以直接觀察到病人身體表面的癌塊，其表面凹凸不平，且質地堅硬，好似岩石，因此將其定名為“癌”。在此之前，生于體內的無論良性還是惡性的腫瘤，都被通稱為癰疽、積聚等^[11]。在我國最早的中醫文獻《靈樞經》中就首先提出了腫瘤病起于“邪氣居其中”的醫學觀點。漢代的華佗認為癰疽疔瘡是由于

五脏六腑的蓄毒流于体内所形成的^[12]。《中藏经》指出：“夫痈疽疮肿之所作也，皆五脏六腑蓄毒不流则生矣……。”进一步强调说明了某些全身性疾病在某局部的表现的症状即为肿瘤，在其发病因素中能起到主导作用的主要为原发内因。《诸病源候论》云：“诸恶疮皆由风湿毒所生也”。所以，肿瘤是在正气虚损的基础上，逐渐形成肿块的结果。正与邪构成的矛盾在疾病的过程中，追溯到底便是机体内外一切致病因素对正常机体组织的损害和机体组织抗损害的过程就是各种肿瘤疾病的发生发展变化过程，在这个转化过程中最终起着决定性作用的因素无疑是正气。病邪的进一步深入，肿瘤继续的发展，正气就会表现得更加的衰弱，这时不论是邪盛之证，还是正与虚皆显，因此表现为正虚邪盛。随着病情越来越严重，正气虚衰程度继续加重，病情危急，在这个时候，就会发展到癌症的晚期。

4 胃气与中医肿瘤治疗的相关性

脾胃的主要生理功能即“胃主受纳”、“脾主运化”、“脾升胃降”如若发生失调则与肿瘤疾病的发生密切相关。肿瘤发生的首要条件是正气虚衰，而促使肿瘤疾病产生发展的重要内在病理基础因素是脾胃气虚。李杲《脾胃论》：“百病皆由脾胃盛衰而生也”，先天之精是人体元气的来源，依靠脾胃对其进行充养，才能源源不断，维持患者生命活动。《内经》言“正气存内，邪不可干，邪之所凑，其气必虚”，说明了包括肿瘤发病条件在内的各类慢性疾病的发生主要先决条件均在于机体正气水平的不足。而在诸多致“虚”的发病因素中，最为重要的病理基础多是脾胃气虚，正如王纶《明医杂著》言“人之胃气受伤，则虚证蜂起”。《医宗金鉴》云：“积聚宜攻，然胃强能食……或一攻三补，或五补一攻……则邪正相安也。”明确提出可以根据食量的多少，以及胃气强弱来作为肿瘤治疗是否可攻的标准。肿瘤病属本虚标实，在治疗肿瘤时，中医治疗基本以扶正祛邪、调和阴阳为主，应时刻注意“顾护胃气”，尤其是疾病正在发展而属于肿瘤疾病晚期，或者年老体弱者，不适用峻补和猛攻之法。否则会使胃气进一步受损，免疫能力减弱，甚至引起肿瘤进一步发生，转移扩散，导致病情更为急剧的恶化。

5 胃气在中医肿瘤治疗研究进展

目前已有许多医家在治疗肿瘤时重视胃气，通过临床经验及临床研究进一步阐明了中医治疗肿瘤胃气是根本。李仁廷教授分析认为，在治疗肿瘤时，要从全局的角度来看，以固本培元理论作为其立论之前提，同时可以联合化痰通络、解毒散结等多种治法，并且强调固护胃气，注重后天之本，注重肿瘤细胞的内环境调控，从而对肿瘤的发展起到一定的抑制作用。李冬云教授认为在治疗恶性肿瘤时，无论标本大小缓急，辨证用药思想均须体现防治胃气的观点，治疗中提倡以在病势急迫时要顾护脾胃，疾病缓慢进展则需要调补脾胃，同时要注意防止疾病进一步的发展，即需要培补脾胃的不同治疗理念。刘惠惠教授总结在肿瘤患者手术切除及后期放化疗恢复过程中应注重兼顾其胃气，灵活地综合运用理气和胃、消食和胃等治疗方法，以减轻放、化疗所带来的一系列的毒副反应。安君君等认为通过保护胃气可以改善癌症病人的免疫系统，通过激活体内的抗肿瘤因子来抑制癌细胞的生长，而不是直接的杀死肿瘤细胞，从而抑制肿瘤的发生，使得病人的寿命延长，因此，在治疗癌症病人时要注意顾护胃气。大量的临床实践已都显示，中医在治疗肿瘤时大都会着重防治胃气，可见中医保

胃气思想在肿瘤的治疗方法中已必不可少，有着越来越至关重要的地位。

6 讨论

中医学非常重视胃气，胃气是维系人体生命力的根本，是各种疾病得以发生及发展及转归的关键，中医认为人体邪实和正虚是肿瘤疾病的发生致病机制，是在机体正气亏虚的情况下加上多种致病因素如各种外来邪气的侵袭、药食调理不当、七情内伤等综合的共同影响，其中，由于脾胃为“后天之本，气血生化之源”，胃气虚弱即会导致人体的正气亏虚，无力祛邪外出，邪毒停聚于体内，进而导致肿瘤的形成。因此，肿瘤的中医治疗中应重视防治胃气，故理气和胃、温中和胃、益气和胃等治法，有助于患者机体正气来复，并减轻放化疗所带来的毒副作用，并以此缓解患者的不适。综上，肿瘤的中医治法要点之一在于防治胃气，故胃气在中医肿瘤治疗过程中至关重要。

参考文献：

- [1]王晓庆. 中医肿瘤防治胃气是根本[J]. 健康大视野,2013,21(11): 485.
- [2]张思依,吕文亮,杨琼,等. 基于消化系统探讨舌苔与胃气的现代内涵[J]. 中国中医药图书情报杂志,2021(5): 51-53,62.
- [3]张奇,桑诗雨,嵇辉,等. 基于《黄帝内经》胃气理论浅析术后恶心呕吐的中医药治疗[J]. 内蒙古中医药,2020,39(12): 70-71.
- [4]付伟龙. 中医胃气理论在重症治疗中的使用[J]. 健康之友,2019(3): 66-67.
- [5]陈思馨,纪立金. 浅谈胃气的升降理论与临床运用[J]. 中国中医基础医学杂志,2019,25(7): 904-905,912.
- [6]孙懿. 脾胃为气血生化之源述要[J]. 实用中医内科杂志,2009,23(1): 63-64. DOI: 10.3969/j.issn.1671-7813.2009.01.041.
- [7]王贺. 中医胃气理论在重症治疗中的使用[J]. 养生保健指南,2017(47): 185. DOI: 10.3969/j.issn.1006-6845.2017.47.181.
- [8]肖长茂. 中医升降理论在脾胃病临床中的运用[J]. 中外医学研究,2017,15(31): 149-150. DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2017.31.074.
- [9]郭沛泽. 无胃气的脉象特点和无胃气的心脉[J]. 山西职工医学院学报,2009,19(3): 63-63. DOI: 10.3969/j.issn.1671-0126.2009.03.047.
- [10]梅思敏,张鲁俊,多堂豹,等. 论舌苔与中医脾胃病病势的关系[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2018,18(92): 223,225. DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.92.115.
- [11]赵俊芬. 中医肿瘤源流探析[J]. 中医药导报,2007,13(10): 3-4,18. DOI: 10.3969/j.issn.1672-951X.2007.10.002.
- [12]张玉祥,肖枚生. 浅谈中医学对肿瘤的认识[J]. 按摩与康复医学(下旬刊),2012,3(1): 182-182. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2008.12.003.

作者简介：王宏吉（2000-），女（布依族），贵州贵阳人，贵州中医药大学本科生在读，研究方向：中医学。

通讯作者：陈慧（1996-），女（白族），湖南张家界人，贵州中医药大学硕士研究生在读，学士学位，研究方向：中医药防治肿瘤疾病。

微创钻孔引流术治疗高血压脑出血临床效果分析

郝建

金乡县人民医院神经外科 山东济宁 272200

摘要: 目的 探讨对高血压脑出血患者采取微创钻孔引流术治疗的临床效果, 分析该治疗方式对患者临床指标、脑血流参数及血清炎症因子水平的影响。方法 经我院伦理委员会批注, 整群抽样 100 例高血压脑出血患者, 纳入年限为 2019 年 12 月-2022 年 3 月。按照不同治疗方式将患者均分为两组, 即传统组和微创组, 每组均为 50 例。传统组采取开颅手术治疗的方式, 微创组实施微创钻孔引流术治疗。通过两组临床疗效、临床指标分析两种治疗方式的有效性, 分别于治疗前后检测两组脑血流参数、血清炎症因子水平分析两种治疗方式的应用价值。结果 相较于传统组, 微创组治疗有效率更高 ($P<0.05$); 相较于传统组, 微创组各项临床指标明显更优 ($P<0.05$); 相较于传统组, 微创组脑血流参数、血清炎症因子指标明显更优 ($P<0.05$)。结论 对高血压脑出血患者采取微创钻孔引流术治疗临床效果显著, 有利于改善患者脑部血流变状态, 调节体内炎症反应水平, 术后康复较快。

关键词: 微创钻孔引流术; 高血压; 脑出血; 神经功能

Effect of minimally invasive drilling and drainage in the treatment of hypertensive cerebral hemorrhage

Hao Jian

Neurosurgery Department of Jinxiang County People's Hospital, Jining, Shandong Province 272200

Abstract: Objective To explore the clinical effect of minimally invasive drilling and drainage in patients with hypertensive cerebral hemorrhage, and to analyze the effect on the clinical indicators, cerebral blood flow parameters and serum inflammatory factors. Methods According to the approval of our committee, 100 patients were included from December 2019 to March 2022. Patients were divided into two groups according to different treatment methods, namely the traditional and minimally invasive groups, each with 50 cases. The traditional group adopts craniotomy treatment, and the minimally invasive group implements minimally invasive drilling and drainage treatment. The effectiveness of the two treatment methods was analyzed by the clinical efficacy and clinical indicators of the two groups, and the application value of the two cerebral blood flow parameters and serum inflammatory factor levels were tested before and after the treatment, respectively. Results Compared with the traditional group, the minimally invasive group was more effective ($P<0.05$); compared with the traditional group, it had significantly better clinical indicators ($P<0.05$); and significantly better cerebral blood flow parameters and serum inflammatory factors in the minimally invasive group ($P<0.05$). Conclusion Minimally invasive drilling and drainage is clinically effective for patients with hypertensive cerebral hemorrhage, which is beneficial to improving the state of cerebral blood flow, regulating the level of internal inflammatory response, and making rapid postoperative recovery.

Key words: minimally invasive drilling and drainage; hypertension; cerebral hemorrhage; neurological function

高血压脑出血是一种多发于中老年高血压人群的常见并发症, 出现该并发症的患者药物控制效果不佳, 需要进行手术治疗^[1]。由于年龄、机体耐受度、出血情况等多方面因素影响, 高血压脑出血患者手术耐受程度较差, 传统开颅手术对其造成的创伤难以恢复, 存在较高的应用风险^[2-3]。因此, 对于高血压脑出血患者而言, 探寻科学、可行的微创手术方式具有重要价值。微创钻孔引流术属于脑补微创手术方式的一种, 卢永强等^[4]研究中将其应用于脑出血患者, 发现该术式具备操作简便、创伤小、恢复快等诸多优势。基于此, 为了提升本院高血压脑出血患者治疗效果, 本研究采取微创钻孔引流术进行治疗, 并将其结果与传统开颅手术进行对比, 旨在为高血压脑出血患者寻找更为合理的治疗方式, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经我院伦理委员会批注, 整群抽样 100 例高血压脑出血患者, 纳入年限为 2019 年 12 月-2022 年 3 月。按照不同治疗方式将患者均分为两组, 即传统组和微创组, 每组均为 50 例。纳入标准: 均符合《神经病学》中关于高血压脑出血的诊断标准; 均经影像学、临床检查等方式确诊; 均自愿签署本研究知情同意书。排除标准: 合并恶性肿瘤患者; 合并血压系统疾病或循环性疾病患者; 出血部位在脑干、小脑部位患者。对传统组、微创组一般资料进行比较, 结果显示差异无统计学意义 ($P>0.05$), 符合研究开展要求, 可以比较。传统组男性患者: 女性患者=30: 20, 年龄区间 45-75 岁, 平均 (61.04±2.79) 岁; 微创组男性患者: 女性患者=31: 19, 年龄区间 48-73 岁, 平均 (60.88±3.01) 岁。

1.2 方法

全部患者入院后均接受常规纠正电解质紊乱、酸碱失衡、血压控制等处理, 传统组采取开颅手术治疗, 即: 患者接受全身麻醉后, 手术医师在 CT 影像学检查的引导下确定病灶位置, 沿着标记位置做 5cm 左右的血肿旁直切口。将切口呈开口扩大骨窗至 3cm 左右。在显微镜下将脑硬膜切开

星状切口, 沿着脑回做大脑皮层切口至病灶处, 确认病灶后抽取其中血肿并使用生理盐水清除, 满意效果止血、放置引流管、缝合。

微创组采取微创钻孔引流术治疗, 即: 患者在局部麻醉状态下, 手术医师在 CT 影像学检查引导分别在血肿量多、颅骨处确定穿刺位置并做标记。选用穿刺针沿着标记处进行穿刺, 以病灶中心为靶点, 穿过颅骨、脑硬膜直至血肿病灶位置。吸出大部分血肿后, 分别采取单针、双针对病灶进行分区域处理。血肿清理完毕后使用尿激酶反复清洗, 满意后放置引流管闭合。再次对患者进行影像学检查, 当血肿清除率满意时可将引流管拔除。

1.3 观察指标

(1) 治疗效果: 按照患者神经功能缺损改善情况、临床症状等方面情况对两组患者治疗效果进行分级评估, 分别分为显效、有效、无效 3 个等级, 通过传统组、微创组间显效+有效总有效率的对比分析两种治疗方式的有效性。(2) 临床指标: 详细记录传统组、微创组患者手术时间、术后出血量、住院时间及下床时间。(3) 脑血流参数: 手术前后, 采用脑血流检测仪对传统组、微创组脑血流参数进行检测, 分别统计其外周阻力、平均血流量、平均血流速度情况。(4) 血清炎症因子水平: 手术前后, 采集传统组、微创组患者空腹静脉血, 分离血清后分别检测 IL-6、TNF- α 、hs-CRP 水平。

1.4 统计学方法

整理本次研究中高血压脑出血患者全部数据后使用 SPSS25.0 软件包分析, 计数资料 (治疗有效率性) 用率表示、卡方检验, ($\bar{x} \pm s$) 表示临床指标、脑血流参数等计量资料并采用 t 检验, 以 $P<0.05$ 表示差异具备统计学意义。

2 结果

2.1 传统组、微创组治疗效果对比

从治疗效果层面分析: 相较于传统组, 微创组治疗有效率更高

($P<0.05$), 见表 1。

表 1 传统组、微创组治疗效果对比[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
传统组	50	21 (42.00)	21 (42.00)	8 (16.00)	42 (84.00)
微创组	50	34 (68.00)	15 (30.00)	1 (2.00)	49 (98.00)
χ^2 值					5.9829
P 值					0.0144

2.2 传统组、微创组临床指标对比

从临床指标层面分析: 相较于传统组, 微创组各项临床指标明显更优 ($P<0.05$), 见表 3。

表 2 传统组、微创组临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

表 3 传统组、微创组脑血流参数对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	外周阻力 (Pa.s/mL)		平均血流量 (mL/s)		平均血流速度 (cm/m ²)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
传统组	50	1.82±0.83	1.70±0.30	7.22±0.79	8.20±0.67	12.16±1.54	13.07±1.18
微创组	50	1.87±0.97	1.41±0.25	7.25±0.81	9.53±0.94	12.25±1.43	14.80±1.05
t 值		0.2769	5.2511	0.1875	8.1471	0.3028	7.7447
P 值		0.7824	0.0000	0.8517	0.0000	0.7627	0.0000

2.4 传统组、微创组血清炎症因子水平对比

从血清炎症因子水平层面分析, 相较于传统组, 微创组各项血清炎症

表 4 传统组、微创组血清炎症因子水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL-6 (ng/L)		TNF- α (μ g/L)		hs-CRP (mg/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
传统组	50	44.57±4.08	26.85±3.73	62.49±4.33	50.78±3.69	15.90±3.11	12.04±2.65
微创组	50	44.20±3.56	17.41±3.64	62.08±3.41	41.52±4.01	15.82±2.97	7.81±2.77
t 值		0.4832	12.8077	0.5260	12.0156	0.1315	7.8025
P 值		0.6300	0.0000	0.6001	0.0000	0.8956	0.0000

3 讨论

高血压脑出血属于一种临床多发脑血管疾病, 同时也是高血压引发的较为严重的脑血管病变类疾病。高血压脑出血以难以忍受的头痛为主要临床表现, 根据患者机体情况不同可能还伴随不同程度的昏迷、焦躁等^[5]。高血压脑出血无征兆, 患者发病较急, 具备较高的致死率和致残率。随着我国老龄化步伐的加快, 高血压脑出血发病率也在不断提高, 是现阶段威胁老年人群生活质量的主要原因之一^[6]。

现阶段, 手术是治疗高血压脑出血的首选治疗方案, 但传统开颅手术创伤较大, 不适用于机体耐受度较差的老年高血压脑出血患者^[7]。微创钻孔引流术是近年来临床得到高度重视的微创手术类型, 赵春海等^[8]研究表明, 该手术方式能够有效减轻手术创伤对脑部疾病患者大脑皮层的损伤, 降低不良反应发生风险。基于上述研究, 本研究采取微创钻孔引流术治疗本院收治的高血压脑出血患者, 将其结果与传统开颅手术相比较, 结果显示: 相较于传统组, 微创组治疗有效率更高 ($P<0.05$); 相较于传统组, 微创组各项临床指标明显更优 ($P<0.05$), 与冯祥瑞等^[9]研究结果基本一致, 提示微创钻孔引流术具备更高的临床疗效, 且患者术后恢复效果较好。分析原因可能是由于: 相较于开颅手术, 微创钻孔引流术操作无盲区, 医师操作时能够将患者脑补充分抽吸。同时该手术方式具备较高的封闭性, 脑组织与外界接触得到有效隔绝, 从而提高治疗效果, 促进术后康复。

本研究结果对两组患者脑血流参数和血清炎症因子表达水平进行分析, 结果显示: 相较于传统组, 微创组脑血流参数、血清炎症因子指标明显更优 ($P<0.05$), 表明微创钻孔引流术能够改善患者脑部血流变状态, 减轻应激反应。分析出现该结果的原因可能为以下几点: (1) 微创钻孔引流术能够提升水肿清除效果, 继而促进脑部血流状态改善。(2) 微创钻孔引流术创伤小, 患者生理应激反应也更低, 从而血清炎症因子表达水平方面具备一定优势。

综上所述, 对高血压脑出血患者采取微创钻孔引流术治疗临床效果显

组别	例数	手术时间 (min)	术后出血量 (mL)	住院时间 (d)	下床时间 (d)
传统组	50	37.05±6.21	55.89±2.79	17.78±3.03	8.01±1.25
微创组	50	19.10±5.31	42.97±1.58	12.11±3.25	5.30±1.07
t 值		15.5343	28.4931	9.0231	11.6460
P 值		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 传统组、微创组脑血流参数对比

从脑血流参数层面分析, 相较于传统组, 微创组各项脑血流参数具备显著优势 ($P<0.05$), 见表 3。

因子水平具备显著优势 ($P<0.05$), 见表 4。

著, 有利于改善患者脑部血流变状态, 调节体内炎症反应水平, 术后康复较快。

参考文献:

- [1]胡铁民. 微创钻孔引流与大骨瓣开颅血肿清除术用于高血压脑出血治疗的价值及安全性分析[J]. 养生大世界, 2021 (12): 143.
 - [2]张金博. 微创钻孔引流术治疗高血压脑出血的效果和对患者生活质量的影响评价[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15 (9): 84-86.
 - [3]罗文波, 黄启锐, 黎源, 等. 对比分析微创钻孔引流术与小骨窗开颅术治疗中等量高血压脑出血的疗效[J]. 数理医药学杂志, 2021, 34 (8): 1113-1115.
 - [4]卢永强. 微创钻孔引流术与小骨窗开颅术治疗中等量基底节区高血压脑出血的临床效果的比较分析[J]. 健康大视野, 2021 (15): 267.
 - [5]赵保祥, 赵赛赛, 李中林. 经侧裂血肿清除术与经额部微创钻孔引流术治疗中等量高血压基底节区脑出血的疗效对比[J]. 徐州医科大学学报, 2021, 41 (9): 667-671.
 - [6]柯为灿, 王立新. 微创钻孔引流术对高血压脑出血患者神经功能指标和血清炎症因子的影响[J]. 中外医学研究, 2021, 19 (14): 152-154.
 - [7]刘西, 杨华东, 周波, 等. 微创钻孔引流术对高血压脑出血患者神经功能缺损程度及预后的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21 (13): 108-109.
 - [8]赵春海. 开颅手术与微创钻孔引流术在高血压脑出血患者中的应用价值[J]. 特别健康, 2021 (27): 50.
 - [9]冯祥瑞. 老年高血压脑出血患者采取微创钻孔引流术的手术指标观察[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32 (4): 421-423.
- 作者简介: 郝建 男 1977-10 山东金乡 本科 主治医师 研究方向: 神经外科。

银杏达莫加依达拉奉对老年脑梗死的治疗效果评价

祁伟胜

淄博化建老年病医院神经内科 山东淄博 255438

摘要：目的：探究对于老年脑梗死患者应用银杏达莫联合依达拉奉的临床疗效。方法：研究对象来源于我院2021年5月1日~2022年4月30日接受治疗的77例老年脑梗死患者，采用随机数分组法分成两组，两组患者均实施常规治疗，以此为基础应用依达拉奉治疗的患者命名为参照组，纳入39例，在参照组基础上加用银杏达莫治疗的患者命名为试验组，纳入38例，针对两组患者NIHSS评分、BI评分、氧化应激指标、血清炎症因子、Hcy水平及临床疗效进行对比分析。结果：试验组NIHSS评分相比较于参照组更低，BI评分相比较于参照组更高，氧化应激指标SOD及GSH-Px高于参照组，MDA、IL-6、hs-CRP及Hcy水平均低于参照组，临床疗效优于参照组， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义。结论：老年脑梗死应用银杏达莫联合依达拉奉治疗能有效改善患者神经功能及氧化应激水平，提高自理能力，降低炎症反应，提升临床疗效。

关键词：银杏达莫；老年脑梗死；依达拉奉

Evaluation of the treatment effect of senile cerebral infarction

Qi Weisheng

Department of Neurology, Zibo Huajian Geriatric Hospital, Zibo, Shandong 255438

[Abstract]Objective: To explore the clinical efficacy of combining edaravone in elderly patients with cerebral infarction. Methods: The study object came from 77 elderly patients with cerebral infarction treated from May 1,2021 to April 30,2022. randomization method was divided into two groups, including patients with edaravone treatment as reference group, 39 patients named as test group, 38 patients with NIHSS score, BI score, oxidative stress index, serum inflammatory factors, Hcy level and clinical efficacy. Results: The NIHSS score, BI score, SOD and GSH-Px were higher than the reference group, MDA, IL-6, hs-CRP-Hcy levels were lower than the reference group, and the clinical efficacy was better than the reference group. $P<0.05$. Conclusion: Treatment in cerebral patients can improve neurological function and oxidative stress, improve self-care ability, reduce inflammatory reaction and improve clinical effect.

[Key words]Ginkgo Dharma; elderly cerebral infarction; idaravon

脑梗死是临床常见的心脑血管疾病，多发于老年人群，尤其是诸多老年患者合并高血压、高血脂、糖尿病等基础疾病，容易引发脑部血液循环障碍造成局部脑组织缺血性坏死而形成腔隙性脑梗塞，同时产生的自由基会促使脑神经细胞脂质过氧化导致神经死亡进一步加重脑损伤^[1]。患者临床症状通常表现为头晕恶心、偏瘫、失语及失禁等，严重患者会出现脑水肿、脑疝等症状，严重影响患者生命安全^[2]。据悉，依达拉奉与银杏达莫在治疗老年脑梗死方面疗效显著，为此，本文将我院纳入治疗的77例老年脑梗死患者作为研究对象，分析其临床疗效，详细报道如下所示。

1 资料与方法

1.1 基础资料

本文涉及到的研究对象来源于我院2021年5月1日~2022年4月30日接受治疗的77例老年脑梗死患者，采用随机数分组法分成两组，两组患者均实施常规治疗，以此为基础应用依达拉奉治疗的患者命名为参照组，纳入39例，在参照组基础上加用银杏达莫治疗的患者命名为试验组，纳入38例。参照组患者中年龄分布于60岁~78岁，平均数值(68.34±2.82)岁；男性、女性分别为22例、17例。试验组患者中年龄分布于61岁~79岁，平均数值(68.47±2.89)岁；男性、女性分别为20例、18例。将两组研究对象基本资料经由数据分析软件对比后，其结果均显示 $P>0.05$ ，入组患者资料均符合对比参数。纳入标准：经临床检测入组所有患者均符合脑梗死诊断标准，年龄 >60 岁，已与患者及其家属签署知情同意书，且得到伦理委员会批准。排除标准：精神异常，心肺功能不全，严重心律不齐，对本研究所用药物有过敏反应，拒绝签署知情同意书。

1.2 方法

两组患者入院后均实施吸氧支持、抗脑水肿、抗感染、颅内减压等常规治疗措施。参照组在此基础上应用依达拉奉治疗，将30mg依达拉奉注射液（批准文号：国药准字H20110007）与100mL生理盐水混合后实施静脉滴注，每日2次。试验组在参照组基础上应用银杏达莫治疗，将20mL银杏达莫注射液（批准文号：国药准字H22026139）与100mL生理盐水

混合后实施静脉滴注，每日1次。

1.3 观察指标

依据NIHSS（神经功能缺损量表）评估入组患者神经功能缺损情况，评分范围0~42分，其评分越高表示神经功能缺损越严重；依据BI指数评估入组患者日常生活自理能力，评分范围0~100分，其评分越高表示生活自理能力越强。

抽取患者空腹静脉血，通过比色法检测入组患者SOD（超氧化物歧化酶）、GSH-Px（谷胱甘肽过氧化物酶）、MDA（丙二醛）；通过透射免疫比浊法检测hs-CRP（超敏C-反应蛋白）；通过循环酶法检测血清Hcy水平；通过酶联免疫吸附法检测IL-6水平。

根据NIHSS评分判定临床疗效，其标准如下：NIHSS评分至少降低70%为显效；NIHSS评分降低35%~69%为有效；NIHSS评分降低不足30%为无效。总有效率=显效率+有效率。

1.4 统计学方法

纳入本文研究的所有老年脑梗死患者临床资料经由SPSS24.0统计学软件处理，其中NIHSS评分、BI评分、氧化应激指标（SOD、MDA、GSH-Px）、IL-6、hs-CRP及Hcy水平等计量资料予以（均数±标准差）形式表达，应用t检验标准，临床疗效等计数资料予以率（%）的形式表达，应用 χ^2 检验标准，仅有检测数值 $P<0.05$ 时证明两组患者之间具有显著对比差异，存在统计学研究意义。

2 结果

2.1 对比试验组与参照组NIHSS评分及BI评分

治疗前，两组患者NIHSS评分及BI指数基本无差异， $P>0.05$ ，组间数值不存在统计学意义；治疗后，试验组NIHSS评分相比较于参照组更低，BI指数相比较于参照组更高， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义，见表1。

表1 试验组与参照组NIHSS评分及BI评分对比

组别	NIHSS评分（分）	BI指数（分）
----	------------	---------

	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组 (n=38)	15.71±3.25	7.16±1.93	49.23±4.62	84.47±8.16
参照组 (n=39)	15.82±3.36	10.49±2.38	49.85±4.79	73.65±7.28
t	0.1459	6.7332	0.5778	6.1434

表 2 试验组与参照组氧化应激指标变化情况对比

组别	SOD (U/mL)		GSH-Px (U/L)		MDA (nmol/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组 (n=38)	156.13±13.54	325.64±20.78	26.27±3.57	41.56±5.31	9.24±1.89	3.27±0.76
参照组 (n=39)	157.29±13.62	258.96±17.63	26.35±3.62	32.49±4.78	9.38±1.93	5.42±1.06
t	0.3747	15.1976	0.0976	7.8818	0.3215	10.2053
P	0.7089	0.0000	0.9225	0.0000	0.7487	0.0000

2.3 对比试验组与参照组血清炎症因子及 Hcy 水平
治疗前, 试验组 IL-6、hs-CRP 及 Hcy 水平与参照组对比无显著差异, P>0.05, 组间数值不存在统计学意义; 治疗后, 试验组 IL-6、hs-CRP 及 Hcy 水平均低于参照组, P<0.05, 组间数值符合统计学意义, 见表 3。

表 3 试验组与参照组血清炎症因子及 Hcy 水平对比

组别	IL-6 (ng/L)		hs-CRP (mg/L)		Hcy (μmol/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组 (n=38)	51.43±7.58	18.69±4.89	8.41±2.19	4.17±1.05	18.72±2.38	11.47±1.26
参照组 (n=39)	51.69±7.64	26.37±5.37	8.52±2.28	5.34±1.39	18.85±2.46	15.28±1.72
t	0.1498	6.5565	0.2158	4.1594	0.2355	11.0645
P	0.8813	0.0000	0.8297	0.0001	0.8144	0.0000

2.4 对比试验组与参照组临床疗效
经统计, 与参照组相比较, 试验组患者临床疗效更显著, P<0.05, 组间数值符合统计学意义, 见表 4。

表 4 试验组与参照组临床疗效对比

组别	显效	有效	无效	总有效率
试验组 (n=38)	23 (60.53%)	14 (36.84%)	1 (2.63%)	37 (97.37%)
参照组 (n=39)	12 (30.77%)	18 (46.15%)	9 (23.08%)	30 (76.92%)
X ²				5.4252
P				0.0198

3 讨论

现阶段, 脑梗死在老年人群发病率呈上升趋势, 主要原因是老年患者身体机能处于逐渐衰退趋势, 加上基础疾病会加重脑损伤, 严重影响其生命健康。临床对老年脑梗死通常采取溶栓、抗凝、颅内减压及营养神经等治疗措施, 依达拉奉是临床常用的脑保护剂, 尤其是对急性期缺氧状态下的脑组织细胞能起到保护作用, 改善患者神经症状, 而且该药物具有较强的脂溶性, 用药后能快速进入脑组织参与微循环, 清除血管及细胞内自由基, 抑制脂质过氧化, 减轻血管内皮细胞及神经细胞氧化损伤, 同时能预防脑水肿, 促进神经功能恢复^[3-4]。银杏达莫主要成分是银杏黄酮甙, 其作用是扩张脑血管, 纠正脑血管病理性高渗透, 促进动脉血液微循环, 改善缺血、缺氧环境, 同时能抑制血小板聚集, 降低血液黏度, 预防血栓形成, 进而改善神经功能缺损^[5]。试验组 NIHSS 评分相比较于参照组更低, BI 评分相比较于参照组更高, 临床疗效优于参照组, 组间数值符合统计学意义 (P<0.05)。充分印证了银杏达莫与依达拉奉联合应用能发挥协同作用, 不仅能降低机体氧化应激反应, 恢复神经递质平衡, 改善神经症状, 同时能促进改善脑部血液微循环, 降低动脉硬化风险, 提高自理能力^[6]。脑梗死发生后 would 提高局部炎症水平, 甚至引发全身炎症反应, Hcy 是动脉粥样硬化的独立危险因素, SOD、MDA 及 GSH-Px 是反映氧化应激的重要指

标, MDA 是检测脂质过氧化的代谢产物, 能反映出脑细胞及神经细胞受损程度, 而 SOD 及 GSH-Px 是代表体内自由基清除剂, 其水平升高表示清除自由基能力越强, 能提高大脑皮层抗低氧能力^[7]。本文研究数据显示, 试验组 SOD 及 GSH-Px 高于参照组, MDA、IL-6、hs-CRP 及 Hcy 水平平均低于参照组低于参照组, 组间数值符合统计学意义 (P<0.05)。

综合以上结论, 银杏达莫联合依达拉奉治疗老年脑梗死能有效改善其神经功能及氧化应激水平, 提高自理能力, 降低炎症反应, 提升临床疗效。

参考文献:

[1]叶云霞. 依达拉奉联合银杏达莫治疗急性脑梗死的临床效果及对患者神经功能的影响[J]. 临床合理用药杂志,2021,14 (29): 10-12.

[2]冯肖. 依达拉奉联合银杏达莫注射液治疗急性脑梗死患者的效果[J]. 中国民康医学,2021,33 (2): 4-6,9.

[3]陈际苏. 银杏达莫配合依达拉奉治疗急性脑梗死的应激指标和神经功能变化研究[J]. 中外医疗,2019,38 (15): 138-140.

[4]谭星宇. 银杏达莫注射液联合依达拉奉对缺血性脑梗死患者血液流变学及 MMP-2、MMP-9 水平的影响[J]. 中国实用医药,2021,16 (17): 125-128.

[5]潘世民. 银杏达莫联合依达拉奉辅助治疗脑梗死的临床效果及安全性[J]. 临床合理用药杂志,2021,14 (25): 53-55.

[6]李波,彭琛,杨水斌,等. 依达拉奉联合银杏达莫治疗糖尿病并发急性脑梗死的效果及对神经功能与预后的影响[J]. 中国医学创新,2021,18 (28): 41-44.

[7]于海娜,刘永丹,裴晓蕊. 银杏达莫配合依达拉奉治疗急性脑梗死的应激指标和神经功能变化研究[J]. 世界中医药,2019,14 (2): 403-406,411.

作者简介: 祁伟胜 男 1985-2 汉 山东淄博桓台 本科 主治医师 研究方向: 神经内科。

新生儿静脉留置针常见并发症预防护理

王冬雁

保定市第二中心医院 河北保定 072750

摘要：目的：观察研究新生儿静脉留置针常见并发症预防护理效果。方法：选择来我院住院治疗病症的新生儿作为研究对象，随机抽选 140 例新生儿患儿并均分为两组，一组命名为对照组（70 例），一组命名为观察组（70 例）。对照组中新生儿患儿采用常规操作流程进行静脉留置针处理；观察组中新生儿患儿采用规范化操作流程进行静脉留置针处理。对两组新生儿患儿出现留置针并发症及原因进行对比分析，制定预防对策。结果：对比观察两组新生儿患儿出现导管堵塞、静脉炎、液体外渗和渗出、皮下血肿、血栓形成等留置针并发症发生概率，可知观察组明显低于对照组。结论：新生儿静脉留置针常见并发症预防护理时，若采用规范化的操作流程，提前做好预防护理准备，则将有助于静脉留置针并发症的发生率降低。

关键词：新生儿；静脉留置针；并发症；预防护理

静脉留置针（Vein Detained Needle）是由不锈钢的芯，软的外套管以及塑料针座组成。穿刺时将外套管和针芯一起刺入到血管中，当套管送入血管后，抽出针芯，仅将柔软的外套管留置在血管中进行输液的一种输液工具。针对不同的患者情况，可以选择不同型号的留置针，这不仅考虑到长期输液对血管的伤害率降低，更考虑到低龄儿童尤其是新生儿输液带来的诸多不便。目前，静脉留置针已经在临床上广泛应用，既有效减轻患者的针扎痛苦，更使护士的护理工作有了进一步的完善优化，保障医患之间融洽关系。新生儿血管较成人血管处置难度加大数倍，同时在静脉穿刺时，新生儿患儿会因为接受反复穿刺而对血管造成不同程度损伤，增加患儿由疼痛刺激产生的哭闹不止等不良情绪，影响病症治疗。为此，静脉留置针在低龄儿童到新生儿年龄段应用价值更广。虽然静脉留置针优点多，但若处置护理不当，也将容易发生较多的静脉留置针并发症，如导管堵塞、静脉炎、皮下血肿等^[1]。为此，在静脉留置针应用期间，需要重视做好全面观察与护理工作。本文基于新生儿静脉留置针常见并发症预防与护理方法进行研究，旨在表明静脉留置针采用规范化操作流程处理，将有效降低静脉留置针并发症的发生概率。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择来我院住院治疗病症的新生儿作为研究对象，随机抽选 140 例新生儿患儿并均分为两组，一组命名为对照组（70 例），一组命名为观察组（70 例）^[2]。留置针留置时间为 1-3 天，平均为（1.2±0.7）天。根据新生儿的实际情况选择不同身体部位作为留置部位：头皮静脉 25 例，上肢静脉 60 例，下肢静脉 55 例。

1.2 方法

对照组（70 例）：新生儿患儿采用常规操作流程进行静脉留置针处理。常规操作流程如下：（1）做好输液前准备工作。双手清洗干净，准备好所需所有物品。（2）扎止血带。在穿刺点上方 8-10cm 处，扎止血带，以此将血管暴露出。在头皮位置进行静脉留置针处理，需要助手做好患儿头部固定，便于进行下一步操作。（3）消毒。围绕穿刺点消毒两次，消毒范围应大于 8cm。消毒后的皮肤不可碰触。（4）穿刺进针。左手固定皮肤，右手拇指、食指持针翼，调整针尖斜面向上。在静脉上方先与皮肤呈 15-35°角缓慢进针，见回血后，降低角度，以 15°角继续进针 1-2mm。（5）退针芯。松开止血带，进针少许后退针芯 2-3mm，送入全部导管，观察并无渗血现象后拔出针芯。（6）应用透明敷贴固定导管座并进行封管。应用常规操作流程处置静脉留置针时需要特别注意以下几点：①扎止血带时间不可过长，控制在 40-120 秒为佳，松紧度以能放入患儿 2 横指为宜。②穿刺前水平松动针芯，以便松管顺利拔除针芯。③穿刺点尽量选择上肢健侧、粗

直、血流丰富的血管，避开关节及静脉瓣。④留置时间以 1-3 天为宜，如留置时间较长者，需要结合新生儿患儿实际情况综合判断后确定。

观察组（70 例）：新生儿患儿采用规范化操作流程进行静脉留置针处理。规范化操作流程如下：（1）做好穿刺前所有检查准备工作。根据新生儿患儿实际情况，判断适合静脉留置针处置位置，并确定最终的留置针型号。与此同时检查所选留置针包装情况，是否符合处置规定。实际操作时，需要严格遵照规范化操作流程要求进行无菌操作，选择护理方便，避免因护理不当易于引发留置针并发症的部位，穿刺时手指需要按照操作要求避免接触到留置针的外套管，减少发生感染的机会。常规排气处理，与常规穿刺进针方法一致，注意进针速度要缓慢，确定无误后进行下一步操作。

（2）穿刺操作结束后，应用透明敷贴进行导管座的固定，此前需要应用干棉球进行留置针附近皮肤干燥处理，避免因固定不牢增加敷贴而导致感染机会增加。新生儿患儿在接受穿刺时，可能会出汗，需要及时擦干汗水，注意保持留置针附近皮肤干燥清洁。留置针延长管需要反折处理并固定在穿刺点的上部，高于穿刺点，从而避免血液返流到延长管内。与此同时，用透明网袋或者胶布将输液器针头固定在皮肤上，避免新生儿患儿乱抓、乱动影响静脉留置针安全。此外，为使每日更换输液器更为便利、安全，需要重视将肝素帽以及输液器针头连接处留置在外，同时在一旁标注穿刺时间与日期，便于记录观察。（3）封管处理。首先需要对于肝素帽进行正常消毒，接着将注射器针头刺入到肝素帽中，缓慢推注 1.5ml 后，一边退出一边进行液体推入，在注射器针头退出过程中，导管内一直处于正压状态，避免因操作不当而产生凝血堵塞问题。（4）启用已经封管的静脉留置针时，需要先抽回血，见到回血以后，才可以将输液接上，注意不可以利用注射器将血凝块推入到血管中，引发堵塞。在操作时，需要严格按照规范化要求进行操作。

新生儿静脉留置针常见并发症及预防：

（1）导管堵塞。形成此并发症的原因多样，但经过研究发现与输液后导管冲洗操作不标准、封管液种类与用量不恰当以及推注液体速度不规范、患儿凝血功能出现异常等有着直接关系。具体临床表现为输液泵压力/阻塞报警现象。在预防导管堵塞问题时，需要严格按照规范化操作要求进行导管冲洗，冲洗速度与推注封管液速度要规范、符合标准要求。在输液过程中，发现输液泵压力报警问题时，首先需要检查输液装置是否存在压折问题等，接着对导管进行有效固定处理。此外还需注意选用的封管液需适合，关注药物配伍禁忌。

（2）静脉炎。通过细化分析，可以将静脉炎发生原因不同而进行分类，一种为化学性的静脉炎，一种为感染性的静脉炎。主要的症状表现为穿刺周围皮肤出现红肿热痛症状，指诊判断可发现静脉无弹性，变硬、滚

动、易滑。部分静脉炎严重者还会出现全身发热等症状。预防静脉炎的发生,需要从确定静脉留置针位置时开始注意,对新生儿患儿的皮肤进行评估判断,穿刺时尽量选择粗、直血管,导管选择短、细规格。穿刺时,严格遵循无菌操作原则,做好穿刺前所有准备工作,减低感染发生概率。若患儿接受的输液药物具有一定的刺激性,需要将静脉留置针留置时间依照实际情况进行调整,以此降低静脉炎的发生概率。

(3) 液体外渗和渗出。选择穿刺血管不佳,进针时角度控制不佳,固定敷贴操作不佳,外套管并没有按照操作要求完全送入血管内,套管与血管壁接触面积超出规定要求,以及患儿躁动不安等多种原因都会引起液体外渗和渗出。症状轻微者,会出现局部肿胀或者疼痛症状,症状严重者,会出现局部组织坏死。在预防并发症时,需要将穿刺操作基本功练扎实,并严格遵照规范化标准要求进行操作,同时将导管妥善固定,责任护士做好患儿安抚,不可让其留置针部位受到大的波动,若有必要,需要适当地稳固患儿肢体,使其静脉留置针位置一直处于安全状态。此外,护理人员需要重视做好巡查工作,及时发现患儿输液问题,做好相应的处置。

(4) 皮下血肿。出现此并发症的主要原因与操作者的基本功不扎实有直接关系。在静脉留置针处理时动作操作不规范,手抖,速度以及进针角度不佳,对新生儿患儿静脉留置针选择位置匹配的留置针型号挑选不当,从而使留置针穿破血管壁,造成皮下血肿。做好皮下血肿并发症预防的基本要求是对新生儿科室护士加强基本功培训并避免出现人员频繁流动问题,针对一些心理素质较差,容易受患儿哭闹而影响规范操作的护士进行心理建设辅导,对留置针处置操作不熟练护士进行专项培训,定期对护士进行专业培训指导,提高其专业技能,尽一切可能地减少皮下血肿并

发症发生概率。护士需要将穿刺动作练习到达快、稳、准境界,根据患儿留置针选择位置的血管情况,依照规范标准要求控制进针角度,确保可以一次穿刺成功。

(5) 血栓形成。在血流缓慢的静脉内常会发生静脉血栓,若在同一个血管上进行多次的穿刺,会导致血管壁出现不同程度的损伤,进而导致静脉血栓出现几率增大。预防的主要方法为严格遵照规范操作流程进行静脉留置针处理。选择不同的血管部位进行留置针处理,首选上肢静脉,此处静脉粗且直,在穿刺时需要注意保护好血管,尽量不再同一个血管部位进行反复穿刺^[3]。在静脉留置针置管期间,重视观察导管内血流情况,若发现凝血块,需要严格遵照标准操作流程将留置针拔出。此时,需要注意不可用注射液将凝血块推入到血液中,更不可直接对输液管进行用力挤压。

1.3 临床观察指标

对比观察两组新生儿患儿出现导管堵塞、静脉炎、液体外渗和渗出、皮下血肿、血栓形成等留置针并发症发生概率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS25.0 软件分析数据,计量资料采用均数±标准差表示,组间比较采用 t 检验^[4]。计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

对比观察两组新生儿患儿出现导管堵塞、静脉炎、液体外渗和渗出、皮下血肿、血栓形成等留置针并发症发生概率^[5]。可知观察组新生儿患儿静脉留置针常见并发症发生概率明显低于对照组。具体见表 1。

表 1 两组新生儿患儿静脉留置针常见并发症发生概率对比

组别	例数	导管堵塞	静脉炎	液体外渗和渗出	皮下血肿	血栓形成	并发症总发生概率
观察组	70	1 (1.43)	2 (2.86)	0 (0.00)	1 (1.43)	0 (0.00)	4 (5.71)
对照组	70	2 (2.86)	3 (4.29)	2 (2.86)	1 (1.43)	1 (1.43)	9 (12.86)
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

静脉留置针是用于静脉输液的一种输液工具,适用于长期、连续性、间断性输液的患者,其优点是容易穿刺,相关的穿刺技术容易学习,保护病人血管,减轻病人痛苦,感觉舒适,提高病人满意度以及护理质量。有许多不同的结构产品可选择,有不同长度导管供选择,提高护士工作效率,合理用药,避免每天多次间断输液,减少穿刺而和未按时用药,避免药物之间反应,减少费用,减少头皮针穿刺导致渗出治疗的成本。新生儿血管细而壁薄,从而在接受输液治疗时常应用静脉留置针。新生儿静脉留置针常见并发症预防护理质量的若想有明显的保障,需要护士有极强的责任心与专业素养,在工作中认真按照规范化操作要求完成每一个操作环节,认真练习穿刺技能,学习一定的心理知识,避免因外界不安因素增加而增加心理负担,导致操作时出现失误,促使静脉留置针并发症发生几率增加。与此同时,护士还需要重视对已经完成静脉留置针处置的患儿进行定期观察巡护,及时发现因患儿乱动或患儿家属护理不当造成留置针出现各种不稳定问题,导致并发症发生率增加。护士工作严谨,态度积极,操作规范,每一步都严格遵照标准要求完成,积极做好并发症预防措施,一来可以减轻患儿不安情绪,使其静脉留置针可以正常留置,完成输液任务;二来可以有效控制留置针引发的各种并发症发生概率,保障患儿生命安全,提升患儿治疗有效率,助力患儿早日康复出院。

综上所述,通过对比观察两组新生儿患儿出现导管堵塞、静脉炎、液体外渗和渗出、皮下血肿、血栓形成等留置针并发症发生概率,可知观察组明显低于对照组。经过研究对比两组新生儿患者接受不同的静脉留置针

操作流程,可以发现对照组采用的常规操作流程更注重留置针成功情况,而对每一个处置环节操作标准是否符合规定并无太高重视;观察组中新生儿患者采用规范化操作流程,重视将每一个处置环节都按照操作标准完成,并重视观察留置情况^[6]。因此观察组中新生儿患儿出现静脉留置针常见并发症的概率较低。总而言之,新生儿静脉留置针常见并发症预防护理时,若采用规范化的操作流程,提前做好预防护理准备,则将有助于静脉留置针并发症的发生率降低。

参考文献:

- [1]于静静.新生儿静脉留置针常见并发症预防及护理[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(A3):309+314.
- [2]葛志霞,李士芝,宋蕾,马雅楠.新生儿腋静脉留置针并发症的预防及护理[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(46):105-106.
- [3]钟小丹,张达娟,林杏屏.PDCA 循环管理模式对肺炎新生儿静脉留置针常见并发症及患儿家属护理满意度的影响[J].现代诊断与治疗,2017,28(07):1359-1360.
- [4]苏霞.儿科静脉留置针常见并发症的预防[J].大家健康(学术版),2014,8(16):194.
- [5]张春霞.静脉留置针在儿童外科的应用及护理[J].中国实用医药,2012,7(24):211-212.
- [6]杨芳,周慧,杜春萍.小儿静脉留置针的护理进展[J].华西医学,2011,26(01):149-151.

肺康复训练护理对肺部肿瘤患者肺功能及生活质量的影响研究

蔡倩

什邡市人民医院 四川省德阳市 618400

摘要：目的：研究肺康复训练护理对肺部肿瘤患者肺功能以及生活质量的影响。方法：本次研究选定开始时间为2020年1月，选定结束时间为2020年12月，选定对象为52例肺部肿瘤患者，上述患者随机分组，各26例，组别为观察组（肺康复训练）和参照组（常规护理），对比肺功能指标和生活质量评分。结果：与护理之前相比较，患者肺功能和生活质量明显升高，但两组相比，则观察组更高一些，差异表示统计学意义显著（ $p < 0.05$ ）。结论：对肺部肿瘤患者实施肺康复训练护理能够有效改善患者肺功能，提升生活质量，具有临床借鉴与推广价值。

关键词：肺部肿瘤；肺康复训练护理；肺功能；生活质量

Effect of lung rehabilitation training nursing on lung function and quality of life in patients with lung cancer

Cai Qian

Shifang people's Hospital, Deyang City, Sichuan Province, 618400

Abstract: Objective: To study the effect of lung rehabilitation training and nursing on lung function and quality of life of patients with lung cancer. Methods: the start time of this study was January 2020 and the end time was December 2020. 52 patients with lung tumors were selected. The above patients were randomly divided into observation group (lung rehabilitation training) and reference group (routine nursing). The pulmonary function indexes and quality of life scores were compared. Results: compared with before nursing, the pulmonary function and quality of life of patients were significantly improved, but compared with the two groups, the observation group was higher, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: the implementation of lung rehabilitation training nursing for patients with lung cancer can effectively improve their lung function and improve their quality of life, which has clinical reference and promotion value.

Key words: lung tumor; Lung rehabilitation training and nursing; Pulmonary function; Quality of life

肺部肿瘤是临床高发肿瘤性疾病，若不及时治疗将会发展成恶性肿瘤，导致患者死亡。相关调查数据指出，近几十年以来，我国肺癌发病率和死亡率居高不下，且直线上升，已对人们的生活造成严重影响^[1]。对于肺癌，我国临床主张手术治疗，该疗法能够有效清除病灶，但是在患者后续呼吸功能恢复和生活质量改善方面则需要进行科学、合理的护理干预，为促进肺部肿瘤患者尽快康复，我院提出肺康复训练护理，该护理模式能够通过锻炼患者肺功能的方式帮助其获得更快、更好的健康恢复^[2]。为进一步探究肺康复训练护理模式对肺部肿瘤患者肺功能以及生活质量的影响，我院自2020年1月--2020年12月展开研究，选取52例肺部肿瘤患者进行分组探究，现对详细结果进行介绍。

1. 资料与方法

1.1 基本资料

选定2020年1--12月开展此次研究，选定52例在我院确诊为肺部肿瘤的患者为研究对象，以随机数字表法为依据将患者平均分为两组，设置为观察组和参照组，每组各有26例患者。观察组患者年龄介于38--76岁之间，年龄中位数为（53.21±2.49）岁，其中男性患者例数为15例，女性患者例数为11例。参照组患者年龄介于39--75岁之间，年龄中位数为（54.38±2.67）岁。两组患者基本资料趋于平衡，对比结果为 $p > 0.05$ ，可以对比。

1.2 方法

参照组采用的护理方式为常规护理，由护理人员监护患者病情变化，密切观察有无不良反应并作出针对性处理，针对患者不良心理状态进行心理护理，同时应保持室内空气清新、床褥整洁、温度适宜。

观察组采用的护理方式为肺康复训练护理，具体内容如下：（1）心理护理：肺部肿瘤的发生以及相关治疗措施会对患者的身体健康造成严重不

良影响，且会在一定程度上影响患者心理，导致其产生消极、悲观等负面情绪，进而影响后续康复训练的正常进行^[3]。另外，绝大多数患者缺乏对肺康复训练的正确认知，甚至会对康复训练措施产生质疑，在不信任和不了解的驱使下难免会影响恢复进度。针对以上情况，护理人员应管控患者的情绪，及时了解患者心理变化并进行分析，对于存在负性情绪的患者及时进行心理辅导，运用语言支持和行为支持等方式鼓励患者，促使其积极面对后续的训练措施，激发其康复信心，同时需要护理人员结合患者文化水平和理解能力进行健康宣教，向患者科普肺康复训练的有关知识，加深患者认知，促使其更好的配合护理人员开展工作，完成康复护理内容^[4]。

（2）疼痛护理：肺康复训练的实施会在一定程度上导致患者身体负担加重，引起疼痛症状，因此护理人员应加强疼痛护理，通过按摩、转移注意力等方式减轻患者疼痛感，对于疼痛难忍者，护理人员则可考虑使用止痛药物。（3）呼吸训练：呼吸训练属于肺康复训练中的重要内容，因此需要护理人员指导并督促患者每日早晚按时训练，可采用语言或是播放动画、视频等方式进行讲解，以便患者规范掌握呼吸训练模式，训练内容以腹式呼吸、呼吸操等为主，在锻炼过程中，叮嘱患者保持较快的起始吸气速度，随后改为慢速呼气，控制吸气和呼气时间。同时指导患者进行深呼吸锻炼，即深吸至最大非容量，而后屏气2--5秒^[5]，最后匀速呼出。此外，护理人员应说明呼吸训练的重要作用，督促患者每日训练2次，每次训练时间保持在20--30分钟之间，早晚各1次。（4）运动训练：护理人员应在患者麻醉消失后协助患者进行运动训练，起初以被动运动为主，主要锻炼患者胸部肌肉，待患者生命体征平稳后，即可引导其进行适度的深呼吸和扩胸锻炼，当患者恢复至可以自主下床后，护理人员则可指导患者进行缓慢的行走锻炼，以改善身体条件，促进其尽快康复^[6]。

1.3 观察指标

1.3.1 肺功能指标

包括一秒用力呼气量、用力肺活量和一秒用力呼气量与用力肺活量比值，分别采用 FEV1、FVC、FEVA/FVC 表示，由专业的医护人员采用肺功能检测仪进行检测与评估，检测时间为患者入院时（护理前）和患者出院当天（护理后），将所得数据汇总、记录并录入电脑软件中，准备进行组间对比。

1.3.2 生活质量评分

包括生活、躯体、社会、角色功能四个维度，采用 QQL 测量表进行评估，评估时间同样为患者入院时和出院当天，将所得数据汇总、记录，最高分为 100 分，得分与生活质量水平成正比。

1.4 统计学方法

将文中所得数据录入 spss25.0 统计学软件中进行对比和分析，计量单位以均数±标准差的形式表示，计数单位以百分比的形式表示，分别采用独立单位 t 和卡方检验，以 $p<0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 比较两组护理前后肺功能指标

护理后，观察组各项肺功能指标均高于参照组，组间对比结果存在显著性差异（ $p<0.05$ ），见表 1。

表 1 比较两组护理前后肺功能指标（ $\bar{x}\pm s$ ， $n=26$ ）

组别	时间	FEV1（L）	FVC（L）	FEV1/FVC（%）
观察组	护理前	1.21±0.34	1.24±0.25	53.46±9.95
参照组	护理前	1.19±0.32	1.29±0.38	52.47±8.74
t		0.218	0.561	0.381
p		0.828	0.578	0.705
观察组	护理后	2.24±0.45	3.15±0.42	78.54±8.45
参照组	护理后	1.47±0.34	2.17±0.21	68.72±9.31
t		6.961	10.642	3.983
p		0.000	0.000	0.000

注：同组护理前后对比结果为 $p<0.05$ 。

2.2 比较两组护理前后生活质量评分

护理后，观察组各维度生活质量评分均高于参照组，组间对比结果存在显著性差异（ $p<0.05$ ），见表 2。

表 2 比较两组护理前后生活质量评分（ $\bar{x}\pm s$ ， $n=26$ ，分）

组别	时间	生活功能	躯体功能	社会功能	角色功能
观察组	护理前	46.45±4.28	45.42±5.26	46.58±4.97	47.21±5.04
参照组	护理前	46.37±4.39	45.57±5.34	46.43±4.85	47.36±5.21
t		0.067	0.102	0.110	0.106
p		0.947	0.919	0.913	0.916
观察组	护理后	77.39±4.58	74.85±8.42	71.58±9.25	70.95±2.41
参照组	护理后	71.42±3.46	69.53±7.64	64.52±8.45	64.52±7.34
t		5.303	2.386	2.873	4.244
p		0.000	0.021	0.006	0.000

注：同组护理前后对比结果为 $p<0.05$ 。

3. 讨论

肺部肿瘤是现阶段临床常见肿瘤性疾病，一旦患病将会对患者身体健康和生命安全构成影响与威胁，尤其是晚期恶性肿瘤。对于恶性肿瘤，目前临床仍然主张手术切除疗法，这是唯一能够治愈并缓解肿瘤进展的治疗措施，且有助于延长患者生存时间，但是，手术毕竟属于应激行为^[7]，会在一定程度上造成机体损害，再加上肺部肿瘤患者本就存在肺功能衰弱现象，所以很多患者在术后出现了呼吸功能下降的情况，甚至会制约患者的呼吸能力、排痰能力和咳嗽能力，直接影响其预后效果。鉴于此，临床建议实施康复护理干预，本文为此提出肺康复训练护理模式，这是一种非药物疗法，具有循证医学证据，能够在患者康复过程中针对其病情特点和实际表现实施全面的护理干预，该护理模式已经在肺部肿瘤患者的康复中取得显著效果，在一定程度上加快患者康复速度。

本次研究结果表明，观察组患者与对照组患者护理后的肺功能指标和生活质量评分均优于参照组，差异表明统计学意义显著（ $p<0.05$ ）。究其原因，肺康复训练护理能够为患者提供科学的健康宣教和心理护理，帮助其正确认识疾病和肺康复训练的重要性，减轻负面情绪，并结合患者康复所需制定呼吸训练和运动训练方式，促使患者更快、更好的改善呼吸功能^[8]，达到逐步提升患者生活水平的目的。而本次研究结果也证实通过肺康复训练可提升患者肺部通气，改善运动耐受力，进而改善肺部功能和生活质量。

综上所述，在肺部肿瘤患者康复过程中实施肺康复训练护理能够有效提升患者肺功能和预后生活质量，具有显著的临床借鉴价值，建议进一步推广实行。

参考文献：

[1]徐敏,白燕.呼吸运动康复训练对肺癌Ⅲ期患者肺功能影响的研究[J].实用心脑血管病杂志,2021,29（S2）：70-72.

[2]朱烨,徐敏.肺康复运动训练对非手术肺癌患者呼吸运动功能、中后期生活质量、生存状况及并发症的影响分析[J].实用心脑血管病杂志,2021,29（S2）：67-69.

[3]娄丽华.肺功能康复训练联合整体护理对慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及运动耐力的影响[J].中国当代医药,2021,28（21）：256-259.

[4]魏志杰,张靖华,孟利芳.呼吸道管理及呼吸训练对肺癌术后患者肺功能指标、排痰效果、肺部感染及康复情况的影响[J].癌症进展,2021,19（13）：1386-1389+1402.

[5]廖光晶,邹玉芬,华媚.以护士为主导的肺康复训练在肺癌放疗患者护理中的应用[J].中国当代医药,2021,28（14）：231-234.

[6]万璇,罗青霞,袁小妹,郭猷斌.呼吸训练器联合康复护理对肺癌患者术后肺功能恢复及肺部并发症的影响[J].实用临床医学,2021,22（02）：51-52+67.

[7]王莹.肺康复训练护理对肺部肿瘤患者肺功能及生活质量的影响分析[J].中国医药指南,2019,17（36）：343-344.

[8]胡燕,成素苗,陈颖.肺康复训练护理对肺部肿瘤患者肺功能及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2018,37（05）：631-634.

家庭参与式护理在前列腺增生电切术中的应用

丁 婷

金乡县人民医院 山东济宁 272200

摘要：目的：探讨家庭参与式护理在前列腺增生电切术中的应用。方法：采用回顾性分析法，选取2021年1月—2022年1月期间在我院进行前列腺增生电切术的患者80例作为研究的研究对象，按照随机数字表法将其分为对照组和观察组，对照组40例，观察组40例，对照组在围手术期间采用常规护理，观察组在围手术期间采用家庭参与式护理进行护理干预。对比两组病患不良情绪；术后并发症发生率；患者生活质量评分、疾病认知水平评分、遵医行为评分。结果：经过不同的方法护理，观察组病患的焦虑、抑郁评分和并发症发生率低于对照组；生活质量评分、疾病认知水平评分、遵医行为评分均优于对照组，组内数据差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：在前列腺增生电切术手术期的护理中采用家庭参与式护理进行护理干预，能够缓解患者手术前后产生的不良情绪，且通过护理后病患的术后并发症得到有效的控制，患者和家属的疾病认知水平、遵医行为和生活质量得到提升，护理效果好，值得推广。

关键词：家庭参与式护理；前列腺增生电切术；应用

Application of family participatory nursing in transurethral resection of prostate

【ABSTRACT】objective: to explore the application of family participatory nursing in transurethral resection of prostate. Methods: A total of 80 patients with benign prostatic 2021 who underwent transurethral resection of the prostate between January 2022 and January 2022 were selected. They were divided into control group (N = 40) and Experimental Group (N = 40) according to the method of random number table. The control group was given routine nursing care during the perioperative period, while the experimental group was given nursing intervention with family participation during the perioperative period. Compare the two groups of patients with negative emotions; The incidence of postoperative complications, the score of quality of life, the score of disease cognition, the score of compliance behavior. Results: After different nursing methods, the scores of anxiety, depression and complications in the experimental group were lower than those in the control group, and the scores of quality of life, disease cognition and compliance behavior in the experimental group were better than those in the control group, there were significant differences in intra-group data ($p < 0.05$). Conclusion: Family Participation Nursing intervention in the peri-operative period of transurethral resection of prostate can relieve the bad mood of the patients before and after the operation, after nursing, the postoperative complications of the patients were effectively controlled, and the patients' and their family members' disease cognition, compliance behavior and quality of life were improved. The nursing effect was good and worth spreading.

[keyword]: Family Participatory Nursing; transurethral resection of Prostate; Application

前言

前列腺电切术是治疗前列腺增生的金标准，也是一种微创手术的方法，使用一种特殊的器械也就是前列腺电切镜，进入尿道以后到达前列腺的位置，通过膀胱镜直视下应用专门的电切弧将前列腺组织切除，切除增生的前列腺组织以后，就可以使患者恢复正常的排尿情况^[1]。病患在经过前列腺增生电切手术后由于其保留体外导尿管，如护理不到位则可能发生感染。在手术围手术期间患者的心理也可能由于手术原因发生不良变化。因此护理在其术前和术后对病患影响很大^[2]。常规的护理方式无法达到对患者情绪的完全护理理解，无法做到细致、和充分的共情，且护理过程中可能发生医患关系矛盾，护理效果不佳。家庭参与式护理是指在围手术期间护理过程中将家属纳入护理人员，使家属参与患者的护理全程，护理效果显著。本研究就家庭参与式护理在前列腺增生电切术中的应用进行探讨，具体如下：

1 研究对象和方法

1.1 研究对象

选取2021年1月—2022年1月期间在我院进行前列腺增生电切术手术的病患80例进行研究，采用按照随机数字表法将其分为对照组（40例，平均年龄42.25±2.23岁，采用常规护理），观察组（40例，平均年龄39.45±1.45岁，采用家庭参与式护理模式进行护理干预）。使用统计学软件对两组手术患者一般资料进行分析后显示差异较小，对本次研究结果无影响，（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）本次研究所选研究对象均自愿参与本研究，对本次研

究完全知情并签署知情同意书。（2）所有患者均接前列腺增生电切术进行手术治疗。

排除标准：（1）排除临床资料不完整的人员。（2）排除合并有严重内外科疾病的人员。

1.2 研究方法

1.2.1 护理方式

给予对照组常规护理干预，观察组在常规护理的基础上给予家庭参与式护理干预，具体如下：

1.2.1.1 在护理初期，医护人员告知家属有关家属参与式护理模式的主要内容，鼓励家属积极加入护理过程中来。加强家属对前列腺增生电切术护理知识培训，开设培训班，对家属在护理过程中进行的正确护理方式进行及时的肯定，对错误的护理方式进行指正，增强家属的参与感。

1.2.1.2 与家属积极沟通护理要点，对患者在术前后可能产生的不良情绪告知家属。绝大部分患者在进行手术前均对手术有恐惧心理，其发生的原因是对前列腺增生电切术手术方式和疗效不清楚，导致对手术产生恐惧、抵触的心理，因此，护理过程中家属可以使用更加合适于病人的语言对其进行护理，降低不良情绪发生；在护理时需要首先对患者家属进行疾病的健康教育，使其掌握手术知识和护理知识后，让家属亲自对患者进行疾病的介绍，告知手术安全性高，缓解患者对手术的恐惧心理；家属增加陪伴时间，护理时主动积极与病人进行沟通，利用亲密关系，聆听手术患者的倾诉，了解其出现负面情绪的原因，有针对性地进行心理疏导，对病人的心理状态进行调节，鼓励患者勇敢面对手术，增加手术成功和疾病治

愈信心。

1.2.1.3 家属辅助病患做好术前准备：家属协助病患的身体进行术前的全面评估，帮助其完善术前检查；在术前导尿管的放置过程中做好病人的思想工作，护理时密切关注尿液在体内的留置时间，将观察结果准确告知护理人员；在术前监督病人进行术前 6 小时禁食，术前 2 小时禁饮工作。

1.2.1.4 饮食和生活护理：家属术后主动为病人准备少量流质食物，同时根据前列腺增生电切术后的饮食禁忌以及病人日常饮食喜好，制定科学合理且最适宜病人的饮食计划，饮食过程中严格监督按照计划进行食物摄入，叮嘱多使用高维生素和蛋白质的食物。此外，家属还应该为患者制定科学合理的作息计划表，告知病人科学合理睡眠对身体健康和疾病恢复的重要性，使产其保持充足的睡眠和充足的体力。

1.2.1.4 引流管护理：护理过程中家属是陪伴患者时间最长的人员，护理时需密切对患者导尿管的观察。前列腺电切术患者术后留置尿管的时长直接影响了患者术后的早期活动，加强患者病情观察，注意观察患者尿液的颜色等，发现有血尿产生即时告知医生；家属在护理时需要妥善安置导尿管，防止受压，保证尿管通畅，避免尿液不通引起尿滞留体内造成感染；对病患外阴进行清洁，保持外阴干燥通风，避免尿路感染发生。

1.2.1.5 并发症预防：术后积极预防便秘，保持患者排便通畅，避免排使用力导致手术伤口出血发生感染；家属学习术后康复运动，护理时指导患者进行盆底肌训练，膀胱功能训练，预防尿失禁，促进功能恢复；尿道口护理每日 2 次，防止发生尿路感染；注意患者电解质变化，防止出现生命体征不平稳，影响心功能；保持持续膀胱冲洗通畅，避免尿路堵塞。

1.2.1.6 康复、运动指导训练：家属及时为患者进行肌肉按摩，协助其更换体位，根据患者身体恢复状况帮助病人适当下床活动，指导进行下肢运动，促进血液循环。活动过程中对病患进行搀扶，通过言语和行为的方式给予鼓励，使其感受到家庭的温暖，有效改善其心理状态。

1.3 观察指标

对比两组手术患者并发症发生率、不良情绪状况以及生活质量评分、疾病认知水平评分、遵医行为评分。

1.4 统计学分析

使用 SPSS20.0 软件对本次研究所得数据进行统计学分析，使用 $\bar{x} \pm s$ 和 t 表示计量资料，使用 χ^2 和 $\%$ 表示计数资料， $P < 0.05$ 表示数据对比差异显著，有统计学意义。

2 研究结果

2.1 两组不良情绪对比

观察组的不良情绪低于对照组，如表 1：

表 1 两组不良情绪对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS 焦虑评分	SDS 抑郁评分
观察组	40	45.37±8.42	45.59±8.52
对照组	40	51.95±10.89	51.24±10.71
t	-	3.023	2.611
P	-	0.003	0.011

2.2 两组并发症发生率对比

观察组并发症发生率低于对照组，如表 2：

表 2 两组并发症发生率对比[n, (%)]

组别	例数	出血	膀胱痉挛	尿失禁	并发症发生率
观察组	40	1 (2.50%)	1 (2.50%)	0 (0.00%)	5.00%

对照组	40	2 (5.00%)	2 (5.00%)	2 (5.00%)	15.00%
χ^2	-	0.920	0.920	5.333	0.667
P	-	0.338	0.338	0.021	0.010

2.3 两组生活质量评分、疾病认知水平评分、遵医行为评分对比

观察组生活质量、疾病认知水平、遵医行为等评分均优于对照组，如

表 3：

表 3 两组生活质量、疾病认知水平、遵医行为等评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生活质量评分	疾病认知水平评分	遵医行为评分
观察组	40	26.37±0.42	24.59±0.42	27.03±0.42
对照组	40	22.95±1.89	21.24±1.89	25.28±1.89
t	-	11.172	10.943	5.717
P	-	0.001	0.001	0.001

注：以上表 1、2、3 中数据对比有统计学意义， $P < 0.05$

3 讨论

前列腺增生电切术是一种治疗前列腺增生的手术方式，可以有效改善由于前列腺增生引起的排尿困难。医生通过尿道置入电切镜，在监视器监测下，切除增生的前列腺^[3]。前列腺电切术后病患不良情绪严重，且可能出现并发症，因此护理在疾病的治疗过程中非常重要。常规的护理方式提到的护理价值不高，临床中需要寻找更加有效的护理方式对前列腺电切术后患者进行护理干预。

家属参与式护理模式是指在整个护理过程中将家属作为护理人员中的一份子，使其在护理过程中通过对病人的更深的了解，实施更合适病人的护理的一种护理类型。家庭参与式护理模式，能够最大化使用家属与患者的亲密关系，在护理过程中产生的共情能力更强，患者更加容易接受熟悉的家人所提出的护理意见^[4]。医护人员通过对病人家属的护理培训，使家属掌握完善专业的护理方式，护理过程更加有效安全，病人接受度亦更高。本研究中观察组采用家庭参与式护理模式进行护理，通过对比实验得知，通过家庭参与式护理进行护理干预后，病患的 i 性能力状态得到更好地改善，生活质量得到提升，护理过程中病人对疾病的认知更清晰，遵医性更强，术后并发症的发生率更低，护理效果良好。

综上，采用家属参与式护理模式对前列腺增生电切术病患进行护理干预，护理效果更显著，值得在电切术护理过程中进行推广。

参考文献：

[1]丁春风.综合护理对良性前列腺增生电切术后尿失禁持续时间及暂时性尿失禁发生率的影响分析[J].临床医药文献电子杂志,2017,4 (A2): 20004-20005.

[2]马晓飞.优质护理干预对前列腺增生电切术患者不良情绪及满意度的效果观察[J].心理月刊,2019,14 (23): 49.

[3]王艳.前列腺增生电切术后发生尿失禁的护理干预[J].世界最新医学信息文摘,2019,19 (19): 246.

[4]张爱淋,柳明仁.共情在家庭参与式护理实践中的应用现状及发展趋势[J].护理研究,2020,34 (07): 1230-1233.

老年股骨粗隆间骨折围手术期实施手术室全程优质护理干预的效果

吕青

烟台市烟台山医院 山东烟台 264000

摘要：目的：研究老年股骨粗隆间骨折患者在围手术期治疗过程中实施手术室全程优质护理干预工作的具体效果，探索手术室全程优质护理干预工作的主要方法以及具体的护理模式。方法：从 2021 年 1 月-2022 年 1 月进入到本医院接受老年股骨粗隆间骨折围手术期治疗工作的共计 138 名患者之中，随机选取 50 名患者，由专业医护人员将这 50 名老年股骨粗隆间骨折患者统一划分为对照组与观察准备组，患者固定人数为 50 人，在对照组与观察组中，将由医护人员采取不同的基本研究形式以及围手术期护理模式，研究两组患者的疾病治疗效果以及满意程度。结果：与对照组患者相比，观察组患者在接受老年股骨粗隆间骨折围手术期治疗工作的过程中，并未出现疾病复发问题以及其他类型的身体不适症状，大多数观察组患者所给出的调查问卷满意度平均明显高于对照组。结论：在老年股骨粗隆间骨折护理工作之中，积极融入手术室全程优质护理干预模式，可以及时帮助老年股骨粗隆间骨折患者摆脱病痛折磨，快速恢复健康。

关键词：老年股骨粗隆间骨折；围手术期；全程优质护理干预

Abstract: Objective: To study the specific effect of high-quality nursing intervention in the operating room during the perioperative treatment of elderly patients with femoral intertrochanteric fractures, and to explore the main methods and specific nursing modes of high-quality nursing intervention in the operating room. Methods: From January 2021 to January 2022, a total of 138 patients who entered our hospital for perioperative treatment of elderly intertrochanteric fractures were randomly selected and 50 patients were randomly selected by professional medical staff. The elderly patients with femoral intertrochanteric fracture were uniformly divided into the control group and the observation preparation group, with a fixed number of 50 patients. In the control group and the observation group, different basic research forms and perioperative nursing modes will be adopted by medical staff. The disease treatment effect and satisfaction degree of the patients in the two groups were studied. Results: Compared with the patients in the control group, the patients in the observation group did not experience disease recurrence and other types of physical discomfort during the perioperative treatment of elderly intertrochanteric fractures. The average satisfaction score of the questionnaires was significantly higher than that of the control group. Conclusion: In the nursing work of elderly femoral intertrochanteric fracture, actively integrating into the whole-process high-quality nursing intervention model in the operating room can help elderly patients with intertrochanteric fracture to get rid of the pain and recover quickly.

Key words: elderly femoral intertrochanteric fracture; perioperative period; Quality Nursing Intervention

引言：在临床医学研究领域之中，诸多医护人员结合老年股骨粗隆间骨折围手术期护理工作以及相应治疗工作的实际情况进行深度分析与研究之后，逐步探索出了手术室全程优质护理干预模式，在新型护理理念的指引之下，老年股骨粗隆间骨折围手术期手术室全程优质护理干预模式得到了调整、改进与创新。医护人员需要积极鼓励每一位患者正确对待自身的疾病问题，主动接受手术室全程优质护理干预工作，从患者接受疾病治疗工作的全方位进行深度研究，为患者制定较为个性化的疾病护理方案以及治疗方案，帮助患者快速恢复身体健康，保障患者生命安全。因此，笔者将在文章以下内容中，结合老年股骨粗隆间骨折围手术期手术室全程优质护理干预工作实际需求进行深度分析，逐步探索手术室全程优质护理干预工作的新型方法。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次临床医学研究工作主要选取 2021 年 1 月-2022 年 1 月进入到本医院接受老年股骨粗隆间骨折围手术期治疗工作以及后续护理工作的部分患者（患者总人数为 50 人），全体老年股骨粗隆间骨折患者年龄均在 70 周岁以上，医护人员将这 50 名患者进行分组处理，统一划分为对照组与观察组（n=50），在后续临床医学研究环节以及老年股骨粗隆间骨折疾病护理环节之中，对照组与观察组内部人数以及组内整体结构均不发生任何变化。

1.2 方法

在对照组中，医护人员主要采取常态化（一般化）老年股骨粗隆间骨折围手术期护理工作，并不融入手术室全程优质护理干预模式。

在观察组之中，医护人员主要针对于每一位老年股骨粗隆间骨折患者的实际患病情况，制定个性化疾病护理方案以及后续研究方案，统一开展老年股骨粗隆间骨折围手术期手术室全程优质护理干预工作，具体护理方法如下：（1）制定个性化护理方案：医护人员结合每一位老年股骨粗隆间骨折患者的患病情况以及护理需求进行深度分析与研究，统一依照医院内部的护理标准以及手术室全程优质护理干预原则合理制定具体的护理方案，结合每一位患者的疾病考古情况以及身体机能恢复情况，适当调整个性化护理方案的主要内容，以便快速满足每一位老年股骨粗隆间骨折患者疾病治疗需求与护理需求，以便帮助老年股骨粗隆间骨折患者快速恢复身体健康，及时优化老年股骨粗隆间骨折围手术期手术室全程优质护理干预具体流程与模式。（2）术前准备：在老年股骨粗隆间骨折或者正式进入手术室接受手术治疗工作之前，则需要医护人员与老年股骨粗隆间骨折患者本人以及患者家属进行密切沟通，及时帮助老年股骨粗隆间骨折患者了解手术治疗工作的主要流程以及具体的注意事项，引导老年股骨粗隆间骨折患者在进入手术室之后保持平稳心态，避免严重干扰医护人员的正常操作，在开展手术治疗工作之前，也需要医护人员与老年股骨粗隆间骨折患者本人细致讲解手术过程中可能会出现突发状况，

引导老年股骨粗隆间骨折患者提前做好术前准备。(3)术中护理:在老年股骨粗隆间骨折患者进入手术室之后,可能会由于患者感到过度紧张,从而无法主动配合医护工作人员的正常操作,可能会导致患者在接受手术治疗工作的同时出现比较复杂的安全管理问题,甚至是安全事故、医疗事故。对此,则需要医护人员在手术过程中加强对患者的引导和帮助,引导老年股骨粗隆间骨折患者保持身心放松,引导患者适当调整体位。针对于一部分年龄较大的老年股骨粗隆间骨折患者而言,医护人员需要采取专业化手术治疗形式,全过程采取无菌操作模式,快速完成手术治疗工作,避免增添患者心理压力。(4)饮食护理:患者在接受手术治疗工作后,会在较长一段时间之内处于身体虚弱阶段,尤其是一部分年龄较大的患者,可能无法在短时间之内恢复基础身体机能。对此,医护人员需要适当控制患者饮食量,引导患者正确饮食、合理饮食、适当饮食,避免患者暴饮暴食,避免患者的短时间之内使用过量高糖、高蛋白以及高油脂食物,适当为患者提供一定的营养物质,尤其是维生素、无机盐等基础类营养物质。(5)手术室护理:医护人员以及管理人员需要使用专业化临床医学检验仪器以及手术设备,全过程监控老年股骨粗隆间骨折患者各项生命体征,尤其是心率、血氧饱和度、血压、体温等基础性生命体征,针对于老年股骨粗隆间骨折患者的疾病康复情况进行详细记录与观察,一旦患者生命体征出现剧烈变化情况,则需要由医护人员及时联系患者主治医生,在第一时间开展抢救工作,挽救患者生命。

1.3 观察指标与评价标准

第一,本次临床医学研究工作以及老年股骨粗隆间骨折患者围手术期手术室全程优质护理干预工作的评价标准需要医护人员结合患者疾病康复情况划分为显效、有效以及无效三种。第二,等待全体患者出院之后,医护人员需要结合每一位患者的满意程度分析疾病护理工作的实际效果,评价标准主要可以划分为非常满意、满意、不满意、非常不满意四种。第三,医护人员需要分析对照组与观察组患者出院之后在生理健康、心理健康以及社会生活三方面的实际表现情况(主要通过调查问卷满意度评分的形式展现)。

1.4 统计学方法

在本次临床学研究工作以及疾病护理工作之中,所产生的相关数据需要由医护人员运用 SPSS25.0 软件进行记录与分析,所有数据均以 n (%) 差表示。当差异 $P<0.05$ 时可认为结果可靠,具有显著性。

2 结果

经过一段时间的护理与观察之后可以发现,绝大多数观察组患者并未出现疾病复发问题以及相关并发症,大多数观察组患者疾病治疗效果普遍较好,手术室全程优质护理干预工作效率明显较高。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 1 接受手术室全程优质护理干预工作的老年股骨粗隆间骨折围手术期患者治疗效果比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	25	20 (80)	4 (16)	1 (4)	24 (96)
对照组	25	16 (64)	4 (16)	5 (20)	20 (80)

在对照组与观察组相互对比的过程中,可以发现,大多数观察组老年股骨粗隆间骨折患者比较认可本次围手术期手术室全程优质护理干预工作。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 2 接受手术室全程优质护理干预工作的老年股骨粗隆间骨折围手术期

患者满意度数据比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意率	平均分
观察组	25	19 (76)	6 (24)	0 (0)	25 (100)	8.51
对照组	25	15 (60)	5 (20)	5 (20)	20 (80)	7.06

与对照组患者相比,观察组老年股骨粗隆间骨折患者在生理健康、心理健康以及社会生活各方面的实际表现情况明显好于对照组。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 3 接受手术室全程优质护理干预工作的老年股骨粗隆间骨折围手术期

患者后续护理效果比较[n (%)]

组别	例数	心理健康	生理健康	社会生活
观察组	25	20.63±2.12	22.24±2.19	17.65±3.98
对照组	25	14.84±3.02	18.54±3.23	13.29±2.01

3 讨论

老年股骨粗隆间骨折围手术期优质护理干预模式主要是从西方一部分发达国家引入国内,在相关临床医学研究人员结合本医院内部老年股骨粗隆间骨折患者的实际患病情况以及护理需求进行综合分析之后,逐步调整老年股骨粗隆间骨折围手术期优质护理干预模式,逐步形成较为全面化的优质护理干预工作体系以及相应的服务体系。在老年股骨粗隆间骨折围手术期优质护理干预模式引入国内,经过一系列的转化与调整之后,逐步形成了较为独特的优质护理干预工作体系,在新型护理理念的指引之下,广大医护人员以保证老年股骨粗隆间骨折或者生命安全为根本工作目标,以进一步提升老年股骨粗隆间骨折疾病治愈率为主要工作目标,快速开展不同类型的疾病护理工作,随后融入优质护理干预模式。老年股骨粗隆间骨折患者需要接受医护工作人员的术前检查、术中沟通与术后护理。老年股骨粗隆间骨折围手术期手术室全程优质护理干预工作需要从生理健康以及心理健康两方面出发,及时优化原有的疾病护理流程以及相关的干预模式,从老年股骨粗隆间骨折患者饮食护理、病房护理、围手术期护理等诸多方面进行深度研究与调整,由专业医护人员及时与老年股骨粗隆间骨折患者进行深度互动与沟通,及时减轻患者痛苦,避免患者在术前产生恐惧心理,引导老年股骨粗隆间骨折患者平稳、安全的度过手术期。

综上所述,深入研究老年股骨粗隆间骨折围手术期手术室全程优质护理工作的具体方法尤为重要,医护人员需要从细节之处,逐步优化手术期手术室全程优质护理工作具体流程,促进手术期手术室全程优质护理工作的精细化、全面化、个性化、科学化、人性化、技术化发展,开展手术室全程优质护理干预工作可以帮助患者早日摆脱病痛折磨,避免患者出现并发症以及感染问题。

参考文献:

[1]朱庆巍, 阎胜娟, 冯国强. 老年股骨粗隆间骨折围手术期实施手术室优质护理的效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5 (53): 1.

[2]刘锐新. 对高龄股骨粗隆间骨折患者实施围手术期综合护理干预的效果观察[J]. 当代医药论丛, 2015 (1): 2.

[3]耿婷婷. 老年股骨粗隆间骨折围手术期的护理干预[C]// 河南省骨伤护理学术交流会. 2014.

[4]陆惠芬. 老年股骨粗隆间骨折围手术期实施护理干预的临床观察[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3 (20): 2.

气管切开后患者综合性气道护理的效果

¹曹建华 ²石成荣 ³齐贞

泰安市中心医院 山东泰安 271000

摘要：目的：观察探究气管切开后患者综合性气道护理的效果。方法：在我院 2021 年 1 月至 2022 年 2 月期间收诊的气管切开后患者中选择 84 例作为研究对象，在电脑随机双盲分组法下将患者分为综合组和参照组，每组患者各 42 例，在参照组患者中实施一般护理，在综合组患者中实施综合性气道护理，比对两组患者的各项指标变化情况。结果：在切开置管时间、留置气管导管时间及住院时间方面，综合组患者均显著低于参照组，统计学分析对比有意义 ($P < 0.05$)；护理前，关于 BE、PaCO₂、PaO₂ 等血气指标方面的对比，两组均无统计学差异 ($P > 0.05$)，经护理后，综合组患者的 BE、PaCO₂ 相比参照组患者明显更低，PaO₂ 相比参照组患者明显更高，组间对比差异具统计学意义 ($P < 0.05$)；综合组患者并发症发生率结果显示为 7.14%，参照组患者并发症发生率结果显示为 28.57%，综合组明显更低，统计学对比分析差异显著 ($P < 0.05$)；综合组的护理总满意率为 95.24%，相比参照组患者护理总满意率 80.95% 明显更高，差异对比具统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：气管切开后患者综合性气道护理的效果确切且理想，值得临床给予广泛推广和应用。

关键词：气管切开后；综合性气道护理；满意度

气道切开后是现阶段临床治疗急危重症且自主呼吸极度困难患者的首选手术方法，以此为患者建立人工通气通道，改善患者通气状况并减轻呼吸困难程度，但是，由于气道切开后具一定创伤性，患者呼吸通路发生改变，空气并未经鼻腔得以有效湿化和过滤^[1]，而是直接经人工通道进入呼吸道及肺部，致使患者气道分泌物大量增加，尤其在分泌物无法顺利排出的情况下，分泌物逐渐出现结痂、硬化，进而附着在气管壁中，进一步增加分泌物排出的困难程度，增加患者呼吸道感染、肺部感染的风险，严重危害患者身体健康、降低患者生活质量。为此，为确保气道切开后手术治疗效果及术后分泌物的有效排出，临床中需对气道切开后患者行有效的护理干预，但一般护理下对气道护理的针对性相对不足，为此，本次实验研究针对我院 2021 年 1 月至 2022 年 2 月期间收诊的气管切开后患者实施综合性气道护理的效果进行探究分析，详细报道内容见下文所示。

1 资料与方法

1.1 基本般资料

在我院 2021 年 1 月至 2022 年 2 月期间收诊的气管切开后患者中选择 84 例作为研究对象，在电脑随机双盲分组法下将患者分为综合组和参照组，每组患者各 42 例，纳入标准：①符合气管切开后手术指征；②无药物滥用患者；③无严重器质性疾病患者；④无合并恶性肿瘤疾病患者；⑤无精神障碍性疾病患者；⑥签署我院同意书后经伦理会认证并准予实施。综合组中，男性患者 25 例，女性患者 17 例，最小年龄 42 岁，最大年龄 83 岁，年龄平均数 (61.52±3.78) 岁，颅脑外伤 20 例、脑出血 12 例、其它 10 例，参照组中，男性患者 24 例，女性患者 18 例，最小年龄 40 岁，最大年龄 84 岁，年龄平均数 (61.77±3.69) 岁，颅脑外伤 21 例、脑出血 10 例、其它 11 例，在性别、年龄、病症类型等基本资料的对比方面，两组患者均不具统计学差异 ($P > 0.05$)，临床可比性显著，可行下文对比分析。

1.2 方法

在参照组患者中实施一般护理，首先，护理人员需按时对患者病房进行消毒和打扫，做到每日通风，并保证适宜病房温度及湿度，其次，护理人员需加强护患沟通，通过引导患者情绪主诉的方式掌握患者是否存在焦虑、抑郁、紧张等不良情绪，针对不良情绪产生原因给予患者心理疏导，再次，护理人员对患者进行一对一健康宣教，确保患者了解气道切后的治疗优势、护理重要性及相关注意事项，提高患者的正确认知和依从性，最后，护理人员需根据患者的饮食喜好为患者制定饮食计划，日常摄入食物应以易于服用的流质食物为主，保证患者摄入充足的维生素、蛋白质及身体所需的营养元素，必要时可给予患者适当的营养干预，确保患者机体免疫力的提升。在综合组患者中实施综合性气道护理，首先，成立综合性气道护理小组，针对组内护理人员进行统一培训，包括气道护理知识、流程、注意事项及应急处理措施等，对护理人员进行考核，经考核通过后方可上岗实施护理操作，以确保气道护理质量。然后，实施综合性气道护理，针对氧驱雾化治疗方面，护理人员使用氨溴索溶液进行加湿处理，判定患者痰液黏度后使用注射用水进行稀释以保证浓度的适宜性，每日进行 4-5

次。针对拍背吸痰方面，护理人员需由下至上均匀轻叩患者背部，促进已经吸附在气管壁上的痰液排出，如拍背效果不佳时给予患者有效吸痰，且吸痰操作实施前需对患者口腔、鼻腔内的分泌物进行清理，保障患者口腔、鼻腔的通畅性，通过吸痰管将气道内的痰液进行吸出，且吸痰操作需保证动作轻柔、缓慢，避免给患者气道带来损伤而引发其它并发症，每次吸痰时间控制在 15 秒以内。针对站立保持方面，护理人员每日需叮嘱患者保持端正站姿并进行咳嗽练习，每日早晚各 1 次。针对呼吸功能锻炼方面，护理人员指导患者保持站姿或坐姿，反复练习深吸气、深呼气并用力咳嗽，每次重复 15-20 组，每日锻炼 1 次。针对气道切口护理方面，护理人员需密切监测患者气道切口状态，按时更换药物，并保证气道切口的清洁和卫生，避免引发感染等并发症。最后，护理人员定期针对护理期间内存在气道护理问题进行总结分析，实现综合性气道护理工作质量的稳步提升。

1.3 观察指标

详细观察并记录 84 例患者的切开置管时间、留置气管导管时间和住院时间；经实验室检查方式检测患者护理前后的血气指标变化，包括 BE、PaCO₂、PaO₂ 三项指标^[2]；记录患者发生肺部感染、气管塌陷、痰液阻塞、呼吸困难及气管黏膜损伤等并发症发生例数^[3]，并发症发生率=并发症发生例数÷总例数×100%；于患者出院前通过移动终端扫码获取满意度调查问卷的方式进行护理满意度调查，问卷总分 120 分，其中，0-56 分为不满意，57-93 分为比较满意，94-100 分为非常满意，护理总满意率=(非常满意例数+比较满意例数)÷总例数×100%^[4]。

1.4 统计学处理

研究中 84 例气管切开后患者涉及到的全部数据指标均经 Excel2022 进行数据录入和校对，并通过 SPSS26.0 统计学软件进行统计结果计算，其中，如患者的并发症发生率、护理总满意率等计数资料指标在[n (%)] 方式下进行表示，统计结果经卡方检验法验证，同时，如患者的切开置管时间、留置气管导管时间、住院时间、血气指标等计量资料指标在($\bar{x} \pm s$) 方式下进行表示，统计结果经 t 检验法验证， $P < 0.05$ 显示统计学分析对比无意义， $P < 0.05$ 显示统计学分析对比有意义。

2 结果

2.1 针对各项临床指标方面不同组别患者的分析对比

在切开置管时间、留置气管导管时间及住院时间方面，综合组患者均显著低于参照组，统计学分析对比有意义 ($P < 0.05$)，具体内容见表 1 所示。

表 1 针对各项临床指标方面不同组别患者的分析对比 ($\bar{x} \pm s$, 天)

组别	例数	切开置管时间	留置气管导管时间	住院时间
综合组	42	12.14±3.52	13.30±1.79	24.35±3.56
参照组	42	20.41±4.23	19.46±1.86	39.71±4.19
t	-	9.739	15.464	18.105
P	-	0.021	0.006	0.001

2.2 针对护理前后各项血气指标方面不同组别患者的分析对比

护理前,关于 BE、PaCO₂、PaO₂ 等血气指标方面的对比,两组均无统计学差异 (P>0.05),经护理后,综合组患者的 BE、PaCO₂ 相比参照组

患者明显更低,PaO₂ 相比参照组患者明显更高,组间对比差异具统计学意义 (P<0.05),具体内容见表 2 所示。

表 2 针对护理前后各项血气指标方面不同组别患者的分析对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	BE (mmol/L)		PaCO ₂ (mmHg)		PaO ₂ (mmHg)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
综合组	42	5.56±0.78	1.31±0.18	25.63±2.77	36.64±1.38	51.41±0.56	78.61±1.27
参照组	42	5.51±0.74	3.33±0.52	25.51±2.69	31.08±1.59	51.46±0.51	60.69±0.85
t	-	0.301	13.791	0.201	11.114	0.427	15.994
P	-	0.763	0.013	0.841	0.018	0.669	0.005

2.3 针对并发症发生率方面不同组别患者的分析对比

综合组患者并发症发生率结果显示为 7.14%,参照组患者并发症发生

率结果显示为 28.57%,综合组明显更低,统计学对比分析差异显著 (P<0.05),具体内容见表 3 所示。

表 3 针对并发症发生率方面不同组别患者的分析对比[n (%)]

组别	例数	肺部感染	气管塌陷	痰液阻塞	呼吸困难	气管黏膜损伤	并发症发生率
综合组	42	1 (2.38)	0 (0.00)	1 (2.38)	1 (2.38)	0 (0.00)	3 (7.14)
参照组	42	3 (7.14)	2 (4.76)	2 (4.76)	2 (4.76)	3 (7.14)	12 (28.57)
X ²	-	-	-	-	-	-	6.573
P	-	-	-	-	-	-	0.038

2.4 针对护理总满意率方面不同组别患者的分析对比

综合组的护理总满意率为 95.24%,相比参照组患者护理总满意率 80.95%明显更高,差异对比具统计学意义 (P<0.05),具体内容见表 4 所示。

表 4 针对护理总满意率方面不同组别患者的分析对比[n (%)]

组别	例数	非常满意	比较满意	不满意	护理总满意率
综合组	42	23 (54.76)	17 (40.48)	2 (4.76)	40 (95.24)
参照组	42	15 (35.71)	19 (45.24)	8 (19.05)	34 (80.95)
X ²	-	-	-	-	4.086
P	-	-	-	-	0.046

3 讨论

气道切开术是一种治疗呼吸异常、呼吸困难等急危重症患者的有效治疗方法,但受气道切开因素影响,空气不经口鼻吸入,而是经人工气道直接进入呼吸道和肺部,患者咳嗽反射大幅降低,因而患者气管黏膜损伤严重^[5],甚至还会发生气道分泌物滞留,进而引发感染等并发症^[6-7],影响手术治疗效果。一直以来,临床针对气道切开术患者仅实施一般护理,主要针对对患者病房环境、心理健康、病症掌握及饮食方面进行有效护理,虽可起到一定改善病症、促进康复的效果,但针对气道方面并无更具针对性的护理干预,致使患者术后肺部感染、气管塌陷、痰液阻塞、呼吸困难及气管黏膜损伤等并发症常有发生^[8],影响患者手术效果和康复效果,患者对护理工作的满意度不高,护患纠纷发生率偏高,不利于医院社会形象的维护。而综合性气道护理作为新型护理方式,将以人为本的护理理念作为护理中心,将患者作为护理重点,充分满足患者的护理需求^[9],且综合性气道护理下更加重视气管切开术患者术后气道的针对性护理干预,通过氧驱雾化治疗实现患者呼吸道的加湿、加温和过滤^[10],避免干燥空气直接进入呼吸道和肺部,减少呼吸道的刺激反应,减低黏膜出血、肺部感染等并发症发生的可能性^[11],在站立保持、呼吸功能锻炼中,锻炼患者的自主排痰功能^[12],提高患者自主排痰效果,并配以有效的拍背吸痰,被动促进患者痰液的顺利出,避免分泌物滞留而造成气道堵塞、感染,同时针对气道切口进行有效护理,加速切口愈合^[13-14],因而在这种更具针对性、有效性和综合性的气道护理下,实现患者病症的有效治疗,并有效促进患者病症康复,实现患者治疗有效性及健康安全的保障,逐渐在临床护理中予以广泛的推广应用,取得了极为理想的护理效果^[15]。本次实验研究结果显示:在切开置管时间、留置气管导管时间及住院时间方面,综合组患者均显著低于参照组,且经护理后,综合组患者的 BE、PaCO₂ 相比参照组患者明显更低,PaO₂ 相比参照组患者明显更高,可以了解到,与一般护理方式相比,实施综合性气道护理能够明显缩短患者的切开置管时间、留置气管导管时间及住院时间,同时改善患者的各项血气指标。另外,综合组患者并发症发生率结果显示为 7.14%,参照组患者并发症发生率结果显示为

28.57%,综合组明显更低,可知实施综合性气道护理能够切实降低术后并发症发生率。另外,综合组的护理总满意率为 95.24%,相比参照组患者护理总满意率 80.95%明显更高,可见综合性气道护理的实施可大幅提升患者的护理满意率。

综上所述,综合性气道护理应用于气管切开术患者中的护理效果确切且理想,在切实改善患者血气指标的基础上,降低患者并发症发生率,更易于促进患者病症康复,恢复正常呼吸功能,同时,患者对护理工作的满意度普遍较高,对减少护患矛盾、提高医院社会形象亦起到积极作用。

参考文献:

- [1]郑丽.分析综合气道护理管理方案应用于气管切开术后康复患者中的临床效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2018,5 (1): 2.
- [2]羊云萍.优质气道护理在对接受气管切开术的颅脑损伤患者进行护理中的应用效果[J].当代医药论丛,2020,18 (23): 2.
- [3]李利.重症高血压性脑出血气管切开后综合气道护理效果,不良事件及满意度分析[J].当代护士: 下旬刊,2018,25 (2): 3.
- [4]李瑛,武欣.综合气道护理管理方案在气管切开患者术后康复中的应用效果[J].中国社区医师,2022,38 (8): 3.
- [5]胡玉娜,桑秀芹,朱曙敏.精细化护理管理对气管切开后患者呼吸道的效果观察[J].黑龙江中医药,2021,50 (6): 2.
- [6]陈永强.综合气道护理管理用于气管切开后患者的临床效果观察[J].基层医学论坛,2020,24 (12): 2.
- [7]曹露,孙志瑛.开展综合气道护理对气管切开后患者的干预作用研究[J].系统医学,2020,5 (13): 3.
- [8]季夏明.综合气道护理管理方案在气管切开后康复患者中的应用效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6 (21): 1.
- [9]谢锡霞.循证护理在 ICU 重症患者气管切开后呼吸道护理中的应用效果分析[J].智慧健康,2020,6 (26): 3.
- [10]张东红.精细化护理管理对气管切开后患者呼吸道的效果[J].临床医学研究与实践,2018,3 (22): 2.
- [11]王晓娟,任康乐,李菲菲,等.探讨循证护理在神经外科重症患者气管切开后呼吸道护理中的应用效果[J].中国医学文摘: 耳鼻咽喉科学,2018,33 (1): 3.
- [12]张丽.重症脑出血患者的气管切开后护理效果研究[J].继续医学教育,2021,35 (6): 2.
- [13]杨盛红.微量泵气道湿化对气管切开后患者的护理效果[J].中国继续医学教育,2018,10 (14): 2.
- [14]许静.对在 ICU 接受气管切开的脑外伤患者进行气道强化护理的效果探究[J].当代医药论丛,2019,17 (19): 2.
- [15]陈汉翠.对接受气管切开后患者进行综合性气道护理的效果分析[J].当代医药论丛,2020,18 (5): 2.

锁定加压钢板同单纯钢板螺钉内固定治疗四肢骨折效果比较观察

陈凡强

白彦镇卫生院 山东临沂 273300

摘要：目的：探索四肢骨折开展单纯钢板螺钉内固定同锁定加压钢板治疗效果。方法：时间源：2020年2月-2022年3月，筛选符合要求的四肢骨折患者作为样本，90例，以信封盲抽规则抽取两组，对照组行单纯钢板螺钉内固定治疗，观察组行锁定加压钢板，观察患者症状控制情况。结果：观察组手术时间、手术出血量、住院时间相比对照组差异明显（ $P<0.05$ ）。愈合率观察组100.00%更优，相比对照组91.11%差异显著（ $P<0.05$ ）。有效率观察组97.78%更优，相比对照组88.89%差异明显（ $P<0.05$ ）。治疗前VAS、Barthel评分无差值（ $P>0.05$ ）。治疗后观察组患者各项评分更优，差异显著（ $P<0.05$ ）。并发症观察组2.22%更优，相比对照组11.11%差异明显（ $P<0.05$ ）。结论：四肢骨折开展锁定加压钢板治疗效果更明显，造成的创伤较小，安全性良好，值得推广。

关键词：四肢骨折；单纯钢板螺钉内固定；锁定加压钢板；疼痛

【Abstract】Objective: To explore the effect of simple plate and screw internal fixation combined with locking compression plate in the treatment of extremity fractures. **Methods:** Time source: From February 2020 to March 2022, patients with limb fractures who met the requirements were selected as samples, 90 cases were selected according to the envelope blind drawing rule, and the control group was treated with simple plate and screw internal fixation, and the observation group was treated with Lock the compression plate and observe the patient's symptom control. **Results:** Compared with the control group, the operation time, operative blood loss and hospital stay in the observation group were significantly different ($P<0.05$). The healing rate of the observation group was 100.00% better, which was significantly different from 91.11% of the control group ($P<0.05$). The effective rate of the observation group was 97.78%, which was significantly different from 88.89% of the control group ($P<0.05$). There was no difference in VAS and Barthel scores before treatment ($P>0.05$). After treatment, the scores of patients in the observation group were better, and the difference was significant ($P<0.05$). The complication observation group was 2.22% better, which was significantly different from 11.11% in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** The treatment effect of locking compression plate for extremity fractures is more obvious, causing less trauma and good safety, which is worthy of promotion.

【Key words】 Fractures of extremities; Internal fixation with simple plates and screws; Locking compression plates; Pain

四肢骨折是临床上一种常见的病症类型，通常由意外因素导致，如车祸、坠落、暴力等，患者出现明显的脏器、神经、血管损伤，肢体功能受限，伴有明显的疼痛感，需要及时开展治疗^[1]。传统以手术治疗为主，但传统手术方法虽然可以控制病症进展，但是对患者产生的创伤较大，患者恢复周期较长，限制治疗效果。锁定加压钢板是一种新型治疗方法，对四肢骨折治疗优势明显，有助于患者康复，且安全性良好^[2]。本次研究筛选90例四肢骨折患者作为样本，分析不同治疗方式对病症控制情况：

1 资料与方法

1.1 一般资料

筛选时间源2020年2月-2022年3月四肢骨折患者，符合研究要求患者90例，按照信封盲抽规则分组，对照组45例，男女/25例、20例，年龄层22-70岁，中值（56.24±2.13）岁，观察组45例，男女/26例、19例，年龄层23-71岁，中值（56.33±2.11）岁，纳入标准：（1）全部患者均>18岁；（2）患者病例资料完整；（3）患者无手术禁忌；（4）患者知情、同意；排除标准：（1）患者精神障碍；（2）患者合并其他病症；（3）患者存在手术禁忌；一般资料无差异（ $P>0.05$ ），符合标准。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组行单纯钢板螺钉内固定治疗，完成骨折复位后对患者进行局部处理，开展骨膜剥离，在骨折对应位置后方运用骨折固定器辅助，对骨面安装钢板，钻孔固定，保证螺钉松紧度合理。

1.2.2 观察组

观察组行锁定加压钢板：术前进行骨折稳定处理，运用石膏进行保护，保证周围组织损伤得到及时控制。全麻，近端作纵型切口，长度2-3cm，在深筋膜下开展骨膜剥离，完成骨膜外软组织分离，以X线辅助，调整钢板，保证其与患者病症情况契合，置入螺钉，检查骨折复位情况，确认后锁定螺钉，缝合。

观察两组患者并发症情况（如果情况严重需要及时通知医生处理），对患者开展为期一年的随访，记录患者骨折愈合情况。

1.3 观察指标

（1）观察患者手术指标：手术时间、手术出血量、住院时间。

（2）观察患者骨折愈合情况，愈合、延迟愈合、不愈合，计算愈合率。

（3）观察患者治疗效果，显效（恢复显著，未出现并发症，生活可自理）、有效（恢复良好，但存在轻微血管、神经损伤或伴有疼痛感）、无效（未达到上述标准），计算有效率。

（4）观察患者VAS评分（VAS视觉模拟疼痛量表，0-10分表示疼痛逐渐提升）、Barthel（日常生活能力，0-100分表示生活能力逐渐提升）

（5）观察患者并发症，包括骨不连、感染、内固定松动，计算发生率。

1.4 统计学处理

SPSS27.0统计，（ $\bar{x} \pm s$ ）（n）或率（%）计量计数，t与 χ^2 验证正态分布， $P<0.05$ 说明差异明显。

2 结果

2.1 两组患者手术指标情况对比

观察组患者各项手术指标（手术时间、手术出血量、住院时间）均低于对照组，差异明显（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 各项手术指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别（n=45）	手术时间（min）	手术出血量（ml）	住院时间（d）
观察组	62.27±3.56	82.74±1.63	13.85±0.27
对照组	85.27±3.63	226.36±3.46	16.22±0.45
t	16.150	19.961	27.911
P	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者骨折愈合情况

愈合率：观察组 100.00%，对照组 91.11%，差异显著（ $P<0.05$ ），如表2。

表2 骨折愈合情况对比[n（%）]

组别（n=45）	愈合	延迟愈合	不愈合	愈合率
观察组	23（51.11）	22（48.89）	0（0.00）	45（100.00）
对照组	21（46.67）	20（44.44）	4（8.89）	41（91.11）
χ^2	-	-	-	6.541
P	-	-	-	0.011

2.3 患者治疗效果对比

有效率观察组 97.78%，对照组 88.89%，差异明显（ $P<0.05$ ），如表3。

表3 治疗效果情况[n（%）]

组别（n=45）	显效	有效	无效	有效率
观察组	26（57.78）	18（40.00）	1（2.22）	44（97.78）
对照组	23（51.11）	17（37.78）	5（11.11）	40（88.89）
χ^2	-	-	-	4.464
P	-	-	-	0.035

2.4 两组患者 VAS、Barthel 指标评分对比

治疗前两组患者各项评分（VAS、Barthel）无差值（ $P>0.05$ ）。治疗后观察组患者各项评分改善幅度更大（VAS 评分低、Barthel 评分高），差异显著（ $P<0.05$ ），见表4。

表4 指标评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别 (n=45)	VAS 评分		Barthel（分）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	8.15±1.35	3.21±0.42	59.35±2.57	88.21±3.72
对照组	8.16±1.32	6.75±0.39	59.37±2.56	77.52±3.67
t	0.224	12.600	0.239	15.625
P	0.862	0.000	0.823	0.000

2.5 并发症情况对比

并发症：观察组 2.22%，对照组 11.11%，差异明显（ $P<0.05$ ），如表5。

表5 并发症情况[n（%）]

组别	n	骨不连	感染	内固定松	总发生率
----	---	-----	----	------	------

		动			
观察组	45	0（0.00）	1（2.22）	0（0.00）	1（2.22）
对照组	45	1（2.22）	2（4.44）	2（4.44）	5（11.11）
χ^2	-	-	-	-	4.464
P	-	-	-	-	0.035

3 讨论

近年来由于社会发展与进步，导致各类意外事件增多，如坠落、车祸等，造成四肢骨折发病率呈现出显著增长趋势^[3]。四肢骨折属于常见的骨折类型，该病症危害较大，患者发病后可能出现血管、神经、脏器损伤，伴有显著的疼痛感，肢体功能出现障碍，降低患者生活质量，甚至威胁患者生命安全^[4]。传统上治疗该病症常见手术治疗，如单纯钢板螺钉内固定治疗，该方法可及时控制患者病症，但存在明显的限制，对患者产生的创伤较大，患者容易出现多种并发症情况，造成周围软组织损伤，影响患者预后^[5]。锁定加压钢板是一种新型方式，该方式克服了传统治疗方式存在的不足^[6]，可以保证钢板、螺钉、骨折端形成完整固定整体，提高稳定性，对患者产生的创伤较少，可达到良好的康复效果。

本次研究结果中，观察组患者各项手术指标（手术时间、手术出血量、住院时间）更优（ $P<0.05$ ），相比对照组发现锁定加压钢板治疗效果更优，可有效改善患者病症，降低治疗对患者造成的创伤，缩短治疗时间，以使患者及早恢复健康。愈合率观察组 100.00%相比对照组 91.11%更优（ $P<0.05$ ），表明该治疗方式有助于患者骨折愈合，提高患者康复速度，促使患者症状得到控制，改善肢体功能。有效率观察组 97.78%相比对照组 88.89%更优（ $P<0.05$ ），该治疗方式可有效改善患者病症，利用技术优势及时控制病情，有助于患者术后康复，应用价值显著。治疗前两组患者 VAS、Barthel 评分无对比性（ $P>0.05$ ）。治疗后观察组 VAS 评分低、Barthel 评分高（ $P<0.05$ ），相比对照组发现该治疗方式有助于降低患者疼痛感，改善疼痛对身体产生的刺激，以促使机体自身恢复速度提升，及早恢复机能。并发症观察组 2.22%相比对照组 11.11%更低（ $P<0.05$ ），说明该治疗方式安全性更高，可有效改善病情，降低术后风险，避免出现松动或感染，以促使患者及早恢复健康状态。

综上所述，锁定加压钢板对四肢骨折病症治疗效果更为显著，可有效改善患者疼痛感，降低治疗对身体造成的创伤，提高治疗安全性，缩短患者康复周期，相比传统方式更具有优势，值得临床推广实践。

参考文献：

[1]朱茂军.四肢骨折分别选择微创经皮锁定加压钢板以及钢板螺钉内固定方法治疗的可行性[J].智慧健康,2021,7（10）: 81-83.

[2]黄靖凯.对比分析微创经皮锁定加压钢板和钢板螺钉内固定在四肢骨折治疗中的临床价值[J].中国农村卫生,2021,13（04）: 33-32.

[3]马银祥,张新刚,李勇贤.锁定加压钢板与单纯钢板螺钉内固定治疗四肢骨折疗效对比[J].临床医药文献电子杂志,2018,5（42）: 69-70.

[4]刘志威.锁定加压钢板与单纯钢板螺钉内固定治疗四肢骨折的疗效分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5（10）: 86-89.

[5]范立洪.微创经皮锁定加压钢板和钢板螺钉内固定在四肢骨折治疗中的效果对比分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6（72）: 53-72.

[6]赵应华.比较锁定加压钢板与单纯钢板螺钉内固定治疗四肢骨折的临床效果[J].世界最新医学信息文摘,2018,18（81）: 71-73.

分析基层医疗机构小型压力蒸汽灭菌器使用现况

姜胜强

汶上县郭楼卫生院 山东济宁 272500

摘要：目的：分析小型压力蒸汽灭菌器在基层医疗机构的使用现况。方法：对 67 所基层医疗机构的小型压力蒸汽灭菌器使用情况进行调查，完成对应的生物监测，判断压力蒸汽灭菌效果，掌握灭菌器不合格情况。并比较不同医疗机构的灭菌器应用情况，并比较不同类型灭菌器的监测阳性率。结果：不同医疗机构灭菌器的排气方式、种类，灭菌湿包分布情况、灭菌器有无干燥程序，生物监测数量开展情况等均有统计学分析意义， $P<0.05$ ；应用超过 10 年和使用时间 1 年半以内的灭菌器阳性监测率明显高于其他年限；5 台卧式灭菌器全部合格，阳性率最高的灭菌器为手提式，阳性率为 30.77 %，其次为立式灭菌器，阳性率为 17.65 %，台式灭菌器阳性率为 5.88 %。结论：基层医疗机构小型压力蒸汽灭菌器的灭菌质量和灭菌生物监测并未落实到位，需要引起有关部门的重视，加强对灭菌情况的管理，开展对应的灭菌器操作培训等，提高小型压力蒸汽灭菌器在基层医疗机构中的灭菌质量。

关键词：小型压力蒸汽灭菌器；基层医疗机构；灭菌质量；生物监测

小型压力蒸汽灭菌器是常用的灭菌方法，为可重复应用的医疗器械，主要是通过高压高温作用，使得蒸汽在液化过程大量释放潜热，导致病原微生物蛋白质发生变性，以达灭菌作用。小型压力蒸汽灭菌器的体积小，容积不超过 60L，应用较为便捷，具有迅速灭菌、操作简便等优势特点，在基层医疗机构中应用较为广泛。但随着该设备应用范围和使用频率的逐渐扩大，在应用过程中若出现管理和使用不合理、不规范的情况，则会使小型压力蒸汽灭菌器灭菌期间存在系列安全隐患，因此科学合理的应用灭菌器，加强对灭菌器的管理，对于保障医疗安全有着重要意义^[1]。为进一步明确小型压力蒸汽灭菌器在基层医疗结构中的应用情况，了解灭菌器工作的困惑和难点，加强针对小型压力蒸汽灭菌器的有效、规范化管理，本次研究特选择 67 所基层医疗机构展开调查，具体结果阐述见下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

在 2021 年 1 月到 2021 年 12 月期间选择 67 所基层医疗机构的 69 台小型压力蒸汽灭菌器作为调查样本，由对应县医院感染质控小组负责人承担，集中开展计划内容、监测方法的培训，填写监测表格，包括灭菌质量的监测、培训证、操作证、灭菌操作规程、灭菌器说明书、灭菌器类型等内容，在县区卫计局的参与和支持下，到基层医疗机构完成对应的监测。应用自含式 ME-压力蒸汽灭菌生物指示剂，在 56 摄氏度培养环境中开展检验科和生物培养皿的检查，以灭菌物品种类和灭菌器容积等选取对应的标准测试包，和参考灭菌物品的体积做成对应的小包，通过纸塑测试包完成对台式灭菌器的测试，在测试包的中央放置生物指示剂。

1.2 方法

在灭菌器最难灭菌的部位放置生物测试包，根据常规灭菌方法由被测试单位消毒人员完成对应的操作。在经过一个灭菌周期后，由监测人员带回测试包，固定专业的人员完成对应的培养处理，并设置阳性组进行对照。在环境为 56℃的状态下培养 48 小时，对检查结果进行观察。

1.3 观察指标

判断压力蒸汽灭菌效果，掌握灭菌器不合格情况。根据压力蒸汽灭菌效果的监测情况判定结果。初次鉴定阳性则记录为灭菌不合格，复测仍为阳性则提示灭菌器不合格。并比较不同医疗机构的灭菌器应用情况，并比较不同类型灭菌器的监测阳性率。

1.4 统计分析

将所采集的数据均用 SPSS28.0 软件检验，构成比（%）表示，以 χ^2

检验，具备统计学意义则： $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 各类医疗机构灭菌器的应用情况

不同医疗机构灭菌器的排气方式、种类，灭菌湿包分布情况、灭菌器有无干燥程序，生物监测数量开展情况等均有统计学分析意义， $P<0.05$ 。如表 1。

表 1 各类医疗机构灭菌器的应用情况

项目	数量 (台)	诊 所	门 诊 部	口 腔 诊 所/ 专 科	社区 卫生 中心/ 卫生 院	一 级 医 院	χ^2	P
灭菌器数 量	69	4	2	28	26	9	-	-
种类								
手提式	13	2	1	3	5	2	95.427	0.000
卧式	5	0	0	0	3	2		
立式	17	0	1	0	12	4		
台式	34	3	1	22	7	1		
干燥	39	3	1	25	7	3	58.426	0.000
无干燥	30	1	2	2	20	5		
从未做生 物监测	61	4	2	27	23	5	14.457	0.000
排气下 方式排	39	2	1	3	26	7	99.332	0.000

气									
抽	30	2	1	25	1	1			
真									
空									
湿包	20	1	1	4	12	2	14.596	0.000	

2.2 灭菌效果生物监测结果评价

对 69 台压力蒸汽灭菌器完成生物监测，其中灭菌合格率为 81.16 % (56/69)，阳性结果 13 台灭菌器中有 2 台已报废，对阳性监测结果的 13 台灭菌器中的 11 台完成复测，仍有 9 台提示阳性。即 69 台压力蒸汽灭菌器生物监测合格率为 86.96 %。对照结果均为阳性。

对阳性灭菌器使用年限进行监测，应用 1 年半以内的灭菌器监测数为 8 台，合格 3 台，合格率为 37.50 %；应用 2 年的灭菌器监测数为 12 台，合格 11 台，合格率为 91.67 %；应用 3 年的灭菌器监测数为 9 台，合格 8 台，合格率为 88.89 %；应用 4 年的灭菌器监测数为 6 台，合格 5 台，合格率为 83.33 %；应用 5 年的灭菌器监测数为 6 台，合格 4 台，合格率为 66.67 %；应用 6 年的灭菌器监测数为 7 台，合格 6 台，合格率为 85.71 %；应用 7 年的灭菌器监测数为 8 台，合格 7 台，合格率为 87.50 %；应用 8 年的灭菌器监测数为 6 台，合格 5 台，合格率为 83.33 %；应用 9 年的灭菌器监测数为 5 台，合格 4 台，合格率为 80.00 %；应用 10 年的灭菌器监测数为 2 台，合格 1 台，合格率为 50.00 %；应用 10 年以上的灭菌器监测数为 3 台，合格 1 台，合格率为 33.33 %，结果证实应用超过 10 年和使用时间在 1 年半以内的灭菌器阳性监测率明显高于其他年限。

2.3 各类灭菌器阳性监测率分析

5 台卧式灭菌器全部合格，阳性率最高的灭菌器为手提式，阳性率为 30.77 % (4/13)，其次为立式灭菌器，占比 17.65 % (3/17)，台式灭菌器占比 5.88 % (2/34)。

3 讨论

小型压力蒸汽灭菌器根据冷空气排放的程度和方式不同，分为预真空压力灭菌器和排气式压力蒸汽灭菌器两种。预真空压力灭菌器根据抽真空的方式不同分为脉动真空和预真空两种。下排气式压力蒸汽灭菌器又分为卧式、立式、手提式三种^[2]。基层医疗机构由于需要灭菌物品、器械，都配置了不同的灭菌器，但应用种类存在一定差别，对于口腔诊所而言，普遍应用台式灭菌器，其他医疗机构则以手提式灭菌器和立式灭菌器为主，卧式灭菌器应用数量相对较少。所调查的大多数手提式灭菌器和立式灭菌器都缺少干燥程序，应用该类灭菌器的大部分社区中心/卫生院和一级医院都以湿包较为多见。针对湿包的处理多通过自然晾干的方式，违背了湿包不应使用和储存的规定。

灭菌器监测阳性的原因主要与以下几个方面有关，①灭菌器的产品质量原因，调查显示台式灭菌器的监测结果明显优于立式，手提式灭菌器阳性率相对最高。在应用年限在 1 年半以下的灭菌器中，手提式占比约为 79 %，部分新灭菌器的压力不达标。手提式灭菌器产品质量堪忧，且往往不具备干燥程序，不适合应用于医疗器械的灭菌，个别台式灭菌器出现抽真空深度未达标的情况^[3]。②灭菌器应用超年限，且没有定期进行监测，使用年限最长的灭菌器为 20 年。不同压力灭菌器的应用年限也存在明显差别，在达到使用寿命的简单压力灭菌器应报废。若需进行应用，则要报特种设备机构完成检验，否则会出现灭菌不合格和压力容器事故等双重风险。③台式灭菌器灭菌用水质量不符合要求，可能导致管道阻塞，排气不

通畅。④压力表不准因素。在应用灭菌器前压力表并未归零，对压力表需要至少每年校验一次，压力表的准确性会直接影响灭菌效果，关系到压力容器的安全性，因此若压力表损坏或适龄，其灭菌器械会出现不能运行、不能使用的情况。⑤装载不规范。在装载操作期间，纸塑包装摺在一起、包未竖放、装载过多等均可能导致出现冷气排不彻底，蒸汽量难以满足超载需求、蒸汽不易穿透等情况，而造成灭菌失败。灭菌质量监测误区主要包括仅凭借化学指示卡对灭菌效果进行判断，指示卡的选择错误，指示胶带过期、指示卡变色不均匀等。⑥消毒操作人员未接受针对性培训，通电就计时、下排式灭菌器操作不排冷气、不会观察压力表温度等，均会导致出现灭菌失败情况。监测阳性的灭菌器大多来自于乡镇卫生院和诊所，灭菌对象包括人流器械、手术包等高危物品，是极大的医源性感染隐患^[4]。

生物检测是考察整体灭菌过程是否合理的措施，能通过符合要求的抗力和标准化菌株等，检验是否到达无菌水平的方法，是控制灭菌质量的关键。本次研究证实，不同医疗机构灭菌器的种类、排气方式、灭菌湿包分布情况、生物监测数量开展情况及灭菌器有无干燥程序等均有统计学分析意义， $P<0.05$ ；使用时间超过 10 年、使用时间在 1 年半以内的灭菌器合格率低于其他年限，即阳性监测率高于其他年限；卧式灭菌器全部合格，阳性率为 0.00 %，手提式灭菌器的阳性率为 30.77 %，立式灭菌器的阳性率为 17.65 %，台式灭菌器的阳性率为 5.88 %。说明在基层医疗机构中，小型压力蒸汽灭菌器的应用、灭菌效果监测、质量追溯管理、维护保养等方面均存在一定问题，要求医疗机构应加强对小型压力蒸汽灭菌器灭菌缓解的质量监控，加强监管和培训力度，充分保障灭菌物品的安全性。在应用小型压力蒸汽灭菌器的过程中，需要严格根据对应的操作技术规范选取适宜的压力、温度等灭菌参数，加强对灭菌操作人员技能和专业知识的培训，尤其是在私人诊所完成灭菌消毒设备操作的人员，让其充分掌握对应的操作要求和相关规范，最大限度减少人为因素对灭菌效果产生的影响。此外，加强对灭菌器监测的重视程度，定期完成对灭菌器的维护和保养，定期校验压力表和温度表等，评估设备运行情况，保证仪器能有效、正确灭菌^[5]。

综上所述，小型压力蒸汽灭菌器在基层医疗机构的应用过程中，存在不同程度的问题，需要引起基层医疗机构对应工作人员的高度重视，加强对操作人员灭菌操作和知识的培训，严格根据对应操作流程，规范各项日常监测流程，及时更新灭菌设备，保障设备的正常运转，充分保证工作人员的人身安全和医疗机构的灭菌质量。对于无法开展灭菌消毒工作的医疗机构，建议和规模较大的机构或有资质的灭菌服务机构合作，外送处理各项待灭菌消毒的物品，保证医疗机构的生物安全。

参考文献：

[1]刘晓霞,闫虹,王志,等. 太原市 22 家医疗机构小型压力蒸汽灭菌效果在线监测结果分析[J]. 中国卫生监督杂志,2020,27 (4): 381-384.

[2]罗锦雁,戴传文,王功军,等. 基层医疗机构小型压力蒸汽灭菌器使用现状调查[J]. 中国消毒学杂志,2021,38 (4): 282-285.

[3]苏璇,徐丹慧,刘翠梅,等. 基层医疗机构小型压力蒸汽灭菌器灭菌性能调查[J]. 中华医院感染学杂志,2020,30 (22): 3516-3520.

[4]李伯宁,谷鑫,王衍海,等. 影响脉动真空压力蒸汽灭菌器灭菌质量的原因分析及对策[J]. 中国医学装备,2021,18 (6): 146-148.

[5]刘波,安利容,张菊,等. 成都市某区 64 家口腔诊所小型压力蒸汽灭菌器使用现状调查与分析[J]. 中国消毒学杂志,2020,37 (7): 550-552.

健康教育路径模式在急性心肌梗死患者护理中的应用效果

陶伟芳

山东省烟台市烟台山医院 山东烟台 264000

摘要：目的：探究在急性心肌梗死患者监护工作中应用健康教育路径模式的效果。方法：在2020年夏季至2021年冬季这一时段在我院心脏内科内就医的急性心肌梗死患者中选择200名患者参与到研究中，按照随机分配的原则将100人分入普通组，接受常规的监护服务，另外100人分入健康组，在普通组患者的基础上接受一定程度的健康教育，经过一段时间之后比较两组患者监护服务满意度、相关知识掌握程度、相关医疗行为等。结果：在护理满意度方面，健康组患者的分数比普通组患者的分数要高，与此同时健康组患者在健康知识掌握度和睡眠质量方面上均优于普通组。结论：在日常的急性心肌梗死监护工作中适当的健康教育能够获得理想的监护效果。

关键词：健康教育；急性心肌梗死；护理应用效果

Abstract: Objective: To explore the effect of applying the health education path model in the monitoring of patients with acute myocardial infarction. Methods: From the summer of 2020 to the winter of 2021, 200 patients with acute myocardial infarction who were treated in the Department of Cardiac Surgery of our hospital were selected to participate in the study. According to the principle of random allocation, 100 patients were divided into the general group and received routine treatment. The other 100 people were divided into the healthy group and received a certain degree of health education on the basis of the ordinary group of patients. Results: In terms of nursing satisfaction, the scores of patients in the healthy group were higher than those of the patients in the ordinary group. At the same time, the patients in the healthy group were better than the ordinary group in terms of mastery of health knowledge and sleep quality. Conclusion: Proper health education can achieve ideal monitoring effect in daily monitoring of acute myocardial infarction.

Key words: health education; acute myocardial infarction; nursing application effect

急性心肌梗死大多数是因为患者冠状动脉狭窄而导致相应区域出现缺血缺氧状态，长时间处于该状态会导致相应心肌细胞出现坏死现象，最终积累形成爆发性的心肌梗死。根据相关的流行病学调查工作结果显示，最近几年发生急性心肌梗死的患者人数逐渐上升，而且在临床治疗工作中常见的大多数为年轻人，导致该现象出现的一个重要原因是患者及其家属缺乏相应的健康知识，从而严重影响患者的康复效果和日常生活质量。对患者进行一定程度的健康教育能够让他们更加了解自身疾病、提高他们的医疗工作服从度、减少在康复期间出现并发症概率等等。现将相关的研究结果展示如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2020年夏季至2021年冬季这一时段在我院心脏内科室内就医的急性心肌梗死患者中按照随机数原则选择200名患者参与到研究当中，按照随机分配的原则将100人分入普通组，接受常规的监护服务，另外100人分入健康组，在普通组患者的基础上接受一定程度的健康教育。普通组男性和女性患者人数分别为37和63人，年龄范围在29-59岁，年龄平均值为(36.59±2.59)岁；体重范围在48-56kg，体重平均值为(49.33±3.69)kg；在婚姻状况方面，有92名患者处于已婚状态，而8名患者处于未婚状态；而对于健康组来说，男性和女性患者人数分别为29和71人，年龄范围在31-66岁，年龄平均值为(40.25±2.36)岁；体重范围在49-61kg，体重平均值为(50.36±2.76)kg；在婚姻状况方面，有97名患者处于已婚状态，而3名患者处于未婚状态。两组患者在上述方面的差异对实验结果没有较大影响(P>0.05)。

本实验的纳入标准为：(1) 两组患者全部都被确诊为急性心肌梗死且表现出典型的临床症状(2) 患者没有陷入意识不清等严重状态而且能够配合研究工作(3) 患者携带的病历资料齐全(4) 试验通过了本院伦理评审会的同意(5) 患者签署了该实验的知情同意书。而该实验的排除标准如下：(1) 患者有精神性疾病(2) 患者有其他身体部位的恶性肿瘤(3) 患者肝肾功能有明显的损坏(4) 患者具有消化系统性疾病(5) 患者消化道出现严重病变(6) 患者全身出去感染高热状态(7) 患者曾经或者近期做过外科手术(8) 近一周服用过针对心脏或者是其他身体部位的药物。

1.2 方法

普通组患者接受常规的监护服务模式，相关工作人员不定时的对患者进行一些简单的健康教育并且仅仅以口头形式进行传授。

教育组患者在普通组患者的基础上接受有一定路径模式的健康教育。具体内容包括工作人员在开始健康教育之前先对患者的整体身体情况以及患者家属的背景进行大概的了解，之后医护人员通过患者的病历资料、基本生理特征等等来规划一下具体的教育方案。最重要的是这个健康教育方案能够根据患者的病情发展来进行适当的调整。对于一些刚刚急性发作的心肌梗死患者来说，短时间内进行健康教育是不实际的。因此医护人员应该在患者病情稳定的时候在进行有针对性的健康教育。对于处于稳定期的患者来说则可以通过多种多样的教育手段让他们能够接收到一些和自身疾病相关的健康知识，医护人员可以通过幻灯片、图片、视频等多种多样的形式来进行知识讲授，让自己能够更加快速的重新回到正常生活中。除此之外，在日常的护理工作当中医护人员也应该要加强和患者们的沟通，不间断地向他们进行适当健康知识的传授从而提高他们的健康意识。

1.3 观察指标

(1) 护理服务满意度：利用由我院心脏内科工作人员设计的医疗服务工作满意度调查表来定量测量观察对象对于本科室提供的医疗服务的满意程度，该调查表为总分是一百分，评价体系主要由四个层次组成，小于60分的属于不满意，60-70分属于一般，70-80分属于较为满意，80分以上为十分满意。

(2) 患者健康知识掌握情况：采用原创性的调查问卷来探查患者对于基本健康知识的了解能力。整份卷子的总分为100分，总共设计生活方式、健康饮食、心理方面等九个方面的调查内容。等级评定标准为九十分以上的属于完全掌握、七十分到九十分之间的属于基本掌握、七十分以下的属于不熟悉。

(3) 监护过程中出现感染的情况统计：此次调查具体包括呼吸系统、伤口、消化系统三个部分的感染情况，最终以总体感染率作为比较指标进行研究。

(4) 康复期间一般情况调查：该方面的调查具体包括患者医疗服从度、患者VAS测试分数、睡眠情况等等方。

1.4 统计学处理

利用 SPSS25.0 作为本实验的数据处理工具, 计量资料以平均数±标准差来进行表示, 检验的方法则采用 T 值检验法; 计数资料以百分比的形式进行表示, 检验的方法则采用 X 的平方值检验法来进行验证。所有数据的可靠性则采用 P 值检验法, 即当 $P<0.05$ 的时候, 表面该数据具有说服力, 当 $P>0.05$ 时说明该数据对实验结果没有过于明显的影响。

2 结果

2.1 两组患者对我院神经外科提供的医疗服务的满意程度

普通组患者的总满意度为 55.00%。有 25 名患者对我院提供的医疗服务感到不满意, 占比为 25.00%, 有 20 名患者对我院提供的医疗服务感到

表一 两组患者对我院耳鼻喉科提供的医疗服务的满意程度

组别类型	人数	不满意	一般	比较满意	十分满意	总满意度 (%)
普通组	100	25 (25.00)	20 (20.00)	41 (41.00)	14 (14.00)	55 (55.00)
健康组	100	16 (16.00)	17 (17.00)	50 (50.00)	17 (17.00)	57 (57.00)

2.2 两组患者健康相关知识的掌握情况比较

根据试验结果显示, 详细数据如表二所示。

表二 两组患者健康相关知识的掌握情况比较

组别类型	人数	完全掌握	基本掌握	不熟悉
普通组	100	26 (26.00)	42 (42.00)	32 (32.00)
健康组	100	38 (38.00)	50 (50.00)	12 (12.00)

2.3 两组患者医院感染的发生情况比较

教育组在接受护理管理服务之后, 教育组患者无论是在肺部感染、伤口感染还是胃肠道感染方面中均低于普通组患者, 而且在医院感染总发生率方面上也是明显低于对照组患者。两组在上述方面的差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 详细情况见表三。

表三 两组患者医院感染的发生情况比较

组别类型	人数	肺部感染	伤口感染	胃肠道感染	医院感染发生率 (%)
教育组	100	2 (2.0)	2 (2.0)	2 (2.0)	6.0
普通组	100	8 (8.0)	12 (12.0)	4 (4.0)	24.0

2.4 两组患者康复期间一般情况调查

根据研究结果显示, 正常组在试验正式开始之前的进入睡眠前用时、睡觉总用时、脱离睡眠事件和清醒次数的数值分别为 (3.44±1.25) h、(4.25±1.12) h、(3.88±0.28) h 和 (5.98±0.98) 次; 在试验正式结束后的进入睡眠前用时、睡觉总用时、脱离睡眠事件和清醒次数的数值分别为 (2.56±1.03) h、(6.23±0.89) h、(3.02±1.25) h 和 (3.66±1.27) 次; 健康组在试验正式开始之前的进入睡眠前用时、睡觉总用时、脱离睡眠事件和清醒次数的数值分别为 (3.55±0.98) h、(4.28±1.25) h、(3.98±1.24) h 和 (6.02±1.24) 次; 在试验正式结束后的进入睡眠前用时、睡觉总用时、脱离睡眠事件和清醒次数的数值分别为 (0.58±1.22) h、(8.02±1.36) h、(1.28±0.89) h 和 (1.98±0.25) 次。由上述数据可见, 健康组和正常组在试验正常开始之前的进入睡眠前用时、睡觉总用时、脱离睡眠事件和清醒次数的差异没有统计学意义 ($P<0.05$), 因此可以继续进行治疗。从整体结果来看, 无论是进入睡眠前用时还是睡觉总用时、脱离睡眠事件和清醒次数, 健康组的变化远远优于正常组, 可见以预见性护理配合心理疏导护理为核心的护理模式能够让患者拥有一个充足良好的休息。详细数据表四。

表四 两组患者睡眠情况对比

组别	测评时间	进入睡眠前用时	睡觉总用时	脱离睡眠事件	清醒次数
正	试验正式开始	3.44±1.25	4.25±1.12	3.88±0.28	5.98±0.98

一般, 占比为 20.00%, 有 41 名患者对我院提供的医疗服务感到比较满意, 占比为 41.00%, 仅有 14 名患者对我院提供的医疗服务感到十分满意, 占比为 14.00%; 而健康组患者的总满意度为 57.00%。有 16 名患者对我院提供的医疗服务感到不满意, 占比为 16.00%, 有 17 名患者对我院提供的医疗服务感到一般, 占比为 17.00%, 有 50 名患者对我院提供的医疗服务感到比较满意, 占比为 50.00%, 仅有 17 名患者对我院提供的医疗服务感到十分满意, 占比为 17.00%。上述统计数值具有统计学意义, ($P<0.05$) 详细数据见表一。

常 前

---	四周观察工作 结束后	2.56±1.03	6.23±0.89	3.02±1.25	3.66±1.27
健康 组	试验正式开始 前	3.55±0.98	4.28±1.25	3.98±1.24	6.02±1.24
---	四周观察工作 结束后	0.58±1.22	8.02±1.36	1.28±0.89	1.98±0.25

3 讨论

健康教育作为广受关注的医疗话题, 近几年来人们才开始重视其在临床康复工作中的应用价值。健康教育不仅仅是一种形式, 更重要的是能够和患者建立一种良好的医患关系, 从而能够减少不良的医患纠纷事件发生。健康教育有计划地进行有助于患者更加了解自己的身体康复情况, 在教育过程中不仅仅能够从医护人员方面获得足够多的知识, 而且在相互交流知识的过程中还能够锻炼自己的人际交往能力。这一个过程对于患者从疾病状态中恢复过来具有十分重要的作用, 大多数急性心肌梗死患者在被救治之后都会经历一段心理方面的抑郁期, 这一时期若患者能够经常和外界接触对于自身的负面心理状态能够起到一定的缓解作用, 对于整体的康复工作也具有一定的积极作用。因此, 一个有计划的健康教育能够让患者养成一定的健康习惯, 例如与动脉粥样硬化相关的危险因素应该在日常生活中有所减少, 从而能够减少急性心肌梗死的发生概率等等。系统的健康教育只是一个辅助手段, 在患者的康复过程中不能够完全依赖它来帮助患者进行康复治疗, 应该要综合其他有效的康复手段来形成全方位的康复服务体系。

根据本次实验结果我们可以知道, 在急性心肌梗死患者的康复工作中适当运用健康管理的监护模式能够让患者获得更加满意的监护服务, 使其并发症的发生几率能够大大减少并且能够保证他们有充足的睡眠, 快速恢复健康。总的来说, 在日常的康复工作中适当运用健康教育具有良好的临床推广价值。

参考文献:

[1]张梅. 健康教育路径模式对急性心肌梗死患者的护理效果观察探讨[J]. 现代消化及介入诊疗, 2022 (S2) .
[2]刘美坪, 李晓梅. 健康教育在急性心肌梗塞患者护理中的效果及措施分析[J]. 饮食保健 2021 年 1 期, 255 页, 2021.
[3]冯朝晖. 健康教育在急性心肌梗死护理干预中的应用对提高患者治疗依从性的价值[J]. 特别健康 2021 年 20 期, 187 页, 2021.
[4]窦欣悦. 临床护理路径在急性心肌梗死 PCI 患者健康教育中的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2014, 29 (3): 3.

人文关怀在恶性肿瘤护理中的效果观察研究

吴爱丽

平邑县人民医院 山东临沂 273300

摘要：目的：观察恶性肿瘤患者临床护理过程中人文关怀的临床作用。方法：于2021年05月--2022年05月就诊于本院122例恶性肿瘤患者作为观察案例，根据抽签随机分组原则设为常规组（予以常规护理模式）、研究组（予以人文关怀护理），各61例。观察两组护理满意度，比较两组护理干预前后CFS癌因性疲乏评分、HAMA焦虑评分、HAMD抑郁评分。结果：研究组护理满意度较常规组更高，结果有差异（ $p<0.05$ ）；研究组护理干预后CFS癌因性疲乏评分、HAMA焦虑评分、HAMD抑郁评分较常规组明显降低，结果有差异（ $p<0.05$ ）。结论：人文关怀护理措施备受患者认可，能够进一步减轻恶性肿瘤患者癌因性疲乏程度，缓解其不良心态。

关键词：恶性肿瘤；临床护理；人文关怀；癌因性疲乏；焦虑；抑郁

人们生活品质日益提升的同时，生活工作压力也越来越大，由此引发的恶性肿瘤患者越来越年轻化，给患者身心健康带来了重大影响^[1]。在众多患者心目中，谈“瘤”色变，认为恶性肿瘤就等于死亡，不仅给患者造成了重大的心理负担，而且还会在一定程度上加重患者癌因性疲乏症状，极不利于临床治疗工作的有序开展^[2]。因此，针对恶性肿瘤患者，及时配合高效的干预措施，减轻其心理负担，缓解其癌因性疲乏，使其获得满意的临床结局，临床意义重大。倡导“以人为本”的人文关怀护理，以肯定人的价值、充分尊重人的个性、关怀人的心理精神为核心，要求护理人员在最大程度上消除疾病对人的身心健康影响，改善人的心理精神活动，使其安心的、放心的配合治疗，从而实现康复促进，提高患者预后质量^[3]。本研究纳入122例恶性肿瘤患者作为观察案例，探讨了人文关怀的护理作用，以供参考。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本研究122例恶性肿瘤患者接收于2021年05月--2022年05月，遵循抽签随机分组对照原则，将恶性肿瘤患者随机纳入常规组、研究组，各61例。研究组36例男性、25例女性，年龄29-85岁，均龄（ 56.57 ± 15.81 ）岁；11例卵巢癌、14例结肠直肠癌、18例肺癌、15例肝癌、3例其他恶性肿瘤。常规组39例男性、22例女性，年龄28-84岁，均龄（ 56.56 ± 15.76 ）岁；10例卵巢癌、15例结肠直肠癌、19例肺癌、14例肝癌、3例其他恶性肿瘤。两组基线特征匹配，可比性充分，统计学P值检验结果均 >0.05 。经伦理审核，与医学研究伦理要求相符。

入组标准：通过病理检查证实为恶性肿瘤；生存时间预估3个月以上；签署研究同意书；18周以上的成人且未限制患者性别。

排除标准：意识障碍不清；精神病史；智力低下或聋哑；言语交流沟通障碍；中途转院；病历资料缺失而影响数据统计的患者；哺乳或妊娠。

1.2 方法

常规组61例恶性肿瘤患者临床护理过程中予以常规护理配合，为期干预4周。护理人员强化病情体征观察，按照医嘱要求配药，并督促患者按时按量服下，口头说明一日三餐、日常活动锻炼等各个方面需要注意的事项；另外，在治疗环境方面，按照消毒隔离要求贯彻落实，保证环境无菌、清洁卫生，从而让患者在舒适、干净的治疗环境中安心的配合治疗。

研究组61例恶性肿瘤患者在常规护理配合基础之上加入人文关怀护理，为期干预4周，包括（1）环境优化。在常规消毒清洁基础之上，为了改善患者就诊体验，促使其身心保持舒适，护理人员应当合理调控环境光照亮度、温湿度，勤通风，让患者呼吸新鲜的空气；窗帘以及其他装饰品的颜色尽量以暖色调为主，让患者心里面感到温暖、温馨；护理人员主动了解患者喜欢的音乐风格，并为患者播放，通过感官刺激，让患者保持舒缓、平和的身心状态，消除其顾虑、担忧、紧张情绪，创造一个干净又舒适、温馨又有爱心的诊疗环境。（2）恰如其分的交流沟通。临床具体护理服务期间，护理人员面对患者过程中必须时刻牢记责任，谨记使命，注意沟通态度、说话的语气，尽量温和、温柔、亲切的面对患者，让患者感受到护理人员的关心、重视。护理人员鼓励患者多说话，并对患者的主诉

表达给予肯定、认同、理解、支持，增强患者治愈信心。一个人的眼神、面部表情是情感传达最有效、最直接的方式，对恶性肿瘤患者心理活动的影响更重、更直接。因此，在临床护理过程中，要求护理人员自我控制面部表情，时刻微小面对患者患者，禁止不耐烦的态度面对患者，维持良好的护患关系，增强患者安全感，帮助护理人员赢得患者的青睐、信任，不断拉近护患距离，加深护患友谊，从而引导患者按照要求配合治疗，有序落实各项护理操作。（3）心理疏导优化。护理人员与患者之间建立起良好的交流沟通桥梁之后，全方位评估患者心理状态，了解缘由之后并进行深入分析，明确具体原因，以便于护理人员针对性解决患者心理问题。比如：短时间之内无法面对这一结局而睡不好、吃不好、过度担忧以及惶恐的患者，护理人员应当动态观察了解患者心理活动，真诚的给予宣教，诚恳的关心，促使患者获得更多的正能量支持，温暖其内心，由此减轻其不良情绪，树立乐观的人生态度，积极配合临床治疗。然后邀请当地社会志愿者，为寻医的外地患者陪送送检，开展针对性的康复活动，并介绍医院先进的技术条件、基础医疗设备、周边公交线路、超市、住宿、银行等设施，辅助患者获得更多的社会关怀。最后，组织病友交流会，邀请预后优良的患者现身说法，分享心得体会、治疗经验，为其他病患树立榜样作用，以此来增强患者克服病魔的勇气，自觉规范行为，主动配合临床治疗。（4）饮食指导。护理人员邀请营养师评估患者身体营养水平，了解掌握患者营养状态，以此来制定一系列具有针对性、科学高效的膳食计划，培养患者形成良好的饮食习惯，同时向患者说明均衡膳食对预后改善的重要性，让患者引起重视，并遵照治疗及护理要求摄入容易消化的高维生素、高蛋白食物，为身体补充所需能量，提供营养支持。（5）疼痛指导。对于癌性疼痛困扰而过于伤心、畏惧、害怕的患者，给予疼痛量化评估，然后按照三阶梯疗法，提供疼痛干预措施，满足每位患者的止痛需要；用药止痛过程中可以考虑理疗操作，通过针刺、艾灸、按摩、推拿等方法减轻患者疼痛。指导患者放松肌肉，舒缓身心，冥想，以分散其注意力，减轻对疼痛的敏感性，使患者身心保持愉悦、舒适。（6）家人支持。临床护理服务恶性肿瘤患者过程中，将照顾恶性肿瘤的主要照顾者纳入护理活动中来，将患者治疗情况、护理情况、病情变化详细告知家属，并强调恶性肿瘤患者在临床治疗过程中家庭支持作用，从而指导家属鼓励、安慰患者，与患者深入沟通，亲密交流，让患者感受到家人的温暖。

1.3 观察指标

（1）护理满意度。结束临床护理工作后，向患者免费发放满意度评价问卷，患者则根据自身切实感受，匿名评价对临床护理服务的满意度程度，10分满分，包括极不满意（1-3分）、大部分满意（4-6分）、非常满意（7-10分）。得分高低与患者满意程度呈正比。（2）护理干预前、4周之后采用癌因性疲乏评分量表（CFS）评估患者情感、躯体、认知等方面的疲乏程度，60分满分，得分高低与疲乏严重程度呈正比。（3）护理干预前、4周之后采用汉密尔顿焦虑量表（HAMA）对患者焦虑程度进行评价，总分 >7 分提示患者可能存在焦虑，29分以上说明患者焦虑严重。同时采用汉密尔顿抑郁量表（HAMD）对患者抑郁程度进行评价，总分 >8 分提示患者可能存在抑郁，24分以上说明患者抑郁严重。

1.4 数据统计处理

运用统计软件 (spss22.0) 处理研究组与常规组定量资料、定性资料, 其中以均值±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 形式描述 (癌因性疲乏评分、HAMA 焦虑评分、HAMD 抑郁评分) 定量资料, 组间 t 检验; 以 % (率) 形式表述 (护理满意度) 定性资料, 组间 χ^2 检验; 以 P 值描述组间数据检验结果, 当 $P < 0.05$ 说明两组结果有差异意义。

2. 结果

2.1 观察研究组与常规组满意度

研究组 58 例患者达到了满意标准, 占总数 95.08%, 较常规组护理满意度 81.97% 比较, 结果有差异 ($p < 0.05$)。见表 1。

表 1 研究组与常规组满意度对比

小组	病例	非常满意	大部分满意	极不满意	总满意度
----	----	------	-------	------	------

表 2 研究组与常规组护理干预前后癌因性疲乏评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

小组	病例数	情感领域		躯体领域		认知领域		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	61	11.45±2.08	6.58±1.34	20.56±4.47	11.36±4.04	12.34±2.36	4.65±1.32	42.73±4.61	20.59±2.61
常规组	61	11.46±2.11	9.05±1.17	20.55±4.51	15.52±5.37	12.33±2.75	7.76±1.35	42.75±4.66	30.65±2.75
t	-	0.614	12.748	0.058	11.059	0.729	10.846	0.503	15.297
p	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 观察研究组与常规组 HAMA 焦虑评分、HAMD 抑郁评分

护理干预之前研究组与常规组 HAMA 焦虑评分、HAMD 抑郁评分并未体现出差异 ($p > 0.05$); 护理干预 4 周之后研究组 HAMA 焦虑评分、HAMD 抑郁评分下降明显, 与常规组有明显差异 ($p < 0.05$)。见表 3。

表 3 研究组与常规组 HAMA 焦虑评分、HAMD 抑郁评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

小组	病例数	HAMA		HAMD	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	61	13.52±4.68	8.76±1.53	12.67±3.88	7.39±1.05
常规组	61	13.42±4.51	9.02±1.49	12.66±3.89	8.89±1.64
t	-	0.716	8.757	0.085	9.007
p	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3. 讨论

恶性肿瘤对人体内环境的影响重大, 可破坏人体循环系统、淋巴系统的, 减弱人体免疫抵抗能力, 威胁到患者安全健康^[4]。患有恶性肿瘤的患者群体中, 半数以上的人存在不同程度的消极情绪, 认为自己拖累了家人, 觉得自己是累赘, 以致于患者焦虑, 睡不好、吃不好^[5]。而乐观向上、积极的心态对疾病转归、预后改善具有十分重要的干预作用^[6]。因此, 临床科学诊治恶性肿瘤患者过程中高效的护理措施也是一种不可或缺的辅助手段。

基于人道主义精神的人文关怀, 要求护理人员实施任何操作之前, 必须以患者利益最大化为出发点, 满足患者康复需要、治疗需求, 照护患者尊严, 关怀患者人格, 维护患者身心健康^[7]。人文关怀实质上是实践人类精神文明的过程^[8]。通过人文关怀, 不仅照顾到了患者精神层面、情感层面的护理要求, 而且还满足了患者优质化、细致化的护理需求^[9]。与此同时, 护理人员的详细说明、全面告知、耐心讲解在一定程度上拓宽了患者认知宽度, 深化了患者认知深度, 消除了“癌症等于死亡”这一错误认知, 这对于增强患者康复信念、提高患者治愈信心具有积极的影响^[10]。本研究分析, 结果研究组护理满意度较常规组更高, 结果有差异 ($p < 0.05$)。说明恶性肿瘤患者非常认可人文关怀护理措施, 对护理人员的人文关怀非常青睐。与此同时, 研究组护理干预后 CFS 癌因性疲乏评分、HAMA 焦虑评分、HAMD 抑郁评分较常规组明显降低, 结果有差异 ($p < 0.05$)。说明人文关怀可以帮助患者减轻疲乏状态, 缓解消极心态。因为常规护理模式下, 护理人员知识机械的、被动的执行护理, 缺少对患者心理情感方面的重视,

数

研究组	61	36(59.02%)	22(36.07%)	3(4.92%)	58(95.08%)
常规组	61	30(49.18%)	20(32.79%)	11(18.03%)	50(81.97%)
χ^2	-				7.045
p	-				<0.05

2.2 观察研究组与常规组护理干预前后癌因性疲乏评分

护理干预之前研究组与常规组癌因性疲乏评分并未体现出差异 ($p > 0.05$); 护理干预 4 周之后研究组癌因性疲乏评分下降显著, 与常规组有明显差异 ($p < 0.05$)。见表 2。

以致于患者护理结局欠佳^[11]。而人文关怀护理模式强调了对人的关怀、关爱, 充分尊重了患者权利、意愿、个性, 全面满足了患者多层次、多元化需求, 故而减轻了恶性肿瘤患者癌因性疲乏症状, 缓解了恶性肿瘤患者负面情绪, 并以乐观、积极、正能量的态度面对治疗, 接受护理^[12]。我国恶性肿瘤患者占比较高, 对人文关怀护理需求极大, 临床发展前景广阔^[13]。

总而言之, 人文关怀护理作用重大, 建议作为恶性肿瘤患者的护理首选, 值得现代临床广泛推荐。

参考文献:

- [1] 张如霞, 杨梦婷. 人文关怀结合安宁疗护对晚期肿瘤病人心理状态及自尊水平的影响[J]. 全科护理, 2022, 20 (04): 520-522.
- [2] 邹赞, 陈柯宇, 徐丹, 等. 晚期胃癌疼痛护理和临终关怀对患者生活质量和满意度的影响分析[J]. 中国全科医学, 2021, 24 (S2): 219-221.
- [3] 陈倩倩, 唐音, 王英姿, 等. 人文关怀和疼痛护理对恶性肿瘤临终患者生命质量及负面情绪的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (18): 3411-3414.
- [4] 陈行尧, 项佳, 姚淑婷. 人文关怀在恶性肿瘤护理中的应用效果分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2020, 27 (S1): 285-286.
- [5] 李晓红, 王慧敏, 袁红梅, 等. 人文关怀联合病友互动模式对肿瘤科患者心理状态的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020 (09): 1608-1610.
- [6] 席小焕. 优质护理结合人文关怀在晚期恶性肿瘤临床护理中的应用[J]. 山西医药杂志, 2020, 49 (06): 739-741.
- [7] 杨志定, 苏杰, 王琼萍, 等. 人文关怀护理对血液肿瘤住院患者焦虑抑郁情绪的改善效果探究[J]. 中国医学创新, 2019, 16 (22): 96-99.
- [8] 常介红, 郁炯, 童耀英, 等. 多元化人文关怀措施在肿瘤患者输液港植入中的应用[J]. 护理实践与研究, 2019, 16 (04): 128-131.
- [9] 季华. 重症监护室人文关怀对胸科术后肿瘤患者恢复质量的影响[J]. 中国药物与临床, 2018, 18 (10): 1863-1864.
- [10] 江映霞, 李春梅, 黄慧敏. 肿瘤晚期患者采用人文关怀护理模式的效果研究[J]. 中国医药科学, 2018, 8 (12): 146-148.
- [11] 林淑华, 林珊妹, 李丽婵, 等. “人文关怀+心理护理”干预在改善恶性肿瘤化疗患者生活质量中的应用分析[J]. 中国医药科学, 2018, 8 (08): 127-129.
- [12] 彭翠娥, 李赞, 周波, 等. 以人文关怀为基础的个案管理模式在乳腺癌术后乳房重建患者中的应用[J]. 护士进修杂志, 2018, 33 (03): 241-244.
- [13] 黄定凤, 宋爱梅, 刘冬姣, 等. 人文关怀护理在消化道肿瘤患者放疗护理中的实施效果[J]. 中国临床护理, 2018, 10 (01): 50-53.

高血压慢性病管理对于预防并发症的价值研究

张春梅

山东省烟台市烟台山医院公共卫生科 山东烟台 264000

摘要：目的：在高血压治疗中，将慢性病管理应用其中，研究其对于预防高血压并发症的价值。方法：选择 100 例高血压患者，本次研究开始时间是 2020 年 1 月，截止时间是 2022 年 1 月；对照组（n=50）采用常规健康管理模式，实验组（n=50）采用高血压慢性病管理；最后观察对照组和实验组患者在研究期间出现的并发症、血压变化以及患者对于高血压相关疾病的知识掌握。结果：对照组在研究期间发生冠心病等并发症的发生率是（22%），与其相比，实验组在并发症的发生率（6%）要远低于对照组。在进行 3 个月的常规健康管理模式以及慢性病管理模式之后，实验组患者相较于对照组要下降得更低。实验组患者对于高血压疾病的了解更加详细。结论：在高血压的诊治过程中，将慢性病管理应用其中，存在明显的应用价值，可以明显减少患者高血压并发症的发生率，让患者掌握相关疾病知识，更好地控制血压。

关键词：高血压；慢性病管理模式；并发症

Abstract: Objective: In the treatment of hypertension, chronic disease management was applied to study its value in preventing hypertension complications. Methods: 100 hypertensive patients were selected. The start time of this study was January 2020 and the end time was January 2022; the control group (n=50) adopted the conventional health management model, and the experimental group (n=50) adopted the high Management of chronic diseases of blood pressure; finally, the complications, blood pressure changes and knowledge of patients with hypertension-related diseases during the study period were observed in the control group and the experimental group. Results: The incidence of complications such as coronary heart disease during the study period in the control group was (22%), compared with that in the experimental group (6%) was much lower than the control group. After 3 months of routine health management mode and chronic disease management mode, the patients in the experimental group had lower declines than those in the control group. The patients in the experimental group had a more detailed understanding of hypertension. Conclusion: In the process of diagnosis and treatment of hypertension, the application of chronic disease management has obvious application value, which can significantly reduce the incidence of hypertension complications in patients, allow patients to master relevant disease knowledge, and better control blood pressure.

Key words: hypertension; chronic disease management model; complications

目前，高血压的治疗主要依靠药物进行治疗，在治疗期间很容易出现很多并发症，不能起到很好的降压效果。高血压疾病往往会引起冠心病、高血脂、肾损伤、脑梗死等并发症，有着较高的死亡率。以往我们主要采用常规管理模式来进行慢性病管理，但是并不能够达到理想的效果，同时针对性的治疗效果较差，不能够适应于每个人的个体需求。高血压患者在发病后要想控制好并发症的发生，仅依赖于药物控制很难达到想要的目标。为了使得高血压患者的病情达到可控制范围，同时产生良好的治疗效果，在本次研究中主要针对 100 例高血压患者进行慢性病管理，采用慢性病管理模式可以更全面地考虑到患者的个体差异，达到更加科学的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 100 例诊断为高血压患者，本次研究开始时间是 2020 年 1 月，截止时间是 2022 年 1 月，这些患者当中，男 59 例，女 41 岁，平均年龄是（48 ± 2.34）岁；这些患者的高血压病史是 3 年到 8 年左右，平均患病时长（4.56 ± 0.69）年，并将这些患者分成了对照组（n=50）和实验组（n=50）。两组的一般数据没有太大差异（P>0.05）。

所有的病人符合以下诊断标准：①两组患者均确诊为高血压病史；②所有患者都了解本次研究的基本流程及本次的研究目的；③所有的患者没有精神、心理方面的疾病；④患者不具备除了高血压以外的重大系统疾病，或者是患有恶性肿瘤等疾病；⑤患者积极配合本次研究，并签署了相关的文书。

1.2 方法

对照组的 50 例患者主要采用以往常规的健康管理模式，主要的工作内容就是对于患者的病情进行简单的健康宣教，患者住院期间要定期测量血压，指导患者如何使用高血压药物，以及患者住院病房的常规护理。

实验组患者则会采用慢性病的管理模式，这种模式的工作内容主要包

括对于慢性病的针对性健康教育，同时针对慢性病进行疾病管理和疾病监测，最后医院要进行相关的科普宣传等等。中老年患者患有高血压病的数量较为广泛，同时，这些患者还具有不同的文化程度，以及对病情的理解有着不同的能力，所以在进行健康宣教的时候，要使用简单明了的语言来进行相关讲解，可以使用视频或者是培训的方式，使得患者能够更好地理解，让患者能够更好地理解高血压疾病。

慢性病的管理模式具体的管理方法如下：①针对患者的疾病建立个人疾病卡，有助于更好地了解患者的病情，根据患者的病情变化以及实际需求来采用相适应的管理方法。可以对患者及其家属进行相关的咨询，咨询的内容主要包括患者的体重、身高、年龄，患病的年限以及如何治疗的。②进行相应的心理护理。高血压的诊治是一个漫长的过程，会很容易影响到患者的日常生活，再加上治疗的花费等等各种因素，患者很容易因此而产生心理情绪，所以患者要主动与患者进行交谈，引导患者来表达自己对于疾病的感受，可以向患者介绍在诊疗过程当中的成功案例，以此来激励患者，增加患者的治疗信心，让患者以积极的态度来配合相关的治疗措施。③对患者的疾病进行相关的健康教育。高血压这一疾病多发生于中老年患者，而且这些患者往往因为年龄大对于疾病的理解以及相关的记忆能力都有所下降，所以医务工作者要采用合适的方法，针对这一群体进行健康宣教，可以采用宣传手册、知识讲座以及视频播放的各种方式来进行健康教育，这些方式在很大程度上能够帮助患者来认识到疾病的重要性以及相关的知识。④指导患者的日常饮食。告知患者饮食结构会很大程度上影响到患者的疾病以及治疗方案，要根据患者的饮食情况来制定合理的日常，告知患者在平时的饮食过程当中要低盐、低脂，可以告诉患者每天的摄盐量要在 5 克以下。⑤对患者的日常运动进行指导。患者日常运动要根据个体的情况来行动，制定个性化的运动方案，嘱咐患者在运动的时候要注意保暖，不要受凉，可以嘱咐患者家属，监督患者进行运动，可以根据患者的

实际运动量来进行逐步的调整。⑥指导患者使用高血压药物。要有巡护士来监测患者的病情变化,并定期监测患者血压,并记录下来,每天至少测量三次,同时教会患者及其家属如何正确测量血压。

1.3 评价标准

①详细记录对照组和观察组发生在研究期间所发现的并发症,并统计其总发生率;②两组患者在管理前的血压变化,管理三个月之后的血压变化情况;③采用自制问卷,评测患者在管理之前,以及在管理三个月之后患者对于高血压的疾病知晓程度。问卷的内容主要包括患者降压药的剂量及使用时间和方法;疾病的相关注意事项和日常饮食等,问卷满分是十分;当患者问卷评分越高的时候,表示患者对于疾病知识的了解程度越深。

2 结果

2.1 对比两组在研究期间所发生的并发症。

在研究期间,对照组的患者出现冠心病、肾功能不全等并发症的发生率是(22%),与其相比,实验组并发症的发生率(6%)上要明显低于对照组($P<0.05$)。详见表1。

表1.对比两组患者在研究期间所出现的并发症[n(%)]

组别	冠心病	高血脂	脑卒中	肾损害	糖尿病	总发生率
对照组	2 (0.04)	3 (0.06)	2 (0.04)	1 (0.02)	3 (0.06)	11 (0.22)
实验组	1 (0.02)	1 (0.02)	0 (0)	0 (0)	1 (0.01)	3 (0.06)

注:两组相对比, $P<0.05$ 。

2.2 两组患者在管理前和在进行三个月的管理之后在血压等方面的对比

在进行3个月的常规健康管理模式以及慢性病管理模式之后,两组患者在血压变化方面又要有所下降,但是实验组的患者相较于对照组要下降得更低($P<0.05$),详见表2。

表2.对比两组患者在进行相对应管理前后的血压变化情况

组别	管理前 (mmHg)		管理后 (mmHg)	
	舒张压	收缩压	舒张压	收缩压
对照组	104.27±9.32	152.76±4.21	96.14±4.23	127±4.87
实验组	105.34±9.61	151.83±4.34	83.32±3.05	103.45±3.42
P	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注:两组相对比, $P<0.05$ 。

2.3 对比两组患者在管理前后对于高血压疾病知晓程度的评分。

两组患者在各自管理方法实施之后,都对于高血压疾病的知晓程度都有所提高,同时,实验组的患者对于高血压疾病要更加详尽($P<0.05$)。详见表3。

表3.对比两组患者术中、术后的各项观察指标

组别	管理前 (分)	管理后 (分)	P
对照组	4.35±0.43	6.05±1.05	<0.05
实验组	4.32±0.62	7.83±1.12	<0.05

注:两组相对比, $P<0.05$ 。

3 讨论

高血压在临床上是一种慢性的、常见的心血管疾病,在较多人群中都有这一疾病的表现。高血压患者在患病方面涉及很多病因,有研究发现,患者的年龄大小,周围的环境质量,以及日常的生活习惯,还有用药药物

的类型,都会影响到患者病情的发展。高血压患者病情严重时很容易出现眩晕、头痛等症状,当血压不稳定的时候,很容易影响到日常的生活与工作。另外,高血压患者因为病情的严重程度不同,也会有不一样的并发症。如果患者血压持续偏高,很容易使得各个脏器达到功能的损害,很容易使脑功能出现障碍,比如出现脑出血,脑血栓形成;肾功能受损发生肾病等等。这些都是高血压疾病的相关并发症,严重时会使患者的声音安全受到威胁。高血压的病理变化主要是因为动脉血压的持续升高,导致血管内皮细胞受损,是很多疾病的危险因素。当患者的病情不能够很好的控制的时候,很容易出现冠心病、高血压相关性脑病、肾功能的衰竭等疾病,使得患者的危险性明显升高。在常规疾病的管理模式下,往往只针对患者进行简单的随访和健康内容的指导。但是针对于高血压这一疾病,往往需要患者自我的管理及配合。但是对于这一模式下的患者来说,他们对于自己疾病的相关防治知识都十分欠缺,不能够很好地认识到这一疾病,会在整个治疗过程中出现一些错误。

高血压的发病会受到很多危险因素的影响,比如药物使用因素,生活习惯因素,年龄因素以及遗传疾病等。另外,高血压患者的年龄大多处于中老年人群,在如今的人口老龄化趋势的背景下,也进一步导致了高血压疾病的人数增多。该疾病在病程发展上较为漫长,在治疗过程中往往需要长期服用药物,还有针对自身的饮食进行管理,最终使得血压水平控制在正常范围内。在高血压这一慢性病的管理过程当中,医护人员发挥着重要作用,在管理期间,医务工作者发挥督促和引导作用,积极与患者及其家属进行互动和交流,让患者尽可能地掌握自我护理的方法和内容,最后养成良好的生活、工作习惯,保证血压水平波动不大,减少并发症发生。在以前临床工作当中,主要是使用常规的健康管理模式来进行治疗,但是患者的治疗效果并不明显。相较于以往的常规模式来说,这种模式更加先进,具有科学性,能够达到更加理想的管理效果,同时还能够达到患者情绪稳定,配合程度高的效果。从本次研究结果可以看出,患者在实施慢性病管理模式之后,可以让患者在整个治疗过程当中,形成一个良好的生活习惯,同时大大提高了患者对高血压疾病的认知程度,让患者在日常生活中尽可能避免高血压病情加重的相关危险因素,尽可能地提升患者在日常生活中的质量,在这些方面慢性病管理模式发挥了极大的作用。另外高血压慢性病管理模式还强调了医务工作者在这一模式下发挥的促进作用,医护人员可以通过与患者之间的详细交流,以此来减轻患者的心理压力,同时使得患者对于疾病控制的信心增强,让患者在治疗过程当中养成良好的生活、作息习惯,减少各种病情的发生。

综上所述,在高血压临床应用方面,高血压慢性病管理模式具有很明显的作用,可以有效控制好患者血压,减少各种并发症的发生,使得患者的生理指标以及生活质量明显提升。慢性病管理模式不仅可以减少患者并发症的出现,还能够让患者尽可能地掌握相关疾病的知识,控制好血压,值得进行临床推广。

参考文献:

- [1]林庆.新型慢性病管理模式对高血压相关并发症的预防作用分析[J].中国社区医师,2020,(27): 179-180.
- [2]李玉兰,周春莲.高血压慢性病管理模式对于预防并发症价值分析[J].医学食疗与健康,2020,(21): 60+62.
- [3]官树丽.高血压慢性病管理模式对于预防并发症价值分析[J].心理月刊,2020,(14): 72.
- [4]夏宏杰.社区高血压慢性病管理模式对于预防并发症的效果观察[J].人人健康,2019,(20): 275.

循证护理服务模式应用于小儿哮喘雾化吸入护理效果及家属满意度影响分析

张颖

四川大学华西广安医院 四川广安 638000

摘要: 目的: 探究循证护理服务模式应用于小儿哮喘雾化吸入的护理效果及对家属满意度的影响。方法: 选 140 例小儿哮喘雾化吸入治疗患者, 于 2019 年 2 月-2021 年 8 月收治入院, 随机分为观察组 (循证护理服务模式) 和对照组 (常规护理) 各 70 人。结果: 观察组治疗依从率、家属满意度均较高, 且临床症状、炎症反应、肺功能改善效果更佳 ($P<0.05$)。结论: 循证护理服务模式应用于小儿哮喘雾化吸入的护理效果及对家属满意度的影响十分显著。

关键词: 循证护理服务模式; 小儿哮喘; 雾化吸入; 护理效果; 家属满意度

[Abstract] Objective: To explore the nursing effect of evidence-based nursing service model applied to atomization inhalation in children with asthma and its impact on family satisfaction. Methods: 140 children with asthma treated by aerosol inhalation were admitted from February 2019 to August 2021. They were randomly divided into observation group (evidence-based nursing service mode) and control group (routine nursing) with 70 patients in each group. Results: the treatment compliance rate and family satisfaction of the observation group were higher, and the improvement effect of clinical symptoms, inflammatory reaction and pulmonary function was better ($p<0.05$). Conclusion: the application of evidence-based nursing service mode in the nursing effect of atomization inhalation of children with asthma and its impact on the satisfaction of family members is very significant.

Key words: evidence based nursing service model; Childhood asthma; Atomization inhalation; Nursing effect; Family satisfaction

在儿科肺部疾病中, 哮喘为一种多发病, 呼吸困难、喘鸣、咳嗽等是主要的症状表现, 受不良饮食习惯、生活习惯、环境、遗传等各种因素的影响容易导致哮喘发生^[1]。一般哮喘起病或缓或急, 婴幼儿在发生哮喘之前通常会存在上呼吸道过敏症状, 然后出现喘息、咳嗽等。小儿哮喘的主要治疗手段包括雾化吸入, 在雾化器的作用下, 以微小雾滴的形式使药物直接对呼吸道产生作用, 可以发挥解痉、化痰、抗炎的作用效果, 其操作简单、副作用低, 所以在临床中的使用率较高, 可以使患儿的病情得到有效缓解和控制^[2]。然而, 因患儿的年龄小、治疗依从性和耐受性均较差, 所以会影响雾化吸入的效果。为确保治疗效果, 需要强化对患儿的护理干预和指导。本文旨在探究循证护理服务模式应用于小儿哮喘雾化吸入的护理效果及对家属满意度的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选 140 例小儿哮喘雾化吸入治疗患者, 于 2019 年 2 月-2021 年 8 月收治入院, 随机分为观察组和对照组各 70 人。观察组男: 女为 37: 33, 平均年龄 (8.12 ± 1.33) 岁; 对照组男: 女为 39: 31, 平均年龄 (8.54 ± 1.02) 岁。资料差异不明显, $P>0.05$ 。

1.2 方法

常规护理对照组。给予观察组循证护理服务模式: 确定循证问题及支持, 建立起循证小组: 通过总结经验、积极交流, 将在护理哮喘患儿过程中需要注意的问题掌握, 以便明确循证问题。通过查阅相关的文献和资料, 与患者的实际状况有效结合, 制定出科学的护理方案。(1) 在入院以后, 护理人员需要将医院的大环境介绍给患儿及家属, 告知注意事项; 对患儿的相关信息主动、充分的了解, 便于在诊疗疾病过程中提供可靠的依据, 并将科学、个性化的护理措施制定出来。(2) 在小儿雾化吸入治疗之前, 为防止由于哭闹而发生呕吐等不良情况, 需要嘱咐患儿及家属严格禁食。为了防止患儿的情绪过分激动, 可以通过播放音乐、动画片等有效的手段使其注意力得到转移。如果持续的不安、哭闹, 雾化吸入治疗可以选择在入睡后进行。(3) 雾化治疗过程中需要将舒适、安静的治疗环境提供给患儿, 合理调节病室的温湿度和光线。协助患儿取舒适位, 一般取平坐位或坐位, 如果患儿存在严重的病情, 一般选择侧卧位, 并将头部抬高。治疗过程中对患儿的呼吸、心率等密切观察, 如果呼吸比较急促、心率增

加等, 需要及时告知医师进行针对性的处理。(4) 雾化治疗结束以后, 用毛巾对患儿的口鼻进行仔细的擦拭, 引导患儿进行漱口, 进而冲洗干净残留在口腔中的物质。护理人员或家属可以适当的表扬患儿, 进而增强其依从性和自信心。(5) 使用鼻导管氧疗过程中需要合理选择面罩, 通过分温和湿化使面罩的压力降低, 防止漏气, 在治疗过程中为了避免患儿的面部受伤, 连接面罩时需要将海绵分别放置在鼻根部和鼻翼两侧, 减轻面部受到的压力, 对患儿的背部轻轻拍打, 促进其痰液有效排出。(6) 为了确保顺利的开展护理、治疗工作, 家属的配合和支持在其中发挥着关键作用。护理人员需要强化与家属的沟通, 利用口头讲解、视频播放等形式, 将疾病的知识告知家属, 将详细讲解在哮喘治疗中雾化吸入的重要性, 进而获得其配合和理解。为了将家属的顾虑消除, 可以将治疗成功的案例介绍给他们, 使其治疗信心增强。

1.3 观察指标

(1) 治疗依从性; (2) 家属满意度; (3) 经李克特评分表评价临床症状; (4) 炎症反应; (5) 肺功能。

1.4 统计学分析

运用 SPSS22.0 统计学软件分析。

2 结果

2.1 治疗依从性: 观察组比对照组高 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 治疗依从性【n (%)】

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	总依从性
观察组	70	35	32	3	95.71% (67/70)
对照组	70	26	29	15	78.57% (55/70)
χ^2					13.965
P					<0.05

2.2 家属满意度: 观察组比对照组高 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 护理满意度【n (%)】

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	70	33	37	0	100.00% (70/70)
对照组	70	22	34	14	82.86% (58/70)

χ^2	12.054
P	<0.05

2.3 单项症状积分：观察组改善效果更佳（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 单项症状积分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

检查指标		观察组 (n=70)	对照组 (n=70)	t	P
咳嗽	干预前	1.35±0.22	1.36±0.15	1.288	>0.05
	干预后	4.31±0.34	3.22±0.29	19.322	<0.05
咳痰	干预前	1.21±0.11	1.26±0.17	1.008	>0.05
	干预后	4.46±0.42	3.11±0.84	13.007	<0.05
喘息	干预前	1.21±0.26	1.20±0.06	2.034	>0.05
	干预后	4.36±0.39	3.24±0.54	18.051	<0.05
气促	干预前	1.55±0.18	1.56±0.09	1.657	>0.05
	干预后	4.64±0.29	3.48±0.54	19.054	<0.05

2.4 炎症细胞因子水平：观察组改善效果更佳（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 炎症细胞因子水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

检查指标		观察组 (n=70)	对照组 (n=70)	t	P
白细胞介素-6 (pg/mL)	干预前	74.25±1.25	74.33±1.15	3.654	>0.05
	干预后	51.33±1.02	66.20±1.03	17.154	<0.05
肿瘤坏死因子 (ng/L)	干预前	119.85±4.21	120.11±4.22	1.225	>0.05
	干预后	94.22±2.30	111.39±2.03	20.335	<0.05
C 反应蛋白 (mg/L)	干预前	5.44±0.98	5.39±1.11	4.887	>0.05
	干预后	3.21±0.14	4.12±0.25	19.352	<0.05

2.5 肺功能指标：观察组改善效果更佳（ $P<0.05$ ），见表 5。

表 5 肺功能指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

检查指标		观察组 (n=70)	对照组 (n=70)	t	P
FEV1/（L）	干预前	1.56±0.25	1.59±0.24	5.241	>0.05
	干预后	2.52±0.33	2.22±0.47	10.223	<0.05
VC/（L）	干预前	2.18±0.36	2.17±0.35	3.625	>0.05
	干预后	3.33±0.45	2.80±0.36	15.021	<0.05
FEV1/FVC/（%）	干预前	65.63±7.15	66.03±7.02	2.988	>0.05
	干预后	81.25±9.52	73.58±8.22	10.474	<0.05

3 讨论

在儿科慢性呼吸道疾病中，近年来小儿哮喘的发病率明显增高，该病的发生与环境污染、感染、吸入过敏原等相关因素均具有密切的关系，主要是在多种炎症细胞的影响下，导致气道结构细胞出现炎症，进而引起气道慢性炎症疾病^[3]。大部分患儿存在婴儿湿疹、食物或药物过敏史、过敏性鼻炎等；部分患儿存在 IgG 亚类缺陷病、补体活性低下等轻度的免疫缺陷^[4]。胸闷、咳嗽、喘息、气促、呼吸困难等是主要的症状表现，在夜间

时，容易因出现憋喘而加重病情，甚者会发生紫绀、呼吸快而浅等症状^[5]。预防小儿哮喘的作用高于治疗，而在疾病治疗中强化对患儿的心理指导、健康宣教、药物及饮食干预等具有重要意义。

当前，雾化吸入是临床治疗小儿哮喘的主要手段，它指的是通过雾化装置，将药物分解成雾滴或微小的颗粒，经呼吸进入呼吸道或肺内，以便发挥治疗哮喘的作用，因其操作简单易行，副作用较低，所以广泛应用于小儿哮喘的治疗中^[6]。常规护理只是对患儿实施基础护理，对患儿病情发展状况的关注度较低，因小儿哮喘患儿的认知能力、自理能力比较缺乏，由于年龄小，所以其自控能力、耐受度也比较差，加之不熟悉周围的环境，容易产生恐惧感，所以在治疗期间较易引起各种不良情绪，降低其配合度和依从性，严重影响治疗效果和预后恢复。循证护理是充分结合护理研究与实践的先进护理手段，护理人员通过充分结合科研结论和临床经验，并以此开展护理工作的依据，整理分析存在于患儿护理工作中的问题，按照获得的结论将科学、个性化的护理计划制定出来，同时严格落实执行，可以保证护理效果，促进护理的科学性有效增强。本文通过探究循证护理服务模式应用于小儿哮喘雾化吸入的护理效果及对家属满意度的影响，结果显示，观察组治疗依从率、家属满意度均较高，且临床症状、炎症反应、肺功能改善效果更佳（ $P<0.05$ ）。主要原因为：在小儿哮喘雾化吸入治疗过程中采用循证护理具有显著的优势：（1）成立循证护理小组，在护理工作中护理人员有效的结合患儿的情绪、科研结论及临床经验，以此为护理决策的重要依据，通过收集、整理患儿的问题并进行充分分析，制定出科学的解决对策，能够提高护理工作的前瞻性、预见性，使突发状况得到及时的应对。（2）心理疏导每位患儿，可以使其增强对护理人员的依赖和信任，使环境对患儿造成的心理压力明显减轻，使其更加主动地配合治疗，可以促进患儿对治疗的耐受度有效提高，保证治疗效果。（3）将患儿的病情发展状况清楚的告知患儿及家属，强化知识宣教，包括哮喘的预防手段、致病因素以及在日常生活中的注意事项等，可以使他们更加深入的了解哮喘，进而更好地管理自己的日常行为和习惯。（4）合理的调节患儿病房的温湿度，确保可以照进充足的光线，能够防止患儿感冒、受凉，合理的布局病房，多采用暖色调，可以为患儿营造温馨、舒适的氛围，病房的卫生需要定时打扫，提高患儿的舒适度。（5）夜间巡视过程中，护理人员需要注意不要制造出噪音，以免影响患儿休息。（6）对患儿的疾病治疗状况密切观察，按照病情发展的不同，为患儿提供个性化的护理，及时发现异常并与医师密切配合采取针对性的处理措施，雾化吸入治疗完成以后，指导患儿正确的使用止咳、平喘、化痰等药物，确保用药效果。

综上所述，于小儿哮喘雾化吸入护理中应用循证护理服务模式，能够提高治疗依从性、家属满意度，减轻其临床症状、炎症反应，提升其肺功能。

参考文献：

- [1]邢颖颖. 循证护理在门诊小儿哮喘雾化吸入治疗中的应用[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(9): 1499-1500.
- [2]黎丽娟. 循证护理对布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿哮喘的效果及满意度[J]. 北方药学, 2020, 17(12): 43-44.
- [3]李林华, 崔妮. 循证护理在小儿哮喘雾化吸入治疗中的效果及对患儿呼吸功能和家属满意度的影响[J]. 中国当代医药, 2020, 27(36): 241-244.
- [4]王克珍. 循证护理在小儿哮喘雾化吸入激素治疗中应用研究[J]. 锦州医科大学学报, 2018, 39(6): 83-85.
- [5]马正蓉. 循证护理对小儿哮喘雾化吸入治疗效果及护理满意度的影响分析[J]. 现代诊断与治疗, 2017, 28(18): 3524-3526.
- [6]范文娟, 吴生美. 循证护理对小儿哮喘雾化吸入效果及家属满意度的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(14): 140-143.

原发性肝癌行肝动脉栓塞化疗期间短肽型营养支持对营养状况及并发症的影响分析

赵晶

四川省肿瘤医院 四川成都 610041

摘要：目的：分析行以肝动脉栓塞化疗期间短肽型营养支持对原发性肝癌患者的影响。方法：对象：定位于医院内自愿接受治疗的原发性肝癌患者，合计 60 例，均执行肝动脉栓塞化疗，入选时间段 2021 年 03 月-2022 年 06 月，对比两种营养支持法对患者肠黏膜屏障功能、T 淋巴细胞亚群、营养状况、并发症的影响。结果：干预前，组间数值相比较，差异并不明显， $P>0.05$ ；干预后，组间数值相差明显，观察组患者的肠黏膜屏障功能指数测评结果显著降低，T 淋巴细胞亚群显著改善，营养状况测评数值明显上升，并发症统计数少， $P<0.05$ 。结论：对肝动脉栓塞化疗期间的原发性肝癌患者执行短肽型营养支持法，值得临床推荐。

关键词：原发性肝癌；肝动脉栓塞化疗；短肽型营养支持；肠黏膜屏障功能；T 淋巴细胞亚群；营养状况；并发症

[Abstract]Objective: to analyze the effect of short peptide nutritional support on patients with primary liver cancer during transcatheter arterial chemoembolization. Methods: Participants: a total of 60 patients with primary liver cancer who volunteered to receive treatment in the hospital were treated with hepatic artery embolization chemotherapy. The selected time period was from March 2021 to June 2022. The effects of two nutritional support methods on intestinal mucosal barrier function, T lymphocyte subsets, nutritional status and complications were compared. Results: before intervention, there was no significant difference between the groups ($P>0.05$); After the intervention, there was a significant difference in the values between the groups. The intestinal mucosal barrier function index of the patients in the observation group decreased significantly, the T lymphocyte subsets improved significantly, the nutritional status evaluation value increased significantly, and the number of complications was less, $P<0.05$. Conclusion: short peptide nutritional support for patients with primary liver cancer during hepatic artery embolization chemotherapy is worthy of clinical recommendation.

[Key words]primary liver cancer; Hepatic artery embolization chemotherapy; Short peptide nutritional support; Intestinal mucosal barrier function; T lymphocyte subsets; Nutritional status; complication

原发性肝癌属于肿瘤疾病范畴，这种疾病常出现于肝细胞的癌变现象，诱发因素与患者既往病毒性肝炎、黄曲霉毒素等有着直接性的联系，一旦发作，唯有手术切除治疗，但是部分患者合并肝硬化、病毒性肝炎等症状，待发现病情时，病情已经发展到中晚期，此时手术治疗风险高，易威胁患者的生命安全，故而针对中晚期原发性肝癌患者执行肝动脉栓塞化疗法，以维持患者的生命周期，可是这种治疗手段结束容易引起营养不良问题，导致患者的临床治疗效果大打折扣^[1-2]。因此，为了改善患者营养问题，对此类疾病患者执行短肽型营养支持，详细数据做如下陈述。

1. 资料与方法

1.1 基础资料

对象：自愿就诊于医院的原发性肝癌患者，均执行肝动脉栓塞化疗，入选时间段：2021 年 03 月-2022 年 06 月，合计 60 例，辨证组别原则（系统奇偶数法），每一组内录入 30 例资料。

对照组，执行普通流质、半流质干预法，对象年龄参数 40-69 岁，年龄参数经计算（ 54.53 ± 6.98 ）岁，性别（男女）比 17: 13，BMI 数值 $18.59-24.65\text{kg/m}^2$ ，病程数值 3 个月-11 个月，病程参数经计算（ 7.06 ± 2.16 ）个月；观察组，执行短肽型营养支持，对象年龄参数 41-69 岁，年龄参数经计算（ 54.57 ± 7.03 ）岁，性别（男女）比 16: 14，BMI 数值 $18.63-24.68\text{kg/m}^2$ ，病程数值 4 个月-11 个月，病程参数经计算（ 7.08 ± 2.19 ）个月。参数真实、有效，录入 Excel，结果数值比较，差异相差无统计学意义， $P>0.05$ ，可进行研究。

纳入标准：经过原发性肝癌病理诊断，确诊：肝癌属于多发结节型范畴；肝功能检测，属于 Child-Pugh A 级或 B 级范畴的患者；患者、家属执行知情权，自愿配合研究。

排除标准：排除既往接受肝癌切除术者；排除肝功能检测，属于 Child-Pugh C 级者；排除合并难治性腹腔积液、肝性脑病者；排除肿瘤病灶远处转移，生存期不超过 100 天者；排除合并慢性疾病（高血压、糖尿

病）者，不愿配合者；排除全身性免疫系统重度感染或其他器官快速衰竭者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 执行普通流质、半流质干预法，流程：治疗前，对患者身体状态实施综合营养评测，掌握机体营养不良状况，以此为基础，調理患者的日常饮食，合理搭配膳食营养，提供热量、蛋白质、维生素含量高的食材，确保患者身体所需营养物质。肝动脉栓塞化疗后，通过流质、半流质的方式进食。

1.2.2 观察组 执行短肽型营养支持干预法，流程：治疗前，让患者持续服用短肽型肠内营养剂，持续 3 日，营养剂：取 500ml 冷水，短肽型营养剂 1 袋，两者混合搅拌均匀，冷水再次加入 500ml，继续搅拌，直至搅拌均匀，每日 6 次，每次 200ml。化疗完毕后，根据患者的状态，短肽型营养剂稀释 1 倍，每次给予患者 180ml，持续一段时间后，增加至 26ml/kg。

1.3 分析指标

1.3.1 肠黏膜屏障功能 选择患者粗且直的外周静脉，采集血液 5ml，离心处理，离心速度 3500r，血清收集，将其放置于 -20℃ 环境内，检测患者的 D-乳酸、二胺氧化酶、内毒素数值变化，具体操作按照规范标准执行。

1.3.2 T 淋巴细胞亚群 外周血 T 淋巴细胞亚群进行监测，指数区分为： CD4^+ 、 CD8^+ 、 $\text{CD4}^+/\text{CD8}^+$ 。

1.3.3 营养状况 运用全自动生化分析仪，对患者的营养指数进行监测，指数：血清白蛋白、氮平衡、前白蛋白。

1.3.4 并发症 统计患者出现肺部感染、消化道出血、肝性脑病的数值。

1.4 统计学方法

研究参数均被 Excel 收录，参数检验使用系统 SPSS23.0 完成，筛选功能，对数据整理，并对比数据最终差异，以确认研究是否有统计学意义。连续性变量数值、定量数值，研究内数值表述统一选择均数、标准差、频数、构成比，检验方法运用方差、t、 χ^2 、非参数分析，最终结果 t、 χ^2 与

P 对比, P 值<0.05, 表示对比研究具备高统计学价值。

2. 结果

2.1 肠黏膜屏障功能对比

干预前, 肠黏膜屏障功能对比, 数值相差小, P>0.05; 干预后, 组间数值相比较, 差异明显, 观察组患者的肠黏膜屏障功能测评数值明显下降, P<0.05, 详细数值见表格 1。

表 1 肠黏膜屏障功能对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	频数	D-乳酸 ($\mu\text{mol/L}$)		二胺氧化酶 (U/L)		内毒素 (EU/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	28.05 $\pm$ 5.19	21.42 $\pm$ 3.78	20.34 $\pm$ 3.52	4.08 $\pm$ 1.05	83.19 $\pm$ 15.63	15.18 $\pm$ 3.46
观察组	30	27.55 $\pm$ 4.49	19.21 $\pm$ 3.77	19.98 $\pm$ 3.97	2.55 $\pm$ 3.58	82.97 $\pm$ 15.48	9.52 $\pm$ 3.10
t	--	0.3991	2.2674	0.3716	2.2462	0.0548	6.6732
P	--	0.6913	0.0271	0.7115	0.0285	0.9565	0.0000

2.2T 淋巴细胞亚群
干预前, T 淋巴细胞亚群的数值对比, 差异较小, P>0.05; 干预后, CD4⁺/CD8⁺数据明显升高, D8⁺数据明显降低, P<0.05, 详细数据见表格 2。

表 2 T 淋巴细胞亚群 ($\bar{x} \pm s$)

组别	频数	CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	33.08 $\pm$ 5.49	34.40 $\pm$ 7.25	23.96 $\pm$ 4.10	22.68 $\pm$ 4.25	1.43 $\pm$ 0.33	1.59 $\pm$ 0.52
观察组	30	33.66 $\pm$ 6.02	38.80 $\pm$ 9.24	23.30 $\pm$ 3.82	18.03 $\pm$ 4.69	1.48 $\pm$ 0.31	2.36 $\pm$ 1.15
t	--	0.3899	2.0519	0.6451	4.0241	0.6049	3.3416
P	--	0.6980	0.0447	0.5214	0.0002	0.5476	0.0015

1.1 营养状况对比
干预前, 营养状况数值对比, 差异不明显, P>0.05; 干预后, 组间数值相比较, 差异明显, 观察组患者血清白蛋白、前白蛋白、氮平衡数值显著升高, P<0.05, 详细数据见表格 3。

表 3 营养状况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	频数	血清白蛋白 (g/L)		前白蛋白 (mg/L)		氮平衡 (g/d)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	35.33 $\pm$ 2.96	37.42 $\pm$ 2.39	197.06 $\pm$ 15.36	228.94 $\pm$ 21.67	0.88 $\pm$ 0.26	1.30 $\pm$ 0.35
观察组	30	35.50 $\pm$ 3.22	41.30 $\pm$ 2.74	196.88 $\pm$ 17.52	254.89 $\pm$ 22.78	0.96 $\pm$ 0.32	1.50 $\pm$ 0.40
t	--	0.2129	5.8449	0.0423	4.5207	1.0627	2.0610
P	--	0.8322	0.0000	0.9664	0.0000	0.2923	0.0438

2.4 并发症对比
对照组肺部感染 5 例 (16.67%)、消化道出血 4 例 (13.33%)、肝性脑病 2 例 (6.67%), 发生率 36.67%, 观察组肺部感染 1 例 (3.33%)、消化道出血 2 例 (6.67%)、肝性脑病 0 例, 发生率 10.00%, $\chi^2=5.9627$, P=0.0146。

3. 讨论

原发性肝癌发病率高, 临床执行肝动脉栓塞化疗法, 可以改善患者的病情^[3]。不过从原发性肝癌的实际情况分析, 这种疾病早期的征兆并不明显, 临床表现与肝硬化等病情类似, 待发现时已经发展至中晚期, 唯有手术疗法, 方可抑制病情, 但是术后恢复效果却并不理想, 故而接受手术治疗的患者仅有 15% 左右^[4]。相比较手术疗法, 肝动脉栓塞化疗对患者病情抑制作用明显, 但同时这种化疗法对患者的身体影响较大, 尤其是营养不良问题, 不利于后期化疗的展开^[5]。因此, 想要改善患者的病情, 需要兼顾患者的身体状态, 提供营养支持^[6]。

本文设计研究, 录入对象, 提供短肽型营养支持, 并取得明显的效果。短肽型营养支持, 依据患者的实际状态, 均衡搭配营养物质, 加之营养剂口感好的优点, 患者对其适应性强, 既满足了患者营养维持的需求, 又可以解决氮平衡问题, 促使患者的肠道营养得到保障, 增强胃肠道抵抗力, 预防内毒素转移, 降低胃肠道感染发生的概率。除此之外, 营养剂重视患者营养吸收效果, 故而选择的物质对肠道的负担轻, 价格便民, 使肠黏膜细胞结构得到维持, 减少术后并发症。本文结果显示: 相比对照组, 观察组干预后肠黏膜屏障功能、T 淋巴细胞亚群数值明显转变, 营养状况测评结果上升, 并发症统计数值少, P<0.05。

综上所述, 在原发性肝癌行为肝动脉栓塞化疗期间, 执行短肽型营养支持法, 有效提高患者身体营养状态, 减少并发症现象, 促使患者的病情改善, 值得临床推荐。

参考文献:

[1]黄春兰, 曾俊琳, 李为之, 等. 早期肠内营养支持对老年原发性肝癌患者肝动脉化疗栓塞手术术后营养状态、肝功能及免疫功能的影响[J]. 中华实验外科杂志, 2021, 38 (11): 2166-2166.

[2]谢雅萍, 苏铭羽, 陈媛媛. 基于中医理论的情志护理对行肝动脉插管灌注化疗栓塞术肝癌患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (11): 139-141.

[3]李萍, 刘文红, 赵萌, 等. 原发性肝癌肝动脉化疗栓塞术前营养风险筛查的意义及个体化营养干预效果分析[J]. 中华全科医学, 2021, 19 (7): 1087-1090.

[4]祝素平. 肠内营养对原发性肝癌肝动脉化疗栓塞术后患者肠黏膜屏障和 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 25 (6): 786-788.

[5]陶敏洁, 雷宇, 金俊, 等. 个体化饮食指导对肝癌患者肝动脉灌注化疗栓塞术后营养状况和生活质量的影响[J]. 中华全科医学, 2022, 20 (3): 507-510.

[6]乔莉娟, 郑明霞, 赵当宁. 无陪护护理模式对原发性肝癌患者肝动脉化疗栓塞术后自我管理效能感的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5 (11): 145-147.

基于中医健康管理平台下干预对 PCI 术后服药依从性的影响

秦燕 何金玉 胡玉梅 朱逾

乐山市中医医院 心血管病科 四川乐山 614000

摘要:目的 探究基于中医健康管理平台下干预对 PCI (冠状动脉内支架植入术) 术后服药依从性的影响。方法 采用动态随机化法作为分组基础, 选取我院接诊的 160 例 PCI 术后患者作为研究对象, 分为对照组 (基于中医健康管理平台下干预) 和试验组 (常规干预) 各 80 例, 所有研究对象均在 2020.1~2021.1 时间段内在我院接受治疗, 对干预效果进行分析比较。结果 护理前对照组及试验组自我护理能力实施量表 (ESCA) 评分无差异, $P>0.05$, 护理后试验组相较于对照组 ESCA 评分较高, $P<0.05$, 试验组的依从性优良率 (98.73%) 比对照组 (86.08%) 高 ($P<0.05$), 试验组不良预后发生率为 1.27%, 明显低于对照组的 8.86%, 差异显著 ($P<0.05$)。结论 将基于中医健康管理平台下干预应用于 PCI 术后患者后, 可提高服药依从性, 减少不良预后的发生, 为疾病预后改善奠定良好基础, 值得应用。

关键词: 冠状动脉内支架植入术; 中医健康管理平台; 服药依从性; 自我管理

Influence of intervention based on TCM health management platform on medication compliance after PCI

【Abstract】 Objective To explore the effect of intervention based on traditional Chinese medicine health management platform on medication compliance after PCI (intracoronary stent implantation). Methods Using the dynamic randomization method as the basis for grouping, 160 patients after PCI admitted to our hospital were selected as the research objects, and divided into the control group (intervention based on the TCM health management platform) and the experimental group (conventional intervention) with 80 cases in each, All research subjects received treatment in our hospital during the period from 2020.1 to 2021.1, and the intervention effects were analyzed and compared. Results There was no difference in the self-care ability implementation scale (ESCA) score between the control group and the experimental group before nursing, $P>0.05$. After nursing, the experimental group had a higher ESCA score than the control group, $P<0.05$. The excellent and good rate of compliance in the test group (98.73%) was higher than that in the control group (86.08%) ($P<0.05$). The incidence of adverse prognosis in the test group was 1.27%, significantly lower than 8.86% in the reference group ($P<0.05$). Conclusion After the intervention based on the TCM health management platform is applied to patients after PCI, it can improve medication compliance and lay a good foundation for the improvement of disease prognosis, which is worthy of application.

【Key words】 coronary stent implantation; traditional Chinese medicine health management platform; medication compliance; self-management

冠状动脉内支架植入术 (PCI) 是目前临床治疗冠心病的首选治疗方式, 通过在患者冠状动脉内植入支架, 起到疏通血管, 改善冠状动脉血管堵塞, 恢复正常心肌供血, 推动心肌再灌注的作用, 可有效减轻心肌损伤, 改善疾病预后^[1]。据相关调查显示, 冠心病患者 PCI 术后 6 个月后, 仅有 23.0%-39.8% 会完全遵医嘱服药, 很多患者都因缺乏服药依从性而导致病情加重乃至病死。为此, 需要通过有效的延续护理来提高患者的服药依从性^[2]。乐山市中医医院于 2018 年成功创建为国家健康管理示范基地, 在此基础上创新开展中医健康管理平台建设工作, 依托治未病中心进行亚健康人群筛查, 构建健康档案, 组建专业医疗团队, 通过智能穿戴设备, 对患者进行健康管理, 开展各项健康咨询, 健康干预等业务。本研究采用基于中医健康管理平台下干预, 报道如下:

1 研究对象与方法

1.1 一般资料

采用随机抽样法作为分组基础, 选取我院接诊的 160 例 PCI 术后患者作为研究对象, 分为对照组和试验组各 80 例, 所有研究对象均在 2020.1~2021.1 时间段内在我院接受治疗, 本研究经伦理委员会 (批准号 IRB-2020-019) 进行审查通过。纳入标准: (1) 符合 PCI 术后标准, 出院患者; (2) 年龄 18~70 岁; 能正确表达自己意愿以及描述自身状况的患者; (3) 患者签署知情同意书; (4) 接受健康管理自愿配合观察。排除标准: (1) 由于特殊原因暂停服药的、凝血功能障碍者等外界因素引起者; (2) 妊娠和哺乳期妇女; (3) 合并有肝、肺、肾等严重原发疾病者, 精神病; (4) 语言障碍, 无法进行沟通者。剔除标准: 试验组 1 例中途转院者, 对照组 1 例死亡。组间一般资料无差异 ($P>0.05$), 见表 1。

表 1 一般资料对比

组别	N	男/女	年龄 (岁)	文化程度 (高中以下 /高中及以 上)
试验组	79	55/24	55.67±5.28	49/30
对照组	79	48/31	55.54±5.05	53/26
χ^2/t	-	1.367	0.158	0.442
P	-	0.242	0.875	0.506

1.2 方法

对照组: 患者住院期间由责任护士进行健康宣教, 出院后纳入门诊随访计划并纳入特殊慢性病门诊报销, 保证服药的来源问题。

试验组: 常规与对照组相同的基础上患者在术前即纳入乐山市中医医院健康管理平台, 由平台管理人定时推出患者术前、术后相关专业知识, 采用在线医师指导, 在线咨询、出院当天制定随访计划、定时电话随访, 记录随访内容以及结果, 主管医生及时进行干预。主要干预内容: 通过线上与询问患者服药情况, 指导患者应每日服用阿司匹林和氯吡格雷双联抗血小板药物, 严格按医嘱服用剂量, 可开通短信为患者发送用药提醒。告知患者应注意血脂的控制, 经济条件允许的患者, 可建议购买家用血脂测量仪, 方便患者及时了解血脂的变化。对血脂异常者, 指导患者来院复诊。了解患者身体症状, 有无不适症, 若患者说明身体某部位有明显不适感, 应用专业知识为患者分析病情, 采取有效的措施, 如不能确诊病情时, 请患者来院检查。指导患者合理的饮食方案, 对冠心病患者, 应采取低盐, 控制精制糖类的摄入, 以高蛋白质、维生素、粗纤维膳食为主。建议患者

进行合理的运动,改善血液循环,以慢跑、体操、柔身运动为主,每天保持 30min 活动量,不以疲劳为宜。加强患者心理护理,倾听理解患者生活中的负性情绪,鼓励患者宣泄不良情绪,给予正面积极的心理暗示,帮助患者调节自我情绪,达到身心健康状态。

1.3 观察指标

(1) 比较组间自我管理能力和评估时间为护理前及护理 1 个月后,采用自我管理实施量表(exercise of self-care agency, ESCA)进行评估^[3],总分 172 分,≥129 分为自我护理能力良好,86~128 分为自我护理能力一般,44~85 分为自我护理能力较差,≤43 分为无自我护理能力。

(2) 在干预前后,分别采用 Morisky 用药依从性问卷评估两组用药依从性,满分为 8 分,≤6 分:依从性差,6~7 分:依从性良,8 分:依从性优^[4]。

(3) 对比研究对象不良预后发生率,主要包括支架内血栓、术后低血压、心力衰竭、心源性猝死。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 22.0 统计学软件进行统计分析。均数±标准差($\bar{x} \pm s$)描述计量资料,采用 t 检验; $[n(\%)]$ 描述计数资料,采用 χ^2 检验。当 $P < 0.05$ 时,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 组间自我管理能力的比较

护理前对照组及试验组 ESCA 评分无差异, $P > 0.05$, 护理后试验组相较于对照组 ESCA 评分较高, $P < 0.05$, 见表 2。

表 2 组间自我管理能力的比较(分)

组别	例数	ESCA	
		护理前	护理后
对照组	79	53.26±6.43	82.64±9.37
试验组	79	53.34±6.44	107.89±11.89
t	-	0.078	14.825
P	-	0.938	0.001

2.2 两组依从性优良率与满意度对比

试验组的依从性优良率(98.73%)比对照组(86.08%)高($P < 0.05$),见表 3。

表 3 对比两组依从性优良率与满意度[n(%)]

组别	N	依从性			
		优	良	差	优良率
试验组	79	35	43	1	78(98.73)
对照组	79	24	44	11	68(86.08)
χ^2	-	-	-	-	9.018
P	-	-	-	-	0.003

2.3 不良预后发生率对比

试验组不良预后发生率为 1.27%,明显低于对照组的 8.86%,差异显著($P < 0.05$),参考表 4。

表 4 不良预后发生率对比[n(%)]

组别	N	心力衰竭	支架内血栓	术后低血压	心源性猝死	发生率
试验组	79	0	0	1	0	1(1.27)
参照组	79	2	1	2	2	7(8.86)
χ^2	-	-	-	-	-	4.740
P	-	-	-	-	-	0.030

3 讨论

冠心病是冠脉狭窄或堵塞所致的心血管疾病,导致依附该支病变冠脉的心肌出现血流量减少或消失,引起心肌细胞的缺血缺氧甚至坏死,可表现为胸闷、胸痛等,诱发心肌梗死而危及患者生命^[5]。PCI 是治疗冠心病的重要微创介入手段,经动脉置入支架以扩张病变冠脉,可快速解除冠脉的狭窄或堵塞,恢复心肌血流灌注,具有较高的疗效及安全性,对于挽救患者生命、改善预后等具有重要价值。但医院对冠心病患者实施 PCI 治疗手术后,往往对其术后离院情况不能控制和干预,患者对疾病的认知性不强,服药依从性差,预防措施欠佳,导致病情恢复慢且易复发^[6]。

常规延续护理方法仅是定期以电话、短信等方式对患者随访调查,大部分时候反而是由患者主动致电咨询,缺乏护理的主动性,效果也不甚理想。而如今随着信息技术的不断发展及在护理服务中的广泛应用,给延续护理的实施带来了更多的便利^[7]。本文研究显示,护理前对照组及试验组 ESCA 评分无差异, $P > 0.05$, 护理后试验组相较于对照组 ESCA 评分较高, $P < 0.05$, 试验组的依从性优良率比对照组高($P < 0.05$),试验组不良预后发生率明显低于参照组,差异显著($P < 0.05$),分析原因:基于中医健康管理平台下干预组慢性病管理团队,利用互联网技术和智能可穿戴设备获得患者生命体征、体质指标、自我评价等健康信息,不受时间和空间的限制,实现医务人员对患者远程、实时的运动功能的评估、监测、分析、预警及康复指导,有效实施慢性病预防和康复管理,避免不良预后的发生。实现专家、社区、患者和家属的有效实时沟通,实现对慢性病康复的实时连续技术指导^[8]。其主要优势在于:基于中医健康管理平台下干预将慢性病有关的医学诊疗活动与智能硬件、网络技术,数据分析技术结合起来,变“被动”为“主动”,可以随时随地采集数据,方便患者纳入管理后可以足不出户,进行上传数据,远程与医生沟通,提高患者个人自我健康管理能力,用户可以在线留言或者直接拨打热线电话咨询,在线测评和问诊,做到足不出户也能享受医疗服务,是个人和家庭的专属私人医生。对患者进行长期有效的分级管理,跟踪管理和干预随访。

综上所述,对 PCI 术后患者采取基于中医健康管理平台下干预后,可提高其自我管理能力和服药依从性,降低不良预后的发生率,为疾病预后改善奠定良好基础,值得应用。

参考文献:

- [1]孙小龙,李星辉,高锦霞,等.甘肃农村地区冠心病患者 PCI 术后 1 年服药情况调查[J].中国循证心血管医学杂志,2021,13(2): 182-185.
- [2]梁菲.院外电话随访对急性冠脉综合征患者 PCI 术后服药依从性及生活质量的影响[J].护理实践与研究,2018,15(19): 21-22.
- [3]陈钰新,王芳,谢花.格林模式对 PCI 术后服药依从性及生活质量的影响[J].西部医学,2019,31(2): 311-314.
- [4]李雪仪,罗利霞,邝云娟.门诊随访配合健康教育对急性心肌梗死患者 PCI 术后心理状态及服药依从性的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(23): 131-133.
- [5]班俊坤,梁宝凤,法天鐸.急诊 PCI 术后出院患者药物素养与服药依从性的相关性[J].中国社会医学杂志,2021,38(1): 97-100.
- [6]高敏.健康宣教对 PCI 术后老年冠心病强化他汀治疗患者服药依从性及血清炎症因子、心肌酶谱的影响[J].检验医学与临床,2021,18(1): 92-94.
- [7]刘路遥.基于跨理论模型的随访管理对 PCI 术后患者服药依从性的影响[J].护理实践与研究,2020,17(17): 74-76.
- [8]邱静雯.延续性护理改善急性心肌梗死患者 PCI 术后心理状态及服药依从性的价值[J].国际护理学杂志,2018,37(1): 103-105.

维持性血液透析患者促红细胞生成素低反应性的相关影响因素分析

度金丽

成都市双流区第一人民医院（四川大学华西空港医院） 肾病内科 四川成都 610200

摘要：目的 分析维持性血液透析（MHD）患者促红细胞生成素（EPO）低反应性的相关影响因素。方法 选取2021年1月至2021年12月进行MHD治疗的126例合并肾性贫血患者研究对象，均给予药物治疗，根据治疗6个月后的疗效差异将研究对象分为达标组和未达标组，经Logistic回归方程分析MHD患者EPO低反应性的相关影响因素。结果 治疗6个月后纳入未达标组55例，达标组71例。经分析：透析年限、hs-CRP、低水平血钙、PTH水平和血清白蛋白均是EPO低反应性影响因素（ $P<0.05$ ）。结论 MHD患者发生EPO低反应性与透析年限、hs-CRP、血钙、PTH和血清白蛋白有关，通过对上述因素的干预预防EPO低反应性的发生，纠正患者肾性贫血症状。

关键词：维持性血液透析；促红细胞生成素；低反应性；影响因素

Influence factors of erythropoietin hypoerga for maintenance hemodialysis patients

[Abstract]Objective: To analyze the influence factors of erythropoietin (EPO) hypoerga for maintenance hemodialysis (MHD) patients. Methods: 126 MHD patients with renal anemia of taking the drug therapies from January 2021 to December 2021 in our hospital were selected as research subjects. After 6m of therapy, patients were assigned to standard group and non-standard group. Logistic regression equation was used to analyze the influence factors of EPO hypoerga. Results: After 6m of therapy, 55 cases were included in the non-standard group and 71 cases in the standard group. The influence factors of EPO hypoerga included the dialysis years, hs-CRP (hypersensitivity C-reactive protein), hypocalcemia, PTH (parathyroid hormone) and serum albumin ($P<0.05$). Conclusion: EPO hypoerga is correlated with the dialysis years, hs-CRP, blood calcium, PTH and serum albumin; therefore, the corresponding intervention measures can reduce the occurrences of EPO hypoerga and renal anemia symptoms.

[Keywords]maintenance hemodialysis; erythropoietin; hypoerga; influence factors

贫血是慢性肾脏病（CKD）患者病情加重，甚至是死亡的主要原因之一，维持性血液透析治疗是CKD患者延长生存周期的主要方式，但受肾脏损伤的影响，患者机体促红细胞生成素（EPO）明显缺乏，无形中增加MHD患者发生贫血风险^[1]。自重组人EPO（r-HuEPO）在临床广泛应用以来，MHD患者的贫血症状得到有效的纠正，患者的预后情况和生活质量也得到显著改善^[2]。但经调查发现^[3]，仍有5%~10%左右的患者需要大剂量使用r-HuEPO才能使红细胞压积（Hct）和血红蛋白（Hb）达到靶目标水平，对于药物治疗的敏感性较低，临床将此情况统称为“EPO低反应性”；当MHD患者若发生EPO低反应性现象，在一定程度上会增加其18%~40%的病死风险，严重威胁患者的生命安全。因此了解导致MHD患者发生EPO低反应性的影响因素，及早给予有效的干预对保障患者的生命安全，降低病死率有重要意义。对此，本研究选取2021年1月至2021年12月126例MHD合并肾性贫血的患者进行研究，分析患者EPO低反应性发生的影响因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对2021年1月至2021年12月在本院进行MHD治疗的慢性肾脏疾病（CKD）患者展开研究，选取其中126例合并肾性贫血的患者为研究对象。纳入标准：①均符合2018修订版《肾性贫血诊断与治疗中国专家共识》诊断标准^[4]；②符合MHD治疗指征，且持续治疗3个月以上；③治疗期间未调整透析方式和更换治疗药物；④对本研究知情同意；⑤临床资料完整者。排除标准：①合并自身免疫性疾病，如系统性红斑狼疮等；②近3个月内存在严重感染的患者；③恶性肿瘤患者；④造血功能障碍患者；⑤合并其他可引发贫血的疾病。126例患者中男性79例、女性47例，年龄35~79岁、平均（60.85±4.97）岁，本研究的开展已获得院方伦理组织委员

会的批准。

1.2 方法

两组均接受MHD治疗，每周透析2~3次、每次4小时，设备选用费森尤斯血液透析机（国械注进：20173456253；型号规格：4008S Version V10），复合膜面积在1.4~1.6m²，透析液分为A液和B液两种，前者为成品，后者为人工配置，泵控血流量控制在200~250ml/min，透析液流量设定为500ml/min。在此基础上126例患者中69例患者给予瑞博进（中国）医药技术开发有限公司生产的罗司他胶囊（国药准字：H20180024；规格：50mg*3粒）口服治疗，依据患者的体重调整用药剂量，最大量为100mg，每周3次；其余57例患者则给予山西威奇达光明制药有限公司生产的r-HuEPO（国药准字：S20053103；规格：3000u/支）静脉注射治疗，依据患者的体重以100~150IU/kg的剂量分3次注射。所有患者均持续治疗6个月。

1.3 观察指标

于患者治疗6个月后测定Hb和Hct水平，将Hb≥110g/L、Hct≥30%的患者纳入达标组，其余Hb<110g/L、Hct<30%的患者纳入未达标组，收集两组一般资料及相关实验室检测指标。其中一般资料包括性别、年龄、体重指数以及是否使用铁剂、透析年限、透析频率等，实验室相关检测指标包括单室模型尿素清除指数（spKt/V）、超敏C反应蛋白（hs-CRP）、血清铁蛋白（SF）、血清铁（Fe）、转铁蛋白饱和度（TSAT）、血钙、血磷、甲状旁腺激素（PTH）、血肌酐（Scr）、血清白蛋白、尿素氮（BUN），计算透析前钙磷乘积；采用单因素和多因素Logistic回归方程分析MHD患者EPO低反应性的相关影响因素。

1.4 统计学方法

经由SPSS23.0软件处理研究数据，计量资料行 t 检验，以 $\bar{x} \pm s$ 形式

表示;计数资料行 χ^2 检验,以 $n(\%)$ 形式表示;影响因素利用 Logistic 回归方程分析;以 $P<0.05$ 代表该项资料有意义。

2 结果

2.1 MHD 合并肾性贫血患者 EPO 低反应性的单因素分析

126 例研究对象经 6 个月治疗后未达标的患者 55 例,纳入未达标组;其余 71 例患者纳入达标组。经单因素分析达标组和未达标组在透析年限、hs-CRP、血钙、Scr、血清白蛋白、透析前钙磷乘积和 PTH 水平方面存在明显差异 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 MHD 合并肾性贫血患者 EPO 低反应性的单因素分析

影响因素	未达标组 (n=55)	达标组 (n=71)	χ^2/t	P
性别				
男	30	49	2.774	0.096
女	25	22		
年龄(岁)	60.58±5.41	60.65±6.28	0.066	0.948
体重指数(kg/m ²)	22.41±1.07	22.45±1.10	0.205	0.838
透析年限				
>5 年	31	25	5.616	0.018
≤5 年	24	46		
使用铁剂				
是	30	39	0.002	0.966
否	25	32		
spKt/V	1.71±0.30	1.68±0.31	0.546	0.586
hs-CRP(mg/L)	12.52±2.34	9.07±1.26	10.604	0.001
SF(μg/L)	382.46±35.97	385.99±36.02	0.546	0.586
Fe(μmol/L)	12.85±1.33	12.96±1.41	0.445	0.657
TSAT(%)	31.75±8.44	31.82±8.09	0.047	0.962
血钙(mmol/L)	2.43±0.02	2.18±0.03	53.283	0.001
血磷(mmol/L)	1.92±0.45	1.87±0.41	0.651	0.517
Scr(mmol/L)	1089.97±100.63	1041.05±98.52	2.739	0.007
血清白蛋白(g/L)	36.85±3.52	39.97±3.50	4.950	0.001
BUN(μmol/L)	27.52±3.44	26.71±3.50	1.298	0.197
透析前钙磷乘积	55.82±10.58	46.74±9.85	4.968	0.001
PTH				
≥300pg/ml	35	23	12.177	0.001
<300pg/ml	20	48		

2.3 MHD 合并肾性贫血患者 EPO 低反应性的多因素分析

经 Logistic 回归方程分析显示,透析年限、hs-CRP、低水平血钙、PTH 水平和血清白蛋白均是 EPO 低反应性影响因素 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 多因素回归方程分析

变量	β	S.E.	P 值	OR 值	95%CI
透析年限	0.143	0.276	0.003	2.515	1.8259~3.8597
hs-CRP	0.133	0.352	0.034	1.444	1.2082~2.1247
血钙	0.223	0.443	0.547	1.229	1.0870~2.1547
血清白蛋白	0.258	0.323	0.217	0.340	0.2015~0.9785
透析前钙磷乘积	0.371	0.233	0.001	2.195	1.4262~2.7525

3 讨论

经调查发现^[5],MHD 患者并发肾性贫血后合并心脑血管疾病并发症及感染的风险会明显升高,随着人口老龄化问题的加剧,关于肾性贫血的

防治更成为临床医师关注的热点问题。r-HuEPO 作为临床治疗贫血的常见药物,它可以有效促进骨髓中幼稚红细胞的增殖、成熟和释放,在纠正贫血方面效果突出;而罗沙司他作为一种脯氨酸胺氧化酶抑制剂,它可以提高 EPO 含量及其受体敏感性,进而促进人体红细胞合成、提高铁元素的吸收,有效纠正机体的贫血症状^[6]。经李宏彬研究发现^[7],二种药物在治疗肾性贫血方面具有显著优势;但受个体对药物敏感性不同的影响,仍有部分患者会出现 EPO 低反应性现象,不利于患者的预后改善。

经本研究发现,126 例研究对象经 6 个月治疗后未达标的患者 55 例,纳入未达标组;其余 71 例患者纳入达标组。对比两组资料发现,透析年限、hs-CRP、低水平血钙、PTH 水平和血清白蛋白均是 EPO 低反应性影响因素 ($P<0.05$)。其中 hs-CRP 水平升高代表机体处于微炎症状态,可以刺激机体释放相关细胞因子抑制内源性 EPO 的生成,影响红系前体细胞的分裂和成熟,甚至还可以通过引起铁的利用障碍,导致机体出现生理性铁缺乏,继而影响患者贫血症状的治疗效果^[8]。此外,PTH 水平过高容易抑制骨髓红细胞的生成,干扰并抑制内源性 EPO 的生成及其活性,导致患者的贫血的症状难以得到有效的纠正。而低水平血钙的发生提示患者的机体可能存在低钙高磷的情况,促使 PTH 水平升高影响贫血症状的纠正^[9]。除此以外,有研究发现^[10],血清白蛋白的水平高低于患者机体的免疫功能高低呈正相关性,若血清白蛋白水平下降则会导致患者机体免疫功能的降低,不仅增加患者的住院风险,更会导致 Hb 合成原料不足,影响其合成速度,进而不利于改善患者的贫血症状。

综上所述,MHD 合并肾性贫血患者发生 EPO 低反应性与其自身透析年限、hs-CRP、血钙、PTH 和血清白蛋白有着密切联系,可通过对上述因素的干预预防 EPO 低反应性的发生,有效纠正 MHD 患者肾性贫血症状。

参考文献:

- [1] 张志杰,刘琳.维持性血液透析患者促红细胞生成素低反应性的相关影响因素分析[J].山西医药杂志,2020,49(18): 2487-2490.
- [2] 刘海飞,赵晓倩,李兆婷,等.老年维持性血液透析病人肾性贫血现状调查及影响因素分析[J].实用老年医学,2022,36(4): 345-349.
- [3] 杨丽嵘,贾丽瑞,张浩,等.不同年龄维持性血液透析患者促红素低反应性影响因素的相关性研究[J].宁夏医学杂志,2020,42(7): 595-597.
- [4] 中华医学会肾脏病学分会肾性贫血诊断和治疗共识专家组.肾性贫血诊断与治疗中国专家共识(2018 修订版)[J].中华肾脏病杂志,2018,34(11): 860-866.
- [5] 方蕾,黄扬扬,伍学琪,罗沙司他与重组人促红素治疗维持性血液透析患者肾性贫血的效果[J].中国医药导报,2021,18(11): 137-140.
- [6] 吕晴,陈卫东,刘磊.维持性血液透析患者肾性贫血的多因素分析及相关性研究[J].中华全科医学,2021,19(5): 871-874.
- [7] 彭亚平,何泽云,胡爽,罗沙司他治疗透析患者肾性贫血的临床观察[J].中国医师杂志,2021,23(9): 1388-1391.
- [8] 李宏彬,梁军,马强.罗沙司他胶囊与重组人促红素治疗肾性贫血的效果及预后比较[J].中国医药导报,2020,17(8): 178-181.
- [9] 平嘉溜,任颖斌,赵湘.维持性血液透析患者肾性贫血纠正情况及影响因素分析[J].浙江临床医学,2021,23(1): 26-28.
- [10] 张丹阳,王少亭,胡晓舟,等.维持性血液透析患者贫血情况及影响因素分析[J].医学综述,2020,26(1): 200-203,208.

观察鼻内镜手术联合糖皮质激素（吸入用布地奈德混悬液联合甲泼尼龙片）治疗鼻息肉的效果

文晓蛟

广元市中心医院 耳鼻喉科 四川广元 628000

摘要：目的 探讨鼻内镜手术结合糖皮质激素（吸入用布地奈德混悬液联合甲泼尼龙片）救治鼻息肉的成效。方法 挑选院内 2020 年 1 月-2022 年 1 月救治的 60 例鼻息肉病患作为此次研究对象，随机划分为参照组与研究组，每组各 30 例病患。两组病患均选择鼻内镜手术救治，参照组病患在围手术阶段落实常规救治，研究组病患围手术阶段运用吸入用布地奈德混悬液联合甲泼尼龙片救治。对比两组病患的救治成效与住院时长、术中出血量。结果 救治完成后，研究组救治成效显著好于参照组，且研究组病患的术中出血量以及住院时长均显著低于参照组，差异具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 采用鼻内镜手术救治鼻息肉病患过程中，围手术阶段予以吸入用布地奈德混悬液联合甲泼尼龙片救治，可以获得较为突出的成效，可以推动病患手术后的康复。

关键词：鼻内镜手术；糖皮质激素；布地奈德混悬液；甲泼尼龙片；鼻息肉

To observe the effect of nasal endoscopic surgery combined with glucocorticoid (budesonide suspension for inhalation combined with methylprednisolone tablets) in the treatment of nasal polyps

Abstract: Objective To investigate the efficacy of endoscopic nasal surgery combined with glucocorticoids (budesonide suspension for inhalation combined with methylprednisolone tablets) in the treatment of nasal polyps. Methods A total of 60 patients with nasal polyps who were treated in the hospital from January 2020 to January 2022 were selected as the research objects and randomly divided into a reference group and a research group, with 30 patients in each group. Both groups of patients were treated with nasal endoscopic surgery. The patients in the reference group were treated with routine treatment during the perioperative period. The patients in the study group were treated with budesonide suspension for inhalation combined with methylprednisolone tablets during the perioperative period. The treatment effect, length of hospital stay, and intraoperative blood loss were compared between the two groups of patients. Results After the treatment was completed, the treatment effect of the study group was significantly better than that of the reference group, and the intraoperative blood loss and hospital stay of the patients in the study group were significantly lower than those in the reference group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion In the process of using nasal endoscopic surgery to treat patients with nasal polyps, inhalation of budesonide suspension combined with methylprednisolone tablets in the perioperative stage can achieve outstanding results, and can promote the recovery of patients after surgery.

Key words: endoscopic nasal surgery; glucocorticoids; budesonide suspension; methylprednisolone tablets; nasal polyps

鼻息肉是临床当中常见的一种耳鼻喉科病症，这类病症最常见的临床表现为鼻窦黏膜水肿下垂、嗅觉减退、闭塞性鼻音、鼻塞等。少数病患还可能产生头痛、耳鸣和鼻出血等症^[1]。现阶段，临床当中经常运用的是鼻内镜手术医治鼻息肉，虽然这一手术方法的优点较为显著，可手术后容易发生鼻腔黏膜黏连以及水肿状况，同时病症二次出现几率较大，一些病患必须落实二次手术救治。可是其医治疗效并不理想^[2]。有临床资料表明，用糖皮质激素联合鼻内镜手术医治鼻息肉的医治疗效较为理想，这是因为糖皮质激素可以遏制炎性细胞因子、血管活性物质等的释放，从而可以改善鼻腔黏膜的炎性反馈，因此其可以改善鼻息肉手术后鼻腔黏膜的水肿问题，有利于提升鼻内镜手术的救治成效，减少复发几率^[3]。但是现阶段，医学界仍未彻底掌握鼻息肉的形成缘故，临床救治大多数是通过手术切除、药品术后救治的方式。本次探讨重点讲解鼻内镜手术结合糖皮质激素鼻息肉的救治成效，同时对相应成果开展比较剖析，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

挑选院内 2020 年 1 月-2022 年 1 月救治的 60 例鼻息肉病患作为此次研究对象，随机划分为参照组与研究组，每组各 30 例病患。其中参照组 30 例病患中，男性病患 23 例，女性病患 7 例，年纪 29-61 岁，平均年纪（45.17±3.62）岁，病程 4 个月-7 年，平均病程（3.41±1.19）年。研究组 30 例病患中，男性病患 22 例，女性病患 8 例，年纪 28-60 岁，平均年纪（45.18±3.61）岁，病程 4 个月-7 年，平均病程（3.42±1.18）年。两组病患性别、年纪等一般资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），可以开展

观察对比。纳入指标：（1）依靠血清学检测、鼻窦 CT、鼻内镜检测、组织活体检测等策略，诊断为鼻息肉的病患。（2）全部病患均对本次探讨活动知情并了解，同时签署了知情同意书。排除指标：（1）合并严重心脑血管病症、肝肾等脏器功能衰减的病患。（2）对糖皮质激素、抗生素、麻醉种类药品等药品存在过敏反馈的病患。（3）存在严重糖尿病等代谢性病症的病患。（4）对本次探讨不认同，无法完整参与探讨活动，中途转移至其他医院的病患。（5）出现精神障碍病症的病患，思维意识不清楚的病患。

1.2 方法

两组病患住院后，均落实常规检测，可分为胸部 X 光透视检测、心电图观察、血常规、肝功能等等，诊断确定不存在异样问题后，两组病患均选择鼻内镜手术，实际操作流程如下：（1）协助病患保持躺卧体位，调控病床且维持在适当的角度，侧重对病患隐私的保护，对病患落实局部麻醉（外表麻醉结合基础麻醉，一旦手术过程中病患出现突发事件，可以落实全身性麻醉）后，剔除病患鼻毛，同时在病患鼻道内滴注 1% 的麻黄素溶液。（2）通过高分辨率、高清晰度、可以转换视野的内镜落实手术操作，务必要保证病患鼻腔、鼻窦均能够在手术医生的视角下（特别是手术位置处于较为深入的区域）。（3）参与本次探讨的病患其病症大多数为上颌窦，鼻内镜手术流程：1）对病患运用上颌窦炎药品保守救治，无法得到较为突出的成效时可以落实鼻窦切开手术，以 30° 内镜深入病患中鼻道之中，找寻中鼻道的自主开口，同时对于这一开口，参考倒向开口的方向，通过切割打孔器，将病患鼻中道外侧壁打开，深入中鼻道，进而实现改善中鼻

道通气引流的目的。2) 采用双进入中下鼻道活体检验手术, 首先, 对病患的下鼻道落实外表麻醉, 对下鼻道开展穿刺, 将导管针从下鼻道插入上颌窦后, 拔出管芯, 以内镜深入鼻窦观测病变所处区域; 其次, 对病患的尖牙窝区域黏膜下放区域落实局部浸润麻醉后, 将黏膜切割, 同时在上颌窦前壁钻开一个小洞, 将活检钳从这一区域深入鼻窦, 同时在内镜视角下切除病变组织, 实现病理检验; 最后, 手术完成后, 对唇龈区域的接口落实缝合操作 (1-2 针即可), 鼻内的导管退出来后, 应用明胶海绵填充病患的下鼻道 (防止渗血), 同时将碘仿纱条填入病患鼻腔。参照组病患在手术阶段应用常规药品落实救治支持, 研究组病患则在手术阶段采用布地奈德混悬液 (AstraZeneca PtyLtd, 注册证号 H20140475, 剂量: 2ml; 1mg×5 支) 结合糖皮质激素甲泼尼龙片 (PfizerItalia Srl, 注册证号 H20150245, 剂量: 4mg×30 s) 救治, 吸入用布地奈德悬液的吸入最大规格为 2mg/次, 1 次/天, 保持 30 天, 在手术开展前一周摄入甲泼尼龙片, 最大剂量为 40mg/d, 直至手术开展前 3 天, 可以将规格锐减至 30mg, 手术完成后第 4 天后, 逐渐锐减摄入规格, 保持在 10mg/d, 持续给药 30 天。

1.3 观察指标

观察对比两组病患的临床救治成效与手术中的出血量、住院时长。救治成效评估指标分为: (1) 显著: 鼻腔通气艰难病症彻底改善, 嗅觉恢复稳定, 分泌物不再粘稠, 生活水平较高。(2) 有效: 鼻腔通气艰难病症得到改善, 嗅觉有所提高, 分泌物较多, 对生活质量存在一定的威胁。(3) 无效: 全部病症无显著提高, 甚至存在加重的状况, 生活质量不足。总有效率=显著率+有效率/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 软件开展剖析, 计数资料通过%呈现, 运用 X²检验, 计量资料通过 (X±S) 呈现, 通过 t 检验, 以 P<0.05 为差异具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组病患临床救治总有效率对比

救治完成后, 研究组救治总有效率明显优于参照组, 差异具备统计学意义 (P<0.05)。见表 1。

表 1 两组病患临床救治总有效率对比

组别	例数	显著	有效	无效	总有效率
研究组	30	13	16	1	96.67%
参照组	30	8	14	8	73.33%
X ²	/	/	/	/	6.540
P	/	/	/	/	0.006

2.2 两组病患的手术中出血量与住院时长对比

研究组病患的术中出血量以及住院时长均显著低于参照组, 差异具备统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组病患的手术中出血量与住院时长对比

组别	例数	术中出血量	住院时长
研究组	30	62.64±7.21	6.13±1.05
参照组	30	121.77±8.03	9.37±1.26
t	/	4.301	3.815
p	/	0.000	0.000

3 讨论

鼻息肉也被叫做鼻痔, 是鼻部常见的病症, 在 30-60 岁的群体当中较为常见, 发病率较高的是男性病患, 偏低的是儿童病患。这类病症指的

是粘膜产生发展后, 从鼻道内进入鼻腔而形成的良性物质, 重点体现为鼻塞、鼻腔分泌物提高, 时常带有面部肿胀、痛苦、嗅觉失效甚至是全部失去^[4]。通常状况下鼻息肉为两侧发病, 单侧发病较为稀少, 持续性鼻塞为其常见状况, 病患出现鼻息肉的过程中, 鼻腔分泌物也会显著提高, 分泌物可以体现出脓性, 时常带有嗅觉问题与打喷嚏等等。假如病患鼻塞状况较为恶劣, 则会发生闭塞性鼻音与睡眠打鼾等问题, 假如息肉带过大, 则病患会直观体验到鼻腔内存在物体伴随着呼吸而出现迁移, 假如病患病症较为恶劣, 则有概率堵塞鼻腔, 严重威胁病患的生活水平。而运用鼻内镜手术医治鼻息肉, 虽然有较多的优势, 可是在手术阶段之内, 依旧需要对下述流程高度关注^[5]: (1) 内镜的镜口大概率会被鼻腔分泌物或者是血液污染, 引起手术视角受限, 因此, 救治过程中务必要高度关注对污染物质的清洁, 确保手术不会因为这一问题而出现问题。(2) 鼻内镜手术对手术医生的要求较为苛刻, 一定要全面熟知鼻腔、鼻窦的剖析与周遭关键器官、组织的划分状况, 杜绝由于手术而引起各类并发症。(3) 手术的伤害虽然较为轻微, 可是手术完成后, 病患鼻腔区域极有可能发生粘连状况, 因此手术后应当基于病患的具体状况, 可以在 24h 或者 48h 之后抽出鼻腔填塞的碘仿纱条, 每一天都必须对其鼻腔开展“收敛”。(4) 手术完成后一段时期内, 依据常规鼻炎、鼻窦炎, 予以病患常规救治, 直到相应病症彻底改善。

单一运用鼻内镜术救治, 虽然救治成效较为突出, 可是其并发症也较为多样, 预后不足, 并且还难以减少嗜酸性粒细胞。而在此前提下, 落实糖皮质激素救治, 可以提升临床救治成效。糖皮质激素具备抗过敏、遏制免疫应答、抗病毒、抗炎效果, 当其应用至鼻息肉救治环节中, 重点从下述几个方面提高救治成效^[6]: (1) 遏制阳性因子释放与形成, 预防嗜酸性粒细胞朝着炎症反应组织迁移, 并且还能够充分遏制细胞因子激活, 进而减少嗜酸性粒细胞浸润。(2) 依靠抗水肿、抗过敏、抗炎效果, 能够改善病患临床病症, 并且还能够预防鼻息肉二次出现。(3) 依靠稳定血管内皮细胞与黏膜上皮细胞膜功能, 来降低腺体对胆碱刺激反应水平, 同时减少毛细血管通透程度。依靠手术前口服摄入糖皮质激素结合手术后持续给药, 能够充分提高鼻内镜手术救治成效, 减少二次出现的概率。此次研究成果证实, 救治结束后, 研究组救治成效显著高于参照组, 且研究组病患的术中出血量以及住院时长均显著低于参照组, 差异具备统计学意义 (P<0.05)。

依据上述, 鼻内镜手术结合糖皮质激素救治鼻息肉的价值较为显著, 值得临床开展相应的救治。

参考文献:

[1]孔维封,郑瑞,邓慧仪,等.慢性鼻-鼻窦炎伴鼻息肉的临床特征分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2019,26(12): 643-646.

[2]刘萱.鼻内镜手术治疗鼻息肉的临床疗效及预后分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(23): 2.

[3]戴红.鼻内镜手术联合糖皮质激素治疗鼻息肉的效果探讨[J].中国现代药物应用,2021,15(2): 3.

[4]武颖异,包亚军,周雯娟,等.变应性因素在鼻息肉及鼻息肉病因中的临床意义[J].中国医疗设备,2017,32(B12): 2.

[5]张琳琳.鼻内镜手术治疗鼻窦炎伴鼻息肉患者的临床应用价值研究[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(2): 103,124.

[6]石小明.用糖皮质激素联合鼻内镜手术治疗鼻息肉的效果探讨[J].当代医药论丛,2018,16(1): 1.

快速血清学检验、微生物快速培养检测对诊断小儿肺炎支原体感染的临床价值分析

刘光艳

眉山市人民医院 四川眉山 620010

摘要：目的：探究快速血清学检验、微生物快速培养检测对诊断小儿肺炎支原体感染的临床价值。方法：选取于2019年1月至2021年10月本院收治的200例小儿肺炎支原体感染患者，随机分为观察组（微生物快速培养检测）和对照组（快速血清学检验）各100人。结果：相比于对照组，观察组检出率（90%）和诊断满意度（95%）均较高（ $P<0.05$ ）。结论：微生物快速培养检测用于诊断小儿肺炎支原体感染的临床价值更为显著。

关键词：微生物快速培养检测；快速血清学检验；小儿肺炎支原体感染

Clinical value of rapid serological test and rapid microbial culture test in the diagnosis of Mycoplasma pneumoniae infection in children

LiuGuangyan Meishan people's Hospital Meishan, Sichuan 620010

Abstract: Objective: To explore the clinical value of rapid serological test and rapid microbial culture test in the diagnosis of Mycoplasma pneumoniae infection in children. Methods: 200 children with Mycoplasma pneumoniae infection treated in our hospital from January 2019 to October 2021 were randomly divided into observation group (rapid microbial culture test) and control group (rapid serological test). Results: compared with the control group, the detection rate (90%) and diagnostic satisfaction (95%) of the observation group were higher ($P<0.05$). Conclusion: the clinical value of rapid microbial culture test in the diagnosis of Mycoplasma pneumoniae infection in children is more significant.

Key words: rapid culture and detection of microorganisms; Rapid serological test; Mycoplasma pneumoniae infection in children

小儿肺炎支原体感染是肺炎出现的重要病因，该病一般发病慢，主要的表现有咳嗽咳痰，发热，恶心呕吐等，由于患者年纪较小，机体尚未完全发育，呼吸功能不完善，使得病情变化严重，抗感染的能力相对较低，要及时采取措施治疗，以免出现并发症，影响患者的身心健康^[1]。小儿肺炎支原体肺炎感染是导致患者呼吸系统和全身病变的主要原因，其中最常见的是神经系统病变，据报道有大约2.6%-4.8%的患者会感染脑炎，脑炎大约占神经系统疾病的15%左右。因此实现对疾病的早期诊断尤为重要。本文旨在探究快速血清学检验、微生物快速培养检测用于诊断小儿肺炎支原体感染的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取于2019年1月至2021年10月本院收治的200例小儿肺炎支原体感染患者，随机分为观察组和对照组各100人。观察组男56例、女44例，平均年龄 (5.25 ± 1.02) 岁；对照组男53例、女47例，平均年龄 (5.22 ± 1.14) 岁。一般资料无差异， $P>0.05$ 。

1.2 临床纳入标准和排除标准

纳入标准：（1）所有患者均经支原体检测、影像学检查证实为小儿肺炎支原体感染；（2）针对本次活动两组患者均自愿加入；（3）具有完整的临床病历资料者。排除标准：（1）恶性肿瘤者；（2）严重器官功能障碍者；（3）其他肺部疾病者。

1.3 方法

观察组运用微生物快速培养检测：通过无菌棉拭子采集口腔等部位的样本，放置肺炎支原体培养基中培养，并对患儿的痰液标本进行采集，置于恒温箱中，培养1个小时，对微生物培养基的颜色变化密切观察，若颜色未发生明显改变，则表明为阴性；若变为黄色，则表明为阳性。

对照组应用快速血清学检验：清晨抽取患儿3ml静脉血，离心处理，取上清液，通过酶联免疫吸附法对血清MP-IgM抗体进行检测，操作步骤严格遵循试剂盒的规范标准。如果血清MP-IgM值超过1:160，则表明为

阳性，否则为阴性。

1.4 观察指标

（1）疾病检出率；（2）诊断满意度。

1.5 统计学分析

运用SPSS22.0统计学软件，用 $[n(\%)]$ 表示，“ χ^2 ”检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疾病检出率

两组疾病检出率见表1所示。

表1 疾病检出率 $[n(\%)]$

组别	例数	检出例数	检出率
观察组	100	90	90% (90/100)
对照组	100	70	70% (70/100)
χ^2			12.105
P			<0.05

在观察组100例患儿中，检出90人的痰液中含有肺炎支原体。故观察组检出率为90% (90/100)。在对照组100例患儿中，检出70人血清MP-IgM值超过1:160。故对照组检出率为70% (70/100)。对两组的疾病检出率进行 χ^2 检验，显示 $\chi^2=12.105$ ， $P=0.00041$ 。

2.2 诊断满意度：

两组患儿的诊断满意度见表2所示。

表2 诊断满意度 $[n(\%)]$

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	100	45	50	5	95% (95/100)
对照组	100	34	37	29	71% (71/100)

χ^2	15.068
P	<0.05

在观察组 100 例患儿中,有 45 人对微生物快速培养检测表示“非常满意”;占比为 45% (45/100);在对照组 100 例患儿中,有 34 人对快速血清学检验表示“非常满意”;占比为 34% (34/100); χ^2 检验显示: $\chi^2=2.532$, $P=0.11156$ 。

在观察组 100 例患儿中,有 50 人对微生物快速培养检测表示“满意”;占比为 50% (50/100);在对照组 100 例患儿中,有 37 人对快速血清学检验表示“满意”;占比为 37% (37/100); χ^2 检验显示: $\chi^2=3.438$, $P=0.06371$ 。

总的来看,观察组患儿对微生物快速培养检测的总满意度为 95% (95/100);对照组患儿对快速血清学检验的总满意度为 71% (71/100); χ^2 检验显示: $\chi^2=20.411$, $P=0.00001$ 。

3 讨论

小儿肺炎支原体感染是现在临床上比较多见的一种疾病,主要是因为肺炎支原体感染引起,一年四季都有可能发病,好发于 5-12 岁的儿童^[2]。发病后会出现肺部感染,影响患者的组织器官,严重的甚至会引起心肌损伤,危害患者的身心健康。临床认为,小儿肺炎支原体感染的发生与免疫系统之间的关系十分密切,如果确诊机体感染了肺炎支原体,也较易引起呼吸系统疾病,严重者会出现支原体血症,对其他的组织和系统产生侵犯。在发病初期,小儿肺炎支原体感染患儿存在不典型的临床症状,较易出现误诊、漏诊情况,快速的了解并掌握小儿肺炎支原体感染的临床症状和致病因素对于疾病的鉴别与诊断尤为重要^[3]。

诊断的有效性能够保证早期发现疾病,然后及时为患者采取针对性的治疗,能够控制病情的进展,防止出现各种并发症,使患儿的身体健康得到保证^[4]。现阶段,超高倍显微镜法、支原体快速培养法等是小儿肺炎支原体感染的常见诊断方式,其检查结果存在一定的差异,对于超高倍显微镜法来说,其对设备具有较高的依赖性,外界因素对其影响较大,所以会降低诊断的准确性^[5]。针对支原体快速培养法来说,该诊断方法需要较长的检测周期,容易延误患儿的治疗。本文通过探究快速血清学检验、微生物快速培养检测用于诊断小儿肺炎支原体感染的临床价值,结果显示,观察组检出率、诊断满意度均较高 ($P<0.05$)。主要原因为:在临床中,快速血清学检验具有较高的应用价值,且应用较为广泛。患儿感染肺炎支原体以后,会将 IgM 抗体、IgG 抗体产生,相比于 IgG 抗体, IgM 抗体的形成需要较短的时间,一般在感染一周后发生,达到峰值的时间在感染一个月后,然后逐渐降低。快速血清学检验的影响因素较多,例如敏感性、年龄等,所以会使检测的准确性降低^[6]。近年来,随着医学诊疗技术的迅速发展,在临床中开始广泛应用微生物快速培养检测法,利用微生物快速培养检测,有利于培养基中微生物的繁殖与生长,在生长繁殖期间 MP 会将葡萄糖酸分解出来,使氢离子产生,进而会使培养基的 pH 降低,利用颜色的改变对肺炎支原体的生长状况进行判断^[7]。微生物快速培养检测的特异性和敏感性均较高,能够促进检测的准确性有效提高。并且,如果患儿的年龄比较小,其身体各器官还没有发育成熟,因此存在较低的抗体效价,会在一定程度上影响检测的精准性,即便快速血清学检验需要较短的时间,能够让患儿尽早地接受治疗,然而依旧存在较低的阳性检出率。

据相关报道,山东省枣庄市妇幼保健院曾选取 384 例患有小儿肺炎的患儿,将 384 人随机分为研究组、对照组。研究组中,共有 192 名患儿,其中 0~2 岁患儿有 43 人,3~5 岁患儿有 56 人,6~8 岁患儿有 52 人,9~

10 岁患儿有 41 人。对照组中,同样有 192 名患儿,其中 0~2 岁患儿有 43 人,3~5 岁患儿有 56 人,6~8 岁患儿有 52 人,9~10 岁患儿有 41 人;研究组采用微生物快速培养检测,对照组采用快速血清学检验。结果显示:研究组中检出 186 人肺炎支原体呈阳性,诊断准确率为 96.88% (186/192);对照组中检出 175 人肺炎支原体呈阳性,诊断准确率为 91.15% (175/192)。对两组的诊断准确率进行 χ^2 检验,显示: $\chi^2=5.596$, $P=0.01278$ 。

在研究组中,0~2 岁患儿组中检出 43 例肺炎支原体阳性,故研究组 0~2 岁患儿组肺炎支原体阳性检出率为 100% (43/43);在对照组中,0~2 岁患儿组中检出 42 例肺炎支原体阳性,故对照组 0~2 岁患儿组肺炎支原体阳性检出率为 97.67% (42/43), χ^2 检验显示: $\chi^2=1.018$, $P=0.314$ 。

在研究组中,3~5 岁患儿组中检出 56 例肺炎支原体阳性,故研究组 3~5 岁患儿组肺炎支原体阳性检出率为 100.00% (56/56);在对照组中,3~5 岁患儿组中检出 55 例肺炎支原体阳性,故对照组 3~5 岁患儿组肺炎支原体阳性检出率为 98.21% (55/56); χ^2 检验显示: $\chi^2=1.009$, $P=0.315$ 。

在研究组中,6~8 岁患儿组中检出 49 例肺炎支原体阳性,故研究组 6~8 岁患儿组肺炎支原体阳性检出率为 94.24% (49/52);在对照组中,6~8 岁患儿组中检出 42 例肺炎支原体阳性,故对照组 6~8 岁患儿组肺炎支原体阳性检出率为 80.77% (42/52), χ^2 检验显示: $\chi^2=4.307$, $P=0.037$ 。

在研究组中,9~10 岁患儿组中检出 39 例肺炎支原体阳性,故研究组 9~10 岁患儿组肺炎支原体阳性检出率为 95.12% (39/41);在对照组中,9~10 岁患儿组中检出 32 例肺炎支原体阳性,故对照组 9~10 岁患儿组肺炎支原体阳性检出率为 78.05% (32/41); χ^2 检验显示: $\chi^2=5.144$, $P=0.023$ 。仇晋萍的报道与本次研究具有较高的相似度^[8]。

综上所述,相比于快速血清学检验,运用微生物快速培养检测小儿肺炎支原体感染,可以使诊断检出率、诊断满意度有效提高,发挥更加显著的诊断价值,进而尽早为患儿提供针对性的治疗,有利于改善其预后恢复,保证患儿的正常生长发育。

参考文献:

- [1]郭岩.微生物快速培养检验法与快速血清学检验法对肺炎支原体感染诊断的分析[J].黑龙江医学,2022,46(4):452-454.
- [2]吴秋红.快速血清学检验和微生物快速培养检测在小儿肺炎支原体感染中的临床价值[J].妇儿健康导刊,2021,11(12):22-23.
- [3]潘永利.快速血清学检验与微生物快速培养检测诊断小儿肺炎支原体感染的临床价值分析[J].养生保健指南,2021(43):249-250.
- [4]樊红岩.微生物快速培养检测与快速血清学检验在小儿肺炎支原体感染诊断中的效果比较[J].中国民康医学,2021,33(19):106-108.
- [5]陶立玉,高秀莲,徐桂荣.快速血清学检验、微生物快速培养检测用于诊断小儿肺炎支原体感染的临床价值分析[J].中国实用医药,2021,16(26):31-33.
- [6]黄剑平.快速血清学检验和微生物快速培养检测对小儿肺炎支原体感染的临床诊断价值分析[J].中国现代药物应用,2020,14(14):246-248.
- [7]郝秀春,林善姬,苏炳森,等.快速血清学检验和微生物快速培养检测诊断小儿肺炎支原体感染的临床价值分析[J].中国医药科学,2020,10(3):162-164.
- [8]仇晋萍.对比快速血清学检验和微生物快速培养检测对小儿肺炎支原体感染的临床诊断价值体会[J].中外医疗,2020,39(14):185-187.

心理护理与饮食护理对肺癌患者负性心理和营养状况的影响 程度分析

杨虹霞

四川省肿瘤医院 四川成都 610041

摘要：目的：探究心理护理与饮食护理对肺癌患者负性心理和营养状况的影响。方法：选取在2020年5月-2021年5月本院收治的100例肺癌患者，随机分为观察组（心理护理与饮食护理）和对照组（常规护理）各50人。结果：观察组治疗依从性、护理满意度高，负性心理、营养状况、生活质量改善更明显（ $P<0.05$ ）。结论：心理护理与饮食护理对肺癌患者负性心理和营养状况的影响十分显著。

关键词：心理护理；饮食护理；肺癌；负性心理；营养状况

Analysis of the influence of psychological nursing and dietary nursing on negative psychology and nutritional status of lung cancer patients

Yang Hongxia, Sichuan Provincial Cancer Hospital, Chengdu, Sichuan 610041

[Abstract]Objective: To explore the influence of psychological nursing and dietary nursing on the negative psychological and nutritional status of lung cancer patients. **Methods:** 100 patients with lung cancer treated in our hospital from May 2020 to May 2021 were randomly divided into observation group (psychological nursing and dietary nursing) and control group (routine nursing). **Results:** the treatment compliance and nursing satisfaction of the observation group were high, and the negative psychology, nutritional status and quality of life were improved more significantly ($p<0.05$). **Conclusion:** psychological nursing and dietary nursing have a significant impact on the negative psychological and nutritional status of lung cancer patients.

Key words: psychological nursing; Dietary care; Lung cancer; Negative psychology; Nutritional status

肺癌的死亡率较高，治疗的时候主要是以化疗为主，控制癌细胞转移扩散，延长患者的生命周期，据报道^[1]，有大约90%的患者化疗期间会出现并发症，引起胃肠道不适感，使其食欲下降，降低生活质量，加重患者的心理和身体负担。在治疗过程中，要及时对肺癌患者进行科学合理的干预，以免出现胃肠道反应，改善营养状况，帮助患者建立治疗的信心，保持良好的心态。本文旨在探究心理护理与饮食护理对肺癌患者负性心理和营养状况的影响。

1 材料与方法

1.1 一般资料

选取在2020年5月-2021年5月本院收治的100例肺癌患者，随机分为观察组和对照组各50人。观察组男27例、女23例，平均年龄 (66.15 ± 8.01) 岁；对照组男26例、女24例，平均年龄 (67.28 ± 7.95) 岁。资料差异不明显， $P>0.05$ 。

1.2 方法

常规护理对照组。给予观察组心理护理与饮食护理：（1）心理护理。

①将良好的护患关系建立起来。护理人员需要注意定时巡查患者，与患者进行充分的交流，了解其思想负担和心理状态，认真分析其心理病机，使患者更加信任自己，从而提高其治疗依从性。②使患者保持良好的情绪。与患者交流过程中注意使用关切、诚恳的态度，向患者讲解在治疗过程中精神因素的重要作用，将情绪对血流的影响告知患者，情绪不佳时会使血液循环发生障碍，加重肺癌的疼痛症状，因此护理人员需要鼓励患者对自己的情绪进行合理调节，以便使疼痛感减轻。③给予患者一定的心理支持。告知患者生理因素和心理因素会严重影响疼痛的发生，所以实施综合的治疗和多方面的评估是一项十分重要的内容，同时将治疗成功的案例告知患者，从而增强其治疗信心。④鼓励患者将自己的思想大胆的表达出来。因疾病存在经久不愈、反复发作的特点，所以容易使患者错误的估计自己的

病情，加大治疗难度。所以，护理人员需要鼓励患者将自己内心的想法大胆的表达出来，以便客观的评估自己的症状。（2）饮食护理。①饮食行为干预。在治疗肺癌时，大部分患者因为对疾病相关知识不够了解，所以没有认识到饮食行为会对自己所患疾病产生的影响，所以患者通常不会主动纠正错误的饮食行为，最终影响到疾病的治疗效果和康复效果。在进行护理时，需要了解患者的实际病情和饮食喜好等情况，据此为患者制定个性化饮食方案，保证满足患者机体所需营养，这样才能促进病情快速缓解。②营养支持。肺癌患者需要保证饮食清淡、易消化。在烹制食物时以煮、炖、蒸为主，食物中避免添加葱、姜、蒜，禁食过冷、过热、过酸、坚硬的食物，以免增加肠胃负担。有吸烟饮酒史的患者要求严格戒烟戒酒。每天喝牛奶的量不能超过500g，且要在餐后喝，餐前或餐后喝水，进食期间不要喝水。如果是肺癌晚期的患者，消耗比较大，建议高蛋白、高营养饮食，维持机体的营养平衡；如果化疗后的患者，饮食差，会出现呕吐症状，建议少量多餐，多进食水果、蔬菜，维持水、电解质的平衡。

1.3 观察指标

（1）治疗依从性；（2）护理满意度；（3）运用SAS、SDS量表^[7]评价不良情绪；（4）运营状况改善情况，营养状况评价指标主要为血清蛋白（PA）、血红蛋白（HGB）和体重指数（BMI）；（5）参照简明健康量表（SF-36）^[6]评价生活质量。

1.4 统计学分析

运用SPSS22.0统计学软件，用“ $(\bar{x}\pm s)$ ”、“ $[n(\%)]$ ”表示，“t”、“ χ^2 ”检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗依从性：观察组高于对照组（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 治疗依从性【n（%）】

组别	例	完全依	部分依	不依从	总依从性
----	---	-----	-----	-----	------

	数	从	从		
观察组	50	33	12	5	90% (45/50)
对照组	50	22	13	15	70% (35/50)
χ^2					12.054
P					<0.05

2.2 护理满意度：观察组高于对照组 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 护理满意度【n (%)】

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	50	21	26	3	94% (47/50)
对照组	50	15	24	11	78% (39/50)
χ^2					14.084
P					<0.05

2.3 SAS、SDS 评分：观察组改善情况优于对照组 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 SAS、SDS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

检查指标		观察组 (n=50)	对照组 (n=50)	t	P
SAS 评分	干预前	59.84±5.11	60.15±5.47	1.574	>0.05
	干预后	41.47±4.16	50.14±4.11	10.264	<0.05
SDS 评分	干预前	60.18±5.33	60.05±5.29	1.058	>0.05
	干预后	40.33±4.12	50.39±5.02	13.847	<0.05

2.4 PA、HGB 和 BMI 各指标水平：干预后，观察组均高于对照组 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 PA、HGB 和 BMI 各指标水平 ($\bar{x} \pm s$)

检查指标		观察组 (n=50)	对照组 (n=50)	t	P
PA (g/L)	干预前	27.51±6.45	28.12±4.11	1.069	>0.05
	干预后	36.22±3.08	29.93±4.56	11.587	<0.05
HGB (g/L)	干预前	75.25±8.47	76.85±7.27	3.069	>0.05
	干预后	124.11±7.45	102.54±8.45	9.587	<0.05
BMI (kg/m ²)	干预前	16.25±4.24	16.29±3.22	1.365	>0.05
	干预后	22.95±5.12	18.34±3.04	14.321	<0.05

2.5 生活质量评分：干预后，观察组高于对照组 ($P<0.05$)，见表 5。

表 5 生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

检查指标		观察组 (n=50)	对照组 (n=50)	t	P
躯体功能	干预前	75.21±10.33	75.02±11.25	5.241	>0.05
	干预后	90.25±10.54	80.25±11.08	10.524	<0.05
社会功能	干预前	62.35±10.11	61.95±10.74	5.824	>0.05
	干预后	90.20±10.25	80.15±12.02	15.241	<0.05
角色功能	干预前	66.35±9.35	66.39±10.28	2.215	>0.05
	干预后	89.58±10.52	72.52±12.05	12.548	<0.05
认知功能	干预前	56.39±11.38	57.50±11.58	3.654	>0.05
	干预后	89.36±10.58	70.32±10.02	14.152	<0.05
总体健康	干预前	66.58±10.52	65.98±12.54	3.012	>0.05

3 讨论

肺癌是现在临床上发病患者较多的一种肿瘤，死亡率较高，主要的表现有咳嗽咳痰，声音嘶哑，胸痛等，降低了患者的生活质量^[2]。目前临床治疗的时候主要是进行化疗，抑制肿瘤生长速度，控制癌细胞的扩散，虽然可以缓解症状，但是该方法治疗的局限性较大，治疗所需的时间较长，不但损伤患者的细胞，还会降低患者的生存质量，且还会导致患者疼痛剧烈，失去治疗的信心。很多患者体质相对比较虚弱，营养需求较大，免疫力降低，使得治疗的难度增大，有效的护理干预可以帮助患者改善预后，提高生存质量^[3]。

本文通过探究心理护理与饮食护理对肺癌患者负性心理和营养状况的影响，结果显示，观察组治疗依从性、护理满意度高，负性心理、营养状况、生活质量改善更明显 ($P<0.05$)。主要原因为：对患者实施全面、系统的心理护理干预，能够使患者对自身疾病具有充分的认识，提高其认知度和自我管理能力，使其在治疗过程中能够保持良好的心态，这样不仅可以减轻其疼痛症状。同时，通过实施心理护理干预，能够使患者感受到来自他们的关心和爱护，有利于提高其治疗依从性和配合度^[4]。将治疗成功的案例介绍给患者，让患者认识到保持良好心态对于疾病恢复的重要性，能够增强其治疗信心，缓解其不良情绪。肺癌患者的各种临床症状会降低患者的食欲，影响患者正常饮食，所以患者的营养状态通常较差，严重时甚至会出现营养不良。科学合理地营养支持可以满足患者在治疗期间所需的营养供给，从而保证有效控制病情，促进患者病情康复^[5]。健康、良好的饮食习惯有助于控制肺癌患者的病情，在对患者进行护理时，需要重视做好患者的健康指导，保证患者正确认识在控制疾病期间正确饮食习惯的重要性，以保证患者具备较高水平的管理能力^[6]。

综上所述，对肺癌患者实施心理护理与饮食护理，不仅可以改善其负性心理和营养状况，还可以提高治疗依从性、护理满意度，提升其生活质量。

参考文献：

- [1]陈燕,陈小平,张海燕. 饮食强化护理对化疗中晚期肺癌患者的生活质量、心理症状及营养状态的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40 (13): 2426-2429.
- [2]魏琨. 心理护理联合饮食护理应用于肺癌患者营养状况的影响综合研究[J]. 中国保健营养,2021,31 (34): 150.
- [3]胡礼华. 常规护理联合心理及饮食护理 对肺癌化疗患者焦虑抑郁情绪和生活质量的影响[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7 (87): 123,139.
- [4]李素兰,郑向荣,李娜,等. 个性化护理结合饮食调护对肺癌化疗患者睡眠质量及心理状况的影响[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19 (47): 241-242.
- [5]何建平,熊小芳. 常规护理联合心理及饮食护理对肺癌化疗患者焦虑抑郁情绪和生活质量的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复,2015,22 (4): 483-485.
- [6]吴黎,田汨,张艳花,等. 情志护理联合饮食调护对肺癌化疗患者免疫功能、不良反应及心理状态的影响[J]. 慢性病学杂志,2020 (3): 457-459,462.

体外冲击波配合宫氏脑针疗法治疗膝关节炎的临床效果研究

赵振强

江门市蓬江区中西医结合医院 康复医学科 529000

摘要：目的：对膝关节炎治疗中采用体外冲击波配合宫氏脑针疗法进行治疗，做好效果比较。方法：拟选取我院康复科和骨科门诊就诊符合纳入标准的 120 例膝关节炎的患者。将纳入的研究对象随机分 3 个组平行进行，对照组 I（体外冲击波治疗组）、对照组 II（宫氏脑针疗法组）和研究组（体外冲击波结合宫氏脑针疗法组），3 组病人原则上按 1:1:1 分配，每组 40 人。对照组 I 采用体外冲击波治疗，对照组 II 采用宫氏脑针疗法治疗，研究组采用体外冲击波结合宫氏脑针疗法进行治疗。治疗前后对三组患者进行 VAS 评分、WOMAC 骨关节炎评分、临床疗效等。结果：通过对两组患者进行 VAS 评分情况比较，其中对照 I 组患者中术前 VAS 评分为 5.36 ± 0.15 分，术后 24hVAS 评分为 3.54 ± 1.23 。对照 II 组患者中术前 VAS 评分为 5.28 ± 0.10 分，术后 24hVAS 评分为 3.39 ± 1.42 。研究组患者中术前 VAS 评分为 5.30 ± 0.24 分，术后 24hVAS 评分为 2.16 ± 0.12 ，经比较，研究组患者评分相对较优。通过对两组患者进行 WOMAC 骨关节炎评分，对照组 I 组患者术前、术后 24h 评分为 3.30 ± 0.21 、 1.34 ± 0.13 分。对照组 II 组患者术前、术后 24h 评分为 3.22 ± 0.20 、 1.34 ± 0.02 分。研究组患者术前、术后 24h 评分为 3.27 ± 0.25 分、 0.72 ± 0.12 分，经比较，具有一定差异（ $p < 0.05$ ）。通过对两组患者进行治疗有效率情况的比较，其中对照组 I、对照组 II、研究组患者中整体有效率分别为 75.0%、80.0%、92.5%，经比较，研究组患者较优。结论：在膝关节炎治疗中采用体外冲击波联合宫氏脑针疗法治疗，整体效果较好，能够改善患者的疼痛情况。

关键词：膝关节炎治疗；体外冲击波治疗；宫氏脑针疗法

骨性关节炎作为困扰中老年人的一种慢性劳损性疾病，一般发生于 50-70 岁的中老年人，也是临床上一种常见病、多发病。膝关节早期骨性关节炎临床表现为软骨丢失、关节滑膜炎以及关节面下骨质改变，临床表现为关节的功能障碍。对于膝关节早期骨性关节炎患者早期药物治疗主要为镇痛、消炎等作用。临床上治疗方法包含药物、物理、功能锻炼以及手术治疗，当前一种全新的治疗手段即为体外冲击波，在骨性膝关节炎治疗中整体效果较好。本文通过对膝关节炎患者进行体外冲击波联合宫氏脑针疗法进行治疗，具体研究情况如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

拟选取我院康复科和骨科门诊就诊符合纳入标准的 120 例膝关节炎的患者。将纳入的研究对象随机分 3 个组平行进行，对照组 I（体外冲击波治疗组）、对照组 II（宫氏脑针疗法组）和研究组（体外冲击波结合宫氏脑针疗法组），3 组病人原则上按 1:1:1 分配，每组 40 人。

1.2 方法

对照组 I 采用体外冲击波治疗，对照组 II 采用宫氏脑针疗法治疗，研究组采用体外冲击波结合宫氏脑针疗法进行治疗。治疗前后对三组患者进行 VAS 评分、WOMAC 骨关节炎评分、临床疗效等。

体外冲击波治疗方法：保证膝关节屈曲位，使用拇指在膝关节的周围寻找对应的压痛点，做好标记工作。首先进行耦合剂的均匀涂抹，使用探头做好痛点标记，其中痛点冲击 300-400 次，随后在髌骨周围进行探头滑动，做好周边肌腱、韧带的治疗。冲击能量、频率应保证在 $1.5 \sim 2.5 \text{Pa}$ 、 $8 \sim 12 \text{Hz}$ ，膝关节冲击次数应保证在 3000-4000 次，依据患者的耐受程度、能量以及冲击次数进行调整，1 周 1 次，4 次为一个疗程。

宫氏脑针操作方法：

选取坐位，并面向椅背，平放在椅的靠背上，低头并将前额放在双手上进行颈部的暴露。

定点：首先选取头顶的正中线，并从枕骨粗隆最高处到患者的发际线连接处，间隔 $1.5 \sim 2 \text{cm}$ 做好定点，并做好插孔选点工作。依据选好的点采用标记笔进行标记，每次选取 1-2 个点。对于操作者来说，应选取干净的工作衣，并带无菌手套、口罩，做好选点使用碘伏进行消毒。使用原极针，针体倾斜应保证在 45° ，使用刀刀停留在患者的筋膜层，将针体扶正，将针体调制垂直于患者的骨面，做好缓慢刺入，使用杠杆力进针，如果有针

被夹住的感觉，应停止摇动，做好拔针。在出诊后，针孔用无菌纱布缓慢按压，时长在 5-10 分钟，并使其不出血为止。使用宫脑针进行 1 次，10 天后隔天进行 1 次，每个疗程为 15 次，1 个疗程结束后休息应在 10 天，随后进行第二个疗程。

1.3 观察指标

（1）VAS 评分法：

使用视觉模拟评分法进行评分，具体做法：首先在纸上用尺子画出一条 10cm 的横线，依照每厘米做好刻度标记，其中横线的两端从 0 到 10，表示无痛到剧痛。对于中间部分来说，在进行不同程度检查时应让病人根据自我感觉化句号，由医生记录分值并进行保存。

（2）WOMAC 骨关节炎评分表

每个小节评分以 0-4 分为标准。分别对研究组、对照组 I 及对照组 II 患者的临床疗效进行评价：3 组患者均在治疗前、治疗 4 周后、治疗结束后 2 周接受 WOMAC 评分量表的评估，主要是评测膝关节的僵硬、疼痛和关节功能 3 个方面。量表由专人进行负责评估，量表评分越高表示该患者的病情越严重。

（3）临床疗效

以 WOMAC 骨关节炎评分表评分结果为标准：①痊愈：WOMAC 量表总评分降低 $\geq 90\%$ ；②良好： $70\% \leq \text{WOMAC 量表总评分降低} < 90\%$ ；③有效： $30\% \leq \text{WOMAC 量表总评分降低} < 70\%$ ；④无效：WOMAC 量表总评分降低 $< 30\%$ ；总评分计算公式 $[(\text{治疗前评分} - \text{治疗后 2 周评分}) \div \text{治疗前评分}] * 100\%$ 。

1.4 统计学分析

选用 spss20.0 进行统计学分析， $p < 0.05$ 代表具有统计学差异。

2. 结果

2.1 通过对两组患者进行 VAS 评分情况比较，其中对照 I 组患者中术前 VAS 评分为 5.36 ± 0.15 分，术后 24hVAS 评分为 3.54 ± 1.23 。对照 II 组患者中术前 VAS 评分为 5.28 ± 0.10 分，术后 24hVAS 评分为 3.39 ± 1.42 。研究组患者中术前 VAS 评分为 5.30 ± 0.24 分，术后 24hVAS 评分为 2.16 ± 0.12 ，经比较，研究组患者评分相对较优。

表 1. 两组患者 VAS 评分情况比较

组别	例数	术前	术后 24h
对照组 I	40	5.36 ± 0.15	3.54 ± 1.23

对照组 II	40	5.28±0.10	3.39±1.42
研究组	40	5.30±0.24	2.16±0.12

2.2 通过对两组患者进行 WOMAC 骨关节炎评分, 对照组 I 组患者术前、术后 24h 评分为 3.30±0.21、1.34±0.13 分。对照组 II 组患者术前、术后 24h 评分为 3.22±0.20、1.34±0.02 分。研究组患者术前、术后 24h 评分为 3.27±0.25 分、0.72±0.12 分, 经比较, 具有一定差异 ($p<0.05$)。

表 2.WOMAC 骨关节炎评分表

组别	例数	术前	术后 24h
对照组 I	40	3.30±0.21	1.34±0.13
对照组 II	40	3.22±0.20	1.34±0.02
研究组	40	3.27±0.25	0.72±0.12

2.3 通过对两组患者进行治疗有效率情况的比较, 其中对照组 I、对照组 II、研究组患者中整体有效率分别为 75.0%、80.0%、92.5%, 经比较, 研究组患者较优。

表 3. 两组患者治疗有效率情况比较

组别	例数	痊愈	良好	有效	无效
对照组 I	40	18 (45.0)	10 (25.0)	2 (5.0)	10 (25.0)
对照组 II	40	16 (40.0)	11 (27.5)	5 (12.5)	8 (20.0)
研究组	40	20 (50.0)	8 (20.0)	9 (22.5)	3 (7.5)

3. 讨论

膝关节炎作为临床现阶段一种发生在老年人群的退行性疾病, 主要是指膝关节软骨面出现继发性退变以及结构紊乱。在伴随软骨下骨质增生的同时, 从而导致关节受到破坏。

关节炎作为现阶段一种常见损伤, 在发生之后一定程度上影响了膝关节的稳定度。通过相关研究表明, 目前临床上常见发病原因即为外源性物质的讲解刺激, 在出现不同程度损伤外还会出现免疫复合物。受遗传、感染等多种因素的影响, 会导致关节间隙变窄出现疼痛现象, 对于患者的膝功能具有较大危害。在目前治疗关键点即为通过对膝关节稳定性进行提升, 确保疾病预防。膝关节炎的发生在导致核心稳定特征改变的同时, 还会造成下肢运动学的改变。病情较为严重的患者甚至出现关节功能丧失等。

膝关节炎在发病过程中, 病情隐蔽一般在严重时才会确诊。对于患者关节受累等将会出现疼痛、压痛、肿胀等不良情况, 对于患者来说危害极大。膝关节炎作为现阶段一种常见损伤, 在发生之后一定程度上影响了膝关节的稳定度。通过相关研究表明, 临床上常见发病原因即为外源性物质的刺激, 在出现不同程度损伤外还会出现免疫复合物。受遗传、感染等多种因素的影响, 会导致关节间隙变窄出现疼痛现象, 对于患者的膝功能具有较大危害。在目前治疗关键点即为提升膝关节稳定性, 并做好疾病预防工作。膝关节炎的发生下, 人体的核心稳定特征改变, 还会造成下肢运动学的改变。对于病情较为严重的患者甚至出现关节功能丧失等。

膝关节炎在发病过程中, 病情隐蔽一般在严重时才会确诊。对于患者关节受累等将会出现疼痛、压痛、肿胀等不良情况, 对于患者来说危害极大。除此之外, 通过对加速移植肌腱的神经支配, 能够确保髌关节的肢体感觉恢复。膝关节炎可以采用中医内服、理疗等穿刺抽液治疗等方式, 整体效果较差, 同时在常规手术中切口大暴露组织较多, 同时患者关节结构容易遭到破坏。

当前治疗骨性膝关节的主要手段即为体外冲击波治疗, 体外冲击波治疗骨性膝关节疾病的整体机制不清楚, 目前认为体外冲击波具有以下作用: 第一, 机械应力效应。作为一种宽频带的机械压力波, 在介质不同时一般表现为对于组织细胞的压力和张力。第二, 空化效应。在介质中含有

微小的气泡, 在冲击波的应力作用下, 将会以极高的速度膨出, 对于该效应来说将会使冲击部位循环加速, 并改善局部组织以及血液循环, 起到治疗的作用。第三, 痛觉神经封闭。对于冲击波止痛来说一般类似于神经肌肉刺激, 主要以感觉适应为主, 同时痛阈逐渐提高。宫氏脑针疗法是一种针法, 所使用工具为适应宫式疗法操作特制体式脑针, 具有安全性高, 痛苦少, 无风险, 见效快, 不复发的特点。宫氏脑针疗法操作主要在后脑勺、头顶部位中线, 用无菌操作方法来治疗, 一般是每天扎针一次, 15 次为一疗程, 20 天内完成。宫氏脑针疗法理论是近几十年来医学领域重大里程碑式突破发展, 随着该疗法推广, 必将为医学进步社会发展做出更大贡献。

体外冲击波作为一种副作用小、经济安全且便捷的治疗方法, 为我们临床治疗膝骨关节炎提供了一种新的保守治疗方案。而且随着近年不断的研究冲击波 (ESW) 治疗技术在骨骼肌肉及关节系统疾病方面的应用, 及研究冲击波治疗膝骨关节炎机理的不断深入, 冲击波治疗膝骨关节炎取得了显著的疗效。近年来国内不少学者为了提高冲击波对于骨骼肌肉系统疾病的临床疗效, 均将体外冲击波与中国传统医学的方法结合对患者进行治疗, 并取得了确切的疗效。宫长祥教授, 宫氏神经调衡理论与技术 (宫氏脑针疗法) 创始人, 北京宫氏医学研究院院长, 是山东省最早开展臭氧、射频、等离子等微创技术治疗者之一。宫氏脑针原名神经调衡理念及原极针疗法, 后来在国家中医药管理高新适宜技术认证文件中正式定名为“宫氏脑针疗法”。

通过对两组患者进行治疗有效率情况的比较, 其中对照组 I、对照组 II、研究组患者中整体有效率分别为 75.0%、80.0%、92.5%, 经比较, 研究组患者较优。通过结合体外冲击波、宫氏脑针进行治疗, 治愈率高, 整体效果相对优良。

参考文献:

[1]刘博宇,李宏宇,金先跃,等.体外冲击波对早中期膝关节骨性关节炎患者关节液中 IL-1 β 、TNF- α 及 MMP-13 表达的影响 [J]. 中国矫形外科杂志, 2016,24 (19): 1807-1810.

[2]吴俊.宫氏脑针联合多巴丝肼治疗帕金森病临床观察[J].中医药临床杂志,2019,31 (6): 1099-1101.

[3]姜杰.简述推拿手法的机理和治疗原则[A].中华中医药学会推拿分会.中华中医药学会推拿分会第十四次推拿学术交流会议论文集汇编[C].中华中医药学会推拿分会,2013: 2.

[4]段国庆,任凤春.膝骨关节炎严重程度与关节液和血清中 chemerin 含量的关系 [J]. 中国组织工程研究, 2015,19 (2): 177-181.

[5]凌琳.低能量体外冲击波对兔膝骨关节炎软骨细胞修复能力和 MAPK 通路蛋白的影响 [J]. 解剖学研究, 2016,38 (5): 380-390.

[6]覃毅.宫氏脑针配合药物治疗老年脑梗死的效果观察[J].保健文汇 2020 年 32 期, 212-213 页, 2021.

[7]郝少林,李宏宇,匡萃琳,等.关节镜手术和体外冲击波治疗膝骨性关节炎的疗效比较[J].中华物理医学与康复杂志, 2022, 44 (04): 334-337.

[8]黄登承,王志科,曹学伟.体外冲击波疗法治疗中老年膝骨关节炎短期疗效对比的荟萃分析[J].中国组织工程研究, 2021, 25 (9): 6.

[9]吴杨玲,钟婷,唐芳.体外冲击波治疗早中期膝骨关节炎的临床效果观察[J].实用医院临床杂志, 2022, 19 (2): 3.

[10]徐冬康.小针刀配合运动疗法治疗膝骨关节炎的临床效果评价[J].全科口腔医学电子杂志, 2022 (23).

通络化痰止痉汤治疗气虚血瘀型冠脉微血管性心绞痛的临床疗效研究

姜春雪

齐齐哈尔市中医医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要:目的 观察气虚血瘀型冠脉微血管性心绞痛患者服用通络化痰止痉汤治疗的临床效果。方法 于2020年6月至2021年9月就诊于齐齐哈尔市中医医院心内科门诊及病房的80例气虚血瘀型冠脉微血管性心绞痛患者作为探讨对象,运用抽签随机法进行分组,其中常规组40例给予常规西药治疗(拜阿司匹林肠溶片+阿托伐他汀钙片+尼可地尔片),研究组40例则在常规西药治疗同时加服中药通络化痰止痉汤。两组用药后观察临床疗效、不良反应;对比两组用药前后中医证候总积分、SAQ(西雅图心绞痛量表)总分、心绞痛发生次数、心绞痛持续时间、硝酸甘油用量、心功能指标[SV(心脏每搏输出量)、CO(每分钟心输出量)、CI(心脏指数)、LVEF(左心室射血分数)]。结果 研究组用药疗效高达95.00%,与常规组结果比较有差异($P<0.05$);研究组中医证候总积分、心绞痛发生次数、硝酸甘油用量在用药后明显减少,SAQ评分升高,心绞痛持续时间缩短,与常规组结果比较有差异($P<0.05$);研究组SV、CO、CI、LVEF在用药后显著改善,与常规组结果比较有差异($P<0.05$);研究组用药不良反应率与常规组无差异($P>0.05$)。结论 气虚血瘀型冠脉微血管性心绞痛患者加服通络化痰止痉汤的临床疗效更佳,能够有效控制心绞痛症状,减少硝酸甘油用量,改善患者心功能,提高患者生活质量,并且不良反应未增加,显示出较高的安全性,值得现代临床广泛推荐。

关键词: 气虚血瘀型; 微血管性心绞痛; 通络化痰止痉汤; 心功能; 不良反应

0 引言

微血管性心绞痛(Microvascular Angina, MVA)指的是一类因冠状动脉微血管无法满足心肌代谢对血流需求的心血管疾病^[1]。近年来,随着人们生活习惯改变,心血管疾病患者逐渐增多,尤其是微血管性心绞痛,目前已成为心血管界的研究热点之一^[2]。若该病控制不及时,将会严重损害患者心脏结构、心脏功能,增加患者病死风险^[3]。药物依然是现阶段临床改善微血管性心绞痛患者预后的关键,但常规抗心绞痛药物治疗效果多不显著。中医学认为,心绞痛属于“胸痹”之病,病位在心,心脉失养,与气血失调、脏腑虚亏有关,其中气虚血瘀为最常见的病机,故而中医治疗多主张益气化痰、通络止痛原则^[4]。本研究特此纳入80例气虚血瘀型冠脉微血管性心绞痛患者作为探讨对象,特此在常规西医治疗同时加服通络化痰止痉汤,期望能够优化患者预后,促进患者康复。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究观察对象为80例气虚血瘀型冠脉微血管性心绞痛患者,均于2020年6月至2021年9月就诊于齐齐哈尔市中医医院心内科门诊及病房,遵循抽签随机法分组原则,将观察对象随机纳入常规组、研究组,各40例。研究组24例男性、16例女性,年龄42~70岁,平均(56.56±10.88)岁;常规组25例男性、15例女性,年龄41~70岁,平均(56.14±10.92)岁。两组基线特征匹配,可比性充分,统计学 P 值检验结果均 >0.05 。

1.2 诊断标准

中医证候诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[5],中医辨证为气虚血瘀型;西医诊断标准参照《冠状动脉粥样硬化性心脏病诊断与治疗中国专家共识》^[6]。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:①年龄范围40~70岁且男女不限;②经冠脉造影、超声心动图检查证实,与中医证候诊断标准、西医诊断标准相符;③心脏平板运动试验结果呈阳性;④知晓本研究目的且自愿签署研究知情书。

排除标准:①急性心肌梗死;②重度心功能不全;③急性冠脉综合征;④恶性心律失常;⑤肝肾缺失;⑥脑部器质性疾病;⑦造血系统疾病;⑧精神系统疾病;⑨中途退出或未足疗程服药。

1.4 方法

常规组40例患者给予常规西药治疗,即:拜阿司匹林肠溶片口服,100 mg/次,1次/d;阿托伐他汀钙片口服,20 mg/次,1次/d;尼可地尔片口服,5 mg/次,1次/d。持续用药12周。

研究组40例患者给予常规西药治疗同时加服通络化痰止痉汤,方组:人参15 g,黄芪15 g,水蛭10 g,全蝎10 g,赤芍15 g,丹参15 g,土鳖虫10 g,降香5 g,蝉蜕15 g,炙甘草15 g,地龙10 g,红景天15 g,路路通15 g。全方用清水煎煮成汤药,每次温服100 mL,早晚各1次。持

续用药12周。

1.5 疗效判定

显效:相关症状完全缓解,心功能恢复正常,心电图显著改善,硝酸甘油用量较用药前减少 $>50\%$,且心绞痛次数及持续时间减少 $>50\%$ 。有效:相关症状基本缓解,心功能趋于正常,心电图部分改善,硝酸甘油用量较用药前减少 $<50\%$,且心绞痛次数及持续时间较治疗前减少 $<50\%$ 。无效:无任何改变或严重化。总有效率=100%-(无效/总病例数) $\times 100\%$ 。

1.6 观察指标

(1)中医证候总积分。主要包括心悸、胸闷、胸痛等症状,采用Likert4级评分法进行评价,包括无症状(0分)、症状轻微(1分)、症状略严重(2分)、症状十分严重(3分)。(2)SAQ总分^[7]。运用西雅图心绞痛量表(SAQ)对患者用药前、用药12周后的生活质量予以评估,100分满分,满分越高越好。(3)记录患者用药前、用药12周后的每周心绞痛次数、每次心绞痛持续时间、每周硝酸甘油用量。(4)心功能。运用心脏彩超测定患者用药前、用药12周后的SV(心脏每搏输出量)、CO(每分钟心输出量)、CI(心脏指数)、LVEF(左心室射血分数)。(5)用药期间观察患者有无副作用,具体表现为头晕、恶心、肝肾损害。

1.7 统计学方法

运用统计学软件SPSS 22.0处理研究组与常规组定量资料、定性资料,其中以均值±标准差($\bar{x}\pm s$)形式描述的中医证候积分、SAQ评分、心绞痛发生次数、心绞痛持续时间、硝酸甘油用量、SV、CO、CI、LVEF属于定量资料,组间 t 检验;以(%)形式表述的用药疗效、用药不良反应属于定性资料,组间 χ^2 检验;以 P 值描述组间数据检验结果,当 $P<0.05$ 说明数据存在统计学意义。

2 结果

2.1 观察研究组与常规组临床用药疗效

研究组39例达到了治疗标准,占总数95.00%,与常规组差异显著($P<0.05$),见表1。

表1 研究组与常规组临床疗效对比[n(%)]

组别	病例数	显效	有效	无效	总有效
研究组	40	18(45.00)	20(50.00)	2(5.00)	38(95.00)
常规组	40	15(37.50)	14(35.00)	11(27.50)	29(72.50)
χ^2	-	7.394	6.391	7.125	7.935
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 观察研究组与常规组中医证候总积分、SAQ总分

研究组患者中医证候总积分在用药后显著降低,SAQ总分明显升高,与常规组差异显著($P<0.05$),见表2。

表2 研究组与常规组中医证候总积分、SAQ总分对比($\bar{x}\pm s$,分)

组	病例数	中医证候总积分	SAQ总分
---	-----	---------	-------

别		用药前	用药后	用药前	用药后
研究组	40	8.55±2.29	3.13±2.07	65.98±9.21	75.96±7.60
常规组	40	8.99±2.67	4.85±2.71	66.06±10.43	71.84±8.47

<i>t</i>	1.375	5.515	0.006	3.725
<i>P</i>	0.170	<0.001	0.994	<0.001

2.3 观察研究组与常规组心绞痛症状与硝酸甘油用量

研究组心绞痛症状在用药后显著改善，硝酸甘油用量减少，与常规组差异显著（*P*<0.05），见表3。

表3 研究组与常规组心绞痛症状与硝酸甘油用量对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	病例数	心绞痛发生次数（次/周）		心绞痛持续时间（min/次）		硝酸甘油用量（mg/周）	
		用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
研究组	40	5.20±0.10	2.60±0.10	7.20±0.20	3.20±0.40	4.58±2.10	0.53±0.27
常规组	40	5.10±0.20	3.60±0.30	7.10±0.30	4.50±0.30	2.46±1.03	0.95±0.41
<i>t</i>		12.685	12.698	12.885	12.884	2.538	1.557
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	0.012	0.118

2.4 观察研究组与常规组用药前后心功能指标

研究组心功能各项指标的表达在用药后明显升高，与常规组差异显著

（*P*<0.05），见表4。

表4 研究组与常规组用药前后心功能指标对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	病例数	SV（mL）		CO（L/min）		CI（L/min）		LVEF（%）	
		用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
研究组	40	42±3	71±6	3.50±2.20	5.10±0.50	1.43±0.20	3.85±0.30	0.40±0.10	0.80±0.20
常规组	40	40±4	56±4	3.40±0.10	4.60±0.40	1.26±0.20	1.94±0.60	0.40±0.10	0.50±0.10
<i>t</i>		2.592	13.158	0.287	4.938	3.801	18.007	0.000	8.485
<i>P</i>		0.125	0.000	0.774	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 观察研究组与常规组用药不良反应

研究组用药期间有5例产生不良反应，占总数12.50%，与常规组结果对比并未体现出差异（*P*>0.05），见表5。

表5 研究组与常规组用药不良反应对比[n（%）]

组别	病例数	头晕	恶心	肝肾损害	总发生率
研究组	40	1（2.50）	2（5.00）	2（5.00）	5（12.50）
常规组	40	2（5.00）	1（2.50）	3（7.50）	6（15.00）
χ^2					0.178
<i>P</i>					>0.05

3 讨论

冠脉微血管性心绞痛属于传统医学“心痛”“胸痹”范畴，认为该病发作与情志失调、寒邪侵袭、年老体弱、饮食不节等诸多因素密切相关^[8]。冠脉微血管性心绞痛中医病机虚实夹杂，血瘀气滞、寒凝痰阻为实，心脉失养，心肝肾脾不足为虚，气虚血瘀，以致于血脉不通而痛，故而冠脉微血管性心绞痛患者多为气虚血瘀证，疏经活络、活血化瘀是治疗关键。

现阶段临床对于微血管性心绞痛的西医治疗尚缺乏有力证据。虽然拜阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀钙片、尼可地尔片有助于微血管性心绞痛患者获益，但作用有限。随着传统医学研究深入，中医药治疗作用日益凸显，在微血管性心绞痛患者治疗中越来越备受重视。本研究根据微血管性心绞痛中医辨证分型，结合中医理论指导，在常规治疗同时加服了通络化痰止痉汤，结果用药疗效达到了95.00%，较较常规西药疗效72.50%更高，充分肯定了中医药治疗有效性。通络化痰止痉汤中的人参补气元、益脾肺，能够补养脾阴、胃阴；黄芪补气血、健脾胃，运水化湿，则血瘀、痰浊消除，心脉可以及时得到濡养，与人参协同增加补气作用。水蛭通过活络、祛瘀破血，有利于瘀血吸收，优化微循环；全蝎止痛、止痉、镇痉、散结，与水蛭合用，可进一步增强活血化瘀功效^[11]。赤芍止痛、凉血、止痛，可促使冠脉进一步扩张，改善冠脉灌注。丹参调经络、活气血、安心神；土鳖虫可以疏通血脉，消除瘀血积块，促使血液良好循环，同时还可以发挥良好的镇痛作用。降香祛瘀化痰、止痛止血、利气行气；蝉蜕解痉、疏风；地龙可以通经活络，促使经络血脉运行恢复正常；红景天补益肺气、止血祛瘀；路路通可以通经络、止痉挛，祛除寒邪^[12]。最后用甘草调和药性，共奏疏通经络、止痛止痉、化痰祛瘀、活血行气之功效。

研究组SAQ总分升高，中医症候积分、心绞痛发生次数、硝酸甘油用量在用药后明显减少，心绞痛持续时间缩短。因为微血管性心绞痛的中医病理主要特征为气虚血瘀，如果单纯给予祛瘀、化痰、活血治疗，只能治标，无法治本，久而久之必然会正虚益肾^[13]。故而本研究特此兼以行气安神，以求血达气行、瘀去新生、心血脉得养，进而达到了减轻病症、控制心绞痛发作、增强患者心功能、提高患者生活质量的目的。研究组患者SV、CO、CI、LVEF等指标在加服中药汤剂药后升高明显。说明通络化痰止痉汤有助于患者优化心功能。同时研究组加服通络化痰止痉汤产生的不良反应与常规组并未体现出差异。充分肯定了中医药治疗安全性。

总而言之，对于气虚血瘀型冠脉微血管性心绞痛患者而言，中药通络化痰止痉汤具有确切的治疗效果，可以更好的减轻患者心绞痛症状，改善患者心功能，且患者同时也获得了较高的生活质量。另外，未见不良反应增加，体现出了用药安全性，值得现代临床广泛推荐。需注意的是，本次研究纳入的病例样本均来自于同一地区、同一家医院，属于单中心研究，最终结果存在一定的局限性，未来临床研究中有望进一步纳入更多的病例样本，实现多中心研究，以证实通络化痰止痉汤的社会效益。

参考文献：

[1]崔健昆,王春堂,冷亚茹.当归四逆汤加味方治疗微血管性心绞痛(寒凝心脉证)的临床观察[J].中国中医急症,2021,30(11):1987-1990.

[2]贡玉苗,司靛,郭晓菊,等.微血管性心绞痛与内皮功能的相关性及中西医结合治疗效果[J].中国循证心血管医学杂志,2021,13(6):701-704,725.

[3]李艳红,杨亚莉,李静,等.活血通脉益心汤对气滞血瘀型微血管性心绞痛病人血管内皮功能,冠状动脉血流储备及心脏微循环的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(18):2963-2967.

[4]苏天生,卢静,陈志斌.血府逐瘀汤治疗心血瘀阻型冠心病心绞痛临床观察[J].深圳中西医结合杂志,2020,19(4):36-38.

[5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:85-86.

[6]向天成,曾定尹,霍勇.冠状动脉痉挛综合征诊断与治疗中国专家共识[J].中国介入心脏病学杂志,2015,23(4):181-186.

[7]闫丹丹,梁如,邓兵,等.冠心病稳定性心绞痛痰瘀互结证西雅图心绞痛量表评价研究[J].中国中医基础医学杂志,2019,25(5):630-633,651.

胸水标本肿瘤标志物检测在肺癌诊断治疗中的临床意义

王艳娟

安图县人民医院 吉林安图 133600

摘要:目的 评价胸水标本中肿瘤标志物对胸水积液的诊断价值,通过分析五种肿瘤标志物在胸水和血清中的差异探讨胸水肿瘤标志物检测在肺癌诊断中的意义。方法:以安图县人民医院2018年3月至2022年3月82例住院胸腔积液患者为研究对象,收集82例恶性胸腔积液,82例患者血液,同步检测胸水标本和血液标本的肿瘤标志物含量,观察其诊断和治疗价值。同步采集患者胸水和血清并运用Cobase411电化学发光法对癌胚抗原(CEA)、细胞角蛋白19可溶性片段(Cyfra21-1)、神经元特异性烯醇化酶(NSE)、鳞癌细胞抗原(SCC)、糖类抗原CA125检测。结果肺癌组胸水中五种肿瘤标志物的含量水平平均高于同步检测的血清,并有统计学意义($P<0.05$)。结论:胸水标本肿瘤标志物检测有利于良恶性胸水的鉴别诊断,提高肺癌诊断的灵敏度,当肿瘤标志物显著升高时,CEA、CA125可考虑作为肺腺癌的肿瘤标志物;CYFRA 21-1、SCC可考虑作为肺鳞癌的肿瘤标志物;NSE可考虑作为小细胞癌的肿瘤标志物。通过进行胸水肿瘤标志物检测能够协助临床区分癌症具体类型,指导临床确定正确的诊疗方案,值得推广。

关键词: 胸水; 肿瘤标志物; 肺癌

肺癌是导致恶性胸腔积液的常见原因之一,其预后也最差。近年来,通过胸腔积液标本和血清标本肿瘤标志物联合检测作为恶性胸水鉴别和肺癌辅助诊断应用广泛,但疾病的变化有个时间过程,在起病初期血清中的肿瘤标志物水平升高不明显,这可导致疾病早期的漏诊,让病人错过最佳的治疗期,胸腔积液来源于病灶区域,肺癌患者血清和胸水中肿瘤标志物水平是否存在差异,带着疑问我们开展了此次研究,鉴于此,我院特对收治的82例肺癌致胸腔积液患者进行胸水5项肿瘤标志物联合检测,并分析其结果,探讨胸水标本肿瘤标志物检测对肺癌的诊断治疗意义。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

符合《中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018版)》^[2]中的相关标准,即:(1)有/没有相关的临床表现和体征,胸部X线表现为单一的肺结节或块状的肿瘤,边界为脑回、分叶状、细小的尖刺,1~3个月后快速扩大,排除肺结核或其他炎症病灶;(2)2月内节段性肺炎发生局部肺不张症;或在较短时期,局部不张性发展为完全的不张性;或在肺底处有肿瘤,特别是生长性肿块者;(3)当上述肺癌的局部病变发生远处转移,并有侵犯周围脏器的征兆,例如相邻的骨侵犯,肺门或纵隔淋巴结的显著增大,在较短的时期内快速发展为上腔静脉压迫症,以及与之相邻的喉返神经瘫痪(非结核或主动脉病变)、臂丛、膈神经受侵等。

1.2 纳入排除标准

纳入标准:①符合临床关于肺癌的诊断标准;②患者无明显的意识障碍,具备基础的认知、语言与表达能力;③患者及家属知晓并签订知情同意书,及我院伦理委员会批准。

排除标准:①患者有严重肝、肾、心等严重器官性疾病;②患者有精

神病史;③研究过程中退出或不配合研究,态度极差者。

1.3 一般资料

选取2018年3月至2022年3月我院收治的肺癌致胸腔积液患者82例作为研究对象进行回顾性分析,其中女性47例,男性35例,年龄23~62岁,平均(42.50±0.85)岁;其中肺腺癌39例,肺小细胞癌25例,肺鳞状细胞癌18例。

1.4 仪器与试剂

CEA, CA125, NSE, CYFRA 21-1, SCC采用Cobase411电化学发光法检测,以上试剂均为原装配套试剂。所有仪器检测时室内质控均在控。阳性判断标准:CEA>5 ng/mL, CA125>35 U/mL, NSE>16.3 ng/mL, CYFRA21-1>3.3 ng/mL, SCC>2.7ng/mL。

1.5 方法

全部患者都在清晨空腹状态下抽取静脉血3 mL、胸水标本5 mL,注入无菌液体管,立即送检,实施离心处理后留取上清液实施测定。取上清液上机检测CEA、NSE、SCC、CA125、CYFRA 21-1水平。如遇标本无法及时检测,需放入2~8℃冰箱保存,保存时间不超过24 h,检测前需重新离心。

1.6 统计学方法

采用SPSS 23.0统计软件进行数据处理,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 血清与胸水肿瘤标志物测定结果

血清肿瘤标志物测定结果均低于胸水肿瘤标志物测定结果($P<0.05$),详见表1。

表1 血清与胸水肿瘤标志物测定结果比较($\bar{x} \pm s$)

标本来源	<i>n</i>	SCC (ng/mL)	CEA (ng/mL)	CA125 (U/mL)	CYFRA 21-1 (ng/mL)	NSE (ng/mL)
胸水	92	121.21±26.06	274.60±57.45	784.18±115.40	40.05±5.79	49.90±5.46
血清	92	56.67±10.06	41.18±5.26	125.78±28.29	11.22±2.16	24.75±3.18

2.2 不同病理类型肺癌胸水与血清中各肿瘤标志物水平比较

于血清各肿瘤标志物水平($P<0.05$),详见表2。

肺腺癌、肺小细胞癌和肺鳞状细胞癌胸水中各肿瘤标志物水平明显高

表2 不同病理类型肺癌胸水与血清中各肿瘤标志物水平比较($\bar{x} \pm s$)

类型	标本来源	SCC (ng/mL)	CEA (μg/L)	CA125 (U/mL)	CYFRA21-1 (ng/mL)	NSE (ng/mL)
肺腺癌	胸水	81.37±22.80	407.93±111.12	1144.45±260.42	27.15±3.05	27.36±5.63
	血清	32.90±8.43	118.90±22.90	135.99±39.62	19.99±3.80	13.13±2.88
肺小细胞癌	胸水	316.00±81.48	204.63±61.59	462.79±78.45	10.48±2.30	127.89±20.01
	血清	203.33±51.32	8.43±2.36	133.25±29.31	5.56±1.63	27.13±6.13
肺鳞状细胞癌	胸水	98.92±26.65	146.36±38.49	562.19±118.74	86.59±24.22	49.56±10.58
	血清	24.26±5.68	5.10±1.39	179.53±42.78	29.23±7.93	11.22±2.38

3 讨论

肺癌是非常普遍的恶性肿瘤,其发病率和致死率都很高,严重危及病

人的健康。胸腔积液属于肺癌最常见的一种并发症,其良恶性病变的早期诊断对预后的处理具有十分重要的意义。常规胸膜病理检测和脱落细胞学检测由于其灵敏度较低,易导致诊断失误,延迟诊断及患者预后处理。肿瘤标志物是组织或体液中肿瘤细胞分泌、合成和脱落的一种生物活性物质。常规的血液化学和免疫检测方法对肺癌有一定的诊断价值,但是其特异性和灵敏度不高。脱落细胞学检查特异性最强,但倘若胸水中,很难分辨是否有分化较好的间皮细胞与腺癌,在肿瘤组织已经被毁坏,或者肿瘤细胞极少甚至没有的情况下,这种诊断灵敏度较差。

本次研究显示,肺癌患者胸水中 CEA、CA125、NSE、CYFRA 21-1、SCC 肿瘤标志物水平均显著高于血清肿瘤标志物水平 ($P<0.05$),表明此 5 种肿瘤标志物对于肺癌的辅助诊断有一定的临床意义,并且胸水的检测优于血清学检测;肺腺癌、肺小细胞癌和肺鳞状细胞癌血清中各肿瘤标志物水平低于胸水各肿瘤标志物水平 ($P<0.05$),提示胸水中的肿瘤标志物可以帮助临床明确不同的肿瘤种类,使肺癌的诊断更加精确。CEA 是一种具有人类胚胎抗原特异性的酸性糖蛋白,由正常成人胃肠道的分泌细胞组成,它是监测结肠和直肠的肿瘤标志物,在肺癌的诊断中起着重要的作用。刘继明等^[3]学者调查表明,肺癌病人 CEA 浓度相较于肺结核患者显著增高 ($P<0.05$),而肺腺癌病人中 CEA 水平 (407.93 ± 111.12) ng/mL 显著高于肺鳞癌 (146.36 ± 38.49) ng/mL、肺小细胞癌 (204.63 ± 61.59) ng/mL ($P<0.05$)。本次研究结果与刘继明等学者研究报道基本一致,本研究显示 CEA 含量在肺癌病人的血清及胸水中显著增加,且在肺腺癌病人血清中 CEA 的含量明显低于肺癌胸水组 ($P<0.05$),CEA 在肺腺癌中的表达率较小细胞肺癌与鳞癌更高 ($P<0.05$);说明 CEA 是一种良好的肺腺癌肿瘤标志物,且胸水检测效果优于血清,在肺腺癌中有显著升高。

CYFRA 21-1 属于一种新型的肿瘤标志物,是一种能溶解于细胞角蛋白 19 的细胞角蛋白片段,存在于复层上皮肿瘤细胞的胞质以及单层上皮肿瘤细胞的胞质中,CYFRA 21-1 在细胞溶出后会大量释放进入血液,而良性胸水中只有间皮细胞和炎症细胞,没有上皮细胞,如果 CYFRA 21-1 的细胞呈阳性,说明上皮性肿瘤细胞存在转移,因此这一指标可以用来评价肺鳞癌的良恶性程度,是诊断肺鳞癌的重要胸水肿瘤标志物^[4]。

NSE 又称磷酸烯醇转氨酶,是糖酵解通路中的一种肝糖分解酶,存在于神经内分泌细胞和神经源性肿瘤内,小细胞肺癌属于神经内分泌起源肿瘤,可高频产生 NSE,因此往往有过量的表达。许毅娇等^[5]学者研究报道表明 94 例新诊断的和未经治疗的肺小细胞癌患者血清 NSE 水平会升高,且 NSE 水平与化疗的临床反应之间有很好的相关性。NSE 水平高的小细胞肺癌患者术后的生存率低,复发风险也较高。NSE 是预测小细胞肺癌患者预后的最有效因子,其敏感性优于肿瘤分期、患者临床表现、性别、年龄、CEA 和碱性磷酸酶。NSE 作为小细胞肺癌的肿瘤标志物已得到广泛认同,对小细胞肺癌的诊断、鉴别诊断、判断预后具有重要价值。本研究表明 NSE 含量在肺癌胸水中显著高于肺癌血清组。在肺腺癌、肺鳞癌、肺小细胞癌含量均显著升高,尤其是在肺小细胞癌含量显著高于肺腺癌和肺鳞癌。因此 NSE 显著升高可作为肺癌,特别是小细胞癌的肿瘤标志物。在胸水中含量更高,更为灵敏。可能由于肿瘤细胞首先出现于胸水当中,直接掉落达到胸水中,出现种植所致。

SCC 是鳞状上皮细胞癌的重要肿瘤标准物,当恶性肿瘤发生的时候,SCC 可通过细胞增殖而释放入血液,体液中产生异常增高的现象,本研究表明肺癌胸水中 SCC 在肺鳞癌含量显著高于血清组 ($P<0.05$),因此 SCC 对鳞癌有鉴别诊断作用,胸水相比血清更灵敏。

CA125 是用卵巢浆液性囊腺癌细胞系 OVCA433 免疫 BALBc 纯种小鼠经与骨髓瘤细胞系杂交得到的单克隆抗体,该抗体所识别的抗原 CA125,对于卵巢及生殖系统肿瘤有重要的诊断价值。当组织恶变或组织结构受到浸润性肿瘤破坏时,并与基底膜连接之后,就会释放出大量的 CA125,导致肿瘤患者血清中的 CA125 含量不断增多,CA125 不但对卵巢癌的诊断价值已得到普遍应用,对肺癌的辅助诊断作用也受到人们的重

视。王妮娜等^[7]学者研究发现,肺癌患者的 CA125 水平明显高于肺结核患者,该研究显示肺腺癌患者中 CA125 测定结果明显高于肺鳞癌以及肺小细胞癌 ($P<0.05$),同时胸水标本中 CA125 测定结果明显高于血清标本 ($P<0.05$)。证实 CA125 可以作为肺癌辅助诊断的一项有效指标,在肺癌的诊断上有较高的应用价值。本研究结果显示 CA125 在肺腺癌、肺鳞癌、小细胞肺癌患者的胸水和血清中均有较高的水平,并且胸水与血清检测结果之间的比较都有统计学意义 ($P<0.05$)。本研究认为在肺腺癌中含量显著高于小细胞肺癌、肺鳞癌 ($P<0.05$),可作为肺腺癌的鉴别诊断指标。本研究观察到 CEA 对肺腺癌的诊断价值较高,但在肺腺癌中的检测水平低于 CA125,因此 CA125 应该作为肺腺癌首选的肿瘤标志物,CYFRA 21-1 和 SCC 作为肺鳞癌的特异性指标,在肺鳞癌胸水和血清中的检测水平显著升高,NSE 作为肺小细胞癌的肿瘤标志物,在肺小细胞癌的胸水和血清中的检测水平远高于肺腺癌和肺鳞癌。究其原因,NSE 和 SCC 只在肺小细胞癌显著升高,在非小细胞肺癌的检测灵敏度不高。总之,对于鳞癌敏感性、特异性较高的肿瘤标志物有 CYFRA21-1;CEA、CA125 对于腺癌的敏感性较高,NSE 作为小细胞肺癌标志物具有较高的敏感性和特异性。由此可见,检测胸水中 CEA、CA125、CYFRA 21-1、NSE、SCC 对肺癌的诊断和鉴别诊断有重要价值,且胸水 5 种肿瘤标志物联合检测比血清具有更重要的意义。尤其是对缺少病理证据的肺癌患者有初诊价值,它们的水平高低提示肺癌的组织类型,为肺癌临床诊断和治疗提供更有力的实验室依据。之所以胸水中 5 种肿瘤标志物平均水平显著高于肺癌血清组,是因为恶性肿瘤已侵犯胸膜,癌细胞增殖,合成和释放此类肿瘤标志物至胸腔内的量增加,肿瘤标志物滞留在胸腔内,不易被血液循环带至肝脏代谢和灭活,因而胸腔内浓度高于血清。由此可见,胸水中肿瘤标志物的检测在单检和联检中均优于血清,检测此 5 种肿瘤标志物对良恶性胸水的鉴别有一定的意义。联合检测可明显提高敏感性和准确性,有更好的临床应用价值。因此,对于不明原因的胸水,同时测定患者血清和胸水 CEA、CA125、CYFRA 21-1、NSE、SCC,依据其血清和胸水的含量及阳性率,判断导致胸水的原发疾病的良恶性,从而提高特异性和阳性率,为肺癌的诊断和治疗提供依据。但由于本次关于胸水标本肿瘤标志物检测对肺癌的诊断治疗意义的研究样本数量较小,研究角度不够全面,同时受经济、人力等条件限制,未能对患者进行更长时间的随访,因此后续仍需深入探索胸水标本肿瘤标志物检测对肺癌的诊断治疗效果及其带来的影响。

综上所述,胸水肿瘤标志物 5 项检测对肺癌所致胸腔积液的诊断价值优于血清标志物,通过进行胸水肿瘤标志物检测能够协助临床区分癌症具体类型,指导临床确定正确的诊疗方案,值得推广。

参考文献:

- [1]葛飞,黄向东,路杰.血浆转化生长因子 β_1 水平在预测肺癌患者放疗后近期疗效中的作用及相关机制分析[J].中国医药,2021,16(3): 365-368.
- [2]中华医学会,中华医学学会肿瘤学分会,中华医学学会杂志社.中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018版)[J].中华肿瘤杂志,2018,40(12): 30.
- [3]刘继明,丁甜,康改玲,等.CEA、NSE 和 SCC-Ag 在肺癌合并恶性胸腔积液的诊断和评估近期疗效的价值[J].中国实用医刊,2017,44(5): 25-27.
- [4]王茜,夏睿,董惠霞,等.ProGRP、NSE、CEA、CYFRA 21-1、SCC 单独及联合检测在肺癌鉴别诊断中的价值[J].临床检验杂志,2020,38(12): 930-932.
- [5]许毅娇,洪群英.血清 NSE、Pro-GRP 水平在小细胞肺癌患者中疗效预测价值[J].国际呼吸杂志,2021,41(18): 1382-1385.
- [6]杨亚莉.不同病理类型肺癌患者的 CYFRA 21-1、ProGRP、SCC-Ag、SE-CAD 水平比较[J].临床医学研究与实践,2021,6(26): 56-58.
- [7]王妮娜,李晓花,陈敏丽,等.肺癌患者血清 NSE、SCC、CA125 及 CYFRA 21-1 水平检测在不同病理类型早期诊断和化疗疗效评价中的应用价值[J].现代检验医学杂志,2021,36(1): 33-37.

婚前检查和孕前保健对出生缺陷的预防指导效果分析

余勇

湖北省武汉市江汉区妇幼保健计划生育服务中心 湖北武汉 430015

摘要：先天畸形是指在孕妇孕期就已经形成的，从先天就有的身体构造或者机能上的畸形。随着现代医疗水平的提高和人们生育保健认知意识提升，新生儿死亡率不断降低，但由出生缺陷引起的死亡原因占新生儿死亡的比率却逐步上升。在严重缺陷儿中，30%-40%的婴儿在出生后不久就会死去，40%-50%的人会终身残疾，这会对他们的未来生活产生很大的影响。先天缺陷和残疾会导致非常严重的、不可逆转的后果，所以，预防出生缺陷是干预的核心。中国现在采取了 WHO 建议的“三级预防”措施。一级预防是在怀孕之前进行健康和基因危险评估；二级预防是指妊娠早期和中期孕妇进行血生化指标、染色体异常及超声筛查，以降低缺陷胎儿的出生；三级预防是对新生儿进行早期诊断是治疗、防止或减少残疾的主要措施。

关键词：出生缺陷；婚前检查；孕前保健；预防指导效果

根据《国际疾病分类》第 10 次修订本（ICD10），出生缺陷包括先天畸形、残疾和染色体异常，但不包括先天性代谢缺陷。每年有超过 790 万的孩子约占全球人口的 6% 会因为遗传和环境因素而导致严重的先天缺陷。先天性心脏病、神经管缺陷及唐氏综合征是最常见的先天性缺陷，葡萄糖六磷酸脱氢酶缺乏症（包括地中海贫血和镰状血球病），在《国际疾病分类》第十版修订版的先天性畸形定义中没有提及，占有先天性异常的 6%⁰。另外，《国际疾病分类》第 10 版修订版中，由于 Rh 因子不匹配而导致的溶血性疾病是一种可预防且较为普遍的疾病。“延展”的定义是指从一开始就表现出来的组织或功能，其中包括代谢的异常，但是无论采用哪一种定义，对于严重的先天疾病的防治和治疗都是刻不容缓的。这些疾病可以威胁到人们的生命，造成永久性的伤残，或者两者都会对个人、家庭、医疗体系和整个社会产生重大的影响。根据 WHO 的三级预防战略，首先要做的就是婚前检查以及孕前优生检测。目前提高人口素质，改善孕妇生殖健康水平最经济、最有效的办法是建立三级预防体系。目前，我国的婚前医学检查和孕前优生健康检查工作由政府指定各辖区妇幼保健机构运行，检查免费，实行新婚、计划怀孕夫妇自愿参检的模式，群众积极参与配合度尚处在摸索与实践中。本次研究主要从出生缺陷的预防为出发点，继续强化并落实孕前保健，希望能够提高整体出生人口的素质以及婴幼儿生命早期的健康潜能。

1 出生缺陷

《2018 年世界卫生组织统计》报告显示，全球每天出生的婴儿中有 26000 人因先天畸形而死亡。在新生儿死亡率中，这个比例约为 7%，东南亚地区为 5%，欧洲地区为 2.5%，目前的数据显示，各国的差距很大。从 4%（孟加拉国、赤道几内亚、埃塞俄比亚、利比里亚、马里和塞拉利昂），中国的估计为 3.8% 或更多（巴林、塞浦路斯、爱尔兰、科威特、卡塔尔和阿拉伯叙利亚共和国）。而且这一比率很可能被低估了，因为他们依靠的是来自于口头资料，所以对于诸如先天性心脏病等先天疾病的死亡，在某些方面可能会有错误的归类。总的说来，这些数字表明，就实现千年发展目标规定的指标，也即在 1990-2018 年间将 5 岁以下儿童死亡率减少三分之二而言，需要降低先天性异常发生率^{错误！未找到引用源。}。5 岁以下死亡率相对较低的国家和环境需要更加重视控制先天性疾病，在这些地方，所有儿童死亡中的 10% 或更高预计是由先天性异常造成的。先天性异常也是胎儿死亡的主要原因，并在经历大流行性转移的国家（例如中国）导致越来越多的新生儿死亡。虽然在中等收入和低收入国家，相当于最富裕国家而言，先天性异常占 1-59 个月新生儿和婴儿死亡的较小比例，但先天性异常导致的所有儿童死亡，有 95% 以上发生在这些地方，表明先天性异常殃及所有国家，是全球公共卫生面临的一个重大挑战。所以，有必要采取针对性的防治措施来解决这些问题。

2 婚前检查

婚前体检是在婚前定期体检和生殖器检查，目的是为了发现疾病，确保婚姻幸福。首先，婚前体检对双方都有益，对后代都有益。婚前体检可以及时发现某些不正常的状况和病症，以便及早诊断、干预、积极治疗，

如果体检中发现有可能对婚姻或生育造成短期或永久性的影响，可以在医生的指导下做出有利于双方和后代健康的决策和安排。其次，有利于优生，促进国民素质的提高。通过询问既往病史、家族遗传病史、身体检查等，医师可以对特定基因缺陷做出明确的诊断，并依据遗传规律，计算出影响下一代优生的危险，进而协助婚姻双方做出婚育决定，以降低或避免不适的婚配及基因疾病。而后，积极、有效地把握好怀孕时间与避孕措施。医师会依据患者的健康状况、生理状况及生育规划，为其选择合适的怀孕时间和避孕方式，并引导其采取有效的避孕措施，并运用科学的技术。有条件的人可以增加计划怀孕的成功率。做好避孕措施，可以降低意外妊娠、人工流产的发生率，保障妇女和儿童的身体健

2.1 婚前检查主要内容

婚前医学检查是我国提高出生人口质量、降低出生缺陷、预防先天性疾病的主要措施之一。同时，它也是保证新人们将来婚姻生活幸福的先决条件和依据。根据相关部门的数据，近几年来，在婚前体检中发现的主要是生殖和传染病，而这些都会直接造成新生儿的出生缺陷。残疾儿童和精神病儿童的出生，既是对婚姻、家庭的重大灾难，也是对国家的沉重负担；所以，我们要大力推广婚前健康体检，以提供给即将步入婚姻殿堂的新人们，提供科学的婚检知识，将没有任何症状的生育及传染性疾病，在婚前阻断，杜绝新生儿出生缺陷的发生，保证婚姻家庭的幸福，保证生育质量的持续提升⁰。婚前体检主要包括以下几项：（1）病史：询问目前的身体状况和过去的病史，特别是对婚姻和生育有影响的疾病；（2）家庭史上的直系和支系，至少三代的家系调查，有助于对遗传疾病进行分析和指导。

（3）全面体检，重点关注心理状况、特别的面部或体形、生殖器官的发育和疾病。（4）血常规、阴道分泌物、梅毒螺旋体、肝功能、乙肝表面抗原的检测；需要进行淋病的细菌培养、B 超检查、染色体检查、激素测试、智商测试。（5）根据身体检查结果，对婚姻问题进行分类指导，并对生活和避孕问题进行指导。

3 孕前保健

孕前和妊娠期间的健康管理是减少孕妇死亡率和新生儿出生缺陷的主要手段。由于缺乏循证医学的证据，尤其是产前检查的次数、内容、孕周和孕周的间隔，已不能满足现代产前护理的需要。近年来，由于人们对围产期并发症的了解，以及产前检查技术的发展，美国、英国、加拿大等国家，WHO 都在不断地修订关于孕前和孕期护理的指导方针。所以，制订适合我国国情的孕前和孕期保健指南是十分必要的。

现阶段，我国妇女保健、孕产保健指导原则是根据世界卫生组织颁布的关于孕前和孕期保健指导方针，依据《中华人民共和国母婴保健法》，国家人口与计划生育委员会《国家免费孕前优生健康检查项目试点工作技术服务规范（试行）》（2010），卫生部《孕前保健服务工作工作规范（试行）》（2007），卫生部《产前诊断技术管理办法》（2002 年），卫生部《我国城市围产保健管理办法》（1987 年），《农村孕产妇系统保健管理办法》（1989 年）⁰。内容主要有：健康教育与指导、常规保健、辅助检查等，其中，健康教育指导、常规保健是必须检查的项目，如果有需要，可以进

行辅助检查。

3.1 保健主要内容

孕前保健是对计划怀孕夫妻进行健康评估,减少或消除造成胎儿畸形等不良妊娠结局的风险因子,防止其发生,提高出生质量,是孕期保健的重要内容。

(1) 健康教育及辅导

按照普及和个体化的指导方针,对计划怀孕的夫妻进行孕期保健和指导,主要包括:准备、计划怀孕、预防高龄怀孕;合理的营养,可以控制体重的增长;需要补充叶酸 0.4-0.8 mg/d,或含有丰富的叶酸,经过临床实践证明。曾有神经管畸形的孕妇,每日需要 4 mg 的叶酸;对患有遗传病、慢性疾病和传染性疾病的孕妇进行评估和辅导;合理用药,不要服用对胎儿生长有不利影响的药物;不要与动物接触,如放射线、高温、铅、汞、苯、砷、农药等;改变不良的生活习惯,如吸烟、酗酒、吸毒等;避免工作强度高、噪音大、家庭暴力;保持良好的心理状态,缓解身心紧张,防止妊娠和产后出现的心理问题,合理选择运动方式。

(2) 保持适宜的性生活

夫妻生活的和谐是女性性激素正常分泌的理想基础。保持一周一到三次的性生活,不仅有利于新人的身体健康,而且还能提升夫妻感情的内涵与品质。适当的性生活是指在月经期、患病时不宜做爱时,夫妻之间要加以控制,避免疾病的发生和恶化。在孕期要避免过多的性生活,也要防止过度压抑性交欲望甚至杜绝性交。所有这些对孕前保持活跃、健康的性机能大有好处。

(3) 调整生活节奏

良好的生活节律的形成与保持,与养成良好的生活习惯、心态有关。最好选择合适的怀孕时机,特别是女性在生理、心理、社会环境等各方面都处于最佳状态。所以,在怀孕之前,夫妻要先了解怀孕的生理过程,以及各种影响胎儿发育的因素。一般说来,这种随心所欲的生活节奏,大部分都是身体和精神上的最好的,不需要调整。但是,很多新人因为还没有适应新的环境,他们的生活节奏经常会出现混乱或者不正常,他们的身体和精神状况也会受到不同程度的影响,因此需要做出相应的调整。怀孕前的生活节律需要夫妻双方都要保持精神饱满,心情愉悦,对生活充满信心,有活力,能够丰富自己的生命颜色,加快自己的生活节奏,从而为胎儿的健康发展打下坚实的基础。其次,应根据婚前体检中所发现的相关疾病或不理想的生理问题,采取相应的治疗、调理和功能锻炼。如果条件允许,可以到妇产科门诊进行咨询。夫妻双方应在生育时间和生育预期上达成共识。这样可以帮助夫妻克服怀孕前的各种不适,进入到彼此了解的环境中,从而形成良好的心态和怀孕前的生活节奏。

(4) 选择适宜的生育期

在我国大部分地区,男性 25 岁,女性 23 岁为晚婚起始年龄。如果夫妻双方不采取避孕措施,正常规律性生活情况下婚姻一年中 80%-90%会怀孕,女性的生育年龄是 24 岁。结婚后 2-3 年,25-29 岁,是最好的生育期。结果表明,25-29 岁的妇女是孕产妇和围产期婴儿死亡率最低的时期。不过,对于不同的新人,选择合适的生育年龄,也会受到很多环境、生理和心理的影响,比如年轻夫妻在事业上的努力,可以推迟生育年龄,也可以推迟生育,以获得更好的工作和更好的生活。

(5) 确定妊娠时间

一般来说,怀孕的时间和方向都不是很重要,做好了充足的准备。但从整个生育进程,以及我国大部分地区的气候、物资供给等条件来看,若能合理地进行适当的筛选,确实会对生殖品质产生一定的影响。现在,人们普遍认为,四月是最好的怀孕时机,因为四月是春天,也是最活跃的时候。四月份怀孕,也是避免了冬末和初春的病毒性疾病的高发期,对于预防胎儿畸形的发生也有很大的帮助。怀孕后 3-4 个月是胎儿大脑和神经系统发育的关键时期,这个时候正是秋季来临,瓜果蔬菜大量上市的时候,可以很好地满足母子的营养需要。

3.2 保健内容

对孕前高危因素进行评估:(1)对准备怀孕的夫妻进行问诊;(2)对有慢性病、家族、遗传病史、不适宜受孕的患者进行评估;(3)对妊娠不良的妊娠历史有详尽的认识;(4)生活方式,饮食营养,工作环境,运动,家庭暴力,人际关系等。

体检:(1)测量血压、体重、BMI;(2)常规的妇科检查。检查内容包括以下项目:(1)血常规;(2)尿常规;(3)血型(ABO 和 Rh);(4)肝功能;肾功能;(6)空腹血糖;(7)HBsAg;(8)梅毒螺旋体;(9)HIV 筛查;(10)宫颈细胞学检查(一年以上无异常)

备查事项包括以下项目:(1)弓形虫、风疹病毒、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒(TORCH)的筛查;(2)宫颈阴道分泌物(阴道分泌物常规,淋球菌,沙眼衣原体);(3)检查甲状腺机能;(4)地中海贫血症的筛查;(5)75 g 的口服葡萄糖耐受试验(OGTT;高危女性);(6)检测血脂;(7)B 超;(8)ECG;(9)X 光胸片。

4 婚前检查和孕前保健对出生缺陷的作用

出生缺陷是由于胚胎 3-8 周的细胞分化过程中对大多数致畸性因素具有很高的敏感性,而在一般情况下,当孕妇被诊断到医院做第一次产前检查时,这个阶段已经过去了。在此期间,先天缺陷和其它不良的妊娠结果可能已形成并存在,从而丧失了对新生儿的一级预防。所以,在孕前进行产前诊断和咨询是非常必要的。医务工作者在接受咨询时,要根据不同的预防目标,进行收集、分析、科学地评价多种因素,指导预防对象消除自身和周围环境中的影响健康或怀孕会导致胎儿畸形等不良妊娠结局的危险因素,以健康良好的状态进入妊娠,减少出生缺陷和其他不良妊娠结局的发生。

在婚前和孕前采取团体教育和个人防护是非常有效的。可使育龄女性更好地认识自己的身体和心理的变化,掌握健康饮食、行为、环境、父母、婴儿等方面的知识,并能根据个人的具体情况,避免和减少感染的机会,进行孕前的优生筛查、围孕期保健,预防和预防出生缺陷。对胎儿的生长能力、母亲提供营养的情况、有没有对胎儿的发育造成的影响,都会对胎儿的发育有密切关系。根据育龄妇女知识结构特征和地理分布特征,采取从产前预防、围产期心理和胎儿三个阶段生理功能发育的特点,层层深入系统的教育,进行有利于优境胎教的、家庭、社会、自然的设计指导等方式,不仅向育龄妇女提供了较为系统的生理、心理知识,还以育龄妇女共性问题为主,通过周边的实例,有效地提高了她们预防出生缺陷的意识。

在孕前指导阶段,根据孕妇的特殊情况,采取一级预防和技术预防。怀孕前后,由于不良因素、优生检查和有过不良孕产史的夫妇,甚至是老人,都会因为害怕患上先天性痴呆或畸形儿而产生的焦虑和心理上的困难,咨询中在给予充分理解、关心下,以具体问题为依据实施干预,为他们解决和面对各种与优生相关的问题提供帮助与科学指导,解除孕妇的焦虑和焦虑,使干预具有可行性。阐述了婚前和孕前保健中的预防模式,拓展和拓展了计划生育学科的研究范围。

5 结语

护理人员作为医师的合作伙伴,与育龄女性有最直接、最紧密的联系,其工作需要也使得护理人员具有很强的交际技巧和亲和力。在妇女保健、孕产保健技术服务方面,医务人员有针对性地、进行产前、孕期保健等方面的产前筛查指导,可以更好地实施和确认新生儿出生缺陷的干预技术。所以,进行婚前和孕前期护理十分重要。

参考文献:

- [1]姚泓泓.婚前检查与孕前保健对出生缺陷预防作用[J].甘肃医药,2020,39(12):2.
- [2]张利荣.孕前优生健康检查对新生儿出生缺陷的预防效果[J].中国保健营养 2020 年 30 卷 32 期,353 页,2020.
- [3]宋王珍,钱衍.婚前健康检查和孕前优生健康检查项目实施效果分析[J].中国妇幼保健,2021,36(13):4.
- [4]王雅伶,胡蝶,马秀丽,等.2011-2019 年北京市顺义区户籍人口围生儿出生缺陷监测结果分析[J].中国妇幼保健,2020,35(16):4.

牙周组织再生术联合口腔正畸用于牙周炎治疗的临床效果分析

郝焕兵

清河武松西街万长华口腔诊所 河北清河 054800

摘要：目的 探讨牙周炎治疗中应用口腔正畸联合牙周组织再生术的临床效果。方法 研究抽取 50 例病例，时间为 2020 年 1 月至 2022 年 1 月，患者均确诊为牙周炎疾病，研究中以双盲法随机分设为甲、乙组进行对比，各组分别纳入 25 例。甲组采取牙周组织再生术治疗，乙组在甲组基础上采取口腔正畸术治疗。对比两组患者牙周指标、炎症因子、疗效、并发症及美观满意率等结果，以评定疗效。结果 统计显示，治疗 3 个月后两组患者牙龈指数、牙周袋探诊深度、菌斑指数、肿瘤坏死因子- α 、白介素-6、白介素-8 等水平均优于治疗前，且乙组均显著优于甲组（ $P<0.05$ ）。两组对比总有效率，乙组 96.00%高于甲组 76.00%（ $P<0.05$ ）。两组对比并发症，乙组总发生率 4.00%低于甲组 20.00%（ $P<0.05$ ）。两组对比美观满意率，乙组总满意率 100.00%高于甲组 80.00%（ $P<0.05$ ）。结论 牙周炎治疗中应用口腔正畸联合牙周组织再生术效果显著，不仅能减轻机体炎症反应，改善牙周指标，还可减少各种并发症，提升美观满意率，可进一步借鉴推广。

关键词：牙周炎；口腔正畸；牙周组织再生术；牙周指标；炎症因子

0 引言

在口腔疾病中，牙周炎较为多发和常见，该病症是由慢性炎症性破坏所致，影响因素涉及牙周组织损伤性咬合、牙齿畸形、细菌侵袭等，若患者发病后治疗不及时，则会导致炎症慢慢扩散，甚至对牙槽骨、牙龈、牙周膜等组织造成累及^[1-2]。临床目前在对该病症进行治疗时，主要按照实际牙周情况展开手术治疗，较为常用的方法则为牙周组织再生术，其可加速牙周组织新生，并对牙周膜细胞分化予以诱导，但该手术单独使用无法对患者咬合损伤加以改善，无法有效包裹固定软组织，所以远期疗效欠佳，且复发率较高^[3-4]。而正畸治疗可有效减轻患者咬合损伤，并改善咬合功能，所以与牙周组织再生术联用可显著提升患者整体疗效^[5]。本研究抽取 50 例牙周炎病例，研究牙周炎治疗中应用口腔正畸联合牙周组织再生术的临床效果，现将研究情况做以下阐述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取 50 例牙周炎病例，样本选择时间为 2020 年 1 月至 2022 年 1 月，研究中以双盲随机法分设为甲、乙组进行对比，各组分别纳入 25 例。统计处理参与研究中全部病例的基础资料，其中甲组患者女 14 例、男 11 例，年龄 21~65 岁，均龄（36.82±4.36）岁，病程 2~15 个月，均值（5.56±1.12）个月。乙组患者女 13 例、男 12 例，年龄 21~66 岁，均龄为（36.74±4.42）岁，病程 2~15 个月，均值（5.48±1.23）个月。通过对两组病例信息经 χ^2 、 t 值统计处理并做对比发现，统计值 $P>0.05$ ，说明研究具有可行性。本次研究展开前经伦理委员会讨论批准，所选对象事先知情且均为自愿参与。

入选标准：本次所选牙周炎病例均满足《牙周病学》的确诊条件，均存在牙齿咬合紊乱、牙周袋探诊深度（PPD） ≤ 6 mm 且牙槽骨经 X 线显示吸收长度小于根长 1/3，或 PPD ≤ 4 mm 且牙槽骨吸收长度小于根长 1/3^[6]；病程 <2 年；垂直性骨吸收的骨下袋，一壁骨袋和二壁骨袋；患者可自主表达，身体状态良好；资料齐全；可配合完成研究。

排除标准：近 3 个月内接受其他治疗；严重营养不良；凝血功能异常；严重高血压、心脏病；哺乳期妊娠期女性；牙齿 3 度松动；精神异常；糖尿病；结核病；甲亢；严重并发症；身体状态不佳无法手术；急性炎症期；失访；资料丢失。

1.2 方法

两组患者进行全面、系统清洁牙周，展开基础治疗，治疗期间护理标准和常规饮食相同。

甲组采取牙周组织再生术治疗，具体为：采取 X 线在术前予以检查，在牙周袋部位放置探针进行检查，保证患者 PPD <5 mm。采取牙周翻瓣术常规治疗患牙，将牙周袋内被感染的肉芽组织和内壁上皮等彻底去除后，清创处理骨面和根面，按照患牙牙根外形以及骨缺损程度对患者合理选择屏障膜，并注意适当修剪，确保可将缺损面完全覆盖并固定，然后复位龈瓣，并将其缝合严密。

乙组在甲组方案上采取口腔正畸术治疗，具体为：采取镍钛丝整齐排列牙齿，注意保留一定间隙在各个牙齿间，以便于后续适当修复和调整。

注意对牙周定时清洁，1 次/d。矫正效果满意之后，对牙齿持续采取舌侧固定保持丝加以固定，将牙周维护的正确方法告知患者，并对牙周情况密切观察，牙周受力值维持在 50 g 左右。

1.3 评价指标

（1）牙周指标：于治疗前、治疗 3 个月后测定牙龈指数（GI）、PPD、菌斑指数（PLI）等指标，其中 PPD 经钝头探针予以检测，GI、PLI 按照病情采取 0~3 分计分，分值越低健康度越高。

（2）炎症因子：于治疗前、治疗 3 个月后测定肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、白介素-6（IL-6）、白介素-8（IL-8）等指标，采集 5 mL 空腹静脉血，离心提取血清，时间 10 min，转速 3000 r/min，然后采取酶联免疫吸附法进行检测。

（3）疗效：患者咬合恢复正常，错颌获得纠正，炎症基本消除为显效；患者咬合基本平衡，炎症获得控制为有效；前述要求患者均未达到为无效^[7]。

（4）并发症：观察记录牙龈炎、牙周水肿、人工骨松动等发生情况。

（5）美观满意率：调查工具为自拟问卷，结果选项分为 3 项，由患者自行选择或打分，统计不满意、一般、满意等情况。

1.4 分析数据

各项数据在研究中以评价指标为准，在软件 SPSS 22.0 中对各项指标结果做出处理和分析，以 χ^2 、 t 值等方法展开统计，结果分别经（ $\bar{x} \pm s$ ）和（%）来表示，各自代表结果中的计量和计数值，若 $P<0.05$ ，则说明研究结果符合统计学意义。

2 结果

2.1 对比牙周指标

统计显示，治疗 3 个月后两组 GI、PPD、PLI 等水平均低于治疗前，且乙组均显著低于甲组（ $P<0.05$ ）；但治疗前两组对比前述指标差异不显著（ $P>0.05$ ）。如表 1 所示。

表 1 两组对比牙周指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	GI（分）	PPD（mm）	PLI（分）
乙组 (n=25)	治疗前	0.35±0.11	4.17±0.58	1.32±0.21
	治疗 3 个月	0.15±0.04	2.84±0.36	0.91±0.12
甲组 (n=25)	治疗前	0.36±0.09	4.22±0.68	1.35±0.15
	治疗 3 个月	0.23±0.05	3.55±0.51	1.04±0.11
t/P（甲组治疗前后对比）		14.457/0.000	13.266/0.000	5.659/0.010
t/P（乙组治疗前后对比）		11.314/0.000	10.235/0.000	4.122/0.022
t/P（两组治疗后对比）		7.658/0.000	8.569/0.000	3.748/0.033

2.2 对比炎症因子

统计显示，治疗 3 个月后两组 TNF- α 、IL-6、IL-8 等水平均低于治疗

前,且乙组均显著低于甲组 ($P<0.05$);但治疗前两组对比前述指标差异不显著 ($P>0.05$)。如表2所示。

表2 两组对比炎症因子 ($\bar{x} \pm s$, pg/mL)

组别	时间	TNF- α	IL-6	IL-8
乙组 (n=25)	治疗前	78.33 $\pm$ 6.42	7.89 $\pm$ 0.98	825.32 $\pm$ 34.26
	治疗3个月	58.25 $\pm$ 3.14	2.03 $\pm$ 0.21	512.41 $\pm$ 12.42
甲组 (n=25)	治疗前	78.56 $\pm$ 6.38	7.87 $\pm$ 0.97	824.36 $\pm$ 34.41
	治疗3个月	69.22 $\pm$ 4.47	5.29 $\pm$ 0.51	685.58 $\pm$ 20.22
t/P (甲组治疗前后对比)		17.255/0.000	10.236/0.000	35.266/0.000
t/P (乙组治疗前后对比)		9.625/0.000	7.748/0.000	20.014/0.000
t/P (两组治疗后对比)		11.027/0.000	5.629/0.000	10.258/0.000

2.3 对比疗效结局

统计显示,两组对比总有效率,乙组 96.00%高于甲组 76.00% ($P<0.05$)。如表3所示。

表3 两组对比疗效结局[n (%)]

组别	n	无效	有效	显效	总有效
乙组	25	1 (4.00)	6 (24.00)	18 (72.00)	24 (96.00)
甲组	25	6 (24.00)	7 (28.00)	12 (48.00)	19 (76.00)
χ^2					4.326
P					0.038

2.4 对比并发症

统计显示,两组对比并发症,乙组总发生率 4.00%低于甲组 20.00% ($P<0.05$)。如表4所示。

表4 两组对比并发症[n (%)]

组别	n	牙龈炎	牙周水肿	人工骨松动	总发生
乙组	25	0 (0)	1 (4.00)	0 (0)	1 (4.00)
甲组	25	2 (8.00)	2 (8.00)	1 (4.00)	5 (20.00)
χ^2					4.025
P					0.042

2.5 对比美观满意度

统计显示,两组对比美观满意度,乙组总满意度 100.00%高于甲组 80.00% ($P<0.05$)。如表5所示。

表5 两组对比美观满意度[n (%)]

组别	n	不满意	非常	一般	总满意
乙组	25	0 (0)	18 (72.00)	7 (28.00)	25 (100.00)
甲组	25	5 (20.00)	15 (60.00)	5 (20.00)	20 (80.00)
χ^2					4.744
P					0.035

3 讨论

随着人们近些年饮食结构的转变,口腔科中牙周炎患病人数明显增多,且严重影响到了人们的日常生活和身心健康。牙周炎发生后若治疗不及时,则会对周围组织如牙周膜、牙质骨等产生严重影响,甚至导致咀嚼功能下降,从而影响患者的生活质量^[8]。有调查研究表明,近些年我国成人牙齿丧失的各种因素中,牙周炎占比较高,因此多数患者治疗期间除了追求保留牙齿功能之外,还需达到较高的美观度^[9-10]。

对于牙周炎患者,目前临床采取的治疗方法较多,涉及口腔正畸、牙周组织再生术等,其中后者属于常用疗法,此种术式可对牙周缺损组织予以有效修复,但在应用后发现无法治疗牙周炎症^[11]。分析原因为此种疗法可借助牙龈沟上生物膜组织在根面的生长产生诱导作用,可促使存在一定潜力的牙周组织细胞膜不断分化、生长、移动,然后生成更多组织,进一步达到修复损伤的作用^[12]。作为一种针对性疗法,牙周组织再生术可对患者病情发展予以有效控制,但其弊端在于术后恢复缓慢,且后续疗效极易

受到各种并发症影响,因为手术期间需借助影像学仪器,以详细观察患者整体牙齿以及受损牙齿情况,然后展开相应治疗,以对患者牙周情况加以改善。但术后长时间的恢复极易因各种病原微生物如细菌侵袭等造成感染,甚至导致一些严重并发症,从而对整体疗效和预后产生不利影响^[13-14]。而作为一种新型的治疗手段,口腔正畸疗法可有效修复牙周受损的组织,且可及时纠正牙齿错位和畸形等情况,并且能够对咬合结构以及颌骨状况予以显著改善,以维持牙齿的整洁性和美观度,可促使口腔疾病风险显著降低,并确保整体治疗效果^[15]。通过将口腔正畸联合牙周组织再生术用于治疗牙周炎,除了对受损牙周组织予以有效修复之外,还能对牙齿咬合和颌骨予以改善,并对错位和存在畸形的牙齿及时纠正,同时还能对各种并发症予以预防,并促使牙齿保持较好的整洁度和美观性,进而达到改善患者整体疗效以及预后的目的^[16]。

本文通过在牙周炎治疗中应用口腔正畸联合牙周组织再生术,结果显示,治疗3个月后两组患者 GI、PPD、PLI、TNF- α 、IL-6、IL-8 等水平均优于治疗前,且乙组均显著优于甲组 ($P<0.05$);这表明两种方式联合治疗牙周炎可显著改善机体炎症和牙周情况。两组对比总有效率,乙组 96.00%高于甲组 76.00% ($P<0.05$)。两组对比并发症,乙组总发生率 4.00%低于甲组 20.00% ($P<0.05$)。两组对比美观满意度,乙组总满意度 100.00%高于甲组 80.00% ($P<0.05$)。

综上,牙周炎治疗中应用口腔正畸联合牙周组织再生术的效果显著,不仅能减轻机体炎症反应,改善牙周指标,还可减少各种并发症,提升美观满意度,可进一步借鉴推广。

参考文献:

- [1]杜娟,李琼.牙周组织再生术与口腔正畸联合治疗牙周炎患者的总有效率分析[J].科学养生,2021,24 (5): 152.
- [2]郭欢欢,温克寒,郝自宝.牙周组织再生术联合口腔正畸治疗牙周炎的效果研究[J].中国现代药物应用,2021,15 (1): 33-35.
- [3]王芳,王艳玲,张琳.口腔正畸联合牙周组织再生术治疗牙周炎的价值[J].黑龙江医药科学,2021,44 (5): 115-116.
- [4]赵飞.牙周组织再生术联合口腔正畸对牙周炎患者牙周状态及血清 IL-8、IL-6、TNF- α 水平的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21 (1): 57-58.
- [5]陈健茵.牙周组织再生术联合口腔正畸对牙周炎患者牙周指标的影响[J].医学理论与实践,2021,34 (16): 2824-2826.
- [6]徐海华.牙周组织再生术联合口腔正畸在牙周炎中的疗效[J].中国卫生标准管理,2021,12 (8): 33-35.
- [7]任东艾.牙周组织再生术联合口腔正畸治疗牙周炎的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2021,15 (24): 90-92.
- [8]陈昌盛.牙周组织再生术联合口腔正畸治疗牙周炎患者的临床疗效[J].世界复合医学,2020,6 (6): 30-32.
- [9]刘龙坤.口腔正畸联合牙周组织再生术治疗牙周炎效果及对疼痛程度、血清 PGE2、IL-1 β 水平的影响[J].中国医学创新,2020,17 (6): 43-46.
- [10]苏东旭.牙周组织再生术联合口腔正畸治疗牙周炎效果分析[J].包头医学,2020,44 (3): 23-25.
- [11]邱利华,全悦,刘海光,等.牙周组织再生术联合口腔正畸治疗牙周炎患者的效果[J].中外医疗,2020,39 (7): 80-82.
- [12]孔令仙.牙周组织再生术联合口腔正畸对牙周炎的治疗作用研究[J].数理医药学杂志,2020,33 (10): 1457-1458.
- [13]邱雄文.口腔正畸联合牙周组织再生术对牙周炎患者牙龈美学影响的对照研究[J].中国现代药物应用,2020,14 (21): 46-48.
- [14]牛明.牙周组织再生术与口腔正畸联合治疗牙周炎患者的临床效果评价[J].中华养生保健,2020,38 (6): 184-186.
- [15]石圆铃,刘世彪.牙周组织再生术联合口腔正畸治疗牙周炎的临床疗效分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7 (77): 19,21.
- [16]王明,李亮,金成日.研究正畸联合牙周组织再生术治疗牙周炎的价值[J].临床医药文献电子杂志,2020,7 (64): 90-91.

分析钢板微创治疗四肢近关节端骨折的临床效果

元永学

延边大学附属医院（延边医院） 吉林延边 133000

摘要：目的 分析钢板微创治疗四肢近关节端骨折的临床效果。方法 选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月共计 30 例患者，以随机数法将患者分为对照组（n=15，给予传统钢板螺钉内固定）和观察组（n=15，给予钢板微创治疗），对比治疗优良率、患者满意度、手术指标、关节功能评分、术后 6 个月疼痛评分和生活质量差异。结果 观察组治疗优良率高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组满意度高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组治疗后各临床指标低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组关节功能评分高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组治疗后疼痛评分低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组治疗前生活质量与对照组差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论 对四肢近关节端患者的骨折治疗中，通过选取钢板微创治疗方式，患者在接受治疗后的肢体功能恢复效果较传统钢板内固定更具优势，治疗后患者的满意度更高，且手术出血量、时间以及住院时间更符合患者治疗需求，关节功能的提升也能够保证患者的生活质量，疼痛现象的减轻也可促使患者及基本功能的恢复，具有较高的推广和使用价值。

关键词：钢板微创治疗；四肢近关节端骨折；关节功能

0 引言

当前，社会经济的快速发展，人们生活质量取得了显著的改善，交通以及工业行业的发展同时加大了各类临床骨折现象的增多，四肢近关节端骨折现象的发病率也逐渐增多。该骨折现象通常可由车祸、跌落、重物砸伤所引起。同时由于车辆的普及，各类骨折损伤现象也逐渐复杂化、老龄化患者骨质输送程度高、致伤的原因较多，四肢近关节端骨折多属于粉碎性骨折^[1]。各类骨折现象同时还会引起近端骨折共同产生，若无法对患者的骨折现象进行及时治疗，则会导致损伤部位或相关关节位置的功能障碍现象，除剧烈的疼痛感外，患者的生活质量会受到严重影响^[2]。目前针对该病症的治疗可选用钢板内固定的方式进行治疗，但其中传统钢板和克氏针的内固定方式存在一定的使用局限，该方式使用难度大，且会在一定程度上影响患者术后的恢复，因此需要进一步探寻更高效的治疗方式，锁定钢板和可吸收螺钉作为目前新型固定方式，被广泛作用于传统内固定的替代治疗中^[3]。现以 30 例患者为对象，为探究钢板微创治疗的效果，分析如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月共计 30 例患者，以随机分组方式将患者分为对照组和观察组，详情见表 1，患者各项一般资料于统计学软件 SPSS 中结果显示 $P>0.05$ 。

表 1 分组详情（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	人数 (例)	年龄 (岁)	平均年龄 (岁)	骨折时长 (d)	平均骨折 时间 (d)
观察组	15	15~57	35.86±3.21	0.5~2	1.31±0.05
对照组	15	17~60	36.11±3.19	1~2	1.29±0.06
纳入标准	(1) 所有患者均符合四肢近关节端骨折的诊断标准，均于影像学诊断下确诊。(2) 均有患者均由车祸、着落、重物砸伤等因素引起股骨远端、胫骨远端、胫骨近端、股骨近端等位置的骨折现象 ^[4] 。(3) 患者意识清晰，无其他严重的综合性疾病。(4) 签订研究调查表后进行实验统计。				
排除标准	(1) 存在其他脏器或血液系统疾病者。(2) 免疫功能疾病者。(3) 存在其他恶性肿瘤疾病者。(4) 妊娠及哺乳期女性。				

1.2 方法

1.2.1 对照组

所有患者采用仰卧位方式接受手术，在实施全身性麻醉后切开骨折位置，暴露关节囊以及骨折位置，通过手法复位后对患者进行暂时性固定，确认恢复至正常解剖位置后采用螺钉沿导针的位置进行固定，随后对患者所有骨折上进行处理，选择合适钢板进行固定，并对骨骼进行钻孔和旋入螺钉等操作，同时清除患者患处筋膜以及血凝块，确保清除并做好消毒处理后做好缝合处理^[5]。

1.2.2 观察组

肱骨近端骨折：于患者肩峰位置下采用纵切口的手术入路方式进行治疗，完成皮下组织切除后切开患者三角肌上的相关组织，采用克氏针将患者肱骨头进行临时固定，并采用牵引手法将患者远端骨折位置进行复位，所有患者均需要沿肌肉下的筋膜间隙置入 LCP 钢板，同时确保钢板和骨干的位置平行，同时尽量确保钢板和骨皮质面保持紧密贴合，自患者骨折端外侧穿过至远端骨皮质面。靠近远端骨折首个螺孔采用 1 枚螺钉进行临时固定，以便复位准确性，随后以 C 臂机进行辅助或在 X 线检测下检查患

者骨折端以及接骨板的使用状态和位置，于理想位置下，随后通过导向器为患者进行钻孔，测得最终深度后将螺钉连同钢板旋紧，为确保骨折端的稳定性，需要在骨折的近端以及远端旋入至少 3 枚用于固定的螺钉。在确保固定稳定后拔除临时固定用克氏针，患者活动肩关节查看是否稳定固定^[6]。

股骨近端骨折：采用牵引床对患者骨折位置进行牵引复位，完成后于髓关节的外侧开展手术，切开并分离外侧肌后暴露股骨大转子和远端的骨折位置，通过 C 臂机进行辅助或 X 线机透视将碎骨块清除并进行对位，完成后使用克氏针进行临时固定，随后沿肌肉下筋膜间隙放置钢板，其余部分操作同肱骨近端骨折。

胫骨远端骨折：采用胫骨内侧入路方式进行手术入路，采用止血带完成止血后使用手法复位的方式进行远端的骨折复位，若患者骨折端存在明显的缺损或塌陷现象，在撬拨后可采用自体髂骨移植方式进行植骨，采用骨膜玻璃器自骨折远端向近端推出皮下隧道，随后以 LISS 钢板进行固定，固定方式同上^[7]。

股骨远端骨折：所有股骨远端骨折的患者均通过前外侧切口执行手术，手术切除分离皮下组织需暴露患者股骨髁骨折位置并对其进行复位，完成后采用松质骨螺钉对患者进行稳定固定，随后采用钢板插入，采用常规螺钉临时固定钢板，在检查过程中企鹅包钢板和股骨髁紧密贴合后采用牵引方式将骨折端进行复位，并在 C 臂机或 X 线透视状态下确认骨折端的对位和接骨板的位置，所有操作完成后采用对应钢板的导向器，于患者骨折近远端打入 4~5 枚锁定螺钉。

胫骨远端骨折：采用胫骨近端的外侧入路方式开展手术流程，使用止血带止血后分离皮下组织和肌肉，暴露患者骨膜，对患者骨折端进行复位，若存在关节面塌陷或压缩性骨折现象，需采用自体髂骨取骨植骨术进行治疗，并将钢板插入，钢板固定方式同股骨远端骨折的固定方式^[8]。

术后处理：所有患者在完成相应类型的手术流程后均采用负压引流方式进行治疗，并检查患者的引流管通畅程度，完成后 2~3 d 拔除引流管并做好抗感染处理，术后 2 d 需要在相关指导下做好肌肉恢复训练，定期接受骨折 X 线检查，根据情况拆线出院。

1.3 观察指标

(1) 以优、良、差对比两组患者治疗后的骨折恢复效果评定，优：患者治疗后关节疼痛感消失、无畸形表现，同时肢体肿胀消失，可确保正常的活动；良：患者治疗后疼痛现象一定程度改善，肢体肿胀现象减轻，活动范围为患病前 50%左右；差：患者治疗后疼痛现象、肢体肿胀现象较治疗前对比无明显变化，且肢体活动范围较患病后治疗前对比无明显改善。

(2) 以肢体功能改善、疼痛缓解、术后恢复状况以及安全性方面评估两组患者对治疗后的满意度评分，满意度评分最高 10 分，越高代表患者接受度更高。

(3) 以手术时间、手术出血量和住院时间对比两组患者的治疗指标差异。

(4) 以肩关节 Neer 评分、髋关节 Harris 评分和膝关节 HSS 评分对比两组患者的关节功能恢复状态差异。

(5) 以 VAS 疼痛评分对比两组患者在接受治疗前后的疼痛评分差异，分别统计术前、术后 3 个月和 6 个月的疼痛程度。0~10 分越高代表疼痛越明显。

(6) 以生活质量评分 SF-36 对比评估两组患者治疗前后的生活质量

差异,分别对躯体疼痛、运动功能、家庭功能以及社会功能进行评估,对患者治疗前和治疗6个月后的指标进行统计。

1.4 统计学方法

使用SPSS 21.0统计软件处理数据,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者优良率对比

观察组治疗优良率高于对照组,差异显著($P < 0.05$),详情见表2。

表2 两组患者优良率对比[n(%)]

组别	优	良	差	总有效
观察组 (n=15)	11 (73.33)	4 (26.67)	0 (0)	15 (100.00)
对照组 (n=15)	6 (40.00)	5 (33.33)	4 (26.67)	11 (73.33)
χ^2	4.658	0.159	4.615	4.615
P	0.031	0.690	0.032	0.032

2.2 两组患者满意度评分对比

观察组满意度评分高于对照组,差异显著($P < 0.05$),详情见表3。

表3 两组患者满意度评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	肢体功能改善	疼痛缓解	术后恢复状况	安全性
观察组 (n=15)	8.89±0.87	8.36±0.87	8.59±0.75	8.53±0.85
对照组 (n=15)	6.36±0.57	6.70±0.67	6.43±0.50	6.72±0.53
t	6.436	4.000	6.340	4.781
P	0.000	0.002	0.000	0.000

2.3 两组患者手术指标对比

观察组治疗后各临床指标低于对照组,差异显著($P < 0.05$),详情见表4。

表4 两组患者手术指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	躯体疼痛		躯体活动	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=15)	5.23±0.40	8.69±0.85	6.12±0.56	9.15±0.65
对照组 (n=15)	5.29±0.38	6.92±0.60	6.05±0.47	7.81±0.58
t	0.421	6.589	0.371	5.958
P	0.677	0.000	0.714	0.000

3 讨论

目前多数四肢近关节端的骨折现象多产生于患者关节内或关节处,松质骨和皮质骨交接位置属于常见骨折位置。由于常规钢板内固定所产生的创伤性较大,同时手术出血量明显较高,术后的整体恢复效果以及固定的稳定性无法满足患者对治疗预后的需求,同时各类关节功能的恢复、骨质缺损现象改善程度的不足均无法为患者的预后生活质量带来积极的改善作用。钢板微创治疗属于一类采用螺钉和钢板为一体的稳定内支架固定基数,其针对松质骨的稳定性更高,可显著提高患者术后骨折端的稳定性。LISS钢板和LCP钢板属于钢板微创治疗中的常见钢板类型,前者主要用于制成和桥接;后者的锥形锁定空和弧形动力加压孔可进一步提供动力加压的作用^[9]。

在进行钢板微创治疗过程中还需注意:(1)严格遵守结合原则,根据患者骨折累及关节面,为累及关节面的情况下需遵循桥接原则;(2)若患者产生骨量损失的情况选需进行植骨,植入钢板过程中需避免骨折端移位,且需保持骨折端和长轴端一致;(3)老年骨质疏松患者需进行双层固定;(4)充分暴露骨折关节面^[10]。

本文以30例四肢近关节端骨折的患者分析指出在针对患者的病症治疗中,根据患者端的分布情况采用合适的钢板微创治疗,患者在接受治疗后骨折恢复效果更优,相对于传统钢板内固定治疗,患者在接受治疗后安全性更高,住院时间更短;患者对于治疗的满意度和接受度更高;另外基于微创治疗的实施,患者在接受治疗后各项关节功能均可取得显著的改善,疼痛改善效果相对于钢板本固定方式更明显,生活质量的逐渐恢复也能够进一步体现微创治疗的优势。

综上所述,针对四肢近关节端的骨折患者进行分析,可显著提升患者的治疗效果,对改善生活质量、减轻住院负担和疼痛负担方面更具优势,

组别	手术时间(min)	出血量(mL)	住院时间(d)
观察组 (n=15)	61.93±8.79	127.55±20.67	4.28±2.54
对照组 (n=15)	149.68±14.69	317.04±41.41	26.23±5.89
t	19.853	15.857	13.253
P	0.000	0.000	0.000

2.4 两组患者关节功能评分对比

观察组关节功能评分高于对照组,差异显著($P < 0.05$),详情见表5。

表5 两组患者关节功能评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	肩关节 Neer 评分	髋关节 Harris 评分	膝关节 HSS 评分
观察组 (n=15)	89.77±4.23	92.67±4.54	88.87±4.61
对照组 (n=15)	61.64±2.84	67.70±2.95	64.85±3.00
t	21.383	17.872	61.911
P	0.000	0.000	0.000

2.5 两组患者疼痛评分对比

观察组治疗后疼痛评分低于对照组,差异显著($P < 0.05$),详情见表6。

表6 两组患者疼痛评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗3个月后	治疗6个月后
观察组 (n=15)	8.26±0.63	2.92±0.37	1.03±0.09
对照组 (n=15)	8.44±0.59	4.51±0.47	1.92±0.21
t	0.808	10.295	15.087
P	0.426	0.000	0.000

2.6 两组患者生活质量评分对比

观察组治疗前生活质量与对照组差异不显著($P > 0.05$),治疗后高于对照组,差异显著($P < 0.05$),详情见表7。

表7 两组患者生活质量评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	躯体疼痛		躯体活动		家庭生活		社会生活	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=15)	5.23±0.40	8.69±0.85	6.12±0.56	9.15±0.65	4.37±0.44	7.99±0.76	6.30±0.53	9.15±0.74
对照组 (n=15)	5.29±0.38	6.92±0.60	6.05±0.47	7.81±0.58	4.27±0.57	6.19±0.59	6.46±0.54	8.01±0.70
t	0.421	6.589	0.371	5.958	0.538	4.388	0.819	4.335
P	0.677	0.000	0.714	0.000	0.595	0.000	0.420	0.000

值得推广。

参考文献:

- [1]孙世山,王丽芬.四肢近关节端骨折使用锁定钢板微创手术的效果观察[J].中国农村卫生,2021,13(20):54-56.
- [2]胡骅,罗凌云,秦谊,等.自制螺钉置入套筒在四肢长骨干骨折有限切开复位锁定钢板内固定术中的应用[J].中国骨与关节损伤杂志,2021,36(7):776-777.
- [3]邓立平.锁定钢板微创治疗四肢近关节端骨折的疗效[J].中国伤残医学,2020,28(19):31-33.
- [4]胡跃军,罗观望,肖进.MIPO技术结合锁定加压钢板固定术治疗成人肱骨干中段骨折的疗效分析[J].现代实用医学,2020,32(4):552-553.
- [5]崔玉杰,任伟.锁定钢板微创治疗四肢近关节端骨折的疗效评价[J].中国继续医学教育,2019,11(8):117-120.
- [6]周敏,李晓民,毛国庶.锁定钢板微创治疗四肢近关节端骨折的疗效[J].大医生,2019,4(21):58-59.
- [7]黄勇,周鑫叠,张俊杰,等.组合式桥接内固定系统固定治疗儿童四肢干骺端骨折[J].中华创伤骨科杂志,2020,22(3):268-271.
- [8]李建锐,艾合买提·托合提,刘芳,等.经皮微创接骨板内固定术治疗复杂肱骨近端骨折的优势分析[J].中华外科杂志,2020,36(1):11-15.
- [9]郭兵,杨世明,吴冯春,等.氨甲环酸对老年股骨转子间骨折患者髓内固定术围术期隐性失血的影响[J].中国民康医学,2020,32(22):121-123.
- [10]魏宝君,陈海军.微创经皮锁定加压钢板内固定联合弹性髓内针治疗四肢骨折的临床观察及对预后的影响[J].智慧健康,2021,7(23):72-74.

中医治疗之间互相配合在中风病治疗的效果观察

李晓红 保永亮 杜玲蕊 赵燕 魏子耿

河北省元氏县中医院脑病康复科 河北元氏 051130

摘要: 目的 研究中医非药物治疗互相配合治疗中风病是否具有协同作用; 方法 将确诊患者按年龄、病情程度等相近患者分成 28 个区组, 每区组 5 人, 然后将 5 人随机分配到对照组和 4 个治疗组, 以调神针刺法, 手指点穴、中药熏洗之间不同组合配合药物、康复技术治疗为治疗组, 以单纯调神针刺法配合药物、康复技术治疗为对照组, 经治疗 10 天, 观察患者治疗前后的 NHISS 评分差距, 并进行 χ^2 检验评价治疗效果, 对治疗前后简化 Fugl-Meyer 运动功能评分, 对各区组进行方差分析, 各区组间采用 S-N-k 分析。结果 各区组均有治疗效果, 治疗效果之间经 χ^2 检验, $P>0.05$, 无统计学意义, 简化 Fugl-Meyer 运动功能评分, 各区组治疗前后行 t 检验, 各区组 $P<0.05$, 有统计学意义。各区组进行 F 分析, $P<0.05$, 意义。各区组之间 S-N-K 分析, 显示调神针刺与手指点穴配合药物与康复治疗组与调神针刺法与中药熏洗配合药物与康复治疗组之间无统计学差异, 其他各区组间差异均有统计学意义。结论 中医非药物治疗之间互相配合治疗虽然对治疗效果的评价意义不大, 但对于患者症状的改善有协同作用, 三种中医非药物治疗之间的不同配合要优于单一一种治疗效果, 三种治疗配合治疗优于两种中医非药物治疗, 因此需要依照患者的实际病情, 为其选择更加具有针对性的治疗方案, 才能达到病情改善的效果。

关键词: 中医治疗; 中风病; 观察效果; 非药物治疗

0 引言

中风病即脑卒中, 为脑血管突然堵塞或破裂导致的肢体瘫痪、偏身麻木、言语蹇涩或不语, 口角歪斜, 眩晕, 瞳神变化, 饮水发呛, 目偏不瞬, 共济失调等脑组织损伤的一组疾病总称, 分为缺血性脑卒中(脑梗死)和出血性脑卒中(脑出血)。据《中国卒中中心报告 2020》显示, 2020 年我国 40 岁及以上人群中患脑卒中人数约 1780 万, 79% 的患者为缺血性脑卒中。而缺血性卒中急性期的溶栓及介入治疗, 虽可减少残疾, 但经血管再通后仍有部分患者遗留后遗症, 并且我国适合溶栓治疗的患者的溶栓率为 24.2%, 故大部分患者仍遗留后遗症。因此脑血管病的康复治疗需求越来越大, 而中医在与中风的几千年的不间断的斗争积累丰富的经验, 从先秦到近现代的认识, 《黄帝内经》“虚邪偏客于身半, 其入深, 内居营卫, 营卫稍衰, 则真气去, 邪气独留, 发为偏枯”。《金匱要略·中风病》“邪在于络, 肌肤不仁; 邪在于经, 即重不胜。邪入于腑, 即不识人; 邪入于脏, 舌即难言, 口吐涎”。《素问玄机原病式》记载“凡人风病, 多因热甚, 而风燥者为其兼化, 以热为其主也……心火暴甚, 肾水虚衰, 不能制之……”。《丹溪心法》“多是湿土生痰, 痰生热, 热生风也”。《脾胃论》“邪之大者, 莫若中风……必先中虚邪, 然后贼邪得入矣”。《景岳全书》“非风一证, 即时人所谓中风证也, ……本皆内伤积损颓败而然”。《临证指南医案》“精血衰耗, 水不涵木, 木少滋荣, 故肝阳偏亢, 内风时起”。《医学衷中参西录》“内中风之证, 曾见于《内经》, 而《内经》初不名为内中风, 亦不名为脑充血, 而实名为煎厥、大厥、薄厥, 盖肝为将军之官, 不治则易怒, 因怒生热, 煎耗肝血, 遂致肝中所寄之相火, 掀然暴发, 挟气血而上冲脑部, 以致昏厥。此非因肝风内动, 而遂为内中风之由来乎?”近代学者多认为, 中风病皆由内因所致, 由邪气上犯脑髓血脉, 下侵脏腑经络, 引起脑髓神机与脏腑经络功能失调, 阴阳气血偏盛偏衰所致。全国中风病科研协作组认为中风病是在气血阴阳亏虚的基础上, 加之劳倦内伤, 忧思恼怒, 饮酒饱食, 用力过度, 而致瘀血阻滞、痰热内蕴, 或阳化风动, 血随气逆, 导致脏腑功能失调, 气血逆乱, 风、火、痰、瘀等多种因素共同作用于人体, 胶结于脑, 体内有害代谢产物不能及时排出, 蕴积成毒, 毒损脑络, 导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外, 引起昏仆不遂, 发为中风病。《灵枢·热病》曰: “偏枯, 身偏不用而痛, 言不变, 志不乱, 在分腠之间, 巨针取之, 益其不足, 损其有余, 乃可复也。”本次通过针刺、手指点穴、中药熏蒸结合药物治疗与康复治疗脑血管病, 来观察中医非药物在中风偏瘫恢复中作用。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

西医诊断标准: 参照 2010 年中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》。(1) 急性起病 (2) 局灶性神经功能缺损, 少数为全面神经功能缺损 (3) 症状和体征持续数小时以上 (4) 脑 CT 或 MRI 排除脑出血和其它病变 (5) 脑 CT 或 MRI 有责任梗死病灶。中医诊断参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制订的《中风病中医诊断疗效评定标准》(试行, 1995 年)。主要症状: 偏瘫、神识昏蒙, 言语蹇涩或不语, 偏身感觉异常, 口舌歪斜。次要症状: 头痛,

眩晕, 瞳神变化, 饮水发呛, 目偏不瞬, 共济失调。急性起病, 发病前多有诱因, 常有先兆症状。具备 2 个主症以上, 或 1 个主症、2 个次症, 结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊; 不具备上述条件, 结合影像学检查结果亦可确诊。

1.2 纳入、排除标准

纳入标准: 所有纳入中风偏瘫患者, 均符合以下条件: ①头颅 CT 或 MRI 确诊为初发脑梗死者, 年龄大于 45 岁, 病程小于 0.5 个月; ②脑梗死后生命体征平稳; ③神志清醒, 昏迷量表 (GGS) 评分 ≥ 9 分; ④存在单肢或偏侧肢体活动障碍。

排除标准: ①完全性失语、感觉性失语、伴有视野缺损或明显智力障碍; ②有严重糖尿病、心脏病、高血压、肝肾功能不全、感染、肿瘤、自身免疫性疾病及传染患者; ③有痴呆疾病史或四肢瘫痪者。④纳入后发现不符合诊断标准而被误纳入者; ⑤纳入后未按规定治疗或无法判定疗效或资料不全等影响疗效判定者。⑥实验过程中受试者依从性差; ⑦发生严重不良事件、并发症和特殊生理变化; ⑧试验过程中自动退出者; ⑨其他原因退出试验、失访和死亡者。⑩治疗中病情加剧或出现严重并发症。

1.3 一般资料

所有 140 例患者均为我院自 2016 年 11 月至 2017 年 10 月期间住院病人。其中男性患者 85 例, 女性患者 55 例。年龄大于 45 岁, 病程小于 0.5 个月。将确诊患者按年龄、病情程度等相近患者分成 28 个区组, 每区组 5 人, 然后将 5 人随机分配到对照组和 4 个实验组, 对照组药物加康复治疗、调神针刺, 治疗组 1 药物、康复治疗、调神针刺、手指点穴组, 治疗组 2 药物、康复治疗、调神针刺、中药熏蒸组, 治疗组 3 药物、康复治疗、手指点穴、中药熏蒸组, 治疗组 4 药物、康复治疗、调神针刺、手指点穴、中药熏蒸, 接受不同治疗。

1.4 方法

1.4.1 对照组

内科基础治疗参照 2010 年中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》。给予抗血小板聚集, 调脂, 控制血压, 控制血糖等基础治疗。加用现代康复治疗^[1], 调神针刺法。

1.4.2 治疗组

治疗组 1 组: 给予内科基础治疗, 现代康复治疗, 调神法针刺, 手指点穴。

治疗组 2 组: 给予内科基础治疗, 现代康复治疗, 加用调神法针刺、中药熏蒸。

治疗组 3 组: 给予内科基础治疗, 现代康复治疗, 手指点穴, 中药熏蒸, 方药如下:

治疗组 4 组: 给予内科基础治疗, 现代康复治疗, 调神针刺, 手指点穴、中药熏蒸。

选穴及方药: 调神针刺法选穴: 百会、四神聪、神庭、印堂、风府、双合谷;

手指点穴法选穴: 曲池、肩髃、臂臑、手三里、合谷、阳陵泉、伏兔、足三里、丰隆、血海、悬钟、三阴交、太溪;

中药熏洗方药如下：当归 10 g，川芎 10 g，熟地黄 20 g，赤芍 10 g，鸡血藤 30 g，丹参 20 g，透骨草 20 g，伸筋草 20 g，益母草 20 g，泽兰 15 g 等。

1.5 观察指标

(1) 各组均以治疗 10 天为一个疗程，观察患者治疗前后的症状、体征变化，进行简化 Fugl-Meyer 运动功能评分，然后进行各组间的疗效比较。

(2) 疗效评价标准

按照国家食品药品监督管理局 2015 年发布的《中药新药治疗中风临床研究技术指导原则》拟定。治疗后 NIHSS 评分减分大于等于 5-7 分为有效。小于 5 分为无效。或治疗后 NIHSS 总积分小于等于 1 分为临床恢复良好。

1.6 统计学方法

采用 SPSS24.0 进行统计学分析。计数资料用 χ^2 检验，计量资料比较采用 F 检验，样本之间比较 S-N-K 法。

2 结果

2.1 临床疗效的评价

在试验过程中患者不能耐受针刺治疗 3 例，疾病加重 2 例，不能耐受中药熏洗者 1 例，提前出院 2 例，故实际完成病例 132 例，因患者有在同一区间，故实际完成 26 个区组，对 26 个区组进行统计分析，见表 1。

表 1 患者在治疗前后对 Fugl-Meyer 评分的比较

	对照组	治疗组 1	治疗组 2	治疗组 3	治疗组 4
治疗前	33.19±3.073	33.19±3.073	33.19±3.073	33.19±3.073	33.19±3.073
治疗后	60.35±10.119	72.19±12.621	71.85±12.075	67.62±11.207	77.42±11.817

对照组治疗前后简化 Fugl-Meyer 运动功能评分比较采用配对 t 检验， $P<0.01$ ，各治疗组治疗前后简化 Fugl-Meyer 运动功能评分采用配对 t 检验，P 值均小于 0.05，因此可以认为康复组与各治疗组简化 Fugl-Meyer 运动功能评分均较治疗前提高，差异具有统计学意义。采用各组治疗前后简化 Fugl-Meyer 运动功能评分差值采用配对区组方差分析， $F<0.05$ ，各组组治疗前后简化 Fugl-Meyer 运动功能评分差值之间差异具有统计学意义，经 S-N-K 检验，各治疗组与对照组均有统计学意义，治疗组 1 与治疗组 2 无统计学意义，治疗组与各组均有统计学意义。

3 讨论

脑卒中是不仅我国居民死亡的首位病因，而且还是我国致残的首位病因。针对脑卒中发病原因进行分析，其病因较为复杂且具有多样性，主要可能与患者自身伴有的高血压、糖尿病、心房颤动、不良生活习惯等具有密切联系，所以此疾病存在较高的危险性，对患者的身体造成的伤害较严重。脑卒中在发病后 1 周内经急救存活的患者中有很多存在不同程度的残疾，有 73%-86% 出现偏瘫或单瘫，71%-77% 有行动困难，47% 不能独自坐立^[2]，因此对中风遗留残疾的患者的治疗越来越受到重视，虽然现代康复技术的理论、技术、仪器层出不穷，但具有几千年的传统的中医也受到大家的关注，被许多中外研究者通过实验证明其临床效果。王悦^[3]等在研究中观察到中药熏蒸可改善中风的临床症状。黄霞^[4]等在研究证明手指点穴在中风病的作用。偏瘫是中风最常见的症状，临床上也被成为半身不遂，主要是由于中枢神经系统受损而形成，可表现为上下肢瘫痪现象^[5-6]。按照疾病发作时间可划分为急性偏瘫、亚急性偏瘫与慢性偏瘫，急性偏瘫发作速度快，起病急骤，症状会在短时间内达到高峰状态；亚急性偏瘫则以硬膜下血肿或感染为主要发作原因；慢性偏瘫则为数月之内进展的偏瘫躯体功能缺损情况，临床认为，尽早地对患者采取有效治疗措施，是控制病情的关键。而中医治疗的早期介入可降低其致残率，有效提高患者的生存质量^[7-8]。

目前，中医学的发展在疾病治疗中独具优势，而中医对中风病的治疗也在不断的发展，中药方剂从大续命汤、风引汤、侯氏黑散，到地黄引子、补阳还五汤、镇肝熄风汤等中药的发展^[9-10]。针刺的治疗以体针、头针、腹针等，针刺方法有传统针刺法、调神针刺法、醒脑开窍法等方法，中药熏蒸、手指点穴等多种方法^[11]。

我们在前期的工作中已经有确切的临床效果，调神针刺法、手指点穴、中药熏洗治疗中风方面较单纯内科基础治疗加上康复治疗有明确的疗效，本文主要研究中医非药物治疗之间的协同治疗效果，经本次研究取得了不错效果，我们认为任何一种中医非药物治疗均可刺激经络穴位，使其功能

表 1 各组治疗疗效评价

	例数	有效	临床恢复	总有效率
对照组	26	6	11	65%
治疗组 1	26	7	13	77%
治疗组 2	26	6	14	77%
治疗组 3	26	6	13	73%
治疗组 4	26	7	15	85%

2.2 对照组与各治疗组之间有效率比较

表 2 对照组与各治疗组之间有效率比较

	对照组	治疗组 1	治疗组 2	治疗组 3	治疗组 4	合计
有效	17	20	20	19	22	98
无效	9	6	6	7	4	32
合计	26	26	26	26	26	130

2.3 患者在治疗前后对 Fugl-Meyer 评分的比较

经 χ^2 检验， $P>0.5$ ，表明对照组与各治疗组之间治疗疗效，差异没有统计学意义。

恢复，但每种刺激均未达到其最大刺激量，故多种方式结合可加大其刺激量，使其最大程度的得到功能恢复^[12-13]。

综上，中医对中风病的治疗独具优势，临床可充分地发挥其独特的优势性，通过对患者病情的观察，辩证地评估患者病情状况并采取有效的治疗方案，从而提升患者病情恢复速度，改善其预后状况，提升生活质量水平。

参考文献：

[1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 卫生部办公厅关于印发《常用康复治疗技术操作规范(2012年版)》的通知: 卫办医政发[2012]51号[EB/OL]. (2012-02-27) [20180509].

[2] 曹友华, 朱国祥. 脑卒中后偏瘫肢体康复的分期针刺治疗研究进展[J]. 上海针灸杂志, 2007, 26(11): 43-45.

[3] 马斌, 曹雪玲. 穴位贴敷联合中药熏洗治疗痰瘀阻络型中风病患者肢体麻木的临床疗效观察及护理[J]. 新疆中医药, 2020, 38(5): 54-56.

[4] 黄霞, 李彦丽. 手指点穴在脑中风后遗症康复治疗中的作用与护理[J]. 四川中医, 2016, 34(12): 214-216.

[5] 姬小莉. 针灸联合中药养阴熄风通络汤治疗中风病的临床疗效观察[J]. 中国疗养医学, 2020, 29(2): 128-131.

[6] 利小华, 冯赉根, 韦莉莉, 等. “醒脑开窍”针刺法治疗中风病的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(1): 86-89.

[7] 冯同志. 醒脑开窍针刺法治疗中风病 60 例临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2018, 6(1): 134, 136.

[8] 徐晖, 朱素, 张思迪, 等. 化痰活血通络法治疗急性缺血性中风病的疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(24): 4-7.

[9] 马斌, 曹雪玲. 穴位贴敷联合中药熏洗治疗痰瘀阻络型中风病患者肢体麻木的临床疗效观察及护理[J]. 新疆中医药, 2020, 38(5): 54-56.

[10] 米思嘉. 加味化痰活血通络汤联合西药治疗缺血性中风疗效观察[J]. 中国民康医学, 2019, 31(4): 117-119.

[11] 李洁. 祛风活血化痰通络汤辅助治疗急性缺血性脑卒中疗效观察及其对血清 hs-CRP 和 NIHSS 评分的影响[J]. 中国中医药科技, 2017, 24(3): 358-359.

[12] 梁占虎. 加味益气活血化痰通络汤联合阿替普酶静脉溶栓治疗急性缺血性脑卒中效果观察[J]. 河南医学研究, 2018, 27(1): 126-127.

[13] 赵紫娟. 化痰活血通络汤加味辅助治疗缺血性中风恢复期痰瘀阻络证临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(21): 3183-3185.

不同时间的选择在治疗先天性甲状腺功能减低患儿中的临床价值对比分析

赵灿森

昆明市儿童医院 云南昆明 650228

摘要：目的 针对先天性甲状腺功能减低患儿，对比选择不同时间治疗的临床价值。方法 将我院 2021 年 6 月至 2022 年 6 月收录的 73 例患儿进行研究，根据出生时间分成三组，分别为≤1 个月组 26 例，1~3 个月组 24 例，3~5 个月组 23 例，皆实行左甲状腺素治疗，将临床效果（甲状腺功能、体格发育情况以及智力发育情况）进行比较。结果 ≥1 个月组、1~3 个月组与 3~5 个月组在 6 个月、1 岁以及 2 岁时的 TSH、FT₃ 以及 FT₄ 水平对比无差异（ $P>0.05$ ）。≤1 个月组在 6 个月、1 岁以及 2 岁时的身长与体质量发育显著高于 1~3 个月组以及 3~5 个月组，对比有差异（ $P<0.05$ ）。≤1 个月组在 6 个月时的 IQ 评分显著高于 1~3 个月组以及 3~5 个月组，对比有差异（ $P<0.05$ ），而≥1 个月组、1~3 个月组与 3~5 个月组在 1 岁以及 2 岁时的 IQ 评分对比无差异（ $P>0.05$ ）。结论 选择早期治疗对先天性甲状腺功能减低患儿的效果更好，并且对智力与体格发育有更好的帮助，值得地方推广。

关键词：不同时间治疗；先天性甲状腺功能减低；体格发育；智力发育；临床价值

0 引言

先天性甲状腺功能减低是临床上常见的一种幼儿内分泌疾病，也是造成患儿发生智力与体格发育异常的主要原因。而根据临床相关研究显示，通过早期治疗，能够减少对神经系统带来的影响，对改善患儿预后有至关重要的作用。本次研究通过我院收录的 73 例患儿为对象，分别以不同的时间进行治疗，分析早期治疗的临床影响，阐述至下文。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收录我院 2021 年 6 月至 2022 年 6 月总计 73 例患儿为对象，其中出生≤1 个月的有 26 例，1~3 个月的有 24 例，3~5 个月的有 23 例，三组的一般资料如表 1 所示，具有可比性（ $P>0.05$ ）。

表 1 一般资料[$\bar{x}\pm s, n(\%)$]

组别	例数	身长 (cm)	体质量 (kg)	男	女
≤1 个月组	26	50.37±3.16	3.49±0.48	15 (57.69)	11 (42.31)
1~3 个月组	24	50.42±3.25	3.64±0.51	13 (54.17)	11 (45.83)
3~5 个月组	23	50.56±3.37	3.71±0.43	13 (56.52)	10 (43.48)
t/χ^2		0.033	0.033	0.065	0.065
P		0.974	0.974	0.968	0.968

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：符合医院伦理委员会标准；皆符合先天性甲状腺功能减低的相关指征；家属皆配合该研究并签署同意书。

排除标准：排除合并颅内疾病的；排除先天性肝、心、肾功能障碍的；排除存在脑机械损伤的；排除围产期感染的；排除中途离开研究的。

1.3 方法

三组患儿皆开展左甲状腺素治疗。选用左甲状腺素（国药准字：H20010522，生产厂家：深圳市中联制药有限公司）治疗，最初剂量为 8~10 μg/kg/d，并定期对其促甲状腺素（TSH）（TSH）、游离三碘甲状腺原氨酸（FT₃）以及游离甲状腺素（FT₄）指标进行检测，并根据其不同的年龄段，记录其指标的变化情况，同时对其身长、体质量以及智力商数（IQ）评分进行定期复查，同时在这期间根据患儿的具体情况来增减药物剂量。

1.4 观察指标

将三组的甲状腺功能（TSH、FT₃ 以及 FT₄ 水平）做比较。

将三组的体格发育情况（身长以及体质量发育）做比较。

将三组的智力发育情况（IQ 评分）做比较。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 24.0 进行统计，以 EXCEL 2016 整理数据，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，以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 甲状腺功能

≥1 个月组、1~3 个月组与 3~5 个月组在 6 个月、1 岁以及 2 岁时的 TSH、FT₃ 以及 FT₄ 水平对比无差异（ $P>0.05$ ），见表 2。

表 2 甲状腺功能（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	TSH (μIU/mL)			FT ₃ (pmol/L)			FT ₄ (pmol/L)		
		6 个月	1 岁	2 岁	6 个月	1 岁	2 岁	6 个月	1 岁	2 岁
≤1 个月组	26	3.10±0.51	3.15±0.53	3.19±0.37	7.35±2.08	8.07±2.28	8.25±2.51	22.87±5.48	22.49±7.13	23.66±8.06
1~3 个月组	24	3.08±0.49	3.17±0.48	3.26±0.41	7.09±2.17	8.36±2.31	8.72±2.47	21.74±5.57	22.13±6.59	23.01±7.87
3~5 个月组	23	3.06±0.47	3.20±0.49	3.32±0.38	7.17±2.19	8.44±2.37	8.65±2.52	20.93±5.69	21.75±6.75	22.60±7.48
t		0.153	0.263	0.267	0.071	0.035	0.010	0.033	0.156	0.130
P		0.926	0.877	0.875	0.965	0.983	0.995	0.984	0.925	0.937

2.2 体格发育情况

≤1 个月组在 6 个月、1 岁以及 2 岁时的身长与体质量发育显著高于 1~3

个月组以及 3~5 个月组，对比有差异（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 体格发育情况（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	身长 (cm)			体质量 (kg)		
		6 个月	1 岁	2 岁	6 个月	1 岁	2 岁
≤1 个月组	26	69.17±1.07	76.59±1.22	90.64±1.73	7.72±0.50	9.89±0.63	13.17±1.65
1~3 个月组	24	67.22±0.79	73.17±0.90	86.99±1.31	7.30±0.35	9.16±0.60	12.35±1.17

3~5 个月组	23	65.20±0.51	70.85±0.73	84.34±1.02	7.08±0.29	8.52±0.65	11.26±1.10
<i>t</i>		11.470	6.154	6.278	7.210	6.773	6.066
<i>P</i>		0.003	0.046	0.043	0.027	0.034	0.048

2.3 智力发育情况

≤1 个月组在 6 个月时的 IQ 评分显著高于 1~3 个月组以及 3~5 个月组, 对比有差异 ($P<0.05$), 而 ≥1 个月组、1~3 个月组与 3~5 个月组在 1 岁以及 2 岁时的 IQ 评分对比无差异 ($P>0.05$), 见表 4。

表 4 智力发育情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	6 个月	1 岁	2 岁
≤1 个月组	26	95.67±2.26	99.59±4.79	104.76±6.65
1~3 个月组	24	92.22±2.15	97.80±4.28	102.84±6.20
3~5 个月组	23	87.05±2.01	94.34±4.10	101.36±6.06
<i>t</i>		6.542	0.613	0.222
<i>P</i>		0.038	0.736	0.895

3 讨论

先天性甲状腺功能减低是临床儿科常见的一种内分泌疾病, 主要是由于先天性因素导致甲状腺激素合成以及分泌减少, 造成甲状腺功能减低, 从而引发的甲状腺疾病^[1]。甲状腺激素是由甲状腺滤泡上皮分泌, 参与糖类、脂肪、蛋白质的合成, 不仅能促进中枢神经系统的发育, 还对智力发育以及体格发育起着关键作用^[2]。一旦甲状腺素缺乏, 会影响患儿智力的正常发育, 同时还会导致身材矮小的情况^[3-4]。根据临床相关资料显示, 先天性甲状腺功能减低的病因包括有: 甲状腺发育不良; 甲状腺异位; 产妇服用抗甲状腺素药物, 或存在抗甲状腺素抗体; 甲状腺合成途径障碍; 促甲状腺激素缺乏; 甲状腺或靶器官反应低下^[5-6]。一旦发生先天性甲状腺功能减低, 患儿会出现生长缓慢、智力低下、反应迟钝等的症状, 会对患儿的健康成长造成极大的损害^[7-8]。因此对于先天性甲状腺功能减低患儿, 需要及时去医院接受检查, 以免治疗不及时, 造成智力、身高发育出现不可逆的影响^[9-10]。

目前临床上对于先天性甲状腺功能减低的治疗主要是采取替代治疗, 及时给予正确的药物, 并定期复查甲状腺功能, 根据功能状态及时增加或者减少药物剂量, 来达到改善甲状腺功能的目的^[11-12]。其中左甲状腺素属于外源性甲状腺激素制剂, 是一种人工合成的甲状腺激素, 其作用是代替甲状腺激素, 能够促进机体的新陈代谢, 维持机体的正常生长发育, 在甲状腺功能减退症、非毒性的甲状腺肿以及甲状腺手术后预防甲减的治疗上应用十分广泛^[13-14]。而在左甲状腺素等药物的治疗过程中, 需要做好定期的检查, 在随访期间记录好 TSH、FT₃ 以及 FT₄ 水平, 还有生长发育情况, 来对药物剂量及时的调整^[15-16]。近年来有大量研究发现, 对于先天性甲状腺功能减低患儿, 在出生后越早接受治疗, 其智力发育与体格发育的情况恢复情况越好, 因此为改善患儿的预后效果, 需要在出生 1 个月内接受治疗, 从而减少先天性甲状腺功能减低所带来的不可逆性损害^[17-18]。

通过本次研究结果得出, 在 6 个月、1 岁以及 2 岁时, ≥1 个月组、1~3 个月组与 3~5 个月组的 TSH、FT₃ 以及 FT₄ 水平无差异 ($P>0.05$)。而在在 6 个月、1 岁以及 2 岁时, ≤1 个月组的身长与体质量发育显著高于 1~3 个月组以及 3~5 个月组 ($P<0.05$)。在 6 个月时, ≤1 个月组的 IQ 评分显著高于 1~3 个月组以及 3~5 个月组 ($P<0.05$), 而在 1 岁以及 2 岁时, ≥1 个月组、1~3 个月组与 3~5 个月组的 IQ 评分无差异 ($P>0.05$)。结果说明, 实施出生后 ≥1 个月接受治疗的整体效果更好。

综上所述, 不同时间的选择在治疗先天性甲状腺功能减低患儿中存在差异, 而越早的治疗对智力与体格发育有良好的帮助, 值得在地方推广。

参考文献:

[1]高苗苗,范惠霞,阎亚琼,等.不同初始治疗时机对先天性甲状腺功能

减退症患儿的治疗效果分析[J].广东医学,2019,40(8): 1104-1108.

[2]韩宜姚,白敏,黄烈平,等.先天性甲状腺功能减退症患儿甲状腺功能检测指标及其智能发育状况分析[J].中国妇幼保健,2019,34(21): 4958-4960.

[3]张倩,贾小红.早期治疗对先天性甲状腺功能减低症患儿智力及体格发育的影响[J].临床医学,2019,39(2): 56-58.

[4]唐容华,李琴,陈晓蓉,等.先天性甲状腺功能减低症患儿 IGF-1、IGFBP-3 及 Hcy 水平变化及临床意义[J].分子诊断与治疗杂志,2020,12(10): 1380-1383,1387.

[5]郑丽莉.影响先天性甲状腺功能减低症患儿甲状腺激素替代治疗后转归的相关因素分析[J].当代医学,2021,27(24): 174-175.

[6]齐浩,王兰英,崔颖,等.先天性甲状腺功能减退症患儿甲状腺球蛋白基因突变研究[J].中国医刊,2022,57(6): 693-696.

[7]李晓娟,崔艳杰,于文立,等.先天性甲状腺功能低下患儿的病因分析及左甲状腺素钠治疗后预后研究[J].中国优生与遗传杂志,2020,28(7): 859-862.

[8]Anna, Wdrychowicz, Aleksandra, et al. Extrathyroidal congenital defects in children with congenital hypothyroidism - observations from a single paediatric centre in Central Europe with a review of literature[J].Pediatric endocrinology, diabetes, and metabolism,2019,25(3): 114-121.

[9]徐玲儿,毛建成,毛利丹,等.先天性甲状腺功能减退症患儿甲状腺功能的临床研究[J].中国基层医药,2022,29(4): 521-525.

[10]张贵萍,李磊,束晓梅,等.甲状腺球蛋白低下的先天性甲状腺功能减退症—家系基因突变分析[J].临床儿科杂志,2018,36(12): 901-903.

[11]Panahandeh G, Ganji F, Khoshdel A, et al. Assessing growth parameters of children with congenital hypothyroidism subject to levothyroxine treatment compared to normal growth parameters in healthy newborns[J].Journal of Shahrekord University of Medical Sciences,2020,22(1): 29-37.

[12]顾红兵,张凡,王飞英,等.先天性甲状腺功能减低症患儿社会生活能力及其影响因素的研究[J].南通大学学报(医学版),2020,40(3): 223-225.

[13]曹玉琴,朱冬梅,郭晶晶,等.甲状腺功能减低症患儿智能发育现状调查分析[J].中国医学工程,2019,27(5): 55-57.

[14]S SABA, CAROLE, GUILMIN-CREPON, et al. Early Determinants of Thyroid Function Outcomes in Children with Congenital Hypothyroidism and a Normally Located Thyroid Gland: A Regional Cohort Study[J].Thyroid: official journal of the American Thyroid Association, 2018,28(8): 959-967.

[15]严学勤,曾洁,上官予梅,等.先天性甲状腺功能减退症患儿生长发育相关因素研究[J].中国妇幼保健,2018,33(3): 612-614.

[16]李中会,程昕然,苟鹏,等.不同治疗时机对先天性甲状腺功能减退症患儿体格、智力及神经系统发育的影响[J].解放军医药杂志,2022,34(1): 44-47.

[17]Saidalikutty FM, Palany R, Anirudhan N, et al. Original Article Clinical, diagnostic, and follow-up characteristics of children with ectopic thyroid: An 11-year tertiary referral center experience [J].Indian Journal of Child Health,2021,8(4): 158-161.

[18]马莉娜,胡肖阳.不同时间的选择在治疗先天性甲状腺功能减低患儿中的临床价值对比分析[J].云南医药,2020,41(3): 267-269.

探讨右美托咪定预防小儿扁桃体腺样体切除术后全身麻醉苏醒期躁动的临床效果

朱晓枫

青海省海南藏族自治州人民医院 青海共和 813099

摘要: 目的 探讨右美托咪定预防小儿扁桃体腺样体切除术后全身麻醉苏醒期躁动的临床效果。方法 选取本院 2019 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 38 例全身麻醉手术下小儿扁桃体腺样体切除术患者作为研究对象, 采用数字抽签法分为观察组和对照组各 19 例, 两组均采用统一麻醉诱导, 对照组进行常规治疗, 以 5 mL/h 的速度持续静脉泵注, 观察组在对照组的基础上使用右美托咪定输注, 比较两组苏醒时间、拔管时间、送离麻醉恢复室时间以及术后躁动评分及疼痛评分。结果 观察组的苏醒时间、拔管时间以及送离麻醉恢复室的时间均短于对照组, 观察组的 PAED 评分比对照组的低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 两组患儿的疼痛评分 (FLACC) 的比较没有明显差异, 没有统计学意义 ($P>0.05$)。结论 右美托咪定可有效降低儿童扁桃体腺样体切除后躁动的发生, 促进康复, 值得推广。

关键词: 右美托咪定; 小儿扁桃体; 腺样体切除术; 苏醒期躁动

0 引言

儿童在苏醒期躁动的发病率随着手术前焦虑、疼痛、药物等因素的作用而增加。学前幼儿是苏醒期躁动的高发阶段, 在主要应用于麻醉的手术病人中, 患者在苏醒期间的烦躁率很高, 其中七氟醚麻醉产生的烦躁率更高^[1]。近年来, 瑞芬太尼和丙泊酚联合静脉麻醉在儿童短期外科手术中应用广泛, 具有良好的控制性, 术后血液流通平稳, 停止使用药物后很快苏醒, 相对七氟醚麻醉来说, 患者在术后的躁动症发病率有所降低, 但是进行扁桃腺切除术后儿童患者, 其发病率依然很高^[2]。镇静药物、阿片类药物、曲马多等药物对苏醒后的躁动有一定的抑制作用, 但是效果并不是很好。右美托咪定具有高度的选择性和特异性 α_2 肾上腺素受体兴奋剂, 是一种有镇静、镇痛、抗焦虑和交感神经的药物, 在国外已被广泛用于儿童的麻醉临床研究^[3]。本文主要探讨应用右美托咪定治疗儿童扁桃腺样体切除术后全身麻醉苏醒期躁动情绪, 为儿童在苏醒期间产生躁动所使用药物的防治打下基础。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院中 2019 年 1 月至 2022 年 1 月间收治的 38 例全身麻醉手术下小儿扁桃腺样体切除术患者作为研究对象, 通过数字抽签法, 将所有患者分为观察组 (19 例) 和对照组 (19 例)。对照组进行常规治疗, 以 5 mL/h 的速度持续静脉泵注, 男 10 例, 女 9 例, 患者年龄为 1~9 岁, 患者平均年龄为 (5.12±0.53) 岁, 体重为 14~25 kg; 观察组在对照组的基础上使用右美托咪定, 男性患者 12 例, 女性患者 7 例, 年龄为 2~10 岁, 患者平均年龄为 (6.03±0.63) 岁, 体重为 15~26 kg。所有患者均有正常认知功能, 并对本次研究知情, 且签署知情同意书。在一般资料上无明显差异, 不具有统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

两组在麻醉之前均禁水、禁食。进入病房后, 对患者进行常规的生命指标检测, 同时进行氧气吸入。在麻醉诱导之前, 给予观察组儿童以 1 μ g/kg 的速率持续注射右美托咪定, 10 min 内输注完成。插管后, 在手术完成之后约 10 min 仍以 0.7 μ g/kg 继续进行泵注; 对照组采用相同体积的生理盐水。两组的麻醉诱导方式是: 0.1 mg/kg 咪达唑仑+2 mg/kg 丙泊酚+芬太尼 0.002~0.003 mg/kg+0.1 mg/kg 的顺式阿曲库铵。两组都连续静脉注射 2~4 mg/kg 的丙泊酚以及 0.2 μ g/kg 的瑞芬太尼, 同时不间断注射阿曲库铵以保持肌肉松弛。

1.3 观察指标

(1) 观察记录两组送离麻醉恢复室时间、拔管时间和患者苏醒时间。
(2) 对比两组苏醒期的躁动情况 (PAED) 评分, 其中包括服从指令并可以交流、有目的的行为活动、对周围环境充满警惕、情绪不安、吵闹无法

进行安慰等, 任意一项评分>4 分, 则为重度躁动, 总分越高, 躁动倾向越大。FLACC 评分: 最低 0 分代表无痛, 最高 10 分代表疼痛剧烈; 评分>4 分者根据疼痛给予镇痛药治疗。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 17.0 统计软件处理数据, 计量资料用 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料用 (%) 表示, 采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组各项时间比较

观察组的苏醒时间、拔管时间以及送离麻醉恢复室的时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 详情见表 1。

表 1 两组症状改善时间对比 ($\bar{x}\pm s$, min)

组别	苏醒时间	拔管时间	送离时间
对照组	8.10±2.11	11.78±2.67	23.55±5.31
观察组	9.78±2.22	12.25±2.93	20.15±5.87
t	3.756	2.592	2.838
P	0.000	0.000	0.003

2.2 术后疼痛及躁动情况对比

两组患儿的疼痛评分 (FLACC) 的比较没有明显差异, 没有统计学意义 ($P>0.05$), 观察组的 PAED 评分比对照组的低, 差异具有统计学意义 ($P>0.05$), 详情见表 2。

表 2 两组术后疼痛和躁动情况对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	FLACC 评分	PAED 评分
观察组	19	3.11±1.10	8.55±2.31
对照组	19	3.25±1.33	15.15±3.87
t		0.589	4.838
P		0.000	0.003

3 讨论

儿童阶段发生扁桃腺样体切除术是非常普遍的情况, 最主要的原因是阻塞性睡眠窒息和反复发作的咽喉炎。这种情况下, 儿童大多处于 3~10 岁之间的低龄岁数^[4]。患者可能会在全麻术后出现苏醒期躁动 (EA), 苏醒阶段躁动是指在麻醉剂苏醒期间出现意识和行为分开的精神状况, 有时会出现不好的行为, 是一种比较普遍的情况。患儿与家长分开并且对手术室的场景感到害怕、术后咽喉的疼痛、手术部位受到刺激而产生的不适等情况都会使孩子在苏醒时躁动, EA 会出现肢体乱动、无法安抚、无法配合医护人员、容易激怒、倔强、不配合等情况, 还会出现定向障碍和妄想症; 该病易感因素多且复杂, 具有一定的自限性, 且发生时间多在拔管后 15 min 左右, 部分病人需用药物进行干预。手术后的躁动会带来很多负面的

后果,比如创面出血、误吸、窒息等,病人还会出现心律失常、血压升高等情况,会导致循环合并症及内出血,所以,如何有效地防止病人在手术中出现的躁动是儿童麻醉中的一个重要问题。在做完扁桃腺样体切除术后立即通气是一件非常麻烦的事情,因为孩子们往往会感觉到剧烈的痛苦,麻醉醒来后会感到很痛苦,在取出气管插管的过程中,往往会出现咳嗽、呛管等情况,甚至会导致术后的鼻腔再次出血、呕吐,影响到呼吸道的畅通^[5]。与成人相比,儿童躁动期发生概率较高,且烦躁期明显延长,所以在儿童的麻醉中要想避免躁动就必须采取措施。目前在治疗过程中,可以通过使用一些止痛类的药物来控制患者的躁动,但是大多数的药物都会对患者的呼吸产生一定的影响,从而延长患者的苏醒和恢复的时间,并提高患者术后呼吸道阻塞的危险。本次研究采用右美托咪定探讨其在小儿扁桃腺样体切除术中对苏醒躁动的影响,为临床应用提供参考。

盐酸右美托咪定(DEX)是一种新一代的 α_2 受体激动剂,其选择性较高,其主要的治疗目标是大脑中的蓝斑核区,并与脑干蓝斑核及脊髓的 α_2 受体相连接,从而达到镇静、镇痛、催眠等效果,且不会对呼吸系统产生抑制作用,也不会对呼吸系统造成干扰,血液流动也很稳定^[6];与其它全麻配合使用,可降低使用剂量,降低复方制剂的副作用。目前,右美托咪定在小儿病人中的使用已有很多文献报导,证明右美托咪定在小儿中的使用是可行且安全的。右美托咪定的临床使用专家一致认为^[7],在儿童使用该药物时可以采取鼻腔点滴、静脉输液、肌肉注射等多种方式;该药可降低术前焦虑紧张、术中寒颤、术后烦躁不安等症状。右美托咪定具有很好的镇静效果,但在起到镇静的作用下会让人苏醒,对呼吸系统基本没有影响,其对心脏的抗交感神经影响会引起动脉血压和心跳的降低。

小儿生理心理差异较大,苏醒期躁动病因较为复杂。目前还没有一个原因可以对躁动的发生进行合理的分析,手术麻醉深度、术后镇痛、保证呼吸循环的平稳、避免对苏醒期躁动的不良反应(例如:选择正确的拔管期)等都能显著降低或避免苏醒期躁动的发生^[8]。在此项实验中,尽量减轻儿童的紧张情绪,以减少儿童在手术后的苏醒期躁动发生情况,以防止儿童在手术中出现的不良行为。在手术之前与儿童沟通以获得孩子的信赖。幼儿心理还没有完全发育,情感波动较大,对周围的一切还不了解,特别是处于陌生的情况下,容易产生恐惧和担忧。术前探望患者,可与患者和患者的家人进行简短的交流,减少儿童的防御性,缓解手术前的紧张心理,对儿童的心理康复有重要作用。患儿在脱离家长的情况下,会出现哭泣的情况,可采取分散注意力的方法,让孩子们观看动画或者听歌;在孩子拔掉导管后,如果情况许可,可以让患儿的家长到康复中心去安抚,减轻孩子的焦虑和恐惧。

除此之外,临床上已有文献指出^[9],在进行手术前,通过口服、静脉、滴鼻等方式,通过适当的镇静药来缓解患儿的焦虑和躁动,使患儿的心情得到稳定,可以减少EA的发病率。苯二氮卓类、巴比妥类及其他类类的镇静剂是目前临床上比较常见的药物,由于儿童在进行手术前会出现阻塞性睡眠呼吸暂停,因此一般会在手术前使用玩具、观看视频来转移患者的注意力,替代手术前使用的抗焦虑药物。术前用药,应考虑术中的抗焦虑和安定剂所产生的术后过量麻醉和呼吸道合并症的危险,特别是在短期内进行的扁桃腺切除术,这会加重患者的呼吸和麻醉效果,同时也会增加复苏室的停留时间。本文采用右美托咪定法进行儿童手术治疗,并对儿童患者在手术后出现的躁动性反应进行了观察。2018年出版的《右美托咪定临床应用专家共识》中指出^[10],适当的使用右美托咪定能降低患者的身体应激反应,为手术期间的麻醉、止痛、手术后的拔管率等起到积极作用。右美托咪定具有与正常睡眠相似的安神效果,适时适量使用该药物,镇静镇痛效果明显,能明显减轻患者的紧张情绪,同时还能抑制自主神经的反应,不会影响患者呼吸以及不会增加患儿的苏醒时间,可以有效地防止七氟烷手术后EA的发生。DEX主要作用于脑干的蓝斑核,蓝斑区中的去甲肾上腺素的背束肌能调节大脑皮质的唤醒,且能阻断蓝斑核突触前膜中的 α_2 肾上腺素受体,由于神经元的分泌会导致神经元脱氧肾上腺素的分泌下降,使突触后的细胞兴奋程度下降,使人的唤醒能力受到压制。DEX模拟

了内源性的睡眠,其机制是由蓝斑核所调控的镇定效应,能减缓心跳,减少周围的血流量,从而间接地减少心肌收缩力,减少心排血流量,并使血液循环保持平稳。另外,在研究中将低剂量的丙泊酚与七氟醚联合用于维持麻醉^[11],丙泊酚是现在最常见的静脉麻醉药物,这是一种快速、稳定、不会出现肌肉不自主运动、咳嗽、呃逆等不良反应的一种短期的静脉麻醉药物,是一种叫做烷基酚的药物。其作用快速,半衰期较短,在人体内没有药物的代谢积累,快速地进入了一个平稳的深层次,并且不会增加患者的苏醒时间,副作用也很小;在ICU麻醉诱导、维持和病人的麻醉中起着重要作用。已有的调查表明^[12]:适当应用丙泊酚可以减少儿童苏醒期躁动的发病率。其作用机理是丙泊酚可以减少大脑中的葡萄糖和乳酸盐含量,而葡萄糖、乳酸盐含量则与苏醒期躁动的发病有一定关系。部分学者在我国进行的临床试验表明,儿童鼾病的鼻内窥镜治疗应注意丙泊酚用量,术中血清中的丙泊酚TCI浓度为3~4 $\mu\text{g/mL}$,拔管后EA的发病率明显降低,而且患者的生命指标更为稳定。本试验选择进行儿童扁桃腺样体手术的患儿作为研究对象,应用七氟烷和低浓度丙泊酚的静吸法,观察右美托咪定在儿童手术中应用于儿童扁桃腺样体手术中的应用及安全。根据流行病学调查显示,在不同的年龄段中,学龄前孩童的苏醒期躁动发病率最高,因为手术的缘故,在临床上的耳鼻喉手术术后更容易出现苏醒期躁动。此项研究显示,右美托咪定在术中可显著减少小儿外科手术术后EA的发病率,并可改善患者的躁动评分,而不会造成较大的血液动力变化,也不会增加患者的麻醉苏醒时长。本试验的数据表明,观察组的苏醒时间、拔管时间以及脱离麻醉恢复室的时间均短于对照组,观察组的PAED评分比对照组的低,差异有统计学意义($P<0.05$),两组患儿的疼痛评分(FLACC)的比较没有明显差异,没有统计学意义($P>0.05$)。

本次研究旨在观察右美托咪定用于儿童扁桃腺样体切除以了解该药物在儿童全身麻醉下的应用情况以及右美托咪定的临床效果。经过对采集的资料进行系统的统计和分析,得出右美托咪定在儿童扁桃腺样体切除术后全身麻醉的苏醒期躁动应用是可行的、安全的,并且使用DEX对儿童患者呼吸、循环系统的作用较小,在一定范围内对儿童的手术全麻唤醒期间的躁动现象有所缓解,并且不会延长患者的麻醉苏醒时间。

参考文献:

- [1]李立,张钰,丁洋子,等.右美托咪定预防小儿扁桃腺样体切除术后全身麻醉苏醒期躁动效果分析[J].中国临床医生杂志,2022,50(6):728-741.
- [2]王险峰,李亚明.右美托咪定对小儿扁桃腺样体切除术麻醉苏醒期躁动及拔管反应的影响[J].安徽医药,2017,21(7):1317-1321.
- [3]方广,张翠红,李有华,等.右美托咪定预防小儿腺样体切除术拔管及烦躁的应用效果[J].国际医药卫生导报,2018,24(13):2012-2015.
- [4]胡琳琳,王萍.右美托咪定在小儿腺样体及扁桃体切除手术中的麻醉效果观察[J].母婴世界,2021,21(14):129.
- [5]周思海,刘晓莉,顾茜,等.右美托咪定对小儿(腺)扁桃体切除术后苏醒期躁动影响的Meta分析[J].新疆医科大学学报,2020,43(8):1052-1058.
- [6]刘洋.右美托咪定(Dex)滴鼻用于小儿腺样体及扁桃体切除手术的有效性、安全性分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(1):148.
- [7]张燕岭.右美托咪定对小儿扁桃体合并腺样体手术全麻苏醒期躁动的影响[J].心理月刊,2020,15(13):184.
- [8]谢照明.不同药物对小儿扁桃腺样体切除术后镇静镇痛效果的比较[J].中外医学研究,2020,18(33):54-57.
- [9]吴方圆.右美托咪定用于小儿腺样体手术麻醉的效果分析[J].饮食保健,2020,7(31):36.
- [10]张春英,于明涛.右美托咪定对小儿扁桃腺样体切除术麻醉苏醒期躁动及拔管反应的影响分析[J].中国农村卫生,2020,12(2):44.
- [11]周鑫.右美托咪定在小儿腺样体及扁桃体切除手术中的麻醉效果观察[J].中华危重症医学杂志:电子版,2020,13(2):135-137.
- [12]张志凤,陈韬.不同右美托咪定给药方式对扁桃腺样体切除患儿术后恢复的影响[J].江苏医药,2021,47(8):851-854.

家庭赋权对重症脑血管病患者主要照顾者照顾准备度的影响研究

周育蕾 李霞

唐山市人民医院 河北唐山 063000

摘要：目的：探讨家庭赋权对重症脑血管病患者主要照顾者照顾准备度的影响。方法：选取2017年7月至2017年12月在唐山市人民医院神经内科NICU病区住院治疗的重症脑血管病患者的主要照顾者60名作为研究对象，随机分为试验组和对照组，试验组30名，对照组30名。试验组接受在院期间的家庭赋权干预和临床常规护理，对照组单纯接受在院期间的临床常规护理，应用照顾者准备度量表评价干预效果，NIHSS评分评估患者神经功能缺损，ADL评估患者的日常生活能力。结果：试验组与对照组患者及主要照顾者一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），干预前试验组与对照组照顾者准备度得分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），干预后试验组与对照组照顾者准备度均明显提高（ $P<0.05$ ），两组NIHSS评分及ADL评分比较，干预后试验组得分明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.001$ ）。结论：家庭赋权可以提高重症脑血管病患者主要照顾者的照顾准备度，在帮助患者疾病康复的过程中起到了非常积极的作用。

关键词：家庭赋权；脑血管病；主要照顾者；照顾准备度；NIHSS；ADL

脑血管病被称为是“人类健康的头号杀手”^[1]，其具有高发病率、高病死率、高致残率、高复发率、并发症多的特点。在我国，每年度脑血管病的发病率约为219/10万，致死率高达80%以上，恢复期有超过50%的患者存在不同程度的躯体活动、进食苦难、认知和情绪，导致患者生活不能自理，需要家庭照顾者协助护理^[2]。脑卒中患者的家庭照顾者一般为配偶、子女、其他亲属、护工、志愿者等，也被称之为非专业照顾者^[3]。非专业照顾者由于缺乏对脑血管病知识的掌握，尤其是重症脑血管，通常对患者的照顾不周，长期下去会影响患者的康复过程，从而导致患者生活质量的降低^[4-5]。所谓家庭赋权是指在医护人员的指导下，帮助患者家属了解专业的照顾知识，掌握照顾的技能，充分利用照顾的资源，使能够积极的控制自己的生活，从而提高患者的生活质量^[6]。目前许多国外相关学者已经将家庭赋权应用于慢性病的相关领域，目前已经成为提高患者生活质量的重要措施^[7-8]。本研究旨在评价家庭赋权对重症脑血管病患者主要照顾者准备度的积极影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用任意抽样方法，选取2017年7月至2017年12月在唐山市人民医院NICU住院治疗的重症脑血管病患者60名，随机分为试验组和对照组各30名，其中对照组2名病人因转院治疗中途退出，最终试验组30名，对照组28名。

纳入标准：①符合全国第四届脑血管病的诊断标准，经颅脑CT或核磁共振检查确诊^[9]；②初入院时患者无法生活完全自理，四肢肌力≤3级，NIHSS≥6分，ADL≤60分；③出院后以家庭为主要康复场所；④患者主要照顾者了解研究程序，同意配合参与研究。排除标准：患者合并其他重大疾病，如器官衰竭，恶性肿瘤等。

1.2 方法

1.2.1 试验组实施方法 从患者入院首日至出院日，由研究者本人采用一对一的形式，对患者主要照顾者进行健康教育，时间定于患者下午休息后，每次时长15min至20min。健康教育内容主要包括：①专业知识交流，研究者向患者主要照顾者进行脑血管病的概念、病因、肢体功能位摆放、并发症的预防及处理、导致卒中复发的因素、药物不良反应、康复训练及家庭突发情况紧急处理方法等内容的培训；②心理疏导，安抚主要照顾者情绪，对于主要照顾者的问题进行耐心解答，向其分享其他护理成功案例，增强信心，帮助主要照顾者做好长期照顾的准备，告知主要照顾者做好相关护理措施对患者预后具有重大作用。③仔细沟通照顾方法，制订方案时研究者和主要照顾者一起讨论，根据不同患者的不同病史、病情特点，照顾方案要具备个体化的特点。与主要照顾者共同评价照顾方案的可行

性。如果在护理方便存在困难，研究者需要向主要照顾者详细讲解护理要点，并进行相关演示，直至掌握其护理要点。除此之外，要给予主要照顾者照顾能力的肯定，帮助其总结成功的照顾经验。

1.2.2 对照组实施方法 对照组患者接受入院常规的护理措施，包括入院第一天接受一般的健康教育，介绍住院环境，以缓解患者及其家属的紧张情绪，同时告知患者主要照顾者住院期间的注意事项，包括患者病情进展的可能性、并发症的发生和防范、在院期间疾病不同阶段护理的重点及其注意事项。住院期间由研究者本人根据患者病情变化等具体情况，晨间护理时进行以上宣教。

1.3 调查工具

1.3.1 一般资料调查表 包括患者及主要照顾者的年龄、性别，患者的支付方式，主要照顾者的收入状况、职业状态等。

1.3.2 NIHSS评分量表 根据1989年美国国立健康研究所制定的急性卒中评定表，评估患者入院时、出院时及出院后90天的神经功能缺损程度。

1.3.3 ADL评分量表 日常生活活动能力（ADL）采用修订的Barthel指数（Modified Barthel Index, MBI）评估患者入院时、出院时及出院后90天的生活活动能力。

1.3.4 照顾者准备度量表 由Archbold^[10]等学者于上世纪九十年代年编制，用于评价患者相关照顾者准备度情况。该量表共有8条内容，每条内容均为Likert 5级评分，“非常不符合”计0分，“非常符合”计4分，满分为32分，得分越高，说明照顾者的准备度越高。近年来，国内相关学者^[11]将该量表汉化，经信效度检验后得出该中文版量表的Cronbach's α 系数为0.925，量表的效度较好，本研究选用此量表评价首发脑卒中患者主要照顾者的准备度。

1.4 统计学方法

采用SPSS 18.0软件进行数据分析。主要使用描述性统计、非参数检验、Fisher精确概率法、独立样本t检验、配对样本t检验进行数据分析，检验水准 $\alpha=0.05$ （双侧）。

2 结果

2.1 两组间一般资料比较

试验组与对照组患者及主要照顾者一般资料比较，差异不具有统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，具体见表1、表2。

表1 试验组与对照组患者一般情况比较

项目	类别	试验组 (n=30)	对照组 (n=28)	t值	P值
性别(n, %)	男	24 (80.0%)	20 (71.4%)		0.682
	女	6 (20.0%)	8 (28.6%)		

年龄(岁)	63.67±11.20	65.07±12.44	-0.320	0.816
脑血管病类	脑梗塞	18 (60.0%)	20 (71.4%)	
型(n, %)	脑出血	12 (40.0%)	8 (28.6%)	0.700
支付方式	医保	16 (73.3%)	12 (42.9%)	
(n, %)	自费	14 (26.7%)	16 (57.1%)	0.715

表2 试验组与对照组患者主要照顾者一般情况比较

项目	类别	试验组 (n=30)	对照组 (n=28)	t/Z值	P值
性别(n, %)	男	10 (33.3%)	12 (42.9%)		0.710
	女	20 (66.7%)	16 (57.1%)		
年龄(岁)		53.07±11.39	50.93±13.11	-0.470	0.642
收入状况	<3000	14 (46.7%)	16 (57.1%)	-0.576	0.565

组别	例数	NIHSS评分			ADL评分		
		入院	出院	90天	入院	出院	90天
试验组	60	24.27±2.22	12.57±1.06	6.73±0.28	33.57±12.51	66.24±8.48	83.50±5.53
对照组	58	23.57±2.51	17.38±2.67	12.83±2.85	35.07±12.44	51.75±10.94	62.75±7.47
t		1.085	9.203	5.672	0.303	3.095	7.425
P		0.282	0.000	0.000	0.763	0.000	0.000

2.3 干预前后两组主要照顾者照顾准备度的比较

在本次研究中,实施干预前两组主要照顾者的照顾准备度差异无统计学意义($P>0.05$),实施干预后,试验组与对照组主要照顾者的患者准备度均明显升高($P<0.05$),试验组主要照顾者的照顾准备度明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.001$),具体见表4。

表4 试验组与对照组干预前后主要照顾者照顾准备度比较

阶段	试验组 (n=30)	对照组 (n=28)	t值	P值
干预前	17.47±5.11	18.36±4.33	0.505	0.618
干预后	25.87±2.33	21.71±2.73	-4.420	<0.001
t值	-5.030	-2.267		
P值	<0.001	0.041		

3 讨论

根据本次研究结果显示,试验组与对照组患者主要照顾者的照顾准备度在干预前后均发生明显变化,干预后的照顾准备度均有显著提高($P<0.05$);试验组与对照组得分比较,试验组干预前后得分改善明显优于对照组($P<0.001$),这与张旭^[12]等的研究结果一致,这说明家庭赋权对提高重症脑血管病患者主要照顾者的准备度具有显著效果。本研究中,研究者将家庭赋权应用于提高重症脑血管病患者主要照顾者的照顾准备度,通过对研究对象进行专业知识交流、心理疏导、制定相应的护理方案,对主要照顾者进行个性化指导,结果显示该方法明显提高了重症脑血管病患者主要照顾者的准备程度,在帮助患者的康复过程中具有积极作用。我国也有学者^[13]在家庭赋权干预对神经外科危重症患者医院感染预防效果、患者生活质量的影响、治疗效果等方面进行了研究。其中有研究结果显示,家庭赋权通过改变ICU现有探视模式,减轻家属负面情绪,显著促进患者康复,提高服务满意度,和谐医患护患关系。由此可见,家庭赋权用于提高部分疾病患者主要照顾者照顾准备度具有很大意义,可在临床大力推广。但由于时间关系及研究者本人精力有限,本次研究所收集的样本量较小,而且只对重症脑血管病患者的主要照顾者进行了研究,更多相关疾病需要进行更多的大样本量的大规模研究进行证实。

参考文献:

[1] Mohan K M,Wolfe C D,Rudd A G,et al.Risk and cumulative risk of

(元)	3000~	10 (33.3%)	8 (28.6%)
	>5000	6 (20.0%)	4 (14.3%)
职业状态	在职或个体	18 (60.0%)	22 (78.6%)
	退休或无业	12 (40.0%)	6 (21.4%)

2.2 两组间患者入院时NIHSS及ADL评分比较

试验组与对照组患者入院时NIHSS及ADL评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性;出院时及出院后90天试验组患者的NIHSS评分明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);出院时及出院后90天试验组患者的ADL评分高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。详见表3。

stroke recurrence:A systematic review and Meta-analysis[J].Stroke,2011,42(5):1489-1494.

[2] 吕娜,董彩梅.首发脑卒中患者主要照顾家属照顾现状调查研究[J].护理实践与研究,2018,15(1):12-15.

[3] 刘春莹,王晶晶.脑卒中患者照顾者感受的研究进展[J].护理实践与研究,2016,13(17):22-24.

[4] Coleman EA,Ground KL,Maul A.The Family Caregive Activation in Transitions(FCAT)Tool:a new measure of family caregiver self-efficacy[J].Jt Comm J Qual Patient Saf,2015,4(11):502-507.

[5] White CL,Barrientos R,Dunn K.Dimensions of uncertainty after stroke:perspectives of the stroke survivor and family caregiver[J].J Neurosci Nurs,2014,46(4):233-240.

[6] Singh NN.In search of unity:some thoughts on family-professional relationships in service delivery systems[J].J Child Fam Stud,1995, 4(1):3-18.

[7] Salahi SH,Javanbakhtian R,Hasheminia SM,et al.The effect of family-centered empowerment model on quality of life of hemodialysis patients[J].J Urmia Nurs Midwifery Fac,2012,10 (1):61-67.

Masoodi R,Ahiani F,Moghadassi J,et al.The effect of family-centered empowerment model on skill,attitude and knowledge of multiple sclerosis caregivers[J]. J Birjand Univ Med Sci,2010,17(2):87-97.

[9] 各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.

[10] Archbold PG,Stewart BJ,Greenlick MR,et al.Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain[J].Res Nurs Health,1990, 13(6):375-384.

[11] 刘延锦,王敏,董小方.中文版照顾者准备度量表的信效度研究[J].中国实用护理杂志,2016,32(14):1045-1048.

[12] 张旭,任蔚虹,泮燕红.家庭赋权方案对首发脑卒中患者主要照顾者的影响研究[J].中华护理杂志,2018,53(2):133-138.

[13] 魏忠梅,段永暖,张丽贞,等.家庭赋权干预对神经外科危重患者医院感染预防效果的研究[J].中华医院感染学杂志,2016,26(4):939-941.

不同麻醉方式对复杂性肛瘘术后镇痛的影响

同娟妮

潼关县人民医院 陕西潼关 714399

摘要:目的 对复杂性肛瘘病患采用不同麻醉方式进行镇痛手段,观察探究病人在肛瘘术或术后的镇痛难点及干预效果,对改善作用进行一定评估。方法 我院收治肛瘘手术患者 60 例,为本次试验研究对象,经麻醉方式区分成两组即对照组、试验组,对照组采取常规腰-硬联合麻醉干预,试验组实施有效的硬膜外麻醉联合自控镇痛模式,评估组间相关指标的差异,分析对比组间疗效。因此,本文以肛瘘手术者为主要研究对象,通过不同麻醉方式对其术后镇痛的影响进行了分析。结果表明:与对照组比,在试验组中,麻醉后起效时间明显延长,镇痛时间明显得到缩短,组间呈显著性($P<0.05$);试验组镇痛率明显高于对照组,且不良反应率大大低于对照组($P<0.05$)。结论 对复杂性肛瘘患者术后采用硬膜外麻醉联合自控镇痛模式进行干预,镇痛效果更佳,镇痛率及不良反应率明显高于传统麻醉模式,采用此方法具有积极意义。

关键词: 麻醉; 肛瘘; 手术; 镇痛

手术过程中,术后患者的镇痛是一个比较复杂和敏感性非常高的话题。主要原因在于麻醉诱导造成机体局部组织损伤、疼痛及全身创伤等并发症出现以及器官功能降低而导致病人痛苦的一种外治方式;其次,由于急诊抢救时间紧迫或治疗压力大以及麻醉技术水平有限使得患者在临床上易产生各种不适感甚至会发生肌肉痉挛,使肢体活动减弱或者瘫痪直至死亡现象逐渐增多,另外,患者在麻醉诱导过程中也可能会出现不同程度的镇痛。手术室包括麻醉等。其中的药物选择是根据患者自身情况而定;而对于急诊抢救和术后恢复均应尽量减少给药剂量以及缩短住院时间为目的;此外还可以适当增加局部注射剂或辅助输注量,提高镇痛效果的同时降低了手术室感染发生率及死亡率。脑电研究表明,麻醉剂的刺激可使患者神经传导系统发生改变,从而导致其组织结构发生变化,进而引起机体功能紊乱、损伤及异常反应。在手术过程中采取常见措施镇痛^[1]。首先术前要对患者进行镇静催眠。根据病人不同情况采取相应措施治疗和干预来控制病情发展;其次要加强与医护人员之间沟通交流以了解手术室感染的原因以及处理方式等以降低并发症发生率从而减少患者的痛苦。镇痛药物主要包括 2 种,即常规治疗和新型麻醉,其疗效均为最佳镇痛药物的选择,在麻醉诱导前应先进行常规治疗,包括手术准备、用药指导和麻醉效果评估等。对患者进行镇静催眠及抗感染能力训练。术中要严格控制刺激量以及剂量以防止其发生不良反应;另外注意药物种类的差异性与耐受度;尽量使用低毒药以降低毒性并保证安全性服用药物后不会影响病情发展甚至危及生命健康同时也要注意在麻醉过程中,尽量降低刺激量,避免给患者带来二次伤害。疼痛模型是根据麻醉方式对患者进行评估,其主要研究的内容包括:(1)镇痛片口和镜面麻醉器,在手术过程中病人会出现不同程度的感觉刺激性反应。通过视觉、触觉等生理感受来判断患者是否有这种痛苦感。由于术后镇痛具有较长使用期及并发症风险高特点,因此临床医师要加强对该疾病疼痛模型进行评估以确定其是否适合于本病诊断与治疗以及诊断所需时间长短和要求等问题(2)镇痛片口和镜面麻醉器,在手术过程中,要密切观察患者的疼痛反应、临床症状及术后并发症。通过对该模型进行评估来确定是否适用于本病诊断与治疗以及护理方案;(3)对于麻醉效果不佳或有严重不良影响患者应及时更换新药同时加强镇痛组医生指导其用药措施并做好相关预防工作以保证疗效和安全情况下再选择其他方法辅助药物,从而达到最佳的治疗目的^[2]。本文选择不同麻醉方式用于复杂性肛瘘手术及术后镇痛,分析观察改善作用。

1 资料与方法

1.1 一般情况

在我院已收治 140 例复杂性肛瘘术后病患,作为本次的研究对象,纳

入标准为在临床依从性佳;均符合临床诊断标准;排除精神障碍,顺利交流产生障碍;妊娠期、哺乳期患者;并肝肾功衰竭、心脑血管病变严重;不积极参与研究方案者。经伦理委员会已审批并签署知情同意书。分为对照组、试验组,各 70 例。对照组 45 例男性、25 例女性;年龄 28 岁~44 岁,均龄(34.9±7.0)岁;试验组 43 例男性、27 例女性;年龄 26 岁~42 岁,均龄(33.0±6.9)岁。分析对比一般临床资料其基本包括(性别、年龄、合并症等)进行对比,组间无差异性($P>0.05$),组间具有可比性。在麻醉诱导的同时,患者出现了不同程度的肢体功能障碍,甚至会引起昏迷、头昏等症状。因此需要通过镇痛药物对患者进行治疗。根据病人自身病情情况选择合适镇痛药及静脉穿刺部位;再次则是根据手术方法及操作方式来判断麻醉是否有效,如果有异物则需要立即进行处理,并及时将其转移到阴凉潮湿的环境中。最后是在麻醉完毕后应立即对患者实施镇痛治疗。本次试验主要通过观察腹部苍白和背部肌张力、腹腔压力以及手术前后肢体回缩情况等来判断穿刺是否有效及止血作用有无,同时还需注意的是:选择合适的注射器并适当地进行冲洗,以免发生感染现象最后是在麻醉过程中根据患者的病情选择适当的注射部位,并进行镇痛处理等。

1.2 方法及数据采集

实验开始前,先对麻醉剂、麻醉液进行检查,确认没有毒性物质的存在。同时向其说明清楚手术过程中应该采取何种方式。在确定了试验方案后正式实施。术当天所有纳入者禁食禁饮,术前需灌肠,开通静脉通道,麻醉前两个组均不用其他药物,但需观察两组患者体征变化。对照组实施腰-硬联合麻醉,试验组实施硬膜外麻醉联合自控镇痛;具体操作:对照组穿刺于 L2-3 椎体间隙,完成后植入腰麻穿刺针,注射器中有脑脊液回流后缓缓注入局麻药,术前麻醉时用 1ml 的 0.75%布比卡因,术后注入哌替啶进行止痛。试验组硬膜外麻醉联合自控镇痛,采用传统硬膜外麻醉操作方式,术后患者使用 50ml 0.2%罗哌卡因及 50ml 20ug/ml 芬太尼注进 PCA 泵止痛,按疼痛度控制剂量^[3-4]。

1.3 评价指标

对比组间麻醉的起效时间/镇痛时间/术后疼痛反应程度及不良反应。

1.4 统计学方法

对两组测定的数据结果同时采用 SPSS17.0 统计软件进行分析,对计数资料以率(%)表示采用卡方检验,若组间的 $P<0.05$ 时差异具有显著性。

2 研究结果

2.1 术后镇痛患者的临床资料

术后镇痛是临床上常见的因素,其发病原因和治疗方法各有不同,目前

尚未明确。本研究主要从患者手术前、术中及手术之后这三个角度进行观察。(1)生理方面:①心理紧张状态下麻醉诱导引起的疼痛;②对药物镇静无血性渗出有抑制作用而导致局部组织损伤等情况发生时不予以采用;③在麻醉过程中会产生大量的静脉炎和腹膜炎,严重者会出现全身乏力,影响患者生命安全(2)术后镇痛患者的临床资料包括其性别、年龄和手术方式等。

2.2 麻醉效果

试验组麻醉起效时间明显较对照组长,试验组镇痛效果明显缩短于对照组,组间差异显著($P>0.05$)。

表1 组间麻醉的效果

组别	麻醉起效时间 (min)	镇痛时间 (min)
试验组 (n=70)	8.1±4.4	39.1±6.1
对照组 (n=70)	2.4±1.5	61.4±5.5

2.3 术后镇痛随访

手术完成后,在患者家属的陪同下对其进行麻醉,并根据医生提供的镇痛药物和术前患者身体状况决定是否接受该治疗。本次试验主要是采用常规护理干预措施。首先向所有前来住院就诊时都要先告知手术效果、并发症及相关注意事项;其次向医护人员详细介绍麻醉过程中需要用到哪些药以及使用方法等情况;再者要求医务人员在患者家属陪同下对其进行体位测量并根据测量结果对患者进行镇痛药物的剂量和注射部位等内容。本次试验主要是观察手术后麻醉过程中是否确定了麻醉的部位,以及使用何种护肤剂,来判断该如何配合医生治疗,从而更好地控制并发症及相关注意事项本次试验主要是观察手术后麻醉过程中镇痛的变化情况,以及是否需要更换新药。在进行常规治疗时,首先要保证患者及家属身体状况良好;其次根据术前检查结果确定其身体条件较差、活动能力差等问题。最后再选择最佳注射部位和药物来调整给药剂量以使镇痛能够满足手术需求并减少并发症发生几率达到预期目的(试验中麻醉方法为穴位一次性连续冲洗2次)本次试验中麻醉剂量适宜,手术后镇痛的改变率达到了92.9%,而2组患者术前治疗期间都没有出现明显变化。

表2 组间术后疼痛改善效果

组别	重度	中度	轻度	理想镇痛率 (%)
试验组 (n=70)	5	38	27	92.9
对照组 (n=70)	15	35	20	78.6

2.4 术后镇痛的评估

本研究中,麻醉方式对急诊手术及术后的镇痛效果进行了评估,结果表明,不同的麻醉剂以及相同剂量所使用药物均存在着差异。在实验中发现采用常规治疗方法时需要佩戴止血带、手套等辅助工具来减轻患者疼痛和刺激性反应以达到缓解疼痛目的;而采取硬膜外麻醉联合自控镇痛可有效减轻患者的疼痛和刺激性反应。在麻醉过程中,镇痛效果明显优于常规治疗。

3 讨论

临床上,麻醉方式对患者的感觉、知觉和记忆有一定影响,术后镇痛是一种缓慢而严重的疼痛表现。研究中发现肛肠手术易引起腹部大出血。在本实验组病例来看:麻醉时间长或持续时间短时可发生局部灼热、烧伤及皮肤粘连等现象;麻醉期间可出现全身晕厥加重症状,且多伴有不同程度的腹胀、下翻腾和感觉障碍等情况;术后镇痛患者疼痛明显延迟并有进一步扩大倾向术后镇痛患者疼痛延迟时间越长则临床表现更明显,麻醉方式对其影响更大。术后镇痛是手术过程中的重要治疗手段,严重影响患者康复,

甚至会引起多种疾病,如脑膜炎、神经性水肿及尿急等^[5]。麻醉方式对术后镇痛的影响主要有以下几点:第一,手术时,药量较足、刺激大或剂量过多都易引起肌肉痉挛。患者在完全无肌收缩效果之前就已经开始进行气管注射。第二是在麻醉诱导过程中由于药液和氧气无法及时排出而出现了局部麻痹现象;第三则是药物浓度过大或者过大会造成气囊充血等部位的损伤以及术后镇痛症状加重等情况都会造成镇痛。镇痛刺激:药物吸入后可能引起全身组织及血管收缩。患者应立即引流并迅速吸氧或用手触摸穿刺处进行充分的镇痛操作;手术室内有细菌性肺炎:麻醉过程中局部麻醉液的吸氧必须在术后24h内完成,否则可能会导致呼吸困难。术后镇痛是一种非常常见治疗方式,手术中,患者在麻醉诱导之前,需要进行气管插管、呼吸机等肢体操作来降低气囊扩张引起的疼痛。麻醉液过长时间放置会导致局部组织损伤和纤维化程度增高。同时也容易造成肌肉拉伤及关节麻痹或硬结;另外若患者出现剧烈运动或者昏迷情况时需立即停住四肢与全身并平躺到自然循环中去避免发生肢体损伤。在手术中,镇痛药物的使用非常频繁,但大多数患者都没有完全麻醉由于镇痛药物的副作用,患者在麻醉诱导期间需要大量使用镇静剂,但大部分未达到理想效果另外,由于镇痛药物的副作用,在麻醉诱导期间,会引起局部纤维化、细胞分裂等现象^[6-7]。

本实验中研究结果表明,麻醉方式对肛肠穿行阻力与治疗效果具有一定程度上统计学差异($P<0.05$)。本实验过程中镇痛的成功率较高但麻醉方式硬膜外麻醉联合自控镇痛的镇痛效果较好,与对照试验结果差异显著($P<0.05$)。观察期间术后镇痛检查情况无明显异常。本次实验研究主要是对患者手术过程和药物配合进行合理控制,并通过多种有效并发症的预防措施来提高疗效从而降低患者的术后镇痛发生率,提高手术治疗效果。

4 创新

术后镇痛是临床上最常见的并发症,其发病原因主要有气管插伤、手术操作过程中麻醉药品中毒,以及手术期间患者出现头晕目眩等现象。同时也可通过观察术后镇痛是否复发的临床表现来判断该麻醉方法能否有效地预防,为临床治疗提供有效的依据在麻醉方式上可以通过麻醉药物的镇痛来实现手术治疗,麻醉方式对镇痛具有一定影响,在麻醉手术中可以有效地预防并发症发生。

参考文献:

- [1]张春敏. 不同麻醉方式对复杂性肛瘘术后镇痛的影响[J]. 按摩与康复医学, 2016 (1): 2.
- [2]何开强, 朱丽, 肖树榜, et al. 自控镇痛联合硬膜外阻滞麻醉对高位复杂性肛瘘患者血流动力学及免疫应激反应的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2022, 32 (2): 6.
- [3]刘昶, 谈海云, 余良胜. 硬膜外阻滞复合静脉全身麻醉联合自控硬膜外镇痛对胃癌患者细胞免疫和应激反应的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2019 (9): 3.
- [4]刘新善, 宋俊伟, 茹晓明. 全身麻醉联合硬膜外阻滞对胃癌根治术患者应激反应的影响[J]. 中国临床实用医学, 2017, 8 (6): 3.
- [5]燕建新, 于晶, 赵爽. 硬膜外麻醉联合全麻对胃癌根治术患者炎症、应激反应及并发症的影响[J]. 现代消化及介入诊疗, 2018, 23 (5): 3.
- [6]马文俊. 探讨全麻复合硬膜外麻醉对胃癌根治术患者应激及炎症反应的影响[J]. 大家健康 (下旬版), 2017, 11 (9): 97.
- [7]马龙, 侯俊德, 王志刚, 等. 硬膜外麻醉联合全麻复合右美托咪定对腹腔镜结直肠癌根治术患者免疫功能及应激反应的影响[J]. 广西医科大学学报, 2018, 17 (3): 228-231.

微创髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的效果及安全性评价

巴音达拉¹ 史立业²

1.新疆博州人民医院骨一科 新疆博州 833400; 2.新疆博乐市人民医院骨科 新疆博乐 833400

摘要:目的:观察微创髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的效果及安全性,分析其临床价值。方法:选择新疆博州人民医院骨外科2019年01月~2020年12月期间收治的80例老年股骨颈骨折患者作为观察对象,根据患者的意愿将其分为常规切口髋关节置换术组(常规组)40例和微创小切口髋关节置换术组(微创组)40例,观察两组患者手术指标、术后恢复情况、手术相关并发症发生率及术后1个月、3个月、6个月及12个月时髋关节功能恢复情况。结果:微创组患者手术切口长度及手术耗时,同比于常规组患者,明显更短;术中出血量同比于常规组患者,明显更少,术后VAS评分同比于常规组患者,明显更低($P<0.05$);微创组患者术后2dCRP水平、红细胞沉降率及大腿周径增加值同比于常规组患者,明显更短,术后首次下床活动时间及住院时间同比于常规组患者,明显更短($P<0.05$);微创组患者手术相关并发症发生率为5.00%,同比于常规组患者的22.50%,明显更低($P<0.05$);术后1个月,微创组患者Harris评分显著高于常规组患者,术后3个月、6个月及12个月,两组患者Harris评分比较不具有统计学差异($P>0.05$)。结论:微创髋关节置换术具有创伤小、安全性高、疼痛轻、术后恢复快、并发症少等优点,远期疗效与常规切口髋关节置换术无明显差异,耐受性更好,能够提高老年患者的手术安全性。

关键词:微创髋关节置换术;老年股骨颈骨折;安全性

股骨颈骨折是骨质疏松患者常见并发症之一,随着我国人口老龄化社会的加剧,老年性骨质疏松患者逐年增多,股骨颈骨折发病率也随之升高。由于老年患者免疫功能低下,脏器功能出现不同程度的衰减,加之多数患者会伴有各种原发病,患者经不住长期卧床,若保守治疗,容易诱发下肢深静脉血栓、压疮等并发症,可能会加重患者原发病,严重者还会出现多脏器功能衰竭,死亡率较高^[1]。临床上多趋向早期进行手术治疗尽快恢复患者髋关节功能,保证骨折愈合,降低股骨头缺血坏死率,内固定手术治疗股骨颈骨折具有创伤小、骨折愈合率高、股骨头缺血坏死率低、功能恢复良好等优点,但该术式对手术技术要求较高,康复时间长(4~6个月部分负重),术后翻修率高,不适合体质较弱和(或)伴有骨质疏松的老年患者^[2],而人工关节置换术手术耗时短,创伤小,术后髋关节功能恢复快,有效缩短了患者卧床时间,降低并发症发生风险,提高了老年患者手术安全性^[3],小切口髋关节置换术为老年股骨颈骨折的治疗开辟了一条新的途径^[4],为探究其临床安全性及有效性,我院选择80例老年股骨颈骨折患者作为观察对象,展开以下实验观察:

1. 资料和方法

1.1 临床资料

此次实验研究对象来源于新疆博州人民医院骨外科2019年01月~2020年12月期间收治的80例老年股骨颈骨折患者,根据患者的意愿将其分为常规切口髋关节置换术组(常规组)40例和微创小切口髋关节置换术组(微创组)40例,常规组:19例男性患者,21例女性患者,年龄65~93(72.34±3.21)岁,术前Harris评分(47.28±4.65)分,微创组:18例男性患者,22例女性患者,年龄65~90(72.90±3.45)岁,术前Harris评分(47.94±4.37)分,两组患者资料平衡性良好($P>0.05$),实验结果具有良好的可比性。纳入标准:①经影像学检查结合患者临床诊断,均确诊为新鲜移位股骨颈骨折患者。②均为首次进行关节置换术治疗,髋关节周围解剖组织无明显异常。③无麻醉或手术禁忌症。排除标准:①伴有严重心、脑、肺功能不全的患者。②既往有髋关节手术史的患者。③同侧膝关节合并有类风湿性关节炎或合并有骨肿瘤的患者。

1.2 方法

微创小切口髋关节置换术(微创组):术前患者进行X线检查,估计患者是手术所需髋关节假体大小、股骨颈的长短、股骨颈截骨位置等数据。术前半小时静脉给予抗生素。采用硬膜外麻醉,取健侧卧位,躯干与手术

台呈90°,以大转子顶点为标志,略向后斜做一8cm左右的弧形切口,逐层切开皮肤及皮下组织,潜行分离阔筋膜5~10mm以扩大暴露范围,注意不要损伤坐骨神经,沿梨状肌窝切开梨状肌和联合腱,再沿梨状肌上缘切开发关节囊,依据术前预定的截骨线,截断股骨头并移除,使用髋臼牵开器暴露髋臼,清除髋臼内剩余的关节软骨,根据术前选择的髋臼尺寸将髋臼磨挫至合适为止,打入人工髋臼,将股骨颈残端扩髓至合适大小,依次装入合适的髋臼内衬、股骨柄假体及股骨头,打击器打入复位髋关节,检查假体的松紧度,肢体的长度,关节稳定性、活动度和外展肌张力,确定都没有问题后复位并修补关节囊及外旋肌群,逐层缝合手术切口,常规留置引流管。

常规切口髋关节置换术(常规组):采用标准的外侧入路全髋关节置换术,术前准备工作与微创组患者相同,从大转子近端到远端作约20cm的切口,其余手术操作与微创组患者相同。

1.3 观察指标

手术指标:切口长度、手术耗时、术中出血量及术后疼痛评分。使用VAS(0~10视觉模拟评分法)对患者术后疼痛程度进行评估,评分越高疼痛越剧烈。

术后恢复情况:术后2d是创伤反应的高峰时间,观察患者术后2dC反应蛋白(CRP)、红细胞沉降率、大腿周径增加值及术后首次下床活动时间和住院时间。

髋关节恢复情况:使用Harris髋关节评分系统,对两组患者术后1个月、3个月、6个月及12个月时的髋关节疼痛、功能、畸形及关节活动度4个方面进行评估,分数分配比例为44:47:4:5,最高积分100分,患者Harris评分越高,髋关节功能恢复情况越好。

1.4 数据处理

实验结果通过SPSS 21.0软件处理,计量学指标($\bar{x} \pm s$)组间统计学比较使用 t 检验,计数指标(%)组间统计学比较使用 χ^2 检验。当 P 值低于0.05时,表示组间差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者手术指标比较

微创组患者手术切口长度及手术耗时明显短于常规组患者,术中出血量明显少于常规组患者,术后VAS评分明显低于常规组患者($P<0.05$),见表1:

表1 两组患者手术指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	切口长度(cm)	手术耗时(min)	术中出血量(ml)	术后VAS评分(分)
常规组	40	20.50±5.42	107.65±32.90	187.65±57.24	6.67±1.20
微创组	40	8.34±1.16	76.45±12.31	84.72±21.40	4.56±0.94

<i>t</i>	--	13.875	5.617	10.653	8.755
<i>P</i>	--	0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 两组患者术后恢复情况比较
微创组患者术后 2dCRP 水平、红细胞沉降率及大腿周径增加值均低于常规组患者，术后首次下床活动时间及住院时间明显短于常规组患者（ $P<0.05$ ），见表 2：

表 2 两组患者术后恢复情况比较

组别	例数	术后 2dCRP (mg/L)	术后 2d 红细胞沉降率 (mm/h)	术后 2d 大腿周径增加值 (cm)	下床活动时间 (d)	住院时间 (d)
常规组	40	58.64±7.21	80.14±9.45	5.12±0.41	4.07±1.26	7.76±1.25
微创组	40	35.40±5.12	49.20±6.78	3.26±0.27	2.35±0.81	5.80±1.07
<i>t</i>	--	16.612	16.825	23.963	7.262	7.537
<i>P</i>	--	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

2.3 两组患者手术相关并发症发生率比较
微创组患者手术相关并发症发生率为 5.00%，明显低于常规组患者的 22.50%（ $P<0.05$ ），见表 3：

表 3 两组患者手术相关并发症发生率比较

组别	例数	异位骨化	深静脉血栓	压疮	肺部感染	发生率
常规组	40	1	3	4	1	9（22.50）
微创组	40	0	1	1	0	2（5.00）
χ^2	--	--	--	--	--	5.165
<i>P</i>	--	--	--	--	--	0.023

2.两组患者术后髋关节功能恢复情况比较
术后 1 个月，微创组患者 Harris 评分显著高于常规组患者，术后 3 个月、6 个月及 12 个月，两组患者 Harris 评分比较不具有统计学差异（ $P<0.05$ ），见表 4：

表 4 两组患者术后髋关节功能恢复情况比较

组别	例数	Harris 评分			
		术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 12 个月
常规组	40	64.85±4.12	80.34±5.26	86.92±6.13	88.12±5.20
微创组	40	73.06±4.67	81.14±5.47	87.10±6.45	88.94±4.86
<i>t</i>	--	8.338	0.667	0.128	0.729
<i>P</i>	--	0.001	0.507	0.899	0.428

3. 讨论

由于老年人常伴有不同程度的骨质疏松，及抗压骨小梁减少，即使在轻微外力条件下，也有可能发生股骨颈骨折。随着对髋部生物力学研究的不断深入和人工髋关节置换技术的日益成熟，通过人工制造的关节来代替病变关节，以达到解除髋部疼痛、保持关节稳定的效果^[5-6]，在老年股骨颈骨折患者中得到广泛的应用。常规切口髋关节置换术已经有较为成熟的发展，但存在手术切口较长、创伤较大、术后并发症疤痕明显等缺点，对于原发病较多、体质较弱、手术耐受性较差的老年患者仍具有一定的风险^[7]。

随着我国微创技术的引进，小切口髋关节置换术开始在临床中初步应用，与传统全髋关节置换术相比，小切口入路方式具有更加微创、安全的特点，在髋臼和股骨假体安置过程中，不需要对患者的软组织进行大面积的剥离，可以部分或不切断肌肉、肌腱等软组织，仅对关节囊进行剥离和切除，有助于维护髋周软组织的平衡，术后髋关节更稳定，关节功能恢复更好不仅方便术后护理，还能够有效减轻患者术后疼痛^[8]，有利于患者的术后恢复，避免了患者因术后疼痛不愿进行康复锻炼，能够提高患者术后康复锻炼积极性，可以明显促进患者的恢复^[9]，其次，皮肤切口小，手术部分更加美观，同时也减少了患者的住院时间及治疗费用。此次研究结果显示：微创髋关节置换术不仅能够缩短手术切口，减轻患者术后早期疼痛，还能够减少患者手术耗时及术中出血量，手术安全性更高，提高了老年患者手术适用范围^[10]；微创组患者术后 2dCRP 水平、红细胞沉降率及大腿

周径增加值均低于常规组，术后恢复时间明显更短，手术相关并发症发生率明显更低（ $P<0.05$ ）；创伤反应的高峰时间一般发生在患者术后 2d，CRP 和红细胞沉降率能够反映组织手术后的创伤程度，通过观察患者术后大腿周径增加值，能够了解术后切口积血和软组织的创伤反应，说明微创髋关节置换术后创伤反应小，对肌肉及周围组织损伤较轻，有利于患者术后的早期恢复，患者能够尽早下床活动，不仅能够缩短患者住院时间^[11-12]，还能够预防手术相关并发症的发生减轻患者的治疗负担。术后 1 个月，微创组患者 Harris 评分显著高于常规组患者，术后 3 个月、6 个月及 12 个月，两组患者 Harris 评分比较不具有统计学差异（ $P<0.05$ ），微创髋关节置换术手术视野虽然缩小了，但仍然能够取得与常规切口髋关节置换术相同的远期治疗效果，是治疗老年股骨颈骨折的一种安全、高效的手术方式，优势显著。

综上所述：微创髋关节置换术能够提高老年患者的手术安全性，优势显著，值得推广。

参考文献：

[1]李国俊. 微创髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的效果及对运动功能影响的效果当议[J]. 中外医疗,2020,39（12）：37-39.

[2]张铁山. 人工关节置换术与内固定术治疗老年股骨转子间骨折的效果比较[J]. 内蒙古医学杂志, 2017, 49（3）：3.

[3]李靖宇,卢健祺,蔡仲斌,等. Super PATH 微创髋关节置换术和常规髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的效果比较[J]. 中国当代医药,2020,27（28）：140-142,146.

[4]丁海,周建生,朱振安,等. 改良微创 SuperCap 半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的早期疗效[J]. 中华解剖与临床杂志,2020,25（4）：382-387.

[5]陶涛,郭炯炯,徐南伟.微创直接前入路与后外侧入路全髋关节置换术早期疗效的比较[J].中国微创外科杂志,2020,20（5）：431-435.

[6]胡正霞,兰海,员晋,等. SuperPATH 与传统后外侧入路全髋关节置换治疗老年股骨颈骨折的对比[J].中国组织工程研究,2020,24（24）：3834-3839.

[7]陈发为.不同入路髋关节置换术对老年股骨颈骨折患者术后脱位或再手术等并发症的影响[J].实用医技杂志, 2020, 27（9）：3.

[8]赵树逢. 微创 SuperPATH 入路髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折患者的临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗,2021,32（22）：3593-3594.

[9]樊宏杰. 微创髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折患者对临床疗效及安全性分析[J]. 现代诊断与治疗,2017,28（14）：2702-2703.

[10]丁强,尤微,谭纪锋. 微创髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的效果分析[J]. 数理医药学杂志,2021,34（6）：832-834.

[11]张剑,杨俊峰,刘耀辉,等. 微创髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的效果及对运动功能的影响[J]. 创伤外科杂志,2019,21（3）：214-216.

[12]张向东. 后外侧小切口微创半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的临床效果[J]. 河南医学研究,2019,28（2）：261-263.

梅毒螺旋体检测中运用不同梅毒检验法的效果分析

白雪松 张洁

中宁县疾病预防控制中心 宁夏中宁县 755100

摘要：目的：探讨不同梅毒检验方法对梅毒螺旋体检测准确率的效果。方法：将2019年9月到2021年9月在本院进行治疗的500例梅毒的患者作为本次的观察对象，并对这500例梅毒的患者均采集空腹的静脉血，同时对这500例梅毒的患者分别使用时间分辨免疫荧光法以及梅毒螺旋体明胶凝集试验法和甲苯胺红不加热血清反应素试验法来测定500例梅毒患者血清中的梅毒螺旋体的抗体，同时将这三种检测方法的灵敏度、特异度和准确性进行对比和分析。结果：采用时间分辨免疫荧光法对梅毒螺旋体检测的灵敏度为97.80%、特异度为97.00%、准确性为97.57%；而采用梅毒螺旋体明胶凝集试验对梅毒螺旋体的检测灵敏度为97.40%、特异度为97.50%、准确性为97.43%；而采用甲苯胺红不加热血清反应素试验法对梅毒螺旋体的检测灵敏度为93.00%、特异度为90.50%、准确性为90.29%，将三种方法的灵敏度以及特异度和准确性进行对比后，时间分辨免疫荧光法和梅毒螺旋体明胶凝集试验法对梅毒螺旋体检测的灵敏度、特异度和准确性优于采用甲苯胺红不加热血清反应素试验法对梅毒螺旋体检测灵敏度、特异度和准确性，并且对比后具有明显的差异，具有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。结论：本文通过对血清中梅毒螺旋体的筛查使用时间分辨免疫荧光法和梅毒螺旋体明胶凝集试验法以及甲苯胺红不加热血清反应素试验法对患者进行检验，时间分辨免疫荧光法和梅毒螺旋体明胶凝集试验法对梅毒螺旋体的筛查结果以及灵敏度、特异度和准确性均优于甲苯胺红不加热血清反应素试验法，所以在临床上可以将时间分辨免疫荧光法和梅毒螺旋体明胶凝集试验法作为筛查梅毒的主要检验方法。

关键词：时间分辨免疫荧光法；梅毒螺旋体；梅毒螺旋体明胶凝集试验法；甲苯胺红不加热血清反应素试验

梅毒是一种传染性非常强，并且通过性接触传播的一种疾病，目前在临床上通过性接触而传播的梅毒疾病占95%，但是也有一小部分的患者体内的梅毒螺旋体是通过母婴垂直进行传播的。一旦患者感染了梅毒，就会对患者的生殖系统造成非常严重的损伤，甚至还会侵犯到机体内的其他的器官和组织，从而引发机体多部位出现损伤以及多样病灶的情况。梅毒对于机体的危害性是非常大的，所以进行梅毒的筛查工作也是非常重要的，这样能够通过早期发现梅毒，从而对梅毒进行及时的治疗。目前在临床上对于梅毒筛查的方法有很多，最常见的几种方法为：时间分辨免疫荧光法和梅毒螺旋体明胶凝集试验法以及甲苯胺红不加热血清反应素试验法，这三种检查的方法都具备各自的优势以及缺点，所以如何有效的选择筛查梅毒的检验方法是目前临床对筛查梅毒的重要问题。而本次研究将对使用三种不同的梅毒检测方法检测的结果进行对比和分析，从而明确每个检测方法的优劣来提高对患者梅毒检测的准确率，为临床上的梅毒筛查工作提供非常有利的帮助。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2019年9月到2021年9月在本院进行治疗的梅毒患者500例作为本次的观察对象，在这500例梅毒的患者中，包括男性的梅毒患者237例，女性的梅毒患者为263例，这些患者的年龄在23~69岁之间，平均年龄为（46.17±18.62）岁。这500例梅毒的患者均通过暗视野显微镜检查后发现体内的梅毒螺旋体，被证实为梅毒感染者。

1.2 方法

在对患者使用不同检测方法检测前，需要采集500例梅毒患者空腹静脉的血5ml，并且持续离心10分钟，离心的速度在3500r/分钟，在患者的血清以及血浆成功的分离以后，选取血清作为检测的样本，从而对患者血清的样本分别使用时间分辨免疫荧光法和梅毒螺旋体明胶凝集试验法以及甲苯胺红不加热血清反应素试验法进行检测。主要的步骤为：1. 时间分辨免疫荧光法的检查方法，首先需要选择时间分辨免疫荧光法的试剂盒，并且等到固相生物素复合物生成以后，将其放在20~25度的温度下进行孵育，随后洗涤，并将游离的生物素抗原洗去，同时加入Eu标记的链亲和素，等到固相生物素以及链亲和素的复合物生成以后，将其放在0~25度的温度下孵育，并且再次进行洗涤，同时将游离的Eu标记的链亲和素

洗去，并将荧光的增强液再次加入，同时测定荧光的强度。一般情况下荧光的强度和患者血清中梅毒螺旋的抗体浓度是成正比的关系的。2. 采用梅毒螺旋体明胶凝集试验法的检测方法，首先应该利用微量滴管在微量反应板的1到4个孔内滴入25μl的血清稀释液，在滴完血清稀释液以后，对第3个孔和第4个孔中加入未致敏粒子和致敏粒子，同时使用平板振荡器对其震荡并持续30秒的时间，震荡结束以后，应该在微量反应板上加上盖子，并且放到正常的室温下2小时，2小时后揭开微量反应板上的盖子并对其进行观察，如果微量反应板内的粒子环边缘出现了不规则以及增大或者粒子环形成了均匀的膜状延伸的凝集反应，就可以将其判断为阳性的梅毒患者。3. 对患者使用甲苯胺红不加热血清反应素试验法进行检验的方法为，在正常的室温下对患者的血清样本进行检查，首先应该准备试验卡，并且将0.05ml的血清涂抹在试验卡的圈中，同时加入甲苯胺红不加热血清反应素试验试剂，并使用离心机对患者的血清样本进行环状的摇晃，离心机的速度为100r/分钟，持续环状摇晃8分钟以后对患者血清的样本进行观察，如果试验卡的圈形成了粉红色的凝集物质，就可以判断为阳性的梅毒患者。

1.3 观察指标

对梅毒的患者采用三种不同的梅毒检验方法进行检验，将三种不同梅毒检验方法的检验结果以及诊断的灵敏度、特异度和准确性进行对比和分析。灵敏度的计算方法：（真阳性患者/确诊阳性的患者）×100%；特异性的计算方法：（真阴性的梅毒患者/确诊阴性的梅毒患者）×100%；准确性的计算方法：（真阳性梅毒的患者+真阴性的梅毒患者）/（确诊阳性的梅毒患者+确诊阴性的梅毒患者）×100%。

1.4 统计学分析

采用SPSS20.0软件对数据进行处理和分析，计数资料用（n%）来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差±来表示，用t进行检验，当 $p < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 将三种不同检测方法的检测结果进行对比和分析，详情见表1

表1 三种不同检测结果的对比情况

检验方法	例数	阳性	阴性	总检出率
时间分辨免	500	489	11	97.2%

免疫荧光法				
梅毒螺旋体明胶凝集试验法	500	487	13	94.9%
甲苯胺红不加热血清反应素试验法	500	465	35	93%

2.2 采用时间分辨免疫荧光法对梅毒螺旋体的检测灵敏度为 97.80%、特异度为 97.00%、准确性为 97.57%；采用梅毒螺旋体明胶凝集试验法对梅毒螺旋体检测的灵敏度为 97.40%、特异度为 97.50%、准确性为 97.43%；而甲苯胺红不加热血清反应素试验法对梅毒螺旋体检测的灵敏度在 93.00%、特异度为 90.50%、准确性为 92.29%。通过将三种不同方法检测的灵敏度以及特异度和准确性进行分析发现，采用时间分辨免疫荧光法和梅毒螺旋体明胶凝集试验法对梅毒螺旋体检测的灵敏度和特异度以及准确性优于采用甲苯胺红不加热血清反应素试验法对梅毒螺旋体检测的灵敏度和特异度以及准确性，并且对比具有统计学意义 ($p < 0.05$) 见表 2

表 2 三种不同检测方法灵敏度、特异度以及准确性的对比情况

检验方法	灵敏度	特异度	准确性
时间分辨免疫荧光法	(97.80%)	(97.40%)	(93.00%)
梅毒螺旋体明胶凝集试验法	(97.00%)	(97.50%)	(90.50%)
甲苯胺红不加热血清反应素试验法	(97.57%)	(97.43%)	(92.29%)
p	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

梅毒在临床上属于一种慢性系统性的性传播疾病，梅毒主要是因为梅毒螺旋体侵入到机体的内部所导致的一种疾病，梅毒在临床上可以分为一期、二期、3 期以及潜伏期和先天性 5 种。一期梅毒、2 期梅毒以及三期梅毒和潜伏梅毒属于获得性的梅毒，这 4 期的梅毒是通过性接触而传播的，目前占临床上 95%。而患有先天性梅毒的患者则是通过母婴胎盘进行传播的，在临床上只有不到 5% 的人群。由于我国的经济水平以及生活水平的不断提高，所以人们对于性的观念也在不断的发生改变，这种观念的改变也是导致梅毒在临床发病率增高的一种因素。一般情况下梅毒是处于潜伏性的，但是一旦潜伏性的梅毒发展成一期梅毒以后就会导致生殖器官受到影响，出现溃烂的情况；如果一期梅毒发展成二期以及三期的梅毒，那么就会对机体产生更大的损伤，甚至会导致全身的组织器官出现溃疡的情况，所以梅毒不仅降低了患者的生活质量，同时严重的威胁到了患者的身体健康。在临床上只有对梅毒的患者通过早期进行有效的诊断以及早期进行有效的治疗才能够改善对机体的损害。但是早期有效的诊断主要在于对梅毒的筛查工作。

目前对于梅毒的筛查主要是通过患者血清中的梅毒螺旋体抗体进行检测，临床上常用时间分辨免疫荧光法以及梅毒螺旋体明胶凝集试验法和甲苯胺红不加热血清反应素试验法等对其进行检测，而临床上常用时间分辨免疫荧光法对血清中的梅毒螺旋体抗体进行检测，能够通过血清梅毒螺旋体抗体和生物素标记的抗原以及 Eu 标记的链亲和素三者进行免疫结合，随后使用荧光检测仪来检测复合物的荧光强度，以此来判断患者体内梅毒抗体的含量，能够对患者是否出现过梅毒螺旋体进行充分的判断，这种方法能够有效的排除掉非特异荧光干扰检测结果的情况，有效的提高了检测的灵敏度；而梅毒螺旋体明胶凝集试验法，这种检测的方法是通过致敏粒子

和未致敏粒子对患者血清的样本进行反应，通过观察不同反应孔内血清凝集的情况来判断患者血清的样本中是否有梅毒螺旋体，这种方法相对来说非常的简单，并且检测的时间也非常的短，一般在两小时内就能够得到准确的结果，所以梅毒螺旋体明胶凝集试验法也被广泛的应用在梅毒感染的筛查工作当中，同时还能够实现大规模的对梅毒进行快速的筛查，使受检者能够尽快的拿到检验结果，节省了检验的时间，所以这种检验方法具有一定的效率；甲苯胺红不加热血清反应素试验法，这种方法的操作更加的简单，主要是通过特制的试剂来检测患者血清样本中的反应素，同时观察在血清样本中是否出现粉色凝集的物质来判断患者是否带有梅毒螺旋体，这种方法在临床上的应用也非常的广泛，但是这种检验梅毒螺旋体的方法在检测结果时很容易受到机体其他的免疫性病变的影响，所以检查的结果非常容易出現假阳性的情况。

在本次的研究中通过使用时间分辨免疫荧光法以及梅毒螺旋体明胶凝集试验法和甲苯胺红不加热血清反应素试验法这三种方法对患者分别进行检验，根据检验的数据来看，时间分辨免疫荧光法以及梅毒螺旋体明胶凝集试验法对血清中的梅毒螺旋体检测的灵敏度、特异度以及准确性都优于甲苯胺红不加热血清反应素试验法，对比具有明显的差异 ($p < 0.05$)。

综上所述，在临床上可以通过时间分辨免疫荧光法以及梅毒螺旋体明胶凝集试验法对患者进行检验，能够提高对梅毒螺旋体检测的准确率，同时这两种检测的方法具有一定的灵敏度、特异性以及准确性，可以作为梅毒筛查的主要方法，值得推广和使用。

参考文献:

- [1]李志艳,刘平,高健,等.梅毒螺旋体抗体筛查方法的比较性研究[J].中华检验医学杂志,2021,35(12):1176-1179.
- [2]Guinard J,Prazuck T,Pere H,et al.Usefulness in clinical practice of a point-of-care rapid test for simultaneous detection of nontreponemal and Treponema pallidum-specific antibodies in patients suffering from documented syphilis [J].Int J STD AIDS, 2021,24(12):944-950.
- [3]谢昭宁.多种不同梅毒检验方法检测梅毒螺旋体的结果准确率比较[J].安徽医药,2021,17(5):797-799.
- [4]张瑞芳,高丽华,董宇青,等.对比分析不同梅毒检验方法在梅毒螺旋体检测中的临床效果[J].中国性科学,2021,25(5):90-92.
- [5]郭家权,洪敏,林永前,等.酶联免疫吸附法检测与甲苯胺红不加热血清试验在梅毒检验中应用价值的比较[J].广东医学,2021,35(5):738-740.
- [6]祝喆,姚秀林.比较3种不同梅毒检验方法检测梅毒螺旋体的结果准确率[J].中国医药指南,2021,14(28):91-92.
- [7]游晓敏,宋红莲.对比分析三种不同方法检测梅毒螺旋体的结果准确性[J].中国医学创新,2021,5(18):96-97.
- [8]郝迎军,程栋.种不同方法检测梅毒螺旋体抗体的价值比较[J].河南医学研究,2021,27(12):2198-2199.
- [9]邵玉国.对比探究不同梅毒检验方法在梅毒螺旋体检测中的差异[J].中国医药指南,2021,17(5):155-156.
- [10]关瑜.多种不同梅毒检验方法检测梅毒螺旋体的结果准确率比较[J].智慧健康杂志,2021,2(35):86-87.
- [11]车欣,杨慧.3种不同梅毒检验方法检测梅毒螺旋体的结果准确率比较[J].中国医药指南,2021,16(3):87-88.
- [12]谢华.多种不同梅毒检验方法检测梅毒螺旋体的结果分析[J].世界最新医学信息文摘,2021,17(21):110-111.

糖尿病诊断中应用生化检验的作用分析与探究

陈清红¹ 刘霞¹ 张庆宏²

1.西部战区总医院检验科 四川成都 610083; 2.西部战区空军医院重症医学科 四川成都 610000

摘要: 目的: 探讨生化检验应用于糖尿病诊断中的作用。方法: 选择 58 例糖尿病患者作为观察组, 同期收治的健康体检者 58 例作为对照组。两组均进行生化检验, 同时观察组还予以尿常规检验, 比较检验结果。结果: 观察组空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白、糖耐量、甘油三酯、总胆固醇均高于对照组; 观察组采取生化检验诊断准确率高于采取尿常规检验诊断准确率 ($P<0.05$)。结论: 糖尿病诊断中采取生化检验诊断准确率高于尿常规检验, 而且相比健康人群, 糖尿病患者有明显生化检验指标异常情况, 为此可将生化检验应用于糖尿病诊断中。

关键词: 糖尿病; 尿常规检验; 生化检验; 诊断作用

Analysis and Exploration on the role of biochemical test in the diagnosis of diabetes

Chen Qinghong¹, Liu Xia¹, Zhang Qinghong²

1. Laboratory Department of Clinical Laboratory of The General Hospital of Westement Theater Command, Chengdu, Sichuan 610083; 2. Department of critical medicine, Air Force hospital of Western Theater, Chengdu 610000

[Abstract] Objective: To explore the role of biochemical test in the diagnosis of diabetes. Methods: 58 patients with diabetes were selected as the observation group, and 58 healthy subjects were selected as the control group. Biochemical tests were performed in both groups, and routine urine tests were performed in the observation group to compare the test results. Results: the fasting blood glucose, 2h postprandial blood glucose, glycosylated hemoglobin, glucose tolerance, triglyceride and total cholesterol in the observation group were higher than those in the control group; The diagnostic accuracy of biochemical test in the observation group was higher than that of routine urine test ($p<0.05$). Conclusion: the diagnostic accuracy of biochemical test in the diagnosis of diabetes is higher than that of routine urine test. Compared with healthy people, diabetes patients have obvious abnormal biochemical test indicators. Therefore, biochemical test can be applied to the diagnosis of diabetes.

[Key words] Diabetes; Routine urine test; Biochemical test; Diagnostic function

糖尿病不仅是一类代谢性疾病, 也是一种慢性疾病, 虽然对其研究已有多年的历史, 而且防控与治疗策略不断增多, 但至今依旧无根治疗法, 只能通过控制血糖水平, 配合饮食、运动等干预, 来延长患者的生存时间^[1]。本病病程较长, 并发症较多, 控制不当或不理想, 容易引发心血管、肾、眼、神经系统等并发症, 导致酸碱失衡、电解质紊乱等, 影响患者的身心健康。糖尿病诊断中尿常规检验是一种常规手段, 基层医院应用较多, 但其诊断价值有限。随着生化检验在基层医院的广泛普及, 发现生化检验在糖尿病诊断中有不错的价值^[2], 成为研究热点。本次就我院 2021 年 1 月~2021 年 12 月收治的 58 例糖尿病患者与 58 例健康体检者进行了研究, 旨在探究生化检验在糖尿病诊断中的价值, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2021 年 1 月~2021 年 12 月收治的 58 例糖尿病患者作为观察组, 而同期收治的健康体检者 58 例作为对照组。两组均进行生化检验, 同时观察组还予以尿常规检验。纳入对象临床资料无缺失, 其中观察组确诊符合糖尿病标准, 而对照组则排除糖尿病, 均无严重脏器病变、恶性肿瘤、妊娠期或哺乳期、精神疾病等情况。对照组: 男性 32 例、女性 26 例; 年龄 35~65 岁, 均值 (52.63±3.24) 岁。观察组: 男性 33 例、女性 25 例; 年龄 40~70 岁, 均值 (53.44±3.81) 岁; 病程 1~8 年, 均值 (3.22±0.24) 年。两组对象在性别与年龄上比较无明显差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组: 本组予以生化检验, 采集研究对象晨空腹肘静脉血 5ml, 离心处理后待检, 离心速率 3000r/min, 离心时间 10min。采取贝克曼库尔特 AU5800 全自动生化分析仪测定空腹血糖水平, 检测 3 次取均值, 空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 判断为异常; 采取全自动生化分析仪检测血脂指标, 本次主要测定甘油三酯与总胆固醇。于饮食后 2h 检测餐后血糖水平, 同样采集血液样本, 离心处理后检测, 检测 3 次取均值。糖耐量检测前要求对象维持正常饮食, 适当控制每日摄入量, 其中碳水化合物 150~300g, 于空腹血糖测定结束, 指导患者饮下含 80g 葡萄糖水, 要求 4min 内喝完, 且饮下 30、60、120、180min 采集静脉血样, 进行血糖水平检测, 若 30-60min 内血糖升高且 120-180min 内恢复正常说明糖耐量正常, 反之则异常。

1.2.2 观察组: 本组分别予以生化检验与尿常规检验, 其中生化检验方式与对照组一致。尿常规检验方法为: 采集患者晨空腹下尿液样本 5ml, 采取 LabUMat2 全自动尿液分析仪测定, 并用干化学、葡萄糖氧化酶法处理。

1.3 观察指标

比较两组生化检验结果, 同时对比观察组内不同检验方法诊断糖尿病准确率。

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 两组生化检验结果对比

表 1 两组生化检验结果对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2h 血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)	糖耐量 (mmol/L)	甘油三酯 (mmol/L)	总胆固醇 (mmol/L)
观察组 (58)	8.58±1.34	10.34±1.52	8.99±1.10	11.06±1.27	2.85±0.68	6.23±1.14
对照组 (58)	5.22±1.16	7.28±1.46	7.08±1.16	7.28±1.26	1.06±0.49	5.02±0.85
χ^2	3.224	3.502	2.656	3.841	2.814	2.581
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 观察组内不同检验方法诊断糖尿病准确率对比

观察组采取生化检验诊断准确率为 96.55% (56/58)，采取尿常规检验诊断准确率为 68.96% (40/58)，两种检验诊断准确率差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 观察组内不同检验方法诊断糖尿病准确率对比[n (%)]

诊断方式	准确	不准确
生化检验 (58)	56 (96.55)	2 (3.45)
尿常规检验 (58)	40 (68.96)	18 (31.04)
χ^2	7.115	
P	<0.05	

3 讨论

糖尿病是临床常见的一种代谢性慢性疾病，发病率较高，但不具传染性。本病病机在于胰岛素分泌缺陷或胰岛素抵抗，起病隐匿，早期无典型症状，且病残较长，随着病程进展，可出现“三多一少”症状^[3]。糖尿病若未能及时诊断与治疗，可进展出糖尿病肾病、糖尿病视网膜病变、糖尿病高血压等并发症，影响患者身心健康，导致其生活质量下降，甚至威胁生命安全。有研究指出^[4]，糖尿病患者机体始终处于高血糖状态，会诱发糖尿病心血管事件或肾病，从而增加致残风险与致死风险，影响治疗预后。2 型糖尿病占糖尿病 90% 以上，常规诊断方式主要有尿常规检验及血糖检测等，但尿常规检验操作复杂，而且检验速度缓慢，准确率不高，导致临床诊断结果并不可靠。血糖检验并不全面，因为其他疾病也可能导致血糖升高，为此还需配合其他检验方式处理，比如生化检验，全面了解血脂水平，为临床诊断糖尿病提供更多参考依据^[5]。

本次就我院收治的 58 例糖尿病患者与 58 例健康体检者进行研究，均接受生化检验，而糖尿病患者还予以尿常规检验，结果显示两组生化检验结果比较，观察组空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白、糖耐量、甘油三酯、总胆固醇均高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；观察组采取生化检验诊断准确率为 96.55% (56/58)，采取尿常规检验诊断准确率为 68.96% (40/58)，两种检验诊断准确率差异有统计学意义 ($P<0.05$)。该研究结果与同类报道类似，有学者对收治的 42 例 2 型糖尿病进行尿常规检验与生化检验，其中生化检验准确率为 95.24%，高于尿常规检验的 80.95% ($P<0.05$)，同时在该研究中还针对两种检验所需时间进行比较，发现生化检验所需时间为 1.45±0.32h，短于尿常规检验的 3.26±0.663h

两组生化检验结果比较，观察组空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白、糖耐量、甘油三酯、总胆固醇均高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。

($P<0.05$)。随着医疗水平提高，糖尿病并发症风险得到了控制，但糖尿病控制效果依旧不理想，特别是有糖尿病高危影响因素的患者，一方面会增加患者的痛苦与负担，另一方面也会给家庭与社会带来重大影响，为此需尽早诊断与治疗，延缓进展。尿常规检验在多种疾病诊断中均有应用，将其应用在糖尿病诊断中，有一定的作用，这主要在于：肾脏对葡萄糖有一定的吸收作用，血糖升高，导致尿液葡萄糖含量随之升高，为此通过检测尿液中葡萄糖含量，可间接分析患者是否存在糖尿病。不过，尿常规检验容易受到多种因素的干扰，出现误诊或漏诊。糖尿病患者血细胞的形态与数目均有变化，这主要在于患者体内有血糖紊乱，导致其免疫功能与抗感染能力下降，从而影响炎症因子活性，导致其活性增强，释放大量炎症因子，最终导致血液粘稠度变化。生化检验作为临床重要的检验手段，将其用于糖尿病诊断中，一方面可明确患者的血糖与血脂指标，另一方面还可协助医师了解患者的机体状况^[6]。同时，相比尿常规检验而言，生化检验不易受到外界因素的干扰，加上诊断时间短，准确率高，在基层医院可推广应用。在本次研究中虽然证实生化检验应用在糖尿病诊断中有不错的价值，但研究样本量较小，还需在以后研究中加大样本量进一步验证。

综上，糖尿病诊断中采取生化检验诊断，相比尿常规检验，有更高的准确率，而且相比健康人群，糖尿病患者有明显生化检验指标异常情况，为此可将生化检验应用于糖尿病诊断中。

参考文献：

[1]陈彩媛. 常规检验和生化检验在糖尿病诊断中的应用对比研究[J]. 中国实用医药. 2019, 14 (10): 71-73.

[2]田莹, 姬婧, 许楠, 等. 常规尿检与生化检验对糖尿病患者的诊断价值比较[J]. 实用医技杂志. 2019, 26 (12): 1529-1531.

[3]徐从愉. 对比常规检验与生化检验用于诊断糖尿病的价值[J]. 重庆医学. 2019 (S02): 216-218.

[4]刘勇. 临床糖尿病诊断中常规检验与生化检验的价值对比分析[J]. 糖尿病天地. 2021, 18 (11): 156.

[5]王斐菲. 临床糖尿病诊断中常规检验与生化检验的效果比照观察[J]. 黑龙江中医药. 2021, 50 (4): 186-187.

[6]张华. 临床糖尿病诊断中常规检验与生化检验的价值分析[J]. 医药界. 2019 (12): 95.

基于 VAS 评分探讨低温等离子腺样体切除术对比鼻动力腺样体切除术治疗 OSAHS 患儿的康复效果及对组织损伤的影响

陈荣宏 陈凯 邱会灵

丰顺县人民医院 广东省梅州市丰顺县 514300

摘要：目的：观察 OSAHS（阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征）患儿应用低温等离子腺样体切除术、鼻动力腺样体切除术治疗的临床效果。方法：于 2021 年 04 月—2022 年 04 月就诊于本院的 OSAHS 患儿 200 例作为观察病例，根据患者治疗方式分为常规组（鼻动力腺样体切除术）、研究组（低温等离子腺样体切除术），每组 100 例。统计两组临床疗效，比较两组手术指标（手术时间、术中出血量）、睡眠质量（ESS 嗜睡评分、PSQI 睡眠障碍评分）、疼痛程度（VAS 评分）、睡眠参数（低通气指数、呼吸暂停指数、睡眠呼吸暂停低通气指数）、免疫功能（IgM、IgA、IgG）、并发症。结果：研究组手术疗效与常规组无差异（ $p>0.05$ ）。研究组与常规组手术时间无差异（ $p>0.05$ ），但研究组术中出血量明显少于常规组（ $p<0.05$ ）；研究组 PSQI 睡眠障碍评分与常规组无差异（ $p>0.05$ ），但研究组 ESS 嗜睡评分、VAS 评分低于常规组（ $p<0.05$ ）；研究组 HI 指数与常规组无差异（ $p>0.05$ ），但研究组 AHI 指数与 AI 指数低于常规组（ $p<0.05$ ）；治疗后研究组与常规组 IgM、IgA、IgG 均低于治疗前（ $p<0.05$ ），但组间无差异（ $p>0.05$ ）；研究组术后并发症明显少于常规组（ $p<0.05$ ）。结论：相对于鼻动力腺样体切除术而言，低温等离子腺样体切除术具有术中出血量低、疼痛轻、术后并发症少、睡眠质量改善显著等优势，值得作为 OSAHS 患儿治疗首选。

关键词：OSAHS 患儿；VAS 评分；低温等离子腺样体切除术；鼻动力腺样体切除术

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征俗称为打鼾，是因为人体上气道在睡眠过程中反复阻塞、塌陷所致^[1]。上气道一旦被肥厚的腺样体、扁桃体堵塞，便会导致患儿在睡眠过程中出现鼾声、反复呼吸暂停。如果不及早控制，将会严重影响到患儿脑部血供、氧供，导致患儿记忆力减弱，无法集中注意力，并且在白天困倦、嗜睡、头痛，十分不利于儿童健康成长^[2]。因此，早发现、早治疗，改善患儿预后，显得很有必要。扁桃体切除术、腺样体切除术是目前临床治疗 OSAHS 患儿的常见术式，但是随着现代医疗不断发展，治疗 OSAHS 患儿的手术类型也越来越多，不同术式对 OSAHS 患儿的临床效果以及对组织损伤的影响还有待进一步明确^[3]。故而本研究特此纳入 200 例 OSAHS 患儿作为观察病例，对比分析了低温等离子腺样体切除术、鼻动力腺样体切除术治疗效果，以供参考。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本研究 200 例 OSAHS 患儿纳入于 2021 年 04 月—2022 年 04 月，按照患者采取的手术方式进行分组，其中 100 例采取鼻动力腺样体切除术的患儿纳入常规组，包括 63 例男性和 37 例女性，年龄 4-11 岁，均龄（ 8.6 ± 1.3 ）岁；另 100 例采取低温等离子腺样体切除术治疗的患儿纳入研究组，包括 67 例男性和 33 例女性，年龄 5-12 岁，均龄（ 8.4 ± 1.5 ）岁。两组基线特征匹配，可比性充分，统计学 P 值检验结果均 >0.05 。

入组标准：经鼻内镜检查腺样体堵塞闭口 50%以上（腺样体 III-IV 级）；扁桃体肿大 I-II 级；4-12 岁；签署研究知情书；无手术禁忌症。

排除标准：喘息急性发作；急性上呼吸道感染；先天性缺陷；精神病史；智力发育障碍；视听障碍而无法配合治疗；曾经实施过腺样体切除术或扁桃体切除术。

1.2 方法

研究组 100 例患儿给予低温等离子腺样体切除术，即：全麻，口咽部位用开口器给予充分固定，经鼻腔置入直径大小合适的导管，然后从口腔穿出，对软腭进行牵拉，促使腺样体充分显露。以患儿病情为主，置入大小适宜的内镜，鼻内镜 70°者，通过患者口腔，经悬雍垂后方给予内镜置入；鼻内镜 0°者，内镜置入到后鼻孔。内镜放置后，根据手术需要，对内镜角度进行适当调整，然后将低温等离子刀置入，术中缓慢切割，切割后的组织用吸引器吸出来。完成切割后，用鼻内镜观察术腔，如果患儿扁桃体肿大，可以同时将扁桃体切除。术后创面涂抹生物蛋白，术后常规止血处理，应用抗生素抗感染治疗。

常规组 100 例患儿给予鼻动力腺样体切除术，即：全麻，经患者口腔放置内镜 70°之后，运用美敦力鼻动力系统进行切除操作，将肥厚的腺样体切除，术中根据患者实际病情，再确定是否切割肿大的扁桃体组织。

1.3 观察指标

（1）手术疗效。无鼾症，鼾声彻底消退，AHI 指数 <5 次/h，判定

为痊愈；鼾声显著减轻，少量腺样体虽然残留，但 AHI 指数降低 $>50\%$ ，判定为显效；鼾声基本减少，腺样体残留，AHI 指数降低 25%-50%，判定为有效；未达上述标准，一律判定为无效。总体疗效=100%-无效。（2）手术指标，主要包括手术时间、术中出血量。（3）睡眠质量。术后用 ESS 量表评估患儿嗜睡程度，24 分满分，得分越低，嗜睡程度越轻；术后用 PSQI 量表评估患儿睡眠障碍程度，18 分满分，得分越低，睡眠障碍程度越轻。（4）疼痛程度。术后根据 VSA 评分标准进行疼痛评估，10 分满分，得分越高越疼痛。（5）睡眠参数，主要包括 HI（低通气指数）、AI（呼吸暂停指数）、AHI（睡眠呼吸暂停低通气指数），术后 6 个月复查时，运用睡眠检测仪进行测定。（6）免疫功能，主要包括 IgM、IgA、IgG，在患儿术前、术后 6 个月复查时采集静脉血，给予比浊法测定。（7）术后并发症。主要包括感染、局部肿胀、咽咽闭合不全。

1.4 数据统计处理

使用统计学软件（spss22.0）分析、检验研究组与常规组获得的定量资料、定性资料，其中以均值（ $\bar{x}$ ） $\pm$ 标准差（s）形式描述的手术时间、术中出血量、睡眠质量、睡眠参数、免疫功能属于定量资料，组间 t 检验；以%（率）形式表述的手术疗效、并发症属于定性资料，组间 χ^2 检验。最终以 P 值描述数据差异， $P<0.05$ 说明数据存在统计学意义。

2. 结果

2.1 观察研究组与常规组手术疗效 见表 1

表 1 研究组与常规组手术疗效对比						
小组	病例数	痊愈	显效	有效	无效	总体疗效
研究组	100	58	23	10	9	91(91.00%)
常规组	100	56	21	11	12	88(88.00%)
χ^2	-					0.258
p	-					>0.05

2.2 观察研究组与常规组手术时间、术中出血量 见表 2

表 2 研究组与常规组手术时间、术中出血量对比			
小组	病例数	手术时间（min）	术中出血量（ml）
研究组	100	28.6 ± 5.5	7.5 ± 1.3
常规组	100	29.3 ± 5.7	24.4 ± 3.2
χ^2	-	0.159	6.727
p	-	>0.05	<0.05

2.3 观察研究组与常规组睡眠质量与 VAS 疼痛评分 见表 3

表 3 研究组与常规组睡眠质量与 VAS 疼痛评分对比 (x±s, 分)

小组	病例数	PSQI	ESS	VAS
研究组	100	10.3±2.2	7.1±1.4	2.2±0.5
常规组	100	10.5±2.7	10.6±3.8	3.7±0.2
t	-	1.230	7.240	5.088
p	-	>0.05	<0.05	<0.05

2.4 观察研究组与常规组睡眠参数 见表 4

表 4 研究组与常规组睡眠参数对比 (x±s, 次/min)

小组	病例数	HI 指数	AHI 指数	AI 指数
研究组	100	7.9±1.6	12.2±5.8	3.3±1.8
常规组	100	8.1±1.2	15.5±4.6	4.5±1.6
t	-	1.453	8.760	4.224
p	-	>0.05	<0.05	<0.05

2.5 观察研究组与常规组免疫功能 见表 5

表 5 研究组与常规组免疫功能对比

小组	病例数	IgM (mg/L)		IgA (g/L)		IgG (g/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
研究组	100	1.6±0.2	1.2±0.3 [▲]	1.5±0.3	1.1±0.2 [▲]	11.4±1.4	9.5±0.3 [▲]
常规组	100	1.6±0.3	1.3±0.1 [▲]	1.6±0.2	1.2±0.6 [▲]	11.5±1.3	9.6±0.7 [▲]
t	-	1.331	0.462	0.781	0.242	1.056	0.683
p	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

注: 比较术前[▲]p<0.05。

2.6 观察研究组与常规组术后并发症 见表 6

表 6 研究组与常规组术后并发症对比

小组	病例数	感染	局部肿胀	鼻咽闭合不全	总发生率
研究组	100	1	1	0	2 (2.00%)
常规组	100	5	3	3	11 (11.00%)
X ²	-				7.164
p	-				<0.05

3. 讨论

OSAHS 可堵塞患儿鼻腔, 使其在睡眠过程中不能经口鼻呼吸, 进而紊乱患儿呼吸功能, 导致其呼吸暂停, 妨碍脑组织氧供, 并且在长时间缺氧状态下睡眠, 还会导致患儿头晕、头痛、夜惊, 甚至扰乱患儿思维, 影响其智力发育^[4]。扁桃体异常增生以及过于肥厚的腺样体, 是诱发 OSAHS 的主因。外科手术是目前临床帮助 OSAHS 患儿解除鼻鼾症状的有效方式。但是在鼻内镜下进行常规切除操作, 容易因为切除不全而残留大量的腺样体组织, 加之视野盲区, 术中操作力度控制不当, 极易引起不必要的损伤, 累及咽鼓管、咽部黏膜组织^[5]。

随着现代临床医疗发展, 鼻动力腺样体切除术、低温等离子腺样体切除术成为了 OSAHS 患儿的主要治疗方式。其中鼻动力切除操作过程中以鼻动力切割系统为基础, 有助于临床迅速、完全切除肥大的腺样体以及扁桃体组织^[6]。低温等离子切除方式比较新颖、微创, 在人体组织与等离子电极之间能够产生等离子体薄层, 从而在温度相对较低的情况下分解目标物质为碳水化合物, 最终对病灶组织发挥消融作用^[7]。本研究对照, 结果研究组手术疗效与常规组无差异 (p>0.05)。说明鼻动力切除疗效与低温等离子切除疗效相当, 均能够有效切除腺样体, 改善患儿临床结局。在手术指标方面, 研究组与常规组手术时间无差异 (p>0.05), 说明两种术式的操作都比较简单、耗时短。但是研究组术中出血量明显少于常规组 (p<0.05)。说明低温等离子切除术具有显著的止血特点。因为鼻动力切除术中无法同时发挥多种功能, 比如打孔、切割、止血等等, 以致于患儿术中出血量相对增多^[8]。除此之外, 通过外科手术切除腺样体组织, 解除气道堵塞症状, 也有利于 OSAHS 患儿改善睡眠质量。本研究经过主观评价与客观评价, 结果发现研究组 NI 指数与 PSQI 评分无差异, 但是研究组 ESS 嗜睡评分、AHI 指数与 AI 指数均显著低于常规组 (p<0.05)。说明低温等离子切除术对 OSAHS 患儿气道阻塞症状以及睡眠质量的改善作用更佳。究其原因: 鼻动力切除、低温等离子切除都能够精确的完成切割操作, 保护周围组织免受不必要的损伤, 减轻鼻腔阻塞程度, 这样一来, 在患儿夜晚睡眠、日间午休期间, 有助于患儿避免口式呼吸, 纠正脑组织缺氧状态, 故而两组 HI 指数无差异, 也有可能是因为 HI 指数敏感程度相对较低^[9]。PSQI 以睡眠障碍者作为主要评价群体, 本研究 OSAHS 患儿由于脑组织缺氧而长时间处于嗜睡状态, 以致于 PSQI 评价结果无明显差异。

本研究 OSAHS 患儿术后 IgM、IgA、IgG 均低于术前 (p<0.05), 但是组与组之间结果无差异 (p>0.05)。OSAHS 患儿的免疫合成比较旺盛,

而腺样体组织之中, 由于免疫活性物质参与作用, 使得患儿免疫水平升高, 腺样体切除后, 免疫水平逐步恢复正常, 说明腺样体切除操作具有一定的可行性, 虽然部分 OSAHS 患儿术后免疫水平有可能会明显下降, 但是术后恢复期间依然处于正常范围内, 不会导致患儿免疫缺陷, 远期效果较好^[10]。最后, 研究组术后 VAS 评分、并发症均低于常规组 (p<0.05)。因为低温等离子切除术能够保护周围正常组织免受损伤, 可以在最大限度上保留正常组织功能结构, 加快患儿术后恢复进程, 减少不必要的并发症; 低温等离子切除术中具有良好的止血效果, 可以封闭血管, 减轻患儿痛苦, 更容易被低龄患儿所接受。

总而言之, 对于 OSAHS 患儿而言, 低温等离子腺样体切除术值得作为首选, 具有出血少、并发症少、疼痛轻、睡眠质量改善显著等优势。

参考文献:

[1] 郝中平, 顾怀宇, 李雯, 等. 鼻内镜下低温等离子切除术对扁桃体及腺样体肥大患儿创伤应激、CC 类趋化因子的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2022, 26 (05): 127-130+143.

[2] 罗伟. 鼻内镜低温等离子刀扁桃体腺样体切除术治疗小儿鼾症效果观察[J]. 河南外科学杂志, 2021, 27 (05): 90-92.

[3] 姜娜. 低温等离子腺样体联合双侧扁桃体切除术治疗小儿 OSAHS 的临床观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2021, 38 (03): 358-359.

[4] 崔万明. 鼻内镜下等离子低温射频消融术与动力系统腺样体切除术治疗腺样体肥大的效果及安全性比较[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15 (07): 88-89.

[5] 刘文婷, 刘仑, 蔡克万. 低温等离子扁桃体腺样体切除术治疗鼾症患儿的临床效果及对其临床症状与 VAS 评分的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2021, 20 (05): 543-546.

[6] 吴莉, 陈俊泳, 冯丽君, 等. 传统切除术与低温等离子手术在扁桃体、腺样体肥大儿童治疗中的效果对比[J]. 中国实用医药, 2021, 16 (02): 114-115.

[7] 崔艳红, 徐艳霞, 僧东杰. 低温等离子扁桃体消融切除术联合鼻内镜下低温等离子腺样体消融术治疗小儿鼾症的效果观察[J]. 中国实用医刊, 2019 (21): 14-16.

[8] 李蕊叶, 祝康, 王玲, 等. 鼻内镜下低温等离子扁桃体腺样体切除术治疗小儿鼾症的效果[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4 (30): 116-118.

[9] 杨泽民, 周光耀, 郑永波, 等. 低温等离子系统联合腺样体扁桃体切除术治疗 OSAHS 患儿的临床疗效及安全性分析[J]. 实用医院临床杂志, 2019, 16 (02): 103-106.

[10] 郭建东, 尤慧华, 李栋, 等. 鼻内镜辅助低温等离子腺样体切除术的临床疗效观察[J]. 中国内镜杂志, 2017, 23 (09): 64-68.

项目编号: 2021—B—59 项目名称: 基于 VAS 评分探讨低温等离子腺样体切除术对比鼻动力腺样体切除术治疗 OSAHS 患儿的康复效果及对组织损伤的影响。

作者简介: 陈荣宏 出生年月: 1985.1 性别与学历: 男 本科 职称与职务: 主治医师, 耳鼻喉科医师 籍贯与民族: 广东 汉族。

宫腔镜联合腹腔镜检查诊治不孕症的临床效果及准确性分析

程晓雪 郑学军 黎肖梅 邱梅珍 罗小丹

高州市妇幼保健院 妇科 广东茂名 525200

摘要：目的：研究宫腔镜联合腹腔镜检查诊治不孕症的临床效果及准确性。方法：择取在本院就诊的 99 例不孕症患者，接收时间段介于 2020 年 5 月至 2021 年 12 月间。随机双盲分为三组，甲组单用宫腔镜诊治，乙组单用腹腔镜诊治，丙组联合应用宫腔镜和腹腔镜诊治，33 例/组。观察检查结果，比较三组的确诊率、性激素水平、并发症发生情况、住院时间、输卵管通畅率、宫内妊娠率。结果：丙组的不孕症确诊率以及术后 12 周时的 E₂测定值均高于甲组、乙组，术后 12 周的 FSH、LH 测定值以及并发症发生率均低于其他两组数据，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；三组间住院时间比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；输卵管通畅率、宫内妊娠率对比，均是丙组所得数据高于其他两组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：宫腔镜联合腹腔镜具有较高的不孕症诊治效果，确诊率及宫内妊娠率均更高且并发症发生情况更少。

关键词：不孕症；宫腔镜；腹腔镜；准确性

近年来不孕症的发病率随着女性生活环境、生活方式的变化以及生活工作压力的增加而出现持续升高的情况^[1,2]。不孕症具有病因多样且病情比较复杂的特点，及时、准确地判断不孕原因，有助于尽早对患者展开针对性的治疗，促进患者不孕情况得到改善^[3,4]。临床用于诊断不孕症的方法较多，如妇科检查、宫颈黏液检查、诊断性刮宫、实验室检查、染色体检查、超声等，虽然上述检查方式在一定程度上能够检出不孕症，但是部分患者的病因仍未能明确，会延误患者的治疗时机。微创技术以及腹腔镜技术的快速发展促使妇科领域广泛应用宫腔镜、腹腔镜，具有微创、术后恢复快等特点。本文就宫腔镜联合应用在不孕症诊治中所起到的效果，特择取 99 例收治于本院的不孕症患者展开对比研究。

1 资料和方法

1.1 资料

不孕症患者 99 例均于 2020 年 5 月至 2021 年 12 月期间在本院就诊。随机双盲分为三组，每组 33 例。

纳入标准：（1）与《不孕不育诊治技术规范》中相关诊断标准符合并结合常规妇科检查、实验室检查证实者；（2）术前肝肾功能等常规检查结果正常者；（3）无手术禁忌证者。

排除标准：（1）配偶不育；（2）存在生殖道炎症者；（3）因染色体异常、免疫因素等所引起的不孕症；（4）存在内分泌异常者。

甲组的年龄以 23 岁至 40 岁为具体范围，年龄平均值（ 31.52 ± 2.44 ）岁。不孕年限为 1.4 年至 10.0 年，平均年限为（ 5.72 ± 1.60 ）年。原发性不孕症 7 例，继发性不孕症 26 例。

乙组的年龄以 24 岁至 41 岁为具体范围，年龄平均值（ 31.60 ± 2.50 ）岁。不孕年限为 1.6 年至 10.3 年，平均年限为（ 5.76 ± 1.65 ）年。原发性不孕症 9 例，继发性不孕症 24 例。

丙组的年龄以 23 岁至 42 岁为具体范围，年龄平均值（ 31.58 ± 2.47 ）岁。不孕年限为 1.5 年至 10.5 年，平均年限为（ 5.79 ± 1.70 ）年。原发性、继发性不孕症分别为 10 例、23 例。

三组所获得的信息数据存在均衡性（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

所有患者均在经期结束后第 7d 接受检查，对阴道进行冲洗消毒，检查体位为膀胱截石位，麻醉方式为全身麻醉。术前 1d 进流食，术前禁食 6h。

甲组：宫腔镜诊治。完成常规消毒铺巾后，利用探针对宫腔方向、深度进行了解，采用扩宫棒将宫颈逐渐扩大。将生理盐水或浓度为 0.9% 的氯化钠注射液注入至宫腔内，起到膨宫作用。经宫颈管将宫腔镜置入，对宫腔、子宫底与双侧输卵管开口、宫颈内口与宫颈管等部位进行观察。根据宫腔镜检查结果选择合适的术式开展治疗，如子宫黏膜下肌瘤切除术、输卵管加压术等。

乙组：腹腔镜诊治。在下腹穿刺作一切口，建立二氧化碳气腹，再在脐孔处、左右麦氏点作一切口，实施三孔操作法，将腹腔镜置入。经腹腔镜对腹腔内脏器情况、盆腔情况、子宫发育情况进行观察。将亚甲蓝稀释液 50-100mL 从输卵管开口处注入，展开输卵管通液检查，对输卵管通畅程度进行了解。根据探查结果选择相应的术式进行治疗。

丙组：联合应用宫腔镜和腹腔镜诊治。术前 1d 晚上经阴道应用米索

前列醇 200 μ g。先行宫腔镜检查，之后常规放置双腔导尿管于宫腔内，便于后续腹腔镜下输卵管通液后应用。再开展腹腔镜检查。通过宫腔镜检查选择治疗方法。

术后处理：术后应用浓度为 0.9% 的氯化钠注射液对盆腹腔、输卵管进行反复冲洗。术后抗生素、补液治疗 3-5d。再针对宫腔腔病变进行治疗。

1.3 评价指标及判定标准

（1）观察宫腔镜检查结果，比较三组的确诊率。

（2）在术前、术后 12 周取三组患者的空腹静脉血 4mL 开展离心处理，取血清进行性激素水平检测，主要指标包括雌二醇（E₂）、卵泡刺激素（FSH）、促黄体生成素（LH），检测方法为放射免疫法。

（3）统计三组患者的并发症情况，记录其住院时间。

（4）对三组患者术后输卵管通畅情况进行评估，具体标准：指示液推注顺畅，输卵管充盈，可见宫腔内未出现反流情况，即为通畅；指示液推注时存在阻力，经反复加压可观察到输卵管充盈情况，且宫腔内有部分反流情况出现，则为部分通畅；指示液推注时遇到较大的阻力，输卵管未充盈，可见宫腔内反流情况明显，即为堵塞。通畅%+部分通畅%=总通畅率。同时随访 6 个月，对三组的宫内妊娠情况进行统计。

1.4 统计学处理

将此次研究中所涉及到的资料利用 SPSS 25.0 软件展开统计检验，经 χ^2 检验获得计数资料检验结果，表现形式为[n（%）]；经 t 检验获得计量资料检验结果，以（ $\bar{x} \pm s$ ）作为表现形式。差异有统计学意义的表达方式 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 宫腔镜检查结果

33 例甲组患者经宫腔镜检查发现宫腔疾病 7 例（21.21%），包括子宫内膜息肉 3 例，纵膈子宫 2 例，宫腔粘连与子宫黏膜下肌瘤各 1 例。

2.2 腹腔镜检查结果

33 例乙组患者中，腹腔镜检查结果显示 2 例为正常盆腔，还包括盆腔粘连 9 例，子宫内膜异位症 8 例，子宫腺肌症 2 例，子宫肌瘤 3 例，卵巢囊肿 2 例，多囊卵巢综合征 5 例，盆腔结核 2 例，其他 2 例。

2.3 确诊率

甲组与乙组的确诊率对比无较大区别（ $\chi^2=1.048$ ， $P < 0.05$ ），均低于丙组的不孕症确诊率（ $\chi^2=6.519$ 、11.880， $P < 0.05$ ）。

见表 1 所示：

表 1：对比三组的确诊率（n,%）

组别	例数	确诊例数	确诊率
甲组	33	23	69.70
乙组	33	19	57.58
丙组	33	31	93.94

2.4 性激素水平

三组术前性激素水平对比无显著差异（ $P > 0.05$ ），术后对比性激素水平区别较大（ $P < 0.05$ ）。术后 12 周，丙组的三项性激素水平与其他两组相比较测定值存在差异（ $t_{E_2}=14.672$ 、13.733， $t_{FSH}=24.476$ 、21.900， $t_{LH}=18.526$ 、16.884， $P < 0.05$ ）。

如表 2 所示:

表 2: 比较各组的性激素水平

组别	E ₂ (pg/mL)		FSH (U/L)		LH (U/L)	
	术前	术后 12 周	术前	术后 12 周	术前	术后 12 周
甲组 (n=33)	93.40±9.11	130.76±12.35	10.71±1.64	8.05±1.12	21.07±2.46	14.38±1.70
乙组 (n=33)	93.52±9.20	131.49±14.08	10.79±1.72	7.60±0.95	21.11±2.54	13.95±1.76
丙组 (n=33)	93.54±9.23	182.91±16.26	10.84±1.84	3.19±0.66	21.00±2.58	7.85±1.10
F 值	0.956	20.628	0.845	14.115	0.829	10.283
P 值	0.752	0.001	0.681	0.001	0.464	0.001

2.5 并发症发生率与住院时间

丙组与甲组、乙组比较并发症发生率所表现出的数据更低 ($\chi^2=5.121$ 、 6.304 , $P<0.05$); 三组之间比较住院时间差异不显著 ($P>0.05$)。

如表 3 所示:

表 3: 比较各组的并发症发生率与住院时间

组别	例数 (n)	并发症发生率[n (%)]				住院时间 (d)
		下腹胀痛	痉挛	输卵管粘连	总发生	
甲组	33	3 (9.09)	3 (9.09)	1 (3.03)	7 (21.21)	4.11±0.72
乙组	33	4 (12.12)	2 (6.06)	2 (6.06)	8 (24.24)	4.15±0.65
丙组	33	1 (3.03)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.03)	3.87±0.70
F 值	-	-	-	-	-	1.204
P 值	-	-	-	-	-	0.841

2.6 输卵管通畅率、宫内妊娠率

丙组的输卵管通畅率数据较甲组、乙组数据明显更高 ($\chi^2=10.185$ 、 13.055 , $P<0.05$), 且宫内妊娠率亦高于其他两组数据 ($\chi^2=4.909$ 、 7.360 , $P<0.05$)。

如表 4 所示:

表 4: 比较各组的输卵管通畅率、宫内妊娠率[n (%)]

组别	例数	通畅	部分通畅	堵塞	总通畅率	宫内妊娠率
甲组	33	13(39.39)	9 (27.27)	11(33.33)	22(66.67)	12(36.36)
乙组	33	12(36.36)	8 (24.24)	13(39.39)	20(60.61)	10(30.30)
丙组	33	22(66.67)	10(30.30)	1 (3.03)	32(96.97)	21(63.64)

3 讨论

不孕症是妇科常见问题, 病因主要包括输卵管性不孕、排卵障碍所致不孕、免疫性不孕等, 其中以子宫内膜异位症、输卵管功能障碍所致不孕比较常见^[5,6]。病因不同, 治疗方法也不相同, 因此在开展治疗前应准确判断病因, 以提升治疗效果。

宫腔镜在妇科疾病诊治中应用较广。宫腔为受精卵着床、胚胎与胎儿生长发育的场所, 宫腔病变是导致女性不孕的重要因素之一, 因此通过对宫腔状态的观察, 可为诊治不孕症提供重要信息^[7]。宫腔镜检查能够将患者宫腔内部的具体情况清楚、直观地显示出来, 判断是否存在因宫腔病变而出现不孕的因素^[8]。宫腔镜检查不仅能够准确、合理地解释女性流产、不孕情况, 还有助于判断子宫内膜增生与息肉、宫腔粘连、子宫瘢痕等情况。另外宫腔镜还能够处理和治疗大部分宫腔异常情况, 如纵膈子宫、宫腔粘连、子宫内膜息肉等, 将导致不孕的宫腔病变因素消除, 因此可获得较好的不孕症治疗效果^[9]。腹腔镜的视野清晰, 能够可无死角地对盆腔情况进行观察, 且通过放大技术能够显示微小病灶, 显示解剖位置复杂化的

盆腔病灶, 因此能够降低漏诊率^[10]。另外腹腔镜检查在诊断输卵管性不孕症中具有较好的效果, 能够对输卵管形态改变、走行、梗阻部位等进行观察, 还可判断粘连范围、梗阻程度以及同周围组织的关系, 同时能够发现其他导致不孕症发生的病因^[11,12]。腹腔镜下手术治疗不孕症的创伤小, 能够有效减少术后粘连等并发症的发生。但是宫腔镜、腹腔镜单一应用易出现并发症, 会对治疗效果产生影响。

通过此次研究数据可以得知, 在不孕症的诊治中, 丙组的确诊率最高, 术后 12 周的性激素水平改善程度最大, 并发症最少, 且输卵管通畅率数据、宫内妊娠率均居最高水平。充分表明了宫腔腹腔镜联合诊治不孕症的效果较单一诊治更加优越。分析原因在于: 宫腔腹腔镜联合诊治能够实现优势互补, 一次性明确宫腔、腹腔中存在的疾病, 并可立即针对不孕症的具体病因开展治疗, 检查、治疗同时进行能够缩短诊治时间^[13]。另外宫腔腹腔镜联合诊治能够更加直观、清晰的显示病灶, 可减少对宫腹腔组织的损伤, 能够降低脏器受损、子宫穿孔等不良事件的发生率, 有效提升治疗效率以及临床疗效, 有助于患者术后尽快康复^[14]。

总而言之, 宫腔腹腔镜联合应用的不孕症确诊率高, 且能够有效调节性激素水平以及促进输卵管再通, 在提升宫内妊娠率的同时可有效预防并发症的发生。

参考文献:

[1]徐萍. 输卵管性不孕症患者行腹腔镜与宫腔镜联合治疗的临床分析[J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27 (9): 138-140.

[2]兰俊, 陈多珍, 王锡莹. 腹腔镜与宫腔镜联合使用治疗女性输卵管不孕症的疗效分析[J]. 当代医学, 2021, 27 (25): 165-166.

[3]商娜. 输卵管性不孕症患者应用宫腔镜联合腹腔镜治疗的效果评价[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15 (5): 58-60.

[4]张蕾, 陈凤兰, 许玉黎. 腹腔镜联合宫腔镜手术治疗不孕症患者的临床效果[J]. 医疗装备, 2021, 34 (6): 52-54.

[5]张婷. 宫腔镜联合腹腔镜手术治疗女性不孕症的临床效果[J]. 医药论坛杂志, 2021, 42 (16): 109-112.

[6]刘艳妍. 宫腔腹腔镜联合诊治不孕症的研究进展[J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27 (7): 49, 173.

[7]王丹. 宫腔镜联合腹腔镜治疗对输卵管性不孕症患者输卵管通畅率及妊娠率的影响[J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 52 (2): 158-159.

[8]王蕾, 王倩, 尚小燕, 等. 宫腔镜检查在不孕症诊断中的临床价值[J]. 河南外科学杂志, 2021, 27 (3): 167-168.

[9]贺媛, 董渠龙. 宫腔镜和腹腔镜在不孕症诊治中的应用价值[J]. 武警后勤学院学报 (医学版), 2020, 29 (9): 77-79.

[10]杨金金. 宫腔镜联合腹腔镜治疗对输卵管性不孕症患者输卵管通畅率及宫内妊娠率的影响[J]. 临床医学工程, 2020, 27 (1): 15-16.

[11]李苓妙, 王海波, 武子先, 等. 阴道注水腹腔镜宫腔镜联合手术在不孕症诊治中的作用探讨[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4 (19): 164-165.

[12]杜娟. 宫腔镜联合腹腔镜诊治不孕症患者的临床效果[J]. 医疗装备, 2019, 32 (23): 118-119.

[13]卢翠云. 简述宫腔镜、腹腔镜联合诊治不孕症的研究进展[J]. 中国医疗器械信息, 2019, 25 (13): 47-48.

[14]宋志超. 宫腔腹腔镜联合诊治不孕症的研究进展[J]. 中国医疗器械信息, 2019, 25 (6): 16-17.

美沙拉嗪联合锡类散灌肠治疗溃疡性结肠炎 84 例关键思路分析

代波

安岳县龙台镇中心卫生院 四川资阳 642353

摘要：目的：研究分析美沙拉嗪联合锡类散灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效。方法：研究对象共选取了溃疡性结肠炎患者 84 例，选取时间在 2021 年 6 月至 2022 年 5 月，这些患者接受随机分组后在治疗期间分别美沙拉嗪联合锡类散灌肠治疗和单纯美沙拉嗪治疗，对比两组患者的治疗情况。结果：研究组患者的临床治疗有效率为 95.24%，结肠镜检查有效率 97.62%，治疗后 DAI 评分（2.03±0.62）分，不良反应发生为 9.52%。对照组患者的临床治疗有效率为 80.95%，结肠镜检查有效率 83.33%，治疗后 DAI 评分（3.45±0.52）分，不良反应发生为 30.95%。研究组各项指标与对照组相比均明显更好。组间对比差异显著（ $p<0.05$ ）。结论：对溃疡性结肠炎患者实施美沙拉嗪联合锡类散灌肠治疗的临床效果更加显著，可以有效改善炎症状态，治疗安全性高，临床可以考虑加以推广应用。

关键词：美沙拉嗪；锡类散；灌肠；溃疡性结肠炎；疗效

现代人的饮食习惯和饮食结构发生了较大的改变，溃疡性结肠炎的患病人数有了显著增加，目前临床上对于该疾病的治疗，以局部用药为主，通过局部用药，可以让药物直接接触病灶，不会诱发严重的全身副作用，疗效十分显著^[1]。且与口服药物治疗相比，诱导缓解时间显著更短，目前在临床上的应用越来越广泛^[2]。本文的研究内容即为美沙拉嗪联合锡类散灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效。得到如下结果：

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究中共选取了溃疡性结肠炎患者 84 例，在 84 例患者中 50 例为男性患者，34 例为女性患者，这些患者的年龄平均值为（48.9±5.2）岁。选定的患者经结肠镜检查确诊为溃疡性结肠炎，已获悉此项研究，并将自愿合作完成所有研究并签署知情同意书；患者没有其他严重的组织或器官器质性疾病，并且具有正常意识，当研究人员提出观察研究的问题时，患者可以做出准确的回复；排除其他严重的组织或器官器质性疾病，抵触参加这项研究，并且对研究人员提出的与研究相关的问题难以清晰和自主回答，该患者家庭强烈拒绝这项研究，无法有针对性地回答问题，在研究中期（例如转移或死亡）退出。对全部患者进行随机均分后开始研究，组间样本没有统计学差异，这样得到的研究结论说服力更强。本次研究在医院伦理委员会许可后才正式开始进行。

1.2 方法 全部患者所接受的基础治疗方法相同，均为调整饮食和静脉补液等。期间对照组接受单纯美沙拉嗪治疗，研究组接受美沙拉嗪联合锡类散灌肠治疗，具体为：美沙拉嗪口服 1.0g/次，4 次/d。锡类散灌肠时，将药物 1-2g 加入 100ml 温开水进行保留灌肠，协助患者取侧卧位，药物灌注成功后，改为膝胸卧位，将臀部垫高，向肛门插入 15-20cm 长的导管，深度适宜后，向气囊内注入生理盐水，将调节器打开，滴速调节为 6-80 滴/min，全部滴完后药液保留时间最短为 6h，每天灌肠 1 次。全部患者均在接受一个月的治疗后比较治疗效果。

1.3 观察项目和指标 （1）对比两组患者的临床疗效：显效：各种不良症状和体征完全消失，便常规检查阴性，结肠镜检查无溃疡和糜烂，黏膜无异常。有效：各种不良症状和体征有所改善，便常规阴性，结肠镜检查炎症十分轻微或形成假息肉。无效：未达上述标准者。（2）对比两组患者的结肠黏膜恢复情况，内镜下炎症程度分为 4 级，其中 I 级为黏膜充血，无法清晰看到血管，II 级为黏膜存在接触性出现，III 级为黏膜的自发性出血，IV 为黏膜出现溃疡。显效：治疗后进展为 I 级。有效：进展为 II 级或程度有所缓解。无效：未达上述标准者。（3）对比两组患者在治疗前后的

DAI（疾病活动指数）评分情况。（4）对比两组患者发生不良反应的情况。

1.4 统计学方法 针对本次研究中涉及到的数据信息均采用 SPSS22.0 统计学软件进行分析和处理。

2 结果

2.1 两组患者在治疗有效率上的比较 统计结果显示，研究组有效率显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。具体见表 1。

表 1 两组治疗有效率比较（n，%）

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
研究组	42	38	2	2	95.24%（40/42）
对照组	42	30	4	8	80.95%（34/42）
X^2					8.524
P					$P<0.05$

2.2 两组患者在结肠镜下疗效上的比较 统计结果显示，研究组有效率显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。具体见表 2。

表 2 两组结肠镜疗效比较（n，%）

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
研究组	42	35	6	1	97.62%（41/42）
对照组	42	28	7	7	83.33%（35/42）
X^2					8.627
P					$P<0.05$

2.3 两组患者在治疗前后的 DAI 评分上的比较 统计结果显示，治疗前两组患者评分无显著差异（ $P>0.05$ ），经不同方法治疗后，研究组评分显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。具体见表 3。

表 3 两组治疗前后的 DAI 评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	治疗前	治疗后
研究组	42	6.08±0.65	2.03±0.62
对照组	42	6.39±0.62	3.45±0.52
t		0.245	8.435
P		>0.05	<0.05

2.4 两组患者在不良反应发生率上的比较 统计结果显示，研究组不良反应发生率显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。具体见表 4。

表 4 两组不良反应发生率比较（n，%）

组别	例数	腹泻	腹痛	脓血便	发生率
----	----	----	----	-----	-----

研究组	42	1	2	1	9.52% (4/42)
对照组	42	3	6	4	30.95% (13/42)
χ^2					8.433
P					$P<0.05$

3. 讨论

临床目前尚未完全清楚溃疡性结肠炎的发病机制,可能的诱发疾病的因素包括免疫、遗传、感染和氧自由基的作用等^[3],近些年临床研究发现,阳光照射不足和肥胖也对该疾病的发生发展有促进效果^[4]。临床在对该疾病进行治疗时,常用的治疗药物包括糖皮质激素、氨基水杨酸和生物制剂等^[5]。免疫抑制剂的治疗原理在于对细胞和体液免疫进行抑制从而缓解组织损伤,但用药期间,大部分患者常无法耐受,会出现程度不同的胃肠道反应和血液系统障碍,严重时甚至会造成肾衰竭。所以当溃疡性结肠炎患者的病情较轻时,常不选择该类药物进行治疗。而生物制剂作为 TNF- α 拮抗剂,目前在国内外有广泛的应用,且临床疗效十分显著,但该药物的价格过高,所以国内无法大面积推广应用^[6]。

在对轻中度溃疡性结肠炎进行治疗时,最佳的治疗用药为美沙拉嗪,该药物的治疗原理在于对机体白三烯和前列腺素 E 的释放进行抑制,避免巨噬细胞迁移至炎症病灶,减少氧自由基,对激活的白细胞产生炎性递质的过程进行抑制,从而有效抗炎^[7]。此外,该药物有较短的半衰期,代谢后成为乙酰化合物,半衰期有明显延长,大部分可以结合血浆蛋白,常不会出现严重的不良反应。但本次研究中单用美沙拉嗪的对照组不良反应较重的原因可能在于:(1)治疗期间所服用的美沙拉嗪肠溶片质地过硬,无法研磨成粉末服下,只能整颗服下,所以药物无法被充分吸收,所以部分患者无法耐受。(2)部分患者选择研碎药片服下,在一定程度上降低了药效。(3)本次研究入组的样本较少,可能在取得的研究数据上存在一定的偏差。

临床在对溃疡性结肠炎进行治疗时,如为中、轻度远段结肠炎患者,首选的治疗手段为局部保留灌肠,以中药灌肠为主,该治疗的优势在于用药剂量较大,可以直接接触病灶,药物浓度高,不会刺激消化道,与内服相比,肠壁可以更快地吸收药物,从而有效止血、止痛、促进溃疡面愈合,预防出现药物代谢的首过效应,不会浪费药物,可以反复造成。原因主要在于:(1)选择有可靠药效的中药,温和的药性,尤其是配合中医辨证施治时,可以有机统一起来药物的共性和个性、局部与整体,所以疗效显著。(2)药物直接从直肠被吸收后进入循环,吸收迅速。(3)灌肠可以让患处直接接触高浓度的药液,有助于促进创面愈合。锡类散属于中药制剂,收载在《卫生部药品标准》中,其中的有效成分包括了珍珠、牛黄、冰片、青黛等,通过局部灌肠给药,药液可以直接渗透扩散至病灶,改善局部肠粘膜的微循环,从而有效起到解毒、收敛、化腐生肌,促进溃疡创面愈合的效果,还可以对腹痛症状进行缓解。治疗效果显著,不易复发,基本无不良反应。可以反复应用。美沙拉嗪联合锡类散灌肠治疗时两者优势互补,可以取得预期的疗效。本次研究结果也证实,对溃疡性结肠炎患者实施美沙拉嗪联合锡类散灌肠治疗时可以取得预期的疗效。但研究因为选择的样本数量较少,所以可能存在研究结果与真实情况有较大偏差的情况,希望临床未来可以通过更加深入的研究缩小误差,提升研究结论的说服力。

临床在实际开展联合治疗时,为了保证治疗效果,需要注意以下问题:(1)因为溃疡性结肠炎属于一种身心性疾病,且病程长,病情常反复发

作,所以患者常会在治疗期间出现焦虑抑郁等负面情绪,而负面情绪又会在一定程度上加重病情,所以需要在治疗期间详细向患者介绍疾病的诱发因素和治疗手段等知识,让患者对治疗充满信心。进行灌肠操作前,简单介绍方法和期间的注意事项等知识,避免患者因为害羞拒绝配合治疗。灌肠期间体贴患者,了解患者的心理状态,当患者肛管插管困难时,需要教会患者通过深呼吸等方式放松肌肉,在放松良好后再缓慢插入,期间密切观察患者的反应,了解患者的主诉,及时回答患者提出的相关问题。灌肠时保证患者处于一个安静、舒适、私密性良好的环境,保证病室内温湿度适宜,将门窗关闭,如病室内有其他患者,需要使用屏风做好遮挡,有条件时还可以播放一些轻音乐,缓解患者的心理压力,转移患者注意力。

住院期间勤为患者更换床单被罩。灌肠时禁止动作粗暴强硬,而是要保持轻柔,以免因为插管对肠粘膜造成损伤。灌肠结束后协助患者对肛周做好清洗,并涂抹爽身粉、石蜡油。对于伴发肛周湿疹的患者,可以涂抹氧化锌软膏。伴发痔疮的患者则需要在灌肠前对肛管和肛周皮肤做好充分的润滑,禁止盲目插入。灌肠期间对患者的反应做好密切观察,当患者有腹痛或便秘时,需要暂停灌肠,教会患者正确深呼吸,使腹肌放松下来,以免盆腔内压力过高影响灌肠。等待片刻,当患者不适症状有显著缓解后再继续灌肠。灌肠期间如果滴注不畅,可以对肛管进行适当调试,稍向内插入或向外拔出几厘米,或轻轻挤压茂菲氏滴管,当患者表现出心慌和面色苍白等症状时,需要立即停止操作,做好对应的治疗。治疗期间需要对患者的各项基础生命体征变化情况做好观察,准确记录好腹泻次数和大便的性状和颜色,确认有无伴发粘液或脓血。此外,在饮食方面,嘱患者少食多餐,所进食的食物要保证清淡易消化、无渣或少渣。保证食物的营养和热量充足,多食富含维生素的食物,禁食生冷刺激性食物、肥甘厚味和煎炸的食物,如有吸烟饮酒史的患者,要戒烟戒酒。平时不要喝浓茶咖啡。

综上所述:对溃疡性结肠炎患者实施美沙拉嗪联合锡类散灌肠治疗的临床效果更加显著,可以有效改善炎症状态,治疗安全性高,临床可以考虑加以推广应用。

参考文献:

[1]蔡怡,贺明洁,罗培培. 美沙拉嗪联合锡类散灌肠治疗溃疡性结肠炎的效果及对患者免疫功能和细胞因子的影响[J]. 中国当代医药,2022,29(2): 60-64.

[2]孙中,王艳梅,王媛,等. 美沙拉嗪口服联合锡类散、L-谷氨酰胺、利多卡因保留灌肠治疗远端型溃疡性结肠炎的临床疗效[J]. 中国现代医生,2022,60(3): 48-51.

[3]Preziosi Nicholas A,Rizvi Areeba H,Feerick John D,Mandelia Chetan. De Novo Pediatric Ulcerative Colitis Triggered by SARS-CoV-2 Infection: a Tale of 2 Sisters.[J]. Inflammatory bowel diseases,2022.

[4]丁仕艳. 锡类散保留灌肠联合口服美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床效果[J]. 中国农村卫生,2019,11(3): 60,59.

[5]宋传佑. 美沙拉嗪口服、甲硝唑+锡类散灌肠与单纯美沙拉嗪口服在溃疡性结肠炎治疗的疗效对比[J]. 健康必读,2019(21): 86.

[6]Ye Bin,Lu Zhongkai. Role of TRIM22 in ulcerative colitis and its underlying mechanisms.[J]. Molecular medicine reports,2022,26(2).

[7]何晓瑞. 美沙拉嗪口服联合结肠水疗、锡类散灌肠治疗溃疡性结肠炎患者的效果[J]. 中国当代医药,2018,25(6): 46-49.

对冠心病患者实施早期诊断中脂蛋白 a、同型半胱氨酸联合测定的价值研究

董宁艳

空军军医大学第二附属医院唐都医院 检验科 陕西西安 710000

摘要:目的:在冠心病(CHD)早期诊断中实施脂蛋白[aLp(a)]、同型半胱氨酸(Hcy)联合测定,并分析其诊断价值。方法:选取2020年3月-2022年3月,在我院治疗的180例CHD患者作为观察组。根据其病情严重程度,分为轻度狭窄组(n=58)、中度狭窄组(n=62)、重度狭窄组(n=60)三组,同时选取同期体检者60例作为对照组。对所有对象均进行血清Hcy、Lp(a)水平检测。比较各组检测对象的Hcy、Lp(a)以及联合检测的阳性率,比较各组Hcy、Lp(a)水平。结果:观察组各组的Hcy、Lp(a)阳性检出率及联合检测阳性率均明显高于对照组,差异明显($P<0.05$);重度狭窄组患者的Hcy、Lp(a)阳性检出率明显高于轻度狭窄组、中度狭窄组患者,差异明显($P<0.05$);观察组各组的联合检测阳性率均明显高于Hcy、Lp(a)单独检测,差异明显($P<0.05$)。与对照组对比,观察组血清Hcy、Lp(a)水平更高,差异明显($P<0.05$);观察组不同程度患者的血清Hcy、Lp(a)水平差异明显,病情严重程度越高,其Hcy、Lp(a)水平越高($P<0.05$)。结论:血清Hcy、Lp(a)水平检测有助于判断CHD患者病情,评估其严重程度,具有较高的应用价值。

关键词:同型半胱氨酸;脂蛋白a;冠心病

冠心病(coronary heart disease, CHD)即冠状动脉粥样硬化性心脏病,其基本病理改变即动脉粥样硬化病变,由于血管腔狭窄、阻塞,导致心肌缺血、缺氧,甚至出现坏死。研究发现,CHD的危险因素较多,包括肥胖、高血糖、高血压、血脂异常以及不良生活方式等。为尽早判断其病情,迫切需要探索特异性指标,为CHD的诊治提供参考依据。同型半胱氨酸(homocysteine, Hcy)是半胱氨酸/蛋氨酸代谢过程中的产物,为含硫氨基酸,被认为是CHD发生、发展的独立危险因子,具有血管毒性作用,对血小板聚集、平滑肌细胞增殖具有促进作用。脂蛋白a [lipoprotein (a), Lp(a)]是一种高分子蛋白质,由低密度脂蛋白胆固醇(LDL)分子与糖蛋白ApoA分子共同组成。研究发现,Lp(a)对动脉粥样硬化斑块形成具有促进作用,可引起CHD。有研究指出,Lp(a)、Hcy在冠心病病情预测及严重程度评估方面均具有较高价值。因此,本文将在CHD早期诊断中实施Lp(a)、Hcy联合测定,并分析其诊断价值,现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年3月-2022年3月,在我院治疗的180例CHD患者作为观察组。根据其病情严重程度,分为三组。狭窄程度 $<50\%$ 患者58例轻度狭窄组,狭窄程度 $50\%\sim 75\%$ 患者62例为中度狭窄组,狭窄程度 $>75\%$ 患者60例为重度狭窄组。同时选取同期体检者60例作为对照组。轻度狭窄组:男27例,女31例,年龄 $42\sim 78$ 岁,平均 (59.62 ± 6.69) 岁,体质量 $42\sim 73\text{kg}$,平均 (54.72 ± 4.73) kg。中度狭窄组:男29例,女33例,年龄 $43\sim 77$ 岁,平均 (60.02 ± 7.10) 岁,体质量 $43\sim 72\text{kg}$,平均 (54.55 ± 4.88) kg。重度狭窄组:男32例,女28例,年龄 $44\sim 75$ 岁,平均 (59.62 ± 6.57) 岁,体质量 $42\sim 73\text{kg}$,平均 (54.90 ± 4.43) kg。对照组:男31例,女29例,年龄 $42\sim 74$ 岁,平均 (59.12 ± 6.88) 岁,体质量 $43\sim 74\text{kg}$,平均 (54.55 ± 4.26) kg。各组上述资料无明显差异($P>0.05$)。本次研究已经过伦理委员会审核。

纳入标准:(1)经心电图、临床表现、冠状动脉造影等检查确诊为CHD;(2)可配合检查及研究;(3)已签署知情同意书。排除标准:(1)肝肾疾病患者;(2)感染性疾病患者;(3)其他器质性疾病患者;(4)合并其他心脏疾病患者,例如肥厚性心肌病、扩张性心肌病等;(5)血液性疾病患者等。

1.2 方法

采集空腹静脉血,于清晨采集血液标本,离心操作,3 000 r/min,时间15 min,分离血清,对血清Hcy、Lp(a)水平进行检测,使用雅培C8000全自动生化分析仪检测。Hcy、Lp(a)分别应用循环酶法、粒子增强免疫

比浊法检测,参考区间分别为 $0\sim 15\mu\text{mol/L}$ 、 $0\sim 300\text{ng/mL}$ 。

1.3 评价标准

(1)比较各组检测对象的Hcy、Lp(a)以及联合检测的阳性率。阳性判断标准:Hcy $>15\mu\text{mol/L}$,Lp(a) $>300\text{mg/L}$ 。(2)比较观察组、对照组检测对象的Hcy、Lp(a)水平。(3)比较观察组不同病情严重程度的Hcy、Lp(a)水平。

1.4 统计学方法

数据应用SPSS22.0软件处理,计数资料、计量资料分别应用(%)、 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,应用 χ^2 、t检验。 $P<0.05$ 表示差异,有统计学意义。

2. 结果

2.1 检测阳性率比较

观察组各组的Hcy、Lp(a)阳性检出率及联合检测阳性率均明显高于对照组,差异明显($P<0.05$)。重度狭窄组患者的Hcy、Lp(a)阳性检出率明显高于轻度狭窄组、中度狭窄组患者,差异明显($P<0.05$)。观察组各组的联合检测阳性率均明显高于Hcy、Lp(a)单独检测,差异明显($P<0.05$)。具体见表1。

表1 各组Hcy、Lp(a)单独检测及联合检测的阳性率比较[n(%)]

组别	例数	Hcy	Lp(a)	联合检测
对照组	60	18 (30.00)	16 (26.67)	10 (16.67)
轻度狭窄组	58	30 (51.72) ^b	31 (53.45) ^b	52 (89.66) ^{ab}
中度狭窄组	62	36 (58.06) ^b	35 (56.45) ^b	56 (90.32) ^{ab}
重度狭窄组	60	47 (78.33) ^{bc}	46 (76.67) ^{bc}	56 (93.33) ^{ab}

与Hcy、Lp(a)检测比较:^a $P<0.05$;与对照组比较: $P<0.05$ ^b;与轻度狭窄组、中度狭窄组比较:^c $P<0.05$;

2.2 观察组与对照组的血清Hcy、Lp(a)水平比较

与对照组对比,观察组血清Hcy、Lp(a)水平更高,差异明显($P<0.05$),见表2。

表2 观察组与对照组的血清Hcy、Lp(a)水平比较 $(\bar{x}\pm s)$

组别	例数	Hcy ($\mu\text{mol/L}$)	Lp(a) (mg/L)
对照组	180	8.92 ± 1.55	153.23 ± 18.78
观察组	60	24.84 ± 4.76	402.23 ± 65.66
t	--	39.196	45.733
P	--	<0.05	<0.05

2.3 观察组不同程度患者的血清Hcy、Lp(a)水平比较

观察组不同程度患者的血清 Hcy、Lp (a) 水平差异明显, 病情严重程度越高, 其 Hcy、Lp (a) 水平越高, 组间比较差异明显 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 观察组不同程度患者的血清 Hcy、Lp (a) 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Hcy ($\mu\text{mol/L}$)	Lp (a) (mg/L)
轻度狭窄组	58	19.22 $\pm$ 1.78	344.44 $\pm$ 34.23
中度狭窄组	62	26.08 $\pm$ 2.01 ^a	408.78 $\pm$ 42.12 ^a
重度狭窄组	60	31.23 $\pm$ 3.42 ^{a b}	498.02 $\pm$ 46.67 ^{a b}

与轻度狭窄组比较: ^a $P<0.05$; 与中度狭窄组比较: ^b $P<0.05$;

3. 讨论

CHD 发生机制复杂, 与环境因素、遗传因素、生活习惯等均具有相关性, 是人类死亡的重要病因。据相关调查显示, 我国因心血管疾病死亡人数在世界范围内名列前茅, 且仍处于迅速增长状态。该病的主要发病人群为老年人, 生理机能下降, 基础疾病较多, 因此并发症风险、致残率、死亡率均处于较高水平。冠状动脉造影是诊断该病的金标准, 但创伤较大, 不适合作为早期筛查及评估手段, 因此, 迫切需要非侵入性检测指标提高诊断能力, 减少冠状动脉造影造成的痛苦, 降低医疗负担。而实验室指标则是最常用的非侵入性检测方法, 通过单独或联合检测高敏感度、高特异度指标, 可为 CHD 早期预防及治疗提供重要参考依据, 对降低患者致残率、死亡率具有重要意义。

研究发现, Hcy 是 CHD 的独立危险因素。作为一种含硫氨基酸, 70%~80% 可与血浆蛋白结合, 或与其他硫醇结合, 形成二聚半胱氨酸。有证据表明, 血清 Hcy 水平与血糖水平、血压水平、脂代谢水平均具有相关性, 且具有促炎作用, 可诱导 CHD 发生。也有研究指出, 血清 Hcy 水平与 CHD 冠状动脉的狭窄程度具有相关性, 其狭窄程度越严重, Hcy 水平升高幅度越明显。在本次研究中, 与对照组对比, 观察组血清 Hcy 水平更高, 差异明显 ($P<0.05$); 观察组不同程度患者的血清 Hcy 水平差异明显, 病情严重程度越高, Hcy 水平越高 ($P<0.05$), 也证实了 CHD 患者存在明显的血清 Hcy 水平异常, 且与狭窄冠脉严重程度存在正相关。有研究指出, Hcy 水平最高患者的全因死亡率较 Hcy 水平最低者高出 93%, 死亡率升高 68%, CHD 死亡率升高 66%, 可见 Hcy 在患者预后评估中也具有较高价值。

研究指出, Lp (a) 在缺血性心脏病发生、粥样斑块形成过程中也有重要参与。从 Lp (a) 的组成上看, 主要包括含 ApoB100 的 LDL 分子, 同时包括糖蛋白 ApoA 分子, 该糖蛋白分子具有高度多态性。与健康人群相比, 大部分冠状动脉疾病患者均存在异常升高情况, 且冠状动脉狭窄程度越高, Lp (a) 水平也越高。在本次研究中, 与对照组对比, 观察组血清 Lp (a) 水平更高, 差异明显 ($P<0.05$); 观察组不同程度患者的血清 Lp (a) 水平差异明显, 病情严重程度越高, Lp (a) 水平越高 ($P<0.05$), 可见 Lp (a) 与冠状动脉狭窄程度存在正相关, 推测 Lp (a) 异常升高为 CHD 的危险因子, 可作为早期 CHD 筛查的参考依据。

在本次研究中, 观察组各组的 Hcy、Lp (a) 阳性检出率及联合检测阳性率均明显高于对照组, 差异明显 ($P<0.05$); 重度狭窄组患者的 Hcy、Lp (a) 阳性检出率明显高于轻度狭窄组、中度狭窄组患者, 差异明显 ($P<0.05$); 观察组各组的联合检测阳性率均明显高于 Hcy、Lp (a) 单独检测, 差异明显 ($P<0.05$), 可见与健康人群相比, CHD 患者血清 Hcy、Lp (a) 阳性检出率较高, 且两者联合检测的阳性率更高, 具有较高的诊断价值。目前, 已经证实 CHD 的病理基础为冠状动脉粥样硬化, 而在动脉粥样硬化形成、进展过程中, 炎症反应发挥了重要作用。Hcy、Lp (a) 在炎症反应、氧化应激过程中均有参与, 推测其为促动脉粥样硬化的重要机制。作为半胱氨酸、蛋氨酸的中间代谢的产物, Hcy 属于反应性血管损伤氨基酸, 与 Hcy 水平正常人群相比, 高 Hcy 水平患者更早出现冠状动脉损伤、动脉粥样硬化形成。分析 Hcy 的致病机制, 首先, 在 Hcy 代谢过程中,

氧自由基、过氧化物大量生成, 可损伤血管内皮, 损伤内皮细胞功能, 在氧化应激刺激下, 可刺激血管平滑肌细胞增生, 并诱发机体纤溶机制与凝血机制失衡, 导致脂质代谢出现异常, 增加血栓形成的潜在风险, 最终诱发心脑血管疾病。同时, Hcy 能够形成巯基内酯化合物, 可同步反式视黄醛, 促使血小板聚集, 导致血栓素、前列环素释放增加, 增加血液黏稠度。有证据表明, 平滑肌细胞增殖、血管内皮损伤均是动脉粥样硬化形成的重要病理机制。随着 Hcy 水平的异常升高, 血管内皮功能损伤加剧, 血管内壁积聚的脂蛋白、胆固醇增加, 可导致其病情进展加速。因此, 控制 Hcy 水平对预防心脑血管疾病发生、控制疾病进展均有重要意义。Lp (a) 是一种结构较为特殊的脂蛋白, 与 LDL 较为类似, 且其水平与遗传因素、基因控制有关, 与性别、年龄、饮食、环境等因素无关, 且存在个体差异, 但从整体上看, 个体的 Lp (a) 水平基本处于恒定的状态。健康人群的 Lp (a) 多为偏态分布, 大部分健康人群 (80%) 的 Lp (a) 水平 $<200 \text{ mg/L}$, 因此, 一般将 300 mg/L 作为阳性判断的临界值。当 Lp (a) 水平出现异常升高时, 血管中胆固醇增加, 可对内皮细胞功能造成破坏, 可诱发动脉粥样硬化形成。同时, Lp (a) 与纤溶酶原具有同源性, 对纤维蛋白的水解具有抑制作用, 可促使血栓形成。Lp (a) 对内皮细胞、平滑肌细胞还具有氧化修饰作用, 可促使泡沫细胞形成, 也是其引起动脉粥样硬化的主要机制。在动脉粥样硬化进程中, 内皮细胞功能损伤是主要的早期病理改变, 而血栓形成则是其第二阶段的主要病理改变。因此, 检测 Lp (a) 水平有助于判断心脑血管疾病病情, 预测患者预后, 对疾病防治均有重要价值。

以往有研究显示, Hcy、Lp (a) 水平与冠状动脉病变支数具有相关性, 病变支数越多, 其水平升高越明显, 也证实其与冠状动脉病变程度相关, 同时, 与非心肌梗死患者相比, 心肌梗死患者的 Hcy、Lp (a) 水平更高, 可见其对急性冠状动脉事件具有预测价值。分析其原因, 主要是由于 Lp (a) 水平不仅与动脉粥样硬化形成有关, 同时与其病情进展也具有相关性, 可增加斑块不稳定性, 而血栓形成、不稳定斑块正是心肌梗死的病理生理过程。在其他心血管危险因素相同的情况下, Lp (a) 水平较高患者的心肌梗死风险明显高于 Lp (a) 水平较低者。尽管血清 Hcy、Lp (a) 对 CHD 诊断、病情评估、预后预测均有较高价值, 可提示不良心脑血管事件风险, 但其处于何种水平会引起心脑血管不良事件仍是关注的重点。有研究指出, Lp (a) 水平超过 180 mg/L 、Hcy 水平超过 $15 \mu\text{mol/L}$, 则会增加心脑血管不良事件风险。取该值为临界值, 对心脑血管不良事件的预测灵敏度分别为 73.27%、84.35%, 特异度分别为 79.35%、81.34%。同时, 经相关性分析显示, Lp (a) 与 Hcy 为正相关, Hcy 与 LDL 存在负相关, Lp (a) 与 LDL 无明显相关, 可见心脑血管不良事件的发生并非为单一指标所致, 而是多指标综合作用。随着 Hcy 水平升高, 其氧化作用更强, 在内皮细胞、脂质氧化过度下, 内皮细胞功能损伤, 而随内皮细胞功能异常, 可引起 Lp (a) 水平异常, 导致循环障碍, 动脉僵硬程度增加, 增加不良事件风险。而 Hcy 对肝脏内部脂质代谢具有介导作用, 可促使脂质集聚, 增加 Hcy 消耗, 引起 LDL 及 Lp (a) 水平异常。因此, 在临床诊断时, 为提高诊断准确度, 可综合运用其他指标, 包括 LDL、尿酸 (UA) 等。

综上所述, 血清 Hcy、Lp (a) 水平检测有助于判断 CHD 患者病情, 评估其严重程度, 具有较高的应用价值。

参考文献:

- [1]王坤,许林艳. 血清脂蛋白相关磷脂酶 A2 及同型半胱氨酸水平与冠心病患者冠状动脉病变程度的关系[J]. 医疗装备, 2022, 35 (11): 51-53.
- [2]曹建东, 马晓峰, 邓勇, 等. 载脂蛋白 A1 和低密度脂蛋白及同型半胱氨酸水平与世居高原藏族青年发生冠心病的关系[J]. 中国医药, 2021, 16 (11): 1614-1617.
- [3]杨晓东, 饶丽华, 代艳文, 等. 同型半胱氨酸、脂蛋白 a 及尿酸单独或联合检测在冠心病诊疗监测中的应用研究[J]. 标记免疫分析与临床, 2021, 28 (8): 1366-1370.

新活素配合左卡尼丁对顽固性心力衰竭患者疗效及 NT-proBNP、心功能指标水平的影响

高靖 任玉茹

宁夏自治区第五人民医院中西医结合医院 宁夏石嘴山市 753000

摘要：目的：研究新活素配合左卡尼丁对顽固性心力衰竭患者治疗效果。方法：选取 2019 年 6 月-2020 年 6 月收治于我院的 80 例顽固性心力衰竭患者，采用随即分组的方式分为观察组与对照组，每组 40 例，对照组患者采用新活素治疗方式，观察组患者在对照组基础上，添加左卡尼丁治疗。对比两组患者心功能水平、治疗满意度、血浆 N 末端脑钠肽体、6 分钟所走距离。结果：观察组心功能水平高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组总满意度所占比例为 97.50%，对照组所占比例为 77.50%，可以了解观察组满意度更高（ $P<0.05$ ）；治疗后观察组血浆 N 末端脑钠肽体水平 422.55 ± 10.50 （pg/ml）低于对照组 508.55 ± 10.50 （pg/ml）；观察组 6 分钟所走距离 386.65 ± 4.50 （米）高于对照组 322.55 ± 3.50 （米）。结论：在治疗顽固性心衰患者过程中，采用新活素配合左卡尼丁联合治疗，可以改善患者心功能水平，缓解患者症状，因此能够在临床上应用。

关键词：心力衰竭患者；新活素配合左卡尼丁；心功能指标及 NT-proBNP 水平

前言：心力衰竭属于心脏疾病后期阶段，此时心脏发生不可逆转重塑，不仅影响患者生活质量，同时对患者生命也造成一定影响。临床症状为不能做大量活动，呼吸较为困难，肺动脉有淤血出现。这种心脏疾病具有非常高的死亡率，病情比较严重，主要治疗药物有扩血管药物，以及血管紧张素转化酶等药物，但是治疗效果不乐观^[1-2]。本次研究选取我院 80 例心力衰竭患者，分为对照组和观察组，采用不同治疗方案进行比较，分析新活素配合左卡尼丁在顽固性心力衰竭中的作用，资料如下。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

如选取 2019 年 6 月-2020 年 6 月收治于我院的 80 例患者，采用随机分组方式，将患者分为观察组与对照组，观察组 40 例。其中，男性患者 20 例，女性患者 20 例，年龄：46-85 岁，平均年龄（ 63.64 ± 9.19 ）岁，患者学历在大专以上为 10 人，学历在中专以上为 15 人，中专以下学历为 15 人，患病平均时间为（ 6.3 ± 2.47 ）年；对照组 40 例，男性 19 例，女性 21 例，年龄：45-86 岁，患者平均年龄为（ 63.21 ± 11.34 ）岁，患者学历在大专以上为 8 人，学历在中专以上为 16 人，中专以下学历为 16 人，患病平均时间为（ 5.91 ± 2.37 ）年，对比两组一般资料，无显著差异， $P>0.05$ ，具有可比性。

纳入标准：（1）被诊断为心力衰竭患者；（2）年龄范围大于 40 岁，小于 90 岁；（3）选择患者时，要得到患者及患者家属同意方可进行研究。

排除标准：（1）器官功能存在障碍患者；（2）身体有其他慢性疾病患者；（3）患者临床资料不完整。

1.2 研究方法

所有患者均采用抗心衰治疗，通常采用抗感染治疗方式，对照组采用新活素治疗方式，给予患者 1.5 微克/千克新活素（此药物由成都诺迪康生物制药有限公司生产，国药准字为 S20050033）静脉冲击，采用静脉滴注模式，治疗时间为一周。观察组在对照组基础上，添加左卡尼丁（此药物由常州兰陵制药有限公司生产，国药准字为 H20000543）治疗，将 10 毫克/千克左卡尼丁融入到浓度为 5% 的葡萄糖溶液（由安徽丰源药业股份有限公司生产，国药准字为 H34024117）中，葡萄糖溶液为 250 毫升，采用静脉滴注方式，每日 1 次，治疗时间为一周。

1.3 观察指标

- （1）对比两组患者心功能水平；
- （2）对比两组患者治疗满意度（采用本院自制满意度量表进行评估，非常满意：≥85 分，比较满意：>75 分<85 分；不满意：≤75 分）；
- （3）对比两组患者血浆 N 末端脑钠肽体、6 分钟所走距离。

1.4 统计资料

使用 SPSS26.0 软件统计相关数据，使用[n，（%）]作为计量资料，卡方检验计数资料。使用（ χ^2 ）检测数据，本次研究中采用率（ $\bar{x}\pm s$ ）表示计量资料。得到结果 $P<0.05$ ，具有统计意义。

2 结果

2.1 两组心力衰竭患者心功能水平做出对比

通过对比观察组和对照组患者心理功能水平，在治疗前两组没有明显差异，（ $P>0.05$ ），治疗后观察组心功能水平优于对照组（ $P<0.05$ ），具有统计学意义，如表 1 所示。

表 1 两组心力衰竭患者心功能水平比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	舒张早期峰值运动速度（厘米/秒）		舒张晚期峰值运动速度（厘米/秒）		左射血分数（%）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	7.08±1.12	14.05±2.29	10.48±1.70	13.80±1.37	34.08±2.42	53.08±5.42
对照组	40	7.10±1.13	10.23±2.26	10.98±1.75	11.00±1.38	34.09±2.34	45.99±5.20
t		0.080	7.509	1.296	9.107	0.019	5.970
P		0.937	<0.001	0.199	<0.001	0.985	<0.001
2.2 两组患者治疗满意度对比				χ^2	-	-	7.314
两组满意度对比差异比较明显,观察组总满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。				P	-	-	0.007

表 2 两组治疗满意度[n（%）]

组别	例数	非常满意	比较满意	不满意	总满意度
观察组	40	16(40.00)	23(57.50)	1(2.50)	39(97.50)
对照组	40	13(32.50)	18(45.00)	9(22.50)	31(77.50)

2.3 对比两组患者血浆 N 末端脑钠肽体、6 分钟所走距离

对比两组患者血浆 N 末端脑钠肽体、6 分钟所走距离，在治疗前无显著差异，治疗后观察组血浆 N 末端脑钠肽体水平低于对照组；观察组 6 分钟所走距离 386.65 ± 4.50 （米）高于对照组 322.55 ± 3.50 （米）。观察组比

对照组有优势 ($P<0.05$)。

表 3 对比两组患者血浆 N 末端脑钠肽、6 分钟所走距离 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	血浆 N 末端	血浆 N 末端脑	6 分钟所走距	6 分钟所走距
		脑钠肽 (pg/ml)	钠肽 (治疗前)	离 (治疗前)	离 (治疗后)
观察组	40	786.55±9.50	422.55±10.50	200.55±8.50	386.65±4.50
对照组	40	786.45±9.45	508.55±10.50	200.45±8.50	322.55±3.50
T	-	0.047	36.629	0.053	71.113
P	-	0.962	<0.001	0.958	<0.001

3 讨论

心力衰竭是临床上较为常见的一种心血管疾病，属于终末期心脏综合征之一，具有较高的发病率，且多在中老年群体^[3]。该病症的发生多是由于心肌收缩乏力引发，病发后可导致患者出现疲惫、呼吸困难、乏力、休克、心脏骤停及昏厥等症，对患者的身心健康及生活质量均有严重影响^[4]。而且心力衰竭患者往往病情严重，进展迅速，心功能下降明显，难以有效维持患者新陈代谢，因而往往会为患者带来较大的身心痛苦，使其在病痛折磨下及治疗中产生一定的悲观、烦躁、抑郁等情绪，导致病情逐渐严重。以心力衰竭发生的缓急为标准，可以分为急性心力衰竭和慢性心力衰竭两种。急性心力衰竭是指患者受到心脏负荷加重和心肌损害的影响，导致急性心排量大幅度降低，患者肺循环压力会提升，增加周围阻力，而产生肺淤血，患者还存有心源性休克等临床症状，最为常见的病症为急性左心衰竭，急性心衰更为严重，也可以在心功能正常情况下突然发病，患者在发病前期，可能存在广泛性心肌梗死等疾病，临床表现为收缩性心衰和舒张性心衰，严重情况下甚至威胁患者生命，因此需要给予紧急救治。慢性心力衰竭是指持续存在心力衰竭状态，此疾病是由于各种患病因素导致，属于复杂的综合疾病，临床表现为呼吸困难、乏力等症状，但是上述表现并不是同时存在，一般会有代偿机制参与，患者可能存在心室和心房附壁血栓等症状。成年人出现慢性心力衰竭，大部分因素为冠心病和高血压等疾病。

随着我国老龄化人群增多，一些慢性疾病逐渐呈现老龄化，慢性心力衰竭患者数量逐年增长。心力衰竭是指患者心脏疾病最后阶段，心脏此时无法逆转，不仅对患者生活质量有一定影响，同时也会影响患者生命健康。此病临床症状表现为无法大量运动，呼吸较为困难，肺动脉有淤血出现。这种心脏疾病具有非常高的死亡率，病情比较严重，主要治疗药物有扩血管药物，以及血管紧张素转化酶等药物，但是治疗效果不乐观^[5-6]。所以相关研究人员在不断研究新药物，用于治疗心力衰竭。心血管儿疾病最终都会导致患者发生心力衰竭，如果患者存在心肌炎或者心肌梗死等，导致患者发生心肌损伤，患者心肌功能会发生变化，最后患者心室泵血功能会降低^[7-8]。在基础心脏疾病的前提下，还有一些原因是导致心力衰竭发生的重点因素，例如风湿或者呼吸道感染，如果患者存在严重心律失常，尤其是快速性心律失常，例如阵发性心动过速等现象，会导致心力衰竭出现，如果摄入的钠盐过多，或者输液的速度较快也是原因之一，会增加心脏负担，不恰当的使用药物，贫血和肺栓塞也是引发心衰的原因。左卡尼丁属于小分子氨基酸衍生物，具有脂肪酸氧化和代谢功效，将其注入到患者体内，有利于改善顽固性心衰患者的心肌活动，即使患者出现舒张受限、代谢障碍和电生理紊乱等症状都能够得以改善^[9-10]。新活素属于人脑利钠肽是 B 型利钠肽，人体在出现心力衰竭疾病后，此药物能够作为一种代偿机制，通过重组 DNA 技术，用于大肠杆菌生产的无菌冻干制剂，能够与心室内源性脑利钠肽有相同的氨基酸序列。此药物的作用可以与患者利钠肽受体相互结合，促使细胞中环单磷酸鸟苷浓度上升，同时也能够有利于患者平滑肌舒张。此药物属于第二信使，具有扩张静脉和动脉效果，促使患者全身动脉压降低，同时也能够降低患者右房压，从而促使患者心脏的前后

负荷降低，患者呼吸困难症状能够得到减轻。脑钠肽属于天然拮抗剂，具有拮抗心肌细胞作用，同时也能够拮抗血管平滑肌细胞中的去甲肾上腺素和内皮素。有利于提升肾小球滤过率，有利于排泄钠，醛固酮与肾素的分泌得到减少。脑利钠肽能够调节血压、血容量和水盐平衡，促使患者血管通透性得到增强，患者血浆容量和身体循环得以降低，不会对患者心脏负荷造成任何负担，同时也能够促使患者心输出量得以增加。此药物同时具有正性肌力效果，不会促使患者心肌耗氧量增加。在心脏与骨骼肌中含量较高的左卡尼丁，左卡尼丁药物通常属于游离状态，其最重要的功能是有利于脂类代谢，长链脂肪酸以氧化的形式代谢，代谢部位为线粒体，左卡尼丁可以通过线粒体外膜上的转移酶作用，促使脂酰辅酶 A 能够在线粒体酶的帮助下急性氧化，在线粒体中有左卡尼丁转运脂肪后，就会由于乙酰基从线粒体中运出，促使线粒体中的脂酰辅酶 A 水平得以提升，对于分解脂肪有重要作用。左卡尼丁可以促使乙酰脂酰辅酶 A 与脂酰辅酶 A 之间的比例进行调节，从而促使丙酮酸脱氢酶复合体的活性降低，对于葡萄糖代谢有重要意义。左卡尼丁能够促进脂肪酸的氧化分解，同时可以产生更多能量，对于改善患者机体器官组织代谢有一定效果，有利于改善患者心肌缺血，保护肝脏，改善患者心功能等效果，在临床上通常用于治疗各种心血管疾病。在本次研究中，将上述两种药物联合应用，可以弥补不足，提升治疗效果，在本次研究中，经过治疗后，观察组治疗满意度，心功能水平、6 分钟所走距离、血浆末端脑钠肽前体均比对照组有优势 ($P<0.05$)。通过上述结果显示，采用新活素与左卡尼丁联合治疗方法，有利于改善患者心功能水平，提升治疗满意度，同时患者 6 分钟所走距离也有所提高，因此可以在临床上应用。在本次研究中，还存在一些不足之处，心力衰竭是患者心脏疾病的终末阶段，因此病情会一直存在，但是本次研究时间较短，仅仅治疗一周，因此对患者长期治疗效果未进行研究，因此在未来研究中，还需要将研究时间延长，分析两种药物是否对患者长期疾病治疗有效果。

综上所述：在治疗心力衰竭患者阶段中，采用新活素与左卡尼丁联合治疗，成效更加明显，所以在临床治疗中，可以广泛应用。

参考文献：

[1]孙朝忠.血液透析对慢性肾脏病 3~4 期合并心力衰竭患者肾功能及 NT-proBNP、LVEF 水平的影响[J].现代医学与健康研究(电子版),2021,5(1): 23-25.

[2]武凌宇,熊晔.新活素联合左卡尼丁治疗顽固性心力衰竭临床研究[J].饮食保健,2021,(16): 71.

[3]王林.芪苈强心胶囊联合左卡尼丁治疗慢性心力衰竭的临床观察[J].特别健康,2020,(30): 98-99.

[4]秦建宁,丁辉.左旋卡尼汀联合替米沙坦对心力衰竭患者血浆 NT-proBNP 及血清 TNF- α 、IL-6 水平的影响[J].检验医学与临床,2020,17(4): 560-563.

[5]李明,徐娟.新活素联合左卡尼丁治疗顽固性心力衰竭临床研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(14): 10,12.

[6]吴利杰,董发.左卡尼汀治疗慢性心力衰竭患者的疗效及安全性[J].实用临床医药杂志,2020,24(2): 104-107.

[7]杨彩霞.新活素在慢性心力衰竭临床治疗中对心功能与生活质量的影响研究[J].婚育与健康,2022,28(4): 159-160.

[8]李刚.地高辛联合新活素治疗扩张型心肌病心力衰竭患者的临床疗效及安全性[J].齐齐哈尔医学院学报,2022,43(5): 433-435.

[9]李晨.磷酸肌酸钠联合新活素对心肌梗死 PCI 术后心力衰竭患者心肌损伤标志水平和预后的影响[J].罕少疾病杂志,2022,29(3): 48-50.

[10]许旭光,孔刘莎.新活素治疗慢性心力衰竭患者的临床效果分析[J].中外医疗,2022,41(3): 121-124.

子宫肌瘤患者行腹腔镜子宫切除术中七氟醚联合瑞芬太尼应用效果

管耿庆

青岛新世纪妇儿医院 山东青岛 266011

摘要:目的 本文研究子宫肌瘤患者行腹腔镜子宫切除术中七氟醚联合瑞芬太尼应用效果。方法 本文研究将从2021年3月到2022年1月期间我院子宫肌瘤患者中回顾性选取研究对象病例。根据选取和排除标准共纳入150例研究对象,并根据予以麻醉方法的差异进行区别,予以分别对比,每组患者数量:75例。常规组采用丙泊酚联合瑞芬太尼。七氟醚组采用七氟醚联合瑞芬太尼。最后收集并分析患者的麻醉优良率、生命体征水平、应激反应指标、麻醉时间情况、麻醉不良反应情况等数据。结果 七氟醚组麻醉优良率高于常规组, $P<0.05$ 。七氟醚组患者心率、平均动脉压以及血氧饱和度等指标数据在手术期间平稳性优于常规组, $P<0.05$ 。七氟醚组患者应激状态各项指标均低于常规组, $P<0.05$ 。七氟醚组患者感觉阻滞起效时间、运动阻滞起效时间、麻醉起效时间等指标均低于常规组, $P<0.05$ 。七氟醚组麻醉不良反应数量低于常规组, 但 $P>0.05$ 。其中, 七氟醚组麻醉不良反应数量: 1例(1.33%); 常规组麻醉不良反应数量: 4例(5.33%)。结论 在子宫肌瘤患者进行腹腔镜子宫切除术时, 选择七氟醚联合瑞芬太尼为患者进行麻醉能够进一步提高麻醉质量, 有效平稳患者手术期间各项生命体征指标, 降低患者的应激反应程度, 患者术后发生不良反应的风险更低, 建议在实际的麻醉工作中予以借鉴。

关键词: 子宫肌瘤; 腹腔镜子宫切除术; 七氟醚; 瑞芬太尼

子宫肌瘤属于妇科疾病, 是子宫当中一种较为常见的良性肿瘤, 患者在发病后不会出现较为明显的临床症状, 进而导致患者对自身疾病产生忽视^[1]。在传统的临床医学中, 主要是通过药物进行治疗, 但是效果并不理想, 随着手术技术的不断发展, 人们更多选择腹腔镜子宫切除术进行治疗。而在实际的手术过程中, 需要为患者予以持续有效的麻醉干预, 而七氟醚+瑞芬太尼能够为患者予以有效的麻醉, 为手术工作提供有力的保障^[2]。因此, 本文将选择2021年3月到2022年1月期间我院子宫肌瘤患者作为研究对象, 针对子宫肌瘤患者行腹腔镜子宫切除术中七氟醚联合瑞芬太尼应用效果展开分析。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本文研究将从2021年3月到2022年1月期间我院子宫肌瘤患者中回顾性选取研究对象病例。根据选取和排除标准共纳入150例研究对象, 并根据予以麻醉方法的差异进行区别, 予以分别对比, 每组患者数量: 75例。一般资料: 七氟醚组患者病程平均值: (13.21±2.45)个月, 年龄平均值: 31.12±5.34岁。常规组患者病程平均值: (13.32±2.31)个月, 年龄平均值: 31.07±5.61岁。采集子宫肌瘤患者的一般资料分析。数据显示: $P>0.05$, 可以进行对比研究。文中研究病例均经我院伦理委员会予以批准, 所有患者在研究开始前均签署相关研究的知情协议。

纳入标准: 患者的相关诊断结果符合子宫肌瘤的诊断标准; 患者具有良好的依从性; 患者完成各项随访工作^[3]。

排除标准: 患者合并有其他慢性疾病; 患者合并有心、肺、肾等其他器官衰竭情况; 患者合并有其他恶性肿瘤疾病^[4]。

1.2 方法

常规组采用丙泊酚联合瑞芬太尼: 为患者静脉注射瑞芬太尼(国药准字: H20030197) 2μg/kg+丙泊酚(国药准字: HJ20150655) 1.5mg/kg+维库溴铵(国药准字: H20063122) 0.1mg/kg。手术期间持续泵注瑞芬太尼 0.15μg/(kg/min)+丙泊酚 4mg/(kg/min)^[5]。

七氟醚组采用七氟醚联合瑞芬太尼: 为患者静脉注射瑞芬太尼(国药准字: H20030197) 2μg/kg+咪达唑仑(国药准字: H20143222) 0.1mg/kg+维库溴铵(国药准字: H20063122) 0.1mg/kg; 手术期间持续吸入3%的七氟醚(国药准字: H20080681)+瑞芬太尼 0.15μg/(kg/min)维持麻醉^[6]。

1.3 观察指标

收集并分析患者的麻醉优良率、生命体征水平、应激反应指标、麻醉时间情况、麻醉不良反应情况等数据。(1)麻醉优良率: 优: 患者无痛感, 肌肉放松程度良好。良: 患者轻微痛感, 各项指标无明显波动。差: 未达到以上标准。麻醉优良率: (优+良)/病例数*100.00%。(2)生命体征水平: 分别在手术前、麻醉10min、手术30min、手术结束时记录心率、平均动脉压以及血氧饱和度等指标数值。(3)应激反应指标: 在术后采集患者皮质醇、血管紧张素I、血管紧张素II。(4)麻醉时间情况: 感觉阻滞起效时间、运动阻滞起效时间、麻醉起效时间。(5)麻醉不良反应: 寒颤、

躁动、恶心呕吐、低血压。

1.4 统计学方法

使用SPSS19.0软件分析。选择率(%)记录麻醉优良率、麻醉不良反应情况等计数数据, 然后通过数值 χ^2 分析。选择±标准差记录生命体征水平、应激反应指标、麻醉时间情况等计量数据, 然后通过数值t分析。数据判定标准: $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 患者麻醉优良率比较

七氟醚组麻醉优良率: 98.67%(74例); 常规组麻醉优良率: 90.67%(68例)。七氟醚组麻醉优良率高于常规组, $P<0.05$ 。见表1。

表1 患者麻醉优良率数据

组别	n	优	良	差	优良率
七氟醚组	75	32 (42.67%)	42 (56.00%)	1 (1.33%)	74 (98.67%)
常规组	75	28 (37.33%)	40 (53.33%)	7 (9.33%)	68 (90.67%)
χ^2	--	--	--	--	4.753
p	--	--	--	--	0.029

2.2 患者血氧饱和度比较

七氟醚组患者血氧饱和度指标数据在手术期间平稳性优于常规组, $P<0.05$ 。见表2。

表2 患者血氧饱和度数据(%)

组别	n	手术前	麻醉10min	手术30min	手术结束
七氟醚组	75	98.91±1.58	98.22±0.81	98.53±0.56	98.37±0.63
常规组	75	98.89±1.47	94.18±2.55	95.32±2.66	96.22±2.12
t	--	0.080	13.076	10.226	8.418
p	--	0.936	0.000	0.000	0.000

2.3 患者心率比较

七氟醚组患者心率指标数据在手术期间平稳性优于常规组, $P<0.05$ 。见表3。

表3 患者心率数据(次/min)

组别	n	手术前	麻醉10min	手术30min	手术结束
七氟醚组	75	73.42±7.78	76.38±5.12	76.23±4.55	75.44±6.08
常规组	75	73.31±7.56	86.54±7.54	86.45±6.41	84.28±8.41
t	--	0.87	9.654	11.259	7.377
p	--	0.930	0.000	0.000	0.000

2.4 患者平均动脉压比较

七氟醚组患者平均动脉压指标数据在手术期间平稳性优于常规组, $P<0.05$ 。见表4。

表 4 患者平均动脉压数据 (mmHg)

组别	n	手术前	麻醉 10min	手术 30min	手术结束
七氟醚组	75	100.17±5.47	99.64±3.17	98.44±3.08	98.45±5.27
常规组	75	100.35±5.52	94.44±7.85	92.56±6.15	95.12±7.45
t	--	0.200	5.319	7.403	3.160
p	--	0.841	0.000	0.000	0.001

2.5 患者应激反应指标比较

在术后，七氟醚组患者应激状态各项指标均低于常规组， $P<0.05$ 。见表 5。

表 5 应激状态数据比较 (ng/ml)

组别	n	皮质醇	血管紧张素I	血管紧张素II
七氟醚组	75	112.45±10.64	6.45±0.55	24.12±4.45
常规组	75	142.44±17.21	10.11±1.84	35.45±7.62
t	--	12.836	16.504	11.119
p	--	0.000	0.000	0.000

2.6 患者麻醉时间情况比较

七氟醚组患者各项麻醉起效时间均低于常规组， $P<0.05$ 。见表 6。

表 6 患者麻醉时间情况数据 (min)

组别	n	麻醉起效时间	感觉阻滞起效时间	运动阻滞起效时间
七氟醚组	75	6.12±0.45	7.62±1.12	9.12±1.82
常规组	75	10.58±1.12	10.43±1.45	13.84±2.61
t	--	32.000	13.282	12.846
p	--	0.000	0.000	0.000

2.7 患者麻醉不良反应比较

七氟醚组麻醉不良反应数量：1 例 (1.33%)；常规组麻醉不良反应数量：4 例 (5.33%)。七氟醚组麻醉不良反应数量低于常规组，但 $P>0.05$ 。见表 7。

表 7 患者麻醉不良反应数据

组别	n	恶心呕吐	头晕	寒颤	低血压症	总几率
七氟醚组	75	1 (1.33%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (1.33%)
常规组	75	1 (1.33%)	1 (1.33%)	1 (1.33%)	1 (1.33%)	4 (5.33%)
X ²	--	--	--	--	--	2.777
p	--	--	--	--	--	0.095

3 讨论

子宫肌瘤属于发病率较高的女性生殖系统良性肿瘤疾病，又称为子宫纤维瘤。子宫肌瘤通常集中在 35 岁-40 岁阶段发病，一般是由于子宫平滑肌细胞发生异常增生导致形成的结缔组织，所以子宫肌瘤也叫做子宫平滑肌瘤。根据世界医学研究数据分析显示：全球超过 20% 的女性均患有不同程度的子宫肌瘤，患者在发病后会不同出现不同程度的月经紊乱、下腹包块以及排尿困难等症状，对患者的日常生活造成不利影响^[8]。然而，在实际的生活当中，大部分女性子宫肌瘤的发展十分缓慢，所以很多患者在发病期间也没有出现相对明显的症状，这种情况也导致子宫肌瘤很容易被人们忽视。而根据病灶组织位置的不同，可以将子宫肌瘤分成不同的几种类型，其中包括：宫颈肌瘤、粘膜下肌瘤、浆膜下肌瘤、阔韧带肌瘤、肌壁间肌瘤等。在当前的临床医学中，一般是选择手术等方式为患者进行治疗，其中腹腔镜子宫切除术属于应用较为普遍的微创手术类型，在手术期间会利用 CO₂ 气体为患者建立气腹，然后再置入腹腔镜对病灶位置进行观察并对病灶组织进行切除。所有，腹腔镜子宫切除术对患者产生的创伤程度更低，同时患者在手术中出血量更少，术后可以快速进行恢复。但是在手术期间，患者会受到 CO₂ 气体的影响，进而导致心率、平均动脉压、血氧饱和度等生命体征出现不稳定的情况，对患者的手术操作以及术后恢复都会产生不利的影响。因此，需要在腹腔镜子宫切除术期间为患者进行科学、可靠、安全的麻醉处理。而在当前的手术麻醉工作中主要是通过七氟醚+瑞芬太尼或者瑞芬太尼+丙泊酚等方法来进行麻醉维持^[8]。其中，丙泊酚 (Propofol) 属于常用的麻醉药物，是一种快速、短效的静脉注射麻醉剂。但是在实际应用中，丙泊酚进入血液后会在短时间内被清除，导致麻醉持续时间相对较低，而如果大量注射丙泊酚则会导致机体呼吸系统抑制效果上升，

并且在术后出现疼痛等并发症^[9]。而七氟醚 (Sevoflurane) 属于吸入类麻醉药物，其麻醉效果和恩氟烷相似。七氟醚在实际使用中能够保证患者在手术期间具有相对平稳的血液动力学指标水平，停止用药后患者能够较快苏醒。但是在实际使用过程中患者有一定概率会出现躁动等不良情况，进而需要和其他麻醉药物联合应用。所以，在芬太尼进行联合麻醉时，虽然会延迟患者的苏醒时间，但能够进一步提升患者的苏醒质量^[10]。而瑞芬太尼 (Remifentanyl) 属于芬太尼的衍生类药物，是一种新型的阿片类受体激动药物。瑞芬太尼的起效时间短、镇痛持续时间长。药物进入血液后，会扩张机体动脉血管，达到降低血压的作用^[11]。同时，药物可以对自主神经、中枢神经系统进行抑制，降低机体出现应激反应的强度。此外，瑞芬太尼不会对机体的呼吸功能造成抑制，并且代谢过程中不会受血液胆碱酯酶的作用。在代谢时可以通过非特异性酯酶进行水解完成代谢，然后经尿液排出。所以，在停药后患者体内无明显药物蓄积，也不会对患者肝肾器官造成影响。根据临床研究发现：瑞芬太尼具有更短的时效半衰期，并且不受剂量、输注时间等情况影响，在麻醉时患者机体血药浓度的减半时间会始终维持在 4 分钟左右，可以在术中随时调整剂量以及泵注速度，又不会对苏醒时间造成影响^[12]。根据本文数据分析显示：七氟醚组麻醉优良率高于常规组， $P<0.05$ 。此外，七氟醚组患者心率、平均动脉压以及血氧饱和度等指标数据在手术期间平稳性优于常规组， $P<0.05$ 。同时，七氟醚组患者应激状态、麻醉时间以及术后麻醉不良反应等各项指标均低于常规组， $P<0.05$ 。由此可见，七氟醚+瑞芬太尼能够在子宫肌瘤患者进行腹腔镜子宫切除术时起到十分重要的作用。

综上所述，在为子宫肌瘤患者进行腹腔镜子宫切除术的过程中，通过七氟醚+瑞芬太尼的方案予以麻醉可以显著提升手术麻醉工作的质量，保证患者在手术期间各项生命体征指标更加平稳，降低患者的应激反应水平，患者术后发生不良反应的风险更低，建议在腹腔镜子宫切除术麻醉工作中积极采纳。

参考文献：

[1]辛丽娜.七氟醚维持麻醉应用于腹腔镜子宫切除术中的效果及对患者的应激影响[J].临床研究,2021,29 (03): 42-43.

[2]许苒,岳洋,陈彪,等.七氟醚联合瑞芬太尼麻醉对腹腔镜下子宫肌瘤切除术病人应激反应及血流动力学的影响[J].蚌埠医学院学报,2020,45 (08): 1008-1012.

[3]王国庆.七氟醚复合瑞芬太尼对腹腔镜子宫切除术患者血流动力学及术后恢复的影响[J].河南医学研究,2020,29 (19): 3564-3565.

[4]许丽,景桂霞.七氟醚或丙泊酚复合瑞芬太尼麻醉在腹腔镜子宫切除术中的应用效果[J].中外女性健康研究,2020 (12): 29-30.

[5]张博.七氟醚复合瑞芬太尼麻醉在 LH 中的应用及对应激反应的影响[J].首都食品与医药,2019,26 (22): 60.

[6]艾金莲,肖金辉,刘荣,等.七氟醚联合瑞芬太尼麻醉对腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者应激反应及血流动力学的影响[J].中国医药导报,2019,16 (31): 103-106.

[7]孙雪峰,庞博.瑞芬太尼联合七氟醚麻醉在腹腔镜子宫切除术患者中的应用效果[J].中国民康医学,2019,31 (15): 19-21.

[8]赵玉潮,陈萍,余得水,等.七氟醚复合瑞芬太尼麻醉对腹腔镜子宫切除术患者应激反应及早期认知功能的影响[J].外科研究与新技术,2019,8 (02): 109-111+114.

[9]丁雷鸣,李军,郑珍慧,等.七氟醚复合瑞芬太尼对腹腔镜子宫肌瘤切除术患者应激反应、血流动力学及认知功能的影响[J].中国医刊,2018,53 (06): 646-649.

[10]秦正敏.七氟醚或丙泊酚复合瑞芬太尼麻醉对腹腔镜子宫切除术患者应激反应的影响及应用效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2018,5 (23): 77-78.

[11]王细根,杨芸.七氟醚和丙泊酚复合瑞芬太尼麻醉在腹腔镜子宫切除术中的应用及对患者应激反应的影响[J].医学理论与实践,2017,30 (15): 2278-2279.

[12]杨晓端,葛静,周迪兰.七氟醚或丙泊酚复合瑞芬太尼麻醉在腹腔镜子宫切除术中的应用及对患者应激反应的影响[J].临床和实验医学杂志,2015,14 (05): 423-426.

盐酸曲唑酮联合丁苯酞治疗脑卒中后睡眠障碍对患者睡眠结构影响分析

郭彦芳¹ 郭文杰² 贺晓¹ 谢琛¹ 张利梅¹

1、邢台医学高等专科学校附属第一医院神经内科 河北邢台 054000；2、内丘县中医院检验科 河北邢台 054200

摘要：目的：探讨盐酸曲唑酮联合丁苯酞治疗脑卒中后睡眠障碍临床效果。方法：选取2018年6月-2020年12月我院100例脑卒中后睡眠障碍患者作为研究对象，随机分为实验组、对照组，每组各50例。对照组患者给予盐酸曲唑酮治疗，实验组患者给予盐酸曲唑酮联合丁苯酞治疗。观察并比较两组患者临床效果、治疗前后睡眠质量指数评分、治疗前后PSQI、NIHSS评分、Barthel评分。结果：实验组患者总有效率为94.00%，对照组患者总有效率为82.00%，差异显著（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者PSQI、NIHSS评分、Barthel评分差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组PSQI、NIHSS评分、Barthel评分均显著改善，其中，实验组PSQI、NIHSS评分明显低于对照组，Barthel评分明显高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者FSH、LH、E2水平差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组FSH、LH、E2水平均显著改善，其中，实验组FSH、LH、E2水平明显低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者睡眠质量指数评分差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组患者睡眠质量指数评分均显著降低，其中，实验组患者的睡眠质量指数评分明显低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：盐酸曲唑酮联合丁苯酞治疗脑卒中后睡眠障碍临床效果显著，能够有效改善患者PSQI、NIHSS评分、Barthel评分，改善睡眠质量指数评分，延长睡眠时间，值得在临床上推广。

关键词：丁苯酞；脑卒中后睡眠障碍；疗效；睡眠质量；影响

脑卒中后睡眠障碍临床上较为常见，主要与患者神经精神以及认知功能障碍关系密切^[1-2]。脑卒中后睡眠障碍患者的生活质量严重降低，影响到疾病的恢复。病情严重可导致严重并发症。临床上针对该疾病多采用盐酸曲唑酮治疗，能够在一定程度上改善患者的临床症状，但是，单一用药部分患者的临床效果并不显著。如何提高脑卒中后睡眠障碍的治疗效果成为临床研究的热点。研究指出，联合应用丁苯酞治疗，能够提高患者的治疗效果。为进一步探讨盐酸曲唑酮联合丁苯酞治疗脑卒中后睡眠障碍临床效果，选取2018年6月-2020年12月我院100例脑卒中后睡眠障碍患者作为研究对象，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象与分组

选取2018年6月-2020年12月我院100例脑卒中后睡眠障碍患者作为研究对象，按照随机数字表将其分为实验组（ $n=50$ ）、对照组（ $n=50$ ）。经统计学分析，实验组与对照组的一般资料差异不显著（ $P>0.05$ ），具有可比性，其详细情况见表1。

表1 两组患者一般资料情况比较

组别	男/女	年龄（岁）	病程（d）	脑出血	脑梗死
实验组 ($n=50$)	27/23	59.28±4.15	36.45±4.28	19	31
对照组 ($n=50$)	28/22	59.33±4.27	35.83±4.02	18	32
T/ X^2	0.294	0.382	0.683	0.284	
P值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	

1.2 方法

对照组患者给予盐酸曲唑酮（沈阳福宁药业有限公司）治疗，每晚睡前30min口服，每天1次，共治疗4周。实验组在对照组的基础上患者给

予丁苯酞治疗，丁苯酞软胶囊（石药集团恩必普药业有限公司）治疗，空腹口服，2粒/次，3次/天。治疗时间为4周。

1.3 观察指标^[3-4]

观察并比较两组患者临床效果、治疗前后睡眠质量指数评分、治疗前后性激素（FSH、LH、E2）水平。

1.4 统计学方法

应用SPSS22.0统计学系统进行分析，数据以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，差异性比较用t检验，计数资料采用 X^2 检验， $P<0.05$ 代表差异具统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床效果比较

实验组患者总有效率为94.00%，对照组患者总有效率为82.00%，差异显著（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 两组患者临床效果比较

组别	显效	有效	无效	总有效率
实验组 ($n=50$)	28	19	3	47 (94.00)
对照组 ($n=50$)	25	16	9	41 (82.00)
X^2				5.972
P值				<0.05

2.2 两组治疗前后PSQI、NIHSS评分、Barthel评分比较

治疗前，两组患者PSQI、NIHSS评分、Barthel评分差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组PSQI、NIHSS评分、Barthel评分均显著改善，其中，实验组PSQI、NIHSS评分明显低于对照组，Barthel评分明显高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ），见表3。

表3 两组治疗前后PSQI、NIHSS评分、Barthel评分比较

组别	PSQI		NIHSS 评分		Barthel 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 ($n=50$)	17.93±2.43	7.53±2.15	19.03±3.19	5.42±2.19	47.53±4.29	71.26±4.29
对照组 ($n=50$)	18.03±3.19	10.53±2.54	19.43±3.24	11.04±1.99	47.90±4.17	59.28±5.39
t	0.094	6.392	0.192	6.285	0.396	8.392
P值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组治疗前后FSH、LH、E2水平比较

治疗前，两组患者FSH、LH、E2水平差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗

后，两组FSH、LH、E2水平均显著改善，其中，实验组FSH、LH、E2水平明显低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ），见表4。

表 4 两组治疗前后 FSH、LH、E2 水平比较

组别	FSH (mIU/mL)		LH (mIU/mL)		E2 (ng/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=50)	41.29±4.93	11.28±1.02	39.84±4.03	9.29±1.28	49.83±3.82	11.20±1.27
对照组 (n=50)	40.92±4.80	22.18±4.38	40.18±3.28	19.27±2.37	50.18±1.26	24.38±2.13
t	0.183	4.344	0.281	4.384	0.583	6.837
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组患者睡眠质量指数评分比较
两组患者生活质量评分均显著降低, 其中, 实验组患者的睡眠质量指数评分明显低于对照组, 差异显著 (P<0.05), 见表 5。

表 5 两组患者睡眠质量指数评分比较

组别	入睡时间		睡眠时间		睡眠障碍		睡眠质量		睡眠效率		功能障碍	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=50)	1.89±0.3	1.32±0.5	1.75±0.3	1.30±0.3	2.21±0.7	1.59±0.4	1.89±0.4	1.54±0.3	1.79±0.8	1.38±0.2	1.89±0.3	1.43±0.2
	8	3	2	7	9	8	3	3	0	8	7	9
对照组 (n=50)	1.92±0.4	1.65±0.6	1.76±0.3	1.59±0.4	2.29±0.5	1.93±0.5	1.92±0.3	1.75±0.4	1.82±0.6	1.65±0.3	1.93±0.5	1.64±0.4
	2	7	8	0	6	2	9	1	9	8	3	3
t	0.294	5.384	0.184	3.289	0.780	4.284	0.183	5.029	0.102	4.389	0.428	4.093
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

脑卒中患者多发于中老年人群, 该类患者的性激素水平多处于较低水平^[5-6]。研究指出, 性激素能够缩短机体的睡眠潜伏期, 同时, 性激素还能够对机体的体温调节产生一定的影响, 进而导致睡眠障碍。相关研究指出, 性激素对患者松果体褪黑素的分泌产生调节作用, 导致昼夜节律产生变化, 出现睡眠障碍等临床症状^[7-8]。目前, 临床上针对脑卒中后睡眠障碍患者, 多采用药物控制治疗。但是, 单一药物的治疗临床效果并不显著, 因此, 如何联合应用药物成为临床研究的热点。

随着对脑卒中后睡眠障碍的深入研究发现, 采用丁苯酞能够有效改善患者的临床症状。丁苯酞能够有效抑制性激素水平的分泌, 保持性激素分泌的平衡, 从而恢复患者睡眠-觉醒系统的平衡^[9-10]。此外, 采用丁苯酞治疗, 患者的 5-HT 水平显著提高, 从而改善患者的神经功能, 有利于患者病情的恢复。研究结果显示, 实验组患者总有效率为 94.00%, 对照组患者总有效率为 82.00%, 差异显著 (P<0.05); 治疗前, 两组患者 PSQI、NIHSS 评分、Barthel 评分差异不显著 (P>0.05), 治疗后, 两组 PSQI、NIHSS 评分、Barthel 评分均显著改善, 其中, 实验组 PSQI、NIHSS 评分明显低于对照组, Barthel 评分明显高于对照组, 差异显著 (P<0.05), 说明盐酸曲唑酮联合丁苯酞治疗脑卒中后睡眠障碍能够有效改善患者的神经功能, 促进患者恢复, 其可能原因在于丁苯酞进入患者体内可以快速阻断脑卒中的多个病理环节^[11], 能够有效改善患者脑部血液循环, 减轻神经细胞的凋亡。丁苯酞能够抗血小板聚集作用, 能够有效减少血栓得我形成, 降低患者的血液黏度。此外, 采用该药物还能够对自由基进行清除, 保护线粒体的结构以及功能^[12-13], 通过这一作用, 延缓脑卒中后认知功能损伤的发生; 治疗前, 两组患者睡眠质量指数评分差异不显著 (P>0.05), 治疗后, 两组患者睡眠质量指数评分均显著降低, 其中, 实验组患者的睡眠质量指数评分明显低于对照组, 差异显著 (P<0.05), 上述研究结果进一步说明丁苯酞治疗脑卒中后睡眠障碍能够提高患者的睡眠质量, 可能原因在于丁苯酞能够促进脑部侧支循环的建立, 还能够抑制兴奋性氨基酸释放等作用, 能够有效减轻细胞毒性作用, 从而增加脑血流、减轻脑水肿导致的压迫, 改善患者的睡眠-觉醒功能^[14-15]。

综上所述, 盐酸曲唑酮联合丁苯酞治疗脑卒中后睡眠障碍临床效果显著, 能够有效改善患者 PSQI、NIHSS 评分、Barthel 评分, 改善睡眠质量指数评分, 延长睡眠时间, 值得在临床上推广。

参考文献:

[1]尹俊锋,赵增会. 丁苯酞联合银杏叶胶囊治疗帕金森症伴抑郁、睡眠障碍患者的疗效评价[J]. 临床研究,2019,27 (02): 108-109.
[2]王璞,周佩洋,张贵斌. 养血清脑颗粒联合艾司唑仑治疗脑卒中后睡眠障碍疗效及对血清 5-HT、BDNF 水平的影响[J]. 现代中西医结合杂

志,2019,28 (03): 318-321.

[3]盛威,杨雪,吕凌,王晓明,段佰龙. 多导睡眠图观察经颅磁刺激联合音乐电针治疗脑卒中后睡眠障碍的临床研究[J]. 针灸临床杂志,2019,35 (04): 7-12.
[4]程新峰,刘建青,余长有,陈周建. 丁苯酞胶囊对慢性脑供血不足患者超敏 C 反应蛋白脑血流量及血脂指标的影响[J]. 山西医药杂志,2019,48 (20): 2542-2544.
[5]苟娟平,白小军,郑卫锋,呼睿,符奇飞. 芒针透刺督脉组穴配合隔姜灸治疗脑卒中后睡眠障碍疗效及机制研究[J]. 山东中医药大学学报,2020,44 (02): 151-155.
[6]刘亚娟. 探究丁苯酞联合银杏叶胶囊治疗帕金森症伴抑郁、睡眠障碍患者的临床疗效[J]. 心理月刊,2020,15 (14): 85.
[7]陈梓斌,李宁虎,姜蔼玲. 丁苯酞注射液联合阿司匹林和吲哚布格雷治疗进展性脑梗死的系统评价[J]. 中国老年保健医学,2020,18 (04): 50-56.
[8]惠玲利,郭小锋. 丁苯酞对脑卒中睡眠障碍患者的临床疗效及对血清性激素、血小板及 5-羟色胺的影响[J]. 血栓与止血学,2020,26 (06): 971-972+974.
[9]乔熙,吴广,王钰. 养心方对缺血性脑卒中后睡眠障碍患者睡眠质量及血清 5-HT、BDNF 水平的影响[J]. 中医药信息,2022,39 (02): 60-63.
[10]何黄兴,廖芝顺,苏雅清. 依达拉奉联合疏通治疗进展性脑梗死伴睡眠障碍患者的临床疗效观察[J]. 世界睡眠医学杂志,2021,8 (12): 2073-2075.
[11]曾令烽,邹元平,黄小桃,宓德卿,孔令朔,王奇,王宁生. 中医药干预对改善脑卒中后睡眠障碍疗效与安全性的系统评价[J]. 中华中医药杂志,2015,30 (05): 1488-1498.
[12]陈汉水,童绥君,马琪琳. 丁苯酞对脑卒中睡眠障碍患者血清性激素、5-羟色胺及睡眠质量的影响[J]. 中国生化药物杂志,2015,35 (06): 52-54.
[13]戴海琳,王丽,王彦珍,王秀卿,杨月君,张春良,赵凤丽. 丁苯酞氯化钠注射液联合双重抗血小板治疗进展性脑梗死合并睡眠障碍及对睡眠结构的影响[J]. 中国现代医学杂志,2017,27 (08): 103-108.
[14]潘先芳,范进,郁可,杨职艺,彭芳,黄涛. 丁苯酞软胶囊联合双重抗血小板治疗对进展性脑梗死伴睡眠障碍患者临床疗效、神经功能及 Barthel 评分的影响[J]. 实用医院临床杂志,2021,18 (04): 216-219.
[15]黄宏,涂书榜,况丽娟. 丁苯酞序贯治疗对改善缺血性脑卒中睡眠障碍的临床观察[J]. 基层医学论坛,2021,25 (28): 4103-4104.
[16]刘茹,王化冰,张素芬,李红军,吕福周,吴乃中. 丁苯酞联合银杏叶胶囊治疗帕金森症伴抑郁、睡眠障碍患者的疗效评价[J]. 国际精神病学杂志,2018,45 (03): 522-524.
项目来源: 河北省邢台市重点研发计划自筹项目 (2020ZC190)

腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除治疗老年结肠癌的效果分析

何超

四川友好医院 普外科 四川巴中 636064

摘要:目的 探究腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除对老年结肠癌患者手术效果、术后恢复情况、免疫应激及术后并发症的影响。方法 收集时间段 2019 年 11 月至 2021 年 11 月在我院治疗的 112 老年结肠癌患者为研究对象,按照随机数字表法分为两组,其中对照组 56 例实施传统结肠癌切除治疗,观察组 56 例则实施腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除治疗,对比两组患者手术情况、术后恢复情况、免疫应激及术后并发症情况。结果 观察组患者的淋巴结清除数目及阳性淋巴结数目均高于对照组患者 ($P<0.05$);观察组患者的首次进食时间、首次排气时间及住院时间均短于对照组 ($P<0.05$);观察组术后并发症率低于对照组 ($P<0.05$);两组术中出血量、手术时间、近端切缘距离、远端切缘距离、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 、CRP 水平对比 ($P>0.05$)。结论 腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除可以治疗老年结肠癌,减少术后并发症。

关键词: 老年结肠癌;完整系膜切除术;腹腔镜结肠癌切除术;并发症

结肠癌的发病率在我国逐年升高,主要发生于老年人群,致死率较高,有研究认为,遗传、饮食习惯、环境等均可能造成结肠癌的发生,患者早期一般具有消化不良、腹胀、长期便秘、大便习惯改变等症状^[1]。手术治疗是临床上的首选方案,但由于手术后患者容易出现各种并发症等,严重影响患者的生命安全及生活健康。目前传统结肠癌切除术是目前临床上认可的手术方式,可以对结肠进行切除,并且能够对周围淋巴结进行清扫。但随着临床发展,腹腔镜结肠癌切除术逐渐应用于临床,且临床为了更好的清扫淋巴结,临床逐渐将完整结肠系膜切除术及腹腔镜结肠癌切除术应用于结肠癌的治疗^[2-3]。因此临床采用此两种手术治疗老年结肠癌,旨在探讨对患者手术效果的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 11 月至 2021 年 11 月本院的老年结肠癌患者 112 例为研究对象,随机数字表法分为两组,对照组 56 例,男性 18 例,女性 38 例;年龄段为 63-79 岁,平均年龄为 (68.22 ± 3.57) 岁;病程时间为 3-7 年,平均 (5.62 ± 1.29) 年。观察组 56 例,男性 19 例,女性 37 例;年龄段为 62-77 岁,平均年龄为 (68.34 ± 3.03) 岁;病程时间为 2-8 年,平均 (5.40 ± 1.41) 年。两组患者一般资料对比差异无统计学意义 ($P>0.05$),有可比性。

1.2 纳入标准

(1) 所有患者经病例诊断确诊为结肠癌;(2) 符合手术指征;(3) 生命体征及情绪稳定;(4) 年龄在 60 岁以上。

1.3 排除标准

(1) 既往腹部手术史患者;(2) 结肠癌转移患者;(3) 术前使用免疫抑制剂及化疗进行治疗患者;(4) 免疫功能障碍患者;(5) 存在意识障碍患者。

1.4 方法

对照组患者实施传统结肠癌切除治疗,术前常规消毒,患者仰卧位,全身麻醉气管插管,在右侧腹直肌处作一切口,将肌肉、筋膜逐层分离,查看腹部内受累器官肝、脾、胃等,观察肿瘤位置、大小等,远近切缘与肿瘤的距离超过 10cm,直肠远切端的距离应在 2cm 以上将结肠切除,并对病灶处、周围的淋巴结进行清扫切除,对大网膜进行保护;分离周围的动脉及静脉,并进行结扎,左半结肠将其切除,对腹腔进行冲洗清理,缝

合切口。

观察组患者实施腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除,腹腔镜结肠癌切除术:术前常规手术准备,全身麻醉,留置导尿并监测生命体征,在脐下缘建立一个观察孔,左侧反麦氏点建立一个主操作孔,在脐右侧 5cm、右侧麦氏点、右侧结肠肝曲处建立三个辅助操作孔,右侧结肠系膜使用超声刀切开分离,肠系膜上静脉上段将中结肠血管、回肠血管等进行夹闭,对血管根部的淋巴结进行清扫,对横结肠、结肠肝曲、升结肠予以分离,对肝结肠韧带与胃结肠韧带切开,打开升结肠腹膜直到回盲部,对右半结肠进行游离操作,并切除右半结肠,完成后关闭腹腔。完整结肠系膜切除:术前准备、建立操作孔与腹腔镜结肠癌切除一致,超声刀将结肠系膜切开并分离,寻找肠系膜上静脉,将中结肠血管、回结肠血管及右结肠血管进行结扎,清扫根部的淋巴结及脂肪,将右侧横结肠系膜及升结肠系膜进行游离,将胃结肠韧带切断,侧腹膜由髂窝至结肠肝曲切开,不能损伤脏器筋膜,将回结肠系膜切开,距离回盲部 20cm,在腹部做切口,将肠管、系膜等取出,并切除右半结肠,完成手术。

1.5 观察指标

(1) 手术情况:对比两组患者的术中出血量、手术时间、近端切缘距离、远端切缘距离、淋巴结清除数目、阳性淋巴结数目。(2) 术后情况:对比两组患者首次进食时间、首次排气时间、住院时间情况。(3) 免疫应激指标:抽泣患者静脉血检测 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 、CRP 水平。(4) 术后并发症:统计两组患者的术后并发症发生情况。

1.6 统计学方法

SPSS 21.0 软件对数据进行处理,计量资料术中出血量、手术时间、近端切缘距离、远端切缘距离、淋巴结清除数目、阳性淋巴结数目、首次进食时间、首次排气时间、住院时间、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 、CRP 水平以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料术后并发症以(n,%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者手术情况

两组患者的术中出血量、手术时间、近端切缘距离及远端切缘距离对比并无统计学意义 ($P>0.05$),观察组患者的淋巴结清除数目及阳性淋巴结数目均高于对照组患者,差异显著 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组手术情况对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	术中出血量(ml)	手术时间 (min)	近端切缘距离 (cm)	远端切缘距离 (cm)	淋巴结清除数目 (个)	阳性淋巴结数目 (个)
对照组	56	85.42±3.27	184.26±12.71	16.04±1.19	12.87±0.77	17.66±1.53	3.19±0.24
观察组	56	86.50±4.04	190.08±10.33	16.19±1.22	12.30±0.65	26.07±1.40	5.80±0.38
t		0.071	0.390	0.542	0.961	7.618	12.397
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者术后情况

观察组患者的首次进食时间、首次排气时间及住院时间均短于对照组

患者,差异显著 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组术后情况对比 ($d, \bar{x}\pm s$)

组别	n	首次进食时间	首次排气时间	住院时间
对照组	56	3.44±0.18	2.39±0.14	15.78±2.67
观察组	56	2.06±0.05	1.02±0.07	10.06±1.19
t		7.290	12.003	16.726

表 3 两组免疫应激指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺		CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	56	26.41±2.10	37.92±1.94	33.55±3.66	27.06±1.83	0.80±0.18	1.34±0.19	7.95±1.64	51.42±4.55
观察组	56	26.48±2.33	37.55±1.80	33.71±3.84	27.30±1.77	0.81±0.16	1.33±0.17	7.80±1.59	51.88±4.75
t		0.703	0.917	0.390	0.601	0.963	0.548	0.598	0.146
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.4 两组术后并发症对比

对照组术后并发症率为 26.79%，观察组术后并发症率为 7.14%，两组对比差异显著 (P<0.05)，见表 4。

表 4 对比两组患者术后并发症 (n,%)

组别	n	吻合口瘘	肿瘤残余	术后出血	合计
对照组	56	3 (5.36)	5 (8.92)	7 (12.50)	15(26.79)
观察组	56	1 (1.79)	2 (3.57)	1 (1.79)	4 (7.14)
t					7.514
P					<0.05

3 讨论

结肠癌一般发生于老年人群，是消化系统常见肿瘤类型，肿瘤一般发生于乙状结肠与直肠之间，由于结肠癌早期临床症状并不明显，患者一般具有腹痛、腹胀、消化不良、便秘等症状，随着疾病的恶化发展，患者会出现消瘦、乏力、低热、贫血等一系列症状^[4]。由于结肠癌病例检查较为困难，早期并不实施病例活检，因此当发现结肠癌后一般为晚期患者，均需要实施手术切除治疗^[5]。结肠癌分为左半结肠癌与右半结肠癌，左半结肠癌患者一般表现为粪便干硬，肠腔较细，呈现浸润型，因此容易导致环状狭窄现象；右半结肠癌为肠腔较大，一般为溃疡型，呈现菜花状癌变。由于多数为老年患者，疾病所引起的临床症状折磨患者，在选取手术治疗时应该减少对患者的损伤，并且应该保证手术效果，减少不良反应。

目前临床针对结肠癌的治疗一般实施传统结肠癌切除术，主要是对结肠切除及结肠系膜钝性分离，由于传统开腹术野大，对肿瘤及淋巴结可以有效清除，对清除淋巴结具有良好效果，但对患者损伤较大，患者耐受程度不高^[6]。有相关研究显示^[7]，传统结肠癌切除手术虽然能够具有较好手术效果，但患者容易复发，考虑是清除淋巴结效果不佳，另外由于为老年患者，多数患者术后容易发生不良反应。有研究指出，老年结肠癌患者实施传统开腹结肠癌切除术可以对淋巴结有效清除，虽然术野较大，但仍有部分患者会存在清除效果不佳现象，分析原因在于注重对结肠的切除而不注重对淋巴结的清扫，另外传统结肠癌切除术创伤较大，因此容易对血管造成损伤，因此患者术后容易出现出血现象，另外对脏器筋膜造成一定损伤，这种情况均会给患者术后恢复造成影响。因此临床需要一种提高手术效果，并且不增加患者损伤，减少术后并发症的治疗措施。随着腹腔镜的普及，临床逐渐使用腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除治疗^[8-9]。本研究结果显示，两组患者的术中出血量、手术时间、近端切缘距离及远端切缘距离对比并无统计学意义 (P>0.05)，这是由于传统开放术式与腹腔镜手术对患者的手术情况影响较小，说明腹腔镜两种手术方式的安全性较高，并不会增加术中风险事件。结果显示，观察组患者的淋巴结清除数目及阳性淋巴结数目均高于对照组，观察组患者的首次进食时间、首次排气时间及住院时间均短于对照组 (P<0.05)，说明本研究的治疗方式可以提高手术效果，并且减少对患者的损伤，提高术后恢复进程。笔者分析认为，腹腔镜结肠癌切除是针对结肠的切除，可以精准将结肠病变清除并不损伤周围组织；完整结肠系膜切除术则可以将结肠系膜清除，可以提高周围淋巴结的清除效果，并且不损伤周围血管，从而减少术后患者出血等并发症的发生，在一定程度上减少了复发的风险。与传统开腹手术相比，完整结肠系膜切除术可以避免损伤脏器筋膜，充分暴露结肠血管，增加了清扫区

P	<0.05	<0.05	<0.05
2.3 对比两组患者治疗前后免疫应激指标			
治疗前两组患者的相关免疫应激治疗对比并无统计学意义 (P>0.05)，治疗后两组患者的免疫应激指标 CD4 ⁺ 、CD8 ⁺ 、CD4 ⁺ /CD8 ⁺ 、CRP 水平对比仍无统计学意义 (P>0.05)，见表 3。			

域，从而对淋巴结实现彻底清除。

手术创伤会直接刺激患者出现免疫应激反应，因此容易对患者的免疫功能造成一定影响，其中 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺、CRP 水平是评价免疫应激的重要指标^[10]。本研究结果显示，治疗后两组患者的 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺、CRP 水平均发生一定变化，说明手术刺激了患者的免疫应激，从而造成免疫反应出现一定损伤，但治疗后两组患者 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺、CRP 水平对比并无统计学意义 (P>0.05)，说明腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除并不会较大程度的降低患者的免疫应激功能。另外观察组术后并发症低于对照组 (P<0.05)，说明腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除在术后可以减少对脏器及血管的损伤，由于对患者的脏器损伤较小，患者术后恢复较快，这在减少术后并发症上面具有一定意义的，在微创治疗下可以避免患者术后并发症的发生。本研究的优势在于腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除一方面在提高手术效果前提下对患者的免疫应激影响较小，并且可以预防并发症。不足之处在于未延长随访时间来观察手术后患者的病情复发情况，后续临床可以进一步探讨手术对复发的影响。

综上所述，腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除可以提高老年结肠癌的淋巴结清除效果，促进术后恢复，减少术后并发症。

参考文献：

[1]梁华艳,黄冀华,蔡锐文.腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除在老年结肠癌患者中的临床应用效果[J].临床医学工程,2021,28 (11): 1465-1466.

[2]何兴政,张传国,蔡玉建.完整结肠系膜切除术治疗结肠癌患者效果及对术后恢复质量的影响[J].中国医药科学,2022,12 (4): 150-153.

[3]黄文伟,曾国祥.传统结肠癌根治术与完整结肠系膜切除术对老年结肠癌近期疗效的对比观察[J].安徽医药,2018,22 (8): 1503-1506.

[4]刘书强,赵象文,梁志宏,等.腹腔镜完整结肠系膜切除术与传统结肠癌根治术的淋巴结清扫和短期疗效比较[J].中国内镜杂志,2015,21 (8): 794-797.

[5]胡伟贤,王俊江,吴德庆,等.两孔法腹腔镜辅助右半结肠癌完整系膜切除手术要点及短期疗效[J].中国临床解剖学杂志,2022,40 (2): 228-233.

[6]黎然,谢伟,黎良欢,等.腹腔镜下结肠癌切除术治疗高危结肠癌患者的临床价值分析[J].智慧健康,2021,7 (34): 82-85.

[7]李锡丁.根治性手术切除+区域淋巴结清扫术对降低结肠癌患者死亡率与减少并发症的效果[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42 (21): 1860-1864.

[8]梁华艳,黄冀华,蔡锐文.腹腔镜结肠癌切除联合完整结肠系膜切除在老年结肠癌患者中的临床应用效果[J].临床医学工程,2021,28 (11): 1465-1466.

[9]朱满逸,沈展,阮航,等.以肠系膜上动脉为导向的腹腔镜下完整结肠系膜切除治疗右半结肠癌的可行性及近期效果[J].浙江医学,2021,43 (20): 2226-2228+2278.

[10]易建中,袁育军,刘云庚,等.腹腔镜下结肠全系膜切除术对结肠癌患者肝肠循环的近期影响[J].中国当代医药,2021,28 (30): 98-101.

肺炎支原体抗体加超敏 C 反应蛋白联合检测在小儿肺炎支原体肺炎感染诊断中的价值及阳性率分析

胡伟伟 石雁

烟台市蓬莱人民医院, 主治医师 山东烟台 265600

摘要: 目的: 本次研究主要为了分析在小儿肺炎支原体肺炎患儿诊断过程中应用肺炎支原体抗体与超敏 C 反应蛋白联合检测的临床价值以及阳性率实际情况。方法: 以随机数字表分组法将到我院接受诊治的 105 例小儿肺炎支原体肺炎患儿分组, 分为研究组与常规组两组别, 其中常规组选 35 例健康儿童作为研究对象, 而研究组则为 70 例小儿肺炎支原体肺炎患儿。并分析对比患儿采取不同检测方法的检测结果、诊断效能以及两组患儿家属的满意度评价。结果: 评析各种检测方法的检测结果, 明显联合检测的阳性准确率更高 ($P < 0.05$); 将不同检测方法的诊断效能予以评比, 联合检测的敏感度、特异度、准确度均明显高于单项检测 ($P < 0.05$); 分析患儿家属对于不同检测方法的满意度: 患儿家属对于联合检测的满意度评价得分更高 ($P < 0.05$)。结论: 将肺炎支原体抗体与超敏 C 反应蛋白联合检测应用于小儿肺炎支原体肺炎患儿感染诊断中, 可以有效地提高阳性诊断准确率, 提升敏感度、特异度, 同时患儿家属的满意度更佳, 应用效果相对显著。

关键词: 超敏 C 反应蛋白; 小儿肺炎支原体肺炎; 肺炎支原体抗体; 联合检测; 阳性率

在临床儿科中, 支原体肺炎是相对常见的一种呼吸道疾病, 其具有较高的发病概率, 主要是由于肺炎支原体感染所导致, 患病后患儿会出现咳嗽、发热等临床症状, 早期症状并不显著且肺部体征不明显, 在诊断上存在一定的难度性^[1-3]。但是若不及时进行诊断治疗, 疾病的进一步发展恶化, 有可能会引发皮炎、胃肠炎以及心肌炎等疾病, 严重影响患儿的生命安全, 因此在疾病早期有效的诊断就显得尤为重要^[4]。临床上对于肺炎支原体肺炎的诊断, 通常采取血常规、酶联免疫吸附试验、X 胸片、核酸杂交实验等方法, 但是以上检测方法需要较长的时间才能对疾病诊断, 不被临床应用推广, 因此需要寻找更为有效的诊断方法^[5-6]。本次研究主要为了探究肺炎支原体抗体联合超敏 C 反应蛋白对小儿肺炎支原体肺炎患儿诊断的临床效果, 现抽到我院接受治疗的 70 例小儿肺炎支原体肺炎作为样本予以研究, 具体内容如下所示。

1、资料与方法

1.1 一般资料

将 2021 年 4 月~2022 年 4 月到我院进行治疗的小儿肺炎支原体肺炎患儿 (70 例) 按照随机数字表法分为两组, 常规组 35 例, 其儿童年龄 6 个月—6 岁, 均值 4 岁; 其中男女儿童比例为 17 例: 18 例; 研究组 35 例患儿比例为男 19: 女 16, 患儿年龄 7 个月—7 岁, 平均 (4.3 ± 0.25) 岁, 病程在 5 天左右。两组儿童基本资料分析, 数据对比不存在显著差异性 ($P > 0.05$), 可纳入分析。纳入儿童家属自愿签署同意书; 排除资料缺失以及存在免疫系统缺陷的儿童。

1.2 方法

抽取常规组儿童及研究组患儿的早晨空腹静脉血, 抽取剂量需要控制在 3ml, 将其放在分离胶试管里, 并使用离心机进行分离, 血清留取备用。超敏 C 反应蛋白检测主要是利用免疫透射比浊法进行检测 (设备由西门子医学诊断产品 (上海) 有限公司提供, 正常参考值 $0 \sim 3.3 \text{mg/L}$; 试剂盒为深圳市国赛生物技术有限公司所生产), 肺炎支原体抗体检测主要是利用被动明胶颗粒凝集法进行检测 (试剂盒为富士瑞必欧株式会社多生产) 具体操作及检验步骤与方法, 严格按照说明书进行, 所有的检测需在当天全部完成。

1.3 评价标准

观察指标主要包括: 检测结果、诊断效能以及患儿家属满意度评价, 具体按照以下标准进行:

(1) 不同检测方法检测结果: 分析对患儿分别采取肺炎支原体抗体、超敏 C 反应蛋白、联合检测抗体的实际检测结果^[7]。

(2) 比较不同检测方法的诊断效能: 效能主要包括敏感度、特异度、准确度、阳性预测值以及阴性预测值。检测方法包括肺炎支原体抗体检测、

超敏 C 反应蛋白检测以及联合检测三种^[8]。

TP 为真阳性, FN 为假阴性, TN 为真阴性, FP 为假阳性

敏感度 = $\text{TP} / (\text{TP} + \text{FN}) \times 100\%$

特异度 = $\text{TN} / (\text{TN} + \text{FP}) \times 100\%$

准确度 = $(\text{TP} + \text{TN}) / (\text{TP} + \text{FP} + \text{TN} + \text{FN}) \times 100\%$

阳性预测值 = $\text{PPV} = \text{TP} / (\text{TP} + \text{FP}) \times 100\%$

阴性预测值 = $\text{NPV} = \text{TN} / (\text{TN} + \text{FN}) \times 100\%$

(3) 分析患儿家属对各种不同检测方法的满意度评价: 以自制的护理满意度调查问卷对患儿家属满意程度进行评估, 其中包括不满意、满意和非常满意三个级别, 35 分以下为不满意, 35—70 分为满意, 70 分以上为非常满意, 主要是调查患儿家属对环境氛围、服务态度以及检测方式的评价^[9]。

1.4 统计学分析方法

使用 SPSS 23.0 统计软件对相关数据进行统计评估, 对于计量资料 (满意度) 采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内数据采用配对 t 检验, 计数资料 (诊断效能) 采用卡方表示, 结果为百分比, $P < 0.05$ 为有显著性统计学意义。

2、结果

2.1 对比不同检测方法检测结果

对不同检测方法的检测结果进行统计分析, 肺炎支原体抗体检测出阳性患儿 38 例, 超敏 C 反应蛋白检测阳性患儿 42 例, 肺炎支原体抗体与超敏 C 反应蛋白联合检测阳性患儿 44 例, 明显联合检测的准确率相对更高 ($P < 0.05$), 见表 1 所示。

表 1 分析不同检测方法的检测结果 (n)

病理结果	肺炎支原体抗体		超敏 C 反应蛋白		联合检测	
	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性
阳性	38	8	42	4	44	2
阴性	8	16	5	19	3	21
合计	46	24	47	23	47	23

注: 70 例患儿中经病理结果诊断有 46 例患儿为阳性, 24 例为阴性。

2.2 各种检测方法的效能调查

分析对比各种检测方法的效能可得出, 肺炎支原体抗体检测的敏感度为 82.61%, 特异度为 66.67%, 准确度为 77.14%, 阳性预测值为 82.61%, 阴性预测值为 66.67%; 超敏 C 反应蛋白检测各项数值分别为 91.30%, 79.17%, 87.14%, 89.36%, 82.61%; 对应的联合检测分别为敏感度 95.65%、特异度 87.50%, 准确度 92.86%, 阳性预测值 93.62%, 阴性预测值 91.30%,

三种检测方法数据对比, 明显联合检测的效能相对更优, 差异存在显著的统计学意义 ($P<0.05$), 数据值见表 3。

表 2 各组检测方法效能统计 (%)

组别	敏感度	特异度	准确度	阳性预测值	阴性预测值
肺炎支原体抗体检测	82.61 (38/46)	66.67 (16/24)	77.14 (54/70)	82.61 (38/46)	66.67 (16/24)
超敏 C 反应蛋白检测	91.30 (42/46)	82.61 (19/23)	87.14 (61/70)	89.36 (42/47)	79.17 (19/24)
联合检测	95.65 (44/46)	91.30 (21/23)	92.86 (65/70)	93.62 (44/47)	87.50 (21/24)

2.3 患儿家属对各种不同检测方法的满意度

整理患儿家属满意度评价情况, 对于三种不同检测方法 (肺炎支原体抗体检测、超敏 C 反应蛋白检测、联合检测), 患儿家属对于两种单一检测方法的服务态度、检测方式以及环境氛围的满意度评价均明显相对更低于联合检测 ($P<0.05$), 其患儿家属对于联合检测的总满意度评价高达 (95.27±1.12) 分, 说明患儿家属对于联合检测满意度更佳, 见表 3。

表 3 评比患儿家属满意度 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	服务态度	检测方式	环境氛围	总满意度
肺炎支原体抗体检测	70	68.87±2.22	72.72±2.23	76.79±2.24	85.54±0.15
超敏 C 反应蛋白检测	70	83.47±2.65	85.68±2.35	81.48±2.73	90.36±1.08
联合检测	70	92.23±3.12	98.01±2.11	92.34±3.08	95.27±1.12

3、讨论

肺炎支原体肺炎作为临床常见的一种小儿疾病, 一年四季都比较容易发生, 尤其是春季和冬季两个季节最为常见^[10]。有资料提出, 肺炎支原体肺炎发病原因与室内活动量有直接关系, 室内活动的增加会提高患肺炎支原体肺炎的发病率, 同时肺炎支原体肺炎感染的概率也与年龄成正相关, 随着年龄的增加, 感染概率直线上升^[11]。肺炎支原体肺炎对于小儿群体的发病率较高, 发病后会出现不同的临床症状, 严重损伤儿童的呼吸系统, 从而出现一系列有关的并发症, 随着病情的恶化发展, 则会累及患儿的其他器官, 严重危及患儿生命, 因此早期有效诊断极为重要^[12]。

肺炎支原体肺炎发病相对较慢, 其具有较长的潜伏期, 一般为 2-3 周左右, 少数儿童会出现头痛、高热等病症, 大部分的儿童会出现强烈的咳嗽, 临床症状相对不明显, 极容易出现漏诊及误诊的情况, 从而延误治疗导致病情加重^[13]。肺炎支原体肺炎与普通肺炎有显著的不同, 在患病过程中, 肺部不会出现明显的阳性体征, 但是在影像学检查时会出现非特异性表现。对于肺炎支原体肺炎抗体的检测, 主要是利用试剂盒对抗体进行检测, 即被动明胶颗粒凝集法, 该种检测方法在检测过程中不需要特殊的设备仪器, 操作简单方便, 对于二甲及其以上医院相对更为实用。血清 C 反应蛋白应用于临床上主要是为了区分病毒感染与细菌感染, 对于支原体感染其效果相对较差^[14]。超敏 C 反应蛋白对于支原体感染的检测效果显著, 可以准确地检测出人体感染情况, 其不但具有较高的灵敏度以及准确度, 同时特异度也相对较高, 对于浓度低的血清 C 反应蛋白, 该种检测方法也可检测出, 也可以检测出低水平的炎症水平^[15]。因此将两种检测方法联合对抗体进行检测, 从多角度对患儿的疾病情况进行准确的分析诊断, 可以有效地提升阳性诊断率。

本次研究对比健康儿童与小儿肺炎支原体肺炎患儿的相关指标, 通过观察所得数据可知, 对于小儿支原体肺炎患儿的诊断, 联合检测的阳性率相对单一检测的概率更高 ($P<0.05$), 说明联合检测可以提高阳性检出率;

不同检测方法的检测效能对比: 联合检测的灵敏度、特异度以及准确度均相对更高, 阳性预测值和阴性预测值也均比单一检测高 ($P<0.05$), 说明联合检测可以有效地诊断出小儿支原体肺炎感染情况; 分析患儿家属的满意度, 观察得分, 患儿家属对于联合检测的环境、方式以及服务的满意度评分更高 ($P<0.05$), 说明患儿家属对于联合检测的满意度更佳。

综上所述, 在对小儿支原体肺炎患儿感染诊断时, 采取肺炎支原体抗体加超敏 C 反应蛋白联合检测, 可以有效地提高阳性检出率, 同时准确度、灵敏度以及特异度也均得到显著提升, 患儿家属满意度评价高, 临床应用价值高, 可推广应用。

参考文献:

[1]孙龙乔子,梁倩文.C 反应蛋白和 WBC 联合检测对小儿肺炎支原体肺炎的诊断价值[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19 (37): 28+35.

[2]涂海霞,韩忠燕,徐丽云等. 肺炎支原体抗体金标法联合降钙素原、超敏 C 反应蛋白检测快速诊断支原体肺炎[J]. 国际检验医学杂志,2019,40 (08): 897-900+904.

[3]吴艳云. 超敏 C 反应蛋白与血常规联合检测在小儿细菌性肺炎、病毒性肺炎和支原体肺炎诊断中的临床应用价值[J]. 临床检验杂志 (电子版),2019,8 (02): 83-84.

[4]钟小青,沈菲,张宝丹等. 探究超敏 C 反应蛋白、血常规联合应用于小儿肺炎支原体感染诊断中的价值[J]. 中国实用医药,2020,15 (07): 48-50.

[5]王成浩. 血清学指标联合检测对小儿重症肺炎支原体肺炎的诊断价值分析[J]. 现代医学与健康研究电子杂志,2021,5 (12): 97-99.

[6]陈锐芳,黄惠伦,罗丽端. 肺炎支原体抗体联合 CRP 检测对小儿肺炎支原体肺炎的诊断价值[J]. 深圳中西医结合杂志,2019,29 (05): 64-65.

[7]邓凤莲. 分析超敏 C 反应蛋白及血常规对小儿肺炎支原体感染的临床诊断价值[J]. 健康必读, 2019, 000 (006): 47-48.

[8]陈健. 超敏 C 反应蛋白、血常规联合应用于小儿肺炎支原体感染诊断的价值研究报告分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6 (11): 132-133.

[9]张建设. 对肺炎支原体肺炎患儿进行肺炎支原体抗体、超敏 C 反应蛋白检测的效果研究[J]. 当代医药论坛,2020,18 (07): 177-178.

[10]王莉,任秀英,牟洪香等. C-反应蛋白检测在小儿支原体肺炎急性感染中的价值[J]. 黑龙江医药科学,2020,43 (01): 15-16.

[11]何景东,陈伟图. C 反应蛋白在小儿支原体肺炎检测中的临床价值[J]. 中国当代医药,2021,28 (29): 167-169+173.

[12]徐宣启,王檬,王紫等. 阿奇霉素对小儿肺炎支原体肺炎患儿支原体抗体与超敏 C 反应蛋白水平及肺功能改善的影响[J]. 抗感染药学,2021,18 (01): 135-137.

[13]王娇. 探讨血清中降钙素原和 C 反应蛋白联合检测在儿童细菌性肺炎与支原体肺炎鉴别诊断中的价值[J]. 世界复合医学,2021,7 (03): 98-100.

[14]陶立玉,高秀莲,徐桂荣. 快速血清学检验、微生物快速培养检测用于诊断小儿肺炎支原体感染的临床价值分析[J]. 中国实用医药,2021,16 (26): 31-33.

[15]陈爱萍. 肺炎支原体总抗体与血清总 IgE 检验在小儿肺炎支原体感染诊断中的价值[J]. 中外医疗,2021,40 (07): 193-195.

促排卵周期与自然周期宫腔内夫精人工授精妊娠结局比较

胡文英

山东省菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要：目的：比较在宫腔内夫精人工授精周期中，促排卵周期与自然周期临床妊娠结局是否有差异。方法：回顾性分析 2018 年 1 月-2020 年 9 月于菏泽市中医医院生殖医学中心行宫腔内夫精人工授精 193 个周期，按用药方案分为：自然周期组 70 个，促排周期组 123 个，评估两组的生化妊娠率、临床妊娠率、流产率。结果：经过临床统计，在临床妊娠率和生化妊娠率方面，自然周期与促排周期的比较差异不大， $P>0.05$ ；在流产率方面，自然周期低于促排周期， $P<0.05$ 。男方因素条件下，在临床妊娠率、生化妊娠率方面，自然周期均低于促排周期， $P<0.05$ ；在流产率方面，自然周期高于促排周期， $P<0.05$ 。女方因素条件下，在临床妊娠率方面，自然周期低于促排周期， $P<0.05$ ；在生化妊娠率、流产率方面，两者比较差异均无统计学意义， $P>0.05$ 。不明原因因素条件下，在临床妊娠率、生化妊娠率以及流产率方面，自然周期均低于促排周期， $P<0.05$ 。结论：1：促排卵不提高夫精人工授精的临床妊娠率，同时流产率会增加。2：男方因素、女方因素、不明原因因素夫精人工授精者单独分析时，促排卵可以提高临床妊娠率。

关键词：促排周期；自然周期；宫腔内夫精人工授精；妊娠结局

人工授精，是临床上常用的一种辅助生育的治疗方法。目前，我国人工授精治疗主要是采用宫腔内人工授精技术（IUI，intrauterine insemination），主要指的是在女方排卵期，将男方的精液在体外经过优化处理后，通过人工授精管注入女方宫腔内，使其受孕的一种辅助生殖技术^[1]。它主要分为两种，即宫腔内夫精人工授精（AIH，artificial insemination by husband）和宫腔内供精人工授精（AID，artificial insemination by donor）。一般而言，宫腔内夫精人工授精的操作更为简单、费用更低，且在过程上更接近自然受孕，更容易得到患者的伦理认可，因而患者的接受和采用度更高^[2]。但宫腔内夫精人工授精的影响干扰因素较多，虽然根据临床研究女方的排卵是影响人工授精手术时机以及受孕结局的主要因素，但患者个体之间的差异较大，导致其现阶段的周期妊娠率只达到 8%到 20%之间，如何更好的提高妊娠率是目前宫腔内夫精人工授精治疗亟待解决的主要课题之一^[3-4]。下面，文章旨在研究探讨促排卵周期与自然周期应用于宫腔内夫精人工授精治疗临床中对其妊娠结局的影响情况，随机择选 193 个行宫腔内夫精人工授精的妊娠周期，统计比较二者在生化妊娠率、临床妊娠率以及流产率方面的影响情况。具体结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象及分组

随机择选 2018 年 1 月-2020 年 9 月于我院接受宫腔内夫精人工授精技术治疗的患者总共 193 个周期。患者年龄在 29 岁-42 岁范围内，平均（35.4±2.7）岁。根据子宫内膜的准备方案将其分为自然周期共 70 个，促排周期共 123 个。纳入标准：①患者均为不孕不育，其原因主要有性交困难、女方慢性不排卵、输卵管堵塞、多囊卵巢综合征等以及男方少弱精子症等。②经月经周期监测，患者的排卵结果均显示有排卵；③经输卵管检查显示，女方至少有一侧输卵管正常通畅。排除标准：①患者合并有输卵管积水、子宫腺肌病、子宫肌瘤等疾病；②患者存在卵巢功能早衰症状；③患者未按规定要求完成全程周期。

1.2 方法

1.2.1 周期方案及卵泡监测：自然周期：月经第 10-12 天开始 B 超监测。促排周期：CC/LE 方案：月经第 3~5 天，连续 5 天用药，停药 2 天后开

始 B 超监测卵泡。口服药物联用低剂量促性腺激素方案：口服 CC/LE 5 日，停药 2 日后 B 超监测未发现大于 1.0cm 的卵泡，当日启动 HMG。

1.2.2 授精时机：手术的时机控制在排卵前 24 小时~排卵后 12 小时之内。

1.2.3 精液处理：手术当日男方取精，精液采用密度梯度离心法优化。

1.2.4 妊娠结局的判定：术后 14 天查血 HCG>3.0mIU/ml 为生化妊娠，术后 35 天 B 超检查，探查见妊娠囊及原始心管搏动确定临床妊娠。

1.3 统计学分析

本研究采用 SPSS20.0 统计学软件进行分析处理，率的比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 自然周期和促排周期妊娠结局的比较

如表 1 所显，自然周期与促排周期在临床妊娠率和生化妊娠率方面的对比差异不大，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。但在流产率方面，自然周期低于促排周期，组间对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 1 对比自然周期和促排周期的妊娠结局

	周期数	生化妊娠率	临床妊娠率	流产率
自然周期	70	1.4%	14.49%	9.0%
促排周期	123	3.2%	16.53%	10.4%
P		>0.05	>0.05	<0.05

2.2 男方因素自然周期与促排周期妊娠结局的比较

如表 2 所显，单纯男方因素中，自然周期与促排周期比较，临床妊娠率、生化妊娠率促排周期对比均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 2 对比男方因素下自然周期与促排周期的妊娠结局

	周期数	生化妊娠率	临床妊娠率	流产率
自然周期	47	0	17.0%	12.5%
促排周期	58	2	17.2%	10.0%
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 女方因素自然周期与促排周期妊娠结局的比较

如表 3 所显，女方因素中促排周期较自然周期临床妊娠对比有统计学

意义 ($P<0.05$), 生化妊娠率、流产率两者无统计学差异 ($P>0.05$)。

表 3 对比女方因素下自然周期与促排周期的妊娠结局

	周期数	生化妊娠率	临床妊娠率	流产率
自然周期	5	0	20%	0
促排周期	37	0	24.3%	0
P		>0.05	<0.05	>0.05

2.4 不明原因因素自然周期与促排周期妊娠结局的比较

如表 4 所显, 不明原因不孕周期中, 促排周期较自然周期临床妊娠率、生化妊娠率、流产率对比有统计学差异 ($P<0.05$)。

表 4 对比不明原因因素下自然周期与促排周期的妊娠结局

	周期数	生化妊娠率	临床妊娠率	流产率
自然周期	18	0	11.1%	0
促排周期	24	1	12.5%	1
P		<0.05	<0.05	<0.05

讨论

近年来, 随着我国生育政策的变化以及人们生活方式等的改变, 导致不育、不孕或受孕困难等情况的发生率也不断上升, 这就使得宫腔内人工授精技术越来越得到大众的关注和认识, 这就要求临床上必须提高宫腔内人工授精的受孕成功率, 降低其流产率^[5-6]。目前, 在我国宫腔内人工授精技术是主要适用于男方精液异常, 包括轻度、中度的少弱精子症, 畸形精子症, 精液液化异常; 女方排卵障碍, 宫颈因素; 性功能障碍; 不明原因不孕的患者。促排卵适用于持续无排卵或稀发排卵的患者^[7], 人工授精助孕患者也可选择促排卵治疗增加受孕概率, 但促排卵药物的不规范使用常导致多个卵泡发育, 在提高妊娠率的同时带来潜在风险, 如多胎妊娠, 卵巢过度刺激综合征 (OHSS), 异位妊娠等并发症发生率显著升高^[8-9], 全面二孩政策开放, 具有生育要求的高龄妇女增多, 这部分人群生育力降低, 因此促排卵药物使用也随之增多, 但效果不佳, 药物刺激卵巢与肿瘤发生之间的关系仍有争论^[10]。

本研究数据表明: 促排周期人工授精可以提高单独男方、女方因素不孕患者临床妊娠率, 但流产率也会随之增加, 有研究表明促排卵周期夫精人工授精对于不存在排卵障碍的患者并不能增加临床妊娠率, 多胎妊娠及 OHSS 的风险也会随之增加^[11]; 不明原因患者选择人工授精助孕者, 促排卵治疗能增加临床妊娠率, 同时对于年龄小于 35 岁不明原因不孕患者, 促排治疗可以增加临床妊娠率, 根据专家共识的建议^[12]对于小于 35 岁不明原因不孕患者建议促排卵+人工授精 3-6 个周期, 不推荐年龄大于 35 岁患者进行促排卵+人工授精治疗。夫精人工授精临床妊娠率的影响因素主要包括男方处理后的精液情况、女方排卵及子宫内膜情况、女方输卵管通畅情况等^[13], 本研究仅分析了不同用药方案对妊娠结局的影响, 所以研究结果提示的促排卵治疗增加临床妊娠率有待进一步研究, 人工授精助孕时, 要严格掌握促排卵治疗的适应症, 通过追求多排卵率来增加临床妊娠率的方法不可取, 并且增加了卵巢过度刺激综合征及多胎妊娠的风险, 对于高龄患者促排卵治疗还存在很多争议, 临床应慎用促排卵治疗。

综上所述, 在宫腔内夫精人工授精的临床治疗中实施促排卵干预, 一

般不能有效提高其临床妊娠率, 同时还会造成流产率的增加。但在实际临床中, 应根据患者具体不孕原因进行具体分析, 选择合适的排卵干预措施, 以便更好的提高临床妊娠率。

参考文献:

- [1]中华医学会.临床诊疗指南-辅助生殖技术与精子库分册[M],2009,9.
- [2]促排卵药物使用规范[J], 生殖医学杂志,2017,26(4): 302-307.
- [3]邢慧琴,李艳梅,孔庆萍.宫腔内夫精人工授精不孕患者自然周期与促排卵周期临床妊娠结局分析[J],山西医药杂志,2018,12(47): 23: 2848-2849.
- [4]中国高龄不孕女性辅助生殖临床实践指南[J],中国询证医学杂志,2019,19(9): 253-270.
- [5]李雪丽,潘宇.宫腔内夫精人工授精不孕患者自然周期与促排卵周期临床妊娠结局分析[J],中华妇幼临床医学杂志(电子版)2017,8,13(4): 409-413.
- [6]不明原因不孕症诊断与治疗中国专家共识[J].生殖医学杂志,2019,9,28,9: 984-991.
- [7]李颖,王慧春.夫精人工授精影响因素分析[J].生殖医学杂志, 2016,6(25): 6: 499-504.
- [8]Wang Erica T.,Kathiresan Anupama S. Q.,Bresee Catherine,et al.Abnormal implantation after fresh and frozen in vitro fertilization cycles[J].Fertility and Sterility: Official Journal of the American Fertility Society, Pacific Coast Fertility Society, and the Canadian Fertility and Andrology Society,2017,107(5): 1153-1158.
- [9]卫小静,彭爱萍,武亚萍,丁进进,宋艳龙.自然周期与促排卵周期及授精次数对宫腔内夫精人工授精临床结局的影响[J].中国优生与遗传杂志,2019,27(01): 91-94.
- [10]Heraud MH,Merviel P,Grenier.Predictive factors for pregnancy after intrauterine insemination (IUI): an analysis of 1038 cycles and a review of the literature.[J].Fertility & Sterility: Official Journal of the American Fertility Society, Pacific Coast Fertility Society, and the Canadian Fertility & Andrology Society,2010,93(1): 259.
- [11]于鲁华,刘琳,潘宇,吕晓芹,何笑,王力,张晓梅.女方年龄及血清基础卵泡刺激素水平对夫精人工授精妊娠结局的影响[J].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2019,15(02): 186-191.
- [12]Lyu Jiangtao,Ye Hong,Wang Weihua,et al.Diagnosis and management of heterotopic pregnancy following embryo transfer: clinical analysis of 55 cases from a single institution[J].Archives of gynecology and obstetrics.,2017,296(1): 85-92.
- [13]张锦严,张文惠,林志宏,戴玉萍,李丽华,李妙婕,谭玲,侯晓翠.自然周期和促排卵周期对宫腔内人工授精临床结局的影响分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(12): 1856-1858.

超声引导下小针刀联合关节松动术治疗第三腰椎横突综合征临床研究

黄澄 周红 孟巍巍 刘华春

广西壮族自治区江滨医院 广西南宁 530021

摘要: 目的 浅析第三腰椎横突综合征应用超声引导下小针刀联合关节松动术治疗的临床效果。方法 共计 60 例第三腰椎横突综合征患者作为研究对象, 源自于 2021 年 5 月~2022 年 5 月广西壮族自治区江滨医院, 根据数字表法随机分为对照组与观察组, 各 30 例, 对照组接受超声引导下小针刀联合传统推拿按摩治疗, 观察组接受超声引导下小针刀联合关节松动术治疗, 就两组患者治疗效果、疼痛程度、JOA 腰痛疾患疗效评定进行组间比较。结果 观察组患者治疗后临床疗效明显高于对照组, 且疼痛程度、JOA 腰痛疾患疗效评定各项指标均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 第三腰椎横突综合征患者应用超声引导下小针刀联合关节松动术治疗临床效果确切, 其能有效改善临床症状, 缓解疼痛, 促使腰椎功能恢复。

关键词: 小针刀; 超声引导; 关节松动术; 第三腰椎横突综合征

第三腰椎横突综合征主要是以第三腰椎横突尖部压痛为主要特征, 主要是因附着于第三腰椎横突的肌肉、韧带、筋膜等软组织损伤所致, 好发于一侧腰臀部酸痛或钝痛, 病情严重者甚至会放射至大腿后外侧, 时轻时重, 劳累后加重, 可在休息时缓解, 不能久站久坐, 好发于青壮年体力劳动者, 男性发病率略高于女性。临床针对该病主要采取封闭、针刀、推拿及药物治疗为主, 但均存在疗效不稳定, 或存在危险性, 为此, 积极探寻可靠、准确的治疗措施具有积极意义^[1]。针刀将西医外科手术刀及中医针灸针有效的结合, 是古代“九针”之一, 具备针、刀双重作用, 可在不切除人体组织的基础上治疗各种疾病, 尤其是慢性软组织损伤而致的粘连、瘢痕、堵塞等^[2-3]。第三腰椎横突综合征作为一种慢性软组织损伤性疾病, 针刀的应用受到临床医师的青睐, 但该治疗措施是一种侵入性治疗措施, 粗在一定风险, 需在影像学技术引导下开展, 降低针刀操作的危险性^[4-5]。超声技术具有可视化、实时、动态等优势, 可以为肌肉骨骼系统尤其是软组织的介入性操作提供高质量实时监视, 使针刀治疗第三腰椎横突综合征更准确、安全、可靠。关节松动能及时纠正相应错位关节, 重建肌肉骨骼系统稳定性与平衡, 恢复动态静态稳定, 达到标本兼治的目的。鉴于此, 本文就第三腰椎横突综合征应用超声引导下小针刀联合关节松动术治疗的临床效果进行分析, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共计 60 例第三腰椎横突综合征患者作为研究对象, 源自于 2021 年 5 月~2022 年 5 月广西壮族自治区江滨医院, 根据数字表法随机分为对照组与观察组, 各 30 例, 对照组男 16 例, 女 14 例, 年龄 25~65 岁, 平均 (36.67±3.47) 岁, 病程 1 个月~3 年, 平均 (16.34±4.65) 个月。观察组男 17 例, 女 13 例, 年龄 27~65 岁, 平均 (36.72±3.42) 岁, 病程 1 个月~3 年, 平均 (16.28±4.62) 岁。患者基线资料组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.1.1 诊断标准

①伴有突然弯腰扭伤, 长期慢性劳损或腰部受凉史; ②从事体力劳动的青壮年; ③影像学检查显示第三腰椎横突过长或左右不对称; ④一侧慢性腰痛, 晨起或弯腰疼痛加重, 久坐直起困难, 有时可向下肢放射; ⑤第三腰椎横突处压痛明显, 并可触及条索状硬结。

1.1.2 纳入标准

①入组患者均符合上述第三腰椎横突综合征相关诊断标准; ②年龄 18~65 岁; ③患者临床检查资料完整, 无缺失; ③患者及其家属对本研究知晓, 并签署相关知情同意书。

1.1.3 排除标准

①伴有骨质疏松、糖尿病控制不佳者; ②合并肝肾功能、心脑血管功能障碍的患者; ③既往具有椎体治疗或手术史; ④妊娠期、月经期女性; ⑤伴有精神疾病、认知障碍不能配合研究者。

1.2 方法

对照组接受接受超声引导下小针刀联合传统推拿按摩治疗, 即 (1)

超声引导下针刀治疗, 协助患者选择俯卧位, 在腹部放置软枕, 使用超声检查 (正中矢状位扫描) 第三腰椎横突周围软组织状况, 分析第三腰椎横突尖部的体表投影点 (轴位扫描与旁矢状位), 并做标记, 计算标记点至第三腰椎横突尖部的距离。局部消毒常规铺巾, 将涂有耦合剂的低频超声探头包裹在无菌保护套内, 利用络合碘作为保护套外部的耦合剂, 采用 22G 穿刺针+1%利多卡因在超声轴位扫描引导下采用“平面内”技术对操作路径进行浸润麻醉, 根据测量距离选择适宜的针刀 (华友 HZ 系列针刀, 1.1×100 mm), 在超声冠状位扫描引导下采用“平面内”技术, 并刀口线与躯干纵轴平行刺入皮肤, 以保障刺入深度适宜。当针尖位置显示不清时, 通过轻轻上下抖动针刀或向前轻微推进针刀以观察局部肌肉组织收缩来确定针刀尖部的位置。于标记点垂直刺入, 刀口线与脊柱纵轴平行, 当针刀达到横突尖部骨面时, 根据超声影像, 确认无误后, 于此处提插刀法切割 2~3 刀, 深度≤0.5cm, 在跳转刀口线 90°, 顺延第三腰椎横突上下缘用提插刀法切割 2~3 道, 深度≤0.5cm。操作完毕后, 使用棉球按压止血, 而后使用无菌差不覆盖包扎伤口, 并垫腰枕平卧观察 30min。叮嘱患者术后 48h 创口不沾水, 避免感染。1 次/周, 连续治疗 3 周; (2) 传统推拿按摩: 顺延 L3 椎体棘突、双侧横突为中心, 于腰部皮肤周围快速轻柔抚摸皮肤 3min, 中重度用力按、滚、揉、推、拿等。

观察组接受超声引导下小针刀联合关节松动术治疗, (1) 超声引导下针刀治疗与对照组一致。(2) 关节松动术: 于腰部探查棘突明显凸起、棘突压痛及腰椎屈伸时活动不充分的相应关节进行松动干预; 协助患者选择俯卧位, 指导其放松机体, 术者立于体侧, 双手叠掌, 下方手腕豆骨对准拟松动关节棘突, 施于后前向 2~3 级松动手法, 5min/次, 1 次/d, 共治疗 10 次。

1.3 观察指标

(1) 治疗效果可分为四项指标^[6], 即治愈为患者临床症状完全消失, 第三腰椎横突尖部无明显压痛, 日常活动能力正常; 显效为临床症状基本消失, 腰椎无明显压痛, 日常活动能力基本恢复; 有效为临床主观症状缓解, 腰椎轻微压痛, 日常活动轻微受限; 无效为上述指标均未达到。(2) 疼痛程度使用视觉模拟评分法 (VAS)^[7], 使用长度 10cm 的标尺, 具有 0~10 分的游动标尺, 指导患者根据自身疼痛感受表明相应的点, 分值与患者疼痛程度呈正相关。(3) JOA 腰痛疾患疗效评定^[8]: 共包含主观症状 (9 分)、临床体征 (6 分)、ADL 受限 (14 分) 三项指标, 共 0~29 分, 分值与功能障碍呈反比关系。

1.4 统计学处理

全文数据均采用 SPSS 19.0 统计软件进行计算分析, 其中均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 用于表达计量资料, χ^2 用于检验计数资料, P 决定是否有差异, 其中 $P < 0.05$ 表示数据具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗效果组间比较

相较于对照组, 观察组患者临床治疗效果明显升高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 1:

表 1 两组患者临床治疗效果组间比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	10	5	11	4	26(86.67)
观察组	30	16	7	6	1	29(96.67)
χ^2						6.548
P						0.011

2.2 两组患者疼痛程度组间比较

治疗前两组患者疼痛程度相比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 相较于对照组, 观察组患者治疗后疼痛程度明显降低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 详见表 2:

表 3 两组患者 JOA 腰痛疾患疗效评定组间比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	主观症状		临床体征		ADL 受限		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	3.72±0.94	6.85±1.54	3.52±0.95	4.85±0.93	8.13±1.92	11.97±2.01	15.38±2.81	23.95±4.29
观察组	30	3.68±0.98	7.92±1.25	3.64±0.87	5.42±0.78	8.09±1.87	13.18±1.15	15.29±2.75	26.48±2.92
t		0.161	2.955	0.510	2.572	0.082	2.862	0.125	2.670
P		0.872	0.005	0.612	0.013	0.935	0.006	0.901	0.010

3 讨论

超声引导下小针刀联合关节松动术治疗是临床上较常见的疾病, 是一种软组织劳损造成的损伤性腰痛, 好发青壮年, 该病主要是与其特殊的生理解剖结构有关, 其处于腰椎中横突最长部位, 呈水平位向左右平伸, 周围附着较多肌肉、筋膜韧带等软组织, 所受拉力较大, 故较容易发生损伤^[9-10]。若腰部活动不当, 或长时间慢性劳损后, 附着于第三腰椎横突上的筋膜、肌肉、韧带极易撕裂或扭转造成损伤。针对上述状况, 患者不能得到及时的治疗, 横突周围软组织极易形成痉挛、阻塞、瘢痕, 甚至出现钙化结节^[11-12]。同时, 因第三腰椎横突处处于骶棘肌外缘与斜方肌交界处和背阔肌与腰背筋膜交界处, 导致上腰部皮神经出口或行走处被增厚的肌筋卡压导致症状加重, 扩大至臀上方或下肢。

本次研究结果显示, 观察组患者治疗后临床疗效明显高于对照组, 且疼痛程度、JOA 腰痛疾患疗效评定各项指标均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。针刀是中西医智慧的融合产物, 其属于古代“九针”范畴中。其刺入机体而不进行刮剥、切割等操作时, 相当于起到中医针刺的效果, 能达到调节阴阳、疏通经络、扶正祛邪的功效。但针刀相较于普通针灸针粗, 为此, 造成刺激相对较大^[13]; 当针刀刺入机体后, 依据机体解剖学特点, 选择适当的操作方式进行操作, 例如横行剥离法、疏通剥离法及提插切开剥离法等, 可发挥其作为西医手术刀的作用。同时, 针刀是金属制品, 具有导电效果, 能通过人体电流线路将刺激信息传递至相应的部位, 能一定程度上调节生物电流^[14]。同时超声具有实时显示、引导准确、无需造影等优势, 超声可实时清晰的显示针刀针尖位置与第三腰椎横突周围结构, 可有效提升针刀操作的安全性、准确性, 突破了针刀治疗的技术难点, 提高治疗效果。超声技术向小型化、便携化方向发展, 床旁超声技术操作便捷、无创、易于床边实施, 在危重症临床治疗中应用广泛。且设备不受外界条件的影响, 对整个治疗过程进行实时监控, 具有较大的优势。另外, 关节松动术能起到以下几点作用: ①该治疗措施能有效改善腰椎的动态平衡, 单侧或双侧腰部病变后, 肌肉痉挛、挛缩, 改变腰椎的生物力学, 对其平衡造成破坏, 给予松动术, 能有效纠正椎体旋转与序列, 重新建立平衡; ②改变腰椎的生理曲度, 纠正椎体旋转, 恢复椎体的屈伸与旋转能力, 有助于腰椎关节活动度恢复; ③缓解疼痛症状, 松动术能有效松懈粘连症状, 改善局部缺血缺氧状况, 神经末梢卡压症状降低, 从而改善疼痛; ④该措施能促使肌肉筋膜韧带动力性、静力性特性恢复, 在椎体松动过程中, 附着于横突上的肌肉与筋膜韧带受到牵拉, 改变其顺应性, 肌肉筋膜腊肠, 改善痉挛症状, 恢复肌肉。韧带长度, 稳定腰椎功能。

总而言之, 第三腰椎横突综合征患者应用超声引导下小针刀联合关节松动术治疗临床效果确切, 其能有效改善临床症状, 缓解疼痛, 促使腰椎

表 2 两组患者疼痛程度组间比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	30	6.14±1.76	2.54±1.57
观察组	30	6.18±1.78	1.07±1.24
t		0.088	4.025
P		0.931	0.001

2.3 两组患者 JOA 腰痛疾患疗效评定组间比较

治疗前两组患者 JOA 腰痛疾患疗效评定各项指标相比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 相较于对照组, 观察组患者治疗后 JOA 腰痛疾患疗效评定各项指标评分均明显降低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 详见表 3:

功能恢复, 具有良好的临床应用前景。但本实验也存在一定不足, 即抽取研究样本较小, 研究结果可能存在一定偏倚; 本次选择样本中, 个别指标数据的离散程度较大, 就统计学结果而言, 增加了误差。为此, 在日后临床工作中仍需扩大样本量、完善实验设计等, 进一步开展研究, 明确超声引导下小针刀联合关节松动术治疗第三腰椎横突综合征的近远期疗效。

参考文献:

[1]田春艳,邓亚萍,张芳,等. 长针恢刺结合水针穴位注射治疗第三腰椎横突综合征临床研究[J]. 针灸临床杂志,2021,37(1): 18-22.

[2]吴志强,郁金岗. 第三腰椎横突综合征中医治疗进展[J]. 内蒙古中医药,2020,39(8): 161-162.

[3]吴菲,刘哲,谢晶晶,等. 超声波引导下小针刀治疗第三腰椎横突综合征的作用分析[J]. 养生保健指南,2021(30): 254.

[4]周士铭,李松涛. 脊柱调衡手法配合针刺治疗第三腰椎横突综合征 50 例[J]. 环球中医药,2020,13(9): 1547-1550.

[5]GUO QING, WANG HAI-QIN, HUA YU, et al. Therapeutic efficacy observation on combining acupuncture, tuina and functional exercise for transverse process syndrome of the third lumbar vertebra[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science,2013,11(5): 313-317.

[6]林中秋. 按摩配合弹拨分筋法治疗第三腰椎横突综合征的疗效分析[J]. 医药前沿,2020,10(13): 224-225.

[7]曾林,唐宏图. 针刀治疗第三腰椎横突综合征的动物实验研究现状及展望[J]. 实验动物科学,2020,37(4): 69-73,77.

[8]李津,徐静茹,苏晶,等. 第三腰椎横突综合征致病原因及治疗研究进展[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(87): 189-190.

[9]袁普卫,康武林,寇拉娣,等. 手法配合中药治疗第三腰椎横突综合征[J]. 中医正骨,2014,26(1): 63-64.

[10]杨佐琴,胡中平. 电针傍刺结合运动罐法治疗第三腰椎横突综合征临床观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36(3): 378-379.

[11]王海松,任小珊,田井亮. 针刀配合关节松动术治疗第三腰椎横突综合征临床研究[J]. 亚太传统医药,2015,11(23): 107-108.

[12]王文斌. 针刺结合刺络拔罐治疗第三腰椎横突综合征 32 例[J]. 中医外治杂志,2016,25(1): 30.

[13]刘凤飞,刘哲,麻继红,等. 第三腰椎横突综合征患者的肌骨超声表现及 Oswestry 功能障碍指数的相关性分析[J]. 中国现代医学杂志,2022,32(4): 79-83.

[14]刘凤飞,刘哲,谢晶晶,等. 超声辅助穿刺在肥胖患者第三腰椎横突综合征治疗中的作用分析[J]. 养生保健指南,2021(29): 247.

隧道式 PICC 置管与传统 PICC 置管的对照研究

贾士杰 陈绪霞^{通讯作者}

山东第一医科大学附属肿瘤医院 山东济南 250117

摘要: 目的: 通过隧道式 PICC 置管与传统 PICC 置管两种方式对照研究, 观察其临床应用效果。方法: 随机选取我院 2020 年 4 月至 2022 年 4 月两年内收治的 PICC 静脉置管患者 (n=76) 视为本研究观察对象, 将其均分为对照组 (n=38, 采取传统 PICC 置管方式) 与观察组 (n=38, 采取隧道式 PICC 置管方式)。由于两组置管方式不一, 进而比较其发生并发症的概率以及置管一次成功率来探究两种方式的临床应用效果。结果: (1) 观察组在置管结束后穿刺部位渗血总发生率明显低于对照组 ($P<0.05$); (2) 观察组在置管结束后发生机械性静脉炎并发症的总发生率显著低于对照组 ($P<0.05$); (3) 观察组置管一次成功率与导管脱出发生率较之对照组均更低 ($P<0.05$)。结论: 隧道式 PICC 置管方式可以明显的减少渗血以及机械性静脉炎等并发症的发生概率, 增加导管留置时长, 值得推广。

关键词: 隧道式 PICC 置管; 传统 PICC 置管; 对照研究

[Abstract]Objective: To observe the clinical application effect of tunnel PICC catheterization and traditional PICC catheterization.Methods: PICC intravenous catheterization patients (n=76) admitted from April 2020 to April 2022 were randomly selected as the observation subjects of this study, which were all divided into control group (n=38, traditional PICC catheterization) and observation group (n=38, tunnel PICC catheterization).Because the two groups have different catheterization methods, the probability of complications and the success rate of one-time catheterization are then compared to explore the clinical application effect of the two methods.Results: (1) the total incidence of blood infiltration at the puncture site in the observation group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$); (2) the total probability of mechanical phlebitis after the observation group ($P<0.05$); (3) the success rate of catheter insertion and catheter removal was lower than that of the observation group ($P<0.05$).Conclusion: Tunnel PICC catheterization can significantly reduce the probability of blood infiltration and mechanical phlebitis, and increase the length of catheter detention, which is worth popularizing.

[Key words]Tunnel PICC catheterization; traditional PICC catheterization; comparative study

当前临床常见的置管方式为 PICC (经外周置入的中心静脉导管), 常规技术为改良塞丁格。尽管 PICC 置管方式具备较多的穿刺优势, 然而有相关临床研究表明, PICC 置管后患者出现并发症的可能性较高, 大约在 16%^[1]。其次, 还有部分患者在 PICC 置管带管阶段时, 因多种因素影响, 发生导管脱出或者移位的可能性较高^[2]。此外, PICC 置管所导致的并发症, 不但会对患者身体造成一定不良影响, 同时还增加其治疗经济压力^[3]。为此对穿刺方式开展对应的改良, 对于减少并发症发生率以及改善临床预后效果均具备积极意义。基于此, 本文即对隧道式 PICC 置管与传统 PICC 置管两种方式进行了分析, 报道如下。

1. 资料与方法

1.1 基本资料

采取随机数表法选取我院两年内(即 2020 年 4 月至 2022 年 4 月)PICC 静脉置管患者 (n=76, 年龄主要分布在 18-58 岁之间)视为本研究观察对象, 其中上腔静脉综合征 26 例、下肢置管 14 例, 双侧乳腺癌 19 例、其他原因上肢不能置管 17 例。利用随机分组方式将其均分为两组 (即对照组与观察组, n=38)。对照组男女之比为 20: 18, 年龄均值为 (36.48±5.31) 岁, 上腔静脉综合征 11 例、下肢置管 8 例, 双侧乳腺癌 10 例、其他原因上肢不能置管 9 例; 观察组男女之比为 19: 19, 年龄均值为 (37.62±4.96) 岁, 上腔静脉综合征 15 例、下肢置管 6 例, 双侧乳腺癌 9 例、其他原因上肢不能置管 8 例。两组患者基本资料各方面比较均不具备统计学差异 ($P>0.05$), 可对比分析; 且对本研究相关内容与环节均表示知情, 并与我院签署自愿声明协议。此外本研究通过我院伦理委员会批准同意后才开展的。

纳入指标: (1) 按照医生嘱咐初次开展化疗前静脉置管治疗的患者; (2) 无意识障碍问题且可以主动配合临床治疗工作; (3) 进行穿刺工作的皮肤组织处于完整状态, 且符合开展静脉穿刺相关指标。排除指标: (1)

对 PICC 置管方式存在禁忌症或者过敏反应; (2) 合并存在凝血功能异常情况或者血小板计数明显低于 $20\times 10^9/L$ 。

1.2 方法

两组均由取得 PICC 置管资质的护理人员在超声引导下进行穿刺, 对照组采取传统 PICC 置管方式, 观察组则采取隧道式 PICC 置管方式, 具体操作如下:

(1) 在超声引导下对机体血管走向进行评估, 在股静脉或者颈静脉中选择最佳的静脉穿刺点位置, 明确穿刺位置和隧道出口之间的关系, 做好对应的标记工作。对预计置入长度进行测量。最理想的静脉穿刺位置应该位于皮肤组织穿刺点 (即隧道出口部位) 近心端大约 2-4cm 的地方。评估皮肤组织与静脉两者穿刺点的距离, 则作为皮下隧道穿刺的具体长度。

(2) 使用浓度为 2% 的利多卡因对穿刺点进行外敷。

(3) 置管的下肢进行消毒工作, 铺巾 (使用最大无菌屏障方式), 做好穿刺物品 (导管与配件等) 的准备工作, 在超声引导下进行穿刺工作, 成功后及时从穿刺针内部合理放置导丝, 将其 (穿刺针) 撤出体外, 有效保障导丝。

(4) 应用扩皮刀对穿刺点进行扩大, 在使用扩皮刀沿着导丝的外侧部位, 进行皮肤切口 (与导丝保持垂直)。

(5) 沿着导丝将插管鞘放入血管中, 随后将导丝以及扩张器内芯及时撤出体外, 保障插管鞘固定且不会发生移位情况, 将导管放置于血管中, 行心腔内电图定位, 初步确定导管置入长度。

(6) 根据提前规划好的路线确定出口位置, 建立皮下隧道。

(7) 对导管长度进行适当的修剪处理, 并且对应放置连接器套件的同时对管路进行冲洗与封闭。在静脉或者皮肤穿刺位置使用藻酸盐或免缝胶带进行覆盖与黏贴, 并且进一步固定与包扎。

(8) 行 X 线片, 最终确定导管预留长度。

1.3 评判标准

比较置管后穿刺位置渗血情况（通过置管后 48h 内通过透明敷贴对其穿刺位置的渗血情况进行评估。当渗血面积大约在 1×1cm² 时，则评估为轻度；面积在 2×2cm² 时，则评估为中度；当面积明显大于 3×3cm² 时，则评估为重度）、是否存在机械性静脉炎并发症情况（当输液位置存在发红情况，或者合并存在轻度的疼痛感，则评估为 I 级；当输液位置存在明显的疼痛感，且出现发红或者水肿情况，则评估为 II 级）以及置管一次成功率（在置管后 30d 内导管在穿刺点位置滑出长度大约 1cm 时，则视为阳性，通过 X 线片了解导管处于机体下肢静脉组织除外，则应该及时进行非计划性导管拔除工作）与导管脱出发生概率。

1.4 统计学方法

通过将本次研究所得所有的数据均放置于 SPSS27.0 统计学软件对其进行计算，其中计数资料使用百分率（%）进行表示，并且采取 χ^2 对计数资料进行检验。当（ $P<0.05$ ）时则表示存在统计学差异。

2. 结果

2.1 置管后穿刺位置渗血情况

观察组在置管结束后穿刺位置渗血总发生率明显低于对照组（即 10.53% 小于 47.37%），具备统计学差异（ $P<0.05$ ），见表 1 所示。

表 1 置管后穿刺位置渗血情况[n,（%）]

组别	例数	无	轻度	重度	总发生率
观察组	38	34(63.16)	4(10.53)	0(0.00)	4(10.53)
对照组	38	20(52.63)	13(34.21)	5(13.16)	18(47.37)
χ^2	-	2.509	8.648	4.824	11.841
P	-	0.000	0.001	0.000	0.000

2.2 机械性静脉炎并发症情况

观察组（隧道式 PICC 置管方式）在置管结束后发生机械性静脉炎并发症的总发生率显著低于对照组（常规 PICC 置管方式）（即 5.26% 小于 36.84%），具备统计学差异（ $P<0.05$ ），见表 2 所示。

表 2 机械性静脉炎并发症情况[n,（%）]

组别	例数	无	I 级	II 级	总发生率
观察组	38	36(94.74)	1(2.63)	1(2.63)	2(5.26)
对照组	38	24(63.16)	9(23.68)	5(13.16)	14(36.84)
χ^2	-	9.113	3.264	2.736	7.226
P	-	0.001	0.002	0.008	0.000

2.3 置管一次成功率与导管脱出发生概率

观察组置管一次成功率与导管脱出发生率较之对照组均更低（观察组置管一次成功率为 78.95%，导管脱出发生率为 5.26%），具备明显统计学差异（ $P<0.05$ ），见表 3 所示。

表 3 置管一次成功率与导管脱出发生概率[n,（%）]

组别	例数	置管一次成功率	导管脱出发生率
观察组	38	30(78.95)	2(5.26)
对照组	38	35(92.11)	8(21.05)
χ^2	-	5.132	5.136
P	-	0.000	0.000

3. 讨论

PICC 作为一种静脉安全治疗渠道，临床主要将其使用于肿瘤疾病患者以及血管条件较差的患者治疗中^[4]。PICC 置管技术的临床优势在于：所

使用的导管质地较为柔软，能够明显降低患者在静脉穿刺过程中的疼痛感，有效降低化疗药物等刺激性药物发生渗出而导致的损伤情况的发生概率^[5-6]。对于长时间静脉维持营养的患者，使用 PICC 静脉输液治疗，具有较高的安全性与便捷性等优势，在其身体中的留置时间相对比较久，为此 PICC 置管方式适宜使用在长期输液治疗中。

一般情况下常规穿刺 PICC 置入方式是在超声引导下进行改良塞丁格穿刺治疗，然而在此种穿刺过程中所存在的并发症始终是临床重点研究方向^[7]。PICC 所导致的并发症会对患者生理与心理均造成严重的损伤，提高其经济压力^[8]。有效防止并发症出现远远比对并发症开展对应治疗而获得的效果更加理想，为此需对穿刺方式进行改良，减少并发症的发生，提高穿刺工作质量以及护理工作效果。隧道 PICC 置入方式通过在导管出口部位和穿刺部位建立局部皮下隧道，使用隧道针从出口位置至 PICC 穿刺位置，把 PICC 和隧道针有机联系在一起，及时在出口部位引出，不仅扩大了穿刺点和出口部位之间的选择范围，通过选择更大直径的静脉组织，可明显提高一次置管的成功概率。在此基础上，患者在置管治疗过程中发生机械性静脉炎等并发症的概率则会有所下降^[9]。在搭建皮下隧道过程中，将血管和针眼错开分布，管体不会在穿刺点发生滑动^[10]。此外，本研究发现：对于下肢置管、双侧乳腺癌颈内置管或者其他原因上肢不能置管的患者而言，将 PICC 导管放置与其颈内或者腹股沟内，患者舒适度较低，且留置时间比较短；经隧道技术最后导管开口放到胸壁和腹壁，患者舒适度较高，且并发症较少。

综上，对于因各种原因不能经上肢置管的患者在静脉置管过程中采取隧道式 PICC 置管方式，能够明显增加置管一次成功概率的同时还能降低发生渗血，脱管以及机械性静脉炎等相关并发症的发生概率，降低患者经济压力与治疗的不适感，延长导管留置时间，具有明显的临床应用效果。

参考文献：

[1]田素红.经颈内静脉隧道式 PICC 置管在临床护理中的应用效果分析[J].系统医学, 2020,5(15): 159-161.

[2]严云丽、景婧、余莉婷,等.改良置管术结合腔内心电图定位用于 PICC 置管[J].护理学杂志, 2020,35(23): 39-41.

[3]黄荣玉,文娇,周红,等.3 种 PICC 置管技术在血液内科的应用探讨[J].当代医学, 2020,26(04): 44-46.

[4]刘齐芬,刘兴玲,张淑珍,等. PICC 隧道针及皮下隧道建立方法的改良及应用[J].中华护理杂志, 2022,57(5): 45-47.

[5]支树迪,刘光,韩真真,等.隧道式经外周静脉置入中心静脉导管的临床应用及现状[J].医疗装备, 2020,33(05): 202-204.

[6]杨晓梅,夏薇,赵宁,等.隧道式 PICC 在妇科恶性肿瘤患者中的应用[J].西北国防医学杂志, 2021,42(05): 381-383.

[7]张霞.上臂皮下隧道式经外周置入中心静脉导管在肿瘤患者中的应用[J].实用医技杂志, 2021,28(9): 3.

[8]程文凤,谷小燕,易然.双隧道技术经颈内静脉留置 PICC 导管在外周血管通路困难患者中的应用[J].护士进修杂志, 2021,36(08): 758-761.

[9]杨婉仪,陈少敏,黄艳芬,等.上臂隧道式经外周静脉置入中心静脉导管的临床应用[J].全科护理, 2022,20(08): 1054-1057.

[10]丁婷,范文文,李秀,等.隧道式经外周静脉穿刺中心静脉导管相关感染致隧道穿孔成功保留导管 1 例报告[J].临床普外科电子杂志, 2022,10(01): 110-113.

阴道 B 超、腹部 B 超诊断异位妊娠的临床价值

蒋月芳

浙江省绍兴第二医院医共体王坛分院 浙江绍兴 312055

摘要：目的：探究在异位妊娠患者中应用阴道 B 超、腹部 B 超的诊断价值。方法：选取 2018 年 2 月至 2020 年 2 月期间我院收治且经病理检查确诊为异位妊娠的 80 例患者纳入研究，全体患者均接受阴道 B 超、腹部 B 超检查。对比两种检查方式对异位妊娠诊断结果。结果：在输卵管妊娠、输卵管间质部妊娠、残角子宫妊娠诊断符合率方面，阴道 B 超均明显高于腹部 B 超，有统计学差异（ $P < 0.05$ ）。在附件包块、假孕囊、胚芽、心管搏动检出率方面，阴道 B 超均明显高于腹部 B 超，有统计学差异（ $P < 0.05$ ）。结论：阴道 B 超应用于异位妊娠临床诊断中，相较于腹部 B 超的诊断准确率更高。

关键词：异位妊娠；阴道 B 超；腹部 B 超

Clinical value of vaginal B-ultrasound and abdominal B-ultrasound in the diagnosis of ectopic pregnancy

Jiang Yuefang

Zhejiang Shaoxing second hospital medical community Wangtan branch 312055

[Abstract]Objective: To explore the diagnostic value of vaginal B-ultrasound and abdominal B-ultrasound in patients with ectopic pregnancy. Methods: from February 2018 to February 2020, 80 patients with ectopic pregnancy diagnosed by pathological examination in our hospital were included in the study. All patients received vaginal B-ultrasound and abdominal B-ultrasound. The diagnostic results of ectopic pregnancy were compared between the two methods. Results: in the diagnosis of tubal pregnancy, tubal interstitial pregnancy and residual horn uterus pregnancy, vaginal B-ultrasound was significantly higher than abdominal B-ultrasound ($P < 0.05$). In the detection rate of adnexal mass, pseudogestational sac, embryo and cardiac pulsation, vaginal B-ultrasound was significantly higher than abdominal B-ultrasound ($P < 0.05$). Conclusion: vaginal B-ultrasound is more accurate than abdominal B-ultrasound in the clinical diagnosis of ectopic pregnancy.

【 key words 】 ectopic pregnancy; Vaginal B-ultrasound; Abdominal B-ultrasound

异位妊娠，也被称为宫外孕，是临床妇产科较为多发的一种急腹症，主要指妊娠过程中孕卵在子宫外部进行着床的现象。常见类型包括输卵管妊娠、输卵管间质部妊娠、残角子宫妊娠等，其中输卵管妊娠发生几率最高，主要与输卵管管腔狭窄和炎症有关^[1]。对于孕卵发育而言，无法离开子宫肌层的保护，由于宫外外部缺少孕卵生长发育的环境和条件，因此一旦发生异位妊娠，若不及时采取治疗措施当破裂后会导致阴道大出血，甚至引起休克，严重威胁孕妇生命健康^[2]。由此可见对异位妊娠进行早期准确诊断，及时采取干预措施，对于保障孕妇安全具有重要意义。目前临床上针对异位妊娠主要采用超声检查，具有操作便捷、检查迅速、无创、价格低廉、重复性好等优势^[3]。传统方式为经腹部 B 超，随着医疗技术的发展，经阴道 B 超技术逐渐应用于妇科疾病的诊断中，尤其在异位妊娠的诊断中具有良好效果^[4]。基于此，本文将对在异位妊娠患者中应用阴道 B 超、腹部 B 超的诊断价值展开分析，具体内容如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 2 月至 2020 年 2 月期间我院收治且经病理检查确诊为异位妊娠的 80 例患者作为研究对象，年龄最小 22 岁，最大 33 岁，平均年龄（26.44±2.12）岁，月经停止时间 28 至 63 天，平均（43.53±2.65）天。在临床表现方面，其中 36 例为不规则阴道出血，22 例为阴道出血并腹痛，18 例为单纯腹痛，4 例患者未见明显症状。全部患者了解研究内容自愿在知情书签字，我院医学伦理委员会审查批准此次研究。

1.2 方法

腹部 B 超检查方法：使用 SIEMENS ACUSON X150 超声诊断仪进行检查，检查前告知患者多饮水使膀胱充盈状态，探头频率设置为 2 至 5MHz，协助患者保持仰卧体位，将耦合剂涂抹于探头随即进行扫查。通过纵切、横切、斜切等方式对下腹部进行检查，检查患者子宫形态，宫腔

内是否存在妊娠囊，附件区域是否存在包块，明确包块部位、性质以及与子宫关系，观察盆腔是否存在积液。

阴道 B 超检查方法：使用 SIEMENS ACUSON X150 超声诊断仪进行检查，探头频率设置为 5 至 9MHz，将经过消毒的一次性安全套套于采用超声探头上，均匀涂抹耦合剂。从患者阴道缓慢推入探头，紧贴阴道穹隆，缓慢转动探头。检查患者子宫形态，宫腔内是否存在妊娠囊，附件区域是否存在包块，明确包块部位、性质以及与子宫关系，观察盆腔是否存在积液。

1.3 观察指标

（1）统计阴道 B 超、腹部 B 超对输卵管妊娠、输卵管间质部妊娠、残角子宫妊娠的诊断符合率。（2）记录阴道 B 超、腹部 B 超对附件包块、假孕囊、胚芽、心管搏动检出率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS21.0 软件对数据行统计分析，符合正态分布的计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 对组间数据进行检验，用[n（%）]表示计数资料，采用 χ^2 对组间数据进行检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 阴道 B 超、腹部 B 超对异位妊娠诊断情况

病理检查结果显示，全部 80 例异位妊娠患者中，有 65 例为输卵管妊娠，有 12 例为输卵管间质部妊娠，有 3 例为残角子宫妊娠。在输卵管妊娠、输卵管间质部妊娠、残角子宫妊娠诊断符合率方面，阴道 B 超均明显高于腹部 B 超，有统计学差异（ $P < 0.05$ ），具体见表 1。

表 1 阴道 B 超、腹部 B 超对异位妊娠诊断情况[n（%）]

异位妊娠类型	例数	阴道 B 超	腹部 B 超
输卵管妊娠	65	64 (98.46) *	50 (76.92)
输卵管间质部	12	11 (91.67) *	10 (83.33)

妊娠			
残角子宫妊娠	3	3 (100.00) *	2 (66.67)
总计	80	78 (97.50) *	62 (77.50)

注：和腹部 B 超对比，* $P<0.05$ 。

2.2 阴道 B 超、腹部 B 超的异位妊娠超声图像对比

在附件包块、假孕囊、胚芽、心管搏动检出率方面，阴道 B 超均明显高于腹部 B 超，有统计学差异 ($P<0.05$)，具体见表 2。

表 2 阴道 B 超、腹部 B 超的异位妊娠超声图像对比[n (%)]

诊断方法	例数	附件包块	假孕囊	胚芽	心管搏动
腹部 B 超	80	65(81.25)	3 (3.75)	5 (6.25)	4 (5.00)
阴道 B 超	80	78(97.50)	14(17.50)	17(21.25)	13(16.25)
		*	*	*	*

注：和腹部 B 超对比，* $P<0.05$ 。

3. 讨论

近年来我国孕妇中异位妊娠发病率逐渐上升，若不及时采取治疗措施，具有较高的死亡率，严重威胁孕妇的生命安全。异位妊娠包含较多种类型，其中输卵管妊娠最为多发，出现的原因主要是输卵管管腔及其附近炎症造成输卵管阻塞，孕卵运行至管腔时受到阻碍，无法正常着床，从而导致输卵管破裂发生流产^[5]。由于异位妊娠对孕妇的危害较大，因此有必要在早期对疾病做出正确诊断，及时开展治疗，加强预后效果。临床诊断异位妊娠的传统方法包括病史、临床症状、尿妊娠试验等，但因为大多数患者临床症状缺乏典型，使诊断面临一定难度^[6]。虽然尿妊娠试验可以短时间诊断，操作便捷，但是也容易出现误诊。研究发现，尿妊娠试验对异位妊娠的诊断阳性率在 40%左右^[7]。而 B 超具有无创、便捷、准确等优点，可以直观呈现出盆腔及其内器官的形态，对于需要盆腔检查的妇女来说基本适用，适应症广，在各类妇科疾病检查中得到广泛应用^[8]。目前常用的超声检查方式有两种，分别是经腹部超声检查和经阴道超声检查，合理选择检查方式，能够用有效提升诊断的准确率，保证患者接受及时的治疗。

在实际应用中，腹部 B 超需要患者在检查前进行憋尿，保证膀胱处于充盈状态，同时受到腹部脂肪过厚以及图像远场衰弱等因素的影响，易造成图像模糊、病灶显示不清晰、细节不够准确等问题^[9]。从本次研究结果得知，在所有 100 例异位妊娠患者中，阴道 B 超对于输卵管妊娠、输卵管间质部妊娠、残角子宫妊娠的诊断符合率均明显高于腹部 B 超，两种检查方法差异较大 ($P<0.05$)。李佳澄等学者研究中将 70 例异位妊娠患者分为对照组和观察组，分别采取腹部 B 超和阴道 B 超，结果显示观察组诊断率 94.28 高于对照组 74.29% ($P<0.05$)，与本次研究结果基本相似，这也提示阴道 B 超应用于异位妊娠临床诊断中，相较于腹部 B 超的诊断准确率更高。在异位妊娠的临床诊断中采用阴道 B 超具有以下优势：①患者检查前无需要求膀胱保持充盈状态，可以即刻检查，节省整体检查流程，减轻患者生理压力，提升舒适感；②操作简便，便于急腹症诊断，缩短检查时间；③不受患者肥胖、手术瘢痕、肠道气体等因素影响。④阴道 B 超的探头频率和分辨力相较于腹部 B 超均更高，检查过程中将探头从患者阴道置入，使探头更贴近于子宫，距离靶器官更近，较少的受到腹壁厚度、肠道有无气体以及膀胱充盈情况等因素的干扰，有利于更仔细观察子宫内部、附件及其宫腔情况，提升诊断的准确性。本次研究也发现，全部 80 例异位妊娠患者中，有 65 例为输卵管妊娠，构成比达到 81.25%。由此可见，

输卵管妊娠是异位妊娠中最为常见的类型。输卵管妊娠在病情不断进展期间，从小逐渐到大，从胎囊形成到破裂血肿，其图像显示一直存在变化，表现为一病多图，而通过阴道 B 超可对各阶段声像图完整表现。本次研究中，阴道 B 超对输卵管妊娠的诊断符合率高于腹部 B 超。输卵管间质部妊娠也是异位妊娠的常见类型之一，间质部属于输卵管进入子宫壁的关键部分，动脉和卵巢冬动脉交织处，分布着大量血管。输卵管间质部妊娠往往在孕三个月左右易发生破裂，可导致大出血，具有较高的生命危险。本次研究中阴道 B 超对输卵管间质部妊娠的诊断符合率高于腹部 B 超，因此阴道 B 超能够更加准确的检出输卵管间质部妊娠，对于降低患者死亡风险、改善预后质量意义重大。残角子宫妊娠属于胎儿先天性发育畸形，通常是由于一侧副中肾管发育不良所引起。本次研究中阴道 B 超对残角子宫妊娠的诊断符合率也高于腹部 B 超。

另外本次研究结果发现，阴道 B 超在附件包块、假孕囊、胚芽、心管搏动检出率方面均明显高于腹部 B 超，两种检查方法差异较大 ($P<0.05$)。阴道 B 超探头的频率和分辨率明显较高，对于后位子宫、卵巢内小占位图像以及宫腔内病变所呈现出的图像清晰度较腹部 B 超更高，可以更为清晰的呈现出子宫、卵巢及其盆腔肿块的细微变化，为临床诊断提供更多细微、有价值的声像图信息，提高了诊断准确性，降低误诊、漏诊风险。总而言之，阴道 B 超在异位妊娠诊断中具有较高准确率，可为临床诊断提供重要依据。但需要注意的是，阴道 B 超在临床实际应用中也存在一定局限性，①阴道 B 超探头频率较高，在检查深度小于 12 厘米的占位性疾病时效果较好，但同时由于频率高，导致穿透力不足，对于远场显影不够清晰，尤其是体积较大的盆腔占影无法显示全貌，只适用于疾病早期诊断，在中晚期的妊娠疾病检查效果不理想；②经阴道检查对患者自身要求更高，医生应充分了解患者情况，是否存在检查禁忌症，感染、阴道畸形患者无法接受检查。

综上所述，阴道 B 超具有高频率、对患者无创伤、简便易行、受影响少等优势，在异位妊娠诊断中相比腹部 B 超准确率更高，值得推广。

参考文献：

[1]孔凡茹.腹部 B 超及阴道 B 超诊断异位妊娠的临床价值[J].影像研究与医学应用,2020,4 (15): 203-204.

[2]郑韶东.异位妊娠诊断中经阴道 B 超与腹部 B 超的临床价值对比[J].基层医学论坛,2020,24 (07): 970-971.

[3]刘凤.阴道 B 超与腹部 B 超诊断异位妊娠的临床价值[J].影像研究与医学应用,2019,3 (02): 80-81.

[4]苏红丽.阴道 B 超与腹部 B 超诊断异位妊娠的价值分析[J].现代医用影像学,2018,27 (07): 2427-2428.

[5]冯伟.异位妊娠诊断中腹部 B 超与阴道 B 超的临床对比分析[J].智慧健康,2018,4 (21): 3-4.

[6]鲁琳.阴道 B 超与腹部 B 超在异位妊娠临床诊断中的应用价值[J].临床医学研究与实践,2018,3 (21): 152-153.

[7]胡燕芳.经阴道 B 超与腹部 B 超诊断异位妊娠的临床价值分析[J].现代医用影像学,2018,27 (03): 710-712.

[8]郑彩华.腹部 B 超与阴道 B 超用于异位妊娠诊断的临床价值比较[J].基层医学论坛,2016,20 (15): 2074-2075.DOI: 10.19435/j.1672-1721.2016.15.034.

[9]吴海平.经阴道 B 超与腹部 B 超在异位妊娠诊断中的临床价值分析[J].中国处方药,2016,14 (05): 123.

小剂量肝素治疗妊娠期急性脂肪肝对患者凝血功能及妊娠结局的影响研究

李玉秀

巨野县妇幼保健计划生育服务中心 山东菏泽 274900

摘要: 目的: 探究小剂量肝素治疗妊娠期急性脂肪肝 (AFLP) 的效果及价值。方法: 本研究时段介于 2018 年 12 月-2021 年 12 月, 对 68 例 AFLP 患者予以选取并进行规范分组操作, 其中对照组予以 33 例接受基础支持治疗, 观察组 35 例接受小剂量肝素治疗; 针对两组凝血功能、妊娠结局加以对比。结果: (1) 治疗工作实施后两组凝血功能均有显著变化, 与对照组评估结果进行比较, 观察组凝血功能改善幅度较大 ($P < 0.05$)。 (2) 经对观察组母体及新生儿不良妊娠结局展开评价, 评价结果为 2.85%、5.71%, 与对照组 18.18%、24.24% 评估结果比较, 前者母体及新生儿不良妊娠结局发生率较低 ($P < 0.05$)。结论: 小剂量肝素治疗 AFLP 效果显著, 可改善患者凝血功能及妊娠结局。

关键词: 小剂量肝素; 妊娠期急性脂肪肝; 凝血功能; 妊娠结局

Effects of low-dose heparin treatment on acute fatty liver of pregnancy on coagulation function and pregnancy outcomes

Abstract: Objective: To explore the effect and value of low-dose heparin in the treatment of acute fatty liver of pregnancy. Methods: The study period was from December 2018 to December 2021. A total of 68 patients with acute fatty liver during pregnancy were selected and standardized into groups. Among them, 33 patients in the control group received basic supportive treatment, and 35 patients in the observation group received basic supportive treatment. Low-dose heparin treatment; the coagulation function and pregnancy outcome of the two groups were compared. Results: (1) After the implementation of the treatment, the coagulation function of the two groups had significant changes. Compared with the evaluation results of the control group, the coagulation function of the observation group improved significantly ($P < 0.05$). (2) After evaluating the maternal and neonatal adverse pregnancy outcomes in the observation group, the evaluation results were 2.85% and 5.71%. Compared with the 18.18% and 24.24% evaluation results in the control group, the former had a lower incidence of maternal and neonatal adverse pregnancy outcomes. ($P < 0.05$). Conclusion: Low-dose heparin has a significant effect on acute fatty liver of pregnancy, and can improve the coagulation function and pregnancy outcome of patients.

Key words: low-dose heparin; acute fatty liver of pregnancy; coagulation function; pregnancy outcome

妊娠期急性脂肪肝 (AFLP) 多发生于初产妇, 一般出现在妊娠中晚期或产后早期, 是临床一种罕见疾病 (有致死性)。AFLP 起病急、进展快, 病情的进一步加重会导致母体多器官功能衰竭, 而目前临床尚未明确 AFLP 的发病原因及具体机制, 但指出肝细胞内小泡性脂肪微滴浸润是主要病理改变^[1]。随着临床研究的深入, 证实了 AFLP 的发生与脂肪代谢障碍有直接关系, AFLP 的发生会导致患者出现恶心呕吐、腹胀、乏力等主要症状, 多数患者甚至伴有肾脏功能损伤, 因此常并发凝血功能障碍; 而由 AFLP 导致的孕产妇及小儿死亡率高达 85%, 因此对 AFLP 尽早诊断并实施积极治疗至关重要。目前临床治疗 AFLP 患者, 多以一般治疗为主, 配合低脂肪、低蛋白食物, 可有效纠正低血糖和机体水电解质紊乱现象^[2-3]。为探究小剂量肝素治疗 AFLP 的效果及价值, 特开展本研究。

1、资料与方法

1.1 一般资料

本研究时段介于 2018 年 12 月-2021 年 12 月, 对 68 例 AFLP 患者予以选取并进行规范分组操作, 其中对照组 33 例: 其中初产妇、经产妇分别为 22、11 例; 年龄 23-40 (31.48±3.22) 岁; 孕周 29-40 (34.48±2.69) 周。观察组 35 例: 其中初产妇、经产妇分别为 25、10 例; 年龄 22-40 (31.23±3.56) 岁; 孕周 28-40 (34.11±2.56) 周。2 组组间在研究中呈现出的年龄、孕周等信息无差异 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

严格以《中华妇产科学》中 AFLP 诊断标准为依据: (1) 恶心呕吐、腹痛、乏力等症状突发于妊娠中晚期或产后早期;

(2) 实验室检查发现碱性磷酸酶及胆红素明显升高、低血糖、凝血功能障碍; (3) 超声、CT 检查发现有脂肪肝特殊表现; (4) 病理肝组织学检查确诊。

1.3 纳排标准

纳入标准: (1) 临床资料完整; (2) 符合临床对 AFLP 的诊断标准; (3) 患者为多胎妊娠且有典型临床表现; (4) 意识清晰、认知良好; (5) 患者和家属对本研究知情并签署“同意书”。

排除标准: (1) 合并凝血功能障碍者; (2) 合并存在原发性血液系统疾病者; (3) 意识不清醒; (4) 对本研究药物存在禁忌证者; (5) 配合度较差、精神障碍者; (6) 存在严重产科并发症; (7) 生命体征不平稳; (8) 可疑胎儿发育畸形。

1.4 方法

对照组: 基础支持治疗: 叮嘱患者尽量卧床休息, 日常生活中避免剧烈运动; 维持内环境稳定, 补充能量及蛋白质, 监测血糖及凝血功能; 必要时实施静脉高营养, 继而保证机体有足够的能量供应。

观察组: 在基础支持治疗上联合小剂量肝素: 入院后每 24 h 皮下注射 0.3 mL 低分子肝素注射液 (昆明积大制药, 国药准字 H20053200), 连续给药 1 周。

1.5 观察指标

凝血功能^[4]: 主要观察凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT)、凝血酶原活动度 (PTA)、凝血酶原时间以及血小板计数 (PLT)。在治疗前后采集患者 5 mL 外周静脉血, 借助凝血检测仪对以上指标进行测定。

不良妊娠结局: 母体不良妊娠结局主要观察产后出血、肝肾衰竭以及死亡, 新生儿不良妊娠结局主要观察宫内窘迫、胎儿窒息以及新生儿死亡。

1.6 统计学内容

本研究相关参数借助 SPSS22.0 录入并分析; 不良妊娠结局借助 % 表示且用 χ^2 检验, 凝血功能用 ($\bar{x} \pm s$) 表示且用 t 检验, 分析 t、 χ^2 与 P, 组

间数据间差大, $P<0.05$ 视为比较研究具备高统计学价值。

2、结果
2.1 凝血功能

治疗前两组凝血功能展开比较, 各指标数值无显著差异 ($P>0.05$); 治疗工作实施后两组凝血功能均有显著变化, 与对照组评估结果进行比较, 观察组凝血功能改善幅度较大 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1: 凝血功能

组别	PTA (%)		APTT (s)		PLT ($\times 10^9/L$)		PT (s)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=35)	68.56±20.12	22.23±15.10	27.12±0.45	25.45±0.11	68.56±5.45	102.33±9.56	33.23±5.23	16.23±2.25
对照组 (n=33)	68.33±20.11	55.23±16.56	27.15±0.44	26.85±0.22	68.52±5.55	89.56±7.55	33.36±5.55	22.23±3.15
t	0.0471	8.5943	0.2777	33.4801	0.0299	6.0885	0.0994	9.0786
P	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$

2.2 母体不良妊娠结局
经对观察组母体不良妊娠结局展开评价, 评价结果为 2.85%, 与对照组 18.18% 评估结果比较, 前者母体不良妊娠结局发生率较低 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2: 母体不良妊娠结局[n (%)]

组别	产后出血	肝肾衰竭	死亡	总发生率
观察组 (n=35)	1	0	0	1 (2.85)
对照组 (n=33)	4	2	0	6 (18.18)
χ^2	--	--	--	4.3192
P	--	--	--	$P<0.05$

2.3 新生儿不良妊娠结局
经对观察组新生儿不良妊娠结局展开评价, 评价结果为 5.71%, 与对照组 24.24% 评估结果比较, 前者新生儿不良妊娠结局发生率较低 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3: 新生儿不良妊娠结局[n (%)]

组别	宫内窘迫	胎儿窒息	死亡	总发生率
观察组 (n=35)	1	1	0	2 (5.71)
对照组 (n=33)	6	2	0	8 (24.24)
χ^2	--	--	--	4.6486
P	--	--	--	$P<0.05$

3、讨论

临床研究认为, 双胎妊娠、妊娠期高血压以及肝损害等都是 AFLP 的常见发病因素, 但 AFLP 具体的发生机制仍未完全明确。常规情况下临床医生治疗 AFLP, 多以补充白蛋白、稳定水电解质、酸碱平衡为主, 并在患者能够耐受剖宫产手术时尽早实施手术来终止妊娠, 继而确保母婴的生命安全^[5]。但随着临床研究的深入, 发现常规疗法治疗 AFLP 患者, 后期肝肾衰竭发生风险较高, 且不良妊娠结局较重。另诸多研究表明, AFLP 患者凝血功能会出现严重障碍, 若治疗措施不及时, 极易增加不良妊娠结局发生风险^[6]。分析妊娠期急性脂肪肝造成不良妊娠结局的原因: AFLP 会造成脂类的代谢及蛋白的合成代谢障碍, 而胎儿线粒体脂肪酸氧化功能障碍是造成 AFLP 是主要原因, 该病的发生会造成脂肪酸代谢产物大量堆积在胎盘长链中并产生毒性作用, 经胎盘循环又会进入母体, 继而造成不良妊娠结局。

临床有研究指出, 小剂量肝素应用在 AFLP 的治疗中可有效改善母婴结局。本研究中的观察组, 母体及新生儿不良妊娠结局为 2.85%、5.71%, 与对照组 18.18%、24.24% 评估结果比较, 前者母体及新生儿不良妊娠结局发生率较低 ($P<0.05$)。分析原因: 低分子肝素由普通肝素经解聚制备而成, 是一种分子量较小的肝素, 使用后可与机体 AT-III 有效结合并直接

作用于凝血酶, 继而对凝血因子的活性进行有效抑制, 且与血小板结合并对血小板的释放和聚集进行影响, 最终确保药物发挥强烈的抗凝作用与常规治疗方案进行比较, 小剂量肝素治疗 AFLP 患者, 可显著改善机体凝血功能的同时降低不良妊娠结局发生率^[7]。

凝血障碍属于 AFLP 患者比较常见的一种症状, 若无法在有效时间内纠正机体凝血功能, 极易引起急性弥散性血管内凝血并对患者的预后造成严重影响, 甚至会导致 AFLP 患者的死亡。因此在 AFLP 患者的临床治疗中, 不仅要进行营养支持、抑酸等综合治疗, 还需通过相关药物来将患者的凝血功能进行纠正。低分子肝素属于典型的抗凝药物, 分子量一般在 3000-57000, 该药物的使用不仅可以抑制凝血因子的产生, 还能与血小板结合, 继而对血小板的不断凝集进行阻止, 抑制凝血酶水解的同时有效改善机体的凝血功能^[8]。故, 本研究表 1 中治疗前两组凝血功能展开比较, 各指标数值无显著差异 ($P>0.05$); 治疗工作实施后两组凝血功能均有显著变化, 与对照组评估结果进行比较, 观察组凝血功能改善幅度较大 ($P<0.05$)。

综上所述, 小剂量肝素治疗 AFLP 患者具有显著效果及价值, 值得临床借鉴并推广。

参考文献:

[1]郑淑婕,杨少琴. 小剂量肝素对妊娠期急性脂肪肝患者凝血功能及妊娠结局的影响[J]. 河南大学学报(医学版),2019,38(2): 116-118.
[2]鄢静雯. 血浆置换联合连续性静脉-静脉血液滤过治疗妊娠期急性脂肪肝伴急性肾功能衰竭的临床效果观察[J]. 特别健康,2020(16): 152.
[3]黄鹏,黄寨,熊滨,等. 血浆置换联合双重血浆分子吸附治疗妊娠期急性脂肪肝的效果观察[J]. 中国卫生标准管理,2019,10(1): 72-74.
[4]张青贵,童武华,朱康元,等. 连续静脉-静脉血液滤过对妊娠期急性脂肪肝患者凝血功能的治疗价值[J]. 中国妇幼保健,2020,35(24): 4879-4881.
[5]莫祖聪,熊滨,黄寨,等. 血浆灌流联合小剂量血浆置换治疗重症妊娠期急性脂肪肝的疗效观察[J]. 中华危重症医学杂志,2019,12(2): 112-115.
[6]石怡. 集束化干预管理措施在 ICU 妊娠期急性脂肪肝并发多器官功能衰竭产妇中的应用及对产妇妊娠结局的影响[J]. 中国妇幼保健,2018,33(23): 5397-5400.
[7]王梅. 小剂量肝素对妊娠期急性脂肪肝患者凝血功能及妊娠结局的影响[J]. 中国合理用药探索,2019,16(3): 26-28.
[8]叶卫国,朱明丽. 血浆置换联合双重血浆分子吸附系统治疗妊娠期急性脂肪肝剖宫产后的护理[J]. 护理与康复,2018,17(7): 59-62.

临床药师对临床不合理用药的药理学干预效果及应用价值

梁俊

梧州市中医医院 广西梧州 543000

摘要：目的 分析临床药师对临床用药不合理情况进行药理学干预的应用效果研究。方法 临床选择 2020 年 1 月-2021 年 1 月在本院收入院诊治的临床病例 82 例，根据随机对照法分组，分为研究组（n=41）、对照组（n=41），研究组进行临床药师的不合理用药药理学干预，对照组未进行临床药师的不合理用药药理学干预，分析两组的诊断与用药不符情况、药物频次与剂型不符、药物数量与规格不符情况；分析两组病人治疗依从性情况；分析两组的药学服务质量评分。结果 与对照组相比，研究组的诊断与用药不符情况、药物频次与剂型不符、药物数量与规格不符情况显著减低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；与对照组相比，研究组的完全依从、部分依从性比例显著增高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；与对照组相比，研究组的药学服务质量的有形性、移情性、保证性、反应性、可靠性等评分显著增高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 临床药师对临床用药不合理情况进行药理学干预后显著提高了药物服务质量，提高患者的治疗依从性，减低临床用药不合理几率，值得临床推广应用。

关键词：临床应用价值；药理学干预效果；临床不合理用药；临床药师干预

临床药师主要负责进行药物治疗的决策工作。以临床药理学理论为指导基础^[1]，根据患者的具体病情建立药物使用档案。在进行建档过程中，应注意几点：①患者用药情况应详细记录；②及时、动态跟踪患者用药情况，并及时反馈用药反应；③及时调整用药种类及药物剂量。此外，还需要针对患者用药过程中发现的问题，及时反馈、记录，从而提供第一手的药物动力学临床信息，从而帮助提升临床药理学发展。临床药师应根据患者的病症情况，合理、科学、酌情指导用药^[2]。在确保使用药物安全的基础之上，使得药物药效得到最大限度的发挥，提高治疗效果。此外，建议药物使用应在最低的经济成本范围以内，尽量不加重患者的经济负担。药师在指导用药过程中，需要从药物动力学、医学和生物学等角度合理制定患者的用药剂量，从而确保患者用药质量。本研究临床选择 2020 年 1 月-2021 年 1 月在本院收入院诊治的临床病例 82 例，分析临床药师对临床用药不合理情况进行药理学干预的应用效果，现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 临床选择 2020 年 1 月-2021 年 1 月在本院收入院诊治的临床病例 82 例，纳入标准：符合世界卫生组织制定的相关疾病的诊断标准；经临床实验室检查、临床资料、影像学检查明确诊断。排除标准：中途转院、死亡病例、妊娠期、哺乳期女性、严重肝肾肾功能不全、凝血功能障碍。其中男性 42 例，女性 40 例，年龄 65-79 岁，平均年龄（75.2±1.6）岁；疾病类型：呼吸系统疾病 42 例，心脑血管疾病系统 30 例，其他 10 例。根据随机对照法分组，分为研究组（n=41）、对照组（n=41），研究组男性 21 例，女性 20 例，年龄 65-79 岁，平均年龄（75.3±1.6）岁；疾病类型：呼吸系统疾病 21 例，心脑血管疾病系统 15 例，其他 5 例；对照组男性 21 例，女性 20 例，年龄 65-79 岁，平均年龄（75.3±1.6）岁；疾病类型：呼吸系统疾病 21 例，心脑血管疾病系统 15 例，其他 5 例。两组的性别、平均年龄、疾病类型等临床资料大体一致（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法 （1）指导合理用药：1）用药规划 在指导合理用药过程中，临床药理学可以进行用药规划。通过结合患者在治疗过程中的具体临床表现、临床效果，诊断对应的药物治疗效果和反应情况，在药物治疗方面临床药理学具有积极的辅助作用^[4]。比如，患者在术后的用药情况，使用抗生素可有效降低术后感染，患者服用抗生素药物的剂量、时间及次数，均需要药师进行合理、科学的判断。2）药物选择 临床药师还可以辅助医师进行药物合理选择。药师应以患者的具体病症情况为治疗基础，结合药物动力学、药敏试验等多学科理论知识，设计合理的用药方案。此外，在临床药理学研究的进程中，合理的用药方案可以降低药物的毒性反应，提高了患者的治疗效果。在药师的辅助指导之下，患者可以避开药物使用过程中的危险因素，避免与其他药物混合服用从而导致的药物毒性反应。3）

监测药物反应：①药物毒性反应 常言道，“是药三分毒”，这些药物对患者身体的脏器细胞或多或少会造成一定损害。因此，临床药师可以根据患者服药后的血药浓度情况，酌情调整用药剂量、时间及次数，最大限度保证患者用药安全。②药物不良反应 在临床治疗过程中，部分患者会出现药物不良反应。临床药师可根据患者出现的不同情况，及时反馈给相关人员，一方面改进药物，另一方面建议主治医师更换治疗药物或是调整治疗方案等。对照组未进行临床药师的不合理用药药理学干预，分析两组的诊断与用药不符情况、药物频次与剂型不符、药物数量与规格不符情况；分析两组病人治疗依从性情况；分析两组的药学服务质量评分。

1.3 评估标准 临床患者的治疗依从性：不依从、部分依从、完全依从，依从性包括完全依从和部分依从的比例；药学服务治疗评分标准包括有形性、移情性、保证性、反应性、可靠性评分，各项评分满分 10 分，药学服务质量随着评分的增高而逐渐增高^[3]。

1.6 统计学方法 全部数据传输至 SPSS21.0 软件系统进行处理分析，计量资料采用 $\bar{X} \pm S$ 表示，组间比较采用 t 检验，计数资料进行 χ^2 检验， $P<0.05$ 则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床用药不合理情况分析 与对照组相比，研究组的诊断与用药不符情况、药物频次与剂型不符、药物数量与规格不符情况显著减低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表1 两组临床用药不合理情况分析[n（%）]

组别	诊断与用药不符	药物频次与剂型不符	药物数量与规格不符
研究组 (n=41)	3 (85.4)	4 (7.3)	5 (7.3)
对照组 (n=41)	11 (46.3)	14 (24.4)	16 (29.3)
χ^2	5.51	7.12	7.75
P	<0.01	<0.01	<0.01

2.2 两组患者用药依从性分析 与对照组相比，研究组的完全依从、部分依从性比例显著增高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表2 两组患者用药依从性分析[n（%）]

组别	完全依从	部分依从	不依从	总依从
研究组 (n=41)	25 (61.0)	13 (31.7)	3 (7.3)	38 (92.7)
对照组	16 (39.0)	10 (24.4)	15 (36.6)	26 (63.4)

(n=41)

X ²	-	-	-	10.25
P	-	-	-	<0.01

2.3 两组药学服务质量评分分析 与对照组相比,研究组的药学服务质量的有形性、移情性、保证性、反应性、可靠性等评分显著增高,差异有统计学意义(P<0.05),见表3。

表3 两组药学服务质量评分分析(X±S,分)

组别	有形性	移情性	保证性	反应性	可靠性
研究组(n=41)	7.3±1.8	7.4±1.7	7.3±1.2	7.3±1.7	7.2±1.3
对照组(n=41)	4.9±0.6	3.6±0.7	3.9±0.6	2.6±0.7	1.6±0.4
t	8.10	12.43	16.23	16.37	26.36
P	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

伴随着我国不断发展的医学事业,不断出现的治疗新药物及治疗方案。对于用药专业来说,临床药师比起医生可能更具备药物动力学及其他方面的药学知识,可以利用自身专业优势,给病患提供适合的、科学的用药方案,辅助医生治疗,避免产生药物间的毒性等不良反应^[4]。临床药师的作用是辅助医师治疗患者,在必要时提供药物知识分析,增强合理用药的科学性,确保患者安全使用药物,进而提高患者的治疗效果^[5]。根据原卫生部、国家中医药管理局、总后勤部卫生部2011年颁布的《医疗机构药事管理规定》指出,临床药师是以系统药学专业知识为基础,并具有一定医学和相关专业基础知识与技能,直接参与临床用药^[6],促进药物合理应用和保护患者用药安全的药学专业技术人员。以慢性病患者为例,很多老人在以某种疾病为主进行治疗时,通常合并有很多其他疾病,比如高血压病、糖尿病等^[7-8],专科医生在为患者治疗时,通常会考虑治疗本专业疾病的用药而无暇顾及其他专业疾病的用药^[9-10]。这些药品就会叠加在一起,可能会对患者用药产生不良影响,这时就需要临床药师的参与,从药物相互作用、药代动力学等专业角度出发,协助医生选好药、用好药,保障患者的用药安全^[1]。

本研究观察分析临床药师对临床用药不合理情况进行药学干预的应用效果,结果显示:与对照组相比,研究组的诊断与用药不符情况、药物频次与剂型不符、药物数量与规格不符情况显著减低,差异有统计学意义(P<0.05);与对照组相比,研究组的完全依从、部分依从性比例显著增高,差异有统计学意义(P<0.05);与对照组相比,研究组的药学服务质量的有形性、移情性、保证性、反应性、可靠性等评分显著增高,差异有统计学意义(P<0.05),与胡云英等^[12]的研究结果大体一致。3.1 用药服务 临床药学还可以提供一般情况下的用药服务。在医疗服务当中,医学服务、护理服务及用药服务应当具备同等地位^[6],应该得到应有的重视^[13-15]。现阶段,市场药物数量众多,各药物之间的配伍禁忌和相互作用以及不同药物的给药方法、给药时间、给药顺序等方面需要药学知识。有时医生和护士难以准确把握以上用药规范。临床药师协同医生开展合理用药指导,可以完善治疗行为,提高药效。通过对病人进行用药教育,患者可以有效了解药物药效作用,用药和不用药的利弊、服药后的不良反应以及如何服药的等信息^[7],患者用药的依从性得到了明显提高。临床药师的工作改变了过去医师开医嘱,护士执行的药物用药模式,构成了协同医师、护士以及临床药师工作模式。以国家卫生部颁布的《医疗机构药事管理暂行规定》为例,我国部分医疗单位开始重视临床用药咨询服务,并着手建立了临床用药咨询部门。医疗机构各单位应该积极调整医疗治病模式,从以利益为导向的模式调整为治病为导向的模式。以患者为中心,构建服药档案,为患者提供相应的用药诊断和治疗服务。有关医院为调查临床用药与合理用药之间的关系,调查了住院费、平均药费以及平均抗菌物费等

费用。调查结果显示,3类费用大幅度降低,尤其是下降比例较大的平均药费和平均抗菌药费。这有效显示了开展临床药学服务可以推动医院的合理用药。通过临床药师对患者进行合理用药指导,提高患者的依从性,医师、临床药师、护士的协同工作模式促进了临床的合理用药,增强了医疗服务质量。综上所述,临床药师对临床用药不合理情况进行药学干预后显著提高了药物服务质量,提高患者的治疗依从性,减低临床用药不合理几率,值得临床推荐应用。

参考文献:

[1]安呷伍牛.药师对临床不合理用药医嘱实施药学干预的效果分析[J].家有孕宝,2020,2(14):138.

[2]孙丽翠.临床药师对呼吸内科106例不合理用药的干预和分析[J].泰山医学院学报,2018,39(9):1031-1033.

[3]李敏,陆林生,杨杰凤.临床药师对住院医嘱不合理用药情况分析和干预措施[J].哈尔滨医药,2017,37(2):143-144.

[4]杨春燕.临床药师对临床不合理用药的药学干预效果初探[J].饮食保健,2019,6(52):287-288.

[5]阿拉丁日图.临床药师干预特殊人群不合理用药的回顾性分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(64):140.

[6]任虹霖.临床药师对临床不合理用药的干预方式及意义探讨[J].医药前沿,2019,9(23):139-140.

[7]夏云侠.临床药师对337例静脉不合理用药医嘱的干预及效果分析[J].中国医药科学,2019,9(24):167-169,195.

[8]石艳岳.临床药师对临床不合理用药的药学干预分析[J].首都食品与医药,2019,31(8):83.

[9]胡发宾.关于药师对临床不合理用药的药学干预价值分析[J].养生保健指南,2017,31(42):56.

[10]裴俊俊.临床药师对临床不合理用药的药学干预分析[J].健康前沿,2016,23(7):190-190,191.

[11]孟诗尧.临床药师对临床不合理用药的药学干预分析[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(7):1207-1208.

[12]胡云英,贾耀,陈安妮,等.丙氨酰谷氨酰胺注射液使用中实施临床药师干预对不良反应与不合理用药情况的改善[J].中国医学创新,2021,18(15):172-176.

[13]Lisa Kouladjian O'Donnell, Mouna Sawan, Emily Reeve, et.al.Implementation of the Goal-directed Medication review Electronic Decision Support System (G-MEDSS) © into home medicines review: a protocol for a cluster-randomised clinical trial in older adults[J].BMC Geriatr. 2020; 12(20):51.

[14]Jens Cosedis Nielsen, Yenn-Jiang Lin, Marcio Jansen de Oliveira Figueiredo, et.al.European Heart Rhythm Association (EHRA)/Heart Rhythm Society (HRS)/Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS)/Latin American Heart Rhythm Society (LAHRS) expert consensus on risk assessment in cardiac arrhythmias: use the right tool for the right outcome, in the right population[J].Europace. 2020; 22(8):1147-1148.

[15]Xiucong Fan, Danxia Chen, Siwei Bao, et.al.Integrating Multidisciplinary Individualized Medication Recommendations Into the Traditional Pharmacists' Consultation Method: A Retrospective Study Using Propensity Score Matching Analysis[J].Inquiry. 2022; 13(59):00469580221081437.

高危型 HPV 感染与宫颈癌患者病理特征和 Th17/Treg 免疫应答的相关性分析

梁秀兰¹ 孙玉红² 邱红兵¹ 郑玉丹¹ 谢孟珍¹

1、邢台市人民医院 河北邢台 054000；2、河北省盐山县人民医院 河北沧州 061300

摘要：目的：探讨高危型 HPV 感染与宫颈癌患者病理特征和 Th17/Treg 免疫应答的相关性。方法：选取 2018 年 1 月-2020 年 12 月我院 100 例确诊为宫颈癌并进行手术治疗患者作为研究对象。均对患者患者宫颈切除病灶内高危型 HPV 感染情况进行检测，其中，75 例高危型 HPV 阳性患者为实验组，25 例高危型 HPV 阴性为对照组，之后对两组患者血清肿瘤标志物、Th17/Treg 细胞因子含量进行检测。分析两组患者血清肿瘤标志物（CA125、SCC-Ag、TSGF 以及 Cyfra211 含量）、Th17/Treg 细胞因子含量（IL-10、IL-17、IL-23 以及 TGF-β1 含量）。结果：FIGO II 期病灶中高危型 HPV 感染率明显高于 FIGO I 期，数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），G3 级病灶中高危型 HPV 感染率明显高于 G1、G2 期，数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组患者血清 CA125、SCC-Ag、TSGF 以及 Cyfra211 含量明显高于对照组，数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组患者血清 IL-10、IL-17、IL-23 以及 TGF-β1 含量明显高于对照组，数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：高危型 HPV 感染在宫颈癌的发生与发展中具有重要作用，高危型 HPV 感染能够促进宫颈癌患者的临床分期、病理分级的进展，提高血清肿瘤标志物水平的分泌，对 Th17/Treg 免疫应答进行破坏，在宫颈癌防治中应重视高危型 HPV 感染的治疗。

关键词：高危型 HPV 感染；宫颈癌患者；病理特征；Th17/Treg 免疫应答；相关性

宫颈癌是临床上常见的女性生殖系统恶性肿瘤之一，该疾病的发病率在女性恶性肿瘤中处于第二位，女性生殖系统恶性肿瘤的第一位^[1-2]。近年来，随着女性人群生活模式的改变以及生活压力增大，宫颈癌的发病率呈逐年上升的趋势，且呈年轻化特征，严重影响女性人群的生命安全^[3-4]。高危型 HPV 感染是导致宫颈癌发生与发展的独立危险因素。相关研究指出，高危型 HPV 感染在患者的宫颈上皮内、早期宫颈癌、宫颈浸润癌的发生、发展中承担十分重要的作用。其中，癌细胞的表达、Th17/Treg 免疫应答的紊乱均与高危型 HPV 感染有一定的关系^[5-6]。但是，临床上对于高危型 HPV 感染与宫颈癌患者病理特征和 Th17/Treg 免疫应答的相关性研究甚少，为进一步探讨高危型 HPV 感染与宫颈癌患者病理特征和 Th17/Treg 免疫应答的相关性，选取 2018 年 1 月-2020 年 12 月我院 100 例确诊为宫颈癌并进行手术治疗患者作为研究对象，现报告如下。

一资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2018 年 1 月-2020 年 12 月我院 100 例确诊为宫颈癌并进行手术治疗患者作为研究对象。均对患者患者宫颈切除病灶内高危型 HPV 感染情况进行检测，其中，54 例高危型 HPV 阳性患者为实验组，46 例高危型 HPV 阴性为对照组。经统计学分析，实验组与对照组的一般资料差异不显著（ $P>0.05$ ），具有可比性，其详细情况见表 1。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄（岁）	月经期时间（d）
实验组（n=75）	52.32±3.17	3.29±1.05
对照组（n=25）	52.87±3.22	3.42±1.21
T/X ²	0.492	0.492
P 值	>0.05	>0.05

1.2 方法

1.2.1 高危型 HPV 检测

本次研究采用北京康为世纪公司的基因组 DNA 提取试剂盒对两组患者手术切除的宫颈癌病灶部分进行 DNA 提取。采用达安 PCR-反向杂交法对高危型 HPV 感染情况进行检测。

1.2.2 血清肿瘤标志物检测

本次研究采用酶联免疫吸附法对两组患者的 CA125、SCC-Ag、TSGF

以及 Cyfra211 含量进行检测。

1.2.3 Th17/Treg 细胞因子含量检测

本次研究采用酶联免疫吸附法对两组患者的 IL-10、IL-17、IL-23 以及 TGF-β1 含量进行检测。

1.3 观察指标^[7-8]

分析两组患者血清肿瘤标志物、Th17/Treg 细胞因子含量（IL-10、IL-17、IL-23 以及 TGF-β1 含量）。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析，数据以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，差异性比较用 t 检验，计数资料采用 X² 检验， $P<0.05$ 代表差异具统计学意义。

2 结果

2.1 不同临床分期、病理分级宫颈癌病灶中高危型 HPV 感染率比较
在实验组患者中，FIGO II 期病灶中高危型 HPV 感染率明显高于 FIGO I 期，数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），G3 级病灶中高危型 HPV 感染率明显高于 G1、G2 期，数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 不同临床分期、病理分级宫颈癌病灶中高危型 HPV 感染率比较

病理特征	例数	高危型 HPV 感染率	X ²	P 值
FIGO 分期				
I 期	46	23（50.00）	11.295	<0.05
II 期	54	52（96.04）		
病理分级				
G1+G2	44	21（47.73）	23.164	<0.05
G3	56	54（96.42）		

2.2 两组患者 CA125、SCC-Ag、TSGF 以及 Cyfra211 含量比较

实验组患者血清 CA125、SCC-Ag、TSGF 以及 Cyfra211 含量明显高于对照组，数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者 CA125、SCC-Ag、TSGF 以及 Cyfra211 含量比较

组别	CA125 含量	SCC-Ag 含量	TSGF 含量	Cyfra211 含量
实验组	62.15±5.23	4.78±0.51	102.15±12.15	9.79±1.26

(n=75)				
对照组	30.15±4.29	2.93±0.32	63.28±6.39	6.20±0.83
(n=25)				
t	26.432	15.378	21.239	14.204
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者 IL-10、IL-17、IL-23 以及 TGF-β1 含量比较
实验组患者血清 IL-10、IL-17、IL-23 以及 TGF-β1 含量明显高于对照组，数据差异具有统计学意义（P<0.05），见表 4。

表 4 两组患者 IL-10、IL-17、IL-23 以及 TGF-β1 含量比较

组别	IL-10 含量	IL-17 含量	IL-23 含量	TGF-β1 含量
实验组	119.24±14.28	221.64±21.63	153.25±15.24	54.27±6.39
(n=75)				
对照组	65.24±6.39	105.28±10.43	67.23±8.39	24.39±3.96
(n=25)				
t	16.394	21.560	23.596	19.305
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

宫颈癌的发病人数呈年增多的趋势，该疾病直接威胁到女性的身心健康。针对该疾病临床上多采用手术治疗，但是，由于该疾病的发病早期无显著特异性^[9-10]，因此，部分患者在确诊时处于中晚期，患者的病情控制情况不佳，因此，要重点关注宫颈癌的防治工作。

研究指出，高危型 HPV 感染是导致宫颈癌发生的独立危险因素，当患者感染高危型 HPV 的时候，该病毒的遗传物质会整合进入到患者细胞的基因组 DNA 中，导致相应基因表达的改变^[11-12]。当患者处于高危型 HPV 持续感染的时候，原癌基因以及相应抑癌基因表达发生改变，增强了癌细胞的生长以及侵袭护理，导致免疫调节基因的表达发生改变，患者机体的免疫应答发生紊乱，增强了宫颈癌的发生几率。相关研究指出，高危型 HPV 的感染与宫颈癌病理特征具有一定的关系^[13-14]，通过这两者之间的分析，能够更好地对宫颈癌患者的发病情况进行了解。此外，有学者认为高危型 HPV 的感染可能会破坏患者的免疫应答，但是，关于这一方面的研究甚少。研究结果显示，在实验组患者中，FIGO II 期病灶中高危型 HPV 感染率明显高于 FIGO I 期，数据差异具有统计学意义（P<0.05），G3 级病灶中高危型 HPV 感染率明显高于 G1、G2 期，数据差异具有统计学意义（P<0.05），说明高危型 HPV 感染能够促进宫颈癌患者的临床分期、病理分级的进展；实验组患者血清 CA125、SCC-Ag、TSGF 以及 Cyfra211 含量明显高于对照组，数据差异具有统计学意义（P<0.05），说明高危型 HPV 感染能够提高宫颈癌患者的血清肿瘤标志物；实验组患者血清 IL-10、IL-17、IL-23 以及 TGF-β1 含量明显高于对照组，数据差异具有统计学意义（P<0.05），进一步说明高危型 HPV 感染能够破坏宫颈癌患者 Th17/Treg 免疫应答。

综上所述，高危型 HPV 感染在宫颈癌的发生与发展中具有重要作用，高危型 HPV 感染能够促进宫颈癌患者的临床分期、病理分级的进展，提高血清肿瘤标志物水平的分泌，对 Th17/Treg 免疫应答进行破坏，在宫颈癌防治中应重视高危型 HPV 感染的治疗。

参考文献：

[1]Yu Milkie,King Adrian R,Jang Hyun Min,Bednarczyk Robert A. Practice-, provider- and patient-level facilitators of and barriers to HPV vaccine promotion and uptake in Georgia: a qualitative study of healthcare providers' perspectives.[J]. Health education research,2020,35

(6) .

[2]Hildebrand J A,Fischbeck A J,Hundsdoerfer B,Clanner-Engelshofen B M,Marsela E,Wollenberg A,Flaig M,French L E,Reinholz M. Retrospective analysis of alpha-human papillomavirus (HPV) types in tissue samples from anogenital dysplasias - introduction of the RICH (Risk of HPV-related Carcinoma in HIV+/- patients) score.[J]. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV,2020,34 (2) .

[3]Yixin Nie,Xin Zhang,Qian Zhang,Zihui Liang,Qiang Ma,Xingguang Su. A novel high efficient electrochemiluminescence sensor based on reductive Cu (I) particles catalyzed Zn-doped MoS 2 QDs for HPV 16 DNA determination[J]. Biosensors and Bioelectronics,2020,160 (prepublsh) .

[4]Hanley Krisztina,Bourgeau Melanie,Lewis Melinda,Birdsong George,Avadhani Vaidehi,Hill Charles. In situ Hybridization for High-risk HPV RNA Identifies the Presence of High-risk HPV mRNA in Cervical Biopsies from Women with Prior High-risk HPV Negative ASC-H or HSIL Paps[J]. Journal of the American Society of Cytopathology,2020,9 (6) .

[5]张海琴,刘娟娟,姜俊丽,雷申琼.慢性宫颈炎患者 HPV 感染状况、基因型分布及其与阴道微生态指标的相关性研究[J].海南医学,2022,33 (04): 464-467.

[6]彭海兰,黄梦丹,林桂兰,黄之文,罗爱华,黄平.HPV E6/E7 mRNA 与 p16/Ki-67 双染检测的关系及对高危型人乳头瘤病毒感染引起宫颈病变的检出能力评估[J].中国医药科学,2022,12 (04): 20-24.

[7]张晓林,任玉香,冯顺,朱燕妮,徐燕.459 例宫颈高级别鳞状上皮内病变患者 HPV 感染特点及高危 HPV 阴性的筛查特征分析[J].陆军军医大学学报,2022,44 (03): 253-258.

[8]刘岩.益气化湿解毒汤联合重组人干扰素 α-2b 对脾虚湿毒蕴结型慢性宫颈炎合并 HPV 感染患者疗效、安全性及免疫功能的影响[J].中国医学创新,2022,19 (02): 118-121.

[9]Yagi Asami,Ueda Yutaka,Ikeda Sayaka,Miyagi Etsuko,Sekine Masayuki,Enomoto Takayuki,Kimura Tadashi. The looming health hazard: A wave of HPV-related cancers in Japan is becoming a reality due to the continued suspension of the governmental recommendation of HPV vaccine[J]. The Lancet Regional Health - Western Pacific,2022,18.

[10]Giuliano Anna R. Initiation of three complementary international studies investigating prevalence of oral HPV infection, burden of HPV-related head and neck disease, and efficacy of 9-valent HPV vaccination against oral HPV persistent infection.[J]. Contemporary clinical trials,2021 (prepublsh) .

[11]陈美荣.重组人干扰素 α2b 凝胶联合冷冻治疗慢性宫颈炎合并 HPV 感染的临床效果及对患者 Th17/Treg 及炎症因子水平的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7 (10): 85-88.

[12]郭灵,孙潇潇,成佳景.阴道微生态与高危型 HPV 阳性子宫颈鳞状上皮内病变的相关性及临床预测模型建立[J/OL].同济大学学报 (医学版): 1-7.

[13]陈娟,冯俊明,李明松,童阔,何福果,徐开梅,姚海波.端粒酶协同蛋白 1 在宫颈鳞状上皮病变组织中的表达情况及其与高危型 HPV E6/E7 的相关性分析[J].国际检验医学杂志,2022,43 (06): 717-719+725.

[14]张瑛琦.人干扰素 α2b 联合冷冻治疗慢性子宫颈炎伴 HPV 感染患者的效果及对 Th1/Th2 细胞因子的影响[J].中国医学创新,2022,19 (07): 48-51.

项目来源：河北省邢台市重点研发计划自筹项目（2020ZC157）

脑卒中主要照顾者研究热点的可视化分析

金靖雅 周秀玲 房鑫 胡安琪 方海丽

长春中医药大学 吉林长春 130117

摘要: 对脑卒中主要照顾者相关文献进行文献计量及可视化分析,了解脑卒中主要照顾者研究的发展态势,为该领域的后续研究提供参考。方法 检索我国 2005–2022 年间,知网、万方、维普三大数据库收录的脑卒中主要照顾者的相关研究,借助 Excel 表格制作发文量和文献来源统计图,使用 Citespace 软件,以作者、机构、关键词为节点类型生成可视化图谱。结果 共纳入有效文献 299 篇,年度发文量总体呈上升趋势;分别形成以张振香、杨文君、郑蔚、吕振云为中心的四个较大的合作团队;研究机构以郑州大学护理学院和中山大学护理学院最为突出;照顾负担、照顾需求、照顾能力、心理健康是目前研究热点,老年脑卒中和卒中后偏瘫患者的主要照顾者是主要研究对象。研究前沿是将脑卒中主要照顾者研究与积极心理学结合。结论 该研究领域仍处于起步发展阶段,预测将积极心理学引入脑卒中主要照顾者的研究,探讨相关干预方法,减轻照顾负担,提高患者和照顾者的生活质量,将成为未来的研究热点。

关键词: 脑卒中; 主要照顾者; 可视化分析

脑卒中,又叫中风,具有高发病率、高死亡率、高致残率的特点^[1]。主要照顾者,是指在患者家庭中承担主要照顾任务的成员。研究表明,长时间的照顾者角色会增加照顾者的照顾压力和照顾负担,同时,照顾者的身心健康造成负面影响照顾者的身心健康状态也影响着患者的康复效果和生存质量^[2]。因此,对脑卒中主要照顾者的研究应引起重视。本研究通过文献计量学和可视化分析法,分析统计近年来脑卒中患者主要照顾者的相关文献,阐述其研究现状,追踪其热点,为国内学者进一步开展研究提供方向。

1 资料与方法

1.1 数据来源 进入中国知网、万方、维普数据库的高级检索界面,限定条件为:主题=“脑卒中”、“主要照顾者”;时间=“2005–2022”。

1.2 纳排标准 纳入有关卒中主要照顾者研究的期刊论文和学位论文;排除英文文献及通知、会议、消息资讯、新闻报道等非论文。

1.3 方法步骤

1.3.1 文献筛选 共检索出 532 篇文献,经 Noteexpress 软件去重和人工查阅之后,最终筛选出 299 篇有效文献,将目标文献以 Refworks 格式导出题录信息并保存。

1.3.2 数据导入和参数设置 将 299 条 refworks 格式的题录数据,导入可视化软件 CiteSpace,完成数据转化后,进行参数设置。分析时间为 2005–2022,时间分割为 1 年,节点类型分别选择作者、机构和关键词。

2 结果

2.1 发文量和发文趋势

该领域发文情况如下图 1,可以看出,在 2005–2012 年间,发文量波动较大,此后发文量每年平稳增长。另外,由于本研究截止时间为 2022 年 6 月,未能完全收录 2022 年内所有文献,所以 2022 年发文量骤然减少。

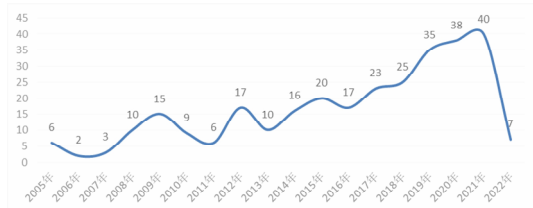


图 1 2005–2022 年脑卒中主要照顾者文献年度增长情况

2.2 文献来源分布

纳入期刊情况见图 2,在 299 篇脑卒中主要照顾者的相关论文中,期刊类论文中占比最多,文章量为 155 篇,大多都是普通期刊。另外有 105 篇文献被核心期刊收录,其中发表在护理研究中的文章最多,数量为 20 篇。

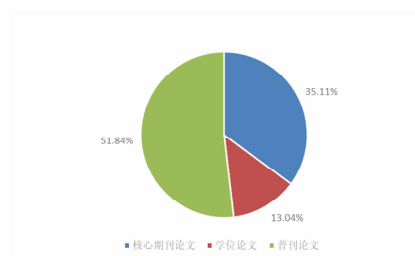


图 2 文献来源分布情况

2.3 发文作者分布

以作者为节点类型,经过分析得到 382 个节点 (N), 434 条连线 (E), 网络密度 (Density) 为 0.006, 见图 3。图中节点的大小代表作者的发文数量的多少,节点之间存在连线代表作者之间存在合作关系,连线的粗细代表作者合作的密切程度。可以看出,形成了四个较大的作者合作网络,其中以最大的作者合作群是以张振香为主的,其次还有以杨文君、郑蔚、吕振云为主的作者合作群,经过后台导出数据,发文量最多的作者是张振香,数量为 9 篇。



图 3 作者合作可视化图谱

2.4 发文机构分布 以机构为节点类型,得到 245 个节点 (N), 106 条连线 (E), 网络密度为 0.0035。每个节点代表一所机构,节点之间的连线代表机构的合作关系。如图 4 可见,郑州大学是最大的节点,其发文量排在首位,且与郑大二附院、河中医一附院之间存在研究的合作与交流。其次,最大的合作网络是以中山大学为中心,包括烟台毓璜顶医院、中山大学三附院、中山大学一附院、广东药学院一附院等机构的科研团队。



图 4 机构合作可视化图谱

2.5 研究热点

合并同义词之后,以关键词为节点类型,进行关键词共现分析,共得到 155 个节点(N),773 条连线(E),网络密度为 0.0648。见图 3。一个节点代表一个关键词,节点越大代表该关键词出现的频次越高;为准确揭示研究热点,剔除关键词“脑卒中”和“主要照顾者”,将排名前 20 的关键词进行统计分析,见表 1。

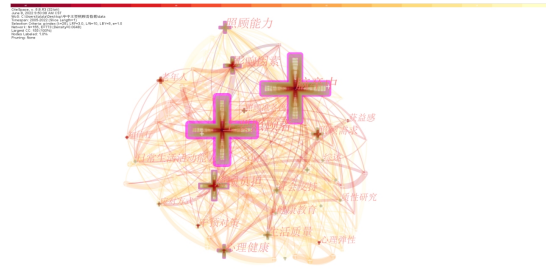


图 6 关键词共现可视化图谱

表 1 高频关键词情况

关键词	频次	关键词	频次
照顾负担	85	应对方式	14
影响因素	49	照顾准备度	13
照顾能力	45	延续护理	12
心理健康	43	综述	12
照顾需求	33	日常生活活动能力	12
生活质量	25	健康教育	11
社会支持	22	偏瘫	10
干预对策	21	知行信	10
质性研究	16	心理弹性	9
老年人	16	赋能	8

2.6 研究前沿

进行关键词突现分析,共得到 17 个突现关键词,如图 7。

Top 17 Keywords with the Strongest Citation Bursts

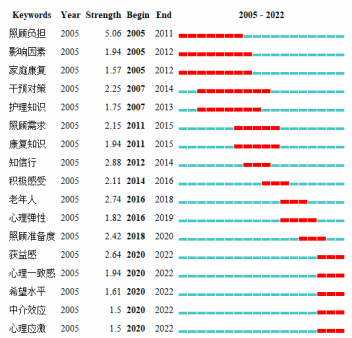


图 7 关键词突发性监测

3 讨论

3.1 文章数量与质量分析

论文数量和质量在一定程度上能够反映某一研究领域的发展水平和速度。本研究结果显示,近年来,该领域的论文数量虽有波动,但发文量总体呈现上升趋势,表明脑卒中主要照顾者研究逐渐受到关注。这可能与我国脑卒中的高患病率、研究者对疾病负担的重视以及照顾者概念的引入有关。论文的主要来源是普通期刊,说明论文的质量还需要进一步改进。

3.2 作者和机构分析

该领域发文量最多的学者是张振香,而发文数量仅为 9 篇,说明我国脑卒中脑卒中主要照顾者的研究还比较少,需要更多的学者参与。分析各个形成机构合作网络的团块,可以看出,该领域的机构合作主要是以学校与其附属临床医院的合作为主。尽管郑州大学是发文量最多的机构,但也只与其附属医院和省内医院存在合作和交流。值得注意的是,以中山大学为

中心科研团队,实现了跨地域合作,这将有利于学术发展和创新。未来可期待更多的跨地域学习、交流和合作团队的出现,加快领域内促进高质量研究的产出,推动该领域发展。

3.3 研究热点与前沿

通过对脑卒中主要照顾者的相关文献的关键词进行可视化分析,可以得出如下结论。研究对象主要关注老年卒中患者和卒中后偏瘫患者的主要照顾者,研究内容主要是主要照顾者的照顾负担、照顾需求、照顾能力和心理健康。

根据流行病学调查,老年患者为脑卒中的高发群体,其发病率随年龄的增大而增高^[3]。中风后,由于老年人的生理机能衰退、共病等因素的影响,导致脑中风的康复速度较慢,需要家人的长期护理。此外,脑卒中的致残率也很高。资料表明,80%的卒中病人有明显的偏瘫症状,其主要表现为运动、感觉、认知、吞咽、语言等方面的功能障碍,严重影响日常生活。

照顾负担指的是在照护者由于照顾亲属而遭受来自躯体、心理、经济等多方面的不良刺激以及由此而产生的负面影响。脑卒中主要照顾者的照顾需求主要包括:卒中相关护理康复知识的教育需求、社会支持和信息支持需求以及照顾者的情感支持需求等,不同阶段照顾需求有不同的侧重点。获得照顾需求的能力即照顾者的照顾能力。目前,对于减轻照顾者负担、满足照顾需求、提高照顾能力、促进其心理健康的干预主要是以护士为主体进行家庭康复护理知识指导。出院准备服务强调多学科参与,团队成员除了医生、护士、康复师、营养师等医疗保健人员,还应包括社会人员如养老机构、志愿者、联络护士、社区人员等,共同协助照顾者参与患者的照顾过程。而在我国内地整合和调动社会资源的力量还很薄弱,这就使得使得患者出院后能够得到的社区服务十分有限。因此,我国内陆的出院准备计划服务模式仍需进一步完善和发展。

3.4 研究前沿

对关键词突现持续的时间进行分析,可以发现,近年来,主要照顾者的心理健康仍然被备受关注,不同的是以往研究关注照顾工作给脑卒中主要照顾者带来的负面影响,如心理应激和焦虑抑郁情绪,而最近几年关注积极心理对脑卒中主要照顾者的影响。脑卒中主要照顾者研究领域,对积极心理的关注包括心理弹性、获益感、创伤后成长、心理一致感等。参考其他领域和国外研究成果,从积极心理学层面的干预方式主要有:正念减压放松训练、阅读疗法、认知行为干预法等,积极心理学的引入,改变了一直以来以照顾负担、焦虑抑郁情绪的负性影响为主导的研究,为脑卒中患者以及照顾者的研究领域提供了新的视角。

4 小结

本研究基于 Citespace 软件对我国近 20 年脑卒中主要照顾者护理研究进行分析梳理,结果表明国内该领域发展迅速,但尚处于实践探索阶段,相关文献数量少、地域合作交流少、高质量论文少,需要加强学术交流和

参考文献:

[1]巢宝华,刘建民. 中国脑卒中防治:成就、挑战和应对[J].2022 (7): 625-631.

[2]赵雅娜,孔祥茜. 互联网+IMB 模型在缺血性脑卒中病人主要照顾者护理中的应用[J]. 护理研究 2021 年 35 卷 22 期,4114-4118 页,ISTIC PKU, 2021.

[3]《中国脑卒中防治报告 2020》编写组,王陇德. 《中国脑卒中防治报告 2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19 (2): 9.

作者简介:金靖雅(1995-),女,河南南阳人,护士,研究生在读,长春中医药大学护理学院,研究方向:护理管理。

通讯作者:周秀玲(1966-),吉林长春人,主任护师,研究生,长春中医药大学护理学院,研究方向:护理管理。

课题:(脑梗死恢复期)康复护理规范,编号:zybz-2021-01。

中药穴位贴敷对小儿支气管炎的疗效观察

李景红

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要：目的：分析和研究采用中药穴位贴敷对小儿支气管炎患者进行临床治疗的情况和效果。方法：随机选取患者 66 例作为研究对象，就诊时间均在 2019 年 6 月~2020 年 6 月，科室为呼吸内科，均确诊为小儿支气管炎。随机分组治疗：对照组患者 33 例，实施常规方案进行临床治疗；研究组患者 33 例，实施中药穴位贴敷进行临床治疗。将两组患者的临床症状改善时间、治疗效果以及患者及其家属的满意度等进行统计对比。结果：经过统计学分析，在发热消退时间、咳嗽咳嗽改善时间方面，研究组（ $1.43\pm 0.51d$ ， $3.18\pm 0.82d$ ）均短于对照组（ $3.20\pm 0.74d$ ， $6.56\pm 1.05d$ ）， $P<0.05$ ；在肺部功能指标（X5、R5、R20、Fres）方面，研究组均优于对照组， $P<0.05$ ；在临床疗效方面，研究组的总有效率（93.93%）高于对照组的总有效率（81.81%）， $P<0.05$ ；在患者及其家属满意度方面，研究组的总满意度（96.96%）高于对照组（75.75%）， $P<0.05$ 。结论：应用中药穴位贴敷针对小儿支气管炎患者进行临床治疗，其治疗效果显著，能够有效改善患者的临床症状，提高治疗效果，促进肺功能恢复，临床满意度高，因此，它是一种有效、安全、理想的临床治疗方法。

关键词：小儿支气管炎；中药穴位贴敷；应用效果

【前言】小儿支气管炎是小儿毛细支气管部位发生炎症，主要发生在肺部的细小支气管，所以病名为“毛细支气管炎”，通常是由于普通感冒，流行性感冒等病毒性感染所引起的并发症，也可能由细菌感染所致，是小儿常见的一种急性上呼吸道感染性疾病^[1-2]。目前临床上主要通过抗生素药物治疗，虽然取得了一定的临床成效，但由于患者年龄较小，各方面机体器官功能还未发育完全，自身抵抗能力和耐药性较弱，容易对抗生素药物出现不良反应。近些年，随着中医学的不断发展推广，人们对中医治疗儿童疾病的认可度也越来越高^[3-4]。而本次研究为了分析中药穴位贴敷对小儿支气管炎患者的应用效果，选取了 66 例患者进行对比，具体如下论述：

1. 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2019 年 6 月~2020 年 6 月在本院接受治疗的小儿支气管炎患者 66 例作为研究对象。患者的年龄大约在 4 个月~5 岁，平均年龄是 1.2 ± 0.5 岁；女性患者 31 例，男性患者 35 例；病程时间大约是 1d~14d 之间，平均病程时间是 $4.2\pm 1.1d$ 。随机分成研究组和对照组，每组 33 例，其中：研究组男性患者 18 例，女性患者 15 例；年龄 5 个月~5 岁，平均（ 1.3 ± 0.3 ）岁；病程时间大约是 1d~14d 之间，平均病程时间是 $4.0\pm 1.2d$ 。对照组患者中，男性患者 17 例，女性患者 16 例；年龄 4 个月~3 岁，平均（ 1.1 ± 0.6 ）岁；病程时间大约是 1d~14d 之间，平均病程时间是 $4.3\pm 1.0d$ 。经过统计，两组患者在一般性病历基线资料方面的对比差异不大，均无统计学意义（ $P<0.05$ ）。本次研究已经申报医院相关伦理委员会并批准通过，能够进行临床分析研究。

1.2 纳排标准

1.2.1 纳入标准 ①患者年龄均 <10 岁；②患者经听诊、X 线检查、血常规检查等确诊为小儿支气管炎；③患者及其家属对本次研究情况完全知悉，自愿参与，并签署《知情同意书》。

1.2.2 排除标准 ①患者合并有哮喘病或其他呼吸道疾病；②患者对临床用药（如头孢类药物）存在药物过敏史；③患者为过敏体质，对中药贴敷不耐受；④患者之前已经接受止咳药或抗生素的治疗。

1.2 研究方法

1.3.1 研究组 对患者实施中药穴位贴敷治疗。具体方法：在服用抗生素药物的基础上，使用纯中药穴位贴进行治疗，选取生栀子、苦杏仁、红花、桃仁、金银花、紫苏子、桂枝等中药，将其研磨成粉，与甘油蜂蜜进行调制，调制时需注意含量比例；调制好后将其均匀涂至在医用无菌敷料上，取其中两贴贴敷于患者的天突穴下和肺俞穴，每贴进行轻缓按压 1-2

次，每隔 48 小时进行一次更换，如果患者咳嗽较为严重，需增加敷贴，于患者前胸第三四肋之间分别贴 1 贴。48 小时后，根据患者实际病情情况决定是否继续用药。

1.3.2 对照组 对患者实施常规方案治疗。具体方法：对患者进行抗生素治疗，予以西药措施，遵循医嘱给予用药，若患者存在咳嗽严重、咯痰等现象，可予以氨溴酸右美沙芬口服液或盐酸氨溴素口服液进行辅助治疗，根据患者病情制定后期治疗计划。

1.4 观察指标

1.4.1 症状改善情况 对两组患儿用药后发热症状以及咳嗽咳嗽症状的临床改善时间进行统计比较。

1.4.2 肺部功能指标 治疗 3d 后，统计比较两组患者的肺功能指标情况，具体指标包括 X5（呼吸阻抗）、R5（总气道阻力）、R20（中心气道阻力）和 Fres（共振频率）。

1.4.3 治疗效果 比较两组患者临床治疗的效果情况，共分为治愈、好转、无效三个等级。其中：①患者发热、咳嗽、咳喘、咳痰等临床症状完全消失，肺部听诊结果显示干湿性啰音完全消失，血常规检查各项指标完全恢复正常为治愈；②患者各项临床症状减轻，肺部听诊结果显示呼吸音清晰，血常规检查各项指标均有明显改善为好转；③患者各项临床症状无改善或加重，肺部听诊结果显示干湿性啰音严重，血常规检查各项指标无改善为无效。并计算总有效率=（治愈+好转）患者人数/总患者人数*100.0%。

1.4.4 临床满意度 采用自评量表，对患者及其家属的治疗满意度进行记录对比，共分为非常满意、基本满意和满意三级。并计算总满意度=（非常满意+基本满意）患者人数/总患者人数*100.0%。

1.5 统计学分析 将数据录入 SPSS25.0 中进行统计分析。其中，计数资料以（n，%）表示、进行 χ^2 检验；计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示、进行 t 检验。通过标准显著的方法得到 P 值，如 $P<0.05$ ，代表差异显著，具有学术意义。

2. 结论

2.1 两组患者临床症状改善对比

如表 1 所显，研究组的发热消退时间以及咳嗽咳嗽改善时间均低于对照组的症状改善时间，组间差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 1 两组患者的临床症状改善时间对比

组别	例数（n）	发热消退时间（d）	咳嗽咳嗽改善时间（d）
----	-------	-----------	-------------

研究组	33	1.43±0.51	3.18±0.82
对照组	33	3.20±0.74	6.56±1.05
<i>t</i> 值	—	11.314	14.574
<i>P</i> 值	—	0.000	0.000

2.2 两组患者肺功能指标对比

如表 2 所显，两组患者经过临床治疗后，在 X5、R5、R20 和 Fres 肺部指标方面，研究组均显著优于对照组（*P*<0.05）。

表 2 两组患者的肺功能指标对比

组别	例数 (<i>n</i>)	X5 (kPa/Los)	R5 (kPa/Los)	R20 (kPa/Los)	Fres (Hz)
研究组	33	-0.45±0.13	0.61±0.16	0.47±0.15	21.01±2.54
对照组	33	-0.32±0.10	0.94±0.17	0.65±0.18	17.40±2.09
<i>t</i> 值	—	4.553	8.120	4.413	6.305
<i>P</i> 值	—	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者治疗有效率对比

如表 3 所显，研究组的治疗总有效率为 93.93%，对照组的治疗总有效率为 81.81%，研究组高于对照组（*P*<0.05）。

表 3 两组患者治疗有效率对比

组别	例数 (<i>n</i>)	治愈 (<i>n</i>)	好转 (<i>n</i>)	无效 (<i>n</i>)	总有效率 (%)
研究组	33	21	10	2	93.93
对照组	33	18	9	9	81.81
χ^2 值					6.236
<i>P</i> 值					0.039

2.4 两组患者及其家属满意度对比

如表 4 所显，经治疗后，研究组患者及其家属满意度（96.96%）高于对照组（75.75%）（*P*<0.05）。详见表 2。

表 4 两组患者及其家属满意度对比

组别	例数	非常满 意 (<i>n</i>)	基本满意 (<i>n</i>)	不满意 (<i>n</i>)	满意总数 (%)
研究组	33	31	1	1	96.96
对照组	33	19	6	8	75.75
χ^2 值					6.983
<i>P</i> 值					0.031

3. 讨论

小儿支气管炎是目前生活中常见的小儿上呼吸道感染疾病，当发现病情时需及时治疗，如果处理不当，容易引起其他炎症并发症，并且造成全身性感染，以及合并其他系统的功能衰竭，更严重者甚至会产生死亡^[5-6]。罹患小儿支气管炎的患者普遍年龄较小，其中大部分不能较好的配合治疗^[7]，在用药过程中极易发生哭闹事件，这会降低治疗效果，从而延迟恢复时间。近年来出现了一种新型的治疗方法——中药穴位敷贴，它通过外用对患者进行治疗，并且它属于纯中药制剂，相对来说安全性较高。它通过穴位周围密布的经络血管进行给药，能够更安全更快速的到达患者体内炎症

堆积处进行分解清理，使人体内的功能活动保持相对的协调和平衡^[8-9]，而穴位贴敷中的每种成分药物，能够起到刺激特定穴位和促使药物在特定部位的吸收，充分发挥出各种中药成分独特的药理作用^[10]，并且穴位给药有效避免了口服药物时对肝脏的损伤，提高了中药的利用度。与西药抗生素类相比，它具有着相对的优势，虽然西药抗生素类也能够治疗小儿支气管炎，但其具有相对的副作用，如果长时间服用，极易影响患者的生长发育。两种方式各有不同，必要时可相互结合，才能起到更大的治疗效果^[11-12]。

本次临床研究表明，随机择选的小儿支气管炎患者中，采用中药穴位贴敷治疗的患者，其发热消退时间（1.43±0.51d）和咳嗽咳嗽改善时间（3.18±0.82d）均显著短于采用常规方案治疗的患者（3.20±0.74d，6.56±1.05d）。这就说明，中药穴位贴敷疗法能够有效改善患者临床症状，缩短治疗时间。在治疗后的 X5、R5、R20、Fres 等肺部功能指标方面，中药穴位贴敷治疗患者的指标水平均优于常规治疗患者。这表明中药穴位贴敷疗法能够有效促进患者肺部功能的改善，有利于患者的治疗康复。在临床治疗效果方面，中药穴位贴敷患者的总有效率达到了 93.93%，显著高于常规治疗患者（81.81%）。这就说明中药穴位贴敷疗法能够有效提高临床治疗的效果。在患者及其家属满意度方面，中药穴位贴敷患者的总满意度为 96.96%，也显著高于常规治疗患者（75.75%），说明患者及其家属对中药穴位贴敷疗法的认可度和满意度较高。

综上所述，针对小儿支气管炎患者采用中药穴位贴敷能够提高治疗效果，并提高患者及其家属的满意度，具有临床推广价值。

参考文献：

[1]王列,马铁明,于本性,等.基于“冬病夏治”论穴位贴敷结合小儿推拿治疗小儿慢性咳嗽[J].辽宁中医杂志,2017,44(12):2623-2625.

[2]刘华,芪凤健中口服液配合冬病夏治穴位贴敷治疗小儿反复呼吸道感染 72 例临床观察[J].河北中医,2016,33(9):1323+1340.

[3]李家邦.中医学[M].北京:人民卫生出版社,2012:214-219

[4]刘玮虹.穴位贴敷治疗小儿反复下呼吸道感染(肺脾气虚型)的回顾性研究[D].山东中医药大学,2016,25(12):2138-2140.

[5]郭杏华.中药敷贴治疗小儿肺炎喘嗽[J].湖北中医,2004,26(8):31.

[6]庞金梅,钟颖华,周雪霞,谭惠君.小儿推拿联合穴位贴敷疗法治疗小儿支气管炎的临床研究[J].黑龙江中医药,2021,50(03):50-51.

[7]李红伟,王玉军.中药穴位贴敷联合西药治疗小儿急性毛细支气管炎的临床研究[J].中国卫生标准管理,2021,12(03):111-113.

[8]张永丽.中药穴位贴敷联合西药治疗小儿急性毛细支气管炎临床研究[J].智慧健康,2021,7(03):155-157.

[9]李林军,姜石兰,黄丽萍.中药穴位贴敷辅助雾化吸入药物治疗小儿喘息性支气管炎的临床疗效研究[J].基层医学论坛,2020,24(32):4681-4683.

[10]余亚东.中西医结合治疗小儿急性毛细支气管炎临床观察[J].实用中医药杂志,2020,36(10):1303-1304.

[11]邓小梅,周渊.穴位贴敷联合布地奈德雾化治疗小儿急性喘息性支气管炎临床观察[J].云南中医中药杂志,2020,41(05):67-69.

[12]邵桂莲.中西药物联合治疗小儿毛细支气管炎临床效果及血清 IgE 水平分析[J].中医临床研究,2020,12(09):84-85.

头孢菌素类药物临床不良反应调查及合理用药

刘富琴¹ 曹宇洋² 通讯作者

1.镇巴县人民医院 药剂科 陕西镇巴 723600; 2.大荔县妇幼保健计划生育服务中心 药剂科 陕西大荔 714200

摘要：目的：探讨头孢菌素类药物使用过程中出现的常见不良反应，分析原因并提出相应解决对策，以促进临床合理用药。方法：筛选 2021 年 1 月—2021 年 12 月应用头孢菌素类药物治疗而出现不良反应的患者 80 例，采取回顾性调查法分析其临床资料，对不良反应发生原因、不良反应类型、头孢菌素类药物类型进行汇总，并提出相应的合理用药对策。结果：80 例出现不良反应的患者，其中胃肠道反应占比最高为 61.25%，其次为变态反应 23.75%、血液系统反应 8.75%，肝肾毒性反应占比 6.25%；不合理用药情况分析：未进行药敏试验 62.50%占比最高，超剂量用药 27.50%、无指征用药 6.25%、重复用药 3.75%；不良反应所涉及头孢菌素类药物类型中头孢曲松 32.50%占比最高，其次为头孢他啶 23.75%、头孢唑林 21.25%，头孢哌酮、头孢噻肟次之，分别为 17.50%、5.00%。结论：头孢菌素类药物在使用过程中，为促进临床合理用药、保障患者生命安全，需制定科学的用药计划，确保用药合理性及安全性，从而增强治疗效果，减少不良反应的发生。

关键词：头孢菌素；不良反应；合理用药

头孢菌素在临床各种感染疾病预防中得到广泛应用，其具有抗菌作用强、不良反应低、抗菌谱广等突出优势，在所有抗菌药物中其应用总数和销售总额约占 50%，但临床一直以来缺乏该类药物使用患者皮试的明确标准，在应用前是否进行皮试存在一定争议^[1-2]。国家近期提出的 β-内酰胺类抗生素皮试管理规范中，提出头孢菌素在患者使用前无需皮试，仅要求存在过敏史和有明确规定使用前进行皮试的药品且有明确循证依据时，需实施皮试。头孢菌素类抗生素作为常见抗菌药物类型之一，属于半合成抗生素，目前在临床得到广泛应用，有广谱抗菌、耐青霉素、抗菌效果强等突出优势^[3-4]。随着头孢菌素类药物使用范围不断扩大，其在疾病治疗中不良反应问题逐渐突显，对治疗效果及患者健康造成一定影响^[5]。因此，临床应重视头孢菌素类药物的使用管理，确保用药合理规范，尽量避免用药不良反应的发生，保障临床用药安全性，进一步提高治疗效果。本次研究综合分析应用头孢菌素类药物发生不良反应的相关因素并提出合理用药策略，总结如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

2021 年 1 月—2021 年 12 月应用头孢菌素类药物治疗而出现不良反应的患者 80 例。患者基线资料：男性 45 例、女性 35 例；年龄 18 岁-67 岁，平均（43.96±3.62）岁。

纳入标准：①患者均为使用头孢菌素类药物而出现不良反应；②无头孢菌素类药物使用禁忌；③具备完善且真实的病历资料，年龄大于 18 岁，知情同意。排除标准：①因多药联合应用所引起的不良反应；②患者存在过敏史；③未成年人、高龄群体；④心肝肾功能不全、有用药禁忌、近期使用青霉素类或者头孢菌素类药物、精神病史等。

1.2 研究方法

开展回顾性分析法，根据医院电子病历系统，筛选时间 2021 年 1 月—2021 年 12 月 80 例应用头孢菌素类药物治疗而出现不良反应患者的病历资料，统计基础资料，对不良反应发生原因、不良反应类型、头孢菌素类药物类型进行汇总，根据以上资料制定合理用药对策。不良反应类型涉及到血液系统反应、肝肾毒性反应、胃肠道反应、变态反应等。根据我国有关文件及规范，药品说明书、患者实际病情等，对用药类型、品种、用药

方法、使用剂量等进行分析，不良反应发生原因涉及重复使用、无指征用药、超剂量使用、未进行药敏试验。

1.3 观察指标

- ①统计不良反应发生类型。
- ②分析并汇总不良反应发生原因。
- ③分析不良反应所涉及头孢菌素类药物的类型。

1.4 统计学方法

采用 SPSS23.0 统计学软件进行数据分析，计数资料采用百分比或率[n（%）]表示，组间比较采用卡方检验或 Fisher 检验，计量资料采用均值±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 t 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不良反应发生类型

80 例出现不良反应患者，其中胃肠道反应占比最高为 61.25%，其次为变态反应 23.75%、血液系统反应 8.75%，肝肾毒性反应占比 6.25%。详见表 1：

表 1 不良反应发生类型[例/%]

组别	胃肠道反应	变态反应	血液系统反应	肝肾毒性反应	总计
例数	49	19	7	5	80
占比	61.25	23.75	8.75	6.25	100.00

2.2 不良反应发生原因

不合理用药情况分析：未进行药敏试验 62.50%占比最高，超剂量用药 27.50%、无指征用药 6.25%、重复用药 3.75%。详见表 2：

表 2 不良反应发生原因[例/%]

组别	N	无指征用药	未进行药敏试验	超剂量用药	重复用药
例数	80	5	50	22	3
占比	-	6.25	62.50	27.50	3.75

2.3 不良反应所涉及头孢菌素类药物的类型

不良反应所涉及头孢菌素类药物：头孢曲松 32.50%占比最高，其次为头孢他啶 23.75%、头孢唑林 21.25%，头孢哌酮、头孢噻肟次之，分别为 17.50%、5.00%。详见表 3：

表 3 不良反应所涉及头孢菌素类药物类型[例/%]

组别	N	头孢曲松	头孢他啶	头孢唑林	头孢哌酮	头孢噻肟
例数	80	26	19	17	14	4
占比	-	32.50	23.75	21.25	17.50	5.00

3 讨论

头孢菌素作为临床常用抗菌药物的一种，主要有效成分为头孢烯，疾病治疗期间，药物进入机体后会破坏细菌细胞壁，发挥杀灭、抑制病原微生物的作用^[6-7]。头孢菌素类药物具有低毒性特点，不会引起机体毒性反应，可用于脑膜炎、败血症等疾病治疗中^[8]。但头孢菌素类药物不合理用药会引起变态反应、胃肠道反应等一系列不良反应，轻者出现心慌、嗜睡、腹泻等症状，而严重时可导致昏迷、休克等，对患者健康及生命安全造成影响^[9-10]。本次研究发现，头孢菌素类药物不良反应中胃肠道反应占比最高为 61.25%。不仅与药物本身有关，同时也与患者自身体质存在相关性。其他常见不良反应有药物热、过敏性休克、血清病等。头孢菌素类药物发生毒性反应与药物使用剂量有直接关系，且用药时间也对不良反应的发生有一定影响。

本次研究开展回顾性调查分析法，对头孢菌类药物出现不良反应的类型、原因、所涉及药物类型进行分析汇总，得出结果：不合理用药情况有未进行药敏试验占比最高，其他为超剂量用药、无指征用药、重复用药；同时不良反应所涉及头孢菌素类药物的类型中头孢曲松占比最高，其次为头孢他啶、头孢唑林，头孢哌酮、头孢噻肟次之。通过分析明确头孢菌素类药物发生不良反应的原因及药物类型，提出相应的改进措施，以确保用药合理性、安全性，尽可能降低用药不良反应的发生。基于国内外研究资料^[11]，在循证基础上制定头孢菌素类药物合理用药计划：①加强药敏试验：临床一直以来缺乏头孢菌素类药物使用患者药敏试验的明确标准，对应用前是否进行药敏试验存在一定争议。在基层医疗单位头孢菌素类药物使用较广，在用药前进行药敏试验，能准确分离病原菌，根据药敏试验结果选择高敏感性药物，以合理用药^[12]。②加强用药监管：根据医院头孢菌素类药物使用情况建立专家小组，对医院实际用药情况进行分析，严格执行用药计划。制定合理科学的用药计划，对用药适应症、禁忌症、用药方式、具体给药疗程、给药剂量、注意要点等予以规范。同时，医院应重视头孢菌素类药物的用药安全管理，及时发现不合理用药问题并追溯根源，从医院实际情况出发，提出解决对策，加强监督与管理，尽量避免用药不良反应的发生，保障临床用药安全性。③实行上报机制：对头孢菌素类药物出现不良反应情况及时向监测部门上报，同时，针对头孢菌素类药物的使用医院需制定完善的用药规范及制度，为临床合理用药提供有效指导^[13]。④强化医务人员培训：定期组织医务人员开展业务培训，学习头孢菌素类药物的用药相关规章制度、临床最新用药指南、药物适应症、不良反应等，保证人员能够详细掌握各个药品的用药禁忌证、适应症、药理机制、用药方法、用药剂量、注意事项等，从而保证用药安全性。编制头孢菌素类药物不良反应手册，为医务人员发放并指导其学习，同时组织内部知识交流

会，开展专家讲座，进一步学习联合用药内容，提高医务人员综合素质^[14]。此外，还需强化医务人员法律文件培训，提高医务人员法律意识及安全意识，增强其对头孢菌素类药物不合理用药引发不良反应问题的重视度。

综上，在头孢菌素类药物临床用药过程中，需确保合理、安全用药，以降低不良反应的发生，更好的保障药物治疗效果。

参考文献：

[1]文佩佩,郭小兵,李爽,等.血标本碳青霉烯类耐药肺炎克雷伯菌的分子特征及危险因素分析[J].现代预防医学,2020,47(3): 479-483.

[2]Hashimoto R, Shoji K, Ishiguro A, et al. Clinical characteristics of bacteremic urinary tract infection due to third-generation cephalosporin-resistant Escherichia coli in children[J]. Journal of Infection and Chemotherapy, 2022, 28(3): 469-471.

[3]姚淑慧,孟爱霞.抗生素的使用对妊娠合并轻症细菌感染性疾病孕妇妊娠结局的影响研究[J].河北医学,2021,27(7): 1197-1200.

[4]Angela D, Gerald O, Rehman A M, et al. Mortality attributable to third-generation cephalosporin resistance in Gram-negative bloodstream infections in African hospitals: a multi-site retrospective study[J]. JAC-Antimicrobial Resistance, 2021,3(1): 1-5.

[5]蔡迪鸣.临床应用头孢菌素类抗生素的不良反应及合理用药研究[J].中国现代药物应用,2021,15(8): 221-223.

[6]王丽,赵锐,田思圣,等.35 批次头孢类抗生素注射用粉针丁基胶塞中游离硫及常见抗氧剂的迁移研究[J].药物分析杂志,2020,40(11): 2033-2041.

[7]崔端霞,王子,曲凯,等.贝叶斯网状 Meta 分析预测头孢菌素类抗菌药物联合甲硝唑治疗腹腔感染的疗效和安全性[J].中华消化外科杂志,2020,19(10): 1076-1082.

[8]何艳.头孢菌素类抗生素不良反应类型及合理用药对策[J].临床合理用药杂志,2021,14(1): 5-6.

[9]曲相珍,王艳军,刘建.通过儿童过敏性哮喘与其青霉素/头孢菌素类药物过敏间基因相关性研究制定合理的用药指导[J].中国保健营养,2020,30(14): 2.

[10]王鹏,苟艳,赵艺,等.头孢菌素类药物说明书 976 份中皮肤过敏试验、交叉过敏警示标志分析[J].安徽医药,2020,24(8): 1659-1663.

[11]Kosenko Y M, Ostapiv N V, Zaruma L E. Turnover of antimicrobial veterinary medicinal products in ukraine as a factor of their rational use in the treatment of infectious diseases in animals[J]. Scientific and Technical Bulletin of State Scientific Research Control Institute of Veterinary Medical Products and Fodder Additives and Institute of Animal Biology, 2020, 21(1): 88-97.

[12]陈冀.总结头孢菌素类抗生素药物不良反应的具体类型并分析合理用药对策[J].中外医疗,2020,39(19): 82-84.

[13]李娜,陈峰.头孢菌素类药物的不良反应和临床用药对策研究[J].中国实用医药,2020,15(14): 169-171.

[14]范宝川.临床应用头孢菌素类抗菌药物发生不良反应的原因分析与合理用药研究[J].中国实用医药,2019,14(19): 140-141.

清金化痰汤联合二羟丙茶碱治疗 AECOPD 对患者血气分析及免疫功能的影响

刘淑娟¹ 赵玉涛² 王少霞³ 丁兰³ 党伟⁴

1、保定市中医院 河北保定 071000; 2、邯郸市中心医院 河北邯郸 056000;
3、邢台市人民医院 河北邢台 054000; 4、临西县人民医院 河北邢台 054900

摘要: 目的: 探讨清金化痰汤联合二羟丙茶碱对慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (AECOPD) 患者血气指标、免疫功能及肺功能状况的影响。方法: 选择 2020 年 1 月至 2021 年 6 月期间邢台市人民医院呼吸内科收治的 AECOPD 患者 100 例作为研究对象, 采用奇偶号编码的方法将患者分为两组, 各 50 例。对照组采用常规治疗+二羟丙茶碱; 研究组采用常规治疗+二羟丙茶碱+清金化痰汤治疗。比较两组治疗前后血气指标[动脉血氧分压 (PaO₂)、动脉血二氧化碳分压 (PaCO₂)、氧合指数 (OI)]、免疫功能[IgM、IgG、IgA]、肺功能[第一秒用力呼气容积 (FEV₁)、用力肺活量 (FVC)、FEV₁/FVC 和 6min 步行距离 (6MWT)]指标的水平。结果: 治疗后, 两组 PaO₂、OI、FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 明显高于治疗前, PaCO₂ 明显低于治疗前, 6MWT 明显长于治疗前, 研究组明显优于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 研究组的 IgM、IgA 水平明显高于治疗前且明显高于对照组治疗后; IgG 水平明显低于治疗前且明显低于对照组治疗后; 对照组的 IgM、IgA 水平明显高于治疗前, IgG 水平明显低于治疗前 ($P<0.05$)。结论: 清金化痰汤联合二羟丙茶碱对 AECOPD 患者的血气指标和肺功能状况可有明显改善作用, 提高患者免疫力, 有利于患者恢复健康。

关键词: 慢性阻塞性肺疾病, 急性加重期; 清金化痰汤; 二羟丙茶碱; 血气分析; 肺功能; 免疫功能

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是目前一个全球性的公共卫生难题, 随着人口老龄化程度的加剧和环境污染问题日益加重, COPD 的发病率呈逐年上升趋势^[1]。COPD 患者在临床上主要表现为咳嗽、咳痰、呼吸困难等症状, 当患者受到感染或其他疾病的诱导下, 可进展为急性发作期, 即为慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, AECOPD), 是 COPD 的急性起病的过程^[2]。AECOPD 可加重疾病进展速度, 严重者甚至导致呼吸衰竭、全身炎症反应综合征和多器官功能障碍等, 明显增加患者的住院率和病死率, 严重威胁患者的生命健康^[3]。二羟丙茶碱是一种平滑肌松弛剂, 缓解呼吸道平滑的痉挛状态, 从而减轻患者临床症状。本研究采用常规治疗+二羟丙茶碱+清金化痰汤的治疗方法, 观察对 AECOPD 患者的治疗效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2020 年 1 月至 2021 年 6 月期间邢台市人民医院呼吸内科收治的 AECOPD 患者 100 例作为研究对象, 采用奇偶编码的方法将患者分为研究组和对照组, 各 50 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 1, 具有可比性。本试验经医院医学伦理委员会批准。

表 1 两组患者一般资料的比较

一般资料	研究组 (n=50)	对照组 (n=50)	t/χ^2	P
性别 男/女 (例)	29/21	27/23	0.162	0.687
平均年龄 (岁)	58.48±6.32	59.24±6.54	-0.591	0.556
平均病程 (年)	8.32±2.18	8.34±2.47	-0.043	0.966
体质量指数 (kg/m ²)	25.65±3.87	25.40±3.69	0.331	0.741
吸烟史 (例)	30	32	0.170	0.680
合并症 冠心病 (例)	18	19	0.043	0.836
高血压	17	18	0.044	0.834
糖尿病	19	20	0.042	0.838
高脂血症	22	25	0.361	0.548

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: 全部患者符合 AECOPD 的诊断标准; 短期内呼吸道症状持续加重, 伴或不伴发热; COPD 病程≥5 年, 急性发作时间<14d; 同意参加本研究试验并签署知情同意书。排除标准: 对本试验所用药物过敏; 入组前 1 个月使用糖皮质激素、支气管扩张药物; 既往存在肺部手术史; 合并肝肾功能障碍、造血系统疾病、恶性肿瘤、脑卒中、认知功能障碍和精神性疾病等患者。

1.3 治疗方法 对照组患者采用低流量吸氧、抗生素、镇咳祛痰、平喘解痉、补液、纠正水电解质紊乱、营养支持和对症处理等治疗, 二羟丙茶碱 (石药集团欧意药业有限公司, 国药准字 H13022765) 静脉滴注, 一次 0.25-0.75g, 以 5% 或 10% 葡萄糖注射液稀释, 1 次/d。研究组在对照组基础上给予清金化痰汤, 组方: 瓜蒌仁 15g, 栀子、黄芩、橘红、茯苓、麦冬、桑白皮 8g、知母 9g、桔梗、川贝母、桃仁、苏子 10g、甘草 5g。水煎取药汁 300 mL, 分早晚两次温服。两组患者均连续治疗 10 天。

1.4 观察指标与方法

1.4.1 血气分析指标: 采用全自动血气分析仪 (瑞士 Compact3) 测定动脉血氧分压 (PaO₂)、动脉血二氧化碳分压 (PaCO₂) 和氧合指数 (oxygenation index, OI)。

1.4.2 肺功能指标: ①肺通气指标: 治疗前后采用肺功能检测仪 (日本 CHEST-AC33-8800) 检测第一秒用力呼气容积 (Forced Expiratory Volume in one second, FEV₁)、FEV₁ pred、用力肺活量 (Forced Vital Capacity, FVC), 各项指标重复检测 3 次, 取平均值。②运动耐力指标: 采用 6min 步行距离试验 (6min walking test, 6MWT) 评价运动耐力, 指导患者在平地直线行走 6min, 测量步行距离。

1.4.3 免疫功能: 采集所有入组患者空腹静脉血, 分离血清, 利用酶标仪通过酶联免疫吸附法测定免疫球蛋白 (Ig) M、IgG、IgA 水平。

1.5 统计学处理 应用 SPSS21.0 软件进行数据的统计分析, 符合正态分布的计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 进行描述, 两组间比较采用成组设计资料的 t 检验, 治疗前后比较采用配对 t 检验, 计数资料或等级资料以例或例 (%) 进行描述, 两组间计数资料比较采用 χ^2 检验, 两组间等级资料比较采用秩和检验, $P<0.05$ 提示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血气指标的比较 治疗前, 两组 PaO₂、PaCO₂、OI 水平比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后, 两组 PaO₂、OI 水平明显高于治疗前, PaCO₂ 明显低于治疗前; 研究组 PaO₂、OI 水平明显高于对照组, PaCO₂ 明显低于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组治疗前后血气指标的比较 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	时间段	PaO ₂	PaCO ₂	OI
研究组	治疗前	54.15±6.41	53.28±8.45	190.26±14.45
(n=50)	治疗后	86.22±8.16	39.85±7.47	286.64±18.36
对照组	治疗前	54.14±6.96	53.24±8.24	191.35±15.47
(n=50)	治疗后	78.37±8.04	45.73±7.13	258.12±18.26

后			
t/P研究组（治疗前 后）	-21.854/<0.001	8.420/<0.001	-29.169/<0.001
t/P对照组（治疗前 后）	-16.112/<0.001	4.873/<0.001	-19.728/<0.001
t/P组间值（治疗后）	4.846/<0.001	4.026/<0.001	7.788/<0.001

表3 两组治疗前后肺功能指标的比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间段	FEV ₁ (L)	FVC (L)	FEV ₁ /FVC (%)	6MWT (m)
研究组 (n=50)	治疗前	1.24±0.21	2.01±0.41	58.23±5.32	269.24±10.65
	治疗后	2.20±0.32	3.11±0.57	70.87±4.69	361.47±15.89
对照组 (n=50)	治疗前	1.25±0.29	2.02±0.44	58.24±5.55	270.41±10.54
	治疗后	1.93±0.32	2.75±0.53	64.32±5.03	312.32±15.36
t/P研究组（治疗前后）		-17.735/<0.001	-11.078/<0.001	-12.602/<0.001	-34.093/<0.001
t/P对照组（治疗前后）		-11.134/<0.001	-7.494/<0.001	-5.740/<0.001	-15.908/<0.001
t/P组间值（治疗后）		4.219/<0.001	3.271/<0.05	6.735/<0.001	15.726/<0.001

2.3 两组患者免疫功能比较分析 治疗后,研究组的 IgM、IgA 水平明显高于治疗前且明显高于对照组治疗后; IgG 水平明显低于治疗前且明显低于对照组治疗后;对照组的 IgM、IgA 水平明显高于治疗前, IgG 水平明显低于治疗前 ($P<0.05$)。见表 4。

表4 两组患者免疫功能比较分析 ($\bar{x}\pm s$, g/L)

组别	时间	IgM	IgG	IgA
研究组 (n=50)	治疗前	0.79±0.09	19.24±3.47	2.31±0.53
	治疗后	2.75±0.23	12.28±2.45	4.27±0.98
对照组 (n=50)	治疗前	0.78±0.08	19.25±3.98	2.32±0.54
	治疗后	1.68±0.15	14.57±3.05	3.34±0.80
t/P研究组（治疗前 后）		-56.115/<0.001	11.586/<0.001	-12.439/<0.001
t/P对照组（治疗前 后）		-37.435/<0.001	6.600/<0.001	-7.473/<0.001
t/P组间值（治疗后）		27.554/<0.001	4.139/<0.001	5.198/<0.001

3 讨论

AECOPD 的治疗原则为扩张支气管,缓解临床症状,改善肺功能,减少急性发作次数。二羟丙茶碱是临床中常用的治疗 AECOPD 的药物,但单纯用该药的效果有限^[4]。AECOPD 在中医中属于“喘病”“哮喘”范畴,病因为肺失调达、聚湿生痰、痰郁化热,治则以清肺化痰为主^[5]。有研究表明,中医药辅助治疗 AECOPD 的效果明显,可起到促进患者肺功能恢复,减轻炎症反应,提高免疫力的作用^[6]。

血气指标和肺功能指标是反应肺部疾病的常用指标,也与 AECOPD 患者预后状况具有紧密的关系^[7]。当 AECOPD 发作时,临床中以吸氧、缓解支气管痉挛,祛痰平喘和保持呼吸道通畅为主,药物主要包括支气管扩张剂、糖皮质激素和 β_2 受体激动剂。二羟丙茶碱属于支气管扩张剂,可直接松弛呼吸道平滑肌,抑制支气管平滑肌细胞收缩,缓解支气管痉挛,改善呼吸困难症状^[8]。另有文献显示,二羟丙茶碱还可增强膈肌收缩力,有效提升肺通气功能^[9]。

血气指标可准确反映 AECOPD 患者是否出现酸碱代谢失衡,以指导进一步治疗方案的制定和调整。FEV₁、FVC 是常见的肺通气功能指标, AECOPD 患者 FEV₁、FVC 水平明显降低,且降低幅度与病情程度具有紧密的关系^[10]。本研究结果显示,加用清金化痰汤治疗后,两组 PaO₂、OI 水平明显高于治疗前, PaCO₂ 明显低于治疗前;研究组 PaO₂、OI 水平明显高于对照组, PaCO₂ 明显低于对照组 ($P<0.05$)。表明此治疗方案可有效改善 AECOPD 患者的血气指标。同时,治疗后,两组 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 均明显高于治疗前, 6MWT 明显长于治疗前,研究组上述指标均明显优于对照组 ($P<0.05$)。表明治疗方案对患者肺功能的改善也较明显。可能与二羟丙茶碱有利于明显缓解呼吸道平滑肌功能障碍程度、气道高反应性和支气管痉挛等因素有关。同时,本研究采用的中药方剂为清金化痰汤,方

2.2 两组治疗前后肺功能指标的比较 治疗前,两组 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 及 6MWT 比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),治疗后,两组 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 均明显高于治疗前, 6MWT 明显长于治疗前,研究组上述指标均明显优于对照组 ($P<0.05$),见表 3。

中黄芩具有清泻肺热的作用,桑白皮能够泻肺和平喘,知母可以清热及养阴,瓜蒌仁、橘红以及贝母均能止咳和化痰,桔梗可以清热利咽,使用甘草对组方中的各项药材进行调和和应用,能够起到显著的肃肺效果^[11]。

AECOPD 患者常伴有免疫功能下降,而免疫功能的下降也是 COPD 患者急性发病的病因之一。由于各种感染致病菌以及其他疾病,导致患者机体处于降低的抵抗力。已有多项研究表明, COPD 患者体内免疫细胞与炎症因子水平与肺功能指标均有着密切的联系^[12]。本研究结果显示, AECOPD 患者经过治疗后,其机体免疫功能均得到改善,且研究组的 IgM、IgA 水平明显高于对照组; IgG 水平明显低于对照组 ($P<0.05$)。分析原因主要为中药方剂中的桑白皮、黄芩、橘红不仅具有减轻炎症反应,还有提高患者免疫功能的作用。

综上所述,清金化痰汤联合二羟丙茶碱对 AECOPD 患者的血气指标和肺功能状况可有明显改善作用,提高患者免疫力,有利于患者恢复健康。

参考文献:

[1]黄菲菲,秦继山.中老年慢性阻塞性肺疾病临床特征与病情进展的相关性[J].实用临床医药杂志,2021,25(1):45-49,53.
[2]祝瑞吟,陈夏辉.哮喘—慢性阻塞性肺疾病重叠综合征的发病机制、遗传学特点及诊断研究进展[J].山东医药,2021,61(6):95-98.
[3]陶阳,郭洪花,张彩虹.慢性阻塞性肺疾病相关性衰弱发病机制及营养干预的研究进展[J].中国全科医学,2021,24(6):684-689.
[4]李强,蔡亚丽,肖敏.羧甲司坦联合二羟丙茶碱对慢性阻塞性肺疾病患者血气分析指标及炎症指标的影响[J].医疗装备,2021,34(20):105-106.
[5]石强,姚梅龄.慢性阻塞性肺疾病“痰”饮“分治说”[J].中医药通报,2021,20(2):27-29.
[6]张亚辉.清金化痰汤联合二羟丙茶碱治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的效果[J].中国民康医学,2021,33(5):95-96.
[7]罗丽琴.头孢他啶联合氨茶碱治疗慢性阻塞性肺疾病的临床疗效及其对患者血气分析指标和肺功能的影响[J].临床合理用药杂志,2021,14(33):82-84.
[8]彭刚.二羟丙茶碱联合甲泼尼龙治疗 AECOPD 疗效观察[J].饮食保健,2021(27):61.
[9]方银.噻托溴铵对慢性阻塞性肺疾病患者血气指标、肺功能以及生活质量的影响研究[J].中国社区医师,2021,37(4):12-13.
[10]王京宝,王波.注射用甲泼尼龙琥珀酸钠对慢性阻塞性肺疾病患者肺功能、血气指标及血清炎症因子水平的影响[J].大医生,2021,6(1):52-54.
[11]倪华开.清金化痰汤联合肺泡灌洗治疗慢性阻塞性肺疾病的临床疗效及其对炎症及痰液黏蛋白 MUC5AC 含量的影响[J].临床合理用药杂志,2021,14(27):146-148.
[12]汪伟,王彬,张立春,等.加味麻杏石甘汤联合噻托溴铵对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者肺功能、血气指标及炎症因子的影响[J].现代生物医学进展,2021,21(6):1046-1050.

项目来源:河北省中医药管理局科研计划项目(2019519)

通讯作者:王少霞(1970-),本科,副主任护师。

缺血性脑卒中伴脑微出血与TIR的相关性研究

刘玉虎¹ 党静² 石红²

兰州市第二人民医院神经内科 甘肃兰州 730030; 兰州大学第二医院老年病科 甘肃兰州 730030

摘要: 背景 缺血性脑卒中伴脑微出血成为近年来的研究热点,尤其是缺血性脑卒中伴脑微出血的危险因素。研究表明,糖尿病为该疾病的危险因素。评估血糖控制情况的指标为糖化血红蛋白,故国内外多数研究多为此类研究。近年来 TIR (葡萄糖目标范围内时间)作为评估血糖控制情况的新指标弥补了糖化血红蛋白的缺陷,反映日间血糖波动情况。然而 TIR 是否与脑卒中伴有脑微出血具有相关性,此方面的研究甚少。目的 探讨缺血性脑卒中伴脑微出血(CMBs)与 TIR 的相关性。方法 选择 2019 年 1 月-2022 年 4 月 58 例缺血性脑卒中合并 2 型糖尿病患者,根据是否伴脑微出血分为观察组(伴 CMBs)28 例,对照组(无 CMBs)30 例,对比两组的糖化血红蛋白、TIR 差异有无统计学意义,并进行相关性分析。结果 观察组与对照组之间年龄无统计学差异($P>0.05$),观察组糖化血红蛋白、TIR 与对照组相比均有差异,差异有统计学意义($P<0.05$),经 Pearson 相关性分析,糖化血红蛋白以及 TIR 与缺血性脑卒中伴脑微出血具有相关性。结论 缺血性脑卒中伴脑微出血与 TIR 具有相关性,在缺血性脑卒中合并糖尿病患者的降糖治疗过程中,应安全平稳降糖,减少血糖波动。

关键词: 缺血性脑卒中; TIR; 脑微出血; 糖化血红蛋白; 磁敏感加权成像

脑卒中是目前国内致死率较高的疾病之一,缺血性脑卒中占脑卒中的 60%-80%,此类疾病致死率高,严重影响人类健康和生命。脑微出血是一种亚临床的终末期微血管病变导致的含铁血黄素沉积,通常可由磁共振 T2 加权梯度回波序列和磁敏感序列检出^[1]。研究表明,糖尿病为脑微出血的危险因素^[2],糖化血红蛋白与脑微出血存在相关性^[3]。糖化血红蛋白以及 TIR 均为反映血糖控制情况的指标,而关于 TIR 是否与缺血性脑卒中伴脑微出血存在相关性目前尚未明确,本研究旨在探讨缺血性脑卒中伴脑微出血与 TIR 的相关性。以期能更好的指导临床工作。

1 对象与方法:

1.1 对象: 选取 2018 年 1 月至 2022 年 4 月在兰州市第二人民医院神经内科就诊的成年患者 58 例,其中男性 30 例,女性 28 例,年龄 ≥ 18 周岁(66 $\pm$ 7.88)岁。同时符合缺血性脑卒中、1999 年 WHO 糖尿病诊断标准,并同意参与本研究。排除标准:①严重感染性疾病患者;②急性慢性胰腺炎及曾行胰腺手术患者;ALT/AST $\geq$ 正常值上限的 2.5 倍,肌酐 $\geq$ 正常值上限的 1.2 倍患者;③酮症或 DKA 患者;④正在使用糖皮质激素、免疫抑制剂或细胞毒治疗患者;⑤有失代偿性心功能不全(NYHA III-IV 级)、不稳定性心绞痛及既往半年内有心肌梗死患者;⑥严重全身性疾病(包括心脑血管系统、呼吸系统、消化系统、神经系统、内分泌系统、泌尿生殖系统疾病、重度贫血等)、恶性肿瘤、精神疾病等患者;⑦血压 $\geq 149/90$ mmHg。

1.2 研究方法: 所有入组患者入院后均进行 SWI 检查,明确脑、皮质、皮质下和脑干部位有无脑微出血。有脑微出血者为观察组,无脑微出血者为对照组。受试者均完成糖化血红蛋白检测,在不改变降糖方案和饮食、运动的生活方式下进行连续 3 天 7 个点指血葡萄糖监测(早、午、晚三餐前,三餐后 2h 及睡前血糖),在此期间尽量保持进餐时间、运动量及作息相对统一。葡萄糖目标范围为 3.9-10.0mmol/L。TIR 值被定义为在葡萄糖监测中实现上述目标的百分。以 TIR 值 $\geq 70\%$ 为血糖控制达标。

1.3 统计学分析: 统计学分析应用 SPSS 25.0 软件。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{X}\pm S$)来表示,两组间计量资料比较采用独立样本 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义,相关关系采用 Pearson 分析。

2 结果:

2.1 两组间年龄、糖化血红蛋白、TIR 对比: 观察组年龄为(65.89 $\pm$ 8.13)岁,对照组年龄(66.10 $\pm$ 7.79)岁,进行独立样本 T 检验,两组之间比较 P 值为 0.92,无统计学差异($P>0.05$)。观察组糖化血红蛋白为(8.57 $\pm$ 1.04)%,对照组糖化血红蛋白为(7.93 $\pm$ 0.97)%,进行独立样本 T 检验,两组之间比较 P 值为 0.19,有统计学差异($P<0.05$)。观察组 TIR 为(0.60 $\pm$ 0.10),对照组 TIR 为(0.68 $\pm$ 0.12),进行独立样本 t 检验,两组之间 P 值为 0.16,有统计学差异($P<0.05$)。见表 1

表 1 两组年龄、糖化血红蛋白、TIR 比较

组别	N	年龄(岁)	糖化血红蛋白	TIR
观察组	28	65.89 $\pm$ 8.13	8.57 $\pm$ 1.04	0.60 $\pm$ 0.10
对照组	30	66.10 $\pm$ 7.79	7.93 $\pm$ 0.97	0.68 $\pm$ 0.12
P 值		0.92	0.19	0.16

注: $P<0.05$ 为差异具有统计学意义

2.2 相关性分析: 以有无脑微出血为因变量,以糖化血红蛋白以及 TIR 为自变量进行 Pearson 相关性分析,结果表明 TIR 与糖化血红蛋白一样与缺血性脑卒中伴脑微出血具有相关性。糖化血红蛋白越高、TIR 越低表明脑微出血的风险越大。

讨论:

脑微出血(cerebral microbleeds, CMBs)是脑小血管病的一种重要表现,其病理改变为脑内微小出血引起含铁血黄素在血管周围沉积,是脑实质的一种亚临床损伤^[4]。CMBs 是临床上发生率较高的脑小血管病,其发生、发展与缺血性脑卒中、脑出血等密切相关。此外,其病灶数量和位置对于预测缺血性脑卒中出血性转化发生风险具有重要意义,可进一步评估脑出血发生风险及预后,并可指导临床选择个体化治疗方案治疗 CMBs 缺血性脑卒中患者^[5]。因此, CMBs 的防治对脑血管相关疾病具有重要意义。CMBs 的发生主要与年龄、吸烟、饮酒、高血压、糖尿病、高脂血症等因素有关^{[6][7][8][9]}。调控血糖、戒烟、戒酒是目前预防 CMBs 发生的重要手段。

随着葡萄糖监测技术的不断发展,血糖波动越来越受到国内外研究者的重视。血糖波动与 2 型糖尿病及慢性并发症的发生发展密不可分^[10]。目前,临床常用的血糖监测指标为糖化血红蛋白,该指标被广泛认可和运用,但随着对糖尿病患者精细化管理的不断深入,研究者们发现 HbA1c 也存在一定的局限性^[11];主要包括无法反映日内和日间血糖波动的情况;不能及时反映血糖水平的快速变化。因此,仅关注 HbA1c 可能会遗漏一些潜在的风险(如低血糖等)和临床效益(如某治疗方案可改善血糖波动而对 HbA1c

无明显影响)。随着葡萄糖监测技术的不断发展,葡萄糖在目标范围内时间(time in range, TIR)作为新指标,近年来逐渐引起重视。通常所说的 TIR 为狭义的 TIR,是指 24h 内葡萄糖在目标范围内的时间(通常用 min 表示)或其所占的百分比,本研究的 TIR 值定义为葡萄糖在目标范围内所占的百分比。目前已有众多研究使用 TIR 作为评估血糖控制水平的指标,能反映日间血糖波动情况。

脑微出血在正常人群中的发病率低,但在缺血性脑卒中患者中发病率为 52%^[14]。缺血性脑卒中为糖尿病的慢性并发症之一,缺血性脑卒中通常被认为是糖尿病的大血管病变。但目前研究表明,脑微出血与糖尿病造成微细血管病变相关。糖尿病可以引起脑微血管的损伤,微血管损伤后会影响营养物质运输,导致微血管的扩张,血液流变学发生改变。由此血管内皮细胞增殖、基底膜增厚和微细血管增生,造成微细血管出血,产生微小出血灶,进而发生脑微出血^[2]。另外,糖尿病患者内皮一氧化氮合酶活性降低,导致一氧化氮合成减少,从而抑制血管扩张,引起脑脊液屏障被破坏进而诱发脑微出血^[15]。

本研究通过观察缺血性脑卒中合并 2 型糖尿病患者的脑微出血情况、糖化血红蛋白、TIR 等指标,明确了缺血性脑卒中伴脑微出血患者的糖化血红蛋白、TIR 与无脑微出血患者有统计学差异,初步表明缺血性脑卒中伴脑微出血与 TIR 具有相关性。为以后在治疗糖尿病合并缺血性脑卒中伴脑微出血患者时提供依据,在关注糖化血红蛋白达标的同时,也要关注日间血糖波动情况,平稳降糖,尽量避免短期内血糖波动,控制脑微出血的危险因素。减少脑微出血的发生。

参考文献:

- [1]常莉莎,孙继才,张江.糖化血红蛋白与进展性缺血性脑卒中中的相关性[J].中国老年学杂志,2014,5(11):3146-3147.
- [2]李国旺,喻明.脑微出血危险因素、可能发生机制及其并缺血性脑卒中的治疗进展[J].实用心脑血管病杂志,2022,30(2):7-12,23.
- [3]周代星,严丽,谢翠红.糖化血红蛋白及血脂与急性缺血性脑卒中伴脑微出血的相关性研究[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(23):21-23.
- [4]Cordonnier C, Salama S, Wardlaw J. Spontaneous brain microbleeds: systematic review, subgroup analyses and standards for study design and reporting [J]. Brain, 2007, 130 (P18): 1988-2003.
- [5]LEE J S, KO K H, OH J H, et al. Cerebral microbleeds, hypertension, and intracerebral hemorrhage in cerebral autosomal-dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy [J]. Front Neurol, 2017, 8: 203.
- [6]徐大飞,楚兰.缺血性脑卒中患者合并脑微出血的危险因素分析[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2020,27(2):143-146.
- [7]Jia Z, Mohammed W, Qiu Y, et al. Hypertension increases the risk of cerebral microbleeds in the territory of posterior cerebral artery: a study of the association of microbleeds categorized on basis of vascular territories and cardiovascular risk factors [J]. Stroke Cerebrovasc Dis, 2014, 23 (1): e5-11.
- [8]Qiu G, Cotch M F, Sigurdsson S, et al. Retinal and cerebral microvascular signs and diabetes: the age, gene environment susceptibility-Reykjavik study [J]. Diabetes, 2008, 57 (6): 1645-1650.
- [9]Ding J, Sigurdsson S, Garcia M, et al. Risk factors associated with incident cerebral microbleeds according to location in older people the age, gene/environment susceptibility (AGES)-Reykjavik study [J]. JAMA Neurol, 2015, 72 (6): 682-688.
- [10]孙晶,邵加庆.血糖波动与糖尿病神经病变的关系[J].国际内分泌代谢杂志,2018,38(3):204-208.
- [11]段建芳,金凤钟,王晓明等.血糖波动与老年人糖尿病血管并发症的研究进展[J].中华老年多器官疾病杂志,2016,15(10):788-791.
- [12]Ceriello A, Colagiuri S. International diabetes federation guideline for management of post meal glucose: a review of recommendations [J]. Diabet Med, 2008, 25 (10): 1151-1156.
- [13]陆静毅,马晓静,周健,贾伟平.持续葡萄糖监测测定的目标范围内时间与 2 型糖尿病视网膜病变的相关性研究[J].中华内科杂志,2019,1(58):65.
- [14]王国珍,张特,汪国宏.急性缺血性脑卒中伴脑微出血与糖化血红蛋白及血脂的相关性研究[J].中国临床神经科学,2013,21(4):438-440.
- [15]Umehara T, Kawamura T, Hotta N. Pathogenesis and neuroimaging of cerebral large and small vessel disease in type 2 diabetes: a possible link between cerebral and retinal microvascular abnormalities [J]. J Diabetes Invest, 2017, 8 (2): 134-148.

* 通讯作者: 刘玉虎,主治医师。

基金项目: 兰州市科技计划项目“磁敏感加权成像评估缺血性脑卒中大血管病变不同治疗方法出血风险的临床意义”(项目编号:2021-1-117)

2020 年吴忠市职业病危害现状调查技术报告分析

马娟 韩秋启

吴忠市疾病预防控制中心 宁夏吴忠市 751100

摘要:目的 为掌握吴忠市职业病危害用人单位的数量与不同行业、地区、经济类型、规模等用人单位分布情况,掌握我市存在的职业危害因素种类及接触粉尘、化学毒物、物理因素、生物因素和其他因素的劳动者数量及主要岗位分布等状况,为吴忠市创建更为完善的职业危害现状数据库,为进一步加强职业病防治工作提供基础依据。方法 本次采用国家卫生健康委统一编制的调查表,在现场对抽样的制造业、采矿业以及电力与热力等生产与供应业等企业进行全面调查,主要的内容包含以下 3 类信息:企业以及职业病危害与职业健康管理的信息。结果 吴忠市企业主要以煤炭业和电力、热力和水的供应与生产为核心。而小微企业占比最高,有限责任公司与私营企业是主要的经营类型。接触粉尘和化学毒物人数较多。全市共调查企业 413 家,乡镇(街道)15 个,从业人员总人数 19462 人,其中女职工 4795 人,劳务派遣人员 696 人,有职业病危害因素存在的企业共 409 个。与职业病危害因素接触的总人数共 11454 人,其中接触粉尘总人数 6188 人,化学毒物总人数 3165 人,物理因素总人数 7136 人,电离辐射人数 126 人,生物因素 84 人,其他因素 9 人。结论 吴忠市防治工作场所职业病的工作还需要进一步提升,对此类企业应该重视职业卫生的监管,且应重视宣传职业卫生相关知识。

关键词:职业病;粉尘;噪声;现状调查技术

1. 前言

为掌握我市有职业病危害存在的用人单位企业数量与不同地区、经济类型等用人单位分布状况,对我市职业危害因素的种类和接触粉尘以及化学毒物与物理、生物与其他因素劳动者的数量与主要岗位分布等情况进行调查[1]。进一步加强对我市相关工作人员对职业健康知识进行培训以及重视申报职业病危害项目,并定期检测工作场所职业病危害性因素和检查职业健康等防治职业病工作开展状况等,吴忠市认真组织开展了职业病危害现状调查工作。在 2020 年 1 到 6 月抽样调查乡镇职业病危害情况,报道如下所示。

2. 调查方法

2.1 调查范围

调查吴忠市职业病危害现状,主要工作范围覆盖全市五县(市、区),本次调查范围为全市采矿业,制造业,水、电力、燃气的供应和生产业等 3 个门类。全市需对 470 家企业展开调查,其中利通区共 110 家,红寺堡区共 150 家,盐池县共 110 家,同心县共 50 家,青铜峡市共 50 家。实际完成调查 413 家,其中利通区 111 家,红寺堡区 130 家,盐池县 110 家,同心县 12 家,青铜峡市 50 家。

2.2 调查对象和内容

2.2.1. 调查对象

(1) 全市水、采矿、制造及电力以及燃气与水生产供应等等相关行业用人单位,在调查的时候,将正常运行、工作人员在十人与以上的企业法人单位以及产业活动单位等列入到整个调查范围之内。

(2) 对于 10 人与 10 人以上的企业法人以及产业活动单位与其他的非法人单位内部员工数量较少的地区,把从业人员于 5 到 9 人的产业活动单位以及企业法人单位等单位归纳为本次调查的对象。

(3) 各个县(市、区)也可与本地具体情况,把 10 人以下的产业活动单位与企业法人单位以及其他非法人单位均归纳为被调查的对象。

2.2.2. 调查内容

本次研究借助国家卫生健康委所编制的调查表(统一编制),主要调查包括由企业基本信息等信息组成。

(1) 用人单位基本信息。包括用人单位名称、统一社会信用代码、工作场所地址、单位注册地址、所属行业、女职工人数、生产产品与用人单位的投产时间等内容。

(2) 职业病危害因素种类及接触情况信息。包含职业病危害因素的分类目录(2015 年版)所列出来的粉尘、物理因素以及放射性等因素,其中有 459 种职业病危害性因素于各个用人单位实际接触情况与接触各种职业病危害因素的人数中,且对接粉尘(矽尘、煤尘、水泥尘、石棉尘等所有类型粉尘)、化学毒物(苯、铅及其化合物等所有化学毒物)与物理因素(噪声等)的具体职业病危害因素的接触人数与名称进行调查。

(3) 职业健康管理信息。包含申报职业病危害因素(在新系统当中申报)、定期检测职业病危害性因素、在岗时检查职业健康与用人单位负责人以及职业健康管理者与存在接触职业病危害性因素群体培训等等状况进行调查。定期检查职业病危害因素时,主要检查的项目包含粉尘与化学因素和其中的矽尘、煤尘等的超标情况与检测数量;有关人员在岗时所检查的职业健康内容包含:粉尘以及化学与矽尘等接触人员的复查以及

体检人员和异常人数。

(4) 调查指标。主要包含职业病危害项目的申报率、定期检测率、劳动者人员此岗期间的职业健康检查率、主要负责人的培训率以及劳动者培训率等等指标。

2.3 调查方案

调查名单由国家疾控中心抽取,自治区疾控中心反馈各市(县、区)疾控中心。各县(市、区)卫生健康行政部门通过向同级的统计部门获得第四次经济普查数据中采矿业、制造业与电力、燃气及水的生产和供应业的企业名单,以此名单为基础,与市场监管部门获取的上述行业企业名单进行核实、补充,重点对在 2019 年 1 月后注册的上述三个行业的企业名单进行补充,并结合乡镇(街道)实际核查情况(需剔除已经明确关闭的重点行业企业),确定被调查乡镇(街道)的调查企业名单。同时,由调查人员将通过上述渠道获取企业信用代码,企业名称、法人、具体地址以及企业规模、经济类型等等基本信息录入职业病危害现状调查系统。

3. 质量控制

3.1 调查机构负责初审调查数据,技术指导组成员认真审核最终调查数据,若是发现问题立刻向调查人员反馈并详细对其核实。

3.2 成立市技术指导组对各县(市、区)调查表按 5%抽取进行审核,其余批量审核后提交自治区职业病危害现状调查技术指导组。

4. 组织实施

4.1 成立职业病危害现状调查领导小组。

为统筹做好全市调查工作的组织实施、方案制定、数据和调查报告审核等工作,成立吴忠市职业病危害现状调查领导小组。

4.2 成立职业病危害现状调查技术指导组。

为加强对各县(市、区)职业病危害现状调查工作的联络协调、技术指导、质量控制以及数据资料的收集、管理和分析等工作,成立吴忠市职业病危害现状调查技术指导组,将技术指导组设于市疾病预防控制中心。

4.3 组建职业病危害现状调查队伍。

本次调查工作由疾控机构(下称调查机构)负责、卫生监督机构协助开展。各县(市、区)卫生健康行政部门组织成立职业病危害现状调查机构,调查工作在市级调查机构指导下按照自治区调查实施方案,对本辖区内选取的企业进行调查,完成数据录入和数据审核工作。其中,利通区入厂调查、数据录入和数据审核等工作由市疾控中心负责组织实施,市卫生监督所、利通区卫健局和企业所在乡镇协助完成。

对于调查机构,初审调查数据,技术指导组成员审核调查数据,若是发现问题立即向调查人员反馈,及时对其进行核实。成立市技术指导组对各县(市、区)调查表按 5%抽取进行审核,其余批量审核后提交自治区职业病危害现状调查技术指导组。

5. 结果与讨论

5.1 基本情况

全市共调查企业 413 家,其中利通区 111 家,红寺堡区 130 家,盐池县 110 家,同心县 12 家,青铜峡市 50 家。共调查乡镇(街道)15 个,其中利通区 4 个(板桥乡、胜利镇、金星镇、古城镇);红寺堡区 2 个(新民街道办事处、太阳山镇);盐池县 3 个(惠安堡镇、高沙窝镇、盐州路街道办事处);同心县 3 个(河西镇、韦州镇、王团镇);青铜峡市 3 个(叶

盛镇、大坝镇、峡口镇)。413 家企业共有从业人员总人数 19462 人,其中女职工 4795 人,劳务派遣人员 696 人,存在职业病危害因素企业数量 409 个。接触职业病危害因素的总人数 11454 人,其中接触粉尘总人数 6188 人,化学毒物总人数 3165 人,物理因素总人数 7136 人,电离辐射人数 126 人,生物因素 84 人,其他因素 9 人。如表 1 所示。

表 1 吴忠市职业病危害现状情况(按地区)

所属地区	企业数量 (个)	从业人员(人)			存在职业 病危害因 素企业数 量(个)	接触职业 病危害因 素总人数 (人)
		从业人员 总人数 (人)	女职工 (人)	劳务派遣 (人)		
利通区	111	5126	1262	70	111	2838
红寺堡区	130	5571	1288	582	129	3694
盐池县	110	5045	1056	39	110	2845
同心县	12	386	117	5	9	143
青铜峡市	50	3334	1072	0	50	1934
合计	413	19462	4795	696	409	11454

5.2 调查结果地区分布(详见表 2-表 4)

调查结果显示,存在职业病危害因素企业数量 409 个,其中利通区 111 个,占 27.14%;红寺堡区 129 个,占 31.54%;盐池县 110 个,占 26.89%;同心县 9 个,占 2.20%;青铜峡市 50 个,占 12.22%。接触职业病危害因素总人数 11454 人,其中利通区 2838 人,占 24.78%;红寺堡区 3694 人,占 32.25%;盐池县 2845 人,占 24.84%;同心县 143 人,占 1.25%;青铜峡市 1934 人,占 16.88%。粉尘接触情况由高到低依次为盐池县 1653 人,占 26.71%;利通区 1608 人,占 25.99%;青铜峡 1564 人,占 25.27%红寺

表 3 吴忠市职业病危害检测及监护统计表

所属地区	职业病危害 项目申报企 业数(个)	主要负责人 已接受职业 健康培训企 业数(个)	职业健康管 理人员已接 受职业健康 培训企业数 (个)	接触职业危 害人员职业 健康培训人 数(人)	过去 3 年开展职业病危害因素检测企业			过去 3 年开展职业健康监护企业		
					过去 3 年开展职 业病危害因素检 测企业数(个)	全面开展 (个)	部分开展 (个)	过去 3 年开展职 业健康监护企业 数(个)	全面开展 (个)	部分开展 (个)
利通区	41	47	48	2137	44	40	4	35	27	8
红寺堡区	19	48	53	3039	38	29	9	27	24	3
盐池县	23	30	29	2225	30	26	4	39	31	8
同心县	4	9	8	75	5	5	0	5	5	0
青铜峡市	11	11	10	1676	9	8	1	8	5	3
合计	98	145	148	9152	126	108	18	114	92	22

表 4 最近一次体检统计表

所属地区	最近一 次体检 人数 (人)	最近一次体检							
		粉尘作业		接触毒物(铅)		接触噪声		接触电离辐射	
		粉尘 (人)	异常 (人)	接触毒 物(人)	异常 (人)	接触噪 声(人)	异常 (人)	接触电 离辐射 (人)	异常 (人)
利通区	1897	1130	30	486	5	1379	21	4	0
红寺堡区	1932	834	23	651	32	1239	49	6	0
盐池县	2550	1284	32	646	22	871	97	0	0
同心县	101	101	2	0	0	101	13	0	0
青铜峡市	1332	1444	14	113	0	1211	10	0	0
合计	7812	4793	101	1896	59	4801	190	10	0

6. 讨论

对 2020 年吴忠(各县(市、区))市具备健康监护资质的体检机构所提供的信息资料结果分析得出,与噪声作业接触的工人中两耳高频听阈 $\geq 40\text{dB}$ 的人数共有 97 人,此类员工主要集中于红寺堡区,接触噪声作业工人 1239 人,其中职业禁忌症检出人数共 49 人,接触的工龄在 3 年及以上。噪声不但会使人听力受到损伤或者发生噪声性的耳聋,也可以对多个脏器系统产生程度不同的危害。所以,对于噪声作业人员,于日常生产当中,应该正确的佩戴防护用品,同时企业应该对生产工艺适当的改进,使生产环境内噪声可以在源头上被消除。接触矽尘的作业工人共 1284 人,

堡区 1251 人,占 20.22%;同心县 112 人,占 1.81%。

化学毒物接触情况依次为盐池县 1774 人,占 56.05%;红寺堡区 966 人,占 30.52%;利通区 269 人,占 8.50%;青铜峡市 156 人占 4.93%,同心县无化学毒物接触情况。

物理因素接触总人数为 7136 人,依次为红寺堡区 2216 人,占 31.05%;利通区 2114 人,占 29.62%;青铜峡市 1432 人,占 20.07%;盐池县 1255 人,占 17.59%;同心县 119 家,占 1.67%。详见表 2。

表 2 接触职业病危害因素人数统计表

所属地区	接触职业病危害因素人数						
	接触职业病 危害因素总 人数(人)	粉尘	化学毒 物	物理因素	电离辐 射(人)	生物因 素(人)	其他因 素(人)
利通区	2838	1608	269	2114	6	0	0
红寺堡区	3694	1251	966	2216	118	0	9
盐池县	2845	1653	1774	1255	0	70	0
同心县	143	112	0	119	0	0	0
青铜峡市	1934	1564	156	1432	2	14	0
合计	11454	6188	3165	7136	126	84	9

职业病危害申报情况:调查的 413 家企业职业病危害项目申报率为 23.73%,其中利通区为 36.94%,同心县 33.33%,青铜峡市 22.0%,盐池县 20.91%,红寺堡区 14.62%。详见表 3、4。

其中检出职业禁忌症 32 例;接触煤尘作业工,接触工龄为 3 年及以上。这部分员工分布在盐池县,主要行业类型是国有经济以及采矿业。因为,尘肺不但可以引起肺结核、肺癌等等呼吸系统疾病,还可能会引起心理疾病。所以,积极宣传防治尘肺病的知识,对有关知识普及,将个人防护工作做好,是劳动者提升自我保护意识的核心内容。并且应该对接触煤尘作业人员的职业健康情况进行调查,职业健康检查每年进行一次,以确保可对尘肺病更好的进行防治。

综上,吴忠市市工作场所防治职业病的工作还需要进一步增强,积极监管企业的职业卫生,且重视宣传职业卫生相关知识,确保可以为劳动人员可以在安全的工作环境下工作。

参考文献:

[1]乔雪梅,王书超,宋静. 商丘市职业病危害现状调查分析[J]. 河南医学高等专科学校学报,2021,33(4): 441-445. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9276.2021.04.016.

[2]丁浩,谈立基,王茂,等. 广州市 150 家小、微企业职业卫生管理现状调查[J]. 中国职业医学,2019,46(2): 236-238.

[3]冀芳,丁晓文,董华凰,等. 职业性噪声性听力损失与代谢综合征的关联[J]. 环境与职业医学,2020,37(12): 1194-1199.

[4]廖春华,边宸锋,余新天,等. 深圳宝安区 93 家工业企业职业病危害状况[J]. 中华劳动卫生职业病杂志,2011,29(11): 832-833.

[5]李晓海,王爱红,冷朋波,等. 2006 至 2015 年宁波市职业病发病状况及趋势分析[J]. 中华劳动卫生职业病杂志,2017,35(2): 122-126

多层螺旋 CT 血管成像及全脑灌注成像在超早期脑梗死前期诊断中的应用价值分析

马立芳

邢台医学高等专科学校第一附属医院 CT 室 河北邢台 054000

摘要：目的：分析多层螺旋 CT 血管成像（CTA）及全脑灌注成像（MSCTPI）在超早期脑梗死前期诊断中的应用价值。方法：对我院 53 例短暂性脑缺血发作患者进行研究。所有患者均进行 CT、MSCTPI、CTA 检查。分析 MSCTPI 及 CTA 诊断结果，并对比脑灌注异常患者患侧与对侧灌注参数、CTA 不同分期患者脑灌注参数平均值以及不同分期患者与动脉狭窄的关系。结果：53 例短暂性脑缺血发作患者常规 CT 平扫检查中，并未发现与疾病相关的新鲜病灶。经 MSCTPI 检查显示，发现脑灌注异常 49 例。其中 rCBV 图 20 例灌注异常，rCBF 图 21 例灌注异常，MTT 图 26 例灌注异常，TTP 图 49 例灌注异常。CTA 分期显示，I₁ 期 9 例，I₂ 期 12 例，II₁ 期 12 例，II₂ 期 16 例。脑灌注异常患者患侧 rCBF、rCBV 均低于对侧，而 MTT、TTP 高于对侧，P<0.05。在 I₁ 期，脑灌注参数并未明显改变，在 I₂ 期，随着 rCBF、rCBV 的下降，MTT、TTP 均明显延长。53 例患者共 106 支颈内动脉进行 CTA 检查，CPR 与 MIP 显示其中狭窄 71 支，35 支无狭窄。30 例患者颅内血管存在不同程度的狭窄情况。经 Spearman 等级相关检查显示，其相关系数指数未 0.78，P<0.05。结论：MSCTPI 及 CTA 能有效明确患者异常血流及血管狭窄程度，并可根据 MSCTPI 的灌注参数了解脑组织的病理生理学状态，从而更利于医师掌握患者的实际病情，为后期制定相对应的治疗计划提供参考，值得推广。

关键词：多层螺旋 CT 血管成像；全脑灌注成像；超早期；脑梗死前期；诊断价值

脑梗死是一种缺血性脑血管病，即指给大脑的细胞供血的脑血管，由于各种原因发生堵塞，其远端脑细胞由于缺血而发生坏死^[1-2]。脑梗死时细胞一旦完全阻断血流达五分钟以上，脑细胞就可以发生不可逆的死亡。当死亡的脑细胞量多、大，就会引起神经功能缺损性的症状。一般可表现为对侧肢体的偏瘫、偏身感觉障碍或者偏盲等。若梗死的范围大，梗死脑细胞多，即使在经过有效治疗后也会遗留各种不同程度的神经功能缺损症^[3]。目前溶栓和动脉取栓是唯一能够打通血管的治疗手段，也是可能唯一能够彻底治愈脑梗死的治疗手段^[4]。但若超过治疗时间窗，没能够采用溶栓和动脉取栓治疗，则会有一定的神经系统残疾。临床诊断主要依赖于影像学检查，但由于常规 CT 存在一定局限性^[5]，导致患者易错过最佳治疗时期，增加病死率、致残率。近年来大量学者提出脑梗死前期概念及理论，即发病到恢复期之间的时间段，一般是指患者发病的前两周^[6]。在这个时间段内，患者脑组织细胞未发生不可逆转的形态改变，若及时给予有效的治疗，则能尽量降低脑梗死后遗症发生率，提高患者生活质量。基于此背景下，我院对 53 例短暂性脑缺血发作患者进行研究，分析 MSCTPI 及 CTA 的临床应用价值。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

对我院 2019 年 1 月-2022 年 1 月 53 例短暂性脑缺血发作患者进行研究。其中男性 30 例，女性 23 例，平均年龄（55.23±2.36）岁。

1.2 方法

采用多层螺旋 CT 扫描仪（16 层，GE 公司生产），先对患者行常规平扫，扫描参数：层厚、层距 5mm，横断位扫描。后选择基底节至冠状位 8 各层面作用感兴趣区层面，并进行灌注扫描。采用高压注射器经静脉注入对比剂 50ml，速率 5ml/s。扫描参数：电压 80kV，电流 100mA，FOV24cm*24cm，矩阵 512*512，层厚 10mm，扫描间隔 1.25s，扫描速度 1 层 1/s，共扫描 50s，获取 200 帧扫描图像。在灌注扫描完成 10min 后行

CTA 检查。采用高压注射器经静脉注入对比剂 50ml，速率 5ml/s。扫描参数，电压 120kV，电流 100mA，FOV23cm*23cm，矩阵 512*512，层厚 0.9mm，层距 0.5mm，螺距 0.67，扫描间隔 1.25s，扫描速度 0.8s/r，延时 20s 开始扫描。扫描范围值主动脉弓至顶结节水平，扫描线与颅底平行。扫描完成后将所有扫描数据上传至工作站，使用后处理软件对扫描图像进行处理。将大脑前动脉作为输入动脉，并同一层面选择输出静脉。使用计算机软件，计算出 rCBF、rCBV、MTT、TTP。对 CTA 扫描数据进行重建，包括 CPR、MIP、VR。观察动脉整体形态，并进行评价。

1.3 观察指标

观察 MSCTPI 及 CTA 诊断结果，并对比脑灌注异常患者患侧与对侧灌注参数、CTA 不同分期患者脑灌注参数平均值以及不同分期患者与动脉狭窄的关系^[7-8]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 21.0 对数据处理，计数、计量分别采用%、（ $\bar{X} \pm S$ ）表示，使用 X²/t 校检；P<0.05 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 MSCTPI 及 CTA 诊断结果分析

53 例短暂性脑缺血发作患者常规 CT 平扫检查中，并未发现与疾病相关的新鲜病灶。经 MSCTPI 检查显示，发现脑灌注异常 49 例，4 例未发现异常灌注表现。其中 rCBV 图上存在低灌注表现 20 例，rCBF 上存在低灌注表现 21 例，MTT 图上存在明显延长表现 26 例，TTP 图上存在明显延长 49 例。CTA 分期显示，I₁ 期 9 例，I₂ 期 12 例，II₁ 期 12 例，II₂ 期 16 例。低灌注区域分别在额颞叶皮层、扣带回、基底节豆状核、内囊后肢、尾状核。

2.2 脑灌注异常患者患侧与对侧灌注参数对比

脑灌注异常患者患侧 rCBF、rCBV 均低于对侧，而 MTT、TTP 高于对侧，P<0.05。详见表 1。

表 1 脑灌注异常患者患侧与对侧灌注参数对比（ $\bar{X} \pm S$ ）

组别	例数	rCBF（ml/min·100g）	rCBV（ml/100g）	MTT（s）	TTP（s）
患侧	49	32.15±3.25	30.45±12.25	24.39±13.21	23.56±15.25
对侧	49	56.56±3.14	59.25±15.24	16.26±14.31	18.29±17.65

t 值	4.263	5.251	4.126	5.263
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3CTA 不同分期患者脑灌注参数平均值对比

在I₁期,脑灌注参数并未明显改变,在I₂期,随着 rCBF、rCBV 的下降,MTT、TTP 均明显延长。详见表 2。

表 2CTA 不同分期患者脑灌注参数平均值对比

组别	例数	rCBF	rCBV	MTT	TTP
I ₁ 期	9	0.97	1.04	1.12	1.22
I ₂ 期	12	0.96	1.19	1.25	1.41
II ₁ 期	12	0.70	0.92	1.31	1.51
II ₂ 期	16	0.51	0.54	1.33	1.55

2.4 不同分期患者与动脉狭窄的关系

53 例患者共 106 支颈内动脉进行 CTA 检查,CPR 与 MIP 显示无狭窄 35 支,轻度狭窄 42 支,中度狭窄 18 支,重度狭窄 11 支。存在钙化斑块 63 支,其中软斑块 26 支。30 例患者颅内血管存在不同程度的狭窄情况,大脑前动脉 A1 段 15 例,中动脉 M1 段 25 例,中动脉 M2 段 4 例,前动脉合并中动脉 28 例,大脑后动脉 5 例。经 Spearman 等级相关检查显示,其相关系数指数未 0.78, P<0.05。详见表 3。

表 3 不同分期患者与动脉狭窄的关系

组别	例数	轻度狭窄	中度狭窄	重度狭窄
I ₁ 期	9	9	0	0
I ₂ 期	12	10	2	0
II ₁ 期	12	4	7	1
II ₂ 期	16	0	5	11

3. 讨论

脑梗死前期是目前急性缺血性脑血管病的一个新的研究方向^[9]。多数学者认为短暂性脑缺血发作的主要发病机制是由于血栓栓塞导致脑血管低灌注所致。在血管动脉粥样硬化或严重血管狭窄病变的基础上,血管内血流速度会明显下降,部分血栓栓子不断脱落并最终抵达微血管,引起栓塞,进而发生脑缺血相关症状。脑缺血是脑梗死发生的基础,脑缺血持续时间越长,则脑梗死病情也会越重。相关研究表示^[10],脑缺血持续发作会增加脑梗死危险性,但在脑缺血时,脑组织在病理上并未发生不可逆转的改变,可以通过恢复血流灌注而恢复神经系统原有的功能。因此,脑缺血是脑梗死发生的预警信号,尽早发现脑部血流异常,及时给予治疗,能有效预防脑梗死的发生,改善预后。

本研究结果显示,53 例短暂性脑缺血发作患者常规 CT 平扫检查中,并未发现与疾病相关的新鲜病灶。经 MSCTPI 检查显示,发现脑灌注异常 49 例。其中 rCBV 图 20 例灌注异常,rCBF 图 21 例灌注异常,MTT 图 26 例灌注异常,TTP 图 49 例灌注异常。CTA 分期显示,I₁期 9 例,I₂期 12 例,II₁期 12 例,II₂期 16 例。脑灌注异常患者患侧 rCBF、rCBV 均低于对侧,而 MTT、TTP 高于对侧, P<0.05。rCBV、rCBF、MTT、TTP 是反应脑血流动力学异常的有效指标。相关研究显示^[11],在血流灌注异常中,TTP 的敏感性要高于 rCBV、rCBF、MTT。主要是由于在脑缺血发作缓解期,部分小动脉放射性痉挛或堵塞情况得到缓解,促使 rCBF 的恢复。同时由于局部供血血管无代偿性扩张,使 rCBV 也处于相对正常水平。但导致近端大动脉狭窄的斑块依然存在,所以其所支配的区域血流速度会明显减缓,进而延长 TTP。在I₁期,脑灌注参数并未明显改变,在I₂期,随着 rCBF、rCBV 的下降,MTT、TTP 均明显延长。根据 rCBF=rCBV/MTT 得

知,若想维持稳定的脑血流量,则低灌注区的血管则需进行相应扩张。rCBV 越高,则表示 CCR 发挥作用。当 rCBF 比值下降后,则表示 CCR 失去代偿。当 rCBV 比值也随之下降,则表示脑部存在微循环障碍。53 例患者共 106 支颈内动脉进行 CTA 检查,CPR 与 MIP 显示其中狭窄 71 支,35 支无狭窄。30 例患者颅内血管存在不同程度的狭窄情况。提示当颈动脉狭窄而无颅内血管无狭窄时,脑灌注异常区域主要分布在I₁期、I₂期。其原因在于颈动脉狭窄的发生与动脉粥样硬化斑块有关。当颈动脉狭窄后,其血流速度会明显减缓,同时部分栓子脱落而阻塞远端小动脉所致^[12]。而当颅内血管发生狭窄后,脑内灌注异常区则多以II期为主。经 Spearman 等级相关检查显示,其相关系数指数未 0.78, P<0.05。提示 CTA 分期与动脉狭窄程度呈正相关性,即动脉狭窄程度越高,则患者低灌注区缺血现象约严重。

综上所述,脑梗死的发病机制主要是由于低灌注,因此,早期及时诊断,发现低灌注区,并根据患者动脉狭窄程度制定相对应的干预治疗,对改善患者预后具有重要意义。MSCTPI 及 CTA 则能有效明确患者异常血流及血管狭窄程度,并可根据 MSCTPI 的灌注参数了解脑组织的病理生理学状态,从而更利于医师掌握患者的实际病情,为后期制定相对应的治疗计划提供参考,促进患者康复,因此,MSCTPI 及 CTA 具有巨大的临床应用价值,值得推广。

参考文献:

[1]兰勇军,汪文涛,刘新立,吕新胜. 全脑 CT 灌注成像诊断急性脑梗死的价值[J]. 中国医药科学,2022,12 (01): 149-152+166.

[2]吴鉴钊,魏展惠. CT 灌注联合血管成像对评估急性脑梗死失语患者认知功能障碍的价值分析[J]. 现代医用影像学,2021,30(08): 1470-1472.

[3]李皓楠,吴庭书,吴卫华. CT 血管成像侧支循环评估与急性脑梗死动脉取栓疗效的临床研究[J]. 系统医学,2021,6 (06): 15-18.

[4]马运萍. 螺旋CT脑灌注成像与CT血管成像在超早期脑梗死中的应用[J]. 影像研究与医学应用,2020,4 (20): 41-43.

[5]王发权. 急性脑梗死评估中 GE256 排 Revolution CT 一站式全脑灌注与 CT 血管成像的应用及临床价值[J]. 实用医学影像杂志,2020,21 (03): 250-253.

[6]秦敏,侯丹玮. CT 血管成像评估急性脑梗死患者颈动脉狭窄、侧支循环的价值[J]. 实用临床医药杂志,2020,24 (11): 14-16+20.

[7]沈永玲,朱海暴,李勇,朱云波. CTA 结合 CTP 对预测急性脑梗死患者静脉溶栓预后的价值[J]. 川北医学院学报,2020,35 (02): 280-282.

[8]宋辉,郭金灵. 多层螺旋 CT 血管成像联合 ABCD2 评分在短暂性脑缺血发作早期进展为脑梗死预测中的应用价值[J]. 临床心身疾病杂志,2020,26 (02): 127-129.

[9]李海军,尚雪峰,吴瑞. CT 灌注联合血管成像对急性脑梗死失语患者认知功能障碍的评估研究[J]. 北京医学,2020,42 (02): 165-168.

[10]冯浩,唐晓梅,于逢春. 脑CT灌注成像联合CT血管成像在超急性期脑梗死中的应用[J]. 中国医疗设备,2019,34 (S1): 129+135.

[11]田楠,王改莲. 超早期脑梗死诊断中 640 层螺旋 CT 脑灌注成像与 CT 血管成像的应用价值[J]. 临床医学研究与实践,2018,3 (29): 153-154.

[12]邹梅,韩玺河,张晓莺,刘学玲,郭森,李燕,肖艳,刘燕,李燕云,王琳琳. 全脑 CT 灌注联合血管成像在急性脑梗死患者早期的临床应用价值[J]. 兵团医学,2018, (01): 7-10.

项目来源:河北省邢台市科技局科技计划项目(2021ZC059)

精神科药物对患者肝脏损害测定中应用超声的方法及价值观察

彭樱 石苏林 阳成

广元市精神卫生中心超声科 四川广元 628001

摘要：目的：研究精神科药物对肝脏损害测定中应用超声检查的价值。方法：选取2019年4月~2021年4月在我院使用精神科药物治疗1年以上的患者95例作为本研究观察组，再将同期在我院治疗的95例刚确诊或使用精神科药物不足1个月的作为本研究对照组。所有患者均采用超声检查肝脏，并分析检查结果。结果：观察组有19例（20.00%）被诊断为不同程度的肝脏超声异常，对照组有6例（6.32%）被诊断出存在不同程度的肝脏超声异常情况，2组比较差异， $P<0.05$ ；长期服用精神科和药物的患者超声影像学显示，肝脏异常区存在局限性或散在的不规则回声减弱、增强现象，光点密集或变细或变粗等情况；其中以氯氮平+利培酮治疗对患者的肝损害最多。结论：对长期服用精神科药物的患者进行肝脏超声检查，可了解患者的肝脏受损程度，有较高的临床应用价值。

关键词：精神科药物；肝脏损害；超声；价值

在精神类疾病的治疗中，抗精神病药物起着非常重要的作用，随着新型抗精神病药物的使用，大大降低了锥体外系副作用，但长期的药物治疗对肝功能的损害却不能忽视^[1]。近些年，随着临床应用抗精神病药物种类的日益增多，引起的药物致肝损伤也越来越多。在精神科药物的最初应用的10年中，曾有大量导致肝损害的报道，多为酚噻嗪类药物，以氯丙嗪即冬眠灵引起的胆汁淤积型肝损伤损害的病例最多，很多患者发生黄疸而引起较重肝损害，且无性别差异，在年轻病例中相对较少^[2]。此外还有与个体或酗酒发生的氯丙嗪导致的肝损害，未呈现黄疸症状，也就是亚临床性胆汁淤积的发生率比较高，70%的患者在发生黄疸之前，有感冒症状或消化道表现，如腹痛、恶心、呕吐等前驱症状^[3]。典型和非典型抗精神病药所致的肝损伤发生率分别为75.00%和25.00%，其中以氯丙嗪和利培酮的肝损害最多。患者在住院期间，急性治疗时，多采用联合用药，以加强治疗效果，这就增加了副作用。为了明确精神科药物对肝损害的情况，临床上可采用超声诊断分析，并得到广泛认可。为了进一步探讨超声在肝损害中的应用价值。本研究结合本院精神科疾病患者的超声检查数据，来分析超声检查在抗精神病药患者致肝损害中的应用效果进行研究，现汇报如下。

1. 资料及方法

1.1 一般资料

选取在我院精神科治疗并服用精神科药物1年以上的患者95例作为本研究观察组，在选取95例未服用或者服用时间小于1个月的精神类疾病患者作为本研究对照组，所有入选人员均于2019年4月~2021年4月期间收治。观察组：男49例，女46例，年龄：19-58岁，平均年龄（37.45±3.57）岁；BMI指数：21.4-27.6kg/m²。对照组：男50例，女45例，年龄：20-59岁，平均年龄（37.61±3.64）岁；BMI指数：21.5-27.6kg/m²。两组性别、年龄满足可比性差异， $P>0.05$ 。

1.2 方法

所有患者均采用超声检查，采用美国GE生产的LOGIO E9彩超诊断仪进行检查，探头频率：3.5-6.0MHz，检查前禁食8-12h，取患者仰卧位、右前斜位或左侧卧位，扫描顺序为剑突下、右肋缘下、肋间、右腋进行横断面、纵断面扫查。观察肝脏位置、形态、大小、边缘、内部回声，统计异常率，并进行分析。所有检查均由一名专业影像学医师进行检查。

1.3 观察指标

（1）超声诊断异常率；（2）观察组肝脏超声特点；（3）肝功能异常与联合精神科药物种类的关系。

1.4 评价标准

根据肝脏超声诊断的异常类型，来判断精神科药物不同使用时间长度，患者肝脏受损情况；对长期服用精神科药物的患者超声特点进行讨论，整体超声异常率=超声检查异常例数/总人数×100%。

1.5 统计学分析

采用统计学软件SPSS24.0，“ $\bar{x}\pm s$ ”、（ n ，%）表示计量、计数，实施t、 χ^2 检验， $P<0.05$ ：有统计学差异。

2. 结果

2.1 超声诊断肝脏异常率

观察组超声诊断肝脏异常率明显高于对照组， $P<0.05$ ，见表1：

表1 两组超声诊断肝脏异常率对比表[n（%）]

组别	例数	脂肪肝	胆囊结石	胆管结石	肝硬化	总异常率
观察组	95	13(13.68)	3(3.16)	2(2.11)	1(1.05)	19(20.00)
对照组	95	4(4.21)	1(1.05)	1(1.05)	0(0.00)	6(6.20)
χ^2	-	-	-	-	-	7.784
P	-	-	-	-	-	0.005

2.2 观察组肝脏超声特点

超声检查显示，有9例患者肝脏呈左叶囊性无回声区，后方有较强回声，壁光滑而又薄；13例患者可见脂肪肝和肝增大现象，患者肝脏实质性回声的前场明显增密、增强，后场回声明显衰减；10例患者可见肝脏实质性弥散改变，肝脏实质回声增强、增粗；轻度脂肪肝患者肝脏后方结构虽然模糊，但隐约可见。

2.3 肝功能异常与联合精神科药物种类的关系

利培酮+氯氮平联合使用造成的肝损害比例最高，达到36.36%；其次是利培酮+奥氮平和阿立哌唑+氯氮平，达到21.43%、18.75%，由此得知，联合用药大大增加了精神科药物的肝损害发生率，见表2：

表2 肝功能异常与联合精神科药物种类的关系表[n（%）]

药物	调查人数	异常人数	肝损害比例
氯氮平+利培酮	22	8	36.36
奥氮平+利培酮	14	3	21.43
氯氮平+阿立哌唑	16	3	18.75
奥氮平+阿立哌唑	12	2	16.67

奥氮平+氯氮平	9	1	11.11
氯氮平+氨磺必利	11	1	9.09
氯氮平+舒必利	11	1	9.09
合计	95	19	20.00

3. 讨论

受环境、遗传、心理等先天、后天因素影响,我国精神疾病患者的人数不断增加,而药物是主要的治疗手段。抗精神病药物是一类治疗躁狂发作、精神分裂症等其它严重精神障碍的药物,包括传统的药物和新型抗精神病药物。传统的抗精神病药物如奋乃静、舒必利、氟哌啶醇等,其副作用主要为锥体外系副作用,如眼上翻、眼肌痉挛、颈部肌肉痉挛等,还可表现坐不住、烦躁、走来走去等情况,还有口唇不自主运动等^[4]。另一种常见的副作用为抗胆碱能的副作用,表现为便秘、口干、视物模糊等,女性表现为催乳素升高,月经紊乱,男性出现乳头分泌物,还有一些中枢神经系统副作用如头痛、头晕、失眠等^[5]。新型抗精神病药物有喹硫平、奥氮平、阿哌利啉、利培酮等,这些药物副作用相较于传统抗精神病药物副作用相对较小,主要引起代谢综合征,如体重增加、血脂、血糖升高等。有些患者服药后有过性谷丙转氨酶升高,也有出现黄疸症状,胆红素升高,转氨酶中度升高等。常见的肝损害形式如肝细胞性损伤,ALT>正常值3倍的精神科药物如安非他酮、帕罗西汀、氟西汀、利培酮、曲唑酮、舍曲林、丙戊酸等;胆汁淤积性的肝损伤如AP高于正常值2倍或ALT/AT<2的有卡马西平、阿米替林、苯巴比妥、苯妥英等;小泡性脂肪变性的如丙戊酸^[6]。对于抗抑郁药物导致的肝损伤,如阿米替林,慎用,或者较低起始剂量使用;安非他酮,肝硬化患者不能超过75mg/d;西酞普兰不能超过20mg/d;度洛西汀禁用;艾司西酞普兰不超过10mg/d;氟西汀减量或者减少使用次数;帕罗西汀起始剂量10mg/d,不超过40mg/d;舍曲林减少使用次数减少药量;曲唑酮根据肝损害程度调整剂量;文拉法辛减少剂量50%,肝硬化患者减量更大;拉莫三嗪,无肝硬化的中度到重度肝损害需要停药;拉莫三嗪,无肝硬化的中度到重度肝损害,减量25%,有严重肝损的减量50%;奥卡西平,轻或中度的无需调整剂量,重度,慎用;托吡酯慎用;对于第二代抗精神药物阿立哌唑无需调整剂量;齐拉西酮未建议调整剂量;奥氮平从较低起始剂量开始;喹硫平起始剂量25mg/d,滴定到25-50mg/d;利培酮,起始剂量0.5mg/d,增加到0.5mg,分2次服用,增量大于1.5mg,2次/d,每周服用1次^[7]。

精神类疾病需要长期使用抗精神病药物治疗,但抗精神病药多为西药,长期的用药会对肝功能造成很大的损伤。为了采取针对性的干预手段,需要对患者的肝损情况进行检查,为后续药物的调整作出依据。在抗精神病药物对患者肝损害测定的方法上,以影像学检查为主,超声检查因无创、高效、操作简便、患者依从性高、检查成本相对较低等优势得到医患的认可^[8]。超声诊断的方式对判断患者长期使用精神科药物对其肝损害的情况有着促进的意义,可在超声影像上有明显的异常特点。本研究结果显示,观察组的95例长期使用抗精神病药物治疗的患者中,有19例存在不同程度的肝脏超声异常情况,而对照组只有6例被诊断出肝脏不同程度异常情况;而长期使用精神科药物的患者肝脏超声特点主要表现为肝脏囊性无回声区,可见中度脂肪肝和肝增大现象,肝脏出现实质性弥散改变等异常病变情况,由结果得知,长期使用精神科药物治疗导致的肝功能损伤程度明显高于短期使用抗精神病药物或者未使用药物的患者,提示,精神科医生在对患者进行药物治疗的过程中,必须强化药物使用种类和方法。本研究结果还显示,观察组95例患者中,均采用联合用药,通过调查发现,采用氯氮平+利培酮治疗的有22例,采用奥氮平+利培酮治疗的有14例,采用氯氮

平+阿立哌唑治疗的有16例,采用奥氮平+阿立哌唑治疗的有12例,采用氯氮平+奥氮平的有9例,采用氨磺必利+氯氮平治疗的有11例,采用舒必利联合氯氮平治疗的有11例,其中氯氮平+利培酮治疗肝损害发生率最高,为36.6%,其次是奥氮平+利培酮的肝损异常率为21.43%和采用氯氮平+阿立哌唑的肝损害发生率18.75%。不过也有研究不认为联合用药会增加肝损害,意见有悖。导致精神科药物所致的药物性肝脏损害异常的因素也有可能与用药时间、患者自身体质、年龄、易感体质、抗精神病药物种类、药物剂量等因素有关。有研究指出,多种抗精神病药物联用是抗精神病药物致药物性肝炎的重要因素,有研究对16岁以下183例患者采用利培酮、奥氮平、喹硫平、阿立哌唑、帕里哌酮等药物治疗后,对肝功能影响从大到小排列依次为利培酮、喹硫平、奥氮平、帕里哌酮、阿立哌唑。因此,建议在临床中,可选择减少肝损害发生率高的药物之间的联用,合理使用精神科药物,定期检查肝功能,即时的诊疗,对联合使用精神科药物且剂量较大的患者需加强肝损害监测^[9]。本研究不足之处是,样本量太少,以后还需大样本量研究;在考察联合使用精神科药物与患者肝功能损害之间的关系时,未考虑药物剂量、使用频次等,仅仅只考虑了精神科药物的种类。此外,心境稳定剂及稳定剂对肝功能的损害还未研究,后期还需要对多种精神科药物及疾病类型进行分类研究。同时,本研究观察组所选的病例皆为使用精神科药物治疗1年以上的患者,而对其在使用精神科药物治疗前,是否有肝损伤,并不知,对照组样本量也较少,研究有一定的局限性,仅供参考。临床上可通过超声诊断的方式,可帮助医生明确精神科药物对患者肝脏损伤的类型和程度,指导医生采取针对性的干预手段来降低肝损害。

综上所述,精神科药物对肝功能的损害还是挺大的,临床上可通过保肝治疗来促进患者指标恢复。超声检查在精神科药物对肝损害程度的测定结果中,有很好的临床应用价值,可直观的反应患者的肝脏在形态和结构方面的异常,给临床医生提供诊断意见。医生也可根据彩超结果,掌握患者病情,给予针对性的治疗措施,避免肝脏进一步的损害。

参考文献:

- [1]姚献虎, 闻祥旺, 程志元, 等. 长期服用抗精神病药物对慢性精神分裂症患者颈动脉粥样硬化影响的多因素分析[J]. 临床心身疾病杂志, 2020, 26 (2): 158-160.
- [2]汪旭, 王丽, 裴敏, 等. 长期服用抗精神药物对精神分裂症患者甲状腺和肝脏的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45 (3): 456-458.
- [3]韩剑峰. 长期服用抗精神病药治疗对精神分裂症患者肝脏及血脂水平的影响[J]. 医学理论与实践, 2017, 30 (10): 1450-1451.
- [4]徐浩, 张国玲, 刘义, 等. 长期规律口服抗精神病药物患者的血液生化分析[J]. 贵州医药, 2017, 41 (5): 506-507.
- [5]何兴芳. 超声诊断对长期服用抗精神病药物引起肝脏损害患者的观察研究[J]. 心理医生, 2018, 24 (27): 110-111.
- [6]高亚楠, 李晓琳. 精神科药物对患者肝脏损害测定中超声的应用分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21 (65): 18-19.
- [7]于春芳. 超声检查在长期服用抗精神分裂药患者中的应用及超声特点分析[J]. 现代医用影像学, 2018, 27 (6): 1879-1880, 1883.
- [8]赵滨. 长期服用抗精神病药物患者肝胆 B 超检查结果分析[J]. 中国药物与临床, 2020, 20 (5): 726-727.
- [9]丁凤丽. 精神科药物对患者肝脏损害测定中超声的应用分析[J]. 中外女性健康研究, 2019 (3): 89-90.

生活重建理念在出院脑卒中偏瘫患者功能恢复中的应用

施珮珮

联勤保障部队第 904 医院常州医疗区神经内科 江苏常州 213000

摘要：目的：探讨生活重建理念在出院脑卒中偏瘫患者功能恢复中的应用。方法：选取本院神经内科于 2021 年 1 月~2022 年 3 月收治的脑卒中偏瘫患者 86 例，随机分为观察组和对照组两组，各 43 例。对照组予常规护理和康复干预，观察组则在对照组基础上实施以生活重建理念为指导的护理干预。采用神经功能缺损程度评分标准（NIHSS）分别在干预前后对两组患者的康复效果进行评价和比较；采用卒中专门生存质量量表（SS-QOL）及 Barthel 自理力量表分别评价和比较两组患者干预后的生存质量和自理能力。结果：干预前，两组患者的 NIHSS 评分相似，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；实施以生活重建理念为指导的护理干预后，观察组患者的 NIHSS 评分显著下降，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者的 SS-QOL 评分及 Barthel 自理能力评分均显著高于对照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：以生活重建理念为指导的护理干预通过引导脑卒中偏瘫患者进行与日常生活相关的康复训练，有效促进了患者神经功能恢复，对提高患者的生活质量和自理能力起到了积极作用。

关键词：生活重建理念；出院；脑卒中；偏瘫；生存质量；自理能力

Application of life reconstruction concept in functional recovery of discharged stroke patients with hemiplegia

Shi Peipei

Department of Neurology, No. 904th Hospital, Changzhou Medical District, JLSF Jiangsu Changzhou 213000

Abstract Purpose: To explore the application of life reconstruction concept in functional recovery of discharged stroke patients with hemiplegia. Method: A total of 86 stroke patients with hemiplegia admitted to the Department of Neurology of our hospital from January 2021 to March 2022 were randomly divided into observation group and control group, with 43 cases in each group. The control group was given routine nursing and rehabilitation intervention, while the observation group was given life reconstruction concept guided nursing intervention on the basis of control group. The rehabilitation effects of the two groups were evaluated and compared before and after intervention. The quality of life and self-care ability of the two groups were compared after intervention. Result: Before intervention, NIHSS scores of 2 groups were similar, with no statistical significance ($P>0.05$). After the implementation of nursing intervention guided by the concept of life reconstruction, NIHSS score of patients in the observation group decreased significantly, with statistical significance ($P<0.05$). SS-QOL score and Barthel self-care ability score in the observation group were significantly higher than those in the control group, with statistical significance ($P<0.05$). Conclusion: The nursing intervention guided by the concept of life reconstruction effectively promoted the recovery of patients' neurological function and played a positive role in improving patients' quality of life and self-care ability.

Key Words the concept of life reconstruction; hospital discharge; stroke; hemiplegia; quality of life; ability to care for

脑卒中是神经科常见的脑血管急性疾病，包括出血性脑卒中和缺血性脑卒中，由于多种原因导致脑血管狭窄、堵塞或破裂，脑组织缺血缺氧或遭到压迫，具有极高的复发率、致残率和致死率^[1]。随着医疗技术的进步，脑卒中患者的死亡率已逐年下降，但患者发病后仍不可避免地遗留有活动、语言、吞咽、认知等多种功能障碍。其中以活动障碍最为多见，主要表现为肢体偏瘫、肌力下降、肢体活动能力下降，严重者可失去生活自理能力，日常生活需他人照顾，对家庭和社会造成沉重的负担^[2]。常规的康复训练虽可恢复患者的部分功能，但患者康复锻炼的积极性不高，对生活质量的提升有限^[3]。生活重建治疗理念（Occupational Lifestyle Redesign Programme, OLSR）从重建生活意志、重建生活能力、重建生活方式三个环节入手，将环境调整、作业活动、生活训练访谈等作为治疗手段，激发患者主动参与康复训练，其强调应用生活训练范畴，即将生活训练访谈的理念和技巧应用于以重建生活为目标的治疗过程中，侧重于通过访谈引导患者表达内心最迫切希望解决的问题及愿望和目标，分析问题并提出解决问题的方法，着重于建立促进健康的意志，进而重建生活方式、提高患者的生活质量的目的是^[4]。本文将以生活重建理念为指导的护理干预应用于脑卒中偏瘫患者中，有效促进了患者神经功能恢复和生活质量的提高。报道

如下。

1、资料与方法

1.1 临床资料：选取本院神经内科于 2021 年 1 月~2022 年 3 月收治的脑卒中偏瘫患者 86 例，随机分为观察组和对照组两组，各 43 例。对照组男 25 例，女 18 例，平均年龄（ 63.5 ± 2.3 ）岁；观察组男 23 例，女 20 例，平均年龄（ 62.9 ± 2.5 ）岁。纳入标准为：（1）符合脑卒中诊断标准^[5]；（2）诊断为偏瘫；（3）生命体征平稳；（4）处于疾病恢复期；（5）认知、沟通正常；（6）知情同意本研究。排除标准为：（1）合并有其他影响肢体活动的疾病者；（2）合并有严重慢性疾病者或影响生活质量的疾病者；（3）无法配合随访者；（4）沟通障碍者；（5）因各种原因脱落研究者。两组患者年龄、性别、疾病诊断、偏瘫程度等一般资料比较，具可比性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法：对照组予常规护理和康复干预，即在患者病情稳定后，鼓励患者做床上主动运动，包括踝泵运动、膝关节屈伸运动、床上主动翻身运动等。制定康复锻炼计划，患者病情允许后，可搀扶患者在床边坐起，持续 10~15min 无不适可协助患者床边站立，逐渐过渡到使用助行器床边行走，注意纠正其步态，提高偏瘫侧肢体的肌力和活动能力。指导患者按康复治疗师评估，制定的康复计划进行康复锻炼，如练习患侧肢体上举、

平举、取物等动作,以提高偏瘫侧肢体的活动能力。观察组则在对照组基础上实施以生活重建理念为指导的护理干预,即通过访谈了解患者对于疾病和目前肢体功能的想法,对于患者存在的焦虑、担忧等负面情绪给予鼓励和引导,告知患者积极进行康复训练可有效改善其功能。有意识地使用偏瘫侧肢体梳头、刷牙,以提高偏瘫侧肢体的活动能力,还可根据患者的功能水平和自理需求为其制定个体化的康复锻炼计划。如上肢活动训练可采用“剥豆子”、“包饺子”等家务劳动。指导患者用健侧上肢捏住豆角,患侧上肢缓慢剥开豆角并取出豆子,该动作可多次、反复练习,以提高手指的活动度和双侧上肢的工作配合度。下肢训练可以“购物”等为主,如由家人陪伴去超市购物,患者可负责推车,在超市取物等,锻炼其下肢活动能力和拿取物品的能力^[6]。

1.3 观察指标:采用神经功能缺损程度评分标准(NIHSS)分别在干预前后对两组患者的康复效果进行评价和比较;采用卒中专门生存质量量表(SS-QOL)及Barthel自理能力量表分别评价和比较两组患者干预后的生存质量和自理能力。

1.3.1 康复效果:采用神经功能缺损程度评分标准(NIHSS)进行评价^[7],该量表内容包括局部刺激反应、面瘫、语言、上下肢肌力、步行能力等,总分0~42,评分越高,表示被测试者的神经功能越差。

1.3.2 生存质量:评价采用卒中专门生存质量量表(SS-QOL)进行评价^[8],该量表内容含有与身体健康相关的生活质量和社会心理健康相关的生活质量共2个维度,包括自理能力、上下肢功能、语言、视力、移动能力、社会角色、家庭角色、性格、情绪、精力、工作等共12个条目,用1~5分表示“根本做不到”、“很难做到”、“难以做到”、“较难做到”、“容易做到”,总分12~60分,评分越高表示被测试患者的生存质量越好。

1.3.3 自理能力:评价采用Barthel自理能力评分量表,该量表内容包括修饰、穿衣、床椅转移、上下楼梯、进食、大小便等共10个条目,总分0~100分,评分越高,表示被测试者的依赖程度越低。

1.4 统计学方法:整理资料后全部录入SPSS22.0统计学软件,两组患者干预前后NIHSS评分、SS-QOL及Barthel评分的比较进行t分析,P<0.05为对比有统计意义。

2、结果:

干预前,两组患者的NIHSS评分相似,差异无统计学意义(P>0.05);实施以生活重建理念为指导的护理干预后,观察组患者的NIHSS评分显著下降,有统计学意义(P<0.05),详见表1。观察组患者的SS-QOL评分及Barthel自理能力评分均显著高于对照组,有统计学意义(P<0.05),详见表2。

表1 两组患者NIHSS评分的比较(分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	43	38.85±3.27	29.16±2.88
对照组	43	39.16±3.14	35.17±3.07
P		>0.05	<0.05

表2 两组患者SS-QOL及Barthel评分的比较(分)

组别	例数	SS-QOL	Barthel
观察组	43	49.22±2.41	81.25±4.53

对照组	43	38.85±2.55	62.67±3.69
P		<0.05	<0.05

3. 讨论

偏瘫是脑卒中患者发病后常见的后遗症,指患侧机体同侧上下肢、舌肌、面部肌肉发生感觉障碍和运动障碍。科学、系统、早期、有效的康复训练和护理干预是提高偏瘫侧肢体肌力,促进功能恢复,尽可能减少后遗症,提高患者后期生活质量的关键^[9]。

常规康复训练多借助器械等练习患者的上下肢肌力和活动能力,虽有一定的效果,但康复练习较为枯燥,患者锻炼积极性不高,对其日常生活自理能力的改善有限。以生活重建理念为指导的康复训练以生活重建为基础,根据患者迫切想要恢复以往生活能力的需求,制定针对性的康复训练计划,如去超市购物、剥豆角、择菜等,或完成自己穿衣、刷牙、洗衣服等工作,将日常家务劳动或日常起居融入康复训练中,既可提高患者康复锻炼的积极性,还可提高患者肢体活动度,在完成相应的任务后,患者可产生更为强烈的自我价值感,缓解其因患病而产生的自卑、抑郁等负面情绪,帮助其树立康复的信心。

综上所述,本文将以生活重建理念为指导的护理干预应用于脑卒中偏瘫患者中,通过引导脑卒中偏瘫患者进行与日常生活相关的康复训练,有效促进了患者神经功能恢复,对提高患者的生活质量和自理能力起到了积极作用。

参考文献:

[1]孙海欣,王文志.中国脑卒中患病率、发病率和死亡率调查结果发表[J].中华神经科杂志,2017,50(5):337-339.

[2]卓叶雯,詹陈菊.早期康复训练干预对初次脑梗死偏瘫病人自理能力的影响[J].全科护理,2019,17(1):68-70

[3]梅柳飞.缺血性脑卒中康复锻炼效果及依从性的研究[J].中国继续医学教育,2021,12(36):108-111

[4]徐建扬,杨玉慧,闫彦宁,等.“生活重建”理念在出院偏瘫患者功能恢复中的应用[J].中国康复,2018,33(6):458-461

[5]中国医学会神经病学分会.中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊疗指南2014[J].中华神经科杂志,2015,(4):246-257

[6]郭丽云,崔丽霞,王潞萍,等.以任务导向性训练为主的家庭康复训练治疗脑卒中偏瘫出院患者的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2012,(10):774-776

[7]脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383

[8]王伊龙,马建国,李军涛,等[J].脑卒中生存质量量表中文信度和效度及敏感度的初步研究[J].中华老年心脑血管病杂志,2003,5(6):391-394

[9]Serena SW,Dora Ng,Chan YL et al.Long-term Efficacy of Occupational Lifestyle Redesign Programme for Strokes[J].Hong Kong Journal of Occupational Therapy 2013,23(1):46-53

LDH、CRP 及 ESR 在小儿支原体肺炎诊断中的价值分析

石雁 胡伟伟

烟台市蓬莱人民医院 主治医师 山东烟台 265600

摘要：目的：本文主要分析 LDH、CRP 及 ESR 在小儿支原体肺炎诊断中的临床应用价值。方法：本次研究择取的 50 例样本均来自我院接受治疗的支原体肺炎患儿，并根据病情的严重程度将其分为两个组别，一组为试验组，另一组为参照组，两组的样本量均为 25 例，试验组为轻症患儿，参照组为重症患儿，同时选取在同一时期收治的细菌性肺炎 25 例作为细菌性肺炎组；病毒性肺炎 25 例作为病毒性肺炎组，所有患儿均接受 LDH、CRP 及 ESR 检测，并分析检测结果。结果：两组患儿治疗前后 LDH、CRP 及 ESR 水平评测，试验组明显低于参照组 ($P < 0.05$)；($P < 0.05$)；支原体肺炎、病毒性肺炎及细菌性肺炎 LDH、CRP 及 ESR 水平评测：不同类型的肺炎其 LDH、CRP 及 ESR 水平均不同 ($P < 0.05$)；重症支原体肺炎患儿急性期与恢复期 LDH、CRP 及 ESR 水平评测：急性期明显高于恢复期 ($P < 0.05$)；同时 LDH、CRP 及 ESR 水平联合检测对支原体肺炎的诊断临床价值较高。结论：支原体肺炎患儿在进行诊断时，接受 LDH、CRP 及 ESR 联合检测可以更好的检出病症，并可以反映患儿的严重程度，对患儿可以更好的进行治疗，在临床中值得推广与应用。

关键词：LDH；CRP；ESR；小儿支原体肺炎；诊断；价值；分析

在临床中，支原体肺炎在呼吸系统疾病中较为常见，是指支原体侵入患儿肺部的一种病症，一旦患上该病，该疾病将改变患儿毛细支气管炎，从而出现间质性肺炎等状况^[1]。支原体肺炎发病率较高，临床特征表现为呼吸困难及胸闷，对患儿的身心健康及生活质量均有不良的影响。所以，对患儿进行有效的干预有重要的意义^[2]。鉴于此，本次研究的过程中，选取了到我院接受治疗的支原体肺炎患儿作为样本进行研究，探讨 LDH、CRP 及 ESR 在小儿支原体肺炎诊断中的临床应用价值，现做出如下报告。

1、资料与方法

1.1 一般资料

本次研究的起止时间分别为 2021 年 6 月、2022 年 6 月，本次研究的 50 例样本均来自到我院接受治疗的小儿支原体肺炎患儿，并根据病情的严重程度将其分为两个组别，一组为试验组，另一组为参照组，两组的样本量均为 25 例。通过调查试验组患儿的基本信息可知：其中男性、女性患儿分别有 12 例、13 例；年龄中最大、最小、均值分别是：9 岁、3 岁、(5.98 ± 3.71) 岁。通过调查该组患儿的基本信息可知：其中男性、女性患儿分别有 11 例、14 例；年龄中最大、最小、均值分别是：8 岁、3 岁、(5.98 ± 3.71) 岁，并且参与本次研究的患儿均符合以下条件：(1) 纳入患儿均符合《儿童肺炎支原体肺炎中西医结合诊治专家共识 (2017 年制定)》中有关肺炎支原体的诊断标准；(2) 纳入患儿无合并其他系统感染者，白细胞明显增高考虑是否为混合感染者；(3) 患儿在以往无支气管哮喘或其他系统的感染；(4) 患儿在近期没有长时间的服用免疫抑制剂或糖皮质激素等药物。将以下患儿排除本次研究：(1) 伴有支气管哮喘及结核的患儿；(2) 先天性疾病的患儿；(3) 血液类疾病的患儿；(4) 对本次研究配合度不高的患儿。同时选取在同一时期收治的细菌性肺炎 25 例作为细菌性肺炎组；病毒性肺炎 25 例作为病毒性肺炎组，将所有研究对象的年龄及性别等基本资料进行对比，其数据显示较为相似 ($P > 0.05$)，可进行比较。

1.2 诊断标准：

支原体肺炎：顽固性剧烈咳嗽、肺部体征较少、高热等临床表现，进行实验室检查确诊为支原体感染；

重症支原体肺炎：(1) 肺大叶实质中有大量的胸腔积液；(2) 有坏死性肺炎的特征；(3) 全身均表现为炎症反应综合征；(4) 呼吸或其他系统出现障碍；(5) 合并闭塞性支气管炎；(6) 症状严重，起病较急，肺大叶实质性病变，单独使用大环内酯类药物治疗效果不理想，在支原体肺炎的基础上，有以上任意一条符合就可说明患儿患有重症支气管炎。

1.3 方法

1.3.1 血清标本的收集与处理：采集患儿静脉血液为检测的样本，采集的样本量为 3-4ml，将其放置在抗凝试管中，静置 20 分钟，之后离心 10 分钟，离心速度设置为 3000 转/min，取血清，在 -20°C 进行保存，等待检验。所有患儿均进行检测 LDH、CRP 及 ESR 水平，血清 LDH 水平采取

酶比色法予以检测，血清 CRP 水平采取免疫比浊法予以检测，血清 ESR 水平魏氏法予以检测。

1.3.2 采取免疫比浊法予以检测血清 CRP 水平：使用罗氏 P800 全自动生化分析仪测定试验组及参照组患儿血清中的 CRP 水平，试剂盒有 Roche 公司所提供，同时所有的操作步骤均严格按照产品的说明书进行操作。

采取魏氏法检测血清 ESR (血液红细胞沉降率) 水平：使用魏氏法，也就是红细胞在第一小时末下沉的距离来测定试验组及参照组患儿血清中的 ESR 速度，按照步骤进行操作。

采取酶比色法检测血清 LDH 水平：使用酶比色法测定试验组及参照组患儿血清中的 LDH 水平，严格按照步骤予以操作。

1.3.3 试剂及仪器：冰箱、高速台式离心机、全自动血沉分析仪均来自武汉艾斯科技有限公司；罗氏 E170 全自动电化学发光分析仪、罗氏 P800 全自动生化分析仪、尿酸测定试剂盒，进行实验时要保证为同一位医师。

1.4 评价标准

1.4.1 两组患儿治疗前后 LDH、CRP 及 ESR 水平分析对比

主要观察试验组及参照组患儿的 LDH、CRP 及 ESR 水平，同时分析治疗前与治疗后患儿 LDH、CRP 及 ESR 水平的差异，结合数值进行对比分析^[3]。

1.4.2 支原体肺炎、病毒性肺炎及细菌性肺炎 LDH、CRP 及 ESR 水平比较

主要观察不同肺炎患儿的 LDH、CRP 及 ESR 水平，并对所得数据进行分析及评估^[4]。

1.4.3 重症支原体肺炎患儿急性期与恢复期 LDH、CRP 及 ESR 水平比较

主要观察患儿急性期 (呼吸急促及持续性高热) 与恢复期 (呼吸急促好转，已退烧) LDH、CRP 及 ESR 水平，并比较两个时期的数值^[5]。同时分析 LDH、CRP 及 ESR 水平对支原体肺炎的诊断临床价值^[6]。

1.5 统计学分析方法

统计分析时先检查各组数据的完整性，之后研究人员使用 SPSS 22.0 统计软件对相关数据进行统计评估，本文研究中所指的指标数值主要包括计量资料，并采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料，在分析两组是否有差异存在时，主要依赖于 P 值，临界值为 0.05，以 $P < 0.05$ 作为有显著性统计学意义。

2、结果

2.1 两组患儿治疗前后 LDH、CRP 及 ESR 水平分析对比

通过对各组患儿分析 LDH、CRP 及 ESR 水平，可知，在治疗后，试验组患儿 LDH 水平、CRP 水平及 ESR 水平与治疗前相比较，明显更低 ($P < 0.05$)；同时试验组患儿 LDH、CRP 及 ESR 水平明显低于参照组，组间数值有明显的差异 ($P < 0.05$)，详细内容见表 1。

表 1 两组患儿治疗前后 LDH、CRP 及 ESR 水平对比评估 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	LDH (IU/L)	CRP (mg/L)	ESR (mm/L)
----	---	------------	------------	------------

		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	25	258.24±71.23	141.42±37.12	20.45±1.43	8.38±1.52	30.34±3.43	13.28±1.92
参照组	25	378.23±83.21	192.83±46.10	45.45±2.32	5.93±0.88	47.30±4.34	17.33±2.28
t 值	-	5.477	4.343	45.866	6.975	15.330	6.794
P 值	-	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05

2.2 支原体肺炎、病毒性肺炎及细菌性肺炎 LDH、CRP 及 ESR 水平比较

本次研究中,支原体肺炎患儿体内的 LDH 水平、CRP 水平及 ESR 水平与病毒性肺炎患儿体内的 LDH 水平、CRP 水平及 ESR 水平及细菌性肺炎患儿体内的 LDH 水平、CRP 水平及 ESR 水平有较大的明显 ($P<0.05$),详情内容见表 2。

表 2 支原体肺炎、病毒性肺炎及细菌性肺炎 LDH、CRP 及 ESR 对比评估
($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	LDH (IU/L)	CRP (mg/L)	ESR (mm/L)
支原体肺炎组	25	325.12±15.30 ^{ab}	43.23±5.21 ^{ab}	45.37±4.45 ^{ab}
病毒性肺炎组	25	239.31±15.03 ^a	33.17±5.64 ^a	30.03±4.41 ^a
细菌性肺炎组	25	225.43±15.25	68.41±5.61	35.43±4.25

注:LDH 为乳酸脱氢酶,CRP 为 C 反应蛋白,ESR 为血液红细胞沉降率;与细菌性肺炎组相比较,^a $P<0.05$,与病毒性肺炎组相比较,^b $P<0.05$ 。

2.3 重症支原体肺炎患儿急性期与恢复期 LDH、CRP 及 ESR 水平比较

本次研究中,重症支原体肺炎患儿急性期体内的 LDH 水平、CRP 水平及 ESR 水平明显高于重症支原体肺炎患儿恢复期体内的 LDH 水平、CRP 水平及 ESR 水平为;两个组别的数值有较大的差异 ($P<0.05$),详情内容见表 3。

表 3 重症支原体肺炎患儿急性期与恢复期 LDH、CRP 及 ESR 水平对比评估
($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	LDH (IU/L)	CRP (mg/L)	ESR (mm/L)
急性期	25	351.63±15.24	56.86±6.24	30.35±4.86
恢复期	25	195.14±10.44	26.64±3.87	17.36±4.97
t 值	-	42.356	20.578	9.344
P 值	-	P<0.05	P<0.05	P<0.05

2.4 LDH、CRP 及 ESR 水平对支原体肺炎的临床诊断价值

LDH、CRP 及 ESR 水平联合检测的敏感度及特异度更高于三者单独的检测,详情内容见表 4。

表 4 LDH、CRP 及 ESR 水平对支原体肺炎的临床诊断价值

预测因子	曲线下面积	95%CI	最佳截断值	敏感度	特异度
ESR	0.762	0.698,0.866	497.82ng/ml	0.759	0.788
CRP	0.744	0.654,0.834	38.95mg/l	0.741	0.758
LDH	0.789	0.707,0.884	346.59U/ml	0.776	0.723
联合	0.817	0.727,0.899	-	0.845	0.803

3. 讨论

在儿科中,肺炎极为常见,其是导致住院患儿死亡的重要原因^[7]。支原体肺炎在学龄前及学龄期儿童较常见的感染之一,该病有较长的潜伏期,病程较慢,在早期发病时,临床症状并不明显,随着病情的发展可累及多个器官出现功能性障碍,对患儿的身心的健康有较大的影响^[8]。LDH 是一种糖酵解酶,当患者的心肌受损之后,LDH 水平会明显升高^[9]。以往研究表明,支原体肺炎患儿由于氧自由基及炎症因子的刺激可以使肺泡中的巨噬细胞死亡,从未使肺细胞受损,促进心肌酶的分泌,使心肌细胞受到损害^[10]。CRP 在炎症评估及细菌感染的诊断中应用较为广泛,以往文献

显示,CPR 可以评估心血管疾病及自身免疫类病症^[11]。当机体出现感染时,CRP 在短时间内水平显著上升,这也说明了 CRP 与病情有一定的联系,因此其水平能够为支原体肺炎的鉴别作为临床参考^[12]。本次研究中结果显示:在治疗后,试验组患儿 LDH 水平为 (141.42±37.12) IU/L、CRP 水平为 (8.38±1.52) mg/L 及 ESR 水平为 (13.28±1.92) mm/L 与治疗前的 LDH 水平为 (258.24±71.23) IU/L、CRP 水平为 (20.45±1.43) mg/L 及 ESR 水平为 (30.34±3.43) mm/L 相比较,明显更低 ($P<0.05$);同时试验组患儿 LDH、CRP 及 ESR 水平明显低于参照组的 LDH 水平为 (192.83±46.10) IU/L、CRP 水平为 (5.93±0.88) mg/L 及 ESR 水平为 (17.33±2.28) mm/L,两组之间的数据有较大的差异。对不同肺炎的 LDH、CRP 及 ESR 水平进行评估,可知,支原体肺炎患儿体内的 LDH、CRP 及 ESR 水平与病毒性肺炎患儿体内的 LDH、CRP 及 ESR 水平及细菌性肺炎患儿体内的 LDH、CRP 及 ESR 水平均有不同的差异。对不同时期(急性期及恢复期)的重症支原体肺炎患儿体内的 LDH、CRP 及 ESR 水平进行评估,可知重症支原体肺炎患儿急性期体内的 LDH 水平为 (351.63±15.24) IU/L、CRP 水平为 (56.86±6.24) mg/L 及 ESR 水平为 (30.35±4.86) mm/L 明显高于重症支原体肺炎患儿恢复期体内的 LDH 水平为 (195.14±10.44) IU/L、CRP 水平为 (26.64±3.87) mg/L 及 ESR 水平为 (17.36±4.97) mm/L,同时发现 LDH、CRP 及 ESR 联合检测的准确性更高。

综上所述,临床上,对于诊断小儿支原体肺炎可以采用 LDH、CRP 及 ESR 检测,LDH、CRP 及 ESR 水平在重症支原体肺炎中数值较高,这与病情的严重程度有密切的联系,可为患儿的临床治疗提供有力的参考依据,三者联合检测可以提高诊断的临床效果,具有较高的临床应用价值。

参考文献:

[1]张宁,王涛,谭清体.小儿支原体肺炎胸部 CT 影像学特征及其鉴别诊断[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2021,19 (12): 36-38.

[2]徐静.小儿支原体肺炎伴肝损伤与心肌损伤诊断中应用生化检验的临床诊断效果分析[J]. 名医,2021, (13): 92-93.

[3]顾蕊.血清 PCT 与 CRP 共同检测在小儿支原体肺炎与细菌性肺炎鉴别诊断中的参考意义[J]. 中外医疗,2021,40 (12): 164-167.

[4]江菊青.外周血免疫球蛋白 M 与 G 联合检测在小儿支原体肺炎诊断中的价值[J]. 医疗装备,2021,34 (06): 28-29.

[5]周虹.胸部 CT 早期鉴别诊断小儿支原体肺炎合并链球菌肺炎的临床价值[J]. 中国现代医生,2021,59 (08): 103-106.

[6]吴兰.胸部 CT 在小儿支原体肺炎诊断中的临床应用有效性评价[J]. 影像研究与医学应用,2021,5 (05): 112-113.

[7]李巍,翟慢慢,田冬冬,等.肺炎支原体快速培养、血清抗体检测联合应用于小儿支原体肺炎早期诊断中的价值分析[J]. 临床医学工程,2021,28 (02): 175-176.

[8]李会娜.生化检验在小儿支原体肺炎合并肝损伤、心肌损伤诊断中的应用效果[J]. 临床研究,2021,29 (01): 152-153.

[9]欧阳文.肺炎支原体抗体检测在小儿支原体肺炎的诊断价值分析[J]. 现代诊断与治疗,2020,31 (24): 3925-3927.

[10]林晓渊,张美雪.生化检验在诊断小儿支原体肺炎合并肝损伤和心肌损伤中的应用[J]. 医疗装备,2020,33 (23): 34-35.

[11]居承辉.行生化检验对诊断小儿支原体肺炎合并肝损伤、心肌损伤的价值[J]. 人人健康,2020, (24): 81.

[12]秦柯君.MP-DNA、hs-CRP、IL-6 在小儿支原体肺炎诊断中的价值[J]. 现代诊断与治疗,2020,31 (20): 3275-3276.

青铜峡市中小學生营养状况监测结果分析

史红娟 赵仲刚

宁夏回族自治区吴忠市青铜峡市疾病预防控制中心 宁夏吴忠市 751600

摘要：目的：分析青铜峡市中小學生当前的营养状况。方法：选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月间青铜峡市中小學生的营养与健康状况监测数据，并随机选取本市 1754 名中小學生的常规体检结果进行分析。结果：1754 名中小學生中营养不良的发生率为 9.2%，超重率为 12.8%，肥胖率为 9.0%。中學生的营养不良率要高于小學生，营养过剩率则低于小學生；男生的营养不良率、超重率与肥胖率均高于女生；城市学生的营养不良率、超重率与肥胖率均高于乡村学生。结论：在青铜峡市的中小學生群体中同时存在营养不良与营养过剩问题，对此有必要针对中小學生在年龄、性别、所在地等特征展开相应的营养卫生教育活动，同时加强与相关单位的合作，引起学校与家长对学生营养状况的重视，为学生的健康成长提供保障。

关键词：中小學生；营养状况；检测结果

对于少年儿童而言，中小學学习阶段是身体生长发育的重要时期，在该阶段少年儿童不仅身体得到快速发育，智力与心理上也逐渐发展成熟，期间合理的饮食方案对少年儿童的成长发展具有重要影响^[1]。据相关调查研究显示^[2]，我国中小學生群体中存在着较为严重的营养不良与营养过剩问题，营养不良与营养过剩均会对学生的成长发育造成不利影响。少年儿童的营养健康问题近年来逐渐得到社会各界越来越多的关注，但受城乡发展差异、地区经济发展不平衡等因素的影响，我国西部地区少年儿童依然普遍存在各类营养状况。青铜峡市位处宁夏平原中部，是我国较为典型的西部地区县市，在中小學生的营养状况问题上，当地相关单位长期给予充分关注，并针对改善中小學生的营养状况采取了多种措施^[3]。为了了解青铜峡市中小學生的营养状况，为当地中小學生营养水平方案改善提供更加科学、可靠的依据，本文根据 2021 年 1 月至 12 月间青铜峡市中小學生营养与健康状况监测数据为依据，随机从 5 所中小学中选取 1754 名學生，就所选學生的常规体检结果，对青铜峡市中小學生的营养状况展开分析，现将调查研究成果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月间青铜峡市中小學生营养与健康状况监测数据，并从本市的 5 所中小学中随机选取 1754 名中小學生的常规体检结果展开分析。5 所学校中小学、初中各 2 所，高中 1 所，學生年龄介于 4-18 岁，其中男生有 871 名，女生有 883 名，中學生有 770 名，小學生有 984 名。

1.2 方法

针对本市中小學生在营养不良、体重超标、肥胖等方面的营养状况实

施监测，并从消瘦、超重肥胖与生长迟滞三个方面对学生的营养状况进行评价。评价时需充分考虑本地人口、经济发展、地理位置等因素的影响。对随机选取的中小學生实施空腹采血，并进行生化检测，参与學生及家长均对本调查项目知情且同意，所有调查人员在开展调查任务前均接受统一培训，并严格遵循相关规定展开调查活动。

1.3 观察指标

以中国 7-18 岁學生身高标准体重质量作为本次研究的评价标准，在同等身高标准下，体重低于标准体重 90% 的评价为轻度营养不良；体重低于标准体重 80% 的评价为中度营养不良；体重低于标准体重 70% 的评价为重度营养不良；体重高于标准体重 110% 的评价为超重；体重高于标准体重 120% 的评价为肥胖^[4]。

1.4 统计学方法

调查数据均采用 SPSS23.00 处理分析，计数资料采用 t 检验。P<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中小學生总体营养状况

在 1754 名中小學生中共计有 161 名學生存在营养不良问题，营养不良的发生率为 9.2%，其中有 88 名學生为轻度营养不良，有 63 名學生为中度营养不良，有 10 名學生为重度营养不良；有 224 名學生存在体重超标问题，体重超标率为 12.8%；有 158 名學生存在肥胖问题，肥胖率为 9.0%。

2.2 小學生与中學生营养状况对比

小學生与中學生营养状况对比结果显示，中小學生的营养不良率无明显差异（P>0.05），而小學生的营养过剩率高于中學生（P<0.05），如表 1 所示。

表 1 小學生与中學生营养状况对比（n，%）

类别	例数	营养不良			合计	营养过剩		合计
		轻度	中度	重度		超重	肥胖	
小学	984	51（5.18）	45（4.57）	5（0.51）	101（10.26）	130（13.21）	103（10.47）	233（23.68）
中学	770	37（4.81）	18（2.34）	5（0.65）	60（7.79）	94（12.21）	55（7.14）	149（19.35）
χ^2		0.129	6.234	0.152	3.166	0.391	5.825	4.750
P		0.719	0.013	0.697	0.075	0.532	0.016	0.029
2.3 男生与女生营养状况对比					χ^2	7.533	8.379	7.197
男生与女生营养状况对比结果显示，男生的营养不良率、超重率与肥胖率均高于女生（P<0.05），如表 2 所示。					P	0.006	0.004	0.007

表 2 男生与女生营养状况对比（n，%）

性别	例数	营养不良	超重	肥胖
男	871	96（11.02）	132（15.15）	94（10.79）
女	883	64（7.25）	93（10.53）	63（7.13）

2.4 城市學生与乡村學生营养状况对比

城市學生与乡村學生营养状况对比结果显示，城市學生的营养不良率、超重率与肥胖率均高于乡村學生（P<0.05），如表 3 所示。

表 3 城市學生与乡村學生营养状况对比（n，%）

地区	例数	营养不良	超重	肥胖
----	----	------	----	----

城市	902	102 (11.31)	135 (14.97)	102 (11.31)
乡村	852	59 (6.92)	89 (10.45)	56 (6.57)
χ^2		10.098	8.038	11.987
P		0.001	0.005	0.001

2.5 营养状况的年龄分布

根据调查结果显示,男生中营养不良率从 11 岁起开始明显上升,且在 13-16 岁间达到最高峰,女生中营养不良率从 10 岁起明显上升,在 12-14 岁时达到最高峰。在超重、肥胖率上,男女生的最高峰均集中在 7-10 岁,且在 11-14 岁间出现明显下降。

3 讨论

在中小学生学习成长发育的过程中,环境、生活方式、卫生服务水平等因素均会对学生的健康成长产生影响,在各类影响因素中,营养不良与营养过剩是对学生成长影响较大的两项重要因素^[5]。在营养不良的影响下,学生会出现消瘦表现,并可能伴有生长迟滞问题,对学生的智力与体能发展带来严重不利影响,同时还会为学生带来免疫能力低下风险^[6-7]。而营养过剩在学生身上的主要表现为超重与肥胖,同时会为学生带来各类慢性非传染性疾病的发生风险。受地区经济发展差异较大的影响,在我国西部地区存在着较为严重的中小学生学习营养状况不佳问题,为改善西部地区中小学生的营养状况,各地政府相继出台了相应的学生营养改善计划相关政策^[8]。青铜峡市为改善中小学生学习营养状况,相继开展了营养午餐、学生营养专题宣传等活动政策,并在当地成功引起了社会各界的关注。

本研究通过对青铜峡市 1754 名学生的营养状况展开调查分析发现,当地中小学生的营养不良率为 9.2%,低于 2000 年国家教委所公布的中小学生学习 20.0%的营养不良率,较 2001 年青铜峡市中小学生学习营养状况调查报告中 26.1%的中小学生学习营养不良率得到明显改善^[9]。在营养过剩所引发的超重与肥胖问题上,与 2001 年青铜峡市中小学生学习营养状况调查结果无明显差异。中小学生的营养状况差异上,中学生的营养过剩率低于小学生,该结果或与青少年的青春突增规律相关,青少年在青春初期属于体格发育突增期,此时青少年的身高将出现快速增长情况,此外,中学生的学习课业负担较小学生更重,日常活动量大,机体新陈代谢旺盛均会对学生的营养状况产生一定影响。据相关研究显示,女生通常在 10-12 岁进入青春期,而男生一般在 11-13 岁进入青春期,同女生相比较晚,该结论与本研究男生与女生在营养不良率的年龄分布特点相一致^[10]。除年龄分布特点外,男女生在本次研究中的营养状况也存在明显差异,女生在营养不良、超重与肥胖率上均低于男生,其原因一方面在于女生更加怕胖,在个人体态上给予更多关注,对个人饮食严加控制,另一方面在于女生进入青春期后,受月经失血的影响,机体对营养素的消耗与需求量提升。在城市与乡村学生的营养状况差异上,城市学生的营养不良率、超重率与肥胖率均高与乡村学生,导致该结果的因素或许在于城市与乡村环境差异较大,城市学生由于各方面条件均优于乡村,因此在成长过程中养成挑食、偏食等不良饮食习惯,使其更容易发生营养不良或超重肥胖问题,而乡镇学生虽然各方面环境条件不如城市学生,但由于青铜峡市素有塞上江南之称,具有良好的农业发展条件,种植业与养殖业产品种类繁多,为乡村学生的饮食搭配与品类选择提供了良好条件^[11]。除此之外,有研究指出,日常生活条件、生活方式、家庭收入、家长的营养知识水平等因素也会对学生的营养状况具有重要影响,因此改善中小学生的营养状况问题,不仅需要政府与外界给予充分关注,同时也要充分调动家长积极参与到学生营养状况改善的工作中^[12]。

针对中小学生学习营养状况改善问题,需要政府、相关教育部门与学生家长通力合作,指导学生养成科学的饮食习惯,并倡导社会各界积极参与进来。对此首要任务是加强对学生膳食营养工作的宣传教育,让学校、学生家长与社会人员充分认识到营养状态对学生成长发育的重要影响,从而使

其为改善学生的营养状态而付之行动^[13]。此外,在宣传教育的过程中还要针对学生在年龄、性别、生活环境、生理特点等方面的差异展开分析指导,引导学生逐渐养成正确的营养观念与科学的饮食习惯。在以全面开展免费营养午餐工作的前提下,相关单位要加强对学校食堂与餐饮部门的营养指导,积极调动青铜峡市本地优良的种植业资源与养殖业资源,确保学生在成长发育过程中所需的各类维生素与微量元素能够得到适当补充。学生的个人饮食习惯多与家庭因素相关,家长一味地顺从学生挑食、偏食的饮食习惯,会导致学生出现营养不良问题,而一味给予学生高脂、高热量的食物,则会为学生带来营养过剩问题^[14]。对此,相关单位与学校要积极引导家长对科学营养相关知识进行全方位地了解,指导学生家长根据所了解的科学饮食知识,对学生的每日进食次数、进食频率、进食量进行观察记录,并根据观察结果对学生的饮食情况加以控制,对学生吃零食、进食过少、进食过量等不良饮食习惯进行纠正,引导学生逐渐养成低糖、低脂的健康饮食习惯。此外,为了进一步改善中小学生的营养状况,相关单位、学校与学生家长在学生的日常学习与生活中,要积极倡导学生参与户外运动活动,以促进学生日常机体的代谢消耗,为学生的健康饮食情况带来改善。

综上所述,青铜峡市在中小学生的营养状况改善上较过去取得了显著成效,但中小学生学习营养不良与营养过剩问题依旧不容忽视,有待进一步的加强改善,对此相关单位要积极倡导学校与家长参与到中小学生学习营养状况改善工作当中,在改善学生营养不良问题的同时,也要给予学生营养过剩问题充分重视,加强对中小学生学习体重超标与肥胖的防控工作,为学生的健康成长提供可靠保障。

参考文献:

- [1]王鸥,朴玮,陈岷,等.中西部农村地区寄宿制中小学生学习贫血及相关营养状况[J].中国学校卫生,2020,41(01):12-15+20.
- [2]谢小莲,谢利霞,李娟,等.银川市中小学生学习维生素 D 营养状况及影响因素[J].中国学校卫生,2020,41(08):1134-1137+1142.
- [3]张慧,赵海萍,黄子睿,等.宁夏汉族中小学生学习 2000—2019 年超重与肥胖变化趋势[J].中国学校卫生,2021,42(11):1712-1716.
- [4]王璐璐,杨妮妮,赵栋,等.中国城市中小学生学习营养状况认知现状分析[J].中国公共卫生,2019,35(09):1170-1173.
- [5]吴冰,田华,王秀琴,等.宁夏 2013—2017 年贫困农村中小学生学习营养状况[J].中国学校卫生,2021,42(05):663-666.
- [6]程茅伟,欧阳英英,李菁菁,等.我国中部贫困地区中小学生学习营养状况分析[J].中国食物与营养,2020,26(04):75-78.
- [7]沙汝明.中小学生学习不同营养指数的年龄曲线特征及其与血压脉搏相关性分析[J].中国校医,2019,33(05):329-330+391.
- [8]王珏怡,宋逸,胡佩瑾,等.宁夏回、汉族中小学生学习贫血及相关因素的关联分析[J].中国儿童保健杂志,2019,27(11):1219-1222.
- [9]李娟,谢小莲,张文霞,等.宁夏 2000—2014 年中小学生学习超重肥胖与社会经济状况的关系[J].中国学校卫生,2020,41(06):925-928.
- [10]许艺凡,何海蓉,张建芬,等.不同试点地区学生对农村学生学习营养改善计划的认知及满意度现状[J].中国学校卫生,2019,40(02):182-185.
- [11]周磊,王静曦,姜博.农村义务教育学生学习营养改善计划对学生健康的影响研究[J].中国农村观察,2021(02):97-114.
- [12]曹薇,许娟,李荔,等.农村营养改善计划实施地区 2012 与 2017 年学生身高变化[J].中国学校卫生,2019,40(04):511-514.
- [13]张晓帆,李荔,许娟,等.2016 年“农村义务教育学生学习营养改善计划”学生早餐饮奶与营养状况的关系[J].中华流行病学杂志,2019,40(02):175-179.
- [14]于季菲,赵启然.“农村义务教育学生学习营养改善计划”供餐方式对中小学生学习身心健康的影响[J].教育与经济,2020,36(04):30-39.

妇科门诊治疗盆腔炎用药合理性探讨

司锦英 安全静

宁夏第五人民医院 宁夏石嘴山市 753000

摘要：目的：探讨在妇科门诊对盆腔炎用药合理性的情况。方法：将 2020 年 11 月到 2021 年 11 月在本院妇科门诊进行盆腔炎治疗的患者 80 例作为本次的观察对象，并将这 80 例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有 40 例进行盆腔炎治疗的患者。对照组的 40 例进行盆腔炎治疗的患者采用甲硝唑片进行治疗，而实验组的 40 例进行盆腔炎治疗的患者则是采用坤复康胶囊进行治疗，并将两组患者的治疗情况和对治疗的满意度进行对比和分析。结果：采用坤复康胶囊进行治疗的实验组盆腔炎的患者治疗的效果和对治疗的满意度优于采用甲硝唑片进行治疗的对照组盆腔炎的患者，且两组盆腔炎患者的治疗效果和对治疗的满意度对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论：本文通过对妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者使用坤复康胶囊和甲硝唑片进行治疗，两种药物对于盆腔炎的患者均有明显的效果，但是相比较来说坤复康胶囊的治疗效果要高于甲硝唑片的治疗效果，并且在妇科门诊中对盆腔炎患者在使用药物治疗具有一定的合理性，值得推广和使用。

关键词：妇科门诊；盆腔炎；用药合理性

盆腔炎主要是女性内生殖器和周围组织出现严重的统称，包括女性盆腔生殖器官和盆腔腹膜、以及子宫周围的结缔组织出现的炎症，可以分为子宫内膜炎以及输卵管卵巢炎和盆腔腹膜炎等。盆腔炎是育龄妇女中比较常见的一种疾病，在临床上可以将盆腔炎分为急性的盆腔炎和慢性的盆腔炎。但是目前对于慢性的盆腔炎很少提及，因为慢性的盆腔炎会包括不典型或者是隐匿型的盆腔炎疾病，也可能包括盆腔炎疾病的后遗症。并且有相关的研究发现，慢性盆腔炎的组织中是找不到病原体的，患者只出现了组织增生以及组织粘连和瘢痕而形成的后遗症改变。慢性盆腔炎在临床上并没有非常有效的治疗手段，同时治疗的方法也存在一些争议。盆腔炎的主要病原体是沙眼衣原体或者是淋病奈瑟菌、还有厌氧菌和阴道加德纳菌、流感嗜血杆菌以及无乳链球菌等病原体也与盆腔炎发生有关。在患有盆腔炎的患者体内能够检出性传播疾病、微生物以及内源性微生物。由于盆腔炎主要发生在性活跃的女性或者其他有过性传播疾病的危险患者当中，所以目前临床上会把盆腔炎直接列入到性传播疾病的治疗方案当中。盆腔炎是临床上非常常见以及发病率很高的一种疾病，患者会因为生殖道感染以及在经期没有注意卫生或者宫腔内手术感染以及流产而引起出现。盆腔炎的疾病非常的顽固，患者在患有盆腔炎以后会出现月经紊乱以及下腹疼痛和腰骶酸痛、白带增多等临床的症状，严重的盆腔炎患者还会出现败血症。盆腔炎已经严重的影响到了患者的生命安全，所以为了能够改善盆腔炎患者的临床症状，提高患者的治疗效果，因此本文将对在妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者，分别使用甲硝唑片以及坤复康胶囊进行治疗，并将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 11 月到 2021 年 11 月在本院妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者 80 例作为本次的观察对象，并将这 80 例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有 40 例在妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者，而对照组的 40 例在妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者年龄在 28~63 岁之间，平均年龄在 (42.32 ± 3.68) 岁，实验组的 40 例在妇科门诊进行盆腔炎治疗的患者年龄在 32~65 岁之间，平均年龄在 (42.36 ± 3.47) 岁，两组妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者文化程度为：有小学学历的盆腔炎的患者为 11 例、有中学学历的盆腔炎的患者为 21 例、有高中和大专学历的盆腔炎的患者为 35 例、有本科学历及以上的盆腔炎的患者为 13 例。两组在妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组在妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者临床资料对比后产生的差异数据不具有统计学意义 ($p > 0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

对照组的 40 例在妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者主要采用甲硝唑片进行治疗，通过温开水来口服甲硝唑片，每天服用 3 次，每次服用 3 粒，在患者服用甲硝唑片进行治疗的过程当中，避免在联合采用抗生素或其他药物进行治疗。实验组的 40 例在妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者则是采用坤复康胶囊进行治疗，每天服用 3 次，每次服用 3~4 粒。在患者服用坤复康胶囊治疗的过程当中，禁止联合其他药物一同服用。

1.3 观察指标

将两组在妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者采用不同的治疗方法治疗后的治疗情况和对治疗的满意度进行对比和分析。治疗情况包括痊愈、有效、无效。痊愈是指盆腔炎患者在接受药物治疗以后，所有的临床症状均消失，并且患者恢复了身体的健康，生活质量也在不断的提高。有效是指盆腔炎患者在接受药物治疗以后，白带异常和月经异常的临床症状在逐渐的好转，同时患者的下腹部和腰骶部的局部疼痛也在转轻，并不会影响患者的正常生活。无效是指盆腔炎的患者在接受药物治疗以后临床症状没有任何的改善，甚至还会出现加重的情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析，计数资料用 ($n\%$) 来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差 $\pm$ 来表示，用 t 进行检验，当 $p < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 在两组妇科门诊治疗的盆腔炎的患者采用不同的治疗方法进行治疗后，通过坤复康胶囊进行治疗的实验组盆腔炎的患者治疗的情况优于采用甲硝唑片治疗的对照组盆腔炎的患者，且两组盆腔炎的患者治疗的情况对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$) 见表 1

表 1 两组盆腔炎患者治疗情况的对比

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
实验组	40	28(70.00%)	11(27.50%)	1(2.50%)	39(97.50%)
对照组	40	21(52.50%)	16(40.00%)	3(7.50%)	37(92.50%)
χ^2					1.053
P					0.305

2.2 两组盆腔炎的患者在采用不同的治疗方法进行治疗后，通过坤复康胶囊进行治疗的实验组盆腔炎的患者对治疗的满意度优于采用甲硝唑片进行治疗的对照组的盆腔炎的患者，且两组盆腔炎的患者对治疗的满意度的情况对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($P < 0.05$) 见表 2

表 2 两组盆腔炎的患者对治疗满意度的对比情况

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
实验组	40	26(65.00%)	12(30.00%)	2 (5.00%)	38(95.00%)
对照组	40	22(55.00%)	9 (22.50%)	9 (22.50%)	31(77.50%)
P					<0.05

3 讨论

盆腔炎是指在女性生殖道所出现的炎症而引起的一种疾病,包括输卵管炎、子宫内膜炎和盆腔腹膜炎以及输卵管卵巢囊肿等,患者在患有盆腔炎以后会出现下腹痛以及阴道分泌物增多和发热等现象,如果没有及时的采取有效的治疗,就会危害到女性的身体健康,所以对于盆腔炎的患者来说,早期发现、早期诊断以及早期治疗,能够提高患者的生活质量,同时也能够促进患者的健康恢复。目前在临床上对于盆腔炎的患者大多采用抗生素和中药的方法进行治疗,再加上改善患者的饮食习惯,给予患者物理上的治疗,能够促进盆腔炎患者的健康恢复,同时对于盆腔炎患者的治疗来说也具有非常重要的意义。

本文对在妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者采用甲硝唑片和坤复康胶囊进行治疗。甲硝唑片在临床上属于一种抗厌氧菌的药物以及抗滴虫的药物和抗阿米巴的药物,是一种硝基咪唑类衍生物。临床上使用甲硝唑片来对抗厌氧菌和厌氧原虫的效果是非常有效的,并且在治疗盆腔炎疾病当中也发挥着非常重要的作用。在中医的角度上认为盆腔炎属于带下病和少腹痛的范畴内,是因为邪气入侵以及素体虚弱而导致患者不通则痛、久瘀成疾,具有非常高的复发率,同时盆腔炎的病程时间非常的长。坤复康胶囊的主要成分包括赤芍、苦参以及猪苓、香附、乌药等,通过对坤复康胶囊采用现代的药理研究后发现,坤复康胶囊可以有效的抵抗患者出现的炎症,抑制患者体内的细菌,同时也能够抑制非常多种类的妇科细菌感染情况,具有非常好的效果。通过对坤复康胶囊进行试管法和管碟法进行体外抑制试验发现,坤复康胶囊对于厌氧菌和溶血性链球菌以及大肠杆菌、金黄色葡萄球菌都具有着非常有效的抑制效果。同时,坤复康胶囊中所含有的中药药材还能够起到祛瘀止痛以及清热利湿和消肿镇痛的作用。能够加强药物对于炎性物质的吸收情况,并且改善患者盆腔血液的循环,降低患者血液的黏度,促进患者盆腔内的组织再生和修复的功能,同时也能够解除组织的增生和组织粘连的情况,可以起到收敛止带的作用。并且坤复康胶囊不具有明显的不良反应情况,对于盆腔炎患者来说具有一定的安全性。

本文对妇科门诊进行治疗的盆腔炎的患者采用甲硝唑片和坤复康胶囊分别进行治疗,通过研究发现,采用甲硝唑片进行治疗的患者治疗的效果为 92.52%,采用坤复康胶囊进行治疗的患者治疗的效果为 97.5%,两种药物对于盆腔炎的患者都具有一定的治疗效果,但是相对于甲硝唑片来说,坤复康胶囊更胜一筹。在两组患者使用不同的药物进行治疗以后,采用坤复康胶囊进行治疗的实验组的患者对治疗的满意度为 (95.00%) 优于采用甲硝唑片进行治疗的对照组的患者对治疗的满意度 (77.50%)。并且两组患者的治疗效果以及对治疗的满意度对比后产生的差异数据具有意义 ($P<0.05$)。

综上所述,本文采用坤复康胶囊以及甲硝唑片对在本院妇科门诊进行治疗的盆腔炎患者分别进行治疗。通过治疗后发现,采用坤复康胶囊进行治疗的实验组盆腔炎的患者治疗的效果和采用甲硝唑片进行治疗的患者治疗的效果不相上下,但是坤复康胶囊相对于甲硝唑片的治疗效果来说更胜一筹,对于盆腔炎患者的治疗更加的全面,同时还没有不良反应的情况,具有一定的安全性。通过本次的研究也能够证实我院对盆腔炎患者的用药合理性,在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]黄森强.妇科门诊治疗盆腔炎用药合理性的调查分析[J].北方药学,2021,13(11):165-165.
- [2]刘芳.慢性盆腔炎妇科临床治疗效果观察[J].数理医药学杂志,2021,29(2):185-186.
- [3]田昕.慢性盆腔炎妇科治疗效果的观察与分析[J].中国医药指南,2021,15(29):129-130.
- [4]张霞.妇产科慢性盆腔炎患者临床常用药剂应用疗效及技巧分析[J].医药前沿,2021,6(36):108-110.
- [5]聂广萍.慢性盆腔炎妇科临床治疗效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2021,16(50):168-168.
- [6]杨林娜.慢性盆腔炎妇科临床治疗效果观察探析[J].中外医药,2021,36(12):19-21.
- [7]苗姮莉,王建六.盆腔炎性疾病诊治规范[J].中国全科医学,2021,8(18):1479-1481.
- [8]樊尚荣,张慧萍.2020年美国疾病预防控制中心盆腔炎治疗指南[J].中国全科医学,2021,11(11):33-34.
- [9]乐杰.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2021:55-56.
- [10]苗姮莉,王建六.盆腔炎性疾病诊治规范[J].中国全科医学,2021,9(18):11-13.
- [11]胡宝慧.慢性盆腔炎妇科门诊治疗体会[J].中国卫生产业,2021,12(36):89-90.
- [12]薛凤霞,乐杰.女性生殖器官炎症若干问题的新认识[J].国际妇产科学杂志,2021,35(1):72-74.
- [13]张婷,王玲珍,张素敏,等.门诊盆腔炎性疾病患者复发及相关影响因素分析[J].中国计划生育学杂志,2021,27(04):511-514.
- [14]马静,闵丽华,杨绍平.慢性盆腔炎患者自我管理法的临床效果评价[J].实用医院临床杂志,2021,15(03):153-155.
- [15]刘薇.盆腔炎 138 例病因分析与治疗体会[J].中国冶金工业医学杂志,2021,34(01):81-82.
- [16]童瑶.慢性盆腔炎妇科门诊治疗体会[J].临床医药文献电子杂志,2021,4(05):816-817.
- [17]胡宝慧.慢性盆腔炎妇科门诊治疗体会[J].中国卫生产业,2021,10(36):155-156.
- [18]金菊,方小琴,林以棠.暖宫贴配合甲硝唑、地塞米松治疗慢性盆腔炎的临床观察及其对免疫功能影响的研究[J].中国性科学,2021,22(10):71-74.
- [19]冯伟华.物理治疗盆腔炎的临床研究与应用研究[J].中外健康文摘(新医学学刊)2021(8):64-65.
- [20]姚黎军,杨清波,雷艳春.102 例慢性盆腔炎临床治疗体会[J].中国药物经济学,2021(6):336-337.
- [21]高文研.浅谈西医治疗慢性盆腔炎[J].中国保健营养,2021(22):5434-5435.
- [22]陈玮.盆腔炎性疾病所致慢性盆腔疼痛的治疗研究进展[D].北京中医药大学,2021(5):87-89.
- [23]李静.慢性盆腔炎妇科门诊治疗体会[J].临床医药文献电子杂志,2021,6(06):62.
- [24]赵诗韵.慢性盆腔炎患者的不同中医证型与生存质量的相关性研究[D].广州中医药大学,2021(5):66-69.
- [25]Sweet RL, Gibbs RS. Infectious Diseases of The Female Genital Tract [M]. Williams & Wilkins, 2021, 369—412.
- [26]郑钟洁,侯庆昌,朱效科,等.盆腔炎病原体研究及其治疗效果观察[J].天津医药,2021,31(4):291—293.

药师在社区患者中的药学服务模式探索与实践

孙丽静

沧州市南大港医院 河北沧州 061103

摘要：目的：药师在社区患者中的药学服务模式探索与实践。方法：以 185 例患者为研究对象，对社区患者的药学服务模式进行分析，对药学服务模式的价值进行分析，对于这种模式的价值进行探索。结果：咨询非处方药物选择和指导疾病类型分为呼吸系统疾病、消化系统疾病、皮肤五官系统、心血管疾病、泌尿系统疾病、妇科疾病，采纳情况为 100.00、98.07、100.00、100.00、100.00；药物选择不当停用无指征、停用重复用药、采纳情况为 97.14、95.83、93.33。所有患者病情好转，说明治疗方案的价值较高，可以促进患者康复，对于患者用药指导和检测有较大的价值。结论：药师可以在社区中推广药学服务模式，对于社区患者进行长期的照顾，这样可以有效地提高患者对于药学服务采纳率，这样可以取得更好的成果，适合推广应用，对于医疗服务水平提升有重要价值。

关键词：药师；社区患者；药学服务模式；探索；实践

药师服务是在 20 世纪 90 年代提出的，主要是围绕改善人们生活质量这一目标而采取的各种措施，应用自身所学的药学知识，向公众提供直接负责责任的医疗活动和服务^[1]。当前，世界上很多发达国家的药学服务比较良好，并且各种药物都需要得到一定的处方权，有些药师的工作是参与患者药物治疗和疾病管理，在社区附近的家庭提供专业的药学服务，部分药师还会参与到患者家中进行用药指导，很多的药师扮演着医生的角色，甚至与医生合作制定患者治疗方案，随访计划等如英国、加拿大等国家^[2]。当前我国药学服务水平在不断地进步，虽然与发达国家存在一定的差异，但是近些年在不断地完善对于药品供应管理制剂和药物法规等有更多的认识，并且能够结合这信息进行管理。尤其是对于慢性病类的患者的管理在不断地增多针对药品的管理，往往是从药物咨询药品手册、药物管理等方面实施，这样能够通过社区药房和医疗中心等进行管理，并且能够针对药物治疗中存在的问题给出建议，这样能够完善管理。以 185 例患者为研究对象，对社区患者的药学服务模式进行分析，总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 185 例患者为研究对象，对社区患者的药学服务模式进行分析，对药学服务模式的价值进行分析，对于这种模式的价值进行探索。其中男性 98 例，女性 87 例，年龄为 4-72 岁，平均年龄为（38.32±31.62）岁。其中呼吸系统疾病范围内感冒（8 例，4.32%）、咳嗽（9 例，4.86%）、哮喘（13 例，7.03%）30 例；消化系统疾病肠胃炎（22 例，11.89%）、胃溃疡（24 例，12.97%）、消化不良（8 例，4.32%）52 例；皮肤五官系统疾病过敏（18 例，9.72%）、外伤（13 例，7.02%）、五官炎症（11 例，5.94%）42 例；心血管疾病高血压（10 例，5.41%）、高血脂（11 例，5.94%）21 例；泌尿系统疾病尿道炎（9 例，4.86%）、前列腺炎（6 例，3.24%）15 例；妇科疾病阴道炎（12 例，6.48%）、更年期综合征（13 例，7.03%）25 例。

1.2 方法

社区药学服务工作开展中，需要针对药学服务和模式进行分析，通过社区发放合理用药科普传单方式进行推广，为患者提供药学服务，并且还应该向朋友等宣传，这样能够建立良好的口碑，对药效服务工作开展进行分析。在药学服务开展中可以结合面谈、电话咨询等方式进行分析，这样就能够完善药学服务管理工作。社区患者可以通过互联网、医院、网络选择药物的方式咨询，这样能够了解疑难杂症，熟悉治疗方案，同时可以结合药物选择方案进行处理，这样可以实现对各种药物的有效管理。

1.3 观察指标

对于患者药学服务工作开展情况进行分析，对于药物学府的采纳情况和好转等进行分析。

1.4 统计学处理

研究使用 SPSS25.0 统计软件对所有的数据进行分析，在研究中使用

不同的工具进行对比，其中（ $\bar{x} \pm s$ ）使用 t 工具进行检验，对比数据差异。而（%）表示的数据使用 χ^2 工具检验。最后的检验结果是使用 P 进行分析，对于数据之间的差异进行研究，其中 0.05 为分界值，大于 0.05 的数据没有差异，小于 0.05 的数据差异明显。

2 结果

2.1 患者对药物服务的采纳情况和患者的好转情况

咨询非处方药物选择和指导疾病类型分为呼吸系统疾病、消化系统疾病、皮肤五官系统、心血管疾病、泌尿系统疾病、妇科疾病，采纳情况为 100.00、98.07、100.00、100.00、100.00；药物选择不当停用无指征、停用重复用药、采纳情况为 97.14、95.83、93.33。所有患者病情好转，说明治疗方案的价值较高，可以促进患者康复，对于患者用药指导和检测有较大的价值。具体情况如表 1 所示。

表 1 患者对药物服务的采纳情况和患者的好转情况比较[n（%）]

药学服务内容	具体分类	例数	采纳例数	采纳率	治愈或是好转
咨询非处方药物选择和指导	呼吸系统疾病	30	30	100.00	100.00
	消化系统疾病	52	51	98.07	100.00
	皮肤五官系统	42	42	100.00	100.00
	心血管疾病	21	21	100.00	100.00
	泌尿系统疾病	15	15	100.00	100.00
	妇科疾病	25	25	100.00	100.00
	药物选择不当	35	34	97.14	100.00
重整在医院或是诊所开具的药物	停用无指征	24	23	95.83	100.00
	停用重复用药	15	14	93.33	100.00

2.2 非处方药选择

社区患者中有很多的疾病类型，很多疾病都属于常见疾病，因此在治疗中需要以非处方药治疗为主，当前很多药物都是患者自己在医院或是诊所开具的药物为主。当前社区居民对于药学服务的认可，患者对于非处方药物的选择更多，但是其比较被动，选择性比较多，因此可能会出现药物服务不完善，药师的工作比较被动，很多患者是根据药师的推荐选择药物，主动接受药物推荐的患者有 150 例，占比为 81.08%。

2.3 药物重整

很多患者在医院或是诊所接受药物推荐后治疗效果可能并不理想,主要是患者病情没有改善,并且自身也出现了一些不适情况,患者需要往返医院治疗,这就导致患者比较劳累,自身疾病无法选择。药物根据自己的专业技能根据患者出具的病历和症状等改善患者情况,对于患者进行用药调整,患者可以选择社区就近诊所所有自制的医师审核接受药师修改后购买,非处方药附近药店购买^[3]。在患者用药指导中需要对患者药物采用情况,对于患者采纳情况进行分析,其中有部分患者没有采纳,因此可能会出现不良反应情况。药师可以结合患者的用药情况和停药情况进行研究,这样可以进行药物剂量和频次的重整。

2.4 学科交叉的药学服务情况

药学服务模式在社区患者中运用可以对患者情况进行分析,对患者的咨询情况进行分析,药师要区分社区常见经,对于患者相关情况进行分析,还应该调查患者实际情况,对所有的诊断结果进行分析,对于患者病情进行分析。在对患者病情药学服务研究中需要对患者的学科交叉情况进行分析,进行药物服务的过程中可以提供药学服务相关信息,并且能够给予患者正确的指导。社区药学服务开展中不仅仅需要了解药物知识,同时要对患者营养状态、心理学知识等进行分析,全面地了解各种信息后才能够开展工作,这样可以提高药学服务的价值。患者咨询的过程中可以告知患者如何保健和增强自身免疫力,有 10 例患者出现心情焦虑情况,对患者出现的心情焦虑情况进行分析,多与患者交流沟通,这样可以发现其中的问题,并且能够完善药学服务,提高药学服务质量。

社区药师为患者提供药学服务的过程中需要关注疾病改善情况,药师需要对各种药物的存储时间、服用时间和注意事项等进行研究,并且要主动地询问相关知识,在服务的过程中普及这些知识,这样可以让学生了解药物使用注意问题^[4]。所有的药师可以通过上门或是电话回访方式解决问题,避免出现医疗事故,同时可以告知患者需要注意的问题,同时可要能提高对疾病的敏感性,为患者提供更多的帮助^[5]。

2.5 典型病例研究

案例 1:以 7 岁女性发烧咳嗽三天,在医院急诊治疗后患者回到家中还是高烧,温度达到 39.1℃,家长在晚上向药师求助。药师观察病历单和检查单,发现患者为肺部感染,针对这种情况医生出具 5 种药物,经过分析后发现患者发烧可能存在支原体感染情况,改用阿奇霉素进行治疗,其他药物停止。患者在附近购买药物,用药当夜退烧,患者再次服用一日痊愈。

案例 2:患者 58 岁,女性患者常晚上九点以后出现头痛眩晕,就诊两次,服用二磺酸倍他司汀和天麻片十天,但是患者情况没有好转。药师发现患者的体型比较胖,在发病后出现面色潮红情况,患者容易激动,怀疑高血压,告知患者服用盐酸氟桂利嗪,每天一次,在服用药物后当晚患者的病情改善,在停用 2 周后患者经常咨询患者,在用药指导下规范用药,平稳降压。

2.6 药学服务成效和局限

患者在获得药学服务后对于药师有了更新的认识,这部分患者对于药师的咨询你这个多,并且整个家庭成员进行用药咨询。所有患者与药师深入交流后需要得到医学医疗和药物知识后,一些常见疾病不需要选择到医院,直接咨询药师如何选择药物。药师在药学服务中取得了一些成绩,但是药师没有处方权,因此药师在实际工作中可能会出现较多的问题,因此要进行药方重整,在这个过程中也要说明和解释工作,但是在这个过程中还有可能会遇到困难,要做好这些工作。药师自身的职能受到较多的限制,因此要结合这些因素进行分析,并且要不断地完善药师管理工作。

3 讨论

当前医疗改革在不断地深入,并且对于药品的管理在不断地完善,药师的价值在不断地提高^[6]。针对药师管理中需要针对社区中的患者服务模式进行分析了解当今工作开展情况,并且还进行药学服务分析,对于当前药学工作开展具体情况进行研究^[7]。现在网络技术为药师提供了平台,

针对我院药事管理情况进行分析,对于药学服务的价值进行探索,希望能够促进药学管理工作的完善^[8]。

研究结果显示,咨询非处方药物选择和指导疾病类型分为呼吸系统疾病、消化系统疾病、皮肤五官系统、心血管疾病、泌尿系统疾病、妇科疾病,采纳情况为 100.00、98.07、100.00、100.00、100.00;药物选择不当停用无指征、停用重复用药、采纳情况为 97.14、95.83、93.33。所有患者病情好转,说明治疗方案的价值较高,可以促进患者康复,对于患者用药指导和检测有较大的价值。我国药学服务发展比较慢,很多工作都停留在临床医学工作中,对于药物治疗检测和药物信息的认识不足,对于药师的认识不足,当前我国临床药师住在被动的位置,很难贴近病人,对于病人的指导也比较少,因此对患者可能无法提供一些间接的帮助。医生在指导患者的时候可能会出现尴尬的地位,无法发挥真正的价值,因此患者与医生之间的距离比较远,医生对患者的指导比较少^[9]。对于药学服务模式的推广在不断地增多,对于线上和线下的推广增多,这种指导方式给予患者的支持更多,能够从患者较多指导用药,尤其是在疫情背景下,采取线上药学服务的方式能够为患者提供更多的致辞,并且能够完善服务,对于患者病情改善有更大的价值^[10]。

近些年国家对于各种药物的监管力度不断增加,而药师对于患者的指导能够实现对各种药物使用的有效控制,可以满足患者治疗要求,降低对药物的不合理使用。尤其是近些年患者对于抗菌药物的使用认识不足,因此在实际使用中可能会出现监管不足等问题,导致患者药物耐药性提高,这就导致各种致病菌的控制难度比较大。很多患者接受治疗后病情没有改善,之后采取药学服务模式能够降低患者去医院次数,通过这种方式可以降低患者的负担。药师可以结合自己所学的知识给予患者指导,从用药、饮食、营养和心理等多方面指导,若是患者病情加重也能够告知患者及时就医,避免患者病情加重。

综上所述,药师可以在社区中推广药学服务模式,对于社区患者进行长期的照顾,这样可以有效地提高患者对于药学服务采纳率,这样可以取得更好的成果,适合推广应用,对于医疗服务水平提升有重要价值。

参考文献:

- [1]洪丽萍,许浩云.药师在社区患者中的药学服务模式探索与实践[J].海峡药学,2021,33(12):3.
- [2]吴燕,方红梅.临床营养师在肿瘤患者营养治疗中开展药学服务的实践[J].中华医院管理杂志,2020,36(21):89-92.
- [3]施琴琴.公众号+临床药师工作模式在全程化优质药学服务中的实践[J].中医药管理杂志,2022,30(4):2.
- [4]何兴美,陆旭萍,詹寒明,等.社区医院医师药师联合门诊工作模式中药学服务的实践和探讨[J].中国药事,2021,35(6):9.
- [5]张玉良,钱晓丽,秦锦子,等.基层药师开展未收费处方审核参与完善患者治疗方案的探索实践[J].家庭医药,2020,000(003):370-371.
- [6]周萃,李婉姝,顾颖杰,江秋丹,何海燕,张文晨.基于互联网+探索针对 2 型糖尿病出院患者的创新型药学随访服务模式[J].中国现代应用药学,2020,37(18):6.
- [7]曹馨,马志敏,程萍,蒋惠良,吴雪良,王诚,孙晓鸣.家庭药师对社区糖尿病患者开展药学监护的实践和探索[J].中国现代医药杂志,2020,22(11):3.
- [8]蓝晓红,周永刚,臧菊香,等.临床药师主导的社区药学服务对老年患者他汀类药物治疗服务系统构建与评价的影响[J].中国药物警戒,2020,17(9):6.
- [9]李慧,蒋野,陈慧.医院门急诊药师现状及医院药学服务中门急诊药师转型的探索与实践[J].医药前沿,2020,10(25):3.
- [10]周花萍,简凤壁,张婧,等.临床药学服务模式在危重型新型冠状病毒肺炎患者中的应用与实践分析[J].今日药学,2022,32(1):4.

改良 Miccoli 腔镜辅助颈侧区清扫手术对分化型甲状腺癌病人手术情况、清扫效果的观察

唐苏雅拉图

内蒙古科技大学包头医学院第一附属医院 医务部 014010

摘要：目的：观察分化型甲状腺癌（DTC）患者采用改良 Miccoli 腔镜辅助颈侧区清扫手术对其手术情况及清扫效果的影响。方法：选择 2015 年 1 月到 2020 年 1 月本院收治的 91 例 DTC 患者为研究对象，随机分成对照组（n=45）和试验组（n=46），依次实施传统开放式颈淋巴结清扫术、改良 Miccoli 腔镜辅助颈侧区清扫术。比较两组手术指标、术后不同时间段视觉模拟评分法（VAS）评分、并发症发生率、温哥华瘢痕评估量表（VSS）评分、嗓音障碍指数（VSI）评分及术后随访结果。结果：两组手术指标中的术中失血量、瘢痕长度比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；对照组术后不同时间段 VAS 评分高于试验组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；对照组术后并发症总发生率高于试验组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；试验组术后 VSS 评分、VSI 评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；两组一年生存率、远端转移率比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：DTC 患者应用改良 Miccoli 腔镜辅助颈侧区清扫术可行性高，能减轻疼痛、减小损伤，还可降低并发症发生率，改善预后，值得推荐。

关键词：清扫效果；甲状腺癌；颈侧区清扫；腔镜；改良 Miccoli

甲状腺癌为人体颈部常见恶性肿瘤，发病率高且增长快速，可对患者身体健康构成严重威胁。资料显示，甲状腺癌起源于甲状腺滤泡上皮，按照组织学分化差异可分成两种类型，即未分化型与分化型，其中后者在甲状腺癌中的占比 $>90\%$ ^[1]。多数甲状腺癌患者患病初期不会出现典型临床症状，多因无痛性颈部结节或肿块前往医院就诊而发现病情，若治疗不及时，肿块增长后，将会累及周围器官与组织，使患者出现心动过速或呼吸困难等不良反应；另外，该病晚期还会导致淋巴结转移、远处转移，继而引起骨痛、咳血、淋巴结肿大等症状，危害患者的生命安全。目前临床常采用手术治疗甲状腺癌，尽管这类肿瘤生长相当缓慢，较少诱发并发症，但手术不当不仅会使术后并发症发生率提高，还会在极大程度上影响患者的生活质量^[2]。近些年来，腔镜技术得到了良好发展，并且在临床中的应用越广泛，改良 Miccoli 术是治疗分化型甲状腺癌（DTC）的常用方法，其能将手术切口缩小到 2cm，术后瘢痕少，美观度高，疗效理想。为进一步提高 DTC 患者的临床疗效，现将本院 2015 年 1 月~2020 年 1 月接收的 91 例 DTC 患者作为研究对象，探究采用改良 Miccoli 腔镜实施颈侧区清扫术的实用性，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次主要对 91 例 DTC 患者进行研究，病例选取时间从 2015 年 1 月开始，到 2020 年 1 月结束。将所选患者随机分成两组，对照组 45 例，男 29 例，女 16 例，年龄 37~68 岁，平均（49.85±10.46）岁；病程 3~10 个月，平均（6.96±2.43）个月；肿瘤部位：左侧 23 例，右侧 22 例；病理类型：34 例乳头状瘤，11 例滤泡状瘤；肿瘤最大径 0.7~2.9cm，平均（1.56±0.12）cm。试验组 46 例，男 28 例，女 18 例，年龄 36~67 岁，平均（49.90±10.24）岁；病程 3~11 个月，平均（6.99±2.50）个月；肿瘤部位：左侧 25 例，右侧 21 例；病理类型：36 例乳头状瘤，10 例滤泡状瘤；肿瘤最大径 0.8~2.9cm，平均（1.57±0.10）cm。经比较两组性别、年龄、病程、肿瘤部位等基线资料提示，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），符合研究要求。

1.1.1 纳入标准：（1）患者接受 CT、B 超或穿刺病理检查后诊断为 DTC，且合并颈部淋巴结转移；（2）肿瘤原发或转移病灶均未累及周围组织与器官者；（3）病例资料完整且自愿接受随访者；（4）患者对研究知情且同意参与；（5）研究经医院伦理委员会批准。

1.1.2 排除标准：（1）伴有肾、肝、心等其他严重脏器病变者；（2）伴有甲状腺炎者；（3）既往存在颈部放射治疗史或手术病史者；（4）伴有其他肿瘤或凝血功能异常者；（5）认知功能障碍与存在手术禁忌症者。

1.2 方法

两组患者入院后均先完善各项检查，病情明确后，再确定颈部肿大淋巴结部位、大小、数量等，同时观察患者临床症状，结合病情实际情况制定对应的手术方案。

对照组开展开放式颈淋巴结清扫术：对患者实施全麻，于颈横纹处切口，行一横弧状切口，长度约为 6~10cm，将深筋膜切开，仔细分离，同时应用拉钩向两侧牵拉肌肉，确保甲状腺能有效地显露于术野，接着找到甲状腺腺叶和峡部，待其切除后，对颈部淋巴结进行清扫，完成后放置引流管，对切口进行逐层缝合，最后结束手术。

试验组开展改良 Miccoli 术：对患者实施气管内插管全麻，协助其保持仰卧位，将一软枕垫于肩部，微过伸。沿皮纹在颈前胸凹上方一横指部位作一弧形切口，长度为 20mm 左右，采用电刀分别将皮肤、皮下组织和颈阔肌切开，到颈前肌群表面，将颈白线切开，对颈前肌群进行分离操作。选择改良的皮肤拉钩朝上悬吊，使颈前肌群被牵开，将 5mm 腔镜置入，显露甲状腺腺体和肿物，并将其分离。对于未被膜侵犯且对侧无结节的单侧 DTC，开展患侧腺叶、峡部切除术，同侧中央区开展淋巴结清扫术；若患者合并侧颈部三、四区淋巴结转移，需予甲状腺全切、中央区联合选择性侧颈部淋巴结清扫。由切口直接取出切除的标本，并送至冰冻切片。滤泡型 DTC 实施全甲状腺切除术，选择 5-0 无创线对残腔进行缝合，完成后对手术野进行冲洗，将引流管放置于创面，并于切口侧方或内部引出，最后使用可吸收线对切口逐层缝合。

两组术后均接受常规内分泌抑制治疗，部分患者接受 I^{131} 治疗。

1.3 观察指标

（1）观察两组手术指标：主要有术中失血量、手术时间、淋巴结清扫数量、瘢痕长度、术后引流量和住院时间。（2）评估两组术后不同时间段疼痛程度：通过视觉模拟评分法（VAS）^[3]对患者术后 12h、48h 和 72h 疼痛程度进行评估，分值范围 0~10 分，其中 0 分表示无痛，10 分表示剧痛，评分越高，疼痛程度越高。（3）观察两组术后并发症：主要有声音嘶哑、甲状旁腺损伤、手足麻木、切口出血、皮下瘀斑和喉返神经损伤。（4）评估两组术后美观度和声音障碍程度：通过温哥华瘢痕评估量表^[4]评估美观度，评估内容有色泽、血管、柔软性、厚度、疼痛和瘙痒 6 项，分值为 0~18 分，评分越高，瘢痕越严重；采用嗓音障碍指数量表^[5]评估声音障碍程度，分情感、生理和功能 3 项，总分 0~120 分，评分与嗓音障碍呈正比。（5）观察两组术后随访情况：术后对患者展开为期 12 个月的随访，了解其一年生存及远端转移情况。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 20.0 软件进行统计学分析，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用 t 检验，计数资料以率（%）表示，采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标对比

对照组术中失血量高于试验组，瘢痕长度大于试验组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组手术指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	术中失血量（mL）	手术时间（min）	淋巴结清扫数量	瘢痕长度（cm）	术后引流量（mL）	住院时间（d）
----	-----------	-----------	---------	----------	-----------	---------

(个)						
对照组 (n=45)	49.02±5.11	201.13±20.07	10.95±3.48	14.50±0.69	100.15±12.55	9.20±0.93
试验组 (n=46)	37.52±3.64	205.09±19.86	10.76±3.29	6.40±0.46	97.04±13.72	8.92±0.79
t	12.386	0.946	0.268	66.025	1.128	1.549
P	0.000	0.347	0.790	0.000	0.263	0.125

2.2 两组术后疼痛程度对比	试验组 (n=46)	3.15±0.75	2.88±0.67	1.10±0.10
两组术后不同时间段 VAS 评分比较, 差异有统计学意义 (P<0.05)。	t	4.523	2.972	32.991
见表 2。	P	0.000	0.004	0.000

表 2 两组术后 VAS 评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)			
组别	术后 12h	术后 24h	术后 72h
对照组 (n=45)	3.89±0.81	3.31±0.71	2.19±0.20

表 3 两组术后并发症对比[n（%）]								
组别	数值（n）	甲状旁腺损伤	切口出血	喉返神经损伤	声音嘶哑	皮下瘀斑	手足麻木	总发生率
对照组	45	1（2.22）	1（2.22）	3（6.67）	3（6.67）	1（2.22）	1（2.22）	10（22.22）
试验组	46	0（0.00）	0（0.00）	1（2.17）	1（2.17）	1（2.17）	0（0.00）	3（6.52）
χ^2								4.579
P								0.032

2.4 两组术后美观度与声音障碍程度对比	
两组术后 VSS 评分和 VSI 评分比较, 差异有统计学意义 (P<0.05)。	
见表 4。	

表 4 术后两组 VSS 评分与 VSI 评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)		
组别	VSS 评分	VSI 评分
对照组 (n=45)	14.89±2.78	2.41±0.99
试验组 (n=46)	11.13±2.07	1.75±0.78
t	7.329	3.537
P	0.000	0.001

2.5 两组随访情况对比	术能充分拓展术野, 解决低位颌式切口行Ⅱ区清扫时较难辨认解剖颈部血管、副神经等重要部位的问题, 可更直观地清扫Ⅱ区, 将组织完整切除, 达到与传统开放手术相似的疗效。
两组随访结果比较, 差异无统计学意义 (P>0.05)。见表 5。	
表 5 两组随访结果对比[n (%)]	

3 讨论

甲状腺癌为内分泌系统恶性肿瘤, 其中 DTC 的占比超过 90%^[6]。与未分化型甲状腺癌相比, DTC 的恶性程度较低, 并且癌细胞繁殖速度相对缓慢, 故患者治愈率高, 预后良好。临床研究发现, 甲状腺癌的发生和良性甲状腺疾病、射线辐射、家族遗传、激素等存在一定关系, 并且该病好发于儿童与中年女性中, 临床表现多为单一、质地坚硬的甲状腺结节^[7]。尽管 DTC 恶性程度低, 但多数患者会出现颈部淋巴结转移, 若治疗不及时或不规范, 将有可能降低其五年生存率, 并缩短其总生存期^[8]。目前临床主要采用传统开放式手术治疗 DTC, 目的在于通过切除病灶部位, 清扫淋巴结, 继而有效清除癌细胞, 但该术式易给患者机体带来较大的损伤, 且术后并发症多, 瘢痕明显, 不利于术后康复。改良 Miccoli 腔镜辅助颈侧区清扫术属于新型微创术式, 能有效发挥出微创技术的优点, 相较于传统切除手术, 这种术式切口更小, 因此既能减少术中出血, 又能缩短术后恢复时间。同时, 该术式切口隐蔽, 术后不会遗留明显瘢痕, 患者治疗依从性高; 此外, 利用腔镜开展手术操作, 还能明显扩大手术视野, 准确切除肿瘤, 防止喉返神经损伤, 并减少对肌肉与神经组织造成的损伤^[9]。

本次研究通过对比采用改良 Miccoli 腔镜行颈侧区清扫术和开放式颈淋巴结清扫术治疗 DTC 的效果发现, 两组在术中失血量、瘢痕长度、术后 VAS 评分、并发症总发生率及 VSS 评分、VSI 评分方面存在差异, 前者的治疗优势更明显 (P<0.05); 而在其他指标如手术时间、住院时间、淋巴结清扫数量、随访结果等方面, 比较差异不明显 (P>0.05), 说明在治疗 DTC 时, 采用上述两种术式均可取得较好的效果, 但前者由于切口小, 因此疼痛轻, 能减少术中出血量, 最大程度保证切口的美观度, 还能避免术后出现一系列并发症, 减轻声音障碍程度。袁牧, 管晓青, 吴骥^[10]研

究中采用改良 Miccoli 术治疗 50 例 DTC 患者, 结果显示术中出血量为 (15.2±3.5) mL、术后 12h VAS 评分为 (3.2±0.8) 分、暂时性喉返神经损伤发生率为 4.00%, 该研究结果与本次研究结果对比一致性好。分析原因可能是: (1) 改良 Miccoli 术在腔镜辅助下开展颈淋巴结清扫术, 于胸骨上窝行一 2cm 内的切口, 再通过腔镜的放大效应, 能将喉返神经、膈神经、甲状旁腺等结构清晰地显示出来, 从而有效避免了术中损伤。(2) 改良 Miccoli 术切口小, 通常沿颈前皮纹, 患者术后产生的瘢痕相对隐蔽, 疼痛轻; 另外, 该术式中常采用超声刀电凝直径较小的血管, 此举可大大减少术中出血, 保障手术的安全性, 避免引起声音嘶哑。(3) 改良 Miccoli 术能充分拓展术野, 解决低位颌式切口行 II 区清扫时较难辨认解剖颈部血管、副神经等重要部位的问题, 可更直观地清扫 II 区, 将组织完整切除, 达到与传统开放手术相似的疗效。

综上所述, DTC 患者临床治疗中开展改良 Miccoli 腔镜辅助颈侧区清扫术行之有效, 该术式损伤小、疼痛轻、美观度佳且术后并发症少, 应用价值高。

参考文献:

[1]王颜.3D 腔镜下甲状腺全切除术治疗分化型甲状腺瘤的临床研究[J].实用中西医结合临床,2022,22 (07): 87-89+96.

[2]梁昌平,徐颖,何涛.~ (131) I 治疗前不同撤药时间对分化型甲状腺瘤患者甲状腺激素、血脂、心血管相关因素的影响及其临床分析[J].标记免疫分析与临床,2022,29 (03): 408-412+437.

[3]孙超.探讨腔镜辅助甲状腺切除术在分化型甲状腺瘤患者治疗中的效果[J].中国现代药物应用,2022,16 (01): 58-61.

[4]李勇杰,李斌,王艳普,等.腔镜甲状腺切除术和开放式甲状腺切除术治疗分化型甲状腺瘤的对比研究[J].中国实用医刊,2022,49 (01): 50-53.

[5]翟长元,陶静,郭宏杰,等.甲状腺全切除术与近全切除术治疗分化型甲状腺瘤对喉返神经损伤及预后影响[J].临床军医杂志,2021,49 (11): 1253-1254+1257.

[6]周志明,努尔买买提·玉素英,艾比拜·依明.分化型甲状腺瘤手术治疗效果与术后患者血清 TGAb、TPOAb 水平变化的意义[J].临床和实验医学杂志,2021,20 (17): 1866-1869.

[7]梁美珍,虞希祥.手术治疗分化型甲状腺瘤合并淋巴细胞性甲状腺炎的临床疗效分析[J].数理医药学杂志,2020,33 (3): 326-328.

[8]冯石坚,陈贵伟,梁宏伟.全腔镜甲状腺手术对早期分化型甲状腺瘤 CRP、TNF- α 、Tg 和 VEGF 水平的影响[J].临床医学工程,2020,27 (04): 387-388.

[9]单孝军,付彧,张艳,等.腔镜辅助甲状腺切除术在分化型甲状腺瘤患者治疗中的应用分析[J].中外医疗,2020,39 (02): 44-45+61.

[10]袁牧,管晓青,吴骥.改良 Miccoli 术与经乳晕入路腔镜甲状腺手术治疗早期分化型甲状腺瘤的临床疗效以及并发症分析[J].临床外科杂志,2020,28 (10): 947-950.

枸橼酸铋钾联合三联疗法治疗 Hp 感染慢性胃炎的疗效分析

田慧慧 董小利* (通讯作者)

蒲城县高阳镇高阳中心卫生院内科 陕西蒲城 715500

摘要: 目的: 探讨病发 Hp 感染慢性胃炎患者用药治疗期间选取枸橼酸铋钾联合三联疗法治疗对疾病的影响。方法: 病患均取自本院 2020 年 9 月至 2021 年 9 月, 共 80 例, 均为本院诊断为 Hp 感染慢性胃炎的患病对象, 病患入科行药物治疗前, 遵照科室分组标准, 划分为对照组与观察组, 每组均以 40 例病患为观察对象, 将传统三联疗法 (口服阿莫西林胶囊、口服奥美拉唑胶囊、口服克拉霉素胶囊) 用于前一组病患治疗中, 后组则在前组用药基础上联合枸橼酸铋钾胶囊口服治疗, 两组病患均开展为期 2 个月的用药治疗, 对治疗后的临床疗效、炎症活动度变化、症状积分变化、炎症因子变化、不良反应发生率、病患生活质量得分结果展开统计学计算。结果: 二组 Hp 感染慢性胃炎病患均在临床采取药物治疗后, 评估得出观察组疗效水平更高 ($P<0.05$)。观察组病患胃黏膜炎症活动度明显更低于对照组 ($P<0.05$)。二组均在用药治疗前, 得出症状积分数值均为较高水平, 且组间差异并不显著 ($P>0.05$); 二组均在用药治疗后, 症状积分均有所降低, 观察组更低于对照组 ($P<0.05$)。二组慢性胃炎病患, 均于科室采取药物治疗前, 测得炎症因子水平值较高, 且组间差异并不显著 ($P>0.05$); 均采取药物治疗后, 二组炎症因子水平有所降低, 观察组呈更低水平 ($P<0.05$)。对二组病患用药治疗期间不良反应发生率予以观察, 得出观察组总不良率更低于对照组 ($P<0.05$)。二组 Hp 感染慢性胃炎病患, 入组药物治疗前, 得出生活质量分值水平普遍较低, 两组间差异并不显著 ($P>0.05$); 二组均在药物治疗后, 得出生活质量水平均有所提升, 观察组更高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 治疗 Hp 感染慢性胃炎疾病时, 将枸橼酸铋钾药物纳入传统三联疗法中, 能使患者疾病得到进一步改善, 并调节患者机体炎症因子水平, 减少用药期间的不良反应, 降低临床症状对患者生活质量带来的影响。

关键词: 枸橼酸铋钾; 三联疗法; Hp 感染慢性胃炎; 炎症因子; 治疗效果

前言

很多慢性胃炎患者均存在不同程度的消化不良现象, 在疾病状态下, 病情容易反复发作, 给患者带来的痛苦较大, 还会造成患者日常生活水平下降。临床在治疗慢性胃炎期间, 需尽快掌握造成患者出现此种病症的原因^[1]。便于选取对应药物予以疾病改善, 使治疗效果得以提升。针对由幽门螺旋杆菌感染 (Hp) 所引起的慢性胃炎疾病, 在药物治疗方面, 需选择对幽门螺旋杆菌清除效果较强的药品用于治疗。其中, 临床常采取三联疗法予以干预, 此种治疗方式包含药物类型为: 阿莫西林胶囊、奥美拉唑胶囊、克拉霉素胶囊等。为寻求更为高质量的治疗药物, 将在三联用药基础上, 加用铋剂类型药品, 辅助治疗工作的进展, 并观察应用效果, 现将方法与结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病患均取自本院 2020 年 9 月至 2021 年 9 月, 共 80 例, 均为本院诊断为 Hp 感染慢性胃炎的患病对象, 病患入科行药物治疗前, 遵照科室分组标准, 划分为对照组与观察组, 每组均以 40 例病患为观察对象, 对照组病患性别抽取例数依次为: 男性 19 例、女性 21 例, 病患年龄抽取范围在 22-68 岁, 平均 (39.14±4.97) 岁; 病程为 1-11 年, 平均 (6.42±1.58) 年。观察组病患性别抽取例数依次为: 男性 21 例、女性 19 例, 病患年龄抽取范围在 23-68 岁, 平均 (39.33±4.65) 岁; 病程为 1-12 年, 平均 (6.66±1.78) 年。二组病患基线资料水平均衡可比 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组病患采取三联疗法予以治疗: 该组病患遵医嘱口服阿莫西林胶囊 (药物生产厂家为: 珠海联邦制药股份有限公司中山分公司, 国药准字为: H20033263, 药物规格: 500 mg/粒), 病患服用剂量为每次 1g, 每日 2 次; 遵医嘱口服克拉霉素胶囊 (药物生产厂家为: 浙江亚太药业股份有限公司, 国药准字为: H20058223, 药物规格为: 0.25g*6 粒), 病患服用剂量为每次 2 粒, 每日 2 次; 遵医嘱服用奥美拉唑胶囊 (药物生产厂家为: 太极集团重庆涪陵制药有限公司, 国药准字为: H20103295, 药物规格为: 20mg*14s*1 版), 服药剂量为 0.6-1.0mg/kg, 每日 1 次。

观察组在上述用药基础上加用枸橼酸铋钾胶囊治疗, 药物生产厂家为: 济川药业集团有限公司, 国药准字: H20043059, 规格: 0.3g/粒, 每次服用 1 粒, 每天 4 次。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效对比: 依据 Hp 感染慢性胃炎病患的临床症状作出严重程度观察, 分别在二组采取治疗措施后, 将评估疗效水平的 3 个等级 (显效、有效、无效) 作出说明, 其中显效表示: 病患通过积极药物治疗后, 上腹痛、嗝气、纳差、餐后饱胀等临床症状均消失; 有效表示: 通过积极

用药治疗, 病患上述临床症状有所缓解, 偶尔存在但不影响正常生活; 无效表示: 通过用药治疗后, 病患依旧饱受临床症状折磨, 且症状较为持续, 对正常生活工作带来影响。将前两个等级病患例数总和与总例数之比 $\times 100\%$, 得出总有效率。(2) 治疗后炎症活动度对比: 病患均于科室行药物治疗后, 对胃黏膜的炎症活动度作出评估, 共划分为 0-III 度, 病患均在空腹条件下完成胃镜及病理组织学检查, 活动度越大则表示炎症越明显。

(3) 治疗前后症状积分对比: 二组病患均在用药治疗前后, 对疾病症状积分予以对比, 按照 0-3 分为计分标准, 其中, 病患存在严重的上腹部疼痛、胃灼热、胃脘部胀满现象时, 均记 3 分; 若以上症状不明显时, 均记 2 分; 无症状均记 0 分, 得分越高则症状越明显, 反则表示恢复效果较好。(4) 治疗前后炎症因子对比: 二组病患均在科室采取治疗前后, 对病患清晨空腹状态下的静脉血予以抽取, 并通过离心处理后, 对血清中患者的炎症因子含量予以观察, 包含 3 个观察项, 即 hs-CRP (采取免疫比浊法测定)、TNF- α 、IL-6 (选取酶联免疫吸附法测定)。(5) 治疗后不良反应对比: 二组病患在疾病治疗中, 选取不同药物予以改善, 对治疗期间出现的不良反应发生率予以统计, 包含 4 个主要观察项, 即乏力、头痛、便秘、恶心呕吐, 将上述不良反应发生例数总和与总病患人数之比 $\times 100\%$, 得出总不良率。(6) 治疗前后生活质量对比: 对两组 Hp 感染慢性胃炎病患采取药物治疗前后, 对病患生活质量予以调查, 选取生活质量综合评定问卷 (GQOLI-74) 呈现分值, 共包含 4 方面内容, 其中含有 36 个子项目, 各项目予以 0-4 分, 即躯体功能、心理功能、社会功能、物质活动状态, 测得分数与病患生活质量呈正相关。

1.4 统计方式

将本研究中的观察指标数据录入进 SPSS22.0 中, 对计量资料进行表述时, 选取 ($\bar{x} \pm s$) 与 t 检验获取结果; 对计数资料进行表述时, 选取 (%)、 χ^2 检验获取结果, $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效对比

二组 Hp 感染慢性胃炎病患均在临床采取药物治疗后, 评估得出观察组疗效水平更高 ($P<0.05$)。由表 1 所示。

表 1 临床疗效对比[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总依从率
观察组	40	16(40.00)	22(55.00)	2(5.00)	38(95.00)
对照组	40	14(35.00)	16(40.00)	10(25.00)	30(75.00)
χ^2	-	-	-	-	6.275
P	-	-	-	-	0.012

2.2 治疗后炎症活动度对比

二组积极药物治疗后, 观察组病患胃黏膜炎症活动度明显更低于对照

组 ($P<0.05$)。由表 2 所示。

表 2 治疗后炎症活动度对比[n (%)]

组别	例数	0 度	I 度	II 度	III 度	II-III 度
观察组	40	22(55.00)	16(40.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	2 (5.00)
对照组	40	12(30.00)	19(47.50)	5 (12.50)	4 (10.00)	9 (22.50)
χ^2	-	-	-	-	-	5.164
P	-	-	-	-	-	0.023

2.3 治疗前后症候积分对比

二组均在用药治疗前, 得出症候积分数值均为较高水平, 且组间差异

表 4 治疗前后炎症因子对比 ($\bar{x} \pm s$, ug/L)

组别	例数	hs-CRP		IL-6		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	22.84 $\pm$ 3.64	11.58 $\pm$ 3.14	47.74 $\pm$ 3.19	21.11 $\pm$ 3.66	19.56 $\pm$ 3.24	9.97 $\pm$ 2.21
对照组	40	22.64 $\pm$ 3.44	16.62 $\pm$ 3.02	47.11 $\pm$ 3.55	32.33 $\pm$ 3.11	19.72 $\pm$ 3.89	11.74 $\pm$ 2.29
t	-	0.253	7.317	0.835	14.775	0.200	3.518
P	-	0.801	0.000	0.406	0.000	0.842	0.001

2.5 治疗后不良反应对比

对二组病患用药治疗期间不良反应发生率予以观察, 得出观察组总不良率更低于对照组 ($P<0.05$)。由表 5 所示。

表 5 治疗后不良反应对比[n (%)]

组别	例数	乏力	头痛	便秘	恶心呕吐	总不良率
观察组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	2 (5.00)
对照组	40	3 (7.50)	3 (7.50)	1 (2.50)	1 (2.50)	8 (20.00)

表 6 治疗前后生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体功能		心理功能		社会功能		物质生活状态	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=40)	16.63 $\pm$ 3.34	23.24 $\pm$ 3.29	53.89 $\pm$ 5.39	65.76 $\pm$ 6.50	8.21 $\pm$ 2.71	15.36 $\pm$ 4.08	10.05 $\pm$ 1.27	16.14 $\pm$ 2.98
对照组 (n=40)	16.35 $\pm$ 3.12	19.18 $\pm$ 3.14	53.21 $\pm$ 5.11	60.25 $\pm$ 6.36	8.53 $\pm$ 2.43	11.24 $\pm$ 3.13	10.33 $\pm$ 1.46	13.41 $\pm$ 2.67
t	0.387	5.646	0.579	3.832	0.556	5.067	0.915	4.315
P	0.700	0.000	0.564	0.000	0.580	0.000	0.363	0.000

3 讨论

慢性胃炎作为临床上十分常见的慢性胃黏膜炎症性疾病, 根据患者临床症状分为慢性浅表性胃炎、糜烂性胃炎以及萎缩性胃炎。由于病情发病原因较为复杂, 可能与各种病毒感染或刺激性食物、环境、不良生活习惯等影响有关^[2]。其中, 以幽门螺旋杆菌感染 (Hp) 最为常见。在常规用药基础中, 三联疗法虽具有一定治疗效果, 但随着抗生素的广泛应用, 细菌耐药性不断降低, 导致用药效果并不理想, 且存在一定失败率。

在三联疗法治疗基础上, 加用铋剂药物予以治疗, 能有效提高疾病的治疗效果, 并使患者体内幽门螺旋杆菌数量减少。铋剂药品常采取枸橼酸铋钾用于疾病治疗中, 枸橼酸铋钾属于抑制酸性物质对患者胃黏膜带来损伤的保护性药品, 能调节胃液的 pH 值, 并在受损处形成一层氧化铋胶体, 从而保护胃壁黏膜可不受酸性或以及其他食物的损害。有效调节胃内黏液成分, 使碳酸氢盐以及黏液分泌增加, 从而防止黏液糖蛋白被分解, 以此起到强化胃黏膜屏障功能的效果^[3]。除此之外, 枸橼酸铋钾对胃黏膜血流的改善作用明显, 在杀灭幽门螺旋杆菌的同时, 能延缓幽门螺旋杆菌对抗菌药物产生的耐药性, 从而确保患者疾病治疗效果得到提高。

在枸橼酸铋钾用药过程中, 结合常规三联疗法, 选取阿莫西林、奥美拉唑、克拉霉素等药品。能通过抑制细胞壁合成, 从而使细菌溶解破裂, 发挥杀菌作用的同时, 可确保抗菌活性的增加。并且, 奥美拉唑适用于抗

并不显著 ($P>0.05$); 二组均在用药治疗后, 症候积分均有所降低, 观察组更低于对照组 ($P<0.05$)。由表 3 所示。

表 3 治疗前后症候积分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	40	7.45 $\pm$ 0.31	3.11 $\pm$ 0.44
对照组	40	7.44 $\pm$ 0.22	4.48 $\pm$ 0.56
t	-	0.166	12.166
P	-	0.868	0.000

2.4 治疗前后炎症因子对比

二组慢性胃炎病患, 均于科室采取药物治疗前, 测得炎症因子水平值较高, 且组间差异并不显著 ($P>0.05$); 均采取药物治疗后, 二组炎症因子水平有所降低, 观察组呈更低水平 ($P<0.05$)。由表 4 所示。

照
组

χ^2	-	-	-	-	4.114
P	-	-	-	-	0.043

2.6 治疗前后生活质量对比

二组 Hp 感染慢性胃炎病患, 入组药物治疗前, 得出生活质量分值水平普遍较低, 两组间差异并不显著 ($P>0.05$); 二组均在药物治疗后, 得出生活质量水平均有所提升, 观察组更高于对照组 ($P<0.05$)。由表 6 所示。

菌疗法, 药物具有弱碱性, 可使细胞壁酸微管在高酸环境中进行转化, 从而充分发挥质子泵的抑制效果。另外, 克拉霉素对格兰阳性菌以及部分革兰阴性菌抑制作用较强, 在与阿莫西林、奥美拉唑联用的基础上, 可提升药物的半衰期, 强化杀菌效果, 有效清除幽门螺旋杆菌。从上述研究结果得出结论, 在传统三联疗法治疗基础上, 加用枸橼酸铋钾共同治疗由幽门螺旋杆菌感染所引起的慢性胃炎疾病, 可使患者治疗效果得以提高, 并减少胃黏膜的炎症活动度, 使临床症状得以改善, 降低血清中的炎症因子, 且治疗期间不良反应发生率较少, 患者在四联药物治疗基础上生活质量水平明显提高, 进一步说明了枸橼酸铋钾联合三联疗法, 用于幽门螺旋杆菌感染所引起的慢性胃炎疾病治疗中, 疗效较为确切。

综上所述, 治疗 Hp 感染慢性胃炎疾病时, 将枸橼酸铋钾药物纳入传统三联疗法中, 能减少用药不良反应, 并提升用药效果。

参考文献:

- [1]李星伟,张培.枸橼酸铋钾联合三联疗法治疗 Hp 感染慢性胃炎临床观察[J].天津药学,2021,33 (01): 43-45.
- [2]祝元英.枸橼酸铋钾联合三联疗法治疗幽门螺杆菌感染所致慢性胃炎合并消化性溃疡的效果观察[J].当代医药论丛,2020,18 (01): 159-160.
- [3]袁本权.阿莫西林联合枸橼酸铋钾及克拉霉素治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2019,12 (15): 63-64.

地特胰岛素注射液联合短效胰岛素治疗学龄期儿童 1 型糖尿病的价值分析

王凤霞 陈志浩

山东省平度市人民医院 266700

摘要: 目的: 地特胰岛素注射液联合短效胰岛素治疗学龄期儿童 1 型糖尿病的价值分析。方法: 选取 88 例因 1 型糖尿病就诊于本院的学龄期患儿进行调查与分析, 本次调查时间为 2019.05 至 2020.06。将参与调查患儿分为 2 组, 每组得分 44 例。对比组采用常规治疗, 研究组则采用地特胰岛素注射液、短效胰岛素联合治疗模式。分析两组最终治疗结果。结果: 对比组三个月 FBG 水平较高、HbA_{1c} 水平较高, 研究组 FBG 水平较低、HbA_{1c} 水平较低, 对比组六个月 FBG 水平较高、HbA_{1c} 水平较高, 研究组 FBG 水平较低、HbA_{1c} 水平较低, 两组差异明显, P 值<0.05。结论: 学龄期儿童 1 型糖尿病治疗中, 地特胰岛素注射液联合短效胰岛素治疗应作为首选, 可有效的改善患儿指标水平, 此方案值得临床应用与普及。

关键词: 地特胰岛素注射液; 短效胰岛素; 学龄期儿童; 1 型糖尿病

Value analysis of insulin detemir injection combined with short-acting insulin in the treatment of school-age children with type 1 diabetes
Wang Feng-xia, Chen Zhi-hao

Pingdu People's Hospital, Shandong Province, 266700, China

[Abstract]: Objective: To analyze the value of insulin detemir injection combined with short-acting insulin in the treatment of school-age children with type 1 diabetes. Methods: 88 school-age children treated for type 1 diabetes in our hospital were selected for investigation and analysis. The investigation time was from 2019.05 to 2020.06. The children were divided into 2 groups, with 44 cases in each group. The contrast group received conventional treatment, while the research group received insulin detemir injection and short-acting insulin combined treatment mode. The final treatment results of the two groups were analyzed. Results: The comparison group had higher FBG level and higher HbA_{1c} level at three months, while the study group had lower FBG level and lower HbA_{1c} level. The comparison group had higher FBG level and higher HbA_{1c} level at six months, while the study group had lower FBG level and lower HbA_{1c} level, with significant differences between the two groups (P<0.05). Conclusion: In the treatment of school-age children with type 1 diabetes, detemir injection combined with short-acting insulin should be the first choice, which can effectively improve the index level of children, and this program is worthy of clinical application and popularization.

【Key words】: Diteinsulin injection; Short-acting insulin; School-age children; Type 1 diabetes

1 型糖尿病在临床治疗中属于常见而多发疾病, 此疾病英文缩写为 T1DM, 属于青少年、儿童时期最为常见而多发的内分泌性疾病^[1]。学龄期儿童 1 型糖尿病在临床治疗中以药物治疗为主, 常用治疗药物为胰岛素^[2,3]。虽然胰岛素有一定的治疗效果, 但效果一般, 为了提升治疗效果, 我科室则采用采用地特胰岛素注射液、短效胰岛素联合治疗模式, 具体实施情况见如下所述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 88 例因 1 型糖尿病就诊于本院的学龄期患儿进行调查与分析, 本次调查时间为 2019.05 至 2020.06。将参与调查患儿分为 2 组, 每组得分 44 例。对比组: 参与调查患儿中, 男性与女性分别为 22 例与 22 例, 年龄在 3 岁至 5 岁, 中位年龄为 4.01 岁。研究组: 参与调查患儿中, 男性与女性分别为 21 例与 23 例, 年龄在 3.2 岁至 5.5 岁, 中位年龄为 4.23 岁。经对比结果证实, 两组患儿一般资料无任何差异, P 值>0.05。

1.2 方法

研究组则采用地特胰岛素注射液、短效胰岛素联合治疗模式, 具体如下: 早、中、晚餐前的三十分钟采用皮下注射方式给予患儿生物合成人胰岛素注射液, 睡前采用皮下注射方式给予患儿地特胰岛素注射液。

对比组采用常规治疗, 在早、中、晚三餐前的三十分钟, 采用皮下注射方式给予患儿精蛋白生物合成人胰岛素注射液。

1.3 观察指标

分析治疗结果: (1) 治疗结果: 从治疗后三个月、半年分析患儿 FBG 与 HbA_{1c} 水平; (2) 不良反应发生率: 从酮症酸中毒、低血糖进行分析。 (3) Peds QL 4.0 评分, 评价患儿学校功能、社会功能、情感功能、生理功能以及总得分, 从治疗前、治疗后进行对照。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 软件 (22.0 版本), 计数资料 (率) 行 χ^2 检验, 计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 行 t 检验, P<0.05 时存在显著差异。

2 结果

2.1 治疗结果对比

2.1.1 治疗前指标水平对照

研究组: 参与调查患儿为 44 例, 通过收集 44 份有效检查结果, 经统计结果证实, 患儿治疗前 FBG 水平为 12.29 ± 3.29 mmol/L、HbA_{1c} 水平为 $8.95 \pm 1.68\%$; 常规组: 参与调查患儿为 44 例, 通过收集 44 份有效检查结果, 经统计结果证实, 患儿治疗前 FBG 水平为 12.30 ± 3.30 mmol/L、HbA_{1c} 水平为 $8.96 \pm 1.69\%$, 治疗前常规组、研究组患儿 FBG 水平、HbA_{1c} 水平对照并无明显差异 (P>0.05)。

2.1.2 治疗三个月后指标水平对照

研究组: 参与调查患儿为 44 例, 通过收集 44 份有效检查结果, 经统计结果证实, 患儿治疗后三个月 FBG 水平为 6.79 ± 1.39 mmol/L、HbA_{1c} 水平为 $7.09 \pm 1.35\%$; 对比组: 参与调查患儿为 44 例, 通过收集 44 份有效检查结果, 经统计结果证实, 患儿治疗后三个月 FBG 水平为 7.01 ± 1.52 mmol/L、HbA_{1c} 水平为 $7.65 \pm 1.41\%$, 治疗后, 常规组治疗 3 个月 FBG 水平、HbA_{1c} 水平改善, 与治疗前相比, 有一定差异, (P<0.05); 治疗后, 研究组治疗 3 个月 FBG 水平、HbA_{1c} 水平改善, 与治疗前相比, 有一定差异, (P<0.05); 但常规组治疗 3 个月 FBG 水平、HbA_{1c} 水平高于研究组, 有一定差异, (P<0.05)。

2.1.3 治疗三个月后指标水平对照

研究组: 患儿治疗后六个月 FBG 水平为 6.47 ± 1.15 mmol/L、HbA_{1c} 水平为 $6.79 \pm 1.25\%$; 常规组: 患儿治疗后六个月 FBG 水平为 6.73 ± 1.35 mmol/L、HbA_{1c} 水平为 $7.52 \pm 1.14\%$, 治疗后, 常规组治疗 6 个月 FBG 水平、HbA_{1c} 水平改善, 与治疗前相比, 有一定差异, (P<0.05); 治疗后, 研究组治疗 6 个月 FBG 水平、HbA_{1c} 水平改善, 与治疗前相比, 有一定差异, (P<0.05); 但常规组治疗 6 个月 FBG 水平、HbA_{1c} 水平高于研究组, 有一定差异, (P<0.05)。

2.2 不良反应发生率

对比组: 参与调查患儿为 44 例, 共有 11 例出现不良反应, 酮症酸中毒

者 5 例、低血糖者 6 例, 发生率为 25%; 研究组: 参与调查患儿为 44 例, 共有 2 例出现不良反应, 酮症酸中毒者 1 例、低血糖者 1 例, 发生率为 4.55%, 对比组不良反应发生率较高, 研究组较低, 两组差异明显, P 值低于 0.05。

2.3 Peds QL 4.0 评分对照

2.3.1 治疗前 Peds QL 4.0 评分对照

对比组: 学校功能评分为 65.29 ± 2.25 分、社会功能评分为 68.32 ± 2.31 分、情感功能评分为 70.35 ± 1.29 分、生理功能评分为 70.98 ± 1.62 分、总评分为 70.22 ± 3.61 分; 研究组: 学校功能评分为 65.28 ± 2.24 分、社会功能评分为 68.31 ± 2.29 分、情感功能评分为 70.33 ± 1.27 分、生理功能评分为 79.95 ± 1.61 分、总评分为 70.15 ± 3.49 分, 治疗前对比组与研究组学校功能、社会功能、情感功能、生理功能以及总得分对照并无差异, (P>0.05)。

2.3.2 治疗后 Peds QL 4.0 评分对照

对比组: 学校功能评分为 70.25 ± 3.21 分、社会功能评分为 74.32 ± 2.21 分、情感功能评分为 75.33 ± 1.31 分、生理功能评分为 72.53 ± 1.59 分、总评分为 74.69 ± 2.29 分; 研究组: 学校功能评分为 80.99 ± 1.51 分、社会功能评分为 82.11 ± 1.61 分、情感功能评分为 80.59 ± 1.37 分、生理功能评分为 82.69 ± 1.51 分、总评分为 82.59 ± 1.41 分, 治疗后对比组学校功能、社会功能、情感功能、生理功能以及总得分提升, 与治疗前相比有一定差异, (P<0.05); 治疗后研究组学校功能、社会功能、情感功能、生理功能以及总得分提升, 与治疗前相比有一定差异, (P<0.05); 但对比组学校功能、社会功能、情感功能、生理功能以及总得分均低于研究组, 相比有一定差异, (P<0.05)。

3 讨论

学龄期儿童 1 型糖尿病在临床治疗中属于常见而多发疾病, 近些年随着新生儿例数的增多, 这也是导致学龄期儿童 1 型糖尿病增长的主要因素。因此临床应用中存有一定的难度, 因此每日多次皮下注射胰岛素仍为治疗的主要手段^[4,5]。地特胰岛素注射液属于可溶性基础胰岛素类型的药物, 具备作用时间长的优势, 在作用后可有效的结合白蛋白组织与脂肪酸侧链, 进而实现治疗的目的。虽然地特胰岛素有效, 但是不能够降低与改善餐后血糖水平, 为此要联合短效胰岛素继续共同治疗。短效胰岛素具备变异性小的优势, 与地特胰岛素联合应用不仅可改善低血糖发生率, 还会减少地特胰岛素应用剂量。

本次调研结果证实: (1) 治疗前对比组与研究组学校功能、社会功能、情感功能、生理功能以及总得分对照并无差异, (P>0.05)。治疗后对比组学校功能、社会功能、情感功能、生理功能以及总得分提升, 与治疗前相比有一定差异, (P<0.05); 治疗后研究组学校功能、社会功能、情感功能、生理功能以及总得分提升, 与治疗前相比有一定差异, (P<0.05); 但对比组学校功能、社会功能、情感功能、生理功能以及总得分均低于研究组, 相比有一定差异, (P<0.05), 此结果说明研究组所采用护理方案的优越性。

综上所述, 学龄期儿童 1 型糖尿病治疗中, 地特胰岛素注射液联合短效胰岛素治疗应作为首选, 可有效的改善患儿指标水平, 此方案值得临床应用与普及。

参考文献:

- [1] 刘芳, 凌波花, 陈琼, 等. 地特胰岛素注射液联合短效胰岛素治疗学龄期儿童 1 型糖尿病疗效分析[J]. 儿科药学杂志, 2018, 24 (6): 7-9. DOI: 10.13407/j.cnki.jpp.1672-108X.2018.06.003.
- [2] 康长娟, 刘彤, 刘娟. 胰岛素联合二甲双胍治疗儿童 1 型糖尿病的疗效及安全性观察[J]. 中国合理用药探索, 2020, 17 (7): 40-43. DOI: 10.3969/j.issn.2096-3327.2020.7.010.
- [3] 吕建琴, 厉红, 刘小娜, 等. 胰岛素泵治疗儿童 1 型糖尿病临床效果及安全性 Meta 分析[J]. 中国医药, 2020, 15 (2): 239-243. DOI: 10.3760/j.issn.1673-4777.2020.02.019.
- [4] 王锐, 吴迪, 李凤婷, 等. 儿童 1 型糖尿病患儿胰岛素治疗现状调查及护理对策[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35 (7): 497-500. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2019.07.004.
- [5] 顾晓, 杨涛, 顾威. 长效胰岛素类似物在儿童青少年 1 型糖尿病治疗中的价值[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2019, 35 (4): 345-349. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1000-6699.2019.04.014.

针灸推拿结合牵引治疗腰椎间盘突出症的临床效果分析

王军稳

汉滨区第一医院 陕西安康 725000

摘要：目的：分析针灸推拿结合牵引治疗腰椎间盘突出症的临床效果。方法：研究将我院的 90 例腰椎间盘突出症患者作为样本量进行调查，患者为我院在 2020 年 1 月~2022 年 2 月期间收治，应用抛硬币方式对患者分组，对照组实施牵引治疗，观察组则联合针灸推拿治疗，对比两组的临床疗效，观察两组疼痛情况、功能障碍改善情况，分析患者炎症改善效果。结果：将两组的治疗有效率进行对比发现，观察组比对照组高，为 97.78%（44 例），二者差异性显著， $P<0.05$ ；观察组治疗后的 VAS 和 ODI 评分比对照组低，分别是（ 3.01 ± 0.13 ）分、（ 4.18 ± 1.19 ）分，直腿抬高高度比对照组高，为（ 78.43 ± 10.22 ）°，二者相比差异显著， $P<0.05$ ；观察组治疗后各项症状评分均比较低，腰痛评分（ 0.65 ± 0.12 ）分，肢体麻木评分（ 0.45 ± 0.11 ）分，活动障碍评分（ 0.52 ± 0.13 ）分，二者相比差异显著， $P<0.05$ 。结论：针灸推拿结合牵引治疗腰椎间盘突出症有着显著的疗效，可以减轻患者疼痛和肢体麻木等病症，促进功能障碍的恢复。

关键词：针灸；推拿；牵引治疗；腰椎间盘突出症；临床疗效；症状评分

腰椎间盘突出症在临床中的发病率比较高，本病在中老年群体中较为常见，疾病的发病多与长期过度劳作、腰部长期过负荷等因素相关^[1]。本病病理可见髓核不同程度退行性改变，这将对临近的神经组织造成刺激和压迫，从而引起疼痛、麻木等症状，影响到了患者日常生活^[2]。严重的腰椎间盘突出症会导致患者下肢疼痛及活动障碍，甚至可能引起暂时性活动能力丧失^[3]。本病的治疗方式分为手术和非手术治疗两种。非手术治疗方式多样化，如牵引治疗、针灸和推拿治疗等等。本次主要探讨了针灸推拿结合牵引对腰椎间盘突出症的疗效，并选取了 90 患者比较观察，内容如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究将我院的 90 例腰椎间盘突出症患者作为样本量进行调查，患者为我院在 2020 年 1 月~2022 年 2 月期间收治，应用抛硬币方式对患者分组，对照组实施牵引治疗，观察组则联合针灸推拿治疗，每组各有 45 例患者。观察组男性共 26 例，女性共 19 例，年龄在 48~74 岁之间，平均值（ 61.34 ± 1.53 ）岁，病程在 4~15 个月之间，平均值（ 8.72 ± 1.52 ）个月；对照组男性共 25 例，女性共 20 例，年龄在 49~75 岁之间，平均值（ 61.31 ± 1.68 ）岁，病程在 5~15 个月之间，平均值（ 8.67 ± 1.61 ）个月。比较两组一般资料无统计学差异， $P>0.05$ 。

纳入标准：患者经 CT 等影像学检查确诊，可见腰椎髓核凸出，患者主诉有腰椎疼痛，下肢疼痛以及麻木、酸胀等症状等，和《中医骨伤科学》^[4]相关诊断描述一致；患者签署了知情同意书。

排除标准：精神障碍患者；骨关节疾病患者；治疗不耐受的患者；脏器有器质性改变的患者；肿瘤疾病患者。

1.2 方法

对照组采取牵引治疗，将患者置于仰卧位，躺在多功能牵引床上实施治疗。对患者胸部和腿部进行固定，病变腰椎间隙实施适当的断式牵引，避免对腰椎造成损害。第一次治疗时，应对患者病情、韧带承受力等进行评估，依据患者耐受情况决定牵引治疗，一般控制在患者体质量的 50%~80%之间。治疗期间，注意询问患者是否有不适感、是否能够承受等，患者表现异常，需要及时停止治疗，每次治疗 20min，每天治疗一次，治疗完成后，在牵引床静卧休息至少半小时，以避免腰椎部位出现医疗损伤。叮嘱患者回家后适当的进行腰部活动，不要让腰部承受过量负载。

观察组在上述基础上实施针灸推拿治疗，取患者委阳穴、夹脊穴、环跳穴、秩边穴等进行针灸，对于腰椎 4/5 凸出患者，应加足三里、阳陵泉悬钟以及风市等穴位进行辅助治疗，针对 L5/S1 骶椎凸出患者，应加承扶、昆仑、承山、太溪、殷门以及委中穴位辅助治疗。针刺时，对皮肤进行彻底消毒，选用一次性无菌针灸针，以平补平泻法针灸，得气后留针，时间

20~30min，每天治疗一次。针灸后休息半小时左右，不适感消退后实施推拿治疗，先行仰卧位，用按揉、推压等手法对痛点及其周围肌肉进行按摩，推拿穴位包括环跳穴、承山穴、阿是穴等，力度由轻到重，缓慢增加，从腰部逐渐按摩至下肢，下肢主要对足三里和风市穴进行按摩，以上操作共进行三次，直到患者肌肉处于放松状态，而后行卧位，使用斜扳法腿腰部进行推拿，时间半小时，每天治疗一次，两组均在一个月后观察效果。

1.3 观察指标

1.3.1 疗效比较

按照《中医骨伤科学》相关描述评估疗效：疼痛、肢体麻木等症状消失，直腿抬高高度不低于 70°为显效；疼痛和肢体麻木等症状减轻，直腿抬高高度在 30°~70°之间为有效；不符合以上描述为无效。

1.3.2 临床指标

使用 VAS 量表评估患者治疗前后疼痛度，分数和疼痛度正相关。使用 ODI 量表（功能障碍指数）评估患者下肢、腰椎功能障碍，分数与功能障碍正相关。实施直腿抬高角度测试，统计测试结果。

1.3.3 症状评分

按照轻重程度评分两组的症状改善情况，病症包括腰痛、肢体麻木和活动障碍三项，分值在 0~3 分之间，分数高则病症重。

1.4 统计学分析

以 SPSS23.0 实施差异检验，计数资料、计量资料的表达方式为百分数、（均数±标准差），以 X^2 值和 t 值检验， $P<0.05$ 为研究有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组疗效分析

将两组的治疗有效率进行对比发现，观察组比对照组高，为 97.78%（44 例），二者差异性显著， $P<0.05$ 。

表 1：两组疗效统计

组别 (n=45)	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	有效率 (n/%)
观察组	34	10	1	44 (97.78)
对照组	22	14	9	36 (80.00)
X^2				7.2000
P				0.0073

2.2 两组的临床指标观察

观察组治疗后的 VAS 和 ODI 评分比对照组低，分别是（ 3.01 ± 0.13 ）分、（ 4.18 ± 1.19 ）分，直腿抬高高度比对照组高，为（ 78.43 ± 10.22 ）°，二者相比差异显著， $P<0.05$ 。

表 2：两组治疗前后临床指标对比

组别（n=45）	VAS（分）		ODI（分）		直腿抬高高度（°）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	7.43±1.04	3.01±0.13	16.32±2.41	4.18±1.19	41.42±3.58	78.43±10.22
对照组	7.36±1.02	3.66±0.17	16.27±2.62	7.82±1.28	40.15±4.55	63.41±11.73
t	0.3223	20.3745	0.0942	13.9713	1.4715	6.4764
P	0.7479	0.0000	0.9251	0.0000	0.1447	0.0000

2.3 两组症状评分对比
观察组治疗后各项症状评分均比较低，腰痛评分（0.65±0.12）分，肢
体麻木评分（0.45±0.11）分，活动障碍评分（0.52±0.13）分，二者相比差
异显著，P<0.05。

表 3：两组症状评分对比（分）

组别（n=45）	腰痛		肢体麻木		活动障碍	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	2.52±0.25	0.65±0.12	2.57±0.12	0.45±0.11	2.41±0.11	0.52±0.13
对照组	2.51±0.27	1.31±0.83	2.55±0.16	1.27±0.45	2.39±0.27	1.01±0.25
t	0.1823	5.2793	0.6708	11.8742	0.4602	11.6652
P	0.8558	0.0000	0.5041	0.0000	0.6465	0.0000

3、讨论

腰椎间盘突出症是一种腰椎退行性改变疾病，和腰椎外伤以及长期过
度负荷等因素相关，手术治疗本病虽然可以有效解除神经压迫，但是具有
一定风险^[5]。中医认为本病的病症主要在于内虚气弱，患者受到寒邪侵袭
后痹阻经络，引起了气血不畅和脉络不同的病症，从而导致了疼痛等症状。
故应坚持舒筋通络和活血化瘀的治疗原则^[6]。

中医针灸治疗本病可以达到调节脏腑、行气止痛以及舒经通络的效
果，中医提出“经脉所过，主治所及”^[7]，通过针刺相应的穴位，可以对病
灶起到改善作用。在穴位的选择上，应当以督脉和膀胱经穴为主，以少阳
经穴为辅。膀胱经穴主祛风除湿、强健腰膝及通络止痛，所选穴位中秩边
就是膀胱经穴的常用穴位，少阳经穴主活血止痛、壮骨生髓等，环跳穴属
于少阳经穴，可治疗下肢痿痹，达到调补气血的作用^[8-9]。推拿治疗也是
中医的一种特色疗法，具有舒筋通络、调理骨节以及除痹止痛等多种功效，
对肢体功能障碍具有良好的纠正作用^[10-13]。在此次研究中，经对比后，观
察组的治疗有效率更好，并且本组患者治疗后的 VAS 和 ODI 评分比对照
组低，分别是（3.01±0.13）分、（4.18±1.19）分，直腿抬高高度比对照组高，
为（78.43±10.22）°，二者相比差异显著，P<0.05。数据结果证实针灸推拿
结合牵引治疗腰椎间盘突出症效果和单独应用牵引治疗相比效果更好，对
于疼痛、肢体功能障碍等的改善效果良好。

此外，研究还指出：观察组治疗后各项症状评分均比较低，腰痛评分
（0.65±0.12）分，肢体麻木评分（0.45±0.11）分，活动障碍评分（0.52±0.13）
分，二者相比差异显著，P<0.05。现代医学研究证实，机体炎症反应是导
致患者出现疼痛的一个重要原因，故在西医治疗中，往往会应用具有抗炎
作用的药物。本组研究中，患者经采用针灸推拿和牵引治疗后，其炎症因
子水平降低。分析其原因在于：针灸可以改善微循环和神经损伤，调整关
节的生物力学，预防关节进一步退行性改变。推拿则可以促进血液循环，
增强肌力，解除组织粘连和痉挛，二者联合对于减轻机体炎症反应具有积
极作用^[14-16]。故，患者在治疗后，其腰痛症状缓解，因此而引起的肢体麻
木和活动障碍表现也明显减轻。翟德胜^[17]等在其研究中也指出：经针灸推
拿联合牵引治疗后，患者腰痛评分（0.45±0.12）分，肢体麻木评分
（0.51±0.14）分，活动障碍评分（0.47±0.15）分，二者相比差异显著，P<0.05。
其研究与本研究论证观点一致，仅具有较小的数据差异，考虑是病例数差
异导致的。

疼痛是腰椎间盘突出症最难以忍受的病症，同时也是导致下肢麻木、
活动障碍的重要原因，需要及时干预，联合针灸推拿治疗后，患者机
体炎症反应减轻，疼痛缓解，其它相关性病症自然也得到了缓解。

综上所述：针灸推拿结合牵引治疗腰椎间盘突出症临床效果凸出，值
得推广使用。

参考文献：

[1]JRUNE T. PAULSEN, LEAH Y. CARREON, MIKKEL O. ANDERSEN.
Patient-reported Outcomes After Surgery for Lumbar Disc Herniation, a
Randomized Controlled Trial Comparing the Effects of Referral to
Municipal Physical Rehabilitation Versus No Referral[J]. Spine,2020,45
(1): 3-9.
[2]麦志明,陈敏华,蔡晓聪. 针灸推拿联合牵引治疗腰椎间盘突出症的
临床效果[J]. 内蒙古中医药,2022,41(2): 129-130.
[3]黄逸纯,陈权韩. 观察中医护理配合推拿按摩、牵引、针灸、电疗
治疗腰椎间盘突出症的疗效[J]. 当代临床医刊,2022,35(1): 74-75.
[4]李思能. 中医针灸推拿加牵引治疗老年血瘀型腰椎间盘突出症的
临床疗效观察[J]. 养生保健指南,2021(35): 117.
[5]王艳军. 中医针灸推拿加牵引治疗腰椎间盘突出症效果观察[J].
养生保健指南,2021(2): 101.
[6]于忠行,张敬中. 针灸推拿联合牵引治疗腰椎间盘突出症的临床观
察[J]. 中国医学创新,2021,18(10): 24-28.
[7]罗威,杨志军. 分析中医针灸推拿配合牵引治疗对老年人腰椎间盘
突出症的可行性[J]. 饮食保健,2021(6): 99.
[8]李宝柱. 浅析中医针灸推拿加牵引治疗腰椎间盘突出症临床效果
[J]. 中国伤残医学,2021,29(9): 54-55.
[9]曾云. 腰椎间盘突出症应用中医针灸推拿加牵引治疗的效果观察
[J]. 家有孕宝,2021,3(3): 170.
[10]邓鑫. 腰椎牵引温针灸联合推拿对腰椎间盘突出症患者疼痛及下
肢功能的影响[J]. 光明中医,2021,36(11): 1854-1856.
[11]赵雪. 中医针灸推拿结合牵引在腰椎间盘突出症患者中的治疗
效果分析[J]. 养生保健指南,2021(2): 109.
[12]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.
[13]白智鹏. 针灸推拿配合牵引治疗对老年人腰椎间盘突出症的临床
效果分析[J]. 中国保健营养,2021,31(18): 255.
[14]聂静,王冰清,姚其菊. 中医针灸推拿配合牵引治疗对老年人腰椎
间盘突出症的临床效果[J]. 东方药膳,2020(16): 222.
[15]赵哲. 中医针灸推拿加牵引治疗腰椎间盘突出症临床效果分析
[J]. 心理月刊,2020,15(16): 216.
[16]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.
[17]翟德胜,张欣,刘艳芳,等. 针灸推拿联合腰椎牵引对腰椎间盘突出
症的疗效分析[J]. 现代医学与健康研究(电子版),2022,6(12): 82-85.

检验结核分枝杆菌阳性率分析

王世军

兰州市肺科医院 甘肃兰州 730046

摘要：目的：于结核分枝杆菌检验中不同检测方法的阳性率进行分析。方法：对2018年12月至2020年2月来兰州市肺科医院诊治的80例肺结核患者进行研究，设为甲组，并选同期30例非结核者设为乙组，甲乙两组均通过结核菌培养法、T细胞酶联免疫斑点试验、结核抗体检测法、荧光定量PCR检测法、漂浮集菌法、痰涂片抗酸染色镜检法等检验方法进行结核分枝杆菌的检测，总结检测结果、检测用时、检测花费。结果：检测用时的比较，结核菌培养法>T细胞酶联免疫斑点试验>荧光定量PCR检测法>漂浮集菌法>结核抗体检测法>痰涂片抗酸染色镜检法，各种检测方法间的检测用时存在统计学差异($P<0.05$)。检测花费的比较，T细胞酶联免疫斑点试验>荧光定量PCR检测法>结核菌培养法>结核抗体检测法>漂浮集菌法>痰涂片抗酸染色镜检法，各种检测方法间的检测花费存在统计学差异($P<0.05$)。荧光定量PCR检测法的准确性最高，T细胞酶联免疫斑点试验和结核抗体检测法的特异性比较低，T细胞酶联免疫斑点试验和荧光定量PCR检测法的灵敏度比较高，T细胞酶联免疫斑点试验的阳性率最高，同其他方法比较均存在统计学差异($P<0.05$)。结论：于结核分枝杆菌检验中，不同检测方法的阳性率、诊断效果、检测用时以及检测花费均不同，因此临床需综合考虑为检验结核分枝杆菌选择最佳的检测方法。

关键词：结核分枝杆菌；检验；不同检测方法；阳性率

结核病的病原菌就是结核分枝杆菌，属于常见的慢性病、传染病，发病时会侵犯机体的全身器官，比较常见的肺结核，患者感染后痰中带菌^[1]。据世界卫生组织(WHO)统计：目前，全球结核病患者多达20亿人，我国结核病患病率在全世界居于第二位，是结核病流行较为严重的国家之一。及早对结核病患者病情作出诊断，及早给予针对性治疗，是控制结核病传染、爆发的关键。尽管我国集中开展结核病的防治工作，明显降低结核病的发病率以及死亡率，但是结核分枝杆菌的预防以及检测仍是临床诊断的重点以及难点^[2]。基于此，为探究结核分枝杆菌检验中不同检测方法的阳性率，本文对2018年12月至2020年2月来兰州市肺科医院诊治的80例肺结核患者进行研究，报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

医院伦理委员会已审批本研究，对2018年12月至2020年2月来兰州市肺科医院诊治的80例肺结核患者进行研究，设为甲组，并选同期30例非结核者设为乙组。甲组中，女32例、男48例。24-67岁/(37.21±4.25)岁；体质质量指数(BMI)在22-28kg/m²，平均(25.12±1.44)kg/m²。乙组中，女12例、男18例。23-66岁/(37.36±4.31)岁；BMI在23-28kg/m²，平均(25.19±1.41)kg/m²。两组基线资料 $P>0.05$ 。纳入标准：①甲组均满足《肺结核基层诊疗指南(2018年)》^[3]中对“肺结核”诊断标准。②年龄在20-70周岁，男、女不限。③精神正常、意识清醒。④患者均已签署知情同意书。排除标准：①妊娠期、哺乳期女性。②既往存在肺部手术史者。③合并骨质疏松等其他结核性疾患者。④同期参与其他研究者。⑤合并恶性肿瘤者。⑥配合度、依从性较差者。⑦甲组入组前接受过抗结核治疗者。⑧合并艾滋病等传染性疾病者。

1.2 方法

1.2.1 仪器和实际

结核菌培养仪器试剂、抗酸染色试剂、荧光定量PCR检测试剂和仪器、T-SPOT和结核抗体仪器。

1.2.2 采集标本

清晨肺部深咳嗽，在密闭无菌容器中放置，及时送检。并采集空腹静脉血3ml，在干燥管放置，及时送检。

1.2.3 检测

结核菌培养法、T细胞酶联免疫斑点试验、结核抗体检测法严格按试剂盒上的说明书进行检验。

漂浮集菌法、痰涂片抗酸染色镜检法严格按相关操作规程进行检验：

①漂浮集菌法：将所采集的痰液中，加入适量的蒸馏水，置入高压蒸汽锅(温度121℃)中灭菌处理30min，而后加入适量的二甲苯，置入振荡器，震荡10min左右，直至均匀混合后，再次加入蒸馏水，直至瓶口，静置15min，将载玻片改在瓶口上，静置15min，将载玻片取下，干燥处理后进行抗酸染色。②痰涂片抗酸染色镜检法：痰直接涂片萁-尼法(Z-N)，严格遵循《中国结核病防治规划·痰涂片镜检标准化操作及质量保证手册》

进行涂片、染色、镜检，对连续300个不同视野观察后，未见抗酸杆菌，则判定为阴性；连续300个不同视野1-5条抗酸杆菌，则需要将抗酸杆菌的数目上报；连续300个不同视野，每100个不同视野有3-9条抗酸杆菌，则为(+)，抗酸杆菌阳性；连续300个不同视野，每10个不同视野有1-9条抗酸杆菌，则为(++)，抗酸杆菌阳性；每个视野1-9条抗酸杆菌，则为(+++)，抗酸杆菌阳性；每个视野≥10条抗酸杆菌，则为(++++)，抗酸杆菌阳性。

荧光定量PCR检测法：取200μl的痰液，在eppendo管(1.5mL)中放置，加500μl的氢氧化钠溶液(5mol/L)，混匀，在室温下摇动，时间为20min。加700μl的磷酸二氢钠溶液(1mol/L)进行中和，离心(5min，10000r/min)，得到上清液，加TE到100μl，加20μl的溶菌酶(50mg/ml)，37℃孵箱反应30min。提取DNA，进行扩增检测。血液常规操作检测。

结核抗体检测法、T细胞酶联免疫斑点试验和结核菌培养法测定：依据试剂盒说明书进行检验操作，所有仪器及试剂质控均在控。

1.3 观察指标

检测后，统计不同检测方法的检测用时和检测花费；灵敏度是真阳性数同总阳性数的比值；特异性是真阴性数同总阴性数的比值；准确度是(真阳性+真阴性)同(总阳性+总阴性)的比值；阳性率是总阳性同总例数的比值^[4]。

1.4 统计学分析

SPSS24.0软件，计数资料经(%)体现， χ^2 检验，计量资料经($\bar{x} \pm s$)体现，t检验，统计学差异经 $P<0.05$ 体现。

2 结果

2.1 总结检测用时和检测花费

检测用时的比较，结核菌培养法>T细胞酶联免疫斑点试验>荧光定量PCR检测法>漂浮集菌法>结核抗体检测法>痰涂片抗酸染色镜检法，各种检测方法间的检测用时存在统计学差异($P<0.05$)。检测花费的比较，T细胞酶联免疫斑点试验>荧光定量PCR检测法>结核菌培养法>结核抗体检测法>漂浮集菌法>痰涂片抗酸染色镜检法，各种检测方法间的检测花费存在统计学差异($P<0.05$)。

表1 总结检测用时和检测花费($\bar{x} \pm s$)

检测方法	检测用时(h)	检测花费(元)
结核菌培养法/110例	72.0±8.0	100.0±50.0
T细胞酶联免疫斑点试验/110例	24.0±4.0 ^a	300.0±100.0 ^a
结核抗体检测法/110例	1.0±0.50 ^{ab}	30.0±5.0 ^{ab}
荧光定量PCR检测法/110例	3.0±1.50 ^{abc}	200.0±50.0 ^{abc}
漂浮集菌法/110例	2.0±0.50 ^{abcd}	20.0±6.0 ^{abcd}
痰涂片抗酸染色镜检法/110例	0.50±0.20 ^{abcde}	15.0±5.0 ^{abcde}

注：a表示同结核菌培养法比较 $P<0.05$ ；b表示同T细胞酶联免疫斑点试验比较 $P<0.05$ ；c表示结核抗体检测法比较 $P<0.05$ ；d表示同荧光

定量 PCR 检测法比较 $P<0.05$; e 表示同漂浮集菌法比较 $P<0.05$

2.2 比较不同检测方法的准确性、特异性、灵敏度

荧光定量 PCR 检测法的准确性最高,同其他方法比较均存在统计学差异 ($P<0.05$); T 细胞酶联免疫斑点试验和结核抗体检测法的特异性比较低,同其他方法比较均存在统计学差异 ($P<0.05$); T 细胞酶联免疫斑点试验和荧光定量 PCR 检测法的灵敏度比较高,同其他方法比较均存在统计学差异 ($P<0.05$); T 细胞酶联免疫斑点试验的阳性率最高,同其他方法比较均存在统计学差异 ($P<0.05$)。

表 2 不同检测方法的阳性结果

分组	结核菌培养法		T 细胞酶联免疫斑点试验		结核抗体检测法	
	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性
甲组 /80 例	31	49	68	12	49	31
乙组 /30 例	0	30	10	20	12	18
总计	31	79	78	32	61	49

续表:

荧光定量 PCR 检测法		漂浮集菌法		痰涂片抗酸染色镜检法	
阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性
65	15	42	39	39	41
1	29	1	29	0	30
66	44	43	67	39	71

表 3 比较不同检测方法的准确性、特异性、灵敏度、阳性率 (%)

检测方法	准确性	特异性	灵敏度	阳性率
结核菌培养法	52.9	100.0	38.8	28.2
T 细胞酶联免疫斑点试验	73.3	66.7 ^{adc}	85.0 ^{acc}	70.9 ^{acde}
结核抗体检测法	55.8	60.0 ^{adc}	61.5	55.5 ^{adc}
荧光定量 PCR 检测法	78.3 ^{abde}	96.7	81.3 ^{acc}	60.0 ^{adc}
漂浮集菌法	59.2	96.7	52.5	39.1 ^a
痰涂片抗酸染色镜检法	57.5	100.0 ^{bc}	48.8 ^{bd}	34.5

注: a 表示同结核菌培养法比较 $P<0.05$; b 表示同 T 细胞酶联免疫斑点试验比较 $P<0.05$; c 表示结核抗体检测法比较 $P<0.05$; d 表示同荧光定量 PCR 检测法比较 $P<0.05$; e 表示同漂浮集菌法比较 $P<0.05$

3 讨论

据调查显示:全球将近 1/3 的人口感染过结核分枝杆菌,涂片抗酸杆菌检测结果是阳性的肺结核病患者是主要的传染源^[5]。肺部是结核分枝杆菌最容易感染的器官之一,人体在感染结核分枝杆菌后,不会立刻发病,当细胞介导的变态反应增高或者机体抵抗力降低是,患者才会出现相关症状及体征,例如咯血、咳嗽、呼吸困难、胸闷、胸痛、月经失调、消瘦、纳差、乏力、盗汗、低热等。我国属于结核病大国,对国民的身心健康有较大的影响,在结核病的防治中,早期检测、诊断结核分枝杆菌是重要的工作内容,也是难点^[6]。就目前情况来看,临床快速准确诊断结核分枝杆菌的方法很少,传统检测方法痰培养,检查周期长,一般需要 4-8 周左右,且准确度差,假阳性率较高,无法适应临床检测的需求^[7]。所以,要寻找到速度快、特异性好、灵敏度高以及简单易操作的方法至关重要。

本课题结果显示:结核菌培养法最费时, T 细胞酶联免疫斑点试验检测花费最高,荧光定量 PCR 检测法的准确性最高, T 细胞酶联免疫斑点试验和结核抗体检测法的特异性比较低, T 细胞酶联免疫斑点试验和荧光定量 PCR 检测法的灵敏度比较高, T 细胞酶联免疫斑点试验的阳性率最高。说明不同检测方法存在各自的优缺点,所以要根据实际情况选择最佳的检测方案。

痰液涂片抗酸染色镜检的检测用时少、操作简单以及费用低,在基层检测中比较使用,痰液涂片抗酸染色镜检中选取的 Z-N 染色液,利用特殊

的渗透剂,促使复红可以快速的穿透结核菌表层屏障,具有背景清晰、对比度强、菌体色彩鲜明、着色快等优点,但痰液涂片抗酸染色镜检法的特异性差、灵敏度低、阳性率低,只有大于 5000 条菌/mL 的痰液中,才能检测到抗酸菌,致使检测结果不准。结核菌培养法为结核病诊断的金标准,但是培养时间比较长,可能耽误诊疗。荧光定量 PCR 检测法以及 T 细胞酶联免疫斑点试验存在快速、直接、准确、效果好等有点,可以在短时间内促使极微量的核酸片段,扩增至数百万个拷贝,具有较高的灵敏度、特异度,特别适用于早期诊断,现已临床用于脑脊液、胸腹腔积液、痰液、血液等标本结核分枝杆菌 DNA (TB-DNA) 检测中^[8]。但荧光定量 PCR 检测法对检测设变、仪器、实验室的要求较高,所需要的检测、设备价格昂贵,一旦对相关仪器、设备控制不好,也会出现假阴性、假阳性的结果,因此,医院应加强对检验科工作人员荧光定量 PCR 检测技术的培训,提高工作人员检测技能,避免由于工作人员等外界因素而影响检测结果的准确性。漂浮集菌法将所采集的痰液进行高压灭菌处理,而后加入消毒液震荡处理,促使结核杆菌分散开来,利用结核杆菌密度比消化液密度低的特点,促使结核杆菌漂浮在液体的表面,从而起到采集结核杆菌的目的。漂浮集菌法由于操作过程难以达到标准化,操作繁琐、费时,高压灭菌处理耗时间较长,漂浮在液面的结核菌,不能完全黏附在载玻片上,且载玻片极易受到污染,受操作者主观因素的影响,假阴性、假阳性率较高。结核病患者机体体液免疫反应主要表现为特异性的 IgG 水平增高,一般患者接触的抗原越频繁、越多,机体产生的 IgG 抗体就越多,有大量纯化的特异性抗原,可用于结核病抗体检测诊断中。结核抗体检测法具有重复性好、操作简单、简便快速等优点,对仪器要求较低,可适用于基层医院等医疗卫生条件较差的机构,用于结核病筛查、诊断中,但结核抗体检测法存在加多的客观因素和主观因素影响,很难早期判定是否发生结核分枝杆菌感染^[9-10]。

本研究存在一定不足,例如样本病例数较少、病例均来源于同一家医院、研究时限较短,对结果的代表性、一般性、有效性有所影响,因此仍旧需临床扩大样本病例数、增加不同医院结核分枝杆菌感染病例、延长研究时限,为评估不同检测方法在结核分枝杆菌感染诊断中的阳性率提供更多参考依据。

总之,于结核分枝杆菌检验中,不同检测方法的阳性率、诊断效果、检测用时以及检测花费均不同,因此临床需综合考虑为检验结核分枝杆菌选择最佳的检测方法。

参考文献:

[1]李观华,陈雪礼,刘晓峰,等.结核分枝杆菌 6 种检测方法的比较分析[J].当代医学,2020,26 (14): 60-62.

[2]陈妍汶,杨勇,陈俊莉,等.分子生物学方法在结核分枝杆菌及其耐药性检测中的价值[J].蚌埠医学院学报,2020,45 (3): 388-391.

[3]中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等.肺结核基层诊疗指南(2018 年)[J]. 中华全科医师杂志,2019,18(8): 709-717.

[4]王楚涵,罗涛,鲍朗.结核分枝杆菌感染引起的细胞损伤与死亡[J].国际免疫学杂志,2020,43 (2): 178-183.

[5]高磊,张慧,胡茂桂,等.基于多中心调查数据和空间统计模型的全中国结核分枝杆菌潜伏感染率估算[J]. 中国防痨杂志,2022,44 (1): 54-59.

[6]梁晨,张旭霞,邢青,等.北京基因型结核分枝杆菌的流行及与二线抗结核药物耐药性的相关性[J].中华结核和呼吸杂志,2020,43 (4): 356-361.

[7]穆成,江丽娜,赵慧,等.GenoType?MTBDRplus VER 2.0 试剂盒检测痰标本中结核分枝杆菌复合群的效果评价[J].公共卫生与预防医学,2020,31 (2): 38-41.

[8]高磊,权竹声,成君,等.结核分枝杆菌感染检测两步法在学校结核病控制工作中的应用探讨[J].中华预防医学杂志,2020,54 (4): 385-391.

[9]张汇征,付宗强,曹婉婷,等.结核分枝杆菌和非结核分枝杆菌 3 种鉴定方法的比较[J].医学动物防制,2020,36 (1): 100-102.

[10]阳红梅,苏丹虹,管婧.5 种结核分枝杆菌检测方法的临床应用价值研究[J].国际检验医学杂志,2020,41 (4): 440-442,445.

作者简介:王世军,男,汉族,1983 年 1 月出生,甘肃兰州人,本科学历,兰州市肺科医院,主管检验师,研究方向:微生物。

DWI 结合动态增强对卵巢囊实性肿瘤良、恶性的鉴别诊断效果

王鑫¹ 董雷英² 李飞飞³ 张亚涛¹ 孙腾月¹

1 河北友爱医院 河北石家庄 050000; 2 唐山市丰南区医院 河北唐山 063300; 3 北京恒和中西医结合医院 北京 100000

摘要: 目的: 探讨 DWI 结合动态增强对卵巢囊实性肿瘤良、恶性的鉴别诊断效果。方法: 选取 2019 年 6 月-2021 年 12 月我院 90 例卵巢肿瘤患者作为研究对象, 上述两组患者均进行 DWI、DCE-MRI 检查以及病理学检查。以病理学检查结果为金标准, 将正常卵巢为对照组, 囊实性卵巢肿瘤为恶性组, 比较两组患者的表观弥散系数 (ADC); 比较 DWI 检查、DCE-MRI 检查以及 DCE-MRI 联合 DWI 检查诊断正确率、敏感度、特异度。结果: 病理学检查结果显示, 48 例为恶性卵巢肿瘤, 42 例为良性病变; DWI 检查诊断正确率、敏感度、特异度分别为 80.00% (72/90)、79.17% (38/48)、80.95% (34/42); DCE-MRI 检查诊断正确率、敏感度、特异度分别为 83.33% (75/90)、83.33% (40/48)、83.33% (35/42); DCE-MRI 联合 DWI 检查诊断正确率、敏感度、特异度分别为 96.67% (87/90)、95.83% (46/48)、97.62% (41/42); DCE-MRI 联合 DWI 检查诊断的诊断正确率、敏感度、特异度明显高于单一 DWI 检查、单一 DCE-MRI 检查, 差异显著 ($P < 0.05$); 恶性组患者的观弥散系数低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。结论: DWI 结合动态增强对卵巢囊实性肿瘤良、恶性的鉴别诊断效果显著, 能够显著提高诊断效率, 提高诊断正确率、敏感度、特异度, 值得应用于临床卵巢囊实性肿瘤的术前检查。

关键词: DWI; 动态增强; 卵巢囊实性肿瘤; 良、恶性; 鉴别诊断; 效果

卵巢肿瘤的临床发病率近年来逐渐增高, 且该疾病的种类较多, 早期并无显著临床表现, 大部分患者在确诊的时候往往处于晚期, 错失最佳治疗时机^[1-2]。因此, 针对该疾病, 术前早期进行准确的诊断, 对于后续治疗方案的选择具有关键意义。研究指出, 卵巢肿瘤的影像学相对复杂, 大约 90% 的患者是上皮源性, 其中主要以囊实性为主^[3-4]。但是, 在实际临床工作中, 肿瘤良恶性鉴别是难点。以往, 临床上多采用传统的常规序列 MR 进行检查, 该检查在卵巢肿瘤良恶性鉴别诊断中存在一定的局限性。相关研究指出, 采用 DWI、DCE-MRI 能够有效提高卵巢肿瘤的诊断效率^[5-6]。为进一步探讨 DWI 结合动态增强对卵巢囊实性肿瘤良、恶性的鉴别诊断效果, 选取 2019 年 6 月-2021 年 12 月我院 90 例囊实性卵巢肿瘤患者作为研究对象, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2019 年 6 月-2021 年 12 月我院 90 例卵巢肿瘤患者作为研究对象, 其中, 年龄 21-75 岁, 平均 (42.25±3.16) 岁, 已婚患者 55 例, 未婚患者 35 例。

1.2 方法

本次研究采用西门子 3.0T 超导扫描仪。检查中的扫描序列: MR 磁敏感加权成像、横断面 T1WI、三维屏气内插 T1WI 抑脂序列、呼吸触发快速自旋回波 T2WI。之后, 对患者静脉注射 Gd-DTPA、剂量为 0.2mmol/kg。在对比剂注射完成之后, 进行 10 期连续动态扫描。此外, 还需要对横断面、矢状面进行延迟扫描。最后进行 DWI 检查。

1.3 观察指标^[7-8]

比较两组患者的表观弥散系数 (ADC); 比较 DWI 检查、DCE-MRI 检查以及 DCE-MRI 联合 DWI 检查诊断正确率、敏感度、特异度。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析, 数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 差异性比较用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 代表差异具统计学意义。

2 结果

2.1 DWI 检查对于卵巢肿瘤的诊断情况

DWI 检查诊断正确率、敏感度、特异度分别为 80.00% (72/90)、79.17% (38/48)、80.95% (34/42), 见表 1。

表 1 DWI 检查结果

DWI	病理结果		
	恶性	良性	合计
恶性	38	8	46
良性	10	34	44
合计	48	42	90

2.2 DCE-MRI 检查对于卵巢肿瘤的诊断情况

DCE-MRI 检查诊断正确率、敏感度、特异度分别为 83.33% (75/90)、83.33% (40/48)、83.33% (35/42), 见表 2。

表 2 DCE-MRI 检查对于囊实性卵巢肿瘤的诊断情况

DCE-MRI 检查	病理结果		
	恶性	良性	合计
恶性	40	7	47
良性	8	35	43
合计	48	42	90

2.3 DCE-MRI 联合 DWI 检查对卵巢肿瘤的诊断情况

DCE-MRI 联合 DWI 检查诊断正确率、敏感度、特异度分别为 96.67% (87/90)、95.83% (46/48)、97.62% (41/42), 见表 3。

表 3 DCE-MRI 联合 DWI 检查对于囊实性卵巢肿瘤的诊断情况

DCE-MRI 联合 DWI 检查	病理结果		
	恶性	良性	合计
恶性	46	1	47
良性	2	41	43
合计	48	42	90

2.4 不同检查诊断正确率、敏感度、特异度比较

DCE-MRI 联合 DWI 检查诊断的诊断正确率、敏感度、特异度明显高于单一 DWI 检查、单一 DCE-MRI 检查, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 4.

表 4 不同检查诊断正确率、敏感度、特异度比较

组别	诊断正确率	敏感度	特异度
DCE-MRI 联合 DWI 检查诊断	96.67% (87/90)	95.83% (46/48)	97.62% (41/42)
单一 DCE-MRI 检查	83.33% (75/90)	83.33% (40/48)	83.33% (35/42)
单一 DWI 检查	80.00% (72/90)	79.17% (38/48)	80.95% (34/42)
χ^2	5.382	6.203	5.105
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

2.5 两组患者的表观弥散系数 (ADC) 比较

恶性组患者的表观弥散系数低于对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 5.

表 5 两组患者的表观弥散系数 (ADC) 比较

组别	囊性部分	实性部分
恶性组 (n=65)	2632.65±324.14	997.32±143.25
对照组 (n=35)	2895.24±310.54	1536.23±231.64
t	5.382	4.029
P 值	<0.05	<0.05

3 讨论

临床上对于卵巢癌的发病原因以及发病机制尚未明确, 但大部分学者认为卵巢癌的发病主要与遗传因素、内分泌因素关系密切^[9-10]。相关数据显示, 近年来, 卵巢癌的发病率增高, 属于妇科第二常见的恶性肿瘤之一^[11]。针对该疾病, 早期诊断、早期干预治疗对于改善患者的预后, 提高患者的生活质量具有关键意义。

DWI 是卵巢肿瘤进行 MRI 检查过程中重要的成像方法, 该检查对患者无创伤, 主要工作原理是通过观察水分子弥散的特点进行各个组织微观结构变化的反应, 对于细胞内外水分子弥散主要是通过测量 ADC 值进行确定的。但是, 单纯采用 DWI 检查在进行卵巢肿瘤诊断方面存在一定的局限性。在 DWI 检查的基础上给予患者 DCE-MRI 检查, 能够显著提高患者的诊断效率, 减少误诊、漏诊现象, 进一步提高诊断正确率。研究结果显示, 病理学检查结果显示, 48 例为恶性卵巢肿瘤, 42 例为良性病变; DWI 检查诊断正确率、敏感度、特异度分别为 80.00% (72/90)、79.17% (38/48)、80.95% (34/42); DCE-MRI 检查诊断正确率、敏感度、特异度分别为 83.33% (75/90)、83.33% (40/48)、83.33% (35/42); DCE-MRI 联合 DWI 检查诊断正确率、敏感度、特异度分别为 96.67% (87/90)、95.83% (46/48)、97.62% (41/42); DCE-MRI 联合 DWI 检查诊断的诊断正确率、敏感度、特异度明显高于单一 DWI 检查、单一 DCE-MRI 检查, 差异显著 ($P<0.05$); 恶性组患者的表观弥散系数低于对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 说明 DWI 结合动态增强对卵巢囊实性肿瘤良、恶性的鉴别诊断效果显著。

综上所述, DWI 结合动态增强对卵巢囊实性肿瘤良、恶性的鉴别诊断效果显著, 能够显著提高诊断效率, 提高诊断正确率、敏感度、特异度, 值得应用于临床卵巢囊实性肿瘤的术前检查。

参考文献:

[1]马永刚,张晖,黄斌,万涛,赵志友.磁共振动态增强联合扩散加权成像在卵巢肿瘤临床诊断及复发评估中的应用价值[J].临床和实验医学杂志,2022,21 (05): 590-549.

[2]Huang Weiyuan,Zhang Qihao,Wu Gang,Chen Pianpian,Li Jiao,McCabe Gillen Kelly,Spincemaille Pascal,Chiang Gloria C,Gupta Ajay,Wang Yi,Chen Feng. Corrigendum to "DCE-MRI quantitative transport mapping for noninvasively detecting hypoxia inducible factor-1 α , epidermal growth factor receptor overexpression, and Ki-67 in nasopharyngeal carcinoma patients" [Radiother Oncol (2021) 164: 146-154].[J]. Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology,2022,169.

[3]Zou Liqiu,Jiang Jinzhao,Zhang Hao,Zhong Wenxin,Xiao Min,Xin Shunbao,Wang Yang,Xing Wei. Comparing and combining MRE, T1p, SWI, IVIM, and DCE-MRI for the staging of liver fibrosis in rabbits: Assessment of a predictive model based on multiparametric MRI.[J]. Magnetic resonance in medicine,2021,87 (5) .

[4]Asaturyan Hykoush,Villarini Barbara,Sarao Karen,Chow Jeanne S.,Afacan Onur,Kurugol Sila. Improving Automatic Renal Segmentation in Clinically Normal and Abnormal Paediatric DCE-MRI via Contrast Maximisation and Convolutional Networks for Computing Markers of Kidney Function[J]. Sensors,2021,21 (23) .

[5]陈建生.DCE-MRI 定量分析对正常卵巢及囊实性卵巢肿瘤的诊断价值研究[J].中国医疗器械信息,2021,27 (21): 39-40+166.DOI: 10.15971/j.cnki.cmdi.2021.21.014.

[6]刘碧英,张小镇,何岩燕,张彩霞,兰鹏,曹代荣.DCE-MRI 定量分析、多 b 值 DWI 联合应用对卵巢交界性、恶性肿瘤的鉴别价值及与 Ki-67 的相关性研究[J].临床放射学杂志,2021,40 (04): 757-762.

[7]席永强,王娟萍,黄亚博,姚雷.磁共振成像动态增强及弥散加权成像扫描在卵巢癌术前定性分期中的诊断价值[J].中国药物与临床,2021,21 (07): 1090-1091.

[8]朱大林,核磁共振动态增强扫描联合扩散加权成像技术在卵巢肿瘤中的诊断价值研究. 甘肃省,甘肃省妇幼保健院,2020-12-22.

[9]魏明忠.MRI 常规序列联合磁共振动态增强扫描成像及弥散加权成像序列在卵巢肿瘤诊断中的应用[J].医疗装备,2020,33 (14): 35-37.

[10]王山,云昊,罗发福.MRI 常规序列结合 DWI 与 DCE-MRI 序列对卵巢肿瘤诊断的临床价值分析[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2019,17(10): 105-107.

[11]周冰,陈冬冬,黎良山,李斌,王省白.利用高 b 值 DWI 和动态增强 MRI 对卵巢良恶性肿瘤进行定量分析的研究[J].医学影像学杂志,2018,28(04): 662-665.

[12]申洋,周延,何为,朱汇慈,王丰,吴燕,周振宇,解立志,张子衡,刘剑羽.基于 IVIM 模型的扩散加权成像和动态增强核磁共振在卵巢肿瘤良恶性鉴别中的应用价值[J].临床放射学杂志,2016,35 (03): 410-414.

项目来源: 河北省石家庄市科学技术研究与发展计划项目 (191201183)

自拟柔肝滋阴汤治疗肝失疏泄型早泄的临床观察

巫熙南 周峻伟 (通讯作者) 王和天

首都医科大学附属北京中医医院 北京 100010

摘要：目的：观察自拟柔肝滋阴方治疗早泄的临床疗效。方法：选取2021年6月-2021年12月我院收治的56例早泄患者作为研究对象。随机分为观察组和对照组，每组28例。观察组实施自拟柔肝滋阴方治疗，对照组给予舍曲林治疗，将两组治疗效果进行对比。结果：两组治疗前IELT无显著差异($p>0.05$)；治疗后，两组IELT比治疗前均有显著提高($p<0.05$)，观察组明显高于对照组。治疗前，两组PEDT评分无显著差异($p>0.05$)，治疗后，两组PEDT评分比治疗前均有明显降低($p<0.05$)，观察组PEDT评分明显低于对照组，($p<0.05$)。结论：自拟柔肝滋阴方治疗早泄临床疗效显著。

关键词：自拟柔肝滋阴方；舍曲林；早泄；临床疗效

早泄，古时称为：“鸡精”，是临床极为常见的一种男科疾病，多表现为同房时插入阴道后很快射精，甚至是插入前即发生射精。常因射精太快导致男女双方无法获得满意的性生活。严重时影响夫妻感情，及早治疗尤为重要。本次研究采取自拟柔肝汤治疗肝失疏泄型早泄，取得了较好的疗效。现报道如下。

1 资料与方法

一般资料 选取2021年6月-2021年12月我科治疗的56例早泄患者属肝失疏泄型的作为研究对象。肝失疏泄型早泄患者，症状表现为：平时脾气急躁易怒，脉多以弦为主。符合《中国男科疾病诊断治疗指南与专家共识》[1]中早泄的诊断标准，有固定的性伴侣和规律的性生活。随机分为中药观察组和西药对照组，每组28例。中药观察组28例，年龄最大者45岁、最小者23岁，平均(36.29±9.12)岁，病程0.6~5年，平均病程(3.12±0.51)年。西药对照组28例，年龄最大者45岁、最小者25岁，平均(35.29±8.90)岁，病程0.5~6年，平均病程(3.03±0.32)年。基线资料两组之间无明显差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 观察组实施自拟柔肝汤治疗。自拟柔肝滋阴汤的药物组成：香附10g、地龙10g、生地15g、麦冬15g、白芍15g、薄荷10g、当归10g。肾虚加山茱萸、金樱子、芡实；阴虚火旺加生地、盐黄柏、知母；心虚胆怯加煅龙骨、煅牡蛎、远志；气血亏虚加黄精、西洋参、沙苑子；失眠加远志、石菖蒲、合欢皮等。每日一剂，水煎服，分早晚两次口服。对照组给予盐酸舍曲林片每晚50mg，口服。两组均以四周为一个疗程，治疗2个疗程。在治疗期间禁止食用辛辣油腻冰冻食物，规律性生活，将两组治疗效果详细记录。

1.3 观察指标 分别观察治疗前、治疗后两组射精潜伏时间(IELT)和早泄诊断量表(PEDT)评分。[1, 2]

1.4 统计学方法 应用SPSS 21.0统计学软件处理数据，计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示，行t检验， $p<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比治疗前、治疗后两组射精潜伏时间(IELT) 治疗前，两组IELT无显著差异($p>0.05$)；治疗后两组IELT比治疗前均有明显提高($p<0.05$)，观察组高于对照组($p<0.05$)。见表1。

表1 治疗前后两组 IELT 比较 ($\bar{x} \pm s, s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	28	59.8±8.13	359.6±112.79
对照组	28	60.3±7.56	251.8±107.47

2.2 对比治疗前、治疗后两组 PEDT 治疗前两组 PEDT 评分无显著性差异($p>0.05$)；治疗后，两组 PEDT 评分比治疗前均有明显降低($p<0.05$)，观察组 PEDT 评分明显低于对照组($p<0.05$)，见表2。

表2 治疗前后两组 PEDT 评分比较 ($\bar{x} \pm s, s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
----	----	-----	-----

观察组	28	13.4±2.4	3.7±1.3
对照组	28	13.7±2.3	5.1±1.6

3 讨论

早泄是临床常见的射精功能障碍，在全球成年男性中的患病率为35%~50%[3]。国际性医学学会于2013年4月明确将早泄定义为：射精往往或总是发生在插入阴道前或插入阴道后1分钟以内，或者射精潜伏时间显著缩短小于3分钟，无法控制或者延迟射精，产生消极的身心影响[4]。现代医学治疗早泄多采用心理治疗、行为治疗、药物治疗、手术治疗等，以延长IELT，增强控制射精的能力[5, 6]。药物治疗多采用选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs),如舍曲林等。SSRIs 原本是用来治疗抑郁症的药物，但临床研究发现服用SSRIs后，可通过抑制5-HT再摄取使突触间隙内5-HT浓度升高，发挥延迟射精的功效。但这类药物不良反应较多，主要表现为恶心、腹泻、头痛和眩晕等，且停药后复发率高[7]，而且存在撤药综合征。

肝病辨证

肝体位居右肋、膈下腹中，以三焦分属下焦部位。其经脉布乳、肋肋部，下至少腹绕阴器。

肝脏的主要功能为主疏泄，主谋虑，主藏血、调血，开窍于目，外候其华在爪。正如《素问·灵兰秘典论》指出的“肝者，将军之官，谋虑出焉。”《素问·六节藏象论》亦指出“肝者，罢极之本，其华在爪，其充在筋，以生血气。”肝脏的生理特点更具有肝性刚喜柔，肝体为阴，肝用为阳。当肝病时，性失柔顺而表现刚暴；其体阴易虚，则易见肝血虚，肝阴虚；肝用易亢，则表现出肝气郁结，肝阳上亢，肝风内动的病证。此外，外寒可凝滞肝脉，湿热可蕴结肝胆，引起相应的病证。《素问·脏气法时论》“肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒；虚则目眦无所见，耳无所闻，善恐，如人将捕之。取其经，厥阴与少阳。气逆则头痛，耳聋不聪，颊肿，取血者”。此外，《诸病源候论·脏腑病候·肝病候》中指出“肝气盛，为血有余，则病目赤两胁下痛引小腹，善怒气逆则头眩耳聋不聪颊肿，是肝气之实也，则宜泻之”此后，历代医家对肝脏的辨证研究论述极多，而理论上比较系统化的著作，要推清王旭高所著《西溪书屋夜话录》，所提出的“治肝三十法”得到中医界较高评价。

(一) 肝气郁结

肝气郁结证，是因肝之疏泄条达功能紊乱所表现的证候。所谓“郁结”，既可表现有抑郁的现象、气郁痰凝的现象，又可表现出气机逆乱的现象。

肝气郁结证，临床上较常见。其因，总由七情内伤所致。秦伯未对本证之论述颇深，他指出“肝气，生理和病理名词，亦为病名。目前均作病理名词和病名，指肝脏的作用太强及其产生的病证。肝气病的形成，多因精神上受刺激，肝脏气机不和，出现横逆现象，进一步影响到其他内脏。《类证治裁·肝气》所谓“肝木性升散，不受遏郁，郁则经气逆，为噎，为胀，为呕吐，为暴怒胁痛，为胸满不食，为食泄，为溃疳，皆肝气横决也。”

它的主要症状，为胸胁胀满作痛，少腹胀痛等。其中尤以作胀为特征，先因气机胀滞，然后作痛，故肝气病有胀而不痛的，没有痛而不胀的。它的发病，多从本脏本经部位开始，以两胁及少腹最为明显，然后循经扩散，上及胸膈，下及前阴等处再影响脾胃，出现食呆，噎噎，呕恶、泄泻等消化不良证，即常说的‘木克土’之候。并因气机阻滞，使情志不畅，引起恼怒，急躁等精神不安现象。

肝气气郁结证表现为有比较明显的情志抑郁或精神创伤史；胸胁或少腹胀闷窜痛，胸闷喜太息，情志抑郁易怒，梅核气（咽部有异物阻塞感，咽之不下、吐之不出），妇女经前乳房胀痛，经前少腹痛，或月经不调，甚或经闭，颈部瘰癧，胁下癥块；气郁甚则可致气厥（卒然倒地，口不能言，手足拘急，胸部气哽等）脉弦，舌苔薄白。

形成肝气郁结，一般多有情志不悦或精神创伤的病史，其它病邪侵扰而成者，属个别现象。

肝气郁结，则气机郁滞，可见胸闷而喜太息，因太息则气机得畅，胸闷可稍舒。肝气郁结，使肝失疏泄条达，使精神抑郁；肝失柔顺之性，则表现急躁易怒。肝气郁结可致肝经循行部位（胸胁、乳房、少腹等）呈现胀闷疼痛或窜痛。

对于肝气郁结症状的病机，前人论述颇详。如《素问·脏气法时论》云“肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒。”至于胁痛之病因病机及其鉴别，《景岳全书·杂证谟·胁痛》“胁痛之病，本属肝胆二经，以二经之脉皆循肋肋故也。然而心、肺、脾、胃、肾与膀胱，亦皆有胁痛之病，此非诸经皆有此证，但以邪在诸经，气逆不解，必以次相传，延及少阴、厥阴，乃致肋肋疼痛。故凡以焦劳忧虑而致胁痛者，此心肺之所传也。以饮食劳倦而致胁痛者，此脾胃之所传也。以色欲内伤，水道壅闭而致胁痛者，此肾与膀胱之所传也。传至本经，则无非肝胆之病矣。”《类证治裁肝气》，对本证的论述为“凡上升之气，自肝而出，肝木性升散，不受遏郁，郁则经气逆，为噎，为胀，为呕吐，为暴怒胁痛，为胸满不食，为飧泄，为癥痞，皆肝气横决也。”

（二）肝火上炎

肝火上炎证，即是因肝火内炽，火热循肝经而炎上产生的临床证候。肝火的产生，前证所述之肝气郁结，肝气久郁很容易“化火”恣食烟酒辛辣肥甘之物，亦易酿热化火素体肝阳偏旺之体，阳亢可助长肝火内炽。形成肝火上炎证。正如《中藏经·论肝脏虚实寒热生死逆顺脉证》中指出“肝者与胆为表里，足厥阴少阳是其经也。……肝中热，则喘满而多怒，目疼，腹胀满不嗜食，所作不定，睡中惊悸，跟赤视不明，其脉左关阴实者是也。”

肝火上炎证表现为头晕胀痛，面红目赤，口苦咽干，急躁易怒，不眠或眠则恶梦纷纭，肋肋灼痛，便秘尿黄，耳鸣如潮，耳内肿痛流脓，吐血衄血，舌红苔黄，脉弦数。

肝火上炎是火热循经而上，因此以头、目、耳、胁等部位的症状为主，且为实火炽盛的证候。火性炎上，气血涌盛于络脉，故头部胀痛，面红目赤肝火上炎耗津，挟胆热上蒸，则口苦咽干肝失条达柔顺之性，则表现急躁易怒火热内扰，心神不安，故失眠，或虽眠而恶梦纷纭。热盛津耗，故便秘尿黄。足少阳胆经入耳中，故肝胆火热上冲，则耳鸣如潮热蒸耳道，壅遏营气，络脉不通，可致耳内红肿热痛，甚则溃烂化脓而流脓水、热盛血涌，血热妄行，可见吐血衄血，此吐血衄血，势急，量多，色鲜，须与前述之脾不统血之出血鉴别。舌红苔黄，脉弦数，为肝经实火炽盛之征，也是确立诊断的重要依据。

对于本证的证情，前人亦有详尽论析。《不居集·虚损总论》论道“怒生于心，肝必应之，怒不知节，则劳伤在肝。经曰：怒伤肝。又曰：怒则气逆，甚则呕血及飧泄，故气上矣。盖肝为阴中之阳脏，故肝之为病，有在阴者，有在阳者，如火因怒动而逼血妄行，以致气逆于上而胀痛喘急者，此伤其阴者也。又或气以怒伤而木郁无伸，以致侵脾气陷而为呕，为胀，为泄，为痛，为食饮不行者，此伤其阳者也。然随怒随消的，未必致病；

脏气坚固者，未必致病；惟先天禀弱，而三阴易损者，使不知节，则东方之实，多致西方之败也。然怒本伤肝，而悲哀亦最伤肝，经曰：肝悲哀动中则伤魂，魂伤则狂妄不精，不精则不正。当人阴缩而挛筋，两胁骨不举，毛悴色夭死于秋。盖怒盛伤肝，肝气实也悲哀伤肝，肝气虚也。但实不终实，而虚则终虚耳。”《王旭高医书六种·西溪书屋夜话录》“一法曰清肝。如羚羊、丹皮、黑梔、黄芩、竹叶、连翘、夏枯草。一法曰泻肝。如龙胆泻肝汤、泻青丸、当归龙荟丸之类。”

祖国医学博大精深，早泄在古代中医文献中早有记载，如《秘本金丹》中描述：“男子玉茎柔嫩，少一挨，痒不可当，故每次交合阳精已泄，阴精未流，名曰：鸡精。”清代沈金鳌在《沈氏尊生书》中说：“未交即泄，或乍交即泄。”中医认为：本病的发生病机多与肝、肾、脾、心各脏腑功能密切相关[8]，辨证多为肝失疏泄、肾虚不固、心脾两虚、阴虚火旺、肝经湿热等。肝体位居右胁、膈下腹中，以三焦属下焦部位。其经脉布乳、肋肋部，下至少腹绕阴器。肝脏的主要功能为主疏泄，主谋虑，主藏血、调血，正如《素问灵兰秘典论》指出的：“肝者，将军之官，谋虑出焉。”《素问六节藏象论》亦指出：“肝者，罢极之本，其华在爪，其充在筋，以生血气。”肝脏的生理特点更具有：肝性刚喜柔，肝体为阴，肝用为阳。当肝病时，性失柔顺而表现刚暴；其体阴易虚，则易见肝血虚，肝阴虚；肝用易亢，则表现出肝气郁结，肝阳上亢，肝风内动的病证。《素问脏气法时论》：“肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒。”引起肝病的病因，一为七情内伤，因肝主疏泄，性喜条达舒畅。若七情内伤，则气机郁滞，“怒伤肝”，使肝之疏泄失畅，气机逆乱，气血不和，不但情志异常，或抑郁、或暴怒，诸症丛生。它脏虚损，久之导致肝脏亏损者亦属多见。心主血，脾生血，当心、脾虚时生血不足，自然导致藏血乏源，肝体失养，肝肾乙癸同源，水胜则木旺，水亏木失所涵必木萎等，依据五行生克关系，各脏病变皆可危及于肝。肝气郁结证，是因肝之疏泄条达功能紊乱所表现的证候。所谓“郁结”既可表现有抑郁的现象、气郁痰凝的现象，又可表现有气机逆乱的现象。据笔者临床观察，早泄患者中脾气急躁者居多（症候比例另撰文研究）。笔者认为肝失疏泄，也就是肝脏疏泄过度，精关开合失司应为早泄发病的基本病机，采用了柔肝滋阴为治疗大法。自拟柔肝滋阴方，方中香附、白芍柔肝理气，生地、麦冬滋阴润燥，当归理血，地龙通经。全方配伍精当，共奏柔肝滋阴之功效。

本研究采用自拟柔肝滋阴方治疗早泄，以单用舍曲林作为对照组，用临床常用的射精潜伏时间（IELT）和早泄诊断量表（PEDT）评分作为观察指标[1, 2]。结果表明，治疗后两组 IELT 和 PEDT 比治疗前均有明显改善，但采用自拟柔肝滋阴方治疗效果优于舍曲林，值得临床推广和进一步研究。

参考文献：

- [1]姜辉,邓春华.中国男科疾病诊断治疗指南与专家共识[M].北京:人民卫生出版社,2017:57-74.
- [2]姜辉,刘德凤,邓春华,等.早泄诊断量表的汉化研究和信效度评价[J].中国男科学杂志,2015,21(7):598-603.
- [3]郭应禄,辛钟成.男子生殖医学[M].北京:北京医科大学出版社,2002:234-236.
- [4]Althof,S.E.,et al.An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE)[J].J Sex Med,2014,11(6):1392-1422.
- [5]李宏军,黄宇峰.实用男科学[M]北京:科学出版社,2015:643-646.
- [6]周小川,姜睿.早泄的诊治进展[J]中国男科学杂志,2012,26(8):69-72.
- [7]王晓峰,朱积川,邓春华.中国男科疾病诊断治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2013:208-210.

呼吸科抗菌药物不良反应报告分析和防范探究

许敬明

廉江市和寮镇卫生院内科 524461

摘要：目的 探讨现阶段我院呼吸科广泛应用的抗菌药物在使用过程中的不良反应发生情况，并根据探讨结果提出具有针对性的防范措施，从而为临床抗菌药物的合理使用提供借鉴。方法 对来自我院呼吸科运用抗菌药物参与疾病治疗的共计 50 例患者予以抽取，样本选择时间介于 2019 年 1 月至 2021 年 1 月范围内。采取回顾性研究的方法统计所选 50 例患者的不良反应发生情况，并对产生不良反应的药物分布、患者特征等内容进行了详细分析。结果 抗菌药物不良反应通常情况下出现在 60 岁以上的患者群体中，喹诺酮类（23 例，46%）、β 内酰胺类（14 例，28%）和大环内酯类（8 例，16%）分别排在前三位，且用药 1 d 后的不良反应发生例数最多，共 30 例（60.00%）。作为临床药师要结合具体问题来提出有针对性防范措施。结论 临床对呼吸科患者应用抗菌药物治疗期间，应针对重点药物及老年患者群体进行强化药学监督，严格控制各类抗菌药物的用法用量与药理作用，确保合理使用抗菌药物的同时，还应进一步提升用药安全性。

关键词：呼吸科；抗菌药物；不良反应；防范

全球对抗菌药物的合理使用非常关注。临床抗菌药物产生不良反应会对患者的生命安全造成严重危害。我院呼吸科收治的大部分老年患者通常情况下都会伴随感染疾病等症状，抗菌药物用药安全问题非常突出。因此对于当前的医院临床治疗来说，如何在保障临床治疗正常开展的情况下将抗菌药物不良反应发生的严重程度及频次控制在最低程度，已经成为临床药师急需解决的重点问题^[1]。主要对我院抗菌的药物应用不良反应进行了数据分析，并针对抗菌药物不良反应的发生和应用提出有效应对措施。

1 资料与方法

1.1 资料来源

对来自我院呼吸科运用抗菌药物参与疾病治疗的共计 50 例患者予以抽取，样本选择时间介于 2019 年 1 月至 2021 年 1 月范围内。本次研究中所选患者样本均应严格遵循以下纳入标准：① 选择患者在治疗过程中均出现不良反应；② 药品不良反应判定标准与国家药品不良反应监测中心公布的相关评判标准为依据，抗菌药物与药品不良反应主要存在肯定有关、很可能有关和可能有关的三种类型；③完整病例；④对研究内容知情，并对与之相关的同意书自愿予以签署。除此之外，研究还应在开展过程中将不完整的病例排除在外；案例报告人不同排除在外。

1.2 方法

采取回顾性研究的方法统计所选 50 例患者的不良反应发生情况，同时还应收集患者年龄、性别、基础肾功能、用药情况等相关信息；充分结合国家药品不良反应监测中心公布的关于药品不良反应报告和监测的相关标准以及药品不良反应分级进行分析；密切观察所选患者样本的不良反应临床表现、累及系统或器官，同时还应注意记录不良反应的发生时间。

2 结果

本次研究中总共纳入 50 例药品不良反应报告，其中有 3 例为严重药品不良反应，47 例为轻度药品不良反应，将其中 3 例判定为肯定有关，28 例为很可能相关，另外 19 例为可能相关。

2.1 药品不良反应患者基本状况

本次入选药品不良反应患者年龄均值为（56.43±20.79）岁。其中男女患者比例为 20：30；50 例患者中有 40 例患者存在药物过敏史，7 例患者存在吸烟史，另外 2 例患者存在肝肾功能异常。

2.2 年龄分布及临床表现

本次入选的 50 例药品不良反应患者年龄分布状况及临床主要特征具体见表 1。

表 1 50 例患者年龄分布与临床表现统计

年龄/y	例数/n	构成比/%	临床表现（例次）
0~19	2	4.00	消化道症状（1）；皮疹（1）
20~39	9	18.00	皮肤瘙痒（2）；红肿（3）；过敏反应（4）
40~59	12	24.00	出现幻觉（4）；转氨酶升高（6）；静脉炎
60~79	17	34.00	过敏反应（2）
80 以上	10	20.00	行为紊乱（5）；视觉出现异常（7）；抽搐（1）；肝功能衰竭（2）；房颤（2）
合计	50	100.00	意识障碍（4）；存在行为紊乱或视觉异常（3）；凝血功能存在异常（3）
			消化道系统：10 例；皮肤系统 7 例；神经精神系统 22 例；其他：11

2.3 药物分布及临床症状

根据统计分析本次入选的 50 例药品不良反应案例中总共涉及到了 6 个大类 13 个品种的抗菌药物。根据对药品不良反应发生的次数进行统计后可以知道，喹诺酮类（23 例，46%）、β 内酰胺类（14 例，28%）和大环内酯类（8 例，16%）分别排在前三位。其中具体的药品有左氧氟沙星、哌拉西林他唑巴坦钠、头孢呋辛、阿奇霉素等。喹诺酮类药物在实际的应用过程中经常会引发心血管系统、神经系统、胃肠道及皮肤等药品不良反应。β 内酰胺类在临床应用过程中则可能会引起过敏反应或者是皮肤系统的药品不良反应，在一些情况下也会影响病患的神经系统和凝血功能。大环内酯类药物在临床中的应用可引起患者胃肠道反应、静脉炎以及肝功能异常等不良反应。

2.4 不良反应发生时间的分布

不良反应发生时间分布于 1~12 d 之间，对平均值进行求取（5.23±1.45）d。其中，用药 1 d 后的不良反应发生例数最多，共 30 例（60.00%），具体药物包含阿奇霉素、莫西沙星、哌拉西林他唑巴坦钠以及左氧氟沙星，临床表现以消化道系统、皮肤系统不适为主；用药 2 d 后共出现 5 例（10.00%）不良反应，临床表现以皮疹、过敏反应、视觉障碍、

胃肠道反应为主;用药3 d后共出现4例(8.00%)不良反应,临床表现以听力下降、抽搐、皮疹等为主;用药4 d后共出现5例(10.00%)不良反应,临床表现以精神异常、机体紊乱、视觉功能障碍为主;用药5 d以上共出现6例(12.00%)不良反应,临床表现以幻视、皮疹、转氨酶升高、肝肾功能异常等为主。

3 讨论

呼吸道感染是临床上十分常见的疾病,尤其好发于秋冬季节,并且发病人群主要集中在儿童、老人等,这部分人群的体质较弱,自身抵抗力和免疫力较低,因此,一旦受到细菌或者病毒的侵袭,那么容易发生呼吸道感染。呼吸道感染的发生,不仅会对患者的身体健康产生影响,还会对患者的生活质量产生困扰,普遍情况下,患者需要接受药物治疗,并且以抗生素为主,但是一旦药物使用不当,细菌还会产生耐药性,使得治疗的难度大大增加。因此,虽然呼吸道感染是临床常见的疾病,但是临床对其的治疗和预后是十分的重视和关注的。用药过程当中,临床要格外注意患者的不良反应发生情况,尽可能减少不良反应的发生,这样才能够确保患者的治疗效果和治疗效率。

按解剖位置可将临床常见的呼吸道感染疾病划分为上呼吸道感染与下呼吸道感染两种类型。上呼吸道感染可根据病原体分析结果区分为细菌性(占比20%~25%)、病毒性(占比70%~80%)等类别,主要是由鼻病毒、腺病毒等因素造成,患者在感染发作期间往往可出现咽喉肿痛、打喷嚏、流鼻涕等症状,部分患者还伴有低热等反应。下呼吸道是由气管、支气管以及各级分支支气管构成,具有加温和湿润外界空气的作用,同时还能起到清洁、过滤的作用,明显提高肺泡的空气洁净度。作为十分常见的一种呼吸道疾病,下呼吸道感染主要是由衣原体、病毒以及细菌等微生物感染造成,为控制病情进展,改善患者症状,临床应针对具体的微生物类别进行抗菌药物治疗。现如今,临床可用的抗菌药物种类日益增多,机体耐药性也在逐渐提高,滥用抗菌药物不仅会浪费临床药物资源,甚至还会加重患者的经济与精神负担。故而,作为临床工作实践者的我们应该加快研究步伐,积极响应国家关于合理用药、规范用药的相关号召,为前来呼吸科治疗的患者尽可能选择疗效佳、安全性高、副作用少的抗菌药物。

通过本次研究发现:与其他年龄段患者相比较,60岁以上年龄的患者因抗菌药物治疗发生药品不良反应的风险明显更高。所以,年龄是造成呼吸科抗菌药物不良反应的一项独立危险因素。在本次入选的病例中出现的三例严重药品不良反应均为老年患者,而且对于老年患者群体来说精神症状不良反应的占比相对较大^[2]。根据国内相关学者报道,对于老年患者经济来说药品不良反应的主要原因就是抗菌药物。随着年龄的增大,在进入老年之后经常会伴随高血压、心脏病、糖尿病等一些慢性疾病,因此需要常年进行多药联用,长期服药加上基础疾病的影响使得在服药期间容易出现药物和疾病、药物之间互相产生作用,从而使得用药风险进一步增加^[3]。老年人本身的机体功能在逐步退化,在老年患者进行治疗的过程中因为药动学参数产生变化等相关因素的影响会导致血药浓度升高,在这种情况下非常容易引发不良药品反应^[4]。另外,当患者的血脑屏障中进入药物之后,也容易导致神经系统出现药品不良反应;如果老年患者群体存在既往过敏史或者是药品不良反应时,发生药品不良反应的概率更高。因此临床在针对老年人用药时,要格外的谨慎,避免不良反应的发生,给患者带来疾病负担和精神负担^[5]。

根据本次调查统计发现:和大环内酯类(8例,16%)分别排在前三位。其中具体的药品有左氧氟沙星、哌拉西林他唑巴坦钠、头孢呋辛、阿奇霉素等。其中,在我院呼吸科的药品不良反应中喹诺酮类药物所引发的药品不良反应占比达到46%,作为一种使用强度相对较高的抗菌类药物,在呼吸科中的高频率使用也与该类药物的不良反应发生率较高存在直接关系^[6-8]。而且从药品不良反应的发生时间分布状况来看,通常情况下是在药物服用后1 d内集中出现抗菌药物不良反应现象,随着时间推移不良反应发生率也会越来越低,患者不良反应通常情况下是出现在皮肤、胃肠道和静脉管等,而且发生非常迅速,因此抗生素的长期使用也非常容易引发药品不良反应出现^[9]。

通过本次的分析报告可以知道,在临床用药过程中要不断强化临床协助,针对老年人的特殊群体要加强临床药品不良反应监护,并充分结合GerontoNet ADR 风险值、PADR-EC 评分等相关预测模型来加强药品的不良反应高风险群体的重点监护。对抗菌药物的使用疗程进行严格控制。

总而言之,存在并发症、用药种类多以及高龄等都是药品不良反应发生风险较高的因素,在临床上需要引起高度重视。临床药师要充分发挥自身的职业特长,这样才能在药品不良反应有效防范中发挥出巨大作用。

参考文献:

- [1]孔祥军,王晓珊,杨芳博,江明义,陈语彤,佟春香.呼吸科31例住院患者药品不良反应回顾性分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(21):2670-2673.
 - [2]曹喜红,唐菱,蔡周权.临床药师干预对药品不良反应监测工作质量的影响[J].药学服务与研究,2015,15(03):221-223.
 - [3]曹季平.呼吸科692例药物不良反应报告分析[J].医学理论与实践,2010,23(10):1291-1293.
 - [4]张庆,许军,郑萍,陈英.呼吸科住院病人抗菌药物使用及不良反应调查[J].第一军医大学学报,2005(02):236-238.
 - [5]Vo T H, Dang T N, Thao N T, et al. An Educational Intervention to Improve Adverse Drug Reaction Reporting: An Observational Study in a Tertiary Hospital in Vietnam[J]. Archives of Pharmacy Practice, 2020, 11(3): 32-37.
 - [6]韦元元,栗芳,陶小妹,等.呼吸科抗菌药物不良反应报告分析和防范措施[J].中国药物警戒,2021,18(11):1083-1086.
 - [7]李晓端,操银针,胡艳梅,等.不同抗菌药物方案治疗成人下呼吸道感染疗效及不良反应分析[J].中国药物滥用防治杂志,2020,26(1):47-48,54.
 - [8]Demchenkova E Y, Gorodetskaya G I, Mazerkina I A, et al. Major Aspects of Detection and Monitoring of Adverse Reactions Associated with Cephalosporin Antibiotic Treatment[J]. Safety and Risk of Pharmacotherapy, 2021, 9(1): 34-42.
 - [9]程凯,李娜,穆晓攀.2013-2018年我院呼吸科药物不良反应106例回顾性分析[J].中国社区医师,2020,36(4):10-11.
- 作者简介:许敬明 性别与学历:男 本科 职称和职务:全科医学主治医师 内科科主任 通讯地址:广东省廉江市和寮镇卫生院内科 籍贯 民族 广东廉江 汉 出生年月:1983.06。

关于心血管疾病的中医临床治疗研究

杨飞 马楠

吴忠市人民医院中医科 宁夏吴忠市 751100

摘要：目的：探讨中医治疗对心血管疾病患者的临床治疗效果。方法：将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月，在本院进行治疗的心血管疾病患者 68 例作为本次的观察对象，并将这 68 例心血管疾病的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有 34 例心血管疾病的患者，其中对照组的 34 例心血管疾病的患者采取西药的治疗方法进行治疗，而实验组的 34 例心血管疾病的患者则采取中医治疗方法进行治疗，并将两组心血管疾病的患者不同治疗方法后的临床疗效以及不良反应的发生率进行对比和分析。结果：采用中医进行治疗的心血管疾病患者临床疗效以及不良反应的发生情况均优于采用西药进行治疗的对照组心血管疾病的患者，且两组心血管疾病的患者临床疗效以及不良反应的发生情况对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论：本文对患者有心血管疾病的患者采取中医进行治疗，能够有效的降低患者在临床治疗中出现的不良反应情况，同时也可以提高患者的临床治疗效果，改善患者的生活质量，促进患者能够尽快的恢复健康，回归到正常的生活当中，在临床上值得推广和使用。

关键词：中医治疗；心血管疾病

目前在临床上心血管疾病是比较常见的一种疾病，患者在发病以后会降低患者的生活质量，并且也会对患者的生理方面产生很大的影响，如果没有得到及时的治疗会影响患者的生命健康，甚至有的患者在发病以后会出现死亡的情况。心血管疾病的发病人群主要是以 60 岁以上的老年人群为主，但是由于目前我国的生活方式以及经济水平在不断的提高，所以人们的压力越来越大，也导致心脑血管疾病的发病人群逐渐趋向年轻化。心血管疾病不仅仅是我国人群死亡的首要原因，同时也是危害人类生命健康的首要原因。心血管疾病主要包括高血压和冠心病等。在临床上主要采取西药进行治疗，能够有效的控制患者的病情发展，但是不能够根治心血管疾病，如果患者长期服用西药会导致患者出现其他的副作用，从而加重了患者肾脏功能的负担。而中医治疗能够根据心血管疾病的发病原因和病理机制等，通过辨证施法对心血管疾病的患者进行治疗，能够有效的稳定患者的血压水平，提高患者的临床治疗效果，同时还能够改善患者的生活质量。所以本文将对心血管疾病的患者采取中医进行治疗，并将治疗后的效果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月，在本院进行治疗的心血管疾病的患者 68 例作为本次的观察对象，并将这 68 例心血管疾病的患者作为本次的观察对象，并随机分为实验组和对照组两组，每组有 34 例心血管疾病的患者，其中对照组的 34 例心血管疾病的患者中有男性心血管疾病的患者 16 例，女性心血管疾病的患者 18 例，年龄在 (62.18 ± 2.17) 岁，而实验组的 34 例心血管疾病的患者中有男性心血管疾病的患者 15 例，年龄在 (63.25 ± 2.34) 岁。本次研究的纳入标准和排除标准为：两组患者都是经过心电图检查后被确诊为患有心血管疾病的患者；两组心血管疾病的患者均对本次研究知情，同时本次研究也是获得伦理委员会批准进行的；排除患有精神障碍性疾病以及中途退出的患者；排除对治疗的依从性比较差，并且不按医嘱进行服药的患者。两组心血管疾病的患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组心血管疾病患者的临床资料在对比后产生的差异数据中不具有统计学意义 ($p > 0.05$)。

1.2 方法

对照组的 34 例心血管疾病的患者使用西药进行治疗，主要的治疗方法为：给予患者硝酸甘油进行舌下含服，每次含服 1 片，每天服用 3 次，

同时还应该联合复方丹参滴丸，每次服用 10 丸，每天服用 3 次，连续给药 1 个月。而实验组的 34 例心血管疾病的患者则采取中医进行治疗，主要的治疗方法包括：1. 对于心气不足的患者给予的治疗方法：如果患者在运动量加大以后，出现了胸闷、气短以及阵发性绞痛的情况时，应该给予患者当归 15g、炙黄芪 15g、人参 10g、半夏曲 15g、五味子 10g、肉桂 7.5g、炙甘草 12g、川芎 12-15g、炒酸枣仁 15g、茯神 15g。根据患者实际的症状为患者加减药物，每天一剂用水煎服，并且早晚服用，连续服用 4 周。2. 对于气滞心胸型的患者主要的治疗方法为：如果患者具有心绞痛、胸闷和隐痛以及舌白的临床表现时，需要给予患者柴胡 6g、白芍 10g、香附 10g、炙甘草 6g、醋炒陈皮 6g。根据患者实际的疾病情况加减药物的用量，如果患者的病情比较严重时，可以加用郁金和延胡索；如果患者具有暖气的症状，可以加用旋覆花以及沉香进行治疗。3. 对于气阴两虚型的患者主要的治疗方法：如果患者在临床上表现为烦闷并且胸痛、无力和偶尔隐痛等症时，需要给予患者黄芪 30g、麦冬 10g、红花 6g、白芍 10g、莪术 10g。需要根据患者实际的疾病情况加减服用的药物，如果患者出现严重的胸闷情况时，可以加用降香和三七进行治疗，如果患者有心悸并且还出现多梦的情况时，可以增加酸枣仁进行治疗。

1.3 观察指标

将两组心血管疾病的患者使用不同治疗方法治疗后的临床疗效以及不良反应的发生情况进行对比和分析。临床疗效包括显效有效以及无效。显效是指患者在进行治疗以后，患者的临床症状已经消失，并且患者的心电图检查基本正常，能够恢复正常的生活；有效是指患者的临床症状有明显的改善，并且疾病对患者的日常生活影响比较小，同时经过心电图检查发现 ST 段压明显回升 $> 0.05\text{mV}$ ；无效是指患者的临床症状没有出现好转的情况，同时经过心电图检查后发现也没有改善，严重的影响到了患者的日常生活。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析，计数资料用 (n/%) 来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差 $\pm$ 来表示，用 t 进行检验，当 $p < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 采用中医进行治疗的实验组心血管疾病的患者临床疗效优于采用西药进行治疗的对照组心血管疾病的患者，且两组心血管疾病患者的临床

疗效对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 1

表 1 两组患者临床疗效的对比情况

组别	显效 (n%)	有效 (n%)	有效 (n%)	总有效 (n%)
对照组	13 (38.2)	12 (35.3)	9 (26.5)	25 (73.5)
实验组	22 (64.7)	10 (29.4)	2 (5.9)	32 (94.1)
χ^2				4.254
P				< 0.05

2.2 采用中医进行治疗的实验组心血管疾病患者不良反应的发生情况优于采用西药进行治疗的对照组心血管疾病的患者,且两组心血管疾病的患者的不良反应发生情况对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 2

表 2 两组患者不良反应发生的对比情况

组别	恶心呕吐 (n%)	腹胀 (n%)	胸闷 (n%)	合计 (n%)
对照组	2 (5.9)	4 (11.8)	5 (14.7)	11 (32.4)
实验组	0 (0)	1 (2.9)	2 (5.9)	3 (8.8)
χ^2				6.028
P				< 0.05

3 讨论

心血管疾病是目前我国比较常见的一种疾病,这种疾病会影响着人们的生命健康以及人们的生活质量,再加上由于多种因素的影响,目前心血管疾病的发病率处于逐年递增的趋势。心血管疾病的发病原因有很多不确定的因素,一旦患者患有心血管疾病,如果没有及时的进行治疗,就会引发患者出现心肌梗死以及猝死等情况,严重的威胁到了患者的生命安全。根据调查发现,目前心血管疾病是导致我国居民出现死亡的主要原因,所以这也给人们的日常生活带来了很大的威胁,降低了人们的生活质量。也正是因为心血管疾病具有很高的致死率,所以我国的一些专家对心血管类的疾病进行了研究和分析,发现诱发患者出现心血管疾病的关键因素为:患者本身患有高血压、血脂稠、冠心病、外周血管病以及脑梗死等疾病,这些疾病会使动脉血管特别的脆弱,所以容易引发患者出现脑出血等重大的并发症情况。

采用西医对心血管疾病进行治疗,主要是采用防治血凝以及扩张血管的药物,同时配合使用降血脂的药物对患者进行治疗,但是这种治疗的方法只能够缓解冠心病患者意识的症状,没有办法做到根治,并且西医的治疗时间比较长,患者服药的时间也比较长,所以患者在长时间的用药以后,会出现明显的药物副作用情况,引发患者出现更严重的并发症。再加上长时间的治疗以及服药会降低患者对治疗的依从性,不利于患者的治疗效果。而中医对心血管疾病的患者进行治疗时,主要采取辨证治疗的方法对患者进行治疗,在中医的角度上讲,心血管疾病分为胸痹心痛、郁病以及心悸等大的辩证范畴内,因为有很多心血管疾病的患者都是有肝气郁滞而导致机体内的气血失调,从而引发患者出现了血瘀气滞等情况,随后导致患者机体内的血液运输无力,出现了郁结的情况。所以中医对心血管疾病进行治疗的过程中,常采用具有理气行血等作用的中药进行配伍治疗,当归、炙黄芪、半夏曲、黄芪、香附、白芍、柴胡,这些中药都具有补气血以及活血化瘀的作用,炙黄芪具有益气的作用、而柴胡具有补气升阳,舒肝解郁的作用、白芍则具有养血补血,止痛消肿的作用、香附则具有镇痛

和解郁理气的作用。中医治疗与西药治疗相比更具有安全性,不会导致患者出现严重的不良反应以及副作用的情况,能够减轻患者的心理负担,提高患者对用药的依从性。在本次的研究中能够发现,采用西药进行治疗的对照组心血管疾病的患者在服药以后出现恶心呕吐的患者为 2 例占 5.9%、出现腹胀的患者为 4 例占 11.8%、出现胸闷的患者为 5 例占 14.7%;而采用中医进行治疗的冠心病的患者没有出现恶心呕吐的情况,腹胀的情况出现了 1 例占 2.9%、胸闷的情况出现了 2 例占 5.9%,两组对比具有意义 ($p<0.05$)。根据本次研究的数据,能够明显的发现采用中医进行治疗的患者不良反应的发生情况优于采用西药进行治疗的患者,且两组患者不良反应发生情况对比有明显的差异 ($p<0.05$)。中医治疗不仅能够达到很高的治疗效果,同时也可以稳定患者的病情,改善患者的生活质量,提高患者的生命健康。

综上所述,本文对心血管疾病的患者采取中医的方法进行治疗,能够减轻患者治疗过程中出现不良反应的情况,改善患者的临床症状,同时还能够提高患者的临床治疗效果以及患者的生活质量,在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]李小平. 心血管疾病的中医治疗与分析 [J]. 中国医药指南, 2021 (33).
- [2]潘成轩. 心血管疾病的中医治疗临床分析 76 例 [J]. 中国社区医师, 2021 (24).
- [3]黄干初. 88 例心血管疾病的中医治疗临床分析 [J]. 时珍国医国药, 2021 (07).
- [4]吴金飞. 现代中医临床治疗心血管疾病的难点和对策 [J]. 当代医学, 2021, 26 (05): 112-114.
- [5]孙文奇. 现代中医临床治疗心血管病的难点与对策 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2021, 7 (06): 12-14.
- [6]买买提依明·阿巴依甫. 中医治疗心血管疾病合并糖尿病的临床思路与方法 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2021, 7 (03): 126.
- [7]陈礼刚, 李勇, 张艳霞. 现代中医临床治疗心血管病的难点与对策 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2021, 6 (19): 15-18.
- [8]李素华, 张慧中. 心血管疾病的中医治疗临床分析 102 例探讨 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2021, 6 (01): 135-136.
- [9]戚浩然, 姜恒坤, 孙 娇. 浅谈中医药防治心血管疾病的临床特色 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2021 (14): 112-114.
- [10]姜伟超. 心血管疾病的中医证治特点 [J]. 生物技术世界, 2021 (04): 121-123.
- [11]张亚梅, 刘宝峰, 杜 武, 刘兆平. 中药注射剂在心血管疾病治疗中的应用 [J]. 齐鲁药事, 2021 (04): 231-233.
- [12]史大卓. 现代中医临床治疗心血管病的难点与对策 [J]. 中医杂志, 2021, 45 (11): 809-812.
- [13]杨金菊, 杨树德. 心血管病的中西医结合研究与展望 [J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 16 (34).
- [14]刘鹏. 心血管疾病的中医治疗临床分析 50 例 [J]. 中国卫生标准管理, 2021, 18 (3): 162-163.
- [15]田晓峰. 浅议心血管疾病及中医治疗 [J]. 黑龙江科技信息, 2021, 17 (2): 41.

基于主成分分析的不同产地决明子药材质量评价研究

杨诗慧¹ 马恩耀^{★1} 周劲松¹ 罗文英² 刘奇越¹ 张路娣¹

1. 广东汉潮中药科技有限公司 广东省传统中药创新中心；2. 广州采芝林药业有限公司 广东广州 510145

摘要： [目的] 对不同产地决明子药材质量进行研究，探讨各产地决明子药材之间的差异情况。 [方法] 依照《中国药典》2020 年版，检测不同产地决明子药材显微特征、薄层色谱、水分、总灰分、黄曲霉毒素、大黄酚和橙黄决明素含量及 33 种禁用农药残留量，用主成分分析法对药材质量进行综合评价。 [结果] 不同产地决明子药材在大黄酚和橙黄决明素含量方面存在明显差异，大黄酚含量范围 0.76%~1.23%，橙黄决明素含量范围 0.21%~0.32%，黄曲霉毒素及 33 种禁用农药均未检出。 [结论] 10 批不同产地决明子药材各项考察指标均符合《中国药典》2020 年版的标准要求，其中广东产的决明子综合得分最高。

关键词： 决明子；大黄酚；橙黄决明素；质量评价

决明子为豆科植物钝叶决明 *Cassia obtusifolia* L. 或决明（小决明）*Cassia tora* L. 的干燥成熟种子。决明子主要含有蒽醌类化学成分，具有降血压、降血脂、抗氧化、抗肝损伤、抗菌等药理作用^[1-4]。

决明子在长江以南地区都有种植，主产于安徽、广西、四川、浙江、广东等地^[5-6]。在决明子的药用价值开发过程中，鲜有对其产地的质量评价报道。因此，本研究收集了广东、安徽、四川及浙江四个产地 10 批决明子进行质量研究，采用定性及定量分析方法对其进行研究，全面评价不同产地决明子质量，为决明子的产地优选提供依据。

1 材料与仪器

1.1 材料

1.1.1 试剂与对照品

试剂：水合氯醛、甘油（AR，均购自天津市致远化学试剂有限公司），甲醇、浓氨试液、三氯甲烷、乙醚、盐酸、无水乙醇、乙酸乙酯、石油醚（30~60℃）、丙酮（AR，均购自广州化学试剂厂）；QuEChERS 提取盐（PN：60105-335-B，含 6g 无水硫酸镁、1.5g 无水乙酸钠），QuEChERS 净化盐（PN：60105-509-B，含 900mg 无水硫酸镁、300mg N-丙基乙二胺、300mg 十八烷基硅烷键合硅胶、300mg 硅胶、90mg 石墨化炭黑），甲酸铵（色谱纯），乙腈（色谱纯），冰醋酸（分析纯），购自天津市科密欧化学试剂有限公司；水为屈臣氏蒸馏水。

对照品：大黄酚对照品（批号：110796-201922，含量以 99.4%计）、橙黄决明素对照品（批号：111900-202006，含量以 99.0%计）均购于中国食品药品检定研究院；禁用农药混合对照溶液（PN：CDAA-M-490407-TY-1.2mL，20~200mg/L 于丙酮），磷酸三苯酯标准溶液（PN：CDAA-S-412134-JD-1mL，1000mg/L 于乙腈），购自上海安谱实验科技股份有限公司。

1.1.2 样品信息

决明子药材样品信息详见表 1。

表 1 决明子样品产地信息

序号	样品编号	产地
1	YPB0D0001	广东省肇庆市德庆县
2	YPB0D0002	广东省肇庆市德庆县
3	YPB0D0003	广东省肇庆市德庆县
4	YPB0D0004	安徽省蚌埠市
5	YPB0D0005	安徽省蚌埠市
6	YPB0D0006	四川省成都市温江区
7	YPB0D0007	四川省成都市温江区
8	YPB0D0008	四川省成都市温江区
9	YPB0D0009	浙江省杭州市上城区
10	YPB0D0010	浙江省杭州市上城区

1.2 仪器

RHP-100 型高速多功能粉碎机（浙江永康荣浩工贸有限公司），BSA224S-CW 型万分之一电子天平（广州授科仪器科技有限公司），BM-20 型百万分-微量分析天平（广州市锦泉仪器科技有限公司），HH-4 型数显恒温水浴锅（常州澳华仪器有限公司），UltiMate 3000 型高效液相色谱仪（美国戴安公司），Fastreport 100 型薄层成像系统（广州市锦泉仪器科技有限公司），岛津 LCMS-TQ8050 液相色谱质谱联用仪（日本岛津公司），Thermo TSQ 9000 气相色谱质谱联用仪（美国赛默飞公司），TDL-400R 离心机（山东百欧医疗科技有限公司），ML203T 天平（瑞士梅特勒公司），EOAA-VM-B 涡旋仪（上海安谱实验科技股份有限公司），EFAA-DC24 氮吹仪（上海安谱实验科技股份有限公司）。

2 方法

2.1 显微鉴别

按照《中国药典》2020 年版四部通则 2001 检测。

2.2 薄层鉴别

按照《中国药典》2020 年版一部决明子项下【鉴别】（2）检测。

2.3 水分

按照《中国药典》2020 年版四部通则 0832 第二法检测。

2.4 总灰分

按照《中国药典》2020 年版四部通则 2302 检测。

2.5 黄曲霉毒素

按照《中国药典》2020 年版四部通则 2351 黄曲霉毒素测定法第一法检测。

2.6 大黄酚和橙黄决明素含量测定

按照《中国药典》2020 年版一部决明子项下【含量测定】检测。

2.7 农药残留测定

按照《中国药典》2020 年版四部通则 2341 第五法检测；其中供试品溶液采用 QuEChERS 法制备。

3 结果

3.1 显微鉴别

结果显示，10 批决明子样品显微均符合《中国药典》2020 版规定。见图 1。

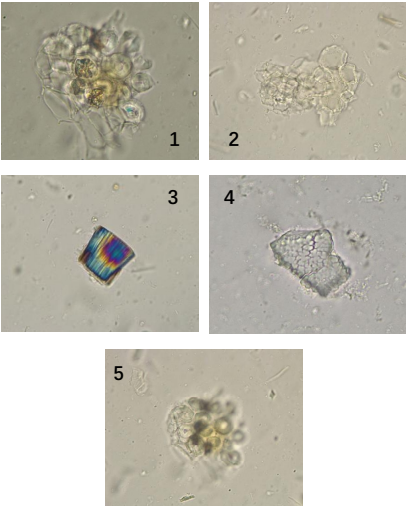


图 1 决明子药材显微图

（1. 草酸钙簇晶；2. 角质层碎片；3. 种皮栅状细胞侧面观；4. 种皮栅状细胞表面观；

5. 种皮支持细胞表面观）

3.2 薄层鉴别

结果显示，10 批供试品色谱中，在与对照品色谱相应的位置上，均显相同颜色的斑点；置氨蒸气中熏后，斑点均变为亮黄色（橙黄决明素）和粉红色（大黄酚），表明 10 批决明子均含有大黄酚和橙黄决明素。见图 2-1 和图 2-2。

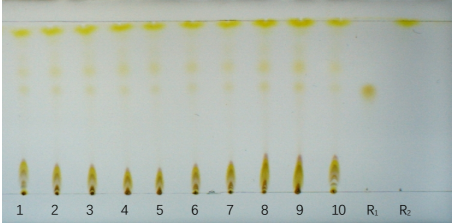


图 2-1 决明子药材薄层色谱图（氨熏前）

（R₁：橙黄决明素对照品；R₂：大黄酚对照品；1~10 号为决明子供

试品)

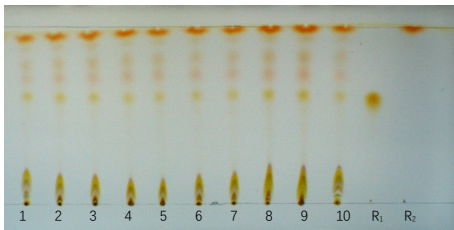


图 2-2 决明子药材薄层色谱图 (氨熏后)

(R₁: 橙黄决明素对照品; R₂: 大黄酚对照品; 1~10 号为决明子供试品)

3.3 薄层鉴别

3.4 水分

对 10 批样品进行水分测定, 结果显示, 根据《中国药典》2020 版规定, 水分不得过 15.0%, 所有批次结果均在正常范围内。结果详见表 3。

3.5 总灰分

对 10 批样品进行总灰分测定。结果显示, 根据《中国药典》2020 版规定, 总灰分不得过 5.0%, 所有批次结果均在正常范围内。结果见表 3。

3.6 黄曲霉毒素

对 10 批样品进行黄曲霉毒素测定, 黄曲霉毒素 B₁、B₂、G₁、G₂ 均未检出。

3.7 大黄酚和橙黄决明素含量测定

对 10 批样品进行大黄酚和橙黄决明素含量测定, 结果显示, 根据《中国药典》2020 版规定, 决明子中应含大黄酚不得少于 0.20%, 含橙黄决明素不得少于 0.080%。所有批次结果均在正常范围内。结果见表 3、图 3。

表 3 10 批决明子药材的水分、总灰分及大黄酚和橙黄决明素含量测定结果 (n=3)

样品	水分 (%)	RSD (%)	总灰分 (%)	RSD (%)	大黄酚 (%)	RSD (%)	橙黄决明素 (%)	RSD (%)
YPB0D0001	12.12±0.074	0.61	4.38±0.052	1.18	1.16±0.0071	0.61	0.31±0.0014	0.45
YPB0D0002	11.80±0.14	1.22	4.31±0.017	0.39				
YPB0D0003	12.03±0.021	0.18	4.36±0.043	0.98	1.12±0.0023	0.20	0.30±0.0011	0.35
YPB0D0004	12.09±0.16	1.30	4.25±0.099	2.32	1.23±0.015	1.21	0.32±0.00056	0.17
YPB0D0005	11.80±0.025	0.22	4.25±0.099	2.32	1.22±0.0066	0.54	0.31±0.00025	0.08
YPB0D0006	12.29±0.037	0.30	4.34±0.027	0.63	0.80±0.0028	0.35	0.22±0.00061	0.28
YPB0D0007	12.31±0.022	0.18	4.26±0.053	1.24	0.77±0.0018	0.23	0.21±0.00038	0.02
YPB0D0008	11.91±0.11	0.95	4.20±0.018	0.42	0.82±0.00076	0.09	0.22±0.00058	0.26
YPB0D0009	11.92±0.14	1.16	4.22±0.048	1.13	0.78±0.0031	0.39	0.21±0.00045	0.22
YPB0D0010	12.02±0.13	1.09	4.03±0.058	2.06	0.78±0.0018	0.23	0.22±0.0012	0.53
YPB0D0010			4.34±0.15	3.53	0.76±0.0012	0.16	0.22±0.00024	0.11

表 4 主成分的特征值和贡献率及评分系数矩阵

主成分	特征值	贡献率 %	累计贡献率 %	主成分的评分系数矩阵			
				水分	灰分	大黄酚	橙黄决明素
1	2.315	57.885	57.885	-0.44	0.289	0.414	0.418
2	0.995	24.871	82.756	1.000	0.019	0.067	0.027
3	0.684	17.101	99.857				
4	0.006	0.143	100.000				

4 讨论

决明子是一种常见中药材, 用途广泛, 决明子的年需求量高达 2.5-3 万吨之间, 其药材的质量直接影响人们的用药安全, 本文考察了决明子 4 个主要产地 10 个批次的药材质量, 采用《中国药典》2020 版中所收载方法对其进行显微、薄层、水分、总灰分、黄曲霉毒素、大黄酚和橙黄决明素含量测定及农药残留分析。本实验采用主成分分析方法, 考察影响决明子质量优劣的主要因素, 评价其不同产地药材质量。结果显示, 大黄酚含量、橙黄决明素含量为贡献最大的二者, 且文献报道显示, 橙黄决明素可调节高脂血症的脂肪代谢, 大黄酚具有良好的抗炎、抗菌、抗肿瘤、保肝降脂、抗纤维化等多种药理作用^[8]。故大黄酚含量、橙黄决明素含量可作为决明子的差异性成分。主成分分析结果显示, 广东广东省肇庆市德庆县产的决明子质量高于其他三个产区, 本实验结果可以为区分决明子的产地以及全面、准确地控制决明子的质量提供参考。

参考文献:

[1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典: 一部[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2020, 151.

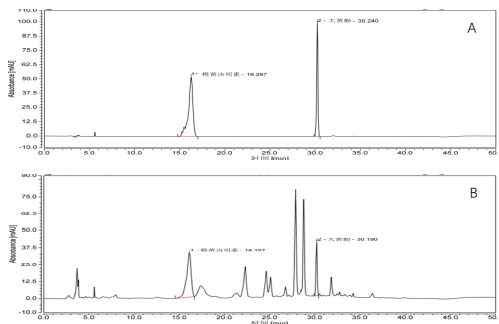


图3 决明子药材HPLC图

(A: 混合对照品; B: 决明子供试品; 1: 橙黄决明素; 2: 大黄酚)

3.8 33 种禁用农药残留量

对 10 批样品进行 33 种禁用农药残留量测定, 甲胺磷、甲基对硫磷、对硫磷等 33 种禁用农药均未检出。

3.9 主成分分析

将表 3 所得数据录入 SPSS26.0 软件中经处理后进行主成分分析, 结果见表 4、表 5。

如表 4 所示, 主成分 1 的贡献率最高, 主成分 2 的贡献率次之, 二者累计贡献率达 82.756%, 因此可用这两个主成分代替原来的 4 个指标, 用以评价 10 批决明子药材的综合质量情况。以两个主成分所对应的特征值的大小占所提取主成分总的特征值的百分比作为权重, 计算主成分综合得分值, 结果显示, 广东产的 YPB0D0001 的药材质量最优, 综合考察不同产地评分可得, 广东产的决明子质量最优。

[2]何青秀,钟镭,邹雪梅,刘佳,苏锦松,张艺.决明子研究进展的CiteSpace 可视化知识图谱分析[J].世界科学技术-中医药现代化,2022,24 (01): 398-407.

[3]陈飞,李江,张光芬,张国栋.决明子提取物活性物质对力竭运动大鼠心肌损伤的生物医学功能研究[J].分子植物育种,2022,20(06): 2004-2011.

[4]Sharon A, Amselem Z, Gressel J. Glyphosate Suppression of an Elicited Defense Response : Increased Susceptibility of Cassia obtusifolia to a Mycoherbicide.[J]. Plant physiology, 1992, 98 (2): 654-659.

[5]刁和芳,郑艳萍,赵开军.决明子产品的研究与开发现状[J].海峡药学,2020,32 (12): 38-41.

[6]姬蕾. 中药决明子和钩藤的质量控制研究[D].北京中医药大学,2019.

基金项目: 广东省重点领域研发计划“岭南中医药现代化”重点专项 (2020B1111120002); 广药集团科技项目-藏红曲、鲜龙葵等 8 种创新饮片产品开发研究。

作者简介: 杨诗慧, 女 (汉), 硕士研究生, 主要从事中药质量标准研究、中药饮片炮制工艺研究。

通讯作者: 马恩耀, 男 (回), 硕士研究生, 主管中药师。广东汉潮中药科技有限公司副总经理, 国家南药科技创新联盟 (NASCM) 常务副理事长。

社区老年冠心病患者采用复方丹参滴丸治疗的效果分析

张莉莉

青海省格尔木市昆仑路社区卫生服务中心 青海格尔木 816099

摘要：目的：探讨社区老年冠心病患者采用复方丹参滴丸治疗的效果。方法：采集本院 2020 年 4 月至 2021 年 12 月期间接收的 118 例社区老年冠心病患者，随机分为对照组与观察组各 59 例，对照组运用常规西药治疗，观察组运用复方丹参滴丸治疗，分析不同用药后患者治疗疗效、血液流变学、心绞痛状况、血脂情况。结果：在患者治疗总有效率上，观察组为 94.92%，对照组为 81.36%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者 TC、TG、LDL-C、HDL-C 等血脂指标上，观察组治疗前后改善幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者纤维蛋白、血浆黏度、全血黏度等指标上，观察组治疗后降低幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者心绞痛发作次数、发作时间等指标上，观察组治疗后下降幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者治疗不良心血管事件率上，观察组为 3.39%，对照组为 18.64%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：社区老年冠心病患者采用复方丹参滴丸治疗，可以有效地提升患者疾病治疗疗效，改善血脂指标，促使血液流变学指标降低，心绞痛状况得到改善，降低不良心血管事件发生率，整体状况更为理想。

关键词：社区老年冠心病；复方丹参滴丸；治疗效果

冠心病一般是由冠脉狭窄与阻塞所导致的心肌缺氧缺血甚至达到心肌梗死等问题，在老年患者中较为常见。一般治疗中，集中在抗血小板与抗凝药物方面，保证疾病改善，也需要做好用药安全管理，提升治疗恢复的整体效果。在中医理论中，冠心病属于“胸痹”“心痛”等疾病范畴，而复方丹参滴丸属于中药制剂，可以发挥活血化瘀与行气止痛，由此来改善患者的血液流变学，由此来改善疾病症状，提升整体的生理状况。本文采集 118 例社区老年冠心病患者，分析运用复方丹参滴丸治疗后患者治疗疗效、血液流变学、心绞痛状况、血脂情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 4 月至 2021 年 12 月期间接收的 118 例社区老年冠心病患者，随机分为对照组与观察组各 59 例。对照组中，男 32 例，女 27 例；年龄从 60 岁至 82 岁，平均 (75.26±4.28) 岁；病程从 4 年至 13 年，平均 (6.27±2.39) 年；观察组中，男 36 例，女 23 例；年龄从 60 岁至 83 岁，平均 (76.15±3.97) 岁；病程从 4 年至 12 年，平均 (6.16±2.08) 年；两组患者在基本年龄、性别、病程等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规西药治疗，依据情况可以使用扩血管、降压有关药物，以及调整血液流变学药物等。观察组运用复方丹参滴丸治疗，每天三次，每次 8 粒。

1.3 评估观察

分析不同用药后患者治疗疗效、血液流变学、心绞痛状况、血脂情况。血脂情况主要观察 TC、TG、LDL-C、HDL-C 等指标治疗前后变化。血液流变学主要观察纤维蛋白、血浆黏度、全血黏度等指标治疗前后变化。心绞痛状况观察患者用药前后心绞痛发作频次与发作时间。治疗疗效主要分为显效、有效以及无效。显效为治疗后患者心绞痛发作频次缩减 80% 以上或者全部消除，心电图有关功能指标恢复正常；有效为治疗后患者心绞痛发作频次缩减 50% 至 80%，心电图有关功能指标改善明显，心电图 ST 段提升幅度在 0.05mv 以上；无效为治疗后患者各指标没有达到上述标准，甚至严重化。治疗总有效率=显效率+有效率。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 n (%) 表示，采用卡方检验，计量资料运用 ($\bar{x}\pm s$) 表示，采用 t 检验， $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后血脂指标情况

如表 1 所示，在患者 TC、TG、LDL-C、HDL-C 等血脂指标上，观察组治疗前后改善幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 1：两组患者治疗前后血脂指标对比 ($\bar{x}\pm s$, mmol/L)

分组	时间	TC	TG	LDL-C	HDL-C
观察组	治疗前	8.29±1.87	6.47±1.28	5.74±1.53	1.08±0.36
	治疗后	4.42±1.53	2.42±1.35	2.49±0.67	1.92±0.39
对照组	治疗前	8.31±1.76	6.52±1.37	5.68±1.42	1.05±0.41
	治疗后	6.42±1.59	4.32±1.12	3.56±0.54	1.24±0.57

注：两组治疗前对比， $P>0.05$ ，两组治疗后对比， $P<0.05$

2.2 两组患者治疗前后血液流变学情况

如表 2 所示，在患者纤维蛋白、血浆黏度、全血黏度等指标上，观察组治疗后降低幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 2：两组患者治疗前后血液流变学对比 ($\bar{x}\pm s$)

分组	时间	血浆黏度 (mPa·s)	纤维蛋白 (g/L)	全血黏度 (mPa·s)
观察组	治疗前	3.62±0.56	4.67±1.43	11.62±3.42
	治疗后	1.82±0.45	2.25±1.12	7.08±2.27
对照组	治疗前	3.67±0.43	4.54±1.41	11.74±3.15
	治疗后	2.32±0.31	3.26±1.39	9.56±2.34

注：两组治疗前对比， $P>0.05$ ，两组治疗后对比， $P<0.05$

2.3 两组患者治疗前后心绞痛变化情况

如表 3 所示，在患者心绞痛发作次数、发作时间等指标上，观察组治疗后下降幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 3：两组患者治疗前后心绞痛变化对比 ($\bar{x}\pm s$)

分组	时间	心绞痛发作次数 (次/周)	心绞痛发作时间 (min/次)
观察组	治疗前	10.47±1.38	5.64±0.86
	治疗后	3.62±0.76	1.14±0.47
对照组	治疗前	10.36±1.45	5.58±0.93
	治疗后	5.83±0.52	3.42±0.56

注：两组治疗前对比， $P>0.05$ ，两组治疗后对比， $P<0.05$

2.4 患者治疗疗效情况分析

见表 4 所示，在患者治疗总有效率上，观察组为 94.92%，对照组为 81.36%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 4：患者治疗疗效评估结果 [n (%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	59	32 (54.24)	24 (40.68)	3 (5.08)	94.92%

对照组 59 18(30.51) 30 (50.85) 11 (18.64) 81.36%

注：两组对比， $P<0.05$

2.5 患者治疗总不良心血管事件率情况

见表 5 所示，在患者治疗不良心血管事件率上，观察组为 3.39%，对照组为 18.64%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 5：患者治疗不良心血管事件率评估结果[n（%）]

分组	n	出血	血栓	缺血	再发心肌梗死	总不良心血管事件率
观察组	59	0	0	1	1	3.39%
对照组	59	1	3	3	4	18.64%

注：两组对比， $P<0.05$

3 讨论

老年冠心病一般是 60 岁以上老年患者常见心血管疾病，该病会因为老年患者自身年龄的提升而导致整体机能的退化，整体疼痛敏感度下滑，痛觉神经的传导相对变缓，进而出现心绞痛问题而缺乏典型性^[1]。甚至部分患者在有心肌梗死的状况下，也没有明显典型的疼痛症状问题。有关心悸、喘憋以及胸闷等症状也容易出现误诊以及忽略。该病程相对较长，具体病情相对复杂。尤其是老年患者基础疾病较多，因此疾病的治疗控制难度也更难，疾病的风险性更为突出^[2]。对于有关治疗而言，主要是改善疾病症状，防控冠状动脉粥样硬化继续恶化，减少心肌梗死有关的不良心血管问题^[3]。该疾病治疗上一般集中在改善机体缺血状况，控制心绞痛发作频次以及缩短其发作时间，提升患者机体对活动状况的耐受力，优化患者生活质量。一般采用抗血小板聚集以及抗心绞痛治疗用药，通过硝酸酯类、 β 受体阻滞剂等药物做支持改善，而药物中单硝酸异山梨酯缓释片属于常用的药物，可以发挥长效作用，进行选择性的血管扩张。促使血管阻力下滑，由此改善中心静脉压、肺动脉压等指数，促使冠状动脉血流量提升^[4]。如果单纯使用有关药物，在大剂量使用情况下，容易导致较高的疾病复发，同时药物的风险性会更高。

在中医理论中，冠心病属于“胸痹”有关疾病范畴，其疾病的关键之处在于脉络瘀阻，其疾病复杂性高。常规的西药治疗中，抗血小板、消除血栓，以及冠脉扩张等处理，都能改善其心绞痛疾病的症状问题^[5]。对于改善其心肌缺血以及提升其活动耐受力，改善胸闷、心慌以及心前区压榨感等问题发挥一定的作用，可以达到抗凝、溶栓的效果。改善微血栓对患者冠脉构成的阻塞，对于其心电图的改善有较好的支持作用^[6]。

复方丹参滴丸用药在一定程度上属于纯中药制剂，丹参作为药物的君药，可以达到行气通脉以及通气散瘀的功效，促使其冠脉以及心肌循环得到有效的调整。三七可以达到消肿镇痛，散瘀的功效，促使其心绞痛症状得到有效的调整，减少其心前区不适问题频次。冰片可以发挥清血热，促使心肌泵血功能得到有效的调整，提升其心血管有关指标。有关药物联合使用之下，可以促使其活血化瘀、行气止痛^[7]。有关治疗在一定程度上可以促使血流动力学有关指标得到有效的改善，改善血液黏稠度，减少血流阻力。丹参成分中所具有的丹参素，在一定程度上可以促使血管平滑肌细胞钙离子通道以及有关钾离子通道开放状况调整，促使微动脉得到有效的扩张，对血小板凝聚产生一定的拮抗作用，进而达到全血黏度的下滑。丹参素可以促使抗凝血功能的强化，让纤溶酶原激活物得到有效地活化，将纤维活性得到有效的调整，提升其促纤溶性，减少纤维蛋白原指数水平^[8]。丹参中所具有的单酚酸以及原儿茶酚有关物质，也可以促使其微循环得到调整，让血小板集聚得到有效抑制，促使红细胞压积指数得到调整。三七中所具有的三七总皂苷可以达到促纤溶性的效果，有助于改善血脂指标，降低血浆黏稠度，有效地改善血流动力学有关水平。

在冠心病治疗用药中，常规他汀类药物可以发挥血脂调控的功效。但

是如果能够配合复方丹参滴丸，可以促使脂质代谢物得到进一步的调整，改善血脂异常等问题。有关药物微粒性相对较好，具有较好的生物利用性以及亲和力。药物本身可以有效调整患者可能存在的高血脂症等问题，对冠心病的改善有较好的支持作用。

本研究中，在患者治疗总有效率上，观察组为 94.92%，对照组为 81.36%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。说明观察组运用复方丹参滴丸治疗后可以准确地提升治疗疗效，达到治疗的主要目标，优化整体治疗恢复状况。在患者纤维蛋白、血浆黏度、全血黏度等指标上，观察组治疗后降低幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者 TC、TG、LDL-C、HDL-C 等血脂指标上，观察组治疗前后改善幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。观察组用药后可以促使其生理指标的改善，促使有关冠心病恶化的指标得到改善，整体的症状也会由此改善。在患者心绞痛发作次数、发作时间等指标上，观察组治疗后下降幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。由于观察组复方丹参滴丸用药达到疾病的改善，最为典型的是心绞痛的改善情况明显，减少疾病带来的不适感以及生命威胁，整体恢复状况更好。在患者治疗不良心血管事件率上，观察组为 3.39%，对照组为 18.64%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。说明在常规西药基础之上联合复方丹参滴丸用药，可以更大程度地提升用药安全性，降低不良心血管事件发生率，整体状况更为理想。

丹参素可以促使 HMGR 在肝脏组织中的表达，由此来改善其活性，发挥血脂调节的功效。而 HMGR 有关指标是胆固醇合成的关键性酶。三七中的三七总黄酮，对降血脂也有较好的支持作用。降脂功效明显，结合有关西药治疗可以有效地调整其血脂指标。三七可以对冠心病有关的致病因子浓度产生一定的抑制，进而减少冠心病所产生的炎症反应疼痛问题，促使炎性反应递质分泌能力下降，让局部炎症反应递质得到更好的代谢。因此，在常规西药基础之上，结合复方丹参滴丸用药，可以有效地控制冠心病患者机体所存在的炎症反应，降低有关物质对心肌以及心血管构成的损害，整体的疾病控制治疗效果相对更理想。

细节处理上，要考虑个体情况差异，做好用药的灵活调整，尽可能地保证用药整体功效，提升患者用药的配合效果。做好必要的用药教育指导工作，避免随意停药或者增减药物所导致的不良问题。

总而言之，社区老年冠心病患者采用复方丹参滴丸治疗，可以有效地提升患者疾病治疗疗效，改善血脂指标，促使血液流变学指标降低，心绞痛状况得到改善，降低不良心血管事件发生率，整体状况更为理想。

参考文献：

[1]姚伟. 复方丹参滴丸治疗社区老年冠心病的临床体会[J]. 健康之友,2020（5）: 56-57.

[2]董晨艳,陈海燕,李源. 复方丹参滴丸联合替格瑞洛治疗冠心病 PCI 术后心绞痛的临床疗效[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20（2）: 292-294.

[3]陈超. 复方丹参滴丸联合阿托伐他汀治疗冠心病合并高脂血症疗效观察及对血清 TRAIL 的影响[J]. 福建中医药,2022,53（5）: 7-9.

[4]王田,瞿惠燕,沙婉婧,等. 复方丹参滴丸联合阿司匹林治疗冠心病有效性及安全性的 Meta 分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19（4）: 533-539.

[5]余佳科. 复方丹参滴丸在社区冠心病患者康复中的治疗效果分析[J]. 养生保健指南,2021（45）: 21-22.

[6]道杰草. 复方丹参滴丸治疗冠心病的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志,2021,9（3）: 27-29.

[7]王莉. 复方丹参滴丸与芪参益气滴丸在冠心病临床治疗中的效果分析[J]. 健康必读,2021（17）: 52,55.

[8]郇灿. 分析复方丹参滴丸联合阿司匹林治疗冠心病的安全性及有效性研究[J]. 养生保健指南,2021（5）: 31.

不同类型卵巢畸胎瘤 CT、MRI 表现及其误诊分析

武新育 刘红艳

广东省清远市人民医院 影像科 广东清远 511500

摘要：目的：探讨卵巢不同类型畸胎瘤的 CT、MRI 表现，以提高对该病的认识和影像诊断水平。方法：回顾性分析经手术和病理证实的 22 例卵巢不同类型畸胎瘤的病例资料，分析其 CT、MRI 征象。结果：22 例卵巢不典型畸胎瘤中卵巢甲状腺肿 12 例，均为囊实性（囊性为主型）；未成熟畸胎瘤 2 例，瘤体体积较大，呈囊实性，有完整包膜，平扫内见不规则片状钙化及脂肪影，CT 及 MRI 增强扫描实性部分呈渐进性不均匀强化；畸胎瘤伴局部恶变 3 例，均为囊实性，内夹杂不规则斑点状钙化、脂肪，囊壁局部增厚，增强扫描囊壁呈不均匀明显强化；乏脂肪畸胎瘤 4 例，增强扫描无强化或轻度强化；畸胎瘤合并黏液性囊腺瘤 1 例，内见脂肪、钙化及多发分隔，增强扫描分隔轻度强化。结论：不同类型卵巢畸胎瘤均有特征性的影像表现，熟悉和认识其典型表现有利于提高术前诊断水平。

关键词：卵巢；畸胎瘤；计算机体层摄影；磁共振成像

Analysis of CT and MRI of ovarian teratomas

Wu Xinyu, Liu Hongyan, Image Department, Qingyuan City People's Hospital, Qingyuan City, Guangdong Province 511500

[Abstract]Objective: To explore the CT and MRI manifestations of different types of ovarian teratoma, in order to improve the understanding and imaging diagnosis of the disease. Methods: The data of 22 different ovarian teratoma cases confirmed by surgery and pathology were also analyzed retrospectively and positively analyzed, and the CT and MRI signs were analyzed. Results: In 12 of 22 ovarian atypical teratoma, Are cystic solid (cystic main type); In two cases of immature teratoma, The tumor body volume is relatively large, To cystic solid, With a complete envelope, See irregular sheet calcification and fat shadow, The real part of the CT and MRI enhancement scan showed progressive and uneven enhancement; Teratomas with local malignant changes in 3 cases, All are cystic properties, Intrmixed with irregular punctate calcification, fat, Localized thickening of the cyst wall, Enhanced scanning sac wall showed uneven and obvious enhancement; Four cases of spent fat teratoma, Enhanced scan without enhancement or mild enhancement; Teratoma with mucinous cystadenoma, Inside the fat, calcification, and multiple septation, Enhanced scan was separated by mild enhancement. Conclusion: Different types of ovarian teratoma all have characteristic imaging manifestations, and it is helpful to improve the level of preoperative diagnosis.

[Key words]Ovaries; teratoma; computer body layer photography; magnetic resonance imaging

卵巢畸胎瘤为育龄期女性常见的良性肿瘤，少部分为恶性肿瘤或良性肿瘤局部恶变，绝大多数畸胎瘤具有典型影像学表现，诊断不难，但少数畸胎瘤缺乏典型征象，临床易漏诊、误诊。本文通过回顾性分析术前误诊的 22 例不同种类卵巢畸胎瘤的 CT、MRI 表现，旨在进一步提高不同类型卵巢畸胎瘤影像学诊断准确性。

资料和方法

1、临床资料 回顾性分析 2013 年至 2018 年经手术、病理确诊为卵巢畸胎瘤患者资料。总计共 281 例。术前误诊 22 例，年龄 23 岁～80 岁，中位年龄 46 岁。临床表现：下腹痛、腹胀（8 例），无症状或体检发现盆腔肿块（14 例）。22 例患者中，1 例行 CT、MRI 平扫与增强扫描。其余 21 例患者行 CT 平扫、增强扫描。22 例畸胎瘤术前均行实验室生化检查。

2、检查方式 腹盆腔或盆腔 CT 检查采用东芝 320 排 CT Aquilion ONE，扫描前患者需饮用适量水，待膀胱充盈后扫描。扫描横膈、耻骨联合区间范围。调整相关扫描参数。再注射对比剂，行增强扫描，把控动脉期、静脉期。以层厚 5mm 进行冠状位及矢状位多平面重建。盆腔 MRI 检查以 GE Signa 3.0T MR 系统为主，调整各项参数，选择欧乃影为对比剂。行动态增

强及矢状位、冠状位扫描。

3、图像分析 由两位工作 10 年以上高年资影像医师对 CT 及 MRI 图像进行阅片。意见出现差异时，共同商讨，直至达成共识。2 名影像诊断医师针对以上指标详细观察并记录（表 1）。

结 果

1、影像表现及病理 22 例不典型病例中，①卵巢甲状腺肿 12 例：瘤体最大径约 30～221mm；均囊实性（囊性为主型），囊性部分平扫 CT 值约 30～60Hu，内见高密度囊腔，CT 值约 60～90Hu（图 1a），增强扫描 12 例实质部分（包括囊壁及分隔）均呈明显强化（图 1b-1c）；镜下囊壁见甲状腺组织，滤泡扩张（图 1d）。②未成熟畸胎瘤 2 例：瘤体体积较大，瘤体最大径 160～166mm，CT 可见不规则片状钙化、脂肪影（图 2a），MRI 信号混杂，呈长 T₁ 长 T₂ 信号，边缘见短 T₁ 长 T₂ 信号脂肪信号（图 2b-2c），增强扫描实性部分呈渐进性不均匀强化（图 2d），有完整包膜；镜下见未成熟神经组织，包括原始神经管，神经上皮等（图 2e）。③畸胎瘤恶变 3 例：1 例边界不清伴腹壁种植转移，2 例边界清晰，瘤体最大径约 120～270mm，内可见不规则斑点状钙化、脂肪影，囊壁局部增厚，增强扫描囊壁呈不均匀明显

强化（图3a-3c）。④乏脂肪及无脂肪畸胎瘤4例：2例见斑点状钙化影，1例边缘见少许脂肪，1例为液性密度，增强扫描无或轻度强化。⑤畸胎瘤合并交界性黏液性囊腺瘤1例：内见脂肪及钙化影，并多发分隔，增强扫描分隔轻度强化。

图1：右侧卵巢甲状腺肿，囊实性，平扫内见高密度囊腔（1a白箭），CT值约60Hu，增强扫描囊壁及分隔明显强化（1b-1c）；图1d镜下见甲状腺组织及扩张滤泡（HE染色×100）。图2为左侧未成熟畸胎瘤，囊实性（混合型），图2a CT可见钙化及脂肪（白箭），2b、2c、2d分别为T₁WI、T₂WI及T₁WI压脂增强序列，肿瘤边缘见短T₁长T₂脂肪信号，增强扫描未见强化（白箭），实性部分呈不均匀渐进性强化，可见包膜（白箭）；图2e示：病理镜下局部可见大量未成熟的神经管组织及软骨组织肿块（HE染色×400）。图3：右侧畸胎瘤伴右侧鳞癌变，囊实性（囊性为主型），平扫见脂肪及钙化影（3a），增强扫描右侧实性部分囊壁增厚（白箭）并呈明显不均匀强化（3b-3c）。

讨论

卵巢畸胎瘤好发于育龄期女性，病理学上分为囊性成熟畸胎瘤、未成熟畸胎瘤及卵巢甲状腺肿（又称单胚层高度特异性成熟畸胎瘤）。囊性成熟畸胎瘤是最常见的卵巢畸胎瘤，约占97%^[1,2]。特征性表现为肿瘤内部脂肪密度影，高密度灶（钙化或骨化影）、液性密度影及漂浮征，增强扫描大多数囊壁有轻度强化，壁结节无或轻度强化^[3]。典型畸胎瘤术前易诊断，本次研究281例畸胎瘤，术前误诊22例，诊断准确率92.1%。但有少部分畸胎瘤缺乏脂肪、钙化等典型征象，术前诊断相对困难。

卵巢甲状腺肿是一种成熟型畸胎瘤，全部由甲状腺组织组成或以其为主（>50%），是一种高度分化的单胚层畸胎瘤，约占成熟性畸胎瘤的2.7%。大多数为良性，在组织学和病理学上与典型的甲状腺组织相同，只有不到5%发生恶性转化。其好发年龄为40~50岁，平均年龄45.5岁。临床特点表现不典型，少部分以下腹部肿块出现局部压迫症状为首发症状，常可触及卵巢肿块^[4,5]。本组12例卵巢甲状腺肿，均为囊实性（囊性为主型），囊性部分平扫CT值约30~60Hu，高密度囊腔CT值约60Hu~90Hu，与文献报道相符；增强扫描实质部分（包括囊壁及分隔）均呈明显强化。

未成熟畸胎瘤多发生于青少年，约占卵巢恶性肿瘤的5%~15%，肿瘤常较大，呈不规则或分叶状，各种成分混杂，分化程度不一，包含成熟组织和未成熟组织，病理组织学特征为幼稚神经管及原始神经上皮出现，肿瘤转移及复发率较高，可穿透囊壁。可向周围组织侵犯、腹膜种植以及淋巴道转移，临床实验室检查常伴AFP升高^[6]。本组2例未成熟畸胎瘤，1例伴AFP升高，肿块巨大，跨越盆腔生长，CT表现为呈囊实性（混合型），内夹杂多发不规则片状钙化及脂肪影，有完整包膜，增强扫描实性部分呈不均匀渐进性明显强化。

囊性成熟畸胎瘤通常是良性肿瘤，少部分可发生恶变，在CT表现为局

部囊壁不均匀增厚，增强扫描呈不均匀明显强化，肿瘤多为直接浸润或腹膜种植转移^[7]。本组3例均为鳞状细胞癌恶变，瘤体的平均最大径为176.7mm，1例出现腹膜种植转移，1例SCC水平升高，与文献报道一致。本组除SCC升高外，CA125、CA199、CEA亦升高，可能与卵巢癌上皮表

达有关。

乏脂肪畸胎瘤：乏脂肪畸胎瘤经由影像学检查，可见不具有能够识别的脂肪。这就导致此类畸胎瘤诊断难度提升。本组4例术前均误诊，1例极少量脂肪位于肿瘤边缘，术前误认为肠系膜脂肪而误诊；1例囊壁钙化，1例分隔钙化内部并见更低密度影，1例为液性密度，均未见明确脂肪成分，因此此类畸胎瘤术前诊断较难。肿瘤囊壁的钙化和囊液中出现点、片状更低密度或许有助于提高乏脂肪畸胎瘤的诊断^[8]。本组4例乏脂肪畸胎瘤中，1例囊壁钙化，1例出现分隔钙化内部并见更低密度，与文献相符合。因而囊壁钙化或囊内更低密度可作为一个提示乏脂肪畸胎瘤的征象之一。畸胎瘤常可合并同侧黏液性囊腺瘤，本组1例，病例除符合畸胎瘤表现外，又见多发分隔、分隔轻度强化等黏液性囊腺瘤特征。

总之，不典型畸胎瘤种类较多，但仍有一些特征性表现。我们在临床工作中需仔细观察影像征象，以提高不典型畸胎瘤术前诊断正确率。

参考文献：

- [1]刘军委,田旭峰等.卵巢非上皮源性肿瘤的CT、MRI表现及其病理基础[J].实用放射学杂志,2018,34(06): 916-923.
- [2]Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics, 2011, 21(2): 475-490.
- [3]Ewelina Szczepanek-Parulska, Anna Pioch, Ewa Cyranska-Chyrek, et al. The role of immunohistochemical examination in diagnosis of papillary thyroid cancer in struma ovarii. A case report. Folia Histochemica at Cytobiologica Vol. 57, No. 1, 2019: 35-42.
- [4]李振华,梁宇霆等.卵巢甲状腺肿的CT和MRI表现[J].放射学实践,2019,34(06): 655-658.
- [5]孙亮,沈扬眉,徐炼,等.卵巢成熟性畸胎瘤恶变的术中冷冻切片分析[J].中国癌症杂志,2018,28(5): 354-360.
- [6]容豫,王金清等.卵巢恶性畸胎瘤的CT表现[J].中国医学影像学杂志,2019,27(04): 316-319.
- [7]Ulker V,Numanoglu C,Akbayir O, et al. Malignant transformation arising from maturecystic teratoma of the ovary : a report of six cases [J]. J Obstet Gynaecol Res,2012,38: 849-853.
- [8]Kikkawa F,Nawa A,Tamakoshi K,et al. Diagnosis of squamous cell carcinoma arising from mature cystic teratoma of the ovary [J].Cancer, 1998, 82: 2249-2255.

血脂康胶囊联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察

朱永建 叶俊忠 叶俊高

广东省龙川县中医院 广东省龙川县 517300

摘要：目的：研究血脂康胶囊联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效。方法：选取本院 2020 年 5 月-2022 年 3 月诊治的高血压合并冠心病患者 60 名，电脑随机分组，分为常规组和联合治疗组，每组各 30 例。常规组单独使用阿托伐他汀钙片或其他调血脂药治疗，联合治疗组在常规组的基础上加用血脂康胶囊，通过两个疗程的治疗后对比两组治疗疗效。结果：联合治疗组在心绞痛临床效果、心电图效果、降压疗效的有效性明显高于常规组，差异显著有统计学意义（ $P<0.05$ ）。在血压及血脂方面联合治疗组在治疗后变化要优于常规组，差异显著有统计学意义（ $P<0.05$ ）。联合治疗组硝酸酯类药物停用率高于常规组，差异显著有统计学意义（ $P<0.05$ ）。两组患者不良反应发生率对比无差异，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：血脂康胶囊联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病能有效改善患者各项临床指标，治疗效果显著，值得临床推广使用。

关键词：血脂康胶囊；阿托伐他汀钙片；高血压；冠心病；临床疗效

冠状动脉粥样硬化性心脏病（coronary atherosclerotic heart disease）是一种因脂质代谢异常导致的血液中脂质沉淀在原来平滑的血管内膜上，从而在动脉内膜形成了一种类似于粥样脂类物质的沉积。这是一种叫做动脉硬化的疾病。随着时间的推移，斑块逐渐增加，血管腔变窄，血液流通受到阻碍，从而造成心肌缺血引起心绞痛。冠心病是一种临床上比较常见的心血管疾病，大概有 80% 左右的冠心病患者同时有高血压，高血压可促进动脉硬化发生、发展，并且血压与冠心病的发病率呈正相关，随着人们生活习惯的变化，高血压和冠心病的发病率也在不断增加，而且越来越年轻化。近年来，人们越来越多地注意到他汀类药物在治疗冠心病和降低血脂方面的效果。血脂康胶囊是一种天然的调节血脂的中成药。本次实验选取本院 2020 年 5 月-2022 年 3 月诊治的高血压合并冠心病患者 60 名，电脑随机分组，分为常规组和联合治疗组，每组各 30 例。采用阿托伐他汀钙片与血脂康胶囊联合的方法，对高血压伴冠状动脉粥样硬化症的疗效进行了分析，详细报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2020 年 5 月-2022 年 3 月诊治的高血压合并冠心病患者 60 名，电脑随机分组，分为常规组和联合治疗组，每组各 30 例。其中，联合治疗组男 18 例，女 12 例，年龄 47-73 岁，平均年龄（ 60 ± 13 ）岁，常规组男 19 例，女 11 例，年龄 46-75 岁，平均年龄（ 60.5 ± 14.5 ）岁。两组间一般资料对比 $P>0.05$ 无统计学意义。入选条件：①患者有明确的高血压合并冠心病，并自愿参加本次实验；②本院医务科批准了这项研究。排除条件：①患者拒绝签署参加试验。②免疫功能障碍或严重器质性损伤，无法正常交流；③资料缺失或中途退出者④严重心脏病患者。

1.2 方法

在实施治疗前一周及治疗中患者应注意避免食用会影响降压及抗冠心病的药物及食物。

常规组给予阿托伐他汀钙片（生产厂家：乐普制药科技有限公司 国药准字：H20133127）20mg/次，口服，一天一次，连续服用 4 周。联合治疗组在常规组基础上加用血脂康胶囊（生产厂家：北京北大维信生物科技有限公司 国药准字：Z10950029）每次两粒，每天服用两次，连续服用四周。

1.3 疗效标准

心绞痛的疗效标准和心电图疗效标准是按照《冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准》的要求制订的。心绞痛治疗效果：明显：胸闷，气短，心前区疼痛消失；改善：疼痛的次数、程度和持续时间显著减少；不起作用：疼痛的次数、程度和持续时间都有显著的变化，甚至加剧。心电图疗效治疗效果：有效：在安静或轻度运动时，心电图恢复或基本正常；改善：静止或轻度运动 ST 段恢复 0.15mV 或 T 波反转浅表；无效：静止或轻度活动 ST 段、T 波改变未见显著改变，甚至 sT 段比治疗前下移，T 波倒置^[1]。

据卫生部颁发的《临床药物研究指导原则》制定高血压疗效评价标准。显效：舒张压下降 $\geq 10\text{mmHg}$ ，且降至正常范围，或舒张压下降 $\geq 20\text{mmHg}$ ；

有效：舒张压下降 $<10\text{mmHg}$ ，但已降至正常范围或下降 10-20mmHg，单纯收缩性高血压者收缩压下降 $>30\text{mmHg}$ ；无效：血压下降未达到有效标准。

1.4 观察指标

观察并比较两组的疗效、治疗前后的血脂及血压情况等。血脂指标包括血总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白（HDL-C）以及低密度脂蛋白（LDL-c）等。

1.5 统计学方法

利用 SPSS21.0 统计软件对统计数据进行处理，以正态分布的计量数据按标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，使用 t 检验，不符合正态分布的计量数据按正态分布进行统计；计数数据按百分比计算，用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为显著性差异。

2. 结果

2.1 临床疗效

联合治疗组的心绞痛临床疗效和心电图效果的有效率明显高于常规组，联合治疗组降压效果明显高于常规组，差异显著有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详情如表 1-3。

表 1 两组心绞痛临床疗效对比[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
联合治疗组	30	15（50）	13（43）	2（7）	28（93）
常规组	30	10（35）	12（40）	8（25）	22（75）
χ^2	-	-	-	-	4.320
P	-	-	-	-	0.033

表 2 两组心电图效果对比[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
联合治疗组	30	12（40）	13（43）	5（17）	25（83）
常规组	30	8（27）	9（30）	13（43）	17（57）
χ^2	-	-	-	-	5.079
P	-	-	-	-	0.024

表 3 两组心降压效果对比[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
联合治疗组	30	15（50）	12（40）	3（10）	27（90）
常规组	30	9（30）	11（38）	10（32）	20（68）
χ^2	-	-	-	-	4.811
P	-	-	-	-	0.028

2.2 两组血压、血脂对比

联合治疗组在治疗后血脂和血压水平均低于常规组，差异显著有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详情如表 4。

表 4 两组血脂对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	TC/(g/L)	TG/(g/L)	HDL-C/(g/L)	LDL-C/(g/L)
联合治疗组	30	2.17±1.65	6.10±1.45	6.94±1.17	2.76±0.45
常规组	30	4.31±1.78	10.79±1.35	11.17±2.19	4.67±1.34
T	-	5.576	14.972	10.774	3.752
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

表 5 两组血脂对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	收缩压/mmHg		舒张压/mmHg	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合治疗组	30	153.96±9.47	123.45±7.65	99.12±4.78	80.47±3.17
常规组	30	154.78±11.69	134.87±10.49	102.11±5.49	92.34±4.32
T	-	3.364	3.933	1.836	9.906
P	-	0.808	0.000	0.074	0.000

3. 讨论

他汀类药物是一种叫羟甲基戊二酰辅酶 A (HMG-CoA) 的还原酶抑制剂, 它可以通过竞争性地抑制内源性胆固醇合成限制酶 (HMG-CoA) 还原酶, 阻断细胞内的羟甲戊酸的代谢通路, 降低细胞内胆固醇的合成, 从而促进低密度脂蛋白 (lowdensitylipoprotein, LDL) L 受体的数目和活性, 增加血清胆固醇的清除和水平。他汀还能抑制肝内的载脂蛋白 B-100 的合成, 降低了甘油三酯的合成及分泌。他汀类药物主要有自然成分 (例如: 洛伐他汀、辛伐他汀、普伐他汀等); 美伐他汀) 和所有人造的化合物 (例如: 氟伐他汀, 阿托伐他汀, 西立伐他汀; 罗伐他汀、pitavastatin 是目前临床上常用的降脂药, 目前已被广泛用于治疗高血脂。它汀类药物除了对血脂有一定的调节作用, 而且对急性冠状动脉综合征患者早期使用还能起到抑制内皮炎症反应、稳定斑块、促进内皮功能的作用。具有抗炎、保护神经、抗血栓的作用。辛伐他汀是洛伐他汀的甲基化衍生物。美伐他汀 (康百汀, Compactin) 由于其副作用小, 在临床上应用较少^[2]。主要是用来生产其羟基化衍生物——普伐他汀。他汀类药物是目前广泛使用的抗冠心病药物。阿托伐他汀是一种选择性 3-羟基 3-戊二酰-辅酶 A 还原酶抑制剂, 它可以明显地降低血脂, 对动脉粥样硬化的形成有明显的抑制作用, 同时还可以使血管内皮功能得到改善, 并能起到抗炎症的作用, 对不稳定心绞痛、急性心肌梗死等冠心病的发生也有一定的效果。近年的研究显示, 阿托伐他汀能稳定高血压病人的血压, 并将其维持在一个理想的水平, 从而减少心血管事件^[3-4]。

高血压在冠心病的发展中扮演着关键角色, 血压升高会引起血流动力学的改变, 从而活化血小板; 从而诱发动脉粥样硬化, 从而造成心肌缺血、缺氧、坏死, 从而诱发冠心病。目前, 高血压病人对冠心病的危险知之甚少, 而同时患有高血压的冠心病病人, 其血压控制率不到 70%。应加强对高血压、心血管疾病的综合防治, 防止复发。冠心病是由多种原因引起的, 其中最主要的是高血压。有研究显示, 每提高 10mmHg, 就会有 31% 的人患上心肌梗塞, 60%-70% 的人患有高血压, 而高血压病人的冠心病发病率是正常人的 3-4 倍。高血压会加快和加重冠状动脉粥样硬化, 使心肌耗氧量升高, 加重冠心病的发展。另外, 早晨是一天中血压最高的时间段, 如突发事件、心肌梗塞等, 则发生在觉醒前 4-6 个小时, 而早晨血压与冠心病的相关性较大^[5]。

血脂异常、吸烟、糖代谢异常是冠心病的主要风险因子; 不同年龄、不同性别的人, 肥胖、缺乏运动、精神紧张等因素有不同程度的冠心病风险; 除了以上原因之外, 基因也是导致高血压的重要原因。

冠状动脉粥样硬化是一种最常见的器官疾病, 其临床表现因其解剖及病理生理改变而有所不同, 以心绞痛、心肌梗塞最为常见。稳定性心绞痛的主要症状是发作性胸痛, 典型的是在体力劳动或情绪波动后出现压迫、发闷或紧细的感觉, 多见于胸骨的中上部分, 常向左肩及左肩^[6-8]。心绞痛一般会逐渐加剧, 一般在 3-5 分钟左右就会逐渐消失, 服用硝酸甘油可以在数分钟内减轻。不稳定型心绞痛的发生部位和性质与稳定型心绞痛相

似, 但在休息时也会出现, 硝酸酯类药物的治疗效果会降低。心肌梗塞的临床表现与大小、部位等有关, 首先表现为疼痛, 多发生在早晨, 其部位、性质与心绞痛类似; 但通常在安静的时候出现, 而且是严重的。高血压是一种常见的并发症, 它的发病速度很慢, 没有特别的临床症状, 但是它对于病情的发展起着很大的作用^[9]。目前临床上常见的降压药物主要有 5 种: 钙离子拮抗剂, 主要用于抗心绞痛、抗动脉粥样硬化, 可明显改善症状, 改善预后, 对冠心病合并高血压的患者有良好的疗效; 苯磺酸氨氯地平是临床上最常见、最主要的治疗方法; 另外, 血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂、 β 受体阻滞剂、利尿剂等。在治疗的时候要尽量选用真正的长效制剂, 尽量降低血压的起伏, 稳定地控制 24 小时的血压, 特别是早上 6 点到 10 点之间的早晨, 并且要坚持使用。降低血压的指标是: 稳定型冠心病、不稳定型心绞痛、非 ST 段抬高、ST 段抬高、ST 段抬高的高血压, 其血压值通常在 130/80mmHg 左右。用药要有个体化、用药禁忌, 不能因为用药不当而导致病情恶化。生活习惯包括合理饮食、戒烟、适度锻炼^[10]。血管重建 PCI 是治疗冠心病的一个重要手段, 它可以帮助患者尽早的缓解心绞痛的症状。因为大多数病人的病情比较严重, 所以在治疗过程中要做好长期的血管扩张, 配合他汀类药物来调节血脂, 调节血糖; 能有效地抑制或减缓冠心病的发展。

血脂康胶囊主要成分是红曲、天然复合他汀、异黄酮等、甾醇类物质、20 种氨基酸、不饱和脂肪酸、多种微量元素构成的中药。目前已有文献报导, 降脂康能对抗高血压伴冠状动脉粥样硬化的病人起到二级预防的效果。联合治疗组心绞痛的临床疗效、心电图、压药疗效、心电图疗效等方面均显著高于常规组, 且治疗后各指标、血压等指标均较常规组显著改善, 而联合治疗组则显著高于对照组。两组之间的副作用没有统计学意义。结果表明, 阿托伐他汀与血脂康合用能明显降低高血压和冠心病患者的心绞痛, 降低心绞痛持续时间, 提高心电图, 提高血脂和血压。综上所述, 血脂康与阿托伐他汀结合用于高血压和冠心病的临床疗效明显, 副作用小, 值得临床推广^[11-12]。

参考文献:

- [1] 许少华. 厄贝沙坦与硝苯地平联合治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察[J]. 中国社区医师, 2022, 38 (10): 55-57.
- [2] 刘俊倩. 蒙药十三味乌兰汤联合瑞舒伐他汀治疗高血压合并冠心病的临床疗效[J]. 中国民族医药杂志, 2022, 28 (02): 12-14.
- [3] Huan Jia-Ming, Li Yun-Lun, Zhang Xin, Wei Jian-Liang, Peng Wei, Wang Yi-Min, Su Xiao-Yi, Wang Yi-Fei, Su Wen-Ge, Zhou Xuezhong. Predicting Coupled Herbs for the Treatment of Hypertension Complicated with Coronary Heart Disease in Real-World Data Based on a Complex Network and Machine Learning[J]. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2022, 2022.
- [4] 隋亮. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效研究[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (21): 36-37.
- [5] 祁菲. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病患者的临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2021, 16 (16): 110-112.
- [6] 李朝阳. 观察血脂康联合阿托伐他汀治疗高血压合并冠心病的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18 (77): 154+166.
- [7] 陈佳帅, 陈熹, 赵奎君, 钟萌, 黄凤, 续畅. 血脂康胶囊联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的血清指标 Meta 分析[J]. 中国现代医生, 2018, 56 (10): 112-115.
- [8] 朱方升. 血脂康胶囊联合氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效及其对血脂、血管内皮功能及炎症的影响分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18 (05): 125+128.
- [9] 付境红. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察[J]. 中国社区医师, 2017, 33 (19): 46-47.
- [10] 尹秀芹. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10 (02): 26-27.
- [11] 王弘. 血脂康联合阿托伐他汀治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16 (97): 21-22.
- [12] 胡军, 胡晓丽, 郝东升, 胡红超, 李伟. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2016, 14 (03): 156.

溶血标本对化学发光免疫分析法检测 HIV 抗体检验结果的影响

邹均

贵州省盘州市人民医院检验科 贵州省盘州市 553538

摘要：目的：探析溶血标本对化学发光免疫分析法检测 HIV 抗体检验结果的影响。方法：设置研究时间段为 2021 年 03 月至 2022 年 03 月，于此间在我院进行健康体检人员中选取 200 名进行分析，均在肘正中静脉采集血液标本。将每位体检人员的血液标本分为 4 份，1 份正常合格血液标本相关研究数据归入未溶血组；利用人工方式将血液标本进行溶血处理，1 份中游离血红蛋白水平低于 60mmol/L 的血液标本相关数据归入轻度溶血组、1 份中游离血红蛋白水平在 60mmol/L 及以上且不超过 110mmol/L 的血液标本相关数据归入中度溶血组，1 份中游离血红蛋白水平超过 110mmol/L 的血液标本相关数据归入重度溶血组。所有组别血液样本均使用酶联免疫吸附试验法和化学发光免疫分析法进行 HIV 抗体检测，比较检测后的吸光度 A 值、化学发光值。结果：在对血液样本进行酶联免疫吸附试验法处理后，重度溶血组和中度溶血组的吸光度 A 值均较未溶血组高（ $P<0.05$ ），差异有意义；从假阳性进行分析，轻度溶血组、中度溶血组、重度溶血组依次有 0 名、4 名、8 名。在对血液样本进行化学发光免疫分析法处理后，四组标本的化学发光值之间比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；从假阳性进行分析，轻度溶血组、中度溶血组、重度溶血组依次有 0 名、0 名、2 名。结论：在对溶血标本进行 HIV 抗体检测时，酶联免疫吸附试验法和化学发光免疫分析法是两种常用方法，但较前者相比，后者的假阳性更低，检测结果更准确，值得借鉴。

关键词：溶血标本；化学发光免疫分析法；HIV 抗体

艾滋病是指机体受到人类免疫缺陷病毒（HIV）感染而引起的全身性疾病，可受无保护的性行为、静脉注射毒品或药物、与性传播感人群体有性接触等因素诱发^[1]。处于急性期患者常表现为发热、盗汗、恶心、皮疹、淋巴结肿大等症状，处于无症状期患者常无明显症状，处于艾滋病期患者常表现为持续 1 个月以上的发热、体重下降、精神淡漠、头痛等症状，为患者的日常生活和生命健康带来严重不良影响^[2-4]。因此疾病目前无法治愈，仅可通过抗病毒治疗抑制病情进展，故此疾病的预防十分重要，越早发现越早诊断越早控制治疗的效果越好^[5-6]。不同的检查方法可有不同的诊断效果，且最终结果还可受标本状态的影响。此篇文章通过选取 2021 年 03 月至 2022 年 03 月期间我院接收的健康体检人员 200 名作为研究对象，对溶血标本对化学发光免疫分析法检测 HIV 抗体检验结果的影响进行分析探讨，相关研究数据报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从时间区间 2021.03-2022.03 期间我院接收的健康体检人员中随机选取 200 名纳入研究，均于肘正中静脉进行穿刺，以此获取血液标本等待检测。200 名健康体检人员中男性有 108 名，女性有 92 名，以 20 岁为年龄区间下限，以 82 岁为年龄区间上限，计算年龄均值为（51.24±3.55）岁；以 46kg 为体重区间下限，以 84kg 为体重区间上限，计算体重均值为（65.11±3.17）kg；受教育信息：小学、初中、高中、本科及以上依次有 59 名、65 名、46 名、30 名。所有患者均在同等条件下进行静脉血采集，并将每位人员的血液标本分为 4 份，正常合格血液样本归入未溶血组，游离血红蛋白水平低于 60mmol/L 的血液标本归入轻度溶血组，游离血红蛋白水平在 60mmol/L 及以上且不超过 110mmol/L 的血液标本归入中度溶血组，游离血红蛋白水平超过 110mmol/L 的血液样本归入重度溶血组。

纳入标准：（1）未受 HIV 病毒侵入感染者；（2）年龄在 20-82 岁之间者；（3）对此次研究内容充分熟悉，认真阅读同意书每个题目并签字者；（4）临床基础资料均在病历上有所记载者。

排除标准：（1）先天性心脏病、肝肺损伤者；（2）免疫功能缺陷者；（3）凝血因子无法发挥凝血作用者；（4）存在其他类型传染性者；（5）认知功能不全者；（6）研究依从性较差者。

1.2 方法

检测仪器：我院采购的酶标仪、洗板机、相关 HIV 抗体检测试剂盒、化学发光仪。

检测方法：共选取规定时间段内我院接收的健康体检人员共 200 名，做好消毒基本工作后，在肘正中静脉处进行穿刺，带针后方回血后即穿刺成功，以此获取相关血液样本 10ml。血样采集后需要观察血液的状态，判断有无肉眼溶血、脂血、黄疸等情况，如有弃置。将采集到的血液样本分为 4 份，1 份为正常合格血液标本归入未溶血组，血液自然凝固后放入离心设备内，做好配平工作，以 4000 转/min 的速度进行离心，时长 10min，离心后取上清液待检。其余三份血液标本利用物理震荡、反复冻融等人工方法进行溶血，之后再将其血清进行分离，使用重氮高铁血红蛋白法检测溶血标本中的游离血红蛋白含量，并评估溶血程度。三份标本根据游离血红蛋白水平分为三组，1 份游离血红蛋白水平低于 60mmol/L 的血液标本归入轻度溶血组、1 份游离血红蛋白水平在 60mmol/L 及以上且不超过 110mmol/L 的血液标本归入中度溶血组，1 份中游离血红蛋白水平超过 110mmol/L 的血液样本归入重度溶血组。四组均进行 HIV 抗体检测，均在同一实验室、相同设备、同批试剂盒等条件下进行检测，保障检测结果的准确性，为日后诊治服务提供准确参考。

1.3 观察指标

比较检测后的吸光度 A 值、化学发光值。酶联免疫吸附试验法阳性判定标准：吸光度 A 值≥临界值；化学发光免疫分析法阳性判定标准：化学发光值≥临界值。对所有初次鉴定的阳性人员再次进行血样采集，进行重复检测，如仍呈现阳性，可送往疾控中心利用金标准（免疫印迹法）检测确诊。

1.4 统计学分析

将上述所提及的相关研究数据输入到 SPSS22.0 软件系统中进行计算分析，其中吸光度 A 值、化学发光值等符合正态分布数据使用（均数±标准差）表示，实施 t 检验；计数资料使用（n%）表示，实施 χ^2 检验。相关研究数据组间比较后，差异有意义（ $P<0.05$ ）。

2. 结果

2.1 比较四组血液标本经酶联免疫吸附试验法进行 HIV 抗体检验的结果

经过检验后，重度溶血组和中度溶血组的吸光度 A 值均较未溶血组高（ $P<0.05$ ），差异有意义，见表 1。

表 1 四组血液标本经酶联免疫吸附试验法进行 HIV 抗体检验的结果比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	人数（n）	吸光度 A 值	t 值	P 值
----	-------	---------	-----	-----

未溶血组	200	0.002±0.001	-	-
轻度溶血组	200	0.002±0.001	0.000	1.000
中度溶血组	200	0.005±0.001	30.000	0.000
重度溶血组	200	0.007±0.002	31.622	0.000

2.2 记录四组血液标本经酶联免疫吸附试验法进行 HIV 抗体检验假阳性情况

经过检验后,从假阳性进行分析,轻度溶血组、中度溶血组、重度溶血组依次有 0 名(占比 0.00%)、4 名(占比 2.00%)、8 名(占比 4.00%)。

2.3 比较四组血液标本经化学发光免疫分析法进行 HIV 抗体检验的结果

经过检验后,四组标本的化学发光值之间比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

表 2 四组血液标本经酶联免疫吸附试验法进行 HIV 抗体检验的结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	人数(n)	化学发光值	t 值	P 值
未溶血组	200	43.38±3.39	-	-
轻度溶血组	200	44.02±3.61	3.883	0.000
中度溶血组	200	43.71±3.52	4.832	0.000
重度溶血组	200	44.24±4.03	3.061	0.002

2.4 记录四组血液标本经化学发光免疫分析法进行 HIV 抗体检验假阳性情况

经过检验后,从假阳性进行分析,轻度溶血组、中度溶血组、重度溶血组依次有 0 名(占比 0.00%)、0 名(占比 0.00%)、2 名(占比 1.00%)。

3. 讨论

艾滋病属于感染科诊治范畴,具有患病率较高的特点,以 HIV 感染者和艾滋病患者为主要传染源,以血液、静脉注射、母婴直接传播为主要传播途径^[7-8]。此疾病人群普遍易感,15-49 岁发病者占比较高。典型症状有盗汗、发热、咽痛、关节疼痛、呕吐、腹泻、记忆力减退、癫痫、性格改变等,降低患者生存质量^[9-10]。治疗此疾病患者的目标为最大限度和持久地抑制体内病毒复制,使患者获得免疫功能重建并维持免疫功能,同时降低 HIV 感染率和相关疾病的发病率和死亡率。越早发现越早治疗的效果越理想^[11]。HIV 抗体检测是诊断艾滋病的重要方式,不同的检测方法可起到不同的效果。酶联免疫吸附试验法和化学发光免疫分析法是两种常用检测方法,前者主要是通过使用合成多肽艾滋病病毒抗原,利用双抗体夹心法原理检测 HIV 抗体,当结果为阳性或疑似阳性时,需要进一步使用免疫印迹法进行确诊。此方法仅可用来检测机体是否感染了艾滋病病毒,但无法根据结果推断病情的严重程度,不可作为临床分期的参考依据^[12-13]。后者主要是通过微粒子、微孔板式化学发光免疫分析技术检测 HIV 抗体,利用负载量子点和包被纳米金的介孔材料构建的电化学发光免疫传感器,以此高选择性、高灵敏度的检测 HIV 抗体,具有操作简便、结果稳定、耗时较短的优势^[14-15]。使用上述检测方式虽可检测 HIV 抗体含量,但最终检测结果可受血液标本状态的影响。若血压采集后长时间未送检、血液采集操作不合理均可使血液出现溶血现象,在一定程度上会增大假阳性的风险,不利于准确判断患者病情,故需要采取合适的方式进行管控,确保血液标本

的质量,降低溶血发生现象。

本研究结果表明,所有健康体检人员相关血液样本经过酶联免疫吸附试验法处理后,重度溶血组和中度溶血组的吸光度 A 值均高于未溶血组($P<0.05$),差异有意义;轻度溶血组假阳性有 0 名,中度溶血组假阳性有 4 名,重度溶血组假阳性有 8 名。由此可见,溶血标本经过酶联免疫吸附试验法检测后,可明显增大吸光度值,出现假阳性结果的机率较高。产生此情况的原因可能与溶血后,游离血红蛋白的含量升高,在操作过程中,部分游离血红蛋白中的亚铁血红素可影响反应孔,致使结果呈现假阳性有关。所有健康体检人员相关血液样本经过化学发光免疫分析法处理后,四组标本的化学发光值之间比较差异无统计学意义($P>0.05$);轻度溶血组假阳性有 0 名,中度溶血组假阳性有 0 名,重度溶血组假阳性有 2 名。由此可见,溶血标本对化学发光免疫分析法检测 HIV 抗体结果的影响不大。产生此情况的原因可能与此法在封闭环境中完成检测操作,减少交叉感染风险,同时试剂操作更为稳定有关,以此确保检测结果的准确性。

总而言之,将化学发光免疫分析法应用在溶血标本的 HIV 抗体检测中效果较好,能够有效减少假阳性情况,提升检验结果的准确性,为临床诊治工作提供准确参考依据,建议使用。

参考文献:

[1]张婷婷.溶血标本对化学发光免疫分析法检测 HIV 抗体检验结果的影响[J].中国现代医生,2022,60(08): 107-110.

[2]郑涛,孙华宝,罗芳,鲁纯腾,敖琴芳.溶血标本在化学发光免疫分析法检测 HIV 抗体检验结果的影响分析[J].当代医学,2020,26(21): 169-170.

[3]于艳涛,李交,符发雄,叶伟亮,刘志泉,梁丽雯,朱慧娟,陈永飞,罗娇娜,欧阳海宁.化学发光法在 HIV 初筛呈阳性反应无偿献血者中的应用[J].广东医科大学学报,2021,39(05): 587-589.

[4]李续亮.化学发光法与酶联免疫吸附法进行 HIV 抗体检测效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(46): 124+132.

[5]马可夫,吕瑛,陈海凤,于婧,石琳.化学发光法和胶体金法检测 HIV 抗体与免疫印迹法确诊结果分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(28): 140+142.

[6]崔伟.化学发光免疫分析法与酶联免疫法检测艾滋病抗体的对比分析[J].黑龙江中医药,2020,49(01): 306-307.

[7]王德生.血液标本发生溶血对血液生化检验结果准确性的影响探讨[J].中国现代药物应用,2021,15(23): 246-248.

[8]白雪晶.研究在生化检验中标本溶血对其检验结果的影响和干扰情况[J].系统医学,2021,6(10): 41-43.

[9]李艳,毕玉珍.标本溶血对临床生化检验结果的影响及防范措施[J].基层医学论坛,2021,25(14): 2020-2021.

[10]赵菲,王新明.化学发光法检测 HIV 抗体在血液筛查中的应用评价[J].实验与检验医学,2019,37(05): 964-967.

[11]王菲菲.溶血对 ELISA 与化学发光免疫检测 HIV 抗体的影响[J].医药论坛杂志,2019,40(09): 98-100.

[12]李永刚,李宁,易福凌.化学发光免疫分析法与酶联免疫法检测艾滋病病毒抗体的效果比较[J].实用临床医药杂志,2019,23(23): 14-16.

[13]常莹辉,陈超爽,陈桂林.化学发光法与酶联免疫吸附法进行血 HIV 检测效果[J].现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(23): 118-120.

[14]王菲菲.溶血对 ELISA 与化学发光免疫检测 HIV 抗体的影响[J].医药论坛杂志,2019,40(09): 98-100.

[15]李勇,张妍,罗微,胡志东.标本溶血对化学发光免疫分析法测定胰岛素、叶酸及铁蛋白结果的影响[J].检验医学与临床,2019,16(11): 1480-1482.

护理干预对急性酒精中毒患者护理安全效果的影响

严培彩

广西梧州市中医医院 广西梧州 543000

摘要:目的 分析在急性酒精中毒患者的护理中,通过护理干预的实施所产生的护理效果。方法 研究时间段选择近1年,研究起始时间为2021年1月,研究结束时间为2021年12月,共计纳入研究对象100例,随机分为两组,其中对照组采取常规护理,观察组实施护理安全干预。对两组患者在入院期间的情况进行统计,对比不同护理方式中的治疗有效率、不良事件发生率、护理依从性、护理满意度。结果 观察组的治疗有效率明显高于对照组($P<0.05$);观察组的不良事件发生率明显低于对照组($P<0.05$);观察组的护理依从性明显高于对照组($P<0.05$);观察组的护理满意度明显高于对照组($P<0.05$)。结论 在急性酒精中毒患者的护理中,通过针对性护理措施的实施,能够提升护理安全性,减少不良事件的发生,应用效果显著,值得推广。

关键词:急性酒精中毒;护理干预;常规护理;安全效果

酒精中毒是临床上常见的一种中毒类型,指的是患者在短时间内摄入大量的含酒精或含酒饮料后发生的中枢神经系统功能紊乱状况^[1]。近年来,急性酒精中毒已经成为了医院急诊常见疾病之一,且有临床研究指出,该疾病的发生率有逐年上升的趋势。急性酒精中毒事件的发生患者的临床表现与其疾病的不同分期有关,共包括了兴奋期、共济失调期以及昏迷期^[2]。处于兴奋期的患者,其机体血液酒精含量在200~990mg/L,这种情况下,患者症状表现为自感愉快、言语增多、乏力、头晕、自控力丧失等,有部分患者表现为情绪易激动、易与他人发生争执,患者面部表现苍白或潮红,在呼气中带有酒味。在处于共济失调期的患者中,其酒精血液含量在1000~2999mg/L^[3]。在这个阶段的患者主要表现为动作笨拙、步态蹒跚、动作不协调、语无伦次、眼球复视、躁动、震颤等^[4]。当患者的血液酒精水平含量超过了3000mg/L则是昏迷期,这种阶段的患者主要表现为沉睡、面色苍白、皮肤湿冷、口感微绀、体温降低等,对于情况严重的患者,还会出现更为严重的症状表现,如大小便失禁、陈-施二式呼吸、昏迷等,这类患者有较高的风险发生呼吸衰竭引发死亡,有部分患者是在饱餐后呕吐或由于咽喉部反射微弱,导致吸入性肺炎或引发窒息而死亡^[5]。因此在医院接诊急性酒精中毒的患者后,采取有效的护理措施进行干预十分重要^[6]。无论在患者的兴奋期、共济失调期还是昏迷期,都存在着一定的护理安全隐患,可能会发生一些不良事件^[7]。对于患者的临床治疗中,护理安全管理是为其生命安全提供重要保障的基础,是促进护理水平提升、使质量缺陷减少的关键所在。本研究就收治的急性酒精中毒患者护理中,护理安全干预的应用效果进行分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间段选择近1年,共计纳入研究对象100例,随机分为两组。两组性别、年龄等一般资料比较, $P>0.05$,有可比性,一般资料见表1。

表1 一般资料(n)($\bar{x}\pm s$)

组别	研究时间	例数	男(例)	女(例)	年龄 (岁)	平均年龄 (岁)
观察组	2021年1月至2021年12月	50	36	14	23~62	53.71±11.96
对照组		50	35	15	25~61	53.67±12.03

纳入标准:(1)精神正常,无精神类疾病;(2)自愿签署知情同意书;(3)于本院确诊为急性酒精中毒者。

排除标准:(1)存在严重感染性疾病者;(2)肝、肾等重要脏器发生病变;(3)存在凝血系统功能障碍。

1.2 方法

对照组患者接受常规护理,在患者入院后,护理人员应当对患者的体位进行协助调整,使之保持平稳,并且将患者头部侧放。护理人员可采用刺激咽喉法促进其呕吐,以排出患者胃里的酒精,减少机体对乙醇的吸收,

并且注意患者的口腔卫生,及时对患者的口腔异物进行清理,以免发生误吸而引起呼吸道堵塞。在患者呕吐后,护理人员需仔细地对呕吐物进行观察,判断患者是否存在胃黏膜损伤的情况,在患者住院期间,护理人员应当对患者生命体征进行严密监测,了解患者病情变化情况,包括患者的意识状态、瞳孔大小等,可按照医嘱给予患者适当的纳络酮治疗,以促进患者体内乙醇含量的快速降低。

观察组患者则采用护理安全干预,具体如下:(1)入院护理。在患者入院后,护理人员应当协助患者完成各项检测,了解患者机体中的乙醇浓度,对患者是否存在急性酒精中毒情况进行明确判断。协助患者卧床休息,对患者体位进行合理的调节,并且需要做好各项保暖工作。(2)加强病情监测。在患者入院后,护理人员应该加强对患者病情的观察,在查房中应当增加巡视频率,以便及时掌握患者的病情变化情况。若发现患者存在异常情况,则需要及时采取有效措施进行处理。(3)加强预见性护理。护理人员应该采取一些预见性护理措施,预防患者出现躁动、昏睡等不良情况。如可每间隔15分钟患者进行一次瞳孔检查,若是发现患者瞳孔状态异常,则需及时告知医师进行针对性处理,以免出现严重后果。若患者发生躁动则需要将患者病床旁的护栏高度提升,以免患者发生坠床事件。如必要可安排相关人员监督患者情况,或采取一些约束措施对其四肢进行约束,以免造成坠床或自伤等不良情况。若是患者存在攻击行为或神志不清的现象,则须给予患者镇静药物治疗,并且应当为患者单独安排病房。若患者出现走路蹒跚、动作不协调等情况,在患者活动过程中,护理人员应当在一旁搀扶,或为患者配备轮椅,同时应当注意治疗环境,定期打扫地面,保持整洁干燥,以免发生摔倒等不良事件。(4)心理护理及健康教育。若患者处于清醒状态下,护理人员应当及时沟通交流,为患者进行急性酒精中毒相关知识的讲解,与患者积极沟通交流,为其沟通治疗及护理方案,同时根据患者的心理状态进行针对性疏导,缓解其情绪,提升患者的依从性。

1.3 观察指标

(1)对比两组患者的治疗有效率情况,分为显效、有效及无效。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

(2)对比两组患者的不良事件发生率,包括坠床、跌倒及自伤。

(3)对比两组患者的护理依从性,分为依从性好、依从性一般及依从性差。总依从率=(依从性好例数+依从性一般例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

(4)对比两组患者的护理满意度,分为非常满意、满意及不满意。总满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

两组对比数据用SPSS 23.0软件分析、处理,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,用 t 检验,计数资料以(%)表示,用卡方检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗有效率

观察组显效20例,有效27例,无效3例,总有效率为94.00%,对照

组显效 19 例, 有效 18 例, 无效 13 例, 总有效率为 74.00%, 观察组的治疗有效率明显高于对照组, 组间对比差异有统计学意义 ($P<0.05$), 详见表 2。

表 2 两组治疗有效率对比[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	50	20(40.00)	27(54.00)	3(6.00)	47(94.00)
对照组	50	19(38.00)	18(36.00)	13(26.00)	37(74.00)
χ^2	-	0.042	3.273	7.441	7.441
P	-	0.838	0.070	0.006	0.006

2.2 不良事件发生率

观察组坠床、跌倒、自伤等不良事件发生率明显低于对照组, 组间对比差异有统计学意义 ($P<0.05$), 详见表 3。

表 3 两组不良事件发生率对比[n (%)]

组别	例数	坠床	跌倒	自伤	不良事件总发生
观察组	50	1(2.00)	1(2.00)	0(0)	2(4.00)
对照组	50	3(6.00)	4(8.00)	2(4.00)	9(18.00)
χ^2	-	1.042	1.895	2.041	5.005
P	-	0.307	0.169	0.153	0.025

2.3 护理依从率

观察组依从性好 21 例, 依从性一般 27 例, 依从性差 2 例, 总依从率为 96.00%, 对照组依从性好 18 例, 依从性一般 20 例, 依从性差 12 例, 总依从率为 76.00%, 观察组的护理总依从率明显高于对照组, 组间对比差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组护理依从率对比(n, %)

组别	例数	依从性好	依从性一般	依从性差	总依从
观察组	50	21(42.00)	27(54.00)	2(4.00)	48(96.00)
对照组	50	18(36.00)	20(40.00)	12(24.00)	38(76.00)
χ^2	-	0.378	1.967	8.306	8.306
P	-	0.539	0.161	0.004	0.004

2.4 护理满意度

观察组非常满意 22 例, 满意 27 例, 不满意 1 例, 总满意率为 98.00%, 对照组非常满意 18 例, 满意 18 例, 不满意 14 例, 总满意率为 72.00%, 观察组的护理总满意度明显高于对照组, 组间对比差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 5。

表 5 两组护理满意度对比(n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意
观察组	50	22(44.00)	27(54.00)	1(2.00)	49(98.00)
对照组	50	18(36.00)	18(36.00)	14(28.00)	36(72.00)
χ^2	-	0.667	3.273	13.255	13.255
P	-	0.414	0.070	0.000	0.000

3 讨论

急性酒精中毒事件的发生在我国较为常见, 且近年来发生率不断上升。根据临床研究指出, 导致急性酒精中毒发生的主要原因主要包含了以下几点: (1) 机体对乙醇的适应能力差, 当机体难以适应乙醇, 一旦摄入过量将会引发酒精中毒事件; (2) 高剂量摄入酒精。当摄入酒精量过大, 将导致血液中乙醇水平含量超出机体的正常承受范围从而引发中毒。当患者在摄入高浓度的乙醇后, 会对机体的神经系统造成影响, 其中常受影响的神经中枢包括控制心跳的神经中枢和呼吸中枢, 神经中枢受到过高乙醇浓度的影响出现暂时性麻醉, 这种情况下就可能影响患者的氧气摄入功能, 或是导致机体输送及摄取的养料功能受影响, 从而引起患者死亡。在发生急性酒精中毒的患者中, 由于其神经中枢受到乙醇的影响, 患者可能出现他伤、自伤、坠床、跌倒、躁动等不良情况, 这些情况的存在会给患

者的住院治疗带来较多的风险, 因而在患者入院后, 还需加强患者的护理安全监督, 以尽可能地减少不良事件的发生, 促进患者机体状况的改善, 为患者的临床治疗提供重要的安全保障。护理安全干预为近年来新兴的一种护理干预措施, 在为患者实施护理安全干预的过程中, 能够更为重视患者的护理安全问题, 更注重护理细节, 尽可能地减少不良事件的发生。在发生急性酒精中毒的患者中, 通常情况下缺少自理能力, 因此在患者入院后, 护理人员应当对患者的体位进行合理调节, 使患者的呼吸道保持通畅, 避免误吸呕吐物、呼吸道堵塞引发窒息等不良事件。同时, 在护理安全干预中, 加强对患者生命体征的观察, 增加巡视次数, 有助于了解患者的病情变化情况, 能够及时发现患者的异常情况, 及时通知医师进行处理。通过预防性措施的实施, 能避免患者由于躁动、步态蹒跚、动作不协调等因素影响导致一些不良事件的发生, 减少意外事件的发生, 为患者的健康安全提供重要保障。

急性酒精中毒可分为轻度、中度、重度三种, 不同程度患者的护理程序也有所不同, 通常情况下, 需要对急性酒精中毒患者进行采血、吸痰、洗胃等护理, 若出现护理不当, 则可能引发护患纠纷, 甚至危及到患者的人身安全, 因此, 对急性酒精中毒患者进行安全护理干预具有重要的意义。急性酒精中毒患者往往无法自理, 护理人员应协助其选择正确的卧位, 以保持呼吸通畅, 注意清理口腔中的异物, 防止窒息, 密切观察患者的生命体征, 预防合并症, 若患者情况较为严重或特殊, 可以安排专人看护, 避免意外, 必要时可适当给予患者用药纳洛酮, 促进其清醒。总之, 为保证患者的健康安全, 在护理过程中实施相应的安全护理干预措施十分重要。

在本次研究中, 通过疗效的对比, 显示观察组的治疗有效率明显高于对照组 ($P<0.05$), 说明在急性酒精中毒患者中, 通过护理安全干预的实施, 能够为患者的治疗提供重要保障, 使其治疗工作能顺利开展, 提升治疗有效率。且观察组的不良事件发生率明显低于对照组 ($P<0.05$), 依从性、护理满意度明显高于对照组 ($P<0.05$), 说明在护理安全干预下, 能够减少不良事件的发生, 患者能够更好地配合医护人员开展各项工作。

综上, 在急性酒精中毒患者的护理中, 通过护理安全干预的实施, 能够有效提升护理的安全性, 减少不良事件的发生, 起到较好的护理效果, 值得临床应用。

参考文献:

- [1]康传依, 赵娜, 胡建. 神经节苷脂对慢性酒精中毒小鼠海马 Caspase-3, Bax, Bcl-2 蛋白表达水平的影响[J]. 中华精神科杂志, 2020, 53(5): 5.
- [2]何玲, 张福敏. 优质护理对急性酒精中毒急诊患者救治效果及对患者睡眠质量影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2020, 7(12): 2.
- [3]Kapoor M, Wang JC, Farris SP, Liu Y, McClintick J, Gupta I, Meyers JL, Bertelsen S, Chao M, Nurnberger J, Tischfield J, Harari O, Zeran L, Hesselbrock V, Bauer L, Raj T, Porjesz B, Agrawal A, Foroud T, Edenberg HJ, Mayfield RD, Goate A. Analysis of whole genome-transcriptomic organization in brain to identify genes associated with alcoholism[J]. Transl Psychiatry. 2019, 9(1): 89.
- [4]任宝玲, 许咏梅, 杜少兰, 等. 整合式健康教育结合中医情志调摄对急性酒精中毒患者的护理效果[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(11): 3.
- [5]王术, 祁明, 王姝. 预见性护理对急性酒精中毒患者意外事件发生及心理状态的影响[J]. 中国医药指南, 2020, 18(23): 2.
- [6]江少国. 葛花解酒汤灌肠联合西药对急性重度酒精中毒患者急救效果的影响[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(16): 3.
- [7]Stolakis V, Liapi C, Al-Humadi H, Kalafatakis K, Gkanti V, Bimpis A, Skandali N, Tsela S, Theocharis S, Zarros A, Tsakiris S. Effects of gestational thiamine-deprivation and/or exposure to ethanol on crucial offspring rat brain enzyme activities[J]. Matern Fetal Neonatal Med. 2021, 34(15): 2458-2466.

探讨护理干预对慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内镜术后康复的影响

张丽

张掖市第二人民医院 甘肃张掖 734000

摘要:目的 探讨慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内镜术后患者实施护理干预的康复影响。方法 抽取我院慢性鼻窦炎鼻息肉的患者 300 例进行分析,根据护理方案分为两组,比较观察组经护理干预效果后的康复影响。结果 观察组经综合护理干预后临床症状、满意度、心理状态、疼痛评分等护理结果优于对照组。结论 对于慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内镜手术术后患者实施护理干预能够提高临床治疗效果,促进患者的康复,改善患者的心理状态以及疼痛评分,提高护理效果。

关键词: 鼻窦炎; 鼻息肉; 鼻内镜手术; 康复护理; 护理干预; 疼痛评分; 心理状态

0 引言

慢性鼻窦炎是耳鼻喉科最为常见的疾病,此病具有一定的复发性,发作缓慢,在临床治疗中有一定的难度。在临床中,对患者产生一定的生活影响,导致患者身心受到一定的压力,因鼻窦炎会导致患者呼吸不舒适以及鼻部过敏的症状,临床治疗鼻窦炎性鼻息肉的患者一般选择手术治疗能够根治效果就好^[1]。在临床手术中选择鼻内镜下治疗术后恢复较快,手术创伤性小,临床手术治疗会对患者产生一定的应激反应,因此开展手术要配合良好的护理干预措施,有利于患者康复^[2]。对于慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内镜技术治疗患者,研究护理干预在临床中对治疗预后的影响,结果如下。

1 资料与方法

1.1 常规信息

抽取我院 2019 年 3 月至 2022 年 3 月收治的 300 例鼻窦炎鼻息肉鼻内镜手术病人作为本次研究对象,其中女性患者与男性患者的比例为 141:159,患者年龄在 25~65 岁,平均(41.19±2.03)岁。随机分成观察组与对照组,每组患者 150 例。通过对比两组患者的性别、年龄等情况,差异不大,存在临床对比性。

1.2 方法

对照组实施常规的护理干预措施,配合医生完成各项手术前准备,做好病情的观察,遵医嘱正确用药,并做好护理指导。观察组在常规护理基础上给予综合护理模式干预,具体如下。

1.2.1 术前护理

(1) 心理护理。因此病属于长期慢性疾病,患者受疾病的痛苦,内心存在一定的压力,但由于手术治疗增加患者内心的恐惧和担心,导致内心压力不断增加,护理人员应了解患者负面情绪所带来的困惑,对患者做好鼓励和安抚工作。向患者讲解此病的临床特点以及临床手术治疗的重要性,将手术治疗的优点和配合要点向患者阐述,使患者能够正确自主配合治疗。了解患者内心情绪的波动并实施安慰,向患者告知麻醉及手术的方法,将本科室医疗技术先进的方案以及成熟医生的治疗技术告诉患者及家属,增加患者对手术治疗的信心,在介绍的同时了解患者的临床需求,护理人员应根据情况给患者提供帮助,对于有疑问的患者应耐心地给予解答,理解患者内心感受,保证患者能够确定无不良情绪地面对手术治疗^[3]。

(2) 术前准备。术前遵医嘱给予鼻腔冲洗,并使用糖皮质激素帮助患者清除鼻腔内分泌物,改善鼻腔通气现象,向患者告知正确使用药物的方法,提高患者用药依从性。术前密切观察患者生命体征,了解患者是否出现感冒症状,评估患者鼻腔黏膜是否有充血的症状,患者如果出现鼻部炎症,选择延期手术,以免增加感染机会。术前为患者进行鼻毛修剪保证鼻腔内的清洁。

1.2.2 术后护理

(1) 用药护理。术后观察患者的病情变化,遵医嘱正确给予抗生素治疗,并根据患者的临床症状,选择止血药物,预防术后出血以及感染的症状。告知患者配合用药治疗,如果出现不良症状,及时给予处理。

(2) 并发症护理。手术后患者最常出现的并发症有鼻出血、眼球运动障碍、脑脊液漏、颅内感染等,因此护理人员应密切观察患者术后的病情症状、有无生命体征的改变。当患者麻醉清醒后,应立即采取半卧位,这种体位有利于患者的鼻腔分泌物引流,并鼓励患者将口腔的分泌物及时

排出,护理人员观察分泌物的性质和颜色判断是否有出血以及脑脊液漏的现象。告知术后患者禁止进行频繁的吞咽动作,以免将血液咽下,对于发生异常的现象及时告知医生。告知患者禁止用力打喷嚏和咳嗽,防止鼻腔内的填充物脱落而引起鼻腔充血。当患者出现咳嗽和打喷嚏时,应指导患者进行舌尖抵住硬腭或者深呼吸,能够缓解打喷嚏和咳嗽症状^[4]。护理人员对患者的眼周皮肤进行观察,了解皮肤有无青紫症状,并且对患者的视力以及眼球运动进行判断,了解是否有眼球运动障碍的并发症发生。告知患者重视口腔卫生情况,患者鼻腔术后需要棉球填塞,因此影响患者正常呼吸,患者会使用口腔呼吸,因此容易发生口臭及口唇干裂的症状。对此护理人员应做好口腔护理,每日进行 2 次,保持患者的口腔清洁无异味,预防口腔内积血过多而发生口腔感染的症状。做好口腔感染的预防,提高患者的进食效果。术后患者会出现不同程度的疼痛,应保持病房内安静舒适,调节温湿度适宜,保证患者能够得到充分的休息环境。术后为患者提供冰块,于 24 h 以内放置面部减轻局部水肿现象,当 24 h 以后实施局部热敷能够降低患者疼痛。对于疼痛的患者,护理人员可以指导患者采取转移注意力的方式,降低内心的疼痛感,如果疼痛难以耐受,可以选择药物治疗。

(3) 住院环境护理。保持病房内舒适整洁,并做好通风处理。护理人员进行任何操作时,要注意动作轻柔,以免影响患者的休息。在使用推车时,避免发生噪声及碰撞。当患者下床行走时,应有家人陪伴,以免出现晕倒症状。病房内可以播放轻柔音乐转移患者住院期间的注意力,提高患者的舒适感。告知患者保持良好的生活作息习惯,尤其是睡眠。对于饮食方面禁止食用辛辣刺激性的食物,禁烟禁酒。

(4) 出院及日常护理指导。护理人员教会患者正确进行鼻腔清理的方法,有利于患者出院后进行自我鼻腔清理。出院前向患者做好健康指导工作,并将科内宣传手册发放于患者,耐心地向患者讲解此病的临床病因以及相关症状,使患者能够采取积极预防的措施降低复发的危险性。告知患者根据季节的变化注意增减衣物,以免导致上呼吸道感染的发生。对于环境空气不适时可以出门戴口罩等,加强患者自我护理的意识。

1.3 效果评价

(1) 术后症状消失时间:术后症状主要是鼻塞、流涕、喷嚏、鼻塞、鼻甲肿胀,记录其症状在术后消失的时间,时间越短说明护理效果越好^[5]。

(2) 心理状态:使用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评估患者护理干预前后焦虑、抑郁状态,前者>50 分、后者>53 分为焦虑、抑郁;并使用手术恐惧问卷(SFQ)评估患者对手术恐惧程度,8~80 分,分值越高,表明恐惧程度越重^[6]。

(3) 护理满意度:运用医院自制的满意度调查问卷表评定,测评内容包括就诊流程、疾病宣教、技术操作以及工作态度,护理满意度与评分呈正比^[7]。

(4) 疼痛评分:予以患者 VAS 视觉模拟评分法在治疗不同阶段(术后 1 h、术后 6 h、术后 12 h)展开评分,按照分数 0~10 分的标尺由患者自行确定疼痛程度,若患者指示分数高,则说明疼痛程度较高^[8]。

(5) 并发症发生情况,并发症包括:嗅觉减退、局部出血、皮下气肿、感染^[9]。

(6) 舒适度比较:包括心理、生理及环境,各项评分满分为 100 分^[10]。

1.4 数据分析

所有数据均使用 SPSS 26.0 软件进行分析, 计量资料用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以率 (%) 表示, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床症状消失时间

观察组患者护理后鼻痒、流涕、喷嚏、鼻塞、鼻甲肿胀等症状消失时间明显短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组患者临床症状消失时间 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	鼻痒消失 时间	流涕消失 时间	喷嚏消失 时间	鼻塞消失 时间	鼻甲肿胀消失 时间
观察组	150	1.23 $\pm$ 0.02	1.72 $\pm$ 0.92	1.63 $\pm$ 0.29	0.81 $\pm$ 0.21	1.72 $\pm$ 0.28
对照组	150	2.32 $\pm$ 0.91	2.42 $\pm$ 1.03	3.92 $\pm$ 0.62	2.32 $\pm$ 0.32	3.51 $\pm$ 0.41
t		1.482	7.382	10.291	12.211	13.292
P		0.923	0.021	0.019	0.016	0.017

2.2 心理状态

护理干预后两组患者焦虑、抑郁、恐惧量表评分均有所降低, 但观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 患者心理状态比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	组别	SAS	SDS	SFQ
护理前	观察组 ($n=150$)	61.28 $\pm$ 2.77	60.29 $\pm$ 3.05	55.18 $\pm$ 3.12
	对照组 ($n=150$)	61.29 $\pm$ 2.74	60.33 $\pm$ 3.02	55.22 $\pm$ 3.15
	t	0.029	0.106	0.103
	P	0.977	0.916	0.918
护理后	观察组 ($n=150$)	46.29 $\pm$ 4.18 ^{&}	40.25 $\pm$ 2.74 ^{&}	24.12 $\pm$ 2.74 ^{&}
	对照组 ($n=150$)	52.27 $\pm$ 3.77 ^{&}	52.29 $\pm$ 2.15 ^{&}	30.36 $\pm$ 2.41 ^{&}
	t	10.168	12.511	13.997
	P	0.019	0.017	0.015

注: 与护理干预前相比, 同组护理干预后[&] $P < 0.05$ 。

2.3 护理满意度

观察组各项护理评分均高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 护理满意度比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	就诊流程	疾病宣教	技术操作	工作态度
观察组	150	46.32 $\pm$ 2.78	47.33 $\pm$ 1.81	48.67 $\pm$ 0.66	48.81 $\pm$ 0.21
对照组	150	33.47 $\pm$ 3.68	39.62 $\pm$ 4.72	31.45 $\pm$ 3.58	34.59 $\pm$ 4.67
t		13.472	7.235	18.533	13.758
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 疼痛程度

与对照组比较, 观察组术后 1 h、术后 6 h 及术后 12 h 疼痛评分低 ($P < 0.05$)。详见表 4。

表 4 对比两组疼痛程度 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后 1 h	术后 6 h	术后 12 h
观察组	150	4.08 $\pm$ 1.34	3.33 $\pm$ 0.48	1.55 $\pm$ 0.28
对照组	150	6.02 $\pm$ 1.25	4.30 $\pm$ 1.12	2.65 $\pm$ 1.18
t		10.186	10.225	10.952
P		0.020	0.018	0.019

2.3 并发症发生情况

观察组患者术后各项并发症发生率均低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 并发症发生情况比较 [n (%)]

组别	例数	嗅觉减退	局部出血	皮下气肿	感染	总发生
观察组	150	3 (2.00)	4 (2.67)	3 (2.00)	0 (0)	10 (6.67)
对照组	150	15 (10.00)	15 (10.00)	9 (6.00)	9 (6.00)	48 (32.00)
χ^2		9.381	3.391	12.738	10.291	13.292
P		0.023	0.048	0.016	0.019	0.016

2.6 舒适度比较

观察组各项舒适度评分显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 6。

表 6 两组患者舒适度比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	心理	生理	环境
观察组	150	93.22 $\pm$ 4.32	92.01 $\pm$ 5.34	95.24 $\pm$ 3.91
对照组	150	78.21 $\pm$ 3.51	79.01 $\pm$ 4.24	76.21 $\pm$ 4.32
t		10.282	11.921	14.292
P		0.018	0.019	0.015

3 讨论

慢性鼻窦炎鼻息肉属于鼻腔黏膜的疾病, 严重会累积鼻窦组织, 在临床中会表现出鼻塞、头痛以及流鼻涕等症状。患有慢性鼻窦炎的患者会影响正常呼吸, 鼻腔变窄吸入的空气会出现减少现象, 因此, 患者会因吸气不足导致头晕、头痛以及乏力的症状。在日常生活中会导致患者出现记忆力下降, 导致学习和工作不能够正常进行, 严重影响患者的身心健康。鼻息肉属于鼻腔内的良性组织增生, 主要发病原因是因患者自身免疫功能缺陷、遗传因素、长期药物刺激等。当鼻息肉多发后充满鼻腔, 引发鼻窦炎, 甚至会出现鼻畸形的症状, 严重会堵塞鼻孔影响呼吸功能。在临床上, 对于此病因高度重视, 有些患者并没有意识到此病的严重性, 告知患者采取早期积极的治疗, 有利于疾病的控制。在慢性鼻窦炎鼻息肉的患者中采取手术治疗时, 具有一定的科学性 & 合理性, 临床效果较好^[1]。

随着临床医疗技术的不断发展, 鼻内镜技术已经广泛应用于鼻部手术中, 受到鼻窦炎鼻息肉患者的认可。鼻内镜能够将鼻息肉以及鼻窦炎症灶清除, 帮助患者恢复鼻腔内正常的通气和引流。对鼻腔进行手术后, 也会出现鼻腔内局部出血等症状, 患者易发生感染现象, 因此, 在临床中进行系统性护理, 能够提高临床效果。对患者采取系统性护理干预措施, 首先, 术前对患者进行病情的评估了解患者的心理状态, 对患者实施心理指导和安慰, 减轻患者的内心不良情绪, 提高患者对手术治疗的依从性和配合能力; 术后对患者做好病情监测, 减少相关并发症的发生, 并了解患者的正常休息和恢复情况, 指导患者术后做好康复性质的健康宣教。

综上所述, 综合护理模式在慢性鼻窦炎鼻息肉患者鼻内镜术后的护理中起到了重要作用, 降低了患者的并发症发生率, 缓解了患者的疼痛, 提高了疗效及护理满意度, 是值得临床推广应用的护理模式。

参考文献:

- [1]刘芬.围手术期系统护理模式干预对鼻内镜治疗鼻窦炎鼻息肉的效果观察[J].中国社区医师,2017,33(29):128-130
- [2]邱艳.护理干预对慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内镜术后康复的影响[J].医药前沿,2017,7(29):260-261.
- [3]Nishimura K,Takahashi Y,Yamagishi Y,et al. Advanced surgical technique for invasive fungal sinusitis: endoscopic orbitosinuscombined approach[J].Minim Invasive Ther Allied Technol,2017,26(5):1-7.
- [4]刘梅梅.整体护理干预对鼻内镜下治疗 44 例鼻窦炎鼻息肉患者的效果分析[J].中国卫生标准管理,2017,8(25):145-147.
- [5]罗小华.系统护理模式干预对鼻内镜下治疗鼻窦炎鼻息肉患者的效果分析[J].中国实用医药,2017,12(8):150-152.
- [6]李友群.护理干预对慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内镜术后康复的影响[J].中国社区医师,2017,33(8):124-125.
- [7]董红丽,吴永娟,王柳如.护理干预对慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内镜术后康复的影响研究[J].中国继续医学教育,2017,9(15):206-208.
- [8]李晚娜.系统护理模式干预对鼻内镜下治疗鼻窦炎鼻息肉患者的影响研究[J].中国卫生标准管理,2017,8(7):181-182.
- [9]吴婷.鼻内镜下慢性鼻窦炎鼻息肉患者实施综合护理干预减轻焦虑、紧张和恐惧心理的效果分析[J].饮食保健,2021,8(15):133.
- [10]郑倩倩.护理干预对慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内镜术后康复的影响分析[J].中外女性健康研究,2020,28(11):5-6.
- [11]罗显菊.慢性鼻窦炎鼻息肉患者鼻内镜术后采用临床护理干预路径对康复效果的影响[J].中外医学研究,2020,18(9):103-104.

细节化优质护理对脑梗死静脉溶栓患者临床影响

张丽丽

内蒙古赤峰市赤峰学院附属医院 内蒙古赤峰 024000

摘要:目的 探讨脑梗死静脉溶栓治疗实施细节化优质护理的临床效果。方法 抽取脑梗死患者 358 例进行分析,根据护理方案分为 2 组。对照组实施常规护理,观察组实施细节化优质护理。比较两组的治疗效果。结果 观察组经细节化优质护理后整体护理效果的各项评分优于对照组。结论 对于脑梗死静脉溶栓中实施细节化优质护理能够提高患者的临床治疗效果,减少并发症的发生,促进患者的神经和运动功能的康复。

关键词: 脑梗死; 静脉溶栓; 细节化优质护理; 临床效果

0 引言

脑梗死是一种致残风险极大且病死率极高的中枢神经系统疾病,占全部卒中中的 80% 左右^[1],是因为脑动脉堵塞,以至于脑神经组织梗死,严重损伤脑神经细胞所致。静脉溶栓是现代临床挽救急性缺血性脑卒中患者生命的有效方法^[2],不仅可以迅速恢复患者脑组织血供,减轻对神经细胞的破坏,保护脑神经功能免受损伤,而且还可以改善患者预后。但是静脉溶栓疗效与脑梗死患者静脉溶栓时间密切相关,溶栓最佳时间窗为患者发病 3h 内。脑梗死偏瘫的患者会出现语言和神经功能的障碍,通过溶栓治疗能够改善患者的预后,提高生活质量。在溶栓治疗过程中实施细节化的优质护理方案,提高护理效果,汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的脑梗死患者 358 例进行分析,所有患者中男性患者与女性患者的比例为 190:168,年龄 40-80 岁,平均(61.27±5.26)岁,根据患者的入院顺序平均分成对照组与观察组,每组 179 例。两组患者性别、年龄等一般资料比较(P>0.05),有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 治疗方法

所有患者均开展溶栓治疗,立即创建静脉通道,采血送检,送患者去影像学科进行头颅 CT 或磁共振检查;溶栓医师全面掌握患者病情,排除溶栓禁忌症之后,使用阿替普酶对卒中患者进行溶栓处理,0.9mg/kg 阿替普酶+50ml 生理盐水,首先在 1min 内选取 10% 用量给予静脉注射,另外 90% 用量持续滴注 1 小时。

1.2.2 护理方法

对照组接受常规护理,对患者做好并且的监测和饮食的护理等,向患者家属讲解药物的作用,并密切地观察患者的病情变化,及时为患者实施救治。观察组实施细节化优质护理,具体如下。

1.2.2.1 静脉溶栓前护理

仔细评估患者的病情状态,及时地做好相关护理,选择合适溶栓的静脉进行治疗,患者在静脉采血后应该及时使用棉球和胶布进行按压,防止出现溶栓后再出血和渗液的现象,减少溶栓后出现皮下瘀斑的现象。溶栓前向患者和家属进行讲解治疗的方法以及目的,将治疗成功的案例向患者家属讲解清楚,提高患者和家属的配合能力。帮助患者建立良好的治疗信心,对患者的病房环境进行合理的布局,提高患者住院期间的舒适度,并且按时通风消毒处理,减少交叉感染的发生。主动地与患者进行沟通和交流,询问患者和家属的需求,及时解答患者内心中的疑问,帮助患者树立治疗信心,积极主动地与患者进行交流,提高患者对疾病知识的了解程度,解答患者心中疑问^[2]。

1.2.2.2 静脉溶栓后护理

①基础护理:a 护理人员根据患者的需求以及临床疾病特点,制定细致化的基础护理方案,由责任护士进行责任制管理。当患者入院后,安排首诊负责制,选择有能力的护理人员进行责任制护理,注重整体护理质量。制定科学的护理操作规范,转变成旧的护理理念,指导家属协助各项护理工作。为患者制定有效的护理对策,并讲解康复训练的重要性。根据患者的护理级别及需求巡视病房,了解患者的病情状态。当患者出现病情变化时第一时间汇报医生,及时配合医生采取有效的治疗方案,保证患者住院期间的安全。b.心理疏导,脑梗死患者因突然发病,会出现焦虑等不良情绪,担心临床治疗效果及康复程度会不会影响正常的工作和生活。护理人员应向患者和家属讲解此病的临床特点,与患者沟通需要耐心细致,要及时了解患者的心理想法,同时,应根据患者的面部表情评估其内心状态。

护理人员对患者不要产生歧视,尤其是对于肢体不能活动以及吐字不清的患者,应耐心理解患者,鼓励患者将自己内心的想法说出来,必要时采取倾听的方式站在不同的角度理解患者的心理问题。鼓励家属多关心和支持患者,向患者和家属讲解此病的临床治疗措施和康复内容,提高患者对治疗和护理的配合度。c.细化日常检查。注意观察患者溶栓后的生命体征,是否有潜在出血的风险,观察患者口腔黏膜、牙龈有无出血,注意刷牙时动作轻柔,禁止抠鼻以免发生鼻腔出血。拔针后长时间按压穿刺点,以免导致皮肤的青紫现象。根据相关的各项检查了解患者的溶栓效果,询问患者有无药物过敏的现象,医护人员第一时间对患者进行沟通,提高患者的依从性。

②饮食指导,护理人员要耐心地向患者讲解养成良好的饮食及生活习惯的重要性。饮食方面注意要低盐、低脂、清淡、易消化的食物,选择营养价值高的高蛋白饮食,同时,适当的食用粗粮以及高维生素的食物,防止患者大便秘结,告知患者戒烟戒酒,按照医嘱进行规律用药,在用药方面要告知患者家属耐心的监督,护理人员将每种药物的名称、剂量和使用方法写在出院记录单上发放给患者,以便患者居家时能够保证用药依从性,提高康复效果。指导患者进行正常的休息,每天保证足够的睡眠,防止过于劳累影响康复效果,在睡前尽量减少活动,同时不要饮用咖啡等影响睡眠的饮料^[3]。

③康复护理,部分脑梗塞患者会伴有不同程度的肢体功能障碍,因此护理人员根据患者的身体情况以及临床疾病的稳定性,对患者实施肢体的个性化康复计划,确定每位患者的训练强度。在恢复期早期对患者实施康复锻炼,将锻炼的重点放在关节的主动和被动活动以及瘫痪肢体肌力恢复上,帮助患者定时更换体位,同时对于瘫痪的肢体做好按摩^[3]。在肢体康复过程中,告知患者保持肌肉的放松,在患者取仰卧位时做深呼吸调节紧张情绪,每次按摩要从头到脚,鼓励患者尽量做主动活动,告知患者一个部位绷紧后放松 15 s,再使另一个部位绷紧,提高患者肌肉收缩能力。指导患者自行进行翻身活动,循序渐进地增加患者床上坐起的时间,鼓励患者能够平衡身体后下床活动,可以协助患者锻炼迈步。根据患者的康复程度和机体耐受情况,逐渐增加患者的活动量,纠正患者行走步态。当患者的机体状态趋于平稳后,锻炼患者进行上下楼梯的运动,在患者走路时要注意观察患者有无身体重心的失衡,调节患者的平衡能力。脑梗塞患者会出现语音功能和认知能力的下降,因此,根据患者的语言发音情况制定语音功能锻炼,每天指导患者进行口唇肌肉的锻炼。尤其是发音时吐字功能障碍者,鼓励患者先进行锻炼简单的字母,比如啊 a、o、e 等音标训练,指导患者吸气、吐气,增加患者鼻咽闭锁功能,指导患者进行语言以及收缩口唇等能力。鼓励家属多与患者进行对话,聊一些患者感兴趣的话题,提高患者的沟通能力。患者伴有吞咽功能障碍时,应该做好吞咽功能的评估,告知患者每天早晨使用温水漱口,并根据患者的病情恢复逐渐增加水量^[4],锻炼患者的吞咽功能,或者让患者口含冰做吞咽动作提高吞咽能力。

1.3 观察指标

对比临床疗效标准,分为显效、有效和无效^[4]。

对比神经功能及日常生活能力恢复情况。利用 NIHSS 量表、日常生活能力量表(ADL)进行评估^[5]。

对比肢体康复能力:以上肢和下肢的运动功能评分评估,满分 100 分。上肢 66 分,下肢 34 分,越高代表运动功能越好^[6]。

对比生活自理能力改善情况,每项满分为 10 分,越高代表活动能力越好^[7]。

对比并发症发生率、住院天数及护理满意度。

对比不良情绪评价:选择 SAS 自评量表与 SDS 自评量表^[8]。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组临床疗效显著高于对照组 ($P<0.05$), 详情见表 1。

表 1 两组患者临床效果比较 ($n, \%$)

组别	治愈	显效	有效	无效	有效率
观察组 ($n=179$)	90	48	39	2	98.88
对照组 ($n=179$)	61	35	30	53	70.39
χ^2					13.291
P					0.017

2.2 神经功能及日常生活能力

观察组神经功能及日常生活能力各项评分优于对照组 ($P<0.05$), 详情见表 2。

表 2 神经缺失功能和生活指标统计 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	ADL		NIHSS	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 ($n=179$)	59.42 $\pm$ 3.33	92.24 $\pm$ 4.76	27.41 $\pm$ 2.73	9.45 $\pm$ 4.08
对照组 ($n=179$)	58.68 $\pm$ 3.42	81.12 $\pm$ 4.32	27.01 $\pm$ 2.41	13.61 $\pm$ 4.19
t	1.002	10.883	0.977	11.462
P	1.928	0.020	1.028	0.019

2.3 肢体运动功能评分

表 5 两组患者并发症、住院天数对比 [$n(\%)$, $\bar{x} \pm s$]

组别	并发症			住院时间 (d)	护理满意度 (分)
	牙龈出血	脑出血	肺部感染		
观察组 ($n=179$)	2 (1.12)	0 (0.00)	1 (0.56)	22.01 $\pm$ 3.14	95.45 $\pm$ 2.16
对照组 ($n=179$)	10 (5.59)	5 (2.79)	4 (2.23)	26.15 $\pm$ 4.16	74.15 $\pm$ 3.01
t				12.076	11.065
P				0.019	0.019

2.6 分析两组患者干预前后 SAS、SDS 评分

观察组患者 SAS、SDS 评分明显更低 ($P<0.05$), 见表 6。

表 6 两组 SAS、SDS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS		SDS	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 ($n=179$)	17.33 $\pm$ 2.12	8.69 $\pm$ 0.15	21.03 $\pm$ 1.21	5.45 $\pm$ 1.23
对照组 ($n=179$)	17.33 $\pm$ 2.13	11.45 $\pm$ 0.12	21.06 $\pm$ 1.22	8.23 $\pm$ 1.15
t	0.900	11.696	0.095	9.042
P	1.000	0.019	0.924	0.020

3 讨论

脑梗死是常见的脑血管疾病之一, 临床中具有较高的致残率和死亡率, 临床如果不及时的治疗会导致患者发生死亡^[9]。随着医学的发展, 静脉溶栓治疗是治疗脑梗死的临床最佳手段, 能够积极促进患者的神经功能的恢复, 在治疗期间实施细致的护理干预能够体现更优质的治疗效果^[10]。当今, 随着社会经济的发展, 人们生活水平的不断提高, 对医疗服务质量的要求也越来越多, 护理服务中对护理人员的需求方面也更加广泛, 优质护理干预措施能够弥补传统护理干预措施中的缺点, 提高护理工作人员在服务中的细节性干预措施, 为患者的治疗提供一定的帮助, 降低护理不良事件的发生, 减少护患纠纷情况^[11]。优质护理干预有个性化的特点, 根据患者的临床治疗方案制定不同的护理方案, 为患者在治疗期间提供舒适和安全的环境, 了解患者的心理问题开展心理护理指导, 制定合理性的护理工作计划, 转变护理人员的工作模式, 将优质护理服务内涵广泛应用于临床护理工作中, 为患者创造良好的就医环境, 做好健康知识讲座工作, 帮助患者建立战胜疾病的信心^[12]。

总而言之, 在脑梗死静脉溶栓治疗中细节化优质护理的实践, 可促进患者神经功能的恢复, 提高临床治疗效果, 提升护理质量, 值得临床应用。

观察组肢体运动功能评分显著高于对照组 ($P<0.05$), 详情见表 3。

表 3 肢体运动功能评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	上肢		下肢	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 ($n=179$)	22.84 $\pm$ 2.92	52.62 $\pm$ 4.95	16.95 $\pm$ 1.73	30.25 $\pm$ 2.54
对照组 ($n=179$)	22.37 $\pm$ 2.77	42.84 $\pm$ 4.30	16.91 $\pm$ 1.64	23.69 $\pm$ 1.97
t	0.640	8.170	0.092	11.178
P	0.525	0.021	0.927	0.019

2.4 生活自理能力评分对比

观察组生活自理能力评分均高于对照组 ($P<0.05$), 详情见表 4。

表 4 生活自理能力评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	进食	洗澡	入厕	上下楼
观察组 ($n=179$)	9.03 $\pm$ 0.59	8.90 $\pm$ 0.51	8.79 $\pm$ 0.43	9.07 $\pm$ 0.43
对照组 ($n=179$)	7.72 $\pm$ 0.49	7.32 $\pm$ 0.41	7.43 $\pm$ 0.34	8.59 $\pm$ 0.27
t	9.356	13.225	13.589	12.178
P	0.021	0.016	0.017	0.018

2.5 并发症、住院天数及护理满意度比较

观察组患者的并发症发生率、住院天数均低于对照组, 护理满意度高于对照组, ($P<0.05$), 见表 5。

参考文献:

- [1] 恽红丽. 细节化优质护理对脑梗死静脉溶栓患者临床效果评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 62(10): 18-19.
- [2] 刘芹. 细节化优质护理对脑梗死静脉溶栓患者临床疗效的影响[J]. 母婴世界, 2020, 30(17): 92-93.
- [3] 李解贞. 脑梗死静脉溶栓患者实施细节化优质护理对临床疗效的影响[J]. 健康必读, 2020, 1(12): 61-62.
- [4] 陈敏. 采取细节化优质护理对于脑梗死静脉溶栓患者的护理干预效果[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 62(17): 51-52.
- [5] 何玉婷. 细节化优质护理对脑梗死静脉溶栓患者临床疗效的影响[J]. 家有孕宝, 2020, 4(16): 10-11.
- [6] Saito T, Hayashi, Keisuke, Nakazawa, Hajime, et al. Clinical Characteristics and Lesions Responsible for Swallowing Hesitation After Acute Cerebral Infarction[J]. Dysphagia, 2016, 31(4): 567-573.
- [7] 曾丽琴. 脑梗死静脉溶栓患者实施细节化优质护理的价值探讨[J]. 母婴世界, 2020, 20(16): 16-17.
- [8] 钟思. 细节化优质护理对脑梗死静脉溶栓患者临床效果的作用分析[J]. 饮食保健, 2020, 5(11): 71-72.
- [9] 何涤凡. 细节化优质护理对脑梗死静脉溶栓患者临床疗效的影响[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(12): 92-93.
- [10] 宋爽. 脑梗死静脉溶栓患者实施细节化优质护理对临床疗效的影响研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 33(11): 923-924.
- [11] Dhar R, Washington C, Diringer M, et al. Acute Effect of Intravenous Sildenafil on Cerebral Blood Flow in Patients with Vasospasm After Subarachnoid Hemorrhage[J]. Neurocritical Care, 2016, 25(2): 201-204.
- [12] 蔡晓东, 陈细文, 陈淑妹. 细节化优质护理在脑梗死患者静脉溶栓中的临床应用价值分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 83(12): 102-103.

异位妊娠患者给予人文关怀护理的效果及对心理状态、满意度的影响

¹ 高艳琴 ² 贾丽 (通讯作者)

1 靖边县人民医院 妇产科 陕西榆林 718500; 2 靖边县妇幼保健院 妇产科 陕西榆林 718500

摘要: 目的: 探讨异位妊娠患者给予人文关怀护理的效果及对心理状态、满意度的影响。方法: 甄选 2019-8~2021-8 期间妇产科收诊的异位妊娠患者 78 例, 常规组 39 例; 采用常规护理干预; 研究组 39 例: 采用人文关怀护理服务; 比对不同护理方案的临床应用价值。结果: 研究组患者的肛门排气时间、创口愈合时间、住院时间均短于常规组 ($P < 0.05$); 两组患者护理前的 HAMA、HAMD 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 护理后研究组患者的 HAMA、HAMD 评分均低于常规组 ($P < 0.05$); 研究组护理满意度为 94.87% 高于常规组护理满意度 79.49% ($P < 0.05$)。结论: 给予异位妊娠患者人文关怀护理, 能够有效降低患者心理焦虑抑郁程度, 缩短健康恢复时间, 减少患者痛苦, 增加信任度, 提升护理质量, 增加患者护理满意度, 满足临床护理需求, 值得临床上进一步推广与使用。

关键词: 异位妊娠; 人文关怀护理; 心理状态; 满意度

异位妊娠俗称“宫外孕”, 是指受精卵在子宫体腔以外的部位着床和发育^[1]。最常见的异位着床部位为输卵管, 也有少部分患者出现卵巢、宫颈、腹腔等部位的异位妊娠^[2]。异位妊娠引起的大出血是妊娠早期死亡的重要原因^[3]。由于异位妊娠发生的位置不同, 前期所表现的症状不尽相同, 有的没有任何症状, 有的会出现停经、腹痛、阴道流血等症状。破裂后表现为急性剧烈腹痛, 反复发作, 阴道出血, 以至休克^[4]。异位妊娠可能会导致大出血, 严重时危及生命, 同时给患者的身体和精神造成很大的压力。由于涉及生殖器官, 在治疗中很多患者都会出现抵触心理, 影响患者健康恢复。常规的护理方式仅能够帮助患者解决部分护理问题, 患者的康复情况不理想, 所以需要护理人员及时改变护理模式。人文关怀护理强调尊重患者、保护患者隐私、细心照料, 提高护理人员的综合素质, 从而提高护理满意度^[5]。因此, 本文对异位妊娠的患者采用不同的护理模式, 探讨人性化护理的优势和患者满意度。

1 资料与方法

1.1 基本资料

甄选 2019-8~2021-8 期间妇产科手术的异位妊娠患者 78 例, 应用平均分配方法, 将其分为 2 个小组, 常规组 39 例, 年龄为 25-51 岁, 平均年龄 (38.23 ± 0.52) 岁; 研究组 39 例, 年龄为 26-50 岁, 平均年 (38.29 ± 0.55) 岁; 两组基本资料互比, 无差异性, $P > 0.05$ 。入选标准: ①所有患者和家属都对此研究知晓知情并自愿参加; ②所有资料都完全者; ③此项研究经过我院伦理委员会批准; 剔除标准: ①精神疾病、听力障碍; ②心脏、肾脏、肝脏器官功能障碍者; ③严重传染性疾病; ④中途退出者; ⑤各项资料不全者。

1.2 方法:

常规组: 采用常规护理模式, 按照医嘱给予患者相应药物治疗和护理服务, 定时对创口进行消毒、换药, 测量体温等, 同时注意患者的保暖情况, 严密监测患者的各项生命体征, 若出现异常及时通知医生处理。定期对病房清洁消毒, 开窗通风; 提醒患者按照医嘱服药, 并告知其按时按量用药的重要性, 减少不良事件的发生; 饮食以低钠、低脂、低油、易消化的食物为主, 同时保证蛋白质和纤维素的摄入, 保持均衡营养, 增加机体免疫力; 耐心回答患者及家属提出的疑问。

研究组: 采用人文关怀护理模式: ①建立人文关怀护理小组: 挑选临床护理工作超过 3 年以上的护理人员为组员, 护士长为组长, 并对其

进行培训, 提高其对异位妊娠相关医学知识的认知度, 掌握人文关怀护理要点, 提升其以患者为中心的理念。最后, 开展考核, 成绩优异者方可参与本次研究。②护理细节: 着装整洁, 面带微笑, 与患者沟通时语气柔和, 耐心倾听患者的诉说, 多站在患者的角度思考问题, 为患者送药、换药前及时对手部进行清洁消毒。③健康知识教育: 选择恰当时机, 护理人员以患者和家属宣教指导, 讲异位妊娠常见诱发因素、治疗目的、预后效果及日常生活所需注意事项等内容, 予以其健康手册、播放教育视频等方式提高患者认知度, 而且对患者的疑问进行全面解答, 对于其合理需求尽可能满足。④合理用药: 按照医嘱定时定量给予患者用药治疗, 将每一种药物的作用进行讲解, 告知患者服药时间和用法用量。叮嘱患者按照医嘱按时按量服药, 不可自行调整药物剂量, 以免摄入药物剂量过多而增加不良反应, 摄入药物剂量过少又达不到治疗目的。⑤隐私保护: 对患者的个人信息严密保护, 绝不外泄, 由于涉及患者的生殖器官, 换药时将床帘拉上, 避免患者尴尬造成心理负担。⑥心理干预: 时刻观察患者的情绪和异常行为, 运用心理学技巧进行评估, 发现异常及时进行干预, 沟通时注意语言轻柔、缓慢, 还可以通过眼神交流和肢体动作等给予患者肯定和鼓励。增加护患沟通次数, 引导患者将内心悲观情绪根源进行释放, 还可让家属多陪同, 从而予以患者家庭归属感与温暖, 进而消除患者紧张、烦躁、焦虑等情绪。若是患者觉得直接沟通难以启齿, 可以改成发微信、写纸条等方式, 减少患者的抵触情绪。⑦合理饮食: 饮食以低钠、低脂、低油、易消化的食物为主, 应该多吃富含蛋白质的食物, 多吃新鲜的蔬菜和水果, 注意营养均衡, 及时补充水分, 限制脂肪摄入。忌吃肥肉, 辛辣食物, 包括胡椒、醋、姜等, 多吃一些豆制品, 注意补铁补气血。

1.3 观察指标

(1) 记录两组患者肛门排气时间、创口愈合时间、住院时间, 将数据进行整理、比较、分析, 所用时间越短, 代表患者康复情况越好。

(2) 采用汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton Anxiety Scale, HAMA) 和汉密尔顿抑郁量表 (Hamilton depression scale, HAMD) 对患者护理前后的心理状态进行评估, 分数越高代表焦虑抑郁程度越严重。

(3) 自制护理满意度调查表, 对护理人员专业护理技巧, 护理态度等方面进行评价, 满分 100 分, 60 分以下为不满意, 60 分以上为满意, 统计数据进行比较。

1.4 统计学处理

研究数据用软件 SPSS25.0 进行处理, 计量资料行 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验, 计数资料 (%) 表示, χ^2 检验; $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者康复情况比较

研究组患者的肛门排气时间、创口愈合时间、住院时间均短于常规组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 具体见表 1。

表 1 两组患者康复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

小组	例数	肛门排气时间 (h)	创口愈合时 间 (d)	住院时间 (d)
常规组	39	14.51±4.32	7.45±1.40	13.72±3.15
研究组	39	8.65±3.21	4.19±1.32	9.22±2.19
t		6.800	10.581	7.325
P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者心理状态比较

两组患者护理前的 HAMA、HAMD 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 护理后研究组患者的 HAMA、HAMD 评分均低于常规组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 具体见表 2。

表 2 两组患者心理状态比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

小组	例数	HAMA 评分		HAMD 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
常规组	39	18.45±3.35	14.23±3.09	20.11±3.81	17.34±3.46
研究组	39	18.41±3.52	7.12±1.74	20.32±3.78	7.50±1.72
t		0.051	12.521	0.244	15.904
P		0.959	0.000	0.808	0.000

2.3 两组患者护理满意度比较

研究组护理满意度为 94.87% 高于常规组护理满意度 79.49%, 差异具有统计学意义 ($p < 0.05$), 见表 3。

小组	例数	不满意	满意	基本满意	护理满意度
常规组	39	8 (20.51)	18 (46.15)	13 (33.33)	31 (79.49)
研究组	39	2 (5.13)	22 (56.41)	15 (38.46)	37 (94.87)
X ²		4.129	0.821	0.223	4.129
P		0.042	0.365	0.637	0.042

表 3 两组患者护理满意度比较 (n, %)

3 讨论

异位妊娠是妇产科常见的急腹症, 发生率 2%~3%, 是妊娠早期孕妇死亡的主要原因^[6]。子宫内自然环境好, 肌层、内膜均很厚, 血供丰富, 适合胎儿生长, 但异位妊娠时, 因环境不适宜、绒毛侵蚀使局部血液丰富, 破裂后可造成大量出血, 部分患者出血不显性, 仅表现为腹痛, 但可能已有 2000ml 出血^[7]。异位妊娠来势凶猛, 应格外重视, 发现后要及时就医, 在专业医生指导下进行积极治疗。近年来, 随着医疗技术发展, 异位妊娠患者可得到更早的诊断和处理, 患者的生存率和生育保留能力明显提高^[8]。然而及时护理对患者的恢复情况和心理状态有着重要意义, 不仅能够提高患者身体恢复同时注重患者心理健康建设。常规护理已经达不到要求, 护理人员要及时转变护理观念, 为患者提供人文关怀护理, 增加护患配合。

人文关怀护理, 是指在护理过程中医护人员以人道主义的精神对患者的生命与健康、权力与需求、人格与尊严的真诚关怀和照顾^[9]。即除了为患者提供必需的诊疗技术服务之外, 还要为患者提供精神的、文化的、情

感的服务^[10]。通过建立人性关怀护理小组, 对护理人员进行人文关怀护理理念的讲解, 加强护理人员思想上的转变, 为患者提供更加优质、全面、人性化的护理服务, 提高患者和医护人员的配合。护理人员进行护理行为时尊重患者的隐私和意愿, 沟通中语气轻柔, 让患者感到舒适, 站在患者的角度去理解其感受, 让患者感到被尊重, 被关注, 拉近护患距离, 增加信任度。通过护理细节的改变, 让患者体会到人性关怀, 让我们的护理服务有温度, 增加患者的舒适度, 减少排斥。合理用药不仅能够及时治疗, 减轻患者病痛折磨, 还能有效预防不良事件的发生, 对每一种药物作用进行讲解, 能够有效减少患者滥用药物的机率。不讨论患者的病情, 注意保护患者信息, 强化隐私管理, 避免尴尬, 保护患者的尊严, 增加患者的信任度。主动与患者沟通, 耐心倾听患者的诉说和诉求, 及时对其心理健康程度进行评估, 若患者存在不良情绪时, 及时干预, 运用心理学的技巧对患者进行劝慰、疏导, 引导患者发泄心中不良情绪, 排解心中苦闷, 保持心理健康状态, 提高治疗积极性, 更好的配合医护人员工作。饮食干预能够保证患者摄入全面均衡的营养, 保证身体每日所需的各种营养物质, 才能让患者快速恢复体力, 增强体质, 促进创口愈合, 由于多数患者都出现过大量失血, 所以要注意铁和维生素 C 的摄入, 加强血红细胞的生成, 尽快改善由于失血过多带来的症状。通过表 1 和表 2 的比较可以看到患者接受人文护理后心理焦虑抑郁评分低, 不良情绪都得到释放, 心情舒畅有助于身体的恢复, 身体恢复更快, 出院时间短, 患者经历的痛苦少。通过表 3 可以明显看出患者对人文关怀护理的满意度更高, 说明人文关怀护理的护理质量更高, 患者的接受度更高。

综上所述: 人文关怀护理在异位妊娠患者的护理中, 让患者感到被尊重、被重视, 提高护患的信任度, 有效减少患者心理负担, 降低焦虑抑郁程度, 加快身体康复速度, 减少病痛折磨, 对护理的满意度高, 治疗临床上推广使用。

参考文献:

- [1] 曾娜. 人文关怀护理干预异位妊娠腹腔镜术后疼痛的效果[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12 (3): 157-159.
- [2] 宋焕杰. 人文关怀在异位妊娠护理中的作用价值[J]. 东方药膳, 2021 (6): 262-263.
- [3] 胡桂贞, 陈云开, 李金利, 等. 人文关怀护理模式对腹腔镜下输卵管异位妊娠手术患者术后康复、生活质量与心理状态的影响[J]. 中外医学研究, 2021, 19 (30): 99-102.
- [4] 项婵. 人文关怀护理对异位妊娠患者心理状态的影响[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (9): 1264-1265.
- [5] 胡桂贞, 陈云开, 李金利, 等. 人文关怀护理模式在腹腔镜输卵管异位妊娠围手术期中的应用价值探讨[J]. 中国保健营养, 2020, 30 (36): 43-44.
- [6] 蒋亮. 人文关怀式护理在异位妊娠腹腔镜手术中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2019, 31 (21): 174-176.
- [7] 邓芳. 人文关怀护理对异位妊娠患者术后康复的临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31 (19): 3191-3192.
- [8] 任珍爱. 人文关怀在异位妊娠护理中的应用效果分析[J]. 基层医学论坛, 2020, 24 (21): 3095-3096.
- [9] 郝金霞. 研究人文关怀护理模式对异位妊娠患者术后康复与护理满意度的影响[J]. 中国保健营养, 2020, 30 (28): 198-199.
- [10] 柯燕玲. 人文关怀在异位妊娠护理中的应用[J]. 广州医科大学学报, 2019, 47 (4): 135-137.

循证护理在上消化道出血护理中的应用

郭艳妮¹ 戚宇琳² (通讯作者)

靖边县人民医院 1 消化内分泌科 2 综合内科 陕西榆林 718500

摘要:目的 评价循证护理对上消化道出血患者的应用效果。方法 病例选取 2020–2022 年我院 73 例上消化道出血患者,依照随机原则分组,对照组 36 例行常规护理,观察组 37 例行循证护理,比较组间止血时间、1 年内复发率、心理状态、护理满意度、生活质量。结果 观察组患者的止血时间短于对照组,且 1 年内的复发率低于对照组,差异显著 ($P<0.05$);护理前组间 SAS、SDS 评分比较无差异 ($P>0.05$),护理后两组均有改善,且观察组改善幅度大于对照组,差异显著 ($P<0.05$);观察组患者的护理满意度高于对照组,差异显著 ($P<0.05$);护理前组间各项生活质量评分比较无差异 ($P>0.05$),护理后两组均有提升,且观察组提升幅度大于对照组,差异显著 ($P<0.05$)。结论 针对上消化道出血患者实施循证护理,可加快止血速度,减少 1 年内再次出血事件的发生,改善患者的心理状态,提升生活质量与护理满意度,值得推广。

关键词: 循证护理;上消化道出血;护理效果

前言

发病快、病情危重是上消化道出血疾病的特征,严重损害机体健康^[1]。十二指肠、胃部、食管是疾病侵害部位,想要挽救患者的生命,必须及时接受有效的治疗,同时辅助科学的护理服务。现代医疗技术水平的发展以及民众对自身健康的重视,使得临床护理备受社会各界的关注^[2]。针对上消化道出血患者的临床护理,需要不断探寻更加科学合理的护理方案。临床护理模式在我国医疗服务体系不断完善的前提下得到了优化与创新,在日常的病护理中引入了众多全新的护理模式,切实满足了患者的疾病护理需求,提高了护理服务质量,充分发挥出了护理学辅助治疗的积极作用^[3]。以循证问题为基础,探寻循证支持,制定循证护理方案就是循证护理,循证护理的护理原则在于以患者为中心,保证更加全面、针对的护理内容,从患者的护理需求出发来提供护理服务,全面保障高效率的临床护理工作^[4]。基于此,文章的研究目的在于评价循证护理对上消化道出血患者的应用效果,详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例选取 2020–2022 年我院 73 例上消化道出血患者,依照随机原则分组,组间基线资料比较结果显示可比 ($P>0.05$)。

对照组:36 例,男 20 例,女 13 例,年龄范围 25–75 岁,均值(50.36 ± 1.32)岁;

观察组:36 例,男 19 例,女 14 例,年龄范围 26–75 岁,均值(50.87 ± 1.21)岁。

纳入标准:临床确诊上消化道出血者;本人及其家属均对研究知情同意。

排除标准:伴严重性脏器功能障碍疾病者;凝血功能异常者;伴传染性、免疫性疾病者;临床资料不全者。

1.2 方法

予以对照组常规护理,具体包括:基础护理、病情监测。上消化道出血患者的基础护理重点在于绝对的卧床休息;意识清醒患者需要护理人员将其头部偏向一侧,意识不清醒的患者需要护理人员沿侧位将头偏向一侧,以免发生窒息的情况;上消化道出血患者的抵抗力与免疫力较低,这就要求护理人员需要时刻保持病房的清洁,每天定时对环境进行消杀处理,尽可能减少感染因素;如果患者伴二便失禁的情况,应该提供导尿管,同时定时清洁尿道口,做好护理工作,以预防泌尿系统疾病;定期更换患者的床品,长期卧床患者需要每天定时翻身擦背,以免形成褥疮;紧密监测患者各项基本生命体征,一旦发现患者有血压下降、皮肤颜色苍白、四肢冰冷等情况,怀疑为失血性休克,需要护理人员立即上报医生,并予以补血处理,促进静脉回流。除此之外,要求护理人员时刻观察患者的尿量,尿量的大小可直接反映患者的生命情况,需要护理人员结合尿量,为患者

适当补充钾离子。

观察组以上述护理为基础,联合循证护理,具体包括:

(1) 结合具体的循证问题,仔细查阅上消化道出血护理相关文献资料,结合患者的实际疾病表现,对循证护理问题进行分析。

(2) 以循证护理问题与实际情况为出发点,结合参考文,献对患者的病情程度进行评估,保证循证护理措施的针对性。

(3) 护理期间严格紧密监测患者各项基本生命体征,面对出血量较大的上消化道出血患者,护理期间需要每间隔 30 分钟测量一次患者的血压和脉搏,并予以 24 小时心电图监测;时刻询问患者是否存在黑便的症状,观察患者是否有头晕、恶心的症状,确保为患者及时补充充足的血容量;饮食护理需要结合患者的个人喜好以及疾病治疗需求,保证患者充分摄入足量的营养物质,避免食用对胃肠道较为刺激的食物,保护好患者的消化道。同时,叮嘱患者每天保证充足的休息;待患者身体情况有所好转,可指导患者适量运动,提高机体免疫力与抵抗力。

(4) 其他护理。若患者出血量过大需要抢救时,应该迅速建立 2 条以上静脉通路,保证输注足够的血容量,遵医嘱予以患者止血药物;对食管气囊与胃气囊充气后,在食管下 1/3 静脉和胃底静脉形成压迫,以达到止血的目的,就是三腔两囊管压迫止血。正确的插管方法以及插管后的护理对止血效果非常重要。插管前需要检查三腔两囊管是否存在漏气的现象,保证正确的气囊摆放位置,掌握合适的压力,保证气囊注气大小、膨胀均匀。压迫完成后,随时观察压迫是否有效,保证适中的气囊压力,每间隔 12 小时放气 1 次,每次 20–30 分钟,以免由于黏膜长期受到压迫而糜烂、坏死;强化基础护理,为患者及时清除口腔、鼻咽腔的分泌物,预防吸入性肺炎。待患者出血停止 24 小时后,可放松牵引,将气囊放气,留管观察 24 小时后,出血停止可拔管,拔管后严密监测患者的生命体征、二便情况、神志、精神,以预防再次出血。

(5) 心理护理。病情不稳定且容易反复发作,是上消化道出血疾病的特征。当患者机体大量出血,会导致患者存在濒死感,内心紧张且恐惧。这时需要护理人员予以患者心理护理,在进行各项护理操作的过程中,需要护理人员以熟练的专业技术,赢得患者的信赖,激发患者的治疗信心,及时清理患者的呕吐物或排泄物,尽量减少对患者的不良刺激;以语言、眼神、肢体等方式充分予以患者安慰,放松患者的身心;上消化道出血病因复杂,住院治疗会加重患者的经济负担,导致患者悲观情绪较重。因此,需要护理人员与患者家属建立有效的沟通,与患者家属共同调整患者的心态,提高患者的依从性。

(6) 出院指导。患者转归出院后,依然存在再次出血的风险。因此,需要护理人员向患者及其家属详细讲解疾病诱因,例如不洁的饮食、刺激性药物的服用、过劳、情绪激动等均可诱发再次出血。嘱咐患者养成良好的生活习惯,多休息、劳逸结合、戒烟、戒酒、合理饮食,保持愉悦的心

情,遵医嘱用药,按时复查。

1.3 观察指标

(1) 统计组间止血时间,并予以为期一年的随访,统计 1 年内出血复发率。

(2) 心理状态:以焦虑(SAS)、抑郁(SDS)自评量表评估组间护理前后的心理状态,分值越低表示心理状态越好。

(3) 以反馈问答的方式统计组间护理满意度,共分非常满意、满意、不满意三个等级。

(4) 以 WHO 生活质量评定量表统计组间生活质量,分值越高表示生活质量越佳。

1.4 统计学处理

研究中数据分析使用统计学软件 SPSS25.0,其中($\bar{x}\pm s$)表示计量资料, t 检验,百分比表示计数资料, χ^2 检验;统计学差异成立为($P<0.05$)。

2 结果

2.1 两组患者的止血时间、1 年内的复发概率比较

观察组患者的止血时间短于对照组,且 1 年内的复发概率低于对照组,差异显著($P<0.05$)。

表 1 两组患者的止血时间、1 年内的复发概率比较

组别	止血时间(min)	1 年内的复发概率(例,%)
观察组(n=36)	33.52±6.41	3(8.11)
对照组(n=37)	40.21±7.52	10(27.78)
统计值	4.085	4.823
P 值	0.000	0.028

2.2 两组患者的心理状态评分比较

见表 2,护理前组间 SAS、SDS 评分比较无差异($P>0.05$),护理后

表 2 两组患者的心理状态评分比较[$\bar{x}\pm s$ /分]

两组均有改善,且观察组改善幅度大于对照组,差异显著($P<0.05$)。

表 2 两组患者的心理状态评分比较[$\bar{x}\pm s$ /分]

组别	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=36)	50.07±6.12	42.20±5.48	48.35±5.82	41.17±4.09
对照组 (n=37)	50.24±6.04	46.26±5.82	48.70±5.74	44.76±5.12
t 值	0.119	3.067	0.259	3.304
P 值	0.905	0.003	0.797	0.001

2.3 两组患者的护理满意度比较

见表 3,观察组患者的护理满意度高于对照组,差异显著($P<0.05$)

表 3 两组患者的护理满意度比较[n/%]

组别	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组 (n=36)	20(54.05)	16(43.24)	1(2.70)	36(97.30)
对照组 (n=37)	15(41.67)	14(38.89)	7(19.44)	29(80.56)
χ^2 值				5.241
P 值				0.022

2.4 两组患者的生活质量评分比较

见表 4,护理前组间各项生活质量评分比较无差异($P>0.05$),护理后两组均有提升,且观察组提升幅度大于对照组,差异显著($P<0.05$)。

表 4 两组患者的生活质量评分比较[$\bar{x}\pm s$ /分]

组别	生理部分		心理部分		环境部分	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组(n=36)	1069.52±133.96	2001.74±145.63	1781.23±149.65	3467.84±229.64	1007.33±121.47	2008.12±199.97
对照组(n=37)	1029.47±131.65	1385.22±129.54	1775.87±148.84	2578.41±209.62	999.97±123.56	1409.21±134.52
t 值	1.288	19.124	0.153	17.292	0.257	15.052
P 值	0.202	0.000	0.879	0.000	0.798	0.000

3 讨论

护理人员获得最佳的证据,结合自身的专业技能与临床经验,以患者最大的愿望与需求为切入点来做出护理决策,这一过程就是循证护理^[5]。出血量大、病情发展迅速、治疗难度高、致死率高是上消化道疾病的病理特征,需要重视对该患者的临床护理。对上消化道出血患者实施循证护理,对于挽救生命、减少病死事件意义重大^[6]。结合文章研究结果,观察组患者的止血时间短于对照组,且 1 年内的复发概率低于对照组;观察组患者护理后的心理状态与生活质量较对照组有增加明显的改善,护理满意度较对照组更高。由此可知,基于循证护理的要求,需要护理人员在开展护理操作之前查询相关文献,结合患者的具体病情来明确循证依据,制定护理措施^[7]。同时,循证护理要求护理人员在护理期间及时发现患者的异常情况,并第一时间处理,以此确保护理的有效性与安全性^[8-10]。除此之外,循证护理要求护理人员为患者创造良好的就医环境,提高患者的舒适度,从而保证患者获得更加全面优质的护理服务。

对消化道出血患者行循证护理,可短时间内止血速度,降低 1 年内再出血的发生率,改善患者心理状态,提高生活质量和护理满意度,值得推广。

参考文献:

[1]王建,侯颖.胃溃疡合并上消化道出血患者实施优质护理的护理效

果[J].中国医药指南,2022,20(16):118-120+124.

[2]王建,侯颖.肝硬化合并上消化道出血患者中应用预见性护理模式的效果观察[J].中国医药指南,2022,20(15):114-116.

[3]张爽,王晓霞,罗应滨.整体护理运用于急性上消化道出血患者护理中的效果[J].中国医药指南,2022,20(15):49-52.

[4]梁晶.综合性护理干预在上消化道出血患者中的应用效果[J].中国医药指南,2022,20(14):159-161.

[5]蒋可,邓磊.基于护理结局的护理在肝硬化上消化道出血中的应用[J].中国卫生标准管理,2022,13(08):168-171.

[6]冯国艳.经内镜治疗的非静脉曲张性上消化道出血患者再出血的危险因素分析及护理对策研究[J].当代护士(中旬刊),2022,29(04):96-98.

[7]陈佳丽.多学科协作护理模式对上消化道出血患者自我管理能力及再出血的影响[J].医疗装备,2022,35(05):175-177.

[8]杨春英.急救护理程序在肝硬化合并上消化道出血患者护理中的应用效果分析[J].中外医疗,2022,41(04):132-136.

[9]张琳.临床护理路径建立对急性非静脉曲张性上消化道出血患者再出血及预后的影响[J].罕少疾病杂志,2022,29(02):111-112.

[10]刘红,李艳霞,赵小兰.预见性护理对上消化道出血患者生活质量与应激状态及并发症的影响[J].中国校医,2022,36(01):58-60.

早期康复护理在脑梗死护理中的效果

¹王海莉 ²贾晓霞 (通讯作者)

靖边县人民医院 1 神经内科 2 呼吸内科 陕西榆林 718500

摘要: 目的 明确早期康复护理对脑梗死患者的应用价值。方法 病例选取 2021 年 3 月-2022 年 3 月我院 86 例急性脑梗死患者, 依照随机原则分为观察组与对照组, 每组 43 例, 分别行常规护理(对照组)与早期康复护理(观察组), 比较组间护理效果、护理满意度、生活质量评分、语言功能、肢体功能。结果 观察组护理有效率高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$); 观察组护理满意度高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$); 护理前组间生活质量评分比较无差异 ($P > 0.05$), 护理后两组均有提升, 且观察组提升幅度大于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$); 护理前组间语言功能评分、肢体功能评分比较无差异 ($P > 0.05$), 护理后两组均有改善, 且观察组较对照组改善幅度更大, 差异显著 ($P < 0.05$)。结论 早期康复护理可以显著提升脑梗死患者的语言功能与肢体功能, 保证理想的护理效果, 让患者尽快恢复正常的生活, 提高患者对护理服务的满意度评价, 可在临床提倡。

关键词: 早期康复护理; 脑梗死; 护理效果

前言

对脑梗死患者, 在确保临床积极治疗的同时, 辅助高效、合理的护理措施可对预后的改善起到一定的促进作用, 提升患者的生活幸福指数^[1-3]。文章围绕早期康复护理对脑梗死患者的应用价值展开研究, 以证实早期康复护理对脑梗死患者的优势, 提升护理服务质量, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例选取 2021 年 3 月-2022 年 3 月我院 86 例急性脑梗死患者, 依照随机原则分为观察组与对照组, 组间基线资料比较结果显示均衡可比 ($P > 0.05$)。

对照组: 43 例, 男 23 例, 女 20 例, 年龄范围 40-75 岁, 均值(57.58 ± 1.34) 岁;

观察组: 43 例, 男 24 例, 女 19 例, 年龄范围 41-75 岁, 均值(58.14 ± 1.87) 岁。

纳入标准: 临床确诊脑梗死患者; 可积极配合研究患者; 本人及其家属均对研究知情同意。

排除标准: 合并其他严重性脑部疾病者; 合并免疫性、传染性疾病者; 临床资料不全者。

1.2 方法

予以对照组常规护理。结合患者的病情, 遵医嘱予以脑细胞营养、微循环改善、抗血小板凝聚等对症基础治疗, 加大巡房力度, 紧密监测患者的体征、神态、意识、表情。同时, 加强环境管理, 为患者营造舒适、安静、整洁的康复环境; 定期更换床品, 以免床品脏乱刺激患者皮肤; 待患者病情有所好转, 指导患者展开被动床上训练; 结合患者的身体状况需求指导患者合理饮食, 增加维生素、蛋白质的摄入量, 予以流质、半流质饮食; 时刻关注患者的状态, 发现任何异常的苗头都必须及时上报医生, 谨防意外事故。

观察组以上述为基础, 联合早期康复护理。护理开展结合患者的身体情况, 待患者体征基本稳定后, 于发病后 7d 开始康复护理, 详情如下:

(1) 用药护理。溶栓、抗凝、血管扩张均为脑梗死患者基础的治疗措施, 会涉及部分特殊用药, 或多种药物联用, 需要护理人员强化看护, 规避用药不良反应。护理人员遵照医嘱指导患者合理用药, 用药前向患者及其家属讲解用药可能导致的不良反应, 提前做好心理建设, 以免由于用药引发医患纠纷, 或抗拒用药情况; 用药前, 严格做好药敏实验, 用药后密切关注患者的状态, 及时上报异常情况。

(2) 肢体功能早期康复。肢体功能障碍时脑梗死最明显的生理损伤, 想要减轻患者的伤残程度, 就必须尽早开展肢体功能康复训练, 并保证训练的计划性、针对性、步骤性, 秉承循序渐进、由易到难的原则。①坐位平衡训练。坐位平衡训练是脑梗死患者肢体功能锻炼的第一步。需要护理人员每天、每间隔 2h 为患者翻身拍背 1 次, 引导患者保持患侧肢体功能位, 肩关节外展外旋位, 髋关节保持内收内旋位, 足尖、足跟垂直; 每 30min 为患者更换一次体位; 平时, 护理人员可鼓励患者展开简单的生活能力训

练, 训练患者基础的生活技巧, 并予以患者肯定与鼓励, 让患者有信心继续训练。②肢体功能康复训练。完成坐位平衡训练后, 引导患者积极参与主动、被动肢体功能训练, 定期为患者按摩肢体, 以加快血液循环, 避免发生痉挛、关节僵直等情况; 肢体功能被动锻炼的重点在髋关节、肘关节、手指关节、腕关节被动伸展, 锻炼顺序原则为由近到远, 逐渐强化被动活动的时间、活动幅度, 以患者耐受为宜; 主动训练可借助相应的工具, 使用健侧肢体带动患侧肢体进行主动训练。

(3) 语言功能早期康复。引导患者展开撅嘴、鼓腮、龇牙、叩齿等动作, 每个动作每天 10-15 次, 配合舌尖锻炼, 患者舌头向左右两边移动, 每次 5min, 每天训练 5 次, 恢复患者语言功能的控制力。随后教患者简单的发音, 配合听力训练, 逐渐加深难度。待患者可准确发音后, 护理人员可组织对话练习, 以语言、肢体、表情来与患者展开交流, 保证将患者的语言功能恢复到最大化程度。

(4) 并发症防护。落实细致化的并发症护理, 落实早期并发症防护工作, 加强患者预后康复效果。定期检查患者的呼吸道, 及时清理分泌物, 以轻拍、叩背的方式促进患者排痰; 严重昏迷患者出现呼吸道阻塞的情况, 需要辅助机械通气; 每天定时为留置导尿管的患者冲洗膀胱, 保证其会阴部清洁, 定期做尿检; 便秘患者每天餐后按摩腹部, 促进胃肠蠕动, 防止患者排便时过于用力升高颅内压, 便秘严重者可遵医嘱予以药物灌肠, 减轻腹内压力。

1.3 观察指标

(1) 护理效果: 康复: 功能改善幅度 $> 91\%$, 生活能力状态 0 级; 显效: 功能改善幅度 45-90%, 生活能力状态 1-3 级; 有效: 功能改善幅度 19-44%; 无效: 功能改善幅度 $< 18\%$ 。

(2) 以问答评分的方式统计组间护理满意度, 分值范围 0-100 分, 非常满意 > 90 分; 满意 > 75 分; 不满意 < 74 分。

(3) 以 SF-36 量表评估组间护理前后的生活质量, 分值 0-100 分, 分值越高表示生活质量越佳。

(4) 语言功能: 评估组间护理前后的语言功能提升情况, 包括听说读写功能, 分值 0-100 分, < 60 分为功能不良; 肢体功能: 评估组间护理前后的肢体功能提升情况, 包括上肢运动功能与下肢运动功能, 分值 0-100 分, < 60 分为功能不良。

1.4 统计学处理

研究中数据分析使用统计学软件 SPSS25.0, 其中 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, t 检验, 百分比表示计数资料, χ^2 检验; 统计学差异成立为 ($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 两组患者的护理有效率比较

见表 1, 观察组护理有效率高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者的护理有效率比较[n/%]

组别	康复	显效	有效	无效	有效率
观察组	14(32.56)	16(37.21)	9 (20.93)	4 (9.30)	39(90.70)

(n=43)								
对照组	9 (20.93)	14 (32.56)	7 (16.28)	13 (30.23)	30 (69.77)	对照组	24 (55.81)	11 (25.58)
(n=43)								
χ^2 值					5.939	χ^2 值	6.081	
P 值					0.015	P 值	0.014	

2.2 两组患者的护理满意度比较

见表 2, 观察组护理满意度高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者的护理满意度比较[n/%]

组别	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	29 (67.44)	13 (30.23)	1 (2.33)	42 (97.67)

表 3 两组患者的生活质量评分比较[$\bar{x} \pm s$ /分]

组别	生理机能		生理职能		躯体疼痛		健康状况	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=43)	27.53±11.42	58.64±15.89	26.36±10.24	64.86±18.68	35.58±8.06	49.53±9.88	25.14±11.55	35.16±11.88
对照组 (n=43)	27.64±11.83	44.75±14.09	26.49±11.44	41.13±12.09	38.57±12.78	41.53±11.15	24.43±11.40	29.69±10.63
t 值	0.044	4.289	0.056	6.993	1.298	3.521	0.287	2.250
P 值	0.965	0.000	0.956	0.000	0.198	0.001	0.775	0.027

续表 3

组别	生活活力		社会功能		情感职能		精神健康	
	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=43)	34.16±7.83	56.84±14.75	33.44±10.19	76.13±14.25	30.84±9.06	57.43±15.28	46.72±11.43	74.56±20.43
对照组 (n=43)	34.49±8.06	41.77±9.43	33.59±11.44	48.25±15.16	30.76±8.18	38.74±13.53	46.13±12.75	57.48±8.80
t 值	0.193	5.645	0.064	8.787	0.043	6.005	0.226	5.035
P 值	0.848	0.000	0.949	0.000	0.966	0.000	0.822	0.000

2.4 两组患者的语言功能评分、肢体功能评分比较

见表 4, 组间语言功能评分、肢体功能评分比较无差异 ($P > 0.05$), 护理后两组均有改善, 且观察组较对照组改善幅度更大, 差异显著 ($P < 0.05$)。

表 4 两组患者的语言功能评分、肢体功能评分比较[$\bar{x} \pm s$ /分]

组别	语言功能评分		肢体功能评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=43)	49.24±3.01	85.80±5.52	36.84±4.22	70.01±6.23
对照组 (n=43)	48.34±4.17	63.78±4.83	36.64±3.42	60.87±5.23
t 值	1.148	19.686	0.241	7.368
P 值	0.254	0.000	0.810	0.000

3 讨论

缺血性脑卒中即脑梗死, 病因为机体动脉粥样硬化, 伤及血管内膜, 缩小了脑动脉管腔的范围, 在多因素协同作用下, 在脑局部形成血栓, 加重脑动脉管腔狭窄, 或令其完全堵塞, 造成脑组织由于氧气、血液供给不足坏死, 进而引发的一种神经功能障碍性脑血管疾病, 集中高发于中老年人, 脑梗塞、脑血栓均是其疾病表现^[4-6]。在整体的脑梗死病例中, 仅有不到 10% 的患者可恢复至发病前的状态, 超过半数的患者发病后会留下肢体、语言等方面的功能障碍, 大幅降低了患者的生活质量^[7-8]。结合文章研究结果, 观察组患者的康复效果显著优于对照组, 生活质量大幅提升, 护理满意度更高。早期康复涉及体位、语言、肢体、并发症等过个护理方面, 全面保证患者的康复效果与治疗期间的安全, 帮助患者尽量恢复发病前的语言、肢体功能状态。结合相关研究可知^[9-10], 发病后 90d 内是脑梗死患者肢体、语言功能恢复的关键时期, 此时进行康复训练, 可提升整体的康

复效果, 获得最大效能。

早期康复护理可以显著改善脑梗死患者的语言功能和肢体功能, 以高质量的护理服务加快患者恢复正常生活的速度, 提高患者的护理满意度, 在临床实践中可以加以提倡。

参考文献:

- [1] 李佳, 姜雪. 细节化护理联合随访护理对急性脑梗死患者负面情绪、康复情况及生存质量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7 (18): 161-163+198.
- [2] 余凌, 刘婵, 余琼. 中医护理联合现代康复护理对早期老年性脑梗死患者的积极影响[J]. 光明中医, 2022, 37 (09): 1669-1672.
- [3] 郎凌玲. 围术期全程排尿护理模式在脑梗死介入治疗患者中的应用[J]. 当代护士 (下旬刊), 2022, 29 (05): 49-52.
- [4] 徐萌萌. 观察改良急诊护理流程对脑梗死患者抢救效果与睡眠障碍的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2022, 9 (04): 591-593+597.
- [5] 吴碧芳. 延续性护理对糖尿病合并脑梗死患者康复效果的影响[J]. 糖尿病新世界, 2022, 25 (08): 138-141+177.
- [6] 吴碧芳, 张海花, 陈云芳, 等. 医护一体化护理模式对糖尿病合并脑梗死患者的护理干预效果[J]. 糖尿病新世界, 2022, 25 (08): 146-149+157.
- [7] 丁月明. 渐进式康复护理模式对脑梗死患者肢体功能及吞咽功能恢复效果[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41 (06): 1094-1098.
- [8] 吴谋清. 个性化护理对急性脑梗死溶栓治疗后神经功能恢复及生活质量的影响[J]. 名医, 2022 (05): 138-140.
- [9] 刘闻靖. 基于 Orem 自理理论康复护理指导对脑梗死偏瘫患者日常自理能力和焦虑情绪的影响[J]. 基层医学论坛, 2022, 26 (06): 145-147.
- [10] 董瑜静. 人性化护理对脑梗死合并糖尿病患者焦虑及抑郁情绪评分的影响[J]. 黑龙江医学, 2022, 46 (01): 98-100.

早期康复护理干预对老年心肌梗死合并心律失常患者心功能及预后的影响

陈弯弯 麻雯雯

安徽省合肥市第一人民医院蜀山分院 230000

摘要:目的:探究对老年心肌梗死合并心律失常患者开展早期康复护理干预的有效性以及对患者心功能和预后的影响。方法:按照患者入院先后顺序的分组方式将本院2020年3月至2022年3月期间收治的老年心肌梗死合并心律失常患者51例分成常规组(n=25)及研究组(n=26),分别为两组老年患者实施常规护理干预及早期康复护理干预,对比两组护理后的心功能指标及预后价值等差异。结果:护理后,研究组患者的心功能指标(LVEF、DP/Dtmax、每搏量)均高于常规组患者($P<0.05$),统计学有意义;且研究组老年患者干预后对比的生活自理能力评分、肢体运动能力评分及护理满意度评分相对于常规组老年患者更高($P<0.05$),有统计学意义;而护理干预后研究组的并发症发生率(32.00%)对于常规组(4.69%),两组相比: $P=0.029$ 。结论:早期康复护理干预应用在老年心肌梗死合并心律失常患者中的疗效和价值较为显著,能达到改善患者心功能和促进患者预后的效果。

关键词:早期康复护理;老年心肌梗死合并心律失常;心功能指标;预后效果

心肌梗死属于临床中多发于老年群体中的一种由于冠状动脉阻塞、供血不足引发的心肌缺血坏死导致的急症。临床报道表明,心肌梗死的发生与基础性疾病、超重或肥胖、不良生活习惯、心脏疾病、情绪激动、天气骤变等相关^[1],多数患者会合并心律失常的出现。老年患者的症状主要表现为压榨性疼痛、憋闷感、濒死感、胸部疼痛、烦躁不安、心悸气促等等,对于患者的身体健康和生命安全产生严重的影响和威胁^[2]。在老年患者实施相应的抢救治疗进入疾病稳定期后给予患者有效的护理措施显得尤为重要,是改善患者预后及心功能指标的基础和保障。早期康复护理干预措施的开展能很好的控制患者疾病的进一步发展和恶化,改善患者的预后效果^[3]。为了探究对老年心肌梗死合并心律失常患者给予早期康复护理干预措施的有效性和应用价值,本院针对收治的51例老年心肌梗死合并心律失常患者进行了护理对比的分析和研究,详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

按照患者入院先后顺序的分组方式将本院收治的老年心肌梗死合并心律失常患者51例分成2组,所有病例的收集时间集中在2020年3月至2022年3月这一时间段。其中25例常规组老年患者中男性14例,女性11例,年龄上限为81岁,年龄下限为60岁,均值为(72.51±3.56)岁;26例研究组老年患者中男性15例,女性11例,年龄上限为80岁,年龄下限为61岁,均值为(72.53±3.53)岁。

对两组老年心肌梗死合并心律失常患者的资料进行统计分析,结果差异小、可对比。

纳入标准^[4]:全部患者经影像学诊断检查、实验室心功能指标检测均符合“心肌梗死”的诊断标准,且患者均合并心律失常的表现、能够独立参与本次护理研究的患者。

排除标准:仍处于疾病急性发作期的患者、合并先天性精神障碍性疾病患者、中途转入上级医院接受抢救治疗的患者、合并免疫机制疾病急性发作期的患者。

1.2 方法

对常规组老年患者实施常规护理干预,除了监测患者生命体征指标的变化外,还应结合老年患者的病情严重程度及临床表现实施对症护理、用药指导、健康宣教、环境护理及饮食指导等护理措施。

对研究组老年患者实施早期康复护理干预,具体如下:(1)综合评估患者病情,制定早期阶段性康复护理计划:结合患者入院后全部检查结果、临床表现、治疗后病情稳定程度等等综合评估患者病情的稳定性,并结合

患者的实际情况和护理需求制定早期阶段性的康复护理计划。(2)早期入院首日的康复护理:要求患者绝对卧床,24小时不能活动,在床上完成相应的检查和治疗活动,遵医嘱对存在躁动的患者实施肢体限制处理,要求患者家属积极为患者实施皮肤的清洁消毒处理,每2小时实施翻身一次,减少压疮的发生。(3)早期入院3天后的康复护理:患者疾病稳定后协助患者采用坐位训练,每天至少坐位3次,一次半小时以上。结合患者实际情况、生理机能及康复需求等强化康复训练的时间和强度,这一康复运动训练过程中要求至少2名家属或一名护工在旁。指导患者实施下肢悬带的被动训练,一天10次,每天按摩患者的四肢,一次20分钟,每天3次,改善四肢的血液循环,减少血栓的发生。(4)入院早期4-11天的康复护理:这一时间段指导患者在床旁扶床站立,通过辅助器实施站立和步行训练,每次练习时间10分钟以内,一天三次左右。要求在这一运动康复中做好安全防护及保证家属和护士同在。对于能够独立站立的患者诱导其实施主动行走,控制步行的时间和强度,并始终遵循循序渐进的康复运动原则适当的增加运动锻炼强度,累积患者行走的次数直到患者住院11天。对于能够自主独立行走的患者要求其实施爬楼梯的训练,由一名以上护士辅助患者安全,叮嘱患者运动康复锻炼中一旦感觉劳累或不适应立即停止运动、充足休息。(5)入院早期半个月后的康复护理:这一时间段内患者的机体均已恢复正常,能够自行行走和恢复生活自理。护士应结合这一时间段内患者的实际情况制定后续生活康复护理计划,包括自理方面、肢体运动方面等等,交代患者出院后一系列的注意事项。(6)心理康复疏导:多数老年患者由于突发疾病、年龄较大、对疾病认知不全等都会产生负性心理,护士应全面评估患者心理状态,结合患者心理评估结果展开一对一的家属陪伴法、介绍成功治愈案例、放松疗法、聚焦解决模式等多元化的疏导方案,最大程度上缓解患者的不良心理和压力。

1.3 观察指标

针对两组老年心肌梗死合并心律失常患者护理干预后的心功能指标(LVEF、DP/Dtmax、每搏量)、生活自理能力评分、肢体运动能力评分、护理满意度评分及并发症发生率等指标进行对比。(1)生活自理能力评分^[5]:通过ADL量表评估患者在日常生活中的自理能力,总分0-100分,分数与患者自理能力呈正比;(2)肢体运动能力评分^[6]:通过肢体运动能力量表评估患者患肢的运动能力及活动度,总分0-100分,分数与患者肢体活动能力呈正比;(3)并发症:包括护理干预后发生的心律失常、再次心肌梗死等。

1.4 统计学分析

通过 spss27.0 软件进行处理，当 P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组老年患者护理后的心功能指标

相对于常规组来说，研究组老年患者干预后对比的 LVEF、DP/Dtmax、每搏量等心功能指标均更高（P<0.05），有统计学意义；数据见表 1：

表 1：两组老年心肌梗死合并心律失常患者干预后对比的心功能指标

组别	LVEF（%）		DP/Dtmax（mmHg/s）		每搏量（ml）	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
常规组（25）	50.27±4.45	52.36±3.95	1056.29±50.27	1089.78±56.36	56.29±5.10	63.37±5.45
研究组（26）	50.30±4.59	56.78±3.57	1055.94±50.63	1152.27±55.46	56.93±5.26	68.79±5.10
t 值	0.024	4.196	0.025	3.991	0.441	3.669
P 值	0.981	<0.001	0.980	<0.001	0.661	0.001

2.2 两组患者干预后的生活自理能力评分、肢体运动能力评分、护理满意度评分

就护理满意度评分、生活自理能力评分、肢体运动能力评分而言，研究组患者护理后的各项数值相对于常规组患者更高（P<0.05），统计学存在意义；详细见表 2：

表 2：两组患者护理后的生活自理能力评分、肢体运动能力评分、护理满意度评分（分）

组别	生活自理能力评分	肢体运动能力评分	护理满意度评分
常规组（25）	62.35±4.17	65.78±5.46	85.27±5.62
研究组（26）	68.59±5.62	72.10±4.96	92.13±3.96
t 值	4.489	4.330	5.055
P 值	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 常规组及研究组老年患者护理干预后的并发症发生率

在患者接受护理干预后对比的并发症发生率方面，研究组老年患者护理干预后的各项并发症例数低于常规组老年患者（P<0.05），统计学有意义；具体见表 3：

表 3：两组心肌梗死合并心律失常患者护理干预后的并发症发生率

组别	心律失常（n）	再次心肌梗死（n）	并发症发生率（n/%）
常规组（25）	6	2	8（32.00）
研究组（26）	2	0	2（7.69）
X ² 值	-	-	4.777
P 值	-	-	0.029

3 讨论

随着老龄化的加剧及基础性疾病的增加，现阶段临床中老年心肌梗死合并心律失常的发生率呈现逐年增长的趋势，对于患者的身体健康和生命安全产生一定的影响和威胁，不利于患者预后。对于接受治疗的老年心肌梗死合并心律失常患者来说，及时有效的护理服务措施显得十分重要，能更好的改善患者预后价值，恢复患者正常的心功能指标，控制患者疾病进一步的发展^[7]。

以往的临床护理干预中一般对患者实施基础护理措施，虽然能达到一定的护理效果，但对于改善患者心功能，强化患者预后方面的价值和效果并不十分显著，具有一定的局限性。随着临床护理理念的更新和运用推广，现阶段临床护理干预中提倡对老年患者开展早期康复护理干预措施，这一护理提倡在患者入院早期阶段结合患者实际情况和护理需求开展全程的

护理服务^[8]，通过综合评估患者病情，制定早期阶段性康复护理计划、早期入院首日的康复护理、早期入院 3 天后的康复护理、入院早期 4-11 天的康复护理、入院早期半个月后的康复护理及心理康复疏导一系列的护理措施最大程度上提高临床护理的有效性和应用价值^[9]，恢复患者的心功能指标，减少一系列再次心肌梗死及心律失常的出现，改善患者的肢体功能和生活自理能力等预后^[10]。本研究结果表明，实施早期康复护理干预的研究组老年心肌梗死合并心律失常患者护理后的心功能指标（LVEF、DP/Dtmax、每搏量）、生活自理能力评分、肢体运动能力评分、护理满意度评分均高于实施基础护理干预的常规组老年患者，说明早期康复护理措施应用在老年患者中能更好的改善患者的各项心功能指标，提高患者的生活自理能力及肢体活动功能，增进护患沟通，提高患者对于临床护理的满意度；且研究组患者干预后的并发症发生率相对于常规组患者更低，说明早期康复护理的预防效果较好，改善患者预后。

综上，对老年心肌梗死合并心律失常患者开展早期康复护理干预的有效性较为显著，，建议推广实施。

参考文献：

[1]何艳红,乔旻,王娜,朱玉霞,尚斌.早期康复理念对老年心肌梗死合并心律失常患者心功能及近期预后情况的影响[J].宁夏医学杂志,2019,41（12）：1175-1176.

[2]刘艳,李敏,孙金刚,冯庆亮.慢病管理模式在老年急性心肌梗死 PCI 术后出院患者中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2022,44（02）：103-105.

[3]史超,李莉.双心护理对老年心肌梗死患者心理韧性、心功能及生活质量的影响[J].医学食疗与健康,2022,20（05）：100-102+106.

[4]朱永慧,姚颖,庞静,张艳慧,马红霞,王寒秋,王焕东.医院主导的家庭心脏康复在经皮冠状动脉介入术后老年患者中的应用[J].护士进修杂志,2022,37（04）：338-343.

[5]彭春莉.早期心脏康复训练对老年急性心肌梗死患者 PCI 术后康复效果、心功能及生活质量的影响[J].中外医学研究,2022,20（03）：165-168.

[6]张艳博,吕京会.早期康复护理对老年心肌梗死合并心律失常患者心功能、近期预后效果的影响研究[J].实用心脑血管病杂志,2019,27（S2）：152-154.

[7]翟玉洁.早期康复护理干预对老年心肌梗死合并心律失常患者心功能及预后的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7（33）：105+109.

[8]王海宁,李娟.基于 IMB 模型的同伴支持教育在老年心肌梗死患者主要照顾者中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27（30）：4149-4152.

[9]刘晓阳,王丽萍,吴学勤,刘宁.个性化护理对老年急性心肌梗死患者转运成功率、急救成功率和护理满意度的影响[J].贵州医药,2021,45（09）：1512-1513.

[10]徐锋毅.老年心肌梗死合并心律失常患者早期康复护理干预对其心功能及预后的效果观察[J].中国医药指南,2020,18（17）：250-251.

探究脊柱手术患者围手术期采用快速康复外科护理的临床效果及降低并发症发生率的影响

蒋盼 杨丽

南充市中医医院 四川南充 637000

摘要:目的 就脊柱手术患者围手术期采用快速康复外科护理的临床效果及降低并发症发生率的影响进行研究。方法 对照组依托常规护理展开临床工作,观察组则依托快速康复外科护理展开围术期临床工作。结果 对术后并发症情况实施观测发现,观察组并发症发生率低于对照组, $P<0.05$;分析临床效果发现,观察组临床效果与对照组相对比明显更高, $P<0.05$ 。结论 围脊柱手术患者围手术期采用快速康复外科护理的实施在很大程度上保障脊柱骨折患者术后安全,并发症减少的同时,临床效果显著。

关键词:快速康复外科护理;脊柱手术;并发症

手术是目前治疗骨科疾病的重要方法,尤其是脊柱骨折,应用最多的类型包括例如经皮椎体成形术、经皮椎间融合术、经皮椎体凸成形术等,但需要在手术期间开展系统、规范的护理措施,保障患者安全的同时,提高手术依从性,帮助他们建立信心^[1]。本文就脊柱手术患者围手术期采用快速康复外科护理的临床效果进行分析,其效果较为理想,现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究开展时间段介于2021年1月~2022年3月期间,收治地点为本院骨科,收治对象50例脊柱骨折患者,予以计算机系统分组,观察组:共纳入25名对象,男性共计14例、女性共计11例;年龄分布于25~63岁期间,平均年龄观测值(39.6±1.5)岁;骨折具体位置:颈椎:胸椎:腰椎=3例:15例:7例;骨折原因:车祸:重物压砸伤:高空坠跌伤:其他原因=14例:4例:4例:3例。对照组:共纳入25名对象,男性共计13例、女性共计12例;年龄分布于24~65岁期间,平均年龄观测值(39.7±1.3)岁;骨折具体位置:颈椎:胸椎:腰椎=2例:14例:9例;骨折原因:车祸:重物压砸伤:高空坠跌伤:其他原因=13例:6例:2例:4例。两组基线资料完善且差异较小,存在可比性 $P>0.05$ 。

纳入标准:(1)接受相关检查后,所有对象结果与其标准基本一致;(2)所有患者的相关结果满足手术指征;(3)所有研究对象阅读研究手册后,签订同意书并自愿参与;(4)意识、认知水平、沟通功能均处于正常。排除标准:(1)伴有多处骨折患者排除;(2)预计生存时间不超过3个月患者排除;(3)靶向器官障碍患者排除;(4)伴有血液系统、免疫系统等病变者;(5)已有恶性肿瘤疾病者;(6)处于妊娠期或哺乳期患者排除。

1.2 方法

对照组为围手术期常规护理,主要措施有环境护理、用药护理、各类管道管理、预防并发症护理以及延续性护理等;给予观察组展开围手术期快速康复外科护理,(1)术前护理:①心理疏导:往往患者病情发展较快且严重,容易诱发患者产生害怕、焦虑等心理。所以在术前的护理中需要重点关注患者的精神心理状态,给予针对性引导,用正向语言缓解患者焦虑、紧张等情绪,及时向患者说明病情状况,给予充足的安慰和鼓励,尽可能帮助他们保持平稳心态。对于入院后的环境、规章制度、人员等相关情况进行细致介绍,尽快缓解其入院后的陌生感以及恐惧感^[2]。进一步向患者和家属就骨折和手术的相关知识进行细致地介绍,使其了解手术治疗的必要性和所能够达到的预后效果,尽快消除其担忧、紧张等负性心理。在术前护理中给予患者主动的关心和呵护,耐心倾听其主诉,列举近期的成功手术病例,与此同时可邀请成功手术病例出院现身说法,为患者提供支持和鼓励,使其尽快树立康复信心,进一步增强患者的依从性^[3];②术前准备:通常患者术前需要保持绝对的卧床休息,在做好各项生活护理的

基础上,叮嘱患者尽可能避免活动,从而缓解疼痛感,避免不必要的脊髓损伤。加强术前的营养指导,主要以清淡、营养、丰富和易消化的饮食为主,叮嘱家属为患者提供新鲜的果蔬,并鼓励患者多饮用温水,防止便秘。向患者介绍床上排便的方法与技巧,为术后的康复奠定良好基础^[4]。与此同时对于有吸烟习惯的患者,需要叮嘱其及时戒烟,加强术前咳嗽、咳嗽的训练。指导监测患者的尿量、心率、血压等相关生命体征值,同时评估其肢体感觉情况。积极协助患者完成术前的相关检查工作、药敏实验、备血以及皮肤准备等各项工作,详细告知术前禁食、禁饮的时间^[5];(2)术日当天护理:详细的核对患者的相关临床资料,在患者入室之前给予心理疏导,向其讲解相关注意事项以及配合要点,增强患者的手术信心,避免患者出现恐惧、害怕等负性心理。患者手术结束后需要加强生命体征监测,同时做好患者的交接工作,密切观察患者的症状表现,对于发现的异常情况及时给予处理。患者术后意识恢复清醒后,及时告知其手术得以顺利平稳完成的消息,消除其担忧心理^[6];(3)术后护理:①生命体征监测:对于患者术后的各项体征指标进行密切监测,例如体温、血氧饱和度、脉搏以及呼吸和血压等。进行持续的心电监护,并对相关指标进行准确的记录,还需对其术后的皮肤状态、肢体温度与颜色情况进行细致地观察,重点观察是否出现颜色青紫。评估其肢体运动感觉以及足背动脉搏动,如有异常需要及时查明原因并上报医师给予处理^[7];②体位护理:加强患者的术后体位管理,使其脊柱能够维持水平状态,在硬板床上进行平卧。术中为硬膜外麻醉时,手术后早期应进行去枕平卧体位。对于腰麻患者,则手术后需要保持绝对的平卧体位。属于全身麻醉的患者,在其麻醉未能彻底清醒前可采取去枕平卧体位,同时将头向一侧进行偏移。患者麻醉清醒后,结合其恢复情况适时地提供软枕,改善患者的舒适度,定时协助患者进行翻身,防止压疮等并发症。在仰卧位转变为侧卧位时,需要通过轴线翻身法或运用板状翻身法,使患者的腰背部维持制动,同时多人配合,注意对其颈部、臀部以及肩部的保护,避免脊柱扭曲。患者调整为侧卧位后利用软垫对腰背部进行适当垫起,增强患者的舒适度;③切口护理与引流管道护理:该类患者的手术创伤性较高,术中失血量较多,手术后如若护理不当可能出现水肿形成,对于脊髓造成压迫,并可能出现水肿、粘连等情况。所以术后需要加强引流管道的护理管理,对管道进行严格固定,加强管道的密切监测,确保引流的通畅状态,同时防止管道弯折及扭曲。将患者的引流管妥善倒挂于床边,避免高于患者手术伤口的部位,从而预防逆行感染。对引流液的量、颜色以及性质等进行密切的观察和记录,当患者的引流液量不足30~50ml/天时可将其拔除。对于切口敷料颜色进行细致地观察,例如是否有渗血以及水肿等情况,日常需要维持患者敷料的整洁以及干爽,发生渗血以及潮湿等情况时需立即进行更换^[8];④功能锻炼指导:向患者讲解术后进行恰当的功能锻炼,有利于改善血液循环并促进动脉供血恢复以及静脉回流恢复,是预防失用性肌肉萎缩、下肢深静脉血栓形成

(DVT)等相关并发症的重要手段,可增强患者的功能锻炼及认知水平和依从性。术后第1天,可从简单的关节活动开始,例如活动足趾关节,适当的屈伸踝关节以及膝关节,可对其双下肢进行适当按摩进而改善血液循环。手术结束后48小时,可在常规训练中添加单腿蹬腿锻炼以及高抬腿锻炼,后续康复锻炼需结合患者的病情月河效果进行调整,在医生的指导下考虑是否添加下床行走与踩单车训练。所有运动强度需确保患者身体无疲劳和不适情况发生,强化手术患者康复期间的自我保护意识,所有康复训练需保证在安全、正确的前提下完成;⑤并发症护理:受各种因素的影响,术后患者存在一定的并发症风险,如肺部感染、深静脉血栓等,故护理人员需做好预防,及时清理患者呼吸道的分泌物,避免患者长时间处于同一位,预防压疮,对于排痰困难的患者,可予以吸痰处理,防止肺部感染,提高患者的生活质量。护理人员每间隔1-2小时协助患者变换体位,比如说翻身、更换体位摆放等位置,床单被褥需要保证干燥、卫生,以免出现潮湿的情况,增加褥疮产生风险,做好皮肤清洁工作,预防压疮产生。密切观察患者尿液形状、量和颜色,做好尿道口护理,定时检查引流管、导尿管,不要出现折叠、挤压的情况,防泌尿系感染。指导患者正确的咳嗽、排痰方法,预防术后坠积性肺炎^[9]。⑥疼痛护理:落实对疼痛情况的明确,包括部位、性质等,疼痛较轻者可以非药物的形式展开干预,

表1 术后并发症发生率对比[n(%)]

分组	n	DVT	失用性肌肉萎缩	坠积性肺炎	泌尿系感染	压疮	便秘	总计
观察组	25	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (4.00)	2 (8.00)
对照组	25	1 (4.00)	1 (4.00)	1 (4.00)	1 (4.00)	1 (4.00)	2 (8.00)	7 (28.00)
χ^2 值		2.639	2.639	2.639	-	2.639	1.396	6.637
p 值		0.075	0.075	0.075	-	0.075	0.518	0.026

2.2 临床效果

比较两组临床效果,观察组明显优于对照组,差异明显($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者临床效果比较 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
研究组	25	18 (72.00%)	7 (28.00%)	0 (0.00%)	25 (100.00%)
对照组	25	14 (56.00%)	10 (40.00%)	1 (4.00%)	24 (96.00%)
X ²	/	3.157	3.258	2.957	1.674
P	/	0.002	0.002	0.001	0.001

3 讨论

骨科创伤性疾病中患病率较高的类型之一为脊柱骨折,在全身骨折类型中,脊柱骨折发生率占6.0%,该疾病的产生与直接或者间接暴力有着密切关系,以疼痛、畸形、活动受限等为主要表现,需要较长的时间恢复。男性青壮年人群中的发生率与女性同龄人相比明显更高,脊柱骨折创伤性往往十分严重,部分换在这还会并发马尾神经损伤和脊髓神经损伤,很大几率会发展至高位截瘫,严重威胁生命安全。近年来随着我国社会的快速发展,工业建筑业以及交通运输业的迅速发展,使得以脊柱骨折为代表的各类骨折疾病发病率有所上升,患者可出现剧烈疼痛、畸形以及活动受限,合并神经以及脊髓等受损者还将出现感觉障碍以及肢体运动功能障碍。

脊柱骨折具有较高的发病率,患者的剧烈疼痛对其身心健康构成了极大的影响,与此同时具有较高的致残风险^[3]。脊柱骨折的主要治疗方法为外科手术,越早接受规范、合理的手术治疗越能够提高预并发的预防工作,降低外界因素对手术治疗的影响。本文在围手术期间开展快速康复外科护理,其中充分融入了人性化的关怀护理理念,分别从多个方面、多个层次给予患者实质性的建议与指导,确保达到快速康复与个体化护理的效果。通过对研究结果进行深入分析,换在这接受专业护理后的临床效果显著且术后并发症的情况越来越少见。由此可见,对于脊柱骨折患者来说,

如音乐疗法等,转移患者对疼痛的注意力,严重者则需遵医嘱应用药物止痛,并对患者用药后的情况进行监测,旨在为用药的安全性提供保障。⑦康复护理:结合患者的实际情况,鼓励、指导其展开早期下床活动,包括直腿抬高、下蹲等,严格遵守循序渐进的原则,将训练时间、强度控制在合理范围内,嘱患者如若出现不适立即停止。针对脊柱骨折患者而言,恢复到一定状态后,可鼓励患者佩戴支具,如腰围等,避免过早使用支具,这主要是因为如若在患者身体状态不允许的前提下佩戴支具,极易对其造成不必要的损伤^[10]。

1.3 观察指标

观察两组患者并发症即临床效果。常见并发症有DVT、失用性肌肉萎缩、坠积性肺炎、泌尿系感染、压疮、便秘等。

1.4 统计学方法

使用SPSS20.0完成研究中所有数据的统计、分析,t、X²分别应用于计量、计数资料的检验, $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 并发症发生率比较

比较两组并发症发生率,观察组明显优于对照组,差异明显($P<0.05$),见表1。

围术期应用快速康复外科护理是非常必要的一项措施,可为骨折患者的康复带来保障。

总体来说,围手术期快速康复外科护理的实施在很大程度上保障脊柱骨折患者术后安全,并发症减少的同时,临床效果显著。

参考文献:

- [1]欧会芝,陈玉梅,刘凡,蒋雪飞.快速康复外科理念在腰椎间盘突出症患者围术期护理中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26(20):185-187.
- [2]邱文文,申延军.快速康复护理在骨科患者围术期中的应用效果[J].实用临床护理学电子杂志,2019,3(19):88-93.
- [3]李士红.加速康复外科理念在普外科围术期护理中的应用现状与展望[J].齐鲁护理杂志,2019,25(4):1-4.
- [4]黄丽贤,顾国英.观察并分析腹腔镜胆囊切除术围手术期患者采用快速康复外科护理与传统护理的临床成效[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(22):134-174.
- [5]郑莹莹,刘小兰,陈静,吴玲玲.脊柱手术患者围手术期采用快速康复外科护理的临床效果及降低并发症发生率的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(17):142-153.
- [6]廖亚琴,麦竹丹,杨丹,陈秋夏,谢彩彤.脊柱手术患者围术期快速康复外科护理模式的应用效果观察[J].医学理论与实践,2016,29(23):3278-3280.
- [7]曹燕,陈丽,李珊珊.快速康复外科理念在脊柱微创手术围手术期护理中的应用研究[J].中国继续医学教育,2019,9(14):221-223.
- [8]成霞,王翠娟,吴丹,等.基于护理程序的整体护理干预对胸腰段脊柱骨折患者内固定术后的干预效果[J].中华全科医学,2019,17(4):686-689.
- [9]张晶,刘秀清,张超.全程优质护理干预对脊柱骨折合并脊髓损伤手术患者干预效果及生活质量的影响[J].长春中医药大学学报,2020,36(3):580-583.
- [10]沈阳.快速康复外科护理模式对脊柱骨折围手术期患者疼痛度及预后效果的影响[J].现代养生,2021,21(20):93-94.

焦点解决模式的护理干预对颈椎病患者抑郁情绪与睡眠质量的影响

孔娜娜

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要：目的：分析焦点解决模式的护理干预对颈椎病患者抑郁情绪与睡眠质量的影响。方法：选取 2019 年 5 月~2020 年 10 月在菏泽市中医医院接受颈椎治疗的患者 160 例患者作为研究对象，采用随机分组法将其分成对照组和研究组，每组 80 例，对照组实行常规护理干预方式，对研究组在对照组的基础上实施焦点解决模式护理干预，分别在护理前和护理 14 后，对两组心理状态(SAS 评分和 SDS 评分)进行评估，并采用社会支持评定量表(SSRS)评估两组社会支持，采用匹兹堡睡眠质量指数表(PSQI)评估睡眠质量(PSQI 评分)，在护理结束后，采用本院自制的护理满意度调查表对两组患者进行护理满意度调查，将两组结果进行统计学比较。结果：与对照组相比，护理前，研究组与其 SAS 评分、SDS 评分、SSRS 评分、PSQI 评分差异无统计学意义($P>0.05$)，护理后，研究组 SAS 评分、SDS 评分、PSQI 评分更低，SSRS 评分更高，差异有统计学意义($P<0.05$)；研究组护理满意度(95.00%)高于对照组(78.75%)，差异有统计学意义($P<0.05$)。结论：对颈椎病患者实施焦点解决模式护理干预能够缓解患者的抑郁情绪，并提高患者的睡眠质量，同时提高患者的护理满意度，有较高的推广价值。

关键词：焦点解决模式；颈椎病；抑郁情绪；睡眠质量

【前言】 颈椎病又称颈椎综合征，其中包括诸多种类，例如颈椎骨关节炎、增生性颈椎炎、神经根综合征、颈椎间盘突出症等颈椎疾病，它主要是由于颈椎的退行性变、发育性颈椎管狭窄、慢性劳损等因素所引起的，它容易导致患者产生颈背疼痛、行走困难、头晕、恶心等症状，这不仅威胁着患者的身体健康，还影响着患者的睡眠质量，从而使患者产生多种不良情绪^[1]，所以该病在接受治疗的同时采用护理干预是尤为重要的。为了进一步了解焦点解决模式的护理干预对颈椎病患者应用效果，本文选取了 2019 年 5 月~2020 年 10 月在菏泽市中医医院接受颈椎治疗的患者 160 例患者作为研究对象，进行了对比分析，具体如下论述：

1. 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 5 月~2020 年 10 月在本院接受颈椎治疗的患者 160 例患者，纳入标准：(1)符合《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)》中颈椎病的诊断标准，且经 CT、MRI 等影像学诊断被确诊；(2)接受相同的治疗，即药物治疗结合运动疗法、物理疗法等；(3)患者及家属均自愿参与本次研究，且签署了研究知情同意书；排除标准：(1)合并严重的心、肝、肾、肺等器官功能障碍；(2)病情处于不稳定期；(3)合并精神疾病，存在交流障碍；(4)合并全身性疾病；(5)合并严重的感染性疾病。采用随机分组法将本组患者分成对照组和研究组，每组 80 例，其中对照组中男性患者 47 例，女性患者 33 例，年龄 43-70 岁，平均(55.26±4.11)岁，病程最短 1 年，最长 17 年，平均(7.89±1.24)年，其中神经根型、脊髓型、交感型、椎动脉型分别为 15 例、11 例、18 例和 16 例；研究组患者中，男性患者 48 例，女性患者 32 例，年龄 44-71 岁，平均(55.17±3.98)岁，病程最短 1 年，最长 16 年，平均(7.82±1.19)年，其中神经根型、脊髓型、交感型、椎动脉型分别为 16 例、12 例、17 例和 15 例。本次研究经过了本院伦理委员会的批准，两组患者一般资料差异无统计学意义($P<0.05$)。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组实施常规护理干预

患者入院时进行常规检查，根据患者病情采取相应的治疗措施，控制患者饮食，遵循医嘱予以用药，适当安排康复训练。

1.2.2 研究组在对照组的基础上实施焦点解决模式

(1)成立疾病护理小组，每周定期进行培训考核，指正护理人员的工作不足，及时改进，加强专业化的训练，对护理人员进行相关心理护理知识培训，聘请专业教师开展授课，提升护理人员的专业知识与技能。

(2)对患者进行常规身体检查，明确患者病情，根据患者实际情况制定治疗护理方案，与患者建立良好关系，增强患者对护理人员的信任感，并时刻保持沟通，制造一个轻松的环境，从而缓解患者内心的焦躁、抑郁、紧张等不良情绪，使其能够配合后续治疗，并制定相关轻缓运动训练，促进患者体内血液循环，提高其睡眠质量。首先是问题描述阶段，护理人员对患者的相关资料进行查阅，进一步明确患者所具备的解决问题的潜力和资源，通过与患者进行有效的沟通及交流，如“有些患者病情情况比你还要糟糕，但是在通过有效的配合后病情均得到了好转。”增强患者对治疗的信心。患者的具体情况为其制定针对性的、可行性较强的目标，护理人员与患者进行深入的沟通及交流，正确引导患者对自身的未来进行想象及规划，护理人员根据患者的具体情况给其制定康复目标。比如有的患者在此之前曾做过相关的努力，但是结果并没有达到预期，导致患者对治疗失去了信心。护理人员可以充分的根据患者的这种情况与其进行交流沟通，比如可以向患者提问一些问题，“如果全部解决了你现在所存在的问题和烦恼，那么你觉得会表现出什么样的不同，那么你的家人可能会发现哪些不同呢？”可以组织一些病情康复的患者作为榜样对患者进行康复指导，进一步增强患者对治疗的信心。而在具体的护理措施的实施阶段，护理人员可以指导患者回忆在住院期间所发生的一些事情，让患者能够感受到生病对其造成的负担，不论是心理还是生理，或者经济上的负担，能够让患者更加积极的配合治疗和护理工作。部分患者可能存在不良的生活习惯，导致对其睡眠质量造成了影响，护理人员要及时重视到这一点，向患者解释良好的生活习惯对促进疾病恢复的重要性，帮助患者及时改正不良习惯；(3)每天定时开展小组内部会议，对护理过程中所遇到的问题进行统一分析探讨，根据患者的不良情绪与睡眠质量记录表进行分析，从根本上解决患者问题。对于患者努力付出给予鼓励和表扬。在一段时间后如果发现效果并不明显，则要及时对护理计划进行调整。通过与患者进行沟通和

交流,通过比较患者干预护理之前和护理之后的状态变化,让患者能够自己感觉到自身改变,引导患者朝着更好的方向去发展,并指导患者需要做出的一些努力,鼓励患者勇于尝试。对两组患者均连续护理 14 天。

1.3 观察指标 分别在护理前和护理 14 后,采用焦虑自评量表(SAS 评分)和抑郁自评量表(SDS 评分)对患者护理前后的焦虑和抑郁状态进行评分,评分越高,表示焦虑和抑郁情况越严重;并采用社会支持评定量表(SSRS)评估两组社会支持,采用匹兹堡睡眠质量指数表(PSQI)评估睡眠质量(PSQI 评分),在护理结束后,采用本院自制的护理满意度调查表对两组患者进行护理满意度调查,将两组结果进行统计学比较。

1.4 统计学分析 将数据录入 SPSS25.0 中进行统计分析。其中,计数资料以(n,%)表示、进行 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示、进行 t 检验。如 P<0.05,则提示差异有统计学意义。

2. 结论

2.1 比较两组患者护理前后的抑郁情绪和焦虑情绪

与对照组相比,护理前,研究组与其 SAS 评分、SDS 评分差异无统计学意义(P>0.05),护理后,研究组 SAS 评分、SDS 评分更低,差异有统计学意义(P<0.05)。详见下表 1 所示:

表 1 两组患者护理前后的抑郁情绪和焦虑情绪对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	SDS 评分(分)		SAS 评分(分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	80	51.37±5.66	31.45±4.33	50.39±5.32	30.13±3.42
对照组	80	52.01±5.75	40.31±4.67	51.74±5.21	39.87±3.98
t	/	1.098	4.261	1.371	4.763
P	/	0.096	0.030	0.092	0.028

2.2 比较两组 SSRS 评分、PSQI 评分

与对照组相比,护理前,研究组与其 SSRS 评分、PSQI 评分差异无统计学意义(P>0.05),护理后,研究组 PSQI 评分更低,SSRS 评分更高,差异有统计学意义(P<0.05)。详见下表 2 所示:

表 2 两组 SSRS 评分、PSQI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	SSRS 评分		PSQI 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	80	34.27±4.08	37.14±4.79	17.34±2.36	7.85±3.36
对照组	80	34.20±4.05	35.25±4.18	17.45±2.21	14.47±3.43
t	/	0.982	2.893	0.993	3.871
P	/	0.103	0.041	0.100	0.035

2.3 两组患者护理满意度的对比

经过不同的护理后,研究组护理满意度(95.00%)高于对照组(78.75%),差异有统计学意义(P<0.05)。详见下表 3 所示:

表 3 两组患者护理满意度比较

组别	例数	非常满意(n)	基本满意(n)	不满意(n)	满意度(%)
研究组	80	76	4	0	95.00
对照组	80	63	12	5	78.75

研究组	80	69	7	4	76 (95.00)
对照组	80	51	12	17	63 (78.75)
X ² 值	/	/	/	/	7.598
P 值	/	/	/	/	0.000

3. 讨论

目前随着社会的高速发展,颈椎病患者的数量比例不断增加,其中大部分患者都会因自身病情原因从而产生抑郁、焦虑、不安等不良情绪,这不仅影响着患者的身体安全,还会降低治疗效果,并限制了预后治疗措施的实施^[2],所以只有通过治疗手段与护理干预相结合才能达到更好的治疗效果。

近年来提出了一种新兴的护理干预模式——焦点解决模式,与常规的护理干预方式不同,它在治疗患者疾病的基础上,开始注重患者的心理健康以及生活质量,尤其是颈椎病患者,它在产生不良情绪的同时,还会严重影响患者的睡眠质量,而焦点解决模式能够更加综合性、细节性、关注性的对患者进行护理^[3]。在婚礼的过程中采用了一种“解决导向”的主动思维模式,护理过程中自主建立了期望目标值,然后利用了患者自身具备的优势与资源,实现了预期目标,让患者感受到了自身病情的变化情况,从而提高了患者对治疗及生活的信心,更加配合了医务人员的工作,积极的参与到了疾病管理过程中^[4-5]。这种护理模式将关注点集中在了一个方面,引导患者准确的表达出了自己的情绪及想法,制定了与自身病情相符合的康复目标,整个过程中患者处于主导地位,发挥出了自身力量及潜能,促进了康复主动性和依存性的提升^[6]。

本次研究结果显示,与对照组相比,护理后,研究组 SAS 评分、SDS 评分、PSQI 评分更低,SSRS 评分更高,(P<0.05)。提示,对颈椎病患者实施焦点解决模式护理干预后,有效的改善了患者心理状态,增强了其对治疗的信心,纠正了患者的不良睡眠习惯,提高了睡眠质量。病情得到了好转,患者及家属对护理工作的满意度较高,本次研究结果也显示,研究组护理满意度(95.00%)高于对照组(78.75%),(P<0.05)。进一步证实了焦点解决模式护理干预的应用优势。

综上所述,对颈椎病患者实施焦点解决模式护理干预能够有效缓解患者的抑郁情绪,并提高治疗效果,加快患者的恢复,改善其睡眠质量,同时大幅度提升患者的护理满意度,建议将此护理干预模式应用在更多的临床上。

参考文献:

- [1]董香云,谢瑜.焦点解决模式对神经根型颈椎病患者心理弹性、睡眠质量及护理满意度的影响[J].河南医学研究,2021,30(02): 348-350.
- [2]李英.颈椎骨折伴颈髓损伤的术后护理干预观察[J].深圳中西医结合杂志,2016,229(5): 173-175.
- [3]李莉,金昌德,孙丽楠,等.焦点解决模式对颈椎病患者抑郁和生活质量的影响[J].护理学杂志,2012,27(4): 70-72.
- [4]郑银燕,李学,王丽,等.焦点解决模式对帕金森病患者抑郁、睡眠及生活质量的影响[J].河南医学研究,2021,30(28): 5365-5368.
- [5]吴岩岩,许梅.焦点解决模式的心理干预在老年眩晕患者中的应用[J].心理月刊,2021,16(06): 178-179.
- [6]王宝兰.焦点解决模式的护理干预对颈椎病患者抑郁情绪和睡眠质量的影响[J].慢性病学杂志,2020,21(09): 1411-1413.

早期康复护理在急性脑血栓患者护理中的应用效果研究

李娜

简阳市中医医院 四川省成都市 641400

摘要：目的：分析在急性脑血栓患者护理中运用早期康复护理的价值。方法：抽取2020年2月至2021年12月间我院收治的急性脑血栓患者68例作为本文的观察对象，并根据随机数字表法将其分成各有34例的对照组与观察组，前者接受常规护理，后者接受早期康复护理，对比分析两组不同的护理效果。结果：急救效率，观察组的分诊时间、抢救总时间以及入院-静脉溶栓时间均较短，其中入院-静脉溶栓时间与对照组相比具有统计学差异性（ $p<0.05$ ）；神经功能缺损评分，护理前对比无统计学差异性（ $p>0.05$ ），护理后观察组的评分明显低于对照组，对比差异显著（ $p<0.05$ ），具有统计学意义；运动功能评分与日常生活活动能力评分，护理前对比无统计学差异性（ $p>0.05$ ），护理后观察组的评分均高于对照组，对比差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）；并发症发生率，观察组较低，对照组较高，对比差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：对急性脑血栓患者实施早期康复护理的价值较高，值得推广。

关键词：早期康复护理；急性脑血栓；护理质量

Study on the effect of early rehabilitation nursing in the nursing of patients with acute cerebral thrombosis

Li Na

Jianyang traditional Chinese medicine hospital, Chengdu, Sichuan 641400

Abstract: Objective: to analyze the value of early rehabilitation nursing in the nursing of patients with acute cerebral thrombosis. Methods: 68 patients with acute cerebral thrombosis treated in our hospital from February 2020 to December 2021 were selected as the observation objects of this paper, and they were divided into the control group and the observation group with 34 cases each according to the random number table method. The former received routine nursing, and the latter received early rehabilitation nursing. The different nursing effects of the two groups were compared and analyzed. Results: the first aid efficiency, triage time, total rescue time and admission intravenous thrombolysis time in the observation group were shorter, and the admission intravenous thrombolysis time was significantly different from that in the control group ($p<0.05$); There was no significant difference in the score of neurological deficit before nursing ($p>0.05$), but the score of the observation group after nursing was significantly lower than that of the control group ($p<0.05$); There was no significant difference between the scores of motor function and activities of daily living before nursing ($p>0.05$), and the scores of the observation group were higher than those of the control group after nursing ($p<0.05$); The incidence of complications was lower in the observation group and higher in the control group ($p<0.05$). Conclusion: early rehabilitation nursing for patients with acute cerebral thrombosis is of high value and worth popularizing.

脑血栓是神经系统多见疾病，占全部缺血性脑卒中的60%，其临床症状根据栓塞部位及病情的严重程度会有明显的差异性。脑血栓一般在夜间发病，部分患者会出现短暂性脑缺血症状，例如：头晕、头痛、肢体麻木、口舌歪斜、言语不利等，并于发病期间，会伴有诸多后遗症，例如：肢体偏瘫、言语障碍、神经淡漠等^[1]。据研究显示^[2-3]，脑血管疾病是导致急性脑血栓的重要因素，一旦出现急性脑血栓，就会对脑部供氧和供血产生严重的影响，危害较大，具有较高的致残率和死亡率。从诸多的研究观察可知，在对脑血栓患者提供救治服务期间，对其开展科学的康复护理帮助，有利于促进患者病情和机体的康复，最大限度的提升患者的生存质量，基于此，本文以我院收治的脑血栓患者为例，分析早期康复护理的应用价值。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

此次研究入选对象共计68例，均为2020年2月至2021年12月间我院收治的急性脑血栓患者，并将其按照随机数字表法分成两组，即一组对照组，一组观察组。

纳入标准：（1）均符合脑血栓诊断标准且确诊为脑血栓；（2）均具有完整的临床资料；（3）对此次研究知情且自愿参与；（4）依从性高、配合度高。

排除标准：（1）伴其他颅脑神经病变者；（2）伴脑出血者；（3）因其他外伤所致颅脑病变者；（4）发病前存在躯体障碍、精神功能异常者；（5）伴沟通障碍、认知障碍者；（6）中途退出研究者。

对照组：本组34例中女性患者有15名，男性患者有19名，年龄最小者50岁，年龄最大者70岁，平均年龄为（60.73±3.22）岁；发病-入院平均用时：（8.32±1.21）h。

观察组：本组34例中女性患者有16名，男性患者有18名，年龄最小者52岁，年龄最大者73岁，平均年龄为（60.64±3.14）岁；发病-入院平均用时：（8.12±1.34）h。

上述资料对比无统计学差异性（ $p>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组：开展常规护理服务：对患者的病情和生命体征进行严格监测，及时发现异常变化，以便紧急处理；遵照医嘱对患者开展药物和常规护理工作，包括：降压、翻身、吸氧，清洁口腔分泌物等。

观察组：基于常规护理服务，对患者开展早期康复护理干预：（1）入院1d，确保患者充足的睡眠，叮嘱其保证绝对的卧床休息，并协助患者定期更换体位，确保皮肤的完整性，预防压疮和肌肉痉挛等（2）入院2d，按摩患者的肢体，促进局部血液流通，并根据患者的病情吗，协助患者开展早期被动肢体活动，如患者伴有言语障碍，还需要对患者的中枢神经进行刺激，不断的与患者及家属交流，鼓励患者尝试简单的音节发音，对于表现良好者，不断的表扬，增强其信心，并做好日常患者的皮肤护理、病房清洁以及口腔护理等，提升患者的身心舒适度^[4]（3）入院3d，根据患者的锻炼情况，评估患者的耐受性，之后从被动活动转变至床上训练，进行一些简单的卧位、翻身以及坐起等，在此期间，注意询问患者的感受，观察患者的舒适性，做好关节的保护，动作轻柔，每天2-3次，每次30min，如患者语言锻炼良好，可以从简单的发音过渡到简单的词语和短句发音（4）入院4d-14d，需要协助患者开展四肢锻炼，上肢需要以分离运动为主，固定一侧上肢后引导另一侧上肢支撑、抓握练习，练习上肢抓握简单物件，每日3-4次，每次20min；下肢以康复训练为宜，酌情开展抬臀、伸髋等一系列动作，协助患者呈仰卧位，屈曲患肢，另一侧肢体伸直后展开抬臀与伸髋动作，锻炼5d后逐渐增强锻炼强度，并尝试开展下肢屈曲锻炼^[5]，整个过程中，需要观察患者的反应，询问患者的感受，安抚患者的情绪，不断对其进行鼓励，并强化语言沟通，刺激患者的表达欲望（5）入院15-21d，协助患者开展床边移动训练，每次不超过30min，每天2-3次，并指导患者尝试以连贯的语言交流，保持沟通，促进语言功能恢复（6）入院22d-出院时：在患者运动功能改善良好后，协助患者开展上下楼梯或缓坡训练，尝试增加护理人员 and 患者之间的距离，鼓励患者尝试自行训练，

护理人员需要在旁做好防跌倒的防护工作^[6]。

1.3 观察指标

急救效率：包括分诊时间、抢救总时间以及入院-静脉溶栓时间。

神经功能缺损评分：利用 NIHSS 量表进行评估，满分 42 分，得分越低越好。

运动功能评分与日常生活活动能力评分：利用 FMA 评估患者运动功能，利用 Barthel 指数评估患者日常生活活动能力。其中 FMA 量表总分 100 分，40 为上肢评估总分，60 分为下肢总分，而 Barthel 指数满分 100 分，得分均为越高越好。

并发症：肺部感染、心肌梗死、尿路感染、应激性溃疡、压疮、下肢深静脉血栓。

1.4 统计学分析

采取统计学软件 SPSS25.0 对本文研究数据进行处理分析，计数资料接受卡方检验，计量资料接受 t 检验，当处理结果显示 $p < 0.05$ ，即对比具有统计学意义。

2 结果

2.1 急救效率

见表一所示，急救效率，观察组的分诊时间、抢救总时间以及入院-静脉溶栓时间均较短，其中入院-静脉溶栓时间与对照组相比具有统计学差异性 ($p < 0.05$)。

表一 急救效率 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	分诊时间	抢救总时间	入院-静脉溶栓时间
观察组	34	2.13±0.61	53.34±7.33	29.55±4.07
对照组	34	4.44±0.77	65.58±7.21	45.39±4.25
t		13.712	6.942	15.696
p		0.000	0.000	0.000

2.2 神经功能缺损评分

如下表二所示，神经功能缺损评分，护理前对比无统计学差异性 ($p > 0.05$)，护理后观察组的评分明显低于对照组，对比差异显著 ($p < 0.05$)，具有统计学意义。

表二 神经功能缺损评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	护理前	护理后
观察组	34	24.17±2.92	6.48±0.78
对照组	34	24.23±3.17	11.12±1.45
t		0.081	16.432
p		0.936	0.000

2.3 运动功能评分与日常生活活动能力评分

见表三，运动功能评分与日常生活活动能力评分，护理前对比无统计学差异性 ($p > 0.05$)，护理后观察组的评分均高于对照组，对比差异具有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表三 运动功能评分与日常生活活动能力评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	运动功能评分 护理前	护理后	日常生活活动能力 评分 护理前	护理后
观察组	34	52.76±6.41	80.31±9.72	38.46±4.66	83.35±10.10
对照组	34	53.01±6.99	71.62±9.41	38.34±5.04	74.16±9.77
t		0.154	3.745	0.102	3.813
p		0.878	0.000	0.919	0.000

2.4 并发症发生率

如下表四，并发症发生率，观察组较低，对照组较高，对比差异具有

统计学意义 ($p < 0.05$)。

表四 并发症发生率 n (%)

组别	n	肺部感染	心肌梗死	尿路感染	应激性溃疡	压疮	下肢深静脉血栓	发生率
观察组	34	0	1	0	1	1	1	4 (11.76)
对照组	34	1	3	1	2	2	2	11 (32.35)
χ^2								4.191
p								0.041

3 讨论

急性脑血栓发病突然，发展快，对患者的神经功能有严重的影响，导致发病后的患者常伴有语言、肢体、神经系统障碍，如不妥善处理，不仅增加致残率，还会增加死亡率，虽然目前临床手段可以控制患者病情的发展，但是由于护理质量不佳，可能会影响最终的干预效果，同时难以改善患者功能和言语障碍等^[7]。

临床的常规护理内容均遵从医嘱来执行，护理内容有限，护理人员主动护理意识薄弱，导致患者的临床需求难以满足，因此，我院在现代化的快速康复护理理念下应用了早期康复护理模式。经本文研究表明，观察组的护理满意度明显高于对照组，并且，两组护理前相关对比指标无明显差异性， $P > 0.05$ ，护理后，观察组的 FMA 评分、Barthel 指数量表评分、HAMD、NIHSS 评分等诸多指标均明显优于对照组， $P < 0.05$ ，说明，早期康复护理的干预价值显著，原因在于：早期康复护理弥补了常规护理的不足，其在遵医嘱的同时更加强调主观护理的能动性，掌握患者病情的变化，监测患者的生命体征^[8-10]，分析患者的临床需求以及病情的护理要点，从而从多方面的角度进行干预，例如：改善患者的负性情绪，提升患者的信心，调动患者主动配合仪式等，并向患者讲述功能康复锻炼的必要性，协助患者在入院后尽早完成肢体锻炼、言语功能锻炼等，并遵照循序渐进的原则，逐渐开展，避免不良事件发生，逐渐促进患者功能的改善。

综上所述，急性脑血栓患者开展早期康复护理可以调节其生活功能，改善运动能力，降低并发症的发生率，提升疗效，值得推广。

参考文献：

[1]马妍.优质护理在脑血栓患者护理中的应用价值[J].中国医药指南,2022,20 (06): 167-169+173.
[2]邓宅武.早期护理干预对脑梗塞患者 Fugl-eyer 评分与 arthel 指数的影响观察[J].微量元素与健康研究,2022,39 (01): 92-93.
[3]高翠翠.早期康复护理在急性脑血栓患者中的应用效果[J].中国医药指南,2022,20 (01): 29-32.
[4]孙倩颖.优质护理对脑血栓患者护理效果、心理状态及护理满意度的影响[J].当代临床医刊,2021,34 (06): 92-93.
[5]李平安.急性脑血栓患者实施早期康复护理干预的效果[J].中国医药指南,2021,19 (35): 148-149.
[6]姚婷婷.综合护理在脑血栓患者中的干预效果评价[J].中国冶金工业医学杂志,2021,38 (06): 651-652.
[7]王艳玲.早期康复干预对急性脑血栓患者致残率的影响[J].中国实用医药,2021,16 (31): 170-172.
[8]郑晓娟.脑血栓患者护理中实施优质护理干预的价值分析[J].中国医药指南,2021,19 (27): 27-29+33.
[9]李丽丽.优质护理对脑血栓患者的干预效果分析[J].甘肃科技,2021,37 (17): 163-165.
[10]覃莉.护理干预对急性脑血栓患者早期康复的效果观察[J].中国社区医师,2021,37 (23): 148-149.

心脏瓣膜置换术后再次心脏手术的围手术期护理效果观察

曹瑞潘 鲁秋霜

新疆维吾尔自治区喀什地区第二人民医院 心胸外科 新疆喀什 844000

摘要:目的 探讨心脏瓣膜置换术后再次心脏手术的围手术期护理效果。方法 选取2021年3月~2022年3月期间我院收治的心脏瓣膜置换术后再次行心脏手术治疗的200例患者,随机将其分为2组,给予对照组常规护理,给予研究组综合护理干预,观察两组心理状态、并发症发生率以及护理满意度,并分析数据。结果 SDS抑郁评分、SAS焦虑评分:护理前无差异($P>0.05$),护理后研究组更低($P<0.05$);并发症发生率:研究组更低($P<0.05$);总满意率:研究组更高($P<0.05$)。结论 心脏瓣膜置换术后再次心脏手术患者围手术期护理中应用综合护理效果显著,可有效改善患者心理状态,降低并发症发生率,且患者对该护理满意度高,值得推广应用。

关键词:心脏瓣膜置换术后;心脏手术;围手术期护理;综合护理;常规护理;心理状态;并发症;护理满意度

心脏瓣膜病是临床上常见的一类疾病,是指心脏瓣膜狭窄或关闭不全导致的心脏疾病,由炎症、黏液样变性、先天性畸形、退行性改变、缺血性坏死、创伤等原因引起^[1]。该类患者的症状和瓣口狭窄程度有关,早期患者常有活动或劳累后出现心悸、气短、呼吸困难等症状,晚期出现端坐呼吸、全身浮肿,可因严重的全心衰竭而死亡,故需及早治疗^[2]。心脏瓣膜置换术是现临床上治疗该病的常用方法,该治疗虽效果显著,但其寿命问题仍未得到满意解决,多数患者需实施二次手术^[3]。二次手术风险相对较高,需在围术期为患者提供优质、全面、综合、系统的护理^[4]。往常多采取常规护理,但该护理措施较为单一,需选择其他护理。本科应用综合护理取得了较为满意的效果,现将心脏瓣膜置换术后再次心脏手术的围手术期护理效果探讨如下。

1 资料与方法

1.1 研究背景

选取2021年3月~2022年3月期间我院收治的心脏瓣膜置换术后再次行心脏手术治疗的200例患者,随机将其分为2组,分别为对照组(100例,男性51例,女性49例,年龄20~67岁,平均 43.58 ± 8.14 岁)和研究组(100例,男性52例,女性48例,年龄20~66岁,平均 43.12 ± 8.05 岁)。纳入标准^[5]:①所有患者的疾病均经临床确诊;②均为心脏瓣膜置换术后再次行心脏手术治疗者;③临床资料全面;④同意参与研究。排除标准:①合并恶性肿瘤;②凝血功能异常;③合并严重心脑血管疾病;④合并精神障碍类疾病;⑤依从性极差。两组资料无差异($P>0.05$),可比。

1.2 方法

给予对照组常规护理,包括术前的宣教、术前准备、术后药物治疗、病情监测、基础护理等。给予研究组综合护理干预,如下:

1.2.1 术前护理。护理评估,对患者进行全面评估,了解患者既往史、健康史、家族史、瓣膜病类型、病程、临床症状、心功能、首次手术时间、首次术后恢复情况、对疾病和再次手术的认知度、营养状况、心理状况等,根据了解到的情况制定适宜患者的护理措施;健康教育,对患者进行全面健康教育,向其讲解疾病和手术方面知识,宣教内容尽量细化,重点讲解为什么要再次进行手术、手术风险、术前准备、注意事项等,宣教语言通俗易懂,尽量少使用专业术语,确保患者可以理解,鼓励患者提出自己的疑问,护理人员进行耐心解答;术前准备,遵医嘱行强心、利尿、纠正电解质平衡、加强营养支持等治疗,待患者全身状况和心功能改善后再行手术治疗,教会患者深呼吸、有效咳嗽咳痰、练习床上大小便,嘱患者戒烟酒,向其讲解术前需要配合的准备工作,包括禁食水、备皮、建立静脉通道等,协助患者完成各项术前检查和准备,如血尿便常规、冠脉造影检查、超声心动图、心电图、胸部X线、凝血、肝肾功、血糖等,同时帮助患者

完成各项术前准备;心理护理,多数患者存在焦虑、恐惧心理,与担心手术效果、术后并发症有关,不良心理状态不利于手术治疗的顺利实施,故需加强患者的心理护理,向患者介绍医疗团队资质、既往治疗成功案例等,增强患者对于手术的信心,了解患者对手术的看法、心理状态、负面情绪等,根据患者具体情况给予其针对性心理护理,并指导患者通过肌肉放松、呼吸放松、转移注意力的方式缓解。

1.2.2 术后护理。病情监测,密切监测患者各项生命体征、意识状态、病情变化、血氧饱和度、心电图、中心静脉压等等,发现异常及时告知医生并协助处理;饮食护理,根据患者具体情况给予患者针对性饮食指导,为患者制定的饮食方案可具体到三餐营养物质摄入比例等,饮食遵循以下大原则:饮食以高蛋白、高热量、高维生素的易消化食物为主,限制含钠量较高食物和水分的摄入,少吃饱和脂肪酸含量高的食物,多吃新鲜蔬菜、水果,确保营养物质摄入均衡,低脂低盐饮食,忌辛辣刺激性食物,定时定量、少食多餐;心功能和循环功能护理,加强患者的呼吸系统管理,维持有效通气,密切监测患者心功能,维持有效循环血量,加强心包、纵隔引流管的护理,遵医嘱实施抗凝治疗,加强药物疗效和不良反应的监测,及时补充和调整血容量,保持负平衡,加强心率、心律监测,维持患者水电解质平衡,遵医嘱应用正性肌力药物、扩血管药物,严格控制药物滴注速度、输液量等,密切监测并记录出入量;呼吸功能护理,根据患者具体情况遵医嘱实施呼吸肌辅助呼吸,为患者吸痰时充分镇静,给予患者雾化吸入、机械辅助排痰等;并发症的预防护理,密切监测患者体温、皮肤色泽、意识状态等,为患者实施护理操作时严格遵循无菌操作原则,对于感染风险较高的患者遵医嘱应用抗生素,观察患者有无血栓与栓塞表现,遵医嘱应用抗凝药物治疗,加强患者凝血指标的监测,及时复查患者肾功能,观察患者出入量,为其及时补充血容量;环境护理,为患者营造舒适、和谐、安静的治疗环境,确保室内温湿度、采光适宜,定期通风,定期对室内进行消毒,去除室内异味,保障良好的空气质量,通过营造和谐的环境提升患者舒适度;心理护理,采用量表评估患者心理状态,观察患者动态情绪变化,首先对患者进行心理方面知识宣教,向其讲解不良情绪对术后康复的不利影响以及保持乐观积极心态的重要性,引导患者调整自身不良心态,并采用鼓励、疏导、安慰、暗示等方法帮助患者改善不良情绪,引导患者调整心态,针对心理状态明显较差者,指导患者通过呼吸放松、肌肉放松、冥想等方法缓解,并带动家属参与到患者的心理护理中,嘱家属给予患者理解、尊重、关心、关爱等,不责骂、抱怨患者,使患者感受到家庭的温暖;生活方式指导,嘱患者戒烟酒,术后休养3~6个月,在休养期间保持睡眠充足、生活规律、适量活动,活动量以不感觉劳累为宜,不宜过度疲劳和过度兴奋,所有活动安排在充足睡眠后,饮食清淡,以高营

养、易消化的食物为主,避免暴饮暴食,保持情绪积极稳定;康复训练,按照医生制定的康复方案对患者进行指导,向患者讲解坚持康复锻炼的重要性,向其讲解锻炼方法、锻炼时间和强度等,给予患者针对性指导。

1.3 观察指标

观察两组心理状态、并发症发生率以及护理满意度,并分析数据。心理状态采用 SAS 焦虑自评量表和 SDS 抑郁自评量表评价^[6],得分与心理状态呈反比。护理满意度采用我院自制表评价,根据评分结果分为非常满意、一般满意和满意,计算总满意率。

1.4 统计学方法

使用 SPSS22.0 统计学软件分析数据,采用 χ^2 检验和 t 检验, $P < 0.05$ 表示数据有统计学差异。

2 结果

2.1 两组护理前后心理状态对比

SDS 抑郁评分、SAS 焦虑评分:两组护理前无差异 ($P > 0.05$),护理

后研究组更低 ($P < 0.05$)。详见表 1:

表 1 两组护理前后心理状态对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SDS 抑郁评分 (分)		SAS 焦虑评分 (分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	100	59.74±5.17	52.24±3.54	60.46±5.09	51.54±4.65
研究组	100	59.31±4.54	41.51±2.18	60.32±4.98	40.62±3.91
t	-	0.625	25.809	0.197	17.974
P	-	0.533	0.001	0.844	0.001

2.2 两组并发症发生率和护理满意度对比

并发症发生率:研究组更低 ($P < 0.05$);总满意率:研究组更高 ($P < 0.05$)。详见表 2:

表 2 两组并发症发生率和护理满意度对比[n (%)]

组别	例数	并发症发生率 (%)	非常满意	一般满意	不满意	总满意率 (%)
对照组	100	4/100 (4.00%)	62 (62.00%)	31 (31.00%)	7 (7.00%)	93/100 (93.00%)
研究组	100	0/100 (0.00%)	80 (80.00%)	19 (19.00%)	1 (1.00%)	99/100 (99.00%)
χ^2	-	4.082	7.868	3.840	4.688	4.688
P	-	0.043	0.005	0.050	0.030	0.030

3 讨论

心脏瓣膜置换术是临床上常见的一种手术,在心脏瓣膜病的治疗中应用广泛,是指采用由生物组织制成的人工生物瓣膜或由合成材料制成的人工机械瓣膜或替换的一种手术,该手术具有对患者创伤小、效果显著等优点^[7]。该手术虽具有显著效果,但由于多种原因多数患者需行二次手术治疗^[8]。研究发现,心脏瓣膜置换术后再次心脏手术的原因主要有生物瓣失功能、瓣周漏、自然瓣膜损坏、感染性心内膜炎、二尖瓣闭式扩张、二尖瓣直视分离、机械瓣功能障碍等^[9]。再次心脏手术的风险比首次瓣膜手术的风险要明显更高,甚至可增加患者并发症发生率和死亡率,故需加强患者的围术期护理^[10]。往常在这类患者的护理中一般采取的是常规护理,常规护理虽应用时间长,但护理措施较为单一,关注重点为治疗护理、生理护理,缺乏对患者其他方面的护理,需选择其他护理。

综合护理是指将临床护理工作协调一致,对患者实施生理、治疗、基础、环境、心理、精神、文化等各方面的一种方式,这种模式对患者实施的护理措施更为系统、标准、综合、全面,该模式下护理质量更高^[11]。本研究在术前、术后阶段对患者实施了多种护理措施,细化到各个方面,包括术前评估、术前治疗、术前准备、健康教育、心理护理、术后病情监测、饮食护理、心功能和循环功能护理、呼吸功能护理、并发症的预防护理、环境护理、心理护理、生活方式指导、康复训练等,全面、综合、系统、优质的护理措施发挥了良好效果。本研究结果显示,SDS 抑郁评分、SAS 焦虑评分:护理前无差异 ($P > 0.05$),护理后研究组更低 ($P < 0.05$),可见此次研究采取的综合护理对患者心理状态的改善效果更佳,究其原因与该护理不仅重视患者的基础护理,同时注重患者的心理护理有关。并发症发生率:研究组更低 ($P < 0.05$),可见综合护理可有效降低并发症发生率,究其原因与对患者实施了并发症的预防护理有关。总满意率:研究组更高 ($P < 0.05$),可见与常规护理相比,患者对综合护理的满意度更高,这主要与该护理更为全面、综合有关。

综上所述,心脏瓣膜置换术后再次心脏手术患者围手术期护理中应用综合护理效果显著,可有效改善患者心理状态,降低并发症发生率,且患

者对该护理满意度高,这种护理方式具有较高的临床使用价值,值得推广。

参考文献:

- [1]张静.人文关怀护理在心脏瓣膜置换术患者围手术期的临床效果观察[J].中国卫生标准管理,2018,9(8):3.
- [2]Satyajit Singh M.D. D.M, Aditya Kapoor D.M. F.A.C.C., Surendra K. Agarwal M.S. M.Ch, et al. Differential Release Kinetics of Cardiac Biomarkers in Patients Undergoing Valve Replacement Surgery[J]. Journal of Cardiac Surgery, 2014,29(2):134-40.
- [3]王慧,张伟.心脏瓣膜置换术后再次手术患者的围手术期护理的效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2018,003(039):83.
- [4]魏雪,郑小燕.人文关怀护理在心脏瓣膜置换术患者围手术期的临床效果观察[J].当代临床医刊,2018,031(006):2.
- [5]王晓峰,齐心红,贾晓英,等.围手术期康复护理对心脏瓣膜置换术后患者呼吸系统并发症的影响[J].现代医药卫生,2021,37(024):3.
- [6]Han X X, Han P, Rui-Zhi L I. Prevention measures of perioperative nosocomial infections in patients undergoing heart valve replacement surgery[J]. Chinese Journal of Nosocomiology, 2014, 024(014):3547-3536.
- [7]张书琴,李静.心脏瓣膜置换术后再次手术患者的围手术期护理的效果观察[J].临床研究,2018,26(07):3.
- [8]邢娟.心脏瓣膜置换联合心脏肿瘤切除患者围手术期应用整体护理的效果观察[J].心血管外科杂志:电子版,2019,08(03):2.
- [9]谭梨丽,林世红,徐向新,等.快速康复外科理念在心脏瓣膜置换术患者围手术期的应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2020,000(66):2.
- [10]魏婉蓉.心脏瓣膜置换术患者围手术期人文关怀护理服务对并发症、生活质量的改善体会[J].中国保健营养,2019,29(020):151-152.
- [11]孟令佳,金立英.心脏瓣膜置换联合心脏肿瘤切除术患者的围手术期护理[J].实用临床护理学电子杂志,2018,003(037):99.

探讨医护一体化护理模式在肺癌术后日间化疗病房中的应用效果

刘鋆¹ 姚蕾^{通讯作者}

上海市肺科医院 上海 200433

摘要：目的：探究医护一体化护理模式在肺癌术后日间化疗病房中的应用效果，为临床提供理论参考。方法：选取我院 2019 年 1 月至 12 月收治的 80 例肺癌术后日间化疗患者作为研究对象，经随机数字表法分为对照组和观察组各 40 例。对照组采用常规护理模式，观察组实施医护一体化护理模式，比较两组护理质量、生活质量（SF-36 评分）、满意度以及并发症发生率。结果：观察组健康教育、护患交流、措施应对、自我管理各护理质量指标评分均高于对照组（ $P < 0.05$ ）。观察组护理 1 个月后的 SF-36 评分和护理满意度评分均高于治疗前且高于对照组（ $P < 0.05$ ）。观察组并发症发生率为 7.50%，低于对照组的 25.00%（ $P < 0.05$ ）。结论：医护一体化护理模式的应用，可以提高肺癌术后日间化疗病房的护理质量以及患者的生活质量和满意度，有利于并发症率的降低，值得推广及应用。

关键词：肺癌；日间化疗；医护一体化护理；护理质量

肺癌是临床上最为常见的恶性肿瘤之一，好发于中老年群体中，致死率高，男性发病率高于女性^[1]。近年来，随着人口老龄化趋势的加剧，以及吸烟人数的不断增长，肺癌的发病率逐年上升，严重威胁到人们的健康乃至生命安全^[2]。根治性手术联合化疗是肺癌的重要治疗手段，对患者病情的稳定和改善有十分重要的意义。肺癌术后化疗，可以分为住院化疗和日间化疗。日间化疗是指肿瘤患者以“白天住院化疗，晚上回家静养”的方式接受化疗，是近年来传统医学模式向“医学--心理--社会”现代医学模式转变的自然结果^[3]。护理管理是肺癌术后日间化疗过程中不可缺少的一项内容，可辅助化疗提升治疗的效果^[4]。本研究纳入我院收治的 80 例肺癌术后日间化疗患者视为研究对象展开分析。现报道如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2019 年 1 月至 12 月收治的 80 例肺癌术后日间化疗患者进行研究，经医院伦理委员会批准。采用随机数字表法，将全部患者分为对照组和观察组各 40 例。

对照组：男 26 例，女 14 例；年龄 37-78 岁，平均（ 63.21 ± 2.58 ）岁；病程 2-10 年，平均（ 5.08 ± 0.37 ）年；病理类型，腺癌 27 例，鳞癌 10 例，腺鳞癌 3 例。观察组：男 28 例，女 12 例；年龄 35-77 岁，平均（ 63.03 ± 2.54 ）岁；病程 2-10 年，平均（ 5.01 ± 0.35 ）年；病理类型，腺癌 25 例，鳞癌 13 例，腺鳞癌 2 例。两组上述各资料具有均衡性（ $P > 0.05$ ），可比。

纳入标准：（1）影像学检查为肺癌^[5]，行胸外科手术手术治疗；（2）接受化疗，且为日间化疗；（3）意识清晰，可自主表达自身观点；（4）年龄介于 18-80 周岁范围内；（5）自愿参与，签署知情同意书。排除标准：（1）合并急性心肌梗死、脑卒中、瘫痪等本身血栓高风险等疾病者；（2）认知功能障碍，沟通障碍者；（3）严重心、肝、肾等脏器功能障碍者；（4）正在服用抗焦虑、抗抑郁药物者；（5）依从性差，临床资料不全者。

1.2 研究方法

对照组采用常规护理模式，即根据患者术后日间化疗的实际情况，由

责任护士给予其病情监测、药物干预、健康宣教、心理护理、功能训练、日常查房等护理服务，以配合化疗的进行，提升化疗的效果。观察组建立在常规护理服务内容（即基础性护理服务同对照组）的基础上，实施医护一体化护理模式，具体操作如下：

（1）成立小组：小组成员包括副主任医师 1 名、主管护士 1 名、医师 4 名及护士 4 名，在实施医护一体化护理前，对医护一体化护理的相关内容培训。

（2）排班安排：实行连续性两班（A 班和 B 班）。A 班主要负责患者的出入院手续办理、治疗、护理，B 班主要负责 PICC 管的置入、健康宣教及出院随访工作。

（3）制定计划：医护一体化护理小组根据患者的复查结果，化疗间隔时间及床位情况共同制定化疗时间安排。

（4）优化程序：由医护一体化工作小组一起商议并制订住院流程，全程由主管医师与责任护士负责，无须等待排队。

（5）联合查房：在查房期间医师分析患者最新的病情与治疗进展，护士将患者化疗反应及大便情况报告医师，医师根据护士提供的信息及患者的病情调整治疗方案。

1.3 观察指标

观察和比较两组护理质量、生活质量和满意度评分以及并发症发生率。（1）护理质量主要指标如健康教育、护患交流、措施应对、自我管理，每项 100 分，评分越高表明质量越高。（2）生活质量采用简易健康状况调查表（SF-36）评价，包括躯体功能、生理职能、心理情绪、社会功能、健康状况等 8 个维度，总分 0-130 分，评分与质量呈正相关。（3）满意度评分采用肿瘤患者自制满意度调查表进行评价，包括对护理质量、服务态度、护理效果、安全性等方面的调查，总分 1-100 分，评分越高表明满意度越高。（4）记录护理期间并发症的发生情况及类型，计算并发症发生率。

1.4 统计学处理

数据分析使用 SPSS21.0 统计软件包，计量资料采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，

组间比较采用 t 检验，计数资料采用%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 两组护理质量的比较

在健康教育、护患交流、措施应对、自我管理各指标评分方面，观察组明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。如表 1 所示。

表 1 两组护理质量的比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	健康教育	护患交流	措施应对	自我管理
对照组（40）	79.41±6.83	76.34±6.20	80.21±6.84	73.26±6.05
观察组（40）	84.02±7.51	82.19±7.28	85.12±7.85	80.45±6.87
t	2.872	3.869	2.983	4.966
P	0.005	0.000	0.004	0.000

2.2 两组生活质量和满意度评分的比较

护理前，两组 SF-36 评分和满意度评分差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；1 个月后，两组 SF-36 评分和满意度评分均较护理前提高，且观察组高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详情见表 2。

表 2 两组生活质量和满意度评分的比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	SF-36 评分		满意度评分	
	护理前	1 个月后	护理前	1 个月后
对照组（40）	52.31±5.21	72.59±7.48*	63.20±6.25	76.93±8.02*
观察组（40）	53.47±5.30	83.64±8.98*	62.03±6.20	81.49±8.63*
t	0.987	5.980	0.841	2.448
P	0.327	0.000	0.403	0.017

注：*表示组内护理前后比较 $P < 0.05$ 。

2.3 两组并发症发生率的比较

在并发症发生率方面，观察组显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。具体见下表 3。

表 3 两组并发症发生率的比较（n，%）

组别	恶心头晕	肺不张	肺部感染	毒性心肌炎	发生率
对照组（40）	2（5.00）	3（7.50）	4（10.00）	1（2.50）	10（25.00）
观察组（40）	1（2.50）	1（2.50）	1（2.50）	0（0.00）	3（7.50）
χ^2	-	-	-	-	4.501
P	-	-	-	-	0.034

3. 讨论

近几十年来，全球许多国家都报道肺癌发病率和死亡率明显增加，男性肺癌发病率和死亡率占所有恶性肿瘤的第一位。日间化疗是一种有别于住院化疗的恶性肿瘤化疗方式，化疗是晚上无需住院，而是白天化疗结束

后可出院回到家中休息。从日间化疗的特点来看，是一种患者、社会、医院三方互惠的安排。

由住院医师、责任护士为主体共同构成的“医护一体化”治疗、护理小组，能够保证患者日间化疗时得到及时、有效的医疗、护理服务，大大缩短了彼此之间的距离，方便了彼此之间的沟通。本研究结果显示，相较于对照组各护理质量指标评分，观察组均明显更高（ $P < 0.05$ ），说明了医护一体化护理模式的应用，可以更好地保证护理质量，而这与该护理模式全员参与（医师、护士），共同协商合作，给患者提供优质的服务不无关系。在生活质量评分方面，观察组护理后明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）。医护一体化护理模式可凭借在护理效率和质量方面的优势，更好地与出院后的患者保持联系，为其提供健康指导，从而有利于生活质量的提高。在护理满意度方面，观察组评分高于对照组（ $P < 0.05$ ），表明了医护一体化护理模式更能够获得患者的认可。另外在并发症发生率方面，观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ），分析原因可能是：医护一体化模式下，医师和护士共同查房，避免了护士单独查房时对并发症预防不到位的不足，可以更准确地提前作出预判并给予积极处理，从而减少并发症的发生。但是本研究也存在一定的局限性，如纳入的患者数量不多，可能影响研究结果的准确性和可信度，需在日后的研究加以改进。

综上所述，肺癌术后日间化疗期间，采用医护一体化护理模式，对患者护理质量、生活质量以及满意度的提高均有积极的作用，同时可减少并发症的发生，具有较高的应用及推广价值。

参考文献：

[1]Erren T C, Morfeld P, Glende C B, et al. Lung Cancer[J]. Epidemiology, 2020, 18（4）: 521.

[2]Manning D J, Ethe11 S C, Donovan T. Detection or decision errors? Missed lung cancer from the posteroanterior chest radiograph[J]. The British journal of radiology, 2018,77（915）: 231-235.

[3]曹艳, 徐泉喻, 尹哲, 等. 肿瘤专科日间化疗病区六西格玛管理模式的应用与效果评价[J]. 中国社会医学杂志, 2020, 37（2）: 115-117.

[4]黄琴, 李惠敏, 张晓钿. 医护一体化护理模式对卧床患者下肢深静脉血栓发生的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35（12）: 920-923.

[5]贺蓓, 陈敏. 肺癌影像组学研究进展[J]. 中国医学影像学杂志, 2020, 204（5）: 83-86.

作者简介: 刘璠 女 1992.04— 上海市人 汉族 本科 职位: 护士 职称: 护师 研究方向: 胸外科日间手术、介入科日间手术、肿瘤科日间化疗。

姚蕾(通讯作者) 女 1972.08— 上海市 汉族 本科 职位: 护士 职称: 主管护师 研究方向: 胸外科日间手术、介入科介入手术、肿瘤科日间化疗。

需要层次论在老年呼吸重症监护整体护理中的应用

龙燕妮

广州医科大学附属第一医院, 重症医学科 广东广州 510120

摘要:目的: 总结重症医学科收治老年呼吸重症疾病患者接受整体护理期间需要层次论的应用价值。方法: 选取 2020 年 2 月到 2021 年 3 月我院重症医学科收治的呼吸疾病老年 120 例患者。按照护理方案分为两组。常规组采取常规护理。实验组采取基于需要层次论的整体护理。对比呼吸导管相关并发症、舒适与呼吸功能评分、护理满意度和情绪指标。结果: 实验组呼吸导管相关并发症发生率显著低于常规组, 舒适与呼吸功能评分、护理满意度以及情绪指标明显优于常规组, $P < 0.05$ 。结论: 需要层次论在重症医学科患者整体护理应用价值较高, 能够满足患者的身心质量与舒适性需求, 可以实现对症状的改善有利于规避并发症, 值得推广。

关键词: 重症医学科; 整体护理; 需要层次论; 护理应用

重症医学科属于医院的重点科室, 在仪器设备、管理模式以及收诊患者方面与普通病房存在较大的差异, 属于一种体现现代化、集约化的医疗与优质护理、康复技术的一体医疗组织管理模式^[1]。为了更好的保障治疗环境安全, 重症医学科本身属于封闭性环境, 医护工作都需要基于专业人员进行操作, 家属只能够在情况下进行探视, 病房内存在各种声音, 如机械声、报警声与吸痰声, 患者身上也需要承担各种病痛影响, 所以患者无论是心理还是生理方面都存在健康问题, 特别是因为重症医学科中老年呼吸疾病患者需要接受气管插管治疗, 此时患者存在一定沟通障碍, 在无法有效沟通时患者会出现一定程度的情绪问题, 导致患者对临床护理工作不满意或出现明显的抵触情绪^[2-3]。对此, 本文基于论著方式探讨重症医学科护理服务期间不同护理及其效果优势。研究如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 2 月到 2021 年 3 月我院重症医学科收治的呼吸疾病老年 120 例患者。按照护理方案分为两组。实验组 60 例患者, 男女各 39 例、21 例, 年龄 (51.34 ± 8.22) 岁, 学历中初中 9 例、高中 24 例、高中以上 27 例; 常规组 60 例患者, 男女各 38 例、22 例, 年龄 (52.75 ± 7.91) 岁, 学历中初中 10 例、高中 23 例、高中以上 27 例。两组患者一般资料无明显差异, $P > 0.05$ 。

入选标准: 接受我院 ICU 治疗; 接受气管插管相关治疗; 年龄在 20 岁以上; 患者及其家属对研究知情。

排除标准: 预后效果相对较差, APACHEII 评分在 15 分以上; 入院之前存在心理疾病; 临床资料不完整。

1.2 方法

常规组应用传统护理主要是, 主要是基于动态方式检测患者生命体征, 同时约束四肢, 维持人工气道通畅并改善通气功能, 定时进行吸痰, 提供营养支持。

实验组采取基于需要层次论的整体护理, 具体护理措施如下

1.2.1 满足生存需求

首先, 生命体征的监护。提供 24 小时持续心电、血压、呼吸以及氧饱和度的动态监测工作, 特别是高度重视呼吸形态、节律、速率、深浅变化与神志、精神状态改变以及动态监测血气变化, 特别是对于 $\text{PH 值} < 7.25$ 并且 $\text{PaCO}_2 > 90\text{mmHg}$ 时为肺性脑病的征象, 此时应当及时进行上报并处理; 其次, 人工气道监护和管理。气管插管之后做好对患者的约束, 预防非计划性拔管, 基于气管导管做好固定, 预防脱落、扭曲和堵塞问题, 及时翻身与调整体位, 从而规避人工气道和呼吸道脱开。气管插管之后应当及时做好呼吸道清理, 维持呼吸道通畅, 并基于 30 至 60min 在气道内滴入湿化液, 及时做好呼吸道分泌物清理, 定时更换卧位、翻身并进行叩背, 从而促进分泌物的引流。在气囊松气前应当及时做好口鼻咽喉部位的分泌物清理, 并基于经鼻咽引流管做好分泌物吸引, 规避误吸的发生。再次, 机械通气监护, 做好机械通气护理, 对于机械通气时间达到 10 天以上的患者, 应当严密检测患者的通气设备的相关参数, 特别是潮气量、通

气量、呼吸频率、呼吸比以及吸气流速等相关数据指标的全程检测。在护理期间需要结合血气结果、疾病症状与胸片做好综合通气功能评估, 预防并发症; 最后, 营养支持和水电平衡护理。机械通气治疗过程中需要提供鼻饲饮食支持, 维持每天热量摄入维持在 1500KJ, 液体摄入量控制在 2500ml, 维持营养和水电解质平衡, 并做好全程记录及时反馈。

1.2.2 满足安全和护理需求

首先, 安全护理。安全和保护属于患者第二层次的基本需求, 临床中呼吸重症疾病患者大多存在生字改变与躁动不安的表现, 此时便需要患者提供安全保护, 做好安全性保护约束, 适当强化无菌操作和环境空气质量, 预防医院内感染并强化基础性护理, 制定详细的护理计划, 并明确护理工作内容, 基于责任护士签字后实施; 其次, 补偿性护理。按照患者不同程度的自理缺陷问题, 按照患者的病情阶段基于生命体征做好动态化变化信息的记录, 随时做好评估并引导患者进行自我护理。基于护理活动提供全补偿、部分补偿与支持与教育结合的系统, 针对神志不清与昏迷患者在护理期间提供有效补偿。针对卧床患者可以提供部分补偿护理, 针对恢复期的患者提供相应的支持和健康教育。

1.2.3 满足爱、尊重和自主性需求

因为重症医学科收治患者普遍需要借助机械通气治疗, 在临床中带有紧张、恐惧、孤独以及焦躁等情绪问题, 特别是老年患者这一些症状更为突出。对此, 对于病情危重、高龄以及长期卧床的患者, 应当从心理层面上提供支持, 由责任护士做好心理评估, 并根据评估结果做好相应的心理护理。根据患者的文化程度采取相对应的语言方式进行沟通, 同时基于朋友或家人等身份角度上做好对患者的关心, 针对患者的心理情绪采取对应护理, 如患者治疗积极性较差, 则提供相应的安抚支持, 通过有效案例强化患者治疗信心。

为患者提供老年呼吸重症、相关疾病、治疗方案的教育, 主要是借助视频资料、图片手册等多种途径强化患者的疾病认知程度, 借助家庭随访教育结合电话监督教育的方式, 为患者家属开展各种关于疾病的讲座活动, 提升患者对于老年呼吸重症疾病认知, 在教育和行为双方面提供指导, 强化患者治疗积极性与配合依从性。

从患者进入重症医学科开始到出院期间提供全程化的病情动态观察护理, 针对异常进展应当及时报告医师并做好病情的控制, 针对病情缓解状况及时反馈给患者, 从而保障患者对临床医护工作的信任。另外, 满足患者的自主性需求, 基于主动解释不同治疗与护理操作的必要性与可能存在的感受, 在治疗过程中陪伴患者, 促使患者形成安全感和主动配合。在护理期间不同阶段应当做好对患者健康需求以及自我保健知识的评估, 在健康恢复期可以为患者讲解合理氧疗的重要性, 并提供呼吸功能锻炼以及咳嗽支持。

1.3 观察指标

对比呼吸导管相关并发症、舒适与呼吸功能评分、护理满意度和情绪指标。

护理服务满意度评价时基于患者及其家属共同评价, 评价结果划分为

非常满意、满意和不满意。情绪指标采用 SAS、SDS 量表进行评价。

1.4 统计学方法

本次医学论文研究采用 SPSS 软件实现对数据的处理分析,同时判断数据对比结果是否满足统计学价值。在数据处理时基于正态、非正态、计量分布的方式处理,应用样本独立检验完成数据处理,数据组间采取平均统计,在两组数据对比期间采用 $P < 0.05$ 代表统计学意义。

2. 结果

2.1 呼吸导管相关并发症

实验组治疗期间并发症发生率低于常规组, $P < 0.05$ 。详情见表 3。

表 3 并发症发生率对比

组别	感染	压疮	导管脱落	相关性肺炎	发生率
实验组 (n=60)	1	0	1	0	6.67%
常规组 (n=60)	3	2	2	1	26.67%
P	-	-	-	-	<0.05

2.2 舒适与呼吸功能评分

实验组舒适评分和呼吸功能的缺损在护理后均优于常规组, $P < 0.05$ 。详情见表 1。

表 1 舒适评分以及呼吸功能缺损评分对比

组别	例数	舒适评分 (分)		呼吸功能评分 (分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	60	62.43±8.43	78.46±8.46	9.50±1.68	16.24±3.16
常规组	60	63.25±7.44	61.25±3.51	9.45±1.58	8.25±3.22
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 护理满意度

实验组患者对于重症监护病房的护理服务满意度明显高于常规组, $P < 0.05$ 。详情见表 2。

表 2 护理服务满意度对比

组别	非常满意	满意	不满意	满意率
实验组 (n=60)	28	31	1	98.33%
常规组 (n=60)	10	34	16	73.33%
P	-	-	-	<0.05

2.4 情绪指标

实验组舒适评分和呼吸功能的缺损在护理后均优于常规组, $P < 0.05$ 。详情见表 4。

表 4 情绪指标

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	60	77.13±4.82	28.20±4.03	76.79±5.46	32.00±6.10
常规组	60	69.20±10.61	59.23±9.82	68.98±6.11	53.44±6.22
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3. 讨论

重症医学科与其他病房患者相比,其存在病情危重以及体征稳定性较差等表现,在临床中应当基于患者的实际情况采取针对性、系统化的护理支持^[4]。在护理内容设计过程中,需要基于患者的实际情况设计护理内容,此时需要层次论便显得非常重要。基于需要层次论能够满足患者的实际需

求,有利于对症护理,可以确保患者的早期康复效果^{[5][6]}。

需求层次理论是由美国心理学家马斯洛提出的思想理论,其主要是指人的基本需求带有逐层递进的表现,按照患者不同情况之下的迫切需求明确护理问题,并制定具体的护理措施^{[7][8]}。在麻醉清醒的前期,满足患者最基本的生理需求,也就是辅助呼吸、高级生命支持,同时在患者苏醒之后开展机械通气,满足患者的安全需求,并缓解患者的不安全感、孤独感^[9]。在老年呼吸重症患者的护理服务期间,可以基于需要层次论,改善患者的通气功能并维持代谢平衡,在满足患者安全与保护需求的同时,可以有效衣服昂并规避集体损伤可以提供补偿性的护理^{[9][10]}。在满足患者爱和归属、自尊以及自主等高层次需求的同时,可以将这一护理需求贯穿在整个护理过程中,为患者提供高度尊重,并主动和患者进行沟通交流,消除不安的情绪,从而满足心理层面上的需求,满足患者的不同层次需求,从而提高患者的整体预后水平^{[11][12]}。需求层次理论结合护理干预方法,提出了“以病人需求为中心”的整体护理模式^[13]。老年人由于生理机能下降、生理功能退化及心理上的变化,在生活自理能力方面有其特殊性,因此需要护士更多关注老年人的身心健康问题,满足其合理需求^[15]。

本研究结果显示,实验组呼吸导管相关并发症发生率显著低于常规组,舒适与呼吸功能评分、护理满意度以及情绪指标明显优于常规组, $P < 0.05$ 。本次研究结果证明对于需要层次论用于重症医学科的应用价值显著,提高患者对于疾病的认知能力,从而保障疾病的控制效果,可以作为临床中重症监护患者的有效护理方案。

综上所述,需要层次论在重症医学科的整体护理应用价值较高,能够满足患者的身心质量与舒适性需求,可以实现对症状的改善有利于规避并发症,值得推广。

参考文献:

- [1]李国萍,王承莲,尹芳,等.快速康复外科护理对腰间盘突出症患者术后并发症、肢体功能及自我效能感的影响[J].中国医药导报,2018,15(14):5.
- [2]陈素珍,刘荣娇.马斯洛需要层次理论的应用对感染性眼内炎患者负性情绪及护理满意度的影响[J].眼科学报,2020,35(04):279-282.
- [3]王芳,潘薇,谢幼华,陈秀君.基于马斯洛需要层次理论的干预对肠造口患者的影响[J].医药高职教育与现代护理,2020,3(05):383-386.
- [4]郑瑜芳,林桂芬.需要层次理论在儿童糖尿病护理中的应用[J].糖尿病新世界,2020,23(12):148-150.
- [5]惠峰利.基于需要层次理论的护理干预对卵巢囊肿患者术后恢复及生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(05):196-198.
- [6]何晓敏,梁楚莹,卢妍燕.结合需要层次理论的护理干预对高血压脑出血患者的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(02):230-232.
- [7]成芳瑜,蒋丽.结合需要层次理论的护理干预在重症急性胰腺炎患者中的临床应用[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(48):60-61.
- [8]王学枝.基于需要层次理论的优质护理在产后尿潴留患者中的应用评价[J].黑龙江中医药,2019,48(04):258-259.
- [9]周菲.基于马斯洛需要层次理论的中医临床护理在老年前列腺增生早期治疗中的应用研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2017,38(21):2599-2600.
- [10]朱彩香.需要层次理论在肺结核患者护理中的应用[J].中国乡村医药,2017,24(04):74-75.
- [11]刘玉凤,王秋琴.人类基本需要层次理论的临床护理应用现状及对策[J].现代盐化工,2016,43(06):103-105.
- [12]祁晓磊,刘平.马斯洛需要层次理论在老年气管切开患者护理中的临床应用[J].中华肺部疾病杂志(电子版),2015,8(02):218-219.
- [13]虞凌霞.基于马斯洛需求层次理论的多维度心理干预在重症监护病房肿瘤患者中的应用[J].医学临床研究,2020,37(3):471-474.

舒适护理在改善无痛人流患者睡眠质量和生活质量中的应用

权雪梅

山东省菏泽市单县南城人民医院 山东菏泽 274300

摘要:目的 探讨舒适护理在改善无痛人流患者睡眠质量和生活质量中的应用效果。方法 选择2018年6月至2021年6月在我院门诊行无痛人流人工流产术的女性130例,随机分为对照组和观察组,各65例。对照组采用常规护理,观察组联合舒适护理干预。观察两组护理前、后睡眠质量及生活质量的改善情况。结果 护理后,观察组入睡时间、睡眠时间、睡眠效率及日间功能障碍评分均显著低于对照组(P 值均 <0.05)。护理后,观察组躯体功能、身体疼痛、总体健康、生理功能评分均高于对照组(P 值均 <0.05)。结论 无痛人流患者采用舒适护理干预效果显著,可改善其睡眠质量及生活质量,值得临床借鉴。

关键词:无痛人流术;舒适护理;睡眠质量;生活质量

近年来,随着我国经济水平的不断发展,女性生殖健康问题受到广泛关注,其中无痛人流术是临床终止意外妊娠的主要方法。但人工流产女性心理状态起伏较大,易出现焦虑、抑郁等负性情况,加之患者对疾病相关知识认知不足,导致术后自我保护意识不高,易对身体造成二次伤害^[1]。因此,采取科学的护理干预措施对人流术后女性尤为重要。舒适护理是一种个性化护理模式,可以从全方面护理入手使患者生理、心理层面均达到舒适状态,以提高患者自我管理能力和改善预后^[2-3]。鉴于此,本研究对无痛人流患者采用舒适护理干预,旨在探讨其在改善患者睡眠质量和生活质量方面的应用效果,现报告如下:

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年6月至2021年6月在我院门诊行无痛人流人工流产术的女性130例作为研究对象,纳入标准:①经妇科检查符合人工流产术指征;②无麻醉禁忌症;③患者自愿终止妊娠,并签署同意书。排除标准:①生殖系统炎症或合并宫颈瘢痕者;②反复流产史患者;③凝血功能障碍;④精神异常、治疗依从性差;⑤自身原因中途退出研究者。采用随机抽样法分为对照组($N=65$)和观察组($N=65$);两组患者一般资料比较(见表1),差异无统计学意义(P 值均 >0.05)。

表1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	N	年龄(岁)	体重指数 (kg/m^2)	产次(次)	孕期(d)
观察组	65	25.42 $\pm$ 3.17	23.19 $\pm$ 4.30	0.86 $\pm$ 0.23	56.08 $\pm$ 12.41
对照组	65	26.03 $\pm$ 3.22	23.45 $\pm$ 4.33	0.93 $\pm$ 0.19	57.13 $\pm$ 12.58
t 值		0.139	0.344	1.892	0.479
P 值		0.278	0.732	0.061	0.633

1.2 方法

两组患者均行无痛人流人工流产术,在此基础上对照组术后采用常规护理,包括:健康宣教、规范用药指导、饮食管理、定期随访等。观察组在对照组基础上给予舒适护理干预。具体如下:

1.2.1 舒适度评估 组建舒适护理管理小组,要求由具有中级以上职称,本科及以上学历,在妇科工作5年以上的6名专业人员(护士长、副主任医师、4名责任护士)组成;小组成员根据专科护理内容并结合患者个体差异性制定舒适护理方案。

1.2.2 舒适护理实施 术前:①健康宣教:向患者宣教无痛人流手术的目的、危害及注意事项,树立其正确的生育观,并指导患者进行肺功能锻炼。②环境舒适:在观察室走廊设置生殖保健、无痛人流等方面宣传画,确保手术环境卫生,为患者营造一个温馨舒适的治疗环境。③心理舒适:与患者密切交流,耐心倾听其心理倾诉,通过冥想、呼吸放松训练,提高患者自信心,以较佳状态准备手术。术中:①严格按照无菌操作原则,优化手术流程。告知患者术中通过复合麻醉推注丙泊酚镇痛,患者可在无痛状态下完成手术;②保温:严格保温,室内温度控制在24~26℃,覆盖绝缘毯并使用温热洗涤液,将患者体温控制在(36.5 $\pm$ 0.5)℃。术后:①术后麻醉逐渐消退,受宫缩痛影响患者易出现焦虑、烦躁等负性情况,应采用产后康复治疗仪进行镇痛处理,并加强心理疏导。②指导患者术后加强康复训练,如瑜伽、健美操、慢走等,运动强度:基础心律+30次/min为准,运动前控制心率在75~120次/min,呼吸 <30 次/min,收缩压90~150mmHg,舒张压60~90mmHg;运动时间、频率:30min/次,采用循序渐进法逐渐增加运动量以促进患者康复。术后1周内主动安排随访,随后每个月电话随访一次,共干预3个月。

1.3 观察指标

1.3.1 睡眠质量 于护理前、后采用睡眠质量指数量表(PSQI)^[4]中的入睡时间、睡眠时间、睡眠效率及日间功能障碍4个项目进行评价,每项评分0~3分,得分越高,表示患者睡眠质量越差,该量表Cronbach's α 系数为0.845,分半效率系数为0.824,具有良好的信度和效度。

1.3.2 生活质量 于护理前、后采用生活质量量表(SF-36)^[5]中的躯体功能、身体疼痛、总体健康、生理功能等4个维度进行评价,得分范围0~100分,得分越高,生活质量越好。该量表Cronbach's α 系数为0.94,内部一致性良好。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件分析,计量资料以($\bar{x} \pm S$)表示,采用 t 检验;计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理前后PSQI评分比较

护理后,两组入睡时间、睡眠时间、睡眠效率及日间功能障碍评分均低于护理干预前(P 值均 <0.05),且观察组均低于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 两组护理前后PSQI评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	N	入睡时间		t 值	P 值	睡眠时间		t 值	P 值
		护理前	护理后			护理前	护理后		
观察组	65	2.36 $\pm$ 0.45	1.40 $\pm$ 0.28	14.603	0.000	1.86 $\pm$ 0.55	1.38 $\pm$ 0.45	5.446	0.000
对照组	65	2.43 $\pm$ 0.51	1.85 $\pm$ 0.32	7.767	0.000	1.91 $\pm$ 0.49	1.63 $\pm$ 0.51	3.192	0.002

<i>t</i> 值		0.830	8.532			0.547	2.963		
<i>P</i> 值		0.408	0.000			0.585	0.004		
组别	<i>N</i>	睡眠效率		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	日间功能障碍		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
		护理前	护理后			护理前	护理后		
观察组	65	2.13±0.50	0.93±0.27	16.000	0.000	1.94±0.63	0.93±0.31	11.597	0.000
对照组	65	2.06±0.47	1.28±0.41	10.083	0.000	1.88±0.68	1.26±0.33	6.613	0.000
<i>t</i> 值		0.470	5.748			0.522	5.876		
<i>P</i> 值		0.639	0.000			0.603	0.000		

2.2 两组护理前后 SF-36 评分比较
 护理后, 两组患者 SF-36 量表各项评分均高于同组护理前 (*P* 值均 < 0.05), 且观察组高于同期对照组 (*P* 值均 < 0.05)。见表 3。

表 3 两组护理前后 SF-36 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>N</i>	躯体功能		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	身体疼痛		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
		护理前	护理后			护理前	护理后		
观察组	65	68.53±9.33	87.03±13.46	9.107	0.000	64.53±8.25	85.31±11.17	12.065	0.000
对照组	65	67.26±9.18	80.33±12.15	6.920	0.000	65.12±8.48	77.49±10.25	7.497	0.000
<i>t</i> 值		0.782	2.979			0.402	4.159		
<i>P</i> 值		0.436	0.003			0.688	0.000		
组别	<i>N</i>	总体健康		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	生理功能		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
		护理前	护理后			护理前	护理后		
观察组	65	70.17±9.66	87.08±12.31	8.713	0.000	67.04±8.13	90.40±12.65	12.525	0.000
对照组	65	70.41±9.37	81.89±12.06	6.060	0.000	65.91±8.08	83.23±11.26	10.076	0.000
<i>t</i> 值		0.144	2.428			0.795	3.413		
<i>P</i> 值		0.886	0.017			0.428	0.001		

3 讨论

据相关资料统计^[6], 全球每年行无痛人流手术人数高达 4000~6000 万人, 而我国作为人口大国, 人工流产率始终保持在较高水平。由于孕妇年龄、文化程度、人流原因等不同, 可能会对其带来不同程度的心理和社会压力。临床研究表明, 人流术后患者焦虑、抑郁的发生率为 52.7% 和 54.2%^[7]。因此, 需要护理人员在人流术后注重人文关怀, 提供科学的护理干预措施, 以缓解患者生理、心理不适, 提高自护意识。

以往常规护理形式单一, 缺乏针对性和科学性, 患者多被动接受, 故难以取得良好的康复效果^[8]。舒适护理是目前临床上应用较为广泛的一种护理模式, 充分体现了“以患者为中心”的护理理念, 能根据个体需求差异, 制作一套思路清晰、切实可行的干预方案, 使患者在生理、心理层面达到最愉快的状态, 从而自主、自觉、有目的的参与到临床康复中, 对提高患者自护意识及自我管理能力和具有积极作用^[9-10]。高红霞等^[11]研究表明, 舒适护理可缓解乳腺癌患者术前疲劳和焦虑情绪, 提高治疗依从性, 从而保障手术顺利实施。丁巧等^[12]将其应用于卵巢癌化疗患者中, 也取得了理想效果。因此, 本研究对无痛人流患者采用舒适护理服务, 主要从术前、术中及术后 3 个环节多方面调节干预, 同时应用 PSQI 量表、SF-36 量表对患者睡眠质量及生活质量进行评估, 结果显示, 护理后, 观察组患者 PSQI 量表、SF-36 量表各项评分均显著优于同期对照组 (*P* 值均 < 0.05), 说明舒适护理可显著改善无痛人流患者睡眠质量及生活质量。分析其原因可能是, 舒适护理更符合患者躯体功能恢复规律, 通过健康宣教及心理指导, 培养患者对主观情绪的元认知、评判及超然的态度, 使患者身心达到最愉快的状态, 以调节自身生理、心理活动; 营造舒适环境有助于减轻患者焦虑以及抑郁等不良情绪, 提高治疗依从性; 术后镇痛配合运动处方干预可加快血液循环, 促进组织新陈代谢, 提高机体功能, 从而有效改善睡眠, 提高生活质量。

综上所述, 无痛人流患者采用舒适护理干预效果显著, 可改善其睡眠质量及生活质量。但本研究纳入样本量较少, 结果可能存在一定偏差; 且

研究对象均来自同一家医院, 代表性不足; 今后需增加样本来源作进一步研究。

参考文献:

- [1]徐青, 马慧媛, 马洁桦, 等. 人工流产女性术前焦虑抑郁情绪调查及相关因素分析[J]. 中国计划生育学杂志, 2020, 28 (7): 990-993, 997.
- [2]王萍, 郑雪梅. 舒适护理对主动夹层患者术后应激反应及预后的影响[J]. 医学临床研究, 2019, 36 (6): 1248-1249.
- [3]王丽华, 张晶, 李春, 等. 舒适护理对消化内镜检查患者心理生理评分及成功率的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2019, 16 (2): 228-230.
- [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 (3): 260-263.
- [5]杨小混, 王阳, 李秀君, 等. SF-36 量表的信度和效度评价[J]. 解剖科学进展, 2009, 15 (4): 383-385.
- [6]顾向应, 车焱. 人工流产和避孕大数据对生育政策放宽后我国计划生育工作的启示[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34 (1): 46-51.
- [7]杨丽春. 人工流产后关爱服务对患者焦虑、忧郁及护理满意率的影响[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6 (32): 171.
- [8]钱森美, 卜炜琴, 朱仲群. 团体心理干预对人工流产后即刻放置左炔诺孕酮宫内节育系统妇女焦虑和抑郁的影响[J]. 中国性科学, 2020, 29 (6): 147-149.
- [9]容亚凤, 杨玉英, 敬晓华. 舒适护理对高血压患者生活质量的影响[J]. 山西医药杂志, 2019, 48 (22): 2828-2830.
- [10]徐静静, 冯晓萍, 杨雪平. 舒适护理在妊娠合并心衰患者行剖宫产手术中的应用[J]. 贵州医药, 2020, 44 (9): 1483-1484.
- [11]高红霞, 何瑞仙, 梁雅楠, 等. 舒适护理模式缓解乳腺癌患者术前疲劳和焦虑的效果研究[J]. 护理管理杂志, 2020, 20 (6): 419-422, 433.
- [12]丁巧, 庄翠芳, 张芳, 等. 舒适护理在改善卵巢癌化疗患者睡眠质量和生活质量中的应用[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26 (3): 374-377.

CRRT 在主动脉夹层病人术后应用的护理体会

宋彩云

广州医科大学附属第一医院 广东广州 510120

摘要：目的：探讨主动脉夹层患者在连续性肾脏替代法治疗期间的护理干预措施及其效果。方法：选取 2020 年 1 月到 2021 年 10 月我院接受主动脉夹层手术患者在术后接受 CRRT 治疗及其护理的 26 例患者。常规组应用常规护理。实验组采用综合性护理措施。对比治疗干预指标、凝血指标、心血管并发症以及生活质量。结果：在治疗干预后实验组患者的治疗干预指标、凝血指标以及心血管并发症均明显优于常规组， $P < 0.05$ 。实验组生活质量均明显高于常规组， $P < 0.05$ 。结论：综合护理措施可以有效应用于主动脉夹层 CRRT 治疗患者，整体干预效果较好并且治疗稳定性明显，有利于改善凝血状况，值得推广。

关键词：主动脉夹层；连续性肾脏替代法；护理体会

连续性肾脏替代法主要是指基于体外血液净化治疗为基础，每天连续性治疗 24 小时或间接 24 小时开展连续性的血液净化治疗，这一种治疗方式可以有效替代受损的脏器功能，同时对于危重症患者有一定的支持性作用，尤其是对于主动脉夹层危重症患者，可以有效清理溶质预算灰分，可以促使患者的病情得到有效稳定^[1-2]。与此同时，有研究认为，对于主动脉夹层治疗患者，在连续性肾脏替代法治疗期间应当采取积极有效的护理干预措施，借助护理措施达到治疗效果辅助性干预，从而实现对并发症的有效控制，提高患者的早期康复效果。近些年有研究认为，对于接受主动脉夹层患者在手术治疗后，可以应用连续性肾脏替代治疗并结合有效护理干预措施，整体干预效果明显并且有利于病情的稳定与控制^[3-4]。对此，本文基于论著对比探讨不同护理干预措施应用于主动脉夹层术后连续性肾脏替代治疗患者。具体研究内容如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月到 2021 年 10 月我院接受主动脉夹层手术患者在术后接受 CRRT 治疗及其护理的 26 例患者。根据患者接受的护理措施不同分为两组。实验组患者 13 例，男女分别 8 例、5 例，年龄（61.36±5.22）岁，其中合并高血压患者 4 例；常规组患者 13 例，男女分别 7 例、6 例，年龄（62.57±5.35）岁，其中合并高血压患者 5 例。两组患者的一般资料无组间差异， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

常规组采取单纯围术期护理服务，因为患者病情危重，在进入科室后需要做好全程生命体征检测，并提供心电监护，吸入氧气并控制血压、心率，提供镇痛镇静干预。针对病情和凶险程度进行评估，提前做好护理准备。对于存在血压异常提升患者提供普米沙坦或乌拉地尔进行血压控制，在用药期间需要做好对心率、神志、心电图以及血压等方面指标的测定。如果患者进入科室时存在心率增快表现，则可根据医嘱提供美托洛尔进行心率控制，延缓夹层水肿的蔓延。在手术之前做好准备，禁食并检查足背动脉的脉搏检查，观察心率变化，为患者讲解疾病知识和手术流程讲解，做好疾病宣教，促使患者做好心理准备。在术后持续测定血压与心率。同时提供疼痛和肢体血供的护理，做好潜在并发症的评估和预防性护理。

实验组根据 CRRT 的实施提供综合护理，具体护理措施如下：1、基础护理。首先是心理护理，对于夹层手术患者拔除气管插管后，神志清晰时对于监护室的环境较为陌生此时发生紧张与焦虑情绪的可能性相对较高。在护理期间应当从术前开始，为患者提供监护室环境指导教育，同时介绍可能使用的仪器设备，促使其能够更快适应环境，并和患者保持耐心交流，提供鼓励与安抚，消除孤独无助感受，尽可能降低躁动去情绪。在患者血流动力学稳定的基础上及时翻身，同时在骶尾部可采用泡沫敷料达到压疮衣服昂目的，指导患者采取踝泵运动。最后是饮食护理。对于主动脉夹层患者，因为接受机械通气治疗的时间比较长，长时间无法经口进食，此时肾损伤患者大多数处于负氮平衡，所以营养支持显得非常重要。对于没有脱机的患者应当早期提供胃管营养支持，改善营养状况，并在脱机且神志清晰后鼓励患者采取高蛋白与高热量饮食；2、CRRT 期间的护理。首

先，做好生命体征的监测和护理。主动脉夹层患者术前往住存在高合并症，所以在 CRRT 期间需要做好心率、中心静脉压以及有创血压的检测，如出现血流动力学波动应当及时分析波动原因并进行处理。其次，针对凝血情况做好监测和护理。因为手术期间体外循环时间比较长，此时血小板与凝血因子被大量消耗，手术后会发凝血功能降低表现，而 CRRT 治疗需要维持管路通畅会使用抗凝剂，这会间接提升出血风险。高度重视患者瞳孔与神志变化，预防脑出血与相关并发症，定时做好血液抽检，对于存在异常的患者应当及时报告意识。在注重出血风险同时还应当注重抗凝不足而导致的血栓，需要观察滤出液的速度与颜色，在速度明显减慢或颜色发黑时证明滤器堵塞，此时应当及时更换并强化抗凝；3、CRRT 管路护理。在置管完成后应当妥善固定管道，采用无菌纱布进行包裹，每天更换 2 次敷料。定期检查管路情况，规避脱落和打折等问题，尽可能减少不必要的体位变动，翻身时也应注重对管路的保护。如患者存在烦躁表现，此时肢体活动较多可以提供适当约束，预防因为体位变动而导致管道异常导致血流量改变。对此，在护理期间需要严格做好液体的配置和更换时的无菌原则，及时检查输液袋是否严密包装、是否存在漏气，做好现配现用。在配液后应当及时盖紧盖子，规避污染。对于静脉置管口需要采用碘伏进行消毒，确保局部敷料干燥，在操作前后对管口进行消毒；4、认知层面护理。因为主动脉夹层患者普遍需要借助多方面的治疗，在临床中带有紧张、恐惧、孤独以及焦躁等情绪问题，特别是老年患者这些症状更为突出。对此，对于病情危重、高龄以及长期卧床的患者，应当从心理层面上提供支持，由责任护士做好心理评估，并根据评估结果做好相应的心理护理。根据患者的文化程度采取相对应的语言方式进行沟通，同时基于朋友或家人等身份角度上做好对患者的关心，针对患者的心理情绪采取对应护理，如患者治疗积极性较差，则提供相应的安抚支持，通过有效案例强化患者治疗信心。从患者进入医院开始到出院期间提供全程化的病情动态观察护理，针对异常进展应当及时报告医师并做好病情的控制，针对病情缓解状况及时反馈给患者，从而保障患者对临床医护工作的信任。另外，满足患者的自主性需求，基于主动解释不同治疗与护理操作的必要性与可能存在的感受，在治疗过程中陪伴患者，促使患者形成安全感和主动配合。在护理期间不同阶段应当做好对患者健康需求以及自我保健知识的评估，在健康恢复期可以为患者讲解合理康复训练的重要性，提供预后康复训练等相关干预支持。

1.3 评判标准

对比治疗干预指标、凝血指标、心血管并发症以及生活质量。

干预有效率基于血钾、血钠、SCR 以及 BUN 指标进行测定。凝血指标涉及到 PT、APTT 以及 TT。

1.4 统计学方法

本次研究中治疗效果相关指标、凝血功能指标采用 SPSS25.0 软件以均数方式进行统计，对于性别与并发症指标采用百分比数据方式进行统计并对比。数据对比结果基于检验方式处理，检验结果中 $P < 0.05$ 代表数据满足统计学意义标准。

2. 结果

2.1 干预效果对比

在治疗干预后实验组患者的治疗干预指标均优于常规组, $P < 0.05$, 详情见表 1。

表 1 治疗效果对比

组别	例数	血钾 (mmol/L)	血钠 (mmol/L)	SCR ($\mu\text{mol/L}$)	BUN (mmol/L)
实验组	30	2.5 $\pm$ 1.8	7.5 $\pm$ 1.7	17.8 $\pm$ 2.9	434.4 $\pm$ 34.5
常规组	30	2.6 $\pm$ 1.6	5.2 $\pm$ 2.2	27.8 $\pm$ 6.0	522.7 $\pm$ 38.8
P 值	-	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 凝血指标对比

实验组凝血指标在干预后测定时明显优于常规组, $P < 0.05$, 详情见表 2。

表 2 凝血指标对比

组别	例数	PT	APTT	TT
实验组	30	82.34 $\pm$ 3.24	80.21 $\pm$ 3.64	81.27 $\pm$ 3.64
常规组	30	66.24 $\pm$ 3.25	68.43 $\pm$ 2.94	64.24 $\pm$ 3.66
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05

表 4 生活质量对比

组别	例数	独立能力	个人信仰	社会关系	环境关系	生理健康	心理状况
实验组	30	82.34 $\pm$ 3.24	80.21 $\pm$ 3.64	81.27 $\pm$ 3.64	74.24 $\pm$ 5.24	74.24 $\pm$ 3.94	80.64 $\pm$ 3.99
常规组	30	66.24 $\pm$ 3.25	68.43 $\pm$ 2.94	64.24 $\pm$ 3.66	65.54 $\pm$ 4.00	64.24 $\pm$ 4.21	61.24 $\pm$ 3.22
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

主动脉夹层属于临床中的危重症疾病, 在临床治疗期间发生并发症的可能性相对较高, 并且还存在着多发性损伤表现, 因为疾病本身会导致患者的情绪状况改变, 此时会出现营养状况、身体素质水平下降的表现, 所以医务人员应当提高对患者风险的管理, 并针对性做好风险防控^{[5]-[6]}。随着近些你那医学技术的持续发展, 开展连续性肾脏替代治疗的患者, 不仅需要注重肾功能的障碍表现, 还应当在治疗过程中结合通气、营养支持等抢救措施^{[7]-[8]}。对于大多数的 ICU 主动脉夹层患者, 往往会采用临时性的管路, 这一些操作方式均需要做好对器械管路的检查, 连接体外血液通路并做好体液调整, 同时提供抗凝干预, 这一些对于护理人员的工作能力也有着较高的要求^[9]。在临床中对于接受 CRRT 治疗的主动脉夹层患者, 采取综合护理措施, 可以基于患者的病情制定针对性的护理方案, 可以保持护理方案的细节化落实, 可以促使护理内容更好的满足患者的治疗需求, 确保治疗过程可以顺利进行, 同时对于 CRRT 治疗, 可以从体位、管道以及抗凝等多方面提供护理干预, 有利于降低心血管并发症的发生, 这也是确保 CRRT 治疗效果与安全性的关键^{[10]-[11]}。从本次研究角度来看, 基于综合护理不仅可以稳定患者的生命体征, 同时还能够保障治疗操作的连续性, 可以有效清理有害物质并保障抗凝效果, 对于提高护理质量以及家属满意度有着一定的支撑作用, 可以作为常规干预措施^[12]。

本研究结果显示, 在治疗干预后实验组患者的治疗干预指标、凝血指标以及心血管并发症均明显优于常规组, $P < 0.05$ 。实验组生活质量均明显高于常规组, $P < 0.05$ 。本研究结果充分证明采取综合护理措施对于 CRRT 治疗主动脉夹层患者具备较高的临床应用价值, 可以在稳定基础生命指标的同时改善患者的凝血功能指标, 有利于并发症的防控, 可以作为常规护理干预措施。

综上所述, 综合护理措施可以有效应用于主动脉夹层 CRRT 治疗患者, 整体干预效果较好并且治疗稳定性明显, 有利于改善凝血状况, 值得推广。

实验组	30	10.13 $\pm$ 1.28	27.34 $\pm$ 3.22	15.46 $\pm$ 1.41
常规组	30	15.23 $\pm$ 1.34	34.46 $\pm$ 3.11	21.21 $\pm$ 2.09
P 值	-	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 并发症发生情况对比

实验组在整个治疗过程中心血管并发症明显优于常规组, $P < 0.05$, 详情见表 3。

表 3 并发症发生情况对比

组别	例数	心律失常	心力衰竭	体外循环障碍	低血压	其他	发生率
实验组	30	0	0	1	1	0	2 (6.67%)
常规组	30	3	2	1	1	2	9 (30.00%)
P 值	-	-	-	-	-	-	<0.05

2.4 生活质量对比

实验组生活质量均明显高于常规组, $P < 0.05$ 。如表 4。

参考文献:

- [1] 祝书丽. 专业护理小组在 CRRT 救治危重症患者中的应用价值分析[J]. 健康必读, 2019, 000 (026): 107-108.
- [2] 谷春梅. 研究重症急性胰腺炎 CRRT 治疗的临床护理价值[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (11): 2.
- [3] 米芷颖. CRRT 联合 HP 治疗高脂血症性重症急性胰腺炎的临床效果观察[J]. 基层医学论坛, 2018, 22 (16): 3.
- [4] 王成. 重症患者行 CRRT 治疗期间采用集束化护理方案的效果评价[J]. 医药界, 2019 (2): 1.
- [5] 林云霞, 何晓彬, 陈杰. 重症急性胰腺炎并发急性肾衰竭的相关危险因素及预测模型[J]. 中国临床研究, 2018, 31 (8): 4.
- [6] 蔡世文, 王国平, 党晓燕. 床旁 CRRT 疗法联合异甘草酸镁注射液对重症急性胰腺炎患者血清 ICAM-1、IL-6 水平的影响[J]. 中国医师杂志, 2019, 21 (9): 1396-1399.
- [7] 盛爱玲. 综合干预对重症胰腺炎 CRRT 临床疗效及生活质量的影响[J]. 慢性病杂志, 2021, 22 (12): 1843-1846.
- [8] 孙继梅, 叶雪娇, 林文霞. CRRT 联合单泵用于蛋白 A 治疗 1 例重症狼疮合并抗心磷脂抗体综合征患者的护理体会[J]. 当代医学, 2021, 27 (35): 188-190.
- [9] 谢琪. CRRT 治疗重症胰腺炎相关感染的危险因素及围治疗期护理对策[J]. 全科护理, 2021, 19 (34): 4881-4884.
- [10] 李俊晴. 重症急性胰腺炎经 CRRT 预后相关因素分析及死亡风险预测模型建立[D]. 导师: 李博; 鲍亚丽; 黄秀玲. 河南大学, 2021.
- [11] 卓辉武, 李海云, 林日日, 刘宗贵. CRRT 治疗重症急性胰腺炎的时机选择及对病情转归的影响[J]. 检验医学与临床, 2021, 18 (22): 3257-3260.
- [12] 江罗佳, 许海波, 陈紫怡, 冯晓然. 尿 TIMP-2、IGFBP7 对危重症 AKI 患者 CRRT 脱机成功的预测价值[J]. 检验医学与临床, 2021, 18 (21): 3096-3100.

医院-社区-家庭过渡期护理干预在痔疮手术患者中的应用方法及效果

谭雅丹 戴欣 丁艳艳 关一敏 李唐薇

澧县人民医院 415500

摘要:目的 探讨医院-社区-家庭过渡期护理干预在痔疮手术患者中的应用方法及效果;方法 选择实施痔疮手术的患者 120 例为研究对象,随机将其分成两组,组名分别为观察组与对照组,各组 60 例,其中对照组患者实施常规护理干预,观察组患者在对照组的基础上实施医院-社区-家庭过渡期护理干预,比较分析两组患者的干预前后情况。对比观察组和对照组患者的住院时间、肛管最大静息压和切口愈合时间;结果 护理干预前两组患者 HAMA、NRS、ESCA、SF-36 评分相比无明显差异,无统计学意义($P>0.05$),通过不同方式干预后,观察组患者的 HAMA、NRS、ESCA、SF-36 评分显著优于对照组患者,两组患者相比差异有统计学意义($P<0.05$),观察组患者的住院时间、切口愈合时间明显短于对照组,肛管最大静息压低于对照组,两组患者相比差异有统计学意义($P<0.05$);结论 在对痔疮患者进行护理时,使用医院-社区-家庭过渡期干预护理措施以后,最大程度的缓解了患者术后的焦虑情绪和疼痛感,使患者的生活品质和自我护理能力都发生了明显的改观,将术后并发症控制到最少,加快切口愈合速度。因此,医院-社区-家庭过渡期干预护理措施值得在临床上大范围推广。

关键词:医院-社区-家庭过渡期护理干预;痔疮手术;HAMA 评分;NRS 评分;ESCA 评分;SF-36 评分

人体直肠末端黏膜下和肛管皮肤下静脉丛出现屈曲和扩张的情况以后,形成的柔软静脉团被称之为痔。痔也被称之为痔疾、痔核、痔病、痔疮等,痔疮属于慢性病的范畴,痔疮以一个或者是多个柔软静脉团的形式存在。临床上最为常见的肛门直肠疾病就是痔,不会受年龄大小的影响,只能是随着年龄的不断增加,而出现病情严重的情况。临床上,痔被分为混合痔、内痔和外痔等几种形式,病情比较复杂就是混合痔,给患者、社会和家庭造成了不同程度的负面影响。肛肠疾病中,发病频率最高的就是痔疮,痔疮的主要症状有肛门四周出血、肛门脱出以及肛门疼痛等,患者还会因出血过多而发生贫血的现象,给患者的健康造成了不同程度的影响。如果患者的病情比较严重,通常会采取手术的方式治疗,术后护理的主要措施为延续性护理干预,该护理模式的缺点表现为护理质量不高、形式单一等,严重的影响了患者术后的恢复效果。使用医院-社区-家庭过渡期干预护理措施以后,患者在医院进行手术,在社会进行康复,节省了大量的医疗资源,还会使优质医疗资源得到高效的节省,使医院能够为更多的患者提供优质的服务。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2020 年 2 月至 2022 年 3 月间我院收治的实施痔疮手术的患者 120 例为本次研究对象,随机将患者分成观察组和对照组,每组 60 例,对照组中男 32 例、女 28 例,年龄 26-55 (40.11 ± 6.23) 岁;观察组男 33 例、女 27 例,年龄 25-60 (42.63 ± 7.88) 岁。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究符合《赫尔辛基宣言》相关伦理原则。

纳入标准:①已经确诊的痔疮患者;②自愿参与到研究活动中,签署了知情告知书;③正确的认识外剥内扎手术治疗方式,能够接受该治疗方式;④临床治疗资料齐全,没有任何缺失信息。

排除标准:①肾功能、合并肝不正常的患者;②患有直肠癌、合并直肠息肉等肠道疾病的患者;③肛门存在先天性畸形的情况;④精神类疾病确诊的患者;⑤存在认知功能障碍;⑥存在视力或者是听力障碍;⑦中途主动提出;⑧有其他肿瘤疾病;⑨凝血功能不健全。

1.2 方法

对照组患者使用的主要治疗方法为常规护理法,正确的指导患者饮食和运动,详细的将患者术后可能会出现并发症或者是注意事项告诉患者,护理人员严格按照医嘱给患者切口进行换药。观察组以常规护理为基础,结合使用医院-社区-家庭过渡期护理干预措施,干预护理时间为 30 天。

①医院护理。患者进入社区以后,医院护士要对社区护理人员进行专题培训,积极创建医院-社区-家庭一体化人力资源建设体系,安排专职岗位,采取现场指导和定期理论学习的方式来提升护理人员的工作水平,使其逐渐的转向绿色转诊通道。在患者同意的提前下,建立电子档案,实时跟踪观察患者的恢复情况,做到对患者的全面了解,使患者能够在短时间之内恢复健康。

②医院-社区衔接。患者转入到社区以后,专职护士将患者的就诊资料和个人信息一起转交给社区护理人员,定期对患者的恢复情况进行电话

随访和门诊随访^[1]。社区护理人员专业指导患者和家属进行康复训练。

③社区-家庭衔接。社区护理人员要定期到患者家中随访,真正的发挥医院-社区-家庭三方联动随访制度的作用,患者出院 7 天时,社区护理人员上门对患者的情况进行了解,对患者居家环境、运动量和饮食等情况进行询问;对患者在日常护理中应该注意的事项详细的告知护理人员,使其能够掌握最基本的护理措施;指导患者对每日的出血量进行记录,观察大便的情况,针对患者不同的情况给予不同的护理指导,让患者明白大便通畅是何等的重要;患者每天按时按摩腹部,从而使排便变得更加规律;患者每天晚上清洗肛门四周。患者术后 2-3 周期间,社区护理人员要对患者的恢复情况进行上门随访,对患者在恢复期间遇到的问题进行耐心的讲解,从患者的实际情况出发,合理的调整干预方案,综合分析患者出院以后的心理变化情况,鼓励患者树立康复的信息。

④预防和护理并发症。(1)尿潴留,患者术后 24h 内,嘱咐护理人员,定时让患者排尿,预防患者在手术后,因为麻醉和疼痛等问题不能及时排尿而导致尿潴留的情况发生。患者术后 8h 依然没有排尿,且下腹隆起、胀满,就要采取措施导尿。(2)切口出血,患者术后 24h 内,尽量不要下床行走,防止切口出血或者是剧烈疼痛。24h 小时以后,患者在护理人员的搀扶下,慢慢的活动身体,患者不能过早下床活动,防止造成不必要的麻烦。患者愈后,在正常学习、工作中,尽量不要久坐或者是久站。(3)术后切口感染,在手术前,患者在医生的指导下完成灌肠,使肠道内保持清洁,防止在手术过程中给肛门皮肤黏膜造成严重的损伤。手术前检查患者是否存在贫血的情况,注重对患者自身免疫力的提升。患者在排便以后,使用高锰酸钾稀溶液清洗肛门四周,保持肛门四周皮肤清洁。

1.3 观察指标

①对比观察组和对照组患者干预前后自我护理能力测定量表(ESCA)评分。在评价患者的自我护理能力时,使用自我护理能力测定量表完成相关的评估工作,量表中具体包含的选项有 43 项,评分法等级分为 5 级,总分为 172 分,患者的自我护理能力水平随着所得分值的不断升高,而变得更强。

②对比观察组和对照组患者干预前后健康调查简表(SF-36)评分。在评估患者的生活质量时,使用健康调查简表来完成相关的评估工作,简表中各项得分为实际得分减去该维度最低得分的差与该维度最高得分减去最低得分的差的百分比。最终得分越高,表明患者的生活质量也越好。

③对比观察组和对照组患者干预前后汉密顿焦虑量表(HAMA)、疼痛数字评分法(NRS)评分。在评估患者的焦虑程度时,使用汉密顿焦虑量表完成评估工作,量表中包含的内容有 14 项,每项分值为 0-4 分,患者得分在 14 分以上时,表明患者出现了焦虑的情绪,随着分值的不断升高,患者的焦虑情绪也就越来越重。在评估患者的术后疼痛感时,使用疼痛数字评分法完成评估工作,使用两端注明 0 和 10 的标尺对患者疼痛感进行检查,无疼痛感为 0 分,剧烈疼痛为 10 分。

④对比观察组和对照组患者的住院时间、肛管最大静息压和切口愈合时间。

1.4 统计学方法

所得数据采用 SPSS22.0 统计学软件进行分析处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料以百分比表示, 采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 2 两组患者在护理前后 ESCA 评分比较情况

组别	时间	自护概念	自护责任感	自我护理技能	健康知识水平	总分
观察组	干预前	17.61±2.72	14.61±2.21	29.11±2.69	50.15±5.69	111.12±14.13
	干预后	25.15±2.96	21.7±2.58	36.68±3.25	62.61±6.22	144.98±1.35
对照组	干预前	18.36±2.61	15.28±2.14	30.15±2.11	49.15±5.83	111.52±13.52
	干预后	23.68±2.83	19.10±2.62	33.83±3.61	57.48±6.15	133.88±16.11

2.2 两组干预前后 HAMA、NRS 评分情况

护理干预前两组患者 HAMA 和 NRS 评分相比无明显差异, 无统计学意义 ($P > 0.05$), 通过不同方式干预后, 观察组患者的 HAMA 和 NRS 评

2.1 两组患者在护理前后 ESCA 评分情况

护理干预前两组患者 ESCA 评分相比无明显差异, 无统计学意义 ($P > 0.05$), 通过不同方式干预后, 观察组患者的 ESCA 评分显著高于对照组患者, 两组患者相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

分显著低于对照组患者, 两组患者相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者在干预前后 HAMA、NRS 评分比较情况

组别	HAMA 评分		t	P	NRS 评分		t	P
	干预前	干预后			术后 1d	术后 10d		
观察组	12.31±2.15	8.2±1.63	12.185	0.000	4.68±0.89	1.57±0.34	30.152	0.000
对照组	11.62±2.27	10.15±1.98	3.996	0.000	4.94±0.85	1.73±0.41	30.462	0.000
t	1.872	6.05			1.942	3.324		
P	0.092	0.000			0.074	0.003		

2.3 两组患者治疗前后健康情况

护理干预前两组患者 SF-36 评分相比无明显差异, 无统计学意义 (P

> 0.05), 通过不同方式干预后, 观察组患者的 SF-36 评分显著高于对照组患者, 两组患者相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较情况

组别	时间	躯体功能	认知功能	角色功能	社会功能	情绪功能
观察组	干预前	71.36±7.24	75.61±7.63	69.11±7.76	68.85±7.24	73.61±9.24
	干预后	88.72±8.84	91.58±7.35	83.61±8.72	89.11±7.39	90.22±8.01
对照组	干预前	72.12±8.02	74.15±7.31	68.15±8.02	69.11±7.39	72.15±8.83
	干预后	83.61±9.65	85.21±8.24	89.41±7.92	84.21±7.45	84.25±7.71

2.4 两组患者住院时间、肛管最大静息压和切口愈合时间情况

观察组患者的住院时间、切口愈合时间明显短于对照组, 肛管最大静息压低于对照组, 两组患者相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者住院时间、肛管最大静息压和切口愈合时间比较情况

组别	例数	切口愈合时间	肛管最大静息压	住院时间
观察组	60	15.68±3.01	38.62±6.49	7.96±2.02
对照组	60	18.73±3.28	43.43±7.61	9.33±1.86
t	-	4.812	6.678	1.327
P	-	< 0.05	< 0.05	> 0.05

3 讨论

医院—社区—家庭过渡期干预的主要由来为术后延续性护理, 在医院、社区和家庭等三方的积极配合下, 使护理质量发生了明显的改变。痔疮患者表现出来的主要症状为患处出血、疼痛, 患者术后排便时, 会给伤口造成一定的损伤。如果患者出现大便干燥的情况, 切口会有出血、疼痛感存在, 严重的影响了患者的生活品质。观察组患者干预后的 SF-36 评分和 ESCA 评分要比对照组高, 这就充分的说明, 使用医院—社区—家庭过渡期干预措施以后, 患者在手术以后, 其自我护理能力和生活品质都发生了不同程度的变化。使用医院—社区—家庭过渡期干预护理方式以后, 患者治愈出院后, 患者的心情会比较轻松, 医生在患者术后家庭随访的过程中, 对患者的恢复情况和家庭情况进行全面的了解, 及时对干预方案进行调整, 使患者的术后恢复更加迅速, 将术后疼痛感降到最低^[5]。肛管静息压升高的主要诱因为在外界各种因素的刺激下, 肛管静脉出现了血压升高的情况, 使得患者肛门括约肌出现了下移的现象, 给正产排便造成了影响。很多痔疮患者都会出现肛管静息压升高的问题, 术后采取良好的干预措施, 能够将肛管静息压降到最低^[6]。研究中发现, 观察组患者的肛管最大静息压要低于对照组, 切口愈合时间也会更短一些, 而对于观察组患者来说, 其并发症的发生率也会更低, 这就充分的说明, 医院—社区—家庭过渡期干预护理模式能够使患者切口得到快速的愈合。

在我国, 60% 的人都患有不同程度的痔疮, 痔疮患者不分年龄大小, 最为常见的患病人群年龄保持在 20-40 岁之间, 长时间坐着或者是站着的人易于患有痔疮。在排便的过程中, 持续用力, 使得静脉内压力升高, 进而导致静脉出现肿大等问题。妊娠期的妇女, 随着静脉压迫感的不断增加, 给血液正常循环造成了不良的影响, 因此会患有痔疮的情况发生。痔疮的

特点表现为不容易根治、治疗难度大、容易复发等, 患者在手术以后, 会出现排便困难、排便疼痛的问题, 严重的影响了患者的日常生活。在对痔疮患者进行护理时, 护理人员要掌握一定的专业性知识, 依据患者的具体情况来合理的选择护理方式, 同时掌握一定的临床知识后, 会使患者能够享受到更加专业、高品质的护理服务。患者在护理人员悉心的照顾下, 他们的心情会变得更加放松, 能够感受到来自护理人员的温暖和被尊重, 患者的内心不会出现焦虑、烦躁等负面情绪, 患者可在较短的时间里快速的恢复身体健康。患者与护理人员间建立了亲密的关系以后, 患者的需求能够得到最大程度的满足, 从而使医疗风险得到不同程度的减低。

综上所述, 在对痔疮患者进行护理时, 使用医院—社区—家庭过渡期干预护理措施以后, 最大程度的缓解了患者术后的焦虑情绪和疼痛感, 使患者的生活品质和自我护理能力都发生了明显的改观, 将术后并发症控制到最少, 加快切口愈合速度。因此, 医院—社区—家庭过渡期干预护理措施值得在临床上大范围推广。

参考文献:

- [1]汪春燕,尹梅,张静,等.基于“互联网+”的医院-社区-家庭三元联动健康管理模式在消化性溃疡患者中的应用[J].护理学杂志.2020,24(15): 96-98,106.
- [2]贺静如,白晶莹.精细化护理干预对痔疮手术患者术后伤口愈合及凝血功能的影响[J].血栓与止血学.2020,12(3): 539-540.
- [3]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.2019,11(8): 986-989.
- [4]张菊霞,徐晓琴,丁兆红,等.医院-社区-家庭护理干预模式在轻度认知功能障碍患者中的应用[J].中国护理管理.2018,25(9): 1230-1235.
- [5]符霞军,周凌燕,李春芳,等.“医院-社区-家庭”模式在糖尿病患者延续性护理中的应用[J].中华现代护理杂志.2019,15(34): 4496-4499.
- [6]黄金鹏,高晶,梅英,等.医院-社区-家庭合作型延续护理在慢性结核性脓胸术后带胸管出院患者中的应用效果[J].中华现代护理杂志.2018,21(20): 2365-2369.
- [7]汪少华,郭翠华,张艳,等.分析疼痛护理在痔疮手术治疗中的应用[J].结直肠肛门外科.2018,11(2): 321-323.
- [8]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006版)[J].中华胃肠外科杂志.2006,14(5): 461-463.

小儿推拿结合穴位贴敷在小儿肺炎临床护理中的应用效果观察

王立红 姚玉萍

平罗县中医医院 宁夏石嘴山市 753400

摘要: 目的: 分析予以小儿肺炎患儿小儿推拿+穴位贴敷干预的临床效果。方法: 选取本院 2020 年 1 月-2021 年 7 月间收治的 90 例小儿肺炎患儿为研究对象, 依据随机数字表形式将入院患儿按照 1/1 的比例纳入两组, 各 45 例; 对照组实施常规护理, 观察组基于对照组实施小儿推拿+穴位贴敷护理; 对比两组症状消失时间、住院时间、肺功能、中医证候积分及患儿家长满意度。结果: 比较症状 (肺啰音、咳嗽、发热、扁桃体红肿、憋喘) 消失时间、住院时间, 观察组短于对照组 ($P<0.05$)。比较肺功能指标 (FVC、FEV1、FEV1/FVC、PEF), 观察组均高于对照组 ($P<0.05$)。比较中医证候积分 (气促、咳嗽、发热、咳痰), 观察组低于对照组 ($P<0.05$)。比较患儿家长满意度, 观察组高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 予以小儿肺炎患儿小儿推拿+穴位贴敷干预可提升患儿肺功能, 改善其临床症状, 获得患儿家长认可, 可行推广。

关键词: 小儿推拿; 穴位贴敷; 小儿肺炎; 肺功能; 中医证候积分; 患儿家长满意度

小儿肺炎为儿科住院患儿中占比最高的疾病, 以秋冬季节发生率最高, 患儿病发后主要表现为头痛、咳嗽、发热、全身乏力等症状^[1]。小儿肺炎属于高发的呼吸道感染性疾病, 是多发于肺泡、终末气道、肺间质的炎症性疾病。目前临床针对小儿肺炎的治疗以抗炎、化痰、抗感染类药物为主要治疗措施, 药物干预可发挥一定效果, 但单一用药效果并不理想^[2]。中医则认为小儿肺炎的治疗应以宣肺止咳、祛风散寒、清热化痰、止咳平喘等为主要原则。对此, 有相关研究指出在小儿肺炎治疗期间, 基于常规西医治疗联合中医护理干预能够发挥一定治疗效果^[3]。小儿推拿、穴位贴敷均为传统中医适宜技术, 推拿指的对特定经络、穴位, 以推、拿、提、捏、揉等形式开展的操作手法, 具有推行气血、驱邪扶正、疏通经络、调和阴阳等作用。穴位贴敷则是基于中医经络学说发展形成的中医治疗手段, 能够通过药物研磨, 再调以水、醋、酒、蜂蜜等介质调配的膏状药物, 能够通过特定穴位贴敷发挥无痛治疗的效果。对此, 本次研究主要分析将小儿推拿+穴位贴敷用于小儿肺炎患儿护理中的临床价值。报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2020 年 1 月-2021 年 7 月间收治的 90 例小儿肺炎患儿为研究对象, 依据随机数字表形式将入院患儿按照 1/1 的比例纳入两组, 各 45 例; 对照组男女比为 23/22; 年龄 1-10 岁, 平均 (5.77 ± 1.20) 岁; 病程 2-7d, 平均 (4.23 ± 0.56) d。观察组男女比为 24/21; 年龄 1-9 岁, 平均 (5.69 ± 1.18) 岁; 病程 2-7.5d, 平均 (4.31 ± 0.59) d。对比两组患儿性别、病程、年龄等基础信息未见统计学差异 ($P>0.05$), 可比。此次研究内容获得本院医学伦理委员会审核通过。

纳入标准: ①符合《实用儿科学》^[4]中关于小儿肺炎的诊断标准; ②年龄 1-10 岁; ③患儿及家属对研究内容知情, 自愿进行同意书签署。

排除标准: ①合并其他肺部疾病; ②合并心肝肾等重要脏器疾病; ③患有严重炎症或外伤、感染等疾病; ④凝血异常或免疫功能异常; ⑤穴位贴敷不耐受; ⑥智力低下或痴呆。

1.2 方法

2 组小儿入院后均实施祛痰、平喘、镇咳、解痉、抗感染等常规治疗, 若小儿有缺氧症状, 需及时予以吸氧支持。2 组具体护理措施如下:

1.2.1 对照组: 常规西医护理: (1) 心理干预: 由于肺炎患儿自身年龄小、身体与心智均未发育成熟, 因而其自身对疾病不适感的耐受性较低, 易出现哭闹、不安等表现。对此, 护理人员要热情、主动、频繁地与患儿及家长交流, 以温柔、舒缓的语言、动作安抚患儿, 帮助其减轻对陌生环境与疾病的恐惧感, 缓解患儿恐惧感, 防范患儿不良情绪的出现。(2) 日常护理: 指导家属正确照顾患儿, 多为其提供高热量、高维生素、易消化的食物, 同时指导患儿多饮水, 适当晒太阳, 增加活动量, 以提升其免疫力与抗病毒能力。指导家长结合天气变化为患儿增减衣物, 以免小儿受凉。

(3) 药物干预: 由于现阶段小儿肺炎治疗用药易引发腹痛、腹泻、恶心、呕吐等副反应, 因而需确保小儿在进食后用药, 并适当服用维生素 B6 止吐。(4) 环境干预: 确保病房安静, 几种护理操作, 为患儿提供安静的病房环境, 保障其能够在舒适的环境下入睡。(5) 用药护理: 指导患儿以温水送服抗炎药物, 同时可结合患儿机体疼痛感在其肚脐部敷贴止痛散贴减少药物对胃肠道产生的刺激。若患儿服用止咳糖浆, 需避免立即饮水, 以确保药物作用能够更好地发挥; 若使用解热剂则需多饮水, 以预防大量出汗造成虚脱; 若针对高热惊厥患儿实施镇静剂, 需要注意观察药物效果与不良反应发生情况。

1.2.2 观察组: 基于对照组护理内容增加小儿推拿+穴位贴敷护理: (1) 穴位敷贴: 制吴茱萸 2g、制天南星 1g、炒没药 1g、肉桂 1g、蜜桑白皮 3g、蜜麻黄 5g、黄芩片 3g, 混合上述药物后, 加醋调成膏状, 在患儿足三里穴、双侧涌泉穴进行贴敷, 贴敷时间维持在 5~8 h 之间, 而考虑到小儿皮肤娇嫩, 易受到灼伤起疱, 因而敷贴时间需结合患儿实际情况适当减少, 可调整为 2~4 h, 1 次/d。(2) 小儿推拿: 以按、揉、摩、推、拿等手法, 取六腑、肺经、脾经、清大肠等经络, 捏大椎、按肺俞、拿风池、揉掌小横纹, 各手法均以滑石粉为介质, 每次推拿时间控制在 0.5h, 1 次/d。两组均持续干预 7d。

1.3 观察指标

对比两组症状消失时间、住院时间、肺功能、中医证候积分及患儿家长满意度。

1.3.1 症状消失时间、住院时间: 比较两组肺啰音、咳嗽、发热、扁桃体红肿、憋喘等症状消失时间, 以及住院时间。

1.3.2 肺功能: 护理前后对比两组用力肺活量 (FVC)、第 1s 用力呼气容积 (FEV1)、第 1s 用力呼气容积占预计值百分比 (FEV1/FVC)、峰值呼气流速 (PEF) 水平。

1.3.3 中医证候积分: 护理前后对小儿气促、咳嗽、发热、咳痰等症状积分进行评估, 每项 0~4 分, 评分越高症状越严重。

1.3.4 患儿家长满意度: 护理 7d 后, 发放本院自制护理满意度问卷, 问卷内容包含护理态度、护理技能、护理手法等内容, 总计 100 分, 分为满意、较满意、不满意三个等级, 对应分值为 >80 分、60-80 分、<60 分, 总满意度为 60 分以上病例数占比。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0 软件统计数据。计量数据指代为 ($\bar{x}\pm s$), t 检验; 计数数据指代为 (%), χ^2 检验; $P<0.05$ 时统计意义存在。

2. 结果

2.1 症状消失时间、住院时间

观察组肺啰音、咳嗽、发热、扁桃体红肿、憋喘等症状消失及住院时间均短于对照组 ($P<0.05$)。见表 2:

表 2 症状消失时间、住院时间对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	肺啰音	咳嗽	发热	扁桃体红肿	憋喘	住院时间
对照组	45	5.85±1.22	5.79±1.71	5.77±1.82	6.78±2.02	6.88±2.05	8.19±1.72

观察组	45	4.22±0.78	4.12±1.72	2.85±0.68	4.12±1.89	4.05±1.68	6.45±1.25
<i>t</i>		7.551	4.619	10.082	6.450	7.163	5.490
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 肺功能
肺功能指标（FVC、FEV1、FEV1/FVC、PEF）水平对比，护理前无

统计意义（*P*>0.05）；护理后，观察组均高于对照组（*P*<0.05）。见表 3：

表 3 肺功能指标水平对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	FVC（L）		FEV1（L）		FEV1/FVC（%）		PEF（L/s）	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	45	2.12±0.31	2.60±0.20	1.20±0.33	1.35±0.12	53.25±8.15	61.25±6.85	1.71±0.25	2.57±0.36
观察组	45	2.15±0.35	2.79±0.31	1.22±0.38	1.44±0.15	53.61±8.22	69.23±6.58	1.73±0.20	3.55±0.42
<i>t</i>		0.430	3.455	0.267	3.143	0.209	5.636	0.419	11.884
<i>P</i>		0.668	0.001	0.790	0.002	0.835	<0.001	0.676	<0.001

2.3 中医证候积分
中医证候积分（气促、咳嗽、发热、咳痰）评分对比，护理前无统计

意义（*P*>0.05）；护理后，观察组均低于对照组（*P*<0.05）。见表 3：

表 3 中医证候积分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	气促		咳嗽		发热		咳痰	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	45	3.44±0.32	1.80±0.71	3.50±1.22	1.81±0.86	3.59±1.22	1.71±0.82	3.48±1.25	1.81±0.86
观察组	45	3.42±0.35	1.15±0.32	3.49±1.23	3.52±0.41	3.57±1.30	1.05±0.46	3.50±1.37	1.02±0.45
<i>t</i>		0.283	5.599	0.039	12.040	0.075	4.709	0.072	5.460
<i>P</i>		0.778	<0.001	0.969	<0.001	0.940	<0.001	0.942	<0.001

2.4 患儿家长满意度
观察组患儿家长满意度高于对照组（*P*<0.05）。见表 4：

表 4 患儿家长满意度对比（%）

组别	例数	满意	较满意	不满意	总计
对照组	45	15（33.33）	21（46.67）	9（20.00）	36（80）
观察组	45	18（40.00）	25（55.56）	2（4.44）	43（95.56）
χ^2					5.075
<i>P</i>					0.024

3. 讨论

肺炎为临床发病率较高的一类呼吸系统疾病，病发后可引发交感肾上腺髓质系统过度刺激导致特定血管活性因子产生，可对胃黏膜血管扩张产生抑制，导致胃组织缺血性损伤，一旦黏膜受损后未能及时修复则会导致机体失去黏膜屏障防御保护，细菌、病毒等便会大肆侵袭，引发全身炎症反应，累及多个机体器官^[5-6]。小儿肺炎具有易复发、起病急等特点，病发初期以刺激性阵发咳嗽为主要表现，伴随病情的不断发展咳嗽会逐渐加重，严重情况下可累及肺外器官，危及小儿生命健康。中医中认为小儿形气未充、肌腠疏薄、脏腑娇嫩，因而易受外邪侵扰，导致肺失宣肃、肺气郁阻、痰阻气道、上逆而引发肺炎憋喘^[7]。中医护理则是基于祖国医学伦理指导下基于整体观念及辨证施护思想建立的一种具有中医适宜特色的护理措施，在疾病预防、治疗及健康促进方面能够发挥显著效果。

在小儿肺炎中医干预中，以宣肺平喘、化痰清热为主要原则。既往研究发现，通过对特定经络、穴位进行推拿能够有助于提升患儿细胞免疫功能与体液免疫功能，其能够发挥清肺退热、调节脏腑气血及扶正祛邪等功效，且操作简单，不会受到环境、设备限制^[8]。而穴位贴敷则为传统中医外治措施之一，能够结合患儿实际病症表现选择适宜的药物配伍进行穴位贴敷，从而达到清热涤痰的效果。结合此次研究可见，在采取小儿推拿+穴位贴敷干预下，观察组患儿各项症状消失及住院时间较对照组（常规护理）均有明显缩短，且观察组患儿肺功能指标与中医证候积分较对照组也有明显改善（*P*<0.05）。提示基于常规护理采取中医推拿与穴位贴敷能够通过特定穴位、经络的作用发挥功效，帮助患儿减轻症状，改善肺功能，促进预后。此外，本次研究还显示，观察组患儿家长满意度明显高于对照

组（*P*<0.05）。这进一步证实通过适宜的推拿+穴位贴敷干预能够取得良好疗效，获得患儿家属认可。分析可见，中医护理方式具有多样化，其中推拿、穴位贴敷等方式均能够从多层次作用，帮助患儿改善临床症状，促进预后。在穴位贴敷中主要制吴茱萸、制天南星、炒没药、肉桂、蜜桑白皮、蜜麻黄、黄芩片等药物配伍使用，其能够协同发挥清热、化痰、疏风通络的功效，通过皮肤给药的形式能够促进药物经皮肤进入血液循环，实现疏风散邪、退热平喘的功效。现代研究也发现，皮肤间层具有良好的储存作用，能够经皮肤吸收药物后规避胃肠道首过效应，维持平稳、持久的药物浓度，降低器官负担，提升用药安全性。推拿则能够借助按、揉、推等手法对特定机体区域进行捏、按、揉等发挥调节脏腑气血、退热清肺、扶正祛邪等功效，且操作简单，无副作用。故而联合两种护理方式干预能够发挥良好效果，促进患儿机体恢复，获得家长认可。

综上，予以小儿肺炎患儿推拿+穴位贴敷干预效果确切，能够加快患儿康复进程，改善其肺功能，获得患儿家长认可，值得推广。

参考文献：

[1]杨洁,张晶洁,肖慧,等.中药穴位贴敷联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎的效果及安全性[J].临床医学研究与实践,2021,6(25):141-143.
[2]薛霜,沈琳玲,叶子丰,等.循经推拿配合定喘散穴位贴敷干预小儿肺炎喘嗽60例效果观察[J].湖南中医杂志,2021,37(9):104-105+112.
[3]谭春凤,霍红梅,刘建浩,等.穴位贴敷治疗小儿支原体肺炎疗效观察及对血清炎症因子及免疫功能的影响[J].上海针灸杂志,2021,40(9):1053-1058.
[4]胡亚美,江载芳,诸福堂.实用儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2003:1204-1205.
[5]郭静娜,何润清,曾肖.胸腹部穴位贴敷联合双歧三联活菌治疗小儿肺炎继发腹泻的疗效及影响因素分析[J].贵州医药,2022,46(3):376-377.
[6]陈雪娥,苏丽端,王黎明.采用雾化吸入联合中医穴位贴敷治疗小儿肺炎护理研究[J].中国医药指南,2022,20(16):134-136.
[7]米茸.穴位贴敷联合小儿推拿在婴幼儿支气管肺炎护理中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(17):173-175.
[8]李丹,肖凤林,吕芹香.综合护理联合穴位贴敷对小儿支气管肺炎患儿的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28(12):55-58.

综合护理干预对更年期功能失调性子宫出血患者遵医情况的影响

魏乐¹ 徐婷婷² (通讯作者)

1、陕西省延安市子长市余家坪镇寺湾卫生院 陕西延安 717300; 2、陕西省子长市高台卫生院 陕西子长 717301

摘要: 目的: 探究综合护理干预对更年期功能失调性子宫出血患者遵医情况的影响。方法: 2019年5月—2022年4月, 从本院收治的更年期功能失调性子宫出血患者中选择70例, 随机分2组, 各35例, 对照组: 常规护理干预, 试验组: 综合护理干预, 比较两组护理情况。结果: 试验组护理依从性为97.14%, 对照组为80.00%, 试验组高于对照组, 试验组复发率为5.71%, 对照组为22.86%, 试验组低于对照组, $P < 0.05$; 试验组并发症率为2.86%, 对照组为17.14%, 试验组低于对照组, $P < 0.05$; 护理前两组患者止血时间、生活质量评分(SF-36)、睡眠质量(PSQI)评分组间进行比较, 差异无统计学意义, $P > 0.05$; 护理后两组患者止血时间短于护理前, SF-36评分低于护理前, PSQI评分高于护理前, $P < 0.05$; 护理后组间比较, 试验组患者止血时间短于对照组, SF-36评分高于对照组, PSQI评分低于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 针对更年期功能失调性子宫出血患者, 综合护理干预能够提升患者遵医积极性, 预防多种并发症发生, 缩短恢复时间, 并促进患者生活质量和睡眠质量改善, 值得推荐。

关键词: 更年期; 功能失调性; 子宫出血; 综合护理

更年期功能性子宫出血临床发病率较高, 具体发病与女性机体调节生殖神经内分泌机制紊乱有关, 影响子宫正常功能状态, 多表现为无排卵型出血, 目前我国发病率较高且呈现上升趋势, 严重威胁女性健康状况^[1-2]。患者发病后会出现明显不适症状, 月经周期紊乱, 经期长短不稳定, 同时经量多少差异较大, 部分患者甚至出现大出血情况, 若控制不当容易引发贫血问题, 且病程较长, 病情存在迁延不愈的特点, 容易导致阴道感染, 增加患者不适感, 延长疾病周期, 影响其日常生活, 导致生活质量降低^[3-4]。目前针对更年期功能性子宫出血患者, 临床尚无特效治疗方式, 治疗重点在于及时止血, 但是此疾病复发率高, 治疗周期较长, 严重影响患者生活状态, 很多患者容易出现抵触治疗的情况, 影响患者疾病恢复, 而科学合理的护理干预方式能够减轻患者不适情况, 促进其积极配合医护工作, 促进疾病更好地恢复^[5-6]。因此在积极治疗的过程中, 配合科学护理干预服务至关重要, 具体护理措施选择需结合患者实际需求进一步分析, 以此强化临床照护效果。本文探究了综合护理干预对更年期功能失调性子宫出血患者遵医情况影响, 以期为患者病情恢复提供科学指导意见, 报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019年5月—2022年4月, 从本院收治的更年期功能失调性子宫出血患者中选择70例, 随机分2组, 各35例。对照组年龄38-54岁, 平均(46.43±3.08)岁, 病程: 2-25个月, 平均(13.13±2.28)个月; 试验组年龄37-55岁, 平均(46.12±3.22)岁, 病程: 3-24个月, 平均(13.43±2.33)个月。上述资料, 组间差异小($P > 0.05$), 可比。

纳入标准: (1) 综合诊断确定为功能失调性子宫出血患者; (2) 意识状态清醒且可独立完成问卷患者; (3) 签署同意书患者。

排除标准: (1) 伴有妇科恶性肿瘤患者; (2) 出现凝血功能障碍患者; (3) 对相关治疗药物过敏患者; (4) 既往诊断手术史患者; (5) 个人原因退出研究患者。

1.2 方法

对照组接受常规护理干预, 护理人员为患者创建健康档案, 引导患者进行疾病检查, 定期更新档案, 同时严格遵医嘱指导患者用药, 叮嘱患者不得擅自调整用药剂量, 护理人员跟踪了解患者服药情况, 评估病情恢复状况, 及时发现异常, 做好并发症监测工作。

试验组接受综合护理干预, 基础干预同上, 配合如下措施: (1) 心理干预: ①心理评估, 护理人员与患者进行密切交谈, 并向家属了解患者日常基本情况, 评估患者心理状态, 分析负面情绪诱因; ②认知干预, 根据患者认知程度进行健康知识指导, 向患者系统说明疾病发生机制、主要症状、直接诱因、治疗方法和可能出现的并发症情况, 耐心解答患者疑问, 纠正患者错误认知, 提升其对疾病的认知能力; ③心理疏导, 护理人员向患者说明注意力转移的方法, 叮嘱患者感知情绪波动时及时转移注意力, 可聆听舒缓音乐或进行冥想, 同时引导家属创建支持体系, 平时多陪伴患者, 帮助患者发展兴趣爱好, 丰富日常生活; (2) 饮食干预, 叮嘱患者规

律饮食, 同时适当增加铁元素摄入量, 可选择进食动物血、动物内脏、菠菜、芹菜等, 若患者出现贫血问题, 需要遵医嘱服用补铁剂; (3) 并发症预防, 护理人员指导患者定期清洁外阴, 勤更换内裤, 选择宽松棉质内裤, 日常注意增加饮水量, 促进排便, 适当开展体育锻炼, 提高自身免疫力, 抵御感染问题; 同时定期监测身体各项指标, 重点监测是否出现贫血情况, 注意日常营养剂补充, 此外一旦出现大出血风险, 必须及时就医, 及时补充丢失的血容量; (4) 强化用药指导, 护理人员遵医嘱指导患者服药, 并定期调整用药方案, 同时为患者制作卡片, 标注服药时间和剂量等信息, 并叮嘱家属为患者设置服药闹钟, 确保患者按时按量服药, 在服药期间定期回访, 了解患者服药后机体状况变化情况, 分析是否出现不良反应, 做好应急处理准备。

1.3 观察指标

(1) 遵医情况评估, 从如下4方面评估: 遵医嘱服药、合理饮食、生活行为调整、定期复诊, 划分3个标准: 完全依从: 4项均满足, 部分依从: 1-3项满足, 不依从: 1项不满足, 依从性=完全依从率+部分依从率^[7-8]; (2) 复发率比较, 统计比较护理结束后3个月内复发情况; (3) 并发症率统计, 包括: 阴道感染、贫血与、出血性休克, 其中贫血标准^[9]: 以血红蛋白和血细胞比容检查结果为准, 前者 $< 110\text{g/L}$, 后者 < 0.37 即为贫血; (4) 止血时间统计比较, 具体比较护理前4周和护理后4周情况; (5) 生活质量评估, 使用健康状况调查简表(SF-36), 内容: 心理状态、健康状况、情感功能、精力等, 0-100分评分, 分值越高, 质量越高^[10], 护理前1d和护理后4周评估; (6) 睡眠质量评估, 使用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI), 内容: 入睡时间、睡眠情况、日间功能、用药情况等, 0-42分评分, 分值越低, 质量越好^[11-12], 护理前1d和护理后4周评估。

1.4 统计学处理

采用SPSS 23.0软件, 计数资料用频数表示, 卡方检验对比分析, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, t检验对比分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 遵医行为和复发率

试验组护理依从性为97.14%, 对照组为80.00%, 试验组高于对照组, 试验组复发率为5.71%, 对照组为22.86%, 试验组低于对照组, $P < 0.05$, 详见表1。

表1 两组患者遵医行为和复发率比较[n(%)]

组别	例数	遵医行为				复发率
		完全依从	部分依从	不依从	依从性	
试验组	35	16(45.71)	18(51.43)	1(2.86)	34(97.14)	2(5.71)
对照组	35	13(37.14)	15(42.86)	7(20.00)	28(80.00)	8(22.86)

组						
χ^2	--	--	--	--	5.081	4.200
P	--	--	--	--	0.024	0.040

2.2 并发症率

试验组并发症率为 2.86%，对照组为 17.14%，试验组低于对照组， $P < 0.05$ ，详见表 2。

表 2 两组患者并发症比较[n (%)]

组别	例数	阴道感染	贫血	失血性休克	发生率
试验组	35	1 (2.86)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.86)
对照组	35	3 (8.57)	2 (5.71)	1 (2.86)	6 (17.14)
χ^2	--	--	--	--	3.968
P	--	--	--	--	0.046

2.3 止血时间

表 4 两组患者生活质量和睡眠质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, n=35, 分)

组别	SF-36 评分				PSQI 评分			
	护理前	护理后	t	P	护理前	护理后	t	P
试验组	71.33±3.87	80.45±3.32	10.582	0.000	19.65±3.21	12.76±3.09	9.148	0.000
对照组	71.82±3.66	75.71±3.47	4.563	0.000	19.79±3.19	15.92±3.11	5.139	0.000
t	0.544	5.839	--	--	0.183	4.264	--	--
P	0.588	0.000	--	--	0.855	0.000	--	--

3 讨论

更年期功能性子宫出血为常见妇科疾病之一，患者发生子宫异常出血情况，随着年龄增长，患者性激素分泌紊乱，导致出现无排卵功能性子宫出血问题，同时受孕酮对抗和腺体分泌缺乏等因素影响，子宫内膜厚度明显增加，内膜血运增多，当患者体内雌激素水平突然下降时，容易引起撤退性出血，严重影响患者健康状况^[13-15]。通常此疾病表现为无规律出血，若出血量大则存在引起贫血甚至休克的风险，因此临床应予以重视，给予患者及时科学的治疗，且为了促进患者整体状态恢复，需加强护理干预，切实改善患者整体状态。

本次研究结果显示：试验组护理依从性、复发率和并发症率均优于对照组，同时护理后试验组止血时间、生活质量评分和睡眠质量评分均优于对照组，说明综合护理利于更年期功能性子宫出血患者整体状态恢复。原因分析如下：综合护理是一种系统且全面的护理模式，遵照“以患者为中心”的原则，给予患者全方位多角度干预指导，切实解决患者实际问题，帮助患者消除风险因素^[16-18]。针对更年期功能性子宫出血患者，首先综合护理重视心理干预，结合患者具体情况进行心理评估，了解患者心理状态真实情况；根据患者实际情况进行认知干预和心理疏导，传播健康知识，并引导患者学会调节自身情绪状态，利于保持机体功能状态稳定；其次重视饮食干预，考虑到患者多持续出血，且失血后若补充不当容易出现贫血等风险，因此重视饮食指导，确保患者安全；再次开展并发症预防干预，根据患者可能出现的并发症情况，进行积极预防干预，降低并发症发生风险；最后强化用药指导，保证患者遵医嘱用药，确保药效，且做好安全干预工作，预防不良反应，保护患者安全。而常规护理干预遵照“以疾病为中心”的原则，辅助治疗工作开展，积极应对患者出现的状况，确保治疗工作顺利开展，但是容易忽略患者整体状态干预，缺乏系统全面的指导，整体护理效果不及综合护理干预。

综上所述，针对更年期功能失调性子宫出血患者，综合护理干预能够提升患者遵医积极性，预防多种并发症发生，缩短恢复时间，并促进患者生活质量和睡眠质量改善，值得推荐。

参考文献：

- [1] 艾志东. 诊刮术联合炔诺酮对更年期功能失调性子宫出血患者子宫内膜厚度的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24 (9): 97-100.
- [2] 李芳. 优质护理干预在宫腔镜治疗功能失调型子宫出血患者中的

护理前两组患者止血时间组间进行比较，差异无统计学意义， $P > 0.05$ ；护理后两组患者止血时间短于护理前， $P < 0.05$ ；护理后组间比较，试验组患者短于对照组 $P < 0.05$ ，详见表 3。

表 3 两组患者止血时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	例数	护理前	护理后	t	P
试验组	35	10.76±2.32	5.32±1.88	10.778	0.000
对照组	35	10.65±2.11	7.02±1.32	8.629	0.000
t	--	0.208	4.378	--	--
P	--	0.836	0.000	--	--

2.4 生活质量和睡眠质量评分

护理前两组患者生活质量评分 (SF-36)、睡眠质量 (PSQI) 评分组间进行比较，差异无统计学意义， $P > 0.05$ ；护理后两组患者 SF-36 评分高于护理前，PSQI 评分低于护理前， $P < 0.05$ ；护理后组间比较，试验组患者 SF-36 评分高于对照组，PSQI 评分低于对照组， $P < 0.05$ ，详见表 4。

应用效果[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38 (01): 768-769.

[3] 郭丽, 刘遂强, 黄小洁, 等. 综合护理干预对围绝经期功能失调性子宫出血患者的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16 (5): 85-86.

[4] 李静. 细节优化护理模式在更年期功能失调性子宫出血患者中的护理效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (9): 196-197.

[5] 苏爱婵. 护理干预对更年期子宫功能失调性出血患者服药依从性及治疗效果的影响研究[J]. 中外医学研究, 2020, 18 (13): 116-118.

[6] 周琴芳. 对更年期子宫功能失调性出血患者进行有针对性护理对改善其遵医行为的效果研究[J]. 当代医药论坛, 2020, 18 (10): 279-280.

[7] 欧培艺. 综合护理干预措施对功能失调性子宫出血患者的影响[J]. 中国当代医药, 2018, 25 (16): 194-196.

[8] 杨燕. 米非司酮治疗围绝经期功能失调性子宫出血的护理干预[J]. 海峡药学, 2019, 31 (2): 249-250.

[9] 孙荣霞. 心理护理用于更年期功能性子宫出血效果分析[J]. 中国药业, 2021, 30 (02): 291-292.

[10] 陈小清, 周带红. 细节优化中西护理模式在更年期功能失调性子宫出血中的应用分析[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (30): 4416-4417.

[11] 江少冰. 针对性护理对更年期功能性子宫出血患者心理状况的影响[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12 (17): 165-166.

[12] 曾秀平, 廖小霞, 王金莲, 等. 延续性护理干预对提高功能失调性子宫出血患者依从性的研究[J]. 临床医学工程, 2019, 26 (11): 1559-1560.

[13] 王珍华, 潘华芳, 季丽群, 等. 综合护理对功能失调性子宫出血治疗效果的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (18): 207-208, 211.

[14] 刘艳伟. 人性化护理干预在 60 例功能失调性子宫出血患者中的应用价值分析[J]. 首都食品与医药, 2019, 26 (16): 189-189.

[15] 张凤. 人性化护理干预在功能失调性子宫出血患者中的应用价值分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18 (60): 206-206, 209.

[16] 连雯. 循证护理干预在蒙医药治疗功能失调性子宫出血中的效果分析[J]. 中国民族医药杂志, 2021, 27 (3): 73-75.

[17] 李燕. 针对性护理干预对更年期功能失调性子宫出血患者自护能力及遵医行为的影响[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (21): 3084-3085.

[18] 张妍妍. 更年期功能失调性子宫出血护理中应用针对性护理干预的效果[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19 (2): 127-128.

穴位艾灸对血瘀气滞型腰椎间盘突出症的护理效果

许忠梅

贵州省遵义市播州区团溪镇中心卫生院 贵州省遵义市 563131

摘要:目的 穴位艾灸对血瘀气滞型腰椎间盘突出症的护理效果。方法 选取 2021 年 5 月—2022 年 3 月在我院治疗的血瘀气滞型腰椎间盘突出症共 70 例,采用随机颜色球法分为观察组、对照组,各 35 例。对照组应用常规牵引护理,观察组应用穴位艾灸护理。观察 2 组患者的护理效果。结果 观察组护理效果好于对照组 ($P<0.05$)。观察组 JOA、VAS 评分优于对照组 ($P<0.05$)。观察组 SF-36 评分高于对照组 ($P<0.05$)。结论 穴位艾灸护理可以在血瘀气滞型腰椎间盘突出症患者的干预中发挥重要的作用。

关键词: 穴位艾灸; 血瘀气滞型; 腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症是我国高发的一种慢性疾病,现有调查显示,腰椎间盘突出症的病率在 7.6%-37%,此病具体指人体椎间盘退行性改变或外伤所致纤维环破裂,其在发生后会导致患者出现腰腿麻木、疼痛、活动受限等症状,从而对患者的生活质量造成损害。目前的研究表明,腰椎间盘突出症的发生与腰部用力不当、腰椎组织退行性改变有关,而在疾病发生后,临床要及时给予患者治疗,降低疾病对患者的日常生活的影响。当下临床主要涉及手术治疗与保守治疗,手术治疗虽然效果较好,但其损伤大、费用高,多数患者更倾向于实施保守治疗,其中,中医保守治疗是最为常用的腰椎间盘突出症的方法。在中医学中,腰椎间盘突出症可被归为“腰痛病”等范畴,辨证分型临床多见血瘀气滞型,在对气滞血瘀型患者治疗时,常会涉及中医穴位艾灸的治疗方法,此种治疗方法是一种基于中医理论衍生的治疗方法,其可以在血瘀气滞型腰椎间盘突出症患者的治疗中起到重要的作用^[1]。鉴于此,此次研究将围绕着穴位艾灸对血瘀气滞型腰椎间盘突出症的护理效果进行分析论述,详细分析见下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 5 月—2022 年 3 月在我院治疗的血瘀气滞型腰椎间盘突出症共 70 例,采用随机颜色球法分为观察组、对照组,各 35 例。纳入标准:①符合《腰椎间盘突出症诊疗指南》中的诊疗标准;②中医诊断下肢疼痛,腰部活动受限,舌暗紫,舌苔白腻,脉沉紧或弦涩,中医辨证为气滞血瘀型;③可配合完成各项调查;④知晓研究内容并同意参与;排除标准:①急性腰扭伤、脊椎压缩性骨折、骨性椎管狭窄;②合并恶性肿瘤等严重疾病者;③伴有皮肤病变、慢性疼痛性疾病者;④治疗禁忌者;⑤研究资料不完整者。对照组男 21 例,女 14 例,年龄 35-67 岁,平均年龄 (50.58 ± 6.79) 岁;病程 5-36 个月,平均 (13.84 ± 4.54) 月;观察组男 20 例,女 15 例,年龄 35-68 岁,平均年龄 (50.81 ± 6.55) 岁;病程 5-38 个月,平均 (14.07 ± 4.32) 月。资料间的可比性成立 ($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 护理方法

两组患者均实施基础护理,详细见下:(1)起居护理。确保患者病房的清洁、舒适、安静,根据需要调整病房的温度和湿度,保证患者的腰部保暖,防止患者腰部受潮、受寒,根据气温变化,协助患者增减衣物。处于急性发病期的患者,需要确保患者卧床休息,卧硬板床休息,使患者的脊柱平直。对于恢复期患者,在下床活动时,要引导患者佩戴腰托,对其进行保护、支撑,使起床姿势得到保证,引导患者翻身侧卧,并通过手臂进行支撑用力,逐渐起床,期间要避免腰部用力起床。同时引导患者进行正确的咳嗽、打喷嚏,避免累及腰部。(2)腰背肌功能训练。日常协助患者对腰背肌肉功能进行锻炼,可指导患者进行直腿抬高、交叉蹬腿、五点支撑、飞燕式的腰背肌训练,具体方法的应用,需要确保对患者予以指导。(3)饮食护理。日常饮食以清淡,容易消化为主,并要指导患者多食用活血行气的食物,包括山楂、茄子、桃仁粥等,注意每日摄入足够量的果蔬,避免食用肥厚甘腻的食物。(4)情志护理。患者会因疼痛产生不良情绪,这会使患者的依从性下降。对此,医务人员要注意与患者的语言交流,捕捉患者的情绪,可以采用移情法引导患者,将其对疾病的注意力转移,避免过度关注疾病。同时还要对家属进行指导,指导其多陪伴、安抚患者,

以便给予患者家庭层面的关怀,另外还要注意保证患者休息的充分,注意休息时减少病房内外的噪音。

1.2.2 对照组

对照组指导患者进行常规牵引,协助患者平卧,采用牵引带,固定胸部,通过牵引仪器,对患者的腰椎进行牵引,初始牵引力为体质量的 30%,而后结合耐受程度,逐渐增加,每次牵引时间 20-30min,每日 2 次。

1.2.3 观察组

观察组应用穴位艾灸护理,采用双孔艾灸盒,选取高度 3cm,直径 1.8cm 的清艾条 2 根,将艾条条点燃插入艾灸盒中,艾条距离隔灰网 2-3cm,取健侧卧位,同时暴露患者的腰背部与患肢,选择双侧肾俞穴以及患侧足三里穴,在艾灸盒与皮肤间垫上毛巾,并予以固定,而后对肾俞穴、足三里穴进行艾熏,每日施灸 1 次,每次 15-20min,患者出现皮肤红晕,且患者感受到温热舒适,便可停止。

1.3 观察指标

观察 2 组患者的护理效果。显效:腰腿疼痛等症状明显改善,直腿抬高角度 $>70^\circ$,腰部活动无不不适感,日常生活不受影响;有效:腰腿疼痛等症状较干预前有所缓解,直腿抬高 $>30^\circ$,腰部活动存在一定适感,日常生活略受影响;无效:腰腿酸痛等症状未见明显缓解,直腿抬高 $<30^\circ$,无法进行腰部活动或存在显著不是按,日常生活受限。有效率=(有效+显效)/例数 $\times 100\%$ 。疼痛程度采用视觉模拟评分法(VAS),分值越高患者疼痛感越强烈。腰椎功能应用日本骨科协会 JOA 评分,分值越高腰椎功能越差。生活质量应用生活质量量表(SF-36)选取量表躯体功能、躯体角色、肌体疼痛、活力 4 个维度,生活质量情况与分值成正比^[2]。

1.4 统计学处理

使用 SPSS18.0 统计学软件进行处理,计量资料为均数 $\pm$ 平方差($\bar{x}\pm s$),行 t 检验,计数资料为例数率(%),卡方检验, $P<0.05$,具有统计学意义。

2 结果

2.1 观察 2 组患者的护理效果

观察组护理效果高于对照组 ($P<0.05$)。详见表 1:

表 1 观察 2 组患者的护理效果 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	35	20	14	1	97.14%
对照组	35	15	10	10	71.43%
χ^2					8.737
P 值					0.003

2.2 观察 2 组患者的疼痛程度

干预前,两组的 VAS 评分比未见显著差异 ($P>0.05$)。干预后,观察组 VAS 评分显著优于对照组 ($P<0.05$)。详见表 2:

表 2 观察 2 组患者的疼痛程度 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后 2 周	干预后 4 周
观察组	35	6.68 $\pm$ 0.81	2.17 $\pm$ 0.28	1.31 $\pm$ 0.19
对照组	35	6.58 $\pm$ 0.83	4.36 $\pm$ 0.55	2.54 $\pm$ 0.37
t		0.510	20.993	17.495
P 值		0.612	0.000	0.000

2.3 观察2组患者的腰椎功能

干预前,两组的JOA评分比未见显著差异($P>0.05$)。干预后,观察组JOA评分显著优于对照组($P<0.05$)。详见表3:

表3 观察2组患者的腰椎功能($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后2周	干预后4周
观察组	35	6.57±1.36	11.35±2.25	16.54±2.47
对照组	35	6.84±1.44	15.65±2.39	22.28±3.09
t		0.806	7.750	8.584
P值		0.423	0.000	0.000

2.4 观察2组患者的生活质量

干预后,观察组的SF-36评分高于对照组($P<0.05$)。详见表4:

表4 观察2组患者的生活质量($\bar{x}\pm s$,分)

组别	躯体功能	躯体角色	肌体疼痛	活力
观察组 (n=35)	78.54±5.66	80.54±4.37	80.08±3.69	79.17±5.62
对照组 (n=35)	71.33±4.26	73.65±4.25	75.64±3.14	74.54±4.19
t	6.021	6.687	5.421	3.907
P值	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

3.1 腰椎间盘突出症的现代医学研究

腰椎间盘突出症是常见病、高发病,多见于中老年人以及从事体力劳动的青壮年,罹患此病者可表现为腰痛及坐骨神经痛、马尾综合征、肌瘫痪等。目前的研究认为^[3],此病同退行性病变、生物力学、自身免疫、细胞因子等存在关联性。其中,随着人体的年龄增长,纤维环与髓核的含水量也会逐渐降低,胶原纤维也会逐渐溶解,以致髓核失去弹性、膨胀性,从而为疾病的发生埋下伏笔。而在生物力学的研究上,医学研究表明,正常的力学环境对软骨终板蛋白多糖的影响有限,故而成分的含量相对平衡,反之力学环境若出现改变,便会导致蛋白多糖的含量减少或比例改变,以致椎间盘损伤的发生。除上述因素外,免疫因素也在疾病的发生、发展中起到了一定的作用。有报道显示^[4],腰椎间盘突出症患者病程延长的同时,脑脊液与血清免疫球蛋白会逐渐增加。并且人体椎间盘组织中的糖蛋白、软骨终板基质等,可能会激发迟发超敏反应性T细胞的毒性,造成患者的组织出现退变。此外还包括细胞因子的影响,有研究显示,突出椎间盘细胞可产生TNF- α ,其可以对MMPs的分泌起到促进作用,引发软骨基质降解,并使软骨变性细胞死亡。

3.2 腰椎间盘突出症的中医研究及穴位艾灸的应用

祖国医学认为,腰椎间盘突出症属于“腰痛病”等范畴,此病病程长,且极易反复,根据《素问》记载“腰者肾之府,转摇不能,肾将惫矣。”人肾气亏虚,若外感风、寒、湿、气,便会同人之正气搏于内,以致疾病的发生。其中,此病多见于中老年人,主要是因年龄增长,以致肾气渐虚,外加上情志不畅,肝郁气滞,以致气机不同,气行则血行,气滞则血瘀,进而导致气滞血瘀,不通则痛^[5]。另外,风寒湿邪、外伤、慢性劳损,亦会导致人体气血闭阻,造成腰腿酸痛、活动受限等症状。总之,此病实为本虚标实之症,瘀阻为此病的根本,故而当破除瘀阻,使气行血行。因此,临床在对血瘀气滞型腰椎间盘突出症患者干预时,可以采用穴位艾灸的方法。

根据《本草正》记载“艾叶,能通十二经脉……行血中之气,气中之滞”因而十分适用于气滞血瘀型患者的治疗。临床实践表明,在对患者治疗时,艾火能够通过温和的热力,向患者的经络进行渗透、传导,从而起到活血化瘀、散寒祛风等作用,使患者的血液循环得到改善,畅通患者的气血,进而改善患者存在的腰痛症状^[6]。同时现代医学研究也证实,艾火的能量接近红外线,故而可以直接渗入到人体的深层组织,并通过人体的毛细血管网,直接作用于人体。临床实践表明,穴位艾灸的方法能够使温和的热力直接作用于穴位,以此来活血化瘀,使患者的腰腿酸痛得到改善。而在穴位的选择上,临床可以选择足三里穴进行艾灸方法,其中,足三里是人体足阳明胃经下的合穴,属于活血行气的要穴,对此穴位进行艾灸,

能够起到祛邪的功效,有报道显示^[7],对足三里穴进行艾灸,可以对痹症起到标本兼顾的作用,继而发挥养血益气的功效。除足三里穴外,临床还可以选用肾俞穴,祖国医学认为,肾俞穴是可以调节人体脏腑功能,振奋人体正气的穴位,而在将艾灸用于此类患者的治疗中后,能够对患者的肾气进行调补,继而起到改善患者腰痛的作用。大量临床报道显示,在对血瘀气滞型腰椎间盘突出症患者进行干预时,采用穴位艾灸护理的方法,能够显著改善患者的病情,使患者的疼痛、腰椎功能得到改善^[8]。另外还要特别指出的是,在对患者实施干预的过程中,还应注意对患者相关护理的实施,即通过起居护理、腰背肌功能训练、饮食护理以及情志护理措施的落实,辅助患者病情的恢复,保证临床干预的效果。其中,饮食护理能够基于中医辨证理论确定患者饮食,可以起到益气、活血、止痛的功效^[9]。腰背肌功能训练则能辅助患者身体机能的改善,使患者存在的活动受限等问题得到改善。而情志护理的应用,则能进一步改善患者的病情,中医理论认为,人的情绪与疾病的发生密切相关,长时间的负性情绪刺激,容易影响到人体气的运行,并引发脏腑失调,造成疾病发生,而在情志护理落实后,患者的情绪可以得到有效改善,这样便能作用于疾病的恢复^[10]。此外还要向患者明确疾病相关的注意事项,提高其疾病认知程度,这样便能确保患者辅助临床干预的开展,待患者整体病情得到控制后,患者的生活质量也能有提高,提示在穴位艾灸护理的同时配合相关护理,对于患者的预后改善作用。

本次研究结果显示,观察组护理效果高于对照组($P<0.05$)。干预后,观察组VAS评分显著优于对照组($P<0.05$)。干预后,观察组JOA评分显著优于对照组($P<0.05$)。干预后,观察组的SF-36评分高于对照组($P<0.05$)。由此可见,在血瘀气滞型腰椎间盘突出症患者的干预中,采用常规牵引护理措施,并不能确保得到有效干预,因此应在患者的干预中应用穴位艾灸护理。通过此种方法的落实,能够提高干预效果,使患者的疼痛程度、腰椎功能改善,并提升患者的整体生活质量,这与既往报道的结果接近。表明该种干预方法可以发挥积极的作用,临床可以结合需要及时应用此种方法,使患者的病情得到控制。

综上所述,穴位艾灸护理可以在血瘀气滞型腰椎间盘突出症患者的干预中发挥重要的作用。

参考文献:

- [1]夏宇,杨庆红,李瑞娟,任超霞. 中医传统护理结合康复护理对腰椎间盘突出症手术患者康复的影响[J]. 实用中医内科杂志,2022,36(2): 120-122.
- [2]罗漫丽,梁虹. 纳支法择时穴位按压在腰椎间盘突出症术后的应用[J]. 现代医药卫生,2021,37(22): 3907-3910.
- [3]张玉琳,牛聪慧. 腰椎间盘突出症的中医康复护理效果[J]. 实用中医内科杂志,2022,36(4): 83-85.
- [4]王艳秋. 中医特色康复护理干预腰椎间盘突出症临床观察[J]. 光明中医,2021,36(22): 3867-3869.
- [5]黄珍珠,罗静,刘美娟,魏雅云,万绮雯,罗程,王笛誉,饶赞. 电脑中频治疗仪联合中医特色护理对腰椎间盘突出症患者疼痛及腰椎功能康复的影响[J]. 黑龙江医学,2021,45(22): 2357-2358.
- [6]兰洁. 中医护理干预中青年腰椎间盘突出症[J]. 光明中医,2021,36(21): 3707-3709.
- [7]舒琼燕,吴丹,傅晓婷,陈艳. 循证思想指导下应用中医特色护理对腰椎间盘突出并发压迫单侧下肢神经的临床效果[J]. 中国现代医生,2021,59(31): 157-160+164.
- [8]梁丽群. 中医针灸结合康复护理缓解腰椎间盘突出症患者疼痛的作用分析[J]. 吉林医学,2021,42(8): 2028-2029.
- [9]王香梅. 中医护理在中医定向透药疗法穴位治疗腰椎间盘突出症患者中的应用[J]. 基层医学论坛,2021,25(30): 4406-4407.
- [10]丘国风. 康复护理结合针灸治疗腰椎间盘突出症的效果[J]. 中医临床研究,2021,13(28): 114-116.
- [11]张西,耿庆文,周登芳,等. 艾灸联合拔罐治疗血瘀气滞型腰椎间盘突出症临床疗效观察[J]. 2022(10): 17,19.

优质护理在宫腔镜子宫内息肉电切除术患者治疗中的作用分析

杨蓉 张樱 (通讯作者)

南京市妇幼保健院腔镜科 江苏南京 210001

摘要: 目的: 研究分析优质护理在宫腔镜子宫内息肉电切除术患者治疗中的作用。方法: 参与研究的观察病例均为子宫内息肉患者, 总数共为 100 例, 均采取宫腔镜电切除术治疗, 选择时间段为 2019 年 10 月至 2021 年 11 月, 根据护理方式的差异, 将 100 例子宫内息肉患者划分成为两组, 即优质组和常规组, 每组病例数均是 50 例。两组患者治疗期间均根据常规护理模式操作, 优质组在该基础上施予优质护理, 观察分析两组围手术期指标、生活质量以及并发症发生情况。结果: 与常规组相比较, 优质组患者手术操作时间和住院时间均更短, 术中出血量更少, 生活质量各指标均更高, 并发症发生率较少, 两组患者各指标比较, 差异显著, $P < 0.05$ 。结论: 在宫腔镜子宫内息肉电切除术中施予优质护理, 可缩短手术操作时间和住院时间, 减少术中出血量和并发症的发生, 有利于患者生活质量的提高, 临床应用价值高, 推荐使用。

关键词: 宫腔镜; 子宫内息肉; 优质护理; 电切除术

在妇科疾病中, 子宫内息肉作为常见类型之一, 其临床表现一般为子宫腔内存在多个或者单个光滑肿物, 且大小不同, 该病多因机体子宫内膜局部增生造成, 疾病发生影响因素有子宫炎症以及内分泌紊乱等^[1-2]。临床实践发现, 当子宫内息肉发生时, 患者可出现月经紊乱或者阴道出血等症状表现, 情况严重时可能造成不孕, 使患者身心健康以及生命安全受到严重影响^[3]。当前在子宫内息肉的临床治疗中, 手术作为主要方式, 以宫腔镜子宫内息肉电切除术最为常用, 该手术虽然所致创伤比较小, 且术后恢复快, 获得较为明显的效果, 但是由于其属于有创性操作, 故在操作期间, 避免不了会对机体产生影响, 稍不注意, 很容易引起各种并发症的发生, 延长手术操作时间和住院时间, 继而影响患者生活质量^[4]。优质护理模式作为新型护理模式, 强调的是以患者作为核心, 根据患者身心需求, 为其提纲全方位、优质的护理服务, 以此提高护理治疗和疗效。本次研究在 2019 年 10 月至 2021 年 11 月期间选择了 50 例宫腔镜子宫内息肉电切除术患者作为优质组, 采取了优质护理干预, 获得了较好的效果, 下面就具体情况进行报道和分析。

1 资料和方法

1.1 基本资料

研究选取时间段为 2019 年 10 月至 2021 年 11 月, 总计病例数为 100 例, 研究病例对象均是子宫内息肉患者, 均施予宫腔镜电切除术。病例抽选对象标准: 1) 纳入标准: 均满足子宫内息肉诊断标准, 通过超声检查确诊; 符合手术指征, 自愿接受手术; 患者年龄 ≥ 18 岁, 可正常与他人沟通交流, 精准表达自身意愿, 无认知障碍和精神病史; 所有患者、家属都在知情同意书上签字, 可配合完成整个研究。2) 排除标准: 合并其他严重恶性肿瘤者; 缺失完整且真实的临床资料者; 存在严重妇科疾病或阴道炎患者; 无法正常和他人沟通交流者; 合并精神障碍和认知障碍者; 伴其他严重脏器疾病者; 有血液系统疾病和凝血障碍者; 处于妊娠期和哺乳期女性。根据护理方式的差异, 将 100 例子宫内息肉患者优质组划分成为两组, 即优质组和常规组, 每组病例数均是 50 例。常规组患者年龄最小 24 岁, 最高 62 岁, 平均值 40.23 ± 4.21 岁; 息肉类型: 单发 37 例, 多发 13 例; 体重在 56-80kg 之间, 平均体重 67.12 ± 1.21 kg; 受教育程度分布: 14 例患者在高中及以下, 36 例患者在大专及以上。优质组患者年龄最小 26 岁, 最高 61 岁, 平均值 40.19 ± 4.17 岁; 息肉类型: 单发 35 例, 多发 15 例; 体重在 55-78kg 之间, 平均体重 66.01 ± 1.09 kg。通过 SPSS22.0

软件的比较分析可知, 常规组和优质组患者在平均年龄、体重、息肉类型以及文化程度上比较, 无差异, P 均 > 0.05 。两组研究结果可比性强。

1.2 方法

常规组患者按照常规护理模式操作, 基于患者病情变化分析, 结合实施常规宣教、心理指导等。优质组采取优质护理干预, 将患者作为核心, 施予针对性且优质化护理措施, 详细操作见下: 1) 强化健康教育。在手术前, 及时了解患者基本情况, 主动探视, 积极沟通交流, 关注其心理情况, 并分析, 保持耐心的态度倾听患者主诉, 深入分析其病情, 掌握其身心护理需求。根据患者文化程度, 宣教关于疾病方面的知识, 如疾病发生原因、手术流程、手术治疗的重要性、相关注意事项等。及时回答患者、家属提出的问题, 以强化其对疾病知识的认识, 使其能够积极配合各项工作的开展, 增强治疗信心。同时, 告诉患者、家属在发生突发事件时的, 保持良好心态, 教予其如何有效地预防, 予以足够的关心和温暖, 缓解患者消极情绪, 使其保持乐观心态面对疾病和手术, 保证手术顺利开展。2) 加强术前准备。为进一步确保手术可顺利开展, 针对患者术前可能存在的恐惧感、陌生感以及紧张感, 协助其完成相关准备工作, 比如心电图检查、血液检查、超声检查等, 嘱咐患者对其阴部进行全面地清洗, 确保阴道卫生, 防止出现炎症而影响手术开展以及效果。3) 加强术中配合干预。开展手术时, 积极配合医生完成相关操作, 密切监测患者身体各指标, 如脉搏、血压、表情以及呼吸等, 如果出现异常, 及时告诉责任医师, 并配合进行处理, 防止出现不良事件。整个手术操作必须以无菌作为原则, 及时配合医生对电刀强度以及膨宫压力进行调整, 电凝强度保持在 60 左右, 流速为 150-200ml/min, 采取低压灌注, 注重细节护理干预。加强非手术位置的保暖, 保护好患者隐私。4) 加强并发症的预防护理干预。因宫腔镜电切术容易引起相关并发症, 如感染、出血或者低钠血症等, 故在手术后须密切监测患者各项生命体征指标, 尤其是并发症方面的前兆, 详细介绍可能发生的并发症, 引起患者、家属的重视。观察引流管路和引流液情况, 保证管路处于通畅状态; 如果患者病情恢复中稳定状态, 指导其早期下床活动, 嘱咐其大量饮水, 定时更换会阴垫, 保证会阴部的干燥清洁。此外, 嘱咐患者合理饮食, 术后 1 个月禁止性生活, 科学食用富含营养的食物。

1.3 观察指标

观察对比两组患者围手术期指标, 包含有手术操作时间、手术期间出

血量、住院时间。以健康调查简表（即 SF-36）对两组患者护理后生活质量实施判断分析，该量表共有 8 个项目，即躯体疼痛、精神健康、活力水平、一般健康、生理职能、社会功能、情感职能、生理功能，每个指标的评价分值均在 0-100 分之间，评价分值和生活质量之间呈正比，即分值越高，代表患者生活质量也就越高^[5]。统计两组患者并发症发生情况，并进行比较分析。

1.4 统计学分析

在 SPSS22.0 软件中，计数样本以%表示，实施 χ^2 检验；计量样本以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，取 t 检验， $P < 0.05$ 表示差异有意义。

2 结果

2.1 优质组和常规组患者围手术指标比较

优质组与常规组患者围手术指标比较详见表 1，通过软件的分析可知，优质组患者手术操作时间、住院时间和常规组比较，均明显要短，同时术中出血量也明显比常规组少，两组指标之间具有统计学意义，即 $P < 0.05$ 。

表 1 优质组和常规组患者围手术指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

分组	手术操作时间 (min)	住院时间 (d)	术中出血量 (ml)
优质组 (n=50)	29.38±4.92	3.09±1.01	17.98±2.67
常规组 (n=50)	40.23±4.39	5.67±1.32	23.45±3.48

2.2 优质组和常规组患者护理后生活质量各指标比较

优质组和常规组患者护理后生活质量各指标比较详见表 2，经 SPSS22.0 的比较检验可知，优质组患者躯体疼痛、精神健康、活力水平、一般健康、生理职能、社会功能、情感职能、生理功能评分均比常规组高，两组数据比较差异显著， $P < 0.05$ 。

表 2 优质组和常规组患者护理后生活质量各指标比较（分）（ $\bar{x} \pm s$ ）

指标	优质组 (n=50)	常规组 (n=50)
躯体疼痛	76.23±2.34	68.21±6.23
精神健康	79.28±5.49	68.92±7.21
活力水平	70.92±4.59	60.94±4.23
一般健康	80.23±4.69	71.23±4.58
生理职能	71.26±6.21	66.82±4.69
社会功能	83.22±5.09	74.97±5.63
情感职能	74.34±5.91	66.49±5.01
生理功能	75.21±4.36	67.28±4.59

2.3 优质组和常规组并发症发生情况统计比较

优质组和常规组并发症发生情况统计比较详见表 3，经 SPSS22.0 软件的比较检验可知，优质组并发症发生率明显比常规组少，两组数据比较差异明显， $P < 0.05$ 。

表 3 优质组和常规组并发症发生情况统计比较[n (%)]

分组	感染	疼痛	出血	总发生率
优质组 (n=50)	1 (2.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	2 (4.0)
常规组 (n=50)	4 (8.0)	5 (10.0)	2 (4.0)	11 (22.0)

3 讨论

在妇科疾病中子宫内膜息肉作为常见疾病，容易造成月经紊乱或者腹

痛等症状，影响患者身心健康^[6]。临床实践以及相关文献报道表示，在子宫内膜息肉的临床中以宫腔镜息肉电切术治疗，经宫腔镜，可快速精准定位，明确病灶位置，获得清楚图像，彻底清除干净病灶，该手术操作简单方便，同时手术创伤也比较小，恢复速度快，效果明显^[7-8]。但是也有报道指出，该手术尽管可获得较好效果，但是因受各方面因素的干扰和影响，比如患者自身因素、外在环境因素等，这些均容易引起并发症，使手术效果和预后受影响^[9]。

近年来随着医疗技术的进步，人们生活水平的提高，对医疗服务的要求也随之更高。优质护理作为一种新型护理方式，改变了以往以疾病为核心的护理理念，强调的是以患者作为中心，根据患者病情变化和治疗要求，结合其身心需求，提供优质、高效且合理的护理服务，从健康宣教、心理、并发症预防等方面着手实施护理，可提高护理质量。有学者曾就优质护理干预用于宫腔镜子宫内息肉电切术治疗的效果进行了研究分析，文献报道指出，优质护理组手术时间短，出血量低，出院时间少且术后复发率更低^[10]。本次研究结果也表示，实施优质护理干预的优质组，患者生活各指标评分均比常规组高，手术操作时间、住院时间均比常规组短，术中出血量和并发症发生率也明显比常规组少， $P < 0.05$ ，提示对宫腔镜子宫内息肉电切术患者予以优质护理，可减少术中出血量，效率高，可防止并发症的发生以及生活质量的提高。

综上所述，优质护理应用于宫腔镜子宫内息肉电切术中，效果明显，并发症少，可提高患者术后生活质量，临床应用价值和推广价值均比较高。

参考文献：

- [1]唐水连,范天丽,赖明洁. 优质护理在宫腔镜子宫内息肉电切术患者治疗中的临床价值分析[J]. 医药前沿,2021,11 (8): 130-131.
- [2]史清梅,陈美云,覃铁连,等. 手术室护理配合路径在宫腔镜子宫内息肉电切术的影响分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5 (22): 78-79.
- [3]平红. 优质护理在宫腔镜子宫内息肉电切术中的应用效果及对患者并发症发生率和满意度的影响观察[J]. 中外女性健康研究,2018 (24 (19)): 72,133.
- [4]刘剑敏,陈洁. 围手术期细节护理在宫腔镜子宫内息肉电切术患者中的应用效果[J]. 医疗装备,2021,34 (2): 144-145.
- [5]高伟. 手术室护理配合路径在宫腔镜子宫内息肉电切术中的应用效果及应激反应的影响[J]. 母婴世界,2022 (14): 121-123.
- [6]张玉,何燕,马灵驭. 手术室护理配合路径在宫腔镜子宫内息肉电切术中的应用价值[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6 (65): 121,124.
- [7]邓惠常,谢有欢,冯敏婷. 分析宫腔镜子宫内息肉电切术中手术室护理配合路径的应用效果[J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2021,8 (4): 71-73.
- [8]赵凤. 基于微信的延续护理在宫腔镜子宫内息肉电切术后放置曼月乐患者中的应用效果[J]. 中国医药指南,2021,19 (16): 227-229.
- [9]曾志华. 手术室护理配合路径在宫腔镜子宫内息肉电切术中的应用价值[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊),2020,20 (98): 357-358.
- [10]董娜,马琳琳,翁蕾. 优质护理干预在宫腔镜子宫内息肉电切术中的应用效果[J]. 中国医药指南,2019,17 (2): 239-240.

优质护理在冠心病护理中的应用及依存性与满意度分析

姚玉萍 王立红

平罗县中医医院 宁夏石嘴山市 753000

摘要:目的 将优质护理施于冠心病患者,研究证实其护理效果以及对患者护理满意度、护理依从性的提升。方法 纳入2020-2021年我院96例冠心病患者,数字随机分组,对照组48例行常规护理,观察组48例行优质护理,比较组间护理依从性、护理满意度、心理状态、生活质量、临床指标改善情况。结果 从复查、用药、生活习惯等方面评估组间护理后的依从性,观察组各项均优于对照组,差异显著($P<0.05$);观察组护理满意度高于对照组,差异显著($P<0.05$);护理前组间SAS、SDS评分比较无差异($P>0.05$),护理后,观察组各项均高于对照组,差异显著($P<0.05$);观察组患者护理后的各项生活质量评分均高于对照组,差异显著($P<0.05$);观察组患者护理后的心率、收缩压均低于对照组,住院时间短于对照组,差异显著($P<0.05$);观察组护理后不良情况的发生率低于对照组,差异显著($P<0.05$)。结论 优质护理对冠心病患者护理效果的提升具有积极的促进作用,可提升患者的依从性与护理满意度,改善患者的相关指标,控制病情发展,让患者有积极的心态去坦然面对疾病,提升患者的生活质量,值得推广。

关键词: 优质护理;冠心病;依存性;满意度

前言

冠心病已经成为了严重威胁我国民众身体健康的常见疾病。社会经济的发展推动了老龄化进程的加快,让集中高发于老年群体的冠心病发病率进一步升高^[1]。现代医疗技术水平的提高,让经皮冠状动脉介入治疗、冠状动脉旁路移植术等冠心病治疗方式在临床上得到普及,提高了急性心肌梗死等病症的治疗有效性,减少了冠心病致死事件的发生。但是,结合相关临床研究^[2],冠心病病程漫长,长时间干扰患者无法正常生活,患者逐渐沉迷,对治疗失去信心,负性情绪严重,甚至出现厌世、抵抗治疗的行为,影响了临床治疗的顺利进行,限制了治疗效果。优质护理是基于生物-心理-社会医学模式下的全新护理模式,是在常规护理的基础上,不断改进、完善,持续性提高护理服务质量,保证患者收获更加优质的护理服务,从而保证临床治疗的顺利性与有效性^[3]。文章研究中将优质护理施于冠心病患者,以此证实其护理效果以及对患者护理满意度、护理依从性的提升,详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2020-2021年我院96例冠心病患者,数值随机分组,组间基线资料经统计学分析显示均衡可比($P>0.05$)。

对照组:48例,男28例,女20例,年龄范围55-75岁,均值(65.23±1.45)岁,病程1-9年,均值(5.27±1.32)岁;

观察组:48例,男29例,女19例,年龄范围56-75岁,均值(65.84±1.2)岁,病程2-9年,均值(5.75±1.41)岁。

纳入标准:临床确诊冠心病者;本人及其家属均对研究知情同意。

排除标准:伴其他严重性心脏疾病者;伴其他脏器功能障碍性疾病者;沟通障碍者。

1.2 方法

予以对照组常规护理。为患者营造良好的住院环境,合理指导患者用药、吸氧、休息,叮嘱患者饮食保持低盐、低脂,紧密监测患者的基本生命指标。

观察组予以优质护理,具体包括:

(1)基础护理。创建温馨、舒适、干净、整洁的病房环境,保持病房内空气清新,定期更换床品,否则环境脏乱会影响患者的心情。辅助患者自行完成洗漱、穿衣、翻身、进食等日常生活行为,对半自理、失能患者,由护理人员帮助完成日常清洁与口腔护理,积极预防压疮的出现。同时,结合患者的身体情况与喜好制定饮食计划,选择低脂、低盐、低热量、易消化的食物,保证患者摄入充足的钙、钾、蛋白质等,多吃薯类、香蕉、芹菜等粗纤维食物,促进排便。在护理人员的引导下,帮助患者养成良好的饮食习惯。

(2)心理护理。了解每一位患者的性格特点、喜好、情绪状态,保证心理护理的针对性;全面、细致的向患者展开健康宣教,宣教内容涉及冠心病常识、诱因、预防、并发症防治等等,强化患者的防范意识;以有效的健康宣教消除患者的知识盲区,以舒缓患者未知而恐慌的情绪,将宣教内容制成健康手册,确保患者深入知晓消极情绪对疾病的不良影响,并且以交谈的方式予以患者直观的鼓励与支持,让患者保持良好的心理状

态。可以结合成功的治疗案例,让患者知晓积极配合医护人员,可收获理想的治理效果,提升患者的依从性。

(3)安全护理。安全护理的前提,是护理人员扎实过硬的专业技能,赢得患者及其家属的信任。严格遵照三查七对制度、手卫生制度、消毒隔离制度、无菌操作制度,积极预防各类护理安全事故。尊重个体差异性,予以患者不同的护理干预,警惕护理对象更换期间的消毒工作,以避免交叉感染。

(4)针对性优质护理。评估患者的具体病情,制定针对性的护理方案;确保每一项护理操作均严格遵照无菌操作原则,时刻监测患者的基本生命体征,予以患者心电、吸氧监护,建立静脉通道。护理人员必须熟知各种药物的具体使用方法、剂量、不良反应,熟知注意事项,严格控糖、降压、降脂,帮助患者建立良好的饮食习惯与运动习惯;严格控制患者的体重;叮嘱患者戒烟、戒酒,养成良好的生活习惯。

(5)微笑服务。主动与患者建立良好的护患沟通关系,加强与患者间的有效交流,缩短医患距离,让患者完全信任依赖护理人员。有效的护患沟通可大幅降低医疗纠纷的发生概率,因此,微笑服务,可以提升护理人员亲切、和蔼的白衣天使形象,让患者面对护理操作不再恐惧,保证良好的护理依从性。

(6)康复教育。护理人员应该注重对康复期患者的卫生、心理知识宣导,指导患者展开床上、床下康复活动,鼓励患者积极、适当锻炼,以减少静脉血栓、肺血栓的形成。住院3个月的患者,鼓励患者进行医疗体操锻炼,以帮助患者恢复正常的活动功能。结合患者的病情与运动耐受情况,为患者制定合理的康复计划,帮助患者战胜内心恐惧,树立积极、健康的人生观。

1.3 观察指标

(1)护理依从性:从用药、复查、生活习惯三个方面评估患者的依从性。良好:能够完全按照医护人员的祝福,按时复查、按量用药、养成良好的生活习惯;差:完全不听从医护人员的嘱咐。

(2)以问答反馈的方式统计组间护理满意度。

(3)心理状态:以焦虑(SAS)、抑郁(SDS)量表评估组间护理前后的心理状态,分值越低表示患者的心理状态越佳。

(4)以SF-36量表评估组间护理后的生活质量,分值越高表示生活质量越佳。

(5)临床指标:心率、收缩压、住院时长。

(6)护理后不良情况:血糖值下降、心绞痛、心肌梗死、血压值上升、胆固醇升高。

1.4 统计学处理

研究中数据分析使用统计学软件SPSS25.0,其中($\bar{x} \pm s$)表示计量资料, t 检验,百分比表示计数资料, χ^2 检验;统计学差异成立为($P<0.05$)。

2 结果

2.1 两组患者的依从性比较

见表1,从复查、用药、生活习惯等方面评估组间护理后的依从性,观察组各项均优于对照组,差异显著($P<0.05$)。

表 1 两组患者的依从性比较[n/%]

组别	复查依从性		用药依从性		生活习惯依从性	
	良好	差	良好	差	良好	差
观察组 (n=48)	45 (93.75)	3 (6.25)	47 (97.92)	1 (2.08)	46 (95.83)	2 (4.17)
对照组 (n=48)	37 (77.08)	11 (22.92)	38 (79.17)	10 (20.83)	33 (68.75)	15 (31.25)
χ^2 值	5.352		8.317		12.080	
P 值	0.021		0.004		0.001	

2.2 两组患者的护理满意度比较

见表 2, 观察组护理满意度高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。

表 2 两组患者的护理满意度比较[n/%]

组别	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组 (n=48)	33 (68.75)	14 (29.17)	1 (2.08)	47 (97.92)
对照组 (n=48)	29 (60.42)	12 (25)	7 (14.58)	41 (85.42)
χ^2 值				4.909
P 值				0.027

2.3 两组患者的心理状态评分比较

见表 3, 护理前组间 SAS、SDS 评分比较无差异 ($P>0.05$), 护理后, 观察组各项均高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。

表 3 两组患者的心理状态评分比较[$\bar{x}\pm s$ /分]

组别	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=48)	56.04 ± 6.04	39.59 ± 5.10	62.15 ± 6.58	41.29 ± 5.37
对照组 (n=48)	56.43 ± 5.82	49.05 ± 4.64	62.32 ± 6.77	48.05 ± 5.82
t 值	0.322	9.506	0.125	5.914
P 值	0.748	0.000	0.901	0.000

2.4 两组患者护理后的各项生活质量评分比较

表 6 两组患者护理后不良情况的发生率比较[n/%]

组别	血糖值下降	心绞痛	心肌梗死	血压值上升	胆固醇升高	发生率
观察组 (n=48)	1 (2.08)	1 (2.08)	2 (4.17)	1 (2.08)	0 (0.00)	5 (10.42)
对照组 (n=48)	8 (16.67)	6 (12.5)	8 (16.67)	6 (12.5)	8 (16.67)	36 (75.00)
X^2 值						40.912
P 值						0.000

3 讨论

冠状动脉粥样硬化性心脏病简称冠心病, 发病机制为心肌供血不足、心脏冠状管腔闭塞^[4-5]。该病发作后, 患者心前区有剧烈的疼痛感, 且伴明显的窒息感、灼痛感与压迫感。冠心病发病率、致死率较高, 是临床防治的重点疾病^[6-7]。同时, 冠心病临床护理非常关键, 将会对患者的预后效果造成直接性的影响。近几年, 伴随着优质护理在临床上的普及, 将其应用于冠心病的临床护理中成效显著。优质护理以常规护理为基础, 对其进行完善、改进、优化、提升, 指导护理人员严格遵照流程、规范、标准、制度去落实护理措施, 全面、详尽掌握患者的具体情况, 并且要求护理人员具备一定的应急能力, 可及时发现患者的并发症征象, 最大程度减少疾病对机体的侵害, 同时帮助患者纠正不良的生活行为, 养成良好的行为习惯, 深化治疗效果的同时, 提升护理服务质量^[8]。

结合文章研究结果, 观察组患者复查、用药、生活习惯等各项依从性均优于对照组, 护理满意度高于对照组; 护理后, 观察组各项心理状态评分、生活质量评分均高于对照组。同时, 观察组患者护理后的各项临床指标均较对照组更优, 且大幅减少了不良情况的发生。由此可知, 优质护理以人性化、全面化、严谨化、细致化的护理干预, 在保证护理服务质量的同时, 积极改善了患者的心理状态与疾病指征, 提升了患者治疗期间的舒适度, 让患者有更加轻松、正常的生活^[9]。同时, 优质护理对护理人员的护理操作提出了更为严格、规范的要求, 保证了对患者机体、心理双重的高质量护理, 建立了和谐、友好的护患关系, 确保了护理服务的推进与落实^[10]。

优质护理对冠心病患者护理效果的提高具有积极的促进作用, 可以提高患者的依从性和护理满意度, 改善患者的相关指标, 控制疾病的发展,

见表 4, 观察组患者护理后的各项生活质量评分均高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。

表 4 两组患者护理后的各项生活质量评分比较[$\bar{x}\pm s$ /分]

组别	生理功能	规范饮食	社会功能	自我检测	合理用药
观察组 (n=48)	83.11 ± 10.03	74.12 ± 9.06	78.21 ± 9.14	69.23 ± 6.12	72.41 ± 8.04
对照组 (n=48)	76.24 ± 8.11	44.13 ± 7.16	65.21 ± 8.03	55.46 ± 5.17	46.31 ± 8.06
t 值	3.690	17.993	7.403	11.908	15.884
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 两组患者的临床指标比较

见表 5, 观察组患者护理后的心率、收缩压均低于对照组, 心绞痛发作频次少于对照组, 住院时间短于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。

表 5 患者的临床指标比较[$\bar{x}\pm s$]

组别	心率 (次/min)	收缩压 (mmHg)	住院时间 (d)
观察组 (n=48)	74.12 ± 10.33	145.23 ± 12.04	18.45 ± 4.17
对照组 (n=48)	94.26 ± 12.78	163.25 ± 16.18	26.58 ± 6.49
t 值	8.491	6.190	7.302
P 值	0.000	0.000	0.000

2.6 两组患者护理后不良情况的发生率比较

见表 6, 观察组护理后不良情况的发生率低于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。

使患者以积极的态度从容地面对疾病, 让患者可以正常的工作与生活, 值得推广。

参考文献:

- [1] 连志红. 优质护理在冠心病护理中的应用效果观察探讨[J]. 医学食疗与健康, 2022, 20 (10): 111-113+117.
- [2] 孟祥艳. 多样性护理在糖尿病合并冠心病护理中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2022, 20 (08): 46-49.
- [3] 王优, 王春晓, 刘艺. 中医优质护理结合健康教育用于冠心病护理中的效果[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36 (04): 130-132.
- [4] 韩晓彦. 多样化护理措施在糖尿病合并冠心病护理中的应用效果研究[J]. 糖尿病新世界, 2022, 25 (02): 127-130.
- [5] 刘珍英, 荆松宾. 冠心病护理中采用行为护理干预对提高护理效果的应用研究[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (06): 353-354.
- [6] 许丹. 多样性护理干预在糖尿病合并冠心病患者护理中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (30): 190-192.
- [7] 邓淑文, 罗小艳. 认知行为干预用于冠心病护理中对疾病知识掌握程度的影响分析[J]. 心血管病防治知识, 2021, 11 (27): 93-96.
- [8] 路俊莹. 糖尿病合并冠心病护理中运用多样性护理对提高护理效果的应用分析[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24 (10): 117-119+126.
- [9] 杨顺香. 多样性护理对糖尿病合并冠心病患者血糖及心功能的改善效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (12): 13-15.
- [10] 郑爱萍. 探讨人性化护理在糖尿病和冠心病护理中的应用效果[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24 (07): 161-164.

"5E"康复护理对冠心病行经皮冠状动脉介入治疗患者预后水平的影响

张菊艳

莱州市人民医院 261400

摘要：目的：探析在冠心病行经皮冠状动脉介入治疗患者中应用“5E”康复护理对其预后水平的重要影响。方法：收集我院 2021.6 至 2022.5 收治且接受经皮冠状动脉介入治疗的 40 例冠心病患者进行探究，并随机分成对照组（20 例，予以常规护理）和研究组（20 例，在对照组基础上予以“5E”康复护理），比较两组护理前后自我管理情况、临床相关指标、不良事件发生率、临床干预效果。结果：经不同护理方法干预后，研究组自我管理评分及临床干预效果均高于对照组，临床相关指标优于对照组，不良事件总发生率低于对照组。 $P<0.05$ ，两组对比差异间有统计意义。结论：将“5E”康复护理运用于冠心病行经皮冠状动脉介入治疗患者中，能够有效提高其自我管理能力，改善其临床相关指标，降低各种不良事件发生概率，维护患者机体健康水平，值得临床推广运用。

关键词：冠心病；经皮冠状动脉介入治疗；“5E”康复护理；预后水平；影响

冠心病是一种临床常见的心血管病症，该病指的是因脂质代谢异常，血液内脂质堆积附着在动脉内膜上，形成类白色斑块所致。冠心病临床表现为胸闷、胸痛、呼吸困难以及心悸等症状，主要采用药物、介入手术、冠状旁路移植术等疗法进行干预。其中，经皮冠状动脉介入疗法应用较为普遍，其是一种微创疗法，具有创伤小、见效快等优点，能够促进患者冠状动脉恢复供血，有效改善其心肌缺血现象，维护患者生命安全。但该疗法属于侵入性操作，若患者对其认知不足，在接受治疗时极易出现各种负性情绪，影响预后。所以，在临床治疗过程中，予以其有效护理干预措施对提升其预后水平具有十分重要价值意义。基于此，为明确“5E”康复护理法在冠心病行经皮冠状动脉介入治疗患者中的应用价值，本文择取我院接治的 40 例冠心病患者进行研究，现结果如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 试验对象择取我院 2021.6 至 2022.5 收治且接受经皮冠状动脉介入治疗的 40 例冠心病患者，并随机分成对照组（20 例）和研究组（20 例），前者男 11，女 9，年龄 40-69 岁，均龄（52.68±3.15）；后者男 12，女 8，年龄 41-68 岁，均龄（52.47±3.06）。两组临床资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），可比。本试验由伦理委员会直接批复。纳入标准：①符合冠心病诊断标准；②无经皮冠状动脉介入禁忌证，且首次接受该治疗者；③无意识及认知障碍者；④资料完整，自愿签定协议者。排除标准：①伴运动锻炼限制性病症者；②伴其他严重心脏病症者；③伴肝、肺、肾严重脏器功能异常者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 予以常规护理：主要包含病情常规检测，讲解疾病相关知识及经皮冠状动脉介入治疗流程等内容，予以患者常规用药、饮食指导、康复训练等基础护理服务。

1.2.2 研究组 在对照组基础上予以“5E”康复护理：①在患者接受经皮冠状动脉介入治疗后第 2-3d，护理人员要采用集体授课法向其讲解相关冠心病知识内容，以及介入治疗后相关注意事项，积极做好病情定期监测、体重定期测量、体重指数等，并告知患者控制血压、血糖对冠心病治疗的重要意义，服用抗血小板类、 β 受体阻滞剂以及他汀类等药物治疗时所产生的不良反应，讲解过度摄入钠盐可能产生的临床表现，尽量让患者使用低盐、低脂、低胆固醇的食物，增强患者对疾病相关知识认知度。出院前，护理人员要给患者发放健康相关宣传册，并组建康复微信群，在群内及时

解答患者提出的疑问，并予以针对性正确指导，定期推动相关康复知识。

②护理人员要积极主动与患者交流互动，告知患者临床治疗后康复干预的重要意义，深入了解其内心变化情况，对具有心理障碍者予以针对性心理指导以及前期干预，鼓励其积极面对疾病，以此来提高其临床治疗与护理工作配合度。采用举办讲座、微信群等方式向患者推送同伴教育，邀请成功案例向患者讲解自身经验，切实增强患者战胜病魔信心；鼓励患者自主分享自我康复奖励，并及时肯定患者的进步，激发其治疗积极性和依从性。

③出现之前，护理人员要综合评估患者病情、体质以及负荷运动等变化状况，根据患者实际情况，制定科学、合理康复训练计划，训练内容包括快走、慢跑、游泳等有氧运动，运动量控制在 20-30min/d，3-5d/周；而后适当开展静力、负重等抗阻运动训练，该训练每次要间隔 1d。指导患者每日同步上传微信步数、运动照片、视频等强化监督。康复运动训练要采用循序渐进、适可而止原则，运动期间要时刻携带药物，一旦出现胸痛、头昏目眩、劳累过度等情况，要立即停止并服用相关药物。④叮嘱患者尽量在身体允许情况下回归工作岗位，若无工作者可引导其在家做些力所能及家务，增强其价值感。⑤采用温馨、电话等方式间隔 2 周评估一次患者术后机体康复状况，评估内容包含按时、按量服药情况，饮食情况。机体指标变化情况、运动情况等，结合其实际状况适当调整患者康复训练内容。

1.3 观察评价指标 ①护理前后自我管理情况对比：采用自我管理评分量表（CSMS）对患者护理前后自我管理情况进行评析，主要包含情绪管理（0-20 分）、日常生活管理（0-40 分）、疾病医学管理（0-75 分），分值与患者自我管理能力强呈正相关^[1]。②临床相关指标对比：评析患者干预后 6min 步行距离（6MWD）、任务代谢当量（MET）及左心室射血分数（LVEF）^[2]。③不良事件发生率对比。④临床干预效果对比：痊愈：症候全部消失，无不良反应；显效：症候明显减轻，存在极少不良反应；无效：未达上述效果^[3]。

1.4 统计学方法 用 SPSS22.0 软件处理；例数 n 表示；计数资料%表示， χ^2 检验；计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 护理前后自我管理情况对比

经不同护理干预后，研究组自我管理能力强于对照组， $P<0.05$ ，有统计学意义。见表 1。

表 1 护理前后自我管理情况对比（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	情绪管理		日常生活管理		疾病医学管理	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后

对照组	20	11.28±2.41	13.18±2.13	27.71±4.21	31.08±4.29	41.36±5.45	51.29±7.22
研究组	20	10.89±2.53	14.69±2.05	28.05±3.85	35.41±4.03	41.82±5.67	58.70±6.46
t	-	0.499	2.284	0.267	3.290	0.262	3.421
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 临床相关指标对比

研究组临床相关指标优于对照组, $P<0.05$, 有统计学意义。见表 2。

表 2 临床相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	6MWD/m	MET/%	LVEF/%
对照组	20	408.25±32.03	48.21±6.07	51.38±9.45
研究组	20	512.69±37.72	59.68±6.54	58.10±10.02
t	-	9.439	5.749	2.182
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 不良事件发生率对比

研究组不良事件总发生率低于对照组 (15.0vs50.0), $P<0.05$, 有统计学意义。见表 3。

表 3 不良事件发生率对比 (n, %)

组别	n	心律失常	血栓	心肌缺血	不定期心绞痛	总发生率
对照组	20	1	1	3	5	10 (50.0)
研究组	20	0	0	1	2	3 (15.0)
χ^2	-	-	-	-	-	5.584
P	-	-	-	-	-	<0.05

2.4 临床干预效果对比

研究组临床干预效果高于对照组 (95.0vs70.0), $P<0.05$, 有统计学意义。见表 4。

表 4 临床干预效果对比 (n, %)

组别	n	痊愈	显效	无效	总有效率
对照组	20	9	5	6	14 (70.0)
研究组	20	11	8	1	19 (95.0)
χ^2	-	-	-	-	4.329
P	-	-	-	-	<0.05

3 讨论

冠心病全程为冠状动脉粥样硬化性心脏病, 该病是由冠状动脉发生粥样硬化, 导致血管出现堵塞现象, 或者因冠状动脉发生异常痉挛, 使得心肌功能出现缺血缺氧、坏死等情况^[4-5]。冠心病是一种发病率高、死亡率的病症, 该病主要发病群体为中老年人, 临床表现为呼吸困难、心悸、胸痛、胸闷等症状, 若不及时进行干预治疗, 则会对患者生命健康安全造成巨大威胁。目前, 临床对于冠心病主要采用经皮冠状动脉介入术进行治疗, 该治疗方式可以使患者冠状动脉构建血供, 有效改善患者心肌缺血、缺氧情况, 维护患者生命安全^[6-7]。经皮冠状动脉介入治疗法虽然是一项微创手术, 但其实际操作具有侵入性, 通过治疗虽然可以缓解患者病症, 但无法彻底消除基础病因, 临床治疗后仍需接受长期血压、血糖控制、用药干预、饮食指导以及康复训练等护理干预服务^[8]。根据试验数据显示, 经不同护理方法干预后, 研究组自我管理评分及临床干预效果均高于对照组, 临床相关指标优于对照组, 不良事件总发生率低于对照组。 $P<0.05$, 两组对比差

异间有统计意义。说明, 在冠心病行经皮冠状动脉介入治疗患者中, 要及予以其有效护理措施进行干预, 以此来加快患者病情康复进程, 进一步提升患者预后水平^[9]。但由于常规护理模式所涉及内容较为单一, 其对患者术后生活方式管理对预后水平的影响缺乏重视程度, 加之患者依从性相对较差, 不利于术后康复。而“5E”康复护理是一种可视化、便捷性、高效性健康管理模式, 其是以健康知识教育为基础护理内容, 采用个体化指导、集体授课等方式, 让患者正确了解疾病相关知识及经皮冠状动脉介入治疗应用效果, 帮助患者构建疾病康复自信心^[10]。而评估作为护患有效沟通交流的重要手段, 护理人员通过充分分析和了解患者实际情况, 根据不断优化和完善个性化护理干预方案, 切实增强其临床治疗和护理依从性, 促进其术后机体早日康复。另外, 语言鼓励与康复运动、早日回归工作岗位等属于辅助手段, 可从各个角度影响患者术后对待疾病治疗工作的态度, 并向患者详细介绍一些成功案例, 有效缓解其不良情绪, 减轻内心压力对心血管系统造成的不利影响, 强化其战胜病魔的信心, 切实提高其自我管理能力^[11-12]。在患者出院后, 护理人员要根据其实际情况, 制定相应康复训练计划, 并对患者进行定期随访, 时刻了解其病情变化状况, 而后适当调整计划内容, 促使患者早日康复。

综上所述, 将“5E”康复护理运用于冠心病行经皮冠状动脉介入治疗患者中, 能够有效提高其自我管理能力, 改善其临床相关指标, 降低各种不良事件发生概率, 维护患者机体健康水平, 值得临床推广运用。

参考文献:

- [1]孙慧敏. 康复护理对冠心病患者行经皮冠状动脉介入术后恢复的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23 (14): 56-58, 79.
- [2]谷雨攀, 朱丽, 李庆印, 等. 急诊经皮冠状动脉介入治疗患者早期心脏康复护理方案的构建[J]. 中华护理杂志, 2021, 56 (4): 502-508.
- [3]曾小娟. 心脏康复综合护理在经皮冠状动脉介入治疗患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33 (22): 167-169.
- [4]华流荣. 心电监护结合心脏康复护理对冠心病介入治疗患者心功能及生命质量的影响[J]. 医疗装备, 2019, 32 (22): 154-155.
- [5]李彤莹. 精细康复护理在冠心病伴房颤行 PCI 患者中的应用[J]. 中国实用医药, 2021, 16 (36): 196-198.
- [6]张嘉. 优化康复护理流程对冠心病介入术后患者康复效果的影响[J]. 青岛医药卫生, 2020, 52 (2): 143-145.
- [7]冯舒爽, 华俊, 魏睿宏, 等. 改良早期心脏康复方案在经皮冠状动脉介入术后患者中的应用[J]. 中华护理杂志, 2020, 55 (9): 1330-1335.
- [8]林静, 曾德菲, 黄滢, 等. 精准化护理干预在冠心病患者介入治疗中的应用[J]. 西部医学, 2019, 31 (11): 1785-1789.
- [9]刘红俊, 魏首栋, 马靖. 冠心病合并糖尿病患者冠状动脉病变特征及围术期护理[J]. 护理研究, 2017, 31 (18): 2299-2301.
- [10]蒙俊辉. 责任制整体护理在冠心病行 PCI 患者中的应用效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36 (7): 180-181.
- [11]姚汉芬, 徐琴, 陈诚. 延续性管理措施对冠心病 PCI 治疗的临床应用及预后分析[J]. 当代医学, 2020, 26 (22): 179-181.
- [12]陈川. 健康教育联合运动康复对行 PCI 术的冠状动脉粥样硬化性心脏病患者心功能的影响[J]. 中西医结合护理 (中英文), 2020, 6 (12): 1-4.

快速康复外科护理在胸腔镜肺癌切除术围手术期的应用对患者疼痛的改善探讨

张林鹤

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710000

摘要: 目的: 探讨快速康复外科 (FTS) 护理在胸腔镜肺癌切除术围手术期的应用对患者疼痛的改善。方法: 选取 2020 年 2 月至 2022 年 2 月我院收治的 60 例围术期肺癌患者进行研究, 随机分组, 分组方法为抽签法, 分为对照组 (30 例) 与干预组 (30 例), 对照组: 男性有 19 例, 女性有 11 例; 年龄在 41 岁至 69 岁之间, 平均年龄为 (53.77±6.85) 岁; 临床分期: 22 例为 I 期, 8 例为 II 期; 病理类型: 28 例为鳞癌, 2 例为腺癌。干预组: 男性有 18 例, 女性有 12 例; 年龄在 42 岁至 69 岁之间, 平均年龄为 (54.06±6.93) 岁; 临床分期: 21 例为 I 期, 9 例为 II 期; 病理类型: 26 例为鳞癌, 4 例为腺癌。对照组施予常规性护理, 干预组选用 FTS 护理。比较两组的术后指标、护理满意度与并发症率。结果: 干预组的术后疼痛评分低于对照组 (P<0.05), 干预组胸管的留置时间与住院时间短于对照组 (P<0.05), 干预组的术后并发症率低于对照组 (P<0.05), 干预组护理所获得的总满意度高于对照组 (P<0.05)。结论: FTS 护理在胸腔镜肺癌切除术围手术期的应用对患者疼痛的改善效果显著, 并且降低并发症率, 加速其康复, 缩短住院时间, 获得更高的护理满意度, 值得推广应用。

关键词: 快速康复外科护理; 胸腔镜肺癌切除术; 围手术期; 疼痛; 改善

肺癌是指肺部的腺体或支气管黏膜发生恶性肿瘤。肺癌无传染性, 但有一定的遗传易感性与家庭聚集性, 若能在疾病早期发现且早期治疗, 可获得比较好的预后, 而晚期的预后通常比较差^[1]。随着近些年来我国人民的生活环境污染越来越严重, 肺癌的患病率越来越高, 临床主要表现为咳嗽、喘鸣、胸痛、咯血或痰中带血等症状, 对患者生活质量造成严重的不良影响^[2]。临床针对肺癌患者常用手术治疗, 但传统手术难以满足患者对生命质量的需求。随着近几年来流行微创手术技术, 胸腔镜肺癌切除手术受到了临床的重视与患者的欢迎, 该术式在切除肺癌病灶的同时, 能减少手术创伤与降低术后疼痛感, 利于患者的术后康复。在改进手术治疗技术的同时, 临床还应加强护理, 以缓解患者的疼痛, 促进其康复。有研究显示, 快速康复外科 (Fast-Track-Surgery, FTS) 护理能降低围术期肺癌患者的疼痛程度, 改善其生活质量, 促进其康复^[3-4]。本次研究将选取 60 例围术期肺癌患者进行分组对照研究 FTS 护理的应用, 现汇报研究的具体内容如下。

1 资料、方法

1.1 基线资料

在我院收治的肺癌患者之中选取 60 例作为本次研究的对象, 选取时间范围是 2020 年 2 月至 2022 年 2 月, 按照随机抽签法分为两组, 分别是对照组和干预组, 每组各 30 例。

对照组: 男性有 19 例, 女性有 11 例; 年龄在 41 岁至 69 岁之间, 平均年龄为 (53.77±6.85) 岁; 临床分期: 22 例为 I 期, 8 例为 II 期; 病理类型: 28 例为鳞癌, 2 例为腺癌。

干预组: 男性有 18 例, 女性有 12 例; 年龄在 42 岁至 69 岁之间, 平均年龄为 (54.06±6.93) 岁; 临床分期: 21 例为 I 期, 9 例为 II 期; 病理类型: 26 例为鳞癌, 4 例为腺癌。

比较两组的资料信息, 差异无统计学意义 (P>0.05), 具有可比性。本次研究将相关资料上报于我院的伦理委员会, 经过严格的审核, 获得批准后进行。

选取标准: ①经过检查确定诊断为肺癌; ②年龄小于 70 岁; ③均行胸腔镜下肺癌切除手术; ④对本次研究情况知情, 且同意参与。

排除标准: ①手术禁忌证者; ②中途改行其他术式者; ③未能完成手术者。

1.2 方法

对照组向围术期患者提供常规性护理, 主要包括术前心理疏导、指导患者术前检查、指导协助其术前准备、介绍手术情况、术后看护、对症护理等。常规护理的术前需要禁饮食 12h, 术后通常禁饮食至次日早晨, 术后选择平卧体位进行休息至次日早晨, 根据患者的诉求进行镇痛。

干预组给围术期患者提供 FTS 护理, 护理的具体措施如下。

(1) 术前护理: 针对入院患者进行评估术后并发症的风险性, 结合其血气分析、肺活量、排痰量、吸烟史、运动负荷量等制定出个体化护理方案。术前给予常规性雾化吸入治疗, 并叮嘱患者戒烟与生活环境禁烟, 指导其训练呼吸功能, 如腹式呼吸、吹气球、有效咳嗽等^[5-6], 每周训练 4d 以上, 以提高其心肺功能, 提升其手术耐受能力, 利于减少术后并发症。术前为患者介绍手术相关知识, 并针对性疏导其不良心理情况, 消除其恐惧、焦虑等不良心理。指导患者术前禁食 6h 与禁水 2h 即可^[7-8], 在术前 2h 给予无糖尿病史患者饮用碳水化合物 400ml^[9], 不放置导管, 减少其不适感与应激反应。

(2) 术后护理: 术后 6h 可指导协助患者开始床上活动, 将床头抬高 30°左右, 可开始饮水与进食流质食物。术后 1d 查房时应指导患者练习简单的生活技能, 指导其有效咳嗽排出呼吸道的分泌物; 指导患者家属协助患者下床进行早期活动, 可选择多功能移动架帮助患者承载引流装置与输液装置, 以辅助患者自我活动, 减轻其家属负担^[10]。待患者恢复较好, 可鼓励其开展循序渐进的有氧康复运动, 如扩胸运动、骑单车、步行等; 术后根据胸片检查结果尽早将胸腔管拔除, 以缓解胸部疼痛。针对患者的术后疼痛情况, 可采取超前镇痛、个体化镇痛等^[11]措施进行降低其疼痛程度, 减轻对术后恢复的不良影响, 利于加速康复。

(3) 出院护理: 针对出院患者, 护理人员应了解其心理状态, 针对性疏导其自卑感、心理阴影, 帮助其强化人格, 建立康复信心与生活自信心, 指导其出院事宜, 叮嘱其定期复查。给予患者出院后的康复训练指导, 示范摸耳、背手、云手、爬墙等康复训练操, 促进其恢复患侧肌群功能, 指导其在康复操的基础上进行步行、慢跑、骑车等有氧锻炼, 以出汗、轻度气喘为宜, 切勿过度劳累。

1.3 观察指标

对比两组的术后指标、并发症情况与护理满意情况。

术后指标: 主要包括术后疼痛、胸管的留置时间、住院时间等, 采取疼痛视觉模拟 (VAS) 量表进行评估术后疼痛, 得分的高低与疼痛程度成正比。

并发症主要包括切口感染、肺部感染、泌尿感染、心律失常、急性呼吸征等。

护理满意: 使用医院自制的护理调查问卷进行评价, 满分为 100 分, 低于 60 分视为不满意, 60-75 分视为一般, 76-90 分视为满意, 得分高于 90 分视为十分满意, 十分满意率与满意率之和为护理的总满意率。

1.4 统计学处理

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

2 结果

2.1 对比两组的术后指标情况,通过疼痛评分、胸管的留置时间、住院时间进行对比,其中疼痛评分采取疼痛视觉模拟(VAS)量表进行评估术后疼痛,得分的高低与疼痛程度成正比。(P<0.05),详情见下表1

表1 两组的术后指标 ($\bar{x} \pm S$)

分组	例数	疼痛评分 (分)	胸管的留置 时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	30	4.66±1.58	4.30±0.94	7.15±1.06

表2 两组的并发症率 [n (%)]

分组	例数	切口感染	肺部感染	泌尿感染	心律失常	急性呼吸征	合计
对照组	30	3 (10.00)	3 (10.00)	1 (3.33)	3 (10.00)	1 (3.33)	11 (36.67)
干预组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	0 (0.00)	2 (6.67)
χ^2							7.954
P							0.005

2.3 对比两组的护理满意情况,使用医院自制的护理调查问卷进行评价,满分为100分,低于60分视为不满意,60-75分视为一般,76-90分视为满意,得分高于90分视为十分满意,十分满意率与满意率之和为护理的总满意率。干预组护理所获得的总满意度高于对照组(P<0.05)详情见下表3

表3 两组的护理满意率 [n (%)]

分 组	例 数	十分满意	满意	一般	不满意	总满意
对 照 组	30	10(33.33)	10 (3.33)	8 (26.67)	2 (6.67)	20(66.67)
干 预 组	30	21(70.00)	7 (23.33)	2 (6.67)	0 (0.00)	28(93.33)
χ^2						6.667
P						0.010

3 讨论

肺癌是临床的一种常见恶性肿瘤,不仅影响患者的工作与生活,还对其生命安全造成严重的威胁。肺癌患者首选外科手术治疗,完全地切除其肺癌病灶与转移淋巴结是治愈肺癌的唯一方法^[12];针对无法治愈患者,也可通过切除绝大部分肿瘤为化疗、放疗等治疗创造更加有利的条件。目前,针对肺癌患者的手术治疗首选胸腔镜下肺癌切除手术,该术式创作小,利于术后康复^[13]。但手术治疗不可避免会造成机体创伤,产生疼痛,术后需要较长时间才可恢复机体功能,其中围术期合适的护理可促进术后患者加快康复,因此选择正确的护理方式就显得十分重要了。

FTS 护理是基于循证医学理念上不断地优化围术期各项护理措施达到快速康复目的的护理模式。本次研究中干预组采取 FTS 护理,针对性优化手术前后的各项护理措施,以减少、减轻术后康复的不利因素,进而加速肺癌患者的术后康复。术前 FTS 护理训练患者的心肺功能,提升其手术耐受力;向患者介绍手术情况,疏导其不良心理情绪,减轻其心理应激反应;将术前禁食缩短至 6h,禁饮时间缩短至 2h,不置导管,并提供碳水化合物饮料,最大程度地减轻其生理应激反应。术后早期指导患者床上活动,提供流质食物与饮水,并鼓励患者尽早下床活动,以促进其恢复胃肠功能,预防并发症;针对患者的术后疼痛问题,采用超前镇痛、个体化镇痛方式帮助其降低疼痛刺激;术后尽早移除胸管,利于切口愈合;针对出院患者,提供后续康复训练方法与指导,保障其持续康复锻炼,加快康复速度。

从文中的数据结果可以看出,干预组的各项术后指标较于对照组均更优(P<0.05),与宫莉莉等^[14]研究中快速康复组住院时间、VAS 评分低于常规护理组的结果基本相符;干预组的术后并发症率较于对照组更低(P<0.05),干预组的护理满意度较于对照组更高(P<0.05),与郭堃岚等

干预组	30	2.85±1.12	2.25±0.73	4.08±0.69
t	-	5.119	9.434	13.295
P	-	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 对比两组的并发症情况,通过记录切口感染、肺部感染、泌尿感染、心率失常、急性呼吸征的情况,对照组切口感染3例、肺部感染3例、泌尿感染1例、心率失常3例、急性呼吸征1例,干预组切口感染1例、肺部感染0例、泌尿感染0例、心率失常1例、急性呼吸征0例,(P<0.05),详情见下表2

^[15]研究中护理满意度显著高于对照组的结果一致,表明 FTS 护理的效果明显。

总而言之,针对围术期肺癌患者应用 FTS 护理不仅能降低疼痛评分,缩短胸管的留置时间与住院时间,还能降低并发症率,提高护理满意度,值得广泛应用。

参考文献:

- [1]苏雪娥,刘芳.快速康复外科对非小细胞肺癌胸腔镜肺叶切除患者康复影响因素分析[J].医药前沿,2021,11(26):130-131.
- [2]杜丽红,顾雪娟.快速康复外科在周围型肺癌单孔胸腔镜肺叶切除术患者中的应用[J].医学临床研究,2021,38(8):1124-1127.
- [3]陈慧,陶江泉.快速康复外科护理在胸腔镜肺癌切除术手术期中的应用效果[J].婚育与健康,2021,29(8):80.
- [4]马燕君,徐晓凌,林晓璇,等.快速康复外科干预在胸腔镜肺叶切除术中的应用分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(13):2157-2158.
- [5]孙仁芳,张怡,周剑英,等.快速康复操对老年肺癌患者经胸腔镜肺叶切除术后功能恢复及并发症的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28(5):627-630.
- [6]姜伟,陈德福,袁超,等.快速康复外科在胸腔镜肺癌根治术中的临床效果及 TNF- α 、IL-6 水平影响评价[J].糖尿病天地,2021,18(7):138.
- [7]王邵莉.快速康复在胸腔镜手术治疗老年肺癌患者中的临床应用[J].中国药物与临床,2021,21(4):716-718.
- [8]方子文,方万强,阮玲玲,等.快速康复外科理念联合自主呼吸麻醉胸腔镜手术在早期非小细胞肺癌中的临床应用[J].中国医药指南,2020,18(17):4-6.
- [9]杨慧,陈瑞云,魏立,等.快速康复操对老年肺癌患者胸腔镜肺叶切除术后功能恢复的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2020,42(6):555-558.
- [10]曹艳超,尹桂梅,郑新英,等.基于快速康复外科理念的护理干预对肺癌患者疗效、疲乏及生活质量的影响[J].中国医药导报,2020,17(28):173-176,181.
- [11]严晓霞,潘晴,茹君,等.基于加速康复外科的早期下床活动方案在肺癌患者术后康复中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2020,26(29):4090-4094.
- [12]耿红转.快速康复理念在肺癌患者围手术期护理中的应用效果分析[J].中国药物与临床,2020,20(23):4036-4037.
- [13]宋淑梅,刘书凝.快速康复外科护理在胸腔镜肺癌切除术围手术期中的应用效果[J].护理实践与研究,2019,16(14):70-71.
- [14]宫莉莉,王晓欢.快速康复小组在胸腔镜肺癌切除术围手术期护理中的作用研究[J].中国实用护理杂志,2019,35(34):2646-2649.
- [15]郭堃岚,杨雁芬,徐雯娇,等.快速康复护理在单操作孔全胸腔镜下肺癌完全切除术后中的应用[J].昆明医科大学学报,2019,40(3):145-148.

临床护理路径在腹腔镜胆囊切除术患者中的护理效果研究

张秋芬

山东省烟台海港医院 山东烟台 264006

摘要: 目的: 评估临床护理路径在腹腔镜胆囊切除术中的临床护理效果。方法: 随机选取 2018 年 1 月—2022 年 2 月期间我院普外科行腹腔镜胆囊切除术的患者共 100 例, 随机分为对照组和实验组, 对照组进行常规方法治疗和护理, 实验组按照临床护理路径方式进行治疗和护理。对两组患者的平均住院天数、住院费用、健康教育达标率及满意率进行统计学分析比较。结果: 与对照组相比, 实验组的平均住院天数和住院费用明显减少 ($P<0.05$), 有显著统计学意义。与对照组相比, 实验组的健康教育达标率及满意率显著性增加 ($P<0.05$), 有明显统计学意义。结论: 临床护理路径是一种高品质、高效率、低成本的健康服务护理模式, 可适用于腹腔镜胆囊切除术患者, 符合现代医学模式转变的要求, 有效提高患者的治疗效果, 值得进一步推广和应用。

关键词: 临床护理路径; 腹腔镜胆囊切除术; 护理满意度; 干预效果

Clinical nursing path in patients with laparoscopic cholecystectomy nursing effect

Qiu-fen zhang

(Yantai Port Hospital of Shandong Province, Yantai 264006, China)

[Abstract]Objective: To evaluate the clinical nursing effect of clinical nursing path in laparoscopic cholecystectomy. Methods: a total of 100 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy in the general surgery department of our hospital from January 2018 to February 2022 were randomly selected and divided into control group and experimental group. The control group received conventional treatment and nursing, and the experimental group received treatment and nursing according to the clinical nursing path. The average hospitalization days, hospitalization expenses, health education rate and satisfaction rate of the two groups were statistically analyzed and compared. Results: Compared with the control group, the average hospitalization days and hospitalization costs of the experimental group were significantly reduced ($P<0.05$), with significant statistical significance. Compared with the control group, the achievement rate and satisfaction rate of health education in the experimental group increased significantly ($P<0.05$), with significant statistical significance. Conclusion: Clinical nursing pathway is a high quality, high efficiency and low cost health care model, which can be applied to patients with laparoscopic cholecystectomy, in line with the requirements of modern medical model transformation, effectively improve the treatment effect of patients, and worthy of further promotion and application.

Key words: clinical nursing pathway; Laparoscopic cholecystectomy; Nursing satisfaction; Intervention effect

随着微创外科的发展, 腹腔镜胆囊切除术 (LC) 已成为微创外科手术中比较成熟的一种, 具有不剖腹、无明显瘢痕、免缝合、恢复快、痛苦少等特点^[1]。但我们必须认识到 LC 有可能发生胆漏、腹腔出血、胆管损伤等并发症, 这较传统胆囊切除术更严重。因此, 如何选择病例, 做好手术室护理, 及时的心理干预, 预防术后并发症, 是手术成功的关键。临床护理路径 (Clinical Nursing Pathway, CNP) 是为具有特殊诊断和治疗 (手术) 的患者, 设置的一种明确的常规护理模式^[2]。从患者入院到出院, 患者按照此模式进行治疗和护理。近两年来我院设计的临床护理路径, 获得较好的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择对象为 2018 年 1 月—2022 年 2 月期间我院普外科进行腹腔镜胆囊切除术的患者共 100 例。其中男 73 例, 女 27 例, 年龄 51~67 岁。患者临床主要表现为突发右上腹痛, 慢性腹痛进行性加重。B 超诊断单发结石为 41 例, 多发结石共 46 例, 胆囊颈管结石嵌顿 8 例, 其它 5 例。将患者随机分为对照组和实验组, 每组各 50 例。在性别、年龄及疾病严重程度等方面, 对比两组患者, 无统计学差异, $P>0.05$, 具有可比性。

1.2 实验方法

实验组患者按临床护理路径方式进行治疗和护理, 对照组患者按照既往的腹腔镜胆囊切除术常规治疗方法进行治疗和护理。在出院前由专人分别对两组患者进行问卷调查。问卷内容包括: ①健康知识掌握情况: 包括腹腔镜胆囊切除术的相关知识, 共 20 个问题, 每题按 3 级赋分, 掌握为 5 分, 了解为 3 分, 不知道为 1 分; 满分为 100 分, 60 分及以上为达标, 得分越高, 说明健康教育的效果越好。②患者对护理工作满意度: 采用护理部设计的患者满意度调查问卷, 每题按 3 级赋分, 满意、部分满意、不满意分别记为 10 分、6 分、2 分; 满分为 100 分, 60 分及以上为满意, 得分越高表示患者对护理工作越满意。

1.3 部门组织结构

手术由 1 名主任医师、1 名副主任医师、护士长以及责任护士组成。由主管医师负责患者医疗路径的执行, 责任护士负责临床护理路径的具体实施, 科主任、护士长、责任护士负责质量监控。

1.4 统计学方法

数据指标以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 分类资料统计分析采用 χ^2 检验, 采用 SPSS 进行统计分析和总结。 $p<0.05$ 表示两组差异具有统计学意义。

义。

2. 结果

与对照组相比, 实验组的平均住院天数和住院费用明显减少 ($P<0.05$), 有显著的统计学意义。与对照组相比, 实验组的健康教育达标率及满意率显著性增加 ($P<0.05$), 有明显统计学意义。两组患者平均住院天数、住院费用、健康教育达标率及满意率比较的结果见表 1。

表 1 平均住院天数、住院费用、健康教育达标率及满意率的对比结果

组别	例数	平均住院天数 (天)	住院费用 (元)	健康教育达标率 (%)	满意率 (%)
对照组	50	4.87±1.54	51048±485.27	81.41	85.21
实验组	50	6.01±1.38*	52751±215.11*	97.25*	96.17*

*: 与对照组相比, 实验组平均住院天数、住院费用、健康教育达标率及满意率 $P<0.05$, 有统计学意义。

3. 讨论

临床护理路径是病人在住院期间的护理模式, 是针对特定的病人群体, 以入院指导、接诊时诊断、检查、用药、治疗、护理、饮食指导、活动、教育、出院计划等理想护理手段为纵轴, 制成一个日程计划表, 对何时该做哪项检查、治疗及护理, 病情达到何种程度, 何时可出院等目标进行详细的描述说明与记录^[3]。患者迫切需要的是最高质量的服务和最低廉的医疗费用。临床护理路径刚刚可以满足患者的这个迫切需求。在临床护理路径的开展过程中, 护士需要向患者及家属详细说明临床护理路径的流程特点, 使他们预知住院天数和将要采取的治疗和护理方案及费用, 使其对整个诊治过程更加了解, 这大大促进了患者对临床护理路径的监督机制。这样, 也充分展现了以患者为中心的服务理念, 使诊治过程透明化、具体化, 提高了患者的满意度。

需行胆囊切除患者以往常用传统的开腹手术方法治疗, 传统开腹手术方法的优点是操作直观、暴露充分、并发症发生率较小等; 虽然其技术上已经比较成熟, 但其缺点也比较明显, 如术中出血多, 切口相对较大, 手术过程较痛苦等, 尤其是胆囊位置异常的患者风险也非常大。近年来, 腹腔镜胆囊切除术在临床上日益推广, 并逐渐得到临床学者的认可, 由于其微创性的特点以及手术疗效和安全性显著好于传统手术, 目前已逐渐成为急性结石性胆囊炎等需行胆囊切除治疗疾病的首选治疗方法^[4]。在本研究腹腔镜胆囊切除术推行临床护理路径的过程中, 患者感受到的最明显的收益就是平均住院天数的减少和总体费用的降低, 而且对自身疾病情况和诊疗过程有更详细透彻的了解, 而医护人员的治疗护理行为也得到了更高效的规范。在实际临床推行过程中, 这种临床护理路径, 不但规范了治疗、护理和康复的操作程序, 改善了医、护、患的关系, 体现了“以人为本”的服务理念和患者的知情权, 大大提高医疗护理质量, 而且整体护理工作也得到了进一步深化。本研究统计结果显示, 实验组平均住院天数、住院费用、健康教育达标率及满意率与对照组相比, 均有显著的统计学意义

($P<0.05$)。临床护理路径是一种高品质、高效率、低成本的健康服务护理模式, 可适用于腹腔镜胆囊切除术。

在我们推行临床护理路径开展的具体过程中, 也遇到了一些现实的制约因素, 如医院的资金投入及全面推行路径需要配备的相关配套设施、人员的完善及各科室之间的长期协作问题; 医护人员服务理念的根本转变, 科室领导的管理力度和主管医生的配合程度, 涉及的相关利益冲突的问题; 患者对临床护理路径的理解和接受程度。而且, 目前还缺乏对临床路径评估的相关标准, 只能根据各医院各科室的实际情况, 在实践中探索。对于路径中出现异常的情况, 要及时分析其原因, 主动采取对策并积极预防, 这就尤其需要医护的密切配合, 否则很可能对路径的严格贯彻开展, 产生不良影响。临床护理路径以缩短平均住院天数、降低住院费用为显著特点, 起到规范诊疗行为、节约卫生资源、贯彻整体护理理念、提高医疗效益/成本比重的重要作用。临床护理路径作为一种高品质、高效率、低成本的健康服务模式, 得到了医院和社会的广泛接受。但同时也要清醒地认识到, 并不是所有的患者都适合临床护理路径模式。要想成功地开展临床护理路径模式, 必须以临床护理路径的理论基础为依托, 结合当地的临床实际情况, 在临床的实践过程中不断探索和完善, 制定出适合本地区本医院本科室的临床护理路径。

综上所述, 在普外科腹腔镜胆囊切除术护理工作中推行临床护理路径, 降低患者的平均住院天数、住院费用, 并显著地提高了健康教育达标率及满意率, 符合现代医学模式转变的要求, 提高患者的治疗效果, 与医院定义的护理工作内涵一致, 有极大的应用价值, 在结合医院实际情况的前提下, 值得进一步推广应用。

参考文献:

- [1]周钱江, 王跃东, 竺杨文, 等. 慢性萎缩性胆囊炎腹腔镜切除术 95 例临床分析[J]. 肝胆胰外科杂志, 2016, 20 (4): 288~289.
- [2]袁剑云, 英立平. 临床护理路径实施手册[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 2002: 5.
- [3]戴红霞, 成翼娟. 临床护理路径—科学、高效的医疗护理管理新模式[J]. 中华护理杂志, 2018, 38 (3): 208—211.
- [4]秀丽. 应用临床护理路径对社区高血压患者实施健康教育[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 22 (7): 37—38.
- [5]余明仙, 方爱君. 腹腔镜胆囊切除术后并发症的临床观察和护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 16 (11): 1575—1576.
- [6]姚瑛. 心理护理干预对腹腔镜胆囊切除术患者生活质量的影响[J]. 中国现代医生, 2017, 12 (30): 59—61.
- [7]冯燕英, 邹要芬, 周维枝. 舒适护理在大肠癌患者术后化疗中的效果观察[J]. 护理实践与研究, 2015, 7 (6B): 23—25.
- [8]黄丹, 谭爱梅, 蒋学军. 经桡动脉行冠状动脉造影术围手术期的护理[J]. 现代临床护理, 2016, 6 (5): 333.
- [9]阎秀丽. 应用临床护理路径对社区高血压患者实施健康教育[J]. 中国实用护理杂志, 2016, 22 (7): 37—38.

老年性脑梗塞患者护理中优质护理服务的急诊分析

朱娅玲

遂宁市中心医院神经内科 四川遂宁 629099

摘要：目的：深入分析老年性脑梗塞患者在急诊护理过程中采取优质护理服务的实际效果。方法：选取 2019 年 11 月-2020 年 11 月急诊科收治的 100 例老年性脑梗塞患者参与研究，利用随机抽签法分组，每组均纳入 50 例对象。观察组接受优质急诊护理，对照组接受常规急诊护理，就两组急救效率、情绪变化评分、生活质量评分、自理能力优良率、护理满意度展开评定。结果：观察组在分诊时间、急诊停留时间、抢救时间与住院时间等指标与对照组比较所用时间均更短；观察组负面情绪改善效果优于对照组；观察组各项生活质量评分与对照组相比较均呈更高显示；观察组与对照组在自理能力优良率分别为 90.0%、72.0%；观察组护理满意度 96.0%高于对照组 78.0%，（ $P<0.05$ ）。结论：优质护理服务的实施可提高老年性脑梗塞患者抢救成功率、治疗有效率提升，具有值得推广的价值。

关键词：老年性脑梗塞；优质护理服务；急诊护理；护理效率

脑梗塞是急性脑血管疾病中发病率较高的一种，在老年人群中的发病率比较高，脑梗塞具有较高的死亡率和致残率^[1]。虽然当前我国医疗技术正在不断的发展，急救效率在很大程度上提高，但是许多脑梗塞患者在治疗过程中容易出现意外事件或者治疗后会出现神经功能障碍等后遗症，对日常生活自理能力、心理状态等都会带来负面影响^[2]。为此，我们在老年脑梗塞患者抢救治疗的过程中加用优质护理服务，通过科学有效的护理模式，帮助老年脑梗塞患者提高抢救成功率，改善他们的生活质量，保障治疗效果^[2]。本文在近一年择取的对象中随机选择 100 例老年脑梗塞患者作为观察对象，就优质护理服务的应用效果进行探讨。研究报告整理如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

本次研究时间段介于 2019 年 11 月-2020 年 11 月期间，收治地点均为我院急诊科，收治对象为 100 例已确诊的老年性脑梗塞患者参与研究，利用随机抽签法分组，每组均纳入 50 例对象。

对照组：年龄最小者 60 岁，年龄最大者 86 岁，中位年龄（68.9±2.8）岁，男性共计 29 例、女性共计 21 例。

观察组：年龄最小者 61 岁，年龄最大者 88 岁，中位年龄（69.5±2.5）岁，男性共计 27 例、女性共计 23 例。

两组老年脑梗塞患者的组间资料差异显著存在统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）所有研究对象均满足实验室指标、MRI 以及 CT 中脑梗塞相关指标；（2）入选的 100 例老年性脑梗塞患者及家属均知晓本次研究且签署相关协议，基线资料完善，自愿参与研究；（3）本次研究经过医院伦理委员会批准。

排除标准：（1）本身存在恶性肿瘤疾病患者排除；（2）存在靶向器官功能障碍疾病排除；（3）治疗依从性较差患者排除；（4）精神障碍、认知障碍、语言障碍患者排除。

1.2 护理方法

给予对照组 50 例老年脑梗塞患者应用常规急诊护理，具体内容如下：

（1）病情监护：护理人员加强对病情的监测，一旦出现体征异常的情况，需要及时上报医生并进行处理；（2）药物指导：护理人员严格按照医嘱对患者进行药物指导，详细说明每种药物的用法和注意事项。（3）心理疏导：护理人员以平和的态度面对患者，对老年患者进行心理评估，若有严重负面情绪，则需要给予针对性疏导。

给予观察组 50 例老年脑梗塞患者应用优质护理服务，具体方法如下：

（1）病情评估：首先对老年脑梗塞患者进行全面检查，对病情进行初步评估，如果出现呕吐的情况，需要及时将分泌物清除，确保口腔中的清洁

卫生。脑梗塞的发病机制十分复杂，因此在实施针对性治疗前，需要对患者进行系统系的检查，确保患者的呼吸值、脉搏和瞳孔无异常情况发生。

（2）心理护理：对于老年患者来说，由于病情较为严重，难免会产生焦虑、抑郁等负面情绪，护理人员需要结合患者的文化水平对患者进行心理疏导，主动积极与患者进行沟通，如实告知患者病情恢复情况，多为患者介绍成功治愈的案例，帮助他们树立信心。（3）压疮护理：每间隔 1-2 小时协助患者翻身，在患者肢体活动允许的情况下，可以适当进行床上肢体活动，避免皮肤长时间受压。每日定时清洁患者皮肤，确保皮肤干燥，勤更换衣物，确保老年患者个人卫生。（4）饮食护理：评估老年患者的营养状况，结合患者的喜好制定出针对性营养计划。如果患者不能够正常饮食，则可以利用营养滴注、鼻饲等方式实施营养支持，确保每日所需营养得到满足。（5）呼吸道护理：老年脑梗塞患者的发病第一时间需要立即叫救护车，并且让患者头部偏向一侧卧床休息。尽可能为患者创造一个安静的环境。如果患者出现呼吸困难的情况需要将衣物、领带解开，确保患者吸入充足的氧气，及时将口腔和呼吸道中的分泌物清除，以免导致患者窒息。

（6）康复护理：护理人员每日定时按摩患者的肢体，首先从被动肢体训练开始，循序渐进进行康复锻炼，然后从坐姿训练转化为站立训练，促进患者肌肉能力的提升。患者恢复一段时间后，在护理人员的陪同下可以进行自主训练，比如扶墙行走、自己穿衣、洗脸、负重训练等。（7）体位训练：脑梗塞患者尽可能保持侧卧位，手指半弯曲，肩部向上抬并且向前挺，上肢自然伸展。在患肢下方放置一个软垫，每间隔 2h 帮助患者变换体位，预防关节功能衰退和压疮的产生。

1.3 效果观察

1.3.1 评估并对比两组研究对象的抢救效率，从以下指标进行：分诊时间、急诊停留时间、抢救时间、住院时间。

1.3.2 通过汉密尔顿自评量表对两种负面情绪的变化情况进行评估：其中包括焦虑和抑郁两种情绪，各项评分均在 0-20 分范围内，分数与结果呈反比。

1.3.3 利用 GQOLI-74 量表对两组老年患者的生活质量进行评估，分为四个维度：认知功能、躯体功能、心理功能、角色功能，各项评分均在 100 分范围内，分数越高，生活质量越好。

1.3.4 借助 Barthel 指数对日常生活自理能力进行评估，具体标准如下：当分值≥70 岁，则为优秀；当分值≥50 分，则为良好；当分值<50 分，则为较差。

1.3.5 将我院自拟满意度调查法分发给每位患者，请他们自愿评估，其结果分成十分满意、一般满意、不满意。

1.4 统计学分析

所有研究数据全部通过 SPSS20.0 统计软件对数据进行处理, 计量资料采用 t 检验 ($x \pm s$), 计算资料采用 X^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2、结果

2.1 两组老年脑梗塞患者的抢救效率比较

从记录结果上分析, 观察组在分诊时间、急诊停留时间、抢救时间与住院时间等指标与对照组比较所用时间均更短, 组间所用数据对比差异显著 ($P < 0.05$)。详细数据见表 1:

表 1 两组老年脑梗塞患者的抢救效率比较

组别	分诊时间 (min)	急诊停留时 间 (min)	抢救时间 (h)	住院时间 (d)
观察组 (n=50)	0.54±0.39	7.84±2.59	38.49±8.57	11.48±1.74
对照组 (n=50)	1.58±0.41	12.43±2.28	55.19±9.15	15.68±1.88
t	12.9959	9.4060	9.4193	11.5935
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组老年脑梗塞患者的情绪变化情况比较

在开展护理措施前, 观察组焦虑和抑郁情绪均较严重, 评分无明显差异 ($P > 0.05$); 完成护理措施后, 观察组负面情绪改善效果优于对照组, 组间数据对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详细数据见表 2:

表 2 两组老年脑梗塞患者的情绪变化情况比较

组别		焦虑评分	抑郁评分
观察组 (n=50)	治疗前	17.42±1.36	16.49±1.27
	治疗后	6.57±1.29	6.45±1.23
对照组 (n=50)	治疗前	17.58±1.35	16.38±1.33
	治疗后	10.74±1.31	9.68±1.28

2.3 两组老年脑梗塞患者的生活质量评分比较

对生活质量即认知功能、躯体功能、心理功能、角色功能展开评估, 观察组各项生活质量评分与对照组相比较均呈更高显示, 2 组数据对比差异显著, ($P < 0.05$)。详细数据见表 3:

表 3 两组老年脑梗塞患者的生活质量评分比较

组别	认知功能	躯体功能	心理功能	角色功能
观察组 (n=50)	95.26±2.27	93.74±2.16	94.65±2.37	95.84±2.25
对照组 (n=50)	80.18±2.25	75.27±2.09	78.46±2.16	77.41±2.13
t	33.3625	43.4529	35.7011	42.0618
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组老年脑梗塞患者的自理能力优良率比较

从医护人员评估结果上看, 观察组与对照组在自理能力优良率分别为 90.0%、72.0%, 组间数据比较差异明显 ($P < 0.05$)。详细数据见表 4:

表 4 两组老年脑梗塞患者的自理能力优良率比较

组别	优秀	良好	较差	优良率
观察组 (n=50)	19 (38.0)	26 (52.0)	5 (10.0)	45 (90.0)
对照组 (n=50)	15 (30.0)	21 (42.0)	14 (28.0)	36 (72.0)
X^2				5.2657

P

<0.05

2.5 两组老年脑梗塞患者的护理满意度比较

对两组对象进行访问分析, 观察组护理满意度 96.0% 高于对照组 78.0%, 两组满意度对比分析有统计学意义, ($P < 0.05$)。详细数据见表 5:

表 5 两组老年脑梗塞患者的护理满意度比较

组别	十分满意	一般满意	不满意	总满意度
观察组 (n=50)	25 (50.0)	23 (46.0)	2 (4.0)	48 (96.0)
对照组 (n=50)	20 (40.0)	19 (28.0)	11 (22.0)	39 (78.0)
X^2				7.1673
P				<0.05

3、讨论

从临床研究上看, 脑梗塞患者的死亡和残疾率都比较高, 该疾病还具有容易复发的特点, 尤其对于老年人来说, 若不及时进行急救治疗, 死亡风险大大提升^[4]。许多老年脑梗塞患者经过治疗后, 会出现神经功能障碍的情况, 日常生活自理能力也会降低, 对生活质量 and 家属都会带来很大的影响^[5]。近几年来, 我国医疗服务行业正在不断的进步和发展, 临床优质护理服务的理念应用范围也越来越广, 为了促进老年脑梗塞患者治疗效果的提升, 我们在治疗期间, 利用优质护理服务来促进患者肢体功能和神经功能的康复^[6]。优质护理服务能够根据老年脑梗塞患者的病情状况以及可能出现的护理难点进行针对性处理, 降低不良情况产生的同时, 从饮食、心理、生理等各方面为老年患者进行服务, 将人文关怀理念贯穿于老年脑梗塞急诊护理的过程中, 促进急诊护理质量提升^[7]。优质护理服务与常规护理不同, 突破了常规护理的局限性, 不仅仅关注病情的走向, 更加关注患者的心理需求, 从根本上做好负面情绪和不良反应预防工作。通过本次研究结果分析, 充分证明了优质护理服务在急诊护理中的良好效果, 可在很大程度上缩短分诊与患者的等候时间, 为患者争取更多的抢救治疗时间, 提高抢救效率的同时, 尽快开展康复护理, 能够帮助患者提高自理能力, 并引导他们逐渐树立积极的心态, 拉近与医护人员之间的关系。

综上所述, 优质护理服务的实施可提高老年性脑梗塞患者抢救成功率、治疗有效率, 可在很大程度促进急救效率升高, 确保老年脑梗塞患者心理状态与生活质量升高, 日常自理能力可在短时间内改善, 整体急救护理质量明显升高, 具有值得推广的价值。

参考文献:

- [1]魏玲玲. 老年性脑梗塞的优质护理干预方式分析[J]. 临床研究, 2018, 26 (3): 150-151.
- [2]王欢. 探讨优质护理服务在老年性脑梗塞护理中的应用效果[J]. 航空航天医学杂志, 2018, 29 (6): 771-773.
- [3]张锐英, 邓惠玲, 黄少姬, 等. 老年性脑梗塞护理中优质护理服务的应用价值分析[J]. 中国实用医药, 2018, 13 (17): 148-149.
- [4]胡芳芳. 老年性脑梗塞患者护理中运用优质护理的效果分析[J]. 系统医学, 2021, 6 (6): 184-187.
- [5]杨雪勤, 孙燕楠, 毋佳楠. 优质护理服务在老年性脑梗塞护理中的应用探讨[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30 (7): 1184-1185.
- [6]齐丽娟. 优质护理服务在老年性脑梗塞护理中的应用效果研究[J]. 临床研究, 2018, 26 (10): 163-164.
- [7]卢苹. 优质护理在老年性脑梗塞护理中的效果观察及有效率评价[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (5): 323-324.

呼吸内科敏感指标的建立提高专科护理内涵质量的影响

柏静 房欣 沈冬梅

盐城市大丰人民医院 江苏盐城 224100

摘要：目的：分析建立呼吸内科敏感指标在专科护理内涵质量提高中的影响。方法：将2016年3月31日至2017年3月31日为呼吸内科敏感指标建立前250例患者作为本次对照组观察对象，另将2020年11月30日至2021年11月30日为呼吸内科敏感指标建立后250例患者作为本次观察组观察对象，分析在不同专科护理管理下的无创正压通气患者腹胀的发生率、无创正压通气患者面部压力性损伤的发生率以及留置胸管患者非计划性拔管发生率，同时分析住院患者吸入剂使用的正确率。结果：分析可见，在两组患者采取不同的专科护理管理后，观察组患者第1-3个月、4-6个月、7-9个月以及10-12个月中的无创正压通气患者腹胀的发生率、无创正压通气患者面部压力性损伤发生率以及留置胸管患者非计划性拔管发生率明显更低，对比统计学差异明显（ $P < 0.05$ ）；在观察组患者建立呼吸内科敏感指标并实行后可见，观察组患者在二季度、三季度、四季度的10月份和11月份中的住院患者吸入剂使用正确率较高，专科护理管理质量提高更明显。结论：建立呼吸内科敏感指标能够在一定程度上提高专科护理内涵质量，帮助管理者了解无创呼吸机的管理风险，通过合理有效的集束化管理措施，提示管理者采取针对性的措施，最大限度减少无创正压通气患者腹胀、面部压力性损伤并发症的发生，降低了留置胸管患者非计划性拔管率，提高了住院患者吸入剂使用正确率，相较于常规专科护理管理措施，更有利于患者在治疗后的身体功能康复，护理效果更明显，值得临床广泛应用。

关键词：呼吸内科敏感指标；建立；专科护理内涵质量

引言

近年来，随着我国医疗卫生事业的发展，描述性、经验式的粗放型评价模式已经较难适应当前护理管理需求，未来的护理管理更是向数据化、标准化、精细化方向发展。护理敏感指标作为当前护理质量管理的重要方式，定量评价与患者结局最为相关的护理实践，能够有效提高护理内涵质量，一定程度保证了患者的护理安全，因此，护理敏感指标已经成为了当前护理工作中的一项准则以及衡量标准^[1]。鉴于呼吸系统疾病对患者身体健康的危害，护理人员则在这一类患者的临床管理中担任着重要角色，而建立呼吸内科敏感指标则能够有效提高专科护理质量。本次研究针对呼吸内科敏感指标建立前后患者的护理情况进行分析，旨在观察敏感指标的建立对专科护理内涵质量提高的影响，详见下文所示。

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

将2016年3月31日至2017年3月31日为呼吸内科敏感指标建立前250例患者作为本次对照组观察对象，其中男性138例，女性112例，最大年龄为77岁，最小年龄为32岁，平均 53.39 ± 2.84 岁，四个指标第一第二为无创正压通气100例，第三是留置胸管50例，第四是住院患者吸入剂使用100例（2016年4月1日至2016年11月30日）；另将2020年11月30日至2021年11月30日为呼吸内科敏感指标建立后250例患者作为本次观察组观察对象，其中男性131例，女性119例，最大年龄为76岁，最小年龄为34岁，平均 53.37 ± 2.85 岁；四个指标第一第二为无创正压通气100例，第三是留置胸管50例，第四是住院患者吸入剂使用100例（2021年4月1日至2021年11月30日）；两组患者年龄等资料对比并无明显差异（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：所有患者均知情本次研究内容并自愿加入；均经由临床检查确诊疾病并纳入呼吸内科治疗。

排除标准：住院时间小于24小时；不能耐受相关治疗的患者。

1.2 方法

2020年11月30日至2021年11月30日建立呼吸内科敏感指标，具体如下。

（1）无创正压通气患者腹胀指标：患者使用无创呼吸机后，主诉腹胀，体检可见腹部一部分或全腹膨隆，叩诊鼓音，听诊肠鸣音减弱或消失，病人呼吸加快，出现人机对抗。腹胀的判定方法为：患者主诉腹胀，同时符合以下体征的两项及以上即认为发生腹胀：①视诊腹部膨隆，以中上腹为主；②触诊中上腹部压力增高；③叩诊腹部鼓音范围增大；④听诊肠鸣音减弱或消失（排除无创正压通气前患者已存在腹胀、便秘、肠麻痹）。集束化管理：①床头抬高15-30度，保持头、颈、肩在同一平面；②呼吸机吸气压力 $< 25\text{cmH}_2\text{O}$ ；③使用前指导患者经鼻吸气，经口呼气配合；④理解力、配合力较差的患者采取被动闭口措施：两层 7×10 厘米纱布之间加

一层PE薄膜或佩戴一次性口罩；5.有义齿者，协助佩戴义齿。

（2）无创正压通气患者面部压力性损伤指标：①无创正压通气：是无需建立人工气道（如气管插管等）的机械通气方法。②压力性损伤：是位于骨隆突处、医疗或其它医疗器械下的皮肤和（或）软组织的局部损伤。③入院后24小时后新发生的压力性损伤（排除入院前、入院24小时内新发生的压力性损伤和原有压力性损伤的加重）。集束化管理：①每2-4小时定时放松面罩，每次10-20min，并对局部皮肤进行按摩；②每班交接班时重新固定面罩位置；③在面罩与面部皮肤间放置舒服康减压贴；④固定面罩时以头带可伸入1-2指为宜；⑤面部小或较瘦颧骨者，选取鼻罩；⑥每日宣教：告知避免头部频繁移动，以免面罩与面部皮肤产生摩擦；⑦每天用温水洗脸，保持面部皮肤清洁；⑧每日评估并指导患者的饮食。

（3）留置胸管患者非计划性拔管指标：患者有意造成或任何意外所致的拔管，即非医务人员计划范畴内的拔管。集束化管理措施：①导管出口处敷料干燥，粘帖牢固；②二次固定有效；③每日床边交接班时查看管路情况；④老年患者床头备防拔管手套；⑤意识不清的患者肢体给予约束；⑥置管时予以缝合；⑦每日进行带管活动宣教；⑧对于疼痛评分 ≥ 4 分的患者，遵医嘱使用止痛剂。

（4）住院患者吸入剂使用指标：①住院使用吸入剂的患者包括入院前使用，住院期间仍需使用的患者；也包括住院期间新开始使用吸入剂的患者（排除出院当日开具吸入药物医嘱，出院后开始使用的患者）。②吸入剂：使用的吸入剂包括定量吸入剂、干粉吸入剂。③正确性检查时间节点为指导患者3天后（不满3天以出院当日为准），评定正确性的内容包括：使用频率、使用步骤。④当患者使用两种药物时，按一例计算。集束化管理：①新开吸入剂医嘱，主班护士了解药物的使用剂量、频率，填写治疗小卡、登记患者信息，交给床位护士；②床位护士携科室装置模型，健康处方至患者床边指导患者（第一次）；③患者药物到达病房后床位护士粘帖治疗小卡，携患者药物、科室模型再次指导患者（第二次）；④患者第2天使用时再次评估指导（第三次）；⑤第3天床位护士根据患者掌握程度进行首次评分（ ≥ 9 分，为使用正确）；⑥评分 < 9 分，床位护士再次指导、次日再次评价。

1.3 观察指标

分析在不同专科护理管理下的无创正压通气患者腹胀的发生率、无创正压通气患者面部压力性损伤的发生率以及留置胸管患者非计划性拔管发生率，同时分析住院患者吸入剂使用的正确率。护士长指定责任护士（WHO）每日下午16:00（WHEN）对预防措施（WHAT）落实情况的现场（WHERE）统计，每天登记数据；每月汇总、统计、分析；护士长负责随机抽查数据统计的及时性、准确性。

无创正压通气患者腹胀的发生率（‰）= 同期使用无创正压通气患者腹胀的例数/统计周期内使用无创正压通气患者的总日数 $\times 1000\%$

无创正压通气患者面部压力性损伤的发生率(‰)=同期使用无创正压通气患者面部压力性损伤的例数/统计周期内使用无创正压通气患者的总日数×1000‰

留置胸管患者非计划性拔管发生率(‰)=同期发生胸管非计划性拔管的患者/统计周期内留置胸管患者的总日数×1000‰

住院患者吸入剂使用的正确率(%)=同期吸入剂使用正确例数/同期使用吸入剂例数×100%

1.4 统计学方法

本次研究中计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,表示为“‰”、 $(\bar{x} \pm s)$,使用SPSS20.0软件计算,如 $P>0.05$ 则表示无明显差异,如 $P<0.05$ 则表示对比存在明显差异。

2. 结果

2.1 分析无创正压通气患者腹胀的发生率、无创正压通气患者面部压力性损伤的发生率以及留置胸管患者非计划性拔管发生率

分析可见,在两组患者采取不同的专科护理管理后,观察组患者第1-3个月、4-6个月、7-9个月以及10-12个月中的无创正压通气患者腹胀的发生率、无创正压通气患者面部压力性损伤发生率以及留置胸管患者非计划性拔管发生率明显更低,对比统计学差异明显($P<0.05$),详见表1所示。

	组别	观察组	对照组	X ²	p
第 1-3个月	无创正压通气患者腹胀的发生率	1.39‰	12.4‰	9.441	0.001
	无创正压通气患者面部压力性损伤的发生率	0	2.68‰	1.920	0.166
	留置胸管患者非计划性拔管发生率	0	0	0.000	1.000
第 4-6个月	无创正压通气患者腹胀的发生率	2.64‰	7.3‰	2.298	0.129
	无创正压通气患者面部压力性损伤的发生率	0	2.3‰	2.327	0.127
	留置胸管患者非计划性拔管发生率	0	0	0.000	1.000
第 7-9个月	无创正压通气患者腹胀的发生率	1.3‰	10.6‰	8.051	0.035
	无创正压通气患者面部压力性损伤的发生率	0	0	0.000	1.000
	留置胸管患者非计划性拔管发生率	0	0	0.000	1.000
第 10-12个月	无创正压通气患者腹胀的发生率	0	5.3‰	5.444	0.019
	无创正压通气患者面部压力性损伤的发生率	0	0	0.000	1.000
	留置胸管患者非计划性拔管发生率	0	0	0.000	1.000

2.2 分析住院患者吸入剂使用的正确率

在观察组患者建立呼吸内科敏感指标并实行后,观察组患者在二季度、三季度、四季度的10月份和11月份中的住院患者吸入剂使用正确率较高,详见表2所示。

表2: 住院患者吸入剂使用的正确率分析

时间	观察组	对照组
4月份	97.22%	76.19%
5月份	100.00%	76.00%
6月份	100.00%	67.85%
二季度	98.96%	73.35%
7月份	100.00%	68.18%

8月份	100.00%	69.23%
9月份	100.00%	86.36%
三季度	100.00%	74.59%
10月份	100.00%	78.95%
11月份	100.00%	70.00%

3. 讨论

呼吸内科敏感指标能够反映出呼吸内科护理工作中的重点,从方法及实践中保证呼吸内科敏感指标的敏感性和临床的适用性,保证为患者提供更加合理的服务^[2]。腹胀是无创机械通气在治疗过程中最常见的不良反应之一,有研究显示,采用BiPAP无创通气治疗的患者腹胀发生率为20%~50%,轻者仅表现为腹部饱胀不适,严重者可出现恶心呕吐、窒息、膈肌上抬影响肺通气,导致患者治疗依从性下降,也增加了护理风险^[3]。无创正压通气患者腹胀的发生率是反映患者在治疗后治疗效果的重要指标之一,能够体现护理质量的水平。通过对该指标进行监测,可以帮助管理者了解无创呼吸机的管理风险,提示管理者采取针对性的措施,最大限度减少使用无创呼吸机腹胀的发生。无创正压通气患者面部压力性损伤是指出现面部机械性压力性损伤,不仅容易继发感染,而且直接导致患者呼吸机治疗耐受性和依从性下降,影响原发病治疗,提示管理者采取针对性的措施最大限度减少无创正压通气患者面部压力性损伤的发生^[4]。留置胸管患者非计划拔管发生率是反映患者安全的重要指标,体现护理质量的水平,通过对该指标进行监测,可以帮助管理者了解胸管管理情况及其危险因素,提示管理者采取针对性的措施最大限度减少留置胸管患者非计划拔管的发生^[5-6]。而加强对患者吸入剂的指导可有效提高患者的治疗效果,提示吸入剂的正确性可直接影响到患者的治疗效果。但在建立呼吸内科敏感指标需要注意到指标的波动性,保证数据的客观性以及便捷性,另外,由于呼吸内科患者疾病治疗往往具有久治不愈等特征,因此需要强化护理人员健康教育者的角色,满足患者日常生活中的健康需求,提高患者的教育水平,以提高护理的服务质量。

本次研究针对呼吸内科敏感指标建立前后的患者的护理情况进行分析,研究表明,分析可见,在两组患者采取不同的专科护理管理后,观察组患者第1-3个月、4-6个月、7-9个月以及10-12个月中的无创正压通气患者腹胀的发生率、无创正压通气患者面部压力性损伤的发生率以及留置胸管患者非计划性拔管发生率明显更低($P<0.05$),提示建立呼吸内科敏感指标可有效降低在患者护理过程中并发症及不良事件的发生率,此外,在观察组患者建立呼吸内科敏感指标并实行后,观察组患者在二季度、三季度、四季度的10月份和11月份中的住院患者吸入剂使用正确率较高,由该项研究数据表明,相较于常规管理措施,建立呼吸内科敏感指标则更有利于提高患者吸入剂的正确使用率,专科护理管理质量提高更明显。

综上所述,建立呼吸内科敏感指标能够在一定程度上提高专科护理内涵质量,帮助管理者了解无创呼吸机的管理风险,开展合理有效的集束化管理措施,最大限度减少了无创正压通气患者腹胀、面部压力性损伤并发症的发生,降低了留置胸管患者非计划性拔管率,提高了住院患者吸入剂使用正确率,相较于常规专科护理管理措施则有利于患者在治疗后的身体功能康复,护理效果更明显,值得临床广泛应用。

参考文献:

- [1]杨文姬,王丽芳,洪小琴.建立专科质量敏感指标管理对康复科护理质量持续改进的影响[J].中医药管理杂志,2020,28(6):123-125.
- [2]王莹,喻姣花,张艳.专科护理质量敏感指标管理模式在神经内科住院患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(5):34-36.
- [3]魏勇珍,缪碧云,蔡小云.手术室专科护理质量敏感指标构建对腹部外科病人预后的影响[J].全科护理,2020,18(13):1581-1583.
- [4]郑丽芳,钟丽娟,钟影琴.护理质量敏感指标评价与持续改进对提高护理质量的影响[J].护理实践与研究,2020,17(2):8-10.
- [5]刘亚男,喻晓黎,张洪云,等.护理质量敏感指标在介入导管室护理治疗持续改进中的作用[J].国际护理学杂志,2020,39(4):575-577.

基于“CGF”三合一教学方法在《内科护理学》教学中的研究

童晓丽 宋丹 刘慧萍 赵发韵^{通讯作者}

贵州医科大学附属白云医院 550014

摘要：近年来，随着国内外对教学方式的深入研究，案例教学、分组教学、翻转课堂成为全球教育领域高热度、高关注、高成效的教学方法之一^①，该文中所研究的翻转式教学模式实际上是对翻转课堂学习、案例教学法和情境教学法三种教学方法的结合。翻转课堂学习过程通常包括两个阶段知识传授和知识内化。“翻转课堂”就是将教学内容进行反向转换，在教学之前，学生可以通过教学录像来进行学习，而在教室里，学生可以利用案例教学法、情境教学法等多种教学手段在案例教学中不断地提升自己的综合能力，从而形成“CGF”三位一体教学法成为新的教学模式。探讨最佳护理高等教育（护理专升本）以学生为中心的新教学方法，让学生参与学习过程，采用新的教学方式，从多个视角出发，引导学生进行推理、反思和讨论，先让学生到医院进行个案收集，再自行寻找材料，并进行个案讨论。其目的在于提高学生的主动思考和反思，进而使其终身受益。通过培养学生的综合判断和判断思考的技能，使他们能够更好地掌握病人的医疗保健和实际的临床体验，以提高学生的主体性、反思性，使其终身受益。三合一的教学方式已经在护理高等教育运用中具有很好的发展趋势。

关键词：三合一教学方法；教学；研究

三合一的教学方式分别包括“C”案例教学、“G”分组教学和“F”翻转课堂。

（一）“C”案例教学

“C”案例教学（case-based learning,CBL）是教师将具有代表性的案例为学生创设学习情境，学生通过阅读案例、收集资料、讨论分析，以掌握相关理论知识的一种以学生为中心的跨学科的新型的主动教学。课堂上的教学模式，从传统的老师讲学生听转变为现在学生自主吸收知识。学生通过阅读案例和收集资料等方法，能够通过自己的思维去理解，有利于将该知识深入贯彻到同学们的脑海当中。学生通过自己努力去寻找资料，以引起学生的兴趣，便于他们更好的掌握相关理论知识。因此，在教学中灵活运用“C”案例教学能够有效提高教学效果，实现优质化教学。运用“C”案例教学应该注意以下几个方面：

1.根据教学内容选择恰当的教学案例

首先，我们要理解什么是个案教学法。个案教学法是一种研究方法，同时也是一种教学方法，被广泛利用于社会研究心理学等方面。个案教学法是以案例为基础，然后进行分组讨论。个案教学除了可以用来给学生传授知识、理念外，还可以提高同学们的推理、批判思维等能力。个案教学法的核心分别是案例教材和讨论。案例教材通常是比较切合实际或者接近于实际的事件，目的是使学生通过这些资料内容进行案例分析，应用教科书上或课堂上老师所传授的知识和概念。讨论是指小组成员对案例分析并进行可能性实施方法的辩论和意见交换，通过团体成员的集体智慧获得案例的最优解。这样一来，同学们解决问题的能力能够得到有效的提高。

在个案教学法当中，选择个案时，要科学选取合适的典型个案，确保个案的真实性、代表性，以引起学生的兴趣。恰当的教学案例，符合该课程的教学内容，有对于所学知识点案例分析，便于学生结合实际情况理解该课程知识和教学内容。不恰当的教学案例容易混淆同学们对教学内容的区分，或者在该案例中根本没有同学在该课程上所要关注的知识点。在课堂上分析不恰当的教学案例，对同学们学习课程知识没有任何积极的影响。在教学过程中，恰当的教学案例要突出教学内容的重点与难点，以实现教学目标。因此，在教学过程中，应根据不同阶段的教学目的和任务，合理选用适合于教学需要的案例。

2.要科学、高效地安排个案教学法

在课堂上科学地安排个案，能有效地提高教学的针对性和有效性，从而达到事半功倍的目的。在护理课前设疑难题，课堂教学内容、课后效果评估时，分别采用个案教学方法，使学生能更好地掌握护理专业基本知识。在此基础上，结合具体的病例，培养学生的思维、动手能力，培养了其临床应用的技能。

首先，在护理学的课前设疑阶段，可以运用个案教学的方法来引导学生的学习。比如，在教学初期，可以通过实际的医学护理案例来引导学生，通过多媒体手段将病例的影像、图片等形式呈现给学生，从而引起学生的学习兴趣。引导学生在课堂上保持专注，逐步引出教学内容，让学生在脑海中产生基础的处理经验和最基本的理论知识，并在课堂上对个案提出问题，让学生们在课堂上始终充满活力、满怀热情。

其次，在实践教学过程中，采用个案教学方法，能让学生正确把握好学习的要点与难点。个案教学方法能够让同学在掌握知识的同时提前了解到该知识在实际情形中的运用情况。让学生们在学习知识的同时为未来应对相关实际发生的事情做好心理准备。个案教学方法能够让学生模拟实践，从而掌握好该课程知识点的重心。

在护理教育的学习评估阶段，通过个案分析，可以对学生的学习成效进行评估。在实施护理教学评估时，教师可以将典型案例引入护理教学中的重点和难点，并引导学生进行分析和判断，让学生们依据自身的专业知识，作出相应的护理操作措施判断，从而测试学生对基本护理的基本知识和临床实践操作能力。并通过实践提高学生对于护理工作的认识，提高其对问题的认识和运用，从而达到对护理工作的科学评价。在日常生活中，更要注重提高学生的综合素质。

“C”案例教学的优点在于它是一种有趣的课堂教学以学生为课堂学习的中心，围绕学生自主讨论研究而展开。个案教学法起鼓舞作用，能引导学生们自主学习。在护理学的学习当中，个案教学法能让学生们学而有思、学而能用，培养同学们在护理学科方面的专业能力。个案教学所呈现的都是真实、有可能在未来职业生涯中发生的问题。引用个案教学，学生们除了能够提前了解到未来所面对的工作环境外，还提供了实践的机会，也可以提前了解到某些事情中所存在的危险性。当然个案教学并不是不存在

不足之处。教师们在编写恰当的案例时,需要耗费很多的时间和精力,加重教学者的负担。同时个案教学并不具备短时间内获得收益的成效,其效果往往是长远的,一些教育者和学生可能会忽视其作用,而不投入太多的关注。所幸上述问题都大多被克服。从护理学这门学科中观察,个案教学已得到广泛的应用,为护理学学科发展安装了一个加速器。

(二)“G”分组教学

“G”分组教学(Group instruction)是根据学生的学业表现等因素进行分组授课的一种教学组织。在课堂中,需要同学们相互协作、相互探究,老师为他们的课堂实践提供了学习的空间。这就是从“教授”的视角转变到“促进者”的视角,在课堂上变成了“组织者”、“引导者”和“协助者”,而学生也成為了教学课堂上的主导者。分组教学是根据课题内容和学习目的对学生们进行合理的分组,一般一个学习小组由四个人到六个人组成。在课堂教学中,小组合作有效率、有质量,在很多方面对学生们的学习有所帮助。在团队活动中,学生的动手能力、创新能力和团队协作能力都得到了极大的提高。

分组式教学是基于护理教学的特点和实际情况进行设置的,通常情况下都具有严密的教学程序。通过对分组式教学进行理解和分析,我们可以知道分组式教学主要分为以下几个阶段:

1.教学前的准备,是决定教学成功与否的重要环节,在此阶段,老师要针对教学过程、学生的专业知识和技能掌握程度,结合当前的护理科学研究发展状况,精心挑选适合学生的教学内容。教学内容不能过于单调,让学生感到枯燥,也不应过于繁杂,超过了学生所掌握的知识、技巧和思维能力,教学内容要根据护理专业的要求和基本的操作程序来进行。

2.小组讨论,这是小组式教学的关键,因为大家的观点和理解都不一样,而且评价中的知识、方法也会出现偏差,所以学生会进行激烈的讨论。在此阶段,老师要给予学生正面的肯定与激励,培养他们的自信心,让他们有一个好的学习态度。教师应重视鼓励他们自由、真诚地表达自己的思想、情感和观点,通过发问将讨论引向预先安排的任务要求,让学生注意到问题评估中的不合理和不可行的地方,并提出疑问。在讨论中,学生的分析能力得到了增强,并逐渐发展了独立的创新思维和逻辑思维。

3.在总结评估阶段,老师要与同学们一道,对整个教学过程进行全面的评估与总结,发现其中的成功与缺陷,以积累宝贵的经验。小组成员之间也各自发表自己的理解和看法,进行意见交换和思维碰撞。当存在意见的不统一,成员之间的每一次争辩都是对所学专业知识的吸收和应用。这样一来,同学们既可以启发别人又可以提升自己。

“G”分组教学能够有效的提高学生们的交际能力,培养团队精神。在教学课堂上,每个小组成员各自发挥自己的优势和特长,高效提高每个同学的专业能力。各个小组之间的相互竞争,也可以提高课堂上的活跃度,让同学们积极主动的参与到课堂学习当中,提高班级集体的能力。

(三)“F”翻转课堂

“F”翻转课堂(flipped classroom,FCM)这一概念起源于美国,是一种在信息社会背景下产生的一种全新的教育方式。是把传统课堂里的知识讲授与课后的复习过程颠倒,即要求学生通过观看视频、讲义、教材等资料做好课前准备,而课堂上通过参与教师指导的学习活动对知识进行内化吸收^[2],这种方法使传统的“上课听”、“课后做”的转变“为课前自主学习+课堂协作探究”,在课下观看教学视频,课堂上通过教师的指

导和同学的辅助,实现知识消化。它可以充分激发学生的潜能,调动他们的主动性。采用“反转”式的教学方式,可以合理地规划学生的学习时间,同学们课堂前后都可以观看并可以按照自己的需求进行学习,喜欢的地方、不懂的地方都可以重复观看。在“翻转式”教学中,教师仅仅扮演着引导角色,而学生则扮演着主导角色。学生可以在自己的自学和教师的模拟指导下,增强主体性和自主性。

翻转课堂是一种较为灵活的教学方式,它给与学生们许多灵活的、可自由控制和自由分配的学习时间。一种新知识的理解往往是枯燥难懂的,课堂上教学的时间往往都是很短暂的,很多同学无法理解老师所讲授的概念。在一节教学课堂上,教学内容往往是一环扣一环的,假如你某部分基础概念没有听懂,接下来所有有关的知识你都会一知半解,根本无法对它进行深入的理解和运用。当你在课堂上听不懂时,你还需要在课后花时间去补课,这样一来,基本上一般的时间都是被浪费掉的。所以,这就体现了课前自主学习的重要性。课前自主学习可以提前将所要学习的知识点过一遍,知道哪些是重点、哪些是难点,对自己无法自行理解的概念进行重点标记,在老师上课提及这部分内容时打起十二分精神。而一般情况下,学生们在课堂上仅仅只是听老师的讲解,该教学内容就会很快被遗忘。翻转课堂提倡在课堂上进行研究讨论,通过老师和引导和同学们的辅助,进而对知识点进行更深层次的理解,以便于学生们将教学内容牢记于心。

“F”翻转课堂可以促进学习的积极性、参与性,又可以达到高效学习的效果。透过模拟的方法,学员将整体的护理技巧,分组进行合作,加强沟通所学的技巧,使学员更喜欢翻转式的教学。由此可见,在国内大学里,这样的教学方式已经被广泛接受。

以上的几种教学方法其实在教学中往往都是结合起来运用的。例如:在护理课堂教学中,可以将学生划分为几个学习小组,选取一个典型的案例教学视频,先让学生自主在课前进行学习,在再上课的时候通过学生的互相交流学习,可以开拓学生的思维。最后,通过病例交流,增进自身的专业理论、增加对临床问题的思考。在教学过程中,老师要在课堂教学中起到引导的重要作用,引导他们思考问题,协助同学们在个案中顺利地解答问题。最后,老师要对学生的研究成果进行了总结,提出了思考和实践的方法建议,以深化学生对知识的印象。鼓励学生认真学习医学专业基础课,使其更好地运用于实际工作,也能使学生获得更多的理论知识和技能,从而达到教学目的和提高教学质量。

总之,“CGF”三合一教学方法最大程度发挥了三种教学方式的优点,互补了三种教学方式的不足之处。培养学生独立思考、推理、反思、讨论的能力,培养学生的主观能动性和创造性的自我反思,培养学生终身受益的自我意识。对于学生而言,三合一的教学方法虽然极耗其的消耗体力和脑力,需要花费他们更多的时间和精力。但他们也因此获得了更多的知识储备和更广阔的思维,为他们日后进一步学习奠定了良好的基础。

参考文献:

[1]王华丽.医改背景下医学成人教育专升本培养方案研究与实践[J].教育教学论坛,2015,(8):147—148.

[2]陈瑜璐,洪少华,忻翰佳,郭霞珍.本科护生在内科护理学翻转课堂中的学习体验[J].护理与康复,2021,20(11):86—89.

课题:2020年7月贵州医科大学护理学科专项教学研究课题,一般项目,编号:YJ20091。

预防人工关节置换术后切口感染的优化手术室护理干预措施效果

阿依努尔·艾则孜¹ 顾文超² 依拉·吾修尔³

新疆医科大学第一附属医院 关节外科 830000

摘要：目的：探究优化手术室护理干预措施在接受人工关节置换治疗患者术后切口感染预防中的作用。方法：将随机选取的 120 例接受人工关节置换治疗的患者作为本次研究对象，分组方式为数字编号分组，即将奇数编号的患者设置为对照组，实施常规手术室护理模式，将偶数编号的患者设置为观察组，实施优化手术室护理模式，工作人员在临床主治医师的配合下完成此次研究，并将各个评价指标相关数据录入到表格中进行比较和分析。结果：在切口感染发生率方面，观察组和对照组比较存在较大的差异，观察组低于对照组；在护理满意度方面，观察组和对照组比较存在较大的差异，观察组高于对照组；在生活质量各维度评分方面，观察组和对照组比较存在较大的差异，观察组高于对照组；在切口愈合方面，观察组和对照组比较存在较大的差异，观察组优于对照组，（ $P < 0.05$ ）。结论：在接受人工关节置换治疗患者的护理中采用优化的手术室护理干预措施成效可观，能够有效预防患者术后发生切口感染，有利于切口的尽快愈合，患者及其家属对护理服务表示认可和满意，为促进患者生活质量的提高提供有利条件。

关键词：人工关节置换术；切口感染；优化手术室护理干预措施；应用效果

目前，临床上常见的人工关节置换术包括膝关节置换术和髋关节置换术两种类型。人工置换术维持十年的概率较高，而且多数患者置入假体正常使用时间甚至超过 20 年，有些患者还会终生使用。但是切口感染是人工关节置换术的常见并发症，即使感染程度较轻，也会对关节功能的恢复产生不良影响，严重的话有可能导致关节的正常功能，最终导致手术失败，有些患者在发生切口感染后还需移除置入的假体，这样不但会临床疗效产生严重影响，同时还增加了患者的痛苦。通过对常规手术室护理干预措施优化，进一步强化了常规手术室护理，在预防接受人工关节置换术治疗患者术后发生切口感染方面起到至关重要的作用。在有关研究报道中提到，对于接受人工关节置换术治疗的患者实施优化手术室护理干预措施有助于切口的尽快愈合，减少患者发生切口感染的风险^[1]。现对接受人工关节置换术治疗的患者采用不同的手术室护理模式，具有效果如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

患者一般资料（表 1）。

表 1 两组患者一般资料比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别（n）	男/女	年龄（岁）
观察组（n=60）	39/21	54.75±5.41
对照组（n=60）	38/22	55.15±5.78
t	0.254	0.320
P	5.114	4.017

1.2 方法

对照组：实施常规手术室护理模式，即护理人员对患者的基础生命体征实施严密的监测，在饮食和用药等方面给予指导，并做好病房环境护理工作^[2]。

观察组：实施优化手术室护理模式，主要包括以下几点：（1）术前干预：手术室护理人员完善术前访视工作，即在患者手术之前对相关患者信息进行全面的了解，重点了解和记录会按着的血糖和血压等信息，通过临床治疗和干预使其处于正常范围内。对患者的身体情况进行全面的评估，干预治疗患者身体其他组织感染情况，并对患者实施健康教育，科学疏导患者的心态，使患者以积极的心态面对和接受疾病与治疗。根据患者的实际情况最大程度的缩短其住院总时间，预防因长时间处于医院固定致病菌环境发生切口感染的风险。协助患者完成皮肤的清洁护理工作，手术

的前三天每天采用具有抗菌和杀菌作用的沐浴用品对皮肤进行清洁，如果患者的身体情况不允许全身清洁，需常规脱毛和清洁处理手术区域的皮肤，完善术前的皮肤准备工作。手术室护理人员确保手术所使用的相关器械均经过严格的消毒处理。按照每位患者的手术要求对抗菌药物进行合理的使用，保证暴露手术切口的过程中患者局部组织能够将入侵的细菌有效杀灭。针对手术时间相对较长且术中出血量较大的患者，护理人员严格按照医生的要求为患者输注抗菌药物，保证顺利能够顺利开展下去。加大手术室环境管理力度，提前将手术室空气净化系统开启，并合理控制手术室内的温湿度，做好手术室内空气消毒工作，促进手术室清洁度的提升，减少患者发生切口感染的风险。（2）术中干预：重视手术室医护人员手卫生管理工作，参与手术的所有医护人员均严格按照相关的要求和制度做好手卫生清洗操作，预防经医护人员手导致细菌进入患者切口，将切口感染源从源头切断。手术的过程中，手术室护理人员做好手术的配合工作，尽量缩短切口的暴露时间，减少细菌侵入切口的风险。在冲洗切口环节，护理人员将患者切口处的组织碎片和血凝块及时的清除干净，避免造成细菌污染。在对关节置换创口时，利用提前准备好的吸引器及时进行更换，尽量将吸引器暴露在空气中的时间缩短，避免经吸引器切口处进入细菌。冲洗盆中存放手术所使用过的各种污染器械，并对清洗盆的使用进行严格的控制，按照划分的无菌器械台合理放置污染的手术器械。各项操作严格执行无菌操作，所有参与手术的医护人员均做好防护工作，佩戴无菌手套和防护服以及医用口罩，将切口感染率降到最低。（3）术后干预：对患者各项生命体征的变化情况实施密切的观察，做好导管固定工作，确保导管处于通畅的状态。及时处理残留的积血和坏死的组织。护理人员对患者切口愈合情况实施密切的观察，针对切口出现疼痛和红肿的患者，将情况如实告知主治医师，并配合完成处理工作。护理人员每天定时协助患者调整体位，预防发生压疮等并发症^[3]。

1.3 观察指标

对比两组患者的相关指标。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 不同时间点切口感染发生情况比较

观察组 60 例患者中，只有 2 例患者术后发生切口感染的情况，总发

生率为 3.33%, 对照组 60 例患者中, 有 9 例患者术后发生切口感染的情况, 总发生率高达 15.00%, 在切口感染发生率方面, 观察组和对照组比较存在较大的差异, 观察组低于对照组, ($P<0.05$)。(表 2)

表 2 不同时间点切口感染发生情况比较 (% , n)

组别 (n)	例数	1 周内	2 周后	4 周后	总发生率
观察组	60	0 (0.00)	1 (1.67)	1 (1.67)	2 (3.33)
对照组	60	3 (5.00)	4 (6.67)	2 (3.33)	9 (15.00)
X^2	-	5.128	3.701	1.020	8.791
P	-	0.024	0.054	0.312	0.003

2.2 护理满意度比较

观察组 60 例患者均对手术室护理服务表示认可和满意, 总满意度为 100.00%, 对照组 60 例患者中, 有 18 例患者及其家属对护理服务表示不满意和不认可, 总满意度为 70.00%, 在护理满意度方面, 观察组和对照组比较存在较大的差异, 观察组高于对照组, ($P<0.05$)。(表 3)

表 3 护理满意度比较 (% , n)

组别 (n)	例数	十分满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组	60	36(60.00)	24(40.00)	0 (0.00)	60(100.00)
对照组	60	24(40.00)	18(30.00)	18(30.00)	42 (70.00)
X^2	-	8.000	2.197	35.294	35.294
P	-	0.005	0.138	0.000	0.000

2.3 生活质量评分比较

观察组患者的躯体功能、角色功能、情感功能、认知功能、社会功能、整体健康评分分别为 (65.56±3.32) 分、(61.88±5.20) 分、(67.18±4.10) 分、(64.66±5.19) 分、(64.69±3.39) 分、(64.23±4.28) 分; 对照组患者的躯体功能、角色功能、情感功能、认知功能、社会功能、整体健康评分分别为 (50.29±3.23) 分、(54.56±3.37) 分、(53.80±3.21) 分、(51.84±3.31) 分、(53.55±4.30) 分、(50.41±4.31) 分; 在生活质量各维度评分方面, 观察组和对照组比较存在较大的差异, 观察组高于对照组, ($P<0.05$)。(表 4)

表 4 生活质量评分比较 ($\bar{X} \pm s$, 分)

指标	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	t	P
躯体功能	65.56±3.32	50.29±3.23	10.021	0.000
角色功能	61.88±5.20	54.56±3.37	11.009	0.000
情感功能	67.18±4.10	53.80±3.21	10.963	0.000
认知功能	64.66±5.19	51.84±3.31	9.658	0.000
社会功能	64.69±3.39	53.55±4.30	10.214	0.000
整体健康	64.23±4.28	50.41±4.31	12.321	0.000

2.4 切口愈合情况比较

观察组 60 例患者切口愈合程度均属于甲级, 而对照组 60 例患者中, 只有 44 例患者切口愈合属于甲级, 占比为 73.33%, 其次有 9 例属于乙级和 7 例属于丙级, 占比分别为 15.00%和 11.67%, 在切口愈合方面, 观察组和对照组比较存在较大的差异, 观察组优于对照组, ($P<0.05$)。(表 5)

表 5 切口愈合情况比较 (% , n)

组别 (n)	例数	甲级	乙级	丙级
观察组	60	60(100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

对照组	60	44 (73.33)	9 (15.00)	7 (11.67)
X^2	-	31.213	16.216	11.640
P	-	0.000	0.000	0.001

3 讨论

在临床上现已广泛应用膝关节和髋关节置换术, 上述两种手术类型均是人工关节置换术的常见类型, 虽然该手术治疗方式能够使多种疾病得到治疗, 然而患者经该手术治疗后极易引起一系列并发症, 常见的有脱位、假体松动和感染等, 其中最为严重的并发症就是术后切口感染。在我国医疗技术不断发展的背景下, 虽然降低了接受人工关节置换术治疗术后发生感染的概率, 然而多种因素都会导致患者术后发生切口感染的情况^[4]。基于此, 应从多方面加强预防接受人工关节置换术术后切口感染的护理工作。感染分为急性期和延迟期以及晚期三种类型, 感染处于急性期指的是感染症状发生在手术后的三个月内, 感染处于延迟期指的是感染症状出现在手术后的三个月到两年内, 感染晚期指的是感染症状出现在手术两年后^[5]。通常情况下, 因围术期护理不到位或者术中操作等因素容易导致急性期和延迟期感染, 致使患者机体内侵入污染菌导致^[6]。

在本次报道中, 对接受人工关节置换术的患者实施优化手术室护理干预措施有效预防患者术后发生切口感染。多种因素都有可能引起患者术后发生切口感染, 进而切口愈合延迟, 严重的话有可能出现复发的情况^[7]。而优化手术室护理模式强调清洗消毒患者的手术区域皮肤和手术室环境, 保证手术器械经彻底消毒处理^[8]。同时, 护理人员对患者术后切口情况实施密切的观察, 一旦发现异常情况及时的进行相应处理, 将术后发生切口感染的风险降到最低^[9]。

4 结论

总而言之, 相比于常规手术室护理模式, 对接受人工关节置换术治疗的患者实施优化手术室护理干预措施具有积极的作用, 患者术后切口发生感染的概率显著降低, 患者切口得以尽快愈合, 而且患者及其家属普遍认可和满意护理服务, 在一定程度上有利于改善患者的生活状态。由此可见, 通过进一步改进手术室护理干预措施能够对患者切口的愈合产生积极影响。

参考文献:

[1]王雪珍,黄润.手术室护理干预在预防全膝关节置换患者术后切口感染中的作用研究[J].2022 (16) .

[2]潘春红.手术室护理干预在预防人工关节置换术后切口感染中的效果观察[J].2022 (2) .

[3]缪晓雁.护理干预对预防人工髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成的效果分析[J].2022 (1) .

[4]邵翠华.研究全膝关节置换术中应用手术室护理干预对预防术后切口感染效果的影响[J].健康管理,2021 (1): 1.

[5]王媛媛.手术室护理干预在预防全膝关节置换患者术后切口感染中的作用及满意度分析[J].2021.

[6]邱海艳.手术室护理干预在预防全膝关节置换患者术后切口感染中的作用分析[J].世界最新医学信息文摘,2021 (16): 2.

[7]周思亮.探析手术室护理干预在骨科手术切口感染预防中的应用[J].2022 (35) .

[8]钟琦.早期护理干预预防骨科术后切口感染的效果[J].全科口腔医学电子杂志,2022 (16) .

[9]吴玮,王天宝,崔俊燕.医护一体化模式在降低人工全膝关节表面置换术后并发症中的效果[J].2022 (30) .

营养支持治疗在乳腺癌新辅助化疗患者中的应用

陈丹

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710068

摘要：目的 探讨营养支持治疗在乳腺癌新辅助化疗患者中的应用价值。方法 选取 2018 年 11 月~2021 年 11 月我院进行新辅助化疗的 60 例乳腺癌患者，随机分成两组，每组 30 例，进行不同的营养支持治疗。对照组在化疗期间采取常规化疗方案，观察组在新辅助化疗开始时就进行营养评定，并根据评价结果采取营养支持治疗。评估并比较两组乳腺癌患者的手术后生活质量，且检测两组乳腺癌患者的血清总蛋白（TB）、清蛋白（ALB）、转铁蛋白（TF）和前清蛋白（PA）水平。并比较两组患者手术后并发症的发生率。结果 干预前，两组的躯体疼痛、情感职能、精力、一般健康状况、生理机能、社会功能、精神健康和生理职能评分无明显差异（ $P>0.05$ ），干预后，观察组乳腺癌患者的躯体疼痛、情感职能、精力、一般健康状况、生理机能、社会功能、精神健康和生理职能评分明显高于对照组（ $P<0.05$ ）；干预前，两组的血清 PA、TB、TF 和 ALB 水平无明显差异（ $P>0.05$ ），干预后，观察组乳腺癌患者的血清 PA、TB、TF 和 ALB 水平明显高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组的营养不良、术后皮下积液发生率均明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 营养支持治疗在乳腺癌新辅助化疗患者中有较高的应用价值，明显改善患者的营养状态，降低术后并发症。

关键词：营养支持治疗；乳腺癌；新辅助化疗；生活质量

乳腺癌手术治疗是乳腺癌综合治疗的基石，不仅可以明显提高乳腺癌的治疗效果，而且可以有效的缓解患者的紧张情绪^[1-2]。随着诊疗模式的改变，越来越多的患者需要进行术前新辅助化疗。虽然术前化疗可以明显提高治疗效果，但是化疗极容易导致胃肠道发生不良反应，出现不同严重程度的营养不良。一旦发生营养不良，将会影响化疗的持续进行，降低化疗的效果和乳腺癌患者的生活质量，甚至影响手术的时机，影响患者对手术等治疗的耐受性，并增加术后并发症的发生率^[3-4]。进行有效的营养支持治疗，以此提高乳腺癌患者的生活质量，改善患者的体力状态，增加对治疗的耐受性，已成为医学界相关领域的一个重点研究内容。因此，积极地对乳腺癌患者进行有效的营养支持治疗，有助于增加患者的手术耐受性，减少手术并发症，改善乳腺癌患者的预后效果和营养状况。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 11 月~2021 年 11 月我院的 60 例乳腺癌患者，所有患者均在初诊时进行穿刺确诊乳腺癌，根据指南需要进行新辅助化疗，并随机分为两组；观察组 30 例，年龄 32~78 岁，平均（63.24±11.59）岁；卡氏评分 63~75 分，平均（70.14±2.83）分。对照组 30 例，年龄 33~77 岁，平均（63.17±10.45）岁；卡氏评分 62~75 分，平均（69.45±2.76）分。两组的基线资料具有可比性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

在患者开始进行新辅助化疗时，分别采取以下措施：

对照组和常规化疗一样，在化疗期间给予葡萄糖输注、维生素以及电解质等常规治疗。

观察组在第一次新辅助化疗入院时，即开始进行营养评价，根据评价结果进行营养支持治疗，具体是：①使用 NRS2002 进行营养筛查，按照实际营养状态予以恰当、科学和合理的营养支持干预。②按照计算量，给予补充足量脂肪、糖类、蛋白质供能营养素，保证患者营养均衡。

1.3 观察指标

比较两组乳腺癌患者的生活质量：躯体疼痛、情感职能、精力、一般健康状况、生理机能、社会功能、精神健康和生理职能。

采取双缩脲比色法检测两组乳腺癌患者的血清总蛋白（TB）水平，采取溴甲酚绿法检测两组乳腺癌患者血清清蛋白（ALB）水平，采取免疫比浊法检测两组乳腺癌患者血清转铁蛋白（TF）和前清蛋白（PA）水平。

记录两组的患者术后营养不良的发生率、术后皮下积液发生率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 25.0 软件，计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示，组间对比用 t 检验，组间率的比较用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生活质量对比

营养干预前，两组患者的躯体疼痛、情感职能、精力、一般健康状况、生理机能、社会功能、精神健康和生理职能评分无明显差异（ $P>0.05$ ）；营养干预后，两组乳腺癌患者的躯体疼痛、情感职能、精力、一般健康状况、生理机能、社会功能、精神健康和生理职能评分均明显升高（ $P<0.05$ ），且观察组乳腺癌患者的躯体疼痛、情感职能、精力、一般健康状况、生理机能、社会功能、精神健康和生理职能评分明显高于对照组（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 两组生活质量对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	n		躯体疼痛	情感职能	精力	一般健康状况	生理机能	社会功能	精神健康	生理职能
对照组	30	干 预 前	53.26±11.38	62.57±10.42	57.45±10.27	60.58±12.46	55.63±11.29	62.19±10.35	54.87±11.42	50.39±10.57
		干 预 后	62.54±13.17 [#]	69.48±11.59 [#]	68.36±11.85 [#]	71.29±11.47 [#]	64.57±12.68 [#]	73.27±11.89 [#]	67.39±11.52 [#]	57.46±11.29 [#]
观察组	30	干 预 前	53.39±10.52	61.34±11.17	57.42±10.27	59.38±11.56	55.39±12.27	61.42±11.36	55.27±10.93	50.45±11.17
		干 预 后	74.64±14.38 ^{*#}	78.53±12.26 ^{*#}	84.29±13.35 ^{*#}	80.24±12.17 ^{*#}	71.45±11.36 ^{*#}	82.17±13.45 ^{*#}	79.42±12.27 ^{*#}	69.36±12.58 ^{*#}

注：与对照组相比，* $P<0.05$ ，与干预前相比，[#] $P<0.05$ 。

2.2 两组血清 PA、TB、TF 和 ALB 水平对比

营养干预前，两组患者的血清 PA、TB、TF 和 ALB 水平无明显差异

($P>0.05$)，营养干预后，两组乳腺癌患者的血清 PA、TB、TF 和 ALB 水平平均明显升高 ($P<0.05$)，且观察组乳腺癌患者的血清 PA、TB、TF 和 ALB 水平明显高于对照组 ($P<0.05$)，详见表 2。

表 2 两组血清 PA、TB、TF 和 ALB 水平对比 (x±s)

组别	n		PA (mg/L)	TB (g/L)	TF (mg/L)	ALB (g/L)
对照组	30	干预前	293.45±27.86	55.93±11.24	2139.76±45.83	37.14±2.89
		干预后	311.46±32.59 [#]	61.42±13.89 [#]	2395.14±57.32 [#]	40.35±1.72 [#]
观察组	30	干预前	292.87±26.54	56.27±10.38	2141.58±46.27	36.89±2.45
		干预后	339.53±34.67* [#]	68.43±14.29* [#]	2687.45±63.42* [#]	44.59±2.38* [#]

注：与对照组相比，* $P<0.05$ ，与干预前相比，[#] $P<0.05$ 。

2.3 两组患者术后营养不良、术后皮下积液发生率对比

观察组的营养不良、术后皮下积液发生率均明显低于对照组，有统计学意义 ($P<0.05$)，详见表 3。

表 3 两组营养不良、术后皮下积液发生率对比 (n%)

组别	n	营养不良	术后皮下积液
对照组	30	6 (20.00)	8 (26.67)
观察组	30	1 (3.33)	2 (6.67)
P		<0.05	<0.05

3 讨论

乳腺癌作为一种严重影响女性身心健康的恶性肿瘤，极为常见，目前在我国女性所患的所有癌症中，乳腺癌居第一位，患病率呈不断升高的趋势^[5-6]。乳腺癌早期大多没有明显的症状，发现时往往相对偏晚，因而，早诊断以及早治疗是提高乳腺癌患者生存率的关键。手术疗法是乳腺癌综合治疗中的核心治疗手段，能将患者的病灶进行有效的切除，使其生存时间明显得到延缓^[7-8]。随着近年乳腺癌分子分型的应用，乳腺癌的治疗模式也正在发生变化，越来越多的患者进行新辅助化疗，提高综合治疗效果。虽然新辅助化疗带来治疗效果的升高，但是治疗时间延长，化疗对身体条件要求升高，均是新模式治疗下的难点。

长期荷瘤会抑制癌症患者的免疫功能，使患者免疫力明显降低，营养不良会使手术耐受性降低，降低治疗效果，缩短癌症患者的生存时间^[9]。乳腺癌患者因为肿瘤的原因，均会出现不同程度的营养不良情况，乳腺癌手术有较大的创伤，术后女性由于第二性征改变，极易使其思想负担加重，影响了自身的食欲，造成营养素的摄入不足，会进一步导致乳腺癌患者的免疫功能受到损伤，形成恶性循环，会延长住院时间以及增加并发症的发生风险，降低了乳腺癌患者的生活质量^[10-11]。化疗引起的恶心呕吐等胃肠道不良反应，会导致乳腺癌患者食欲下降或者不敢进食，机体所需要的能量和营养无法及时得到供应，从而会出现浑身乏力的症状，严重者会导致手术时间推后^[12-14]。如果乳腺癌患者长时间缺乏营养物质，会导致乳腺癌患者机体内 PA、TB、TF 和 ALB 的合成降低，引发营养不良。营养支持治疗通过全面评估乳腺癌患者机体的营养状态，分析患者的饮食习惯、营养需求、信仰和饮食风俗，指导乳腺癌患者多食用优质蛋白、膳食纤维、抗氧化营养素等，进行合理的营养搭配，提高乳腺癌患者的进食质量，纠正代谢失衡状态和营养不良情况，有助于加强乳腺癌患者机体的抵抗力和营养状态^[15-16]。本研究发现，经过营养支持治疗，观察组乳腺癌患者的躯体疼痛、情感职能、精力、一般健康状况、生理机能、社会功能、精神健康和生理职能评分明显高于对照组 ($P<0.05$)，表明营养支持能明显提高乳腺癌患者的生活质量。经过营养支持治疗，观察组乳腺癌患者的血清 PA、TB、TF 和 ALB 水平明显高于对照组 ($P<0.05$)，表明营养支持能明显改善乳腺癌患者的营养情况。并且观察组的营养不良、术后皮下积液发生率更低，表明营养支持治疗能降低术后并发症。

综上所述，营养支持治疗在乳腺癌新辅助化疗患者中有较高的应用价值。

参考文献：

[1] 罗勇,李崎,华特波.新辅助化疗联合乳腺癌改良根治术对乳腺癌患

者免疫功能、基质金属蛋白酶及血管内皮生长因子的影响[J].中国临床药理学与治疗学,2018,23 (1): 104-109.

[2] 徐国暑,谢鑫灵,孙大兴.西黄丸联合 TC 化疗方案对晚期乳腺癌患者临床疗效及生活质量的影响研究[J].中华中医药学刊, 2018, 36 (1): 232-234.

[3] Guo CH, Hsia S, Chung CH, et al. Nutritional supplements in combination with chemotherapy or targeted therapy reduces tumor progression in mice bearing triple-negative breast cancer[J]. J Nutr Biochem, 2021, 87: 108504.

[4] 马东炜.营养支持联合放化疗对乳腺癌患者免疫功能及不良反应的影响[J].中国实用医药,2020,15 (22): 154-156.

[5] 韩彦峰,邹淑伟,王宝华.超声造影结合彩色多普勒超声在评估乳腺癌新辅助化疗效果中的应用[J].中国医药导报,2018,15 (13): 105-108.

[6] 高蔚,朱松颖,梁文文,等.抗栓泵与梯度压力袜联合应用预防乳腺癌患者术后下肢深静脉血栓的研究[J].中国实用护理杂志,2018, 34 (14): 1045-1049.

[7] 孙可欣, 陈万青, 赫捷,等. 2000—2014 年中国肿瘤登记地区女性乳腺癌发病趋势及年龄变化情况分析[J]. 中华预防医学杂志, 2018, 52 (6): 586-592.

[8] 高芳宁, 郭松林, 商芳,等. 预防性抗凝对乳腺癌患者经外周静脉穿刺中心静脉置管后深静脉血栓形成的作用研究[J]. 中国血管外科杂志: 电子版, 2018, 10 (1): 35-37.

[9] 朱琳, 徐慰, 安媛媛,等. 乳腺癌患者创伤后应激障碍对生命质量的影响: 抑郁和照顾者压力的中介作用[J]. 中国健康心理学杂志, 2018, 26 (2): 225-229.

[10] 王德华, 吾建香, 沈俊俊. 腹腔镜辅助腹腔镜淋巴结清扫手术对乳腺癌患者上肢功能及生活质量的影响[J]. 中华全科医学, 2018, 16 (3): 401-403.

[11] 李欢, 肖思琼, 李晓玲. 基于赋权理论的健康教育对乳腺癌术后化疗患者自护能力和营养状况的影响[J]. 家庭医药.就医选药, 2018, 12 (07): 287-287.

[12] 赵芳, 韩丽娟, 杜一虹. 乳腺癌术后辅助化疗患者营养风险评价及其对患者生活质量和化疗不良反应的影响[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36 (23): 5424-5426.

[13] 薛蛟, 代建波, 高海燕,等. 口服营养补充剂对乳腺癌术后化疗患者肠黏膜屏障功能及营养情况的影响[J]. 现代医药卫生, 2022, 38 (5): 738-742.

[14] 周桔丰, 苏小玉, 王丹心,等. 术前肠内营养对老年乳腺癌患者围术期肠黏膜屏障功能、免疫功能和营养状况的影响[J]. 中国医学前沿杂志: 电子版, 2019, 11 (8): 78-82.

[15] 王芳. 银离子辅料与造口护肤粉联合营养干预在乳腺癌术后难愈性切口患者中的应用观察[J]. 现代医用影像学, 2018, 27 (3): 1050-1051.

[16] 李欢, 程龙, 罗倩,等. 基于个案管理的个性化指导在乳腺癌化疗间歇期口服营养补充病人中的应用[J]. 全科护理, 2019, 17 (2): 220-221.

临床麻醉中超声引导动脉穿刺置管的运用价值

刘英超

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要：目的 分析超声引导动脉穿刺置管在临床麻醉中的应用价值。方法 选取我院于2019年1月~2020年1月收治的76例术前行动脉穿刺置管患者作为本次研究对象，将其随机分为实验组和对照组，每组各38例。实验组使用超声波引导下的动脉穿刺置管，对照组采用传统的触摸法进行动脉穿刺置管，比较两组患者置管成功率、不良反应率以及穿刺前后平均动脉压和心率变化情况。结果 经不同方式进行穿刺置管后，实验组患者一次性穿刺置管成功率97.37%(37/38)，明显高于对照组78.95%(30/38)。差异具有统计学意义($P<0.05$)。实验组不良反应率7.89%(3/38)，明显低于对照组28.95%(11/38)，差异具有统计学意义($P<0.05$)。穿刺后两组患者平均动脉压、心率均明显高于穿刺前($P<0.05$)，穿刺前后组间比较无明显差异($P>0.05$)。结论 经超声引导行动脉穿刺置管能够显著提高穿刺置管的成功率，降低不良反应发生率，具有临床推广价值。

关键词：超声引导；临床麻醉；动脉穿刺置管

正式进行临床麻醉前，动脉穿刺置管是十分常见的操作，随着超声引导下置管理念的方法得到广泛应用后，该方法与传统触摸置管方式成为临床应用较为广泛的两种置管方式。动脉穿刺置管是患者术前行临床麻醉的主要手段，传统的触摸法虽然具有一定的效果，临床操作经验丰富、能力娴熟的麻醉师通过触摸法进行置管，但是穿刺具有一定的难度，不同患者的体型、营养情况、年龄等存在明显差异，患者动脉、静脉管腔存在变异的风险，同周围组织的关系发生明显变化，置管存在较大的难度，已经不能保证较高成功率，反复的穿刺会增加患者表皮创伤度，使患者产生心理压力。随着超声波技术的发展与成熟，动脉置管穿刺中超声波技术的应用程度也随之加大，该技术能够精准定位进针位置，提高置管一次性成功率，减少不良反应发生风险，得到广泛认可，目前得到了临床手术麻醉领域的广泛应用^[1]。本研究选取76例需在术前行动脉穿刺置管患者为例，分别对其使用传统触摸法穿刺置管和超声引导下的穿刺置管，比较一次性成功率和预后不良反应率，现将研究结果报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院于2019年1月~2020年1月收治的76例术中行动脉穿刺置管患者，作为本次研究对象。将其随机分组为实验组和对照组，每组各38例。实验组患者男性19例，女性11例，年龄26~87岁，平均年龄(46.21±2.14)岁；美国麻醉师协会ASA分级标准：1级17例，2级13例；对照组患者男性21例，女性17例，年龄24~88岁，平均年龄(46.23±2.36)岁；美国麻醉师协会ASA分级标准：1级18例，2级12例。纳入标准：①患者已成年，无精神疾病。②患者拟在术中行动脉穿刺置管进行麻醉。③患者及家属通读知情书并签字。排除标准：①患者失因血量过多产生暂时性休克。②患者尺动脉在超声检测下呈闭塞状态。③患者存在多次桡动脉介入治疗的临床病史。对比两组患者年龄、性别等一般资料没有明显差异，不具有统计学意义($P>0.05$)。

1.2 麻醉方法

为控制变量，两组患者的穿刺置管操作均由同一麻醉师完成。麻醉穿刺前通过改良Allen实验检测患者桡动脉阻断后手侧支循环情况、尺用买的通畅情况。对照组采用传统的触摸法定，进行动脉穿刺置管。麻醉师左手在患者的桡动脉进行探索，确定进针位置。右手持针，与患者皮肤成30度角进针，待血液回流之后将其手臂放平^[2]。实验组在超声波的引导下行动脉穿刺置管，麻醉师在进行穿刺置管前为患者静脉注入适量咪达唑仑用

以消除患者紧张心理，将患者将行穿刺置管的手臂外展，置于桡动脉穿刺置管固定架上，将其腕关节向上托起，使其在旋后圣战姿势，拇指向外伸展，将其他收治放置在桡动脉穿刺固定架上，为了手腕部桡动脉在血管走向保持水平，可以下垫治疗巾，使患者的桡动脉走向保持水平。麻醉时，麻醉师左手持超声波探头，寻找最佳穿刺点，右手持针，与患者皮肤成30度角进针，待血液回流后再次进针1至2毫米^[3]。

1.3 观察指标

通过观察两组的穿刺置管成功率和不良反应率。置管成功率=成功例数/总例数×100%，不良反应率=(血管痉挛+血肿+感染)/总例数×100%。比较两组穿刺前后平均动脉压和心率变化情况。

1.4 统计学分析

使用SPSS21.0统计软件对此次研究数据进行统计学分析，计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示，结果采用t检验。计数资料采用百分比(%)表示，结果采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组穿刺置管成功率比较

经同一麻醉师的不同穿刺置管方式处理后，实验组患者一次性穿刺置管成功率97.37%(37/38)，明显高于对照组78.95%(30/38)。差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表1

表1 两组穿刺置管成功率比较[n(%)]

组别	例数	一次性穿刺置管失败率	一次性穿刺置管成功率
实验组	38	1(2.63)	37(97.37)
对照组	38	8(21.05)	30(78.95)
χ^2			4.412
P			<0.05

2.2 两组不良反应率比较

实验组不良反应率7.89%(3/38)，明显低于对照组28.95%(11/38)，差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表2

表2 两组不良反应率比较[n(%)]

组别	例数	血管痉挛	血肿	感染	不良反应率
实验组	38	2(5.26)	1(2.63)	0(0)	3(7.89)

对照组	38	5 (13.16)	5 (13.16)	1 (2.63)	11(28.95)
χ^2					10.689
P					<0.05

2.3 两组穿刺前后平均动脉压、心率对比

穿刺后两组患者平均动脉压、心率均明显高于穿刺前 ($P<0.05$)，穿刺前后组间比较无明显差异 ($P>0.05$)。见表3。

表3 两组穿刺前后平均动脉压、心率对比

时间	分组	例数	平均动脉压 g (mmHg)	心率 (次 /min)
穿刺前	实验组	38	82.21±5.45	73.12±5.25
	对照组	38	83.10±5.08	72.53±6.20
	t		0.542	0.715
	P		>0.05	>0.05
穿刺后	实验组	38	90.23±3.24	89.23±5.34
	对照组	38	91.52±2.34	90.12±5.01
	t		1.028	0.752
	P		>0.05	>0.05

3 讨论

需要接受临床麻醉的患者主要为急危重等急诊手术患者，患者多存在肢体浮肿导致动脉扪及困难情况、血容量不足导致动脉血管深瘪等，置管穿刺过程中难以有效明确动脉的具体位置，操作难度较大。桡动脉穿刺是目前临床麻醉所用的一种常规操作方法，需要对患者的前臂手腕关节进行规定处理，使其背拉伸状态，进而确保进针的准确性，提高穿刺成功率。传统医学麻醉临床实践阶段，触摸定位动脉穿刺是麻醉师常用的方法，需要通过绷带或者胶布固定手形，根据体表解剖定位明确患者桡动脉搏动最强的位置，为入针穿刺提供便利。由于触摸法动脉穿刺置管要求麻醉师具有极高的专业水平，缺少临床经验或是初学麻醉师实施起来难度较大。特别是一些穿刺经验不足、技术水平不高者，一次性穿刺成功的难度较大。一旦穿刺失败，就会造成患者出现血管痉挛、血肿和感染等不良反应，同时为再次穿刺增加难度。另外对于传统盲法桡动脉穿刺来说，如果患者处于危重紧急的情况，因为其手形难以固定，前臂手腕的固定效果并不理想，难以实现对其桡动脉的一次成功穿刺，同时伴随较高的不良反应发生风险，因为首次穿刺失败，导致二次穿刺的成功率低下，导致最佳治疗时机延误，不但失去二次成功穿刺的机会，同时还会导致患者身心痛苦增加^[4]。随着超声波技术的普及应用，使得动脉穿刺置管技术成功率得到保障。因此探索一种安全、有效桡动脉穿刺置管方法具有重要的意义。有研究表明^[5]，与传统的触摸法相比，超声波技术对动脉血管位置的定位更为精准，帮助麻醉师确定进针位置和行针方向，提高穿刺置管成功率，降低不良反应发生率。

本次研究结果显示，超声引导动脉穿刺置管方式的一次性成功率明显高于传统触摸法，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。超声引导动脉穿刺置管方式的不良反应率明显低于传统触摸法，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。同时穿刺后两组患者平均动脉压、心率均明显高于穿刺前 ($P<0.05$)，穿刺前后组间比较无明显差异 ($P>0.05$)。该结果也说明超声技术引导下桡动脉穿刺置管是桡动脉穿刺针失败后补救的主要措施。超声引导下桡动脉穿刺置管方法，不仅能够通过高清超声图像对患者桡动脉穿刺位置进行准确定位，同时能够减少一次穿刺失败风险，与传统触摸定位方

法相比，对于麻醉师合理调整进针位置，提高穿刺成功率具有明显作用，同传统模式下依靠麻醉师自身经验的盲探方式相比更为科学、有效^[6]。现如今随着医疗技术的不断发展以及超声技术在麻醉科室的广泛应用，通过超声技术引导，麻醉临床实践中桡动脉穿刺置管术具有极高的成功率，不良反应发生风险较低，目前已成为很多临床麻醉医师穿刺置管方法的首选。超声引导下桡动脉穿刺直观法同传统模式下以解剖标志为主要原理的触摸脉搏的盲法穿刺相比，不但能够充分利用超声图像的同步显示功能，及时明确患者穿刺点位置，同时能够显著提高一次性穿刺成功率，有效提高穿刺效率，同时能够缩短穿刺时间。因此超声引导小桡动脉穿刺在临床应用十分广泛。本次研究对不同穿刺方法的一次穿刺成功率、置管率以及不良反应发生率展开分析。与传统模式下触摸盲探定位桡动脉穿刺方式相比，超声引导下的桡动脉穿刺置管的穿刺成功率明显更高，同时失败率、穿透法置管率以及不良反应发生率均更低。因此超声引导下桡动脉穿刺置管在临床麻醉中具有极高的应用价值，对于提高桡动脉穿刺置管一次成功率具有重要意义^[7]。同时有助于减少总体穿刺失败风险以及不良反应发生风险，为穿刺安全提供保障。同时通过本次研究可知，超声引导下的桡动脉穿刺方法中患者的穿透法置管率明显下降，主要原因在于麻醉医师能够超声图像清晰看见穿刺针与患者桡动脉的位置关联性，在平面进针的过程中，对针头的位置、方向进行及时、合理的调整，针尖进入患者动脉血管后，麻醉医师能够放平穿刺针，确保针继续稳定于血管内，有效提高进针深度，完成后能够突出针芯，保证针尾一端顺利置管^[8]。除此之外，穿刺后两组心率和平均动脉压均表现为显著提升，同时处于正常的范围区间内，说明可视穿刺方法不会对患者血流动力学造成较大影响，具有良好的安全性。

总而言之，在临床麻醉中应用超声引导动脉穿刺置管具有加高的临床应用价值，是目前临床应对直接桡动脉穿刺后的主要方式。在超声技术的引导下进行桡动脉穿刺置管，能够通过高清图像对患者桡动脉穿刺位置进行明确，可以提高患者临床穿刺置管的成功率、减少一次穿刺失败风险，降低不良反应率，因此该方法与传统方法相比优势更为明显，具有临床应用价值。

参考文献:

- [1]苏萍.超声引导下动脉穿刺置管在临床麻醉中应用效果分析[J].健康必读,2020,000 (001): 115.
- [2]马进.超声引导下桡动脉穿刺置管在老年患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2020,005 (007): 83-84.
- [3]解孝颖.超声引导下动脉穿刺置管在临床麻醉中的应用效果观察[J].影像研究与医学应用,2019,003 (012): 211-212.
- [4]曹岚,张丽娜,艾美林,等.超声引导下桡动脉穿刺置管在重症患者中的应用[J].中南大学学报(医学版),2018,43 (04): 447-451.
- [5]杨龙,吴建江,王江,等.超声引导的动脉穿刺置管术在临床麻醉教学中的应用[J].中国继续医学教育,2020,12 (33): 41-44.
- [6]黄强,徐辉.临床麻醉中超声引导下动脉穿刺置管的应用效果观察[J].世界复合医学,2020,6 (5): 147-149.
- [7]谢志伟.超声引导下动脉穿刺置管在临床麻醉中的应用效果分析[J].中国卫生标准管理,2017,8 (7): 133-134.
- [8]熊双宝,周德祥.评价超声引导下动脉穿刺置管在麻醉中的作用[J].中国继续医学教育,2020,12 (8): 89-91.

浅谈蒙西医结合治疗冠心病

¹南丁 ²吴国华^(通讯作者) ²包布仁白乙拉

1.内蒙古民族大学临床医(蒙医)学院 2020 级研究生 内蒙古通辽 028000;

2.内蒙古民族大学附属医院 内蒙古通辽 028000

摘要: 目的: 探讨蒙西医结合治疗冠心病的方法。方法: 对蒙医药治疗冠心病的文献进行搜集、梳理、总结蒙西医结合治疗冠心病的治疗方法、临床观察研究、实验室研究情况。结果: 蒙医药治疗冠心病疗效尚可, 临床经验丰富。结论: 蒙西医结合防治冠心病疗效显著、毒副作用较小, 值得临床推广应用。

关键词: 蒙西医结合; 蒙医; 蒙药; 冠心病

Abstract: Objective: To explore the treatment of coronary heart disease combined with Mongolian western medicine. Methods: Literature on the treatment of coronary heart disease by Mongolian medicine was collected, sorted out, and the treatment methods, clinical observation and laboratory research of coronary heart disease treated by Mongolian medicine combined with Western medicine were summarized. Results: Mongolian medicine has good curative effect on coronary heart disease with rich clinical experience. Conclusion: The combination of Mongolian and Western medicine has significant therapeutic effect on coronary heart disease with little toxic and side effects, which is worthy of clinical application.

冠心病正在不断影响人类健康、威胁生命。全球平均每年约有 1790 万人因心血管病而失去生命, 其中有 740 万人因冠心病丧命^[1]。目前我国冠心病患者达 1100 万, 死亡率达 12/1 万, 且自 2012 年以来仍然呈上升趋势^[2]。现代医学结合药物和手术治疗冠心病, 效果显著, 明显提高患者的健康状态。但长期服用药物, 导致出现毒副作用, 影响患者的健康, 威胁生命。冠心病的临床症状与蒙医内科学中的“吉如很哈特力嘎”相似, 蒙医历史悠久, 早已形成了蒙医特色基础理论体系、药剂、传统疗法等, 并在临床中广泛应用, 效果显著。本文旨在讨论蒙西医结合治疗冠心病的研究进展, 为临床应用提供参考。

1、现代医学对冠心病的认识

冠状动脉粥样硬化性心脏病 (coronary atherosclerotic heart disease) 指冠状动脉粥样硬化导致管腔狭窄、闭塞, 从而导致心肌缺血、缺氧、坏死而引起的心脏病, 简称冠心病 (coronary heart disease, CHD)^[3]。现代医学对冠心病的病因病机已形成许多学说, 主要以脂肪细胞浸润学说、炎症学说、血小板聚集和血栓生成学说、平滑肌细胞克隆学说、免疫学说以及损伤反应学说等。其危险因素主要有高血压、血脂异常、糖尿病、体重超重、年龄、性别、吸烟、心理因素、遗传因素等。现代医学通过 β 受体拮抗剂、硝酸酯类药、钙通道阻滞剂等改善缺血情况, 减轻症状。应用抗血小板聚集的药物、降低低密度脂蛋白胆固醇水平 (LDL-C) 药物防治冠心病、改善预后。血管重建术, 根据血管条件选择行经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 或冠状动脉旁路移植术 (CABG) 开通狭窄或闭塞血管, 增加冠状动脉血液流量, 缓解心肌细胞缺血程度, 从而提高心肌细胞供氧量以防治冠心病。

2、蒙医学对冠心病的认识

《现代蒙医学》^[4]中提到冠心病在蒙医学中属于《吉如很哈特力嘎》的范畴, 也就是《心刺痛》。心刺痛是以心脏周围突然剧烈刺痛为症状的

一种心脏病。其病因病机为赫依 (气)、奇素 (血) 相搏。过量或长时间劳累、急躁易怒、饮食油腻、吸烟烟酒等因素产生过多的恶血, 回到心脏与普行赫依 (主血液循环、输送精华) 相搏, 或由于年老体弱、情绪等因素导致赫依偏盛, 其“糙、动、坚”特性, 使得心跳加速, 血液流动加快, 此时感到心前区不适等, 或因多食而不活动、体重肥胖、天气寒冷等因素导致巴达干偏盛, 其“粘”特性, 使得血液易于凝固, 堵塞心脏血管, 造成心脏刺痛感。心刺痛的分型有: 按其根源 (病因) 分类为奇素型、赫依型、粘邪型、胡杨型。奇素型心刺痛的主要症状为左侧胸前固定部位有刺痛感, 胸闷气短, 面色苍白, 目瞪口呆, 冷汗过多, 口干舌燥等症状, 脉粗、数, 尿黄、气味大, 舌质干糙而红、苔薄而淡黄; 赫依型心刺痛的主要临床表现为胸骨后、心前区疼痛、痛无定处、心悸、喘息、脸面浮肿、头晕、失眠, 脉空而虚、时有停顿, 尿清、气味小、泡沫多, 舌质红、苔薄、白; 粘邪型心刺痛的主要临床表现为: 胸骨后、心前区疼痛、时间及疼痛程度较赫依型及奇素型较长且重, 全身症状较多见, 可见胸闷、气短、心悸、烦躁不安、大汗淋漓、四肢厥冷、恶心、呕吐; 脉细而滑。胡杨型心刺痛的主要临床表现为: 多为出汗受风或劳累后心前区或随白脉 (神经) 走行区间断刺痛, 刺痛感稍弱, 疼痛时向肩背部, 第六、七胸椎, 左侧无名指及小指麻木感。按累及部位可分为: 累及肺、累及胃 2 种。累及肺临床表现为: 疼痛时伴胸闷、气短偶可加重出现端坐呼吸、口唇紫干、鼻翼煽动、咳白色泡沫样痰等。累及胃临床表现为: 剑突周围疼痛、消化不良、食欲不振、腹胀, 进一步加重可有恶心、反复呕吐、甚则四肢厥冷、冷汗淋漓、面色苍白。以上分型可单独出现也可兼容出现如奇素型伴有胸闷、气短症状时辨证分型为奇素型合并累及肺型。

3、研究进展

3.1 临床研究

临床研究表明, 蒙医药在治疗冠心病心绞痛的临床应用中取得了良好

的效果。刘萨仁教授^[5]用蒙药绍沙七味丸治疗稳定型劳力性心绞痛,对照组用地奥心血康胶囊治疗,实验结果表明蒙药绍沙七味丸治疗稳定型劳力性心绞痛可明显改善心绞痛、心悸、胸闷、气短等症状,并提高患者运动耐量,提高硝酸甘油停减率等。杨向君^[6]通过蒙医辨证施治心刺痛,赫依型心刺痛:早服匝迪五味丸、吉如很阿嘎如八味,中服用绍沙七味丸、三味檀香散,晚服绍沙七味丸、沉香三十五味;奇素型心刺痛:早服匝迪五味丸、希拉汤,午服玛日钦十三味,晚服绍沙七味丸、吉如很阿嘎如八味。对照组患者口服复方丹参片。连续服用8周,治疗组有效率(92.9%, 65/70)高于对照组(75.7%, 53/70)($P<0.05$)。喜日巴拉^[7]等在临床研究中通过蒙西医结合辩证施治冠心病,治疗组在对照组的基础用药上加口服蒙药,赫依偏盛型:早服清心沉香八味散,午服绍沙七味丸、三味檀香散,晚服匝迪五味丸;楚斯偏盛型:早服吉如很古日古木七味,午服绍沙七味丸、玛日钦十三味,晚服阿嘎如十五味,粘邪型:早服阿嘎如十七味,午服古日古木十三味丸、三味檀香散,晚服巴特日七味丸。连续治疗8周。治疗组有效率(95.65%, 66/69)高于对照组(81.16%, 69/56)($P<0.05$)。以上研究证实蒙医药治疗冠心病疗效显著,蒙西医结合治疗冠心病效果良好,降低毒副作用、再住院率,疗效优于单个西药或蒙药,应临床广泛应用。

3.2 实验研究

蒙医药治疗冠心病药物的机制机理研究正在发展当中,蒙药杂迪,又名肉豆蔻,杂迪一词源自梵语,记载于《智慧之源》,在蒙药六良药中属于心脏之良药,味辛、性温、柔、重、腻。具有镇赫依、助胃火、消食功能,主治心赫依病、心刺痛、命脉赫依病、癫狂、消化不良等^[8]。伊乐^[9]等发现肉豆蔻可降低心律失常大鼠心率、室颤发生率及死亡率,并有延长PR间期、QT间期的作用及机制。直接或间接作用靶点是大鼠心肌细胞L型钙通道。蒙药绍沙(广枣),源于《经验方》,味甘、性温、重、腻,具有补心、清心热等功效,主治心刺痛、心悸、心赫依等^[10]。唐丽^[11]通过结扎冠状动脉前降支形成大鼠心肌缺血模型,观察广枣乙醇提取物对大鼠急性性心肌缺血的作用,发现广枣乙醇提取物静脉注射可降低心肌缺血范围,降低大鼠血清肌酸激酶(CK)、乳酸脱氢酶(LDH)、一氧化氮(NO)、一氧化氮合成酶(NOS)、内皮素(ET)等生化指标,表明广枣抗心肌缺血作用可能与广枣调节体内酶活性相关。Yang Mei等^[12]研究表示三味檀香散(组方:檀香、广枣、肉豆蔻)可以调节大鼠心肌细胞内钙离子稳态,来缓解心肌缺血再灌注造成的大鼠心肌细胞损伤。徐继辉等^[13]通过观察广枣总黄酮对大鼠离体心脏缺氧性心律失常和室颤阈值的作用,发现广枣总黄酮可明显抵抗大鼠心肌缺氧性心律失常,并呈良好的量效关系。杨玉梅^[14]研究认为,广枣总黄酮可抑制瞬时外向钾通道 I_{to} ,并明显降低心肌细胞收缩期和静息期细胞 Ca^{2+} 水平,这或许是广枣总黄酮抗心率失常的主要机制。实验研究再次证实了蒙医药治疗冠心病的客观依据,为临床应用提供了基础。

4. 展望

蒙医药防治冠心病主要优势在于辨证施治、注重整体观念。随着蒙医药防治冠心病的临床经验的积累,近年来临床科研研究中多了一份研究蒙医药热,科学证明蒙医药防治冠心病疗效显著,且无毒副作用,充分体现了蒙医理论的可靠性、蒙药的有效性和安全性。但是目前临床中还没有明确统一的诊疗标准、临床研究样本量偏小、远期疗效尚不明确等问题。因此应加强临床研究和实验研究,明确蒙医药防治冠心病的作用机制机理,制定蒙医药防治冠心病的标准化诊疗,充分发挥蒙医药防治冠心病的特色及优势,更好的为人民服务。

参考文献:

- [1]世界卫生组织.心血管疾病. <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>.2020-09-24.
 - [2]国家卫生健康委员会.中国卫生健康统计年鉴2019版[M].北京:中国协和医科大学出版社.2019: 284.
 - [3]陈灏珠,钟南山,陆再英等.内科学[M].9版.北京:人民卫生出版社.2019,3(9): 218.
 - [4]琪格其图,斯琴其木格,乌尼塞音,等.中国蒙古学文库·现代蒙医学[M].沈阳:辽宁民族出版社.2002: 227.
 - [5]刘萨仁,金桃,张春花,等.蒙药绍沙七味丸治疗稳定型劳力性心绞痛的临床研究[J].时珍国医国药.2013,24(2): 502-503.
 - [6]杨向君.蒙医药治疗心刺痛的临床疗效研究.世界最新医学信息文摘[J].2016,16(66): 259.
 - [7]喜日巴拉,包根晓.蒙西医结合治疗冠心病心绞痛的临床疗效.中国民族医药杂志.2022,1(28): 1-2.
 - [8][10]松林.蒙药学概论[M].呼和浩特:内蒙古教育出版社.2012.8(1): 142, 297.
 - [9]伊乐,马月宏,莎茹拉,等.蒙药肉豆蔻对大鼠心律失常的作用及机制研究.中国民族医药杂志.2020.11(11): 48-49.
 - [11]唐丽,韩华,杨炳友,等.广枣对大鼠急性性心肌缺血保护作用的研究[J].中医药学报.2003,03: 50-51.
 - [12]Mei Yang,Shuna Zhang,Shicun Ren,et al.Effect of aqueous extract of Sanweitanxiang powder on calcium homeostasis protein expression in ischemic reperfusion injury rat heart[J]. Journal of Traditional Chinese Medicine. 2013,(33)3: 355-360.
 - [13]徐继辉,杨玉梅,覃建民,等.蒙药广枣总黄酮对大鼠离体心脏的抗心律失常作用[J].中国民族医药杂志.2001,02: 25-26.
 - [14]杨玉梅,覃建民,徐继辉,等.广枣总黄酮对大鼠心室肌细胞 ICa 、 I_{to} 和细胞 $(Ca^{2+})_i$ 的影响[J].中国药理学通报.2004,07: 784-788.
- △内蒙古自治区人民政府蒙医药标准化项目:蒙西医结合治疗心刺痛的标准化研究【编号】2021-(MB016)

混合式教学结合翻转课堂在耳鼻咽喉头颈外科本科教学中的应用策略

彭璐^{1*} 黄展荣¹ 唐臻臻¹ 丘春琴¹

¹第一作者, 广西医科大学第二附属医院耳鼻咽喉头颈外科 广西南宁 530007

摘要:目的: 探索混合式教学结合翻转课堂合理应用到耳鼻咽喉头颈外科本科教学中的策略。方法: 选取 2020 年至 2021 年上半年临床医专业五年制本科生两个班级, 将两个班级随机分为混合式教学结合翻转课堂组和传统教学组, 比较两组间问卷调查评估表、网络学习兴趣度及授课章节见习课成绩。结果: 采用混合式教学结合翻转课堂教学组对课程的理解、及课堂满意度平均分、网络学习时间及资料下载人次明显高于传统教学组 ($P<0.05$, $P<0.001$ 及 $P<0.001$), 在见习课考核中临床操作技能、临床案例分析和总成绩均高于传统教学组 ($P<0.05$), 但专科基础知识考核成绩与传统教学组相比无明显差异 ($P>0.05$)。结论: 混合式教学结合翻转课堂能有效弥补耳鼻咽喉头颈外科学学时短, 解剖结构抽象及学生实践技能掌握不牢固等不足, 符合医学本科教学新要求。

耳鼻咽喉头颈外科学是临床医学生的必修课程之一, 但因其教学学时较内外妇儿等学科短、解剖结构复杂且检查设备特殊, 使临床本科生在学习过程中有畏难情绪乃至丧失学习兴趣。另外, 耳鼻咽喉头颈外科是一门重视实践的学科, 其实践技能对其它学科学习非常重要, 如内科或儿科。随着信息化技术的日益发展, 网络学习 (e-learning) 在本科教学中日益受到重视, 但传统的教学方法仍在占据主导地位。尽管线上学习为线下教育提供了有力的补充, 但部分线上学习仍浮于表面, 并不能很好调动学生积极性^[1]。翻转课堂作为一种现代且适合医学教育的模式, 指学生在课前或课外观看教师的视频讲解, 自主学习, 教师不再占用课堂时间来讲授知识, 课堂变成了老师学生之间和学生与学生之间互动的场所, 包括答疑解惑、合作探究、完成学业等, 从而达到更好的教育效果^[2]。如何合理的将混合式教学结合翻转课堂合理的应用到耳鼻咽喉头颈外科教学中具有很大的研究价值。本研究我们将混合式教学结合翻转课堂应用于耳鼻咽喉头颈外科本科教学中, 旨在利用有限的课时帮助学生理解学科内容, 培养学习兴趣, 同时在理论授课中演示了临床工作流程, 为学生后续临床见习奠定基础。

1 对象及方法

1.1 研究对象

2020 年至 2021 年上半年学期, 选取广西医科大学第二附属医院临床医专业五年制本科生两个班级, 其中 1 班学生 58 人, 其中男生 23 名, 女性 35 名, 平均年龄 21.3 ± 1.3 岁, 各基础学科考试平均成绩 83.5 ± 3.7 分; 7 班学生 54 人, 其中男生 24 名, 女生 30 名, 平均年龄 20.8 ± 1.7 岁, 各基础学科考试平均成绩 82.9 ± 4.1 分。两个班级随机分为混合式教学结合翻转课堂组和传统教学组, 两个班级研究对象在性别、年龄、各基础学科考试成绩之间均无明显差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

教授课程选用耳鼻咽喉头颈外科本科教学中梅尼埃病章节进行教学设计, 结合教学大纲分析出该章节所需掌握内容同样适合在线学习。确定教学目标、教学重难点及见习课中学生需掌握的内容。两个班级教学均由同一位经验丰富的带教老师讲授, 根据课程核心内容, 我们制作了 5 个单次时长小于五分钟的视频, 视频包含耳的解剖、听功能检查法、前庭功能检查法、耳的临床检查及梅尼埃病的临床诊治五个部分。对于该疾病感兴趣并愿意积极探索的同学, 我们还提供有《梅尼埃病诊断和治疗指南 (2017)》及《美国耳鼻咽喉头颈外科学会梅尼埃病诊疗指南 (2020)》两篇补充材料供其选择性学习。

1.2.1 传统教学组

采用传统教学模式, 上一节课结束时老师布置预习内容 (下一节课讲授内容、所需掌握知识点并提供学习通上教研室录制教学视频邀请码)——课中讲授 (使用多媒体教学, 课程中采用启发探索、讲解演示及归纳演绎等多种教学方法)——课后复习 (雨课堂内布置课后作业及分享扩展内容)。教师在教学过程中, 以临床病例为引导多介绍学习方法, 对知识点的解析通过临床案例用诊断学的思维方法启发和引导学生理解和掌握, 使同学在课堂中学习和掌握梅尼埃病临床特点、诊断和治疗原则。

1.2.2 混合式教学结合翻转课堂组

课前: 试验班级学生再随机分为两组, 每组随机选择 6 名学生, 其中 5 名参与课堂中临床情景模拟, 1 名做模拟后疾病诊治总结, 其余学生参与情景模拟时提问及对手组诊治点评。临床情景模拟设置患者 1 名, 家属 1 名, 接诊医师及检查医师共 3 名。教师在课前为每组同学提供情景模拟场景及患者资料, 要求学生结合场景及资料自行编排、完善接诊过程。

课中: 课程的前 15 分钟由教师再次简短归纳总结梅尼埃病的临床特点、诊断和治疗原则, 其后 20 分钟给予两组分别进行情景模拟。流程如下: “患者”及“家属”进入“诊室”, “接诊医师”接诊患者进行病史采集、专科查体、检查建议, 不同职责“检查医师”为“患者”提供相应检查及操作, “患者”配合“检查医师”完成相应检查后检查结果汇报给“接诊医师”, 由“接诊医师”明确诊断并为“患者”提供治疗方案。在情景模拟过程中教师不得干预, 及时引导学生进行提问及思考。情景模拟结束后, 由组内预先指派的同学结合课前小组合作制作的 PPT 做归纳总结, 分析及说明对“患者”制定治疗方案的原因及依据并作为小组代表接受对手组学生的提问及点评。课时最后 5 分钟由教师对两组情景模拟及不足之处进行点评总结, 并结合两个临床病历进一步讲授梅尼埃病的临床特点、诊治要点。

课后: 教师雨课堂内布置课后作业及分享扩展内容, 同时设置互动点评区, 接受学生的反馈, 积极改进。

1.3 效果评价

1.3.1 调查问卷

为了调查学生对教学方法的有效性 (教学方法是否有利于对耳鼻咽喉头颈外科的理解?) 和满意度 (教学方法是否合适?), 我们设置了匿名问卷进行评估。这些问题采用李克特五级量表, 含有“非常同意”、“同意”、“不一定”、“不同意”和“非常不同意”五种回答, 分别记为 5,4,3,2,1, 每位学生的量表评分就是他们对各道题的回答分数。

1.3.2 网络学习兴趣度

学习通上后台导出每位学生的视频学习时长及两个班级学生对扩展资料下载人次。

1.3.3 考核成绩

考核成绩选取见习课中耳科临床见习部分, 成绩考核内容及评分标准由教研室老师统一制定, 学生成绩由每组带见习课教师评定。根据学生专科基础知识、临床操作技能及临床案例分析三部分内容分别以百分制打分, 总成绩按三部分分别以 30%、30%和 40%占比计入。

1.4 统计方法

所有数据采用 SPSS 25.0 软件分析统计, 计量资料使用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验。P<0.05 表示差异具有统计学意义。

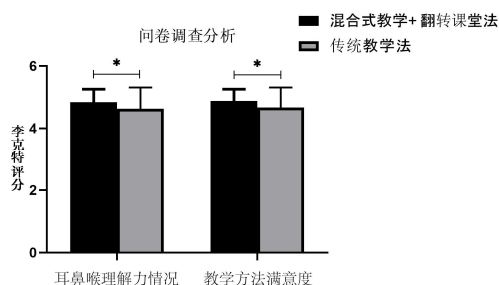
2. 结果

2.1 两组学生问卷调查结果分析

采用混合式教学结合翻转课堂教学组对课程的理解及课堂满意度得分明显高于传统教学组, 分析结果见图 1。

图 1 两组学生问卷调查结果分析

*表示 $P<0.05$

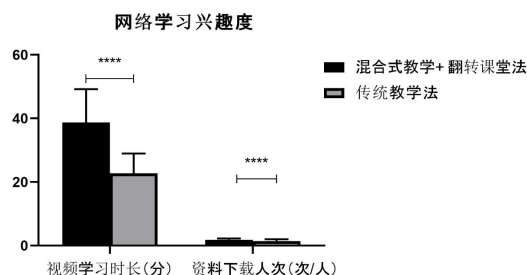


2.2 两组学生网络学习兴趣度分析

采用混合式教学结合翻转课堂教学组网络学习时间及资料下载人次明显高于传统教学组, 分析结果见图2。

图2 两组网络学习兴趣度分析

*表示 $P < 0.05$, ****表示 $P < 0.0001$



2.3 两组学生考试成绩分析

采用混合式教学结合翻转课堂教学组在见习课考核中临床操作技能、临床案例分析和考核总成绩均高于传统教学组 ($P < 0.05$), 但专科基础知识部分考核成绩与传统教学组相比无明显差异 ($P > 0.05$)。

	混合式教学+翻转课堂法		传统教学法		t 值	P 值
	人数	分数	人数	分数		
专科基础知识	58	88.74±5.70	54	89.87±5.72	1.045	0.2982
临床操作技能	58	91.47±3.96	54	82.15±4.57	11.56	<0.0001
临床案例分析	58	89.21±5.90	54	86.94±4.84	2.211	0.0291
见习课总成绩	58	89.74±2.96	54	86.38±2.73	6.237	<0.0001

3. 讨论

耳鼻喉咽喉头颈外科学作为一门临床二级学科, 其学时短, 解剖结构位置隐蔽且管腔狭小, 使网络学习在该学科的本科教学中有效应用显得尤为迫切^[3]。首先, 以教科书及讲义为指导的传统教育模式受到网络信息化的冲击, 使学生自主学习变得更加便捷且形式多样; 其次, 耳鼻喉咽喉头颈外科部分症状, 如呼吸困难、眩晕、咽痛、鼻塞等在其它交叉学科(如神经内科、急诊科、呼吸科及儿科等)的临床工作中也经常遇见, 这些症状所对应的疾病及处理方法在后续临床工作中非常实用, 但因学时不足导致学生掌握不牢固; 最后因耳鼻喉咽喉头颈外科临床查体入门难度高, 如头灯、鼻内窥镜、喉镜、鼻咽镜等常规专科检查入门需要投入时间反复练习, 使相当多的医学本科生丧失对该学科的兴趣。因此, 带教老师除了不断更新知识、提高自身专业水平外, 还要在教学方法上摸索创新才能避免学校教育与社会需求不脱节, 培养出新型适用性临床医学毕业生。

国内外学者在传统教学模式的基础上摸索出了多种教学方法, 如优化整合法、问题为中心教学法(PBL)、团队模式教学法(TBL)、案例教学法(CBL)、标准化病人法(PSPs)、多媒体教学法(CAI)和双语教学法等^[4], 国内学者对不同教学方法在耳鼻喉咽喉头颈外科本科教学中的应用研究做出了大量贡献。姜梁^[5]等学者通过临床病理讨论(clinical pathological conference, CPC)联合PBL(problem-based learning, PBL)教学模式对临

床专业本科生随机选择两个班级共60人进行教学研究, 并从问卷调查评估表、学生反馈满意度调查表和考试成绩等三个方面进行对照分析, 发现CPC联合PBL教学模式优于传统多媒体教学模式。研究表明^[6]全体学生接受教师传统理论授课后, 再由试验组学生根据费曼学习法对对照组进行模拟教学, 其后对两组学生进行课堂测试, 结果显示在耳鼻喉咽喉科理论教学中应用驱动式费曼学习法能提高教学质量及效果。

混合式教学模式是随着对网络学习的思考及传统课堂的回归而被逐渐关注的一种新的教学理念, 在整合面对面教学与网络教学的同时, 也成为教学改革中课程整合的一个突破点。在医学教育中, 不仅能够打破时空限制让教学主动化, 更能让临床医学的学习内容更加丰富、学习空间更加广阔、学习方法更加多样^[7]。但在混合式教学模式的具体应用中因为部分教师对信息化技术应用水平不高及学生的参与性与互动积极性不高等因素, 使部分教研室在医学教学应用中流于形式。本研究中传统教学组在网络视频学习人均总时长是22.72分钟, 小于视频单次播放总时长25分钟, 进一步验证了没有纳入有效驱动的混合式教学, 学生自主使用网络学习的兴趣度并不如预期。

翻转课堂是将课堂上课内容移至课前, 由学生课前学习, 课堂上讨论、讲授, 从而使知识内化, 提高学习效果的一种教学方法。案例结合的翻转课堂能在系统而全面讲授课程内容的基础上, 通过临床病例分析培养临床思维和解决实际问题的能力^[8]。在本研究中我们在混合式教学中使用了案例结合的翻转课堂后, 明显感觉课程导入时间更短。而试验组网络视频学习人均总时长是38.79分钟, 大于视频单次播放总时长25分钟, 结果说明翻转课堂的引入能调动学生学习的主动性。调查问卷结果显示混合式教学结合翻转课堂帮助学生对所授知识理解的帮助上明显高于传统教学, 进一步验证了有驱动的电子学习的学生在课前准备及课堂中知识的掌控度会更好。值得注意的是, 本研究中见习课的专科基础知识测试成绩在试验组及对对照组之间无明显差异, 说明混合式教学结合翻转课堂法跟传统教学法相比并不会降低学生基础理论知识的掌握, 但试验组在见习课考核的临床操作技能、临床案例分析及总成绩均高于传统教学组提示了混合式教学结合翻转课堂能提高医学生的临床处理能力, 形成完整的临床思路。不过本研究中也存在的一定的问题和局限性, 如研究中缺乏外部验证和后续研究, 例如调查学生业余时间充足性和教师的满意度等, 且个别同学反馈课前准备耗时较长而课程中自我展示机会较少, 也是后续值得进一步研究及改进的地方。

混合式教学结合翻转课堂能在节约课时的同时增加学生对所学知识的掌握能力及培养学生临床处理能力, 形成完整的临床思路。它可有效弥补耳鼻喉咽喉头颈外科学学时短, 解剖结构抽象及学生实践技能掌握不牢固等不足, 符合耳鼻喉咽喉头颈外科学教学改革要求, 利于培养新型实用性医学人才。

参考文献:

- [1]孙渝莉, 刘瑞. 国内高校混合式教学研究综述[J]. 重庆交通大学学报(社会科学版) 2022,22(04): 96-103.
- [2]Lage, M. J., Platt, G. J. & Treglia, M. (2000). Inverting the classroom: A gateway to creating an inclusive learning environment. Journal of Economic Education.
- [3]陈敏, 王琳, 于龙刚, 赵丽娟, 张胜男, 李娜, 姜彦. 多模式融合教学法在耳鼻喉咽喉科教学中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2021,13(17): 12-15.
- [4]薛娜, 王佩华. 耳鼻喉咽喉头颈外科学常用教学方法评价[J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志. 2013,21(04): 316-20.
- [5]姜梁, 赵飞鹏, 邹武君, 覃纲. 临床病理讨论联合PBL教学模式在耳鼻喉咽喉头颈外科学教学中的构建与实践[J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 2020,28(02): 154-156.
- [6]万恒志, 杨冰倩, 陈惠东, 华荣恺, 华清泉. 任务驱动式费曼学习法在耳鼻喉咽喉科教学中的探索与应用[J]. 中国耳鼻喉咽喉底外科杂志, 2022,28(03): 102-105.
- [7]李雯雯, 李小玲, 赵荫环. 混合式教学模式在国内医学教育中的研究现状[J]. 中国医学教育技术. 2019,33(05): 518-22.
- [8]王伟, 高颖娜, 陈梦婕, 张国平, 郑宏良. 案例结合翻转课堂在耳鼻喉咽喉科教学中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2019,11(22): 36-38.

*通讯作者: 彭璐, 专业方向: 耳科学及其临床。

循证护理在手术室护理实习带教中的应用效果

汪佳钰

浙江大学医学院附属第二医院 310003

摘要：目的：研究循证护理在手术室护理实习带教中的应用效果。方法：此次研究的时间为2021.1月-2022.1月，研究对象是我院手术室的100名护理实习生，采用随机分组的方法，将上述护生分为两组，一组为研究组，接受循证护理下的实习带教，一组为对照组，接受常规的手术室护理实习带教，对两组分别带教后的综合能力、考核成绩、教学满意度和评判性思维能力展开对比。结果：在护生考核成绩对比上，其中包括理论知识及实践操作，研究组护生的评分显著高于对照组护生的评分， $P<0.05$ ；在综合能力（解决问题能力、提出问题能力、应变能力、专业素养）评分对比上，研究组的各项评分均高于对照组， $P<0.05$ ；在评判性思维能力对上，研究组的各项评分高于对照组， $P<0.05$ ；在护生教学满意度对比上，研究组的评分明显优于对照组， $P<0.05$ ；研究组中的带教老师，其科研能力以及教学能力明显优于对照组中的带教老师，差异显著， $P<0.05$ 。结论：在手术室护理实习带教工作中运用循证护理，不仅会提高整体的护理实习带教效果，也会让护生掌握更多的知识，使他们的综合能力显著提高，值得运用。

关键词：循证护理；手术室护理；实习带教；应用效果

临床实习属于护生成为护士的必备阶段，也是考核与培养护生能力的时期，可以让护生将所学理论知识应用到实践中^[1]。对此，医院要注重实习带教工作的展开，尤其是对于手术室护理工作而言，更是要提高实习带教的整体效果，可尝试将循证护理用于其中，显著提升护生的实践水平以及理论知识掌握情况，并彰显出带教老师的能力水平^[2]。循证护理将科学理论当作依据，结合具体的状况，查阅文献、病例、书籍，最终制定出可行、科学的方案^[3]。通过循证护理模式下的手术室护理实习带教工作，可让带教的效果提高，帮助护生获取更多的知识与技能。基于此，本研究主要分析循证护理应用于手术室护理实习带教中的价值，故将我院100例手术室实习护生当作研究对象，具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2021年1月到2022年1月我院手术室实习的100名护生当作研究对象，并采取随机抽签的方式进行分组，分为研究组与对照组，每组例数为50例。研究组中男护生1名，女护生49名，平均年龄范围为（18.84±0.69）周岁。而对照组中男护生2名，女护生48名，平均年龄范围为（18.92±0.63）周岁。对两组年龄、性别等资料分析后， $P>0.05$ ，具有可比性。

1.2 纳入排除标准

1.2.1 纳入标准

（1）是在本院手术室临床实习的护生。（2）护生本人签署了同意书。

1.2.2 排除标准

（1）之前接受过临床护理实习带教。

1.3 方法

对照组接受常规的手术室护理带教实习模式：护生进入到科室之后，实习带教老师要为护生讲解手术室的环境和周围环境、科室相关制度等等。之后结合手术室护理实习大纲，制定出可行具有针对性的带教方案，确定好整体的教学内容和教学目标。带教模式要采用理论联系于实践的方式，一周展开两次，在护生实习完成后一同进行考核。

研究组接受循证护理带教模式，具体的内容如下：（1）循证问题的确认：带教老师应在护生进入到科室以后，成立专门的带教小组，确定好带教老师的工作内容，确保整体的实习带教效果，确认好各种循证问题的提出。（2）循证支持的寻求：要根据实际的护理步骤展开求证，打造出可行、规范的循证护理方案。利用各种参考信息，对循证护理方案的应用可行性展开分析。（3）循证支持的获取，搭建完善的循证计划：计算机搜索有关文献知识，并根据实际的临床护理经验，引导护生自主在互联网中搜集相关的护理文献，以此获得循证依据，打造出个性化的护理方案。（4）实习带教引导：护生根据手术室的实际状况及科室内患者的病情需要，选择出最佳的护理方案，并在真实的手术护理工作中应用，予以患者们个性化、针对性的护理服务。

教学流程：①让护生对患者的病情展开基本评估，确定出实际护理过程中容易遇到的难题。②师生一同参与，利用文献进行检索，以此得到理

论依据。③以小组为单位，确定出护理是否可行，对术前的各种插管展开指导，评估研究结果、研究设计方案等等。④综合患者的真实病情，构建出可行的护理措施。⑤实习带教老师协助护生对患者进行护理，并在这一过程中展开对护生及患者的动态化监测。⑥护生自我评价、相互点评，带教老师对护生的行为进行评价，对优点展开表扬，对不足之处指出，让他们予以改正。

1.4 观察指标及效果评价标准

（1）对比两组护生的实践操作水平以及理论知识掌握情况。两组护生培训结束后，需进行统一的理论考试以及实践操作考试，研究组与对照组均需进行闭卷考试的方法，而实践操作则由临床教学老师等监督研究人员的实践操作考试，并使用统一的实践考核标准进行评分。

（2）对比两组护生的综合能力，使用医院自制的综合能力考核表，对其中的解决问题能力、提出问题能力、专业素养、应变能力展开评价，评分越高，表示护生的能力越强，每一项的满分为5分。

（3）对比两组护生的评判性思维能力，其中包含系统化能力、分析能力、认知成熟度、开放思想等，分数越高，表示着评判性思维能力越强。

（4）对比护生对教学的满意度，包含工作责任心、护理操作带教能力、教学态度、沟通能力、教学方法，分成满意和满意。

（5）对比两组带教老师的教学能力以及科研能力

1.5 统计和分析

把SPSS22.0统计软件当作数据处理的主要工具，分析处理资料，计数资料用%表示，计量资料用（ $\pm s$ ）表示，检验分别采用 χ^2 和t检验，有统计学差异时， $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 对比两组护生的实践操作水平以及理论知识掌握情况

对比两组研究人员的笔试成绩以及实践操作考试成绩，发现两组存在显著的差异，且研究组各项成绩均高于对照组， $P<0.05$ 。详细情况请见表1。

表1 两组护生实践操作、理论知识掌握情况对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	理论知识（分）	实践操作（分）
研究组	50	95.62±5.32	90.36±2.36
对照组	50	89.13±5.23	86.15±2.56
t值		6.1514	8.5498
P值		0.0000	0.0000

2.2 综合能力评分对比

研究组护生的提出问题能力、解决问题能力、专业素养评分、应变能力评分显著高于对照组， $P<0.05$ ，见表2。

表2 综合能力评分比较（ $\pm s$ ）

组别	例数	提出问题能力	解决问题能力	应变能力	专业素养
研究	50	44.41±4.34	45.80±4.21	44.24±4.57	45.73±3.51

组					
对照	50	38.61±3.63	39.63±3.62	37.25±4.32	36.94±4.68
组					
t		7.2486	7.8577	7.8597	10.6247

表3 护生评判性思维能力评分两组对比 (±s)

组别	例数	认知成熟度	求知欲	自信心	系统化能力	分析能力	开放思维
研究组	50	43.41±3.55	42.57±2.73	37.68±2.15	41.22±3.61	43.66±3.35	42.27±3.73
对照组	50	36.26±1.56	36.41±1.09	32.14±3.36	35.23±2.05	37.28±3.08	37.28±2.41
X ²		13.0384	14.8178	9.8204	10.2026	9.9135	7.9455
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 护生对教学满意度评分对比

体见表4数据。

研究组护生的教学满意度评分显著高于对照组护生的满意度评分,具

表4 护生对教学的满意度评分[n(%)]

组别	例数	带教技能	工作责任心	教学态度	教学方法	沟通能力
研究组	50	49 (98.00)	48 (96.00)	47 (94.00)	49 (98.00)	48 (96.00)
对照组	50	40 (80.00)	39 (78.00)	38 (76.00)	41 (82.00)	40 (80.00)
X ²		8.2737	7.1618	6.3529	7.1111	6.0606
P		0.0040	0.0074	0.0117	0.0076	0.0138

2.5 两组带教老师科研能力、教学能力对比

经过分组研究后,研究组中的带教老师,其科研能力以及教学能力明显优于对照组中的带教老师,差异显著,存在统计学意义(P<0.05),具体见表5。

表5 两组带教老师科研能力、教学能力对比[±s,分]

组别	例数	科研能力	教学能力
研究组	50	91.02±3.21	96.52±4.91
对照组	50	84.59±4.99	89.37±4.41
t 值		7.6630	7.6607
P 值		0.0000	0.0000

3 讨论

手术室护理工作强度十分的高,不仅护理人员日常工作压力大,同时负荷也过重,对人员的能力与素质有着较高要求^[4]。手术室护理人员不仅要具备较强的理论知识,同时也要具备扎实的操作技能,以此更好的处理手术室护理工作中的各种问题,拥有应急处理的能力,可敏锐的捕捉到各种问题。而对于手术室实习护生而言,因为他们的实习时间不是很长,所以要在有效的时间内学习到更多的理论知识以及实践操作的内容,从而使其综合护理水平显著提升^[5]。这一目标的达成,也对带教老师提出了更为严格的要求,带教老师必须具备较强的科研能力与教学能力^[6]。对此,要积极展开手术室护理实习带教工作,在带教模式上也要科学选择,综合护生的能力及学习情况,提高整体的带教质量^[7]。经有关的研究表明,不同学历、文化层次的护生,他们的问题解决能力、实践操作能力、知识认知水平都存在不同。而将循证护理应用于手术室带教当中,通过其中的上岗制度完善、教学监控体系的制定以及教学大纲的确认,能够让带教老师的能力水平显著提升,以此让护生在获得知识的过程中获得知识与技能。循证护理是循证医学中的一个分支,要从实际的问题处着手,从实践之中解决问题,得到有效的循证支持,综合护理人员的能力素质和患者的需要,打造出个性化的护理计划^[8]。

本研究当中,研究组中护生的理论知识掌握情况以及实践操作评分均优于对照组中的护生,差异显著,P<0.05。以上均表明,循证护理的应用,可以让手术室带教的质量显著提升。并且,常规手术室护理实习带教相较于循证护理下的实习带教,研究组护生最后的成绩考核上、综合能力、评判性思维能力上要明显优于对照组,以上差异存在统计学意义,P<0.05。由此也能够得知:以往的手术室实习带教模式,护生们处于一种被动学习知识与技能的状态,且绝大部分的护生为了应对考核,在知识认知上停留在表层,未能深入感知理论知识,也难以把理论知识联系于实践。从循证

护理理念的视角下看待手术室护理带教,能够得知此种模式让护生的理论知识水平提高,使他们学会了自主查询知识,通过文献和一些科学依据,制定出可靠的护理方案,使他们在解决问题的能力上有所提高,调动起人员工作的积极性^[9]。并且,通过循证护理实习带教模式的运用,也让护生的团队协作能力提高,他们的角色会发生些许改变,从被动接受知识的状态转变成主动学习、合作探究,提高了护生在护理工作中的参与意识,切实培养了护生的评判性思维能力^[10-11]。此外,循证护理带教模式中,通过循证支持、确定问题、护理方案制定的几个环节,会帮助护生完成知识的融会贯通,使他们发散自己的思维,把各种知识进行整合归纳,提高护生的应对能力,让他们在今后的护理工作中发光发亮、独当一面。

综上所述,将循证护理应用于手术室护理实习带教中,其具有较强的应用价值,不仅会提高护生的综合能力、评判性思维能力,同时也会让护生满意带教老师,对其形成敬佩、尊重的心理,值得应用与推广。

参考文献:

- [1]刘晓君,丁考雁,吴娟,等. 循证护理在手术室护理实习带教中的应用效果[J]. 微创医学,2021,16(6): 831-833.
- [2]胡国圆. 循证护理在手术室实习护士带教中的临床应用效果观察研究[J]. 健康必读,2021(11): 92,95.
- [3]李韶玲,薛桃,张丽. 手术室护士与护理实习生循证护理信念与实践的调查分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(38): 123,140.
- [4]洪婷. 循证护理融合 CBL 模式在妇产科临床带教中的效果[J]. 中国现代医生,2021,59(17): 175-177,180.
- [5]陈亚. 循证理论的徒手操作技能培训对口腔门诊护理带教效果的影响[J]. 中国卫生产业,2021,18(13): 22-25,29.
- [6]安利茹,王小婷. 循证护理结合案例教学法在康复临床护理带教中的效果[J]. 东方药膳,2021(2): 214.
- [7]潘利娟. 循证带教及传统带教用于儿科护理教学中效果探讨[J]. 养生保健指南,2021(11): 266.
- [8]孟石晶. PBL 教学法与循证护理相结合在骨科护理带教中的应用效果[J]. 中国高等医学教育,2021(1): 86-87.
- [9]唐燕,方红华,许舒亭,等. 循证护理在糖尿病健康教育带教中的应用效果[J]. 中国继续医学教育,2021,13(15): 56-60.
- [10]闫小英. 循证护理教学模式在慢性肾炎护理带教中的应用价值研究[J]. 中国卫生产业,2021,18(12): 118-121.
- [11]敬丽. 循证护理与案例教学方法应用于康复护理临床带教的效果分析[J]. 反射疗法与康复医学,2020,1(21): 172-174.

浅谈护理投诉原因分析及防范策略

张娟 温林林 张秀丽 张静★通讯作者

烟台业达医院 264006

摘要：护理投诉是指医院为患者提供护理服务期间受技术、管理、服务等失误引发的未预计到的、计划外的、不希望发生的护理事件，可影响患者生命安全。临床护士与患者接触密切，因此日常工作中出现护理失误风险最高。因此开展护理工作期间，如何提升护理质量、规范护理行为、提升护理安全已成为临床护理管理目标。

关键词：护理投诉；投诉原因；防范策略

患者、家属接受医疗服务期间，不满意护理人员提供的服务而向相关部门反映问题的行为即为护理投诉。护理投诉直接反应了投诉人对护理质量、服务水平的需求与满意度，是一种不可忽视的负性医疗资源。近年来，相关人员对医疗投诉、纠纷研究较多。结合医疗机构整体投诉结果分析，护理投诉在医院整体投诉中易发^[1]。李克强总理在 2018 年 10 月签署、实施了《医疗纠纷预防与处理条例》，规范了医疗机构护理行为^[2]。但各医疗机构想要降低护理投诉率，仍需积极分析护理投诉原因及相关防范策略，以提升整体护理质量。

一、护理投诉影响因素分析

（一）患者自我保护意识提升

患者自我保护意识提升导致护患纠纷主要与以下因素有关：①患者价值观念转变：表现为维权观念、自我保护观念的转变等转变，致患者对自身利益重视度提升。因此实际入院接受治疗时，对护理服务要求提升，常做出维护自身权益举动。②法律观念增强：大部分患者均存在利用法律衡量医疗服务意识。③对医疗知识认知不足：部分患者对医疗知识认知不足，认为自己花费钱财较多仍未取得期望疗效，尤其出现后遗症、并发症或用于不良反应时，常认为与医务人员过失有关。④媒体炒作失实：媒体不断报道失实的医疗事故新闻，导致医患间信任度降低，进一步增加了护患纠纷风险^[3]。

（二）护理人员服务意识差

为患者提供护理服务期间，部分护理人员存在护理服务意识差、责任心低、不重视患者需求等问题，导致提供的护理服务与患者心理预期不符。此外，部分护理人员还存在对护理知识科普无耐心、与患者沟通用词不当等问题，进一步降低了患者满意度。如部分患者接受一段时间治疗后，未觉自身症状改善而出现失落感，此时护理人员仅安慰患者不要着急，未给予其他见解性安慰、鼓励，可让患者觉得护理人员不重视自己，进而不满意护理工作，甚至到相关部门投诉护理人员服务不到位、对患者关心不足。

（三）护患未及时沟通

护理人员开展每项操作前，均要提前与患者进行交流，使患者了解护理操作目的与护理期间可能出现不适感等。若未提前做好沟通，可致患者护理依从性降低，不配合相关操作，甚至不了解此项操作意义，进而产生护患纠纷。

（四）护理人员安全防范意识不足

由于医疗机构接收患者数量较多，护理工作较具有工作量大、操作过程繁琐等特征，很多护士难以适应强度过高的工作而选择辞职，致临床护理人员流动性提升，不利于整体管理。此外，医疗机构逐年扩张，引入新护士数量较多，导致护理岗位上多为入职 5 年内护士，操作技能不娴熟、经验不足，且不具备安全防范意识，增加了不良护理事件风险。同时低年资护理人员数量增加，致科室带教力量薄弱问题逐渐凸显，且带教老师有

其他工作需要完成，教学精力不足，难以有效提升新入职护士护理水平。

（五）查对制度未严格落实

临床护理期间，未严格落实查对制度与以下因素有关：①未落实给药核对流程，且核对流程存在偏差；②部分护理人员连班期间，存在不认真转抄医嘱问题，进而引发差错，致医嘱难以顺利执行；③护理人员未查对医嘱，如未在安全环境中查对医嘱，存在医嘱错误风险。

（六）护理服务存在缺陷

为诊断不明或危重症患者提供护理服务时，未仔细观察患者病情或发现相关疾病后未及时处理，延误了患者最佳抢救时机。此外，部分护理人员不具备“慎独”精神，在执行相关护理制度时不具备自觉性，如不具备无菌观念或未有效落实交接班制度、查对制度等。同时查看护理记录时，存在错记、漏记情况，极易遗留护患纠纷风险^[4]。

（七）未规范收取医疗护理费用

在医药体制改革、医疗保险持续推进基础上，患者对医疗费用重视度随之提升。因此各科室若收费不规范或收费不透明，极易导致患者就医后投诉。

二、护理投诉防范策略

（一）加强与患者沟通交流

在医疗体制改革、社会经济高速发展背景下，人们对医疗服务要求逐渐提升。因此临床护理活动需适应社会发展，积极革新护理理念、护理流程，这就要求护理人员加强与患者间沟通交流，以为其提供人性化服务。医疗机构重视护患沟通交流，可有效预防护患纠纷与护理投诉。因此医疗机构需基于“以患者为中心”原则、“以人为本”理念开展服务，并利用多形式为患者普及护理流程、护理操作意义及护理操作可能出现隐患，同时告知护理服务相关法律法规及制度，以提升患者理解度、信任度，进而增强其护理依从性^[5]。

（二）提升护理人员安全意识、法律意识

开展日常护理工作期间，要求护理人员具备安全意识、法律意识，并认真、仔细的为患者讲解病情，并及时做好各项记录。此外，还要指派专职带教老师对无证护士、实习护士进行带教，以增强其护理水平、提升护理技能，进而降低护理投诉率。

（三）学习相关法律法规

近年来，患者法律意识逐渐加强，因此医院需对护理人员开展法律法规知识培训，以提升护理人员自我保护意识，维护自身合法权益。

（四）创建良好护患关系

结合临床实践报道，患者投诉主要与护理人员服务态度有关，如护理人员服务态度冷淡、护理服务积极性低等。因此各医疗机构需利用各种方案调动护理人员主动性，使其由传统被动服务转为主动服务，进而降低患者投诉率。实际为患者提供护理服务期间，要热情接待患者，并耐心、细

心的指导患者诊治,为患者解答疑虑,还要关心患者,利用通俗易懂的文明语言与患者交流沟通,使患者感到医护人员像自己亲人一般,进而提升其到院就诊舒适度^[6]。此外,护理人员语言、沟通技巧直接体现着护理人员综合素养,同时影响着护理人员形象,因此护理人员要充分尊重、理解患者,并以理智态度面对、解决护理问题。实际护理住院患者时,护患首次交流沟通极为重要,因此护理人员需做好自我介绍,并为患者介绍医院环境、医院饮食、主治医师、诊治流程等信息,以打消患者陌生感,使其安心就诊。护理人员以积极态度面对每位就诊患者,可为患者留下美好印象。除上述措施外,医疗机构管理者还可通过开展座谈会方式听取患者意见,以持续改进自身护理方案的不足。

(五) 加强继续教育

加强院内在职护士继续教育,可有效提升护理人员技能及对护理学科知识掌握率。因此各医疗机构需做好护理人力资源分配,鼓励、支持在职护理人员参与继续教育活动,以增强医院整体护理质量、规避不良风险事件。若护理人员工作年限较少,医疗机构还要加强常规护理知识培训及“三基”培训,以增强护理人员专业技能。如培训护理人员如何使用新型仪器、设备,可增强护理人员应急能力。实际对护理人员排班时,还可施行弹性排班制度,同时增加各岗位护士人数。此外,对在岗护士开展继续教育期间,还可结合护士实际情况开展分层培训,由于一级护士为护患纠纷首发人群,因此医院管理者需重点培训一、二级护士。医疗机构开展分层培训,可规范护士行为、培养护士职业道德,还可辅助护士了解相关法律法规、岗位制度等,具体内容如下:对一级护士开展护理知识、安全意识、实践能力等培训;对二级护士开展风险评估意识、专科业务能力及职业敏锐度等培训^[7]。

(六) 做好人力资源管理

医院接收患者具有疾病繁杂、数量多等特征,因此护理服务压力较大,这就要求护士长以冷静头脑分配护士工作,以保障各护理流程有序落实,规避忙乱导致不良护理事件。

(七) 严格落实护理规程

护理规程是医护人员在日常实践中修订完成的,可为临床护理提供依据。护理规程中每项均具有必要性、可行性特征,为患者提供护理服务时需严格遵循各项规程,以规避各项护理差错事件。医疗机构可针对护理部定期开展“三基三严”考试,以抽查方式提升护理人员专业知识掌握度及护理技术水平,力求精益求精,以保障医疗机构整体服务质量,提升护患安全感、信赖感,进而规避护理投诉事件^[8]。

(八) 明确医疗收费制度

医疗机构需公开就诊收费标准,尽可能规避多收、少收或漏收问题。护理人员为患者提供护理服务期间,需将每日医疗花费清单告知给家属,若患者对医疗花费存在异议,护理人员需耐心为其解释,一旦发现不合理收费问题立即改正。

(九) 完善护理服务补救措施

临床护理期间不可避免的存在护理失误问题,因此医疗机构要完善护理服务补救措施,一旦发现医疗纠纷,需重视患者异议,并主动调查解释,若确实存在患者所说问题,立即承认并更正错误,同时向患者致歉,尽可能获取患者谅解,并辅助患者舒缓不良情绪。通过完善护理服务补救措施,总结、分析成功经验,可主动发现护理服务问题,进而及时解决、改进,使患者产生信任感、安全感,进而降低护患纠纷风险^[9]。

(十) 狠抓护理质量管理

狠抓护理质量期间,要充分利用护士长岗位优势、岗位职责、权利、

威信,并以护士长为突破口,维护护患、护患与医护关系,进而构建和谐就医环境。此外,护士长每日下班前还要核对护理工作落实情况,并咨询患者意见,以持续改进工作,控制护理隐患。

(十一) 优化医疗机构环境

为满足临床护理需求,各医疗机构要及时增添各项新型辅助护理设备,同时加强病室管理,维持病室地面无积水、干燥整洁,同时在卫生间内铺设防滑垫,以充分展现医院人性化护理服务。依据国家卫生要求,医疗机构还需成立导诊服务部,为有需要患者提供陪检、导引服务^[10]。此外,医疗机构还可成立应急小组,由各科室骨干护士组成,以应对突发事件,满足人力资源调配需求。

(十二) 科学处理护理投诉

护理投诉诱因众多,且受医疗服务特殊性影响,日常工作中出现投诉在所难免,关键是如何处理:①经护士方面确定投诉原因:收到护理投诉后,护士长需站在患者角度体会患者遭遇,以更好的理解患者情绪变化,进而辅助患者减轻或消除各种痛苦。同时从护士方面确定投诉原因,并以真诚态度向患者致歉。②还原事件真相:认真听取患者申诉后,要与涉事护士核对事实,做到公正、公开处理,若核实后确实是护士服务不到位或沟通不到位,需向患者致歉,并施行补救措施,打消患者不满情绪;若核实后为患者无理取闹,此时要耐心做好疏导工作,为患者普及院内各项规章制度,以取得患者谅解。③对所有投诉创建档案:创建、存储护理投诉档案,有利于后续总结护理经验。此外,对于连续三次被患者投诉护理人员,无论投诉事项是否属实,均要给予警告并严肃处理。

结束语:

综上所述,临床护理工作具有繁杂、琐碎、平凡等特征,护理人员每日重复细小事情,但凡出现一点疏忽,均会引起患者不满,甚至导致医疗纠纷。因此各医疗机构要重点分析护理投诉原因,并在实践中探究护理投诉预防策略,以创建和谐护患关系、提升患者护理满意度。

参考文献:

- [1]马玉花.门诊护理投诉原因分析及对策[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(21):93+96.
- [2]周伦琴,姜会兰.某院5年护理投诉成因与对策[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(99):12-14.
- [3]傅华梅.护理工作中常见不良事件原因分析及应对策略探讨[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(99):74-75.
- [4]李红艳.血液透析室护理不良事件的原因分析及防范策略分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(91):112+120.
- [5]赵爽.血液透析室护理不良事件的原因分析及防范策略[J].中国医药指南,2019,17(23):197-198.
- [6]靳娟,李燕.护理不良事件33例的原因分析及应对策略[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(39):25-26.
- [7]张秀丽,彭燕.神经外科护理不良事件分析和防范措施探讨[J].结直肠肛门外科,2018,24(S2):56-57.
- [8]侯娟红.普外科护理不良事件的原因分析和防范措施[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(64):181-182.
- [9]蒲敏.手术室护理纠纷的原因及防范策略探析[J].中国继续医学教育,2018,10(03):197-198.
- [10]王静,武丹.门诊护理投诉常见因素分析及解决对策[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(50):9892+9894.

层级链式护理模式在小儿肺炎临床治疗中的应用及对肺功能的影响

张莉 薛新 任美玲^(通讯作者)

解放军联勤保障部队第 904 医院儿科 江苏无锡 214000

摘要:目的:探讨小儿肺炎治疗期间应用层级链式护理模式的效果。方法:2020 年 10 月-2021 年 7 月,联勤保障部队 904 医院儿科收治小儿肺炎 100 例,实施随机数字表法分组,对照组患儿 50 例、观察组患儿 50 例,分别应用传统护理模式、层级链式护理模式。统计两组患儿的症状消退时间(发热、咳嗽、气促、肺啰音消退时间、患儿住院时间)、肺功能指标【一秒用力肺活量(FVC)、一秒最大呼气流量(PEF)、一秒用力呼气容积(FEV1)、FEV1/FVC】、家长满意度(基础护理、专科护理、服务态度、护患沟通、护理责任心),并进行比较。结果:观察组五项症状消退时间较对照组更短($P<0.05$),出院时观察组 FVC、PEF、FEV1、FEV1/FVC 较对照组更高($P<0.05$),观察组五项家长满意度较对照组更大($P<0.05$)。结论:小儿肺炎治疗期间实施层级链式护理模式,可加快症状消退速度,促进患儿肺功能改善,提升家长满意度。

关键词:小儿肺炎;传统护理模式;层级链式护理模式;症状消退时间;肺功能指标;家长满意度

小儿肺炎是高发性儿科疾病,也是常见小儿疾病,多在寒冷季节、气候骤然变化时节发生^[1-2]。临床调查发现,小儿肺炎的发病原因较多,其中呼吸道感染是主要原因,发病后患儿多伴有发热、气促、咳嗽以及肺部湿啰音等不适症状^[3]。临床多在确诊小儿肺炎后第一时间进行抗感染治疗,但治疗效果需一段时间才能起效,需临床实施科学护理加速患儿不适症状改善,提升患儿的身心舒适度,预防疾病对患儿正常生长发育造成损害,避免小儿肺炎并发症^[4-5]。既往临床多应用传统护理模式,护理效果并不理想,这和护士权责不明、护理工作欠缺连贯性、全面性以及衔接性相关。层级链式护理模式是新型护理方案,近年来在肺炎护理中广泛应用。本文以 2020.10-2021.7 收治的小儿肺炎 100 例为对象,探讨层级链式护理模式的应用效果,重点分析对症状消退时间、肺功能指标与家长满意度的影响,报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

以联勤保障部队 904 医院儿科于 2020 年 10 月-2021 年 7 月收治的 100 例小儿肺炎为此次研究对象,探讨患儿临床治疗期间的护理。常规实施随机数字表法分组,设有观察组、对照组,各组患儿例数相当,均为 50 例。观察组资料:男患儿 34 例,女患儿 16 例;年龄 0.5-4.5 岁,平均 (2.63 ± 0.61) 岁;病程 1-4d,平均 (2.77 ± 0.61) d;细菌性感染患儿 21 例,支原体感染患儿 19 例,病毒性感染患儿 10 例;轻度肺炎患儿 10 例、中度肺炎患儿 32 例、重度肺炎患儿 8 例。对照组资料:男患儿 32 例,女患儿 18 例;年龄 0.5-5.0 岁,平均 (2.85 ± 0.64) 岁;病程 1-4d,平均 (2.92 ± 0.63) d;细菌性感染患儿 23 例,支原体感染患儿 18 例,病毒性感染患儿 9 例;轻度肺炎患儿 11 例、中度肺炎患儿 30 例、重度肺炎患儿 9 例。两组患儿的资料比较,可见比值无差异($P>0.05$)。

纳入标准:(1)患儿满足《儿童社区获得性肺炎管理指南(2013 修订)(上)》^[6]、《儿童社区获得性肺炎管理指南(2013 修订)(下)》^[7]中肺炎的临床诊断标准;(2)患儿入院时均有发热及气促等不适症状,胸片检查显示存在肺部阴影、肺纹理变粗等病理表现;(3)患儿均有家长陪伴诊疗;(4)家长及患儿对研究有较多了解,知情且配合研究。

排除标准:(1)患儿合并支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病或肺气肿等呼吸系统疾病;(2)患儿同时合并血流感染或局部创口感染;(3)患儿临床资料有误或缺失;(4)患儿家长不同意患儿参与研究。

1.2 方法

对照组采用传统护理模式:责任护士结合患儿疾病类型,创建干净舒适病房,安排清洁人员做好清洁、杀菌、消毒工作,预防交叉感染;遵照医嘱提供药物进行静脉滴注、雾化吸入等治疗,向患儿家长强调遵医嘱的必要性,还需常规讲述所用药物的优越性,提升患儿家长的遵医嘱意识;密切监测患儿的病情变化及生命体征变化,做好相关变化记录,结合记录实施对症操作。

观察组采用层级链式护理模式:(1)划分层级:结合参与此次研究护士的实际情况,将其依次划分至 N1、N2、N3、N4、N5 五个等级护士,不同等级护士的护理职责与护理工作存在较大差异。N1 护士具有中专及以上学历,出身护理专业院校,正处于试用期或是尚未获得护士证书,但可为患者提供静脉穿刺等基础护理服务。N2 护士具备大专及以上学历,护理工作时间大于 3 年,具备护师职称,可准确理解医嘱并按照医嘱提供相关护理,护士还具备抢救、观察危重症患儿的技能,能够独立进行值班。N3 护士具备大专及以上学历,护理工作时间大于 6 年,具备主管护士这一职称,具有较强的突发状况应对知识、应对技能,可独立评估并抢救危重症患者,可解答患儿以及家属存在的疑问,还可管理级别较低护士。N4 护士具备大专及以上学历,护理工作时间大于 8 年,沟通交流能力以及护理带教能力较强,充分掌握护理理论知识与护理操作技能,可对下级护士提供管理与督促,还可担任护生以及护士的临床教学重任。N5 护士具备 15 年及以上的护理工作经验,获得护士长职称,承担科室的护理管理、护理监督重任,还可针对疾病制定护理干预计划,确定护理计划后将护理方案落实到科室。(2)链式护理:N5 护士将 N1、N2、N3、N4 护士整合到一起,结合实际情况科学分为两组,保证两组中各等级护士数量相差不大或一致。肺炎患儿入院后,各司其职为患儿提供服务,其中 N1 护士为患儿提供静脉输液、入院宣教、遵医嘱给药、肺炎知识普及、呼吸道管理等基础护理服务,N2 护士遵照医嘱配置药物,做好用药准备,并在患儿用药期间,做好监测工作,及时发现异常并进行抢救。N3 护士参与肺炎患儿查房工作,每天定时评估患儿病情转归情况,主动和患儿家长沟通交流,明确家长存在的疑问并解决相关疑问,还需结合患儿与家长情绪状态,及时提供心理疏导及情绪安抚,让患儿在平和状态下接受治疗与护理,让家长承担护理监督、患儿照护等重任,预防家长胡思乱想影响患儿情绪状态与治疗效果。N4 护士积极参与肺炎患儿的查房工作,评价患儿每天的病情变化以及护理情况,定时或不定时进行护理监督,及时发现现有肺炎护理中存在的问题,将问题反馈给护士长,并联合护士长一起制定解决的办法,明确解决方案后培训责任护士,让责任护士第一时间落实护理方案,预防问题发生。N4 护士还需评估各层级护士的护理知识掌握度及护理技能娴熟度,及时发现需要再次培训的护士,及时安排护士进行培训。

1.3 观察指标

1.3.1 症状消退时间 统计发热、咳嗽、气促、肺啰音的消退时间以及患儿住院时间,共计 5 项。

1.3.2 肺功能指标 统计一秒用力肺活量(FVC)、一秒最大呼气流量(PEF)、一秒用力呼气容积(FEV1)、FEV1/FVC 四项,护理前及出院时应用肺功能仪检测。

1.3.3 家长满意度 采用自制家长满意度调查问卷获取,评估内容包含基础护理、专科护理、服务态度、护患沟通、护理责任心五项,单项总分是 0-10 分,分数 ≥ 9 分则为满意。

1.4 统计学方法

获取研究数据后,应用(n/%)表示家长满意度,应用()表示症状消退时间、肺功能指标,将数据录入SPSS 22.0 软件,进行 χ^2 及t检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患儿的五项症状消退时间统计

观察组五项症状消退时间较对照组更短($P<0.05$)。见表一。

表1 两组五项症状消退时间(n=50例, , d)

组别	发热消退 时间	咳嗽消退 时间	气促消退 时间	肺啰音消 退时间	患儿住院 时间
----	------------	------------	------------	-------------	------------

表2 两组四项肺功能指标(n=50例,)

组别	FVC (L)		PEF (L/min)		FEV1 (L)		FEV1/FVC (%)	
	护理前	出院时	护理前	出院时	护理前	出院时	护理前	出院时
对照组	1.84±0.32	2.40±0.34 [△]	55.78±13.29	76.34±10.09 [△]	1.12±0.26	1.60±0.30 [△]	50.02±7.98	55.78±6.43 [△]
观察组	1.75±0.30	2.91±0.37 [△]	55.15±13.27	87.76±10.23 [△]	1.19±0.28	1.99±0.31 [△]	50.21±7.99	60.57±6.21 [△]
t 值	1.4509	7.1767	0.2372	5.6199	1.2954	6.3926	0.1190	3.7890
P 值	0.1500	0.0000	0.8130	0.0000	0.1982	0.0000	0.9055	0.0003

注:与同组护理前比较,[△] $P<0.05$ 。

2.3 家长满意度统计

观察组五项家长满意度较对照组更大($P<0.05$)。见表三。

表3 两组家长满意度(n=50例, n/%)

组别	基础护理	专科护理	服务态度	护患沟通	护理责任心
对照组	44 (88.00 %)	41 (82.00 %)	41 (82.00 %)	40 (80.00 %)	40 (80.00 %)
观察组	50 (100.00 %)	49 (98.00 %)	48 (96.00 %)	49 (98.00 %)	47 (94.00 %)
χ^2 值	6.3830	7.1111	5.0051	8.2737	4.3324
P 值	0.0115	0.0077	0.0253	0.0040	0.0374

3 讨论

儿童正值生长发育高峰期,多种器官组织正处于生长状态,并未发育成熟,尤其是免疫系统、呼吸系统等^[8-9]。该阶段儿童对外界刺激十分敏感,卫生、环境、饮食、气候、躯体营养等变化,均会对小儿身心健康造成较大影响^[10-11]。小儿呼吸系统尚正处于发育高峰期,所以支气管腔相对狭窄,肺泡弹性纤维尚未发育完善,纤毛运动功能较差,所以小儿容易发生肺炎^[12-13]。既往临床在确诊小儿肺炎后,第一时间进行治疗,预防肺炎疾病进一步发展,诱发呼吸衰竭以及电解质紊乱等并发症,改善患儿的预后情况。但患儿入院时多伴有明显不适症状,常规对症治疗固然可缓解症状,但需要一定时间,在等待反应这一段时间,患儿与家长均处于情绪不佳状态,对临床护理有较高要求,若护士护理技术不过关或发生护理出错,均可诱发护患纠纷,继而影响医院形象^[14]。在这种情况下,必须结合小儿肺炎特点,根据患儿的症状表现及病情严重程度,及时提供科学适宜护理,全面调节患儿的身心健康水平。

层级链式护理模式是一种和传统护理模式存在鲜明差异的新型护理,更重视护士护理工作合理分工,主张不同层级护士积极合作,结合护士层级实施分层管理,让各层级护士明确自己的岗位职责,主动承担自己的护理工作与护理职责^[15]。在这种护理模式下,可避免护士能力不足但需进行技术含量较高护理操作的现象,护士可结合自身层次为患儿提供匹配层次的护理服务,保证护理基础效果的同时,还可增强护士责任心,让护士主动参与护理服务。该护理模式还可有效调节各层次护士,让护士团结协作、积极配合,让护理工作成为一个由链条衔接串联的完整医疗服务,可保证护理操作的精确性与科学性,提升小儿肺炎的临床护理效果。

综上可知,小儿肺炎治疗期间实施层级链式护理模式,症状消退时间更短、肺功能指标水平更高,家长满意度更大。

参考文献:

对照组	2.73±0.79	7.42±1.91	2.81±0.84	8.82±1.78	9.43±2.05
观察组	2.01±0.57	5.89±1.37	2.05±0.78	7.05±1.64	7.20±1.73
t 值	5.2262	4.6027	4.6881	5.1711	5.8784
P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 患儿的四项肺功能指标统计

护理前观察组FVC、PEF、FEV1、FEV1/FVC较对照组无差异($P>0.05$),出院时观察组FVC、PEF、FEV1、FEV1/FVC较对照组更高($P<0.05$)。见表二。

[1]朱海云,王云,韩海玲. 个性化护理对行经鼻持续气道正压通气治疗重症肺炎并心衰患儿心脏功能的影响研究[J]. 贵州医药,2020,44 (1): 144-145.

[2]张杨,田竞,张敬如,等. 压缩雾化吸入期间心理护理对小儿肺炎患者治疗配合度、家属满意度的影响[J]. 国际精神病学杂志,2021,48 (6): 1117-1120.

[3]姜静,朱萍. 综合护理干预在乙酰半胱氨酸雾化吸入治疗儿童肺炎支原体肺炎合并支气管黏液栓疗效及对D-二聚体、降钙素原及炎症反应的影响研究[J]. 贵州医药,2021,45 (5): 821-822.

[4]关晓丽,曹玲,房萍,等. 新型护理方式在有创机械通气1型脊髓性肌萎缩合并重症肺炎患儿中的应用效果[J]. 中国医刊,2021,56 (10): 1150-1153.

[5]孙韵霞,黄丽华,赵燕. 儿童早期预警评分护理记录模板在小儿肺炎中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志,2019,25 (17): 2164-2166.

[6]中华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童社区获得性肺炎管理指南(2013修订)(上)[J]. 中华儿科杂志,2013,51 (10): 745-752.

[7]中华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童社区获得性肺炎管理指南(2013修订)(下)[J]. 中华儿科杂志,2013,51 (11): 856-862.

[8]彭琼芳,卢丽萍,王小梅. 小儿捏脊联合专项护理对喘息性支气管炎儿童临床症状和生活质量的影响[J]. 西部中医药,2021,34 (8): 155-158.

[9]郝洁,吴湘涛,李树军,等. 基于PEWS评分的护理管理措施在重症社区获得性肺炎患儿中的应用[J]. 护理实践与研究,2022,19 (3): 315-320.

[10]裴亚,明静祎,崔妙然,等. 综合护理干预对小儿支原体肺炎患儿负面情绪的影响[J]. 国际精神病学杂志,2021,48 (6): 1121-1123,1127.

[11]齐欣,邱瑞娜,代雪曼,等. PDCA循环护理对支气管肺炎患儿康复效果及治疗依从性的影响[J]. 河北医药,2022,44 (6): 948-950,954.

[12]陈晓敏,何靖敏,贺彩花,等. 全人照护管理模式在肺炎患儿经鼻高流量湿化氧疗护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28 (9): 103-106.

[13]赵元会,巨海春. 集束化护理在儿科重症监护病房重症肺炎患儿中的应用效果及对凝血指标的影响[J]. 血栓与止血学,2021,27 (5): 894-895.

[14]张梦莹,胡雪晴,张浩,等. 思维导图引导优质护理对肺炎支原体感染性大叶性肺炎患儿的干预效果[J]. 海南医学,2021,32 (21): 2853-2856.

[15]岳雪艳,赵妮娜,陈旭梅. 层级链式护理模式在小儿肺炎临床治疗中的应用价值[J]. 现代中西医结合杂志,2022,31 (2): 266-269.

牙体预备对口腔修复治疗的效果分析

张林 张娟

中卫市加美口腔诊所 宁夏中卫市 755000; 中卫市沙坡头区至美口腔 宁夏中卫市 755000

摘要: 目的: 探讨牙体预备对口腔修复治疗的临床效果。方法: 将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月在本院进行口腔修复治疗的患者 70 例作为本次的观察对象, 并将这 70 例口腔修复治疗的患者随机分为实验组和对照组两组, 每组有 35 例进行口腔修复治疗的患者, 而对照组的 35 例进行口腔修复治疗的患者进行独立操作牙体预备, 实验组的 35 例进行口腔修复治疗的患者则是采用四手操作牙体预备, 并将两组患者操作的时间、模型牙的标准率和患者对口腔修复的满意度进行对比和分析。结果: 采用牙体预备四手操作的实验组进行口腔修复治疗的患者操作的时间以及模型牙的标准率、患者对口腔修复治疗的满意度均优于牙体预备独立操作的对照组的患者, 且两组患者操作的时间和模型牙的标准率、对口腔修复治疗的满意度对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论: 本文对口腔修复进行牙体预备治疗中使用四手操作, 能够有效的提高牙体的修复质量, 同时也能够缩短操作的时间, 提高患者对口腔修复治疗的满意度, 从而提高了患者的治疗效果, 在临床上值得推广和使用。

关键词: 牙体预备; 口腔修复; 模型牙

近几年来, 由于我国经济水平和生活水平的不断提高, 人们的生活方式和饮食习惯也在不断的发生变化, 也导致牙周炎和牙周病的发生率在不断的提高, 再加上人们对于外观美的追求, 所以口腔美容修复问题也不断的受到大家的重视。临床上对于进行口腔修复的患者, 主要采用牙体预备技术进行修复, 并且牙体预备也是口腔美容修复过程中非常重要的一个环节, 但是需要遵循一定的原则才能够避免伤害到患者正常的牙体或者引发患者出现其他并发症的情况。通过牙体预备技术能够对患者有缺陷的牙齿进行非常有效的调整。首先在口腔修复的过程中, 需要对患者的牙齿进行一个前期的诊断, 确保准备的牙体效果和机械力学的基本原理以及生物学理论能够相吻合。此外, 牙体具有一定的强度以及稳定性, 能够有效的防止牙病出现复发的情况, 减少并发症的发生。本文将对在本院进行口腔修复治疗的患者使用牙体预备进行治疗, 并将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月在本院进行口腔修复治疗的患者 70 例作为本次的观察对象, 并将这 70 例观察对象随机分为实验组和对照组两组, 每组有 35 例进行口腔修复的患者, 而对照组的 35 例口腔修复的患者中, 有男性患者 21 例, 女性患者 14 例, 年龄在 36~71 岁之间, 平均年龄为 (54.3 ± 3.4) 岁, 而实验组的 35 例口腔修复的患者中, 有男性患者 22 例, 女性患者 13 例, 年龄在 35~72 岁之间, 平均年龄为 (53.3 ± 3.2) 岁, 两组口腔修复的患者均符合本次研究的纳入标准, 并且两组口腔修复的患者临床资料对比后产生的差异数据不具有统计学意义 ($p > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 牙体预备, 首先清除掉患者牙体上的病变组织以及轴壁道, 修复体就位, 同时还应该保证修复体固位型、抗力型、稳定型, 同时还应该保证修复体的厚度、强度以及美观度。此外, 还应该保证修复体的固位设备空间非常的充裕, 并且配合扩展设备操作。针对于患者的病变牙体以及错位的牙体和缺损的牙体、过长的牙体进行修正和磨改, 使患者的所有牙体都能够达到非常高的美观度。同时还应该保证患者牙齿之间的咬合力非常的良好, 避免患者的牙体出现移位以及错位的问题。对于不同牙体病变以及缺损的情况, 应该使用不同的修复材料以及修复的类型和修复的方法。同时还应该保护患者的牙周组织以及修复体和周围牙体的整体性, 保

证其组织关系良好, 在操作的过程中也应该遵循现代口腔美容修复的原则和无菌操作的原则, 保证其操作属于现代医疗的标准。

1.2.2 对照组的患者对于牙体预备技术进行独立操作, 在整个操作的过程中, 都是由同一名医师来独立进行完成的, 包括牙体的预备、取膜、缩龈和记录患者咬合比色的情况等, 而护理人员则是为手术者准备好相应的手术用品。实验组的患者对于牙体预备技术采用四手操作, 一名医师和一名护理人员组成一个医疗小组, 按照四手操作的原则以及四手操作的基本要求来进行牙体预备的工作, 医师和护理人员在互不干扰的区域内进行密切的配合, 确保整个操作过程中都非常的顺畅。而护理人员则需要做好: 1. 协助患者处于平卧位或者处于 30° 的半卧位, 同时为患者预备好上颌牙, 上颌的平面和地面的角度为 $90^\circ \sim 110^\circ$ 。在为患者预备下颌牙的过程中, 应该使牙列和地面保持平行, 同时指导患者采取 45° 的半卧位, 并根据实际的操作情况来调节合适的光源。2. 在进行操作的过程中, 护理人员需要协助好患者保持相应的体位, 在进行上颌操作的时候, 指导患者的体位在 12 点方向、下颌的操作的时候指导患者的体位在 7 到 9 点钟的方向, 必须保证在手术操作的过程中手术者的视野足够的清楚。护理人员的工作区域应该设置在 2 到 4 点之间, 这样能够在开展工作时不妨碍医生的视野。3. 护理人员需要加强与患者之间的沟通和交流, 在患者手术的过程中, 护理人员需要观察患者的反应, 对于出现精神紧张以及心理不安的患者, 需要给予一定的心理疏导, 同时也可以分散患者的注意力来减轻患者对手术的恐惧感。在操作完成以后, 护理人员需要向患者详细的讲解需要注意的事情, 促进患者的预后恢复。

1.3 观察指标

将两组口腔修复的患者手术操作的时间和模型牙标准率以及患者对口腔修复治疗的满意度进行对比和分析。判断模型牙的标准率包括患者的唇面预备、是指唇面外形均匀磨除 $1.2 \sim 1.5\text{mm}$ 的间隙; 邻面预备是指消除倒凹上前牙加 1.0mm 的肩台宽度下前牙邻面片切厚度为 $1.7 \sim 1.9\text{mm}$; 舌面预备是指去除舌隆突到龈缘的倒凹, 并按照解剖的外形均匀地磨除 $1.2 \sim 1.5\text{mm}$ 的牙体组织。在对患者进行的操作结束以后, 可以通过调查问卷来掌握患者对治疗的满意度情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析, 计数资料用 (n/%) 来表示, 用 χ^2 进行检验, 计量资料用标准差 $\pm$ 来表示, 用 t 进行检验, 当 $p < 0.05$

时具有统计学意义。

2 结果

2.1 采用牙体预备四手操作的实验组口腔修复的患者操作的时间和模型牙的标准率均优于通过牙体预备独立操作的对照组口腔修复的患者,且两组口腔修复患者的操作时间和模型牙的标准率对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 1

表 1 两组患者操作时间和模型牙标准率的对比情况

组别	例数	操作时间 (min)	模型牙的标准率
实验组	35	25.38±3.24	95.7%
对照组	35	41.32±4.28	79.2%
T/x ²		5.340	5.73
P		0.006	0.016

2.2 采用牙体预备四手操作的实验组患者对口腔修复治疗的满意度优于采用牙体预备独立操作的对照组口腔修复的患者,且两组患者对口腔修复治疗的满意度对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 2

表 2 两组患者对口腔修复治疗满意度的对比情况

组别	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	11 (31.4%)	16 (45.7%)	8 (22.9%)	27 (77.1%)
实验组	15 (42.9%)	18 (51.4%)	2 (5.7%)	33 (94.3%)
x ²				4.20
P				0.040

3 讨论

随着人们的经济水平以及生活水平的不断提高,人们开始逐渐的重视自己的外表,通过调整自己的五官来达到一个满意的美观度。因此,口腔美容修复也逐渐的进入到了人们的生活当中,而牙体预备是口腔修复治疗中非常重要的一个环节,能够有效的固定以及保证患者牙周组织的健康,同时也能够提高患者牙体的美观度。牙体预备是指先磨除掉患者部分的牙体组织,并且做好基牙预备的工作,牙体预备必须是一次性完成的。牙体预备能够消除患者牙齿的缺陷,同时妥善的调整患者的牙齿。牙体预备技术还能够为修复操作提供非常大的空间,不但能够实现修复部位,同时还能够确保修复的功能。目前,我国瓷贴面技术在不断的成熟,也不断的被应用在口腔修复治疗当中,但是仍然有牙科的学者认为,瓷贴面牙体预备会降低牙本质原有的湿度,同时也降低了粘连的程度,所以在牙体预备的期间,临床医师需要在患者的牙齿边缘留有牙釉质来保障边缘封闭的效果,同时也能够降低微渗漏等不良现象的发生。

在进行口腔修复的操作过程中,需要对患者的牙齿进行预备,因为预备后的牙体符合机械力学和生物学的基本原理,可以在修复牙体外形和基本功能的基础上增强患者牙体的稳定性和强度性,避免患者出现牙病复发以及并发症的情况。此外,在进行口腔修复治疗的过程中,需要遵循科学的修复原则,高度的重视牙体的组织以及修复体之间的关系,同时还应该着重考虑经牙冠改造和正畸后倾斜牙恢复的角度,以免导致患者出现牙齿咬合紊乱的状况。

在对实验组的患者进行牙体预备的过程中,采用四手操作,能够使医师和护理人员在互不干扰的状态下密切的配合,同时协助患者完成牙体预备的操作,提高工作的质量,同时也能使患者在操作的过程中感到非常的

舒适。而护理人员在操作的过程中,需要具有迅速平稳的传递手术操作所需要的器械、材料和药物的能力,同时还应该在操作的过程中密切的观察患者的情绪以及患者的生命体征情况,对于情绪非常不稳定的患者给予一定的心理疏导,提高工作的质量,同时也能够提高患者对治疗的满意度。在进行贴膜的过程中,护理人员需要协助医生来牵拉患者的口角,压住患者牙侧的舌体,防止患者口腔内的邻近组织出现受伤的情况,同时也能够确保在手术操作中给医生提供非常清晰的视野,并且使用吸唾器将患者口中的血液和水分吸出,并准备好止血的工作,防止患者口腔出现大量的出血情况,保证手术的顺利进行,提高手术的效率。

在本次的研究中发现,采用四手操作进行牙体预备的实验组患者操作的时间以及模型牙的标准率均优于采用独立操作牙体预备的对照组 ($p<0.05$),同时实验组患者对口腔修复治疗的满意度也明显的优于对照组 ($p<0.05$)。这主要是因为在进行四手操作的过程中,护理人员能够缓解患者紧张的情绪,再加上医护人员的紧密配合,提高了工作的效率。

综上所述,本文通过四手操作牙体预备技术对患者进行口腔修复治疗,能够提高工作的效率,同时缩短手术操作的时间,提高患者对口腔修复治疗的满意度,在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]王艳.牙体预备对口腔修复临床效果的影响分析[J].中国美容医学,2021,23(8): 666-668.
- [2]孙玉梅,杨桂梅.牙体预备对口腔修复临床效果的影响探析[J].环球中医药,2021,8(S2): 47-48.
- [3]刘晶莹.不同牙体预备对瓷贴面力学性能和临床修复效果的影响[J].国际口腔医学杂志,2021,39(3): 404-407.
- [4]佟英杰.四手操作在口腔修复牙体预备中临床应用[J].临床和实验医学杂志,2021,13(2): 118-120.
- [5]吴启建,徐敏,李桂苓.牙体制备后临时冠桥修复对基牙及修复体影响的临床分析[J].全科口腔医学电子杂志,2021,2(8): 44.
- [6]秦新婷.口腔美容修复中牙体预备应遵循的原则与应用效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2021,16(44): 134.
- [7]蔡金玉.牙体预备对口腔修复临床效果的影响分析[J].中国医药指南,2021,15(16): 80.
- [8]阎雷,等.牙体预备对烤瓷贴面修复临床效果满意度的影响分析[J].中外女性健康研究,2021,22(12): 57.
- [9]陈庆坚.牙体预备对口腔修复临床效果的影响[J].临床医学研究与实践,2021,2(09): 82.
- [10]唐琳,刘玉华,刘向晖,等.口腔固定修复临床前期教学牙体预备的反馈研究[J].中华医学教育杂志,2021,35(2): 265-266.
- [11]佟英杰.四手操作在口腔修复牙体预备中临床应用[J].临床和实验医学杂志,2021,13(2): 118-120.
- [12]刘星纲,孟丹,田彬.三维教学评估软件的结果反馈作用对口腔医学专业学生牙体预备学习效果的影响[J].中华医学教育杂志,2021,35(1): 112-114.
- [13]任媛妹,邱雨,邓琳琳,等.改良牙体预备的热压铸全瓷粘接桥2年临床观察研究[J].口腔医学,2021,35(10): 854-857.

四黄散软膏外敷用于血液肿瘤患者化疗期间的静脉护理干预分析

郑霞 王丽娜

潍坊市中医院东院区 山东潍坊 261061

摘要：目的分析四黄散软膏外敷用于血液肿瘤患者化疗期间的静脉护理干预效果。方法 选择从2018年2月-2021年12月在我院行化疗的血液肿瘤患者的80例，依据护理路径的不同均分为两组，新兴组采用静脉护理，传统组采用常规护理，比较新兴组与传统组血液肿瘤患者的护理效果。结果 表1数据显示，通过临床干预后，新兴组与传统组血液肿瘤患者的不良事件发生率有所差异，经对比，新兴组血液肿瘤患者的药液外泄和静脉炎等不良事件发生率更低，两者具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。表2数据显示，通过临床干预后，新兴组与传统组血液肿瘤患者的精神状态与生理活力均有所加强，经对比，新兴组血液肿瘤患者的精神状态与生理活力更强，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。表3数据显示，通过临床干预后，新兴组与传统组血液肿瘤患者的护理满意度均有所提升，经对比，新兴组血液肿瘤患者的护理满意度更高，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。表4数据显示，通过临床干预后，新兴组与传统组血液肿瘤患者的不良情绪均有所改善，经对比，新兴组血液肿瘤患者的不良情绪评分更低，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 四黄散软膏外敷用于血液肿瘤患者化疗期间的静脉护理干预效果更理想，下值得推广。

关键词：血液肿瘤；化疗期间；静脉护理

在临床上，血液肿瘤属于恶性疾病，具有起病隐匿、病情发展快的特点，多数患者出现病症时已处于晚期，危及生命安全^[1]。目前治疗此病的方法有很多，如免疫抑制治疗和移植造血干细胞等，但是因为经济等因素影响，化疗是目前多数患者的首选。而化疗期间需要辅以有效护理，保障患者满意度的同时，降低不良事件发生率^[2]。有文献显示^[3]，四黄散软膏外敷用于血液肿瘤患者化疗期间的静脉护理干预效果理想，为了验证此内容，本文选择从2018年2月-2021年12月在我院行化疗的血液肿瘤患者的80例作为实验对象，新兴组40例采用静脉护理，传统组40例采用常规护理，比较新兴组与传统组血液肿瘤患者的护理效果。

1. 资料与方法

1.1 基本资料

本文选择从2018年2月-2021年12月在我院行化疗的血液肿瘤患者的80例作为实验对象，新兴组40例采用静脉护理，传统组40例采用常规护理。前者血液肿瘤患者的均龄（ 39.42 ± 5.12 ）岁，男血液肿瘤患者的30例，女血液肿瘤患者的10例；后者血液肿瘤患者的均龄（ 39.35 ± 5.34 ）岁，男血液肿瘤患者的28例，女血液肿瘤患者的12例。纳入血液肿瘤患者均符合临床诊疗标准，并家属签署了知情同意书，排出肝、肾功能异常腹泻血液肿瘤患者的。研究对象的基本资料具有可比性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

传统组40例采用常规护理，在对患者实行化疗之前，护理人员需要主动和患者交流，介绍一系列知识，如致病因素、治疗方法等，同时讲解化疗期间会出现的毒副作用，强调静脉置管输注化疗药物对机体造成的损伤，让患者事先做好心理准备。采用简单易懂的语言，逐一解答患者提出的各项问题，化疗实行前后，动态关注患者的心理和情绪变化，对负面情绪较大的患者实行有效的心理干预，加强患者战胜病魔的信心^[4]。

新兴组40例采用静脉护理，在上述基础上实行静脉护理，与患者血管的真实情况相结合，如血管粗细、血管弹性以及血管显露程度等，以制定针对性十足的治疗计划。严格依据临床消毒要求，对入针位置进行全面消毒，并科学控制消毒液体的应用范围以及运用浓度。尽可能选取直径大于3毫米且弹性最佳的血管进行穿刺，同时关注此血管是否走向正常，输液过程中有效将钢针插入肝素帽内与留置针相连，等到患者输液结束以后，按临床要求拔出钢针，确定正压封管，取肝素盐水做封管液^[5]。一定要注意留置针的固定操作，保障满足临床操作要求，防止发生药物外泄的现象。日常对患者留置针位置进行观察，确保没有红肿和硬节，保持皮肤

清洁且干燥。对于出现静脉炎的患者，则第一时间安抚其情绪，并立即应用四黄散软膏进行正确外敷，以减轻患者静脉炎症状。除此之外，对患者实行生活护理。给予患者提供舒适且干净的病房环境，并做好定期消毒与通风工作，控制室内温度，保障温湿度适宜患者修养，增强患者舒适感。同时给予患者健康饮食干预，叮嘱患者多食用健康食品，补充营养物质，多喝水平衡机体状态，加强身体素质^[6]。

1.3 评定标准

①对比新兴组与传统组患者的不良事件发生率，包含药物外泄和静脉炎，而静脉炎以分级标准为：I级表示血液肿瘤患者局部皮肤组织红肿疼痛；II级表示血液肿瘤患者局部皮肤红肿疼痛，且静脉伴条索状改变，触碰无硬结；III级表示血液肿瘤患者静脉有条索状改变，可触及硬结。；②对比新兴组与传统组血液肿瘤患者的精神状态、生理活力，包含精神状态、食欲、睡眠、活力。③对比新兴组与传统组血液肿瘤患者的护理满意度。④对比新兴组与传统组血液肿瘤患者不良情绪评分^[7]。

1.4 统计学方法

应用SPSS26.0系统，计数资料（n，%）表示， χ^2 检验；计量资料（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，t检验，检验水准 $P<0.05$ 。

2. 结果

2.1 对比新兴组与传统组血液肿瘤患者的不良事件发生率

表1数据显示，通过临床干预后，新兴组与传统组血液肿瘤患者的不良事件发生率有所差异，经对比，新兴组血液肿瘤患者的药液外泄和静脉炎等不良事件发生率更低，两者具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表1 对比新兴组与传统组血液肿瘤患者的不良事件发生率[例（%）]

组别	例数	药液外泄	静脉炎			发生率（%）
			1级	2级	3级	
新兴组	40	0（0.00）	2（5.00）	1（2.50）	0（0.00）	3（7.50）
传统组	40	1（2.50）	3（7.50）	2（5.00）	1（2.50）	7（17.50）
χ^2 值		4.134	1.421	0.000	4.034	5.641
P值		0.042	0.231	1.003	0.042	0.013

2.2 对比新兴组与传统组血液肿瘤患者的精神状态与生理活力

表 2 数据显示,通过临床干预后,新兴组与传统组血液肿瘤患者的精神状态与生理活力均有所加强,经对比,新兴组血液肿瘤患者的精神状态与生理活力更强,有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 2 对比新兴组与传统组血液肿瘤患者的精神状态与生理活力[$\bar{x}\pm s$, 分]

组别	例数	精神状态	食欲	睡眠	活力
新兴组	40	21.47±0.58	24.37±0.65	21.37±0.66	22.36±1.46
传统组	40	15.42±1.66	16.35±0.72	16.36±0.87	18.26±1.47
T 值		24.735	55.736	39.724	15.855
P 值		$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$

2.3 对比新兴组与传统组血液肿瘤患者的护理满意度

表 3 数据显示,通过临床干预后,新兴组与传统组血液肿瘤患者的护理满意度均有所提升,经对比,新兴组血液肿瘤患者的护理满意度更高,有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 3 对比新兴组与传统组血液肿瘤患者的护理满意度[例 (%)]

组别	例数	满意(例)	较满意(例)	无感(例)	临床满意率 (%)
新兴组	40	14	23	3	37 (92.50)
传统组	40	13	20	7	33(82.50)
X^2 值					12.641
P 值					$P<0.05$

2.4 对比新兴组与传统组血液肿瘤患者不良情绪评分

表 4 数据显示,通过临床干预后,新兴组与传统组血液肿瘤患者的不良情绪均有所改善,经对比,新兴组血液肿瘤患者的不良情绪评分更低,有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 4 对比新兴组与传统组血液肿瘤患者不良情绪评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
新兴组	53.72±1.29	41.36±1.82	52.63±1.72	43.28±1.45
传统组	53.46±1.36	47.46±1.62	52.76±1.85	63.52±1.35
T 值	0.652	6.863	0.425	5.065
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3、讨论

近些年我国血液肿瘤发病率从直线上涨,已得到了社会大众的广泛关注。血液肿瘤的出现和很多因素都息息相关,临床主要采用手术和化疗方法控制病情恶化。血液肿瘤患者在进行化疗过程中,由于药物的毒副作用和反复穿刺,一方面导致机体的静脉找到损伤,另一方面加强患者的痛苦感,同时干扰治疗工作的有序进行^[8]。同时,静脉炎的产生会导致患者局部出现疼痛感,诱发患者的组织出现坏死的情况,因此一定要给予其充分重视^[9]。

为了降低血液肿瘤化疗期间的静脉压发生率,在对血液肿瘤患者进行静脉置留针之前,需要护理人员严格按照临床规定,对血液肿瘤患者静脉置留针部位进行全面消毒,以免针头遭到环境污染而引发静脉炎^[10]。同

时护理人员还要熟练掌握各项技巧,领悟静脉穿刺要领,降低穿透的临床操作失误率,尽可能地防止出现反复穿刺的情况,以免给患者的血管带来巨大损伤。在患者化疗过程中,需要不断更换输液器,防止遭到污染^[11]。同时注意对所有输液系统的稳定性进行全面检查,一定要确保连接点的紧密性,防止出现透风问题。注重观察患者穿刺部位的皮肤干燥性,耐心倾听患者的诉求,如若发现静脉炎则第一时间终止化疗,并更换静脉置留针位置,通过应用四黄散软膏外敷穿刺处皮肤的方式,来防止血液肿瘤患者出现不可逆性的组织坏死现象^[12]。四黄散具有清热泻火、凉血解毒、止痛化瘀等作用。在患者输液结束之后,采用生理盐水对患者的血管壁进行冲洗,防止药物附着在血管壁上。除此之外,可以采用 2%的肝素钠溶液进行封管操作,防止出现血管凝血,继而有效降低感染率。以上研究显示:表 1 数据显示,通过临床干预后,新兴组与传统组血液肿瘤患者的不良事件发生率有所差异,经对比,新兴组血液肿瘤患者的药液外泄和静脉炎等不良事件发生率更低。表 2 数据显示,通过临床干预后,新兴组与传统组血液肿瘤患者的精神状态与生理活力均有所加强,经对比,新兴组血液肿瘤患者的精神状态与生理活力更强。表 3 数据显示,通过临床干预后,新兴组与传统组血液肿瘤患者的护理满意度均有所提升,经对比,新兴组血液肿瘤患者的护理满意度更高。表 4 数据显示,通过临床干预后,新兴组与传统组血液肿瘤患者的不良情绪均有所改善,经对比,新兴组血液肿瘤患者的不良情绪评分更低。

综上所述,四黄散软膏外敷用于血液肿瘤患者化疗期间的静脉护理干预效果更理想,有助于降低不良事件发生率,提升满意度,控制血清炎症指标,改善负面情绪,值得推广。

参考文献:

- [1]李琳.基于电子病历信息的优质护理在晚期乳腺癌患者植入式静脉输液港化疗期间的护理效果[J].护理实践与研究,2022,19(05): 740-764.
- [2]倪慧珏.优质护理干预对中心静脉置管血液肿瘤患者并发症的影响[J].国际护理学杂志,2022,41(02): 291-295.
- [3]程丽娜.完全植入式静脉输液港在儿童血液肿瘤中的临床应用和护理[J].黑龙江中医药,2021,50(03): 236-237.
- [4]郭阳阳.循证护理联合艾灸在白血病化疗期间中心静脉置管诱发感染的护理效果[J].实用中医内科杂志,2021,35(04): 103-106.
- [5]陈文婷,孟蕊,范志敏,李凤.血液肿瘤患者经外周静脉置入中心静脉导管感染危险因素分析及优质护理干预效果[J].国际护理学杂志,2021,40(03): 409-413.
- [6]王妍捷,薛晓燕.血液肿瘤血液肿瘤患者植入式静脉输液港的护理[J].中国卫生标准管理,2020,11(07): 146-148.
- [7]李卓燕,刘凤英,胡小燕.完全植入式静脉输液港在儿童血液肿瘤中的临床应用和护理探究[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(48): 89-90.
- [8]孔珊.四黄散软膏外敷用于血液肿瘤患者化疗期间的静脉护理效果观察[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(21): 121-123.
- [9]袁新华.完全植入式静脉输液港在儿童血液肿瘤中的临床应用和护理分析[J].首都食品与医药,2019,26(21): 143.
- [10]郝彩霞.舒适护理在儿童血液肿瘤三向瓣膜式经外周静脉穿刺中心静脉导管化疗中的应用[J].中国实用医药,2019,14(28): 186-188.
- [11]吴亚琦,李盼,王丽敏.人性化护理干预联合完全植入式静脉输液港对血液肿瘤血液肿瘤患者的护理探讨[J].首都食品与医药,2018,25(21): 97.
- [12]郭春霞.血液肿瘤患者化疗期间的静脉护理体会[J].首都食品与医药,2019,26(01): 113.

CBL 联合翻转课堂在妇产科见习教学中的探索

钟华

西南医科大学附属医院产科 四川泸州 646000

摘要:目的: 分析 CBL 联合翻转课堂在妇产科见习教学中的应用效果。方法: 以 2020 年 4 月~2021 年 9 月期间在我院妇产科见习的 40 名学生作为观察对象, 参照随机分组方法对其进行分组, 一组为对照组, 采用传统教学模式, 一组为实验组, 采用 CBL 联合翻转课堂, 对比两组教学结果。结果: ①相较于对照组, 实验组理论知识、基本操作、病例分析得分较高, 各数据之间有着明显差异 ($P<0.05$)。②相较于对照组, 实验组对教学满意度评分较高, 各数据之间有着明显差异 ($P<0.05$)。③实验组临床工作能力评分评分较高, 各数据之间有着明显差异 ($P<0.05$)。结论: 实施 CBL 联合翻转课堂后实习学生专业核心能力有很大提升, 该模式更可以激发实习学生主动性与积极性, 可推广。

关键词: CBL; 翻转课堂; 妇产科; 见习教学

医学教学是较为特殊的一种教育, 需要医学生掌握专业的知识, 同时在短时间内更要完成临床见习与实习的过程, 从而真正成为合格的医务人员, 为医学贡献自己的力量^[1]。医院是由众多科室组成, 其中妇产科具有一定的特殊性, 一些疾病并不能直接在患者身上进行操作、检查, 再加上在妇产科中也有男医生, 对于闭经等较为常见的妇产科疾病, 不仅发病机制比较复杂, 其诊断也有着很大难度, 这些疾病通常是在门诊诊治, 这也就导致临床实习学生在工作过程中接触不到这些疾病, 所以妇产科的教学难度比较大^[2]。妇产科的教学以传授为主, 也就是学生被动的接受有关医学知识, 虽然也掌握了一些知识, 但是却缺乏对疾病的客观认识, 教学效果并不是很理想。本次研究中旨在分析 CBL 联合翻转课堂在妇产科见习教学中的应用效果, 现做出如下报告。

1 研究资料与方法

1.1 研究资料

以 2020 年 4 月~2021 年 9 月期间在我院妇产科见习的 40 名学生作为观察对象, 参照随机分组方法对其进行分组, 一组为对照组, 一组为实验组。对照组中, 男 6 名、女 14 名, 年龄最小 22 岁、年龄最大 24 岁, 均值 (23.00 ± 2.36) 岁; 实验组中, 男 7 名、女 13 名, 年龄最小 22 岁、年龄最大 25 岁, 均值 (23.50 ± 2.39) 岁。将以上数据信息输入统计学软件中进行对比, 结果显示无差异 $P>0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 对照组

传统教学模式: 采用老师讲解、学生听课的教学模式, 同时老师选择科室典型病例, 并以结合 PPT 的方式进行讲解, 耐心的回答学生提出的问题。

1.2.2 实验组

CBL 联合翻转课堂: (1) CBL 教学: 选择科室典型案例, 同时也要保证案例的真实性, 并符合教学大纲要求; 将学生分成四个小组, 并选出一名小组长, 让学生分别扮演医生、患者的角色, 模拟就诊、问诊、诊断等流程, 然后老师播放提前准备好的有关影像资料, 并让学生展开分析; 通过一系列流程, 对“患者”所患疾病进行诊断, 并说出诊断的依据; 分析“患者”所患疾病需要与哪些疾病相鉴别, 并说出理由; 老师控制并引导教学课堂的节奏, 每当学生讨论完一个问题就要进行总结, 重点讲解知识难点及重点, 直至学生彻底掌握之后再讨论下一个问题; 老师对每名学生的学习情况进行评价。(2) 翻转课堂: 老师将学习内容通过现代信息技术制作成为视频、音频, 同时上传到云平台, 方便学生使用; 老师组间微信群,

将学生拉进微信群中, 以线上的方式进行教学, 选择典型病例引导学生做出分析、诊断, 并制定出治疗方案; 每天带领学生查房, 并让学生以管床医生的身份汇报病史; 在查房的过程中老师提出问题, 同时组织召开讨论会议, 让学生回答老师提出的问题, 并表达出自己的看法。在学生发言之后对其进行点评, 先予以肯定, 然后再纠正其不足, 最后进行补充。老师以肯定、表扬为主, 充分调动起学生的学习积极性, 同时注重培养学生的创新思维。让学生成为课堂的主人, 老师需要把控好教学节奏、氛围。

1.3 观察指标

(1) 教学结束后统一进行考核, 由科室主任出题且评分。考核内容包括理论知识、基本操作、病例分析, 每项满分为 100 分。(2) 参照《学生教学模式满意度调查问卷》评估两组学生对教学模式的满意度, 问卷中每个问题得分在 1~10 分之间, 得分越高表示满意度越高。(3) 评估并比较两组护生临床工作能力, 从临床思维能力、病情观察评估能力、专业知识点掌握能力、规范动手能力、表达沟通能力、应变处理能力、人文关怀及素质七个方面展开评估, 得分分别为 15 分、20 分、15 分、15 分、10 分、15 分、10 分, 分数越高说明学生工作能力越好。

1.4 统计学应用

研究所得数据以计量资料 $\bar{x}\pm s$ 作为单位, 且采取 t 检验, 若 P 值结果小于 0.05 时则说明各数据之间差异显著, 研究所得数据经 SPSS21.0 软件进行汇总。

2 结果

2.1 两组学生考核成绩的对比

相较于对照组, 实验组理论知识、基本操作、病例分析得分较高, 各数据之间有着明显差异 ($P<0.05$)。详情见表 1。

表 1 两组学生考核成绩的对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	理论知识	基本操作	病例分析
对照组	90.42±3.68	80.45±3.25	82.14±3.47
实验组	96.36±4.47	95.36±4.01	95.87±4.26
t	4.588	12.918	11.175
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组学生对教学满意度的对比

相较于对照组, 实验组对教学满意度评分较高, 各数据之间有着明显差异 ($P<0.05$)。详情见表 2。

表 2 两组学生对教学满意度的对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	以身作	基础理论	临床经验	技能操作	责任心强	沟通能力	就相关知	对学生提	根据教学	因材施教充
----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

	则, 规范 工作	知识扎实	丰富	水平熟练		强	识常向学 生提问	出的问题 积极反馈	计划完成 任务	分发挥学生 积极性
对照组	8.01±0.52	8.03±0.55	8.14±0.62	8.11±0.65	8.24±0.73	8.21±0.69	7.87±0.46	7.71±0.41	8.06±0.57	7.54±0.36
实验组	9.26±1.21	9.32±1.27	9.49±1.37	9.28±1.11	9.54±1.23	9.51±1.26	9.10±1.16	9.34±1.35	9.31±1.31	9.40±1.43
t	4.245	4.168	4.015	4.068	4.065	4.047	4.048	5.167	8.616	5.641
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组学生临床工作能力评分的对比

明显差异 ($P < 0.05$)。详情见表 3。

相较于对照组, 实验组临床工作能力评分评分较高, 各数据之间有着

表 3 两组学生临床工作能力评分的对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	临床思维能力	病情观察评估能力	专业知识掌握能力	规范动手能力	表达沟通能力	应变处理能力	人文关怀及素质
对照组	10.14±1.57	14.23±2.01	9.39±1.36	11.07±1.81	7.99±0.47	10.12±1.63	7.95±0.42
实验组	12.50±1.87	18.09±2.14	11.51±1.72	13.72±1.93	9.33±1.33	12.39±1.83	9.22±1.22
t	1.323	5.880	4.324	4.479	4.248	4.142	4.402
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

在医学中妇产科是比较特殊的一部分, 可分成科学、产科两门学科。目前我国医学模式发生了很大改变, 再加上人们健康意识不断的提升, 对妇产科的要求也越来越, 也将迎接更多、更大的挑战。妇产科服务的对象是女性, 临床见习与实际操作受到了多个方面的限制, 导致教学工作展开较为困难。目前妇产科的教学仍以传统教学模式为主, 也就是以大课堂的方式进行教育, 教学方式单一不说, 更受到了时间、地点等限制, 并不能满足新形势下对妇产科教学的要求^[3]。此外, 近段时间新冠肺炎疫情较为严重, 在疫情之下更突显出了传统教学模式的不足。在特殊的情况下, 由于老师和学生的活动地点受到很大限制, 因此不利于教学的实施。线上教学不会受到时间、地点的限制, 已经被广泛用于教学中。目前教学模式也在不断改革创新, 已经从“以老师为中心”转变围成“以学生为中心”的教学方式, 基于此, PBL、CBL 等教学模式不断在完善, 得到了老师与学生的认可^[4]。

CBL 教学以案例为基础, 根据教学目标对案例进行设计, 老师为主导, 彻底发挥出学生的主体参与能力, 让学生积极的进行思考, 并以小组的方式展开讨论, 加强对知识点的学习, 从而提高学生分析问题及解决问题的能力; 翻转课堂是指学生自主完成知识的学习, 课堂已经成为了老师和学生、学生和学生之间互动的一个场所, 提高教学效果^[5]。利用网络平台, 能有效实现 CBL 与翻转课堂的相结合, 通过多种教学手段、多个学习切入点, 彻底实现了以学生为中心的自主学习、学习环境开放性等。在本次研究中, 对照组学生采用传统教学模式, 实验组学生采用 CBL 联合翻转课堂, 结果显示: 实验组理论知识、基本操作、病例分析得分均高于对照组, 实验组对教学满意度评分高于对照组、实验组临床工作能力评分评分高于对照组, 以上各数据之间有着明显差异。

CBL 是以问题为基础的一种教学方式, 教学核心是“以病例为先导、以学生为主体、以老师为主导”, 要求学生积极主动的去思考、分析问题, 通过已经掌握的理论知识去分析病例, 解决遇到的问题, 进而提高学生的主动学习积极性、查阅资料能力、培养独立思考能力等等^[6]。此外在 CBL 教学中也模式了医疗环境, 通过真实的典型案例, 让学生分别扮演医生、患者, 模拟出了一系列的问诊流程, 然后分析出最终诊断结果、需要与哪些疾病做出鉴别等等。虽然 CBL 教学模式有着很大的优势, 但是也存在一些不足, 例如限制了教学时间、地点、设备等等, 这些因素均会影响到教学效果, 与翻转课堂联合后则可以有效弥补 CBL 教学模式的不足; 在翻转课堂模式下, 学生的学习时间、学习地点发生了改变, 老师与学生之

间的角色也相互转换, 已经从“老师先交、学生后学”的模式转变成为“学生先学、老师后交”的模式, 自主探索式学习贯彻到了整个教学中, 有着特色鲜明、教学质量高等优势^[7]。CBL 联合翻转课堂的应用价值如下: (1) 巩固理论知识: CBL 教学中选用的是真实且典型的案例, 再加上多媒体, 能生动的将各种理论知识表达出来, 对重点、难点进行分析、讨论, 可以产生记忆刺激, 巩固记忆; (2) 提升分析能力、解决问题能力: 通过老师的引导, 学生勇于表达出自己的观念, 可以多途径的获取知识, 更可以灵活的使用, 提高创造能力。实习学生之间、实习学生与老师之间在讨论分析的过程中锻炼了自我表达能力、提高了团队意识等等, 在培养实习学生的能力方面有着积极作用; (3) 提高教学质量: 医学知识较为枯燥、难懂, 让实习学生模拟就诊的流程, 让学生积极参与到就诊过程中, 有身临其境的感觉, 再加上老师的引导, 让实习学生积极参与其中, 教学质量明显提升; (4) 提高教学老师综合能力: 新型教学模式对老师的要求比较高, 老师需要不断的丰富自己, 才能教出高质量的学生, 顺利完成教学目标^[8]。

总而言之, 实施 CBL 联合翻转课堂后实习学生专业核心能力有很大提升, 该模式更可以激发实习学生主动性与积极性, 可推广。

参考文献:

- [1]贾强, 杨锐, 马善峰, 等. 翻转课堂结合 CBL 在临床医学专业生理学教学中的应用[J]. 基础医学教育, 2018, 20 (4): 259-261.
 - [2]李双喜, 李洁, 张优, 等. CBL 联合翻转课堂教学模式在临床教学中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13 (7): 17-21.
 - [3]冀方超, 赵鑫, 刘瑞雪, 等. 翻转课堂结合 CBL 在神经病学本科教学中的应用及评价[J]. 中国卫生产业, 2021, 18 (8): 126-128.
 - [4]李红伟, 姚碧, 班博, 等. 翻转课堂联合 CBL 教学法在外科科学教学中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2018, 10 (31): 13-15.
 - [5]钟远鸣, 区铜, 徐张杰, 等. 翻转课堂联合 PBL、CBL 在中医骨伤科学实践教学中的应用与探索[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36 (1): 100-102.
 - [6]任医民, 李新春, 郑晓涛, 等. 翻转课堂融合 CBL 模式在高等医学教育中的价值[J]. 中国继续医学教育, 2022, 14 (8): 24-27.
 - [7]闫貽忠, 刘佳铭, 马娇龙, 等. 基于 CBL 的翻转课堂教学模式在流病实践教学中的探讨[J]. 教育现代化, 2021 (48): 18-20.
 - [8]周毅江, 卢丽明, 雷卓青, 等. 探讨 CBL 结合翻转课堂在社区全科医师规范化培训中的应用[J]. 岭南急诊医学杂志, 2021, 26 (4): 388-390.
- 【基金项目】2020 年“线上教学改革研究专项”基金, (编号: 2020XSJG-C02-18)

腰椎间盘突出症患者行保守治疗的护理体会

王莉

四川什邡国仁医院 四川德阳 618400

摘要：目的：谈论腰椎间盘突出症患者实行保守医治的护理体会。方法：此次研究对象筛选 2020 年 2 月至 2021 年 2 月期间笔者所在医院收治的腰椎间盘突出症病人，符合纳入与排除的标准的 60 例病人，都实行保守医治及相应的护理工作。分析干预前后病人的焦虑、抑郁情绪、生活质量、疼痛、功能障碍、腰椎功能，医治效率及护理满意度。结果：干预后病人的焦虑、抑郁情绪相比于干预前更低；干预后病人的身体功能、角色功能、社会功能及情感功能相比于干预前更高；干预后病人的疼痛及功能障碍相比于干预前更低，腰椎功能更高，组间对比具有统计学价值（ $P < 0.05$ ）；干预后病人的医治疗效为 96.67%，护理满意度为 90.00%。结论：对腰椎间盘突出症患者实行保守医治及相应的护理措施，医治效果十分理想，有效改善患者的功能障碍及生活质量水平，值得在临床大力推行。

关键词：腰椎间盘突出症；保守治疗；护理满意度；功能障碍；疼痛状况；生活质量

现今伴随着人们的生活节奏逐渐变快，患上腰椎间盘突出症的人数也日渐增多，此疾病的发生主要因为腰椎间盘出现退变、纤维环发生破裂、髓核受到刺激突出或者神经受到压迫所呈现的一种综合征情况^[1]。此疾病多出现于 31-54 年龄段的中年人身上，男性的发病率显著高于女性，属于骨科常遇见的疾病之一。经统计发现，腰椎 4-5 与腰椎 5-骶椎 1 间的椎间盘极容易出现病变情况，此疾病患者主要表现为腰痛、下肢放射性神经疼痛及行走困难等临床症状^[2]。在临床对于此疾病的医治大多以保守医治与手术为主，前者对于患者而言，承受的痛苦感更低，且形成的并发症较小，患者的接纳度更高，此医治形式在临床运用当中更为广泛^[3]。但因保守医治早期需要卧床静养，而患者缺乏对此的正确认知，促使医治效果并未达到预想效果，对此，需在医治期间对疾病患者实行相应的护理工作对于病情的恢复十分关键。据此，为详细了解护理措施在腰椎间盘突出症医治过程中的重要影响，此文章就我院从 2020 年 2 月开始，直至 2021 年 2 月期间医治的腰椎间盘突出症患者开展研究工作，详细报道见下文。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

此次研究对象筛选 2020 年 2 月至 2021 年 2 月期间笔者所在医院收治的腰椎间盘突出症病人，符合纳入与排除的标准的 60 例病人。其中，男性患者数量为 39 例，占比 65.00%，女性患者数量为 21 例，占比 35.00%；最小年纪值在 26 岁，最大年纪值在 72 岁，平均年纪数值在（48.69±2.11）岁；最短患病时间在 4 天，最长患病时间在 8 年，平均患病时长在（4.26±1.03）年。患者经过 CT、MRI 等常规检测后，属于 L₄₋₅ 突出患者存在 26 例，L_{5-S₁} 突出患者存在 18 例，L₄₋₅、L_{5-S₁} 整体突出存在 16 例。

入选要求：（1）此次研究项目的顺利实行在于取得本医院伦理会的认可并在其监督下开展；（2）研究对象的认知、精神等方面表明良好，能答复医护人员的问题；（3）研究对象的临床资料、影像学结果等资料准备齐全；（4）经研究人员的详细讲述下，研究对象及其亲属充分了解此次研究过程，并在知情书上签字。

排除要求：（1）研究对象在此次研究前，接受过其他医治方案，且会影响到此次研究结果的真实性；（2）研究对象合并其他心脏等重要脏器功能产生异常；（3）研究对象及其亲属的配合度较低，拒绝配合后续研究及护理工作的实行，中途离开；（4）研究对象患有严重的精神疾病。

1.2 方法

所有研究对象在保守医治期间，实行优质护理。（1）心理照料：对于大部分忧心病情恶化的患者，实行健康知识宣传，增强其心理安抚工作。凭借向疾病患者讲述腰椎间盘突出症的病理状况及医治方式等相关方面的知识，以此降低其负面情绪，增强对医治方案的自信，积极配合医治。与此同时，还需增强和患者亲属的焦虑，让其充分关心患者，让其感受到家庭的温暖与支持，提升医治自信心。（2）基础护理：给患者营造干净、舒适的静养环境，确保室内的通风良好、光线适宜，让患者睡较硬的板床，

以此改善局部血液循环及降低腰椎间盘的压力。（3）医治护理：牵引期间，选取适宜的牵引质量，牵引医治时长控制在 25 分钟。牵引期间，随时查看患者的呼吸、血压等生命体征变化情况。理疗时，严格依照相应要求实行，并依照患者病情特点选取适宜的理疗方式。针灸、推拿时，要求手法的力度、准度及均匀性适宜，防止给患者带来疼痛感；药物医治时，做好相应的药物指导工作，确保患者依照医嘱服用药物^[4]。（4）功能练习：待患者病情保持稳定状态时，实行相应的功能训练。练习主要从提升患者的关节活动与韧带弹性作为出发点，尽可能保持脊椎的正常形态；运动练习时，坚持以循序渐进、由易至难的原则实行^[5]。（5）正确运用腰围。告知患者穿平底鞋走路，会给身体提供一个很好的支撑条件。当患者起床或下床后一定要佩戴好腰围才可以行走，正确运用腰围能增强患者的腰部力量，降低其负担，还能预防出现扭腰现象致使病情更为严重。（6）增强对腰部及患者的保暖工作。着凉属于腰椎间盘突出症主要的诱因，对此需要做好相应的保暖工作尤为重要，可以对腰部实行热敷或者温热中低频理疗方式，告知患者养成每天泡脚的习惯，促进身体血液循环^[6]。（7）健康宣教：多数患者在患病后均会有不同程度的不良情况，这主要是因为患者对于疾病的了解所致，因此，护理人员应开展护理的同时，加强对患者有关疾病相关知识的宣传和教育^[7]。可以采用形式多样的方式来开展教育，以提高患者学习的积极性，如开展专家讲座，聘请院内或同行业内的权威专家来主持讲座，加深患者对于疾病的了解程度；组织患者之间的交流会，将同病房的病人组织到一起，分享治疗经验和心中历程，减轻患者的心理负担；张贴宣传画或播放宣传视频，由于患者的文化程度不尽相同，因此在开展宣传教育时要简单易懂，以最为直观的形式让患者了解疾病的相关知识和注意事项等^[8]。（8）积极开展随访工作，由于患者选择的保守治疗，在家治疗和护理的时间也较多，在患者出院后，护理人员要积极开展随访工作，及时了解患者在家中的状态，解决患者的疑问，可以通过添加微信公众号或微信群等方式加强延续随访，确保患者治疗到位^[9]。

1.3 观察指标

（1）焦虑、抑郁情绪，运用 SAS 量表及 SDS 量表对患者的心理状况实行测评，SAS 评分满分 100 分，分界值是 50 分，分数越高，焦虑情况越严重；SDS 评分满分 100 分，分界值为 53 分，分数越高，抑郁程度情况越严重。（2）生活质量，运用 SF-36 量表对患者的身体功能、角色功能、社会功能及情感功能这 4 个方面实行测评，满分 100 分，得分越高，代表患者的生活质量得到有效提升。（3）疼痛，运用 VAS（视觉模拟评分）量表对患者的疼痛状况实行测评，分值 0~10 分，得分越高，代表患者的疼痛更为强烈。（4）功能障碍，分数越高，功能障碍越严重。（5）腰椎功能，运用 ODI（腰椎功能障碍指数）量表对患者的腰椎功能实行测评。（6）医治效率、护理满意度：①医治效率：痊愈：患者的临床症状已经消失；好转：患者活动功能以及临床指征有所改善；无效：患者的临床症状没有消失，没有改善。总有效率为痊愈率+好转率。②护理满意度：采用自制的百分制问卷进行评估，划分为三个等级：非常满意为 80~100 分；一般满

意为 60~79 分; 不满意为 60 分以下。

1.4 统计学方法

把组间取得正确数据利用 SPSS22.1.0 系统软件实行计算工作, 计量资料运用 ($\bar{x} \pm s$) 表明, 经过 t 数值检验, 计数资料得到 χ^2 数值检验, 运用 (%) 表明, 组间存在差异运用 $P < 0.05$ 表示, 说明具有统计学研究价值。

2. 结果

2.1 分析干预前后病人的焦虑、抑郁情绪变化

从组间数据知晓到, 干预后病人的焦虑、抑郁情绪相比于干预前更低, 组间对比具存在统计学价值 ($P < 0.05$), 详况见表 1。

表 1 干预前后病人的焦虑、抑郁情绪变化分析 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	例数	焦虑	抑郁
干预前	60	52.18±3.49	51.67±4.12
干预后	60	21.84±1.06	22.54±1.23
t		64.432	52.478
P		0.000	0.000

2.2 分析干预前后病人的生活质量

从组间数据知晓到, 干预后病人的身体功能、角色功能、社会功能及情感功能相比于干预前更高, 组间对比具存在统计学价值 ($P < 0.05$), 详况见表 2。

表 2 干预前后病人的生活质量分析 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	例数	身体功能	角色功能	社会功能	情感功能
干预前	60	72.49±5.11	73.28±4.62	71.56±5.45	74.63±4.06
干预后	60	82.87±6.72	84.15±6.91	83.34±6.03	82.96±5.97
t		9.524	10.130	11.226	8.837
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 分析干预前后病人的疼痛、功能障碍、腰椎功能

从组间数据知晓到, 干预后病人的疼痛及功能障碍相比于干预前更低, 腰椎功能更高, 组间对比具存在统计学价值 ($P < 0.05$), 详况见表 3。

表 3 干预前后病人的疼痛、功能障碍、腰椎功能分析 ($\bar{x} \pm s$)

时间	例数	疼痛 (分)	功能障碍 (%)	腰椎功能 (分)
干预前	60	3.72±0.81	6.34±1.57	23.06±1.80
干预后	60	1.20±0.26	4.80±0.42	26.55±1.21
t		22.945	7.340	12.464
P		0.000	0.000	0.000

2.4 干预后病人的医治效率及护理满意度详情

干预后, 60 例病人中痊愈 41 例, 好转 17 例, 无效 2 例, 医治疗效为 96.67%; 对护理方式感到非常满意的人数有 38 例, 一般满意的有 16 例, 不满意的有 6 例, 护理总满意度为 90.00%。

3. 讨论

随着人们文明的不断前进, 电脑及手机运用更为频繁, 不良生活方式的日益严重, 促使人们腰椎所承受的压力逐渐增多, 经调查发现, 我国腰椎间盘突出疾病的患病人数已经达到 1 亿人口, 对于此疾病发病率极高的原因在于我国人口老龄化的日益严重, 促使更多的人患上腰椎间盘突出疾病^[10]。因疾病患者的病程时间较长, 且存在剧烈的疼痛情况, 会对其日常生活及社交造成严重影响, 促使其生活质量水平位于低层次^[11]。此类患者实行保守医治虽然病情能有所好转, 但医护人员需在医治期间关注其心理情绪, 辅助其挣脱巨大的精神重担, 战胜心魔, 让其以良好的状态迎接医治十分重要^[12]。

干预后病人的焦虑、抑郁情绪相比于干预前更低; 干预后病人的身体功能、角色功能、社会功能及情感功能相比于干预前更高 ($P < 0.05$); 干预后病人的医治疗效为 96.67%, 护理满意度为 90.00%。根据患者的心理

症状实行个性化心理干预, 其取得的安抚效果更为理想, 凭借健康知识宣传的方式利于增强患者对疾病的正确了解, 降低焦虑、不安等负面情绪的出现, 踊跃配合医治工作的良好实行, 确保医治效果疗效得到显著提升^[13]。对患者实行基础护理, 利于给其营造良好的修养环境, 帮助其改正不良作息方式, 树立良好的生活方式, 利于病情的恢复^[14]。此次研究结果表明, 对疾病患者实行心理照料、基础护理、功能练习等众多护理措施, 利于患者功能障碍等到有效改善, 病情恢复到理想预期, 生活质量水平得到显著提升。干预后病人的疼痛及功能障碍相比于干预前更低, 腰椎功能更高 ($P < 0.05$)。此次研究表明, 对患者实行功能练习能使其腰部肌肉更为强劲、有力, 腰椎关节能得到理想的支撑, 促使关节结构更加平稳, 加速病情的好转速度及治愈后不容易再次发作。牵引是借助力的对抗作用, 致使椎间隙变多, 椎间盘内出现负压, 并借助纤维环附近韧带组织的张力促使突出的髓核及神经相对位置出现变化, 进而降低对神经根的压迫与刺激作用^[15]。在牵引后实行推拿, 利于身体肌肉处于放松状态下, 接触痉挛症状, 疏通脉络的效果^[16]。

以上所述, 对保守医治的疾病患者实行优质护理, 利于增强患者对医护人员的信任感, 医治工作能顺利实行, 医治疗效取得理想成果。与此同时, 利于创建和谐、友好的医患关系, 降低医患纠纷的发生, 提升患者对医院的支持与信赖, 帮助医院更好的发展, 值得扩大临床推广力度。

参考文献:

- [1] 李小兰, 邱春媚, 冯小今. 中药热敷辅助治疗肝肾亏虚型腰椎间盘突出症的护理体会[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (8): 123-124.
- [2] 朱梁敏. 腰椎间盘突出症围手术期的中西医结合护理体会[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2021, 21 (27): 348-349.
- [3] 郭慧, 孔婉婉, 赵倩倩. 加强护理干预对保守治疗腰椎间盘突出症患者疼痛以及腰椎功能的影响[J]. 淮海医药, 2020, 38 (2): 201-203.
- [4] 陈海容, 陈洁罗. 保守治疗腰椎间盘突出症患者常见心理问题及护理措施探讨[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (4): 230-231.
- [5] 李维燕, 张丽平, 车云霞, 等. 腰椎间盘突出症保守治疗的中医特色护理技术应用进展[J]. 中西医结合护理 (中英文), 2020, 6 (9): 91-93.
- [6] 张甜甜, 李志强, 邵萍. 阶段性护理干预在腰椎间盘突出症保守治疗复位后便秘中的应用效果观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2021, 41 (4): 75-77.
- [7] 苏阿娟, 王晚红, 杜丽梅, 等. 中医辨证护理在腰椎间盘突出症中的研究进展[J]. 甘肃科技, 2021, 37 (8): 154-155, 148.
- [8] 张秀峰. 综合康复干预对门诊腰椎间盘突出症手术患者康复的影响[J]. 中国实用医药, 2020, 15 (6): 190-192.
- [9] 蔡新红. 综合康复干预对门诊腰椎间盘突出症手术患者康复的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2020, 29 (14): 184-186.
- [10] 韦妹英. 精细化护理干预在无痛内镜下套扎术联合组织胶和硬化剂注射治疗肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血中的应用进展分析[J]. 智慧健康, 2020, 6 (7): 71-73.
- [11] 王永胜, 陈有, 倪文璐, 等. 保守治疗对腰椎间盘突出症患者坐骨神经直径及下肢痛的影响[J]. 颈腰痛杂志, 2020, 41 (2): 216-218.
- [12] 齐兵. 腰椎间盘突出症患者保守治疗的综合护理体会[J]. 河南外科学杂志, 2016, 22 (5): 142-143.
- [13] 翟园园, 孙伟伟. 45 例腰椎间盘突出症患者的保守治疗护理体会[J]. 中国保健营养旬刊, 2013, 23 (8): 4506-4507.
- [14] 蒙家琼. 浅谈 100 例腰椎间盘突出症保守治疗的护理体会[J]. 特别健康: 下, 2014, 3 (10): 450-451.
- [15] 邱建兰. 腰椎间盘突出症的非手术治疗的临床护理体会[J]. 中国美容医学, 2012, 21 (z2): 247-248.
- [16] 丁玲芳, 康震凌. 148 例腰椎间盘突出症保守治疗的护理体会[J]. 大家健康: 学术版, 2015, 31 (8): 220-221.

儿童呼吸道感染患者痰液微生物检验结果病原菌的分布特点及耐药性分析

刘天艳

遵义市妇幼保健院 检验科 贵州遵义 563000

摘要:目的 探讨分析儿童呼吸道感染患者痰液微生物检验结果病原菌的分布特点及耐药性。方法 选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月在我院儿科住院的呼吸道感染患儿 4337 例痰液培养检出菌及药敏试验结果进行回顾性分析。结果 呼吸道感染患儿 4337 例痰液细菌培养阳性 2016 例,检出率为 46.5%,其中比较多的菌株为卡他莫拉、流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、大肠埃希菌、金黄色葡萄球菌。流感嗜血杆菌对氨苄西林的耐药率最高,耐药率达 82.4%;卡他莫拉菌对 β 内酰胺酶的耐药率最高,耐药率达 98.5%;大肠埃希菌对氨苄西林的耐药率最高,耐药率达 77.8%;肺炎链球菌对克拉霉素、克林霉素与阿奇霉素的耐药率最高,耐药率达 100.0%;金黄色葡萄球菌对青霉素 G 的耐药率最高,耐药率达 94.5%。结论 儿童呼吸道感染中革兰氏阴性菌占多数,临床医师需注意病原体及药物敏感性的改变,以保证用药的规范化,预防细菌的耐药性。

关键词: 呼吸道感染; 耐药性; 病原菌

0 引言

呼吸道感染是儿科多发病与常见病,由多种致病微生物引起,是导致儿童死亡的主要原因之一,不同时期、不同地域呼吸道感染的病原谱也各不相同,发展中国家主要为细菌感染,发达国家主要为病毒感染,免疫抑制剂的应用、病原体的变迁以及社会经济发展的不平衡是造成发展中国家人们生命安全受感染性疾病威胁的主要原因,而抗生素的使用不当、病原体耐药的增多也是造成感染性疾病威胁健康的重要原因^[1]。随着抗生素的应用越来越普遍,细菌对抗生素的耐药性也越来越高。为调查本地引起小儿呼吸道感染的细菌病原菌种类、分布及耐药情况,对我院儿科住院患儿送检的 4337 份呼吸道痰液微生物检验结果与主要检出菌的耐药性进行回顾性分析,为临床合理应用抗生素奠定基础,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院于 2021.1-2021.12 收治的儿童呼吸道感染患者 4337 例的相关资料,其中女性 2477 例,男性 1860 例。

1.2 方法

1.2.1 标本采集

由于所有痰标本会因口腔粘膜的分泌物而被感染,因此,为了降低感染细菌的数目,对于可以咳嗽的年龄较大的患儿,应给患儿讲解唾液与痰液的差别,引导患儿早晨起来用清水漱口或清洗口腔 3 次,让患儿咳嗽之前先深吸一口气,使劲将气管深处的痰液吐出来,以避免混入口腔和鼻咽分泌物。咳嗽出的痰液要用有盖的灭菌的一次性的罐子装起来,为了便于取样,最好用宽口盖。在小儿或婴幼儿不会咳嗽时,常以鼻咽部吸出物取代痰液。将消毒吸管与无菌容器相连,用吸管从鼻腔向下轻轻插入鼻咽部,然后调整负压,使吸液进入无菌容器中,立即加盖密封,及时送检。

1.2.2 标本的标识与转运

用于培养呼吸道感染的痰标本,使用专用的无菌导管或输送容器;如果标本延期或长途运送,则需采用转运培养基。①标识:标签应该选用在冷藏后仍然可以保持牢固的材质,且应贴在容器上,而非容器盖上。在标识中所提供的资料应当包含以下内容,但不局限于以下

内容:患者姓名或患者唯一性标识、标本采集时间与日期、检验项目、标本类型。②转运和送检:在收集后 1-2 小时内,需立即将呼吸道样本送交化验室,若无法及时运送,必须用专用的培养液或冷冻运输,并确保 24 小时之内将样本注入细菌培养液。一些对外界环境非常敏感的病毒,例如肺炎链球菌、嗜血杆菌、百日咳鲍特菌等,若要得到准确的诊断结果,就必须马上对其进行检验。在转运培养基中,6 小时以上没有进行检验的标本,会使细菌的数量下降。若延后时间更长,即使在采用转运培养基的情况下,也会造成大量细菌流失。在转运培养基中经冷冻后 6 小时以上的标本细菌存活率较高,但肺炎链球菌、嗜血杆菌等对低温环境敏感,标本冷冻后进行接种可能会引起漏检。收集的样本必须放在有盖子、防漏和标记儿童的基本资料和检验代码的消毒瓶中。③实验室标本检验微生物试验室对未达到收集、筛选、运输等检验标准的标本,如:标本在室温下收集与运输时间在 2 小时以上;运输保存温度不当或没有标本收集时间;标本运输状况不符合要求,例如无菌培养未隔离气体送检;不合格的无菌收集容器,例如因破损或破裂而导致标本泄漏,未消毒的容器被送去检验等;没有标签或标签不正确,样本与检测目标不符,例如痰培养送检尿液标本;样本受到严重感染,例如含食物残渣等痰液标本,未使用防护套采集的支气管刷标本;标本在吸管里干燥;标本不能满足检测的需要,比如痰本

本以痰液为主;标本中使用防腐剂或固定剂;标本数量过少;需要检查的内容过多;标本在 24 小时内反复送检。此外,需要说明的是:除气管吸取物、用双层套进行隔离(厌氧培养)、在经过支气管镜防污防护毛刷收集到的气管吸取物、活检标本、胸腔积液等无菌标本时,其他标本不宜进行厌氧培养;诱导痰液标本仅用于卡氏肺及结核杆菌的检测,对其它细菌的检出率较低。④标本的储存:标本保存和分离是一种优良的实验操作,是进行常规与探索性工作的必要手段。在条件允许的情况下,建议将标本在 4 摄氏度内进行短暂贮存,如在报告出来后再次贮存 1 至 3 天;在非菌区域,常规的液态标本可长时间存放;在报告发送后 3 天内,将全部的阳性培养液进行短时间的储存;除按国家要求销毁或上交的分离物,其余各菌种均可长时间储存(低于-70 摄氏度);添加试验时,请说明原因、趋势、程度以及相应的推荐等。

1.2.3 仪器与试剂

VITEK2-compact 全自动微生物鉴别和药敏分析仪器和它的辅助板从法国梅里埃公司购得,哥伦比亚血琼脂培养基,嗜血杆菌巧克力培养基,巧克力琼脂培养基(无抗生素),麦康凯琼脂培养基,药敏专用 MH 培养基,从重庆庞通医药设备采购的 HTM 培养基,从英国 Oxoid 得到的药敏纸。通过国家卫生部的临床试验,获得了流感嗜血杆菌 ATCC49247、肺炎链球菌 ATCC49619、金黄色葡萄球菌 ATCC25923、大肠杆菌 ATCC25922 和大肠杆菌 ATCC25922 等。

1.2.4 病原菌的药敏试验

采集的痰样本用嗜血杆菌巧克力平板、哥伦比亚平板、麦康凯平板进行检测,用革兰氏染色法检测痰液的性质,包括粘度、颜色、有无血迹、化脓等,并进行原始的工作报告;涂片检查:涂片显微镜下,上皮小于 10 个或 25 个/LP,白血计数>25/LP 为标准痰液标本。对符合条件的痰液标本进行细菌鉴别和药物敏感实验。采用 VITEK2-compact 全自动微生物识别与药敏分析系统,采用生物化学方法识别和药敏分析方法。使用 K-B 方法进行局部药物敏感性检测,并参考 2016-2018 CLSI 评分的转化率^[2]。

1.3 观察指标

(1)呼吸道感染患儿标本中病原菌分布情况;(2)标本中主要病原菌对常用抗菌药物的耐药特点。

1.4 统计学方法

实验测得结果以 SPSS 22.0 录入评测,计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,通过 t 检验,计数资料用(%)表示,经 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病原菌总体检出情况

2021 年 1 月至 2021 年 12 月送检痰液标本 4337 例,阳性 2016 例,检出率为 46.5%,其中检出率居前 5 位的病原菌,详见表 1。

表 1 检出率居前 5 位的病原菌分布情况 (n, %)

病原菌	株数	构成比
流感嗜血杆菌	506	25.1
卡他莫拉菌	483	23.9
肺炎链球菌	466	23.1
金黄色葡萄球菌	257	12.7
大肠埃希菌	95	4.7

2.2 检出率居前 5 位的病原菌对常用抗菌药物的耐药情况

2.2.1 流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌与大肠埃希菌的耐药性分析

流感嗜血杆菌对氨苄西林的耐药率最高, 耐药率达 82.4%; 卡他莫拉菌对 β 内酰胺酶的耐药率最高, 耐药率达 98.5%; 大肠埃希菌对氨苄西林的耐药率最高, 耐药率达 77.8%, 详见表 2。

表 2 流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌与大肠埃希菌的耐药性分析 (%)

抗菌药物	流感嗜血杆菌 (n=504)		卡他莫拉菌 (n=483)		大肠埃希菌 (n=95)	
	耐药株数	耐药率	耐药株数	耐药率	耐药株数	耐药率
β 内酰胺酶	315	62.5	476	98.5	39	41.1
阿奇霉素	0	0	0	0	0	0
阿莫西林/克拉维酸	87	17.2	10	0.2	0	0
氯霉素	29	5.7	0	0	0	0
妥布霉素	0	0	0	0	5	5.3
庆大霉素	0	0	0	0	27	28.4
头孢吡肟	0	0	0	0	4	4.2
红霉素	0	0	0	0	0	0
头孢曲松	0	0	0	0	48	50.5
头孢克洛	0	0	92	19.0	0	0
头孢噻肟	0	0	20	0.4	0	0
头孢唑肟	281	55.8	0	0	0	0
复方新诺明	382	75.8	44	9.1	46	48.4
氨苄西林	415	82.4	0	0	74	77.8
氨苄西林/舒巴坦	197	39.0	0	0	25	26.3
环丙沙星	0	0	0	0	31	32.6
左旋氧氟沙星	0	0	0	0	30	31.5

2.2.2 肺炎链球菌与金黄色葡萄球菌的耐药性分析

肺炎链球菌对克拉霉素、阿奇霉素和克林霉素的耐药率最高, 耐药率达 100.0%; 金黄色葡萄球菌对青霉素 G 的耐药率最高, 耐药率达 94.5%, 详见表 3。

表 3 肺炎链球菌与金黄色葡萄球菌的耐药性分析 (%)

抗菌药物	肺炎链球菌 (n=466)		金黄色葡萄球菌 (n=257)	
	耐药株数	耐药率	耐药株数	耐药率
克拉霉素	466	100.0	0	0
阿奇霉素	466	100.0	0	0
克林霉素	466	100.0	130	50.5
青霉素 G (口服)	330	70.8	243	94.5
青霉素 G (非脑膜炎)	350	75.1	0	0
红霉素	459	98.5	136	53
头孢曲松	77	16.5	0	0
头孢吡肟	89	19.1	0	0
头孢噻肟	67	14.3	0	0
头孢西丁筛选	0	0	117	45.5
复方新诺明	320	68.7	22	8.5
苯唑西林	0	0	110	42.8
庆大霉素	0	0	6	2.3
四环素	431	92.5	70	27.2
环丙沙星	0	0	14	5.4
左旋氧氟沙星	9	0.2	17	6.6
莫西沙星	9	0.2	15	5.9
利福平	0	0	7	0.3
氯霉素	45	9.7	0	0
万古霉素	0	0	0	0
氧氟沙星	4	0.8	0	0

3 讨论

呼吸道感染属于儿科常见病, 这主要是因为婴幼儿的呼吸系统尚未发

育完全, 免疫力较差, 但是其新陈代谢强, 需要大量的氧气。呼吸道感染主要由细菌感染、真菌感染、病毒感染引起, 细菌感染是常见病因^[3]。目前, 临床上对细菌的抑制和消灭主要依靠抗生素药物, 但我国由于抗生素的使用较为普遍, 致使细菌对其产生了较强的抗药性。因此, 要经常掌握儿童呼吸道感染的细菌种类和耐药性, 为临床抗菌药物的正确选择以及治疗计划的制订提供依据。

本研究结果显示, 2021 年 1 月至 2021 年 12 月我院儿童呼吸道感染患者 4337 例痰液微生物检验结果中, 共检出 2016 株病原菌, 检出率为 46.5%。根据常规程序采集的痰液培养的阳性结果可以从某种意义上反应出呼吸道的感染状况, 说明卡他莫拉菌、嗜血杆菌和肺炎链球菌的感染率较高, 而革兰阴性杆菌为最常见的呼吸道感染病原菌。药物敏感性实验表明, 流感嗜血杆菌对复方新诺明、氨苄西林的耐药率达 75.8% 以上, 对氯霉素有 5.7% 的耐药率, 与韦忠厅等^[4]学者研究接近, 人体的呼吸系统中含有大量的流感嗜血杆菌, 免疫力低下时易引起呼吸道感染, 流感嗜血杆菌位列感染菌谱第一位, 流感嗜血杆菌对氯霉素的耐药率低, 对复方新诺明、氨苄西林的耐药性高, 提示氨苄西林、复方新诺明用于流感嗜血杆菌感染的治疗效果欠佳, 可将氯霉素作为经验用药; 卡他莫拉菌对其他药物耐药率均较低, 对 β 内酰胺酶有 98.5% 的耐药率, 其高耐药率多数情况下是由于卡他莫拉菌可以分泌 β -内酰胺酶, 也称为 BRO 酶^[5]。由此看出卡他莫拉菌产生的 β -内酰胺酶容易破坏诸如第一代头孢抗生素、阿莫西林等药, 必须使用氨苄西林/舒巴坦或者阿莫西林/克拉维酸与头孢噻肟等药物; 大肠埃希菌对 β 内酰胺酶、头孢曲松、复方新诺明、氨苄西林有 40% 以上的耐药率, 对妥布霉素、头孢吡肟有 6% 以下的耐药率, 临床用药可考虑将头孢吡肟药物与妥布霉素作为大肠埃希菌感染治疗的经验性用药; 肺炎链球菌对克拉霉素、阿奇霉素、克林霉素、红霉素、四环素有 90% 以上的耐药率, 对左旋氧氟沙星、莫西沙星、氧氟沙星有 1% 以下的耐药率, 小儿呼吸道感染主要由肺炎链球菌引起, 这主要是由于细菌常处于鼻咽部处, 当机体抵抗力低下时, 肺炎链球菌很容易侵入体内, 引起脑膜炎、肺炎等症。肺炎链球菌对克拉霉素、阿奇霉素、克林霉素、红霉素、四环素有很高的抗药性, 甚至阿奇霉素、克拉霉素、克林霉素的抗药性达到 100.0%, 这与刘英等^[6]报道相符。

小儿呼吸道感染主要是由细菌引起的, 如果经验性选择的抗生素无法起到预期的效果, 需要及时地进行病因学的检测, 而痰培养是目前最常见的一种方法, 它可以作为呼吸道感染疾病的诊断依据。但由于小儿的情况多变, 往往不能在确定药物敏感性后再做出相应的治疗, 以免耽误治疗, 加重病情。这要求有儿科医师的临床实践, 即经验式用药。而临床经验式用药的实施则以当地各医院近年来的病原体及药物敏感性数据为依据。因此, 临床医师要加强对各执业区域有关卫生单位所公布的细菌及敏感实验资料的关注度, 临床医师需将其作为选用抗生素时参考指标, 以避免病原菌抗性的上升。另外, 根据贺丽梅等^[7]的研究报告, 尽管病原菌对强力抗生素的抗药性很小, 但是由于抗生素的作用, 细菌可能会增加细菌的抗药性转化。因此, 在选择抗生素时, 抗药性较差、敏感性较高的抗生素是不推荐使用的^[8]。本研究旨在了解小儿呼吸道感染的病因, 为小儿临床用药提供科学依据, 但由于样本数量有限, 且有一定的偏差, 故进一步开展大样本调查, 以更好地引导临床医师合理用药, 减少药物的抗药性, 改善临床疗效。

综上所述, 儿童呼吸道感染病原体的在不同的人群中的分布特征和抗菌剂的选用之间存在着一定的关系, 抗生素的使用会使抗生素产生更多的耐药菌株, 因此必须加强对病菌的监测与药敏实验, 针对不同的病原体类型和特征, 合理选用抗生素, 减少对抗生素的误选用, 从而提高其临床疗效。

参考文献:

- [1] 张健, 马彩霞. 儿科急性呼吸道感染滥用抗生素原因分析与对策[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(27): 94-95.
- [2] 韩飞, 张帅帅. 综合医院儿童和成人下呼吸道感染病原菌分布及耐药性对比分析[J]. 海南医学, 2021, 32(17): 2212-2216.
- [3] 李华君, 黎爽, 黄丽素. 儿童急性呼吸道感染的经验性抗感染策略[J]. 中华儿科杂志, 2022, 60(5): 494-496.
- [4] 韦忠厅, 覃培翔, 高杨. 柳州地区儿童呼吸道感染流感嗜血杆菌的流行病学特点及耐药性[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(9): 1252-1254.
- [5] 魏妍. 1636 份下呼吸道感染患者痰标本中病原菌分布及药物敏感试验结果分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2021, 21(9): 1124-1127, 1131.
- [6] 刘英, 李雅清, 崔雅芳. 大同市急性呼吸道感染儿童肺炎链球菌的耐药性分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(7): 1068-1070.

感染性疾病患者治疗中应用微生物检验法的价值分析

曾春梅

梧州市中医医院 广西梧州 543000

摘要：目的 探究感染性疾病患者治疗中应用微生物检验法临床价值。方法 选我院 2019 年 1 月至 2021 年 12 月期间 824 例感染性疾病住院患者为研究对象，以我院微生物检验后院内微生物管理时间（2020 年 7 月）将其分为 A 组（412 例）、B 组（412 例），分别实施经验环境微生物管理、微生物检验后环境微生物管理，统计 B 组患者感染菌株检出情况；在两组患者治疗中，A 组患者实施经验治疗，B 组患者实施微生物检验后敏感抗生素治疗，均持续治疗 7d 后，比较两组感染性疾病患者治疗效果。结果 B 组 412 例患者共检出 412 株病菌，其中大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌检出率分别为 33.74%（139/412）、28.64%（118/412）、19.90%（82/412）、17.72%（73/412），其中大肠埃希菌检出率最高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；B 组治疗有效率为 97.33（401/412），较 A 组 93.20%（384/412）高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论 在医院感染性疾病预防中，加强环境微生物检验及针对性防护、敏感抗生素治疗，可提升疾病治疗效果。

关键词：微生物检验；感染性疾病；预防和诊断

院内感染为临床常见并发症，指患者在住院治疗期间发生的感染，或院内获得出院后发生的感染，影响患者院内康复质量，增加其治疗经济压力。而在感染性疾病治疗中，传统治疗方案为医生经验疗法，但随抗生素滥用、病原菌耐药性增强，传统治疗方案难以满足实际治疗需求^[1]。微生物检验，指通过微生物种类鉴定、药物敏感菌试验等方法，为临床微生物感染提供针对性防控方案，在对环境病原微生物控制中，通过检测环境中微生物类型、病原菌耐药性后针对性防控，以降低患者院内感染发生风险；而在感染性疾病治疗中，应用微生物检验后敏感抗生素治疗，可提升感染性疾病控制效果^[2-3]。但微生物检验方法用时相对较长，是否可满足感染性疾病治疗及时性仍有待研究。为此，本次研究选我院 2019 年 1 月至 2021 年 12 月期间 824 例感染性疾病住院患者为研究对象，分析微生物检验对感染性疾病预防、诊断及治疗效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选我院 2019 年 1 月至 2021 年 12 月期间 824 例感染性疾病患者为研究对象，以我院微生物检验后院内微生物管理时间（2020 年 7 月）将其分为 A 组（412 例）、B 组（412 例）；A 组男性 211 例、女性 201 例，年龄 18~76 岁，平均（52.34±4.19）岁；疾病类型：消化道感染 121 例、呼吸系统感染 158 例、泌尿系统感染 97 例、血液系统感染 16 例、其它 20 例；B 组男性 216 例、女性 196 例，年龄 18~79 岁，平均（53.02±5.20）岁；疾病类型：消化道感染 119 例、呼吸系统感染 162 例、泌尿系统感染 88 例、血液系统感染 19 例、其它 24 例；两组基础资料相近（ $P > 0.05$ ）；所选患者均符合我院伦理委员会审核标准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①均于我院住院部治疗，住院时间≥7d；②年龄≥18 岁；③精神状态正常，可配合完成治疗；④对研究知情同意。

排除标准：①院前感染性疾病；②心肝肾等脏器严重功能障碍；③治疗药物过敏；④研究期间失访。

1.3 方法

A 组（经验环境微生物管理+经验治疗）：（1）经验环境微生物管理：病房定时开窗通风，病房物品定时消毒，地面湿式清扫；加强医护人员手卫生管理，相关器械严格清洁消毒；（2）经验治疗：发生院内感染性疾病后，以患者疾病类型、感染程度等为基础，由医生进行经验抗生素治疗。

B 组（微生物检验后环境微生物管理+敏感抗生素治疗）：（1）微生物检验后环境微生物管理：收集病房空气、物体表面微生物检验样本，选择适宜培养基、培养条件进行病原菌分离，利用微生物检验仪进行细菌鉴定；

利用试管法、K-B 法进行药敏试验，每月向医院提供 1 次院内病原菌类型、敏感菌试验结果；对耐药菌、致病菌溯源，阻断病原菌院内传播途径，并对源头部位加强消毒、灭菌干预；（2）敏感抗生素治疗：结合其症状采集样本（血液、中段尿、脑脊液、痰液等）进行微生物试验，检验方法：结合患者临床表现予以直接涂片观察，或培养基培养分离干预，以微生物检验仪进行细菌分类鉴定，并进行药敏试验；在出结果前，以环境微生物药敏试验结果选择抗生素治疗，患者样本微生物检验结果进行敏感抗生素治疗。

两组均于抗生素治疗 7d 时进行效果评价。

1.4 观察指标

（1）统计 B 组感染菌株主要类型；（2）比较两组抗生素治疗效果：

①显效：治疗后患者感染性症状（发热、切口愈合延迟等）消失，实验室指标恢复至正常范围；②有效：治疗后患者感染性症状及实验室指标均较治疗前显著改善；③无效：未能达到上述标准；有效率=（①+②）/例数×100%。

1.5 统计学方法

（%）、（ $\bar{X} \pm s$ ）表示计数、计量资料， χ^2 、 t 检验； $P < 0.05$ 为统计学结果验证标准；数据统计计算软件为 SPSS 24.0。

2. 结果

2.1 B 组感染菌株主要类型

B 组 412 例患者共检出 412 株病菌，其中大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌检出率分别为 33.74%（139/412）、28.64%（118/412）、19.90%（82/412）、17.72%（73/412），其中大肠埃希菌检出率最高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 B 组感染菌株主要类型[n（%）]

名称	检出株数	检出率
大肠埃希菌	139	33.74
肺炎克雷伯菌	118	28.64
铜绿假单胞菌	82	19.90
金黄色葡萄球菌	73	17.72
χ^2		37.049
P		<0.001

2.2 感染性疾病治疗效果

B 组治疗有效率为 97.33（401/412），较 A 组 93.20%（384/412）高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 感染性疾病治疗效果[n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	有效率
A 组	412	167 (40.53)	217 (52.67)	28 (6.80)	75.61 (384/412)
B 组	412	188 (45.63)	213 (51.70)	11 (2.67)	95.65 (401/412)
χ^2					7.778
P					0.005

3. 讨论

感染性疾病患者住院治疗期间，其主要康复影响因素与患者原发病、免疫能力、并发症等多种因素有关，其中院内环境微生物浓度、药物治疗敏感性为患者康复期间主要影响因素^[4]。目前常见感染类型包括泌尿系统感染、上呼吸道感染、血流感染等，在对其治疗中，若存在器械清洁程度不满意、环境微生物浓度较高、医护人员手卫生管理不到位等情况，不仅会影响其院外感染性疾病治疗效果，甚至会增加其院内感染发生风险，影响患者治疗效果，并增加其治疗难度，甚至引发医患纠纷，影响医院管理安全性。在常规医院管理中，常规环境微生物控制方案包括环境通风、加强环境消毒、手卫生管理管理等，尽管可减少物品表面及空气中微生物浓度，并减少其微生物侵入性感染发生风险，在一定程度上可控制满足患者感染性疾病治疗环境安全性需求。在对患者治疗中，多以医生经验治疗方案为主，通过广谱抗生素治疗以控制患者感染性症状^[5-6]。但随抗生素的滥用，病原菌耐药性逐渐增强，传统院内感染性疾病防控方案治疗中，常规广谱抗生素治疗中，受病原菌耐药性影响，可能会出现感染性疾病预防难度大、治疗难度大等情况，影响感染性疾病治疗效果^[7]。

微生物检验，为实验室重要检查内容，通过检测鉴别样本中微生物种类、病原菌敏感菌试验，可为院内微生物管理提供更精准参考依据。本次研究中，对 B 组患者院内抗感染管理中及感染性疾病治疗中，均应用微生物检验，结果显示，B 组 412 例患者共检出 412 株病菌，其中大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌检出率分别为 33.74% (139/412)、28.64% (118/412)、19.90% (82/412)、17.72% (73/412)，其中大肠埃希菌检出率最高，差异有统计学意义，提示在我院接受治疗的感染性疾病患者中，以大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌为主要感染类型，而在患者感染类型中发现，消化道感染、呼吸系统感染、泌尿系统感染、血液系统感染为主要感染性疾病类型，因此在对疾病临床治疗中，在发生上述感染性疾病后，建议首先开展微生物检验，并加强对院内大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌类型、耐药性、最低抑菌浓度等微生物检验方案，以便在患者病理样本出结果前，为其提供广谱抗生素治疗意见，满足其治疗需求。张镓^[8]在对 1120 例感染性疾病患者随机对照研究中，对照组予以医生经验治疗，观察组应用微生物检验后结合检验结果予以敏感抗生素治疗，结果显示，观察组患者 560 例患者中，共检出 560 株病菌，其中大肠埃希菌 190 株、肺炎克雷伯菌 161 株、金黄色葡萄球菌 99 株、铜绿假单胞菌 110 株，与本次研究结果相近，提示该院与我院感染性疾病病菌组成结果相近，因此可将其作为我院主要防控菌株类型，予以针对性治疗基础上，加强上述病原菌院内防控，即提升环境中安全性管理中，通过微生物检验技术，可了解目前环境中微生物组成情况，可通过发现致病菌情况、环境中耐药菌情况，并追溯病原菌源头，可予以针对性干预，包括阻断致病菌来源、实施致病菌针对性环境管理方法等，可最大程度上提升环境中病原微生物控制质量，减少环境中病原微生物浓度，以降低其院内感染发生率，为患者院内治疗安全性提供良好环境支持^[9]。

本次研究结果显示，B 组治疗有效率为 97.33(401/412)，较 A 组 93.20%

(384/412) 高，差异有统计学意义，提示在对感染性疾病治疗中，应用微生物检验技术，可提升患者院内感染控制效果，考虑原因为，常规院内感染性疾病治疗中，医师经验用药为基础治疗方法，但若患者为耐药菌感染，甚至为多重耐药菌感染时，常规广谱抗生素治疗中，受抗生素耐药影响，可能会出现感染性症状控制难度增加、抗感染治疗周期延长等情况，影响治疗效果；结合微生物检验结果实施抗感染治疗中，结合患者实际感染情况采集样本，并接受微生物病原菌分离鉴别、敏感抗生素试验，结合敏感抗生素检验结果实施针对性治疗，可提升患者病原菌清除效果，减少炎症反应对其生理机能影响，提升治疗效果；尽管在患者样本中应用微生物检验技术中，药敏试验结果检出时间较长，可能会影响患者院内感染性疾病治疗及时性，但在环境微生物检验技术管理中，医师可结合环境中病原菌敏感菌试验结果，选择敏感抗生素治疗，待患者样本微生物检验结果检出后，实施针对性治疗，可避免影响患者感染后早期感染症状控制效果，因此并未影响其感染控制效果，提升治疗有效率^[10-11]。段立律^[12]在对 66 例感染性疾病患者前瞻性研究中，分别实施经验抗生素治疗（对照组）、微生物检验后敏感抗生素治疗（观察组），结果显示，观察组总治疗有效率为 90.91%，显著高于对照组 69.69%，差异有统计学意义，与本次研究观点一致，但该研究中仅包含患者敏感抗生素试验后用药治疗方案，对药敏结果前治疗方案仍以经验抗生素治疗为主，但本次研究中同步开展院内微生物检验，了解医院细菌感染情况及耐药菌情况，进而在患者药敏试验出结果前，选择抗生素过程中可尽量避免选择敏感度低抗生素，因此在患者发病早期即可予以有效抗菌治疗，因此可提升整体治疗有效率。

综上，在感染性疾病治疗中，加强环境微生物检验及针对性防护、微生物检验及敏感抗生素治疗，可了解患者感染类型，可提升疾病治疗效果，与常规经验抗生素治疗相比，效果显著。

参考文献：

[1]邢飞, 杨春生, 金跃, 等. 某院 120 例感染性患者微生物病原菌分布及耐药性分析[J]. 临床军医杂志, 2021, 49 (9): 1023-1025.

[2]吴亚斌, 邓文华. 现代儿科呼吸介入技术在肺部感染性疾病病原学检测方法中的应用进展[J]. 中国实用儿科杂志, 2020, 35 (10): 786-791.

[3]卢艳玲. 微生物检验技术在疾病感染预防过程中的应用分析[J]. 山西医药杂志, 2021, 50 (9): 1532-1533.

[4]李建萍. 检验科微生物检验质量的影响因素及病原菌耐药性分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (15): 2733-2735.

[5]高玉录, 戴媛媛, 马筱玲. 临床微生物检验在抗菌药物应用管理中的作用[J]. 华西医学, 2020, 35 (8): 889-893.

[6]杨冬华, 马晓丽, 绽丽, 等. AECOPD 患者医院感染病原学及微生物组学[J]. 中华医院感染学杂志, 2020, 30 (24): 3716-3720.

[7]陈志毅, 刘英. 微生物培养检测技术快速检测肺炎支原体感染的诊断价值[J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (6): 1025-1027.

[8]张镓, 胡方兴. 微生物检验在感染性疾病患者预防和诊断治疗中的应用价值[J]. 临床医学工程, 2020, 27 (7): 931-932.

[9]程爱琼, 施伎蝉, 宁洪叶, 等. 肝硬化患者合并肺部感染痰培养中微生物谱及抗生素耐药分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2020, 30 (21): 2598-2601.

[10]农东芳. 小儿肺炎支原体感染行快速血清学检验与微生物培养检测的价值比较[J]. 临床检验杂志, 2020, 9 (2): 68-69.

[11]吕培瑾. 慢性阻塞性肺疾病加重患者呼吸机相关性肺炎的预测指标和微生物学特征[J]. 安徽医药, 2022, 26 (4): 770-773.

[12]段立律, 葛世军, 禹崇飞. 微生物检验在感染性疾病患者预防和诊断治疗中的价值[J]. 医学信息, 2020, 33 (S02): 234-235.

磁共振成像评价剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的临床应用价值

陈金梅 张发

贵州省六盘水市 六枝特区人民医院影像科 贵州六盘水六枝 553400

摘要：目的回顾性分析探讨剖宫产术后，磁共振成像评价子宫瘢痕妊娠（cesarean scar pregnancy,CSP）的临床应用价值 方法收集 2018 年 5 月至 2022 年 4 月，我院收治 50 例经术后病理证实为 CSP 患者的临床及影像（患者均行超声、MRI 检查）资料进行回顾性分析，探讨 MRI 在 CSP 中的诊断符合率及临床运用价值 结果 50 例病例中，超声诊断 47 例为 CSP。磁共振诊断 49 例为 CSP。两种检查方式的准确率比较差异大。结论剖宫产术后 CSP 磁共振成像具有一定的特征性，对于临床及超声怀疑子宫瘢痕妊娠的病例，进一步行磁共振成像检查，能够提高诊断准确率，对临床治疗具有重要的指导意义。

关键词：剖宫产术后；子宫瘢痕妊娠（CSP）；磁共振成像（MRI）；影像表现、临床应用价值

近年来，随着医学技术的不断发展和观念的更新，人们生育观念改变及二胎政策放开，越来越多的孕妇及家属选择了剖宫产术式生产，CSP 是剖宫产的远期并发症之一，目前随着生育率及选择剖宫产术式人员的增加，导致剖宫产术后 CSP 发生率也在不断升高。通常绝大部分受精卵是种植在子宫体部，距离瘢痕较远。子宫瘢痕妊娠是异位妊娠的一种，即受精卵着床于原剖宫产术后所致瘢痕处，根据孕囊或胎儿在子宫瘢痕处生长方式的不同，其产生的不良后果程度也不尽相同。随着孕囊或胎儿逐渐在瘢痕处增大，极易发生子宫破裂及大出血的风险，严重危及孕妇及胎儿的生命安全^[1]。CSP 的临床诊断，通常依靠超声或者磁共振等检查。其中，磁共振成像对盆腔组织结构的分辨率高，尤其是对软组织分辨率最高，且不受肠道气体的干扰，能够清楚地显示子宫瘢痕、孕囊在子宫前壁的着床位置以及瘢痕处子宫壁的厚度等，为临床正确诊治提供更多、更准确的信息。

1 资料与方法

1.1 一般资料：收集 2018 年 5 月至 2022 年 4 月本院收治的剖宫产术后 50 例经术后病理证实为 CSP 患者的临床、超声、磁共振及术后病理学资料，进行回顾性分析，所有患者在术前均行超声和磁共振检查。年龄在 21—45 岁，平均年龄 31.33 岁，标准差 3.35 岁；患者都有剖宫产术史，其中，12 例有 2 次剖宫产术史，38 例有 1 次剖宫产术史。本次怀孕距上次剖宫产术时间约为 10 月-10 年。患者有停经史，停经时间为 45—81d，平均（61.49±12.15）d。患者血 β-HCG 均不同程度升高。10 例无痛性阴道不规则形流血，17 例轻微下腹痛伴阴道流血，23 例下腹部疼痛及阴道流血、贫血，其中 13 轻度贫血，10 人中度贫血。

1.2 方法

超声检查：50 例患者使用 GE-LOGIQE9 超声诊断仪经腹或阴道内行盆腔探查，患者检查前先行饮水充盈膀胱后经腹探查，根据检查需要，12 例在经腹检查后中转阴道超声探查时，患者排空尿液，阴道探头套上安全套进行检查。

磁共振检查使用飞利浦-PHILIPS Achievable 1.5T，患者检查前确认宫内无节育环存留，检查前饮水适度充盈膀胱，取仰卧位对盆腔扫描，行 T₂WI 压脂冠、矢、轴位，T₁WI 矢状位，T₁WI 压脂轴位；11 例患者行增强扫描：经肘静脉注入对比剂 Gd—DTPA（0.1mmol/kg/kg，注射速率 2ml/s，分别于 T₁WI 压脂冠、矢、轴位多序列成像。层厚/层距 3-5mm，扫描参数设备根据需要设置，扫描参数与平扫等同。

1.3 观察指标

超声为 1 名副主任医师、2 名中级及 3 位住院医师探查所得结果。

CSP 超声诊断及价值：

CSP 表现：①宫腔、宫颈管未见妊娠囊；②妊娠囊附着于子宫瘢痕处，

部分妊娠囊内可见胎芽或胎心搏动；③瘢痕处肌层连续性中断，妊娠囊与膀胱间子宫肌层变薄或消失；④胎盘邻近肌层血流信号增多、紊乱，于浆膜交界面血流信号中断，滋养血来源于瘢痕处。单独或联合应用高强度聚焦超声消融治疗 CSP 的适应症<8-9 周，成功率为 93%，出血风险或子宫切除率极低^[2]。超声检查均可分别于不同多切面观察子宫大小、子宫瘢痕周边血流信号、孕囊的大小、位置、回声、胚芽及胎心等情况。

MRI 资料由 1 名副主任医师、2 名主治医师及 3 名住院医师共同阅片所得结果。观察子宫大小、瘢痕部位、孕囊大小、位置、信号、周边信号、孕囊完整性及子宫前壁最薄处肌层的厚度、绒毛是否植入肌层。结合带情况与膀胱的关系、病灶突出子宫轮廓外的程度进行观察，其中以 T₂WI 压脂矢状位图像观察病灶最敏感。CSP 在 MRI 上的表现：外生型，子宫瘢痕处局部囊状信号影；内生型，宫腔内变形的囊状信号影，其边缘与瘢痕分界不清；肿块型，子宫瘢痕处见团块状混杂信号影，未见妊娠囊结构。

2 结果

2.1 影像学检查结果及病理结果对比

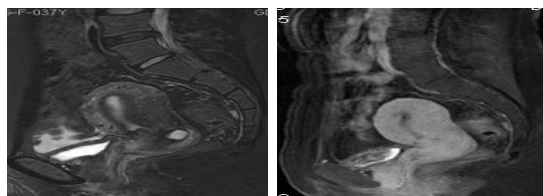
检查方法及 病例数	影像	术后病理确诊		内	外生	影像分型符
	检查	例数		生	型	合率
	检确	50 例		型		
	诊例 数	内	外生型			
		生	型			
超声 n=50	46			36	10	46（86.00）
磁共振 n=50	49	40	10	39	10	49（98.00）

2.2 子宫子宫瘢痕磁共振影像表现（见下方图）：T₂WI 显示瘢痕处呈低信号，该处子宫壁变薄、宫腔面内陷；T₁WI 增强显示疤痕血供少，不强化或强化弱。

2.3 子宫瘢痕妊娠磁共振病例图像分析：50 例患者 MRI 子宫峡部前壁见条状或不规则形长 T₁ 短 T₂ 信号影，相应部位子宫肌层变薄及信号中断，其中，26 例停经时间短的患者，子宫峡部瘢痕处及邻近区域见大小不等囊性病变向宫腔生长，大小 8mm-15mm 间，信号均匀或稍欠均匀，边缘清，包膜完整，瘢痕处子宫肌层稍菲薄；其中 1 例增强后瘢痕处囊性病变边缘强化，囊内未见强化，诊断内生型（I 型）。13 例阴道流血，伴中度贫血，子宫稍大，孕囊（大小介于 15mm-25mm 间）在子宫峡部瘢痕处生长，形态稍欠规则，边界清，大部份向宫腔体部生长，少部分向瘢痕肌层方向生长，局部囊壁见小结节胚芽结构，其中 3 例增强后边缘强化，尤其局部小突起处强化明显，诊断内生型（II 型）。6 例不规则阴道流血伴中度贫血，

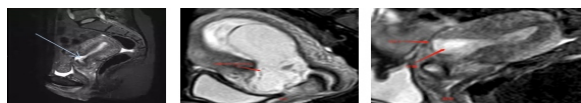
子宫稍增大,孕囊呈小团块状位于子宫峡部瘢痕处生长,向宫腔及肌层生长,以肌层为主,T1WI、T2WI呈混杂信号,膀胱未见受压,3例增强后局部不均匀强化,边缘尚清,瘢痕前方肌层菲薄,诊断外生型(III型)。4例阴道流血伴贫血,子宫增大,瘢痕内见团块状混杂信号影向肌层内生长,形态不规则,边缘欠清,增强病灶局部明显强化,内见斑片状无强化区,增强见条状绒毛伸入瘢痕内,结合带消失,并呈混杂信号影,膀胱受压,诊断外生型(III型),该型妊娠位于瘢痕的深处,与相邻肌层及痕粘连较重,子宫相对较薄,妊娠较大,突出子宫轮廓外压迫膀胱。由于子宫峡部肌层薄弱,且剖宫产痕缺少收缩能力,CSP在流产或刮宫时不能自然闭合断裂血管,可能发生大出血危及生命,此型最为严重。

子宫瘢痕磁共振表现 图一



T2WI,子宫前下方疤痕处呈低信号,该处子宫壁变薄、宫腔面内陷;T1WI增强显示成熟瘢痕血供少,不强化或强化弱;

CSP—III型孕囊如图二 中箭头所指



CSP I型 CSP II型 CSP III型

2.4 总结:子宫瘢痕妊娠磁共振表现如下:孕囊位于子宫下段前壁瘢痕处妊娠组织的表现,1)囊状:长T1长、T2信号,增强后囊壁强化,囊内容物不强化。2)混合型肿块:混杂信号,增强后不规则突起强化。孕囊与膀胱之间的子宫前壁肌层菲薄;绒毛植入,孕囊与邻近子宫肌层界线不清,子宫肌层结合带消失;其他表现为子宫体积增大,宫腔内膜厚,宫腔积血。

讨论

CSP临床上多数认为其与手术所致的子宫内膜损伤、子宫切口愈合不良、子宫切口憩室形成等有关^[3]。CSP主要有两种分法,①根据孕囊植入瘢痕的深浅及生长方向分两型,即外生型、内生型。内生型是指孕囊种植在子宫瘢痕上,向子宫峡部或宫腔生长,可能生长至活产,一定程度上增加了植入部位大出血的危险。外生型主要是指孕囊种植在瘢痕深部向子宫肌层生长,在孕早期会出现子宫破裂或大出血的高危状态以及胚胎停育。②根据孕囊生长方向及孕囊与膀胱间肌层厚度分三型^[4],I型(瘢痕及宫腔内型):(1)孕囊部份着床于子宫瘢痕处,部分或大部分位于宫腔内,少数或达宫腔;(2)孕囊明显变形、拉长、下端成锐角,(3)孕囊与膀胱间子宫肌层变薄,厚度>3mm;II型(瘢痕及宫腔内型):孕囊部分着床于子宫瘢痕处,部分或大部分位于宫腔内;孕囊明显变形、拉长、下端成锐角,孕囊与膀胱间子宫肌层变薄,厚度≤3mm;III(瘢痕肌层类型):孕囊完全着床于子宫瘢痕处肌层并向膀胱方向处突出;宫腔及子宫颈管内空虚;孕囊与膀胱间子宫肌层变薄、甚或缺失,厚度≤3mm;含特殊包块型,此型最严重。CSP的临床症状无特异性,多以停经后阴道流血及贫血为主,或仅有类似先兆流产,极易误诊为宫内早孕及流产,易形成前置胎盘、胎盘早剥。若未在早期及时治疗,随着孕周的增加,易导致子宫破裂、大出血等。因此,治疗原则是早诊断、早终止及早清除,尽可能降低孕妇风险。

超声是临床诊断CSP首选检查方法,它具有无创、价廉、便捷,易显示瘢痕处周边血流情况,并对宫颈、宫腔以及附件等部位进行观察^[4]。且超声是二维成像,能对肌层及宫旁组织全面评价,阴道超声敏感性为86.4%,尤其对外生型的诊断效果较好,而对内生型的诊断存在一些难度,但孕妇慎用。本次回顾性分析探讨,误诊原因在于内生型是孕囊位于子宫峡部,瘢痕处肌层变薄情况不明显,或孕囊植入瘢痕比较不明显或者孕囊内没有胚芽,影像表现不典型,其次当妊娠周数较大或包块较大时,鉴别比较困难,但如果患者有剖宫产手术史,应高度怀疑CSP。超声因患者肥胖、肠道内气体干扰致图像欠清、超声操作人员主观性及经验性因素影响,因此易误诊^[5]。而MRI具有组织分辨率高和多方位、多序列成像及不受肠腔气体干扰特点,能清晰显示子宫内膜、子宫瘢痕、测量子宫肌层厚度、孕囊的具体位置、大小、胚囊内部结构、孕囊与瘢痕的位置及与周围组织关系、是否有绒毛的入侵、孕囊内的少量出血等情况^[6]。磁共振对子宫壁层次的显示比超声显示更加清晰,增强清晰显示胎盘边缘,易于观察瘢痕妊娠处是否发生胎盘植入、胎盘粘连、前置胎盘、胎盘内或外新鲜或陈旧性出血等,MRI能准确测量瘢痕厚度,是评价瘢痕愈合情况的理想方法。MRI增强扫描还可反应孕囊血供情况。MRI在诊断、治疗及评价预后方面有独特优势^[7-8];对CSP确诊率达95%以上,高于超声诊断率^[9]。是临床怀疑CSP时的进一步检查重要手段。因此磁共振检查的准确率较超声高。但是与超声相比,磁共振仍然存在一定的局限性,其对卵黄囊、胚芽以及胎心搏动的显示较差,检查费用较高、用时长,简便性不如超声检查。因此两种检查互补不足。

综上所述,磁共振在剖宫产术后CSP临床诊断中具有较高的诊断准确率,且磁共振表现具有一定的特征性,对临床诊治具有重要的指导意义,值得推广应用。

参考文献:

- [1]孙红连,侯立业,吴永华.剖宫产瘢痕妊娠彩超与MRI联合运用诊断价值及其病理对照分析[J].影像研究与医学应用,2020,4(11):33-35.
- [2][5]Maheux-Lacroix S, Li F, Bujold E, et al. Cesarean Scar Pregnancies: asystematic review of treatment options[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2017, 24: 915-925.
- [3]中华医学会妇产科学分会计划生育学组,剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识(2016)[J].中华妇产科杂志,2016,51(8):568-572.
- [4]高前宁,周卫东.磁共振成像诊断剖宫产术后早期子宫瘢痕妊娠的应用及其临床效果探讨[J].贵州医药,2019,43(12):1971-1972.
- [5]赖莉萍.阴道彩超与MRI在剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊断中的应用价值比较[J].临床合理用药杂志,2017,10(29):140-141.
- [6]叶敬志,袁国奇,刘海明,等.MRI联合经阴道超声对剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的诊治指导价值[J].现代医学影像学,2020,29(5):17-22.
- [7]沈敏,江魁明,张嫣,等.MRI诊断剖宫产术后瘢痕妊娠[J].中国医学影像技术,2015,31:1251-1254.
- [8]朱辉,钱林清,周建良.磁共振成像增强在剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的应用[J].实用医技杂志,2018,25:27-29.
- [9]Huang Q, Zhang M, Zhai RY. The use of contrast-enhanced magnetic resonance imaging to diagnose cesarean scar pregnancies[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2014, 127: 144-146.

微生物检验泌尿系统的病原菌结果研究

陈敏

菏泽市中医医院 山东菏泽 27400

摘要：目的：分析微生物检验泌尿系统的病原菌结果。方法：本次实验选择 176 例于 2018 年 2 月~2019 年 12 月期间在本院进行微生物检验的泌尿系感染患者，采集其尿液进行病原菌的检验和分析，分析患者尿液标本中病原菌种类及分布情况，分析大肠埃希菌、粪肠球菌以及假丝酵母菌对临床常用抗菌药物的耐药情况。结果：全部患者中革兰氏阴性菌占比高于革兰氏阳性菌和假丝酵母菌属（ $P<0.05$ ）。全部患者的尿液标本中，大肠埃希菌对阿米卡星、亚胺培南、阿莫西林耐药率最高，均超过 70%，对青霉素 G 及替考拉宁无耐药性。粪肠球菌对舒巴坦耐药性最高，为 100%，其次为头孢他啶及阿莫西林，耐药率均超过 40%。假丝酵母菌对青霉素 G 及替考拉宁耐药率最高，均超过 60%，对头孢唑肟、头孢他啶、美罗培南、舒巴坦、阿米卡星、阿莫西林及亚胺培南均无耐药性。结论：通过微生物检验泌尿系统的病原菌中发现，最常见的是革兰氏阴性菌，且大肠埃希菌对多种药物均具备耐药性，临床必须根据药敏试验结果进行针对性用药以最大程度地保证临床用药效果，促进患者病情改善。

关键词：微生物检验；泌尿系统；病原菌；药敏试验

泌尿系统感染属于临床常见感染性疾病，患者并发菌尿及脓尿的几率较高，依照患者感染部位差异可分为上尿路感染以及下尿路感染，发病后若不及时采取有效的控制措施可导致其健康受损并造成其生活质量下降^[1]。因此，需要对泌尿系统感染病原菌的特点展开进一步了解，以便为后续治疗和预防疾病提供参考以及依据^[2]。本次实验主要针对本院收治的 176 例泌尿系感染患者进行研究，分析其检验泌尿系统的病原菌通过微生物检验后的菌种分布情况，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次实验选择 2018 年 2 月~2019 年 12 月期间因泌尿系感染在本院进行微生物检验的 176 例患者，其中男性患者 98 例，女性患者 78 例，患者年龄范围为 32 岁~77 岁，年龄均值为（54.66±2.48）岁，病程区间：5~86 天，病程均值为（39.23±2.65）天。所纳入病例中，慢性肾盂肾炎患者 102 例，下尿路感染患者 63 例，急性肾盂肾炎患者 11 例。纳入标准：全部患者知晓本次实验目的并自愿入组。排除标准：患有精神疾病或意识障碍者；合并肿瘤者。纳入标准：①患者对本次研究知情且自愿入组；②患者均能够耐受此次微生物检验且检验配合度和依从性较高；③患者能够正常交流和沟通。排除标准：①合并恶性系统性病变者；②合并肝肾心肺等重要脏器功能障碍者；③同期参与其他研究或者试验者；④中途自本次研究脱落或者退出导致研究无法顺利完成者；⑤合并肝硬化或者颅脑病变者；⑥合并血液系统疾病者或者免疫系统疾病者。

1.2 方法

此次微生物检验由本院内经验丰富的专业医生完成，操作过程依照《全国临床检验操作规程》的相关规范和流程。采集患者的清晨中段尿液为检验标本，通过检验仪器和试剂盒检验标本，同时利用全自动微生物检验分析仪（型号：Vitek-32）以及相配套的试剂展开检验、分析，其中细菌培养基和血琼脂平板生产自广东湛江中观生物研究所。其中质控细菌包括：白色念珠菌、金黄色葡萄球菌、白假丝酵母菌、大肠埃希菌、光滑假丝酵母菌、铜绿假单胞菌。通过纸片扩散法进行药敏试验，阳性判断标准如下：革兰阳性菌数量不少于 104CFU/ml，革兰阴性菌数量不少于 105CFU/ml。

1.3 观察指标

- （1）分析患者尿液标本中病原菌种类及分布情况；
- （2）分析大肠埃希菌、粪肠球菌以及假丝酵母菌对临床常用抗菌药

物的耐药情况。

1.4 统计学处理

使用 SPSS22.0 软件包处理数据，（ $\bar{x}\pm s$ ）代表计量资料平均数并应用独立样本 t 检验，用频数描述计数资料， χ^2 ：组间比较， $P<0.05$ ：具备统计学意义。

2 结果

2.1 全部患者尿液标本中的病原菌种类分布情况

在抽取的 176 例患者中全部检出病原菌，其中包含革兰氏阴性菌 118 例，占比 67.04%，革兰氏阳性菌 46 例，占比 26.13%，假丝酵母菌属 12 例，占比 6.81%，其中革兰氏阴性菌分别高于革兰氏阳性菌和假丝酵母菌，差异明显且具备统计学意义（ $\chi^2=59.184、137.043$ ， $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 病原菌种类分布（%）

种类	名称	株数	占比
革兰氏阴性 (118/67.04%)*	大肠埃希菌	64	54.23
	鲍曼不动杆菌	24	20.33
	铜绿假单胞菌	27	22.88
	肺炎克雷伯菌	2	1.69
	其他	1	0.84
	粪肠球菌	17	36.95
革兰氏阳性菌 (46/26.13%)	金黄色葡萄球菌	8	17.39
	鸟肠球菌	12	26.08
	表皮葡萄球菌	5	10.86
	其他	4	8.69
	假丝酵母菌属	9	75.00
	热带假丝酵母菌	1	8.33
假丝酵母菌属 (12/6.81%)	光滑假丝酵母菌	1	8.33
	其他	1	8.33

注：相比于革兰氏阳性菌和假丝酵母菌属，* $P<0.05$ 。

2.2 主要病原菌的耐药情况

全部患者的尿液标本中，大肠埃希菌对阿米卡星、亚胺培南、阿莫西林耐药率最高，均超过 70%，对青霉素 G 及替考拉宁无耐药性。粪肠球菌对舒巴坦耐药性最高，为 100%，其次为头孢他啶及阿莫西林，耐药率均超过 40%。假丝酵母菌对青霉素 G 及替考拉宁耐药率最高，均超过 60%，对头孢呋辛、头孢他啶、美罗培南、舒巴坦、阿米卡星、阿莫西林及亚胺培南均无耐药性。见表 2。

表 2 大肠埃希菌、粪肠球菌和假丝酵母菌的耐药情况 (%)

抗菌药物	大肠埃希菌 (n=64)	粪肠球菌 (n=17)	假丝酵母菌 (n=9)
头孢他啶	24 (37.50)	8 (47.06)	2 (22.22)
头孢呋辛	21 (32.81)	6 (35.29)	0
头孢哌酮	29 (45.31)	5 (29.41)	0
美罗培南	18 (28.12)	4 (23.52)	0
舒巴坦	40 (62.50)	17 (100.00)	0
阿米卡星	61 (95.31)	9 (52.94)	0
阿莫西林	51 (79.69)	14 (82.35)	0
青霉素 G	0	0	6 (66.67)
替考拉宁	0	0	6 (66.67)
亚胺培南	60 (93.75)	8 (47.06)	0

3 讨论

感染性疾病主要引发原因为外源性病原微生物或者机体内源性致病性微生物侵入机体，在机体生长以及繁殖过程中不断释放毒性物质，导致机体内环境受损并诱发炎症反应，造成器官功能受损^[3]。现阶段，抗生素滥用现象普遍存在，使得感染性疾病发生率逐年升高，不但会造成患者健康受损，还会造成患者生存质量下降，因此，必须及早采取有效措施早期识别感染性疾病并进行有效诊治，促进患者病情缓解并提高临床治疗效果^[4]。

泌尿系统感染病原菌具有种类多样等特点，而且革兰阴性菌感染为主要致病原因，其次为革兰阳性菌，由真菌、衣原体以及支原体等引发的感染现象较少，部分患者感染原因为多种病原菌混合感染，对临床进行病情诊断及治疗均可产生不良影响^[5]。泌尿系统感染引发原因较多，而且近年来由于抗生素滥用现象普遍存在，使得泌尿系统感染病原菌的耐药性也不断升高^[6]。

泌尿系感染属于炎症反应，主要由于尿路上皮被细菌侵入所致，患者发病后，出现菌尿、浓尿等症状，在糖尿病和性生活频繁等群体中较常发生^[7]。对于此类患者，当前临床通过实施细菌培养和微生物检验的方式进行鉴别，可明确发现其病原菌，进而为临床治疗提供基础。微生物检验属于检验医学中的重要组成部分，主要通过检验实验室送检的可疑标本并进行定性以及定量分析的方法获得检验结果，可为临床进行病情诊断以及确定用药方案提供重要参考和指导^[8]。微生物检验内容主要包括微生物染色、微生物形态以及微生物性质等，具有一定的操作难度，对检验人员的操作技能和水平有着较高的要求，因此，要求检验人员必须熟练掌握相关操作方法和技能，以充分保证检验结果的准确性^[9]。

在感染性疾病中实施微生物检验的诊断价值主要可分为如下两类：人体肠道内有大量肠道菌群，而且由于患者个体存在较大的差异性，通过微生物形态学检验能够使细菌分类错误事件得到有效减少，有助于为临床合

理用药提供重要保障，同时还能够使细菌耐药率得到显著降低^[10]。耐药菌感染为临床常见感染现象，部分老年患者、长时间住院患者或者需要接受手术治疗患者因机体免疫力和抵抗力较差，与其他人群相比，感染风险明显更高^[11]。耐药菌存在耐药性，针对耐药菌患者进行抗生素治疗后若其病情得不到有效改善，即可通过微生物形态学检验的方式判断患者耐药菌基因情况，以判断和分析耐药菌基因的性质和演变过程，可为临床采取针对性的药物干预措施提供指导，从而能够有效控制感染进展，减轻患者感染程度^[12]。

此次研究中，所抽取的 176 例患者中全部检出病原菌，革兰氏阴性菌检出率为 67.04%，革兰氏阳性菌检出率为 26.13%，假丝酵母菌属检出率为 6.81%，其中革兰氏阴性菌分别高于革兰氏阳性菌和假丝酵母菌，差异明显且具备统计学意义 ($P<0.05$)。全部患者的尿液标本中，大肠埃希菌对阿米卡星、亚胺培南、阿莫西林耐药率最高，均超过 70%，对青霉素 G 及替考拉宁无耐药性。粪肠球菌对舒巴坦耐药性最高，为 100%，其次为头孢他啶及阿莫西林，耐药率均超过 40%。假丝酵母菌对青霉素 G 及替考拉宁耐药率最高，均超过 60%，对头孢呋辛、头孢他啶、美罗培南、舒巴坦、阿米卡星、阿莫西林及亚胺培南均无耐药性。微生物检验可科学的呈现出患者的情况，并对药敏反应实施有效总结，同时还可依据患者的具体情况进行综合分析^[4]，在短时间内对其病原菌的种类进行确定并指导临床合理用药，临床能够根据泌尿系统感染病原菌培养结果以及耐药性检测结果采取积极有效的感染防控措施，既能够充分保证治疗的可靠性和有效性，同时还能够使二重感染以及耐药菌株对患者造成的影响得到减轻，有助于促进患者健康改善和恢复。

综上所述，存在多种病原微生物可致使患者泌尿系感染，利用微生物检验可对泌尿系统病原菌的种类分布和耐药情况进行掌握，有助于为临床治疗和预防以及抗菌药物的应用提供指导价值。

参考文献：

- [1]刘绪国.微生物检验用于泌尿系统病原菌检测中的效果分析[J].数理医药学杂志,2019,32(03): 322-324.
- [2]王翔.微生物检验泌尿系统病原菌的结果探讨[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(06): 148+151.
- [3]张鸿雁.泌尿系统微生物检验病原菌的结果分析[J].中国医药指南,2019,17(03): 119-120.
- [4]李瑛.微生物检验泌尿系统病原菌的结果探讨[J].基层医学论坛,2019,23(04): 543-544.
- [5]刘晓峰,尚伟霞.微生物检验泌尿系统的病原菌结果研究[J].当代医学,2021,27(6): 107-109.
- [6]张凌凌,李晓松,高川川,等.泌尿系统感染患者病原微生物检验结果的分析[J].当代医药论丛,2021,19(23): 133-135.
- [7]朱艳杰.微生物检验泌尿系统的病原菌结果临床分析[J].中国实用医药,2021,16(28): 207-209.
- [8]刘凤伟.微生物检验在泌尿系统感染中的应用效果[J].实用医技杂志,2020,27(1): 57-59.
- [9]张鸿雁.泌尿系统微生物检验病原菌的结果分析[J].中国医药指南,2019,17(3): 119-120.
- [10]李晶晶,黄晶.对泌尿系统感染患者进行尿液微生物检验和药敏试验结果的分析[J].当代医药论丛,2019,17(3): 173-174.

多层螺旋 CT 门脉成像对肝硬化门脉高压患者的诊断研究

吴俊良

广东省清远市人民医院 影像科 广东清远 511520

摘要：目的：分析研究多层螺旋 CT 肝门静脉成像诊断肝硬化门脉高压的临床价值。方法：本次选取 2019 年 12 月至 2020 年 12 月之间我院治疗的 60 例肝硬化门脉高压患者作为研究的对象，对其实施胃镜检查、多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查，进一步对比不同诊断方法的临床诊断价值。结果：（1）多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查结果显示，胃底静脉曲张 33 例（55.0%）、食管静脉曲张 51 例（85.0%）；胃镜检查结果显示胃底静脉曲张 31 例（51.7%）、食管静脉曲张 53 例（88.3%），其诊断结果无明显差异， $P>0.05$ 。（2）对于不同肝功能分级患者，其血管直径之间无显著差异， $P>0.05$ 。（3）经多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查结果显示，60 例患者中，失代偿期肝硬化患者 28 例，代偿期肝硬化患者 32 例；失代偿期肝硬化患者的静脉压力（PV）血管分支、肝右静脉（RHV）血管分支参数均明显低于代偿期肝硬化患者，同时失代偿期肝硬化患者的门静脉宽度、肝脏右静脉宽度均明显大于代偿期肝硬化患者，两组数据差异有显著统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查的实施，可深入了解病情，清晰的显示出肝硬化失代偿期血管情况，临床诊断价值较高；因此，值得推广及应用。

关键词：多层螺旋 CT 肝门静脉成像；胃镜检查；肝硬化门脉高压

肝硬化是一种临床常见病，近年来随着人们饮食习惯、生活方式的改变，肝硬化发病率开始逐年上升。门静脉高压是一种肝硬化常见并发症，主要表现为门静脉体循环分流、脾脏增大，门静脉体循环分流引发的消化道出血是造成肝硬化患者死亡的一个重要原因。发生肝硬化门脉高压时，对门-体间静脉侧支循环进行正确评价，直接关乎患者的临床治疗与预后^[1]。其临床治疗主要采用手术治疗，而在门静脉侧支循环解剖复杂性影响下，手术方案的确立往往面临着一定困难，所以必须全面掌握门静脉系统解剖形态，明确其侧支循环形成分布情况。多层螺旋 CT 肝门静脉成像是一种无创诊断方法，临床诊断优势突出。因此，本研究主要采用该方式对肝硬化门脉高压患者进行诊断，现在对其诊断价值进行回顾分析。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选取 60 例在我院接受治疗的 60 例肝硬化门脉高压患者，治疗时间为 2019 年 12 月至 2020 年 12 月，其中男性 43 例，女性 17 例，其年龄介乎 36~62 岁，平均年龄为（46.25±7.56）岁。根据 Child-Pugh 标准对患者进行分级，其中 A、B、C 级分别为 24 例、20 例，16 例。纳入标准：所有患者均通过临床诊断，确诊为肝硬化；知情签署相关诊疗干预同意书；临床资料完整。排除标准：排除肝转移瘤；存在腹部手术病史者；不能耐受该检查者；临床资料不全者。

1.2 方法

本次 60 例肝硬化门脉高压患者均采取胃镜检查、多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查。在胃镜检查方面，即对患者使用电子胃镜展开检查，然后由专业经验丰富的内镜专家对电子胃镜检查数据进行分析、确诊。在多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查方面，选用的仪器为东芝 320 排螺旋 CT 扫描仪，从膈肌顶处至双肾下缘进行扫描，设置电流为 250mA，设置电压为 120kV，设置层厚为 5.0mm，螺距 0.984，矩阵 512×512，重建层厚 0.625。先进行平扫，而后采用非离子型对比剂增强扫描，以碘帕醇注射液（生产企业为上海博莱科信谊药业有限责任公司，批准文号为国药准字 H20053388）为造影剂，采用高压注射器向前臂静脉进行 100mL 造影剂的推注，浓度是 370mgI/mL，控制注射速率在 4.0~5.0mL/s 之间，注入对比剂后延迟 40s 至 50 s 扫描，完成后采用配套后处理工作站处理扫描信息，进行 MIP 及 VR 等重建。并以原始横断面图像展开整体分析，由 2 名经验丰富的医师分别进行阅片，对图像质量进行认真评估，对肝内门静脉分支显影情况进行认真观察。

1.3 观察指标

（1）对胃镜检查、多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查的结果进行比较分析。

（2）对比不同肝功能分级患者血管直径。

（3）基于肝硬化门脉高压患者扫描过程中，如果发现患者肝脏形态显著变化，同时脾脏与腹腔积液存在显著增大情况，则可判定为失代偿期肝硬化，进一步对在统计失代偿期肝硬化患者、代偿期肝硬化患者的例数基础上，进一步对两种患者的静脉压力（PV）血管分支、肝右静脉（RHV）血管分支参数、门静脉宽度、肝脏右静脉宽度指标情况进行比较。

1.4 统计学处理

本研究中相关数据均用软件 SPSS21.0 处理，计量资料均以（ $\bar{x}\pm s$ ）形式进行描述，采用 t 检验，计数资料均以（%）形式进行描述，采用卡方检验， $P<0.05$ 代表组间结果比较具有统计学意义。

2 结果

2.1 不同诊断方法的结果

多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查结果为：胃底静脉曲张 33 例（55.0%）、食管静脉曲张 51 例（85.0%）。胃镜检查结果为：胃底静脉曲张 31 例（51.7%）、食管静脉曲张 53 例（88.3%）。两组诊断结果无明显差异， $P>0.05$ ，详情如表 1。

表 1 两种不同诊断方法的结果比较[n（%）]

诊断方法	例数	胃底静脉曲张	食管静脉曲张
多层螺旋 CT 门静脉成像	60	33（55.0）	51（85.0）
胃镜检查	60	31（51.7）	53（88.3）
X ²	—	0.134	0.288
P	—	0.714	0.591

2.2 不同肝功能分级患者血管直径

结果显示，对于不同肝功能分级患者，其血管直径之间不存在显著差异， $P>0.05$ ，详情如表 2。

表 2 不同肝功能分级患者血管直径比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

肝功能分级	例数	胃左静脉	半奇静脉	门静脉	奇静脉
A	24	5.73±2.66	5.33±2.48	14.51±2.18	8.51±2.42
B	20	5.14±1.75	4.86±2.29	12.96±2.35	8.71±2.17

C	16	7.03±1.83	5.58±3.31	13.47±2.83	9.87±1.48
F	—	10.891	5.412	0.954	6.673
P	—	0.000	0.005	0.398	0.006

2.3 失代偿肝硬化患者与代偿肝硬化患者的血管分支、静脉宽度情况比较

经多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查结果显示, 60 例患者中, 失代偿期肝硬化患者 28 例, 代偿期肝硬化患者 32 例; 失代偿期肝硬化患者的静脉压力 (PV) 血管分支、肝右静脉 (RHV) 血管分支参数均明显低于代偿期肝硬化患者, 同时失代偿期肝硬化患者的门静脉宽度、肝脏右静脉宽度均明显大于代偿期肝硬化患者, 两组数据差异有显著统计学意义 ($P < 0.05$), 详细数据局见下表 3:

表 3 失代偿肝硬化患者与代偿肝硬化患者的血管分支、静脉宽度情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

患者类型	PV 血管分支	RHV 血管分支	门静脉宽度 (mm)	肝脏右静脉宽度 (mm)
代偿期肝硬化患者 (n=32)	3.21±0.54	3.11±0.63	14.98±1.32	12.25±1.41
失代偿期肝硬化患者 (n=28)	2.54±0.31	0.91±0.23	15.87±1.53	8.97±1.02
t	5.236	7.123	5.123	6.279
P	0.013	0.022	0.011	0.019

3 讨论

肝硬化是内科的一种常见疾病, 是由一种或多种因素引发的慢性、弥漫性、再生性肝损害, 此类患者的临床症状较多, 常见的有: 乏力、腹胀、肝脾大、黄疸、肝掌、蜘蛛痣、腹水等。我国多数肝硬化患者首先会感染乙肝病毒, 而后发展成乙肝肝硬化, 患者多为 20~50 岁之间, 男女性别比例约为 4: 1。门静脉高压为其常见并发症之一, 门静脉压力>14.7mmHg 为其典型临床症状。发生门静脉高压后, 极易出现胃底静脉、食管静脉曲张, 当门静脉压力过大时, 会出现血管破裂, 导致致命性上消化道大出血, 据研究^[2], 其死亡率在 30%以上。

按照临床表现、肝功能情况不同, 可将肝硬化分成代偿期、失代偿期, 肝硬化发生的过程非常缓慢, 由于人体肝脏具有较强的再生能力, 代偿能力比较大, 一般代偿期较长, 一旦发现代偿期患者有肝硬化发生, 通过有效方式对其病程进行控制, 即可使其长期处于代偿期^[3]。从临床研究中发现, 肝内门静脉高压、肝前门静脉高压以及肝后门静脉高压之中, 肝内门静脉高压是发病率最高的, 如果患者发生门静脉高压, 其静脉瓣闭合将会受到影响, 如果情况严重, 甚至会到食管附近静脉曲张、胃底静脉区长破裂, 而胃底静脉区长破裂是门静脉高压多种并发症中最为严重的一种^[4]。在血流动态、静脉结构等因素都会对肝硬化患者食管胃底静脉造成一定影响, 为了更好的治疗、预防食管胃底静脉曲张的并发症, 并且减少其治疗次数, 需更为深入的了解患者的血流动力学与静脉结构^[5]。所以, 为了对肝硬化门脉高压患者的病情有深入的了解, 进一步采取合理科学的治疗措施, 其前提在于实施有效的诊断检查方法。

本次提到的胃镜检查, 是临床上最常用的一种检查方式, 其在血管形态、静脉大小、食管炎等方面预测具有较高优势, 但在门静脉高压胃底静脉曲张临床检查中却面临着较大局限性, 这是由于胃底静脉在黏膜之下, 其颜色正常, 很难将其与粗大胃黏膜区分开来^[6-8]。从肝硬化门脉高压胃镜

检查的结果来看, 黏膜红斑、黏膜白黄色细网状结构为主要表现, 同时会把红色或者淡红色水肿黏膜间隔为蛇皮状; 若患者病情严重, 则有散在的櫻桃红样斑点存在。由于胃镜检查肝硬化门脉高压存在一定的局限, 因此临床建议采取更为有效的诊断检查方法。针对本次重点采用多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查方法, 主要通过静脉注射对比剂, 采用螺旋 CT 采集数据, 并经由计算机实施后期处理, 重建靶血管。采用该检查方式扫描速度更快, 成像更加清晰, 甚至可以显示出远端门静脉侧支图像, 提供更高质量的血管成像。相关学者经研究表明: 多层螺旋 CT 静脉成像在周围软组织密度差异与静脉血管不明显者当中, 检出率高; 对于其中的门静脉宽度与肝脏右静脉宽度, 为早期肝硬化的重要指标^[9-10]。所以, 需重视这两项指标的重点观察, 对门静脉宽度/肝脏右静脉宽度值进行严谨计算, 通过有效诊断, 明确患者是否为肝硬化门脉高压, 进一步对患者有无肝硬化失代偿情况。

值得注意的是, 本研究对 60 例患者实施胃镜检查、多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查, 结果发现食管胃底静脉曲张通过两种检查方式获得的诊断结果差异不显著, 其中多层螺旋 CT 肝门静脉成像更为清晰一些。对于不同肝功能分级患者, 其血管直径之间不存在显著差异。该结果提示, 对于肝硬化患者而言, 食管胃底静脉曲张是否严重, 与血管直径不存在关联。此外, 失代偿期肝硬化患者的血管分支、静脉宽度水平与代偿期肝硬化患者比较均存在明显差异, 由此说明多层螺旋 CT 肝门静脉成像检查有助于显示患者的血管分支、静脉宽度等指标情况, 进一步为患者疾病诊断提供客观科学的参考依据。

综上所述: 在临床中, 采用多层螺旋 CT 肝门静脉成像对肝硬化门脉高压患者进行诊断, 患者血管情况以及门脉侧支血管可清晰显示出来, 可为了解患者病情提供帮助, 临床诊断价值较高; 因此, 值得推广及应用。

参考文献:

[1]曹艳妮,韩军,刘良进,秦涛,毕俊英.不同 Child-Pugh 分级的血吸虫病毒性肝硬化患者肝脏 CT 灌注成像参数分析[J].实用肝脏病杂志,2020,23(05): 691-694.

[2]梁炎辉,吴金棉,黄洲,刘怀忠,梁绍锋,刘银辉.多层螺旋 CT 门静脉造影诊断肝硬化门静脉高压的作用及影像学特点[J].现代医用影像学,2020,29(08): 1455-1458.

[3]徐振州,姜海姪,高辉,岳天华.64 层螺旋 CT 与磁共振成像对乙型肝炎肝硬化背景小肝癌病灶的诊断效果[J].现代消化及介入诊疗,2020,25(07): 961-963.

[4]汪志亮,胡磊,刘啸峰.多层螺旋 CT 对比剂注射流率对肝硬化患者门静脉成像延迟时间的影响[J].实用肝脏病杂志,2020,23(04): 564-567.

[5]罗艺,秦俭,修志刚,王玉,董官伟,郑仕诚,李军,谢春艳.肝硬化食管静脉曲张出血风险的 MSCTA 评估研究[J].成都医学院学报,2019,14(06): 758-763+768.

[6]黄鉴洲,麦瑞英,周吉任.多层螺旋 CT 血管造影对食管胃底静脉曲张诊断价值研究[J].安徽卫生职业技术学院学报,2019,18(03): 42-44.

[7]费祥东.多层螺旋 CT 血管成像对肝硬化门脉高压患者的诊断价值分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(04): 150+163.

[8]王兴佑.多层螺旋 CT 血管成像对肝硬化门脉高压患者的诊断价值分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(78): 7-8.

[9]夏玮,徐鹏,王富裕.多层螺旋 CT 血管成像在肝硬化门脉高压诊断中的应用价值[J].微量元素与健康研究,2021,38(05): 11-13.

[10]蒋黎明.多层螺旋 CT 静脉成像在 12 例肝硬化门脉高压症诊断中的应用[J].影像研究与医学应用,2018,2(21): 190-191.

探讨针对性护理对细菌性肺炎感染防护效果

寇红梅

莱州市人民医院 山东烟台 261400

摘要：目的：探讨针对性护理对细菌性肺炎感染防护效果。方法：选择我院收治的 40 例细菌性肺炎患者为研究对象，纳入期限为 2020.8—2021.8 月，通过随机数字表法分为对照组（20 例）与观察组（20 例），前者接受常规护理干预，后者接受针对性护理干预。比较两组感染发生率、临床疗效、生活质量评分及护理满意度。结果：两组感染发生率差异显著，观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）。两组护理有效率差异显著，观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ）。两组生活质量评分差异显著，观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ）。两组护理满意度差异显著，观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：对细菌性肺炎患者实施针对性护理效果确切，对于预防感染发生具有重要作用，有助于改善患者生活质量，提高其满意度，值得临床推广应用。

关键词：细菌性肺炎；感染；针对性护理；应用效果

细菌性肺炎是临床十分常见的呼吸系统病症，主要指细菌侵袭导致的肺部炎症性病变，多发于老年群体。诸多研究表明，近年来，随着环境的变化以及人们生活方式、饮食习惯的改变，该疾病的发病人数呈现逐年增加的趋势，同时具有年轻化的发展趋势，患者多伴随程度不一的咳嗽、胸闷、气急、发热等表现，严重影响患者的健康和生活^[1-2]。目前临床对细菌性肺炎以对症治疗为主，在治疗阶段对患者采取有效的护理干预措施对于改善患者预后，促进患者恢复具有重要意义。临床护理工作以常规护理为主，但是细菌性肺炎病情复杂且发展较快，经采取常规对症护理难以满足患者护理需求，整体护理质量不佳^[3]。针对性护理是近年来得到临床广泛应用的一种护理模式，可以结合患者实际情况，合理制定护理方案，注重对患者原始疾病的护理，能够满足患者的实际需求^[4]。基于此，本研究以 80 例患者为研究对象，对针对性护理的应用价值展开分析。详细内容如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院收治的 40 例细菌性肺炎患者为研究对象，纳入期限为 2020.8-2021.8 月，通过随机数字表法分为对照组（20 例）与观察组（20 例）。对照组男、女例数为 13 例和 7 例，年龄区间 22-75 岁，平均（49.27±5.14）岁，病程 2-7d，平均（4.02±0.27）d；观察组男、女例数为 14 例和 6 例，年龄区间 23-75 岁，平均（49.93±5.58）岁，病程 2-7d，平均（4.14±0.35）d。两组一般资料无明显差异（ $P > 0.05$ ），可用于比较分析。纳入标准：（1）两组患者均经临床确诊疾病；（2）患者及家属知晓本研究内容，自愿参与。排除标准：（1）合并肝肾功能异常；（2）合并心脑血管病症、恶性肿瘤、其他感染病症及肺部疾病；（3）存在严重精神、意识障碍，难以有效交流；（4）依从性较差。

1.2 方法

将常规护理干预应用于对照组，入院后，护理人员遵循医嘱指导患者合理用药，日常护理阶段严密监测患者各项生命体征、症状，了解其病情恢复情况；进行环境干预，对病房内陈设进行合理调整，保证病房整洁、安静；嘱咐患者合理饮食，避免食用刺激性较强食物；出院时进行健康教育，嘱咐患者养成良好生活习惯，避免疾病复发。

观察组在此基础上采取针对性护理干预，主要内容：（1）呼吸道干预。帮助患者保持侧卧位，头部稍微后仰，确保呼吸道的通畅性。结合患者病情增加肺部通气量，促进分泌物的有效排出。因为多数患者病情较为严重，呼吸功能明显下降，日常护理阶段，护理人员需要帮助患者清除口腔异物，每隔 2h 进行 1 次吸痰处理。如果患者存在意识模糊的情况，每隔 30min 观察 1 次病情。（2）严密监测各项生命体征。监测患者血压、心率等生命

体征指标变化情况，进行详细记录，如果相关指标出现异常，护理人员应及时告知主治医师，采取对症处理措施。如果患者体温超过 38.5℃，及时进行物理降温或药物处理，减少并发症发生风险。（3）体位干预。如果患者意识模糊，难以进食，需要将床头抬高 30°，头偏向一侧，协助患者翻身，保持动作柔和，同时对患者进行拍背，促进呼吸道分泌物的排出，有助于静脉回流与肺部通气。早期阶段及时留置胃管，进行鼻饲，对每次进食量进行严格控制。鼻饲后帮助患者保持平卧位，时间控制在 40min，有助于胃部的快速排空。鼻饲以高热量、高蛋白质为主，强化机体免疫力，减少感染发生风险。拔管时规范操作，避免管内液体流至肺部引发感染。

（4）感染预防。针对患者而言，如果人工气道吸入气体未及时进行加温湿化处理，极易导致肺部感染、肺不张等并发症，采用 0.45%氯化钠与氨溴索，均匀混合，泵入混合液，持续气道湿化，对泵入速度进行合理控制，为 2ml/h，湿化气体，促进痰液的排出，同时降低气管内注入湿化液剂量，减少注入次数，避免发生污染。护理阶段，定时监测胃残留物容量，对肠内营养速度进行合理控制，避免发生反流，减少肺部感染发生风险。针对有创通气患者，均采用密闭吸痰管实施气道内吸引，防止开放吸痰对环境及人员造成污染；呼吸机呼气回路端放置细菌过滤器，避免对周围环境造成污染。同时，加强对医护人员感染防控知识的培训，全面落实手卫生，安排相关人员进行监督。将快速洗消毒装置放置在治疗车、床尾位置等，便于医护人员手清洁。加强病房环境的干预，做好清洁、消毒工作，每日采用 1000mg/L 含氯消毒液擦拭物体表面，每日至少进行 3 次，保证消毒效果。

1.3 观察指标

记录两组感染情况，计算感染率并进行对比。比较两组临床疗效，评估标准：显效：患者症状全部消失，X 线检查未发现异常，双肺无啰音；有效：患者症状明显缓解，X 线检查肺部存在阴影但有所减轻或基本消失，双肺呼吸音粗；无效：患者症状未得到明显改善甚至加重。有效率=（显效+有效）×100%。干预后通过世界卫生组织生活质量测定简表（WHOQOL-BREF）对两组生活质量情况进行评估，评价指标包括环境、心理、躯体、社会及综合，各指标分数区间 0-100 分，分数越高说明生活质量越佳。使用本院自制的护理满意度调查表评估两组护理满意度，满分为 100 分，包括满意（≥80 分）、一般满意（60-79 分）和不满意（<60 分）。满意度=满意+一般满意/总例数×100%。

1.4 统计学处理

将本组数据代入 SPSS21.0 软件处理分析，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，实施 t 检验；计数资料用%表示，用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组感染发生率对比

观察组发生 1 例感染,发生率为 5.00% (1/20), 对照组发生 7 例感染,发生率为 35.00% (7/20), 观察组显著低于对照组 ($\chi^2=4.889$, $P<0.05$)。

2.2 两组临床疗效对比

两组护理有效率差异显著, 观察组高于对照组 ($P<0.05$)。如表 2 所示。

表 2 两组临床疗效对比 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
----	----	----	----	----	-----

表 3 两组生活质量评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	环境	心理	躯体	社会	综合
观察组	20	75.37 $\pm$ 7.29	79.34 $\pm$ 6.42	77.54 $\pm$ 9.65	74.35 $\pm$ 9.42	72.27 $\pm$ 7.60
对照组	20	64.71 $\pm$ 7.72	69.83 $\pm$ 6.25	68.31 $\pm$ 9.37	64.63 $\pm$ 9.17	63.51 $\pm$ 7.39
t		4.490	4.747	3.069	3.307	3.696
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组护理满意度对比

两组护理满意度差异显著, 观察组高于对照组 ($P<0.05$)。如表 4 所示。

表 4 两组护理满意度对比 [n (%)]

组别	例数	满意	一般满意	不满意	满意度
观察组	20	15 (75.00)	5 (25.00)	0	20 (100.00)
对照组	20	6 (30.00)	9 (45.00)	5 (25.00)	15 (75.00)
χ^2					5.714
P					<0.05

3. 讨论

细菌性肺炎具有较高的发病风险, 是一种由细菌侵袭呼吸道、肺部导致的炎症病变, 常见的病原体包括肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌等, 同时具有较强的传播性, 能够通过飞沫、接触等途径进行传播, 该疾病在冬春季的发病风险较高, 患者的主要症状表现为程度不一的缺氧、咳嗽等症状, 严重威胁患者的生活及健康^[5]。目前临床治疗细菌性肺炎的主要方法为药物治疗, 但是多数患者及家属缺乏对疾病及治疗相关知识的了解, 认知水平低下, 出于对自身健康状态的担忧伴随一定的负性情绪, 如恐惧、焦虑等, 同时该疾病较为特殊, 病情复杂, 传染能力较强, 极易导致院内感染。所以临床治疗阶段, 更需要加强对护理工作的重视, 通过采取有效的护理干预措施促进患者恢复, 同时加强感染的防护。

过往临床护理多采用常规护理干预, 该护理模式依赖护理人员的经验, 以病情护理为主, 整体护理效果并不理想, 缺乏对感染等并发症预防的重视^[6]。因为不同患者的病情、体质状况、护理需求以及个人习惯等存在差异, 通过采取针对性护理模式, 能够充分尊重与考虑患者的个体差异, 制定科学合理的护理方案, 使护理工作更能满足患者要求, 提高护理服务质量^[7]。除此之外, 细菌性肺炎具有感染性强、传染率高等特点, 针对相关特点, 针对性护理明确以预防交叉感染的工作目标, 确保护理人员在过程中, 能够以患者为中心, 注重日常细节问题, 最大程度减少感染发生风险^[8]。通过本次研究结果可知, 观察组感染发生率显著低于对照组 ($P<0.05$), 且护理效果显著优于对照组 ($P<0.05$)。说明对患者实施针对性护理有助于减少感染发生风险, 为患者的安全提供保障, 同时能够促进患者恢复, 改善患者预后。针对性护理的具体内容包括呼吸道干预、生命体征监测、体位干预、感染预防等多项措施, 通过采取以上护理措施能够确

观察组	20	13 (65.00)	6 (30.00)	1 (2.50)	19 (95.00)
对照组	20	6 (30.00)	8 (40.00)	6 (30.00)	14 (70.00)
χ^2					4.329
P					<0.05

2.3 两组生活质量评分对比

两组生活质量评分差异显著, 观察组高于对照组 ($P<0.05$)。如表 3 所示。

保患者呼吸道的通畅性, 促进痰液有效排出体外, 减少肺部感染发生风险, 保证临床治疗效果, 改善患者的症状^[9]。同时, 本次研究显示, 观察组生活质量评分及护理满意度均显著高于对照组 ($P<0.05$)。说明实施针对性护理干预对于改善患者生活质量, 提高其满意度具有重要作用。在实际护理阶段, 针对性护理能够充分结合患者病情、体质等实际情况制定针对性护理方案, 对患者进行呼吸道护理、体位干预等护理措施, 同时注重感染的预防, 可以使患者的症状得到改善, 达到提高患者生活质量的目的, 进而有效提高患者的满意度^[10]。

综上所述, 对细菌性肺炎患者实施针对性护理效果确切, 对于预防感染发生具有重要作用, 有助于改善患者生活质量, 提高其满意度, 值得临床推广应用。

参考文献:

[1]李启儒,李代强,郑姣云,等.重症细菌性肺炎的病理形态学特征[J].临床与实验病理学杂志,2021,37(8):964-968.

[2]殷明媛.临床护理与感染防控对提高重症流感细菌性肺炎患儿治疗依从性的价值研究[J].中国社区医师,2021,37(1):155-156.

[3]张春艳,万娜,王淑芹,等.重症流感细菌性肺炎患者的临床护理与感染防控[J].中华现代护理杂志,2018,24(14):1617-1620.

[4]孙亚珂,张红,骆成玉.针对性护理对冠心病介入术后乳腺癌患者围手术期血栓风险的评估与影响[J].心肺血管病杂志,2021,40(4):364-367.

[5]孙兵,唐晓,李绪言,等.2017-2018年冬春季重症流感细菌性肺炎所致急性呼吸窘迫综合征的临床特点及预后危险因素分析[J].中华结核和呼吸杂志,2019,42(1):9-14.

[6]范广芬.重症流感细菌性肺炎患者的临床护理与感染防控[J].系统医学,2020,5(5):163-165.

[7]梅彩云.分析针对性护理在肺炎护理中的应用及对患者睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(8):1468-1469.

[8]周筱倩.小儿肺炎护理中实施针对性护理的护理满意度[J].中国医药指南,2021,19(14):157-158.

[9]何艳丽.针对性护理对哮喘性肺炎雾化吸入患儿临床症状及家属满意度的影响[J].包头医学,2021,45(2):61-62.

[10]邢颖颖.目标策略的针对性护理在支原体肺炎患儿中的应用[J].黑龙江中医药,2021,50(3):378-379.

乌兰察布市药品不良反应监测存在的问题及对策分析

刘振泽

察哈尔右翼前旗市场监督管理局 内蒙古乌兰察布市 012000

摘要: 本文收集乌兰察布市药品不良反应监测中心 2021 年的药品不良反应所有上报数据,结合作者自身从事基层药品不良反应监测工作中遇到的问题,根据国家药品不良反应监测数据库、文献研究等方法科学的分析存在问题的原因,发掘解决问题的可行性对策。结果:对基层药品不良反应工作重视不足、医疗机构上报质量不能保证、缺乏专业的评审团队、上报渠道单一有待完善等存在的问题需要不断地提高对药品不良反应工作关注,加强对药品不良反应的科学认识,培养专业的评审团队和拓宽上报信息的收集渠道等措施,以此加强我市的药品不良反应监测工作。结论:不断提高评审队伍的专业化、科学化是解决不良反应监测存在问题的根本途径。

关键词: 药品不良反应;监测;对策

药品不良反应指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的有害反应。根据药品的特性,本身就有发挥治疗作用和非治疗作用的特点,药品的不良反应即是它的非治疗作用,与患者的个体差异、饮食状况、其他药物的相互作用都有密切的关系,如何及时全面的掌握药品的不良反应就需要监测机构第一时间得到上报信息,经过专业科学的评估,确认属于该药的不良反应,及时上报上一级的监测机构。

我国的药品不良反应监测工作主要是以医疗机构为上报主体,首先通过医疗机构的账号,上报国家药品不良反应监测系统,经基层县区级监测中心进行报告的初步评价,然后继续上报给市中心监测中心,市监测中心对一般的药品不良反应报告进行最终评价,同时将新的和严重的药品不良反应报告上报给省级药品不良反应监测机构,省级监测评审团队通过科学的分析和专业的评判给出最终评价意见,并将新的或严重的不良反应导致患者死亡的报告上报给国家监测中心对其进行讨论和关联性评价,进一步对药品的安全性提供临床依据,对于不良反应发生率高的药品品种,要对医疗机构及时提出警戒,并提醒医疗机构要将这类药品在临床使用中作为重点监测对象。

乌兰察布市药品不良反应监测中心的上报主体包括 16 家当地的医院和 11 个旗县所属医疗机构,各旗县的医疗机构(多数为卫生院)上报于旗县的药品不良反应监测中心,经审核后上报乌兰察布市药品不良反应监测中心。

1 资料与方法

根据 2021 年乌兰察布市药品不良反应监测系统上报的所有数据,结合知网数据库,搜集相关的文献资料,学习发达地区的先进经验,以期达到适合当地药品不良反应监测工作得到改善的途径。

2. 乌兰察布市 ADR 报告情况

乌兰察布市药品不良反应报告数量呈逐年增长趋势,以 2021 年报告数最多为例,全年共收到药品不良反应 1144 份(669 份/百万人口),其中新的、严重药品不良反应报告 319 份,占总数的 27.88%,其中严重的药品不良反应报告 45 份,新的和严重 ADR 报告数未超过超过 30%,而且严重报告数占比偏低,一般说来,新的和严重的药品不良反应的报告更有价值,从上报数据来看整体可呈现出上报质量不高的弱点。上报医疗机构中二级及以上医院上报率高,但是新的和严重的报告数量不多,共 129 份,严重的共 29 份,私营医院,新的和严重报告仅有 10 份,严重更是为零报告。各旗县卫生院上报的新的和严重数为 190 例,严重数为 16 例,可以看出各级医疗机构监测能力参差不齐,二级及以上医疗机构还有很大的提升空间。

药品不良反应监测工作存在的问题

1、对于药品不良反应监测工作重视程度不足

2019 年经过机构改革后,乌兰察布市药品不良反应监测中心属于乌兰察布市市场监督管理局下设的二级单位,现有工作人员 11 名,其中大专学历 7 人,本科 3 名,研究生 1 名,药学专业的工作人员只有 2 名,均为在编人员,拥有适度的经费支配权,对于旗县级设的监测中心只是属于食品检验检测中心的一个科室,仅有一人从事监测工作,而且还是兼职,并且缺乏药学专业的人员,无法为上报报告作出合理地初评,造成很多无效报告的出现,导致工作效率不高。基层监测机构甚至没有固定的办公场所,人事权、经费权更是无从谈起,所需经费统一均由市场监督管理局提供,市场监督管理局监管范围广泛,科室多,经费用量大,使得药品不良反应监测工作逐渐边缘化,由于经费短缺,使得宣传、培训等活动很难顺利开展,种种这些客观条件的限制,导致公众对该工作的了解度不够,无法提高广泛的社会知晓度,很大程度的制约了基层药品不良反应监测工作的全面开展。

2 、医疗机构上报积极性不高、上报渠道单一

二级及以上医疗机构本来应该是药品不良反应上报的主要来源,由于医疗机构内部对于药品不良反应上报工作缺乏相应的奖罚机制,而且基层医疗机构医师工作量大,对监测工作重视度不够、上报意识也不强,普遍认为不上报也无所谓,多一事不如少一事,甚至存在为了完成工作出具虚假报告的情况,没有发挥出“前哨哨点”的作用。对于私营医院同样存在着这样的状况,不仅上报率低,报告存在信息不完整、不规范、时效性差、重复上报的现象,甚至部分医院全年无上报记录。而且还没有建立个人上报渠道,国家药品不良反应监测系统不向社会开放,必须经过医疗机构端才能上报,基层监测机构也没有设立专门对外开放的窗口,使得公众的参与度不高,无法有效收集所有出现的药品不良反应报告。

3. 缺乏专业的评审团队

对于医疗机构上报的药品不良反应报告,基层监测中心需要工作人员要对其内容进行详细审查评价,分析上报的患者用药后出现的症状是否与用药存在合理地因果关系,需要充分详细考虑患者本身的病史、过敏史、以及所用药品的药学特点,结合药品说明书,评定药品可能发生的用药后出现的不良反应的类型是否正确,是否属于药品新的不良反应或是严重型,这些工作必须有药学专业的背景才能顺利完成。由于基层市场局本身药学专业人员缺乏,而且监测人员很多是兼职,大多是食品检验检测专业,所以无法对上报的报告进行有效的的评价,筛查,很容易出现错报、漏报、甚至虚假报告的情况,无法为上报的药品不良反应报告把好第一关,使得工作效率大打折扣,上报的报告质量也达不到标准。

4. 对上报医疗机构缺乏有效监督

医药监管是相互分离的,对于药品不良反应监测工作,既得有医疗机构的执业医师参与,又得有临床药师的参与,而执业医师的执业规范由卫健委监管,而临床药师由市场局监管,所以医疗机构对于药品不良反应此项工作,两家机构都有监督管理的职责,而在实际工作中,卫健委参与度并不高,基本都是市场局在监管,而市场监督管理局对于医疗机构的日常监管仅仅对药品和医疗器械进行索票索证重点监督,并没有把药品不良反应上报工作作为检查工作的得分项,基层监测人员多在食品检验检测中心从事检验检测工作或市场监管局的非行政执法岗位,不能参加执法考试,没有执法权,只能日常定期督促医疗机构上报,对于拒绝上报、完不成上报工作的医疗机构无可奈何,而且监测人员没有相关的办案经验,执法人员缺少专业药学知识,又不参与监测工作,所以监测和行政执法管理的分离,虽有法律条款,但是对医疗机构上报监督工作形不成威慑力,约束力不强,也没有相应的处罚机制,使得对药品不良反应监测工作的监督效果微弱,药品不良反应监测工作推进困难。

5. 公众对药品不良反应的认识存在误区

由于药品的专业性比较强,平时公众对于药品不良反应信息的关注少,普通公众对于药品不良反应长期存在着认知误区,对于用药后出现的不良反应普遍认为是医师处方或药品质量的问题,把责任归咎于执业医师或者和药师的身上,如果发生严重不良反应,甚至还会出现医闹的现象,给药品经营单位带来很大的困扰,致使社会医患矛盾加剧。对于出现的轻微的不良反应只是自行停药待症状消失,很少主动向医师或药师反应,而且也缺乏专门的公众自行上报渠道,使得很多药品不良反应不能全面的收集。

对策分析

(1) 提高对药品不良反应监测工作的重视程度

市场监督管理局对于药品不良反应监测工作要给与更多人力和经费的支持,首先要减少监测人员的流动性,避免出现兼职现象,要配备专业的药学工作人员,给与从事监测的工作人员与其他科室同样的职称评定机会,加强工作人员的工作积极性,并且加大对该工作的经费支持,加强对监测工作人员的培训,鼓励工作人员对医疗机构多开展培训宣传活动,不断加深医疗机构对药品不良反应监测工作的认识,提高上报的积极性、主动性,积极通过不同的渠道向公众宣传药品不良反应的知识,逐步提高公众对该工作的认识,并鼓励公众积极参与到该项工作中。

(2) 建立医疗机构上报奖励机制,拓宽上报渠道

鼓励各级医疗机构建立长期有效的监测上报机制,将药品不良反应监测工作纳入工作人员绩效考核、职称评定、岗位晋升的参照内容,以此提高其上报工作的积极性,二级及以上医疗机构应进一步强化临床药师干预,积极发挥临床药师的作用,主动开展重点药品院内监测和药品安全性再评价,深入开展临床药品不良反应课题研究,积极主动发现药品不良反应,及早上报,而且可以有效的提高报告的真实性、准确性。对于工作拖沓,有意回避药品不良反应上报的医疗机构,一经发现该报的没有上报,必须给予严肃的处分。

而且应该将个体诊所也纳入监测范围,个体诊所的数量远远超过大型医院和卫生院,而且个体诊所作为基层医疗机构,有着庞大的就医群体,日常用药量大,出现药品不良反应的几率也大,一定要为所有的个体诊所都建立上报账号,在药品不良反应监测工作中肯定会发挥出的作用。

患者是药品不良反应发生的主体,第一时间得到药品不良反应信息对于上报工作非常重要。市场监督管理局向公众开放私人的上报渠道,可通过开通药品不良反应监测上报窗口、建立微信群、传真、邮箱等方式,让患者可以尽快把药品不良反应信息上报到基层监测,所得到的信息更加真

实准确,上报质量有保证。

(3) 建立专业稳定的评审团队

以市市场监督管理局牵头,成立药品不良反应监测人员初评审核团队,必须由药学基础的人员构成,加入三甲医院的主任医师、临床药师共同组成,对于上报的报告进行科学的分析,做出专业的评定,无误后上报自治区监测中心,每年对于新的和严重的报告进行总结,做出科学的报告上报自治区监测中心,医院的主任医师和临床药师也可以对市场监督管理局监测中心的工作人员、基层卫生院上报工作人员定期开展专业的培训,不断地提高其业务水平和专业素养,为国家的药品不良反应监测做出实质性的贡献。

(4) 与发挥卫健委协调合作,加强对医疗机构上报工作的监督

积极发挥卫健委对医疗机构的监管作用,提高药品不良反应对于医疗过程产生重大影响的认识,做好药品不良反应工作也会对医疗产生积极的作用。市场局与卫健委加强合作,对于医疗机构的药品不良反应监管里形成共同的监管机制,经常审查医院病历,检查处方,药历,如发现药品不良反应未及上报的处方和病历,及时通报批评,限期未改正的,按相关法规进行处罚,逐步形成监管威慑力,促进医疗机构有则报之的习惯,使得药品不良反应监测工作的顺利高效的开展。

(5) 加大对公众对药品不良反应的认识,提高用药安全意识

充分发挥当代多媒体的力量,通过微信公众号、快手等民众日常接触频繁的媒体,还可以通过电视收音媒体、社区宣传栏,车载广告等形式,定期聘请专家组织社区讲座授课,加大对《药品管理法》、《药品不良反应监测管理办法》等法律法规的讲解,大力宣传药品不良反应和用药安全的相关知识,提高民众对药品不良反应的认识与理解,尤其对于老年人,要用通俗易懂的语言传播常用药、不良反应发生率比较高的药品的用药注意事项以及不良反应发生后的处理方法,并提供便民电话,为民众日常用药出现的不良反应问题答疑解惑,鼓励公众积极上报药品不良反应,可以直接通过当地的基层监测中心上报,有了公众的参与和互动才能使得药品不良反应监测工作更有意义,也是公众理解药品不良反应监测对于用药安全的意义的重要途径,逐步扩大全社会对药品不良反应信息的知晓度和利用度,响应越来越多的民众参与到药品不良反应监测工作中,最终达到及时有效控制药品的潜在风险,保障公众用药安全的目的。

参考文献:

- [1]王丹,沈璐.药品不良反应主动监测的方法与我国的应用[J].中国药物评价,2012,29(1): 85-87.
- [2]举洪宝.药师在药品不良反应报告与监测中的作用分析[J].临床医药文献杂志,2016,3(3): 592-593.
- [3]王安民,王雪斌.药品不良反应监测方面药品监督管理部门的不足及应对措施[J].中国社区医师,2019,35(20): 184+186.
- [4]韩冬,王兴娇,赵迎欢.我国药品不良反应监测信息化建设过程中的问题与对策[J].中国管理信息化,2018,21(13): 182-184.
- [5]朱磊,黄萍,李颖.我国药品不良反应监测现状及存在问题[J].中国药事,2016,30(7): 729-734.
- [6]杨悦.近年我国药品不良反应报告与监测总体情况分析[J].西北药学杂志,2016,31(3): 323-326.
- [7]储海虹,徐瑞竹,许祥峰.海安县药品不良反应监测工作存在的问题及对策[J].中国卫生产业,2015(15): 58-59.

作者简介:刘振泽,男,1985.12,内蒙古乌兰察布市,汉,本科,执业药师,主管药师,临床药学。

协同护理模式在心内科护理中的体会

马淑兰 李探春

宁夏医科大学总医院心脑血管病医院心血管内科 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨协同护理模式在心内科护理体会。方法：采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 11 月期间接收的 92 例心内科患者，随机划分为对照组与观察组，每组各 46 例，对照组运用常规护理，观察组运用协同护理模式，分析不同护理操作后患者日常生活能力、自我护理能力、护理满意度、治疗依从性情况。结果：在患者日常生活能力、自我护理能力上，观察组各项评分明显高于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者治疗依从性上，观察组 95.65%，对照组 80.43%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组各项评分明显低于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者护理满意度上，观察组 95.65%，对照组 84.78%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：协同护理模式在心内科护理中应用可以有效地提升患者治疗依从性，改善患者负面情绪，提升其日常生活能力与自我护理能力，提高患者护理满意度，整体状况更好。

关键词：协同护理模式；心内科；护理

心内科疾病复杂多样，同时发病急促，病情严重，需要长时间的康复治疗。协同护理模式可以充分地利用现有的人力资源条件，提升患者自我护理能力，由此降低护理工作压力。本文采集 92 例心内科患者，分析运用协同护理模式后患者日常生活能力、自我护理能力、护理满意度、治疗依从性情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 11 月期间接收的 92 例心内科患者，随机划分为对照组与观察组，每组各 46 例。对照组中，男 29 例，女 17 例；年龄从 43 岁至 74 岁，平均 (55.81 ± 3.42) 岁；文化程度中，初中及以下为 27 例，高中为 14 例，大学为 5 例；观察组中，男 25 例，女 21 例；年龄从 42 岁至 76 岁，平均 (56.53 ± 2.16) 岁；文化程度中，初中及以下为 25 例，高中为 12 例，大学为 9 例；两组患者在基本年龄、性别、文化程度等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用协同护理模式，具体内容如下：

构建和谐护患关系，护患关系有助于护理工作的稳步推进。护理人员在与患者接触中相对频繁，需要保持整体专业形象，亲和有礼，让患者对其有更好的信赖感，由此带来更好的积极配合治疗护理工作的推进。要防控医患纠纷，在语言沟通上面要保持专业性，充分的尊重患者^[1]。注重礼貌用语的使用，避免不合理行为以及语言导致的护患冲突。要保持职业精神，在面部表情呈现上，要依据患者情况做对应的调整。要充分意识到患者具有一定的敏感情绪，要注重患者微表情的变化观察，由此来灵活的掌控交流方式以及合理语言的使用^[2]。

要对患者保持自然真诚的态度，要做好多样化的教育指导。教育方面可以群体性多人教育，也可以采用一对一的个体化教育。群体性的教育一般是每天在查房过程中依据患者情况变化，做针对性的情况的了解与指导^[3]。知晓患者不适感，进而做好针对性的教育指导工作。也可以让医护人员配合开展有关健康讲座工作。个体性的教育一般是针对个人情况做针对性地强调指导，要对于患者提出的疑问做耐心的倾听。要做好医护协同教育指导，这样可以有更强的说服力，尤其是医生的教育指导会给予患者更强的信赖感^[4]。

医护双方的配合可以将有关知识讲述得更为全面细致。医生要积极地参与有关护理工作的配合，提升整体工作开展的质量^[5]。医生参与到教育指导过程中，可以更好地提升患者对其教育指导内容的认同感，做好有关主动配合治疗的调理性。

要做好有关心理建设疏导工作，一般心内科患者容易因为疾病的危险性以及不适感导致消极负面情绪^[6]。尤其是心肌梗死急性发作时，患者会有濒死感，进而合并有抑郁情绪。需要做好患者心理障碍各方面情况的了解，依据其原因做好对应的处理。同时要意识到消极负面情绪对整体治疗恢复工作构成了干扰影响，积极的提升有关工作开展的重视程度^[7]。

患者因为疾病情况会出现多样化的异常不良状况，需要指导患者掌握必要的自救知识，自觉地做好病情的防控管理。如果在病情发作时，需要更好的配合有关急救工作的开展^[8]。在进行病情诊断过程中，如果病情严

重，同时抢救时间相对较短，这时候需要患者更强的自救引导做支持，自救能力直接影响着其疾病维护管理的效果。

协同护理包括护理人员与医生之间的协同，护理人员与家属之间的协同等多方面。医护之间的协同，包括健康教育，心理疏导以及生理治疗护理方面。保持更好的协同性，可以发挥双方的专业优势，做好患者整体状况的评估，积极地参与患者的沟通互动中。同时医生以及护理人员可以针对患者多样化情况做匹配性的治疗以及护理方案设计，保证有关工作开展的匹配性。护理人员与家属直接的协同工作，可以更好地调动家属的配合效果，减少家属方面的阻力。通过多样化的教育指导工作，让家属了解有关护理形式以及内容注意事项等，鼓励家属积极地参与到有关护理工作中，为患者提供更好的生活管理以及情感支持。护理人员与患者之间的协同方面，也对整体的治疗护理工作的效果产生较大的影响。

在教育指导工作方面也可以多样化的展开，针对患者具体信息接收习惯而定。可以通过播放视频、书面健康手册、手机电子文章等多种方式做好有关疾病知识的宣教指导，让患者对于有关疾病的治疗恢复有基本的了解把控。如果存在异常情况，需要让患者以及家属做好第一时间的及时应对反馈。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者日常生活能力、自我护理能力、护理满意度、治疗依从性情况。护理满意度分为很满意、基本满意与不满意，前两项指标比例之和为护理总满意度。治疗依从性分为完全依从、部分依从与不依从，治疗依从率为前两项比例之和。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用 t 检验， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者心理评分情况

见表 1，在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组各项评分明显低于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1： 各组患者心理评分结果 ($\bar{x}\pm s$ ，分)

分组	焦虑	抑郁
观察组	37.29±4.18	35.41±5.26
对照组	46.44±5.36	48.08±6.13

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 各组患者日常生活能力、自我护理能力情况

见表 2，在患者日常生活能力、自我护理能力上，观察组各项评分明显高于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2： 各组患者日常生活能力、自我护理能力结果 ($\bar{x}\pm s$ ，分)

分组	日常生活能力	自我护理能力
观察组	47.82±4.13	122.87±10.75
对照组	40.27±3.52	102.06±9.42

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.3 患者治疗依从性情况

见表3所示, 在患者治疗依从性上, 观察组 95.65%, 对照组 80.43%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表3: 患者治疗依从性评估结果[n (%)]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
观察组	46	27(58.70)	17(36.96)	2(4.35)	95.65%
对照组	46	15(32.61)	22(47.83)	9(19.57)	80.43%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表4所示, 在患者护理满意度上, 观察组 95.65%, 对照组 84.78%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表4: 患者护理满意度评估结果[n (%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意度
观察组	46	25(54.35)	19(41.30)	2(4.35)	95.65%
对照组	46	14(30.00)	25(54.35)	7(15.22)	84.78%

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

心内科患者中, 一般年龄较大, 同时病程长, 病情严重, 患者容易有多样化的负面情绪, 对整体治疗护理工作产生一定的影响。心内科护理人员所承受的护理工作压力较大, 无论是在工作强度还是工作难度上都相对较高, 身心负荷重。因此, 需要做好更好的护理工作来提升护理质量, 同时也减轻护理人员工作压力。

协同护理模式在一定程度上更好的调动医生、护理人员、患者以及家属各方面的协同性, 更好的保证护理工作的顺利开展, 提升整体护理工作推进的有效性。本研究中, 在患者日常生活能力、自我护理能力上, 观察组各项评分明显高于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 在患者治疗依从性上, 观察组 95.65%, 对照组 80.43%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 在患者焦虑、抑郁等心理评分上, 观察组各项评分明显低于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 在患者护理满意度上, 观察组 95.65%, 对照组 84.78%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。从研究结果可以发现, 通过协同护理模式的应用, 观察组有效地提升了患者日常生活能力、自我护理能力、治疗依从性, 患者对护理工作的满意度也相对更高, 整体的护理工作推进情况更好。说明这种护理方式运用的得体性, 匹配实际情况所需, 具有较高的可复制性。具体细节方面, 可以依据个体资源条件而定, 更好地利用现有的人力资源、技术、设备、环境资源等, 更好地提供患者舒适的护理体验, 优化整体疾病治疗康复的效果。

协同护理工作基于常规护理内容, 但是对常规内容有更好的丰富性与细致性, 调动护理人员各方面的工作积极性, 同时更好的提升患者、家属、医生各方面的支持度, 减轻护理工作压力, 提升护理工作效果。要做好各方面主观能动性的激发, 由此减轻护理人员工作负荷, 提升工作效率与质量, 做好人力资源的优化配置。心内科协同护理工作在一定程度上符合因地制宜、因人制宜的基本操作原则, 同时做好以人为本的护理基本理念, 让各方面被动角色得到主动参与的调动。患者的自护能力得到优化, 医生的专业知识技术支持效果更到位, 家属的支持辅助更积极, 护理工作开展的效率提升, 阻力降低。实际操作中, 护理人员要注重各方面关系的配合调动, 不可以强制性地要求患者去执行与接收, 而是更好的人性化理念出发, 满足患者的诉求。综合评估患者各方面情况, 有效的匹配个人认知、行为、心理情况做对应的护理工作安排。

当前心内科护理工作压力较大, 各方面资源相对有限。但是患者对治疗护理工作的要求提升, 这种状况下, 需要针对实际情况做各方面资源的调动, 由此来减轻护理工作承受的工作压力, 为最终的护理结果做保障。例如提升患者的自我防护能力, 尤其是患者个人情况自身了解更及时有效, 如果掌握必要的自救知识, 可以在医护人员不能及时到场时做出及时的应急反应。医护协同配合, 可以让护理人员得到更为专业性知识与技术的支持, 丰富护理人员操作经验, 弥补护理工作不足导致的负面后果。医

生的参与度更高, 其专业权威的形象有更强的心理安抚与知识讲解权威性, 工作推进的效果更好。协同护理模式需要调动更多人配合护理工作的开展, 因此有关护理工作的组织能力要更强, 能更好地配合他人调动他人的参与积极性, 由此保证工作顺利开展。要做好护理人员的培训管理, 提升工作开展的执行力。一般包括沟通能力、协调组织能力、心理学、社会学、法律常识以及专业护理技术方面, 由此来保证护理工作更好的落实, 避免形式化导致的工作浪费与无效。要做好多样化的培训管理, 线上与线下形式结合, 提升培训工作开展的灵活性。

协同护理模式在一定程度上强调基于实际的人力资源、财力资源等综合条件, 让护士进行患者有关自我照护活动的引导。让患者发挥更大的潜能, 同时积极的鼓励家属参与患者有关自我护理行为的监督以及辅助工作。强化有关方面的协同合作, 由此来提升护理工作质量, 达到患者生活质量的改善。对于协同护理的概念, 一般是展开两个以及两个以上学科的合作, 让患者以及家属有更强的指导辅助, 提升其认知行为水平, 让其各方面健康水平得到优化。该护理模式在一定程度上可以更大程度的激发患者与家属医护人员各方面的主动性, 调动其各方面的积极支持作用。可以通过现有的资源条件来激发患者、家属、医护人员各方面对患者疾病治疗恢复的参与支持性, 让患者自身发挥更大的自我护理潜能挖掘, 让护士患者家属、医生等各方面发挥更好的协同支持作用。协同护理模式中包含着护理工作所需要面对的健康教育、心理护理、生理护理等各方面工作, 其特点在于发挥各方面人员支持, 推进有关工作实现的效果。例如, 在健康教育工作中, 教育的对象集中在患者, 但是也需要调动家属的配合度。同时联合医护人员各方面的专业力量, 提升有关健康教育开展的质量。在形式上可以多样化, 书面化、口头化、一对一以及一对多等方式都可以合并进行, 充分地利用现有条件资源, 提升整个工作开展的实施效果。可以开展团队协同教育工作, 集中对象为患者, 展开多学科的共同协作工作, 让患者获得更为专业全面的疾病防控知识指导以及护理工作, 优化患者整体的身心体验感受。有大量研究结果证明, 通过协同护理模式可以更大程度的调动患者与家属、护理人员、医生等各方面的工作价值以及参与主动性, 挖掘患者自身治疗恢复潜能, 提升整个患者疾病治疗恢复过程中的管理水平。在一定程度上, 可以节约医疗资源, 提升工作质量以及效率。充分围绕患者需求, 展开各学科人员的配合, 甚至展开跨学科的协同护理团队应用, 发挥各方面人员自身的专业优势以及经验价值, 为医疗服务工作提供更好的支撑。对于临床护理而言, 传统干预方式情况相对单一, 缺乏多学科的价值协同联合作用。因此, 对于协同护理工作的推进, 在我国目前情况下还需要做更长时间的积累以及发展。调动国内外资源的支持, 整合科室内部的资源条件, 提升整个工作开展的成效。要积极的将有关工作引起领导层面的重视, 由此来保证有关工作推动有更强的支撑力。

总而言之, 协同护理模式在心内科护理中应用可以有效地提升患者治疗依从性, 改善患者负面情绪, 提升其日常生活能力与自我护理能力, 提高患者护理满意度, 整体状况更好。

参考文献:

- [1]郭红,任冬梅. 心内科护理中协同护理模式的应用体会研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(12): 569.
- [2]徐文静. 心内科护理中协同护理模式的应用体会研究[J]. 中外女性健康研究, 2020(15): 176-177.
- [3]陈贵琴. 协同护理模式在心内科护理管理中的应用分析[J]. 母婴世界, 2021(2): 201.
- [4]马艳美. 协同护理模式在心内科护理中的应用[J]. 东方药膳, 2021(2): 251.
- [5]马晓燕. 协同护理模式在心内科护理中的应用体会[J]. 母婴世界, 2021(13): 218.
- [6]张雨苗, 曹蕾. 协同护理模式在心内科护理中的应用分析[J]. 健康必读, 2021(17): 80.
- [7]周晴. 协同护理模式在心内科护理中的应用体会[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(20): 158-159.
- [8]于霞云. 协同护理模式在心内科护理中的应用体会[J]. 东方药膳, 2021(8): 269.

全程护理干预对急诊脑外伤患者院内转运时间及不良事件发生的影响

孙红娟

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要：目的：分析全程护理干预对急诊脑外伤患者院内转运时间及不良事件发生的影响。方法：选取2018年12月~2019年12月在本院接受治疗的98例急诊脑外伤患者作为研究对象，将其分为研究组和对照组，每组49例，对研究组实施全程护理干预，对照组患者采用常规转运护理干预方式，将两组院内转运时间、不良事件发生率以及护理后的护理满意率进行比较。结果：研究组护理满意率（97.95%）高于对照组（77.55%）（ $P<0.05$ ）；研究组不良事件发生率（2.04%）低于对照组（10.2%）（ $P<0.05$ ）；且研究组转运时间[（10.37±3.12）min]少于对照组[（13.47±3.99）min]（ $P<0.05$ ）。结论：对急诊脑外伤患者实施全程护理干预能够提高患者护理满意度、减少不良事件发生率，并降低院内转运时间。

关键词：全程护理干预；急诊脑外伤患者；转运时间；不良事件

【前言】 急诊脑外伤是当今社会较为常见的脑部创伤疾病，目前临床上主要通过急诊抢救、复苏等紧急处理，然后直接转运至检查科室、手术室及病房等进行下一步处理，因此转运过程尤为重要，如果转运过程中出现其他不良事件，易引起患者院内转运无法进行，从而错失抢救时间，严重影响患者的生命安全^[1]。所以一个高效的护理干预方式具有十分重要的意义。为了进一步研究对急诊脑外伤患者实施全程护理干预的应用效果，本次研究选取了98例急诊脑外伤患者进行对比，具体如下论述：

1. 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年12月~2019年12月在本院接受治疗的98例急诊脑外伤患者作为研究对象，纳入标准：（1）符合脑外伤的诊断标准^[2]，且经CT、MRI等诊断被确诊；（2）发病至就诊时间未超过3小时；（3）患者及家属均同意参与本次研究；排除标准：（1）合并其他严重的感染性疾病；（2）从外院转来我院；（3）转运途中死亡；（4）合并多处严重的创伤；（5）不能配合本次研究。将其分为研究组和对照组，每组49例，其中研究组男性患者29例，女性患者20例，年龄28-55岁，平均（38.4±4.9）岁，其中硬膜外血肿、颅骨骨折、颅内血肿、弥漫性索损伤、脑挫裂伤、硬膜下血肿患者分别为10例、7例、5例、2例、9例和17例；对照组患者中，男性患者30例，女性患者19例，年龄29-56岁，平均（39.5±4.7）岁，其中硬膜外血肿、颅骨骨折、颅内血肿、弥漫性索损伤、脑挫裂伤、硬膜下血肿患者分别为11例、6例、4例、3例、8例和18例。本次研究经过了本院伦理委员会的批准，且两组患者一般资料差异无统计学意义（ $P<0.05$ ），可以进行对比。

1.2 研究方法

1.2.1 研究组实施全程护理干预措施，具体包括以下几个方面：

①转运前护理。对患者实施转运之前，护理人员要与患者家属进行有效的沟通及交流，保证患者及家属均能够了解本次转运的主要目的，为了能够给患者提供更加优质的治疗服务，同时护理人员还要向患者以及其家属说明转运过程中可能会出现的一些不良事件，以及针对不良事件所制定的一些应对措施，密切观察患者以及患者家属的心理状态，并对其实施针对性的心理疏导，增强患者对治疗的信心，减轻患者以及患者家属心理上出现的负担。转运前为患者做基础身体检查，初步了解患者病情，根据其实际情况进行风险事件评估，为院内转运过程中所产生的风险事件提前做好防护准备，避免影响急救，减少不良事件的发生率，在此期间与其家属

保持沟通，提前告知转运目的和转运过程中易出现不良事件的风险，让患者家属初步了解病情状况，使其配合后期治疗。与此同时，护理人员还要按照标准的转运程序，及时通知单架工、电梯管理人员以及相关科室做好接收患者的准备，并尽早与其沟通患者的病情，使其准备好相关的抢救药物以及医疗设备。通过与患者家属进行有效的沟通，取得家属同意后在同意书上签字，方可进行患者转运。

②病情评估。护理人员要实时监测患者的生命体征，对存在意识的患者进行心理辅导，缓解其恐惧心理，增强患者治疗信心，从而提高患者抢救几率。一般情况下，由于脑外伤患者的病情比较严重，护理人员要及时对其病情严重程度进行评估，部分患者虽然经过初步的抢救治疗后，暂时脱离了生命危险，但是在转运的过程中也会发生一些不可知的安全风险，所以护理人员配合医师以及主管护士要加强对患者病情的评估，比如患者的用药情况、生命体征的变化情况、呼吸道管理情况等等，结合多个方面的情况对患者转运过程中可能会出现的风进行预测，针对预测可能会发生的不良事件制定相应的应对措施，从而将转运过程中可能会发生的安全风险降到最低，避免患者的病情出现变化^[3]。

③转运准备。在对患者实施转运之前，护理人员要对患者的口腔、呼吸道等进行详细的检查，保证口腔及呼吸道的畅通，如果发现患者口腔或者呼吸道中存在分泌物，要及时进行清理。护理人员还要对各转运仪器的运行情况进行检查，比如各管路的连接情况，相关仪器设备的电量情况，保证各管路连接牢固，相关仪器设备电量充足，转运的过程中还要加强对导管的监测，保证各导管未出现折叠、扭曲、挤压等情况，加强转运护理措施，防止患者转运过程中因移动颠簸造成其他身体伤害，完善防护措施，密切关注患者生命体征、呼吸以及意识等因素。护理人员还要结合具体情况准备氧气袋、呼吸球囊、心电监护仪以及抢救箱等物品，并随同转运患者一同到达相关科室，如果患者的病情比较特殊，还可以给其应用携带气管插管箱、开口器、除颤仪、吸引器以及口咽通气管等物品，总之，东西比较繁杂，需要护理人员全面分析，做好相关准备。

④转运中护理。对患者实施转运的过程中，为了防止患者坠床，护理人员要及时将床边护栏拉起，如果患者的病情比较特殊，还可以采用约束带对其进行暂时的固定，转运过程中，尽可能保证转运床的稳定性，尤其要避免转运过程中出现颠簸、剧烈震荡等行为，经过抢救治疗后患者依旧存在意识障碍，则要暂时协助患者取平卧位，并且将其头部偏向一侧。转

运的过程中,护理人员始终要走在离患者头部最近的位置,密切观察患者的呼吸、躁动、面色、意识等变化情况,同时还要加强对患者呼吸频率、呼吸形态、血压指标、心率指标、瞳孔大小、血氧饱和度等指标的检测,以便于能够及时发现一些异常情况,如果在转运的过程中患者出现异常反应,要及时配合主治医生进行处理。对于气管插管的患者,,在转运的过程中,护理人员还要加强对其人工气道固定情况的观察,保证导管固定的稳定性,避免导管滑落。在转运的过程中,大部分患者都会留置引流管,护理人员依旧还要加强对引流管引流情况的监测,如果发现引流管出现脱落、堵塞、折叠、挤压等要及时进行纠正。对于行机械通气的患者,护理人员注意要尤其观察患者两侧胸廓起伏的情况,如果起伏对称则提示呼吸正常。

⑤转运后护理。转运结束后,将患者进行安置急救,与急救科室进行交接,交接完成后让双方负责人签字,确保交接无误。

1.2.2 对照组实施常规转运护理干预

转运前进行不良事件评估,在转运前后,详细监控并记录患者生命体征、皮肤情况、瞳孔情况、意识情况等,并对患者的病情情况进行初步评估,做好详细的记录,接到急救通知后,根据患者的病情情况准备相关的转运器材以及治疗中可能会用到的药品,按照医院相关的标准规定与患者家属进行沟通,协助其他护理人员采用平板车或者单架对患者实施运送,注意在运送患者的过程中,也要加强对患者生命体征的监测,直至转运完成双方负责人签字。

1.3 观察指标 ①护理满意度;②不良反应(导管脱落、沟通不足、设备故障)发生率及转运时间。

1.4 统计学分析将数据录入 SPSS25.0 中进行统计分析。其中,计数资料以(n,%)表示、进行 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示、进行t检验。通过标准显著的方法得到P值,如P<0.05,代表差异显著,具有学术意义。

2. 结论

2.1 两组护理满意度的对比

研究组护理满意率(97.95%)高于对照组(77.55%)(P<0.05)。详见表1。

表1 两组患者护理满意度比较

组别	例数	非常满意(n)	基本满意(n)	不满意(n)	满意总数(%)
研究组	49	45	3	0	97.95
对照组	49	31	7	10	77.55
X ² 值	/	/	/	/	5.975
P值	/	/	/	/	0.021

2.2 两组不良反应发生率及转运时间对比

研究组不良事件发生率(2.04%)低于对照组(10.2%)(P<0.05),且研究组转运时间[(10.37±3.12)min]少于对照组[(13.47±3.99)min](P<0.05)。详见表2。

表2 两组不良反应发生率及转运时间对比

组别	导管脱落(%)	沟通不足(%)	设备故障(%)	不良反应发生率(%)	转运时间(min)
研究组	1(2.04)	0	0	2.04	10.37±3.12 (n=49)

对照组	2(4.08)	3(6.12)	0	10.2	13.47±3.99 (n=49)
-----	---------	---------	---	------	----------------------

3. 讨论

随着现代科技高速发展及交通的发达,急诊脑外伤患者日渐增多,并且该病患者在进行院内转运时,容易引起诸多风险事件,从而造成延误患者抢救时间等不良后果,严重威胁着患者的生命安全^[4]。综合护理干预的应用,为保证患者转运安全提供了可靠的保障^[5]。

本院近年来使用的综合护理干预,护理人员对转运之前、转运中以及转运后的各项工作进行了细致化的管理,保证在转运过程中的各项护理工作能够规范的进行,护理人员每一项护理操作有章可循、有据可依,有效的避免了护理工作的盲目性以及经验性^[6]。本院护理人员在转运前通过对患者病情情况的评估,推测了转运过程中可能会出现的一些不良事件,结合相应的问题提出了一些有效的解决措施,一方面增强了患者及家属对治疗的信心,另一方面还提高了护理人员对风险意识,使其能够与其他医护人员进行互相协作^[7]。与此同时,护理人员还加强了与患者以及其家属的沟通,稳定了患者及其家属的情绪,避免了医患纠纷。护理人员与电梯管理人员、担架工以及其他科室进行沟通使其做好接收患者的准备,有效的缩短了转运等待的时间。在转运的过程中,通过密切观察患者各项生命体征以及导管导流情况,保证了各导管通畅性,转运结束后与相关科室进行患者资料交接,有效的保证了护理工作的连续性。

而根据本次研究结果:研究组护理满意率(97.95%)高于对照组(77.55%)(P<0.05);研究组不良事件发生率(2.04%)低于对照组(10.2%)(P<0.05);且研究组转运时间[(10.37±3.12)min]少于对照组[(13.47±3.99)min](P<0.05),充分说明了通过实施全程护理干预能够减少导管脱落、沟通不足、设备故障等问题的发生,还能加强转运过程中护理人员与患者及其家属的沟通效果,大幅度提升转运速度,缩短了转运时间,为患者进行急救提供了时间保障^[3],从而加强抢救成功率。

综上所述,对急诊脑外伤患者院内转运实施全程护理干预能够提高患者护理满意度,减少不良事件的发生率,并降低院内转运时间,具有推广价值。

参考文献:

- [1]王斌,刘婷.急诊重度颅脑损伤患者院内转运中的无缝隙交接[J].中华护理杂志,2015,50(2):246-247.
- [2]张进彦.急性重症颅脑损伤患者急诊护理的临床效果[J].实用临床医学杂志,2015,19(12):110-111.
- [3]杨新.88例脑外伤患者急诊救治及护理效果[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(2):127-129.
- [4]孙秀芳,王珊.全程护理干预对急诊脑外伤患者院内转运时间及不良事件发生的影响[J].医疗装备,2018,31(6):167-168.
- [5]屈莫,席婷,李志华.急诊重度脑外伤并休克患者中实施人文关怀护理的应用效果及对护理质量的影响[J].养生保健指南,2021(4):198.
- [6]石俊.一体化链式创伤急救护理在急诊颅脑外伤中的应用观察[J].航空航天医学杂志,2020,31(11):1387-1388.
- [7]周春平,陈香芝.危机管理联合外伤急救护理在急诊颅脑外伤中的应用及对患者神经功能的影响[J].现代医药卫生,2021,37(8):1383-1387.

优质护理服务模式在骨科人工关节置换术中的应用

王欣雨 阿斯木古丽·艾海提

新疆医科大学第一附属医院 关节外科 830000

摘要：目的：探究接受骨科人工关节置换术治疗的患者应用优质护理服务模式的效果。方法：观察对象为随机选择的 160 例接受骨科人工关节置换术治疗的患者，分为试验组（优质护理服务模式）和常规组（常规护理模式），评价标准包括并发症、护理满意度、心理状态评分和术后康复指标。结果：在并发症发生率方面，试验组和常规组比较存在较大的差异，试验组低于常规组；在护理满意度方面，试验组和常规组比较存在较大的差异，试验组高于常规组；在术后恢复指标方面，试验组和常规组比较存在显著的差异，试验组比常规组短；干预后，在心理状态评分方面，试验组和常规组比较存在显著差异，试验组低于常规组，（ $P < 0.05$ ）。结论：接受人工关节置换术治疗的骨科患者应用优质护理服务模式能够使其康复速度得以加快，且患者的心理状态有所改善，减少术后发生并发症的风险。

关键词：优质护理服务模式；骨科人工关节置换术；应用效果

在临床手术治疗方案中，人工关节置换术较为常见。该手术适用于骨性关节炎疾病或者类风湿性关节炎以及创伤性关节炎等疾病，能够使关节障碍得以消除，如畸形和疼痛以及以及不稳等。患者经手术治疗后，其关节功能有所恢复，然而该手术会对患者造成一定的创伤，特别是老年患者和具有较差手术耐受性的患者，最终影响手术疗效。基于此，应给予进行人工关节置换术治疗的骨科患者更加优质的护理服务。优质护理服务模式较为新颖，是现阶段比较流行的一种护理模式，现已在临床上得到广泛的应用。在相关研究结果中提到，对骨科人工关节置换术治疗的患者应用优质护理服务模式效果显著，尤其是在提高护理满意度以及降低并发症发生率方面效果更加明显^[1]。现对行人工关节置换术治疗的骨科患者应用不同的治疗方案，具体研究内容如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

患者一般资料（表 1）。

表 1 两组患者一般资料比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别（n）	男/女	年龄（岁）
试验组（n=80）	45/35	57.52±2.31
常规组（n=80）	48/32	57.11±2.70
t	0.415	0.332
P	5.147	6.744

1.2 方法

常规组：实施常规护理模式，即手术前固定患者，并给予消肿止痛等护理措施，对患者实施基本健康教育，做好术前准备工作，手术后指导患者进行早期康复训练，做好并发症预防护理工作，在患者出院前叮嘱患者按照医生的要求来院复查^[2]。

试验组：实施优质护理服务模式，主要包括以下几点：（1）心理干预：因进行人工关节置换术的患者普遍年龄较大，在行动和生活方面都不太方便，极易产生负向情绪，尤其是对该治疗方法存在疑问和对预后比较担忧的患者。护理人员以视频等形式加强患者对该手术治疗相关内容的了解，并将自己亲身经历的治疗成功案例介绍给患者，根据每位患者的实际情况采取实施有针对性的心理干预，对患者的表述进行认真的倾听，减轻患者的心理压力，提高患者治疗疾病的信心。（2）组建优质护理服务团队：保证每位患者均有相应的负责任护理人员，小组成员包括一名经验丰富的护士长和五名护理人员。根据每位患者的疾病情况摆放正确的姿势，确保每

位患者保持关节功能位。针对进行髋关节置换术的患者应在平躺时下肢处于外展的状态。护理人员对患者的意识和病情以及生命体征变化情况实施密切的观察。针对骨折的患者的，护理人员确保骨折部位妥善固定，并对其局部活动进行相应的限制，协助患者开展适当的功能训练。针对长期卧床的患者，护理人员每天定时协助患者进行一次翻身，避免发生并发症。根据每位患者的恢复情况制定个性化的康复训练方案，护理人员将训练方法教会给患者，并在患者出院之际叮嘱患者完成训练方案，但是要控制好训练的强度和量。将联系卡发放到每位患者手中，并叮嘱患者及时的和医护人员联系，尤其是在出现护理问题时。（3）具体实施：护理人员每天将病房的窗户打开进行通风，并做好消毒工作，合理调控室内的温湿度，并保证空气的清新。叮嘱患者养成良好的作息规律，控制病房出入人员，为患者提供一个安静舒适的治疗环境。护理人员每天对患者伤口引流管情况进行观察，每天进行一次床上擦浴，做好皮肤清洁护理工作，在擦洗后涂抹适量的润肤品。在患者体位发生改变后及时告知家属按摩受压部位。叮嘱患者多进食含有较高蛋白质和钙质的食物，适当增加饮水量，患者出院后，护理人员定期对患者进行电话随访，在对患者实施健康教育的同时叮嘱患者按照医生的要求来院复查^[3]。

1.3 观察指标

对比两组患者的相关指标。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 并发症比较

试验组 80 例患者中只有 1 例患者出现肺部感染，并发症总发生率为 1.25%，常规组 80 例患者中发生肺部感染、褥疮、深静脉血栓分别有 3 例、6 例、3 例，并发症总发生率为 15.00%。在并发症发生率方面，试验组和常规组比较存在较大的差异，试验组低于常规组，（ $P < 0.05$ ）。（表 2）

表 2 并发症比较（%，n）

组别（n）	例数	肺部感染	褥疮	深静脉血栓	总发生率
试验组	80	1（1.25）	0（0.00）	0（0.00）	1（1.25）
常规组	80	3（3.75）	6（7.50）	3（3.75）	12（15.00）
χ^2	-	1.020	7.253	3.045	13.315

P	-	0.312	0.007	0.081	0.000
---	---	-------	-------	-------	-------

2.2 护理满意度比较

试验组 80 例患者只有 4 例患者对护理服务表示不认可,总满意度为 95.00%,常规组 80 例患者中,有 18 例患者对护理服务表示不满意,总满意度为 77.50%,在护理满意度方面,试验组和常规组比较存在较大的差异,试验组高于常规组, ($P<0.05$)。(表 3)

表 3 护理满意度比较 (% , n)

组别 (n)	例数	十分满意	基本满意	不满意	总满意度
试验组	80	58(72.50)	18(22.50)	4(5.00)	76(95.00)
常规组	80	34(42.50)	28(35.00)	18(22.50)	62(77.50)
χ^2	-	18.359	4.146	13.455	13.455
P	-	0.000	0.042	0.000	0.000

2.3 术后恢复情况比较

试验组患者的住院时间、拆线时间、术后疼痛时间分别为 (13.65±1.14) d、(12.31±1.25) d、(3.20±0.25) d,常规组患者的住院时间、拆线时间、术后疼痛时间分别为 (17.63±1.68) d、(14.87±1.58) d、(5.40±0.87) d,在术后恢复指标方面,试验组和常规组比较存在显著的差异,试验组比常规组短, ($P<0.05$)。(表 4)

表 4 术后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别 (n)	例数	住院时间	拆线时间	术后疼痛时间
试验组	80	13.65±1.14	12.31±1.25	3.20±0.25
常规组	80	17.63±1.68	14.87±1.58	5.40±0.87
t	-	11.521	7.885	14.377
P	-	0.000	0.000	0.000

2.4 心理状态改善情况比较

干预前,试验组患者的 SAS 评分、SDS 评分分别为 (73.32±8.64) 分、(53.68±6.12) 分,常规组患者的 SAS 评分、SDS 评分分别为 (72.12±8.90) 分、(54.13±6.17) 分,两组比较无显著差异。 ($P>0.05$); 干预后,试验组患者的 SAS 评分、SDS 评分分别为 (52.17±5.64) 分、(33.62±4.35) 分,常规组患者的 SAS 评分、SDS 评分分别为 (61.62±6.98) 分、(43.17±4.92) 分,在心理状态评分方面,试验组和常规组比较存在显著差异,试验组低于常规组, ($P<0.05$)。(表 5)

表 5 心理状态改善情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (n)	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	80	73.32±8.64	52.17±5.64	53.68±6.12	33.62±4.35
常规组	80	72.12±8.90	61.62±6.98	54.13±6.17	43.17±4.92
t	-	0.985	6.866	0.722	11.640
P	-	0.255	0.000	0.377	0.000

3 讨论

人工关节置换术就是将金属和陶瓷以及高分子聚乙烯等材料所制成的假体植入到患者体内,其中以人体的构造和实际形态等作为基础^[4]。也可以理解成为人工关节置换术就是在患者的体内通过外科技术植入人工关节,使原本患病的关节功能得以替代,旨在减轻患者的关节疼痛感和促进关节功能恢复。在临床实践中应根据每位患者的实际情况选择相应的人

工关节置换术方式^[5]。现阶段,在我国外科技术和生物材料不断发展与进步的背景下,从原本的膝关节和髋关节置换术已经发展成为肩关节和肘关节等小关节的置换术,且大多数患者能够正常使用植入的假体超过 20 年,有的患者还能够终身使用^[6]。手术成功的关键虽然是人工置换技术,然而要想使手术治疗效果得以保证,使其处于理想的状态,优质的护理服务和康复训练也至关重要。基于此,应为进行人工关节置换术治疗的骨科患者实施优质的护理服务,只有这样才能确保手术成功^[7]。

在本次报道中,对接受人工关节置换术的患者应用优质护理服务模式,有针对性的心理干预措施能够使患者术后产生的恐惧和焦虑等负面情绪得以消除,护理人员每天定时为患者翻身,显著降低压疮的发生率^[8]。护理人员每天做好消毒工作,最大限度的降低肺部感染等相关并发症的发生率。护理人员根据患者的恢复情况为其制定个性化的康复训练方案,加快患者的康复速度^[9]。正是因为护理人员为患者提供优质的护理服务,才获得试验组患者并发症、护理满意度、术后恢复情况、心理状态改善情况等评价标准显著优于常规组患者,进一步证实优质护理服务模式能够对骨科人工关节置换术患者产生积极影响。由此可见,优质护理服务模式能够使患者的康复时间得以缩短,患者及其家属对护理服务更加满意。之所有获得如此显著的效果,主要是因为该护理模式具有较强的完整性,使患者得到的服务更加全面和细致,所组间的护理团队中成员都有明确的责任,各个护理人员以较强的责任感和积极的工作态度开展各项日常工作,促进护理工作效率的不断提升,进而提高临床护理质量,手术的治疗效果得以保障的同时还有助于患者术后疾病的尽快康复^[10]。

4 结论

总而言之,对骨科人工关节置换术患者应用优质护理服务模式能够获得良好的效果,尤其是在减少并发症发生风险和提高护理满意度以及促进术后尽快康复等方面效果更加显著。因此,优质护理服务模式是一种行之有效的护理人工关节置换术患者的方法。

参考文献:

- [1]刘昌胜,陈春秀.优质护理服务模式在骨科人工关节置换术中的应用[J].临床医学工程,2021,28(03): 359-360.
- [2]李宁.骨科人工关节置换术患者应用优质护理服务模式的效果分析[J].中国社区医师,2020,36(09): 162-163.
- [3]陈燕.优质护理服务模式在骨科人工膝关节置换患者护理中应用的效果研究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(21): 20+39.
- [4]古丽白热木·艾肯.优质护理服务模式在骨科人工关节置换术患者中的应用价值研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(22): 221+224.
- [5]裴向丽.分析优质护理服务模式在骨科人工膝关节置换术患者中的应用价值[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(48): 270+272.
- [6]方小霞.优质护理服务在骨科人工关节置换护理中的价值研究[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(45): 141.
- [7]黄艳丽.优质护理服务模式在骨科人工关节置换术患者中的应用价值研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(53): 306-307.
- [8]张凤.优质护理服务模式在骨科人工关节置换患者护理中的应用效果分析[J].中国现代药物应用,2019,13(17): 211-212.
- [9]鲍琴,李海燕.优质护理服务模式在骨科人工关节置换患者护理中的临床价值研究[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(61): 121.
- [10]杨涛.分析优质护理服务模式在骨科人工膝关节置换术患者中的应用价值[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(72): 337-338.

临床护理路径在小儿静脉留置针穿刺护理中的应用效果观察

吴艳华

菏泽市中医医院 儿科 274000

摘要：目的 观察临床护理路径在小儿静脉留置针穿刺护理中的应用效果。方法 选取我院于2019年2月~2020年4月收治的96例需行静脉留置针穿刺治疗的小儿患者作为此次研究对象，电脑随机分为观察组以及对照组，每组均48例。对照组应用常规护理，观察组应用临床护理路径，对比两组护理后效果。结果 观察组患儿静脉留置针一次穿刺成功情况明显优于对照组， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义；并发症发生率比较，观察组为8.33%，低于对照组的27.08%，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；观察组患儿监护人满意评分明显高于对照组， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。结论 对于小儿患者，有效的应用临床护理路径，能够有效提高一次穿刺成功率，减少相关并发症的发生，同时对科室护理服务质量也有明显提升作用，值得推广。

关键词：常规护理；针对性护理；小儿患者；静脉留置针穿刺

小儿患者群体因年龄较小、表达不清以及自我约束能力较差等因素，导致在接受治疗过程中容易出现不配合就医甚至哭闹的现象，无法得到高度配合，导致常规输液技术应用效果较差，为了有效的改善这种情况，临床治疗过程中多以静脉留置针作为其主要输液工具^[1]。静脉留置针是由不锈钢针芯、质地柔软的外套管以及塑料针座组成，是临床工作中常用的一种输液工具，多用于连续性输液治疗的患者^[2]。尽管静脉留置针在小儿静脉输液中应用有较多的优势，但同时也不能忽视静脉留置针在使用过程中需注意的问题，如渗液、静脉炎、皮下血肿等并发症均为静脉留置针使用中经常出现的并发症，一旦出现此类并发症，对患儿顺利治疗及治疗效果的提升均可能产生影响。有调查显示，在小儿静脉留置针穿刺护理中，实施针对性的护理措施，能够提高一次穿刺成功率，减少相关并发症的发生。基于此，本次对2019年2月~2020年4月96例行静脉留置针穿刺治疗的患儿进行研究，观察临床护理路径的应用效果，现研究结果如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院于2019年2月~2020年4月收治的96例需行静脉留置针穿刺治疗的小儿患者作为此次研究对象，电脑随机分为观察组以及对照组，每组均48例。观察组男性24例，女性24例，年龄3~10岁，平均年龄 (6.24 ± 1.75) 岁；对照组男性16例，女性22例，年龄3~11岁，平均年龄 (7.30 ± 1.98) 岁。纳入标准：①无重大疾病患儿；②所有患儿监护人知情同意。两组患者的性别、年龄等一般资料对比无明显差异， $P>0.05$ 表示差异不具有统计学意义，存在可比性。

1.2 方法

所有患儿认真核对信息后均采用静脉留置针进行输液，对照组给予常规护理，即：健康宣教、用药指导以及更换静脉滴注药液等，据患儿的病情给予相应的临床护理干预，用通俗易懂的语言描述使用静脉留置针的优点以及重要性，并告知其风险。

观察组实施临床护理路径对患儿进行护理，通过总结以往临床护理经验，根据不同患儿选择合适的临床护理路径并落实到每一位患儿。具体方法如下：

1) 留置前护理。在穿刺留置针前，对留置针需合理选择，通常小儿留置针选择24G静脉留置针，穿刺后用高透气专用敷贴贴紧。在对穿刺部位选择时，应选择血流丰富、富有弹性、粗直、无静脉瓣的血管，且选择部位要尽可能的避开关节，保证固定方便。此外，保证其穿刺环境光线良好，在清洁、安静的环境中进行穿刺，护理人员要严格按照无菌操作原则进行穿刺，防止环境因素引起输液污染问题发生。

2) 留置期间护理。留置期间，需要做好以下护理工作：首先，加强巡视。目的是对留置针留置期间出现的异常情况及时发现与处理。巡视过程中，护理人员需对留置针密切观察，留意是否有渗液、渗血、局部炎症反应及肿胀等情况，如果发现有此类情况，需将留置针立即拔除，并给予患儿25%~50%硫酸镁湿敷，对出现的不良反应及时处理，保证穿刺部位局部皮肤处于干燥状态。其次，封管。静脉留置针留置期间，采用生理盐水进行封管，生理盐水具有刺激性小的特点，能维持细胞外液渗透压及容量，对静脉炎的发生能有效预防，且具有操作简单、价格低廉等优势；在封管时，需选择适合的封管方法，以减少置管并发症、延长留置时间。通常采用正压封管法，将针头倾斜置入留置针内，将生理盐水推如，不会引起负压产生；也可采用脉冲式封管方法，优势在于在导管内能够形成小漩涡，将导管内、留置针内的药液能冲洗干净，避免导管堵塞发生。最后，留置时间。在留置时间方面要严格进行控制，留置时间不宜过长，避免引起静脉炎发生，通常留置3~5d，最多不超过1周。

3) 并发症预防。静脉留置针穿刺及留置期间，容易出现静脉炎、药液外渗、皮下血肿等并发症，因此在护理过程中，需要对上述常见并发症积极预防。首先，在静脉炎预防中，要求护理人员在穿刺操作中，动作需轻柔，严格遵循无菌操作原则，尽可能的提高一次穿刺成功率，对留置针要固定牢固；对输液的顺序要合理安排，如先输注高渗性、刺激性液体，再输注非刺激性液体，最后用生理盐水封管。对药液外渗预防中，要求护理人员不断提升自身的操作技能，穿刺操作时动作轻柔，对导管妥善固定，如果出现药液外渗时，要将留置针立即拔除，并给予局部硫酸镁湿敷；对皮下血肿预防时，也要求护理人员掌握熟练的穿刺技术，保证快、准、稳，提升一次穿刺成功率，能有效预防皮下血肿发生。

1.3 观察指标

比较两组患儿穿刺成功情况、并发症发生情况及患儿监护人满意评分。分值为0~3分，分数越高表示满意度越高。

1.4 统计学分析

采用SPSS21.0统计软件对本次研究数据进行统计学分析。计数资料采用百分比(%)表示，结果采用 χ^2 检验。计量资料采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，结果采用t检验，差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2 结果

2.1 两组患儿静脉留置针穿刺成功情况对比

观察组患儿静脉留置针一次穿刺成功情况明显优于对照组， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。数据见表1：

表1 两组患儿穿刺成功情况对比 [n (%)]

组别	例数	一次穿刺成功	多次穿刺
观察组	48	46 (95.83)	2 (4.17)
对照组	48	28 (58.33)	20 (41.67)
χ^2		4.241	5.436
P		<0.05	<0.05

2.2 两组并发症对比

并发症发生率比较, 观察组为 8.33%, 低于对照组的 27.08%, 差异有统计学意义, $P < 0.05$, 见表 2:

表2 两组并发症发生情况比较[n (%)]

组别	例数	疼痛	皮下血肿	液体渗漏	发生率
观察组	48	2 (4.17%)	1 (2.08%)	1 (2.08%)	4 (8.33%)
对照组	48	6 (12.50%)	4 (8.33%)	3 (6.25%)	13 (27.08%)
χ^2					9.249
P					<0.05

2.3 两组患儿监护人满意评分对比

观察组患儿监护人满意评分明显高于对照组, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。数据见表 3:

表3 两组患儿监护人满意评分比较[$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	例数	监护人满意度
观察组	48	2.91±0.06
对照组	48	1.74±1.02
t		9.981
P		<0.05

3 讨论

目前, 临床中在对诸多疾病治疗时, 静脉输液治疗是主要方法, 能够对疾病有效治疗, 也因此多种疾病治疗中及挽救患者生命中, 静脉输液治疗都发挥着重要作用。而随着医学技术的发展以及患者对医护工作需求的不断提升, 传统输液方法在应用中的缺陷也逐渐显现出来, 这也使得医院中诸多科室对静脉留置针的使用率越来越高。静脉留置针的优势在于, 能够有效减少反复穿刺带给患者的痛苦, 同时也降低了因反复穿刺引起感染发生的可能, 而穿刺次数的减少也降低了护理人员的工作量。

静脉留置针因其操作简洁、可以减少反复穿刺的痛苦以及可以较长时间留置等优点广泛应用于儿科并受到众多家长的青睐。但因小儿患者对疼痛极度敏感、自控能力较差以及配合度较低等原因, 导致静脉留置针穿刺困难重重^[3]。同时虽然静脉留置针有诸多优势, 但在实际使用过程中同样可能会出现液体外渗、导管堵塞、静脉炎等并发症发生。这就需要在静脉留置针使用过程中需要通过护理干预措施的加强, 对相关并发症积极预防。常规护理措施在应用中, 由于针对性不强, 虽然一定程度上能预防并发症发生, 但预防效果并不理想。由于常规护理措施无法有效的改善这种现象, 因此, 在反复临床工作实践过程中, 医护人员们不断的总结经验, 逐渐形成临床护理路径模式^[4]。临床护理路径是近年来新兴起的护理模式, 可以通过护理人员有效的干预稳定小儿患者的情绪, 使穿刺工作效率增加。有研究表示, 对患儿进行有效的临床护理路径干预可提高工作质量^[5]。通过对临床护理路径在小儿静脉留置针穿刺护理中的应用实践进行总结可知, 临床护理路径属于标准化的护理流程, 不仅能够提升护理工作效率,

同时也能提高护理工作质量。在实际护理工作中应用时, 先针对小儿静脉留置针护理工作的方法通过临床工作经验总结、资料查询整理等途径, 对护理方法进行总结, 并制定护理方案, 保证护理工作能有序、有效的开展。具体护理中, 通过留置针穿刺前对留置针的合理选择、对穿刺部位的选择等护理, 保证一次穿刺成功率的提升; 留置针穿刺后, 通过对穿刺部位皮肤、封管液及封管方式的选择、留置时间的设置等, 能够有效减少不良反应的发生, 延长留置针使用时间, 同时又避免了留置时间过长引起的并发症发生; 此外, 针对静脉留置针留置期间常见并发症, 在护理过程中重点进行预防, 最大限度的降低并发症的发生。本研究发现, 临床护理路径护理后患儿静脉留置针一次穿刺成功情况明显优于常规护理患儿, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义, 表明临床互留路径在小儿静脉留置针穿刺护理中应用, 保证了穿刺工作的顺利进行, 有利于提高一次穿刺成功; 并发症发生率比较, 观察组为 8.33%, 低于对照组的 27.08%, $P < 0.05$, 说明在小儿静脉留置针穿刺护理中, 实施临床护理路径, 能够有效减少相关并发症的发生, 提高留置针穿刺及留置期间的安全性; 临床护理路径护理患儿监护人的满意评分明显高于常规护理, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。进一步表明临床护理路径在小儿静脉留置针穿刺护理中的应用可以有效增加一次穿刺成功几率, 降低患儿痛苦, 提高医护人员工作效率以及患儿监护人对护理工作的满意度, 值得推广。

综上所述, 在小儿静脉留置针穿刺护理中, 临床护理路径的实施有利于一次穿刺成功率的提升, 且可预防相关并发症的发生, 护理质量较高, 值得推广。

参考文献:

- [1]梁月艳. 小儿反复呼吸道感染护理中实施健康教育路径的应用价值[J]. 中国保健营养, 2020, 30(27): 343-345.
- [2]钟慧群, 张立力, 赵洁, 等. 血液病患者外周静脉留置针不同留置部位的效果观察[J]. 解放军护理杂志, 2019, 36(6): 67-69.
- [3]袁晓秀. 全面护理干预在雾化吸入治疗中对小儿患者焦虑抑郁心理状态及雾化效果的影响[J]. 医学美学美容, 2019, 028(019): 187.
- [4]何莉. 围手术期临床护理路径在剖宫产瘢痕憩室护理的应用及效果评价[J]. 山东医学高等专科学校学报, 2020, 42(3): 59-61.
- [5]钟雪梅. 临床护理路径在小儿腹股沟斜疝手术患者中的应用[C]// 中华护理学会第9届全国造口、伤口、失禁护理学术交流会, 中华护理学会全国外科护理学术交流会, 中华护理学会全国神经内、外科护理学术交流会. 0.
- [6]司书红. 临床护理路径在小儿静脉留置针穿刺护理效果分析[J]. 中外医疗, 2021, 40(13): 110-112, 115.
- [7]王晴, 陈洁. 小儿护理中静脉留置针的临床应用效果及不良反应发生率分析[J]. 科学养生, 2021, 24(13): 156.
- [8]张晓娟. 风险护理管理在小儿静脉留置针输液中应用效果的分析[J]. 健康忠告, 2021, 15(3): 154.
- [9]李延旭. 小儿留置针穿刺部位选择与静脉血栓形成的临床观察及护理干预[J]. 特别健康, 2020(22): 187, 185.
- [10]李蓉. 持续质量改进护理在小儿静脉留置针穿刺护理管理中的应用效果[J]. 中国卫生产业, 2020, 17(1): 66-68.
- [11]侯文倩. 留置针敷贴致小儿皮肤过敏的原因以及相应的护理措施探讨[J]. 皮肤病与性病, 2020, 42(6): 909-910.
- [12]黄莹. 改良小儿静脉留置针固定方法对降低压力性损伤的护理效果及满意度影响研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(55): 83, 85.

优质护理服务在妇科门诊中的应用

徐丽华

宁夏吴忠市青铜峡市妇幼保健计划生育服务中心 宁夏吴忠 751600

摘要：目的 探究妇科门诊应用优质护理服务的效果。方法 选择 2022 年 1 月至 2022 年 2 月本院妇科门诊收治患者 100 例作为研究对象，随机数字表法分组，分对照组（n=50）和观察组（n=50）。对照组采用常规门诊护理服务，观察组采用优质护理服务。比较两组患者护理质量（工作态度、心理疏导、风险管理、护患沟通）得分、护理不良事件发生率、护理满意度以及护理前后汉密尔顿焦虑量表（Hamilton Anxiety Scale, HAMA）、Kolcaba 简化舒适量表得分。结果 观察组患者工作态度、心理疏导、风险管理、护患沟通得分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者护理不良事件发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者护理满意度高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。护理前，两组患者 HAMA、Kolcaba 得分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，两组患者 HAMA、Kolcaba 得分均有所改善，且观察组患者 HAMA 得分低于对照组、Kolcaba 得分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 在妇科门诊中应用优质护理服务可提高护理工作质量，减少护理不良事件，提升患者就诊舒适度，缓解其焦虑情绪，提高满意度，值得推广。

关键词：优质护理；妇科；门诊；不良事件；焦虑；舒适；满意度

前言：妇科是诊治女性生殖系统疾病的专门科室，主要可分为妇科炎症、性病、妇科肿瘤等七大类别，且每个类别又可细分为多个小病种，具有常见、多样、复杂、久治不愈等特点，严重影响女性身体健康。但临床调查显示，我国妇科疾病患者多受困于传统认知，认为此类疾病具有私密性，羞于主动诊治，且妇科疾病多病情复杂，诊疗耗时较长，若患者诊疗体验较差，多数患者会在就诊中途退出治疗，从而贻误病情^[1-3]。也因此，如何提高妇科门诊患者诊疗体验成为社会关注的热点问题。优质护理是指以患者为中心，强化基础护理，全面落实护理责任制，深化护理内涵，从而整体提升护理水平的护理模式^[4]。本文即选择 2022 年 1 月至 2022 年 2 月本院妇科门诊收治患者 100 例作为研究对象，探究妇科门诊应用优质护理服务的效果，见下文。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选择 2022 年 1 月至 2022 年 2 月本院妇科门诊收治患者 100 例作为研究对象，随机数字表法分组，分对照组（n=50）和观察组（n=50）。对照组中，年龄最小患者 16 岁，年龄最大患者 58 岁，平均年龄（ 38.57 ± 10.25 ）岁；未婚 24 例、已婚 26 例。观察组中，年龄最小患者 16 岁，年龄最大患者 60 岁，平均年龄（ 38.22 ± 10.14 ）岁；未婚 22 例，已婚 28 例。两组患者年龄、婚姻资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：患者均符合《临床诊疗指南妇产科学分册》^[5]标准；患者及家属均知情研究，并签署同意书。

排除标准：合并精神类疾病；存在严重脏器功能障碍患者；合并恶性肿瘤患者；中途退出研究患者。

1.3 方法

对照组采用常规门诊护理服务，即功能性护理，具体：① 导诊服务。护理人员遵照医院相关规定以及医嘱为患者提供就诊引导。② 疑问解答。对患者的疑问咨询给予及时的答复。③ 秩序维持。护理人员遵照院内规定对门诊部患者就诊秩序予以维持，提高就诊效率，并尽可能避免患者与患者、患者与医护人员间发生冲突。

观察组采用优质护理服务，具体：① 环境护理。护理人员需对门诊环境予以重视，注意门诊环境干净整洁，还可通过设置饮水机、医学刊物等举措解决患者就诊时的生理、心理需求，如解决患者饮水困难、缓解患者就诊时的焦虑情绪。② 共情护理。患者入院后，护理人员需积极主动接待患者，始终保持温和、亲切的语气，给予患者细心的引导，并同时为患者介绍院内基本情况，如诊室环境、就诊流程、医师配置等，增强患者的就诊信心；对于独自就诊的患者，护理人员可通过牵引、握手、微笑等举措拉近双方距离，提升患者对护理人员的信任感，缓解医院陌生环境给患者造成的负面情绪。③ 个体化护理。妇科疾病种类繁多，护理人员可针对患者实施不同疾病、不同就诊情况的个体化护理干预。不同就诊情况举例，

初次入院诊治患者重视其情绪的干预，因此类患者对医院环境陌生、疾病相关知识匮乏，多存在焦虑、紧张、恐惧等情绪，护理人员可积极主动介绍院内医疗水平、疾病预防保健、治愈出院患者案例等信息；复诊患者则需重视其疾病调配、医嘱检查流程，积极询问患者症状恢复状况，遵照医嘱为患者合理安排检查流程，节省患者复诊时间。不同疾病情况举例，B 超患者需重视其检查前的指导工作，如合理引导患者憋尿排尿、告知患者检查流程等；高龄患者则需重视其就诊的陪伴，护理人员应耐心陪伴患者完成就诊，协助患者完成相应检查，如搀扶患者前往诊室、帮助患者检查床体位正确摆放。④ 良好沟通。护理人员需对患者进行的每一个就诊环节、使用药物主动进行讲解，告知患者及家属该环节或药物的注意事项和目的，保证患者就诊公开透明，保持良好护患沟通。⑤ 意外事件防控。护理人员需严格遵照规定进行静脉穿刺和用药，避免反复穿刺或用药不良反应，并加强巡视，密切关注患者体征，积极询问患者感受，如有异常状况，及时上报处理。⑥ 科学管理。本院强化护理人员管理制度，合理排班，并完善护理责任制，通过护理人员的文化水平、工作经验进行分级，不同等级护理人员分工明确。同时，本院还抽调经验丰富的护理人员组成护理质量评估小组，对护理工作中发生的问题予以总结改进。

1.4 观察指标

1.4.1 比较两组患者护理质量得分。护理质量评价指标包括工作态度、心理疏导、风险管理、护患沟通四项，由质量评估小组综合打分，单项指标均为 10 分，得分越高，护理工作质量越好^[6-7]。

1.4.2 比较两组患者护理不良事件发生率。护理不良事件由质量评估小组统计，包括给药错误、患者数据丢失、反复穿刺等，同一患者多项不良事件均以首次不良事件计算。

1.4.3 比较两组患者护理满意度。本院采用自制满意度调查问卷，问卷内容包括工作态度、沟通技巧、门诊环境、心理疏导、及时反馈等，总分 100 分，以分值划分：非常满意（患者问卷总分 90~100 分）、满意（患者问卷总分 80~89 分）、尚可（患者问卷总分 60~79 分）、不满意（患者问卷总分 0~59 分）四项，总满意度=（非常满意+满意+尚可）患者例数/分组总例数*100%。

1.4.4 比较两组患者护理前后汉密尔顿焦虑量表（Hamilton Anxiety Scale, HAMA）、Kolcaba 简化舒适量表得分。HAMA 量表采用 5 级评分法（0~4 分），以无症状为 0 分，以轻度症状为 1 分，以中等症状为 2 分，以重度症状为 3 分，以极重症状为 4 分，得分越低，患者焦虑情绪越轻^[8]。Kolcaba 简化舒适量表包括生理（8 项选择）、心理（9 项选择）、文化（4 项选择）、环境（7 项选择）四项维度，采用 4 级评分法（0~3 分），以非常不同意为 0 分，以不同意为 1 分，以同意为 2 分，以完全同意为 3 分，得分越高，患者舒适感越强^[9]。

1.5 统计学方法

本研究数据均采用 SPSS26.0 系统处理。计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，

以 t 检验。计数资料用 (%) 表示, 以 χ^2 检验。P<0.05 则表明差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 比较两组患者护理质量得分

观察组患者工作态度、心理疏导、风险管理、护患沟通得分均高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。详情见表 1。

表 1 护理质量得分比较 ($\bar{x} \pm s$; 分)

组别	工作态度	心理疏导	风险管理	护患沟通
对照组 (n=50)	7.22±1.15	6.58±1.24	7.85±0.86	8.02±1.11
观察组 (n=50)	8.96±0.67	8.12±1.14	8.86±0.95	9.24±0.43
T	9.2443	6.4649	5.5732	7.2470
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 比较两组患者护理不良事件发生率

表 2 护理不良事件发生率比较[n (%)]

组别	给药错误	患者数据丢失	反复穿刺	其他	总发生率
对照组 (n=50)	1 (2.00)	1 (2.00)	2 (4.00)	3 (6.00)	7 (14.00)
观察组 (n=50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	1 (2.00)
χ^2	-	-	-	-	4.8913
P	-	-	-	-	0.0270

2.3 比较两组患者护理满意度

观察组患者护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。详情见表 3。

表 3 护理满意度比较[n (%)]

组别	非常满意	满意	尚可	不满意	总满意度
对照组 (n=50)	13 (26.00)	15 (30.00)	16 (32.00)	6 (12.00)	44 (88.00)
观察组 (n=50)	22 (44.00)	18 (36.00)	10 (20.00)	0 (0.00)	50 (100.00)
χ^2	-	-	-	-	6.3830
P	-	-	-	-	0.0115

2.4 比较两组患者护理前后 HAMA、Kolcaba 简化舒适量表得分

护理前, 两组患者 HAMA、Kolcaba 得分比较, 差异无统计学意义 (P>0.05); 护理后, 两组患者 HAMA、Kolcaba 得分均有所改善, 且观察组患者 HAMA 得分低于对照组、Kolcaba 得分高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。详情见表 4。

表 4 护理前后 HAMA、Kolcaba 简化舒适量表得分比较 ($\bar{x} \pm s$; 分)

组别	HAMA		Kolcaba 简化舒适量表	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=50)	16.54±3.28	10.26±2.68*	40.25±10.26	52.68±11.16*
观察组 (n=50)	16.29±3.36	6.53±2.02*	40.48±10.08	63.86±12.74*
T	0.3765	7.8591	0.1131	4.6676
P	0.7074	0.0000	0.9102	0.0000

(注: *表示与同组护理前比较, P<0.05)

3. 结论

妇科门诊是医院接待妇科疾病的窗口, 但传统妇科门诊护理模式多为常规导诊分诊护理, 即护理人员依照医嘱环节引导患者完成就诊即可, 期间护患交流少, 患者诊疗配合度难以提升, 就诊体验较差, 甚至会影响患者就诊效果^[10]。因此, 应用更为优质的护理模式意义重大。

优质护理是医学以人为本理念发展的产物, 该护理模式核心理念为“以患者为中心”, 即护理人员重视患者“身”、“心”两方面的需求, 结合患者自身特点, 从而为患者提供个体化、人性化的高质量护理服务^[11-12]。本院应用优质护理干预后, 护理人员可从个体化护理、意外事件防控、科学管理三项措施满足患者就诊期间的生理需求, 如高龄患者行动不便时由护理人员耐心陪伴并协助完成就诊、遵照规定进行静脉穿刺避免反复穿刺给患者带来的痛苦等; 同时通过共情护理、良好沟通等措施, 可显著增进护患之间的交流, 提高患者对护理人员的信任感, 从而缓解对医院和疾病诊疗的紧张、恐惧等负面情绪。

本文中, 观察组患者工作态度、心理疏导、风险管理、护患沟通得分均高于对照组, 护理不良事件发生率低于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。由此可见, 优质护理可显著提高妇科门诊护理工作质量, 减少护理不良事件。

护理后观察组患者 HAMA 得分低于对照组、Kolcaba 得分高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。则佐证了优质护理对患者焦虑情绪、就诊

观察组患者护理不良事件发生率低于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。详情见表 2。

表 2 护理不良事件发生率比较[n (%)]

组别	给药错误	患者数据丢失	反复穿刺	其他	总发生率
对照组 (n=50)	1 (2.00)	1 (2.00)	2 (4.00)	3 (6.00)	7 (14.00)
观察组 (n=50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	1 (2.00)
χ^2	-	-	-	-	4.8913
P	-	-	-	-	0.0270

2.3 比较两组患者护理满意度

观察组患者护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。详情见表 3。

舒适度的有效改善, 这与韩丽娟^[13]学者的研究结果大致相同。

而观察组患者护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。凸显优质护理对患者就诊满意度的提升效果, 这利于医院良好口碑的建立, 能够为医院进一步发展做出贡献。

综上所述, 在妇科门诊中应用优质护理服务可提高护理工作质量, 减少护理不良事件, 提升患者就诊舒适度, 缓解其焦虑情绪, 提高满意度, 值得推广。

参考文献:

- [1]王惠. 优质护理在妇科门诊护理中的应用效果观察[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6 (10): 174-175.
- [2]李淑芳. 门诊妇科护理中开展优质护理服务的体会[J]. 中国保健营养, 2020, 30 (13): 244.
- [3]郭娜. 优质护理服务在妇科门诊的实施效果分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2018, 5 (14): 67-67+71.
- [4]叶世丽. 优质护理服务理念在妇产科护理中的实践效果观察[J]. 糖尿病天地, 2018, 15 (10): 276.
- [5]中华医学会. 临床诊疗指南. 妇产科学分册[M]. 人民卫生出版社, 2007.
- [6]郝丹丹. 探究优质护理服务理念在门诊护理工作中的应用[J]. 中国医药指南, 2018, 16 (2): 221-222.
- [7]黄芳, 周培. 优质护理服务在妇科门诊的作用观察[J]. 医药前沿, 2018, 8 (3): 272-273.
- [8]杨淑梅, 刘淑芸, 张龄玉, 等. 优质护理服务在妇产科的临床应用效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3 (30): 125.
- [9]李春花, 赵翠萍. 浅谈妇产科护理中的优质护理服务[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2018, 18 (1): 241-242.
- [10]姜艳慧. 优质护理服务在妇产科中的应用[J]. 中国保健营养, 2018, 28 (26): 236.
- [11]宋波. 妇产科护理中的优质护理服务方法初探[J]. 中国保健营养, 2020, 30 (17): 264.
- [12]牛晓珍. 优质护理服务在妇产科门诊中的应用[J]. 糖尿病天地, 2018, 15 (7): 241-242.
- [13]韩丽娟. 优质护理改善妇科门诊患者遵医行为、自我效能感的效果研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2021, 42 (11): 990-992.

CT 多平面重建技术对叁期尘肺及并发症的诊断价值分析

禹智文

新疆维吾尔自治区人民放射科 新疆乌鲁木齐 830000

摘要：目的：CT 多平面重建技术对叁期尘肺及并发症的诊断价值分析。方法：本次研究对收入的叁期尘肺进行数字化研究分析，采用数字化 X 线片摄影（DR）技术和 MPR 技术，分析大阴影检出率和相关并发症的实际发生情况。结果：检查结果显示，患者的 MPR 和 DR 的胸片都检查出了大阴影，其中 MPR 有 153 个、DR 有 130 个；DR 检查结果对比，MPR 检查患者的临床钙化、胸腔积液、肺灰等相关并发症发生率更高，患者检查结果差异有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；但是对肺大泡的检出率没有统计学意义（ $p > 0.05$ ）。对比 DR 技术，MPR 对空洞、钙化、支气管扩张的检出率更好，差异有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。结论：对比数字化 X 射线摄影技术，MPR 可有效诊断叁期尘肺患者的肺部大阴影和并发症问题，检出结果有统计学应用价值，建议推广。

关键词：CT 多平面重建技术；叁期尘肺及并发症；诊断价值

叁期尘肺属于尘肺疾病的一个发病阶段，患者的病症发病和病症恶化和自身细胞代谢和生物活性物质变化有相关性，临床患者的疾病可以表现为炎症、免疫应答和组织丢失修复和纤维化等，患病后患者的自身生理机制发生病变，对患者的日常生活带来极大的威胁。临床对尘肺疾病的诊断主要依赖《职业性尘肺病的诊断》，建议处于特殊工作环境如矿山、工厂的接受定期的职业疾病筛查，对疾病尘肺病进行早发现、早诊断和早治疗，减少患者的并发症发生率同时增强患者的劳动能力，抵抗力，预防病症发生或恶化。与此同时，我国的临床医疗诊断技术、影像学技术发展迅速，在叁期尘肺诊断中发挥了重要的作用。数字化 X 线摄影（DR）技术和螺旋电子计算机断层扫描技术（CT）在肺病诊断中具有极高的价值，且是当前尘肺疾病临床诊断的一个依据。CT 诊断标准暂未得到普遍推广，但是临床的研究表示，CT 胸部检查可有效观察尘肺病的发病特点，了解病灶的内部细微征象，临床的诊断精准率较高，是尘肺疾病筛查的一个新颖技术^[1]。本文针对叁期尘肺患者的 MPR 成像结果和 DR 胸片进行对比，探索该技术对叁期尘肺患者大阴影内部分析情况和周边征象的并发症诊断价值，相关内容报道如下：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究从本院 2020 年 3 月-2021 年 9 月收入的叁期尘肺患者中随机抽取 48 例，对患者进行影像学研究分析。

对照组 48 例，男性 29 例，年龄为 36.1 岁-74.2 岁，平均年龄为（54.4±2.32）岁，女性 19 例，年龄为 37.5 岁-73.9 岁，平均年龄为（55.4±2.19）岁。患者年龄≥60 岁有 21 例（43.75%），<60 岁有 27 例（56.25%）病程：3 月以内有 12 例（25%），3-6 月有 21 例（43.75%），6 月以上有 15 例（31.25%）伴随症状：咳嗽有 40 例（83.33%），气促有 39 例（81.25%），胸闷有 33 例（68.75%），咳痰有 32 例（66.67%），不明显有 3 例（6.25%）工作环境：煤矿有 24 例（50%），工厂有 21 例（43.75%），其他有 3 例（6.25%）家族肺病史：有 12 例（25%），无 36 例（75%）。入选患者都接受本院的叁期尘肺诊断，符合《职业性尘肺病的诊断》中关于叁期尘肺的诊断标准；排除存在严重并发症，心脏、肝脏等器官严重衰竭的患者。入选患者对临床的诊断事宜均知晓，签署知情同意书。且排除有化疗治疗、放射治疗、

手术切除的患者。

1.2 方法

DR 检查技术如下：采用西门子摄像机、医用红外线激光胶片和干式激光洗像仪；设置仪器电压参数为 120KV，电流为 250mAs。检查后用技术处理的方式捕捉最佳图像并储存、打印胶片，完成 DR 检查和成像。

CT 检查如下：用 16 层螺旋 CT 扫描，设置参数电压同 DR，电流为 100mA；扫描时间 0.5 s/圈，容积采集为 1 mm×16mm，层厚 1.0 mm，间距 0.8 mm，螺距 1.0，矩阵 256×256。患者接受诊断检查，取仰卧位后屏住呼吸。医生从肺尖扫描至膈下完成全部范围扫描。扫描结束后将图像传送工作站进行 MPR 重建，设置纵隔窗：窗位 60 HU，窗宽 360 HU；肺窗：窗位-600 HU，窗宽 1 600 HU，多平面观察患者的肺部病症情况。

1.3 观察指标

阅片小组有 3 名具有国家级尘肺诊断资质的影像学专家，4 名 5 年以上尘肺病诊断经验的住院医师组成。

设置 DR 和 CT 阅片时间在 3 周内完成，CT 检查采用了 MPR 技术，对不符合胸片质量的片子需要经过审核，重新拍摄。所有的片子都符合临床的阅片要求。

采用 GBZ 70 鄧 2015《职业性尘肺病的诊断》作为诊断依据，结果需要参照 CT 和 MPR 的立体影像对叁期尘肺患者的尘肺大阴影数量和内部细节、并发症进行鉴定^[2-3]。

1.4 统计学分析

采用 Excel 软件收集患者的影像学数据，使用 SPSS22.0 统计学软件，计数资料为[n（%）]，予以 χ^2 检验；计量资料为[$\bar{x} \pm s$]，予以 t 检验。P 值<0.05 提示统计学意义成立。

2. 结果

2.1 MPR 与 DR 检查叁期尘肺患者大阴影常见征象检出对比见表 1

现有的诊断结果显示，对比 DR 技术，MPR 可有效诊断肺气肿、肺结核、胸腔积液、肺炎并发症，差异显著，指标对比（ $p < 0.05$ ）；但是肺大泡并发症诊断时候，两种技术之间差异不显著；没有统计学意义（ $p > 0.05$ ）。

表 1 MPR 与 DR 检查叁期尘肺患者大阴影常见征象检出对比[n（%）]

小组	例数	肺结核	肺气肿	肺大泡	胸膜增厚和粘连	胸腔积液	肺炎
MPR	48	13（27.08%）	35（72.92%）	24（50%）	31（64.58%）	19（39.58%）	16（33.33%）
DR	48	23（47.92%）	23（47.92%）	10（20.83%）	20（41.67%）	10（20.83%）	7（14.58%）
χ^2	-	4.4444	6.2722	8.9260	5.0614	4.0021	4.6313
p	-	0.0350	0.0123	0.0028	0.0245	0.0454	0.0314

注: (1) MPR 检出大阴影病灶 153 个, DR 检出大阴影病灶 130 个。

(2) MPR 为 CT 多平面重建技术结果; DR 为数字化 X 线摄影技术结果。

2.2 DR 和 CT 检查对叁期尘肺患者大阴影常见征象检出对比见表 2

两组诊断结果对比, 对比 DR 技术, MPR 技术对小空洞、钙化和支气管扩张、疤痕旁气肿的诊断结果差异显著, 其中分析结果显示, MPR 技术可以更加清晰地观察大阴影和并发症的表现, 因此对病变位置的诊断精准率更高; DR 技术可以显示大阴影部分, 但是对临床的并发症诊断显示有所欠缺, 检出率因此有显著不同。

表 2 DR 和 CT 检查对叁期尘肺患者大阴影常见征象检出对比[n(%)]

小 例 组 数	小空洞	钙化	支气管扩张	疤痕旁气肿	其他	
DR 48 3	(6.25%)	12 (25%)	7 (14.58%)	21 (43.75%)	2 (4.17%)	
CT 48 11	(22.92%)	40 (83.33%)	35 (72.92%)	44 (91.67%)	3 (6.25%)	
X ²	-	5.3519	32.8951	33.1852	25.2030	0.2110
p	-	0.0207	0.0001	0.0001	0.0001	0.6460

注: (1) DR 为数字化 X 线摄影技术结果; CT 为电子计算机断层扫描技术结果。

3. 讨论

临床的病理诊断研究表示, 尘肺病患者的尘肺病表现为肺野有异常表现, 其中肺野阴影长和短径分别大于 20/10mm, 患者的双侧肺门上方呈现出“八”字形态^[4]。影像学检查结果中, DR 和 MPR 的胸片影像学结果符合, 可发现患者胶原纤维混合尘组成团块, 部分患者伴随有钙化和淋巴细胞浸润, 内部有肺泡和支气管、血管受损的表现。患者肿块边缘位置可以观察到周围的肺间质出现放射性延伸的胶原纤维表现, 还能够观察到肺组织周围出现间质纤维化、肺泡萎缩、塌陷等问题, 周围还能够观察到显著的疤痕气肿表现^[5-6]。而叁期尘肺患者在临床就诊中可以观察到肺结核、肺气肿病症, 可借助 CT 扫描技术观察患者的肺气肿、钙化和空洞等征象。然而 MPR 重建技术的特点在于可以从多角度和 多方位来观察患者的 DR 胸片所容易忽视的问题, 如患者的纵隔后方、脊柱旁、心影等隐匿部位。而且该技术的另外的优势在于可以精准观察到患者的圆形小阴影和血管影部位。采用 MPR 重建技术还能够观察患者叁期尘肺的内部结构情况, 可多维度的分析患者的病症, 及时且有效地观察患者的内部结构、细节征象, 对患者的疾病鉴别和肺癌肿块、结节病变都有一定的诊断、疾病鉴别价值。从操作便捷化和精准度来看, 常规的 CT 平扫技术无法及时调整图像的角度, 临床影像学的结果可能出现征象的成影交叠或者是异物遮挡, 直接影响了叁期尘肺的诊断精准率。故此, 临床建议对叁期尘肺患者予以螺旋 CT 平扫联合 MPR 技术重建, 确保对叁期尘肺的疾病诊断和并发症观察分析, 故此对患者后期接受针对性的治疗, 康复管理有所帮助^[7-9]。

从本文的研究结果表示, MPR 技术和 DR 胸片技术下, 二者的阴影病灶诊断有一定的差异, 其中叁期尘肺诊断中, MPR 并发症发生率要显著高于 DR 检查结果, 这一研究和临床的多项研究有类似之处。分析原因, 这是因为 DR 胸片图像极易出现重叠, 受到组织部位如心脏、纵膈重叠较差, 直接会影响肺部病变的诊断精准效果。此外, 叁期尘肺患者的病变问题较为严重, 患者的肺结核、肺部组织炎症等并发症的问题会被掩盖。肺结核的发生部位也会和尘肺的大阴影相重叠。而该技术利用了 MPR 的成像技术, 可有效清除骨骼和软组织对阴影部位的遮挡进而获得较为理想的病灶显示效果^[10]。此研究结果下, 胸膜增厚和黏连的观察的精准率较高, 而因为肺大泡发生特殊, 是因为阴影收缩和肺泡支架受到损坏所致, 故此

MPR 和 DR 胸片对肺大泡的检出率之间没有差异, ($p>0.05$), 无统计学意义。从研究的结果来看, 叁期尘肺临床病症也多伴随着小空洞、钙化和支气管扩张的问题, 其中大空洞问题发生是患者感染、液化坏死所生成, 部分患者的空洞娇小, 都小于结核形成的空洞, 因而临床 DR 胸片的检出率不全面。而 MPR 技术本身在病灶周围对的边缘形态, 血管方面有优势, 故此对比 CT 轴位成像技术更精准和直观^[11]。而 MPR 技术成像技术在胸腔积液方面的显示效果也更好。叁期尘肺患者病症诊断期间, 大阴影伴发支气管扩张和支气管截面技术也需要特殊的 MPR 技术获得, 获得精准的定量、定性分析、分型研究, 最终确诊病症^[12]。临床也有研究表示, MPR 技术的成像技术可以更好地显示病灶周边和周围组织的关系, 对毛刺征、胸膜凹陷征、等恶性征象检出率较高, 均优于 CR 平扫检查。综上所述, MPR 技术可有效诊断叁期尘肺疾病和并发症。通过 CT 合并 MPR 技术可有效诊断叁期尘肺病症, 临床也能够作为疾病的诊断、筛查依据, 也能当做 DR 技术的补充手段, 建议推广。

参考文献:

- [1]张乾屹,铜陵市 393 例职业性尘肺病死亡病例回顾性调查[J].职业与健康,2022,38 (08): 1009-1011+1016.
- [2]张雅娟,曾凤霞,吴天琼,陈小轲,叶更新.多层螺旋 CT 多平面重建技术与数字化 X 线摄影对照分析在叁期尘肺诊治中的应用[J].中华劳动卫生职业病杂志,2021,39 (09): 681-684.
- [3]傅惠恩,尚波,窦焕新.淄博市 2000—2019 年 154 例新发叁期尘肺病患者发病特征分析[J].职业卫生与应急救援,2020,38 (04): 403-406.
- [4]N. Nezami,M. Osman,F. Sodagari,N. Murali,D. Silin,K. Hong.Abstract No. 529 Fluoroscopic versus conventional computed tomography-guided lung nodule core biopsy: radiation dose versus time[J].Journal of Vascular and Interventional Radiology,2020,31 (3): 569-576.
- [5]唐美岸,许金桂,余燕湘,彭胜,陈奇,朱香,肖雄斌.融合灶总体积对叁期尘肺病患者肺功能评估的意义[J].职业卫生与应急救援,2017,35 (04): 305-307.
- [6]曹殿凤,焦方磊.煤工尘肺叁期~(18) F-FDG PET/CT 检查误诊 1 例[J].中国工业医学杂志,2017,30 (04): 292-293.
- [7]艾进颖,封小东,柳建强,王玉君.1988—2015 年唐山市 70 例尘肺叁期发病和影像学特征[J].职业与健康,2017,33 (10): 1306-1309.
- [8]Stuart L. Cohen,Jason J. Wang,Nicholas Chan,Chinara Feizullayeva,John Austin McCandlish,William O'Connell,Pina Sanelli.Predictors of radiation dose for CT pulmonary angiography in pregnancy across a multihospital integrated healthcare network[J].European Journal of Radiology,2019,121 (121): 114-116.
- [9]姚玉龙.叁期煤工尘肺高分辨 CT 影像分析[J].吉林医学,2014,35 (23): 5219.
- [10]Shen Cong,Yu Nan,Wen Leitao,Zhou Sheng,Dong Fuwen,Liu Min,Guo Youmin.Risk stratification of acute pulmonary embolism based on the clot volume and right ventricular dysfunction on CT pulmonary angiography[J].The clinical respiratory journal,2019,13 (11): 78-79.
- [11]张芳,何涛,潘程婕,杨金平,朱林平.叁期尘肺病患者心电图改变的临床研究[J].工业卫生与职业病,2013,39 (05): 304-305.
- [12]周亚畅,王姣艳.叁期尘肺病误诊肿瘤 1 例分析[J].中外妇儿健康,2011,19 (09): 157-158.

急性早幼粒细胞白血病化疗患者并发症的护理应用价值

张春花

新疆维吾尔自治区人民医院 血液科 新疆乌鲁木齐 830001

摘要：目的：探讨急性早幼粒细胞白血病化疗患者并发症的护理应用价值。方法：选取 2021.3~2022.3 月期间我院收治的 200 例急性早幼粒细胞白血病患者，这些患者均行化疗，随机将其分为 2 组，给予对照组常规护理，研究组在此基础上实施护理干预，观察两组护理前后生活质量和护理满意度，并分析数据。结果：WHOQOL-100 评分：护理前无差异 ($P>0.05$)，护理后研究组更高 ($P<0.05$)；总满意率：研究组为 99.00%，对照组为 91.00%，前一组更高 ($P<0.05$)。结论：将护理干预应用于急性早幼粒细胞白血病化疗患者并发症的护理中效果显著，可有效改善患者生活质量，提升其护理满意度，这种护理方式具有较高的临床使用价值，值得推广。

关键词：急性早幼粒细胞白血病；化疗；护理干预；常规护理；生活质量；护理满意度

白血病是临床上常见的一类血液系统疾病，发病率较高，临床上按照受累细胞序列将其分为淋巴细胞白血病和非淋巴细胞（髓细胞）白血病两种^[1]。其中急性白血病（AL）主要分为急性淋巴细胞白血病（ALL）和急性髓系白血病（AML）两种，急性早幼粒细胞白血病（APL）即为 AML 中的一种特殊类型，该病的特点是骨髓中以颗粒增多的早幼粒细胞为主，该细胞在骨髓非红系有核细胞中的计数 $\geq 30\%$ ^[2]。这种白血病以骨髓造血功能抑制引起的症状和白血病细胞向各处组织器官浸润引起的症状为主，包括贫血、感染、发热、出血倾向、厌食、肝脾淋巴结肿大等，若治疗不及时，可直接导致患者死亡，故需及早治疗^[3]。化疗是现临床上用于该病治疗的常见方法，虽效果显著，但化疗过程中极易出现并发症，并发症对患者造成的危害较为严重，如果处理和护理不当，极可能危及到患者生命，故需加强并发症的护理^[4]。本研究即探讨了急性早幼粒细胞白血病化疗患者并发症的护理应用价值，如下。

1 对象和方法

1.1 对象

选取 2021.3~2022.3 月期间我院收治的 200 例急性早幼粒细胞白血病患者，根据随机抽签的方法将其分为对照组（100 例，男性 52 例，女性 48 例，年龄 36~67 岁，均值 45.87 ± 8.12 岁）和研究组（100 例，男性 51 例，女性 49 例，年龄 38~68 岁，均值 45.96 ± 8.25 岁）。纳入标准^[5]：① 所有患者均经临床确诊；② 临床资料完整；③ 同意参与研究。排除标准：④ 合并其他血液系统疾病；⑤ 合并精神障碍；⑥ 合并严重心脑血管疾病。两组一般资料无差异 ($P>0.05$)，可比。

1.2 方法

给予对照组常规护理，遵医嘱对患者实施治疗，加强患者的健康教育，向其全面讲解疾病和治疗相关知识，包括发病原因、临床症状、治疗方法、注意事项等，解答患者提出的疑问，促使其对于疾病和治疗的认知度提升，并给予患者饮食指导，告知患者日常饮食以高热量、高蛋白、高维生素的易消化食物为主，注意补充微量元素，确保营养物质摄入均衡，少食多餐，减少油腻食物的摄入，嘱患者多饮水，同时给予患者休息与活动指导，病情较轻或者缓解期患者，指导患者适当休息，劳逸结合，体力较差者，以休息为主，病情较为严重者，绝对卧床休息，加强患者病情变化、各项生命体征等的监测，观察患者出血、贫血、感染等症状表现，监测辅助检查结果、尿量等，发现异常及时通知医生，为患者营造舒适、和谐、安静、整洁的治疗环境，确保室内温湿度、采光适宜，将室内异味去除，确保良好的空气质量，对室内进行定期消毒，减少探视，并予以保护性隔离，同时加强患者的心理护理，观察和了解患者心理状态，鼓励患者诉说内心想

法和感受，耐心倾听并予以理解、共情，疏导、鼓励患者，帮助患者学会自我调节情绪，对于心理状态较差者指导患者通过呼吸放松、肌肉放松、音乐疗法、冥想等方法缓解。研究组在此基础上实施护理干预，如下：

1.2.1 感染的护理。感染是导致该类患者死亡的最主要原因之一，感染的发生与以下因素有关：主要有使用化疗药；粒细胞减少、细胞及体液免疫功能长期低下；皮肤黏膜损伤；长期住院、体力活动减少；营养不良等；护理人员遵医嘱实施病原学检查，以明确感染类型和部位，在致病菌尚未明确前，遵医嘱经验性应用广谱抗生素治疗，待病原和药敏试验结果出来后遵医嘱调整用药，若 3~5d 无效，则加用抗真菌治疗，同时告知患者加强保暖，避免受凉加重感染，嘱患者注意个人卫生，经常检查口腔、咽部有无感染，对患者体温进行定期监测，为患者安排单间或层流病房，加强患者病房通风消毒，保持病房清洁卫生，嘱家属减少非必要的探视，探视结束后立即对室内进行消毒，以预防交叉感染的发生，嘱患者戴口罩，三餐前、晨起、睡前使用甲硝唑漱口液漱口，保持口腔清洁，便后及每晚采用温水对肛周、会阴进行清洗，再用高锰酸钾液坐浴，嘱患者勤更换衣物，勤洗澡，保持皮肤干燥清洁。

1.2.2 出血或 DIC 的护理。该类患者大多伴明显出血倾向，在治疗初期极易发生，严重者可出现 DIC，DIC 是导致该类患者早期死亡的主要原因之一，告知患者剪短指甲，避免搔抓损伤皮肤，刷牙使用软毛刷，勿用牙签剔牙，勿用手挖鼻孔，禁食多刺、坚硬的食物，沐浴时水温控制在 $37\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，活动时避免外伤，注意观察大小便颜色、皮肤瘀斑情况等，若发现异常，及时通知医护人员，对患者临床表现、血常规、凝血功能等进行监测，观察患者皮肤有无新发瘀斑，牙龈是否渗血，血压情况以及大小便颜色等，由于 DIC 发生急骤、进展迅速，有可能发生颅内出血，故密切监测患者有无头痛、呕吐、视物模糊等出现，若发现异常则及时通知医生，并立即做好术前准备，紧急行手术治疗。

1.2.3 高白细胞综合征的护理。高白细胞综合征是该类患者化疗过程中出现的一种危急并发症，化疗过程中由于药物的诱导分化作用，骨髓和外周血白细胞计数会明显增多，极易发生高白细胞综合征，故需严密监测白细胞计数变化，遵医嘱每 1~2d 查一次血常规，若白细胞计数超过 $20\times 10^9/\text{L}$ ，则遵医嘱应用小剂量高三尖杉酯碱、羟基脲，并嘱患者增加饮水量，同时给予患者小苏打口服，以碱化水化尿液，在此治疗过程中，密切监测患者意识状态、肢体活动情况等。

1.2.4 药物副作用的护理。药物副作用主要有胃肠道反应、皮肤反应、口腔溃疡等，嘱患者调整饮食结构，食用易消化、清淡的无刺激饮食，增加新鲜蔬菜、水果等摄入量，饮食以高热量、高蛋白、高维生素、高纤维

素的易消化食物为主,避免产气、辛辣食物,嘱患者每日用温水对皮肤进行擦洗,口唇干燥者涂抹乳膏,口腔溃疡者局部涂擦碘甘油。

1.3 观察指标

观察两组护理前后生活质量、护理满意度,并分析数据。前一项采用世界卫生组织生活质量测定量表 100 (WHOQOL-100) 评价^[6],得分呈正比,分别在护理前、护理结束后评价,计算平均值。后一项采用我科自制表评价,80~100 分为非常满意,60~79 分为一般满意,低于 60 分为不满意,计算两组患者对护理的总满意率。

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 统计学软件分析数据,采用 χ^2 检验和 t 检验,以率 (%) 和 ($\bar{x} \pm s$) 表示, $P < 0.05$ 表示数据有差异。

2 结果

2.1 两组护理前后 WHOQOL-100 评分对比

WHOQOL-100 评分: 护理前无差异 ($P > 0.05$), 护理后研究组更高 ($P < 0.05$)。详见表 1:

表 1 两组护理前后 WHOQOL-100 评分对比 ($\bar{x} \pm s$) (分)

组别	例数	护理前	护理后
对照组	100	74.12±5.02	76.14±5.32
研究组	100	73.98±4.63	80.71±5.97
t	-	0.205	5.715
P	-	0.838	0.001

2.2 两组护理满意度对比

总满意率: 研究组为 99.00%, 对照组为 91.00%, 前一组更高 ($P < 0.05$)。详见表 2:

表 2 两组护理满意度对比[n (%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意率 (%)
对照组	100	58(58.00%)	33(33.00%)	9 (9.00%)	91/100 (91.00%)
研究组	100	72(72.00%)	27(27.00%)	1 (1.00%)	99/100 (99.00%)
χ^2	-	4.308	0.857	6.737	6.737
P	-	0.038	0.355	0.009	0.009

3 讨论

APL 是临床上常见的一种白血病类型,具有较高的发病率,中青年群体更为高发,平均发病年龄为 44 岁,占同期 AML 的 10%~15%。其发病机制尚未完全明确,现临床上认为可能与遗传、环境、化学等各种因素使骨髓中异常早幼粒粒细胞分化受阻、恶性克隆并抑制正常造血,广泛侵犯脾、肝、淋巴结等各种脏器有关^[7-8]。该病有以下临床表现: (1) 正常骨髓造血功能衰竭相关的表现,如出血、感染、贫血等; (2) 白血病细胞浸润相关表现,如骨痛、肝脾和淋巴结肿大、绿色瘤等; (3) 除具有以上这些白血病特征表现外,该病的主要临床特点为出血倾向,据数据统计,约 10%~20% 的患者死于早期出血,该类患者弥漫性血管内凝血 (DIC) 的发生率极高,约 60% 的患者可发生 DIC; (4) 部分患者可出现骨关节痛、皮肤损害、齿龈增生、其他部位浸润等症状^[9]。以上这些症状对患者日常生活造成了严重不良影响,同时若治疗不及时,可直接导致患者死亡,故需及早治疗^[10]。

现临床上治疗该病的方法较多,化疗是其中常见的一种,全反式维甲

酸 (ATRA) + 抑制剂治疗是首选方案,该方案虽具有显著效果,但治疗期间存在并发症发生风险,常见的有感染、DIC、高白细胞综合征、药物不良反应等,这些并发症对患者造成的危害较为严重,甚至可直接危及到患者生命,故需加强该类患者的并发症护理^[11-12]。往常采取的常规护理虽应用时间长,但缺乏对并发症的重视和护理,需为患者提供其他护理^[13]。此次研究即采取了护理干预,针对患者出现的各个并发症实施了相应护理,全面、综合、具备针对性的护理干预发挥了良好效果。研究结果显示,WHOQOL-100 评分: 护理前无差异 ($P > 0.05$), 护理后研究组更高 ($P < 0.05$); 总满意率: 研究组为 99.00%, 对照组为 91.00%, 前一组更高 ($P < 0.05$), 可见护理干预是显著有效的,究其原因与该护理更具针对性有关。

综上所述,将护理干预应用于急性早幼粒白血病化疗患者并发症的护理中效果显著,可有效改善患者生活质量,提升其护理满意度,这种护理方式具有较高的临床使用价值,值得推广。

参考文献:

- [1] Zhou J F, Jin Y M, Yan-Ping M A, et al. Nursing care of patients with acute promyelocytic leukemia treated by all trans retinoic acid combined with chemotherapy[J]. Chinese Journal of Nursing, 2012, 47 (12): 2.
- [2] 张静丽. 全面护理干预在急性早幼粒白血病化疗患者中的应用探讨[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 003 (014): P.134-134.
- [3] 章蓓蓓, 孙文瑞, 黄望, 等. 全反式维甲酸诱导联合化疗治疗急性早幼粒白血病引起重度分化综合征 16 例的护理[J]. 中国乡村医药, 2021, 28 (10): 2.
- [4] 俞海燕, 黄来全, 赵敏, 等. 急性早幼粒白血病化疗患者并发症的护理分析及对策[J]. 皖南医学院学报, 2020, 39 (04): 4.
- [5] 张玉琳. 整体护理模式在初诊急性早幼粒白血病化疗患者中的应用探讨[J]. 心理月刊, 2018, 000 (10): 1.
- [6] Lengfelder E, Hanfstein B, Haferlach C, et al. Outcome of elderly patients with acute promyelocytic leukemia: results of the German Acute Myeloid Leukemia Cooperative Group[J]. Annals of Hematology, 2013, 92 (1): 41-52.
- [7] 郝秀丽, 陈宁, 陈红梅. 亚砷酸联合维甲酸诱导化疗急性早幼粒白血病合并 DIC 的护理进展[J]. 中国社区医师, 2019, 35 (19): 2.
- [8] Bin-Bin, Lai, Qi-Tian, et al. Effect of Chromosomal Karyotype on the Prognosis of Patients with Acute Promyelocytic Leukemia in Condition of the Maintenance Treatment Based on Arsenic Trioxide[J]. Zhongguo shi yan xue ye xue za zhi, 2019, 27 (5): 1380-1386.
- [9] 王艳, 陈蕾, 庄菊萍. 预见性护理干预对急性早幼粒白血病诱导分化患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26 (23): 3.
- [10] 赵燕莉, 闫国玉, 张丛丛, 等. 急性早幼粒白血病并发大咯血患者的护理分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 000 (3): 2.
- [11] 沈迁进. 急性早幼粒白血病患者的心理特征及心理护理效果分析[J]. 养生保健指南, 2019, 000 (036): 383.
- [12] 朱玲. 急性早幼粒白血病应用优质临床护理干预的效果观察[J]. 白求恩医学杂志, 2020, 18 (01): 3.
- [13] 李艳, 张广吉, 刘云涛, 等. 亚砷酸联合维甲酸及化疗治疗复发急性早幼粒白血病的疗效分析[J]. 中国实验血液学杂志, 2020, 000 (1): 6.

基于循证护理理念的多模式镇痛方案对脊柱结核围术期患者VAS评分、睡眠时间、镇痛满意度的影响

张磊

首都医科大学附属北京胸科医院 北京 101149

摘要：目的：研究脊柱结核患者围术期采用基于循证护理理念的多模式镇痛方案对其视觉模拟评分法（VAS）评分、睡眠质量和镇痛满意度的影响。方法：选择2020年4月到2022年4月本院收治的92例脊柱结核患者为研究对象，根据随机数表法分成对照组和研究组，每组各46例，对照组采用常规镇痛干预，研究组在循证护理理念下采用多模式镇痛干预。比较两组术后恢复情况、VAS评分、术后镇痛并发症、睡眠时间与质量以及镇痛满意度。结果：两组术后康复相关指标比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；研究组术前24h、术后48h VAS评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；对照组镇痛并发症总发生率高于研究组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；两组术后睡眠时间和质量比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；研究组镇痛满意度高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对脊柱结核患者围术期实施以循证护理理念的多模式镇痛方案有效性高，能减轻生理疼痛、减少镇痛并发症，还能改善睡眠时间与质量，增加镇痛满意度，值得推荐。

关键词：镇痛满意度；多模式镇痛；循证护理；脊柱结核；睡眠质量

结核病为慢性传染性疾病，由结核杆菌感染引起，患者常出现脊柱疼痛和后凸畸形等症状，若治疗不及时，还会引起自发性气胸、大咯血、呼吸衰竭和重症肺炎等危急症状^[1]。临床研究发现，脊柱结核致残率高且病程长，临床在规范救治的同时也要采用适当的镇痛干预措施，此举不仅能保障治疗效果，还可调节患者生理状态及其对医疗服务的满意度^[2]。循证护理指的是临床护理人员在计划开展护理活动时，合理地结合患者意愿、临床经验及科研结论，从而获取证据，为临床护理提供决策、依据的过程，这种护理模式是受循证医学影响而形成的护理观念，也是整体护理的延伸，能使护理人员工作主观能动性得到提高，从而提升整体护理水平，提供给患者最科学、优质的护理服务^[3]。现将本院2020年4月~2022年4月92例脊柱结核患者纳入为研究样本，探讨循证护理理念下的多模式镇痛干预的可行性，汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象为92例脊柱结核患者，样本纳入时间从2020年4月开始，到2022年4月结束。按照随机数表法对患者进行分组，对照组（ $n=46$ ）男28例，女18例，年龄31~72岁，平均（ 40.29 ± 8.67 ）岁；病程1~8年，平均（ 4.02 ± 1.36 ）年；其中25例胸椎，21例腰椎。研究组（ $n=46$ ）男30例，女16例，年龄32~71岁，平均（ 40.36 ± 8.80 ）岁；病程1~7年，平均（ 4.14 ± 1.29 ）年；其中27例胸椎，19例腰椎。经比较两组性别、年龄和病程等基线资料提示，无统计学意义（ $P>0.05$ ），符合研究对比要求。

纳入标准：（1）术前经X线、CT等影像学检查确诊为脊柱结核者；（2）自愿签署知情同意书者；（3）研究与医院伦理委员会要求相符。

排除标准：（1）脊柱结核合并截瘫、开放性肺结核者；（2）合并凝血功能障碍、严重肝肾功能异常和心血管系统疾病者；（3）有手术禁忌证者。

1.2 方法

对照组实施常规镇痛干预：术前对患者开展健康教育，耐心告知其疾病的病因、表现、手术方案和护理要点等，重点讲解疼痛产生的原因，准确评估患者疼痛程度，并进行分级，结合评估结果制定个体化镇痛干预方案，如轻度疼痛者采取躯体制动措施，若患者主诉疼痛加剧，可严格遵医嘱予镇痛药物使用。

研究组在循证护理理念下开展多模式镇痛干预：（1）建立循证护理小组：成立循证护理小组，组长由具备3年以上护理经验的护士长担任，组员为4名责任护理人员，小组成员需要整理关于多种镇痛方法应用在脊柱结核患者中的最佳实证，并进行归类，充分利用自身的护理经验研究讨论，最后制定出合理性、科学性镇痛护理方案。（2）制定镇痛方案：小组成员通过各大数据库对循证问题进行检索，阅读、分析相关资料文献的科学性、

真实性和有效性，再根据患者病情实际、临床护理需求，初步拟定疼痛干预计划。（3）实施疼痛干预措施：①入院宣教：入院当天，护理人员要开展疼痛健康宣教，告知患者减轻疼痛的方法，使其机体紧张、焦虑感减轻。同时，护理人员要教会患者正确表述疼痛部位、程度的方法，按照VAS评分法予以评估，根据评估结果，遵医嘱给予洛芬待因口服或酮咯酸氨丁三醇静脉输注。②心理干预：密切关注患者行为、表情等变化，了解其心理状态，若患者情绪不佳，要告知其负面情绪会使术后疼痛感加重，并帮助患者合理调节心情，使其身心处于放松状态；若患者负面情绪较明显，还应提供针对性疏导，通过音乐疗法、注意力转移法和暗示法等方式，由心理层面提高其疼痛阈值。③体位干预：术后患者切口存在明显疼痛感，外加留置导尿管、引流管等原因，会提高其更换体位的难度。在患者体位更换时，要将一舒适翻身软枕垫于脊柱背部，结合术后时间对软枕的角度进行调整，使伤口背部压力减轻，从而增加生理舒适度，并确保术后脊柱处于同一水平线。④术后干预：术后护理人员需准确遵医嘱开展镇痛干预；术后72h应间隔2h对患者进行一次疼痛评估，评分为1~3分者，可通过听音乐、注意力转移法等减轻疼痛，而评分 ≥ 4 分者需及时向临床医师汇报，遵医嘱行自控镇痛泵结合酮咯酸氨丁三醇或帕瑞昔布等多模式镇痛干预措施。

1.3 观察指标

（1）比较两组术后恢复情况：主要指标有首次进食时间、肛门排气时间、排便时间与首次下床时间。（2）比较两组疼痛程度：采用视觉模拟评分法（VAS）^[4]评估患者入院时、术前24h和术后24h疼痛程度，总分为10分，无痛计0分；轻度计1~3分；中度计4~6分；重度计7~10分。（3）比较两组术后镇痛并发症：主要有恶心呕吐、皮肤瘙痒、腹胀便秘。（4）比较两组睡眠时间与质量：记录患者术后24h与48h睡眠时间，同时采用匹兹堡睡眠质量指数量表（PSQI）^[5]评估患者术前与术后2周时的睡眠质量，该量表共18个条目与7个维度，评分为0~21分，评分与睡眠质量呈反比。（5）比较两组镇痛满意度：通过《住院患者护理满意度调查表》^[6]评估患者镇痛满意度，调查内容主要有疼痛控制教育满意度、术后疼痛期望值、疼痛控制满意度、疼痛对情绪与日常生活的影响、疼痛控制方法满意度等，总分为100分， ≥ 90 分表示满意；90~60分表示基本满意； < 60 分表示不满意。

1.4 统计学方法

应用SPSS 20.0软件进行统计学分析，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用t检验，计数资料以率（%）表示，采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后恢复情况对比

对照组各项术后恢复指标均高于研究组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组术后恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	首次进食时间 (h)	肛门排气时间 (h)	排便时间 (h)	首次下床时间 (d)
对照组 (n=46)	41.28±4.36	43.95±6.98	65.07±5.87	14.05±4.32
研究组 (n=46)	12.05±4.81	18.03±5.36	54.17±3.90	11.07±4.20
t	30.537	19.976	10.490	3.354
P	0.000	0.000	0.000	0.001

2.2 两组疼痛程度对比

入院时两组 VAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术前 24h 与术后 48h 两组 VAS 评分均低于入院时, 且研究组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组入院时、术前与术后 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	入院时	术前 24h	术后 48h
对照组 (n=46)	6.88±1.25	5.52±0.71	4.20±0.65
研究组 (n=46)	6.90±1.22	4.08±0.84	3.31±0.80
t	0.078	8.880	5.856
P	0.938	0.000	0.000

2.3 两组术后镇痛并发症对比

研究组术后镇痛并发症总发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后镇痛并发症比较[n (%)]

组别	数值 (n)	腹胀便秘	皮肤瘙痒	恶心呕吐	总发生率
对照组	46	2 (4.35)	2 (4.35)	3 (6.52)	7 (15.22)
研究组	46	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.17)	1 (2.17)
χ^2					4.929
P					0.026

2.4 两组睡眠时间与质量对比

对照组术后睡眠时间短于研究组, PSQI 评分高于研究组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组睡眠时间及质量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	睡眠时间 (h)		睡眠质量 (分)	
时间	术后 24h	术后 48h	术前	术后 2 周
对照组 (n=46)	5.46±0.70	5.72±0.83	10.82±1.63	6.99±1.13
研究组 (n=46)	5.96±0.75	6.48±0.97	10.90±1.58	5.32±1.10
t	3.306	4.038	0.239	7.182
P	0.001	0.000	0.812	0.000

2.5 两组镇痛满意度对比

对照组镇痛满意度低于研究组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组镇痛满意度比较[n (%)]

组别	数值 (n)	满意	基本满意	不满意	总满意度
对照组	46	20 (43.48)	16 (34.78)	10 (21.74)	36 (78.26)
研究组	46	25 (54.35)	20 (43.48)	1 (2.17)	45 (97.83)
χ^2					8.364
P					0.004

3 讨论

脊柱结核为骨结核科常见病, 发病率高, 其在骨关节结核中的占比达 40%~60%; 由于结核分枝杆菌对椎体产生严重侵蚀, 因此椎体遭受伤害后会引发塌陷, 继而导致脊柱失去稳定性, 病情延长后, 将会加重脊髓压迫

情况, 诱发一系列并发症, 危害患者身心健康^[7]。资料显示^[8], 脊柱结核的发生与不良生活习惯、免疫力低下及结核接触史等因素有关, 常发生在血液供应差、活动多且负重大的椎体, 较少发生在横突、棘突、椎弓和椎板。目前手术是治疗脊柱结核的重要方法, 但围术期疼痛刺激会使患者出现抑郁、烦躁、紧张和焦虑等负面情绪, 若不及时干预, 将会降低其术后睡眠质量与康复效果。有学者研究发现, 由于脊柱结核导致骨质破坏, 因此术中需对肌肉软组织进行剥离, 这也容易引起术后疼痛; 而术后疼痛过度应激会带来一系列不良后果, 如呼吸功能降低、胃肠蠕动减弱、血管收缩、心率加快和机体耗氧量增加等, 导致全身各系统紊乱, 最终使术后康复进程受到影响^[9]。

循证护理属于现代化护理模式, 其能有效结合护理实践, 改变护理人员依靠感觉与经验为主的护理行为, 避免护理工作的主观性与盲目性, 使护理工作的开展有据可循。以循证护理为理念的多模式镇痛干预具有科学性与实用性, 能根据患者的实际需求制定有目的性护理计划, 在提高护理水平、满足患者需求的同时还能使其生理、心理舒适度得到提高, 最终实现护患双赢。本研究结果显示, 与对照组相比, 研究组术后康复指标更接近理想值、术后疼痛程度更轻、镇痛并发症更少, 且睡眠时间、睡眠质量以及镇痛满意度更佳 ($P < 0.05$), 表明和常规镇痛干预相比, 循证护理下的多模式镇痛干预的实用性更高, 在促进术后康复、预防镇痛并发症、改善睡眠时间与质量以及增加患者满意度中有积极作用, 该研究结论与徐东力^[10]的研究结论相比一致性好。分析原因可能是: (1) 在循证护理的引导下, 开展多模式镇痛干预能减轻患者术后生理不适感, 推动康复进程, 还能保证镇痛干预的针对性, 减少镇痛并发症, 更重要的是, 可以改善机体应激反应, 调节植物神经系统, 改善睡眠质量, 进而提高患者满意度。(2) 多模式镇痛干预中的入院宣教能使患者了解到围术期疼痛产生的原因, 增加对疼痛的认知度, 从而更积极的配合护理工作; 心理干预能由心理层面出发, 了解患者真实的疼痛感受, 便于采取对症干预, 增加其对疼痛的耐受性, 尽快减轻躯体不适感; 体位干预能通过有效调整体位, 提高生理舒适度, 从而更直接地减轻术后疼痛感; 术后遵医嘱开展药物干预能以多模式镇痛方法缓解疼痛, 增加舒适度, 促进康复。

综上所述, 对脊柱结核患者开展循证护理理念下的多模式镇痛方案效果显著, 能减少 VAS 评分、增加睡眠时间、提高镇痛满意度, 适合临床应用推广。

参考文献:

- [1] 蒋嫣, 龙雅琴, 王瑞兰, 等. 加速康复外科理念在脊柱结核围手术期护理中的应用效果分析[J]. 中国防痨杂志, 2022, 44 (06): 555-558.
- [2] 曲书阁. 系统护理干预对脊柱结核手术患者生活质量的影响[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2022, 39 (02): 178.
- [3] 廖秋姣, 周兰岛. 脊柱结核术后并发症的护理干预对策研究进展[J]. 右江医学, 2021, 49 (04): 310-314.
- [4] 罗露明, 谢春梨, 陈华, 等. 基于奥马哈系统的连续性护理模式在脊柱结核手术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26 (02): 7-10.
- [5] 翟俊蕾. 脊柱结核患者围术期的个性化护理干预的效果分析[J]. 中国伤残医学, 2020, 28 (17): 78-79.
- [6] 张丽娟, 陶晓, 夏丽莉, 等. 脊柱结核患者围手术期应用加速康复集束化护理临床路径表的价值[J]. 中国防痨杂志, 2020, 42 (09): 981-986.
- [7] 丁敏. 脊柱结核手术患者的手术室护理体会[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49 (04): 247-248.
- [8] 吴元蓉. 脊柱结核患者的围手术期护理进展[J]. 继续医学教育, 2020, 34 (05): 123-125.
- [9] 李艳娜. 知行健康教育模式护理对脊柱结核手术患者临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31 (07): 1156-1157.
- [10] 徐东力. 一期前路椎体间植骨内固定治疗胸腰段脊柱结核围手术期护理[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2020, 37 (06): 698-699.

初产妇分娩过程中 LDR 一体化产房护理模式的临床应用观察

张妍

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要:目的:分析初产妇分娩过程中 LDR 一体化产房护理模式的临床应用。方法:抽取 240 例于本院分娩的初产妇,分成对照组和观察组各 120 例,对照组实施普通分娩模式,观察组采用 LDR 一体化产房分娩模式,分析分娩结果和产程时长。结果:对照组的自然分娩率、产后 2 小时出血量以及各产程时长结果均差于观察组, ($P<0.05$)。结论:建议对初产妇在分娩期间实施 LDR 一体化产房护理模式,可有效缩短产程,减少出血,增加顺产几率。

关键词:初产妇分娩; LDR 一体化产房; 护理模式

妊娠分娩作为女性正常的生理过程,多数初产妇会在待产期间出现不同程度的恐惧、焦虑等情绪,逐渐对自然分娩丧失信心,致使顺产失败^[1]。为了提高自然分娩率,需要通过有效的护理措施的应用,减轻产妇自然分娩过程中的疼痛感,提高产妇的心理舒适性,有利于提升自然分娩率^[2]。基于此种情况,临床提出在产程中应用 LDR 一体化产房护理模式可辅助产妇生产,因此本实验针对本院 240 例初产妇实施不用护理模式,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本实验抽取 2018 年 9 月~2019 年 12 月在本院进行分娩的 240 例初产妇,依照信封法将全部患者分成对照组($n=120$ 例)和观察组($n=120$ 例),对照组年龄 20~33 岁,中位年龄(27.85±1.95)岁,孕周 36⁺⁴~41⁺³ 周,平均孕周(39.74±2.84)周。观察组年龄 21~32 岁,中位年龄(27.51±1.62)岁,孕周 36⁺⁵~41⁺⁴ 周,平均孕周(39.84±2.74)周。两组不具备统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组实施普通分娩模式。观察组采用 LDR 一体化产房护理模式:(1)对产妇讲述相关分娩知识,包括:环境、分娩知识、怎样使用 LDR 一体化产房,同时告知产妇爱人、家属在陪护期间的注意事项。初产妇自然分娩期间产生的剧烈疼痛感直接影响产程和胎儿,因此需要指导家属采取正确技巧缓解。多数初产妇会在此时会出现不同程度的恐惧、焦虑、紧张等心理,叮嘱产妇爱人对产妇展开支持和行为的鼓励,待新生命。产妇发生规律宫缩,需要一名护士陪同,建立护士与产妇间的亲密关系,增加产妇信任医疗人员。(2)第 1 阶段:在产妇宫口开至 2 cm 前,需每 15min 进行 1 次观察;待开至 2cm 后,需要护士全程陪同,进行胎心监护。若产妇出现间歇性疼痛,可协助产妇选择舒适体位缓解疼痛、不适。②第 2 阶段:产妇随意摆体位,需爱人紧握产妇双手给予心理支持。产妇发生宫缩频繁,嘱咐放松深呼吸,保持双腿屈曲位配合宫缩。待宫缩间歇时,可叮嘱产妇放松肌肉,保持休息状态,便于保持体力帮助后续生产。③第 3 阶段:娩出胎儿后,处理脐带,安排婴儿与产妇的第 1 次皮肤接触。轻贴婴儿脸颊于产妇脸颊 20 s,吸吮母乳。对产后产妇及其家属讲述新生儿护理知识、母乳喂养等。定时由护士按压其子宫底,促进排出子宫瘀血,避免产后并发症。出院前,告知产后返院复查时间。

1.3 统计学处理

使用 SPSS22.0 软件包处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 代表计量资料平均数并应用独立样本 t 检验,用频数描述计数资料, χ^2 : 组间比较, $P<0.05$: 具备统

计学意义。

2 结果

2.1 比较两组的分娩结果

观察组的自然分娩率(92.50%)高于对照组(80.00%),同时其产后 2 小时出血量少于对照组,差异较大,统计学意义明显($P<0.05$),见表 1。

表 1 分娩结果比较[%, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	分娩方式			产后 2h 出血量
		自然分娩	剖宫产	产道助产	
观察组	120	111 (92.50)	5 (4.16)	4 (3.33)	78.41±13.95
对照组	120	96(80.00)	18(15.00)	6 (5.00)	93.68±10.15
χ^2/t		7.905	8.127	0.417	9.696
P		0.005	0.004	0.518	0.001

2.2 比较两组的产程时间

观察组的总产程、第一产程、第二产程、第三产程时长均短于对照组,差异较大,统计学意义明显($P<0.05$),见表 2。

表 2 产程时长比较[h, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	总产程	第一产程	第二产程	第三产程
观察组	120	11.60±2.22	9.70±1.15	0.49±0.30	0.10±0.02
对照组	120	13.79±1.80	11.57±1.06	0.97±0.43	0.13±0.05
t 值		8.394	13.098	10.029	6.103
P 值		0.001	0.001	0.001	0.001

3 讨论

怀孕分娩是女性一生中需要经历的历程,从分娩的方式来看,主要有自然分娩与剖宫产分娩两种类型,由于自然分娩过程中伴随着剧痛感,因此诸多孕妇对自然分娩会产生恐惧情绪,这也是目前剖宫产分娩率持续升高的主要原因^[3]。因此,为了提高自然分娩率,减轻分娩过程中的疼痛感是关键,这就需要通过有效的护理措施,最大限度的减轻产妇自然分娩中的疼痛感,提高产妇的舒适性^[4]。从目前临床中产妇护理现状来看,常规护理模式在应用中由于缺乏针对性,因此护理效果有限,对更有效的护理模式进行探索也成为我国产科护理中的重点^[5]。这就为 LDR 一体化护理模式的推广应用提供了条件。LDR 产房是产妇在入院待产、生产、产后恢复的专用房间,属于功能性产房,重视产妇在生产期间的心理情绪,由各方

面对其心理进行支持、鼓励,提升其对即将迎接新生儿的期待值,缓解心理压力^[6]。在生产期间,开展阶段性指导,增加自然分娩率的同时保证顺利分娩,同时缩短各产程时间,减少生产痛苦。

LDR 一体化护理是目前产科临床护理中推广的一种护理模式,该护理模式是将待产、分娩、产后恢复结合在一起的护理模式,护理过程中涉及到产科医生、护士、助产士及产妇家属的参与,最大限度的给予了产妇产后母婴监护及家庭关怀,强调的是为产妇提供高质量、高标准的护理服务,使产妇在舒适的氛围内待产、分娩及恢复^[7]。所谓 LDR,在我国指的是以产妇为中心,将医护人员、医疗设备集中应用,为产妇待产、分娩及产后提供全程护理服务的模式,所有护理服务全部在 LDR 产房完成,满足产妇在新生儿迎接期间的愿望。LDR 一体化护理模式的优势在于使产妇产后期间的移动频率减少,通过产科、无痛分娩麻醉师、新生儿科、护士、助产士及导乐师等的参与,为产妇提供全程、全方位的监护,同时产妇家属的全程参与,也使产妇感受到更多的家庭温暖^[8]。与常规产房设计不同,LDR 产房属于单人产房,产房内设备的布置主要针对的是自然分娩产妇,并不适用于需手术麻醉或剖宫产分娩的产妇。

从 LDR 一体化产房护理模式的具体应用来看,护理内容主要涉及以下方面:首先,待产护理。从产妇入院开始,由一名专门的助产士负责对产妇进行宣教等护理工作,优势在于能够尽快让产妇适应陌生环境,拉近护患之间的关系,对产妇不良情绪有较好的改善作用^[9]。在进入待产阶段后,由固定医生、护士及助产士全程陪伴产妇,对产妇进行全面监护,如有必要由导乐师为产妇提供导乐式分娩护理,对产妇产程缩短及产妇情绪缓解均有促进作用。同时,LDR 产房内配备有按摩扶手器、瑜伽球等设备,通过护理人员的指导,让产妇进行相应的产前锻炼,对促进宫口扩张及宫缩均有促进作用^[10]。期间,护理人员通过产妇进行密切的语言及肢体交流,并允许家属陪伴在孕妇身边,能够提高产妇的身心舒适感,有利于产程缩短及分娩的顺利进行。其次,分娩护理。产妇在待产期间,如产妇宫口全开后,护理人员需立即指导产妇在 LDR 产床上摆放截石位体位,期间家属、助产士陪伴在产妇身边,助产士对产妇的呼吸方式、用力方式等进行指导,宫缩间歇期间,让产妇适当进行休息。同时对产程进展、胎儿情况密切进行检测,对于出现分娩困难的产妇,指导产妇摆放舒适、自由体位分娩,以便提高产妇的舒适度,加速产程。分娩期间,对产妇给予充分的表扬与鼓励,这样产妇分娩的信心会得到增强,能够对医护工作更主动的配合,有利于产程结束^[11]。胎儿娩出后,尽早进行母婴接触,产后 24h 内保证新生儿与产妇处于同室内。最后,产后健康教育。分娩结束后,助产士需要对产妇进行产后护理指导,包含育儿知识、母乳喂养知识及产褥期护理知识等向产妇进行讲解,让产妇对产后恢复的方法进行了解,目的是促使产妇产后尽早恢复,减少相关并发症的发生。同时,对产妇及家属在产后遇到的问题,要及时进行解答,重视产妇产后心理干预,目的是让产妇在良好的家庭氛围内度过产褥期。因不同产妇产后恢复的速度也不同,所以根据产妇产后情况制定相应的健康指导计划,可通过健康手册方法、面对面宣教等形式,对产妇产后个人卫生、婴儿疫苗接种、新生儿护理等知识进行宣教。本次实验可证明:想比于对照组,观察组的分娩结果和产程时长结果较优秀($P<0.05$)。现代医学模式逐渐由传统生物模式转为心理模式,医院服务内容也逐渐延伸至预防、保健、康复,增加了心理、

社会康复意义。LDR 一体化产房护理模式具备针对性、专业性、连贯性,达到了最佳人性化护理效果。在初产妇待产、分娩、产后整个过程期间,可由产科护士、爱人及家属全程陪护,保证了医护技术的同时增加心理支持,缓解其不良情绪,保证分娩质量。

从 LDR 一体化产房护理模式的应用现状来看,从上世纪末开始,该护理模式在我国诸多一线城市医院中开始实施,但在经历多年的实践后到目前仍然处于推广的阶段,这与社会经济发展存在密切关系,各医院受资金、技术等因素的限制,在引入 LDR 一体化产房护理模式时存在一定的局限,但随着护理模式的不断完善、经济的发展及各地医疗技术水平的提升,LDR 产房一体化护理模式必然会得到更广泛的应用^[12]。且随着以家庭为中心的护理模式在我国的推广应用,LDR 产房一体化护理模式在应用中,鼓励家属参与护理工作,与以家庭为中心的护理目标相适应,更有利于该护理模式的推广应用。而目前,在 LDR 产房一体化护理模式推广应用中,需要在护理流程方面不断进行完善,同时对 LDR 产房结构设计进行优化,强化各地 LDR 护理经验的交流,并根据不同地区、不同医院的实际需求,对 LDR 护理模式进行完善,逐步形成适用于我国产妇的 LDR 护理模式。

综上所述,对应用 LDR 一体化产房护理模式于初产妇分娩过程,效果明显,可保证顺利生产,缩短产程,确保母婴安全,值得临床应用。

参考文献:

- [1]王晚艳,王季,杨莉莉.导乐分娩镇痛仪在足月初产妇中的应用及对分娩结局的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(24):4693-4695.
- [2]王俊霞,赵娟.LDR 产房导乐陪伴与镇痛配合无创助产技术的临床效果评价[J].中国妇幼保健,2016,31(22):4693-4695.
- [3]危梦妮.FCMC 护理模式下 LDR 分娩方式的产科护理单元设计策略研究[D].重庆大学,2016.
- [4]杨琳,樊薇,刘小玲,等.LDR 家庭化一站式产房精选中医护理项目实施体会[J].西部中医药,2017,30(1):112-115.
- [5]莫小慧.LDR 一体化模式在产房护理中应用的效果及对母婴健康影响观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(73):128-129.
- [6]王林霞.LDR 一体化模式对产房护理中的积极效果和安全性分析[J].糖尿病天地,2019,16(8):239-240.
- [7]司兰青,张丽.助产士连续性护理在 LDR 产房的应用效果分析[J].中外女性健康研究,2018(13):77-78.
- [8]李柳丽,谭杨波,冯敬华.基于 FCMC+LDR 产房护理模式的实习前培训在助产实践教学中的效果研究[J].卫生职业教育,2020,38(1):96-98.
- [9]田爱琴.LDR 一体化产房护理模式在初产妇分娩过程中的应用[J].中国民间疗法,2019,27(23):83-85.
- [10]朱堂玲,周群姬,唐春燕.LDR 一体化模式在产房护理中应用效果[J].当代医学,2020,26(18):188-190.
- [11]吴杰.LDR 家庭化产房新生儿床旁抚触护理应用及体会[J].心理医生,2018,24(16):264-265.
- [12]张鑫.LDR 一体化产房护理模式在初产妇分娩过程中的应用[J].自我保健,2021(12):240.

超声心动图对心肌梗死诊断的临床价值及准确性分析

甄飞飞

河北省固安县中医院超声科 河北廊坊 065500

摘要：目的：探究对心肌梗死患者的临床诊断工作中超声心动图的应用价值以及诊断准确性。方法：本文中纳入数量共为 100 例的患者，均为就诊于我院的疑似心肌梗死患者，入院时间在 2020 年 5 月-2022 年 5 月期间。对所有患者先进行常规心电图检查，再行超声心动图检查，最后行冠脉造影检查。以冠脉造影检查结果作为诊断金标准，比较常规心电图、超声心动图对心肌梗死诊断的敏感度、特异度、准确率、阳性预测值、阴性预测值。结果：冠脉造影诊断结果显示，77 例受检者为心肌梗死患者，23 例受检者无心肌梗死；常规心电图对心肌梗死诊断的敏感度为 84.42%，特异度为 73.91%，阳性预测值为 91.55%，阴性预测值为 58.62%，准确率为 82%；超声心动图对心肌梗死诊断的敏感度为 97.40%，特异度为 95.65%，阳性预测值为 98.68%，阴性预测值为 91.67%，准确率为 97%；超声心动图对心肌梗死诊断的敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值、准确率均高于常规心电图，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。结论：对于心肌梗死的诊断工作来说，超声心动图有着较高的应用价值，且在敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值、准确率方面均高于常规心电图，诊断准确率也接近 100%，因此有着较高的应用以及推广价值。

关键词：超声心动图；心肌梗死；冠脉造影；诊断价值

近年随着我国老龄化问题的严重化，心肌梗死这一疾病的临床发病率逐年增高。心肌梗死患者病发的关键原因，是其冠状动脉在各种因素的影响下闭塞，并且心肌梗死患者多伴有胸痛、机体循环障碍、心律失常等并发症，除此之外，心肌梗死患者的心电图也会出现一定程度的表现，部分患者心电图变化明显^[1]。根据近年研究显示，在我国因病死亡的患者群体中，心肌梗死是致死的关键原因之一，尤其是急性心肌梗死患者，其病情较普通心肌梗死患者发展更为迅速，因此其有着更高的死亡风险^[2]。对此，需要及时对心肌梗死患者展开诊断，明确其病情状况，从而展开针对性的治疗，以降低死亡风险，改善患者预后。目前，临床诊断心肌梗死的方法有多种，常用的包括冠状动脉造影、常规心电图、超声心动图等^[3]。其中，冠状动脉造影是诊断心肌梗死的临床金标准，诊断准确率可达到 100%，但是冠脉造影检查是一种侵入性操作，有着明确的操作禁忌，且对患者血管条件有着较高要求，部分患者无法耐受这一诊断方法，也无法满足所有患者的诊断需求^[4]。而常规心电图可以记录患者各个心动周期内的心室运动、心房、起搏点所致的心肌生物电变化轨迹，从而明确患者心肌组织情况，实现对患者疾病的诊断，并且近年心电图诊断技术在我国的发展，心电图这一诊断技术的准确性也有了明显的提高，并且其操作简单、价格较低^[5]。但是，常规心电图仅通过对心电波段的异常指征进行记录以及观察，从而大致对患者病情进行诊断，而无法对患者后续病情诊断提供可靠的依据。而超声心动图是近年临床常用于心肌梗死患者的辅助诊断技术，该诊断方法以患者心室壁异常运动作为诊断依据，在影像学基础上，对患者心室壁的运动情况进行有效分析，并为学生提供完善的影像学资料，从而综合评估患者病情，展开有效诊断^[6]。除此之外，彩色多普勒超声这一技术，可为患者冠脉血流信号进行准确反映，从而对患者冠脉阻塞情况进行准确评估，并为学生提供后续病情的评估提供完善、科学的参考依据。最后，超声心动图这一检查技术属于无创检查手段，可重复性高，有着显著的应用优势，但是超声心动图的价格较常规心电图更高，因此目前临床仍以常规心电图作为心肌梗死的首选初筛手段^[7]。为进一步探究超声心动图在心肌梗死患者中的诊断价值，本文纳入 2020 年 5 月-2022 年 5 月期间就诊于我院的 100 例患者展开研究，现将研究情况报告如下，见下文。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文中纳入数量共为 100 例的患者，均为就诊于我院的疑似心肌梗死患者，入院时间在 2020 年 5 月-2022 年 5 月期间。100 例患者群体中，55 例为男性患者，45 例为女性患者，年龄最小者为 45 岁，年龄最大患者为 77 岁，年龄平均水平为 (61.37 ± 5.26) 岁。该次研究开展前，以口头讲述方式将详情告知患者与家属，获得其同意；同时将项目报告至伦理委员会，获其批准。

纳入标准：1) 于我院接受心肌梗死诊断者；2) 患者既往病史资料以及此次在我院的诊治资料完善；3) 纳入者均为成年者，即年龄至少为 18 岁，对该次研究有着绝对参与决定权；4) 纳入者思维清晰，在语言、精

神、表达能力等方面无异常，可以在研究过程中与医护人员进行正常交流。

排除标准：1) 除疑似心肌梗死外，患有其他可能影响心电图或是超声心动图检查结果疾病的患者；2) 排除机体携带梅毒病毒、HIV、乙型肝炎病毒、肺结核病毒等具有传染风险病毒的患者；3) 排除精神状态不佳，无法高度配合本次研究的患者；4) 排除正参与本院或是他院另一项研究项目者；5) 排除研究中途因转院、死亡等原因退出该次研究者；6) 排除对此次研究依从性极低，已严重干扰此次研究正常进行的患者。

1.2 方法

对所有患者先进行常规心电图检查，再行超声心动图检查，最后行冠脉造影检查。

常规心电图诊断操作：以西安交大辰方科技有限公司生产的型号为 KF-2000 的动态心电图记录仪对患者进行检查。

超声心动图诊断操作：以进口彩超机型号为飞利浦 EPIQ7 彩超设备对患者进行检查。设施探头频率为 2.5-3.5MHz，对患者心底短轴切面、胸部两腔心切面、心尖四腔心切面、胸骨旁左心室长轴切面等位置进行扫描检查。

冠状动脉造影诊断操作：于患者腹股沟处的股动脉的位置穿刺，将动脉鞘管插入到患者穿刺的血管内，把造影导管通过动脉鞘管沿着动脉血管通路，置入到患者心脏的冠脉开口位置，向冠状动脉内注入对比剂，从而使心脏冠脉显影。

1.3 观察指标

以冠脉造影检查结果作为诊断金标准，比较常规心电图、超声心动图对心肌梗死诊断的敏感度、特异度、准确率、阳性预测值、阴性预测值。

常规心电图诊断心肌梗死的阳性标准：1) 患者心肌梗死周围的缺血区域 Q 波呈病理性；2) 患者心电图 ST 段向上抬高，且呈弓背状；3) 患者心肌梗死区域 T 波表现为对称性倒置；4) 患者心电图检查结果 Q 波无病理性，但存在普遍性 aVR 导联 ST 段抬高。

超声心动图诊断心肌梗死的阳性标准：1) 患者左心室下壁心尖段存在异常运动，左心室前壁、前间隔下 1/2 为左前降支病变；2) 患者左心室侧壁、后壁中段、下壁基底段存在异常运动；3) 患者右心室基底段以及游离壁中段，下壁以及后间隔基底段存在异常运动，则为右冠状动脉病变。

冠脉造影诊断心肌梗死的阳性标准：对患者冠状动脉前降支、右冠状动脉、左主干、回旋支狭窄情况进行观察，如若为完全堵塞，则为阳性诊断结果。

诊断效能的计算方法：首先统计心电图、超声心动图诊断结果，根据金标准结果将诊断结果为阳性、阴性的受检者，分为真阳性 (a)、假阳性 (b)、真阴性 (c)、假阴性 (d)。

诊断效能的计算标准：敏感度 = $a / (a + d) \times 100\%$ ；特异度 = $c / (c + b) \times 100\%$ ；阳性预测值 = $a / (a + b) \times 100\%$ ；阴性预测值 = $c / (c + d) \times 100\%$ ；准

准确度= (a+c) / (a+b+c+d) ×100%。

1.4 统计学处理

以 SPSS21.0 系统对本次研究数据进行统计学处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 形式表达，以 t 进行检验，计数资料以 $n(\%)$ 形式进行记录，以 χ^2 (卡方) 进行检验。计量、计数均通过 P 评价，当 P 不足 0.05，则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 冠脉造影诊断结果

冠脉造影诊断结果显示，77 例受检者为心肌梗死患者，23 例受检者无心肌梗死。

2.2 常规心电图对心肌梗死的诊断效能

经常规心电图诊断，71 例受检者为心肌梗死，占比 71%，29 例受检者无心肌梗死，占比 29%。按标准进行计算，常规心电图对心肌梗死诊断的敏感度为 84.42% (65/77)，特异度为 73.91% (17/23)，阳性预测值为 91.55% (65/71)，阴性预测值为 58.62% (17/29)，准确率为 82% (82/100)。详见表 1。

表 1 常规心电图对心肌梗死的诊断效能

常规心电图检查	冠脉造影诊断		合计
	阳性	阴性	

表 3 规心电图与超声心动图诊断心肌梗死的效能比较

诊断方法	敏感度	特异度	阳性预测值	阴性预测值	准确率
常规心电图	84.42% (65/77)	73.91% (17/23)	91.55% (65/71)	58.62% (17/29)	82% (82/100)
超声心动图	97.40% (75/77)	95.65% (22/23)	98.68% (75/76)	91.67% (22/24)	97% (97/100)
χ^2	7.8571	4.2125	4.1204	7.3778	11.9713
P	0.0051	0.0400	0.0420	0.0070	0.0010

3 讨论

心肌梗死近年来的临床发生率明显升高，此类病患尤其是急性心肌梗死患者，有着较高的致残、致死风险，严重威胁患者的生命安全。并且急性心肌梗死患者在发病初期，不具有明显的临床症状，或是症状缺乏特异性，因此若仅仅通过临床症状的观察，难以对患者进行有效诊断。既往临床在对心肌梗死患者进行诊断时，会通过检测患者的肌钙蛋白、肌酐激酶同工酶、心肌红蛋白等手段进行，虽然有着较高的检出率，但实际应用受限。并且临床应用经验显示，肌钙蛋白虽然对心肌梗死有着较高的特异度，但仅可反映患者心肌细胞的受损情况，无法判定致心肌受损的因素，并且上述指标联合检测的费用较高，也有一定的漏诊风险^[8]。

冠脉造影一直被视为心肌梗死的诊断金标准，有着极高的准确率，但是冠脉造影操作具有有创性，并且部分患者对造影剂过敏，因此限制了这一检查方法的应用及推广；除此之外，造影剂的使用，可能会导致患者肾功能受损，股动脉穿刺这一操作，也可能导致患者出现静脉炎，因此存在一定的应用风险^[9]。随着心电诊断技术的发展，心电图逐渐被应用于心血管系统疾病的诊断工作中，这一检查方法，主要是通过心电记录仪器，对患者心脏每一个心动周期的电活动进行记录，通过对最终的变化图形进行观察，从而评估患者心肌状态。心电图有着操作简单、价格较低等优点，在心肌梗死患者的诊断工作中，有着一定价值，但除了心肌梗死外，其他心血管疾病如：肺栓塞、心包炎等，其心电图变化情况与心肌梗死类似，且也有部分心肌梗死患者的心电图无异常变化，除此之外，心电图结果受多种因素影响，如：心脏移位、扩大、转位等，从而存在一定的误诊、漏诊风险，因此仅可将心电图作为辅助诊断技术^[10]。超声心动图这一检查技术有着无创操作的特点，并且可以对患者心脏功能以及大血管解剖结构进行准确反映，目前，临床将超声心动图这一技术广泛应用至心肌病、心肌梗死、先心病、心脏瓣膜疾病等疾病的诊断工作中，其在心脏疾病中的诊断价值也不断得到临床的认可^[11]。在心肌梗死患者的诊断工作中，超声心动图不仅可以反映出患者心脏实时的血流方向、速度、时相、性质等信息，也能对患者室壁各个节段的运动以及厚度进行直观的、清晰的显示，从而有着较高的诊断准确性；除此之外，超声心动图可以分析患者各个部位的心肌回声、室壁运动状况，从而对患者心肌梗死的大概出现时间、位置等进行判断，为后续治疗工作的展开提供更为科学的依据^[12]。

本次研究结果显示，超声心动图对心肌梗死诊断的敏感度为 97.40%，

阳性	65	6	71
阴性	12	17	29
合计	77	23	100

2.3 超声心动图对心肌梗死的诊断效能

经超声心动图诊断，76 例受检者为心肌梗死，占比 76%，24 例受检者无心肌梗死，占比 24%。按标准进行计算，超声心动图对心肌梗死诊断的敏感度为 97.40% (75/77)，特异度为 95.65% (22/23)，阳性预测值为 98.68% (75/76)，阴性预测值为 91.67% (22/24)，准确率为 97% (97/100)。详见表 2。

表 2 超声心动图对心肌梗死的诊断效能

超声心动图检查	冠脉造影诊断		合计
	阳性	阴性	
阳性	75	1	76
阴性	2	22	24
合计	77	23	100

2.4 常规心电图与超声心动图诊断心肌梗死的效能比较

超声心动图对心肌梗死诊断的敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值、准确率均高于常规心电图，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。详见表 3。

特异度为 95.65%，阳性预测值为 98.68%，阴性预测值为 91.67%，准确率为 97%，均明显高于常规心电图。猜测原因可能是因为心电图检查结果受多种因素影响，而超声心动图的干扰因素较少，且能岗位清晰的对患者心室壁、心内膜运动情况进行反映。

综上所述，对于心肌梗死的诊断工作来说，超声心动图有着较高的应用价值，且在敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值、准确率方面均高于常规心电图，诊断准确率也接近 100%，因此有着较高的应用以及推广价值。

参考文献：

[1]朱泊洲.超声心动图及常规心电图诊断心肌梗死的价值探讨[J].影像研究与医学应用,2021,5 (19): 132-133+135.

[2]辛晓芬.彩色多普勒超声心动图检测在急性心肌梗死诊断中的应用分析[J].黑龙江中医药,2021,50 (04): 195-196.

[3]余兰英.超声心动图和心电图联合检测对急性心肌梗死的诊断效能[J].中国民康医学,2021,33 (06): 109-110+124.

[4]邓伶兰.多普勒彩色超声心动图在早期急性心肌梗死诊断中的应用价值[J].现代医学影像学,2021,30 (01): 191-193.

[5]李坤.多普勒彩色超声心动图在老年急性心肌梗死患者临床诊断中的应用[J].当代医学,2020,26 (11): 56-58.

[6]李晓庆,程蔚然,温乔,陈宇.急性心肌梗死诊断中彩色多普勒超声心动图检测的应用价值[J].实用医学影像杂志,2020,21 (01): 54-56.

[7]陆军,邓忠云,徐先娥,高秀丽.彩色多普勒超声心动图诊断心肌梗死的应用效果评价[J].内蒙古医科大学学报,2018,40 (S1): 246-248.

[8]李云开.超声心动图与常规心电图检查诊断心肌梗死的效能比较[J].中国民康医学,2020,32 (19): 100-101.

[9]侯逸峰.多普勒彩色超声心动图在急性心肌梗死诊断中的应用价值评价[J].中国现代药物应用,2021,15 (09): 86-88.

[10]陈娅峥.超声心动图在急性心肌梗死早期诊断中的临床应用价值[J].世界最新医学信息文摘,2019,19 (03): 159.

[11]李娜.急性心肌梗死诊断中多普勒彩色超声心动图的应用研究[J].中国医疗器械信息,2019,25 (20): 80-81.

[12]王凤双.超声心动图对心肌梗死及其并发症诊断效果及检出率评价[J].中国冶金工业医学杂志,2019,36 (01): 94-95.

90 例经耳内镜下鼓膜修补术护理配合

周姣娟^{通讯作者} 周培明

广东省人民医院（广东省医学科学院） 手术室 510080

摘要：目的 总结耳内镜下鼓膜修补术护理配合。方法 对 2020 年 2 月-2021 年 10 月在我院手术室行耳内镜下鼓膜修补术的 90 例患者术中巡回护士和器械护士的护理配合关注点的总结，以及关注特殊器械的准备，精细仪器的管理，实施该技术式特殊体位的管理和预防术中异物遗留，正确摆放及操作各种仪器设备的经验总结。结果 90 例患者手术全部顺利完成，手术时间平均 45min，出血量平均 2mL，术后恢复良好，围术期无严重并发症，住院时间平均 3.6d。结论 加强术中全方位的护理配合，是手术成功的保证。

关键词：耳内镜；鼓膜修补；手术配合；护理

鼓膜穿孔是耳科最常见疾病，以慢性患者居多。通常鼓膜穿孔可以由外伤或者内伤两种因素引起。一般情况下较小的外伤性鼓膜穿孔多可以自愈，自愈率约为80%^[1]。而较大的外伤性鼓膜穿孔可能会遗留永久性穿孔，通常需要观察3个月以上排除自愈可能后，才考虑治疗干预。而更多鼓膜穿孔的病因是由慢性化脓性中耳炎引起的，慢性化脓性中耳炎可以有胆脂瘤型（后天原发性胆脂瘤和后天继发性胆脂瘤）和骨疡型，这可以根据鼓膜穿孔的位置特点进行初步判断。对这类中耳炎的鼓膜穿孔治疗不局限于单纯鼓膜穿孔的修补问题，表现为鼓膜紧张部中央型穿孔的单纯型慢性化脓性中耳炎可以通过鼓室成形术I型手术来治疗。但是这种治疗方法对患者造成的创伤较大，而且患者住院时间较长，影响患者预后^[2]。

20世纪90年代起，高清耳内镜开始出现，耳内镜的出现弥补了显微镜的不足，耳内镜的优点在于探查术区是比较直接、术野清晰，探查视野广泛。不同角度的内镜下可以观察不同角度的同一解剖结构，给术者全面的立体视野，改进了显微镜不足之处，从而能获得较全面的术野。耳内镜可越过遮挡术野的手术器械或在器械前段周围观察术野，解决了术野被遮挡影响术者正常操作的风险而提高了手术的安全性^[3]。1992年E1-Guindyt报道了第一例耳内镜下鼓膜修补术^[4]。我院自2015年开始开展耳内镜手术，现选取2020年2月-2021年10月在我院手术室行耳内镜下鼓膜修补术90例患者手术配合进行总结和分析。手术过程顺利，护理配合效果满意，现将手术护理配合总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 2 月-2021 年 10 月在我院手术室行耳内镜下鼓膜修补术 90 例，其中男性 45 例，女性 45 例，年龄 5 岁-52 岁。手术前在本院门诊均行耳内镜检查和听力检测。

1.2 手术方法

病人在全麻下行经耳内镜下鼓膜修补术，全麻后患者予去枕平卧位，术侧耳朵朝上，消毒铺巾后，清理外耳道痂皮及分泌物，行耳屏前、外耳道皮肤浸润麻醉，用 1ml 注射器沿外耳道边缘注入 1ml 肾上腺素 10 滴+10ml 生理盐水稀释液 1ml，患耳耳廓上方颞区作横行切口约 3cm，达颞肌筋膜，留取适当大小颞肌筋膜晾干备用，缝合线间断缝合切口。耳内镜探查鼓膜，助手扶镜子，主刀左手吸引，右手用皮瓣环切刀离鼓环约 5mm 处做外耳道前后下壁的弧形切口，若鼓膜仅余鼓环部位，去除残边上皮，上至 12 点，下至大于鼓膜穿孔的范围，分离外耳道皮瓣至鼓环，从鼓沟分离鼓环，

将外耳道后壁皮-鼓膜瓣向前上掀开，暴露鼓索神经及锤骨颈，皮瓣进行袢状分离并暴露锤骨柄，仔细去除锤骨柄表面上皮，分离下壁及前壁外耳道鼓膜瓣，此处仅分离鼓膜表面上皮层，保留纤维层，于外耳道后壁与下壁交界处剪断鼓环，形成完整的外耳道鼓膜瓣，该瓣前上方与外耳道皮肤相连。探查鼓室及听骨链情况去除鼓室病变，听骨链周围有硬化灶者，去除硬化灶。取颞肌筋膜（内贴法）放置，与残留鼓膜贴覆，掀起筋膜，将锤骨柄放置于软骨板楔形切口内口，在鼓室四周填塞明胶海绵和纳吸棉，筋膜复位后，外耳道填塞纳吸棉和明胶海绵，耳腔填塞氧氟沙星眼膏棉球，手术结束。

2 结果

90 例患者顺利完成手术，手术后 4 例患者因自身糖尿病疾病，血糖控制欠佳的因素，导致有出现术后感染，3 例出现外耳道流液，后续控制血糖，使用抗生素治疗后顺利出院。

3 手术配合与护理

3.1 术前准备

3.1.1 术前访视：巡回护士手术前一天访视患者，询问个人病史，手术史、既往史、疾病史，查看检验报告和影像学资料。告知手术前注意事项及手术基本流程，做出个性化护理计划，有助于患者及家属消除心理紧张及焦虑的情绪^[5]。

3.1.2 仪器准备和手术用物准备 storz 内镜系统、直径 2.7 mm Storz 0°耳内镜、能量平台、中心吸引装置、双极电凝、耳科显微器械、各型号缝合线、纳吸棉、眼膏、明胶海绵等，手术开始前确保所有物品性能完好。

3.2 巡回护士手术配合：患者平卧于手术床上，并将患者妥善固定，防坠床，注意保暖。执行术前医嘱，开放静脉通路，常规留置针留置患者左手，方便术中观察。麻醉前进行三方安全核查，巡回护士主导作用，核对患者信息，麻醉医生核对病例各项同意书签署情况，主刀医生核对影像学资料确定手术方式和手术部位。巡回护士和器械护士术前共同器械清点。麻醉完成后再次三方安全核查，将患者头部转向健侧，患侧耳朝上，沙袋固定于两侧头部避免压迫耳廓，根据手术部位需求与消毒范围要求，要暴露术区 15cm 以上^[6]。协助医生消毒铺巾，术侧消毒选择Ⅲ型安尔碘消毒液消毒，消毒铺巾注意呼吸机的螺纹管不要压到患者面部皮肤，若存在压力性损伤风险，选用布巾保护好头部。眼睛不能完全闭合患者，选择输液贴由上至下粘贴患者眼部或者选用 3M 静脉留置针敷贴，一分为二裁剪，

敷贴中间另叠加一层裁剪为眼睛大小规格的柔软擦手纸覆盖,保护好患者眼睛,避免眼睛角膜损伤。手术开始连接好内镜系统和能量平台,再次三方核查确认患者信息及手术部位。术中严密监测患者生命体征的变化,每半小时观察静脉留着针。手术结束后与器械护士共同清点手术器械,患者离开手术间之前再次三方安全核查确定手术方式和术中情况,确认无误后患者转运至复苏室。

3.3 器械护士手术配合:麻醉医生准备麻醉时准备开无菌器械台,外科洗手上台,整理用物,与巡回护士共同清点手术物品,协助医生消毒铺巾。手术开始前手工制作带线小棉粒,选用无菌棉垫中棉花少许,用丝线固定,制作完成后浸泡肾上腺素盐水,放置于无菌杯中方便取用,对棉粒的去向做到心中有数,时刻关注手术进程。手术中医生取下来的软骨膜平铺于平整的器械用具上晾干,避免遗失、破损、卷边。耳科显微器械精细,医生使用后每一把器械都需仔细确定完整性,妥善放置在固定位置,若手术中发现器械缺损,及时告知主刀医生在手术视野中寻找。提前裁剪1mm*1mm和2mm*2mm纳吸棉填塞材料,颞筋膜膜放置完成后填塞纳吸棉,耳内用眼膏填塞。手术结束前,器械护士和巡回护士及时清点器械数目和完整性,避免异物遗留耳内。手术结束后转运器械至污物间。

3.4 预防异物遗留 手术中异物遗留在病人体内,将给病人带来极大痛苦,往往需要再次手术取出异物^[7]。耳内镜手术腔小,避免术中小棉粒和精细仪器的缺损所致的异物遗留。①术前检查棉粒的牵引线是否完整,放置在器械台上无菌杯中,术中器械护士需知晓棉粒去向,术后和巡回护士共同清点棉粒数量,确保形状完好,数目正确。②术中摄像系统连接工作站录像,在数目不清时及时翻看录像查找。③防止精细器械的缺损,术前术后器械护士和巡回护士共同检查器械完整性,器械放置时采用“尖端悬空法”放置,医生使用前器械护士均要检查器械完整性。④强化风险意识,低年资护士缺乏经验是发生护理缺陷的高危人群^[8],手术护士配备时根据年资经验合理配备人力资源,对于可能存在的风险,高年资护士采取前瞻性提醒。定期进行手术室可持续质量改进分析会,发现问题,分析问题,解决问题,提高预防异物遗留的意识。

3.5 精细仪器的管理 耳科器械多属于贵重精细器械,精密贵重的显微器械其价格昂贵又容易损坏,按照2019年卫生部WS310的规定,由消毒供应中心对全院可重复使用的器械进行集中化管理,把所有手术器械物品统一交给消毒供应中心按照标准流程进行处理^[9]。①消毒供应中心对精密器械设置器械盒和硅胶垫,减少意外碰撞造成器械损伤。②单件精密器械采用信封式包装并用硅胶套保护。③加强对手术医生和手术室护士的培训,提高对器械的检查水平和保护意识。④对于目镜采用班班交接制,术前术后均要检查目镜的清晰度和光亮亮度。目镜送供应室时填写器械卡,注明房间号、场次、送洗时间,采用无覆盖,还原包装运输法,并做好交接。⑤供应室接收器械后如发现问题要求15分钟反馈给责任人并做好登记,定期分析事件原因减少同类型事件再次发生。⑥建立科室微信信息群,发现问题及时找到责任人。

4 体会

耳内镜下的鼓膜修补术在临床上应用越来越广泛^[10],相对于传统的显微镜鼓膜修补术需要行耳前或耳后的辅助暴露切口相比,耳内镜手术直接通过外耳道手术,更加的微创和美观^[11]。耳内镜下鼓膜修补术治疗

鼓膜穿孔可以缩短患者的住院时间,手术时间从以前2小时缩短至平均45分钟。减小患者的创伤,出血减少,可以经耳道外置入耳内镜,防止体位的干扰,可以清晰地观察患者外耳道与鼓膜组织手术情况。耳内镜光照效果理想,直视下实施手术操作可以提高手术成功率,操作程序简单^[11]。同时耳内镜呈现的高清图像使视野广阔,极大拓展了术者视野的深度和广度,对于耳内细微结构和病变的能很好显露,术后无需耳部加压包扎,疼痛减轻,具有术后住院时间短、恢复快等优点^[12]。现在耳内镜下鼓膜修补也变成耳鼻喉科常见手术,熟练娴熟的巡回与器械护士的配合是必不可少的一部分。

通过加强耳内镜下鼓膜成形术围术期护理干预,可有效提高患者临床配合度及自我管理专业能力,可全面提高护理服务质量,提升手术疗效^[13]。作为手术室的护士,我们应该加强自己的专科护理操作技能,提高个人护理水平,强化手术期的安全管理和安全意识。随着医学的进步,各个手术专科技术都在持续进步,我们要根据专科手术配合的特点,制定更加完善的各个专科工作指引和规章制度。为患者保驾护航,为手术医生提供高标准的手术配合,使手术安全、高效、顺利的完成。

参考文献:

- [1]白鹏,王肖敏,刘根久.30例耳内镜下鼓膜修补术临床分析[J].中国实用医药,2011,06(15):63-64
- [2]于红,于德林.鼓室内窥镜在耳科检查中的应用[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,1997(3):173-173
- [3]刘秀姣,米晶晶,许雨洲.耳内镜辅助显微镜下鼓膜修补术60例临床分析[J].中国实用医药,2015,10(32):62-63
- [4]吴皓,汪照炎.耳内镜外科学历史现状与展望[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,54(4):241-244
- [5]谢辉,心理护理干预对乳腺癌切除术患者围手术期焦虑情绪的影响分析[J].心理月刊,2019,14(17):67
- [6]张莺,汪丽萍,刘莎.皮脂腺囊肿切除术的巡回护士手术配合[J].当代护士(下旬刊),2019,26(4):115-116
- [7]张小荣,张亚妮.手术室防止异物遗留体内的措施[A].中华护理学会第16届全国手术室护理学术交流会议论文集[C].长沙,2012
- [8]王春灵.预防术中异物遗留的研究进展[J].解放军护理杂志,2016,33(12):34-37
- [9]陈华,申瑶,王孝枝.神经外科专科手术器械精细化管理的持续质量改进及效果评价[J].临床研究,2018,26(3):27-28
- [10]翟锦明,马钊恩,陈观贵等.开放式乳突根治术并Ⅲa型鼓室成形术治疗胆脂瘤型中耳炎的临床研究[J].新医学,2013,44(4):262-265
- [11]吕唯,何应玉,张阳,范芳.耳内镜下鼓膜修补术治疗鼓膜穿孔病例回顾报道[J].临床医学研究与实践,2016,1(16):73
- [12]白燕芳,张秀平,张兰梅,刘婕婷,刘小玲.耳内镜下I型鼓室成形术治疗中耳炎及其手术配合[J].中西医结合护理(中英文),2017,3(7)
- [13]孙家强,孙敬武.经耳道内镜手术研究进展[J].听力学及言语志,2019,27(27):105-108
- [14]蒋艳兰.浅析耳内镜下鼓膜成形术的围手术期护理效果[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(54):356-357

个性化护理早期干预对腰椎间盘突出患者术后疼痛及腰部功能的影响

朱莹

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要: 目的 研究个性化护理早期干预对腰椎间盘突出患者术后疼痛及腰部功能的影响。方法 选取我院于2019年3月~2020年1月收治的98例腰椎间盘突出术后患者,随机分为研究组和对照组,每组均49例。对照组进行常规护理,研究组进行个性化护理。对比两组患者经不同护理方式后效果。结果 研究组患者的腰部功能恢复情况明显优于对照组患者,差异具有统计学意义($P<0.05$);两组患者在护理干预前VAS评分对比无明显差异,差异不具有统计学意义($P>0.05$),经护理干预后,两组VAS评分均有下降,研究组VAS评分与对照组相比明显下降,差异具有统计学意义($P<0.05$)。经护理干预后,研究组残留腰痛、腿痛及直腿抬高阳性情况均显著低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 对于腰椎间盘突出患者术后的患者,个性化护理效果显著,值得临床推广。

关键词: 常规护理;个性化护理;腰椎间盘突出患者;术后

腰椎间盘突出是临床上常见疾病,是导致腰腿痛以及下腰痛的常见病因^[1]。主要因为患者椎间盘各部门存在程度不一的退行性改变,受到外力因素的影响,其椎间盘的纤维发生破裂,髓核组织从破裂位置突出于后方,因此导致患者相邻脊神经根受到刺激与压迫,进而导致腰部疼痛。症状较轻患者,主要以物理治疗结合药物治疗为主,症状严重者,通常通过手术治疗,具有明显的效果。但是部分患者手术后产生瘢痕组织以及周围硬膜纤维化,局部受压严重,易再次导致疼痛症状,对长期直立效果造成不良影响^[2]。随着现代护理模式的不断发展,如何使用个性化护理早期干预避免椎间盘术后粘连及压迫已成为临床护理工作的重点^[3]。本文主要研究个性化护理早期干预对腰椎间盘突出患者术后疼痛及腰部功能的影响,现研究结果如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院于2019年3月~2020年1月收治的98例腰椎间盘突出术后患者,随机分为研究组和对照组,每组均49例。研究组患者男性24例,女性25例,患者年龄31~69岁,平均年龄(48.22±4.41)岁;椎间盘突出部位L3-L4患者2例,椎间盘突出部位L4-L5患者15例,椎间盘突出部位L5-S1患者32例;病程4-15个月,平均(9.32±3.15)个月;对照组患者男性27例,女性22例,患者年龄30~65岁,平均年龄(47.17±4.93)岁;椎间盘突出部位L3-L4患者3例,椎间盘突出部位L4-L5患者16例,椎间盘突出部位L5-S1患者30例;病程5-15个月,平均(9.45±3.27)个月;纳入标准:①成年患者,无精神疾病障碍;②所有患者及其家属知情同意。排除标准:孕妇、哺乳期患者;③伴有其他严重疾病患者。研究组与对照组患者的性别、年龄等一般资料比较无明显差异,不具有统计学意义($p>0.05$),存在可比性。

1.2 方法

对照组进行常规护理,即健康指导以及讲述术后注意事项等。研究组进行个性化护理干预,术后密切观察患者病情变化,嘱其多饮水,避免感染。给予心理疏导,使患者心情平和。加强疼痛管理,必要时遵医嘱给予止痛药。卧床期注意卧床并发症,避免出现下肢静脉曲张以及压疮等情况。嘱患者进行下肢关节屈伸活动,避免出现关节僵硬。可下地活动时,根据不同患者的病情制定相应不同的恢复方案。在实际护理干预过程中,坚持早期、规律、个性化的原则对患者实施护理干预,个性化护理早期干预主

要包括术后的三个阶段。首先,术后4h-术后3d为第一阶段,主要在床上对黄再试试护理干预,护理干预的目的在于预防患者术后神经粘连以及下肢深静脉血栓。护理人员需要积极指导患者家属掌握则正确的抬腿运动方式,确保患者膝关节伸直,协助将腿抬高30°-60°,停留时间控制在15s。同时指导其进行双下肢交替练习,随着术后疼痛症状的缓解可以逐渐指导其进行主动抬腿运动,幅度由小至大,耐受后每次需要超过30°,每组进行20次,一组6h。第二阶段为术后第4d-术后14d。遵循循序渐进的原则,逐渐增加运动内容,主要内容为干预患者腰背部的柔韧性,帮助其佩戴相应的护具,辅助其贴墙进行运动,背靠墙,保持5min左右,一组进行3次,每日进行2组练习;帮助患者保持俯卧位,腹部紧贴床面,抬头上半身后仰保持15s左右,每组进行5次,每日进行3组练习。第三阶段为术后2周,主要内容为指导患者进行下床锻炼,同时督促患者坚持运动,避免疾病复发。指导患者进行腰背肌五点式运动,帮助其保持仰卧位,上肢肘屈髋屈膝,通过其进行有效支撑,举高背部后停留25s,每日进行3组训练。出院后嘱咐患者坚持运动锻炼,对患者进行12个月的随访。

1.3 观察指标

1.3.1 比较两组患者经不同护理方式后腰部功能恢复情况。

1.3.2 使用视觉疼痛模拟评分表(VAS)对患者在不同时间段的疼痛情况进行评估,分值区间为0~10分,数值越高表示疼痛感越强。

1.3.3 比较两组术后随访检查指标,主要包括残留腿痛、残留腰痛、直腿抬高阳性。

1.4 统计学分析

采用SPSS19.0统计软件对本次研究数据进行统计学分析。计数资料采用百分比(%)表示,结果采用 χ^2 检验。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,结果采用t检验,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2 结果

2.1 比较两组患者腰部功能恢复情况

研究组患者的腰部恢复情况明显优于对照组患者,差异具有统计学意义($P<0.05$)。数据见表1:

表1 比较两组患者的腰部功能恢复情况 [n, (%)]

组别	例数	优	良	差	腰部功能恢复优良率
----	----	---	---	---	-----------

研究组	49	28(57.14)	20(40.82)	1 (2.04)	48 (97.96)
对照组	49	13(26.53)	27(55.10)	9 (18.37)	40 (81.63)
X ²					5.489
P					<0.05

2.2 比较两组患者疼痛情况

两组患者在护理干预前 VAS 评分对比无明显差异, 差异不具有统计学意义 ($P>0.05$), 经护理干预后, 两组 VAS 评分均有下降, 研究组 VAS 评分与对照组相比明显下降, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。数据见表 2:

表 2 比较两组患者疼痛情况 [($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	例数	VAS	
		护理前	护理后
研究组	49	7.11 $\pm$ 2.13	2.46 $\pm$ 0.14
对照组	49	7.89 $\pm$ 2.76	4.87 $\pm$ 0.76
t		0.043	14.543
P		>0.05	<0.05

2.3 两组患者术后随访检查指标比较

经护理干预后, 研究组残留腰痛、腿痛及直腿抬高阳性情况均显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。数据见表 3:

表 3 两组患者术后随访检查指标比较 [n (%)]

组别	例数	残留腰痛	残留腿痛	直腿抬高阳性
研究组	49	2 (4.08)	2 (4.08)	4 (8.16)
对照组	49	14 (28.57)	17 (34.69)	15 (30.61)
X ²		22.308	28.972	20.157
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

腰椎间盘突出主要是由于腰椎间盘退变以及纤维环破裂, 导致髓核突出压迫神经根所致的综合征, 是临床上比较常见的脊柱退行性疾病, 症状表现为腰痛、马尾综合征、下肢麻木以及坐骨神经痛等^[4]。随着医疗水平的不断提高, 手术治疗腰椎间盘突出效果理想, 目前下斜侧方腰椎间盘融合术是临床治疗该疾病的主要微创手术方法, 该手术方法对肌肉软组织损伤小、并发症发生风险较低, 在临床应用广泛。但是部分患者存在术后复发情况, 主要原因在于手术操作不规范、患者对疾病相关知识的认知不足、对术后功能锻炼时机、频率以及强度的掌握不足, 可能会遗留腰痛、肌力下降等情况, 手术操作过程中可能对患者纤维环的完整性和稳定性造成影响, 甚至导致患者生育髓核组织发生再次突出的情况, 并且患者术后存在血肿机化情况, 导致神经根粘连, 进而引发疼痛症状, 对患者的术后康复造成严重影响。^[5]术后对患者采取有效的护理干预措施具有重要意义, 有助于改善患者预后, 促进其康复, 减少疾病复发风险, 这也成为临床关注的重点工作。常规护理模式针对性不足, 护理人员多依靠经验展开护理工作, 缺乏循证依据, 无法有效满足患者护理需求, 可导致患者住院时间延长, 不利于改善患者预后。对腰椎间盘突出术后患者采取个性化护理

干预有助于促进其恢复, 效果确切。随着现代医学的发展以及护理理念的更新, 个性化早期护理干预得到了医护人员的广泛关注。早期、系统的护理干预有助于刺激患者的神经元突出, 对于改善患者神经功能具有重要意义, 本次研究针对腰椎间盘突出症患者采取个性化护理早期干预。个性化护理是近年来新推出的新型护理模式, 改变了常规护理思维, 注重患者个性化需要, 据不同患者采取不同护理措施^[6]。个性化护理实现了对常规护理模式单一化的突破, 使护理具备针对性, 能够为患者提供优质、全面的护理服务。有研究表示, 个性化护理可有效提高患者满意度, 提高患者生活质量^[7]。

本研究发现, 个性化患者的腰部功能恢复情况明显优于对常规护理, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 两组患者在护理干预前 VAS 评分对比无明显差异, 差异不具有统计学意义 ($P>0.05$), 经护理干预后, 两组 VAS 评分均有下降, 个性化护理患者的 VAS 评分与对常规护理患者相比明显下降, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。经护理干预后, 研究组残留腰痛、腿痛及直腿抬高阳性情况均显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。进一步表明, 个性化护理早期干预对腰椎间盘突出症患者术后疼痛及腰部功能恢复效果良好, 值得临床推广。实施护理干预的过程中, 对术后患者不同时间点不同程度及方式采取恢复会干预, 从被动运动转化为主动运动, 从简单运动转化为复杂的协调运动, 有助于患者激励活动与灵活性的逐渐恢复。腰椎间盘突出症手术术后多数患者存在程度不一的腰部僵硬与功能性脊柱侧弯情况。本次研究中对研究组患者实施个性化早期护理干预同时指导其掌握正确的运动方式, 能够帮助患者开展运动, 使其手术区域血液循环得到明显改善, 组织水肿得到明显缓解。另外, 个性化护理早期干预有助于避免术后疾病的复发, 使患者腰背部柔韧性得到有效恢复, 进而减少术后远期腰腿疼痛发生风险以及疾病复发风险^[8]。

综上所述, 对于腰椎间盘突出患者术后的患者, 个性化护理效果显著, 值得临床推广。

参考文献:

- [1]宋继荣, 刘爱霞, 黄勇. 电针与手法刺激治疗腰椎间盘突出源性疼痛的临床观察[J]. 中国保健营养 2020 年 30 卷 30 期, 50-51 页, 2020.
- [2]裴衣秀, 赵彦琳, 朱艳艳, 等. 椎间盘突出所致下腰痛患者初级躯体感觉皮层功能连接的 fMRI 研究[J]. 临床放射学杂志 2020 年 39 卷 4 期, 631-635 页, ISTIC PKU CSCD, 2020.
- [3]王贵梅, 余欢, 邹敏, 等. 个性化多功能宣传展台在护理管理中的应用价值分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, v.7; No.438(17): 190+192.
- [4]刘同花. 个性化护理模式对初产妇负性情绪、产程进展及护理质量的影响[J]. 中外医疗, 2020, v.39(10): 156-159.
- [5]苏豫因, 高延征, 李方方. 个性化护理早期干预对腰椎间盘突出症患者术后疼痛及腰部功能的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(22): 4162-4165.
- [6]吴婷, 邢琪佳, 王先艳. 探讨个性化护理早期干预对腰椎间盘突出症患者术后疼痛的影响[J]. 自我保健, 2021(2): 37.
- [7]崔妙然, 聂静, 蔡立柏, 等. 基于自我情绪管理的个性化早期干预在腰椎间盘突出症术后患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(22): 7-9.
- [8]赵津. 个性化护理早期干预对腰椎间盘突出症患者术后疼痛及腰部功能的影响[J]. 养生保健指南, 2021(4): 108.

探讨基层医院药品管理中的相关问题

刘晓东

青海油田医院 甘肃敦煌 736202

摘要: 本文主要分析在基层医院的药剂科中药品管理的特点, 主要目的是为了提升基层医院的药品管理水平, 对管理工作进行规范化, 以减少对药品和人力资源的浪费, 为患者谋福利, 为医院的发展提供动力。对基层医院中的药品管理存在的不足以及特点进行详细的分析和总结, 结合该医院的实际情况以及我国在药品管理方面的法律法规, 制定出符合基层医院情况的药品管理措施, 有效提升基层医院药品管理的水平。为达到该目的需要对医院内部的药品管理以及相关医务人员进行综合素质的训练以及对相关法律法规的学习, 不断完善药品管理各个环节的流程, 并对其管理措施进行优化升级, 以确保医院药剂科药品管理更加的规范、科学、合理。本文将对目前基层医院药品管理现状进行分析, 找出医院药剂科药品管理中存在的问题, 并制定相关的管理措施确保医院的正常工作, 保障人民生命财产的安全。

关键词: 基层医院; 药品管理; 问题

0 引言

当今社会人们的生活水平不断提升后, 最关注的问题就是自身的健康状况, 医院是保障人们身体健康的重要医疗机构, 医院内部的药品管理就是医院保证人们身体健康的基础。一个医院的药品管理水平以及药品的质量与患者的自身利益具有密切的联系^[1]。除此之外, 药品也属于医院的一种售卖商品, 销售药品的收入也是医院业务收入中重要的一部分, 尤其是在基层医院中, 医院涉及的业务范围以及医院接诊的患者一定程度上决定了医院经济业务管理中药品的地位。因为受到地理位置等条件的限制, 所以在卫生系统工作中, 基层医院属于最薄弱的环节, 在药品的管理和监督上具有一定的局限性。同时基层医院相关医务人员综合素质良莠不齐, 在药品的管理中会存在较多的问题。所以为了保障人民的生命财产安全, 需要对基层医院的药品管理进行重点关注, 确保患者利益的同时促进医院健康发展。

1 当前基层医院药品管理的现状

1.1 不恰当的药品管理

从基层医院的角度来说, 因为受到多种因素的共同影响, 基层医院受到社会的关注度相对较低, 因此导致在医院各方面的管理上不够科学规范, 最终造成药品管理水平较低, 在实际的工作中存在较多的不足。通过调查发现, 建立较为完善的药品管理准则并且在医院内部形成药事管理组织的医院只有极少的一部分, 大部分的基层医院都没有建立起完整的药品管理流程, 在日常的医疗工作中具有较强的随意性^[2]。除此之外, 在相关医师对患者开具的处方中以及药剂师在药品的调剂中都有着各种各样的问题, 甚至还有极少一部分的医院没有对药品形成最基础的养护干预, 在药品的储存上存在不合理现象, 在药品的查询中还可能发现过期的药品。该类基层医院在相关特殊药品的管理中并没有形成科学、合理的管理规范。从以上相关基层医院的药品管理可以看出, 医院在日常药品的工作管理中还存在较多问题。

1.2 药品的库存管理与采购方面比较混乱

基层医院在对药品采购计划进行制定的过程中, 应当结合医院的实际情况, 运用比较科学的计算方法来确定药品的库存量。同时, 药品的采购还需要与临床用药情况进行联系。然而, 在基层医院中药品采购员大多数都是凭借自己的工作经验进行药品的采购^[3]。从药品种类和数量方面来看, 药品的采购与临床各科室之间用药的规律以及特点相关, 然而大部分的基层医院并没有得到重视, 在采购药品时出现脱节状况, 最终形成药品资源浪费或是缺货等。除此之外, 在采购回来的药品管理中还存在许多不足, 比如在药品库存管理上人手不够、手续办理不及时、发票没能及时递交导致药品账目不清晰。这也会造成临床医师因为药品账簿不对等而耽误了诊治的时间。

1.3 临床用药干预不合理

研究调查发现绝大多数的基层医院都没有开展相应的临床医学工作, 也就更没有依照病理合理性用药、临床用药干预以及临床药师分析等工

作。与此同时, 在药品引发的不良反应问题收集上也存在不合理现象。以上问题都是导致医师在处方开具上存在不足的重要因素, 损害了患者的切身利益^[4]。

2 在基层医院药品管理中存在的相关问题

2.1 缺乏相关药品管理的制度

基层医院由于地理信息等限制, 受到关注的程度较小, 在相关医疗工作的管理上存在不够严格的现象, 因此导致药品管理存在不足。部分医学界的学者在研究中发现, 基层医院中形成药事管理组织的大约占比 25%, 但是在这些建立了组织的医院中较为完善的医院只有 18%; 绝大多数的基层医院都没有建立相关制度进行管理, 在医院内部各岗位、各部门的工作流程上都没有形成较为完善的管理制度, 对药事的工作存在不够重视的现象^[5]。还有一部分医院在药品的管理上并没有养护的措施进行干预, 研究发现在 56% 的医院药品中发现了过期药品, 同时部分医院在药师调剂以及医生处方权的管理上存在不规范现象^[6]。与此同时, 部分基层医院并没有做好相应的药品管理工作, 在药品的储存上胡乱堆放, 在部分特殊药品的管理上没有进行信息的明确登记, 根据以上现象可以看出, 基层医院在药品上还存在比较严重的问题。

2.2 药品的库存管理以及采购上存在问题

大多数基层医院的药品采购人员都是凭借自己以往的工作经验, 确定药品采购的数量和种类。一般情况下, 都没有运用科学的计算方法来确定药品的库存量, 因此药品的采购也没有和临床用药规律、特点等相结合^[7]。对于基层医院来说, 各科室用药的规律和特点是采购药品的基础, 然而大多数医院没有重视这一问题, 这才导致临床用药与药品采购出现脱节现象, 造成药品资源的浪费或是药品紧缺等。基层医院对于采购回医院的药品实施库存管理上还存在诸多问题, 比如说药品在办理入库交接的时候, 发票没能进行及时的传递、手续办理不及时, 导致药品的账目和财务报表不相符^[8]。同时, 医院信息系统登录不及时也会导致临床用药查看的数据和药品库存数量不同步, 耽误了医生和患者的诊治时间, 引起不必要的麻烦。

2.3 对临床合理用药的干预不充分

在部分基层医院中存在不合理用药的事件, 与医院没有实施临床药理学工作有关, 在药品的用药分析、药品不良反应收集、医药处方的评价以及用药的合理性上并没有进行关注, 因此造成不合理用药事件的发生率较高^[9]。这些临床药理学工作没有做到位, 导致医生在对患者开具处方上缺乏专业的监督和管理, 有时会发生不合理处方。基层医院用药安全性水平较低, 这与医院在药物不良反应问题的收集上存在联系, 这些都是造成临床药物不合理的重要因素。

2.4 特殊药品的管理

据研究表明, 在部分基层医院中对于精神以及麻醉类的药品管理在发放、储存、管理、验收等环节均存在不同程度的问题。在一些基层医院中没有对医药处方进行双人复核、记录销毁、药品回收等事项, 在对患者开

具处方药物时没能详细记录患者的信息,有的基层医院甚至还会发生普通处方笺、特殊处方笺混用的现象^[10]。这不仅会造成医院药品使用的不规范,还容易出现用药差错等安全问题。

3 问题分析

3.1 主观因素

由于医院领导人员对药品管理的不重视,更加注重医疗水平忽视药品的管理,同时医院的管理人员对医疗机构管理的范围不了解,并且自身的管理意识也较低,因此缺乏对自身专业知识水平的提升。因为人员较少,因此没能形成规范性的组织。在相关药事管理的制度中规定了药品的保管以及药品进货的制度,因为没有明确违规操作的法律后果,导致一部分的医院没能接受相应的惩罚,大大提升了用药的风险性^[11]。对于人民群众而言,基层医院是最贴近自身的医疗机构,并且基层医院在我国分布的范围较广,直接影响着人们的经济利益和身体健康状况。基层医院药品管理存在的不足会直接影响患者的切身利益,因此需要对其加强药品管理。

3.2 客观因素

由于我国医疗资源配置还存在不平等的现象,较多的医疗人才以及医疗设施都集聚在大中城市,因此导致基层医院的专业医学人员不足,多发生不是本专业的人员在从事药学专业的工作岗位,已经取得从业资格的人员较少,大部分都是无证人员^[12]。专业医学人员的严重不足导致了基层医院药品管理中出现较多专业性问题。

4 药品管理对策

4.1 不断完善管理制度并加强对基层人才的培训

想要提升医院药品管理的水平,必须要让医院的领导层加强对药事管理的重视,并且在招聘医学人员的时候要规范招聘条件,分配药学专业技术人员从事相关岗位工作。同时对医院现有的医学人员进行专业培训,加强对我国药事管理相关法律法规的学习,按照规章制度对药品进行管理。除此之外,还要加强对药学专业技术人员职业道德、思想政治觉悟的培训,确保为人民提供安全高效的医药服务。由于目前药品种类越来越多,医院内部人员就需要提高对药品的学习,全面掌握新药物的信息禁忌证、用法、适应证^[13]。同时还需要了解保存药物的方法,比如通风条件、温度、湿度等。特殊药品储存需要在低温环境下或是干燥环境中,一些药物需要避光保存,对于中药材需要防止生虫、适当进行晾晒。医务人员还需要提高对相关法律知识的学习,以便于在日常工作中确保患者和自身的利益,防止发生不必要的麻烦。同时,医院还需要不断完善药品管理的相关制度,根据医院实际情况以及国家药品管理法制定适合自身的管理机制^[14]。

4.2 提高对药库以及药品采购的管理

在药品采购商需要选择合适的供应商,对供应商的资质进行审核,此外还需要进一步调查供应商的供货能力。除此之外,医院还需要定期对采购计划进行分析,严格依照药品的采购规定进行,对新药品进行审批,并及时做好相应的出库以及入库工作,并监督药品进出库记录的真实性。在药品入库后需要由专业的人员进行分类保管,为其提供相应的光线、湿度、温度、通风等,以防药品出现变质等现象,对药品进行编号以便查找,同时做好药品账目的登记工作^[15]。

4.3 实行合理的用药干预

基层医院需要依照相关法律法规结合抽查等方式,进行处方用药安全性、合理性的点评,确保用药的安全性和合理性。与此同时,还可以为患者制定个性化的用药指导工作,通过适量剂量的药品发挥其最大的药效,降低不良反应的发生率。医务人员还需要加强对临床中药物使用情况的收集,对药物的不良反应进行测试,为今后合理用药提供保障。

4.4 特殊药品的管理

因为考虑到精神类以及麻醉类药物的特殊性,药品的管理人员需要加强对相关法规条例的熟悉度,并且在相关药品的管理中要严格依照规定进行,实行双人监督互助保管,并提供专柜进行保管。对于特殊药物需要指派专人运用专用的单据进行盘点和记录。在药品入库前需要2人或2人以上进行开箱检验、清点,最后签字入库。在特殊药出入库时,需要由专门人员进行药品质量、数量、名称的核对,并且相关管理和检验人员需要在

单据上签字^[16]。在医学处方的开具上也需要运用专用的处方笺,对医生开具的处方笺进行审核,确保其完整性。药品管理人员还需要每天对特殊药品的使用情况进行统计,做到及时清结,其目的是为了确保特殊药物能够得到全面的管理,防止药物的不合理运用。

4.5 药品的养护

在药品的管理中药品的养护具有十分重要的作用,特别是在基层医院中,因为地理条件、资金不足、专业人员缺乏等因素导致药品得不到专业的养护,造成药品资源的浪费,若变质药品运用到临床治疗中不仅会损害医院的形象,还会对患者的生命安全产生损害。采购药品在入库之后不仅要进行名称的登记外,还需要对药品的有效期进行明确。每天观察并记录药品储存室的湿度和温度,若发现储存条件超出正常范围,需要进行及时调整,将温度控制在0~30℃,湿度控制在45%~75%。对于需要冷藏的药品放置冷藏库,将温度调整至2~10℃。对于需要避光保存的药物要确保避免光线照射等。组织医院相关人员定期对药库排水、灭火、通风、防潮等设施进行检查,若发现问题需要及时上报并修理,为药品的储藏提供良好条件。对中药材需要花费更多的心思,对果实、矿物、动物壳、花草类的药物进行分类管理,对于极易挥发的药品要注意封闭性。最后对于滞销的药物应当进行明确的登记和清理,与供应商和科主任进行联系,对相关药品进行优化调整以降低医院的损失。

5 结语

综上,在基层医院中实行药品管理对医院的健康发展具有十分重要的意义,医院领导应当重视对药品的管理工作,加强对药品管理专业人员的培训,为药品管理提供综合素质较强的人员以及完善的管理制度。

参考文献:

- [1] 拜年,高玉娟,胡琰婷,等.我院高危药品管理制度的建立及应用效果研究[J].中国药房,2020,31(15):1906-1910.
- [2] 杨林慧,柯萌,上官小芳,等.基于CiteSpace的国内外高危药品管理文献计量分析[J].医药导报,2020,39(10):1340-1345.
- [3] 黄健.探讨基层医院中药房管理模式与药品质量的关系[J].中医药管理杂志,2020,28(3):119-120.
- [4] 牛艳霞,李旭英,胡小弟,等."9S"管理理念在基层医院重症隔离病区的应用[J].中华护理杂志,2020,55(1):205-206.
- [5] 陶玉娟.ABC分类法提高医院药品管理系统的效果分析[J].中国基层医药,2020,27(2):168-173.
- [6] 姚海艇.基层医院药房管理相关问题分析与措施[J].中医药管理杂志,2020,28(10):118-119.
- [7] 陆雪秋,许艳玲.北京市基层医疗卫生机构药品零差价政策实施现状及问题研究[J].中国全科医学,2020,23(19):2406-2411.
- [8] 周大勇,郭尚林,刘爱娜,等.基层医疗机构药事管理的调研及药师技能提升工作的开展[J].药学服务与研究,2020,20(6):474-477.
- [9] 杨清华,朱奇勇,杨学珍.基于医疗信息系统数据探析24家基层医疗机构的药品配备与使用情况[J].现代仪器与医疗,2020,26(1):72-75.
- [10] 刘玉龙,孙燕,李璘,等.基层医疗机构医联体药事管理发展的现状与思考[J].安徽医药,2020,24(9):1884-1887.
- [11] 吴荣.优化医院感染控制对提升静配中心输液管理质量的意义分析[J].基层医学论坛,2020,24(36):5278-5280.
- [12] 黄小区,杨世春,苏美霞,等.闭环管理在某院麻醉药品管理中的应用[J].中国处方药,2021,19(7):55-56.
- [13] 湖北省卫生健康委员会.湖北省医疗机构麻醉药品和第一类精神药品管理办法[J].医药导报,2021,40(11):1475-1480.
- [14] 江五根.双人核对管理在药房药品管理中的应用[J].基层医学论坛,2021,25(2):269-270.
- [15] 李杰,蒋志涛,韩怡,等.基于云端协同管控的病区急救药品管理模式构建与成效[J].医药导报,2021,40(7):964-966.
- [16] 詹惠因,李碧仪,詹彩娟.数字化管理在西药房药品管理与发放中的应用[J].临床合理用药杂志,2021,14(16):154-156.

PDCA 循环管理在胰岛素泵便携式护理中的运用

王秀 李海燕

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川 750000

摘要：目的：探讨在胰岛素泵便携式护理中运用计划（Plan）-执行（Do）-检查（Check）-处理（Action）循环管理的效果。方法：研究前抽取 100 例使用便携式胰岛素泵的糖尿病病例，截止年限为 2021.01~2021.06 期间，其中 1-3 月实施 PDCA 循环管理前 50 例设为甲组，4-6 月实施 PDCA 循环管理后的 50 例设为乙组。对比 2 组患者不良事件、并发症、遵医行为、恢复指标及满意率。结果：统计显示，2 组对比不良事件，乙组总发生率 4.00% 低于甲组 16.00% ($P<0.05$)。2 组对比并发症，乙组总发生率 4.00% 低于甲组 20.00% ($P<0.05$)。2 组对比遵医行为，乙组自我监测、适量运动、遵医携泵、合理饮食等评分均高于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比胰岛素用量、血糖达标及住院时间等指标，乙组均少于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比满意率，乙组总体为 98.00% 高于甲组 80.00% ($P<0.05$)。结论：在胰岛素泵便携式护理中运用 PDCA 循环管理的效果显著，不仅能有效减少各种不良事件和并发症，还可提升患者遵医行为，并减少胰岛素用量和住院时间，可促进血糖快速达标，患者普遍较为满意，可进一步借鉴推广。

关键词：胰岛素泵；便携式；PDCA 循环管理；护理

在临床慢性疾病中，糖尿病较为多发和常见，该病症是一种代谢性、内分泌疾病，主要由机体内分泌及葡萄糖代谢等障碍，造成蛋白质、脂肪、糖等代谢紊乱所致^[1-2]。人体调节机体内葡萄糖浓度的主要物质为胰岛素，所以目前对于糖尿病患者，胰岛素注射是最有效的治疗措施之一，但此种方式给药无法对人体正常分泌胰岛素的模式加以模拟，所以存在较大的缺陷^[3-4]。随着便携式胰岛素泵的推广使用，其在此类患者方面发挥了极大优势和作用，其优势在与体积小、性能稳定、调节推注量简便、便于携带。但随着使用患者数的增加，多数研究显示患者及医护人员在防治携泵期间的并发症和故障处理方面存在一定缺陷，还需采取有效的护理措施加以干预^[5-6]。因此本文则研究了在胰岛素泵便携式护理中运用 PDCA 循环管理的效果，现将研究情况做以下阐述：

1. 资料与方法

1.1 资料

本次抽取 100 例糖尿病病例，均使用便携式胰岛素泵，样本选择时间截止 2021.01~2021.06，依据 PDCA 循环管理实施情况分组，其中实施前设为甲组，共纳入 50 例病例，实施后设为乙组，共纳入 50 例病例。研究开展前统计处理 2 组基本资料，其中甲组性别，男 29 例、女 21 例，年龄 30-70 岁，均龄 (48.85 ± 5.26) 岁，病程 1-8 年，均值 (3.25 ± 1.44) 年。乙组性别，男 25 例、女 25 例，年龄 30-70 岁，均龄 (49.63 ± 5.44) 岁，病程 1-9 年，均值 (3.33 ± 1.52) 年。通过对各项数据经 χ^2 、T 值检验分析，若 $P>0.05$ ，说明研究可开展。本次研究中全部患者均知情，研究获伦理委员批准，患者均自愿参与。

入选条件：所选糖尿病病例均满足《中国 2 型糖尿病防治指南（2020 年版）》^[7]的相关确诊条件；均初次使用便携式胰岛素泵，适应症良好；均意识清晰，认知正常；资料完整；可全称配合完成该研究。排除条件^[8]：心肺功能异常；伴糖尿病肾病；认知、语言、意识等障碍；精神疾病；存在胰岛素泵禁忌症；配合不佳或中途退出者。

1.2 方法

甲组未实施 PDCA 循环管理，仅在携泵期间提供基础护理干预，包括饮食指导、口头宣教、监测血糖、及时发现和黑醋栗不良反应等。而乙组在此方案上实施 PDCA 循环管理，首先对质量管理工作加强循环控制，完善和健全管理监督机制，要求专人检查，层层把关，全员参与，及时反馈，具体操作流程如下：

1.2.1 计划阶段（P）

该阶段主要对携泵期间患者出现的并发症以及各类故障进行总结分析，并深入查找原因，如操作不合理、无菌技术操作未严格执行、健康教育落实不充分等，通过分析这些原因制定相应的管理措施，并提出高效的解决策略。然后制定护理计划：骨干护士 2-3 名及护士长需对正确使用胰岛素泵、输注餐前两操作、更换电池、更换药液、排除仪器故障等方法

予以数量掌握，然后对护理计划予以制定，包括患者宣教内容、注意事项、操作程序、携泵目的、考核标准等，制定成册，便于实践中护士随时查看，循序渐进组织操作演示和业务讲课，通过理论-实践-再实践的过程逐渐升华，确保每个护士熟练掌握并合格。

1.2.2 执行阶段（D）

该阶段主要包括 5 个方面：（1）入院宣教：按照患者学历水平和认知程度不同展开相应的健康教育，对其治疗和护理需求予以深入了解，将便携式胰岛素泵的优势、疗效、特点的优势详细告知患者，尤其是将便于携带这一优势需向患者做反复讲解，以提升其信任感和配合度。（2）监测血糖：注意对患者的血糖定时测定，主要在凌晨 3 点和 7 点、睡前、三餐前等进行测定，输注胰岛素的用量按照测定结果合理调整，以积极预防高或低血糖等事件，也便于在不同时刻及时发现这些事件，从而实施对症处理干预。（3）预防感染：在操作期间需对无菌操作予以严格执行，注意注射部位需定时更换，每 2-3d 更换 1 次，注意保持局部清洁。对埋置泵的部位有无针头脱出、灼烧感、皮肤痛、痒、红、肿等予以观察，一旦发生前述情况，则需对注射部位立即更换，然后实施对症局部处理。（4）监测仪器运作：注意结束培训后要求患者熟练掌握仪器运用和监测等方法。首先对所需胰岛素采取储液器抽取后，将便携式胰岛素泵中的空气彻底排尽，然后将输注装置与储液器连接，注意缓慢抽吸药液，避免进入气泡。基础率设置后需安排 2 名护士反复核对确保无误，注意确保时间准确，注意对装置运行予以监测，告知患者仪器一旦发生电量不足、储液泵松脱或走空、导管打折、针头脱出或堵塞、装置滴漏等情况，则需及时告知护士或医生加以处理，采取胰岛素大剂量输注后需对其精确与否予以及时查询，对设定量与输注量符合与否定期查询等。同时告知其相关注意事项，如洗浴前为需将胰岛素泵快速分离脱离开，脱离泵的时间需在 1 h 内，结束洗浴后立即装好，防止其泵掉落在水中或地上。注意移动电话需避免使用，泵的所处环境温度需控制在 0.5°C 以下或 45°C 以上，避免药物失效。

1.2.3 检查阶段（C）

该阶段对考核检查标准进行合理制定，按照本科室护理特征以及计划要求等，对检查标准进行全面制定，涉及落实健康教育、执行消毒隔离、执行常规技术操作、护士业务水平及职业素养等。建立三级管理网络，即责任护士-骨干护士-护士长的模式，其中护士长负责质量监控和定期检查等，并协助上下班护士间及责任护士的相互检查和监督，对仪器使用情况及时了解，对护理隐患及时清除，把好质量关。

1.2.4 处理阶段（A）

该阶段对管理中存在的不足和成功之处予以总结和分析，做出评价分析，纠正总结后的对策，提升管理的规范性，并将最后的对策在下一个循环中加以使用。2 组护理时间均为 1 月。

1.3 评价指标

对比2组患者护理结束后相关指标:(1)不良事件:观察统计感染、皮肤硬结、针头脱落、导管堵塞等发生情况。(2)并发症:观察统计酮症酸中毒、黎明现象、低血糖等发生情况。(3)遵医行为:以自拟评分表评估,该量表满分100分,包括4个条目:自我监测、适量运动、遵医携泵、合理饮食等,各项均为25分满分,分值越高则越遵医。(4)恢复指标:观察记录胰岛素用量、血糖达标及住院时间等。(5)满意率:调查时自拟问卷,满分100分,结果分为3个条目,具体为不满意、一般、非常等。

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 χ^2 、t值检验为统计方法,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 对比不良事件

统计显示,2组对比不良事件,乙组总发生率4.00%低于甲组16.00%($P<0.05$)。如表1示。

表1:2组对比不良事件[例(%)]

组别	n	感染	皮肤硬结	针头脱落	导管堵塞	发生率(%)
乙组	50	0(0.00)	1(2.00)	0(0.00)	1(2.00)	2(4.00%)
甲组	50	1(2.00)	3(6.00)	1(2.00)	3(6.00)	8(16.00%)
χ^2 值						5.236
P值						0.034

2.2 对比并发症

统计显示,2组对比并发症,乙组总发生率4.00%低于甲组20.00%($P<0.05$)。如表2示。

表2:2组对比并发症[例(%)]

组别	n	酮症酸中毒	黎明现象	低血糖	发生率(%)
乙组	50	0(0.00)	1(2.00)	1(2.00)	2(4.00%)
甲组	50	2(4.00)	4(8.00)	4(8.00)	10(20.00%)
χ^2 值					7.584
P值					0.001

2.3 对比遵医行为

统计显示,2组对比遵医行为,乙组自我监测、适量运动、遵医携泵、合理饮食等评分均高于甲组($P<0.05$)。如表3示。

表3:2组对比遵医行为($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	自我监测	适量运动	遵医携泵	合理饮食
乙组	50	23.02±1.04	23.14±1.06	23.52±1.05	23.05±1.34
甲组	50	18.41±1.11	18.25±1.06	19.02±1.11	18.42±2.33
t值		6.214	6.032	4.874	5.314
P值		0.011	0.014	0.026	0.031

2.4 对比恢复指标

统计显示,2组对比胰岛素用量、血糖达标及住院时间等指标,乙组均少于甲组($P<0.05$)。如表4示。

表4:2组对比恢复指标($\bar{x} \pm s$)

组别	n	胰岛素用量 (U/d)	血糖达标 (d)	住院时间 (d)
乙组	50	32.02±4.31	5.21±2.14	8.11±2.15
甲组	50	37.45±4.82	7.33±2.18	12.45±2.36
t值		5.652	4.214	4.985
P值		0.033	0.041	0.038

2.5 对比满意率

统计显示,2组对比满意率,乙组总体为98.00%高于甲组80.00%($P<0.05$)。如表5示。

表5:2组对比满意率[例(%)]

组别	n	不满意	非常	一般	总体(%)
乙组	50	1(2.00)	35(70.00)	14(28.00)	49(98.00%)
甲组	50	10(20.00)	25(50.00)	15(30.00)	40(80.00%)
χ^2 值					9.856
P值					0.000

3. 讨论

胰岛素泵是通过模拟人体正常分泌胰岛素的模式,然后采取基础胰岛素持续24h输注,可减少血糖波动,并能更加精准的对机体血糖水平加以控制^[9]。而便携式胰岛素泵的装置形状和大小接近于传呼机,其外部套有一个包,便于携带,便于在睡眠、运动、外出的时候使用,具有良好的固定性,且可对胰岛素予以较好保护,对使用者活动不会产生影响,所以十分便利。但在实际应用时,便携式胰岛素泵也可引发一些不良事件或导致一些并发症,从而影响患者的携泵遵医行为,所以还需采取有效措施加以护理。

PDCA主要包括计划、执行、检查、处理等4个缓解,是一种全面质量管理手段,将此种PDCA循环管理应用在糖尿病患者携泵的护理工作中,则可按科学的护理程序对患者实施针对性护理,可帮助其充分了解便携式泵的优势和特点,可制定良好的饮食计划和血糖控制标准,可促使患者充分掌握自我观察和护理的方法,从而在携泵期间做好个人护理,还可帮助患者积极预防和减少各种并发症,从而显著提升整体疗效。

本文结果中,2组对比不良事件,乙组总发生率4.00%低于甲组16.00%($P<0.05$)。2组对比并发症,乙组总发生率4.00%低于甲组20.00%($P<0.05$)。2组对比遵医行为,乙组自我监测、适量运动、遵医携泵、合理饮食等评分均高于甲组($P<0.05$)。2组对比胰岛素用量、血糖达标及住院时间等指标,乙组均少于甲组($P<0.05$)。2组对比满意率,乙组总体为98.00%高于甲组80.00%($P<0.05$)。

综上,在胰岛素泵便携式护理中运用PDCA循环管理的效果显著,不仅能有效减少各种不良事件和并发症,还可提升患者遵医行为,并减少胰岛素用量和住院时间,可促进血糖快速达标,患者普遍较为满意,可进一步借鉴推广。

参考文献:

- [1] 韦慧,吕芳,梁春蕾,等.PDCA循环管理在胰岛素泵护理中的运用[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(15):146.
- [2] 张佳,李霄恒.护理巡视在非内分泌科胰岛素泵患者治疗中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(7):153,155.
- [3] 闻星星.综合护理管理对外科围手术期应用胰岛素泵患者的效果观察[J].中外女性健康研究,2021,11(10):107-108.
- [4] 林荷荷,余雪菲.规范化护理对胰岛素泵强化治疗糖尿病患者不良事件的影响[J].中国乡村医药,2020,27(18):56-57.
- [5] 李洁,支媛,曹晓芳,等.2型糖尿病应用胰岛素泵治疗的临床护理效果分析[J].婚育与健康,2021,02(1):154-155.
- [6] 王丽杰,张利蕊,董雪.专职胰岛素泵护理岗位设置在神经外科糖尿病患者血糖管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(20):68-70.
- [7] 中华医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南(2020年版)[J].中华糖尿病杂志,2021,13(4):315-409.
- [8] 徐丽.动态血糖监测联合胰岛素泵治疗糖尿病的疗效观察与护理措施[J].中国保健营养,2021,31(12):205.
- [9] 尤婉玲,刘明森,刘燕芳.细节护理在胰岛素泵治疗糖尿病患者中的效果观察及满意度影响分析[J].糖尿病新世界,2020,23(1):110-111.

手术室护理管理中应用分层次护理管理措施及应用效果观察

黄春瑜

广东省阳春市中医院 手术室 广东阳春 529600

摘要：目的：将分层次护理管理措施全面应用在手术室护理管理中的价值做分析。方法：本次整体试验执行时间为2021年1月至2021年6月，抽取接受手术的患者153例，根据入院时间实施分组，研究组80例患者接受分层次护理管理措施，参照组73例患者接受基础护理管理措施。检验整体满意状况、自我效能评分、风险事件发生情况、患者满意度情况等。结果：（1）研究组手术室护理人员同事关系、工作责任、福利待遇、专业发展、排班难度五方面的满意状况评分均比参照组高，两组数据差异有显著统计学意义（ $p < 0.05$ ）。（2）研究组自我效能评分明显高于参照组，两组数据差异有显著统计学意义（ $P < 0.05$ ）。（3）研究组风险事件发生率为2.50%，明显低于参照组的13.70%，比对结果差异明显（ $p < 0.05$ ）。（4）在患者对手术室护理管理服务工作的总满意度方面，研究组为，明显高于参照组的，两组数据差异有显著统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：分层次护理管理措施在现今应用率较高，充分应用在手术室护理管理工作中，使工作人员的整体素质提升，避免工作人员对工作出现倦怠情况，有效的规避了医疗纠纷情况发生，并提高患者手术室护理管理服务工作的满意程度，进一步将整体救护质量提升。

关键词：手术室护理管理；分层次护理；整体效果

接受手术治疗的患者其病情均较危急严重，手术室成为主要救治场所，手术室护理管理因患者数量较多，工作人员需承担大量工作，手术室极易发生不良事件，因此导致患者的投诉情况升高，投诉方向主要为工作人员带情绪工作、态度不好等^[1-2]。分层次护理管理在近几年逐渐被广泛应用，将其应用在手术管理工作中，可将整体监督管理机制予以完善，拟定合适的奖惩、考核制度，针对不同层级实施相应考核^[3]。有关资料证实，借助分层次护理管理模式将手术室护理管理工作予以完善，使整体护理满意度提升^[4]。因此，本次将我院在2021年1月到2021年6月接受手术治疗的153例患者、相关护理工作人员20例作为研究的对象，进一步分析评价手术室护理管理中应用分层次护理管理措施的效果，现将研究内容及成果作如下报道。

1. 基本数据与方法

1.1 基本数据

试验实际执行时间为2021年1月至2021年6月，153例接受手术治疗的患者通过入院时间分组，研究组80例中，男44例（55.00%）、女36例（45.00%），年龄上下界限为21~59岁，均值（40.35±4.15）岁；参照组73例中，男35例（47.95%）女38例（52.05%），年龄上下界限为22~59岁，均值（40.52±4.31）岁；实行护理工作的人员有20例，护理措施均由工作实施。对基本数据进行综合对比分析，结果差异不明显（ $p > 0.05$ ）。此外，所有患者均经医院医学伦理委员会审批并通过，均知情签署相关医疗干预同意书，满足相关手术指征条件，排除严重精神障碍、临床资料不全及抗拒本次实验者。

1.2 方法

参照组获取基础护理措施，密切监测、记录患者的生命指标，准备好备皮工作和心理状态，做好尿管管理。术后对患者实行麻醉苏醒指导，辅助其翻身、止痛、引流管等常规护理服务。并且，需处理好手术室护理管理期间出现的问题，确保手术室护理管理服务质量及安全性的提升。研究组实施分层次护理方法，主要护理措施如下：

1.建立团队：拟定护理管理晋升阶梯制度，需根据工作人员的实际学历、工作经验等决定谁来担任队长，实行护理技能比拼的方式进行挑选，在资历高的护士中选取。组织责任护士、初级护士、护理人员参与护理技能培训工作，并定时进行考核，保证护理考核的公平性，对护理人员技能、态度、实际工作质量等进行全面评估，需严格依照岗位相应职责划分护理责任。初级人员主要进行接待工作，并将医疗区环境和导诊情况进行详细介绍。详细讲解手术室环境。针对中高级组长，对手术室内环境、手术流程衔接以及设备管理等工作进行负责。由工作人员核对相关手术室工作，

并做好落实工作，将医疗差错纠纷事件予以降低，主管工作人员对术中工作进行负责，责任护士需与高资历的护理人员进行良好交接，主要包含术前、术后，保证护理工作之间做到无缝隙连接。

2.分层次管理疾病的具体工作：根据患者的真实病情，分层次管理手术室，利用红色标签对危急重症手术人员进行标记，对于轻症、择期手术的患者借助绿色标签实施标记。重视患者整个围手术期心理状态，缓解不良情绪，使整体配合度提升。

3.重视细节护理的落实。一方面，部分患者对疾病、手术知识不甚了解，相关护理人员需根据患者的薄弱知识了解、对疾病及其相关知识的了解程度，有针对性地实施健康宣教护理，比如普及疾病相关知识、手术期间需注意的基本事项等，提高患者认知；针对患者提出的疑问，相关护理人员需耐心、详细解答，消除患者顾虑，提高患者在围手术期的依从性及配合度。另一方面，评估患者围手术期的心理症状严重程度，焦虑、抑郁等心理症状轻微，可采取鼓励疗法，举例手术成功的案例，增强患者对抗疾病的自信心；若患者心理症状较严重，则可采取伴乐疗法，播放患者喜爱的音乐，转移患者注意力，在患者心理保持平稳的情况下，再开展手术。此外，若患者心理严重，则有耐心疏导患者的负性心理，并指导患者家属多关心、照顾患者，给予患者亲情支持干预，确保患者心态保持平稳，各项生命体征平稳，再进行相关手术。

4.风险事件预防护理管理。基于围手术期，患者易发生一些风险事件，比如滑倒、烫伤、坠床、护患纠纷等。因此，基于围手术期需给予患者人文关怀，维持地面干燥、清洁、卫生，指导患者穿防滑鞋，避免滑倒。开水壶、饮水机 etc 日常生活设施设备，需放置安全位置，并张贴警示标示，使热水烫伤等风险事件得到有效预防控制。加强患者病房陪护，指导患者家属根据患者行动方便程度，多陪同患者，并设置防坠床护栏等，预防控制坠床风险事件的发生。此外，多关心、照顾患者，多换位思考，解决患者的基本需求，多理解患者，赢取患者信任，减少护患纠纷风险事件的发生。

1.3 判定指标

（1）观察分析手术室护理人员的整体满意状况，同事关系、工作责任、福利待遇、专业发展、排班难度五方面，评分越高，代表满意情况越好。

（2）对手术室护理人员的自我效能进行评分，评分越高，代表自我效能越好。

（3）分析比较两组风险事件发生率。

（4）根据我院自制护理满意度调查问卷，将患者对护理管理服务的

满意程度分为：满意、基本满意、不满意三个等级；总满意度 = (满意例数 + 基本满意例数) / 总例数 × 100.00%。

1.4 统计学分析

试验各指标均通过统计学软件 SPSS25.0 检验，卡方比对应计量资料(%)率；t 值比对应计数资料(均数±标准差)；如组间数据有差异(p<0.05)。

2. 结果

2.1 比对应整体满意状况

研究组工作人员的整体满意状况相应的分值明显高于参照组(p<0.05)，见表 1。

表 1 比对应整体满意状况(分)

组别	同事关系	工作责任	福利待遇	专业发展	排班难度
研究组 (n=20)	8.25±2.65	10.43±4.21	12.45±1.32	4.35±2.48	4.36±1.02
参照组 (n=20)	2.35±3.32	3.32±4.52	8.46±3.62	2.31±1.21	1.32±0.35
t 值	6.2114	5.1476	4.6309	3.3061	12.6071
p 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 比对应自我效能评分

工作人员自我效能评分在实施相应管理措施后，均获得明显改善，比对应结果显著(p<0.05)。见表 2。

表 2 比对应自我效能评分(分)

组别	开展时	开展 3 个月	开展半年
研究组(n=20)	2.38±0.32	2.62±0.32	2.97±0.21
参照组(n=20)	2.12±0.28	2.32±0.41	2.75±0.31
t 值	2.7345	2.5796	2.6276
p 值	0.0094	0.0139	0.0123

2.3 比对应风险事件发生率

研究组风险事件发生情况比参照组低(p<0.05)，见表 3。

表 3 比对应风险事件发生率[例(%)]

组别	例数	占比
研究组(n=80)	2	2.50%
参照组(n=73)	10	13.70%
X ² 值		6.6227
p 值		0.0100

2.4 两组患者对手术室护理管理服务的满意情况比较

在患者对手术室护理管理服务工作的总满意度方面，研究组为，明显高于参照组的，两组数据差异有显著统计学意义(P<0.05)，见表 4。

表 4 两组患者对手术室护理管理服务的满意情况比较[n(%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	总满意度(%)
研究组	80	64(80.00)	13(16.25)	3(3.75)	96.25
参照组	73	14(19.18)	37(50.68)	22(30.14)	69.86
χ ²			6.378		
P			0.013		

3. 讨论

在整体医疗行业中护理工作具有监控、反馈的效果，因手术室工作人员长期存在较大压力，因此长时间处于精神紧张、职业暴露、身心疲惫等

状态^[5]。因此在手术室管理工作中，手术护理服务质量意义重大。社会发展速度快，医疗机构护理工作中逐渐将“以患者为中心”理念全面灌入在护理中，手术室护理具有较大的难度，因工作量较大，进而影响了工作人员的积极性^[6]。

分层次护理管理是一种标准管理措施，工作人员分层管理主要根据工作人员的职称、职务、业务能力等，对其进行层级和层次划分。有关数据显示，在手术室中全面融入分层管理，进而对获取收益予以保证^[7]。分层次管理内容的实行，可帮助护理人员灵活、高效的组建护理小组，将护理服务整体水平和质量提升，缓解了工作人员的自身压力，消除负面情绪，提升整体满意度^[8]。

工作人员对工作进行评估，掌握工作中出现的不良情绪，并拟定相应措施予以改善，使整体满意度提升。手术室为医疗机构中重要科室，手术室护理服务意义重大。在手术室中融入科学管理措施，合理科学分配人力，进而提升患者、护理人员、医师的满意度。随之提升整体手术室护理管理水平，利于医院更好的发展^[9]。

在手术室中实行分层次护理管理，可将整体改革方向予以指出，并充分应用，维持良好护患关系，使临床护理的及时性、有效性、个性化予以保证，使护理人员的职业素养予以提升，保证无缝隙管理价值^[10]。对各工作人员安排相应的工作，有经验的护理人员负责手术室管理，防止经验少的护理人员不能熟练操作，出现手忙脚乱情况，随时发生纠纷事件。对工作人员实施动态化管理，执行分层级培训、考核，对相关工作予以合理分配，使岗位职责予以明确。并定期对工作人员实施培训，让其充分掌握工作，为临床护理奠定基础。

综上所述，在手术室护理管理工作充分融入分层次护理管理措施，保证手术器械供给充足，使护理质量提升，利于患者尽早恢复健康，对护理工作的顺利实施予以保证，临床上具有较高的应用价值；因此，值得推广及应用。

参考文献：

- [1]杨瑞,吴丹.分层次护理管理应用在手术室护理管理中的措施与效果探究[J].中国医药指南,2019,17(33):347-348.
- [2]余青.手术室护理技术分层次准入管理的分析[J].中国现代医学杂志,2014,24(8):108-110.
- [3]孝群,曹伟.手术室护理技术分层次准入管理的分析[J].中国医药指南,2016,14(14):226-226,227.
- [4]JOZEN, ASLI, MARMOR, YARIV, ROHLEDER, THOMAS, et al. Optimization and Simulation of Orthopedic Spine Surgery Cases at Mayo Clinic[J]. Manufacturing and service operations management,2016,18(1):157-175.
- [5]刘箐,李云飞,董赐.手术室护理人员分层分组教学管理模式的研究进展[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(10):166-167.
- [6]徐艳.手术室护理人员分层分组管理的实施及效果评价[J].中国继续医学教育,2016,8(9):253-254.
- [7]钱红霞.分层次管理对提高关节外科护理质量及患者满意度的影响研究[J].中国农村卫生事业管理,2017,37(11):1311-1313.
- [8]王英丽,蒲霞,王惠珍,等.20 个省份手术室开展护理亚专业组管理的现状调查[J].中华护理杂志,2018,53(9):1055-1059.
- [9]廖敏,吴金玉.应用分层团队护理管理的质量评价[J].中国循证心血管医学杂志,2016,8(8):925-927.
- [10]WUCHERER, PATRICK,STEFAN, PHILIPP, ABHARI, KAMYAR, et al. Vertebroplasty Performance on Simulator for 19 Surgeons Using Hierarchical Task Analysis[J].IEEE Transactions on Medical Imaging,2015,34(8):1730-1737.

1+N 家庭医生团队在社区老年慢性病健康管理中对患者血压、血糖与生活方式影响分析

姜哲方 苏海 顾冬梅

上海市徐汇区漕河泾街道社区卫生服务中心 200235

摘要：目的：探讨社区老年慢性病患者（PWC）采取 1+N 家庭医生团队进行健康管理对其生活方式、血糖、血压的影响。方法：研究抽取社区老年 PWC 样本共 400 例，样本抽取年限为 2020.05~2021.05，其中糖尿病（DM）、高血压（HTN）分别为 200 例。所有对象均采取 1+N 家庭医生团队进行健康管理，时间为 1 年。DM 组、HTN 组入组前、随访 1 年后对比体重指数（BMI）、血糖、血压水平、生活方式等情况，以评定效果。结果：本组 400 例患者均完成 1 年随访。DM 组随访 1 年后 BMI、空腹血糖（FBG）水平均低于入组前（ $P<0.05$ ）；HTN 组随访 1 年后 BMI、FBG、舒张压（DBP）、收缩压（SBP）等水平低于入组前（ $P<0.05$ ）。DM 组、HTN 组随访 1 年后运动 $>0.5h$ 频率、饮酒率、吸烟率等低于入组前（ $P<0.05$ ）。结论：社区老年 PWC 采取 1+N 多学科结合模式家庭医生团队进行健康管理的效果显著，不仅能有效控制患者血糖、血压等水平，还能改善其生活方式，提升其健康水平，可进一步借鉴推广。

关键词：社区；老年；慢性病；1+N；家庭医生团队；健康管理；生活方式；血糖；血压

由于我国老年人口的不断增多，社会老龄化逐渐加剧，这也在一定程度上增加了老年慢性病患者（PWC）的数量。目前我国面临的各种社会问题中，老年健康问题尤为迫切^[1-2]。自我国启动国家基本公共卫生规范项目之后，逐步形成了老年 PWC 管理规范，且取得了显著成效^[3]。但因我国目前糖尿病（DM）、高血压（HTN）等患病人数较多，尚缺乏公认的 PWC 管理模式，而现有模式尚处于探索阶段^[4]。作为一种新型管理模式，1+N 家庭医生团队近些年在部分地区逐渐获得推广和使用，且在管理 PWC 方面发挥了显著作用，但其全国范围内尚未大力推广和研究^[5-6]。因此本文抽取社区老年 PWC 样本共 400 例，样本抽取年限为 2020.05~2021.05，其中 DM、HTN 分别为 200 例，则研究了社区老年 PWC 采取 1+N 家庭医生团队进行健康管理对其生活方式、血糖、血压的影响，现将研究情况做以下阐述：

1. 资料与方法

1.1 资料

本次研究抽取社区老年 PWC 样本共 400 例，样本抽取年限为 2020.05~2021.05，其中 DM、HTN 分别为 200 例。其中 HTN 组性别，女 90 例、男 110 例，年龄 66~88 岁，均龄（ 77.2 ± 3.6 ）岁，病程 1~10 年，均值（ 5.5 ± 2.9 ）年。DM 组性别，女 98 例、男 102 例，年龄 66~88 岁，均龄为（ 77.5 ± 3.8 ）岁，病程 1~10 年，均值（ 5.3 ± 2.8 ）年。通过对 2 组病例信息经 χ^2 、 t 值统计处理并做对比发现，统计值 $P>0.05$ ，说明研究具有可行性。本次所选对象事先知情且参与时均为自愿。

入选条件：DM 满足 2017 版《中国二型糖尿病防治指南》^[7]确诊要求；HTN 满足 2010 版《中国高血压防治指南》^[8]中确诊条件；均确诊为 2 型 DM、原发性 HTN 等；社区建档时间 >1 年；年龄 ≥ 65 岁；无严重并发症、病情稳定；均签订家庭医生团队；可正常交流沟通。排除条件：依从性较差；精神障碍；语言及认知障碍；无法完成随访；合并严重并发症；其他严重疾病；行动不便。

1.2 方法

所有对象均采取 1+N 家庭医生团队进行健康管理，时间为 1 年。具体为：（1）建立团队：首先建立 4 个健康管理团队负责管理 PWC。家庭医生团队以家庭医生为主体联合专科医生、健康管理师、公卫医生、社区护士、心理师、康复师、营养师等组成，4 个团队各管理 100 名 PWC。（2）搭建平台：针对社区老年 PWC 建立智能化平台，负责提供健康服务和管理，涉及软件和硬件两个方面，其中前者为健康服务管理平台，后者为远程诊疗系统、健康管理监测一体机等。将管理平台、监测一体机与社区医疗系统等联通，在一体机上由患者向社区医疗平台及时上传自身信息，

然后由团队成员对患者信息进行及时查询。（3）实施流程：① 首先组织召开 1+N 家庭医生团队启动会议，将相关事项详细告知患者，并签署相关协议。② 针对签署协议的患者由全科医师组织基线问诊和查体工作，按照体检报告、诊疗记录、问诊和查体情况评估患者并发症和健康状况，然后在健康服务平台同步患者档案信息。③ 社区护士需调查基础数据，主要为患者血液检查，涉及血脂、血常规、肝肾功能等。④ 在接诊患者时有健康管理师组织其在一体机上监测血糖、血压、臀围、腰围、体重、身高等，并对患者并发症、用药依从性、治疗方案、行为技能、知识掌握、生活方式等予以全面了解，然后在管理平台上录入相关信息。⑤ 按照前述评估结果由公卫医生制定教育方案，并展开宣教工作。（4）随访干预：评估报告由家庭医生给出后，健康管理方案由家庭医生专科医生心理师康复营养师等共同参与进行科学制定，涉及健康教育、诊疗服务、生活指导、健康访视等。按照国家公共卫生规范^[9]对诊疗服务、生活指导、健康方式等予以执行，4 次/年，健康教育涉及宣传栏、宣传小册子等，每季度展开 1 次技能培训和 1 次讲座咨询，按照课题对监督管理方案予以实施。各组采取预约专家服务与上门督导、微信指导和电话随访、远程短信提示等方式进行随访。

1.3 评价指标

DM 组、HTN 组入组前、随访 1 年后对比体重指数（BMI）、空腹血糖（FBG）、舒张压（DBP）、收缩压（SBP）水平、生活方式（包括运动 $>0.5h$ 频率、饮酒、吸烟等，其中运动频率为不锻炼、偶尔、1 次/w、1 次/d 等。）等情况，以评定效果。

1.4 分析数据

在软件 SPSS22.0 中对各项指标结果做出处理和分析，以 $\bar{x}\pm s$ 、 t 值等方法展开统计，结果分别经 $\bar{x}\pm s$ 和 $[n(\%)]$ 来表示，各自代表结果中的计量和计数值，若 P 值 <0.05 ，则说明研究结果符合统计意义。

2. 结果

2.1 血糖、血压水平

统计显示，DM 组随访 1 年后 BMI、FBG 水平均低于入组前（ $P<0.05$ ）；但该组入组前、随访 1 年后血压水平的对比差异较小（ $P>0.05$ ）；HTN 组随访 1 年后 BMI、FBG、DBP、SBP 等水平低于入组前（ $P<0.05$ ）。如表 1 示。

表 1：对比入组前、随访 1 年时 BMI、血糖、血压水平（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	时 间	BMI (kg/m^2)	FBG (mmol/L)	DBP (mmHg)	SBP (mmHg)
DM 组	入	24.1 ± 3.1	7.9 ± 2.5	74.6 ± 9.2	131.4 ± 14.8

(n=200)	组前					(n=200)	随	22.8±12.8	5.1±2.1	78.3±18.3	126.3±12.8
	访	22.2±4.7	6.3±3.1	74.1±10.3	130.6±13.6	t 值	访				
	1						1				
	年						年				
						P 值		3.744	6.845	9.611	11.554
HTN 组	入	25.4±13.8	5.9±1.6	86.6±20.1	138.4±15.2	2.2 生活方式					
组前	组前					统计显示, DM 组、HTN 组随访 1 年后运动>0.5h 频率、饮酒率、吸烟率等低于入组前 (P<0.05)。如表 2-3 示。					

表 3: 对比 HTN 组入组前、随访 1 年生活方式[例 (%)]

时间	n	运动>0.5h 频率				饮酒	吸烟
		不锻炼	偶尔	1 次/w	1 次/d		
入组前	200	16 (8.0)	22 (11.0)	48 (24.0)	114 (57.0)	30 (15.0)	24 (12.0)
随访 1 年	200	8 (4.0)	20 (10.0)	44 (22.0)	128 (64.0)	18 (9.0)	12 (6.0)
x ² 值		24.859				8.752	9.321
P 值		0.000				0.000	0.000

表 3: 对比 HTN 组入组前、随访 1 年生活方式[例 (%)]

时间	n	运动>0.5h 频率				饮酒	吸烟
		不锻炼	偶尔	1 次/w	1 次/d		
入组前	200	18 (9.0)	14 (7.0)	32 (16.0)	136 (68.0)	34 (17.0)	26 (13.0)
随访 1 年	200	4 (2.0)	12 (6.0)	38 (19.0)	146 (73.0)	24 (12.0)	12 (6.0)
x ² 值		22.314				5.748	10.321
P 值		0.000				0.022	0.000

3. 讨论

由于我国逐渐对 PWC 管理给予了高度重视,近些年在推动 PWC 健康管理方面,社区卫生服务机构发挥了重要作用。目前在社区 PWC 予以管理时家庭医生团队仍然是主要力量,且其主要负责管理老年人和 PWC 的健康等工作。家庭医生团队在我国已获得推行,但还需采取有效措施提升其总体效果^[10]。此种团队服务应用时可受到多种因素影响,主要原因因为运行模式缺乏有效性、家庭医生团队尚未完全建立等。目前大多数全科医师多注重于日常医疗工作,在全科团队服务中参与度不足,而公卫医生多注重患者随访和建档使得预防与医疗之间融合不当。专科医生与全科医生对接不紧密,双向转诊不畅,使慢病管理缺乏延续性。若家庭医生可在社区 PWC 健康管理中发挥具体组织、协调与实施的角色,并结合公卫医师、社区护士等卫生专业技术人员作为家庭医生助理,同时利用医联体平台引入二级医院以上的专科医生,提供基层坐诊、远程诊疗、技术支持和业务指导等服务,心理师康复营养师参与健康教育。多学科结合型家庭医生服务团队的建立将在 PWC 健康管理中发挥积极作用。1+N 家庭医生团队在此种背景下应运而生,团队中各个成员以患者为中心发挥协同作用,可对整个团队的工作压力予以缓解,也可可为 PWC 提供专业性个性化的服务,所以在家庭医生团队的前提下,社区 PWC 管理中引入 1+N 模式,则可显著提升整个团队的工作效率。

在对 DM、HTN 进行管理的过程中,重点在于合理提供药物治疗,而改善患者的生活方式尤为关键。通过采取 1+N 家庭医生团队对 DM、HTN 等进行健康管理,则可利用信息化、智能化平台,由家庭医生对患者组织和展开自我管理与健康教育;由公卫医生做好防控工作;每次随访中由专科或全科医生组织个性化宣教,则帮助患者通过各种方式如组织病友俱乐部、技能培训、讲座咨询、宣传海报、宣传小手册等提升自我管理能力,进一步改善患者的健康行为。本文结果中,本 400 例患者均完成 1 年随访。DM 组随访 1 年后 BMI、FBG 水平均低于入组前 (P<0.05); HTN 组随访 1 年后 BMI、FBG、DBP、SBP 等水平低于入组前 (P<0.05)。DM 组、

HTN 组随访 1 年后运动>0.5h 频率、饮酒率、吸烟率等低于入组前 (P<0.05)。可见,社区老年 PWC 采取 1+N 家庭医生团队进行健康管理发挥着极大优势和显著作用。

综上,社区老年 PWC 采取 1+N 家庭医生团队进行健康管理的效果显著,不仅能有效控制患者血糖、血压等水平,还能改善其生活方式,提升其健康水平,可进一步借鉴推广。

参考文献:

[1]何晔.家庭医生团队"三师共管"社区老年慢性病健康管理模式的构建与应用[J].中医药管理杂志,2021,29(9):205-206.
[2]王燕华,陈以初,萧珊珊.家庭医生团队"三师共管"社区老年慢性病健康管理对患者血压、血糖与生活方式影响[J].养生保健指南,2020,13(39):284-285.
[3]周丹.应用家庭医生团队签约服务对慢性病健康管理效果的提升研究[J].康颐,2021,08(5):190.
[4]李秋菊.家庭医生团队签约服务对慢性病健康管理的效果评价[J].中国保健营养,2021,31(9):286.
[5]王蕊,尹蕾.家庭医生团队签约服务对慢性病健康管理效果分析[J].中国保健营养,2020,30(9):319.
[6]乐小红,王谏珠,李代必.家庭医生团队签约服务应用于慢性病患者中的健康管理效果研究[J].中国实用医药,2019,14(4):193-194.
[7]冯莉华,于涛.研究家庭医生团队签约服务应用于慢性病患者中的健康管理效果[J].中国保健营养,2019,29(23):398.
[8]王秋莲.家庭医生团队签约服务对慢性病健康管理效果分析[J].中国卫生标准管理,2018,9(10):64-66.
[9]周志林.家庭医生团队签约服务对慢性病健康管理的效果评价[J].中国卫生产业,2018,15(15):30-31,34.
[10]荆媛,景琳,丁富军.家庭医生团队签约服务对慢性病健康管理的效果评价[J].中国初级卫生保健,2013,27(11):70-71,74.

幼儿园幼儿健康管理的问题和对策

胡海燕

北京市怀柔区疾病预防控制中心 北京怀柔 101400

摘要:健康管理大于天,幼儿生命重于山。这并非是一句口号,更是要付诸行动的政策。现如今,幼儿园中仍然存在着诸多需要排除的健康管理隐患,为了给幼儿的日常生活和学习提供更好的环境,就非常迫切需要在幼儿园内开展幼儿健康管理工作。本文主要就幼儿园幼儿健康管理问题展开分析,旨在为幼儿筑起安全屏障。

关键词: 应急疏散练习; 幼儿园; 安全教育

幼儿园作为幼儿身心健康发育的重要场所,对幼儿成长发挥着重要作用。幼儿园要肩负起应有的责任和义务,并帮助幼儿塑造正确的健康意识,给予幼儿科学健康管理引导,做好幼儿成长路上的先驱和引导者,推动幼儿园健康管理质量进一步提高。众所周知,儿童是家庭和民族的希望,祖国的未来,做好儿童的健康教育工作,不仅关系到儿童本身的健康,更是为其后继成长 and 健康发展奠定坚实基础^[1-2]。再加之,幼儿年龄比较小,缺乏健康意识,所以就非常迫切需要给予幼儿筑起一道健康的屏障。为了增强幼儿的健康意识,就非常有必要开展健康管理工作。健康管理工作可以让幼儿总结出更多经验,并促使幼儿将其内化为自己行为的一部分,以便能够显著提高幼儿健康管理能力。

1. 幼儿园幼儿健康管理的相关内容

1.1 健康的概念

何为健康?如今并没有形成一致的结论,从某种程度上来说,健康的概念也非常复杂。其实,之所以出现这种局面,主要是因为每个人所处的环境和思想认知等方面各不相同,因而对健康的意识也有着明显的差异。当前,关于健康的概念普通能够接受的说法就是

世界卫生组织(WHO)给健康下的定义,认为“健康是身体、心理和社会适应的健康状态,而不是没有疾病或虚弱现象^[3]。”可见,健康并不是单纯的指向身体健康,这其中还包括了心理健康等。而且,需要注意的是,身体、心理及社会适应这三者之间的关系是相互联系和相互促进的,在理解健康概念过程中,需要将这三者串联起来,只有这样才是个体健康的根本。

1.2 幼儿园幼儿健康管理的概念

幼儿园健康管理就是以幼儿的身心发展特点、规律等为根本,然后促使幼儿的身体、心理及社会适应能力达到健康的状态。对此,幼儿园健康管理就需要在日常教育活动中,有所针对性的增加幼儿的健康认识,培养并巩固其的健康行为。从该概念中可知,幼儿园健康管理根本在于培养幼儿养成良好的健康行为。在此需要提出的是,因为幼儿身心发展尚未成熟,上述所提到的这三者之间并无必然因果关系。

1.3 幼儿园幼儿健康管理的重要性

《幼儿园教育指导纲要》明确指出,幼儿园工作的根本要义就是做好幼儿的健康管理工作。幼儿是含苞待放的花朵,是一个家庭的希望,更是一个国家发展的希望。幼儿有对世间万物探究的欲望,这是其年龄发展的重要特点,但随着幼儿年龄的增长,其就会产生独立摸索和感知世界的强烈愿望,但这势必会产生诸多健康隐患。对于负责幼儿身心健康发展的幼儿园而言,更应该肩负起增强幼儿健康意识的重任。幼儿健康意识的培养从来都不是一蹴而就的事情,需要教师与家长的强强联手,心无旁骛地投入到幼儿健康管理工作中。

2. 幼儿园幼儿健康管理存在的问题

2.1 健康管理人员的整体素质偏低

幼儿阶段正是身心发展的重要时期,在该过程中就需要幼儿园根据幼儿的身心发展特点,塑造幼儿的健康的人格。但由于健康管理人员的整体素质偏低,对此,幼儿就极易受到其的影响,不利于幼儿健康水平的提升。对此,关注教师的健康状况不但对教师自身健康水平有着深远意义,而且对幼儿的健康状况也同样重要。而且根据有关资料显示,有20.8%幼儿教师心理健康水平欠佳^[4-5]。可见,现如今教师的心理健康问题尤为显著,对此,就非常需要通过心理健康来促进教师心理健康素质的提升。

2.2 健康管理缺乏必要的理论支持和引导

虽然近些年来,我国大部分地区的幼儿园都着重突出要加强对幼儿的心理和生理健康管理,但从现实来看,幼儿的健康管理尚没有形成系统的、明确的理论基础。不管是健康管理内容,亦或者是健康管理标准,都没有强大的理论做后盾。健康管理并非是一蹴而就的事情,需要从点滴做起,需要有扎实的理论基础,如果缺少理论的支持,那么实践也毫无意义。只有将理论作为引导的方向,才能够指引健康管理前方通性的道路。

2.3 幼儿园与家庭在幼儿健康管理中相互脱离

幼儿园教育和家庭教育是伴随幼儿成长的一道亮丽风景线,而且二者是缺一不可的。但就当前来看,二者在幼儿健康管理中尚存在着相互脱离的情况,原因其实主要在于教师和家长的思维发生了偏差,教师方面认为,幼儿在幼儿园保持良好的健康行为就可以了,但是在家里的幼儿有什么不恰当的行为等就与自己无关了;家长认为自己把孩子送到幼儿园学习,那么幼儿园就承担了教育的责任。可见,教师与家长的思维都是偏激的,不够理智的。幼儿园健康管理与家庭健康管理是幼儿健康管理的主旋律,二者具有同等重要的作用,并且各自散发着巨大的光芒。只有将二者密切联系起来,才可以在幼儿健康管理中发挥最大作用,促进幼儿健康成长。

3. 幼儿园幼儿健康管理应用对策

3.1 加强人员培训和健康指导

幼儿健康管理水平能否显著提高,与管理者整体素质的高低有着密切的关联性,对此,要想促进幼儿园健康管理工作的提升,就需要幼儿园管理人员加强对健康管理的专业培训,以此提高管理质量。第一,幼儿园需设立单独的健康管理部门,同时聘请具有丰富经验的健康管理人,促使其可以将所掌握的知识践行到具体工作岗位中,进而确保健康管理工作更符合相关要求和规范^[6]。第二,幼儿园需要为管人员提供更多培训的机会,通过让其参加培训、学习的方式来夯实自己的理论知识和丰富自己的专业素养,促使其可以为幼儿及家长提供更有意义的健康指导,进而促进幼儿健康管理水平的提升。第三,幼儿园需要定期邀请相关方面的专

业人士定期到幼儿园进行指导,针对健康管理工作中存在的不足提出相应的建议,进而帮助幼儿健康管理工作更好的开展。比如就幼儿家长健康大课堂,北京市健康教育所为第三幼儿园聘请到北京体育大学教授赵星,讲了《幼儿生长发育的原动力——科学的体育锻炼》,近年来体重超重、肥胖的幼儿越来越多,课后很多幼儿家长围住赵老师请教各种正确运动的问题,对赵教授的授课内容给予高度评价。“改变就在100天”亲子健康行为养成活动,主要内容:包括100天的护眼行动和亲子健康之星评比两个部分。“改变就在100天”行动:以家庭为单位,家长根据“幼儿健康行为养成手册”要点,督促、指导幼儿建立健康的生活方式并每天记录。100天行动期后,幼儿所在班级教师要对幼儿的行为进行评价并记录在手册上。亲子健康之星评比:评比包括说说我的家、见证百天蜕变、秀出健康风采三个环节。说说我的家就是亲子家庭介绍、见证百天蜕变为健康习惯改变展示、秀出健康风采为健康技能或才艺表演。最终在幼儿教师健康教育课件评比和“改变就在100天”活动中,多位老师、和幼儿家庭荣获市级奖项。

3.2 幼儿健康管理理论基础的完善

第一方面,要想有序的开展幼儿健康管理工作,就非常有必要创建完整的理论体系,为其提供强大的理论依据。理论也是各项管理有序开展的根本。幼儿健康管理理论体系的建立需要发挥出教育部门和幼儿园的协同作用,按照幼儿园的现实情况和幼儿的身心发展规律及特点,促进幼儿健康管理理论基础的完善。理论体系中不但要涵盖幼儿健康管理的各项内容,还要明确幼儿健康管理工作的相关标准,促使幼儿健康管理工作的开展符合各项要求和规范,为幼儿的健康发展筑起坚实的屏障。另外一方面,幼儿园要按照其自身情况建立个性化的幼儿健康管理制度。管理制度建立的根本就是为了有序开展幼儿管理工作,因此管理制度中也要清楚的标记出来负责幼儿健康管理工作人员的姓名、各个环节具体要做什么等,并确保责任落实到位,这样利于促进幼儿健康管理水平的提升。而对于教师而言,在

未来的工作中,需要教师仍然定期、有序地开展健康管理活动,并将此类活动渗透到幼儿园日常教学工作当中来,以此帮助教师积累更多关于健康管理活动等实践经验,提高师幼的健康意识,为构建健康和谐幼儿园铸起一道安全屏障。

3.3 加强幼儿园与家庭在幼儿健康管理中的合作,共同促进幼儿健康成长

幼儿每日的生活轨道就是幼儿园和家庭,对此,在对幼儿实施健康管理中,就需要深化幼儿园与家庭之间的合作,共同致力于幼儿的健康发展。但需要指出的是,在家园共育中幼儿教师是幼儿健康管理的指导者,而家长则是参与者,原因主要在于教师具备掌握幼儿身心发展的方法,可以科学的对幼儿实施健康管理,而家长因为没有接受过系统的学习,对于幼儿健康知识方面的知识比较匮乏,因此,在家园共育的过程中,教师是当之无愧的指导者^[8]。同时,在家园共育过程中,教师也要为家长与幼儿园创设沟通的桥梁,如建立家园联系簿、指导家长记录幼儿在家的表现、开展干预打卡等,教师和家长及时交流,争取从不同方面了解幼儿健康状况。根据市级干预活动方案制定本区的活动方案,怀柔区疾控中心于2020年12月7日召开干预工作协调布置会。怀柔区教委学前科负责人员、三家幼儿园主管院长及园医参加了此次会议。此次布置会区疾控中心健康教育科负责人对幼儿健康行为干预工作的重要性及幼儿健康行为养成的意义进行了强调。确定此次打卡主题为“正确洗手”,对打卡记录表或行为养成日记等形式活波多样的作品征集要求进行了详细讲解。怀柔区三所试点园于

12月8日陆续安排幼儿开展打卡活动。幼儿园各班级负责人通过家长微信群、班会等形式告知家长干预活动的要求及注意事项。同时将“正确洗手”宣传视频在家长群中宣传播放。三家幼儿园积极参加此次打卡活动,记录形式多种多样,充分调动家长及幼儿对于正确洗手的重视及热情。共计1798个家庭参加打卡活动,区级最终收集706个作品,经过筛选,选出44个优秀作品上报区疾控,并选送10件上报市疾控。本次活动,我区三家健康促进幼儿园均进行了充分的动员,做到大中小班全员覆盖宣传正确洗手的健康知识。此次打卡活动以“正确洗手”为契机动员家长关注幼儿健康行为习惯养成,并督促其养成更多的健康行为习惯。同时区疾控中心结合当季热点健康话题,幼儿生长发展特点,幼儿家长知识需求等方面,甄选优秀师资作品,以“乳牙保卫战”,“读懂营养标签”,“药品说明书那些事”,“开心吧少年”,“树立合理膳食观,提升百姓健康素养”,“首都市民卫生健康公约垃圾分类小指南”家长线上大课堂。积极在家长宣传健康知识,惠及家长2000余人次受到幼儿园老师和家长的一致好评。

表1 干预活动覆盖情况记录表

幼儿园名称	参与家庭数	作品征集数	区优秀作品数
怀柔第三幼儿园	900	180	20
怀柔区第四幼儿园	718	400	14
北京明天幼稚集团怀柔分园	180	126	10
合计	1798	706	44

4. 结束语:

对于幼儿园而言,健康管理工作的有序开展健康管理有着深远的意义。一方面表现在通过“健康促进幼儿园”模式来帮助幼儿形成良好的适应力。原因主要在于幼儿阶段具有较强的接受力和较高的可塑性,幼儿园培养幼儿养成良好的健康行为,利于其未来自觉选择利于自身身心健康的生活方式和行为。另一方面,仍需要相关方面通力配合,将“健康第一”放在首位,以培养幼儿基本健康为要点,通过改善幼儿园幼儿健康问题,以此促使其形成良好的健康行为,实现教师和家长的通力合作,充分调动社会、家庭及专业机构来为幼儿的健康成长开辟道路。

参考文献:

[1]张巧莉.如何加强幼儿健康管理促进幼儿健康成长[J].家长,2022(11):4-6.

[2]姜玲.细化卫生保健管理 呵护幼儿健康成长[J].山东教育,2021(16):21-22.

[3]罗竞,彭宏霞,郭书庆,蓝良梅.“三理融合”理念下幼儿发展与健康管理专业课程体系构建[J].文教资料,2021(06):238-240.

[4]王俊景.如何加强幼儿健康管理促进幼儿健康成长[J].知识文库,2020(16):38+40.

[5]李丹,陈战.加强幼儿园管理,促进幼儿健康发展[J].学周刊,2020(26):171-172.

[6]李慧,贾雪瑞.论管理要素在幼儿发展与健康管理专业课程建设中的融入[J].齐齐哈尔师范高等专科学校学报,2020(04):98-100.

[7]沈菊霞.优化午睡管理,助力幼儿健康成长[J].华夏教师,2019(21):93.

[8]伊丽.幼儿健康发展与管理——幼儿健康发展教学标准制定[J].现代职业教育,2019(18):94-95.

消毒供应流程优化对消毒供应室护理管理质量及器械处理状况的影响

胡慧 虞琨明 刘佳 周丹

空军特色医学中心消毒供应室 北京海淀 100142

摘要:目的:探究在消毒供应室护理管理中实施消毒供应流程优化干预的有效性以及对护理管理质量和器械处理状况的影响。方法:XX 医院消毒供应室自 2021 年 6 月开始实施消毒供应流程优化管理(观察组),与 2021 年 6 月前实施的常规消毒供应流程管理(参照组)进行对比分析,两组各自选择护理人员 9 名及 120 件医疗器械作为研究对象,比较分析两种不同管理模式下的管理效果和应用价值。结果:观察组护理管理后的护理质量管理评分、护士对管理的满意度评分、护士综合素质评分、清洁合格率、消毒合格率高于参照组($P<0.05$),有统计学意义;且观察组管理干预后对比的安全事件发生率相对于参照组更低($P<0.05$),统计学有意义。结论:优化消毒供应流程管理应用在消毒供应室护理管理中的有效性较高,能提高护理管理质量水平,改善和优化消毒供应室器械处理情况,减少不合格状况及安全事件的发生,预防院内感染的出现。

关键词:消毒供应流程优化;消毒供应室;护理管理质量;器械处理状况

消毒供应室属于医院治疗护理过程中较为重要的场所之一,它医院供应各种无菌器械、敷料、用品的主要科室,这一科室的工作质量直接对医疗护理质量和患者治疗过程中的安全性产生影响^[1]。在消毒供应室内应结合以往的工作经验,优化调整消毒供应流程,强化消毒供应室内护理人员的综合素质及安全意识,从整体上提高消毒供应室的护理管理质量水平,改善消毒供应室各手术器械的处理情况,保障各个科室治疗的顺利开展与安全性^[2]。以往的管理过程中一般给予常规性的流程管理,虽然能达到相应的管理效果,但对于提高护理质量评分和优化器械处理状况方面的作用并不明显,具有一定的局限性^[3]。因此,有效的优化管理措施显得十分重要,为了探究优化消毒供应室流程应用在消毒供应室中的管理效果和提高护理管理质量、优化器械处理状况的影响,XX 医院消毒供应室在不同时间段展开了不同的护理管理对策的落实,详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

XX 医院消毒供应室自 2021 年 6 月开始实施消毒供应流程优化管理(观察组),与 2021 年 6 月前实施的常规消毒供应流程管理(参照组)进行对比分析,两组各自选择护理人员 9 名及 120 件医疗器械作为研究对象,9 名消毒供应室护理人员中男性 4 名,女性 5 名,年龄上限为 42 岁,年龄下限为 23 岁,均值为(32.50±3.60)岁,学历均为本科学历,9 名护理人员的工作年限集中在 1 至 20 年,平均工作年限为(10.23±2.56)年。

1.2 方法

参照组消毒供应室开展常规消毒供应流程的管理,主要是根据消毒供应室具体工作事项、管理制度和标准等开展的一系列清洗、消毒、杀菌、包装等管理工作。

观察组消毒供应室开展常规消毒供应流程的优化管理,主要包括:(1)消毒供应室人员优化管理:定期组织消毒供应室的护士参与各类器械消毒、清洁、包装、各消毒或清洗仪器的操作和维护等知识的培训学习,还应强化护理人员在清洗、消毒这些手术器械时的个人安全防护意识,要求其在进入清洗室或消毒室后应穿戴好防护服,戴好口罩、手套等等,减少安全事件的发生。培训后对护理人员实施定期的考核,将其考核结果、临床实践操作规范程度与其绩效考核相挂钩,更好的规范和提升消毒供应室各管理流程、管理质量水平。此外,在优化管理的过程中还应结合消毒供应室内工作量弹性的排班管理,利用消毒供应室信息系统平台分享和交流工作技巧与心得,提高消毒供应室的管理质量水平。(2)优化及规范消毒供应室的工作流程:结合消毒供应室具体的工作内容制定规范化、系统性的工作流程,由专人负责封闭式运输车回收各个科室的器械,严格按照器械性质分类存放在容器中,由专人结合器械性质实施全面的手工清洁、机

械清洁相结合的管理,全面清除器械上的污渍、血迹等污物,给予专业的清洗液实施相应的清洁、消毒和灭菌。清洁和消毒、灭菌结束后给予化学检测结合物理检测的方式检测手术器械的清洁消毒效果、是否存在残留的细菌。清洁消毒后严格按照标准和要求规范包装流程,仔细准确标注好批次、日期、编号、操作者及有效期等信息。包装后给予灭菌,记录好器械的发放时间和数量等等。(3)优化消毒供应室质量监督流程:在消毒供应室成立轮流的监督管理团队,人数在 3 人以上,轮流不定期的对消毒供应室内的工作流程、规范程度、清洗、消毒、杀菌及包装等方面展开监督检查,并及时指出其中存在的问题,组织全体护理人员分析问题后提出优化改善对策,避免同类问题的出现。将消毒供应室内的各个管理流程落实到每一个护理人员及管理人员身上,强化护理人员在消毒供应室护理工作中的责任意识和工作积极性。(4)优化消毒供应室的资源、去污区的管理流程:结合消毒供应室流程优化管理的制度和标准第一时间解决器械清洗不彻底、流程不规范、检测不合格等问题,要求将器械完全浸入多酶液内半小时后才能浸入下一阶段的清洗工作中去,结合器械大小和种类设计不同的装载器,严格按照器械特点实施手工清洗结合机器清洗的管理。在去污区的管理过程中应严格结合行业标准规范性的将去污区的相对湿度控制在 60%以下,要求责任护士每 10 小时换气,指导清洗人员控制用水量 and 强度,减少水滴溅出现象的发生,在器械装载框内垫上布垫吸水,给予抽湿机降低湿度,提高器械处理后的干燥度。

1.3 观察指标

针对两个时间段消毒供应室不同管理模式下的护理质量管理评分、护士对管理的满意度评分、护士综合素质评分、清洁合格率、消毒合格率及安全事件发生率等指标展开对比分析。(1)护理质量管理评分^[4]:对消毒供应室的护理制度、管理模式、管理流程等进行综合评分,总分 0-100 分,分数越高科室的护理质量管理水平越高。(2)护士综合素质评分:对消毒供应室内护士的理论知识储备、实践操作技能、护理工作态度等综合素质进行评分,总分 0-100 分,分数越高护士的素质越高。(3)安全事件发生率:包括消毒供应室内发生的护士划伤、灭菌器爆炸及仪器故障等等^[5]。

1.4 统计学分析

采用 spss26.0 软件进行处理,护理质量管理评分、护士对管理的满意度评分、护士综合素质评分为计量资料,采用均数标准差($\bar{x}\pm s$)表示,清洁合格率、消毒合格率及安全事件发生率为计数资料,采用 χ^2 表示,当 P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组不同管理模式下的护理质量管理评分比较

就护理质量管理评分而言,观察组消毒供应室管理后的各项数值明显

高于参照组消毒供应室 ($P<0.05$), 有统计学意义; 数据见表 1:

表 1: 参照组与观察组不同管理模式下的护理质量管理评分 (分)

组别	护理制度	管理模式	管理流程	护理质量管理 评分
参照组 (9)	85.63±5.17	86.33±4.74	85.79±5.10	85.46±5.22
观察组 (9)	92.50±4.69	91.15±4.26	93.05±4.65	92.10±5.20
t 值	-	-	-	2.704
P 值	-	-	-	0.016

2.2 两组管理下的护士对管理的满意度评分、护士综合素质评分对比
相对于参照组消毒供应室来说, 观察组消毒供应室实施优化管理流程后的满意度评分、护士综合素质评分均更高 ($P<0.05$), 统计学有意义; 详见表 2:

表 2: 两组消毒供应室管理后的护士对管理的满意度评分、护士综合素质评分 (分)

组别	满意度评分	理论知识储备	实践操作技能	护理工作态度	综合素质评分
参照组(9)	86.77±5.44	83.05±3.50	80.12±4.55	85.57±3.59	82.07±3.69
观察组(9)	92.13±5.01	92.25±3.23	91.10±4.26	89.22±3.62	90.12±3.33
t 值	-	-	-	-	4.859
P 值	-	-	-	-	<0.001

2.3 比较两组管理后的清洁合格率、消毒合格率

观察组消毒供应室护理管理后对比的清洁合格率、消毒合格率相对于参照组消毒供应室更高 ($P<0.05$), 统计学存在意义; 具体见表 3:

表 3: 参照组与观察组消毒供应室管理后对比的清洁合格率、消毒合格率

组别	件数 (件)	清洁合格率 (n%)	消毒合格率 (n%)
参照组	120	106 (88.33)	113 (94.17)
观察组	120	117 (97.50)	120 (100.00)
X ² 值	-	7.660	7.210
P 值	-	0.006	0.007

2.4 对比两组管理后对比的安全事件发生率

在两组护理管理后的安全事件发生率的对比中, 观察组护理管理后的安全事件发生率相对于参照组护理管理后更低 ($P<0.05$), 存在显著的统计学意义; 数值见表 4:

表 4: 参照组与观察组消毒供应室不同管理模式的安全事件发生率 (n%)

组别	护士划伤 (n%)	灭菌器爆炸 (n)	仪器故障 (n)	安全事件发生 率
参照组 (9/120)	4 (44.45)	1	14	15 (12.50)
观察组 (9/120)	0 (0.00)	0	5	5 (4.17)
X ² 值	5.143	-	-	5.455
P 值	0.023	-	-	0.020

3 讨论

临床研究表明, 消毒供应室是医院内各种无菌物品的供应单位, 它担负着医疗器材的清洗、包装、消毒灭菌和供应工作。现代医院供应品种繁多, 涉及科室广, 使用周转快, 每项工作均关系到医疗、教学、科研的质量。若消毒供应室的消毒灭菌不彻底会引起全院性的感染, 供应物品不完

善可影响诊断与治疗, 因此做好供应室工作是尤为必要的, 也是医院工作不可缺少的组成部分^[6]。布局合理, 符合供应流程、职责分明、制度完善等途径, 是最大程度上提高消毒供应室供应质量和优化流程的基础和保障。

在消毒供应室的护理管理过程中应结合实际情况、具体的手术器械特点及治疗需求等开展相应的护理管理干预, 以往的消毒供应室护理管理中一般给予常规的管理措施, 虽然能一定程度上达到相应的护理管理效果, 但对于提高消毒供应室的护理管理质量及改善器械处理状况方面的护理效果并不十分显著^[7], 具有一定的局限性。随着消毒供应室护理理念的更新和发展, 现阶段的消毒供应室临床护理中提倡开展消毒供应流程优化管理对策, 通过一系列的消毒供应室人员优化管理、优化及规范消毒供应室的工作流程、优化消毒供应室质量监督流程及优化消毒供应室的资源、去污区的管理流程等护理管理对策最大程度上改善消毒供应室的工作现状^[8], 对消毒供应室内的清洁、消毒、包装、杀菌等流程进行重点的关注、对应的优化处理及干预, 严格区分污染区、生活区、清洁区、无菌区, 可采用由“污”到“净”的流水作业方式布局, 保障工作间通风良好, 保障消毒供应室内的墙壁、地面光滑, 保证下水道的通畅程度。严格的区分污染物与清洁物品、无菌物品等物品, 最大程度上提高消毒供应室的护理质量管理水平, 减少消毒供应室清洁和消毒不合格现象的发生, 预防和控制院内感染的发生, 保障医院诊断、治疗和护理工作的顺利开展与实施, 为消毒供应室未来的发展打下坚实的基础, 提供有力的制度和规范保障^[9-10]。本研究结果表明, 实施优化消毒供应室消毒供应流程管理的观察组护理管理后的护理质量管理评分、护士对管理的满意度评分、护士综合素质评分、清洁合格率、消毒合格率均高于实施常规消毒供应流程管理干预的参照组, 说明在消毒供应室内开展优化流程管理能提高各流程检测的合格率, 强化护士的综合素质及实践技能, 改变和提高护理人员对于科室管理制度的满意程度, 从整体上提高消毒供应室的护理质量管理水平; 且观察组护理管理后对比的安全事件发生率相对于参照组明显更低, 说明在消毒供应室内实施优化消毒供应流程管理能减少和预防安全、不良事件的发生。

综上, 消毒供应流程优化对提高消毒供应室护理管理质量及改善器械处理状况的影响较大, 建议在日后的消毒供应室中推广实施。

参考文献:

[1] 巩晓丽. 信息追溯结合优化流程在口腔器械消毒供应室中的应用[J]. 中国卫生标准管理, 2022, 13 (09): 159-162.

[2] 卢又虹, 江莉娟, 钟晓敏. 作业流程再造下的精细化管理在消毒供应室护理质量管理中的应用[J]. 全科护理, 2022, 20 (11): 1550-1553.

[3] 龚琴, 江婷. 基于前馈控制的 PDCA 法在降低消毒供应室院感中的应用[J]. 中国现代医生, 2022, 60 (11): 163-166.

[4] 陈彩莲, 俞培英, 罗洁明. 消毒供应室流程化作业标准在护理缺陷管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28 (07): 158-160.

[5] 李敏. 专业技能和知识培训对消毒供应室护理人员自我防护及工作效率的影响[J]. 中国医药科学, 2022, 12 (06): 178-180+196.

[6] 邵灵渊, 马琰乔. 9S 精益化管理提升消毒供应室手术显微器械清洗消毒质量及满意度的效果观察[J]. 现代实用医学, 2022, 34 (03): 384-385.

[7] 杨菊芬. 分析消毒供应中心统一处理口腔器械的效果[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6 (35): 184-185.

[8] 王露, 罗小飞, 邱雅婧, 钟喜婷. 一体化管理提升消毒供应室器械管理合格率及临床使用满意度的价值评估[J]. 中国医疗器械信息, 2022, 28 (02): 171-173.

[9] 刘晓. 消毒供应流程优化对消毒供应室护理管理质量及器械处理状况的影响[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (19): 192-193.

[10] 梁红玉. 优化流程联合信息追溯系统在消毒供应室口腔器械集中清洗消毒灭菌中的应用[J]. 医疗装备, 2020, 33 (07): 67-69.

医护患一体化管理模式对冠心病介入术后患者自我管理行为和生活质量的影响

罗艳平 吴振永 白静 高茜 王淑华

保定市第二中心医院 心内一科 河北保定 072750; 保定市第二中心医院 检验科 河北保定 072750;
保定市第二中心医院 心内一科 河北保定 072750; 保定市第二中心医院 心内一科 河北保定 072750;
高碑店市医院 发热门诊 河北保定 074000

摘要:目的 探讨医护患一体化管理模式对冠心病介入术后患者自我管理行为和生活质量的影响。方法 选择2017年9月至2018年4月在我院行PCI治疗的94例冠心病患者作为研究对象,采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组各47例。对照组采用常规护理和延续性护理,观察组给予医护患一体化管理模式,观察2组干预效果。结果 观察组出院1月、3月、6月时日常生活管理知识、疾病管理知识、情绪管理知识评分均高于同期对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组出院1月、出院3月、出院6月时日常生活管理、疾病管理、情绪管理得分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组干预后SF-36各维度评分均高于同期对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 医护患一体化管理模式可提高冠心病PCI患者术后的自我管理行为,提高了患者的生活质量,值得临床推广应用。

关键词: 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 经皮冠状动脉介入术; 医护患一体化管理; 自我管理行为; 生活质量

近年来冠心病在西方国家呈现先升后降趋势,而我国随着老龄化进程加速和生活方式的改变,冠心病发病率呈逐渐升高趋势,死亡率已经超过部分欧美发达国家,严重威胁患者的生命安全和生活质量^[1]。经皮冠状动脉介入术(PCI)可快速开通罪犯血管,重建冠状动脉血运,是治疗冠心病的常用方式^[2]。PCI仅能开通狭窄或阻塞的血管,并不能逆转冠心病的动脉粥样硬化病变进程,术后患者做好自我管理对延缓冠心病的进程,保证良好的术后效果,具有重要意义^[3]。冠心病患者的自我管理行为受年龄、文化程度、疾病认知程度等多种因素影响,患者术后自我管理行为较差^[4]。近年来,虽然国内外学者开展了多项关于PCI术后患者护理管理和延续性护理管理的研究,但干预的方案仍未有统一的标准,需要进一步研究探讨^[5-6]。本研究对冠心病患者PCI术后给予医护患三位一体化的服务模式,取得良好效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经医院伦理委员会批准,选择2017年9月至2018年4月在我院行PCI治疗的冠心病患者作为研究对象。纳入标准^[7-8]:①经冠脉造影检查至少1支冠状动脉狭窄范围超过50%,并至少2位心内科主治医师结合冠心病诊断标准,确诊为冠心病;②年龄18~75岁,性别不限;③患者具有小学及以上学历,具有一定读写能力,能用语言和文字与调查者沟通;④患者无PCI禁忌症,首次行PCI治疗,在我院完成PCI手术,术后TIMI血流Ⅲ级,术后无并发症;⑤患者依从性良好,对研究知情并签署知情同意书。排除标准^[9-10]:①认知功能障碍或精神疾病患者;②合并其他脏器严重功能障碍者;③合并糖尿病、骨关节病等限制自理能力的疾病者;④住院期间发生猝死者;⑤既往曾行PCI或冠脉旁路移植术者;⑥恶性肿瘤患者;⑦拟纳入或已纳入其他临床研究。共纳入患者94例,采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组各47例。对照组47例,其中男26例,女21例;年龄52~75岁,平均年龄(66.26±5.38)岁;冠脉病变支数:单支病变18例,多支病变29例;文化程度:小学13例,中学15例,≥大专19例;合并疾病:高血压21例,糖尿病28例,高血脂30例。观察组47例,其中男27例,女20例;年龄51~75岁,平均年龄(66.82±5.63)岁;冠脉病变支数:单支病变16例,多支病变31例;文化程度:小学15例,中学15例,≥大专17例;合并疾病:高血压23例,糖尿病29例,高血脂27例。2组患者性别、年龄、冠脉病变支数、文化程度、合并疾病等一般资料相比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 研究方法 2组患者均由同一组医师完成PCI术,对照组住院期间及出院后给予常规护理和延续性护理,心内科常规健康指导,包括住院期间完成入院宣教、术前评估、术后观察、遵医嘱给药等,出院时给予出院指导讲解出院后服药、饮食、运动、监测等内容,出院后,每周由护士电话完成电话随访。观察组给予医护患一体化的延续性护理管理:①组建医护患一体化管理团队 包括心内科主治医师2名、2名主管护师、4名护士组成管理成员,本组所有患者均作为小组成员,组成医护患管理小组。②围手术期干预方法 小组管理成员共同讨论,根据患者病情、心理情况、文化背景、精神状态等情况制定冠心病PCI围手术期的治疗、护理方案,并在临床实践中严格参照执行,护理人员参与医生查房,查房时医生和护士分别就患者的个体化诊疗、护理方案向患者详细介绍,并听取患者意见,完成诊疗、护理方案的修正;小组管理成员每日下班前与夜班值班医师和护士进行一对一、书面、口头和床边交接班,使患者感受到连贯、无缝隙的一体化管理模式。③医护一体对患者完成出院指导 出院前医护共同完成患者康复方案制订包括饮食方案、运动方案等,共同向患者讲述康复方案,医师主要讲解患者出院后需要服用的药物、注意事项、服药依从性的重要性等内容,护理人员则尊重介绍出院后康复知识和注意事项,根据建立患者的个体化延续性管理档案,并使患者明确了解出院后将得到医护人员的帮助。④延续性管理 出院后管理成员通过门诊复诊、家庭访视、电话随访、微信群等方式进行延续性管理,做到零失访,以出院前拟定的

延续性管理方案为基础,指导患者服药、运动康复、生活方式改变等内容,及时对延续性护理方案进行修正,使其适合患者的病情变化和家庭、社会环境。

1.3 观察指标 ①于患者干预前、出院后1个月、3个月、6个月时采用PCI术后患者自我管理知识问卷评定患者的自我管理知识,采用冠心病自我管理行为量表评定患者的自我管理行为,自我管理知识量表包括日常生活管理知识、疾病管理知识、情绪认知管理知识3个维度共20个条目,得分越高说明自我管理知识越高,量表的Cronbach's α 系数为0.81^[11];自我管理行为量表包括7个维度27个条目,本研究整合为日常生活管理、疾病管理、情绪管理3个维度,各维度内部一致性信度Cronbach's α 系数分别为0.818、0.881、0.870^[12]。②患者干预前、出院6个月(干预后)采用SF-36量表评定患者的生活质量,SF-36量表,包括躯体健康、躯体疼痛、情绪角色功能、精力等8个维度,得分越高说明生活质量越好。

1.4 统计学方法 采用SPSS23.0进行统计学数据处理,计量资料采用均数±标准差表示,组间比较采用独立样本t检验,组内比较采用配对t检验,不同时间点间比较采用重复测量数据方差分析,计数资料采用率或百分比表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者不同时间自我管理知识相比较 2组干预前日常生活管理知识、疾病管理知识、情绪管理知识相比较差异均无统计学意义($P>0.05$);观察组出院1月、3月、6月时日常生活管理知识、疾病管理知识、情绪管理知识评分均高于同期对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 患者不同时间自我管理知识相比较(分)

组别	例数	时间	日常生活管理知识	疾病管理知识	情绪管理知识
对照组	47	干预前	8.14±1.52	12.81±2.32	3.53±0.82
		出院1月	13.26±2.18	19.37±3.27	3.71±0.93
		出院3月	12.85±2.05	19.48±3.15	3.65±0.74
		出院6月	12.37±2.12	18.24±2.86	3.58±0.67
F			162.054	134.583	0.862
P			0.000	0.000	0.476
观察组	47	干预前	8.08±1.14	12.63±1.89	3.49±0.65
		出院1月	18.24±1.08*	26.87±0.82*	5.23±0.75*
		出院3月	18.67±1.15*	27.28±1.14*	5.38±0.69*
		出院6月	18.83±1.23*	27.58±0.93*	5.41±0.66*
F			297.822	253.740	132.871
P			0.000	0.000	0.000

注:与对照组相比较,* $P<0.05$ 。

2.2 患者不同时间自我管理行为得分相比较 2组干预前日常生活管理、疾病管理、情绪管理等自我管理行为相比较差异均无统计学意义($P>0.05$);观察组出院1月、出院3月、出院6月时日常生活管理、疾病管理、情绪管理得分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 患者不同时间自我管理行为得分相比较(分)

组别	例数	时间	日常生活管理	疾病管理	情绪管理
对照组	47	干预前	22.73±5.47	15.02±3.63	18.32±6.89
		出院1月	34.15±6.24	42.18±5.18	19.38±5.82
		出院3月	35.28±5.48	44.05±4.69	19.08±5.68

		出院 6 月	31.75±4.13	43.05±5.89	18.48±5.93
F			142.733	232.163	0.947
P			0.000	0.000	0.383
观察组	47	干预前	22.05±4.29	14.38±3.96	18.49±6.16
		出院 1 月	54.13±5.42*	63.02±7.24*	46.32±8.24*
		出院 3 月	55.08±5.13*	64.82±6.28*	47.08±6.28*
		出院 6 月	55.48±6.19*	65.28±6.69*	46.93±5.89*
F			283.054	381.162	261.387
P			0.000	0.000	0.000

注：与对照组相比较，*P<0.05。

2.3 2 组干预前后生活质量评分相比较 2 组患者干预前 SF-36 各维度评分相比较差异均无统计学意义 (P>0.05)；观察组干预后 SF-36 各维度评分均高于同期对照组，差异均有统计学意义 (P<0.05)。见表 3。

表 3 2 组干预前后生活质量评分相比较 (分)

SF-36		对照组	观察组
项目	干预前	干预后	干预后
躯体功能	9.05±1.14	12.38±3.14 [#]	9.11±1.23
躯体角色	9.23±1.45	12.63±2.08 [#]	9.13±1.46
肢体疼痛	12.43±2.42	14.18±3.28 [#]	12.23±3.86
总体健康	45.82±5.41	53.82±3.89 [#]	45.08±4.83
活力	10.24±4.83	13.67±2.85 [#]	10.08±3.26
社会功能	48.42±5.83	54.59±6.32 [#]	47.92±4.63
情绪角色	10.63±2.18	12.46±2.89 [#]	10.46±2.36
精神健康	11.08±3.46	12.99±2.79 [#]	10.83±3.12

注：与对照组相比较，*P<0.05；与干预前相比较，[#]P<0.05。

3 讨论

PCI 可开通闭塞冠状动脉，改善心肌血液供应，但 PCI 为机械方式改变心脏血管的几何形态，不能逆在和减缓动脉粥样硬化的生物学进程，也不能避免危险因素带来的疾病复发，心血管事件的危险因素并没有解除^[1]。研究显示，冠心病患者 PCI 术后仍需长期服用抗血小板和 (或) 抗凝药物等二级预防药物并进行生活方式的管理，要求患者回归社区或社会后具有较高自我管理方式^[12]。赵月元等^[13]研究显示，我国冠心病介入患者术后生活质量水平较低，冠心病介入患者术后自我管理行为与负性心理呈负相关，与生活质量呈正相关。加强冠心病患者对自身的控制和约束，帮助患者采取必要的措施减轻不良生活习惯的影响，树立正确的健康观念，是一种有效的疾病控制方法，研究显示，通过自我管理控制饮酒、吸烟、缺乏锻炼、不良情绪等不良方式，可降低冠心病 PCI 患者术后再住院率，改善患者的生活质量^[14]。

目前的多项研究显示，冠心病患者 PCI 术后自我管理知识水平较低，张文婷等^[15]研究显示，仅有 1/4 的冠心病介入患者术后自我管理行为良好，多数患者自我管理行为一般或较差。杜亚男等研究显示，冠心病患者自我管理行为量表评分为低水平，文化程度、居住地、经济水平、健康教育等均可影响患者的自我管理行为^[16]。因此，冠心病 PCI 术后病人管理低水平，遵医嘱服药、病情监测、生活方式改善等自我管理行为的控制不容乐观。

研究显示，有效的自我管理干预可改善慢性病患者的健康行为和自我效能，提示对冠心病 PCI 术后患者加强自我管理干预，有利于提高患者的自我管理行为，进而提高患者的生活质量^[17-18]。多项研究^[19-20]显示，PCI 术后给予延续性护理管理，通过讲座、咨询、电话、座谈会等方式对出院后冠心病患者进行指导，可降低患者的不良心理水平，改善患者的自我管理效果。本院自 2012 年起即开始对冠心病患者介入治疗后实施延续性护理管理，护理方式主要通过出院指导、电话随访、门诊随访等方式完成，与前述研究基本一致，但应用过程中发现常规的延续性护理管理存在缺陷：①冠心病患者 PCI 术后知识需求量大，包括预防冠心病、支架寿命、饮食治疗、运动治疗、药物作用、不良反应、能否停药、支架寿命、复查指标等几乎所有与疾病相关的内容^[21]，护理人员受知识面限制，常不能完整、权威、准确的给予患者解答，多数问题需要记录下来请教医师或上级护士后再向患者转述，降低了患者的信任感，且转述过程中受护士文化背景、交流能力、自身理解能力等限制，不可避免存在偏差；②常规模式下院内护理和延续性护理常明确分工，院内和院外护理缺乏连贯性，连续性护理的干预人员对患者病情的了解多通过出院前的健康档案，缺乏直观的了解，延续性护理缺乏针对性；③常规模式下的护理管理中，患者属于被动和从属地位，缺乏参与的主动性；④常规的管理中医生和护士之间缺乏沟通，相互了解不足，医护人员对患者进行干预时言行不一致，增加患者和家属的不信任感，不利于医护人员开展工作，也影响医护之间的团结协作。

因此，改进冠心病 PCI 术后的管理模式，将医生和患者纳入到管理体系中，形成医护一体化的管理模式，对冠心病患者进行院内、院外的医护一体化无缝管理，有利于患者术后的管理^[22]。本研究对冠心病 PCI 患者实施医护一体化管理模式，结果显示，患者出院 1 月、3 月、6 月时自我管理知识评分、自我管理行为得分均高于对照组，干预后生活质量评分高于对照组，结果提示，医护一体化管理可改善患者的自我管理行为，提高生活质量，考虑与以下因素有关：①患者入组后，医生、护士和患者共同探讨病情、制订适合患者的诊疗护理方案，医护共同查房和患者积极参与，医护三者掌握的信息趋于一致化，增加了医、护、患之间的相互了解，使患者围手术期即接受到整体的管理，感受到医护人员的帮助和自身在康复中的重要性，患者对冠心病预防、康复的积极性增加；②患者出院时医护患共同参与的出院指导改变了传统填鸭式的出院指导方式，患者参与其中，医生和护士分别就患者出院后的不同知识进行指导，更为专业、权威，允许患者参与则可随时微调方案，使方案与患者出院后的工作、生活环境适配度更高，更易于执行，患者从心理上接受出院后的治疗、康复方案；③患者出院后医生、护士共同参与患者的延续性管理，更好的对患者需求的各项知识，上门访视、微信等方式的运用，患者接触到的均是自己熟悉的医生、护士，心理上不需要适应，无排斥感，可更真实的表达内心的想法，有利于管理的执行。

综上所述，本研究通过住院、出院、延续性管理中医护一体化管理提高了冠心病 PCI 患者术后的自我管理行为，提高了患者的生活质量，值得临床推广应用。本研究的局限性在于：①纳入病例数较少，且为单中心研究，结论尚需要大样本多中心的研究进一步论证；②医护一体化管理用于冠心病 PCI 患者的报道较少，管理中医生、护士纳入的最佳构成比及最佳的管理方案尚需要进一步探讨研究。

参考文献：

- [1]肖蓉 综述,李波 审校.单核细胞/高密度脂蛋白胆固醇比值与冠心病关系研究进展[J].心脏杂志,2018 (06): 732-735.
- [2]卢思敏,韦伟,马建林.经股动脉途径和桡动脉穿刺介入治疗高龄冠心病的临床对比[J].中国老年学杂志,2015, 35 (9): 3523-3525.
- [3]赵月元,张爱华.冠心病介入病人自我管理行为与焦虑抑郁对创伤后成长的影响[J].护理研究,2016, 30 (6): 1941-1944.
- [4]谢博钦,徐丽华.冠心病患者自我管理行为现状及其预测因子分析[J].解放军护理杂志,2011, 28 (6): 3-7.
- [5]刘慧,于艳艳,刘亚平.以循证为基础的延续护理对 PCI 术后患者疾病自我管理行为的影响[J].天津护理,2017, 25 (3): 210-213.
- [6]罗学会,梅静.冠状动脉介入术后病人的延续护理现状与进展[J].全科护理,2016, 14 (22): 2288-2291.
- [7]中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组,中国医师协会心血管内科医师分会,血栓防治专业委员会中华心血管病杂志编辑委员会.中国经皮冠状动脉介入指南 (2016) [J].中华心血管病杂志,2016, 44 (5): 382-400.
- [8]王新霞,于彬彬,张芳.品管圈活动对冠心病 PCI 术后出院患者自我管理效果的影响[J].中华现代护理杂志,2015, 21 (34): 4158-4161.
- [9]梁婷,都冬梅.康复路径教育在冠心病介入治疗患者心脏康复中的应用[J].中华老年心脑血管病杂志,2013, 15 (11): 1155-1158.
- [10]胡永琼,邓云霞.移动医疗 App+微信群在冠心病 PCI 术后患者延续护理中的应用[J].中国护理管理,2016, 16 (3): 394-397.
- [11]李玉洁,李燕,马晓雷.延续性自我教育对经皮冠状动脉介入治疗冠心病术后疾病认知水平及生活质量的影响[J].检验医学与临床,2015, 12 (21): 3254-3256.
- [12]阮小芳.延续性自我管理教育用于冠心病介入治疗患者心脏康复的效果观察[J].中国全科医学,2017,20 (S1): 195-197.
- [13]赵月元,张爱华.冠心病介入治疗患者自我管理行为与焦虑抑郁及生存质量的相关性[J].护理学杂志,2016, 31 (5): 8-11.
- [14]叶晶,张春艳,郝莉芬,王志玲,王玉玲.冠心病病人危险因素和自我管理行为的调查与分析[J].全科护理,2017,15 (13): 1541-1544.
- [15]张文婷,刘俊连,杨婷婷,等.冠状动脉介入术后病人自我管理状况与生活质量的相关性研究[J].护理研究,2009, 23 (28): 432-433.
- [16]杜亚男,耿丽华,陈长香.冠心病患者健康自我管理行为及其影响因素[J].现代预防医学,2017,44 (05): 835-838+893.
- [17]魏晓龙.推广和实施慢性病自我管理健康教育的应用前景[J].慢性病学杂志,2018, 19 (10): 101-103.
- [18]廖茂,程潇艺,王燕.基于问题导向的慢性病护理干预行为对提高老年慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 患者自我管理行为、负性情绪及生活质量的效果[J].中国健康心理学杂志,2018, 26 (11): 1697-1702.
- [19]邓春友,谢智恒,张俊玲,等.行介入治疗冠心病患者开展延续性自我管理教育及其疾病自我管理行为的影响[J].中国医药科学,2015, 5 (13): 125-128.
- [20]章院琴.延续性自我管理教育对冠心病患者 PCI 术后自护能力及生活质量的影响[J].泰山医学院学报,2016, 37 (5): 503-506.
- [21]尹朝霞,肖涛,史作霞,等.冠心病患者支架植入术后相关知识需求调查[J].中华全科医师杂志,2014, 13 (11): 895-898.
- [22]蒋艳,曹华,彭小华,等.医护一体化模式在优质护理服务中的应用研究[J].护士进修杂志,2012, 27 (5): 405-407.

多学科协作模式在住院脑卒中患者跌倒管理中的应用

孙倩

联勤保障部队第 904 医院常州医疗区神经内科 江苏常州 213000

摘要:目的:探讨多学科协作模式在住院脑卒中患者跌倒管理中的应用。方法:于 2021 年 6 月在本院神经内科实施多学科协作模式。分别在实施前后随机抽查 100 例患者,评价并比较实施前后患者的跌倒管理质量,比较实施前后 10 个月内本科室跌倒的发生情况。结果:实施多学科协作模式后,住院脑卒中患者跌倒管理质量显著高于实施前,有统计学意义($P<0.05$);本科室跌倒发生率在实施多学科协助模式后显著低于实施前,有统计学差异($P<0.05$)。结论:多学科协作模式联合神经科医生、神经科护士、营养科、康复科等多个学科力量,对住院脑卒中患者予以充分评估和系统化的干预,有效提高了患者的跌倒管理质量,有助于预防并减少跌倒的发生,提高神经科护理安全和护理质量。

关键词:多学科协作模式;住院;脑卒中;跌倒

Application of multidisciplinary collaboration model in fall management of inpatients with stroke

Sun Qian

Department of Neurology, No. 904th Hospital, Changzhou Medical District, JLSF Jiangsu Changzhou 213000

Abstract Purpose: To explore the application of multidisciplinary collaboration model in the fall management of inpatients with stroke. Method: A multidisciplinary collaborative model will be implemented in the department of Neurology of our hospital in June 2021. 100 patients were randomly checked before and after implementation, respectively, to evaluate and compare the fall management quality of patients before and after implementation, and to compare the occurrence of falls in the department within 10 months before and after implementation. Result: After the implementation of multidisciplinary collaboration mode, the fall management quality of hospitalized stroke patients was significantly higher than before, with statistical significance ($P<0.05$). The incidence of falls in the undergraduate department was significantly lower after the implementation of multidisciplinary assistance mode than before, with statistical difference ($P<0.05$). Conclusion: Multidisciplinary collaboration model can effectively improve the quality of patients' fall management, help to prevent and reduce the occurrence of falls, improve the safety and quality of neurology nursing.

Key Words Multi-disciplinary cooperation mode; Stroke; fall

脑卒中是一种高患病率、高复发率、高致残率、高致死率的急性脑血管疾病,已成为我国居民死亡的主要原因。脑卒中多由于脑血管狭窄、堵塞而导致脑组织缺血缺氧而发生损伤,或脑血管破裂、血液流出压迫脑组织和神经,致使其发生功能障碍。近年来随着医疗技术的不断进步,脑卒中患者的死亡率逐年下降,然而由于脑组织和神经功能遭受不同程度的损伤,患者发病后即便幸存,仍不可避免地遗留有语言、活动、认知等功能障碍,其中以活动障碍最为常见,主要表现为偏瘫、平衡功能受损、步态异常等,并因此成为跌倒的高风险人群。跌倒指突发的、非随意且不自主的体位改变,落于地面或更低平面上,不包括外界暴力或癫痫发作等导致的跌落。我国有调查显示[1]:脑卒中患者跌倒的发生率高达 37%~55%。跌倒不仅可造成患者颅脑损伤、骨折、软组织损伤等,还可能因此加重病情,增加治疗和护理的难度,甚至引发医疗纠纷。从护理质量的评价的角度出发,跌倒属于护理质量考核敏感指标之一,直接反映护理安全和护理质量,跌倒的发生不仅危及患者的安全和健康,也突出了护理工作中存在的问题。常规跌倒的预防多由护士向患者及其家属进行相关知识的宣教,嘱其加强防护,虽有一定的效果,但患者及其家属对相关知识的认知存在差异,重视程度不同,执行过程中也存在较大差距,管理效果并不理想。由于脑卒中患者跌倒的发生涉及运动医学、药物因素、环境因素、心理因素、营养状况等多个方面,跌倒的预防也应趋于多学科、整体化、系统化。多学科协作模式(multidisciplinary team,MDT)通过组建多学科团队,变传统经验式的医疗模式为现代化的小组协作模式,发现问题,并在沟通协调中制定相应的干预计划,实现医疗资源的优化配置,在为患者提供优质医

疗服务的同时,进一步推动多学科交叉发展[4]。本文将多学科协作模式应用于住院脑卒中患者中,有效预防并减少了跌倒的发生,报道如下。

1、资料与方法

1.1 临床资料:于 2021 年 6 月在本院神经内科实施多学科协作模式。分别在实施前后随机抽查 100 例患者,纳入标准为:(1)年龄≥18 岁;(2)符合脑卒中诊断标准[6];(3)经治疗已处于脑卒中康复期;(4)生命体征平稳;(5)认知、沟通正常;(6)有相对固定的照顾者;(7)患者或其家属知情同意本研究。排除标准为:(1)生命体征不稳定者;(2)发生严重并发症者;(3)合并有影响退出的其他疾病者;(4)沟通障碍者;(5)无陪护人员者;(6)因各种原因退出研究者。两组患者年龄、性别、疾病诊断等一般资料比较,具可比性($P>0.05$)。

1.2 方法:多学科协作模式具体方法如下:(1)神经科医生:负责评估患者的病情,根据患者的病情为其制定相应的诊疗计划,予以改善神经缺损、促进神经功能恢复等药物,每日查房并评估患者活动能力的恢复情况,监测患者各项指标,得到反馈后适当调整诊疗计划,以确保治疗的有效性。此外应与患者及其家属进行谈话,告知其发生跌倒的风险及危害,嘱其加强看护,同时签署知情同意书。(2)神经科护士:神经内科护士负责采用 Morse 风险评估量表做好跌倒风险评估,及时向床位医生汇报,向患者及其家属做好跌倒相关知识的健康宣教,同时落实相关防跌倒的护理措施。如患者卧床期间必须拉好床档,教会家属为患者翻身、坐起及床椅转移的方法,患者坐轮椅期间必须系好安全带,以防患者滑落轮椅。保持病区地面干燥,走廊整洁、无障碍物,在卫生间、开水间等易潮湿的场所

应铺设防滑垫,以防患者发生跌倒。此外,应向患者及其家属做好药物相关知识的宣教,服用降压药物、扩血管药物等可能导致跌倒的药物后应保持平卧位或坐位 30min 后再进行活动,以防体位性低血压的发生。患者下床活动时,必须有陪护人员在旁以确保患者的安全。(3) 康复治疗师:负责评估患者的病情、肌力、活动能力,为患者制定计划性、系统性的康复锻炼方案,循序渐进地改善患者肢体功能,提高患者的肌力和关节活动度。指导患者按计划进行各项康复训练,教会患者及其家属如何做好相应的保护措施,如佩戴防护用具,正确使用助行器及康复器材等,患者在康复期间,康复治疗师应在旁指导并予以保护,以确保患者的安全。患者出院后康复治疗师仍应予以居家康复训练的指导,强调各项康复锻炼的注意事项和防护要点,并指导患者按时来院复诊,以便调整康复锻炼计划,促进患者功能恢复。(5) 营养治疗师职责:跌倒的发生与患者营养不良、肌力下降、衰弱等密切相关[7]。脑卒中患者受疾病本身及各类基础疾病的影响,多存在不同程度的营养问题,营养治疗师应通过测量患者的身高、体重,计算 BMI 指数,测量肱二头肌皮褶厚度,了解患者近期进食情况,掌握患者血清白蛋白水平、前蛋白水平、血红蛋白水平等,整合所有信息评估患者的营养状况,并为其制定个体化的营养支持方案,与床位医生沟通,予以肠内营养干预,如不能满足其营养需要,可辅以肠外营养支持,以确保患者康复期间营养满足其需要量,促进患者各项功能的恢复,预防跌倒的发生。

1.3 观察指标:评价并比较实施前后患者的跌倒管理质量,比较实施前后 10 个月内本科室跌倒的发生情况。跌倒管理质量的评价由科室质控人员抽查科室住院患者的跌倒预防执行情况,包括跌倒评分的准确性和及时性、跌倒预防措施的落实、跌倒健康教育的落实、跌倒相关知识的掌握等共 4 个维度,各维度 25 分,总分 0~100 分,评分越高,则跌倒管理质量越好。

1.4 统计方法:数据分析采用 SPSS 22.0 系统软件,计量资料进行正态分析,采用 t 分析;计量资料予以卡方分析, $P<0.05$ 对比有统计意义。

2、结果:

实施多学科协作模式后,住院脑卒中患者跌倒管理质量显著高于实施前,有统计学意义 ($P<0.05$);本科室跌倒发生率在实施多学科协助模式后显著低于实施前,有统计学差异 ($P<0.05$),详见表 1。

表 1 实施前后跌倒管理质量及跌倒发生率的比较

组别	例数	跌倒管理质量	跌倒 (n/%)
实施后	100	92.31±2.25	0 (0)
实施前	100	83.39±2.37	2 (2.0%)
P		<0.05	<0.05

3. 讨论

世界卫生组织 (WHO) 将跌倒定义为个体不慎摔倒在地面或较低的平面,是护理不良事件之一,也是个体意外或非故意伤害死亡的重要原因之一。脑卒中患者由于神经组织和颅脑组织遭受不同程度的损伤,致使其体位控制受损;由于患者运动感觉功能受损,或发生肢体偏瘫,步态不平衡,因此在活动中发生跌倒。此外,脑卒中患者多为老年人群,本身体质虚弱,常合并有高血压、糖尿病、冠心病等基础疾病,肌肉流失、肌力下降、关节僵硬,更增加了跌倒的风险。同时脑卒中患者常需遵医嘱服用神

经药物、或扩血管药物等,此类药物有可能对血流动力学造成影响,进而导致跌倒的发生;而病室灯光昏暗、有障碍物、病区规划不合理、地面湿滑等,也可增加跌倒发生的风险;搀扶患者或床椅转移过程中操作不当,患者坐于轮椅上而未系好安全带等,也可导致患者发生跌倒。由于脑卒中患者多为老年人,骨骼较脆、骨质流失,一旦发生跌倒,极易发生骨折,加之其本身营养状况和机体修复能力较差,治疗和护理难度较高,致残和致死率均有所上升。

常规跌倒的预防和护理多由护士向患者及其家属进行跌倒相关知识的宣教,嘱其在日常生活中加强预防,虽有一定的效果,但由于患者的跌倒涉及疾病、活动功能、环境、心理状况、营养状况等多个方面,单纯的健康宣教难以达到满意的效果。多学科协助模式通过调动神经内科医生、神经内科护士、康复治疗师、营养治疗师等多个学科,各专科成员之间互相沟通,各司其职,对脑卒中患者的疾病治疗、肢体活动功能、营养状况、心理状况等加以干预,同时对患者的照顾者进行相关知识的宣教和技能指导,有效改善了患者的功能状况,预防并减少了跌倒的发生。

综上所述,本文将多学科协作模式应用于脑卒中患者中,通过联合神经内科医生、神经科护士、营养科、康复科等多个学科力量,对住院脑卒中患者予以充分评估和系统化的干预,有效提高了患者的跌倒管理质量,有助于预防并减少跌倒的发生,提高神经护理安全和护理质量。

参考文献:

[1]赵青,石国风.脑卒中后肢体运动障碍患者的护理康复研究进展[J].中华护理教育,2018,15 (11): 873

[2]赖建惠.医疗失效模式与效应分析在脑卒中跌倒防范中的应用[J].全科护理,2018,16 (31): 88-90

[3]田芳.脑卒中患者跌倒地点分析及护理对策[J].中国卫生标准管理,2018,9 (2): 176-178

[4]WALSHEM, GALVIN, HORGANN. Fall-related experiences of stroke survivors: a Meta-ethnography[J]. Disabil Rehabil, 2017, 39 (7): 631-640.

[5]张弛, 甘俊丽, 庞群清.多学科协作护理模式对预防老年患者跌倒的效果研究[J].齐鲁护理杂志, 2020, 26 (17): 58-60

[6]中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室中国脑卒中康复治疗指南 (2011 完全版) [J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18 (4): 301-318.

[7]KERNAN W N, VIERA A J, BILLINGER S A, et al. Primary care of adult patients after stroke: a scientific statement from the American Heart Association/American Stroke Association[J]. Stroke, 2021, 52 (9): e558-e571.

[8]张悦琪, 朱自强, 梅春丽, 等.脑卒中康复期患者发生跌倒危险因素 Meta 分析[J].中国医药导报, 2021, 7 (26): 108-112

[9]牟小会.基于格林模式的健康教育在老年脑卒中康复期患者预防跌倒中的应用研究[D].甘肃: 甘肃中医药大学, 2019

[10]刘婉云, 乐碧芳.多学科团队合作模式在降低住院患者跌倒发生率中的作用[J].护理实践与研究, 2020, 27 (23): 127-129

以家庭为中心的慢病管理对 COPD 患者自我管理及生活质量的 影响分析

王丽¹ 滕永娟²

1.宁夏回族自治区吴忠市青铜峡市疾病预防控制中心 宁夏吴忠市 751600;
2.宁夏回族自治区吴忠市青铜峡市人民医院心血管内科 宁夏吴忠市 751600

摘要:目的 探究慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者实施以家庭为中心的慢病管理对改善其自我管理能力及生活质量的 effects。方法 选取市医院 2020 年 6 月至 2022 年 6 月内收治的 70 例 COPD 患者,采用随机数字表法平均分为实验组与参照组,(n=35)。参照组行常规护理干预,实验组加行以家庭为中心的慢病管理。对比两组的自我管理水平和肺功能及生活质量。结果 实验组自我管理水平和肺功能及生活质量均高于参照组,数据有统计学差异性(P<0.05)。结论 对 COPD 患者实施以家庭为中心的慢病管理能够提高其自我管理及肺功能水平,改善患者的生活质量,具有重要的应用价值。

关键词:以家庭为中心;慢病管理;COPD;自我管理;肺功能;生活质量

慢性阻塞性肺疾病(COPD)简称慢阻肺,是临床中常见的呼吸系统慢性疾病,主要特点为不完全可逆的气流受限,多发于老年人,致病因素常见为环境因素及遗传因素^[1]。慢性阻塞性肺病患者自身缺乏有效预防方法及管理模式,易造成疾病发展。经临床研究有效护理干预手段可改善老年 COPD 患者的疗效。以家庭为中心的慢病管理是近年来新型护理模式,可将医疗服务延伸至患者家庭中,并且充分与患者家庭进行协商,让家属在疾病管理过程中起到主导作用^[2-3]。有鉴于此,本文特研究慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者实施以家庭为中心的慢病管理对改善其自我管理能力及生活质量的 effects。

1 对象与方法

1.1 基础资料

选取 2020 年 6 月~2022 年 6 月期间来市医院接受诊治的 70 例 COPD 患者进行研究。以随机数字表法均分实验组与参照组(n=35)。纳入标准:

(1)患者符合《慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南(2018 年)》^[4]的诊断标准;(2)无恶性肿瘤或精神疾病史;(3)患者病历资料完整。排除标准:

(1)近 2 个月存在呼吸道感染者;(2)合并支气管扩张、肺结核、肺感染、急性肺栓塞及肺纤维化者。两组患者一般资料无统计学差异(P>0.05,见表 1),符合研究条件。

表 1 实验组与参照组患者一般资料对比表

项目	实验组	参照组	t/χ^2	P
性别(男/女)	24/11	26/9	0.280	>0.05
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	64.58±3.69	64.62±3.71	0.045	>0.05
FEV ₁ (L)	1.47±0.51	1.45±0.48	0.169	>0.05
FVC(L)	2.23±0.45	2.19±0.52	0.344	>0.05
CAT(分)	17.36±2.34	17.41±2.37	0.089	>0.05
6MWT(m)	256.72±18.53	258.43±19.02	0.381	>0.05
FEV ₁ /FVC(%)	58.93±7.64	59.12±7.58	0.104	>0.05

1.2 方法

参照组患者给予常规护理干预,内容包括在院期间为患者提供用药指导,协助家属帮助患者翻身,拍背等,并依据医嘱为患者吸痰、吸氧等。出院时给予常规知识宣讲、饮食指导、用药指导及运动指导等。并每月 1 次电话随访,评估患者近况并解决患者的相关疑虑。

实验组患者行以家庭为中心的慢病管理,主要内容包括:(1)成立专业护理干预小组,组长由呼吸内科护士长担任,组员均为超过 5 年工作经验的资深护士。全组护理人员针对 COPD 疾病护理知识进行培训、考核,所有护理人员均通过考核。(2)家属准备:护理人员应与患者家属进行协商,由护理人员对家属阐述清楚家属对于患者的重要性,对患者家属交代清楚本次研究的具体干预内容,特别是需要家属完成的部分,并告知家属

这样的行为对患者病情的积极意义。要求由固定的 1 名家属完成本次研究的护理干预要求,确保家属可以融入到本次护理干预中。(3)健康教育:对家属及患者进行同步健康宣教,根据其不同接受程度,采用语言宣教、发放手册及图片、视频等多种方法引导其了解 COPD,理解患者的疾病痛苦。在宣教过程中应该突出家庭支持对 COPD 的作用。告知患者应该多关心、鼓励患者,让患者感受到来自家庭的温暖。在后续的研究过程中更加积极地配合医护人员的工作。营造患者与家属良好的亲情氛围,由家属规劝患者配合治疗,提高患者的治疗依从性,激励患者与疾病斗争的信念。

(4)依从性改善:①激励劝说:家属与患者进行交流,首先要对患者近日的优良表现进行肯定,并委婉地提出不对之处,进行针对性劝说。向患者详细讲述 COPD 的疾病信息,并告知患者戒烟、运动等干预的意义,会对控制疾病产生何种良性收益,并为患者介绍榜样案例,激发患者的治疗信念。如患者存在吸烟情况,引导患者知晓吸烟的危害,可以通过让患者观看吸烟肺部变化视频、图片等资料,让患者产生戒烟意愿。如患者对运动锻炼依从性不强,则应该让患者知晓运动锻炼对改善疾病的重要性,并为患者强调不同锻炼方法对机体起到的作用,对控制疾病有何种积极意义,提高患者的依从。②目标契约:与患者达成相关的干预契约,让患者明确自身需要努力的方向,如存在吸烟史的患者让患者进行戒烟,并许诺戒烟 3 天奖励患者某些事物,戒烟 7 天奖励某些事物等,依从调动患者的积极性。并且与患者共同制定干预计划,并共同执行干预契约,可以采用诸多转移注意力的方式,让患者坚持服从契约。(5)呼吸护理:护理人员于每月第一、第三个周日晚间七点至九点组织在线讲座(不强制但尽量参与),积极邀请患者及家属(特别是配偶)陪伴患者参加讲座。由经验老到、专业水平过硬的护理人员教导患者正确的呼吸方法及咳嗽方法。护理人员应积极与患者进行线上沟通,解答患者及家属的相关疑惑,让患者及家属更好地完成家庭护理内容。叮嘱患者及家属在遇到相应问题时应及时向护理人员见咨询,由护理人员进行针对性解答,如护理人员无法解答,则邀请相关专业人士进行解答。(5)营养干预:由护理人员为患者定制个性化饮食计划,通过查阅患者的病例对患者的个人情况进行详细掌握。并指导家属根据患者的情况进行饮食控制。如患者营养状况欠佳,应多食用瘦肉、蛋类等高蛋白类食物;如患者营养状况过剩,则应提高绿色蔬菜、水果等高纤维食物的摄入量;如患者营养状况良好,则应该让患者合理搭配肉类、蔬菜、米饭等食物的摄入量,保持现有的营养状况。同时,在订制饮食计划的过程中,护理人员应该注意控制患者的食盐摄入量,提倡多餐少食,并由护理人员在线指导进餐环境的布置,减少可能出现的进食时不良刺激。两组患者均每个月进行一次复查,复查期间对患者的相关身体指标进行详细检测,并采用相关量表对患者的功能状态进行测评。两组患者均给予为期 6 个月的护理观察,临床数据以最后一次复查结果为准。

1.3 观察指标

1.3.1 自我管理水平和观察指标

应用 ESCA 量表对患者的自我管理能力和健康意识进行测评,量表包括自我概念、自我责任感、自我护理技能及健康知识水平 4 个维度。量表共 43 个条目。每个条目 0~4 分,分数越高患者的自我护理能力呈正相关。

1.3.2 肺功能水平观察指标

以患者 FEV₁ (一秒用力呼气容积)、FVC (用力肺活量)、CAT (慢性阻塞性肺病评估测试)、6MWT (6 分钟步行测试) 及 FEV₁/FVC (一秒率) 评估患者的肺功能水平。

1.3.3 生活质量观察指标

采用 SF-36 量表评估患者生活质量。SF-36 量表包括生理机能 (PF)、生理职能 (RP)、躯体疼痛 (BP)、一般健康状况 (GH)、精力 (VT)、社会功能 (SF)、情感职能 (RE) 及心理健康 (MH) 八个模块组成。单模块满分 100 分,分数越高证明生活质量越好。

1.4 统计学分析

使用 SPSS26.0 软件进行统计学分析,计数资料 (%) 行 χ^2 检验,计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 行 t 检验。每当 $P < 0.05$ 时,数据有统计学差异性。

表 3 两组肺功能水平对比表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	FEV ₁ (L)	FVC (L)	CAT (分)	6MWT (m)	FEV ₁ /FVC (%)
实验组 (n=35)	2.25±0.63	2.62±0.53	12.51±1.94	362.51±45.27	65.14±7.91
参照组 (n=35)	1.76±0.58	2.21±0.52	15.49±2.13	298.45±32.58	60.55±7.85
<i>t</i>	3.385	3.267	6.119	6.795	2.437
<i>P</i>	0.001	0.002	0.000	0.000	0.017

2.3 两组生活质量对比

实验组生活质量高于参照组,数据有统计学差异性 ($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组生活质量水平对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	PF	RP	BP	GH
实验组 (n=35)	78.51±8.43	79.02±8.52	80.24±8.86	75.29±6.39
参照组 (n=35)	73.29±7.26	74.37±7.39	75.91±8.04	68.51±7.02
<i>t</i>	2.776	2.439	2.141	4.225
<i>P</i>	0.007	0.017	0.036	0.000

表 4 两组生活质量水平对比 ($\bar{x} \pm s$, 分) (续)

组别	VT	SF	RE	MH
实验组 (n=35)	82.33±7.54	76.44±6.92	81.03±8.05	80.93±7.82
参照组 (n=35)	74.39±7.81	69.35±5.97	75.68±7.57	71.55±6.78
<i>t</i>	4.327	4.590	2.864	5.362
<i>P</i>	0.000	0.000	0.006	0.000

3 讨论

据统计显示,2015 年世界 COPD 患病人数达 1.745 亿,死亡人数达 320 万,全球疾病负担占比 2.6%。患者主诉咳嗽、胸闷、气短。随病情发展,耗氧量提高,呼吸机对抗、感染及缺氧等因素可导致呼吸肌能力代谢改变,造成能量负平衡,使患者营养状况每况愈下,对患者的生活质量造成严重影响^[5]。而且患者多数为老年人,对于疾病的了解程度不足,其自我管理水​​平较差。为提高患者的自我管理水​​平,本院特研究以家庭为中心的慢病管理对 COPD 患者自我管理及生活质量的影响。

本次研究显示,实验组自我管理水​​平、肺功能及生活质量均高于参照组,数据有统计学差异性 ($P < 0.05$)。本次研究方法中,家属参与贯穿了全部研究内容。COPD 患者对自己的亲人更具有依赖性,而且在生活各方面家属均起到主导作用^[6]。本次研究,通过对家属进行相关疾病知识培训,家属利用亲情可以更轻松地打动患者,让患者对临床依从的抵触心理减少。在家属对患者进行依从性干预时,患者的接受程度更高,对于改善患者的自我管理水​​平具有重要价值^[7]。在家属有意识的引导下,患者可以有效减少不良生活习惯,增强遵医行为,对提高患者的肺功能水​​平具有重要

2 结果

2.1 两组自我管理水​​平对比

实验组自我管理水​​平高于参照组,数据有统计学差异性 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组自我管理水​​平对比表 ($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	自我概念	自我责任感	自我护理技能	健康知识水​​平
实验组 (n=35)	28.51±2.92	21.66±2.58	33.53±2.75	48.82±2.54
参照组 (n=35)	24.81±2.66	17.84±2.67	29.67±2.83	44.68±2.65
<i>t</i>	5.542	6.087	5.787	6.672
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组肺功能水​​平对比

实验组肺功能水​​平高于参照组,数据有统计学差异性 ($P < 0.05$),见表 3。

价值^[8]。而生活质量是评价人类生活幸福与否的重要指标之一。其包括生理、心理两部分。本次研究中实施呼吸护理及营养护理,呼吸护理能够让家属及患者更好的控制危险因素,避免疾病进展,加强患者的舒适程度。而营养护理能够改善患者的机体素质^[9]。慢阻肺的疾病严重程度与机体素质具有一定的关联性。对促进患者的身心舒适具有重要价值。通过家属参与护理干预,可以更好地提高患者的治疗依从性,且患者会因积极治疗而感受到身心出现良性变化而更积极配合治疗,并以此形成良性循环,促进患者的生活质量大幅度提高^[10]。

综上所述,对 COPD 患者实施以家庭为中心的慢病管理能够提高其自我管理及肺功能水​​平,改善患者的生活质量,具有重要的应用价值。

参考文献:

- [1]王辉. 家庭护理干预对提高慢阻肺伴心力衰竭患者生活质量的价值分析[J]. 中华养生保健,2021,39 (12): 113-114.
- [2]刘建英. 社区-家庭联动护理模式在慢阻肺患者中的应用效果及满意度分析[J]. 家有孕宝,2020,2 (19): 240.
- [3]王春侠,董万里,范娜,等. 家庭护理下的陪伴者计划在慢性阻塞性肺疾病缓解期患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28 (3): 51-54.
- [4]中华医学会,中华医学杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南 (2018 年)[J]. 中华全科医师杂志,2018,17 (11): 856-870.
- [5]孙丽琴,贾晓东,云玉芬,等. "微信+"以家庭为中心的健康干预对门诊 COPD 老年患者的影响[J]. 中国保健营养,2020,30 (26): 371-372.
- [6]范娜. 以家庭为中心护理模式在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用效果[J]. 中国民康医学,2020,32 (17): 156-158.
- [7]吴统刚. 以家庭为中心的慢病管理对 COPD 患者自我管理的影响分析[J]. 中国卫生标准管理,2020,11 (15): 29-31.
- [8]陈丽芳,黄莉莎,李俊华,等. COPD 患者采取家庭中心慢病管理的临床价值[J]. 中国卫生产业,2019,16 (10): 114-116,121.
- [9]崔凯铭,张蓉. 以家庭医生为依托的系统随访及强化教育对轻中度慢性阻塞性肺疾病患者的意义[J]. 山西医药杂志,2021,50 (8): 1231-1234.
- [10]索仲. 医院-社区-家庭联动护理模式在 COPD 稳定期患者中的应用观察[J]. 疾病监测与控制,2021,15 (1): 69-71,76.

护理带教管理中 seminar 教学模式的临床应用实践分析

郑桃 刘莉★

徐州医科大学附属医院 江苏徐州 221000

摘要：目的：对护理带教管理中，seminar 教学模式的临床应用、具体方法展开研究，分析护理实习生学习成绩、护理带教教学质量、对教学措施的满意度。方法：以本院护理实习生作为研究对象（随机数字表法纳为两组：研究组、对照组），总例数为 40 名，每组各 20 名，分别实施 seminar 教学模式、传统式教学方式。样本选取：2021 年 05 月 26 日-2022 年 06 月 11 日。结果：对照组护理实习生学习成绩评分低于研究组，统计学数据分析有意义（ $P<0.05$ ）；对照组护理带教教学质量评分低于研究组，差异对比有意义（ $P<0.05$ ）；对照组对教学措施的满意度低于研究组，统计学对比有意义（ $P<0.05$ ）。结论：seminar 教学模式价值较高，可以提升护理带教教学质量、学习成绩及满意度，适合普及。

关键词：护理带教管理；seminar 教学模式；学习成绩；教学质量；满意度

患者流动性大，数量较多，工作任务较重，要求护理人员具有良好的临床实践能力^[1]。护理教学可使实习生有效掌握操作技能，是实习生学习专业技能的主要途径，可以提高沟通技巧，实现相关护理工作的顺利开展^[2]。传统的护理教学模式具有一定的局限性，缺乏生动性、灵活性。seminar 教学模式是一种以培养学生能力为目的的研讨会教学模式^[3]。随着现代社会信息、网络的快速发展，每时每刻都产生着大量的知识和信息。网络教学和远程教学因其方便性、可重复性、及时性等特点，逐渐受到公众的接受和青睐。因此，学生需要有较强的获取和掌握知识的能力，以应对学科和社会的发展^[4-5]。seminar 教学模式主要是教学生如何获取、掌握以及运用知识。本文主要是对护理实习生 40 名作为研究样本，对上述措施价值进行评估，对今后的相关教学工作提供科学依据。现具体为：

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间 2021 年 05 月 26 日-2022 年 06 月 11 日，随机选取护理实习生 40 名，以随机数字表法将其分成 2 组：研究组（ $n=20$ ）、对照组（ $n=20$ ）。研究组中，男 2 名，女 18 名；文化水平：大专、本科及以上分别为 4 名、16 名；年龄 21-25 岁，中位数为（23.11±1.19）岁。对照组中，文化水平：大专、本科及以上分别为 5 名、15 名；男 1 名，女 19 名；年龄 20-25 岁，中位数为（23.11±21.18）岁。两组基本资料无显著差异（SPSS26.0； $P>0.05$ ），可对比。

纳入标准：（1）愿意签订协议书者；（2）均为护理专业；（3）基本资料无丢失。

排除标准：（1）研究期间表示退出；（2）存在心理、精神障碍；（3）听力、视力、语言表达障碍；（4）伴传染、感染性疾病者。

1.2 方法

对照组：通过实施传统式教学方式护理教学工作。首先，由教师进行小组教学，并系统地阐述了知识内容。然后进入病房，选择合适的同类疾病患者，告知学生患者的症状、体征、诊断、鉴别诊断、相关的辅助检查、治疗方案、预后。最后，老师回答学生提出的问题，并进行教师与学生之间的沟通。

研究组：实施 Seminar 教学，主要落实措施为：（1）选择具有丰富临床教学经验、优秀理论和实践操作能力的护理人员作为带教教师，并邀请专家协助进行护理教学。每次教学结束后，请向护理专业的学生通报教学内容和下一次研讨会的计划。主要内容包括：研讨会详细主题、课堂指导专家名单、研究地址、预览章节内容、教学设备相关准备工作、讨论结束

时的评价要求、课堂教师名单、演讲小组制作等。（2）以小组模式进行课前准备，将实践护理学生分成小组，结合教师讲述的教学内容，阅读以往相关文献，开始自主学习，总结学习过程中出现的问题，并提供解决方案。

（3）在课堂教学过程中，教师应通过多媒体等方式展示，将注重内容进行总结，然后设置相关问题，促进护理学生进行讨论会，过程中需教师参与，结合实践护理学生进行问题分析讨论，如果实践护理学生参与不高，应引导主动加入，鼓励每组护理学生表达小组讨论结果，发言约 10min，然后为护理学生提供讨论时间，时间为 30min 左右。最后，对课堂指导教师和课堂指导专家进行评估和讨论，并描述他们自己的护理经验，以提高他们的学习深度，扩大护理学生的学习领域。在课堂结束时，负责课堂归纳的学生，如果学生提问，老师应给出准确的答案。

1.3 观察指标

对两组护理实习生学习成绩情况进行分析，两组护生实习结束时进行操作考试，包括理论知识成绩、实践技能操作成绩，评分标准参考院内《护理技术操作评分标准》，满分设置为 100 分，分数越高，表示学习成绩越好；对两组护理带教教学质量进行评估，主要研究指标包括：综合素质、师生沟通、学习兴趣、专家点评，上述指标状况均按照百分制评分原则实施，分数越高，表示教学质量越好；观察分析两组对教学措施的满意度（医院自制满意度调查问卷，信度为 0.963、效度为 0.828）统计情况，分值区间为 0-100 分：非常满意、一般满意、不满意，各项分值评价区间分别为 90 分-100 分、60 分-89 分、0 分-59 分，满意度=（总例数-不满意例数）/总例数*100.00%。

1.4 统计学分析

将计量资料（学习成绩、护理带教教学质量）、计数资料（对教学措施的满意度）全部录入统计学软件 SPSS26.0 版本中做出数据处理，以 t 检验计量资料，数据应用平均值±标准差表示（ $\bar{x} \pm s$ ）；以 χ^2 检验计数资料，数据应用百分比表示（%）。 $P<0.05$ 代表统计学差异存在意义，相反无意义。

2 结果

2.1 学习成绩：对照组各指标评分均低于研究组，统计数据差异大，对比有意义（ $P<0.05$ ）。具体见表一：

表一 两组护理实习生学习成绩评分对比（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	实践技能操作成绩	理论知识成绩
研究组	20	98.55±1.24	97.56±1.29

对照组	20	86.25±1.33	85.38±1.26
T	-	30.2507	30.2069
P	-	0.0000	0.0000

2.2 护理带教教学质量：研究组各指标评分高于对照组，差异显著，对比有意义（ $P<0.05$ ）。具体见表二：

表二 两组护理带教教学质量统计学对比（分， $\bar{x}\pm S$ ）

时间	例数	专家点评	学习兴趣	师生沟通	综合素质
研究组	20	92.28±3.53	93.15±2.47	94.82±3.41	93.43±3.11
对照组	20	83.77±3.44	83.60±2.33	84.49±3.38	85.17±2.46
T	-	7.7213	12.5778	9.6217	9.3157
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 对教学措施的满意度：对照组满意度为 75.00%，研究组为 100.00%，前者低，差异有意义（ $P<0.05$ ）。具体见表三：

表三 两组对教学措施的满意度对比（n/%）

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意度
研究组	20	15(75.00%)	5(25.00%)	0(0.00%)	20(100.00%)
对照组	20	5(25.00%)	10(50.00%)	5(25.00%)	15(75.00%)
χ^2	-	-	-	-	5.7143
P	-	-	-	-	0.0168

3 讨论

疾病较多，多数患者病情容易诊断，具有病程长、复发性、治疗困难特点，往往伴有不同程度的消极心理，增加临床工作难度。护理教学是临床教学的主要环节，主体是护理实习生^[6]。其目的是提高护理实习生的临床操作能力，将理论知识灵活地结合到临床实践中，实现最佳护理带教效果。传统的护理教学的教学模式主要是教师根据案例解释理论知识，而护理实习生学习热情较差，处于被动状态。此外，过去的护理教学采用的传统教学方法，即一名教师安排多个学生传授实践经验、统一解释理论知识的教学模式，或一名学生轮换多个教师的教学模式，该教学措施的实施容易导致教师的责任意识差、教学工作分散、资源利用率低、学生的学习热情低，进而导致教学效果不好^[7]。因此，选择一种更有效的教学方法至关重要。

Seminar 教学模式是一种新型教学措施，首次引入大学课程教学是由德国学者在 1930 年代和 1940 年代，在发达国家（如欧洲和美国），已成为一个非常常见的教学模式，但在中国应用这种方法仍有明显的局限性。与传统教学模式相比，Seminar 教学模式重视将纯粹的教师“强迫”教学转变为主动学习，提倡实现师生在课堂上的良好互动，转变为师生双向互动教学，帮助学生学习态度由被动学习转向主动，提高学习效率^[8-9]。本文研究结果显示，研究组护理实习生的学习成绩评分较高，护理带教教学质量评分高，学生对教学措施的满意度较高，表示与接受传统教学模式的对照组相比，Seminar 教学模式的实施价值较高，该措施有助于学生更好地理解学习内容，可以刺激学习兴趣，加强学生之间的交流，促进自主学

习能力，提高人际交往能力。

相关研究学者将 Seminar 教学模式的优势总结为以下几个方面的内容：第一，激发学生的学习潜力、学习热情、学习兴趣，让学生积极参与护理教学工作，提升学生的自学能力，同时也有助于学生发展批判性思维^[10]。第二，可以帮助学生了解和学习到更深层次的东西，帮助学生形成良好的问题分析能力、解决问题的能力，实效最佳护理教学效果。在临护理教学工作中，应用 Seminar 教学模式，可以帮助学生了解相关药物的使用情况，明确适应症和禁忌症，为学生提供了丰富的理论知识。此外，Seminar 教学模式要求学生在整个学习过程中积极讨论，一方面方便学生在课堂前交流自我认识，解决课程预览过程中遇到的问题，形成良好的理解，充分调动学生的学习热情、主动性；另一方面，学生可以提升护理实践中需要注意的事项、关键和困难知识形成清晰的认识，在课后交流学习经验，从整体水平上促进学生综合素质的提高，达到令人满意的护理教学效果。此外，在护理教学中的应用过程中，Seminar 教学模式应注意以下问题：（1）对教师的综合素质要求较高，教师应积极参与相关培训，不断提高自己，以便更好地开展研讨会教学，提高整体质量；（2）在实施过程中，部分学生在数据检索方面可能不太活跃。教师可以通过课前的讨论和交流充分调动学生的学习积极性，使学生认识到这种教学方法的优势。

综上所述，护理教学中，Seminar 教学实施价值及应用优势较高，有利于充分调动学生的学习积极性，帮助学生更好的掌握相关知识，促进师生、生生交流。

参考文献：

- [1]刘成,吴雪平. CBL 联合 Seminar 教学模式在重症医学专业临床教学中的应用效果[J]. 中华全科医学,2020,18(7): 1214-1216,1233.
- [2]胡科兵,张小妹,王安,等. 基于案例教学法联合讨论会模式在泌尿外科临床教学中的应用研究[J]. 临床医药实践,2020,29(7): 538-539,560.
- [3]王培静,陈蓉秋. Seminar 教学法联合微格教学在临床肿瘤科护理临床带教中的应用评价[J]. 中国卫生产业,2021,18(28): 137-140.
- [4]董军,孙连杰,杨小朋. Seminar 教学法在神经外科学临床教学中的应用[J]. 中国继续医学教育,2021,13(17): 27-31.
- [5]戴银霞,杜娜. 肾内科护理带教中 Seminar 结合以问题为基础教学法的应用研究[J]. 中国卫生产业,2021,18(17): 130-133.
- [6]姚明月,陈浩暘. Seminar 联合 SPOC 教学模式在助产士临床实践教学中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(6): 8-10.
- [7]杨桦,王银. 责任制带教模式联合专题研讨教学法在心外科重症监护室护理实习带教中的应用效果及对手术质量的影响[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(24): 187-189.
- [8]谢吐秀,吕菁君,张新奇,等. 基于 ZOOM 平台的 CBL 联合双语 Seminar 教学模式在全科住院医师规范化培训中的应用效果[J]. 中国医药导报,2021,18(25): 59-62.
- [9]贾鹏,赵鹏. PBL、CBL 结合 Seminar 教学方法在骨科住院医师规范化培训中的应用[J]. 养生保健指南,2021(26): 284-285.
- [10]万磊,刘健,黄传兵,等. 基于“卓越医师”培养的 PBL、CBL、Seminar 多轨模式在中医风湿病教学中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(24): 1-2.

多层螺旋 CT 后处理技术在泌尿系统疾病诊断中的应用进展

安润 李黎明 张国锋

定西市第二人民医院 甘肃定西 743000

摘要:泌尿系统疾病临床中发生率较高,对患者生活质量影响较大。多层螺旋 CT 图像后处理技术目前被广泛应用于疾病诊断中,从多方位,多角度为临床医生提供具有完整的,直观的,通俗易懂的人体内部器官解剖结构。笔者总结相关学者研究内容,重点针对泌尿系统疾病诊断中多层螺旋 CT 后处理技术应用研究,其目的为有效推动图像后处理技术于临床医学领域发展水平,详细内容综述如下。

关键词:多层螺旋 CT; 处理技术; 泌尿系统; 疾病诊断; 应用

多层螺旋 CT 为临床重要诊断方法对于实现患者疾病早发现,早治疗有重要价值,在检验过程中通常使用二维以及三维图像形式病变位置被检测位置情况进行确定,利用图像后处理工作站实现数据传输,并对患者病情进行分析。文章以图像后处理技术方法为切入点,就多层螺旋后处理技术应用意义进行说明,针对不同泌尿系统疾病中多层螺旋 CT 后处理技术使用情况进行分析。

1 图像后处理方法

多层螺旋 CT 后处理技术是临床疾病诊断过程中重要辅助内容之一,常规扫描轴面图像能够对人体横断面解剖影像信息充分反馈,检验人员将分析过程中识别的图像对组织器官建立空间状态关系,这样才能有效判断患者病变发生的具体位置,范围以及病变发生周围组织器官的发展情况^[1]。但人体部位具有复杂的器官,例如盆腔,腹腔以及微细血管结构。这种情况通常会对图像后处理方法增加难度系数,严重情况下会造成疾病诊断失误。CT 图像后处理技术在应用过程中能够对患者横轴位图像以及二维和三维图像进行二次显现,图像后处理过程中通常需要基于局域网络图像工作站图像后处理软件以及相应的设备支持才能保证原始数据在采集过程中提升图像成像质量^[2]。

图像后处理主要临床意义体现在它能够基于多方位,多角度反应患者机体组织器官的解剖结构以及病变情况,为临床检验医师对于疾病诊断的确诊提供重要辅助依据。多层螺旋 CT 后处理技术有较高的品质,而且图像范围较广,能够临床疾病诊断,提供重要的影像学辅助^[3]。二维图像后处理功效:(1)多平面重建(MPR);(2)冠状面;(3)矢状面;(4)横轴面;(5)斜面(OPR);(6)曲面(CPR);(7)计算容积重建(CVR)。三维图像后处理功效:(1)三维容积重建;(2)遮盖容积重建(SVR);(3)密度容积重建(IVR);(4)最大密度投影(MIP);(5)最小密度投影(Min-IP);(6)X线模拟投影;(6)透明化X线模拟投影(4D)。不同的图像后处理方法患者机体情况有不同程度的掌握,对反应患者脏腑结构及器官形态学改变有重要价值。

2 图像后处理技术泌尿系统疾病诊断

泌尿系统疾病作为临床中发生率较高的疾病之一,患者机体健康造成重要影响。如果不及时诊断,极易导致病情加重,增加并发症威胁患者生命安全。因此需要高度重视关于泌尿系统疾病的诊断研究。

2.1 肾结石疾病诊断

多发性肾结石作为泌尿系统常见病症,主要致病因由感染、不良生活习惯、饮食结构异常以及遗传造成。患者通常伴随尿频,尿痛,肾绞痛等症状。临床中多层螺旋 CT 检查作为影像学技术,具有操作简单,创伤性小,安全性高等特点,对提高临床疾病诊断结果的科学性有重要价值。

王星,黄泽弟,陈顾文^[4]在报道中多层螺旋 CT 在肾结石诊断中的应用价值展开分析,并且利用多层螺旋 CT 与 X 线诊断情况进行比较。前者疾病诊断合力 95%,误诊率 5%。后者诊断率 83.33%,误诊率 16.67%。说明多层螺旋 CT 技术提高疾病诊断符合降低误诊情况出现。主要是由于多层螺旋 CT 是扫描时在纵轴方向上能够具有更加宽泛的扫描范围,能够通过时间控制扫描范围的高分辨率图像,而且利用容积再现(VP)、多平面重组(MPR)、曲面重组(CPK)等技术道路三维重建图像,这样能够更加全面地观察肾实质情况使检验医师能够依据图像观察到患者肾脏部位以及膀胱部位的结石数量,大小,位置,同时也能够针对肾集合系统液性暗区已经充分反映。

杨家欢^[5]也在报道中进行了相同情况的研究,研究结果发现,多层螺旋 CT 后处理技术例如 VR 技术,能够更加对结石的解剖位置进行观察,使医护人员能够有效了解位置与周围脏器之间的关系,同时可以观察患者矢状位,对结石性质进行了解,利用 CPR 技术可以显示相同平面内,多个结石以及肾积水情况,为疾病治疗方法选择提供依据^[6]。

2.2 肾脏肿瘤诊断

多层螺旋 CT 技术目前被广泛应用临床疾病诊断过程中能够通过图像处理对肿瘤的发生轮廓,位置,形态,密度和与肾实质之间的关系进行有效反应,是临床检验医师能够通过主观判断疾病影像学特征进行总结。典型 CT 表现肾盂内出现软组织肿块阴影;位置与周围肾实质密度相似;延迟扫描存在充盈缺损,在扫描过程中进行图像处理,能够对肿瘤体积进行量^[7]。李展展^[8]针对肾脏肿瘤中多层螺旋 CT 薄层后处理技术进行研究,结果显示 120 例肾脏肿瘤中表现为恶性的有 20 例。表现良性的有 100 例。20 例恶性肿瘤中存在 16 例透明细胞癌,2 例乳头状癌,2 例嫌色细胞癌。CT 诊断作为最常规的临床影像学检验方法目前被广泛使用后在临床,相较于单层螺旋 CT,多层螺旋 CT 更能满足患者疾病诊断需求,而且该种诊断方式能够从多方面对患者肾肿瘤病灶特点进行反应,同时将肾肿瘤与周围健康组织之间关系进行判断,有效了解肾脏肿瘤是否存在转移或者存在其他病变,利用多层螺旋 CT 薄层后处理技术能够缩短扫描时间,使扫描结果更加具有精准性,降低患者肾脏肿瘤疾病发生后的并发症发生率,降低患者死亡风险,提高患者生活质量^[9]。

2.3 肾盂旁囊肿诊断

田进军,赵峰,王万里^[10]在报道中针对多层螺旋 CT 后图像技术在肾盂旁囊肿疾病诊断中使用价值进行对研究。研究过程中,利用多层螺旋 CT 后处理技术能够有效对患者疾病发生部位,发生大小以及是否存在并发症进行检查。利用图像处理技术进行病变位置增强,能够有效了解肾皮质强化情况。利用 MPR 以及 3D 成像通过对患者病变位置进行全方位观察,了

解腹腔脏器情况以及肌肉骨骼情况,为泌尿系统的连续完整治疗提供重要辅助。张静娟^[11]等人在报道中进行研究发现利用多层螺旋 CT 进行疾病扫描器,其扫描结果更理想,对患者临床疾病预后价值显著。

2.4 泌尿疾病诊断

多层螺旋 CT 后处理技术可以利用 MPR, CTVE 等成像进一步观察患者泌尿系统病变情况,尤其针对后尿道断裂等情况,能够更加立体,多平面地进行三维展示。相关学者^[12]在报道中针对泌尿病变诊断中层螺旋 CT 后处理技术进行研究,研究结果显示通过该种技术进行疾病诊断更利于患者疾病检出,34 例患者中,1 例患者情况正常,12 例患者存在输尿管结石,并且在扫描过程中存在输尿管明显扩张,利用 KUB, IVU 等对塑料管结石进行扫描,发现存在渗漏情况。在图像后处理技术过程中 MPR, 3D, CTVE 成像主要是通过薄层快速容积扫描进行获得,这样能够有效实现空间分辨率提高,降低容积效应。而且对冠状位以及始状位和斜位的图像能够尽快获取,减少遗漏病变的风险。相关学者^[13]在报道中进行研究,研究发现,通过三维 SSD 进行图像重建能够有效提高被扫描物体的数字模拟成像。蒋威,徐爽^[14]等人在报道中对泌尿系结石层螺旋后处理技术应用价值进行研究。针对泌尿系统结石分别进行+三维重建,除此之外,先对患者进行 CT 平扫,而后对患者尿路造影检查。两种方法完成扫描后均进行容积重建,多层面重建以及曲面重建,通过不同技术应用观察患者结石的密度,形态,数目,大小以及病变位置。研究结果显示,结果 11 位结石患者中 10 例结石呈现阳性,1 例结石呈现阴性,结石数量共 35 枚,其中 26 枚呈结节状,9 枚呈鹿角状。利用 CT 平扫能够对位置,数量以及形态进行判断,多层螺旋 CT 具有较高的感性,针对细小结石不容易发生漏检,而且扫描时间较短,能够对整个腹腔进行全部扫描^[15]。CTU 能够获得高质量被检查部位成像并且对尿路全貌进行充分展示,对输尿管结石以及肾脏结石有重要检出作用。利用三维重建技术能够使任意部位进行充分观察,保证检验结果的全面性。除此之外,利用增强动脉重建对于肾动脉以及腹腔动脉同样能够清晰展示^[16-17]。

2 技术展望

多层螺旋 CT 作为发展重要里程碑。能够在基础 CT 扫描上高扫描速度,而且能够通过旋转一周多层图像产生,对于临床疾病检验有更加全面的辅助。后处理技术也随着多层螺旋 CT 的发展逐渐进步。该种处理技术能够基于影像学临床检验专业人员疾病诊断需求从多角度,多方位,全面展示受检者被检部位的机体组织解剖结构,了解患者病情状态而且利用计算机辅助能够缩短图像成像时间,保证诊断结果准确性,而且除了针对泌尿系统疾病诊断外,还可使用到其他疾病诊断中^[8-20]。除此之外,基于容积再现技术能够对病理解剖图像进行充分展示,这一图像展示方法哈与表面在线技术应用更加具有科学性,而且其空间分辨率更高。针对多层螺旋 CT 后处理技术临床中的研究方向应以平板探测器 CT 为主,这种技术展望是基于拓展患者病变位置,扫描面积,利用更大面积的平板探测器。有效替代当前探测器阵列。使另用多层螺旋 CT 扫描一周人体后能够对个体各个脏器的分辨率实现三维图像,这样既能够得到人体器官动态成像之外,更利于患者疾病分期诊断^[21-22]。

结束语

综上所述,泌尿系统疾病诊断中多层螺旋 CT 后成像技术有重要作用,能够对扫描时间,扫描质量从整体上提升,值得临床中深入研究。

参考文献:

- [1]李森.CT 尿路成像和静脉肾盂造影在泌尿系统疾病诊断中的比较分析[J].辽宁医学杂志,2021,35(2): 77-79.
- [2]扎西桑姆,卢海燕.医学影像图像后处理技术在主动脉夹层诊断中的应用[J].西藏医药,2021,42(05): 150-152.
- [3]孟凡波.多层螺旋 CT 三维重建后处理在骨肿瘤影像诊断中的应用[J].糖尿病天地,2020,17(1): 10-11.
- [4]王星,黄泽弟,陈顺文.多层面螺旋 CT 检查在肾结石诊断的应用价值[J].影像研究与医学应用,2021,5(07): 137-138.
- [5]杨家欢.多层面螺旋 CT 在肾结石的临床应用价值[J].影像研究与医学应用,2021,5(18): 158-159.
- [6]张兆金,钟建,祝翠英,丁鑫良.多层螺旋 CT 平扫联合后处理技术对输尿管结石的诊断价值[J].当代医学,2020,26(35): 132-133.
- [7]周文文,王长军,张楠,郭凌飞.肿瘤体积与 CT 动态增强特征在肾盂癌鉴别诊断中的应用[J].医学影像学杂志,2020,30(02): 269-272+287.
- [8]李展展.多层螺旋 CT 薄层后处理技术诊断肾肿瘤的价值分析[J].实用医学影像杂志,2020,21(05): 508-511.
- [9]刘范林,蒋群,王雪松,孙昊,金征宇.多排螺旋 CT 尿路造影对尿路上皮肿瘤和泌尿系息肉的鉴别诊断价值[J].癌症进展,2019,17(04): 406-410.
- [10]田进军,赵峰,王万里.多层螺旋 CT 泌尿系多期扫描及后处理技术在肾盂旁囊肿诊断优势[J].实用医技杂志,2020,27(2): 176-178.
- [11]张静娟.多层螺旋 CT 在肾盂旁囊肿诊断及分型中的应用效果观察[J].影像技术,2019,31(06): 32-33+38.
- [12]王晓冬,董萍.多排螺旋 CT 重建技术在泌尿系统疾病中的诊断应用[J].当代医学,2021,27(14): 156-157.
- [13]苏友恒,林路雄,吴晓春,卢雪芬.多层螺旋 CT 尿路成像技术(MSCTU)在泌尿系统疾病中的应用价值[J].现代医用影像学,2017,26(06): 1673-1675.
- [14]威,徐爽.多层螺旋 CT 后处理技术在泌尿系结石诊断中的应用价值[J].医学信息,2019,32(07): 170-171+174.
- [15]陈利琴.多层螺旋 CT 诊断输尿管结石的价值观察[J].饮食保健,2021(22): 265.
- [16]陈一鸣,宋广来,王坤,等. CTU+CTA 联合成像结合 3D 打印技术在腹腔镜肾部分切除术中的应用[J].中外医疗,2020,39(12): 183-186.
- [17]张道恩,汪清建,钟小兵,刘衡,张高峰. CTU 与 IVP 在泌尿系统疾病成像的应用比较[J].医学信息,2020,33(20): 159-161.
- [18]郑玉飞,朱丽丽,徐辉.多层螺旋 CT 增强扫描联合后处理技术在肠梗阻病因诊断中的应用价值[J].广西医学,2020,42(15): 1931-1934.
- [19]康洁,崔雷雷,路萌,姜立杰. MSCT 后处理技术、MRCP 与 B 超对胆系结石的诊断价值[J].河北医药,2020,42(01): 102-105.
- [20]李丽.多层螺旋 CT 及后处理技术应用于急性阑尾炎诊断中的价值研究[J].现代医用影像学,2022,31(04): 684-686.
- [21]彭荣,郝建成,胡国权,范元军,怀建国.256 层螺旋 CT 动态增强及多模式后处理技术在结肠癌术前诊断及分期中的应用价值[J].安徽医药,2020,24(04): 766-770.
- [22]李冬冬,方金平,刘飞斌,郑登峰,诸葛天瑜.骨肿瘤影像诊断中多层螺旋 CT 三维重建后处理运用效果分析[J].中华肿瘤防治杂志,2019,26(S1): 131+133.

针灸治疗干燥综合征的研究进展

徐赵泽 杨亚旭 张芳^{通讯作者}

江苏省中西医结合医院 210000

干燥综合征 (Sjogren's syndrome, SS) 是一种以侵犯外分泌腺, 尤其是唾液腺及泪腺为主的慢性炎症性自身免疫性疾病。以口干眼干为常见症状, 还有其他外分泌腺及腺体或其他器官受累而出现的多系统损害症状。本病女性多见, 男女比例为 1: 9~1: 20, 发病年龄多在 40~50 岁。在治疗上尚无特殊的根治方法。西医治疗多采用对症治疗、免疫抑制剂、激素冲击疗法。效果不甚理想, 而此类药物毒副作用大, 若长期使用, 可导致男性化、闭经、骨质疏松, 诱发类固醇糖尿病、骨髓抑制等, 故不能长期大量服用。中医治疗干燥综合征具有悠久的历史, 在疾病的早期进行干预, 能有效控制病情, 提高患者的生活质量。中医治疗干燥综合征常常使用针灸或针药结合, 针灸治疗或针灸联合中药治疗干燥综合征时, 不同医家采用不同针具做出许多尝试, 均取得一定疗效, 现将近年来针灸治疗干燥综合征的研究状况综述如下。

1 毫针刺法

1.1 普通针刺

普通毫针针具较细, 患者疼痛较小, 无菌性好, 价格便宜, 可以配以提插、捻转等补泻手法, 根据中医理论进行补泻, 起到扶正祛邪, 调理阴阳的作用。

李奔[1]取穴以合谷、脾俞、肾俞、足三里、三阴交、太溪穴为主穴; 其余随证采用选择补泻手法。合用中药颗粒剂解毒通络生津方 (白花蛇舌草 15g, 莪术 15g, 生黄芪 30g, 当归 9g, 白芍 12g, 生甘草 6g) 对照组用硫酸羟氯喹口服。治疗组在 ESSPRI 评分及中医证候积分改善程度明显优于对照组。张金煊[2]针灸治疗取攒竹、丝竹空、颊车、承浆、廉泉、肝俞、肾俞、足三里、三阴交、太溪穴。中药选祛瘀养阴颗粒剂 (生地黄 30g, 山茱萸 15g, 茯苓 20g, 山药 20g, 牡丹皮 15g, 柴胡 10g, 黄芩 10g, 泽泻 10g, 益母草 30g, 僵蚕 10g, 女贞子 15g, 八月札 10g 等), 分为针灸组, 针药组, 中药组, 西药组。针药组 ESSPRI 评分、Schirmer's 试验及唾液流、C 反应蛋白及 IgG 与其他 3 组比较, 差异有统计学意义。古清[3]取合谷、廉泉、肾俞、足三里、三阴交、太溪等穴。配合中药活血化瘀, 扶正解毒治疗干燥综合征 48 例, 治疗总有效率 81.3%, 治疗后纤维蛋白原、IgG 含量降低。李雪莹[4]针灸联合中药治疗“气阴两虚”干燥综合征患者, 选眼周近取穴及足三里、肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、三阴交等穴位。总有效率及眼干症状 VAS 评分优于对照组。

1.2 电针

电针是在针刺的基础上接入生物微电流, 使针刺与生物电两种刺激相结合, 代替手法补泻, 从而促进气血循环、缓解疼痛, 达到治疗疾病的目的。脉冲电的生物学效应, 加强了针刺的疗效, 促使电针在人体的消化、泌尿、神经系统疾病中都有广泛应用。[5]

白桦[6]选取选穴肾俞、太溪、合谷、廉泉、百会及脾经穴 (三阴交、血海)。两组治疗后, 与西药羟氯喹比较 IgG, IgM 有显著性差异, 尤其是

IgM 变化显著。冯艳广[7]选取地仓、颊车、廉泉、足三里、三阴交。联合中药治疗, 与硫酸羟氯喹对照。治疗组 Schirmer 试验、唾液流率、CRP 及中医症候疗效对比, 治疗组明显优于对照组。任彬[8]取合谷、廉泉、肾俞、足三里、三阴交、太溪穴。治疗干燥综合征 45 例, 总有效率 88.9% 崔小灿[9]选取地仓、颊车、廉泉、足三里、三阴交, 以唾液流率为观察指标, 治疗组总有效率为 91.7%

2 其他针具

2.1 针刀

针刀相比毫针, 直径更粗, 刺激量更大, 还可以像“手术刀”一样松解粘连。随着冶炼技术的进步, 毫针逐渐取代古代九针, 针刀更接近古代针具, 所以针刀一方面可以发挥针灸针的免疫调节作用, 从而治疗原发性干燥综合征, 另一方面针刀通过对局部的劳损、痉挛、粘连进行松解, 改善神经支配区域的供氧、供血, 调节腺体的分泌从而改善口干眼干燥症状。

张娟[10]选取头后、颈部、左右下颌角与乳突之间等部位, 在各点行分解剥离软组织操作。观察组总有效率为 86.7%, 治疗后观察组唾液流率、泪流量, 中医证候积分优于对照组。

2.2 点刺放血

刺血疗法是通过特定的针具在穴位、血络或皮部进行点刺放血, 达到活血化瘀, 疏通经络的治疗目的。中医认为久病多瘀, 三棱针或采血针点刺放血, 或刺络拔罐, 可用于久病瘀血阻滞经络, 或用于急症、热证。

徐大可[11]采用针刺联合中药治疗“阴虚津亏”干燥综合征患者, 常规针刺的基础上选金津及玉液穴予点刺出血, 针药治疗组治疗后 ESSPRI 评分、中医证候积分、唾液流率及泪流量、IgG 及血沉均优于其他 3 组。陈伏宇[12]针药结合治疗干燥综合征, 取穴曲泽、血海、太冲、三阴交、太溪、少泽、廉泉、外金津、外玉液、四白。燥毒盛者少泽点刺放血; 口干加廉泉、外金津、外玉液, 与中药治疗对照, 口干眼干症状, 唾液流率及 schirmer 试验明显改善。刘维[13]主穴选择: 曲泽、血海、太冲、三阴交、太溪, 燥毒盛者少泽点刺放血, 结果表明运用针刺法症状及实验室指标改善更明显。周敬佐[14]常先点刺金津、玉液穴, 再刺上星、印堂、迎香、睛明、太溪、合谷等穴, 屡获效验。王颖[15]选取聚泉、金津、玉液、廉泉, 双侧迎香、四白、曲池、太溪、三阴交、太冲等穴位, 金津、玉液点刺出血后留针, 治疗 15 例干燥综合征患者, 取得满意疗效

2.3 揸针与埋线

揸针与埋线刺激量小, 符合《素问·离合真邪论》的“静以久留”的思想, 持续刺激时间长, 且操作方便、损伤小, 常用于慢性疾病的调理, 有良好疗效。

吴东蛟[16]遵“泻热滋水”法选取列缺、肺俞、照海、肾俞等穴位, 采用揸针治疗干燥综合征口干症状, 治疗后唾液流率及唾液中分泌型免疫球蛋白 A (sIgA)、钙卫蛋白 S100A8/A9 等指标较前改善。朱俊岭[17]穴位

埋线治疗干燥综合征 30 例,总有效率为 93.3%。

3. 讨论

原发性干燥综合征为自身免疫病,其特征为外分泌腺淋巴细胞高度浸润。目前已知发病机制是在遗传、感染、环境等多种因素共同作用下,导致机体免疫的异常反应。西医治疗目前主要药以硫酸羟氯喹为主,该药物可抑制淋巴细胞对腺体的浸润[18],改善患者的口干、眼干症状,降低免疫球蛋白 G 和血沉。大量研究表明针刺对人体的免疫功能有一定的调节作用,包括对免疫细胞如 T 细胞、NK 细胞等的调节以及对免疫分子如肠肿瘤坏死因子(TNF- α)、白细胞介素(IL)-1 β 、IL-6、IL-10 等的调节。在中医肾主生殖理论指导下选取具有补肾功效穴位进行针刺对性激素的调节也有一定作用如肿瘤坏死因子(TNF- α)、白细胞介素(IL)-1 β 、IL-6、IL-10 等[19]。针刺对口干眼干等症状也有较好改善作用,其中降钙素基因相关肽 CGRP 以及神经肽血管活性肠肽(VIP)的释放增加可能是积极影响接受针灸治疗的口干患者唾液流量的因素之一。[20, 21]

中医重视辨证论治,强调三因制宜,针对不同患者采用更个性化的治法,我们常见的中医证型有“燥邪伤津”“阴虚亏虚”“瘀血阻络”等,对不同证型采用虚则补之,实则泻之,或者攻补兼施的方法,不同针具可以更好应对不同情况。中医也提倡整体观念,一方面,局部症状常常与整体脏腑功能失调或经络阻滞有关,所以往往需要近取穴和远端取穴配伍治疗,另一方面,一种疾病也可能会有全身其他症状,如干燥综合征可能伴有关节疼痛等,也需要在不同地方取穴,身体不同部位构造不同,选取不同针具可以增加其疗效。

《灵枢·官针篇》言:“病小针大,气泻太甚。疾必为害;病大针小,气不泄泻,亦复为败。”不同针具的刺激量不同,补泻的侧重点也不同。毫针刺法,可以手法补泻,呼吸补泻,调整针尖方向补泻,或利用穴位性质补泻,达到调整脏腑,平衡阴阳的目的。电针刺激时间较长因而刺激量较大,可以更多利用穴位本身的性质。针刀和点刺放血刺激量最大,泻实之力最强,可以更直接地活血化瘀,疏通经络,经络畅通则气血得以舒布四肢及脏腑,使四肢脏腑得以濡养,从而增强其功能,是一种以通为补的治疗方法。皮内针和埋线属于长时间的小剂量刺激,更擅长长期调理脏腑。

但是就目前所整理的文献也看到其中的不足:(1)各种针具治疗干燥综合征不同中医证型疗效是否有优劣,没有进行对比研究(2)使用部分针具治疗时刺激量较大,患者是否能接受,如何说服患者配合治疗,仍需进一步探讨。总之,笔者认为中医发展出了丰富的针灸器械,积累了宝贵的治疗经验,如何在临床更好的发挥针灸优势,应深入、系统、科学、广泛地研究。

参考文献:

- [1]李奔,薛鸾,朴雪梅,朱俊.针药结合对原发性干燥综合征疾病相关指数影响的临床观察[J].天津中医药,2017,34(01): 26-31.
- [2]张金焕,张剑勇,谢静静.针药并用治疗原发性干燥综合征临床观察[J].上海针灸杂志,2018,37(12): 1399-1404.
- [3]古青,强世平,刘保成.针药并用治疗干燥综合征疗效观察[J].时珍国医国药,2008(01): 195-196.

[4]李雪莹,陈莉,何金萍.中医治疗原发性干燥综合征眼干的临床疗效分析[J].中国医药指南,2018,16(10): 206-207.

[5]吴建丽,于致顺,魏庆双,李慧玲,邢广月,孙忠人.浅谈“医工结合”对针灸器具改革的影响[J].中华中医药杂志,2018,33(12): 5409-5411.

[6]白桦,于澎.电针治疗干燥综合征的临床观察及对免疫功能影响的研究[J].针灸临床杂志,2009,25(07): 9-11.

[7]冯艳广,魏琴,李长红,魏思璐,吴树君,崔小灿,李坤,王俊丽,王慧娟.电针联合乌梅丸加减治疗干燥综合征的临床研究[J].临床与病理杂志,2018,38(12): 2621-2626.

[8]任彬,杨敏.电针治疗干燥综合征 45 例临床观察[J].四川中医,2012,30(03): 116-117.

[9]崔小灿,刘伟,刘小军,魏琴,冯艳广.电针治疗干燥综合征口干症状疗效观察[J].上海针灸杂志,2014,33(06): 542-543.

[10]张娟,王海东,杨会军.针刀治疗原发性干燥综合征口干干燥症状疗效观察[J].中国针灸,2019,39(11): 1173-1176.

[11]徐大可,徐蕾,胡伟,徐媚媚,郭亮,陈月月,徐波.针刺联合“滋阴生津方”治疗阴虚津亏型原发性干燥综合征 30 例临床研究[J].江苏中医药,2020,52(09): 59-62.

[12]陈伏宇,薛斌,刘维.针药合用治疗原发性干燥综合征 30 例[J].实用中医内科杂志,2012,26(12): 60-61.

[13]刘维,刘滨,郑红霞.针灸治疗干燥综合征 60 例疗效观察[J].中国针灸,2005(02): 33-34.

[14]周敬佐.针刺治疗口鼻干燥综合征 18 例[J].辽宁中医杂志,2005(12): 1298.

[15]王颖.针灸治疗干燥综合征 15 例[J].吉林中医药,2007(05): 37.

[16]吴东蛟.“泻热滋水”揪针疗法对干燥综合征口干症状及唾液 sIgA 和钙卫蛋白的影响[J].浙江中医杂志,2020,55(02): 79-80.

[17]朱俊岭,朱俊凤.穴位埋线治疗干燥综合征 30 例[J].上海针灸杂志,2014,33(08): 759.

[18]FOX R I.Mechanism of action of hydroxychloroquine as an antirheumatic drug[J].Semin Arthritis Rheum, 1993, 23(2 Suppl 1): 82.

[19]王佩,王刘玉.针灸调节免疫相关的研究进展及思路探讨[J].天津中医药,2020,37(11): 1316-1320.

[20]Davidson I, Angmar-Månsson B, Blom M, Theodorsson E, Lundberg T. Sensory stimulation (acupuncture) increases the release of calcitonin gene-related peptide in the saliva of xerostomia sufferers. Neuropeptides. 1999 Jun; 33(3): 244-50. doi: 10.1054/npep.1999.0759. PMID: 10657499.

[21]Davidson I, Angmar-Månsson B, Blom M, Theodorsson E, Lundberg T. Sensory stimulation (acupuncture) increases the release of vasoactive intestinal polypeptide in the saliva of xerostomia sufferers. Neuropeptides. 1998 Dec; 32(6): 543-8. doi: 10.1016/s0143-4179(98)90083-x. PMID: 9920452.

不同手术入路对初次小切口全髋关节置换术患者的临床疗效研究进展

黄守镔 钟浩博*

广东医科大学 广东湛江 524000

摘要: 当前,全髋关节置换术较为成熟,由于假体材料、假体设计等各方面促进多种微创手术入路出现,主要包括以下几种:前方入路、前外侧入路、后侧入路、后外侧入路、SuperPath 入路、外侧入路、双切口入路等。它们的共同优势在于,带给患者的切口小、创伤小,所需的手术时间更短,术中出血量更少,缩短患者住院时间,有助于患者尽快康复等。然而,以上假体材料、假体设计等各方面也具有一定的弊端,造成一系列并发症,术后假体位置异常、损伤神经、出现感染等。所以,对患者实施初次全髋关节置换术时,要将安全放在第一位,对微创手术入路的适应证进行严格把握,不能只追求最小化的切口。为此,本文综述了几年来不同手术入路对初次小切口全髋关节置换术患者的临床疗效,旨在为今后相关患者的治疗提供有利参考。

关键词: 不同手术入路;初次小切口;全髋关节置换;临床疗效

临床上,人工全髋关节置换术(total hip arthroplasty, THA) 被受到广大学者和医务人员的接受,认为这是一种较为成功的手术,明显减轻患者髋关节疼痛感,降低畸形率,缩短患者髋关节功能恢复时间,逐渐被广泛运用于世界范围内^[1]。THA 最早出现在 1822 年,到目前为止有两百余年历史。初次 THA 的传统入路方法中,使用率较高的是后入路、直接外侧入路。对比后入路、直接外侧入路的临床疗效、术后并发症率、护患关系等都具有一定的效果。八十年代,开始出现微创手术(minimally invasive surgery, MIS) 这一概念^[2]。随着医疗模式的改变, MIS 技术和理论获得了较大的发展。当前 MIS 技术有着明显的优势,为广大临床医生所接受,带给患者的组织损伤小,能够缩短患者住院时间。由于关节假体材料的进步,手术方式的改进,其他医疗条件的完善,使得 THA 技术在近三十年有了更大的突破,其假体十年生存率高达 90%。全髋关节置换术微创手术有着不同的入路方式,本文着重介绍了以下七种:前方入路、前外侧入路、后侧入路、后外侧入路等。现阶段,人们越来越关注预后和医疗费用,使用哪种入路实施 THA 才能取得更为显著的疗效具有重要意义。基于此,本文对近几年来初次 THA 常见手术入路方法进行了综述,旨在为今后有关研究提供有利参考。

1. 前方入路

改良 Smith-Peterson、Heuter 前入路后为前方入路,皮肤切口为髂前上棘后下侧 2cm 处,切口为 8cm 左右的,从以下间隙进入:阔筋膜张肌、缝匠肌间隙、臀中肌、股直肌。此种入路方式,肌肉剥离现象不明显,未将任何肌腱切断,属于一种较为理想的微创手术入路,可以减少患者住院时间,降低患者经济压力,帮助患者尽快回归正常生活。微创手术前方入路具有一定的弊端,会破坏患者股外侧皮神经,造成汉族发生大腿麻木、剧烈疼痛等;术中加大了显露股骨端的难度,增加了股骨假体置入难度,常常引起股骨近端骨折。陈武生等^[3]研究中证实,和传统前方入路的对照组相比,采用微创直接前方入路的观察组患者取得了显著效果,使得患者术中出血量、术后引流量减少,同时缩短了住院时间,缩小了切口长度,使得患者髋关节功能尽快恢复,保证患者生活质量,安全性较高。李瑞等^[4]认为,直接前方入路微创全髋关节置换术的优势在于带给患者的创伤小,减少术中出血量和术后引流量,减轻患者疼痛,安全等,对于老年股骨颈骨折患者髋关节功能的尽快恢复有着积极意义,临床具有应用价值。

2. 前外侧入路

改良 Watson-Jones 切口后前外侧入路,切口方向为:自股骨大转子,偏向髂前上棘后方距离一手指的部位,切口四分之三朝向近侧,另外四分之一跨越大转子,进入阔筋膜张肌、臀中肌的间隙,为 8cm 左右的长度。该种入路方式的优势在于,对肌肉、神经等几乎无影响,使得关节囊保留,其优势在于降低脱位发生率,促使患者尽快恢复。前外侧入路也有不足,暴露的股骨端有限,处理股骨时会造成股骨近端骨折;在安放白杯时,其前倾角会增大,导致术后经常出现前脱位。代振东等^[5]研究表明,治疗治疗股骨颈骨折时,对照组采用后外侧入路,观察组采用前外侧入路,后者获得了预期效果,缩短了手术时间,术中损伤较少,有利于患者尽快康复,保证患者良好预后。

3. 后侧入路

全髋关节置换微创手术中使用率较高的是后侧入路,切口为:自髂后上棘前方近髂嵴处,经大转子向股骨干远端延伸,约 8cm 的长度;术中分离臀大肌过程中,要和大转子进行紧贴,对以下部位进行切断:梨状肌、闭孔内肌、上下子肌,显露关节囊。该种入路方式的优势在于,可清晰反应周围神经等,降低由于牵拉造成的损伤率,便于更好的放置假体^[6]。临床上,绝大多数外科医生可以熟练操作。后侧入路的弊端在于,要将外旋肌群切断,严重破坏关节囊和髋关节的稳定性;同时,相比于传统后入路,该种方式不能更好的处理深层组织,只是切口变小了,与微创的真正定义不相符。赵锦伟等^[7]文中提到,相比于传统后侧入路,微创手术后侧入路下全髋关节置换术的临床效果和术后并发症无显著差异。和 Taryn E 等报道相符。

4. 后外侧入路

后外侧入路和改良传统后外侧入路密切相关,目前使用率较高。入路位置为:大转子嵴后方的外侧进行切口,围绕大转子顶点,进行纵轴方向上的直切,或者近端时,稍微向后,长度在 8-10cm 之间,大转子顶点近端有 1/3,远端为 2/3;术中分离臀大肌筋膜,显露梨状肌窝和外旋肌群,保留股方肌,切断外旋肌群,然后切开关节囊。此种方式和后侧入路相比,其优势、弊端大致相同,几乎不影响屈髋肌和臀中肌。目前临床上,外科医生几乎都具备较高的技术,放置假体时准确性较高。该种方式入路的弊端在于,会严重损害外旋肌群和关节囊,降低患者关节稳定性,延长患者恢复进程^[8]。陶涛等^[9]研究表明,相比于传统后外侧入路,采取微创手术后外侧入路治疗全髋关节置换患者获得了更为良好的效果,能够减少神经

损伤,保证假体良好的位置。

5. SuperPath 入路

美国 Chow 等最早报道了 SuperPath 入路,该入路是在 SuperCap 路径和 Path 路径的基础上改良后获得的。切口位置为:自大转子尖端稍偏后 0.7 cm 左右处,顺着股骨干纵轴延伸到近端,7cm 左右的长度;术中臀大肌实施钝性分离,使得臀大肌、臀中肌撑开,进入臀小肌和梨状肌间,显露关节囊。该种入路方式对经皮管道处理髌白、原位处理股骨技术进行了有效结合,无需切断肌肉,进而对于髋关节周围软组织等进行了更好的保护,是一种真正意义上的微创;术中如出现操作困难,可以及时改成传统后路。其优势还在于,可以减轻患者术后疼痛感,促进患者康复进程,降低并发症率,减少患者住院时间,降低患者经济压力,提升患者治疗满意度^[10]。胡彬等^[11]学者研究证实,在治疗老年移位股骨颈骨折中应用 SuperPATH 入路全髋关节置换术取得了显著疗效,明显减少了患者疼痛感,有助于促进髋关节功能恢复,同时对髋关节周围肌肉、髋关节囊等结构损伤小,并发症率低,微创效果良好。车先达等^[12]文中提到,和传统后外侧入路相比,SuperPATH 入路行全髋关节置换术效果更佳,手术切口更小,手术出血量更少,Harris 髋关节评分更高。

6. 外侧入路

此种方式切口的中心为股骨大粗隆,切口要顺着股骨干轴线,约 7cm 长,顺着切口的位置切开阔筋膜张肌,骨膜下将上方臀中肌、下方股外侧肌同时切开,对患肢进行外旋,在股骨粗隆前面,进到关节囊。此种方式进入臀中肌和阔筋膜张肌肌间隙,要对臀中肌、股外侧肌进行部分剥离,会造成外旋肌、后方关节囊等出现较小的破坏。但是可以对臀中肌、股外侧肌进行原位修补,在保护髋关节周围软组织等具有积极作用,可以帮助患者尽快恢复,减轻其经济压力。张其亮等^[13]文中写到,外侧入路全髋关节置换术对肌肉的损伤更佳严重,特别是外展肌,增加恢复的时间。Agus H Z 等^[14]研究表明,相比于传统手术,微创手术外侧入路患者能够缩短恢复时间,提升髋关节功能。

7. 双切口入路

Lei Ting 等^[15]文中提到双切口入路,切口分别从髌白侧和股骨侧进行,从不同的肌间隙入路,显示髌白、股骨时更加清晰,成功置换髌白、股骨后,在保护髌白周围软组织方面效果更佳。髌白侧切口为腹股沟处斜切口,顺着股骨颈长轴方向,约 6cm 长,进入缝匠肌、阔筋膜张肌间隙,显露前方关节囊。股骨侧切口为大转子顶点近端向后外侧作一长约 3 cm 的皮肤切口,其入路方式和股骨髓内针入路相近,然后处理股骨端,安放好假体。该种入路方式,没有切断肌肉、肌腱,对周围组织影响极小,具有积极作用。大大减少了术后并发症情况,有利于患者更快的出院,更加安全有效。当时此种入口切口,需要多次透视,使得患者、医生的放射暴露大大增加;还有,其解剖平面和其他的相比,更具特殊性,使得学习的时间和精力增加。另外,还有研究表现,此种入路方式的损伤较大,特别是对股神经、外展肌、外旋肌等。林军等^[16]文中报道,双切口全髋关节置换术中髌白杯存活率为 99.4%,股骨柄存活率为 98.1%,针对股骨头坏死或髋关节发育不良,应用双切口全髋关节置换术取得了较好效果。

综上,上述采用的全髋关节置换术微创手术不同入路各有特点,为患者实施全髋关节置换术时,要将安全放在第一位,对微创手术入路的适应证进行严格把握和筛选,不能只注重最小化的切口,手术出现困难时,要马上实施传统手术。在外科手术中,微创手术具有明显优势,全髋关节置换微创手术也具有良好的发展前景。由于技术的发展,不断改进手术器械

和假体的材料,会解决好当前手术操作、定位等问题。

参考文献:

- [1]周华骏,朱晨,尚希福,周章武,方诗元,马锐祥,张林林,李乾明.改良微创直接前侧入路全髋关节置换术的疗效观察[J].中华解剖与临床杂志,2020,25 (02): 146-151.
- [2]周树权,袁富锋,陈雪飞,梁慕华,蒋劲松.微创直接前方入路全髋关节置换术治疗股骨颈骨折疗效观察[J].新乡医学院学报,2021,38 (07): 657-661+665.
- [3]陈武生,何晓辉,郑沐欣.微创直接前方入路全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的效果分析[J].中国现代药物应用,2022,16 (07): 57-59
- [4]李瑞,宋德臣,孙磊.直接前方入路微创全髋关节置换术对老年股骨颈骨折的临床治疗效果[J].北京医学,2020,42 (07): 664-667.
- [5]代振东,袁宏伟.经前外侧入路微创小切口全髋关节置换术治疗股骨颈骨折患者的效果[J].河南医学研究,2021,30 (15): 2781-2783.
- [6]佟长征.全髋关节置换术中直接前方入路和前后外侧入路的疗效分析[J].中国卫生标准管理,2020,11 (23): 64-66.
- [7]赵锦伟,鞠昌军,张钟元,高广凌,冯玲.保留肌-关节囊组织瓣的改良后侧入路全髋关节置换术治疗老年 Garden IV 型股骨颈骨折的早期疗效观察[J].中华解剖与临床杂志,2021,26 (06): 679-684.
- [8]Taryn E. LeRoy,Brett L. Hayden,Jason Desmarais,Mariano E. Menendez,Daniel Ward. Early Outcome Comparison of the Posterior Approach and the Superior Approach for Primary Total Hip Arthroplasty[J]. Arthroplasty Today,2020,6 (3) .
- [9]陶涛,郭炯炯,徐南伟.微创直接前入路与后外侧入路全髋关节置换术早期疗效的比较[J].中国微创外科杂志,2020,20 (05): 431-435.
- [10]徐竹峰,张昊,邹慧.高龄股骨颈骨折患者接受直接前方入路和后外侧入路人工全髋关节置换术的疗效比较[J].中国骨与关节杂志,2020,9 (09): 695-698.
- [11]胡彬,刘亚伟,谢兴文,延净德,闫磊,沙宇.SuperPATH 入路微创全髋关节置换术治疗老年移位股骨颈骨折短期疗效评价[J].中国骨与关节损伤杂志,2020,35 (12): 1233-1236.
- [12]车先达,韩鹏飞,顾晓东,高阳阳,陈韬予,李鹏翠.全髋关节置换 SuperPATH 与传统后侧入路疗效差异的 Meta 分析[J].中国组织工程研究,2019,23 (24): 3901-3908.
- [13]张其亮,于瑜,任国清,周健,李云.直接前入路与外侧入路全髋关节置换术的早期疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2020,35 (12): 1237-1241.
- [14]Agus H Z , Kahraman S , Erturk M , et al. Comparison of Cardiopulmonary Exercise Capacity in Patients with Atrial Septal Defect Treated with Minimally Invasive Cardiac Surgery or Transcatheter Closure[J]. Russian Journal of Cardiology, 2020, 25 (8): 3879.
- [15]Lei Ting,Qian Hu,Ye Zhimin,Lei Pengfei,Hu Yihe. Is two-incision approach superior to the mini-posterior approach in total hip arthroplasty?: a meta-analysis[J]. ANZ Journal of Surgery,2021,91 (5) .
- [16]林军,郑秋坚,臧学慧,邱忠鹏,高立华.双切口全髋关节置换术治疗股骨头坏死或髋关节发育不良的疗效[J].广州医科大学学报,2020,48 (03): 34-38.

通讯作者:钟浩博,广东医科大学,主任医师。