

探讨中医饮食护理在肾病科患者中的临床应用效果

李萍

云南省中医医院 云南昆明 650011

摘要：目的：研讨肾病科患者接受中医饮食护理的临床效果。方法：选取 2021 年 1 月-2022 年 3 月收入我院肾病科的患者 102 例，按照随机数表法将其归为两组，每组 51 例。对照组予以常规护理，观察组基于对照组条件开展中医饮食护理，比较两组患者的饮食知识掌握度、干预前后肾功能指标[血肌酐（SCr）、 β_2 微球蛋白（ β_2 -MG）、血清胱抑素 C（CysC）、尿素氮（BUN）]以及护理满意度。结果：观察组患者饮食知识掌握度（92.16%）高于对照组（74.51%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预后，观察组各项肾功能指标（SCr、 β_2 -MG、CysC 及 BUN）测定值均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者总满意度（94.12%）高于对照组（80.39%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：中医饮食护理能够有效提高肾病患者的饮食知识掌握度，加快改善其肾功能，并获得患者对护理工作更满意的评价。

关键词：肾病患者；中医饮食护理；肾功能；饮食知识掌握度；护理满意度

肾病科是医院诊治慢性肾功能衰竭（Chronic renal failure, CRF）、肾病综合征，慢性肾小球肾炎等肾脏疾病的主要场所，科室的患者通常有年龄大、病情发展较快、病程较长以及易引发多种并发症等特点，对于护理工作有着更高的要求^[1-2]。中医饮食护理是基于中医辨证膳食理论提出的一种护理模式，能够通过饮食调节，促进机体功能恢复，尤其适用于肾脏慢性病患者需要进行饮食调护的患者。本研究以 2021 年 1 月-2022 年 3 月我科收治的 102 例患者为例，探讨中医饮食护理在肾病科护理管理工作中的应用价值。具体示下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月-2022 年 3 月收入我院肾病科的 102 例患者作为研究对象，并按照随机数表法将其归为对照组、观察组两组，每组有患者 51 例。其中对照组男性 30 例，女性 21 例，年龄范围 33~67 岁，平均年龄为（52.33±6.85）岁；疾病类型：23 例为 CRF，18 例为肾病综合征，10 例为糖尿病肾病（Diabetes nephropathy, DN）。观察组男性 32 例，女性 19 例，年龄范围 34~68 岁，平均年龄为（51.98±6.94）岁；疾病类型：24 例为 CRF，16 例为肾病综合征，11 例为 DN。两组患者间的基线信息经 SPSS20.0 处理，显示 $P>0.05$ ，不具统计学意义，可做对比。

纳入标准：（1）均为肾病科住院患者；（2）经临床系统检查后确诊病情；（3）具备一定的交流以及沟通能力；（4）患者及家属知情，且已在相关入组协议上签字。排除标准：（1）伴其他重要脏器功能（心、脑、肝、肺等）疾病者；（2）合并恶性肿瘤者；（3）伴严重精神类疾病或认知障碍者；（4）中途转院或是退出研究者；（5）无参与研究意愿者。

1.2 方法

对照组患者接受常规护理，包括入院宣教，指导患者完善各项辅助检查，给予心理疏导、用药指导和基本饮食指导，叮嘱患者定期复查，对症处理并发症等措施。观察组基于对照组条件开展中医饮食护理，具体内容如下：（1）前期准备阶段。在患者入院后，通过举办专题讲座、发放资料手册以及“一对一”宣教等方式，对其开展饮食管理相关的知识教育，指导患者在日常生活中坚持有规律的饮食习惯，做到饮食清淡、营养均衡，勿过饥过饱，患者应吃熟食，少食或忌食辛辣刺激、生冷类食物，食物要偏软易消化，避免损伤脾胃功能，加重病情。重点强调坚持健康饮食以及遵医嘱规范饮食的重要性，并结合患者的实际病情、饮食习惯及日常偏好等情况，为患者量身定制饮食计划。（2）中医饮食护理内容。肾病患者的饮食对肾病的治疗及恢复都具有非常重要的作用，合理的饮食是肾病治疗的基础。中医食疗是中医学中的重要组成部分，根据辨证论治，整体调理的理念，对调理和治疗慢性病及改善某些肾脏的临床症状具有良好的效果。在为患者提供饮食护理期间，对于食物与药物之间的关系需予以重视，尽

量确保食物能够促进患者所用药物药效的发挥，首先需要详细分析各种食物的性状（如热性、寒性等），再者需要确保食物与患者病情相适应。如水肿患者，若为风水泛滥证，饮食应选用温热性食物，如葱白粥（粳米 30~50g，葱白段若干）、玉米须粥（鲜玉米须 400g，粳米 30g）等，宜少量多餐，勿过饱；若为湿热壅盛证，则需选择清热、利湿、消肿类食物，如车前草粥、淡竹叶煎汤代茶饮等，且需禁食油腻、辛辣等刺激类食物，以免助热生痰；如低蛋白血症患者，多为气阴两虚证，可选择黄芪猪蹄汤、五味粥（山药 30g，生苡苡仁 30g，桑葚 30g，大枣 10 个，粟米 60g）等滋阴益气食物；如贫血患者，多为气血不足证，宜进食益气养血类食物，如归芪鸡汤、归芪粥等。同时注意水肿患者忌咸食，消渴患者忌甜食。（3）在患者接受饮食护理指导期间，还需密切监测其病情，并对饮食护理后的效果进行定期记录，根据记录结果对饮食计划的内容进行适当优化以及调整。同时指导患者按医嘱进行药物治疗，注重患者的心理疏导，避免七情过激。指导患者调整生活方式，注意休息，避免劳累，避免体力劳动，消渴肾病患者要监测血糖变化。

1.3 评估项目

（1）比较两组的饮食知识掌握度：在干预后 3 个月采用自制问卷调查，问卷信效度 Cronbach's $\alpha=0.748$ ，内容包括疾病基础知识、辨证饮食、饮食禁忌等，总分 100 分，选项包括完全掌握（超过 85 分）、基本掌握（60~84 分）、不掌握（低于 60 分），饮食知识掌握度=（完全掌握+基本掌握）患者占比。（2）比较两组干预前后的肾功能指标：在干预前、干预后 3 个月空腹下采血 4mL，进行血肌酐（Blood creatinine, SCr）、 β_2 -微球蛋白（ β_2 -microglobulin, β_2 -MG）及血清胱抑素 C（Serum cystatin C, CysC）尿素氮（Urea nitrogen, BUN）检测。（3）比较两组的患者满意度：在干预后 3 个月采用自制满意度问卷调查，问卷信效度 Cronbach's $\alpha=0.752$ ，内容包括护理技巧、服务态度、健康宣教等，总分 100 分，超过 90 分为很满意，60~89 分为基本满意，低于 60 分为不满意。总满意度=（很满意+基本满意）患者占比。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 20.0 版本软件分析，对计数资料做卡方检验，对计量资料做 t 检验，完成后符合正态分布的计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，计数资料以率表示， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组饮食知识掌握度调查结果

观察组患者饮食知识掌握度为 92.16%（47/51），高于对照组的饮食知识掌握度 74.51%（38/51），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 1：

表 1 两组饮食知识掌握度调查结果[n(%)]

组别	完全掌握	基本掌握	不掌握	饮食知识掌
----	------	------	-----	-------

	握度			
观察组 (n=51)	22 (43.14)	25 (49.02)	4 (7.84)	47 (92.16)
对照组 (n=51)	10 (19.61)	28 (54.90)	13 (25.49)	38 (74.51)
χ^2 值	-	-	-	5.717

表 2 两组干预前后肾功能指标测定结果 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	SCr (umol/L)	β 2-MG (mg/L)	CysC (mg/L)	BUN (mmol/L)
观察组 (n=51)	干预前	93.48±8.35	0.74±0.12	1.82±0.13	6.12±1.03
	干预后	70.96±6.58	0.36±0.06	1.07±0.32	3.35±0.64
对照组 (n=51)	干预前	93.56±8.47	0.75±0.14	1.80±0.11	6.10±0.98
	干预后	76.49±10.32	0.41±0.10	1.22±0.29	3.72±0.83
组间干预前 t 值	-	0.048	0.387	0.838	0.100
组间干预前 P 值	-	0.961	0.699	0.403	0.920
组间干预后 t 值	-	3.226	3.061	2.480	2.521
组间干预后 P 值	-	0.001	0.002	0.014	0.013

2.3 两组患者满意度调查结果

观察组患者经调查,显示总满意度为 94.12%,高于对照组的 80.39%,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3:

表 3 两组患者满意度调查结果[n(%)]

组别	很满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组 (n=51)	30 (58.82)	18 (35.29)	3 (5.88)	48 (94.12)
对照组 (n=51)	16 (31.37)	25 (49.02)	10 (19.61)	41 (80.39)
χ^2 值	-	-	-	4.319
P 值	-	-	-	0.037

3 讨论

肾病科是针对肾脏疾病设立的重要科室,其收治的患者一般病情较重,病程较长,并发症多,病情变化快,肾病终末期患者多需要接受血液透析等治疗,治疗药物品种多,治疗风险存在各类风险,护理工作也需要更系统、精细以及具有针对性^[3-4]。长期的血液透析易导致营养不良及多种并发症,尤其是 DN 患者,其本身就需较严格的饮食控制,因此重视加强肾病患者的机体营养非常具有意义^[5-6]。

中医学认为,肾脏疾病的病机多为肾虚、脾肾两虚等,本虚标实,宜根据实际发病机制,做到辨证施护。其认为药食同源,不同食物各有归经、属性以及升降沉浮。中医饮食护理结合了中医辨证膳食的理论,能够根据患者的不同证型进行辨证指导,促进患者恢复健康。多项研究显示,对肾脏病患者开展中医饮食护理有助于延缓病情发展,加快患者肾功能恢复^[7-8]。鲍丽娜等^[9]人发现,在肾内科开展中医饮食护理能够更有效改善患者的病情,提高患者对护理工作的满意度,整体干预效果优于常规护理。

本研究结果显示,观察组干预后的饮食知识掌握度高于对照组 ($P<0.05$),各项肾功能指标(血清 SCr、 β 2-MG、CysC 以及 BUN)测定值均低于对照组 ($P<0.05$),而患者总满意度相较于对照组则显著提高 ($P<0.05$);说明在肾病科患者中推行中医饮食护理模式有较高的可行性,更利于加强患者对饮食知识的掌握,并促进其肾脏功能恢复,同时该护理模式也更易得到患者的理解及支持,患者满意度更高,这与上述研究看法存在较大的相似度。分析原因,中医饮食护理的前期准备工作重点在于向患者讲述饮食管理的重要作用,通过多形式的科普教育能够帮助患者了解饮食管理与疾病康复之间的关系,进而促使患者坚持健康饮食,主动配合护

P 值 - - - 0.016

2.2 两组干预前后肾功能指标测定结果

两组干预前血清 SCr、 β 2-MG、CysC 以及 BUN 测定值对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$);干预后,观察组各项肾功能指标 (SCr、 β 2-MG、CysC 及 BUN) 测定值均低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2:

理;在此基础上根据患者具体病情状况、证型特点等为其提供膳食指导,合理搭配不同归经及属性的食物,能够起到补益五脏精气、调和阴阳等作用,进而能够更好地控制患者病情,加快患者肾脏功能的恢复;而患者肾脏功能改善、病情得到更稳定控制,加之中医饮食护理方案针对患者个体实际情况设计,更加贴合患者的实际需要,故而能够获得患者更满意的评价。

综上所述,中医饮食护理能够有效提高肾内科患者的饮食知识掌握度,加快改善其肾功能,并获得患者对护理工作更满意的评价,整体干预效果优于常规护理,值得临床借鉴以及推广。

参考文献:

[1]叶芦娜,庄姬. 护理风险管理模式在中医院肾内科护理管理中的应用[J]. 中医药管理杂志,2020,28(17):183-185.

[2]王宇琦,刘岩,谭荣韶,等. 应用调整的膳食平衡指数-16 评价血液透析患者的膳食质量[J]. 广东医学,2021,42(4):420-424.

[3]郭红霞. 耳穴压籽联合中医护理对慢性肾功能衰竭伴高血压患者的效果观察[J]. 中国医药指南,2019,17(7):181.

[4]TAMARA J. BROWN, HARRIET WILLIAMS, BRUNO MAFRICI, et al. Dietary interventions with dietitian involvement in adults with chronic kidney disease: A systematic review[J]. Journal of human nutrition and dietetics,2021,34(4):747-757.

[5]马招娣. 基于中医证型的饮食护理干预对糖尿病肾病患者血糖水平、肾功能的影响[J]. 现代诊断与治疗,2020,31(16):2685-2687.

[6]SCHLUETER, REBECCA, CALHOUN, BRITTANY, HARNED, ERIN, et al. A VA Health Care Innovation: Healthier Kidneys Through Your Kitchen—Earlier Nutrition Intervention for Chronic Kidney Disease[J]. Journal of renal nutrition: the official journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation,2021,31(1):35-38.

[7]赵晓彬,俞琴. 探讨中医饮食护理在肾内科患者中的临床应用效果[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(6):92,94.

[8]朱莉莉. 辨证饮食护理对慢性肾功能衰竭行血液透析患者的生活质量影响[J]. 中国医药指南,2019,17(3):268.

[9]鲍丽娜,王娇弟,陈晨. 中医饮食管理在肾内科病房管理中的效果[J]. 中医药管理杂志,2021,29(22):73-75.

中医康复护理促进脑梗死患者功能康复的效果分析

李秋建

山东济宁金乡县人民医院神经内三科 山东济宁 272200

摘要：目的：讨论评估脑梗死患者应用中医康复护理方案的临床效果及对促进功能康复疗效的影响。方法：该次研究实施于2021年1月到2021年12月，纳入88例脑梗死患者为样本，经抽签方法将患者分为参考组、讨论组，44例/组，一般护理用于参考组，以此为基础，再将中医康复护理用于讨论组，比较组之间肢体活动功能、生活自理能力、神经功能缺损情况、认知功能及护理满意度。结果：分析发现，讨论组肢体功能评分、日常生活活动能力评分、认知功能评分均高于参考组，神经功能缺损评分低于参考组，护理满意度高于参考组，两组对照 $P < 0.05$ ，组间有统计学差异。结论：一般护理干预脑梗死患者过程中，联合使用中医康复护理方案后，对患者的功能康复效果有明显促进作用，患者的肢体活动功能、认知功能、生活自理能力等均有显著提升，此外，患者的神经功能缺损程度有所改善，大部分脑梗死患者对此护理模式表示满意，评价较高。

关键词：功能康复；神经功能缺损；中医康复护理；满意度；脑梗死

Effect analysis of TCM rehabilitation nursing on promoting functional rehabilitation of patients with cerebral infarction

Qiu-Ji'an li

Department of Neurology, Jinxiang County People's Hospital, Jining, Shandong Province 372200

[Abstract]Objective: To discuss and evaluate the clinical effect of the TCM rehabilitation nursing program and the effect on promoting functional rehabilitation. Method: the study implemented in January 2021 to December 2021, including 88 cases of cerebral infarction patients as a sample, the lottery method is divided into reference group, discussion group, 44 cases / group, general care for reference group, on this basis, the TCM rehabilitation care for discussion group, compare groups limb activity function, self-care ability, neurological deficit, cognitive function and nursing satisfaction. Results: The analysis found that the limb function score, daily life activity ability score and cognitive function score were all higher than the reference group, the neurological deficit score was lower than the reference group, and the nursing satisfaction was higher than the reference group. $P < 0.05$ was significantly different between the two groups. Conclusion: general nursing intervention in cerebral infarction patients, after the joint use of TCM rehabilitation care plan, for patients' functional rehabilitation effect has obvious promoting effect, patients' limb activity function, cognitive function, life self-care ability have significantly improved, in addition, the patients with neurological deficit degree has improved, most patients with cerebral infarction are satisfied with the nursing mode, high evaluation.

[Key words]functional rehabilitation; neurological deficit; traditional Chinese medicine rehabilitation nursing; satisfaction; cerebral infarction

脑部动脉血流停止或者减少，致使脑供血组织产生软化、坏死、缺氧缺血现象引发的疾病即脑梗死，70%脑卒中患者罹患该病，具有预后结局不佳特征，较易形成功能障碍等后遗症^[1-2]。一般护理在脑梗死患者中较常使用，其实施目标即确保医疗措施准确落实，阻止患者病情发展，有一定护理干预效果，但对患者功能康复方面的作用不突出，从而形成患者生活自理能力、肢体活动能力等恢复不佳后果。中医是我国传统医学，在中医领域中，脑梗死被称为中风，有关该病的治疗护理经验较丰富，尤其是中医康复护理措施，通常情况下，可以改善患者的预后结局^[3]。本次研究即为明确中医康复护理对脑梗死患者功能康复效果的作用实施探讨，并选择了88例脑梗死患者加入研究。现将研究详情进行如下汇报：

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2021.1-2021.12期间接收的脑梗死患者中选出88例开展研究，以抽签法分组，即讨论组44例、参考组44例。讨论组年龄区间即56到78岁，均值是 (60.37 ± 2.16) 岁；患者组成是20例女、24例男；梗死部位：10例基底节区、4例顶叶、11例额叶、19例丘脑。参考组年龄区间即55到78岁，均值是 (60.45 ± 2.03) 岁；患者组成是19例女、25例男；梗死部位：9例基底节区、3例顶叶、10例额叶、22例丘脑。经统计学对两组基本数据进行比较， $P > 0.05$ ，差异不明显，有比较意义。

1.2 方法

参考组护理方法选择一般护理，即为患者实施基础干预，指导患者科学饮食，并行体位、皮肤方面的护理干预，以减少压疮等并发症发生率；对患者肢体活动情况、意识状态等进行评估，而后为患者编制符合其情况的康复训练，包括选择适宜的运动项目，控制运动总量等，即指导患者进行床上被动起坐、肢体运动等康复锻炼，及床下平衡、步行等锻炼，并以

听说读写等方式提高语言表达能力，以直接康复锻炼形式提升吞咽功能；以上康复训练措施的实施宗旨即促使患者神经发育恢复正常。护理时间1个月。

讨论组护理方法即一般护理+中医康复护理，一般护理与参考组一致，中医康复护理包括中药、情志、理疗等方面的干预措施。详情：（1）中药方面，通过望闻问切中医诊疗方法对患者实际病情进展、身体状态进行评估掌握，而后以患者临床表现为根据实施中药辨证施护，即如果患者有肾气虚亏现象，需指导患者服用肾气丸；如果患者有气血虚亏症状，应以四物汤方式调节病情；如果患者存在便秘情况，可通过番泻叶改善；若患者偏瘫原因是风湿麻痹，需通过活络丹方式缓解病情；若患者有气血不足症状，应通过牛黄清心丸改善。（2）情志方面，提醒患者家人增加和患者沟通力度，并行家庭支持护理，有安抚患者焦虑情绪作用，同时，还需详细说明脑梗死疾病有关知识，包括治疗护理方法、预后改善方法等，并适当举例康复效果良好病例，有提升患者自信作用；除此之外，还需对患者的喜好进行培养，可以将患者专注于疾病的注意力分散，从而减轻负性情绪。

（3）理疗方面，以患者疾病阶段为根据，对患者实施推拿按摩干预，如果患者处于恢复阶段或者急性阶段，需对患者的委中穴、阳陵泉穴、肩髃穴、风池穴等进行挫、按、滚、推、捻等推拿按摩干预，推拿按摩侧重点部位即患侧，每次30min，一天两次。此外，还需以患者病情为根据采取针灸干预，即运用毫针实施针灸，手法选择插、捻、转，每次持续30min留针，而后将毫针拔除，一天一次；针灸穴位即上肢的手三里穴、外关穴、合谷穴等，及下肢的血海穴、足三里穴、丰隆穴、太白穴等，并以地仓穴、人中穴为平衡区。护理时间1个月。

1.3 观察指标

（1）评价两组活动功能及生活能力，即对实施前后患者肢体活动功

能、生活能力的变化实施评估,获取相关数据的方法是 Fugl-Meyer (运动功能障碍)测评表和 Barthel (日常生活能力指数)测评表,肢体活动功能及生活能力恢复效果较佳时,测评表得分高。

(2) 评价两组认知功能及神经功能,即对实施前后患者认知功能、神经功能缺损情况改变展开评估,获取相关数据方法是 MMSE (认知功能)测评表和 NIHSS (神经功能缺损)测评表,认知功能恢复较佳时,测评表得分高,神经功能缺损恢复良好时,测评表得分低。

(3) 评价两组患者对护理的满意度,即在患者中实施满意度评估调查,由满意度问卷调查表完成,该表总计 100 分。调查分值在 86-90 分时,表明患者满意;调查分值在 70-85 分时,表明患者基本满意;调查分值在 0-69 分时,表明患者不满意;满意与基本满意占比总和是总患者满意度。

1.4 统计学分析

选用 SPSS22.0 系统对该项研究的数据进行统计与整理, ($\bar{x} \pm s$) 描述计量类数据,检验由 t 完成; (n%) 描述计数类数据,检验由 χ^2 完成;组间差异有统计学研究比较意义的评价标准是 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 生活能力与活动功能评价

调查发现,实施护理之后,两组生活能力测评分值、肢体活动功能测评分值较实施前高,且参考组测评分值低于讨论组,两组对照 $P < 0.05$ 。见下表 (1)。

表 1.生活能力与活动功能评价 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生活能力		肢体活动功能	
		实施前	实施后	实施前	实施后
参考组	44	40.12±1.83	64.37±7.21	33.92±9.76	68.25±8.12
讨论组	44	40.09±1.67	70.29±10.86	33.87±9.41	73.47±9.58
t	-	0.0803	3.0124	0.0244	2.7571
P	-	0.9362	0.0034	0.9805	0.0071

2.2 神经功能缺损及认知功能评价

调查发现,实施护理之后,两组神经功能缺损测评分值低于实施前,认知功能测评分值高于实施前,且参考组神经功能缺损测评分值高于讨论组,认知功能测评分值低于讨论组,两组对照 $P < 0.05$ 。见下表 (2)。

表 2.神经功能缺损及认知功能评价 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	认知功能		神经功能缺损	
		实施前	实施后	实施前	实施后
参考组	44	23.38±6.64	25.02±3.46	6.63±2.19	4.16±1.95
讨论组	44	23.29±6.52	27.18±1.96	6.72±2.27	2.73±1.08
t	-	0.0641	3.6030	0.1892	4.2553
P	-	0.9490	0.0005	0.8503	0.0001

2.3 患者护理满意度评价

调查发现,参考组患者对护理的总满意度较低于讨论组,两组对照 $P < 0.05$ 。见下表 (3)。

表 3.患者护理满意度评价 (n%)

组别	例数	不满意	基本满意	满意	总患者满意度
参考组	44	19(43.18)	15(34.09)	10(22.73)	34(77.27)
讨论组	44	25(56.82)	17(38.63)	2(4.55)	42(95.45)
χ^2	-	-	-	-	6.1754
P	-	-	-	-	0.0129

3 讨论

肢体功能障碍、语言功能障碍等较常在脑梗死患者中出现,导致此现象产生的原因与神经功能缺损存在较大关联,能够造成患者生活自理能力下降后果,大部分脑梗死患者在疾病发生,并行高效治疗护理之后日常生活仍旧发生巨大改变,继而导致患者负性心理状态很重,能够造成患者临床依从性下降,对神经功能缺损的修复效果有严重负面影响^[4]。

中医以为脑梗死患者存在气血有失、脏腑不调现象,且多伴有情志不畅症状,对机体中的阴阳平衡有破坏性,致使脏腑气机紊乱,病情因而加剧,神经功能缺损的修复因而延迟,并由此导致患者功能康复效果不佳结局^[5]。中医康复护理能够从患者身体、病情、情志、理疗等角度出发,依据患者实际身体状态采取辨证施护,并疏导患者不畅情绪,同时以中医推拿按摩、针灸等理疗技术实施干预,可以对患者脏腑、气血进行调理,保障患者拥有正向心理情绪,并对其相应穴位进行刺激,有促进身体尽快康复,调节阴阳,提高功能康复效果作用^[6]。脑梗死患者的中医康复护理方案是以一般护理为基础实施,联合使用中西医护理方案,可以促使干预效果进一步提升,肢体活动功能、生活自理能力等康复效果更佳,神经功能缺损病情显著恢复,利于改善患者的认知功能^[7]。研究结果表明,讨论组脑梗死患者的生活自理能力、肢体活动功能、神经功能缺损情况、认知功能情况等均有显著改善,且患者满意度较高,参考组护理效果与讨论组相比 $P < 0.05$ 。说明中医康复护理方案可以用于脑梗死患者,有促进功能康复疗效作用。调查原因明确,中医康复护理对患者的肢体血液循环、脑部血液循环有明显改善,且可以发挥通神启窍、化痰活血、疏经通脉作用,用于脑梗死患者中后,其运动功能障碍症状明显改善,患者生活自理能力提升,利于提高患者对临床护理方案的满意度^[8-9]。

综上,运用一般护理对脑梗死患者进行指导与康复训练护理时,再予以中医康复护理方案,有促进护理干预效果作用,对患者的肢体功能、运动功能、生活自理能力、语言功能等均有针对性措施,此外,还能够依据患者的身体状态实施对症中药干预,这对于患者的脏腑、气血均有良好调理作用。

参考文献:

[1]鲁艳艳,杨艳.中医综合康复护理对脑梗死偏瘫患者内皮细胞功能及肢体功能的影响[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(12):61-64.

[2]鲍颂杨,李瑞青.中医康复护理对脑梗死后肢体功能障碍恢复的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2020,23(20):1830-1834.

[3]郑炯滨.中医康复护理对脑梗死患者生活质量及焦虑抑郁情绪的影响[J].新中医,2021,53(08):154-156.

[4]刘健.中医康复护理在脑梗死患者康复护理中的应用效果研究[J].中医临床研究,2020,12(30):57-58.

[5]辛幸利.中医康复护理在脑梗死患者中的应用[J].西藏医药,2021,42(06):122-123.

[6]王秋丽.中医康复护理与常规内科护理对脑梗死患者功能康复的效果综述[J].系统医学,2020,5(14):196-198.

[7]常青.中医康复护理对脑梗死偏瘫患者早期功能康复的影响[J].中国卫生标准管理,2018,9(19):170-172.

[8]陈静,张进城.中医康复护理对脑梗死患者功能康复作用的探讨[J].中外医学研究,2019,17(12):101-102.

[9]白美勤.中医康复护理对脑梗死患者功能康复的影响评价[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(58):313-314.

作者简介:李秋建 女 1977-10 山东济宁 本科 主管护师 研究方向:护理。

早期分阶段肺康复锻炼在重症急性呼吸窘迫综合征患者护理中的应用研究

白媛 赵秀

山东省菏泽市单县东大医院 山东菏泽 274300

摘要:目的:研究早期分阶段肺康复锻炼模式对于提升重症急性呼吸窘迫综合征疾病治愈率的主要效果以及具体的护理方法。方法:选取2021年-2022年进入了本医院接受重症急性呼吸窘迫综合征疾病治疗工作以及后续护理工作的75名患者,将这75名患者随机划分为对照组(n=37)与观察组(n=38),在对照组与观察组中,采取不同的疾病研究形式以及护理模式。结果:与对照组相比,观察组并没有患者出现疾病复发问题以及相关并发症,也没有患者出现伤口感染问题。观察组重症急性呼吸窘迫综合征患者在接受早期分阶段肺康复锻炼护理工作之后,VAP发生率及ICU观察治疗时间低于对照组($P<0.05$)。结论:在正式开展重症急性呼吸窘迫综合征护理工作流程中,需要分阶段、分层次开展肺功能康复工作,融入早期分阶段肺康复锻炼护理模式可以避免患者出现问题,能够提升重症急性呼吸窘迫综合征疾病治愈率。

关键词:早期分阶段肺康复锻炼;重症急性呼吸窘迫综合征患者;护理

Abstract: Objective: To study the main effect of early staged pulmonary rehabilitation exercise mode on improving the cure rate of severe acute respiratory distress syndrome and specific nursing methods. Methods: A total of 75 patients who entered our hospital from 2021 to 2022 for the treatment of severe acute respiratory distress syndrome and follow-up care were selected, and the 75 patients were randomly divided into the control group (n=37) and the observation group (n=38), in the control group and the observation group, different forms of disease research and nursing modes were adopted. Results: Compared with the control group, no patients in the observation group had disease recurrence and related complications, and no patients had wound infection problems. After receiving the early staged pulmonary rehabilitation exercise nursing work, the incidence of VAP and ICU observation and treatment time in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). Conclusion: In the formal development of the nursing workflow for severe acute respiratory distress syndrome, it is necessary to carry out pulmonary function rehabilitation work in stages and at different levels. The integration of the early staged pulmonary rehabilitation exercise nursing mode can avoid problems for patients and improve the comprehensive treatment of severe acute respiratory distress syndrome. Disease cure rate.

Key words: early staged pulmonary rehabilitation exercise; severe acute respiratory distress syndrome patients; nursing

引言:为了从根本上提升重症急性呼吸窘迫综合征疾病治愈率,进一步优化重症急性呼吸窘迫综合征疾病护理工作整体流程与模式,需要开展早期分阶段肺康复锻炼以及相应护理工作。医护人员经过多年探索与研究之后,逐步发现早期分阶段肺康复锻炼护理模式以及相应的锻炼模式有助于帮助重症急性呼吸窘迫综合征患者逐步恢复肺部功能,帮助重症急性呼吸窘迫综合征患者摆脱病痛折磨,及时恢复正常生活。笔者将在文章以下内容中,结合重症急性呼吸窘迫综合征疾病整体要求以及相应的护理原则,着重分析早期分阶段肺康复锻炼护理工作。

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2020年-2021年进入到本医院接受重症急性呼吸窘迫综合征疾病治疗工作以及后续护理工作的部分患者(患者总人数为75人),随后采取统计学专业抽签分组的形式,将这75名患者划分为两组,命名为对照组与观察组。其中对照组中含有37名重症急性呼吸窘迫综合征患者,观察组中含有38名重症急性呼吸窘迫综合征患者。对照组与观察组患者各项资料对比期间无差异存在,按照医学对比相关标准可将两组对比差异视为($P>0.05$)不存在统计学意义。

1.2 方法

在对照组之中,医护人员需要结合每一位患者的患病情况,采取常态化(一般化)疾病护理模式,并不融入早期分阶段肺康复锻炼护理模式。

在观察组之中,具体护理方法如下:(1)制定早期分阶段肺康复锻炼护理方案:医护人员需要广泛收集患者的个人信息以及相关资料,制定分期阶段肺康复锻炼护理工作体制机制以及相应的工作目标。同时,医

护工作人员需要认真分析重症急性呼吸窘迫综合征患者过往患病情况以及疾病发病过程,为每一位患者制定个性化、全面化、多元化的疾病和护理方案,引导患者正确对待自身疾病问题,主动接受临床研究工作以及早期分期阶段肺康复锻炼护理工作。(2)饮食护理:由于大多数重症急性呼吸窘迫综合征患者在接受手术治疗工作之后,会在一段时间之内处于身体虚弱阶段。一部分患病情况比较严重的患者需要接受专业化饮食护理工作,也需要医护人员适当调整患者的日常饮水量以及饮食方式,避免患者暴饮暴食,尽量避免重症急性呼吸窘迫综合征患者在短时间之内使用过量高糖、高蛋白、高油脂食物。此外,医护人员需要及时纠正重症急性呼吸窘迫综合征患者的错误生活习惯以及饮食习惯,避免患者过度饮酒,避免患者吸烟。如果重症急性呼吸窘迫综合征患者由于患病情况比较严重或者是缺乏自主进食能力,则需要医护人员采取静脉输送的形式,为重症急性呼吸窘迫综合征患者提供源源不断的营养物质,以便保障患者身体所需,或者是采取鼻饲的形式,引导重症急性呼吸窘迫综合征患者食用流食或半流食。(3)呼吸功能康复与调整:医护人员需要在患者呼吸不平稳或者是无法自主呼吸的前提下使用呼吸机,适当维持患者呼吸功能以及肺部基础功能。医护人员需要随时对呼吸机的参数进行适当调整,潮气量需要控制在4-6mL/kg,高呼气末正压通气时长必须要控制在15-25cmH₂O,每日使用12次左右即可,随后需要由医护人员指导患者开展肢体训练活动,适当提升患者运动量,保障患者正常呼吸。(4)心理健康护理:重症急性呼吸窘迫综合征患者在进入病房之后,可能会由于病房内部的压抑气氛,从而出现比较复杂的暴躁、抑郁、焦虑、失落等负面情绪。为了保障患者可以正常接受早期分期阶段肺康复锻炼护理工作,医护人员需要协同本医院内部专业心理医师共同开展心理健康教育工

作以及心理问题疏导工作，引导重症急性呼吸窘迫综合征患者本人以及患者家属主动参与其中，随后面向全体患者细致讲解生理健康常识以及基础病理知识，随后面向患者讲解成功的疾病治疗案例，帮助患者增强自信心以及成就感，引导患者保持积极乐观的心态，接受疾病治疗工作与后续护理工作，统筹规划心理健康护理工作的具体模式。

1.3 观察指标与评价标准

第一，本次临床医学院就工作的评价标准主要可以划分为显效、有效以及无效三种，需要医护人员结合对照组与观察组重症急性呼吸窘迫综合征患者的疾病康复情况以及治疗情况进行综合性分析与研究。第二，护工作人员需要采取专业参数，针对对照组与观察组重症急性呼吸窘迫综合征患者 VAP 发生率及 ICU 观察治疗时间进行详细对比与分析。第三，等待全体患者出院后，医护人员需要面向全体重症急性呼吸窘迫综合征患者发放调查问卷，引导重症急性呼吸窘迫综合征患者本人以及患者家属主动填写调查问卷，回答相关问题，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。

1.4 统计学方法

医护人员主要采用 SPSS25.0 软件进行记录与分析，所有数据均以 $n(\%)$ 差表示。应用 SPSS16.0 软件 (IBM Corporation, Armonk, NY) 进行事后多重比较 (Dunn's test)，当数据差异 $P<0.05$ 时，可认为研究结果可靠，具有显著性。

2 结果

与对照组患者相比，观察组患者在接受早期分阶段肺康复锻炼护理工作之后，并未出现疾病复发问题以及相关并发症，并未出现身体不适症状，并无患者死亡。组间比较差异显著， $P<0.05$ 。

表 1 接受早期分阶段肺康复锻炼护理模式的重症急性呼吸窘迫综合征患者治疗效果比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	38	31(81.58)	5 (13.16)	2 (5.26)	36(94.73)
对照组	37	25(67.57)	7 (18.92)	5 (13.51)	32(86.49)

在本次临床医学研究工作之中，医护人员广泛分析了不同类型的数据以及相关信息之后发现，对照组与观察组重症急性呼吸窘迫综合征患者 VAP 发生率及 ICU 观察治疗时间情况如下表所示。组间比较差异显著， $P<0.05$ 。

表 2 接受早期分阶段肺康复锻炼护理模式的重症急性呼吸窘迫综合征患者护理效果比较[n (%)]

组别	例数	VAP 发生率	ICU 观察治疗时间
观察组	38	2 (5.26)	3±1.54
对照组	37	5 (13.15)	4±1.76

经过一段时间的护理与观察之后，可以发现，大多数观察组重症急性呼吸窘迫综合征患者所给出的调查问卷满意度平均普遍较高。组间比较差异显著， $P<0.05$ 。

表 3 接受早期分阶段肺康复锻炼护理模式的重症急性呼吸窘迫综合征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	38	30(78.95)	6 (15.79)	2 (5.26)	36(96.74)	8.32

对照组 37 23(62.16) 8 (21.62) 6 (16.22) 31(83.78) 7.65

3 讨论

近年来，在临床医学研究领域之中，诸多医护人员已经针对重症急性呼吸窘迫综合征疾病的治疗模式以及护理模式进行了深入分析、研究，逐步发现重症急性呼吸窘迫综合征患者需要接受特定的疾病护理模式，与传统护理模式相比，早期分阶段肺康复锻炼护理模式更加符合重症急性呼吸窘迫综合征患者日常生活情况以及护理需求。早期分阶段肺康复锻炼护理模式需要将患者的肺功能康复阶段进行层次划分，划分为不同阶段之后引导每一位患者主动接受不同阶段、不同类型的疾病康复工作以及治疗工作，引导患者感受阶梯性疾病治疗模式，采取循序渐进的方式，帮助患者恢复肺部基础功能以及呼吸功能。通过阶段划分或者是层次划分的形式，可以引导重症急性呼吸窘迫综合征患者正确意识到自身疾病的治疗过程以及主要的护理模式。由于不同重症急性呼吸窘迫综合征患者患病情况有所不同，不同患者所需接受的早期分阶段肺康复锻炼护理模式有所不同。因此，在开展重症急性呼吸窘迫综合征疾病护理工作过程中，需要医护人员结合每一位患者的实际患病情况以及护理需求进行适当调整与优化，统一制定个性化疾病护理方案以及后续研究方案，针对于重症急性呼吸窘迫综合征患者疾病治疗过程之中的主要问题进行灵活研究与分析。医护人员可以与重症急性呼吸窘迫综合征患者，主治医师以及患者本人进行密切沟通与交流，通过言语交流或者是情感激励相互结合的形式，及时与重症急性呼吸窘迫综合征患者之间保持密切沟通与互动，进一步缓和较为紧张的医患关系。医护人员可以立足于生理健康以及心理健康这两个视角，合理优化具体的护理流程与策略。其次，从另一个角度分析，医护人员需要适当调整早期分阶段肺康复锻炼护理工作具体流程以及护理模式的过程中，需要及时与患者本人进行详细沟通与交流，及时关注重症急性呼吸窘迫综合征患者本人的疾病康复情况以及护理情况。如果患者出现紧急情况，则需要及时与患者主治医生进行详细沟通，及时将重症急性呼吸窘迫综合征患者送到相关科室开展抢救治疗工作，避免耽误患者病情。医护人员需要注意引导重症急性呼吸窘迫综合征患者预防季节性疾病以及感染性疾病，避免重症急性呼吸窘迫综合征患者在医院内部出现感染问题以及其他类型的身体不适症状。一旦患者出现疾病复发问题或者是感染情况，则需要医护人员及时开展相关检查工作以及疾病治疗工作，在保证患者生命安全的前提下，有序开展相应的疾病治疗工作，快速进行数据收集与整理，为后续临床医学研究工作奠定良好基础。

由此可见，深入研究早期分阶段肺康复锻炼护理工作具体方法以及多元化护理模式具有较为典型的临床医学研究价值以及创新意义。融入早期分阶段肺康复锻炼模式不仅仅有助于患者快速恢复身体健康，逐步摆脱病痛折磨，也可以逐渐优化重症急性呼吸窘迫综合征疾病护理工作具体流程，形成独具特色的重症急性呼吸窘迫综合征疾病护理工作体系。

参考文献：

[1]刘毅, 钮锐颖. 早期分阶段肺康复锻炼在重症急性呼吸窘迫综合征患者护理中的应用[J]. 中国国境卫生检疫杂志, 2021, 44(S01):2.

[2]保倩. 早期分阶段肺康复锻炼在急性呼吸窘迫综合征重症护理中的应用[J]. 健康忠告, 2020.

[3]齐英娜. 早期分阶段肺康复锻炼在急性呼吸窘迫综合征患者中的应用效果[J]. 医疗装备, 2020, 33(8):2.

[4]黄文玉. 早期分阶段肺康复锻炼对 ICU 急性呼吸窘迫综合征患者的护理效果[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(A01):1.

钼钡 X 线微钙化对乳腺触诊阴性的乳腺癌诊断价值

程艳珍

金乡县人民医院 山东济宁 272200

摘要：目的：钼钡 X 线微钙化对乳腺触诊阴性的乳腺癌诊断价值。方法：以我院 2020 年 1 月到 2021 年 1 月收诊的微钙化患者为对象，根据病例检查的结果分为观察组和对照组，对比患者的检查结果进行分析。结果：病理检查后发现患者的发病类型分别为成簇钙化 20 例，散在钙化 1 例，类型为原位癌 12 例，浸润性导管癌 5 例，小叶原位癌 4 例。良性肿瘤 52 例，乳腺增生 24 例，普通型导管上皮增生 21 例，导管内乳头状瘤 27 例。所有患者中 65 例成簇钙化，散在钙化 8 例，其中单发性钙化 57 例，多个钙化患者 8 例。散在钙化患者中，6 例分布在乳腺一侧，2 例分布在两侧。钼钡 X 线诊断后患者可以发现患者发病的危险因素，其中影响患者发病的但因为簇状钙化数目、微小钙化点、每个成簇钙化中钙化颗粒、钙化灶直径、簇状钙化的密度、钙化颗粒大小均匀度、钙化颗粒密度是否均匀，数据信息具有差异（ $P<0.05$ ）。钼钡 X 线成簇状钙化患者的分型为 I6 例，II13 例，III32 例，VI12 例，V7 例，其中 I 良性（%）、恶性（%）为 6（100.00）、0（0.00），II 为 12（92.31）、1（7.69），III 数据为 27（84.38）、5（15.62），VI 数据为 6（50.00）、6（50.00），V 数据为 0（0.00）、10（100.00）。结论：乳腺触诊阴性的乳腺癌采取钼钡 X 线微钙化诊断方法可以得到更准确的结果，并且能确定患者病情变化情况，对于良性和恶性患者的临床表现进行分析，确定患者实际情况，并且结合簇状分型进行处理，这样可以提高诊断价值。

关键词：钼钡 X 线；微钙化；乳腺触诊阴性；乳腺癌；诊断价值

乳腺癌属于女性常见疾病，近些年的发病概率在不断地提高。针对乳腺癌患者诊断中需要对各种诊断方法进行分析，并且可以通过活检验证，这样可以确定乳腺癌患者发病情况和预后等。乳腺癌患者诊断中需要对临床表现进行分析，对于出现微小钙化的患者进行分析，对于当前诊断结果进行分析，确定患者是否为恶性肿瘤^[1]。钼钡 X 线是比较有效的检测方法，这种检测方法属于无创性检查，在影像学诊断中运用这种方法能够满足检测要求，并且能够保证检测结果清晰。针对微钙化患者采取钼钡 X 线方法能够得到更准确的结果，并且能够得到更准确地检测结果。以我院 2020 年 1 月到 2021 年 1 月收诊的微钙化患者为对象，对于钼钡 X 线诊断方法的价值进行分析，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院 2020 年 1 月到 2021 年 1 月收诊的微钙化患者为对象，根据病例检查的结果分为观察组和对照组，对比患者的检查结果进行分析。其中良性 52 例，恶性为 21 例，患者信息如下。

表 1 两组患者一般情况

组别	例数	性别		年龄	
		男性	女性	年龄范围	平均年龄
良性组	52	28	24	35-72	50.32±20.22
恶性组	21	11	10	35-73	50.67±20.34
T/ χ^2	--	1.125	1.325	0.857	1.695
P	--	0.256	0.138	0.545	0.112

1.2 方法

所有患者进行活检的同时进行钼钡 X 线检查，确定患者病情。使用 GIOTTO 乳腺高频钼钡摄影机进行检查，对是由于患者进行双侧乳腺摄影检查，对于部分患者加摄影侧位及局部点压片。使用普通放大镜进行观察，对于钙化灶进行观察，确定检查结果信息，将所有的信息记录下来。

1.3 观察指标

对比良性和恶性患者的临床表现进行分析，使用钼钡 X 线进行检查，确定患者病情表现。

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，按照数据信息具体情况进行分析，对比两组患者的数据信息变化情况。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 病理检测结果

病理检查后发现患者的发病类型分别为成簇钙化 20 例，散在钙化 1 例，类型为原位癌 12 例，浸润性导管癌 5 例，小叶原位癌 4 例。良性肿瘤 52 例，乳腺增生 24 例，普通型导管上皮增生 21 例，导管内乳头状瘤 27 例。

2.2 患者临床表现

所有患者中 65 例成簇钙化，散在钙化 8 例，其中单发性钙化 57 例，多个钙化患者 8 例。散在钙化患者中，6 例分布在乳腺一侧，2 例分布在两侧。

2.3 对钼钡 X 线成簇状钙化患者单因素分析

钼钡 X 线诊断后患者可以发现患者发病的危险因素，其中影响患者发病的但因为簇状钙化数目、微小钙化点、每个成簇钙化中钙化颗粒、钙化灶直径、簇状钙化的密度、钙化颗粒大小均匀度、钙化颗粒密度是否均匀，数据信息具有差异（ $P<0.05$ ）。详见表 2。

表 4 对钼钡 X 线成簇状钙化患者单因素分析[n(%)]

项目	分类	例数	良性（52）	恶性（21）	X2	P
簇状钙化数目	1	65	51(98.07)	14（66.67）	8.756	0.02
	>1	8	1（1.92）	7（33.33）		
微小钙化点	<10	48	42(80.77)	6（28.57）	6.857	0.010
	10-20	14	8（15.38）	6（28.57）		
	>20	11	2（3.84）	9（42.57）		
每个成簇钙化中钙化颗粒	<10	43	38(73.08)	5（23.81）	7.124	0.06
	10-30	21	10(19.23)	11（52.38）		
	>30	10	4（7.69）	6（28.57）		

钙化灶直	<10	42	41(78.84)	1 (4.76)		
径	10-20	19	8 (15.38)	11 (52.38)	6.957	0.07
	>20	12	2 (3.84)	10 (47.62)		
簇状钙化	低	34	32(61.54)	2 (9.52)		
的密度	中	24	18(34.62)	6 (28.57)	10.245	0.001
	高	19	2 (3.84)	17 (80.95)		
钙化颗粒	是	45	41(78.84)	4 (19.05)		
大小均匀	否	28	11(21.16)	17 (80.95)	11.645	0.001
度						
钙化颗粒	是	46	40(76.92)	6 (28.57)		
密度是否	否	27	12(23.08)	15 (71.43)	8.578	0.002
均匀						

2.4 对钼靶 X 线成簇状钙化患者的分型进行研究

钼靶 X 线成簇状钙化患者的分型为I6 例, II13 例, III32 例, VI12 例, V7 例, 其中I良性(%)、恶性(%)为 6 (100.00)、0 (0.00), II为 12 (92.31)、1 (7.69), III数据为 27 (84.38)、5 (15.62), VI数据为 6 (50.00)、6 (50.00), V数据为 0 (0.00)、10 (100.00)。

表 3 对钼靶 X 线成簇状钙化患者的分型进行研究[n(%)]

LeGal	总例数	良性 (%)	恶性 (%)
I	6	6 (100.00)	0 (0.00)
II	13	12 (92.31)	1 (7.69)
III	32	27 (84.38)	5 (15.62)
VI	12	6 (50.00)	6 (50.00)
V	7	0 (0.00)	10 (100.00)

2.5 钼靶 X 线成簇状钙化患者多因素

对所有患者进行检查后, 各种因素对患者的影响分为簇状钙化数目>1、微小钙化点>20、每个成簇钙化中钙化颗粒>30、钙化灶直径 >20、LeGalV, 这是乳腺癌患者发病的独立因素。

3 讨论

乳腺细胞含钙磷比较多, 代谢比较旺盛, 容易出现钙化情况, 对于这类患者病情诊断中需要对钙化情况进行研究^[2]。乳腺内钙化与人体组织钙化有明显的差异, 并且钙化灶体积比较小, 形状多变, 这是有多个细小钙化灶集中在与其形成钙化簇。乳腺癌内成簇状钙化是乳腺良性和恶性肿瘤的主要表现, 在对患者病情诊断中需要对钙化情况进行分析, 确定患者的发病情况^[3]。钼靶 X 线在乳腺癌患者诊断中有良好的价值, 可以确定患者发病情况, 同时可以观察到患者隐藏的症状, 这对患者病情发现有重要价值。尤其是患者在出现微钙化情况后是危险的表现, 若是对患者病情诊断不足可能会出现异常情况^[4]。簇状钙化乳腺癌患者诊断中需要对其癌症类型进行分析, 对于簇状钙化进行分析, 这对临床诊断有重要价值。钼靶 X 线是比较敏感的检测方法, 对于乳腺癌患者凸显检测中可以确定其中的脂肪和纤维组织代谢情况, 同时可以通过钼靶 X 线检测方法可以确定摄影技术显示的乳房的结节和肿块等疾病情况^[5]。

乳腺钼靶检测是一种摄影检测方法, 这种检测方法比较简单可靠, 能够得到准确的结果^[6]。针对乳腺癌患者检测中往往是采取这种检测方法, 这种检测方法运用中患者的痛苦程度比较小, 简单易行, 同时分镜率比较高, 重复性好, 在检测后可以得到更准确的图像进行前后对比, 这样可以确定患者发病情况^[7]。钼靶 X 线在检测中运用可以结合患者的年龄、体型等调整, 这些因素不会影响好恶结果, 检测的准确率能够得到 95%以上^[8]。钼靶 X 线诊断方法的运用中可以检测出医生触摸不到的乳腺肿块, 尤其是

对于大乳房和脂肪性乳房的诊断效果比较理想。对于出现微小钙化的乳腺癌患者采取这种诊断方法可以提高诊断的敏感性和特异性, 这种检测方法更理想^[9]。钼靶 X 线检测方法的运用可以有效地鉴别乳腺的良性和恶性情况, 可以早期进行乳腺癌诊断, 这是临床上十分有效的诊断方法, 能够触碰到隐性乳腺癌。

研究结果显示, 钼靶 X 线诊断后患者可以发现患者发病的危险因素, 其中影响患者发病的但因为簇状钙化数目、微小钙化点、每个成簇钙化中钙化颗粒、钙化灶直径、簇状钙化的密度、钙化颗粒大小均匀度、钙化颗粒密度是否均匀, 数据信息具有差异 (P<0.05)。钼靶 X 线成簇状钙化患者的分型为I6 例, II13 例, III32 例, VI12 例, V7 例, 其中I良性(%)、恶性(%)为 6 (100.00)、0 (0.00), II为 12 (92.31)、1 (7.69), III数据为 27 (84.38)、5 (15.62), VI数据为 6 (50.00)、6 (50.00), V数据为 0 (0.00)、10 (100.00)。对所有患者进行检查后, 各种因素对患者的影响分为簇状钙化数目>1、微小钙化点>20、每个成簇钙化中钙化颗粒>30、钙化灶直径 >20、LeGalV, 这是乳腺癌患者发病的独立因素。钼靶 X 线微钙化对乳腺触诊阴性的乳腺癌诊断有较高的价值可以发现影响患者发病的因素, 同时要针对乳腺癌患者和微钙化情况进行分析, 对于其数目、大小和均匀度等进行分析, 若是微小钙化数目增多, 均匀度不足等都会影响患者发病, 并且这些因素是患者发病的危险因素和独立因素。采取钼靶 X 线进行诊断可以确定患者病情改善情况, 对于得到的影响进行检查, 这样可以确定患者实际情况, 解决对患者诊断中需要注意的问题。钼靶 X 线对于乳腺触诊阴性的乳腺癌筛查有良好的价值, 可以确定患者病情诊断情况, 尤其是在患者出现散在钙化或是形状不规则的时候要加强对患者病情诊断, 确定患者发病情况。

综上所述, 乳腺触诊阴性的乳腺癌采取钼靶 X 线微钙化诊断方法可以得到更准确的结果, 并且能确定患者病情变化情况, 对于良性和恶性患者的临床表现进行分析, 确定患者实际情况, 并且结合簇状分型进行处理, 这样可以提高诊断价值。

参考文献:

[1]王俊芳, 余小琴, 陈金华.彩色多普勒超声, 钼靶 X 线摄影与磁共振成像 (MRI) 在触诊阴性乳腺癌诊断中的应用价值对比分析[J].现代医用影像学, 2020, 29(7):3.

[2]李文志.乳腺钼靶 X 线片簇状钙化灶对乳腺癌的诊断价值分析[J].心血管外科杂志: 电子版, 2020, 9(1):2.

[3]张晓雪.对乳腺钼靶 X 线在非钙化型乳腺癌诊断中的价值进行分析[J].中国保健营养 2021, 31 (16): 223, .

[4]舒曼, 郭雷明.乳腺钼靶 X 线在伴簇状钙化乳腺癌患者中的诊断价值[J].临床医学研究与实践, 2021, 6(14):3.

[5]胡军.钼靶 X 线检查联合螺旋 CT 检查诊断乳腺癌的价值分析[J].中国医疗器械信息, 2020, 26(10):2.

[6]陈基铨, 肖坚, 陈文新, 等.乳腺钼靶定位乳腺可疑钙化灶对触诊阴性乳腺疾病的诊断价值研究[J].实用医学影像杂志, 2020, 21(5):3.

[7]张燕玲, 秦姝竹.微钙化乳腺癌在钼靶片诊断中的价值和进展分析[J].影像研究与医学应用, 2020, v.4(21):11-13.

[8]冯娟, 王思普, 杨黎阳, 等.乳腺钼靶 X 线对非钙化型乳腺癌的诊断价值[J].中国实用医刊, 2021, 48(9):3.

[9]张静, 高润芳, 许爱玲, 等.全数字化乳腺 X 线立体导丝定位切除活检对 BI-RADS3-4 触诊阴性乳腺钙化灶的诊断价值[J].山西医药杂志, 2020, 49(11):3.

血液透析患者治疗过程中实施质控管理的护理效果

李芹

潍坊内分泌与代谢病医院 山东潍坊 262600

摘要：目的：研究质控管理工作对于血液透析患者的实际效果以及质控护理工作具体方法与措施。方法：采取统计学随机区域分组的形式，从 2020 年 3 月-2021 年 3 月进入到本院接受专业化血液疾病治疗工作以及质控管理工作的部分患者之中，随机选取 60 名患者参与本次治疗工作，将 60 名患者平均分配为两组，统一命名为对照组与实验组，在对照组与实验组中将采取不同的护理模式，分析对照组与实验组血液透析患者疾病恢复情况以及身体机能康复情况。结果：实验组患者在接受质控治疗工作之后，病情明显好转，并没有患者出现并发症以及其他类型的身体不适症状。实验组内部大多数患者比较认可质控护理工作，血液透析患者质控护理工作效果较为明显。结论：在正式开展血液疾病护理工作的过程中，可以融入质控护理模式，逐步优化血液疾病学习护理工作的具体流程与模式，以便医护人员可以在保障血液透析患者生命安全的前提之下，进一步提升血液疾病治愈率。

关键词：血液透析患者；治疗；质控管理

Abstract: Objective: To study the actual effect of quality control management on hemodialysis patients and the specific methods and measures of quality control nursing. Methods: In the form of statistical random regional grouping, from March 2020 to March 2021, among some patients who received specialized blood disease treatment and quality control management in our hospital, 60 patients were randomly selected to participate in this study. In the second treatment work, 60 patients were equally divided into two groups, named as the control group and the experimental group. Different nursing modes will be adopted in the control group and the experimental group, and the disease recovery of the hemodialysis patients in the control group and the experimental group will be analyzed and Physical recovery. Results: After receiving the quality control treatment, the condition of the patients in the experimental group improved significantly, and no patients had complications or other types of physical discomfort. Most of the patients in the experimental group recognized the quality control nursing work, and the effect of the quality control nursing work for hemodialysis patients was more obvious. Conclusion: In the process of formally carrying out the nursing work of blood diseases, the quality control nursing model can be integrated, and the specific process and mode of learning and nursing of blood diseases can be gradually optimized, so that medical staff can ensure the life safety of hemodialysis patients. Further increase the cure rate of blood diseases.

Key words: hemodialysis patients; treatment; quality control management

引言：近年来，在临床医学研究领域之中，诸多医护人员对于血液疾病临床医学治疗模式以及护理模式进行了深入分析研究之后，逐步探索出了新型的质控护理模式，在质控护理理念以及人性化护理理念的指引之下，医护人员发现在血液透析患者接受质控护理工资过程中，可以逐步提升患者疾病治愈率，有助于帮助患者快速恢复身体健康，避免出现并发症以及其他类型的血液疾病。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次临床研究主要选取 2020 年 3 月-2021 年 3 月进入到本院接受专业化血液疾病治疗工作以及血液透析护理工作的部分患者（血液透析患者总人数为 60 人），随后采取统计学随机抽签的形式，将这 60 名血液透析患者随机分配为对照组以及实验组，每组患者固定人数为 30 人。两组患者各项资料对比期间无差异存在，（ $P>0.05$ ）不存在统计学意义。

1.2 方法

在对照组中，需要由医护人员面向全体患者统一开展常态化血液透析护理工作。

在实验组之中，具体护理方法如下：（1）制定质控管理工作制度与护理标准：医院方面需要针对于以往质控管理工作中的实际问题以及血液疾病护理工作中的主要情况进行深度分析与研究，统一制定新型的质量管理标准以及相应工作制度。（2）加强医护人员培训：在正式开展血液疾病质控管理工作之前，医院方面需要加强全体医护工作人员的培训与教育，同时，医院方面也需要设立专业化的护理小组，从理论培训与实践培训等诸多方面，进一步打造高素质、高水平的专业化护理团队。（3）开展

规范化操作：血液疾病质控护理工作要求每一位护工作人员必须要掌握具体的规范化操作技巧，必须要在开展全区护理工作的同时，全过程贯彻无菌操作模式，必须要熟练应用不同类型的护理设备以及相关临床仪器，必须要合理处理设备故障问题以及其他类型的护理问题。（4）生理健康护理：由于大多数血液透析患者身体素质较差，患病情况比较特殊，需要医护人员在生理健康方面进行适当调整与优化，医护人员需监控患者日常饮食情况，避免患者暴饮暴食，避免患者在短时间之内使用过量高糖、高蛋白以及高油脂类食物。此外，医护人员也需要及时纠正患者的错误生活习惯以及饮食习惯，避免患者过量饮酒，避免患者吸烟。如果患者由于患病情况比较严重，缺乏自主进食能力，则需要由医护人员采取鼻饲形式，或者是直接采取静脉输送的形式，为患者提供源源不断的营养物质保障或者身体所需，避免患者出现营养不良问题以及其他并发症。医护人员需要结合一部分身体素质较差、年龄较大的患者予以营养支持和帮助，适当为患者提供一定的营养品以及相关营养物质，尤其是蛋白质、维生素、无机盐等基础类营养物质。（5）加强感染控制：医护人员需要在流感多发季节以及气温多变季节，适当加强感染控制，引导患者适当增减衣物，随着季节变化，适当调整生活状态以及日常作息，帮助患者采取正当措施，有效避免流行病毒以及其他真菌、细菌、病菌，避免流感病毒以及其他类型的病原体进入患者体内，从而诱发感染问题，尤其是口腔黏膜感染问题、上呼吸道感染问题以及胃肠道感染问题。（6）心理健康护理：一部分血液透析患者在进入病房之后，可能会由于病房内部环境较为压抑，从而出现紧张、焦虑、抑郁、暴躁等负面情绪，为了引导血液透析，患者积极参与血液疾病质控管理工作，则更加需要由本院内部专业心理

医师与相关医护人员共同开展心理健康教育工作以及心理问题疏导工作,积极与患者进行情感交流与互动,面向患者讲述成功的疾病治疗案例,增强患者自信心以及承受感,及时引导全体血液透析患者正确对待自身疾病问题,鼓励全体血液透析患者,保持积极乐观的心态,从容不迫地面对日常生活与疾病治疗工作中的各种问题。医护人员需要利用空闲时间及时进入病房内部,与患者本人以及患者家属进行密切沟通与交流,及时了解患者内心深处的真实想法,及时与血液透析患者要进行面对面的交流,帮助患者缓解紧张情绪。

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质控管理工作的评价标准主要可以划分为显效、有效以及无效三种,主要由医护人员结合血液透析患者疾病康复情况以及治愈情况进行综合性分析与评估。第二,在对照组与实验组全体血液透析患者接受相应护理工作的过程中,由医护人员面向全体患者本人以及患者家属发放调查问卷,引导患者本人填写调查问卷,了解血液透析患者对于本次临床研究工作的主要见解与想法,了解患者对于本次质控管理工作的满意程度,评价标准可以划分为非常满意、满意、不满意、非常不满意。第三,医护人员需要采取回顾性统计与对比性研究相互结合的形式,等待对照组与实验组患者全部出院之后,分析两组患者在生理健康、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

本次临床医学研究工作以及质控管理工作之中所产生的数据以及资料等将采用 SPSS25.0 软件进行记录与分析,所有数据均以 n (%) 差表示。当差异 $P<0.05$ 时可被认定为结果可靠,具有显著性。

2 结果

与对照组患者相比,实验组患者疾病治愈率较为明显,许多实验组患者在接受质控管理工作之后,并未出现并发症问题,血液疾病问题得到明显好转。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 1 接受质控管理工作的血液透析患者治疗与护理效果比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	30	22(73.33)	6 (20)	2 (6.67)	28(93.33)
对照组	30	19(63.33)	8 (26.67)	3 (10)	27 (90)

经过一段时间的治疗与观察之后,可以发现绝大多数实验组患者比较认可本次临床医学研究工作以及血液疾病质控管理工作。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 2 接受质控管理工作的血液透析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
实验组	30	24 (80)	5 (16.67)	1 (3.33)	29(96.67)	8.29
对照组	30	20(66.67)	5 (16.67)	5 (16.67)	25(83.33)	7.34

等待对照组与实验组患者全部出院之后,医护人员发现,实验组血液透析患者在生理健康、心理健康以及社会生活三方面的具体表现情况明显好于对照组。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 3 接受质控管理工作的血液透析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
----	----	------	------	------

实验组	30	20.61±2.83	22.42±2.03	17.83±3.32
对照组	30	14.02±3.12	18.66±3.16	13.74±2.16

3 讨论

在本次临床研究工作中收集、运用的患者个人信息以及相关资料均符合患者本人身体情况,均由血液透析患者本人以及患者家属自愿提供。

在我国经济社会不断发展的过程中,慢性肾病发病所导致尿毒症疾病严重困扰着患者的日常生活,严重威胁患者生命健康。由于患者患有尿毒症,必须要接受血液透析治疗,当前情况下,我国正在接受血液透析以及血液疾病治疗的患者将近 70 万,患者人数居于世界首位。加强血液计划医疗质量管理工作,可以帮助患者适当摆脱病痛折磨,帮助尿毒症患者延长生命,提升生活质量。血液透析主要指的是通过弥散对流原理,清除患者血液中的有害物质以及其他的多余水分,是慢性肾衰竭患者以及尿毒症患者较为常见的疾病治疗方法之一。

在本次临床医学研究工作之中,医护人员需要从生理健康以及心理健康两方面出发,针对于每一位血液透析患者的实际环境情况以及综合护理需求进行细致评估与研究,依照主治医师的治疗意见以及护理意见进行适当调整,为患者制定较为个性化的血液疾病治疗方案以及护理方案,随后在后续护理环节中,针对于患者的病情变化情况适当调整护理方案的主要内容,及时调整具体的护理形式与对策。在正式开展血液疾病质控管理工作之前,医院方面需要统筹规划新型的管理标准以及工作模式,针对于质控管理工作之中随时可能会出现的具体问题以及突发事故进行事前分析与评估,制定应急事故处理预案,积极协调各个管理部门之间的合作关系,引导全体医护人员逐步明确自身的工作价值以及工作地位,医院内部高层管理部门也需要帮助全体医护人员牢固树立极强的责任意识、问题意识、安全意识以及自我管理意识。以新型的工作标准以及管理制度作为引领,帮助工作人员快速解决具体的工作问题,立足于顶层设计这一视角,以便逐步形成较为全面化的血液疾病质控管理工作体系。在生理健康方面,医护人员需要从饮食护理、病房护理、无菌护理等诸多角度出发,避免患者出现并发症以及其他类型的感染问题,同时医护人员需要协调每一位患者的日常饮食情况,及时纠正患者的错误饮食习惯以及生活习惯,引导患者积极配合医护工作人员的日常护理工作,逐步帮助血液透析患者恢复身体健康,减轻身体病痛,或者是延长患者生命。在生理健康方面,则需要医护人员积极开展心理健康教育工作,积极引导每一位患者主动了解血液疾病的致病原因以及发病过程,帮助患者学习不同类型的医疗常识,掌握基础性病理知识以及生理健康常识。

综上所述,在血液透析患者治疗与护理过程中,充分融入质控管理模式尤为重要,不仅仅可以帮助患者逐步减轻病痛,也可以进一步提升疾病治愈率,适当延长患者寿命。深入研究血液疾病质控管理工作具体方法与新型护理模式具有较为典型的临床医学研究价值以及创新意义。

参考文献:

[1]李栋炜.探讨全面质量管理在血液透析护理管理中的应用价值[J].中国卫生产业,2020,(01):71-73.
[2]夏莹娟.专业小组质控模式应用在血液透析中心护理管理中的效果研究[J].首都食品与医药,2019,(13):79.
[3]宋娟.专业小组质控模式在血液透析中心的应用效果研究[J].现代医学与健康研究电子杂志,2018,(11):147.
[4]吴凤琴.质控管理对血液透析患者护理效果及并发症的影响[J].医疗装备,2017,(15):89-90.

凝血功能检验用于心脑血管疾病患者预后判断的效果

李艳敏

宁津县人民医院 山东德州 253400

摘要：目的：分析在心脑血管疾病患者预后的判断中应用凝血功能检验的效果。方法：随机抽选 78 例我院于 2020.7-2021.11 诊治的心脑血管疾病患者进行分析，将入院时凝血功能指标异常是否超过 3 项作为依据，对于异常指标在 3 项及以上者设置为探析组（选入 39 例），异常指标不足三项者设置为对照组（选入 39 例），比较两组患者的凝血功能指标结果、预后情况。结果：探析组和对照组入院时的凝血功能各项指标值无统计学差异， $P>0.05$ ；探析组入院 48 小时后的 D-dimer、APTT、PT 及 TT 凝血功能指标值均高于对照组， $P<0.05$ ；探析组入院 96 小时后的 D-dimer、APTT、PT、TT 值均高于对照组， $P<0.05$ ；探析组的致残率、死亡率均低于对照组， $P<0.05$ 。结论：凝血功能检验用于心脑血管疾病中能为患者的疾病治疗提供参考依据，较好的判断患者预后，值得推广。

关键词：心脑血管疾病；预后判断；凝血功能检验；致残率；死亡率

心脑血管疾病是脑血管疾病和心血管疾病的统称，其中脑卒中和冠心病最为常见且危害最大，心脑血管疾病具有发病率高、致残率高、死亡率高、控制率低等特点，患病后患者会表现为头痛、胸痛、心悸、偏瘫、呕吐恶心、头晕等。随着病情进展会对患者身体健康和生命安全造成严重威胁^[1]。因此，脑血管疾病的防治内容和预后是现阶段医学界重点关注的内容，需有效、迅速的对患者病情做出诊断。凝血功能检测逐渐被应用于心脑血管疾病的诊断和治疗中，随着近些年来医疗技术和检验技术的不断发展，使得凝血功能检验的开展更有利于判断心脑血管疾病患者，临床中的应用率相对较高，且具有易被患者所接受、操作简便等特点，是明确血栓形成的重要依据。基于以上背景，本次研究选择 78 例 2020.7 月-2021.11 月我院诊治的心脑血管疾病患者进行分析，现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

从 2020.7-2021.11 期间随机抽选 78 例我院诊治的心脑血管疾病患者进行分析，将入院时凝血功能指标异常是否超过 3 项作为依据，对于异常指标在 3 项及以上者设置为探析组（选入 39 例），异常指标不足三项者设置为对照组（选入 39 例）。对照组选入患者中有 20 例为男性，19 例为女性；年龄分布范围在 49-78 岁，中位值计算后为（61.37±3.25）岁。探析组选入患者中有 22 例为男性，17 例为女性；年龄分布范围在 47-79 岁，中位值计算后为（61.48±3.31）岁。两组患者的基本资料对比无明显差别， $P>0.05$ 。

纳入标准：（1）确诊为心脑血管疾病者；（2）精神状态良好，认知功能正常者；（3）在知情同意书上签署自己姓名者。排除标准：（1）合并传染性疾病者；（2）合并恶性肿瘤等危重症疾病者；（3）由于其他因素引起的凝血功能障碍或凝血指标异常者。

1.2 方法

患者入院后均实施血液检查，分别在患者入院时、入院 48 小时、入院 96 小时后抽取患者的空腹血液标本，对所采集的血液样本采用全自动血液分析仪器和配套的试剂盒完成检验，根据试剂盒上标注的说明书完成各项操作，检验血浆凝血酶时间、血浆凝血酶原时间、纤维蛋白原、凝血活酶时间等，根据对应的检验结果完成对患者的治疗。

1.3 观察指标

比较两组患者的凝血功能指标结果、预后情况。（1）在患者入院时、

入院 48 小时、入院 96 小时分别评价患者的 D-二聚体（D-dimer）、活化部分凝血活酶时间（APTT）、血浆凝血酶时间（TT）、血浆凝血酶原时间（PT）指标。D-dimer 指标的正常参考值为 0-1.0 $\mu\text{g/L}$ ，APTT 的正常参考值为 28.0±7 s，TT 的正常参考值为 17.0±3.0 s，PT 的正常参考值为 12.0±2.0 s。（2）记录两组患者致残率和死亡率。

1.4 统计学分析

将参与研究患者的检查资料均录入 SPSS27.0 中，预后情况的比较用卡方检验，以构成比表示，凝血功能指标结果用 t 检验，以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，具备统计分析意义则： $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 比较两组患者入院时的凝血功能指标

入院时探析组和对照组的凝血功能各项指标值较为接近， $P>0.05$ 。如表 1。

表 1 入院时患者凝血功能指标的对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组名	例数	D-dimer（ $\mu\text{g/L}$ ）	APTT（s）	PT（s）	TT（s）
探析组	39	0.42±0.12	33.72±2.18	11.42±0.24	16.34±1.41
对照组	39	0.41±0.13	32.97±2.14	11.35±0.22	15.96±1.40
t	-	0.352	1.533	1.342	1.194
P	-	0.725	0.129	0.183	0.236

2.2 比较两组患者入院 48 小时的凝血功能指标

探析组入院 48 小时后的 D-dimer 指标值为（0.97±0.24） $\mu\text{g/L}$ 、APTT 指标值为（38.65±2.04）s、PT 指标值为（17.48±0.34）s、TT 指标值为（18.34±1.15）s。对照组入院 48 小时后的 D-dimer 指标值为（0.44±0.21） $\mu\text{g/L}$ 、APTT 指标值为（33.17±2.05）s、PT 指标值为（12.08±0.32）s、TT 指标值为（16.01±1.13）s。探析组入院 48 小时后的 D-dimer、APTT、PT、TT 凝血功能指标值均高于对照组， $t=10.378、11.833、72.226、9.025$ ， P 均 <0.001 。

2.3 比较两组患者入院 96 小时的凝血功能指标

探析组入院 96 小时后的凝血功能 D-dimer、APTT、PT 及 TT 指标值均高于对照组， $P<0.05$ 。如表 2。

表 2 入院 96 小时患者凝血功能指标的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组名	例数	D-dimer ($\mu\text{g/L}$)	APTT (s)	PT (s)	TT (s)
探析组	39	1.38 $\pm$ 0.16	40.09 $\pm$ 3.14	19.97 $\pm$ 1.25	19.12 $\pm$ 1.08
对比组	39	0.56 $\pm$ 0.17	35.08 $\pm$ 3.03	13.36 $\pm$ 1.24	16.29 $\pm$ 1.12
t	-	21.935	7.170	23.444	11.358
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 比较两组患者致残率和死亡率

探析组患者的致残率为 5.13 % (2/39), 死亡率为 2.56 % (1/39)。对比组患者的致残率为 20.51 % (8/39), 死亡率为 17.95 % (7/39)。探析组的致残率及死亡率均低于对比组, 检验后 $\chi^2=4.129$ 、 5.014 , $P=0.042$ 、 0.025 , 具有统计分析意义。

3 讨论

心脑血管疾病高危因素包括高血压、肥胖、饮酒、吸烟等, 高发于 50 岁以上中老年群体, 是脑部或心脏等系统性血管病变或全身性血管病变的表现, 发病原因主要与血液成分因素、血流动力学因素、血管性因素、血液流变学异常等密切相关。随着人们饮食习性和生活方式的不断改变, 使得心脑血管疾病的发病率呈逐年增高趋势进展, 患者大多伴有脑出血症状, 病情发展迅速, 有较大危害, 致残率和病死率均较高, 会对患者预后造成严重影响。临床实践发现心脑血管疾病与凝血功能的变化情况存在一定关联^[2]。

心脑血管疾病的治疗中抗血小板抗凝治疗是重要的治疗措施, 有效安全的应用抗血小板抗凝药物能显著降低血栓形成情况和出血并发症。然而纤溶亢进、凝血紊乱、血小板功能变化、内皮损伤等都可能对抗血小板抗凝治疗效果造成影响, 导致出血并发症或血栓情况。心脑血管疾病发病后短时间内有外源性凝血因子大量释放并进入到血液中, 此时会激活外源性凝血系统, 使得血液呈现高凝的状态。且血管内皮会受到损伤, 使内源性凝血因子的分泌量明显增加, 启动内源性凝血途径, 使得血小板加速聚集, 导致出现凝血功能障碍情况。凝血功能检查对于疾病的诊断、疗效预后的评估等均具有重要作用。临床对凝血功能进行诊断的过程中主要评价指标包括 D-dimer、APTT、PT、TT 指标, 其中 D-dimer 是简单的纤维蛋白降解产物, 结构较简单, 在实际进行检验的过程中, 若该指标增加, 则说明血液的纤溶能力明显降低, 提示血液对血栓的溶解能力减退, 极易引起血栓; APTT 是反应凝血因子内源性综合活性的指标, 在实际检验的过程中该指标增加则提示机体凝血功能增加, 血液处于高凝状态, 在血管内部易出现血栓情况; PT 是血浆中确认加入外源性凝血物质后纤维蛋白原转变成纤维蛋白所消耗的时间, 若指标延长则提示凝血功能障碍, 凝血功能减退; TT 主要是指续页凝血酶发挥生物活性后, 血浆纤维蛋白原转变成纤维蛋白所消耗的时间, 若指标值升高, 提示血液处于高凝状态, 在血管内部可能形成血栓。高血脂、高血压等病患机体的凝血功能极易出现异常情况, 使得血液处于高凝状态, 会明显增加患者血栓的发生风险, 在形成血栓后则会阻塞血管通路, 造成血压增高情况, 对患者机体的血管内膜结构造成不利影响, 可能造成血管破裂情况, 引起心脑血管疾病。因此加

强针对心脑血管患者的凝血功能监测, 对于指导患者疾病的治疗和预后的判断有着重要意义^[3]。

由于心脑血管疾病均属于慢性疾病类型, 但部分疾病可能会出现急性发作的情况, 大多体现在血液高凝状态方面, 主要是指血液流动速度慢、血液粘稠度较高等, 极易造成血栓情况。本组研究结果显示, 入院时探析组和对比组的凝血功能各项指标值较为接近, $P>0.05$, 无统计学分析意义; 探析组入院 48 小时后的 D-dimer、APTT、PT、TT 凝血功能指标值均高于对比组, 两组对比有统计学意义 $P<0.05$; 探析组入院 96 小时后的凝血功能 D-dimer、APTT、PT 及 TT 指标值均高于对比组, $P<0.05$, 组间结果具备统计学分析差异性; 探析组的致残率及死亡率均低于对比组, 两组对比结果显示有明显差别 $P<0.05$ 。充分证实了在实际应用凝血功能检验的过程中, 能较好的为心脑血管疾病患者的治疗提供参考依据, 并有效判断患者的预后效果。分析原因: D-dimer 的形成过程主要是纤维蛋白原在凝血酶的作用下形成纤维蛋白单体, 随后在 XIIIa 的作用下使得交联纤维蛋白形成, 在经过纤溶酶的溶解后, 才形成 D-dimer^[4]。纤维蛋白原是血浆糖蛋白的一种, 属于急性时相应蛋白, 在经过凝血酶作用后, 会转变成成为纤维蛋白单体, 随后单体交联成为纤维蛋白, 是血栓形成的主要组成部分。可见 D-dimer 能有效反应出机体中凝血酶的活性, 还能明确纤溶酶的活性, 反映出机体继发性纤溶功能康晶状态, 在活化血栓存在时有更高的应用意义。因此 D-dimer 和心脑血管疾病的发生具有显著相关性, 还能辅助了解患者病情发展严重程度。APTT 指标主要是指活化部分凝血活酶时间, 是内源性凝血途径中的凝血因子活性, 能反映凝血功能情况。血液凝固是凝血因子参与蛋白质水解的过程, 通过凝血活酶时间能反映出机体凝血功能是否正常。PT 是凝血酶原时间, 是敏感的凝血系统指标, 能反映出外源性凝血功能是否存在异常情况, 凝血酶原时间延长后患者有创伤血不易止住、出血等情况, 可能导致机体渗血、广泛出血等, 常见于获得性凝血因子缺乏、先天性凝血因子缺乏, 部分应用肝素者, 也可能出现凝血酶原时间延长的情况, 能较好的反映出凝血功能具体情况。TT 为凝血酶时间, 指标延长多见于纤维蛋白原结构异常或减低, 临床系统性红斑狼疮、肾病、肝病或应用肝素后均可能导致凝血酶时间延长, 同时纤维蛋白溶解功能亢进也会使得纤维蛋白原降解产物增多, 进而延长凝血酶时间, 能较好的反映出凝血功能^[5]。

综上所述, 在心脑血管疾病患者预后的判断中应用凝血功能检验能发挥重要作用, 还能为患者的临床治疗提供一定参考, 有较高的应用价值。

参考文献:

[1]曹志超. 探析凝血功能检验在心脑血管疾病患者预后判断中的价值[J]. 世界最新医学信息文摘,2021(73):221-222.
[2]孙丰艳,郑伊能,郭兴明. 不同年龄高校教职工人群凝血功能与 D-二聚体的差异研究[J]. 现代医药卫生,2021,37(2):274-276.
[3]何春梅,曹禹露,何磊. 凝血功能检验在心脑血管疾病患者预后中的判断价值分析[J]. 心理月刊,2020,15(8):204.
[4]赵明学,陈涛,王艳秋,等. 凝血检验指标对心脑血管疾病临床应用价值及预后分析[J]. 兰州大学学报(医学版),2020,46(6):62-66.
[5]陈宏权,陈云森,王磊,等. 缺血性脑小血管病与血生物标志物相关研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2020,22(12):1251-1254.

围术期综合护理干预对于甲状腺手术患者的作用与效果

王志翠

临沂市中心医院 山东临沂 276400

摘要：目的：观察甲状腺手术患者应用围术期综合护理干预的效果。方法：选择2020年5月~2022年5月在本院行甲状腺手术的患者106例，随机分为观察组和对照组，各53例，观察组应用围术期综合护理干预，对照组给予常规护理，观察护理效果。结果：护理前，两组SAS、SDS评分无明显差异($P>0.05$)；护理后，观察组SAS、SDS评分，住院时间，术后并发症发生率显著低于对照组($P<0.05$)。结论：甲状腺手术患者应用围术期综合护理干预后，可有效改善其围术期的不良情绪状况，提高治疗依从性，促进疾病康复，并能减少术后并发症，让患者尽早康复出院。

关键词：甲状腺手术；围术期综合护理干预；护理效果

[Abstract]Objective: To observe the effect of perioperative comprehensive nursing intervention in patients undergoing thyroid surgery. Methods: A total of 106 patients who underwent thyroid surgery in our hospital from May 2020 to May 2022 were randomly divided into observation group and control group, 53 cases in each group. The observation group was given perioperative comprehensive nursing intervention, and the control group was given routine nursing, and the nursing effect was observed. Results: Before nursing, there was no significant difference in SAS and SDS scores between the two groups ($P>0.05$). After nursing, SAS and SDS scores, length of stay and incidence of postoperative complications in observation group were significantly lower than those in control group ($P<0.05$). Conclusion: The application of perioperative comprehensive nursing intervention in patients with thyroid surgery can effectively improve their perioperative adverse mood, improve treatment compliance, promote disease recovery, reduce postoperative complications, and let patients recover from hospital as soon as possible.

[Key words]Thyroid surgery; Perioperative comprehensive nursing intervention; Nursing effect

甲状腺疾病是一种临床常见病型，其中包含甲状腺功能亢进、甲状腺良性肿瘤、结节性甲状腺肿、甲状腺恶性肿瘤等，以中青年女性为主要发病群体，发病后如未能及早干预，可严重影响患者生活质量。目前，临床治疗甲状腺疾病时，有效手段即为手术，但由于甲状腺周围有着丰富的血管和神经，导致术后容易发生并发症，使整体疗效一定程度降低^[1]。同时，对于患者来说，手术属于严重心理应激源，加之绝大多数缺乏疾病和手术知识，导致其在围术期的配合性、依从性较差，不利于疾病康复及预后改善^[2]。所以在甲状腺手术围术期，必须要实施良好的护理工作，疏导患者的心理问题，确保手术顺利进行，并提高治疗效果。基于此，本研究以本院行甲状腺手术的患者为研究对象，给予围术期综合护理干预，取得较好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2020年5月~2022年5月在本院行甲状腺手术的患者106例，随机分为观察组和对照组，各53例。观察组中，男19例，女34例；年龄28~65岁，平均 (42.18 ± 2.84) 岁；疾病类型：甲状腺功能亢进症10例，甲状腺良性肿瘤22例，甲状腺癌21例；病程8个月~5年，平均 (1.45 ± 0.62) 年。对照组中，男17例，女36例；年龄25~68岁，平均 (42.25 ± 2.80) 岁；疾病类型：甲状腺功能亢进症8例，甲状腺良性肿瘤20例，甲状腺癌25例；病程7个月~5年，平均 (1.41 ± 0.59) 年。经比较，两组资料无明显差异($P>0.05$)。

纳入标准：(1)符合各甲状腺疾病诊断标准；(2)均行手术治疗，无手术禁忌症；(3)知情同意。

排除标准：(1)其他脏器合并严重疾病；(2)愈合功能异常；(3)伴精神疾病或精神障碍。

1.2 方法

对照组予以常规护理，包含完善术前检查、准备手术所需物品、健康教育等。此基础上，观察组应用围术期综合护理干预，具体方法如下：

(1)术前护理：①健康教育：教育形式坚持多样化的原则，具体包含面对面交流、发放健康手册、举办知识讲座等，教育内容为疾病和手术相关知识，如发病原因、常见症状表现、手术注意事项、术后易发生的并发症等，借此增加患者认知，并能形成正确的观念，进而积极面对疾病和手术，主动配合医护人员。②心理干预：因甲状腺疾病多发于女性，所以对术后瘢痕情况存在担忧的患者数量较多，这无疑增大了其心理压力、加重负面情绪，护理人员要积极沟通、交流患者，仔细解释术后瘢痕通常不会留下，让其心理负担减轻，同时对患者心中想法做出了解和分析，再给予针对性的疏导、安抚、鼓励，使其不良情绪消除，增强依从性。③术位训练：护理人员先示范正确的手术体位姿势，即以平卧位为主，肩部、头部分别靠在练习枕的背垫上、枕头上，并垫高双肩，大概20~30cm。保持后仰头部，示范后由患者练习，护理人员给予监督，每天练习1~2次，期间根据患者情况适当调节练习枕的高度，促进颈部肌肉的舒适度提高。

(2)术中护理：手术室温湿度合理控制，温度维持在22~28℃，湿度维持在50%~60%；手术期间，对患者面色、心率、脉搏等严密观察；可在双肩部位垫软垫，使颈部的不适感减轻；完成手术后，手术台上医疗用品仔细检查、清点数量；轻柔的擦去患者皮肤上残留的药水和血迹，尤其是切口周围，注意保护伤口；患者术中如出现较大的情绪波动，心理疏导要及时开展，通过聊天等方式将患者注意力转移至别处，并利用语言、肢体接触等安抚患者，确保顺利实施手术操作。

(3)术后护理：①基础护理：逐渐平稳生命体征后，将患者姿势调整为半卧位，巡视次数适当增加，翻身定时进行，被动屈伸下肢，预防发生下肢深静脉血栓；对引流管的引流情况密切注意，确保引流通畅；深呼吸及咳嗽的正确方法指导患者掌握，如无法排出痰液，可给予叩背、吸痰等操作，必要时实施雾化吸入治疗；嘱咐患者少说话，多休息。②疼痛护理：对患者疼痛情况做出准确的评估，如程度较轻，采取转移注意力的方式减轻疼痛，如播放音乐、聊天，如程度较重，可及时告知医生，及早开展镇痛治疗。③饮食干预：患者能进食后，先给予流质饮食，逐渐向普通

食物过渡,少食多餐,保持清淡、易消化,维生素含量丰富的食物,术后早期给予低蛋白饮食防止瘢痕增生,禁食刺激性食物、烟酒等。④预防并发症:术后12~36h内,容易并发甲状腺危象,期间要对脉搏及体温严密注意,一旦发生脉搏加快,或体温超过39℃,要马上通知医生,提前开展介入;术后48h内,呼吸困难、窒息为常见的并发症,要对患者呼吸情况密切注意,指导患者有效咳嗽,促进有效排痰,使呼吸道保持通畅,如果有早期症状出现,如心率加快、呼吸困难且无法平卧等,立即告知医生,及时开展床旁抢救。⑤出院指导:出院前,告知患者可适当劳动,但不可过度劳累,心情要保持愉快、舒畅,2周后颈部活动可适当加强,避免发生瘢痕粘连挛缩,正常工作于术后3个月恢复,复查定期进行。

1.3 观察指标

表1 观察组与对照组护理前后SAS、SDS评分及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=53)	SAS (分)		SDS (分)		住院时间 (d)
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
观察组	47.26±3.65	35.55±3.32*	47.52±4.18	38.07±2.33*	11.47±2.83*
对照组	47.31±3.62	42.56±2.28	47.58±4.22	43.47±3.56	16.86±2.34

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.2 术后并发症发生率比较

观察组术后有2例发生并发症,创口出血1例、喉头水肿1例,发生率3.77%(2/53);对照组术后有10例发生并发症,创口出血4例,喉头水肿3例,呼吸困难1例,手足抽搐2例,发生率18.87%(10/53)。经比较,两组差异显著($P<0.05$)。

3 讨论

甲状腺是一种腺体,属于人体重要器官之一,其分泌的甲状腺素在新陈代谢、生长发育、维持中枢神经系统兴奋性中发挥不可替代的作用,但受到家族遗传、自身免疫、碘源性等因素的影响,甲状腺容易发生甲状腺功能亢进症、甲状腺良性肿瘤、甲状腺癌等疾病,而发病后相应治疗若未能及时开展,不仅严重影响患者身体健康,降低生活质量,甚至会危及生命安全^[3-4]。目前,临床主要采用手术治疗甲状腺疾病,通过相应术式,可将病变组织有效切除,具有较好的治疗效果。不过,手术过程中,为能获得清晰的手术视野,患者需保持颈部过伸位,这使得术后容易并发头晕、肌肉酸痛等症状,再加上多数患者并不了解自身疾病,且缺乏手术知识,导致在围术期存在明显的恐惧、焦虑等负面情绪,进而降低治疗依从性和积极性,不利于预后改善^[5]。因此,在甲状腺手术围术期,除医生开展良好治疗外,护理人员也需给予有效的护理,促进心理状况改善,让患者能积极配合医护人员,使其尽早康复出院。

随着不断转变现代医疗服务模式,加之不断扩大医院服务功能,医院在开展综合护理时,术前健康教育已成为必须开展的一项工作,通过健康教育的有效开展,一方面可让患者依从性升高,另一方面能将并发症的发生风险降低^[6]。围术期综合护理干预是一种新型护理模式,其从患者入院开始,按照术前、术中、术后开实施综合干预,让护理贯穿手术全程^[7]。在围术期,护理人员会于早期预防、干预可能会出现的问题,减轻疾病伤害患者的程度,促进患者机体健康良好的恢复,最终使生活质量有效提升。与传统护理模式相比,该模式的护理人员与患者之间的距离更短,通过术前护理,患者对自身病情能形成正确的认知,让其错误观念得到有效的纠正,同时也要促使护理人员以良好的心态迎接手术,利于心理状况明

评估患者心理状况,护理前、护理后各开展一次,采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)进行,二者均是分数越低表示心理状况越好;记录住院时间;观察术后并发症发生情况。

1.4 统计学分析

采用SPSS22.0统计分析,平均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,利用t检验,数(n)和率(%)表示计数资料,利用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 护理前后SAS、SDS评分及住院时间比较

护理前,两组SAS、SDS评分无明显差异($P>0.05$);护理后,观察组SAS、SDS评分及住院时间显著低于对照组($P<0.05$),见表1。

显的改善^[8]。本研究观察组护理后SAS、SDS评分显著低于对照组($P<0.05$)证实了围术期综合护理干预具有改善患者心理状况的作用。另外,术后护理先对各项基础护理措施作出强化,利于将各种不良情况及时发现并处理,使术后并发症发生率降低,加之合理控制饮食、积极缓解疼痛,有助于术后快速的康复,缩短住院时间^[9]。本研究观察组住院时间、术后并发症发生率显著低于对照组($P<0.05$),提示围术期综合护理干预可促进患者术后良好康复。

综上,在甲状腺手术围术期,应用围术期综合护理干预后,可有效改善患者情绪状况,提升其治疗依从性和积极性,利于减少术后并发症,提高康复速度,让患者尽早出院。

参考文献:

- [1]朱芬芬.围术期心理护理干预对改善甲状腺手术患者不良心理和睡眠质量的效果分析[J].基层医学论坛,2022,26(21):65-68.
- [2]刘杜鹃.甲状腺手术围术期多元化健康教育的应用效果[J].河南外科学杂志,2022,28(03):75-77.
- [3]刘圆圆,张敏,张亚宁,等.围术期综合护理干预对甲状腺手术患者负面情绪影响分析[J].贵州医药,2021,45(05):838-839.
- [4]徐娜娜.个性化优质护理在甲状腺手术患者围术期的应用效果观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(30):115-119.
- [5]佟帅.优质护理在甲状腺手术患者围术期护理中的应用探讨[J].中国实用医药,2020,15(24):175-177.
- [6]龚秀玲.围术期护理干预对甲状腺手术患者术后疼痛及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(07):1271-1272.
- [7]张晓宁.甲状腺手术患者围术期护理中实施优质护理对改善患者不良心理状态的效果观察[J].贵州医药,2020,44(06):995-996.
- [8]李黎,陈进美,甄春花.围术期综合护理干预在甲状腺功能亢进手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(10):96-98.
- [9]王红兰.甲状腺手术患者围术期优质护理干预效果探讨[J].中国继续医学教育,2020,12(13):185-187.

在 Hp 阳性小儿胃炎患者铋剂四联疗法治疗后小儿胃炎的转归及临床疗效分析

夏江红

昌邑市人民医院 小儿内科 山东昌邑 261300

摘要:目的:研究铋剂四联疗法治疗幽门螺杆菌(Hp)阳性小儿胃炎的临床疗效。方法:80例Hp阳性小儿胃炎患儿,随机分为观察组与对照组,各40例。对照组患儿采用传统三联疗法治疗,观察组采用铋剂四联疗法治疗。比较两组患儿临床疗效及炎症因子[白细胞介素6(IL-6)、白细胞介素8(IL-8)、C反应蛋白(CRP)]水平。结果:观察组总有效率为95.00%,明显高于对照组的72.50%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组IL-8、IL-6、CRP均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:对Hp阳性小儿胃炎患儿应用铋剂四联疗法治疗临床疗效明显优于传统三联疗法,可改善患儿炎症因子水平,值得推荐。

关键词:铋剂四联疗法;Hp阳性;小儿胃炎;临床疗效;慢性胃炎

随着经济的发展,生活节奏越来越快,小儿的身体也表现为各种不适。其中最常见的是胃肠道疾病。不同病因引发的各种慢性胃黏膜炎性病变为慢性胃炎,易造成消化及吸收不良、胃溃疡、出血及穿孔,易于Hp生长,进一步加重临床症状[1]。小儿胃炎是消化系统病症中发病率较高的儿科疾病,该疾病病情严重且发病急骤,随着病情的进展对患儿产生的影响也越来越大。临床认为Hp很容易导致患者出现胃溃疡、胃炎等相关的消化系统^[1]。如果在发病早期不能采取有效的措施进行科学治疗,则可能会导致电解质紊乱和脱水等一系列症状,严重情况下甚至会导致休克甚至死亡^[2]。对Hp阳性的小儿胃炎患儿通常以传统三联疗法进行治疗,其能在一定程度上控制患儿的病情,但效果不够理想。及时采取有效措施根除Hp,对控制患者病情发展,改善预后有着较为重要的作用。近几年临床开始将铋剂四联疗法应用于Hp阳性的小儿胃炎患儿的治疗中,并能发挥良好的作用,本研究探讨含铋剂的兰索拉唑四联疗法治疗Hp阳性慢性小儿胃炎患儿进行临床研究,研究铋剂四联疗法的应用效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年1月~2022年10月来本院治疗的80例Hp阳性小儿胃炎患儿,随机分为观察组与对照组,各40例。观察组男20例,女20例;年龄3~7岁,平均年龄(3.15±1.15)岁;病程1~15个月,平均病程(5.45±2.76)个月。对照组男18例,女22例;年龄2~7岁,平均年龄(5.34±1.58)岁;病程1~14个月,平均病程(7.25±2.83)个月。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。经本院医学伦理会通过。

1.2 方法

对照组采用传统三联疗法进行治疗。餐前给予患儿奥美拉唑肠溶胶囊(海南海力制药有限公司,国药准字H20033510)口服,0.3~0.4 mg/(kg·次),2次/d,持续服用4~8周;阿莫西林(山东鲁抗制药股份

有限公司,国药准字H44023994)口服,25 mg/(kg·次),2次/d,持续用药1~2周;甲硝唑片(山东鲁抗药厂有限公司,国药准字H31021421)口服,10 mg/(kg·次),2次/d,持续用药1~2周。

观察组美拉唑肠溶胶囊,0.3~0.4 mg/(kg·次)口服,2次/d,持续服用4~8周;克拉霉素片(河南天方药业股份有限公司,国药准字H20046141)口服,7.5~10 mg/(kg·次),2次/d,最大剂量≤0.5 g/d,持续用药1~2周;阿莫西林口服,25 mg/(kg·次),2次/d,最大剂量≤1 g/d,持续用药1~2周;胶体果胶铋(黑龙江江世药业有限公司,国药准字H20044236)餐前口服,3~4 mg/(kg·次),2次/d,持续用药1周。治疗期间可以酌情针对实际情况适当调整药物剂量。

1.3 观察指标

治疗前后检测患儿血清IL-6、IL-8、CRP水平;治疗疗程结束后,经过胃镜观察,溃疡面愈合或愈合>80%,临床症状得到明显改善,经过14C呼气试验检验为阴性;有效:治疗疗程结束后,经胃镜观察,溃疡面愈合50%~80%,临床症状有所改善,但改善症状不佳,经14C呼气试验检验显示为弱阳性;无效:治疗疗程结束后,经胃镜观察,溃疡面愈合≤50%,临床症状未改变甚至加重,14C呼气试验显示为阳性。治疗总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用SPSS22.0统计学软件进行数据统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。P0.05有统计学意义。

2 结果

治疗后,观察组IL-8、IL-6、CRP水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);

两组临床疗效比较 观察组总有效率为95.00%,明显高于对照组的72.50%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.1 治疗前后, IL-8、IL-6、CRP 水平比较

组别	例数(个)	IL-8(ug/L)		IL-6(pg/ml)		CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	47.64±8.32	15.64±8.07 ^a	195.34±18.27	55.49±12.34 ^a	34.67±8.27	1.72±0.27 ^a
对照组	40	48.21±6.02	22.32±11.45	190.21±16.43	95.19±10.52	35.02±3.16	12.87±5.23
t		0.6237	2.0149	0.5331	9.3567	0.4327	15.0032
p		0.5138	0.0316	0.5632	0.0000	0.7435	0.0000

注:与对照组比较,^a $p<0.05$

2.2 治疗前后两组临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	32(80)	6(15)	2(5)	38(95.00) ^a
对照组	40	18(45)	14(35)	8(2)	32(80.00)
X ²					6.4372
P					0.0054

注：与对照组比较，^ap<0.05

3 讨论

有学者做过相关研究，Hp感染与慢性胃炎、消化性溃疡、黏膜相关淋巴组织(MALT)淋巴瘤、胃癌等上胃肠道疾病的发生及发展有关。采取有效措施根除Hp是预防上述疾病发生及发展的关键。阿莫西林抗菌谱广、抗菌活性强及半衰期长等特点，具有较高的胃肠吸收率，可形成弥散性保护层，发挥阻止胃酸侵袭溃疡的作用，促进溃疡黏膜再生，改善Hp感染情况^[4]。克拉霉素有一定的抗菌活性，对Hp有较强的拮抗作用，但其不良反应较多，且用量不当将造成胃肠功能紊乱^[5]。兰索拉唑可发挥抑制胃酸分泌的作用，促进胃内pH值升高，与抗生素共同使用可在一定程度上根除Hp。但随着Hp毒力和侵袭力的增加，导致Hp根除率降低^[6]。胶体果胶铋可促使黏蛋白黏度降低，抑制结合Hp产生的毒素，实现阻止细菌定植并黏附在胃黏膜上皮的目的，与抗生素及兰索拉唑联合使用后促进对抗生素的耐药性降低，提高抗生素的活性及利用度，进而有效抑制Hp生长，提高抗菌效果，有效根除Hp^[7]。本研究结果显示，观察组治疗总有效率及Hp根除率均明显高于对照组，表明含铋剂的兰索拉唑四联疗法可有效根除Hp，促进患者恢复。本研究结果显示，观察组腹痛、腹胀及恶心、呕吐症状消失时间均短于对照组，表明含铋剂的兰索拉唑四联疗法并不会增加不良反应，安全性较高。

导致小儿出现胃炎的原因有很多种，比如化学药物的影响、不良饮食习惯、细菌感染、病毒感染等^[5]。而Hp感染是导致小儿出现胃炎的一个主要及常见的诱发因素，Hp是一种革兰阴性小杆菌，在人体的胃上皮细胞表层繁殖，可能会对胃上皮产生损伤，甚至会破坏人体的细胞，而导致胃黏膜出现反应，这就会影响小儿生活质量及生长发育。临床研究认为^[6]，Hp感染导致胃炎发生几率超过90%，儿童属于Hp感染的主要发病人群。所以对Hp阳性小儿胃炎患儿进行治疗的关键是消除Hp。但Hp感染不会自动消除，因此在治疗当中需要通过药物进行干预，这是能够有效控制或延缓上皮化生的主要作用，还能够防止胃黏膜萎缩^[7]。当前临床对胃炎患儿通过三联疗法进行治疗，但是因多种原因导致其整体疗效并不理想。也有学者认为^[8]，通过铋剂四联疗法治疗可以有效发挥清除Hp的目的，使得治疗效果达到90%以上。本文基于此进行研究，结果显示，观察组总有效率为95.00%，明显高于对照组的32.00%，差异有统计学意义(P<0.05)。由此说明通过四联疗法对Hp阳性小儿胃炎患儿进行治疗能够在保证安全的前提下提升临床疗效，改善患儿体内炎性因子。奥美拉唑是一种质子泵抑制剂，在用药时能够有效抑制胃酸的分泌，且其作用时间较长，可以帮助患儿缓解相关症状，还能够抑制尿素酶的活性，对抗Hp感染具有良好的作用^[9,10]。阿莫西林是一种广谱抗生素，其内酰胺基可以在短时间内快速的溶解形成肽链，同时也可以和细菌内转氨酶进行结合，可以使得机体内的细菌失去活性^[11-14]。克拉霉素是一种红霉素的衍生物，可以抑制蛋白合成和细胞核蛋白的结合，能发挥理想的抗菌作用。胶体果胶铋可以在胃黏膜生

成一层保护膜，有助于对上皮细胞分泌的粘液进行刺激，达到良好的杀菌作用^[15-17]。综上所述，对Hp阳性的小儿胃炎患儿通过铋剂四联疗法治疗所取得的疗效明显优于传统的三联疗法，改善患儿肌体内的炎性因子，且治疗安全性较高，值得推荐。

参考文献：

- [1] 陈慕豪, 王立恒, 郭美萍, 等. 辨证论治配合西药治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎临床研究[J]. 陕西中医, 2017, 38(5): 547-548, 551.
- [2] 李胜江. 采用不同方法治疗慢性胃炎的临床效果的探讨[J]. 中国医药导刊, 2017, 19(6): 573, 575.
- [3] 陶智, 王梦旻, 吕惠芳, 等. 3种用药方案治疗幽门螺杆菌感染活动性慢性胃炎的临床观察[J]. 中国药房, 2016, 27(30): 4224-4226.
- [4] 黄勇, 张晓青, 金忠芹, 等. 慢性胃炎组织病理特征和Hp感染与炎症程度的关系研究[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(14): 2707-2710.
- [5] 戴立娜, 崔梅花, 傅怡, 等. 含PPI标准三联疗法联合替普瑞酮根除幽门螺杆菌疗效研究[J]. 胃肠病学, 2016, 21(3): 156-160.
- [6] 姜梅芳. 荆花胃康胶丸联合三联疗法治疗老年幽门螺杆菌感染慢性胃炎的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(10): 2719-2720.
- [7] 汪楠, 王垂杰, 李玉峰, 等. 抗幽合剂联合四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌阳性患者25例临床观察[J]. 中医杂志, 2016, 57(2): 136-139.
- [8] 朱靖. 铋剂四联疗法与传统三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性小儿胃炎的临床效果比较. 临床合理用药杂志, 2021, 14(2):125-126.
- [9] 祁兰娟. 铋剂四联疗法治疗HP阳性小儿胃炎的临床疗效研究. 中国农村卫生, 2020, 12(22):8.
- [10] 苏巧玲. 铋剂四联及传统三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性小儿胃炎的效果及安全性分析. 基层医学论坛, 2020, 24(31):4480-4481.
- [11] 尹丽. 铋剂四联疗法治疗HP阳性小儿胃炎的临床疗效研究. 西藏医药, 2019, 40(3):59-61.
- [12] 胡俊. 铋剂四联及传统三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性小儿胃炎临床对比研究. 中国社区医师, 2018, 34(13):43-44.
- [13] 刘金花, 张雪梅. 铋剂四联与传统三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性小儿胃炎的对照研究. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(36):121, 126.
- [14] 鞠俊杰. 含铋剂四联疗法与传统三联疗法治疗幽门螺杆菌(H. pylori)阳性小儿胃炎的临床疗效. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(9):193.
- [15] 唐小军, 刘婷. 铋剂四联与传统三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性小儿胃炎的比较. 中国当代医药, 2017, 24(21):78-80.
- [16] 黄烨. 铋剂四联与传统三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性小儿胃炎的对照研究. 健康之路, 2017, 16(5):113-114.
- [17] 张新春, 田美莲. 铋剂四联与传统三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性小儿胃炎的对照研究. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(3)

彩色多普勒超声诊断下肢深静脉血栓的效果

张 栋

山东省菏泽市立医院 山东菏泽 274000

摘要：目的：彩色多普勒超声诊断下肢深静脉血栓的效果。方法：本次研究采用回顾分析法，对本院 2021 年 10 月-2022 年 2 月收入参与彩色多普勒超声诊断确诊的下肢深静脉血栓的患者和无下肢深静脉血栓的患者予以对比研究，对照组（非下肢深静脉血栓患者）55 例，观察组（下肢深静脉血栓患者）55 例，分析彩色多普勒超声诊断的结果。结果：观察组和对照组的阳性、阴性检出率较高；患者的下肢静脉内径值、CDFI 值也存在明显的差异，（ $p < 0.05$ ）。结论：彩色多普勒超声可有效诊断出下肢深静脉血栓对象，同时也能够及时筛查阴性对象，诊断精准率较高，可从下肢静脉内径值、CDFI 值判定患者的病情，可以推广。

关键词：彩色多普勒超声；诊断；下肢深静脉血栓；效果

[Abstract]: Objective: To evaluate the effect of color Doppler ultrasound in the diagnosis of deep venous thrombosis of lower limbs. Methods: retrospective analysis was used in this study. The patients who participated in the diagnosis of deep venous thrombosis of lower limbs diagnosed by color Doppler ultrasound in our hospital from October 2021 to February 2022 were compared with the patients without deep venous thrombosis of lower limbs. The results of color Doppler ultrasound diagnosis were analyzed in 55 cases in the control group (non deep venous thrombosis of lower limbs) and 55 cases in the observation group (deep venous thrombosis of lower limbs). Results: the positive and negative diagnostic rates of the observation group and the control group were higher; There were also significant differences in the inner diameter and CDFI value of lower limb veins ($P < 0.05$). Conclusion: Color Doppler ultrasound can effectively diagnose the objects of deep venous thrombosis of lower limbs, and can also screen the negative objects in time. The diagnostic accuracy is high. The condition of patients can be determined from the inner diameter of lower limb veins and CDFI value, which can be popularized.

[Key words]: Color Doppler ultrasound; diagnosis; Deep venous thrombosis of lower limbs; effect

下肢深静脉血栓是临床常的疾病，患者因为患病后需要长期卧床休养，自身活动受限导致血流不畅，凝结为血栓；病理学角度来看，下肢深静脉血栓发病和血液高凝状态、患者的静脉血流滞缓、静脉壁损伤有相关性。患者若临床没有得到科学的医护指导可能导致色素沉着、诱发下肢水肿、皮炎等问题。患病后患者在行走时候会有肿胀、酸痛感，随着患者的病症加重，自身会感受到肢体沉重，僵硬。临床诊断下肢深静脉血栓的方式主要为数字减影学造影技术，该技术有一定的应用风险，不建议常规患者应用。而彩色多普勒超声技术具有无创性，诊断精准率较高，还兼具了诊断快速、血流状态显示清晰等综合特点，可仔细观察下肢深静脉血栓的病症^[1]。本次研究分析了彩色多普勒超声在对有/无下肢深静脉血栓对象进行检出分析，相关内容报道如下：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究采用回顾分析法，对本院 2021 年 10 月-2022 年 2 月收入参与彩色多普勒超声诊断确诊的下肢深静脉血栓的患者和无下肢深静脉血栓的患者予以对比研究，对照组（非下肢深静脉血栓患者）55 例，男性 25 例，年龄为 36.1 岁-77 岁，平均年龄为（ 56 ± 2.81 ）岁，女性 30 例，年龄为 36.2 岁-76.1 岁，平均年龄为（ 56.6 ± 1.92 ）岁。观察组（下肢深静脉血栓患者）55 例，男性 29 例，年龄为 34 岁-76.3 岁，平均年龄为（ 54.1 ± 1.99 ）岁，女性 26 例，年龄为 35.7 岁-74.3 岁，平均年龄为（ 54.2 ± 1.73 ）岁。除了病症信息外，两组基本资料无差异，（ $p > 0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

所有的对象都接受彩色多普勒超声检查，患者都接受检查前的健康指导，对检查的各项事宜均知晓且无检查禁忌症，心态平和且满足检查需求。检查前提醒患者禁食禁饮，保持空腹。诊断医师设置仪器探头频率为 5-14MHz；患者保持身心平和状态，深呼吸下可取仰卧位外展双下肢接受诊断医师扫描。扫描时候医师按照患者的解剖部位的布局来检查静脉。按

照彩色多普勒、探头加压、二维技术等联合横切和纵切扫描。扫描时候的若出现彩色血流量充盈不足，建议检查时候提醒患者用力屈伸脚趾，依旧不明显可对小腿远端处进行轻度按压来显示血流情况。检查时候若已经发现严重的下肢肿胀表现，建议可及时调低凸阵探头进行检查，检查时候可以适当调整滤波和刻度、深度，进而显示图像，确保检出结果。结果由 3 名专业的影像学医师按照国家的标准规范率和科室的诊断标准进行阅片，诊断评估。

1.3 观察指标

- （1）对比两组对象的两组下肢静脉内径值差异。
- （2）对比两组对象的检出结果^[2]。
- （3）对比两组的彩色多普勒血流成像(CDFI)值^[3]。

1.4 统计学分析

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 两组接受超声诊断的对象基本信息对比见表 1

两组对象除了基本的病症信息外，患者的基本信息差异不大，（ $p > 0.05$ ），无统计学意义，有可比性。

表 1 两组接受超声诊断的对象基本信息对比[n (%)]

	指标	观察组	对照组	χ^2	p
年龄	≥60 岁	23 (41.82)	24 (43.64)	0.0371	0.8472
	<60 岁	32 (58.18)	31 (56.36)	0.0371	0.8472
	无	33 (60)	55 (100.00)	27.5000	0.0000
病程	3d 内	12 (21.82)	0 (0.00)	13.4694	0.0002
	3d 以上	10 (18.18)	0 (0.00)	11.0000	0.0009
原发病	骨折	32 (58.18)	0 (0.00)	45.1282	0.0000

心脑血管疾病	12 (21.82)	0 (0.00)	13.4694	0.0002
肾病	5 (9.09)	0 (0.00)	5.2381	0.0221
呼吸道疾病	4 (7.27)	0 (0.00)	4.1509	0.0416
其他	2 (3.64)	55 (100.00)	102.2807	0.0000
大学及以上	12 (21.82)	15 (27.27)	0.4418	0.5063
文化程度 高中/中专	12 (21.82)	15 (27.27)	0.4418	0.5063
小学/初中	31 (56.36)	25 (45.45)	1.3095	0.2525
下肢深静脉血栓病史 有	32 (58.18)	30 (54.55)	0.1478	0.7006
无	23 (41.82)	25 (45.45)	0.1478	0.7006

2.2 两组接受超声诊断的对象下肢静脉内径值对比见表 2

两组对象的下肢静脉内径值差异显著, 指标对比 ($p<0.05$), 有统计学意义。

表 2 两组接受超声诊断的对象下肢静脉内径值对比[$\bar{x}\pm s$]

小组	例数	股浅静脉 (mm)	内侧腓肠静脉 (mm)	股总静脉 (mm)	腘静脉 (mm)
观察组	55	7.19±0.38	4.47±0.28	13.32±0.71	5.37±0.26
对照组	55	5.41±0.42	3.52±0.2	8.52±0.66	6.52±0.28
t	-	23.9265	20.4752	36.7221	22.3204
p	-	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

2.3 两组接受超声诊断的对象 CDFI 值对比见表 3

两组对象的 CDFI 值差异显著, 指标对比 ($p<0.05$), 有统计学意义。

表 3 两组接受超声诊断的对象 CDFI 值对比[$\bar{x}\pm s$]

小组	例数	股浅静脉 (cm/s)	股总静脉 (cm/s)	腘静脉 (cm/s)
观察组	55	4.52±0.63	8.63±0.57	7.52±0.4
对照组	55	12.52±0.73	21.52±0.4	9.52±0.54
t	-	61.5285	137.2803	22.0716
p	-	0.0001	0.0001	0.0001

2.4 两组接受超声诊断的对象诊断结果对比见表 4

观察组灵敏度 94.55(52/55)、阳性预测率 100(52/52)、误诊率 5.45(3/55); 对照组特异度 96.36(53/55)、阴性预测率 100(3/3)、漏诊率 94.55(52/55)。

表 4 两组接受超声诊断的对象诊断结果对比[n (%)]

组别	观察组	组别	对照组
金标准	55 + -	金标准	55 + -
阳性 55 例	+ 真阳性 52 例 假阴性 3 例	阳性 0 例	+ 真阳性 0 例 假阴性 0 例
阴性 0 例	- 假阳性 0 例 真阴性 0 例	阴性 55 例	- 假阳性 2 例 真阴性 53 例

3. 讨论

下肢深静脉血栓是临床常见的疾病, 该疾病虽然不具有致死性, 但是结合患者的患病周期和自身的生理状态病症可由轻到重。下肢突然肿胀和疼痛是下肢深静脉血栓的主要表现, 其诱发因素也包括患者的劳累、运动缺乏拉伸、长期卧床、静脉曲张、血液高凝等, 一些外科肿瘤患者临床也合并存在下肢深静脉血栓问题^[4-5]。

从下肢深静脉血栓疾病的发展角度来看, 下肢深静脉血栓对象体内早期形成的血栓并不会直接影响人体的通路, 阻碍静脉血液回流^[6]。临床的血栓问题不断累积, 没有得到改善可能导致血栓逐渐累积, 堵塞, 进而影响自循环近远端开口, 出现下肢浮肿、胀痛、下肢承重、肢体乏力的问题。一般患者患病时间较长, 缺乏一定的锻炼, 长期卧床就可能导致病症加重, 这是因为静脉血栓长时间凝聚后溶解难度较大, 常规的按摩、用药疗效可能不佳, 一些患者也常需要溶栓治疗。为了预防血栓问题加重, 建议临床做好下肢深静脉血栓的筛查, 针对患者的病症进行及时的诊断, 做好防治工作^[7-8]。

多普勒超声技术是诊断下肢深静脉血栓疾病常用技术, 该技术具有操作简单且无创新较高, 可及时反馈患者的解剖情况和生理信息, 及时便于医生做出更加精准的诊断结果。这对于提升临床的治疗效果, 帮助患者改善预后有积极意义^[9]。因为血栓发生后患者的静脉血管内部的颜色血流充盈颜色不同, 而血栓可导致静脉管腔闭塞时候出现实性回声, 因此可以检出下肢深静脉血栓患者^[10]。而且这种诊断方式还能够及时观察到患者的股浅静脉、股总静脉内径值、对比非疾病患者的内径值差异显著 ($p < 0.05$), 整体来看阳性预测率较高。本次研究对收入的接受彩色多普勒超声检查的患者进行下肢深静脉血栓诊断研究, 其中观察组 (均阳性) 检出的阳性率较高, 误诊率较低。对照组的阴性预测率较高且漏诊率较低, 表示多普勒超声技术在下肢深静脉血栓诊断价值显著, 可推广。

参考文献:

[1]王进. 探究彩色多普勒超声诊断下肢深静脉血栓 (DVT) 的意义[J]. 影像技术, 2020, 32(02): 27-28+31.

[2]项凡. 彩色多普勒超声诊断下肢深静脉血栓的有效性分析[J]. 中国实用医药, 2020, 15(07): 93-95.

[3]简继红, 黄晶. 彩色多普勒超声诊断下肢深静脉血栓的临床价值分析[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(17): 2460-2461.

[4]L. Needleman, J.J. Cronan, M.P. Lilly, G.J. Merli, S. Adhikari, B.S. Hertzberg. Ultrasound for Lower Extremity Deep Venous Thrombosis: Multidisciplinary Recommendations From the Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference[J]. Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders, 2019, 7(2): 179-180.

[5]吴蕾. 彩色多普勒超声诊断下肢深静脉血栓的临床价值分析[J]. 中国社区医师, 2022, 38(08): 82-84.

[6]蒋开波, 王峰, 魏东, 徐晓霞. 彩色多普勒超声诊断下肢深静脉血栓的临床价值分析[J]. 包头医学院学报, 2020, 36(12): 73-75+87.

[7]Avila Laura, Amiri Nour, De Riddhita, Vincelli Jennifer, Pullenayegum Eleanor M, Williams Suzan, Brandao Leonardo R. Characteristics of Upper and Lower Extremity Deep Vein Thrombosis and Predictors of Post-Thrombotic Syndrome in Children[J]. Blood advances, 2021, 5(19): 154-158.

[8]李军, 蔡江涛, 冯永恒. 彩色多普勒超声诊断下肢深静脉血栓的应用[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(16): 153-154.

[9]张水连. 彩色多普勒超声诊断下肢深静脉血栓的效果分析[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(23): 136-137.

[10]张倩. 彩色多普勒超声诊断下肢深静脉血栓的诊断效果[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(22): 182-183.

快速康复外科理念在结肠直肠癌护理中的应用探讨

侯双凤

庆云县人民医院 山东德州 253700

摘要：目的：快速康复外科理念在结肠直肠癌护理中的应用探讨。方法：本文是选取对照实验类型开展探究，实验对象是从2020年11月--2022年6月期间来我院就诊的86例结肠直肠癌患者，并且按照实验要求将患者分组处理，按照随机抽签法分为2组，分别为实验组和对照组，每组43例结肠直肠癌患者，分别实施快速康复外科理念护理和常规护理，比较对于患者应用护理保障效果。结果：两组结肠直肠癌患者护理之后术后康复时间指标比较，实验组术后康复时间指标均比对照组短， $P<0.05$ ；护理前，两组患者生活质量评分没有显著差异，护理后，实验组患者各项生活质量评分均比对照组高， $P<0.05$ ；比较两组患者护理实施之后术后并发症发生率，实验组低于对照组， $P<0.05$ ；结肠直肠癌患者护理满意度，实验组高于对照组， $P<0.05$ 。结论：在结肠直肠癌护理中应用快速康复外科理念，能够强化患者手术治疗康复效果，提高生活质量，临床值得推广实施。

关键词：结肠直肠癌；快速康复外科理念；应用效果

肠胃道恶性肿瘤疾病中，最为典型的的就是结肠直肠癌疾病，在临床就诊的患者中，具有较高发病率和病死率，现阶段随着医疗治疗技术的优化，针对结肠直肠癌疾病患者主要实施肿瘤切除治疗，可以控制结肠直肠癌病情恶化发展，挽救患者生命安全性^[1]。但是在手术治疗之后的疼痛状态和手术应激反应，对于患者预后造成不良影响，因此需要实施护理保障性措施，来优化患者预后效果，降低有创治疗对于患者康复效果的不良影响，降低由于组织损伤造成的应激反应，抑制胃肠运动，达到优化预后效果的目的^[2]。本文将针对性探究在结肠直肠癌患者手术治疗期间，应用快速康复外科理念的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文是选取对照实验类型开展探究，实验对象是从2020年11月--2022年6月期间来我院就诊的86例结肠直肠癌患者，并且按照实验要求将患者分组处理，按照随机抽签法分为2组，分别为实验组和对照组，每组43例结肠直肠癌患者，分别实施快速康复外科理念护理和常规护理。实验组：43例结肠直肠癌患者中包括男性23例、女性20例，年龄分布区间情况45-78岁，均值 (62.12 ± 10.03) 岁，肿瘤疾病类型：结肠癌22例、直肠癌21例；对照组：43例结肠直肠癌患者中包括男性24例、女性19例，年龄分布区间情况44-76岁，均值 (62.23 ± 10.11) 岁，肿瘤疾病类型：结肠癌23例、直肠癌20例。两组患者一般资料比较无显著差异 $(P>0.05)$ 。

1.2 方法

对照组：本组结肠直肠癌患者在临床治疗期间实施常规护理，保障针对患者实施的常规性的饮食、用药、环境、生活护理保障，确保患者手术治疗顺利开展。

实验组：本组结肠直肠癌患者在临床治疗期间应用快速康复外科理念护理措施，实施护理措施的目的是优化患者术后预后效果，在较短时间内康复。（1）按照快速康复外科理念做好患者围术期的心理护理，因为在患者手术治疗过程中提供的心理护理保障，对于临床治疗效果起到促进辅助优化的作用，根据临床研究表明为癌症患者在临床治疗期间，术前焦虑抑郁人数明显高于术后，统计显示约有80%的患者存在焦虑，约有68%的患者存在抑郁，有效地为患者开展心理干预，能够起到促进患者术后康复的治疗效果，缓解患者术后疼痛症状，尤其是在患者出现排斥手术治疗和极度焦虑症状的时候，开展不良心理疏导，有助于帮助患者平稳度过手术期^[3]。强化卫生宣教，强化贯彻在整个手术治疗期间为结肠直肠癌患者实施治疗护理保障的认知，制定护理方案的时候，应该根据患者需求制定，包括针对不同程度的疾病病情状况、和心理状态和需求，提供个性化、针对性、系统性的健康教育，对于患者康复效果优化十分显著^[4]。需要与患者充分的沟通交流，根据结肠直肠癌患者病情状况介绍，围手术期相关知识，能够促使患者预知治疗期间实施治疗和护理的目标，存在疑问的方面应该及时给予耐心解释，缓解负面情绪和手术治疗期间生理应激反应，使用相关文字、图片和视频相结合的方式介绍手术治疗，优化对于临床治疗措施认知，提供临床护理依从性^[5]。（2）在手术治疗之前无需按照常规护理进行禁食禁饮肠道准备，为了更好地优化患者术后效果，需要给予微创手术

治疗快速康复外科护理保障，术前就要预防性使用抗生素，在手术治疗之后早期督促患者进食，辅助患者下床活动，患者在手术治疗之前不进行常规肠道准备，仅在术前灌肠一次，低位直肠癌患者需要在术前一晚使用肥皂水清洁肛门灌肠处理，在午夜实施禁食，术前2小时需要多次少量的给予葡萄糖溶液，对于不能够确定手术治疗时间的患者，应该通过静脉补充葡萄糖^[6]。尿管不能够常规放置，应该在术中放置胃管和尿管，术后要及时给予患者呼吸机辅助呼吸6小时，频率保持在40-80/min，还需要检测患者血氧饱和度，促使保持在98%以上，等到患者术后麻醉清醒之后，给予口香糖咀嚼和少量多次的饮水，当患者腹部听诊恢复肠鸣音之后，就是指导患者进行进食^[7]。（3）预防性使用抗生素，围手术期实施的抗生素预防性治疗，在抗生素选择方面，应该遵循3个要求，使用的抗生素能够有效对抗厌氧菌和需氧菌，主要在手术治疗前的半个小时使用，一般是实施单一剂量抗生素治疗^[8]。（4）术后早期进食，在常规护理中，患者术后要等到排气之后才可以进食，这样的进食护理不符合快速康复外科理念护理要求，需要鼓励患者在术后第1天即开始进流质饮食，这样的饮食护理能够确保安全性，能加快术后康复，因为研究发现患者在术后12h~24h内就恢复蠕动，在患者术后早期给予咀嚼口香糖护理，能够有效缩短腹腔镜结肠切除术后肠功能恢复的时间，术后进食时间甚至可以提早到术后4小时，早期进食能够刺激胃肠道，缩短肠麻痹时间，促进肠道蠕动，减少对于静脉输液和胰岛素抵抗，降低各项并发症发生率，加快伤口愈合，缩短住院时间，还能够为患者减轻经济负担^[9]。（5）早期活动，快速康复外科理念主张充分止痛、微创手术及非常规留置各种管道的前提下，为患者肢体进行释放，手术当天就可以实施下床活动，可以促进胃肠功能恢复，降低在术后由于泌尿系统影响出现的感染及尿潴留并发症，充分止痛是快速康复外科计划中一个重要的环节，应该鼓励患者术后疼痛可以忍受的情况下早期活动，手术结束之后的当天就可以开展床上活动，床上抬臀运动，在护理人员或者家属的协助下翻身^[10]。

1.3 观察指标

（1）患者术后康复时间指标，包括拔管时间、首次进食时间、首次排期时间、首次排便时间、拆线时间和住院时间，为患者术后实施不同护理，各项时间指标越短实施护理效果越好；

（2）生活质量改善效果，比较两组结肠直肠癌患者护理前后生活质量评分，应用SF-36量表评定，评估患者生活质量指标包括总体健康、生理职能、身体活力、精神健康和社会功能，各项指标总分均为100分，评分越高实施护理提高生活质量效果越好；

（3）术后并发症发生率，两组结肠直肠癌患者术后出现的不良反应包括腹胀、尿潴留和腹腔感染，发生率越低实施护理效果越好；

（4）护理满意度，应用自制护理满意度量表评估，总分100分，根据评分分为非常满意、满意和满意，满意度越高护理效果越好。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 患者术后康复时间指标

两组结肠直肠癌患者护理之后术后康复时间指标比较, 实验组术后康

复时间指标均比对照组短, $P < 0.05$ 。

表1 患者术后康复时间指标比较 ($X \pm S$)

组别	例数	拔管时间 (h)	首次进食时间(h)	首次排期时间(h)	首次排便时间(h)	拆线时间 (d)	住院时间 (d)
实验组	43	5.01±1.06	24.13±3.53	59.69±12.12	70.12±18.56	7.12±1.16	6.36±1.32
对照组	43	6.85±1.16	32.53±3.85	88.21±20.56	86.40±23.65	8.65±1.76	8.56±1.56
t	--	7.67	10.54	7.83	3.55	4.75	7.05
P	--	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2.2 生活质量改善效果				P	--	--	--
							0.02

2.2 生活质量改善效果

护理前, 两组患者生活质量评分没有显著差异, 护理后, 实验组患者各项生活质量评分均比对照组高, $P < 0.05$ 。

表2 生活质量改善效果比较 ($X \pm S$, 分)

指标	实验组 (n=43)	对照组 (n=43)	t	P
总体健康				
护理前	65.23±5.63	64.86±6.85	0.27	0.78
护理后	82.12±3.69	72.85±4.69	10.18	0.00
生理职能				
护理前	59.63±6.63	59.32±6.96	0.21	0.83
护理后	83.32±4.15	75.63±5.06	7.70	0.00
身体活力				
护理前	61.23±5.69	61.03±5.86	0.16	0.87
护理后	79.96±4.53	72.13±5.32	7.34	0.00
精神健康				
护理前	63.32±7.05	63.13±7.12	0.12	0.90
护理后	82.13±6.95	73.65±7.06	5.61	0.00
社会功能				
护理前	63.32±7.13	63.15±7.02	0.11	0.91
护理后	83.65±4.32	75.16±5.56	7.90	0.00

2.3 术后并发症发生率

比较两组患者护理实施之后术后并发症发生率, 实验组低于对照组, $P < 0.05$ 。

表3 术后并发症发生率比较 (n, %)

组别	例数	腹胀	尿潴留	腹腔感染	发生率
实验组	43	1 (2.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.33)
对照组	43	2 (4.65)	3 (6.98)	1 (2.33)	6 (13.95)
X ²	--	--	--	--	3.88
P	--	--	--	--	0.04

2.4 护理满意度

结肠直肠癌患者护理满意度, 实验组高于对照组, $P < 0.05$ 。

表4 护理满意度比较 (n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
实验组	43	31 (72.09)	12 (27.91)	0 (0.00)	43 (100.00)
对照组	43	20 (46.51)	18 (41.86)	5 (11.63)	38 (88.37)
X ²	--	--	--	--	5.30

3 讨论

胃肠道常见恶性肿瘤疾病中, 就包括结肠直肠癌, 致死率较高, 由于结肠直肠癌患者早期症状表现不典型, 随着病情持续性进展, 会出现腹泻便秘交替、便血或者腹痛的症状表现, 对于患者生活质量和生命健康造成的影响比较严重, 在为患者实施手术治疗期间, 在对症治疗保障患者躯体状况的情况下, 强化为患者实施治疗的效果^[1]。快速康复理念在患者手术治疗期间, 充分利用快速康复外科护理, 在手术治疗前、手术治疗时、手术治疗之后提供外科康复护理保障性措施, 快速康复外科理念指导护理操作的过程中, 不只是针对患者身体康复开展的护理保障措施, 更加重视患者心理健康, 针对患者在术前开展健康宣讲, 提升患者认知水平, 主要是更好地确定患者疾病位置严重程度, 为手术顺利开展提供有效保障, 积极对患者展开康复功能锻炼护理, 设置一些功能锻炼的运动项目, 循序渐进地促进患者功能的康复, 有效地促进手术治疗患者尽快恢复健康, 缩短身体功能恢复时间和住院治疗时间。注重手术护理细节, 为患者提供保温处理, 预防低气温对于患者各项功能康复的影响, 及时地帮助患者补充体液, 防止上肢水肿, 患者在手术治疗之后, 指导患者尽快开展上肢康复训练, 优化上肢功能康复, 能够发挥护理保障效果, 有效地促进手术治疗患者尽快恢复健康, 缩短上肢功能恢复时间和住院治疗时间。

两组结肠直肠癌患者护理之后术后康复时间指标比较, 实验组术后康复时间指标均比对照组短, $P < 0.05$; 护理前, 两组患者生活质量评分没有显著差异, 护理后, 实验组患者各项生活质量评分均比对照组高, $P < 0.05$; 比较两组患者护理实施之后术后并发症发生率, 实验组低于对照组, $P < 0.05$; 结肠直肠癌患者护理满意度, 实验组高于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述, 在结肠直肠癌护理中应用快速康复外科理念, 能够强化患者手术治疗康复效果, 提高生活质量, 降低术后并发症发生率。

参考文献:

- [1]孔祥琴.快速康复外科理念在结肠直肠癌护理中的应用研究[J].中国医药指南,2021,19(28):4-6.
- [2]张玉兰.快速康复外科理念运用于结肠直肠癌护理中的价值研究[J].中国农村卫生,2020,12(10):72.
- [3]王凡霞,厉飞飞.快速康复外科理念用于结肠直肠癌护理效果分析[J].中国农村卫生,2018,12(04):56.
- [4]马屹芳.快速康复外科理念在结肠直肠癌护理中的应用分析[J].中国医药指南,2020,18(01):227.
- [5]齐云.快速康复外科理念运用于结肠直肠癌护理中的价值研究[J].中国实用医药,2018,13(06):156-157.
- [6]蔡健萍,曾茜林.关于快速康复外科理念在结肠直肠癌护理中的应用探究[J].临床医药文献杂志,2019,6(43):98+100.
- [7]梁卫弟,朱梅娟,吴晓丹,等.快速康复外科理念在结肠直肠癌护理中的应用探讨[J].实用临床护理学杂志,2019,4(17):115.
- [8]杨益.快速康复外科理念对结肠直肠癌患者的护理作用[J].实用临床护理学杂志,2019,4(14):115.
- [9]王赞赞.快速康复外科理念运用于结肠直肠癌护理中的价值研究[J].家庭医药.就医选药,2018,03(11):227-228.
- [10]王惠君,高向楠,张婷,等.快速康复外科理念用于结肠直肠癌护理效果分析[J].现代医学与健康研究杂志,2018,2(12):121.
- [11]周洁琼,项晓.快速康复外科理念在结肠直肠癌护理中的运用[J].中国农村卫生事业管理,2018,38(07):960-962.

尿常规干化学法和尿沉渣检查在尿路感染诊断中的应用

路炳通 胡永强 齐雅欣 侯英荣^{通讯作者}

河北省沧州中西医结合医院体检中心 061001

摘要:目的 通过对比试验检验分析尿常规干化学法和尿沉渣检查在尿路感染中的应用价值;方法 选自于我院在 2020 年 6 月至 2021 年 6 月之间接收的患有尿路感染的病患中的 90 人作为实验对象进行研究分析,其中男性患者 50 人,女性患者 40 人,年龄保持在 18-67 岁之间,通过分类分为干化学组和沉渣组两部分,每组分别为 45 人来进行实验对比检验分析;干化学组患者使用尿常规干化学法检验,沉渣组使用尿沉渣镜检法检测,以实验对象的尿液提取对比两组的红细胞、白细胞水平、白细胞计数阳性率、细菌计数阳性率、阳性阴性预测值等方面为标准全面深入分析实验对象的各个数据。结果 两组实验对象的红、白细胞水平、白细胞计数阳性率、细菌计数阳性率等方面差异较小($P>0.05$)。结论 说明尿常规干化学法和尿沉渣检查在尿路感染中的应用价值较高且具有积极意义。

关键词:尿常规干化学法;尿沉渣;尿路感染;应用价值;积极意义

尿路感染又称泌尿系统感染,是尿路上皮对细菌侵入导致的炎症反应,通常伴随有菌尿和脓尿等症状,随着社会迅速的发展当代年轻人不珍惜身体,引起身体免疫系统的低下导致各种各样的病症出现,尿路感染也是其中一项,尿路感染是由于某些因素导致病原菌通过上行感染、血行感染、直接感染甚至淋巴道感染的途径侵袭人体,并突破机体的防御后而引起机体发病。尿路感染分为上、下尿路感染好发于女性。其病因有①尿路梗阻;②尿路畸形或功能异常;③局部创伤或防御功能降低;④全身性抵抗力低下;⑤妊娠和性生活。尿路感染为常见病,女性的发病率明显高于男性,在 20-40 岁的女性,和女性婴幼儿中尤为多见,同时 50 岁以上男性也常发病。尿路感染 95%以上是由单一细菌引起的。最常见致病菌是革兰阴性杆菌,其中以大肠埃希菌最为常见,约占全部尿路感染的 85%,其次为克雷伯杆菌、变形杆菌、柠檬酸杆菌属等。大肠埃希菌最常见于无症状性细菌尿、非复杂性尿路感染或首次发生的尿路感染。5%-15%的尿路感染由革兰阳性细菌引起,主要是肠球菌和凝固酶阴性的葡萄球菌。而鉴别是否为尿路感染症状得最重要的两项检查就是尿常规干化学法和尿沉渣检查,由此可见尿常规干化学法和尿沉渣检查在尿路感染诊断中的重要作用,那这两项检查具体为:尿液干化学检查和尿沉渣检查,尿常规干化学法和尿沉渣检查可了解泌尿系统的变化,是尿液检查中的“金标准”,可弥补其他检查难以发现的异常变化,对减少漏诊、误诊有重要价值。本次实验研究就是对干化学组、沉渣组两部分患者的检验结果中的红细胞、白细胞水平等方面的检验分析,以及对两组患者的总体检测结果进行比较,内容与结果如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

为了检验分析尿常规干化学法和尿沉渣检查在尿路感染中的应用价值,选取我院在 2020 年 6 月至 2021 年 6 月之间接收的患有尿路感染的病患中的 90 人作为实验对象进行研究分析,其中男性患者 50 人,女性患者 40 人,年龄保持在 18-67 岁之间,平均年龄 37 岁,通过分类分为干化学组和沉渣组两部分,每组分别为 45 人来进行实验对比检验分析,并保证所有患者均无重大心脑血管疾病且临床资料完整,并对于此次实验均已知晓和同意。其中男性尿路感染患者年龄普遍偏大,其他基础资料也差距较大 $P<0.05$;女性尿路感染患者年龄偏低,其他基础资料也差距较小 $P>0.05$ 。实验对比价值很高,为之后的尿路感染治疗和检查奠定了基础。

1.2 方法

通过对我院在 2020 年 6 月至 2021 年 6 月之间接收的患有尿路感染的病患中的 90 人作为实验对象来分析尿常规干化学法和尿沉渣检查在尿路感染中的应用价值,对象选择必须严格控制是在 2020 年 6 月至 2021 年 6 月期间之内,且所有患者均无重大心脑血管疾病且临床资料完整,并对于此次实验均已知晓、得到谅解与签订同意书;首先应提前告知 90 名实验对象夜间 9:00 之后不能进食、不能饮水,到第二日晨起时最好留第一次晨尿做尿做检查;其次到达医院中指定地点后拿取容器再到指定提取点

汲取尿液且到达足够检测的 30ML 量送去我院专业的液体/体液检验科采用全自动尿液分析仪器按照使用说明书进行操作,进行尿常规干化学法的自动检测,冬日尿标本如果不能在两小时内化验或夏日尿标本放置时间较久,无法进行尿液分析化验或要分析的尿液成分不稳定,可加入特定的化学防腐剂,并予冷藏保存。尿沉渣检查法取混匀中段尿液的 10ML 放置在尿沉渣刻度离心管中 1500 转/min,离心 5min 后弃其上清液留下 0.2ML 沉渣混匀滴在载玻片进行镜检和高倍数计 10 个视野,所见的细胞计算平均数并及时记录,超过 5/HP 则计为阳性,所有检测符合国家相关规定、所有数据在正常状态下严格记录在案,且所有检测报告单患者人手一份;最后再综合所有尿常规干化学法和尿沉渣检查等几项检测的数据来分析此次实验的结果并进行总结。

1.3 观察指标

在 2020 年 6 月至 2021 年 6 月实验期间对比两组实验对象共 90 人的尿常规干化学法和尿沉渣检查等情况对红细胞、白细胞水平、白细胞计数阳性率、细菌计数阳性率、阳性阴性预测值等方面分析每位实验对象的尿路感染问题,通过尿量、尿色、透明度、比重和酸碱反应来辅助检查,报告单上具有阳性字样和“+”符号时表示患者具有尿路感染的可能,同时在尿常规项目中,尿蛋白与隐血在尿常规化验中占据绝对的意义,当尿蛋白与隐血出现+、+++、++++的情况时,多数情况下说明肾脏已经发生损伤,需积极及时治疗,以免小病发展到大病,直至到尿毒症。在完成所有相关实验记录后叮嘱患者注意事项,所有实验过程在符合相关规定下进行,观察指标符合国家规定。

2. 结果

一般在临床医学上通常会进行实验对照法来分析某个检测的相关结果;按照国家相关规定研究每个实验对象的检测数据并记录在案,因此为保证检查结果具有极高的研究讨论价值,通常会选取不同年龄段及不同性别的对象来进行实验为后续进行病例研究做出很大贡献提供了很重要的研究价值。

2.1 两组患者的白、红细胞水平检查结果

通过上述检测方式在 2020 年 6 月至 2021 年 6 月实验期间对比两组实验对象共 90 人的尿常规干化学法和尿沉渣检查等情况下如尿常规当中白细胞计数升高以及细菌计数升高,则可诊断为尿路感染。红细胞、白细胞水平检查结果差异较小无统计学意义($P>0.05$)对于本次实验对象的白、红细胞水平检查结果统计详情见表 1

表 1 两组患者的白、红细胞水平检查结果

分组	人数	白细胞	红细胞
干化学组	45	21.5±2.68	17.58±2.68
沉渣组	45	21.8±3.29	17.00±3.10
P	-	>0.05	>0.05

X ²	-	0.414	0.165
----------------	---	-------	-------

2.2 两组患者的白细胞计数阳性率和细菌计数阳性率的结果

通过上述检测方式在 2020 年 6 月至 2021 年 6 月实验期间对比两组实验对象共 90 人的尿常规干化学法和尿沉渣检查等情况下检查白细胞计数阳性率和细菌计数阳性率。患者的白细胞计数和细菌计数都呈现阳性会出现泌尿系统感染的情况，也就是尿路感染，泌尿系感染常见的致病菌主要有大肠杆菌、变形杆菌、葡萄球菌。人体在抵抗力低下时常常会引起泌尿系统的感染，感染的途径一般是经尿道上行传播或者经血液播散。其结果差异较小无统计学意义(P>0.05)对于本次实验对象的白细胞计数阳性率和细菌计数阳性率的检查结果统计详情见表 2

表 2 两组患者的白细胞计数阳性率和细菌计数阳性率的检查结果

分组	人数	白细胞计数阳性率	细菌计数阳性率
干化学组	45	20 (35.20)	5 (8.47)
沉渣组	45	19 (32.59)	5 (8.47)
P	-	>0.05	>0.05
X ²	-	0.150	0.000

2.3 两组患者的总体检测结果比较

通过上述检测方式在 2020 年 6 月至 2021 年 6 月实验期间对比两组实验对象共 90 人的尿常规干化学法、尿沉渣检查、白细胞计数阳性率和细菌计数阳性率等各项情况下根据检查结果发现尿常规干化学法和尿沉渣法检查能准确的鉴别是否患有尿路感染等症状，其检查结果差异较小无统计学意义(P>0.05)对于本次实验对象的总体检测结果比较统计详情见表 3

表 3 两组患者的总体检测结果比较

临床确诊	人数	阳性	阴性
干化学组	45	21	24
沉渣组	45	35	10
合计	90	56	34

3. 讨论与总结

3.1 讨论

在目前社会中尿常规干化学法和尿沉渣法检查鉴别是否患有尿路感染等症状的最重要的途径，两种检测方法虽原理不同但对尿路感染检查都起到重要作用。检测尿常规时采用干化学法严格采用全自动尿液分析仪器并且按照使用说明书进行操作，取患者新鲜尿液的 30ML 中的 10ML 混匀后浸没在测试纸条上，它是采取中性粒细胞酯酶法，纸条中吡啶酚酯在白细胞的粒细胞酯酶的作用下游离吡啶酚，则纸条中重氮盐形成紫色缩合物，而由于酯酶主要存在粒细胞中，少量的存在单核细胞，因此苏主要测定粒细胞，当影响粒细胞酯酶火星的因素出现就会影响结果造成假阴性；而在上皮细胞中具有和粒细胞类似酯酶容易产生假阳性；沉渣镜检法则在显微镜下直观分析，可以避免尿液中单核细胞与淋巴细胞造成假阴性，同时避免上皮细胞造成假阳性，但是当白细胞崩解如尿渗透压升高或者标本时间放置过长均可能出现假阴性，干化学法检测红细胞则是利用血红蛋白亚铁血红素具有过氧化物酶活性催化了氧化氢释放生态氧，这会导致受体偶联苯胺等氧化显色，因此会检测红细胞时还能检出游离血红蛋白，因此仅是干化学法检测血红蛋白尿也可能是尿液中有肌红蛋白或者氧化剂等产生假阳性；而尿液中含有大量的维生素 C 会产生假阴性尿沉渣镜检则可以观察到完整的红细胞与变形红细胞，但是对部分导致红细胞崩解的情况则无能为力，沉渣镜检法的阳性率要低于干化学法，因此对于肾脏疾病患者要联合使用干化学法和尿沉渣镜检法共同使用。

3.2 总结

尿常规检查在当今社会上是非常重要的体液检测项目之一，一般用在

泌尿系统疾病鉴别诊断中以及健康预防中，。目前随着尿液分析仪器的出现为临床节省了大量的人力和物力，但其重点检测的是尿液中的理化成分，容易出现假阳性或者假阴性，尿常规可用于帮助排查泌尿系、内分泌、血液等多个系统的疾病，其中泌尿系统疾病的诊断应用该项检查最为常见。尿路感染是由于某些因素导致病原菌通过上行感染、血行感染、直接感染甚至淋巴道感染的途径侵袭人体，并突破机体的防御后而引起机体发病；尿沉渣检查是利用显微镜观察尿液的沉淀物，检查尿液中是否有异常增多的管型、红细胞、白细胞、上皮细胞、结晶体等成分，尿沉渣还可发现细菌、真菌、脓细胞等成分，提示疾病较多，如急性膀胱炎、尿路感染、泌尿生殖系滴虫病、化脓性尿道炎等。各指标均有其临床意义，可帮助医生诊断疾病，还能帮助医生判断某些疾病的预后。为了对比两种检测方法应用在临床的准确性，我院在 2020 年 6 月至 2021 年 6 月期间进行了实验对比参照的方法分析了两种方法尿常规干化学法和尿沉渣法检查鉴别尿路感染。进行检查实验之前筛选实验对象只属于具有一定的泌尿系统疾病患者，并保证所有患者均无重大心脑血管疾病且临床资料完整，并对于此次实验均已知晓和同意。标本采集时尽量选择患者清晨起床的第一次排尿，因尿液浓缩度能更好的测出数据，检查前避免进行剧烈运动，宜持续休息 30min 以上。是否可服药需遵循医嘱。晨尿前需禁食和禁糖水、茶水、咖啡等。检查后须在第一时间内送到尿液标本采集窗口或护士站，不能超过 2 小时。整个过程无疼痛感(受试者需按医生指导自取样本检测)报告等待时间一般在 30 分钟左右可取(具体报告等待时间以采集告知提示为准)其西医病因有①尿路梗阻；②尿路畸形或功能异常；③局部创伤或防御功能降低；④全身性抵抗力低下；⑤妊娠和性生活。尿路感染为常见病，女性的发病率明显高于男性，约为(6-10)；在 20-40 岁的女性，和女性婴幼儿中尤为多见，50 岁以上男性也常发病。以上因素是导致慢性肾盂肾炎的重要原因。尿路感染会有以下症状出现：①.急性单纯性膀胱炎；②.急性单纯性肾盂肾炎③无症状菌尿是一种隐匿性尿路感染，多见于老年女性和妊娠期妇女，患者无任何尿路感染症状，发病率随年龄增长而增加。④复杂性尿路感染。患有此症状也无需紧张，应积极就医遵医嘱，保持心情舒畅积极治疗，疗程完毕后症状消失，尿菌阴性，并于第 2、6 周各复查尿菌 1 次，如均为阴性，可诊为近期治愈，追踪 6 个月无再发者为完全治愈。由此可见通过对实验患者的尿沉渣镜检法和尿干化学分析法检测尿常规来辨别是否有尿路感染症状起到关键作用，具有研究价值，也说明了尿常规干化学法和尿沉渣检查在尿路感染中的应用价值极高。

综上所述，尿沉渣镜检法和尿干化学分析法检测尿常规之间紧密相连，临床应将两种方法结合使用提高临床检验的准确性和可靠性，并且具有一定的经济性，通过两组实验对象共 90 人的白、红细胞水平、白细胞计数阳性率和细菌计数阳性率等检测结果得出在目前社会中尿常规干化学法和尿沉渣法检查鉴别是否患有尿路感染等症状的最重要的途径。具有极高的应用价值，为医疗事业做出贡献！

参考文献：

[1]黄春芬.尿常规分析中假阴性产生原因及苏改进措施[J]中国基层医药, 201320(11):1650-1651

[2]韩淑娥, 孟芝君.仪器法和干化学法用于尿液红细胞和白细胞检测的对比分析[J].中国药物与临床, 2014, 14(1): 128-130.

[3]顾文刚, 陈激扬.尿干化学法与沉渣镜检联合检测尿红细胞及白细胞的临床意义[J].国际检验医学杂志, 2011,32(10): 1127-1128

[4]姜玲, 程光敏, 姜淑慧, 等.沉渣镜检法和干化学法检测尿液红细胞和白细胞结果分析[J]中国医学创新, 20118(21): 53-55

[5]丁磊, 王青, 王剑飏.临床检验一万个为什么.基础检验分册北京:人民卫生出版社,2018.

[6]熊立凡.临床检验基础.第 4 版.北京:人民卫生出版社, 2007

[7]丁振若,于文彬,苏明权.实用检验医学手册.第 2 版.北京:人民军医出版社, 2008.

循证护理干预模式在慢性肾炎护理中的应用效果观察

朱春梅

安徽省宣城市泾县医院

摘要：目的 探究在慢性肾炎患者护理中应用循证护理干预模式的临床效果。方法：此次研究采取随机盲选法，将 2021 年 1 月至 2022 年 3 月进入我院接受治疗的慢性肾炎患者共计 60 例划分为 2 组，对照组（n=30，采用常规护理模式），观察组（n=33，采用循证护理干预模式），比较两组患者血脂水平改善情况、睡眠质量、护理满意度以及自我护理能力。结果：护理前，两组患者血清中总胆固醇、尿素氮、甘油三酯以及 24 h 尿蛋白定量水平未见差异（ $P>0.05$ ）；护理后，两组患者血清中总胆固醇、尿素氮、甘油三酯以及 24 h 尿蛋白定量水平均降低，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。睡眠总时间、觉醒次数、入睡潜伏期时间两组比较，其中觉醒次数和入睡潜伏期时间观察组少于对照组，睡眠总时间观察组长于对照组（ $P<0.05$ ）。与对照组比较，观察组护理满意度较高，差异显著（ $P<0.05$ ）。健康知识水平、自我概念、自护责任感以及自我护理技能等 ESCA 评分护理前组间无显著差异（ $P>0.05$ ），护理后 ESCA 各项指标评分均增高，观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：采用循证护理干预模式应用在慢性肾炎患者护理中可取得显著突出作用效果，利于改善患者血脂水平和自我护理能力，提升患者睡眠质量，获得了患者的满意认可，建议临床推广应用。

关键词：循证护理干预模式；慢性肾炎；睡眠质量；血脂水平；自护能力

慢性肾炎又称慢性肾小球肾炎，是临床常见病，主要症状表现为水肿、血尿以及蛋白尿，可伴发高血压^[1-2]。慢性肾炎主要病因是免疫介导炎症，病情缓慢进展，造成患者不同程度的肾功能减退，如果治疗不及时或者治疗效果不佳，可加重病情，存在恶变风险，最终发展为肾衰竭^[3]。慢性肾炎患者需要住院接受规范化的治疗，治疗时间比较长，花销大，并且患者长期承受疾病困扰，反复无常，给患者身心健康带去极大影响^[4]。药物治疗虽然可在一定程度上促使患者临床症状缓解，但是慢性肾炎治疗周期较长，最终导致患者难以取得理想治疗效果，为提升治疗效果，积极强化护理干预工作则具有十分重要的作用价值，可促进患者病情康复^[5]。鉴于此，本研究以 2021 年 1 月至 2022 年 3 月作为研究时间区间，共计选取 60 例慢性肾炎患者展开分析，探究了循证护理干预模式的作用价值，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

2021 年 1 月至 2022 年 3 月，选取慢性肾炎患者共 60 例，根据随机盲选法进行分例，每组各 30 例患者，分别为观察组和对照组。对照组患者男性 17 例，女性 13 例，年龄 62~81 岁，年龄均值（ 71.41 ± 6.34 ）岁，病程介于 3 到 18 年之间、病程均值为（ 9.86 ± 3.15 ）年；观察组患者男性 11 例，女性 19 例，年龄 63~82 岁，年龄均值（ 71.83 ± 6.65 ）岁，病程介于 3 到 19 年之间、病程均值为（ 10.14 ± 3.36 ）年。两组患者一般资料比较差异不明显（ $P>0.05$ ），可以进行临床试验。

纳入标准：（1）研究对象符合慢性肾炎诊断标准^[6]：①研究对象符血尿或蛋白尿；②研究对象肾功能不全、伴随高血压；③研究对象符病史 >6 个月。（2）研究对象对本次研究知情，自愿参加。（3）研究对象符经医院伦理委员会批准同意。

排除标准：（1）研究对象并发肾衰竭患者；（2）研究对象并发恶性肿瘤者；（3）研究对象处于妊娠期或哺乳期妇女；（4）研究对象并发精神疾病者。

1.2 方法

将常规护理模式应用于对照组患者中，包括：（1）对患者休息时间予以合理调整，预防病情复发，预防肾病综合征，并维持患者良好睡眠质量，拟定科学合理的作息时间表。（2）环境护理。定期对病房实施消毒和清洁，维持空气清新，定期通风换气，维持病房处于干净状态，预防交叉感染，减少探视，为患者提供舒适的住院环境。

应用循证护理干预模式于观察组患者内，具体方法如下：（1）提出问题。对慢性肾炎护理期间可能出现的问题予以总结，强化沟通交流，确定需要解决的问题，比如：不良情绪的调整方法、患者日常生活类需要注意的事项与常见问题、最大程度发挥药物作用效果的方法。（2）询证支持。通过万方、知网、维普等资料库搜索相关文献，寻找解决方案，确定方案前由具备丰富经验的护理人员与临床实践内容相结合实施总结和分析，确定护理方案具备真实性和实用性。（3）拟定护理计划。由具备丰富经验的

护理人员结合疾病特点和心理特征拟定针对性的护理方案。（4）实施护理方案。①心理护理：增强对患者的心理干预，去除不良因素对患者的影响，逐渐消除患者紧张、焦虑的心理，要多关心、尊重患者，并积极主动地与患者交谈，鼓励患者表达，认真倾听患者诉求，还要让家属多陪伴患者，增加患者的心理支撑点。②在为患者普及知识的过程中保持绝对的耐心，及时回答患者和家属提出的问题，并让患者和家属理性看待疾病、治疗和护理，提高患者的配合度。让家属掌握更多预防疾病的措施，提高家属护理患者的能力。③对患者饮食进行关注，让家属保障每天饮食的均衡性，保障食物的易消化性，让患者每日饮用足量的水，保障肠道蠕动，防止便秘等。④对患者用药进行关注，严格遵医嘱进行，并对有药物过敏史的患者格外关注，避免过敏药物的摄入。护理人员要对患者出现的不良反应进行关注，一旦发现患者血压异常、蛋白尿增多等，要第一时间上报医生及时采取措施。还要对患者生命体征、病情变化等数据进行记录。⑤生活护理。叮嘱患者维持卧床休息 1 到 2 个月，促进病情康复，病情稳定后进行适当有氧运动，养成良好作息规律，控制运动时间和强度，提升睡眠质量的，活动过程中需家属陪同，预防发生突发事件。与此同时，严格执行无菌操作，对患者指甲予以打理，预防皮肤刮伤，诱发感染，对探视次数和人数予以控制，积极做好口腔护理。

1.3 观察指标

比较两组患者血脂水平改善情况、睡眠质量、护理满意度以及自我护理能力。

1.3.1 血脂指标包括血清中总胆固醇、尿素氮、甘油三酯以及 24 h 尿蛋白定量、肌酐水平。

1.3.2 睡眠质量包括睡眠总时间、觉醒次数、入睡潜伏期时间。

1.3.3 以自制满意度评价量表评估患者护理满意度，总分 100，80~100 分表示非常满意；60~79 分表示满意； <60 分表示不满意。 $\frac{\text{总得分}-\text{不满意得分}}{\text{总得分}} \times 100\% = \text{护理满意度}$ ^[7]。

1.3.4 自护能力分别于干预前和干预后 4 周后采用自我护理能力测定量表（ESCA）评分实施评估，涉及健康知识水平、自我概念、自护责任感以及自我护理技能四个维度，43 个条目，通过 Likert5 级计分法，总分介于 0~172 分之间，评分越高提示自护能力越强^[8]。

1.4 统计学方法

本次研究所获得的所有相关数据处理分析，均采用 SPSS22.0 统计软件进行。符合正态分布，以“[例（%）]”表示计数数据，以“ χ^2 ”检验差异，以“（ $\bar{x} \pm s$ ）”表示计量数据，以“ t ”检验差异， $P<0.05$ ，代表有意义。

2 结果

2.1 两组血脂水平护理前后变化情况比较分析

护理前，两组患者血清中总胆固醇、尿素氮、甘油三酯以及 24 h 尿蛋白定量水平未见差异（ $P>0.05$ ）；护理后，两组患者血清中总胆固醇、尿素氮、甘油三酯以及 24 h 尿蛋白定量水平均降低，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 1：

表 1: 对比分析自血脂水平改善情况组间差异 ($\bar{x} \pm s$)

组别	病例数	总胆固醇 (mmol/L)		尿素氮 (mmol/L)		甘油三酯 (mmol/L)		24 h 尿蛋白定量 (g)	
		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	30	8.62±1.51	7.52±0.81	6.41±1.22	0.91±0.80	2.71±0.51	2.21±0.80	1.91±0.92	0.92±0.71
观察组	30	8.61±1.42	6.22±0.51	6.31±1.10	5.51±0.62	2.72±0.61	1.51±0.52	1.92±0.81	0.51±0.42
<i>t</i>	/	0.026	7.439	0.333	24.893	0.069	4.018	0.045	2.722
<i>P</i>	/	0.979	0.000	0.740	0.000	0.945	0.000	0.965	0.009

2.2 两组睡眠质量比较分析

睡眠总时间、觉醒次数、入睡潜伏期时间两组比较, 其中觉醒次数和入睡潜伏期时间观察组少于对照组, 睡眠总时间观察组长于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2:

表 2: 对照比较睡眠质量组间差异 ($\bar{x} \pm s$)

组别	病例数	睡眠总时间 (小时/天)	觉醒次数 (次/天)	入睡潜伏期 时间 (min)
对照组	30	5.79±1.86	3.47±0.42	46.90±5.85
观察组	30	8.19±1.37	1.16±0.36	20.34±2.42
<i>t</i>	/	5.690	22.872	22.979
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000

2.3 两组护理满意度比较分析

表 4: 对比分析自护能力改善情况组间差异 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	病例数	健康知识水平		自我概念		自护责任感		自我护理技能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	33.21±3.32	42.12±4.88	17.86±4.29	24.36±4.77	14.07±2.46	22.98±3.43	15.64±3.42	25.82±4.65
观察组	30	33.26±3.24	49.25±5.15	17.55±4.39	28.59±5.32	13.65±2.37	27.64±4.60	15.55±3.37	30.36±5.19
<i>t</i>	/	0.059	5.504	0.277	3.243	0.673	4.448	0.103	3.568
<i>P</i>	/	0.953	0.000	0.783	0.002	0.503	0.000	0.918	0.001

3 讨论

慢性肾炎是一种起病方式复杂, 病情迁延、缓慢进展的慢性炎症性疾病, 最终将发展为慢性肾衰竭^[9]。由于慢性肾炎的病理类型不同、病期不同, 导致该病的临床表现各异, 呈现出多样化表现, 主要临床表现为血尿、蛋白尿、高血压和水肿^[10]。慢性肾炎是一种慢性炎症疾病, 病情发展缓慢, 治愈困难, 容易复发, 患者受到疾病影响较大, 生活质量严重下降, 容易受到各种压力源的影响刺激, 产生不同程度的压力反应, 对疾病治疗和预后产生不利影响。为提升患者治疗效果, 积极有效的护理措施, 则利于患者病情康复^[11]。

此次研究结果提示, 护理后, 两组患者血清中总胆固醇、尿素氮、甘油三酯以及 24 h 尿蛋白定量水平均降低, 观察组低于对照组; 睡眠总时间、觉醒次数、入睡潜伏期时间两组比较, 其中觉醒次数和入睡潜伏期时间观察组少于对照组, 睡眠总时间观察组长于对照组; 与对照组比较, 观察组护理满意度较高, 差异显著; 护理后 ESCA 各项指标评分均增高, 观察组高于对照组。由此可知, 采用循证护理干预模式应用在慢性肾炎患者护理中可取得显著突出作用效果, 利于改善患者血脂水平和自我护理能力, 提升患者睡眠质量, 获得了患者的满意认可, 分析原因: 循证护理干预模式属于一种新型护理模式, 具备全面性、科学性、安全性, 利用护理方案确定、查询相关资料、拟定护理方案等措施, 可有效调动护理人员学习相关护理技能的积极性, 对护理专业素质提升和护理效果具备提升作用, 从而可为病人提供优质护理服务, 维持良好护患关系^[12]。为病人提供热情、微笑的服务, 可帮助患者树立起疾病康复信心, 同时利用后期护理方案总结、归纳以及整理, 可有效提升护理质量, 建立优质护理模式, 属于先进性护理理念之一, 可提升护理质量, 降低各类护理人员之间的纠纷事件, 可确保临床护理工作具备安全性^[13]。

综上所述, 采用循证护理干预模式应用在慢性肾炎患者护理中可取得显著突出作用效果, 利于改善患者血脂水平和自我护理能力, 提升患者睡眠质量, 获得了患者的满意认可, 建议临床推广应用。

参考文献:

与对照组比较, 观察组护理满意度较高, 差异显著 ($P < 0.05$)。见表 3:

表 3: 对照比较护理满意度组间差异[n (%)]

组别	病例数	不满意	满意	非常满意	护理满意度
对照组	30	8 (26.67)	12 (40.00)	10 (33.33)	22 (73.33)
观察组	30	2 (6.67)	8 (26.67)	20 (66.67)	28 (93.33)
χ^2	/	/	/	/	4.320
<i>P</i>	/	/	/	/	0.038

2.4 两组患者自护能力护理前后变化情况比较分析

健康知识水平、自我概念、自护责任感以及自我护理技能等 ESCA 评分护理前组间无显著差异 ($P > 0.05$), 护理后 ESCA 各项指标评分均增高, 观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4:

[1]唐倩,张瑞.循证护理干预模式在慢性肾炎护理中的应用效果[J].首都食品与医药,2018,25(24):109.

[2]苏健.循证护理干预对慢性肾炎患者睡眠以及生命质量的改善作用[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(02):318-320.

[3]陈冰冰,许惠婷.中药滋肾方联合中医护理对慢性肾炎患者肾功能和不良反应的影响[J].基层医学论坛,2022,26(06):30-32.

[4]邓梅芳.睡眠护理及心理干预对慢性肾炎患者睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(01):111-113.

[5]高晓芳,杜利.Anycheck 健康管理模式结合以家庭为中心的协同护理对慢性肾炎患者自我管理能力和疾病自我感受负担的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(28):174-176.

[6]李晓.循证护理在慢性肾炎病人中的应用研究[J].循证护理,2021,7(08):1075-1078.

[7] Zhuang Y, Pan Z, Li M, et al. The effect of evidence-based nursing program of progressive functional exercise of affected limbs on patients with breast cancer-related lymphoedema[J]. American Journal of Translational Research, 2021, 13(4):3626-3633.

[8]蔡敏华.慢性肾炎综合征患者实施人文关怀护理的效果观察[J].中国卫生标准管理,2021,12(09):142-144.

[9]唐慧佳.常规护理联合心理干预在慢性肾炎治疗中的效果[J].心理月刊,2021,16(07):103-104.

[10]闫萍.循证护理干预模式在慢性肾炎护理中的临床应用效果评价[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(32):263-264.

[11]唐倩,马媛.协同联合认知行为护理对慢性肾炎患者治疗依从性及自我效能的影响[J].实用中西医结合临床,2020,20(16):141-142.

[12]魏敦珍.循证护理干预改善慢性肾炎患者睡眠质量及生命质量的影响观察[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(10):1832-1833.

[13]许小玲.循证护理干预模式对慢性肾炎患者自我效能及遵医行为的影响[J].基层医学论坛,2020,24(21):2975-2977.

肿瘤化疗药物应用中不良反应的临床研究

陈绪富

大冶市人民医院 湖北大冶 435100

摘要：目的:探究肿瘤化疗药物应用中不良反应。方法:一、将胃癌和大肠癌患者作为本次研究对象，收治时间在 2020 年 8 月~2021 年 8 月，将 100 例患者按照电脑随机法分组，观察组 50 例实施 FOLFOX6 化疗方案治疗、对照组 50 例实施 XELOX 化疗方案，比较和分析两组不良反应情况。二、选取九十例肿瘤患者进行研究，对患者的病例、资料进行研究统计，分析肿瘤化疗药物中的不良反应等信息。结果:一、观察组和对照组在不良反应总发生率的比较中，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。二、脑肿瘤患者的年龄分布均匀。结论:一、两种化疗方案在胃癌和大肠癌的治疗中总体安全性较高，不良反应较为相似。二、肿瘤化疗药物中九十例患者出现不良反应的共有三十四例、出现脱发的 4 例、手足综合征 33 例、腹泻 14 例、外周神经毒性 43 例、纳差 37 例。

关键词：肿瘤；化疗药物；不良反应

在临床常见恶性肿瘤疾病中，胃癌和大肠癌具有极高发生率，并且发病率和死亡率无下降趋势，增加早期诊断和治疗难度。目前临床对于该疾病一般以根治手术治疗为主，但该类患者 5 年生存率仅为 40%，多数患者死亡原因为肿瘤的复发和肿瘤的转移^[1]。而根据近年来研究显示，对于未出现远处转移者，行姑息切除手术效果和未进行手术切除患者相比具有更好的疗效，故此需积极寻求安全有效的治疗方法，从而使手术切除率得以提高，特别对于根治性切除率，其作为改善患者预后的目标。目前临床对于胃癌和大肠癌的术后辅助化疗标准方案为 FOLFOX 方案，能够使辅助化疗的疗效得以提高，但不良反应也随之增加。奥沙利铂联合卡培他滨是临床治疗多种恶性肿瘤的常见方案，能够使患者顺利完成术后辅助化疗的全部疗程，但临床对于该方案的不良反应的研究较少^[2-3]。本文目的在于探究肿瘤化疗药物应用中不良反应，具体内容见下文。

1. 资料/方法

1.1 基线资料

本次研究对象为胃癌和大肠癌患者，共 100 例，按照随机抽签方式分组，每组 50 例，研究起始时间在 2020 年 8 月、终止时间在 2021 年 8 月。纳入标准:（1）年龄在 18 岁以上；（2）术后病理证实为 TNM 分期为 II 期或 III 期；（3）ECOG 评分为 0 分或 1 分。排除标准:（1）合并其他恶性肿瘤疾病；（2）处于哺乳期或妊娠期。

观察组中 36 例为男性、14 例为女性，平均年龄 54.25 ± 3.85 （23~83）岁；临床分期:IIa 期 38 例、IIb 期 10 例、IV 期 1 例、IIIb 期 1 例。对照组中 35 例为男性、15 例为女性，平均年龄 54.89 ± 3.71 （24~83）岁；临床分期:IIa 期 37 例、IIb 期 10 例、IV 期 2 例、IIIb 期 1 例。两组基线资料中进行比较，（ $P>0.05$ ），差异无统计学意义。

1.1.1 方法

对照组采用 XELOX 化疗方案:给予其 L-OHP $123\text{mg}/\text{m}^2$ ，Cap $922\text{mg}/\text{m}^2$ ，每日 1 次，治疗 2 周为一疗程。

观察组采用 FOLFOX6 化疗方案治疗，L-OHP 剂量为 $113\text{mg}/\text{m}^2$ ，5-FU 剂量在 500mg ，每日一次，治疗 2 周。

1.1.2 观察指标

比较两组各项不良反应情况，包括恶心、纳差、外周神经毒性、手足综合征、白细胞/中性粒细胞减少、外周静脉炎。

1.1.3 统计学方法

在本研究数据中，计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）形式表示，用 T 值进行检验，计数资料以（%）的形式表示，并以 χ^2 检验，核算软件:SPSS28.00， $P<0.05$ ，说明以上数据存在明显差异。

1.2 结果

观察组不良反应总发生率为 6.00%、对照组不良反应总发生率为

10.00%，经统计处理，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。如表 1:

表 1:不良反应情况的对比（n；%）

组别	恶心	纳差	外周神经毒性	手足综合征	白细胞/中性粒细胞减少	外周静脉炎
观察组	1（2.00）	1（2.00）	0	0	0	1（2.00）
对照组	2（4.00）	1（2.00）	0	1（2.00）	1（2.00）	0
χ^2 值				0.544		
P 值				0.461		

1.3 讨论

肿瘤新辅助化疗在临床又被称之为术前化疗或诱导化疗，其目的在于缩小肿瘤，将手术根治性切除率得以提高，达到治疗目的^[4]。目前临床常见辅助化疗方案较多，其中奥沙利铂联合卡培他滨是常见方案，主要用于大肠癌和胃癌的治疗中，并且研究显示，该药物和 5-FU 联用能够对 5-FU 产生敏感作用，能够产生协同的抗癌作用，而 Cap 作为一种新型口服嘧啶类抗代谢药物，是 5-FU 的前体，人体经口服后，一般通过三步代谢，最后经胸腺嘧啶脱氢酶催化转变为 5-FU，也是 L-OHP 联合 Cap 治疗大肠癌和胃癌的基础理论。

新辅助化疗方式包括两种，即术前全身性给药、局部性给药，而在胃癌治疗中，比如静脉注射或口服化疗药物，通常在数分钟至半小时内，患者血液循环中的药物浓度能够达到峰值，但由于多数患者在人体肝内降解，导致化疗药物在机体内仅能够维持 2 小时至 3 小时，导致药物作用消失，当药物到达靶器官时，其局部浓度较低，无法达到治疗浓度，且骨髓、肾、肝等副作用明显加重。而理想的肿瘤化疗给药方式应保证化疗药物能够直接到达靶组织区域，并且呈现高浓度分布，但对于肿瘤区域以外的正常组织，其药物浓度较低。而在本次研究药物中，L-OHP 的剂量限制性毒性为累积性外周神经毒性、急性可逆性感觉迟钝，无心脏毒性、耳毒性、肾毒性，存在轻中度的血液毒性，包括血小板减少、白细胞减少，而 Cap 的毒性反应包括偶发骨髓抑制、黏膜炎、腹泻、手足综合征^[5]。

综上所述，在胃癌和大肠癌辅助化疗中，XELOX 和 FOLFOX6 方案

的不良反应具有诸多相似之处,常见不良反应包括纳差和恶心,血液毒性较轻,总体安全性较高,值得进一步推广与探究。

2. 资料/方法

2.1 临床资料

随机选取九十例志愿肿瘤患者,一共九十例其中男性占比 44 例,女性占比 46 例,年龄在 12 到 67 岁之间。其中肿瘤位置位于乳腺的共有 16 例,尾部有 19 例,子宫 10 例,支气管和肺部等位置 22 例,其他部位 23 例。

2.2 一般方法

我们对九十例的肿瘤患者的病例、化疗资料等进行研究和统计,其中包含有患者的年龄、性别以及初次化疗的治疗方案实践和不良反应记录等等,将以上信息进行整理计算,分析肿瘤化疗药物对人体产生的不良影响以及影响因素,从而调整化疗的法案。

2.2.1 观察指标

肿瘤化疗药物的不良反应观察指标主要体现在患者的恶心、腹泻、脱发、神经毒性以及手足综合征上。

2.2.2 结果

在九十例肿瘤患者的病例中,其中出现恶心的病例有三十四例,脱发的病例有 4 例,纳差的病例有三十七例,手足综合征有三十三例,腹泻十四例,外周神经毒性占比四十三例。在这些病例中,有不同的化疗药物对患者作用的不同的影响,通过分析,主要结论如下。肿瘤化疗药物的常见不良反应是消化系统的不良反应,也就是出现腹泻,在这个过程中铂类药物(顺铂、奥沙利铂)引发消化系统的不良反应概率为百分之五十六,抗管类药物引发消化系统不良反应的概率为百分之五十五,拓扑异构酶类药物引发消化系统不良反应的概率为百分之二十一,抗代谢类药物引发的消化不良反应概率为百分之六十五,此外,还存在有一些化疗药物对心脏会有一定的损伤,例如阿霉素。

2.3 讨论

化疗是目前治疗肿瘤最有效的手段,对肿瘤细胞的杀伤力较强,效果反馈快,能够使得病情在一段时间内得到有效的控制,但是由于化疗药物没有明显的靶向性,因此在杀死肿瘤细胞的过程中也会对正常细胞造成危害,从而威胁到肿瘤患者的正常身体健康。因此,我们要加快医疗技术的发展,提高技术的创新以及肿瘤化疗的水准,为肿瘤患者做到治疗的同时保护健康的细胞,在实行化疗的过程中也可联合手术治疗等措施,以达到帮助患者恢复健康提高生活质量的目的。要发展化疗技术手段,我们就必须要认清化疗会对人体造成的损害,选择合适的抗肿瘤药物配合化疗,在保障化疗效果的基础上减少化疗药物对患者造成的影响,减轻患者的化疗痛苦。通过本次研究,我们发现,肿瘤化疗药物的应用会出现很多的不良反应,特别是针对于消化系统主要原因是由于抗肿瘤药物多为西药,成分复杂,并且难以对质量进行控制,其次就是很多抗肿瘤的都属于复方药剂,因此抗原或者半抗原会产生很多过敏反应,最后,抗肿瘤药物中含有微粒,这些成分是对人体有害的,因此,我们得出杰顿,抗肿瘤药物本身就存在很多无法解决的不良影响的隐患,因此在实际化疗的过程中,我们应当坚持科学合理的用药,搭配其他的方式解决化疗出现的不良反应。

本次研究会九十例肿瘤患者的化疗报告作出研究和统计,发现有不良反应的肿瘤患者在 48 岁以上的有 26 例,占总患者的百分制二十八,这些四十八岁以上的二十六例病人造成不良反应的主要原因有以下几点。第一,肿瘤患者的治疗周期过长,造成了肝肾功能的衰退,肾小球滤过率与肾小管的分泌能力有所下降,导致经过生上的血液变少,对人体的排毒功能造成了一定的影响。第二,肿瘤患者的年龄过大,肝功能衰退,肝功能的衰退导致肝血流量减少,并且肝药酶活性减弱,这就导致肝的解毒能力

被弱化,不能针对化疗药物中的毒素解读。第三,由于患者的年龄以及身体素质的不同,用药的数量也有所不同,用法也不仅相同,这就导致药物的临界值很难控制,化疗药物的毒素逐渐在患者体内激烈,导致老年患者容易因为用药造成医疗事故。

对肿瘤化疗药物的相关研究表示,肿瘤化疗药物的临床使用中都会存在一些不良反应,这些不良反应是由于患者本身的抵抗力导致的也是由于化疗药物本身的毒性导致的,患者的身体素质以及年龄都对化疗药物的不良反应有着影响,通常情况下,化疗药物的毒性副作用很大,因此在肿瘤治疗的过程中需要根据肿瘤患者的实际情况将肿瘤药物的用法和使用时间进行控制,严格禁止随意减少化疗药物的用量和增加用量,不得提前终止或者延后化疗的时间,医院也应当提高化疗的水平和质量,减少用药的不良反应,提高患者的生活质量。此外,医院 HIA 可以建立肿瘤化疗药物的反应报告机制,将更多的案例分析汇集到一起,能够有效的预防和控制不良反应的发生。与此同时需要构建联合机制,加强医护人员与患者以及临床药师之间的联系,随时进行信息的共享,保障患者在出现不良反应的情况下能够及时对患者的情况作出反应和调整,提出解决措施。在患者的不良反应中,临床药师的责任重大,要对肿瘤患者进行定期的不良反应的调查和分析,并对调查和分析进行研究,追求根源,为临床中应用肿瘤化疗药物提出更好地治疗意见,从而有效提高肿瘤治疗中,肿瘤药物的治疗水平。总而言之,肿瘤治疗药物产生的不良反应与人的身体素质以及生活习惯也是有一定的关联的,并且不良反应对人体器官的损害程度也大相径庭,因此,我们在进行了解的过程中,必须更加全面地了解化疗药物的应用不良反应,找到相关的解决办法,为患者选择更为合适的化疗方案,减少不良反应,避免医疗事故的发生。

3. 总结

根据我们采用两种不同的分析方式对肿瘤化疗药物的不良反应的分析,我们可以知道,目前对于彻底解决肿瘤化疗药物的不良反应我们还存在一定的差距,但是我们可以通过大量的研究数据来做支撑,尽量避免出现由于不良反应出现的医疗事故,在化疗治疗的过程中,也应当结合其他的治疗手段进行治疗,例如手术治疗或者是药物配合治疗,帮助患者在一定程度上减轻化疗过程的痛苦,在化疗的过程中也要关心患者的心理健康,调整好患者面对疾病的心态有助于帮助病人谨遵医嘱,不会随意更改用药的剂量从而导致出现不良反应,帮助患者恢复健康。同时,化疗的治疗也是一个长期的过程,只能保障患者一段时间的身体健,因此在医学中,我们也需要对化疗的效果重视起来,建立医疗信息库,通过对大数据的比对,寻找根治肿瘤病症的方式,解决目前医学上对于肿瘤治疗面对的困境。

参考文献:

- [1]张萍,汪龙德,刘俊宏,等.恶性肿瘤化疗后消化道反应的中西医发生机制及治疗进展[J].医学综述,2021,27(23):4640-4644.
 - [2]中华中医药学会血液病分会,中国中西医结合学会肿瘤专业委员会,北京中西医结合学会肿瘤专业委员会.肿瘤化疗相关性血小板减少症中医药防治专家共识[J].北京中医药,2021,40(5):451-455.
 - [3]王婧亚,阙琳玲,何柳,等.Nrf2 激动剂干预肿瘤化疗药物毒性的研究进展[J].肿瘤,2020,40(11):801-808.
 - [4]李小洁,杨红霞,王梅,等.隔药灸联合昂丹司琼在预防铂类化疗药物致恶心呕吐的临床研究[J].实用癌症杂志,2020,35(5):863-866.
 - [5]张红凯,卜雯静,朱庆.参附注射液防治化疗药不良反应临床疗效研究进展[J].北京中医药,2020,39(2):185-187.
- 作者简介:陈绪富,(1982.9-),男,湖北大冶,汉,本科,主管药师,研究方向:药物制剂。

无痛分娩技术在产科临床的应用及其对分娩过程的影响

陈志飞 王萍

平度市人民医院 山东青岛 266700

摘要：目的：无痛分娩技术在产科临床的应用及其对分娩过程的影响。方法：本次研究从本院 2021 年 8 月-2022 年 1 月收入的产妇中按照分娩方式不同分层、随机抽取 94 例，其中对照组接受常规分娩指导，观察组接受无痛分娩指导，分析分娩情况。结果：观察组的产程、产后出血量显著低于对照组；观察组阴道分娩率高于对照组，剖宫产率更低，缩宫素应用率更高，指标对比 ($p<0.05$)；对比分娩问题：观察组存在分娩问题 3 例 (6.38%)，对照组存在分娩问题 9 例 (19.15%)，($p<0.05$)。对比综合护理满意率：观察组综合满意 45 例 (95.74%)，对照组综合满意 39 例 (82.98%)，($p<0.05$)；干预后观察组的 SDS、SAS、VAS 指标显著降低，SF-36 指标显著提升，对比对照组结果 ($p<0.05$)。结论：无痛分娩技术可提升产妇的分娩效果，阴道分娩成功率高且可减少产妇的疼痛感，产后出血量较低，但使用缩宫素的频率增加，故建议针对产妇体质和个体需求予以选择。

关键词：无痛分娩技术；产科临床；应用；分娩过程

产妇分娩过程疼痛感多发生在第一产程和第二产程阶段，伴随着宫口扩展、胎儿分娩和胎盘娩出，很多产妇对疼痛极为敏感，接受程度较低可能会降低阴道分娩。剖宫产可以帮助产妇顺利分娩，但是会留下创口，一方面容易感染，另一方面形象不美观。无痛技术是当前创伤小且疼痛感较低的分娩技术，主要是镇痛和镇静的方式帮助产妇减少疼痛，让产妇配合助产士顺利分娩，在产科中有所应用^[1]。本次研究对收入的产妇的分娩情况进行研究，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 2021 年 8 月-2022 年 1 月收入的产妇中按照分娩方式不同分层、随机抽取 94 例，其中对照组接受常规分娩指导，观察组接受无痛分娩指导；对照组 47 例，经产妇 23 例，年龄为 24.6 岁-39.8 岁，平均年龄为 (33.9±1.12) 岁，初产妇 24 例，年龄为 20.3 岁-36.6 岁，平均年龄为 (27.9±1.53) 岁。观察组 47 例，经产妇 26 例，年龄为 25.5 岁-39.4 岁，平均年龄为 (33±1.12) 岁，初产妇 21 例，年龄为 22.7 岁-36.8 岁，平均年龄为 (27.5±1.69) 岁。两组基本资料无差异，($p>0.05$)，有可比性。纳入标准：产妇接受检查后无胎位异常问题；产妇都为足月且单胎妊娠。排除标准：合并癌症、精神疾病产妇；分娩后有胎儿畸形的问题；死胎；不愿意接受研究的对象。所有的对象对分娩活动均知晓，自愿参与研究，签署知情同意书。

1.2 方法

对照组接受常规分娩，初期阴道分娩前接受产前心理指导干预，助产士帮助产妇分娩且监测产程，做好分娩准备和转产方式准备。

观察组接受无痛分娩技术，主要的步骤如下：产妇接受分娩指导，对无痛分娩技术指导。保持合适的体位接受镇痛泵硬膜外麻醉，宫口开 3cm 左右的时候为产妇的 L2-L3 予以间隙外穿刺，同时为产妇硬膜外腔注入 5ml 的利多卡因，及时观察产妇体征，后续注入盐酸罗帕卡因，控制疼痛；后将芬太尼联合盐酸罗帕卡因混合并注入微量泵进行持续镇痛，维持剂量为 6-8mL/h。第二产程后宫口全开且停止泵送药物，分娩后输注药物到分娩结束。助产士严格观察产妇的生命体征如血氧饱和度、分娩、心率变化等，宫缩乏力者需要联合静脉滴注缩宫素促进宫缩，以便顺利分娩。

1.3 观察指标

对比两组产妇临床分娩结果如分娩方式、产程、出血量、分娩期间(后)存在问题。

对比两组产妇分娩的满意评价，指标有十分满意、基本满意、不满意。

对比两组产妇在助产分娩过程前后 SDS、SAS、VAS 和 SF-36 指标改善情况^[2-4]。

1.4 统计学分析

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 两组产妇基本信息对比见表 1

($p<0.05$)，差异显著，有统计学意义。观察组和对照组的基线资料对比无显著差异 ($p>0.05$)，无统计学意义，有可比性。

表 1 两组产妇基本信息对比[n (%)]

	指标	观察组	对照组	χ^2	p
高龄产妇	是	17 (36.17)	18 (38.3)	0.0455	0.8310
	否	30 (63.83)	29 (61.7)	0.0455	0.8310
孕周	<40 周	10 (21.28)	12 (25.53)	0.2374	0.6261
	40-44 周	32 (68.09)	29 (61.7)	0.4203	0.5168
	44 周以上	5 (10.64)	6 (12.77)	0.1030	0.7483
	腹痛恶心	22 (46.81)	23 (48.94)	0.0426	0.8364
伴随症状	血糖异常	7 (14.89)	4 (8.51)	0.9266	0.3357
	血压异常	5 (10.64)	6 (12.77)	0.1030	0.7483
	气促乏力	12 (25.53)	15 (31.91)	0.4677	0.4941
	其他	3 (6.38)	4 (8.51)	0.1544	0.6944
流产史	有	12 (25.53)	15 (31.91)	0.4677	0.4941
	无	35 (74.47)	32 (68.09)	0.4677	0.4941
妊高症	无	12 (25.53)	14 (29.79)	0.2127	0.6447
	未知	35 (74.47)	33 (70.21)	0.2127	0.6447

2.2 两组产妇分娩情况见表 2

观察组自然分娩率高于对照组，剖宫产率低于对照组且有差异，($p<0.05$)，两组阴道助产对比无显著差异 ($p>0.05$)，缩宫素使用率显著高于对照组 ($p<0.05$)，差异显著，有统计学意义。

表 2 两组产妇分娩情况对比[n (%)]

小组	例数	自然分娩	阴道助产	剖宫产	缩宫素应用
观察组	47	39 (82.98)	5 (10.64)	3 (6.38)	44 (93.62)
对照组	47	29 (61.7)	8 (17.02)	10 (21.28)	12 (25.53)
χ^2	-	5.3167	0.8034	4.3742	45.2331
p	-	0.0211	0.3701	0.0365	0.0001

2.3 两组产妇产程情况和出血量对比见表 3

观察组的产程时间、产后出血量对比差异显著，观察组结果更好 ($p<0.05$)，差异显著，有统计学意义。

表 3 两组产妇产程情况和出血量对比 ($\bar{x}\pm s$)

小组	例数	第一产程 (h)	第二产程 (min)	第三产程 (min)	产后出血量 (mL)
观察组	47	7.85±0.55	45.52±3.8	8.52±0.54	176.98±11.02
对照组	47	8.83±0.43	80.34±5.18	12.52±0.47	185.63±11.41

t	-	9.6235	37.1576	38.3056	3.7384
p	-	0.0001	0.0001	0.0001	0.0003

观察组存在的分娩问题有 3 例，对照组有 10 例，指标对比差异显著（ $p<0.05$ ），有统计学意义。

2.4 两组产妇分娩问题对比见表 4

表 4 两组产妇分娩问题对比[n（%）]

小组	例数	新生儿窒息	宫缩乏力	产后尿潴留	产后出血异常	其他	分娩问题
观察组	47	1（2.13）	1（2.13）	0（0）	0（0）	1（2.13）	3（6.38）
对照组	47	1（2.13）	2（4.26）	2（4.26）	3（6.38）	2（4.26）	10（21.28）
X ²	-	0.0000	0.3443	2.0435	3.0989	0.3443	4.3742
p	-	1.0000	0.5573	0.1529	0.0783	0.5573	0.0365

2.5 两组产妇综合护理满意率见表 5

观察组综合护理满意率显著高于对照组，观察组为 95.74%，对照组为 82.98%，（ $p<0.05$ ），差异显著，有统计学意义。

表 5 两组产妇综合护理满意率对比[n（%）]

小组	例数	十分满意	基本满意	不满意	综合满意
观察组	47	36（76.6）	9（19.15）	2（4.26）	45（95.74）
对照组	47	12（25.53）	27（57.45）	8（17.02）	39（82.98）

表 6 两组产妇 SAS、SDS、VAS 和 SF-36 指标对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

小组	例数	SAS（分）		SDS（分）		VAS（分）		SF-36（分）	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	47	62.42±3.78	40.85±2.53	62.51±3.07	40.63±2.29	8.89±0.52	3.63±0.34	70.71±4.76	95.63±5.86
对照组	47	62.24±2.84	44.11±2.61	62.42±2.8	44.38±2.07	8.92±0.56	5.35±0.34	71.15±3.76	89.76±5.39
t	-	0.2610	6.1485	0.1485	8.3283	0.2691	24.5236	0.4973	5.0544
p	-	0.7947	0.0001	0.8823	0.0001	0.7885	0.0001	0.6202	0.0001

3. 讨论

宫缩疼痛是临床产妇分娩时候的常见表现，宫缩时候会带来疼痛感，加之产妇的精神紧张，此时存在慌乱的表现，极易发生紧张、焦虑、烦躁、恐慌等情绪，会直接影响内分泌的稳定性，反而会导致疼痛问题加剧，出现宫缩乏力和产程延长等问题^[5]。此外，产妇分娩时精神紧张且疼痛，产妇会大叫、过度通气会导致体内酸碱平衡失调导致分娩产程加长，可导致新生儿窒息，宫缩乏力等问题。阴道分娩是最理想的分娩方式，但是自然分娩状态下存在较多的风险，分娩时候产妇也容易受到刺激导致强烈的疼痛感，后期转为剖宫产的发生率较高，产妇的负面情绪较为严重^[6-7]。虽然剖宫产能够帮助产妇快速分娩且减少产妇在分娩过程中的疼痛问题，但是分娩时候可能对产妇造成一定的损伤如导致产后出血异常，产后创口容易感染导致疼痛，产后恢复周期长且母婴喂养困难等，产妇的负面情绪较为明显^[8]。

无痛分娩技术在临床应用较为广泛，且在短时间内获得了较为理想的临床应用效果。现有的分娩管理中，产妇多接受硬膜外麻醉的方式镇痛，可以减少第一产程期间产妇的疼痛感，推进产程，也能够让产妇减少负面情绪，同时降低产后的并发症问题^[9-10]。而无痛分娩技术一方面是减少了分娩的疼痛且不影响产程，另一方面是降低分娩的风险，减少产后大出血问题，同时减少感染问题，联合缩宫素可避免宫缩乏力，因此针对性较强^[11]。

徐彩峰在《无痛分娩在产科临床的应用效果研究》论述了无痛分娩技术在产妇临床应用的注意事项，建议在第一产程时候多关注产妇的生理变化，符合指征后采用进行镇痛干预；分娩期间要注意使用宫缩素，控制好剂量和应用时间，降低宫缩乏力的风险，更好地保证母婴健康。该研究和本文研究结果类似，都表示无痛分娩在产科临床应用的价值^[12]。本文表示观察组的分娩结果比对照组更好，产程更短且产后出血量更低，产妇的综合满意率更高，多项指标对比对照组（ $p<0.05$ ）。综上所述，对符合指征的产妇予以无痛分娩技术可帮助产妇减少剖宫率风险，增强阴道分娩率，对于产妇产程推进和产后出血量控制都有积极意义，建议推广。

参考文献：

[1]耿铭. 无痛分娩在产科临床中的效果分析与评价[J]. 中国实用医

X ²	-	24.5217	14.5862	4.0286	4.0286
p	-	0.0001	0.0001	0.0447	0.0447

2.6 两组产妇 SAS、SDS、VAS 和 SF-36 指标对比见表 6

助产干预前，观察组和对照组对象的 SAS、SDS、VAS、SF-36 指标差异不大，干预后观察组改善结果显著优于对照组（ $p<0.05$ ），差异显著，有统计学意义。

药,2019,14(36):57-58.

[2]周燕,罗建刚,关秀莹,艾红云,宋志刚. 无痛分娩技术在产科临床分娩中的应用价值[J]. 中国当代医药,2020,27(08):96-98.

[3]Alireza Kamali,Narges Anousheh,Maryam Shokrpour,Shirin Pazouki.A double blind randomized clinical trial to compare the efficacy of bupivacaine and ropivacaine for painless delivery[J].Anaesthesia, Pain & Intensive Care,2021,25(3):186.

[4]王业记. 无痛分娩在产科临床中的效果分析与评价[J]. 医学食疗与健康,2020,18(18):64+66.

[5]彭杏花. 观察无痛分娩技术在产科临床中的应用[J]. 中国医药指南,2021,19(28):107-109.

[6]储秋霞. 无痛分娩技术在产科临床中的应用[J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(26):30+33.

[7]Ruan Lijun,Xu Xiaowu,Wu Hongen,Xiao Yue,Li Wanling,Lin Haiyan,Zheng Limei,Cai Ying.Painless labor with patient-controlled epidural analgesia protects against short-term pelvic floor dysfunction: a retrospective cohort study[J].Annals of palliative medicine,2020,9(5):4910-4912.

[8]张婷. 浅谈无痛分娩技术在产科临床的应用[J]. 系统医学,2019,4(14):118-120.

[9]钱洁. 探究无痛分娩技术在产科临床当中的应用效果[J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(16):146+152.

[10]Ahmed M Abd Elgaleel,Hanan A Rezaq,Osama I AbdallahBadr.Walking epidural with low-dose levobupivacaine with fentanyl versus patient-controlled analgesia with fentanyl during painless labor[J].The Scientific Journal of Al-Azhar Medical Faculty, Girls,2019,3(2):118-119.

[11]孙立萍. 无痛分娩技术在产科临床的应用效果观察[J]. 临床合理用药杂志,2013,6(19):138-139.

[12]徐彩峰. 无痛分娩在产科临床的应用效果研究[J]. 中国药物与临床,2018,18(S1):33-34.

阿立哌唑与利培酮用于精神分裂症治疗的效果差异分析

汤光冬

常州市德安医院 江苏省常州市 213000

摘要：目的：探究精神分裂症治疗应用阿立哌唑与利培酮的治疗效果差异。方法：选择 2020 年 1 月—2021 年 6 月我院进行精神分裂症治疗 66 例患者，使用利培酮治疗的 33 例患者作为对照组，使用阿立哌唑治疗的 33 例患者作为观察组。对比两组患者的治疗效果、PANSS 评分以及生活质量。结果：观察组临床治疗效果优于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组 PANSS 评分低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组生活质量各项指标均优于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组不良反应的发生率较对照组低（ $P<0.05$ ）。结论：阿立哌唑应用在精神分裂症患者的临床治疗中效果显著，可以有效改善患者的临床症状，提高日常生活的质量，临床应用价值显著。

关键词：阿立哌唑；利培酮；精神分裂症；效果

[Abstract]: Objective: To explore the difference between aripiprazole and risperidone in schizophrenia. Methods: 66 patients treated with schizophrenia from January 2020 to June 2021, 33 patients treated with risperidone as control group, and 33 patients treated with aripiprazole as observation group. Treatment effect, PANSS score, and quality of life were compared between the two groups. Results: The clinical treatment effect of the observation group was better than the control group (P

[Key words]: aripiprazole; risperidone; schizophrenia; effect

精神分裂症作为重性的精神类疾病，在临床中表现症状有较大差异，患者可能会出现意识清晰，智力正常，但是部分患者会有认知功能的损害，此类疾病的病程时间相对较长或反复发作，严重者可能会有衰退以及精神的残疾出现，抗精神病药物是治疗精神分裂症的重要手段^[1]。鉴于此，选择 2020 年 1 月—2021 年 6 月我院进行精神分裂症治疗 66 例患者来分析应用阿立哌唑与利培酮的治疗效果差异。

1. 资料与方法

1.1 资料：选择 2020 年 1 月—2021 年 6 月我院进行精神分裂症治疗 66 例患者，使用利培酮治疗的 33 例患者作为对照组，使用阿立哌唑治疗的 33 例患者作为观察组。对照组：男：女=13:10，年龄分布：26-75 岁，平均（ 51.25 ± 6.12 ）岁，病程：2.5-5.4 年，平均（ 3.5 ± 1.1 ）年；观察组：男：女=12:11，年龄分布：27-71 岁，平均：（ 49.92 ± 6.13 ）岁，病程：2.6-6.5 年，平均（ 4.6 ± 1.2 ）年。两组患者临床相关资料比较显示 $P>0.05$ ，比较意义显著。纳入标准：（1）所有参与研究者均符合精神分裂症临床诊断标准；（2）所有参与研究者及家属均为自愿，且已签署研究同意书。排除标准：（1）具有药物过敏史；（2）临床资料不完整；（3）具有其他肝肾功能障碍。

1.2 方法：

对照组：给予利培酮片（规格：2mg*10 片*2 板片剂，批准文号：国药准字 H20051731，生产厂家：常州四药制药有限公司）治疗，初始剂量为 1-2mg，在一周内逐渐进行剂量增加为 2-4mg，在第二周可以将剂量加至 4-6mg，维持此剂量治疗 4 周。

观察组：给予阿立哌唑片（规格：10mg*14 片片剂，批准文号：国药准字 H20041507 生产厂家：上海上药中西制药有限公司）治疗，每日口服 2 次，初始剂量为 5mg，在一周内逐渐进行剂量增加为 10mg，在第二周可以将剂量加至 15mg，最大剂量不可超过 30mg，维持此剂量治疗 4 周。

1.3 观察指标

（1）临床治疗效果：在治疗四周之后对两组患者的临床治疗效果对于比较，依据治疗情况将其分为痊愈、显效、有效和无效。痊愈表示患者的 PANSS 评分下降幅度为 75%及以上；显效表示患者的 PANSS 评分下降

幅度为 50%-75%；有效表示患者的 PANSS 评分下降幅度为 25%-49%；无效表示患者的 PANSS 评分下降幅度在 25%以下。有效率=痊愈+显效+有效/n*100%。

（2）PANSS 评分：在患者治疗前后选择阳性和阴性症状量表（Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS）^[2]，来对所有患者的精神分裂症症状的严重程度而做以评估。评定项目总共将其分为 30 项，每项目评分 1-7 分，1 表示无症状；2 表示症状很轻；3 表示轻度；4 表示中度；5 表示偏重；6 表示重度；7 表示极重度，所得评分越高表示患者的症状越严重。

（3）生活质量：选择生活质量 SF-36 量表^[3]对所有患者进行评估。主要从生理功能、生理职能、活力功能、躯体疼痛、总体健康、情感职能、社会功能、精神健康等八个维度做以测评，各维度分值为 0-100 分，分值越高表示此项生活质量情况越好。

（4）不良反应：临床工作人员对用药开展中患者出现的恶心、便秘、口干、体重增加等反应情况做以详细记录，并计算其发生率开展分析。

1.4 结果统计

此次数据研究选择 SPSS25.0 软件做以分析，计量资料为 PANSS 评分以生活质量，选择用 t 表示，行（ $\bar{x}\pm s$ ）检验做以表示；计数资料为临床效果、不良反应选择用 χ^2 表示，行%检验做以表示，两组实验数据结果做以对比（ $P<0.05$ ），表示统计学有意义。

2. 结果

2.1 两组临床治疗效果对比

对照组患者治疗有效率低于观察组患者（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1：两组临床效果比较[n（%）]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率（%）
对照组	33	7	6	8	6	27（81.82）
观察组	33	10	12	10	1	32（96.97）
χ^2	--	--	--	--	--	3.9952

P	--	--	--	--	--	0.0456
2.2 两组 PANSS 评分对比						
治疗前，两组 PANSS 评分比较无较明显差异（P>0.05）；治疗后对照组患者 PANSS 评分均低于观察组患者（P<0.05），见表 2。						
表 2：两组治疗前后的 PANSS 评分比较[（ $\bar{x} \pm s$ ），分]						
项目	类别	对照组	观察组	T	P	
n	--	33	33	--	--	
阳性症状	治疗前	22.65±2.91	22.90±2.92	0.3484	0.3644	
	治疗后	17.40±2.33	14.42±2.12	5.4343	0.0000	
阴性症状	治疗前	25.22±2.62	25.18±2.58	0.0625	0.4752	
	治疗后	18.33±2.34	15.10±2.31	5.6430	0.0000	
一般病理评分	治疗前	39.58±2.72	39.86±2.89	0.4053	0.3433	
	治疗后	30.84±2.46	25.40±2.43	9.0376	0.0000	
总评分	治疗前	88.14±2.44	88.18±2.42	0.0669	0.4735	
	治疗后	70.48±2.31	56.46±2.23	25.0840	0.0000	

2.3 两组生活质量评分对比

对照组患者的各项生活质量评分低于观察组患者（P<0.05），见表 3。

表 3：两组生活质量评分比较[（ $\bar{x} \pm s$ ），分]

组别	n	生理功能	生理职能	躯体疼痛	总体健康
对照组	33	62.45±5.21	61.56±5.22	62.29±5.42	61.53±5.32
观察组	33	85.54±5.12	84.46±5.44	85.12±5.34	84.45±5.15
T	--	18.1585	17.4485	17.2367	17.7821
P	--	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

续表 3

组别	n	活力功能	社会功能	情感职能	精神健康
对照组	33	62.45±5.36	63.23±5.45	62.36±5.48	63.47±5.13
观察组	33	86.12±5.12	85.64±5.16	84.36±5.31	85.14±5.01
T	--	18.3440	17.1528	16.5622	17.3605
P	--	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 两组不良反应情况对比

对照组共计 33 例患者，其中有 2 例出现恶心，2 例出现便秘，2 例出现口干，1 例出现体重增加，共计不良反应出现 7 例，发生率为 21.21%；观察组共计 33 例患者，其中有 1 例出现口干，共计不良反应出现 1 例，发生率为 3.03%；组间 $\chi^2=5.1207$ ， $P=0.0236$ ，对照组发生率较观察组高（ $P<0.05$ ）。

3、讨论

精神分裂症在临床中的症状较为复杂，且多样化个体之间的症状有较大差异，较常见症状有感官、知觉、思维的障碍以及行为出现障碍。精神分裂症患者的智力较为正常，且意识清晰，但部分患者在发病过程中可能会有认知功能的障碍^[4-5]。此类疾病发生后很难完全治愈，且容易反复发作，病情加重甚至出现恶化。现目前对于精神分裂症发生的主要诱发原因并未完全清楚，但据相关研究资料表明，精神分裂症的出现与人类大脑进行神经递质的分泌量出现异常情况具有密切关系^[6]。此类疾病较难治愈，因此临床中遵循“早发现、早治疗”的原则，而治疗开展中的用药，需结合患者具体状况充分考虑，不仅考虑患者机体中糖脂代谢的状况，还要考虑用药后相关并发症等情况，保证临床治疗的有效性^[7]。

精神分裂症治疗开展主要目的在于消除患者的基本症状，促进患者社会功能的进一步恢复，有效预防其复发以及反复发作。利培酮作为选择性的单胺拮抗剂的一种，是精神分裂症治疗主要使用药物，对于针对 5-HT₂ 以及多巴胺 D₂ 受体都具有较高的亲和力，对于阳性以及阴性相关症状都有较强的改善效果，同时可以有效减轻患者情感的症状，在急性发作时的临床治疗效果较为显著，在患者维持治疗的过程中可以持续进行疗效的发挥，在临床进行精神分裂症治疗中，采用此药物可以降低不良反应的出现，口服后药效吸收相对较快。但是有相关研究显示^[8]使用利培酮会使患者体质量出现明显增加，如臀围以及腰围的增加，对于机体的糖代谢功能有较大影响。阿立哌唑属于喹啉酮类的衍生物，是 5-HT₂ 以及多巴胺的稳定剂，具有见效较快的优点，口服后在 3-5 小时内就可以达到血药的浓峰值，在精神分裂症阳性以及阴性症状的临床治疗中有着较好的效果^[9]。作为新型非典型的抗精神分裂症类药物可以对 DA 能神经系统具有双向的调节作用，可以作为 DA 能的递质稳定剂存在，同时对于中枢神经中 5-HT 有着较高的亲和力，通过对此的激动作用以及拮抗作用，可以有效改善患者的临床症状^[10]。此次研究的结果显示，观察组治疗效果以及生活质量评分均低于对照组，PANSS 评分均低于对照组（ $P<0.05$ ），不良反应的发生概率高于对照组（ $P<0.05$ ）。表明阿立哌唑相比利培酮临床治疗效果更为显著，可有效改善患者的机体状况，提升其日常生活质量，降低相关不良反应的出现。分析原因是阿立哌唑可以很好地与多种多巴胺受体进行作用，将不正常水平的多巴胺做以调节，与此同时在使用中并不会产生较多抗精神病药物具有的锥体外系反应以及体重增加等，显著缓解患者的机体状况，减轻病症的严重程度，长期用药具有较稳定的效果，患者的接受程度相对较高，临床应用中的安全性较高。

总体来说，在精神分裂症患者的临床治疗中使用阿立哌唑效果更佳，可以有效改善患者的临床症状，提高其日常生活的质量，降低不良反应的发生概率，值得临床中广泛应用。

参考文献：

[1]张富松.利培酮与阿立哌唑用于康复期精神分裂症阴性症状的价值[J].内蒙古医学杂志,2019,51(6):676-677.

[2]崔昊.阿立哌唑与利培酮治疗精神分裂症的疗效分析[J].中国继续医学教育,2021,13(14):165-168.

[3]于娟娟,宋慧,张海宁.精神分裂症给予阿立哌唑与利培酮治疗的比较研究[J].中国医药指南,2021,19(11):25-27.

[4]连俊红.阿立哌唑片与利培酮片治疗慢性精神分裂症患者的效果比较[J].中国民康医学,2021,33(20):77-79.

[5]王万军.阿立哌唑与利培酮治疗首发女性精神分裂症患者的临床对照研究[J].系统医学,2021,6(17):4-7.

[6]周碧海,成加林(通讯作者).利培酮片与阿立哌唑片对慢性精神分裂症维持治疗的效果对比[J].现代消化及介入诊疗,2019(A01):1036-1037.

[7]胡艳萍,刘龙平,易双,等.比较阿立哌唑与利培酮治疗女性精神分裂症的疗效和安全性[J].上海医药 2021 年 42 卷 10 期,25-28 页, 2021.

[8]陈狄龙.利培酮与阿立哌唑治疗精神分裂症的药学效果对比研究[J].北方药学,2021,18(10):106-107.

[9]高登平,邓成斗.阿立哌唑与利培酮治疗精神分裂症的临床疗效对比分析[J].中国社区医师,2020,36(3):41+43.

[10]张昀,付裕.阿立哌唑与利培酮治疗精神分裂症的效果和不良反应观察[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(3):164-165.

孕早期血清 AFP、 β -HCG、PAPP-A 联合检测的产前筛查意义

郭晓* 王峰 郭战坤 李静 王静

保定市妇幼保健院妇产科 河北保定 071000

摘要：目的：探究在产前筛查中将孕早期血清 AFP、 β -HCG 和 PAPP-A 联合检测方法进行应用的临床效果。方法：本次研究工作于我院展开，以 2021 年 7 月—2022 年 7 月期间为主，选取研究对象均为产前筛查孕妇，人数为 80 例，在孕早期 9-14 周分别给予血清 AFP、 β -HCG 和 PAPP-A 联合检测方法，对其检测结果进行分析，并给予产妇产前指导，探究其对产妇筛查的效果意义。结果：本次研究的 80 例孕妇中，其中共有 3 例孕妇的筛查结果显示大于 1:250，阳性率为 3.75%。AFP 浓度指标会在妊娠周数增加的情况下逐渐增加， β -HCG 从第 9 周开始逐渐增加，在第 13 周之后逐渐下降，在将 AFP、 β -HCG 测定值的曲线与铂金埃尔默公司的曲线进行比较时，结果显示较为形似，无明显异常，其中 β -HCG 值稍高于铂金埃尔默公司的测定值，而 AFP 值则更小。PAPP-A 血清浓度在孕周不断增加的情况下，表现出不断升高的情况。结论：在孕早期对产妇展开筛查工作是尤为重要的，在其中将血清 AFP、 β -HCG 和 PAPP-A 联合检测方法进行应用，可保证产前筛查效果，将胎儿的异常情况进行明确，对预防先天缺陷儿的出生具有积极意义。

关键词：孕早期；血清指标检测；联合检测；产前筛查；应用意义

从临床目前发展情况来看，产前诊断已经在临床中得到极大重视，很多发达国家已经将产前诊断作为临床产科学中的重要组成部分，在孕早期对孕妇进行唐氏综合征等产前诊断已经成为产科的主要内容，也是常规检查项目之一^[1]。就产前筛查来说，其工作主要是通过经济和简便等方法对胎儿进行无损伤的安全监测，并对孕妇血液中与妊娠相关的标记物浓度水平进行检测，并从孕妇实际情况出发，结合孕妇的年龄和孕周等参数，对孕妇展开胎儿先天异常风险的检查评估。就唐氏综合征来说，其是产科中常见的胎儿先天性缺陷疾病，也被叫做先天愚型，是一种染色体异常而引发的疾病^[2]。在工作实际开展过程中，要想将唐氏综合征患儿的出生率降低，满足我国优生优育政策，减轻家庭和国家负担，提高我国人口素质，加强产妇的产前筛查是尤为重要的。本研究则基于此，于我院接受产妇为例，在产前给予产妇血清 AFP、 β -HCG 和 PAPP-A 联合检测，对其临床检测效果展开对比分析如下。

1 资料分析和研究方法

1.1 一般资料

本次研究以回顾性分析为主，研究地点选择为我院，要拿就爱时间选择为 2021 年 7 月至 2022 年 7 月，研究人员为产前接受筛查的孕妇。共选取人数 80 例，其中年龄最大的为 38 岁，年龄最小的为 22 岁，孕妇的平均年龄为 (29.34 ± 2.23) 岁，其中有初产妇 55 例，经产妇 25 例。

纳入标准：孕妇均为单胎妊娠；孕妇孕周均在 9-14 周；孕妇均为自然受孕；孕妇均对本次研究过程明确，并表明自愿配合研究开展；本次研究均与医院的实验开展标准相符合，通过医院批准。

排除标准：孕妇为异位妊娠；孕妇为先天性生殖系统异常者；孕妇存在精神病史；孕妇配合依从性差，无法保证实验顺利开展。

1.2 研究方法

仪器和试剂：本研究开展过程中，所使用的仪器主要为全自动时间分辨免疫荧光分析仪，此仪器选择铂金埃尔默公司生产的。在进行 AFP 和 β -HCG 检测试剂盒则需要将铂金埃尔默公司所生产的配套试剂盒进行应用，检测过程需要严格按照试剂盒的操作说明和规范进行。对 PAPP-A 检测时，需要将染色体异常综合征产前筛查试剂盒进行应用，对 PAPP-A 浓度的测定则需要将时间分辨免疫荧光分析法进行应用。在进行试验开展过程中，需要注意进行标准缺陷和质控工作，其中标准曲线的相关系数在 0.98 以上，批内误差则 $<2SD$ 时，并需要采用微机根据标准回归曲线计算结果回报试验数据。

检测方法：抽取孕妇的静脉血，剂量为 4ml，对血液进行处理，给予离心干预，促进血清分离，随后将其放置在温度为 -20 摄氏度的冰箱中保

存待用，对血清标记物中的 AFP、 β -HCG 和 PAPP-A 进行筛查。对筛查结果进行判断，其标准值采用实际 TI-risk 风险系统软件，对 AFP、 β -HCG 和 PAPP-A 的 MoM 值进行计算。得出 AFP、 β -HCG 和 PAPP-A 的浓度后，还需要结合孕妇的年龄、孕周和取血时孕妇的体质量等资料内容，对唐氏综合征的发生风险进行计算。其中唐氏综合征的高危切割值为 1:250，如果实验得出结果比 1:250 大，则表明孕妇为唐氏综合征高风险人员。21-三体综合征的风险率切割值为 1:270，18-三体综合征的风险率切割值为 1:350，以此来对孕妇和胎儿的风险分析。在 AFP 的 MoM 值在 2.5 及以上时，也可以判断为唐氏综合征高风险孕妇。

高风险孕妇的进一步检查：如果孕妇筛查结果为高风险，则需要对孕妇展开进一步检查，需要告知具体情况，在达到孕妇同意的情况下，采用超声诊断或是羊膜腔穿刺方法进行产前诊断，进行最后的确诊。如果结果确定为异常，需要在孕妇同意的情况下给予引产术，终止妊娠，并在引产后对孕妇进行观察，给予病理解剖检查，针对出生后可以的唐氏综合征患儿进行抽血，给予染色体检查。

1.3 观察指标

对各孕妇的检测结果与 MoM 值进行比较分析。

1.4 统计学方法

本次研究数据统计涉及到计数资料和剂量资料两种，均采用 SPSS20.0 软件系统计算实现，其中，前者的结果表达方法以 $(n, \%)$ 为主进行表示，后者则采用 $(\bar{x} \pm s)$ 进行表示，数据统计后，还需要对数据进行验证，并将 0.05 作为标准，数值大于标准，认为对比无意义，数据小于标准，则认为对比存在统计学意义，两者的验证表示方式分别为 χ^2 值和 t 值^[4]。

2 结果

本次研究的 80 例孕妇中，其中共有 3 例孕妇的筛查结果显示大于 1:250，阳性率为 3.75%，对这 3 例高危孕妇进行进一步检查，给予产前染色体筛查，结果显示其中有 2 例确诊为唐氏综合征胎儿，终止妊娠，其中 AFP 的 MoM 值为 2.36， β -HCG 的 MoM 值为 2.9，PAPP-A 的 MoM 值为 0.21。

AFP 浓度指标会在妊娠周数增加的情况下逐渐增加， β -HCG 从第 9 周开始逐渐增加，在第 13 周之后逐渐下降，在将 AFP、 β -HCG 测定值的曲线与铂金埃尔默公司的曲线进行比较时，结果显示较为形似，无明显异常，其中 β -HCG 值稍高于铂金埃尔默公司的测定值，而 AFP 值则更小。PAPP-A 血清浓度在孕周不断增加的情况下，表现出不断升高的情况，具体见表 1。

表 1 不同孕周下各项 AFP、 β -HCG 和 PAPP-A 值的测定结果 $(\bar{x} \pm s)$

组别	AFP (Mlu/L)	β -HCG (ng/mL)	PAPP-A (ng/mL)
----	-------------	----------------------	----------------

	测得值	Wallac 值	测得值	Wallac 值	测得值	Wallac 值
9 周	255	920	45	35	6.64±1.33	4.77
10 周	290	1320	60	53	10.65±1.32	7.42
11 周	896	1890	63	62	17.23±1.44	11.55
12 周	1676	2720	60	55	18.03±1.43	17.99
13 周	2358	3900	53	50	22.34±1.33	22.14
14 周	2136	2523	50	48	25.45±1.54	26.80

3 讨论

唐氏综合征在临床中较为常见,此疾病对患儿威胁性较大,属于一种先天性缺陷,为染色体异常,发病后,其主要以先天性、多发性畸形为主,胎儿表现出面容特殊,生长发育较慢,同时存在智力低下等情况,对家庭和社会均造成严重负担。临床目前发展中,尚无有效方法对疾病进行治疗,通常只能通过产前诊断和筛查进行^[3]。因此,在产前早期检查时和早期诊断时需要及时终止妊娠,可有效降低患儿的出生率。在此过程中,常用的诊断标准方法为羊水穿刺和脐血染色体分析,但是这些方法均具有一定的创伤性,对孕妇的危害性较大,而且需要一定的技术进行支持,检测实验较长,费用较大,导致临床无法推广普及。

绒毛膜促性腺激素是胎盘滋养层所分泌的一种糖蛋白物质,主要是从 α 亚基和 β 亚基中分泌而来,通常可在排卵后的9-12天的血浆中测得,此指标通常在妊娠40-90天后达到高峰,随后会出现急性下降,在妊娠中晚期中的指标仅为高峰时的十分之一。在唐氏综合征胎儿中,其孕妇对应的HCG值通常会高于正常值, β -HCG指标是妊娠早期对13-三体综合征和18-三体综合征进行筛查的主要指标,此指标的对应的检出率较高,约达到90%以上^[4]。

AFP是甲胎蛋白,是一种在胎儿肝脏内和卵黄囊中形成的物质。通常可在孕早期的母体血液中检测出,一般情况下,在孕14-20周时,AFP的浓度会表现出逐渐升高的情况,临床认为其升高与NTD的发生存在一定联系,同时,胎儿及其缺损、异常等也会导致AFP的增高^[5]。据国外相关研究数据结果显示,胎儿胎盘会产生一种相对特殊的蛋白,或是会导致激素进入到母体的外周血中,如果此时的胎儿为唐氏综合征或是存在染色体异常情况,便会导致母体血液中的相关蛋白和激素发生变化。因此,对母体血液中的相关蛋白和激素进行测定,可以将胎儿及其相关特征进行反应,实现对胎儿的异常筛查,进行积极处理,减少异常胎儿出生率^[6]。

PAPP-A最早出现在20世纪70年代,经足月产妇的血清中分离出来,并得名^[7]。PAPP-A是一种大分子的高糖基化蛋白复合体滋养层和脱膜产生的。据相关研究数据显示,在胎儿确诊为唐氏综合征后,其孕妇的孕早期PAPP-A检测中,可观察到相关指标比正常水平低,出现下降情况^[8]。而且,血清浓度会在孕周增加的情况下不断增加,可在足月时达到高峰,妊娠结束后,该指标则无法测得。临床有大量研究数据表明,PAPP-A与妊娠疾病相关,在孕妇出现流产、妊娠期高血压和妊娠期糖尿病等情况时,均会导致PAPP-A指标的变化。同时,也有人员表明,PAPP-A也可以实现对胎盘情况的监测^[9]。

唐氏综合征产前筛查工作在一些发达国家已经成为妊娠父母的常规检测项目,此检查也在我国上海、北京和广州等大城市展开^[10]。据相关研究数据显示,我国每年的唐氏综合征患儿人数有60万以上,每年出生的患儿人数约有26000个,不仅为患儿家庭带来严重的经济负担,同时对我国社会发展造成一定影响^[11]。因此,对孕妇进行孕早期筛查,确定是否存在唐氏综合征是尤为重要的。其中,采用血清AFP、 β -HCG和PAPP-A等指标的联合检测,对其血液浓度与正常值进行比较,可实现对唐氏综合征的筛查,在检测结果出现异常时,需要加强对孕妇的进一步检测,结合孕

妇的年龄、孕周等情况,进行综合评定,可提高临床筛查率,保证检出率^[12]。本研究在将血清AFP、 β -HCG和PAPP-A等指标进行联合检测后,结果显示本次研究的80例孕妇中,其中共有3例孕妇的筛查结果显示大于1:250,阳性率为3.75%。AFP浓度指标会在妊娠周数增加的情况下逐渐增加, β -HCG从第9周开始逐渐增加,在第13周之后逐渐下降,在将AFP、 β -HCG测定值的曲线与铂金埃尔默公司的曲线进行比较时,结果显示较为形似,无明显异常,其中 β -HCG值稍高于铂金埃尔默公司的测定值,而AFP值则更小。PAPP-A血清浓度在孕周不断增加的情况下,表现出不断升高的情况。而且此方法的应用,无损伤性,对孕妇造成的痛苦较小,方法使用便捷,简单,可快速完成检测,适宜群体检测,因此,可在未来发展中,积极推广血清AFP、 β -HCG和PAPP-A联合检测方法,以提高唐氏综合征的筛查率^[13]。

综上所述,在孕早期对产妇展开筛查工作是尤为重要的,在其中将血清AFP、 β -HCG和PAPP-A联合检测方法进行应用,可保证产前筛查效果,将胎儿的异常情况进行明确,对预防先天缺陷儿的出生具有积极意义,可在临床进行应用推广。

参考文献:

- [1]杨岚,石锦平,吴晓,等. 早孕期血清 PAPP-A 检测联合中孕期血清 AFP、free β -HCG、uE3 检测对 DS、ES 的筛查效果[J]. 山东医药,2017,57(35):18-21.
- [2]叶波,李红,廖志勇,等. 血清 ADAM12 与 PAPP-A 水平检测在孕早中期唐氏综合征产前筛查诊断中的应用价值探究[J]. 中国优生与遗传杂志,2021,29(5):696-699.
- [3]于威. 早孕期血清 AFP、 β -HCG、PAPP-A 联合检测在产前筛查中的意义[J]. 航空航天医学杂志,2016,27(1):86-87.
- [4]杨瑰艳,陈求珠,石秀凤,等. 早孕与中孕期唐氏综合征产前血清学筛查方法及评价[J]. 中国优生与遗传杂志,2017,25(11):70-72.
- [5]朱继红. 产前超声软指标检查与母体血清学联合检测筛查胎儿染色体异常[J]. 中国临床医学影像杂志,2016,27(1):38-41.
- [6]刘龄,杜起军,王玲玲. 胎儿 NT 超声联合血清学指标检测在孕早期胎儿染色体异常产前筛查中的应用价值[J]. 中国医师杂志,2017,19(3):429-431.
- [7]张云,张璟琳. 超声筛查联合血清生化指标检测在产前 21-三体 and 18-三体综合征诊断中的价值[J]. 中国妇幼保健,2017,32(5):1007-1009.
- [8]任文姬. 血清学三联指标检测在产前筛查中的临床意义探讨[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(14):138,141.
- [9]唐君,何斌,韩代文,等. 超声软指标联合血清 β -hCG、uE3、AFP 检测在孕中期唐氏综合征产前筛查中的应用价值[J]. 中国优生与遗传杂志,2020,28(7):826-829,885.
- [10]陈秋兰,翁组周,裴品丹. 产前胎儿颈后透明层和颈后皮褶厚度联合母体血清学检测筛查胎儿染色体异常的临床价值[J]. 中国现代医学杂志,2017,27(21):122-125.
- [11]曹芳,何凤萍,杨祥康. 孕早期血清 miR-125b、miR-124 检测在唐氏综合征产前筛查中的价值分析[J]. 川北医学院学报,2021,36(3):307-311.
- [12]曾敏,李军英,王建中,等. 孕早期产前血清学指标与不良妊娠结局关系的研究进展[J]. 当代医学,2020,26(9):191-194.
- [13]崔兰菊,姬红丽,李娟. 胎儿颈部半透明组织厚度超声联合血清学检测在孕早期产前筛查中的应用[J]. 实用临床医药杂志,2020,24(15):112-114.

基金项目:保定市科技计划项目(2041ZF138)

盆底康复治疗仪电刺激联合康复训练在女性压力性尿失禁患者中的应用效果

谭梅珍

广东省中山市民众医院 528400

摘要:目的:研究在女性压力性尿失禁患者中应用盆底康复治疗仪电刺激联合康复训练的效果。方法:从中山市民众医院妇产科择取 2019 年 2 月-2022 年 2 月收治的 80 例压力性尿失禁女性患者,以数字奇偶法为依据进行分组,每组 40 例,常规组实施常规康复训练,联合组在常规康复训练基础上联合盆底康复治疗仪电刺激治疗,对照分析两组干预前后盆腔功能变化,分别在干预前后测定两组盆底肌力、肌电位、1 小时尿垫试验漏尿量、性生活质量。结果:干预后,联合组阴道前壁膨出、子宫脱垂、阴道后壁膨出的患者占比均低于常规组,I 类纤维、II 类纤维肌力高于常规组,肌电位高于常规组,1 小时尿垫试验漏尿量少于常规组,性生活质量总分及各维度评分高于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:在女性压力性尿失禁患者中,盆底康复治疗仪电刺激联合康复训练临床价值显著。

关键词:盆底康复治疗仪电刺激;康复训练;女性压力性尿失禁;盆腔功能;盆底肌力

压力性尿失禁指的是在腹压增高条件下出现不自主尿液外漏现象,这也是女性盆底功能障碍性疾病,需要及时进行治疗,否则将会引发一系列不良现象,如盆腔脏器脱垂、阴道松弛等,对患者日常生活产生严重影响^[1]。临床中,对于女性压力性尿失禁患者多采取康复训练,对盆底肌肉进行锻炼,使临床症状得到改善。但康复训练的效果容易受到多种因素影响,如患者理解能力、掌握度等,所以康复效果存在一定差异^[2]。近些年,随着临床研究的不断深入,盆底康复治疗仪的应用愈加广泛,其属于物理仪器,可以开展被动训练,对盆底功能有积极改善作用^[3]。该研究从中山市民众医院妇产科择取 2019 年 2 月-2022 年 2 月收治的 80 例压力性尿失禁女性患者作为研究对象,分析盆底康复治疗仪电刺激联合康复训练的效果,报告如下所见。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从中山市民众医院妇产科择取 2019 年 2 月-2022 年 2 月收治的 80 例压力性尿失禁女性患者,以数字奇偶法为依据进行分组,每组 40 例,常规组年龄范围 22-65 岁,均值(48.93±6.15)岁,产次均值(1.56±0.41)次;联合组年龄范围 22-65 岁,均值(48.88±6.20)岁,产次均值(1.56±0.41)次;两组资料差异无统计学意义($P>0.05$)。该研究经伦理委员会批准。

纳入标准:经阴道分娩,单胎,产前盆腔功能无异常,对该研究知晓且同意参与。排除标准:精神疾病、认知障碍、产前尿失禁、泌尿系统疾病等。

1.2 方法

常规组实施常规康复训练,选择平卧位,屈曲下肢并分开,腹部放松,收紧肛门,维持 3 秒,之后缓慢放松,15 分钟为一组,每天 3 组,持续 6

周。

联合组在常规康复训练基础上联合盆底康复治疗仪电刺激治疗,选用广州通泽 3000 盆底康复治疗仪进行电刺激,选择仰卧位,将仪器探头置于阴道内,直至骶骨尾部,频率为 50Hz,脉宽 250μs,然后跟随模块开展 I 类纤维和 II 类纤维反馈训练,之后调整为生物反馈模式,每次 30 分钟,每周 2 次,持续 6 周。

1.3 临床观察指标

①对照分析两组干预前后盆腔功能变化,涉及到阴道前壁膨出、子宫脱垂、阴道后壁膨出。

②分别在干预前后测定两组盆底肌力、肌电位、1 小时尿垫试验漏尿量、性生活质量,其中盆底肌力与肌电位均通过盆底康复治疗仪进行测定;1 小时尿垫试验漏尿量:先测定尿垫重量,之后两组经过相同的饮水、休息、运动等,对 1 小时尿垫重量进行再次测定,得到 1 小时漏尿量;性生活质量通过尿失禁性生活质量问卷(PISQ-12)^[4]评估,涉及到 3 个维度:性伴侣因素、生理因素、情感因素,包括 12 题,每题计分 0-4 分,每个维度评分 0-16 分,总分 0-48 分,评分越高性生活质量越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 盆腔功能变化分析

干预后两组阴道前壁膨出、子宫脱垂、阴道后壁膨出的患者占比均低于干预前,联合组低于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1:

表 1 盆腔功能变化分析[n(%)]

组别	阴道前壁膨出			子宫脱垂			阴道后壁膨出		
	干预前	干预后	χ^2/P	干预前	干预后	χ^2/P	干预前	干预后	χ^2/P
常规组 (n=40)	27 (67.50%)	16 (40.00%)	6.084/0.014	15 (37.50%)	7 (17.50%)	4.013/0.045	14 (35.00%)	6 (15.00%)	4.267/0.039
联合组 (n=40)	28 (70.00%)	7 (17.50%)	22.400/0.000	14 (35.00%)	1 (2.50%)	13.867/0.000	13 (32.50%)	1 (2.50%)	12.468/0.000
χ^2	0.058	4.943		0.054	5.000		0.056	3.914	
P	0.809	0.026		0.816	0.025		0.813	0.048	

2.2 盆底肌力分析

干预前组间对比无统计学意义($P>0.05$),干预后两组 I 类纤维、II 类

纤维肌力均提高,联合组高于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2:

表 2 盆底肌力分析($\bar{x} \pm s$, 级)

组别	I 类纤维	II 类纤维
----	-------	--------

	干预前	干预后	t/P	干预前	干预后	t/P
常规组 (n=40)	1.64±0.53	3.06±0.88	8.742/0.000	0.69±0.22	2.84±0.55	22.955/0.000
联合组 (n=40)	1.67±0.56	4.75±0.99	17.126/0.000	0.70±0.25	3.66±0.73	24.262/0.000
t	0.246	8.069		0.190	5.674	
P	0.403	0.000		0.425	0.000	

2.3 肌电位分析

干预前组间对比无统计学意义 (P>0.05), 干预后两组均提高, 联合组高于常规组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 3:

表 3 肌电位分析 ($\bar{x} \pm s$, μV)

组别	干预前	干预后	t/P
常规组 (n=40)	10.49±3.38	14.56±3.87	4.910/0.000
联合组 (n=40)	10.54±3.44	17.93±3.95	8.923/0.000
t	0.066	3.854	
P	0.474	0.000	

2.4 1 小时尿垫试验漏尿量分析

干预前组间对比无统计学意义 (P>0.05), 干预后两组均减少, 联合

组少于常规组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 4:

表 4 1 小时尿垫试验漏尿量分析 ($\bar{x} \pm s$, g)

组别	干预前	干预后	t/P
常规组 (n=40)	6.48±2.11	4.77±1.56	4.122/0.000
联合组 (n=40)	6.36±2.11	2.09±0.66	12.215/0.000
t	0.254	10.007	
P	0.400	0.000	

2.5 性生活质量评分分析

干预前组间对比无统计学意义 (P>0.05), 干预后两组总分及各维度评分均提高, 联合组高于常规组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 5:

表 5 性生活质量评分分析 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	性伴侣因素			生理因素			情感因素			总分		
	干预前	干预后	t/P	干预前	干预后	t/P	干预前	干预后	t/P	干预前	干预后	t/P
常规组 (n=40)	10.47±1.23	11.96±1.22	4.910/0.000	10.82±1.30	11.78±1.36	3.227/0.000	10.77±1.41	11.67±1.44	2.824/0.000	30.25±2.48	35.96±1.77	12.822/0.000
联合组 (n=40)	10.53±1.38	14.29±1.25	12.772/0.000	10.79±1.42	14.38±1.41	11.346/0.000	10.67±1.52	14.44±1.25	12.116/0.000	30.33±2.14	42.36±1.82	27.083/0.000
t	0.205	8.437		0.099	8.394		0.305	9.187		0.155	15.944	
P	0.419	0.000		0.461	0.000		0.381	0.000		0.439	0.000	

3 讨论

妊娠会改变女性生理结构, 分娩后消化系统功能、泌尿系统功能均会下降, 因此产妇产后容易发生压力性尿失禁现象, 这不仅会对身心健康产生影响, 还会降低其性生活质量。女性压力性尿失禁的发生原因包括很多种, 如盆底神经受损、尿道调节机制失调等^[5]。临床中, 针对女性压力性尿失禁, 多采用盆底康复训练的方式处理, 但单一训练仅适合在轻中度压力性尿失禁治疗中应用, 整体效果一般^[6]。据相关研究指出, 除盆底康复训练之外, 还可以与盆底康复治疗仪电刺激相结合, 改善女性压力性尿失禁症状, 临床效果确切^[7]。盆底康复训练作为康复方式之一, 可以使盆底肌力得到提高, 利用物理方式强化盆底肌肉, 使尿失禁等症状得到改善。盆底康复治疗仪可以利用脉冲刺激、电磁波作用, 对深层组织产生刺激作用, 进而形成涡形磁场, 促进受损的肌肉修复, 使肌肉弹性提高, 对阴道收缩力有积极改善作用^[8-9]。同时盆底康复治疗仪电刺激可以使膀胱容量增加, 加速恶露、尿液的排出, 对尿潴留有预防及改善效果。据相关研究指出, 在产妇产后实施盆底康复训练联合盆底康复治疗仪电刺激, 对盆底肌功能有积极改善作用, 促进患者恢复, 提高临床安全性及有效性, 患者的接受度也比较高^[10]。在该研究中, 联合组患者的盆腔功能明显发生改变, 阴道前壁膨出、子宫脱垂、阴道后壁膨出患者减少, 盆底肌力明显提高, 肌电位提高, 1 小时尿垫试验漏尿量减少, 性生活质量明显得到改善, 由此可见盆底康复治疗仪电刺激与康复训练联合应用可以提高整体疗效, 对患者恢复有促进作用。这主要是在盆底康复治疗仪使用中, 电极片能够释放不同频率、脉宽电流, 使外括约肌、肛提肌间断收缩, 使尿道口闭合压提高。电刺激还能够对排尿中枢反馈机制进行积极改善, 对逼尿肌兴奋性有抑制作用, 使膀胱逼尿肌功能更加稳定, 使尿液外漏减少, 另外还有生物反馈功能, 将盆底肌收缩信号以听觉、视觉形式进行反馈, 促使其自主收缩肌肉, 使盆底血液循环得到改善, 肌肉紧张度提高, 肌肉神经张

力得到恢复。

综上所述, 在女性压力性尿失禁患者中, 盆底康复治疗仪电刺激联合康复训练可以促进盆腔功能恢复, 提高盆底肌力和肌电位, 减少漏尿量, 改善性生活质量, 临床价值显著。

参考文献:

[1]林舜贞.盆底康复治疗仪电刺激联合康复训练对女性压力性尿失禁患者康复效果的影响[J].医疗装备,2022,35(10):174-176.

[2]王慧丽,刘建芬,叶跃美,等.中药熏蒸联合盆底康复治疗对产后压力性尿失禁的防治作用观察[J].中国中医药科技,2022,29(3):451-452.

[3]李福盈,张蕾.盆底康复治疗仪联合提肛肌收缩运动在产后压力性尿失禁产妇中的应用价值[J].医疗装备,2022,35(8):130-132.

[4]刘艳香.针灸联合盆底康复治疗对产后压力性尿失禁患者的影响[J].中外医学研究,2022,20(5):162-165.

[5]张丽明,洪标华,曹桂芬.补中益气颗粒联合盆底康复治疗压力性尿失禁临床观察[J].实用中医药杂志,2022,38(1):16-17.

[6]郭微.神经肌肉刺激治疗仪联合盆底康复护理在产后压力性尿失禁患者中的应用效果分析[J].黑龙江医学,2022,46(2):200-202.

[7]张根华.产后压力性尿失禁患者应用盆底康复治疗仪联合盆底肌训练的效果[J].医疗装备,2021,34(24):78-79.

[8]谢文英,周睿.盆底康复治疗仪联合 Kegel 训练对女性压力性尿失禁患者康复效果的影响[J].医疗装备,2021,34(24):189-190.

[9]李琼.盆底康复治疗仪联合提肛肌收缩运动及阴道哑铃训练在产后压力性尿失禁患者中的应用效果[J].中国医学工程,2020,28(1):96-98.

[10]洪对霞.神经肌肉刺激治疗仪联合康复训练对产后压力性尿失禁患者盆底肌力恢复的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21(13):134-135.

HCY、NGAL、U-mAlb 诊断 HDP 早期肾损伤价值

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:在妊娠期高血压疾病(HDP)患者早期肾损伤诊断中应用血清同型半胱氨酸(HCY)、中性粒细胞明胶酶相关脂质运载蛋白(NGAL)、尿微量白蛋白(U-mAlb),并分析其诊断价值。方法:选取2020年4月-2022年4月,在我院治疗的120例HDP患者作为观察组。根据其病情程度,分为HDP组42例、轻度子痫前期组40例、重度子痫前期组38例。同时选取同期在我院定期产检的40例正常妊娠孕妇作为对照组。同时,根据患者的肌酐清除率,分为肾功能正常组56例、肾功能异常组64例。均进行血清 HCY、NGAL 以及 U-mAlb 水平检测,分析各组的相关指标以及各项指标的诊断价值。结果:与对照组对比,观察组血清 HCY、NGAL 以及 U-mAlb 水平均更高,差异明显($P<0.05$);HDP 病情越重,血清 HCY、NGAL 以及 U-mAlb 水平越高,差异明显($P<0.05$);与肾功能正常患者相比,肾功能异常患者各项指标均更高($P<0.05$);绘制 ROC 曲线,HCY、NGAL、U-mAlb 单独检测的敏感度分别为 78.13%、73.44%、75.00%,联合检测的灵敏度为 84.38%。结论:血清 HCY、NGAL 以及 U-mAlb 对 HDP 病情诊断及早期肾损伤评估具有较高价值,且联合检测的诊断能力更强。

关键词:妊娠期高血压疾病;肾损伤;同型半胱氨酸;尿微量白蛋白

妊娠期高血压疾病(hypertensive disease of pregnancy,HDP)是一种较为常见发生于妊娠时期的合并症,主要表现为蛋白尿、水肿、血压升高,严重可引起抽搐、昏迷,主要发生在妊娠 20 周后,是导致围生儿、孕产妇死亡的主要病因。同时,若不能有效控制 HDP,可诱发多种并发症,影响患者预后,其中,肾损伤就是一种常见 HDP 并发症。患者在长期血压升高状态下,全身小动脉痉挛,肾小球压力较高,可破坏肾小球滤过膜,造成肾脏损害。有研究指出,HDP 肾损伤可诱发孕妇流产、早产,甚至可能造成胎儿死亡^[1]。由此可见,做好早期肾损伤预防及干预非常重要。但在肾损伤发生早期,具有隐匿性,不易诊断,可造成治疗时机的延误。因此,迫切需要敏感、可靠的诊断指标用于 HDP 早期肾损伤的诊断。血清同型半胱氨酸(homocysteine,HCY)、尿微量白蛋白(urinary microalbumin,U-mAlb)是近年来应用较多的指标,在评估肾功能损伤方面具有效果价值。同时,中性粒细胞明胶酶相关脂质运载蛋白(neutrophil gelatinase-associated lipid carrier protein,NGAL)被认为是急性肾损伤的早期预测指标,作为一种肾小管损伤的标志物,近年来也逐渐受到重视。因此,本文将在 HDP 患者早期肾损伤诊断中应用 HCY、NGAL、U-mAlb,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4月-2022年4月,在我院治疗的120例HDP患者作为观察组。根据其病情程度,分为HDP组42例、轻度子痫前期组40例、重度子痫前期组38例。同时选取同期在我院定期产检的40例正常妊娠孕妇作为对照组。HDP组:年龄22~36岁,平均(29.30±3.89)岁,孕周21~37周,平均(29.22±1.78)周。轻度子痫前期组:年龄23~36岁,平均(29.76±3.22)岁,孕周22~36周,平均(29.12±1.44)周。重度子痫前期组:年龄24~37岁,平均(30.30±3.02)岁,孕周23~37周,平均(30.02±1.47)周。对照组:年龄23~36岁,平均(29.02±4.21)岁,孕周22~37周,平均(29.87±1.65)周。各组患者年龄、孕周均无明显差异($P>0.05$)。同时,根据患者的肌酐清除率,将肌酐清除率 $\geq 80\text{ mL}\cdot\text{min}^{-1}$ 的56例患者作为肾功能正常组,将肌酐清除率 $< 80\text{ mL}\cdot\text{min}^{-1}$ 的64例患者作为肾功能异常组,两组年龄、孕周分布无明显差异($P>0.05$)。

纳入标准:(1)参考《中国高血压防治指南》,确诊为HDP;(2)孕周 ≥ 20 周;(3)单胎妊娠;(4)无产科复杂情况,包括胎盘前置、瘢痕妊娠等;(5)能够配合检查及研究,认知理解能力正常;(6)已签署知情同意书。排除标准:(1)心、肝、肺等脏器器质性病变、功能异常患者;(2)其他原因引起的肾损伤;(3)全身或局部感染性疾病患者;(4)严重肥胖患者;(5)既往有心血管疾病史、高血压病史患者等。

1.2 方法

所有对象接受 HCY、NGAL、U-mAlb 检测,HDP 患者于入院第 2d

检测,对照组于产检日检测。采集空腹外周静脉血 5 mL、晨尿 10 mL。血液标本进行离心操作,使用 TGL-16M 台式高速离心机,离心操作 10 min,分离上层血清,使用贝克曼库路特的 AU5800 全自动生物化学分析仪进行检测。HCY 水平应用酶循环法检测,试剂盒由重庆中元生物提供。NGAL 水平应用酶联免疫分析法检测,试剂盒由美国 TSZ 公司提供。取尿液样本进行 U-mAlb 水平检测,采用乳胶增强免疫比浊法,上海科华生物提供试剂盒。所有操作均严格按照说明书完成。

1.3 评价标准

(1)比较观察组、对照组的血清 HCY、NGAL 以及 U-mAlb 水平。(2)比较观察组各组的各项指标水平。(3)比较观察组不同肾功能患者的各项指标水平。(4)绘制 ROC 曲线,比较各项指标单独检测及联合检测的诊断灵敏度。

1.4 统计学方法

数据应用 SPSS22.0 软件处理,计数资料、计量资料分别以(%)、($\bar{x}\pm s$)表示,采取 χ^2 、t 检验。 $P<0.05$ 表示差异,有统计学意义。

2. 结果

2.1 观察组与对照组相关指标比较

与对照组对比,观察组血清 HCY、NGAL 以及 U-mAlb 水平均更高,差异明显($P<0.05$),见表 1。

表 1 观察组与对照组相关指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	HCY($\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$)	NGAL ($\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$)	U-mAlb ($\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$)
观察组	120	17.02±2.23	18.36±4.34	86.68±7.56
对照组	40	8.28±2.01	8.67±3.68	10.12±4.02
t	--	21.982	12.677	61.144
P	--	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 观察组不同病情程度患者相关指标比较

与 HDP 比较,轻度、重度子痫前期患者的血清 HCY、NGAL 以及 U-mAlb 水平均更高($P<0.05$);与轻度子痫前期患者比较,重度子痫前期患者的各项指标更高,差异明显($P<0.05$),见表 2。

表 2 观察组不同病情程度患者相关指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	HCY($\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$)	NGAL ($\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$)	U-mAlb ($\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$)
HDP	42	16.20±1.78	8.68±2.78	54.45±5.46
轻度子痫前期	40	25.25±2.90 ^a	10.58±3.14 ^a	76.67±8.20 ^a
重度子痫前期	38	31.24±3.02 ^{ab}	16.60±3.22 ^{ab}	103.23±11.98 ^{ab}

与 HDP 比较：^a P<0.05；与轻度子痫前期比较：^b P<0.05；

2.3 观察组不同肾功能患者相关指标比较

与肾功能正常患者相比，肾功能异常患者的血清 HCY、NGAL 以及 U-mAlb 水平均更高（P<0.05），见表 3。

表 3 观察组不同肾功能患者相关指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	HCY($\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$)	NGAL ($\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$)	U-mAlb ($\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$)
肾功能正常	56	12.34 $\pm$ 1.54	8.43 $\pm$ 2.48	77.67 $\pm$ 4.34
肾功能异常	64	16.20 $\pm$ 1.82	16.88 $\pm$ 3.01	89.90 $\pm$ 5.25
t	--	12.444	16.638	13.789
P	--	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 各项指标对早期肾损伤的诊断价值分析

绘制 ROC 曲线，HCY、NGAL、U-mAlb 单独检测的敏感度分别为 78.13%、73.44%、75.00%，联合检测的灵敏度为 84.38%，见表 4。

表 4 各项指标对早期肾损伤的诊断价值分析[n（%）]

检测指标	AUC	95% 置信区间下限	95% 置信区间上限	灵敏度	P
HCY	0.682	0.566	0.788	78.13	<0.05
NGAL	0.634	0.534	0.762	73.44	<0.05
U-mAlb	0.686	0.578	0.801	75.00	<0.05
联合检测	0.707	0.593	0.818	84.38	<0.05

3. 讨论

HDP 是妊娠期间常见的合并症，其主要病理改变即动脉血压异常升高、全身小动脉痉挛、血流灌注量下降，不仅会导致孕妇心脏、肝脏缺血，同时也会影响胎盘供血，导致胎儿缺血、缺氧。同时，在长期高压状态下，还会造成肾小球内皮功能损伤，做好肾损伤防治已经成为临床上关注的重点。肾脏为调节体液平衡的重要脏器，一旦发生肾脏损伤，则会导致水钠代谢紊乱，导致高血压病情加重，并形成恶性循环，增加孕妇及胎儿死亡风险。与其他类型肾损伤相比，高血压引起的肾损伤从早期轻微症状发展至肾衰竭的时间更短，进展迅速，主要是由于肾脏在血压调控中也发挥重要作用。当出现高血压肾损伤后，其对肾脏控制、调节血压的能力下降，可导致肾脏损伤加重。由此可见，做好 HDP 早期诊断及积极治疗非常重要。

以往临床上主要通过检测血肌酐、尿素评估患者肾功能损伤情况，但由于肾脏代偿能力强大，患者在肾脏损伤早期，由于其他健存肾单位具有代偿作用，其发病隐匿，缺乏典型症状，因此早期肾损伤患者的尿素、血肌酐水平无明显变化，诊断难度较大，无法为早期诊断及治疗提供指导。有研究显示，当肾小球滤过率降低幅度超过 50%时，血肌酐、尿素指标才会出现轻微变化，可见其对早期肾损伤的灵敏度不高，诊断能力较差，极易延误治疗时机，迫切需要灵敏度、特异度更高的指标^[2]。同时，尿素、血肌酐还会受诸多因素影响，例如年龄、饮食、体质、肌肉含量、蛋白代谢、运动、消化道出血等，因此，尿素、血肌酐无法反映早期肾脏损伤情况。HCY 为蛋氨酸、半胱氨酸代谢中间产物，经肾脏代谢酶作用，可及时清除。但发生肾损伤后，HCY 代谢酶活性下降，甚至丧失，无法完全清除 HCY，则会导致 HCY 滞留，HCY 水平异常升高。有研究指出，正常情况下，人体 70%的 HCY 均会经肾脏排出，当肾小球滤过率下降后，HCY 代谢则会受影响^[3]。当 HCY 水平异常升高时，可损伤血管内皮细胞，促使动脉平滑肌细胞增生，导致血液灌注异常，加重肾损伤程度，增加心脑血管疾病风险。有研究指出，HCY 与血管损伤密切相关，可损伤肾脏微血管内皮损伤，导致微循环障碍，表现为肾小球滤过率下降^[4]。

NGAL 为炎症反应急性期蛋白，来源为肝脏，其对组织损伤、炎症反应均有较高敏感度，对早期肾衰竭也有一定的预测价值。患者发生 HDP 后，可诱发血流动力学改变，损伤血管内皮细胞功能，刺激炎症物质生成，引起 NGAL 水平异常升高。NGAL 为 21 kD 蛋白质，正常情况下，NGAL 可以多种复杂形式存在，包括单体、二聚体、NGAL / MMP9 等，因此在预测早期肾脏损伤方面具有较高价值^[5]。NGAL 不仅在肝细胞、肾小管细胞、脂肪细胞中存在，在心肌、斑块中也有存在，因此对 HDP 心血管疾病也有较高的预测价值^[6]。在泌尿系统中，NGAL 分布也较为局限，且主要位于近曲小管上皮，在肾小球、肾单位中无表达。当出现急性肾损伤、肾脏缺血时，NGAL 水平可显著升高，可见 NGAL 与早期肾脏损伤具有相关性，且几乎不受其他因素影响，在诊断高血压性损伤方面，NGAL 较血清肌酐、尿素更具优势。

白蛋白是一种小分子蛋白，正常在近曲小管重吸收能力下，U-mAlb 水平极低。U-mAlb 是一种早期肾损伤的敏感指标，早在肾脏发生组织学结构变化前就会出现改变。同时，在肾小管基底膜上，有电荷屏障，其主要成分即乙酰硫酸肝素、唾液酸。当发生肾功能损害后，乙酰硫酸肝素、唾液酸水平下降，负电荷减少，严重破坏电荷屏障功能，使滤过孔径增大，导致 U-mAlb 水平升高^[7]。在本次研究中，与对照组对比，观察组血清 HCY、NGAL 以及 U-mAlb 水平均更高，差异明显（P<0.05）；HDP 病情越重，血清 HCY、NGAL 以及 U-mAlb 水平越高，差异明显（P<0.05），可见血清 HCY、NGAL、U-mAlb 对 HDP 诊断及病情评估均有较高价值。同时，与肾功能正常患者相比，肾功能异常患者各项指标均更高（P<0.05），可见血清 HCY、NGAL、U-mAlb 对早期肾损伤具有预测价值。绘制 ROC 曲线，HCY、NGAL、U-mAlb 单独检测的敏感度分别为 78.13%、73.44%、75.00%，联合检测的灵敏度为 84.38%，可见联合检测的检出率更高。以往有研究显示，HCY、NGAL、U-mAlb 单独检测的灵敏度分别为 77.6%、57.1%、69.4%，而三者联合检测的灵敏度为 79.6%^[8]。对于 HDP 患者，应进行血清 HCY、NGAL、U-mAlb 水平监测，确保尽早发现其病情，并采取恰当的干预措施，减轻肾功能损伤。

综上所述，血清 HCY、NGAL 以及 U-mAlb 对 HDP 病情诊断及早期肾损伤评估具有较高价值，且联合检测的诊断能力更强。

参考文献：

[1]赵舒,严滨. 中性粒细胞明胶酶相关脂质运载蛋白与妊娠期高血压疾病的相关性研究[J]. 贵州医药,2017,41(8):817-820.

[2]陈国新,徐超成,杨家城. 妊娠高血压综合征患者的尿微量白蛋白和血流变学指标的变化及其临床意义[J]. 海南医学,2021,32(5):586-589.

[3]吴莉莉. 血清尿酸、尿微量白蛋白/肌酐比值在妊娠期高血压疾病早期肾损伤中的应用研究[J]. 中国处方药,2021,19(6):144-146.

[4]贾晓卉,王珍,黄捷. 血清胱抑素 C、尿微量白蛋白和 β 2-微球蛋白联合检测诊断妊娠高血压综合征患者早期肾损害的价值 [J]. 国际移植与血液净化杂志,2021,19(2):29-31,34.

[5]谢红军,栗艳林. 血清尿素、胱抑素 C 和尿微量白蛋白联合检测在妊娠期高血压综合征早期肾损伤诊断中的应用价值[J]. 实用检验医师杂志,2020,12(4):213-216.

[6]卜雪瑞. 尿微量白蛋白肌酐比值及同型半胱氨酸检测在妊娠期高血压早期肾损伤的应用价值[J]. 实验与检验医学,2020,38(5):950-951,959.

[7]林晓文,曾思繁,修子涵,等. 同型半胱氨酸对妊娠高血压疾病的诊断价值[J]. 贵州医药,2022,46(4):510-512.

[8]鲍琰秋,薛济鸿,王锦怡. 妊娠高血压患者同型半胱氨酸及 ET-1 水平与早期心肌功能损伤的相关性分析[J]. 国际检验医学杂志,2022,43(5):549-553.

胎膜早破孕妇血清 IL-6、sICAM-1 的表达及其临床意义分析

董秀娇 师晓晔

石家庄市栾城人民医院 河北石家庄 051430

摘要:目的: 探讨胎膜早破孕妇血清 IL-6、sICAM-1 的表达及其临床意义。方法: 选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 60 例确诊为早产胎膜早破患者(研究组)、同期选择 60 例正常分娩孕妇(对照组)作为研究对象。根据其合并绒毛膜羊膜炎与否, 分为胎膜早破合并感染组(n=31), 胎膜早破未合并感染组(n=29)。均给予 sICAM-1、IL-6 检测。观察并比较研究组与对照组 sICAM-1、IL-6 水平; 单一 sICAM-1、IL-6 检测与联合检测的诊断正确率、灵敏度、特异度。结果: 研究组患者的 sICAM-1、IL-6 水平明显高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 胎膜早破合并感染组的 sICAM-1、IL-6 水平明显高于胎膜早破未合并感染组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 联合检测诊断正确率、灵敏度、特异度明显高于单一检测指标, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论: 胎膜早破合并感染患者的 sICAM-1、IL-6 水平显著升高, 说明 sICAM-1、IL-6 水平可以反应太膜早破是否合并绒毛羊膜腔感染, 为胎膜早破孕妇的临床干预措施的制定提供有效的依据。

关键词: 胎膜早破; 血清 IL-6; sICAM-1; 表达; 其临床意义

胎膜早破是产科常见并发症之一, 该疾病是指产妇在临产之前胎膜出现破裂^[1-2]。当产妇出现胎膜早破, 可导致早产、胎儿死亡以及感染等发生几率大大增加。绒毛膜羊膜炎是因为细菌感染子宫导致的绒毛膜、羊膜出现炎症, 该疾病可导致产妇出现子宫收缩, 导致胎膜早破或是直接早产。该疾病在早期, 产妇一般无特异性的临床表现^[3-4], 多是因为早期破水来医院就诊。患者的主要临床表现为体温升高, 胎心较快, 炎症反应较为明显。当患者处于这一时期的时候, 则病情发展到较为严重的阶段。目前, 临床上针对胎膜早破并无有效地为预测方法。相关研究指出, 血清 sICAM-1、IL-6 水平的高低可以预测胎膜早破, 但是, 这一方面的研究相关文献较少^[5-6]。为进一步探讨胎膜早破孕妇血清 IL-6、sICAM-1 的表达及其临床意义, 选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例胎膜早破合并绒毛羊膜炎患者作为研究对象, 现报告如下。

一资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 60 例确诊为早产胎膜早破患者(研究组)、同期选择 60 例正常分娩孕妇(对照组)作为研究对象。根据其合并绒毛膜羊膜炎与否, 分为胎膜早破合并感染组(n=31), 胎膜早破未合并感染组(n=29)。经统计学分析, 研究组与对照组的一般资料差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性, 其详细情况见表 1, 患者均知情同意。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄(岁)	孕次	产次
研究组(n=60)	25.65±3.43	2.45±0.69	1.02±0.42
对照组(n=60)	26.01±3.36	2.38±0.72	1.23±0.53
T/X ²	0.392	0.094	0.049
P 值	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

患者均给予 sICAM-1、IL-6 检测。患者在入院之后, 在 2h 内取外周静脉血, 共 4ml。以 3000r/min 的转速进行离心, 共 10min。对上清液进行提取之后, 将标本保存在-20℃的环境中, 等待检测。本次研究采用酶联免疫吸附试验法对患者的 sICAM-1、IL-6 进行检查。

1.3 观察指标^[7-8]

观察并比较研究组与对照组 sICAM-1、IL-6 水平; 单一 sICAM-1、IL-6

检测与联合检测的诊断正确率、灵敏度、特异度。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析, 计量数据以($\bar{x}\pm s$)表示, 差异性比较用 t 检验, 计数资料则用 n(%) 来表示, 采用 X² 检验, $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 研究组与对照组 sICAM-1、IL-6 水平比较

研究组患者的 sICAM-1、IL-6 水平明显高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 2。

表 2 研究组与对照组 sICAM-1、IL-6 水平比较

组别	sICAM-1	IL-6
研究组(n=60)	284.32±13.29	442.24±103.53
对照组(n=60)	169.32±14.28	149.43±42.16
t	5.304	5.961
P 值	<0.05	<0.05

2.2 胎膜早破未合并感染组与胎膜早破合并感染组 sICAM-1、IL-6 水平比较

胎膜早破合并感染组的 sICAM-1、IL-6 水平明显高于胎膜早破未合并感染组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 3。

表 3 胎膜早破未合并感染组与胎膜早破合并感染组 sICAM-1、IL-6 水平比较

组别	sICAM-1	IL-6
胎膜早破合并感染组(n=31)	291.42±42.18	632.14±83.24
胎膜早破未合并感染组(n=29)	131.24±41.02	192.45±32.16
t	4.394	5.029
P 值	<0.05	<0.05

2.3 血清 sICAM-1、IL-6 预测胎膜早破合并绒毛羊膜腔感染结果

联合检测诊断正确率、灵敏度、特异度明显高于单一检测指标, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 4、表 5。

表 4 血清 sICAM-1、IL-6 预测胎膜早破合并绒毛羊膜腔感染结果

组别	合计		
	阳性	阴性	
IL-6	阳性	30	15
	阴性	5	10
	合计	34	25
sICAM-1	阳性	31	15
	阴性	4	10
	合计	35	25
sICAM-1 联合 IL-6	阳性	38	10
	阴性	1	11
	合计	39	21

表 5 血清 sICAM-1、IL-6 预测胎膜早破合并绒毛羊膜腔感染诊断正确率、灵敏度、特异度

组别	灵敏度	特异度	诊断正确率
IL-6	85.71 (30/35)	40.00 (10/25)	66.67 (40/60)
sICAM-1	88.57 (31/35)	40.00 (10/25)	68.33 (41/60)
sICAM-1 联合 IL-6	97.44 (38/39)	47.62 (10/21)	81.67 (49/60)

3 讨论

胎膜早破是产科常见的并发症之一，相关数据显示，该疾病也是导致早产、围产儿死亡的常见原因之一，直接威胁到产妇以及胎儿的生命安全^[9-10]。虽然国内外学者对于该疾病研究多年，但是其发病因素尚不明确，针对该疾病尚没有有效的预防干预措施。大部分学者认为，胎膜早破的发生主要与感染关系密切^[11]。从这一角度上来讲，微生物的入侵是出现胎膜早破的首要原因，但是在产妇感染的早期，并没有特异性临床症状，对于这些亚临床感染的产妇，无法采用相应的指标进行检测，因此，无法对胎膜早破并发感染进行有效的检查，无法指定干预措施。

IL-6 属于糖蛋白的一种，来源于多种细胞，例如纤维细胞、巨细胞、单核细胞等。IL-6 的主要作用是参与机体内的炎症反应，有利于促进相应伤口的愈合。一般来说，对于正常妊娠的女性而言，绒毛膜、羊膜细胞增多，这些细胞成为羊水、IL-6 的主要来源。但是当处于病理状态下，例如感染的时候，炎症细胞会增加 IL-6 的分泌。因此，一般认为 IL-6 是绒毛膜羊膜炎在早期出现的炎症细胞因子之一，可以伴随整个妊娠过程。当出现感染的时候，IL-6 直接进入到羊水中，导致 IL-6 水平的快速升高，随着病情的发展，sICAM-1 也会随之升高。

ICAM-1 是一种由炎症介质诱导在炎症发生的部位多种细胞表面进行表达的糖蛋白。在妊娠期女性体中，ICAM-1 多是表达在胎盘血管内皮细胞、胎盘组织内的绒毛上皮等部位。当病原体入侵的时候，直接引起感染，可导致单核巨噬细胞激活，释放相应的生物活性物质。这些物质能够直接刺激病灶部位的微血管，从而导致 ICAM-1 的分泌增加。当该物质增多到一定的程度之后，就会从细胞表面脱落，成为 sICAM-1。该物质保持原有的生物学活性，采用 ELISA 法进行检查，能够反映局部黏附因子的表达情况。本次研究结果显示，研究组患者的 sICAM-1、IL-6 水平明显高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；胎膜早破合并感染组的 sICAM-1、

IL-6 水平明显高于胎膜早破未合并感染组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；联合检测诊断正确率、灵敏度、特异度明显高于单一检测指标，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，说明，采用 sICAM-1、IL-6 检测能够有效提高胎膜早破合并感染的诊断情况，从而为患者的干预治疗方案的制定，提供有效依据。

综上所述，胎膜早破合并感染患者的 sICAM-1、IL-6 水平显著升高，说明 sICAM-1、IL-6 水平可以反应太膜早破是否合并绒毛羊膜腔感染，为胎膜早破孕妇的临床干预措施的制定提供有效的依据。

参考文献：

[1]Ali Alaa Ibrahim. Vitamin C and IL-6 in women with preterm premature rupture of membranes compared to normal pregnant women – a case-control study.[J]. JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association,2021,71(Suppl 8)(12).

[2]柯旭,周荣生,曹振平.IL-6、D-二聚体及 CRP 联合检测在未足月胎膜早破高危孕妇早期预测中的应用价值[J].中国性科学,2021,30(02):72-75.

[3]Wen Li,Xiaomin Zhao,Shanshan Li,Xu Chen,Hongyan Cui,Ying Chang,Rongxin Zhang. Upregulation of TNF- α and IL-6 induces preterm premature rupture of membranes by activation of ADAMTS-9 in embryonic membrane cells[J]. Life Sciences,2020,260.

[4]刘会雪,尹红亚,童重新,何瑞芝,高芳.胎膜早破并发绒毛膜羊膜炎患者与 IL-6、TNF- α 、sICAM-1 的相关性研究[J].医学理论与实践,2020,33(16):2722-2723.

[5]王敏.IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平与未足月胎膜早破及母婴结局的关系[J].中国性科学,2020,29(08):78-81.

[6]王慧,高洁,王菲.早产胎膜早破孕妇血清中 IL-6、TNF- α 、sICAM-1 的水平及临床意义[J].贵州医药,2019,43(07):1080-1081.

[7]唐翠兰,吴言英.sICAM-1 及 hs-CRP 在疑似胎膜早破及绒毛膜羊膜炎孕妇中的检测价值探究[J].中国妇幼保健,2019,34(13):2935-2937.

[8]Sak Sibel,Barut Mert,Incebiyik Adnan,Agaçayak Elif,Kirmit Adnan,Koyuncu Ismail,Sak Muhammet. Comparison of sVCAM-1 and sICAM-1 levels in maternal serum and vaginal secretion between pregnant women with preterm prelabour ruptures of membranes and healthy pregnant women.[J]. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians,2019,32(6).

[9]包翠梅,杨梅.产妇血清 IL-6、sICAM-1、CRP 水平与未足月胎膜早破的相关性研究[J].标记免疫分析与临床,2018,25(12):1857-1859+1880.

[10]Arora Ashima,Biswas Ratna,Dubey Bhawna,Goswami Binita,Saxena Sonal. Effect of antibiotics on inflammatory marker (IL-6) and perinatal outcomes in women with preterm premature rupture of membranes[J]. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology,2018,7(10).

[11]田丰,王冀康,王新彩,薛伍洋,牛斌,郭新胜.血清 IL-6 和 IL-8 与 TNF- α 联合检测在胎膜早破早期宫内感染预测中的价值研究[J].中华医院感染学杂志,2017,27(05):1171-1174.

硫酸氢氯吡格雷片在治疗冠心病患者中的应用效果分析

段亚丽 田丰 李圆

新疆医科大学第一附属医院昌吉分院心血管内二科 新疆昌吉 831100

摘要：目的：探讨冠心病患者治疗中应用硫酸氢氯吡格雷片的效果。方法：选取 2021.3~2022.3 期间我院心血管内科收治的 200 例冠心病患者，随机将其分为 2 组，给予对照组常规治疗，研究组在此基础上加以硫酸氢氯吡格雷片治疗，治疗结束后，观察两组临床效果、治疗前后生活质量、安全性以及预后情况，并分析数据。结果：总有效率：研究组为 98.00%，对照组为 91.00%，前一组更高（ $P<0.05$ ）；WHOQOL-100 评分：治疗前无差异（ $P>0.05$ ），治疗后研究组更高（ $P<0.05$ ）；不良反应发生率：研究组为 3.00%，对照组为 2.00%，两组对比无差异（ $P>0.05$ ）；心血管不良事件发生率：研究组为 1.00%，对照组为 7.00%，前一组更低（ $P<0.05$ ）。结论：在冠心病患者的治疗中，于常规治疗基础上加以硫酸氢氯吡格雷片治疗可促使临床效果得到进一步提升，并可有效改善患者生活质量和预后，同时该药不良反应少，安全性高，该药具有较高的临床使用价值，值得推广。

关键词：冠心病；硫酸氢氯吡格雷片；常规治疗；临床效果；生活质量；安全性；预后情况

冠心病是临床上常见的一种疾病，临床上将其定义为由于动脉粥样硬化引起冠脉阻塞或狭窄而导致其循环障碍，造成心肌缺氧、缺血，甚至坏死的一种心脏疾病^[1]。发病率较高，好发于中老年群体，常见症状有心前区疼痛、心悸、恶心、胸闷、乏力和气促等，若治疗不及时，可诱发多种并发症，病情严重者可猝死，严重威胁患者生命安全，故需及早治疗^[2]。现临床上治疗该病的方法较多，药物治疗是其中常见的一种，常用药物较多，主要有强心剂、 β -受体阻滞剂、硝酸甘油类、钙通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素 II 受体阻滞剂、他汀类药物、抗血小板聚集类药物等，不同药物的作用机制、疗效和不良反应各不相同^[3]。硫酸氢氯吡格雷片是临床上常见的一种抗血小板聚集类药物，该药可有效抑制血小板聚集，预防血栓形成，进而有效预防心血管不良事件的发生，同时该药不良反应少，安全性高^[4]。本研究即探讨了冠心病患者治疗中应用硫酸氢氯吡格雷片的效果，如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021.3~2022.3 期间我院心血管内科收治的 200 例冠心病患者，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 43~75 岁，平均 59.78±8.02 岁）和研究组（100 例，男性 52 例，女性 48 例，年龄 44~74 岁，平均 59.05±8.12 岁）。纳入标准^[5]：①均经临床确诊；②无其他心血管疾病；③临床资料齐全；④同意参与研究。排除标准：①存在先天性心脏病史；②肝、肾功能衰竭；③合并恶性肿瘤；④服药依从性极差。两组资料无差异（ $P>0.05$ ），可比。

1.2 方法

给予对照组常规治疗，包括利尿、扩血管、抗心绞痛、调脂、抗心律失常、减轻心肌耗氧、维持水电解质平衡等治疗。研究组在此基础上加以硫酸氢氯吡格雷片治疗，给予患者硫酸氢氯吡格雷片口服，75mg/次，1 次/d，该药国药准字为 J20130083，生产厂家为赛诺菲（杭州）制药有限公司。两组均治疗 1 个月，在这两组患者用药期间，均为患者提供全面、有效、综合的护理，给予患者用药指导，告知患者严格遵医嘱用药，不自行增减药量或停止用药。

1.3 观察指标

观察两组临床效果、治疗前后生活质量、安全性以及预后情况，并分析数据。临床效果评价标准^[6]：治疗结束后，患者临床症状基本消失，心电图、心功能基本正常为显效；临床症状缓解，心电图、心功能改善为有效；未满足以上标准为无效，计算两组的总有效率。生活质量采用世界卫生组织生活质量测定量表 100(WHOQOL-100)评价，得分呈正比，分别在治疗前和治疗结束后评价。安全性通过药物不良反应评价。预后情况通过心血管不良事件发生率评价，均随访半年评价。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 统计学软件分析数据，采用 χ^2 检验和 t 检验， $P<0.05$ 为数据有差异。

2 结果

2.1 两组临床效果对比

总有效率：研究组为 98.00%，对照组为 91.00%，前一组更高（ $P<0.05$ ）。

详见表 1：

表 1 两组临床效果比较[n(%)]					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	100	67(67.00%)	24(24.00%)	9 (9.00%)	91/100 (91.00%)
研究组	100	82(82.00%)	16(16.00%)	2 (2.00%)	98/100 (98.00%)
χ^2	-	5.922	2.000	4.714	4.714
P	-	0.015	0.157	0.030	0.030

2.2 两组治疗前后 WHOQOL-100 评分对比

WHOQOL-100 评分：治疗前无差异（ $P>0.05$ ），治疗后研究组更高（ $P<0.05$ ）。详见表 2：

表 2 两组治疗前后 WHOQOL-100 评分对比 ($\bar{x} \pm s$) (分)			
组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	100	76.28±7.01	82.11±5.22
研究组	100	76.39±6.54	88.87±6.26
t	-	0.115	8.294
P	-	0.909	0.001

2.3 两组不良反应发生率对比

不良反应发生率：研究组为 3.00%，对照组为 2.00%，两组对比无差异（ $P>0.05$ ）。详见表 3：

表 3 两组不良反应发生率比较[n(%)]					
组别	例数	胃肠道反 应	皮疹	其他	合计 (%)
对照组	100	1 (1.00%)	0 (0.00%)	1 (1.00%)	2/100(2.00%)
研究组	100	1 (1.00%)	1 (1.00%)	1 (1.00%)	3/100(3.00%)
χ^2	-	0.000	1.005	0.000	0.205
P	-	1.000	0.316	1.000	0.651

2.4 两组预后情况对比

心血管不良事件发生率: 研究组为 1.00%, 对照组为 7.00%, 前一组更低 ($P<0.05$)。详见表 4:

表 4 两组预后情况对比[n(%)]

组别	例数	心衰	心梗	猝死	合计 (%)
对照组	100	3 (3.00%)	3 (3.00%)	1 (1.00%)	7/100(7.00%)
研究组	100	1 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1/100(1.00%)
χ^2	-	1.020	3.046	1.005	4.688
P	-	0.312	0.081	0.316	0.030

3 讨论

冠心病在临床中很常见, 发病率较高, 相比其他人群, 40 岁以上男性更为高发, 该病的常见病因有高血压、糖尿病、高血脂、遗传、肥胖、长期饮酒吸烟等, 近年来, 随着我国人口老龄化程度的加深和人们生活习惯的改变, 该病发病率也随之呈逐年上升趋势, 且不断趋于年轻化^[7]。临床上将冠心病分为缺血性心肌病、心绞痛、心肌梗死、无症状性心肌缺血和猝死等类型, 常见症状有胸闷、胸痛等, 若治疗不及时, 可诱发多种并发症, 如心力衰竭、心律失常、心源性休克等, 甚至可导致患者猝死, 该病对患者造成的危害和不良影响很严重, 故需及早治疗^[8]。早期治疗可有效延缓疾病进展, 改善预后。现临床上治疗该病的方法较多, 药物治疗是其中常见的一种, 药物治疗多以镇痛、调脂、改善循环、抗心肌缺血、维持水电解质平衡等为治疗原则, 这些治疗虽可有效缓解患者临床症状, 但总体效果仍欠佳, 故需在此基础上为患者提供其他治疗^[9]。

研究发现, 冠心病的发病还与血小板聚集、斑块不稳定、血栓形成等因素相关, 故需在常规治疗基础上给予患者抗血小板聚集治疗^[10]。抗血小板聚集类药物可对血小板聚集发挥良好的抑制作用, 并可预防血栓的形成, 进而有效预防心血管不良事件的发生^[11]。现临床上常用的抗血小板聚集类药物较多, 硫酸氢氯吡格雷是近年来广泛兴起的一种该类药物, 该药属于这类药物中的新一代血小板抑制剂, 可对二磷酸腺苷 (ADP) 和血小板受体的结合发挥良好的抑制作用, 并可对 ADP 介导的 GPIIb/IIIa 复合物活化过程发挥抑制作用, 从而起到积极良好的抗血小板聚集作用^[12]。该药不仅可有效抑制 ADP 介导的复合物活化过程, 同时对非 ADP 引起的心血小板聚集也具有抑制作用。并且该药可通过与红细胞膜进行结合而提升红细胞的变形能力^[13]。该药除具有以上提到的这些作用外, 还可对动脉粥样硬化斑块的形成发挥良好的阻止和延缓作用, 进而稳定斑块, 促使心血管不良事件发生率降低。国内外药理学研究发现, 该药可促使卒中、心梗、心血管死亡的风险降低约 20%, 该药的抗血小板聚集作用要明显强于往常使用的阿司匹林^[14]。该药的血浆蛋白结合率高, 口服吸收快。将该药应用于冠心病患者的治疗中可有效抑制血小板的聚集, 抑制血栓形成, 进而避免血小板聚集和血栓加剧病情进展, 减轻血小板聚集和血栓对疾病造成负面影响。

本研究结果显示, 总有效率: 研究组为 98.00%, 对照组为 91.00%, 前一组更高 ($P<0.05$), 可见在常规治疗基础上加以氯吡格雷治疗临床效果更为显著, 与黄楚经研究一致^[15], 分析原因: 常规治疗发挥了良好的镇痛、扩血管、改善循环、调脂、减轻心肌耗氧等作用, 氯吡格雷可有效抑制血小板的聚集, 联合应用, 促使临床效果得到进一步提升, 患者临床症状得到进一步缓解。WHOQOL-100 评分: 治疗前无差异 ($P>0.05$), 治疗后研究组更高 ($P<0.05$), 可见常规治疗+氯吡格雷治疗对患者生活质量的改善更为明显, 究其原因与联合用药疗效更佳有关。不良反应发生率: 研究组为 3.00%, 对照组为 2.00%, 两组对比无差异 ($P>0.05$), 可见在

常规治疗基础上加以氯吡格雷治疗并不会增加药物不良反应, 仍具备较高的安全性。心血管不良事件发生率: 研究组为 1.00%, 对照组为 7.00%, 前一组更低 ($P<0.05$), 可见经常规治疗+氯吡格雷治疗的患者预后要明显更好, 这也与联合用药治疗效果更佳有关。

综上所述, 在冠心病患者的治疗中, 于常规治疗基础上加以硫酸氢氯吡格雷片治疗可促使临床效果得到进一步提升, 并可有效改善患者生活质量和预后, 同时该药不良反应少, 安全性高, 该药具有较高的临床使用价值, 值得推广。

参考文献:

- [1]Chen J. Application of Clopidogrel Bisulfate in the Treatment of Elderly Patients with Coronary Heart Disease and Sleep Quality Survey[J]. World Journal of Sleep Medicine,2019, 6(7):3.
- [2]张青梅. 阿司匹林肠溶片联合硫酸氢氯吡格雷片治疗冠心病心绞痛的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2019, 17(7):2.
- [3]写国斌. 对比阿司匹林肠溶片与硫酸氢氯吡格雷片治疗老年冠心病的疗效及对患者凝血指标影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 000(73):3.
- [4]安敏. 冠心病合并脑梗死患者采取硫酸氢氯吡格雷联合苯磺酸氨氯地平治疗的效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(9):2.
- [5]王燕, 安婧. 硫酸氢氯吡格雷联合阿司匹林治疗老年冠心病的疗效及安全性分析[J]. 家庭医药, 2018, 000(009):89.
- [6]Luo X M, Zou J J, Zhang B C, et al. Therapeutic effect of rosuvastatin combined clopidogrel bisulfate on patients with coronary heart disease[J]. Chinese Journal of Cardiovascular Rehabilitation Medicine,2017, 026(04)441-442.
- [7]高成山. 脑梗患者应用阿司匹林+硫酸氢氯吡格雷治疗的效果和安全性分析[J]. 饮食保健, 2018, 005(015):89.
- [8]边妍, 潘芸芸, 陈吉生. 硫酸氢氯吡格雷片仿制药对比原研药治疗冠心病的疗效、安全性与经济性的系统评价[J]. 中国药房, 2018, 29(21):5.
- [9]Ming-Qiang H, Yang S Y. Clinical effect analysis of aspirin combined with clopidogrel in the treatment of patients with coronary heart disease after PCI[J]. Cardiovascular Disease Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine,2018, 6(6):2.
- [10]张月超. 硫酸氢氯吡格雷片联合阿托伐他汀钙对冠心病 PCI 术后心绞痛患者血清血脂水平, sCD40L 及 sICAM-1 水平的影响[J]. 标记免疫分析临床, 2019, 26(7):5.
- [11]辛明明, 范春雨, 李慧仙, 等. 硫酸氢氯吡格雷片结合高压氧对行 TRA-pPCI 冠心病患者的疗效观察[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2021, 28(01):5.
- [12]金英玲. 阿司匹林肠溶片联合硫酸氢氯吡格雷片治疗冠心病心绞痛的疗效分析[J]. 中外医疗, 2020, 39(10):3.
- [13]范广辉. 硫酸氢氯吡格雷片联合阿司匹林肠溶片对冠心病心绞痛的临床疗效及药理学分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020.000(5):1.
- [14]郑文娟, 王巍, 李博, 等. 阿司匹林肠溶片联合硫酸氢氯吡格雷片治疗冠心病心绞痛的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2018, 18(9):3.
- [15]黄楚经, 廖军红, 孙巧茹, 等. 阿司匹林肠溶片与硫酸氢氯吡格雷片治疗老年冠心病的疗效比较[J]. 中国医院用药评价与分析, 2018, 18(3):3.

项目来源: 河北省石家庄市科学技术研究与发展计划项目 (201201073)

急性脑梗死患者溶栓后使用丁苯酞针剂与未使用 丁苯酞针剂的效果

付怡 李长沙 熊仙 万美琼 陈菲菲

云南省文山州砚山县人民医院 神经内科 663100

摘要：目的：在急性脑梗死患者进行溶栓治疗之后，将丁苯酞针剂应用于其中，对其患者肢体恢复情况与再发情况进行分析。方法：将 2021 年 11 月 1 日至 2022 年 11 月 1 日作为本次研究的时间区间，于该区间内摘选我院急性脑梗死病例 40 例，以随机数字表法分为研究组和参照组（n=20），对比两组患者的临床治疗效果。结果：研究组的临床治疗有效率（90%）明显较参照组（60%）高（ $P<0.05$ ）。治疗前的两组患者在神经功能评分方面不存在明显的差异（ $P>0.05$ ）；治疗后的两组患者在神经功能评分方面存在明显差异，研究组的评分明显较参照组较低（ $P<0.05$ ）。治疗前的两组患者在日常生活活动能力评分方面不存在明显的差异（ $P>0.05$ ）；治疗后的两组患者在日常生活活动能力评分方面存在明显差异，研究组的评分明显较参照组较高（ $P<0.05$ ）。研究组的患者在治疗 10d 后的再发率为 40%，较参照组 75%低，治疗 90d 后的再发率为 20%，较参照组 40%低（ $P<0.05$ ）。结论：规范化的诊疗是降低急性脑梗死患者致残率、致死率、复发率的重要方式，将丁苯酞针剂应用于脑横死急性期的溶栓治疗之后，可以让患者的神经功能得到一定的改善，同时也能促进患者日常生活活动能力的提升，降低其复发率，是值得推广与应用的治疗方式。

关键词：急性脑梗死；溶栓治疗；丁苯酞针剂；肢体恢复情况；90 天再发率

现阶段的卒中中已经成为我国居民致残、致死的重要疾病类型，而急性脑梗死就是其中一个占比较高的类型，容易对患者、家庭和社会造成巨大的负担，需要给予积极的治疗来实现致残率进行有效降低，其处理强调早期诊断、早期治疗、早期康复、早期预防^[1]。从相关研究内容可知，急性脑梗死患者的合理治疗是当下研究的重点与热点，静脉溶栓治疗属于急性脑梗死患者的常见治疗方式，其疗效已经被国内外的多项研究所证实。静脉溶栓是当前唯一被批准的治疗急性脑梗死有效方案，此种治疗方式可以起到溶解血栓、降低血液的黏度，从而起到疏通血管的重要作用^[2-3]。但是此种治疗方式对时间窗具有非常严格的要求，因此使用起来会受到一定的限制，需要对急性脑梗死患者的溶栓后治疗多加关注，让该病的致残率与致死率都可得到有效降低。相关研究显示，丁苯酞可以让缺血区域的灌注情况得到改善，在保护线粒体功能方面具有重要意义，能够起到延缓神经细胞凋亡的目的，总体来说，丁苯酞可以发挥出明显的神经保护作用^[4-5]。本次研究将 2021 年 11 月 1 日至 2022 年 11 月 1 日作为本次研究的时间区间，摘选 40 例急性脑梗死患者，对丁苯酞针剂的治疗效果进行分析，现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将 2021 年 11 月 1 日至 2022 年 11 月 1 日作为本次研究的时间区间，于该区间内摘选我院急性脑梗死病例 40 例，以随机数字表法分为研究组和参照组（n=20）。研究组使用丁苯酞注射液治疗，男女患者数量比为 14:6，年龄集中在 55~80 岁，中位年龄为（60.32±4.34）岁，病程介于 3~20d，平均病程为（10.21±2.31）d；参照组不使用丁苯酞注射液治疗，男女患者数量比为 15:5，年龄集中在 58~85 岁，中位年龄为（63.45±4.54）岁，病程介于 4~22d，平均病程为（11.22±2.43）d。上述两组患者在临床资料方面表现为一致性特征（ $P>0.05$ ），且经过医院伦理委员会的批准，本次研究可顺利开展。

入组标准：所有患者与《2019 年中国急性缺血性卒中诊治指南》^[6]中关于急性静脉溶栓溶栓治疗患者的相关标准相符；所有患者均知晓本次研究且签署同意书。

排除标准：合并患有严重心、肝、肺、肾、痛风、肿瘤或上消化道出血等疾病的患者；血小板计数 $<100\times 10^9/L$ 的患者；认知、意识存在障碍的患者；对丁苯酞存在过敏的患者。

1.2 方法

参照组患者在接受静脉溶栓治疗后，于 24 小时头颅 CT 排除出血后在常规抗血小板、他汀类药、清除氧自由基等治疗，持续治疗 10d。研究组以上述治疗方式为基础，使用丁苯酞针剂来进行静脉注射，按照 2 次/d，25mg/次的用量与频率，持续进行 10d 的治疗。

1.3 观察指标

（1）疗效评价：以全国第四届脑血管病会议制定的“脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准”^[7]为主要依据，主要分为基本痊愈、显著进步、进步、无变化、恶化。总有效率=（基本痊愈+显著进步）/总例数 $\times 100\%$ 。

（2）神经功能缺损情况：以美国国立卫生院神经功能缺损评分（NIHSS 评分）作为主要依据，总分为 42 分，分值与神经功能功能成反比关系。对两组患者治疗前、治疗后 11d 以及患病 90d 的 NIHSS 评分进行比较。

（3）日常生活活动能力：以改良型 Barthel 指数评分作为主要依据，总分为 100 分，包括着有关日常生活的 10 个项目， >60 分说明生活基本可以得到自理，分值与日常生活能力成正比关系。对两组患者治疗前、治疗后 11d 以及患病 90d 的 Barthel 指数评分。

（4）再发情况：对两组患者治疗 10d、90d 的再发率进行比较和分析。

1.4 统计学方法

将所有数据均输入到 SPSS 25.0 软件当中，采用“[% (n)]”、“ $(\bar{x}\pm s)$ ”分别对计数、计量数据进行表示，采用“ χ^2 ”、“ t ”实施相应的组间检验，以 $P<0.05$ 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组患者的临床疗效

由表 1 可知，研究组的临床治疗有效率（90%）明显较参照组（60%）高（ $P<0.05$ ）。

表 1 两组患者的临床疗效比较 [% (n)]

组别	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效
参照组 (n=20)	8 (40.0)	4 (20.0)	4 (20.0)	2 (10.0)	2 (10.0)	12 (60.0)

研究组 (n=20)	11 (55.0)	7 (35.0)	1 (5.00)	1 (10.0)	0 (0.0)	18 (90.0)
χ^2	-	-	-	-	-	4.800
P	-	-	-	-	-	0.028

2.2 对比两组患者的肢体恢复情况

由表 2 可知, 治疗前的两组患者在神经功能评分方面不存在明显的差异 ($P>0.05$); 治疗后的两组患者神经功能评分方面存在明显差异, 研究组的评分明显较参照组较低 ($P<0.05$)。

表 2 两组患者的 NIHSS 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗 10d	治疗 90d
参照组 (n=20)	4.89±2.31	15.32±3.46	20.34±3.78
研究组 (n=20)	4.78±2.22	6.72±3.42	16.13±3.98
t	0.154	7.906	11.578
P	0.879	0.000	0.000

2.3 对比两组患者的日常生活活动能力情况

由表 3 可知, 治疗前的两组患者在日常生活活动能力评分方面不存在明显的差异 ($P>0.05$); 治疗后的两组患者在日常生活活动能力评分方面存在明显差异, 研究组的评分明显较参照组较高 ($P<0.05$)。

表 3 两组患者的 Barthel 指数评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗 10d	治疗 90d
参照组 (n=20)	54.34±7.98	76.43±7.65	83.32±8.45
研究组 (n=20)	55.32±7.66	83.22±8.32	91.55±9.54
t	0.396	2.687	2.889
P	0.694	0.011	0.064

2.4 对比两组患者的再发情况

由表 4 可知, 研究组的患者在治疗 10d 后的再发率为 40%, 较参照组 75%低, 治疗 90d 后的再发率为 20%, 较参照组 40%低 ($P<0.05$)。

表 4 两组患者在治疗 10d、90d 的再发率比较 [% (n)]

组别	治疗 10d	治疗 90d
参照组 (n=20)	15 (75.0)	8 (40.0)
研究组 (n=20)	8 (40.0)	2 (10.0)
χ^2	5.013	4.800
P	0.025	0.028

3. 讨论

急性脑梗死易发于老年群体, 且男性为多见, 头晕、头痛、偏瘫、语言失能等, 都是明显的临床表现, 其发病机制多是受到多种因素的影响, 使得患者出现脑组织供血不足的现象, 进而造成缺血、缺氧的问题。脑梗死在临床上也被称作是缺血性脑卒中, 容易对患者的机体造成不同程度的后遗症, 具有非常高的致残率和死亡率, 已经成为威胁老年身心健康与晚年生活质量的重要病症, 易对患者自身及其家庭带来极大的负担, 因此需要选取合适的治疗手段来对该病进行治疗^[8]。

丁苯酞属于人工合成的新型药物, 是从芹菜中提取的一种化学单体药物, 该药物的主要机制即缺血区域的微血管得到一定的扩张, 让其获得再生效果。在急性脑梗死患者静脉溶栓治疗后应用丁苯酞, 可以对患者的血管进行有效扩张, 同时能够起到加速血液循环的重要作用^[9]。此外, 丁苯酞也可以让磷脂酶产生一定的抑制效果, 在降低血栓产生和抑制血栓形成方面具有重要作用, 将其应用在急性脑梗死患者的治疗当中, 可以有效降低再栓塞风险, 从本次研究结果可知, 采用丁苯酞治疗的研究组在复发率方面明显低于未采用丁苯酞的参照组, 治疗 10d 后的再发率为 40%, 较参照组 75%低, 治疗 90d 后的再发率为 20%, 较参照组 40%低 ($P<0.05$)。

急性脑梗死导致患者神经功能受损, 症状恢复缓慢甚至终生残疾, 导

致住院时间延长, 往往能达到 20 余天, 通过此项治疗, 住院时间能缩短至 10 天以内, 溶栓后使用丁苯酞治疗能够将住院时间进行有效缩短, 让病床的周转速度得到有效加快。同时急性脑梗死导致患者瘫痪, 患者及家属希望到上级医院能得到更好的救治, 通过此项治疗, 患者症状恢复时间缩短, 转院比率减少, 因“急性脑梗死”转院比率能控制在 5%以内^[10]。从本次研究结果可知, 溶栓后采用丁苯酞针剂治疗的研究组在肢体恢复方面的评分较未采用丁苯酞针剂治疗的参照组低, 治疗后 10d、90d 的 NIHSS 评分均低于参照组, 说明研究丁苯酞针剂治疗可以改善患者的神经功能, 降低患者致残率。此外, 研究组的日常生活能力评分较参照组高, 治疗后的 10d、90d 的 Barthel 指数评分低于参照组, 说明患者丁苯酞针剂治疗可以提升患者的生活及健康水平, 减轻家庭及社会负担, 并能给家庭及社会带来一定的经济效益。

总体来说, 将丁苯酞应用在脑梗死急性期患者的治疗当中, 可以让患者已经处于缺血、缺氧状态的神经区域再灌注得到改善, 让患者的神经元死亡时间得到一定的抑制, 让整个大脑区域的脑血流量都可以得到有效增强, 实现对受伤神经细胞的有效保证, 进一步降低脑梗死的面积。氧自由基所引起的过氧化脂质是导致患者出现缺血性脑神经损伤的重要因素, 而丁苯酞可以起到抗自由基的重要作用, 丁苯酞药物中含有的 NBP 可以帮助产生直氧自由基, 让患者的神经组织情况得到一定的缓解。此外, 丁苯酞可以通过提升神经细胞 ATP 活性的方式来实现对脑梗死产生的延缓性作用, 让患者的脑梗死患者的存活时间得到一定的提升。

综上所述, 对溶栓后 24 小时 CT 排出血的患者及时采取有效的治疗方法, 是降低致残率和病死率的关键, 而丁苯酞注射剂的应用就是恢复患者肢体情况和生活质量的重要方式, 同时在降低再发率方面 also 具有重要意义, 值得推广与应用。

参考文献:

[1]雷华斌,张恒.谷红注射液联合阿替普酶治疗对急性脑梗死患者血清相关因子水平的影响[J].检验医学与临床,2022,19(13):1840-1843.

[2]吴云虹,周辉,陈薇,林雅明.丁苯酞序贯联合静脉溶栓对急性脑梗死患者 sdLDL-C Annexin A2 Hcy 及预后的影响[J].河北医学,2022,28(06):1020-1024.

[3]杨发艳.阿替普酶溶栓联合丁苯酞对急性脑梗死患者炎症递质及凝血功能的影响[J].哈尔滨医药,2022,42(03):52-54.

[4]何雪霞.丁苯酞软胶囊对急性脑梗死患者的治疗效果[J].中国城乡企业卫生,2022,37(06):147-149.

[5]徐达,刘湘燕.丁苯酞对急性脑梗死患者的神经、认知功能及炎症状况的影响研究[J].湖北科技学院学报(医学版),2022,36(03):232-235.

[6]李娜,闫卫静.尤瑞克林联合丁苯酞对急性脑梗死患者血液流变学及脑血管储备功能的影响[J].辽宁医学杂志,2022,36(03):13-16.

[7]王杰.丁苯酞序贯治疗对急性脑梗死并认知障碍的作用及对患者 NIHSS、mRS、ADL 的影响[J].吉林医学,2022,43(05):1313-1315.

[8]杨柳,黄军.丁苯酞注射液联合依达拉奉治疗急性脑梗死的价值[J].中外医学研究,2022,20(12):18-21.

[9]张莉婷,侯芳芳.丁苯酞软胶囊联合依达拉奉用于临床治疗急性脑梗死的疗效[J].贵州医药,2022,46(04):544-546.

[10]田慧娟,陈洁,张维,张东亚,张斌.丁苯酞辅助治疗对急性脑梗死患者凝血功能及炎症因子水平的影响分析[J].贵州医药,2022,46(03):414-415.

二甲双胍联合胰岛素治疗妊娠期糖尿病的效果及对不良妊娠结局和血脂代谢的影响

高倩慧 梁菲菲

平度市人民医院 山东青岛 266700

摘要:目的: 分析妊娠 糖尿病患者采取二甲双胍+胰岛素治疗的效果, 评价患者治疗后的血脂变化及不良妊娠结局率。方法: 我院于 2020 年 1 月-2022 年 5 月收治妊娠糖尿病患者 120 例, 随机抽签法分组后各有 60 例, 对照组、观察组分别采取胰岛素治疗及胰岛素+二甲双胍治疗, 评价治疗前后血糖水平、血脂水平, 统计不良妊娠结局及并发症情况。结果: 治疗前, 两组患者 FPG、2hPG 水平相比无明显差异, $p>0.05$; 治疗后, 观察组 FPG、2hPG 水平低于对照组, $p<0.05$ 。治疗前, 两组血脂水平各项指标相比差异不显著, $p>0.05$, 治疗后, 观察组 TC、TG 及 LDL-C、HDL-C 水平降低, 与对照组相比, $p<0.05$ 。观察组不良妊娠结局率比对照组低, $p<0.05$ 。观察组并发症发生率比对照组低, $p<0.05$ 。结论: 妊娠糖尿病患者采取胰岛素+二甲双胍治疗, 患者血糖得以有效控制, 不良妊娠结局率降低, 改善患者血脂代谢水平, 患者治疗安全性高, 具有临床应用可行性。

关键词: 二甲双胍; 胰岛素; 妊娠期糖尿病; 血糖; 血脂; 不良妊娠结局

目前, 我国肥胖女性人数不断增长, 妊娠糖尿病在临床备受关注。妊娠糖尿病分为两种情况, 第一种是妊娠前发生糖尿病, 属于糖尿病合并妊娠, 另外一种是在妊娠后发生糖尿病, 属于妊娠期糖尿病^[1]。该疾病在妊娠期比较常见, 与孕妇妊娠期耐糖量损伤相关。妊娠糖尿病也会导致新生儿发生呼吸窘迫综合征或者剖宫产, 发病率与女性妊娠中的饮食习惯相关, 妊娠期女性吃过多的甜食, 会导致血糖异常增高, 最终发生疾病。妊娠糖尿病轻患者病情不严重, 不会影响新生儿, 病情严重患者可能导致新生儿死亡^[2]。合理控制妊娠期血糖是临床关注的重点问题, 也是目前妊娠糖尿病研究的主要方向, 其重点在于降低孕妇并发症发生率及不良妊娠结局率。妊娠糖尿病以药物治疗为主, 胰岛素作为控制血糖的常见药物, 也是妊娠糖尿病治疗的首选药物。单纯胰岛素治疗无法达到理想的效果, 二甲双胍属于胰岛素增敏剂, 在糖尿病治疗中应用, 控制血糖的同时, 为改善母婴预后提供帮助。本研究分析单一胰岛素及胰岛素+二甲双胍对妊娠糖尿病患者的影响, 具体报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

我院于 2020 年 1 月-2022 年 5 月收治妊娠糖尿病患者 120 例, 随机抽签法分组后各有 60 例, 对照组患者年龄在 20-38 岁, 平均年龄(28.45±4.12)岁。孕周在 25-34 周, 平均孕周(29.45±2.12)周。初产妇 48 例、经产妇 12 例。观察组患者年龄 21-39 岁, 平均年龄(28.64±4.35)岁。孕周在 24-35 周, 平均孕周(29.86±2.54)周。初产妇 46 例, 经产妇 14 例。两组患者年龄及孕周等资料对比, $p>0.05$ 。

纳入标准: 患者均满足《妊娠合并糖尿病诊治指南》标准, 空腹及餐后 2h 血糖中结果异常。通过饮食及运动无法有效调节血糖。纳入研究的孕妇均是单胎妊娠, 临床资料完整, 同意参与研究。

排除标准: 将恶性肿瘤、糖尿病史、精神异常的患者排除。

1.2 方法

患者入院后, 医务人员常规对患者进行指导, 给予患者控制血糖的建议, 包括饮食管理及运动管理方法, 自以上角度着手, 纠正患者不良生活习惯及饮食习惯, 以免血糖水平持续增高。基于此基础上, 对照组患者采取胰岛素治疗(国药准字: H20160216)。早餐、晚餐前 30min 皮下注射, 每次剂量在 0.2-0.3U (kg·d), 患者注射胰岛素后, 血糖水平控制较为理想, 让患者坚持按照该剂量注射。若患者血糖水平控制一般, 适当增加胰岛素量, 直到妊娠期结束。

观察组: 在胰岛素治疗方法上联合二甲双胍(国药准字: H37020003), 患者初始口服剂量为 500mg, 每天口服 2 次, 在第二天开始适当增加剂量, 1 周增加到 2000mg/d。

两组患者疾病治疗期间, 观察患者用药不良反应情况, 患者发生不良反应先停止用药或者减半药量, 根据患者适应性对药物用量进行调整。

1.3 观察指标

①对患者治疗前后血糖水平进行调查, 包括空腹血糖、餐后 2h 血糖, 分别以 FPG、2hPG 为代表指标。②对治疗前后血脂水平调查, 包括三酰甘油、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、总胆固醇, 分别通过 TG、LDL-C、HDL-C 及 TC 表示。③对不良妊娠结局调查, 包括巨大儿、胎膜早破、产后出血。④统计用药后的并发症, 包括皮疹、羊水过多、尿路感染。

1.4 统计学处理

以 spss22.0 对数据进行调查分析, 计量资料标准差、计数资料概率分别使用 $\bar{x} \pm s$ 、%表示, 以 t 值、 χ^2 值检验, p 值在 0.05 以内为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 组间治疗前后的血糖水平

治疗前, 两组患者 FPG、2hPG 水平相比无明显差异, $p>0.05$; 治疗后, 观察组 FPG、2hPG 水平低于对照组, $p<0.05$, 见表 1。

表 1 组间治疗前后的血糖水平 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

分组	FPG		2hPG	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=60)	13.25±2.41	7.12±1.12	16.24±4.12	9.02±2.12
对照组 (n=60)	13.24±2.45	9.56±2.45	16.23±4.36	11.34±3.12
χ^2	0.022	7.016	0.012	4.764
P	0.982	0.001	0.989	0.001

2.2 组间血脂治疗前后水平变化

治疗前, 两组血脂水平各项指标相比差异不显著, $p>0.05$, 治疗后, 观察组 TC、TG 及 LDL-C、HDL-C 水平降低, 与对照组相比, $p<0.05$, 见表 2。

表 2 组间血脂治疗前后水平变化 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

分组	TC		TG		LDL-C		HDL-C	
	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=60)	5.92±2.12	5.02±1.54	3.61±1.04	1.52±0.64	3.74±1.85	2.85±1.02	3.74±1.95	2.81±1.12
对照组 (n=60)	5.85±2.31	5.68±1.68	3.63±1.11	2.52±0.87	3.64±1.78	3.64±1.25	3.68±1.86	3.64±1.15
t	0.172	2.243	0.101	7.171	0.301	3.792	0.172	4.005

p	0.863	0.026	0.919	0.001	0.763	0.001	0.863	0.001
2.3 组间不良妊娠结局率								
观察组不良妊娠结局率比对照组低, p<0.05, 见表 3。								
表 3 组间不良妊娠结局率 (n, %)								
分组	n	巨大儿	胎膜早破	产后出血	发生率			
观察组	60	1 (1.67)	0 (0.00)	1 (1.67)	2 (3.33)			
对照组	60	3 (5.00)	3 (5.00)	2 (3.33)	8 (13.33)			
x ²						3.927		
P						0.047		
2.4 组间并发症发生率对比								
观察组并发症发生率比对照组低, p<0.05, 见表 4。								
表 3 组间并发症发生率对比 (n, %)								
分组	n	皮疹	羊水过多	尿路感染	发生率			
观察组	60	2 (3.33)	1 (1.67)	1 (1.67)	4 (6.67)			
对照组	60	5 (8.33)	5 (8.33)	6 (10.00)	16(26.67)			
x ²						8.640		
p						0.003		

体血糖代谢,也能缩减代谢紊乱导致的各类并发症。诺和灵 30R 是临床全新的胰岛素,其功能在于降低低血糖发生率,治疗安全性高,单纯使用诺和灵 30R 无法达到理想的血糖控制效果。二甲双胍是口服药物,患者用药后最大程度降低胰岛素抵抗问题,延缓人体葡萄糖的摄入速度,发挥胰岛素功能,改善孕妇妊娠结局,以免患者发生低血糖,确保疾病治疗安全性。二甲双胍在应用过程中,也能改善妊娠期糖尿病孕妇的内源性胰岛素需求,保护胰岛 β 细胞。临床调查显示^[10],二甲双胍药物在应用后,增强胰岛素效果,提升胰岛素敏感性,减少肝脏葡萄糖输出量。但此类药物可能影响胎儿安全,临床需减少此类药物的用量。有研究显示^[11],妊娠糖尿病患者使用二甲双胍治疗,在一定程度降低血糖水平,但个别新生儿发生并发症。对此,二甲双胍治疗妊娠期糖尿病的效果有待进一步考察。

本研究中,观察组妊娠糖尿病患者采取二甲双胍+胰岛素治疗,观察组患者治疗后的血糖水平明显比对照组低,已经趋于正常水平,在联合治疗过程中,患者胰岛素敏感性提升,便于后期控制血糖。观察组患者的不良妊娠结局、并发症发生率比对照组低,该结果显示联合治疗可改善妊娠结局,降低孕产妇围生期并发症概率。妊娠糖尿病患者发生脂肪代谢紊乱的概率高,胎儿发生低能是供给减少,将能量转化为脂肪,药物干预有效。

3. 讨论

妊娠期糖尿病是临床发病率高的病变, 对孕妇及胎儿均会产生不良影响, 临床在妊娠期要求孕妇定期产检, 产检中可检查孕妇血糖水平是否正常, 为临床诊断及早期治疗疾病提供帮助。妊娠期糖尿病的发生原因暂未明确, 临床认为与运气胎盘生乳素及孕激素水平过高相关, 导致人体呈现胰岛素抵抗状态。随着孕妇孕周不断增加, 胎儿对营养需求量随之增高, 肾糖阈水平降低, 孕妇血浆葡萄糖水平异常。近几年, 临床总结出以下妊娠期糖尿病发生原因。①营养因素: 妊娠期糖尿病与孕妇体内的营养水平相关, 孕产妇营养水平过高及营养摄入不足, 均会导致孕妇发生糖尿病。相关调查中^[3], 妊娠期糖尿病重要危险因素便是孕早期体重质量过高, 孕前期质量与血清瘦素、胰岛素敏感相关, 血清瘦素水平高, 胰岛素敏感性降低, 孕妇的体质质量高。营养不良也会导致产妇产体内的必要营养元素不足, 导致人体缺乏微量元素, 导致糖分过量分解, 孕妇血糖水平随之增高。氧化应激反应也会导致胰岛素抵抗^[4]。②遗传因素: 糖尿病的症状是血糖异常增高、内分泌代谢障碍。该疾病与遗传因素相关, 是环境因素共同作用下发生的免疫性病变, 有家族史患者发生病变的概率高^[5]。③脂肪因子水平: 孕妇体内的脂肪因子水平高, 糖尿病发生率高。常见的脂肪因子包括脂联素、内脏脂肪素等, 此类因子对妊娠期糖尿病发生及发展产生直接的影响。身体肥胖孕妇脂肪细胞含量高, 导致患者 TNF- α 、IL-6 水平增高, 糖尿病发生率随之增高。④炎症因子: 妊娠期糖尿病与炎症因子水平相关, 人体内的 C 反应蛋白属于急性时相蛋白, 对炎症非特异性因子产生反应, 最终导致患者胰岛素抵抗。孕早期 CRP 水平增高, 孕妇发生糖尿病的危险程度是普通孕妇的 3.5 倍。对此, 炎症反应是导致孕妇妊娠期糖尿病的重要因素^[6]。

基于妊娠期糖尿病发生原因基础上, 临床总结妊娠期糖尿病的治疗方法。

①饮食营养疗法: 该疗法属于基础治疗方法, 本研究中纳入的患者均使用饮食营养疗法干预, 其目的是保证血糖水平稳定, 确保胎儿摄入足够的营养, 降低胎儿及产妇产后并发症发生率。营养治疗期间控制孕妇能量总量, 使孕妇体质质量合理增长, 适当控制孕妇碳水化合物量, 确保蛋白质及纤维素、矿物质合理摄入^[7]。有效的饮食控制方法确保孕妇生理要求, 也能确保胎儿健康成长。妊娠期糖尿病控制饮食基础上, 也要遵循个体化营养干预, 从而有效控制血糖^[8]。②运动疗法: 该疗法的价值在于通过运动改善孕妇的生活习惯, 减少胰岛素用量, 改善胰岛素抵抗问题, 合理调节血糖水平。孕妇处于妊娠期, 应当将坚持运动, 强度保持中等水平, 满足血糖控制需求即可。本研究纳入的患者均通过饮食及运动法干预。③药物治疗: 药物治疗是直接及有效的治疗方法, 合理选择降糖药物是关键。胰岛素属于大分子蛋白, 控制血糖的安全性高。胰岛素作为临床常见的降糖药物, 包括短效胰岛素及超短效人胰岛素、长效胰岛素等类型^[9]。短效胰岛素效果好, 安全性高, 孕妇使用后的不良反应率低。临床将目光放在胰岛素皮下注射上, 该疗法属于一种新型治疗方法, 将人体胰岛素作为基准, 模拟胰岛 β 细胞的分泌过程, 灵活调节胰岛素量, 以免发生低血糖等问题, 改善胰岛素波动情况, 短期内控制血糖, 也能改善孕妇低血糖症状。

临床多通过胰岛素治疗妊娠期糖尿病, 药物不仅能利用葡萄糖、调节人

体血糖代谢, 也能缩减代谢紊乱导致的各类并发症。诺和灵 30R 是临床全新的胰岛素, 其功能在于降低低血糖发生率, 治疗安全性高, 单纯使用诺和灵 30R 无法达到理想的血糖控制效果。二甲双胍是口服药物, 患者用药后最大程度降低胰岛素抵抗问题, 延缓人体葡萄糖的摄入速度, 发挥胰岛素功能, 改善孕妇妊娠结局, 以免患者发生低血糖, 确保疾病治疗安全性。二甲双胍在应用过程中, 也能改善妊娠期糖尿病孕产妇的内源性胰岛素需求, 保护胰岛 β 细胞。临床调查显示^[10], 二甲双胍药物在应用后, 增强胰岛素效果, 提升胰岛素敏感性, 减少肝脏葡萄糖输出量。但此类药物可能影响胎儿安全, 临床需减少此类药物的用量。有研究显示^[11], 妊娠期糖尿病患者使用二甲双胍治疗, 在一定程度降低血糖水平, 但个别新生儿发生并发症。对此, 二甲双胍治疗妊娠期糖尿病的效果有待进一步考察。

本研究中, 观察组妊娠期糖尿病孕产妇采取二甲双胍+胰岛素治疗, 观察组患者治疗后的血糖水平明显比对照组低, 已经趋于正常水平, 在联合治疗过程中, 患者胰岛素敏感性提升, 便于后期控制血糖。观察组患者的不良妊娠结局、并发症发生率比对照组低, 该结果显示联合治疗可改善妊娠结局, 降低孕产妇围生期并发症概率。妊娠期糖尿病患者发生脂肪代谢紊乱的概率高, 胎儿发生能量供给残余, 将能量转变为脂肪, 药物无法有效调节脂肪量。临床研究显示^[12], 糖尿病患者的高血糖及脂代谢紊乱与基础代谢紊乱相关, 妊娠期糖尿病导致孕妇代谢紊乱严重, 妊娠期糖尿病并发症与血脂异常代谢具有相关性。妊娠期糖尿病会导致胰岛素分泌不足, 导致高血糖素增高, 产生脂肪分解抑制反应, 提升人体内的脂肪溶解速度, 使脂肪无法转变为酮体, 三酰甘油量增高。对此, 在疾病治疗过程中, 应当改善血糖代谢能力, 有效控制血糖水平, 缩减并发症发生率。在本研究中, 观察组患者的脂肪代谢水平改善, 脂肪代谢逐渐恢复正常。观察组脂肪代谢改善情况优于对照组, $p<0.05$ 。

综上, 在妊娠期糖尿病患者治疗中, 为患者采取二甲双胍联合胰岛素治疗, 有利于改善孕妇血糖水平, 降低孕妇治疗期间的并发症发生率, 也能纠正孕妇脂肪代谢紊乱问题, 妊娠不良结局率随之降低, 该联合治疗方法具有临床应用价值。

参考文献:

- [1] 陈红岩, 王正军. 门冬胰岛素联合二甲双胍治疗妊娠期糖尿病的临床疗效及对妊娠结局和血清相关因子的影响[J]. 医药论坛杂志, 2022, 43(02): 96-99.
- [2] 刘端芳. 个体化营养治疗对妊娠期糖尿病孕妇血糖稳定水平及妊娠结局的影响[J]. 糖尿病新世界, 2022, 25(02): 47-50.
- [3] 徐红晓. 胰岛素联合阿司匹林治疗对妊娠期糖尿病孕妇临床疗效及 FBG、2hPBG 水平的影响[J]. 辽宁医学杂志, 2021, 35(06): 27-30.
- [4] 谢慧君, 莫丽芳, 尹航. 高龄孕妇妊娠期糖尿病的规范化治疗对妊娠结局的影响研究[J]. 中国医药科学, 2021, 11(20): 98-101.
- [5] 危峰, 庄丽娥, 陈巧梅. 常规治疗上增加靶向肠道微生物干预、中医营养治疗对妊娠期糖尿病产妇血糖控制及妊娠结局的影响[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24(20): 14-17.
- [6] 汪海霞. 盐酸二甲双胍联合门冬胰岛素治疗妊娠期糖尿病的临床效果及对妊娠结局和新生儿的作用分析[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(28): 104-106.
- [7] 张敏. 观察门冬胰岛素联合生物合成胰岛素治疗妊娠期糖尿病的临床疗效[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(16): 15+17.
- [8] 张玲. 胰岛素泵联合生物合成胰岛素治疗妊娠期糖尿病的临床疗效[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(16): 30-31+34.
- [9] 刘秀青, 阮忠敏. 常规治疗联合个体化营养治疗对妊娠期糖尿病患者血糖控制及妊娠结局的影响[J]. 中国实用医药, 2021, 16(20): 61-63.
- [10] 杨宏. 胰岛素联合阿司匹林治疗妊娠期糖尿病孕妇的效果及其对血糖水平的影响[J]. 中国医学创新, 2021, 18(19): 35-39.
- [11] 张颖, 李怡梅, 杨小凤. 门冬胰岛素和生物合成人工胰岛素治疗妊娠期糖尿病的效果分析[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2021, 27(03): 309-313.
- [12] 高珍珍. 连续护理对妊娠期糖尿病患者治疗依从性及妊娠结局的影响分析[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24(09): 155-157+161.

小儿慢性咳嗽采用布地奈德联合孟鲁司特钠治疗的效果分析

顾明英

宁夏吴忠市同心县人民医院药剂科 宁夏同心县 751300

摘要：目的：探讨对小儿慢性咳嗽的患者采用布地奈德联合孟鲁司特钠进行治疗的效果。方法：将2020年10月到2021年10月在本院进行治疗的小儿慢性咳嗽的患者100例作为本次的观察对象，并将这100例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有50例小儿慢性咳嗽的患者，对照组的50例小儿慢性咳嗽的患者采用布地奈德进行治疗，而实验组的50例小儿慢性咳嗽患者则是采用布地奈德联合孟鲁司特钠进行治疗。并在两组患儿采取不同的治疗方法治疗后，将两组患儿的治疗效果以及治疗前后患儿咳嗽的情况、肺功能指标和治疗后不良反应的发生率进行对比和分析。结果：在两组小儿慢性咳嗽患者采取不同的治疗方法进行治疗前，两组患儿的咳嗽情况以及肺功能指标对比不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），而两组小儿慢性咳嗽的患者在采用不同的治疗方法进行治疗后，通过布地奈德联合孟鲁司特钠进行治疗的实验组小儿慢性咳嗽的患者临床的治疗效果以及咳嗽的情况和肺功能指标、不良反应的发生率均优于采用布地奈德进行治疗的对照组小儿慢性咳嗽的患者，且两组小儿慢性咳嗽患者的治疗效果以及咳嗽的情况和肺功能指标、不良反应的发生率对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：本文对小儿慢性咳嗽的患者采用布地奈德联合孟鲁司特钠进行治疗，能够有效的改善患儿的肺功能指标和患儿的咳嗽情况，同时还能够降低患儿出现不良反应的发生率，提高患儿的临床治疗效果，促进患儿的健康恢复，在临床上值得推广和使用。

关键词：布地奈德；孟鲁司特钠；小儿慢性咳嗽

小儿慢性咳嗽是目前临床上非常常见的一种呼吸系统的疾病，这种疾病主要是由多种致病因素共同作用而引起的，病因非常的复杂。在患儿患有慢性咳嗽以后会表现出持续性的咳嗽，这种临床症状很容易误诊为慢性支气管炎和支气管肺炎。目前临床上对于小儿慢性咳嗽的患者主要是采取药物进行治疗。小儿慢性咳嗽的常用药物有布地奈德和孟鲁司特钠。布地奈德在临床上属于糖皮质激素类的药物，这种药物经常被用来治疗哮喘、喘息性支气管炎等疾病；而孟鲁司特钠是一种选择性白三烯受体拮抗剂，这种药物主要是用来预防以及治疗过敏性鼻炎、哮喘和控制呼吸道炎症反应的。两种药物均可以对小儿慢性咳嗽的患者进行治疗，但是如果单一的进行用药对于小儿慢性咳嗽的患者来说治疗的效果不是非常的明显。经过相关的研究发现，布地奈德和孟鲁司特钠联合对小儿慢性咳嗽的患者进行治疗，可以提高患儿的治疗效果。为了能够进一步的掌握布地奈德联合孟鲁司特钠对小儿慢性咳嗽的治疗效果，将对本院进行治疗的小儿慢性咳嗽的患者采取布地奈德联合孟鲁司特钠进行治疗，并将治疗的结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年10月到2021年10月在本院进行治疗的小儿慢性咳嗽的患者100例作为本次的观察对象，并将这100例小儿慢性咳嗽的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有50例小儿慢性咳嗽的患者，对照组的50例小儿慢性咳嗽的患者当中有男性小儿慢性咳嗽的患者25例，女性小儿慢性咳嗽的患者25例，年龄在1~8岁之间，平均年龄在（ 4.25 ± 2.04 ）岁，这些患儿的病程在2~6个月之间，平均病程为（ 3.97 ± 2.62 ）个月，而实验组的50例小儿慢性咳嗽的患者当中有男性小儿慢性咳嗽的患者24例，女性小儿慢性咳嗽的患者26例，年龄在1~9岁之间，平均年龄在（ 4.24 ± 2.14 ）岁，这些患儿的病程在1~7个月之间，平均病程为（ 3.88 ± 2.62 ）个月。纳入标准：本次进行研究的患儿均经过临床诊断后被确诊的，同时这些小儿慢性咳嗽的患者最主要的临床症状就是咳嗽，并且具有慢性和反复性以及顽固性的特征；在小儿慢性咳嗽的患者吸入刺激性的空气或者是进行剧烈的运动以后，咳嗽的症状就会在凌晨以及夜间加重，患儿的主要表现为干咳、无喘息；这100例患儿的病情均超过4周的时间，并且这些患儿都是经过长时间抗生素治疗以后临床症状并没有得到缓解，同时患儿没有出现感染的情况。排除标准：排除因感染和气道异常、结核疾病以及慢性鼻窦炎等引起的慢性咳嗽；排除合并伴有心肺疾病和药物过敏史以及哮喘遗传史的患儿；排除在30天内使用过糖皮质激素进行治疗的患儿。两组小儿慢性咳嗽的患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组患儿的家属均自愿签署知情同意书。此外，两组患儿的临床资料对比后产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

两组小儿慢性咳嗽的患者在入院以后，医疗人员需要给予小儿慢性咳嗽的患者常规的治疗，如抗生素和化痰止咳的治疗。对照组的50例小儿

慢性咳嗽的患者单一的使用布地奈德进行治疗，布地奈德的使用需要根据患儿的年龄来确定，如果患儿的年龄在2~7岁之间，那么布地奈德的使用量为每次0.1mg每天使用3次，如果患儿的年龄在8~15岁之间，那么布地奈德的使用量则是每次0.2mg每天3次；实验组的50例小儿慢性咳嗽的患者是在对照组治疗的基础上再给予孟鲁司特钠进行治疗。布地奈德的使用剂量以及使用的方法和对照组相同，需要根据患儿的年龄来确定使用的剂量，如果患儿的年龄在2~7岁之间，那么布地奈德的使用量则是每次0.1mg每天使用3次，如果患儿的年龄在8~15岁之间，那么布地奈德的使用量则是每次0.2mg每天使用3次。孟鲁司特钠的使用也需要根据患儿的年龄来确定，如果患儿的年龄在2~5岁之间，那么孟鲁司特钠的使用剂量为每次4mg每天使用1次，如果患儿的年龄在6~15岁之间，那么孟鲁司特钠的使用剂量为每次5mg每天使用1次，在患儿睡前指导患儿进行口服，两组小儿慢性咳嗽的患者均治疗4周，并在4周以后观察治疗的情况。

1.3 观察指标

将两组小儿慢性咳嗽的患者在采用不同的治疗方法进行治疗后的治疗效果以及患儿治疗前后的咳嗽情况和肺功能指标和患儿在治疗后不良反应的发生情况进行对比和分析。治疗效果包括显效、有效以及无效。显效是指小儿慢性咳嗽的患儿在接受治疗以后，患儿的病情以及临床症状全部消失，已经恢复健康；有效是指小儿慢性咳嗽的患儿在接受治疗以后，病情以及临床症状都出现明显的改善；无效是指小儿慢性咳嗽的患儿在接受治疗以后，患儿的病情以及临床症状均没有任何的变化，甚至还会出现加重的情况。患儿治疗前后咳嗽的情况：患儿咳嗽的频率评分标准为0~10分，分值越高说明患儿的病情就越严重；患儿咳嗽的严重程度评分标准为0~4分，分数越高，说明患儿的咳嗽程度就越重。肺功能指标包括小儿慢性咳嗽的患者第1秒用力呼气的容积占预计值的百分比和第1秒用力呼气容积占用力肺活量的比例以及峰值的呼气流速。不良反应的发生情况主要包括小儿慢性咳嗽的患者出现头疼、口干、恶心、腹部不适以及乏力和眩晕等。

1.4 统计学分析

采用SPSS20.0软件对数据进行处理和分析，计数资料用（n%）来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差±来表示，用t进行检验，当 $p<0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组小儿慢性咳嗽的患者在采用不同的治疗方法治疗后，通过布地奈德联合孟鲁司特钠进行治疗的实验组小儿慢性咳嗽的患者治疗的效果优于采用布地奈德进行治疗的对照组小儿慢性咳嗽患者，且两组患儿的治疗效果对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表1

表1 两组患儿治疗效果的对比情况

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	50	25(50.00%)	24(48.00%)	1(2.00%)	49(98.00%)

对照组	50	20(40.00%)	20(40.00%)	10(20.00%)	40(80.00%)
x ²					8.274
p					0.004

2.2 在两组小儿慢性咳嗽的患者进行治疗前，两组患儿的咳嗽情况对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），而两组患儿在采用不同的治疗方法治疗后，通过布地奈德联合孟鲁司特钠进行治疗的实验组小儿慢性咳嗽的患者咳嗽的情况优于采用布地奈德进行治疗的对照组小儿慢性咳嗽的患者，且两组患儿的咳嗽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 两组患者治疗前后咳嗽情况的对比

组别	FEV ₁ %（%）治疗前	FEV ₁ %（%）治疗后	FEV ₁ /FVC（%）治疗前	FEV ₁ /FVC（%）治疗后	PEF（L/s）治疗前	PEF（L/s）治疗后
实验组	55.17±5.62	78.12±7.56	51.54±5.08	71.72±6.48	1.09±0.33	2.67±0.52
对照组	54.83±5.79	66.04±5.64	51.38±5.13	62.15±4.47	1.08±0.21	1.44±0.44
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 采用布地奈德联合孟鲁司特钠进行治疗的实验组小儿慢性咳嗽的患者不良反应的发生情况优于采用布地奈德进行治疗的对照组小儿慢性

组别	咳嗽频度治疗前	咳嗽频度治疗后	咳嗽严重程度治疗前	咳嗽严重程度治疗后
实验组	5.32±1.33	2.74±1.37	3.26±0.58	1.32±0.24
对照组	5.34±1.57	4.23±1.48	3.25±0.57	2.54±0.53
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 在两组患儿采用不同的治疗方法进行治疗前，两组患儿的肺功能指标对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），而两组患儿在采用不同的治疗方法进行治疗后，通过布地奈德联合孟鲁司特钠进行治疗的实验组小儿慢性咳嗽的患者肺功能的指标优于采用布地奈德进行治疗的对照组小儿慢性咳嗽的患者，且两组患儿的肺功能指标对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 3

表 3 两组患儿治疗前后肺功能指标的对比情况

组别	FEV ₁ %（%）治疗前	FEV ₁ %（%）治疗后	FEV ₁ /FVC（%）治疗前	FEV ₁ /FVC（%）治疗后	PEF（L/s）治疗前	PEF（L/s）治疗后
实验组	55.17±5.62	78.12±7.56	51.54±5.08	71.72±6.48	1.09±0.33	2.67±0.52
对照组	54.83±5.79	66.04±5.64	51.38±5.13	62.15±4.47	1.08±0.21	1.44±0.44
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

咳嗽患者，且两组患儿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 4

表 4 两组患儿不良反应发生情况的对比

组别	例数	头疼	口干	恶心	腹部不适	乏力	眩晕	总发生率
实验组	50	1（2.00%）	0	1（2.00%）	0	1（2.00%）	0	3（6.00%）
对照组	50	2（4.00%）	2（4.00%）	2（4.00%）	2（4.00%）	0	2（4.00%）	10（20.00%）
x ²								4.332
p								0.037

3 讨论

引发小儿出现慢性咳嗽的机制非常的复杂，并且参与的器官也非常的多，主要包括咳嗽受体、咳嗽中枢、传入支、传出支以及效应器官，并且咳嗽症状是临床上非常常见的一种呼吸系统的疾病。当咳嗽作为主要的临床症状时，通过 X 线检查以后并不能发现明显的病变情况，所以有很多患儿在出现慢性咳嗽以后就会被误诊为是慢性支气管炎或者是支气管炎，会通过常规的抗生素以及止咳祛痰的治疗方法进行治疗，但是经过这些治疗以后并没有非常明显的临床效果。目前临床上会将慢性咳嗽的情况进行研究，并且将其称之为不明原因的慢性咳嗽。

小儿慢性咳嗽主要是指患儿咳嗽的时间超过 3 周以上，并且没有非常明显的肺部疾病症状，而且患儿在接受诊治的过程中也只存在咳嗽的症状，因此就会增加误诊的几率。咳嗽变异性哮喘在慢性咳嗽当中有一种非常常见的疾病，临床上大约有 50%~80%的咳嗽变异性哮喘的患者最终会发展成典型的哮喘疾病。因此，有很多医学上的学者们认为咳嗽变异性哮喘就是哮喘发生的先兆，所以需要通过早期的诊断以及治疗来预防患儿出现哮喘的情况，也正是因此，小儿慢性咳嗽也受到了大家的关注。小儿慢性咳嗽目前已经是国家医学界的研究重点，目的是为了能够掌握对小儿慢性咳嗽的治疗方法。

布地奈德是新合成的一种肾上腺皮质激素，能够与糖皮质激素有很强烈的亲和力，能够抑制突变应答强度；而孟鲁司特钠是有效的选择性白三烯受体拮抗剂，可以通过竞争性结合半胱氨酰来抑制白三烯的活性，有效的抑制并且预防白三烯导致的血管通透性增加和支气管痉挛的作用，同时也是能够降低炎症反应的药物，对于小儿慢性咳嗽这一疾病的耐受非常好，可以有效的改善小儿慢性咳嗽患者的病情情况。两者联合应用治疗小

儿慢性咳嗽具有非常良好的效果，值得推广和使用。

综上所述，本文对小儿慢性咳嗽的患者采用布地奈德联合孟鲁司特钠进行治疗，能够有效的改善小儿慢性咳嗽患者的咳嗽症状以及肺功能的指标，同时还能够降低小儿慢性咳嗽患者出现不良反应的几率，提高小儿慢性咳嗽患者的临床治疗效果，具有一定的安全性，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

[1]李杰.布地奈德联合孟鲁司特钠治疗小儿慢性咳嗽的效果和安全性分析[J].河南医学研究,2021,26(19):3555-3556.
[2]李才江.孟鲁司特钠联合布地奈德吸入治疗小儿慢性咳嗽的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2021,11(30):72-73.
[3]孙平静,陈龙.布地奈德联合孟鲁司特钠治疗小儿慢性咳嗽的效果观察[J].医药前沿,2021,9(20):147-147.
[4]刘清妹.布地奈德联合孟鲁司特钠治疗小儿慢性咳嗽的疗效及作用机制分析[J].当代医学,2021,25(8):102-104.
[5]陆春梅.布地奈德与孟鲁司特钠治疗小儿慢性咳嗽的疗效和对肺功能的影响分析[J].医学食疗与健康,2021,18(11):69-70.
[6]马红梅,刘香莲.孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿咳嗽变异性哮喘的作用分析[J].海南医学院学报,2021,21(3):350-352.
[7]吴海丽,李贤斌.气雾型布地奈德联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘疗效及对肺功能和血清炎症因子的影响[J].海南医学院学报,2021,22(5):467-469.
[8]丁涛,张士辉.孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床疗效和安全性评价[J].医学综述,2021,22(14):2637-2638.

循经远取动法治疗脑卒中后肩关节半脱位肩痛症的临床疗效观察

顾怡中

上海市第三康复医院 三病区 上海 200436

摘要：目的：探究循经远取动法在改善脑卒中后肩关节半脱位肩痛症患者中的临床疗效。方法：试验时间段为 2019 年 1 月~2021 年 12 月，选取这期间本院收治脑卒中后肩关节半脱位肩痛症患者共 100 例，按照随机数字表法将其分为对照组与试验组，每组各为 50 例，对照组采用传统肩三针方法，试验组采用循经远取动法，分析两组干预后的生活质量、疼痛情况、治疗有效率、上肢运动功能及自理能力。结果：试验组生活质量评分高于对照组，神经功能恢复情况更加优秀，并且对比治疗有效率，试验组更为显著，对比两组干预后疼痛情况，试验组 VAS 评分 (2.21 ± 1.54) 分优于对照组 (3.25 ± 1.42) 分，比较两组上肢运动功能以及自理能力，试验组更佳，具有统计学差异 ($P<0.05$)。结论：在临床上对脑卒中后肩关节半脱位肩痛症患者应用循经远取动法效果明显，有效提升了生活质量，治疗有效率更高，疼痛情况得到了降低，具有良好的临床应用价值，有着极佳的干预前景，适宜在临床上进行大范围推广。

关键词：循经远取动法；脑卒中；肩痛症；生活质量

当前我国人口老龄化严重，各种老年性疾病发病率不断增加，脑卒中作为其中一种心脑血管常见病，存在发病急、病情危重、迁延不愈等特征，多数患者均在发病后出现活动限制、偏瘫等情况，患者偏瘫后导致患侧肌力下降，肩关节稳定性不足，造成肩关节半脱位肩痛症，对患者的危害性较大。临床对于该疾病通常选择采取中医康复治疗方法，已经取得了一定的成果。康复治疗方法通常为传统针灸、穴位敷贴等治疗，虽然可以起到改善症状的作用，但是效果有限，随着这中医针刺治疗逐渐发展，研究发现，将针刺与运动两个因素相互结合，可以有效治疗脑卒中后肩关节半脱位肩痛症，改善疼痛情况，比之传统肩三针效果疗效更显著，接下来，本文将就传统肩三针方法与循经远取动法的试验效果作出对比研究：

1 资料与方法

1.1 一般资料

从 2019 年 1 月~2021 年 12 月本院脑卒中后肩关节半脱位肩痛症患者中抽取 100 例作为试验样本，将其平均分为试验组与对照组，对照组男女 (28/22)，年龄 40~75 岁，平均年龄 (57.50 ± 5.83) 岁；试验组男女 (29/21)，年龄 41~74 岁，平均年龄 (57.50 ± 5.50) 岁。

纳入标准：①患者及其家属对于试验知情并同意。②患者通过头颅 CT、体格检查、X 线等诊断为脑卒中后肩关节半脱位肩痛症患者。③患者可以顺利配合试验，配合度符合试验标准。④试验前未接受其他康复治疗方法。排除标准：①患者存在全身传染性疾病。②患者与家属配合度不符合试验标准。③患者存在认知障碍，对结果会产生影响。④患者合并其它严重心脑血管疾病。本试验已通过伦理委员会批准同意。

1.2 方法

所有患者操作前均核对好患者的姓名、年龄、病历号等基本信息，在针刺前做好患者的心理工作，有部分患者对于针灸治疗会有恐惧心理，向其详细解释针灸的原理以及重要性，找出以往治疗良好的病例，让其查看，增加患者治疗依从性，使其更加配合医疗人员的工作进展。

对照组：给予传统肩三针方法：协助患者选择合适体位，观察皮肤情况，确保无破损、无疤痕等，对双手与穴位进行消毒处理，采取一次性针具选择对应穴位进针，穴位为肩髃、肩髃、肩贞。留针时间为 30min。七天治疗六次，21 天为一疗程。

试验组：给予循经远取动法：依据患者具体疼痛部位，在患者采取舒适体位后对其进行治疗，过程严格遵守无菌操作，选择对应穴位进行进针，穴位为鱼际穴、后溪穴、中渚穴、合谷穴等，在得气后，由医疗人员辅助患者进行患侧上肢运动，通过牵拉、牵引等刺激患者神经肌肉，使患者肌肉恢复正常状态，还可以通过用手按摩肢体刺激皮肤部位，或刺激皮肤表层温度、刺激关节等方法，促进肌肉功能进行恢复。每日一次，21 天为一疗程。

1.3 观察指标

(1) 治疗有效率：显效：临床症状完全消失；有效：临床症状得到

缓解；无效：临床症状未得到缓解，甚至有加重趋势。

(2) 生活质量：采用健康调查简表健康调查简表(SF-36),对患者生活质量作出评估，评估包括 8 个维度:生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能和精神健康。满分为 100 分，当评估分值越接近满分则代表着患者生活质量越好。

(3) 两组疼痛情况对比：采用疼痛情况表进行评估，主要评估内容为意识程度、面部表情、肢体运动等多个项目，评分范围为 0~42 分，分数越低代表疼痛感越轻。

(4) 分析改良 Barthel 指数(MBI): 内容包括大小便、修饰、进食、穿衣等十项内容，总分 100 分，分数与自理能力呈正比。

(5) 分析两组运动功能：应用 FMA 量表进行评估，内容条目共 33 项，评分法为 3 级评分法，分数和运动功能呈正比。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组治疗有效率对比

对照组更低，具有统计学差异 ($P<0.05$)。

表 1 两组治疗有效率对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	20(40.00)	17(34.00)	13(26.00)	37(74.00)
试验组	50	25(50.00)	23(46.00)	2(4.00)	48(96.00)
χ^2	-	-	-	-	9.490
P	-	-	-	-	0.002

2.2 两组患者治疗后生活质量评分对比

对照组更差，具有统计学差异 ($P<0.05$)。

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

组别	对照组 (n=50)	试验组 (n=50)	t	P
生理机能	73.86±5.79	80.64±4.17	6.719	<0.001
生理职能	73.68±4.57	82.52±4.52	9.725	<0.001
躯体疼痛	76.57±4.81	82.53±4.71	6.260	<0.001
一般健康状况	74.24±4.56	81.87±4.28	8.627	<0.001
精力	74.32±5.57	81.64±4.68	7.115	<0.001
社会功能	78.61±4.87	83.72±4.58	5.405	<0.001
情感职能	72.87±5.76	80.76±4.37	7.716	<0.001
精神健康	75.54±6.81	81.85±5.87	4.963	<0.001

2.3 两组患者疼痛情况对比

试验组疼痛情况更低，具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 3 两组患者疼痛情况对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	疼痛情况	
		干预前	干预后
对照组	50	7.54±1.32	3.25±1.42
试验组	50	7.60±1.24	2.21±1.54
t	-	0.234	3.511
P	-	0.815	0.001

2.4 两组患者上肢运动功能对比

干预后，试验组数值高于对照组，具有统计学差异（ $P<0.05$ ）。

表 4 两组上肢运动功能对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	MBI 评分	
	干预前	干预后
对照组（n=50）	55.35±3.32	78.15±4.58
试验组（n=50）	54.88±3.67	88.61±2.80
t	0.672	13.778
p	0.503	<0.001

2.5 两组患者自理能力对比

干预后，试验组高于对照组，具有统计学差异（ $P<0.05$ ）。

表 5 两组自理能力对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	MBI 评分	
	干预前	干预后
对照组（n=50）	28.56±3.42	35.38±2.28
试验组（n=50）	28.59±3.28	49.58±2.40
t	0.045	30.332
p	0.964	<0.001

3 讨论

脑卒中又被称作中风，主要包括缺血性脑卒中以及出血性脑卒中两种，发病因素较为复杂，推测与高血压、糖尿病、高血脂有关，以往脑卒中多好发于老年人，当前该病症正趋于年轻化，在发作时部分患者会出现意识丧失，大多患者会遗留有肢体功能障碍，部分患者因突发肢体功能障碍导致不慎跌仆，造成肢体上的其他损伤，如若脑缺血面积过大，救治不及时，将可能会导致发生瘫痪，患者无法进行控制自己的肢体，生活自理能力完全丧失，基本的排泄功能都不能顺利进行，使患者生活质量直线下降，为家庭和社会都带来了严重的负担^[4-6]。并且由于长期卧床、神经功能障碍，患者无法正常活动，导致肩关节周围三角肌肌肉萎缩，关节囊松弛，最终会引发脑卒中后肩关节半脱位，导致肩痛症，患者不仅要承受脑卒中带来的不适症状，还会感觉肩部严重疼痛感，在日常睡眠时也会感到不适。这种疾病在中医领域归属于“中风”“痹症”范畴内，认为是由于患者患侧肢体活动少，气行阻碍，血运不畅，肩部经脉失养，脉络不通，不通则痛，从而导致患者出现肩痛症。因此对于该疾病的治疗通常秉承着活血化瘀、温经通络等原则^[7-9]。

以往临床对于这类患者一般采取传统肩三针治疗方法，效果不佳，而循经远取动法作为一种运动针法，主要是将中医的针刺疗法与现代医学解剖方法联合使用，从而研制出的一种新型康复治疗方法，以传统经络循行学说为基础，依据患者的疼痛部位与症状取穴治疗，通过行针时的提插捻转增加刺激，同时协助患者进行各种被动运动，可以促使经气运行。文中所采用的几个穴位分别为鱼际穴、后溪穴、中渚穴、合谷穴，鱼际穴属于手太阴肺经，位于手外侧，第一掌骨桡侧中点赤白肉位置，属于肺经的荣穴，可以起到缓解肺热作用，还可以改善局部肌肉肿胀、酸痛以及活动不利等情况，应用于肩痛症中可起到止痛、疏通经气的作用，后溪穴属于太阳小肠经，位置在患者小手指第五关节后方，它可以治疗颈项僵痛、腰痛以及肩部疼痛等，使用针刺对其进行刺激可以起到调节气血流通、止痛的

效果^[10-12]。中渚穴属于三焦经穴位，位于手部第四掌指关节后方，可治疗颈部、背部、颈椎以及肩部等疼痛，还可以起到提升睡眠质量的作用，应用于肩痛症患者中可以起到传送气血、清热解毒、舒经活络等作用。合谷穴属于手阳明大肠经原穴，为原气所过和留止大肠经之原穴，具有疏风解表、清热开窍、通经活络、镇静止痛的作用。是临床常用的重要穴位，临床治症广泛。对以上这几种穴位进行施针，可以起到改善肌肉功能，疏通经络，降低患者疼痛感，减少患者因肩痛症而产生的不适感，配合适当的运动方法对患者病灶部位进行刺激，能够达到良好的治疗效果。

为了探究以上两种康复方法在实际中应用的临床效果，本试验从我院收治的脑卒中后肩关节半脱位肩痛症患者中抽取了 100 例，将 1:1 平均分配，分别用传统肩三针方法（对照组）和循经远取动法（试验组）进行治疗，对比两组从本文研究可以看出，对照组治疗有效率 96.00%比之对照组 74.00%更好，将两组干预后生活质量进行对比，可以看出试验组患者生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能和精神健康均优于对照组，整体评分更高，具有统计学差异（ $P<0.05$ ）。对比上肢运动功能，试验组评分明显高于对照组，并且自理能力同样多于对照组，具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预前，两组患者的疼痛情况对比无明显差异（ $P>0.05$ ），干预后试验组疼痛评分低于对照组，说明疼痛改善程度更大，效果更好（ $P<0.05$ ）。从两种不同的试验结果可以看出循经远取动法更加适用于脑卒中后肩关节半脱位肩痛症患者，通过针刺与运动两种要素相互结合，可以改善患者上肢运动功能，缓解疼痛感，为后续治疗奠定了坚实的基础，相信在未来通过不断深入研究，这种治疗方法会发展的更加完善。

综上所述，在脑卒中后肩关节半脱位肩痛症患者中应用循经远取动法效果显著，可以有效帮助患者尽早回归正常生活，预后效果极佳，为此类疾病的治疗方面开拓了发展方向，具有极高的临床推广价值。

参考文献：

[1]夏清.常见病康复诊疗规范——脑卒中后肩关节半脱位康复治疗[J].安徽医学,2018,39(03):375-376.

[2]陈煜亮,袁小敏,李玉慧,等.功能性电刺激结合综合康复疗法对脑卒中后肩关节半脱位患者的治疗作用[J].华夏医学,2021,34(02):75-78.

[3]赵广然,于天洋,刘彦麟,等.孙远征教授运用循经远取动法痛症举隅[J].吉林中医药,2021,41(02):183-186.

[4]祝鹏宇,武丹,郭文海,等.循经远取动法结合体外冲击波治疗肩关节周围炎的临床疗效观察[J].针灸临床杂志,2018,34(05):26-29.

[5]祝鹏宇,许娜,刘彦麟,等.基于肌骨超声技术循经远取动法结合扬刺治疗肱二头肌长头腱鞘炎[J].吉林中医药,2018,38(05):601-605.

[6]陈武善,刘红波.推拿联合现代康复治疗技术对脑卒中后肩关节半脱位的疗效观察[J].按摩与康复医学,2020,11(10):17-19.

[7]孙远征,高扬,孙颖哲.循经远取动法结合常规针刺治疗原发性三叉神经痛临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(04):5-8.

[8]孙远征,刘静丹,李书霖.循经远取针刺配合不同运动时机治疗肩周炎的相关性分析[J].针灸临床杂志,2020,36(02):18-21.

[9]李鹏程,陈奇刚,顾力华,等.基于肩胛骨矫正的脑卒中后肩关节半脱位康复治疗综述[J].中国疗养医学,2019,28(11):1151-1153.

[10]赵丹,方思瞳,王仕林,等.循经远取动法痛证[J].中医学报,2019,34(11):2268-2272.

[11]张森,聂文婷,郭颖,等.循经远取动法结合背部阳经透刺治疗轻中度腰背肌筋膜炎疗效观察[J].中国针灸,2019,39(08):817-820.

[12]张丽,程海昉,薛忻,等.脑卒中后肩关节半脱位的中西医结合进展[J].现代中西医结合杂志,2019,28(04):452-456.

课题基金：静安区名老中医专家传承创新工作室建设项目（JA2021-MLZZ009）

双胎妊娠不同绒毛膜性的母婴结局及相关影响因素分析

姬小凡 李春芳^(通讯作者)

西安交通大学医学院第一附属医院 陕西西安 710061

摘要：目的：探讨双胎妊娠不同绒毛膜性的母婴结局及相关影响因素。方法：采用回顾性研究的方法收集西北妇女儿童医院产科 2018 年 1 月~2020 年 12 月间住院分娩且绒毛膜性明确的双胎妊娠孕妇共 536 例，其中双绒毛膜双胎 391 例，单绒毛膜双胎 145 例。分析不同绒毛膜性双胎的妊娠结局及相关影响因素。结果：(1) 双胎妊娠的母体并发症（妊娠期糖尿病、胎膜早破、子痫前期、ICP 等）与绒毛膜性无相关性；新生儿并发症发生率（低出生体重儿，颅内出血，卵圆孔未闭，动脉导管未闭等）单绒毛膜双胎明显高于双绒毛膜双胎，有统计学差异；(2) 分析不同绒毛膜性双胎妊娠的相关指标，结果：①孕妇年龄和体重：双绒毛膜双胎孕妇高于单绒毛膜双胎孕妇；②受孕方式：536 例双胎妊娠中辅助生殖 259 例，自然受孕 277 例。双绒毛膜双胎 391 例中辅助生殖 239 例（61%）；单绒毛膜双胎 145 例中辅助生殖 19 例（13%）；③两组孕妇血清学指标，Hb、红细胞比容、血小板、纤维蛋白原、总蛋白、白蛋白、ALT、AST、糖化血红蛋白、总胆固醇、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、同型半胱氨酸等均无明显差异，无统计学意义；而雌三醇、甘油三酯、D-二聚体等指标双绒毛膜双胎孕妇高于单绒毛膜双胎孕妇，有统计学差异。④单绒毛膜的终止妊娠时间早于双绒毛膜孕妇。结论：通过分析双胎妊娠不同绒毛膜性的母婴结局及相关影响因素，为改善双胎妊娠的母婴预后提供临床依据。

关键词：双胎妊娠；母婴结局；不同绒毛膜性；影响因素

双胎妊娠被称为“产科之王”，属于高危妊娠。与单胎妊娠比较，易发生母婴并发症。如早产、子痫前期、ICP、难产、手术产率高、产后出血等，新生儿并发症与双胎绒毛膜性密切相关。双胎妊娠的发生率逐年上升，美国双胎妊娠的发生率约为 1/90。可能是受辅助生殖技术的影响，中国双胎妊娠率亦显着上升。根据绒毛膜性的不同，双胎妊娠分为双绒毛膜双胎和单绒毛膜双胎，绒毛膜性的确定至关重要，既往研究已经证实绒毛膜性对围产儿的预后影响极大。但绒毛膜性与母体预后的关系研究较少，本研究主要分析不同绒毛膜性双胎妊娠的母婴结局，同时分析两者血清学指标的差异，为预防不良妊娠结局提供一定的依据。

2. 材料方法

2.1 研究对象

收集西北妇女儿童医院产科 2018 年 1 月~2020 年 12 月年间入院分娩且绒毛膜性明确的双胎妊娠孕妇 536 例，纳入本研究。孕周 20 周~34 周，其中双绒毛膜双胎 391 例，单绒毛膜双胎 145 例。

2.2 基本资料收集

收集分析孕妇基本信息及相关检查结果，受孕方式、年龄、身高、体重、BMI、总蛋白、白蛋白、ALT、AST、糖化血红蛋白、总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、泌乳素、雌三醇同型半胱氨酸、血红蛋白、红细胞比积、血小板、血浆纤维蛋白原、D-二聚体。

2.3 母婴结局

包括：终止妊娠孕周、妊娠合并症（妊娠期糖尿病、妊娠期贫血、胎膜早破、妊娠期肝内胆汁淤积症、胎盘粘连、子痫前期等）。围产儿预后：低出生体重儿，颅内出血，卵圆孔未闭，房间隔缺损，动脉导管未闭，喂养不耐受，早产儿，新生儿呼吸窘迫综合征。

2.4 统计分析

采用 R V4.0.1 语言进行统计分析。两组之间的计数资料，符合正态分布者，采用 T 检验检测两组之间分布差异。不符合正态分布者，采用 Wilcoxon 秩和检验进行统计分析。计量资料则使用卡方检验观察各组之间的分布差异。

3. 结果

3.1 基本资料

共收集 536 双胎妊娠患者的资料，其中双绒毛膜双胎 391 例，单绒毛膜双胎 145 例。患者平均年龄 30.7 ± 3.6 岁，BMI 为 $14.55 \pm 6.99\text{kg/m}^2$ ，终止妊娠孕周 34.49 ± 3.20 周，自然受孕及辅助生殖受孕率分别为 52% 和 48%，84% 的双胎妊娠孕妇有并发症，其中妊娠期糖尿病占 26%，妊娠期贫血占 34%。新生儿预后，212 例（40%）无并发症，324 例（60%）有并发症，其中 98 例仅一个新生儿有并发症，228 例双胎均有并发症（表

1）。

表 1 双胎妊娠患者基本临床资料

Characteristic	N = 536 ¹
年龄	30.7 ± 3.6
身高	161.6 ± 6.9
体重	75 ± 12
BMI	14.55 ± 6.99
终止孕周	34.49 ± 3.20
母体并发症	453 / 536 (85%)
妊娠期糖尿病	142 / 536 (26%)
贫血	185 / 536 (34%)
胎膜早破	56 / 536 (10%)
妊娠期肝内胆汁淤积症	38 / 536 (7.1%)
胎盘粘连	30 / 536 (5.6%)
子痫前期	37 / 536 (6.9%)
新生儿并发症	
无并发症	212 / 536 (40%)
有并发症	324 / 536 (60%)

¹Mean ± SD; n / N (%)

3.2 不同绒毛膜性双胎妊娠孕妇基本临床资料

分析不同绒毛膜性双胎妊娠孕妇基本临床资料，包括年龄、体重指数（BMI）、受孕方式、终止妊娠孕周等，发现单绒毛膜双胎与双绒毛膜双胎孕妇的年龄分别为 29.89 ± 4.03 岁和 31.02 ± 3.43 岁，两组存在统计学差异；两组 BMI 分别为 14.62 ± 9.26 和 14.53 ± 5.96 ，无统计学差异；两组辅助生殖受孕率分别为 61% 和 13%，有显著统计学差异；两组终止妊娠的孕周分别为 33.20 ± 4.36 周和 34.97 ± 2.49 周，有统计学差异。

3.3 双胎绒毛膜性和母体并发症的关系

分析单绒毛膜双胎与双绒毛膜双胎妊娠母体并发症的发生率，发现妊娠期糖尿病、贫血、胎膜早破、妊娠期肝内胆汁淤积症、胎盘粘连、产后出血、子痫前期及妊娠期甲状腺功能减退症等均与绒毛膜性没有相关性（表 2）。

表 2 不同绒毛膜性和母体并发症

Characteristic	单绒, N = 145 ¹	双绒, N = 391 ¹	p-value ²
妊娠期糖尿病	35 (24%)	107 (27%)	0.5
贫血	47 (32%)	137 (35%)	0.6
胎膜早破	14 (9.7%)	42 (11%)	0.7

Characteristic	单绒, N = 145 ¹	双绒, N = 391 ¹	p-value ²
妊娠期肝内胆汁淤积症	8 (5.5%)	30 (7.7%)	0.4
胎盘粘连	5 (3.4%)	25 (6.4%)	0.2
产后出血	6 (4.1%)	21 (5.4%)	0.6
子痫前期	8 (5.5%)	29 (7.4%)	0.4
妊娠期甲状腺功能减退症	3 (2.1%)	10 (2.6%)	>0.9

¹n (%)

²Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

3.4 双胎绒毛膜性和新生儿并发症的关系

分析单绒毛膜双胎与双绒毛膜双胎新生儿并发症的发生率,发现单绒毛膜双胎中低出生体重儿、颅内出血、卵圆孔未闭、动脉导管未闭发生率高于双绒毛膜双胎,有统计学差异;而早产儿、喂养不耐受、新生儿呼吸窘迫综合征及房间隔缺损的发生率,两组无统计学差异。

3.5 不同绒毛膜性双胎妊娠血清学指标的比较

比较单绒毛膜双胎与双绒毛膜双胎血清学指标,包括肝功能(白蛋白、ALT、AST)、糖化血红蛋白、血脂(总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白)、泌乳素、雌三醇、同型半胱氨酸、血红蛋白、红细胞比积、血小板、血浆纤维蛋白原及D-二聚体,发现单绒毛膜双胎妊娠雌三醇、D-二聚体低于双绒毛膜双胎妊娠。(见表3)

表3 双胎妊娠的绒毛膜性和孕妇血清学指标的关系

Characteristic	单绒, N = 145 ¹	双绒, N = 391 ¹	p-value
白蛋白	29.7 ± 3.8	29.7 ± 4.1	0.87
ALT	18 ± 32	16 ± 25	>0.99
AST	24 ± 31	23 ± 19	0.47
糖化血红蛋白	5.26 ± 0.48	6.24 ± 18.48	0.65
总胆固醇	6.11 ± 1.31	6.21 ± 1.47	0.62
甘油三酯	3.67 ± 2.03	4.15 ± 1.92	<0.001
高密度脂蛋白	1.81 ± 0.52	1.80 ± 0.50	0.84
低密度脂蛋白	3.07 ± 0.86	4.15 ± 17.51	0.87
泌乳素	260 ± 102	273 ± 125	0.63
雌三醇	57 ± 27	70 ± 28	<0.001
同型半胱氨酸	9.0 ± 3.5	10.1 ± 7.3	0.19
血红蛋白	115 ± 15	115 ± 17	0.65
红细胞比积	35.6 ± 3.9	36.5 ± 11.6	0.61
血小板	188 ± 61	175 ± 55	0.053
血浆纤维蛋白原	5.03 ± 0.89	5.14 ± 0.96	0.30
D-二聚体	2.04 ± 1.38	2.47 ± 1.82	0.007

¹Mean ± SD n / N (%)

4. 讨论

4.1 双胎妊娠的受孕方式与绒毛膜性

由于辅助生殖技术的发展,加之促排卵药物的应用,多胎妊娠的发生率升高,其中双胎占多胎的90%以上。双胎妊娠分为同卵和异卵双胎。同卵双胎是由一个受精卵(卵子)分裂并发育而成的两个具有完全相同遗传信息的胎儿。异卵双胎则由两个卵子和两个精子受精并发育而成,两个异卵双胎携带不同的遗传物质。研究发现,双胎妊娠的绒毛膜性较卵性更为重要,对双胎妊娠的评估及妊娠管理至关重要。绒毛膜性是双胎妊娠围产结局的主要决定因素。根据绒毛膜性,双胎妊娠分为单绒毛膜双胎(Dichorionic, DC)和双绒毛膜双胎(Monochorionic, MC)。DC与MC比较,妊娠24周前MC的流产率增加6倍,妊娠24周以上的胎儿,围产期死亡、生长受限和严重早产的几率增2倍^[1]。主要通过超声判断双胎妊娠的绒毛膜性,妊娠6~9周主要通过妊娠囊的计数判断绒毛膜性。妊娠10~14周通过

双胎间的羊膜与胎盘交界的形态判断绒毛膜性(即“λ”征与“T”征)。妊娠晚期只能通过分离的胎盘个数或胎儿性别来判断绒毛膜性。以往研究发现自然受孕的双胎主要以单绒为主,辅助生殖技术则以双绒为主^[2]。本研究发现单绒毛膜双胎孕妇辅助生殖率低于双绒毛膜双胎,与既往研究一致^[3]。年龄是辅助生殖受孕的独立性风险因素。随着年龄的增加,女性自然受孕能力降低,辅助生殖几率增加。而辅助生殖的方式更多是以双绒毛膜双胎的形式出现^[4]。经分析发现高龄段的孕妇更容易发生DC而不是MC,这个结果和上述观点具有一致性。本研究发现单绒双胎孕妇的体重重要低于双绒毛膜双胎的孕妇,目前仍没有关于孕妇体重和绒毛膜性关系的研究。

4.2 双胎绒毛膜性与母体并发症

双胎妊娠属于病理产科,与单胎妊娠比较,妊娠并发症的发生几率明显升高,如子痫前期、GDM、ICP、前置胎盘、产后出血等,本研究发现,双胎妊娠母体并发症主要有妊娠期糖尿病、贫血、胎膜早破、妊娠期肝内胆汁淤积症、胎盘粘连、产后出血、子痫前期和妊娠期甲状腺功能减退症,但母体并发症的发生率与绒毛膜性无相关性。经过分析发现以上并发症与绒毛膜性均无关。

4.3 双胎绒毛膜性与新生儿结局

既往研究证实,双胎胎儿的并发症多于单胎,如低出生体重儿、颅内出血、卵圆孔未闭、房间隔缺损、动脉导管未闭、喂养不耐受、早产儿、新生儿呼吸窘迫综合征等等。本研究发现低出生体重儿更多发生在单绒毛膜双胎^[1]。

4.4 血清学指标与双胎绒毛膜性

本研究分析了不同绒毛膜性双胎妊娠血清学指标。发现甘油三酯、雌三醇以及D-二聚体和绒毛膜性有关。甘油三酯是血液中的一种脂质,甘油三酯是人类和其他脊椎动物体内脂肪以及植物脂肪的主要成分,存在于血液中,以使脂肪脂肪和血糖从肝脏双向转移,并且是人体皮肤油脂的主要成分。高体重的人群一般甘油三酯会增多。雌激素是具有多种生理作用的天然内源性激素。雌三醇(Estriol, E3)是妊娠期的主要雌激素,主要由胎盘分泌。胎盘功能的E3测试广泛用于高危妊娠,以预测不良胎儿结局^[5]。胎盘功能的降低可通过E3分泌的降低来得到反映。由于单绒更容易发生胎盘功能减退,进而可导致E3分泌降低。这个结论和我们分析的结果一致。

关于D-二聚体和绒毛膜性的关系,目前没有相关的研究,我们猜测不同的绒毛膜性可能是由于血流动力学的不同导致D-二聚体发生变化的。

总之,本研究发现母体并发症的发生率与绒毛膜性无明显相关性,但是与新生儿结局密切相关,因此,应在妊娠早期明确绒毛膜性,加强胎儿监测,改善新生儿预后。某些生化指标的变化与绒毛膜性有关,今后开展大样本研究,以期发现有预测或监测意义的指标,指导双胎妊娠的临床监测与处理。

参考文献:

[1]陈洁,潘石蕾,钟梅,等. 不同绒毛膜性质双胎妊娠临床特征比较及选择性胎儿生长受限相关高危因素分析[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(007):1098-1102.

[2]何青青. 围产期孕妇生殖道B族链球菌感染相关影响因素及对妊娠结局的影响[D]. 新乡医学院, 2020.

[3]祝彩霞,刘培培,王冬昱, et al. 不同绒毛膜性双胎妊娠的早产原因及其影响因素[J]. 中华围产医学杂志, 2016(4):5.

[4]唐慧. 不同绒毛膜性双胎妊娠的早产原因及其影响因素[J]. 中国现代医生, 2019(28):9-11.

[5]GIJTENBEEK M, SHIRZADA M R, TEN HARKEL A D J, et al. Congenital Heart Defects in Monochorionic Twins: A Systematic Review and Meta-Analysis [J]. J Clin Med, 2019, 8(6):

低分子肝素联合小剂量阿司匹林治疗复发性流产的效果分析

金日玲

廊坊广安医院 河北廊坊 065000

摘要：目的：研究、评价复发性流产治疗中，低分子肝素联合小剂量阿司匹林应用其中的有效性。方法：2019.01 至 2021.05，选入复发性流产患者，共 82 例。抽签法进行分组。参照组选入 40 例，小剂量阿司匹林治疗。试验组 42 例，联合低分子肝素联合小剂量阿司匹林。对各组血清激素水平、凝血指标、肝功能、免疫功能、保胎成功率、不良反应发生率进行统计、研究。结果：治疗后，试验组血清激素水平、凝血指标、肝功能、免疫功能、保胎成功率均比参照组优异， $P<0.05$ 。试验组保胎成功率高于参照组， $P>0.05$ 。结论：复发性流产治疗，联合低分子肝素、小剂量阿司匹林，可有效提高保胎成功率，有利于改善患者免疫功能，降低不良反应。

关键词：复发性流产；低分子肝素；阿司匹林；低剂量

复发性流产属于妊娠并发症的一种，可导致一系列不良妊娠结局发生。遗传、免疫、内分泌、感染、环境等，均属于诱发复发性流产的相关因素。复发性流产不仅影响患者身体健康，而且还会给其造成巨大的心理阴影^[1]。临床研究显示，超过 50% 以上女性存在遗传性或者获得性血液高凝状态^[2]。其中血栓前状态所致的复发性流产在临床较为常见，主要机理即凝血、抗凝障碍情况下，纤溶系统异常，致使血栓形成。小剂量阿司匹林在抗凝方面作用显著。但是研究显示，为提高复发性流产治疗效果，还应联合低分子肝素使用^[3]。本研究选入 82 例复发性流产患者，对低分子肝素、小剂量阿司匹林联合应用其中的效果进行评析，报告如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选入复发性流产患者，时间为 2019.01 至 2021.05，总计 82 例。分组形式为抽签法。参照组：40 例，年纪：23~37 (27.95±1.35) 岁。流产次数：3~6 (3.24±0.15) 次。试验组：42 例，年纪：22 至 38 (28.01±1.28) 岁。流产次数：3~5 (3.26±0.18) 次。各组基线资料波动较小， $P>0.05$ 。

入选依据：(1) 月经停止小于 12 周者。(2) 知情本研究，签署同意书者。

排除依据：(1) 合并自身免疫性疾病者。(2) 合并生殖道感染者。(3) 入组前 3 个月内接受抗凝、激素治疗者。

1.2 方法

患者入院后，均行相关检查，确定存在宫内妊娠后，予以患者黄体酮注射液（天津金耀药业有限公司；国药准字 H20205021；1ml:50mg），单次 20mg，肌内注射，每日 1 次。患者妊娠 10 周后，更换为黄体酮胶囊(Besins Healthcare Benclux；国药准字 HJ20160265；0.1g)，单次 0.1g，口服用药，每天 2 次连续用药至妊娠 12 周。予以患者叶酸（石药集团欧意药业有限公司；国药准字 H13022877；5mg），持续用药至妊娠 12 周，每次 0.5mg，每天 1 次。再让患者服用维生素 E（圣大(张家口)药业有限公司；国药准字 H20045379；5mg），单次 10mg，每天 3 次，用药指妊娠 20 周。

参照组：予以患者小剂量阿司匹林（兰州佛慈制药股份有限公司；国

药准字 H62020431；0.5g），单次用药 0.75g，每天 1 次。持续给药至妊娠 20 周。

试验组：联合小剂量阿司匹林、低分子肝素钙（深圳赛保尔生物药业有限公司；国药准字 H20060191；0.5ml:5000AXa 单位），单次 5000IU，给药途径为经脐周皮下注射。给药间隔时间为 12 小时。治疗 6 天后，复查肝功能、凝血四项、血常规。针对异常情况，可适当减少药物使用剂量，或者直接停药。若患者用药后无异常情况，则持续用药至妊娠 12 周。对于保胎失败者，进行终止妊娠干预。

1.3 观察指标

(1) 血清激素水平。包括 HCG、E2、P，分别代表血清绒毛膜促性腺激素、雌二醇、孕酮。采集患者静脉血，离心处理后，以生化分析仪对各指标进行测定。

(2) 凝血指标。涉及凝血酶时间、D-二聚体、抗凝血酶Ⅲ。静脉血采集后，离心处理，全自动生化分析仪对上述指标进行检测。

(3) 肝功能。包括 ALT、ALB、AST，依次表示丙氨酸氨基转移酶、白蛋白、天门冬氨酸氨基转移酶。全自动生化仪检测上述指标。

(4) 免疫功能。包括 IL-4、INF- γ ，分别表示白细胞介素-4、 γ -干扰素，并对 INF- γ / IL-4 比值进行计算。

(5) 保胎成功率。记录足月生产、早产、流产例数。保胎成功率=(足月产例数+早产存活例数)/例数·100%。

(6) 不良反应发生率。涉及胃肠道反应、出血、血小板减少等。

1.4 统计学方法

SPSS25.0 软件统计、检验实验所得数据。计量资料经由 T 检验，($\bar{x} \pm s$) 表示，数据符合正态分布。计数资料经由 χ^2 检验，以 n (%) 表示。 $P<0.05$ ，价值存在。

2 结果

2.1 血清激素水平

治疗前，两组血清激素水平无意义， $P>0.05$ 。治疗后，试验组 HCG、E2、P 数值均高于参照组， $P<0.05$ 。（见表 1）。

表 1：血清激素水平($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	HCG (IU / L)		E2 (ng / L)		P (μ g / L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	42	973.65±48.12	6873.23±236.67	387.50±25.41	470.14±34.25	8.74±2.51	29.11±3.10
参照组	40	970.89±48.55	6108.85±218.20	386.96±25.52	410.22±32.76	8.69±2.43	22.50±3.54
t		0.2584	15.1845	0.0959	8.08831	0.0915	9.0069
P		0.7967	0.0000	0.9238	0.0000	0.9273	0.0000

2.2 凝血指标

治疗前，两组凝血指标无统计价值， $P>0.05$ 。治疗后，试验组凝血酶

时间低于参照组，D-二聚体、抗凝血酶Ⅲ指标高于参照组， $P<0.05$ 。（见表 2）。

表 2：凝血指标($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	凝血酶时间 (s)		D-二聚体 (μ g/L)		抗凝血酶Ⅲ (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	42	15.96±4.27	16.23±1.02	45.34±3.27	103.83±9.26	368.70±32.41	124.54±11.75
参照组	40	16.02±4.16	17.28±1.05	45.28±3.30	94.16±7.25	369.02±32.36	102.65±10.25
t		0.0644	4.5931	0.0826	5.2476	0.0447	8.9713
P		0.9488	0.0000	0.9343	0.0000	0.9644	0.0000

2.3 肝功能

治疗前，两组肝功能指标不存在统计价值， $P>0.05$ 。治疗后，试验组

ALT、ALB、AST 指标均低于参照组， $P<0.05$ 。（见表 3）。

表 3: 肝功能($\bar{x} \pm S$)

组别	例数 (n)	ALT (U/L)		ALB (g/L)		AST (U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	42	32.85±5.16	16.96±3.27	37.60±5.16	27.55±3.08	20.85±3.30	15.96±3.52
参照组	40	33.01±5.22	22.41±3.18	37.58±5.22	33.10±3.26	21.02±3.29	18.44±3.47
t		0.1395	7.6457	0.0174	7.9271	0.2335	3.2111
P		0.8894	0.0000	0.9861	0.0000	0.8160	0.0019

2.4 免疫功能
治疗前, 两组免疫功能无统计意义, $P>0.05$ 。治疗后, 试验组 IL-4 水平高于参照组, $INF-\gamma$ 、 $INF-\gamma / IL-4$ 水平低于参照组, $P<0.05$ 。(见表 4)。

表 4: 免疫功能($\bar{x} \pm S$)

组别	例数 (n)	IL-4 (ng / L)		INF- γ (ng / L)		INF- γ / IL-4	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	42	169.73±12.48	231.42±16.51	189.74±18.25	147.20±8.30	1.16±0.23	0.69±0.15
参照组	40	170.03±12.53	198.22±14.30	190.12±18.16	151.74±8.27	1.15±0.21	0.89±0.21
t		0.1085	9.7126	0.0944	2.4802	0.2052	4.9810
P		0.9138	0.0000	0.9250	0.0152	0.8379	0.0000

2.5 保胎成功率
试验组保胎成功率高于参照组, $P>0.05$ 。(见表 5)。

表 5: 保胎成功率[n (%)]

组别	例数 (n)	足月产	早产存活	早产死亡	流产	保胎成功率
试验组	42	31 (73.80%)	9 (21.42%)	0 (0.00%)	2 (4.76%)	40 (95.23%)
参照组	40	20 (50.00%)	12 (30.00%)	2 (5.00%)	6 (15.00%)	32 (80.00%)
X ²						4.4428
P						0.0350

2.6 不良反应发生率
两组不良反应发生率无统计价值, $P<0.05$ 。(见表 6)。

表 6: 不良反应发生率[n (%)]

组别	例数 (n)	胃肠道反应	出血	血小板减少	总发生率
试验组	42	1 (2.38%)	1 (2.38%)	1 (2.38%)	3 (7.14%)
参照组	40	2 (5.00%)	1 (2.50%)	1 (2.50%)	4 (10.00%)
X ²					0.2142
P					0.6434

3 讨论

与同一伴侣连续 2 次及 2 次以上于妊娠 28 周前, 胎儿体重不足 1 千克情况下的自然流产, 即可称之为复发性流产^[4]。该病属于妊娠并发症的一种, 发病率为 3.5%左右^[5]。相关文献报道称, 复发性流产发生, 除与染色体异常有关外, 还会受到免疫生殖道解剖异常、内分泌等因素影响^[6]。若患者存在家族遗传史, 则其发生复发性流产的风险将会增加。在妊娠期间, 正常生理变化之一即为血液高凝。但是对于复发性流产患者而言, 血液高凝状态异常, 进而影响胎盘血液循环。随着病情逐渐加重, 胎盘供血缺失, 从而诱发流产。为此, 复发性流产治疗中, 应注重患者血液高凝状态的改善。

阿司匹林属于花生四烯酸代谢产物环氧酶抑制剂的一种, 在预防血栓形成方面作用确切。药物作用于机体后, 能抑制环氧化酶, 进而阻滞前列腺素合成。在此情况下, 血栓素花生四烯酸合成也会减弱, 从而达到抗血栓形成的目的^[7]。受其影响, 复发性流产患者子宫血流灌注情况能够得到改善。在药物小剂量应用情况下, 能降低产程延长、羊水减少发生率, 有利于预防胎儿动脉导管狭窄、产后出血等不良妊娠结局发生。但是就复发性流而言, 诱发疾病的因素较多。针对免疫损伤患者而言, 单独使用阿司匹林效果不理想^[8]。同时, 若患者疾病发生与血栓前状态异常有关, 则采取该种治疗方案也存在一定弊端。低分子肝素与阿司匹林联合使用, 可进一步提高抗血栓效果。临床研究显示, 低分子肝素可对人体凝血因子 Xa 活性起到抑制作用, 并且还可削弱凝血因子 IIa 活性^[9]。加之药物抗血栓、抗凝功能的发挥, 所以患者血压水平也会随之下降。此外, 低分子肝素还能够影响可溶性血管内皮生长因子, 有利于减少血管内皮细胞损伤, 进而降低子宫血流灌注发生。因药物免疫调节功能的发挥, 所以外周血自然杀伤细胞数量你降低。在补体过度激活受到抑制情况下, 患者免疫系统改善^[10]。在此情况下, 血管重塑、保护胚胎发育功能能够得到最大化发挥。联合小剂量阿司匹林、低分子肝素, 能够促进复发性流产患者血栓前状态、

免疫功能改善, 并且对肝功能影响小, 对胎儿安全性高^[11]。本试验结果显示, 治疗后, 试验组血清激素水平、凝血指标、肝功能、免疫功能、保胎成功率均比参照组优异, $P<0.05$ 。试验组保胎成功率高于参照组, $P>0.05$ 。

综上所述, 复发性流产治疗中, 联合小剂量阿司匹林、低分子肝素, 临床效果显著。除提高患者保胎成功率外, 还可改善患者凝血功能, 降低对肝功能的损伤, 有利于促进其免疫功能提升。

参考文献:

[1]鞠佳桂.地屈孕酮联合小剂量阿司匹林与低分子肝素治疗不明原因复发性流产的临床效果及对妊娠结局的影响[J].临床合理用药杂志,2022,15(14):150-152.

[2]王春玲.小剂量阿司匹林联合低分子肝素钙、黄体酮、地屈孕酮治疗复发性流产伴高同型半胱氨酸血症的效果分析[J].中国现代药物应用,2021,15(19):23-25.

[3]刘晋英.低分子肝素联合小剂量阿司匹林治疗复发性流产的效果及对凝血指标的影响[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(36):54-55.

[4]黄佩,张蓉,宣毅飞,等.低分子肝素皮下注射与小剂量阿司匹林和保胎灵胶囊联合应用于不明原因复发性流产临床研究[J].医学理论与实践,2020,33(22):3789-3791.

[5]陆琳琳,伍媛媛,刘晓璐.孕前小剂量阿司匹林联合孕期低分子肝素应用于复发性流产患者的效果分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(26):50-51.

[6]赖香梅.低分子肝素联合小剂量阿司匹林对复发性流产患者激素水平、免疫功能的影响[J].临床医学工程,2020,27(03):319-320.

[7]尧艳俊.低分子肝素联合小剂量阿司匹林治疗对复发性流产患者激素水平、保胎成功率的影响[J].山西职工医学院学报,2019,29(03):104-106.

[8]周磊清,张蓉,宣毅飞.低分子肝素皮下注射与小剂量阿司匹林联合治疗不明原因复发性流产的临床观察[J].现代医院,2018,18(11):1658-1660.

[9]赖香梅.低分子肝素联合小剂量阿司匹林对复发性流产患者激素水平、免疫功能的影响[J].临床医学工程,2020,27(03):319-320.

[10]汤媛丽.小剂量阿司匹林联合肝素与地屈孕酮片治疗复发性流产效果观察[J].河南医学研究,2016,25(08):1510-1511.

[11]鞠佳桂.地屈孕酮联合小剂量阿司匹林与低分子肝素治疗不明原因复发性流产的临床效果及对妊娠结局的影响[J].临床合理用药杂志,2022,15(14):150-152.

葡萄糖酸锌口服溶液辅助蒙脱石散治疗小儿急性腹泻临床疗效

李晓青

商洛市商州区妇幼保健院 儿科 陕西商洛 726000

摘要：目的：探究分析葡萄糖酸锌口服溶液辅助蒙脱石散治疗小儿急性腹泻临床疗效。方法：采用随机数字表法将 2021 年 2 月至 2022 年 2 月至商州区人民医院就诊的 90 例急性腹泻患儿分为对照组和观察组，每组 45 例。对照组采用蒙脱石散口服，观察组在对照组基础上加用葡萄糖酸锌口服溶液。对比两组患儿临床疗效、病情缓解情况和治疗前后凝血功能、血清 D-二聚体水平。结果：观察组患儿总有效率（91.11%）高于对照组（73.33%）（ $P<0.05$ ）；治疗后观察组止热时间、大便次数正常时间、住院时长均少于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者 aPTT、PT、TT 水平均高于对照组，Fbg 水平低于对照组（ $P<0.05$ ）；治疗后两组血清 CRP、D-D 水平均降低，且观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：葡萄糖酸锌口服溶液辅助蒙脱石散治疗小儿急性腹泻临床疗效显著，症状好转、病程缩短，患儿凝血功能改善，血清 D-二聚体水平降低，值得临床推广应用。

关键词：葡萄糖酸锌口服溶液；蒙脱石散；小儿急性腹泻；血清 D-二聚体

小儿急性腹泻为常见儿科疾病，发病率较高，夏秋季节高发，最常见为肠道内外病毒性及细菌性感染，主要病原体有大肠埃希杆菌、痢疾杆菌、轮状病毒等，症状为呕吐、腹泻、电解质紊乱等，大便次数明显增多，严重时发热、脱水，影响患儿生长发育^[1-3]。蒙脱石散主要成分为蒙脱石，可抑制小儿消化道内产生的病毒、病菌、毒素，保护消化道黏膜，但单用易引起便秘、胃肠道反应等不良反应。葡萄糖酸锌由锌离子、葡萄糖酸组成，人体吸收利用度高，补锌可降低腹泻发生率^[4]。目前葡萄糖酸锌口服溶液辅助蒙脱石散治疗小儿急性腹泻的研究报道相对较少。本研究选取 2021 年 2 月至 2022 年 2 月至商州区人民医院就诊的 90 例急性腹泻患儿，探讨葡萄糖酸锌口服溶液辅助蒙脱石散治疗小儿急性腹泻临床疗效及对血清 D-二聚体的影响，结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用随机数字表法将 2021 年 2 月至 2022 年 2 月至商州区人民医院就诊的 90 例急性腹泻患儿分为对照组和观察组，每组 45 例。对照组患儿男性 24 例，女性 21 例，年龄 5~47 个月，平均（25.09±2.18）个月，发病到接受治疗时间 1.5~10 d，平均（4.14±0.47）d，平均体重（11.25±1.55）kg；观察组患儿男性 23 例，女性 22 例，年龄 5~48 个月，平均（25.18±2.07）个月，发病到接受治疗时间 1.5~11d，平均（4.20±0.43）d，平均体重（11.19±1.61）kg。纳入标准：①患儿均符合《儿科学》（第 8 版）^[5]中小儿急性腹泻诊断标准，大便轮状病毒检查阳性，出现发热、不同程度胃肠道反应，腹泻持续>2 d；②每日大便次数增加，≥4 次/d，大便性状变为稀水样或蛋花样便，带少量粘液；④患儿家属签署知情同意书。排除标准：①严重心肺肾功能不全者；②近期服用过止泻药、抗生素、抗病毒药物者；③呼吸道感染、免疫缺陷、消化道畸形者；④对本研究所用药物过敏者。两组一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。本研究经商州区人民医院伦理委员会同意批准。

1.2 方法

两组患儿均给予清淡饮食，及时退热、补液、纠正酸碱、水电解质平衡，必要时行抗生素治疗，红臀预防等。

对照组采用蒙脱石散（生产企业：哈尔集团中药二厂，国药准字 H20093375）温水口服，1 岁以下 1 袋/d，1~2 岁 1~2 袋/d，2 岁以上 2~3 袋/d，分三次服用。

观察组在对照组基础上加用葡萄糖酸锌口服溶液（生产企业：湖北纽兰药业，国药准字 H20065564，10ml*12 支）5~7.5ml/d。

1.3 观察指标

对比两组患儿临床疗效、病情缓解情况和治疗前后凝血功能、血清

D-二聚体水平。①疗效判定^[6-7]：显效：治疗后患儿腹泻、呕吐、发热等临床症状消失，粪便次数和性状恢复正常；有效：患儿临床症状改善，粪便次数和性状改善；无效：临床症状没有改善甚至加重，粪便次数和性状无好转。治疗有效率=（显效+有效）/总例数×100%。②病情缓解情况：观察两组患儿治疗后退热时间、大便次数正常时间、住院时长。③凝血功能：两组患者禁食 12h 后，次日清晨采取 2.0ml 空腹静脉血。加入含有 109mmol/L 枸橼酸钠真空管中混匀，采用 RAC-120 全自动凝血分析仪检测患者纤维蛋白原（Fbg）、活化部分凝血活酶时间（aPTT）、凝血酶原时间（PT）、凝血酶时间（TT）。④血清 C-反应蛋白（CRP）、D-二聚体（D-D）：入院 24 h 内抽取 3 mL 静脉血，采用 Olmipus AU-400 全自动生化分析仪检测 CRP，采用免疫比浊法检测 D-二聚体，CRP、D-二聚体参考范围为 0~10mg/L、0~1.0 mg/L。

1.3 统计学方法

采用 χ^2 检验比较性别、临床疗效等以例数和百分比描述的计数资料，采用 t 检验比较年龄、病情缓解情况、凝血功能指标、血清 CRP、D-二聚体水平等以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示的定量数据， $P<0.05$ 为差异有统计学意义，统计软件为 SPSS23.0。

2 结果

2.1 两组患儿临床疗效比较

观察组患儿总有效率（91.11%）高于对照组（73.33%）（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组临床疗效对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率（%）
对照组	45	12	21	12	33（73.33）
观察组	45	15	24	4	41（91.11） ^a

注：与对照组比较 ^a $P<0.05$ 。

2.2 两组患儿病情缓解时长比较

治疗后观察组止热时间、大便次数正常时间、住院时长均少于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组退热时间、大便次数正常时间、住院时长比较（ $\bar{x}\pm s$ ，d）

组别	例数	退热时间	大便次数正常时间	住院时长
对照组	45	3.32±0.34	2.33±0.27	7.54±1.15
观察组	45	2.23±0.21 ^a	1.78±0.13 ^a	5.63±0.81 ^a

注：与对照组比较 ^a $P<0.05$ 。

2.3 两组患儿凝血指标变化比较

观察组患者 aPTT、PT、TT 水平均高于对照组，Fbg 水平低于对照组

($P<0.05$), 见表3。

表3 两组患儿凝血指标变化比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	aPTT (s)	PT (s)	TT (s)	Fbg (g/L)
对照组	45	28.24±2.25	11.07±2.23	12.05±1.15	4.82±0.76
观察组	45	32.62±3.10 ^a	12.63±3.60 ^a	15.23±2.09 ^a	2.34±0.31 ^a

注: 与对照组比较 ^a $P<0.05$ 。

2.4 比较两组患儿血清 CRP、D-D 水平

治疗后两组血清 CRP、D-D 水平均降低, 且观察组低于对照组 ($P<0.05$), 见表4。

表4 两组血清 CRP、D-D 水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

治疗	组别	例数	CRP (mg/L)	D-D (mg/L)
治疗前	对照组	38	3.37±0.37	3.27±0.45
	观察组	38	3.41±0.31	3.30±0.43
治疗后	对照组	38	0.96±0.17 ^b	1.21±0.22 ^b
	观察组	38	0.62±0.05 ^{ab}	0.32±0.09 ^{ab}

注: 与对照组比较 ^a $P<0.05$, 与同组治疗前相比 ^b $P<0.05$ 。

3 讨论

小儿急性腹泻为婴幼儿期急性胃肠道功能紊乱, 5岁以下儿童发病率为52%, 患儿年龄小, 消化系统等尚未发育成熟, 胃酸、消化酶分泌较少; 胃肠道耐受力低, 防御功能不够完善, 环境、饮食、感染均可导致小儿腹泻, 以细菌、病毒、真菌、寄生虫感染为主, 主要病原体为轮状病毒, 损伤小肠黏膜上皮细胞, 破坏肠道结构, 损伤消化功能, 引起水电解紊乱; 抑制双糖酶活性, 糖类堆积肠道被分解为酸性物质, 肠道渗透压升高, 引起水样腹泻急性发作; 腹泻严重时造成呼吸、神经、循环等多系统损伤, 影响患儿正常发育^[8-9]。临床治疗有饮食调节、补充微量元素、抗感染治疗、微生物调节剂、肠黏膜保护剂等, 但药物治疗有细菌耐药、二重感染、菌群失调的风险, 且费用昂贵、易反复发作。

本研究结果显示, 观察组患儿总有效率(91.11%)高于对照组(73.33%) ($P<0.05$), 治疗后观察组止热时间、大便次数正常时间、住院时长均少于对照组 ($P<0.05$), 说明葡萄糖酸锌口服溶液辅助蒙脱石散治疗小儿急性腹泻临床疗效显著, 有效改善症状体征、缩短病程, 与李静^[10-12]研究结果相似。蒙脱石散主要成分为天然蒙脱石微粒粉剂, 层纹状, 电荷非均匀性分布, 口服后与肠黏膜蛋白紧密结合, 均匀覆盖并保护肠道黏膜, 有极强的固定、抑制肠道内病毒、病菌、毒素作用, 防御对肠道的攻击, 促进上皮细胞再生, 修复受损肠道黏膜。锌为人体必需微量元素, 修复小肠黏膜上皮细胞, 改善刷状缘酶活性; 促进T淋巴细胞免疫功能, 影响机体免疫球蛋白含量; 患儿急性腹泻时肠内分泌过多, 锌吸收受阻致大量流失, 补锌利于年龄<12个月男性或消瘦或基础血锌低患儿缩短腹泻病程、减轻症状、预防短期内复发; 葡萄糖酸锌可加快肠黏膜再生速度, 提高胃肠功能, 促进患儿生长发育速度, 改善营养不良、体重下降等方面。观察组患者 aPTT、PT、TT 水平均高于对照组, Fbg 水平低于对照组 ($P<0.05$), 说明本研究利于改善患儿凝血功能。aPTT、PT 分别检测内、外源性凝血系统, Fbg 为急性期反应蛋白, 与凝血活性有关, 炎症反应严重时, 炎性细胞大量激活, Fbg 合成增多, 水平降低血液高凝状态改善^[13-15]。治疗后两组血清 CRP、D-D 水平均降低, 观察组低于对照组 ($P<0.05$), 说明葡萄糖酸锌口服溶液辅助蒙脱石散治疗小儿急性腹泻可有效降低血清 D-二聚体水平。细菌、病毒等微生物和代谢产物损伤血管内皮细胞, 促使凝血发生和发展, 引起继发性纤溶; 肠黏膜缺血缺氧、酸中毒, 凝血因子、凝血系统、纤溶、激肽和补体系统相继被激活; 炎症反应时炎症细胞、介

质均可促进凝血, 形成微血栓; 感染性腹泻常伴高热、脱水、低血容量, 血流缓慢、血液黏稠度增加。血清 D-二聚体为交联蛋白的特异性、单体降解产物, 反映凝血和纤溶系统激活, 为血液高凝状态和继发性纤溶亢进的特异性指标, 感染性腹泻凝血、纤溶功能紊乱, 治疗后血清 D-二聚体水平降低, 提示可降低患儿血液高凝状态, 预防继发性腹泻发生, 改善预后^[16-18]。

综上所述, 葡萄糖酸锌口服溶液辅助蒙脱石散治疗小儿急性腹泻临床疗效显著, 症状好转、病程缩短, 患儿凝血功能改善, 血清 D-二聚体水平降低, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]杜小兰,张婧玮,王小妮,等.强化护理对小儿急性腹泻患者症状、肠道菌群及复发率的影响[J].中国微生态学杂志,2019,31(1):84-87.
- [2]张娟,付琪,周长怀.布拉氏酵母菌联合葡萄糖酸锌对小儿急性腹泻的疗效观察[J].贵州医药,2021,45(11):1776-1777.
- [3]许姣玲.强化护理对小儿急性腹泻患者症状、肠道菌群及复发率的效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(26):119.
- [4]马千里,郭海,宗岩,等.益气复胃汤联合蒙脱石散对食管癌术后腹泻的防治作用研究[J].现代中西医结合杂志,2020,29(33):3704-3707.
- [5]王卫平.儿科学.第8版[M].北京:人民卫生出版社,2013:102.
- [6]谢丽,黄蓓.蒙脱石散联合七味白术散对小儿轮状病毒性肠炎的疗效及对肠道微生态的影响[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(6):615-617.
- [7]张明.西咪替丁联合蒙脱石散治疗婴幼儿轮状病毒腹泻的疗效[J].中国社区医师,2022,38(11):9-11.
- [8]付伟,韦艳丹.蒙脱石散联合布拉氏酵母菌对小儿急性胃肠炎患儿炎症反应及症状改善的影响[J].山西医药杂志,2020,49(9):87-88.
- [9]王绪国,侯莉.蒙脱石散联合布拉氏酵母菌治疗小儿急性胃肠炎的效果及对血清炎症因子的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2019,16(05):113-116.
- [10]李静.蒙脱石散与金双歧片联合治疗小儿急性腹泻的临床疗效分析[J].中国妇幼保健,2017,32(4):741-743.
- [11]陈凤昌.蒙脱石散联合金双歧片治疗小儿急性腹泻的效果观察[J].首都食品与医药,2020,27(07):68.
- [12]张燕敏.蒙脱石散联合金双歧片治疗小儿急性腹泻的临床效果[J].河南医学研究,2019,28(24):4486-4487.
- [13]陈白璐.热毒宁联合葡萄糖酸锌治疗小儿急性秋季腹泻的疗效观察[J].中国肛肠病杂志,2021,41(1):49-50.
- [14]张红亮,丁学星,曹贵生.热毒宁联合葡萄糖酸锌治疗小儿腹泻的疗效及对细胞免疫学的影响[J].医药论坛杂志,2019,40(09):83-85.
- [15]郭明丽.腹泻患儿应用热毒宁联合葡萄糖酸锌治疗的效果探析[J].中国医药指南,2019,17(20):120-121.DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2019.20.092.
- [16]廖良平,熊雪婷,徐方林,等.血清 C 反应蛋白及 D-二聚体水平对新型冠状病毒肺炎病情的预测效能[J].山东医药,2020,60(15):72-74.
- [17]陈建华,吴广生,邱鸿威.血清同型半胱氨酸、高敏 C 反应蛋白及 D-二聚体水平检测急性脑梗死的研究[J].数理医药学杂志,2021,34(02):214-215.
- [18]李晓明,宋春华,宋卫娜.小儿支气管肺炎血清 C 反应蛋白、血清 D-二聚体的表达水平及临床意义[J].中国临床实用医学,2019(06):9-10-11-12.

重症有机磷农药中毒运用血液灌流治疗的效果分析

李正春

宁夏回族自治区人民医院急诊科 宁夏固原市 756000

摘要：目的：探讨重症有机磷农药中毒运用血液灌流治疗的效果。方法：采集本院 2019 年 1 月至 2022 年 6 月期间接收的 78 例重症有机磷农药中毒患者，随机分为对照组与观察组各 39 例，对照组运用常规药物治疗，观察组在对照组基础上运用血液灌流治疗，分析不同治疗用药后患者治疗疗效、疾病症状改善速度、住院时间、治疗满意度、治疗不良反应、治疗依从性情况。结果：在患者治疗总有效率上，观察组 94.87%，对照组 71.79%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者疾病症状改善速度、住院时间上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗满意度上，观察组 92.31%，对照组 74.36%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗依从性上，观察组 89.74%，对照组 66.67%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗不良反应上，观察组 7.69%，对照组 25.64%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：重症有机磷农药中毒运用血液灌流治疗，可以有效提升治疗疗效，治疗不良反应更少，患者疾病症状改善更快，提升患者治疗依从性，患者治疗满意度更高。

关键词：重症有机磷农药中毒；血液灌流；治疗效果

重症有机磷农药中毒一般需要及时治疗，通常运用洗胃来达到血液有毒物的清理与净化，由此来改善机体中的有毒物对身体构成的影响，改善中毒症状。血液灌流可以在外循环来达到血液中有毒物的清理，进行对应的有机磷清理，提升治疗疗效，由此来改善机体有毒物所导致的机体代谢紊乱。本文采集 78 例重症有机磷农药中毒患者，分析运用血液灌流治疗后患者治疗疗效、疾病症状改善速度、住院时间、治疗满意度、治疗不良反应、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 2019 年 1 月至 2022 年 6 月期间接收的 78 例重症有机磷农药中毒患者，随机分为对照组与观察组各 39 例。对照组中，男 23 例，女 16 例；年龄从 20 岁至 64 岁，平均（ 38.72 ± 3.98 ）岁；中毒至入院的时间间隔为半小时至 10 小时，平均为（ 2.97 ± 1.26 ）小时；观察组中，男 20 例，女 19 例；年龄从 22 岁至 61 岁，平均（ 39.25 ± 3.06 ）岁；中毒至入院的时间间隔为半小时至 10 小时，平均为（ 3.28 ± 1.98 ）小时；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

对照组运用常规药物治疗，所有患者进行甘露醇 250ml 进行其胃内毒物的清理，开展对应的抗肺水肿、护肝、改善脑水肿以及护心肌等药物支持。做好胆碱酯酶复活剂碘解磷定注射液静脉注射用药，保持 10ml/h 的泵注速度。依据情况使用硫酸阿托品用药，依据其反应状况做好 1 至 4h 的静注，用量为 1~2mg。进行酸碱水电解质纠正与抗感染治疗干预。观察组在对照组基础上运用血液灌流治疗，建立对应双腔中心静脉导管通路，通过灌流器展开对应的血液灌流处理，肝素钠 12500U 配伍 1500ml 生理盐水进行对应的血管通路冲洗，进行 0.5mg/kg 的低分子量肝素钠注射液静脉注射抗凝用药，血流速保持 150ml/min，保持 3h 治疗，每两次治疗间进行 24h 的间隔。

1.3 评估观察

分析不同治疗用药后患者治疗疗效、疾病症状改善速度、住院时间、治疗满意度、治疗不良反应、治疗依从性情况。不良反应主要集中在停药反跳、低血压、阿托品中毒、酸中毒等指标上。治疗疗效主要分为显效、有效以及无效。显效为治疗后患者中毒症状消除，各项生命体征恢复正常；有效为治疗后患者症状与各项生命体征有改善；无效为治疗后患者各症状与指标没有改善，甚至严重化。治疗总有效率=显效率+有效率。治疗满意度=很满意率+基本满意率。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 n(%)表示，采用卡方检验，计量资料运用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用 t 检验， $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗疗效情况分析

见表 1 所示，在患者治疗总有效率上，观察组 94.87%，对照组 71.79%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 1：患者治疗疗效评估结果[n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	39	16(41.03)	11(28.21)	2(5.13)	94.87%
对照组	39	9(23.08)	19(48.72)	11(28.21)	71.79%

注：两组对比， $P<0.05$

2.2 患者治疗满意度情况

见表 2 所示，在患者治疗满意度上，观察组 92.31%，对照组 74.36%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 2：患者治疗满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	39	21(53.85)	15(38.46)	3(7.69)	92.31%
对照组	39	13(33.33)	16(41.03)	10(25.64)	74.36%

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 89.74%，对照组 66.67%，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	39	22(56.41)	13(33.33)	4(10.26)	89.74%
对照组	39	14(35.90)	12(30.77)	13(33.33)	66.67%

注：两组对比， $P<0.05$

2.4 各组患者疾病症状改善速度、住院时间情况

见表 4，在患者疾病症状改善速度、住院时间上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 4： 各组患者疾病症状改善速度、住院时间结果（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	中毒症状消除速度（d）	胆碱酯酶活力恢复时间（d）	住院时间（d）
观察组	5.62±1.29	3.37±1.28	6.42±1.18
对照组	7.43±1.35	5.38±1.65	10.52±1.43

注：两组对比， $P<0.05$

2.5 患者治疗不良反映情况

见表 5 所示, 在患者治疗不良反应上, 观察组 7.69%, 对照组 25.64%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 5: 患者治疗不良反应评估结果[n(%)]

分组	n	低血压	酸中毒	阿托品中毒	停药反跳	治疗不良反应率
观察组	39	1	0	1	1	7.69%
对照组	39	2	3	1	4	25.64%

注: 两组对比, $P<0.05$

3 讨论

有机磷农药主要是通过消化道以及呼吸道到达人体之后, 通过其血液、淋巴循环而后散布到机体各器官组织内。会导致人体胆碱酯活性受到严重抑制, 导致毒蕈碱样与烟碱样等有关疾病症状, 甚至导致生命威胁^[1]。在常规的治疗中, 阿托品属于胆碱受体拮抗剂, 其药物机制在于进行有机农药竞争性拮抗来产生 M 胆碱受体激动功效, 药效整体快速, 容易导致患者心率提升以及呼吸加快、血压提高等多种药物不良反应, 同时在停药之后容易出现反跳现象^[2]。氯解磷定属于胆碱酯酶复合物, 可以促使有机磷分子与胆碱酯酶产生脱离, 有助于胆碱酯酶活力得到有效地修复。有关药物都可以改善有机农药中毒产生的症状, 但是无法达到机体内有机磷农药彻底的清理, 因此整体的治疗存在一定的局限性。

血液灌流属于一种常用的血液净化治疗方法, 主要是将患者机体内的血液通过固态吸附剂有关灌流设备进行处理, 将其中存在的外源性以及内源性毒素做有效清除, 然后将净化的健康血液再回流到患者身体内, 从而达到清理毒素, 改善有机磷农药危害的作用^[3]。

在患者治疗总有效率上, 观察组 94.87%, 对照组 71.79%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。从总体的治疗功效角度出发, 可以发现配合血液灌流治疗, 可以有效地提升治疗的主要目标效果, 疾病改善状况更好, 中毒影响性更低, 恢复情况更为理想。在患者疾病症状改善速度、住院时间上, 观察组各项明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。说明血液灌流不仅在治疗疗效上更为可靠, 同时也加速了患者整体的治疗恢复速度, 减少农药在体内影响所产生的身心不适感, 患者体验感受更好。在患者治疗不良反应上, 观察组 7.69%, 对照组 25.64%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组血液灌流治疗不仅提升整体的治疗效果与速度, 同时安全性更好, 不良反应少, 患者体验感受更佳。在患者治疗满意度上, 观察组 92.31%, 对照组 74.36%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组采用血液灌流治疗, 患者整体的治疗恢复速度与效果更为理想, 因此, 可以促使患者在整体的治疗满意度上更好, 由此可以有助于构建良好的医患关系, 避免不良冲突矛盾的出现, 患者对治疗工作的评价更高, 有助于良好的医疗工作口碑形象。在患者治疗依从性上, 观察组 89.74%, 对照组 66.67%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。患者对整个治疗流程与具体操作的配合度更好, 说明整体工作的推进效果更为理想, 减少了医护人员在有关工作落实方面的阻力。从本研究结果可以发现, 在对照组药物治疗基础之上, 通过血液灌流有关操作, 在一定程度上可以提升有关治疗的效果。患者整体治疗恢复的速度更快, 反应更好, 治疗过程中的安全性更有保证^[4]。血液灌流通过有关设备处理, 将机体中大分子毒素得到有效吸附清除, 进而达到机体内整体农药残留量的缩减。在常规药物的配合之下, 整体的治疗功效得到显著提升, 同时也减少了阿托品有关治疗时间, 让机体内中毒症状得到更快的消除^[5]。胆碱酯酶活力得到有效修复, 整体治疗恢复速度明显提升, 有效降低有机磷农药所带来的病死率。本研究结果中, 虽然样本量相对较少, 但是在一定程度上也反馈了该治疗方法的显著性。在多数患者中的反馈情况较好, 患者对整个治疗过程的耐受度较为理想, 整个治疗工作的推进更具有代表性, 在多数机构中可以广泛地应用^[6]。具体处理中, 还需要做好患者综合性的建设引导, 做好其心理安抚、教育指导工作, 提高

整个治疗过程的配合度。让有关治疗方案发挥更好的作用, 减少因为个人认知不全以及心理压力过重等多种因素而引发的治疗不良问题。同时也需要做好有关细节工作的处理, 评估患者综合情况。包括患者的基础疾病以及以往病史等情况, 了解其药物过敏史, 尽可能地减少治疗方案中不当药物使用以及治疗处理而导致的负面问题, 保证整个治疗工作得到更好的推进, 减少治疗方案带来的负面影响性^[7]。

在具体治疗中, 也与患者自身抢救速度有密切关系。在有机磷农药进入到人体之后, 尽快进行药物治疗干预以及血液灌流, 可以更大程度地提高抢救成功率。如果患者在药物中毒之后, 长时间机体的影响以及身体对农药有毒物的吸收, 导致器官组织的损坏, 在一定程度上即便采用了血液灌流治疗, 也会导致较为不理想的效果^[8]。因此, 最终的治疗效果一方面与治疗方案的专业性、规范性有关, 另一方面与患者自身疾病病程时间也有密切的关联性, 同时包括患者机体对药物的耐受性, 整个身体素质等问题都有一定的关联性。

在本研究结果的大样本量的观察中可以发现, 虽然在大方向上治疗恢复效果相对较好, 个别案例的情况不佳。一方面是其整体的身体素质相对较差, 药物作用相对有限, 另一方面与其病情耽误的时间较长, 整个救治成果相对受到局限也有一定的关系。因此在有关治疗评估之上, 需要充分对样本基本情况做有效的了解, 保证信息采集的全面性, 由此来观察有关治疗方案效果评价才更具有可参考意义。

具体操作中, 本研究工作存在的局限性, 正可以成为未来有关研究工作的方向, 例如加大有关研究样本量, 针对患者不同类型情况做分类观察处理。了解不同合并疾病以及身体素质情况下, 对有关治疗以及药物反映的情况。同时也做好多样化患者信息采集以及评价工作的落实。对于有关治疗工作的落实也需要做好培训管理, 包括工作人员的操作细节落实等, 提升患者生理、心理、认知各层面的建设, 保证工作开展的有效性。要加强医患、医护人员的配合, 调动各方面力量支持, 甚至包括患者家属支持度也要充分地调动。减少有关因素带来的不良影响, 尽可能地提升家属对有关工作的配合度, 减少医护人员人力资源以及精力不足而存在的治疗风险隐患。保证有关工作开展推进的有效性, 甚至包括患者治疗过程中心理状态、饮食、作息、睡眠质量各方面的管理都尤为重要。要做好细节工作的管控, 优化整体治疗环境, 提升患者整个治疗过程的身心体验, 减少不良因素带来的负面干扰性问题。

总而言之, 重症有机磷农药中毒运用血液灌流治疗, 可以有效提升治疗疗效, 治疗不良反应更少, 患者疾病症状改善更快, 提升患者治疗依从性, 患者治疗满意度更高。

参考文献:

[1]吴建峰,岳俊学,陈香涛. 血液灌流联合血液滤过治疗急诊重症有机磷农药中毒的效果[J]. 保健医学研究与实践,2022,19(4):41-43,66.
[2]孙丽薇. 血液灌流辅助常规治疗重症急性有机磷农药中毒的效果[J]. 中国民康医学,2021,33(10):8-10.
[3]王娅琳. 急诊重症有机磷农药中毒血液灌流联合血液透析治疗的研究[J]. 特别健康,2021(20):39-40.
[4]刘炯,张永健. 血液灌流联合血液透析治疗急诊重症有机磷农药中毒的效果[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(20):162-163.
[5]张雨亭. 急诊重症有机磷农药中毒患者应用血液灌流联合血液透析治疗的效果研究[J]. 家有孕宝,2021,3(17):169.
[6]侯晶星,陈洪波,孙章萍. 联用血液灌流和血液透析治疗急性重症有机磷农药中毒的临床治疗价值[J]. 当代医学,2021,27(5):182-183.
[7]赵文妍,闵军,雷霆,等. 血液透析联合血液灌流治疗急性重症有机磷农药中毒的效果[J]. 中外医学研究,2021,19(27):136-139.
[8]李聪,高春旭,李丽丽. 血液灌流联合血液透析对急性重症有机磷农药中毒的治疗价值评估[J]. 当代医学,2021,27(24):34-36.

颈动脉超声检查在缺血性脑血管疾病分型诊断中的效果及价值体会

林昊

金湖县人民医院功能科 江苏淮安 211600

摘要：目的 探讨颈动脉超声检查在缺血性脑血管疾病分型诊断中的效果。方法 选取本院 2020 年 1 月~2022 年 1 月收治的 180 例缺血性脑血管疾病患者为研究对象，将其纳入观察组，另选取同期行健康检查的 180 例健康人群作为对照组，均采用颈动脉超声检查，将数字减影血管造影（DSA）作为金标准，对两组颈动脉内中膜厚度（IMT）、颈动脉粥样硬化斑块检出情况、分布情况及分型情况进行综合比较，并对不同诊断方式的病变颈动脉狭窄程度及诊断效果进行综合比较。结果 观察组 IMT 值为(1.05±0.18)mm，显著大于对照组的（0.62±0.12）mm（ $P<0.05$ ）；观察组颈动脉粥样硬化斑块检出率为 83.33%，显著高于对照组的 15.56%（ $P<0.05$ ）；观察组颈总动脉起始、颈总动脉分叉及颈总动脉主干等不同分布位置斑块检出率与对照组比较无显著差异（ $P>0.05$ ）；观察组软斑、硬斑及复合斑等不同类型斑块检出率显著大于对照组（ $P<0.05$ ）；颈动脉超声与 DSA 诊断病变颈动脉狭窄程度的检出率分别为 77.22%及 73.33%，对比无统计学意义（ $P>0.05$ ）；颈动脉超声诊断敏感度为 92.09%（128/139）、特异度 90.24%（37/41）、符合率为 91.67%（165/180）、阳性预测值为 96.97%（128/132）；阴性预测值为 77.08%（37/48）。结论 针对缺血性脑血管疾病患者，采用颈动脉超声检查可检测出颈动脉粥样硬化程度，了解斑块分布及类型，同时能准确判断病变颈动脉狭窄程度，具有灵敏度及特异度高的优势，为疾病后期治疗提供影像学依据。

关键词：颈动脉超声；缺血性脑血管疾病；分型诊断；IMT；颈动脉粥样硬化

缺血性脑血管疾病在神经内科的发病率极高，主要由脑血管病变引起的脑动脉阻塞，进而导致脑组织缺血缺氧，以缺血性脑卒中、脑供血不足及短暂性脑缺血发等疾病为主^[1]。随着现代人们生活水平的提高及偏西方化的饮食习惯，使得缺血性脑血管疾病患者逐年升高，疾病的致死率极高，虽然医疗水平的进步使得该种疾病的死亡率有所下降，但疾病的致残率居高不下，严重影响患者今后的生存质量^[2]。颈动脉最易引发动脉粥样硬化，多项研究证实，颈动脉粥样硬化与缺血性脑血管疾病的发生发展存在密切联系^[3-4]，尽早明确颈动脉粥样硬化情况便于临床评估缺血性脑血管疾病发生的风险。数字减影血管造影（DSA）可全方位了解颈动脉血流情况，被临床认为是诊断缺血性脑血管疾病的金标准，然而其不仅具有创伤性，且费用较高，无法作为首选诊断方式^[5]。颈动脉超声不仅能反映颈动脉粥样硬化形成情况，还能了解病变颈动脉狭窄程度，以预测颈动脉病变情况，评估缺血性脑血管疾病发生的风险，为疾病的进一步诊疗提供影像学依据^[6-7]。鉴于此，本次研究以 2020 年 1 月~2022 年 1 月收治的 180 例缺血性脑血管疾病患者为研究对象，探讨颈动脉超声检查的诊断效能，具体如下：

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2020 年 1 月~2022 年 1 月收治的 180 例缺血性脑血管疾病患者为研究对象，将其纳入观察组，患者均符合《各类脑血管疾病的诊断要点》^[8]中的疾病诊断标准，且经过颅脑 CT 或 MRI 确诊，另选取同期行健康检查的 180 例健康人群作为对照组，研究对象均有完整的临床资料，无精神类疾病、无严重器质性疾病，排除合并脑出血、免疫系统疾病、恶性肿瘤及心脏疾病者。观察组：男女患者之比为：98:82；年龄区间 52~80 岁，年龄均值（65.56±4.17）岁；体质量 48~80kg，平均治疗（65.36±5.32）kg；合并症：高血压 78 例，糖尿病 62 例，高血脂 40 例。对照组：男女患者之比为：96:84；年龄区间 54~82 岁，年龄均值（65.89±4.46）岁；体质量 47~81kg，平均治疗（65.89±5.38）kg；合并症：高血压 77 例，糖尿病 64 例，高血脂 39 例。两组一般资料经综合对比分析显示均衡性良好（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

颈动脉超声：采用飞利浦 IE33 彩色超声诊断仪，探头频率为 9~12MHz。所有受检者均取仰卧位，将头部偏向一侧，使得颈部全部暴露在视野下，从胸锁乳突肌内侧开始，从颈根部到颈总动脉，检查颈动脉分叉的颈内动脉及颈外动脉，检查椎动脉，将探头旋转 90°，显示横切面，测量血管直径、血管壁内中膜厚度（IMT），观察有无斑块，记录其位置、形态、大小，了解管腔是否狭窄。

DSA 检测：采用 GE TNOVA 2000 数字减影机，对股动脉进行穿刺，并注入对比剂，多种角度显示颈动脉血管。

1.3 观察指标及判断标准

①对两组 IMT 进行比较，IMT 处于 1.0 mm~1.5mm 时，表示颈动脉出现早期粥样硬化；IMT 高于 1.5mm 时，表明颈动脉粥样硬化且形成斑块。

②对两组颈动脉粥样硬化斑块检出情况、分布情况及分型情况进行综合比较。斑块分型标准：软斑：形态不规则，且内部结构呈弱回声；硬斑：斑块纤维化、钙化，且内部伴有强回声，管壁增厚，局部伴有粥样硬化斑块，团块回声增强，在管壁附着，且后方伴有声影；复合斑：内部回声不均，软斑与硬斑混合。

③颈动脉超声及 DSA 诊断病变颈动脉狭窄程度的比较。以直径狭窄率作为评估病变颈动脉狭窄程度的依据，其中狭窄率=（原管腔直径-最狭窄处管腔直径）/原管腔直径×100%，狭窄程度分为 5 级，分别为正常、轻度狭窄（血管狭窄率低于 50%）、中度狭窄（血管狭窄率 50%~69%）、重度狭窄（70%~90%）及血管闭塞（90%以上）。

④以 DSA 为金标准，对颈动脉超声诊断缺血性脑血管疾病的诊断效能进行判断，包含灵敏度、特异度、诊断符合率、阳性预测值及阴性预测值。灵敏度=真阳性例数/（真阳性+假阴性）×100%；特异度=真阴性例数/（真阴性+假阳性）×100%；

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 软件系统中，进行对比和检验值计算，将计数资料及计量资料分别行卡方及 t 检验，当 $P<0.05$ 表示组间差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对两组 IMT 进行比较

观察组 IMT 值为(1.05±0.18)mm，显著大于对照组的（0.62±0.12）mm（ $P<0.05$ ），提示观察组患者存在不同程度的颈动脉粥样硬化。

2.2 对两组颈动脉粥样硬化斑块检出情况、分布情况及分型情况进行综合比较

观察组颈动脉粥样硬化斑块检出率为 83.33%，显著高于对照组的 15.56%（ $P<0.05$ ）；观察组颈总动脉起始、颈总动脉分叉及颈总动脉主干等不同分布位置斑块检出率与对照组比较无显著差异（ $P>0.05$ ）；观察组软斑、硬斑及复合斑等不同类型斑块检出率显著大于对照组（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 两组颈动脉粥样硬化斑块检出情况比较

组别	例数	斑块总数	单发斑块	多发斑块	无斑块
对照组	180	150 (83.33)	51(28.33)	71(39.44)	28(15.56)
观察组	180	28(15.56)	21(11.67)	7 (3.89)	152 (84.44)
χ^2		165.398		35.807	
P		<0.05		<0.05	

表 2 两组颈动脉粥样硬化斑块分布情况比较

组别	例数	颈总动脉起 始	颈总动脉 分叉	颈总动脉主干
对照组	150	62 (41.33)	68 (45.33)	20 (13.33)
观察组	28	11 (39.29)	14 (50.00)	3 (10.71)
χ^2			0.261	
P			>0.05	

表 3 两组颈动脉粥样硬化斑块分型情况比较

组别	例数	软斑	硬斑	复合斑
对照组	150	65 (43.33)	40 (26.67)	45 (30.00)
观察组	28	3 (10.71)	18 (64.29)	7 (25.00)
χ^2			17.022	
P			<0.05	

2.3 对颈动脉超声及 DSA 诊断病变颈动脉狭窄程度的比较

颈动脉超声与 DSA 诊断病变颈动脉狭窄程度的检出率分别为 77.22% 及 73.33%，对比无统计学意义（ $P>0.05$ ），详见表 4。

表 4 对颈动脉超声及 DSA 诊断病变颈动脉狭窄程度的比较

检查 方式	例数	病变颈动脉狭窄程度					检出率
		正常	轻度	中度	重度	闭塞	
颈动 脉超 声	180	0	52	46	19	15	132 (73.33)
DSA	180	0	55	48	21	15	139 (77.22)
χ^2							0.731
P							>0.05

2.4 颈动脉超声诊断缺血性脑血管疾病的诊断效能

以 DSA 结果作为金标准，检出颈动脉狭窄病变则为阳性，无颈动脉狭窄病变则为阴性，颈动脉超声诊断出颈动脉狭窄 132 例，其中 128 例为真阳性，4 例为假阳性；诊断出无颈动脉狭窄的 48 例患者中，37 例为真阴性，11 例为假阴性。颈动脉超声诊断敏感度为 92.09%（128/139）、特异度 90.24%（37/41）、符合率为 91.67%（165/180）、阳性预测值为 96.97%（128/132）、阴性预测值为 77.08%（37/48），详见表 5。

表 4 颈动脉超声诊断缺血性脑血管疾病的诊断效能

颈动脉超声检查	DSA 检查		总计
	阳性	阴性	
阳性	128	4	132
阴性	11	37	48
合计	139	41	180

3 讨论

缺血性脑血管疾病是中老年群体常见疾病，主要由脑血管狭窄及阻塞引起，导致脑组织局部出现缺血、缺氧的症状，甚至出现坏死现象，可引发晕眩症状，如治疗不及时，易发展为脑梗死，目前其在临床的致残率及死亡率极高，受到医学界的高度重视^[9]。目前诊断此类疾病多通过影像学检查，如 CT、MRI 及 DSA 等，前两种诊断方式多用于已发生脑梗死中的患者中，其难以观察脑血管内狭窄情况^[10]。DSA 是诊断此类疾病的金标准，但其需要对股动脉进行穿刺插管，因此具有一定创伤性，且其费用高昂，不利于其在临床的推广^[11]。

临床研究认为，颈动脉最易出现粥样硬化，如其形成斑块则表示动脉出现粥样硬化，而颈动脉粥样硬化是缺血性脑血管疾病发生的危险因素^[12-13]，而血管壁中膜增厚可预测动脉粥样硬化，因此临床常通过测量颈动脉 IMT 值了解有无动脉粥样硬化改变^[14]。研究显示，无论是否存在心血管疾病，颈动脉 IMT 值每增加 1 个标准差，脑卒中发生的风险则增加 30%^[15]。颈动脉粥样硬化引起脑血管疾病的作用机制较为复杂，不少学者认为，主要是因为动脉粥样硬化斑块不稳定，其破裂后小斑块会随着血液到达远处血管，导致其堵塞。可见斑块对缺血性脑血管疾病的发生发展起到重要作用，而斑块可反映动脉粥样硬化程度^[16]。本次研究结果显示，观

察组 IMT 值为(1.05±0.18)mm，显著大于对照组的(0.62±0.12)mm（ $P<0.05$ ），可见观察组患者存在不同程度的颈动脉粥样硬化。同时本次研究结果显示，观察组颈动脉粥样硬化斑块检出率为 83.33%，显著高于对照组的 15.56%，从斑块分布位置来看，主要分布为颈总动脉起始、颈总动脉分叉位置，从斑块类型来看，观察组以软斑及复合斑为主，对照组以硬斑为主，由于硬斑较为稳定，不易脱落，因此发生脑梗死的几率会下降。可见采用颈动脉超声检查，可显示是否存在斑块，准确测量及定位斑块位置、大小、性质，便于及时对病情加以评估。

颈动脉狭窄可直接反映动脉粥样硬化，其狭窄程度越严重，表示患者动脉粥样硬化程度越严重，其预后越差。采用颈动脉超声检测浅表的颈动脉，便于了解颅内血管狭窄程度^[17-18]，本次研究发现，颈动脉超声与 DSA 诊断病变颈动脉狭窄程度的检出率分别为 77.22% 及 73.33%，且颈动脉超声诊断敏感度为 92.09%、特异度 90.24%、符合率为 91.67%、阳性预测值为 96.97%、阴性预测值为 77.08%，可见颈动脉超声的诊断价值高，作为一种无创检测方式，其对操作者的要求相对较低，且图像直观，可重复性强，可清晰显示颈部血管走向、内膜直径及管腔结构，有效评估斑块形成及血管狭窄情况。

综上所述，针对缺血性脑血管疾病患者，采用颈动脉超声检查可检测出颈动脉粥样硬化程度，了解斑块分布及类型，同时能准确判断病变颈动脉狭窄程度，具有灵敏度及特异度高的优势，为疾病后期治疗提供影像学依据。

参考文献：

[1] 伦月. 颈部血管超声检查诊断缺血性脑血管疾病的价值[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(2): 86-88.

[2] 赖惠芳, 梁碧艳, 祝文蕊. 超声检查颈动脉内中膜厚度及斑块与缺血性脑卒中的相关性分析[J]. 实用医学影像杂志, 2022, 23(1): 103-105.

[3] 游志辉. 颈部血管超声检查在缺血性脑血管疾病中的应用价值[J]. 现代医学影像学, 2022, 31(1): 143-146.

[4] 董慧颖. 探讨颈部血管超声检查在缺血性脑血管疾病诊断中的应用价值[J]. 系统医学, 2021, 6(15): 95-97.

[5] 何平英. 颈动脉超声在缺血性脑血管病中的应用价值[J]. 哈尔滨医药, 2021, 41(4): 95-96.

[6] 车因困. 颈部血管超声在缺血性脑血管疾病诊断中的应用效果[J]. 临床医学, 2021, 41(10): 52-53.

[7] 冯增杰. 颈部血管超声检查在缺血性脑血管疾病中的应用研究[J]. 系统医学, 2021, 6(18): 138-141.

[8] 龙晓霞. 颈部血管超声检查在缺血性脑血管疾病中的应用价值研究[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(9): 191-192.

[9] 李亚梦, 姜紫薇, 巴馨悦, 等. 颈动脉超声对缺血性脑卒中的应用价值[J]. 吉林医药学院学报, 2021, 42(4): 302-304.

[10] 李焯娟, 张玮, 周英. 颈动脉超声联合经颅多普勒超声对缺血性脑血管疾病的诊断价值分析[J]. 浙江医学, 2021, 43(22): 2434-2436, 后插 2.

[11] 黄云龙. 评价缺血性脑血管疾病诊断中颈动脉血管超声检查的诊断价值[J]. 系统医学, 2021, 6(10): 98-100.

[12] 汤成梅. 颈部血管超声检查在缺血性脑血管疾病中的应用价值[J]. 现代医学与健康研究(电子版), 2020, 4(20): 90-92.

[13] 赵承向. 颈部血管超声检查在缺血性脑血管疾病中的运用分析[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(3): 231-232.

[14] 臧艳芳. 颈动脉超声在急性脑梗死颈动脉狭窄诊断中的应用[J]. 实用医学影像杂志, 2020, 21(1): 94-95.

[15] 周文亭. 缺血性脑血管疾病诊断中颈动脉血管超声检查的诊断价值分析[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(3): 236-237.

[16] 黄懿, 符晓慧, 杨萍, 等. 经颅多普勒超声联合颈动脉超声诊断缺血性脑血管病的价值[J]. 吉林医学, 2020, 41(8): 1929-1931.

[17] 王鹏昌. TCD 联合颈动脉超声对缺血性脑血管疾病的诊断效能[J]. 数理医药学杂志, 2020, 33(6): 823-824.

[18] 张永银, 祝李冬, 陈伟莉, 等. 经颅多普勒超声联合颈动脉超声诊断缺血性脑血管疾病的价值分析[J]. 中华全科医学, 2019, 17(3): 451-454.

椎-基底动脉供血不足患者应用 TCD 的作用分析

凌菁

苏州市广济医院医学影像科 江苏苏州 215000

摘要：目的：分析椎-基底动脉供血不足患者应用经颅多普勒超声（TCD）的检查效果，以及早确诊疾病，为临床治疗提供参考。方法：我院收治的椎-基底动脉供血不足患者随机抽取 25 例，设为观察组，再将同期体检的健康者随机抽取 30 例，设为对照组，两组均安排 TCD 检查，对两组实施椎动脉、基底动脉的超声检测，以此分析研究对象的超声频谱形态、血流速度，以此分析椎-基底动脉供血不足患者与健康体检者的差别，为临床疾病的诊断提供数据借鉴。结果：以 CT 诊断结果为标准，对 TCD 诊断准确率进行统计，差异显著， $P<0.05$ ；观察组椎动脉 Vs、Vd 均低于对照组，PI 高于对照组；观察组基底动脉 Vs、Vd 均低于对照组，PI 高于对照组，各指标比较有显著差异， $P<0.05$ 。结论：椎-基底动脉供血不足患者选择经颅多普勒超声诊断具有重要价值，可以发现患者血流阻力上升，血流速度改变，对椎-基底动脉供血不足患者诊出率低于 CT 诊断结果，但是，由于操作简单，价格低，可以反复操作，更容易为患者接受，用于临床疾病诊断具有突出价值，可于各级医疗机构推广应用。

关键词：椎-基底动脉；供血不足；TCD；作用

椎基底动脉供血不足是中老年人群常见疾病，发病后由于缺乏典型的症状表现，影响了对疾病的客观判断，影响了临床诊断结果^[1]。虽然可以发现患者的异常情况，却缺乏充足的客观依据。颅 CT、MRI 用于此类疾病检查多表现出阴性，临床选择脑血管造影诊断，对患者会造成较大的创伤，而且价格高，患者很难接受。TCD 已成为检测患者脑血流动力学的关键技术，通过观察患者的血流速度变化，结合患者的临床头晕、肢体麻木等症状，评价患者的血流情况^[2]。椎基底动脉供血不足一般是颈椎病、高血压动脉硬化或心脏病等疾病导致后循环供血不足，导致患者表现出明显的血流不通畅，出现间歇性的神经功能障碍，在患者的脑干、小脑、枕叶等表现出临床症状。对于人体脑动脉血流缺乏有效的监测手段，加大了临床诊治难度。TCD 在临床的推广，诊断椎基底动脉供血不足，并为后续治疗方案提供参考，显示出了巨大的价值^[3]。及早确诊疾病，才能及早制定针对性治疗方案，缩短患者症状改善时间，有效控制患者病情的进展。作为临床常用影像技术，超声技术用于椎基底动脉供血不足诊断过程中，开展经颅多普勒超声诊断，作为无创诊断技术，检查费用较低^[4]。但是，单一使用 TCD 这一种影像技术，对椎基底动脉供血不足的诊断灵敏度、特异度不高，在临床实际应用过程中，还要与其他技术联合使用，才能确保诊断准确率，避免病情发生漏诊或误诊^[5]。本文将收集的椎基底动脉供血不足患者与同期体检健康人群，均实施 TCD 诊断，以 CT 诊断结果为参照，以此探讨 TCD 对椎基底动脉供血不足的检出率，分析患者血流速度变化，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院 2019 年 1 月-2021 年 11 月期间收治的椎-基底动脉供血不足患者随机抽取 25 例（观察组），同期体检健康者 30 例（对照组），观察组：男女性别比例 14: 11；年龄 41-75 岁，均值（56.18±5.44）；对照组：男女性别比例 16: 14；年龄 40-76 岁，均值（55.92±5.28）；两组资料比较无显著差异 $P>0.05$ 。25 例病患者经过头颅 CT 确诊椎-基底动脉供血不足，排除出血疾病、有出血病史的患者。

1.2 方法

两组研究对象安排接受 TCD 检测，检测设备采用经颅多普勒超声诊

断仪，探头频率设置 2MHz，脉冲波多普勒探头设置 2MHz。指导受检者保持坐位，选择受检者枕骨粗隆下枕窗，根据 2MHz 脉冲波多普勒探头，对受检者双侧椎动脉、基底动脉进行检测，同时记录其频谱形态和血流速度等信息。

诊断标准 根据《实用颈动脉与颅脑血管超声诊断学》和 TCD 检查标准值，确定基底动脉血流速度正常范围 50-90cm/s，而椎动脉正常范围在 40-80 cm/s，当基底动脉大于 90 cm/s，椎动脉收缩峰值高于 80 cm/s，表示血流增快；当血流速度低于 50 cm/s，椎动脉收缩峰值低于 40 cm/s 表示血流速度过缓。

1.3 观察指标

两组研究对象根据 TCD 诊断后，观察组根据 CT 诊断结果为标准，统计椎基底动脉供血不足的检出率；对两组收缩期血流速度（Vs）、舒张期血流速度（Vd）、搏动指数（PI）进行检测，结果数值做组间统计学分析。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 分析观察组 TCD 的检出率

以 CT 诊断结果为标准，对 TCD 诊断准确率进行统计，差异显著， $P<0.05$ 表 1。

表 1 TCD 检出率对比 CT 诊断结果[n(%)]

组别	例数 (n)	检出例数 (n)	检出率 (%)
CT 结果	25	25	100
TCD 结果	25	21	84.0
χ^2			4.347
P			0.037

2.2 分析两组血流速度

观察组椎动脉 Vs、Vd 均低于对照组，PI 高于对照组；观察组基底动脉 Vs、Vd 均低于对照组，PI 高于对照组，各指标比较有显著差异， $P<0.05$ 如表 2。

表 2 组间椎-基底动脉血流速度比较【 $\bar{x} \pm s$, cm/s】

组别	Vs		Vd		PI	
	椎动脉	基底动脉	椎动脉	基底动脉	椎动脉	基底动脉
观察组 (n=25)	44.75±8.59	40.19±7.32	21.09±4.72	24.29±5.31	1.65±0.06	0.99±0.06

对照组 (n=30)	72.05±11.48	68.38±10.22	35.38±6.22	40.19±6.29	1.49±0.07	0.84±0.07
t	9.813	11.536	9.438	10.008	8.998	8.435
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

椎基底动脉供血不足在临床将其称作椎基底动脉 TIA, 供血不足的原因较多, 一旦发生供血不足, 就会导致形态、机能异常表现, 表现出一过性供血不足, 供血区有短暂局灶性神经功能障碍, 眩晕, 恶心呕吐等症状, 耳鸣症状比较少见^[6]。研究发现^[7], 大脑后动脉供血不足, 患者大脑一侧或两侧表现出皮质性视野缺损, 累及到小脑、脑干还会引起复视、共济失调及吞咽困难等症状。椎基底动脉供血不足对致病原因进行分析, 发现颈椎病、椎基底动脉狭窄、栓子脱落及椎基底动脉粥样硬化都是致供血不足的高危因素。临床选择经颅多普勒超声检查, 可以提高对患者生理学方面的认知, 通过眩晕、头晕、视野障碍等症状对疾病进行鉴别诊断, 例如: 眩晕症状的患者通过经颅多普勒超声诊断, 发现很大一部分患者都是因椎基底动脉供血不足引起的眩晕。临床对椎基底动脉供血不足应用了很多检测技术, 大多技术效果不佳, 而且操作复杂, 不利于临床推广。临床对此病症的诊断技术已得到了很大进步, 可是, 诊断定性难度仍然较大。临床使用脑血管造影可以准确鉴别疾病, 可是, 操作复杂, 对患者会造成一定程度的创伤, 而且诊断过程中具有一定的危险, 使其临床应用受到不同程度的限制。而 TCD 技术用于评价椎基底动脉血流变化, 通过分析动脉血流动力学各项数据, 可以完成无创性诊断, 对于血流变化异常情况具有较高的检出率^[8], 发现血流速度的变快或变慢, 这也符合椎基底动脉供血不足的发病理理分析, 而且无创、简单、准确率高, 可以更准确的了解患者动脉血管血流速度变化, 以此为轻度椎基底动脉供血不足病情得出较为准确的判断和评价。

研究发现^[9], 正常供血、供氧, 才能使人体各器官、组织和功能维持正常的运转。尤其是脑动脉, 据统计, 一旦人体大脑动脉血流受到阻碍, 当阻碍时间达到 30s 以上, 就会导致大脑局部组织有异常表现, 导致大脑局部发生代谢异常。当大脑动脉血流供给阻碍在 1min 以上时间, 大脑神经元活动会立刻停止。所以, 一旦大脑动脉发生狭窄, 严重阻塞, 都会表现出明显的大脑局部组织的供血、供氧不足症状, 进而并发其他脑血管疾病。临床对椎基底供血不足的治疗, 关键技术是如何快速帮助患者恢复正常供血, 由于此类疾病多发老年人群, 并发脑血管疾病已成为危害中老年人身体健康的高危疾病。由于椎基底动脉经由 Willis 环可以和大脑前动脉和中动脉进行联系, 形成椎基底动脉系统, 从而实现正常的供血。当椎基底动脉检测出具有较高的阻力指数时, 一旦指数上升, 甚至发生频谱峰延迟, 都会远远高于颈内动脉循环指数。临床诊断只依靠对患者的查体, 症状评估, 很难确诊疾病。只有及早确诊才能制定早期治疗方案, 促进患者大脑组织正常的供血恢复, 也能积极改善机体大脑的血流循环, 对于临床抢救患者生命安全, 开展针对性治疗, 具有重要影响。

TCD 可以用于颅内动脉检测患者的血流动力学变化, 检查技术简单, 而且无创性的优势, 已得到临床各科室的认同, 得到广泛应用。而 TCD 也是用于脑血管检测血流动力学的关键技术, 可以为患者大脑病变, 是否有动脉痉挛、闭塞或供血不足等脑部疾病做出准确的评价, 为确保椎基底动脉供血不足, 提供准确的参考。对于合并动脉狭窄症状, 以 TCD 诊断准确率更高, 可以及早确诊脑血管疾病。

本次研究结果显示, 与对照组健康体检者相比, 观察组椎基底动脉供血不足患者接受 TCD 检测后, 可以发现患者的椎基底动脉的血流速度有明显的异常表现, 有些患者表现出血流速度缓慢, 有些患者表现出血流速度加快, 大多患者有血流速度减低的表现。通过血流速度的变化可以用于

脑部供血情况变化的评估^[10]。例如: 颅内动脉发生闭塞, 会表现出动脉区血流信号消失; 颅动脉狭窄会表现出动脉区血流速度增加, 而且检测频谱变化明显变宽; 通过 TCD 诊断观察频谱变化, 是转折波或平顶波, 检测出收缩期峰值流速、舒张期流速将两处流速数据对比, 存在较大的差异。表示患者脑血管存在末梢处有过高的阻力, 可能合并动脉硬化, 也有的患者可能合并血管内膜增厚、动脉粥样硬化。TCD 检测出血流速度过快, 可能是脑血管狭窄或痉挛, 血流速度减慢可能是动脉粥样硬化引起的斑块沉着, 也可能是内膜过粗, 弹性过差, 管壁过厚, 都是导致血流速度降低的关键因素。也可以将这些观察指标作为评估脑血管顺应性、阻力状态的指标, 可以评估患者动脉压和脑血管阻力的相关性。可见, 当椎基底动脉供血不足就会降低血管的顺应性, 表现出 PI 值上升, 表明 PI 值患者高于健康人群, 而此项数值的变化也是椎基底动脉供血不足的临床主要评价征象, 对于患者预后评估也有重要作用。TCD 操作简单, 而且费用低, 短时间就可以得出诊断结果, 而且可以重复操作, 临床应用价值显著, 尤其是用于脑血管疾病诊断具有重要价值。

综上所述, 椎基底动脉供血不足通过 TCD 诊断, 可以及早确诊疾病类型, 发现血流异常表现, 找出供血不足产生的原因, 及早开展对症治疗, 以此提高临床治疗后效果, 同时为预后治疗提供数据参考, 提高临床抢救有效率, 不仅利于神经功能及早恢复, 也利于 TCD 在医院各科室的应用, 具有推广价值。

参考文献:

- [1]王寅龙, 杨丽英, 边娜. 倍他司汀联合盐酸氟桂利嗪治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕症的临床疗效及 TCD 动态变化的影响[J]. 脑与神经疾病杂志, 2021, 29 (1): 43-46.
- [2]俞佳凤, 朱慧, 郭瑶瑶, 等. 椎-基底动脉供血不足性眩晕经颅多普勒超声分型与中医证型在治疗中的价值[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23 (11): 11-13.
- [3]何兴芳. 经颅多普勒超声在老年椎基底动脉缺血性眩晕诊断中的应用价值[J]. 现代医学影像学, 2021, 30 (1): 185-187.
- [4]韩冰, 夏玉军. 经颅多普勒超声与彩色多普勒颈动脉超声联合应用对椎-基底动脉供血不足患者诊断价值[J]. 中国保健营养, 2021, 31 (12): 264.
- [5]Cao HJ, Tan D, Wang KH, et al. Comparative effectiveness of Ginkgo injections for treating vertebrobasilar insufficiency: A systematic review and network meta-analysis[J]. J Clin Pharm Ther, 2020, 45(2): 256-263.
- [6]武娟, 张明耿, 宋施岐, 等. 经颅多普勒超声 (TCD) 对椎基底动脉供血不足的临床诊断价值[J]. 按摩与康复医学, 2018, 9 (24): 80-81.
- [7]Chen YS, Chen TS, Huang CW. Non-convulsive seizure clustering misdiagnosed as vertebrobasilar insufficiency[J]. Heliyon, 2020, 6(11): e05376.
- [8]何季莲. TCD 对椎基底动脉供血不足的临床诊断价值分析[J]. 全科口腔医学杂志 (电子版), 2020, 7 (1): 161.
- [9]侯春慧. 经颅多普勒超声联合彩色多普勒血流成像对椎基底动脉供血不足患者临床诊断分析[J]. 中国医学工程, 2020, 28 (4): 72-74.
- [10]魏来. 联合应用彩超和经颅多普勒诊断椎基底动脉供血不足[J]. 中外医疗, 2019 (11): 13-15.

微创经皮锁定加压钢板内固定在治疗四肢骨折中的临床价值分析

刘厚江 郭红斌^{通讯作者}

吴起县人民医院，骨科 陕西延安 717600

摘要：目的：观察研究微创经皮锁定加压钢板内固定在治疗四肢骨折中的临床价值分析。方法：纳入我院 2020 年 7 月-2021 年 7 月接诊的 82 例四肢骨折患者作为研究对象，并采用随机分组法将患者均分为两组，分别为参照组（n=41）和研究组（n=41），参照组患者采用常规钢板内固定进行治疗，给予研究组患者采用微创经皮锁定加压钢板内固定进行治疗，观察记录两组患者手术时间、术中出血量、术后愈合时间、并发症发生等分析临床治疗效果。结果：研究组患者手术时长、骨折愈合时长、住院时长、术中出血量均低于参照组患者（ $P<0.05$ ）；研究组患者并发症总发生率明显低于参照组患者（ $P<0.05$ ）；治疗后研究组患者疼痛情况改善明显，VAS 评分显著低于参照组患者（ $P<0.05$ ）；研究组患者疗效总优良率 95.12%明显高于参照组 80.49%（ $P<0.05$ ）。结论：实施微创经皮锁定加压钢板内固定在治疗四肢骨折中具有积极的临床价值，有效减少了手术时长、术中出血量、愈合时长、住院时长，有效控制了并发症的发生，有效缓解了患者的疼痛症状，提高改善了治疗疗效以及患者术后恢复情况。

关键词：微创经皮锁定加压钢板内固定；四肢骨折；骨科；临床价值

骨折的发生可能由于多种外原从而导致骨头的连续性以及完整性遭受了破坏，其中人体不同部位发生骨折的几率有所不同，目前临床上所有类型骨折的发生率中四肢骨折占比较高^[1]。目前临床上常规采用的钢板固定具有一定的治疗效果，但由于存在创伤较大、失血量较大、并发症发生率较高等等，因此临床上探寻一种合理有效的治疗方式对四肢骨折患者具有重要意义，根据相关研究表示微创经皮锁定加压钢板内固定手术治疗具有创伤较小以及术后恢复快等特点，本文通过纳入我院 2020 年 7 月-2021 年 7 月接诊的 82 例四肢骨折患者作为研究对象，并分别实施常规钢板内固定治疗以及微创经皮锁定加压钢板内固定治疗进行对比观察其疗效，具体报告如下。

一、资料与方法

1.1 基本资料

研究对象均为我院于 2020 年 7 月-2021 年 7 月接诊的 82 例四肢骨折患者，并采用随机分组法将患者均分为两组，分别为参照组（n=41）和研究组（n=41），参照组患者采用常规钢板内固定进行治疗，给予研究组患者采用微创经皮锁定加压钢板内固定进行治疗。其中研究组男性 20 例，女性 21 例；年龄 21 至 56 岁，平均年龄（38.26±3.07）岁。骨折部位：胫腓骨近端骨折 7 例，胫腓骨远端骨折 6 例，胫腓骨干骨折 4 例，肱骨端骨折 5 例，肱骨干骨折 4 例，股骨远端骨折 5 例，股骨干骨折 9 例，桡骨远端骨折 1 例。其中参照组男性 22 例，女性 19 例；年龄 22 至 56 岁，平均年龄（39.13±2.87）岁。骨折部位：胫腓骨近端骨折 4 例，胫腓骨远端骨折 7 例，胫腓骨干骨折 6 例，肱骨端骨折 3 例，肱骨干骨折 5 例，股骨远端骨折 5 例，股骨干骨折 7 例，桡骨远端骨折 3 例。两组患者性别和年龄等基本资料对比， $P>0.05$ 差异不具备统计学意义，有可比性。

1.2 方法

1.2.1 参照组

参照组患者实施常规钢板内固定治疗，严格遵守手术操作流程进行：医师结合患者骨折类型选择适宜的麻醉方式，切口位置设置于骨折部位，剥离肌肉与皮肤组织，利用 C 臂机辅助实施骨折复位，置入钢板，将螺钉拧紧后完成内固定操作，将切口缝合，并实施加压外固定包扎操作。

1.2.2 研究组

参照组四肢骨折患者实施常规钢板内固定治疗，严格遵守手术操作流程进行：首先由医护人员针对患者的骨折情况进行适合的麻醉方式，再由医生结合患者的骨折部位进行切口位置的选择，在剥离皮肤组织以及肌肉后，采用 C 型臂辅助，帮助患者骨折复位并置入钢板，再将螺钉拧紧后完成内固定操作，固定后完成切口缝合并进行加压外固定包扎骨折部位。

研究组四肢骨折患者实施微创经皮锁定加压钢板内固定治疗，手术过程中严格遵守操作流程进行，在正式给患者进行手术前，参考正常情况下的肢体结构，通过 X 光检测患者的骨折部位的长度以及旋转角度等，先对

患者的骨折处进行临时固定，再对骨骼进行矫正，帮助患者达到复位的要求，规避患者在术中因未检查带来的风险。通过结合不同肢体的骨折类型，针对性的给予患者适宜的治疗方案。全麻或者部分联合结合不同肢体骨折类型，为患者实施对症治疗。腰硬联合麻醉或者全麻处理后，利用采用 C 型臂对患者的骨折处进行定位，观察以及测量骨折部位的长度，做好详细的记录，同时再对骨折处进行复位，采用克氏针操作固定，皮肤位置做好切口，分离肌肉以及骨膜组织等，观察形成组织隧道后选择长度大小合适的钢板，拧到相应的部位，固定牢固后再次采用 C 型臂对复位处进行固定以及手术效果的检查，确认无任何问题后需反复冲洗患者的切口，最后做好常规的缝合以及术后抗感染的处理。

1.3 观察指标

（1）记录两组患者手术中所花费时间、术中出血情况、骨折愈合时长、住院时长、术后并发症的发生率等数据，进行评估比较治疗效果。（2）记录比较两组患者治疗前后疼痛情况，采用 VAS 评分表评估，判定标准为满分 10 分，评分越高，患者疼痛感越明显，反之则越小。（3）观察评估两组四肢骨折患者治疗疗效，需根据患者治疗后具体恢复情况以及病情改善等进行评估，判定标准主要分为优、良、一般、差这四个指标，其中骨折部位已愈合，功能完全恢复，患者恢复活动力为优；骨折部位骨性愈合，功能恢复尚好，患者可完成简单日常活动为良；骨折部位骨性愈合，部分功能恢复，患者活动能力部分恢复，生活自理受到一定影响为一般；骨折部位未愈合，功能恢复未好转，严重影响患者日常生活为差；疗效率的计算方法如下：（优例数 + 良例数）/ 总数 × 100%。

1.4 统计学方法

本研究以 SPSS 22.0 统计软件对数据进行分析纳入。其中涉及数值变量、无序分类数据分别以（ $\bar{x} \pm s$ ）、%表示，并行 t、 χ^2 检验；以 $P<0.05$ 为统计学差异存在。

二、结果

2.1 两组患者术中各指标情况

研究组患者所花费手术时长显著低于参照组患者（ $P<0.05$ ），研究组患者术中出血量也显著低于参照组患者，研究组患者骨折愈合时长以及住院时长均低于参照组患者，（ $P<0.05$ ）差异具有统计学意义，见表 1。

表 1 两组患者术中各指标情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	手术时长 (min)	出血量 (ml)	愈合时长 (d)	住院时长 (d)
参照组	41	61.25±7.19	27.17±5.63	10.32±2.37	15.87±4.87
研究组	41	45.28±6.87	49.48±6.28	7.95±2.13	10.34±3.43
t 值	-	10.283	16.937	4.762	5.944

p 值 - 0.000 0.000 0.000 0.000

2.2 两组患者术后并发症发生率

研究组患者并发症总发生率明显低于参照组患者 (P<0.05) 差异具有统计学意义, 见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生率比较 (n/%)

组别	例数	感染	出血	粘连	总发生率
参照组	41	2(4.88)	4(9.76)	2(4.88)	8(19.51)
研究组	41	1(2.44)	1(2.44)	0(0)	2(4.88)
χ^2 值	-	-	-	-	4.100
p 值	-	-	-	-	0.043

2.3 两组患者治疗前后疼痛 VAS 评分

两组患者治疗前 VAS 评分并无明显差别 (P>0.05), 治疗后研究组患者疼痛情况改善明显, 并且 VAS 评分显著低于参照组患者 (P<0.05) 差异具有统计学意义, 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后疼痛 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
参照组	41	8.02±1.72	4.89±0.76
研究组	41	7.97±1.84	3.27±0.98
t	-	0.127	8.364
P	-	0.899	0.000

2.4 两组患者疗效情况比较

研究组患者疗效总优良率 95.12%明显高于参照组 80.49% (P<0.05), 差异具有统计学意义, 见表 4。

表 4 两组患者治疗疗效比较 (n/%)

组别	例数	优	良	一般	差	优良率
参照组	41	29(70.73)	4(9.76)	6(14.63)	2(4.88)	33(80.49)
研究组	41	34(82.93)	5(12.2)	1(2.44)	1(2.44)	39(95.12)
χ^2 值	-	-	-	-	-	4.100
p 值	-	-	-	-	-	0.043

三、讨论

骨折主要是因为骨头的完整性或者连续性被破坏导致中断, 通常骨折比较常见的部位即为四肢, 是临床发病率较高的骨折类型, 发病的原因多为暴力引起, 如车祸, 摔伤或钝器打伤等, 会影响到患者的关节活动, 给患者带来剧烈的生理疼痛反应, 如果没有及时治疗将会严重妨碍到患者的正常生活^[2]。对于四肢发生骨折首先需积极进行复位, 保护、制动。及时就医根据患者实际骨折情况进行治疗, 若患者损伤较轻可以保守治疗, 需要采用石膏进行固定。固定的时候观察局部肿胀的变化情况注意松紧, 另外观察骨折部位的末端感觉以及血运变化。若患者骨折损伤较为严重, 需及时采取手术治疗, 术后也同样采用石膏进行固定。目前在临床上, 四肢骨折主要采用手术治疗, 如常规的石膏固定、钢板内固定、微创经皮锁定加压钢板内固定等^[3]。四肢骨折会伴有并发症的产生, 会给患者带来极大的痛苦。因此临床上常用的常规的治疗手段为了能够直接观察到骨折部位的情况以及放置固定物, 在手术时对于切口面积的大小要求就会偏大一点, 导致肌肉组织以及骨膜软组织的剥离面积较大进行对患者的身体造成很大的伤害。另外常规钢板内固定治疗会因为术中出血量多、术中时间较长等缺陷, 导致患者在术后容易产生不良反应, 无法帮助患者更好的恢复。随着科技的进步与发展, 微创手术应用更加广泛, 优点相当明显, 切口小、恢复速度快等, 能够帮助患者更快更好的恢复。微创经皮锁定加压钢板内固定术不需要剥离骨膜软组织也需要很大的切口, 只要在骨折部位处打开一个小切口, 然后用剥离子分开肌肉和软组织, 建立一个可以操作的手术通道即可。在本组实验中, 使用该微创手术的患者出血量小, 恢复时间短,

对比下来都明显优于传统内固定术的患者^[4]。

四肢骨折患者容易引起多种并发症的发生, 其中有些并发症若发展程度严重甚至会危害患者生命。四肢骨折常见的并发症常分为早期并发症和晚期并发症两种, 常见的类型有骨筋膜室综合征、骨折端周围神经血管损伤、脂肪栓塞综合征、关节僵硬、缺血性肌挛缩、深静脉血栓、尿路感染等。另外骨折端出血比较严重的情况是对于多发部位的骨折患者出血量甚至达到两三千毫升, 会导致病患者休克, 需立即给予患者补充液体甚至输血。在临床手术中若能减少出血量可控制并发症的发生, 常规钢板固定治疗采用原理为机械力学进行固定, 因此使患者关节活动受到限制, 引发关节功能恢复受到影响, 对骨折部位的血流也会造成一定影响, 严重可能会造成缺血性坏死^[5]。分析以上原因由此使用常规钢板固定治疗容易导致并发症的发生。本文采取的微创经皮锁定加压钢板内固定在治疗四肢骨折患者中有效的减少控制了并发症的发生, 微创经皮锁定加压钢板内固定治疗对骨折部位的损伤相对较小, 针对于老年患者以及骨质疏松患者帮助性更大^[6]。通过减少手术时长、术中出血量和住院时长进一步减少了并发症的发生。

本研究通过观察术中各指标、术后各指标恢复情况、疼痛 VAS 评分表、并发症发生率以及手术治疗疗效情况进行比较, 数据表明研究组患者手术花费时间以及术中出血量均低于参照组患者 (P>0.05), 研究组患者术后骨折愈合时长以及住院时长均低于参照组患者 (P>0.05), 说明采用微创经皮锁定加压钢板内固定治疗相对于常规钢板内固定治疗节省了医疗时长, 更有效提高了患者术后恢复情况; 研究组患者并发症总发生率明显低于参照组患者 (P<0.05), 说明采用微创经皮锁定加压钢板内固定治疗相对于常规钢板内固定治疗可有效减少控制并发症的发生; 通过比较两组患者治疗前后 VAS 评分, 治疗前两组患者 VAS 评分并无明显区别 (P>0.05), 治疗后研究组 VAS 评分对比治疗前改善明显, 并且显著低于参照组患 (P<0.05)。说明微创经皮锁定加压钢板内固定治疗可有效改善患者病情疼痛感, 相对于常规钢板内固定治疗改善疼痛效果更加明显。通过对比两组患者疗效情况, 研究组患者疗效总优良率 95.12%明显高于参照组 80.49% (P<0.05), 说明微创经皮锁定加压钢板内固定治疗相对常规钢板内固定治疗保障疗效的前提下有所提升。

总而言之, 四肢骨折的患者采用微创经皮锁定加压钢板内固定的治疗方法明显能够帮助患者提升恢复时间, 减少患者的出血量、住院时间以及身体的创伤, 治疗率很高, 极大的减少了不良反应的发生, 具有积极意义。同时, 本次研究受多因素影响, 未能选取足够患者样本量, 未进行同类研究横向数据对比分析, 用微创经皮锁定加压钢板内固定对四肢骨折的治疗效果需进一步研究分析。

参考文献:

[1]常韬、宋晶晶、祁同宁. 微创经皮锁定加压钢板内固定治疗四肢骨折对患者骨密度和骨代谢水平的影响[J]. 中国临床医生杂志, 2020, 48(11):3.

[2]马元俊, 苏期波. 微创经皮锁定加压钢板内固定在治疗四肢骨折中的临床价值分析[J]. 健康养生, 2020.

[3]倪俊林, 洪克建, 丁健, 等. 微创经皮锁定加压钢板内固定在治疗四肢骨折中的临床价值[J]. 世界最新医学信息文摘, 2020(2):2.[4]刘冬, 陆雪. 微创经皮锁定加压钢板在四肢骨折治疗中的临床价值[J]. 心理月刊, 2020(13):1.

[4]王世军, 吴志平. 微创经皮锁定加压钢板内固定在治疗四肢骨折中的临床价值[J]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2015.

[5]金大维. 微创经皮锁定加压钢板内固定治疗四肢骨折的临床疗效观察[J]. 健康大视野, 2019, 000(018):111-112.

[6]魏晋山. 微创经皮锁定加压钢板内固定在治疗四肢骨折中的临床价值[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(4):2.

远红外线治疗仪照射联合马铃薯片外敷在乳腺癌化疗性静脉炎患者中的应用效果研究

刘西洋 张萍

银川市妇幼保健院 宁夏银川市 750001

摘要:目的 辨析远红外线治疗仪照射与马铃薯片外敷治疗乳腺癌化疗性静脉炎的疗效。方法 病例来源于我院 2021-2022 年 68 例乳腺癌化疗性静脉炎患者,随机分组,对照组 34 例性马铃薯外敷治疗,观察组 34 例行马铃薯外敷联合远红外线治疗仪照射,比较组间静脉炎分级、症状消失时间、生命质量评分、疼痛情况、治疗效果。结果 观察组患者整体的化疗性静脉炎严重程度轻于对照组,差异显著 ($P<0.05$);观察组患者红肿疼痛、灼热、静脉条索状等症状消失时间均短于对照组,差异显著 ($P<0.05$);治疗前组间各项生命质量评分比较无差异 ($P>0.05$),治疗后观察组各项均高于对照组,差异显著 ($P<0.05$);治疗前组间 VAS 评分比较无差异,治疗后观察组 VAS 评分低于对照组,差异显著 ($P<0.05$);观察组患者化疗性静脉炎的治疗有效率高于对照组,差异显著 ($P<0.05$)。结论 远红外线治疗仪照射联合马铃薯外敷治疗乳腺癌化疗性静脉炎,疗效确切,可有效减轻疼痛,短时间内缓解症状,提升患者的生命质量,建议在临床普及。

关键词: 远红外线治疗仪; 马铃薯片外敷; 乳腺癌; 化疗性静脉炎

前言

绝大部分的乳腺癌患者均需要接受化疗。化疗是一种全身性的辅助抗癌治疗,是借助化疗药物来灭杀癌细胞,以达到降低疾病复发率的效果^[1]。但是,化疗药物极具刺激性与药毒性,在灭杀癌细胞的同时会关联到机体正常的细胞,导致患者体内的酸碱值与渗透压发生变化,且乳腺癌需要经历漫长的治疗周期,持续性穿刺静脉,导致化疗性静脉炎的发生。抬高患肢并制动,以 50%硫酸镁溶液湿热敷是临床治疗化疗性静脉炎的常规疗法,原理在于借助 50%硫酸镁溶液的高渗透性来加快局部组织水肿的速度,缓解症状,促进炎症吸收,达到镇痛消炎的目的^[2]。该种疗法可保证一定的效果,但是起效较慢,需重复浸湿纱布才可保证局部充足的药物浓度,操作比较复杂,患者坚持起来比较困难,导致治疗效果受到影响。马铃薯也是人们常说的洋芋、土豆,为茄科植物的一种,内含大量的蛋白质与矿物质,淀粉含量非常丰富,渗透性强,具有消肿的功效。并且,马铃薯中还有胆碱烷衍生物茄碱与龙葵碱,功效在于促进平滑肌兴奋,加快血液循环,实现活血、化瘀、消肿的目的^[3]。远红外线治疗仪是一种物理性的治疗仪器,可对人体远程照射红光,发挥化学作用,从而促进局部细胞新陈代谢,加快血液流通的速度^[4]。基于此,文章的研究目的在于辨析远红外线治疗仪与马铃薯片外敷治疗乳腺癌化疗性静脉炎的疗效,以此为临床治疗乳腺癌化疗性静脉炎探寻出更加安全、有效的途径,详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例来源于我院 2021-2022 年 68 例乳腺癌化疗性静脉炎患者,随机分组,组间基线资料经统计学分析显示兼具均衡性与可比性 ($P>0.05$)。

对照组: 34 例,年龄范围 30-60 岁,均值 (45.28 ± 1.32) 岁,病程 5-14 个月,均值 (9.87 ± 1.21) 个月;

观察组: 34 例,年龄范围 31-60 岁,均值 (45.85 ± 1.44) 岁,病程 7-14 个月,均值 (10.56 ± 1.34) 个月。

纳入标准: 临床确诊乳腺癌、接受一定疗程的化疗后伴化疗性静脉炎者; 本人及其家属均对研究知情同意。

排除标准: 伴其他靶器官器质性疾病者; 伴传染性疾病者; 凝血功能异常者; 沟通障碍者; 临床资料不全者。

1.2 方法

予以全部患者疾病宣教、针对性心理护理、饮食指导等基础性护理措施,叮嘱患者减少患肢的活动量,在耐受范围内抬高患肢,帮助患肢血液循环。

对照组予以马铃薯外敷治疗。洗净新鲜马铃薯并切成 2-3cm 的厚片,将多余的淀粉与碎片以 0.9%氯化钠溶液洗净; 局部消毒,贴防水膜,沿着静脉走向贴敷马铃薯片,敷贴范围需要超出红肿区 1cm,保鲜膜覆盖,每次 30min,每天 2 次。

观察组以马铃薯敷贴为基础,联合远红外线治疗仪照射。仪器预热 5min,与红肿部位间距 20-30min,开始照射,功率 25W,时间 40min,期间强化看护,不断询问患者的感受,适当调节温度与距离,患者主诉不适

应立即停止照射,待患者好转后再次开始,每天 2 次; 照射完毕后稍事休息,予以患者马铃薯敷贴治疗,具体操作见对照组。

1.3 观察指标

(1) 静脉炎分级: 结合美国输液护理协会静脉炎评估标准,0 级为无症状; 1 级为局部红肿疼痛; 2 级为局部红肿疼痛、触诊见条索状静脉; 3 级为局部红肿疼痛、触诊见条索状静脉,伴脓液与硬结; 4 级为局部红肿疼痛、触诊见条索状病变,硬结长度超过 2.5cm。

(2) 症状消失时间: 统计组间红肿疼痛、灼热、静脉条索状等症状的消失时间。

(3) 生命质量评分: 以 WHOQOL-BREF 生命质量量表评估组间治疗前后的各项生命质量,共涉及生理、心理、社会、环境四个方面,每个方面分值 0-100 分,分值越高表示生命质量越佳。

(4) 疼痛情况: 以视觉模拟评分法 (VAS) 评估组间治疗前后的疼痛情况。

(5) 疗效判定: 显效: 症状消失,静脉血管弹性良好; 有效: 症状大致消失,静脉血管弹性改善; 无效: 症状、静脉血管弹性无改善或加重。

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 两组患者的化疗性静脉炎分级比较

见表 1, 观察组患者整体的化疗性静脉炎严重程度轻于对照组,差异显著 ($P<0.05$)。

表 1 两组患者的化疗性静脉炎分级比较[n/%]

组别	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级
观察组 (n=34)	18(52.94)	15(44.12)	1(2.94)	0(0.00)	0(0.00)
对照组 (n=34)	12(35.29)	13(38.24)	6(17.65)	3(8.82)	0(0.00)
χ^2 值	7.503				
P 值	0.006				

2.2 两组患者的症状消失时间比较

见表 2, 观察组患者红肿疼痛、灼热、静脉条索状等症状消失时间均短于对照组,差异显著 ($P<0.05$)。

表 2 两组患者的症状消失时间比较[$\bar{x}\pm s/d$]

组别	红肿疼痛	灼热	静脉条索状
观察组 (n=34)	3.46 $\pm$ 0.51	3.12 $\pm$ 0.48	4.86 $\pm$ 0.83
对照组 (n=34)	4.73 $\pm$ 0.70	4.32 $\pm$ 0.80	5.95 $\pm$ 0.91
t 值	8.550	7.500	5.160
P 值	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者的生命质量评分比较

见表 3，治疗前组间各项生命质量评分比较无差异（ $P>0.05$ ），治疗后观察组各项均高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）。

表 3 两组患者的生命质量评分比较[$\bar{x} \pm s/\text{分}$]

组别	生理		心理		社会		环境	
	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（ $n=34$ ）	50.20 $\pm$ 8.57	72.12 $\pm$ 6.11	45.69 $\pm$ 6.44	71.38 $\pm$ 6.06	53.83 $\pm$ 8.09	75.22 $\pm$ 6.20	58.05 $\pm$ 7.40	74.40 $\pm$ 5.72
对照组（ $n=34$ ）	51.30 $\pm$ 8.75	65.02 $\pm$ 5.39	46.22 $\pm$ 7.21	64.93 $\pm$ 5.78	52.30 $\pm$ 7.74	65.40 $\pm$ 5.66	57.31 $\pm$ 8.45	66.98 $\pm$ 5.70
t 值	0.524	5.081	0.320	4.491	0.797	6.821	0.384	5.358
P 值	0.602	0.000	0.750	0.000	0.428	0.000	0.702	0.000

2.4 两组患者的 VAS 评分比较

见表 4，治疗前组间 VAS 评分比较无差异，治疗后观察组 VAS 评分低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）。

表 4 两组患者的 VAS 评分比较[$\bar{x} \pm s/\text{分}$]

组别	治疗前	治疗后
观察组（ $n=34$ ）	4.81 $\pm$ 0.93	0.51 $\pm$ 0.80
对照组（ $n=34$ ）	4.92 $\pm$ 0.90	1.41 $\pm$ 1.02
t 值	0.496	4.048
P 值	0.622	0.000

2.5 两组患者的化疗性静脉炎的治疗有效率比较

观察组患者化疗性静脉炎的治疗有效率高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）。

表 5 两组患者的化疗性静脉炎的治疗有效率比较[n/%]

组别	显效	有效	无效	有效率
观察组（ $n=34$ ）	19(55.88)	14(41.18)	1(2.94)	33(97.06)
对照组（ $n=34$ ）	16(47.06)	12(35.29)	6(17.65)	28(82.35)
χ^2 值				3.981
P 值				0.046

3 讨论

化疗性静脉炎是由于化疗需要反复穿刺静脉，输注药物浓度较高，同时药物本身的理化因素与患者自身的血管情况等多种因素所致，对局部组织细胞与血管内皮细胞造成刺激与损伤，致使细胞溶解、溶酶体破裂释放出化学物质，诱发静脉血管痉挛、局部组织血氧供应不足，从而形成静脉炎^[5]。化疗性静脉炎主要的病理表现为局部红肿、热痛，血管质地变硬，伴条索状变化。化疗药物本身为不具备选择性的细胞毒杀类药物，以灭杀癌细胞达到抗癌的作用，同时也可伤及机体正常细胞。大部分的化疗药物均为生物碱制剂，具有极强的刺激性，药物输入血管会导致血管痉挛，致使血管壁缺少血氧供应，强化其通透性^[6]。同时，受化疗药物的影响，血浆酸碱值可发生变化，抑制 DNA 与蛋白质的合成，血管内膜正常的代谢与机体会受到干扰，因而形成静脉血管炎炎症病变。祖国医学认为，化疗药物为热毒之物，可伤及血脉，瘀久化热，热度纠结，淤堵脉络，不通则痛。由于气血凝聚导致热毒凝滞，因而引发肿胀，瘀血在机体内积攒导致皮肤发红发热^[7]。化疗是临床最为常见的治疗方式，由于患者需要长时间接受治疗，且绝大部分的化疗药物需经静脉给药。化疗性静脉炎会加重患者的病痛，加大护理人员的静脉穿刺难度，由此可能引发护患纠纷。基于此，临床护理中化疗方案的制定与实施非常重要，需要不断维持患者良好的血管状态，确保患者自身有足够的力量去承受化疗方案的实施，尽可能减轻患者的病痛，这是乳腺癌化疗患者护理工作的重点^[8]。

祖国医学认为，化疗性静脉炎的治疗重点在于清热、解瘀、散结。百姓俗称马铃薯为洋芋、土豆，属于茄科植物，不仅是餐桌必备的蔬菜，也可应用于临床疾病的治疗。马铃薯中富含蛋白质与矿物质，淀粉含量极高，渗透性良好，对机体局部肿胀的缓解有显著的促进作用^[9]。同时，马铃薯中的胆碱衍生物茄碱与龙葵碱，可促进平滑肌兴奋，加快血液流通，因而具有理想的活血、消肿功效。同时，新鲜的马铃薯中含有大量的维生素 A、B、C，以及人体必备的优势纤维、蛋白质、氨基酸。维生素 A、B 可加快受损黏膜上皮细胞完成修复或再生，帮助新生组织生长，抑制传导痛觉神经细胞的兴奋度，从而达到镇痛的目的。维生素 C 功效在于推动黏多糖、胶原纤维与细胞间质合成，强化毛细血管的韧性，具备消肿散结的作

用^[10]。不仅如此，马铃薯中含有柠檬酸，能够促进毛细血管扩张，加快血液循环，对血肿的吸收与组织的修复非常有效。马铃薯片局部外敷的用法，可将多种成分作用连同发挥，帮助静脉损伤处红肿、疼痛、硬结等临床症状短时间内消除，减轻静脉炎的疾病程度。

然而，静脉炎病理机制复杂，单一治疗起效较慢，治疗效果不够充分，因而临床一直在探寻其他治疗化疗性静脉炎的方式。远红外线治疗仪是一种多功能的物理性治疗仪器，具备远红外疗、电疗、磁疗等多种功能。远红外线照射下，机体内组织细胞的新陈代谢可加快，血液循环更加通畅，对组织的生长修复非常有利^[11]。同时，人体细胞分子的振频与远红外线接近，通过照射可刺激机体部分细胞原子与分子共振，分子之间摩擦产生热效应，升高局部温度，从而扩张血管，加快血液循环，帮助机体清除有害物质与血管内淤积的杂质，进而实现消肿、减痛的目标^[12]。结合文章研究结果，观察组患者整体的化疗性静脉炎严重程度轻于对照组，且患者红肿疼痛、灼热、静脉条索状等症状消失时间更短，治疗后观察组患者的 VAS 评分更低，治疗有效率大幅提升。由此可知，远红外线照射联合马铃薯贴敷治疗乳腺癌化疗性静脉炎，首先发挥远红外线照射的热效应，再联合马铃薯外敷，能够提升肤表温度，促进马铃薯营养的吸收，将其功效程度发挥到最大，实现最优化的治疗效果，促进组织修复，短时间内缓解疼痛、肿胀等症状，减轻患者的病痛。基于此，患者身心病痛被有效缓解，机体状态良好，从而能够确保顺利的接受化疗，深化化疗效果，因而生命质量得到了大幅的提升。因此，乳腺癌化疗性静脉炎患者行远红外线仪器照射与马铃薯贴敷治疗，静脉炎症状得到了明显的缓解，分级降低，疼痛减轻，生命质量提升，一定程度上保证了乳腺癌化疗的临床治疗效果。

远红外照射联合马铃薯外敷治疗乳腺癌化疗性静脉炎，能有效、及时的缓解疼痛与症状，提高患者的生活质量，建议在临床中推广应用。

参考文献：

[1]刘清清.远红外线治疗仪照射联合马铃薯片外敷在乳腺癌化疗性静脉炎患者中的应用效果[J].医疗装备,2022,35(09):179-181.

[2]米小红.清热凉血散结方外用治疗化疗性静脉炎疗效观察[J].基层中医药,2022,1(04):72-76.

[3]周映伽,温伟波,沈红梅.中医外治法在化疗性静脉炎中的作用及优势[J].西部中医药,2022,35(04):155-157.

[4]廖双梅,罗燕.中药湿敷结合离子导入疗法治疗化疗性静脉炎的临床研究[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(24):47-49.

[5]袁亚琴.散结化瘀散外敷治疗中晚期肺癌化疗性静脉炎 37 例[J].中国中医药科技,2021,28(06):951-952.

[6]杨丽君,周红,耿敬,等.中药对化疗性静脉炎防护机制的研究进展[J].当代护士(下旬刊),2021,28(08):32-34.

[7]孙岩.TDP 理疗仪在化疗性静脉炎患者中的应用效果[J].医疗装备,2021,34(14):172-173.

[8]温棉棉,尚瑶瑶,王奕.低频超声治疗化疗性静脉炎的实验研究[J].中国当代医药,2021,28(12):59-61+241.

[9]李红梅,刘爱兰,韩艳,等.医用冷敷贴预防妇科肿瘤患者化疗性静脉炎的效果[J].实用临床医药杂志,2020,24(22):10-13.

[10]房芳.复方藤芷膏联合喜辽妥对恶性肿瘤化疗患者静脉炎及 hs-CRP、IL-6 水平的影响[J].光明中医,2020,35(12):1884-1886.

[11]李雨思,彭丽萍.热敷与冰冻马铃薯片外敷在减轻鼠神经生长因子肌肉注射后疼痛的对照研究[J].按摩与康复医学,2020,11(07):46-47.

[12]陈映霞.生马铃薯片外敷预防 IVF-ET 术后患者肌内注射黄体酮所致局部不良反应的疗效观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(07):33-34.

渗透树脂联合微研磨或联合美白用于治疗氟斑牙的美学效果

刘艳燕

廊坊圣洁口腔医院 河北廊坊 065000

摘要：目的：探究在氟斑牙患者中应用渗透树脂联合微研磨或联合美白的美学治疗效果。方法：时间段：选择2020年12月至2021年12月期间，研究对象：我院收治的氟斑牙患者74例，分组方法：按照数字随机表法，分组组别：分为对照组和实验组（37例/组），治疗方法：对照组实施渗透树脂联合微研磨治疗方法，实验组实施渗透树脂联合美白治疗方法，分别对比两组轻度、中度、重度氟斑牙患者的美白治疗效果，对比两组治疗后牙齿敏感度评估、美学效果满意度。结果：治疗有效率方面对比，治疗后实验组和对照组轻度氟斑牙的治疗有效率分别为90.91%与88.89%，结果比较接近，对比差异不存在统计学意义（ $P>0.05$ ）；实验组的中度氟斑牙治疗有效率（100.00%）显著高于对照组（66.67%），其重度氟斑牙治疗有效率（92.86%）显著高于对照组（53.85%），差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）；牙齿敏感度评估方面对比，实验组的牙齿敏感度发生率为24.32%，对照组为48.65%，实验组低于对照组（ $P<0.05$ ）；两组美学效果满意度方面对比，实验组的美学效果满意度（94.59%）显著高于对照组（78.38%）（ $P<0.05$ ）。结论：和渗透树脂联合微研磨治疗方法相比，在氟斑牙患者中应用渗透树脂联合美白治疗方法效果理想，能有效提高患者氟斑牙美学效果，降低牙齿敏感度发生率，治疗方法值得进一步临床推广应用。

关键词：渗透树脂；美白；微研磨；焦虑抑郁；氟斑牙；美学价值

氟斑牙也叫斑釉，是指牙齿在发育过程中过多摄取氟，从而导致慢性氟中毒的一种牙组织疾病。一般氟斑牙发病会呈现出明显的地域性特征，主要由于当地饮用水或土壤中含有过高的氟引起^[1]，预防重在避免日常饮用水含过量氟。氟斑牙又分为轻型、中度和重度三种类型，各阶段临床表现也有所差异，综合表现为牙面出现白垩型、黄褐色斑块，尤以上前牙表现最为显著，严重者会出现牙体窝沟状或点状缺损，牙面暗淡无光泽，严重影响患者的面部美观程度，给患者带来不良负面心理^[2]。随着人们对外形美观要求的提高，越来越多患者选择对氟斑牙进行美白治疗^[3]，目前针对氟斑牙的临床治疗方法以牙齿美白技术、微研磨技术为主，虽然对牙齿美白和感观起到良好的效果，但不乏存在术后牙齿敏感、缺乏光泽度或破坏牙体组织完整等诸多问题，适用局限性显著，治疗效果尚不够理想^[4]。随着医学水平的发展进化，树脂渗透技术发展迅速并在临床实践中被逐渐替代，它是一种新型微创技术手段，通过渗透树脂对氟斑形成进行有效阻断，在不破坏牙体生态组织结构的前提下有效改善氟斑牙，效果颇佳，但临床应用较少^[5-6]。为研究在氟斑牙患者中应用渗透树脂联合微研磨或联合美白的美学治疗效果，给临床治疗氟斑牙提供有效参考，现选择2020年12月至2021年12月期间我院收治的氟斑牙患者74例为研究对象进行探讨分析，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2020年12月至2021年12月期间我院收治的氟斑牙患者74例为研究对象，按照数字表法随机分为对照组和实验组，每组纳入37例，对照组给予渗透树脂联合微研磨治疗方法，实验组给予渗透树脂联合美白治疗方法，其中对照组患者男性16例、女性21例，年龄在23-37岁之间，平均年龄（ 28.25 ± 4.26 ）岁；实验组患者男性15例、女性22例，年龄在25-39岁之间，平均年龄（ 29.42 ± 4.12 ）岁。两组一般资料比较差异无统计学意义， $P>0.05$ ，组间对比有效。

纳入标准：（1）临床诊断为氟斑牙，临床表现为牙齿表面黄斑、釉质缺损等典型氟斑牙症状；（2）患者年龄超过18周岁；（3）身体健康，无严重系统性疾病；（4）患者均知晓并自愿同意参与本次研究；（5）口腔卫生健康，无牙周组织疾病，牙列无缺，整体规则齐全。排除标准：（1）手术禁忌症患者；（2）合并危重疾病患者；（3）精神或语言障碍者；（4）牙质过敏、存在牙齿填充、冠修复体、近期漂白牙齿患者；（5）妊娠或哺乳期女性；（6）长期吸烟者；（7）其他不配合者或资料不全者。

1.2 方法

两组在术前均接受病史询问、常规身体和口腔检查，根据患者氟斑牙严重程度类别分别采用不同的具体治疗方案。

1.2.1 对照组

对照组实施渗透树脂联合微研磨治疗方法。（1）材料选择：渗透树脂（德国DMG公司生产的爱康渗透树脂）、微研磨剂（Opalustre牙釉质研磨膏）。（2）治疗流程：首先给予微研磨处理，后采用渗透树脂治疗。（3）

具体操作方法：微研磨治疗方法：首先清洁牙齿表面，之后利用橡皮障将氟斑牙进行隔离，在所有氟斑牙区域均匀涂抹牙釉质研磨膏，注意色斑区均保证覆盖研磨膏体，选择毛刷抛光杯加压打磨，速度控制在500r/min，时间为30-40s，动作保持轻柔，完成后清洗1min，将患牙表面的氟斑去除。渗透树脂治疗方法：首先对患者患牙进行拍照，用于治疗前后色卡对比，拍照时注意在黑暗地区拍摄患者前牙区。微研磨后使用蘸牙膏的橡皮杯清洁患者氟斑牙表层，然后利用橡皮障将患牙进行隔离，对牙面的氟斑进行酸蚀处理，酸蚀使用15%的盐酸，时间保持2min，擦拭凝胶后冲洗0.5min，冲洗完毕气枪吹干。仔细观察对比氟斑颜色是否产生变化，颜色变化者可进行下一步树脂渗透操作，颜色无变化者需重复酸蚀2次左右，带出现颜色变化进行下一步操作。避光环境均匀涂抹渗透树脂，保持渗透3min，3min后使用医院棉卷、牙线等擦掉多余树脂，并光照固化40s后，重复之前操作，重新涂抹渗透树脂，继续静置渗透1min，将多余的树脂清理掉，光照固化40s，采用抛光杯加压打磨抛光。

1.2.2 实验组

实验组实施渗透树脂联合美白治疗方法。（1）材料选择：渗透树脂（德国DMG公司生产的爱康渗透树脂）、冷光牙齿美白仪（德洛丽丝生物科技有限公司生产）。（2）治疗流程：先行美白操作，14d后采用渗透树脂治疗。（3）具体操作方法：美白治疗方法：清洁患者牙齿后，在患者牙齿唇颊处均匀涂抹冷光美白凝胶，然后使用冷光牙齿美白仪照射，10min/次，2次/d。在做完一次后停歇5min，继续照射第二次。采用美白凝胶照射治疗14d，应用渗透树脂继续治疗。其治疗方法和对照组的渗透树脂治疗方法相同，此处不重复赘述。

1.3 临床评价

治疗后分别对比两组轻度、中度、重度氟斑牙患者的美白治疗效果，对比两组治疗后牙齿敏感度评估、美学效果满意度。氟斑牙严重程度评价标准：（1）轻度：白垩状斑块占牙面50%以上；（2）中度：牙齿着色明显，牙面呈现黄棕色斑块；（3）重度：约80%以上牙齿呈现深棕色斑块，且伴随牙齿点、线或窝沟状缺损^[7]。牙面色阶对比至少由两位医师得出一致认定结果方为有效。

采用VITA比色板评价患者美白治疗效果：（1）显效：治疗后变白色阶 ≥ 5 个；（2）有效：治疗后变白色阶3-4个；（3）无效：治疗后变白色阶 ≤ 2 。治疗有效率=（显效例数+有效例数）/总例数 $\times 100\%$ 。

牙齿敏感度评价标准：（1）极度敏感：牙齿敏感度高，未能完成治疗；（2）严重敏感：虽坚持完成治疗，但牙齿极度不适感；（3）中度敏感：可耐受治疗，但牙齿不适感较为明显；（4）轻度敏感：治疗后牙齿偶尔不适；（5）无敏感：治疗后牙齿无任何不适感。牙齿敏感度=（极度+严重+中度+轻度）/总例数 $\times 100\%$ 。

结合相关参考文献采用我院自拟的《美学效果满意度问卷调查表》对患者美学效果满意度进行调查，内容从其他人对治疗效果评价、与预期差异度、自我满意度等10个维度进行调查，单项满分为5分，合计50分满

分, 40 分以上为非常满意, 20-39 分之间为一般满意, 低于 19 为不满意, 美学效果满意度=(非常满意+一般满意)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

数据处理: SPSS21.0 统计学软件; 资料描述: 计数资料为(n,%), 计量资料为($\bar{x} \pm s$); 差异检验: 计数资料为 χ^2 , 计量资料为 t; 统计学意义判定标准: $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组各程度氟斑牙美白治疗效果对比

治疗后, 两组轻度氟斑牙患者的美白治疗有效率对比差异不存在统计学意义, $P > 0.05$, 但实验组的中度和重度氟斑牙患者的美白治疗有效率显著分别显著高于对照组, 差异存在统计学意义, $P < 0.05$, 详见表 1。

表 1 两组各程度氟斑牙美白治疗效果对比(n,%)

组别	例数 (n)	显效	有效	无效	美白治疗有 效率(%)
对照组 轻度	9	4 (44.44)	4 (44.44)	1 (11.11)	8 (88.89)
实验组 轻度	11	7 (63.64)	3 (27.27)	1 (9.09)	10 (90.91)

表 2 两组牙齿敏感度对比(n,%)

组别	例数 (n)	极度敏感	严重敏感	中度敏感	轻度敏感	无敏感	牙齿敏感度 (%)
对照组	37	3 (8.11)	4 (10.81)	5 (13.51)	6 (16.22)	19 (51.35)	18 (48.65)
实验组	37	2 (5.41)	1 (2.70)	2 (5.41)	4 (10.81)	28 (75.68)	9 (24.32)
χ^2 值							4.723
P 值							0.030

2.3 两组美学效果满意度对比

治疗后, 实验组的美学效果满意度 (94.59%) 明显高于对照组 (78.38%), 差异存在统计学意义, $P < 0.05$, 详见表 3。

表 3 两组美学效果满意度对比(n,%)

组别	例数 (n)	非常满意	一般满意	不满意	美学效果满意 度 (%)
对 照 组	37	14 (37.84)	15 (40.54)	8 (21.62)	29 (78.38)
实 验 组	37	20 (54.05)	15 (40.54)	2 (5.41)	35 (94.59)
χ^2 值					4.163
P 值					0.041

3 讨论

氟斑牙是由于牙齿发育与矿化期过量摄入氟, 破坏牙釉质发育或矿化, 而导致牙齿颜色或形态异常^[8]。其发病机制从根本上说是由于细胞的毒性作用, 对钙离子、釉基质蛋白造成不良影响密切相关, 因此多呈地域化表现。氟斑牙不仅对患者外观度产生影响, 还对身体和心理健康带来不利^[9-10]。针对氟斑牙临床普遍通过美白、磨除、修复等技术手段进行治疗, 以达到牙齿美白效果, 但实践中各有利弊, 效果不尽人意。

微研磨技术将盐酸作用于患牙氟斑区域, 使其发挥化学反应, 并使用研磨料加以机械研磨, 从而达到去除深色氟斑、牙面光泽美白的效果, 虽然微研磨技术可实现牙齿美白, 但适用范围具有局限性, 对于轻度氟斑患者效果理想, 对于着色较深的中度患者, 尤其牙齿呈凹状的重度患者效果并不满意, 而且研磨治疗会对牙釉质产生不可逆的破坏, 治疗后牙齿更容易敏感。

渗透树脂联合牙齿美白技术治疗氟斑牙优势互补, 弥补了单一美白技术导致的牙表面粗糙、缺乏美学效果缺陷, 既不对患者牙齿内部釉质和周围神经组织造成破坏, 也实现了由内而外的牙齿美白效果, 还极大程度降低了患者治疗中和治疗后的牙齿不适感和敏感度, 治疗方式受到患者的认可。本次研究结果显示: 治疗后两组轻度氟斑牙治疗有效率 (实验组 90.91%、对照组 88.89%), 对比结果相近 ($P > 0.05$); 实验组中度、重度氟

χ^2 值					0.022
P 值					0.881
对照组 中度	15	4 (26.67)	6 (40.00)	5 (33.33)	10 (66.67)
实验组 中度	12	8 (66.67)	4 (33.33)	0 (0.00)	12 (100.00)
χ^2 值					4.909
P 值					0.027
对照组 重度	13	5 (38.46)	2 (15.38)	6 (46.15)	7 (53.85)
实验组 重度	14	9 (64.29)	4 (28.57)	1 (7.14)	13 (92.86)
χ^2 值					5.342
P 值					0.021

2.2 两组牙齿敏感度对比

治疗后, 实验组的牙齿敏感度 (24.32%) 显著低于对照组 (48.65%), 差异存在统计学意义, $P < 0.05$, 详见表 2。

斑牙治疗有效率 (100.00%、92.86%) 分别显著高于对照组 (66.67%、53.85%), 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$), 说明在轻度氟斑牙患者中两种治疗方法均能达到满意的牙齿美白效果, 但对于中重度氟斑牙患者应用美白技术加树脂渗透美白效果更佳; 实验组牙齿敏感度发生率 (24.32%) 低于对照组 (48.65%), 美学效果满意度 (94.59%) 高于对照组 (78.38%), 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$), 说明树脂渗透联合美白技术能显著减少牙齿敏感情况发生, 提高患者治疗满意度。

综上所述, 渗透树脂联合微研磨或联合美白治疗氟斑牙具有较好的美学效果, 但本次研究样本数不足、研究时间尚短, 关于树脂渗透能力及不同程度氟斑牙的治疗效果和后期反馈仍需进一步研究, 以为临床治疗提供有效预期参考。

参考文献:

- [1] 刘海艳, 魏雪琴. 爱康渗透树脂联合 Opalescence 皓齿美白在轻度氟斑牙中的应用效果[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2021, 42(9):3.
- [2] 张文怡, 孙迎春, 张健. 着色型氟斑牙微创治疗的美学效果观察[J]. 中华地方病学杂志, 2019, 38(10):6.
- [3] 卢霞, 邓霞, 王忠朝, 等. 微研磨与渗透树脂分别联合冷光美白治疗氟斑牙疗效观察[J]. 中国美容医学, 2022, 31(3):4.
- [4] 李钊生. 微研磨-冷光美白联合渗透树脂治疗着色型氟斑牙的价值[J]. 西藏医药, 2021, 42(3):3.
- [5] 马建朋. 应用微研磨膏联合美白剂与渗透树脂治疗着色型氟斑牙的效果观察[J]. 临床口腔医学杂志, 2019, 35(12): 723-726.
- [6] 谷希, 蒋文静, 张立亚, 李春年. 渗透树脂对氟斑牙治疗的美学效果研究[J]. 现代口腔医学杂志, 2020, 34(5):4.
- [7] 张丽娟, 李涛, 郭晓峰, 等. 渗透树脂联合微研磨及冷光美白治疗氟斑牙的临床效果评价[J]. 实用口腔医学杂志, 2020, 36(2):4.
- [8] 于鑫, 苏晓婷, 嵇兆丽, 等. 微研磨, Opalescence 皓齿美白及渗透树脂联合治疗氟斑牙的临床疗效评价[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(11):4.
- [9] 谭勇华, 吴燕玲. 渗透树脂联合冷光美白微创治疗氟斑牙的临床疗效[J]. 中国实用医药, 2020, 15(1):2.
- [10] 买布拜木·买买提依明, 玛依热·阿布都赛麦提. ICON 渗透树脂联合 Opalescence 皓齿美白对氟斑牙的临床效果[J]. 医学美容, 2021, 30(6): 62.

糖化血红蛋白联合糖耐量检测在妊娠糖尿病中的应用

刘元基

山东省临沂市兰山区枣园中心卫生院

摘要：目的：探讨糖化血红蛋白联合糖耐量检测在妊娠糖尿病中的应用。方法：选取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月期间我院 80 例妊娠糖尿病孕妇作为观察组研究对象，同时选取 80 例健康孕妇作为对照组研究对象，均给予糖化血红蛋白及糖耐量检测，对其结果进行对比分析。结果：与对照组相比，观察组孕妇空腹血糖（ 8.9 ± 0.3 vs 4.4 ± 0.2 mmol/L）、餐后 1h 血糖（ 14.1 ± 2.3 vs 5.0 ± 0.4 mmol/L）、餐后 2h 血糖（ 12.4 ± 2.1 vs 4.7 ± 0.7 mmol/L）、糖化血红蛋白（ 10.6 ± 0.6 vs 5.1 ± 0.4 %）均增高；与对照组相比，观察组孕妇糖化血红蛋白（97.5% vs 2.5%）及糖耐量阳性率（93.75% vs 1.25%）均增高；糖化血红蛋白联合糖耐量检测诊断妊娠糖尿病的敏感度为 98.75%（79/80）、特异度为 97.5%（78/80）。结论：糖化血红蛋白联合糖耐量检测能更好地反应孕妇的血糖代谢水平，提高妊娠糖尿病的诊断效能。

关键词：糖化血红蛋白；糖耐量；妊娠糖尿病

妊娠糖尿病（gestational diabetes mellitus, GDM）作为孕期临床常见并发症，其发生可能与胰岛素抵抗、遗传、饮食结构、生活方式等因素有关，如果不能及时诊断、及时治疗，不仅会增加不良妊娠结局的几率，还会增加母子心血管疾病的发生几率[1,2]。空腹血糖常作为妊娠糖尿病的常规筛查指标，但这仅能反应瞬时血糖变化，而且还容易受多种因素影响，继而影响检测的准确性[3]。近年来，随着人们对妊娠糖尿病研究的不断深入，发现糖耐量联合糖化血红蛋白检测能够较好地弥补空腹血糖检测的缺陷，一定程度上提高妊娠期糖尿病的诊断准确率[4]。本研究选取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月期间我院 80 例妊娠糖尿病孕妇作为观察组研究对象，同时选取 80 例健康孕妇作为对照组研究对象，均给予糖化血红蛋白及糖耐量检测，对其结果进行对比分析，现将结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料：选取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月期间我院 80 例妊娠糖尿病孕妇作为观察组研究对象，同时选取 80 例健康孕妇作为对照组研究对象。观察组研究对象均符合 WHO 妊娠糖尿病的相关诊断标准，心肝肾功能基本正常，排除精神异常、合并传染性疾病、免疫性疾病、恶性肿瘤患者。所有研究对象均自愿参与该研究，签署知情同意书，得到伦理委员会批准同意。80 例观察组中，年龄 21~39 岁，平均（ 29.4 ± 5.3 ）岁，孕周 23~32 周，平均（ 25.6 ± 1.4 ）周，其中初产妇 48 例、经产妇 32 例；80 例对照组中，年龄 22~39 岁，平均（ 29.1 ± 5.4 ）岁，孕周 23~32 周，平均（ 25.7 ± 1.5 ）周，其中初产妇 49 例、经产妇 31 例。两组年龄、孕周、孕次比较，差异没有统计学差异，具有可比性。

1.2 检测方法：

1.2.1 糖化血红蛋白检测方法：采集静脉血约 2ml，EDTA-K2 抗凝处理后，借助全自动糖化血红蛋白分析仪，通过亲和色谱法，进行水平检测。

1.2.2 糖耐量检测方法：采集空腹静脉血约 3ml，随后口服 75g 葡萄糖溶液，分别在 1h 和 2h 后再次采集约 3ml 静脉血，将采集的静脉血液样本置于含有草酸钾-氟化钠的真空中试管中，离心取血浆，借助全自动生化分析仪进行葡萄糖水平的检测。

1.3 观察指标及判定标准[5]：观察和比较两组研究对象糖化血红蛋白及糖耐量水平，以及糖化血红蛋白及糖耐量阳性率，并分析联合检测的诊断效能。空腹血糖 >5.1 mmol/L，餐后 1h 血糖 >10.0 mmol/L，餐后 2h 血糖 >8.5 mmol/L，以上 3 条满足 1 条或一条以上者，即可判定为糖耐量阳性；糖化血红蛋白水平 $>6\%$ ，即可判定糖化血红蛋白阳性。糖耐量与糖化血红蛋白任一结果阳性为阳性，分析联合检测诊断的敏感度、特异度、准确度。

1.4 统计学方法：采用 SPSS21.0 统计学软件，计量资料以（均数 $\pm$ 标准差）表示，两两比较采用 t 检验，计数资料采用卡方检验， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组研究对象空腹及餐后血糖水平及糖化血红蛋白水平比较：与对照组相比，观察组孕妇空腹血糖（ 8.9 ± 0.3 vs 4.4 ± 0.2 mmol/L）、餐后 1h 血糖（ 14.1 ± 2.3 vs 5.0 ± 0.4 mmol/L）、餐后 2h 血糖（ 12.4 ± 2.1 vs 4.7 ± 0.7 mmol/L）、糖化血红蛋白（ 10.6 ± 0.6 vs 5.1 ± 0.4 %）均增高，详细结果见表 1。

表 1 两组研究对象空腹及餐后血糖水平及糖化血红蛋白水平比较

组别	例数	空腹血糖（mmol/L）	餐后 1h 血糖（mmol/L）	餐后 2h 血糖（mmol/L）	糖化血红蛋白（%）
观察组	80	8.9 ± 0.3	14.1 ± 2.3	12.4 ± 2.1	10.6 ± 0.6
对照组	80	4.4 ± 0.2	5.0 ± 0.4	4.7 ± 0.7	5.1 ± 0.4
T 值		8.93	12.34	11.52	10.37
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组研究对象糖耐量阳性率及糖化血红蛋白阳性率比较：与对照组相比，观察组孕妇糖化血红蛋白（97.5% vs 2.5%）及糖耐量阳性率（93.75% vs 1.25%）均增高，详细结果见表 2。

表 2 两组研究对象糖耐量阳性率及糖化血红蛋白阳性率比较（例，%）

组别	例数	糖耐量阳性	糖化血红蛋白
----	----	-------	--------

			阳性
观察组	80	75（93.75%）	78（97.5%）
对照组	80	1（1.25%）	2（2.5%）
卡方值		137.24	144.40

P 值 <0.05 <0.05

2.3 联合检测对妊娠糖尿病的诊断效能：糖化血红蛋白联合糖耐量检测诊断妊娠糖尿病的敏感度为 98.75%（79/80）、特异度为 97.5%（78/80），见表 3。

表 3 联合检测对妊娠糖尿病的诊断效能

诊断结果	联合检测		合计
	阳性	阴性	
阳性	79	1	80
阴性	2	78	80
合计	81	79	160

3 讨论

随着生活水平的提高、饮食结构的多样化，妊娠糖尿病的发病率呈逐年增高趋势，妊娠期间孕妇出现血糖代谢的异常情况，不可避免地会不同程度的影响营养物质的运输，继而出现胚胎卵黄囊的发育受损，最后会出现胚胎发育不良现象的发生[6]。另外，长期血糖水平较高的情况下，高浓度血糖就会通过胎盘进入胎儿体，加速糖原和蛋白质合成，促进胰岛细胞增生，引发巨大儿、羊水过多、胎膜早破等并发症，极大影响着母婴安全及妊娠结局[7]。近年来，随着二胎政策的放开，妊娠糖尿病的发生率也在不断增加，而且，早中期妊娠患者随着孕龄的增加，胎儿从胎盘获取的葡萄糖不断增多，继而孕妇血浆葡萄糖水平就会相应降低，肾血浆流量及肾小球滤过率也会相应增加，肾排糖量就会增加，因而，孕妇空腹血糖反而较低，不仅影响着妊娠糖尿病的诊断率，还会增加孕妇发生酮症酸中毒、低血糖的风险[8,9]。中晚期妊娠的孕妇由于体内孕酮、雌激素等抗胰岛素物质的增多，体内对胰岛素敏感性就会相应的降低，体内糖代谢为了保持平衡，孕妇对胰岛素的需求量就会增加，但是妊娠糖尿病患者的胰岛素分泌受限，体内胰岛素分泌无法满足正常需求，这样就会导致血糖水平的提高[10]。因此，临床早期做好妊娠糖尿病的诊断，及时给予早期治疗，不仅能够改善母婴妊娠结局，还对母婴产生较好的远期效果。

糖耐量检测作为妊娠糖尿病的诊断金标准，但往往受检测前饮食、口服葡萄糖的恶心呕吐、采血时间严格、检测时禁食等因素影响，部分孕妇由于不能耐受，而出现检测结果的偏差[11]。糖化血红蛋白是葡萄糖与血红蛋白不可逆的非酶促糖化产物，与葡萄糖浓度呈正比，常用于评估长期血糖浓度，也是影响 GDM 母子预后的重要指标[12]；糖化血红蛋白也是识别妊娠糖尿病患者不良妊娠结局的重要标志，这可能与糖化血红蛋白水平增高后，红细胞对氧的亲合力发生变化，导致细胞组织发生不同程度缺氧，继而出现血粘稠度、血脂水平的增高，从而增加妊娠并发症及不良妊娠结局[13]；糖化血红蛋白是血红蛋白与葡萄糖的结合产物，能较为准确地反应检测者近期的平均血糖水平，并且，其血糖水平不受空腹等因素影响，检测血糖结果较为稳定，能够作为妊娠糖尿病患者的血糖监测指标[14]。糖耐量与糖化血红蛋白联合检测时，不仅可以提高妊娠糖尿病的诊断率，便于及早对症干预，还可以降低并发症的发生率，改善母婴妊娠结局[15]。本研究中，与对照组相比，观察组孕妇空腹血糖（8.9±0.3 vs 4.4±0.2 mmol/L）、餐后 1h 血糖（14.1±2.3 vs 5.0±0.4 mmol/L）、餐后 2h 血糖（12.4±2.1 vs 4.7±0.7 mmol/L）、糖化血红蛋白（10.6±0.6 vs 5.1±0.4 %）均增高；与对照组相比，观察组孕妇糖化血红蛋白（97.5% vs 2.5%）及糖耐量阳性率（93.75% vs 1.25%）均增高；糖化血红蛋白联合糖耐量检测诊断妊娠糖尿

病的敏感度为 98.75%（79/80）、特异度为 97.5%（78/80）。结果表明，糖化血红蛋白联合糖耐量检测能更好地反应孕妇的血糖代谢水平，提高妊娠糖尿病的诊断效能，值得临床广泛推广。

参考文献：

[1]Li MF, Ma L, Yu TP, et al. Adverse maternal and neonatal outcomes in pregnant women with abnormal glucose metabolism[J]. Diabetes Res Clin Pract,2020,161:108085.

[2]Ornoy A, Becker M, Weinstein-Fudim L, et al. Diabetes during pregnancy: a maternal disease complicating the course of pregnancy with long-term deleterious effects on the offspring. A clinical review[J]. Int J Mol Sci, 2021,22(6):2965.

[3]管小念, 尹露琦, 童嘉宁, 等. 妊娠期糖尿病患者孕中期糖代谢指标与妊娠结局的关系[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2022,38(5): 553-557.

[4]董望舒. 糖化血红蛋白、糖化血清蛋白、C-反应蛋白联合检测在妊娠期糖尿病患者诊断中的作用[J]. 中国妇幼保健, 2020,35 (6): 1021-1023.

[5]毛艳芳, 黄镇河, 送陈芳, 等. 不同糖耐量人群及糖尿病患者红细胞寿命与糖化血红蛋白、胰岛 β 细胞功能关系研究[J]. 实用中西医结合临床, 2021,21 (12): 20-22.

[6]陈露, 刘经飘, 冯丽辉, 等. 强化健康教育联合个体化营养干预对妊娠期糖代谢异常孕妇血糖及糖化血红蛋白水平的影响[J]. 中国当代医药, 2021,28 (28): 194-197.

[7]邓玲玲, 李洁. 医学膳食营养治疗对糖耐量异常孕妇妊娠糖尿病发病率及母婴结局的影响研究[J]. 中医临床研究, 2021,13 (11): 64-66.

[8]张宁娟, 李华萍, 赵芳. 妊娠期糖尿病胰岛素分泌模式与胰岛素功能评估的探讨[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018,34 (11): 1261-1266.

[9]赵晓晨. 糖化血红蛋白与糖耐量联合检测在妊娠期糖尿病诊断中的价值观察[J]. 中国医药科学, 2020,10 (19): 162-164.

[10]王卫卫. 糖化血红蛋白与糖耐量联合检测在妊娠期糖尿病诊断中的应用[J]. 糖尿病新世界, 2022, 4 (2): 58-61.

[11]张伟明, 姚兆基, 冯钊赞. 糖化血红蛋白在诊断妊娠期糖尿病和糖耐量受损中的作用分析[J]. 实用医技杂志, 2021,28 (2): 186-187.

[12]Murphy HR, Howgate C, Okeefe J, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women with type 1 or type 2 diabetes: a 5-year national population-based cohort study[J]. Lancet Diabetes Endocrinol, 2021,9(3):153-164.

[13]Barbry F, Lemaitre M, Ternynck C, et al. HbA1c at the time of testing for gestational diabetes identifies women at risk for pregnancy complications[J]. Diabetes Metab, 2021,48(3):101313.

[14]Tennant P, Doxford-Hook E, Flynn L, et al. Fasting plasma glucose, diagnosis of gestational diabetes and the risk of large for gestational age: a regression discontinuity analysis of routine data[J]. BJOG, 2022,129(1):82-89.

[15]冯雪, 张翠华, 周玮, 等. 妊娠期糖尿病孕妇耐量试验分项指标异常对血脂及胎儿生长发育的影响[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2021, 37 (8): 846-849.

免疫三氧自体血回输改善恶性肿瘤化疗患者生活质量临床效果分析

栾晓燕 高晓晖^{通讯作者} 梁祎 田晔 于志玲

井陘县医院内三科 河北石家庄 050300

摘要：目的：探讨免疫三氧自体血回输改善恶性肿瘤化疗患者生活质量临床效果。方法：选取 2019 年 12 月-2021 年 12 月我院 100 例恶性肿瘤化疗患者作为研究对象，随机分为观察组、对照组，每组各 50 例。对照组患者给予对症治疗，观察组患者在对照组的基础上给予免疫三氧自体血回输治疗。观察并比较两组患者临床效果；治疗前、治疗后的免疫功能（CD4+、CD8+、CD4+/CD8+）情况；治疗前、治疗后造血功能指标外周血白细胞计数(WBC)、血红蛋白(Hb)、中性粒细胞(NC)、血小板(PLT)；治疗前、治疗后的生活质量评分。结果：观察组患者总有效率为 86.00%，对照组患者总有效率为 68.00%，观察组明显高于对照组，两组数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗前，观察组与对照组患者的 CD4+、CD8+、CD4+/CD8+ 差异不显著（ $P>0.05$ ）；治疗后，两组患者的 CD4+、CD8+、CD4+/CD8+ 均改善，其中，观察组的 CD4+、CD8+、CD4+/CD8+ 明显高于对照组，两组数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者的 WBC、Hb、NC、PLT 水平差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组患者的 WBC、Hb、NC、PLT 水平均改善，其中，观察组患者的 WBC、Hb、NC、PLT 水平明显高于对照组，两组数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者的生活质量评分差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组患者的生活质量评分均提高，其中，观察组患者的生活质量评分明显高于对照组，两组数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：免疫三氧自体血回输改善恶性肿瘤化疗患者生活质量临床效果显著，能够显著改善患者的免疫功能，提高治疗效果，有利于促进患者的病情控制。

关键词：免疫三氧自体血回输；恶性肿瘤化疗；生活质量；临床效果

肿瘤患者在接受化疗治疗的过程中，由于疾病的本身以及化疗药物的影响，患者的免疫功能降低，生活质量受到极大的影响。部分患者不良反应严重，只能终止化疗治疗，影响到恶性肿瘤的临床效果^[1-2]。相关研究指出，免疫三氧自体血回输能够有效改善恶性肿瘤化疗患者的生活质量^[3-4]，进一步探讨免疫三氧自体血回输改善恶性肿瘤化疗患者生活质量临床效果，选取 2019 年 12 月-2021 年 12 月我院 100 例恶性肿瘤化疗患者作为研究对象，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2019 年 12 月-2021 年 12 月我院 100 例恶性肿瘤化疗患者作为研究对象，按照随机数字表将其分为观察组（ $n=50$ ）、对照组（ $n=50$ ）。经统计学分析，观察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）	男/女
观察组（ $n=50$ ）	50.29±4.15	28/22
对照组（ $n=50$ ）	50.95±4.32	29/21
T/ χ^2	0.294	0.471
P 值	>0.05	>0.05

1.2 方法

对照组患者给予对症治疗，观察组患者在对照组的基础上给予免疫三氧自体血回输治疗，本次研究采用淄博前沿医疗器械有限公司的高压臭氧发生装置进行三氧自血的回输。采集 100ml 的肘中静脉血放入 2.5%枸橼酸钠 10ml 的密闭无菌系统中，采用高压的方式加入 100ml 治疗浓度的臭氧，充分混合 10min 之后，在 30min 内重新输入到患者的体内，21 天作为一个治疗周期，每 2-3d 进行免疫三氧疗法治疗，共治疗 6 次。上述两组患者均治疗 2 个周期。

表 3 两组患者 CD4+、CD8+、CD4+/CD8+ 比较

组别	CD4+		CD8+		CD4+/CD8+	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组（ $n=50$ ）	21.43±6.94	32.38±5.92	25.14±7.93	20.15±6.01	1.12±0.13	1.76±0.21

1.3 观察指标^[5-6]

观察组患者在对照组的基础上给予免疫三氧自体血回输治疗。观察并比较两组患者临床效果；治疗前、治疗后的免疫功能（CD4+、CD8+、CD4+/CD8+）情况；治疗前、治疗后造血功能指标外周血白细胞计数(WBC)、血红蛋白(Hb)、中性粒细胞(NC)、血小板(PLT)；治疗前、治疗后的生活质量评分。

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 两组患者临床效果比较

观察组患者总有效率为 86.00%，对照组患者总有效率为 68.00%，观察组明显高于对照组，两组数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），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
观察组（ $n=50$ ）	18	25	7	43（86.00）
对照组（ $n=50$ ）	16	18	16	34（68.00）
χ^2				4.078
P 值				<0.05

2.2 两组患者 CD4+、CD8+、CD4+/CD8+ 比较

治疗前，观察组与对照组患者的 CD4+、CD8+、CD4+/CD8+ 差异不显著（ $P>0.05$ ）；治疗后，两组患者的 CD4+、CD8+、CD4+/CD8+ 均改善，其中，观察组的 CD4+、CD8+、CD4+/CD8+ 明显高于对照组，两组数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

对照组 (n=50)	21.04±	24.39±5.01	25.02±6.02	23.58±5.90	1.19±0.15	1.32±0.15
t	0.928	4.283	0.193	5.372	0.391	5.389
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者 WBC、Hb、NC、PLT 水平比较

治疗前, 两组患者的 WBC、Hb、NC、PLT 水平差异不显著 (P>0.05),

治疗后, 两组患者的 WBC、Hb、NC、PLT 水平均改善, 其中, 观察组患

者的 WBC、Hb、NC、PLT 水平明显高于对照组, 两组数据差异具有统计学意义 (P<0.05), 见表 4.

表 4 两组患者 WBC、Hb、NC、PLT 水平比较

组别	WBC		Hb		NC		PLT	
	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=50)	3.25±0.32	5.92±0.48	54.24±6.39	66.92±6.29	2.31±0.63	6.28±0.42	64.14±5.28	78.24±10.24
对照组 (n=50)	3.27±0.40	4.21±0.46	54.13±5.90	59.21±5.39	2.18±0.59	4.93±0.41	63.96±5.13	69.33±6.28
t	0.394	5.378	0.146	6.379	0.392	5.389	0.016	6.684
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组患者生活质量评分比较

治疗前, 两组患者的生活质量评分差异不显著 (P>0.05), 治疗后, 两组患者的生活质量评分均提高, 其中, 观察组患者的生活质量评分明显高于对照组, 两组数据差异具有统计学意义 (P<0.05), 见表 5.

表 5 两组患者生活质量评分比较

组别	治疗前	治疗后
观察组 (n=50)	32.15±5.39	41.28±5.02
对照组 (n=50)	32.17±5.32	35.49±5.40
t	0.293	4.287
P 值	>0.05	<0.05

3 讨论

化疗是恶性肿瘤患者的首选治疗方案之一, 采用化疗能够对肿瘤细胞进行有效杀灭, 但是, 由于化疗药物的选择性较差, 因此, 在化疗过程中, 患者往往会出现骨髓抑制、胃肠道等不良反应^[7-8], 有部分患者无法耐受, 直接影响到其治疗方案的实施。如何改善恶性肿瘤化疗患者治疗期间的毒副反应成为临床研究的热点问题。

近年来, 我国医疗水平得到飞速的发展, 其中免疫三氧自体血回输治疗开始应用于恶性肿瘤化疗患者中^[9-10]。采用免疫三氧自体血回输治疗, 能够使患者血液中具有充足的氧气, 同时, 还能够提高血红蛋白的氧饱和度, 有效增强组织对氧的利用率, 在细胞层面上, 增强肿瘤细胞对于化疗的敏感性, 从而达到抑制肿瘤生长的目的。此外, 患者采用免疫三氧自体血回输治疗, 还能够激活患者的免疫系统, 产生白介素、肿瘤坏死因子等, 从而间接对肿瘤进行杀灭^[11-12]。研究结果显示, 观察组患者总有效率为 86.00%, 对照组患者总有效率为 68.00%, 观察组明显高于对照组, 两组数据差异具有统计学意义 (P<0.05), 说明免疫三氧自体血回输治疗恶性肿瘤化疗患者, 能够显著提高患者的治疗效果; 治疗前, 观察组与对照患者的 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺差异不显著 (P>0.05); 治疗后, 两组患者的 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺均改善, 其中, 观察组的 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺明显高于对照组, 两组数据差异具有统计学意义 (P<0.05), 说明免疫三氧自体血回输治疗恶性肿瘤化疗患者, 能够显著改善患者的免疫功能, 促进患者恢复; 治疗前, 两组患者的 WBC、Hb、NC、PLT 水平差异不显著 (P>0.05), 治疗后, 两组患者的 WBC、Hb、NC、PLT 水平均改善, 其中, 观察组患者的 WBC、Hb、NC、PLT 水平明显高于对照组, 两组数据差异具有统计学意义 (P<0.05); 治疗前, 两组患者的生活质量评分差异不显著 (P>0.05), 治疗后, 两组患者的生活质量评分均提高, 其中, 观察组患者的生活质量评分明显高于对照组, 两组数据差异具有统计学意义 (P<0.05), 上述研究结果进一步说明免疫

三氧自体血回输在恶性肿瘤化疗中应用效果显著, 能够显著提高患者的生活质量。

综上所述, 免疫三氧自体血回输改善恶性肿瘤化疗患者生活质量临床效果显著, 能够显著改善患者的免疫功能, 提高治疗效果, 有利于促进患者的病情控制。

参考文献:

[1]Cai, HA; Tao, X; Zheng, LJ; et al.Ozone alleviates ischemia/reperfusion injury by inhibiting mitochondrion-mediated apoptosis pathway in SH-SY5Y cells.[J].Cell Biol Int.2020,44(4):975-984.

[2]Zamora, ZB; Borrego, A; López, OY; et al.Inhibition of tumor necrosis factor- α release during endotoxic shock by ozone oxidative preconditioning in mice.[J].Arzneimittelforschung.2004,54(12):906-9.

[3]马艳丽,郭磊,戴仲秋,支晓丽,芦静. 医用三氧自体血回输治疗的临床研究进展[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(83):197.

[4]和功光. 免疫三氧联合益气活血中药治疗恶性肿瘤化疗患者的临床疗效观察[J]. 中国医学创新,2016,13(11):104-107.

[5]杨继群,付海艳,张洁,马克,万焱,徐斌,王洁. 三氧自血回输对晚期肿瘤患者生活质量影响的临床研究[J]. 中国老年保健医学,2016,14(02):33-35.

[6]王佳龙,杨超,顾春荣,何明,杨希之. 调强适形放疗联合三氧疗法对鼻咽癌患者免疫功能及氧化应激指标的影响[J]. 癌症进展,2021,19(04):373-376+387.

[7]叶惠贞,张玲玲,张涛,梁兆然. 4530 例医用三氧自血疗法治疗肿瘤患者的护理[J]. 中国医学创新,2013,10(26):64-66.

[8]李丽,张巧花,侯淑玲,贺建霞. 三氧治疗对淋巴瘤患者 T 细胞亚群、NK 细胞的影响[J]. 山西医科大学学报,2007(03):210-212.

[9]邓瑾,郑荣辉,黄赖机,叶家才,张秀萍. 三氧治疗对鼻咽癌放疗患者血清 HIF-1 α 和 VEGF 水平的影响[J]. 现代医院,2012,12(01):23-25.

[10]张涛,闫冰川,张舒音. 研究益气活血中药加三氧对提高鼻咽癌放疗敏感性的作用[J]. 中国医学创新,2012,9(01):9-11.

[11]杜合娟,邱源旺,周学士,邓俊,陈卫. 医用三氧联合经导管动脉化放疗栓塞对肝癌患者肝功能及细胞免疫功能的影响[J]. 实用医学杂志,2019,35(08):1208-1211.

[12]王珍,陈鹏飞,王伟. 医用三氧橄榄油防治鼻咽癌急性放射性皮炎的临床疗效观察[J]. 中国医药科学,2019,9(12):208-211.

项目来源: 河北省石家庄市科学技术研究与发展计划项目

项目编号: 211461193

经皮冠状动脉介入手术(PCI)急诊或择期治疗对急性心肌梗死患者临床疗效

马非凡 张宇 甘宁*

保定市第一中心医院 河北保定 071000

摘要:目的:探究在急性心肌梗死患者中将经皮冠状动脉介入手术急诊或是择期治疗方法进行应用的临床效果差异性。方法:于我院展开研究,时间为2021年7月——2022年7月,共选取80例患者,均为急性心肌梗死患者,根据患者的就诊时间不同,将患者分为两组,其中一组为发病24h内就诊,为实验组,给予立即PCI术,另外一组为发病24h后就诊,为对照组,于药物治疗后1-2周后行PCI术,对比两组患者的临床治疗效果。结果:实验组患者中,即刻成功的人数为38人,成功率为95.00%,对照组中,有31例患者即刻成功,成功率为77.50%,数据对比存在统计学意义($P<0.05$)。同时,两组患者治疗前的心功能指标评分均无显著差异, $P>0.05$,治疗后,各项指标变化,其中实验组患者的LVEF和LVESV分别为 57.56 ± 6.33 和 51.23 ± 3.22 ,LVEF更高,LVESV更低,各项数据均与对照组数据形成显著差异($P<0.05$)。在不良反应发生率方面,实验组患者的发生率为5.00%(2人),显著低于对照组发生率的35.00%(14人),数据差异存在统计学意义($P<0.05$)。结论:在对急性心肌梗死患者进行治疗时,可从患者就诊时机给予患者合适的治疗方案,针对发病时间在24h内就诊的患者,可以给予患者急诊PCI术治疗,其临床效果显著,可将患者的不良反应发生率降低,促进患者恢复。

关键词:经皮冠状动脉介入术;急诊治疗;择期治疗;急性心肌梗死;临床疗效

就急性心肌梗死来说,此疾病是一种心血管疾病,在临床中较为常见,发病率较高。此疾病不仅表现出发病较急等特定,而且患者通常病情较重,患者的死亡率较高^[1]。急性心肌梗死患者的冠脉斑块存在表面裂纹的情况,容易形成血栓,导致患者出现冠状动脉狭窄或是冠状动脉闭塞的情况,最后患者出现心肌急性坏死和持续性坏死,对患者的健康威胁性较大^[2]。从临床目前发展情况来看,对患者进行治疗,其主要是给予尽早和持续性的脑梗死相关动脉血运开通和重建,可有效降低患者的病死率,将患者的心功能进行改善^[3]。随着我国经济发展建设的逐渐推进,经皮冠状动脉介入术逐渐在临床得以应用,并且成为对急性心肌梗塞患者治疗的主要方法,但是临床中有很多患者就诊时已经发病超过12h,无明显的胸部不适感,在此基础上,是否需要给予患者PCI术在临床中具有一定争议^[4]。本研究则基于此,以我院患者为例,展开具体分析如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究于我院展开,时间为2021年7月至2022年7月,患者为急性心肌梗死人员,人数为80例,其中有40例于发病12-24h内就诊,命名为实验组,患者中,男性有22例,女性有18例,患者的年龄最大值为78岁,年龄最小值为44岁,患者对应的年龄均值为 (64.34 ± 4.03) 岁。另外40例则为发病24h后就诊,命名为对照组,患者中,男性有23人,女性有17人,患者中,年龄最大的为77岁,年龄最小的为44岁,患者的年龄均值为 (64.55 ± 4.00) 岁。在统计学方法下对两组患者的一般资料进行比较,以0.05为基础,两组患者的各项资料均比标准值大,无显著差异,符合对比研究标准。

纳入标准:患者临床表现中出现过典型性胸痛;患者均为突然发病;患者胸痛部位均在胸骨后、心前区、可向左臂、左颈等区域放射;患者疼痛以压榨性疼痛为主;给予患者心电图检查,结果均显示相邻的2个或2个以上的胸导联ST段上移动,上移在0.3mV以上,或是肢导联ST段上抬在0.1mV以上;患者的血清肌蛋白I表现出升高情况,并且是正常指标的2倍以上;患者对本次研究过程明确,并同意参与配合;本研究与医院实验开展标准相符合,通过医院批准。

排除标准:患者在3个月内接受过重大手术;患者近期存在外伤病史;患者合并急性脑血管意外和出血性疾病;患者存在精神病史或是精神异常;患者依从性较差;患者资料不全。

1.2 研究方法

实验组患者为发病12-24h就诊,采用急诊治疗方法,在具体实施过程中,需要在患者入院后给予患者氯吡格雷和阿司匹林药物干预,药物对应

的剂量均为300mg,随后采用Seldinger法给予患者冠状动脉造影术,将患者出现梗死的位置进行明确,并找到相关动脉,随后从患者实际情况出发,根据患者出现病变的血管特点,为患者选择大小合适的导管和导丝等,并注意对型号进行选择,同时配合应用球囊和支架,根据具体操作规范严格执行,完成PCI术。手术完成后,需要给予患者剂量为75mg的氯吡格雷,并将阿司匹林进行应用,剂量为100mg,均采用口服,每天干预一次,并结合患者的具体情况,给予患者 β 受体阻滞剂、受体拮抗剂和血管紧张素转换酶抑制剂等。

对照组患者则为发病24h后入院患者,给予患者择期治疗方法,在具体实施过程中,需要在患者入院后给予患者常规治疗,包括抗血小板聚集,抗凝治疗等,对患者斑块进行稳定,并对患者的心室重构进行抑制,对各种并发症的发生进行积极预防。在患者出现心肌梗死症状后的7-14天,对患者进行常规检查,排除患者具有相关禁忌症后为患者选择合适时机进行PCI术,术后给予常规干预,干预方法与实验组相同。

1.3 观察指标

对两组患者的即刻成功率进行比较,主要以患者术后的冠脉病变血管狭窄情况为评价依据,如果其残余狭窄率在20%以下,则表示即刻成功。

对比两组患者治疗前后的左心功能指标进行比较,评价以治疗前和治疗一个月后的为主,主要观察患者的超声心动图,对两组患者的左心室重构情况和收缩功能等相关指标进行比较,主要包括两项,分别为左心室射血分数(LVEF)和左心室收缩末期容积(LVESV)。

对两组患者治疗后的不良反应发生率进行比较分析。

1.4 统计学方法

以统计学软件SPSS20.0为工具,对此次研究中所出现的数据进行统计学分析,对计量资料($\bar{x}\pm s$)的比较结果予以t值验证,对计数资料(n,%)的比较结果予以 χ^2 值验证,当结果呈现出 $P<0.05$ 时表示组间比较差异存在统计学分析价值。

2 结果

2.1 对比两组患者的即可成功率

实验组患者中,即刻成功的人数为38人,成功率为95.00%,对照组中,有31例患者即刻成功,成功率为77.50%,数据对比存在统计学意义($P<0.05$),具体见表1。

表1 对两组患者的即刻成功率进行比较[n(%)]

组别	成功人数(n)	未成功人数(n)	成功率(%)
实验组	38	2	95.00%

(n=40)			
对照组	31	9	77.50%
(n=40)			
x ²			5.165
P			0.023

2.2 治疗前后左心功能指标比较

两组患者治疗前的心功能指标评分均无显著差异，治疗后，各项指标变化，其中实验组患者的 LVEF 更高，LVESV 更低，各项数据均与对照组数据形成显著差异 (P<0.05)，具体见表 2。

表 2 对比两组患者治疗前和治疗后的左心功能指标进行比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	LVEF (%)		LVESV (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=40)	43.22±6.55	57.56±6.33	62.33±5.33	51.23±3.22
对照组 (n=40)	42.34±5.88	49.45±7.33	61.23±6.21	56.45±4.55
t	0.632	5.296	0.850	5.923
P	0.529	0.000	0.398	0.000

2.3 不良反应发生率

两组患者的并发症发生率分别为 5.00%和 35.00%，数据对比差异大，P<0.05，其中实验组患者的发生率更低，具体见表 3。

表 3 对两组患者的不良反应发生率进行比较[n(%)]

组别	恶心	心力衰竭	心源性 休克	再梗死	发生率
实验组 (n=40)	1 (2.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.00)
对照组 (n=40)	3 (7.50)	4 (10.00)	3 (7.50)	4 (10.00)	14(35.00)
x ²					11.250
P					0.001

3 讨论

急性心肌梗死症状在临床中较为常见，属于心内科疾病，患者发病较急，并且病情多较为严重。患者发病过程，主要是有冠状动脉引起，导致患者出现突然闭塞情况，血流不通或是出现急剧减少的情况，导致心肌细胞供血不足，在缺氧缺血下出现坏死，患者的纤维骨架结构被破坏，患者的局部室壁延展，并且并随血流动力学的改变，导致患者出现腔内分流情况，对患者的健康造成严重威胁，各种指标的变化，加重患者的左心室重构发生，容易降低患者的心肌收缩功能，患者出现生命危险^[5]。

临床在对患者进行治疗时，需要改善患者症状，促进心肌血供。随着临床近些年的发展进步，PCI 技术逐渐出现，并在临床中得以应用，当前已经成为急性心肌梗死患者的主要治疗方法，可促进血管再通，将患者的左心室容量进行降低，将患者的心脏射血功能进行提高^[6]。此技术方法的实施，通常应用在早期脑梗死患者中。有数据表明，尽早的给予急性心肌梗死 PCI 术治疗，可更好的促进患者梗死血管的恢复，促进其血流灌注，挽救患者生命，降低患者死亡率。在实际发展中，对急性心肌梗死患者进行抢救治疗，需要以改善患者心机指标和挽救患者生命为主，需要给予缓和及时施救^[7]。此过程需要对患者资料进行了解，包括患者的发病时间、既往病史、家庭条件等，如果患者为病危人员，则需要在一个半小时内进行入院治疗，并注意治疗过程中的辅助药物使用，为患者配合氨氯格雷和阿司匹林，以减轻患者症状，提高手术成功率^[8]。但是当前发展中，临床患者的就诊时间通常在 12-24h，但是也有很多患者色在 24h 后就诊，而不同的治疗时间，在使用 PCI 术时是否合理，就成为了临床当前研究的重点

工作^[9]。

本研究主要针对上述情况，以我院患者为例，探究不同就诊时间段患者采用不同时间的 PCI 治疗效果，结果显示，治疗后，两组患者的 LVEF 和 LVESC 等左心室功能均得到改善，与治疗前存在显著差异 (P<0.05)，并且实验组患者治疗效果显著于对照组，左心室功能改善幅度更大。LVEF 是心肌收缩功能的主要指标，可将每搏输出量占心室舒张末期容量的百分比进行表现，在心肌收缩功能强的情况下，患者的每搏输出量越多^[10]。而 LVESV 则能够体现左心室重构情况。而在给予患者 PCI 术后，患者的梗死相关动脉血流灌注可得到有效降低，从而能够将患者的左室内分流进行降低，将患者的左室壁运动不同步情况进行改善，并减轻患者的左室重构^[11]。同时本研究结果显示，实验组患者的不良反应发生率低于对照组 (P<0.05)，急诊效果更好，临床认为这与择期 PCI 术患者主要是由于心肌长时间处于缺血状态下而发病，患者中会出现更多的心肌细胞凋亡情况，从而会对患者的治疗效果和预后效果造成一定影响，导致患者的不良反应发生率更多^[12]。本研究结果表明了 PCI 术的临床应用价值，无论是急救治疗还是择期治疗，均可改善患者的左心室功能，但是其中 PCI 急救治疗效果更好，可在患者发病早期见患者的左心室容积进行降低，提高患者的心脏射血能力，降低患者的不良反应发生率，具有较高的临床应用价值，这也与他人研究结论相似。

综上所述，在对急性心肌梗死患者进行治疗时，可从患者就诊时机给予患者合适的治疗方案，针对发病时间在 24h 内就诊的患者，可以给予患者急诊 PCI 术治疗，其临床效果显著，可将患者的不良反应发生率降低，促进患者恢复，临床意义显著，值得推广使用。

参考文献：

[1]张胜,张全慧,康忠俊. 不同时机经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死临床疗效及对心功能、心肌受损指标的影响[J]. 解放军医药杂志,2021,33(4):49-53.

[2]袁莹. 行急诊经皮冠状动脉介入治疗的患者临床基本特征趋势分析及患者术后出现对比剂诱导的急性肾损伤的风险评分模型的建立和预后分析[D]. 中国医学科学院北京协和医学院,2020.

[3]袁莹. 急诊经皮冠状动脉介入治疗术后对比剂诱导的急性肾损伤的危险因素[D]. 北京协和医学院,2017. DOI:10.7666/d.Y3277824.

[4]张芸芸. 急性 ST 段抬高型心肌梗死急诊介入治疗时血栓抽吸病变类型的探讨[D]. 山西:山西医科大学,2019.

[5]张文兴. 胸痛中心模式下直达导管室对行急诊介入治疗 STEMI 患者再灌注治疗时间及 1 年预后的影响[D]. 江苏:扬州大学,2018.

[6]李小杜. CHA2DS2-VASc 评分与急性 ST 段抬高型心肌梗死患者介入术后无复流的相关性研究[D]. 辽宁:大连医科大学,2021.

[7]刘肖. 急性 ST 段抬高型心肌梗死患者行急诊支架术后院内死亡的危险因素分析[D]. 河北北方学院,2020.

[8]武杰,王培宁,张丽,等. 影响首诊急性心肌梗死患者预后的因素分析[J]. 岭南心血管病杂志,2017,23(6):693-694,717.

[9]郑庆昆,刘剑雄,胡咏梅,等. 围手术期强化剂量阿托伐他汀对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者直接经皮冠状动脉介入术后冠状动脉血流及近期预后的影响[J]. 临床内科杂志,2017,34(2):119-122.

[10]宋田佳. 经皮冠状动脉介入择期手术与急诊手术对急性心肌梗死患者临床疗效的影响[J]. 中国实用医刊,2019,46(6):80-83.

[11]彭俤,杨丽霞,石燕昆,等. 新型冠状病毒肺炎对区域协同救治体系下急性 ST 段抬高型心肌梗死患者行直接经皮冠状动脉介入治疗的影响[J]. 中国介入心脏病学杂志,2022,30(1):38-43.

[12]李洁,坚贞,苏靖,等. 胸痛中心模式下重组人尿激酶原联合经皮冠状动脉介入术对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者的疗效观察[J]. 现代医学与健康研究 (电子版),2022,6(9):120-124.

评价康复治疗对老年慢阻肺患者肺功能、运动耐力方面的影响

苗维

河北省沧州中西医结合医院神经康复科 河北沧州 061001

摘要：目的：明确康复治疗对老年慢阻肺患者肺功能、运动耐力方面的影响。方法：纳入 2020 年 3 月到 2021 年 12 月收治的 104 例老年慢阻肺患者进行试验，盲选入康复治疗组（康复治疗）和一般治疗组（常规治疗），各 52 例，比较治疗结果。结果：治疗后，康复治疗组肺功能、运动耐力、生活质量、不良情绪的改善比一般治疗组更优秀， $P<0.05$ 差异具有统计学意义。结论：康复治疗对老年慢阻肺患者肺功能、运动耐力、生活质量的提升有利，值得推广。

关键词：康复治疗；老年慢阻肺；肺功能；运动耐力

慢阻肺，全称慢性阻塞性肺疾病（COPD），也是慢性支气管炎、肺气肿，是常见的呼吸系统疾病，慢阻肺是近年来发病率较高的疾病之一，多发于中老年人群，由于症状和感冒比较相似，因此很多人忽视了治疗，造成了极大的后果。该病以“三高”著称——发病率高、致残率高、死亡率高^[1]。是以持续气流受限为特征性疾病，气流受限完全不可逆，呈进行性发展，以阻塞通气功能障碍为主要表现；慢阻肺主要病因是呼吸道的反复感染等引起支气管和肺部慢性炎症，导致咳嗽咳痰、气促胸闷、呼吸困难等症状，严重者导致死亡^[2]。慢阻肺的死亡率在我国排名第三，全球排名第四的“金牌杀手”，对中老年患者杀伤力尤其大。因此，若患上慢阻肺后应该及时进行治疗，帮助患者改善临床症状，提升生存质量^[3]。临床中对慢阻肺的治疗主要是支气管舒张药：B2 肾上腺素受体激动剂，抗胆碱能药，茶碱类^[4]。而通过药物治疗的效果并不高，因此，现在临床中常规联合康复治疗对慢阻肺患者，康复治疗过程中，会对患者进行肺部呼吸训练、排痰训练、肢体训练等，可以进一步帮助患者改善肺部功能，促进病情的好转，其在临床治疗该疾病中的应用效果很高。本研究对 2020 年 3 月到 2021 年 12 月收治的 104 例老年慢阻肺患者，在实施一般治疗的基础上运用康复治疗的效果进行探析，具体如下：

1 资料与方法

（1）一般资料

纳入 2020 年 3 月到 2021 年 12 月收治的 104 例老年慢阻肺患者进行试验，盲选入康复治疗组和一般治疗组，各 52 例；康复治疗组 46 岁至 77 岁，平均（61.69±4.31）岁，男女比例 31：21；一般治疗组 48 岁到 79 岁，平均年龄为（61.57±4.63）岁，男女比例 30：22。两组基本资料比较，无差异 $P>0.05$ ，有可比性。

（2）方法

一般治疗组为常规治疗，在患者就诊后，对其开展血常规、肝肾功能、电解质等检查，以检查结果给其运用抗生素、支气管扩张剂、祛痰剂等治疗，此外，对其的饮食进行指导，引导其进行肢体锻炼。康复治疗组为康复治疗，方法：①以患者的病情为其施行疾病知识教育，给其讲述康复治疗的目的、重要性，让其对相关知识有一定的认知；定期培训患者的

呼吸操，通过呼吸内科的康复师开展培训，1 周 3 次，促使患者了解呼吸操的方法和注意事项，提醒家属进行监督，此外，也要对患者的饮食进行控制，严格把控蛋白质、糖、脂肪等摄入量^[5]。②引导患者开展呼吸肌活动，主要为阻力呼吸和吸气肌肉锻炼，选择合适的气球，容量 900ml，告知患者把肺内气体吹进气球，1d3 次，1 次 5min。指导其实行缩唇和腹部呼吸锻炼，1 次 10min，1d2 次，熟练后循序渐进的增加强度。③引导患者开展吸氧训练，1d 约 13h，氧流量为 1L/min，浓度 30%^[6]。④对其的耐力进行训练，按照病情和身体状况，为其选择合适的活动，例如散步、练太极、做操等，选择合适的力度，但是注意锻炼时心率不能超过 60-90%，1 周 3 次，1 次 30min^[7]。

（3）观察指标

1.治疗前及治疗 1 周患者肺功能及 6min 步行距离（6MWD）；肺功能指标包含肺活量（FVC）、第 1 秒用力呼气容积（FEV1）、FEV1 占 FVC 比值（FEV1/FVC）；患者不出现气短的状况下，观察患者 6min 可以步行的最大距离，30min 后再次测量，取平均值。

2.运用 COPD 评估表（CAT）评估患者生活质量，运用 5 级评分法，分值越低越好。

3.不良情绪运用焦虑（SAS）、抑郁自评量表（SDS）评估，SAS：50-59 分轻度，60-69 分中度，>70 分重度；SDS:53-62 分轻度，63-72 分中度，>73 分重度^[8]。

（4）统计学分析

数据利用软件 SPSS25.0 处理，计量、计数资料用 $\bar{x}\pm s$ 、(n, %) 表示，差异性对应 t、 χ^2 检验；依据： $P<0.05$ 有差异，存在统计学意义。

2 结果

2.1 康复治疗组和一般治疗组患者肺功能、6MWD 对比

接受治疗前，两组 FVC、FEV1、FEV1/FVC、6MWD 指标比较， $P>0.05$ 差异无统计学意义；治疗后，康复治疗组肺功能指标比一般治疗组高，同时，康复治疗组 6MWD 比一般治疗组长， $P<0.05$ 差异具有统计学意义，见表 1：

表 1 康复治疗组和一般治疗组患者肺功能、6MWD 对比（n=52， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	FVC (L)		FEV1 (L)		FEV1/FVC (%)		6MWD (m)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
康复治疗组	1.98±0.13	2.93±0.43	1.30±0.21	1.86±0.53	61.29±6.19	75.91±8.24	245.25±29.87	357.96±29.67
一般治疗组	2.01±0.29	2.31±0.29	1.28±0.23	1.51±0.31	61.37±6.07	65.21±7.28	245.34±29.93	269.57±33.61
t	0.680	8.620	0.463	4.110	0.066	7.017	0.015	14.217
p	0.498	0.000	0.644	0.000	0.947	0.000	0.987	0.000

2.2 康复治疗组和一般治疗组生活质量评分对比

治疗前, 两组 CAT 评分比较, $P>0.05$ 差异无统计学意义; 治疗后, 康复治疗组评分比一般治疗组高, $P<0.05$ 差异具有统计学意义, 见表 2:

表 2 康复治疗组和一般治疗组生活质量评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗 30d	治疗 60d	治疗 12d
康复治疗组	52	22.86 $\pm$ 2.31	19.35 $\pm$ 1.94	18.15 $\pm$ 1.75	16.27 $\pm$ 1.75
一般治疗组	52	22.67 $\pm$ 2.39	21.96 $\pm$ 2.09	19.86 $\pm$ 1.92	19.03 $\pm$ 1.58
t	/	0.412	6.600	4.746	8.441
P	/	0.681	0.000	0.000	0.000

2.3 康复治疗组和一般治疗组不良情绪评分对比

治疗前, 两组 SAS、SDS 评分比较, $P>0.05$ 差异无统计学意义; 治疗后, 康复治疗组评分比一般治疗组低, $P<0.05$ 差异具有统计学意义, 见表 3:

表 3 康复治疗组和一般治疗组不良情绪评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	SAS		SDS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
康复治疗组	52	65.68 $\pm$ 7.10	31.26 $\pm$ 3.77	68.54 $\pm$ 7.51	32.31 $\pm$ 4.33
一般治疗组	52	65.26 $\pm$ 7.14	42.36 $\pm$ 5.20	68.26 $\pm$ 7.38	43.26 $\pm$ 5.54
t	/	0.300	12.462	0.191	11.229
P	/	0.764	0.000	0.848	0.000

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病是一种严重的慢性呼吸系统疾病, 患病人数多, 病死率高, 由于其缓慢进行性发展, 严重影响患者的劳动能力和生活质量^[9]。慢阻肺的高危因素包括吸烟、职业性粉尘、化学物质、室内空气污染、室外空气污染; 易感性包括易感基因、出生的低体重、儿童时期的下呼吸道感染、气道的高反应性^[10]。发病机制包括气道的炎症, 氧化与抗氧化的失常, 蛋白与抗蛋白的失衡, 在临床上考虑为气道的慢性炎症, 如果患者出现慢阻肺, 需要进一步的完善相关检查, 以明确诊断。慢阻肺的本质为气流的不完全可逆, 治疗上临床缓解期以戒烟, 避免受凉, 可按需吸入支气管舒张剂, 在急性发作期, 需要使用抗感染的药物。我国的发病率慢阻肺非常高, 就目前最新的调查, 中国目前为止有 1.3 亿慢阻肺患者, 平均每 40 岁以上的人群中, 每 8 个人中有一个慢阻肺, 即该病是发病率非常高的慢性疾病^[11]。慢阻肺一旦没有进行早期诊断, 发展到中末期后, 会出现严重的劳动力的丧失, 一动就喘、生活不能自理, 或者出现严重的并发症, 比如心力衰竭、呼吸衰竭。其会出现劳动力丧失, 生活不能自理, 严重者需要进行家庭氧疗, 或需要使用家庭使用的呼吸机, 其费用非常高, 会增加家庭的经济负担; 因此, 患病后应该积极进行治疗, 尽早帮助患者改善病情, 提高生活质量。

临床中对于急性期的慢阻肺患者常会进行抗感染治疗, 在疾病有所改善后, 多数患者便会停止治疗, 促使病情再次加重, 要进行二次治疗。慢阻肺患者病情在有所好转后, 肺功能会不断下降, 其速度比年龄增长的更快, 会促使自然衰退速度提升, 所以, 不光要重视于急性期病情的治疗, 也要重视于缓解期的治疗。临床常选择的是药物治疗加合理饮食, 但是实践证实其治疗效果并不佳, 并且很多患者不愿意配合治疗, 所以, 要对其

实行科学的康复治疗, 促进其肺功能的好转^[12]。康复治疗指的是综合、协调地运用各种治疗, 消除患者身心及社会功能障碍, 使患者恢复工作、生活、学习, 从而重返社会。康复治疗的优点包括: 可以提高患者脑结构和功能有适应改变的能力, 一改以往神经损伤不可逆不可再修复的观点, 使得康复能够为患者扬起重新生活的风帆。对患者全方位的身体诊断治疗, 提前介入康复, 帮助患者缩短治疗周期, 减轻康复痛苦, 减少治疗花费, 并利用自身心理与精神疏导学科优势, 发挥康复医院关怀作用。据有关研究显示, 实行康复治疗会按照患者的病情, 为其制定科学的治疗计划, 避免病情进一步发展, 可以最大程度的帮助患者提升心理和生理功能。本次研究中选择康复治疗对老年慢阻肺患者, 结果提示, 治疗后, 康复治疗组肺功能、运动耐力、生活质量比一般治疗组更优秀, $P<0.05$ 差异具有统计学意义; 证实了选择康复治疗对老年慢阻肺患者对改善患者的肺功能, 提高其运动耐受能力, 提升其生活治疗有积极的作用, 其应用价值很高。实行康复治疗的过程中, 护理人员会提前对患者的基本情况进行评估, 以患者的病情和需求为其制定科学的康复方案, 可以有效的降低患者病情的发作次数和严重程度, 给患者营造出比较舒适的治疗环境。其中的运动训练有助于帮助患者改善护理状况, 可以减轻其在发病过程中的呼吸困难的情况, 此外, 还可以促使呼吸阻碍引起的患者不良反应和不良情绪得到改善, 排痰训练可以促进患者将痰液排出, 防止肺部出现炎症。所以, 为老年慢阻肺患者实行康复治疗可以满足患者的治疗需求, 对其肺功能相关症状的改善有积极的作用。

根据以上所讲, 康复治疗对老年慢阻肺患者肺功能、运动耐力、生活质量的提升有利, 值得推广。

参考文献:

- [1] 范莉莎. 比较不同护理方法对老年慢阻肺呼吸衰竭患者的疗效及满意度分析[J]. 益寿宝典, 2022(8):3.
- [2] 刘超. 评价康复治疗对老年慢阻肺患者肺功能、运动耐力方面的影响[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(2):2.
- [3] 冯旭, 龚保源. 肺功能康复训练对慢阻肺患者肺功能、呼吸功能及运动耐力的影响[J]. 中国老年保健医学, 2019, 17(5):3.
- [4] 李佳, 李翠娟, 姜伟红, 等. 肺功能康复训练对慢阻肺患者肺功能、呼吸功能及运动耐力的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2020(7):2.
- [5] 侯永芳, 郑楠. 综合康复护理措施对老年慢性阻塞性肺疾病患者肺功能的影响效果分析[J]. 母婴世界, 2019, 0(10):206.
- [6] 赵旭, 李浩文, 李云鹏, 等. 康复治疗对慢阻肺患者肺功能及运动耐力的影响[J]. 当代医学, 2022, 28(12):4.
- [7] 赵旭, 李浩文, 李云鹏, 等. 运动和呼吸训练对慢性阻塞性肺疾病患者康复治疗效果与肺功能的影响[J]. 中国现代医生, 2021, 59(26):4.
- [8] 赵金香. 康复护理自我管理对老年慢阻肺患者肺功能及生活质量的影响[J]. 益寿宝典, 2021(33):3.
- [9] 吉淑娟. 综合康复护理对改善老年慢阻肺患者肺功能的临床价值[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(21):3.
- [10] 陈静. 综合康复护理对老年慢阻肺患者肺功能的影响[J]. 家庭保健, 2019, (19):33-34.
- [11] 梁群, 段培蓓, 赵莹. 个体化运动训练对老年慢阻肺急性加重期患者肺功能、气道反应性及运动耐量的影响[J]. 中国现代医生, 2020, 58(11):5.
- [12] 陈小丽. 老年慢阻肺住院患者经规范性肺康复护理计划对肺功能的改善分析[J]. 中国标准化, 2021(22):3.

围生期保健和营养指导对高龄孕妇妊娠期糖尿病的预防作用

裘佳菁

浙江大学医学院附属妇产科医院 浙江省杭州市 310006

摘要：目的：分析在高龄孕妇妊娠期糖尿病的预防中实施围生期保健及营养指导干预的有效性和临床价值。方法：将本院产科2020年6月至2021年6月收治的高龄孕妇91例作为本次研究对象，通过电脑随机分组的方式将91例孕妇分成参照组（n=45）及研究组（n=46），分别对两组高龄孕妇实施常规孕期检查的管理干预和加用围生期保健及营养指导干预，比较两组孕妇的管理效果差异。结果：研究组高龄孕妇管理干预后对比的妊娠期糖尿病发生率（%）、孕期血糖平均水平、临产前体重、体质量指数均低于参照组高龄孕妇（ $P<0.05$ ），有统计学意义；且研究组管理后的自然分娩率、管理满意度相对于参照组更高（ $P<0.05$ ）。统计学有意义。结论：在产科管理观察中对高龄孕妇实施围生期保健和营养指导干预的效果较为明显，能很好的预防妊娠期糖尿病的发生，改善孕妇的妊娠结局，保障母婴安全。

关键词：围生期保健；营养指导；高龄孕妇；妊娠期糖尿病；预防价值

随着人们生育理念的变化、城市化进程的发展及二胎、三胎政策的开放，现阶段产科临床中高龄孕妇（年龄在35周岁以上）成为了越来越常见的现象^[1]。相对于适龄孕妇来说，高龄孕妇在妊娠及分娩的过程中面临着较大的风险，包括妊娠期的并发症、分娩中的难产及意外等等，其中包括较为多发的妊娠糖尿病、妊娠高血压、胎盘早剥、先兆子痫、早产、死产、难产、胎儿窒息等等，影响母婴结局^[2]。其中以妊娠期糖尿病较为常见，主要是由于高龄等高危因素导致的，影响孕妇和胎儿正常的身体健康及生长发育，不利于母婴生命安全的保障。为了更好的预防和减少高龄孕妇妊娠期糖尿病现象的发生，产科临床管理干预中提倡实施对应的预防性管理干预措施，旨在更好的改善母婴结局，保障胎儿正常的生长发育，避免和减少对孕妇母体的影响^[3]。为了分析围生期保健和营养指导应用在高龄孕妇妊娠期糖尿病预防管理中的有效性，本院产科针对收治的91例高龄孕妇展开了对比研究

1、资料与方法

1.1 一般资料

通过电脑随机分组的方式将本院产科收治的高龄孕妇91例分成两组，病例的收集时间集中在2020年6月至2021年6月这一时间段。其中参照组45例孕妇中年龄上限为42岁，年龄下限为35岁，均值为（38.96±1.57）岁，产次为1至3次，平均产次为（1.95±0.23）次，体质量指数分布在20.12至25.96kg/m²之间，平均为（22.20±1.36）kg/m²；研究组46例孕妇中年龄上限为43岁，年龄下限为36岁，均值为（38.98±1.59）岁，产次为0至3次，平均产次为（1.96±0.25）次，体质量指数分布在20.10至25.95kg/m²之间，平均为（22.18±1.35）kg/m²。

统计学处理两组高龄孕妇的基线资料，结果显示组间差异小（ $P>0.05$ ），无统计学意义且可对比。

纳入标准：91例孕妇均属于35周岁以上且均为单胎妊娠，孕前不存在糖尿病或血糖耐受不佳的表现，孕妇的孕周均集中分布在8周至12周之间且同意参与本次观察。

排除标准：孕前存在严重的内分泌系统疾病、免疫系统疾病急性发作期患者、先天性心脏病患者、习惯性流产患者、中途转院孕检和生产的孕妇。

1.2 方法

对参照组高龄孕妇实施常规孕期检查的管理干预，对首次入院产检的孕妇实施建立电子档的管理，为产妇实施定期产检（血常规、超声检查、

体质量指数等）及口头宣教饮食、运动及妊娠期等方面知识的管理措施，第一时间解答孕妇和家属提出的问题^[4]。

对研究组高龄孕妇加用围生期保健及营养指导干预，具体如下：（1）对高龄孕妇孕期能量需求计算，制定阶段性饮食计划：结合孕妇妊娠前体重指数、妊娠期间体重、孕周等计算孕妇各个孕周时间段内每天能量的需求量，结合所有的总热量指导孕妇按照自己的饮食喜好和习惯科学合理的分配三餐热量数值，减少分配不均引发的营养过量或营养不足现象，最大程度上保障孕妇的营养需求，优化改善孕妇的饮食营养素（脂肪、蛋白质、维生素、碳水化合物）构成比例，促使母体和胎儿整个孕期获得足够的营养保障，减少高血糖及低血糖的出现^[5]。（2）围生期运动保健指导：在为高龄孕妇实施合适的饮食结构调整和计划管理外，还应指导孕妇在不同妊娠期间结合自身的身体情况和耐受程度进行运动锻炼，使得孕妇血糖水平始终处于耐受范围内。将每天运动锻炼时间集中在半小时至一小时之间，运动强度为轻度，包括有氧的舒缓运动如孕妇瑜伽、太极、散步、游泳等等，最大程度上预防妊娠期糖尿病的发生。（3）围生期健康知识的指导教育：每次产检时采用PPT讲解、专家视频讲座、发放孕期健康知识手册、一对一问答、建立微信群定期发送专业文章等途径最大程度上宣传和展开孕期保健知识的健康教育工作，促使孕妇了解什么是妊娠期糖尿病、预防妊娠期糖尿病的重要价值、一些饮食和生活中的注意事项等，强化孕妇孕期的自我管理能力及意识。（4）围生期心理疏导：定期对高龄孕妇实施妊娠、妊娠期糖尿病、分娩及生产相关知识的宣教。并全面评估孕妇的心理状态，尤其是孕晚期孕妇，结合孕妇心理状态结果展开一对一的放松训练、分娩模拟锻炼、音乐疏导、视频演练、家属陪伴等方式放松孕妇的身心状态，改善高龄孕妇的身心状态^[6]。

1.3 观察指标

对比分析两组高龄孕妇管理干预后的妊娠期糖尿病发生率、自然分娩率、管理满意度（孕妇和家属对于整个围生期医护人员展开的管理对策的满意度问卷调查表）、孕期血糖平均水平、临产前体重、体质量指数等指标之间的差异。

1.4 统计学分析

采用spss26.0软件的处理，孕期血糖平均水平、临产前体重、体质量指数为计量资料，采用均数标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，妊娠期糖尿病发生率、自然分娩率、管理满意度为计数资料，采用 χ^2 表示， $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2、结果

2.1 两组高龄孕妇的妊娠期糖尿病发生率、自然分娩率、管理满意度比较

相对于对照组来说，研究组管理干预后的妊娠期糖尿病发生率更低、自然分娩率、管理满意度更高（ $P<0.05$ ），有统计学意义；数据见表 1；

表 1：两组高龄孕妇管理后的管理满意度、自然分娩率、妊娠期糖尿病发生率（n/%）

组别	管理满意度	自然分娩率	妊娠期糖尿病发生率
参照组 (45)	38 (94.44)	32 (71.11)	15 (33.33)
研究组 (46)	45 (97.83)	41 (89.13)	5 (10.87)
X ² 值	5.080	4.655	6.694
P 值	0.024	0.031	0.010

2.2 参照组与研究组的孕期血糖平均水平对比

研究组高龄孕妇干预后的孕期血糖平均水平明显低于参照组高龄孕妇（ $P<0.05$ ），统计学有意义；详细如表 2：

表 2：参照组与研究组高龄孕妇干预后对比的孕期血糖平均水平（mmol/L）

组别	12 至 26 周		27 至 39 周	
	空腹血糖 糖	餐后 2h 血 糖	空腹血糖 糖	餐后 2h 血 糖
参照组 (45)	4.89±0.36	10.15±1.56	4.92±0.47	10.35±1.62
研究组 (46)	4.50±0.25	8.69±0.45	4.52±0.62	8.95±0.46
t 值	6.014	6.094	3.463	5.634
P 值	<0.001	<0.001	0.001	<0.001

2.3 比较两组高龄孕妇的临产前体重、体质量指数

两组高龄孕妇管理后的临产前体重、体质量指数的差异明显，且研究组均低于参照组（ $P<0.05$ ），统计学存在意义；具体见表 3：

表 3：参照组与研究组高龄孕妇干预后的临产前体重、体质量指数

组别	例数(n)	临产前体重 (kg)	体质量指数 (kg/m ²)
参照组	45	72.59±8.79	27.69±3.21
研究组	46	67.45±6.96	25.02±2.69
t 值	-	3.096	4.034
P 值	-	0.003	<0.001

3、讨论

临床研究表明，妊娠期糖尿病主要是指在妊娠前糖代谢正常或有潜在的糖耐量减退的女性于妊娠期出现或确诊的糖尿病，发生率大约为 1.00% 至 14.00% 之间，且近年来这一疾病的发生率呈现逐年增长的发生趋势^[7]。妊娠期糖尿病的发生主要与孕妇自身因素、孕妇家族史、妊娠因素、不良生活习惯及年龄因素等相关，患病后的临床症状集中表现为多饮、多尿、多食、体重减轻、外阴瘙痒、假丝酵母菌感染反复发作等等，严重影响围生期母体的健康及胎儿正常的生长发育，不利于母婴结局的改善。

现阶段临床中，孕妇在妊娠期间营养较为充足，但由于均衡健康的饮食理念尚未得到普及和推广，孕期营养摄入相关注意事项关注程度不高，导致妊娠期女性会面临营养摄入过剩等问题，导致妊娠期糖尿病疾病的出

现。尤其是高龄孕妇，使得孕妇围生期出现程度不一的代谢异常问题，绝大多数妊娠期女性会出现较为严重的糖耐受受损表现，孕妇体内的血糖水平不断上升，影响和改变了母体的血糖环境，极易引发胎儿出现较多的早产、巨大儿等问题^[8]。因此，在产科临床中对高龄孕妇实施及时有效的围生期管理显得尤为重要，随着产科管理水平及管理理念的发展及更新，现阶段产科临床中提倡对高龄孕妇开展围生期保健和营养指导的管理干预对策，旨在更好的改善母婴结局，减少剖宫产的发生，降低一系列不良妊娠结局的发生风险^[9]。具体的围生期保健和营养指导对策包括制定阶段性饮食计划、围生期运动保健指导、围生期健康知识的指导教育及围生期心理疏导等对策，要求在围生期对高龄孕妇的饮食、运动、认知水平和心理等方面展开预防性、一对一的管理干预，提高高龄孕妇对于妊娠期糖尿病的警惕和认知预防自我管理能力，稳定围生期高龄孕妇的血糖水平，规范高龄孕妇日常生活中的运动习惯和饮食习惯，减少一系列妊娠期并发症尤其是糖尿病的发生，改善母婴结局，保障母体和新生儿的生命安全及身体健康^[10]。本研究结果表明，实施围生期保健和营养指导管理干预的研究组高龄孕妇管理后对比的自然分娩率、管理满意度相对于实施常规孕期检查的参照组高龄孕妇更高，且研究组干预后的孕期血糖平均水平、临产前体重、体质量指数及妊娠期糖尿病发生率明显低于参照组，进一步说明了为了预防高龄孕妇妊娠期糖尿病的发生，实施围生期保健和营养指导干预的临床价值和有效性。

综上，围生期保健和营养指导对高龄孕妇妊娠期糖尿病的预防有效性较为显著，建议在日后的产科管理中推广。

参考文献：

[1]谭云丹.针对性孕期营养指导对孕早期妊娠期糖尿病孕妇血糖及体重的影响分析[J].中国现代药物应用,2022,16(06):239-241.

[2]许倩倩,卓一凡,申莹歌.心理疏导结合优质护理干预对肠易激综合征患者心理状态及生活质量的影响[J].现代医用影像学,2019,28(01):178-179.

[3]艾玲.孕期营养支持指导在妊娠期糖尿病患者中的应用及对体重和营养状态的影响研究[J].糖尿病新世界,2021,24(05):57-59+111.

[4]安虹.围生期保健和营养指导预防妊娠期糖尿病与改善分娩结局的效果[J].首都食品与医药,2022,29(6):3.

[5]蒋新液,郭冰冰,裴晶晶.妊娠期糖尿病孕妇的早期规范化管理对分娩新生儿及其随访的影响[J].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2018,14(06):97-103.

[6]张红.孕期个性化营养保健改善高龄妊娠期糖尿病孕妇焦虑、抑郁情绪的效果分析[J].中国妇幼保健,2017,32(21):3.

[7]王鲤媚.综合营养治疗+健康教育对妊娠期糖尿病患者的血糖控制和产后母婴的影响[J].糖尿病新世界,2021,24(01):36-38.

[8]顾亚铭.孕期营养指导在围生期孕妇保健中的应用[J].中国妇幼保健,2018,33(10):2177-2179.

[9]Kapustin R V , Tsybuk E M , Alexeyenkova E N , et al. The role of dyslipidemia in the pathogenesis of perinatal complications in pregnant women with diabetes mellitus[J].Journal of Obstetrics and Women S Diseases,2021,70(1):89-100.

[10]李炳敏,杨波,段丽清.孕期保健及营养指导对妊娠期糖尿病孕妇母婴结局及行为习惯的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(23):5418-5422.

雷尼替丁与泮托拉唑在消化性溃疡治疗中的疗效探究

屈晓艳 王蓉 通讯作者

吴起县人民医院 药剂科 陕西延安 717600

摘要：目的：探讨雷尼替丁与泮托拉唑在消化性溃疡临床治疗中的疗效对比。方法：选择 2020 年 6 月-2021 年 12 月我院收治的 80 例消化性溃疡病人作为研究的对象，将其根据随机分配的方式分成两组，一组采用雷尼替丁进行治疗（对照组，40 例），另一组采用泮托拉唑进行治疗（实验组，40 例），对比两组治疗的效果、症状消退时间、血清指标、Hp 根除率、复发率及不良反应率。结果：对照组经治疗后其疗效总有效率是 82.50%，实验组则为 95.00%（ $P<0.05$ ）；对照组呕血停止时间、胃镜下止血时间、大便潜血转阴时间及大便转黄时间均比实验组长（ $P<0.05$ ）；治疗后两组病人各项血清 PCT、IL-2、IL-1 β 、CRP 水平指标都比治疗前有所改变，但实验组更趋于正常（ $P<0.05$ ）；对照组 Hp 根除率低于实验组，复发率及不良反应总发生率则比实验组高（ $P<0.05$ ）。结论：对消化性溃疡病人采用雷尼替丁和泮托拉唑进行治疗均能取得一定的治疗效果，但是泮托拉唑治疗效果比雷尼替丁治疗效果更理想，值得优先考虑。

关键词：雷尼替丁；泮托拉唑；消化性溃疡

消化性溃疡属于消化内科疾病当中的一种常见病，其临床发病率高达 20%，一般包含胃溃疡与十二指肠溃疡，病人患病后临床表现主要有恶心呕吐、泛酸反胃、腹痛、呕血、黑便等^[1]。消化性溃疡发病的原因比较复杂，如内分泌紊乱、生活环境、饮食习惯、精神状态、幽门螺杆菌（Hp）及遗传等，由于其临床症状缺乏一定的典型性，所以诊断的难度也被相应增大^[2]。临床在治疗消化性溃疡中一般采取抑酸疗法和 Hp 根除法为多，如使用雷尼替丁等药物进行治疗，但大量临床实践证明，雷尼替丁服药后会出现恶心、呕吐、口干、头痛、乏力等不良反应，部分病人还可能伴有嗜睡、多汗、心跳加快等，且长期服药还可能对肝功能带来一定损伤，所以用药存在一定的局限性^[3]。泮托拉唑作为一种质子泵抑制药，能有效抑制胃酸的分泌，从而减少不良反应。对此，本文对雷尼替丁与泮托拉唑应用在消化性溃疡临床治疗中的疗效进行分析，并进行了对比，以 2020 年 6 月-2021 年 12 月我院收治的 80 例消化性溃疡病人为对象进行分组观察，现汇总如下：

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2020 年 6 月-2021 年 12 月我院收治的 80 例消化性溃疡病人作为研究的对象，将其根据随机分配的方式分成两组，即对照组 40 例和实验组 40 例，对照组中，男性有 23 例，女性有 17 例；年龄在 20 岁至 67 岁之间，平均年龄是（38.31 $\pm$ 2.44）岁；病程是 6 个月至 5 年之间。平均是（2.78 $\pm$ 1.03）年；胃溃疡 15 例，十二指肠溃疡 17 例，复合型溃疡 8 例。实验组有男性 25 例，有女性 15 例；年龄在 20 岁至 69 岁之间，平均年龄是（39.03 $\pm$ 2.38）岁；病程是 6 个月至 4 年之间。平均是（2.69 $\pm$ 1.10）年；胃溃疡 14 例，十二指肠溃疡 16 例，复合型溃疡 10 例。上述临床资料两组病人差异性对比不明显，故 $P>0.05$ ，研究有可比性。

纳入标准：（1）所有病人接受胃镜检查后确诊是消化性溃疡，均有 Hp 感染指征；（2）溃疡大小在 0.3~2.2cm 之间；（3）病人对研究知情，签署知情同意书。

排除标准：（1）伴有胃穿孔、十二指肠穿孔、大出血和幽门梗阻等并发症；（2）伴有心、脑、肾等严重的器官功能障碍；（3）对本组用药过敏。

1.2 方法

所有病人在入院后均采用相关的抗生素进行对症治疗，抗生素选择克拉霉素（生产企业：宜昌东阳光药业股份有限公司；国药准字 H20057986）与阿莫西林（生产企业：哈药集团制药总厂；国药准字 H23020941），其中，克拉霉素每次 0.5g，餐中整片吞服，每日 1 次；阿莫西林每次 50mg/kg，口服每日 2 次。在此基础上，对照组采用雷尼替丁（生产企业：河南利欣制药股份有限公司；国药准字：H20065114）进行治疗，用法用量为每次 150mg 口服，每日清晨与睡前各服药一次，共治疗 4 周。实验组采用泮托

拉唑（生产企业：成都百裕制药股份有限公司；国药准字 H20143128）进行口服治疗，每次 40mg，每天 2 次，共治疗 2 周。

1.3 观察指标

疗效指标：按《临床疾病诊断和疗效判断标准》对两组治疗的有效性进行评价，显效为病人接受治疗 3d 内出血停止，大便颜色恢复至正常状态；好转为病人接受治疗 3~5d 内出血停止，大便颜色开始变浅；无效为病人接受治疗 5d 后出血仍未停止，且大便呈黑色。总有效率为显效率与好转率之和。

症状指标：观察呕血停止时间、胃镜下止血时间、大便潜血转阴时间及大便转黄时间。

血清指标：对比两组血清降钙素原（PCT）、白细胞介素-2（IL-2）、白细胞介素-1 β （IL-1 β ）、C-反应蛋白（CRP）水平。分别在治疗前和治疗后抽取两组病人晨起空腹静脉血，每次抽取 5ml，将其以 3500r/min 转速进行离心 10min，取血清使用全自动生化分析仪（生产企业：长春市布拉泽医疗科技有限公司；型号为 BBA-460）进行测定。

其他：记录两组 Hp 根除率、复发率及不良反应（包括呕吐、口干、头痛等）。

1.4 统计学处理

该研究把计量资料（ $\bar{x}\pm s$ ）和计数资料（%）都录入到 SPSS23.0 软件包当中进行处理分析，其中，计量资料用 t 检验，计数资料用 χ^2 检验，如果两组当中数据对比存在统计学意义，那么 $P<0.05$ 。

2. 结果

2.1 比较两组病人治疗后的有效性

对照组经治疗后其疗效总有效率是 82.50%，实验组则为 95.00%，明显比对照组更高，所以 $P<0.05$ ，有统计学意义（具体见表 1）。

表 1 比较两组病人治疗后的有效性[n(%)]

分组	显效	好转	无效	总有效
对照组 (n=40)	19 (47.50)	14 (35.00)	7 (17.50)	33 (82.50)
实验组 (n=40)	23 (57.50)	15 (37.50)	2 (5.00)	38 (95.00)

2.2 比较两组病人症状消退的时间

对照组呕血停止时间、胃镜下止血时间、大便潜血转阴时间及大便转黄时间均比实验组长，且 $P<0.05$ ，有统计学意义（具体见表 2）。

表 2 比较两组病人症状消退的时间（ $\bar{x}\pm s$, d）

分组	呕血停止时间	胃镜下止血时间	大便潜血转阴时间	大便转黄时间
对照组	4.21 $\pm$ 1.08	5.19 $\pm$ 1.82	7.12 $\pm$ 2.39	5.13 $\pm$ 2.01

(n=40)				
实验组	1.36±0.42	2.15±0.76	2.38±1.03	2.11±0.61
(n=40)				

2.3 比较两组病人治疗前后血清指标水平

治疗前, 两组病人血清 PCT、IL-2、IL-1 β 、CRP 水平差别比较无统计学意义 (P>0.05); 治疗后两组病人各项指标都有所改变, 但实验组更趋于正常, 且和对照组相比 P<0.05, 有统计学意义 (具体见表 3)。

表 3 比较两组病人治疗前后血清指标水平 ($\bar{x}\pm s$)

分组		PCT(ng/ml)	IL-2(ng/ml)	IL-1 β (ng/ml)	CRP(ng/L)
对照组 (n=40)	治前	0.57±0.11	1.51±0.24	0.58±0.07	20.81±4.23
	治后	0.28±0.10	2.47±0.31	0.38±0.06	15.79±1.65
实验组 (n=40)	治前	0.56±0.20	1.49±0.19	0.58±0.05	21.01±4.51
	治后	0.13±0.10	3.98±0.26	0.32±0.06	7.33±1.62

2.4 比较两组 Hp 根除率、复发率及不良反应率

对照组 Hp 根除率低于实验组, 复发率及不良反应总发生率则比实验组高, 且 P<0.05, 有统计学意义 (具体见表 4)。

表 4 比较两组 Hp 根除率、复发率及不良反应率[n(%)]

分组	Hp 根除率	复发率	不良反应率		
			呕吐	口干	头痛
对照组 (n=40)	30(75.00)	7(17.50)	3(7.50)	8(20.00)	3(7.50)
实验组 (n=40)	37(92.50)	2(5.00)	0(0.00)	1(2.50)	0(0.00)

3. 讨论

消化性溃疡可以分成特发性消化性溃疡和应激性消化性溃疡, 前者属于原发性疾病, 病程比较长, 以青少年为高发群体, 多为十二指肠溃疡, 且复发率比较高; 后者多为继发性疾病, 多因失血性休克、严重烧伤、颅脑损伤等急性应激状况而发生, 以婴幼儿为高发群体, 临床表现以大量出血为主, 但是复发率不高^[4]。Hp、胃酸、胆汁、胃蛋白酶、黏膜防御力下降等都是消化性溃疡发病的诱因, 其中以 Hp 为主, 溃疡面愈合的速度和反复发作者都和 Hp 有直接关系^[5]。Hp 感染的途径主要是经口感染, 若未及时进行有效根治, 很容易终身携带 Hp^[6]。有研究指出, 抗 Hp 药物的使用如果是在胃 pH 值<3.0 的情况下是无法完全把药效发挥出来的, 原因是药物的活性在这样的环境下会渐渐降低, 无法顺利穿透黏膜层在黏膜表面, 所以 Hp 根除的难度比较大^[7-8]。而对 Hp 进行有效抑制和根除的环境需要 Hp 值保持在 4.0 以上, 且维持不少于 18h, 所以根除 Hp 最关键的是抑制胃酸的分泌^[9]。胃酸分泌主要来源于壁细胞, 当细胞壁中的胆碱能受体、组胺受体、胃泌素受体等被激活后, 就会释放出大量胃酸, 使胃内环境进入到高酸状态^[10]。而雷尼替丁是一种 H₂ 受体拮抗剂, 其用药之后可以有效对组胺受体进行阻断, 从而抑制胃酸分泌, 但是该药只能起到阻断组胺受体的作用, 且只能维持胃内 pH 值 4 以上的作用只有 8h 左右, 药物作用持续性还有待提高^[11]。泮托拉唑具有较高的生物利用度, 在用药之后能够在胃内快速活化, 在弱酸的环境下其作用也比较稳定, 能够阻断壁细胞中 H⁺转运至胃内, 减少胃液的分泌, 对胃蛋白酶活性也有抑制作用,

从而缩短症状缓解的时间^[12]。另外, 泮托拉唑还可通过抑制胃黏膜素释放来减少胃酸和胃泌素分泌, 改善出血处酸碱度, 有利于止血^[13]。

在本研究中, 对照组采用雷尼替丁进行治疗, 实验组采用泮托拉唑进行治疗, 对照组经治疗后其疗效总有效率是 82.50%, 实验组则为 95.00% (P<0.05); 对照组呕血停止时间、内镜下止血时间、大便潜血转阴时间及大便转黄时间均比实验组长 (P<0.05); 治疗后两组病人各项血清 PCT、IL-2、IL-1 β 、CRP 水平指标都比治疗前有所改变, 但实验组更趋于正常 (P<0.05); 对照组 Hp 根除率低于实验组, 复发率及不良反应总发生率则比实验组高 (P<0.05)。原因是炎症反应作为消化性溃疡直接的病理改变, 当血清水平 PCT、CRP 水平升高时, 炎症反应也会加剧, 加速胃酸分泌从而加重疾病; 而 IL-2 是常见的抑炎因子, 和血细胞生长因子之间有相互协调作用, 并一起参与到造血及免疫调节功能中; IL-1 β 是先天免疫与炎症中枢介质, 和消化道表皮因子受体相结合后可参与到炎症反应当中, 加重病情^[14]。泮托拉唑属于第三代质子泵抑制剂, 可直接降低胃黏膜细胞活性, 抑制炎症细胞, 且在静滴给药后药效能够在短时间内发挥, 从而抑制胃酸合成, 减少胃酸带来的刺激, 进一步减少不良反应, 具有较高的安全性^[15]。从该结果可以看出, 对消化性溃疡病人采用泮托拉唑进行治疗效果比使用雷尼替丁治疗的效果更加理想, 能够改善患者各项临床症状指标, 具有较高的应用价值, 故值得临床推广。

参考文献:

[1]高足伦. 泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的效果和作用机制探讨[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2022, 6(08): 41-43.

[2]肖灵辉. 探究消化性溃疡合并上消化道出血应用泮托拉唑治疗的临床效果[J]. 中国实用医药, 2022, 17(07): 138-140.

[3]杨晶. 泮托拉唑联合荆花胃康胶丸治疗幽门螺杆菌感染消化性溃疡效果观察[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(22): 69-70.

[4]张磊. 泮托拉唑治疗消化性溃疡出血的疗效及对生长因子的影响[J]. 吉林医学, 2021, 42(11): 2670-2672.

[5]李红, 杨龙宝, 赵刚, 马师洋, 董蕾, 王进海. 质子泵抑制剂联合雷尼替丁对消化性溃疡的治疗效果及对谷胱甘肽过氧化物酶、脂质过氧化物水平的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2021, 25(21): 21-24.

[6]朱君. 泮托拉唑治疗消化性溃疡的疗效[J]. 系统医学, 2021, 6(20): 101-103.

[7]林明圣. 泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的实施价值分析[J]. 北方药学, 2021, 18(10): 133-134.

[8]李敏. 分析消化性溃疡合并上消化道出血患者应用泮托拉唑治疗的效果[J]. 中国实用医药, 2021, 16(26): 120-122.

[9]甄爱君, 张明理. 泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的临床疗效观察[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(15): 60+64.

[10]于莎莎. 泮托拉唑治疗消化性溃疡合并轻度上消化道出血的临床观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2021, 38(04): 435-436.

[11]高向君, 林萌. 泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(13): 11-14.

[12]李万勇. 泮托拉唑治疗消化性溃疡并上消化道出血患者的临床效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19(12): 91-92.

[13]杨勇. 泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的临床疗效及不良反应发生率分析[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(06): 79-80.

[14]孔娜. 奥美拉唑与雷尼替丁治疗消化性溃疡临床疗效的对比研究[J]. 中国医药指南, 2020, 18(10): 123-124.

[15]中海兵. 泮托拉唑对老年高血压合并糖尿病患者阿司匹林相关消化性溃疡的疗效和安全性分析[J]. 人人健康, 2019, (18): 201.

掌侧入路锁定钢板固定联合伤科对老年桡骨下端骨折的疗效

任明海

平昌县粉壁镇卫生院 外科 四川巴中 636476

摘要：目的：分析老年桡骨下端骨折临床治疗以掌侧入路锁定钢板固定与伤科联合治疗的效果。方法：收集我院2020年2月和2021年12月收治的74例桡骨下端骨折老年患者，数据以电脑分组，划定组别参照组和观察组，各计37例患者，其中参照组予以背入路锁定钢板固定术开展治疗，观察组予以掌侧入路锁定钢板固定与伤科联合开展治疗，采用腕关节自行评估量表（PRWE）评估患者的治疗前后日常生活能力，并且对比两组患者的关节功能优良率、术后并发症等。结果：观察组患者的治疗关节功能优良率为97.30%，参照组患者的治疗关节功能优良率为81.03%，观察组患者的治疗关节功能优良率高于参照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；两组患者的主要并发症包括拇长伸肌腱刺激、腕管综合征、切口感染、肌腱粘连，其中观察组患者的并发症发生率为2.70%，参照组患者的并发症发生率为16.22%，观察组患者的并发症发生率低于参照组患者的并发症发生率，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；两组患者的术前日常生活能力、VAS评分差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），术后6个月两组患者的日常生活能力、VAS评分均降低，并且观察组患者术后6个月日常生活能力、VAS评分低于参照组术后6个月，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：老年桡骨下端骨折临床治疗以掌侧入路锁定钢板固定开展效果较好，且与伤科联合开展，可促进患者机体健康恢复。

关键词：桡骨下端骨折；掌侧入路锁定钢板固定；腕关节

桡骨下端骨折是一种常见创伤性骨折，主要是指桡骨下端松质骨折，同时伴有随背侧移位，如果未得到有效治疗，将可能会并发关节疼痛、桡骨缩短、关节僵硬等，给患者的日常生活带来严重负面影响^[1-2]。桡骨下端骨折就是骨折发生位置于桡骨下端的2-3cm内，大多伴随下尺桡关节及桡腕关节损伤状况。传统治疗方式为手法复位夹板固定及石膏外固定等，但患者的满意度及固定效果均不能达到预期，并且容易致使桡骨下端掌倾角、偏角相对较小，桡骨出现缩短及移位，特别是老年患者由于骨质及关节功能出现退化，其临床疗效较差^[3-4]。目前，临床对于该病多采取掌侧入路锁定钢板固定治疗，但是因老年桡骨下端骨折通常合并骨代谢紊乱、骨密度低等情况，术后多伴有不同程度疼痛、肿胀等，影响患者的治疗效果。基于此，拙选我院治疗的74例桡骨下端骨折的老年患者，分析以掌侧入路锁定钢板固定与伤科联合治疗的效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

收集我院2020年2月和2021年12月收治的74例桡骨下端骨折老年患者，数据以电脑分组，划定组别参照组和观察组，各计37例患者。参照组筛选男20例，女17例；年龄介于61-76岁，均值（ 68.5 ± 3.52 ）岁，致伤因素：交通致伤16例，摔伤14例，坠落伤7例。观察组筛选男19例，女18例；年龄介于62-77岁，均值（ 69.5 ± 3.78 ）岁，致伤因素：交通致伤17例，摔伤13例，坠落伤8例。患者研究文件完整，且呈均衡性（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：（1）患者术前均经过X线或者CT诊断确诊，关节面移位 $\geq 2\text{mm}$ 桡骨远端缩短超过5mm；（2）患者均为新鲜骨折，非重复发生；（3）患者致伤原因明确，并且患者救治及时，均在骨折发生后1-2d手术、患者凝血系统正常；（4）手法复位不理想，或者经过检查需要手术治疗者。

排除标准：（1）病理性骨折，或者恶性疾病导致骨折；（2）患有严重的肝肾心等重要器官功能障碍，或者无法耐受收治者；（3）合并其他部位骨折，或者其他严重骨折患者；（5）患者依从性、随访性差，或者有可能失访者。

1.2 研究方法

观察组：予以掌侧入路锁定钢板固定与伤科联合开展治疗。治疗方法：切口选择患肢下端桡侧腕屈肌的桡侧，以纵向切口8cm，以钝性方法来将桡动脉、桡侧腕屈肌分离，将旋前方肌充分暴露，并与桡骨的端点、终点5mm处进行离断，翻向尺侧；沿着桡腕内侧来分离软组织，并清理骨折发生的断端，进行复位后将掌倾角、尺偏角偏离，且调节其关节面，选择自体骨来将断端的缺损进行填充、修复。完成后可以克氏针来临时骨性患者的骨折端，并依据C臂X线协助下来观察患者的复位情况，若是满意可将斜T形锁定钢板置入，将螺钉固定后，再次进行复位、固定确定，若没有异常情况且关节面的恢复情况较好，可清理结束后关闭切口。伤科治疗

方法：骨折初期给予患者活血止痛汤加減，起到活血化瘀及消肿止痛作用；骨折中期以和营止痛汤加減，发挥和营生新、舒筋续骨的作用；骨后期以壮筋养血汤加減，具有壮筋坚骨、补养气血的作用。

参照组：予以背入路锁定钢板固定术开展治疗，在患者的腕背侧Lister结节以纵向切口，大小为8cm，将伸肌腱的支持韧带暴露出，向桡侧进行拇指长肌腱进行牵拉，伸肌、长短伸肌肌腱向尺侧牵拉，但是避免对桡神经浅支产生损伤，将桡骨远端的背侧充分暴露，并行牵引复位。其他操作与观察组相同。

1.3 评价指标

1.3.1 关节功能优良率

术后6个月以腕关节功能评分系统对患者的腕关节功能开展评估^[5]，评估指标为：优：腕关节功能评分低于3分，活动没有限制，关节无疼痛情况；良：腕关节功能评分介于3-9分，活动有所限制，关节出现轻微无力感，但无其他状况，偶尔存在疼痛；可：腕关节功能评分介于10-21分，活动受限，关节出现无力感，偶尔存在疼痛；差：腕关节功能评分在21分以上，活动受限严重，关节疼痛明显。优良率计算方法为（优出现例数+良出现例数）/n*100%。

1.3.2 术后并发症

临床治疗开展中护理人员详细记录患者发生拇长伸肌腱刺激、腕管综合征、切口感染、肌腱粘连等并发症状况，并计算临床发生率。

1.3.3 日常生活能力评估分

以腕关节自行评估量表（patient-rated wrist evaluation, PRWE）^[6]来评估患者术前及术后6个月的腕关节状况，量表项目设定15项，涉及娱乐、工作、家庭、自理能力等诸多方面，总分计为100分，评估分越高就表示患者的日常生活能力越差。术前和术后6个月，以腕关节自行评估量表（patient-rated wrist evaluation, PRWE）来评估患者的腕功能、腕关节活动度、握力，其中腕关节的活动度，包括旋前（0-90°）、旋后（0-90°）、桡偏（0-25°）、尺偏（0-30°）、掌屈（0-90°）、背伸（0-70°），通过通过关节量角器测量，包括疼痛和功能两个方面，PRWE术后一种评分是一种问卷式的评分方法，包括疼痛和功能两个方面，具体包括15个项目，总分100分，疼痛与功能障碍越严重。

对比两组患者治疗前后疼痛评分，采用视觉模拟评分（visual analogue scale, VAS）^[7]方法进行评价，在中国临床使用较为广泛，基本的方法是使用一条长约10cm的游动标尺，一面标有10个刻度，两端分别为“0”分端和“10”分端，0分表示无痛，10分代表难以忍受的最剧烈的疼痛。

1.4 统计学方法

研究项目涉及数据计算以SPSS25.0开展规范统计，考虑其资料差异选择适当表述及检验方法，组间计数资料为关节优良率、术后并发症予以n（%）表述，检验施以 χ^2 获取结果；组间计量资料为日常生活能力

评估予以($\bar{x} \pm s$)表述, 检验施以 t 获得结果, 术前术后比较采用配对样本 t 检验, 若 $P < 0.05$ 显示结果具有统计学差异性。

2. 结果

2.1 两组患者关节功能优良率状况对比

表 1 两组患者关节功能优良率状况对比[n (%)]

组别	n	优	良	可	差	优良率 (%)
参照组	37	15 (40.54)	15 (40.54)	4 (10.81)	3 (8.11)	30 (81.08)
观察组	37	20 (54.05)	16 (43.24)	0 (0.00)	1 (2.70)	36 (97.30)
χ^2	--	--	--	--	--	5.0455
P	--	--	--	--	--	0.0247

2.2 两组患者术后并发症发生率比较

两组患者的主要并发症包括拇长伸肌腱刺激、腕管综合征、切口感染、肌腱粘连, 其中观察组患者的并发症发生率为 2.70%, 参照组患者的并发症发生率为 16.22%, 观察组患者的并发症发生率低于参照组患者的并发症发生率, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2 显示数据详情。

表 2: 两组患者术后并发症发生率比较[n (%)]

组别	拇长伸肌 腱刺激	腕管综 合征	切口感 染	肌腱粘 连	发生率 (%)
参照组 (n=37)	2 (5.41)	1 (2.70)	1 (2.70)	2 (5.41)	6 (16.22)

表 3: 两组患者术前及术后 6 个月日常生活能力评估比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	日常生活能力				VAS 评分			
		术前	术后 6 个月	t	P	术前	术后 6 个月	t	P
参照组	37	55.13±4.13	37.68±3.14	12.154	0.0000	7.12±1.26	4.33±0.67	6.445	0.002
观察组	37	55.21±4.22	29.54±3.09	10587	0.0000	7.13±2.06	2.56±0.41	7.564	0.000
T 值	-	0.0824	11.2393	-	-	0.5641	12.564		
P 值	-	0.4673	0.0000	-	-	0.2062	0.0000		

3. 讨论

桡骨下端骨折在临床中的发生率占骨折发生的 1/10, 因为其损伤发生的机制较为复杂, 如果不能及时开展治疗或是治疗使用方法不恰当, 可能诱发患者腕关节发生僵硬及慢性疼痛, 对其腕关节的功能产生较大影响, 使患者的生活能力得到限制^[8-9]。就目前, 临床治疗桡骨下端骨折以锁定加压钢板固定术进行, 但是入路不同的锁定加压钢板固定术具有的临床效果有较大差异, 背侧入路需将关节囊切开, 提高关节囊的挛缩风险, 影响腕关节的恢复, 与此同时, 因为在背侧的软组织覆盖较少, 以背侧入路会提高肌腱粘连、内固定物松动等并发症发生概率。

临床相关研究资料表明, 掌侧入路锁定钢板固定与伤科联合开展治疗具有较好的效果, 是利用桡动静脉、桡腕屈肌腱二者分离操作, 与常规的背侧入路可以保证患者的正中神经, 具有较好的掌侧面平整度, 术中仅仅是将旋前方肌切开, 降低锁定加压钢板置入后对腕部肌腱产生的刺激和损伤^[10-11]。与此同时掌侧作为张力侧可以加强固定物具有的稳定性, 预防其出现松动, 并且掌倾角可以避免在螺钉置入后对正中神经、桡动脉等差产生损伤。此次挑选 74 例患者资料分析: 观察组患者关节功能优良率、术后并发症、日常生活能力评估分等指标均优于参照组 ($P < 0.05$), 表明掌侧入路锁定钢板固定与伤科联合开展治疗效果显著, 掌侧入路的方式有着较好的稳定性及复位效果, 术后发生肌腱粘连、拇长伸肌腱刺激、切口感染等相关并发症情况, 并结合伤科治疗, 缓解患者的机体不适状况, 协助治疗的有序开展。

总之, 老年桡骨下端骨折治疗开展以掌侧入路锁定钢板固定与伤科联合治疗, 具有显著疗效, 改善患者的腕关节功能状况, 利于患者机体健康的恢复。

参考文献:

[1]简国坚,陈飞雄,谢德胜,等.微创内固定支架经皮微创内固定治疗 C 型老年桡骨远端骨折的临床研究[J].创伤外科杂志,2020,22(4):275-279.
[2]Soumekh L , Sylvanus T , Karlen A , et al. Refracture Rate of

观察组患者的治疗关节功能优良率为 97.30%, 参照组患者的治疗关节功能优良率为 81.03%, 观察组患者的治疗关节功能优良率高于参照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1 显示数据详情。

2.3 两组患者术前及术后 6 个月日常生活能力和 VAS 评分比较

两组患者的术前日常生活能力、VAS 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 术后 6 个月两组患者的日常生活能力、VAS 评分均降低, 并且观察组患者术后 6 个月日常生活能力、VAS 评分低于参照组术后 6 个月, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3 显示数据详情。

Both Bone Forearm Fractures: A Retrospective Comparison of Casting Alone Versus Casting and Extended Functional Bracing[J]. Journal of Pediatric Orthopaedics,2021,41(5):267-272.

[3]桂凯红,张海燕,黄林,等.老年不稳定桡骨远端骨折 3 种外固定方式治疗后腕腕关节解剖参数及腕腕关节功能分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2017,32(5):541-543.

[4]李炎, 常军英, 穆卫庐, 等. 老年女性桡骨远端骨折后再骨折的危险因素分析及预防建议[J]. 中国医药导报, 2019, 016(012):69-72.

[5]陈凯奇,林知毅,何达东,陈敬恒.经掌侧入路锁定加压钢板固定治疗老年桡骨远端骨折的疗效分析[J].实用手外科杂志,2022,36(01):91-94.

[6]Farzad M , Macdermid J C , Lu Z , et al. Validation of Persian version of Patient Rated Wrist/ Hand Evaluation: Confirmatory Factor analysis and Rasch analysis[J]. Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation, 2020, 2(4):100076.

[7]Gb A , Me B , Ka A , et al. A visual analogue scale for food intake as a screening test for malnutrition in the primary care setting: Prospective non-interventional study[J]. Clinical Nutrition, 2021, 40(1):174-180.

[8]任红杰,乔建阳.经掌侧入路斜 T 型锁定加压钢板内固定对桡骨远端骨折患者桡骨远端高度及腕腕关节功能的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(28):73-75.

[9]梁艳伟.经掌侧入路锁定加压钢板固定术对老年桡骨远端骨折患者的疗效[J].河南医学研究,2020,29(01):70-72.

[10]周春雷,曹天帅.掌侧入路锁定加压钢板固定术对老年桡骨远端骨折患者术后腕腕关节功能的影响[J].医学理论与实践,2019,32(23):3841-3842.

[11]陈润彬,陈兴恺,吴廷焕.老年桡骨远端骨折患者采用经掌侧入路斜 T 型锁定加压钢板内固定的效果评价[J].现代诊断与治疗,2019,30(10):1710-1712.

sICAM-1、CRP、IL-6 在胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎诊断中应用价值分析

师晓晔 董秀娇

石家庄市栾城人民医院 河北石家庄 051430

摘要：目的：探讨 sICAM-1、CRP、IL-6 在胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎诊断中应用价值。方法：选取 2020 年 1 月-2021 年 4 月 100 例确诊为胎膜早破患者（研究组）、同期选择 100 例正常妊娠孕妇（对照组）作为研究对象。根据其合并绒毛膜羊膜炎与否，分为研究 1 组（合并绒毛膜羊膜炎，n=43），研究 2 组（未合并绒毛膜羊膜炎，n=57）。上述患者均给予 sICAM-1、CRP、IL-6 检测。观察并比较研究组与对照组 sICAM-1、CRP、IL-6 水平；研究 1 组与研究 2 组患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平；研究组不同胎膜破裂时间患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平。结果：研究组患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；研究 1 组患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平明显高于研究 2 组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；与破水到分娩时间 $<24\text{h}$ 患者相比，破水到分娩时间 $\geq 24\text{h}$ 的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平显著升高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：sICAM-1、CRP、IL-6 在胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎诊断中应用价值显著，胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平显著升高，且随着破水时间的延长，sICAM-1、CRP、IL-6 水平进一步升高。

关键词：sICAM-1；CRP；IL-6；胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎；应用价值

胎膜早破是指孕妇在临床之前胎膜出现破裂，是临床上产科常见的并发症之一^[1-2]。该并发症多发生在孕妇妊娠中晚期，多与早产问题同时出现，该合并症需要及时干预，若是不处理，则可导致胎儿窒息或是宫内感染，甚至出现围生期胎儿死亡等。根据相关文献指出，胎膜早破是多种因素所导致的，例如，孕妇出现感染、有宫腔手术史、宫颈机能不全等^[3-4]，其中，感染是主要原因。当胎膜出现破裂之后，导致羊膜腔与外界相同，这位感染的出现提供通道，这导致绒毛膜羊膜炎的发病率几近上升，导致不良妊娠结局的出现^[5-6]。对于胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎的患者，需要及时诊断，早期干预治疗，才能够减少不良妊娠结局，提高胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎的治疗效果。为进一步探讨 sICAM-1、CRP、IL-6 在胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎诊断中应用价值，选取 2020 年 1 月-2021 年 4 月 100 例胎膜早破患者作为研究对象，现报告如下。

一资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2020 年 1 月-2021 年 4 月 100 例确诊为胎膜早破患者（研究组）、同期选择 100 例正常妊娠孕妇（对照组）作为研究对象。根据其合并绒毛膜羊膜炎与否，分为研究 1 组（合并绒毛膜羊膜炎，n=43），研究 2 组（未合并绒毛膜羊膜炎，n=57）。经统计学分析，研究组与对照组的一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，其详细情况见表 1，患者均知情同意。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄（岁）	孕次	产次
研究组（n=100）	26.32±3.17	2.84±0.75	1.02±0.42
对照组（n=100）	26.87±3.22	2.80±0.86	1.23±0.53
T/X ²	0.392	0.094	0.049
P 值	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

患者均给予 sICAM-1、CRP、IL-6 检测。患者在入院之后，在 2h 内才寄外周静脉血，共 4ml。以 3000r/min 的转速进行离心，共 10min。对上

清液进行提取之后，将标本保存在-20℃的环境中，等待检测。本次研究采用酶联免疫吸附试验法对患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 进行检查。

1.3 观察指标^[7-8]

观察并比较研究组与对照组 sICAM-1、CRP、IL-6 水平；研究 1 组与研究 2 组患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平；研究组不同胎膜破裂时间患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析，计量数据以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，差异性比较用 t 检验，计数资料则用 n（%）来表示，采用 X² 检验， $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 sICAM-1、CRP、IL-6 水平比较

研究组患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者 sICAM-1、CRP、IL-6 水平比较

组别	sICAM-1	CRP	IL-6
研究组（n=100）	210.54±32.15	7.49±3.20	10.43±4.30
对照组（n=100）	117.43±14.23	1.32±0.59	3.23±1.04
t	7.943	5.405	6.438
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 研究 1 组与研究 2 组的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平比较

研究 1 组患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平明显高于研究 2 组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 研究 1 组与研究 2 组的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平比较

组别	sICAM-1	CRP	IL-6
研究 1 组（n=43）	320.53±37.54	12.43±3.29	15.32±4.30
研究 2 组（n=57）	231.56±30.26	6.53±2.09	9.53±3.28
t	6.493	5.039	7.541

P 值	<0.05	<0.05	<0.05
2.3 研究组不同胎膜破裂时间患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平比较与破水到分娩时间<24h 患者相比,破水到分娩时间≥24h 的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平显著升高,差异有统计学意义 (P<0.05), 见表 4。			
表 4 研究 1 组与研究 2 组的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平比较			
组别	sICAM-1	CRP	IL-6
破水到分娩时 间≥24h	301.43±24.38	11.43±2.04	14.02±4.05
破水到分娩时 间<24h	184.23±15.40	3.98±1.09	5.48±2.17
t	12.432	9.943	6.493
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

胎膜早破是产科常见病症,该疾病直接影响到妊娠结局,威胁到产妇以及胎儿的生命安全^[9-10]。近年来,胎膜早破的发病率呈逐年上升的趋势,大大威胁到产妇的健康。虽然临床上对于胎膜早破的研究多年,但是其发病因素尚不明确,其中,感染是最常见的原因之一。绒毛膜羊膜炎是其常见合并症,若是产后产妇胎盘以及胎膜经过病理学检查显示绒毛膜羊膜炎,则表示产妇产腔内已经被炎症所影响,因此,临床上多是通过判断是否合并绒毛膜羊膜炎对产妇产腔内感染情况进行判断。

临床上对患者进行炎症诊断的指标较多,其中体温、CRP、心率等指标均可以进行判断,但是研究指出,采用上述指标其效果并不显著。IL-6 是临床上常见的炎症细胞因子之一,主要由单核细胞、巨噬细胞产生,在机体炎症反应中发挥着十分重要的作用。当患者出现炎症的时候,其 IL-6 水平显著提高,IL-6 还能够刺激 CRP 产生,导致 CRP 水平的升高。

当产妇出现胎膜早破的时候,其炎症反应也会随之产生,炎症会刺激 IL-6、IL-8 等炎症因子分泌。同时,炎症因子能够对感染灶灶内威胁管内皮细胞 ICAM-1 进行刺激,从而转移到细胞膜表面,同时促进 ICAM-1 的合成,提高该物质的水平^[11]。当 ICAM-1 的水平达到一定的程度,便会被释放到产妇血液、羊水中,导致 sICAM-1 水平的提高。上述物质水平的升高,则直接导致血管壁周围的巨噬细胞、中性粒细胞聚集,增加细胞毒性,导致胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎的出现。研究组患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平明显高于对照组,差异有统计学意义 (P<0.05); 研究 1 组患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平明显高于研究 2 组,差异有统计学意义 (P<0.05); 与破水到分娩时间<24h 患者相比,破水到分娩时间≥24h 的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平显著升高,差异有统计学意义 (P<0.05), 上述研究结果则证明这一结论。

综上所述, sICAM-1、CRP、IL-6 在胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎诊断中应用价值显著,胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平显著升高,且随着破水时间的延长, sICAM-1、CRP、IL-6 水平进一步升高。

参考文献:

[1]高艳杰,龚春桃,汪海霞,却颖睿,蔡红莲.血清 β-HCG PCT CRP 及分泌物 GBS 联合检查在预测胎膜早破孕妇并发绒毛膜羊膜炎及新生儿感染的临床价值[J].河北医学,2021,27(06):930-934.

[2]林桃,冯炳祺,黄燕清.胎膜早破新生儿脐血 CRP、TNF-α 水平与早产型新生儿败血症的关系[J].海南医学,2020,31(17):2233-2235.

[3]刘会雪,尹红亚,童重新,何瑞芝,高芳.胎膜早破并发绒毛膜羊膜炎患者与 IL-6、TNF-α、sICAM-1 的相关性研究[J].医学理论与实践,2020,33(16):2722-2723.

[4]Eleje George U,Ukah Cornelius O,Onyiaorah Igwebuike V,Ezugwu Euzebus C,Ugwu Emmanuel O,Ohayi Samuel R,Eleje Lydia I,Egeonu Richard O,Ezebialu Ifeanyichukwu U,Obiora Chukwudi C,Enebe Joseph T,Ajah Leonard O,Okafor Chigozie G,Okoro Chukwuemeka C,Asogwa Augustine O,Ogbuokiri Doris K,Ikechebel Joseph I,Eke Ahizechukwu C. Diagnostic value of Chorioquick for detecting chorioamnionitis in women with premature rupture of membranes.[J]. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics,2020,149(1):2935-2937.

[5]王俊兰,朱艳红,周新,王玉贞,辛娜.血清白细胞介素 22 和白细胞介素 22 受体 1 在胎膜早破绒毛膜羊膜炎患者中的表达及临床意义[J].临床误诊误治,2019,32(05):88-92.

[6]Sak Sibel,Barut Mert,Incebiyik Adnan,Agaçayak Elif,Kirmit Adnan,Koyuncu Ismail,Sak Muhammet. Comparison of sVCAM-1 and sICAM-1 levels in maternal serum and vaginal secretion between pregnant women with preterm prelabour ruptures of membranes and healthy pregnant women.[J]. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians,2019,32(6).

[7]吴丕六,汤磊.PCT、IL-6 和 CRP 水平预测未足月胎膜早破患者并发绒毛膜羊膜炎及新生儿早产性败血症的价值研究[J].医学信息,2019,32(04):163-165.

[8]A. Canu,A. Giannini,P. Ghirri,E. Malacarne,F. Pancetti,T. Simoncini,P. Mannella. Delayed delivery of the second twin: Case report and literature review of diamniotic dichorionic twin pregnancy with very early preterm premature rupture of membranes[J]. Case Reports in Women's Health,2019,22:1857-1859+1880.

[9]高永妹,陆勤,奚杰.血清降钙素原和 C-反应蛋白联合检测在未足月胎膜早破孕妇亚临床绒毛膜羊膜炎诊断中的价值[J].中国妇幼保健,2018,33(19):4529-4531.

[10]郭秋云.胎膜早破孕妇阴道分泌物中降钙素原、C-反应蛋白、肿瘤坏死因子 α、白介素 6 用于预测绒毛膜羊膜炎的临床价值[J].中国计划生育和妇产科,2018,10(09):24-27.

[16]夏书琴,哈斯图雅,刘晓敏,贾海琴,王静媛.联合检测血清肾上腺髓质素前体和降钙素原及 C 反应蛋白对未足月胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎的早期诊断及病情评估价值[J].中国医药,2020,15(09):1440-1443.

项目来源:河北省石家庄市科学技术研究与发展计划项目 (201201073)

介入联合前列地尔注射液对下肢动脉粥样硬化性闭塞症疗效观察

宋文杰 邵长刚 王斌 迟国庆 李芳 丁明超* (通讯作者)

航天中心医院, 介入科 北京 100049

摘要: 目的 研究下肢动脉粥样硬化性闭塞症(ASO)患者行介入+前列地尔注射液治疗的效果。方法: 数据取自本院 2021 年 1 月-2021 年 12 月收治的 70 例 ASO 患者,“双盲法”分单一组(前列地尔注射液, n=35)、联用组(介入+前列地尔注射液, n=35), 两组疗效比较。结果: 治疗前比较症状评分、血脂水平及临床指标无差异, $P>0.05$; 治疗后与单一组比较, 联用组症状评分更低; TG、TC、LDL-C 值更低, HDL-C 值更高; ABI 值更高、baPWV 值更低; 联用组有效率(97.14%)高于单一组(82.86%), $\chi^2=3.968$, $p=0.046$, $P<0.05$ 。结论: 介入+前列地尔治疗 ASO 患者可减缓临床症状、调节血脂水平, 降低血管硬度、提高踝臂水平, 增强疗效、值得推崇。

关键词: 介入; 前列地尔; 下肢动脉粥样硬化性闭塞症; 临床疗效

下肢动脉粥样硬化性闭塞症(ASO)为一种常见的慢性动脉闭塞性疾病, 具有患病率高、病程长及预后差等特征, 其中腹主动脉分叉处、下肢大中动脉为常见病变部位^[1], 具体病理机制为: 机体动脉内膜因粥样硬化、纤维化及钙化, 引起管腔狭窄或闭塞, 呈节段性病变, 本病多在中老年人群中发生, 具体发病机制无明确定论, 常见因素有高血压、动脉壁功能障碍、胆固醇代谢紊乱等, 患病早期有间歇性跛行、肢端麻木及下肢严重缺血等, 晚期患者出现坏疽、肢端溃疡等, 增加治疗难度、影响生活质量, 因此早期及治疗很关键。张中旺^[2]证实, 前列地尔是治疗 ASO 的常见药, 具有扩血管、抗血小板聚集作用, 用药后改善微循环、抑制机体释放血栓素, 虽有一定作用、但疗效不理想, 作用机制缺乏深度及广度, 不值得临床推广应用。基于上述背景, 本文选择本院 2021 年 1 月-2021 年 12 月收治的 70 例 ASO 患者为对象, 分析联合治疗用于 ASO 患者中的价值, 汇总:

1 资料和方法

1.1 基线资料

随机对照研究, 选取本院 2021 年 1 月-2021 年 12 月收治的 70 例 ASO 患者, 联用组(35 例): 男女比例 20:15, 年龄 45-84 岁, 均值(65.32±5.28)岁; 病程 1-8 年, 均值(4.25±1.32)年; Fontaine 分期: I 期 14 例, II 期 21 例; 合并症: 糖尿病 16 例, 高血压 14 例, 高脂血症 5 例; 其中单侧病变 22 例, 双侧病变 13 例; 单一组(35 例): 男女比例 25:10, 年龄 46-85 岁, 均值(65.82±5.16)岁; Fontaine 分期: I 期 18 例, II 期 17 例; 病程 1-7 年, 均值(4.19±1.25)年; 合并症: 糖尿病 18 例, 高血压 12 例, 高脂血症 5 例; 其中单侧病变 24 例, 双侧病变 11 例。 $P>0.05$ 、可比较。患者知情、签署“知情同意书”, 经伦理委员会审批同意。

【纳入标准】①与《下肢动脉硬化闭塞症诊治指南(2015 年版)》^[3]相符; ②表现为肢端麻木、间歇性跛行; ③存在高血压、吸烟及糖尿病等高危因素; ④缺血肢体远端动脉搏动减弱; ⑤年龄 45-85 岁; ⑥有完整资料;

【排除标准】①心肝肾功能异常; ②近期服用抗凝药; ③用药禁忌、或治疗禁忌症; ④精神障碍; ⑤中途退出研究。

1.2 方法

单一组(前列地尔注射液): 5%葡萄糖注射液 100ml+2ml 前列地尔注射液(厂家: 西安立邦制药有限公司, 国药准字 H20103100), 1 次/d。

联用组(介入+前列地尔注射液): 前列地尔的用药剂量、方式同单一组, 联合介入治疗, 经患者同侧或对侧, 给予股动脉插管于胫前、胫后动脉分叉处, 完成动脉造影检查, 并推注 2000IU 尿激酶, 保留导管并固定, 经导管注射 0.9%氯化钠注射液+5000IU 尿激酶的混合液, 微量动脉泵持续注射。

两组持续治疗时间均为 10d。

1.3 观察指标

症状评分: 评估两组肢体发凉、间歇性跛行、肢体麻木及行走异常, 四级评分法表示, 0 分为无, 1 分为轻度, 2 分为中度, 3 分为重度, 得分越低越好。

血脂水平: 抽取两组空腹静脉血 2ml, 离心待检, 全自动生化分析仪检测三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)及低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C), 根据仪器说明操作^[4]。

临床指标: 动脉硬化检测仪(德国 BOSC 公司, ABI System 100 型)记录两组踝肱指数(ABI)、血管硬度(baPWV), 根据仪器说明操作。

临床疗效: 显效: 症状减缓, 患肢血液循环障碍改善; 有效: 症状减缓, 患肢血液循环障碍改善一般; 无效: 病情加重^[5], 有效率 = $\frac{\text{显效} + \text{有效}}{35} \times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

excel 表整理, SPSS22.0 软件分析, 计量资料均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$), t 检验。计数资料构成比[n(%)], χ^2 检验。检验水准 $P=0.05$ 。

2 结果

2.1 症状评分

治疗前比较症状评分无差异, $P>0.05$; 治疗后症状评分低于治疗前, 并联用组低于单一组($P<0.05$), 见表 1。

表 1 症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	肢体发凉				间歇性跛行			
	治疗前	治疗后	t	p	治疗前	治疗后	t	p
联用组(n=35)	2.32±0.54	1.15±0.28 ^{*#}	11.379	<0.05	2.28±0.62	1.07±0.34 ^{*#}	10.124	<0.05
单一组(n=35)	2.29±0.52	1.62±0.34 [*]	6.380	<0.05	2.24±0.59	1.53±0.28 [*]	6.432	<0.05
t	0.237	6.313	--	--	0.276	6.179	--	--
p	0.814	<0.05	--	--	0.783	<0.05	--	--
组别	肢体麻木				行走异常			
	治疗前	治疗后	t	p	治疗前	治疗后	t	p
联用组(n=35)	2.24±0.29	1.24±0.38 ^{*#}	12.376	<0.05	2.25±0.24	1.19±0.25 ^{*#}	18.095	<0.05
单一组(n=35)	2.21±0.27	1.75±0.23 [*]	7.673	<0.05	2.21±0.23	1.58±0.27 [*]	10.508	<0.05
t	0.448	6.793	--	--	0.712	6.270	--	--

p 0.656 <0.05 -- -- 0.479 <0.05 -- --

注：组内比较，**P*<0.05；组间比较，#*P*<0.05。

2.2 血脂水平

治疗前比较血脂水平无差异，*P*>0.05；治疗后 TG、TC、LDL-C 值低于治疗前，HDL-C 值高于治疗前，且联用组优于单一组(*P*<0.05)，见表 2。

表 2 血脂水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	TG(mmol/L)				TC(mmol/L)			
	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>p</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>p</i>
联用组(<i>n</i> =35)	3.48±0.29	1.51±0.26*#	29.923	<0.05	6.42±0.45	4.32±0.27*#	23.674	<0.05
单一组(<i>n</i> =35)	3.47±0.25	2.41±0.29*	16.378	<0.05	6.41±0.52	5.53±0.34*	8.380	<0.05
<i>t</i>	0.155	1.670	--	--	0.086	16.488	--	--
<i>p</i>	0.878	<0.05	--	--	0.932	<0.05	--	--

组别	LDL-C(mmol/L)				HDL-C(mmol/L)			
	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>p</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>p</i>
联用组(<i>n</i> =35)	5.42±0.27	3.42±0.29*#	29.862	<0.05	1.02±0.29	1.25±0.31*#	3.205	<0.05
单一组(<i>n</i> =35)	5.41±0.25	4.48±0.25*	15.562	<0.05	1.01±0.24	1.14±0.08*	3.040	<0.05
<i>t</i>	0.161	16.378	--	--	0.157	2.033	--	--
<i>p</i>	0.873	<0.05	--	--	0.876	<0.05	--	--

2.3 临床指标

治疗前比较临床指标无差异，*P*>0.05；治疗后 ABI 值高于治疗前、baPWV 值低于治疗前，且联用组优于单一组(*P*<0.05)，见表 3。

表 3 临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	ABI		baPWV(cm/s)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联用组(<i>n</i> =35)	0.84±0.07	1.09±0.08*#	2314±232	1842±329*#
单一组(<i>n</i> =35)	0.83±0.05	0.94±0.06*	2312±231	2048±342*
<i>t</i>	0.688	8.874	0.036	2.568
<i>p</i>	0.494	<i>P</i> <0.05	0.971	<i>P</i> <0.05

2.4 临床疗效

与单一组比较，联用组有效率更高(*P*<0.05)，见表 4。

表 4 临床疗效比较[*n*(%)]

组别	显效	有效	无效	有效率
联用组(<i>n</i> =35)	21(60.00)	13(37.14)	1(2.86)	34(97.14%)
单一组(<i>n</i> =35)	20(57.14)	9(25.71)	6(17.14)	29(82.86%)
χ^2	--	--	--	3.968
<i>p</i>	--	--	--	0.046

3 讨论

有文献报道^[6]，前列地尔+介入治疗用于 ASO 患者中具有可行性，通过促进健肢循环、改善血管内皮功能作用，达到预防血栓形成作用，分析：①前者为常见的治疗药物，具有较强的抗血小板聚集、扩血管目的，作用机制为：经静脉注射用药对血管平滑肌细胞中的游离钙产生抑制，抑制交感神经释放去甲肾上腺素，对血管平滑肌细胞气道舒张作用，通过将血小板膜内腺苷酸环化酶激活，使血小板水平下降，继而抑制机体释放血栓素、改善微循环，减缓病情、改善预后效果，但单纯用药与预期作用仍有距离，影响后续治疗进展^[7]；

②后者可增强前列腺素调节作用，改善微循环，并在实际治疗中，前列腺素经微脂球形式，包绕并分割微脂滴，注射后血管中有微脂球运行，根本上减缓对血管壁的刺激性，达到保护血管内皮细胞的目的，且脂微球的亲和力和较特殊，可聚集于血管病变部位，对病变部位可靶向治疗，并且 ASO 患者通过介入治疗能对血管内皮细胞起到保护，扩张血管、修复神经，改善微循环，故联合治疗相辅相成，稳定病情、促进疾病恢复，有效改善下肢行走异常症状、效果显著^[8-9]。

本研究示：①联用组症状评分低于单一组(*P*<0.05)，分析：肢体发凉、

麻木及行走异常等表现，影响患者日常生活，故联合治疗能减轻不适程度、疗效显著；②联用组 TG、TC、LDL-C 值低于单一组，HDL-C 值高于单一组(*P*<0.05)，分析：机体因动脉粥样硬化发病，引起血脂结构紊乱，故联合治疗能相辅相成，发挥调制作用、改善患者预后效果；③联用组 ABI 值高于单一组、baPWV 值低于单一组(*P*<0.05)，分析：ABI 用于 ASO 疾病诊断，对动脉粥样硬化程度可准确、有效评价，baPWV 是目前评价外周血管功能、结构的阐述，通过观察上述两种指标，综合评估病情，故联合治疗可提高 ABI 指数、降低 baPWV 指数，减缓病情、提高生活质量；④联用组较单一组有效率更高(*P*<0.05)，说明本文与王鹏^[10]文献一致，故联合治疗相辅相成、发挥各自作用，增强疗效、促进病情转归，具有实践价值。

综上所述：ASO 患者行前列地尔+介入治疗的临床效果明显，改善下肢麻木、行走异常症状，稳定血脂水平、降低血管硬度，值得推广应用。

参考文献：

[1]申嘉陵,张钺,刘润禹.下肢闭塞性动脉硬化合并颈动脉粥样硬化性狭窄的影响因素分析及治疗策略[J].血管与腔内血管外科杂志,2021,7(7):821-825+830.

[2]张中旺,吴慧芳,王豪夫.紫杉醇药涂球囊治疗下肢动脉粥样硬化性闭塞症效果[J].青岛大学学报:医学版,2018,54(1):58-61.

[3]赵煜辉,甘建雄,师刚刚.温阳散瘀方联合贝前列素钠片治疗下肢动脉粥样硬化性闭塞症的临床研究[J].检验医学与临床,2020,17(10):1394-1397.

[4]何涛,屈碧辉,王笛乐,灵芝川.芍药甘草汤联合治疗下肢动脉粥样硬化闭塞症的实验研究[J].广东医学,2018,39(19):2865-2868.

[5]胡伟.消渴方加减治疗热盛伤津证糖尿病下肢动脉粥样硬化性疾病的效果观察[J].中国现代药物应用,2022,16(8):164-167.

[6]邱子津,刘芳,李勇.自体富血小板凝胶治疗老年糖尿病足溃疡合并下肢动脉粥样硬化性疾病的效果与安全性[J].中国当代医药,2021,28(14):77-80.

[7]徐坤,马博,叶志东.准分子激光消融术在下肢动脉粥样硬化性疾病的治疗进展[J].中国血管外科杂志,2021,13(3):268-271.

[8]张晓华,钱锋,翟颖.解毒通脉颗粒治疗下肢动脉硬化闭塞症的临床研究[J].中华全科医学,2021,19(9):1562-1564.

[9]王鹏,管宇珩,包晗.国产紫杉醇药涂球囊治疗下肢动脉粥样硬化闭塞症的早期临床疗效评估[J].放射学实践,2018,33(12):1322-1325.

门诊患者退号原因及应对效果分析

苏慧 蒙霞

成都市第六人民医院 四川成都 610000

摘要：目的：分析门诊患者退号原因及应对效果。方法：随机双盲法抽取本院2020年1月—2020年6月1000例未采取退号干预措施的门诊患者（对照组）以及2020年7月—2020年12月1000例采取退号干预措施的门诊患者（观察组）研究，分析导致患者退号的原因，并探讨降低退号率的应对策略，对比两组退号率。结果：导致门诊患者退号的原因主要有患者自身、挂号员、医院三方面的因素，其中所占比例最高的是患者由于挂号不合适而退换号，另外长时间候诊、患者自身因素等也是导致退号的主要原因。观察组退号率低于对照组（ $p<0.05$ ）。结论：针对退号原因制定应对策略并加以落实，能显著降低退号率，降低挂号室的工作量，提高工作效率以及患者对医疗服务的认可度，值得推广。

关键词：门诊；退号原因；应对策略及效果；退号率

门诊的一个重要组成部分是挂号室，其是患者就诊的首要环节。如果在挂号的过程中出现差错，不仅会导致患者就诊次序出现混乱，还会导致患者对医疗服务产生不好印象。特别是由于挂号员出现失误而导致退号，患者在挂号、退号之间往返，容易导致患者滋生不良情绪，诱发纠纷，同时还会对挂号员工作量进一步增加^[1]。因此退号是门诊服务工作中存在问题的一个主要表现，对退号原因进行分析，并探寻应对策略并加以改进，能有效提升门诊服务患者的质量，提高门诊工作的质量和效率。本研究分析了门诊患者退号原因及应对效果，阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

随机双盲法抽取本院2020年1月—2020年6月1000例未采取退号干预措施的门诊患者（对照组）以及2020年7月—2020年12月1000例采取退号干预措施的门诊患者（观察组）研究，对照组年龄23-75岁，均值（ 52.37 ± 4.23 ）岁，体重48-76kg、均值（ 68.32 ± 6.26 ）Kg，男女比例（571:429）；观察组年龄22-76岁、均值（ 52.59 ± 4.31 ）岁，体重47-78kg、均值（ 68.82 ± 6.47 ）Kg，男女比例（558:442）。一般资料对比无统计学意义（ $p>0.05$ ）。

1.2 方法

挂号后患者为到诊室就诊，记录退号原因，医生或分诊护士签名；挂号后患者退号换号，挂号员在退号单上注明原因并签字。结合退号原因制定干预方法。

1.3 观察指标

（1）对比两组退号率，退号率=退号例数/总例数 $\times 100\%$ 。（2）分析影响退号的因素^[2]。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 对比两组退号率

观察组退号率低于对照组（ $P<0.05$ ），见表1：

表1 对比两组退号率（n,%）

分组	例数	退号	未退号	退号率
对照 组	1000	68（6.80）	932（93.20）	6.80
观察 组	1000	41（4.10）	959（95.90）	4.10
χ^2				7.073
P				0.007

2.2 分析影响退号的因素

观察组对照组（ $P<0.05$ ），见表2：

表2 分析影响退号的因素（n,%）

因素	对照组（n=68）		观察组（n=41）	
	例数	构成比	例数	构成比
换号	32	47.05	15	36.58
长时间候诊	16	23.52	9	21.95
患者自身因素	11	16.17	13	31.71
挂号员因素	4	5.88	1	2.43
药品短缺	2	2.94	1	2.43
号别	2	2.94	1	2.43
复诊	1	1.47	1	2.43

3 讨论

（一）换号因素

（1）患者在挂号的过程中为挂号员提供错误的信息，自己错误的选择就诊科室，这类患者老年人居多，是导致退号、换号的主要原因，为了避免出现这些原因，挂号室要严格按照实名制的要求挂号，门诊挂号员要具有较强的预检分诊能力，要指导老年人挂号，在门诊大厅安排一个在高峰时段分诊的值班人员。（2）患者挂普通号后退号改挂专家号，这些患者之所以退号，主要原因是普通号就诊人数太多需要长时间地等待，对专家出诊的时间信息不了解，还有少数患者同时挂了两个号（专家、普通），哪个先就诊就用哪个号码，就诊后将另外一个没有使用的号退掉。为了有效预防由于这些原因导致的退号，医院需要增加就诊人数多科室普通号的出诊医生，对专家出诊的时间和特长采用多种方式宣传，对一个患者多次挂同一科室号的情况严格把控，在退号的时候，要向患者询问退号的原因并在退号单上做好记录^[3]。（3）患者挂专家号后退号改挂普通号，主要原因是患者对专家特张了解得不清楚、对专家（普通门诊与专家门诊交替出诊）出诊时间不了解、专家由于个人原因不能出诊等。为了有效预防这些原因出现的退号，门诊增加就诊引导员，根据患者的需求指导患者挂号，完善预约复诊制度，对出诊医生严格管理，完善门诊医生绩效考核，并将考核成绩直接和评职称、工资挂钩。（4）患者由于在挂号的实施提供全面的证件和手续，对报销类别了解得不清晰，导致退号。预防措施医院对医保政策加大宣传力度，在挂号处明显处张贴医保的各项规定，挂号员在挂号的实施详细审查患者提供的各类证件，并提醒患者报销类别。

（二）长时间候诊因素

长时间候诊是导致退号的另一个主要因素，本次研究中干预前改原因

占据第二位,在退号中所占比例为 23.52%,我国医院门诊普遍存在这一现象,为了改善这一问题,医院可以增加就诊人数多的科室的出诊医生、为出诊医生安排助手、对就诊流程进一步优化、降低出诊医生的无效劳动将申请单打包、实施分时段就诊等,这些措施能将患者候诊时间有效缩短,本研究中干预后退号率降低到 21.95%。

(三) 患者自身因素

本次研究中由于患者自身因素导致的退号率为 16.17%,主要是因为患者错误或重复挂号。表面上这些退号是因为患者因素导致的,本质上也能将门诊管理中存在的一些问题反映出来。导致患者错误挂号的原因有很多,其中门诊精细化管理落实到位相关的因素主要有宣传和提示不到位、就诊流程不完善、解释不清晰等。为了改善这一现象,医院要进一步加强精细化管理。在完善就诊流程的过程中要从患者视角出发,要对挂号注意事项等大力宣传。本次研究中干预后患者自身因素导致的退号率有干预前的 16.17%上升到 31.71%,是因为通过干预其他因素导致的退号率大幅度降低,导致该因素退号率相对提升,另外该因素主要受患者主导,短时间很难大幅度改善。

(四) 挂号员因素

(1) 挂号员在录入挂号信息的时候出现失误。初次就诊的患者需要将姓名、出生日期等信息准确的填写在信息表中,挂号员每天具有较大的工作量,患者在填写信息的时候书写不规范,再加上挂号员自身责任感不强,没有仔细和患者确认,导致在录入信息的时候出现错误或是将同音字输入,导致患者由于错误录入患者信息而退号。(2) 挂号员自身素质欠佳,患者就医的首要环节是挂号,挂号员如果不具备充足的医学知识、不了解专家特长和就诊时间、不能熟练操作计算机、不能正确的进行分诊,极易导致退号,还可能诱发纠纷^[4]。(3) 挂号员不能准确的进行分诊,外地或农村患者由于有方言,和挂号员沟通困难。挂号员由于患者及其家属不能准确的表述病情,再加上患者及其家属所讲的方言挂号员听不懂,这样出号后极易导致退号;一些挂号员不仅没有看到患者还没有仔细询问家属病情就出号,导致肝炎、结核等需要挂专家号的患者挂了普通号,需要退号。为了避免上述现象的出现需要采取以下措施^[6-7]:(1) 从基础理论知识和技能方面加强对挂号员的培训,提高其业务技能和综合素质以及预检分诊能力。鼓励挂号员主动学习新的知识,了解临床科室引入的新技术和新业务,对各类疾病症状和体征全面了解,从而能够结合患者或家属的病情描述进行准确的分诊。(2) 挂号员要清楚每一个专家的特长和出诊时间,可以在工作台显眼的位置张贴一行专家出诊时间安排表,方便在不是十分确定的时候进行核对。如果专家和专科门诊在同一时间段,需要详细告知患者,使患者自行选择。医院要对专家请假审批程序严格要求,门诊部门要制定完善的专家考勤和查岗制定,最大程度地避免专家出现早退、空岗现象。医院要求出诊医生严格执行出诊时间,如果由于特殊原因必须停诊,需要取得领导主管的批准,要将请假通知单填写好,然后通知门诊部,不管是服务台任何人在接到停诊通知后,要立即在专家停诊通知本上详细记录科室、停诊专家姓名、停诊日期、接到日期等,并告知正在挂号的人员。要通过多个途径(网上、门诊大厅的电子滚动屏、电话语音自动服务系统等)通知患者,如果有专家需要临时评价,门诊部要通知相应科室,由科室调配一个级别相同的医生代替^[8-9]。(3) 同时还要提高操作计算机的熟练程度,要仔细、认真、准确的录入患者的基本信息,要仔细区分多音字和同音字,挂号员要提升自身的责任心,要重视分诊工作。在预检问诊中要热情、仔细,要全面落实一问、二看、三检查、四分诊、五做好导向的挂号原则,要具备较高的预检能力^[10]。(4) 建立完善的考核制度,每个挂号员都要统

计每月由于自身因素导致的退号数量,并分析原因,退号数量纳入考核项目,直接影响奖金。完善挂号制度,要求所有挂号员必须严格按照制度和流程执行。(5) 挂号员要使用问候语,如果遇到使用方言挂号者,可以结合手势和患者沟通,如内科和眼科、外科和牙科分不清的时候,可以通过指眼睛、牙齿和患者确认。(6) 门诊大厅设置导医员,对患者挂号和就医进行正确的引导,导医员要主动帮助不会填写就诊信息表的患者填写,门诊大厅明显处要张贴专家介绍栏、专家出诊时间表,为患者选择医师提供便利,耐心地回答患者的疑问,降低由于患者错误选择科室或错误填写信息表所导致的退号率^[11]。(7) 挂号室要和分诊护士做好沟通工作,分诊护理不仅要经常巡视疏导病人,还要主动将候诊患者的情况通知挂号室,这样挂号员能合理地安排患者挂号候诊人数少的诊区的号,缩短患者的候诊时间。

(五) 不同号别因素

部分病人因疾病部位特殊,不愿让异性医师接诊,这在妇产科、皮肤科、乳腺外科常见。

(六) 初诊因素

有些初诊患者到医院后不知道该挂什么号,不咨询导医员,也不把自己的症状告诉挂号员,往往凭感觉选择科室^[12]。

综上所述,针对退号原因制定应对策略并加以落实,能显著降低退号率,降低挂号室的工作量,提高工作效率以及患者对医疗服务的认可度,值得推广。

参考文献:

- [1]郑佩君,谢浩芬,马佳文,李征,冯帅.门诊信息系统在退号原因分析中的应用及研究[J].中国医院,2019,23(11):68-70.
 - [2]王媛.持续护理质量改进在提高门诊预检分诊准确率和满意度方面的作用分析[J].湖北科技学院学报(医学版),2021,35(4):348-350.
 - [3]郝晓刚,毕京峰,刘玉琦.基于效率优先的门诊自助机模块优化[J].解放军医院管理杂志,2021,28(7):675-677.
 - [4]郑小芳,潘锋君,吴曙霞,边乐超.规范出诊管理结合个性化预约挂号源设置提高门诊预约精准率[J].中国医院,2020,24(4):59-61.
 - [5]张川,魏文斌,田玮,贾小溪,尤慕西,陶蓓.基于退号候补预约机制的号源管理与应用研究[J].中国医院,2021,25(5):71-73.
 - [6]谢浩芬,郑佩君,樊增,陈雪琴,李征,阮列敏.系列举措对推行门诊实名制预约分时段就医的实践与分析[J].中国医院,2020,24(12):58-60.
 - [7]项益萍,曹婉婷,余明杰,吴伟,郑国英.我院门诊患者退换号原因分析与对策[J].中医药管理杂志,2020,38(14):219-220.
 - [8]张贝凝.分析持续护理质量改进对提高门诊预检分诊准确率的效果[J].山西医药杂志,2020,49(13):1728-1729.
 - [9]魏鸿雁,毕艳玲,信丽颖.门诊退号原因分析及改进[J].中国药物经济学,2014,9(S1):421-422.
 - [10]房华,许惠翔,杨锐,赵文,安健.智慧门诊挂号就诊流程的构建与应用[J].中国卫生信息管理杂志,2022,19(01):79-84.
 - [11]孙杏梅,张霞.以质量管理环模式为指导的门诊分诊标准管理在提高门诊就诊质量中的应用[J].国际护理学杂志,2021,40(12):2113-2116.
 - [12]李长娣.持续质量改进对门诊预检分诊准确率和服务质量的影响[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(01):164-166.
- 课题项目:成都市第六人民医院医院资助课题“退号原因分析对门诊管理决策行为的影响研究”(项目编号:SK-21YB-001)

头颅 PROPELLER 扫描技术在精神分裂症患者磁共振检查中的价值

王蕾

苏州市广济医院影像科 江苏苏州 215000

摘要: 目的:本次对比研究以我院所收治的精神分裂症患者作为研究对象探讨,深入评价头颅 PROPELLER 扫描技术在精神分裂症患者磁共振检查中的价值。方法:本研究的研究时间范围为 2021 年 6 月至 2022 年 6 月,所探究的研究样本对象为在我院上述时间范围内接受治疗的 80 例精神分裂症患者,所有患者均需应用核磁共振检查。在研究过程中所有患者均需应用头颅 PROPELLER 扫描技术和 FSE 扫描,对此分析两种扫描方式的影像学结果,具体观察指标包括序列比较情况以及图像质量的评价两大部分。结果:在应用头颅 PROPELLER 扫描技术时运动伪影发生率较低,患者的病变情况清晰程度与解剖结构情况均符合诊断标准,两种检测扫描方法的最终结果呈现显著性差异, $P<0.01$ 。结论:头颅 PROPELLER 扫描技术在精神分裂症患者磁共振检查中的价值较为显著,可有效避免因运动方式所产生的运动伪影情况,进一步提高图像的清晰度与成像质量,使得病灶的显示情况更清楚了,有效降低镇静或麻醉对患者的创伤。

关键词: 精神分裂症; 头颅 PROPELLER 扫描技术; 磁共振; 应用价值

在当下的临床中,磁共振成像技术的发展已经相当完善,在应用过程中具有辐射危害性较低、采集方位全面、参数采集成功率高、对比分辨率较高等优势,患者在应用后的功能成像较为清晰,在各个科室患者的临床检查中应用率较高。但患者在接受磁共振成像检查的过程中受磁共振成像扫描检查运动敏感性较高的制约较强,若患者出现轻微的运动或者肢体体位变换时,成像结果的清晰度将会变差,导致图像模糊,使得最终的图像质量无法符合临床检查标准。因此,若部分患者没有行为能力或者自控能力时,在接受磁共振成像检查时成像结果很可能受到影响,例如某些患有精神疾病或者心理问题的患者需要服用、注射镇静药物或麻醉药物后才可应用磁共振成像检查。但部分以精神类疾病患者作为研究样本对象的医学实践研究显示,此类患者在磁共振检查过程中的矫正环节所应用的药物将会对患者造成严重的损伤,因此如何对自控能力或者行为能力较差的患者应用磁共振检查是当今医学领域仍然重点研究的热点话题。

通过相关的医学调查研究发现,近些年来随着生活压力与工作压力的不断提高,我国社会公众的精神卫生问题不容忽视,其中我国患有精神分裂症的人数相对较多,该疾病的加权患病率可达近百分之 1,而年龄标准化患病率更是达到全球范围内的首位。精神分裂症作为较为严重的精神类疾病之一,会对患者的情绪情感以及行为认知造成严重的不良影响,不仅给自己带来严重的身体负担,还会给家庭带来严重的经济负担、给社会带来严重负担。除此之外,由于患有精神分裂症的患者会出现认知紊乱等特异性临床症状,因此会受到他人或者社会各方面的歧视,导致此类患者会出现生活压力较大、生活质量低、患病羞耻感较重等不良现象。总而言之,在临床中发病率较高的精神类疾病中精神分裂症相对严重,并且绝大多数患者的发病速度较为缓慢,常规情况下正值青壮年的年轻群体发病率较高,患者可能会出现行为动作不协调、情绪情感错乱、思维认知错误等精神障碍症状。但若患者属于精神分裂症早期时可应用脑部 CT 检查等方式观察是否存在非对称性脑结构异常等情况,以此对患者进行早期干预。

伴随近些年我国医学科技的发展与进步,临床研究实践证实精神分裂症患者的早期阶段应用核磁共振检查可更加清晰的了解患者此时的脑结构情况,以此提供可靠准确的的研究依据。为了进一步提升核磁共振检查的准确性,螺旋桨技术(periodically rotated overlapping parallel lines with

enhanced reconstruction, PROPELLER)逐渐应用于临床中,该项新兴技术以 K 空间中心的采集过程为途径通过多次采集获取充足可靠的数据,以轴向为遵循原则对数据进行平面旋转或者移动达成矫正,以此获取最终的图像,从而在某种程度上可以有效避免运动伪影所带来的影响。

本研究为了进一步探讨头颅 PROPELLER 扫描技术在精神分裂症患者磁共振检查中的价值,选取在我院接受治疗的精神分裂症患者作为研究样本,具体报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

采样时间: 2021 年 6 月至 2022 年 6 月;

样本情况: 80 位在我院接受治疗的精神分裂症患者,其中男性患者 48 例,女性患者 32 例,患者的最小年龄为 25 岁,最大年龄为 56 岁,平均年龄为 (39.80 ± 3.24) 岁;单纯性精神分裂症患者 14 例,偏执性精神分裂症患者 32 例,青春型精神分裂症患者 16 例,紧张型精神分裂症患者 14 例,其他类型精神分裂症患者 4 例;患者的最短病程时间为两周,最长病程时间为三个月,平均病程时间为 (21.35 ± 5.82) 天。所有样本患者均符合我国精神分裂症的诊断标准并已经确诊,无其他严重疾病史或者药物滥用以及酗酒史,均在我院接受脑部核磁共振检查并配合性较差。

为了更好进行比较研究对两组患者的一般资料进行对比分析,结果显示在基线资料方面并无显著性差异,因此可作对比研究 ($P>0.05$)。

1.2 方法

所有患者使用西门子 skyra3.0T 磁共振成像系统进行扫描检查,head/neck 20 线圈,扫描参数:层数 19 层,层厚 6 mm,扫描视野 24 cm,激励次数 2 次, FSE-T2WI 轴位: TR 4620 ms, TE 102 ms, 矩阵 384×256 , 扫描时间 116 s; PROP-T2WI 轴位: TR 5000 ms, TE 115 ms, 矩阵 320×320 , 扫描时间 120 s; FSE-T2WI FLAIR 轴位: TR 8400 ms, TE 150 ms, 矩阵 384×256 , 扫描时间 236 s; PROP-T2WI FLAIR 轴位: TR 8000 ms, TE 137 ms, 矩阵 320×320 , 扫描时间 256 s。80 例先采用 FSE-T2WI、FSE-T2WI FLAIR,而后立即行 PROP-T2WI, PROP-T2WI FLAIR 序列扫描。

1.3 观察指标

在本研究中主要的观察指标为序列比较情况以及图像质量的评价,其

中前者将所应用到的两种检测方式的结果进行对比,后者则对图像质量加以等级评估。

在评估影像学图像的质量时,根据以下分类标准进行等级区分:若最终图像的质量较差,存在运动伪影并且病灶的显示程度较差时,则视为“A级”;若最终图像的质量相对较差,存在一些运动伪影并且病灶的显示程度一般时,则视为“B级”;若最终图像的质量相对较好,尚未存在运动伪影,并且病灶的显示程度较好时,则视为“C级”。

1.4 统计学分析

采用 Spss25.0 软件对两组数据进行统计分析。经检验, $P < 0.05$, 数据有显著性差异,证实两组患者存在该方面的差异性。

2 结果

2.1 序列比较情况

80 例在序列耗时方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。FSE-T2WI, T2WI FLAIR 耗时分别是 116 s 和 236 s, 其标准差参数为 10.07; 而 PROPELLER 技术的 T2WI, T2WI FLAIR 耗时分别是 120 s 和 256 s, 其标准差参数为 11.05。两种检查方法进行比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 18.75$, $P < 0.05$)。

2.2 图像评价

80 例中, 59 例在 FSE-T2WI 扫描过程中因头部不小心运动, 导致正常结构和病变部分显示不清, 其中 A 级 58 例, B 级 16 例, C 级 6 例。而 PROPELLER 技术进行 T2WI 扫描, 运动伪影明显减少, 解剖结构及病变显示均达到诊断要求, 其中 A 级 27 例, B 级 30 例, C 级 23 例。两种检查方法比较, 差异有统计学意义($\chi^2 = 33.17$, $P < 0.01$)。

3 讨论

在精神科中, 精神分裂症是临床较为常见的疾病类型之一, 患有精神分裂症的患者会出现不同程度的认知功能障碍, 并且主要的病理学表现体现在脑实质有所减少, 并且脑室相较于标准有所扩大。部分医学研究证实, 患有精神分裂症的患者所表现出来的临床症状与其大脑的病理改变具有密切相关性, 前者随后者的严重而加深, 并且根据患者的影像学形态可以预测其治疗后的临床效果, 因此探讨精神分裂症的影像学表现具有重要的临床价值。近些年来, 随着我国医学科技的不断发展, 影像学相关领域也有所进步, 在精神分裂症的临床研究与分析中脑成像技术得到了广泛的应用, 医护人员可根据精神分裂症患者的脑成像情况判断患者的脑部组织结构情况以及解剖情况。具体而言, 在精神分裂症患者的影像学技术应用中, 应用率较高的两种技术方案为计算机断层扫描与磁共振扫描。

当下对精神分裂症的病因机制的探讨仍不够深入, 并未对引发精神分裂症的病因形成一致的理论, 在临床研究中精神分裂症属于功能性疾病还是器质性疾病仍然存在不同的观点。部分学者在其著作中指出, 精神分裂症可被归类于功能性疾病, 这是由于部分精神分裂症病例的脑成像技术经临床成像分析后并无显著的结构异常所得出的。但是仍有部分学者认为绝大多数患有精神分裂症的患者会出现脑结构异常, 例如出现脑皮层萎缩, 而这种现象是阴性症状具有持续性与不良性, 对患者的预后治疗质量有重要的影响。除此之外部分医学研究指出, 部分尚未临床用药的精神分裂症患者通过磁共振扫描检查后, 可观察到较为显著的脑室扩张临床病理表现, 并且磁共振的结果参数与健康个体相比存在较为显著的差异性, 这提示患有精神分裂症的患者经磁共振检查后其病理情况可体现出结构性病变。因此对于患有精神分裂症的患者, 可通过应用准确率较高并且灵敏

性较强的脑成像检查技术观察患者的脑部病变情况, 确定脑室是否扩大以及结构异常的具体程度, 通过具体的评估与分析为患者制定对应的治疗方案, 达到预后治疗效果的提升。由此可在准确评估患者病情的基础上, 为精神分裂症患者的临床治疗提供指导, 有利于促进患者临床症状的减轻以及预后质量的提高。总而言之, 精神分裂症患者应用磁共振检查后, 医护人员可通过磁共振检查结果以及具体表现分析患者的脑结构异常情况以及评估病情是否严重, 除此之外还可具体量化测定相关的参数, 对脑室扩大的范围以及严重程度准确评估。

在患者应用影像学检查后, 最终的图像质量将对评估结果起重要影响, 若患者在检查过程中出现运动将会导致图片质量无法符合检测标准, 图像质量的下降将会导致诊断准确性的降低。将螺旋桨技术有效应用在检测过程中, 可一定程度上避免运动伪影的产生。部分学者通过临床实验证实, 若患者的头部运动范围在 5% 内将会使得影像学图像的质量降低, 但本研究的临床实验证实若患者的头部运动范围在个体头部半径的 15% 范围内时, 图像质量并不会受到较为显著的影响, 对于临床疾病的诊断影响程度较低。无论患者的头部运动为前后式运动、左右式运动、甚至是不规则式运动、高频运动或者低频运动, 应用头颅 PROPELLER 扫描技术都可以较为显著的完成运动伪影的矫正, 在临床中应用效果显著。

头颅 PROPELLER 扫描技术的应用机制相对简单, 具体包括以下环节与流程: 采集相关的数据、完成相位矫正工作、有效进行旋转校正与平移校正、计算相关性加权并进行图像的重建与更新, 由此可知头颅 PROPELLER 扫描技术作为新兴的 K 空间采集技术之一, 可应用 K 空间中心数据的多次采集完成充足数据的收取, 从而完成图像的校正与更新, 达到运动伪影彻底清除的目标。头颅 PROPELLER 扫描技术相较于不同类型的线性扫描技术而言, 具有一定的优越性, 在 K 空间填充方面体现出较强的平行特点与顺序性。

综上所述, 头颅 PROPELLER 扫描技术应用于精神分裂症患者的磁共振检测中具有较为确切的应用价值, 通过应用该项技术完成不同类型的序列扫描所消耗的时间并无显著增长, 但可显著去除运动伪影, 具有较为确切的临床应用优势, 可以将患者的病灶情况清楚明了的显示出来, 所给出的影像学图像不仅拥有较高的对比度与分辨率, 同时更加清晰、细致, 有利于准确的评估精神分裂症患者的实际病情, 从而为患者治疗方案的确提供数据基础。总而言之, 头颅 PROPELLER 扫描技术可应用于精神分裂症患者的磁共振影像学检查之中, 具有较为确切的应用价值。

参考文献:

- [1] 中华医学会精神科分会编. 中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版 (CCMD-3) [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 75-78.
- [2] 秦文, 于春水. 螺旋桨 (PEPELLER) 技术的原理及应用 [J]. 医学影像学杂志, 2005, 15(10): 912-915.
- [3] Kirsten PN, James GC, Bird R. PROPELLER MRI: clinical testing of a novel technique for quantification and compensation of head motion [J]. J Magn Reson Imaging, 2001, 14(3): 215-222.
- [4] 张海平, 敖国昆, 李利佳, 等. T1WI BLADE Dark Fluid 序列在头颅增强扫描中的应用价值 [J]. 实用放射学杂志, 2015(8): 1358-1361.
- [5] 郑建刚, 梅莉, 周华明, 等. 增强 T1WI-FLAIR 结合 BLADE 技术对脑转移瘤的诊断价值 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志 2010, 8(6): 12-14.

聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染对患者生活质量影响分析

王丽欣 王晓亚 焦倩 师晓晔

石家庄市栾城人民医院妇产科 河北石家庄 051430

摘要：目的：探讨聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染对患者生活质量影响。方法：选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例确诊为宫颈持续高危型 HPV 感染患者作为研究对象，按照随机数字表将其分为观察组（n=50）、对照组（n=50）。对照组给予常规药物治疗，观察组在对照组的基础上给予患者聚焦超声治疗。分析两组患者治疗前后临床效果；对治疗 3 个月后、6 个月后宫颈 HPV 病毒载量影响；治疗前后两组患者生活质量评分。结果：观察组总有效率为 94.00%，对照组总有效率为 82.00%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组患者治疗 3 个月后、6 个月后宫颈 HPV 病毒载量转阴率明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者各项生活质量评分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组患者的生活质量评分均提高，其中，观察组生活质量评分明显高于对照组患者，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染能够显著提高治疗效果，提高 HPV 转阴率，提高患者的生活质量，促进患者的恢复。

关键词：聚焦超声；宫颈持续高危型 HPV 感染；生活质量；影响

人乳头瘤病毒（HPV）是生殖系统常见病毒之一，近年来，由于人们生活模式的改变，HPV 感染的发病率呈逐年上升的趋势^[1-2]，大大影响到患者的生活质量。研究指出 HPV 感染与宫颈癌的发生具有密切关系，持续高危型 HPV 感染是导致宫颈癌发生的重要危险因素^[3-4]，因此，对于宫颈持续高危型 HPV 感染给予早期干预治疗，能够有效预防宫颈癌的发生。目前，临床上针对该疾病多采用激光、微波以及冷冻等治疗方法^[5-6]，但是，上述治疗方法在治疗之后容易导致瘢痕的形成，进而影响到患者的分娩。聚焦超声是一种无创性治疗方法，对于靶外组织无损伤^[7-8]，安全性高，适用于有生育要求的患者。为进一步探讨聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染对患者生活质量影响，选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例宫颈持续高危型 HPV 感染患者作为研究对象，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例宫颈持续高危型 HPV 感染患者作为研究对象，按照随机数字表将其分为观察组（n=50）及对照组（n=50）。经统计学分析，观察组与对照组的一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，其详细情况见表 1，患者均知情同意。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄（岁）	病程（月）	HPV16/HPV18
观察组（n=50）	38.65±3.75	6.85±2.64	21/29
对照组（n=50）	38.96±3.69	6.70±2.69	22/28
T/X ²	0.239	0.195	0.549
P 值	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

对照组给予干扰素 α -2b 凝胶治疗，每次 1 支，一天 1 次，共治疗 4 周。观察组在对照组的基础上给予患者聚焦超声，本次研究主要采用重庆海扶技术有限公司生产的 CZF 型聚焦超声治疗仪，患者采取截石位，对外

阴消毒之后，暴露宫颈，采用超声治疗头与宫颈外口直接接触，对病变区附近采用均速进行环形扫描，重复上述治疗 3 次，当治疗面变小、变硬或是颜色变浅的时候停止治疗。

1.3 观察指标^[9]

分析两组患者治疗前后临床效果；对治疗 3 个月后、6 个月后宫颈 HPV 病毒载量影响；治疗前后两组患者生活质量评分。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析，计量数据以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，差异性比较用 t 检验，计数资料则用 n（%）来表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床效果比较

观察组总有效率为 94.00%，对照组总有效率为 82.00%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者临床效果比较

组别	痊愈	有效	无效	总有效率
观察组 (n=50)	27 (54.00)	20 (40.00)	3 (6.00)	47 (94.00)
对照组 (n=50)	20 (40.00)	21 (42.00)	9 (18.00)	41 (82.00)
X ²				5.218
P 值				<0.05

2.3 两组患者治疗前后的生活质量评分比较

治疗前，两组患者生活质量评分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组患者的生活质量评分均改善，其中，观察组生活质量评分明显优于对照组患者，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 两组患者治疗前后的生活质量评分比较

组别	心理状态		社会功能		躯体功能		角色功能	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=25)	83.21±4.29	93.14±4.29	82.15±4.38	93.21±3.95	82.04±4.37	94.13±3.08	83.14±4.32	94.18±4.20
对照组(n=25)	83.10±4.28	89.24±3.29	82.13±4.09	87.34±4.28	81.98±4.27	88.32±4.02	83.10±4.29	90.23±4.39
t	0.093	10.293	0.204	5.395	0.297	6.029	0.104	5.039

P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05
2.4 两组患者宫颈 HPV 病毒载量转阴率比较								
观察组患者治疗 3 个月后、6 个月后宫颈 HPV 病毒载量转阴率明显高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），见表 5。								
表 5 两组患者宫颈 HPV 病毒载量转阴率比较								
组别	3 个月转阴率	6 个月转阴率						
观察组（n=50）	32（64.00）	47（94.00）						
对照组（n=50）	11（22.00）	27（54.00）						
X ²	5.392	7.039						
P 值	<0.05	<0.05						

3 讨论

HPV 感染在妇产科较为常见，是一种生殖系统感染病毒，直接威胁到患者的生活质量，病情严重可直接导致宫颈癌的发生^[10-11]。HPV 感染是导致宫颈癌发生的决定性因素之一，目前，临床上针对 HPV 感染尚无特效的治疗方法。虽然大部分患者在 HPV 感染之后，能够在一定时间内被自身免疫系统清除，但是，还有部分高危型 HPV 仍会发生免疫逃逸进而导致宫颈发生持续性感染。相关研究指出，若是宫颈持续高危型 HPV 感染患者发生重度宫颈上皮内瘤变的风险大大增加^[12-15]，因此，早期诊断、早期干预治疗是预防宫颈癌发生的重中之重。

目前，针对宫颈持续高危型 HPV 感染患者多采用物理治疗或是 LEEP 治疗。物理治疗主要包括激光、电凝或是冷冻治疗。但是上述治疗方法，患者并发症较多，例如，患者术后出现阴道排液，流血较多，宫颈瘢痕形成，导致宫颈管狭窄，患者出现妊娠障碍等。

近年来，聚焦超声开始应用于临床。聚焦超声具有良好的组织穿透性，能够对病灶进行精准的定位。采用该项治疗方法，能够通过表层组织聚焦于特定深度的靶区，能够发生热效应、机械效应，促使病变组织变性，导致组织重建^[16]。相关研究指出，病变组织或是增殖旺盛的组织对于超声更加敏感，因此，采用聚焦超声治疗，能够选择性损伤病变组织细胞，从而全面消除病灶组织。此外，采用聚焦超声治疗，还能够改善患者的临床症状，提高患者的生活质量，有效抑制宫颈 HPV 病毒载量，提高病毒转阴率，促进患者的恢复。本次研究结果显示，观察组总有效率为 94.00%，对照组总有效率为 82.00%，差异有统计学意义（P<0.05），说明聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染能够显著提高治疗效果，有利于患者的恢复；观察组患者治疗 3 个月后、6 个月后宫颈 HPV 病毒载量转阴率明显低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染能够显著抑制 HPV 病毒，改善患者的病情；治疗前，两组患者各项生活质量评分差异无统计学意义（P>0.05），治疗后，两组患者的生活质量评分均提高，其中，观察组生活质量评分明显高于对照组患者，差异有统计学意义（P<0.05），聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染能够显著提高患者的生活质量，改善患者的预后。

综上所述，聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染能够显著提高治疗效果，提高 HPV 转阴率，提高患者的生活质量，促进患者的恢复，值得在临床上推广。

参考文献：

[1]王文平,刘玉娟.聚焦超声治疗高危型人乳头瘤病毒感染合并宫颈低度病变的疗效观察[J].中国计划生育和妇产科,2022,14(04):81-84+89.
[2]Wang Wenping,Liu Yajuan,Pu Yang,Li Chengzhi,Zhou Honggui,Wang

Zhibiao. Effectiveness of focused ultrasound for high risk human papillomavirus infection-related cervical lesions.[J]. International journal of hyperthermia : the official journal of European Society for Hyperthermic Oncology, North American Hyperthermia Group,2021,38(2).

[3]王静馥,史志萍,于海凤,于秀娟,王琳.聚焦超声联合干扰素治疗高危型人乳头瘤病毒感染宫颈病变的临床效果[J].中国妇幼保健,2021,36(04):962-964.
[4]梁婉桃,董萌萌,高芳萍,李珊,黄慧红,黄媚,蓝雪琴.聚焦超声联合抗 HPVβ-葡聚糖功能敷料治疗宫颈 HPV 持续性感染的疗效[J].西部医学,2020,32(11):1608-1611+1615.
[5]孙全胜,罗友莲,干扰素 α-2b 联合聚焦超声治疗人乳头瘤病毒(HPV)感染宫颈炎患者有效性和安全性研究[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(23):52-53.
[6]罗琳燕.重组人干扰素 α-2b 联合宫颈聚焦超声治疗慢性宫颈炎合并 hr-HPV 感染的效果[J].河南医学研究,2020,29(17):3150-3152.
[7]Fu Zhenhua,Fan Yijin,Wu Can,Yan Ping,Ye Yibi,Yang Huan,Li Chengzhi. Clinical efficacy and mechanism for focused ultrasound (FUS) in the management of cervical intraepithelial neoplasia 1 (CIN1).[J]. International journal of hyperthermia : the official journal of European Society for Hyperthermic Oncology, North American Hyperthermia Group,2020,37(1).
[8]卜文梅,吕亚淑,田艳珍.干扰素 α-2b 联合聚焦超声治疗人乳头瘤病毒感染宫颈炎的效果分析[J].解放军医药杂志,2019,31(10):59-62.
[9]刘维,廖娟.冷冻及高强度聚焦超声技术对慢性宫颈炎合并人乳头瘤病毒感染治疗的临床疗效[J].系统医学,2019,4(06):122-124.
[10]牟燕,刘晓芳,许温馨,何泉江,何玉春,何佳.聚焦超声对宫颈持续高危型 HPV 感染治疗的疗效研究[J].重庆医学,2019,48(02):281-284.
[11]林琳,傅亚均.宫颈上皮内瘤变 I 级合并高危型 HPV 感染行宫颈环形电切术与聚焦超声治疗的疗效对比[J].传染病信息,2018,31(04):368-371.
[12]江海芳.木贼草膏联合宫颈聚焦超声治疗宫颈炎合并持续高危型人乳头瘤病毒感染的临床效果[J].华夏医学,2018,31(05):88-90.
[13]雷爱春,丁满秀,邓冬兰.聚焦超声治疗 50 例高危型人乳头瘤病毒感染宫颈炎疗效观察[J].上海医药,2016,37(21):44-46+53.
[14]French, S.,Henry,等.Evaluation of Waiting Times and Sonographic Findings in Patients with First Trimester Vaginal Bleeding at the University Hospital of the West Indies. Can Emergency Department Ultrasound Make a Difference?[J].The West Indian medical journal.2014,63(3).247-251.
[15]Diamond,M.P.,Fletcher,等.Uterine fibroids are characterized by an impaired antioxidant cellular system: Potential role of hypoxia in the pathophysiology of uterine fibroids[J].Journal of Assisted Reproduction & Genetics.2013,30(7).
[16]陶春霞,周欣,刘小红,章萍,肖菊花.聚焦超声治疗宫颈上皮内瘤变 I 级病变合并 HPV 感染的临床效果观察[J].江西医药,2016,51(10):1002-1003+1006.
项目来源：石家庄市科学技术研究与发展计划项目（ 211200683）

含铋四联疗法治疗消化性溃疡安全性及有效性分析

王苏¹ 梁晴² 李超² 韩华² 孟兵涛³

1、泊头市医院内三科 河北沧州 062150; 2、辛集市第一医院消化内科 河北辛集 052360;
3、辛集市中医院心内科 河北辛集 052360

摘要:目的: 分析含铋四联疗法治疗消化性溃疡安全性及有效性。方法: 对我院消化性溃疡患者进行研究。随机分为两组并给予不同治疗方案。观察两组治疗前后氧化应激因子水平、临床指标、临床疗效及不良反应发生情况。结果: 治疗后, 实验组 SOD、NO 水平更高, MDA 水平更低, $P<0.05$ 。实验组腹痛消失时间、溃疡愈合时间更短, Hp 清除率更高 ($97.37\%>78.95\%$), $P<0.05$ 。实验组治疗有效率更高 ($94.74\%>73.68\%$), $P<0.05$; 实验组不良反应发生率稍低 ($13.16\%<18.42\%$), 但无统计学意义, $P>0.05$ 。结论: 在消化性溃疡患者的治疗中, 含铋四联疗法更有利于提高临床疗效, 促进 Hp 根除, 改善患者症状, 值得推广。

关键词: 含铋四联疗法; 消化性溃疡; 安全性; 有效性

消化性溃疡即指发生在胃、十二指肠等部位的慢性溃疡^[1-2], 是一种常见病、多发病。其发病机制主要在于消化能力强, 胃酸过多, 引起胃酸以及胃蛋白酶对自身黏膜造成损伤。而这种黏膜损伤会形成黏膜缺损, 即溃疡。溃疡往往发生在胃和十二指肠, 这是两个常见发病部位, 也可以发生在其它少见部位, 如食管下段或者十二指肠降部等^[3]。引起消化性溃疡的发病因素有很多, 其中 Hp 感染为造成消化性溃疡的重要因素^[4-5], 在感染 Hp 后, 会导致消化道黏膜的炎症性病变。同时由于某些原因长期服用非甾体类抗炎药, 使花生四烯酸合成前列腺素不足, 破坏了胃黏膜的保护屏障, 也可造成消化道黏膜溃疡。此外, 长期精神压力过大或胃排空异常等, 或患者不注意饮食调理, 长期大量饮酒或吃刺激性的食物, 都会损害黏膜屏障, 造成消化性溃疡。消化性溃疡的典型症状为慢性、周期性、节律性上腹痛。胃溃疡的局限性疼痛多位于剑下正中或偏左, 疼痛多在餐后 0.5h-2h 发作, 经胃排空后缓解。十二指肠球部溃疡则会在进食后得到缓解^[6]。约半数患者有午夜痛, 且常可痛醒。节律性疼痛大多持续几周, 随着缓解数月, 可反复发生。消化性溃疡呈周期性发作, 与季节有关, 秋末冬初最多, 春季次之, 夏季少见。疼痛性质常为隐痛、烧灼样痛、钝痛、饥饿痛或剧痛, 可为碱性药物所缓解。特殊类型的溃疡如幽门管溃疡、胃底贲门区溃疡、巨大溃疡、多发性溃疡、复合性溃疡或有并发症时, 疼痛可不典型。除疼痛外, 还可有其他胃肠道症状, 如嗝气、反酸、烧心、恶心、呕吐等。消防溃疡治疗是消除病因、控制症状、促进溃疡的愈合, 防止复发、避免并发症的发生。首先是祛除诱因, 采取相应的治疗措施, 其次抑制胆汁反流, 减少胆汁对胃黏膜的损害。最后使用抗酸药和抑制胃酸分泌的药物来缓解胃酸对溃疡的刺激。虽然常规三联疗法具有一定的治疗作用, 但随着抗生素的广泛应用, 导致 Hp 耐药现象日益加剧, 降低治疗效果。本研究通过对 76 例消化性溃疡患者进行研究, 分析含铋四联疗法治疗的临床价值, 用以后期制定治疗方案提供参考。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

对我院 2021 年 1 月-2022 年 2 月 76 例消化性溃疡患者进行研究。纳入标准: (1) 符合临床消化性溃疡诊断标准^[7-8], 如具有典型的节律性、周期性上腹部疼痛等, 且经胃镜或上消化道钡餐造影确诊。(2) 溃疡面积在 0.5~1.0cm 范围。(3) 临床资料符合本次研究, 且具有良好遵医行为, 能

完成整个治疗疗程。(4) 签署知情书。排除标准: (1) 肝功能不全或肾功能减退。(2) 儿童、哺乳期、妊娠期者。(3) 急性胃黏膜病变。(4) 合并消化道出血、恶性肿瘤以及穿孔等。(5) 精神疾病或遵医行为差。(6) 对研究中所有药物存在过敏反应。(7) 临床资料不全或中途退出治疗或研究者认为不符者。随机分为参照组与实验组, 每组 38 例。两组一般资料无统计学差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

参照组实施常规三联疗法: 口服克拉霉素 (国药准字 H10960227, 丽珠集团丽珠制药厂) 250mg/次+奥美拉唑 (国药准字 H20044871, 山东新时代药业有限公司) 20mg/次+阿莫西林 (批准文号 HC20130014, 澳美制药厂) 1g/次, 所有药物均每日服用 2 次。

实验组增加枸橼酸铋钾治疗: 口服枸橼酸铋钾 (国药准字 H10900084, 丽珠集团丽珠制药厂) 0.3g/次, 每日 4 次。两组患者均连续治疗 1 个月。

1.3 观察指标

1.氧化应激因子水平: 在开始治疗前与治疗 1 个月后进行血液检验, 抽取患者空腹静脉血 5ml, 在静置 20min 后进行离心处理, 留取血清待检。使用硝酸还原酶法测定 NO 水平; 使用酶联免疫吸附法测定 SOD 水平; 使用比色法测定 MDA 水平。

2.临床指标: 记录两组患者腹痛消失时间、溃疡愈合时间。并进行尿素氮酶检测, 结果为阴性则表示 Hp 清除^[9]。

3.临床疗效: ①显效: 患者在经过治疗后, 其疾病相关症状消失, 且内镜显示溃疡面完全愈合。②有效: 症状有所改善, 且溃疡面明显愈合。③无效: 症状及溃疡面积无明显变化, 或症状加重, 溃疡面积增加。同时记录两组在治疗期间发生的不良反应, 包括恶心呕吐、腹泻、便秘、皮疹等。

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 χ^2/t 检验; $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组治疗前后氧化应激因子水平对比

治疗后, 实验组 SOD、NO 水平更高, MDA 水平更低, $P<0.05$ 。详见表 1。

表 1 两组治疗前后氧化应激因子水平对比 ($\bar{X}\pm S$, $\mu\text{mol/L}$)

组别	例数	SOD		NO		MDA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	38	74.25 $\pm$ 12.31	95.25 $\pm$ 13.01	50.21 $\pm$ 5.55	58.12 $\pm$ 6.12	6.25 $\pm$ 1.31	5.25 $\pm$ 1.01
实验组	38	74.08 $\pm$ 12.45	120.12 $\pm$ 14.78	50.08 $\pm$ 5.46	76.32 $\pm$ 7.07	6.18 $\pm$ 1.45	4.12 $\pm$ 0.78
t 值		0.362	4.128	1.236	4.825	0.835	5.173
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组临床指标对比

实验组腹痛消失时间、溃疡愈合时间更短, Hp 清除率更高 (97.37% > 78.95%), P<0.05。详见表 2。

表 2 两组临床指标对比 ($\bar{X} \pm S$, n)

组别	例数	腹痛消失时间 (d)	溃疡愈合时间 (d)	Hp 清除率
参照组	38	5.37±1.38	24.48±3.32	30 (78.95)

实验组	38	3.36±1.17	18.47±3.31	37 (97.37)
X ² /t 值		4.263	4.832	5.136
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组临床疗效及不良反应发生情况对比

实验组治疗有效率更高 (94.74% > 73.68%), P<0.05; 实验组不良反应发生率稍低 (13.16% < 18.42%), 但无统计学意义, P>0.05。详见表 3。

表 3 两组临床疗效及不良反应发生情况对比 (n/%)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率	不良反应
参照组	38	8 (21.05)	20 (52.63)	10 (26.32)	28 (73.68)	7 (18.42)
实验组	38	20 (52.63)	16 (42.11)	2 (5.26)	36 (94.74)	5 (13.16)
X ² 值					5.362	1.263
P 值					<0.05	>0.05

3. 讨论

消化性溃疡的发病率是因人而异的, 因不同的季节、种族而有变化, 在国内消化性溃疡发病率并不是很高, 但是在冬春季或者秋冬季发病率相应的明显增高。且随着生活压力的加大, 工作节奏的加快, 日常饮食不规律现象的加剧, 导致消化性溃疡发病率逐渐增加。同时老年人器质性疾病发病几率的增加, 也会导致服用非甾体类药物的人群增加, 进而增加消化性溃疡发病率。而一旦发生消化性溃疡, 轻者可引起腹痛、恶心、呕吐、反酸、烧心等症状。重者则会诱发一些列并发症, 如消化道出血、急性穿孔、幽门梗阻、癌变等^[10], 极大的影响了患者生命质量。Hp 感染是消化性溃疡的重要因素, 在不同溃疡中, Hp 的作用机制也有所不同。如在胃体部中, Hp 可直接作用于壁细胞, 导致胃酸分泌量降低, 从而影响胃粘膜抗病能力。或者在胃窦部, Hp 则会抑制 D 细胞的活性, 促进胃酸分泌, 并可作用于 ECL 细胞, 促进壁细胞泌酸分泌, 这种常见于十二指肠溃疡。相关研究表明^[11], 在 Hp 感染患者中, 约 15% 患者会发生消化性溃疡。而在胃溃疡患者中, Hp 感染发生率可达 70% 以上, 在十二指肠溃疡中, Hp 感染发生率可达 90% 以上。因此, 对于消化性溃疡的治疗需要针对根除 Hp 实施。但据临床证实, 单一根除 Hp 治疗很难达到理想的治疗效果^[12]。阿莫西林+克拉霉素+PPI 是临床最经典的三联疗法。其中阿莫西林是一种 β-内酰胺类的青霉素类抗菌素, 俗称青霉素类的抗生素。β-内酰胺环可以溶解细菌的细胞壁, 使细菌细胞溶解和坏死, 主要是治疗敏感菌引起的炎症, 如神经系统、呼吸系统、皮肤、胃肠道、泌尿系统、生殖系统的炎症均可使用。但目前阿莫西林的耐药菌比较多, 达到了 90% 以上, 所以现在临床上多于其他类抗生素联用。克拉霉素属于大环内酯类的抗菌药物, 通过与病原菌核糖体相结合, 从而抑制病原菌蛋白质的合成, 起到抗菌的功效。克拉霉素的抗菌谱与红霉素有相似之处, 对革兰氏阳性菌, 具有比较好的抗菌活性, 包括金黄色葡萄球菌、链球菌、肺炎球菌等。克拉霉素对部分革兰氏阴性菌, 也具有一定的抗菌作用, 比如流感嗜血杆菌, 以及其他的革兰氏阴性菌等。与阿莫西林联合使用, 主要用于根除 Hp 治疗。奥美拉唑是一种抑制胃酸分泌的药物, 其功效主要是抑制胃酸分泌, 抑制作用靶点或者作用机制是抑制钠、钾和氢离子的 ATP 酶功效, 减少胃酸分泌, 缓解胃肠道症状。三者联用, 即可抑制胃酸分泌, 又可清除 Hp。且奥美拉唑在一定程度上可增加克拉霉素、阿莫西林的抗菌作用。但由于如今细菌耐药性流行, 且长期应用抗生素会导致机体正常菌群失调, 降低治疗效果。因此, 需求更有效、更安全的治疗药物具有重要意义。

本研究结果显示, 治疗后, 实验组 SOD、NO 水平更高, MDA 水平更低, P<0.05。实验组腹痛消失时间、溃疡愈合时间更短, Hp 清除率更高 (97.37% > 78.95%), P<0.05。实验组治疗有效率更高 (94.74% > 73.68%), P<0.05; 实验组不良反应发生率稍低 (13.16% < 18.42%), 但无统计学意义, P>0.05。说明了含铋四联疗法治的临床效果显著。相关研究表明, 铋剂不仅具有较强的消灭 Hp 的作用, 同时也对克拉霉素、阿

莫西林等抗生素耐药菌具有较好的杀菌作用。枸橼酸铋钾是临床上很常用的胃黏膜保护剂, 通过在胃的酸性环境中, 形成弥散性的保护层, 覆盖于溃疡面上, 阻止胃酸酶及食物对溃疡的侵袭, 促进溃疡愈合。同时也可降低胃蛋白酶活性, 促进黏蛋白、前列腺素 E2 的分泌。此外还可以通过包裹 Hp, 干扰 Hp 代谢, 从而发挥杀菌的作用, 提高 Hp 根除率。总之, Hp 感染治疗中, 枸橼酸铋钾有得天独厚的疗效和长处, 且安全性也较高。

综上所述, 含铋四联疗法治治疗消化性溃疡患者有利于改善患者氧化应激因子水平, 缓解消化性溃疡相关症状, 促进溃疡面恢复, 提高临床治疗有效性, 且不会增加不良反应发生率, 具有较高安全性。因此, 含铋四联疗法具有推广价值。

参考文献:

[1]王艳,李文慧,司亚娟. 复方嗜酸乳杆菌联合含铋剂四联疗法在 Hp 感染性消化性溃疡中的应用效果分析[J]. 中国烧伤创疡杂志,2022,34(02):145-149.

[2]郑长清,张喆. 东方胃药联合标准三联疗法与含铋剂四联疗法治治疗 Hp 相关性胃炎及消化性溃疡患者临床疗效对比分析[J]. 实用药物与临床,2022,25(01):46-50.

[3]沈曙光,高永喜,张锐,郑娟. 不同方案治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡效果观察[J]. 人民军医,2021,64(11):1089-1092.

[4]黄丽娜,李冬. 含铋剂四联疗法治治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的临床效果[J]. 中国现代药物应用,2021,15(06):174-176.

[5]叶婷. 含大剂量雷贝拉唑钠和胶体果胶铋的四联疗法治治疗消化性溃疡的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(06):110-111.

[6]田悦. 铋剂四联疗法治治疗消化性溃疡合并幽门螺杆菌感染患者的疗效[J]. 医疗装备,2020,33(20):109-110.

[7]许旭东,马伟钦. 铋剂四联疗法治治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的有效性 & 安全性[J]. 中国现代药物应用,2020,14(12):146-148.

[8]朱春华,张欢欢. 埃索美拉唑联合铋剂四联疗法治治疗 Hp 阳性消化性溃疡临床观察[J]. 社区医学杂志,2020,18(02):113-116.

[9]欧志军,吴秋华. 铋剂三联与四联疗法治治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的效果比较[J]. 现代诊断与治疗,2019,30(14):2399-2401.

[10]段慧君. 含铋剂的四联用药方案治疗老年幽门螺杆菌相关性消化性溃疡的临床疗效评价[J]. 中国社区医师,2019,35(20):25-26.

[11]魏建明. 含铋剂四联疗法治治疗幽门螺旋杆菌阳性消化性溃疡的有效性 & 安全性[J]. 现代诊断与治疗,2019,30(09):1447-1448.

[12]杨佳卉,梁雨,罗培培,和水祥. 荆花胃康联合三联或四联疗法与四联疗法治对比治疗幽门螺杆菌相关慢性胃炎或消化性溃疡有效性和安全性的 Meta 分析[J]. 中国全科医学,2019,22(17):2091-2098.

项目来源: 河北省辛集市科技计划项目 (ZC202101)

腹腔镜与开腹手术对结直肠癌术后肠梗阻的发生及 CK、D-D 的变化分析

王鑫

天水市中西医结合医院 普外科一病区 甘肃天水 741020

摘要：目的：探讨不同术式对结直肠癌（CRC）术后肠梗阻的发生及相关指标的影响。方法：在本院 2018 年 5 月-2021 年 9 月收治的 CRC 患者中选取 110 例，按照随机分组原则分为两组，研究组（55 例）采用腹腔镜手术，对照组（55 例）采用传统开腹手术，对比两组临床指标、血清肌酸激酶（CK）和 D-二聚体（D-D）水平变化、免疫功能、炎症因子指标、术后并发症。结果：研究组手术时间长于对照组（ $p < 0.05$ ），术中出血量低于对照组（ $p < 0.05$ ），肠蠕动恢复时间短于对照组（ $p < 0.05$ ）；术前两组 CK、D-D 水平对比无差异（ $p > 0.05$ ），术后均降低且研究组低于对照组（ $p < 0.05$ ）；两组术前 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 水平对比差异无统计学意义（ $p > 0.05$ ），术后研究组 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 水平高于对照组（ $p < 0.05$ ）；两组术前白介素-6、白介素-8、超敏 C 反应蛋白水平对比差异无统计学意义（ $p > 0.05$ ），术后研究组三项指标水平低于对照组（ $p < 0.05$ ）；研究组术后并发症发生率低于对照组（ $p < 0.05$ ）。结论：在 CRC 患者中采用腹腔镜手术治疗术后发生肠梗阻等并发症较少，对机体免疫水平影响轻微，不易产生不良反应，且术后恢复较快。

关键词：腹腔镜；血清肌酸激酶；D-二聚体；结直肠癌

结直肠癌（CRC）是发病率较高的消化道恶性肿瘤之一，早期症状不明，随着肿瘤的发展，患者渐渐出现便血、腹泻、腹痛等症状^[1]。临床对本病的治疗多经手术治疗，传统的开腹手术视野开阔，操作性强，但同时也创伤比较大，需要在腹部做长切口，术中腹腔内脏器组织与空气直接接触，增加了感染等并发症的发生率。腹腔镜手术在外科手术中已经发展成熟，应用广泛，将其应用于 CRC 的治疗中，可以发挥出一如既往的临床优势，即创伤小、术后恢复快、并发症少^[2-3]。研究发现，术后并发肠梗阻与体内血清肌酸激酶（CK）和 D-二聚体（D-D）水平变化有关^[4]。本研究就此项问题在本院既往收治的 110 例 CRC 患者中开展研究，具体情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在本院 2018 年 5 月-2021 年 9 月期间收治的 CRC 患者中选取 110 例作为本研究对象。纳入标准：①符合《中国结直肠癌诊疗规范（2017 年版）》^[5]中相关标准，经病理组织学确诊 CRC 者；②符合腹腔镜手术或开腹手术指征者；③术前未接受放化疗；④患者及家属均知情并同意参加本次研究。排除标准：①合并心肝肾等重要脏器疾病者；②合并其他类型肿瘤者；③合并意识精神障碍，对研究依从性较差者。将入选患者按照数字随机表法分为两组，研究组（55 例），男 32 例，女 23 例，年龄 61-82 岁，平均年龄（72.16±5.24）岁。对照组（55 例），男 31 例，女 24 例，年龄 60-83 岁，平均年龄（73.26±5.21）岁；两组一般资料对比无差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组：传统开腹手术。术前行常规胃肠道准备，帮助患者取头低臀高位，行气管插管静吸复合麻醉，在患者下腹处作切口定位，定位后即做 12-18cm 长切口，采用腹腔镜自动拉钩牵拉皮肤及肌肉组织，明确肿瘤情况及粘连，切开肠系膜，充分暴露肠系膜血管，并分离肠端，结扎血管，在病灶远端 5cm 左右行切除操作，清扫周围淋巴结，修补缝合肠管断端，涂抹透明质酸钠于创面，检查出血情况后以生理盐水冲洗腹腔，留置引流后关腹，术后常规抗感染，1-2 周后拆线。

研究组：腹腔镜下根治术。术前行常规胃肠道准备，取截石位，采用气管插管全身麻醉，在脐缘做 1cm 切口，穿刺建立气腹， CO_2 压力在 12 mmHg 左右（1 mmHg=0.133 kPa），置入 10mm Trocar 和腹腔镜探查，探查肿瘤病灶情况（位置、大小、形态）及与周围组织关系，选择合适的四孔法手术路径，采用超声刀对肠系膜动、静脉进行分离结扎，游离目标肠管，切除肿瘤部位肠管，在切除的同时对周围淋巴结进行清扫，切除完成后关闭小切口，重新建立气腹，以生理盐水冲洗腹腔，放置引流，检查腹腔内无出血等异常情况关闭腹腔。

1.3 观察指标

1.临床指标。记录两组患者手术时间、术中出血量、肠蠕动恢复时间。
2.血清肌酸激酶（CK）和 D-二聚体（D-D）水平。分别于术前术后检测 CK 及 D-D 水平，取患者晨起空腹静脉血 3ml，离心取上清，CK 以肌酸显色法检测，D-D 以酶联免疫吸附法检测，操作均参照试剂盒说明书进

行。

3.免疫功能。分别于手术前后检测患者血清中 T 淋巴细胞亚群水平，取外周静脉血 5ml，离心取上清后送至实验室检测，采用流式细胞仪测定外周血 T 淋巴细胞亚群： $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ ，并计算 $CD4^+/CD8^+$ 值。

4.炎症因子指标。分别于手术前后检测患血清炎症因子水平，取外周静脉血 5ml，离心取上清后送至实验室检测，采用酶联免疫吸附法检测血清炎症因子：白介素-6、白介素-8、超敏 C 反应蛋白。

5.术后并发症。观察两组术后发生肠梗阻、腹腔感染、出血的情况。

1.4 统计学方法

两组均采用 SPSS22.0 软件对研究数据及资料进行分析处理，计数资料以 χ^2 检验对比；计量资料以 t 检验对比。 $p < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床指标

研究组手术时间长于对照组（ $p < 0.05$ ），术中出血量低于对照组（ $p < 0.05$ ），肠蠕动恢复时间短于对照组（ $p < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者术后恢复情况对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	手术时间（h）	术中出血量（ml）	肠蠕动恢复时间（d）
研究组（55 例）	178.56±15.21	86.69±6.59	2.36±0.24
对照组（55 例）	152.15±10.96	135.98±13.36	5.56±0.75
t 值	10.447	24.538	30.137
p 值	0.000	0.000	0.000

2.2 CK、D-D 水平变化

术前两组 CK、D-D 水平对比无差异（ $p > 0.05$ ），术后均降低且研究组低于对照组（ $p < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组手术前后 CK、D-D 水平变化（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	CK（U/L）		D-D（ $\mu g/L$ ）	
	术前	术后	术前	术后
研究组（55 例）	25.30±4.05	6.21±1.20*	153.20±24.05	106.20±5.24*
对照组（55 例）	25.12±4.10	12.02±2.51*	150.21±24.10	126.32±7.12*
t 值	0.232	15.488	0.651	16.879
p 值	0.817	0.000	0.516	0.000

注：与同组术前对比，* $p < 0.05$ 。

2.2 免疫指标

两组术前 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 水平对比差异无统计学意义（ $p > 0.05$ ），术后研究组 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 水平高于对照组（ $p < 0.05$ ），见表 4。

表 2 两组免疫指标对比 (x±s)

组别	CD3 ⁺ (%)		CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
研究组 (55 例)	54.24±12.06	53.33±10.21	39.56±9.52	36.25±5.32*	27.64±5.21	27.01±3.22	1.05±0.21	0.89±0.30*
对照组 (55 例)	53.86±12.39	52.26±10.17	39.42±9.86	30.02±5.24*	27.22±5.16	28.34±4.53	1.07±0.23	0.68±0.24*
t 值	0.163	0.551	0.076	6.187	0.425	1.775	0.476	4.054
P 值	0.871	0.583	0.940	0.000	0.672	0.079	0.635	0.000

注：与同组术前对比，*p<0.05。

2.4 炎症因子水平

两组术前白介素-6、白介素-8、超敏 C 反应蛋白水平对比差异无统计

学意义 (p>0.05)，术后研究组三项指标水平低于对照组 (p<0.05)，见表 4。

表 4 两组炎症性水平对比 (x±s)

组别	白介素-6 (ng/L)		白介素-8 (ng/L)		超敏 C 反应蛋白 (mg/L)	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后
研究组 (55 例)	12.53±2.32	15.38±3.87*	18.36±2.13	20.05±5.34*	25.29±3.41	28.32±5.14*
对照组 (55 例)	12.75±2.51	22.52±4.54*	18.02±2.66	29.36±5.53*	25.26±3.54	40.21±5.22*
t 值	0.477	8.876	0.740	8.982	0.045	12.037
P 值	0.634	0.000	0.461	0.000	0.964	0.000

注：与同组术前对比，*p<0.05。

2.5 术后并发症

研究组术后并发症发生率低于对照组 (p<0.05)，见表 5。

表 5 两组患者术后并发症发生率对比 (n, %)

组别	肠梗阻	腹腔感染	出血	总发生
研究组 (55 例)	1 (1.82)	0 (0.00)	1 (1.82)	2 (3.64%)
对照组 (55 例)	5 (9.09)	3 (5.45)	1 (1.82)	9 (16.36%)
χ ² 值				4.949
p 值				0.026

3 讨论

在我国常见的消化道恶性肿瘤疾病中，CRC 的发病率仅次于胃癌、食道癌，近些年来还在不断地升高，发病人群在 60-70 岁为多，并且越来越趋向于年轻化。CRC 可以发生在结肠或直肠的任何部位，但其好发部位在直肠、直肠与乙状结肠交界处，占 60%以上。对于本病的治疗关键在于早期发现、及时诊断和手术根治，手术治疗包括根治性手术及姑息性手术，前者面向于病灶局限与原发部位或区域淋巴结，无远处转移者，而后者则适用于肿瘤浸润程度较深、病灶范围较广或有远处转移者。无论是如何进行手术，在术后均会有肠道相关并发症，如排便习惯的紊乱、便秘等，且由于手术创伤，机体产生不同程度的应激反应，因此在实际临床治疗中，需要探寻一种效果好、创伤更小的手术方式。腹腔镜技术在临床的应用比较广泛，因其创伤性小、术后恢复快等优势，依靠仪器探进腹腔，其操作性相比于直接开腹来说比较局限，因此手术用时稍长，但是从视野范围上，腹腔镜手术可以将镜下情况投屏，从而使病灶组织放大，且清晰度较高，因此可以帮助手术医师更清楚地看到组织间的关系，提高手术的精准度。

本研究对术后两组临床指标进行对比，研究组患者手术时间长于对照组，术中出血量高于对照组，肠蠕动恢复时间短于对照组 (p<0.05)。从创伤性、术后恢复及并发症上看，腹腔镜的优势亦比较显著，创伤小，术后恢复快，并发症少，通过微创切口进入腹腔，对病灶组织的探查切除也比较方便。随着医疗技术的不断完善，腹腔镜的视野也在逐渐扩大，对于细微血管及狭窄区域均可清晰的观察，并且切口少则隔离了空气中的感染源，降低腹腔感染的发生率^[1]。CK 又称肌酸磷酸激酶，广泛存在于骨骼肌、心肌和脑组织中，其生理作用主要是保证人体组织细胞的正常供能，正向反应利于线粒体内氧化磷酸化生成的 ATP 以磷酸肌酸的形式进入细胞液，满足细胞生理活动对于能量的基本需求。D-D 则属于纤维蛋白降解

产物，常用于凝血检测指标。CK、D-D 这两项指标在临床上可用于心肌功能以及凝血功能的监测，此外在对于肠梗阻类疾病中也具有一定的诊断价值。研究显示，传统开腹手术与腹腔镜手术术后并发肠梗阻的情况存在差异，且与体内 CK、D-D 水平变化有关，在发生肠梗阻的患者中上述两指标水平高于未发生肠梗阻患者。在本研究中，对两组患者分别采用传统开腹手术及腹腔镜手术，结果显示术后两组 CK、D-D 水平均降低，且研究组低于对照组 (p<0.05)。两组术前白介素-6、白介素-8、超敏 C 反应蛋白水平对比差异无统计学意义 (p>0.05)，术后研究组三项指标水平低于对照组 (p<0.05)，提示腹腔镜手术炎症水平小于传统开腹手术。白介素-6、白介素-8 是机体炎症反应中比较活跃的因子，在炎症性疾病中常作为检测指标。超敏 C 反应蛋白可见于风湿免疫性疾病等多种疾病中，多数表现为中等程度或者显著程度的升高，因此可作为炎症或免疫系统异常检测指标。由于手术创伤会导致机体产生应激反应，从而也会激活免疫系统防御机制，因此在术中对机体的创伤越小，引发的应激反应越轻微。腹腔镜手术通过小切口置入腹腔镜对机体的创伤小，对组织器官的影响轻微，因此不易产生应激反应，炎症反应轻微，患者免疫应答机制较为稳定。两组术前 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺水平对比差异无统计学意义 (p>0.05)，术后研究组 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺水平高于对照组 (p<0.05)，提示腹腔镜手术对机体免疫水平影响较小。对术后并发症进行观察，研究组并发症发生率低于对照组 (p<0.05)，肠梗阻发生率为 1.82%，对照组为 9.09%，说明 CK、D-D 的水平变化与术后肠梗阻的发生具有一定的相关性。对于 CRC 的治疗，除了手术切除肿瘤病灶，也应结合术前放疗、化疗等手段综合治疗，才能得到更加显著的疗效。

综上所述，在 CRC 的手术治疗中应用腹腔镜手术对机体的创伤性更小，引发的机体应激水平轻微，术后恢复情况良好，且并发症发生率低。

参考文献：

[1]汤瑜, 卢晓明, 童强,等. 腹腔镜与开腹手术在结直肠癌术后吻合口瘘发病率及临床疗效的对比研究[J]. 临床外科杂志, 2018,26(1):39-42.
[2]徐胜元. 腹腔镜与开腹全结肠系膜切除手术治疗右半结肠癌患者的效果比较[J]. 中国民康医学 2020,32(17): 123-125.
[3]于秀芝. 腹腔镜结直肠癌根治术与开腹结直肠癌根治术对结直肠癌患者术后炎症反应及免疫功能的影响比较[J]. 新乡医学院学报, 2019, 36(5):76-79.
[4]贾磊, 陆锦琪, 金建文,等. 腹腔镜与开腹结直肠癌根治术后医院感染发生率比较[J]. 浙江医学, 2019, 41(2):63-65.
[5]国家卫生计生委医政医管局, 中华医学会肿瘤学分会. 中国结直肠癌诊疗规范(2017 年版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2018,21(1):92-106.

依托咪酯与丙泊酚不同配伍剂量联合瑞芬太尼用于无痛胃镜 临床效果和安全性分析

王勇 李光才 甘奇 罗贤明 陈骅骝 龚淑娟

贵州航天医院麻醉科 贵州遵义 563000

摘要：目的：分析依托咪酯与丙泊酚不同配伍剂量联合瑞芬太尼用于无痛胃镜的临床效果和安全性。方法：选择 2019 年 12 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日贵州航天医院（简称我院）收治的 90 例行无痛胃镜检查患者。年龄 18~65 岁，体重 40~80Kg，随机分为三组（将 0.2% 依托咪酯和 1% 丙泊酚按照体积比例进行配伍，A 组为 1:2、B 组为 1:1、C 组为 2:1），分别记录三组患者麻醉前（T₀）、胃镜置入咽部时（T₁）及胃镜检查结束 10 分钟（T₂）的生命体征（心率、平均动脉压、SPO₂）和给药后苏醒时间；三组患者从推注麻醉药开始至苏醒后半小时内发生的不良反应（肌阵挛、注射痛、恶心呕吐）。结果：三组患者麻醉前（T₀）的生命体征比较，无统计学意义（P>0.05）；三组在胃镜置入咽部时（T₁）的生命体征比较，有统计学意义（P<0.05）；三组在胃镜检查结束 10 分钟（T₂）的生命体征比较，无统计学意义（P>0.05）；三组苏醒时间比较有统计学意义（P<0.05）；三组患者从推注麻醉药开始至苏醒后半小时内发生的不良反应（肌阵挛、注射痛、恶心呕吐）比较有统计学意义（P<0.05）。结论：依托咪酯与丙泊酚不同配伍剂量联合瑞芬太尼用于无痛胃镜，将 0.2% 依托咪酯和 1% 丙泊酚按照体积比 1:1 进行配伍，对生命体征的干扰最小，发生不良反应最少，苏醒时间是最短且安全性较高。

关键词：依托咪酯；丙泊酚；瑞芬太尼；无痛胃镜

胃镜检查是如今临床应用最为普遍的胃部疾患检查及治疗手段，随着患者主观对舒适度及胃镜检查安全要求的增加，无痛胃镜诊疗越发受到患者及临床医师的欢迎。因为无痛胃镜麻醉能够很好满足患者的需求，达到无痛和舒适，并且能够让患者更好配合医生行胃镜检查，医生也能够获得更加安全的检查条件。无痛胃镜检查过程中，不同种类麻醉药物和镇静药物的选择，对患者治疗过程中的麻醉效果及安全性的影响也各不相同，不同种类的镇静药物对血流动力学都会产生不同程度的影响^[1]，对呼吸功能的影响也不尽相同，选择高效合理的麻醉配伍方案减少对循环呼吸功能的影响是当下临床麻醉无痛诊疗研究的关键点。依托咪酯与丙泊酚均单独应用于临床无痛胃镜检查中，但其单药应用的效果有限，且都会对机体内环境产生一定的影响，所以需联合其它麻醉镇痛药物进行复合麻醉^[2]。依托咪酯属于非巴比妥类短效静脉全麻药物，具有起效快、恢复迅速、平稳、对呼吸影响轻、苏醒后意识完全恢复且对手术无记忆、轻度扩张冠状血管作用、无明显积蓄现象等优点，还可以抑制迷走神经反射。既往临床研究表明：静脉推注依托咪酯对患者交感神经无影响，对心血管系统的影响也较小，适用于心血管存在疾病患者的麻醉^[3]。丙泊酚也属于非巴比妥类静脉麻醉药物，其药理特性是一种起效迅速、持续时间非常短暂、代谢迅速、苏醒极其快速的静脉麻醉药物，不引起噩梦、谵妄、幻觉等精神症状，具有速效、短效的特点，自问上市以来已经得到了全世界的普遍认可，是能够安全应用于门诊无痛诊疗的麻醉药物^[4]。依托咪酯给药时有明显的肌阵挛^[5]，而丙泊酚在给药时存在明显的注射痛，容易造成呼吸抑制和循环不稳定。将两种药物按照一定的比例混合后可以减少两种药物使用量，避免了两种药物的副作用又能够达到良好的麻醉效果。本研究旨在回顾性的比较依托咪酯与丙泊酚不同配伍剂量联合瑞芬太尼用于无痛胃镜时对患者的内环境影响最小的配伍剂量。

1 资料与方法

2.1 一般资料：选择 2020 年 1 月 1 日~2020 年 12 月 31 日我院收治的 90 例行无痛胃镜检查患者，均自愿参加本次研究且签知情同意书。随机将 90 例患者分为三组，每组 30 例。将 0.2% 依托咪酯和 1% 丙泊酚按照体积比例进行配伍，A 组为 1:2、B 组为 1:1 和 C 组 2:1。A 组年龄 18~65 岁，平均年龄大约 42.1 岁，男性 18 例，女性 12 例，体重 42~80Kg，平均体重 62.8Kg；B 组年龄 21~65 岁，平均年龄大约 41.8 岁，男性 17 例，女性 13 例，体重 41~79Kg，平均体重 63.1Kg；C 组年龄 21~64 岁，平

均年龄大约 41.4 岁，男性 20 例，女性 10 例，体重 43~77Kg，平均体重 62.5Kg。

纳入标准：① ASA 分级 I~II 级；② 年龄 18~65 岁；③ 体重 40~80Kg；④ 患者签署知情同意书。排除标准：① 近期存在感染病史；② 心肺功能不全者；③ 胃镜检查时间>8 分钟者；④ 胃镜检查过程中追加药物者。

1.2 方法

1.2.1 药品：依托咪酯（江苏恩华药业股份有限公司，规格：10ml，20mg），丙泊酚（江苏恩华药业有限公司，规格：20ml，200mg），瑞芬太尼（宜昌人福药业有限公司，规格：1mg）

1.2.2 方法：术前常规禁食 8 小时，禁饮 4 小时，入室常规进行无创血压、ECG、呼吸和血氧饱和度的连续监测，采用鼻导管吸氧（氧流量 3L/min），建立静脉通道，行胃镜检查前静脉缓慢推注瑞芬太尼 0.5μg/Kg，静脉推注依托咪酯和丙泊酚混合药液 0.12ml/Kg。（将 0.2% 依托咪酯和 1% 丙泊酚按照体积比例进行配伍，A 组为 1:2、B 组为 1:1、C 组为 2:1），待患者意识和睫毛反射消失后行胃镜检查。当血压下降大于基础值 30% 的时候，静脉单次推注麻黄碱 5~10mg，心率小于 50 次/min 时，静脉单次推注阿托品 0.5mg，当 SPO₂ 低于麻醉前 5% 予以面罩通气。胃镜结束将患者护送至复苏室进行生命体征监测和观察至患者完全苏醒。

1.3 观察指标：三组患者麻醉前（T₀）、胃镜置入咽部时（T₁）及胃镜检查结束 10 分钟（T₂）的生命体征（心率、平均动脉压、SPO₂）和术后苏醒时间；三组患者从推注麻醉药开始至苏醒后半小时内发生的不良反应（呼吸抑制、肌阵挛、恶心呕吐）例数。

1.4 统计方法：采用 SPSS 21.0 软件进行统计学分析，MAP、HR、SpO₂ 等计量资料采用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间差异比较采用 t 检验；计数资料以率表示，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 三组患者麻醉前（T₀）、胃镜置入咽部时（T₁）及胃镜检查结束 10 分钟（T₂）的生命体征（心率、平均动脉压、SPO₂）比较，三组间 T₀ 的生命体征（HR、MAP、SpO₂）比较无统计学意义（P>0.05），A 组和 B 组、C 组在 T₁ 的生命体征（HR、MAP、SpO₂）比较有明显统计学意义（P<0.05），A 组、B 组、C 组在 T₂ 的生命体征（HR、MAP、SpO₂）比较无统计学意义（P>0.05）；患者苏醒时间 A 组与 B 组、C 组比较有统计

意义 (P<0.05)。如表 1。

组别	n(例数)	HR(次/min)			MAP(mmHg)			SpO2 (%)			苏醒时间 (min)
		T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂	
A 组	30	73.97±9.22	63.17±7.98 ^A	70.83±8.44 ^B	88.07±8.53	74.60±7.25 ^A	83.07±7.79 ^B	95.67±1.37	91.33±2.04 ^A	93.80±1.45 ^B	5.67±1.49 ^C
B 组	30	73.33±8.42	68.83±8.60 ^A	71.63±8.54 ^B	88.07±8.53	82.93±7.36 ^A	84.60±7.80 ^B	95.23±1.52	93.23±1.89	94.47±1.48 ^B	3.10±1.28 ^C
C 组	30	74.63±8.34	70.40±8.26 ^A	73.20±8.21 ^B	89.30±7.24	84.33±7.23 ^A	87.27±7.11 ^B	95.53±1.46	93.20±1.65	95.10±1.27 ^B	3.05±1.46 ^C
P 值		P>0.05	P<0.05	P>0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

表 1 三组患者各时间点的生命体征和麻醉后苏醒时间比较

注：A 组与 B 组、C 组比较 ^AP<0.05, ^BP>0.05, ^CP<0.05。

2.2 三组患者发生的不良反应（肌阵挛、注射痛、恶心呕吐）比较。A 组、B 组与 C 组发生肌阵挛比较差异有统计学意义(P<0.05),A 组与 B 组、C 组发生注射痛比较差异有统计学意义(P<0.05), A 组、B 组、C 组发生恶心呕吐的比较差异均无统计学意义(P>0.05)。如表 2。

表 2 三组患者肌阵挛、注射痛、恶心呕吐不良反应的比较[例(%)]

组别	n	肌阵挛	恶心呕吐	注射痛
A 组	30	0 (0)	0 (0)	6 (20) ***
B 组	30	1 (3.33)	0 (0)	1 (3.33)
C 组	30	5 (16.67) *	1 (3.33) **	1 (3.33)

注：与 B 组比较* P<0.05, ** P>0.05, *** P<0.05。

3 讨论

随着社会的发展，人们生活节奏的加快，饮食不规律，饮食习惯的改变和食品添加剂的使用增多，导致急性胃粘膜病变、慢性胃炎、溃疡及肠道疾病的发病率逐年增高，就诊的人数也在逐渐攀升，而胃镜检查是现阶段临床诊断上消化道疾病最重要手段，但是胃镜检查毕竟还是属于侵入性的操作，大部分患者对于胃镜检查心存恐惧，担心无法承受胃镜检查带来的痛苦，而不愿意行胃镜检查。临床中常规的胃镜检查时，患者有恐惧、焦虑等不良情绪，且检查的同时，由于入侵措施导致的术中不适应及疼痛，对黏膜神经等组织的刺激均可导致中枢神经兴奋，分泌大量的儿茶酚氨，致使患者处于全身应激状态，可能导致检查过程中血流动力学的不稳定，更不利于患者检查后身心恢复^[6]，且部分患者无法承受检查带来的不适，可出现治疗过程的中断，甚至由于严重体动所导致的胃肠器械损伤性出血的情况发生^[7]，甚至少数患者可能出现严重的心律失常、心肌缺血、循环不稳定、脑出血、脑梗塞等并发症。很多患者因为恐惧行胃镜检查，而错过了疾病的最佳治疗时期，耽误了疾病的治疗，最终导致疾病的恶化。因此，无痛胃镜技术的出现，麻醉医师使用麻醉镇痛药和镇静药物抑制患者在检查中出现的 不适，其中包括心理反应和生理反应进行抑制，以此保证检查过程的安全性，在检查过程中患者无明显不适的同时也改善了医生的检查条件，从而提高胃镜检查的质量。同时临床上疼痛医学的不断发展，舒适化医疗已经成为现代医学发展中的重要趋势^[8]。无痛胃镜检查前需要对患者采用静脉麻醉，理想的静脉麻醉药物应当具有以下特点：起速度效快、镇静、镇痛效果良好、苏醒时间短、不良反应小。

本研究结果显示，依托咪酯与丙泊酚不同配伍剂量联合瑞芬太尼用于无痛胃镜，将 0.2%依托咪酯和 1%丙泊酚按照体积比例进行配伍 B 组（1:1 配伍）与 A 组（1:2 配伍）对生命体征的影响比较有统计学意义（P<0.05），在发生不良反应注射痛的比较有统计学意义（P<0.05），苏醒时间比较有统计学意义（P<0.05），说明 1:1 配伍对生命体征的干扰更小，有利于内环境

的稳定；2:1 配伍组对患者呼吸循环功能影响更小，注射痛发生率更小，且苏醒时间更短；B 组（1:1 配伍）与 A 组（2:1 配伍）在发生不良反应肌阵挛比较有统计学意义（P<0.05），说明 1:1 配伍会减少肌阵挛的发生及检查完毕后的不适感，增加患者行无痛胃镜舒适感和安全性。

综上所述，依托咪酯与丙泊酚不同配伍剂量联合瑞芬太尼用于无痛胃镜，将 0.2%依托咪酯和 1%丙泊酚按照体积比例进行配伍 1:1 配伍更利于血流动力学的稳定，对呼吸功能影响更小，发生注射痛、肌阵挛几率更小，且苏醒时间更短，患者苏醒后更加舒适，增加患者的就医体验。所以将 0.2%依托咪酯和 1%丙泊酚按照体积比例 1:1 进行配伍联合瑞芬太尼能够安全有效的运用于行胃镜检查的患者，值得推广。

参考文献：

[1]吴丹,张杰,俞红,雷李等.丙泊酚复合小剂量舒芬太尼用于无痛胃镜检查麻醉的效果观察[J].中国基层医药,2018,25(23):3008-3011.

[2]Youn AM,Hsu TM. Heated carrier fluids in decreasing propofol injection pain:a randomized, controlled trial [J] . Korean J Anesthesiol,2017,70(1):33-8.

[3]Baradari AG, Alipour A, Habibi MR, et al. A randomized clinical trial comparing hemodynamic responses to ketamine -propofol combination (ketofol) versus etomidate during anesthesia induction in patients with left ventricular dysfunction undergoing coronary artery bypass graft surgery [J]. Archives of Medical Science Ams, 2017, 13 (5): 1102-1110. DOI:10.5114/aoms.2016.63193.

[4]Garg R, De hran M. Convulsions with propofol: A rare adverse event[J]. J Postgrad Med , 2009,55(1):69- 71. DOI:10.4103/0022-3859.48444.

[5]刘江.依托咪酯应用于心血管手术患者麻醉诱导中的效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,28(47):43.

[6]田甜,马艳辉,赵萌,等.羟考酮与舒芬太尼用于老年腹腔镜胆囊切除术患者麻醉效果的比较[J].北京医学, 2019,41(08): 649-652.

[7]Ofstead C L, Doyle E M, Eiland J E, et al. Practical toolkit for monitoring endoscope reprocessing effectiveness: Identification of viable bacteria on gastro scopes, colonoscopes, and bronchoscopes[J]. American Journal of Infection Control, 2016, 44(7):815-819.

[8]刘艳, 柯恬恬, 陶建平.不同麻醉药物在无痛胃镜检查中的应用研究[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(08):23-24,33.

基金项目：遵义市科技计划（联合资金）项目，编号：遵市科合 HZ 字（2019）216 号

甲强龙耳后注射联合巴曲酶治疗重度突发性耳聋患者的疗效分析

徐丹

达州市中心医院 四川达州 635000

摘要:目的 分析对重度突发性耳聋患者实施甲强龙耳后注射联合巴曲酶治疗的效果。方法 抽取我院2020年3月至2021年10月间收治的重度突发性耳聋患者62例作为此次的观察对象,并将其按照入院的先后时间分成两组进行对比,一组命名为对照组,一组命名为观察组,分别接受巴曲酶与甲强龙耳后注射+巴曲酶进行治疗,并对比分析两组治疗效果的不同。结果 治疗有效率,观察组较高,对照组较低,对比差异具有统计学意义($p<0.05$);不同频区听力提高值,观察组低频区以及中频区听力提高值明显优于对照组,对比差异具有统计学意义($p<0.05$);而两组的高频区对比则无统计学差异性($p>0.05$);血液流变学指标,治疗前对比无统计学差异性($p>0.05$),治疗后观察组血浆黏度、红细胞压积、全血高切黏度以及全血低切黏度均低于对照组,对比差异具有统计学意义($p<0.05$)。结论 对重度突发性耳聋患者实施甲强龙耳后注射+巴曲酶治疗的价值较高,值得推广。

关键词: 甲泼尼龙琥珀酸钠;耳后注射;巴曲酶;重度突发性耳聋

Efficacy of methylprednisolone injection combined with batroxobin in the treatment of severe sudden deafness

Objective to analyze the effect of methylprednisolone retroauricular injection combined with batroxobin on patients with severe sudden deafness. Methods 62 patients with severe sudden deafness treated in our hospital from March 2020 to October 2021 were selected as the observation objects, and they were divided into two groups according to the time of admission. One group was named as the control group, and the other group was named as the observation group. They were treated with batroxobin and methylprednisolone + batroxobin respectively, and the treatment effects of the two groups were compared and analyzed. Results the effective rate of treatment was higher in the observation group and lower in the control group, and the comparative difference was statistically significant ($p<0.05$); In different frequency areas, the improvement of hearing in low frequency and medium frequency areas in the observation group was significantly better than that in the control group ($p<0.05$); However, there was no statistical difference between the two groups in the high-frequency region ($p>0.05$); There was no statistical difference in hemorheological indexes before treatment ($p>0.05$). After treatment, the plasma viscosity, hematocrit, whole blood high shear viscosity and whole blood low shear viscosity of the observation group were lower than those of the control group, and the comparative difference was statistically significant ($p<0.05$). Conclusion the treatment of methylprednisolone retroauricular injection + Batroxobin in patients with severe sudden deafness is of high value and worth popularizing.

Keywords methylprednisolone sodium succinate; Retroauricular injection; Batroxobin; Severe sudden deafness

突发性耳聋又称“聋”,是指72小时内突然发生的、原因不明的感音神经性听力损失。患者可伴有眩晕、耳鸣、耳闷、恶心呕吐等,患者意识清晰,不伴有其他神经系统症状,随着病情的发展,最终可导致耳部听力功能完全丧失。就重症突发性耳聋患者而言,预后较差^[1],听力损伤严重,临床对这类患者的治疗关键在于改善微循环、抗凝溶栓,其中常见的药物为巴曲酶,其具备较强的溶栓效果,可以改善患者的局部微循环,缓解血液高凝的状态,但有研究学者指出,单一的干预价值不理想,如果联合甲强龙,可以提升预后。甲强龙属于糖皮质激素,也是治疗突发性耳聋的常见药物,其可以改善内耳炎症反应以及血液供应的情况,且有研究表明,甲强龙耳后注射局部药物浓度更高^[2],明显优于肌肉注射,可以在保证药物浓度的基础上,达到持续时间长、高峰早等优点^[3]。基于此,本文以我院收治的重症突发性耳聋患者为例,分析甲强龙耳后注射联合巴曲酶的临床治疗效果,具体内容如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

此次研究入选对象共计62例,均为我院2020年3月至2021年10月间收治的重度突发性耳聋患者,并根据入院时间将其进行平均分组,其中31例纳入至对照组,接受巴曲酶治疗,其余31例纳入至观察组,接受甲强龙耳后注射+巴曲酶进行治疗。

纳入标准:(1)符合突发性耳聋诊断标准;(2)伴耳鸣、眩晕、耳堵塞闷感等症状;(3)临床资料完整;(4)对此次研究目的知情且自愿参与。

排除标准:(1)伴严重心脑血管疾病者排除;(2)伴自身免疫系统疾病者排除;(3)既往有听力下降病史者排除;(4)伴肝、肾功能障碍者排除;(5)伴其他耳科疾病者排除,如:慢性中耳炎、鼓膜穿孔等;(6)过敏体质者、伴精神系统疾病者以及恶性肿瘤者排除。

对照组:本组31例中女性患者有15例,男性患者有16例,最小年龄30岁,最大年龄66岁,平均年龄为(50.72±2.31)岁;严重程度:

重度患者20名、极重度患者11名;病程最短2天,最长14天,平均病程为(6.33±0.12)天。

观察组:本组31例中女性患者有14例,男性患者有17例,最小年龄31岁,最大年龄67岁,平均年龄为(50.65±2.12)岁;严重程度:重度患者19名、极重度患者12名;病程最短3天,最长13天,平均病程为(6.45±0.11)天。

上述资料对比无统计学差异性($p>0.05$)。

1.2 方法

两组患者在接受各自不同的治疗方案前,均接受临床常规治疗手段,包括:地塞米松10mg+生理盐水100ml,静脉滴注,并辅以营养神经等药物干预^[4]。

对照组:在如上常规治疗基础上,单一选取巴曲酶注射液干预:取巴曲酶10BU+生理盐水100ml,静脉滴注,每天两次,于第二天复查凝血指标,如纤维蛋白原(FIB) <1.0(g/L),则应停止用药,若其≥1.0,则用量减半,连续治疗10天。

观察组:于如上常规治疗和对对照组的治疗基础上,联合甲强龙耳后注射:患者呈坐位,患耳后沟碘伏消毒,注射器沿耳后沟平外耳道上缘平面刺入,直至针头接触骨面,缓慢推注甲强龙40mg,隔日注射1次,连续注射5次^[5-6]。

1.3 观察指标

治疗有效率:显效(患耳听力与健耳水平相同,或受损频率听阈恢复正常)、好转(受损频率听阈提高15以dB以上)以及无效(上述均未达到)。

不同频区听力提高值:低频区(<500Hz)、中频区(1000-2000Hz)以及高频区(>4000Hz)。

血液流变学指标:包括血浆黏度、红细胞压积、全血高切黏度以及全血低切黏度。

1.4 统计学分析

采取 SPSS25.0 统计学软件处理分析本文研究数据，计数资料以及计量资料分别接受卡方检验以及 t 检验，并分别以例数（百分比）以及（均值±标准差）进行表示；本文对比的治疗有效率属计数资料，对比的不同频区听力提高值以及血液流变学指标均属计量资料，当处理结果为 $p<0.05$ ，则表示对比差异显著，具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗有效率

如下表一所示，观察组的治疗有效率较高（96.77%），对照组的治疗有效率较低（77.42%），可见观察组明显高于对照组，对比差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表一 治疗有效率 n（%）

组别	n	显效	好转	无效	有效率
观察组	31	18	12	1	30(96.77)
对照组	31	14	10	7	24(77.42)
X ²					5.167
p					0.023

2.2 不同频区听力提高值

如下表二所示，不同频区听力提高值，观察组低频区以及中频区听力提高值明显优于对照组，对比差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）；而两组的高频区对比则无统计学差异性（ $p>0.05$ ）。

表二 不同频区听力提高值（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	低频区	中频区	高频区
观察组	31	11.10±1.31	24.88±4.22	5.02±1.64
对照组	31	3.00±0.66	16.25±3.23	5.27±1.22
t		10.745	9.042	0.681
p		0.000	0.000	0.499

2.3 血液流变学指标

如下表三所示，血液流变学指标，治疗前对比无统计学差异性（ $p>0.05$ ），治疗后观察组血浆黏度、红细胞压积、全血高切黏度以及全血低切黏度均低于对照组，对比差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表三 血液流变学指标（ $\bar{x}\pm s$ ）

时间	组别	n	血浆黏度 (mPa·s)	红细胞压 积 (%)	全血高切 黏度 (mPa·s)	全血低切 黏度 (mPa·s)
治疗前	观察组	31	1.87±0.23	50.34±4.74	6.10±0.72	12.33±1.27
	对照组	31	1.88±0.22	50.44±4.70	6.22±0.60	12.30±1.34
	t		0.175	0.083	0.713	0.090
	p		0.862	0.934	0.479	0.928
治疗后	观察组	31	1.30±0.14	39.27±3.10	3.95±0.48	8.11±1.12
	对照组	31	1.62±0.20	43.27±4.25	4.86±0.81	10.84±1.18
	t		7.298	4.234	5.381	9.240
	p		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

突发性耳聋的致病因素尚不明确，可能主要与内耳血管痉挛、血管栓

塞或血栓形成有关，并且不同的类型的突发性耳聋其致病因素可能不同，在治疗、疾病的发展以及结局上均有明显的差异性。研究表明，突发性耳聋越早接受治疗，预后越好，而重度突发性耳聋的患者预后较差，治疗难度较大，且临床易发生诸多不良反应，因此，其治疗方案和预后一直是临床重点关注的话题。也有研究表明，重度突发性耳聋患者的发病机制可能与血管栓塞、内耳血管形成有关，原因在于：血液粘稠会使血液流通缓慢、阻力增大，导致内耳供血不足，造成耳蜗缺氧、缺血的情况，同时，血栓形成还会促使红细胞聚集，降低其变形能力，无法经变形方式通过微血管，进一步损害耳蜗。还有研究表明，血液粘稠的同时，内耳微循环血栓形成风险增加，会损害内耳感音神经、中位听器官，导致听力下降，严重者出现失聪，因此，避免血栓形成是改善重度突发性耳聋的关键措施^[7]。

巴曲酶是神经内科常见药物，又称“蛇毒凝血酶”，具有降低血液粘稠度、抑制血栓形成、分解纤维蛋白原、分解血栓的作用，临床一般将其应用于治疗急性缺血性脑血管疾病中，该药物属于单成分蛋白酶，提取自大洞蝮蛇蛇毒液，将其应用于突发性耳聋，可以改善内耳微循环，使抗凝、凝血与纤溶保持在一定的平衡范围内，避免耳蜗处毛细胞坏死，此外，该药物可以阻碍白细胞活化和血小板、红细胞聚集，可以促使血液粘稠度降低，改善局部供血和供血的情况，缓解耳内局部神经细胞损伤的情况，促使听力恢复。

甲强龙属于中效糖皮质激素药物，半衰期短，具备抗炎、抗免疫座作用，在紧急和危急情况下是首选，其主要作用是消炎、抗中毒、抗过敏和抗休克，对非特异性免疫抑制和解热也有很好的作用，其可以阻止和预防免疫和病理性炎症反应的发生，对任何类型的改变状态反应性疾病几乎都是有效的，对人体的生长发育和免疫功能起着重要的调节作用。有诸多研究表明，甲强龙可以改善微循环、解除血管痉挛，并且可以扩张血管，增加缺血部位血流，维持耳内环境稳定，促使内耳修复。

本文研究中，观察组的联合治疗效果与对照组的单一治疗相比，差异显著，其中以观察组的干预效果更为明显，提示：甲强龙耳后注射联合巴曲酶治疗，不仅可以降低不良反应，还可以提升治疗有效率，改善血液粘稠度。此外，甲强龙在全身使用时，药物需要透过血-迷路屏障，延长给药时间、增加药物剂量，才可以达到治疗的药物浓度，且维持时间短，易诱发血压和血糖水平波动，诱发不良反应，形成恶性循环，影响听力恢复，而耳后注射则可以提升局部药物浓度，通过耳后静脉回流至体循环，经乳突导静脉，部分血液可汇入乙状窦，扩散至淋巴液，使药物在短时间内达到较高的峰值，持续作用时间长，避免全身用药发生的不良反应，并有效达到治疗的药物浓度，促使病情得到改善。

综上所述，重度突发性耳聋患者可接受甲强龙耳后注射联合巴曲酶治疗以改善局部血液高凝状态，改善低频区域听力，并保证药物治疗的安全性和有效性，值得推广。

参考文献：

[1]刘金萍.前列地尔联合巴曲酶注射液对中重度突发性耳聋患者临床治疗效果研究[J].中外医学研究,2022,20(13):153-156.
[2]梁飞,詹小燕,江恒谦.甲强龙耳后注射联合巴曲酶治疗重度突发性耳聋患者的疗效评价[J].黑龙江医药,2021,34(06):1396-1398.
[3]黄佳.血浆纤维蛋白原水平对巴曲酶溶栓治疗突发性耳聋疗效的影响[J].临床合理用药杂志,2021,14(11):121-122.
[4]肖志超.耳后注射甲泼尼龙琥珀酸钠联合常规药物治疗重度突发性耳聋的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2021,14(12):109-112.
[5]孙宝珠.耳后注射甲泼尼龙琥珀酸钠联合纤溶酶治疗重度及极重度突发性耳聋患者的临床疗效[J].医药论坛杂志,2020,41(11):155-158.
[6]张志德.高压氧联合耳后注射甲泼尼龙琥珀酸钠治疗重度突发性耳聋的临床效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(23):112-114.
[7]李红.鼓室、耳后骨膜下联合注射甲泼尼龙琥珀酸钠治疗重度以上突发性耳聋患者的疗效及安全性分析[J].首都食品与医药,2020,27(14):83.

替雷利珠单抗治疗晚期非小细胞肺癌的效果观察

晏燕

贵黔国际总医院 贵州贵阳 550018

摘要:目的:探讨替雷利珠单抗治疗晚期非小细胞肺癌的效果。方法:选择2021年1月至2022年2月期间医院呼吸与危重症医学科收治的晚期非小细胞肺癌患者32例作为研究对象,采取随机数字抽取表法分为2组,对照组和观察组各16例,对照组采取紫杉醇+铂剂或培美曲塞二钠+铂剂治疗,观察组在对照组基础上联合替雷利珠单抗注射液治疗,对比两组临床疗效及不良反应发生情况。结果:观察组治疗总有效率为62.50%,显著高于对照组25.00% ($P<0.05$)。治疗后,两组CEA水平显著降低,观察组各肿瘤标志物水平显著低于对照组 ($P<0.05$)。两组不良反应发生率比较无统计学意义 ($P>0.05$)。结论:针对晚期非小细胞肺癌患者在常规化疗基础上增加替雷利珠单抗治疗临床疗效确切,安全性相对有保障,值得临床推广应用。

关键词:非小细胞肺癌;替雷利珠单抗;临床疗效;肿瘤标志物;不良反应

2020年全球肺癌估计新发病例为220.7万例,发病率位列恶性肿瘤第2位^[1-2]。而肺癌死亡率全球位列第一。全球超过三分之一的肺癌发病和死亡发生在我国^[3-4]。从病理角度,肺癌大致可以分为非小细胞肺癌(non-small-cell lung cancer, NSCLC)和小细胞肺癌(small-cell lung cancer, SCLC)两大类,其中NSCLC约占80%~85%,包括腺癌和鳞癌等组织学亚型,其余为SCLC^[5]。基因野生型的情况下,常规的化疗对晚期病患的治疗效果不满意,提高剂量强度虽可提高疗效,但毒副作用的发生率增加,对病患病情更为不利。程序性死亡受体1及其配体(PD-1/PD-L1)抑制剂的出现改变了肺癌的治疗格局。癌细胞通过表达免疫检查点分子PD-L1而实现免疫抑制,完成免疫逃逸,PD-1抑制剂通过与T淋巴细胞表面的PD-1结合,阻断PD-1和PD-L1相互作用,使T淋巴细胞对癌细胞进行消灭^[6]。但是进口的PD-1抑制剂价格昂贵。目前国产原研的PD-1抑制剂替雷利珠单抗经国家药品监督管理局批准已上市,已经获准NMPA适应证^[5]。《中国临床肿瘤学会(CSCO)非小细胞肺癌诊疗指南(2021版)》中也新增“培美曲塞+铂类联合替雷利珠单抗(tislelizumab)”作为I级推荐^[5]。为此,本次研究对替雷利珠单抗治疗晚期非小细胞肺癌的效果进行了探讨,选择2021年1月至2022年2月期间医院呼吸与危重症医学科收治的晚期非小细胞肺癌患者32例作为研究对象,详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2021年1月至2022年2月期间医院呼吸与危重症医学科收治的晚期非小细胞肺癌患者32例作为研究对象,采取随机数字抽取表法分为2组,对照组和观察组各16例。纳入标准:经细胞学或病理学确诊为非小细胞肺癌,符合《中国临床肿瘤学会(CSCO)非小细胞肺癌诊疗指南(2021版)》相关标准^[7];预计生存期>3个月;TNM分期:IIIA期-IV期;患者自愿签署知情同意书。排除标准:合并心肝肾等其他脏器严重疾病患者;化疗禁忌患者及研究药物过敏患者;意识障碍,配合欠佳或患有精神疾病患者;肺炎、肺结核、肺脓肿等其他肺部疾病患者。

对照组男性10例,女性6例,年龄40岁至74岁,平均年龄(58.22±3.94)岁,鳞癌9例,腺癌7例,TNM分期:IIIA期5例,IIIB期7例,IV期4例;观察组男性8例,女性8例,年龄40岁至75岁,平均年龄(58.18±3.86)岁,鳞癌7例,腺癌9例,TNM分期:IIIA期4例,IIIB期9例,IV期3例;两组基本资料比较无统计学意义 ($P>0.05$)。研究获得医院伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采取单纯化疗方案,其中鳞癌患者采取紫杉醇(北京悦康药业集团有限公司,国药准字H20063787,规格:5ml:30mg)联合卡铂(云南植物药业有限公司,国药准字H10950274,规格:100mg)化疗方案,第1d给予紫杉醇175mg/m²静脉滴注,卡铂AUC5静脉滴注;腺癌患

者采取培美曲塞二钠(江苏豪森药业集团有限公司,国药准字H20051288,规格:0.2g)联合顺铂(江苏豪森药业集团有限公司,国药准字H20010743,规格:20ml:20mg)化疗方案,第1d给予培美曲塞二钠500mg/m²,顺铂75mg/m²静脉滴注。21d/疗程,至少4-6个疗程。

1.2.2 观察组 在对照组基础上联合替雷利珠单抗注射液[百济神州(上海)生物科技有限公司,国药准字S20190045,规格:10ml:100mg]治疗,每3周给药1次,每次200mg。21d/疗程,至少4-6个疗程。

1.3 观察指标

①评价两组临床疗效:参照RECIST 1.1实体瘤疗效评价标准评价病患总有效率:完全缓解(CR)为病灶完全消失,晚期相关症状消失,各项指标正常,至少4周无复发及新病灶;部分缓解(PR)为病灶面积缩小>30%,晚期相关症状缓解,至少4周无新病灶;稳定(SD)为病灶面积缩小<30%或增大<20%;疾病进展(PD)为瘤体增大>20%,或出现新病灶。治疗总有效率=(完全缓解例+部分缓解例)/总例数×100%^[8]。

②测定治疗前、治疗后两组肿瘤标志物水平:取静脉血5ml作为样本,以3000r/min离心10min,分离血清待测,采用全自动生化分析仪检测,双抗体夹心酶联免疫吸附法测定CEA(癌胚抗原)。

③观察不良反应发生情况:粒细胞减少、白细胞减少、血小板减少、肝功能异常、消化道反应、疲乏、皮疹、甲状腺功能减退症、免疫相关性心肌炎、免疫相关性肺炎等。

1.4 统计学处理

使用SPSS 22.0版本软件进行此研究,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示。计数资料以 χ^2 检验用[n(%)]表示, $P<0.05$ 时代表具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

分析表1可知,观察组治疗总有效率为62.50%,显著高于对照组25.00% ($P<0.05$)。

表1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	完全缓解 CR	部分缓解 PR	稳定 SD	进展 PD	治疗总有效率
观察组	16	3 (18.75)	7 (43.75)	4 (25.00)	2 (12.50)	10(62.50)
对照组	16	1 (6.25)	3 (18.75)	7 (43.75)	5 (31.25)	4 (25.00)
χ^2	--	--	--	--	--	4.571

P -- -- -- -- 0.032

2.2 两组肿瘤标志物水平比较

分析表 2 可知, 治疗前两组 CEA 比较无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 两组 CEA 水平显著降低, 观察组各肿瘤标志物水平显著低于对照组 ($P<0.05$)。

表 2 两组肿瘤标志物水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CEA (ng/ml)			
		治疗前	治疗后		

表 4 两组不良反应发生率比较[n (%)]

组别	例数	粒细胞减少	白细胞减少	血小板减少	肝功能异常	消化道反应	疲乏	皮疹	甲状腺功能减退症	免疫相关心悸、炎	免疫相关性肺炎
观察组	16	12 (75.00)	10 (62.50)	10 (62.50)	8 (50.00)	14 (87.50)	11 (68.75)	9 (56.25)	2 (12.50)	0 (0.00)	1 (0.06)
对照组	16	11 (68.75)	11 (68.75)	9 (56.25)	9 (56.25)	13 (81.25)	8 (50.00)	7 (43.75)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
χ^2	--	0.154	0.138	0.129	0.125	0.237	0.507	0.500	2.133	0	1.032
P	--	0.694	0.709	0.718	0.723	0.626	0.476	0.479	0.144	0	0.310

3 讨论

肺癌属于最常见的肺部原发性恶性肿瘤, 是起源于气管、支气管黏膜或腺体的恶性肿瘤, 可依据组织病理学分为小细胞肺癌和非小细胞肺癌^[9]。目前鳞癌采取紫杉醇联合铂剂, 腺癌采取培美曲塞二钠联合铂剂, 但是化疗对于晚期肺癌的治疗出现瓶颈, 生存期延长不多。免疫治疗的出现为这些病患带来曙光^[10]。而作为一种新型的治疗模式, 在细胞毒性化疗药物的基础上加 PD-1 抑制剂替雷利珠单抗, 能恢复机体的抗肿瘤免疫力, 使免疫细胞对肿瘤细胞进行杀伤^[7]。

RATIONALE-304 研究是一项在中国人群中开展的替雷利珠单抗联合培美曲塞 / 铂类对比单纯培美曲塞 / 铂类一线治疗非鳞 NSCLC 的关键 III 期临床研究^[11]。结果显示, 替雷利珠单抗联合化疗, 延长 IIIB/IV 期 NSCLC 患者中位 PFS (9.7 个月 vs 7.6 个月, HR=0.645, 95%CI: 0.462~0.902, P=0.004 4) 并且具有更高的 ORR 和更长的 DOR, 替雷利珠单抗联合化疗组的 ORR 达 57% (95%CI : 50.6~64.0), 中位 DOR 达 8.5 个月 (95%CI : 6.80~10.58)。替雷利珠单抗联合化疗安全性可控, 较单纯化疗未增加毒性, 且没有发现新的安全性信号^[5]。本研究治疗后, 两组 CEA 水平显著降低, 观察组 CEA 水平显著低于对照组, 而观察组治疗疗效总有效率为 62.50%, 显著高于对照组 25.00%, 与范仁亮^[10]结果“免疫联合化疗组的疾病控制率 84.44% 高于单纯化疗组 53.33%”相近, 证实替雷利珠单抗可提高有效率。

免疫治疗的不良反应与传统的靶向治疗、化学治疗等引起的不良反应有很多不相同^[9], 如: 甲状腺功能减退、免疫相关性心肌炎、免疫相关性间质性肺炎等严重并发症需要临床中高度重视。观察组 16 例替雷利珠单抗联合化疗组, 主要不良反应为脱发、恶心、呕吐、皮疹、乏力、骨髓抑制, 与单纯化疗组相当, 出现这些反应主要为化疗的不良反应。而两组不良反应发生率比较无统计学意义, 证实替雷利珠单抗辅助化疗可进一步提高治疗效果, 控制病情进展, 而且联合用药安全性高。

本次研究尚存在不足, 如纳入样本量小、监测时间短等, 可能与他人研究结果存在争议, 需进一步扩大研究范围验证。

综上所述, 替雷利珠单抗治疗晚期非小细胞肺癌的效果较好, 有效抑制肿瘤标志物, 改善机体免疫功能, 而且不会增加不良反应, 安全性高,

观察组	16	12.25±1.35	5.05±0.46*
对照组	16	12.42±1.38	8.19±0.84*
t	--	0.352	13.114
P	--	0.727	0.000

注: *为与治疗前比较差异显著, $P<0.05$ 。下同。

2.3 两组不良反应发生率比较

分析表 4 可知, 两组不良反应发生率比较无统计学意义 ($P>0.05$)。

值得推广。

参考文献:

[1]Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015[J]. CA A Cancer J Clin, 2015, 65(1): 5-29.

[2]Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209-249.

[3]Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global cancer observatory: Cancer today[EB/OL]. (2018-12-01)[2021-12-30]. <https://gco.iarc.fr/today>.

[4]赖建国, 廖宁. 2020 年乳腺癌精准治疗里程碑式前进: 2020 年乳腺癌临床研究进展[J]. 循证医学, 2021, 21(1): 50-53.

[5]仲佳. 《CSCO 非小细胞肺癌诊疗指南 2021》更新要点解读[J]. 实用肿瘤杂志, 2022, 37(1): 8-15. DOI:10.13267/j.cnki.syzlzz.2022.002.

[6]Lee H T, Lee S H, Heo Y S. Molecular interactions of antibody drugs targeting PD-1, PD-L1, and CTLA4 in immune-oncology[J]. Molecules, 2019, 24(6): 1190.

[7]邵楚楚, 王婉莹, 任胜祥. CSCO 非小细胞肺癌诊疗指南(2021 版)解读[J]. 同济大学学报(医学版), 2022, 43(1): 1-9.

[8]梁云. 表皮生长因子受体抑制剂联合培美曲塞二钠、顺铂对晚期肺癌患者疾病控制率及血清肿瘤标志物水平的影响[J]. 智慧健康, 2020, 6(19): 106-107, 110.

[9]方兆珺, 王鲁梅, 李俊杰. 晚期肺癌患者应用 PD-1 抑制剂致银屑病样药疹一例并文献复习[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2022, 38(3): 161-163.

[10]范仁亮. 替雷利珠单抗联合培美曲塞二钠及顺铂在晚期基因野生型肺腺癌治疗中的临床疗效及不良反应分析[J]. 海峡药, 2021, 33(11): 136-140

[11]Lu S, Yu Y, Yu X, et al. Tislelizumab plus chemotherapy versus chemotherapy alone as first-line treatment for locally advanced/metastatic non-squamous NSCLC[J]. Lugano; European Society of Medical Oncology, 2020.

硫酸锌联合硫酸镁、硫酸沙丁胺醇治疗小儿哮喘的临床研究

杨露露 刘辉 朱红勇

瑞金市人民医院儿科 江西瑞金 342500

摘要:目的 探讨硫酸锌联合硫酸镁、硫酸沙丁胺醇治疗小儿哮喘对免疫功能、炎症因子的影响。方法 选择2021年3月至2022年4月期间我院儿科收治的哮喘患儿开展研究,病例数为68例。根据治疗手段的差异性,分成实验组(34例)与对照组(34例)。比较治疗前、治疗7d后患儿的免疫功能[免疫球蛋白-E (IgE)、Th17及调节性T细胞(Treg)]、炎症因子[白细胞介素-2(IL-2)、IL-17、 γ 干扰素(IFN- γ)]、通气功能[静息分钟通气量(MV)、肺泡通气量(VA)、呼吸频率(RR)]与不良反应。结果 治疗7d,实验组和对照组IgE、Th17、IL-17、RR均下降,实验组更低,差异有统计学意义($P < 0.05$);实验组和对照组Treg、IL-2、IFN- γ 、MV、VA均上升,实验组更高,差异有统计学意义($P < 0.05$);在不良反应方面,实验组(14.70%)与对照组(8.82%)相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 小儿哮喘应用硫酸锌联合硫酸镁、硫酸沙丁胺醇治疗,可增强机体免疫功能,降低炎症因子水平,改善肺的通气功能,且不会加大不良反应风险,安全有效。

关键词: 小儿哮喘;硫酸锌;硫酸镁;硫酸沙丁胺醇;免疫功能;炎症因子

引言

小儿哮喘(Pediatric asthma)在中国大陆的发病率约有2%~5%,且呈现递增趋势^[1]。小儿哮喘以呼吸困难、咳嗽、胸闷为典型症状,若不及时施治,疾病进展可能引起气胸、肺气肿等疾病,严重者可并发心力衰竭,危及小儿生命^[2]。药物治疗是小儿哮喘的主要手段。沙丁胺醇是小儿哮喘的常用药,属于支气管扩张剂,对由支气管痉挛引起的各种类型的支气管疾病均有良好疗效^[3]。硫酸镁含有镁离子,可营养心肌细胞,抑制中枢神经功能,减轻咳嗽症状。硫酸锌的主要作用为补锌,而锌为机体生长发育、免疫调节的必需物质,针对哮喘小儿补锌可提高其免疫力,为哮喘症状改善创造条件^[4]。但既往关于硫酸锌在小儿哮喘中的机制研究较少。故本文探讨硫酸锌联合硫酸镁、硫酸沙丁胺醇治疗小儿哮喘对免疫功能、炎症因子的影响。现报告如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择2021年3月至2022年4月期间我院儿科收治的哮喘患儿开展研究,病例数为68例。根据治疗手段的差异性,分成实验组(34例)与对照组(34例)。对照组中男女患儿各16例、18例,年龄2~14岁,平均(7.16±2.14)岁。病程8个月~4年,平均(1.84±0.73)年。疾病类别:外源性哮喘20例,内源性哮喘14例。临床分期:急性发作期8例,慢性持续期16例,临床缓解期10例。实验组中男女患儿各19例、15例,年龄1~13岁,平均(6.96±2.11)岁。病程3个月~4.3年,平均(1.88±0.77)年。疾病类别:外源性哮喘19例,内源性哮喘15例。临床分期:急性发作期9例,慢性持续期15例,临床缓解期10例。两组患儿疾病分期、类别等信息相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

纳入标准: (1)经肺部X线结合体征检查,符合哮喘的相关诊断标准^[5]; (2)年龄≤14岁; (3)家属知情治疗方案及治疗风险,签署同意书; (4)医学伦理委员会书面同意。

排除标准: (1)排除肺部严重感染或恶性病变者; (2)排除心肺等发育畸形者; (3)排除药物过敏者; (4)排除近期已服用过支气管扩张药物且无效者。

1.2 方法

对照组: 应用硫酸镁注射液(杭州民生药业股份有限公司; 国药准字

H33021916; 10ml:2.5g)+吸入用硫酸沙丁胺醇溶液(浙江福瑞喜药业有限公司; 国药准字H20213118; 2.5ml:5mg)治疗。用药方式:硫酸镁注射液按体重给药,将0.05g/kg本品与5%葡萄糖溶液混匀,经静脉缓慢滴注,1天1次。吸入用硫酸沙丁胺醇溶液治疗,将2.5mg溶于2.5mL 0.9%氯化钠注射液进行雾化吸入治疗,一天2次。连续治疗7天。

实验组: 应用硫酸锌口服液(河北康芝制药有限公司; 国药准字H20058506; 100ml:0.2g)+硫酸镁+硫酸沙丁胺醇治疗。硫酸镁和硫酸沙丁胺醇的用药方式见对照组。硫酸锌片用药方式:根据年龄给药,1~10岁,一次10ml,一日2次; >10岁,一次10ml,一日3次。连续治疗7天。

1.3 评价指标

1.3.1 免疫功能。治疗前、治疗7d后,在清晨小儿进食前抽取静脉血共计4mL,经离心(2500r/min, 10min)后取血清并使用流式细胞仪(型号:NovoCyte D2040R; 厂家:安捷伦生物有限公司)测定患儿的免疫球蛋白-E (IgE)、Th17及调节性T细胞(Treg)。

1.3.2 炎症因子。治疗前、治疗7d后,使用1.3.1项冷藏血清,全自动生化分析仪(型号:Atellia IM 1600; 厂家:美国西门子医学诊断股份有限公司)测定患儿的白细胞介素-2(IL-2)、IL-17、 γ 干扰素(IFN- γ)。方法为ELISA法。

1.3.3 通气功能。治疗前、治疗7d后,使用肺功能检测仪(型号:BH-AX-MAPG; 厂家:广州红象医疗科技有限公司)测定患儿的静息分钟通气量(MV)、肺泡通气量(VA)。记录呼吸频率(RR)。

1.3.4 不良反应。比较患儿恶心呕吐、便秘、发热的发生情况。

1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0统计分析软件,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用t检验;计数资料以率表示,两组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿免疫功能对比 治疗7d,实验组和对照组IgE、Th17均下降,实验组更低,差异有统计学意义($P < 0.05$);实验组和对照组Treg均上升,实验组更高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患儿免疫功能对比($\bar{x} \pm s$)

组别	IgE (ng/L)		Th17 (%)		Treg (%)	
	治疗前	治疗7d	治疗前	治疗7d	治疗前	治疗7d
实验组(n=34)	254.32±27.12	132.57±18.29	2.75±0.59	1.01±0.27	1.72±0.63	4.71±1.08
对照组(n=34)	256.83±24.91	193.16±16.48	2.81±0.53	1.45±0.43	1.75±0.59	3.24±1.15
t	0.397	14.350	0.441	5.053	0.202	5.433
P	0.692	0.000	0.661	0.000	0.840	0.000

2.2 两组患儿炎症因子对比 治疗7d,实验组和对照组IL-2、IFN- γ 均上升,实验组更高,差异有统计学意义($P < 0.05$);实验组和对照组IL-17

均下降,实验组更低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表 2 两组患儿炎症因子对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	IL-2 (umol/L)		IL-17 (pg/mL)		IFN- γ (ng/L)	
	治疗前	治疗 7d	治前	治疗 7d	治疗前	治疗 7d
实验组 (n=34)	45.59 $\pm$ 5.75	56.12 $\pm$ 5.81	88.74 $\pm$ 7.53	45.26 $\pm$ 4.07	137.85 $\pm$ 18.64	238.12 $\pm$ 25.12
对照组 (n=34)	45.83 $\pm$ 5.35	51.66 $\pm$ 7.04	88.81 $\pm$ 7.59	49.59 $\pm$ 4.37	138.19 $\pm$ 19.07	185.79 $\pm$ 22.34
t	0.178	2.849	0.038	4.228	0.074	9.077
P	0.859	0.006	0.970	0.000	0.941	0.000

2.3 两组患儿通气功能对比 治疗 7d, 实验组和对照组 MV、VA 均下降, 实验组更低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。
上升, 实验组更高, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 实验组和对照组 RR

表 3 两组患儿通气功能对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	MV (L/min)		VA (L/min)		RR (次/min)	
	治疗前	治疗 7d	治疗前	治疗 7d	治疗前	治疗 7d
实验组 (n=34)	2.03 $\pm$ 0.27	6.11 $\pm$ 0.36	1.85 $\pm$ 0.22	5.12 $\pm$ 0.35	39.86 $\pm$ 4.02	15.11 $\pm$ 2.13
对照组 (n=34)	2.05 $\pm$ 0.23	5.07 $\pm$ 0.29	1.78 $\pm$ 0.25	4.03 $\pm$ 0.31	40.14 $\pm$ 3.89	22.48 $\pm$ 2.54
t	0.329	13.118	1.225	13.594	0.29	12.964
P	0.743	0.000	0.225	0.000	0.771	0.000

2.4 两组患儿不良反应对比 在不良反应方面, 实验组 (14.70%) 与对照组 (8.82%) 相比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 4。

表 4 两组患儿不良反应对比[n(%)]

组别	恶心呕吐	便秘	发热	不良反应发生率 (%)
实验组 (n=34)	2 (5.88)	2 (5.88)	1 (2.94)	5 (14.70)
对照组 (n=34)	1 (2.94)	1 (2.94)	1 (2.94)	3 (8.82)
χ^2				0.567
P				0.451

3 讨论

小儿的免疫防御机制尚未完全建立, 当气管黏膜受到外界刺激时, 极易出现变态反应, 表现为哮喘相关症状^[6]。而随着临床医学的发展, 有研究发现锌元素在小儿免疫机制建立过程中发挥了重要作用。当小儿体内锌元素缺失时, 可能限制胸腺的发育, 而胸腺是调节机体内部微环境稳态、生成 T 淋巴细胞、平衡内分泌功能的重要腺体^[7]。因此, 缺锌可能引起小儿免疫功能弱化, 加重哮喘症状。IgE 是机体重要的免疫抗体, 在健康人体中含量较少, 当免疫系统紊乱时, IgE 浓度升高^[8]。Th17 是新发现的 T 淋巴细胞亚群属, 它的作用主要体现在机体防御方面。Th17 升高可促进 IL-17 大量分泌, 发挥促炎效应, 并维持炎症因子的活化状态^[9]。Treg 是控制机体免疫反应性的细胞亚群, 在免疫性疾病或炎症感染性疾病中 Treg 异常表达^[10]。在本研究中, 治疗 7d, 实验组 IgE、Th17 比对照组低, Treg 比对照组高。提示硫酸锌联合硫酸镁、硫酸沙丁胺醇可改善哮喘小儿的免疫功能。分析原因, 沙丁胺醇使用后可与支气管上的 β_2 受体结合, 放松痉挛的支气管平滑肌, 发挥扩张支气管的作用。硫酸镁可刺激呼吸道黏膜, 反射性刺激支气管平滑肌松弛, 加强支气管内的纤毛运动, 利于痰液排出, 改善呼吸道的通气状态^[11]。在此基础上, 额外补充硫酸锌, 可增强巨噬细胞的吞噬功能, 刺激免疫调节细胞 T 淋巴细胞分泌, 加速免疫机制的建立, 减轻支气管的变态反应^[12]。在本研究中, 治疗 7d, 实验组 IL-2、IFN- γ 比对照组高, IL-17 比对照组低。与既往研究^[13]类似。表明硫酸锌联合硫酸镁、硫酸沙丁胺醇可降低哮喘小儿的炎症反应。原因考虑与联合用药可增强机体免疫系统功能, 阻止炎症因子释放有关^[14]。

肺是重要的呼吸器官, 哮喘可累及肺部功能, 而肺部功能受损可进一步加重哮喘症状, 如此形成恶性循环, 疾病久治不愈^[15]。在本研究中, 治疗 7d, 实验组 MV、VA 比对照组高, RR 比对照组低。提示硫酸锌联合硫酸镁、硫酸沙丁胺醇可改善哮喘小儿肺部的通气功能, 其原因可能与联合用药可减轻支气管平滑肌的痉挛状态, 扩张支气管并抑制促炎因子释放, 改善支气管黏膜的通气功能, 从而利于氧气吸入, 有效改善肺部的血气供应和肺部毛细血管微循环状态, 降低动脉压力, 进而从整体改善肺部的通气功能^[16-17]。

综上所述, 小儿哮喘应用硫酸锌联合硫酸镁、硫酸沙丁胺醇治疗, 可增强机体免疫功能, 降低炎症因子水平, 改善肺的通气功能, 且不会加大不良反应风险, 安全有效。

参考文献:

[1]王导新,熊伟,王勤,等.《中国支气管哮喘防治指南(2020 年版)》评述[J]. 西部医学,2022,34(1):1-4.

[2]韩鹏,申昆玲. 欧洲过敏和临床免疫学会重症哮喘生物制剂治疗指南解读[J]. 中华实用儿科临床杂志,2021,36(12):891-896.

[3]刘琳观,闫军,胡玲,等. 硫酸镁静脉注射联合沙丁胺醇对重度哮喘患儿肺功能及 Th1/Th2 细胞因子的影响[J]. 川北医学院学报,2022,37(1):43-46.

[4]Pitrez PM, de Souza RG, Roncada C.Impact of omalizumab in children from a middle-income country with severe therapy-resistant asthma: A real-life study[J].Pediatr Pulmonol, 2017,52(11):1408-1413.

[5]梁蓉蓉,黄花荣. 2021 年《ERS 临床实践指南:5~16 岁儿童哮喘的诊断》解读[J]. 新医学,2021,52(8):557-561.

[6]祝毓斌. 硫酸镁联合硫酸沙丁胺醇雾化治疗小儿支气管哮喘的临床价值[J]. 检验医学与临床,2017,14(13):1962-1964.

[7]张小裔. 孟鲁司特钠片+硫酸镁注射液对支气管哮喘患者肺功能的影响分析[J]. 罕少疾病杂志,2019,26(3):49-51.

[8]陈倩. 沙丁胺醇、异丙托溴铵联合硫酸镁治疗儿童支气管哮喘急性发作疗效观察[J]. 儿科药学杂志,2020,26(7):31-34.

[9]翁蔚琪,谢文龙,胡文辉. 硫酸镁联合硫酸沙丁胺醇治疗小儿中-重度支气管哮喘急性发作的疗效[J]. 中华全科医学,2018,16(9):1479-1482.

[10]李昌崇,朱丽丽. 儿童支气管哮喘急性发作期治疗进展——各国支气管哮喘防治指南比较[J]. 中华实用儿科临床杂志,2017,32(16):1209-1214.

[11]范芳,汤丽萍,牛焕红,等. 儿童反复呼吸道感染影响因素分析[J]. 检验医学与临床,2021,18(4):469-472.

[12]郑文博,杨茹. 维生素 D 联合锌硒宝治疗对 RRTI 患儿体内微量元素、免疫功能及炎症反应的影响[J]. 海南医学,2020,31(19):2503-2506.

[13]Milger K, Schroeder I, Behr J, et al. Omalizumab Rescue Therapy for Refractory Status Asthmaticus[J]. Ann Intern Med, 2019,170(5):351-352.

[14]贺巧峰,葛雯雯,苏乐. 血锌缺乏对咳嗽变异性哮喘患儿肺功能、气道炎症和临床疗效的影响[J]. 中国儿童保健杂志,2019,27(3):333-336.

[15]胡文会,刘志强,胡田勇,等. 锌指蛋白 A20 在气道过敏性疾病中的作用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2018,32(20):1599-1602.

[16]赵惯军,贾耀丽,张惠霞. 沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入对小儿支气管哮喘气道重塑和炎症反应的影响[J]. 罕少疾病杂志,2022,29(3):41-43.

[17]傅顺金. 硫酸镁与沙丁胺醇联合雾化吸入治疗重度支气管哮喘急性发作患者的疗效[J]. 中国生化药物杂志,2017,37(11):58-59.

项目基金: 江西省赣州市指导性科技计划项目
项目编号: GZ2021ZSF725

贝那普利、前列地尔联合治疗高血压效果观察

殷少磊

山东省龙口市芦头镇卫生院 山东省龙口市 265704

摘要：目的：本文针对高血压患者接受联合药物（贝那普利、前列地尔）治疗后的实际效果。方法：任意选择已确诊的 100 例高血压患者参与研究，所有对象均在 2020 年 12 月-2021 年 12 月期间入院治疗，依照数字表达法分成 2 组，对照组 50 例对象应用单药治疗（贝那普利），观察组 50 例对象应用联合治疗（贝那普利、前列地尔），就以下指标予以评定：（1）临床疗效水平；（2）血压变化值；（3）炎症因子水平；（4）抗氧化指标；（5）药物副作用。结果：（1）对照组临床疗效水平 78.0%高于观察组临床疗效水平 94.0%，组间疗效对比明显（ $P<0.05$ ）；（2）用药前，收缩压、舒张压均处于较高水平，无明显差异（ $P>0.05$ ）；用药后，观察组上述两项指标改善效果优于对照组，组间数据比较差异明显（ $P<0.05$ ）；（3）观察组 CRP、TNF- α 、IL-6 水平调节效果优于对照组，以上结果比较存在统计学意义（ $P<0.05$ ）；（4）从 MDA、SOD、GSH-Px 水平变化效果上看，观察组各项指标改善效果明显优于对照组，2 组差异明显有统计学意义（ $P<0.05$ ）；（5）观察组药物副作用发生率为 8.0%，对照组药物副作用发生率为 12.0%，治疗安全性无较大差异（ $P>0.05$ ）。结论：贝那普利联合前列地尔用于高血压治疗后的疗效非常显著，对于炎症因子、抗氧化指标的调节效果最大化体现，血压水平控制效果十分显著，且不会增加药物副作用，是一项值得推广应用。

关键词：高血压；贝那普利；前列地尔；血压水平；安全性；炎症因子

高血压疾病的产生与多项因素有关，如炎症因子介质、抗氧化反应、血管内皮功能障碍等都会增加疾病发生风险^[1]。目前，临床上已明确高血压属于终身代谢性疾病之一，尚未研发完全根治方法，只能通过药物控制，但是仅仅采用单一药物治疗的效果并不理想，容易造成病情复发^[2]。因此，越来越多医生推荐联合药物治疗方案，本文研究药物为贝那普利和前列地尔，前者是一种 ACEI 类药物，对血管功能修复、控制血压效果显著^[3]；后者主要用于微循环调节，可抑制血小板聚集，扩张血管的同时，减少炎症因子发生^[4]。将贝那普利联合前列地尔治疗高血压的效果在很大程度上提高，对多项指标均能够起到理想调节效果^[5]。本次研究开展于 2020 年 12 月-2021 年 12 月期间，针对联合药物方案在高血压中的实际效果进行分析。报告整理如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

任意选择已确诊的 100 例高血压患者参与研究，所有对象均在 2020 年 12 月-2021 年 12 月期间入院治疗，依照数字表达法分成 2 组，对照组 50 例对象应用单药治疗，观察组 50 例对象应用联合治疗。

对照组：年龄最小患者 38 岁、年龄最大患者 75 岁，平均计算值（ 59.6 ± 2.7 ）岁，男性共计 30 例、女性共计 20 例，病程处于 2-14 年，平均病程（ 5.3 ± 0.6 ）年。

观察组：年龄最小患者 36 岁、年龄最大患者 77 岁，平均计算值（ 60.4 ± 2.5 ）岁，男性共计 27 例、女性共计 23 例，病程处于 2-15 年，平均病程（ 6.2 ± 0.4 ）年。

两组高血压患者的年龄、病程等基线资料经检验存在统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 治疗方法

给予对照组 50 例高血压患者接受单药方案展开治疗，具体过程如下：选择北京诺华制药有限公司生产的贝那普利进行治疗，批准文号：H20030514，规格：10mg*14 片，每次服用药物剂量为 5mg，每天服用次数为 1 次。当收缩压处于 120-140mmHg 范围内、舒张压处于 80-90mmHg 范围内，则维持服药剂量，若不在该范围内，则可以适当提高药物剂量。治疗周期为 1 个月。

给予观察组 50 例高血压患者接受联合用药方案展开治疗，具体过程如下：选用西安立邦制药有限公司生产的前列地尔进行治疗，批准文号：H20103100，规格：2ml：10 μ g，在 10ml 浓度 0.9%氯化钠溶液中加入 2ml 前列地尔注射液，混合均匀后，静脉滴注，每天进行 1 次；选择北京诺华制药有限公司生产的贝那普利进行治疗，批准文号：H20030514，规格：10mg*14 片，每次服用药物剂量为 5mg，每天服用次数为 1 次。当收缩压

处于 120-140mmHg 范围内、舒张压处于 80-90mmHg 范围内，则维持服药剂量，若不在该范围内，则可以适当提高药物剂量。治疗周期为 1 个月。

1.3 效果观察

1.3.1 临床疗效水平^[6]：血压水平 $\leq 140/90$ mmHg，不良症状基本消失，评估为疗效显著；血压水平 $\leq 100/85$ mmHg，不良症状有所好转，评估为治疗有效；未达到以上标准，评估值治疗无效。

1.3.2 在用药前、用药后分别检测收缩压、舒张压变化并进行对比。

1.3.3 通过酶联免疫吸附试验法对炎症因子水平进行评估，其中指标包括：CRP（C 反应蛋白）、TNF- α （肿瘤坏死因子- α ）、IL-6（白细胞介素-6）^[7]。

1.3.4 抗氧化指标：通过免疫放射法以下指标进行检测 MDA-丙二醛、SOD-超氧化物歧化酶、GSH-Px-谷胱甘肽过氧化物酶^[8]。

1.3.5 观察药物副作用发生情况，症状包括：头晕、头痛、便秘^[9]。

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（ $\bar{x}\pm s$ ），计算资料采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2、结果

2.1 两组高血压患者的临床疗效水平对比

经医护人员对疗效予以评估，对照组临床疗效水平 78.0%高于观察组临床疗效水平 94.0%，组间疗效对比明显（ $P<0.05$ ）。结果数据如表 1：

表 1 两组高血压患者的临床疗效水平对比

组别	疗效显著	治疗有效	治疗无效	总有效率
观察组 (n=50)	24 (48.0)	23 (46.0)	3 (6.0)	47 (94.0)
对照组 (n=50)	19 (38.0)	20 (40.0)	11 (22.0)	39 (78.0)
χ^2				5.3621
P				<0.05

2.2 两组高血压患者的血压水平变化值对比

用药前，收缩压、舒张压均处于较高水平，无明显差异（ $P>0.05$ ）；用药后，观察组上述两项指标改善效果优于对照组，组间数据比较差异明显（ $P<0.05$ ）。结果数据如表 2：

表 2 两组高血压患者的血压水平变化值对比

组别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
----	------------	------------

观察组 (n=50)	治疗前	157.48±19.65	102.54±10.36
	治疗后	138.52±18.95	93.26±10.41
对照组 (n=50)	治疗前	157.46±19.35	102.76±10.45
	治疗后	120.39±17.59	84.05±9.65

2.3 两组高血压患者的炎症因子水平对比

收集检测结果并比较, 观察组 CRP、TNF- α 、IL-6 水平调节效果优于对照组, 以上结果比较存在统计学意义 ($P<0.05$)。结果数据如表 3:

表 3 两组高血压患者的炎症因子水平对比

组别		CRP (mg/L)	TNF- α (ng/L)	IL-6 (ng/L)
观察组 (n=50)	治疗前	12.42±3.54	14.62±3.82	156.48±26.43
	治疗后	6.39±1.46	7.11±1.65	89.41±18.52
对照组 (n=50)	治疗前	12.46±3.68	14.54±3.92	156.51±25.92
	治疗后	8.79±1.71	10.16±2.62	111.16±22.16

2.4 两组高血压患者的内皮指标水平对比

从 MDA、SOD、GSH-Px 水平变化效果上看, 观察组各项指标改善效果明显优于对照组, 2 组差异明显有统计学意义 ($P<0.05$)。结果数据如表 4:

表 4 两组高血压患者的内皮指标水平对比

组别		MDA (mmol/ml)	SOD (U/ml)	GSH-Px (μ L)
观察组 (n=50)	治疗前	20.42±2.65	41.75±6.32	56.37±6.53
	治疗后	12.61±1.39	77.18±8.62	99.42±9.75
对照组 (n=50)	治疗前	20.46±2.54	41.51±6.58	56.48±6.74
	治疗后	17.19±1.52	58.76±7.62	78.57±9.42

2.5 两组高血压患者的治疗安全性对比

经医护人员统计结果上看, 观察组药物副作用发生率为 8.0%, 对照组药物副作用发生率为 12.0%, 治疗安全性无较大差异 ($P>0.05$)。结果数据如表 5:

表 5 两组高血压患者的治疗安全性对比

组别	头晕	头痛	便秘	总发生率
观察组 (n=50)	1 (2.0)	1 (2.0)	2 (4.0)	4 (8.0)
对照组 (n=50)	2 (4.0)	2 (4.0)	2 (4.0)	6 (12.0)
X ²				0.4444
P				>0.05

3、讨论

从已有研究上看, 大多数高血压患者都伴有不同程度冠脉粥样硬化和机体氧化应激反应, 病情发展过程中, 由于微循环障碍会导致氧化应激反应持续加重, 一般通过 SOD、MDA、GSH-Px 指标对高血压患者抗氧化能力进行评估^[10-11]。高血压患者若不及时进行治疗, 一旦激活炎症系统, 则会导致血管收缩增强、细胞中钙离子浓度升高, 血流状态会受到较大影响^[12]。以往, 临床经常选用贝那普利单药治疗, 该药物是血管紧张素转换酶抑制剂的一种, 对血管内皮指标的调节效果十分显著, 可减少机体炎症因子水平, 充分发挥出保护血管功能的作用, 但是仅仅使用贝那普利无法调节微循环, 这也导致单药治疗的远期疗效不理想^[13-14]。所以说本次研究在贝那普利的基础上联合前列地尔进行治疗, 前列地尔的主要作用是抑制氧化应激反应, 调节心脑血管血流状态的同时, 调节微循环, 前列地尔的使用

可以避免单核巨噬细胞系统激活, 从根源上降低炎症因子的产生, 修复血管内皮损伤, 扩张血管的同时, 达到良好降低血压的效果^[15-16]。通过本次研究结果上看, 对照组临床疗效水平 78.0%高于观察组临床疗效水平 94.0%; 观察组血压水平改善效果优于对照组; 观察组 CRP、TNF- α 、IL-6 水平调节效果优于对照组; 从 MDA、SOD、GSH-Px 水平变化效果上看, 观察组各项指标改善效果明显优于对照组; 观察组药物副作用发生率为 8.0%, 对照组药物副作用发生率为 12.0%。由此充分证明了贝那普利与前列地尔联合治疗的良好效果, 对血压控制效果非常理想, 最大化发挥出协同作用^[17]。

综上所述, 贝那普利联合前列地尔用于高血压治疗后的疗效非常显著, 对于炎症因子、抗氧化指标的调节效果最大化体现, 血压水平控制效果十分显著, 且不会增加药物副作用, 是一项值得推广应用。

参考文献:

[1]李鹤,李洪伟,王凤英,张宇飞.补阳还五汤联合贝那普利对高血压合并脑梗死患者血流动力学、IL-6、TNF- α 的影响[J].实用中医内科杂志,2022,36(11):86-89.

[2]程航,杨向东,李帆,谢玲.吡达帕胺联合贝那普利对 2 级原发性高血压患者血管内皮功能及心血管活性肽 Salusins 水平的影响[J].中国药业,2022,31(11):86-89.

[3]杨小燕,郭建丽,牛天福.地菊平肝胶囊联合盐酸贝那普利治疗高血压病早期肾损伤的临床观察[J].中国民间疗法,2022,30(10):76-78.

[4]张贻新,周军怀,褚雪菲,王恩行,云冰,付贤自.自拟理气化痰通脉汤加减联合贝那普利片治疗高血压合并心力衰竭的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(09):1634-1637.

[5]吴春花.高血压合并心力衰竭采用贝那普利及美托洛尔的疗效评价[J].智慧健康,2022,8(12):76-78.

[6]蔡艺峰.贝那普利联合硝苯地平控释片治疗高血压对血清 RAAS 指标的影响[J].心血管病防治知识,2022,12(12):4-6.

[7]吕祖胤.阿托伐他汀钙片联合贝那普利治疗高血压合并冠心病的临床效果[J].临床合理用药杂志,2022,15(11):55-57.

[8]黄志凡.赖诺普利与贝那普利对急性脑梗死并高血压降压效果及血 Hcy 水平的影响[J].心血管病防治知识,2022,12(10):17-19.

[9]费艳丽.美托洛尔与氨氯地平分别联合贝那普利治疗原发性高血压的对比研究[J].当代医学,2022,28(09):129-130.

[10]于向志.观察贝那普利配合酒石酸美托洛尔治疗老年原发性高血压合并心力衰竭的临床效果[J].智慧健康,2022,8(07):92-94+104.

[11]王建,姜传学,李振军,李庆士,朱井俊,李龙海,孙静静.短时间应用前列地尔联合贝那普利对早期糖尿病肾病患者尿蛋白的影响及治疗效果观察[J].临床误诊误治,2020,33(10):35-40.

[12]张敏睿.对糖尿病肾病蛋白尿患者采取前列地尔联合贝那普利治疗的临床效果分析[J].中国医药指南,2020,18(09):17-18.

[13]余茜,李院林.前列地尔联合贝那普利对糖尿病肾病患者蛋白尿的影响分析[J].中国处方药,2019,17(07):108-109.

[14]朱晓春,王瑜兰,谈巧玲,沈瀚彬,甄体丽.贝那普利联合前列地尔治疗对高血压患者抗氧化炎症性及内皮指标的影响[J].中国药物与临床,2018,18(12):2187-2189.

[15]董晶晶,夏丽萍,董艳飞.前列地尔联合贝那普利治疗糖尿病肾病患者效果及对蛋白尿的影响[J].临床合理用药杂志,2017,10(35):68-69.

[16]曹沛莲,高家彦,陆壁,谭惠丰.前列地尔联合贝那普利治疗糖尿病肾病蛋白尿的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2017,21(21):175-177.

[17]刘海燕,王甲,刘勃,王捷.前列地尔联合贝那普利对老年高血压肾损害患者血压和肾功能的改善作用[J].中国老年学杂志,2017,37(03):585-586.

不同翻身时间对老年髌部骨折患者睡眠质量及生活质量的影响

于宁 闫瑞英 吴艳春 阴峻岭 王青

邢台市第五医院 河北邢台 054000

摘要:目的:观察采用不同翻身时间对老年髌部骨折患者睡眠质量及生活质量的影响。方法:选择2020年1月-2021年12月邢台市第五医院骨科老年髌部骨折后至手术前患者120例。患者随机分为四组,每组各30例。所有患者均使用电动透气式褥疮防治床垫+拜尔坦泡沫敷料,其中A组患者采用Q2h进行翻身间隔;B组患者采用Q4h进行翻身间隔;C组患者采用Q5h进行翻身间隔;D组患者采用Q6h进行翻身间隔。比较四组患者通过不同翻身间隔时间后的睡眠质量(阿森斯失眠量表,AIS)及生活质量(生活质量量表,SF-36)。结果:四组干预后AIS得分比较,B组(翻身间隔时间为4小时)患者AIS量表中各项及总得分均较其他组评分低($P<0.05$)。干预后B组的生活质量各项评分明显高于其他三组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。结论:老年髌部骨折患者采用电动透气式褥疮防治床垫+拜尔坦泡沫敷料,应用Q2h、Q4h、Q5h、Q6h不同翻身间隔时间后,发现夜间Q4h翻身一次,可以有效改善患者睡眠,提升患者生活质量。

关键词:翻身时间;髌部骨折,老年;睡眠质量;生活质量

随着社会老龄的加剧,各个国家均面临着越来越多的老年相关的问题。在我国,同样如此,具有文献报道,在2021年的第七次全国人口普查中,我国人口141178万人,其中,60岁及以上人口占18.7%,65岁及以上人口占13.5%,由以上数据可见,我国人口老龄化的趋势严重性^[1-2]。随着老年机能的减退,钙质的流失引发的骨折机率大大增加,尤其是髌部骨折,是老年人中常见的一类。当发生髌部骨折后,会导致老年人长期卧床,发生并发症,常见的包括压疮、肺部感染,以及血栓、尿路感染等^[3]。因此,定时的翻身,可以减少并发症的发生率。但是翻身间隔时间太短,又不利于患者骨折处的愈合,导致患者疼痛加剧,影响睡眠及生活质量的下降。本研究选择2020年1月-2021年12月邢台市第五医院骨科老年髌部骨折患者在骨折后至手术前,使用电动透气式褥疮防治床垫+拜尔坦泡沫敷料进行翻身,通过不同间隔时间的研究,观察对患者睡眠质量及生活质量的影响,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2020年1月-2021年12月邢台市第五医院骨科老年髌部骨折后至手术前患者120例。患者随机分为四组,A组、B组、C组、D组,每组各30例。其中A组男18例,女12例;年龄65~75岁,平均(70.18±6.32)岁;病程1~6d,平均(3.91±0.57)d;B组男16例,女14例;年龄65~73岁,平均(71.17±5.33)岁;病程1~7d,平均(3.81±0.47)d;C组男14例,女16例;年龄65~72岁,平均(69.17±6.02)岁;病程1~7d,平均(4.01±0.35)d;D组男17例,女13例;年龄65~74岁,平均(69.13±6.12)岁;病程1~6d,平均(3.97±0.36)d。四组患者性别、年龄、病程等临床资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 入选标准:①患者年龄均≥60岁;②骨折经影像学确诊,且Braden评分<16分;③患者自主翻身存在障碍;④意识清楚,且无语言障碍者;⑤患者或家属了解研究目的并自愿参与。排除标准:①患者有严重的心脑血管疾病后遗症者;②车祸导致其他严重部位受伤者;③有其他部位的骨折者。

1.3 方法 所有入选患者均采用循证护理。骨科护理人员根据髌部骨折后病人的翻身护理问题,在知网、万方等数据资料库查找以往类似患者护理中存在的问题及采取措施的文献,并进行总结制定符合本院本科室的翻身护理方法。本研究中使用电动透气式褥疮防治床垫(北京神鹿医疗器械有限公司,SL-S系列)、拜尔坦(泡沫敷料规格型号3420,12.5cm×12.5cm,包装数量10片,康乐保中国医疗用品有限公司)。其中A组患者采用Q2h进行翻身间隔;B组患者采用Q4h进行翻身间隔;C组患者采用Q5h进行

翻身间隔;D组患者采用Q6h进行翻身间隔。所有患者实施患侧30°-平卧位交替翻身,避免向健侧位翻身。询问患者翻身的舒适度和疼痛感,必要时矫正三角枕的位置。骶尾部、粗隆间等易受压部位使用拜尔坦泡沫敷料减压。

1.4 观察指标 ①睡眠质量:采用阿森斯失眠量表(AIS)评分标准,共含8个项目选项,包括入睡时间、夜间苏醒、早醒、总睡眠时间、总睡眠质量、白天情绪、白天身体功能及白天思睡,总分0~24分,分值越高表示睡眠越差,总分≥6分表示失眠。②生活质量:采用生活质量量表(SF-36)对患者干预后进行测定,共分四大方面,包括精神动力、心理承受能力、社会交往、家庭生活,各项分值越高代表患者生活质量越好。

1.5 统计学处理 数据采用spss 24.0进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用t检验,多组间比较采用方差分析;计数资料以率(%)表示,采用卡方检验。 $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预后睡眠质量比较 通过对老年髌部骨折患者采用不同的翻身间隔时间干预后,B组AIS得分比较,即翻身间隔时间的4小时的患者入睡时间、夜间苏醒、早醒、总睡眠时间、总睡眠质量、白天情绪、白天身体功能、白天思睡及总得分均较其他组的评分低,四组间的比较差异有统计学意义($P<0.05$),而其他三组相互比较无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1 两组干预后睡眠质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	A组 (n=30)	B组 (n=30)	C组 (n=30)	D组 (n=30)	F/P值
入睡时间	2.02±0.12	1.91±0.07	2.20±0.08	2.14±0.10	55.882/<0.001
夜间苏醒	0.99±0.07	0.83±0.04 ^a	0.98±0.05	0.98±0.03	71.515/<0.001
早醒	2.01±0.07	1.87±0.06 ^a	2.02±0.04	2.03±0.08	41.394/<0.001
总睡眠时间	1.00±0.09	0.88±0.07 ^a	1.02±0.05	1.02±0.06	28.482/<0.001
总睡眠质量	1.61±0.34	1.39±0.21 ^a	1.60±0.35	1.61±0.37	3.367/0.021

白天情绪	0.80±0.07	0.59±0.06 ^a	0.81±0.07	0.83±0.05	95.283/<0.001
白天思维	0.79±0.03	0.62±0.04 ^a	0.78±0.05	0.78±0.06	93.372/<0.001
白天身体功能	0.81±0.09	0.68±0.03 ^a	0.82±0.05	0.82±0.06	37.285/<0.001
总分	9.99±1.92	8.85±1.35 ^a	9.97±1.69	9.87±1.48	3.429/0.019

注：与其他三组比较，^a $P<0.05$

2.2 两组干预后生活质量比较 通过采用不同翻身间隔时间干预后，间隔4小时组的患者在生活质量各项评分明显高于其他三组，差异均具有统计学意义($P<0.05$)，而其他三组相互比较无统计学意义($P>0.05$)，见表2。

表2 两组干预后生活质量比较 (x±s, 分)

项目	A组 (n=30)	B组 (n=30)	C组 (n=30)	D组 (n=30)	F/P值
精神动力	32.54±2.37	39.61±3.01 ^a	31.57±2.47	33.87±2.31	59.575/<0.001
心理承受力	32.20±3.42	37.87±2.20 ^a	33.02±2.35	33.21±2.52	27.848/<0.001
社会交往	32.14±2.57	38.04±3.47 ^a	33.21±2.36	32.24±2.33	31.667/<0.001
家庭生活	31.12±3.34	38.31±2.90 ^a	31.00±2.45	32.75±2.20	46.626/<0.001

注：与其他三组比较，^a $P<0.05$

3 讨论

老年性髋部骨折是导致老年卧床并发生压疮、静脉血栓，以及肺部感染等各种并发症的常见原因，这些并发症的发生甚至会危及患者的生命安全。即使手术治疗后，患者仍需很长的一段时间来恢复，因此，给老年患者带来的痛苦非常大，影响患者的生活质量。为了减少该病并发症的发生，卧床期间的护理工作十分重要，如果护理得当，可促进患者康复。因此，本研究使用使用电动透气式褥疮防治床垫+拜尔坦泡沫敷料进行定时翻身，通过对不同翻身间隔时间的观察，比较对患者睡眠质量及生活质量的影响。

本研究结果显示，四组患者通过使用不同的翻身间隔时间，干预后的AIS得分比较中，B组，即翻身间隔时间为4小时的患者AIS量表中各项及总分均较其他组评分低($P<0.05$)，并且B组的生活质量各项评分明显高于其他三组，说明老年髋部骨折患者采用电动透气式褥疮防治床垫+拜尔坦泡沫敷料，在应用Q4h翻身间隔时间后，可以有效改善患者睡眠，

提升患者生活质量，以上结果与相关报道相似^[4-6]。

目前，在一些医院的临床护理当中，仍将卧床病人最佳翻身时间定为至少2h/次。但有研究发现，在对患者进行体位变换翻身时，频率的设定还要与病人的耐受程度、自主活动能力、皮肤状况、患者舒适度等多方因素相关，因此，患者翻身间隔时间需要个性化定制，而不是进行统一设定^[7-9]。另有一些研究发现，在使用减压床的前提下，3~4h翻身不会增加压力性损伤发生风险，且以成本效益角度考虑，4h翻身间隔效果最佳，此研究结果亦与本研究结果一致^[10-12]。而对过于频繁的翻身，会影响患者的休息状态，尤其是睡眠质量的下降。在本研究中，患者4h翻身间隔，可使患者的生活质量和睡眠质量得到大大提升，既降低了并发症的发生率，同时也使患者的主观舒适度得到提升，有利于患者病情的恢复。

综上所述，对于老年髋部骨折患者采用电动透气式褥疮防治床垫+拜尔坦泡沫敷料，应用Q4h的翻身间隔时间，可以有效改善患者睡眠，提升患者生活质量。

参考文献：

- [1]刘星星,贺清明.老年髋部骨折病人肺部感染危险因素的Meta分析[J].护理研究,2021,35(2):195-205. DOI:10.12102/j.issn.1009-6493.2021.02.002.
- [2]张华果,宋咪,徐月,等.老年骨质疏松性骨折再发的研究进展[J].中国全科医学,2021,24(7):886-889. DOI:10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.529.
- [3]邱伟,连星烨.唑来膦酸干预老年骨质疏松性股骨转子间骨折髓关节置换后患者骨密度、骨代谢标志物的2年随访[J].中国组织工程研究,2021,25(33):5265-5272.
- [4]张华果,司文腾,何宇迪,等.老年髋部骨折术后患者跌倒恐惧心理体验的质性研究[J].中华护理杂志,2021,56(4):527-533. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2021.04.008.
- [5]杨保,周芬,刘幼华,等.加拿大安大略注册护士协会2017年《预防跌倒和减少跌倒损伤(第四版)》临床实践指南解读[J].中华现代护理杂志,2019,(25):3169-3174.doi:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2019.25.001.
- [6]Stalpers, Dewi, de Brouwer,等. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature[J]. International Journal of Nursing Studies. 2015,52(4).
- [7]林玲,张迎伟,钟益萍.自控多功能翻身器在老年骨折患者中的应用[J].中国乡村医药,2019,26(9):3-4. DOI:10.3969/j.issn.1006-5180.2019.09.001.
- [8]温海勤,陈素芳,陈翠娟,等.不同翻身法在老年髋部骨折患者术前翻身中的应用[J].现代医院,2019,19(12):1870-1872.
- [9]温海勤,欧阳玉斌,陈翠娟,等.老年髋部骨折翻身循证护理的应用效果[J].中外医学研究,2019,17(36):93-94. DOI:10.14033/j.cnki.cfm.2019.36.040.
- [10]黎万芝.不同体位对髋部骨折患者睡眠状态及肺部感染的影响比较[J].世界睡眠医学杂志,2019,6(2):134-136. DOI:10.3969/j.issn.2095-7130.2019.02.004.
- [11]王凤娟,方青枝,林艺君,等.长期卧气垫床高龄病人翻身间隔时间研究[J].护理研究,2018,32(22):3597-3600. DOI:10.12102/j.issn.1009-6493.2018.22.028.
- [12]Watkiss, M., Rapp, 等. Turning for ulcer Reduction: A Multisite randomized clinical trial in nursing homes[J]. Journal of the American Geriatrics Society. 2013,61(10).

项目来源：河北省邢台市重点研发计划自筹项目(2020ZC165)

观察超声乳化人工晶状体(IOL)植入术联合小梁切除术对白内障合并青光眼患者中央前房深度(ACD),散光的影响

于闫妍

黑龙江省红十字医院 黑龙江哈尔滨 150000

摘要:目的:分析白内障合并青光眼患者采用超声乳化人工晶状体(IOL)植入术+小梁切除术对其散光和中央前房深度的临床作用。方法:通过数字表法随机截取我院2020年6月-2022年7月期间收治的92例白内障合并青光眼患者作为研究对象,并将其平均分为对照组与观察组,各46例。比较两组患者的临床治疗效果。结果:经过比较两组的实验结果,观察组的视力、眼压值和前房深度都明显优于对照组,并且对比两组患者治疗后的总有效率,观察组显著高于对照组,组间对比有统计学意义($P < 0.05$)。结论:给白内障合并青光眼患者使用超声乳化人工晶状体(IOL)植入术+小梁切除术的治疗方式,可以有效改善其中央前房深度和散光情况,提高临床治疗效果,促进患者尽早恢复正常视力,提升其生存质量,值得推广运用于临床中。

关键词:超声乳化人工晶状体(IOL)植入术;小梁切除术;白内障合并青光眼;治疗效果

[Abstract]Objective: to analyze the clinical effect of phacoemulsification and intraocular lens (IOL) implantation + trabeculectomy on astigmatism and central anterior chamber depth in patients with cataract and glaucoma. Methods: 92 patients with cataract and glaucoma treated in our hospital from June 2020 to July 2022 were randomly selected by digital table method, and they were equally divided into control group and observation group, with 46 cases in each group. The clinical therapeutic effects of the two groups were compared. Results: after comparing the experimental results of the two groups, the visual acuity, intraocular pressure and anterior chamber depth of the observation group were significantly better than those of the control group. Compared with the total effective rate of the two groups after treatment, the observation group was significantly higher than the control group, and the comparison between the groups was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: the treatment of cataract patients with glaucoma with acoustic emulsification intraocular lens (IOL) implantation + trabeculectomy can effectively improve the depth of the central anterior chamber and astigmatism, improve the clinical treatment effect, promote the patients to restore normal vision as soon as possible, and improve their quality of life. It is worth popularizing and applying in clinical practice.

Keywords: phacoemulsification and intraocular lens (IOL) implantation; Trabeculectomy; Cataract with glaucoma; treatment effect

在我国人口老龄化趋势逐渐加剧的形势下,我国患青光眼合并白内障的老年群体也呈现出了逐年增长的态势,由于大部分患者都是成熟期白内障,因此致盲率很高,促使手术风险增加【1】。现阶段临床中治疗青光联合白内障的方式较多,其中手术是最为有效的方式,近几年也在持续改善。临床中单纯采用小梁切除术治疗青光联合白内障,手术之后患者视力无法获得显著提升。所以,为了更好的提升患者术后视力,确保其生存质量,有效解除白内障症状对青光眼的治疗具有非常重要的意义。对此,本文主要对我院2020年6月-2022年7月期间收治的92例白内障合并青光眼患者进行实验分析,观察采用超声乳化人工晶状体(IOL)植入术+小梁切除术后的总体临床效果,具体内容如下。

1 一般资料和实验方法

1.1 一般资料

通过数字表法随机截取我院2020年6月-2022年7月期间收治的92例白内障合并青光眼患者作为研究对象,并将其平均分为对照组与观察组,各46例,所有患者入院后知情实验内容并自愿签署实验同意书,且两组患者均符合临床上白内障合并青光眼的诊断标准。本次实验已经过医院伦理委员会的批准认证。观察组年龄65-68岁,平均(66.82±0.56)岁;病程2-3年,平均(2.73±0.16)年。青光眼类型:20例闭角型青光眼,11例开角型青光眼,15例继发性青光眼;对照组年龄66-69岁,平均(67.36±0.51)岁;病程3-4年,平均(3.06±0.21)年。青光眼类型:18例闭角型青光眼,13例开角型青光眼,15例继发性青光眼;对比两组患者的一般资料,差异无统计学意义($P > 0.05$)。纳入标准:(1)两组患者都对与临床上白内障合并青光眼的诊断标准相符;(2)都是单眼发病;(3)使用超过两种药物对青光眼进行治疗,仍无法控制疾病,或是病患对药物治疗耐受。排除标准:(1)伴有其他眼部疾病;(2)伴有呼吸、消化循环

和血液等重大系统性疾病;(3)伴有糖尿病,且血糖水平控制不理想;(4)长时间使用精神类或麻醉药物。

1.2 方法

所有患者都提供常规的眼科围术期治疗,手术前三十分钟开展常规的散瞳处理,使用球后阻滞麻醉方法。给对照组给予超声乳化人工晶状体(IOL)植入术,在病患眼角膜上缘作将穹窿位置为基底结膜瓣以及将角膜缘为基底的巩膜瓣,采用隧道刀行隧道式切口到角膜,将其逐层剥离,同时开展环形持续撕囊,完成这一步骤之后使用水分晶体核,通过超声乳化仪对晶状体核进行乳化处理,并将剩余皮质吸除,将黏弹剂注入其中,拓宽切口,人工晶体进行植入,把黏弹剂吸除干净,认真处理切口,做好加压包扎,手术完成。观察组在对照组的基础上采用小梁切除术,具体操作方式为:在巩膜瓣下内切口位置做2.5cm*1.5cm左右的小梁组织,将局部残存虹膜组织切除,对巩膜切口进行缝合处理,切口处理到水密,做好加压包扎,手术完成。

1.3 观察指标

(1)对两组患者术后2个月的中央前房深度、视力、眼压进行观察。当中视力评估使用视力表进行测量(0.1~1.5),眼压评估使用非接触眼压计进行监测,中央前房深度评估使用A超进行测量,各项监测数据都由相同的人员和仪器完成,所有患者都测量三次,将平均值当做最后的测量结果。(2)观察两组患者治疗后的总有效率,观察指标主要分为显效、有效和无效。其中患者眼压下降至小于21mmHg,并不用任何辅助药物降眼压即为显效;患者眼压下降至小于21mmHg,但仍需采用局部降眼压药物即为有效;经过局部给药后,患者眼压依旧超过21mmHg,或是需二次手术即为无效。治疗有效率=(显效+有效)/总例数*100%。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.00 软件对本次实验数据进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验,当 $P < 0.05$ 时,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗有效率

通过对比两组患者治疗后的临床效果,观察组的治疗有效率显著优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),详情见表 1:

表 1 两组治疗有效率的比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	有效率
观察组	46	23	22	1	97.83%
对照组	46	11	29	6	86.96%
χ^2	/	/	/	/	3.866
P	/	/	/	/	0.049

2.2 不良反应发生率

通过对比两组患者治疗后 1 个月、3 个月的眼压值,观察组的眼压值明显优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),详情见表 2:

表 2 两组眼压值的比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	n	一个月	三个月
观察组	46	17.56±4.99	18.87±6.74
对照组	46	12.47±5.45	13.54±5.26
χ^2	/	4.672	4.228
t	/	<0.05	<0.05

2.3 视力和前房深度情况对比

通过对比两组患者治疗后的视力和前房深度情况,可知观察组的视力恢复情况良好,且其中央和周边的前房深度都明显优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),详情见表 3:

表 3 两组视力和前房深度情况的比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	n	视力	中央前房	周边前房
观察组	46	0.82±0.24	3.58±0.25	3.98±0.36
对照组	46	0.51±0.13	2.89±0.17	3.44±0.28
χ^2	/	7.703	15.749	8.030
t	/	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

对于老年群体而言,青光眼和白内障都是较为常见的眼科病症,二者都是年龄相关性病症,近几年,在我们国家人口老龄化趋势不断加剧的背景下,青光眼和白内障的发生几率呈逐年增长趋势【2】。青光眼和白内障之间存在十分紧密的联系,二者互相影响,白内障患者往往在晶体膨胀期发生晶体体积变大的症状,导致晶体虹膜前移,眼压上升进而导致伴有青光眼。白内障合并青光眼会对患者视力产生严重影响,甚至导致病人失明,是全球中最为关键的致盲性眼病。对疾病尽早诊断和治疗是加强病人预后,降低视神经损伤以及控制失明出现的重点。所以,白内障合并青光眼的临床症状主要是眼压上升、视野减少、视力衰退等,联合临床体征和辅助检查可以在初期进行精准诊断。

临床中治疗白内障合并青光眼可以使用手术和药物的方式,当中外科手术是治疗此疾病的首选方式。过去临床当中治疗青光眼合并白内障的方案通常存在诸多问题。青光眼药物控制结合白内障手术,二次进行青光眼手术成功率不高;以往的囊内摘除白内障+小梁切除术纤维化反应强、切口大;而分开操作青光眼以及白内障的手术,首先进行青光眼手术,等

白内障晶体核成熟之后再开展白内障手术,使用这种手术治疗方式不仅会对临床疗效产生影响,二次手术还会使患者眼部损伤、经济负担和治疗痛苦增加,并且提高手术风险,患者手术之后非常容易发生并发症,并且两次手术操作的间隔过程中极易发生病情进展,从而对手术效果造成严重影响。近几年,超声乳化技术在临床中获得了良好发展,并成为一种全新的白内障手术方法,其具备损伤小、操作便捷、恢复快等诸多优势【3】。在超声乳化技术的普遍运用以及前房填充剂的改进下,超声乳化白内障吸除人工晶体植入术+小梁切除术对白内障合并青光眼进行联合治疗的方式在临床中得到了初步运用,其治疗效果和安全性受到了越来越多人的重视。有关实验研究显示,给白内障合并青光眼患者使用超声乳化+小梁切除术的治疗方式,具备远期效果显著、安全性高、恢复快、复发率低等优势。另外,有关人员提出使用超声乳化人工晶状体(IOL)植入术+小梁切除术治疗白内障合并青光眼的临床效果确切,并且不会显著影响患者的散光度。

此次实验结果显示,两组患者治疗后的中央前房深度、周边前房深度、视力与术前相比都明显增加,眼压也有一定下降,而观察组病情的改善情况显著优于对照组,其手术治疗效果也明显高于对照组。表示使用超声乳化人工晶状体(IOL)植入术+小梁切除术对白内障合并青光眼患者进行治疗,可以切实提升临床疗效,手术后患者视力恢复情况理想、眼压控制良好、中央前房深度佳,手术操作有效率较高,能够有效提高患者生存质量,促进其视力尽早恢复【4】。本次实验认为,联合手术治疗方法的安全性和临床效果,和其有效防止二次手术后白内障进程、协同作用等紧密相关。超声乳化人工晶状体(IOL)植入术+小梁切除术的安全性和治疗效果显著,但是在实际进行手术操作过程中需注意下面几点:第一,需要安排能够熟练使用超声乳化技术的医师进行手术操作,并且充分了解手术适应证【5】;第二,因为白内障合并青光眼的症状往往较为繁杂,在手术过程中需要充分考虑两种手术方式的特征,手术期间需要先行巩膜瓣,植入超声乳化吸除白内障人工晶体之后再操作小梁切除,这主要是由于添加黏弹剂可以更加轻松的切除小梁,防止损伤虹膜;第三,完成手术前需要做好对切口的彻底密闭处理,必要时可以给患者术后提供抗生素,能够切实避免出现术后并发症。

根据以上实验结果可知,使用超声乳化人工晶状体(IOL)植入术+小梁切除术,治疗白内障合并青光眼的临床效果显著,可以切实提升其视力、增加前房深度,降低眼内压,提高总体治疗效果,促进患者视力尽早恢复,属于一种高效且安全的手术治疗方法,可以推广运用于临床中。

参考文献:

[1]曾洪波,宋春华,彭璟,等.超声乳化术与小切口非超声乳化术治疗老年性白内障临床疗效对比研究[J].陕西医学杂志.2018,(11).1400-1402,1437.

[2]龚莹莹,陈孝霞,辜臻晟,Fuchs 角膜内皮营养不良合并高度近视患者的白内障手术疗效观察[J].上海交通大学学报(医学版).2017,(10).1393-1397.

[3]朱飞,李武军.不同术式对Ⅱ~Ⅲ级核白内障患者角膜内皮细胞的影响[J].国际眼科杂志.2017,(10).1878-1882.

[4]安莹,王进达,张景尚,等.白内障超声乳化摘出及后房折叠型人工晶状体植入术治疗高度近视合并白内障[J].眼科新进展.2016,(6).540-542.

[5]张景尚,王进达,刘雪,等.LASIK 术后白内障患者应用不同公式计算的人工晶状体植入后效果分析[J].眼科新进展.2016,(5).435-438.

术中神经电生理监测在脊柱外科, 神经外科, 耳鼻喉头颈外科中的应用

¹张安邦 ¹李孟 ²徐慧秀 ¹刘登科 ¹徐有国 《通讯作者》

1 潍坊市中医院 山东潍坊 261041; 2 潍坊医学院附属医院 山东潍坊 261041

摘要: 临床手术中神经系统监护 (Intraoperative Neuromonitoring IONM) 或称手术中神经电生理监测 (Intraoperative Neurophysiological Monitoring) 是一项应用各种神经电生理技术及血流动力学监测技术, 监测术中处于危险状态的神经系统功能的完整性的技术。这些监测技术已经形成了一个完整的手术中监测体系。手术中神经系统监测现已逐渐形成现代临床医学中的一个重要组成部分。神经监测已经成为临床手术中检测神经功能完整性, 减少神经损伤, 提高手术质量的一个不可缺少的重要组成部分。本文将介绍术中神经监测在脊柱外科, 神经外科, 耳鼻喉头颈外科中的应用及进展。

关键词: 术中神经监测; 脊柱外科; 神经外科; 耳鼻喉头颈外科

一、术中神经电生理监测简介:

术中神经电生理监测 (Intraoperative Neurophysiological Monitoring, IONM) 是应用各种神经电生理技术, 监测手术中处于危险状态的神经系统功能的完整性的一门技术。已逐渐成为临床手术中监测神经功能完整性、减少神经损伤、提高手术质量的一个不可缺少的重要组成部分。在现代医学手术中, 术中神经电生理监测的结果是从功能上了解神经系统是否受到损伤, 客观地评估在神经外科、脊柱外科、耳鼻喉头颈外科等术中病人神经系统功能的完整性, 从而提供给手术医师可靠的信息, 使手术进行得更顺利、更安全。

二、术中神经电生理监测的基本方法:

1、躯体感觉诱发电位 (Somatosensory Evoked Potentials SSEPs): 监测上行感觉神经传导系统的功能, 躯体感觉诱发电位(SSEP)被广泛用于监测各种疾病的神经异常传导。在非麻醉患者中, 阿贝塔纤维在 SSEP 测量时受到电刺激。在麻醉学领域, 由于其潜伏期和波幅相对恒定, 被称为短潜伏期体感电位(SEP)。采用正中神经刺激法检测上肢到脑的传导异常。术中检测脊髓异常常采用刺激胫后神经的方法。

2、运动诱发电位 (Motor Evoked Potentials MEPs): 监测下行运动神经传导系统的功能。

3、脑干听觉诱发电位 (Brainstem Auditory Evoked Potentials BAEPs): 通过听觉传导通路监测脑干功能及听神经功能。[1]

4、自由肌电图 (Free Electromyogram FEMG) 及刺激肌电图 (Triggered EMG): 监测支配肌肉活动的颅神经、脊神经根以及外周神经的功能。[2]

5、脑电图 (Electroencephalogram EEG): 显示大脑半球皮质功能和癫痫灶定位, 可以反映整体或局部脑功能状态, 帮助临床医师更好地识别可能诱发或加剧脑损伤的潜在风险, 及时采取有效干预措施。[3]

6、神经源性诱发电位 (neurogenic mixed evoked potentials, NMEP): NMEP 是从暴露的脊髓或邻近脊髓部位直接记录到的诱发电位, 即从脊髓的一个部位进行刺激, 另一个部位进行记录; 反映脊髓感觉通路和部分运动功能。一般联合 SSEP 用于监测术中脊髓感觉功能通路的完整性, 特别是当 SSEP 受到混杂因素干扰、不易获得时, 可作为评价神经感觉功能的辅助参考指标。[4]

7、经颅电刺激 (transcranial electrical stimulation, TES): 是用 5~7 个序列脉冲与 >200 Hz 的高频通过刺激皮质脊髓束而产生 MEP。

三、IONM 在脊柱外科, 神经外科, 耳鼻喉头颈外科中的应用。

自 1937 年 IOM 首次用于癫痫病灶切除术以来, 其应用范围不断扩大, 采用的技术手段逐渐增多。最初采用直接皮层电刺激判断皮层功能, 之后采用 EEG 监测颈动脉内膜剥脱术 (CEA), 通过直接脊髓刺激、硬膜外电极记录脊髓电位及持续监测躯体感觉诱发电位 (SEPs) 技术监测脊髓功能, 借助脑干听觉诱发电位 (BAEP) 和 EMG 技术在微血管减压 (MVD) 和听

神经瘤切除术等后颅窝手术进行监测以及经颅电刺激运动诱发电位 (Tc-MEP) 监测皮质脊髓束运动功能, 实现了对神经系统功能监测的全覆盖。到二十世纪八十年代后期, IOM 已经是一项普遍应用的成熟技术。尽管 IOM 最初应用于神经外科大脑皮层功能定位, 但随后此项技术被应用于神经外科其他手术, 并为其他学科所采纳。

(一) 脊柱外科

研究表明, 脊柱畸形矫形手术中, 神经功能损伤的发生率在 0.01%~0.05%, [10] 在脊柱侧凸后路矫形手术中, 神经功能损害的发生率约为 0.25%~3.2%。SSEP 作为 IONM 技术中最基本的方法, 广泛应用于评价术中脊髓感觉功能通路的完整性。SSEP 最早被用于脊柱侧凸矫形手术, 监测脊髓后束-内侧丘系通路功能的完整性。[4] SSEP 可以发现神经轴特定区域的损伤, 也可用于颅内病变、脊髓病变等疾病的术中监测。但是 SSEP 不能反映皮质脊髓束的传导功能, 仅间接反映了运动传导的完整性, 对运动功能的监测可能出现假阴性结果。但 SSEP 存在以下优势: (1) 对术中患者刺激小; (2) 较易被量化; (3) 与 MEP 相比平均间歇变异性较低。近年来, SSEP 监测在神经和脊柱外科手术中已得到广泛的应用, 是判断脊髓损伤程度较可靠的客观指标之一。在脊柱矫形方面 IONM 可以实时监测神经功能, 在脊柱畸形和脊柱侧凸手术中使用 IONM 可及早发现早期医源性神经损伤。因此, 通过适当的术中干预可以快速反应, 以尽量减少伤害。此外, 稳定的 IONM 记录鼓励外科医生纠正脊柱侧凸, 即使脊柱侧凸的 Cobb 角非常大。

在椎弓根钉植时 IONM 可以进行自动椎弓根钉植入监测, 自动刺激阈值判断。

Tc-MEP 作为一种更普及的方法用于监测皮质脊髓束的活动和预测脊柱矫形术后患者的运动功能障碍, Tc-MEP 对运动传导通路的监测更实用且易于操作, 具有更高的可靠性及有效性。

脊神经松解术中, 在神经监测的配合下, 做选择性后根切除时, 能更有效、精确地切除病损神经保留正常神经;

马尾神经手术时, 通过监测骶尾部 SEP 监测脊髓感觉功能, 通过下肢肌电图避免下肢功能障碍, 通过监测肛门或尿道括约肌肌电图避免大小便失禁或尿潴留。

有研究比较了不同的单模式和多模式 IONM 方法在脊柱手术中神经系统并发症检测中的价值, 与单峰监测相比, 多峰 IONM 在评估脊柱手术期间的脊髓和神经根功能方面更有效、更准确, 从而减少了神经系统并发症和假阴性结果。尽管许多研究调查了颈椎手术中多模式 IONM 的益处, 但仍不清楚 IONM 在颅椎交界处手术中的益处。多模式 IONM 已被提出作为减少脊柱畸形手术期间永久性神经系统损伤的有效方法。然而, 很少有研究报道在胸椎后路脊柱切除术的不同手术阶段诱发的电位改变。多模式 IONM 可以有效地识别整个手术过程中的神经功能缺损。截骨术

和截骨术间隙闭合是胸椎后路脊柱切除手术中神经系统风险最高的手术阶段。由于大多数神经监测事件是由手术技术引起的,因此必须提高灵活性。

(二) 神经外科

IONM 在神经外科手术中可协助定位脑皮质功能区和重要功能传导通路,在癫痫手术在切除范围广泛的胶质瘤时,术中神经监测兼顾最大切除范围(EOR)和神经保护。在脑神经血管压迫综合征减压术中应用3D-TOF-MRA联合IONM技术,可提高手术效果,减少术后并发症的发生。

经电生理监测技术通过监测脑神经、血管传导反应和神经电位变化情况,可在手术过程中发出警示信号,已在微血管减压术中得到广泛应用,术中面肌诱发肌电图及BAEP监测可客观指导和判断责任血管和减压效果,对提高手术治愈率及减少听力丧失具有较高的实用价值。IONM可以在肘管综合征手术中起到一定的监测作用。

(三) 耳鼻咽喉头颈外科

近年来,术中神经监测(IONM)被提出并应用于许多甲状腺手术中心,作为进一步的辅助手段,支持视觉识别的标准实践。有研究表明,在系统地引入术中喉神经监测(IONM)后,确定接受甲状腺良性病变手术的患者术后并发症的发生率在统计学上的显著差异,考虑了两组中其他变量的影响,如甲状腺炎、功能亢进和纵膈腺下沉。未使用IONM的手术患者和使用IONM的患者的发病率差异无统计学意义,但在引入IONM后有下降的趋势,证明了IONM引入术后并发症发生率会降低。值得注意的是,在自动周期性刺激(APS)放置的手术操作准确和标准化以避免VN功能潜在的医学发病率的情况下,持续的术中神经监测(C-IONM)在防止喉返神经的医源性损伤方面优于术中间歇神经监测(I-IONM),因为它通过永久性的迷走神经(VN)刺激提高了标准化,并且在外科医生解剖和切除甲状腺时提供了完整和持续的RLN功能监测。喉返神经(RLN)的医源性损伤在临床上比影响喉上神经外支(EBSLN)更为显著,是甲状腺手术和甲状旁腺手术中最令人恐惧的围手术期并发症之一,影响临床和经济社会成本。此外,由于伴随而来的生活质量下降,这些事件在外科医生的法医学诉讼中名列前茅。甲状腺切除术后永久性和暂时性RLN瘫痪的平均发生率较高,分别在2.3%和9.8%之间。为了减少RLN损伤,引入了术中神经监测(IONM),在内分泌外科中取得了相当大的成功。在今天,它仍被认为是RLN的直接标识的辅助设备。从这个角度来看,RLN的IONM是一个重要的辅助,因为它是评估功能神经完整性的可靠工具。IONM在甲状腺手术中有助于提高RLN识别率,降低手术相关RLN损伤率,但对降低肿瘤相关和疤痕相关RLN损伤率无效。未来可能需要进行大样本的多中心前瞻性研究,以进一步评估IONM在甲状腺再手术中的作用。

在非复杂的甲状腺手术中,因RLN医源性损伤而导致声带轻瘫的风险为0.1%。[36]在预防甲状腺术后声带麻痹方面,持续的术中神经刺激(IONM)不间断监测可能比间歇的IONM更好。术后早期声带瘫痪采用连续式IONM比间歇式IONM发生永久性瘫痪的可能性低17.9倍。

儿童甲状腺手术中IONM与RLN损伤率降低有关,尤其在10岁以下儿童和同时行中央颈部清扫术的患者中应予以考虑经环甲韧带插入双针电极监测RLN是一种可靠的方法,无相关并发症,适用于任何年龄。有相关研究证实了全电离技术在猪模型中的可行性。然而,需要进一步的临床研究来比较不同的远程入路对甲状腺手术的实用性。

术前识别迷走神经的解剖变异可促进IONM。在甲状腺手术中使用神经监测进行喉下神经肌电图,需要定位迷走神经,以减少术后声带麻痹的风险。术中神经监测是头颈部外科医生装备中一个有用的工具,但它永远不能取代深刻的外科解剖学知识和良好的外科技术。

IONM是甲状腺手术中预防RLN损伤的有效辅助工具。使用IONM可显著减少永久性RLN损伤,但不显著缩短手术时间。IONM技术对RLN的保

护具有优势,特别是对高危神经和需要清扫颈椎中侧淋巴结的中枢淋巴结转移比例高的患者[5]

类似于面神经监测和听神经监测,其它颅神经术中监测在技术原理上相似,诸如迷走神经、副神经和舌下神经监测已用于颅底外科,动眼神经和三叉神经术中监测也有开展。[5-6]

有研究报道,在面肌痉挛微血管减压术中采用IONM技术组的术后即刻手术疗效较未用IONM技术组高。

目前术中面神经监测已常规应用于听神经瘤手术和其它桥脑小脑角手术,直接听神经动作电位和听性脑干电位监测也逐步被耳鼻喉科医师广泛接受。[5]听神经瘤切除术中神经电生理监测的应用可提升医师操作准确性和提升听神经肿瘤完整切除率有效保护面神经功能,降低患者术后并发症发生率。

桥小脑角区肿瘤术中实施监护,有助于提高面神经的功能保留率,术中脑干听觉诱发电位和面神经肌电图监护对于桥小脑角肿瘤切除术有重要的临床价值。

术中电生理监测在颅脑神经疾病微血管减压术中具有重要的知道及警示作用,可以有效缩短手术时间,提高手术效果,提高术后即刻痊愈率,对有效率无明显改变,对于远期(3个月)手术效果并无改善,可以降低术后神经损伤并发症,对于术后脑损伤,颅内出血等并发症并无明显的相关性,可以降低术后的复发率。

在皮层肿瘤切除术中,IONM通过体感诱发电位相位翻转辨别中央沟,通过大脑皮层电刺激判断运动功能区,动脉瘤、颈动脉内膜剥脱术等,监测阻断或夹闭后脑供血代偿情况

功能区难治性癫痫的手术治疗难点在于充分切除癫痫灶,又要保护功能区不受损害,通过术中皮层电极监测及皮层电刺激可以确定癫痫灶和功能区,保证了手术效果,又最大限度保证了患者的功能。[7]

讨论: 目前临床手术中神经电生理监测已经越来越普遍的应用于神经外科、脊柱外科、耳鼻咽喉头颈外科各种临床手术中。由于它可以根据运动和感觉传导系统的电生理信号的改变、脑皮质生物电的变化以及脑部血液灌注的情况、客观的、有效地估价处于手术危险状态下病人神经功能的完整性。尽管手术中监测技术还不是非常完善,在某些个别情况下,受各种因素(麻醉、电干扰、机器故障等)的影响,还不能做到100%准确的预报神经功能的状态,也可能出现假阴性或假阳性的报告,但是,随着检测人员监测水平的提高,监测仪器的改进,监测技术方法的改进,术中监护也会随之进一步发展完善。

参考文献:

[1]李柏胜与钟朋标,脑干听觉诱发电位在神经外科临床中的应用探讨.中国现代药物应用,2018.12(23):第25-26页.

[2]叶红等,自由肌电图监测在脊柱内镜下经椎板间入路腰椎间盘突出切除术中的初步应用.中国脊柱脊髓杂志,2018.28(03):第213-218页.

[3]顾珏等,老年患者围手术期脑电图监测的应用进展.医学综述,2021.27(21):第4310-4314页.

[4]贾强与李玉兰,脊柱外科领域的神经电生理监测.临床麻醉学杂志,2018.34(02):第191-194页.

[5]王正敏,耳神经外科术中神经监测.中国耳鼻咽喉头颈外科,2004(03):第137-138页.

[6]裴茂炜,陈文斌与胡铭荣,甲状腺手术中神经监测技术对喉返神经保护的研究进展.中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2018.53(06):第474-478页.

[7]张红波等.神经电生理监测下功能区难治性癫痫手术治疗.in第七届CAAE国际癫痫论坛.2017.中国福建厦门.

基金项目:潍坊市科技局项目(2020YX020)

慢性胃疾病患者行胃功能三项检验的效果评估

张军

山东省菏泽市单县南城人民医院 274399

摘要：目的：对慢性胃疾病患者诊断中，胃功能三项检验[胃蛋白酶原II(PGII)、胃蛋白酶原I(PGI)、PGI与PGII的比值(PGR)]的应用展开研究，分析患者各指标水平状况及疾病检出情况。方法：2021年02月20日-2022年03月20日，以本院收治的慢性胃疾病患者为研究对象(总例数为60例)，将其设置为研究组，随后选取同期接受健康体检人员与之进行对比，总例数为60例，并设置为对照组，上述入选者均实施胃功能三项检验，以病理学诊断结果为“金标准”，对上述诊断措施的可行性进行评估。结果：病理学诊断结果显示，慢性胃疾病患者中，慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、早期胃癌分别为30例、20例、10例，占比分别为50.00%、33.33%、16.67%；对照组PGI水平低于研究组，PGII、PGR水平高于研究组，差异显著，统计学分析有意义($P<0.05$)；胃功能三项诊断准确率较高，慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、早期胃癌分别为28例、18例、7例，占比分别为93.33%、90.00%、70.00%。结论：胃功能三项检验应用价值较高，患者疾病检出率高，可以帮助临床结合患者实际病情，实施针对性治疗，改善治疗及预后结局，适合普及使用。

关键词：慢性胃疾病；胃功能三项检验；病理学诊断；诊断准确率

如今，在社会发展和进步的背景下，人们饮食结构的不当、生活方式的改变，导致慢性胃病患者数量每年都在上升，降低患者生活质量，随着病情的发展，会逐渐危及患者机体健康^[1-2]。慢性胃病是消化系统的常见疾病，是指由胃黏膜长期慢性损伤引起的一系列疾病，包括慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、早期胃癌。胃癌是临床上最常见的消化系统恶性肿瘤之一^[3]。恶性程度非常高，近年来发病率逐渐上升，越来越年轻，危及患者生命安全。早期胃癌患者的临床症状不典型，早期诊断率低于10%，通过临床研究，发现胃癌初期10年生存率可达100%。提高早期胃癌诊断率，是改善患者预后的关键，可以有效降低患者死亡风险^[4]。PG是指胃蛋白酶原，是胃癌的敏感筛查指标，广泛应用于胃癌的临床诊断。过去，胃镜检查被用作慢性胃病的诊断标准，但该措施具有侵袭性、昂贵的缺陷，因此并不是诊断慢性胃病的首选方法^[5]。医学科学技术进步后，胃功能三项检测逐渐融入大多数医生的视野，其优势逐渐显现，在疾病诊断中被广泛应用。本文主要是对60例慢性胃疾病患者、健康体检60例进行对比分析，研究胃功能三项检测的诊断价值，旨在为今后疾病早期治疗及干预提供科学依据。现具体为：

1 资料与方法

1.1 一般资料

院伦理委员会批准(2021年02月20日-2022年03月20日)：随机选取60例慢性胃疾病患者，随后选取同期健康体检60例与之进行对比，分别设置为研究组、对照组。

纳入标准：(1)研究组60例患者确诊慢性胃疾病；(2)数据、资料完整；(3)签订知情文书；(4)对本试验知情。

排除标准：(1)中途退出；(2)重要器官功能障碍；(3)孕妇、哺乳期；(4)依从性差；(5)其他脏器恶性肿瘤；(6)严重肝肾功能障碍；(7)精神障碍性疾病；(8)期间参与其他研究；(9)血液、自身免疫性疾病；(10)听力、视力障碍；(11)克罗恩病、溃疡性结肠炎等严重炎症肠道疾病。

研究组中，女38例，男22例；年龄20-80岁，平均年龄(47.34±3.36)岁。对照组中，女39例，男21例；年龄19-79岁，平均年龄(47.28±3.43)岁。上述数据信息无显著差异($P>0.05$)，存在可比性。

1.2 方法

检测胃溃疡、早期胃癌、慢性萎缩性胃炎的PGI、PGI、PGII水平。计算受试者工作特征曲线(ROC曲线)、PGI、PGI、PGII在诊断慢性萎缩性胃炎、胃溃疡和早期胃癌中的临界范围。慢性胃疾病患者入组后2天-3天内行胃镜检查，并采集标本进行病理检查。同时，所有患者均检出PGI、PGI、PGII，并以实验计算出的PGI、PGI、PGII临界范围作为相关疾病的(慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、早期胃癌)诊断标准，最终病理诊断为“金标准”。

胃镜检查前，建立肘周静脉通路，给予吸氧、心电图监测生命体征。芬太尼(批准文号：国药准字H20030197；生产企业：宜昌人福药业有限责任公司；规格型号1mg(以C20H28N2O5计))静脉注射0.05mg，然后缓慢注射异丙酚(批准文号：H20130535；生产企业：AstraZeneca UK Limited；规格型号：50ml:500mg)，静脉注射1.0-2.0mg/kg。注射速率为40mg/10s，在用药过程中密切观察患者的反应。当患者安静入睡，只对指示有反应时，停止注射，插入胃镜检查，检查疗程中检查的持续时间和患者的反应，并适当添加异丙酚(剂量是第一次剂量的1/3或2/3)，而且结合实际控制速度(速度要慢得多)。术中，患者继续服用氧气，提取麻黄素和肾上腺素储备。切除胃黏膜进行活检，观察胃黏膜，包括胃溃疡的位置、大小、形状以及胃粘膜，并记录活检部位。以基因重组的PG抗原为测定试剂盒，通过杂交瘤得到的两株单克隆抗体，分别制成辣根过氧化物酶(HRP)标记抗体、固相拮抗抗体和，形成双位点夹心模式分析(酶联免疫吸附测定(ELISA))。

1.3 观察指标

对两组患者胃功能三项诊断水平进行分析，主要研究指标包括PGI、PGII、PGR；对胃功能三项诊断、金标准诊断结果进行对比，分析并计算其诊断准确率。

1.4 统计学分析

将计量资料(PGI、PGII、PGR水平)应用平均值±标准差表示($\bar{X} \pm s$)、计数资料(胃功能三项诊断准确率)应用百分比表示(%)，上述资料全部录入统计学软件SPSS26.0版本中：以P值为标准， $P<0.05$ ，提示对比有意义；反之表示对比无意义。

2 结果

2.1 胃功能三项诊断水平：对照组 PGI 低于研究组，PGII、PGR 水平高于研究组，数据差异对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。具体见表一：

表一 两组胃功能三项诊断水平对比（ $\bar{X} \pm S$ ）

组别	例数	PGI (ug/L)	PGII (ug/L)	PGR (Pmol/L)
研究组	60	130.87±25.25	12.56±5.78	10.87±1.35
对照组	60	120.60±25.23	20.35±5.45	15.01±1.25
T	-	2.2286	7.5955	17.4299
P	-	0.0277	0.0000	0.0000

2.2 胃功能三项诊断准确率统计学分析：病理学诊断结果显示，慢性胃疾病患者中，慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、早期胃癌分别为 30 例、20 例、10 例，占比分别为 50.00%、33.33%、16.67%；慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、早期胃癌检出例数分别为 28 例、18 例、7 例，准确率占比分别为 93.33%、90.00%、70.00%。具体见表二：

表二 两组胃功能三项诊断准确率分析（n/%）

诊断方法	例数	早期胃癌	胃溃疡	慢性萎缩性胃炎
金标准诊断	60	10（16.67%）	20（33.33%）	30（50.00%）
胃功能三项诊断	60	7（70.00%）	18（90.00%）	28（93.33%）
诊断准确率	-	70.00%	90.00%	93.33%

3 讨论

慢性胃病占中国人群胃十二指肠疾病的 95% 以上，包括以下三种，即胃溃疡、慢性萎缩性胃炎、早期胃癌。临床研究结果显示^[6]，慢性萎缩性胃炎、胃溃疡的发生与胃癌具有直接相关关系，如果未及时针对，会增加胃癌发病率，提升疾病治疗难度，不利于机体健康。胃癌在临床上发病率很高，是一种恶性肿瘤，起源于胃的肌粘膜上皮肤。在各种恶性肿瘤中，胃癌的发病率排名第一。胃癌患者的临床症状主要是胃区疼痛、消化性溃疡疼痛等^[7]。临床实践认为，早期发现、诊疗是提高胃癌患者生存率的关键举措，是降低胃癌死亡率、减少胃癌向恶性病变的重要手段。病理诊断、胃镜检查相结合诊断“金标准”。尽管上述措施实施价值较高，但对临床症状不典型的患者创伤很大，不利于机体健康^[8-9]。由于其就诊率低，难以在临床实践中得到广泛推广。

近年来，在胃癌等胃癌疾病的诊断中，血清 PG 水平具有较高的反映价值，可作为辅助诊断的临床试验指标。研究表明^[10-11]，胃 PG 分泌后，约 1% 的 PG 可通过胃黏膜进入血液循环，90% 的 PG 在胃酸的作用下转化为胃蛋白酶，血清中 PG 浓度可反映胃黏膜功能。PG 由胃底、粘液细胞、胃体主细胞分泌，是胃蛋白酶的前体，胃蛋白酶含有两种同工酶 PGI、PGI，转化为具有蛋白水解功能的胃蛋白酶。可以通过测定血清中 PGI、PGII、PGR 来评估胃病风险^[12]。然而，在不同胃病中的诊断参考价值研究中，PGI、PGII、PGR 的应用价值尚未确定，关于 PGI、PGII、PGR 在胃溃疡、早期胃癌、慢性枯萎性胃炎中的诊断价值报道较少。

本研究显示，对照组 PGII、PGR 水平高于研究组（ $P<0.05$ ）；对照组

PGI 水平低于研究组（ $P<0.05$ ）；胃功能三项诊断在慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、早期胃癌中的准确率较高。早期胃癌患者 PGI 指数、PGII 指数偏离正常值均高于慢性萎缩性胃炎、胃溃疡患者。临床研究结果显示，胃功能三项诊断具有较高的敏感性、特异性、准确性。血清胃蛋白酶原适用于幽门螺杆菌灭菌效果的评价，能准确显示患者胃粘膜细胞的状态和功能。患者 PGI 的下降主要是由于胃的中度至重度萎缩性胃炎导致，这是一个敏感性和特异性的指标。当患者 PGI 含量小于 70ug/ml 时，是萎缩性胃炎、浅表性胃炎的常见症状，提示胃底或胃体粘膜萎缩。当患者的 PGI 含量大于 200ug/ml 时，与患者的饮食、消化溃疡以及用药等因素有关。此外，PGR 是指 PGI、PGII 的比值。如果这两个比例异常高，更常见于胃粘膜损伤和胃病病变，如胃溃疡、幽门螺杆菌、十二指肠溃疡。可进一步结合 c-14 呼吸试验、胃镜检查进行确诊和药物治疗。采用清淡饮食，避免辛辣刺激食物。使用胃粘膜保护剂、质子泵抑制剂和其他辅助治疗方法。因此，三种胃功能检测可以有效保护患者的身心健康，有效预防胃癌的发生。

综上所述，慢性胃病患者行胃功能三项检验实施价值高，可以帮助患者提升疾病诊断效果，患者创伤小，可以实现胃癌疾病向恶性病变转化的有效抑制，推广价值高，各院可加以应用。

参考文献：

[1]国艳,元有为,姜文杰. 血清胃功能三项及 13C 呼气检测在胃病筛查中的临床价值[J]. 医学理论与实践,2022,35(1):110-112.

[2]邓欣苗,黄茂坚,黄思流,等. 血清胃功能三项结合 Hp 检测在胃癌筛查中的应用价值探析[J]. 首都食品与医药,2021,28(19):113-114.

[3]蔡振鑫. 胃功能三项、肿瘤标志物联合检测在胃癌早期筛查中的临床价值[J]. 中国医药科学,2021,11(23):159-161,194.

[4]康晓峰. 胃功能三项联合 CEA CA199 在胃癌诊断中的临床应用研究[J]. 基层医学论坛,2021,25(17):2384-2385.

[5]张玲玥,王青. 胃功能三项联合肿瘤标志物、呼气试验在早期胃癌中的诊断价值[J]. 湖南师范大学学报(医学版),2021,18(5):38-41.

[6]白骥,王宇鹤,项荣,等. 藏汉人群血清胃功能三项联合 Hp 检测在胃癌筛查中的临床研究解析[J]. 中国社区医师,2020,36(36):102-103.

[7]朱钊铭,周芳,温东辉. 血清胃功能三项联合 Hp 检测在胃癌筛查中的临床研究[J]. 现代诊断与治疗,2021,32(1):121-122.

[8]张巧云,邱洪杰,赵广利,等. 胃功能三项指标及其联合分析对胃食管反流病的诊断价值研究[J]. 标记免疫分析与临床,2021,28(9):1441-1446.

[9]史欣然,许国琼. 胃功能三项、肿瘤标志物联合 13C 呼气试验在胃癌筛查体检中的临床价值研究[J]. 饮食保健,2020,7(30):21.

[10]王瑞琳,王雷,崔英珠,等. 弥漫型肝上皮样血管内皮瘤超声表现与病理对照分析 1 例[J]. 中华超声影像学杂志,2022,31(2):169-171.

[11]黎杨坚,胡国新,邓欣苗. 胃功能三项对慢性胃病变临床诊断分析[J]. 深圳中西医结合杂志,2018,28(1):52-54.

[12]金鑫,李树锦,陈贞,等. 胃功能三项联合 Hp 抗体对胃癌及癌前病变的鉴别诊断价值[J]. 现代生物医学进展,2018,18(12):2388-2391.

平片无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的疗效分析

於国辉

河北省卢龙县医院 河北秦皇岛 066400

摘要：目的：探讨平片无张力疝修补术在腹股沟疝气治疗中的效果。方法：择取 2020 年 1 月~2022 年 4 月期间在我院治疗腹股沟疝气的患者，共抽取患者 70 例，分组方式按照数字表法进行，分别为对照组和实验组，每组患者各有 35 例。对照组患者实施填充式无张力立疝修补术，实验组患者采用平片无张力疝修补术。对比两组患者手术指标和术后并发症发生情况以及术后疼痛程度和治疗有效率及复发率。结果：实验组患者手术指标较对照组患者各项手术指标更优 ($P<0.05$)，差异间有可比性；在并发症发生率比较中，实验组发生率明显低于对照组患者并发症发生率 ($P<0.05$)，差异有统计意义；实验组患者于手术后 24 小时、48 小时和 72 小时疼痛度评分全部低于对照组患者疼痛度评分 ($P<0.05$)，差异具有对比价值；实验组治疗结果与对照组之间无明显差异 ($P>0.05$)，数据对比不明显；但实验组患者术后复发率低于对照组 ($P<0.05$)，差异统计意义明显。结论：平片无张力疝修补术的应用可以显著降低腹股沟疝气患者的手术时间以及术后恢复时间，手术安全性更高，术后疼痛感更低，值得推广。

关键词：腹股沟疝气；平片无张力疝修补术；填充式无张力疝修补术

腹股沟疝气也叫做腹股沟疝，是指腹腔内的脏器向外突出，在皮肤上呈明显状态^[1]。“疝”是指机体中当某个器官从原来位置离开，通过较为薄弱的孔隙或缺损进入到另一个部位。腹股沟疝是指发生在人体腹股沟区，该区域是由大腿根部三角区域组成。上界髂前上棘到腹直肌外侧缘，下界是腹股沟韧带，内界是腹直肌外侧缘^[2]。导致腹股沟疝气发生的原因很多，腹股沟发育不良、鞘状突未闭以及生长发育不良、营养代谢不良和下腹部手术室均可导致腹股沟疝的发生^[3-4]。腹股沟疝气在急性发作期时，患者会出现剧烈、急性以及持续性的腹痛，严重影响患者健康。对于腹股沟疝气的治疗，药物治疗在个体中存在较大差异，且治疗效果较差，因此通常需要采取手术治疗。填充式无张力疝修补术和平片无张力疝修补术是其常用的手术形式，但手术过程后患者恢复速度以及术后疼痛存在明显差异^[5]。本次研究以 2020 年 1 月至 2022 年 4 月间接诊的腹股沟疝气患者，特选取 70 例作为研究对象，先报道如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

将我院在 2020 年 1 月至 2022 年 4 月间接诊的腹股沟疝气患者作为研究对象，按照随机数字表法将上述 70 例患者随机分成两组，其中对照组患者 35 例，实验组患者 35 例。对照组中有男性患者 19 例，女性患者 16 例，年龄最小 20 岁，年龄最大 59 岁，年龄平均值 (39.64 ± 3.42) 年，患病时间最短 1 年，最长 10 年，病程平均值 (4.69 ± 0.31) 年，其中包括直疝患者 13 例，斜疝患者 22 例；实验组患者组成包括 20 例男性和 15 例女性，年龄范围在 22 岁到 60 岁之间，平均年龄值 (39.59 ± 3.38)，患病时间范围在 2 年到 9 年之间，平均病程值 (4.73 ± 0.29) 年，其中有 15 例直疝患者，20 例斜疝患者。我院伦理委员会以此次研究大力支持，所有入组患者均已签署知情同意书，所有患者均为自愿加入研究。将两组患者上述性别，年龄，病程以及患病类型进行统计学分析，结果相差较小 ($P>0.05$)，具有统计对比意义。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：(1) 入组患者均为腹股沟疝气确诊患者；(2) 均无手术禁忌症患者；(3) 均为 20 岁以上成年患者；(4) 年龄低于 60 岁患者；(5) 依从性较好患者；(6) 沟通能力和交流能力均为正常患者。

排除标准：(1) 排斥存在其他恶性肿瘤患者；(2) 排除手术不耐受患者；(3) 排出临床资料缺失患者；(4) 排除精神疾病患者；(5) 排除重大器官出现器质性病变患者；(6) 排除血液疾病患者。

1.3 研究方法

给予对照组患者填充式无张力疝修补术：为患者实施麻醉后，取相应

体位，对患者手术部位进行消毒，于患者腹股沟位置行一个斜切口，将患者腹外肌腱切开，将疝囊找到后游离精索，并在疝囊下方位置将腹横筋膜进行切开，并剥离出来，将疝囊进行高位游离至最高位置，随后在疝环扣处将疝囊返回，将疝环充填物放入其中予以固定，将填充物缝合好后，止血，放入成型补片后进行固定缝合，将多余疝片剪去，最后关闭手术切口。

给予实验组患者平片无张立疝修补术进行治疗，手术步骤为：对患者实施麻醉后，于患者腹外斜肌腱膜处做切口，切口大小与补片大小一样，切开后将疝囊游离精索后，在精索后放置好补片，将补片与腹内斜肌、横筋膜弓、腹股沟韧带、耻骨腱膜间进行缝合，缝合后关闭手术切口。

1.4 指标观察和分析

1.4.1 比较两组患者手术指标。包括：术中出血量、手术所用时间、切口恢复所用时间、疼痛持续时间、住院时间。

1.4.2 对比两组患者手术后并发症发生率。常见术后并发症包括：切口感染、局部异物、阴囊积液、尿潴留。

1.4.3 观察两组患者术后疼痛程度。利用 VAS 数字疼痛量表对患者手术后 24 小时、手术后 48 小时以及手术后 72 小时的疼痛程度进行分数划分。数字疼痛量表分数划分为 0 分到 10 分，分数越低，提示患者疼痛感越低，分数越高，则代表患者疼痛度越高。具体划分为：无痛感 0 分，轻度痛感 1 分到 3 分，中度痛感 4 分到 6 分，重度痛感 7 分到 10 分，患者疼痛度越高，则越需要通过药物或其他手段进行干预，以免影响患者病情恢复。

1.4.4 记录患者手术治疗结果以及复发情况。手术治疗结果分为治愈、显效和无效。治愈是指患者经手术治疗后腹股沟疝气症状全部消失，患者回归正常生活；显效则是指患者手术成功，但患者恢复时间略长；无效则代表手术失败，患者腹股沟疝气症状无任何改变。治疗有效率= (治愈+显效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方式

采用 SPSS22.0 专业统计软件分析文中数据，计数资料取百分率 ($n, \%$) 描述时，以 χ^2 检验；计量资料取 ($\bar{x}\pm s$) 描述时，以 T 检验。当 $P<0.05$ 时，组间数据有明显对比意义。

2 结果

2.1 手术相关指标比较

实验组在手术相关指标对比中较对照组患者更优，其中手术用时、切口恢复用时、疼痛持续用时以及住院用时均短于对照组；术中出血量少于对照组，数据对比意义明显 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者相关手术指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	切口恢复时间 (d)	疼痛持续时间 (d)	住院时间 (d)
实验组	35	33.16 $\pm$ 5.30	36.79 $\pm$ 4.06	3.20 $\pm$ 0.74	2.36 $\pm$ 0.21	7.49 $\pm$ 0.50
对照组	35	37.59 $\pm$ 5.14	50.64 $\pm$ 4.28	6.31 $\pm$ 1.08	3.49 $\pm$ 0.17	10.66 $\pm$ 0.41
T		3.5498	13.8893	14.0536	24.7429	29.0037

P	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
2.2 并发症发生情况比较						
实验组患者手术后其并发症发生率为 2.86%，对照组发生率为 25.71%，实验组低于对照组发生率，数据对比有统计性（P<0.05），见表 2。						
表 2 两组患者并发症发生率对比(n, %)						
组别	例数	切口感染	局部异物	阴囊积液	尿潴留	发生率
实验组	35	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.86)	1(2.86)
对照组	35	2(5.71)	1(2.86)	2(5.71)	4(11.43)	9(25.71)
X ²						7.467
P						0.006

2.3 术后疼痛感评分比较						
实验组患者手术后各阶段疼痛感评分较对照组患者疼痛感评分更低，数据间有明显差异性（P<0.05），见表 3。						
表 3 两组患者术后疼痛评分对比($\bar{x} \pm s$, 分)						
组别	例数	术后 24 小时	术后 48 小时	术后 72 小时		
实验组	35	6.44±1.25	4.96±0.38	2.50±0.13		
对照组	35	7.16±0.58	6.06±0.34	4.25±0.67		
T		3.0911	12.7626	15.1695		
P		0.0029	0.0000	0.0000		

2.4 治疗结果和复发率比较						
实验组患者其治疗有效率为 97.14%，对照组治疗有效率为 91.43%，组间比较无差异性（P>0.05）；而在复发率比较中，实验组复发率仅为 1 例，占比为 2.86%，对照组有 7 例复发患者，占比 20%，组间对比差异明显，具有临床统计价值（P<0.05），见表 4。						
表 4 两组患者治疗有效率以及术后复发率对比 (n, %)						
组别	例数	治愈	显效	无效	有效率	复发率
实验组	35	33(94.29)	1(2.86)	1(2.86)	34(97.14)	1(2.86)
对照组	35	30(85.71)	2(5.71)	3(8.57)	32(91.43)	7(20.00)
X ²					1.0606	5.0806
P					0.3031	0.0242

3 讨论

腹股沟疝气属于普外科一种十分常见的疾病。根据疝环和腹壁下动脉的之间关系，腹股沟疝可分成腹股沟斜疝以及腹股沟直疝两种类型，其发病率在腹股沟疝气中也最高^[6]。腹股沟疝气发生时，患者在行走、跑步、劳动以及剧烈咳嗽时会有明显的痛感。腹股沟疝在患者平卧时可自行还纳。但随着病情发展，包块会越来越大，困扰患者生活。腹股沟疝气在急性发病期时，若不进行有效治疗，会诱发严重并发症，对患者健康以及生活质量造成影响^[7-8]。

临床上手术治疗是腹股沟疝气的主要治疗方式。传统手术时间长，术后疼痛感重，手术切口大，患者恢复时间过长，不利于患者病情的快速恢复，缺点较多。随着医疗技术的发展，疝气修补术应用越来越广泛。疝修补术中需要将患者韧带，肌肉，腱膜等不同性质的组织进行缝合。但由于某些组织无张力，强行缝合时会造成组织的损伤，影响治疗效果，且术后更容易增加并发症的发生几率。因此，疝修补术应运而生。对于腹股沟疝气的手术治疗方式是有无张力补片逐渐代替有张力补片，术后并发症发生率降低。疝气修补术手术过程更为简单，医生容易操作，手术时间短，手术后对患者的体力劳动无限制作用。该手术是由美国医生所提出的，无张力疝修补术通过人工生物材料作为手术补片，通过该补片将患者腹股沟露点进行连接，不会对患者正常组织造成干扰^[9]。无张力疝修补术又分为平片无张力疝修补术以及填充式无张力疝修补术两种。填充式无张力疝修补术在手术过程中需要将腹壁缺失部位修补，完成后再进行补片缝合，此步骤不仅增加了手术时间，还会增加患者在手术中的出血量，患者术后也会有明显痛感。平片无张力疝修补术在手术过程中无需在患者腹股沟区域

进行剖操作，手术过程创伤更小，手术时间更短，术中出血量更少，其优势也更明显。^[10]有数据指出。手术过程的操作以及修补材料是导致患者在手术完成后复发的一个重要因素，手术临床操作规范，选择合适补片，游离空间合理，术后注重休息均可降低腹股沟疝气的复发率。我院为进一步验证平片无张力疝修补术的有效性，特抽取 70 名患者进行临床对比。在对比过程中，实验组患者采用平片无张力疝修补术，术后患者术中患者出血量更少，手术时间更短，切口恢复时间以及痛持续时间和住院时间与更短，与采用填充式无张力疝修补术的对照组之间有明显差异，说明平片无张力疝修补术手术指标更好。除此之外，实验组在术后实验组仅出现 1 例尿潴留患者，而对照组则出现 2 例切口感染患者，1 例局部异物患者，2 例阴囊积液患者以及 4 例尿潴留患者，在并发症发生率比较中，实验组发生率明显低于对照组患者，数据之间具有强烈对比意义（P<0.05）。除此之外，平片无张力疝修补术由于其减少了对患者腹股沟处周围组织的拉扯，患者术后疼痛感更低，在手术后 24h 小时、48h、72h 疼痛度比较中，实验组患者较低的疼痛度评分进行了有效验证。而在治疗结果比较中，两组患者治疗结果无明显差异，说明手术都有一定的效果，但在术后复发率的比较中，实验组发生率更低，与对照组之间具有较大差异，说明平片无张力疝修补术安全性更高，复发率更低。以上几种数据说明平片无张力疝修补术安全性更高。

综上所述，将平片无张力疝修补术应用在腹股沟疝气的治疗中，可以降低患者术后并发症发生率，并减少患者术后疼痛感，手术方式可广泛应用。

参考文献:

[1]胡阳.不同方式无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的临床疗效分析[J].中国社区医师,2020,36(15):73+75.

[2]李佃刚.不同方式无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的疗效对比探讨[J].心理月刊,2020,15(13):206.

[3]赵志民.平片无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的疗效评价[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(27):74-75.

[4]韩鑫.不同方式无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的疗效分析[J].中国医药指南,2019,17(19):56.

[5] Yu Xueyu, Zhang Shuliang. Analysis of the safety and effectiveness of plain film tension-free hernia repair for inguinal hernia [J]. Electronic Journal of clinical medical literature, 2019,6 (54): 4 + 6

[6]李建华.分析不同方式无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(39):82+84.

[7]黄胜崇.平片无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的疗效评价[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(32):57+113.

[8]王志亮.分析不同方式无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的临床疗效[J].智慧健康,2019,5(11):123-124+126.

[9]吴洋.不同方式无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的临床疗效分析[J].中外医疗,2019,38(09):61-63.

[10] Zhu Xiang. Effect of plain film tension-free hernia repair on inguinal hernia [J]. China health standard management, 2018,9 (23): 32-33

[11]刘有东.不同方式无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的临床疗效分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(78):29-30.

[12]周辛欣.不同方式无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的疗效对比分析[J].现代诊断与治疗,2018,29(12):1932-1934.

[13] Park Heyun. Clinical efficacy analysis of different methods of tension-free hernia repair for inguinal hernia [J]. Disaster medicine and rescue (electronic version), 2018,7 (02): 80 + 100

[14]王彦明.不同方式无张力疝修补术应用于腹股沟疝气的临床治疗中疗效分析[J].智慧健康,2018,4(16):109-110.

高血压脑出血治疗中应用超早期小骨窗微创颅内血肿清除术的疗效观察

张晓氏 贺微博^{通讯作者}

西安宝石花长庆医院 神经外科 陕西西安 710201

摘要：目的：探讨超早期小骨窗微创颅内血肿清除术在高血压脑出血（HICH）中的作用。方法：取近三年我院收治的 120 例 HICH 病患，随机分成两组，A 组（n=60）行超早期小骨窗微创颅内血肿清除术治疗，B 组（n=60）行骨瓣开颅血肿清除术治疗，对比疗效。结果：A 组疗效高于 B 组（ $p<0.05$ ），临床指标、NIHSS 评分、BI 评分、血清细胞因子水平比较，A 组均优于 B 组（ $p<0.05$ ）；血肿清除率 B 组更高，并发症率 B 组更低（ $p<0.05$ ）。结论：HICH 病患以超早期小骨窗微创颅内血肿清除术的效果更好，可推广。

关键词：HICH；血肿清除术；治疗效果

高血压脑出血（Hypertensive cerebral hemorrhage, HICH）是高血压最为严重的一种并发症。手术是治疗 HICH 的常用手段，传统开颅手术具有创伤大、并发症高等不足，不利于病患预后恢复^[1-2]。超早期小骨窗微创颅内血肿清除术因具备创伤小、安全性高、术后恢复时间短等优点而受到了广泛认可^[3]。为明确该术式在 HICH 中的作用，本文以收治的 120 例 HICH 病患为例展开研究，具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

取 120 例在我院就诊的 HICH 病患，就诊时间均为 2019 年 1 月-2022 年 1 月；病患均满足高血压诊断标准，并均经影像学诊断确诊为脑出血；发病时间均在 6h 内；病患及家属均知情同意，配合研究；将预计生存期不足 3 个月者排除，将有手术禁忌症者排除。随机分成两组，A 组 60 例中，男、女分别为 34 例、26 例，年龄 42-75 岁，平均（ 65.29 ± 2.88 ）岁；脑出血量平均（ 55.92 ± 3.11 ）mL；B 组 60 例中男 36 例，女 24 例，年龄 41-76 岁，平均（ 65.58 ± 3.11 ）岁；脑出血量平均（ 56.20 ± 3.24 ）mL；A、B 组一般资料保持同质性（ $p>0.05$ ）。

1.2 方法

A 组：超早期小骨窗微创颅内血肿清除术治疗。于发病后 6h 内手术，取平卧位，全麻状态下，CT 下定位血肿部位，于距离皮层最近处入路，总行切开头皮 5cm，直至骨膜、暴露颅骨；钻孔、扩大骨窗至 3cm×2cm，并切开硬脑膜；之后定位血肿部位，抽吸血肿，明确无活动性出血，且血肿清除满意后，留置引流管，缝合硬脑膜及切口；术后向血肿腔内注射适量尿激酶，4h 后开放引流，每天 1-2 次，待血肿量低于 10mL 后将引流管拔出。

B 组：骨瓣开颅血肿清除术治疗。全麻、仰卧位，CT 下定位血肿部位，确定开颅范围，于额颞处弧形切开头皮、显露颅骨，常规开窗 12cm×14cm，去除骨瓣；将额颞顶部硬脑膜剪开，清除血肿，止血后放置引流管，对硬脑膜及切口进行缝合处理；两组术后均行抗感染治疗。

1.3 观察指标

（1）疗效分析：显效：体征正常，无神经功能障碍，恢复正常生活

能力；有效：体征平稳，颅内血肿基本消失，神经功能障碍轻微，对生活影响不大；无效：为达到上述标准^[4]。

（2）临床指标比较，手术用时、术中出血量、血肿吸收时间、住院时间、血肿清除率等，其中血肿清除率=（术前血肿量-术后血肿量）/术前血肿量×100%。

（3）于术前、术后 3 个月，以美国国立卫生研究院卒中量表（NIH Stroke Scale,NIHSS）评估 A、B 组神经功能障碍，评分越低越好；并以 Barthel 指数评分（BI）评估 A、B 组生活质量，评分越高越好^[5]。

（4）于术前、术后 7d 测定比较 A、B 组血清细胞因子水平；分别在空腹状态下采集病患 3mL 静脉血，离心处理 15min，速度 3500r/min，取上层血清待检；以酶联免疫吸附法测定血管内皮生长因子（vascular endothelial growth factor, VEGF）、血管生成素 1（Angiopoietin1, Ang-1）、血管升压素（vasopressin,AVP）水平。

（5）统计对比 A、B 组并发症发生率。

1.4 统计学分析

数据以 spss23.0 统计学软件处理，计量、计数资料分别以 t、 χ^2 检验， $p<0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 疗效分析

A 组总有效率较 B 组明显提升，组间差异显著（ $p<0.05$ ），见表 1：

表 1 疗效分析

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
A 组	60	7（11.67%）	48（80.00%）	5（8.33%）	55（91.67%）
B 组	60	3（5.00%）	39（65.00%）	18（30.00%）	42（70.00%）
χ^2 值				9.090	9.090
P 值				0.003	0.003

2.2 临床指标比较

A、B 组各临床相关指标对比均存在明显差异（ $p<0.05$ ），见表 2：

表 2 临床指标比较

组别	例数	手术用时（min）	术中出血量（ml）	血肿吸收时间（d）	住院时间（d）	血肿清除率（%）
A 组	60	35.58±4.12	42.65±3.11	5.22±0.35	17.56±2.56	94.28±3.03
B 组	60	76.59±8.19	98.58±7.24	6.88±0.41	22.68±3.05	87.95±3.26
χ^2 值		34.649	54.981	23.853	9.960	11.017
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 NIHSS 评分、BI 评分比较

术后 3 个月对比，A 组 NIHSS 评分低于 B 组，BI 评分高于 B 组（ $p<0.05$ ），见表 3：

表 3 NIHSS 评分、BI 评分比较

组别	例数	NIHSS 评分（分）	BI 评分（分）
		术前 术后 3 个月	术前 术后 3 个月

A 组	60	14.56±1.22	7.05±0.38	48.56±2.88	82.46±4.15
B 组	60	14.54±1.19	8.48±0.52	48.70±2.92	73.15±3.88
T 值		0.091	17.199	0.264	12.693

P 值	0.928	0.000	0.792	0.000
2.4 血清细胞因子水平比较				
经治疗, A 组 VEGF、Ang-1、AVP 均优于 B 组 (p<0.05), 见表 4:				
表 4 血清细胞因子水平比较				

组别	例数	VEGF (pg/mL)		Ang-1 (ug/mL)		AVP (ng/mL)	
		术前	术后 7d	术前	术后 7d	术前	术后 7d
A 组	60	375.54±12.65	228.56±8.16	124.88±15.20	86.57±8.20	18.87±2.55	12.01±1.48
B 组	60	384.59±13.44	270.68±9.56	125.09±14.88	99.69±9.25	18.90±2.61	14.96±2.04
T 值		3.798	25.958	0.076	8.221	0.064	9.067
P 值		0.000	0.000	0.939	0.000	0.949	0.000

2.5 血肿清除率、并发症率比较	A 组血肿清除率高于 B 组, 并发症率低于 B 组 (p<0.05), 见表 5:
表 5 血肿清除率、并发症率比较	

组别	例数	消化道出血	颅内再出血	多器官功能障碍	感染	下肢深静脉血栓	发生率
A 组	60	1 (1.67%)	0	0	0	1 (1.67%)	3 (5.00%)
B 组	60	3 (5.00%)	1 (1.67%)	1 (1.67%)	5 (8.33%)	2 (3.33%)	12 (20.00%)
X ² 值							6.171
P 值							0.013

3 讨论

HICH 是高血压最严重的一种并发症, 同时也是脑出血的常见类型, 在全部脑出血病患中 HICI 可达到 30%-40%; 且该病发病急、凶险性高、致残和致死风险大, 容易威胁病患安全^[6-7]。老年人口快速增多的背景下, 高血压人数不断攀升, 这也使得 HICI 发生率明显增高。

对于 HICH 患者而言, 早期治疗清除血肿、降低颅内压是挽救生命安全、挽救预后的关键。传统手术多以大骨瓣开颅术为主, 该术式在快速清除血肿、减轻颅内压方面的作用积极, 然而其同时也有不足, 如手术用时长、操作繁琐、术中出血量多、术后并发症多等, 在很大程度上影响了手术疗效, 且病患接受度低^[8-9]。微创技术的发展, 为 HICH 病患的治疗提供了新思路。小骨窗微创颅内血肿清除术逐渐被应用到 HICH 病患的治疗中, 相对于骨瓣开颅术来说, 该术式能够获得更理想的血肿清除效果, 有利于促进脑神经功能恢复, 同时还具有手术用时短、操作简单、对颅内脑组织损伤小、术后并发症少、恢复快等多方面的优势, 因而逐渐受到了医患人员的广泛认可^[10-11]。同时为了保证手术效果, 临床上通常认为应于超早期 (发病 6h 内) 行手术治疗, 以及时清除血肿, 预防血肿扩展, 降低病患颅内压力, 防止脑实质出现不可逆转的损伤, 达到保护脑组织及神经细胞、预防术后功能障碍发生的效果。本研究对比了 A、B 组的治疗效果, 结果显示 A 组疗效高于对照组, 同时 A 组临床指标、NIHSS 评分、BI 评分均优于 B 组, 并发症率低于 B 组 (p<0.05); 表明超早期小骨窗微创颅内血肿清除术在 HICH 治疗中能够起到更理想的效果。此外, 本研究结果还显示治疗后, A 组 VEGF、Ang-1、AVP 均优于 B 组 (p<0.05); 这主要是由于, HICH 发生后, 病患会出现血肿周围局部脑循环异常变化, 从而可致患者出现机体免疫功能、血管活性物质紊乱, 甚至可破坏血-脑脊液屏障。而 AVP 则是由下丘脑视上核和室旁核神经细胞分泌, 在维持脑血管正常收缩功能方面发挥着积极作用。Ang-1 则是血管特异性生成因子的一种, 在维持内皮细胞稳定性、改善血管通透性方面发挥着重要作用, 并且可起到促进内皮细胞增殖、迁移、血管形成的功效; VEGF 则能够起到保护神经细胞、促进血管形成的作用; 而在患者出现脑缺血现象时, Ang-1、AVP、VEGF 的分泌量就会异常增多, 以达到改善缺血状况的效果^[12]; 因此, 临床上可将其作为评估患者脑缺血状况的重要参考指标。本组中 A、B 两组治疗后相关指标水平均有所下降, 提示两种术式在改善患者病情中均有积极作用, 但相对而言小骨窗微创术的效果更理想。

综上所述, 超早期小骨窗微创颅内血肿清除术在 HICH 中的作用更佳, 有用时短、创伤小、安全性高等特点, 有推广意义。

参考文献:

[1]黄肇晶. 超早期小骨窗微创颅内血肿清除术结合基于聚焦解决模式的心理干预对高血压脑出血的治疗效果分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(15):2677-2679.

[2]Wei L, Lin C, Zhou Z, et al. Analysis of different hematoma expansion shapes caused by different risk factors in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage[J]. Clinical Neurology and Neurosurgery, 2020, 194(3):105820.

[3]刘存. 分析比较高血压脑出血应用小骨窗开颅手术与颅内血肿微创清除术治疗的临床效果[J]. 中国实用医药, 2020, 15(35):61-63.

[4]龙晓东, 刘之彝, 杨与敏. 超早期小骨窗微创颅内血肿清除术对高血压脑出血患者生活质量和 ET、AVP 水平的影响[J]. 脑与神经疾病杂志, 2019, 27(3):169-173.

[5]龙晓东, 刘之彝, 杨与敏. 超早期小骨窗微创颅内血肿清除术对高血压脑出血患者生活质量和 ET、AVP 水平的影响[J]. 2022, 27(3):169-173.

[6]Yuhui W, Wentao Y, Li W, et al. The effect of butylphthalide injection on the cognitive function and the TLRs/NF-κB pathway in hypertensive intracerebral hemorrhage[J]. American journal of translational research, 2021, 13(8):9578-9585.

[7]高峰. 小骨窗微创手术对比神经内镜下血肿清除应用在高血压性脑出血患者治疗中的临床效果与 GOS 评分研究[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(17):99-100.

[8]陈西亚. 超早期小骨窗颅内血肿清除术治疗高血压基底节区出血的临床效果[J]. 中国当代医药, 2022, 29(10):85-88.

[9]黄肇晶. 超早期小骨窗微创颅内血肿清除术结合基于聚焦解决模式的心理干预对高血压脑出血的治疗效果分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(15):2677-2679.

[10]Xiao-ru, Che, Yong-jie, et al. Prognostic value of intracranial pressure monitoring for the management of hypertensive intracerebral hemorrhage following minimally invasive surgery[J]. World Journal of Emergency Medicine, 2020, 11(03):42-46.

[11]付光辉, 刘全, 覃军, 等. 微创钻孔引流术和小骨窗颅内血肿清除术对高血压性基底节区中等量脑出血的疗效和预后比较[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2020, 19(6):414-418.

[12]薛桂亭. 高血压脑出血治疗中应用超早期小骨窗微创颅内血肿清除术的疗效分析[J]. 中国保健营养, 2020, 030(002):286-287.

急性肺动脉栓塞患者应用 CT 低剂量，低浓度扫描技术的临床价值分析

张尧

南京医科大学第一附属医院 江苏南京 210029

摘要：目的：分析急性肺动脉栓塞患者应用 CT 低剂量、低浓度扫描技术的临床价值。方法：样本选择为 2021 年 10 月到 2022 年 4 月接诊的急性肺动脉栓塞患者，80 例患者基于临床诊断方式结果进行评价，常规剂量检查结果纳入对照组，低剂量检查结果纳入干预组，分析不同剂量诊断结果及成像质量。结果：医学调研数据分析中，干预组患者数据重建后患者肺动脉但能量图像能量水平较为集中，在图像质量及辐射剂量参数的相关数据分析中，仅有 CTDIvol 指标组间数据差异显著 ($P < 0.05$)，其他数据虽存在数据差异，但差异较小 ($P > 0.05$)；图像质量分析中，干预组 4 分 43 例，5 分 34 例，总占比 96.25%；对照组 4 分 46 例，5 分 23 例，总占比 86.25%，说明低剂量、低浓度扫描技术在急性肺动脉栓塞诊断的图像成像质量更好，有利于病情的诊断 ($P < 0.05$)。结论：在急性肺动脉栓塞患者的病情干预中，CT 低剂量低浓度扫描技术能够更好地实现扫描呈现阶段的优质成像，同时会有效降低辐射剂，减少 CT 扫描对患者身体外伤的影响，值得推广使用。

关键词：急性肺动脉栓塞患者；CT 低剂量；低浓度；扫描技术；临床价值

Abstract: Objective: To analyze the clinical value of low dose and low concentration CT in patients with acute pulmonary embolism. Methods: The sample was selected as patients with acute pulmonary embolism treated from October 2021 to April 2022. 80 patients were evaluated based on the clinical diagnosis results, and the conventional dose examination results were included in the control group, and the low-dose test results were included in the intervention group, analyzing the diagnostic results and imaging quality of different doses. Results: In the analysis of the medical research data, After the reconstruction of patients in the intervention group, the energy level of pulmonary artery but energy images was concentrated, In the relevant data analysis of image quality and radiation dose parameters, Only the data differences between the CTDIvol index groups were significant ($P < 0.05$); In the image quality analysis, There were 43 cases in the intervention group, Five points of 34 cases, Total proportion accounted for 96.25%; The control group had 4 points and 46 cases, Five points of 23 cases, For 86.25%, It shows that the image imaging quality of low-dose, low-concentration scanning technology in the diagnosis of acute pulmonary embolism is better, Good for the diagnosis of the condition ($P < 0.05$).

Key words: acute pulmonary embolism patients; low CT dose; low concentration; scanning technology; clinical value

肺动脉栓塞属于临床危急重症，通过有效的诊断方式明确病情进展能更好的制定医疗干预方案，以改善患者的生存质量。肺动脉造影是诊断肺动脉栓塞的有效方式之一，但由于碘造影对比剂的使用，依旧会出现不同程度的不良反应表现。在病情诊断中，通过 CT 肺动脉成像检测能够更好的明确肺部动脉生理状态，所以该诊断方式逐渐取代肺动脉造影，成为主流诊断方式^[1-2]。本次医学调研基于评价急性肺动脉栓塞患者采用 CT 低剂量、低浓度扫描技术的临床应用价值，详见下文。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

样本选择为 2021 年 10 月到 2022 年 4 月接诊的急性肺动脉栓塞患者，80 例患者基于临床诊断方式结果进行评价，基线资料分析中，男女比为 51:29，平均 (55.47±1.54) 岁，平均身高 (162.14±5.85) cm，平均体重 (60.41±1.85) kg；平均体质质量 (21.67±1.89) kg/m²；常规剂量检查结果纳入对照组；低剂量检查结果纳入干预组，分析不同剂量 CT 诊断结果。

1.2 方法

患者均接受 CT 肺动脉血管成像检查，对照组进行常规 CT 扫描检查，采用 120kV+350mgI/ml 欧乃派克；干预组采用 100kV+270mgI/ml 威视派克，均调节为能谱模式 (GSI)^[3-4]。

设备选择为西门子 Flash 扫描仪，使用双球管、A 球管视野 50cm；B 球管视野 33cm，球管夹角 94°；扫描期间使用电压自动调节技术、管电流

自动调节技术，全自动曝光剂量调节，球管旋转 0.28s/r，螺距 2.2cm，探测器准直器 128×0.6mm^[5-6]。

扫描方法：取仰卧体位、双手置于头上，扫描冠状位与矢状位，评估患者体型，选择合理技术进行保管，扫描范围：肺尖至膈顶；从足到头，指导患者平静呼吸，使用触发扫描模式，3s 延迟；将肺动脉主干为监测感兴趣区，监测阈值 50HU、触发后延迟 4s，扫描在 1s 内完成，重建层厚 0.75mm，扫描数据经后台西门子处理工作站处理^[7-8]。

1.3 评判标准

根据 CT 扫描结果哟，统计 CT 值、信噪比 (SNR)、图像背景噪音、对比噪声比 (CNR)、剂量长度乘积 (DLR)、CT 剂量指数 (CTDIvol)、有效辐射剂量等 (ED) 相关数据，对比分析数据差异。

采用 5 级评分法评价图像质量，1 分为成像中血管边缘毛糙、分支、远端成像差；2 分为成像中血管边缘毛糙、分支及远端显示差；3 分为成像中血管主干显示良好，主要分支显示一般、远端显示差；4 分为成像中血管成像良好，分支、远端成像良好；5 分血管边缘平滑、分支及远端成像良好。

1.4 统计学意义

软件：SPSS 26.0；计量资料、计数资料为 [(n, %)]，由 T 值、X² 校验，数据差异存在意义 $P < 0.05$ 。

2. 结果

2.1 图像质量及辐射剂量参数对比

医学调研数据分析中, 干预组患者数据重建后患者肺动脉但能量图像能量水平较为集中, 在图像质量及辐射剂量参数的相关数据分析中, 仅有CTDIvol 指标组间数据差异显著 ($P<0.05$), 其他数据虽存在数据差异, 但差异较小 ($P>0.05$), 详见表 1。

表 1 图像质量及辐射剂量参数对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	对照组 (80 例)	干预组 (80 例)	χ^2	P
肺动脉主干 (HU)	361.21±68.74	358.14±68.63	0.2048	0.8382
左肺动脉 (HU)	353.46±72.35	346.25±73.16	0.4541	0.6509
右肺动脉 (HU)	352.14±71.05	349.85±71.35	0.1474	0.8832
左右上叶肺动脉 (HU)	351.69±68.49	348.45±69.15	0.2157	0.8297
左右基底段肺动脉亚段	311.05±66.19	308.45±66.21	0.1800	0.8576

(HU)

左右基底段肺动脉 (HU)	342.16±72.19	339.41±73.68	0.1728	0.8633
噪声 (HU)	18.65±3.24	17.89±3.46	1.0391	0.3018
CNR	17.44±2.62	18.35±2.69	1.6630	0.1001
SNR	19.93±3.62	20.11±3.61	0.2282	0.8201
CTDIvol (mGy)	9.46±4.58	13.62±6.46	3.4045	0.0010
DLP (mGy·cm)	278.45±98.45	281.45±95.47	0.1418	0.8876
ED (mSv)	4.16±1.61	4.36±1.34	0.6188	0.5378

2.2 图像质量评分

图像质量分析中, 干预组 4 分 43 例, 5 分 34 例, 总占比 96.25%; 对照组 4 分 46 例, 5 分 23 例, 总占比 86.25%, 说明低剂量、低浓度扫描技术在急性肺动脉栓塞诊断的图像成像质量更好, 有利于病情的诊断 ($P<0.05$), 详见表 2。

表 2 图像质量评分 (n, %)

组别	例数	1 分	2 分	3 分	4 分	5 分	符合率
对照组	80	6 (7.50%)	3 (3.75%)	2 (2.50%)	46 (57.50%)	23 (28.75%)	86.25
干预组	80	1 (1.25%)	1 (1.25%)	1 (1.25%)	43 (53.75%)	34 (42.50%)	96.25
T	-	3.7348	1.0256	0.3397	0.2279	3.2976	5.0098
P	-	0.0533	0.3112	0.5600	0.6331	0.0694	0.0252

3. 讨论

CT 成像技术的图像质量决定着肺动脉强化程度诊断结果, 在肺动脉强化诊断中, 造影剂的使用剂量、使用种类、注射流速均会影响到最终的成像质量, 在规定时间内碘对比剂注射剂量越多, 管腔成像质量会越清晰, 在病情诊断中有着重要的应用价值体现, 但碘对比剂的过度使用还会导致患者肾脏功能复合进一步增大, 又会影响到肺动脉强化程度, 所以需要有效控制碘对比剂的使用^[9-10]。所以在满足临床疾病诊断需求的同时, 降低肾脏负荷是影像学诊断中的重点及难点; 基于此在本次医学研究中, 可使用低剂量基浓度对比剂进行 CT 扫描检查, 能够有效降低对比剂的临床使用剂量, 减少辐射剂量, 同时还能获得良好的影像学成像质量^[11-12]。医学调研数据分析中, 干预组患者数据重建后患者肺动脉但能量图像能量水平较为集中, 在图像质量及辐射剂量参数的相关数据分析中, 仅有 CTDIvol 指标组间数据差异显著, 其他数据虽存在数据差异, 但差异较小; 图像质量分析中, 干预组 4 分 43 例, 5 分 34 例, 总占比 96.25%; 对照组 4 分 46 例, 5 分 23 例, 总占比 86.25%, 说明低剂量、低浓度扫描技术在急性肺动脉栓塞诊断的图像成像质量更好, 有利于病情的诊断, 跟相关医学研究更好的证实 CT 造影技术中, 低剂量低浓度扫描能更好的明确的状态。

综上所述, 在急性肺动脉栓塞的病情诊断中, 通过使用低剂量 CT 扫描技术能够更好地完成肺动脉的成像, 有效实现病情诊断, 有推广应用价值。

参考文献:

[1]李佩如. 急性肺动脉栓塞 CT 血管造影检查技术与图像后处理方式的临床应用价值[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(2):3-3.

[2]金昌琼. 肺栓塞患者行多层螺旋 CT 诊断的临床应用价值及检出率分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(22):2-2.

[3]张文, 李国庆. 多层螺旋 CT 与 MR 肺动脉造影在急性肺动脉栓塞诊断上的临床应用价值[J]. 智慧健康, 2020,000(12):2-2.

[4]刘天. 急性肺栓塞患者应用双源 256 排 CT 诊断的准确性及临床价值[J]. 影像研究与医学应用 2021,5(22):211-212.

[5]Léonard-Lorant I, Delabranche X, Séverac F, Helms J, Pauzet C, Collange O, Schneider F, Labani A, Bilbault P, Molière S, Leyendecker P, Roy C, Ohana M. Acute Pulmonary Embolism in Patients with COVID-19 at CT Angiography and Relationship to d-Dimer Levels. Radiology. 2020 Sep;296(3):E189-E191.

[6]刘晓勇, 郁万江. 低剂量低对比剂螺旋 CT 肺动脉血管成像技术在诊断肺动脉栓塞应用[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(8):2-2.

[7]李彭. 双源 CT 低剂量肺动脉 CTA 检查技术对肺动脉栓塞的诊断价值分析[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(21):2-2.

[8]祝华强, 陈建乐, 楚二伟. 低剂量 128 排螺旋 CT 肺动脉 CTA 在肺动脉栓塞诊断中的临床价值[J]. 影像研究与医学应用 2020,4(17):127-129.

尿常规检测在尿路感染临床诊断中的应用价值分析

张烨炜

北京圣宝妇产医院 检验科 北京 100192

摘要：目的：研究尿常规检测在尿路感染临床诊断中的应用价值。方法：选择 2021 年 01 月 01 日—2021 年 12 月 31 日到本院治疗尿路感染患者 3434 例，对全部患者实施尿培养检测、尿常规检测，分析两种检测方式的准确度。结果：实验组诊断方式灵敏度 3245/3434（94.50%）、特异度 3346/3434（97.44%）以及准确率 3395/3434（98.86%）高于对照组（ $P<0.05$ ）；实验组定量红细胞阳性检出率 2934/3434（85.44%）和白细胞阳性检出率 2200/3434（64.07%）高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：运用尿常规检测方式对尿路感染诊断，价值较高，可运用。

关键词：尿常规检测；尿路感染；尿培养检测；准确度；定量红细胞阳性检出率；白细胞阳性检出率

尿路感染作为临床泌尿外科中比较常见的一种疾病，此疾病的出现会对患者健康造成较大的影响，亦会使得患者的生存质量降低。有研究指出，处于尿路感染早期，患者的临床症状表现并不显著与典型，一般和全身性的感染疾病患者临床表现相同，使得临床诊断与筛查存在较大的难度。为了能够高效地对疾病进展控制、疾病治疗的高效性提升，需提升诊断的准确度^[1]。伴随着现代化的医疗技术不断发展，近几年对尿路感染疾病诊断的方式多种，例如，尿沉渣诊断方式、尿干化学诊断方式以及中段尿培养诊断方式等等。常规的诊断方式一般会运用尿培养诊断方式，但是经过长时间的分析研究了解到尿培养诊断方式所需诊断的时间比较长，大约在三天，而且检查的准确度会受到多类客观性因素所影响，为了能够最佳的治疗时间不被耽误，需运用其他的检验方式对疾病诊断，进而提升阳性检出概率，所以尿常规诊断方式在临床中被广泛运用。尿常规诊断方式作为临床检验医学中的“三大常规”项目中的一种，大部分的肾脏病变患者在早期尿液中可检测出蛋白尿或是尿沉渣内有形成分，对某种全身性疾病和身体其他脏器组织影响的引发的血液疾病、糖尿病、流行性出血热以及肝胆疾病等等诊断中。与此同时，对尿液实施化验，可对疾病治疗效果与预后实施判定，经过此种诊断，可对患者对应性病症进行判定^[2]。此种诊断方式作为一种经济性、快速性检验方式，在检验中可有效规避酵母菌、滴虫、结晶以及小圆上皮细胞等对检验的结果造成影响，进而提升诊断的准确度，给临床疾病诊断提供可靠性和科学性参考。基于此，本文将分析尿常规检测在尿路感染临床诊断中的应用价值，报道如下：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 01 月 01 日—2021 年 12 月 31 日到本院治疗尿路感染患者 3434 例，对全部患者实施尿培养检测、尿常规检测。男性患者 1434 例，女性患者 2000 例，年龄范围 28 岁~65 岁，平均年龄为（46.25±9.11）岁，疾病类型包含：1234 例急性肾盂肾炎患者、1200 例慢性肾盂肾炎患者、1000 例膀胱炎患者。一般资料对比（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：患者均有不同种程度上的尿急、尿频以及尿痛等等症状，需接受尿常规诊断；有血尿、发热症状患者；诊断依从性比较高的患者；临床相关数据信息资料齐全的换。

排除标准：患者临床数据资料丢失；不配合诊断与存在基础性疾病患者；存在认知障碍、意识障碍患者；合并严重脏器损伤患者亦或是存在免疫系统疾病，严重干扰疾病患者；近期有接受抗生素药物治疗患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

组内患者接受尿培养检测，具体为：医务工作人员需仔细、认真地对患者进行指导，使得患者可依照正确和科学的步骤进行，对患者的外阴部位进行清洁，保障清洁可达到临床清洁的标准。而后告知患者中段尿获取方式，尿量在 12ml 左右。而后医务工作人员需对患者中段尿样科学的检验。

运用定量接种杯，获得 5μL 尿液，实施温孵培养。完成培养后，选取全自动的细菌鉴定仪设备对细菌实施高效的鉴定，了解菌落的实际数量，分析菌落的具体状况。

1.2.2 实验组

组内患者接受尿常规检测，具体为：医务工作人员需对其尿液标本进行收集，检测其白细胞（WBC）等等有关指标。选取尿沉渣检测设备，在鞘液的作用下，医务工作人员需对尿液标本染色，计算细菌数量，开展氩激光照射，明确定量红细胞与白细胞计数。

1.3 观察指标及评价标准

分析两种诊断的灵敏度、特异度以及准确率；分析两种定量红细胞和白细胞检出率。

1.4 数据处理

用 SPSS21.0 软件进行统计，计数资料用（n%）表示、行 χ^2 检验，计量资料用均值±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示、行 t 检验。 $P<0.05$ 有统计学意义。

2. 结果

2.1 分析两种诊断的灵敏度、特异度以及准确率

实验组诊断方式灵敏度 3245/3434（94.50%）、特异度 3346/3434（97.44%）以及准确率 3395/3434（98.86%）高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两种诊断的灵敏度、特异度对比（n%）

组别	灵敏度	特异度	准确率
对照组	3245/3434	3346/3434	3395/3434
（n=3434）	（94.50%）	（97.44%）	（98.86%）
实验组	3015/3434	3046/3434	3246/3434
（n=3434）	（87.80%）	（88.70%）	（94.53%）
χ^2 值	95.4571	203.1557	101.1448
p 值	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 分析两种定量红细胞和白细胞检出率

实验组定量红细胞阳性检出率 2934/3434（85.44%）和白细胞阳性检出率 2200/3434（64.07%）高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两种定量红细胞和白细胞检出率对比（n%）

组别	定量白细胞		定量红细胞	
	阳性	阴性	阳性	阴性
对照组	2200/3434	1234/3434	2934/3434	500/3434
（n=3434）	（64.07%）	（35.93%）	（85.44%）	（14.56%）
实验组	1300/3434	2134/3434	2090/3434	1344/3434
（n=3434）	（37.86%）	（62.14%）	（60.86%）	（39.14%）
χ^2 值	471.9274		528.0860	
p 值	0.0000		0.0000	

3. 讨论

尿常规诊断方式被临床中认作为三大常规化验方式之一,而红细胞、尿蛋白作为肾脏科室中医诊断的重要指标之一,更是对肾病诊断的主要检验项目。简单来讲,若是机体的红细胞、尿蛋白出现异常,患者需尽早就医。但尿常规诊断方式并非诊断金标准,若是患者结合搜尿常规诊断后无异常表现,并不代表患者没有肾病^[4]。此时,需运用准确度更高的诊断方式对疾病进行判定。例如,尿蛋白肌酐比诊断方式、8h尿蛋白诊断方式以及24h尿蛋白诊断方式等,上述指标均可将尿蛋白指标的结果进行直观地反应出。机体尿液模块内主要成分是重氮盐、吡啶酚酯,诊断的基本原理为按照中性粒细胞内特异性脂酶物质,引导模块内物质相结合,对检验标本颜色深浅度进行观察,对其和中性粒细胞间正比例关系进行判定。伴随着现代临床医学的不断进展,多类全自动检验技术在临床医学中不断运用。尿常规化学诊断技术一般运用尿液分析检验设备实施诊断,此种诊断技术具有较高的便捷性、灵敏度,能够增强检验技术人员工作的质量和效率^[5]。临床中检验技术人员开展尿液化验中,运用全自动设备检验尿液内白细胞计数,做该化学检验方式之一。但不同检验方式的结果与指标存在不同,尿液分析检验设备可对部分存在有形成分尿液诊断的准确度比较高,而对于其他有形成分尿液诊断中存在局限性,将影响到尿液检验诊断准确性和结果^[6]。加之,尿常规诊断方式诊断的时间相对较短,能够尽早地发现患者肾脏系统与泌尿系统等疾病,辅助医生对疾病诊断。而且全自动分析设备在临床诊断中被较为广泛地运用,可提升诊断的灵敏度、准确度和特异度,继而提升诊断的精准性。但医生在操作中存有不足之处,需对检验实施完善,进而降低操作引发误差的出现^[7]。

根据临床研究指出,有94%之上的尿路感染为单一细菌感染引发的,若是患者病情显著的时候,患临床体征表现大体上为干呕症状、高热症状以及冷战症状等等,需尽早地做好疾病分析,快速给药。而现阶段运用的常规诊断方式包含:泌尿外生殖器诊断方式、盆腔诊断方式、腹腔诊断方式以及辅助尿常规诊断方式^[8]。其中,尿常规诊断方式作为临床中运用频率比较高的一种诊断方式,此种诊断方式为收集患者不同时间段尿液,对其细菌定量、红细胞定量计数和白细胞定量计数进行分析,操作较为简单,而且并不会引起患者在检查中发生不适感,所以临床诊断的适应性比较高,患者的可接受度高,有关检验的结果可较为精准地将疾病对应性部位病理性特征反应^[9]。随着医疗技术飞速发展,有学者经过研究发现尿液分析诊断技术有显著增加,不但诊断项目的种类有所增多,而且仪器可实施自动化分析,在确保诊断准确度提升的基础之上,亦可提升诊断的质量与效率。与尿培养诊断方式比较之下,此种诊断方式的价值较高,检出结果时间比较短,此种诊断方式的运用可给患者获取更多的时间,使得患者能够尽早地恢复健康^[10]。

成颖^[11]学者明确指出,尿路感染诊断中需和体格检查结果、既往病史资料以及辅助检查的结果相结合。既往病史为明确患者临床表征、持续时间、发生状况,是否有其他的症状,而后探析出现对应性症状的主要原因^[12]。而体格检查需对患者腹部、外生殖器以及肾区等状况是否出现异常及西宁检查,在必要的时候,需辅以直肠检查、盆腔检查,了解患者是否合并其他的状况^[13]。辅助检查方式为影像学检查与实验室检查,作为疾病诊断的关键性参考资料,实验室检查包含:尿常规诊断、血常规诊断、尿涂片检验等。影像学检查包含腹部平片诊断与超声诊断等等。临床中运用作为频繁的则是尿常规诊断方式,此种诊断方式作为医学检验中常规项目之一,此诊断方式对泌尿系统病变诊断中,价值较高^[14]。尿常规诊断方式主要是对尿液的酸碱值、颜色、蛋白水平、红白细胞水平等等,颜色一般为淡黄色,尿液较清,其酸碱度一般为6.5。处于高倍镜下,发现红细胞为0~2个,白细胞为0~5个,蛋白需参考其含量。如果机体发生尿路感染,会

有血尿、脓尿等问题,尿液表现为浑浊状,红白细胞的含量明显增加,蛋白检出的结果会表现为阳性。对泌尿系统感染患者来讲,一般会参考其阳性检查的结果,若是多项的数据表现为阳性,就能够对其实施初步的判定,而后运用其他的辅助诊断技术对疾病进一步的确诊^[15]。亦可对某种全身性疾病和身体其他脏器组织影响的引发的血液疾病、糖尿病、流行性出血热以及肝胆疾病等诊断。

此次研究中,分析两种检测方式的准确度,发现实验组诊断方式灵敏度3245/3434(94.50%)、特异度3346/3434(97.44%)以及准确率3395/3434(98.86%)高于对照组($P<0.05$);实验组定量红细胞阳性检出率2934/3434(85.44%)和白细胞阳性检出率2200/3434(64.07%)高于对照组($P<0.05$)。可以看出,尿常规诊断技术对尿路感染诊断阳性检出的概率比较高,而且其特异选哪个与灵敏度均较高,能够较好地对感染状况检出。加之,尿常规诊断技术具有简单性和便捷性,可在较短的时间之内明确结果,亦具备无创性,比较容易被患者所接受。

综上,对尿路感染诊断中,运用尿常规诊断方式准确度较高,医生可依照患者白细胞计数、红细胞计数等等数据对病情加以评估,后对应性治疗,可推广与运用。

参考文献:

- [1]孙栋.尿常规检测在尿路感染临床诊断中的应用价值分析[J].中国实用医药,2022,17(7):114-116.
 - [2]沈嘉,侯彦强.尿常规指标对尿路感染诊断价值的研究[J].中外医学研究,2022,20(9):70-73.
 - [3]杨时流.尿常规检查对尿路感染的诊断价值观察[J].中国医药指南,2022,20(12):96-98.
 - [4]房爱玲.尿路感染诊断中尿常规检验的临床效果分析[J].自我保健,2022(8):73-75.
 - [5]徐承来,张哲雄,李艳,等.系统性红斑狼疮合并尿路感染患者病原菌分布特点和影响因素分析[J].中外医学研究,2022,20(5):72-76.
 - [6]王雨辰.干化学法联合尿沉渣在尿常规检验中的应用及准确性分析[J].健康必读,2022(11):238-240.
 - [7]董洪爽.尿常规检查诊断尿路感染的准确性及临床价值分析[J].中国现代药物应用,2021,15(20):238-240.
 - [8]顾庆华.尿常规联合尿液有形成分分析在尿路感染诊断中的价值[J].中国现代药物应用,2021,15(2):68-70.
 - [9]吴海军.尿路感染临床诊断中尿常规临床检验的应用[J].中外医疗,2021,40(14):183-185.
 - [10]佟奎鸿,赵毅.尿常规检验在尿路感染患者诊断中的应用价值[J].中国医药指南,2021,19(14):122-123.
 - [11]成颖.尿路感染患者应用尿常规检测的临床诊断价值分析[J].医学食疗与健康,2021,19(3):141-142.
 - [12]战乃娟.尿常规检查应用于鉴别诊断尿路感染中的意义研究[J].医学食疗与健康,2021,19(20):181-182.
 - [13]田翠萍,王文渊,郭芳芳.尿常规检测在尿路感染诊断中的应用价值[J].中国实用医刊,2021,48(9):75-77.
 - [14]关莹莹,李云慧.尿常规联合血清降钙素原检查在尿路感染鉴别诊断中的应用价值[J].中国现代药物应用,2021,15(2):4-6.
 - [15]刘晓舟.尿常规检测在尿路感染诊断中的价值及对预后疗效、满意度的影响分析[J].中国实用医药,2021,16(8):45-47.
- 作者简介:张辉炜(1982.03.05)男,汉族,河北省廊坊市;本科;北京圣圣妇产医院检验科临床医学检验技术(中级)主要从事妇产科宫颈疾病检测。

探讨经皮扩张气管切开术在ICU重症脑出血患者抢救中的应用价值

赵令娣

青海省西宁市大通县人民医院 重症医学科 青海大通 810100

摘要：目的 探讨ICU重症脑出血患者抢救中应用经皮扩张气管切开术的效果。方法 选取2021年3月-2022年3期间我院重症医学科收治的40例重症脑出血患者，随机将其分为2组，对照组在抢救中应用传统气管切开术，研究组在抢救中应用经皮扩张气管切开术，观察两组操作时间、术中出血量、并发症发生率、ICU治疗时间、住院时间，并分析数据。结果 操作时间：研究组更短（ $P<0.05$ ）；术中出血量：研究组更少（ $P<0.05$ ）；并发症发生率：研究组为0.00%，对照组为20.00%，前一组更低（ $P<0.05$ ）；ICU治疗时间、住院时间：研究组均更短（ $P<0.05$ ）。结论 ICU重症脑出血患者抢救中应用经皮扩张气管切开术效果显著，该技术不仅具有操作时间短、术中出血少、术后并发症发生率低等优点，并可有效缩短患者ICU治疗时间、住院时间，这种技术具有较高的临床使用价值，值得推广。

关键词：ICU重症脑出血；经皮扩张气管切开术；传统气管切开术；操作时间；术中出血量；并发症发生率；ICU治疗时间；住院时间

脑出血在临床中很常见，是指非外伤性脑实质内血管破裂引起的出血，发病率较高，好发于中老年群体，据相关数据统计，脑出血发病率约占全部脑卒中患者的二成到三成^[1]。同时该病的病死率较高，据数据统计，脑出血急性期病死率约为30%~40%^[2]。该病多于情绪激动或体力活动时发病，发病后可在短期内出现局部症状或全脑症状，直接对患者生命造成威胁^[3]。重症脑出血出血量多、病情危重、进展迅速、极为凶险，若不采取及早治疗，可直接导致患者死亡，故需及早治疗^[4]。由于病情需要，多数患者需行气管切开以辅助呼吸，进而改善呼吸状况。往常一般用于辅助呼吸的手段是传统气管切开术，虽应用时间长，但该技术对术者要求高，术后并发症较多^[5]。经皮扩张气管切开术近年来在临床中得到了较为广泛的应用，该技术是一项先进、低侵害的技术，较传统技术更为简易、快速，并且更易在床边实施^[6]。本研究即探讨了ICU重症脑出血患者抢救中应用经皮扩张气管切开术的效果，如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

选取2021年3月-2022年3期间我院重症医学科收治的40例重症脑出血患者，将其随机分为2组，分别为对照组（20例，男性11例，女性9例，年龄40~78岁，平均年龄 59.23 ± 8.14 岁）和研究组（20例，男性10例，女性10例，年龄41~78岁，平均年龄 59.74 ± 8.25 岁）。纳入标准：①所有患者均经临床确诊；②临床资料均完整；③无其他脑血管疾病；④家属同意参与此研究。排除标准：①合并其他出血性疾病；②合并恶性肿瘤；③合并精神障碍类疾病；④合并脏器功能衰竭；⑤妊娠期或哺乳期女性；⑥凝血功能异常者。两组一般资料无差异（ $P>0.05$ ），可比。

1.2 方法

两组均实施常规急救治疗。对照组在抢救中应用传统气管切开术，患者取仰卧位，垫高肩部，颈部过伸，充分暴露操作部位，严格遵循无菌原则开展操作，常规消毒铺单，常规实施浸润麻醉，于颈前作4~5cm纵向往切口，逐层剥离颈前、皮下肌群，直视下切开2~4气管软骨环，实施气管插管，最后对创口进行缝合。研究组在抢救中应用经皮扩张气管切开术，患者取仰卧位，垫高肩部，颈部过伸，充分暴露操作部位，常规消毒铺单，常规实施浸润麻醉，取患者第一与第二气管软骨环间或第二与第三气管软骨环间作为穿刺点，作1.5~2cm水平切口，将装有生理盐水的注射器从中线插入穿刺部位，进针直到气泡抽出，拔出针筒，留置管于原位，用导丝推送器将导丝送入套管内，导丝进入10cm左右，将套管撤出，留导

丝于原位，沿导丝送入皮肤扩张器，扩张皮下组织和气管前壁，撤出扩张器，留导丝于原位，合拢气切钳，沿导丝滑入，当钳尖端接触气管前壁时，撑开气切钳，扩张皮下组织后，以打开的状态经气切钳取出，第二次合拢气切钳，沿导丝滑入气管内，撑开气管钳，打开气管前壁，以打开的状态取出，沿导丝导入气切套管，拔出导丝，留气切套管于原位，气囊充气并固定。两组术后均加强护理，包括基础护理、口腔和呼吸道护理等。

1.3 观察指标

观察两组操作时间、术中出血量、并发症发生率、ICU治疗时间和住院时间，并分析数据。常见并发症有皮下气肿、切口感染、切口溢痰等，统计两组发生情况。

1.4 统计学方法

使用SPSS21.0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， $P<0.05$ 为数据有统计学差异。

2 结果

2.1 两组操作时间、术中出血量对比

操作时间：研究组更短（ $P<0.05$ ）；术中出血量：研究组更少（ $P<0.05$ ）。详见表1：

表1 两组操作时间、术中出血量对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	操作时间（min）	术中出血量（ml）
对照组	20	20.12 ± 6.87	31.25 ± 10.56
研究组	20	8.26 ± 3.74	12.58 ± 9.02
<i>t</i>	-	6.781	6.012
<i>P</i>	-	0.001	0.001

2.2 两组并发症发生率对比

并发症发生率：研究组为0.00%，对照组为20.00%，前一组更低（ $P<0.05$ ）。详见表2：

表2 两组并发症发生率对比[n(%)]

组别	例数	皮下气肿	切口感染	切口溢痰	合计（%）
对照 组	20	2（10.00%）	1（5.00%）	1（5.00%）	4/20 （20.00%）
研究 组	20	0（0.00%）	0（0.00%）	0（0.00%）	0/20（0.00%）
χ^2	-	2.105	1.026	1.026	4.444

P	-	0.147	0.311	0.311	0.035
2.3 两组 ICU 治疗时间和住院时间对比					
ICU 治疗时间、住院时间：研究组均更短 ($P<0.05$)。详见表 3：					
表 3 两组 ICU 治疗时间和住院时间对比 ($\bar{x} \pm s$)					
组别	例数	ICU 治疗时间 (d)	住院时间 (d)		
对照组	20	17.36±4.15	23.18±2.98		
研究组	20	14.02±3.06	19.15±1.74		
<i>t</i>	-	2.897	5.223		
<i>P</i>	-	0.006	0.001		

3 讨论

脑出血是临床上常见的一种脑血管疾病，发病率较高，好发于 50 岁以上中老年群体，近年来，随着我国人口老龄化速度的加快、人们生活习惯的改变以及高血压患病率的上升，脑出血发病率也随之呈逐年增长趋势，且有逐渐年轻化的趋势^[7]。该病的发病机制和病因较为复杂，常见病因有以下几个方面：高血压、动脉硬化、脑动静脉畸形、血液病、梗死后出血、脑动脉炎、脑淀粉样血管病、吸烟、饮酒、情绪波动过大、过劳等，以头晕、头痛、肢体无力以及不同程度的语言、运动、意识、吞咽障碍等为主要临床表现^[8]。重症脑出血是指出血位于重要部位（小脑、脑干、脑室等）的脑出血和出血量大，在脑部形成巨大血肿，直接损害脑组织结构的一种脑出血。重症患者病情更为危重、进展更为迅速，若治疗不及时，可直接导致患者死亡，严重威胁患者生命安全，故需及早治疗，及早治疗可有效挽救患者生命，改善预后^[9]。

现临床上治疗该病的方法较多，主要有手术治疗、药物治疗等，不同治疗方案的疗效、安全性各不相同。由于该类患者中枢性或外周性呼吸衰竭发生率较高，加之颅内血肿对正常脑组织造成的压迫，导致患者易出现呼吸道分泌物增多、意识障碍、排痰能力下降等，若抢救不及时，严重时患者将会死亡，故需给予患者气管切开以辅助通气^[10]。气管切开利于患者呼吸道分泌物的吸引，可有效减少患者的呼吸道死腔，促使呼吸道梗阻解除，从而预防肺部感染的发生，并可作为机械通气提供良好的封闭性通道，帮助患者改善通气状况。往常一般采取传统气管切开术，传统气管切开术虽具有一定效果，但该技术操作时间较长，并且极易损伤患者附近组织，手术风险较高，同时该技术创新较大，术中出血量较大，术后并发症发生率较高，除此之外，实施常规气管切开术的患者舒适度较差，这些情况不利于患者的病情恢复，导致其临床应用和推广受到一定限制，需选择其他技术^[11]。

近年来，随着微创技术的快速发展，经皮扩张气管切开术在临床中得到了广泛应用，该技术在操作时无需充分暴露患者气管，对气管表层实施局部麻醉，可有效避免术中各项生命体征发生巨大波动，最大程度上降低高血压、心律失常等发生风险，并且该操作术中出血量少，可有效降低误吸发生率^[12]。经皮扩张气管切开术可在床边进行，尤其适用于 ICU 危重患者的床边操作，该技术创伤小、操作时间短，无需逐层切开、止血、确认解剖关系，尤其是处理甲状腺峡部，具有安全简便、成功率高、并发症少等优点^[13]。实施该操作时无需专职麻醉师、外科医师、呼吸内科医师，经培训的医师即可掌握其基本操作，ICU 医护人员可控制整个过程。并且该技术可有效避免危重患者长期经喉插管造成的不适和远期并发症。与传统气管切开术，该技术具有以下优势：更小的镇静需求；患者感觉更舒适；可有效降低气道阻力，减轻呼吸做功；更好的咳嗽反射；可有效缩短 ICU 治疗时间，同时该技术切口小，术后切口愈合速度快，瘢痕小不影响美观，多数患者对该技术的接受度更高，且实施该技术的患者舒适度更高，可见

该技术具备良好的推广价值^[14]。

本研究结果显示，操作时间：研究组更短 ($P<0.05$)，可见与传统气管切开术对比，经皮扩张气管切开术操作时间更短，这主要与该技术操作简便有关。术中出血量：研究组更少 ($P<0.05$)，可见与传统气管切开术对比，经皮扩张气管切开术术中出血更少，究其原因与该技术对患者创伤更小、切口更小有关。同时并发症发生率：研究组为 0.00%，对照组为 20.00%，前一组更低 ($P<0.05$)，可见与传统气管切开术对比，经皮扩张气管切开术后并发症发生率更低，这主要与该技术更为微创、对周围组织损伤更小等有关。ICU 治疗时间、住院时间：研究组均更短 ($P<0.05$)，可见应用经皮扩张气管切开术抢救的患者病情恢复更快，究其原因与该技术创伤更小、术中出血更少、术后并发症发生率更低等有关。

综上所述，ICU 重症脑出血患者抢救中应用经皮扩张气管切开术效果显著，该技术不仅具有操作时间短、术中出血少、术后并发症发生率低等优点，并可有效缩短患者 ICU 治疗时间、住院时间，这种技术具有较高的临床使用价值，值得推广。

参考文献：

- [1] Li G, Medicine C C. Value of percutaneous dilatation tracheotomy in the rescue of patients with severe cerebral hemorrhage in ICU[J]. Contemporary Medicine, 2019, 25(14):3.
- [2] 肖礼民, 兰频. 经皮扩张气管切开术在 ICU 重症脑出血患者抢救中应用价值分析[J]. 重庆医学, 2019, 48(S02):2.
- [3] 李江, 曾坤. 改良经皮气管切开术在重症脑出血患者抢救中的应用[J]. 西南国防医药, 2018, 28(5):3.
- [4] 宋崇明, 董晓红, 孙晓兵, 等. 经皮扩张气管切开术在 ICU 重症脑卒中患者中的应用价值探讨[J]. 中国实用医药, 2020, 15(6):3.
- [5] 陈红梅, 赵静. ICU 危重症患者经皮扩张气管切开术的临床应用及护理探讨[J]. 饮食保健, 2019, 006(022):237.
- [6] Huang Z J, Hospital W W. Percutaneous Dilatation of Tracheostomy in ICU Patients with Severe Intracerebral Hemorrhage in the Value of the Rescue[J]. Smart Healthcare, 2018, 4(7):3.
- [7] 夏凤强. 探讨经皮扩张气管切开术在重症医学危重患者中的应用价值[J]. 中国社区医师, 2020, 36(21):2.
- [8] 阿衣先木·艾合买提, 米热古丽·艾山. 探究重症脑出血患者手术后至 ICU 的临床救治[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 007(034):66.
- [9] 张壮霞. 探讨重症高血压性脑出血患者气管切开后综合气道护理的方法及效果[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 006(004):129, 132.
- [10] Rosseland L A, Narum J, Stubhaug A, et al. The effect of tracheotomy on drug consumption in patients with acute aneurysmal subarachnoid hemorrhage: an observational study[J]. BMC Anesthesiology, 2015, 15(1):1-8.
- [11] Wang P, Huang C, Xi Y, et al. The effect of percutaneous dilatation tracheotomy in patients with head and neck tumor with airway obstruction after radiotherapy was analyzed[J]. Contemporary Medical Symposium, 2019, 17(8):2.
- [12] 包利峰, 邱俊芬, 吴德君, 等. 超声引导下经皮扩张气管切开术在危重症患者治疗中的应用价值[J]. 中国基层医药, 2019, 26(3):5.
- [13] 黎智宾, 杨静, 马俊, 等. 经皮扩张气管切开术在 ICU 治疗中的应用效果探究[J]. 健康前沿, 2018, 027(021):157.
- [14] 江勇, 郑奇峰, 黄冠宇, 等. 经皮扩张气管切开术在 ICU 重症脑出血患者抢救中应用价值分析[J]. 黑龙江中医药, 2019, 48(6):2.

功能性鼻内镜鼻窦手术治疗老年慢性鼻窦炎鼻息肉安全性

赵琴 曲鹏 通讯作者

西安市阎良区人民医院 耳鼻咽喉科 陕西西安 710089

摘要：目的：研究观察老年慢性鼻窦炎鼻息肉患者应用功能性鼻内镜鼻窦手术的临床效果。方法：随机抽取 2019 年 1 月至 2022 年 1 月我院接收的 120 例老年慢性鼻窦炎鼻息肉患者作为研究对象，使用随机数字表法将其平均分为对照组和实验组各 60 例，对照组采取常规治疗、实验组采取功能性鼻内镜鼻窦手术治疗。比较两组老年慢性鼻窦炎鼻息肉患者的治疗效果、临床指标、治疗满意度、并发症发生率以及生活质量情况。结果：实验组患者的各项指标均明显优于对照组（P<0.05），差异具有统计学意义。结论：老年慢性鼻窦炎鼻息肉患者接受功能性鼻内镜鼻窦手术治疗后能够有效提高临床治疗效果，改善其临床指标，值得临床广泛的推广应用。

关键词：常规治疗；功能性鼻内镜鼻窦手术；老年慢性鼻窦炎鼻息肉；临床疗效

鼻窦炎是一个常见的疾病，多半是由细菌感染引起的。从发病时间看分为急性鼻窦炎和慢性鼻窦炎，急性鼻窦炎要积极的进行抗感染治疗，病情自身会慢慢恢复^[1-2]。慢性鼻窦炎如果不及时治疗，会导致很多症状的发生，如眶内脓肿，球后视神经炎等。长期慢性鼻窦炎会导致鼻腔黏膜破坏使鼻腔的功能出现障碍，引起鼻粘膜的出血等症状。若慢性鼻窦炎较为严重，还可能引起颅内的病变，比如脑脓肿等^[3-4]。一部分患者由于头痛鼻塞等症状，会出现睡眠障碍或者是精神状态不好。所以患者得了慢性鼻窦炎，一定要及时治疗，以免耽误病情。本次研究以我院在 2019 年 1 月至 2022 年 1 月期间接受的老年慢性鼻窦炎鼻息肉患者 120 例作为实验对象，主要目的就是探究功能性鼻内镜鼻窦手术对于治疗老年慢性鼻窦炎鼻息肉的临床作用，报告如下：

1 资料与方法

1.1 基础资料

选择从 2019 年 1 月至 2022 年 1 月期间我院接收的 120 例接受治疗的老年慢性鼻窦炎鼻息肉患者作为研究对象，使用随机数字表法分为两组，每组 60 例，对照组年龄在 62-78 岁之间，平均年龄为 70.41±4.21 岁。实验组年龄在 62-79 岁，平均 70.34±2.23 岁。两组老年慢性鼻窦炎鼻息肉患者的一般资料对比无显著差异，不具有统计学意义（p>0.05），具有可比性。此项研究已经过我院伦理委员会批准，患者及家属均对研究内容知情，并签署了知情同意书。

纳入标准：①经诊断确诊为老年慢性鼻窦炎鼻息肉^[5]；②均有老年慢性鼻窦炎鼻息肉的临床症状；③有完整的临床治疗信息。

排除标准：①严重的其他内脏疾病患者；②有用药禁忌症、依从性差者；③合并肿瘤患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组：采用常规药物治疗，使用抗菌素以及糖皮质激素治疗，甲泼尼龙片(美卓乐)（H20150245, PfizerItaliaS.r.l.(意大利)）初始剂量可每天 4mg 到 48mg 甲泼尼龙之间调整。丙酸倍氯米松鼻气雾剂（国药准字 H20113273, 山东京卫制药有限公司），鼻腔喷入给药。成人一次每鼻孔 2 揲，一日 2 次，也可一次每鼻孔 1 揲（50 微克），一日 3-4 次，一日总量不可超过 8 揲（400 微克）。

1.2.2 实验组：使用功能性鼻内镜鼻窦手术，进行常规麻醉，切除病人的息肉，在鼻腔内的钩突下缘进行切口，剥离并切除，开放病变部位，清除组织。

1.3 观察指标

1.3.1 对比实验组和对照组治疗有效率情况，分为显效（患者在治疗后，老年慢性鼻窦炎鼻息肉的临床症状完全消失，并且明显提升其生活质量），有效（在治疗后，临床症状明显改善，并且生活质量有改善），无效（临床指标和症状没有明显变化，甚至加重）。

1.3.2 对比两组患者临床恢复指标，包括恢复时间、住院时间、疼痛评分。

1.3.3 采用 GQOL-74 进行两组患者生活质量评定，评测内容包括，物质生活，心理，躯体，社会等几个方面，取总分进行比较

1.3.4 使用我院自制的满意度调查表对患者进行调查，满分 10 分，非常满意为 8-10 分，满意为 4-7 分，不满意为 3 分以下，满意度=（非常满意+满意）/总数*%。

1.4 统计学方式

使用 SPSS23.0 系统处理各方面获取的数据，所得到的数据行 t 检验，以 $\bar{x} \pm s$ 表示，计数资料行 X^2 检验，以 % 表示。P<0.05 时具有统计学意义。

2. 结果

2.1 治疗有效率对比

实验组治疗有效率明显高于对照组，具有统计学意义（p<0.05）见表 1。

表 1 两组患者治疗有效率（n，%）

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
实验组	60	41(68.33)	17(28.33)	2(3.33)	58(96.67)
对照组	60	32(53.33)	19(31.67)	9(15.00)	51(85.00)
X^2					4.9041
P					0.0268

2.2 临床指标对比

在进行治疗后，实验组患者的疼痛评分、鼻粘膜恢复时间、住院时间明显优于对照组（P<0.05），有统计学意义，见表 2

表 2 两组临床指标比较（n=60， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	疼痛评分（分）	鼻粘膜恢复时间（d）	住院时间（d）
实验组	1.23±0.31	35.37±5.52	6.3±1.1
对照组	2.97±0.42	64.01±9.31	12.4±2.4
t	25.8191	20.4967	17.8974
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 生活质量对比

在进行护理前，两组患者的物质生活，心理，躯体，社会评分没有明显差异（P>0.05），在进行护理后，实验组患者的物质生活，心理，躯体，社会评分均明显高于对照组（P<0.05），对比差异明显具有统计学意义。见表 3。

表 3 护理前后生活质量评分比较（n=60， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	物质生活		躯体功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	83.55±2.26	87.63±2.57	81.35±3.65	86.26±3.03
实验组	60	83.40±2.58	90.42±2.18	81.40±2.52	91.67±2.53
t		0.3388	6.4127	0.0873	10.6161
P		0.7354	0.0000	0.9306	0.0000

组别	例数	社会职能		心理功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	80.55±3.26	87.63±2.57	80.35±2.65	86.26±2.03
实验组	60	81.40±2.58	91.42±2.18	80.40±3.52	91.67±2.53
t		1.5837	8.7112	0.0879	12.9190
P		0.1159	0.0000	0.9301	0.0000

2.4 治疗满意度对比

实验组治疗满意度明显高于对照组，具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表4。

表4 两组患者治疗满意度对比（n，%）

组别	例数	非常满意	满意	不满意	治疗满意度
实验组	60	45(75.00)	15(25.00)	0(0.00)	60(100.00)
对照组	60	34(56.67)	16(26.67)	10(16.67)	50(83.33)
χ^2					10.9091
P					0.0010

3. 讨论

鼻窦是人的正常结构。它隐藏在鼻腔周围的面颅骨当中，是含气的空腔结构，正常情况下与鼻腔是有正常通路等。如果因感冒等原因，导致鼻腔以及鼻窦黏膜水肿而导致鼻窦正常开口肿胀引流不畅通，进而发生鼻窦内的炎症反复发作，即为慢性鼻窦炎^[6-7]。慢性鼻窦炎的病因有很多，可以总结如下：一是受全身因素的影响，如贫血或白血病，会导致慢性鼻炎，甚至甲状腺功能减退，也会导致慢性鼻炎。第二，受局部因素影响，如慢性鼻窦炎或先天性鼻结构问题，不能排除是由鼻结构炎症引起的。第三，受环境因素的影响，如气候变化或居住环境的空气污染。第四，一些慢性鼻炎也可能受到遗传因素的影响^[8-9]。慢性鼻窦炎症状：(1)局部症状①脓涕：鼻涕多为脓性或黏脓性，黄色或黄绿色，量多少不定，可倒流向咽部，单侧有臭味者，多见于牙源性上颌窦炎或真菌感染。②鼻塞：轻重不等，多因鼻黏膜充血肿胀和分泌物增多所致。③嗅觉障碍：鼻塞和炎症反应可导致嗅觉障碍。④头痛：慢性鼻窦炎一般无明显局部疼痛或头痛。如有头痛，常表现为钝痛或头部沉重感，白天重，夜间轻。前组鼻窦炎多表现前额部和鼻根部胀痛或闷痛，后组鼻窦炎的头痛在头顶部、后枕部。患牙源性上颌窦炎时，常伴有同侧上列牙痛。⑤其他：由于脓涕流入咽部和长期用口呼吸，常伴有慢性咽炎症状，如痰多、异物感或咽干痛等。若影响咽鼓管，也可有耳鸣、耳聋等症状。(2)其他症状眼部有压迫感，亦可引起视力障碍，但少见。头部沉重压迫感，或仅有钝痛或闷胀痛。(3)全身症状症状较轻或不明显，一般可有头昏、易倦、精神抑郁、萎靡不振、纳差、失眠、记忆力减退、注意力不集中、工作效率降低等。极少数病例若已成为病灶者，可有持续低热。鼻窦炎有哪些危害：1、鼻窦炎诱发颅内并发症：并发硬脑膜外脓肿时症状并不典型，诊断比较困难，除鼻部症状外可有头痛加重，恶心呕吐，脉缓等症。并发硬脑膜下脓肿时自觉症状有头痛，发热和脑膜刺激征。严重者可出现对侧面部及上肢肌肉瘫痪或抽搐，脓肿破溃后可引起化脓性脑膜炎，鼻窦炎的危重不容忽视！2、鼻窦炎会引起病灶和下行感染 鼻窦化脓性分泌物从鼻咽部向下流注，可引起咽炎，扁桃体炎，中耳炎，气管炎等病。化脓性鼻窦炎作为感染病灶，还可引起感染性关节炎，腱鞘炎和皮肤病。3、鼻窦炎会引起骨髓炎：慢性化脓性鼻窦炎经久不愈者易引起额窦炎，蝶窦炎，筛窦等的炎，上颌骨骨髓炎。以额骨骨髓炎常见，除鼻窦区压痛外，头痛性质是闷胀样钝痛^[10]。鼻息肉通常就是发生于鼻腔的良性增生性疾病。一般多见于成年人，而且好发生于筛窦以及上颌窦等部位，比较常见的症状是持续性鼻塞。鼻息肉主要临床表现有鼻塞不通气、鼻出血，通过鼻内镜可以见到鼻腔里面有新生物。鼻息肉是生长在鼻腔和鼻窦黏膜表面的一些炎性组织，我们的鼻腔和鼻窦黏膜在慢性炎症的刺激下产生一系列炎性因子，这些炎性因子又会进一步，使局部的黏膜炎症放大，循环，产生局部持续性的炎症。在这个持续性炎症的刺

激下，局部组织增生，水肿，从而凸出于鼻腔和鼻窦黏膜的表面，逐渐形成了，我们叫做鼻息肉的这样一系列，炎性组织。由于鼻息肉组织的存在，又会进一步阻塞我们鼻腔和鼻窦的引流，导致炎症的恶性循环的产生，我们可以将鼻息肉，看作鼻腔和鼻窦黏膜的炎症的结果，同时它又是鼻腔和鼻窦黏膜，炎症的一个病因。因此临床上在治疗慢性，伴有鼻息肉的鼻窦炎的时，首先要手术治疗，切除已经产生的鼻息肉，同时经过抗炎治疗，才能使慢性鼻窦炎伴有鼻息肉，这个病得到治愈。鼻息肉也是常见病，它主要原因就是因为鼻炎和鼻窦炎时间久了，治疗不及时，导致的这种鼻腔软组织水肿增生形成的鼻息肉，鼻息肉的主要症状，在比较轻的时候，可以有阵发性或者交替性鼻塞，如果息肉比较大的话，有可能出现持续性鼻塞，并且如果是双侧的话，可以出现双侧持续性鼻塞，同时可以有其他合并的症状，比如说头痛、流脓鼻涕，甚至有鼻腔的异味，这都是属于比较常见的症状，鼻息肉还是一个建议尽早的药物治，比较小的鼻息肉，通过药物治疗可以控制，甚至缩小，但是如果比较大的息肉的话，用药物治疗很难达到彻底治愈的目的，那就需要做手术，手术切除以后，再辅以药物治疗，才能达到治愈的目的。首先可以选择药物治疗，鼻腔局部喷糖皮质激素，比如丙酸氟替卡松鼻喷剂、布地奈德鼻喷雾剂等等。如果鼻息肉呈多发的现象，而且比较大，影响患者正常的呼吸，甚至引起患者睡眠时打鼾憋气的现象，这次就要考虑手术切除鼻息肉。实验组治疗有效率明显高于对照组，具有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在进行治疗后，实验组患者的疼痛评分、鼻黏膜恢复时间、住院时间明显优于对照组（ $P<0.05$ ），有统计学意义；在进行护理前，两组患者的物质生活，心理，躯体，社会评分没有明显差异（ $P>0.05$ ），在进行护理后，实验组患者的物质生活，心理，躯体，社会评分均明显高于对照组（ $P<0.05$ ），对比差异明显具有统计学意义；实验组治疗满意度明显高于对照组，具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

综上所述，通过给予老年慢性鼻窦炎鼻息肉患者常规治疗，能够有效提高患者的治疗效果，改善患者的生活质量，值得临床治疗中广泛推广。

参考文献：

[1]唐立,姬长川,林森.鼻内镜鼻窦手术联合鼻甲射频消融术应用在慢性鼻-鼻窦炎治疗中的有效性及作用[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2022,37(01):119-120+125.

[2]张翼,焦楠,李丽新.鼻内镜鼻窦手术对慢性鼻窦炎的有效性及其患者生活质量指标分析[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2021,36(06):58-59+64.

[3]范振兰,郑定进,刘杏燕.鼻内镜鼻窦手术联合低温等离子下鼻甲射频消融术治疗慢性鼻-鼻窦炎患者的效果分析[J].智慧健康,2021,7(28):108-110.

[4]郑俊杰.鼻内镜鼻窦手术和低温等离子下鼻甲射频消融术联合布地奈德鼻喷雾剂治疗慢性鼻-鼻窦炎伴变应性鼻炎 86 例效果分析[J].河南外科学杂志,2021,27(05):93-95.

[5]高峰.低温等离子下鼻甲射频消融术辅助鼻内镜鼻窦手术治疗慢性鼻-鼻窦炎的效果[J].河南外科学杂志,2021,27(03):165-166.

[6]覃雄.鼻内镜鼻窦手术联合低温等离子下鼻甲射频消融术治疗慢性鼻-鼻窦炎的临床疗效观察[J].现代医学与健康研究电子杂志,2021,5(07):130-132.

[7]邱增玉.慢性鼻窦炎内镜鼻窦手术中植入全降解鼻窦药物支架有效性及安全性的 Meta 分析[D].安徽医科大学,2021.

[8]耿静,杨琳琳.鼻内镜鼻窦手术联合低温等离子下鼻甲射频消融术治疗慢性鼻窦炎的疗效观察[J].临床研究,2021,29(02):67-69.

[9]张新房,于延芳,王保军,游美.鼻内镜鼻窦手术联合低温等离子下鼻甲射频消融术治疗慢性鼻-鼻窦炎的有效性及其安全性[J].中国当代医药,2020,27(33):125-128.

[10]罗敏,孙刚,段金芳,李玉洁,陈红.鼻内镜鼻窦手术联合低温等离子下鼻甲射频消融术对慢性鼻窦炎的疗效[J].局解手术学杂志,2020,29(10):832-836.

腹腔镜手术治疗卵巢子宫内膜异位囊肿的效果及对患者卵巢功能的影响

周秀军¹ 崔晓蕾² 吴连霞³ 和茵² 赵肖果⁴

1、宁晋县中西医结合医院 河北邢台 055550;

2、邢台医学高等专科学校第一附属医院(邢台市第一医院) 河北邢台 054001;

3、唐山市丰南区医院 河北唐山 063300; 4、石家庄市栾城人民医院 河北石家庄 050000

摘要: 目的: 探讨腹腔镜手术治疗卵巢子宫内膜异位囊肿的效果及对患者卵巢功能的影响。方法: 我院于2021年1月至2022年2月收治的96例卵巢子宫内膜异位囊肿患者, 以奇偶法将其分为两组, 并分别予以不同的治疗方案, 即对照组予以传统开腹手术治疗, 观察组予以腹腔镜手术治疗, 比较两组患者的治疗结局。结果: 观察组的手术指标明显优于对照组 ($P<0.05$); 观察组的卵巢功能相比对照组更优 ($P<0.05$); 观察组的并发症发生率为6.25%, 其明显低于对照组的22.91% ($P<0.05$)。结论: 腹腔镜手术可有效治疗卵巢子宫内膜异位囊肿疾病, 不仅能保障手术进程更加顺利, 提高手术成功率, 还能预防术后并发症, 让患者的卵巢功能得到较好的恢复。

关键词: 腹腔镜手术; 卵巢子宫内膜异位囊肿; 效果; 卵巢功能

卵巢子宫内膜异位囊肿作为一种肿瘤疾病, 可有良性和恶性之分, 育龄期妇女是该疾病的高发人群, 患者的临床症状主要表现为月经紊乱、腹痛等, 严重情况下还会导致流产, 甚至不孕, 极大地影响其日常生活^[1]。近几年, 社会的发展极为迅速, 同时环境污染问题也日益显著, 加上人们的生活习惯以及方式的变化, 卵巢子宫内膜异位囊肿的发病人数也随之增多, 患者的身体健康也得到重大的威胁, 如果治疗不及时, 后期就会引发出血、感染等各种并发症, 而临床治疗工作的难度也会因此越来越大。当前, 临床主要以手术的方式治疗卵巢子宫内膜异位囊肿疾病, 如传统开腹手术, 其取得比较好的疗效, 但由于是开腹治疗, 不仅会带来较大的创伤, 而且手术后患者也会出现众多的并发症, 所以患者对此满意度和认可度也比较低。随着微创技术的发展和进步, 腹腔镜手术应运而生, 其能改进传统开腹手术过程中的不足, 进一步提高疾病治疗效果, 因而在临床上的应用较为广泛^[2]。为此, 本文将对腹腔镜手术治疗效果进行深入分析, 具体报道如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院2021年1月至2022年2月收治的96例卵巢子宫内膜异位囊肿患者, 随机将其分为对照组和观察组。观察组48例, 年龄19-39岁, 平均为(27.56±3.77)岁, BMI指数平均为(23.28±1.45)厘米, 囊肿大小平均为(6.88±1.46)厘米, 27例单侧、21例双侧, 囊肿直径为4-9厘米, 平均为(6.34±1.16)厘米。对照组48例, 年龄20-40岁, 平均为(28.67±3.88)岁, BMI指数平均为(23.39±1.56)厘米, 囊肿大小平均为(6.99±1.57)厘米, 28例单侧、20例双侧, 囊肿直径为5-9厘米, 平均为(6.46±1.27)厘米。对比两组患者的资料, 组间差异均具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组予以传统开腹手术治疗如下: 手术室内麻醉师行神经阻滞全麻操作, 待麻醉药物起效后对患者腹部逐层切开, 将卵巢病灶完全暴露出来, 然后剖开卵巢皮质, 慢慢地将囊肿以及周围瘢痕组织拔除。接着, 采用0.9%的氯化钠溶液对创面进行清洗, 并借助凝固电流的作用进行电凝止血, 然后用3-0可吸收肠线对切口进行八字缝合, 即手术结束。

观察组予以腹腔镜手术治疗如下: 1) 行气管插管操作, 同时用两种以上的药物注入静脉内进行复合麻醉; 密切监控患者的心电图, 行常规的消毒铺巾, 然后调整患者为截石位, 建立二氧化碳人工气腹, 设置其压力为11-13mmHg。2) 在腹壁上打3-4个洞, 将腹腔镜置入腹腔, 对腹腔的形态、病损位置等进行观察, 并对卵巢及周围组织的粘连予以剥离, 再使用超声刀将卵巢上的囊肿切掉, 如果并未出现严重的粘连情况, 同时囊肿也没有破裂, 可展开囊肿穿刺术, 即借助彩超明确囊肿的部位, 做好

穿刺点的消毒铺巾工作, 然后麻醉患者局部, 做3毫米左右切口, 用穿刺针刺入皮肤切口至囊肿内, 先吸出10毫升的囊肿液体, 用于细菌培养实验。而如果囊肿已经破裂, 就要将溢出的液体立即吸取出来, 然后剥离囊肿以及瘢痕组织。3) 完成囊肿剥离后, 做好创面的冲洗工作, 可选取0.9%的氯化钠溶液作为冲洗液, 随后行双极电凝止血操作, 最后对切口进行缝合。

1.3 观察指标

①手术指标。包括手术时间、肛门排气时间、术中出血量以及住院时间。②卵巢功能。于手术前后月经复潮3天左右清晨抽取患者2-3毫升外周静脉血, 以每分钟2500转的速度进行离心, 大约10分钟后对血清进行分离。根据化学发光法, 运用全自动化学发光免疫分析仪(型号: Uni cel DxI 800)检测FSH、E₂和LH各项指标的变化, 其中, FSH即促卵泡生成素, LH即黄体生成素, E₂即雌二醇^[3]。③并发症。包括肠道损伤、切口感染、血肿、发热等。

1.4 统计学分析

在spss25.0软件内对此次研究内容进行分析处理, 计量资料采用标准差($\bar{x}\pm s$)表示, 用t进行检验; 以百分比的形式表示计数资料, 采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 手术指标对比

治疗后, 观察组的手术指标、肛门排气时间和住院时间分别为(61.55±5.36)d、(2.26±0.54)d和(6.13±1.15)d, 其明显短于对照组的(54.78±3.57)d、(3.36±0.88)d和(8.87±2.13)d ($P<0.05$), 同时术中出血量为(48.67±10.57)mL, 相对对照组的(96.78±19.89)mL更少 ($P<0.05$), 详见表1。

表1 比较两组患者的手术指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手术指标 (min)	术中出血量 (mL)	肛门排气时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	48	61.55±5.36	48.67±10.57	2.26±0.54	6.13±1.15
对照组	48	54.78±3.57	96.78±19.89	3.36±0.88	8.87±2.13
t值	-	7.25	14.37	5.68	6.61
P值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 卵巢功能对比

治疗前, 两组患者的数据指标差异并不显著 ($P>0.05$); 治疗后, 观

察组的 FSH 水平为 (7.26±1.36) IU/L, LH 水平为 (4.38±1.17) IU/L, 其相 比对照组的 (8.32±1.81) IU/L 和 (6.25±1.46) IU/L 均更低, 而其 E₂ 水

平为 (60.13±11.73) pg/mL, 明显比对照组的 (52.46±9.13) pg/mL 更高 (P<0.05), 详见表 2。

表 2 比较两组患者的卵巢功能 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FSH (IU/L)		E ₂ (pg/mL)		LH (IU/L)	
		手术前	手术后	手术前	手术后	手术前	手术后
观察组	48	6.66±1.61	7.26±1.36	62.65±12.36	60.13±11.73	3.63±1.17	4.38±1.17
对照组	48	6.63±1.58	8.32±1.81	62.59±11.84	52.46±9.13	3.66±1.37	6.25±1.46
t 值	-	0.13	2.16	0.06	8.77	0.03	3.13
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 并发症对比

治疗后, 观察组发生的并发症明显少于对照组 (P<0.05), 见表 3。

表 3 比较两组患者的并发症发生率[n (%)]

组别	例数	肠道损伤	切口感染	血肿	发热	发生率
观察组	48	1 (2.08)	1 (2.08)	0 (0.00)	1 (2.08)	3 (6.25)
对照组	48	3 (6.25)	4 (8.33)	2 (4.16)	2 (4.16)	11 (22.91)
χ^2 值	-	-	-	-	-	12.73
P 值	-	-	-	-	-	<0.05

3. 讨论

子宫内异症的临床表现众多, 其中比较常见的就是卵巢子宫内异症, 其又被称之为卵巢巧克力囊肿。目前, 该疾病的发病原因还不是很清楚, 最常见的原因有可能是经血倒流, 也就是子宫内膜通过月经血逆流进入到腹腔, 种植在卵巢和盆腔内, 也有可能是子宫内膜通过淋巴或者是静脉带到卵巢内形成子宫内异症, 子宫内膜在卵巢里生长、发育, 在每次来月经时就会出现出血, 所以长时间下就形成囊肿, 大部分患者会有痛经的症状。除此之外, 激素水平、环境污染、遗传等也是重要的引发因素^[4]。如果未及时发现并治疗, 那么后果将不堪设想, 即卵子进入输卵管内的道路受阻, 导致患者出现不孕症, 而且内异症的影响下, 子宫内不会有受精卵的进入, 所以极易会引发宫外孕, 极大地威胁着女性的身心健康和安全, 因而临床要对该疾病的治疗引起重视, 以免病情越来越严重^[5]。当前临床首选的治疗方式就是手术, 其能够帮助患者切除囊肿, 有效控制其病情变化。然而, 尽管传统开腹囊肿剥除术能在一定程度上控制患者的病情, 但不可否认其也有相应的弊端存在, 即患者机体的损伤比较大, 如此不利于患者术后的恢复, 同时又会引发各种并发症, 且疾病反复发作的几率也极高^[6]。而腹腔镜手术是微创技术发展下的新型手术方式, 本文通过实施腹腔镜手术, 首先采取仰卧位进行全身麻醉, 然后调整患者为头低臀高位; 在腹部先打三个小洞, 放入手术器械和手术镜片, 找到卵巢囊肿, 然后把囊肿进行剥离, 囊肿剥离以后把囊皮放进袋子内; 从腹腔的小洞里取剥离的囊肿, 并进行病理化验, 观察其属于良性还是恶性^[7]。本研究结果显示, 观察组的手术指标、肛门排气时间和住院时间明显短于对照组, 而其术中出血量明显比对照组少, 这是因为腹腔镜手术具有微创性, 能够提供比较清晰的手术视野, 更好地明确病灶的位置, 所以可减少手术过程中的大出血现象, 为手术顺利实施以及术后效果提供保障; 卵泡生成素能协同脑垂体分泌的促黄体生成素对卵巢发挥作用, 如果促卵泡生成素水平异常, 考虑就不能正常形成成熟卵泡以及排卵, 比如月结周期第 2-5 天之内检测, 如果促卵泡生成素超过 10IU/L, 就可能为卵巢功能减退^[8-10]。另外, 雌二醇来源于卵巢, 阴毛的出现和逐渐的浓密以及外生殖器逐渐的成熟都离不开雌二醇, 一旦雌二醇水平降低, 意味着卵巢功能在逐步衰退。黄体生成素是由垂体产生的一种激素, 如果黄体生成素水平降低, 可能会出现垂体功能减退、卵巢功能减退等病症, 反之, 增高情况下会出现多囊卵巢综合征、先天性卵巢发育不全等病症, 育龄妇女不管黄体生成素增高

还是降低对月经和排卵都有影响, 并影响受孕^[11-12]。观察组的观察组的 FSH 和 LH 水平明显低于对照组, 而其 E₂ 水平相比对照组更高, 这是因为卵巢的结构和功能比较特殊, 传统手术下会给患者带来较大的创伤, 降低其卵巢储备能力, 导致不孕的风险越来越大, 而腹腔镜手术一种微创手术, 对患者机体的损伤小, 不会对患者的卵巢功能带来比较严重的影响; 观察组发生的感染、血肿等并发症明显少于对照组, 这是因为腹腔镜相比开腹手术, 其给患者带来的损伤更小, 而且微创技术下手术过程能够得到更好的保障, 所以患者手术后发生并发症的几率也会有明显的减低^[13-15]。

综上所述, 腹腔镜手术治疗卵巢子宫内异症位囊肿的效果显著, 不仅能改善患者的卵巢功能, 还能进一步减少术后并发症, 加快患者疾病的恢复, 值得进一步采纳和应用。

参考文献:

[1] 谢芳.腹腔镜手术治疗卵巢子宫内异症位囊肿的效果及对患者卵巢功能的影响[J].当代医学,2019,25(24):127-129.

[2] 佟海燕,孙丽娟,刘云霞.腹腔镜与开腹手术治疗卵巢子宫内异症位囊肿患者的效果及对应激水平、卵巢功能的影响分析[J].中国妇产科临床杂志,2016,28(5):448-449.

[3] 郑学军,梁玉琴.腹腔镜微创手术与开腹手术治疗卵巢子宫内异症位囊肿的临床效果比较[J].中国社区医师,2021,37(31):51-52.

[4] 单海欧.腹腔镜微创手术与开腹手术治疗卵巢子宫内异症位囊肿的效果比较[J].中国民康医学,2020,32(4):33-35.

[5] 汤颖,沈晔.腹腔镜与开腹手术治疗卵巢子宫内异症位囊肿的临床效果分析[J].当代医学,2017,23(14):43-45.

[6] 方颖.开腹与腹腔镜手术治疗卵巢子宫内异症位囊肿合并不孕症的效果比较[J].河南医学研究,2017,26(22):4125-4126.

[7] 李娇.腹腔镜手术治疗卵巢子宫内异症位囊肿的临床效果观察[J].中国医药指南,2019,17(27):88-88.

[8] 彭澎,潘铃娟.腹腔镜手术治疗卵巢子宫内异症位囊肿的临床效果[J].临床合理用药杂志,2019,12(33):157-158.

[9] 陈雅娜.腹腔镜手术联合孕三烯酮治疗卵巢子宫内异症位囊肿的效果分析[J].中外女性健康研究,2019,(22):32,34.

[10] 张船华,王家建.卵巢子宫内异症位囊肿腹腔镜术后复发的相关因素分析[J].中国妇幼保健,2019,(23):5348-5351.

[11] 赵瑞珩.腹腔镜卵巢子宫内异症位囊肿剔除术后联合 GnRHa 治疗的意义[J].中国现代手术学杂志,2015,(6):461-463.

[12] 蒋兰玉.腹腔镜治疗卵巢子宫内异症位囊肿的效果分析[J].河南医学研究,2018,27(10):1814-1815.

[13] 罗震.卵巢子宫内异症位囊肿腹腔镜手术与开腹手术效果比较[J].中国实用医药,2016,14(15):82-83.

[14] 孙宏平,肖惠超.腹腔镜手术治疗绝经期卵巢子宫内异症位囊肿的有效性安全性[J].实用临床医药杂志,2019,(5):83-85.

[15] 谢芳.腹腔镜手术治疗卵巢子宫内异症位囊肿的效果 及对患者卵巢功能的影响[J].当代医学,2019,(24):127-129.

项目来源: 邢台市重点研发计划自筹项目 (2021ZC184)

PDCA 护理模式对小儿哮喘护理质量的影响

胡萌

南京医科大学附属南京医院（南京市第一医院） 儿科输液室 江苏南京 210006

摘要：目的：观察在小儿哮喘中使用 PDCA 护理模式所取得的护理效果。方法：74 例哮喘患儿，病例选取时间为 2020 年 1 月份-2021 年 12 月份，随机分组，各 37 例，常规护理法用于对照组，PDCA 护理模式用于观察组。结果：肺功能指标观察组优于对照组，临床症状缓解时间观察组低于对照组，护理满意度观察组高于对照组，护理有效率观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：在小儿哮喘护理中使用 PDCA 护理模式，有助于改善患儿的肺功能指标，缩短了临床症状缓解时间，患者对护理工作有较高的满意度，临床症状明显缓解，哮喘次数降低。

关键词：哮喘；PDCA 护理模式；肺功能；护理满意度；护理效果

在小儿疾病中哮喘作为一种发病率较高的疾病，引发该种疾病的产生受呼吸道分泌物增多及呼吸受限引发所致，尤其是一些处于学龄期的儿童，当患有哮喘疾病之后，会对患儿的正常生活及学习造成极大的危害^[1]。哮喘疾病本身属于一种慢性炎症性疾病，经过对患儿的临床症状进行了解可知，以哮喘音、胸闷、咳嗽、高热为主要临床表现，是影响患儿生长发育的关键性指标。由于小儿本身的年龄较小，自知力不强，在进入到医院之后，面对不熟悉的医疗救治环境，加之害怕医疗操作，从而导致患儿在疾病治疗期间会出现哭闹心理情绪，从而导致患儿不能积极主动配合医护人员进行疾病治疗^[2]。由于患有哮喘疾病的患者大多为儿童，因此对护理工作提出了较高的要求，以往常规护理方法无法满足现阶段护理工作的需求。当前，建议在小儿哮喘疾病护理中使用 PDCA 护理模式，该种护理方法本身属于一种有效、科学及可重复性的护理措施，能够更为直观地发现护理问题，并分析护理问题产生的原因，有针对性的制定出完善的护理对策，建立在传统护理方法的基础上而开展实施的一种护理措施，完成了对护理工作的持续性改进和提升，患儿康复效果显著^[3]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

74 例哮喘患儿，病例选取时间为 2020 年 1 月份-2021 年 12 月份，随机分组。对照组 37 例，男 20 例，女 17 例，2-11（ 6.5 ± 2.6 ）岁；观察组 37 例，男 19 例，女 18 例，2-12（ 6.2 ± 2.8 ）岁；两组资料无差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组，常规护理，护理人员需要将哮喘疾病相关知识向患儿及其家属进行讲解，并告知正确的服药方法及疾病预防措施。

观察组，PDCA 护理模式，（1）P（计划阶段）：护理人员应评估患儿的健康状态，合理制定健康管理档案，并结合患儿病情的实际情况，完善制定护理计划，使患儿的各项行为更为规范化。（2）D（实施阶段）：①饮食护理：给予患儿饮食护理，尤其是一些处于急性发作期的患儿，要求患儿家属应多食一些高维生素类、清淡、易消化、半流质、高热量类的食物，并叮嘱患儿家属应多给患儿喂水。对于一些正在处于恢复期阶段的患儿，需要对患儿的饮水量进行严格控制，但是应注意不可饮食过饱，并要求患儿家属应给予患儿一些新鲜类的果蔬。②心理护理：对于一些目前正处于哮喘急性发作期的患儿。由于患儿身体上出现了极大的不适感，护理人员及其家属应做好患儿心理疏导，并鼓励患儿一旦出现不良心理情绪之后应主动告知家属及其医护人员，以确保能够与患儿的自身需求相符合。对于一些处于疾病恢复期的患儿，要求患儿需要积极将自己内心的感情向家长进行表达，并要求患儿家属对待患儿应具备耐心，以使患儿的自我保护意识得以增强。为了防止患儿病情出现反复发作情况，护理人员需要对患儿的健康生活行为习惯给予有效的培养，并针对患儿病情的实际情况有针对

性的开展体育锻炼，并且在参与体育锻炼期间，应严格遵循“循序渐进”运动原则，以促使患儿的体质能力，避免患儿病情出现反复发作情况。另外，由于患儿在面对陌生的病房环境时，极容易出现诸多的不良心理情绪，主要表现在吵闹及焦躁等，护理人员应主动同患儿进行交流，为了能够使患儿的注意力得以转移，可采用为患儿播放电视节目及音乐的方式来实现，以促进患儿成就感的提升。可将一些玩偶和玩具摆放到患儿的病房中，并要求患儿家属应主动的参与到护理工作中，患儿家属应协助护理人员对患儿实施护理，以促使患儿的疾病治疗依从性及自信心得以显著增强。另外，还需要制定出完善的诊疗计划及护理对策，以确保护理人员能够为患儿提供更为优质的护理服务。另外，需要以患儿身体的实际情况为依据，整理及查阅相关的文献资料，以此来保证对患儿实施的护理工作更具完善性。

③环境护理：护理人员应保证患儿身体的清洁性，定期为患儿更换被褥和床单，并定时进入到病房中进行打扫，并做好病房消毒，将病房中的温湿度控制在标准范围内，以确保病房内温湿度的适宜性，使患儿在病房居住期间身体舒适度得以显著提升。④体位护理：当患儿处于哮喘发作期时，需要对患儿的体位进行有针对性的调整，所保持的体位姿势为半卧位或坐位姿势，并将床头适当的进行抬高，使气流受阻得以明显减轻，以确保患儿的病情得以有效缓解。⑤吸氧护理：在对患儿进行吸氧治疗期间，应调整氧流量和氧浓度，需要将氧流量的指标控制在 1-2L/min，氧浓度指标为 25-29%，并将水加入到湿化瓶中，以防止过度刺激到患儿的气道，以此来保证疾病治疗工作的安全性。护理人员应定时进入到病房中做好巡视工作，并对患儿的血氧饱和度及心率指标变化情况进行严密的监测，并做好输液速度控制，应注意输液速度不可过快。（3）C（检查阶段）：护理人员应做好患儿随访工作，在随访期间能够直观的了解护理计划在执行及开展期间存在的问题，并了解问题的产生原因，以便能够提出合理化的解决对策。（4）A（处理阶段）：护理人员在对患者进行随访期间，应基于每一位患儿存在的问题，重新修订和整理相关的护理计划，并合理制定护理对策，总结以往的经验，之后进入到下一个循环中，排查存在的潜在不良因素，确保护理工作循环执行期间，结合存在的问题，不断的完善护理计划。

1.3 观察指标

（1）肺功能指标，包括 FEV1（第 1 秒用力呼气容量）、FVC（用力肺活量）、PEF（呼气峰值流速）三项指标。（2）临床症状缓解时间，评估指标包括哮喘音、胸闷、咳嗽、高热四项。（3）护理满意度，用医院自行制定的护理满意度调查问卷进行评估，包括满意、一般满意、不满意三项评估指标，得分分别为 80-100 分、60-79 分、<60 分^[4]。（4）护理有效率：显效：患者的临床症状明显改善，哮喘次数降低度为 $>1/3$ ；有效：患者的临床症状有所改善，哮喘次数降低度为 $>2/3$ ；无效：患者的临床症状未改

善或加重,哮喘次数降低度 $<1/3$ ^[5]。

1.4 统计学处理

数据处理使用 SPSS22.0 软件, ($\bar{x} \pm s$) 用 t 检验; (%) 用 χ^2 检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 肺功能指标

肺功能指标观察组优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 肺功能指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=37)	FEV1 (L)	FVC (L)	PEF (L/min)
观察组	1.72±0.63	2.02±0.47	275.26±26.42
对照组	2.44±0.42	3.12±0.63	353.02±24.25
t 值	5.784	8.513	13.189
P 值	0.000	0.000	0.000

2.2 临床症状缓解时间

临床症状缓解时间观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 临床症状缓解时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=37)	哮喘音缓解时间 (d)	胸闷缓解时间 (d)	咳嗽缓解时间 (d)	高热消退时间 (d)
观察组	5.42±1.22	3.32±0.51	4.12±0.63	3.79±0.36
对照组	7.85±1.62	4.46±1.22	5.26±1.02	5.72±0.58
t 值	7.289	5.244	5.784	17.197
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 护理满意度

护理满意度观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 护理满意度[n(%)]

组别 (n=37)	满意	一般满意	不满意	不满意
观察组	22 (59.46)	13 (35.14)	2 (5.41)	35 (94.59)
对照组	7 (18.92)	22 (59.46)	8 (21.62)	29 (78.38)
X ² 值	12.759	4.391	4.163	4.163
P 值	0.000	0.036	0.041	0.041

2.4 护理有效率

护理有效率观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 4 护理有效率[n(%)]

组别 (n=37)	显效	有效	无效	有效率
观察组	25 (67.57)	11 (29.73)	1 (2.70)	36 (97.30)
对照组	8 (21.62)	23 (62.16)	6 (16.22)	31 (83.78)
X ² 值	15.806	7.835	3.945	3.945
P 值	0.000	0.005	0.047	0.047

3 讨论

哮喘本身属于一种气道炎症性疾病, 引发该种疾病的出现, 受肥大细胞、肺泡巨噬细胞及嗜酸性细胞彼此之间相互作用引发所致, 在发病之后, 会引发肺功能出现不同程度的损伤^[6]。当小儿在患有哮喘疾病之后, 一旦接触到刺激性因素, 很容易引发哮喘疾病发作情况的出现, 对患儿的身心健康均会造成极大的威胁, 并且给社会及患儿的家庭均造成了极大的负担^[7]。临床上有关的研究结果显示, 在小儿哮喘疾病临床治疗中若是能够

长期接受规范化及有效性的治疗措施, 可控制住患儿的哮喘症状, 疾病复发概率明显减少。但是在以往护理工作期间, 主要是给予患儿常规护理措施, 护理措施过于单一化, 主要是从饮食及用药方面对患儿实施护理指导, 总体临床效果不好, 不利于疾病临床治疗效果的提升^[8]。因此, 建议对患者实施更为合理有效的护理措施。

目前, 倡导在小儿哮喘疾病临床治疗中使用 PDCA 护理模式, 该种护理模式本身属于一种循环管理模式, 在疾病护理管理工作中应用取得了良好的诊断效果。PDCA 护理模式本身作为一种循环管理模式, 最初由戴明提出这一模式, 并且被广泛应用于社会上^[9]。PDCA 在循环过程中, 每次的循环均会将起点上升到一个新的水平上, 经过在小儿哮喘疾病护理中应用, 为小儿哮喘护理工作的实施及开展提供了科学的依据, 并且护理工作会按照既定的要求和计划开展, 在开展下一次的护理工作时, 会对之前一次的护理工作进行总结和分析, 完成了对既往护理经验的充分利用, 确保患儿在实际的护理工作中能够感受到良好的体验^[10]。同时, 护理工作在实施及开展期间, 护理人员会给予患儿家属科学的指导, 确保患儿家属能够给患儿提供有效的护理指导, 疾病康复效果更为突出。

本文研究结果为, 肺功能指标观察组优于对照组, 临床症状缓解时间观察组低于对照组, 护理满意度观察组高于对照组, 护理有效率观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。在小儿哮喘护理中使用 PDCA 护理模式, 在对患儿实施护理工作期间, 能了解到护理工作在实施及开展期间存在的问题, 护理人员会根据护理工作中存在的问题, 进一步完善护理计划, 并制定出了完善的护理对策, 所取得的护理效果突出, 且该种护理措施受到了广大患儿及其家属、医护人员的高度认可, 建议在临床上大力使用。

综上所述, 在小儿哮喘护理中使用 PDCA 护理模式, 有助于改善患儿的肺功能指标, 缩短了临床症状缓解时间, 患者对护理工作有较高的满意度, 临床症状明显缓解, 哮喘次数降低。

参考文献:

- [1]李玉荣.PDCA 护理模式对小儿哮喘护理质量的临床影响[J].中华养生保健,2022,40(4):64-66.
- [2]宋江兰.PDCA 护理模式对小儿哮喘护理质量的临床影响分析[J].家有孕宝,2021,3(18):130-131.
- [3]刘金丹.PDCA 护理干预模式对小儿哮喘护理质量及家长满意度的影响分析[J].中国医药指南,2018,16(24):192-193.
- [4]朱圣敏,田春霞.PDCA 护理干预模式对小儿哮喘护理质量及家长满意度的影响分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(19):139,141.
- [5]王丹.PDCA 护理干预对小儿哮喘的护理质量及家长满意度的影响[J].中国保健营养,2021,31(20):204.
- [6]彭艳霞.PDCA 护理干预对小儿哮喘的护理质量及家长满意度的影响观察[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(3):128.
- [7]张锦秀.PDCA 护理干预对小儿哮喘的护理质量及家长满意度的影响[J].中外医学研究,2018,16(12):106-108.
- [8]曹爱春,李昌.PDCA 护理干预对小儿哮喘的护理质量及家长满意度的影响[J].养生保健指南,2020(34):217.
- [9]王志云.PDCA 护理模式对小儿哮喘护理质量的临床影响分析[J].中外女性健康研究,2020(4):149-150.
- [10]高立梅.PDCA 护理干预对小儿哮喘的护理质量及家长满意度探讨分析[J].山西职工医学院学报,2016,26(1):69-71.

心理护理在小儿静脉输液中的应用研究

黎华梅

南京医科大学附属南京医院（南京市第一医院） 儿科输液室 江苏南京 210006

摘要：目的：研究分析心理护理在小儿静脉输液中的应用效果。方法：在我院 2021 年 5 月至 2022 年 1 月期间收治的小儿静脉输液患者中抽取 184 例作为研究对象，在双盲分组法指引下分为观察组和对照组，每组患儿各 92 例，对照组患儿采取常规护理，观察组患儿在常规护理的基础上实施心理护理，对比分析两组患儿的各项指标变化情况。结果：护理后观察组患儿在 FLACC 评分和 Wong-baker 评分方面均显著低于对照组患儿，组间对比差异具统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组静脉炎发生率为 3.26%，相比对照组的静脉炎发生率 11.96% 明显更低，观察组一次穿刺成功率为 97.83%，相比对照组的一次穿刺成功率 89.13% 明显更高，统计学分析对比差异显著（ $P < 0.05$ ）；观察组患儿依从率为 88.04%，对照组患儿依从率为 70.65%，观察组更高，经对比分析具统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患儿家长护理满意率结果显示 96.74%，明显高于对照组患儿家长护理满意率，统计学分析对比有意义（ $P < 0.05$ ）。结论：心理护理在小儿静脉输液中的应用效果理想，值得临床推广应用。

关键词：小儿静脉输液；心理护理；护理效果

静脉输液是小儿疾病治疗的主要方式之一，通过静脉输液将药物、电解质及无菌液体注入小儿体内并实现有效的病症治疗^[1]，但小儿患者受年龄小、血管细、抵触情绪高、配合度低等因素影响，一次性穿刺成功率大受影响，进一步增加小儿恐惧情绪，导致静脉穿刺更难进行，甚至还可引发护患矛盾，因此，提高小儿静脉穿刺成功、帮助患儿顺利实施静脉输液治疗成为儿科临床关注的重点内容。本文着重针对心理护理在小儿静脉输液中的应用效果进行研究分析，详细报道内容见下文所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在我院 2021 年 5 月至 2022 年 1 月期间收治的小儿静脉输液患者中抽取 184 例作为研究对象，在双盲分组法指引下分为观察组和对照组，每组患儿各 92 例，观察组患儿中，男女占比比例为 49:43，最小年龄 3 岁、最大年龄 8 岁，年龄平均数（ 5.11 ± 1.32 ）岁，初次静脉输液 63 例、2 次及以上静脉输液 29 例，对照组患儿中，男女占比比例为 48:44，最小年龄 3 岁、最大年龄 9 岁，年龄平均数（ 5.16 ± 1.29 ）岁，初次静脉输液 65 例、2 次及以上静脉输液 27 例，两组患儿在一般资料中的对比均无统计学差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准：①无药物禁忌及过敏史；②患儿家长签署知情同意书且经伦理会认证批准。

排除标准：①合并先天性疾病；②合并严重肝肾、心肺类疾病；③合并恶性肿瘤疾病；④合并精神类疾病。

1.3 方法

对照组患儿采取常规护理，首先，护理人员需在小儿病房内摆放玩具等小物品，吸引小儿注意力，减缓其哭闹、抵抗等表现，也可小儿病房内播放动画片，转移小儿注意力，然后，护理人员需密切监测小儿各项生命指标的变化情况，最后，针对患儿家长给予适当的健康宣教，告知患儿家长积极配合静脉穿刺对穿刺成功率的积极作用，提高家长配合度。观察组患儿在常规护理的基础上实施心理护理，首先，患儿家长在患儿静脉输液过程中需全程陪伴患儿，给予患者安全感，尤其针对首次静脉输液患儿，哭闹、抵触情绪较为严重，护理人员需指导患儿家长对患儿进行有效的情绪安抚。其次，静脉穿刺时应选用技术水平较高医护人员，便于实现一次性静脉穿刺成功，减轻患儿抗拒心理情绪，护理人员指导患儿家长通过亲密身体接触的方式或通过抚触、安慰等方式减轻患儿不良情绪。再次，由于小儿好奇心强烈，护理人员可在静脉输液期间佩戴可引起小儿注意的小

物件，通过转移注意力的方式提升小儿静脉输液依从性。最后，护理人员小儿静脉输液期间可给予小儿积极的言语鼓励，通过夸赞、表扬患儿，提高小儿依从性，并以此找寻最佳的静脉穿刺时间精准穿刺，在小儿基本无意识和感觉下完成穿刺并进行静脉输液，减轻小儿恐惧，并保证穿刺成功率。

1.4 观察指标

1.4.1 FLACC 评分

使用《儿童疼痛评估量表（FLACC）》评定患儿疼痛情况，包含表情、肢体动作、行为、哭闹及可安慰性五项内容，每项 0-2 分，量表总计 10 分，分数越高表明患儿疼痛越严重、分数越低表明患儿疼痛越轻^[2]。

1.4.2 Wong-baker 评分

使用《面部表情疼痛评估量表（Wong-baker）》评定患儿疼痛程度，依据患儿面部表情进行分数评级，共 10 分，分数与疼痛程度呈负向关联性，即随着分数的降低患儿疼痛减轻^[3]。

1.4.3 于静脉炎发生率和一次穿刺成功率

详细记录患儿发生静脉炎例数及一次穿刺成功例数，静脉炎发生率/一次穿刺成功率=静脉炎例数/一次穿刺成功例数÷总例数×100%。

1.4.4 依从率

非常依从结果下患儿无哭闹或轻微哭闹，经安慰后可停止哭闹，活动不影响穿刺动作，相对依从结果下患儿存在明显哭闹，需经一段时间安慰后停止哭闹，活动对穿刺动作带来一定影响，不依从结果下患儿哭闹严重且无法停止，活动对穿刺动脉带来极大影响，依从率=（依从例数+相对依从例数）÷总例数×100%^[4-5]。

1.4.5 护理满意率

患儿出院前其家长经移动端扫码填写满意度调查问卷，问卷回收率 100%，问卷总分 120 分，分数 > 95 分表示患儿家长对护理工作非常满意，分数 < 60 分表示患儿家长对护理工作不满意，其余分数下表示患儿家长对护理工作一般满意，护理满意率=（非常满意例数+一般满意例数）÷总例数×100%^[6]。

1.5 统计学处理

本实验研究中 184 例小儿患者涵盖涉及的数据指标在 SPSS28.0 统计软件指引下进行分析及处理，计量资料如 FLACC 评分和 Wong-baker 评分通过（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，统计结果经 t 检验法验证，计数资料如静脉炎发生率、一次穿刺成功率、依从率及护理满意率等通过[n(%)]表示，统计结果经卡方检验法验证， $P < 0.05$ 时则表示对比差异具统计学意义。

2 结果

2.1 不同组别下患儿护理前后关于 FLACC 评分及 Wong-baker 评分方面的比对

护理前两组患儿的 FLACC 评分和 Wong-baker 评分对比差异不大,无统计学意义 ($P>0.05$), 护理后观察组患儿在 FLACC 评分和 Wong-baker 评分方面均显著低于对照组患儿, 组间对比差异具统计学意义 ($P<0.05$), 详细内容见表 1。

表 1 不同组别下患儿护理前后关于 FLACC 评分及 Wong-baker 评分方面的比对 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	FLACC 评分		Wong-baker 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	92	6.77±1.26	1.52±0.33	7.35±1.58	2.03±0.48
对照组	92	6.75±1.27	4.18±0.85	7.30±1.59	4.56±0.96
t	-	0.107	17.981	0.213	12.609
P	-	0.914	0.013	0.831	0.021

2.2 不同组别下患儿关于静脉炎发生率及一次穿刺成功率方面的比对
观察组静脉炎发生率为 3.26%, 相应对照组的静脉炎发生率 11.96% 明显更低, 观察组一次穿刺成功率为 97.83%, 相应对照组的一次穿刺成功率 89.13% 明显更高, 统计学分析对比差异显著 ($P<0.05$), 详细内容见表 2。

表 2 不同组别下患儿关于静脉炎发生率及一次穿刺成功率方面的比对 [n(%)]

组别	例数	静脉炎发生率	一次穿刺成功率
观察组	92	3 (3.26)	90 (97.83)
对照组	92	11 (11.96)	82 (89.13)
χ^2	-	4.947	5.705
P	-	0.048	0.043

2.3 不同组别下患儿关于依从率方面的比对

观察组患儿依从率为 88.04%, 对照组患儿依从率为 70.65%, 观察组更高, 经对比分析具统计学意义 ($P<0.05$), 详细内容见表 3。

表 3 不同组别下患儿关于依从率方面的比对[n(%)]

组别	例数	完全依从	相对依从	不依从	依从率
观察组	92	49(53.26)	32(34.78)	11(11.96)	81(88.04)
对照组	92	29(31.52)	36(39.13)	27(29.35)	65(70.65)
χ^2	-	-	-	-	8.490
P	-	-	-	-	0.038

2.4 不同组别下患儿家长关于护理满意率方面的比对

观察组患儿家长护理满意率结果显示 96.74%, 明显高于对照组患儿家长护理满意率, 统计学分析对比有意义 ($P<0.05$), 详细内容见表 4。

表 4 不同组别下患儿家长关于护理满意率方面的比对[n(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	护理满意率
观察组	92	52(56.52)	37(40.22)	3 (3.26)	89(96.74)
对照组	92	32(34.78)	45(48.92)	15(16.30)	77(83.70)
χ^2	-	-	-	-	8.867
P	-	-	-	-	0.037

3 讨论

小儿静脉输液是实现小儿有效治疗的方法, 但小儿年龄偏小, 语言表

达能力不足^[7], 加之疾病带来的不适感, 致使小儿生理和心理均处于偏差的程度, 不仅影响输液治疗和穿刺成功, 也影响护理工作的顺利开展^[8]。一直以来, 针对小儿静脉输液仅实施常规护理, 对小儿心理情绪方面的重视程度不够, 虽然可以起到一定护理效果, 但小儿患者在恐惧、不安等情绪影响下哭闹和抵抗情绪仍十分严重, 不利于静脉穿刺和输液治疗, 临床护理工作认为改善小儿情绪、提高依从性为护理重点内容^[9]。心理护理下护理人员更加重视与小儿患者的交流沟通, 以此减轻小儿抵触情绪, 更积极主动的配合护理人员, 患儿在积极心理情绪的影响下可直接减轻疼痛方面的生理及行为反应^[10], 致使患儿依从性得以大大提升, 在行穿刺时可直接保障一次穿刺成功率, 良性配合下患儿家长也更满意护理工作内容, 直接减少护患纠纷发生率, 并以此为小儿提供有效治疗, 促进小儿病症早日康复^[11]。研究表明: 护理后观察组患儿在 FLACC 评分和 Wong-baker 评分方面均显著低于对照组患儿, 且观察组患儿静脉炎发生率更低、一次穿刺成功率和依从率更高, 可见与常规护理相比来说, 心理护理能够切实降低小儿 FLACC 评分、Wong-baker 评分及静脉炎发生率, 同时提高一次穿刺成功率和依从率。另外, 观察组患儿家长的护理满意率明显高于对照组患儿家长, 可以了解到, 对小儿患者实施心理护理在一定程度上可大幅提升患儿家长满意度, 本文结果与刘娟、刘辉的《心理护理在小儿静脉输液中的应用效果探讨》结果基本类似^[12], 具有研究价值。

综上所述, 小儿静脉输液中应用心理护理可切实改善小儿不良情绪, 减轻疼痛并提高依从性, 更易于静脉输液的顺利进行, 保障小儿病症治疗效果, 且患儿家长对护理工作的满意度更高, 护患矛盾鲜有发生, 对维护医院社会形象亦起到积极作用。

参考文献:

- [1]孔小红.心理护理在小儿静脉输液中的应用效果观察[J].医学食疗与健康,2020,18(24):2.
- [2]邹虹,邵燕.了解小儿静脉输液过程中开展心理护理对一次穿刺成功率的干预作用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(13):1.
- [3]余兰.应用心理护理提高小儿静脉输液一次穿刺成功率的价值分析[J].家有孕宝,2020,2(8):45.
- [4]赵丽光.心理护理对小儿静脉输液一次穿刺成功率的干预效果[J].中国医药指南,2021,19(27):2.
- [5]巴·乌兰.心理护理干预对门诊输液患儿静脉输液效果的影响评价[J].医药前沿,2020,10(11):2.
- [6]闵平平.心理护理对小儿静脉输液一次穿刺成功率的影响[J].中国保健营养,2020,30(28):224.
- [7]王雪宁,李秀珍,许甜.心理护理干预在儿科门诊输液室患儿中的应用效果[J].实用临床医学(江西),2020,21(6):3.
- [8]董艳霞.心理护理对儿科患儿静脉穿刺成功率的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(20):2.
- [9]陈玉莺.学龄前患儿心理特点及静脉输液中的护理干预对策[J].中国医药指南,2021,19(17):2.
- [10]杨建红.沟通护理技巧在小儿静脉输液中的应用效果及家属满意度影响[J].婚育与健康,2021,29(24):29-30.
- [11]李丹.舒适护理对小儿静脉输液护理中的应用价值及效果研究[J].医学食疗与健康,2020,18(20):2.
- [12]刘娟,刘辉.心理护理在小儿静脉输液中的应用效果探讨[J].山西医药杂志,2020,49(7):2.

预见性护理联合营养干预对肺癌化疗患者预后及不良反应的影响

安晨萍 睢歆 吕春晓 张萍 巩翠珂

邢台市人民医院 河北邢台 054000

摘要:目的:探讨预见性护理联合营养干预对肺癌化疗患者预后及不良反应的影响。方法:我院于2021年1月至2022年2月收治88例肺癌化疗患者,以奇偶法随机将其分为两组,分别给予不同的干预方案,即对照组予以预见性护理,而观察组予以预见性护理联合营养干预,比较两组患者的干预结局。结果:观察组的营养状况明显优于对照组($P<0.05$);观察组的不良反应发生率为25%,其显著低于对照组的11.36%($P<0.05$);观察组的生活质量明显优于对照组($P<0.05$);观察组的护理满意度明显高于对照组($P<0.05$)。结论:预见性护理联合营养干预对肺癌化疗患者具有积极的影响,不仅患者的不良反应有所减少,而且还能给患者提供充足的营养,让其预后得到更好的恢复。

关键词:预见性护理;营养干预;肺癌化疗;预后;不良反应

随着现代化社会的不断向前发展,给人们的生活带来极大的便利,同时也有许多的弊端,如空气污染现象越来越严重,肺癌发病人数也随之不断增加,尤其是近几年该疾病发病趋势在不断增长^[1]。对于肺癌疾病,临床主要以手术切除、化疗等方式进行联合治疗,尽管能够在一定程度上让患者的生存时间有所延长,但部分晚期患者不能进行手术治疗,只能以化疗的方式控制病情,而化疗虽然能够对癌细胞有较好的毁灭作用,但患者的正常细胞也会受到影响,同时也会出现诸多的不良反应,如感染、呕吐、乏力等,从而导致患者营养不良的现象越来越严重。一旦患者发生营养不良,就可能增加患者死亡的几率,所以要想增加患者在化疗过程中的耐受性,就要注重护理以及营养干预。预见性护理作为一种新型的护理模式,其能从疾病的诱因、临床症状等出发进行预测潜在的风险,从而制定及时的应对处理方案^[2]。为此,本文将深入分析预见性护理和营养干预的联合效果,具体报道如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院2021年1月至2022年2月收治的88例肺癌化疗患者,随机将其分为观察组和对照组。观察组44例,年龄42-74岁,平均为(59.35±7.19)岁,病程1-4年,平均(2.92±1.41)年,男性25例、女性19例。对照组44例,年龄43-75岁,平均为(60.46±7.28)岁,病程1-5年,平均为(3.01±1.56)年。对比两组患者的资料和信息,组间差异均具有可比性($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组予以预见性护理如下:1)胃肠道护理:①化疗前,遵医嘱指导患者服用止吐药物;②化疗期间,注意保持饮食多样化,即患者的饮食方案应为进食维生素和蛋白质含量高的食物,少摄入脂肪含量较高的食物,如果患者食欲比较低,可从患者的饮食嗜好出发制定饮食方案,满足患者对食物的需求,增强其食欲感。2)脱发护理:①在化疗过程中患者经常会出现脱发现象,这是一种正常的不良反应,护理人员可提前准备好冰帽,待不良反应出现时可用于减缓患者头部局部血液循环,以免药物损伤其毛囊;②化疗时患者的心理状况也是值得密切关注的事情,护理人员要先预测患者可能出现的各种负面情绪,然后针对性地予以疏导,让患者了解脱发是化疗期间正常的反应,具有可逆性,不需要对此过于焦虑。3)口腔感染护理:①化疗前,注意先清洁患者的口腔,对其黏膜予以保护;②预先开展一些讲座活动,宣传一些口腔感染方面的知识,积极引导患者及家属参与活动,让其事先对口腔感染有一定的预防意识;③对于漱口的方式,护理人员要先给患者进行示范,让患者预先了解漱口的正确方式,同时还要告知患者口腔清洁的方法,让其能够为患者提供辅助;④护理人员要对口腔溃疡情况有一定的预见性,事先准备相关药物,一旦出现口腔溃疡患者,就可立即用药物加以缓解,必要情况下也可报告医师加以诊治。4)皮肤损伤护理:①无论是注射化疗药物前还是注射之后,都要做好血管冲洗工作,选取生理盐水作为冲洗液,预防药物过度损伤血管,若药物

向外渗出,则要即刻停止注射,而注射后对其按压10分钟,以免出现静脉炎;②护理人员要建立外周中心静脉通道给需要长时间化疗患者置管,且穿刺前要对血管进行热敷,促进其血液循环,以防相关组织出现缺氧现象。5)呼吸道感染护理:①护理人员要告知患者吸烟对于患者肺部的危害,指导其禁烟禁酒,养成良好的生活习惯;②事先告知患者咳嗽和咳痰的正确方式,并指导其进行练习;③叮嘱患者在日常生活中也要适当进行运动锻炼,并根据患者情况制定科学的锻炼方案;④化疗前后都要制定好病房消毒和管理方案,保持房内干净整洁,同时化疗操作期间也要坚持无菌操作,预防患者发生呼吸道感染。

观察组予以预见性护理联合营养干预如下:1)构建营养干预小组,挑选营养科、呼吸科和肿瘤科中的医师以及相关床位护士作为组内主要成员,而组内成员要以一对一的方式与患者进行交流,在交谈过程中耐心平和地回答患者的问题,在分析患者当前营养状况的同时,了解其日常嗜好和习惯,同时上网查询一些有循证依据的资料加以结合,对患者的情况进行深入了解和掌握。2)经过一对一交流后,组内成员之间相互探讨,根据患者实际情况制定相对科学的营养干预方案以及教育宣传方案,然后让床位护士根据方案给患者讲解营养方面的知识,并制作一些小册子发放给患者,让患者能够实时了解和认知到疾病治疗方面的知识。3)营养干预方案的实施:①建立营养方案的档案,做好相应的记录工作;②根据患者饮食方面的嗜好,准备一些符合患者病情的食物,给患者补充足够的营养;③保持患者每日饮食的规律性,坚持少食多餐的原则,一旦发现不合理的饮食习惯,就要监督患者予以纠正,必要情况还可遵医嘱给患者补充营养剂,予以肠内营养支持等。4)积极与患者家属合作,引导家属在患者饮食方面引起高度重视,主动配合医师所制定的食谱给患者准备食物,确保其体内营养成分充足。

1.3 观察指标

①营养状况。从患者的病史以及身体各项检查指标出发,运用主观综合营养评价量表(SGA)对其营养状况加以评估,一共分为SGA-A、SGA-B和SGA-C三个等级,其中未出现营养不良的状况即为A级,轻度和中度营养不良即B级,重度营养不良即C级^[3]。②不良反应。包括呼吸道感染、口腔感染、脱发、血管损伤、恶心呕吐等。③生活质量。根据生活质量核心问卷内容评价患者生活质量,一共包含躯体功能、社会功能、认知功能和角色功能四项指标,最高分为100分,患者所获得的评分与生活质量呈正比关系^[4]。④护理满意度。完成化疗后,给患者发放满意度问卷调查表^[5],让其填写相关内容并予以评分,最高分为100分,最低分为0分,评分范围低于79分即代表患者不满意,超过85分即代表患者十分满意,而处于70-85分之间则比较满意。

1.4 统计学分析

在spss25.0软件内分析处理此次研究中的实验数据,计量资料采用标准差($\bar{x}\pm s$)表示,用t进行检验;以百分比的形式表示计数资料,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 营养状况对比

干预后, 观察组 SGA-A 和 SGA-B 总例数明显多于对照组 ($P<0.05$), 详见表 1.

表 1 比较两组患者的营养状况[n (%)]

组别	例数	SGA-A	SGA-B	SGA-C	营养良好率
观察组	44	20 (45.45)	23 (52.27)	1 (2.27)	43 (97.72)

表 2 比较两组患者的不良反应发生率[n (%)]

组别	例数	恶心呕吐	呼吸道感染	口腔感染	脱发	血管损伤	发生率
观察组	44	1 (2.27)	1 (2.27)	1 (2.27)	1 (2.27)	1 (2.27)	5 (11.36)
对照组	44	2 (4.54)	2 (4.54)	2 (4.54)	3 (6.81)	2 (4.54)	11 (25.00)
χ^2 值	-	-	-	-	-	-	15.29
P 值	-	-	-	-	-	-	<0.05

2.3 生活质量对比

干预后, 观察组的各项生活质量指标评分明显高于对照组 ($P<0.05$), 详见表 1.

表 3 比较两组患者的生活质量 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	角色功能	躯体功能	认知功能	社会功能
观察组	44	70.63±2.54	74.89±9.32	70.12±8.57	81.39±4.65
对照组	44	66.64±1.89	68.43±8.32	64.33±7.68	74.48±6.54
t 值	-	8.37	3.39	2.86	5.52
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 满意度对比

经护理干预后, 观察组中有 26 例十分满意、17 例比较满意和 1 例不满意, 其总满意为 97.72% (1/43), 而对照组中十分满意和比较满意的例数分别有 21 例和 12 例, 不满意有 11 例, 其总满意度为 75% (33/44), 观察组明显低于对照组 ($P<0.05$).

3. 讨论

肺癌作为一种恶性肿瘤, 在临床上具有较高的发病率, 一旦发病, 患者的生命安全将无法得到保障。据相关研究数据统计, 国家因肺癌死亡的人数在不断增加, 尤其是非小细胞肺癌, 这种肺癌具有比较高的恶性程度, 不断容易反复发作, 而且转移也极为迅速, 临床用化疗治疗此类肺癌疾病^[6]。还有研究资料表明, 临床许多肺癌患者都会有营养不良的现象, 特别是开展化疗治疗的患者, 因为肿瘤疾病消耗过程比较缓慢, 所以许多患者在就诊过程中就会出现营养不良的情况, 而化疗会加重营养不良的程度, 同时营养不良的恶性会降低患者对化疗的耐受性, 进而也无法再次开展治疗, 对其治疗效果极为不利^[7]。由此可见, 在治疗过程中还需配以适合的护理措施预测营养不良现象, 并及时进行营养干预, 确保治疗效果。预见性护理不同于传统的护理模式, 其在实践过程中护理人员能够灵敏敏锐地捕捉潜在的问题和风险, 并及时制定处理措施, 如此一旦患者发生营养不良现象, 或者有其他不良反应, 就能够立即予以解决^[8]。生物学因素虽然极大地影响着肺癌患者的发展以及预后, 但除此之外, 心理因素对其影响也比较深远, 总之就是肺癌的发展方向与生理因素和心理因素息息相关。在化疗过程中药物会损伤患者的正常细胞, 增加其机体的不适感, 由此也会让患者心理产生许多的不良情绪, 长时间化疗下心理情绪波动也会越来越大, 若不重视相关的心理, 则会对化疗效果不利, 而本文所施行预见性护理重视疾病知识的宣传, 能够针对脱发等不良现象予以讲解, 改变患者错误的认知, 可让其心理状态变得更加放松^[9]。本研究结果显示, 观察组的营养良好率相比对照组更高, 这是因为预见性护理能够对患者早期的营

组

对照	44	12 (27.27)	26 (59.09)	6 (13.63)	38 (86.38)
组					
χ^2 值	-	13.89	7.82	11.36	11.37
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 不良反应对比

护理干预后, 观察组发生的不良反应明显比对照组更少 ($P<0.05$), 详见表 1.

养状况予以判断和识别, 并根据判断结果制定营养干预方案, 调节患者体内的营养状况, 以免化疗下患者的营养不良现象越来越严重; 观察组发生的不良反应明显少于对照组, 这是因为预见性护理能够事先给患者服用止吐药物, 同时从患者需求出发搭配食谱, 所以才能避免患者恶心呕吐, 另外, 在护理过程中工作人员坚持无菌操作原则, 一方面注重清洁患者的皮肤和口腔, 另一方面积极指导患者正确咳嗽和咳痰, 监督其适当运动, 可预防感染等不良反应, 从而可为治疗效果提供重要保障; 观察组角色功能、躯体功能、认知功能和社会功能各项指标评分以及护理满意度明显高于对照组, 这是因为除预见性护理外, 还成立了营养干预小组, 不仅能够有效预测潜在的风险问题, 还能针对患者的脱发、营养不良等情况进行合理的调节, 尤其增加患者对恶心呕吐等反应的了解, 还能为患者搭配科学且满足其需求的饮食方案, 而家属也能予以积极配合, 从而可最大程度的改善患者的生活质量^[10]。

综上所述, 预见性护理联合营养干预可改善肺癌化疗患者的预后, 减少不良反应, 值得推广和采纳。

参考文献:

- [1] 吴虹. 护理干预对肺癌化疗患者睡眠质量及不良反应的影响[J]. 中国妇幼保健研究, 2016(S2):173-174.
- [2] 安海萍, 任俏丽. 预见性护理联合营养干预对肺癌化疗患者预后及不良反应的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(12):2227-2228.
- [3] 甘彩芳, 蒋蝶璐, 张倩. 预见性护理联合营养干预对肺癌化疗患者预后及不良反应的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(23):127-129.
- [4] 葛婷婷. 预见性护理对肺癌化疗患者并发症及负面情绪的影响[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2017, 16(5):90-91.
- [5] 王世旭, 马婕, 徐雅丽, 孟玮, 史晓宇. 预见性护理干预在肺癌同步放化疗患者留置 PICC 管中的应用价值分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(A01):759-760.
- [6] 解琦君, 安纳. 预见性护理干预对肺癌化疗患者胃肠道反应的影响[J]. 现代消化及介入诊疗, 2019(A02):2769-2770.
- [7] 左优优, 苗晓娜. 预见性护理干预对肺癌化疗病人胃肠道反应的影响效果临床观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2018, 23(A02):221-222.
- [8] 姚岚, 包中会, 蒋义, 倪燕侠, 黄琴, 罗燕, 任洪波, 张小梅, 张弦. 早期营养及心理干预联合同步放化疗治疗局部晚期非小细胞肺癌的临床研究[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(14):2075-2078.
- [9] 官平, 吴妮, 支晨, 欧敏. 营养干预联合情绪管理在晚期肺癌化疗过程中的应用研究[J]. 癌症进展, 2020, 18(3):311-313.
- [10] 刘宝瑜, 任朝旭, 刘庆涛, 李沙沙, 陈滢洁, 金梅. 营养干预对非小细胞肺癌患者化疗期间营养状况的影响[J]. 卫生研究, 2022, 51(2):325-328+335.

项目来源: 河北省邢台市重点研发计划自筹项目 (2020ZC167)

输尿管结石患者术后护理中应用知信行模式的方法及效果分析

毕淑梅 李春梅 孙仁芳^{通讯}

上海市松江区中心医院 泌尿外科 上海市松江区 201699

摘要：目的：分析对于输尿管结石手术患者于术后护理中采用知信行模式护理的临床价值。方法：病例选取自2021年1月~2022年1月我院，均为输尿管结石手术患者，共计78例，随机数字表法予以平均分组，即对照组、观察组，各组均为39例，对照组为常规护理，观察组联合应用知信行模式护理，就2组的术后康复进程、并发症发生率、治疗依从性、睡眠质量以及生活质量等进行对比。结果：术后下床时间、排气时间、拔管时间和住院时间观察组短于对照组 $P<0.05$ ；术后并发症率观察组、对照组分别为5.13%、23.08%， $P<0.05$ ；治疗依从性优良率观察组、对照组分别为100.00%、89.74%， $P<0.05$ ；护理前2组PSQI、SF-36评分对比差异较小 $P>0.05$ ；护理后PSQI评分观察组低于对照组，SF-36评分观察组高于对照组 $P<0.05$ 。结论：对于输尿管结石患者通过在术后运用知信行模式护理能够取得确切护理效果，有利于加快患者术后恢复、预防并发症、改善睡眠质量与生活质量，并提升其治疗依从性。

关键词：输尿管结石；手术；知信行模式；护理；价值

输尿管结石是比较常见的泌尿系结石疾病，多数患者是肾结石形成后在其下降的过程中排入输尿管进而引起输尿管结石，该疾病的发病率较高，且男性的患病率略高于女性。患者的主要症状为腰背部绞痛、尿急、尿频、突发性无尿以及恶心、呕吐等，随着结石嵌顿时间的延长可能诱发输尿管扩张、积水以及肾功能损害，影响患者的生命健康。外科手术是输尿管结石患者的主要治疗手段，且近年来的微创技术迅速发展，能够实现输尿管结石患者的微创治疗，手术方案的应用操作简单、应激反应小以及术后恢复快。然而该类患者手术部位较为特殊，其解剖结构较为复杂，这使得术后患者易出现疼痛、感染等并发症，使得康复进程受到影响，所以需要做好科学的术后护理服务工作^[1]。目前对外科手术患者主要采用常规护理模式，该护理模式的应用时间长，然而缺陷显著，如随意性、机械性、盲目性等，使得护理效果较差。知信行模式基于“自我效能理论”以及“行为改变理论”，更加注重患者的认知水平提升、治疗依从性提升，充分发挥患者的主观能动性，促使其认知、行为发生转变。以下将分析对于输尿管结石患者在其术后护理中通过运用知信行模式护理的实际效果。

1 资料与方法

1.1 常规资料

病例选取自2021年1月~2022年1月我院，均为输尿管结石手术患者，共计78例，随机数字表法予以平均分组，均为39例，观察组男、女分别为22例、17例；年龄分布于38~72岁，均数 (51.6 ± 2.6) 岁；病程1~10个月，均数 (4.3 ± 0.6) 个月；体质量 $42.5\sim 82.6\text{kg}$ ，均数 $(62.7\pm 2.3)\text{kg}$ ；结石直径为 $8.5\sim 13.6\text{mm}$ ，均数 $(10.6\pm 2.3)\text{mm}$ 。对照组男、女分别为21例、18例；年龄分布于36~73岁，均数 (51.7 ± 2.5) 岁；病程1~9个月，均数 (4.4 ± 0.5) 个月；体质量 $42.2\sim 82.8\text{kg}$ ，均数 $(62.6\pm 2.4)\text{kg}$ ；结石直径为 $8.2\sim 13.8\text{mm}$ ，均数 $(10.5\pm 2.4)\text{mm}$ 。2组以上资料均有其可比性 $P>0.05$ 。

纳入标准：(1)符合关于输尿管结石的疾病判定准则；(2)术式均为输尿管镜碎石术；(3)对研究方案知晓并征得知情同意；(4)相关资料齐备；(5)意识状态清晰，具备正常的语言能力、听力、认知能力和基本的书写能力等。排除标准：(1)年龄 >80 岁，或 <18 岁；(2)具有心肺肾等脏器功能病变者；(3)无法耐受手术、麻醉者；(4)患精神疾病者；(5)研究中途死亡者；(6)拒绝配合问卷调查等评估工作者。

1.2 方法

对照组为常规护理，例如密切监测患者手术后的相关生命体征指标，如有异常需及时上报。加强个人卫生护理以及环境卫生护理，关注患者的心理状态并提供心理疏导。根据其恢复情况给予饮食指导，确保营养均衡，加快术后康复。耐心解答患者的疑问，根据患者的护理服务需求提供相应的指导和帮助等；观察组联合应用知信行模式护理，方法为：组建知信行

护理服务小组，由护士长作为小组组长，在组长的带领下全体成员需要接受知信行模式的学习和培训，了解该护理模式的原理、方法以及操作流程，从而确保知信行模式的顺利开展。还需进一步对输尿管结石的护理工作进行总结和分析，明确护理的重点及难点，了解患者的护理服务需求，从而制定知信行模式护理方案并严格落实。在护理计划制定中需要与患者进行充分的沟通交流，掌握患者对于输尿管结石的认知水平、手术方案的认知水平以及术后康复护理的认知情况，可通过问卷调查了解患者的生活习惯、职业、家庭收入、受教育水平以及一般健康状况等，从而作出综合全面的评估，制定符合实际的知信行护理方案。(1)知：在该阶段的主要护理目标是通过进行护患沟通以及健康宣教来提升患者的认知水平，在患者住院期间做好护患交流，通过询问以及问卷调查等，了解患者对于输尿管结石疾病手术方案以及康复护理的相关知识的了解与掌握情况。结合其实际情况来制定个性化的健康宣教方案，主要通过一对一的形式给予患者健康宣教，与此同时还需结合图片、视频以及文字等对患者开展多元化健康宣教，使其了解并掌握输尿管结石疾病的病因、治疗手段、术后护理注意事项以及积极配合医护工作的重要性等，对于患者存在的知识盲区可进行重复讲解和指导，全面提升其认知水平；(2)信：该阶段的主要护理目标是使患者意识到纠正错误行为，树立健康行为的必要性和重要性，增强患者的康复信心。在护患沟通过程中，通过解释、说明以及列举案例等多种方式，使患者了解不健康的日常行为以及缺乏治疗依从性等所产生的不良后果。特别是自我效能感相对较低的手术患者，需要充分分析原因，更有针对性的给予指导和讲解，积极帮助患者解决面临的问题并为其提供舒适护理，通过给予患者关怀和温暖增强其康复信心，使患者能够充分信赖护理人员并自觉配合医护工作。引导患者家属给予患者关怀、温暖和支持，进一步提升患者的抗病信心与勇气，为后续患者的行动转变奠定良好基础；(3)行：该阶段的主要目标是通过采取护理干预措施，使患者积极主动的纠正不良行为，配合各项医护工作，详细告知在术后治疗期间的正确配合方法以及注意要点，充分发挥患者的主观能动性。引导家属共同协助完成术后的相关护理工作，如加强患者的用药监督，给予患者心理安抚，密切监测患者的管道留置情况，引导并鼓励患者适当参与活动锻炼等。对于患者的术后配合行为进行肯定和鼓励，增强患者的依从性，使其能够不断坚持相关的健康促进行为，从而改善其预后并加快患者康复，在护患沟通中使患者明确通过积极的行为转变所带来的益处，从而使患者能够坚持各项健康行为。

1.3 评价准则

(1)记录2组患者的术后康复进程指标，如下床时间、排气时间、拔管时间和住院时间。(2)记录2组患者的术后并发症，如膀胱刺激征、泌尿系感染、腹痛以及发热和尿滞留等。(3)评估2组患者的术后治疗依

从性, 优: 患者在遵医用药、合理膳食、适当活动等方面的配合度以及积极性均较高; 良: 患者在以上活动中的积极性虽然一般, 然而在他人的督促、鼓励下可配合完成各项活动; 差: 患者在上述活动中出现不依从现象。

(4) 2 组患者均以 PSQI 匹兹堡睡眠质量量表和 SF-36 量表对患者术后的睡眠质量与生活质量进行评估, PSQI 为 0~21 分, 分值与其睡眠质量成反比, SF-36 为 0~100 分, 分值与其生活质量成正比。

1.4 统计学方法

文中数据行 SPSS22.0 分析, 计量资料数据标准差为 ($\bar{x} \pm s$), 数据实施 t 检验, 计数资料表示为[n(%)], 数据实施 χ^2 检验, $P < 0.05$ 代表存在统计学意义。

2 结果

2.1 术后康复进程 2 组间相比

术后下床时间、排气时间、拔管时间和住院时间观察组短于对照组 $P < 0.05$ 。

表 1 术后康复进程 2 组间相比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	下床时间 (d)	排气时间 (h)	拔管时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	39	2.32±1.02	17.62±3.59	2.03±0.53	4.26±0.35
对照组	39	3.85±1.06	22.26±3.71	3.69±0.52	5.62±0.53
t 值		4.035	7.162	4.295	5.153
p 值		0.029	0.006	0.032	0.026

2.2 术后并发症率 2 组间相比

术后并发症率观察组、对照组分别为 5.13%、23.08%, $P < 0.05$ 。

表 2 术后并发症率 2 组间相比[n(%)]

分组	n	膀胱刺激征	泌尿系感染	腹痛	发热	尿潴留	总计
观察组	39	1 (2.56)	0 (0.00)	1 (2.56)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.13)
对照组	39	2 (5.13)	1 (2.56)	2 (5.13)	2 (5.13)	2 (5.13)	9 (23.08)
χ^2 值		0.653	0.583	0.653	1.006	1.006	4.365
p 值		0.217	0.306	0.217	0.053	0.053	0.032

2.3 治疗依从性 2 组间相比

治疗依从性优良率观察组、对照组分别为 100.00%、89.74%, $P < 0.05$ 。

表 3 治疗依从性 2 组间相比[n(%)]

分组	n	优	良	差	优良率
观察组	39	33(84.62)	6 (15.38)	0 (0.00)	39(100.00)
对照组	39	21(53.85)	14(35.90)	4 (10.26)	35 (89.74)
χ^2 值		13.635	9.635	5.172	5.172
p 值		0.000	0.006	0.035	0.035

2.4 PSQI 睡眠质量、SF-36 生活质量评分 2 组间相比

护理前 2 组 PSQI、SF-36 评分对比差异较小 $P > 0.05$; 护理后 PSQI 评分观察组低于对照组, SF-36 评分观察组高于对照组 $P < 0.05$ 。

表 4 PSQI、SF-36 评分 2 组间相比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	PSQI		SF-36	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	39	11.62±2.08	5.33±0.62	61.16±5.96	82.96±6.39
对照组	39	11.63±2.06	8.36±0.96	61.17±5.95	72.35±5.98
t 值		0.635	5.362	0.227	9.635
p 值		0.219	0.031	0.596	0.011

3 讨论

输尿管结石近年来的发病率较高, 由于结石形成并嵌顿于输尿管使患者出现发热、疼痛以及尿频尿急等症状影响患者的身心健康, 早期进行外科手术治疗是改善患者临床症状以及提升其生活质量的重要手段^[2-4]。然而手术的应用具有创伤性, 患者手术后出现的疼痛症状影响患者的睡眠质量以及术后康复和生活质量, 不利于患者的术后下床活动, 也增加了术后的并发症发生风险, 如感染、出血^[5-7]。随着患者卧床时间的延长, 还可能引起泌尿系感染、下肢深静脉血栓形成等, 使得患者的住院时间延长, 也极大地增加了患者的治疗负担, 所以做好输尿管结石患者的科学术后护理服务工作至关重要。常规护理的应用中主要是为患者提供各项基础护理服务, 未能充分发挥患者以及家属的主观能动性和调动其参与积极性, 所以护理服务效果较差^[8-10]。知信行模式近年来在临床医护领域应用广泛, 其主要目的是增强患者的认知水平, 使患者树立健康信念, 并能够自觉纠正不良行为并树立康复信心, 从而积极配合医护工作。本次研究中为观察组患者术后提供知信行模式护理, 结果显示观察组患者的术后下床活动时间、住院时间、排气时间等明显短于对照组。表明, 该护理模式的运用对

加快患者术后康复有重要价值。术后并发症发生率观察组显著低于对照组, 与此同时护理后的睡眠质量、生活质量评分改善情况好于对照组。表明, 知信行模式的运用能够提升患者的术后护理服务质量, 对促进术后康复、预防并发症以及改善生活质量等有重要帮助。与此同时, 观察组经评估术后的治疗依从性优良率显著高于对照组。主要原因在于知信行模式的应用中, 能够使患者意识到积极纠正错误行为并维持健康促进行为的重要性, 有利于提升患者的自我效能感, 增强其自我护理能力, 进而可实现医护患的紧密协作, 更有利于促进患者的术后康复并提升医护服务质量^[11]。

综上所述, 对于输尿管结石患者通过在术后运用知信行模式护理能够取得确切护理效果, 有利于加快患者术后恢复并预防并发症, 可改善睡眠质量与生活质量, 并提升其治疗依从性。

参考文献:

- [1]李梅, 刘付海平, 欧法玲, 等. 探讨知信行护理模式在输尿管软镜治疗肾结石患者中的应用[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(13): 134-135.
- [2]解春兰. 舒适护理模式在输尿管结石患者围术期中的应用效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019, 19(83): 290, 292.
- [3]陈婷婷. 知信行护理模式在输尿管软镜治疗肾结石患者中的应用价值探究[J]. 饮食保健, 2018, 5(2): 239.
- [4]张丽波. 知信行护理模式在输尿管软镜治疗肾结石患者中的应用效果观察[J]. 中外女性健康研究, 2018, 26(21): 174, 181.
- [5]林洋. 整体护理在输尿管结石钬激光碎石术围手术期护理中的应用价值研究[J]. 中国保健营养, 2020, 30(2): 219-220.
- [6]曲程程, 方宁, 张娜. 循证护理在输尿管结石患者钬激光碎石术中的应用及对患者应激反应的影响[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(5): 666-669.
- [7]曹润敏, 白文芳, 杨慧姬, 等. 清单式护理在输尿管结石排石过程中的应用效果观察[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(18): 82-84.
- [8]叶定涛. 体位护理对复杂输尿管结石手术患者舒适度及治疗效果的影响[J]. 心理月刊, 2020, 15(5): 142.
- [9]徐文婷. 整体护理在输尿管镜钬激光碎石术治疗输尿管结石患者中的应用[J]. 医疗装备, 2020, 33(1): 191-192.
- [10]张宇英. 输尿管结石 URSL 术后综合护理干预对泌尿系结石治疗效果的干预价值[J]. 心电图杂志(电子版), 2020, 9(2): 214-215.
- [11]江丽英. 探究临床护理路径在输尿管镜下气压弹道碎石术治疗输尿管结石护理中的应用[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(19): 48, 64.

椎管内分娩镇痛产时发热和白细胞升高的关系

查媛 沈紫丹 药维芝 彭文 王诗琪

上海中冶医院 上海 200941

摘要：目的：探讨椎管内分娩镇痛产时发热和白细胞升高的关系。方法：选取我院于2019年3月-2021年3月入住我院的200例椎管内镇痛分娩产妇为研究对象，根据孕妇产时最高体温分为对照组（体温37.5-38℃）和观察组（体温≥38-38.5℃），每组100例，对比两组产妇产程时间、新生儿Apgar评分以及炎症相关指标情况。结果：观察组发热现象多出现在椎管内穿刺后，发热维持时间为4小时。观察组第一产程、第二产程时长与对照组相比（ $P<0.05$ ）；产后2h出血量、第三产程时长、新生儿Apgar评分对比（ $P>0.05$ ）；入院时、产后48h，两组产妇WBC、N水平对比（ $P>0.05$ ），但观察组CRP水平显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；发热时，观察组产妇WBC、N、CRP水平与对照组相比（ $P<0.05$ ）。结论：椎管内分娩镇痛会延长产妇的产程时间，对于体温在38-38.5℃以上的产妇，白细胞水平明显升高，椎管内分娩镇痛是导致孕妇产时非感染性发热的重要因素，发热时多数情况是无需应用抗生素的。但是不会对产妇第三产程、产后2h出血量造成任何的影响，发热时胎心加快，但是在短时间分娩或者是手术终止妊娠的时候，则不会增加胎儿不良结局发生。有研究表明 $>38.5^{\circ}\text{C}$ ，影响胎儿评分。

关键词：椎管内分娩镇痛；发热；白细胞；产程；炎症指标

分娩时所产生的剧烈疼痛会使产妇产生一系列的神经生理学变化，会导致母婴机能发生改变，代谢紊乱，发生不良妊娠结局。在确保母婴安全的前提下，积极探索最佳的分娩镇痛方法具有非常重要的临床意义^[1]。近些年，“无痛分娩中国行”及“分娩镇痛康乐行”等项目的广泛推广与盛行，全国各地都在积极极值各种培训班，大面积普及分娩镇痛的知识，我国分娩镇痛在各医院也在逐渐开展^[2]。但是目前在分娩镇痛安全性的研究上存在很多的争议。椎管内镇痛分娩采用蛛网膜下腔+硬膜外阻滞，能够有效缓解产妇产时的疼痛感，但是会导致产妇产时发热率逐渐升高，白细胞升高，椎管内分娩镇痛相关的产时发热原因以及对妊娠结局的影响，目前相关研究报道比较少^[3-4]。本次研究深入分析椎管内分娩镇痛产时发热与白细胞升高之间所存在的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象共选取200例于2019年3月-2021年3月入住我院的内椎管内镇痛分娩产妇，根据孕妇产时最高体温分为对照组（ $n=100$ ）和观察组（ $n=100$ ）。观察组：年龄19-34岁，中位值（26.71±0.89）岁；孕周37-41周，中位值（39.21±1.17）周，孕妇体温为38-38.5℃；对照组：年龄20-31岁，中位值（25.87±1.01）岁；孕周38-41周，中位值（38.97±1.09）周。孕妇体温范围为37.5-38℃。两组一般资料同质化（ $P>0.05$ ），可以对比。

1.2 纳入/排除标准

1.2.1 纳入标准：（1）产妇BMI <28 ，身高 $>150\text{cm}$ ；（2）产妇胎膜完整，单胎妊娠，头位，孕周37-41周；（3）产妇无妊娠合并症及并发症。

1.2.2 排除标准：（1）产妇认知障碍，配合度低；（2）产妇合并中枢神经系统；（3）产妇骨盆狭窄，产道异常；（4）产妇基础体温为37.5℃以上；（5）产妇对本次研究药物存在严重的过敏反应。

1.3 方法

孕妇临产后对阴道进行检查，宫口开到2~3cm时进入产房，并进行相关检查，排除各种麻醉禁忌后进行椎管内阻滞。于第2~3腰椎间隙穿刺，穿刺后，于蛛网膜下腔注入少量局麻药或者阿片类药物，同时将细导管置入硬膜外腔，将导管一端与电子镇痛泵进行连接，之后以产妇的疼痛程度作为给药标准。在整个过程中，麻醉药物浓度较低，相当于剖宫产麻醉时的1/5~1/10，具有较强的可控性和安全性，对产妇运动功能影响非常小，并且产妇意识非常清醒的时候，要在确保母婴生命安全的基础上，严格给予镇痛药物，避免对子宫规律性收缩造成严重的影响，能够有效阻断产妇产时分娩过程中的痛觉神经传递，以此来减轻产妇的疼痛感，使子宫保留轻微的收缩感和疼痛感。

1.4 观察指标

对比两组发热例数和发热时间，发热时间主要计算开始出现的发热时间到椎管内穿刺的时间，采用频数进行分析，之后再用直方图进行表示。

产妇产程时间：第一产程、第二产程、第三产程。

两组新生儿Apgar评分对比：Apgar评分是目前国际上比较公认的一种简便实用的办法，主要是来评估新生儿窒息缺氧情况，共五项指标，每项指标0-2分，总10分，分别是在生后1分钟、5分钟进行评估。8-10分为正常，4-7分为轻度窒息，0-3分为重度窒息。其中1分钟评分主要是反映新生儿窒息缺氧的严重程度，5分钟评分反映新生儿窒息缺氧后复苏的效果，能够为预后情况作出准确的判断。

两组产妇炎症相关指标对比，包括超敏C反应蛋白(hs-CRP)、平均白细胞计数(WBC)、平均嗜中性粒细胞(N)百分比。采用胶乳免疫比浊法测定hs-CRP水平。时间段分为入院时、发热时、产后48h。

1.5 统计学分析

采用SPSS20.0处理器处理此次研究数据，计量资料用均数±标准差表示，t检验， $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 椎管内分娩镇痛后出现的产时发热的临床特点

观察组发热现象多出现在椎管内穿刺后，发热维持时间为4小时。

2.2 两组产妇产程时间对比

观察组第一产程、第二产程时长与对照组相比（ $P<0.05$ ）；两组产妇产后2h出血量和第三产程时长对比（ $P>0.05$ ）。

表2：两组产妇产程时间对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

分 组	例 数	第一产程 (h)	第二产程(h)	第三产程 (h)	产后2h出血 量(mL)
观 察 组	100	12.34±2.04	1.24±0.28	0.07±0.02	282.41±79.51
对 照 组	100	11.69±1.51	1.11±0.24	0.07±0.01	277.18±82.17
t		2.561	3.525	0.000	0.457
P		0.011	0.001	1.000	0.648

2.3 两组新生儿Apgar评分对比

两组新生儿Apgar评分对比（ $P>0.05$ ）

表 3: 两组新生儿 Apgar 评分($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	新生儿 Apgar 评分	
		1 分钟(分)	5 分钟
观察组	100	8.94±0.21	9.31±0.24
对照组	100	8.99±0.24	9.37±0.28
χ^2		1.568	1.627
P		0.119	0.105

2.4 两组产妇产炎相关指标对比

入院时, 两组产妇 WBC、N 水平对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 产后 48h, 两组产妇 WBC、N 水平对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 观察组 CRP 水平与对照组相比 ($P<0.05$); 发热时, 观察组 WBC、N、CRP 水平与对照组相比 ($P<0.05$)。

表 4: 两组产妇产炎相关指标对比($\bar{x} \pm s$)

项目	组别	入院时	发热时	产后 48h
WBC ($\times 10^9/L$)	观察组, n=100	9.96±2.48	15.86±2.41	11.75±2.24
	对照组, n=100	9.57±2.31	14.68±2.40	11.81±2.09
	t	1.151	3.469	0.196
	p	0.251	0.001	0.845
N (%)	观察组, n=100	76.21±6.02	85.41±4.87	76.27±6.38
	对照组, n=100	74.58±5.98	84.11±4.08	77.87±6.48
	t	1.921	2.046	1.759
	p	0.056	0.042	0.080
CRP (mg/L)	观察组, n=100	-	35.21±3.11	8.67±2.38
	对照组, n=100	-	33.68±3.09	7.84±2.24
	t		3.490	2.540
	p		0.001	0.012

3 讨论

大部分产妇在分娩过程中都会出现发热的现象, 而镇痛分娩产妇的产间发热率要明显高于自然分娩产妇。分娩期间出现发热现象在多种因素共同作用所致, 有研究指出产妇产间体温升高缺乏有关感染的相关证据, 说明产间出现发热现象主要与非感染性因素有着直接的关系^[5-6]。分娩时剧烈疼痛会使孕妇出现神经生理学变化, 易导致代谢紊乱, 不良妊娠结局的发生。在确保母婴安全的基础上, 需要积极采用有效的分娩镇痛方法来进行干预。目前, 分娩镇痛的方法分为两大类^[7]。其一非药物性分娩镇痛, 有经皮神经电刺激、针刺镇痛、精神预防性镇痛等。非药物性分娩镇痛和水中分娩, 具有对胎儿和产程影响较小的特点, 适合应用在轻中度疼痛中, 作为减少镇痛药物剂量的一种辅助性的方法, 最大的不足就是镇痛效果差; 其二为药物性分娩镇痛, 最常见的就是椎管内神经阻滞法、吸入性镇痛方法、局部神经阻滞法等, 前者是目前临床上最常采用的一种镇痛方式, 它具有安全性、可靠性高的优势, 可以灵活调整药物剂量和种类来满足分娩镇痛的需求^[8]。

本次研究中, 体温 $\geq 38.5^\circ\text{C}$ 产妇的第一产程、第二产程时长均长于温度为 $37.5\sim 38^\circ\text{C}$ 的产妇 ($P<0.05$), 分析原因在于, 镇痛后, 会对产妇的子宫收缩造成影响, 打乱其收缩规律, 子宫口的扩张速度也会随之逐渐减慢, 使产妇产程时间随之延长。两组产妇产后 2h 出血量和第三产程时长

对比 ($P>0.05$)。说明采用椎管内分娩镇痛的方式在有效改善产妇疼痛感的同时, 不会对产后出血量造成影响, 也不会延长产妇第三程的时间。另外, 两组新生儿 Apgar 评分对比, 无统计学意义 ($P>0.05$)。说明椎管内分娩镇痛对新生儿宫内窘迫与窒息不会造成明显的影响, 镇痛过程中所使用的镇痛药物也不会轻易的透过胎盘屏障, 不会受此作用的影响而产生各种不良反应, 不会影响患儿正常呼吸。很多国内外都针对此内容作出了深入的研究, 发现这种方式可以有效减轻产妇分娩过程中的疼痛程度, 有效避免产妇因无法承受疼痛感而出现短暂性缺氧的显现, 减少应激反应, 促使产妇产宫可以正常收缩, 改善子宫收缩失调, 确保胎儿具备良好的氧供。本次研究中, 椎管内分娩镇痛发热时, 观察组产妇 WBC、N、CRP 水平均显著升高, 且高于对照组 ($P<0.05$), 并不能排除存在感染的可能性, 但是在产后 48h, 观察组炎症指标水平恢复正常水平, 恢复速度显著加快。提示患者体温升高, 产妇体温升高即使无任何感染存在, 产妇的炎症指标也可能会出现身高的现象。本次研究中, 产妇在产后 48h, 炎症指标基本恢复到正常水平, 可能判断是体温升高后出现无感染性炎症指标在短时间内出现一次升高的现象。因此, 此次研究中产妇体温升高, 白细胞上升并不能确定为感染所致。有临床研究学者认为^[10], 可能是因为母体体温的影响导致中枢系统紊乱, 是产妇在麻醉后出现发热的现象, 也可能是麻醉药物自身会导致产妇体温升高。

综上所述, 椎管内分娩镇痛后会使产妇体温升高, 体温在 $38\sim 38.5^\circ\text{C}$ 以上的产妇相比于体温在 38°C 以下的产妇较高, 且白细胞水平明显升高, 容易延长产妇第一产程、第二产程的时长, 但是通过及时处理并不没有对母胎结局产生任何不良影响, 不会导致产妇因产时发热而出现各种并发症, 也不会增加产妇产后的出血量。但是不会对新生儿造成任何的影响, 不会增加产妇产后的出血几率和出血量, 保障产妇的第三产程时间在合理范围内。但是对于椎管内分娩镇痛有关发热的原因, 患者体温升高, 白细胞上升的安全试产时限, 还需要进行深入性的研究。

参考文献:

- [1] 闫洁, 尚游. 经皮神经电刺激联合硬膜外阻滞分娩镇痛对产妇疼痛递质炎症细胞因子及应激因子的影响[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(4): 955-958.
- [2] 王瀛培, 徐华博. 卫生行政与妇女保健实践: 20 世纪 50 年代精神预防性无痛分娩法在上海[J]. 妇女研究论丛, 2021(1): 93-112.
- [3] 赵娜, 李晓光, 张越伦, 等. 重度子痫前期产妇椎管内分娩镇痛与阴道试产分娩结局的相关性[J]. 临床麻醉学杂志, 2021, 37(2): 134-137.
- [4] AUDUN STUBHAUG, HARALD BREIVIK. Cancer-pain intractable to high-doses systemic opioids can be relieved by intraspinal local anaesthetic plus an opioid and an α_2 -adrenoceptor agonist[J]. Scandinavian journal of pain, 2017, 16: 28-28.
- [5] 徐淑兰, 尹军, 于永生, 等. 腰硬联合阻滞分娩镇痛中规律间断注射舒芬太尼联合罗哌卡因对分娩结局、产间发热及镇痛效果的影响[J]. 广西医学, 2020, 42(9): 1096-1099.
- [6] 曹家刚, 李胜华, 冯迪, 等. 不同浓度罗哌卡因复合舒芬太尼分娩镇痛对产妇产间发热的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2019, 35(4): 327-330.
- [7] 王新丽, 王建英. 导乐分娩应用于分娩镇痛的临床疗效及其危险因素分析[J]. 医学临床研究, 2021, 38(2): 298-300.
- [8] 黄洁莲, 廖艳娉, 林美玉. 椎管内神经阻滞分娩镇痛产妇发热对新生儿评分的影响[J]. 广东医学, 2016, 37(22): 82-83.
- [9] 张景山. 罗哌卡因联合舒芬太尼硬膜外分娩镇痛方案对疼痛递质及细胞因子生成、应激激素分泌的影响[J]. 海南医学院学报, 2017, 23(21): 2949-2952.
- [10] 陈雪梅, 刘文亮, 李丽, 等. 孕末期发热对胎儿及新生儿的影响[J]. 吉林医学, 2012, 33(31): 6799-6800.

高血压脑出血采用血肿清除术中采用手术室护理干预的效果分析

丁玉瑕

宁夏医科大学总医院心脑血管病医院手术室 宁夏银川 750001

摘要:目的:探讨高血压脑出血采用血肿清除术中采用手术室护理干预的效果。方法:观察本院2019年8月至2021年10月期间接收的98例高血压脑出血血肿清除术中患者,随机分为对照组与观察组各49例,对照组中运用常规护理,观察组运用手术室护理干预,分析不同护理后患者手术指标、不良反应、颅内压、心理状况情况。结果:在护理前后患者颅内压水平上,观察组护理后降低程度明显多于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者焦虑、抑郁心理状况评分上,观察组护理后降低程度明显多于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者手术出血量、住院时间、手术操作时间上,观察组各项明显少于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者不良反应率上,观察组6.12%,对照组22.45%,对比有统计学意义($p<0.05$)。结论:高血压脑出血采用血肿清除术中采用手术室护理干预后,可以有效地提升患者手术治疗恢复速度,降低手术治疗创伤,促使水肿情况改善,减少不良反应率,改善患者心理不良情绪,整体的身心状况更为理想。

关键词: 高血压脑出血;血肿清除术;手术室护理干预;效果

高血压属于常见慢性疾病,该病容易引发多种心脑血管、肾等并发症,其中高血压导致的脑出血属于常见且严重程度高的疾病问题。针对该问题采用血肿清除术治疗,可以更快地纠正疾病带来的不良问题,降低疾病不可逆损害,提升整体治疗恢复的效果。本文采集98例高血压脑出血血肿清除术中患者,分析运用手术室护理干预后患者手术指标、不良反应、颅内压、心理状况情况,内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院2019年8月至2021年10月期间接收的98例高血压脑出血血肿清除术中患者,随机分为对照组与观察组各49例。对照组中,男29例,女20例;年龄从60岁至83岁,平均 (71.85 ± 8.09) 岁;高血压病史范围为5年至17年,平均 (8.15 ± 0.97) 年;观察组中,男26例,女23例;年龄从60岁至85岁,平均 (72.16 ± 7.15) 岁;高血压病史范围为5年至16年,平均 (8.76 ± 0.72) 年;两组患者基本年龄、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

对照组中运用常规护理,观察组运用手术室护理干预,内容如下:

要做好术前随访,进行病房访视,知晓患者认知水平,做好针对性错误认知的纠正,同时让患者了解手术有关价值以及注意事项,提升其整体的配合度。术前要做好对应的心理护理指导工作,在术前访视中需要做好直接的沟通互动,了解其心理状况,展开多重面的心理问题分析,然后依据原因分析状况做好针对性的安抚疏导。要尽可能地降低患者的恐惧感,避免负面情绪对其整体状况构成的影响^[1]。

术中体温护理工作中,需要做好体温管控,尽可能地保持在36度至37度的范围内。如果有体温过低情况,可以运用加温毯以及暖风机做辅助。还可以依据情况做好术中输注液体温度的管控,适宜的输注加温处理。术中护理中,要做好对应的体位管理,保持患者侧卧位,将血肿侧保持向上位置^[2]。在其脖子下方放置中空圆形海绵垫,将其头部做稳固处理。完善有关注射麻醉使用工作,完善无菌化操作基本原则。进行乙醇、碘酒的熏蒸消毒,同时落实好医护人员双手消毒工作,防控细菌侵入到颅内导致后续感染风险。要让器械护士做好具体有关药品、手术刀等安排摆放工作^[3]。术中需要保持密切的配合,确保器械随时使用随时到位。要注重时间观念,保持默契的配合,提升手术操作顺畅度。有关手术进行过程中,患者容易有躁动情况,因此需要确保手术整体的精准度,尽可能地避免患者移动带来的不良问题^[4]。需要保证精准的操作,尽可能地缩减手术

时间,避免更长时间手术而引发的血压突然降低、发热等负面问题。要做好呼吸道护理处理,进行对应的吸氧护理操作。进行有关患者情况观察,例如是否有憋闷、口唇发紫等问题,及时做好呼吸道异物的清理,确保其呼吸顺畅^[5]。

术后疼痛护理方面,要做好疼痛情况原因的说明指导,同时让其了解止痛方法,进行针对性地讲解。可以进行注意力转移等方法来减少对疼痛的敏感度,例如播放舒缓的音乐、读报、读书、看电视、交流沟通等,也可以合理地采用镇痛药物辅助^[6]。要做好镇痛药物使用说明事项,让患者避免过于担忧药物副作用而导致排斥用药,也避免其过度的依赖药物导致药物过量使用带来的不良影响。术后早期活动方面,需要让患者术后麻醉苏醒之后进行对应的活动,具体活动训练从床上被动关节活动训练朝主动关节活动训练逐步过渡。要展开对应的日常生活项目训练指导,例如进行穿衣、刷牙等日常训练^[7]。术后要在患者麻醉未完全清醒之前进行体位辅助,保持平卧位,同时将头部侧向一边,及时进行口腔分泌物的清理,防控窒息问题出现,促使其呼吸道保持持续的顺畅。还需要做好患者各项生命体征的监测。尤其是血压、脉搏等指标,如果有异常情况需要及时通知医生处理。要进行患者定时翻身以及下肢按摩支持,防控下肢静脉血栓的发生。进行必要的皮肤清洁,防控压伤问题的出现。术后患者要做好其脑组织灌注情况的观察,进行神智以及运动感觉的观察,适宜地将床头抬高。如果有灌注趋向,需要及时使用脱水剂。要严格管控输液速度,依照其机体分解的速度进行对应的输液速度调整。要防控有关并发症问题^[8]。术后需要保持侧卧位,将其创伤部分做有效暴露,避免对患者的随意移动。一般情况下,每2小时进行一次翻身,但是翻身的过程中避免对其头部进行摇晃。对于感染问题的防控,则需要做好创伤区域红肿情况的观察记录,进行其引流液颜色情况的观察。如果有便秘问题,需要及时使用少量的缓泻剂。做好四肢定时按摩处理,防止静脉血栓风险。

1.3 评估观察

分析不同护理后患者手术指标、不良反应、颅内压、心理状况情况。不良反应主要集中在上消化道出血、颅内再出血、下肢静脉血栓、脑疝等。心理状况采用焦虑、抑郁有关SAS、SDS评估量表,评分越低情况越好。手术指标主要集中在手术出血量、住院时间与手术操作时间等,指数越低情况越好。

1.4 统计学分析

数据运用spss22.0软件处理,计数资料使用n(%)表示,采用卡方检验,计量资料运用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用t检验, $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者手术指标情况

见表 1, 在患者手术出血量、住院时间、手术操作时间上, 观察组各项明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 1: 各组患者手术指标结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	手术操作时间 (h)	术中出血量 (ml)	住院时间 (d)
观察组	2.46±1.28	58.29±11.03	16.47±1.98
对照组	3.58±1.53	128.50±13.42	22.43±2.87

注: 两组对比, $p<0.05$

2.2 各组患者颅内压水平情况

见表 2, 在护理前后患者颅内压水平上, 观察组护理后降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 2: 各组患者颅内压水平结果 ($\bar{x}\pm s$, mmHg)

分组	护理前	护理后
观察组	20.17±2.43	13.92±1.58
对照组	20.35±3.18	16.74±2.97

注: 两组对比, $p<0.05$

2.3 患者不良反应情况

见表 3 所示, 在患者不良反应率上, 观察组 6.12%, 对照组 22.45%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 3: 患者不良反应评估结果[n(%)]

分组	n	脑疝	下肢静脉血栓	颅内再出血	上消化道出血	不良反应率
观察组	49	0 (0.00)	1 (2.04)	1 (2.04)	1 (2.04)	6.12%
对照组	49	3 (6.12)	3 (6.12)	2 (4.08)	3 (6.12)	22.45%

注: 两组对比, $p<0.05$

2.4 两组患者护理前后心理状况评分情况

如表 4 所示, 在患者焦虑、抑郁心理状况评分上, 观察组护理后降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 4: 两组患者护理前后心理状况评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	时间	焦虑	抑郁
观察组	护理前	52.18±5.29	56.27±5.64
	护理后	39.86±4.46	41.87±4.35
对照组	护理前	53.42±5.68	55.16±6.67
	护理后	48.53±4.17	49.53±5.26

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

3 讨论

高血压属于老年患者常见的脑血管疾病, 由于我国老龄化人口的不断增多, 该病的发病率也在逐步的提升。高血压脑出血属于脑出血中的常见情况, 一般是由患者长时间的高血压所引发的脑组织小动脉血管壁出现纤维变性以及坏死, 由此导致颅内出血问题。该疾病发作突然, 病情进展快, 有较高的致残以及致死风险。同时预后情况相对较差, 一般对于该类患者展开血肿清除术是相对而言较成熟理想的手术方案。具体的手术方式

较多, 包括大骨瓣开颅血肿清除术, 以及小骨窗开颅血肿清除术等, 都可以达到血肿清理的效果。减少颅内压, 改善脑水肿问题。

本研究中, 观察组采用手术室护理干预, 在一定程度上可以做好患者颅内压手术出血量、手术时间、住院时间、手术各项指标、不良反应、心理状况等各方面的改善。除了生理层面的优化, 也可以顾及到心理层面的疏导。具体处理应对上, 要考虑患者个体情况所需, 做好患者各方面的配合指导。必要情况下, 需要做好家属与患者的教育指导工作, 提升整体的治疗依从性, 减少护理工作压力, 保证工作执行的有效性。

手术室护理干预工作, 注重人性化操作原则, 满足患者身心各方面诉求, 做好对应的方式处理, 让其了解高血压有关知识, 提升患者整体对疾病的重视程度。开展积极的医护配合工作。术中需要做好患者体位调整以及有关麻醉处理工作, 当其没有睫毛反应之后再开展手术治疗。进行手术时间的严格管控, 完善有关无菌化操作, 尽可能地减少有关问题引发的不良并发症问题, 保证患者生命安全。术中需要做好吸氧护理, 同时进行动态性的呼吸道清理。防控患者因为呛咳、躁动等问题引发的不良事件, 尽可能地缩减手术时间。术后需要关注有关生命体征变化状况, 同时做好有关教育指导工作。严格防控感染、再出血以及便秘等风险问题, 提升整体工作开展的有效性。具体处理应对上, 要考虑个体情况的差异, 避免笼统一刀切。护理方案上要形成对应的护理路径, 按照规范性执行。但是在具体者执行过程中, 需要有更为灵活性地观察判断能力, 保证护理方法的具体落实符合各地情况所需, 避免呆板僵硬执行而导致了不良后果。

具体处理应对上要做好护理人员的培训管理, 包括个人的操作技术、沟通能力、观察判断能力、法律常识等。对护理人员的管理也需要做好人性化、针对性地培养, 考虑个人发展所需。以实际岗位工作需求为主, 配合对应的发展预期潜力挖掘。同时保证工作安排的合理性, 避免工作任务过重而导致执行的马虎大意, 确保护理工作执行质量, 才能达到手术室护理干预所期待完成的效果。

总而言之, 高血压脑出血采用血肿清除术中采用手术室护理干预后, 可以有效地提升患者手术治疗恢复速度, 降低手术治疗创伤, 促使水肿情况改善, 减少不良反应率, 改善患者心理不良情绪, 整体的身心状况更为理想。

参考文献:

- [1]汪建美. 手术室整体护理干预在行血肿清除术治疗得高血压脑出血患者中的效果分析[J]. 医学食疗与健康, 2019(21):108-109.
- [2]李智梅. 高血压脑出血血肿清除术中应用手术室整体护理干预的效果分析[J]. 母婴世界, 2020(20):237.
- [3]黄淑勤, 雷春芳. 手术室整体护理干预在高血压脑出血血肿清除术的效果观察[J]. 医学食疗与健康, 2019(21):125, 127.
- [4]张瑾. 高血压脑出血血肿清除术中应用手术室整体护理干预的效果分析[J]. 内蒙古医学杂志, 2019, 51(3):364-365.
- [5]王翠莲. 手术室整体护理干预对高血压脑出血开颅血肿清除患者的影响研究[J]. 家有孕宝, 2020, 2(12):244.
- [6]冯雪玉. 手术室护理对高血压脑出血血肿清除术的效果分析[J]. 心血管病防治知识, 2019, 9(18):76-78.
- [7]何佩佩, 陈艳萍, 汤冬琴. 手术室护理在高血压脑出血患者接受血肿清除术中的应用价值分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(87):81, 178.
- [8]汪建美. 手术室整体护理干预在行血肿清除术治疗得高血压脑出血患者中的效果分析[J]. 医学食疗与健康, 2019(21):108-109.

门诊输液室采用人性化护理后的患者满意度情况分析

郭子玉

甘肃省白银市白银区王岷镇卫生院 甘肃白银 730900

摘要：目的：探讨门诊输液室采用人性化护理后的患者满意度情况。方法：收集本院2020年8月至2021年11月期间接收的142例门诊输液室患者，随机分为常规组与实验组各71例，常规组运用常规护理，实验组运用人性化护理，分析不同处理后患者输液不良事件发生率、治疗依从性等情况。结果：在患者输液不良事件发生率上，实验组1.41%，常规组22.54%， $p < 0.05$ ；在护理前后焦虑、抑郁变化上，实验组各项护理后降低程度明显多于常规组，两组差异具有统计学意义， $p < 0.05$ ；在患者治疗依从性率上，实验组95.77%，常规组83.10%，对比有统计学意义， $p < 0.05$ ；在患者护理满意度上，实验组94.37%，常规组81.69%，对比有统计学意义， $p < 0.05$ 。结论：人性化护理在门诊输液室中应用可以有效地减少患者输液不良事件发生率，提升患者治疗依从性，患者负面情绪更轻，对护理工作的满意度更高，整体状况更为理想。

关键词：门诊输液室；人性化护理；患者满意度

门诊输液室属于工作强度大，内容繁琐且复杂，接触的疾病与状况更多，对护理人员有更高的要求。一般在传统的护理工作中，更多处理生理层面的考虑，但是随着医疗理念的提升，人们诉求的多样化，人性化的护理工作显得更为尤为重要。满足患者的合理诉求，提升患者心理舒适度。本文采集142例门诊输液室患者，分析运用人性化护理后患者输液不良事件发生率、治疗依从性等情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集本院2020年8月至2021年11月期间接收的142例门诊输液室患者，随机分为常规组与实验组各71例。常规组中，男：女=48：23；年龄从20岁至68岁，平均 (48.27 ± 4.18) 岁；文化程度中，初中及以下为34例，高中为26例，大学为11例；实验组中，男：女=43：28；年龄从21岁至69岁，平均 (47.15 ± 3.76) 岁；文化程度中，初中及以下为35例，高中为23例，大学为13例；两组患者在基本的文化程度、年龄、性别等信息上不存在明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

常规组运用常规护理，常规护理之中主要是在患者注射过程中，按照医嘱完成有关无菌化操作基本规范，同时做好“三查七对一注意”等有关审核。其内容包括在加药前、加药中、加药后进行其姓名、药名、用剂量、药物有效期、药品使用时间、用法、药物浓度以及床号等检查。同时还做好不定时的巡查管理，观察患者输液反应情况。如果有不良反应，需要及时告知医生干预处理，防控严重化问题的出现，输液之后还需要指导其做好止血按压。还需要定时做好门诊输液室的消毒清洁，完善有关药物分类存放管理，检查药物有效期，完成有关工作记录，对于失效的药物需要按照规定标准做好对应处理。

实验组运用人性化护理，具体内容如下：

首先，要做好环境优化管理。门诊输液室的患者情况多样，人流量大，甚至会存在环境相对嘈杂。需要在门诊等候区、接待区以及输液区做有效的隔离分开，让输液过程中的患者有良好的输液休息环境。同时要配备对应的环境设施，提供例如电视、空调设备等，保持温度湿度的合理性^[1]。温度一般控制在25~26℃，湿度在55%左右。

依据季节变化情况做好体感舒适度的调整，可以依据其需求做好采光的柔和化处理，避免过于昏暗而导致的视觉不佳以及负面心理暗示等问题^[2]。整体的环境上，保持柔和的色调，避免刺激性因素导致不良影响。同时在门诊区域内需要标注安静标语，做好对应的提醒，促使输液患者保持自觉的静音控制^[3]。

要做好输液时的清洁消毒管理。输液室内需要做好对应疾病知识的张贴提醒，可以提供宣教手册，让其了解输液有关知识。或者将有关输液知识做醒目性的墙面海报标识，提醒患者注意。如果患者存在身体活动障碍等情况，需要提供对应的床位，让其提升整体输液过程的舒适性^[4]。如果

属于学生或者工作人员，还可以提供对应的书桌，更为人性化的满足其个人诉求。在输液过程中，要保持亲和有礼的工作，避免护理人员自身的情绪焦躁不安导致患者的情绪激动的问题。因此在输液室的护理人员方面，需要做好有关性格态度的筛选^[5]。过于急躁的性格则不适于做门诊患者护理工作。同时医护人员自身需要有基本的心理安抚方法以及意识技巧，能够通过多样化的方式来安抚患者躁动情绪，引导患者转移注意力，避免负面情绪过重而导致的工作阻力以及矛盾纠纷等问题^[6]。

在护理工作中，要保持自身的形象仪表大方文明，能够热情主动地与患者沟通。及时恢复患者的提问，避免患者的不适感，做好患者人性化诉求的满足以及指导。在输液过程中，需要做好有关巡视加强工作，及时发现不良问题予以处理^[7]。

要做好门诊电子系统的维护管理工作，让患者做好对应的自动排号处理。输液过程中，可以通过叫号提醒来促使患者有序操作。尤其在人流高峰的时候，可以有效地减少医护人员的工作差错以及效率，同时也达到患者情绪安抚的效果。在输液时，要提供充分的座椅等设施，让等候的患者也可以有相对舒适的等候状态^[8]。输液之前，需要做好患者有关过敏史、疾病史、病情状况的整体了解。甚至可以通过有关计算机系统反馈患者情况，由此来保证有关注射工作有序开展。需要针对患者展开对应的健康知识指导工作，让患者对于药物使用方法以及注意事项有基本的了解，配合医护工作的开展。输液过程中，如果存在穿刺失败，需要及时对患者保持抱歉的态度，尽可能地减少不良态度引发的医患纠纷矛盾。穿着成功之后，需要指导患者保持相对舒适合理的体位，依据情况做好调整。同时要嘱咐患者避免随意自行调控滴注速度，不同药物所需要的滴注速度要求标准不同，随意的增减速度可能会导致风险问题。因此，要做好有关教育工作。出院之后，需要指导患者做好棉签使用，让其棉签放置在穿刺位置按压5分钟，防控皮下淤青等不良问题的出现。

在输液过程中，可以通过有关交流机会传递一定的健康教育知识。通过口头以及书面指导的方式，让患者对输液的原因、疗效、注意事项有基本的了解。同时保持对自身疾病的客观认知，有助于其整体情绪的的稳定，促使其压力的释放。如果属于儿童患者与老年患者，则需要采用多样化的方式来尽可能地提升穿刺一次性成功率。同时在整体的输液过程中，需要稳定情绪，避免其随意活动而导致的风险问题。

要充分地调动陪护家属人员的支持作用，减轻护理工作压力的同时，提升患者自身输液过程的舒适度。将有关注意事项及时的告知陪护人员，让陪护人员发挥双重监督辅助的功效。需要依据患者所需的饮食、如厕、充电的需求，可以做好人性化满足。一般情况下，保持15~20分钟做一次巡视，然后了解患者的输液进度，及时做好药品更换。对于患者提出的反馈以及意见，需要保持虚心接纳以及改进，微笑的沟通互动，由此来提升患者整体的心理舒适度，减少不良冲突矛盾的发生。必要情况下，可以辅助患者做如厕以及拿取物品，提供饮食等多样化的人性化处理。

1.3 评估观察

分析不同处理后患者输液不良事件发生率、治疗依从性等情况。不良事件主要集中在渗液、固定不稳、反复穿刺等。治疗依从性为完全依从与部分依从的比例之和。

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 患者输液不良事件发生率情况

见表 1 所示, 在患者输液不良事件发生率上, 实验组 1.41%, 常规组 22.54%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1: 患者输液不良事件发生率评估结果[n(%)]

分组	n	渗液	反复穿刺	固定不稳	不良事件发生率
实验组	71	0	1	0	1.41%
常规组	71	4	5	7	22.54%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.2 患者治疗依从性情况

见表 2 所示, 在患者治疗依从性上, 实验组 95.77%, 常规组 83.10%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2: 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	治疗依从率
实验组	71	39(54.93)	29(40.85)	3(4.23)	95.77%
常规组	71	21(29.58)	38(53.52)	12(16.90)	83.10%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.3 两组患者护理前后焦虑、抑郁情况

如表 3 所示, 在护理前后焦虑、抑郁变化上, 实验组各项护理后降低程度明显多于常规组, $p < 0.05$;

表 3: 两组患者护理前后焦虑、抑郁对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	焦虑	抑郁
实验组	护理前	55.18±5.43	56.78±5.45
	护理后	31.53±4.28	29.46±4.38
常规组	护理前	54.63±5.89	55.84±5.17
	护理后	42.36±4.35	43.17±4.67

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

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示, 在护理总满意率上, 实验组 94.37%, 常规组 81.69% ($p < 0.05$)。

表 4: 患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
实验组	71	46(64.79)	21(29.58)	4(5.63)	94.37%
常规组	71	25(35.21)	33(46.48)	13(18.31)	81.69%

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

随着整个医疗服务理念的提升, 常规的护理模式已经不能满足现代化多样化患者的诉求。同时为了建立良好的医疗工作形象, 构建和谐医患关系以及护患关系, 人性化的护理工作成为一种潮流。常规的护理模式更多地采用单一笼统的办法, 尽可能地满足门诊输液的基本护理所需。但是对于当下门诊输液人员数量多, 病情复杂的具体情况, 尤其是医护人员工作压力更大, 如果不能妥善地处理好门诊护理工作, 容易引发不良的矛盾纠纷, 甚至影响整个医院的对外口碑形象。

而做好人性化的护理处理, 满足患者合理的人性化诉求。让患者有更为舒适的输液体验, 尤其要意识到就诊患者多数会因为疾病以及各方面压力而导致情绪负面问题较为突出。人性化护理在一定程度上可以提升患者就诊的顺畅度, 从而减少负面情绪对有关治疗护理工作构成的干扰。患者对护理工作的满意度更高, 就诊的舒适感更强, 整体的负面情绪也相对更少, 由此可以尽可能减少不必要的医疗纠纷矛盾, 整体的工作推进也更为理想。

本研究中, 在患者输液不良事件发生率上, 实验组 1.41%, 常规组 22.54%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。实验组由于运用人性化护理, 满足了患者基本的人性化诉求, 提升整体输液流程的舒适度、流畅度, 减少不适感构成的风险。对于输液过程的巡查更为细致, 由此带来更好地促使负面问题的发生。在护理前后焦虑、抑郁变化上, 实验组各项护理后降低程度明显多于常规组, 两组差异具有统计学意义, $p < 0.05$ 。实验组患者得到人性化护理之后, 可以提升整体的舒适感, 因此负面情绪更少。患者提出的问题得到有效解答, 需要的辅助得到支持, 整体的焦虑、恐惧、抑郁等负面问题则相对更轻, 也有助于减少不必要的冲突矛盾。在患者治疗依从性上, 实验组 95.77%, 常规组 83.10%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。实验组运用人性化护理后, 纠正其错误认知, 注重健康教育的引导以及心理层面的安抚, 为患者提供更好的环境氛围, 由此也有助于提升患者治疗依从性。在患者护理满意度上, 实验组 94.37%, 常规组 81.69%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。实验组采用人性化护理后, 可以更好地促使其整体状况的优化, 患者生理、心理以及认知层面都得到提升, 由此带来更好的促使患者对护理工作的认可度更高, 有助于和谐护患关系的构建。

从大方向来说, 门诊输液室运用人性化护理后, 整体的护理工作评估趋向更为正向, 满足患者以及实际情况所需, 整体护理工作开展积极性更好。同时这种结果与其他同行的研究感受具有一致性, 具体差异在于情况有细节上的不同, 样本量也有差异。本研究中, 收集的案例相对常规, 对于特殊情况的比例相对较少, 也更符合实际工作科室情况。在具体处理上, 还需要注重普通型问题与特殊型问题的分类研究观察, 为有关工作的开展提供更多的参考依据。尤其是护理人员的培训管理上, 要考虑实际情况所需, 注重沟通应对能力、心理学、社会学、护理学、法律常识各方面的优化提升, 由此才能更好地促使工作的顺利开展, 减少应对能力不足引发的纠纷。同时也需发挥护理团队的合作能力, 提升工作开展的积极有效性。

总而言之, 人性化护理在门诊输液室中应用可以有效地减少患者输液不良事件发生率, 提升患者治疗依从性, 患者负面情绪更轻, 对护理工作的满意度更高, 整体状况更为理想。

参考文献:

- [1]吴娜娜,徐丽娟. 人性化与优质护理对门诊输液室患者的临床应用效果观察[J]. 现代养生(上半月版), 2022, 22(1): 60-62.
- [2]张朝君. 人性化护理对门诊输液室患者护理满意度的价值[J]. 饮食保健, 2021(25): 161.
- [3]张宁静. 人性化护理在提高门诊输液室护理质量中的有效性探析[J]. 养生保健指南, 2021(22): 219.
- [4]冯佳. 人性化护理在门诊输液室护理中应用的效果及满意度分析[J]. 家有孕宝, 2021, 3(5): 285.
- [5]王清霞. 人性化护理干预在门诊输液室护理中的应用效果评价[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(A1): 341-342.
- [6]殷利. 人性化护理在门诊输液室护理中的应用体会[J]. 中国农村卫生, 2020, 12(8): 70.
- [7]王琴. 人性化护理在门诊输液室中的应用效果和护理质量分析[J]. 特别健康, 2020(36): 208.
- [8]孟春霞. 人性化护理在门诊输液室护理中的临床效果分析[J]. 系统医学, 2020, 5(14): 184-186.

心理护理联合认知行为护理对老年患者睡眠障碍的影响

韩美萍

青海省第三人民医院 四疗区 青海西宁 810000

摘要：目的：探究对老年睡眠障碍患者实行心理护理联合认知行为护理干预的临床价值。方法：选取我院2020年1月~2022年1月收治的96例老年睡眠障碍患者作为研究对象，按照简单随机化分组方法分为对照组（48例）与观察组（48例），对照组采用常规护理方法，观察组采用心理护理联合认知行为护理方法。比较两组患者健康知识知晓情况、心理状况、临床指标、护理满意度、睡眠指数。结果：对比两组患者健康知识知晓情况，观察组较佳（ $P<0.05$ ）。对比两组患者心理状况评分，观察组较佳（ $P<0.05$ ）。对比两组患者护理满意度，观察组较佳（ $P<0.05$ ）。对比两组患者临床指标，观察组较佳（ $P<0.05$ ）。对比两组患者睡眠指数，观察组较佳（ $P<0.05$ ）。结论：对老年睡眠障碍患者实行心理护理联合认知行为护理干预，能有效提升患者健康知识知晓情况，改善患者心理状况，改善患者临床指标，提升患者护理满意度，降低患者睡眠指数，故值得临床推广应用。

关键词：心理护理；认知行为护理；老年患者；睡眠障碍

睡眠是人生活中不可或缺的基本生理需求，睡眠情况会对人的生活质量和健康情况等均产生一定影响^[1]。如患者睡眠不佳，则可能导致患者出现焦虑、抑郁等不良心理状况，影响患者生活^[2]。老年患者自身身体以及心理等方面的问题会对患者睡眠情况造成较大影响，诱发各种身体疾病，严重者甚至会产生摔伤等不良事件，对患者生命安全造成危害^[3]。护理干预是引导患者形成正确睡眠习惯，改善患者失眠症状的主要方式^[4]。常规护理干预中，护理人员能谨遵医嘱为患者提供药物干预，改善患者睡眠症状，但效果不佳，并且用药辅助患者睡眠在一定程度上也可能会对患者身体健康造成影响^[5]。我院实行心理护理干预与认知行为干预联合护理干预方式，通过心理调节与认知调节等方式指导患者正确入睡，并缓解患者失眠情况，效果较佳，受到患者广泛关注。基于此，研究以我院收治的老年睡眠障碍患者为对象，分析心理护理联合认知行为护理干预的临床价值，报导如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取我院收治的老年睡眠障碍患者共96例，收治时间（2020.1-2022.1），将患者采取随机分组的方式分为观察组与对照组。其中对照组48例，其中男性患者为23例，女性患者为25例，其年龄集中在65-81岁之间，均值（73.65±2.51）岁。观察组48人，其中男性患者为22例，女性患者为26例，其年龄集中在66-83岁之间，均值（73.97±2.67）岁。组间数据对比无统计学差异（ $P>0.05$ ），可比。

1.2 方法

对照组：常规护理干预。谨遵医嘱为患者提供药物护理以及身体护理，辅助患者接受诊疗工作。

观察组：心理护理联合认知行为护理。①心理护理：患者入院后，带领患者熟悉病房环境以及医院环境，让患者了解病房生活。由专业精神科护理人员为患者提供心理护理。每天上午以及睡前为患者提供心理指导，为患者传授有关睡眠障碍疾病的相关干预。为患者提供心理干预的过程中，尽量尊重患者的医院，满足患者各种心理需求。在患者住院期间，如发现患者存在不良睡眠习惯，应及时纠正患者不良习惯。护理人员为患者提供松弛疗法，每天持续15min，帮助患者保持身心放松，快速进入深度睡眠。②认知行为护理：患者产生睡眠障碍的主要原因是患者对其自身身体状况以及疾病发生情况了解程度不足，导致患者出现不良心理状况，影响患者睡眠情况。认知行为护理中，护理人员能针对患者疾病发生情况，为患者提供针对性认知干预，提升患者对睡眠障碍症状的了解，引导患者积极遵循医护工作人员的教导，放平心态。同时，护理人员能指导患者减少卧床时间，增加运动量，适当的运动能帮助患者消耗过多精力，加之减少患者卧床时间，可提升患者睡眠质量。

1.3 观察指标

对比观察两组患者健康知识知晓情况、心理状况、临床指标、护理满意度、睡眠指数。

①健康知识知晓情况：以我院自制量表，评价患者健康知识知晓情况，满分为100分，60分为知晓，患者知晓率与护理效果成正比。

②心理状况：以焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）评价患者焦虑、抑郁心理状况发生情况，满分被转换为百分制，分值与焦虑、抑郁情绪反比，且与护理效果成反比。

③临床指标：观察两组患者干预后睡眠质量评分、入睡时间、睡眠效率、睡眠障碍评分以及催眠药物起效时间。上述评分均与护理效果成反比。

④护理满意度：以我院自制护理满意度评分量表评价两组患者护理满意度，共分为25个项目，每个项目满分为4分，其中0分为非常不满意；1分为基本上不满意；2分为部分不满意；3分为有轻微不满意；4分为非常满意。总分为每项评分之和，总分与护理满意度成正比，60以上为满意，满意患者数量与护理效果成正比。

⑤睡眠指数：以匹兹堡睡眠质量指数评价患者睡眠指数，总分为21分，分值睡眠情况成反比，且与护理效果成反比。

1.4 统计学分析

研究采集数据应用SPSS 25.0软件统计分析。涉及计量与计数内容应用（ $\bar{x} \pm s$ ）、%表示，并以t、 χ^2 检验；组间数据对比统计学差异以（ $P<0.05$ ）表示有意义。

2. 结果

2.1 健康知识知晓情况

对比两组患者健康知识知晓情况，观察组患者健康知识知晓率显著较高，（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 健康知识知晓情况（n/%）

组别	例数	完全知晓	部分知晓	不知晓	总知晓率
对照组	48	17(35.42)	24(50.00)	7(14.58)	41(85.42)
观察组	48	20(41.67)	28(58.33)	0(0.00)	48(100.00)
χ^2	-	-	-	-	7.551
P	-	-	-	-	0.006

2.2 心理状况

比较两组患者不良心理状况评分，干预前，两组患者无显著差异，患者均为轻微抑郁或焦虑症状，（ $P>0.05$ ）。干预后，观察组不良心理状况评分显著低于对照组，（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 不良心理状况评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	焦虑情况 SAS		抑郁状况 SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	48	56.31±2.51	53.67±2.04	55.91±2.56	53.56±1.98
观察组	48	56.47±2.54	44.24±2.01	56.01±2.74	45.30±2.05
T	-	0.310	22.813	0.185	20.079
P	-	0.757	0.000	0.854	0.000

2.3 临床指标

对比两组患者睡眠质量评分、入睡时间、睡眠效率、睡眠障碍评分以及催眠药物起效时间等临床指标, 观察组患者上述指标均明显低于对照

组, ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 临床指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	睡眠质量 (分)	入睡时间 (min)	睡眠效率 (%)	睡眠障碍 (分)	催眠药物起效时间 (min)
对照组	48	1.02±0.18	0.75±0.20	1.01±0.30	0.98±0.26	0.28±0.17
观察组	48	0.63±0.21	0.43±0.19	0.54±0.24	0.69±0.19	0.06±0.15
t	-	9.769	8.037	8.476	6.239	6.723
p	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 护理满意度

对比观察两组患者护理满意度, 观察组患者总护理满意率明显高于对照组, ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 护理满意度对比 (n/%)

组别	例数	非常满意	部分满意	不满意	总满意度
对照组	48	17(35.42)	23(47.91)	8(16.67)	40(83.33)
观察组	48	20(41.67)	27(56.25)	1(2.08)	47(97.92)
χ^2	-	-	-	-	6.008
P	-	-	-	-	0.014

2.5 睡眠指数

对比观察两组患者匹兹堡睡眠指数, 护理前, 两组患者无显著差异, 均患有睡眠障碍, ($P>0.05$)。护理后观察组患者睡眠指数明显低于对照组, ($P<0.05$), 见表 5。

表 5 睡眠指数 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	护理前	护理后
对照组	48	15.62±2.41	11.58±2.43
观察组	48	15.70±2.35	6.26±2.15
t	-	0.165	11.360
p	-	0.870	0.000

3. 讨论

睡眠障碍 (sleep disorder), 是较为常见的神经内科疾病, 是由于多种因素影响的睡眠失调与异常睡眠症状, 多与患者疾病因素、身体因素、心理因素等有关^[6]。当前, 我国睡眠障碍发生率较高, 可达到 30%以上^[7]。睡眠是维持患者生命的主要生理功能, 是人体运转过程中不可或缺的一环^[8]。睡眠障碍主要包括睡眠量不正常与睡眠中发作性异常。睡眠不正常包含睡眠量过度增多以及睡眠量不足导致的失眠两种。其中任何一种均会对患者的身体状况造成不良影响。其中睡眠量过度增多是由于患者内分泌异常、代谢异常等导致的嗜睡与昏睡状况。发作时会导致患者出现摔倒等, 严重者还可能会出现睡眠瘫痪。睡眠不足时患者表现为浅睡、易醒、早醒等, 与患者心理因素有关, 同时也与患者疾病性神经衰弱有关。睡眠中发作异常指的是患者在睡眠过程中出现异常行为, 如梦呓、梦游等, 这些发作性异常情况并不是出现在患者睡眠全程, 多出现在睡眠前期与睡眠中期。针对睡眠障碍症状, 可通过护理干预予以缓解。我院在常规护理干预的基础上为患者提供心理护理干预结合认知行为护理干预, 可通过在心理以及认知方面的引导, 改善患者失眠症状, 减少睡眠障碍症状对患者生活质量产生的影响, 效果较佳。

研究结果显示, 治疗后观察组患者不良心理状况评分明显低于对照组, ($P<0.05$)。观察组患者健康知识知晓情况明显高于对照组, ($P<0.05$)。观察组患者睡眠障碍各项临床指标明显低于对照组, ($P<0.05$)。观察组患者护理满意度明显高于对照组, ($P<0.05$)。护理后观察组患者匹兹堡睡眠质量评分明显低于对照组, ($P<0.05$)。说明对老年睡眠障碍患者实行心理护理联合认知行为护理干预, 可显著改善老年患者睡眠障碍情况, 效果显著。产生该现象的主要原因如下所示。老年患者多发心脏病、高血压、高血糖等疾病, 疾病因素影响以及患者心理压力加剧, 导致患者多发睡眠障碍, 对患者身体状况以及生活质量等均造成消极影响。心理护理干预是在常规护理干预中增加对患者心理状况的引导。导致患者发生睡眠障碍的主

要原因是患者的紧张、焦虑等不良情绪, 导致患者出现睡眠困难、梦魇等症状, 降低患者睡眠质量。心理护理干预中, 护理工作人员能在患者入院期间为患者提供指引, 带领患者参观病房环境与医院环境, 辅助患者快速了解医院环境, 能降低陌生感对患者产生的不良心理状况。同时, 护理工作人员还能主动与患者进行沟通与交流, 了解患者产生不良心理状况的原因以及其不良心理状况发生情况, 并采取积极主动的方式在与患者沟通中减少患者不良心理状况发生情况。除此之外, 医院还能聘请专业精神科优质护理工作人员为患者提供心理引导, 在沟通中深入挖掘患者内心的情绪, 从根本上缓解患者的不良情绪, 进而改善患者的不良心理状况, 促使患者能在平稳的心态中面对睡眠。认知行为干预中, 护理工作人员能从认知与行为两方面入手, 为患者提供护理干预。认知方面, 护理工作人员能细致了解患者疾病发生情况, 为患者提供健康知识教育与引导。患者在这一干预下, 能对其疾病发生情况以及治疗护理流程有基本上的了解, 在这一基础上, 患者能正确看待自身疾病发生情况, 防止患者过度紧张的情绪发生。护理工作人员还能为患者讲解有关该疾病的成功治疗案例, 提升患者自信心, 改善患者心理状况。行为干预中, 护理工作人员能为患者提供积极行为干预, 引导患者养成健康的生活习惯。行为干预主要以饮食干预与运动干预为主。饮食干预中, 护理工作人员应嘱咐患者禁止饮用咖啡、浓茶等, 防止对患者睡眠情况造成不良影响。护理工作人员还能指导患者以正确方式参与到运动中。一方面, 运动能提升患者身体素质, 提高患者身体免疫能力, 促使患者病情尽快康复, 改善患者不良心理情况。另一方面, 运动可消耗患者多余精力, 防止患者出现晚睡情况, 可培养患者形成规范化睡眠习惯, 改善患者睡眠障碍情况。患者睡眠障碍症状减轻, 可提升患者舒适感, 故在此基础上, 患者护理满意度得以有效提升。

综上所述, 对老年睡眠障碍患者实行心理护理联合认知行为护理干预可显著改善患者睡眠障碍情况, 可提升患者护理满意度, 可改善患者不良心理状况, 可提升患者健康知识知晓情况, 可改善患者睡眠指数, 故具有较高临床推广应用价值。

参考文献:

- [1]夏艳秋,唐雷,李安,等. 网络认知行为疗法对慢性失眠症患者睡眠质量及心理状态的影响研究[J]. 川北医学院学报,2022,37(1):124-128.
- [2]陈玉,熊柱凤,洪慧,等. 认知行为疗法对癌症病人心理状态影响的研究进展[J]. 循证护理,2022,8(2):181-185.
- [3]张本艳,李燕,杜宁,等. 护士替代性创伤的研究进展[J]. 职业与健康,2022,38(7):1000-1003,1008.
- [4]王春丽,王圣秋,唐俊,等. 心理护理联合认知行为干预在改善老年患者睡眠障碍中的应用价值探究[J]. 世界睡眠医学杂志,2021,8(10):1718-1720.
- [5]方妹. 心理护理联合认知行为干预改善老年患者睡眠障碍的作用分析[J]. 科学养生,2021,24(15):168-168.
- [6]司华. 探讨心理护理联合认知行为干预改善老年患者睡眠障碍的作用[J]. 药店周刊,2021,30(8):164-165.
- [7]赵欣,贾丽芬. 认知行为干预对老年冠心病合并心理疾病患者睡眠障碍及生活质量的影响[J]. 医学临床研究,2021,38(9):1437-1440.
- [8]黄海华,李明秋,丘江,等. 阿尔茨海默病患者睡眠障碍与血清 β -淀粉样蛋白 1-42、磷酸化 tau 蛋白 181 的相关性研究[J]. 中华老年医学杂志,2021,40(4):438-443.

心脏康复护理在急性心肌梗死患者介入手术后的应用效果观察

洪丽云

汕头大学医学院第二附属医院 广东汕头 515000

摘要:目的:探究心脏康复护理在急性心肌梗死患者介入手术后的应用效果。方法:选取于我院接受介入手术治疗的心肌梗死患者100例,入院时间2021年1月至2021年12月,采用双盲法将患者随机分为常规组($n=50$)与康复组($n=50$),给予常规组患者常规护理干预,给予康复组心脏康复护理,对两组护理效果进行对比分析。结果:护理后两组患者社会功能、合理饮食、合理用药及生理机能评分对比,康复组明显高于常规组,差异显著, $P<0.05$;两组患者LVESV(左室收缩末期容积)、LVEDV(左室舒张末期容积)及LVEF(左室射血分数)在护理前对比,差异不显著, $P>0.05$,干预后两组LVESV、LVEDV及LVEF均改善,康复组改善效果明显,差异显著, $P<0.05$;两组患者不良反应发生率对比,康复组较常规组低,差异显著, $P<0.05$ 。结论:心脏康复护理在急性心肌梗死患者介入手术后应用,可加快患者心功能恢复,促进生活质量提升,减少不良反应发生,效果显著。

关键词:心脏康复护理;介入手术;心肌梗死;生活质量;心功能

Observation on the effect of cardiac rehabilitation nursing after interventional surgery in patients with acute myocardial infarction

Hong LiYun

The Second Affiliated Hospital of Medical College of Shantou University, Shantou, Guangdong 515000

[Abstract]Objective: To explore the application effect of cardiac rehabilitation nursing in patients with acute myocardial infarction after interventional surgery. Methods: 100 patients with myocardial infarction who received interventional surgery in our hospital were randomly divided into routine group ($n=50$) and rehabilitation group ($n=50$) by double-blind method from January 2021 to December 2021. The patients in the routine group were given routine nursing intervention and the patients in the rehabilitation group were given cardiac rehabilitation nursing. The nursing effects of the two groups were compared and analyzed. Results: after nursing, the scores of social function, reasonable diet, reasonable medication and physiological function in the rehabilitation group were significantly higher than those in the routine group ($P<0.05$); There was no significant difference in LVESV (left ventricular end systolic volume), LVEDV (left ventricular end diastolic volume) and LVEF (left ventricular ejection fraction) between the two groups before nursing, $P>0.05$. After intervention, LVESV, LVEDV and LVEF were improved in the two groups, and the improvement effect in the rehabilitation group was significant, $P<0.05$; The incidence of adverse reactions in the rehabilitation group was significantly lower than that in the routine group ($P<0.05$). Conclusion: the application of cardiac rehabilitation nursing in patients with acute myocardial infarction after interventional surgery can accelerate the recovery of patients' cardiac function, promote the improvement of quality of life, and reduce adverse reactions. The effect is significant.

[Key words]cardiac rehabilitation nursing; Interventional surgery; miocardial infarction; Quality of life; Cardiac function

急性心肌梗死作为临床常见的一种心血管疾病,近几年来,发病率越来越高。多种因素可引发疾病,如高血糖、高血脂、高血压、吸烟等^[1]。临床治疗急性心肌梗死以冠状动脉介入手术治疗为主,该方法能够改善心肌缺血,使血管再灌注,保护残留的心肌细胞,改善患者心功能。有研究指出,术后给予患者有效护理干预措施可促进患者生活质量提升,减少不良反应发生^[2]。本研究选取于我院接受介入手术治疗急性心肌梗死患者100例,术后给予心脏康复护理,分析其应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取于我院接受介入手术治疗的急性心肌梗死患者100例,入院时间2021年1月至2021年12月,采用双盲法将患者随机分为常规组($n=50$)与康复组($n=50$)。常规组男女比27:23,最小年龄43岁,最大年龄76岁,平均年龄(57.32 ± 6.41)岁。康复组男女比30:20,最小年龄44岁,最大年龄79岁,平均年龄(57.59 ± 6.63)岁。纳入标准:(1)所有患者均确诊为急性心肌梗死;(2)接受介入手术治疗;(3)患者及家属签署知情书,主动参与此次研究;(4)经医院伦理委员会批准;(5)各项临床资料齐全。排除标准:(1)伴有严重肺部疾病;(2)认知功能异常;(3)合并恶性肿瘤;(4)脏器功能严重不全;(5)手术禁忌症。对比两组患者一般资料,差异不显著, $P>0.05$,存在可比性。

1.2 方法

给予常规组患者常规护理,对症处理术后并发症,对患者各项生命体征进行密切监测,为患者提供饮食指导。

给予康复组患者心脏康复护理,落实五大处方:其一,药物处方。严格按照医嘱予服用双联抗血小板及调节血脂等药物,嘱其不可随意停药,并告知随意停药的不良后果。其二,饮食处方。请营养科医生为病人制定个性化饮食方案,告知低盐低脂饮食的定义及具体内容,平衡膳食,多进食新鲜蔬菜,保持大便通畅,减少心血管不良事件发生。其三,运动处方。患者生命体征平稳的前提下,介入术后24小时及早给予落实心脏I期康复:七步运动法。出院前行6分钟步行试验,并请康复科医生根据6分钟步行试验制定个性化运动处方,指导居家康复运动,如打太极拳、八段锦、慢走等有氧运动。其四,戒烟。告知吸烟对心血管系统的危害,戒烟可减少再发心肌梗死的几率。难戒者可到戒烟门诊请专科医生协助,适当借助药物提高戒烟的成功率。其五,调节精神心理因素,告知保持平和的心态,以积极、乐观的心态面对疾病及日常生活。

1.3 观察指标

生活质量:两组患者生活质量评估应用生活质量问卷表,项目包括社会职能、合理饮食、合理用药及生理机能,每项分值25分,患者得分越高代表生活质量越好。

心功能:分别于护理前与护理后对两组患者心功能进行评估,评价指标包括LVESV(左室收缩末期容积)、LVEDV(左室舒张末期容积)及

LVEF（左室射血分数）。

不良反应发生率：记录两组患者心源性休克、心力衰竭及心律失常不良反应发生情况。

1.4 统计学分析

应用统计学软件对本研究中各项数据进行对比分析，主要应用SPSS25.0 统计学软件， t 用于对比两组患者各项生活质量评分、干预前后心功能指标变化， χ^2 用于对比两组患者不良反应发生率，当 $P<0.05$ 时，代表差异显著。

2 结果

2.1 2 组患者各项生活质量评分对比分析

康复组社会功能、合理饮食、合理用药及生理机能评分均较常规组高，差异显著， $P<0.05$ ，见表 1。

表 2 2 组患者心功能指标护理前后对比分析

组别	n	LVESV（mL）		LVEDV（mL）		LVEF（%）	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
常规组	50	70.27±10.85	75.51±10.41	182.57±6.73	139.35±5.21	30.25±5.42	47.28±8.11
康复组	50	70.33±10.89	84.35±10.52	182.76±7.04	120.38±5.34	30.52±6.12	53.76±7.34
t	/	0.028	4.224	0.138	17.980	0.234	4.189
P	/	0.978	0.000	0.891	0.000	0.816	0.000

2.3 2 组患者不良反应发生率对比分析

常规组不良反应发生率为 20.00%，康复组不良反应发生率为 4.00%，康复组较常规组低，差异显著， $P<0.05$ ，见表 3。

表 3 2 组患者不良反应发生率对比分析[n （%）]

组别	n	心源性休克	心力衰竭	心律失常	发生率
常规组	50	2（4.00）	4（8.00）	4（8.00）	10（20.00）
康复组	50	1（2.00）	0（0.00）	1（2.00）	2（4.00）
χ^2	/	/	/	/	7.273
P	/	/	/	/	0.007

3 讨论

急性心肌梗死发病急且进展迅速，多发于中老年群体，可使心肌细胞产生不可逆的坏死，一旦发病给患者生活质量及生命健康带来严重影响^[3]。临床治疗心肌梗死以经皮冠状动脉介入治疗为主，该方法能够减少心肌损伤，拯救残留的心肌细胞，改善心肌缺血，加快患者心功能恢复，减少患者死亡^[4-5]。

以往急性心肌梗死患者术后护理方式以常规护理为主，如护理人员对患者生命体征进行密切监测，及时处理出现并发症等^[6]。尽管能够起到一定效果，但在心功能改善方面效果不显著^[7]。心脏康复护理作为全新的一种干预模式，遵循以人为中心原则，依据患者实际情况制定训练措施，促进患者心功能恢复^[8]。心脏康复护理中，护理人员依据患者饮食习惯，制定个性化饮食方案，告知患者平衡膳食及合理饮食的作用。嘱咐其进食以易消化、低盐、低脂、低糖食物为主，有效预防便秘。护理人员做好患者健康教育工作，将疾病预防方法、定期复查作用告知给患者，嘱咐其以乐观心态治疗，加快机体康复。日常生活中随身携带药物，确保出现症状时得到有效治疗。治疗后护理人员鼓励患者尽早下床活动，并予以指导，遵循循序渐进原则，增加运动量，避免因超负荷运动加重患者病情^[11]。本研究结果表明，护理后 2 组患者社会功能、合理饮食、合理用药及生理机能

表 1 2 组患者各项生活质量评分对比分析（分）

组别	n	社会功能	合理饮食	合理用药	生理机能
常规组	50	18.32±2.12	19.41±2.34	18.46±2.25	19.03±2.16
康复组	50	22.37±1.07	22.59±1.17	23.04±1.23	23.15±1.14
t	/	12.059	8.595	12.630	11.928
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 2 组患者心功能指标护理前后对比分析

两组患者 LVESV、LVEDV 及 LVEF 在护理前对比，差异不显著， $P>0.05$ ，干预后两组 LVESV、LVEDV 及 LVEF 均改善，康复组改善效果明显，差异显著， $P<0.05$ ，见表 2。

评分对比，康复组明显较高。心脏康复护理加强健康宣教，增强了患者疾病认知，帮助患者养成良好生活习惯，故促进生活质量提升。邱晓春^[12]研究中选取 46 例心肌梗死患者作为研究对象，对照组 23 例患者予以常规护理，观察组患者予以心脏康复护理，研究结果表明，护理后观察组各项心功能指标均优于对照组。本研究结果表明，护理前两组患者 LVESV、LVEDV 及 LVEF 对比，差异不显著，护理后均有所改善，康复组改善效果显著。本研究结果与其研究结果基本相同。另外，本研究结果表明，康复组不良反应发生率较常规组低。

综上所述，心脏康复护理在急性心肌梗死患者介入手术后应用，可加快患者心功能恢复，促进生活质量提升，减少不良反应发生，安全性较高，可在临床推广应用。

参考文献：

[1]闫歌.早期心脏康复护理对急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入术后运动耐力及预后的影响[J].黑龙江医学,2022,46(04):465-467.
[2]刘广丽.早期心脏康复护理在急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入术后的应用效果[J].河南医学研究,2021,30(20):3838-3839.
[3]张欢欢,高会华.临床护理路径在急性心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗患者中的应用效果[J].黑龙江中医药,2021,50(02):368-369.
[4]李玉勤,张艳平.早期心脏康复护理对急性心肌梗死介入治疗后患者生活质量的影响[J].黑龙江中医药,2021,50(01):252-253.
[5]陈萍.心脏康复护理对心肌梗死介入治疗后患者心理状态的影响[J].山西医药杂志,2019,48(02):253-255.
[6]陈月眉.心脏康复护理对心肌梗死介入治疗后患者心理状态的影响[J].心血管病防治知识,2020,10(19):80-82.
[7]杨玉英.心脏康复护理对心肌梗死介入治疗后患者焦虑自评量表与抑郁自评量表评分的影响[J].山西医药杂志,2020,49(12):1604-1606.
[8]吴经纬.早期心脏康复护理对急性心肌梗死介入治疗后患者生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(12):2187-2189.

全程优质护理在慢性子宫内膜炎患者中的临床应用效果和价值探究

洪秀玲

山东省巨野县永丰社区卫生服务中心 山东菏泽 274900

摘要:目的: 全程优质护理在慢性子宫内膜炎患者中的临床应用效果和价值探究。方法: 本次研究从本院 2021 年 2 月-2022 年 2 月收入的慢性子宫内膜炎患者中随机抽取 96 例, 按照随机数表法将其分为了对照组 (常规护理) 和研究组 (全程优质护理) 两组, 分析患者护理结果。结果: 对比综合护理满意率: 研究组综合满意 47 例 (97.92%), 对照组综合满意 42 例 (87.5%), ($p < 0.05$); 对比综合护理依从率: 研究组综合依从 48 例 (100%), 对照组综合依从 44 例 (91.67%), ($p < 0.05$); 研究组经过护理后的 SAS、SDS、VAS、睡眠质量、SF-36 (生活质量指标) 结果均优于对照组, 两组对象干预前指标对比 ($p > 0.05$), 无统计学意义; 干预后研究组的指标结局更好 ($p < 0.05$)。结论: 全程优质护理措施可改善慢性子宫内膜炎患者的负面情绪, 增强患者临床综合护理效果, 建议推广。

关键词: 全程优质护理; 慢性子宫内膜炎患者; 的临床应用效果; 价值探究

子宫内膜炎是临床常见的女性妇科疾病, 患者发病多为感染, 机体内激素代谢异常, 生理病变所致, 临床可存在盆腔区疼痛, 下腹坠痛, 气虚体弱乏力等。患者患病后对其正常的生理、生活、工作带来极大的不便, 不利于患者正常社交。很多患者也因为病痛导致情绪不畅, 身心疲惫。若临床没有接受及时的诊断和治疗可导致疾病逐步恶化, 发展为更为严重的妇科疾病如息肉、肿瘤等。考虑到子宫内膜炎患者的病理特点和性格特点, 建议对此类女性科学的护理指导, 通过全程陪同的方式减少患者的压力, 赢得患者的信任感, 有效帮助患者改善病症, 迅速康复^[1]。本次研究对收入的若干子宫内膜炎患者进行护理研究, 探讨全程优质护理措施的运用价值, 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 2021 年 2 月-2022 年 2 月收入的慢性子宫内膜炎患者中随机抽取 96 例, 患者的病程为 1-8 月, 平均病程为 (4.3 ± 1.51) 月; 按照随机数表法将其分为了对照组和研究组两组。对照组 48 例, 有孕史 25 例, 年龄为 30.5 岁-48.8 岁, 平均年龄为 (43.9 ± 2.44) 岁, 无孕史 23 例, 年龄为 19.7 岁-31.2 岁, 平均年龄为 (28.7 ± 1.41) 岁。研究组 48 例, 有孕史 23 例, 年龄为 30.6 岁-52.1 岁, 平均年龄为 (45.9 ± 2.26) 岁, 无孕史 25 例, 年龄为 20.4 岁-29.4 岁, 平均年龄为 (28.2 ± 1.35) 岁。两组基本资料无差异, ($p > 0.05$), 有可比性。所有的患者都接受本院的临床诊断确诊为子宫内膜炎, 不伴随息肉、癌症; 排除合并精神疾病, 癌症, 严重的肝肾功能障碍, 凝血功能障碍对象, 患者和家属都对临床的护理行为知晓, 接受健康指导, 签署知情同意书。

1.2 方法

对照组接受常规护理, 护理内容有: (1) 用药指导, 记录患者的病症情况, 在医嘱下提醒或让患者定期服用药物, 参与相关诊断活动; (2) 病情观察, 记录患者疾病表现情况, 用药后的不良反应等, 及时反馈医生调整治疗、护理方式; (3) 做好健康指导, 为患者讲解临床护理的相关事宜, 提升患者的依从率。

研究组接受全程优质护理, 主要内容如下: (1) 入院指导, 患者入院后和护理人员交流沟通, 护理人员记录患者的基本信息并带着患者熟悉医院的相关科室、疾病诊断仪器、医院的病房, 为患者讲解病症的特点和医院的医护人员的专业能力, 增强患者的信任感, 减少陌生感。(2) 做好病情观察, 护理人员记录患者的情绪、生理情况、不良反应、生活饮食情况, 联合家属观察患者的诊断、治疗活动期间存在的不良反应, 若有异常需要进行护理指导同时上报医生予以应急处理; (3) 做好病症指导, 临床指导患者在睡眠、接受诊断或用药时候保持正确的体位, 进而促进引导和宫腔内的液体顺利流出, 减少炎症刺激, 避免宫腔内脓液聚集的问题; 同时帮助患者做好外阴护理, 在基础的用药指导后也要帮助患者定期擦拭外阴,

采用医生建议的除湿止痒的药物来杀菌, 同时增强舒适感。(4) 做好生活指导, 患者在治疗和康复期内需要获得一定的营养支持, 护理人员需要引导患者及时摄入食物, 增强自身的抵抗力。同时也要及时补充自身的维生素和膳食纤维, 控制胆固醇和盐的量, 保证患者身体健康; (5) 做好社会支持护理, 护理人员为患者讲解家庭支持、亲友鼓励等对患者康复的影响。临床建议通过健康宣教, 心理护理等方式对治疗、康复期、出院的患者予以针对性的鼓励, 让患者能够增强自身的价值认同, 积极听从医护人员的指导建议, 坚持良好的生活作息, 预防病症复发, 提升尽快地适应社会。

1.3 观察指标

对比两组患者经过护理后的综合护理满意率。

对比两组患者经过护理后的综合护理依从率。

对比两组患者经过护理后的 SAS、SDS、VAS、睡眠质量指标改善情况^[2]。

对比两组患者的 SF-36 (简易生活量表) 指标改善情况 (生理机能、生理职能、一般健康状况、精神状态)^[3]。

1.4 统计学分析

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 两组慢性子宫内膜炎患者基本信息对比见表 1

研究组和对照组的基线资料对比无显著差异 ($p > 0.05$), 有可比性。

表 1 两组慢性子宫内膜炎患者基本信息对比 [n (%)]

	指标	研究组	对照组	X ²	p
年龄	≥40 岁	17 (35.42%)	15 (31.25%)	0.1875	0.6650
	<40 岁	31 (64.58%)	33 (68.75%)	0.1875	0.6650
流产史	有	12 (25.00%)	15 (31.25%)	0.4638	0.4959
	无	36 (75.00%)	33 (68.75%)	0.4638	0.4959
临床病症表现	下腹坠痛	26 (54.17%)	28 (58.33%)	0.1693	0.6807
	排尿急/痛	26 (54.17%)	28 (58.33%)	0.1693	0.6807
	白带增加	27 (56.25%)	28 (58.33%)	0.0426	0.8365
	子宫出血	23 (47.92%)	24 (50.00%)	0.0417	0.8382
	其他	3 (6.25%)	2 (4.17%)	0.2110	0.6460
诊断方式	宫腔镜检查	12 (25.00%)	10 (20.83%)	0.2359	0.6272
	影像学检查	32 (66.67%)	33 (68.75%)	0.0476	0.8272
发病情况	其他	4 (8.33%)	5 (10.42%)	0.1226	0.7262
	初发	36 (75.00%)	39 (81.25%)	0.5486	0.4589
	继发	12 (25.00%)	9 (18.75%)	0.5486	0.4589

2.2 两组慢性子宫内膜炎患者综合护理满意率见表 2

研究组临床综合满意率为 97.92%，对照组为 87.5%，指标对比 ($p < 0.05$)，无统计学意义。

表 2 两组慢性子宫内膜炎患者综合护理满意率对比[n (%)]

小组	例数	十分满意	基本满意	不满意	综合满意
研究组	48	36 (75%)	11 (22.92%)	1 (2.08%)	47 (97.92%)
对照组	48	13 (27.08%)	29 (60.42%)	6 (12.50%)	42 (87.50%)
X^2	-	22.0512	13.8857	3.8523	3.8523
p	-	0.0001	0.0002	0.0497	0.0497

2.3 两组慢性子宫内膜炎患者综合护理依从率见表 3

研究组临床综合依从率为 100.00%，对照组为 91.67%，指标对比 ($p < 0.05$)，无统计学意义。

表 4 两组慢性子宫内膜炎患者 SAS、SDS、VAS、睡眠质量指标对比[$\bar{x} \pm s$]

小组	例数	SAS (分)		SDS (分)		VAS (分)		睡眠质量 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	48	53.74±3.56	26.63±1.36	53.45±3.45	30.63±1.86	6.25±0.42	3.42±0.19	61.98±3.48	85.63±4.81
对照组	48	53.83±3.17	28.23±1.68	53.17±3.13	35.75±1.62	6.24±0.33	3.84±0.24	61.91±3.31	72.19±3.92
t	-	0.1308	5.1285	0.4164	14.3812	0.1297	9.5061	0.1010	15.0064
p	-	0.8962	0.0001	0.6781	0.0001	0.8971	0.0001	0.9198	0.0001

2.5 两组慢性子宫内膜炎患者 SF-36 指标对比见表 5

研究组经过护理后 SF-36 指标结果均优于对照组，两组对象干预前指

表 3 两组慢性子宫内膜炎患者综合护理依从率对比[$\bar{x} \pm s$]

小组	例数	十分依从	配合依从	不依从	综合依从
研究组	48	25 (52.08%)	23 (47.92%)	0 (0.00%)	48 (100.00%)
对照组	48	14 (29.17%)	30 (62.5%)	4 (8.33%)	44 (91.67%)
X^2	-	5.2254	2.0641	4.1739	4.1739
p	-	0.0223	0.1508	0.0411	0.0411

2.4 两组慢性子宫内膜炎患者 SAS、SDS、VAS、睡眠质量指标对比见表 4

研究组经过护理后的 SAS、SDS、VAS 和睡眠质量指标结果均优于对照组，两组对象干预前指标对比 ($p > 0.05$)，无统计学意义；干预后研究组的指标结局更好 ($p < 0.05$)。

标对比 ($p > 0.05$)，无统计学意义；干预后研究组的指标结局更好 ($p < 0.05$)。

表 5 两组慢性子宫内膜炎患者 SF-36 指标对比[$\bar{x} \pm s$]

小组	例数	生理机能 (分)		生理职能 (分)		一般健康状况 (分)		精神状态 (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	48	67.44±4.35	86.52±3.66	67.03±3.43	84.63±5.31	66.91±3.8	84.52±3.9	66.42±4.38	85.63±5.03
对照组	48	66.8±4.12	79.04±3.93	66.98±4.28	78.56±4.81	67.02±3.42	78.79±4.48	67.42±4.4	79.17±3.74
t	-	0.7401	9.6499	0.0632	5.8697	0.1491	6.6836	1.1159	7.1404
p	-	0.4611	0.0001	0.9497	0.0001	0.8818	0.0001	0.2673	0.0001

3. 讨论

子宫内膜炎是临床常见的妇科疾病，发病和患者的自身生活习惯，性生活，激素代谢，细菌感染等有相关性^[4]。临床的研究表示，很多子宫内膜炎患者因缺乏生理知识，对疾病不重视，初期发病后或存在疼痛、呕吐、异常出血的问题，没有引起患者重视；后期因为病症严重或体检让患者了解到了疾病的严重性，才逐渐重视治疗^[5-6]。此时患者病症已经有了一定程度恶化，临床也面临着长期、全面、针对性地治疗。不光治疗周期长，经济花费较大，对患者的生活、正常工作也带来影响，令患者负面情绪加重^[7-8]。为了进一步改善患者病症，临床建议子宫内膜炎患者在接受诊断、治疗、康复干预过程中接受全程优质护理指导，通过全程陪同、健康指导、心理护理、生活管理等方式帮助患者改善病症，增强护理依从率和满意率，尽早康复^[9-10]。

本次研究对子宫内膜炎患者临床护理活动进行了研究，结果表示经过全程优质护理指导后，研究组临床综合护理满意率、依从率显著高于常规护理的对照组；分析原因，通过全程优质护理措施后患者自我孤单、焦虑情绪减少，患者的自尊心得到了认可，在护理人员无微不至的护理下患者的护理依从率、满意率随之增加^[11-12]；经过护理后患者的 SDS、SAS、VAS、SF-36 指标有显著改善，这是因为全程优质护理的全面、综合、以人为本的护理方式让患者得到了舒适的护理体验，联合健康教育和外阴护理、用药干预，患者的自身疾病有显著改善，疼痛减少、生活质量提升。可见，对子宫内膜炎患者予以全程优质护理措施可增强患者综合护理效果，患者的生活质量显著提升，不良情绪减少，护理效果好，建议研究推广。

参考文献：

- [1]肖风平.慢性子宫内膜炎患者中应用全程优质护理的效果分析[J].中外女性健康研究,2020,(08):17-18.
- [2]蔡会英.全程优质护理在慢性子宫内膜炎患者中的临床应用效果和

价值探究[J].中国医药指南,2020,18(11):252-253+256.

[3]Khaleque N. Khan,Akira Fujishita,Kanae Ogawa,Akemi Koshiba,Tai suke Mori,Kyoko Itoh,Masahiro Nakashima,Jo Kitawaki.Occurrence of chronic endometritis in different types of human adenomyosis[J].Reproductive Medicine and Biology,2022,21(1):152-153.

[4]李晓燕,程涇.慢性子宫内膜炎中西医研究进展[J].亚太传统医药,2010,6(09):154-157.

[5]方永辉,刘丽霞,沈国顺,吴长德.手术治疗大慢性子宫内膜炎病例[J].中国兽医杂志,2002,(04):39.

[6]邵海燕.全程优质护理在慢性子宫内膜炎患者中的临床应用效果研究[J].中国医药指南,2019,17(15):219-220.

[7]官宝凤.全程优质护理应用于慢性子宫内膜炎患者临床效果观察[J].中国实用医药,2018,13(35):165-166.

[8]Rodríguez Reyes G.,Cuevas Velasco G.,Benitez Castro K.L..Endometrial Micropoliposis, Hysteroscopic Manifestation of Chronic Endometritis[J].The Journal of Minimally Invasive Gynecology,2021,28(11S):134-135.

[9]董芬.子宫内膜异位症所致慢性盆腔痛的心理护理探讨[J].哈尔滨医药,2014,34(04):335-336.

[10]王占明.奶牛慢性子宫内膜炎的早期预防与治疗[J].北方牧业,2013,(18):27.

[11]史翠娜.全程优质护理应用于慢性子宫内膜炎患者的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2019,13(19):192-193.

[12]陈素华.全面护理干预在慢性子宫内膜炎患者中的应用观察[J].首都食品与医药,2019,26(14):158-159.

老年结直肠癌患者围术期护理采用加速康复外科理念的效果分析

黄文玲 朱弘

宁夏医科大学总医院结直肠外科 宁夏银川 750001

摘要:目的:探讨老年结直肠癌患者围术期护理采用加速康复外科理念的效果。方法:采集本院2020年5月至2021年10月期间接收的142例老年结直肠癌患者,随机分为对照组与观察组各71例,对照组运用常规护理,观察组围术期护理采用加速康复外科理念,分析不同护理操作后患者手术指标、术后并发症、营养状况、生活质量情况。结果:在患者躯体疼痛、生理功能、生理职能、情感职能、社会功能、心理健康、总体健康、生命活力等SF-36生活质量评分上,观察组各项明显高于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者下床活动时间、首次排便时间、首次排气时间、首次肠鸣音时间、住院时间等指标上,观察组各项时间明显少于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者恶心呕吐、感染、胆漏、肠梗阻、下肢深静脉血栓等术后并发症总发生率上,观察组各项明显少于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在白蛋白、前白蛋白、总蛋白等营养状况指标上,观察组各项明显高于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$)。结论:老年结直肠癌患者围术期护理采用加速康复外科理念,可以有效地提升患者手术治疗恢复速度,提升患者生活质量,减少术后并发症,优化营养状况,整体治疗恢复情况更为理想。

关键词:老年结直肠癌;围术期;护理;加速康复外科理念;效果

结直肠癌在老年男性患者中较为多见,一般手术治疗属于常见手段,但是术后并发症等问题也较为突出。除了规范的治疗,提升患者生命质量,还需要关注提升治疗恢复速度,提升患者体验感受。本文采集142例老年结直肠癌患者,分析运用围术期加速康复外科理念护理后患者手术指标、术后并发症、营养状况、生活质量情况,内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2020年5月至2021年10月期间接收的142例老年结直肠癌患者,随机分为对照组与观察组各71例。对照组中,男38例,女33例;年龄从60岁至79岁,平均 (69.29 ± 5.62) 岁;结肠癌为38例,直肠癌为33例;观察组中,男36例,女35例;年龄从60岁至81岁,平均 (68.16 ± 7.54) 岁;结肠癌为42例,直肠癌为29例;两组患者的基本年龄、性别、病情等信息上没有明显差异,有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理,一般进行术前8小时的禁饮禁食,同时展开口头面对面的基本健康宣教工作,术前完成灌肠处理,开展胃管以及导尿管的置入,术后做好抗生素用药,以及配合有关术后康复指导。观察组围术期护理采用加速康复外科理念,具体内容如下:

1.2.1 术前护理

首先,在术前需要落实好有关健康教育指导工作。包括普及疾病知识、手术治疗方法、注意事项等,让患者对疾病以及手术治疗有基本了解。除了常规的面对口头指导之外,还可以提供对应的纸质宣传手册以及手机电子版文章等多种形式,具体形式依据患者个体情况而定。内容的展现上,可以通过图文以及视频等多种素材集合,提升教育指导的清晰性、明确性,提升患者体验感受,同时也降低护理工作在教育指导上的压力,提升最终的落实效果。要做好患者以及家属的深入沟通,知晓患者的心理状况,减少患者焦虑、恐惧等负面情绪对治疗工作构成的影响。要构建患者积极健康的心理状况,配合手术治疗的开展,帮助恢复更好地进行。术前三天进行半流食摄取,术前一天进行流食摄取,术前6小时禁食,2小时禁水,术前不做腹腔引流管以及胃管的置入,术前3小时可以提供10%葡萄糖溶液配合水的饮用。

1.2.2 术中护理

到达手术室之后开展无缝护理工作,全程由专业护理人员陪同。在手术室内播放对应的舒缓轻音乐,改善患者紧张、焦虑的负面情绪,保持松弛的态度。面对手术工作的开展,手术前也需要将手术室内的温度、湿度

调整到舒适状态,一般温度在25摄氏度左右,湿度在55%上下。在麻醉诱导期进行导尿管的置入,同时情况合适可以将导尿管撤除。术中需要做好体温管理,避免低温导致的机体代谢状况的异常。所有环节中所使用的手术冲洗液以及静脉输液等都需要做好恒温箱的预热处理之后使用。同时要避免患者过多的身体皮肤暴露,做好隐私保护的同时,减少身体热量的流失。术后麻醉恢复期还可以进行温毯做好体温的恢复处理。

1.2.3 术后护理

术后需要做好患者疼痛情况的观察评估,依据其疼痛程度做对应的疼痛干预措施,可以配备对应的镇痛泵以及神经阻滞镇痛药物使用,保证体感舒适度以及安全性。术后做好随访工作,进行早期活动锻炼指导,合理设定活动形式以及强度,依据其自身实际状况而定,防控长时间卧床而引发的静脉血栓等问题。做好患者饮食指导工作,摄取丰富新鲜蔬果,尽可能地减少辛辣刺激等饮食对个人构成的影响,禁止烟酒刺激。在术后护理中,强调术后两天需要保证输血量控制在2000毫升以内,依据情况合理的调控,由此来减少术后并发症问题。麻醉清醒之后的4小时需要进行200毫升碳水化合物口服使用,同时配合热敷以及按摩来促使患者更好的排尿。术后6h进行温水或者是温盐水50毫升的口服使用。当其肛门首次排气之后可以进行流食,1天之后转为半流食,而后逐步过渡到正常普食。术后保持6小时的去枕平卧,清醒之后指导患者保持左或者右的半卧位状态,每2小时进行一次体位更换。术后一天需要辅助患者开展床上活动锻炼,翻身、坐起,进行对应的自主活动,尽可能地让其开展早下床活动,通过简单易行的走动锻炼来促使其运动量的提升,但是避免运动强度以及运动量的过度而导致的不良风险问题。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者手术指标、术后并发症、营养状况、生活质量情况。手术指标主要包括患者下床活动时间、首次排便时间、首次排气时间、首次肠鸣音时间、住院时间等手术治疗恢复速度指标。营养状况主要集中在白蛋白、前白蛋白、总蛋白等指标情况。生活质量采用躯体疼痛、生理功能、生理职能、情感职能、社会功能、心理健康、总体健康、生命活力等SF-36生活质量评分。术后并发症主要集中在恶心呕吐、感染、胆漏、肠梗阻、下肢深静脉血栓等。

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 各组患者术后恢复速度情况

见表 1, 在患者下床活动时间、首次排便时间、首次排气时间、首次肠鸣音时间、住院时间等指标上, 观察组各项时间明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1: 各组患者术后恢复速度结果 ($\bar{x}\pm s$)

分 组	下床活动 时间	首次排便时 间	首次排气 时间	首次肠鸣 音时间	住院时间
观 察 组	37.28±4.19	178.25±9.74	34.71±4.29	9.43±1.52	47.92±5.31
对 照 组	59.42±8.14	284.11±10.63	46.37±7.97	13.19±3.41	27.64±6.18

表 3: 各组患者 SF-36 生活质量评分结果 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分 组	躯体疼痛	生理功能	生理职能	情感职能	社会功能	心理健康	生命活力	总体健康
观察组	81.49±3.01	83.97±4.15	82.58±4.63	80.87±5.23	79.65±4.08	82.41±5.63	81.59±3.62	83.16±2.35
对照组	74.23±2.46	72.49±3.58	70.58±3.61	72.45±4.01	71.43±3.52	74.52±4.77	72.98±4.82	75.23±3.66

注: 两组对比, $p<0.05$

2.4 患者术后并发症情况

见表 4 所示, 在患者恶心呕吐、感染、胆漏、肠梗阻、下肢深静脉血栓等术后并发症总发生率上, 观察组各项明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 4: 患者术后并发症评估结果[n(%)]

分 组	n	恶心呕吐	感染	胆漏	肠梗阻	下肢深静 脉血栓
观 察 组	71	15(50.00)	18(45.00)	1(2.50)	18(45.00)	1(2.50)
对 照 组	71	14(35.00)	19(47.50)	7(17.50)	19(47.50)	7(17.50)

注: 两组对比, $p<0.05$

3 讨论

结直肠癌属于常见的胃肠道恶性肿瘤疾病, 患者会出现腹泻、便血以及疼痛等问题, 在晚期阶段则会出现体重降低以及贫血等症状。需要配合有关手术治疗来尽可能减少疾病的危害性, 但是围术期的护理工作对整体的治疗工作也产生一定的辅助作用, 影响着手术恢复质量以及恢复速度。加速康复外科护理理念的应用, 则可以有效地提升护理工作水准, 患者恢复速度更快, 体验感受更好。

本研究中观察组采用了加速康复外科理念的护理操作, 一定程度上提升了整体的恢复速度以及质量。患者的评价相对较好, 同时不影响正常手术工作的开展, 是一种护理方案的升级。该护理工作更强调护理操作的精准性, 需要更好地了解患者综合情况, 尽可能地排除手术有关危险因素。对于不良问题做提前预防控制, 减少负面因素带来的干扰。

在术前做好患者各方面的生理检查, 完成全程无缝隙护理处理, 减少患者负面情绪, 提升患者整体的治疗信心以及配合度。术中则强调医护人员更为成熟专业的配合技巧, 做好病情细致观察记录, 完善保暖等细节工作, 更好的降低手术风险。术后则促使患者更好的伤口恢复, 减少疼痛不适感, 尽可能的加快恢复速度, 来提升患者的康复质量与速度。

加速康复外科理念可以有效地减少患者手术治疗带来的并发症、不良

注: 两组对比, $p<0.05$

2.2 各组患者营养水平情况

见表 2, 在白蛋白、前白蛋白、总蛋白等营养状况指标上, 观察组各项明显高于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2: 各组患者营养水平结果 ($\bar{x}\pm s$, g/L)

分 组	白蛋白	前白蛋白	总蛋白
观察组	39.08±3.51	163.98±25.76	67.28±6.81
对照组	27.83±4.28	221.79±28.57	49.07±5.23

注: 两组对比, $p<0.05$

2.3 各组患者 SF-36 生活质量评分情况

见表 3, 在患者躯体疼痛、生理功能、生理职能、情感职能、社会功能、心理健康、总体健康、生命活力等 SF-36 生活质量评分上, 观察组各项明显高于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$);

反应等问题, 促使患者康复质量的提升。同时鼓励患者尽早的下床活动锻炼, 设定科学合理的活动方案, 促使患者更好的血液循环, 防控静脉血栓等危险问题, 同时也减少肌肉萎缩等不良问题。患者术后可以更快地达到肛门排气, 由此进食速度更早, 而后配合专业的饮食方案, 保证患者营养状况得到有效的补充, 促使整体机能恢复。在手术过程中, 因为加入了更多的保温处理方法, 更好的维持患者保持 37℃左右的正常体温, 减少由此问题引发的手术并发症等问题。其中疼痛护理工作也更彰显了护理工作的人性化理念, 尽少可能的减少了手术对患者构成的生理不适感。全程各环节中的健康教育工作落实, 更好的纠正了患者的错误认识, 并且认知错误导致的负面情绪以及治疗不配合等问题。手术治疗的进展更为顺畅, 患者治疗信心更高, 配合度更好, 护理人员的工作压力也相对更低。

总而言之, 老年结直肠癌患者围术期护理采用加速康复外科理念, 可以有效地提升患者手术治疗恢复速度, 提升患者生活质量, 减少术后并发症, 优化营养状况, 整体治疗恢复情况更为理想。

参考文献:

- [1]陈冬平. 加速康复外科理念在结直肠癌围手术期护理中的应用分析[J]. 婚育与健康,2021(1):172-173.
- [2]宋慧慧. 加速康复外科理念在老年人结直肠癌围手术期护理中的应用价值研究[J]. 特别健康,2021(16):205-206.
- [3]王春梅. 加速康复外科理念在老年结直肠癌患者围手术期护理中的应用研究[J]. 特别健康,2020(20):181.
- [4]姚晓玲. 加速康复外科理念在结直肠癌患者围手术期护理中的应用[J]. 饮食保健,2020,7(21):145-146.
- [5]何玲,李琳琳,郭明晓. 基于加速康复外科理念的全程护理模式在结直肠癌患者围手术期的应用及效果分析[J]. 山东医学高等专科学校学报,2020,42(3):217-219.
- [6]张晓磊,吴芳. 加速康复外科理念在腹腔镜结直肠癌围手术期中的应用效果观察[J]. 反射疗法与康复医学,2020,29(1):159-160.
- [7]辛歌. 基于加速康复外科理念的护理在直肠癌保肛者围术期的应用效果[J]. 中国肛肠病杂志,2021,41(8):65-66.
- [8]杨淑娟,袁丹英,贾勤,等. 加速康复外科临床路径在结直肠癌围手术期护理中的应用[J]. 浙江临床医学,2020,22(7):1063-1064.

预防性护理干预在老年急性 ST 段抬高型心肌梗死患者 PCI 术后康复中的应用效果分析

贾俊荣¹ 郑丽娟² 温慧² 齐婧贤² 焦志楠²

1、河北省盐山县人民医院 河北沧州 061300; 2、石家庄市人民医院 河北石家庄 050000

摘要:目的: 分析预防性护理干预在老年急性 ST 段抬高型心肌梗死患者 PCI 术后康复中的应用效果。方法: 对我院收治的老年急性 ST 段抬高型心肌梗死患者进行研究。随机分为两组并给予不同护理方案。观察两组干预前后心理状态评分, 并对比两组生活质量评分、并发症发生率以及对护理工作满意度。结果: 干预后, 实验组 HAMD 评分、HAMA 评分更低, $P < 0.05$ 。实验组在生理、心理、社会以及独立维度上评分更高, $P < 0.05$ 。实验组并发症发生率更低, $P < 0.05$ 。实验组对护理工作满意度更高, $P < 0.05$ 。结论: 在老年急性 ST 段抬高型心肌梗死患者 PCI 术后康复护理中, 预防性护理干预不仅能有效缓解患者心理情绪, 提高患者生活质量, 同时也能有效降低并发症发生率, 促进患者早日康复, 值得推广。

关键词: 预防性护理干预; 老年; 急性 ST 段抬高型; 心肌梗死; PCI 术

PCI 术是经导管技术疏通冠状动脉狭窄或闭塞, 用以实现血管再灌注, 挽救濒死心肌细胞的手术方法^[1-2]。但由于 PCI 术后易引发各种并发症, 如血管迷走神经反射、尿潴留等, 从而易影响手术效果。相关研究表明^[3], 在 PCI 术治疗期间, 采取有效的护理干预能降低并发症发生率, 改善预后。本文对 68 例老年急性 ST 段抬高型心肌梗死患者进行研究, 分析预防性护理干预在 PCI 术中的应用价值。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

从我院 2020 年 1 月-2022 年 2 月所收治的急性 ST 段抬高型心肌梗死患者中, 抽取 68 例老年患者作为本次研究的对象。所有患者均符合纳入标准及排除标准^[4-5]。纳入标准: (1) 符合急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断标准, 如胸痛或其他心肌缺血临床症状, 持续时间在 30min 以上; 心电图检查显示: T 波高尖, ST 段弓背向上抬高; 心脏生化标志物升高。(2) 患者年龄在 60 岁以上, 且临床资料完整。(3) 无认知、沟通等影响研究功能障碍。(4) 患者或其家属知晓并签署知情书。排除标准: (1) 临床诊断为非 ST 段抬高型心肌梗死。(2) 精神疾病, 无法配合临床护理。(3) PCI 术不耐受者。(4) 存在感染性疾病。(5) 研究者认为不符者。随机分为对照组与实验组, 每组 34 例。其中对照组男性 20 例, 女性 14 例, 平均年龄为 (69.25±3.25) 岁; 实验组男性 19 例, 女性 15 例, 平均年龄为 (70.03±3.78) 岁。两组一般资料无统计学差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组实施常规护理, 如血压、心率的监测、补液、饮食指导等。实验组增加预防性护理: (1) 术前护理: 术前充分发挥护理人员主动性, 主动与患者进行交流, 了解患者心理状态, 根据患者心理特点实施针对性心理疏导, 如恐惧不安患者, 可通过介绍手术专业团队、成功病例等, 提高患者对手术的信心等。同时加强心肌梗死知识宣传, 提高患者对疾病的认知, 使其树立正确的医疗理念。(2) 术中护理: 术前禁食 4-6h, 术中密切观察患者血压、心率等生命特征变化, 尤其是心电图中的心率、心律等变化。积极配合医师完成手术, 在手术中, 操作要熟练迅速, 动作要轻柔, 最大限度避免血管迷走神经反射。(3) 术后护理: 术后嘱咐患者绝对卧床休息, 保证充足的睡眠, 严密观察患者的病情, 观察有无面色惨白、恶心、呕吐、大汗、气促等伴随症状, 询问患者的感受, 是否有胸闷、头晕、心绞痛等不适症状。若发生异常则及时给予相对应治疗措施, 如穿刺点出血则需及时进行包扎处理, 若出现面色惨白、恶心呕吐等症状, 则及时告知医师, 第一时间对患者进行对症治疗。同时由于卧床休息、消化功能减退、

哌替啶或吗啡等止痛药的应用, 使胃肠功能抑制, 容易发生便秘。不少患者又不习惯于卧床使用便盆, 常引起排便困难或过度用力。用力排便可使心率增快, 心脏负荷增加, 而加重心肌缺血和氧耗, 并可诱发严重心律失常, 对此不可忽视。应避免过度用力或屏力, 对于便秘严重者可服用缓泻剂或肛内注入开塞露等。合理规划患者饮食, 饮食宜易消化, 含适量纤维素和维生素, 避免辛辣等刺激性食物。此外还需指导患者进行康复训练, 由于 ST 段抬高型心肌梗死患者活动无耐力与其心脏泵血能力下降有关, 所以护理人员应使患者理解根据病情逐步提高活动耐力的重要性, 避免过度紧张不敢活动, 也应防止盲目乐观、患操之过急, 根据病情调控患者的活动量。

1.3 观察指标

观察两组干预前后心理状态评分^[6], 并对比两组生活质量评分^[7-8]、并发症发生率以及对护理工作满意度。

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 χ^2/t 校检; $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组干预前后心理状态评分对比

两组在干预前, 心理状态均较差, 组间对比, $P > 0.05$ 。干预后, 参照组心理状态评分显著降低, 组内对比, $P < 0.05$; 而实验组 HAMD 评分、HAMA 评分更低于参照组, 组间对比, $P < 0.05$ 。详见表 1。

表 1 两组干预前后心理状态评分对比 ($\bar{X} \pm S$, 分)

组别	例数	HAMD 评分		HAMA 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
参照组	34	22.23±2.21	15.25±2.02	21.25±2.12	14.12±1.35
实验组	34	22.31±2.45	10.12±1.89	21.32±2.23	9.12±1.08
t 值		0.325	4.325	0.836	4.129
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者生活质量对比

两组患者在环境与信仰维度上差异无意义, $P > 0.05$, 但实验组在生理、心理、社会以及独立维度上均显著高于参照组, 组间对比, $P < 0.05$ 。详见表 2。

表 2 两组患者生活质量对比 ($\bar{X} \pm S$, 分)

组别	例数	生理	心理	社会	环境	独立	信仰
参照组	34	37.23±2.21	61.25±3.12	33.25±2.12	86.12±6.35	47.23±4.25	45.23±2.04
实验组	34	44.31±3.45	69.12±4.89	39.32±3.23	88.12±7.08	55.19±5.17	46.11±2.56
t 值		4.362	4.265	4.263	1.123	4.329	1.328
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05

2.3 两组并发症发生情况对比

实验组并发症发生率为 14.71%, 显著低于参照组的 38.24%, 组间对

比, $P < 0.05$ 。详见表 3。

表 3 两组并发症发生情况对比 (n/%)

组别	例数	皮下水肿	尿潴留	深静脉血栓	血管迷走神经反射	发生率
参照组	34	3 (8.82)	3 (8.82)	2 (5.88)	5 (14.71)	13 (38.24)
实验组	34	2 (5.88)	1 (2.94)	0 (0.00)	2 (5.88)	5 (14.71)
X^2 值						5.236
P 值						< 0.05

2.4 两组患者对护理工作满意度对比

实验组对护理工作满意度 100%, 显著高于参照组的 70.59%, 组间对

比, $P < 0.05$ 。详见表 3。

表 4 两组患者对护理工作满意度对比 (n/%)

组别	例数	非常满意	较为满意	一般满意	不满意	满意度
参照组	34	3 (8.82)	12 (35.29)	9 (26.47)	10 (29.41)	24 (70.59)
实验组	34	16 (47.06)	10 (29.41)	8 (23.53)	0 (0.00)	34 (100.0)
X^2 值						5.023
P 值						< 0.05

3. 讨论

冠状动脉粥样硬化性心脏病简称冠心病, 是指由于冠状动脉粥样硬化病变引起血管管腔狭窄或阻塞, 或在此基础上合并冠状动脉痉挛, 导致心肌缺血缺氧, 甚至坏死的心脏疾病。1979 年 WHO 将冠心病分为 5 型: 无症状心肌缺血、心绞痛、心肌梗死、缺血性心肌病、猝死。在心血管疾病中, 冠心病的发病率与增龄的关系最为密切。增龄可导致冠心病的各种危险因素增加或聚集, 从而促使冠状动脉粥样硬化的发生与发展。相关的危险因素主要有: 高血压、血脂异常、吸烟、糖尿病、左室肥厚、活动能力下降、超重或肥胖、心脑血管意外病史等, 其中高血压是老年冠心病最主要的独立危险因素。老年急性 ST 段抬高型心肌梗死是冠心病中的一种较为严重的类型, 发病急, 且病死率高, 尤其是前壁或广泛前壁心肌梗死, 很容易合并心功能不全、各种心律失常, 甚至患者会发生猝死, 而危及生命。由于急性 ST 段抬高型心肌梗死病情危重, 临床治疗难度大, 且病程时间长, 患者易产生不良心理情绪, 如恐惧不安、焦虑抑郁等。再加上 PCI 术属于有创性操作, 进一步加剧患者负性情绪。而长期不良心理情绪会影响 PCI 术治疗效果, 且不利于术后康复。主要是由于不良情绪会导致机体激素分泌异常, 如肾上腺素、胰岛素等, 而肾上腺素分泌的增加会引起患者心率加快, 血压升高, 甚至可发生心律失常, 促使血管收缩, 加剧患者病情。因此, 稳定患者心理情绪对提高 PCI 术安全性, 改善患者预后均具有重要意义。本研究中, 两组在干预前, 心理状态均较差, 组间对比, $P > 0.05$ 。干预后, 参照组心理状态评分显著降低, 组内对比, $P < 0.05$; 而实验组 HAMD 评分、HAMA 评分更低于参照组, 组间对比, $P < 0.05$ 。说明了预防性护理干预能改善患者心理状态, 降低患者对 PCI 术的应激反应。

心肌梗死为临床常见病, 且已然不在是老年人特有病, 近年来心肌梗死发生年龄层逐渐下降, 可能与不良生活习惯、长期熬夜以及生活压力大等因素有关。而心肌梗死早期症状有身体不适、心绞痛、呼吸不畅以及肠胃不适等, 对患者日常生活造成严重影响。若不及时治疗, 病情会进一步发展, 引起各种疾病, 如肺动脉栓塞、心包炎、肺炎等, 病情严重时也可引起心衰、休克, 甚至死亡。本研究中, 两组患者在环境与信仰维度上差异无意义, $P > 0.05$, 但实验组在生理、心理、社会以及独立维度上均显著高于参照组, 组间对比, $P < 0.05$ 。说明了预防性护理干预能提高患者生活质量。

PCI 术是治疗心肌梗死的最有效治疗方式, 具有血管再通率高、适应症广以及操作简便等显著优点, 使其在临床应用十分广泛。但其术后并发症一直是医学重点关注问题。其中血管迷走神经反射为最常见并发症, 而引起血管迷走神经反射发生的主要因素为患者精神过度紧张, 促进机体儿茶酚胺分泌, 从事刺激 β 受体, 增强心肌收缩, 进而增强迷走神经活性, 引起周围血管扩张、心率减缓。同时术前穿刺所引起的疼痛、术前禁食均会增加血管迷走神经反射发生率。此外并发症还包括皮下水肿、尿潴留以及深静脉血栓等。本研究中, 实验组并发症发生率为 14.71%, 显著低于参照组的 38.24%, 组间对比, $P < 0.05$ 。说明了预防性护理干预可降低 PCI

术后并发症发生率, 提高手术疗效。

由于常规护理方式单一, 缺乏对术后并发症的干预措施, 从而使其无法满足临床护理需求。而预防性护理是基于常规护理的一种新型护理方式, 充分贯彻了以患者为中心的医疗理念, 在 PCI 术治疗期间为患者提供全面性的护理干预, 从而有利于提高护理质量。本研究中, 实验组对护理工作满意度 100%, 显著高于参照组的 70.59%, 组间对比, $P < 0.05$ 。说明了预防性护理有利于提高患者护理满意度, 为护患关系的良好发展奠定良好基础。分析其原因在于, 预防性护理通过术前心理干预, 缓解患者对 PCI 术的恐惧心理, 提高患者对 PCI 术的适应性。同时加强对患者健康教育, 提高患者对心肌梗死的认知, 提高患者治疗依从性, 从而有利于提高治疗疗效。术中严格控制禁食时间, 避免发生血容量下降、心率下降等不良事件发生。护理人员积极配合医师尽快完成手术, 降低手术风险。同时密切观察患者血压、心率等变化, 最大限度降低血管迷走神经反射发生。术后通过疼痛护理、心理干预以及并发症护理等措施, 有效控制并发症发生, 并给予患者术后康复指导, 促进患者康复。因此, 预防性护理的应用效果显著。

综上所述, 在老年急性 ST 段抬高型心肌梗死患者 PCI 术后康复护理中, 预防性护理干预不仅能有效缓解患者心理情绪, 提高患者生活质量, 同时也能有效降低并发症发生率, 促进患者早日康复, 值得推广。

参考文献:

- [1]李健, 韩晓宇. 经皮冠状动脉介入治疗的冠心病患者实施多元化护理的临床效果[J]. 心理月刊, 2022, 17(05): 135-137.
 - [2]张伶俐, 徐慧秀. 分级预防护理干预措施在行经皮冠状动脉介入术治疗冠心病患者中的应用效果[J]. 现代实用医学, 2022, 34(01): 98-100.
 - [3]王晓梅, 孙宁. 早期心脏康复护理对冠心病经皮冠状动脉介入治疗术后患者生活质量及不良心血管事件发生率的影响[J]. 中国实用医药, 2021, 16(28): 197-199.
 - [4]毛东梅. 综合护理干预对冠心病介入治疗患者心理状态及术后恢复的影响[J]. 中国社区医师, 2021, 37(18): 165-166.
 - [5]冯晋红. 预警性护理预防经皮冠状动脉介入治疗患者血管迷走神经反射的作用[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(10): 1792-1794.
 - [6]韦文艳, 孙利娜, 刘玲. 延续性护理干预对冠心病经皮冠状动脉介入治疗术后患者自护能力和心理状态的影响[J]. 鄂州大学学报, 2021, 28(02): 111-112.
 - [7]薛蕾丹, 屈莫. 延续性护理措施对经皮冠状动脉介入治疗术后老年冠心病患者护理质量的改善与并发症的预防[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(03): 525-527.
 - [8]田彩霞, 田云霞, 薛伟珍, 冯惠芳, 宁丽君. 预防性注射尼可地尔在高血栓负荷急性 ST 段抬高型心肌梗死患者急诊经皮冠状动脉介入治疗中无复流预防及预后的影响[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(16): 2159-2162.
- 项目来源: 河北省石家庄市科学技术研究与发展计划项目 (201460883)

早期康复护理对脑卒中患者肢体恢复的影响

解清

菏泽市中医医院 山东菏泽 274035

摘要:目的:探讨早期康复护理对脑卒中患者肢体恢复的影响。方法:选取本院于2017年3月至2021年3月期间收治的66例脑卒中并伴随肢体运动障碍的患者作为研究对象。根据患者的就诊顺序按照预先制定的随机表将患者分为对照组和观察组,每组33例。两组患者均给予临床常规的脑卒中基础护理措施,观察组在此基础上加用穴位贴敷及肢体运动康复训练等的康复护理措施,对比两组患者出院时的肢体运动(FMA)评分、临床痉挛指数评分(CSI)、日常生活活动能力(ADL)评分及护理满意度评分等。结果:两组患者治疗后的FMA评分及ADL评分明显高于治疗前,治疗后CSI评分均明显低于治疗前,且观察组患者的评分变化较对照组更加明显,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者的护理满意度评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:对脑卒中患者进行早期的康复护理能够明显提升患者的肢体运动能力,改善患者的肢体痉挛状态,提升患者的常生活能力,从而增减患者的临床治疗效果,对患者的疾病的康复有明显的意义。同时,对患者实行早期的康复护理对于提升患者对护理的满意度同样有明显的意义,能够进一步的促进护理的积极性和医患关系的和谐。因此对脑卒中患者实行早期的康复护理值得临床推广使用。

关键词:脑卒中;早期康复;康复护理;脑梗死

随着社会经济发展和人们生活方式的改变,以心脑血管病、恶性肿瘤等为主的慢性非传染性疾病使人类健康和经济发展面临着严重的挑战^[1]。脑卒中即脑中风或脑血管意外,分为缺血性脑卒中和出血性脑卒中,是一种由于脑部血液循环突然出现障碍所引起的疾病,也是一种慢性非传染性疾病。其发生的主要原因是各种诱发因素导致脑内动脉狭窄、闭塞或破裂,从而造成急性脑部血液循环障碍,在临床上表现为一过性或永久性脑功能障碍^[2]。脑卒中中具有患病率高、致残率高、病死率高以及复发率高等特点。据报道^[3],脑卒中患者幸存者中约80%会留下不同程度的功能障碍,严重功能障碍者高达40%,不仅对患者个人的生活造成了痛苦和不便,同时也给家庭和社会带来严重的经济负担和精神压力。脑卒中的传统治疗方法主要是对疾病的治疗,多应用药物恢复患者的神经功能等,但是对于患者肢体功能的恢复等关注较少,而患者自身对于功能锻炼的重要性也认识不够,依从性较差。现代医学对于脑卒中的治疗不仅是通过药物控制病情、防止复发,而且还要采取其它治疗手段改善功能、减轻残疾^[4]。既往大量的文献以及长期的临床实践已证明^[5,6],早期康复治疗在脑卒中患者的恢复中具有重要意义,可有效改善患者的认知功能,避免各种并发症的发生,从而提高生存质量。因此脑卒中患者的早期康复治疗已成为卒中单元建设的重要组成部分。基于此,笔者以自身专业为基础制定了针对脑卒中患者的综合护理方案,并应用于临床,取得了良好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院于2017年3月至2021年3月期间收治的66例脑卒中并伴随肢体运动障碍的患者作为研究对象。根据患者的就诊顺序按照事先制定的随机表将患者分为对照组和观察组,每组33例。观察组男性患者19例,女性患者14例,年龄为44-73岁,平均年龄为(61.35±6.71)岁;对照组男性患者18例,女性患者15例,年龄为45-74岁,平均年龄为(61.57±7.49)岁,两组患者的年龄等一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 入选标准 ①临床诊断为脑卒中且需要住院治疗的患者;②存在因脑卒中引起的肢体运动障碍的患者;③无其他无法控制的基础疾病,如癌症等器质性疾病,药物无法控制的高血压、糖尿病等;④无家族性精神异常遗传病史;⑤无传染性疾病等;⑥非妊娠及哺乳其妇女等;⑦家属自愿参与本次研究。

1.3 方法

两组患者的临床治疗均采用临床常规的治疗方案,临床给药等均不受本次研究影响。在护理方案选择上,两组均给予临床常规的脑卒中基础护理措施,例如根据患者的病情合理安排病房,并尽量做到男女分开安排病房,对患者家属介绍住院环境及必要的生活场所的注意事项,如开水房、公共卫生间等。对患者进行护理部规定的相关护理操作,如安排相应的责任护士,根基临床医嘱进行患者的给换药,根据患者的情况进行必要的体温测量和出入量的计量,每日按照要求进行护理查房等,必要时给与患者必要的翻身拍背、吸痰等的基础护理操作。观察组在此基础上加用穴位贴敷及肢体运动康复训练等的康复护理措施,主要包括(1)艾灸治疗^[7]上肢选取肩髃、曲池、手三里、外关、合谷;下肢选取阳陵泉、足三里、悬钟、三阴交;躯干配穴为中底,取患者取仰卧位,根据选定的穴位对患者进行艾灸,并注意调节施灸温度以患者皮肤感到明显的温热感为佳,避免烧烫伤。整个艾灸过程保持在30±5分钟。以5天为一疗程,两个疗程间休息两天。(2)穴位贴敷^[8]选取内关、曲池,肩井,三阴交,足三里,委中等穴位,进行穴位贴敷,每次贴敷时间保持在6小时以上。并配合选取皮质下、缘中、肝等相应部位,并配以穴心和神门进行耳穴压豆,选取王不留行籽贴于医用胶布上,贴于穴位并给予适度的揉、按、捏、压,使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感。(3)康复训练治疗^[9]牵伸躯干肌:患者屈膝、髋内旋,治疗师一手下压膝部,另一手作用于肩,两手相反方向缓慢用力。重复进行10次,每次保持1分钟。坐位姿势训练:保持患者脚尖向前,双足平放,髋、膝、踝均保持90度,患侧上肢放置于身体前,以枕头给予支撑,保持肩肝骨前伸。患者屈膝、髋内旋,治疗师一手下压膝部,另一手作用于肩,两手相反方向缓慢用力。重复进行5次,每次保持1分钟。坐位平衡训练:从患者能无支撑独立达到一级静态平衡,到让患肢做躯干各方向不同摆幅的摆动活动的二级平衡,最后到能完成抵抗他人外力的三级平衡。立位平衡训练:从平行杠内站立、扶持站立开始,使患者逐渐能够脱离支撑,将身体重心转移到患侧,训练患侧负重,待患者能徒手站立后,进行三级平衡训练。步行训练:在此项训练之前,先练习下肢前后迈步和重心的转移。之后先进行扶持步行或平行杠内步行,之后逐渐到徒手步行,以及上下楼梯训练。以上训练每天训练一次,每次保持在45分钟左右。

1.4 观察指标

对比两组患者出院时的肢体运动(FMA)评分、临床痉挛指数评分

(CSI)、日常生活活动能力(ADL)评分及护理满意度评分等。FMA 评分、CSI 评分及 ADL 评分满分均为 100 分, FMA 评分、ADL 评分分数越高表示相应的功能越好, CSI 评分分数越高表示功能越差; 护理满意度评分满分 10 分, 分数越高表示对护理的满意度越高。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据分析, 正态计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验, 正态计数资料以%表示, 采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异有统

表 1 两组患者上肢偏瘫功能评分、吞咽功能评分、语言表达评分及生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	FMA 评分		CSI 评分		ADL 评分	
		护理前	护理后*	护理前	护理后*	护理前	护理后*
对照组	33	65.32±7.95	73.33±5.67	55.73±6.17	79.31±4.53	64.56±6.67	72.71±4.97
观察组 [#]	33	65.41±8.58	85.16±4.23	55.42±8.35	89.28±5.29	64.63±8.64	86.95±2.11

注:护理前后比较* $P < 0.05$, 护理后两组相比较, [#] $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者护理满意度比较

观察组患者的护理满意度评分为 9.03±1.96 分, 对照组患者的护理满意度评分为 7.95±4.75 分, 观察组患者的护理满意度评分明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

卒中患者的肌张力增高是脑卒中偏瘫患者运动障碍恢复进程中一个重要的自然阶段, 是上运动神经元损伤导致的下行传导降低, 运动激活的共济能力缺损, 来自中枢的抑制降低, 牵张反射增强, 正常的张力被肌肉痉挛所取代。脑卒中偏瘫临床表现为肌张力增高和痉挛, 出现病理反射和腱反射, 肌群间协调被打破, 出现异常运动模式、联合反应和共同运动等, 随着病程的延长可导致废用性肌萎缩^[10]。在脑卒中偏瘫患者功能障碍中, 痉挛可严重影响运动功能、生活自理能力的恢复, 延缓康复进程, 此外痉挛可能产生的疼痛等可导致患者焦虑、失眠、悲观, 使患者社会参与能力降低, 给患者和社会带来沉重的负担^[11]。

现代医学对脑卒中后偏瘫合并肢体运动障碍的状态治疗多为药物干预以及外科手术治疗等, 疗效不佳且副作用较多^[12]。随着中医技术的进一步发展, 中医在脑卒中的治疗中的优势明显显现, 且随着护理学的快速发展, 中医护理在疾病治疗中的作用也展现出良好的作用。在既往的康复与物理治疗的基础上, 中医的针灸治疗在疾病的治疗中发挥着举足轻重的作用, 但不可避免的穴位针灸会因为疼痛等引起患者的肌肉紧张而产生痉挛等反应, 影响患者的治疗, 同样的由于针灸作为刺入体内的外入器械, 会造成患者皮下的淤血或存在带入感染的可能^[13]。而穴位艾灸及穴位贴敷作用温和, 温通经络、调补虚损作用较佳, 并能避免刺激。近年来选取艾灸疗法和穴位贴敷在缓解脑卒中后患者的肢体运动障碍方面的研究日渐增多。本次研究结果表明, 护理治疗后两组患者的 FMA 评分及 ADL 评分明显高于治疗前, 治疗后 CSI 评分均明显低于治疗前, 且观察组患者的评分变化较对照组更加明显, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。通过对患者进行早期康复治疗, 能够明显的提升患者的机体运动能力, 降低患者的肌张力等方面有明显的的作用。同时对于患者对护理满意度的调查显示, 对患者实行早期的康复护理能够提升患者的护理满意度, 提升护理的认可度等。

综上所述, 对脑卒中患者进行早期的康复护理能够明显提升患者的肢体运动能力, 改善患者的肢体痉挛状态, 提升患者的常生活能录, 从而增减患者的临床治疗效果, 对患者的疾病的康复有明显的意义。同时, 对患者实行早期的康复护理对于提升患者对护理的满意度同样有明显的意义, 能够进一步的促进护理的积极性和医患关系的和谐。因此对脑卒中患者实

计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 FMA 评分、CSI 评分及 ADL 评分比较

在护理治疗前, 两组患者的 FMA 评分、CSI 评分及 ADL 评分差异无显著意义($P > 0.05$)。护理治疗后两组患者的 FMA 评分及 ADL 评分明显高于治疗前, 治疗后 CSI 评分均明显低于治疗前, 且观察组患者的评分变化较对照组更加明显, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。详情见表 1。

行早期的康复护理值得临床推广使用。

参考文献:

- [1]胡艳红,陈晨,廖文艺.反馈式早期康复护理对出血性脑卒中患者健康知识掌握程度、遵医行为及生活质量的影响[J].中国老年保健医学,2022,20(02):163-165.
- [2]曹光莲.脑卒中康复护理中行 PDCA 循环与健康教育联合干预对患者肢体功能、神经功能评分的改善作用[J].名医,2021(12):119-120.
- [3]查晓静,张亚琴,范玲玲.康复路径护理联合中频电刺激对脑卒中偏瘫患者肢体功能的影响[J].国际护理学杂志,2022,41(08):1474-1477.
- [4]缪小红,邱雪斌,李莉,陈军红.康复护理对脑卒中后神经源性膀胱患者功能恢复及生活质量的影响[J].现代实用医学,2021,33(11):1500-1502.
- [5]胡军荣,张羽佳,宋嘉婧,于皓雪,苗琦,顾祝蕾.人性化护理在脑卒中患者中的康复效果及神经功能缺损的影响[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2020,8(23):3+7.DOI:10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2020.23.003.
- [6]孙苗苗.连续康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能的影响[J].中国医药指南,2022,20(11):33-36.DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2022.11.037.
- [7]周秋丽,蔡梦廷,林小妹,郑蔡净.早期康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能、生命质量及睡眠质量的影响观察[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(11):1979-1981.
- [8]田虹,谢红梅,刘志敏,尹波,王玲梅,朱华,申菲.连续康复护理模式对脑卒中偏瘫患者肢体功能、生活能力及相关血液指标的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(26):2946-2949.
- [9]张秀丽,邢乐成,耿丽丽,马峰.间隔体外冲击波联合分层护理对脑卒中合并压疮患者生活质量及康复进程的影响[J].当代护士(下旬刊),2020,27(12):70-72.DOI:10.19791/j.cnki.1006-6411.2020.34.029.
- [10]张和梅,万敏敏,何信鑫.《脑卒中专科护理》出版:观察在脑卒中偏瘫的早期康复护理中采用抗痉挛体位摆放的临床效果[J].介入放射学杂志,2021,30(04):432.
- [11]陈晓旭,张晓,张红.撤针结合康复训练、综合护理措施治疗脑卒中后假性球麻痹所致吞咽障碍临床研究[J].新中医,2021,53(02):139-142.DOI:10.13457/j.cnki.jncm.2021.02.035.
- [12]董璐.连续康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能和生活质量的影响研究[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2020,8(25):130+160.DOI:10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2020.25.096.
- [13]米彩芬.协同护理干预对提高社区康复中心脑卒中恢复期患者肢体运动功能效果分析[J].心脑血管病防治,2020,20(04):432-434.

术前准备室在基层医院手术室优质护理实践中的应用体会

李宇晓

新疆喀什地区莎车县人民医院 844700

摘要:目的 研究在基层医院手术室的优质护理实践当中构建术前准备室的效果。方法 将2019年1月到2021年1月作为本文的对照组,在此期间我基层医院手术室尚未构建术前准备室,按护理原则开展优质护理,将2021年2月到2022年2月作为本文的观察组,期间我院基层手术室构建术前准备室,并配合优质护理开展工作,观察组选择135例手术患者,对照组选择142例手术患者,对两组的手术情况进行对比,评估术前准备室应用的价值。结果 ①观察组(11例,占比为8.15%)的并发症发生率明显比对照组(24例,占比为16.90%)低,有统计学差异($P<0.05$);②护理前观察组和对照组的生活质量评分差异不显著($P>0.05$),护理后,观察组患者的生活质量评分改善效果比对照组更理想,有统计学差异($P<0.05$);③观察组(129例,占比为95.56%)患者的满意度相比对照组(121例,占比为85.21%)明显更,有统计学差异($P<0.05$)。结论 在基层医院手术室开展优质护理实践中建立术前准备室可以减少患者出现并发症的概率,提高患者术后的整体生活质量,提升患者对护理的满意度值得推荐。

关键词: 术前准备室; 基层医院; 手术室; 优质护理; 护理实践; 生活质量; 满意度

术前准备室也被称之为手术准备室,这主要是患者在开展手术之前进行手术准备的专用房间,可以使得各项准备工作更加的充分合理,这是开展手术室优质护理的必然环节^[1]。这些年在对患者开展临床护理时越来越重视开展优质护理服务,传统的护理工作在落实各项护理知识,主要坚持以患者的疾病和医生的治疗为中心,所有的护理工作相对而言不具备针对性和特异性,所以导致很多护理不足存在。临床开始认识到对患者提供人本护理的重要性,所以在开展护理时开始转变护理观念,所有护理的开展中都严格坚持以人为本,这是优质护理的主要体现。在手术室开展优质护理可以减少患者出现各类并发症和风险的概率,能使患者的病症恢复和手术的进展更加顺利,也有助于促进患者的预后^[2]。但是在基层医院,因为条件有限、资金不足、设备不完善等多种因素的影响使得基层医院落实,手术室优质护理起步较晚,与此同时也有很多基层医院并没有构建术前准备室,这使得手术室的优质护理工作开展也相对不完善。本文主要分析在基层医院开展术前准备室对完善手术室优质护理的作用和价值,具体见如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将2019年1月到2021年1月作为本文的对照组,在此期间我基层医院手术室尚未构建术前准备室,按护理原则开展优质护理,将2021年2月到2022年2月作为本文的观察组,期间我院基层手术室构建术前准备室,并配合优质护理开展工作,观察组选择135例手术患者,对照组选择142例手术患者。(1)观察组:男女分别68例、67例,22~78岁,年龄均值(42.64 ± 15.34)岁,病程18~39个月,病程均值(30.34 ± 5.46)个月,发病后0.5~4.5(2.34 ± 1.03)h入院;(2)对照组:男女分别70例、72例,21~80岁,年龄均值(43.24 ± 15.13)岁,病程19~40个月,病程均值(31.21 ± 5.34)个月,发病后0.5~5.0(2.52 ± 1.05)h入院。经《世界医学会赫尔辛基宣言》检验符合伦理标准,治疗前签署《知情同意书》,以SPSS统计学软件检验一般资料无显著差异($P>0.05$),可比较。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准

(1) 本文患者均为到我院手术室接受手术治疗的患者,所有患者均具备手术适宜症;(2) 所有患者的临床资料完整,且患者同意参与研究工作。

1.2.2 排除标准

(1) 急诊手术的患者;(2) 严重的沟通和交流障碍,有严重的精神类疾病;(3) 开展本研究前1周或开展本研究同期参与其他研究的患者,为避免不同研究之间的相互影响剔除研究。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组

所有患者均按照手术室优质护理原则开展手术室的优质护理工作。

1.3.2 观察组

在对照组的护理基础之上建设术前准备室,具体的工作方法如下:

(1) 构建术前准备室:严格的根据手术室的布局和医院的感染管理需求等构建术前准备室,需要保证术前准备室距离手术室不能太远,面积在35~55m²,具备良好的采光和通风条件,同时在术前准备室完善有关的洗手设备,墙壁的颜色和床单窗帘的颜色尽量选择浅蓝色调,可适当的安装音乐播放系统和播音系统,以方便能随时播放舒缓的音乐和进行紧急播音。可以根据医院的手术量适当在术前准备室内设置床位和座椅,每个床位可间隔1m,同时通过不连进行相互隔挡。每台床位可以配备吸氧装置、心电监护仪器、输液轨道、中心负压吸引装置,同时配备常规必要的抢救性药品和简易呼吸器,同时随时准备除了量的活动床位,以便于紧急使用。

(2) 环境设置:严格落实术前准备室的消毒隔离制度,确保每一个工作人员都能严格的执行。每日可以通过消毒液对工作台面和输液推车进行消毒处理并擦拭干净。将术前准备室的温度控制严格控制在患者舒适的范围之内,可询问患者的最佳舒适温度范围并进行相对应的调整,湿度可以控制在50%。设置稳定的层流系统和换气系统,并每月落实空气的细菌监测工作,保证室内的洁净。

(3) 完善组织管理工作:可以严格的根据基层医院的具体状况对护士队伍进行配置,确保护士的沟通能力较高且具备扎实的专业技能和操作技能,工作责任心较强,能落实术前的各项准备工作。在开展工作以前,严格的落实岗位培训,并在患者熟练掌握各种抢救技术之后才能开展岗位工作。在开展手术之前确定术前准备室的护士责任,可以根据手术台数确定需要的术前应用物品,检查仪器和药品的数量并维持有关仪器,处于功能状态下。要接受手术患者,并对术前准备状况的完成情况进行检查,通过通俗易懂的言语为患者开展宣教并安抚患者的心理。根据手术的具体情况建立静脉通道并常规的患者术前应用抗生素和备皮,评估患者用药之后的具体反应,在发生有关情况时与麻醉科医生取得联系并落实有关的记录。完善工作流程,在进入术前准备室以后,需要使护士对患者的信息严格的予以核查,妥善安置患者的体位。所谓患者开展自我介绍和关于手术室的介绍工作,并评估患者的心理表现,根据患者的具体心理状况落实针对性的心理护理。完善各项核对工作,建立静脉通道,遵医嘱为患者应用抗生素,并观察病情的变化和药物反应。护送患者进入手术室后做好交接工作。术前准备室的护士要落实科学的绩效考核工作,这是巩固整体护理质量的有效手段。

1.4 观察指标

(1) 并发症发生率:主要包括感染、出血、严重疼痛等。

(2) 生活质量:评估所有患者护理前和护理之后3周的生活质量。

注:以EORTC QLQ-C30生活质量调查问卷^[3]评估,共包括43道题目,主要从“躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能和社会功能”5方面实施评价,总分为100分(5方面的平均分),分数越高则生活质量越高。

(3) 满意度: 通过明尼苏达工作满意度调查量表^[4]评估, 该量表主要包括 20 道题目, 每道题目为 5 个等级, 分别为 1~5 分, 分数越高则满意度越高, 总分为 20~100 分。其中, 90 分以上为完全满意, 80~89 分为满意, 60~79 分为基本满意; 低于 60 分者为不满意。

1.5 统计学方法

本文以 IBM SPSS Statistics 26.0 统计学软件开展统计学分析。等级无序分类资料(满意度)以“[n(%)]”表达, 数据验证秩和结果, 导出 $U(Z)$ 值和 P 值; 常规无序分类资料(感染、出血、严重疼痛等)以“[n(%)]”表达, 数据验证卡方结果, 导出 χ^2 值和 P 值; 连续变量资料(生活质量评分)以“($\bar{x} \pm s$)”表达, 数据验证 t 值和 P 值。数据结果以“ $P < 0.05$ ”表示差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 并发症发生率比较

观察组(11 例, 占比为 8.15%)的并发症发生率明显比对照组(24 例, 占比为 16.90%)低, 有统计学差异($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组患者的并发症发生率比较[n(%)]

项目	n	感染	出血	严重疼痛	并发症发生率
观察组	135	4 (2.96)	3 (2.22)	4 (2.96)	11 (8.15)
对照组	142	8 (5.63)	9 (6.34)	7 (4.93)	24 (16.90)
χ^2	/				4.8035
P	/				0.0284

2.2 生活质量差异

护理前观察组和对照组的生活质量评分差异不显著($P > 0.05$), 护理后, 观察组患者的生活质量评分改善效果比对照组更理想, 有统计学差异($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者护理前后的生活质量差异比较($\bar{x} \pm s$, 分)

阶段	项目	n	躯体症状	角色功能	认知功能	个人情绪	社会功能
干预前	观察组	135	79.60±16.99	78.67±16.80	77.30±16.50	78.66±16.79	77.29±16.50
	对照组	142	78.70±16.60	77.33±16.31	75.70±15.97	77.73±16.39	78.28±16.51
	t	/	0.4459	0.6735	0.8201	0.4665	0.4990
	P	/	0.6560	0.5012	0.4129	0.6412	0.6182
干预后	观察组	135	90.50±19.74	90.69±19.78	91.22±19.89	89.58±19.53	90.69±19.78
	对照组	142	82.19±16.60	82.37±16.64	83.09±16.78	82.80±16.72	82.80±16.72
	t	/	3.7989	3.7951	3.6835	3.1087	3.5916
	P	/	0.0002	0.0002	0.0003	0.0021	0.0004
观察组	干预前与干预后 t	/	4.8627	5.3815	6.2584	4.9264	6.0444
	干预前与干预后 P	/	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
对照组	干预前与干预后 t	/	1.7715	2.5776	3.8015	2.5804	2.2922
	干预前与干预后 P	/	0.0776	0.0105	0.0002	0.0104	0.0226

2.3 满意度差异

观察组(129 例, 占比为 95.56%)患者的满意度相比对照组(121 例, 占比为 85.21%)明显更, 有统计学差异($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组患者的护理满意度比较[n(%)]

项目	n	完全满意	满意	基本满意	不满意
观察组	135	51 (37.78)	48 (35.56)	30 (22.22)	6 (4.44)
对照组	142	21 (14.79)	61 (42.96)	39 (27.46)	21 (14.79)
$U(Z)$	/		4.3264		
P	/		0.0000		

3. 讨论

这些年将优质护理理念应用在临床的护理之中, 逐渐的成为护理工作当中的重点, 优质护理工作是一种示范工程, 同时也是对医院的服务进行优化的主要手段, 这种护理手段可以有效强化内部管理, 也能改善患者的整体体验。在基层医院开展优质护理也由来已久, 虽然优质, 护理可以为基层医院的各项护理工作提供方便, 但是由于基层医院的条件限制等, 依然使得优质护理的落实存在着各种制约^[5]。

术前准备室对手术室而言是十分重要的一个环节, 但是很多基层医院目前还没有构建起术前准备室, 本文主要研究术前准备室在基层医院落实手术室优质护理当中所发挥的作用, 从结果中可以看出, 观察组所取得的护理效果相比对照组而言更见成效, 患者的满意度相对更高, 因此可以肯定术前准备室可以更好的促进手术室优质护理效果的提升^[6]。这是因为构建术前准备室开始相关的手术治疗工作变得更加的顺利和完善, 术前准备室对术前准备工作做得更加细致和彻底, 能根据患者的手术需求准备相关

的条件和设施, 能满足患者的生理需求和心理需求。通过术前准备室的构建可以为患者提供温馨舒适的手术环境, 可以做好对患者的接待性工作, 也能满足患者的各项手术需求, 可以充分的为患者提供术前的各项准备工作。而且术前准备室可以有效的缩短每台手术之间的间隔时间, 提高了手术治疗的效率, 也提升了治疗患者的安全性^[7]。通过术前准备室的干预能有效的落实科学的防感染管理工作, 这也能有效减少各类风险事件发生的几率。

综上所述, 在基层医院手术室开展优质护理实践中建立术前准备室可以减少患者出现并发症的概率, 提高患者术后的整体生活质量, 提升患者对护理的满意度值得推荐。

参考文献:

- [1] 芦丽波. 术前准备室在医共体模式下基层医院的应用效果[J]. 中国乡村医药, 2020, 27(14): 51-52.
- [2] 满都来. 探讨术前准备在手术室优质护理实践中的应用体会[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(87): 318+320.
- [3] 王雅杰. 探讨术前准备在手术室优质护理实践中的应用体会[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(26): 115.
- [4] 田雪梅. 探讨术前准备在手术室优质护理实践中的应用体会[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(47): 310+313.
- [5] 张静. 根本原因分析法在普外科术前准备护理中的应用分析[J]. 中国卫生产业, 2019, 16(03): 96-97+100.
- [6] 王成, 袁勉, 杨喜群. 持续质量改进在术前准备室环节质量管理中的应用[J]. 护理与康复, 2018, 17(06): 77-78.
- [7] 潘月敏, 姜秋平. 术前准备室在基层医院手术室优质护理实践中的应用体会[J]. 护理与康复, 2015, 14(11): 1072-1073.

ICU 主动脉夹层术后患者中经鼻高流量湿化氧疗的应用护理

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: 探讨 ICU 主动脉夹层手术患者接受经鼻高流量湿化氧疗及其护理效果。方法: 选取 2019 年 6 月至 2021 年 6 月我院接受治疗的 ICU 主动脉夹层手术患者 80 例进行研究。常规组应用常规护理, 实验组在经鼻高流量湿化氧疗治疗及其相关护理。对比两组患者的并发症、护理满意度、生活质量评定结果以及呼吸功能。结果: 实验组并发症的发生率显著低于常规组, $P<0.05$ 。实验组对于整个医护工作的满意度明显高于常规组, $P<0.05$ 。实验组生活质量均明显高于常规组, $P<0.05$ 。实验组患者护理干预后呼吸功能显著优于常规组, $P<0.05$ 。结论: 对于 ICU 主动脉夹层手术患者在手术后接受经鼻高流量湿化氧疗治疗及其相关护理能够有效降低疾病相关并发症, 有利于改善患者的生理功能, 可以促使患者更快康复, 值得推广。

关键词: 重症监护室; 主动脉夹层手术; 经鼻高流量湿化氧疗; 临床护理

伴随着近些年老龄化社会的不断发展与身体状况的不断减弱, 导致心脑血管疾病的发生率不断提高, 此时主动脉夹层属于主动脉疾病, 其主要是因为主动脉内膜的局部撕裂表现, 再加上主动脉腔体内存在比较多的血液, 此时便会促使内膜剥离和真假腔的形成。临床中对于主动脉夹层患者普遍是基于介入手术方式进行治疗, 其介入治疗效果比较明显, 其主要优势在于创伤轻微、操作便捷以及手术时间短等多方面的优势, 在临床中患者术后心功能恢复比较明显, 同时可以有效拓展冠状动脉。但因为疾病的持续时间不断延长, 导致患者的病情反复发作, 所以在临床中单纯基于介入手术所能够达到的效果不理想, 此时便需要结合其他方式进行干预, 保障患者的康复效果。对此, 本文基于论著研究探讨 ICU 主动脉夹层手术患者采取经鼻高流量湿化氧疗以及相关护理的临床效果。具体研究如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 6 月至 2021 年 6 月我院接受治疗的 ICU 主动脉夹层手术患者 80 例进行研究。基于干预方案划分为两组, 实验组 40 例, 男女各 26 例、14 例, 年龄 (56.51 ± 7.44) 岁, 体质量 (22.34 ± 1.50) kg/m²; 常规组 40 例, 男女各 25 例、15 例, 年龄 (56.67 ± 6.27) 岁, 体质量 (22.35 ± 1.67) kg/m²。两组患者的一般资料无显著差异。

入选标准: 基于临床资料确诊为主动脉夹层; 基于螺旋 CT 血管造影和核磁共振成像检查确诊并且满足介入手术指征; 认可主动脉夹层介入手术; 对手术方式认可度较高。

排除标准: 临床资料不完整; 对于研究认可度较低; 存在明显脏器或精神病症。

1.2 方法

常规组应用常规护理措施, 主要是提供介入术相关护理, 并做好体征检测, 在体征异常时及时处理。

实验组主要是在主动脉夹层手术后应用经鼻高流量湿化氧疗及其相关护理, 采用 AIRV02 经鼻高流量吸氧仪开展治疗, 初始应用空气氧气混合气体, 用量设置为每分钟 35L, 氧体积分数调整为 30%, 温度调整为 37℃, 湿度调整为 100%。针对患者的心率和呼吸情况提供密切观察, 并基于血气分析指标开展复查, 按照血气分析的结果为基本依据做好氧流量、体积分数的积极调整。护理具体措施如下: 1、经鼻高流量湿化氧疗护理。在经鼻高流量湿化氧疗治疗过程中适当垫高患者的肩部, 促使患者的颈部维持伸直, 同时头部适当向后仰, 结合患者的鼻孔大小采用舒适的鼻导管。定期做好对鼻导管清洗, 每天定时做好对仪器设备的管路检查, 规避在使用期间发生相关故障; 2、心理护理。在治疗之前需要先做好对患者情绪状态的评估, 尽可能让患者保持积极心态与饱满的热情面对治疗, 期间需要考虑患者的文化水平, 积极讲解并应用简单通俗的语言, 消除患者的负面情绪。针对患者的心理状况提供相应的评估, 按照患者的心理实际情况提供针对性的引导, 为患者构建疾病信心; 3、意识障碍护理。患者在主动脉夹层手术之前可能存在合并高血压、脑供血不足等病症, 再

加上夹层会直接影响其他部位的血管, 此时很容易导致患者术后出现一定程度的意识障碍。对此, 在护理期间应当尽可能和家属做好沟通交流, 记录患者的兴趣爱好并基于日常护理, 借助朗诵散文、播放音乐等方式进行护理, 可以形成对皮肤的有效刺激, 促使患者保持清醒; 4、翻身护理。间隔 2 小时帮助患者进行一次翻身, 期间需要观察面色、呼吸频率以及意识状况的观察, 并结合 PaO₂、SaO₂ 指标实现对氧流量的调整, 但是氧流量过高可能会导致氧气进入到胃部, 此时需要及时观察患者是否存在腹胀症状; 5、在护理期间需要高度重视感染的预防控制, 在任何时候接触患者之前, 都应当做好消毒处理, 配合护目镜、手套以及口罩等医疗物品。在操作期间应当遵循无菌操作原则, 最大程度预防感染风险。

1.3 观察指标

对比两组患者的并发症、护理满意度、生活质量评定结果以及呼吸功能。

生活质量采用 ADL 量表评定, 分数越高证明患者生活质量越好。

1.4 统计学处理

研究一般资料与观察指标均应用 SPSS23.0 软件实现对数据的统计学处理, 数据录入时基于定量、定性方式进行评价, 采用离散、连续类型方式处理数据, 基于百分数采用 X² 进行检验, 基于均数采用 T 值进行检验, 在数据对比结果中 $P<0.05$ 时代表有统计学意义。

2. 结果

2.1 并发症对比

实验组并发症的发生率显著低于常规组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 并发症发生率对比

组别	n	皮下出血	血肿	低血压	血管迷走神经	发生率
实验组	40	1	1	1	1	10.00%
常规组	40	3	4	3	2	30.00%
P	-	-	-	-	-	<0.05

2.2 满意度分析

实验组对于整个医护工作的满意度明显高于常规组, $P<0.05$ 。如表 2。

表 2 两组满意度的对比分析

组别	例数	非常满意	一般	不满意	满意度
实验组	40	21	17	2	95.00%
常规组	40	11	20	9	77.50%
P	-	-	-	-	<0.05

2.3 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 3。

表 3 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	40	82.34±3.24	80.21±3.64	81.27±3.64	74.24±5.24	74. 24±3.94	80.64±3.99
常规组	40	66.24±3.25	68.43±2.94	64.24±3.66	65.54±4.00	64.24±4.21	61.24±3.22
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 呼吸功能对比

实验组患者护理干预后呼吸功能显著优于常规组, $P<0.05$ 。详情见表

表 4 呼吸功能对比

组别	PACO ₂		PaO ₂		SaO ₂	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组(n=46)	45.61±8.46	37.51±5.13	73.25±4.89	95.25±6.33	71.21±1.50	95.23±2.36
常规组(n=46)	44.52±8.61	42.35±5.41	73.50±5.02	81.46±6.25	71.06±1.55	84.52±2.90
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3. 讨论

ICU 主动脉夹层动脉瘤是一种少见的临床急症, 由于其发病急, 病情重, 病死率高。随着对该病认识和诊断水平提高, 治疗方法也逐渐丰富多样。但因患者合并基础疾病较多, 术后并发症发生率较高, 死亡率仍居高不下。因此, ICU 主动脉夹层动脉瘤行手术切除或介入栓塞术具有重要意义。因为主动脉夹层的病情相对凶险, 临床中患者的手术风险相对较高, 手术治疗后转入 ICU 进行观察, 在术后清醒拔管时便可以采用经鼻高流量湿化氧疗干预措施, 能够促使患者更快恢复, 保障患者生命安全。经鼻高流量湿化氧疗属于一种全新的氧疗干预措施, 整个操作过程不需要采取密封的闭塞导管, 可以直接将对应浓度、温度是以的空气结合高流量气体, 可以输送到患者的体内, 这一种治疗方案对于外界冷气体可以达到有效处理效果, 可以促使最为适宜的温湿度, 从而提升患者的气道黏膜纤毛运动的活跃度, 并加快气道内的分泌物顺利排出。为了最大程度的保障患者的生命安全, 可以有效预防治疗期间的意外状况, 可以辅助提供相关护理措施能够保障整体手术效果。

基于经鼻高流量湿化氧疗及其相关护理服务, 可以借助鼻导管将特定氧气输送到患者的体内, 在改善鼻咽腔内部以及提升呼吸效率的同时, 形成呼气末正压作用, 促使肺复张。在治疗过程中结合应用相关护理措施, 可以强化导管和湿化液方面的管理, 可以密切监测湿化液的总量, 保障无菌注射用水充足, 观察导管连接部位的状况, 可以妥善固定并预防管道脱落、受压、弯折以及堵塞等问题, 可以有效强化呼吸道管理和生理指标的监测, 观察痰液情况, 特别是观察痰液的粘稠情况, 提升湿化温度。另外在护理期间可以协助患者进行有效排痰, 能够指导患者正确咳嗽, 密切观察患者的生理指标, 并结合心率、呼吸频率、血氧饱和度等相关指标实现氧疗的参数调整, 达到提高整体治疗效果的目的。

本次研究结果显示, 实验组并发症的发生率显著低于常规组, $P<0.05$ 。实验组对于整个医护工作的满意度明显高于常规组, $P<0.05$ 。实验组生活质量均明显高于常规组, $P<0.05$ 。实验组患者护理干预后呼吸功能显著优于常规组, $P<0.05$ 。本研究结果充分证明 ICU 主动脉夹层手术患者在手术后接受经鼻高流量湿化氧疗及其相关护理的临床干预效果明显, 有利于降低术后并发症, 同时对于术后患者的生活状态、身心状态均有明显的促进作用, 可以作为常规护理方案。分析原因, 主要是由于经鼻高流量湿化氧疗护理步骤包括以下几方面: ①选择合适的面罩; ②吸入氧气时, 应根据患者具体情况调整呼吸频率和深度; ③保持呼吸道通畅。对于意识障碍患者在经鼻高流量湿化氧疗时注意以下问题, 首先确保病人保持呼吸道通畅, 防止痰液潴留; 其次, 维持适当的通气量和氧饱和度, 以保证足够的组织代谢氧供应; 第三, 根据病情变化及时调整治疗方案。对于严重低 O₂ 血症或有心肺功能不全而不能耐受吸入大量氧气者可采用持续气道正

压通气 (CPAP), 并应密切观察生命体征及并发症等情况, 如出现呼吸衰竭、心跳骤停、呼吸窘迫综合征时应立即气管插管呼吸机辅助呼吸。如果已发生低氧血症则宜尽早行血液透析处理。在患者翻身时要注意对患者面色进行观察, 调整氧流量使其适合于患者的需要。如有可能的话可适当增加氧疗时间以提高疗效; 当病人病情好转或出现呼吸功能衰竭时, 应及时给予人工呼吸机辅助通气治疗, 并保持呼吸道通畅, 以免引起呼吸机相关性肺炎等并发症。这体现了护理过程的精细化和科学化, 有针对的结合患者需求予以护理措施, 取得了显著成效。

综上所述, 对于 ICU 主动脉夹层手术患者在手术后接受经鼻高流量湿化氧疗治疗及其相关护理能够有效降低疾病相关并发症, 有利于改善患者的生理功能, 可以促使患者更快康复, 值得推广。

参考文献:

- [1]宋宇鸿. 浅析经鼻高流量湿化氧疗在慢阻肺病人中的应用疗效[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(5):2.
- [2]张莹. 经鼻高流量湿化氧疗在呼吸衰竭低氧血症患者中的应用及护理效果分析[J]. 心理月刊, 2019(15):1.
- [3]高军霞. 有创-无创序贯通气撤机后高流量湿化氧疗对重症肺炎患者呼吸功能的保护作用[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(4):3.
- [4]李林, 刘璐, 何芳. 经鼻高流量湿化氧疗治疗 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭的疗效分析[J]. 中华肺部疾病杂志(电子版), 2021, 14(04):422-426.
- [5]莫晓能, 彭平, 彭辉, 李世闻, 许俐娴, 巫培连, 韩俊彦, 陈沐. 经鼻高流量湿化氧疗与传统氧疗在重型新型冠状病毒肺炎患者中的疗效比较[J]. 广东医学, 2020, 41(09):869-873.
- [6]戴力. 探讨经鼻高流量湿化氧疗在呼吸衰竭低氧血症患者中的应用效果及护理[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32(07):894-895.
- [7]陈占伟. 经鼻高流量湿化氧疗与无创正压通气治疗急性呼吸衰竭患者的效果比较[J]. 中国民康医学, 2021, 33(12):124-125.
- [8]孙晓璐, 左明章. THRIVE 临床麻醉应用的研究进展: 经鼻高流量湿化氧疗的新技术[J]. 中华麻醉学杂志, 2021, 41(04):506-512.
- [9]郑文娟, 斯小水. 经鼻高流量湿化氧疗优化预氧合在危重症患者气管插管前应用的临床研究[J]. 中国医师进修杂志, 2021, 44(04):328-332.
- [10]赵军喜. 经鼻高流量湿化氧疗与无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期对比研究[J]. 包头医学院学报, 2021, 37(03):77-79.
- [11]陈银花, 谢彩云, 张雪梅. 经鼻高流量湿化氧疗联合利尿剂对 COPD 合并心力衰竭患者血气指标及血流动力学的影响[J]. 海南医学, 2020, 31(23):3032-3035.
- [12]洪春巧, 赵霞, 谢俊豪. 经鼻高流量湿化氧疗对 StanfordA 型主动脉夹层术后低氧血症的疗效分析[J]. 中国医学创新, 2020, 17(28):46-49.

非小细胞肺癌疾病化疗时辅以舒适化护理的效果观察

马鑫

首都医科大学附属北京胸科医院肿瘤二科 北京 101149

摘要:目的 分析舒适化护理用于非小细胞肺癌(NSCLC)化疗的效果。方法 双盲法随机抽取并均分62例NSCLC化疗患者(2021年3月-11月),对照组——常规护理,观察组——舒适化护理,对比两组效果。结果 观察组护理后各项评分(生活质量、心理状态、睡眠质量)优于对照组($P<0.05$)。结论 NSCLC化疗患者接受舒适化护理,提升生活品质和睡眠质量、改善心理状态效果显著。

关键词:舒适化护理;非小细胞肺癌;化疗;生活质量;心理状态;睡眠质量

人类呼吸道常见的一种恶性肿瘤是肺癌。由于工业产业的蓬勃发展,环境污染日益严重,肺癌的发生率也随着对环境的污染而逐渐上升,在所有肺癌类型中NSCLC是肺癌的最普遍的种类。因为这种癌症发生隐匿、病人多数没有自觉体征,导致有超过4/5的NSCLC患者确诊的时候已处于晚期,错过了手术治愈的最好时机,必须通过化疗的手段抑制恶性病变细胞的继续增殖、转化、增生,以延长病人的生存期^[1]。化疗过程中会形成的并发症使病患依从性和治疗效率降低,同时还会加重身体的各种不适症状,使治疗效率和患者的生存质量水平降低。临床研究证明^[2],实施正确的护理干预措施能够有效提高NSCLC化疗患者的舒适度,预防不良反应,从而顺利实施化疗疗程。本研究分析了舒适化护理用于NSCLC化疗的效果,阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

以双盲法随机抽取2021年3月-11月的62例NSCLC化疗患者研究,对照组年龄43-75岁,均值(62.37±4.23)岁,体重48-76kg、均值(68.32±6.26)Kg,平均吸烟史(23.21±3.26)年,肺癌平均病程(4.25±0.34)月,男女比例(17:14);观察组年龄42-76岁、均值(62.59±4.31)岁,体重47-78kg、均值(68.82±6.47)Kg,平均吸烟史(23.64±3.31)年,肺癌平均病程(4.31±0.43)月,男女比例(19:12)。一般资料对比无统计学意义($p>0.05$)。纳入标准:(1)经病理学、组织学确诊;(2)预计生存期>3月;(3)自愿参与并签署知情文件;(4)资料齐全。排除标准:(1)合并其他恶性肿瘤;(2)肝肾功能严重障碍;(3)精神异常;(4)心电图结果显示异常。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采用肝功能、肠胃、口腔、穿刺部位等常规护理。

1.2.2 观察组

观察组:舒适化护理。(1)成立舒适化护理小组。(2)护理人员要结合患者的实际病情和认知能力,从心理角度给予患者及其家属护理干预,向其介绍肺癌相关医学知识,使其了解目前临床中对NSCLC化疗患者治疗的主要手段,让其认识到化疗对控制疾病进展、延长生存时间的重大作用,以及良好的依从性对化疗效果的影响,向其详细介绍化疗过程中可能出现的并发症以及预防和处理的有效措施。(3)如果患者存在严重的疼痛感,需要指导患者正确的使用镇痛药物,使其了解镇痛药物使用中的注意事项,做到按时给药。在化疗药物使用过程中和使用后1h,护理人员要对患者病情变化情况密切监测,对可疑并发症采取预见性治疗措施。如果患者存在严重的睡眠障碍导致生活质量大幅度降低,需要给予患者恰当的药物,使其能够得到良好的睡眠质量。(4)护理人员要向患者客观地介绍病情,多给予其关心和鼓励,使其对生存充满渴望。(5)静脉炎的预防:该类并发症的主要诱因是静脉壁受到各种抗生素或机械性损伤的伤害,导致损伤到血管内膜,诱发血栓,全条静脉壁都有不同程度的炎性表现,并对血管四周组织造成不良影响,患者出现渗液、疼痛、肿胀等症状。为了避免患者在化疗期间合并发作为静脉炎,穿刺要轮流选择不同的弹性好、饱满且充盈度好的血管;科学地安排给药顺序。(6)NSCLC化疗患者在治疗期间免疫力大幅度降低,为了保证患者的安全,护理人员要严格按照要求对病房进行消毒,所有护理操作都要严格遵循无菌操作的要求,尽最

大能力预防交叉感染,另外叮嘱患者之间最好不接触。(7)为了改善胃肠道功能,可以在500ml0.9%氯化钠溶液中融入10mg甲氧氯普胺、8mg恩丹西酮、200mg维生素B,静脉滴注。(8)叮嘱患者增加纤维类食物的摄入量,预防避免的出现。要给予保护肾脏的药物如开始化疗前通过静脉滴注的方式输注0.9%氯化钠溶液(500mL)和20%甘露醇(125mL),静脉滴注时间控制在15min左右,或者肌注200mg速尿。护理人员要密切关注患者每日的排尿情况,将患者24h出入量详细记录下来。

1.3 指标观察

对比指标^[3]:(1)SF-36量表每项100分,评分和生活质量成正比。(2)汉密顿抑郁量表每项10分,评分和心理状态成反比。(3)匹兹堡睡眠质量量表每项10分,评分和睡眠质量成反比。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 比较生活质量评分

护理前两组生活质量评分对比($p>0.05$),护理后观察组高于对照组($P<0.05$),见表1:

表1 对比生活质量评分($n=31$, $\bar{x}\pm s$, 分)

指标	时间	观察组	对照组	t值	P值
躯体功能	护理前	53.26±4.23	53.81±4.32	0.506	0.614
	护理后	76.28±5.37	67.59±5.14	6.508	0.000
	护理后	54.18±4.37	54.62±4.43	0.393	0.695
社会功能	护理前	78.64±5.95	69.17±4.67	6.970	0.000
	护理后	53.86±4.62	53.26±4.36	0.452	0.652
	护理后	77.61±5.34	68.47±4.56	7.247	0.000
情绪功能	护理前	54.34±4.48	54.61±4.39	0.239	0.811
	护理后	76.29±5.23	68.32±4.24	6.590	0.000
	护理后	55.27±4.14	55.62±4.27	0.327	0.744
活力	护理前	77.38±5.12	68.64±5.31	6.597	0.000
	护理后	54.94±4.63	54.57±4.47	0.320	0.750
	护理后	78.34±5.14	69.27±4.32	7.521	0.000
生理功能	护理前	55.31±4.82	55.64±4.29	0.284	0.776
	护理后				
	护理后				
心理功能	护理前				
	护理后				
	护理后				
精神状态	护理前				
	护理后				
	护理后				

前	后	前	后	前	后
态	护理	77.34±5.49	68.67±4.82	6.607	0.000
后	护理				

2.2 对比心理状态评分
护理前两组心理状态评分对比 ($p>0.05$), 护理后观察组低于对照组 ($P<0.05$), 见表 2:

表 2 对比心理状态评分 ($n=31, \bar{x} \pm s$, 分)

指标	时间	观察组	对照组	t 值	P 值
抑郁	前	5.23±2.34	5.31±2.36	0.134	0.893
	后				
	护理	1.42±0.37	2.24±0.56	6.802	0.000
精神焦	前	4.18±1.37	4.26±1.43	0.224	0.822
	后				
	护理	1.24±0.95	2.17±0.67	4.454	0.000
睡眠障	前	3.86±1.62	3.72±1.36	0.368	0.713
	后				
	护理	1.61±0.34	2.47±0.56	7.308	0.000
激越	前	3.34±1.48	3.61±1.39	0.740	0.461
	后				
	护理	1.29±0.23	2.32±1.24	4.547	0.000
迟缓	前	5.16±2.64	5.23±2.71	0.103	0.918
	后				
	护理	1.31±0.42	2.53±0.58	9.485	0.000
躯体焦	前	3.31±1.82	3.64±1.29	0.823	0.413
	后				
	护理	1.34±0.49	2.67±0.82	7.752	0.000

2.3 对比睡眠质量评分
护理前两组睡眠质量评分对比 ($p>0.05$), 护理后观察组高于对照组 ($P<0.05$), 见表 3:

表 3 对比睡眠质量评分 ($n=31, \bar{x} \pm s$, 分)

指标	时间	观察组	对照组	t 值	P 值
睡眠质	前	3.84±1.26	3.81±1.23	0.094	0.924
	后				
	护理	0.62±0.21	1.48±0.67	6.819	0.000
入睡时	前	3.61±1.48	3.69±1.51	0.210	0.833
	后				
	护理	0.81±0.37	1.64±0.73	5.646	0.000
睡眠时	前	3.75±1.32	3.64±1.43	0.314	0.754
	后				
	护理	0.75±0.31	1.52±0.64	6.028	0.000
睡眠效	前	3.51±1.63	3.42±1.58	0.220	0.826
	后				
	护理	0.82±0.35	1.58±0.63	5.871	0.000
睡眠紊	前	3.78±1.45	3.61±1.34	0.479	0.633
	后				

护理	0.52±0.23	1.46±0.43	10.732	0.000
后				
催眠药	3.81±1.63	3.86±1.67	0.119	0.905
物	0.68±0.47	1.53±0.87	4.786	0.000
后				
日间功	3.71±1.67	3.63±1.54	0.196	0.845
能	0.71±0.42	1.68±0.64	7.055	0.000
后				

3 讨论

肺癌死亡率进入新世纪后逐渐增高, 已经成为严重危害人们身体健康和生命品质的一种恶性肿瘤^[4]。相关数据表明^[5], 肺癌在未来二十年间死亡率仍会继续增加。较为普遍的肺癌种类是 NSCLC, 这些病人中的 80% 以上确诊的时候已经达到中晚期, 早已没有手术治疗的可能性, 因此该病的五年内生存率很低。美国综合肿瘤网络委员会 (NCCN) 认为, 所有的恶性肿瘤病人在癌症各期均可以发生不同程度的与肿瘤有关的心理疾病^[6]。而与未患有恶性肿瘤的病人比较, 恶性肿瘤病人有更高的概率产生压抑、不安等心理问题, 进而影响病人睡眠品质和生命质量。现阶段临床中针对发展到晚期的 NSCLC 患者主要采用化疗的治疗方式, 该方式对患者与医护人员的配合度要求较高, 但是受到疾病等多种因素的影响, NSCLC 患者遵医嘱依从性普遍较低。而临床实践表明^[7], NSCLC 患者在化疗过程中接受舒适化护理能有效降低不良反应出现的概率, 对提升患者生活品质和舒适度十分有利。护理人员在舒适化护理理念引导下, 从心理、生理、社会等多方面为患者提供全方位的护理干预措施, 不仅能提高患者生理方面的舒适程度, 还能使患者心理感觉舒适, 提高患者和医护人员之间的配合程度, 从而保证化疗的效果, 有效延续患者的生存时间。

本文中护理后各项评分 (生活质量、心理状态、睡眠质量) 优于对照组 ($P<0.05$), 说明舒适化护理的良好效果。舒适化护理用于 NSCLC 化疗患者的主要目的是提升其舒适程度。舒适化护理在日常护理工作中的全面落实, 首先进一步提升护理工作的规范性、标准化程度, 从多维度、多方位给予 NSCLC 化疗患者高质量的护理干预措施, 从身心角度提高患者的舒适度^[8]。合理实施舒适化护理不仅能改善患者临床体验, 还能提高护理人员的护理操作能力。NSCLC 化疗患者接受舒适化护理, 能对睡眠、生活质量有效提升^[9]。舒适化护理的护理理念是人本化, 所有的护理工作都紧紧围绕患者实际需求开展, 从心理角度给予患者护理干预, 使其能积极地参与治疗治疗, 不仅能提高护理工作的效率和质量, 还能提高预后效果, 有效地延长患者的生存时间, 使患者及其家属对护理服务更加满意^[10]。

综上所述, NSCLC 化疗患者接受舒适化护理, 提升生活品质和睡眠质量、改善心理状态效果显著, 获得越来越多患者的认可, 值得推广。

参考文献:

- [1]梅金莲,施雪霏,姚萍丽. 焦点解决护理干预对非小细胞肺癌化疗患者心理痛苦、压力应对的影响研究[J]. 中国现代医生, 2021, 59(36):176-179.
- [2]李岩,袁茹,王利芳,石孝净,余瑞朋. 强化护理干预策略对老年非小细胞肺癌化疗病人 PSQI 评分及生活质量的影响[J]. 疾病监测与控制, 2021, 15(6):484-486.
- [3]饶菊芳,罗梅花. 叙事护理在晚期非小细胞肺癌化疗患者中的应用效果研究[J]. 当代护士(下旬刊), 2021, 28(12):115-117.
- [4]付玉霞,张娟. 慢性疾病轨迹模式护理干预策略在非小细胞肺癌化疗患者中的应用[J]. 内蒙古医学杂志, 2021, 53(10):1280-1281.
- [5]冯友清,林云月,邹端萍. 多学科协作护理管理在 NSCLC 化疗患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(20):93-95.

综合护理对脑卒中康复护理的临床疗效观察

聂婷

菏泽市中医医院 山东菏泽 274035

摘要：目的：综合护理对脑卒中康复护理的临床效果。方法：选取本院于2016年1月至2019年12月期间收治的100例脑卒中患者作为研究对象。根据患者的就诊顺序按照制定的随机表进行患者的组别分配，将这些患者均分为观察组和对照组(各50例患者)。对照组采用常规的基础护理模式，观察组在此基础上加用用神经肌肉促进技术及中医护理康复等综合性的护理措施，对比两组患者出院时的上肢偏瘫功能评分、吞咽功能评分、生活质量评分、语言表达评分及护理满意度评分等。结果：两组患者治疗后的上肢偏瘫功能评分明显低于治疗前，治疗后吞咽功能评分、生活质量评分、语言表达评分均明显高于治疗前，且观察组患者的评分明显低于对照组，吞咽功能评分、生活质量评分、语言表达评分等均明显高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)；观察组患者的护理满意度评分明显高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。结论：综合康复护理能够明显改善患者的上肢功能，改善患者的吞咽功能和语言表达能力，从而明显改善患者的生活质量，且对患者实行综合护理模式能够提升患者对护理人员的护理满意度，值得临床推广使用。

关键词：脑卒中；综合护理；临床疗效

脑卒中，又称中风或脑血管意外，是由不同病因或因素引起的急性局部脑血管循环障碍性(包括痉挛、闭塞或破裂)造成的神经功能缺损综合征的总称^[1]，以发病急、持续(超过24h)、及局灶性神经功能缺损症候为主要临床特征，包括缺血性脑卒中和出血性脑卒中，它也是我国致死率最高的疾病^[2,3]。脑卒中是重要致死及致残原因，具有高发病率、高死亡率、高致残率、高复发率、及多并发症等特点^[4,5]。对于脑卒中患者除了临床的积极治疗，护理团队的科学照顾是影响患者预后的重要因素。

目前卒中中护理工作仍局限于对患者的基础护理及病情监测，卒中后康复护理实践有限，并未充分体现卒中中护理实践专科性，这不仅给护士带来工作困惑，也使其他团队成员忽略护理价值，对护理行业认可度低^[6,7]。在卒中中预防、健康教育、病情监测、日常生活活动能力评估、吞咽障碍护理、语言障碍护理、进行康复治疗、选择相应肌肉训练方法进行肌力康复训练等康复治疗均是对脑卒中患者的临床治疗中护理人员体现专业护理护士的重要方面^[8,9]。基于此，笔者以自身专业为基础制定了针对脑卒中患者的综合护理方案，并应用于临床，取得了良好的效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2016年1月至2019年12月期间收治的100例脑卒中患者作为研究对象。根据患者的就诊顺序按照制定的随机表进行患者的组别分配，将这些患者均分为观察组和对照组(各50例患者)。其中无孕妇和哺乳期妇女。观察组男患者27例，女患者23例，年龄为42-69岁，平均年龄为(57.82±4.38)岁；对照组男患者35例，女患者15例，年龄为41-64岁，平均年龄为(55.52±3.78)岁，两组患者的年龄等一般资料差异物统计学意义($P>0.05$)。

1.2 入选标准 ①临床诊断为脑卒中患者且需要住院治疗的患者；②无其他无法控制的基础疾病，如癌症等器质性病变者，药物无法控制的高血压、糖尿病等；③无家族性精神异常遗传病史；④无传染性疾病等；⑤家属自愿参与本次研究。

1.3 方法

两组患者均采用神经内科常规卒中治疗药物进行治疗，包括控制血压、营养脑神经药物、抗凝治疗等。观察组在此基础上使用功能性电刺激；采用电脑脉冲按摩治疗仪器，在患者的侧面肌肉的起点和止点方向分别放置塑料板，每天一次，每天30分钟，30次为一个疗程；促进神经肌肉技术：以学习和运动为主，结合其他技术，训练内容为：水平翻身、步行以及

站立平衡等，每次治疗时间为30分钟最为合适，一天两次。还可以在训练当中夹杂一些个人能力训练，如使用穿脱衣服、上厕所以及个人卫生等。采用中医护理的穴位按摩和穴位针灸等对患者进行相应的治疗。常规针灸治疗，具体如下：在患者风池、完骨、翳风等穴位施针，以35mm毫针，针尖向下，倾斜45°，进针15mm，得气后留针30min，1日1次。同时给予康复训练，具体如下：①吞咽饮水试验，让患者端坐，将30ml温开水送服，患者可以顺利将水咽下表示其吞咽功能正常。患者在饮水过程中有呛水以及咳嗽症状表示其自身吞咽功能有异常。患者在饮水过程中出现频繁咳嗽，以及憋喘等症状时表示其吞咽功能障碍严重。②给予患者合适的体位进行训练，期间要观察患者是否出现扁桃体发炎及肿胀现象。如果患者吞咽功能障碍是因为扁桃体发炎或者是肿胀造成的，此时可以采用冰敷形式，帮助患者缓解扁桃体肿胀，起到缓解或者是麻木扁桃体功效。③选择合适体位，为患者进行饮食指导，一般情况下，患者坐立，床头抬高30°，以流食为主，缓慢为患者喂养，如果期间患者出现咳嗽以及吞咽困难症状时，需要及时停止喂食训练等。

1.4 观察指标

对比观察两组患者的上肢偏瘫功能评分、吞咽功能评分、语言表达评分、生活质量评分及护理满意度评分等。上肢偏瘫功能评分满分为100分，分数越高表示功能越差；吞咽功能评分、生活质量评分、语言表达评分等满分为100分，分数越高表示越效果越好；护理满意度评分满分10分，分数越高表示对护理的满意度越高。

1.5 统计学方法

采用SPSS 20.0软件进行数据分析，正态计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用p检验，正态计数资料以%表示，采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者上肢偏瘫功能评分、吞咽功能评分、语言表达评分及生活质量评分比较

在护理治疗前，两组患者的上肢偏瘫功能评分、吞咽功能评分、语言表达评分及生活质量评分差异无显著意义($P>0.05$)。护理治疗后两组患者的上肢偏瘫功能评分明显低于治疗前，治疗后吞咽功能评分、生活质量评分、语言表达评分均明显高于治疗前，且观察组患者的评分明显低于对照组，吞咽功能评分、生活质量评分、语言表达评分等均明显高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。详情见表1。

表1 两组患者上肢偏瘫功能评分、吞咽功能评分、语言表达评分及生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	上肢偏瘫功能评分	吞咽功能评分	语言表达评分	生活质量评分
----	----	----------	--------	--------	--------

		护理前	护理后 [*]	护理前	护理后 [*]	护理前	护理后 [*]	护理前	护理后 [*]
对照组	50	84.66±6.28	71.43±7.59	55.73±6.17	79.31±4.53	61.78±9.01	82.78±5.01	51.17±10.74	70.71±9.38
观察组 [#]	50	84.17±7.25	53.32±5.33	55.42±8.35	89.28±5.29	61.35±10.68	96.35±6.38	51.31±9.68	89.46±7.54

注:护理前后比较^{*} $P<0.05$, 护理后两组相比较, [#] $P<0.05$ 。

2.2 两组患者护理满意度比较

观察组患者的护理满意度评分为 9.33±2.24 分, 对照组患者的护理满意度评分为 8.01±3.51 分, 观察组患者的护理满意度评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

我国目前每年新发脑卒中患者约为 250 万人^[10], 75%卒中后患者存在不同程度功能障碍, 加之患病后产生负面情绪、生活质量下降, 使患者重新回归社会发生障碍, 而成为家庭及社会的沉重负担^[11]。在脑卒中的诊断治疗中有两点需要注意: 一是尽早就医, 二是不要忽略‘小卒中’^[12]。首先是争分夺秒, 就近送病人医治, 采取适当的治疗方法, 大大提高了治疗效果; 其次就是对‘小卒中’不够重视, 何为‘小卒中’, 医学上来说短暂性脑缺血发作, 是由于脑组织某一区域因为小血管栓塞或者脑血管发生的痉挛造成暂时的血液循环障碍^[13]。脑卒中是危险的疾病, 但也并非不可控, 不可防, 积极的纠正危险因素, 实施健康的生活方式就可以有效地预防。脑卒中在临床上的症状包括头痛、呕吐、突发的视感障碍; 突发的言语不清以及吞咽呛咳症状等。据相关资料表明, 单纯依靠药物治疗而缺少相应的康复措施才会导致脑卒中瘫痪, 只要关节不持续活动超过 4 天就会造成痉挛。所以在进行药物治疗的同时也要进行相关的综合康复护理措施。通过卒中中护理方案的临床应用, 保障患者得到持续优质护理服务^[14]。针对卒中患者的护理方案的制定依据应参考循证医学理念, 为护士进行基于证据的最佳护理活动提供指导, 从而提高患者康复护理效果, 提升其生活质量^[15]。临床护理人员依照方案进行护理实践工作, 根据患者的不同疾病阶段有侧重地进行综合性护理工作, 既避免不必要的操作, 又保证重要护理内容不被遗漏, 提高患者的康复效果。护士可有目的、有预见性地为患者提供服务, 减少并发症发生的可能, 提高护理服务水平^[16]。

目前, 在脑卒中患者的综合康复训练中, 神经肌肉促进训练是效果最好、最为广泛的方法之一, 也是中枢神经系统损伤导致运动功能障碍的有效办法, 并且还可以调节神经中枢系统, 促进新网络的建成, 从而实现神经功能的重塑^[17]。针灸按摩的护理手段通过毫针和艾灸等方法, 刺激患者的经络和穴位, 改善患者的身体机能, 提升患者的自身功能, 达到治疗疾病, 促进机体恢复的效果, 在临床的治疗中有非常重要的作用^[18]。而针对卒中患者的吞咽功能的恢复治疗, 重在促进患者的吞咽等肌肉的训练功能恢复, 保持患者正常的神经肌肉活动, 保证患者的正常进食, 从而保证了患者的营养摄入, 避免因插管等造成不必要的并发症等, 同时减轻患者的疾病恢复压力, 改善患者的心理紧张情绪等。经过本次试验证明, 虽然常规的临床护理能够在一定程度上提高患者的肢体恢复、改善患者的吞咽功能和语言表达能力, 在一定程度上提升了患者的生活质量, 但对患者进行综合的护理模式, 在提升患者的功能恢复、改善患者的吞咽功能和语言表达能力以及提升患者的生活能力方面更加的明显, 更能有效地促进患者的更快速恢复。

综合康复护理对于脑卒中患者来说是一个漫长的过程, 作为护理人员应该具有足够的耐心和同情心, 根据每一个患者的不同情况从而制定专属于不同患者的护理方案。给予患者最大的康复时间, 增加患者恢复健康的信心, 使得患者能够早日恢复, 重新回到社会, 回归家庭当中。通过对于本院 100 例脑卒中患者的综合康复护理干预, 能够有效地促进患者的肢体、

语言以及思考能力, 对于患者的日常生活以及心理状态有了很大的提升, 对患者的家庭负担以及社会负担也有很大的现实意义。

综上所述, 综合康复护理能够明显改善患者的上肢功能, 改善患者的吞咽功能和语言表达能力, 从而明显改善患者的生活质量, 且对患者实行综合护理模式能够提升患者对护理人员的护理满意度, 值得临床推广使用。

参考文献:

- [1]丛地震, 孙远贞, 王娟, 等. 神经内科脑卒中患者康复护理的临床观察研究[J]. 医药前沿, 2018, 8(030):224-225.
- [2]刘迎雪, 孙江, 邵丽楠. 早期康复护理对急性脑卒中患者吞咽功能障碍与肢体功能恢复的作用研究[J]. 中国实用医药, 2021, 16(36):208-210.
- [3]贾丽霞. 综合护理干预在脑卒中继发癫痫患者中的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2022, 20(12):37-40.
- [4]王悦蒙, 彭文妹. 中医健康教育联合以问题为中心的质量改进护理模式在急性脑卒中患者中的应用效果观察[J]. 武警后勤学院学报(医学版), 2021, 30(12):109-111.
- [5]赵见南. 观察心理护理干预改善老年脑卒中患者睡眠障碍的效果[J]. 世界睡眠医学杂志, 2022, 9(04):651-653.
- [6]黄英华. 专人早期康复护理对脑卒中偏瘫患者肢体功能及下肢静脉血栓的影响[J]. 临床医药实践, 2021, 30(11):869-871.
- [7]赵冰, 吴冰, 杨爽, 张鸿, 崔莉, 孔岩. 专科护士为主导的延续性护理干预在脑卒中溶栓患者中的应用[J]. 沈阳医学院学报, 2021, 23(06):586-590.
- [8]王正玉. 康复综合护理对脑卒中患者临床疗效分析[J]. 中外健康文摘, 2013(36):210-211.
- [9]梁婷. 延伸护理对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能、神经功能的影响[J]. 当代临床医刊, 2022, 35(02):94-95.
- [10]周南香, 冯国琴, 刘美华, 明雨雁, 李浩, 吴玉琴, 于小敏, 钱志慧. 基于思维导图联合量化预测模型对缺血性脑卒中合并吞咽障碍病人的护理实践[J]. 蚌埠医学院学报, 2021, 46(11):1634-1638.
- [11]陈瑶, 隋轶. 缺血性脑卒中患者静脉溶栓后出血转化的危险因素分析及护理干预[J]. 中国医药指南, 2021, 19(31):150-152.
- [12]徐秋丽. 探索脑卒中康复延续护理的方法与效果观察[J]. 中国医药指南, 2021, 19(31):155-156.
- [13]胡秀萍. 护理干预对脑卒中偏瘫患者康复的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2011, 09(19):193-194.
- [14]张丹. 中医特色护理穴位贴敷对脑卒中恢复期患者肢体功能及生活质量的影响[J]. 中国社区医师, 2021, 37(31):159-160.
- [15]张莉, 舒攀, 樊泽, 陈晓, 柴青青. 综合护理预防重症脑卒中大便秘患者失禁性皮炎的研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(31):3508-3512.
- [16]王丽品, 龙雅洁, 曾小娃. 医院—社区联合中医护理干预对脑卒中患者的影响[J]. 当代护士(下旬刊), 2021, 28(11):104-106.
- [17]李桂芳. 全程优化护理在急性脑卒中患者急诊急救中的应用效果[J]. 名医, 2021(20):122-123.
- [18]袁方. 中医综合康复护理对脑卒中恢复期患者日常生活能力和运动功能的影响探析[J]. 名医, 2021(20):144-145.

带状疱疹后神经痛患者的疼痛护理干预措施与效果观察

齐金荣¹ 苗媛² 通讯作者

1.吴起县人民医院 综合科 陕西延安 717600; 2.吴起县妇幼保健院 外科 陕西延安 717600

摘要:目的: 研究分析带状疱疹后神经痛患者的疼痛护理干预措施与效果观察。方法: 选择2020年10月至2021年11月来我院接诊的带状疱疹后神经痛患者70例作为研究对象, 根据所采用护理措施不同将患者其分为两组, 分别为参照组与研究组, 每组各35例, 给予参照组患者实施常规护理措施, 给予研究组患者在常规护理的基础上实施疼痛护理干预, 记录护理前后VAS评分以及PSQI评分评估两组患者疼痛改善情况以及睡眠质量, 记录两组患者护理前后SAS评分以及SDS评分以评估心理状态。结果: 研究组患者护理后VAS评分、PSQI评分相较于护理前改善显著, 并且评分优于参照组患者($P<0.05$); 研究组患者护理后VAS评分、SDS评分相较于护理前改善显著, 并且评分优于参照组患者($P<0.05$)。结论: 带状疱疹后神经痛患者实施疼痛护理干预可有效减轻患者疼痛感受, 改善患者的负面情绪, 保障患者睡眠质量得到提升, 因而患者对于护理工作的满意度更高, 护患关系更为和谐, 值得将其及进行临床推广应用。

关键词: 带状疱疹后神经痛; 常规护理; 疼痛护理干预; 效果观察

带状疱疹是由水痘带状疱疹病毒引发的一种病毒性皮肤病, 患者临床表现通常是在皮肤眼周围神经呈带状排列的水疱以及红斑, 较多发生在身体的一侧边, 通常不超过身体的正中线^[1]。一般带状疱疹治疗后有自限性的, 病程是在三周左右, 老年人群由于身体素质等原因病程时间是在四周左右, 若疼痛在皮损消退以后持续存在便称作带状疱疹后遗神经痛。由于此类疾病疼痛感比较剧烈, 因此给患者带来了极大的痛苦, 严重影响了患者的生活质量, 患者因为病情折磨可能会出现焦虑、抑郁、烦躁、精神不集中等情况, 严重的情况下会影响了患者和家人沟通出现情感障碍和交流障碍^[2]。因此临床上针对带状疱疹后神经痛患者实施有效的护理措施减少患者疼痛感有重要意义, 本文选择2020年10月至2021年11月来我院接诊的带状疱疹后神经痛患者70例作为研究对象, 采用常规护理措施以及干预疼痛护理措施进行研究, 具体报道如下:

一、资料与方法

1.1 基本资料

选择2020年10月至2021年11月来我院接诊的带状疱疹后神经痛患者70例作为研究对象, 根据所采用护理措施不同将患者其分为两组, 分别为参照组与研究组, 每组各35例。其中参照组男性18例, 女性17例, 年龄42岁至76岁, 平均年龄(61.32±4.82)岁。疼痛位置: 腰腹部疼痛19例, 胸背部疼痛11例, 头颈部疼痛5例; 研究组中男性19例, 女性16例; 年龄43岁至76岁, 平均年龄(61.74±4.94)岁, 疼痛位置: 腰腹部疼痛17例, 胸背部疼痛14例, 头颈部疼痛4例。两组患者性别、年龄、疼痛部位基本资料对比 $p>0.05$, 差异不具有统计学意义, 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 参照组

参照组患者实施常规护理干预, 常规护理有入院指导、健康宣教、环境营造、用药指导、术前准备、以及床边护理等基础护理。(1) 皮肤护理干预: 护理人员需叮嘱患者穿全棉的干净宽松衣物, 需及时更换床单被套, 保持病变部位的干燥, 避免病变部位与外界进行摩擦, 最好保持侧卧位, 减少接触的面积, 确保患处清洁, 翻身以及起身时需缓慢进行, 避免疱疹部位摩擦。并且患者要注意保护皮肤, 不要抓挠皮肤, 避免外界的刺激。

(2) 环境护理干预: 保持病房的温度与湿度, 温度控制在23℃左右, 湿度保持在60%左右, 确保周围环境的干燥整洁, 定时给病房开窗通风, 防止空气不流通导致病情加重的情况, 夜间巡房时需保持患者的病房以及走廊处的安静, 让患者能够得到充分的休息(3) 饮食护理干预: 叮嘱患者食用易消化且清淡、富含营养的食物, 如胡萝卜、动物肝脏等。也可以根

据患者的饮食习惯来制定对应的食谱, 提升患者的接受度, 增加患者饮食的多样性, 如气血瘀滞的患者建议可多食用洋白菜与丝瓜汤, 患者则忌辛辣刺激的发物等。(4) 眼部护理干预: 病灶累及到眼部的患者需要注意叮嘱其谨遵医嘱使用滴眼液以及红霉素眼膏等药物。患者在使用前务必要需要用棉签等清洁物清除眼部分泌物, 嘱咐患者不可以用手揉眼睛, 必要时还需要使用生理盐水清洗眼部。

1.2.2 研究组

研究组患者在参照组基础上实施疼痛护理干预:(1) 疼痛程度护理干预: 护理人员需认真倾听患者的疼痛描述, 确定疼痛管理目标, 评估疼痛程度, 在此之前需告知患者疼痛护理的相关场景, 促进患者的倾诉, 再结合患者的实际情况, 制定适合患者的个性化护理方案, 合理的推荐药物种类, 用药前及时告知患者注意事项, 可悬挂温馨提示牌。(2) 心理暗示护理干预: 医护人员需向患者普及其自身疫病的相关知识, 可发放健康教育手册给到患者查看学习, 提前告知用药后可能会产生的不良反应, 使患者提前做好准备, 需观察患者用药后是否有不良反应, 帮助患者消除内心的焦虑与顾虑, 与患者保持沟通和交流了解患者当前的想法, 针对患者的问题进行详细的解答, 鼓励患者家属一起参与其中, 进行科学放松的训练, 温柔的引导患者进行深呼吸, 吸一口气保持10s缓慢吐出时握紧拳头, 想象疼痛点后开始放松暗示疼痛消灭, 每次做15个循环, 每日1组。加强心理暗示的强度, 帮助提升患者的依从性, 结合饮食干预督促患者多食用富含蛋白质以及膳食纤维的食物, 微调之前定制的疼痛护理方案。(3) 疼痛按摩护理干预: 在疼痛处进行按摩, 一天2次每次20分钟, 按压深度大约2cm, 由轻到重; 进行腹部按摩, 分别从下腹→升结肠→横结肠→降结肠→乙状结肠进行环状按摩, 并由剑突处往下继续按摩, 1天15次, 1次15分钟。(4) 药物护理干预: 通过疼痛等级评分进行不同的干预措施, 评分≤6分, 相关护理人员可以一天三次给到患者局部热敷的方式, 帮助缓解疼痛, 一次敷15分钟; 评分>7的患者可以适当的提供合适的阵痛药物帮助患者改善疼痛带来的痛苦, 服药时需告知患者的药物作用、使用方法以及注意事项等, 在患者有轻微疼痛时提醒患者不要服用止痛药, 避免产生药物依赖。相关护理人员需要告知患者疾病的相关知识, 在患者有疑问时需耐心温柔的给予解答, 时刻与患者保持沟通, 了解患者的内心所想, 帮助患者排除压力与焦虑的不良情绪, 用药前告知患者用药可能会带来的不良反应, 减轻患者的顾虑, 促使患者保持轻松的心态来面对后续的护理与治疗, 在与患者接触时需保持动作轻柔, 避免刺激皮损处的皮肤。(5) 术后的护理干预: 护理人员需观察患者的服药效果, 及时发现并发症的产

生,如有异常情况需立即告知主治医师;在患者出院时需进行相关指导并留取患者的联系方式,定期为患者进行电话随访,充分了解患者病情恢复情况,叮嘱患者按照医嘱用药、复查等。

1.3 观察指标

(1) 分析评估两组患者护理前后疼痛感受,采用视觉模拟评分法(VAS)进行判定:2分以下代表无痛,2-4分代表轻度疼痛,5-7分代表中度疼痛,8-9分代表重度疼痛,10分为剧痛。(2) 分析评估两组患者护理前后睡眠质量采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)进行判定:总分范围在0至21分,分数越高,则表示睡眠质量越差,反之则越好。(3) 观察评估两组患者护理前后心理状态,采用抑郁自评量表(SDS)与焦虑自评量表(SAS)进行判定:SAS标准分界值为50分,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,69分以上为重度焦虑;SDS标准分界值为53分,53~62分为轻度抑郁,63~72分为中度抑郁,72分以上为重度抑郁。

1.4 统计学方法

本次研究采用统计学方式以SPSS22.0软件对数据进行统计分析,计量资料采用t检验,以($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料采用 χ^2 检验,以(%)表示。以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

二、结果

2.1 两组患者护理前后VAS评分以及PSQI评分

两组患者护理前VAS评分、PSQI评分无显著差别($P > 0.05$),研究组患者护理后VAS评分、PSQI评分相较于护理前改善显著,并且评分优于参照组患者($P < 0.05$),差异均具备统计学意义,详见表1。

表1 两组患者治疗前后VAS评分以及PSQI评分($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS 评分		PSQI 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
参照组	35	6.73±1.03	3.04±0.47	8.09±1.25	3.65±0.59
研究组	35	6.84±0.87	2.26±0.32	8.18±1.44	2.18±0.45
t 值	-	0.483	8.116	0.279	11.720
p 值	-	0.631	0.000	0.781	0.000

2.2 两组患者护理前后心理状态改善情况

护理前两组患者SAS评分、SDS评分无显著差别($P > 0.05$),研究组患者护理后VAS评分、SDS评分相较于护理前改善显著,并且评分优于参照组患者($P < 0.05$),差异均具备统计学意义,详见表1。

表2 两组患者护理前后心理状态改善情况($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
参照组	35	50.28±3.98	30.39±3.34	51.04±4.28	33.25±3.63
研究组	35	50.12±4.27	25.43±2.78	50.93±4.04	28.09±3.26
t 值	-	0.162	6.753	0.111	6.257
p 值	-	0.872	0.000	0.912	0.000

三、讨论

带状疱疹后神经痛是指带状疱疹痊愈后遗留的疼痛,是一种神经性疼痛综合征,暂无有效的治愈方式,临床上目前主要以缓解和预防疼痛为主。带状疱疹后神经痛主要是指带状疱疹经疱疹结痂脱落、皮损愈合后仍遗留或重新出现剧烈的持续或发作性疼痛,会让患者感到不适、情绪消极甚至失眠等,会给患者的身心带来极大的痛苦[3]。

疼痛护理干预是在常规的基础护理上增加了人文疼痛护理干预,减轻了患者的疼痛感受,提升了患者的疼痛阈值,帮助患者改善心理状态,提高生活质量。本次研究表明,疼痛护理干预后VAS评分明显降低,患者焦虑、

抑郁的评分也都有所降低,疼痛专项护理干预能够减轻带状疱疹后神经痛的疼痛感受,有利于患者的心态调整,缓解其焦虑不安、消极抑郁的情绪。疼痛专科护理还能够促进医护与患者之间的交流,帮助患者对其自身病痛有合理的认知,把被动的接受疼痛转化为主动的缓解疼痛,保障护理干预有效的执行,有效的改善疼痛情况[4]。通过患者疼痛程度进行评分,并结合患者的实际情况定制护理目标,满足患者的身心需求,增加其参与的主动性,积极的面对疼痛,促进目标的合理性,使患者获得良好的心理预期,提升护理满意度,增加依从性。通过疼痛评分给予适当的药物指导,保证用药的安全性、合理性,避免药物滥用,减少药物的不良反应起到有效的镇痛作用[5]。同时疼痛专科护理还需要通过健康教育以及心理疏导来帮助患者缓解负面情绪,帮助其自身对疾病以及疼痛水平有一定程度的认知与了解,建立患者的信心,规避不良情绪带来的隐性风险。音乐干预的疗法比较便捷,可以通过规律舒缓的音乐声促使患者的毛细血管扩张,改善神经循环,促进受损的神经修复;也可以结合阅读书籍,营造良好的氛围,转移对疼痛的注意力,改善患者的负面情绪[6];在配合一定的放松训练,促使患者全身心的得到放松,减轻应激反应带来的损伤,从而达到缓解疼痛的目的,还能够有效的改善患者失眠的情况,提升患者的睡眠质量及生活质量。

本次研究为分析带状疱疹后神经痛患者实施疼痛护理干预措施的效果观察,记录了两组患者护理前后采用抑郁自评量表(SDS)与焦虑自评量表(SAS)评估的心理状态进行对比,由数据得到两组患者护理前SDS与SAS评分偏高,心理状态偏负性,两组数据并无明显差别($P > 0.05$),护理后研究组患者SDS与SAS评分改善明显,并相较于实施常规护理的参照组评分更低($P < 0.05$),说明在常规护理基础上实施疼痛护理干预可有效改善患者心理状态,促进患者保持积极良好的心态面对疾病;通过对比两组患者护理前后疼痛感受和睡眠质量情况,由数据表示两组患者护理前VAS评分、PSQI评分并无显著差别($P > 0.05$),护理后研究组患者疼痛VAS评分明显降低,并相较于参照组患者评分更低($P < 0.05$),说明实施疼痛护理措施不仅有效改善患者疼痛感受,也促进了患者睡眠质量的提高;同时为患者开展疼痛护理干预,能够更好地保障患者机体状态恢复,在此基础上,患者的心理状态也得到了较为显著的改善,说明干预疼痛护理措施通过降低患者疼痛感受、促进睡眠、改善患者心理状态这些方面间接提高了患者对护理的满意度,有效地促进护患关系的进步,具有良好的应用效果。

综上所述,疼痛专科护理能够有效的缓解患者的疼痛程度,减轻带状疱疹后神经痛患者疼痛感受,提升患者的依从性,增加患者的主动性,避免因疼痛带来的不良情绪以及消极态度,很大程度上改善了患者的生活质量,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]张敏霞,晋姣.疼痛护理干预对带状疱疹后遗神经痛患者视觉模拟评分及睡眠质量的影响[J].山西医药杂志,2020,49(2):2.
- [2]曹丽.疼痛护理干预对带状疱疹后遗神经痛患者视觉模拟评分及睡眠质量的影响[J].中国药物与临床,2020,20(2):2.
- [3]郝俊.观察疼痛护理干预对带状疱疹后神经痛患者的临床应用效果[J].中国保健营养,2019,29(10):213.
- [4]戴慧娟,郑海玲,陈娇.疼痛护理在带状疱疹后神经痛中的应用的效果观察[J].当代临床医刊,2021.
- [5]杨姚君,陈燕连,苏柏梅,等.疼痛护理干预在带状疱疹后遗神经痛患者中的应用观察[J].中国保健营养2020年30卷29期,238页,2020.
- [6]冯智华,陈琳.疼痛护理干预在带状疱疹后遗神经痛患者中的应用观察[J].基层医学论坛,2019,23(33):2.

2019–2020 年间菏泽市妇科疾病预防和护理措施调查分析

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 探究菏泽市妇科疾病预防以及护理措施。方法 选择本院接收的 82 例妇科疾病患者为研究样本,其研究时间均在 2019 年 3 月至 2020 年 3 月之间。采取随机数字排列法将其分成实验组(41 例)以及常规组(41 例),予以常规组患者基础护理措施,予以实验组患者基础护理以及预防保健干预。对比两组患者干预总有效率;临床表现消失时间;生活质量量表(SF-36)得分;总满意度。结果 实验组与常规组患者总有效率依次是 95.12%、78.05% ($P<0.05$)。实验组患者临床表现消失时间短于常规组 ($P<0.05$)。实验组患者精神健康、生理职能、躯体疼痛以及一般健康状况得分均高于常规组 ($P<0.05$)。实验组与常规组患者总满意度依次是 95.12%、75.61% ($P<0.05$)。结论 菏泽市妇科疾病患者,在采取护理以及预防保健措施干预后,缩短临床表现消失时间,提升生活质量水平,获得满意效果。

关键词: 护理; 预防; 妇科疾病; 生活质量; 满意度

妇科疾病属于女性生殖系统疾病的一种类型,主要是指输卵管、子宫、外阴以及阴道等器官发生障碍,进而出现的各种临床症状。伴随临床对妇科疾病研究的不断深入,发现妇科疾病多是由于患者不良饮食以及卫生习惯和缺乏疾病预防保健知识等因素影响,使得妇科疾病发病率逐渐升高^[1]。另外,对于中年患者而言,随着年龄的增长,其自身免疫功能有明显下降,器官功能也逐渐退化,极易增加其患妇科疾病的风险^[2]。因此,需对患者开展有效护理以及预防保健。但目前临床对于采取何种护理以及预防保健措施尚无统一结论,一定程度上限制妇科疾病干预效果的提升。为此,本次研究对实验组患者实施护理以及预防保健干预,取得良好干预效果,现对研究有关内容作出以下阐述:

1 资料以及方法

1.1 一般资料

选择本院接收的 82 例妇科疾病患者为研究样本,其研究时间均在 2019 年 3 月至 2020 年 3 月之间,采取随机数字排列法将其分成常规组(41 例)与实验组(41 例)。常规组与实验组患者中,年龄平均值依次是 50.26±3.88 岁、50.32±3.91 岁;疾病类型例数依次是尿失禁 3:2、妇科肿瘤 5:6、妇科炎症 33:33;文化程度例数依次是本科以上 3:4、大专和本科 5:6、中专和高中 15:14、初中及以下 18:17。在统计学软件内分别录入每组一般数据,结果显示 $P>0.05$,代表存在分组研究价值。纳入标准:(1)全部患者在实施临床检查后均被确诊为相应妇科疾病^[3];(2)患者及其家属存在知情权,在全面了解研究内容后表示自愿签署相关文书。排除标准:(1)有严重心脑血管疾病者^[4];(2)患者存在严重精神障碍,无法正常开展言语沟通者;(3)依从性差,不愿意参加研究者。本次研究经医院伦理委员会审核通过。

1.2 研究方法

予以常规组患者基础护理干预,措施有:(1)当患者入院后需热情接待,并为其介绍科室环境以及相关规章制度,引导同病室病友之间相互了解。(2)每天为患者进行两次生命体征指标检测,并进行准确记录。若发现异常情况需及时通知医师进行相应处理。(3)定期巡视病房,及时发现患者病情改变以及是否存在治疗不良反应等,若发现阴道有异常出血或是下腹部出现剧烈疼痛时,需立即通知医师处理。(4)维持床单元整洁,做好晨晚间护理,指导患者做好个人卫生等。予以实验组患者基础护理以及预防保健干预,预防保健内容有:(1)健康宣教,护理人员可通过举办座谈会、播放视频以及分发宣传单页等形式开展健康宣教,主要向患者介绍妇科疾病发病及时、临床表现、治疗方法、护理措施以及预期效果等。提

升患者对疾病的了解程度,积极主动地配合医护人员开展相应干预措施。

(2)饮食干预,指导患者在日常饮食中需增加蛋白质以及维生素含量丰富食物摄入量,避免食用辛辣刺激性食物,忌油腻、生冷食物。另外,嘱患者严格控制胆固醇以及食盐摄入量,每天食盐摄入量不可超过 6g,胆固醇摄入量不可超过 400mg。(3)卫生指导,护理人员需告知患者重视个人卫生,指导其在每晚入睡睡前使用温水清洁外阴部位,内衣需选择棉质布料,在生理期需经常更换卫生巾,培养良好的卫生习惯,避免因感染而导致其他妇科疾病发生。另外,还需告知患者,若自觉腹部出现异样感或是不适表现,需要即刻前往医院开展检查或是复查,避免延误治疗时间而加重病情。(4)运动干预,护理人员可指导患者在保障充足睡眠的基础上开展体育锻炼,运动方式可选择慢跑、散步、打太极拳、跳广场舞等。但是需控制好每天运动总量以及运动时间,以自身能够耐受为宜,注意劳逸结合,避免过度劳累加重病情。(5)强化沟通,护理人员需积极同患者交流,鼓励其讲述自身担忧的问题,观察其是否存在焦虑、抑郁等不良情绪,通过积极沟通了解导致其不良情绪产生的原因,并针对其原因实施相应心理干预,改善其不良情绪。引导患者培养生活乐趣,可积极参加社会活动,增强自我满足感以及认同感,以积极乐观的心态面对疾病。

1.3 观察项目

(1)比较两组干预总有效率,干预后患者临床表现全部消失,同时实验室以及妇科检查提示各项指标均恢复正常属于效果优异;干预后患者临床表现有明显改善,实验室以及妇科检查提示各项指标均有显著好转属于效果尚可;干预后患者临床表现无改变,实验室以及妇科检查提示各项指标无变化属于效果差^[5]。本文将尚可以及优异总结为总有效。(2)比较两组患者临床表现消失时间。(3)分别在干预前后使用生活质量量表(SF-36)^[6]对每组患者生活质量开展评估,主要从精神健康、生理职能、躯体疼痛以及一般健康状况方面进行。最终得分越低则代表患者生活质量越差。比较每组患者干预前后 SF-36 得分。(4)采用本院自制的满意度调查问卷对每组患者满意度实施评估,该调查问卷满分一百分,最终得分在八十五分至一百分之间属于满意度高;最终得分在七十分至八十四分之间属于满意中等;最终得分小于七十分则代表满意度低。本次研究将满意度高以及满意度中等归属于总满意度。比较每组患者满意度情况。

1.4 数据处理

在本次研究中,数据均使用 SPSS22.0 软件开展计算,其中计量资料采用($\bar{x} \pm s$)的形式表达,实施 t 检测;计数资料采用百分比的形式表达,实施 χ^2 检测,当检测结果显示 $P<0.05$ 时,表明数据存在研究价值。

2 研究结果

2.1 比较每组干预总有效率

常规组病患总有效率低于实验组 ($P<0.05$)。见下表 1:

表 1 每组干预总有效率对比 (%)					
分组	例数	优异	尚可	差	总有效率
常规组	41	14(34.15)	18(43.90)	9 (21.95)	32(78.05)
实验组	41	26(63.41)	13(31.71)	2 (4.88)	39(95.12)
χ^2					5.145
P					0.023

2.2 比较两组病患临床表现消失时间

表 3 干预前后每组病患生活质量得分对比 (分)

分组	例数	精神健康		生理职能		躯体疼痛		一般健康状况	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
常规组	41	61.29 ± 4.79	75.68 ± 5.22*	62.30 ± 4.63	73.69 ± 4.92*	61.89 ± 4.85	76.82 ± 5.09*	62.61 ± 4.90	78.21 ± 5.36*
实验组	41	61.35 ± 4.72	80.63 ± 6.08*	62.38 ± 4.72	80.66 ± 5.27*	61.93 ± 4.90	83.62 ± 5.31*	62.70 ± 4.98	88.96 ± 5.67*
t		0.057	3.955	0.077	6.190	0.037	5.920	0.082	8.822
P		0.955	0.001	0.938	0.001	0.970	0.001	0.934	0.001

注: * $P<0.05$ (表示同组干预前后比较)。

2.4 比较每组病患总满意度

常规组病患总满意度低于实验组 ($P<0.05$)。见下表 4:

表 4 每组病患总满意度对比 (%)					
分组	例数	满意度高	满意度中	满意度低	总满意度
常规组	41	12(29.27)	19(46.34)	10(24.39)	31(75.61)
实验组	41	24(58.54)	15(36.58)	2 (4.88)	39(95.12)
χ^2					6.248
P					0.012

3 讨论

妇科疾病是女性常见病以及多发病,但是因多数人对妇科疾病缺乏应有的认识,缺乏对自身的保健,同时受到不良生活习惯等因素影响,导致女性生理健康逐渐下降,最终出现妇科疾病,给正常工作以及生活均造成不利影响。女性生殖器官中,子宫宫腔极易受到痛感神经薄弱影响,而导致炎症反应以及病变,若未能及时采取有效措施干预,会导致病情进一步加重,甚至会发生恶性肿瘤,对女性身心健康均产生不利影响^[7]。因此,临床将探寻何种有效的妇科疾病护理以及预防保健措施作为研究重点。

对于妇科疾病病患,应在疾病确诊后及时采取有效干预措施,同时对其进行预防保健指导,提升其对疾病的了解程度,促进疾病恢复。在陈荣等^[8]人的研究中,其对女性实施综合性健康教育,干预后病患有效率有显著提升,并且在保健知识掌握程度方面也有显著增强,因此其认为对女性实施健康保健指导,可提升女性保健知识掌握水平。本次研究中,在总有效率方面,实验组高于常规组 ($P<0.05$)。在临床表现消失时间方面,实验组短于常规组 ($P<0.05$)。分析结果可知,在对妇科疾病病患实施基础护理的同时,开展预防保健干预,从健康宣教、饮食干预、卫生指导、运动干预以及强化沟通方面对病患进行干预,可提升病患对妇科疾病知识的掌握程度,养成良好的饮食习惯以及卫生习惯,另外还可提升其对自我疾病的关注度,增强自我管理能力和^[9]。通过运动干预可促进机体血液循环,增强免疫功能;加强沟通可缓解其不良情绪,使病患树立积极向上的态度,提升依从性,促进疾病恢复。本次研究中,在生活质量得分方面,实验组

常规组病患临床表现消失时间长于实验组 ($P<0.05$)。见下表 2:

表 2 两组病患临床表现消失时间对比 (天)

分组	例数	临床表现消失时间
常规组	41	25.69 ± 5.11
实验组	41	18.22 ± 3.36
t		7.821
P		0.001

2.3 比较干预前后每组病患生活质量得分

干预后常规组病患在精神健康、生理职能、躯体疼痛以及一般健康状况方面得分均低于实验组 ($P<0.05$)。见下表 3:

高于常规组 ($P<0.05$)。在满意度方面,实验组高于常规组 ($P<0.05$)。分析结果可知,通过对病患进行护理和预防保健干预,能够促使其从主观上了解疾病发病情况和治疗情况,纠正自身错误不良习惯,对自身健康进行有效干预,因此生活质量水平也得到显著提升,满意度较高^[10]。

综上,菏泽市妇科疾病病患开展护理以及预防保健干预,有利于疾病恢复,提升干预效果以及生活质量,增强病患满意度。

参考文献:

- [1]黄金园,邓雨峰,何丹,等.女性青少年门诊就诊疾病特征分析——以重庆市妇幼保健院为例[J].西南大学学报(自然科学版),2018,40(11):30-34.
- [2]袁晓雁,程芳,李小娟.不同预防措施对妇科盆腔术后下肢深静脉血栓形成中高危患者预防的效果[J].血栓与止血学,2020,26(5):895-896.
- [3]沈秀华,乔东鸽,许笑蕊.配偶参与式健康教育对已婚女性生殖道感染预防行为的效果评价[J].中国健康教育,2020,36(2):178-181.
- [4]崔丽芳.中年女性常见妇科疾病及其保健方法分析[J].中国药物与临床,2019,19(23):4136-4137.
- [5]姚玲.社区妇女围绝经期保健现状及需求情况分析[J].中国妇幼保健,2019,34(20):4718-4722.
- [6]孙风格,油瑞芹,赵芬.心理护理联合实证护理干预在妇科肿瘤合并糖尿病患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(16):69-71.
- [7]王琦,管岚,邹宏兵.以 Heider 平衡理论和移动医疗为基础的健康教育在妇科肿瘤患者术后延续护理的应用[J].中华现代护理杂志,2020,26(12):1653-1657.
- [8]陈荣,杨志敏,刘黎敏.综合性健康教育对提高妇女保健知识水平和降低妇科疾病发病率的效果分析[J].中国妇幼保健,2017,32(21):5224-5226.
- [9]姚颖杰,秦茂华,蔡金凤,等.育龄期妇女妇科疾病患病检出情况及影响因素分析——以昆明地区为例[J].卫生软科学,2020,34(7):84-86,91.
- [10]劳莉莉.育龄期妇女生殖系统保健知识认知度及其影响因素调查[J].中国妇幼保健,2017,32(11):2447-2449.

产前优质护理对高危妊娠孕妇心理状态及睡眠质量的影响

时亚

南京市江宁中医院 江苏南京 211100

摘要:目的:研究分析产前优质护理对高危妊娠孕妇心理状态及睡眠质量的影响,以为高危妊娠孕妇的护理提供一定意义的参考。方法:随机选择84例我院收治的高危妊娠孕妇,治疗时间在2019年2月至2020年2月之间,随机均分为42例采用产前常规护理的对照组和42例给予产前优质护理干预的实验组,经不同护理干预方式干预后,对比两组产妇的心理状态和睡眠质量。结果:根据数据统计,产妇SAS和SDS评分在干预前均无差异,在干预后实验组产妇改善情况明显优于对照组,对比显著, $P<0.05$,对照组产妇的睡眠质量较实验组差。结论:对高危妊娠孕妇产前应用优质护理干预能有效缓解不良情绪,改善产妇的睡眠质量,有利于产妇的生产,值得使用并推广。

关键词: 产前优质护理; 高危妊娠孕妇; 心理状态; 睡眠质量

高危妊娠并不是一种症状,它是产科医生用来评估这个孕妇所具有高危妊娠的因素,来决定重视程度以及针对其高危因素采取相应的治疗措施^[1-2]。如年龄大于35岁以上属于高危,孕妇孕期有合并症,如妊娠期糖尿病,妊娠期高血压,前置胎盘、胎盘早剥、羊水过少,胎膜早破等都属于高危因素^[3-4]。具有高危因素的孕妇,孕期要加强产检,针对其高危因素采取相应的检查及治疗。有高危因素的孕妇,可以适当的提前终止妊娠,如妊娠期糖尿病,可于孕40周终止妊娠。部分高危妊娠会出现过于焦虑、抑郁的不良情绪,不良的情绪不但会影响孕妇的睡眠质量,对于孕妇后期的生产和新生儿的健康也是极其不利的^[5-6]。因此,为孕妇提供相应的产前护理十分必要。产前护理和健康知识教育有助于孕妇顺利分娩和怀孕,并减少围产期死亡率。为孕妇提供全面的社会、心理和身体健康服务需求,改善妊娠结果,提高护理满意度。加强产前医疗指导和护理工作,有效降低新生儿假死和剖宫产的发生率,促进顺利分娩。实施高质量的管理和护理服务,聚焦患者,确保孕妇和婴儿的安全,改变人们的不健康行为,有效地促进、维持和改善人类健康,为孕妇提供切实的、令人满意的低消费。高效、优质的护理服务,提高了孕妇的满意度和护理质量,为顺利分娩奠定了良好的基础,提高了孕妇对分娩的信心。相关临床研究表明,在高危妊娠的围产期,孕妇和婴儿都有较高的患病率和死亡率^[7-8]。本文主要通过研究探讨产前优质护理对高危妊娠孕妇心理状态及睡眠质量的影响,现汇报如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

随机选择84例我院收治的高危妊娠孕妇,治疗时间在2019年2月至2020年2月之间,随机均分为42例采用产前常规护理的对照组和42例给予产前优质护理干预的实验组,对照组产妇年龄在27岁到40岁之间(平均年龄为 31.3 ± 2.4 岁);实验组产妇年龄在27岁到40岁之间(平均年龄为 31.1 ± 2.6 岁)。两组产妇病情资料等常规资料上无可比性,所有孕妇及其家属均被告知实验相关的情况,并征得孕妇及其家属的同意与签字,通过了伦理委员会审批。

1.2 方法

42例对照组采用产前常规护理,主要包括孕妇病情的监控,日常的基础护理及常规健康教育。42例实验组给予产前优质护理干预,主要方式如下:(一)为了在护理过程中有效的缓解孕妇的负面情绪,因此在常规护理中需要注重对孕妇进行心理安慰,并充分了解孕妇的兴趣爱好以及身体情况,关注孕妇的待产环境,保证环境的舒适性,帮助孕产妇缓解焦虑的心理^[9]。(二)在日常护理中帮助孕妇了解产后的相关注意事项,有效将产妇对于生产的焦虑转移到对产后新生儿的喂养方面去,缓解产妇的产前

焦虑症状。(三)护理人员在护理过程中需要保护孕妇的隐私,并获得孕妇的信任,日常多与产妇进行沟通,对产妇提出的需要解决的问题进行帮助其解决^[10]。(四)提高孕妇对自身状况的了解和意识。护理人员积极与高危孕妇沟通,建立医生和护士之间的信赖关系。根据孕妇的情况,疏导心理状态,提供相应的心理支持,耐心倾听孕妇的问题。及时采取相应的措施,进行相应的安抚和咨询,帮助孕妇消除疑虑,树立信心,更积极地面对生产。(五)家庭环境支持。孕妇家属给予孕妇更多的耐心与支持,照顾到孕妇在生产过程中的情绪波动,给予更积极的支持。(六)健康教育:根据高危孕妇的个人情况,医院制定相应的高危妊娠信息指南,引导孕妇了解妊娠知识、产后情绪调节、母乳喂养、新生儿相关信息。使婴儿能有良好的医疗环境,以及产褥期的健康。医护人员应该耐心地向高危孕妇解释有关疾病的知识,告诉她们疾病的致病因素、治疗方法和预防措施,全面了解和掌握高危妊娠疾病。积极乐观。面对随访治疗和康复工作的精神。从各个方面学习专业的护理信息,改变孕妇对未知的恐惧,改善她们的负面情绪。(七)饮食护理:为孕妇提供合理的饮食搭配,告知孕妇在饮食过程中需要听从医生的建议,以促进胎儿的良好发育和自身状况。(八)外阴部护理。高危孕妇的产前护理过程需要帮助孕妇清洁外阴部,保持外阴部的清洁和干燥。同时,告诉孕妇内衣要选择宽松、舒适的纯棉材质,并经常更换。必要时也可以选择会阴垫以避免逆行性感染。(九)运动指导和护理。医护人员根据孕妇的情况和身体特征,设计了针对孕妇的产前运动,告诉孕妇产前运动不仅能保证良好的睡眠和休息,还能有效减少高危妊娠因素的发生可以通知。(十)产前检查:记录孕妇的体重和血压,鼓励孕妇定期做产科检查,了解孕妇的病历。检查胎儿的羊水、位置、心率等。其次,根据孕妇分娩前的高风险评分和该评分结果。制定相应的干预计划,并记录胎儿的一举一动。如果有必要,胎儿的心率监测和氧气治疗会被教导让孕妇自己数胎儿的运动。如果胎儿活动过多或过少,需要及时向医生报告。

1.3 观察指标

产妇的负性情绪用SAS和SDS量表进行评估,分数越高表明负性情绪越严重,睡眠质量以产妇的表诉为准进行评估,按照质量越高分数越高的原则对产妇的睡眠质量进行打分,满分100分,分越高表明睡眠质量越高。

1.4 统计学处理

采用SPSS20.00软件处理本相关数据,将0.05作为检验数据对比是否有统计学差异的临界值,若是检验值低于0.05表示差异显著,数据对比具有统计学意义。

2 结果

对照组和实验组产妇 SAS 和 SDS 评分具体见下表 1 所示。

表 1 两组产妇 SAS 和 SDS 评分 ($\bar{X} \pm S$, 分)

组别	SAS	SDS
对照组	41.14±2.25	42.02±2.01
实验组	22.54±3.54	21.47±3.01

如表 1 所示, 实验组产妇的 SAS 和 SDS 评分明显比对照组的低, 表明实验组产妇的焦虑和抑郁等负性情绪均较对照组的轻, 两组相比差异明显, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。

两组产妇的睡眠质量评估结果为: 对照组产妇的睡眠质量平均得分为 (61.58 ± 7.21) 分, 实验组的产妇的睡眠质量平均得分为 (83.14 ± 3.87) 分, 两组比较差异明显, 实验组产妇的睡眠质量明显高于对照组产妇的睡眠质量, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。

3 讨论

近年来, 随着人们生活习惯和饮食习惯的改变, 高危孕妇的数量不断增加, 占妊娠总数的 16%^[1]。这主要是指妊娠期间的某些并发症或致病性因素, 它们往往伴随慢性和急性并发症, 危及母亲和婴儿的安全。为了保护母亲和婴儿的安全, 必须加强对妊娠的系统管理, 做到早预防、早发现、早治疗, 避免严重后果。高危妊娠的发生对母亲和胎儿都有很大的危害, 增加了生产的风险, 对母亲和婴儿的安全都非常不利。高危妊娠的孕妇是一个特殊的群体, 她们的生理机能有很大的变化。在得知高风险怀孕后, 由于孕妇对疾病的了解不足, 导致紧张、焦虑和刺激性影响怀孕女性的妊娠结果。对高危孕妇进行有效的护理干预, 以最大限度地确保母亲和婴儿的安全, 在改善孕妇心理和减少母婴死亡率方面具有重要作用。过去, 临床护理主要采用日常护理干预, 但这种护理模式更加注重对患者生理机能的干预, 包括详细的疾病知识教育、心理咨询等其他影响疾病改善的干预, 然而整体临床护理效果没有达到非常满意的护理效果。优质护理弥补了常规护理的不足, 充分考虑患者的心理因素, 通过对产妇的情况进行分析, 成立优质小组、增加心理疏导、体育锻炼方面的干预, 以缓解孕妇的不良心理, 保证整体服务质量。

优质护理是一种全新的护理模式, 它以现代护理为导向, 以护理程序为框架, 为每位患者提供适合不同身体、心理、文化和社会需求的解决方案。优质护理可以更好地弥补传统护理的缺点, 如护理形式单一、心理干预过早、不能满足孕妇的护理需求等。高危妊娠产妇出现负面情绪的情况十分常见, 根据相关的数据显示, 80% 的高危妊娠产妇产前会出现情绪问题, 主要表现为: 烦躁, 易怒, 爱哭, 情绪低落或者是失眠, 并且高危妊娠产妇生产后一个月内出现抑郁障碍的几率是非高危妊娠产妇的 3 倍, 往日开朗的女性也有可能变得多愁善感、郁郁寡欢, 因此, 及时调整产前的情绪显得十分重要。若是不能及时将产妇的负性情绪解除, 任由其发展, 当发生产后抑郁时将严重影响产妇的身心健康, 间接影响新生儿的成长。研究表明, 产前护理和健康知识教育有助于孕妇顺利分娩和怀孕, 并减少围产期死亡率。为孕妇提供全面的社会、心理和身体健康服务需求, 改善妊娠结果, 提高护理满意度。加强产前医疗指导和护理工作, 有效降低新生儿假死和剖宫产的发生率, 促进顺利分娩。提高孕妇的生育信心, 减少疾病和生育对孕妇的影响, 消除孕妇的负面心理, 提高孕妇的生育知识。本研究通过产前健康教育、心理护理、放松运动干预、饮食治疗、产前检查和其他护理指导。实施高质量的管理和护理服务, 聚焦患者, 确保孕妇和婴儿的安全, 改变人们的不健康行为, 有效地促进、维持和改善人类健康, 为孕妇提供切实的、令人满意的低消费。高效、优质的护理服务, 提高了孕妇的满意度和护理质量, 为顺利分娩奠定了良好的基础, 提高了

孕妇对分娩的信心。相关研究表明, 在高危妊娠的围产期, 孕妇和婴儿都有较高的患病率和死亡率。在护理上, 有必要细心注意。①首先, 医院要做好相应的产前检查和诊断工作, 加强对孕妇的监测。高风险的妊娠会对胎儿和孕妇造成巨大的伤害, 因此有必要在第一时间对母体系统进行监测, 将其控制在最小限度。对胎儿和孕妇的危害。变化。同时, 建立高危孕妇监测记录, 观察孕妇的血压、脉搏、心率、活动耐受性、胎儿缺氧等临床症状和体征, 及时检测、诊断和处理有害物质。观察颜色、量和胎心率有必要对母体和婴儿进行监测和治疗以及怀孕。②其次, 进行必要的产前治疗。氧疗可以中断, 尤其是胎盘功能低下的孕妇。有早产迹象的孕妇会在医生的指导下对患者进行硫酸镁治疗, 以防止子宫收缩和早产。同时, 检查胎儿的成熟度和在胎周数, 选择适合患者身体需求的引产方法, 及时终止妊娠。对于一些需要终止妊娠但胎儿肺部发育不成熟的孕妇, 可以在妊娠结束前使用糖皮质激素疗法, 促进胎儿肺部发育成熟, 预防新生儿呼吸困难综合征。此外, 高危孕妇不仅要进行产前检查, 还要注意以下几点。注意保证充足的休息。特别是对于胎盘功能低下的孕妇来说, 要确保足够的静养, 以连接胎盘。血液循环正常, 取左侧卧位。请对患者进行必要的营养治疗。孕妇的健康和营养状况对胎儿的生长发育起着重要的作用。在怀孕期间, 你需要摄取高能量、高营养的食物, 以补充病人所需的钙和维生素。③如果孕妇的身体出现异常, 需要立即接受有效的治疗^[12]。本次分组研究证实: 产前优质护理对高危妊娠孕妇心理状态及睡眠质量的影响是积极的, 可有效缓解其不良情绪, 提高产妇睡眠质量, 因此值得在临床上使用并推广。

参考文献:

- [1]柯巧真,康巧宏,王美容.优质护理对子宫肌瘤患者围术期情绪及睡眠的影响[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(08):1362-1363.
- [2]周爱红.产前优质护理对高危妊娠孕妇心理状态及睡眠质量的影响分析[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(04):650-651.
- [3]何文梅,肖智慧,张学平.优质护理服务在高危妊娠产妇产前的应用价值分析[J].基层医学论坛,2020,24(12):1684-1685.
- [4]张玉秀,朱素贞.产前优质护理影响高危妊娠孕妇心理状态及睡眠质量[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(03):428-429.
- [5]魏群,周姗姗.妊娠征患者围生期实施优质护理的干预效果[J].临床医学研究与实践,2019,4(26):182-184.
- [6]肖卉,孙云玲,陈玉珍.产前优质护理对高危妊娠孕妇心理状态及睡眠质量的影响[J].中国当代医药,2018,25(29):184-186.
- [7]赵小军.产前优质护理应用于高危妊娠孕妇的临床效果及对睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(12):2128-2130.
- [8]万晓宇,王菲,巩佳敏.责任制护理结合优质护理对于高危妊娠孕妇产前护理需求及产后身心健康、患者满意度的研究[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(32):63+77.
- [9]郑瑞云,叶容容,陈巧仪.责任制护理结合优质护理对于高危妊娠孕妇产前护理需求及产后身心健康、患者满意度的研究[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(29):104-105.
- [10]李玉兰.高危妊娠孕妇产前护理中优质护理干预的应用分析[J].家庭医药.就医选药,2019(02):338-339.
- [11]沈琴,张建丽.优质护理服务在高危妊娠孕妇产前护理中的应用价值[J].家庭医药.就医选药,2018(08):267-268.
- [12]朱月霞,杨志娟,李志彬.优质护理服务应用于高危妊娠孕妇产前护理中的应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(58):269-270.

针对性护理在慢性宫颈炎护理中的应用效果观察

魏凤兰

甘肃省武威市凉州区长城镇卫生院 甘肃省武威市 733000

摘要：目的：探究对于慢性宫颈炎患者实施针对性护理的应用效果。方法：研究对象来源于我院 2021 年 2 月 1 日~2022 年 1 月 31 日接受治疗的 93 例慢性宫颈炎患者，采用随机分组法分成两组，实施我院常规护理的患者命名为参照组，纳入 47 例，在参照组基础上实施针对性护理的患者命名为试验组，纳入 46 例，针对两组患者心理情绪变化、生活质量评分、健康知识知晓情况及护理满意度进行对比分析。结果：试验组 SAS 评分及 SDS 评分均低于参照组，在各项生活质量方面评分相比较于参照组均更高，保健知识、病理知识及日常生活注意事项知晓率，且护理满意度优于参照组， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义。结论：针对性护理应用于慢性宫颈炎护理中能有效提升患者生活质量，改善负性情绪，提高对健康知识的认知水平，有助于提高护理满意度，值得广泛应用。

关键词：针对性护理；慢性宫颈炎；心理情绪；生活质量

慢性宫颈炎是临床较为常见的妇科疾病，主要临床表现为白带异常、月经异常、痛经、腰骶疼痛等，严重患者会伴发不同程度阴道出血，影响患者日常生活及工作^[1]。慢性宫颈炎发病因素较为复杂，与分娩、环境、饮食、个人卫生、性生活不当等因素存在密切联系，该疾病主要受病原体感染引发，如链球菌、葡萄球菌及厌氧菌等；其次由机械性刺激、阴道菌群失衡、化学物质刺激等因素引发；该疾病一般多发于育龄期妇女，尤其是产后阴道护理不当极易引发宫颈炎^[2]。针对慢性宫颈炎临床通常采取物理、药物及手术治疗，但无论选择何种方式治疗慢性宫颈炎，为确保临床疗效通常需要展开合理的护理干预措施^[3]。据悉，针对性护理在慢性宫颈炎护理应用取得良好的临床效果，不仅能改善临床症状，还能加快预后康复速度，提高生活质量^[4]。故本文将我院于 2021 年 2 月 1 日~2022 年 1 月 31 日接受治疗的 93 例慢性宫颈炎患者作为研究对象，分析针对性护理的作用影响，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 2 月 1 日~2022 年 1 月 31 日接受治疗的 93 例慢性宫颈炎患者，采用随机数分组法分成两组，实施常规护理的患者命名为参照组，纳入 47 例，在参照组基础上实施针对性护理的患者命名为试验组，纳入 46 例。参照组患者中年龄分布于 21 岁~53 岁，平均数值（37.18±4.75）岁；病程 5 个月~9 年，平均病程（4.75±0.79）年；治疗方法：物理治疗 19 例，药物治疗 18 例，手术治疗 10 例。试验组患者中年龄分布于 22 岁~54 岁，平均数值（37.53±4.82）岁；病程 6 个月~10 年，平均病程（4.86±0.83）年；治疗方法：物理治疗 20 例，药物治疗 17 例，手术治疗 9 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慢性宫颈炎诊断标准，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：代谢功能异常，意识、行为或精神状态异常，免疫功能障碍；恶性肿瘤，合并其他妇科疾病；拒绝签署知情同意书。

1.2 方法

参照组患者实施我院常规护理，协助患者进行常规检查，遵医嘱指导用药，在院治疗期间为患者提供舒适的住院环境，给予生活方面护理，及时为患者修补宫颈裂伤，指导外阴清洁等。试验组护理在常规护理基础上实施针对性护理，具体措施：（1）心理疏导：大多数患者在疾病确诊后存在自卑、焦虑、烦躁等负性心理导致治疗依从性下降影响治疗效果，护理人员应主动与患者沟通安抚其负性情绪，通过心理疏导释放其心理压力，鼓励其积极面对疾病，树立乐观的治疗心态，借助治愈案例增强患者治疗信心，提高其治疗依从性；定期对患者展开心理状态综合测评，对其不良心态做出及时调整及引导，叮嘱其良好的心态对于疾病治疗有推动作用。

（2）健康宣教：入院后立即给予患者发放健康手册，向其详细介绍慢性宫颈炎的危害、诱发原因、治疗方法、预后保健措施及注意事项等，促使

其提高整体认知水平，提升护理意识；定期向患者推送宫颈炎防治方法宣传推广，不断提升患者对疾病的知晓程度；对患者展开阶段性测评，纠正其错误的认知及行为，并做出正确的指导。（3）针对性护理：①对于采取药物治疗的患者应主动告知其用药方法，大多数药物均为阴道给药，讲述告知用药之后可能产生的不良反应及处理措施，提前做好心理准备以免过度紧张影响治疗进度，给药前要充分清洁阴道及外阴，用药治疗期间严禁性生活、盆浴，为患者准备医用卫生巾，密切观察患者症状变化及不良反应，用药后要立即进行卧床休息，避免药液外渗。②对于采取手术治疗的患者应在术前讲解手术流程及方法等信息，促使其提高配合度，做好术前准备，调节手术室温度及湿度适宜，完成消毒及杀菌措施，术中协助医师保护好患者阴道，及时清理分泌物，术后告知患者阴道会发生流黄水及出血等表现，避免其恐慌，遵医嘱合理使用抗生素。③对于物理治疗的患者需详细介绍激光疗法、冷冻疗法及微波疗法所要用的仪器及器械，告知操作流程，引导其配合治疗，告知物理治疗会增加阴道分泌物，及时进行清理，保持阴道干燥。（4）饮食护理：为患者制定科学合理的饮食方案，注意控制食物搭配，多食用鸡肉、菠菜、大枣等补血益气的新鲜果蔬，严禁食用海鲜、辛辣、刺激性食物，注意少盐少油，可少食多餐，保持营养均衡。（5）运动护理：指导患者每日进行运动锻炼，可通过慢走、慢跑、保健操等有氧运动增强自身免疫力，促进血液循环有利于病情康复，注意运动强度要循序渐进，适当在运动过程中休息，避免过度劳累。也要尽量避免长时间在潮湿的环境中劳作；（6）生活护理：督促患者保持良好的个人卫生及生活习惯，提醒其每日清洁外阴，保持外阴干燥，勤换洗内裤，建议穿纯棉的衣物，洗过的衣物在阳光下晾晒；夜间保持充分的休息时间，出院时将日常生活注意事项整理成文案给予患者，叮嘱其严格执行，避免出院感染或进展，一旦发现异常现象立即返院就诊。

1.3 观察指标

依据焦虑自评量表（SAS 评分）及抑郁自评量表（SDS 评分）评估入组患者焦虑、抑郁情绪，两种量表分别有 20 个项目，以 4 级评分法评定，其评分越高表示患者焦虑、抑郁情绪越严重。

依据生活质量调查简表（SF-36）评估入组患者生活质量，选择其中精神健康、睡眠质量、生理机能、健康状况、人际交往、社会功能 6 个维度分别评价，各维度满分为 100 分，其评分越高表示该项生活质量越好。

根据我院慢性宫颈炎健康知识调查问卷，对入组患者保健知识、病理知识及日常生活注意事项知晓度进行测评，统计健康知识知晓率。

指导入组患者及家属填写我院护理满意度测评表，根据其评分反映对护理的满意程度，按程度分为非常满意（85 分以上），比较满意（70~85 分），不满意（70 以下），统计满意率。

1.4 统计学方法

纳入本文研究的所有慢性宫颈炎患者临床资料经由 SPSS24.0 统计学软件处理，其中 SAS 评分、SDS 评分及各项生活质量评分等计量资料予以（均数±标准差）形式表达，应用 t 检验标准，健康知识知晓率及护理满

意度等计数资料予以率(%)的形式表达,应用 X^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心理情绪变化

两组患者护理前 SAS 评分及 SDS 评分相比较无明显差异, $P>0.05$, 组间数值不存在统计学意义; 护理后, 试验组 SAS 评分及 SDS 评分均低于参照组, $P<0.05$, 组间数值符合统计学意义, 见表 1。

表 1 试验组与参照组心理情绪变化对比

组别	SAS 评分 (分)	SDS 评分 (分)
----	------------	------------

表 2 试验组与参照组生活质量评分对比

组别	精神健康 (分)	睡眠质量 (分)	生理机能 (分)	健康状况 (分)	人际交往 (分)	社会功能 (分)
试验组 (n=46)	90.24±3.95	89.36±4.31	89.14±3.79	88.52±3.93	87.36±4.28	89.29±3.81
参照组 (n=47)	84.75±4.59	84.25±3.76	84.93±3.26	83.49±3.27	82.63±3.74	84.64±4.24
t	6.1767	6.0965	5.7470	6.7153	5.6785	5.5590
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 对比试验组与参照组健康知识知晓情况

试验组患者保健知识、病理知识及日常生活注意事项知晓率均高于参照组, $P<0.05$, 组间数值符合统计学意义, 见表 3。

表 3 试验组与参照组健康知识知晓情况对比

组别	保健知识	病理知识	日常生活注意事项
试验组 (n=46)	44 (98.65%)	43 (93.48%)	45 (97.83%)
参照组 (n=47)	37 (78.72%)	35 (74.47%)	39 (82.98%)
X^2	5.9282	6.2105	4.2874
P	0.0149	0.0126	0.0383

2.4 对比试验组与参照组护理满意度

经统计, 试验组对护理的满意度明显优于参照组, $P<0.05$, 组间数值符合统计学意义, 见表 4。

表 4 两组患者护理满意度情况对比

组别	非常满意	比较满意	不满意	满意率
试验组 (n=46)	29 (63.04%)	16 (34.78%)	1 (2.17%)	45 (97.83%)
参照组 (n=47)	15 (31.91%)	23 (48.94%)	9 (19.15%)	38 (80.85%)
X^2				
P				

3 讨论

宫颈炎是困扰女性健康的多发病, 在育龄期妇女中具有较高的发病率, 据相关数据统计, 超过 80% 女性发生过宫颈炎^[5]。宫颈炎按类型可分为急性及慢性, 临床以慢性患者居多, 主要临床表现为白带异常、下腹疼痛、月经紊乱等, 若不及时治疗会造成继发性感染或恶性癌变, 严重影响患者的生命健康^[6]。对于慢性宫颈炎临床通常给予物理、药物及手术方法进行治疗。物理治疗是通过激光、冷冻及微波等形式促使局部炎症组织坏死并脱落, 起到杀菌消炎的作用; 药物治疗是通过置入栓剂类抗生素药物发挥局部消炎及杀菌作用, 与物理疗法性质类似, 均属于保守治疗措施; 手术治疗是利用阴道镜找到宫颈肥大、糜烂及恶变部分进行切除, 虽然能彻底治愈宫颈炎, 但会造成子宫及临近组织损伤导致其功能性下降。无论采取哪种治疗方式均需要进行合理的护理干预, 确保疗效确切^[7-8]。针对性护理是临床护理中综合性较强的护理模式, 坚持以人为本的护理理念, 围绕患者实际情况展开个性化护理干预, 由于治疗慢性宫颈炎方案较多, 需要根据不同的治疗方法采取对应的护理措施促进治疗效果^[9]。慢性宫颈炎

	护理前	护理后	护理前	护理后
试验组 (n=46)	54.19±4.28	32.37±2.95	53.37±4.85	31.94±2.68
参照组 (n=47)	54.26±4.35	40.65±3.78	53.56±4.93	41.36±3.22
t	0.0782	11.7591	0.1873	15.3169
P	0.9378	0.0000	0.8518	0.0000

2.2 对比试验组与参照组生活质量评分

经统计, 试验组在各项生活质量方面评分相比较于参照组均更高, $P<0.05$, 组间数值符合统计学意义, 见表 2。

患者会因病情较为私密而产生羞耻感, 逐步产生焦虑、烦躁等情绪, 影响治疗依从性, 针对性护理能通过心理安抚缓解其不良情绪, 增强治疗信心, 同时结合健康宣教提高其对自身疾病的知晓情况, 提升整体认知水平^[10]。除此之外, 针对性护理能从生活、饮食及运动方面给予患者专业意见及方案, 促使其掌握多维度护理意识, 长期保持健康的生活习惯, 对该疾病防治均有重要意义, 进而提高生活质量^[11]。

本文研究数据显示, 试验组 SAS 评分及 SDS 评分均低于参照组, 在各项生活质量方面评分相比较于参照组均更高, 保健知识、病理知识及日常生活注意事项知晓率, 且护理满意度优于参照组, $P<0.05$, 组间数值符合统计学意义。

综合以上结论, 对于慢性宫颈炎患者实施针对性护理能有效提升患者生活质量, 改善负性情绪, 提高对健康知识的认知水平, 有助于提高护理满意度, 值得广泛应用。

参考文献:

- [1] 廖桂妹, 郭敏, 王波. 针对性护理在慢性宫颈炎护理中效果的对策探讨[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(6): 343-344.
 - [2] 刘铭. 针对性护理措施对慢性宫颈炎患者临床症状的改善疗效评价[J]. 家有孕宝, 2021, 3(8): 73.
 - [3] 李淑霞. 针对性护理在慢性宫颈炎护理中的应用效果观察[J]. 中国保健营养, 2020, 30(17): 240.
 - [4] 刘玉湘. 针对性护理在慢性宫颈炎护理中的效果分析[J]. 继续医学教育, 2021, 35(1): 107-108.
 - [5] 孙亚男. 慢性宫颈炎患者实施针对性护理的临床效果及护理满意度分析[J]. 中国保健营养, 2020, 30(21): 292.
 - [6] 蒋锐, 任彬. 慢性宫颈炎护理中针对性护理干预的应用研究[J]. 科学养生, 2020, 23(1): 206.
 - [7] 吴亚辉. 针对性护理在慢性宫颈炎护理中的应用效果及预后分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(25): 99, 106.
 - [8] 宋玉艳. 针对性护理使用于慢性宫颈炎患者护理中的有效性研究[J]. 中国保健营养, 2021, 31(35): 13.
 - [9] 周慧平. 针对性护理在慢性宫颈炎护理中的应用效果及预后研究[J]. 家有孕宝, 2020, 2(21): 67.
 - [10] 段元彩. 针对性护理使用于慢性宫颈炎患者护理中的效果进行分析[J]. 健康之友, 2021(16): 214-215.
 - [11] 王雪峰, 张惠丽. 针对性护理措施对慢性宫颈炎患者临床症状的改善疗效评价[J]. 中外女性健康研究, 2020(20): 140-141.
- 作者简介: 魏凤兰 女 1977-07 甘肃省武威市凉州区 本科, 副主任护师, 研究方向: 妇幼保健。

延续性护理对偏瘫患者肢体功能康复的影响

徐丽茹 常晓宁 马悦 孙海燕^{通讯作者}

宁夏医科大学总医院康复医学科 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨延续性护理对偏瘫患者肢体功能康复的影响。方法：观察 2021 年 5 月至 2022 年 3 月期间接收的 142 例偏瘫患者，随机分为对照组与观察组各 71 例，对照组运用常规护理，观察组运用延续性护理，分析不同护理后患者日常生活能力、肢体运动能力、治疗依从性情况。结果：在日常生活能力、肢体运动能力上，观察组出院后半年评分提升幅度明显多于出院前，对比有统计学意义 ($P<0.05$)；在患者生理职能、生理功能、总体健康、躯体疼痛、社会功能、活力、精神健康、情感职能等生活质量评分上，观察组各项护理后评分明显高于对照组，对比有统计学意义 ($P<0.05$)；在护理总满意率上，观察组 95.76%，对照组 80.28%，对比有统计学意义 ($P<0.05$)；在治疗依从率上，观察组 97.18%，对照组 84.51%，对比有统计学意义 ($P<0.05$)；在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组各项评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($P<0.05$)。结论：延续性护理对偏瘫患者肢体功能康复有较好的辅助价值，提升治疗依从性，提高患者日常生活能力，生活质量得到优化，心理状况更好，患者满意度更高，整体状况更为理想。

关键词：延续性护理；偏瘫；肢体功能；康复；影响

偏瘫属于脑卒中高发性并发症，患者会有运动功能障碍，对患者生活与工作构成严重影响，甚至丧失生活自理能力。延续性护理工作可以在患者出院后做对应的康复治疗工作的辅助，让患者恢复质量更高。本文采集 142 例偏瘫患者，分析运用延续性护理后患者日常生活能力、肢体运动能力、治疗依从性情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察 2021 年 5 月至 2022 年 3 月期间接收的 142 例偏瘫患者，随机分为对照组与观察组各 71 例。对照组中，男 38 例，女 33 例；年龄从 60 岁至 73 岁，平均 (66.27 ± 3.19) 岁；观察组中，男 42 例，女 29 例；年龄从 60 岁至 75 岁，平均 (67.16 ± 4.64) 岁；两组患者的基本年龄、性别与病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 纳入标准与排除标准

纳入标准：(1) 年龄 60 岁至 80 岁范围；(2) 单纯性偏瘫患者，不合并其他严重疾病；(3) 患者与家属同意有关工作的开展，保持良好的配合度。

排除标准：(1) 存在认知障碍、精神障碍、表达能力障碍，无法正常交流沟通；(2) 患有严重肿瘤、肝、肾、心脏、血液系统疾病；(3) 不能有效坚持配合完成有关治疗护理工作的进行，有强烈抵触情绪。

1.3 方法

对照组运用常规护理，观察组运用延续性护理，内容如下：

要完善有关健康档案工作，其内容包括患者的个人信息、住院信息、医护人员信息。细致到其意识、行为、饮食、生命体征、体重、生活自理情况、用药史、过敏史、既往病史、婚姻状况、文化程度、职业状况以及家庭联络人等各方面内容。可以生成对应的电子档案，做好随访跟踪。要充分利用好 QQ 或微信群等有关联络方式，便于日常的沟通交流，满足现代人的信息沟通习惯。同时这些平台的应用可以通过视频、语音、文字等多种方式开展，便捷性更高，比传统的电话随访有更强的灵活适用性，这种沟通方式成本也相对更低。

要做好患者日常生活注意事项的指导，包括患者饮食、用药、运动等各方面内容。饮食上嘱咐患者多摄取新鲜蔬菜瓜果，减少油腻生冷刺激，饮食保持清淡易消化。要保持环境的舒适度，确保居室明亮、通风、空气新鲜、舒适感强，合理控制温度、湿度、采光、安静。避免人员过于嘈杂，尽可能避免狭窄闭塞环境而导致的不适感。要铺设防滑垫，避免摔伤。卫生间最好使用坐便器，同时有对应的扶手^[1]。

要做好康复训练指导，康复计划依据个人情况而定，提供对应视频或纸质宣传手册，形式可以将书面指导与口头指导结合。尤其是现在微信等社交平台运用广泛，可以与患者、家属做好有关方面的沟通联系，也可以

建立病友群做对应的沟通互动^[2]。可以定期推送有关康复训练计划以及有关生活注意事项指导材料，通过网络平台推送方便性更高，同时可以将视频、图文、声音等各种素材集合在其中，提升指导说明的清晰度、全面性，由此提升患者与家属在治疗恢复工作上的配合度。

要做好定期随访工作，建立患者健康档案，开展定期随访执行。指导患者对应的康复活动，可以定期通过微信与电话的方式做随访沟通，做好对应的随访记录，以便后续指导观察与评估^[3]。如果患者在康复训练上执行不完善，需要及时纠正引导。同时要强调康复训练的价值，提升患者整体的配合度。如果患者有负面情绪，还需要做好对应的心理建设工作，避免其负面抗拒性治疗心理带来的不良影响。要意识到心理状态的积极性可以有效提升康复效果^[4]。要将有关工作同样针对家属进行，让家属意识到配合有关工作开展的重要性。让家属做好患者康复工作的监督配合，提供患者良好的生活环境，让患者保持舒适的心理状态，完善有关康复训练计划。

1.4 评估观察

分析不同护理后患者日常生活能力、肢体运动能力、治疗依从性情况。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。患者生活质量评分包括患者生理职能、生理功能、总体健康、躯体疼痛、社会功能、活力、精神健康、情感职能等指标，评分越高情况越好。患者护理满意度采用问卷调查表，分为很满意、基本满意与不满意三个级别，其中很满意率与基本满意率的集合为总护理满意度。

1.5 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用 t 检验， $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗依从性情况分析

见表 1 所示，在治疗依从率上，观察组 97.18%，对照组 84.51%，对比有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 1：患者治疗依从性评估结果 $n(\%)$

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	总依从率
观察组	71	43(60.56)	16(22.54)	2(2.82)	97.18%
对照组	71	21(29.58)	39(54.93)	11(15.49)	84.51%

注：两组对比， $P<0.05$

2.2 各组患者日常生活能力、肢体运动能力情况

见表 2，在日常生活能力、肢体运动能力上，观察组出院后半年评分提升幅度明显多于出院前，对比有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 2: 各组患者日常生活能力、肢体运动能力评分结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	时间	日常生活能力	肢体运动能力
观察组	出院前	48.29±4.17	46.87±5.16
	出院后半年	76.84±5.63	81.43±6.71
对照组	出院前	49.76±5.13	45.73±6.47
	出院后半年	54.27±7.11	64.29±5.87

表 3: 两组患者治疗前后生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	生理职能	生理功能	总体健康	躯体疼痛	社会功能	活力	精神健康	情感职能
观察组	治疗前	24.98±12.50	46.82±16.41	24.72±18.09	56.84±15.20	46.81±16.72	42.57±17.82	45.74±11.49	42.72±19.84
	治疗后	33.28±10.98	58.24±14.20	32.76±16.52	76.84±14.32	58.29±17.24	53.48±18.23	54.29±12.76	57.53±18.72
对照组	治疗前	23.87±11.54	45.73±14.59	23.18±15.48	57.29±14.32	44.14±15.98	41.97±16.21	44.63±11.07	41.83±17.53
	治疗后	25.63±9.09	49.20±13.28	25.92±14.22	67.97±13.25	51.52±14.07	45.73±14.29	48.97±12.35	46.38±15.26

注: 两组治疗前对比, $P > 0.05$, 两组治疗后对比, $P < 0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示, 在护理总满意率上, 观察组 95.76%, 对照组 80.28%, 对比有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 4: 患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	71	49(69.01)	19(26.76)	3(4.23)	95.76%
对照组	71	32(45.07)	25(35.21)	14(19.72)	80.28%

注: 两组对比, $P < 0.05$

2.5 两组患者护理前后焦虑、抑郁等心理评分情况

如表 5 所示, 在患者焦虑、抑郁等心理评分上, 观察组各项评分降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 5: 两组患者护理前后焦虑、抑郁等心理评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	焦虑	抑郁
观察组	护理前	45.28±3.15	47.64±4.96
	护理后	32.87±2.44	34.28±3.29
对照组	护理前	46.75±4.52	48.35±4.07
	护理后	40.66±3.87	42.57±3.26

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

3 讨论

有关延续性护理工作, 要做好患者整体情况的了解, 方式除了直接与患者面对面的检查、沟通了解, 也可以通过患者家属做侧面的掌握。由此来把控患者整体的身心状况, 保证后续护理工作符合实际情况所需。延续护理工作除了常规的生理层面的处理之外, 更多层面上要做好患者心理建设以及认知引导, 提升患者以及家属在有关工作上的配合度。在教育指导工作上, 也可以多样化形式展开。一般情况下, 要考虑教育指导的对象包括患者及家属, 尤其是家属的辅助价值较大。但是不可以让家属过多的替代患者的自理生活能力, 让患者从事基本的生活自理活动, 在一定程度上可以保证偏瘫患者更好的保障自身的生存能力, 避免有关功能的退化。因此, 在做家属的指导过程中, 一方面要让家属了解患者疾病恢复控制等各方面注意事项, 做好患者饮食、运动、心理、生活管理、用药管理方面的具体事宜, 同时也需要让患者以及家属做好患者生活能力训练的辅助, 避免完全性替代患者的有关操作而导致其最终整体身体机能的退化。例如, 常规的患者吃饭、穿衣, 个人卫生、如厕等, 家属可以做好一定的防护以及支持, 当患者处理不当时, 可以提供一定的辅助。但是不可完全让患者完全长期卧床, 完全依赖他人的照顾而引发的有关能力退化。要纠正错误的认知理念, 同时让家属注重患者心理调适工作, 避免患者消极情绪对整个工作构成的不良影响^[1]。细节处理应对中, 要考虑到实际情况所需,

注: 两组治疗前对比, $p > 0.05$, 两组治疗后对比, $p < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后生活质量评分情况

如表 3 所示, 在患者生理职能、生理功能、总体健康、躯体疼痛、社会功能、活力、精神健康、情感职能等生活质量评分上, 观察组各项护理后评分明显高于对照组, 对比有统计学意义 ($P < 0.05$)。

积极开展各方面能力优化, 减少不良因素带来的影响。在有关肢体康复活动训练方面, 康复活动的开展会随着其康复进度做一定的调整。为了减少患者以及家属有关护理工作的压力, 可以提供视频材料做对应的辅助指导, 同时提供对应的在线患者群组做咨询沟通。方便患者以及家属了解有关事宜, 配合有关肢体功能康复工作的进展, 避免个人认识不清而导致的问题差错。尤其是现代网络技术的发展, 让有关视频技术、图文结合的网络文章以及短视频平台, 让有关工作的宣教传播更为便捷。积极的展开短视频平台的健康宣教工作, 符合当前时代潮流。患者以及家属的接受效果好, 操作的成本低, 一次制作可以反复性使用, 整体的应用效果更好。无论是对于医护方面减少工作压力, 还是提升患者以及家属有关教育指导的体验感受与质量都有一定的辅助价值。如果科室自身缺乏有关内容制作人员, 可以聘用专业的医疗平台做对应内容的设计优化, 由此来提升整个内容制作的专业性, 同时也减轻科室以及医院在有关工作上开展的压力, 积极做好多样化宣传方式以及新技术、新方法的辅助。

本研究中, 在日常生活能力、肢体运动能力上, 观察组出院后半年评分提升幅度明显多于出院前, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 在患者生理职能、生理功能、总体健康、躯体疼痛、社会功能、活力、精神健康、情感职能等生活质量评分上, 观察组各项护理后评分明显高于对照组, 对比有统计学意义 ($P < 0.05$); 在护理总满意率上, 观察组 95.76%, 对照组 80.28%, 对比有统计学意义 ($P < 0.05$); 在治疗依从率上, 观察组 97.18%, 对照组 84.51%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 在患者焦虑、抑郁等心理评分上, 观察组各项评分降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明观察组延续护理工作辅助治疗工作的开展, 提升了患者整体恢复质量, 生活状况与生活能力得到了更好地改善。整体治疗配合度更高, 优化治疗护理体验, 身心状态更好, 负面情绪更少, 对护理工作的认可度更高, 可以优化护理工作质量, 减少不良护患矛盾冲突, 提升医疗工作整体形象。

总而言之, 延续性护理对偏瘫患者肢体功能康复有较好的辅助价值, 提升治疗依从性, 提高患者日常生活能力, 生活质量得到优化, 心理状况更好, 患者满意度更高, 整体状况更为理想。

参考文献:

- [1]朱燕. 延续性护理对脑卒中偏瘫患者肢体功能及日常生活活动能力的影响[J]. 糖尿病天地, 2019, 16(12): 289.
- [2]钱丽英, 邱秀英. 延续性护理干预在脑卒中肢体偏瘫患者功能康复中的应用[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(5): 825-827.
- [3]黄秀梅. 探讨延续性护理对脑卒中偏瘫患者出院后自我康复的影响[J]. 饮食保健, 2020(42): 240-241.
- [4]吴月君. 探讨以微信平台实施延续性护理对脑外伤术后偏瘫患者康复的影响[J]. 心血管外科杂志(电子版), 2020, 9(3): 64.

风湿免疫科护理安全中运用持续质量改进的效果分析

杨秋玲 苏霞

宁夏医科大学总医院风湿免疫科 宁夏银川 750001

摘要:目的:探讨风湿免疫科护理安全中运用持续质量改进的效果。方法:观察本院2020年4月至2021年10月期间接收的198例风湿免疫科患者,随机分为对照组与观察组各99例,对照组运用常规护理管理,观察组护理安全中运用持续质量改进处理,分析不同操作后护理不良事件发生率、患者护理满意度、治疗依从性、心理状况情况。结果:在患者护理不良事件发生率上,观察组为2.02%,对照组37.37%,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者治疗依从性上,观察组96.96%,对照组83.82%,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者焦虑、抑郁心理评估上,观察组各项明显少于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);患者护理满意度上,观察组97.44%,对照组79.49%,对比有统计学意义($p<0.05$)。结论:风湿免疫科护理安全中运用持续质量改进,可以有效地提升治疗依从性,完善护理工作水准,降低护理不良事件发生率,提升患者心理质量,提高患者护理满意度,整体状况得到明显优化。

关键词: 风湿免疫科; 护理安全; 持续质量改进; 效果

风湿免疫科患者的疾病一般与骨关节以及周围软组织相关,例如红斑狼疮、关节炎、强直性脊柱炎等。有关疾病治疗过程中,会出现较为突出的药物副作用,患者容易有多种不良反应出现,影响治疗依从性,干扰治疗效果。本文采集198例风湿免疫科患者,分析风湿免疫科护理安全中运用持续质量改进后护理不良事件发生率、患者护理满意度、治疗依从性、心理状况情况,内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院2020年4月至2021年10月期间接收的198例风湿免疫科患者,随机分为对照组与观察组各99例。对照组中,男56例,女43例;年龄从17岁至69岁,平均 (43.28 ± 8.17) 岁;文化程度中,初中及以下为58例,高中为29例,大学为12例;观察组中,男52例,女47例;年龄从18岁至68岁,平均 (44.09 ± 6.15) 岁;文化程度中,初中及以下为54例,高中为28例,大学为17例;两组患者的基本年龄、性别、文化程度、病情等信息上没有明显差异,有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理管理,观察组护理安全中运用持续质量改进处理,内容如下:

要做好心理层面护理处理。要意识到患者负面情绪对整体治疗护理工作构成的影响,提升对有关工作的重视度。积极评估患者的心理状况,做好针对性的负面情绪疏导。提升患者对治疗康复的信心,建立积极的人生态度,避免消极情绪带来的不良影响^[1]。有关心理建设层面也需要做好家属的心理疏导,避免家属不良情绪对患者治疗护理工作构成的干扰。要让家属构建良好积极的家庭氛围,给予患者更强的心理支撑感^[2]。

要做好安全知识教育指导。让患者以及家属了解住院期间所需要遵守的规章制度以及注意事项,更好地适应治疗生活,减少因为安全知识缺乏导致了不良事件^[3]。同时安全指导工作上要配合多方面形式结合,常规的面对面一对一口头指导以及书面说明提醒属于基础内容,还可以联合病区内的安全标语、手机电子文章以及视频材料等,做好全方位视听图文形式的展现,提升其对安全认知的水准^[4]。在病区需要做好有关警示标语的提醒,包括防摔倒,皮肤烫伤等问题。对于关键性安全问题需要反复性强调,加深其印象。必要情况下,需要做好其安全知识接收情况评估,然后做后续工作的强调以及针对性处理。

要做好饮食护理工作。疾病的治疗需要身体良好的营养状况来提升其免疫力。饮食干预需要遵从疾病治疗所需的基本原则,也需要遵循患者自身的饮食喜好,提升其饮食安排执行的配合效果^[5]。饮食方案需要提供具体的饮食食谱,提升其执行的参照明确性,避免个人理解疏忽而导致的不

良影响,减少模糊笼统指导带来的不良问题。具体到饮食的量、制作方法、名称等,由此保证最后的落实效果^[6]。

要做好护理人员的安全教育指导工作,提升有关护理工作的安全性。要说明持续质量改进工作的基本内涵以、标准、执行方法,让护理人员对于护理操作安全、病区生活安全以及用药安全方面有更强的意识以及应对能力^[7]。对于危险因素做好警示强调,对于患者有关的生活安全以及用药安全,需要做好严密的流程管理,及时发现问题,并且及时反馈与处理^[8]。对于安全问题需要做好科室内部医护人员的深入讨论,避免安全因素隐患,及时提供改进措施。确定问题之后,需要做好科室有关问题的深度检查,分析实际问题,做好对应的改进处理。

对于患者以及家属展开综合情况评估,依据个人综合情况做好对应教育指导。要评估患者的认知水平、性格喜好、病情、家庭状况等,采用其通俗易懂的方式做具体的教育指导落实。例如,要强调跌倒、摔伤、压疮、坠床等危险影响因素,做好有关问题防控,配合医护人员落实好具体措施。在用药安全方面,需要让患者以及家属了解用药安全剂量以及方法。特殊药物还需要做好细致性强调以及告知。用药中可能出现的不确定问题,需要及时反馈给医生处理。病床上需要做好对应警示标记的悬挂,确保有关工作的预防管理。可以运用气垫床来防控压疮,同时使用床栏来避免坠床。要提醒患者穿戴防滑鞋,同时要做好病房卫生管理,避免地面湿滑,清除通道杂物,保持过道通畅。对于热水区需要做好烫伤提醒,对于特殊状况的患者,需要由护理人员进行对应的支持辅助。如果患者在用药方面没有良好的治疗依从性,则需要提供对应的用药监督管理,保证每次用药落实到位。

要落实好教育指导,可以运用新时期互联网技术做好宣教。采用手机微信公众号文章等方式做图文、视频结合的宣教,还可以设置对应的患者微信群,这样可以更好的方便在线沟通指导,分享有关宣教常识。表达可以通俗化、趣味化,避免患者对疾病有过大的心理负担。可以具体量化、细化、形象化,可以交给专业医疗编辑制作内容。一次制作,可以反复使用,降低使用复杂性与成本。

1.3 评估观察

分析不同操作后护理不良事件发生率、患者护理满意度、治疗依从性、心理状况情况。不良事件主要集中在用药错误、压疮、坠床、跌倒、管路滑脱等。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。心理状况运用焦虑、抑郁有关SAS、SDS心理评分,评分越低情况越好。护理满意度=很满意率+基本满意率。

1.4 统计学分析

数据运用spss22.0软件处理,计数资料使用n(%)表示,采用卡方检

验, 计量资料运用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 患者护理不良事件发生率情况

见表 1 所示, 在患者护理不良事件发生率上, 观察组为 2.02%, 对照组 37.37%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1: 患者护理不良事件发生率评估结果[n(%)]

分组	n	用药 错误	管路 滑脱	跌倒	坠床	压疮	不良事 件发生 率
观察 组	99	1	0	1	0	0	2.02%
对照 组	99	9	9	6	8	5	37.37%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.2 各组患者心理状况评分情况

见表 2, 在患者焦虑、抑郁心理评估上, 观察组各项明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2: 各组患者心理状况评分结果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	焦虑	抑郁
观察组	24.98±4.17	22.08±4.08
对照组	33.72±5.63	31.87±5.32

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.3 患者治疗依从性情况

见表 3 所示, 在患者治疗依从率上, 观察组 96.96%, 对照组 83.82%, 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	治疗依从率
观察组	99	57(57.58)	39(39.39)	3(3.03)	96.96%
对照组	99	34(34.34)	47(47.47)	18(18.18)	83.82%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示, 在患者护理总满意率上, 观察组 97.44%, 对照组 79.49%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

表 4: 患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	99	72(72.73)	25(25.25)	2(2.02)	97.44%
对照组	99	54(54.55)	28(28.28)	17(17.17)	79.49%

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

要做好有关安全护理管理制度的落实, 首设计合理的制度安排。一方面需要参照专业的制度标准, 另一方面要调查科室实际状况, 因地制宜地做好细节落实情况的调整。制度方面需要做好严格的落实, 才能提升制度的权威性, 由此来调动护理人员执行的自觉性。通过制度管人可以更好地减轻人管人的工作压力。对于护理工作中设计的良好方法, 执行得卓有成效情况可以给予对应的奖励, 同时加大推广, 由此来激励人们提出更好的改善措施。积极的鼓励护理人员反馈问题, 以及提出有效地解决对策。

有关工作优化方面与个人的绩效挂钩, 提升工作改进的积极性。同时通过专业合理的奖惩制度来调动工作人员的专业水平。奖惩内容需要多样

化, 依据个人痛点开展。除了常规的薪资福利, 也可以与个人晋升、假期、进修机会、荣誉表彰等各方面形式结合。奖惩措施落实前需要与有关人员做好深入地沟通, 知晓其诉求, 这样才能保证奖惩措施落实的匹配性, 避免资源浪费。

要落实好有关工作的岗位责任制, 避免工作相互推诿。要确保工作计划明确, 权责分明。同时要将权责分明的内容做好对应的培训说明, 避免其认知不全而导致工作懈怠。管理的标准也需要因地制宜, 避免过于严苛与过于松散, 容易导致工作懈怠情绪, 打击其工作积极性。因此, 合理的管理标准才是最佳的制度管理基础。要注重人性化调整, 满足个人诉求, 才能更好地调动其工作积极性。

本研究中, 在患者护理不良事件发生率上, 观察组为 2.02%, 对照组 37.37%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。说明观察组运用持续质量改进的护理安全管理实现了其管理价值, 效果明显, 具有一定的适应性。在患者治疗依从性上, 观察组 96.96%, 对照组 83.82%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。说明观察组有关安全护理管理工作得到了患者的配合, 保证护理工作有效的执行, 贴合实际情况所需, 满足患者的人性化诉求, 具有一定范围内的科学合理性。在患者焦虑、抑郁心理评估上, 观察组各项明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。说明护理安全管理的优化, 可以有效地减少患者负面情绪, 提升患者整体的舒适度。患者护理满意度上, 观察组 97.44%, 对照组 79.49%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。说明患者对整体的护理工作认可度更高, 降低不必要的护患矛盾纠纷, 建立良好的护理工作形象。

护理工作中, 要充分的做好患者、护理人员、医院环境各方面安全影响因素。具体处理应对上, 要贴合实际情况而定, 没有统一适用的安全护理管理方法, 最适合本地情况的才是最好的。要综合考虑患者情况、护理人员执行力、医院硬件与软件条件, 甚至要考虑地方风俗习惯。安全处理应对上, 与患者认知水平、心理素质、生理状况都有直接关系。患者病情影响, 身体反应应对能力, 用药反应; 护理人员的工作技术能力、思想状态; 医院设施与安全配备条件。这些都是导致具体安全管理工作落实效果的影响因素, 需要做好各环节的针对性处理, 尽可能地减少风险因素干扰。

总而言之, 风湿免疫科护理安全中运用持续质量改进, 可以有效地提升治疗依从性, 完善护理工作水准, 降低护理不良事件发生率, 提升患者心理质量, 提高患者护理满意度, 整体状况得到明显优化。

参考文献:

[1]冯玉英. 持续质量改进在风湿免疫科护理安全中的应用及效果[J]. 家有孕宝,2021,3(5):222.
[2]张莉. 持续质量改进在风湿免疫科护理安全中的应用及效果分析[J]. 养生保健指南,2021(10):206-207.
[3]宁琼琼,张乐,郭妍. 持续质量改进在风湿免疫科护理安全中的应用及效果观察[J]. 健康必读,2021(5):105.
[4]陈丽君. 风湿免疫科护理中持续质量改进应用对提升护理安全性的影响[J]. 家有孕宝,2021,3(4):282.
[5]杨晶,唐丽杰,贾岩楠. 分析持续质量改进方法在风湿免疫科护理安全管理过程中的应用价值[J]. 糖尿病天地,2021,18(6):251.
[6]宋倩. 持续质量改进在风湿免疫科护理安全中的应用及效果评价[J]. 东方药膳,2021(3):254.
[7]孙珍,常丽. 持续质量改进在风湿免疫科护理安全管理中的应用[J]. 智慧健康,2020,6(2):183-184.
[8]石燕杰. 持续质量改进在风湿免疫科护理安全中的应用及效果分析[J]. 饮食保健,2020(44):201.

急诊心梗护理中优化急诊护理流程的应用效果探讨

叶云芳

广州市中西医结合医院 广东广州 510870

摘要：目的：探讨急诊心梗护理中优化急诊护理流程的应用效果。方法：从本院于2021年1月至2022年1月间收治的急诊心梗患者中，选取104例急诊心梗患者作为本次研究的对象，采用随机数字表法予以分组，分为实验组和对照组，每组急诊心梗患者各52例，对照组采用常规护理，实验组采用优化急诊护理流程。结果：在抢救情况方面，实验组在心肌酶谱回落、胸痛缓解、ST断回落方面均高于对照组，在死亡方面低于对照组（ $P<0.05$ ）。在抢救时间方面，实验组在建立静脉通道、急诊手术、抢救、住院时间方面均短于对照组（ $P<0.05$ ）。在心理状态方面，护理前，两组在SAS评分、SDS评分方面，数据差异不明显，无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，实验组在SAS评分、SDS评分方面均低于对照组（ $P<0.05$ ）。在护理满意度方面，实验组满意度98.07%，对照组满意度75.00%，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在急诊心梗中，行优化急诊护理流程，效果显著，能改善抢救情况，缩短抢救时间，进一步提高患者的抢救成功率，改善患者的不良心理情绪，提高护理满意度，值得临床推广和使用。

关键词：急诊心梗；急诊护理；护理流程

急性心梗，一般是由于冠状动脉急性发作而引发的心肌缺血、缺氧而坏死的一种病症^[1]。该疾病具有起病快、发病急等特点，在发病时，患者常伴有持久且严重的剧烈胸痛，该胸痛难以用药物进行缓解^[2]。而持续的剧烈胸痛发展，会引发患者出现休克、心力衰竭等，若治疗不及时或者治疗不正确，会对患者的生命安全造成严重的威胁^[3]。由于该疾病的危急性，为此其对于急诊护理的要求较高^[4]。因此，为了提高抢救的护理效果，规范抢救的流程尤为重要^[5]。但是，由于目前常规的急诊护理流程过于繁琐，存在着诸多不必要的流程，浪费了太多时间，为此，优化急诊护理流程，对于急性心梗患者的生命安全有着重要意义。本文通过探讨急诊心梗护理中优化急诊护理流程的应用效果，分析其临床价值，具体内容如下。

1. 资料与方法

1.1 基线资料

从本院于2021年1月至2022年1月间收治的急诊心梗患者中，选取104例急诊心梗患者作为本次研究的对象，采用随机数字表法予以分组，分为实验组和对照组，每组急诊心梗患者各52例，对照组采用常规护理，实验组采用优化急诊护理流程。其中，在对照组的急诊心梗患者中，男性患者32例，女性患者20例，最小年龄43岁，最大年龄84岁，平均年龄（ 61.84 ± 10.46 ）岁；在实验组的急诊心梗患者中，男性患者35例，女性患者17例，最小年龄42岁，最大年龄85岁，平均年龄（ 62.03 ± 10.52 ）岁。两组急诊心梗患者的基线资料对比，组间数据差异不明显，无统计学意义（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

对照组采用常规护理，主要包括：在进入急诊室后，医护人员需要第一时间开通急诊绿色通道，同时做好患者的心电图检查以及相关急救准备。在抢救过程中，护理人员需要有效配合医生进行抢救，并于术后，将患者转移到导管室，注意观察患者的病情变化，同时给予患者必要的护理和生活指导。

实验组采用优化急诊护理流程，具体内容如下：1、优化院前抢救和转运流程：在抢救过程中，最关键的就是时间，在接到患者的急救后，急救人员需要指导患者保持自身呼吸的平稳，同时，实施针对性的心理护理，尽可能缓解患者内心的焦虑、恐惧、不安等不良心理情绪，尽可能减少不良情绪对患者的不良影响。同时，第一时间为患者建立静脉通道进行输液，监测患者的各项生命体征，并通知急诊科，建立绿色通道^[6]。2、优化接诊流程：在将患者送达至医院后，急诊科的医护人员需要快速开通绿色通道，同时，立刻将患者转移至抢救室，由分诊护士帮助患者自动挂号^[7]。3、优化抢救流程：当患者转移到抢救室后，抢救室的护士需要对患者的各项生命体征进行监测，并建立静脉通道，在10min内对患者的血标本进行采集，并开展18导心电图检测，检测其心肌标志物。在检测结果确诊为急性心肌梗死后，应在10min内，给予双抗药物治疗；在患者的床边，放置除颤仪，保持对患者病情变化的监控，及时的对患者的病情进行评估；在抢救

中，分管的护士需要安抚患者家属，并指导其办理耗住院手续^[8]。4、优化转运交接流程：针对需要PCI者，护理人员需要等到患者家属同意后，做好转运工作，并认真填写转运交接表格，并移交给专业的转运护理人员负责。同时，在转运前，护理人员要做好相关物品准备和器械准备，确保患者能够安全转运^[9]。

1.3 观察指标

比较两组患者的抢救情况、抢救时间、心理状态、护理满意度。1）抢救情况，主要包括心肌酶谱回落、胸痛缓解、ST断回落、死亡；2）抢救时间：主要包括建立静脉通道、急诊手术、抢救以及住院时间等；3）心理状态：主要采用SAS（焦虑自评量表）、SDS（抑郁自评量表）予以评估，评估分值越高，则表示患者的心理状态越差。

1.4 统计学分析

采用SPSS22.1软件对数据进行处理和分析，计量资料，采用均数标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，计数资料，采用 χ^2 表示，用t进行检验，当P小于0.05表示差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较两组患者的抢救情况

两组对比，在抢救情况方面，实验组在心肌酶谱回落、胸痛缓解、ST断回落方面均高于对照组，在死亡方面低于对照组，组间数据差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表1。

表1：两组患者的抢救情况（n，%）

组别	例数	心肌酶谱回落	胸痛缓解	ST断回落	死亡
实验组	52	32（61.53）	24（46.15）	38（73.07）	2（3.84）
对照组	52	15（28.84）	13（25.00）	14（26.92）	13（25.00）
χ^2 值	-	11.219	5.076	22.153	9.426
P值	-	0.001	0.024	0.000	0.002

2.2 比较两组患者的抢救时间

两组对比，在抢救时间方面，实验组在建立静脉通道、急诊手术、抢救、住院时间方面均短于对照组，组间数据差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表2。

表2：两组患者的抢救时间（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	建立静脉通道（min）	急诊手术（min）	抢救（min）	住院时间（d）
实验组	52	3.68 $\pm$ 1.21	37.67 $\pm$ 7.35	46.87 $\pm$ 7.02	14.82 $\pm$ 3.22

对照组	52	7.69±2.64	58.24±10.26	84.33±8.28	23.98±5.21
t 值	-	9.957	11.752	24.884	10.784
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 比较两组患者的心理状态

两组对比,在心理状态方面,护理前,两组在 SAS 评分、SDS 评分方面,数据差异不明显,无统计学意义 ($P>0.05$);护理后,实验组在 SAS 评分、SDS 评分方面均低于对照组,组间数据差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

表 3: 两组患者的心理状态 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS 评分 (分)		SDS 评分 (分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	52	56.96±5.23	30.25±2.28	55.82±7.51	31.37±2.34
对照组	52	56.92±5.33	44.12±3.08	55.78±7.48	43.28±3.12
t 值	-	0.038	26.100	0.027	22.021
P 值	-	0.969	0.000	0.978	0.000

2.4 比较两组患者的护理满意度

两组对比,在护理满意度方面,实验组满意度 98.07% (51/52),对照组满意度 75.00% (39/52),组间数据差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 4。

表 4: 两组患者的护理满意度 (n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
实验组	52	31 (59.61)	20 (38.46)	1 (1.92)	51 (98.07)
对照组	52	25 (48.07)	14 (26.92)	13 (25.00)	39 (75.00)
χ^2 值	-	-	-	-	11.885
P 值	-	-	-	-	0.001

3. 讨论

急性心梗,在临床心血管疾病中较为常见,主要是由于患者情绪过度激动、吸烟酗酒、暴饮暴食以及过度疲劳等因素导致的,一般常见于中老年人^[10]。近年来,随着我国经济的快速发展,人们生活水平的提升,导致人们养成了一些不良的生活习惯,再加上人口老龄化的加剧,导致急性心梗的发病率和死亡率逐渐增加,对患者的生命安全造成了严重的威胁。

急性心梗的疾病特点就是起病急、发病快,这一特点决定了患者的抢救时间非常有限。在抢救过程中,为了挽救患者的生命,医护人员必须争分夺秒,认真做好每一项抢救工作^[11]。但是,在目前的常规急诊护理流程中,由于医护人员通常都是按部就班的根据指示和流程开展抢救工作,导致发生突发状况时,经常出现反应不够及时,无法有效变通的情况,从而浪费抢救时间,延误抢救时间,最终导致抢救效果不佳,大大降低了患者的生存率,提高了患者的死亡率。因此,在急诊心梗的抢救过程中,优化急诊护理流程尤为重要。

优化急诊护理流程,并不是单一的省略掉一些护理步骤,而是尽可能的优化流程,避免出现时间浪费的情况。同时,做好时间管理,从入院前的转运阶段开始,加强对患者病情、病症的评估,做好院内的相关抢救准备^[12]。在患者入院后,第一时间开通绿色通道,秉承着先抢救后挂号的原则,根据初步的评估结果以及入院后的相关检查结果,对病情进行确诊,之后,转运至抢救室,开展抢救工作^[13]。在抢救过程中,对每一项抢救流程进行规范,将繁琐的护理工作科学分工,提高护理工作的有效性,最大程度的节约局部抢救的准备时间。同时,对局部的抢救护理流程进行科学规划,采用化整为零的方式,逐个明确各个流程护理人员的工作内容、工作职责,避免在交接过程中,出现不必要的疏漏,使抢救工作更

加高效、更加科学,进一步提高抢救效果^[14]。

本文结果显示,在抢救情况方面,实验组在心肌酶谱回落、胸痛缓解、ST 断回落方面均高于对照组,在死亡方面低于对照组,有统计学意义 ($P<0.05$)。在抢救时间方面,实验组在建立静脉通道、急诊手术、抢救、住院时间方面均短于对照组,有统计学意义 ($P<0.05$)。在心理状态方面,护理前,两组在 SAS 评分、SDS 评分方面,数据差异不明显,无统计学意义 ($P>0.05$);护理后,实验组在 SAS 评分、SDS 评分方面均低于对照组,有统计学意义 ($P<0.05$)。在护理满意度方面,实验组满意度 98.07%,对照组满意度 75.00%,有统计学意义 ($P<0.05$)。从各项结果来看,在急诊心梗的治疗中,采用优化急诊护理流程,能有效改善患者的抢救情况,提高患者的存活率,同时,进一步缩短抢救时间、急诊手术时间以及建立静脉通道时间,提高患者的预后效果^[15]。此外,优化急诊护理流程的实施,能够进一步改善患者的不良心理情绪,有利于提高患者的护理满意度。

综上所述,在急诊心梗中,行优化急诊护理流程,效果显著,能改善抢救情况,缩短抢救时间,进一步提高患者的抢救成功率,改善患者的不良心理情绪,提高护理满意度,值得临床推广和使用。

参考文献:

- [1]石芬,鲁莹莹,刘小钰,等. 对比急诊护理路径与传统护理对急性心梗抢救的效果及对生活质量的影响分析[J]. 健康大视野,2021(20):188.
- [2]张跃. 优化急诊护理流程在急诊心梗护理中的应用分析[J]. 健康必读,2021(22):223-224.
- [3]崔姣,张燕妮. 优化急诊护理对急性心梗患者抢救的效果及抢救时间影响评价[J]. 养生大世界,2021(13):189.
- [4]李鑫,李云,王莹莹. 急诊 PCI 治疗急性心梗的临床护理效果分析[J]. 黑龙江中医药,2021,50(4):309-310.
- [5]王娟. 优化急诊护理流程对急性心梗患者抢救效果的影响[J]. 健康必读,2021(1):197-198.
- [6]赵芹,乔丽娟. 优化急诊护理流程在急诊心梗护理中的应用效果研究[J]. 中国农村卫生,2021,13(5):49,51.
- [7]张璐璐. 分析对急性心梗患者实施优化急诊护理流程的抢救效果[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2021,9(5):130-132. DOI:10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2021.05.053.
- [8]郭淑珍. 优化急诊护理流程应用于急性心梗患者中的效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊),2021,21(19):331-332.
- [9]张莹,赵媛媛,魏华,等. 优化急诊护理流程对急性心梗患者抢救效果的影响[J]. 智慧健康,2021,7(22):118-120.
- [10]张晓莉. 整合式护理与心梗绿色通道护理在急诊胸痛患者中的价值[J]. 中国保健营养,2020,30(36):162-163.
- [11]张静. 急诊护理路径在急性心梗抢救过程中的护理价值[J]. 东方药膳,2021(16):171-172.
- [12]陈红霞,高秀娟,李桂菊. 关键环节超前护理在急性心梗急诊 PCI 患者中的应用[J]. 健康必读,2021(1):208-209.
- [13]舒慧敏. 优化急诊护理流程在急诊心梗护理临床应用效果及急诊时间分析[J]. 中外医疗,2020,39(18):133-135. DOI:10.16662/j.cnki.1674-0742.2020.18.133.
- [14]邹洁,成芳瑜. 急诊护理路径在急性心梗抢救过程中的护理干预及效果评价[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(26):146.
- [15]张白,梁洁媛,甘白水,等. 急诊护理路径在急性心梗抢救过程中的护理干预与临床效果观察[J]. 心电图杂志 (电子版),2020,9(2):230-231.

作者简介: 叶云芳 出生年月 1991 年 2 月 学历 本科 籍贯 韶关南雄 单位 广州市中西医结合医院 科室 急诊 研究方向 急诊心梗护理 地址: 广东省广州市花都区新华街道望亭路 15 号 邮编 510870。

自我护理干预用于老年慢性牙周炎种植治疗后的效果

于佳莉¹ 金叶²

1 齐齐哈尔市中医医院 黑龙江齐齐哈尔 161000; 2 齐齐哈尔市五官医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要:目的 自我护理干预用于老年慢性牙周炎种植治疗后的效果。方法 选取2019年12月—2020年12月在我院治疗的老年慢性牙周炎种植治疗患者90例作为观察对象,分为观察组和参照组,各45例。参照组实施常规护理,观察组在前者基础上实施自我护理干预。对比护理效果。结果 观察组术后3个月、6个月、1年mPLI优于参照组($P < 0.05$);观察组术后3个月、6个月、1年PD优于参照组($P < 0.05$);观察组术后3个月、6个月、1年mSBI优于参照组($P < 0.05$)。结论 自我护理干预可以在老年慢性牙周炎种植治疗患者中发挥重要作用。

关键词:自我护理干预;老年慢性牙周炎;种植治疗

The effect of self-care intervention after implanting therapy for senile chronic periodontitis

Yujiali golden leaf²

1 Qiqihar traditional Chinese medicine hospital,Qiqihar, Heilongjiang 161000

2 Qiqihar Wuguan hospital,Qiqihar,Heilongjiang 161000

Abstract: Objective To evaluate the effect of self-care intervention after implant therapy for senile chronic periodontitis. Methods 90 elderly patients with chronic periodontitis treated with implant therapy in our hospital from December 2019 to December 2020 were selected as observation objects, and were divided into observation group and reference group, with 45 cases in each group. The control group received routine nursing, while the observation group received self nursing intervention on the basis of the former. Compare the nursing effect. Results the mPLI of the observation group was better than that of the control group at 3 months, 6 months and 1 year after operation (P ; PD in the observation group was better than that in the control group at 3 months, 6 months and 1 year after operation (P ; The MSBI of the observation group at 3 months, 6 months and 1 year after operation was better than that of the reference group (P). Conclusion self nursing intervention can play an important role in the elderly patients with chronic periodontitis treated with implant therapy.

key words: self nursing intervention; Senile chronic periodontitis; Implant therapy

慢性牙周炎是口腔科常见的慢性感染性牙周病,老年人群则是此病的主要发病群体。目前的研究认为,牙周炎的发生是牙菌斑中微生物所致的牙周支持组织慢性疾病,其中,菌斑是慢性牙周炎发生的始动因素,免疫因素则是此病的促进因素【1】。随着牙周炎的慢性迁延,患者龈沟的病理变化性变化所致的牙周袋,使牙龈炎的主要病理表现。一般情况下,老年患者的生理、心理会受到严重影响,因而临床常会在牙周炎进行治疗的同时,给予患者相应的牙齿修复治疗。既往临床对患者治疗时,常会应用传统修复治疗,但其效果并不理想。所以近年来临床多会涉及种植治疗的运用,种植治疗是一种临床常用的治疗方法,其对于改善患者生活质量有现实意义【2】。但种植治疗的效果本身,往往同口腔保健工作的开展紧密相关,通过有效的护理措施应用,可以大大提升种植效果,保证患者预后改善。因此,临床对患者护理时可以运用自我护理干预。自我护理干预诞生于上世纪70年代,采用该方法可提高护理质量,故而在当下于临床中得到广泛运用。基于此,此次研究将围绕着自我护理干预用于老年慢性牙周炎种植治疗后的效果进行论述,详细分析如下:

1 资料方法

1.1 研究资料

选取2019年12月—2020年12月在我院治疗的老年慢性牙周炎种植治疗患者90例作为观察对象,分为观察组和参照组,各45例。纳入标准:①纳入研究者健康状况良好,无严重内科合并症;②研究资料完整;③已签署知情同意书;排除标准:①伴有影响种植修复的全身性疾病者;②精神病史、阿尔兹海默症;③研究中途失联者。参照组男25例,女20例,年龄65~84岁,平均年龄(70.56±4.21)岁;观察组男24例,女21例,年龄65~85岁,平均年龄(70.83±4.15)岁。组间资料对比无显著差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 参照组

参照组应用常规护理,告知患者口腔卫生保健知识、方法,向患者讲解种植治疗的作用,并对患者日常生活习惯、饮食等进行指导,告知患者要定期进行复查等。

1.2.2 观察组

观察组在参照组基础上应用自我护理干预,详细见下:(1)术前护理。术前通过图册、视频、图片等方式,向患者及家属讲解口腔疾病相关知识,并要通过讲解以及演示的方式,使患者对BASS刷牙法、牙线使用方法、菌斑显示剂等有一定程度认识。(2)术中护理。术中对患者进行耐心指导,告知其配合医师操作,并对患者进行引导等。(3)术后护理。①BASS刷牙法。指导患者选用软毛牙刷,刷牙时要将刷头放入牙颈部,确保刷毛与牙面为45°,刷牙过程中软毛要一部分进入龈沟,一部分在邻面,略微用力,确保其能水平颤动,不断重复动作。每日刷牙次数2次,保证每个牙面都能刷到。②牙线指导。将牙线并拢打结,通过双手将线圈绷紧,而后引导患者使用牙线采用“C”形包绕以及由龈沟向切端运动的方式,对菌斑进行清除。在完成清除后,采用清水漱口,以便彻底清除菌斑。③牙间刷指导。根据患者牙间隙大小,选择适宜的牙间刷,指导患者采用牙间刷时,确保其紧压牙间乳头,并要保证可以处理牙龈下,但要避免牙间刷对软组织造成损伤,每日要对牙间隙进行最少1次清洁。④牙龈按摩。嘱咐患者洗净右手,而后将右手食指,置于牙龈黏膜,而后通过旋转食指的方式,向牙冠方向适当用力,同时向咬合面移动,每天按摩次数2次。另要注意告知患者,注意对指甲的修剪,避免牙龈损伤发生【3】。(4)患者评估。对患者掌握情况进行评估,对患者疑问进行解答,并引导患者进行练习,以起到巩固的作用,保证培训效果。另要在患者出院后,对患者进行定期回访,了解患者口腔情况,并根据口腔情况对患者进行指导,纠正患者的错误,保证护理效果。

1.2.3 观察指标

对比护理效果。评价两组患者不同时间改良菌斑指数(mPLI)、探诊

深度 (PD)、改良龈沟出血指数 (mSBI)。mPLI 为 0~3 分, 0 分: 无菌斑; 1 分: 触摸种植体可见菌斑; 2 分: 肉眼可见种植体菌斑; 3 分: 大量牙菌斑。mSBI 为 0~3 分, 0 分: 无出血现象; 1 分: 龈沟内有点状出血; 2 分: 龈沟有线状出血; 3 分: 龈沟内有大量出血或自发性出血。

1.3 统计学方法

使用 SPSS19.0 软件进行统计学处理, 计数资料为百分比 (%), 行 χ^2 检验, 计量资料为均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x}\pm s$), t 值检验, $P < 0.05$, 存在统计学意义。

2 结果

3. 两组患者术后不同时间 mPLI 比对

两组患者术后 1 个月 mPLI 比对未见显著差异 ($P > 0.05$)。观察组术后 3 个月、6 个月、1 年 mPLI 均好于参照组 ($P < 0.05$)。如表 1

表 1 两组患者术后不同时间 mPLI 比对 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 1 年
观察组 (n=45)	0.75 $\pm$ 0.05	0.81 $\pm$ 0.10	0.88 $\pm$ 0.23	1.02 $\pm$ 0.31
参照组 (n=45)	0.73 $\pm$ 0.07	0.97 $\pm$ 0.21	1.06 $\pm$ 0.37	1.83 $\pm$ 0.54
t	1.560	4.615	2.772	8.727
P 值	0.122	0.000	0.007	0.000

[1] 两组患者术后不同时间 PD 比对

两组患者术后 1 个月 PD 比对未见显著差异 ($P > 0.05$)。观察组术后 3 个月、6 个月、1 年 PD 均好于参照组 ($P < 0.05$)。如表 2

表 2 两组患者术后不同时间 PD 比对 ($\bar{x}\pm s$, mm)

组别	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 1 年
观察组 (n=45)	1.84 $\pm$ 0.12	2.05 $\pm$ 0.21	2.29 $\pm$ 0.41	2.53 $\pm$ 0.47
参照组 (n=45)	1.82 $\pm$ 0.11	2.51 $\pm$ 0.36	2.83 $\pm$ 0.52	3.31 $\pm$ 0.69
t	0.824	7.404	5.470	6.267
P 值	0.412	0.000	0.000	0.000

1 两组患者术后不同时间 mSBI 比对

两组患者术后 1 个月 mSBI 比对未见显著差异 ($P > 0.05$)。观察组术后 3 个月、6 个月、1 年 mSBI 均好于参照组 ($P < 0.05$)。如表 3

表 3 两组患者术后不同时间 mSBI 比对 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 1 年
观察组 (n=45)	0.75 $\pm$ 0.13	0.80 $\pm$ 0.15	0.91 $\pm$ 0.24	1.13 $\pm$ 0.35
参照组 (n=45)	0.71 $\pm$ 0.11	0.92 $\pm$ 0.31	1.12 $\pm$ 0.31	1.75 $\pm$ 0.58
t	1.576	2.337	3.593	6.140
P 值	0.119	0.022	0.001	0.000

3 讨论

牙周炎是一种以牙菌斑为诱因, 所致的牙周组织慢性炎症疾病, 该病在特征上主要以对牙周组织破坏、牙列缺失为主要特征, 在临床表现上, 罹患牙周炎的患者可见有牙龈炎症、出血、牙周袋形成等【4】。一般情况下, 牙龈炎是此病的早期阶段, 随着时间迁延, 患者可出现牙周袋形成情况, 进而引发慢性牙周炎。现代医学研究指出, 牙菌斑在此病发生上扮演着主要角色, 存在于牙龈沟、牙颈部的牙菌斑微生物及其毒性产物, 会对牙周组织造成刺激, 以致牙周组织被破坏, 该病发生后会对患者生活质量造成影响, 尤其是对老年患者来讲, 此病会对其身体机能带来严重损害。

并且医学研究还表明, 牙周炎同心脑血管疾病、内分泌疾病、神经系统疾病、肾脏疾病, 均存在不同程度关联性。而就临床实际来讲, 慢性牙周炎发生后严重损害老年患者生活质量, 所以需要及时对患者实施种植治疗。

但种植治疗后有一定概率出现种植失败, 有报道显示, 有 10%~50% 的患者会发生种植体周围炎, 另有报道指出, 治疗后 2 个月, 细菌会在牙周袋重新定植, 而能否保证良好的牙周环境, 对于保证种植效果有现实意义。因而在种植治疗后, 临床要确保患者可以得到科学护理, 以保证种植效果, 改善其生活质量。既往对患者护理时主要应用常规护理, 常规护理虽然能发挥一定作用, 但整体效果并不显著, 所以可以实施自我护理干预。自我护理干预是一种应用时间较长的护理方法, 该种方法的核心在于, 引导患者进行学习, 使患者可以实现自我护理, 所以在自我护理干预应用后, 患者可以参与到诊疗等工作中, 这有助于降低并发症风险, 改善患者预后。有研究指出【5】, 通过自我护理干预的应用, 可以使老年慢性牙周炎患者通过一系列行为, 进行识别、参与诊疗过程, 进而实现口腔保健。对比传统常规护理模式, 自我护理干预应用后更加注重对患者整体的干预, 弥补传统护理模式患者与疾病联系不紧密的问题, 调动患者的主观能动性, 使患者积极参与到疾病后续恢复中。临床实践表明, 在对老年慢性牙周炎患者实施此种护理方法后, 可以根据患者实际情况, 强化患者对疾病知识、口腔卫生维护知识的掌握, 提高患者对知识的掌握。其次, 该种方法应用后, 还能调动患者主观能动性的同时, 提升患者依从性, 使患者能够积极开展自我护理。因此在自我护理干预的支持下, 医务人员可以帮助患者掌握 BASS 刷牙法、牙线使用方法、牙间刷使用方法以及牙龈按摩方法。所以, 在对老年慢性牙周炎患者实施自我护理干预后, 患者自身远期 mPLI、PD、mSBI 均可以得到改善, 这说明此种护理方法可以在对患者护理中起到积极作用。但要特别指出的是, 老年人群因年龄缘故, 记忆力相对较差, 且老年患者文化程度参差不齐, 若在对患者护理时不能遵循个性化原则, 便很容易导致患者无法充分掌握保健知识, 所以要在对患者护理前, 对患者实施系统评估, 制定详细的护理方案, 从而确保患者能够得到有效护理。

本次研究结果表明, 观察组术后 3 个月、6 个月、1 年 mPLI 优于参照组 ($P < 0.05$); 观察组术后 3 个月、6 个月、1 年 PD 优于参照组 ($P < 0.05$); 观察组术后 3 个月、6 个月、1 年 mSBI 优于参照组 ($P < 0.05$)。由此可见, 在该类患者的护理中, 常规护理所能起到的作用极为有限, 所以可在患者护理中应用自我护理干预。通过自我护理干预的应用, 可以大大提高护理效果, 这同既往报道结果接近。表明自我护理干预有理想应用价值。

综上所述, 自我护理干预可以在老年慢性牙周炎种植治疗患者中发挥重要作用。

参考文献:

- [1]周洋, 王飞, 王飞虎, 等.种植修复对慢性牙周炎牙列缺损患者牙周指数及炎症因子的影响[J].湖南师范大学学报(医学版), 2021, 18(2): 189-192.
- [2]李点典, 崔云峰, 李硕.牙周基础治疗配合即刻种植修复对慢性牙周炎患者炎症因子水平及牙周指标的影响[J].吉林医学, 2021, 42(3): 585-587.
- [3]曹凯华, 黄伟坚.慢性牙周炎合并牙列缺损患者行口腔种植修复技术治疗的近远期疗效分析[J].中国现代药物应用, 2021, 15(13): 70-72.
- [4]李新玲, 韩丽娟, 郭晓慧.龈沟液 SOST 及 IL-1 β 水平与慢性牙周炎患者种植修复效果的相关性[J].中国实用医刊, 2021, 48(19): 62-65.
- [5]李伟.种植修复技术治疗慢性牙周炎患者对龈沟液内人软骨糖蛋白 39 及抵抗素水平影响[J].临床军医杂志, 2020, 48(2): 193-194.

临床护理路径在颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血中应用效果分析

张培¹ 路连海² 董秀芳³ 何晓霞⁴ 高鹏⁵

1.盐山阜德医院 河北沧州 061300; 2.河北省内丘县人民医院 河北邢台 054200;

3.邢台医学高等专科学校附属第一医院 河北邢台 054000;

4.中国人民解放军联勤保障部队第980医院 河北石家庄 050000;

5.唐山市丰南区医院 河北唐山 063300

摘要:目的:探讨临床护理路径在颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血中应用效果。方法:选取2020年1月-2021年12月108例确诊为高血压脑出血患者作为研究对象,按照随机数字表将其分为实验组(n=54)、对照组(n=54)。两组患者均采用颅内血肿微创清除术进行治疗,对照组给予常规护理干预,实验组在对照组的基础上采用临床护理路径干预。分析两组患者治疗前后临床效果;护理前后昏迷指数(GCS)、神经功能缺损程度(NIHSS)、日常生活能力(MBI);护理前后的生活质量;护理满意度。结果:实验组总有效率为94.44%,对照组总有效率为77.77%,差异有统计学意义(P<0.05);护理前,两组患者GCS、NIHSS、MBI差异无统计学意义(P>0.05),护理后,两组患者的GCS、NIHSS、MBI均改善,其中,实验组GCS、NIHSS、MBI明显优于对照组患者,差异有统计学意义(P<0.05);护理前,两组患者各项生活质量评分差异无统计学意义(P>0.05),护理后,两组患者的各项生活质量评分均提高,其中,实验组各项生活质量评分明显高于对照组患者,差异有统计学意义(P<0.05);实验组患者的护理满意度为96.30%,对照组患者的护理满意度为77.77%,差异有统计学意义(P<0.05)。结论:临床护理路径在颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血中应用效果显著,能够显著改善患者的临床症状,提高患者的神经功能恢复速度,改善患者的日常生活质量,提高日常生活能力,提高患者的护理满意度,值得在临床上推广。

关键词:临床护理路径;颅内血肿微创清除术;高血压脑出血;应用效果

高血压脑出血是临床上常见危重症之一,多发生于中老年人,直接威胁到患者的生命安全^[1-2]。根据相关数据显示,高血压脑出血占据所有脑血管疾病的20%,病死率较高,患者在发病6h内再出血率高达83%,病死率则会进一步增加。因此,对于高血压脑出血患者,在发病6-24h之间进行手术^[3-4],能够取得显著的效果。以往临床上多采用开颅手术治疗,但是,该手术方式对患者的创伤较大,术后恢复不佳。颅内血肿微创清除术应用于高血压脑出血,不禁能够取得开颅手术的治疗效果,同时,该术式定位较为准确,安全性高,对患者的创伤小,显著提高了患者的生存率^[5-6]。对于接受颅内血肿微创清除术的高血压脑出血患者,护理干预具有重要意义。临床护理路径是将系统理论作为路径流程,使整个诊治流程更加合理化、从而有效的控制患者的病情。为进一步探讨临床护理路径在颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血中应用效果,选取2020年1月-2021年12月108例高血压脑出血患者作为研究对象,现报告如下。

一资料与方法

1.1 对象与分组

选取2020年1月-2021年12月108例高血压脑出血患者作为研究对象,按照随机数字表将其分为实验组(n=54)及对照组(n=54)。经统计学分析,实验组与对照组的一般资料差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性,其详细情况见表1,患者均知情同意。

表1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄(岁)	男/女	出血量(ml)
实验组(n=54)	56.32±3.17	37/17	68.43±4.29
对照组(n=54)	56.87±3.22	36/18	68.02±3.96
T/X ²	0.394	0.193	0.094
P值	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

两组患者均采用颅内血肿微创清除术进行治疗,对照组给予常规护理干预,实验组在对照组的基础上采用临床护理路径干预,内容如下:

1.入院当天护理

在患者入院之后,护士需要向患者讲解住院环境、病房情况,建立和谐、友好的护患关系。由于患者对于病情、陌生环境不了解,往往会产生紧张、恐惧的负面情绪,护理需要积极进行沟通,协助患者进行入院护理评估。之后,向患者讲解该疾病的发生、发展过程,讲解颅内血肿微创清除术的步骤、优点,并进行健康宣教。

2.手术当天的护理

做好皮下注射、备皮以及药敏试验等基础准备工作。积极与患者进行沟通,讲解手术的流程。同时,还要控制患者的血压水平,维持好通畅的护理。在手术过程中,密切观察患者的生命体征,一旦发现再出血或是脑疝等情况,及时给予干预措施。

3.手术1-3d护理

做好引流管护理,术后夹管2-4h,重点观察引流液的情况,若是液体呈现为暗红色,或是出现新鲜血液,则需要考虑是否为再出血情况。在术后严格按照无菌操作原则进行,预防肺部感染。

1.3 观察指标^[7-8]

分析两组患者治疗前后临床效果;护理前后昏迷指数(GCS)、神经功能缺损程度(NIHSS)、日常生活能力(MBI);护理前后的生活质量;护理满意度。

1.4 统计学方法

应用SPSS22.0统计系统进行分析,计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,差异性比较用t检验,计数资料则用n(%)来表示,采用X²检验,P<0.05代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者GCS、NIHSS、MBI比较

护理前,两组患者GCS、NIHSS、MBI差异无统计学意义(P>0.05),护理后,两组患者的GCS、NIHSS、MBI均改善,其中,实验组GCS、NIHSS、MBI明显优于对照组患者,差异有统计学意义(P<0.05),见表2。

表2 两组患者GCS、NIHSS、MBI比较

组别	GCS 评分		NIHSS 评分		MBI 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组(n=54)	8.43±1.29	13.28±1.58	38.43±5.39	15.29±2.37	15.03±1.94	62.42±2.54
对照组(n=54)	8.38±1.32	10.92±1.35	38.20±5.28	27.49±3.10	14.98±1.69	31.20±3.27
t	0.094	10.293	0.495	14.294	0.492	29.323
P值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者临床效果比较

实验组总有效率为 94.44%，对照组总有效率为 77.77%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者临床效果比较

组别	痊愈	有效	无效	总有效率
实验组 (n=54)	31 (57.41)	20 (37.04)	3 (5.56)	51 (94.44)
对照组	23 (42.59)	19 (35.18)	12 (22.22)	42 (77.77)

表 4 两组患者护理前后的生活质量比较

组别	心理状态		社会功能		躯体功能		角色功能	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=25)	93.21±4.29	93.14±4.29	92.15±4.38	93.21±3.95	92.04±4.37	94.13±3.08	93.14±4.32	94.18±4.20
对照组 (n=25)	93.10±4.28	89.24±3.29	92.13±4.09	87.34±4.28	91.98±4.27	88.32±4.02	93.10±4.29	90.23±4.39
t	0.094	5.392	0.291	6.382	0.392	4.295	0.196	5.983
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组患者护理满意度比较

实验组患者的护理满意度为 96.30%，对照组患者的护理满意度为 77.77%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 5。

表 5 两组患者护理满意度比较

组别	十分满意	满意	不满意	总有效率
实验组 (n=54)	31 (57.41)	21 (38.89)	2 (3.70)	52 (96.30)
对照组 (n=54)	23 (42.59)	19 (35.18)	12 (22.22)	42 (77.77)
X ²				7.390
P 值				<0.05

3 讨论

高血压脑出血是临床上常见的神经外科危重症之一，主要是因为高血压导致的脑实质内出血性疾病^[9-10]。近年来，随着社会的发展以及人们生活模式的改变，高血压脑出血的发病率呈逐年上升的趋势^[11]，且呈年轻化趋势，严重威胁到患者的生命安全。

以往，临床上多采用传统开颅手术治疗，患者致残率、致死率较高。随着微创手术的飞速发展，颅内血肿微创清除术是目前治疗高血压脑出血的常用治疗方法^[12-13]，该术式能够快速建立颅内血肿清除通道，可以有效清除患者的血肿，但是，术后仍存在并发症的发生。因此，针对接受颅内血肿微创清除术治疗的患者，护理水平的高低直接影响到患者的治疗效果。

临床护理路径是一种新型、综合性的护理服务模式，该护理模式是通过标准化的流程为患者提供有序的护理干预^[14-15]，为医院的护理水平的提高起到促进作用。采用临床护理路径模式，还能够强化手术前后患者的病情监测，预防再出血的发生，还能够维持患者治疗以及护理的连续性，从而保障患者治疗的顺利进行。本次研究结果显示，实验组总有效率为 94.44%，对照组总有效率为 77.77%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，说明临床护理路径在颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血中应用能够显著提高其临床效果；护理前，两组患者 GCS、NIHSS、MBI 差异无统计学意义 ($P>0.05$)，护理后，两组患者的 GCS、NIHSS、MBI 均改善，其中，实验组 GCS、NIHSS、MBI 明显优于对照组患者，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，说明临床护理路径在颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血中应用能够改善患者的神经功能，提高患者的日常生活能力；护理前，两组患者各项生活质量评分差异无统计学意义 ($P>0.05$)，护理后，两组患者的各项生活质量评分均提高，其中，实验组各项生活质量评分明显高于对照组患者，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，说明临床护理路径在颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血中应用能够提高患者的生活质量，促进患者的恢复；实验组患者的护理满意度为 96.30%，对照组患者的护理满意度为 77.77%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，说明临床护理路径在颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血中应用能够改善护患关系，提高护理满意度。

综上所述，临床护理路径在颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血中

(n=54)

X²

6.392

P 值

<0.05

2.3 两组患者护理前后的生活质量比较

护理前，两组患者各项生活质量评分差异无统计学意义 ($P>0.05$)，护理后，两组患者的各项生活质量评分均提高，其中，实验组各项生活质量评分明显高于对照组患者，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 4。

应用效果显著，能够显著改善患者的临床症状，提高患者的神经功能恢复速度，改善患者的日常生活质量，提高日常生活能力，提高患者的护理满意度，促进患者的恢复，值得在临床上推广。

参考文献:

- [1] 韩妮, 王晓萌. 基于“生物-心理-社会”一体化护理模式在高血压脑出血患者中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(09): 173-175.
- [2] 陈叙连, 杨凤华, 黄彩霞, 刘杏梅. 优化院前临床护理路径对高血压脑出血患者抢救效果及满意度的影响[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(24): 3441-3443.
- [3] 邹宇婷. 高血压脑出血昏迷患者给予营养支持并辅之临床护理干预对促进患者昏迷症状缓解的研究[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(15): 11+16.
- [4] 汪丽丽. 临床护理路径在老年高血压性脑出血患者术后恢复期中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19(14): 155-156.
- [5] 李小微, 邱金维. 临床护理路径在右侧基底节区高血压脑出血急诊手术患者围术期中的应用效果观察[J]. 心血管病防治知识, 2021, 11(07): 43-45.
- [6] 史新风, 王东峰, 王红. 中医临床护理路径对高血压性脑出血急性期神经功能恢复的影响[J]. 新中医, 2020, 52(24): 174-177.
- [7] 唐西杨, 何世花. 临床护理路径在颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血患者中的应用价值[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(04): 72-74.
- [8] 周孝叶, 钱薇, 邹文洁. 四感联合促醒刺激护理在高血压脑出血术后昏迷患者中的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(02): 153-155. DOI: 10.16821/j.cnki.hs.jx.2020.02.015.
- [9] 蒋玲, 李科, 王慧, 郭欣, 闫芳芳, 张红梅. 高血压脑出血患者术后感染影响因素及护理预防干预措施[J]. 中华医院感染学杂志, 2019, 29(06): 905-908.
- [10] 朱莉. 生活方式护理管理对糖尿病并高血压脑出血患者临床护理应用效果及预后分析[J]. 糖尿病新世界, 2018, 21(13): 174-175.
- [11] 陈会芳. 临床护理路径对高血压脑出血患者行微创颅内血肿清除术后并发症发生率及生活质量的影响[J]. 临床研究, 2018, 26(08): 192-194.
- [12] 陈君霞, 王慧梅, 刘杨君, 叶碎林. 综合护理干预对高血压脑出血患者术后康复和心理状态的影响研究[J]. 中国现代医生, 2016, 54(08): 146-149+153.
- [13] 张建荣, 李燕, 张金秀, 王昆鹏, 方建瑞. 延续性护理在高血压脑出血患者中的实施及对生活能力的影响[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2015, 42(01): 37-40.
- [14] 赵凤双, 王美珍, 刘琰, 杨丽君. 高血压脑出血患者行气管切开发生肺部感染的临床护理体会[J]. 包头医学, 2014, 38(04): 232-233.
- [15] 湛金梅, 岳力强, 洪素妹, 岳立锋, 刘春玲, 王力伟, 李学良. 临床护理路径在微创穿刺治疗高血压脑出血患者中的疗效观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2013, 16(12): 2068-2070.

项目来源：河北省邢台市重点研发计划自筹项目 (2021ZC056)

临床护理路径在胆结石围手术期的实施效果分析

张瑞

齐齐哈尔市中医医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要:目的:分析临床护理路径在胆结石围手术期的实施效果。方法:我院收治的胆结石择期手术患者抽取64例,在围术期实施不同护理方案,随机分成对照组、观察组,分别安排常规护理、临床护理路径,对两组治疗效果、炎症指标、应激程度及护理满意度等指标对比。结果:观察组总有效率高于对照组,观察组炎症指标、应激程度比较均优于对照组,观察组生活质量评分高于对照组,手术时间、住院时间均短于对照组,观察组护理满意度高于对照组, $P<0.05$ 。结论:胆结石围手术期患者实施临床护理路径,对临床疗效提升明显,有效减轻患者的炎症指标和应激程度,进而提升患者的生活质量和对护理服务的满意度,具有推广价值。

关键词: 临床护理路径; 胆结石; 围手术期; 实施效果

胆结石作为肝胆外科常见疾病,发病时,患者临床主要表现出腹痛、发热和发冷等症状,同时多合并胆管炎、胆道出血等症状出现^[1]。急性胆结石患者多合并剧烈的腹痛感,患者不良情绪严重,围术期配合科学的护理,对临床治疗有着积极的影响。胆结石临床最常见的治疗方案是腹腔镜胆囊切除术,大多患者接受手术治疗,可以取得较好的疗效,可是患者的预后效果不佳^[2]。手术作为创伤性操作,对患者身体会造成不同程度的损伤,有些患者还会发生应激性反应。为确保手术安全性,术后治疗效果,为胆结石围术期患者提供科学的护理服务,对于患者病情康复有着积极的影响^[3]。科学治疗同时,为此类患者开展系统的护理干预,对于提升疗效,具有重要价值。临床护理路径是以患者为中心开展的护理措施,与常规护理相比,临床护理路径具有更新颖的护理内容,可以结合患者个体情况提供针对性护理服务,使各项护理工作可以有序开展,实现规范化护理操作,使患者在围术期全程得到专业化护理服务,对病情恢复,护理有效性得到保证^[4]。我院收治的胆结石患者分组护理后将效果比较,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院于2019年5月~2021年12月收治的胆结石择期手术患者抽取64例,以双盲法将64例患者资料分成2组,每组32例。对照组:男女比例20:12;年龄30-65岁,均值(49.66±7.18);病程1-12年,均值(6.12±2.38);观察组:男女比例18:14;年龄28-66岁,均值(48.12±8.23);病程1-11年,均值(5.92±2.84);两组资料比较,无统计学差异 $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组常规护理,对患者开展各项基础护理,护理人员主动热情接待患者,安排患者接受各项检查,检查临床并记录患者生命体征变化,详细记录各项数据,制定科学的治疗方案。加强对患者病房卫生消毒的监督管理,保证病房得到有效的通风换气,温湿度调节到适宜状态,针对患者的心理、饮食、用药多个方面提供口头宣教,使患者日常生活质量得到保证。观察组开展临床护理路径,内容如下。

(1)组建小组。护理人员成立临床路径小组,小组构成有护士长、主管护士、责任护士,小组针对患者具体情况,研究护理方案,制定科学护理计划表,为后续护理工作的开展提供参考,各项护理工作严格根据护理路径表内容操作。

(2)入院第1日。护理人员对患者的心理状态进行评价,由于大多患者面对手术会产生负面情绪,其中焦虑、恐惧等情绪的影响,都会影响手术的顺利进行。所以,胆结石患者在围术期要适当开展心理护理,术前,护理人员为患者提供口头讲解,使患者了解手术各项流程,使患者可以积极配合完成

手术治疗各项操作。在病床前健康宣教过程中,护理人员要及时为患者解答疑问,使患者可以建立康复的信心,做好术前各项检查,引导患者配合各项检查工作。

(3)术前1日。术前,指导患者忌用止痛药、止泻药类药物,指导患者配合用药管理,预防发生漏诊。护理人员要按医嘱使用抗生素,提前使用抗生素,可以预防发生感染。术前提前做好各项准备工作,监测患者生命体征的变化,针对患者病情特点开展小组讨论,通过讨论确定最终护理计划。术前,与患者、家属加强主动沟通,指导患者术前要禁食水。同时,加强对患者病房和管理,调节适宜温湿度,减少噪音,避免对患者休息造成影响。病房内各项检查,要注意以床帘进行遮挡,充分保护患者的隐私,以此减轻患者的负面情绪,更好的配合各项检查和治疗操作。护理人员加强和患者的沟通,可以消除患者不良情绪,提高康复的信心^[5]。

(4)术后1日。术后由于病情、手术刺激等因素影响,患者术后身体会承受痛苦。护理人员加强对手术切口、引流等管理,针对患者个体情况,实施疼痛干预,例如:使用止痛药,止痛泵由患者自控等方式,能明显减轻患者的疼痛感。一般术后6h,将患者摆放去枕平卧状态,未发生异常时,患者可选择坐或半卧位,不同体位变换利于患者的休息,缓解疼痛,减少腹壁张力。播放轻音乐的方式,也可以及时分散患者对疼痛的注意力,对于轻度或中度的疼痛,可放电视,音乐等方式,转移患者注意力。如果疼痛过于严重时,可使用止痛药。

(5)术后2日-出院前。术后护理人员要加地患者切口护理管理,例如:每日对切口更换敷料,确保切口及周围皮肤保持在清洁的、干燥的状态。发现切口红肿时,患者体温升高时,要针对性处理切口感染。留置引流管的患者,加强脓液引流管理,穿刺抽脓等操作加强管理,确保引流管的通畅状态,观察管道未发生脱落、扭曲等问题。加强患者饮食管理,按病情恢复状态,结合患者的饮食习惯,设计饮食方案。指导患者坚持少食多餐,多摄入富含蛋白质、高维生素的食物,忌食过于辛辣的、刺激的食物^[6]。

1.3 观察指标

疗效评价^[7]显效:检查指标恢复到正常水平,腹痛、结石彻底消失,检测患者的胆道功能恢复到正常水平;有效:检查结石体积缩小 $>50\%$,腹痛减轻,胆道功能基本恢复到正常;无效:检查结石体积缩小 $<50\%$,腹痛、胆道功能均未恢复到正常水平。治疗总有效率=显效率+有效率。

统计护理前后两组患者的炎症指标、应激程度,具体评价指标包括超敏C反应蛋白、血清降钙素原、去甲肾上腺素、血清皮质醇,各项数据在护理前后进行组间对比,统计学比较;统计两组生活质量评分、手术时间、住院时间及护理满意度,护理满意度=(满意+基本满意)/总数 $\times 100\%$;生活质量评

分以得分高代表患者的生活质量提升显著。

1.4 统计学方法

数据 SPSS22.0 统计学分析,计数资料[n(%)]表示, χ^2 检验; 计量资料

【 $\bar{x} \pm s$ 】表示, t 值检验, $P < 0.05$ 说明差异明显。

2 结果

2.1 分析临床效果

观察组总有效率高于对照组, $P < 0.05$ 表 1。

表 1 临床疗效对比[n(%)]

组别	例数(n)	显效	有效	无效	总有效率
----	-------	----	----	----	------

表 2 炎症指标、应激程度各指标对比【 $\bar{x} \pm s$ 】

组别	超敏 C 反应蛋白(mg/L)		血清降钙素原(μg/L)		去甲肾上腺素(μg/L)		血清皮质醇(μg/L)	
	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=32)	21.32±1.19	8.32±1.04	6.30±1.24	2.30±0.26	65.29±12.24	21.30±4.24	134.25±23.38	32.29±5.18
对照组(n=32)	21.28±1.22	12.32±1.66	6.29±1.26	4.03±1.03	65.26±12.30	43.32±10.24	134.22±23.48	64.33±10.39
t	0.132	11.551	0.031	9.212	0.009	11.239	0.005	15.611
P	0.894	0.000	0.974	0.000	0.992	0.000	0.995	0.000

2.3 分析生活质量评分、手术时间、住院时间

观察组生活质量评分高于对照组,手术时间、住院时间均短于对照组, $P < 0.05$ 表 3。

表 3 质量评分、手术时间及住院时间对比【 $\bar{x} \pm s$ 】

组别	质量评分(分)	手术时间(min)	住院时间(d)
观察组(n=32)	97.52±1.64	56.18±2.86	5.52±1.18
对照组(n=32)	81.33±1.75	66.13±8.24	7.54±1.57
t	38.186	6.453	5.818
P	0.000	0.000	0.000

2.4 分析满意度

观察组护理满意度高于对照组, $P < 0.05$ 表 4。

表 4 护理满意度比较[n(%)]

组别	例数(n)	满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	32	21(65.6)	10(31.3)	1(3.1)	31(96.9)
对照组	32	15(46.9)	11(34.4)	6(18.8)	26(81.3)
χ^2					4.010
P					0.045

3 讨论

胆结石发病后,患者会表现出无法忍受的、剧烈的疼痛感,同时,患者会合并发烧、恶心等类症状,对患者生活质量造成不良影响。不及时救治还会产生其他的不良影响。临床对胆结石的治疗及时手术治疗同时,围术期要开展全面的护理干预,对于患者术后恢复具有重要影响。临床护理路径是新型护理模式,可以使患者积极配合各项护理操作,由传统被动护理向主动护理服务进行转变,使手术可以顺利完成,对于患者术后康复,及早下床活动,体力恢复也有积极的影响^[8]。研究发现^[9],疼痛是影响患者术后及早下床活动的关键因素,有效的止痛管理,配合口头宣教和心理干预,也能明显减轻患者的疼痛感。通过临床护理路径的实施,可以科学整理医疗资料,促进患者身体康复,缩短患者的手术时间和住院时间,实现规范化的护理服务,为患者提供系统化管理,从而提升患者对护理服务的满意度,有效控制并发症,确保手术安全。临床护理路径作为全新护理理念指导下开展的护理模式,围术期为患者提供优质的护理服务,确保护理工作的全面性,最大程度上减轻其他因素的干扰,从而提升治疗效果,提升患者对手术治疗后满意度,有效控制护患

观察组	32	23(71.9)	8(25.0)	1(3.1)	31(96.9)
对照组	32	16(50.0)	9(28.1)	7(21.9)	25(78.1)
χ^2					5.142
P					0.023

2.2 分析两组炎症指标、应激程度

护理前,两组炎症指标、应激程度比较无显著差异 $P > 0.05$; 护理后,观察组炎症指标、应激程度比较均优于对照组, $P < 0.05$ 表 2。

纠纷发生。

本次研究结果,与常规护理比较,实施临床护理路径的观察组,从疗效、炎症指标、应激程度、生活质量及满意度各方面指标比较,明显优于对照组,与他人结论一致^[10]。可见,临床护理路径用于临床可以显著提升患者的手术效果,促进术后康复进程,全面提升患者对护理服务的满意度。临床护理路径结合患者基本情况,制定临床护理路径表,按表格开展各项护理操作,实现护理服务规范化,不会使护理操作发生遗漏或重复,能有效避免医疗资料的浪费,确保患者从入院到出院,全程得到护理指导,对促进患者手术顺利完成具有重要作用,为患者术后康复打下坚实的基础。

综上所述,临床护理路径在胆结石围手术期的实施,效果显著,可推广应用。

参考文献:

- [1]张彩凤.临床护理路径在胆结石围手术期中的护理效果[J].中国保健营养,2020,30(28):257.
 - [2]黄凤莲,任燕萍.分析临床护理路径在胆结石围手术期的护理效果[J].中国保健营养,2020,30(7):220.
 - [3]李亚晓.胆结石患者护理中实施全面护理模式的效果观察[J].实用临床护理学杂志,2019,4(08):66-67.
 - [4]周凝香.临床护理路径在胆结石围手术期中的护理价值分析[J].医学美容,2020,29(1):125.
 - [5]王宁.临床护理路径在胆结石围手术期中的护理体会[J].中国现代药物应用,2019,13(06):195-196.
 - [6]任慧杰.分析临床护理路径在胆结石围手术期的护理效果[J].中国保健营养,2020,30(5):181-183.
 - [7]王会娟.探索临床护理路径在胆结石患者围手术期应用效果[J].中国保健营养,2021,31(01):147.
 - [8]张梦娇.临床护理路径在胆结石围手术期的护理效果[J].医药前沿,2019,9(10):154-155.
 - [9]黄雪妹,张爱华,吴旺敏.临床护理路径应用于胆结石围手术期的护理价值研究[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(18):372-373.
 - [10]彭军兰,范志君.整体护理在腹腔镜手术治疗胆结石患者中的应用效果[J].医疗装备,2019,32(15):157-158.
- 作者简介: 张瑞,女,1988.07.06,籍贯:辽宁省 汉族,本科,职称:主管护师
研究方向:外科护理。

无痛人流流产患者护理中采用人文关怀的效果分析

张新娟 于佳

银川市第三人民医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨无痛人流流产患者护理中采用人文关怀的效果。方法：采集本院2020年8月至2021年8月期间接收的194例无痛人流流产患者，随机分为对照组与观察组各97例，对照组采用常规护理，观察组采用人文关怀，分析不同护理之后患者心理状况、疼痛程度、人工流产综合征发生率、治疗依从性、护理满意度情况。结果：在患者SAS、SDS对应心理评分以及疼痛程度上，观察组护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义($p<0.05$)；在人工流产综合征发生率上，观察组9.28%，对照组32.99%，对比有统计学意义($p<0.05$)；在患者治疗依从性上，观察组96.91%，对照组83.51%，对比有统计学意义($p<0.05$)；在患者护理满意度上，观察组95.88%，对照组83.51%，对比有统计学意义($p<0.05$)。结论：无痛人流流产患者护理中采用人文关怀后，可以有效地提升治疗依从性，改善其负面情绪，减少其疼痛程度，防控在人工流产综合征，患者对护理工作的满意度更高。

关键词：无痛人流流产；护理；人文关怀；效果

无痛人流流产属于常见的人工流产方式，可以降低终止意外妊娠的不适感，提升处理效果与速度，在临床广泛应用。手术操作本身会带来一定的不良问题，造成生理、心理层面的压力与不适感。除了规范的手术治疗，还需要考虑护理工作对患者治疗恢复形成的支撑辅助，减少不适感。本文采集194例无痛人流流产患者，分析运用人文关怀后患者心理状况、疼痛程度、人工流产综合征发生率、治疗依从性、护理满意度情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2020年8月至2021年8月期间接收的194例无痛人流流产患者，随机分为对照组与观察组各97例。对照组中，年龄从22岁至37岁，平均 (27.96 ± 5.18) 岁；孕周为6至12周，平均 (8.14 ± 1.09) 周；观察组中，年龄从21岁至38岁，平均 (28.15 ± 3.54) 岁；孕周为6至12周，平均 (8.65 ± 1.28) 周；两组患者的基本年龄、孕周等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组采用常规护理，观察组采用人文关怀，具体内容如下：

1.2.1 心理护理

要做好对应的心理护理工作，所有的操作需要保持必要的人性化基本原则。进行患者必要的沟通安抚，通过温和的语言、积极的信息以及心理暗示来减少患者负面情绪导致不良问题。需要询问患者的诉求，进行尽快地解决^[1]。

1.2.2 健康教育

做好必要的教育指导，让患者对无痛人流流产有关流程、基本状况、注意事项有基本掌握，由此避免不了解而导致的紧张、焦虑、恐惧等不良情绪。术前需要做好有关健康宣教工作，具体形式以及内容依据个体情况而定^[2]。可以面对面一对一的口头强调，也可以提供书面手册或者发送电子文章等方式。让其有基本的了解，纠正其错误认知状况，在一定程度上可以减少负面情绪对其构成的影响。要做好患者整体手术状况的基本安抚，避免其躁动情绪导致整体的治疗恢复不良问题^[3]。

1.2.3 术前护理

术前护理方面，需要做好有关术前的沟通交流，知晓患者的生理、心理、认知状况，做好对应的沟通指导，知晓患者的疾病史、药物禁忌，做好有关术前检查辅助以及引导^[4]。要叮嘱其保持术前6小时禁饮禁食，同时术前需要做好膀胱排空。妥善地做好有关手术准备工作，包括常用品、药品以及快速的做好静脉通道的建立。

1.2.4 术中护理

术中护理方面，需要做好患者各项生命体征的观察变化。如果有血压以及呼吸不良问题，需要及时做好医师反馈沟通处理^[5]。如果术中存在呕吐状况，需要立即暂停手术，同时将其头部抬高，进行呕吐物的及时清理，要确保呼吸道顺畅。当其状况逐步恢复到正常情况之后，再做好后续的守护处理。

1.2.5 术后护理

术后护理工作方面，需要做好有关处理工作。要第一时间的提供糖水鸡蛋、牛奶等营养饮食，由此来改善长时间进食带来的不良反应^[6]。同时要做好麻醉药物影响观察，部分患者可能有宫缩乏力引发的阴道出血问题。术中还需要了解其工作状况以及血流量情况，依据个人需求做好缩宫药物以及抗生素的使用。要做好患者意识恢复情况的观察，了解病床安全防护工作，避免坠床问题导致的不良影响。在其得到完全清醒之后，再允许其出院。

1.2.6 出院指导

在出院指导方面，在出院之前需要做好其个人饮食指导，保证丰富高蛋白以及易消化饮食，防控辛辣刺激等不良不良影响。饮食上保持清淡易消化，依据个体需求做好对应饮食方案的提供^[7]。一般情况下多说摄取蛋白质营养丰富的饮食，避免辛辣刺激带来不良影响，指导患者保持科学规律的饮食。要做好外阴清洁处理，运用温水做外阴清理，保持每天1~2次，每天做好内裤更换^[8]。术后一个月内避免夫妻性生活，同时还需要做好有关随访工作。具体随访操作可以采用电话以及微信等各种方式，具体情况依据患者需求而定，保证开展的低成本、方便，满足患者个人需要。还可以通过有关随访工作了解患者的恢复状况，提供必要的避孕知识以及生殖健康知识，提供对应的避孕健康手册，同时让其做好防控反复性流产的意识。在随访过程中，如果不能有效地解决实际问题，需要嘱咐患者及时的来院复诊。在术中需要做好各项生命体征的观察，如果有呼吸困难、血压突然下降等情况，需要及时反馈给医生处理，避免错失治疗时机导致的不良后果。如果术中有呕吐情况，也需要停止手术。术后要做好患者生活护理指导。日常生活方面，需要每天做好外阴清洁，一般情况下可以做外阴1~2次的温水清洁，同时每天需要进食的，每天需要做好内部的更换。

1.3 评估观察

分析不同护理之后患者心理状况、疼痛程度、人工流产综合征发生率、护理满意度情况。心理状况运用SAS、SDS有关心理评分，评分越低情况越好。疼痛程度主要采用VAS评分，评分越低情况越好。护理满意度=很满意率+基本满意率。

1.4 统计学分析

数据运用spss22.0软件处理，计数资料使用n(%)表示，采用卡方检

验, 计量资料运用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后心理评分以及疼痛程度情况

如表 1 所示, 在患者 SAS、SDS 对应心理评分以及疼痛程度上, 观察组护理后评分降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1: 两组患者治疗前后心理评分以及疼痛程度对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	SAS	SDS	VAS
观察组	治疗前	42.78 $\pm$ 3.19	43.18 $\pm$ 4.26	6.58 $\pm$ 1.25
	治疗后	29.57 $\pm$ 2.54	30.26 $\pm$ 3.18	4.21 $\pm$ 1.08
对照组	治疗前	41.74 $\pm$ 5.23	42.71 $\pm$ 5.33	6.29 $\pm$ 1.14
	治疗后	36.49 $\pm$ 4.27	38.54 $\pm$ 4.18	5.42 $\pm$ 1.39

注: 两组治疗前对比, $p > 0.05$, 两组治疗后对比, $p < 0.05$

2.2 患者治疗依从性情况分析

见表 2 所示, 在患者治疗依从性上, 观察组 96.91%, 对照组 83.51%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

表 2: 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	97	54 (55.67)	40 (41.24)	3 (3.09)	96.91%
对照组	97	29 (29.90)	52 (53.61)	16 (16.49)	83.51%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.3 患者人工流产综合征发生率情况

见表 3 所示, 在人工流产综合征发生率上, 观察组 9.28%, 对照组 32.99%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

表 3: 患者人工流产综合征发生率评估结果

分组	n	发生人数	比例
观察组	97	9	9.28%
对照组	97	32	32.99%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示, 在护理总满意率上, 观察组 95.88%, 对照组 83.51%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

表 4: 患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	97	56 (57.73)	37 (38.14)	4 (4.12)	95.88%
对照组	97	31 (31.03)	50 (51.55)	16 (16.49)	83.51%

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

人工流产是当前终止不良妊娠以及意外妊娠的有效方式。随着技术的进步, 无痛人流流产可以更大程度地提升整个妊娠终止过程的舒适度, 减少疼痛导致的手术进行阻力以及患者的不良感受。一般无痛人流流产过程中的疼痛度相对较轻, 手术效果更好, 降低了有关手术的不良问题, 因此, 属于人工流产中的首选方式。但是患者自身对于手术的适应能力以及了解程度不同, 容易引发多种生理、心理方面的不良影响。甚至因为心理压力过重, 导致总体手术进行产生一定阻力, 影响预后情况。

通过本研究结果可以发现, 在患者治疗依从性上, 观察组 96.91%, 对照组 83.51%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 患者配合度更好, 护理工作开展更为顺畅且高质量。在患者 SAS、SDS 对应心理评分以及疼痛程度上,

观察组护理后评分降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 在人工流产综合征发生率上, 观察组 9.28%, 对照组 32.99%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 患者治疗依从性高, 生理、心理层面的恢复情况更好, 体验感受更佳。在患者护理满意度上, 观察组 95.88%, 对照组 83.51%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。观察组患者对护理工作的认可度更高, 减轻护患纠纷压力, 护理人员自身的工作成就感也更好。人文关怀护理方式在一定程度上可以改善患者的负面情绪, 减少人工流产综合症等不良问题, 患者的疼痛感也相对得到改善, 整体的治疗依从性更高, 患者对护理工作满意度也更好。说明了人文关怀这种以人为本的护理理念, 在落实过程中可以获得更高的患者评价, 整体的反馈更好。生理、认知、心理各层面的恢复情况也更好, 减轻了护理工作的不良问题以及风险, 构建了更和谐的护患关系。

人文关怀属于近些年较为推崇的新型护理模式, 是医疗技术以及社会文明发展程度不断推进下的衍生护理理念。其坚持以人为本, 不仅要满足患者手术治疗所需, 考虑到其生理层面的需要, 也考虑其心理、认知方面的建设价值。尤其是生理、心理、认知方面环环相扣, 相互影响。做好心理疏导, 提升认知水平, 在一定程度上可以提高患者对护理治疗工作的认可度以及配合度, 反过来也有助于整体手术的顺利进行, 提升生理层面的恢复质量以及恢复速度。

人文关怀在一定程度上更注重为患者提供情感、文化、精神方面的支撑, 由此来满足患者的身心诉求。尤其是无痛人流流产患者, 在手术过程中容易有较多的负面情绪以及恐惧心理, 人文关怀的价值可以提升其整体的手术信心, 整体的配合度也得到有效改善。其过程中, 做好有关手术流程、注意事项的说明, 可以提升其整体对手术知识的认知水平, 保持更为平稳的情绪以及配合状态来接受手术进行。同时做好针对性的饮食、病情观察, 会阴护理等各方面细节的落实, 有效地防控术后感染等不良问题, 提升整体术后恢复质量以及恢复速度。护理工作也需要做好护理人员的培训管理, 提升沟通能力、法律常识、心理学、护理技巧操作、社会学各方面的综合水平, 应对复杂多变的实际状况。

总而言之, 无痛人流流产患者护理中采用人文关怀后, 可以有效地提升治疗依从性, 改善其负面情绪, 减少其疼痛程度, 防控在人工流产综合征, 患者对护理工作的满意度更高。

参考文献:

- [1] 王建荣, 马爱琴, 李红霞. 人文关怀在无痛人流流产护理中的应用价值探讨[J]. 中外女性健康研究, 2020(4):107-108.
- [2] 吴敏. 人文关怀在无痛人流流产护理中的应用及对患者情绪的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(58):64-65.
- [3] 卢杰华. 无痛人流护理中人文关怀的应用价值分析[J]. 特别健康, 2020(27):171.
- [4] 涂二蒙. 综合护理干预对无痛人流产孕妇术后疼痛及焦虑情绪的影响[J]. 临床医学工程, 2021, 28(2):239-240.
- [5] 高兴荟. 人性化护理在无痛人流流产手术中的应用效果[J]. 中外女性健康研究, 2021(9):100-101.
- [6] 刘海燕. 分析术前护理干预对提高无痛人流流产术中麻醉效果和满意度[J]. 家有孕宝, 2021, 3(14):37.
- [7] 骆慧芳, 黄才莲, 夏小云, 等. 舒适化护理对无痛人流流产患者的临床效果分析[J]. 医药前沿, 2021, 11(24):149-150.
- [8] 薛凤, 薛能. 人性化护理在门诊无痛人流流产术中的应用效果[J]. 婚育与健康, 2021(2):1.

PDCA 循环结合心理干预在小儿内科住院患者护理干预中的效果评价

张芸芸 张娜

银川市妇幼保健院普儿科 宁夏银川市 750001

摘要:目的: 分析小儿内科住院患者, 予以 PDCA 循环结合心理干预的效果。方法: 取 88 例内科住院患儿, 分 2 组。对照组实行常规护理, 观察组实行 PDCA 循环+心理护理。对比家长满意度、心理弹性、睡眠质量等。结果: 较之对照组, 观察组家长满意度、心理弹性、睡眠质量、依从性评分均高 ($P<0.05$), 负性情绪评分低 ($P<0.05$)。结论: 对于内科住院患儿, 执行 PDCA 循环+心理护理, 可改变心理情绪, 提升依从性, 确保护理工作顺利完成, 达到护理目的, 值得推广。

关键词: 内科; 住院患儿; PDCA 循环; 心理护理; 依从性; 睡眠质量; 心理弹性

小儿由于自控力差、年龄小, 加之疾病带来的痛苦, 在入院治疗阶段, 多表现严重哭闹情况, 无法清楚地清楚地表述自身病情, 需要家长描述^[1]。所以患儿与家长都处于焦虑状态, 从而产生易怒、烦躁等情绪, 不仅影响诊疗工作, 还会加重患儿心理压力或负担, 影响疾病康复, 所以心理支持极为重要^[2]。PDCA 是按照策划、实施、检查、处理顺序实行质量管理的循环体系方法, 对疾病预后、治疗效果、不良心态等发挥作用^[3]。本文着重分析, PDCA 循环+心理护理干预效果及价值, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

时间: 2020 年 3 月—2022 年 2 月, 选 88 例内科住院患儿, 抽签分 2 组, 各 44 例。对照组 30 例男、14 例女, 年龄 5~12 岁, 平均 (7.82±1.34) 岁; 观察组 27 例男、17 例女, 年龄 3~10 岁, 平均 (7.42±1.31) 岁; 基本资料一致, 无差异 ($P>0.05$), 可对比。纳入: (1) 基本资料完善; (2) 可以正常交流且意识清晰; (3) 无认知障碍; (4) 自愿参加; (5) 家长同意并签字确认。排除: (1) 精神疾病或障碍; (2) 心肝功能障碍; (3) 中途退出。

1.2 方法

对照组实行常规护理, 内容: 加强患儿住院期间生命体征监测工作, 做好病房环境护理, 调整室内温度和湿度, 分别控制在 24℃、55% 左右, 注意消毒灭菌, 预防感染。予以饮食、用药指导服务, 针对不配合的患儿需进行安抚, 分散注意力, 利用多种形式增加信任度, 从而积极配合医护人员工作, 促使疾病早日康复。

观察组实行 PDCA 循环+心理护理, 内容如下:

(1) P 计划: 通过发放问卷、采取心理弹性量表等方式, 掌握患儿产生的心理反应, 如自强、乐观、坚韧程度等等, 分析患儿出现不良情绪的原因。将医护人员整合分组, 在病历管理系统中, 收集患儿资料, 包含基本信息、疾病、预后、住院变化、依从性、监护人心态等; 组织相关人员利用头脑风暴法, 寻找在以往护理工作中已经出现或潜在的问题, 例如环境冷漠, 患儿无法在短小时内适应新环境, 家长对疾病了解不够, 心理负担重, 护理人员与患儿及家长的交流较少, 缺乏主动积极性等。根据以上问题商讨出解决方法, 并安排实行。

(2) D 执行: ①美化病房: 改变儿科病房的整体色调和装修风格, 打破以往白色为主环境, 采取多种卡通图案进行装饰, 多食用颜色鲜明的贴纸放置在墙面和病床上, 把病房中的床单和被罩, 全部换为带有卡通图案的款式, 同时更改医护人员着装, 用更加鲜艳的服饰代替。将病房装饰尽量打造成正常的幼儿园或学校摆设, 从而缓解患儿陌生感与紧张情绪。②强化生活照护: 向院里申请床被使用数量, 强化早晨和夜间管理, 指导家长参与到护理管理过程中, 实行 APN 排班制度, 确保治疗高峰期患儿可以得到有效照护与诊疗, 并且申请活动基金启用, 在科室中配备消毒洗、微波炉、洗衣机等设施, 制定管理规则, 便于患儿和家长使用。在病房中放置联系本, 患者可以将自己的意见或建议填写在联系本上面, 护理人员则在 3d 内完成处理。③健康教育: 护理人员要每天和患儿及家长实行一

对一交流、沟通, 为其介绍住院期间需要注意的事宜, 以及疾病相关知识、并发症预防措施等, 每日进行面对面宣教, 内容以促进康复、并发症防治为主。从而加深患儿和家长的认知, 积极配合后续治疗、护理工作。④培养积极性: 在病房比较显眼的位置放置患儿急救、护理等知识的宣传工具, 将患儿每月治疗、病情改善情况实行统计, 把结果贴在办公室信息栏中, 让每位护理人员看到数据变化, 增加工作士气, 提高积极主动性, 保障护理质量。⑤开设健康大讲堂: 每周四的下午为患儿及家长进行宣教, 邀请其参与到大讲堂中, 为其讲解发病机制、护理流程、治疗方案、预后处理等内容, 促使家长学习交流, 并把授课内容录制为视频, 通过微信上传到微信群或者发送给家长, 便于家长后续学习; 针对家长不太理解的问题, 通过微信解答, 确保患儿得到全面护理服务。

(3) C 检查: 每月的月底对护理执行、方案落实、治疗进度等情况进行总结分析, 并与预期目标相比较。检查目标完成进度, 将进度和绩效挂钩, 从而提升护理人员工作积极性和责任心。此外, 还需要分析本月护理工作实施期间, 存在的问题或者危险因素, 共同讨论出解决措施, 完善护理方案, 将其纳入到新的护理计划中。

(4) A 处理: 1 个月为一周期, 把检查结果公开分析, 并上报到上级部门, 针对本周期不足之处寻找解决方法, 并放在下一个循环中执行。

(5) 心理干预: 护理人员依据患儿不同心理状态, 予以个体化心理措施, 包含家属协助、强化沟通、音乐疗法等。例如, 通过分析负性情绪产生的原因, 全面评估患儿状态, 予以疏导和安抚, 播放喜爱的音乐或动画片, 放松身心, 改善不良情绪, 拉近护患关系, 提高信任程度, 消除陌生感。掌握患儿兴趣爱好、性格特点等, 需用和蔼亲切的语气和患儿交流, 面带微笑, 多夸奖患儿聪明、漂亮等等, 减少患儿的恐惧感。针对疼痛或不适症状, 可以通过按摩、抚触等方法缓解, 播放动画电影, 分散注意力。

1.3 观察指标

(1) 评估患儿的心理弹性 (CD-RISC 量表, 包含自强、乐观性、坚韧性) 及负性情绪 (SDS 抑郁、SAS 焦虑)^[4]。

(2) 使用 PSQI 量表, 评估患儿的睡眠质量, 内容有睡眠紊乱、睡眠效率等, 总分 21 分, 分值越高越差^[5]。

(3) 采取自制量表, 测定患儿对打针、睡觉、用药的依从性, 总分 100 分, 分值越高越优^[6]。

(4) 为患儿家长发放调查问卷, 评估满意度情况, 包含护理质量、护理技术、环境卫生等; 总分 100 分, 分值越高越佳^[7]。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 心理弹性及负性情绪

护理前两组心理弹性及负性情绪对比无差异 ($P>0.05$), 护理后观察组负性情绪评分低 ($P<0.05$), 心理弹性评分高 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 心理弹性及负性情绪 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分 组	例 数	乐观性		坚韧性		自强		SDS		SAS	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对 照 组	44	5.17±1.15	7.04±1.23	13.25±1.27	20.14±1.26	6.21±1.04	10.21±1.24	61.28±3.25	45.93±2.94	58.95±3.16	47.94±3.48
观 察 组	44	5.39±1.17	16.82±1.74	13.59±1.32	29.83±2.45	6.58±1.06	27.13±1.34	61.03±3.22	20.35±1.43	58.72±3.13	21.34±2.64
t		0.890	30.445	1.231	23.331	1.653	61.475	0.362	51.900	0.343	40.394

p	0.376	0.000	0.222	0.000	0.102	0.000	0.718	0.000	0.732	0.000
2.2 睡眠质量评分										
护理前两组睡眠质量评分比较无差异 ($P>0.05$), 护理后观察组评分										
表 2 睡眠质量评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)										
分	例	睡眠持续性		睡眠效率		主观反应		睡眠紊乱		
组	数	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	44	2.84±0.65	2.06±0.33	2.56±0.62	1.95±0.24	2.74±1.01	1.63±0.75	2.86±1.06	2.04±1.02	
照										
组										
观	44	2.82±0.63	0.87±0.11	2.54±0.63	0.65±0.12	2.52±1.03	0.74±0.09	2.63±1.03	0.32±0.06	
察										
组										
t		0.147	22.692	0.150	32.137	1.012	7.815	1.032	11.166	
p		0.884	0.000	0.881	0.000	0.315	0.000	0.305	0.000	
2.3 患儿依从性										
护理前两组患儿依从性比对比无差异 ($P>0.05$), 护理后观察组评分高										
表 3 患儿依从性评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)										
分	例	用药		打针		睡觉				
组	数	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	44	60.37±3.12	72.54±4.06	53.45±2.69	69.27±3.45	55.34±3.02	70.49±3.96			
照										
组										
观	44	60.65±3.15	98.75±4.87	53.73±2.72	98.73±4.77	55.68±3.04	98.82±5.13			
察										
组										
t		0.419	27.421	0.486	33.195	0.526	28.997			
p		0.676	0.000	0.629	0.000	0.600	0.000			
2.4 患儿家长满意度										
护理前两组患儿家长满意度比较无差异 ($P>0.05$), 护理后观察组评										
表 4 患儿家长满意度评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)										
分	例	护理技术		服务态度		环境卫生		护理质量		护理效果
组	数	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前
对	44	51.68±2.33	69.14±3.52	56.11±3.04	70.31±3.87	52.08±2.49	69.88±3.54	52.19±2.63	68.25±3.74	60.25±3.28
照										
组										
观	44	51.95±2.35	97.82±4.36	56.39±3.06	98.62±4.51	52.27±2.52	98.75±4.82	52.45±2.67	98.51±5.04	60.59±3.32
察										
组										
t		0.541	33.950	0.431	31.599	0.356	32.022	0.460	31.982	0.483
p		0.590	0.000	0.668	0.000	0.723	0.000	0.647	0.000	0.630

3 讨论

小儿内科是医院重要科室, 由于该科室收治的患儿年龄都较小, 表达、思维能力欠缺, 所以疾病描述都是家长进行说明, 因此小儿内科非常容易遭到家长投诉的科室^[8]。同时因患儿耐受能力差、依从性较低等因素, 给疾病治疗、护理增加一定难度; 据调查, 因患儿情绪波动较大, 会对治疗和预后产生严重影响, 甚至危及生命安全, 所以缓解消极心态是保障疾病康复的重点^[9-11]。

常规护理是根据病情制定护理方案, 容易忽略患儿心理方面, 导致情绪波动大, 依从性差, 无法配合医护人员完成后续工作, 降低护理质量, 增加纠纷事件发生风险^[12]。PDCA 循环是将质量管理分为计划、执行、检查、处理四个阶段, 在管理期间, 要求各项工作根据制定计划、实施计划、检查实施效果、处理问题方面, 把成功案例纳入标准中, 不成功地放在下个循环继续解决^[13-14]。心理护理是指护理人员通过各种途径, 影响患儿心理活动, 进而达到护理目标的措施。

本次试验表明, 观察组依从性、家长满意度、心理弹性等均优 ($P<0.05$)。这就说明, PDCA 循环+心理护理模式, 可以改变患儿的心理弹性及负性情绪, 提升患儿依从性, 家长满意度高, 在改善病情的同时, 保障患儿睡眠质量及预后, 达到预期目标; 及时解决存在的护理问题或风险, 完善护理方案, 将处理不了的问题放在下个循环中继续解决, 进一步提高护理质量与水平。

综上所述, 对于内科住院患儿, 执行 PDCA 循环+心理护理, 可改变心理情绪, 提升依从性, 确保护理工作顺利完成, 达到护理目的, 值得推广。

参考文献:

- [1] 杨建君. PDCA 循环护理在消毒供应室的应用及对降低院内感染中的作用分析[J]. 中国实用医药, 2019, 14(26): 189-190.
- [2] 崔绘芝. PDCA 循环在提升门诊西药房药学服务质量中的应用效果

[J]. 中国实用医药, 2022, 17(4): 190-192.

[3] 陈飞, 裴金绿, 王静. PDCA 循环干预在小儿内科住院患儿护理中的应用[J]. 广东医学, 2019, 40(23): 3339-3342, 3346.

[4] 肉孜姑丽·艾克木, 邢娟, 盖宁, 等. PDCA 循环管理模式结合针对性护理干预在完全胸腔镜下心脏手术围术期的应用效果评价[J]. 新疆医科大学学报, 2021, 44(7): 860-864.

[5] 王丹. PDCA 循环护理方案对肺炎患儿症状消失时间、退热时间和住院天数的影响[J]. 河北医药, 2020, 42(8): 1254-1257.

[6] 顾小丽, 张丽芳. PDCA 循环管理法对降低住院患儿静脉采血标本不合格率的效果分析[J]. 医药前沿, 2020, 10(7): 168-169.

[7] 谢飞燕. PDCA 循环质量管理方法对提高患儿家属满意度的效果研究[J]. 中国卫生标准管理, 2020, 11(2): 164-166.

[8] 任红梅, 徐晓燕. PDCA 循环在降低住院患儿跌倒或坠床风险中的应用[J]. 福建医药杂志, 2021, 43(4): 163-164.

[9] 陈笑清. 激励式心理干预配合 PDCA 循环护理对妊娠期高血压患者母婴结局的影响[J]. 心血管病防治知识: 学术版, 2021, 11(28): 52-54.

[10] 陈茜, 刘静, 周媛媛, 等. PDCA 循环联合积极心理干预对腹腔镜手术患者术后疼痛并发症及身心健康的影响[J]. 临床心身疾病杂志, 2022, 28(3): 70-74, 101.

[11] 齐欣, 邵瑞娜, 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] 李玲, 陈佳佳, 肖敏捷, 等. PDCA 管理循环法对住院儿童雾化治疗认知和治疗行为的影响研究[J]. 今日药学, 2020, 30(8): 561-564, 572.

[13] 张倩. PDCA 循环护理对支气管肺炎患儿治疗依从性、肺功能及预后的影响[J]. 淮海医药, 2019, 37(3): 318-320.

[14] 尹淑丽. 心理干预对 PICU 中高龄住院患儿依从性及家属焦虑情绪的影响[J]. 包头医学, 2020, 44(3): 64.

PDCA 循环护理在行 PICC 肺癌患者中的效果

赵娜

山东省单县中心医院 山东菏泽 274300

摘要：目的：观察 PDCA 循环护理在行经外周静脉穿刺中心静脉置管（PICC）肺癌患者中的应用效果。方法：选择本院 2020 年 3 月～2022 年 3 月收治的肺癌 PICC 置管患者 100 例，随机将其分为观察组和对照组，各 50 例，观察组应用 PDCA 循环护理，对照组给予常规护理，观察护理效果。结果：观察组 PICC 相关性感染发生率、PICC 置管不良事件发生率、置管操作时间低于对照组，导管留置时间、护理质量评分高于对照组，差异显著（ $P < 0.05$ ）。结论：肺癌患者 PICC 置管期间应用 PDCA 循环护理后，可显著提升护理质量，降低感染及不良事件发生率，增强置管的安全性，延长置管时间。

关键词：肺癌；PICC；PDCA 循环；护理

肺癌是一种恶性肿瘤疾病，因早期缺乏典型性或明显症状，导致多数患者在中晚期才确诊，此时手术时机已经丧失，为使患者生存期延长，主要给予化疗治疗。化疗期间，化疗药物以静脉输注方式给药，由于静脉穿刺多次开展，不仅增加患者痛苦，且静脉炎等不良反应的发生率也明显升高，不利于治疗的顺利完成^[1]。随着医学技术的进步，肿瘤化疗患者开始广泛应用经外周静脉穿刺中心静脉置管（PICC）技术，该项技术有效的减少了穿刺次数，让患者痛苦程度减轻，同时可将化疗药物刺激外周血管的情况改善，提高化疗治疗的安全性^[2]。不过，行 PICC 置管期间，较易发生感染、管道移位等不良事件，还需加强护理干预。PDCA 循环护理属于新型护理方式，其以 PDCA 循环管理为基础，通过融入护理措施，促进护理工作的计划性、目的性增强，再加上不断的循环护理过程，促进护理质量持续的升高，最终有效护理的辅助作用，提升化疗效果及 PICC 置管安全性^[3]。本研究肺癌患者行 PICC 置管时，即应用 PDCA 循环护理，取得较好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2020 年 3 月～2022 年 3 月收治的肺癌 PICC 置管患者 100 例，随机将其分为观察组和对照组，各 50 例。观察组中，男 29 例，女 21 例；年龄 45～77 岁，平均（58.93±3.27）岁；鳞癌 25 例，腺癌 9 例，小细胞癌 16 例；TNM 分期：II 期 15 例，III 期 23 例，IV 期 12 例。对照组中，男 26 例，女 24 例；年龄 47～73 岁，平均（58.85±3.31）岁；鳞癌 27 例，腺癌 8 例，小细胞癌 15 例；TNM 分期：II 期 15 例，III 期 25 例，IV 期 10 例。经比较，两组资料无明显差异（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：（1）符合肺癌诊断标准；（2）行 PICC 置管；（3）可耐受化疗；（4）意识清楚，且具有良好的配合能力；（5）知情同意。

排除标准：（1）穿刺部位皮肤存在感染情况；（2）凝血功能异常；（3）合并其他恶性肿瘤；（4）上肢存在静脉压迫综合征；（5）合并血管畸形。

1.2 方法

对照组给予常规护理：置管前，将置管方法、置管作用等讲解给患者；置管时，按照规范实施穿刺和置管操作；置管后，敷贴定时更换，同时对穿刺部位情况密切注意，及时处理不良情况。

在对照组基础上，观察组应用 PDCA 循环护理，具体方法如下：

（1）计划阶段（Plan）：首先分析可导致 PICC 置管不良情况的相关危险因素，重点分析具有较高发生率的问题，总结问题诱发原因，让护理人员能全面了解高危因素；接着针对分析结果，制定护理计划，并结合患者个体视情况适当调整计划中的具体护理措施，增强护理的针对性。

（2）实施阶段（Do）：根据护理计划，认真落实各项护理内容，包含以下几项：①开展规范化培训：培训内容由两部分组成，一部分是理论知识，具体有 PICC 置管方法、无菌操作理念、消毒液选择方法、维护时机、PICC 常见并发症及处理等；另一部分是操作技巧培训，由护理人员现场演练 PICC 操作程序、护理流程等，培训后予以考核，合格后方可参与到

护理实践中。②加强健康宣教：患者入院当天，护理人员即先开展简单的健康教育，讲解 PICC 置管方法及置管的必要性；患者住院后，除随机口头教育，还向患者发放 PICC 知识手册，供患者及家属阅读，促进其认知水平不断提高；根据患者认知情况、年龄、文化水平等，在床旁实施个体化健康教育，期间借助视频、多媒体课件等，便于患者理解，从而提升其依从性。③心理干预：多与患者沟通、交流，引导患者将心中想法倾诉出来，从中分析出患者存在的负面情绪，评估心理压力，再针对性的开展心理疏导，缓解不良情绪，同时采用倾听舒缓音乐、正念放松法、转移注意力法等，使负性情绪的程度进一步减轻；指导家属正确的给予患者心理支持。④置管前护理：置管前 1～2d，再次进行集体健康宣教，将操作流程、注意事项、优势等详细的讲解给患者，对于患者提出的疑问，要耐心解答；置管前 1d，对患者静脉情况做出仔细的评估，选择合适的静脉穿刺，并询问基础疾病情况、评估机体免疫状态，陪同患者检查凝血功能，确保患者无 PICC 置管禁忌症。⑤置管中护理：行穿刺操作时，要尽量一次成功，成功后匀速的送管，避免损伤患者血管内壁，完成置管后，将水胶体敷料贴于穿刺部位上方一周，预防不良症状的发生，利用敷料妥善固定导管；整个置管操作均要严格保证无菌性，防止出现感染；操作过程中，护理人员注意患者情绪变化，及时给予安抚、鼓励，同时将配合方法详细的教给患者，提升其配合程度；向肩关节送尖端导管时，嘱咐患者深呼吸，如果发现胸腹下降，送管操作需暂停。⑥置管后护理：向患者详细的讲解维护导管的方法，促进其维护能力增强；两次化疗之间，患者不需要住院，此时患者会带管回家，护理人员要将回家后的维护重点仔细的告知，并将相应的维护知识手册发放给患者及家属按时回院维护；责任护理当天，要认真评估患者掌握相关知识的程度，发现不足之处时要及时补充，次日认真落实患者自我管理及维护措施；患者如较易出汗，敷料可选择透明的或无菌纱布，避免因潮湿导致感染；患者如出现咳嗽、剧烈呕吐、导管回血情况，采用正压接头，完成输液后，冲管按照脉冲式方式进行，同时封管经肝素稀释液进行，降低发生导管堵塞的可能；送管如未能顺利实施，置管后 4h 要进行热敷，每次 15～20min，每天 3 次，连续 3d；患者如长期卧床，为预防形成血栓，抗凝治疗遵照医嘱开展；交接班时，认真交代患者置管情况，讲解清楚相应的注意事项，便于护理。

（3）检查阶段（Check）：成立监控小组，定期抽查 PICC 置管护理情况，如果发现危险因素，予以准确记录。

（4）处理阶段（Action）：对检查阶段发现的问题作出全面的分析，找出问题成因，同时发现仍存在的隐患，接着由护理人员共同讨论，形成新的护理方案，并在下一个 PDCA 循环中实施。

1.3 观察指标

观察 PICC 相关性感染发生情况；观察 PICC 置管不良事件发生情况；记录置管操作时间、导管留置时间；评价护理质量，采用本院自制问卷（信度 0.82，效度 0.82）进行，共包含 5 个维度：操作技能、沟通能力、服务态度、责任心、处理 PICC 意外事件能力，每个维度总分 100 分，分数越

高表示护理质量越高。

1.4 统计学分析

采用 SPSS22.0 统计分析, 平均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, 利用 t 检验, 数 (n) 和率 (%) 表示计数资料, 利用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 PICC 相关性感染发生率及 PICC 置管不良事件发生率比较

观察组 PICC 相关性感染发生率及 PICC 置管不良事件发生率均显著低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 观察组与对照组相关指标比较 n (%)

组别	n	PICC 相关性感染	PICC 置管不良事件			
			导管堵塞	静脉炎	导管移位	总发生
观察组	50	2 (4.00)*	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	2 (4.00)*

表 3 观察组与对照组护理质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别 (n=50)	操作技能	沟通能力	服务态度	责任心	处理 PICC 意外事件能力
观察组	92.24 $\pm$ 3.33*	88.79 $\pm$ 4.15*	93.34 $\pm$ 1.67*	90.28 $\pm$ 2.45*	89.71 $\pm$ 3.54*
对照组	85.17 $\pm$ 4.06	80.76 $\pm$ 4.22	88.65 $\pm$ 1.54	81.47 $\pm$ 3.65	80.66 $\pm$ 5.24

注: 与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

临床治疗肺癌时, 化疗为常用方式, 为减轻患者痛苦, 提高化疗效果, 通常在化疗中应用 PICC, 不过 PICC 置管属于介入式治疗, 静脉炎等相关并发症也较易发生, 同时, 化疗期间, 多数患者存在明显的不良情绪, 再加上缺乏 PICC 相关知识, 导致依从性较差, 影响置管及后续治疗的开展^[5-7]。因此, 肺癌患者应用 PICC 期间, 需加强护理, 促进其不良情绪改善, 提升置管及治疗依从性, 为病情及预后改善奠定基础^[8]。

PDCA 循环模式是一种新型管理方法, 研发目的是持续提高工作效率及工作质量^[9]。护理领域引进 PDCA 循环模式后, 通过护理内容与管理方法的有机结合, 形成了 PDCA 循环护理体系, 该体系对护理安全问题尤为重视, 能够使护理流程的规范化、科学化程度进一步提高; 同时, 对健康宣教做出强化, 有助于患者认知水平升高, 并使其各种不良情绪得到缓解或消除, 最终能积极配合护理人员, 确保治疗和护理顺利开展^[10-12]。另外, PDCA 循环护理与“以人为本”的现代护理理念相符合, 可让患者对护理服务的需求得到充分满足, 利于形成和谐的护患关系, 进而显著减少护患纠纷, 提高护理质量^[13]。

PICC 置管期间, 感染、静脉炎、导管堵塞、导管滑脱等均是较易发生的并发症, 这可能与未严格执行无菌操作、未及时更换敷料、导管固定方法不当、患者活动方式错误、冲封管方法不妥等因素相关^[14]。应用 PDCA 循环护理后, 在制定计划阶段, 护理人员会共同分析出这些原因, 再针对原因来制定相应的护理计划, 有效的保证了护理工作的针对性, 为减少并发症打下良好的基础; 同时, 在实施护理计划过程中, 还注重结合患者个体情况来调整护理内容, 有助于提高护理工作效率, 可促进患者依从性的增强, 从而缩短置管操作时间; 此外, 健康教育的开展还可增加患者自身管理导管的能力, 减少因此导致的不良事件, 也能进一步延长导管留置时间^[15]。本次研究结果显示, 观察组 PICC 相关性感染发生率、PICC 置管不良事件发生率、置管操作时间低于对照组, 导管留置时间、护理质量评分高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$), 提示 PDCA 循环护理有助于提高护理质量, 保障患者置管安全。

综上, 肺癌患者行 PICC 时, 应用 PDCA 循环护理后, PICC 相关性感染及不良事件的发生率可显著降低, 促进导管留置时间延长, 提高护理

对

照 50	9 (18.00)	3 (6.00)	2 (4.00)	4 (8.00)	9 (18.00)
------	-----------	----------	----------	----------	-----------

注: 与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

2.2 置管操作时间、导管留置时间比较

观察组置管操作时间低于对照组, 导管留置时间高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 观察组与对照组置管操作时间、导管留置时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=50)	置管操作时间 (min)	导管留置时间比较 (d)
观察组	27.33 $\pm$ 4.92*	163.37 $\pm$ 50.67*
对照组	36.17 $\pm$ 5.57	146.28 $\pm$ 71.95

注: 与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

2.3 护理质量评分比较

观察组护理质量评分显著高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

质量, 临床应用价值较高, 值得推广。

参考文献:

- [1] 赵小兰, 程燕, 熊洪. 非小细胞肺癌老年病人 PICC 围置管期的综合护理干预应用效果[J]. 蚌埠医学院学报, 2022, 47(02): 268-270.
- [2] 林琳, 张红莲, 夏芳, 等. PDCA 护理管理应用于老年恶性肿瘤 PICC 置管的护理质量及护理效果[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(16): 2997-3000.
- [3] 史小娟. 临床护理路径模式在经外周静脉穿刺中心静脉置管化疗肺癌患者中的应用[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(10): 1810-1812.
- [4] 赵珊. 精细化护理在周围型肺癌 PICC 置管中的临床应用价值[J]. 中国医药指南, 2020, 18(34): 13-15.
- [5] 李千. 预见性护理干预在 PICC 置管治疗晚期肺癌患者中的应用效果分析[J]. 四川解剖学杂志, 2020, 28(04): 124-125.
- [6] 欧婷婷, 郭飞容, 庄丽红. 肺癌化疗患者 PICC 置管护理中无缝隙护理的应用效果[J]. 中外医学研究, 2020, 18(30): 101-103.
- [7] 陈琼, 童莉, 周莉莉. 循证护理对肺癌 PICC 置管化疗患者深静脉血栓形成率与生存状态的影响[J]. 血栓与止血学, 2020, 26(04): 706-707.
- [8] 朱颖英. PDCA 护理管理在老年恶性肿瘤患者 PICC 置管中的应用效果研究[J]. 中国社区医师, 2020, 36(22): 180-181.
- [9] 李桂芝. 肺癌化疗患者 PICC 置管中护理的应用效果分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18(18): 237-238.
- [10] 邢廷英, 奚英, 雷卫爱. PICC 置管前评估与综合护理在肺癌化疗患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(12): 42-44.
- [11] 韩亮. 基于品管圈活动的预见性护理在降低肺癌患者 PICC 置管后非计划拔管中的作用[J]. 中国误诊学杂志, 2020, 15(03): 118-121.
- [12] 刘书伟. 恶性肿瘤患者经外周静脉置入中心静脉导管的循环护理干预[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(05): 104-106+113.
- [13] 李丹. 肺癌化疗行 PICC 置管 64 例临床护理体会[J]. 中国社区医师, 2019, 35(23): 148-149.
- [14] 周燕, 刘博娟. PDCA 循环管理在肺癌患者 PICC 置管中的应用[J]. 中国卫生产业, 2019, 16(17): 61-62.
- [15] 陈敏军, 朱敏, 何卫国. 老年恶性肿瘤患者 PICC 置管期间实施 PDCA 护理管理的效果[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(20): 2860-2863.

洪波从调和营卫桂枝汤论治肺系疾病的经验探讨

周莉

宁波市北仑区大碶街道社区卫生服务中心 浙江宁波 315806

摘要：桂枝汤是《伤寒杂病论》诸方之首，乃调和营卫的第一方，是张仲景的代表方剂之一，被广泛应用于内科、妇科、儿科以及皮肤科等各种病症，临床多用于治疗感冒、流行性感、原因不明的低热、病后低热、妊娠呕吐等以营卫不和为主的患者，其作用机理根本在于调和营卫。本文作者从肺和营卫的关系、桂枝汤的方证特征、病症机理出发，对洪波主任医师临床从调和营卫使用桂枝汤加减治疗慢性肺系疾病的治疗经验的总结探讨，对桂枝汤的应用展开探讨。

关键词：桂枝汤；调和营卫；肺和营卫的关系；肺系疾病

1 营卫的概念

从广义来看，就生成而言，营卫分为营气和卫气，生于水谷精气之中。《灵枢·营卫生会篇》中说，人体之气来自于水谷，水谷入胃后传到肺部，体内的五脏六腑都受到气的影响，清者为营，浊者为卫，在人体内循环往复。从营卫分布上来看，营气在脉内，卫气在脉外，《素问》中提出，营是水谷所化生的精气，它平和协调地运行于五脏，散布于六腑，然后汇入脉中，所以营气循着经脉上下运行，起到连贯五脏，联络六腑的作用；卫是水谷所化生的悍气，它流动迅疾而滑利，不能进入脉中，所以循行于皮肤肌肉之间，熏蒸于膏膜之间，敷布于胸腹之内。并且《素问》中还对营卫的功能做了解释，营的作用有二，一是连通人体的五脏六腑，二是分泌津液渗透在经脉之中，化作血气，外以养体，内则流注肺腑；卫气的作用主要是温养肌体、调节体液。从属性来看，营为血，卫为气，《难经》中说，心和肺的关键分别在于血和气，合为营卫上下随从，疏通经络，循环往复；营为阴，在内由阳守，卫为阳，在外由阴使，因此营卫乃属一体，分主内外、阴阳、血气。张介宾曾提出人体不外乎表里，表里不外乎阴阳，阴阳不外乎营卫，营卫不外乎血气。从狭义上来说，营卫在指皮肤、肌肉、关节等表肌部位运行的血气。在作用上，营气主利关节，卫气主利皮肉，《医学衷中参西录》中提出，人体内的营卫都在太阳部位，卫主皮毛，而皮毛内部有一层白膜，内部的微丝血管就是营，而这一层白膜叫做腠理。据此可知，狭义营卫是广义营卫中的部分内容的具体化，而桂枝汤主治的营卫不和中的营卫是狭义上的概念。

1.1 营卫不和病理

营卫不和主要是指太阳中风或外感风寒表虚证，张锡纯就此论证说，桂枝汤主要治疗的症状是卫气虚弱，不能对守卫营气，风寒透过卫气直接进入营气，营气缺乏卫气的守护，又受到风寒的侵扰，太阳部位的腠理原本就有肺腑传来的热，有受到风寒侵扰，热上加热，导致出汗极多。有学者将营卫不和证分为四种证型，分别是营弱卫强、营和卫弱、营卫皆弱以及营郁卫强，前三者为桂枝汤证，后三者为麻黄汤证，但在《伤寒杂病论》中营卫不和以桂枝汤证的只有两条，营弱卫强和营和卫弱，对应书中第五十三、五十四和九十五条。营卫不和是指营卫二气失衡，协调作用受到了影响，打破了“营为阴，在内由阳守，卫为阳，在外由阴使”的平衡。或者是因为受到外界的影响，例如风邪和其它疾病引发的营卫或任何一方功能的失调，营气主利关节，其失调主要表现为关节筋骨等疼痛麻木，卫气主利皮肉，其失调主要表现为风寒、盗汗等，证型为营和卫弱。

2 肺系疾病

肺主气，司呼吸，开窍于鼻，外合皮毛，故风、寒、燥、热等六淫外邪由口鼻、皮毛而入者，每每首先犯肺。《灵枢·岁露论篇》云：“人与天地

相参，与日月相应”。人作为生物个体存在于自然界中，天人相应，人亦以阴阳为本，以精气神为用。同时因肺居中胸，其位最高，覆盖诸脏之上，其气贯百脉而通五脏，故内伤诸因，除肺脏自病外，它脏有病亦可影响到肺。发病原因有外感、内伤两方面。外感是诱发肺系疾病的最主要病因，《灵枢·岁露论篇》云：“人与天地相参，与日月相应”。人作为生物个体存在于自然界中，天人相应，人亦以阴阳为本，以精气神为用。洪老师认为肺与营卫的关系易相当的重要。

2.1 肺与营卫之气的关系

肺与营卫之气的关系主要包括两个方面：肺气为营卫之气生成的动力之源水谷入胃，分而为水谷精微及糟粕，水谷精微上传及肺，在肺气的作用下与天之清气相合而生成宗气，宗气之中上行能够行呼吸者，为卫气也，灌注也脉能够助也行血者营气也，宗气，乃营卫之根本也^①。肺气为营卫之气布散的动力之源肺气通过正常的宣发肃降功能，将营卫气布散于全身内外^②。依靠肺气正常的宣降，卫气才能上行而布散于体表，而肺气的正常宣降，才使得营气能够注之于也。

2.2 肺卫相关

肺通过宣发作用使卫气布散于表。若卫气在表畅行无阻，则有利于肺气的宣发功能的正常进行；若邪气袭表，致使卫气不能正常的运行，则必然或轻或重的影响及肺气的宣散作用从而引起肺气升降的失常而为病。

3 方证特征

桂枝汤出自《伤寒杂病论》，由张仲景为太阳中风证所作剂。由桂枝、芍药、炙甘草、生姜、大枣组成，乃解肌发汗，调和营卫第一方”。出自《伤寒论》第12条“太阳中风，阳浮而阴弱。阳浮者，热自发，阴弱者，汗自出。啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之”，为全书第一方，被称为“仲群方之冠”。

4 病症机理

4.1 桂枝汤的主要病症机理称为卫强营弱，营卫不和。因而卫强则发热，卫强不能秘，营弱不能藏，汗自出。在《内经》中提出“阴在内阳之也守也”，“阳在外阴之使也。”营卫和谐，从而阴阳协调，进而阴阳秘。桂枝汤证正是为了阴弱不能内守，阳强不能卫外之证而设立。

4.2 治病之本，本于阴阳

阴阳是中医理论应用中最重要、最基础的哲学概念，《素问·阴阳应象大论篇》云：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。治病必求于本”。天地自然到生物个体再到疾病本源，皆来源于阴阳。所以阴阳二气是否调和是人体能否处于正常生理状态的的决定性因素。病，《说文解字》解释其为“病，疾加也”。现代汉语将其解释为生物体发生不健康的现象，即病为机体正常的生理功能失调。人以阴阳

为本，因此病可理解为机体阴阳二气正常的运动变化失调。故治病在于调整机体之阴阳，随其盛衰而治，虚则补之，实则泄之，所以治病之本，本于阴阳。

5 组方、配伍

桂枝组方，切合阴阳桂枝汤主治“太阳中风，阳浮而阴弱。阳浮者，热自发，阴弱者，汗自出。啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕”。患者素体虚弱，感受风邪之后发热汗出，故知此为风邪所致营卫不和之证。阳浮发热是卫气聚于肌表以御外来之风邪，卫气聚于表而失于顾护内营，故营阴外泄而汗出，外邪侵袭于表亦可出现恶寒、恶风、鼻鸣干呕等症。桂枝汤以桂枝为君，桂枝味辛温属于阳，辛则发肌，温通经脉，助阳化气，使阳足助卫而御外邪，故桂枝善调气机，调畅肝肺之气，亦能补胸中之大气。以芍药为臣，芍药味酸苦气平属于阴，酸主收敛，苦主下主泻，故善收敛阴液而驱邪出，芍药与桂枝相合一阳一阴，一散一收，一升一降，一补一泻恢复机体气机之升降，调和人体之阴阳，驱邪出以安正。佐以大枣、生姜、甘草三味。大枣味甘气平，善健脾助运以充营卫，生姜味辛辣善发散，走而不守，助君药桂枝发散在表之邪气，又善走蹕而能调脾胃以防大枣之滋腻以碍脾。甘草味甘，性平，能除五脏六腑之寒热邪气，善调诸药，其与桂枝相合，则辛甘发散以化阳；与芍药相合，则酸甘化阴以补营，故能滋阴和阳；又解生姜之辛辣以防其发散太过；助大枣以补脾胃，使人体阴阳调和。桂枝汤除了通过组方、配药方面来实现调和营卫的效用，还在服药的方法上有特殊的要求。《伤寒论》中说：“服药须臾，啜热稀粥一升余，以助药力。温覆令一时许，遍身絪縕微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除。”这并不仅仅是为了发汗驱邪，而是有着两个要点，一是引导药力到达肌表，从而起到调和营卫的作用，而是由阳引阴，卫气主要是温养肌体、调节体液，营卫不和主要表现为发汗异常，“遍身絪縕微似有汗”可以从阳引阴，使得营卫二气交合，相互作用、协和。

5.1 现代药理

现代药理发现，桂枝挥发油和含药血清、桂皮醛可以有效的抑制甲型流感病毒在犬肾细胞中的繁殖，其机理可能与其激活了 Toll 样受体信号通路、活化 IRAK-4 以及诱导 IFN- β 高表达有关；桂枝挥发油和桂皮醛在鸡胚内还有良好的抗病毒作用，其机理与调控炎症因子的分泌和提高外周血 T 细胞亚群的比例有关；桂枝汤中的桂皮醛具有抑制前列腺素 E2 分泌的作用，有着较好的解毒抗炎作用；桂皮醛还可以抑制青霉菌、黑曲霉菌、黄曲霉菌以及米曲霉菌的生长，其机理与抑制生物膜的形成有关；除此之外，桂枝还有抗过敏、抗凝血、抗肿瘤、镇静，抗焦虑、保护神经、降压的效用。芍药主要化学成分为芍药苷，还有微量羟基芍药苷、苯甲酰芍药苷等，统称为芍药总苷，具有抗炎的效果，炎症是多种疾病产生的基础，芍药总苷可以将体内 Toll 样受体五分之四的信号阻断，进而将树突状细胞的功能抑制，降低在免疫介导作用下产生的炎症反应。在对接触性皮炎患者的研究中发现，芍药总苷可以调节由巨噬细胞产生的负调控作用，包括阻止 T 细胞内巨噬细胞移动性抑制因子的表达，将巨噬细胞移动抑制因子-细胞外信号调节激酶 1/2-环氧化酶 2 信号下调和防止一氧化氮的产生。在外周单核细胞中，IL-1 β 的含量会升高，使得单核细胞具有噬菌的作用，并且在芍药总苷的调节下，TNF- α 、前列腺素 E2 和 CD80 等物质的活性会下降，表明了芍药总苷可以抑制单核细胞，来达到减慢炎症反应的作用。此外，芍药总苷还具有镇痛、抗氧化、抗抑郁、抗肿瘤的作用。大枣能够增强肌力，增加体重和胃肠粘液，保护肝脏，抑制癌细胞，有镇静催眠、镇痛、止咳祛痰的作用；生姜具有抗氧化、抗炎、抗病毒、抗镇静以及抗肿瘤的作用；甘草具有抗心律失常，抗溃疡，解痉，抗幽门螺旋杆菌，镇

咳，祛痰，平喘，抗利尿，降血脂，保肝的作用。

6 典型案例分析

房某某，男性，58 岁。就诊时间：2021.10.15。

主诉：咳嗽 1 月。

现病史：平素体虚，每年秋季易咳嗽发作。1 月前天前变凉后出现咳嗽，咳嗽程度不剧烈，无痰，伴畏寒，两肋不适，面色暗黄，舌淡边有齿印，苔白腻，脉细。

诊断：咳嗽病 营卫不和证

治则：营卫不和，脾胃亏虚

处方：桂枝汤加味

桂枝 10，炒白芍 25，炮姜 5，茯苓 20，炒白术 15，黄芪 15，甘草 3，炒米仁 40，元胡 15，柴胡 10

按：营卫的生理功能《灵枢·营卫生会篇》曰：“人受气于谷，谷入于胃，以传于肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十而复大会。”营气、卫气都属于人体的营养物质，来源于脾胃运化所产生的水谷精微。如畏缩怕冷之状，冷水洒浙恶风，身有温煦发热之感，凡此皆非壮热寒战之比，乃表虚营亏之征，可故主桂枝汤治之。有一分畏寒就有一分表证，可桂枝汤主之。桂枝汤加茯苓、炒白术、黄芪，调和营卫的同时健脾益气。加元胡、柴胡起疏肝解郁和升举阳气的功效，可使两肋不适症状有缓解。

总结：

肺气的正常宣降为肺脏发挥其基本功能的基础，肺病，正是通过祛邪或扶正之法以调节肺气之宣降，促使其恢复到正常的升降状态。所以调肺气之宣降是其治疗肺病的目的。治疗营卫，使之营卫调和，其最终的目的乃是使肺气恢复正常的升降状态，肺气的宣发肃降功能正常从而实现人体阴阳的平衡与协调，疾病则得到治疗。

参考文献：

- [1]曹紫嫣,陈仁波,李佳佳,等. 从制方原理及临床应用探讨桂枝汤何以“群方之祖”[J]. 世界中医药,2021,16(1):125-129.
- [2]黄上宁. 桂枝汤临床应用心得[J]. 深圳中西医结合杂志,2016,26(2):197-198.
- [3]《伤寒论选读》全国高等中医药院校规划教材（第九版）
- [4]陈佩芳,黄晓婷,李欢丽,等. 桂枝汤及其类方治疗小儿肺系疾病研究进展[J]. 中医临床研究, 2021, 13(9):3.
- [5]黄浩,孙钢. 孙钢运用经方治疗肺系疾病经验[J]. 中医药导报, 2019, 25(18):3.
- [6]杨莉颖,陈慧,李晓丹. 张仲景脾胃思想在儿科肺系疾病诊治过程中的体现[J]. 中医儿科杂志, 2021, 17(6):3.
- [7]黄菁,王仕奇,汤小虎. 桂枝汤及其类方,合方治疗自身免疫病的研究进展[J]. 医学综述, 2021, 27(18):7.
- [8]Xu F, Sang W, Li L, He X, Wang F, Wen T, Zeng N. Protective effects of ethyl acetate extracts of *Rimulus Cinnamon* on systemic inflammation and lung injury in endotoxin-poisoned mice. *Drug Chem Toxicol*. 2019 May;42(3):309-316.
- [9]Yu W, Zeng M, Xu P, Liu J, Wang H. Effect of paeoniflorin on acute lung injury induced by influenza A virus in mice. *Evidences of its mechanism of action*. *Phytomedicine*. 2021 Nov;92:153724.
- 洪波：宁波市中医院主任中医师，感染科主任；浙江中医药大学兼职教授；中华中医药学会肺系病分会委员。

归脾汤加减联合高位足浴、耳穴疗法治疗心脾两虚型失眠的疗效观察

秦华佗 马设召 刘李李

广东省佛山市南海区第六人民医院, 中医科 广东佛山 528248

摘要: 目的: 探讨归脾汤加减联合高位足浴、耳穴疗法对心脾两虚型失眠患者的临床效果。方法: 选取 2021 年 1 月~2022 年 6 月在佛山市南海区第六人民医院治疗的 120 例心脾两虚型失眠患者为研究对象。根据随机数字表的方法分为对照组 (n=60) 和观察组 (n=60)。对照组患者采用归脾汤加减方剂治疗, 观察组在对照组基础上加用耳穴疗法和高位足浴。比较两组患者临床疗效、匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 各因子评分; 采用汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 和抑郁量表 (HAMD) 对患者治疗前后焦虑、抑郁改善情况进行比较。结果: 观察组患者失眠症治疗总有效率高于对照组 ($P<0.05$); 治疗后两组患者 PSQI 评分均低于治疗前 ($P<0.05$), 观察组低于对照组 ($P<0.05$); 两组患者在疗程结束后 HAMA 和 HAMD 评分均低于治疗前 ($P<0.05$), 观察组低于对照组 ($P<0.05$)。结论: 归脾汤加减联合高位足浴、耳穴疗法治疗心脾两虚型失眠可有效改善睡眠质量, 减轻焦虑、抑郁情绪反应, 提高临床疗效。

关键词: 归脾汤; 高位足浴; 耳穴疗法; 心脾两虚型失眠; 睡眠质量; 焦虑; 抑郁

失眠属精神科常见疾病, 失眠患者往往表现为难入睡、睡而易醒或半睡半醒状态, 严重的患者甚至彻夜难睡, 长期以来, 对患者的正常工作和生活均带来严重的困扰, 甚至引发焦虑、抑郁等不良情绪反应^[1]。以往, 失眠多见于老年患者。现在, 随着经济水平的飞速发展, 人们生活节奏也随之加快, 伴随而来的生活压力、就业压力和竞争压力也越来越大, 失眠患者的发病率也逐渐升高, 且出现年轻化趋势。临床上西医治疗失眠患者主要是以镇静安眠药为主, 但长期服用该类药物并不能从根本上解决患者的失眠症状, 反而容易产生耐药性。中医对失眠症的治疗历史由来已久, 针对不同的失眠类型采用不同的药方治疗。其中, 对于常见的心脾两虚型失眠症患者, 中医常用归脾汤来治疗, 且有一定程度的改善。但临床多年应用发现, 尽管归脾汤疗效明确, 但单纯的用药只能起到内调的作用, 起效缓慢。寻求内调和外部刺激相结合的方式治疗失眠患者成为中医医师们研究的重点课题。本研究中笔者以归脾汤加减联合高位足浴、耳穴疗法治疗失眠症患者取得了良好的临床效果。现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取 2021 年 1 月~2022 年 6 月在佛山市南海区第六人民医院治疗的 120 例心脾两虚型失眠患者为研究对象。根据随机数字表的方法分为对照组 (n=60) 和观察组 (n=60)。对照组男 29 例, 女 31 例, 年龄 29~65 岁, 平均年龄 (44.95±4.58) 岁, 病程 2~14 个月, 平均病程 (6.57±2.18) 个月; 观察组男 27 例, 女 33 例, 年龄 26~65 岁, 平均年龄 (44.08±4.77) 岁, 病程 2~14 个月, 平均病程 (6.93±2.01) 个月。本研究已获得我院医学伦理委员会通过。对本次研究纳入病例一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 有可比性。

纳入标准: 临床表现符合西医有关失眠的诊断标准^[2]; 符合《中医内科学》中有关心脾两虚型失眠的诊断标准^[3]; 失眠持续时间超过 1 个月以上, 且有一定的焦虑、抑郁表现; 患者对本次治疗研究知情同意并在同意书上自主签字。

排除标准: 中医诊断排除心脾两虚型的失眠患者; 过敏体质者; 有酗酒、药物依赖史者; 有严重器质性疾病者; 有精神障碍性疾病者; 近 14d 服用过有关治疗失眠的药物者; 对本次治疗依从性差者; 妊娠期妇女。

1.2 方法

对照组患者采用归脾汤加减方剂治疗。方剂组方成分: 炒酸枣仁 20g, 黄芪、党参、炒白术和龙眼肉各 15g, 茯神、当归、远志各 10g, 木香、炙甘草各 6g, 红枣 6 枚, 生姜 3 片。对于肝郁者加柴胡、郁金各 10g; 对于血虚者加阿胶 10g、熟地黄 6g; 对于脘腹胀痛、纳差者加二陈汤; 对失

眠严重者加合欢皮 20g、柏子仁 15g。将上述药物置于容器中, 冷水浸泡三十分钟后文火煎煮至约 300mL 左右, 分早晚两次服用, 一日一剂, 7 日为一疗程, 连用 4 个疗程。

观察组在对照组基础上加用耳穴疗法和高位足浴。具体操作如下: (1) 耳穴疗法: 首先用探棒按压耳部神门、耳中、口、心、脾、三焦和交感等耳部相应位置穴位, 如出现酸胀感即标记为敏感点, 用 75% 的消毒酒精常规消毒; 然后裁剪长度约 0.5cm 大小的胶布, 将王不留行籽贴于胶布正中央; 最后将胶布紧贴在上述穴位上并按压片刻, 双侧耳廓交替进行。每日 3~5 次, 7 日为一疗程, 共治疗 4 个疗程。(2) 高位足浴: 将酸枣仁、红花、黄芪、煅磁石和茯神一并煎煮后, 置入足浴桶用温水稀释至 2000mL 左右。嘱患者取坐位, 双腿自然下垂于足浴桶中, 保持足浴桶水温在 40℃ 左右, 水位位于膝关节以上, 浸泡 30 分钟后毛巾擦干, 每晚睡前足浴一次, 7 日为一疗程, 共治疗 4 个疗程。

1.3 观察指标 (1) 临床疗效: 结合患者临床症状以及匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 评分对临床疗效进行评价。治愈: 患者失眠症状消失, 每晚睡眠时间超过 6 个小时, PSQI 评分较治疗前减少 75% 或以上; 好转: 患者失眠症状有明显的改善, PSQI 评分较治疗前减少大于或等于 25%, 但不超过 75%; 无效: 患者无改善或 PSQI 减少低于 25%。总有效例数为治愈加好转之和。(2) 根据 PSQI 评分标准评价治疗质量。评分项目包含睡眠质量、时间、效率、入睡时间、睡眠紊乱、催眠药物以及日间功能障碍, 每个项目 0~3 分, 共 21 分, 分值越高说明睡眠质量越差。(3) 采用汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 和抑郁量表 (HAMD) 对患者治疗前后焦虑、抑郁改善情况进行比较。HAMA 量表包含 14 个项目, HAMD 量表包含 17 个项目, 每个项目为 0~4 分, 总分 56 分, 得分越高焦虑、抑郁程度越重。

1.4 统计学分析

将研究所得数据输入 SPSS 23.0 统计分析软件中进行统计学处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较用 t 检验; 计数资料率的比较用卡方检验, 当 $P<0.05$ 时认为有统计学差异。

2. 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者失眠症治疗总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。详见表 1。

表 1. 两组患者临床疗效比较 (例, %)

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率
对照	60	19 (31.67)	24 (40.00)	17 (28.33)	43 (71.67)

组					
观察组	60	30 (50.00)	26 (43.33)	4 (6.67)	56 (93.33) *

注: *与对照组相比, $P<0.05$ ($\chi^2=9.755$) .

2.2 两组患者治疗前后 PSQI 各因子评分比较

表 2 两组患者治疗前后 PSQI 各因子评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠紊乱	催眠药物	日间功能障碍	PSQI 总分
对照组 (n=60)	治前	2.39±0.51	2.28±0.69	2.39±0.60	2.01±0.37	2.01±0.48	0.63±0.42	1.98±0.75	16.03±2.48
	治后	1.46±0.63*	1.56±0.74*	1.28±0.72*	1.24±0.52*	1.21±0.49*	0.40±0.17*	1.17±0.46*	9.76±1.65*
观察组 (n=60)	治前	2.41±0.50	2.29±0.66	2.36±0.64	1.98±0.35	1.99±0.53	0.91±0.43	2.00±0.83	15.98±2.3.6
	治后	0.79±0.48*#	0.83±0.69*#	0.95±0.41*#	0.83±0.34*#	0.83±0.36*#	0.26±0.13*#	0.56±0.31*#	6.28±1.31*#

注: *与治疗前相比, $P<0.05$; #与对照组治疗后相比, $P<0.05$.

2.3 两组患者治疗前后焦虑、抑郁情况比较

两组患者在疗程结束后 HAMA 和 HAMD 评分均低于治疗前 ($P<0.05$), 观察组低于对照组 ($P<0.05$)。详见表 3.

表 3. 两组患者治疗前后焦虑、抑郁情况比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	HAMA		HAMD	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	23.39±5.27	12.36±1.95*	25.73±4.96	14.15±2.49*
观察组	60	22.94±6.05	9.27±1.34*	26.07±5.18	10.73±3.06*
t 值		0.434	8.643	0.367	6.715
p 值		0.665	$P<0.001$	0.714	$P<0.001$

注: *与治疗前相比, $P<0.05$.

3. 讨论

随着我国经济的发展, 人们的生活水平逐渐提高。然而, 与之伴随的是社会竞争愈发激烈, 人们的精神压力、心理压力逐渐增加, 越来越多的人处于一种亚健康状态, 比如失眠、神经衰弱、乏力等等症状。失眠是最常见的一种症状, 患者长期不能入睡不但不能恢复正常的生理机能, 对生活和造成严重影响, 还容易引发焦虑、抑郁等负性情绪反应, 进一步加重失眠, 形成恶性循环, 最终导致身体机能和生活质量下降。西医治疗失眠主要是给予镇静药、助眠药等措施, 尽管短期疗效显著, 但不能从根本上解决问题, 而长期使用容易使患者对药物形成依赖, 或产生耐药性。事实上, 中医在治疗失眠方面历史悠长。从中医角度上来讲, 失眠属于“不寐”范畴, 系脏腑功能紊乱, 阳不入阴所引发的。根据中医辨证分析, 失眠也有不同的分型, 有阴虚火旺导致的, 也有心虚胆怯引发的。心脾两虚是临床上常见的类型。所谓心脾两虚是指患者心脏、脾脏和肾脏虚弱导致的, 故治疗应以补脾养心、养血安神为主。然而, 单纯的中药治疗时间较长, 不能有效缓解患者失眠状态。而单纯的外部刺激又不能从根本上解决失眠问题。故笔者应用归脾汤加减联合高位足浴、耳穴疗法治疗心脾两虚型失眠, 以期达到内外兼治的目的, 进而提高临床疗效。

归脾汤是治疗心脾两虚的经典方剂, 其中党参、炙甘草、黄芪和白术均有益气补脾的功; 当归补血养心; 酸枣仁、茯神、龙眼肉和远志均有

两组患者治疗前 PSQI 各因子评分和总评分无统计学差异 ($P>0.05$), 治疗后 PSQI 评分均低于治疗前 ($P<0.05$), 观察组低于对照组 ($P<0.05$)。详见表 2.

安神宁心的作用; 木香有理气醒脾的作用; 诸药合用, 同生姜、大枣等调和, 共奏养心调脾、安神养血之功效。同时, 笔者还针对不同症状的患者施以针对性加减治疗, 以期在改善失眠症状的基础上调理身心。除了内调之外, 笔者还辅以高位足浴和耳穴疗法治疗, 高位足浴通过扩大足部皮肤和热水的接触面积, 将中药成分渗透入足部皮肤中, 通过对足部穴位、经络的刺激来调养微循环, 促进气血通畅, 进而达到辅助治疗疾病的作用。祖国医学认为, 耳朵与人的五脏六腑、十二经络密切相关, 通过适当的刺激耳部穴位可以调养气血、调节脏腑功能。笔者本次研究中采用有活血通经效果的王不留行籽, 选取具有安神静心、益气补脾的穴位进行按压刺激, 从而通过外部刺激达到疏通耳部经络的作用, 进而辅助刺激大脑皮层, 改善睡眠质量。本研究中笔者分别从匹兹堡睡眠质量指数、焦虑、抑郁量表等多个方面对两组患者进行评价, 结果显示观察组患者失眠症治疗总有效率高于对照组 ($P<0.05$); 治疗后两组患者 PSQI 评分均低于治疗前 ($P<0.05$), 观察组低于对照组 ($P<0.05$); 两组患者在疗程结束后 HAMA 和 HAMD 评分均低于治疗前 ($P<0.05$), 观察组低于对照组 ($P<0.05$)。进一步证实了中医内外兼治治疗心脾两虚型失眠的有效性。

综上所述, 归脾汤加减联合高位足浴、耳穴疗法治疗心脾两虚型失眠可改善睡眠质量, 减轻焦虑、抑郁情绪反应, 提高临床疗效。这为我院优化方案以进一步服务患者奠定了坚实的基础, 其应用价值值得广泛推广。

参考文献:

[1]王玲妹,李冠男,李静. 穴位埋线联合揠针耳穴贴压治疗心脾两虚型失眠症及对生活品质影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2020,22(4):34-37.

[2]陈璐,张小卿. 揠针耳穴联合经穴治疗心脾两虚型老年失眠症临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2018,20(10):155-157.

[3]李国祥,胡亚梅,刘慧,等. 中西医结合治疗慢性失眠和戒除镇静剂成瘾 131 例[J]. 中医研究,2015,28(6): 22-26.

[4]刘家峰. 针灸配合耳穴贴压治疗心脾两虚型失眠症的临床研究[J]. 现代中医药,2019,39 (2): 30-31

[5]中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(24):1844- 1856.

基金项目: 2020 年佛山市自筹经费类科技计划项目, 项目编号: 2020001004931

如意金黄散外敷联合中药熏洗治疗小儿初期肛周脓肿的临床疗效

李亭亭¹ 赖象权²

1. 贵州中医药大学 贵州贵阳 550000; 2. 贵州中医药大学第一附属医院肛肠病医院 贵州贵阳 550000

摘要:目的: 观察小儿初期肛周脓肿使用如意金黄散外敷联合宁痔洗液熏洗治疗的临床效果。方法: 选择诊断为初期肛周脓肿的患儿 40 例作为研究对象, 随机分为对照组 20 例, 观察组 20 例。对照组采用宁痔洗液(我院自制剂)熏洗以及外用复方多粘菌素 b 软膏, 观察组在此基础上给予如意金黄散外敷联合治疗, 对比两组患儿治疗后症状改善情况及治疗效果。结果: 观察组(如意金黄散外敷联合中药熏洗以及外用复方多粘菌素 b 软膏)的有效率为 90%, 对照组(中药熏洗以及外用复方多粘菌素 b 软膏)为 75%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 对小儿初期肛周脓肿采用如意金黄散外敷联合宁痔洗液熏洗治疗, 效果较好, 能够减少患儿痛苦, 值得推广应用。

关键词: 肛周脓肿; 如意金黄散; 外敷; 宁痔洗液; 临床疗效

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of external application of Ruyi Jinhuang Powder combined with fumigation of Ningzhi lotion on perianal abscess in children. Methods: 40 children diagnosed with early perianal abscess were selected as the research objects, and randomly divided into the control group with 20 columns and the observation group with 20 cases. The control group was fumigated with Ningzhi lotion (self-prepared by our hospital) and externally applied compound polymyxin B ointment, while the observation group was treated with Ruyi Jinhuang Powder on the basis of this. The symptom improvement and treatment effect of the two groups were compared. Results: The effective rate of the observation group (Ruyi Jinhuang Powder combined with Chinese medicine fumigation and washing and compound polymyxin B ointment for external use) was 90%, while that of the control group (Chinese medicine fumigation and washing and compound polymyxin B ointment for external use) was 75%. The difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: The external application of Ruyi Jinhuang Powder combined with fumigation and washing with Ningzhi lotion can reduce the pain of children, which is worthy of popularization and application.

Keywords: Perianal abscess; Ruyi Jinhuang Powder; External application; Ningzhi lotion; clinical efficacy.

前言

肛周脓肿(perianorectal abscess)作为常见的感染性疾病之一, 在小儿肛肠疾病中发病率最高。是由直肠肛管周围软组织内或其周围间隙内发生急性化脓性感染所致, 因为局部外伤、腹泻、身体抵抗力降低等原因, 致病菌从局部肛隐窝入侵后进一步累及肛腺并向肛门直肠周围间隙扩散, 形成脓肿。肛周脓肿在儿童中更常见, 尤其是新生儿或婴儿^[1]。因为此时期的患儿皮肤娇嫩, 免疫功能也较差, 性激素水平高使得皮脂腺分泌旺盛, 再加上小儿多使用尿布, 长时间摩擦肛门部, 易形成肛周脓肿。但因为小儿还处在生长状态, 其身体机能处在变化中, 部分肛周脓肿存在自愈的可能, 肛周脓肿在其演变过程中易形成肛瘘, 但小儿肛周脓肿不易发展成肛瘘, 还有一部分演变成肛瘘的患儿还可以自愈, 因此不推荐早期行手术治疗, 导致目前治疗小儿肛周脓肿的方案存在争议^[2]。本院 2020 年 9 月—2022 年 3 月门诊早期肛周脓肿患儿 40 例, 在宁痔洗液熏洗以及外用复方多粘菌素 b 软膏的同时, 给予如意金黄散外敷联合治疗, 取得较好疗效, 既安全, 改善患儿痛苦的同时, 减轻了家长的经济负担, 对于小儿肛周脓肿疾病的治疗具有很大意义, 现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 9 月—2022 年 5 月贵州中医药大学第一附属医院肛肠科门诊 40 名患儿, 符合西医诊断早期肛周脓肿, 且肛门指检均出现肛周红肿、硬结, 将其作为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 每组各 20 例。其中, 治疗组男 16 例, 女 4 例, 月龄 1-30 月, 平均月龄 (8.8±5.9) 月; 对照组男 13 例, 女 7 例, 月龄 3-26 月, 平均月龄 (10.6±5.3) 月。两组患儿在性别、年龄、病程方面、病变部位及严重程度差异等方面比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 1) 患儿初次诊断为肛周脓肿, 肛门局部有出现疼痛, 触之有波动感, 且位于肛提肌以下间隙, 属低位肛周脓肿; 2) 无手术禁忌证; 3) 年龄 ≤ 3 岁, 性别不限; 4) 均与患儿家属沟通, 愿接受治疗, 并签下知情同意书。

1.3 排除标准 1) 复发性肛门脓肿患儿; 2) 合并有痔疮、肛乳头瘤等其他类型肛门直肠疾病; 3) 对研究所用药物的存在过敏情况; 4) 合并凝血功能障碍、免疫系统功能异常或严重低蛋白血症者; 5) 存在直肠恶性肿瘤或肠道炎症性疾病者; 6) 已经纳入、或准备纳入其他临床实验研究者。

1.4 治疗方法 诊断明确后, 对照组给予宁痔洗液(我院自制剂)宁痔洗液, 200mL/袋, 组方为我院保密方, 每次取一袋, 加入开水 500 mL, 先予热蒸汽熏蒸 患儿肛门口 10-15 分钟, 待水温合适后将患儿肛门口浸坐浴盆中 10-15 分钟, 2 次/d) 坐浴结束后, 于患儿脓肿处涂抹复方多粘菌素 b 软膏(广东恒健制药有限公司, 国药准字 H20061269)局部外涂, 范围应超过红肿处。观察组在使用对照组用药的基础上, 加用如意金黄散外敷治疗。(如意金黄散为贵州中医药大学第一附属医院内粉剂, 将其与适当比例的蜂蜜调配, 具体为如意金黄散与蜂蜜: 1: 5, 以软润为宜, 可黏贴于纱布上的程度, 然后将其涂抹在无菌纱布上, 厚度在 0.3-0.5 cm, 敷于患处, 外敷面积大于病灶范围 0.1cm, 早晚各一次, 当日调配当日使用。)

1.5 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中肛周病疗效判定标准。①痊愈: 治疗 7 天后, 患儿肛周红肿明显减轻, 硬结范围明显缩小; ②好转: 治疗 7 天后患儿肛周红肿有减轻, 硬结也较前缩小; ③无效: 治疗 7 天后未到达上述标准, 最终手术治疗。总有效率 = (痊愈例数 + 好转例数) / 总例数 × 100%。

1.6 统计学方法 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用卡方检验, ($P < 0.05$) 有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效 治疗组 20 例, 痊愈 9 例, 好转 9 例, 无效 2 例, 总有效率为 90%, 对照组 20 例, 痊愈 6 例, 好转 9 例, 无效 5 例, 总有效率为 75%, 治疗组的总有效率明显高于对照组的总有效率。见表 1。

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效率
治疗组	20	9 (45%)	9 (45%)	2 (10%)	18 (90%)
对照组	20	6 (30%)	9 (45%)	5 (25%)	15 (75%)

注: 组间比较, ($P < 0.05$), 治疗组与对照组比较差异有显著性意义

2.2 不良反应 两组患儿在治疗过程中以及后期随访的一个月内未见特殊不适。

3 讨论

肛周脓肿是婴幼儿期较为常见的肛门疾病。由于小儿骶曲发育尚未成形, 大便干结或多次稀便等, 易损伤肛隐窝黏膜, 加以肛门括约肌较松弛,

齿状线处黏膜及肛窦易外翻, 肛周皮肤娇嫩, 局部护理不当受损伤或抵抗力下降即可致病。相关报道^[4]总结小儿肛周脓肿有以下特点: ①出生后 1 岁以内发病率最高, 6 个月多见; ②幼儿期多能自愈; ③发病前有腹泻病史; ④脓肿多发生在肛门左右两侧、皮下浅部, 深部脓肿少见; ⑤如出现肛痿, 瘘管多呈单管状, 浅在性, 直行开口于肛窦, 复杂性肛痿少见; ⑥男婴较多见, 由于男婴睾丸产生的雄激素的影响, 使皮脂腺分泌旺盛^[5]。张强^[6]认为婴幼儿肛周脓肿发生的主要原因是由于婴幼儿体内激素水平过高造成的肛腺分泌旺盛和肛隐窝异常发育。小儿 1 岁后自身感染防御机制可完全建立, 此时免疫力提高, 发病率显著减少。故患儿经非手术治疗多治愈, 如无效再考虑手术。目前治疗肛周脓肿多采用一次性根治术^[7], 但由于婴幼儿肛周脓肿存在自愈倾向, 而肛门手术对肛门形态及功能的影响较大, 因此在早期宜采用有效的保守治疗方法。

中医无肛周脓肿病名, 根据其临床症状、体征将其归为“肛痈”“肛毒”“臀痈”等范畴。中医认为肛周脓肿发生多因外感六淫、内伤七情、脏腑受损, 或饮食不节、过食辛辣厚味, 致湿热内生、热毒结聚所致, 或因肌肤损伤、毒邪内侵、瘀血阻滞、经络阻塞、血败肉腐而成, 或先天禀赋不足, 肺、脾、肾三阴亏损, 湿热血下注肛门所致。《素问·生气通天论》云: “营气不从, 逆于肉理, 乃生痈肿。”《灵枢·痈疽篇》曰: “营卫稽留于经脉之中, 则血泣而不行, 不行则卫气分之而不通, 壅遏而不去, 故热。大热不止, 热盛则肉腐, 肉腐则为脓。”《疮疡经验全书·肛毒篇》曰: “肛毒者, 生于大肠尽头肛口是也。其势凶恶,

皆喜怒不测, 饮食不节, 阴阳不调, 脏腑不和, 或房劳太过, 或饮醇戾之酒, 或食五辛炙煨等味, 蓄毒在内, 流积为痈。肛门肿痛, 大便坚硬则胀痛, 其旁生小者如贯珠, 大者如李核, 煎寒作热, 疼痛难安, 早治易愈, 失治溃脓。”虽然肛周脓肿病机多变, 但热毒聚集和瘀血阻滞是其主要病机。早期肛周脓肿证型多为热毒炽盛, 气血壅滞。部分学者^[8]认为小儿肛周脓肿多为胎毒、脾虚、湿毒所致, 治疗上宜清胎毒、健脾胃、清湿毒。中医治疗肛周脓肿重视整体治疗, 初期宜消法, 治以解毒散结, 成脓期宜托法, 治以托里透脓, 溃后期宜补法, 治以益气活血。所以对于小儿初期肛周脓肿既要消散毒结, 又要清热利湿。本研究采用的如意金黄散方中, 大黄、黄柏、姜黄具有泻火解毒、清热燥湿、活血祛瘀、通经止痛之功效, 源自明代陈实功《外科正宗》, 主要应用于治疗小儿丹毒, 无名肿毒, 疮痈初起, 红肿热痛等病症, 在此用于早期肛周脓肿; 现代药理研究发现大黄及姜黄还具有降低局部毛细血管脆性及通透性以及抗感染作用, 可促使皮下渗液的吸收, 提高白细胞的吞噬能力^[9], 天花粉、白芷解毒消痞; 厚朴、陈皮燥湿行气; 各药配合, 共奏清热凉血、燥湿消痞、活血通络止痛之功效, 同时蜂蜜具有止痛、润燥及清热解毒功能, 通过采用蜂蜜将如意金黄散调制成糊状, 并外敷于患处, 使患者血液黏稠度改善, 并有效降低, 从而改善机体微循环, 加速局部药物吸收, 进而达到治疗的效果。

总之, 在采用宁痔洗液熏洗(我院自制剂)以及外用复方多粘菌素 b 软膏的同时, 给予如意金黄散外敷联合治疗小儿早期肛周脓肿, 观察组总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 且未见不良反应, 表明在小儿肛周脓肿早期, 给予如意金黄散外敷联合中药熏洗、外用复方多粘菌素 b 软膏治疗, 安全、经济、无痛苦, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 陈朝晖, 张瑞芳, 陈林等. 脓肿切开挂线引流法治疗小儿肛周脓肿 77 例疗效观察[J]. 临床小儿外科杂志, 2013, 12(4):337-338.
- [2] 张光顺. 保守治疗婴儿肛周脓肿安全性与有效性回顾性研究[D]. 大连医科大学, 2020.
- [3] 《中医病证诊断疗效标准》[J]. 湖北中医杂志, 2002(02):57.
- [4] 黄小珊, 张锋, 王奕等. 婴幼儿肛周脓肿和肛痿的治疗[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(04):386-388.
- [5] 杨雅萍, 梁瑞文, 吴许雄. 婴幼儿肛周脓肿及肛痿的治疗研究进展[J]. 中外医学研究, 2020, 18(28):186-188.
- [6] 张强, 陆金根, 梁宏涛. 婴幼儿肛周脓肿及肛痿诊治进展[J]. 中国医药导报, 2018, 15(16):34-37.
- [7] 程鑫, 李阳. 婴幼儿肛周脓肿治疗体会(17 例报告)[J]. 岭南现代临床外科, 2017, 17(03):295-297.
- [8] 邹松, 吴至久. 婴幼儿肛周脓肿中医治疗研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2021, 37(12):2132-2134.
- [9] 张志君, 郑德, 汪庆明等. “肛痈方”内服外用促进高位肛周脓肿术后创面愈合 50 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2018, 50(8):41-43.

藏药白甘露丸治疗消化不良的临床疗效分析

阿忠花

天祝县藏医院 甘肃武威 733299

摘要：目的：探究藏药白甘露丸治疗消化不良的临床疗效分析。方法：选择我院自2020年8月-2022年5月收治的100例消化不良患者为研究对象，将其随机分组为对照组（50例，采用多潘立酮胶囊治疗）和观察组（50例，采用藏药白甘露丸联合多潘立酮胶囊治疗），对两组中医症候积分、肛门排气时间、SAS、SDS评分、3个月随访复发率进行对比。结果：数据表明，两组患者均得到有效治疗，但观察组中医症候积分明显低于对照组；观察组肛门排气时间明显短于对照组；观察组SAS、SDS评分均明显低于对照组；观察组3个月随访复发率明显低于对照组。差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：藏药白甘露丸治疗消化不良具有较好疗效，能暖胃散寒，消化食物，健脾祛湿，驱除脾胃寒气，治疗呕吐腹泻、腹胀等，促进肛门排气，减少疾病复发，以此改善临床症状、治疗疾病的目的。具有较高的临床价值，值得进一步推广。

关键词：藏药白甘露丸；多潘立酮胶囊；消化不良；临床疗效

消化不良属于临床上最常见、最多发的消化道疾病之一。临床上长期使用多潘立酮治疗长期消化不良，该药物长期使用不会影响患者血液中的生物化学水平，是一种相对安全的治疗方式，可直接阻断消化道的多巴胺D2受体，促进胃肠运动性^[1]。传统藏医学理论认为，所有腹部疾病的发生都被认为是由消化不良引起的，即培根(培根和胃)发生功能紊乱。消化不良的症状通常是断断续续的上腹部不适，包括疼痛、腹胀、烧心、酸逆流症、胀气等^[2]。消化不良医学上可以分为功能性消化不良和器质性消化不良。功能性消化不良:有上述消化不良症状，但经检查诊断，没有发现明显的消化系统疾病和全身性疾病。消化不良的发生率很高，几乎所有人都曾有消化不良的经历，其主要原因包括情绪波动、睡眠不足、休息不足等精神和心理因素均有可能导致消化不良^[3]。第二种时器质性消化不良，器质性消化不良通过临床检查确定肝脏疾病、胆道疾病、胰脏疾病等引起消化不良症状的器官疾病。对于器质性消化不良患者而言，治疗原则需根据具体的病因进行治疗，包括补充酵素，或者改善胃动力，从而达到缓解消化不良的症状藏医常用安胃精华散、六味安消散、六味木香散、四味光明盐汤散、自甘露散等开胃、温胃、消食、顺气之藏药^[4]。藏药白甘露丸，由石榴、熟石灰、茺朮、沙棘果膏各、萆薢、紫硃砂、蜂蜜等药物制成。以上药物联用能起到暖胃散寒，消化食物，健脾祛湿，驱除脾胃寒气，治疗呕吐腹泻、腹胀等功效。本研究主要探究藏药白甘露丸治疗消化不良的临床疗效，具体情况如下：

1 对象和方法

1.1 对象

选择我院自2020年8月-2022年5月收治的100例消化不良患者为研究对象，将其随机分组为对照组（50例，男性27例，女性23例，年龄3-70岁，平均为 34.29 ± 6.84 岁，体质指数为 $22.35\pm2.18\text{kg/m}^2$ ）和观察组（50例，男性26例，女性24例，年龄4-68岁，平均为 34.37 ± 6.67 岁，体质指数为 $22.23\pm2.20\text{kg/m}^2$ ）。两组一般资料无统计学意义（ $P>0.05$ ），同时所有患者均自愿参与本研究。我院伦理委员会对本研究完全知情，并批准研究。

纳入标准：（1）满足消化不良的西医诊断标准；（2）1个月内未服用促进胃蠕动、抑制胃酸、抗焦虑和抑郁的药物；（3）所有患者对本研究知情同意，并签署知情同意。

排除标准：（1）消化性溃疡、胃粘膜重度异常或病理学诊断的恶性肿瘤可疑患者；（2）孕妇或哺乳期妇女；（3）有严重心、肺、肝、肾功能损害的患者；（4）结缔组织疾病患者、糖尿病患者、精神病患者、或具有精神病史患者；（5）治疗依从性较差的患者

1.2 方法

对照组采用多潘立酮胶囊治疗，观察组采用藏药白甘露丸联合多潘立酮胶囊治疗。对照组给予多潘立酮胶囊（西安杨森制药有限公司，国药准字H10910003）口服治疗。成人每次服用剂量为每次1粒，1粒10mg，每日3-4次，饭前15-30min服用。根据患者病情严重程度及药物耐受性程度，可增加至每次2粒，每日3-4次。对于2岁及以上儿童，根据患儿体重每次0.2-0.3mg/kg，每日3-4次，最大剂量每日不超过30mg。观察组在此基础上，加服我院自制的藏药白甘露丸，由石榴250g、熟石灰130g、茺朮、沙

棘果膏各100g、萆薢60g、紫硃砂50g等药物制成。每次4-5粒，1粒0.3g，每日3-4次。

1.3 观察指标

观察并统计两组中医症候积分、肛门排气时间、SAS、SDS评分、3个月随访复发率。

1.4 统计学分析

将数据纳入SPSS21.0系统软件中进行计算，以 $(\bar{x}\pm s)$ 进行计量统计，以（%）进行计数统计， t 检验与 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示数据差异有统计学意义，具有可比性。

2 结果

2.1 中医症候积分

观察组中医症候积分明显低于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），如表1：

表1 两组中医症候积分对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	胃脘痞闷	胃脘胀痛	纳呆	便溏	疲乏
对照组	50	2.35±0.36	2.28±0.37	2.46±0.36	1.67±0.53	1.56±0.31
观察组	50	1.54±0.24	1.38±0.23	1.50±0.17	0.69±0.21	0.57±0.18
t	-	6.385	7.238	7.382	8.264	8.210
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 肛门排气时间

观察组肛门排气时间明显短于对照组。差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），如表2：

表2 两组经治疗后肛门排气时间比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	肛门排气时间（h）
对照组	50	15.32±3.29
观察组	50	13.49±2.94
t	-	5.295
P	-	0.003

2.3 SAS、SDS评分

观察组SAS、SDS评分均明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。如表3：

表2 两组对SAS、SDS评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	SAS评分	SDS评分
对照组	50	44.24±1.43	45.54±1.51
观察组	50	41.75±1.23	40.97±1.12
t	-	8.281	10.372
P	-	0.001	0.001

2.4 3个月随访复发率

观察组 3 个月随访复发率明显低于对照组, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。如表 4:

表 4 两组 3 个月随访复发率对比[n.(%)]

组别	例数	复发例数	复发率
参照组	50	7	7 (3.50%)
研究组	50	2	2 (1.00%)
χ^2	-	-	3.592
P	-	-	0.021

3 讨论

消化不良医学上可以分为功能性消化不良和器质性消化不良。预防消化不良从日常生活开始:养成良好的生活习惯、饮食和习惯, 不要吃太多, 避免吃太多饮食均衡, 注意饮食适当, 少吃油炸食品, 少吃咸菜, 少吃生冷食物, 少吃多餐。多潘立酮是一种末梢多巴胺 D 受体阻滞剂, 是外周多巴胺受体拮抗剂苯咪唑衍生物。它能拮抗消化道的多巴胺受体, 增强胃动力, 促进胃排空, 调节胃和十二指肠的运动, 对上消化道有特异性作用。大量研究表明, 长期使用多潘立酮不会影响患者血液中的生物化学水平, 是一种相对安全的治疗方式。进一步调查研究发现, 多潘立酮可直接阻断消化道的多巴胺 D2 受体, 促进胃肠运动性。促进胃上部蠕动, 促进胃内容物排空, 抑制恶心及呕吐。而且能有效地防止胆汁逆流^[5]。它还能增强食道蠕动和下食道括约肌紧张, 防止胃食道逆流, 但对结肠几乎没有影响^[6]。由于药物不足以渗透到脑脊髓液屏障, 所以对脑内的多巴胺受体几乎没有拮抗作用, 不会对精神神经系统和中枢神经系统造成不良影响^[7]。多潘立酮服用后可能会产生一瞬性轻微腹部痉挛, 多由于胃肠道蠕动增加而引起的, 所以可能伴有腹痛。其次, 在服用多潘立酮后, 患者体内血清泌乳素水平也会上升, 在停药后会恢复正常。同时, 该药对孕妇和未成年 1 岁以下儿童不适用。主要由于儿童的血液和脑脊液屏障发育不完全, 不能排除对 1 岁以下婴儿的部分中枢性副作用, 因此不建议服用^[8]。故而, 多潘立酮治疗消化不良具有一定的局限性。

传统藏医学理论认为, 所有腹部疾病的发生都被认为是由消化不良引起的, 即培根(培根和胃)发生功能紊乱^[9]。消化不良的症状通常是断断续续的上腹部不适, 包括疼痛、腹胀、烧心、酸逆流症、胀气等。包括饮食疗法、起居疗法、药物治疗、外部治疗等治疗方式。饮食疗法:停止进食, 实施“空腹疗法”, 或吃清淡、易消化的食物, 不吃油腻、刺激性和冷的食物, 少食多餐, 停止吸烟和饮酒。起居疗法:轻度消化不良或暂时性过饱。饭后散散步, 轻轻按摩腹部, 1-2 小时后参加身体运动和体力活动, 可以增加体温消耗, 降低体温^[10]。药物治疗:一般轻度消化不良, 藏医常用安置精华散、六味安消散、六味木香散、四味光明盐汤散、自甘露散等开胃、温胃、消食、顺气之藏药^[11]。患有更严重症状, 进行临床治疗是必要的。基于症候群分化和选择适当药物及治疗方法的治疗。外部治疗:在青海柴达木地区, 使用察尔汗盐湖或茶将盐湖盐和小石子加热, 涂在胃和腹部外侧。藏医认为消化不良的内在原因是人体的内部的培根因素。同时寒冷、饮食困难、体格虚弱、缺乏运动的人、常有倦怠感、老年期等也有可能引起消化不良。藏药白甘露丸, 由石榴、熟石灰、杂架、沙棘果膏、荜茇、紫石英、蜂蜜等药物制成。翼首草的本质性寒、味苦、有刺激性的味道, 它具有无害、消疫、清热凉血、祛风止痛的功效, 可以治疗鼠疫、新旧热症、类风湿关节炎、食物中毒等^[12]。五灵脂, 性温, 微苦, 清肝热、胃热、肾热, 促进血液循环, 消除血液瘀滞, 缓解胸闷和肋骨疼痛, 并能缓解肠胃疼痛。藏木香性温, 味苦、甘, 具有调气益胃、消除心脏热、驱风、消食、镇痛、治疗慢性疾病和心脏热综合症的功效^[13]。石榴籽性温, 具有酸酸甜甜的味道, 能暖胃、消食、益肺。木瓜性微温, 酸味收敛, 能中和湿气, 舒张肌腱, 健胃, 促进消化液分泌, 主要用于急性胃肠炎和胃溃疡^[14]。丁香自然温暖, 有苦味, 能降体温, 平心肝, 开脉。可治疗心脏病、脉搏热病、呼吸困难、呼吸困难、呕吐、腹泻。具有减轻肝脏和胃热综合征、胸部和腹部的压迫感膨满治疗、食物的积累、疼痛等。石灰华本质上性寒, 味道微甜, 能滋养骨头, 增强胃动力, 清除肺热, 减轻黄疸, 积食不化, 再生肌肉, 缓解疼痛, 治疗疼痛。红花性温, 味辛, 可以清热, 放松肌腱, 激活血液, 治疗肝和肺疾病, 月经, 疼痛和脓肿, 冠心病等^[15]。肉豆蔻性温, 味辛, 可以固肠、止泻、增加胃动力, 促进胃分泌酸性物质^[16]。治疗胃肠

功能低下引起的消化不良、腹泻、胃酸、冷痛等, 促进分泌、强效、止泻止痛、活化气血。草果性温, 味甘辛, 能暖胃散寒, 消化食物, 健脾祛湿,, 能驱除脾胃寒气, 治疗呕吐腹泻、腹胀、消化不良等。蜂蜜性平、味甘, 能益气、润燥、润肠、清热、解毒、止痛, 治肠燥便秘及各种消耗性疾病、培根病、黄水病、感冒等引起的腹痛。以上药物联用能起到健脾助消化的功效^[17]。本研究中, 对照组采用多潘立酮胶囊治疗, 观察组采用藏药白甘露丸联合多潘立酮胶囊治疗。研究结果显示, 两组患者均得到有效治疗, 但观察组中医证候积分明显低于对照组; 观察组肛门排气时间明显短于对照组; 观察组 SAS、SDS 评分均明显低于对照组; 观察组 3 个月随访复发率明显低于对照组。差异均有统计学意义。在拉毛吉等人关于藏药白甘露丸治疗消化不良的临床观察研究中, 对 120 例消化不良患者 (2 组) 分为采用藏药白甘露丸和希协舟巴散治疗, 研究数据显示, 藏药白甘露丸小组临床总有效率明显高于希协舟巴散治疗小组。与本研究结果类似^[18]。

综上所述, 藏药白甘露丸治疗消化不良具有较好疗效, 能暖胃散寒, 消化食物, 健脾祛湿, 驱除脾胃寒气, 治疗呕吐腹泻、腹胀等, 促进肛门排气, 减少疾病复发, 以此改善临床症状、治疗疾病的目的。临床治愈率高, 且安全有效。具有较高的临床价值, 值得进一步推广。

参考文献:

- [1]徐思敏,戴泽琦,吴雪等.4 种疏肝和胃类中成药治疗功能性消化不良的快速卫生技术评估[J/OL].中国中药杂志:1-13[2022-06-30].
- [2]张雯,陈新波.匹维溴铵、伊托必利与多潘立酮治疗功能性消化不良的效果和用药安全性[J].中国老年学杂志,2022,42(11):2699-2701.
- [3]王红霞.柴胡疏肝散联合多潘立酮治疗肝胃不和型消化不良患者疗效观察[J].黑龙江医药,2022,35(01):90-92.
- [4]杨杰,周士举.疏肝健脾活血汤联合多潘立酮治疗功能性消化不良的疗效及对胃动力指标的影响[J].世界中西医结合杂志,2021,16(11):2088-2091+2096.
- [5]罗晓颖,杨洋,毛心勇等.中药复方治疗功能性消化不良:一项随机、双盲、安慰剂对照试验的 Meta 分析 (英文)[J].Digital Chinese Medicine,2021,4(04):273-289.
- [6]斯琼.治疗儿科消化不良的中医颗粒剂配伍管理分析[J].中医药管理杂志,2021,29(22):110-111.
- [7]齐见芬,陈霞,彭淋等.功能性消化不良中药用药规律探析[J].四川中医,2021,39(03):217-219.
- [8]龚文涵.藏药十五味黑药丸联合逍遥散治疗功能性消化不良的临床疗效[J].中国民族医药杂志,2021,27(01):2-4.
- [9]林展铖,朱凌宇.中药治疗功能性消化不良的概况[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(01):72-76.
- [10]李雁,王晓喜,毕宏涛等.藏药当佐对功能性消化不良大鼠胃肠激素水平的影响[J].中成药,2020,42(09):2472-2475.
- [11]马婷.辽宁某中医院脾胃科 2019 年 438 张治疗功能性消化不良中药饮片处方用药分析[J].中国现代医生,2020,58(19):155-158.
- [12]李毛才让.藏药结合灸灸治疗功能性消化不良临床体会[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(12):109-110.
- [13]韩丽军,白玛罗布,格桑次仁.藏药石榴健胃散组方功效和营销策略研究[J].中国民族医药杂志,2019,25(11):70-73.
- [14]吉美才让,侯娜娜,刘有菊.藏药六味安消散治疗功能性消化不良临床疗效观察[J].亚太传统医药,2019,15(10):146-148.
- [15]胡燕萍,马文俊,刘有菊.藏药六味安消散治疗消化不良性疾病的临床疗效观察[J].中国民族医药杂志,2019,25(04):14-18.
- [16]李海娇,李琪,徐瑾等.基于数据挖掘技术的藏医药治疗消化不良用药规律研究[J].中药与临床,2019,10(02):30-33.
- [17]王金珠,贾彩华,田建岭.双歧三联活菌联合多潘立酮治疗消化不良患儿的有效性和对胃肠激素的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(14):3292-3294.
- [18]拉毛吉,东知多杰.藏药白甘露丸治疗消化不良的临床观察[J].中国民族医药杂志,2020,26(02):5-6.

茵陈茅根汤结合蓝光照射治疗新生儿黄疸的应用

陈艳

绵阳市三台县第二人民医院（三台县芦溪镇中心卫生院） 四川三台 621101

摘要：目的：探析茵陈茅根汤结合蓝光照射治疗新生儿黄疸的应用效果。方法：选择 2020 年 1 月—2021 年 9 月，本院收治的 120 例新生儿黄疸者作为研究对象，按随机数字表法，分为对照组（60 例）和观察组（60 例）。两组均行蓝光照射治疗，观察组再加上茵陈茅根汤进行联合治疗。对比两组的黄疸改善效果、不良反应、治疗效果。结果：观察组治疗前的血清胆红素与对照组近似（ $P>0.05$ ）；两组治疗后的血清胆红素均显著下降，但观察组治疗后 3d、治疗后 7d 的血清胆红素均低于对照组，观察组黄疸消退时间短于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组不良反应总发生率（5.00%）与对照组（1.67%）相比无差异，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。治疗后，观察组总有效率（100.00%）高于对照组（90.00%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：将茵陈茅根汤结合蓝光照射治疗应用到新生儿黄疸的临床诊疗中，可有效降低患儿的血清胆红素水平，促进黄疸的消退，能进一步提升黄疸患儿的临床疗效，且安全度较高，对控制病情，促进患儿肝功能的恢复等均有重要意义，值得推广应用。

关键词：新生儿黄疸；茵陈茅根汤；蓝光照射；应用效果

新生儿黄疸也称为新生儿高胆红素血症是因胆红素在体内积聚引起的皮肤或其他器官黄染，是新生儿最常见的临床问题。超过 80% 的正常新生儿在生后早期可出现皮肤巩膜黄染，新生儿血清胆红素超过 5-7mg/ml 可出现肉眼可见的黄疸。未结合胆红素增高是新生儿黄疸最常见的表现形式，重者可引起胆红素脑病，造成神经系统的永久性损害，甚至死亡。一般生理性黄疸可自行消退，非生理性高胆红素血症（病理性黄疸）是血清胆红素水平异常增高或胆红素增高性质的改变，某些增高是属于生理性黄疸的延续或加深，而更重的是要积极寻找引起其增高的原发病因，及时干预，预防胆红素脑损伤的发生。临床中，当血清总胆红素水平增高时，根据胎龄、患儿是否存在高危因素及生后日龄，对照光疗干预预线图，当达到光疗标准即可进行蓝光照射治疗，以促进胆红素排泄，帮助患儿缓解皮肤、黏膜黄染症状，但单一蓝光照射治疗的疗效有限。茵陈茅根汤有清热利湿、凉血解毒、利胆退黄的作用，毒副作用小，可应用到新生儿的临床诊疗中。所以本研究拟对 2020 年 1 月—2021 年 9 月收治的 120 例新生儿黄疸者，进行蓝光照射治疗和蓝光照射+茵陈茅根汤治疗间的疗效对比，深入探析此联合治疗方式的实际应用效果，以为新生儿黄疸的临床诊疗提供参考依据。具体试验如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 1 月—2021 年 9 月，本院收治的 120 例新生儿黄疸者作为研究对象，按随机数字表法，分为对照组（60 例）和观察组（60 例）。120 例患儿中，对照组男 36 例，女 24 例，胎龄 37-41 周，平均胎龄 39.05 ± 1.58 周，体质量 $2.28\sim 4.29\text{kg}$ ，平均体质量 $3.29\pm 0.85\text{kg}$ ；观察组男 31 例，女 29 例，胎龄 37-42 周，平均胎龄 39.46 ± 1.87 周，体质量 $2.25\sim 4.42\text{kg}$ ，平均体质量 $3.67\pm 0.98\text{kg}$ 。用 SPSS23.0 软件对比两组基线资料（性别组成、胎龄、体质量），差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），有可比性。

诊断标准：符合《新生儿黄疸诊疗原则的专家共识》^[1]中新生儿黄疸诊断标准；患儿符合下述症状，出生后 24h 内出现黄疸，每日血清胆红素升高 $>5\text{mg/dl}$ 或每小时 $>0.5\text{mg/dl}$ 。

纳入标准：①胎龄在 37-42 周；②有皮肤、黏膜、虹膜黄染等典型病症；③患儿均在家属陪同且签字同意下参与，经医学伦理委员会同意。

排除标准：①有先天性心脏病等严重先天性疾病；②有溶血性贫血；③因肝功能障碍性疾病致黄疸；④遗传学黄疸；⑤中途退出本研究者；⑥在本研究前 1 周内，接受过黄疸方面的诊治。

1.2 方法

对照组：蓝光照射治疗。采用来自宁波戴维医疗器械有限公司的新生儿蓝光治疗仪（型号 XHZ，浙械注准 20182260033）对患儿进行蓝光照射治疗。让患者全裸，用黑布遮挡双眼、会阴部，在距灯管 35cm 处，进行蓝光治疗，波长为 425-480nm、温度 30℃、湿度 50%-60%。每天 1 次。每

次 8-12h，每隔 2h 更换一次体位，使患儿前胸、腹部、背部及四肢能交替照射。治疗 7d。

观察组：蓝光照射+茵陈茅根汤治疗。茵陈茅根汤方剂：白茅根、茵陈各 6g，车前草、茯苓各 5g，郁金、金钱草各 2g。加减化裁，大便次数多者，可加山药、白术 4g；黄疸重者，可加猪苓 3g。温服，每天 1 剂，10ml/次，3 次/d。3d/疗程，共 2 个疗程，疗程间可间隔 1d，治疗 7d。

1.3 观察指标

对比两组的黄疸改善效果：在治疗前、治疗后 3d、治疗后 7d 这三个时间段，采集患儿的清晨空腹静脉血 3ml，离心处理、分离血清后，用全自动生化分析仪（迈瑞，型号 BC-830）进行血清胆红素检测。统计两组患儿所需黄疸消退时间。

对比两组的不良反应：统计开始治疗后，出现恶心呕吐、皮疹、腹痛腹泻的患儿人数。

对比两组的治疗效果：统计至治疗后 7d，两组患儿可达的治疗效果。显著：黄疸症状完全消退，血清胆红素水平显著下降，且 $<100\mu\text{mol/L}$ ，无皮疹等不良反应；有效：黄疸症状基本消退，血清胆红素水平有所下降， $100\mu\text{mol/L}\leq$ 血清胆红素 $<150\mu\text{mol/L}$ ，或有轻微皮疹等不良反应，但对疗效无影响；无效：黄疸症状无显著改善，血清胆红素水平 $\geq 150\mu\text{mol/L}$ ，或有严重皮疹等不良反应发作，对疗效有影响。总有效率 = （总例数 - 无效）/ 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

使用 SPSS23.0 软件对数据进行统计学分析，使用 t 和 “ $x\pm s$ ” 表示计量资料，使用 χ^2 和 % 表示计数资料， $P<0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组的黄疸改善效果

观察组治疗前的血清胆红素与对照组近似（ $P>0.05$ ）。两组治疗后的血清胆红素均显著下降，但观察组治疗后 3d、治疗后 7d 的血清胆红素均低于对照组，观察组黄疸消退时间短于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 1：

表 1 对比两组的黄疸改善效果 [$\bar{x}\pm s$]

组别	例数	血清胆红素（ $\mu\text{mol/L}$ ）			黄疸消退时间（d）
		治疗前	治疗后 3d	治疗后 7d	
观察组	60	368.75 $\pm$ 52.16	202.58 $\pm$ 16.54 [*]	108.46 $\pm$ 15.84 ^{##}	3.46 $\pm$ 1.08
对照组	60	367.94 $\pm$ 51.46	240.06 $\pm$ 20.41 [*]	139.87 $\pm$ 17.38 ^{##}	5.77 $\pm$ 1.18
t	-	0.086	11.051	10.347	11.186

<i>P</i>	-	0.932	0.001	0.001	0.001
----------	---	-------	-------	-------	-------

注：与治疗前相比，**P*<0.05；与治疗后 3d 相比，#*P*<0.05

2.2 对比两组的不良反应

观察组不良反应总发生率（5.00%）与对照组（1.67%）相比无差异，差异无统计学意义（*P*>0.05）。见表 2：

表 2 对比两组的不良反应[n,(%)]

组别	例数	恶心呕吐	皮疹	腹痛腹泻	总发生率
观察组	60	1 (1.67%)	2 (3.33%)	0	3 (5.00%)
对照组	60	0	0	1 (1.67%)	1 (1.67%)
χ^2	-	0.001	0.509	0.001	0.289
<i>P</i>	-	1.000	0.476	1.000	0.611

2.3 对比两组的治疗效果

治疗后 7d，观察组总有效率（100.00%）高于对照组（90.00%），差异有统计学意义（*P*<0.05）。见表 3：

表 3 对比两组的治疗效果[n,(%)]

组别	例数	显著	有效	无效	总有效率
观察组	60	36 (60.00%)	24 (40.00%)	0	60(100.00%)
对照组	60	24 (40.00%)	30 (50.00%)	6 (10.00%)	54 (90.00%)
χ^2	-	4.800	1.212	4.386	4.238
<i>P</i>	-	0.028	0.271	0.036	0.040

3. 讨论

新生儿黄疸是新生儿时期最常见的临床问题，流行病学显示，新生儿生理性黄疸发生率在 80%左右^[4]。一般按黄疸出现时间、消退时间及血清胆红素水平，可将新生儿黄疸分为生理性黄疸和病理性黄疸这两种^[5]。生理性黄疸主要是因胆红素产量大于胆红素排泄量，病理性黄疸主要是因胆红素生成过多、肝脏胆红素代谢障碍、胆汁排泄障碍等疾病所致。生理性黄疸一般情况良好，足月儿 5-7 天消退，最迟不超过 2 周，早产儿 7-9 天消退，最长可延迟到 3-4 周^[6]。病理性黄疸所需消退时间长，足月儿大于 2 周，早产儿大于 4 周，且部分病情较重者，可伴嗜睡、肢体抽搐等症状，会危及患儿的生命安全，因而需及时采取积极诊疗措施，以控制病情^[7]。

为提升新生儿黄疸的临床疗效，本研究拟将茵陈茅根汤结合蓝光照射治疗方式应用到黄疸患儿的临床诊疗中。本研究结果得，（1）观察者治疗后 3d、治疗后 7d 的血清胆红素均低于对照组，观察者黄疸消退时间短于对照组（*P*<0.05），提示茵陈茅根汤结合蓝光照射治疗可达更好的黄疸治疗效果，能有效缩短黄疸消退时间。其原因可能如下，新生儿黄疸主要是因胆红素在机体内累积量过多所致，蓝光照射治疗可利用光的氧化作用，促进血清胆红素转变成水溶性胆红素异构体，达降低血清胆红素水平，促进胆红素排出的治疗目的^[8-9]。同时，随血清胆红素水平下降，能有效避免血清胆红素穿过血-脑脊液屏障进入颅脑，有效避免患儿出现脑损伤，但单一蓝光照射治疗所需治疗时间长，疗效有限。茵陈茅根汤中，白茅根、茵陈有凉血止血、清热利尿、退黄疸的作用，为君药；车前草、茯苓有渗湿通淋、清肝明目、健脾安神的作用，为臣药；郁金、金钱草有清心凉血、利胆退黄、清热解毒、利尿的作用，为佐药^[10]。加减化裁，大便次数多者，可加山药、白术，有补脾养胃、健脾益气的功效；黄疸重者，可加猪苓，

有利水渗湿的功效。诸药合用，有清热利湿、凉血解毒、利胆退黄的作用。因而与对照组相比，观察组可达更好的黄疸改善效果，所需黄疸消退时间更短，整体疗效更佳。（2）观察组不良反应总发生率（5.00%）与对照组（1.67%）相比无差异（*P*>0.05）。治疗后，观察组总有效率（100.00%）高于对照组（90.00%）（*P*<0.05），提示茵陈茅根汤结合蓝光照射治疗的临床疗效更佳，且安全度高。其原因可能如下，中医诊疗中，多将新生儿黄疸归属于“胎毒”、“胎黄”诊疗范畴，主要是因邪毒内蕴、蒸于肝胆所致。给予茵陈茅根汤中医治疗，可达清除邪毒、利胆退黄的治疗目的^[11]。同时，在现代药理学中，白茅根有利尿、抗菌、降低血管通透性的作用，茵陈中色原酮、甲基等物质有促胆汁分泌、排出的作用，可达保肝利胆的功效，车前草、茯苓、金钱草有利尿、调节机体免疫、消肿、改善肝细胞代谢，促进肝功能恢复的作用。因而，与对照组单一蓝光照射治疗相比，在此基础上加上茵陈茅根汤进行联合治疗，可达更好的用药疗效，且用药安全度较高，不会对患儿机体造成过多的副作用。田艳华^[12]等人研究中，接受了蓝光照射结合黄疸茵陈颗粒治疗的患儿，其血清胆红素水平更低，疗效更佳，与本研究结果一致。刘晓燕^[13]等人研究中，接受了蓝光照射结合茵陈健脾退黄汤治疗的患儿，黄疸改善效果更佳，疗效更优，与本研究结果一致。说明茵陈在新生儿黄疸中可达较好的用药疗效，可促进血清胆红素下降，促进患儿肝功能的恢复，能帮助黄疸患儿达更好的病症改善效果。

综上所述，将茵陈茅根汤结合蓝光照射治疗应用到新生儿黄疸的临床诊疗中，可有效降低患儿的血清胆红素水平，促进黄疸的消退，能进一步提升黄疸患儿的临床疗效，且安全度较高，对控制病情，促进患儿肝功能的恢复等均有重要意义，值得推广应用。

参考文献：

[1]唐建明,陈小霞,杨婷,等.蓝光照射结合抚触在新生儿黄疸中的应用及对患儿黄疸指数的影响[J].中国妇幼保健,2019,34(1):110-113.

[2]陈红芳.双歧杆菌三联活菌散联合茵栀黄颗粒治疗新生儿黄疸的疗效分析[J].中国药物与临床,2020,20(2):219-220.

[3]《中华儿科杂志》编辑委员会,中华医学会儿科学分会新生儿学组.新生儿黄疸诊疗原则的专家共识[J].中华儿科杂志,2010,48(9):685-686.

[4]李林.健脾祛湿退黄汤药浴结合蓝光照射对新生儿黄疸血清白蛋白与非结合胆红素的影响[J].四川中医,2019,37(5):119-121.

[5]侍海棠,杨婷婷,刘静,冯红,殷其改.早期间歇蓝光照射联合益生菌茵陈颗粒治疗新生儿黄疸对免疫能力黄疸指数及临床疗效的影响[J].河北医学,2022,28(06):924-929.

[6]吴帅男,王秀芬.枯草杆菌二联活菌颗粒联合蓝光照射治疗新生儿黄疸的效果[J].中国民康医学,2022,34(12):60-62+66.

[7]薛志华.白蛋白注射液结合蓝光照射治疗新生儿黄疸的效果观察[J].川北医学院学报,2020,35(5):837-840,852.

[8]冉珊,沈翀.早期不同蓝光照射方案治疗新生儿黄疸的效果及安全性观察[J].临床误诊误治,2019,32(1):90-94.

[9]康丽,唐云丽,雷超兰,龙梅.茵栀黄口服液、布拉氏酵母菌散联合间歇蓝光照射治疗新生儿黄疸的疗效及对血清 NSE、ALP、FFA 的影响[J].临床和实验医学杂志,2022,21(10):1092-1095.

[10]霍静雨,雷东红,闫凡,孙妍茹.四磨汤联合蓝光照射治疗新生儿黄疸的效果及对免疫功能的影响观察[J].贵州医药,2022,46(03):383-384.

[11]李晶.茵陈蒿汤联合双歧杆菌四联活菌片、蓝光照射治疗新生儿黄疸临床观察[J].光明中医,2019,34(19):3016-3017.

[12]田艳华,高永伟,张永娇,等.蓝光间歇照射与蓝光持续照射辅助黄疸茵陈颗粒治疗新生儿黄疸疗效分析[J].山西医药杂志,2019,48(17):2152-2153.

[13]刘晓燕,王亚彬,信雅威,等.茵陈健脾退黄汤泡浴结合蓝光照射治疗新生儿黄疸临床观察[J].中华中医药学刊,2020,38(7):232-235.

疏风宣肺，健脾消积法治疗小儿感染后咳嗽的疗效研究

李海丹

广东省第二荣军医院中医科 510000

摘要：目的 探究疏风宣肺，健脾消积法治疗小儿感染后咳嗽的疗效。方法 选取 2021 年 1 月 1 日-2022 年 6 月 30 日在广东省第二荣军医院门诊中医科就诊的 80 名脾虚食积型感染后咳嗽患儿，年龄在 2-14 岁之间，按照随机数字法分入治疗组和对照组，每组各 40 例。其中对照组采用口服复方福尔可定口服液联合四磨汤口服液；治疗组采用口服自拟健脾消食止咳方治疗，分别检测并比较两组患者的治疗疗效。结果 统计学结果显示，治疗组的总有效率高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 疏风宣肺，健脾消积法对治疗小儿感染后咳嗽有着较好的疗效。

关键词：疏风宣肺，健脾消积法；小儿感染后咳嗽；复方福尔可定口服液；四磨汤口服液

儿童慢性咳嗽根据其病因的不同可分为呼吸道感染与感染后咳嗽、咳嗽变异性哮喘、上气道综合征、胃食管反流性咳嗽等【1】。其中呼吸道感染与感染后咳嗽所占的比例在 21.72%，占中国儿童慢性咳嗽病因构成比的第 3 位【2】，因此针对儿童感染后咳嗽的治疗，是当今无论中医还是西医医生都广泛关注的课题。临床上，感染后咳嗽（PIC）的主要发病原因因为病原菌感染，常见的病原菌包括百日咳杆菌、卡他莫拉菌、肺炎衣原体、支原体及多种呼吸道病毒等。【3】病原微生物感染后，通常会破坏气道黏膜完整性，受损之后的气道上皮细胞会分泌大量的过氧自由基，促使附近细胞出现蛋白凋亡、变性现象，进而对炎症反应进行诱导，缓激肽、神经内肽酶等物质的排除量明显增多，并在气道聚集，对平滑肌增生进行刺激；气道纤毛摆动能力降低，炎症因子与分泌物沉积；血管通透性与炎症介质渗出明显增加，以上各种因素均会引发短暂性的气道高反应，进而引发咳嗽。【4】感染后咳嗽是儿科门诊常见疾病，具有上呼吸道感染病史患者，大约 11%-25% 会发生感染后咳嗽，在流行季节发生率可达 25%-50%。【5】虽然 PIC 为自限性疾病，但长时间的咳嗽对小儿睡眠及注意力均有影响，不利于小儿的生长发育和学习，对患儿和家长的日常生活带来严重困扰。PIC 迁延日久，会引起心血管系统、呼吸系统并发症【6】目前西医指南 PIC 常用白三烯受体拮抗剂、 β_2 受体激动剂、化痰剂或抗组胺药物及吸入一定量的糖皮质激素或化痰药物治疗，有一定的缓解作用，但停药后复发率较高，并且抗生素的滥用在基层医院治疗该病中亦相当普遍。【7】

中医古代文献中无“感染后咳嗽”病名，当代诸多医家将其归为“外感咳嗽”、“久咳”、“外感后久咳”、“感冒后咳嗽”等范畴。感染后咳嗽多表现为刺激性干咳，阵发性、突发性阵咳，咽痒，遇冷空气或刺激性异味等诱发或加重。这些临床症状特点与风邪“善行而数变”、“风盛则挛急”及“风邪为患可致痒痒”的致病特点相符合。故感染后咳嗽的病因病机为风邪恋肺，肺气失宣，清肃失职。脾为水谷化生之源，为后天之本，小儿脾常不足，脾土虚则健运失司，痰浊内阻；脾虚无以生肺金，肺无不虚。小儿饮食不节，伤于乳食，使脾胃运化失司，气机升降失调而成积滞。积滞郁而化湿，则蕴湿成痰；郁而化火，痰热上扰于肺，阻遏气机致肺失清肃，宣发功能紊乱，加之外感风邪，而引发咳嗽。治疗以肺脾并治为原则，在疏风宣肺基础上，佐以健脾除湿化痰，消积导滞通腑为法【8】。何氏【9】等总结张骞教授防治儿童感染后咳嗽经验，认为小儿感染后咳嗽的关键病机是肺脾两虚为其本，风痰交阻为其标。治疗上注重标本缓急，调理脏腑气机，尤以肺脾为要。张氏【10】等认为感染后咳嗽是儿童慢性咳嗽的主要病因之一，“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”，肺与脾胃在生理上息息相关，在病

理上紧紧相连。特别是在气与津液方面，肺与脾胃有密切关系。小儿感染后咳嗽的病机是肺气不利、痰湿内生。“培土生金”法是从脾胃治肺的代表法之一，可达到宣散气机，运化痰湿之效，故可使疾病痊愈。国家中医药管理局“十一五”重点专科协作组颁布的《咳嗽（感冒后咳嗽或感染后咳嗽）诊疗方案》中，将 PIC 辨证分为风邪犯肺证、风寒恋肺证、风热郁肺证、风燥伤肺证四型，但对于小儿 PIC 的辨证治疗，目前仍以临床经验作指导。针对小儿的生理特点，本人认为多为脾虚夹湿，食积困阻，所以自拟健脾消食止咳方做研究，为临床推广提供依据，更好地宣传和推广中医药在小儿 PIC 治疗中的作用和优势。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月 1 日-2022 年 6 月 30 日在广东省第二荣军医院门诊中医科就诊的 80 名脾虚食积型感染后咳嗽患儿，年龄在 2-14 岁之间，按照随机数字法分入治疗组和对照组，每组各 40 例。两组患者的临床资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。可见表 1。

表 1 两组患者的临床资料比较

组别	n	性别（男/女）	年龄（岁）
治疗组	40	21/19	8.17±5.55
对照组	40	22/18	8.24±5.63
χ^2/t 值		0.05	0.056
P 值		0.823	0.955

1.2 纳入标准

纳入标准：①符合中华医学会呼吸病学分会哮喘学组 2015 年修订的《咳嗽的诊断和治疗指南》中的小儿感染后咳嗽诊断标准【11】；②患儿无其他呼吸道疾病；③患儿家属同意患儿参加此次研究，且签署了知情同意书。排除标准：①有先天性心脏病、慢性肾炎或肝功能不全的患儿；②有严重胃肠道疾病的患儿；③对糖皮质激素过敏的患儿；④认知障碍或感觉障碍的患儿。

1.3 治疗方法

治疗组采用口服自拟健脾消食止咳方治疗：口服自拟健脾消食止咳方，组成：紫菀 10g、钩藤 10g、蝉蜕 5g、苦杏仁 5g、僵蚕 5g、苏梗 10g、桔梗 5g、法夏 5g、瓜蒌仁 10g、鸡内金 10g、厚朴 10g、甘草 10g。每日一剂，分早晚两次温服，剂量可根据患儿的年龄体重加减，7 天为一疗程。兼鼻塞流涕者加苍耳子 10g、辛夷花 10g；兼咽痛者加浙贝母 10g、木蝴蝶 5g；痰黄稠难咯者加瓜蒌皮 10g，黄芩 5g，鱼腥草 10g；大便秘结者加大腹皮 10g，罗汉果 5g。对照组采用口服复方福尔可定口服液联合四磨汤口服液：口服复方福尔可定口服液（南昌立健药业有限公司，

H20058358)联合四磨汤口服液(湖南汉森制药股份有限公司,国药准字Z20025044),根据不同年龄服用对应剂量,7天为一疗程。用量详情:复方福尔可定口服液:2岁以下每次2.5ml,2-6岁5ml,6岁以上每次10ml,每日三次;四磨汤口服液:每次10ml,一日三次。两组患者均治疗一个疗程。

1.4 观察指标

观察指标参照《咳嗽的诊断与治疗指南(2009)》中咳嗽症状积分表,评估治疗前后患儿的咳嗽症状积分,并进行比较【12】。疗效评定标准:参照《中药新药临床研究指导原则》制定。痊愈:临床症状消失,或咳嗽积分改善率大于95%;显效:临床症状大部分消失,或咳嗽积分改善率处于70%-95%区间;好转:临床症状明显好转,或咳嗽积分改善率处于30%-70%;无效:临床症状无改善或加重,或咳嗽积分改善率小于30%。咳嗽积分改善率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%【13】。

1.5 统计学方法

采用SPSS19.0软件进行统计学处理,符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较采用ANOVA方差分析;计数资料用(n,%)表示,采用 χ^2 检验,P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

统计学结果显示,治疗组的总有效率高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。可见表2。

表2 两组患者治疗后的治疗效果比较

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
治疗组	40	5(12.5)	15(37.5)	16(40)	4(10)	36(90)
对照组	40	2(5)	7(17.5)	15(37.5)	16(40)	24(60)
X ² 值		1.409	4.013	0.053	9.6	9.6
P值		0.235	0.045	0.818	0.002	0.002

3 讨论

纵观近20年的中西医研究资料,不少前辈曾探索治疗小儿感染性咳嗽的方法,取得了丰富的临床经验。中医治疗此病可以取得较好的疗效,这与中医学独特的辨病辨证方法和个体化治疗措施密切相关,治疗时不拘泥于疾病的分类,针对临床症状采用同病异治法收效颇丰。中医古代文献中无“感染后咳嗽”病名,当代诸多医家将其归为“外感咳嗽”、“久咳”、“外感后久咳”、“感冒后咳嗽”等范畴。感染后咳嗽多表现为刺激性干咳,阵发性、突发性阵咳,咽痒,遇冷空气或刺激性异味等诱发或加重。这些临床症状特点与风邪“善行而数变”、“风盛则挛急”及“风邪为患可致瘙痒”的致病特点相符合,故感染后咳嗽的病因病机为风邪恋肺,肺失宣降。中医认为,“肺脏娇嫩,脾常不足”是小儿的生理特点。肺气不足,卫外不固,外邪易于从口鼻或皮毛而入,致肺气失宣,清肃失职,而发生咳嗽。随着人们生活水平的不断提高,供给小儿的食物越来越丰盛。平素以高蛋白、高脂肪为主食必然造成脾胃功能失调,出现食积症候。食滞困脾,痰湿内生,或食积郁热,上犯于肺,导致咳嗽不止。本人在临床中发现感染后咳嗽的患儿大都具有脾虚积滞,肺气不通的症候特点,治疗以肺脾并治为原则,在疏风宣肺基础上,佐以健脾除湿化痰,消积导滞通腑为法【14】。

所以运用疏风宣肺,健脾消积的健脾消食止咳方治疗,能取得很好的疗效。本研究结果显示,采用口服自拟健脾消食止咳方治疗的患者的总有效率高于采用口服复方福尔可定口服液联合四磨汤口服液的患者(P<0.05)。健脾消食止咳方中以苦杏仁开宣肺气,为治疗咳嗽要药;紫菀润肺化痰,理气止咳,尤利于肺气的肃降;苏梗、桔梗宽中理气、利咽祛痰;法夏降气、燥湿化痰,与苦杏仁一宣一降,疏通气机;瓜蒌仁能祛痰,又能润肠通便,使痰邪随大便排出,对年龄较小的儿童咯痰困难效果较好。厚朴健脾消食,燥湿化痰;鸡内金健脾消食化积;钩藤、蝉蜕、僵蚕祛风通络,解痉止咳;蝉蜕具有镇静,抗过敏,降低横纹肌紧张度,解除支气管痉挛,阻断交感神经节传导作用;僵蚕具有抗过敏、抗炎、解痉镇咳作用;三药合用,对咽痒,刺激性干咳,挛急性、突发性阵咳等症缓解有明显疗效。但有蛋白质过敏患儿慎用。全方共奏疏风宣肺,健脾消食之功【15-16】。

综上所述,疏风宣肺,健脾消积法对治疗小儿感染后咳嗽有着较好的疗效,适合临床推广使用。

参考文献:

[1]中华医学会儿科分会呼吸学组慢性咳嗽协作组. 中国儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(2013年修订)[J]. 中华儿科杂志, 2014, 52(3): 184-188.

[2]吕珊珊,白晓红,刘芳. 桑皮止咳方治疗儿童肺郁热型感染后咳嗽临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(4): 95-97.

[3]何茹,姜勇超,钱丹. 疏风胶囊联合美敏伪麻溶液治疗小儿感染后咳嗽的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(12): 3208-3211.

[4]樊清梓. 小儿肺咳颗粒联合孟鲁司特钠咀嚼片治疗儿童感染后咳嗽的临床疗效[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(19): 3322-3324.

[5]Irwin Rs, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough[J]. N Engl J Med, 2000, 343(23): 1715-1721.

[6]马荣,高荣林,齐文升,等. 白牛宣肺汤治疗感染后咳嗽的随机双盲对照临床研究[J]. 中医杂志, 2017, 58(20): 1755-1759.

[7]陈志鑫,范暖东. 麻杏止咳汤治疗儿童风痰型感染后咳嗽疗效观察[J]. 新中医, 2018, 50(2): 90-92.

[8]安亚娟,周贤梅. 从五运六气角度治疗感染后咳嗽[J]. 中医药导报, 2019, v.25;No.337(15):121-122+132.

[9]何素洁,张骥. 张骥教授防治儿童感染后咳嗽[J]. 吉林中医药, 2017, 37(2): 129-132.

[10]张海丹,宋均亚. 从脾胃论治小儿感染后咳嗽[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(24): 9-10.

[11]张纾难,刘剑. 中国《咳嗽的诊断与治疗指南(2015)》“中医部分”解读[J]. 环球中医药, 2016, 9(6): 699-701.

[12]赖克方,钟南山. 新版《咳嗽的诊断与治疗指南》(2009)解析[J]. 国际呼吸杂志, 2010, 4(2): 80-82. 【13】黄蓓. 《证候类中药新药临床研究技术指导原则》发布[J]. 中医药管理杂志, 2018, 26(21): 107-107.

[14]Efficacy of Chaihu Jisang decoction on post-infection cough and its effect on cough reflex sensitivity[J]. Journal of Traditional Chinese Medicine, 2018, v.38(04):150-157.

[15]张莉敏,刘源,冯阳,等. 健脾消积法对非酒精性脂肪性肝病模型大鼠的抗氧化作用[J]. 广州中医药大学学报, 2018, 35(5): 855-859.

[16]徐晓伟,李守栋. 宣肺健脾推拿疗法治疗小儿过敏性鼻炎的临床观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2018, 42(7): 576-579.

佛山市卫生健康局医学科研立项课题 立项编号: 20210458

益气散聚方对代谢综合征高危人群代谢风险因子的影响

李娟

成都市郫都区中医医院 四川成都 610000

摘要：目的 探讨益气散聚方对代谢综合征（MS）高危人群代谢风险因子的影响。方法 选择2021年5月至2022年5月经本院MS高危人群108例进行研究，循随机数字表法分成对照组及观察组，予以对照组安慰剂治疗，观察组则采用益气散聚方治疗，比较两组代谢风险因子水平及安全性。结果 经治疗，两组PBG、2h-PBG及HOMA-IR均呈下降趋势，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）；两组SBP及DBP均呈下降趋势，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）；经治疗，两组TG呈下降趋势，HDL-C呈上升趋势，观察组TG低于对照组，HDL-C高于对照组（ $P<0.05$ ）；且治疗过程中，对照组及观察组均未出现1例皮疹、胃肠道反应、肝肾功能异常或心电图异常。结论 MS高危人群应用益气散聚方可一定程度改善血糖水平及胰岛素抵抗，血压、血脂均有所缓解，且不良反应发生率较低，具有较高安全性。

关键词：代谢综合征；高危人群；益气散聚方；代谢风险因子

Effect of Yiqi Sanju Recipe on Metabolic Risk Factors in High Risk Population with Metabolic Syndrome

【Abstract】 Objective To investigate the effect of Yiqi Sanju Recipe on metabolic risk factors in high-risk groups of metabolic syndrome (MS). Methods A total of 108 patients with high risk of MS in our hospital from May 2021 to May 2022 were selected for research. According to the random number table method, the patients were divided into the control group and the observation group, the control group was treated with placebo, and the observation group was treated with Yiqi Sanju Recipe. The levels and safety of metabolic risk factors between the two groups were compared. Results After treatment, PBG, 2h-PBG and HOMA-IR in the two groups showed a downward trend, and the observation group was lower than the control group ($P<0.05$); The SBP and DBP of the two groups showed a downward trend, and the observation group was lower than the control group ($P<0.05$). The TG of the two groups showed a downward trend, and the HDL-C showed an upward trend. The TG of the observation group was lower than that of the control group, and the HDL-C was higher than the control group. group ($P<0.05$); Abnormal liver and kidney function or abnormal electrocardiogram. Conclusion The application of Yiqi Sanju Recipe in MS high-risk population can improve blood sugar level and insulin resistance to a certain extent, blood pressure and blood lipids are relieved, and the incidence of adverse reactions is low, with high safety.

【Key words】 metabolic syndrome; high-risk groups; Yiqi Sanju recipe; metabolic risk factors;

代谢综合征（MS）是指中心性肥胖、血糖、血压及血脂等代谢异常于同一个体集聚发生为特征的临床症候群^[1]。据国际糖尿病联盟（IDF）数据表明^[2]：全球近25%人群罹患MS，而我国MS患病率高达33.9%。因MS具有较高致残率及致死率，有研究指出罹患MS患者心脑血管发生风险为非MS人群3倍，死亡风险则为5~6倍^[3]。是以对MS高危人群进行早期干预现实意义重大。但截至如今，关于MS高危人群的早期预防尚未形成规范指导意见，以饮食及运动等生活干预手段较常采用，但内容较为浅显及普适，故于临床实践所获效果一般。对此，探索一套科学、合理早期干预方案为现今首要任务。而祖国医学“未病先治”思想与MS高危人群早期预防十分契合，且讲究整体施治，重在长期调理，使用安全系数高的中药进行干预具有可行性^[4]。兹本院采用益气散聚方用以对MS高危人群进行早期干预，并对代谢风险因子的影响作深入分析，作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2021年5月至2022年5月经本院MS高危人群108例进行研究，循随机数字表法分成对照组及观察组，各54例。纳入标准：①符合文献^[2]中心性肥胖诊断标准，即男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ 或女性 $\geq 85\text{cm}$ ；②4项代谢风险因子标准中 <2 项符合，1）高血糖：空腹血糖（PBG） $\geq 5.6\text{mmol/L}$ 、空腹葡萄糖耐量试验2h血糖处于 7.8mmol/L ~ 11.1mmol/L 之间或诊断为糖尿病；2）高血压：收缩压（SBP） $\geq 130\text{mmHg}$ 或舒张压（DBP） $\geq 85\text{mmHg}$ 或诊断为高血压；3）甘油三酯（TG） $\geq 1.70\text{mmol/L}$ ；4）高密度脂蛋白（HDL-C） $\leq 1.04\text{mmol/L}$ ；③经招募受试者自愿参与研究，并签订知情同意书；排除标准：①肝肾等严重器质性疾病；②妊娠哺乳期女性；③药物

过敏史；⑤存在精神或认知障碍；⑥临床治疗缺失。其中，对照组：男26例、女28例；年龄37~68岁，平均 (52.42 ± 8.35) 岁；观察组：男25例，女29例；年龄38~70岁，平均 (52.84 ± 8.19) 岁。上述两组性别、年龄等资料呈均一性，可作比对（ $P>0.05$ ）。本研究已通过医院伦理委员会审查。

1.2 方法

观察组给予益气散聚方治疗，方药组成：茯苓15g、白术15g、黄芪15g、茵陈9g、泽泻9g及黄连6g。由医院制成中药免煎颗粒，用开水冲服，q12h，对照组则采用安慰剂治疗，安慰剂由益气散聚方1/10剂量混合赋形剂（糊精、焦糖色素等）、调味剂（一水柠檬酸等）制定口味、外观相似的颗粒剂，服用方法同观察组。两组均持续服用12周。

1.3 观察指标

观察两组代谢风险因子水平及安全性。其中，①代谢风险因子水平：分血糖【包括PBG、餐后2h血糖（2h-PBG）及胰岛素抵抗指数（HOMA-IR），HOMA-IR计算公式：HOMA-IR=胰岛素（FINS） $\times$ FPG/22.5】、血压（主要为SBP、DBP）及血脂（主要为TG、HDL-C）指标等3方面；②安全性：以不良反应进行评估，不良反应包括皮疹、胃肠道反应、肝肾功能异常或心电图异常等。

1.4 统计学处理

采用SPSS22.0软件作处理分析，计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示，行 t 检验，计数资料以“%”表示，行 χ^2 检验，若 $P<0.05$ ，差异认作有统计学意义。

2 结果

2.1 两组代谢风险因子水平中血糖指标比较

经治疗，两组 PBG、2h-PBG 及 HOMA-IR 均呈下降趋势，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 1：两组代谢风险因子水平中血糖指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	PBG（mmol/L）		2h-PBG（mmol/L）		HOMA-IR	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组（n=54 例）	6.05±0.58	5.93±0.48	8.45±1.25	8.33±1.16	1.90±0.53	1.84±0.48
观察组（n=54 例）	6.01±0.53	5.42±0.42 ^a	8.37±1.18	7.41±0.95 ^a	1.87±0.48	1.35±0.56 ^a
<i>t</i>	0.374	5.876	0.342	4.509	0.308	4.882
<i>P</i>	0.709	0.000	0.733	0.000	0.758	0.000

注：与治疗前比较，a： $P<0.05$ ，下同

2.2 两组代谢风险因子水平中血压指标比较

经治疗，两组 SBP 及 DBP 均呈下降趋势，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 2：两组代谢风险因子水平中血压指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	SBP（mmol/L）		DBP（mmol/L）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组（n=54 例）	134.06±13.06	129.37±12.85	87.29±8.39	85.64±8.25
观察组（n=54 例）	132.69±12.92	118.27±10.39 ^a	86.92±8.34	78.03±6.65 ^a
<i>t</i>	0.548	4.936	0.230	5.277
<i>P</i>	0.585	0.000	0.819	0.000

2.3 两组代谢风险因子水平中血脂指标比较

经治疗，两组 TG 呈下降趋势，HDL-C 呈上升趋势，观察组 TG 低于对照组，HDL-C 高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 3：两组代谢风险因子水平中血脂指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	TG（mmol/L）		HDL-C（mmol/L）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组（n=54 例）	1.45±0.34	1.43±0.37	1.06±0.21	1.09±0.23
观察组（n=54 例）	1.43±0.36	1.20±0.42 ^a	1.05±0.19	1.21±0.27 ^a
<i>t</i>	0.297	3.020	0.259	2.486
<i>P</i>	0.767	0.003	0.796	0.014

2.4 两组安全性比较

治疗过程中，对照组及观察组均未出现 1 例皮疹、胃肠道反应、肝肾功能异常或心电图异常。

3 讨论

据祖国医学观点，MS 可归“聚证”范畴，循其病因病机，见于先天禀赋不足及后天脏腑受损，是以血瘀、湿热、痰浊等侵入机体留滞，时日愈久，可阻碍机体精微化生、布输，由而生疾。对此，全国名老中医王文健教授提倡攻补兼治为基本治则，散聚为基本治法，而益气散聚方中茯苓，性平味甘，归心、脾、肺、肾经，起健脾利水渗湿之功；白术，性温味甘，归脾、胃经，发挥补气健脾，燥湿利水之效；黄芪，性温味甘，归脾、肺经，具有补中行气，益脾散聚之效，黄连性寒味苦，归心、胃、肝、大肠经，可奏清热降火祛热之效用；茵陈性凉味辛，归脾、胃、肝、胆经，起理肝泻火，燥湿除热之功；泽泻性寒味甘，归肾、膀胱经，有利水渗湿除热之用。诸药配伍，寒温并用，有攻有补，可推动机体气化，又可清除稽留邪病，由此气血精微可恢复正常运化、布散^[6]。是以益气散聚方用于 MS 高危人群治疗是可行的。

鉴于 MS 诊断标准以中心性肥胖为必要条件，并伴随血糖、血压及血

脂等代谢风险因子异常^[7]。是以本院收治 MS 高危人群均满足中心性肥胖，且监测代谢风险因子指标发现，整体血糖、血压水平高于正常人群，整体血脂水平虽未显示异常，但与临界值十分接近。是以本文旨在侧重分析益气散聚方对 MS 高危人群代谢风险因子的影响。由结果显示：与对照组比较，观察组治疗后 PBG、2h-PBG、HOMA-IR、SBP、DBP、TG 均更低，HDL-C 则更高。提示益气散聚方可对 MS 高危人群血糖、血压及血脂均有良好控制效果。原因系益气散聚方中药材现代药理有关^[8-9]：黄芪中黄芪多糖、黄连中小檗碱可作用于 PI3K/Akt、 β -arrestin2 胰岛素信号通路用以调节糖、脂代谢改善胰岛素抵抗，而胰岛素抵抗与高血压常合并发生，当胰岛素抵抗改善后，血压水平可一定程度恢复；茯苓中茯苓新酸、白术中白术内脂、多酮可结合 ALB、EGFR、MAPK1 等多靶点，并参与 FoxO 通路、AGE-RAGE、ErbB 等多通路发挥 MS 治疗效果^[10]。

综上所述：MS 高危人群应用益气散聚方可一定程度改善血糖水平及胰岛素抵抗，血压、血脂均有所缓解，且不良反应发生率低，具有较高安全性。

参考文献：

[1]李宾,姜晓峰. 代谢综合征的研究进展[J]. 国际检验医学杂志,2018,39(24):2996-3001.

[2]张曾,杨宏杰,傅晓东,等. 益气化聚方对代谢综合征患者临床指标和心脑血管疾病高危因子的影响[J]. 海南医学,2021,32(20):2618-2622.

[3]陈丹丹,张慧,邵静,等. 代谢综合征患者饮食和运动管理方案最佳证据总结[J]. 浙江大学学报(医学版),2022,51(1):27-37.

[4]陈玉华,戴芳芳. 代谢综合征的中医药临床及实验研究进展[J]. 河北中医,2020,42(10):1583-1586,1590.

[5]张曾,何燕铭,郑敏,等. 益气化聚方联合常规疗法治疗代谢综合征糖调节受损患者的随机双盲安慰剂对照研究[J]. 中国中西医结合杂志,2020,40(8):908-913.

[6]陈煜,吕挺豪,邓跃毅,等. 益气化聚法联合常规疗法治疗代谢综合征微量白蛋白尿的临床研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2019,20(7):581-585.

[7]肖扬,徐书杭,黄华英,等. 常州地区青少年人群不同代谢综合征诊断标准的比较研究[J]. 国际内分泌代谢杂志,2020,40(1):1-4.

[8]汪天湛,霍清萍,傅晓东,等. 基于益气化聚法的中西医结合治疗伴代谢综合征 2 型糖尿病的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志,2016,36(9):1065-1071.

[9]王娜,陶涛. 益气化聚颗粒联合氯沙坦治疗高血压合并代谢综合征的效果及对患者糖脂代谢、血清 CTRP1、APN、CysC 水平的影响[J]. 临床医学研究与实践,2022,7(5):119-122.

[10]徐婧,刘喜明,马文欣,等. 基于网络药理学探讨“白术-茯苓”配伍治疗代谢综合征的作用机制[J]. 中医学报,2022,37(1):165-172.

中医护理在眩晕失眠患者的应用

任珂

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要：目的：分析中医护理在眩晕失眠患者护理应用中的效果。方法：选取 2018 年 2 月至 2019 年 2 月于我院神经内科住院治疗的 68 例眩晕失眠患者作为研究对象，运用随机数字表法分为实验组与对照组各 34 例，对照组患者采用常规护理，实验组患者采用中医护理，对比两组患者护理前后睡眠质量、生活质量评分、住院时长及护理满意度。结果：两组患者睡眠质量评分及生活质量评分较护理前差异均比较明显，具有统计学意义（ $P<0.05$ ），且实验组较对照组结果差异更明显，具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组患者住院时长较对照组患者住院时长明显缩短，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组患者的护理满意度评分明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：通过对眩晕失眠患者护理中实施中医护理，护理效果明显，较大程度上改善和提升患者睡眠质量及生活质量，缩短患者的住院时长，提高患者的护理满意度，值得临床广泛使用及推广。

关键词：中医护理；眩晕失眠；护理效果

眩晕是神经内科患者中较为常见的疾病，临床分析其 85% 的眩晕患者主要是由周围性原因引起的^[1,2]。周性眩晕患者患病时，症状较为严重，其复发率高，患者临床症状主要表现出头晕、恶心、呕吐及出汗等症状，少数患者存在耳鸣及听力下降等症状^[3,4]，但周围性眩晕患者持续时间相对较短，可达数分钟，严重情况下几天才能恢复，长时间眩晕患者，导致患者伴有失眠情况，因此治疗患者失眠症状，应先降低患者眩晕发作。近年来，随着国内外对眩晕疾病的重视程度的不断提高以及研究进一步深入，尤其在病因学与诊断方面有了进一步的提高，而眩晕并非指某一种特定的疾病，而是一种临床综合征^[5,6]。该疾病涉及到多个学科的治疗方法，具有多学科交叉性和边缘性，在临床上针对眩晕疾病的治疗最常见的就诊科室还是神经内科。由于眩晕疾病患者主诉的主观性成分较大，患者往往凭主观印象就诊于多个科室，这也给临床的诊断和治疗带来一定难度。由于眩晕疾病的病因多种多样，针对不同的临床治疗方法也不尽相同，往往做了一系列的检查仍难以明确，给后续的诊治带来了困难，绝大多数的临床也只能是暂时的“对症治疗”，因此该类患者常常发生疾病的反复发作，迁延不愈^[7]。临床认为中医护理在眩晕失眠患者中具有积极作用，可改善患者临床症状，因此本文通过对眩晕失眠患者实施中医护理，分析其临床护理效果，具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2018 年 2 月至 2019 年 2 月 68 例眩晕失眠患者作为研究对象，通过随机数字表法将 68 例患者分为实验组与对照组各 34 例，实验组中男 19 例，女 15 例，年龄 26~58 岁，平均年龄（35.9±5.5）岁，中位年龄 36 岁；对照组中男 20 例，女 14 例，年龄 28~64 岁，平均年龄（41.5±5.1）岁，中位年龄 42 岁。两组患者的家庭情况、工作情况及合并疾病等差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），可进行对比。两组患者均自愿加入本次临床研究。

1.2 入排标准

纳入标准：（1）患者经临床诊断为眩晕失眠症状；（2）患者精神状态及意识正常；（3）无其他影响患者精神及睡眠等的基础疾病；（4）无相关器质性病变；（5）患者自愿参与并签署同意书。

排除标准：（1）精神疾病及语言障碍患者；（2）患者肾脏功能受损；（3）嗜烟嗜酒者，或长期饮酒，研究期间无法戒断者；（4）近期有妊娠计划者，或处于哺乳期间者；（5）患者不遵医嘱，并中途退出实验。

1.3 方法

对照组患者实施临床常规护理，时刻保持患者病房处于安静状态下，为患者创造良好的睡眠环境，定期进行开窗通风，保证患者病房空气新鲜，

告知其眩晕及失眠之间的影响，指导患者养成良好生活方式及睡眠习惯的重要性。护理人员应与患者保持良好沟通，通过对患者进行心理咨询及指导，让患者保持乐观和冷静，防止患者焦虑、紧张或恐惧影响睡眠质量，保证患者以积极及良好心态进行治疗，通过喝热牛奶、阅读书籍、温水泡脚等习惯，提高睡眠质量，重度失眠患者可按照医生处方服用安眠药，禁止增减药物剂量。

实验组患者在对照组的基础上增加中医护理，主要包括以下几个方面：（1）中医穴位按摩 将患者置于仰卧位，双手拇指以圆形方式轻轻旋转按摩太阳穴，顺时针逆时针按压 30~50 次，准确确定穴位并经均匀力度按摩至患者出现酸胀感，3 次/天、3~5 分钟/次；在患者风池穴、大椎穴，患者双手紧握合十，左手或右手抬至颈部后侧，拇指置于同侧颈部外侧，其余四指置于颈部肌肉对侧，将颈部肌肉向上提后保持放松，沿风池向下捏至大椎 20~50 次，每天 2 次，在患者下床活动第 3 天停止护理^[8]。（2）中药药枕辅助 采用中药药枕辅助睡眠治疗，根据本院护理要求，对患者进行体质的辩证，根据患者的体质状况给予不同的中药药枕，主要包括：以夜交藤、合欢花等药物为主来制作成的养心药枕，主要辅助治疗心烦忧郁、胸闷、出虚汗等；以酸枣仁、丹参、黄芪等药物为主来制作成的养血药枕，主要辅助治疗心悸多梦、头晕眼花等；以玉米须等药物为主来制作成的玉米须药枕，主要辅助治疗脾胃不和、胃中食物不化、头晕目眩、入睡不深或难以入睡等；以薰衣草、橙皮等药物为主来制作成的熏衣草药枕，主要辅助治疗失眠多梦，压力较大等。该药枕主要在患者睡眠时提供于患者，用于放置枕边或者直接当做枕头使用。（3）心理治疗：多与患者及家属沟通，了解患者的心理状态，进而制定合适的合理方案，进一步消除患者因眩晕造成的恐惧心理和焦虑、抑郁症状，同时根据了解的患者情况及时与临床医生沟通，必要时可以使用抗抑郁、抗焦虑药物等进行治疗。（4）康复治疗 眩晕患者主要是因为前庭原因，在患者眩晕的间歇期对患者进行积极的康复治疗，包括理疗、重点加强平衡功能训练；尤其前庭康复训练，主要针对因前庭功能低下或前庭功能丧失而出现平衡障碍的患者，往往持续时间较长，常规药物治疗效果欠佳，其目的是通过训练，重建视觉、本体觉和前庭的传入信息整合功能，改善患者平衡功能。（5）预防发作 日常生活要注意劳逸结合，防止脑力与体力过度劳累，避免过多的性生活及强烈的头部运动，减少划船和各种旋转动作，通过锻炼气功和太极拳，提高身体素质。肾气不足患者饮食上易营养丰富，如甲鱼、贻贝、银耳等，忌油腻辛辣食物及烟酒。每日可将黑芝麻、核桃仁捣碎，用适当的蜂蜜调制，痰瘀互结证患者应以少食肥甘厚腻、生冷荤腥的食物，肥胖的人应该适当控制饮食。

1.4 疗效观察及评判

对比两组患者护理前后睡眠质量评分、生活质量评分、平均住院时长及护理满意度评分。睡眠质量评分满分为 100 分，分数越高表示睡眠质量越好；生活质量评分满分为 100 分，分数越高表示生活质量越好；护理满意度总分 10 分，分数越高表示患者对护理越满意。

1.5 统计学方法

应用 SPSS 23.0 统计学软件进行分析，计量资料应用($\bar{X} \pm S$) 表示，计数资料应用例数和百分比表示，计量资料采用 t 检验，计数资料应用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计意义。

2 结果

2.1 护理前后两组患者睡眠质量评分及生活质量评分比较

护理前，两组患者的眠质量评分及生活质量评分差异不明显，无统计学意义 ($P > 0.05$)，护理后两组患者睡眠质量评分及生活质量评分较护理前差异均比较明显，具有统计学意义 ($P < 0.05$)，且实验组较对照组结果差异更明显，具有统计学意义 ($P < 0.05$)，详见表 1。

表 1 对比两组患者睡眠质量评分及生活质量评分结果($\bar{X} \pm S$)

组别	睡眠质量评分		生活质量评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组(n=41)	45.8±1.26	78.6±1.35*	50.9±1.35	85.9±2.56*
对照组(n=41)	46.9±1.35	56.9±2.16*#	51.6±1.24	63.9±2.05*#

注：护理后较护理前比较，* $P < 0.05$ ；护理后实验组与对照组比价，*# $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者平均住院时长及护理满意度评分比较

实验组患者住院时长较对照组患者住院时长明显缩短，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；实验组患者的护理满意度评分明显高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，详见表 2。

表 2 两组患者平均住院时长及护理满意度评分比较($\bar{X} \pm S$)

组别	平均住院时长 (d)	护理满意度评分
实验组 (n=41)	6.74±2.33	9.49±0.76
对照组 (n=41)	6.89±3.72	7.43±2.55
t	9.626	8.059
P	0.001	0.003

3 讨论

眩晕在临床属于较为常见的主观症状，时许多疾病的主要外在表现，其病因较为复杂，严重威胁患者身心健康，但临床表现仅局限于虚实两端，大多属于虚实之证，以肝肾阴虚、气血两虚为疾病根本，以风、火、痰、瘀为疾病标准，因此通过综合分析可制定其护理方案^[9]。中医护理干预通过辨证辨病，对患者实施针对性护理措施，达到针对性的护理治疗，在缓解患者临床头晕失眠症状的治疗方面与临床起到相辅相成的作用，患者眩晕失眠的症状得以改善后，患者的生活质量也得到进一步的提升，在一定程度上促进了患者的早日恢复康复。中医护理通过穴位按摩调节患者身体，促进患者血液循环，促进机体自身的功能修复，提升患者自身的抵抗作用，从而缓解患者眩晕症状，避免患者发生不良事件。通过中医护理的心理护理，改善患者的心理焦虑和恐惧，进一步降低患者的心理压力，促进患者睡眠质量的提升，通过患者眩晕间隙的康复治疗，促进患者的康复进程，龚培新^[10]等的研究表明中医情志护理能够提升患者的睡眠质量，本次研究同时改正患者生活习惯，防止不良习惯影响患者护理效果，保证患者早日恢复正常生活状态。高俊霞^[11]等的研究表明中医特色护理干预配合放松训练对焦虑症患者在改善患者的焦虑症状及睡眠质量、生活质量方面

有非常重要的作用，且能够降低患者的焦虑评分，提升患者的睡眠质量及生活质量。本文通过对眩晕失眠患者实施中医护理，其患者睡眠质量评分及生活质量评分均优于常规护理，差异明显，具有统计学意义 ($P < 0.05$)，说明中医护理对眩晕失眠患者护理中具有护理价值，有效改善患者失眠症状，提高患者生活质量。

中医护理通过对患者实行中医穴位按摩，中药药枕的分类应用和中医的心理护理等措施，能够在较短的时间内缓解患者的眩晕及改善患者的睡眠质量，在极大程度上提升了患者的临床治疗效果，缩短患者的临床治疗时间，这对于提升患者的护理满意度也有极大的意义。徐振兴^[12]等人的研究表明，对患者实行中医理论联合临床护理路径对精神分裂症患者睡眠质量的提升有明显的的作用。本次研究结果实验组患者住院时长较对照组患者住院时长明显缩短，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；实验组患者的护理满意度评分明显高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$) 也表明，对眩晕失眠患者给予中医护理，能够缩短患者的住院时长，提升患者的护理满意度，对患者和临床护理有重要的现实意义。

综上所述，对患者实行中医护理，能够改善患者的失眠症状，提高患者生活质量，且能够进一步缩短患者的住院时长及提升患者的护理满意度，值得临床推广使用。

参考文献：

[1]孙艳华,常丽,王锦.中药穴位贴敷联合中医护理干预辅助治疗老年眩晕的效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(33):121.

[2]周和玲,范卉.中医护理适宜技术在中医院老年科的应用与实践[J].中西医结合护理(中英文),2017,3(10):94-96.

[3]韩艳秋.高血压眩晕子午流注穴位按摩联合贴敷护理研究[J].中国继续医学教育,2018,10(36):132-134.

[4]徐明红,曹玲玲,王瑶.中医特色护理结合心理干预对眩晕(后循环缺血)患者效果观察[J].心理月刊,2021,16(20):198-200.DOI:10.19738/j.cnki.psy.2021.20.067.

[5]李洪英,宋润娣.全息刮痧疗法配合耳尖穴点刺放血联合中医特护理治疗眩晕痰瘀互结证的临床意义研究[J].光明中医,2020,35(16):2520-2522.

[6]丁佳慧,解敏君,汤佳静,郑双.人文关怀结合中医特色护理对晚期肝癌患者癌痛、心理应激、睡眠质量的影响[J].中国现代医生,2021,59(30):164-167+171.

[7]陈昌艳,邓进军,罗莎.NBAS-APS 模式联合中医特色疼痛护理措施对肺癌术后疼痛患者睡眠质量的影响观察[J].四川中医,2021,39(10):197-201.

[8]孙艳华,常丽,王锦.中药穴位贴敷联合中医护理干预辅助治疗老年眩晕的效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(33):121.DOI:10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2019.33.102.

[9]王娟,季娴,李正静,杨金红.中医特色护理结合个体化健康教育在眩晕多专业一体化诊疗平台中的应用效果[J].中国实用护理杂志,2019(20):1582-1586.

[10]龚培新,庞青.中医情志护理联合饮食干预对癌因性疲乏患者营养指标及睡眠质量的影响[J].中外医学研究,2021,19(36):90-93.DOI:10.14033/j.cnki.cfmr.2021.36.024.

[11]高俊霞.中医特色护理干预配合放松训练对焦虑症患者焦虑症状及睡眠质量、生活质量的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21(20):158-159.DOI:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.20.075.

[12]徐振兴.中医理论联合临床护理路径对精神分裂症患者睡眠质量与精神症状的影响观察[J].中国社区医师,2021,37(21):149-150.

清窍止眩汤联合手指点穴治疗高血压眩晕的疗效分析

沈洪雷

宁夏银川市贺兰县中医医院 宁夏银川市 750200

摘要:目的 观察临床使用清窍止眩汤联合头部手指点穴的方法治疗痰瘀互结型高血压眩晕的疗效。将对2021年1月到12月期间在我院心病科就诊的66例高血压眩晕患者进行观察分析,随机分为常规治疗组(对照组)33例及清窍止眩汤联合手指点穴治疗组(观察组)33例,其中观察组在常规治疗组的基础上加服用清窍止眩汤联合手指点穴治疗。比较该两组的治疗效果,血压均呈下降水平,观察组较之于对照组的总有效率更高,两组有效率差异具有统计学意义。血压下降水平:2组患者治疗前收缩压、舒张压比较差异均无统计学意义($P>0.05$),经治疗后2组患者的舒张压、收缩压较治疗前均明显降低($P<0.05$),并且观察组舒张压、收缩压较对照组下降更明显,比较具有统计学意义($P<0.05$)。结论清窍止眩汤联合头部手指点穴治疗高血压眩晕病具有安全、有效、操作简单的优势,可显著降低血压,有效缓解眩晕发作,提高患者生活质量。

关键词:“清窍止眩汤”;手指点穴;高血压眩晕

高血压眩晕为中医内科常见病症,目前西医治疗依然是以药物降压治疗为主配合改善脑部循环药物静脉点滴治疗为主要方法,但是部分患者治疗效果欠佳。眩晕一名最早在《内经》中被提到,当时称为眩冒^[1]。近些年来,各式各样的中医类治疗技术被应用到临床中治疗疾病,因为简便易操作、无明显副作用、易被患者接受等优点而推广。点穴疗法,是从我国武术中的点穴功夫逐步发展而成。手指点穴,是实施操作的医者对具有各种各样的病情的不同患者,用两只手的手指对患者身体体表上各部位不同的穴位或特定刺激线上^[2],施行点、按、压、提、掐、揉、拍和叩打等不同的操作手法,刺激局部穴位、疏通经络从而畅通体内瘀滞的气血,使得产生功能障碍的地方重新回到正常,达到预防、治疗疾病的目的;本研究分析临床应用清窍止眩汤联合手指点穴治疗高血压眩晕的效果,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 从我院2021年心病科就诊高血压眩晕患者中选择66例,随机分为对照组与观察组各33例。对照组男性18例,女性15例,年龄28至65岁,平均42岁。观察组男性19例,女性14例,年龄30至65岁,平均43.6岁;所有入选患者病史1个月至10余年不等,均符合原发性高血压的诊断标准,排除因应急、其他疾病而致血压增高者。

诊断标准:

西医诊断:符合《中国高血压防治指南》(2018 修正版)中的高血压诊断:在未服用任何一种降血压药物的情况下,非同日3次测量血压,SBP $\geq$ 140mmHg 和(或)DBP $\geq$ 90mmHg。

中医辨证诊断:符合2002年^[3]《中药新药临床研究指导原则》中痰瘀互结型高血压眩晕的诊断标准,主症:眩晕,头重如裹;兼症:胸闷,呕吐痰涎,四肢困倦,口唇紫绀,肌肤甲错,肢体麻木;舌脉象:舌质暗,苔厚腻,脉弦滑或弦涩,符合主症中1项及兼症中2项结合舌脉即可诊断;

纳入标准:(1)符合《中国高血压防治指南》(2018 修正版)中原发性高血压诊断标准;(2)患者主症有头晕、头昏;(3)高血压分级I-II级;(4)年龄在30-65岁之间;

排除标准:(1)合并脑血管病变、外伤、肿瘤等其他病变者;(2)合并心、脑、肾、肝等重要脏器功能不全者;(3)同时存在其他系统的或者免疫性疾病正在或需进行治疗者;(4)智力缺陷或精神障碍患者;(5)对本次研究所涉及药物存在药物过敏反应者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组:服用苯磺酸氨氯地平片(国药集团容生制药有限公司,国药准字H20113236,规格:5mg $\times$ 14片)1次1片(5mg),1日1次降低血压治疗同时使用注射用盐酸倍他司汀(国药集团德国.瑞.药业有限公司,国药准字H20030473,规格:20mg $\times$ 10支)1次1支(20mg)兑入5%的葡萄糖注射液250ml中1日1次静脉点滴以改善脑部血液循环止晕治疗。

1.2.2 观察组:在对照组一般治疗的基础上口服清窍止眩汤并予头部手指点穴治疗。

清窍止眩汤组方:清半夏9g、炒白术8g、天麻12g、橘红6g、白茯苓10g、川芎9g、赤芍9g、桃仁6g、红花6g、牛膝12g、炒栀子8g、珍珠母30g、远志15g、石菖蒲10g。先把上述的中药材用清水浸泡大概半小时后,用砂锅煮药,以大火烧开后改为小火再煎煮半小时后沥出150mL左右的浓药液。再加水煎煮半小时后沥出150mL左右浓缩药液,将前后2次沥出的中药液掺匀后,分两份,分别于早餐后及晚餐后温热服用,不间断服用7日做为1个治疗疗程。

手指点穴:头部手指点穴是通过在患者头部穴位上进行点、按、揉的手法操作而起到改善头部血液循环,达到局部刺激作用,并通过疏通经络的运行,而达到止头晕头痛的效果;对所有入选观察组患者均选取头部特定穴位(百会、印堂、上星、头维、太阳、风池,后三穴取双侧)及头部阿是穴,患者取坐位,术者站立于患者身后以拇指或食指指端于穴位上持续点压,以遵循由上往下的原则、以柔和、均匀、持久的力量实施操作,禁用暴力,力度以患者自觉舒适能够耐受为宜^[5],每次反复点压时间为15分钟,每天1次,7天为一疗程;

1.3 观察指标

1.3.1 疗效评价:① 显效:血压正常并稳定,眩晕症状完全消失;② 有效:血压较前明显降低但高出正常,偶有眩晕不适,程度大幅减轻,频率很低;③ 无效:血压未见明显降低,眩晕不适无改善。有效率(%)=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times$ 100%。

1.3.2 血压水平:比较治疗前、后2组患者的血压情况。准确测量血压的方法:患者测血压前半小时禁止喝茶、咖啡,禁止吸烟、喝酒、运动等,保持心情愉快,提前排尿后,在安静状态下与椅子上静坐休息10分钟后开始测量,测量血压时要上臂外展和心脏、袖带保持同一水平,将袖带绑至肘关节以上2-3cm处,以袖带内能够塞下1-2个手指头为松紧度合适,于肱动脉搏动最明显的地方放置听诊器的听件后开始打气,测量右上臂肱动脉收缩压(SBP)、舒张压(DBP)的数值并进行记录,如此反复测量3次后取3次的平均值进行登记。

1.4 统计学方法

采用统计学分析软件SPSS 19.0对测量的血压数据进行统计分析,对于其中的血压数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用t检验。治疗患者数据以例数(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 有效率比较:经过1个疗程的治疗,观察组的33例患者中治疗显效患者为23例,有效患者为9例,无效患者仅有1例,总体有效率为96.7%(32/33);对照组的33例患者中显效患者为19例,有效患者为10例,无效患者为4例,总的有效率为87.87%(29/33)。可见观察组治疗的

有效率明显高于对照组的有效率,见表1。

表1 2组患者治疗前后疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	33	23	9	1	96.7%
对照组	33	19	10	4	87.87%

2.2 血压水平比较: 治疗前2组患者的收缩压、舒张压分别进行比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后2组患者的收缩压、舒张压较治疗前均明显降低 ($P<0.05$), 且观察组收缩压、舒张压降低幅度明显低于对照组 ($P<0.05$), 具有统计学意义, 见表2。

表2 2组患者治疗前后血压水平比较 ($\bar{x}\pm s$) mmHg表1

组别	例数	SBP		DBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	33	155±11	126±12	95±8	81±7
对照组	33	152±12	135±11	95±8	87±7

(SBP为收缩压; DBP为舒张压)

1) 与本组治疗前比较 $P<0.05$ 。

2) 与对照组治疗后比较 $P<0.05$ 。

3 讨论

随着社会主义现代化进程的加快, 物资越来越丰富, 人工智能逐渐进入人们的生活中, 脑力劳动增加的同时体力劳动却进一步减少了。加之饮食结构也有过去的低油脂、高纤维饮食到今天的高盐、多糖脂、低纤维的饮食, 故而促使机体代谢发生紊乱, 代谢相关的疾病也接踵而至, 使得高血压眩晕的新发病率也进一步上涨; 一旦发病大部分患者便感到头晕、头昏、头痛、疲劳等不适, 严重者可能造成重要脏器功能损害⁶。高血压发病越来越年轻化, 高血压眩晕造成的不适, 使得患者的生活、工作都受到影响, 生活质量降低。通过西药控制血压的同时加用中药及手指点穴治疗能使患者血压控制更加平稳, 更好的缓解临床症状, 提高患者生活质量。

关于眩晕病的说法, 在中医领域中⁷, 最早提出眩晕病以“眩冒”“眩仆”一词出现在《黄帝内经·灵枢》中的海论篇和卫气论篇中, 同时在《金匱要略》中亦提出: “冒者, 昏冒而神不清, 如有物冒蔽之也, 眩者, 目眩转而乍见玄黑也。”祖国医学认为“风、火、痰、瘀、虚”均可致眩晕; 机械现代化早已将人类从农耕劳作中解放出来, 体力劳动减少了, 物质丰富了, 生活水平提高的同时, 人们好吃少动, 故而现代人中体型肥胖者居多, 体型消瘦者少见, 肥胖之人绝大部分体质都属于痰湿夹瘀型, 进一步兼夹风火之邪, 上扰清窍便可造成头晕头昏不适; 所以在治疗过程中, 往往需要分清虚实, 对症治; 在古代就已经有“久病多瘀亦多痰”⁸的说法。一代中医名家朱丹溪更是倡导痰湿之说, 《丹溪心法》中曰: “自气成积, 自积成痰, 痰挟瘀血, 遂成窠囊。”同时提出“痰瘀并存, 痰瘀同治”的理论, 开创了痰瘀致病的先河。针对如此情况, 我们在临床诊疗过程中结合实际反复研究总结后特出此清窍止眩汤; 清窍止眩汤是以经方半夏白术天麻汤为底进一步加减配伍而来; 半夏白术天麻汤⁹出自《医学心悟》, 次方可以祛痰的同时息风、兼具健脾祛湿止晕的功效, 是中医经典方剂之一, 临床上主要用于因风痰、痰湿所引起的头晕头昏。正如前面所述, 现代人的高血压眩晕已不再是单纯的痰湿上蒙、风阳上扰、肝火上炎、瘀血阻窍等单方面的病机所致, 往往大部分都是在痰瘀互结的基础上兼夹肝火、阴虚等所致, 故而针对瘀的方面在半夏白术天麻汤基础上加入数味活血之品, 再加适当息风、清肝明目安神等药物, 使得方更加周密; 方中半夏、天麻为君药, 《脾胃论》载: “足太阴脾厥头痛, 非半夏不能疗; 眼黑头眩, 风虚内作, 非天麻不能除。”半夏配天麻则风痰去, 头眩自止。而现代对半夏所含生物碱等多种化学成分进行研究发现其具有镇静、催眠、抗惊厥等作用; 研究也发现天麻具有不同程度的抗晕眩效果; 白术健脾益气, 使得脾胃健, 五谷得以运化则痰湿无以生, 气血足; 陈皮理气化痰, 祛已

生之痰湿; 茯苓健运脾胃, 清心除烦; 川芎善“上行头目”以活血化痰, 所含川芎嗪能显著改善脑血流量, 赤芍活血兼清泄肝火, 现代研究赤芍所含黄酮及其苷等成分具有抗血栓、抗氧化保护心脏等效果; 桃仁活血通便, 红花活血, 同时研究发现红花油可以降低血脂; 牛膝补益肝肾强腰膝, 引上犯之火下行, 炒栀子为苦寒之品, 可清泄心火, 使心经之火从小便而去; 珍珠母可以平肝潜阳, 明目安神, 现代研究发现具有延缓衰老、抗氧化、镇静的作用; 密制远志交通心肾治疗失眠的同时可祛痰开窍, 石菖蒲又名九节菖蒲、水剑草等, 属于开窍药, 具有清理脑窍、化湿浊、豁痰的功效, 研究也发现远志及石菖蒲均具有镇静催眠、抗惊厥、抗抑郁、神经元保护等多种针对中枢神经系统的作用; 从现代医学来看, 方中大部分药物都具有中枢神经系统具有不同程度的正向治疗作用; 从中医角度看全方集活血、祛痰、清肝、明目、息风、安神等为一体, 使瘀血祛, 痰浊化, 心肝之虚火清终致神安目明风停而眩晕止。

中医素有“头为诸阳之会, 巅顶之上, 唯风可至”¹⁰, 介于此选取居于人体最高之处的百会穴, 此穴可以调节大脑功能, 因属阳穴, 基于阴阳转化互根互用的理论, 此穴可以通阴阳脉络, 调节阴阳平衡, 驱赶六淫之风, 亦可用于平息内风, 不论血虚、阴虚、热极各端之异均可用之。印堂为奇穴, 在督脉沿线。百会与印堂合用, 推动督脉气血运行, 具有提神醒脑、加强平衡阴阳的作用; 另选取祛风要穴风池穴, 此穴可散风邪, 平肝阳, 清利头目的作用; 上星穴亦为督脉上的穴位, 可清脑、安神、明目止晕; 头维穴为足阳明胃经, 本穴可维持头部阳气及血液等营养物质的正常输送, 可止头痛, 定眩晕; 太阳穴在中医经络穴上被称为“经外奇穴”, 可以清肝明目止晕; 手指数穴祛风通血络, 中药调五脏和气血, 两者结合同时治疗, 治疗时间短、效果明显。

参考文献:

- [1] 崔艳莹. 半夏白术天麻汤联合黄连温胆汤治疗高血压病眩晕的疗效. 山西医药杂志 2021 年 3 月第 50 卷第 5 期 841 页
 - [2] 冯秀云 崔琼芳. 手指数穴在高血压病患者护理中的应用. 家庭医药 2018 年 12 月 (就医选药) 257 页
 - [3] 周霞 赵立志. 中西医结合治疗痰瘀互结型高血压眩晕临床观察. 中国中医药现代远程教育. 第 15 卷第 24 期总第 272 期 2017 年 12 月下半月刊
 - [4] 李永峰, 王开娜. 半夏白术天麻汤对痰湿内蕴型原发性高血压眩晕患者临床症状的善效果. 临床医学研究与实践 2021 年 5 月第 6 卷第 15 期;
 - [5] 包彩莲 袁志萍. 手指数穴联合穴位敷贴应用于老年眩晕患者的护理观察. 全科论著
 - [6] 刘倩. 半夏白术天麻汤合黄连温胆汤治疗高血压病眩晕的临床效果. 内蒙古中医药第 41 卷 2022 年 2 月第 2 期 72 页
 - [7] 李云. 穴位贴敷联合手指数穴护理干预在眩晕病患者中的应用效果分析. 黑龙江医学 第 46 卷 2022 年 4 期第 495 页
 - [8] 李艳红. 痰瘀阻络论治老年高血压病. 实用中医内科杂志. 2012 年第 26 卷第 9 期 69 页
 - [9] 高晓菁. 半夏白术天麻汤治疗眩晕的临床研究进展. 中国民间疗法 2021 年 2 月第 29 卷第 3 期 116 页
 - [10] 沈洪雷 詹莉 姬莹 张菲菲. “秦氏头八针”针药结合治疗慢性头痛临床分析. 母婴世界 2015 年 9 月第 18 期
- 作者简介: 沈洪雷 性别: 女 出生年月: 1984.02.10 学历: 大学本科 职称: 中级, 工作单位名称: 宁夏回族自治区银川市贺兰县中医医院, 邮政编码: 750200。

益肾温胆汤联合舍曲林治疗老年女性抑郁障碍的疗效分析

田静彬¹ 李雨² 冯倩¹ 尹霞¹ 秦卫红¹

1 北京市昌平区中西医结合医院 北京 100208; 2 北京市昌平区医院 北京 102200

摘要: 目的 观察益肾温胆汤联合舍曲林对治疗肝郁痰阻型老年女性抑郁障碍的疗效。方法 筛选出 57 例肝郁痰阻型老年女性抑郁障碍患者作为研究对象, 根据患者入院顺序随机分为两组, 分别为其提供常规西药、并基于常规用药给予益肾温胆汤, 对比患者治疗后心理状态评分结果。结果: 治疗组患者治疗后 4、6、8 周 HAMD、SDS 评分结果均优于对照组 ($P<0.05$); 第 6 周可见治疗组 SDS 量表有效率明显优于对照组, 组间分布差异有统计学意义 ($P<0.05$) 结论 益肾温胆汤可有效增强抗抑郁药的起效速度, 对患者抑郁状态有一定改善作用, 效果优于单纯应用舍曲林。

关键词: 老年抑郁障碍; 中西医结合; 汉密尔顿抑郁量表; 舍曲林

老年抑郁障碍主要是指年龄在 60 岁上的群体所表现出的一种较为普遍的功能性精神障碍, 因其本身所表现出的社会因素、心理特征, 女性群体相对有着更高的发病率^[1], 患者临床中普遍表现出较为典型的焦虑、抑郁等较为突出的负面情绪状态, 合并躯体疾病较多, 对选择抗抑郁药物种类有一定限制, 部分患者的治疗剂量也不能达到最佳^[2], 且老年患者由于躯体老化、对药物耐受性降低等因素在一定程度上也影响了治疗依从性^[3], 多项研究证实^[4-6]中医药的共同作用, 能够较好的实现对抑郁障碍问题的调节, 本研究采用益肾温胆汤联合舍曲林为治疗组, 以舍曲林为对照, 分析探讨益肾温胆汤对肝郁痰阻型老年女性抑郁障碍患者的临床疗效及安全性。现将结果总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取北京市昌平区中西医结合医院精神病区 2017 年 1 月至 2018 年 1 月老年女性住院患者作为研究对象, 最终纳入分析的有效病例为 57 例, 随机分为治疗组(益肾温胆汤联合舍曲林) 29 例, 对照组(单纯应用舍曲林) 28 例。入选标准: ①年龄在 60 岁及以上; ②根据相关诊断标准确诊^[7]; ③采用 HAMD 进行测评, 其结果在 18-35 岁之间; ④具有稳定的生命体征, 同时具备了正常的沟通交流能力; ⑤知情同意, 并签署相应知情书。排除标准: ①合并有较为严重的神经功能症状或者躯体功能障碍; ②有长时间用药、酗酒等情况; ③患者表现出较为典型的精神疾病性症状; ④对本研究药物有过敏史, 或者属于易过敏体质; ⑤表现出较为强烈的自杀意念或者出现了相应行为; ⑥依从性相对较差, 且呈现出智力障碍; ⑦因其其他因素无法完成本研究周期。符合《中医内科病症诊断疗效标准》^[8]中肝郁痰阻型分型标准, 患者表现出睡眠质量下降, 情绪抑郁, 食欲较差, 神倦疲乏, 健忘, 心烦易怒, 舌质较为暗淡, 且两侧有明显纵裂纹或者齿痕。本研究经医院审批通过。

1.2 研究方法

1.2.1 治疗方法 治疗组给予益肾温胆汤联合舍曲林治疗, 基本方剂: 法半夏、陈皮、仙灵脾和山萸肉各 8g, 醋香附、竹茹各 9g, 枳实、当归、肉苁蓉、巴戟天各 10g, 柴胡 12g, 生白芍 6g; 随证加减, 若患者合并有便秘症状, 可增加大黄 6g 与麻仁 9g; 若合并有睡眠质量较差, 则增加远志 10g, 酸枣仁与柏子仁各 15g。由中药房统一煎煮封袋, 早晚温服 1 次, 每次 200ml/袋; 舍曲林起始用量为 50mg/d, 在 4 周内逐渐加至最大耐受量, 可根据患者情况动态调整, 最高用量不超过 100mg/d; 对照组单纯给予舍曲林(商品名: 左洛复, 辉瑞制药有限公司, 国药准字 H10980141, 规格: 50 mg) 治疗。治疗过程中如出现椎体外系反应可给予盐酸苯海索

缓解症状, 剂量为 2-4mg/d。研究周期为 8 周。

1.2.2 评定方法 由 2 名接受过临床评估操作培训的精神科主治医师完成汉密尔顿量表(Hamilton Depression Scale, HAMD-24)、抑郁自评量表(Self-rating depression scale, SDS) 评分, 结合减分率对患者的临床效果进行评价, 最终取平均值作为判断标准。

1.3 统计学方法 运用统计学软件 SAS9.4 行数据分析, 对两组的疗效以百分比(%)表示, 并采用方差进行检验; 以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示评分, 并以 t 值检验; 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料比较 2 组受试患者在性别、年龄、发病时间、病程、抑郁自评量表基线期的差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

类别	中药组 (n=29)	对照组 (n=28)	T(Z)	P
年龄/a	68.18±5.69	67.87±8.69	t=0.33*	0.7426
男/女	29/	28	-	-
发病年龄/a	63.28±5.18	65.17±5.18	0.85	0.8001
病程/a	2.68±0.58	5.61±0.66	0.75	0.2280
SDS 量表基线评分	64.15±7.25	63.85±6.84	1.07*	0.2854

*秩和检验 (Wilcoxon rank sum test)

2.2 2 组 HAMD 有效率比较

两组患者治疗后 2 周 HAMD 有效率比较无差异 ($P>0.05$); 两组患者治疗 4、6、8 周后 HAMD 有效率比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗效果比较 (n, %)

		治疗组 N(%)	对照组 (N%)	R 检验	P 值
2w	有效	4 (13.79)	0(0.00)	0.535	0.635
	无效	25 (86.21)	28(100.00)		
4w	有效	20 (68.97)	1(3.57)	4.275	0.015
	无效	9 (31.03)	27(96.43)		
6w	有效	24 (82.76)	14(50.00)	2.142	0.035
	无效	5 (17.24)	14 (50.00)		
8w	有效	29(100.00)	23(82.14)	1.167	0.021

	无效	0(0.00)	5(17.86)	
2.3 2 组 SDS 有效率比较	两组患者治疗后 2 周 SDS 有效率比较无差异 ($P>0.05$)；两组患者治疗 4、6 周后 SDS 有效率比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)；两组患者治疗 8 周后, SDS 有效率比较, 无差异 ($P>0.05$)；见表 3。			

表 3 两组患者 SDS 治疗效果比较

		治疗组 N(%)	对照组 (N%)	R 检验	P 值
2w	有效	0(0.00)	1(3.57)	0.233	0.362
	无效	29(100.00)	27(96.43)		
4w	有效	7(24.14)	1(3.57)	1.345	0.033
	无效	22(75.86)	27(96.43)		
6w	有效	24(82.76)	4(14.29)	4.476	0.029
	无效	5(17.24)	24(85.71)		
8w	有效	28(96.55)	23(82.14)	0.942	0.256
	无效	1(3.45)	5(17.86)		

3 讨论

抑郁障碍是一种老年群体非常常见的感应性精神障碍疾病, 患者普遍呈现出思维功能明显减缓、情绪非常低落等, 根据调查数据显示, 到 2020 年该病的发病率已经仅次于缺血性心脏病^[10-11], 这种具有“三低”特征的精神疾患严重危害老年患者的身心健康, 有较高伤残率和致死率^[12]。该病的发病原因也较为复杂, 老年人的个体素质、家庭支持因素、文化程度、经济条件、居住在城市或农村等均与老年抑郁障碍发病有一定相关性^[13]。

根据中医典籍中针对本病的相关记载来看, 其多 将其归属于郁证、情志病等范畴, 例如:《丹溪心法·六郁》中就明确表示, 一旦出现郁证, 即可引发多种疾病。王彦恒老中医总结临床 50 余年经验认为, 抑郁障碍症状繁多, 传统的郁证、癔病、梅核气等病名很难对应现在所指的抑郁范畴, 因此在临床使用“郁病”来涵盖各种抑郁障碍症状较为合理^[14]。在老年抑郁患者中“肾阳不足”是除肝郁之外相对突出的特点, 肾主骨生髓以养元神, 当精髓化生不足导致元神脑府失养, 就会表现精力减退、反应迟钝、疲乏倦怠、内生郁滞, 抑郁日久亦会忧思过度伤及脾经, 导致脾不化精, 痰气郁结, 本研究所纳入的肝郁痰阻型抑郁是老年患者中较常见的证型, 因此针对老年抑郁障碍的患者使用温阳开郁化痰法是治疗的根本。

本研究所用益肾温胆汤以“温胆汤”为基础, 遵循温阳、解郁、健脾之法化裁而成, 方中肉苁蓉、巴戟天、仙灵脾温肾扶阳不助邪火, 佐以山萸肉填补肾阴使阳气化生有源, 柴胡、香附、郁金、陈皮舒肝解郁、调节情志, 半夏、黄芩、竹茹、制南星燥湿化痰除痞, 党参、茯苓、白术、炙甘草、枳实健脾理气, 菖蒲开窍醒神化湿, 共达益肾舒肝、解郁化痰之效。本研究所选对照药盐酸舍曲林为 5-HT 再摄取抑制剂, 是临床公认的不良反 应较少的抗抑郁用药, 较适宜应用于老年抑郁患者的维持治疗^[15]。本研究结果提示 2 组治疗后 HAMD 有效率均有提升趋势, 以第 4、6 周更为显著, 表明 2 组的治疗对老年抑郁障碍均有效, 进一步比较发现治疗组 HAMD 有效率在第 4、6 周显著优于对照组 ($P<0.01$), 在第 8 周治疗组 HAMD 有效率与对照组比较组间差异有统计学意义 ($P<0.05$), 推测这个差别应归因于益肾温胆汤的联合应用, 说明益肾温胆汤能使起效速度和疗效进一步提高; SDS 有效率组间比较结果提示第 6 周开始两组组间比较有

显著性差异 ($P<0.01$), 与 HAMD 量表有效率评分基本一致, 再一次说明益肾温胆汤对提升抗抑郁药的起效速度有帮助, 随着治疗时间的延长, 疗效具有累积效应, 说明两组药物对抑郁症状均有改善作用, 但益肾温胆汤的联合应用增强了治疗效果, 使患者更快摆脱负性症状的困扰, 提高了患者生活质量, 亦未增加用药风险。

综上所述, 益肾温胆汤联合舍曲林的中西医结合疗法可提高疗效, 相对单纯西医治疗, 起效更快, 疗效确切, 本研究后续会在扩大样本量基础上深入探讨益肾温胆汤改善老年抑郁障碍的内源性机制, 但老年抑郁障碍相对于普通人群更易复发, 除药物治疗外, 也要提供科学合理的精神治疗和家庭社会支持, 让患者真正康复。

参考文献:

[1]Sonnenberg CM,Beckman ATF,Deeg DJH,et al. Sex differences in late-life depression[J]Aeta Psychiatr. Scand,2010,101(4): 286-292.

[2]葛红敏,董蓓,杨媛.老年女性抑郁症患者的临床特征分析[J].医学理论与实践,2015,28(20):2743-2745.

[3]王希佳,潘春联.艾司西酞普兰联合奥扎格雷钠治疗老年急性脑梗死合并焦虑抑郁障碍患者的临床观察[J].中国药房,2016,27(26): 3695-3697.

[4]周益辉,曾德志,王兵华等.解郁汤联合 舍曲林治疗老年抑郁症的临床观察[J].2011,12(17):34-36.

[5]李海聪,李求兵,杨学青等.归脾汤加减治疗老年抑郁障碍及改善患者生活质量的临床研究[J].中华中医药杂志,2014,6(29):1855-1859.

[6]陈瑶偏,陈关东,陈浩然.舒肝解郁胶囊联合舍曲林对老年抑郁症的疗效研究[J].海峡药学,2013,25(3):84-85.

[7]戴云飞,肖泽萍. 中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版与国际疾病分类第 10 版的比较[J]. 临床精神医学杂志,2013,23(6):426-427.

[8]沈嫣,钱玥. 高龄睡眠障碍患者的中医证型分析及护理干预效果研究[J]. 浙江中医药大学学报,2021,45(5):555-559.

[9]李春林,金秋,吴凡,等. 沈阳地区抑郁症患者常见情志症状与中医分型的相关调查[J]. 中国临床康复,2006,10(47):42-45.

[10]Maurer DM.Screening for depression[J]. Am Fam Physician,2012,85(2):139-144.

[11]Pignone MP,Gaynes BN, Rushton JL ,et al.US .Preventive services task force Screening for depression in adults: summary of the evidence [J]An Intern Med ,2013,10:765-766.

[12]唐启盛,曲森.抑郁症的中西医结合治疗[J].中国中西医结合杂志,2009,29(3):283-288.

[13]刘丽婷,胡海霞,高玉霞.国内外原发性老年抑郁相关因素的研究进展[J]中国老年学杂志,2014,1(34):547-549.

[14]康玉春,贾竑晓,尹冬青,等.对王彦恒老中医温阳开郁法治抑郁障碍实践的几点思考[J].中华中医药学刊.2014,32 (8): 1949-1951.

[15]张玉琦,李桂林,刘朝军等.舍曲林治疗老年抑郁症随访观察[J].临床精神医学杂志,2008,18(1):59-60.

作者简介: 田静彬, 出生年月: 1971.2, 民族: 汉, 籍贯: 北京, 学历: 无, 职称: 副主任医师, 研究方向: 精神疾病中西医结合治疗。

中药连朴清胃汤治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的临床效果

王波

临沂市兰山区妇幼保健院 山东临沂 276000

摘要：目的：研究中医中的连朴清胃汤能否有效治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎，以及其相较于一般西医治疗所具有的优势和价值。方法：选取2019年7月1日至2022年7月1日这三年期间我院消化科脾胃湿热型慢性浅表性胃炎患者共435名，所有患者性别、年龄不限，将所有患者划分到两个组中，其中实验组218名患者，观察组217名患者，对观察组患者进行常规西医治疗，对实验组患者进行中医治疗，使其服用连朴清胃汤，观测对比两组患者在治疗一段时间后的整体疗效，并对比患者治疗前后的病症积分以及不良反应发生情况。结果：实验组和观察组患者治疗后的病症积分和胃镜积分都有明显降低，其中实验组患者治疗后的积分下降程度比观察组患者更大；实验组患者治疗后发生恶心、口干、腹胀等不良反应的概率明显低于观察组；服用中药治疗的实验组患者用药总有效率比服用西药治疗的观察组患者更高。结论：中药连朴清胃汤能够有效治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎，降低患者产生不良反应的概率，患者胃镜检查积分和病症积分明显下降，不适症状得到改善，胃部环境和状态逐渐恢复健康。

关键词：连朴清胃汤；脾胃湿热；慢性胃炎

Abstract: Objective: To study whether Lianpu Qingwei Decoction in traditional Chinese medicine can effectively treat chronic superficial gastritis of spleen-stomach damp-heat type, and its advantages and value compared with general western medicine treatment. Methods: During the three-year period from July 1, 2019 to July 1, 2022, a total of 435 patients with chronic superficial gastritis of the spleen and stomach damp-heat type in the Department of Gastroenterology of our hospital were selected. All patients were not limited by gender and age. All patients were divided into two groups. In the two groups, including 218 patients in the experimental group and 217 patients in the observation group, the patients in the observation group were treated with conventional western medicine, and the patients in the experimental group were treated with traditional Chinese medicine, so that they took Lianpu Qingwei Decoction. The overall curative effect after a period of treatment was compared, and the symptom scores and adverse reactions of the patients before and after treatment were compared. Results: The symptom scores and gastroscopic scores of the patients in the experimental group and the observation group were significantly reduced after treatment, and the scores of the patients in the experimental group after treatment decreased more than those in the observation group; the patients in the experimental group developed nausea, dry mouth and abdominal distension after treatment. The probability of adverse reactions such as those in the observation group was significantly lower than that in the observation group; the total effective rate of patients in the experimental group treated with traditional Chinese medicine was higher than that in the observation group treated with western medicine. Conclusion: Traditional Chinese medicine Lianpu Qingwei Decoction can effectively treat superficial gastritis of spleen-stomach damp-heat type, reduce the probability of adverse reactions, the gastroscopic examination scores and disease scores of patients are significantly reduced, discomfort symptoms are improved, and the stomach environment and state gradually return to health.

Key words: Lianpu Qingwei Decoction; damp-heat in the spleen and stomach; chronic gastritis

引言：导致慢性胃炎的具体原因很多，临床上对于慢性浅表性胃炎的区分也很细，脾胃湿热型慢性浅表性胃炎是指由于湿热邪气滞留在胃部所引起的一种炎症，患者由于过食或肥胖、饮酒过量或者有感湿热邪气而患病，患病后感到食欲不振、恶心想吐、肢体沉重、脘腹痞闷等等。治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎，重点在于去除患者体内的湿热邪气，常规的西药治疗主要是针对患者的腹部疼痛和腹胀等症状，对于缓解急性胃炎带来的疼痛效果显著，但是在对慢性胃炎的治疗中，西医治疗效果有限，并且有产生一定副作用的风险，因此近年来中医治疗慢性胃炎被很多人关注，中医对于脾胃湿热的调理有显著效果，本文主要研究中药连朴清胃汤对慢性胃炎的疗效，具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究的对象是我院在2019年7月1日至2022年7月1日期间消化科收治的435名慢性浅表性胃炎患者，所有患者皆被诊断为脾胃湿热型慢性胃炎，将所有患者分为实验组（n=218）和观察组（n=217），其中实验组中，男患者169名，女患者49名，所有患者的年龄在23-69岁之间，平均年

龄（45±3.6岁），已患病1-7年，平均病程（2±0.3）年；观察组中男患者114名，女患者103名，患者年龄在19-72岁之间，平均年龄（53±2.5）岁，患病年限2-8年，平均病程（3±1.1）年。患者年龄、性别等方面的数据差异无统计学意义（P>0.05），435名患者都没有其他会明显影响研究结果的病症，患者及其家属支持本次研究的进行并配合所有治疗。

1.2 研究方法

对观察组患者采取常规西医治疗，根据患者的不同病症程度，给予奥美拉唑肠溶胶囊，叮嘱患者早晚饭前服用，一天两次，每次20mg，连续服用两周后可以根据病情减轻的程度改为一天服用一次，再连续服用两周。

让实验组患者口服中药进行治疗，将多种草药配成连朴清胃汤，其中包括茯苓（20g）、陈皮（10g）、草豆蔻（10g）、甘草（6g）、厚朴（10g）、焦栀子（10g）、黄连（9g）、姜半夏（10g），每日用水煎1副服之，早晚饭前各服用一次，连续服用4周。

1.3 观察指标和评价标准

观察实验组和观察组不同患者的胃部状态，包括嗝气、反酸、腹痛、胃痛、纳差等现象、胃镜检查积分，根据相关评分表进行积分判断，积分

越低，治疗效果越好。

观察对比两组患者治疗后是否出现口干、腹胀、便秘、恶心的情况，并对发生率进行统计，这些症状的发生率越低，表明治疗效果越好。

对患者的整体疗效进行判定，其中，如果患者在经过四周的治疗后各种不适反应都消失，胃镜检查结果良好，且没有出现任何不良反应，判定为痊愈；如果患者治疗后胃部症状基本消失，胃镜检查基本正常，判定为好转；如果患者治疗后胃部不适有明显改善，胃镜检查无较大问题，判定为显效；如果治疗后患者依旧感到明显的病症，胃镜检查显示患者胃部状态依旧不好，则判定为无效。

1.4 统计方法

数据表示方式均为 $[\bar{x} \pm s]$ 。本次统计采用SPSS22.0专业软件进行统计分析，使用t值检验方法，当 $P < 0.05$ 时表示数据间的差异可对比，结果可靠。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后胃部相关症状和胃镜检查积分的对比。见表1

表 1.对比两组患者治疗前后症状积分和胃镜检查积分 $[\bar{x} \pm s]$

组别	实验组 (n=218)		观察组 (n=217)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
嗝气	4.7±0.6	1.7±0.1	4.6±0.6	2.6±0.3
反酸	3.6±0.3	1.1±0.4	3.6±0.3	2.1±0.5
腹痛	4.6±0.5	1.7±0.5	4.5±0.6	2.9±0.7
胃痛	4.4±0.5	0.9±0.1	4.3±0.5	1.9±0.5
胃镜检查	2.3±0.3	0.8±0.2	2.3±0.2	1.5±0.1
纳差	3.7±0.3	1.6±0.2	3.7±0.3	3.0±0.3

注：两组相对比， $P < 0.05$ ，治疗前后对比， $P < 0.05$

2.2 两组患者不良反应发生率的比较。见表2

表 2.对比两组患者不良反应发生率[n(%)]

组别	例数	口干	腹胀	便秘	恶心	总发生率
实验组	218	4 (1.8)	3 (1.4)	4 (1.8)	2 (0.9)	6.0
观察组	217	7 (3.2)	5 (2.3)	8 (3.7)	4 (1.8)	11.6

注：两组相对比， $P < 0.05$

2.3 两组患者整体疗效的比较。见表3

表 3.对比两组患者整体疗效[n(%)]

组别	例数	痊愈	好转	有效	无效	总有效率
实验组	218	88(40.4)	75(34.4)	41(18.8)	14 (6.4)	93.6
观察组	217	78(35.9)	71(32.7)	44(20.3)	24(11.1)	88.9

注：两组相对比， $P < 0.05$

3 讨论

中医认为慢性浅表性胃炎属于“胃脘痛”以及“胃痞”，患者由于暴食、心情不好以及饮食失调等原因患病，病症涉及到胃、脾、肝等部位，其中脾胃为主，脾胃相互影响，湿热之气困于脾中，导致形成慢性胃炎。治疗之法需将湿热之气去除，过去对于湿热之气的治疗通常是通过服用辛辣干

燥和健脾养胃的药品来进行调理，但效果多见于治疗脾胃气虚等。近年来有研究发现，连朴清胃汤能够抑制胃部相关促炎因子的表达，提高胃部蠕动力，恢复胃部受伤组织，从而治疗胃炎。连朴清胃汤是由连朴饮和清胃汤调制而成，其中药物众多，富含甘草、黄连、陈皮、草豆蔻、茯苓、焦栀子、厚朴等草药，黄连能够解毒清热、焦栀子保肝利湿、茯苓既能消炎又能抗氧化、厚朴挥发油能够强健胃部功能，有助于溃疡的修复等，草豆蔻有利于胃部胀气的排出，半夏能够抑制胃酸的分泌，而陈皮有一定消炎抗菌的功能，甘草能够调和所有药材，起到调理胃部湿气、增强胃组织的作用。

本次研究显示，治疗慢性浅表性胃炎，诸如奥美拉唑肠溶胶囊的西药以及中药连朴清胃汤，都能够取得显著的效果。在经过一段时间的治疗后，所有患者胃部症状都有明显的缓解，胃痛减轻，腹胀消除，胃镜结果也趋于正常。其中，4周之内连续服中药治疗的实验组患者有比用西药治疗的观察组患者更好的疗效，两组患者治疗后的病症积分和胃镜检查积分都有明显的下降，但实验组患者下降的程度更加明显；在两组患者中，都有少数患者出现不同程度的不良反应，实验组患者出现口干、恶心、腹胀、便秘等不良反应的总概率是6%，明显低于观察组患者的11.6%。实验组患者的治愈率为40.4%，观察组患者为35.9%，实验组患者临床总有效率为93.6%，观察组为88.9%。研究结果提示中药连朴清胃汤的治疗效果要好于西医治疗，连朴清胃汤能够在产生较小的不良反应的情况下提升患者胃部能力，保护胃部环境，帮助患者尽快恢复正常生活。

患者在四周的治疗后病情都有较大的改善，有几乎一半的患者能够痊愈，但是根据患者个体的差异，还有一部分患者需要再服药治疗一段时间。长时间的服药对身体造成的压力也逐渐加重，中药的优势再次凸显，如果病情较为严重需要长期服药，中药能够在治疗患者病症的情况下调节患者身体的气血，并且给患者带来的不良反应也比西医要小得多。因此在未来针对慢性胃炎的治疗中，可以多关注中药和中医领域的其他疗法，明确慢性胃炎产生的原因，利用中医各种药物结合调理患者胃部环境，去除体内湿热或阴邪之气，平衡患者体内气血，清理胃部“噪杂”，增加患者胃部康复的能力，帮助患者养成健康的饮食习惯和生活方式，尽早恢复到正常的生活和工作中去。

参考文献：

[1]翁顺珠,吴丹梅.连朴清胃汤治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的临床疗效及安全性观察[J].北方药学,2021,18(09):141-142.

[2]余苑香,邹可庭.中药连朴清胃汤在脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的疗效与不良反应分析[J].北方药学,2021,18(04):183+185.

[3]欧名菊,蔡在欣,张康婧.临床应用中药连朴清胃汤治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的效果探究[J].北方药学,2020,17(07):127-128.

[4]刘学成.连朴清胃汤治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎临床研究[J].光明中医,2019,34(18):2761-2763.

作者简介：姓名：王波 出生日期：1980.08 性别：男民族：汉 籍贯：山东临沂单位：临沂市兰山区妇幼保健院 学历：本科职称：副主任医师 研究方向：中医内科。

中医辨证施治消渴病的临床疗效研究

吴利祥

宝鸡高新区立医院 陕西宝鸡 721300

摘要：目的 在对消渴病患者进行临床医治干预的过程中，观察施用中医辨证治疗的具体效果，并进行分析。方法 由本院接受诊治在 2020 年 1 月至 2020 年 12 月，这一期间的消渴病患者 80 例，收集成研究对象，经由系统抽样后，确立试验组 40 例、对照组 40 例。对照组纳入研究对象，施用常规西医治疗措施，试验组纳入研究对象，施用中医辨证治疗治疗措施，治疗工作开展后，两组对比，各干预对象的治疗总有效率、不良反应发生率、血糖水平测量值、生活质量测量值等情况。结果 治疗工作开展后，干预对象获得治疗总有效率方面，其评估结果，试验组所得数值，相比对照组更高 ($p < 0.05$)；干预对象获得不良反应发生率方面，其评估结果，试验组所得数值，相比对照组更低 ($p < 0.05$)；干预对象获得血糖水平测量值方面，其评估结果，试验组所得数值，相比对照组更低 ($p < 0.05$)；干预对象获得生活质量测量值方面，其评估结果，试验组所得数值，相比对照组更高 ($p < 0.05$)。结论 中医辨证医治干预，施用于消渴病患者临床医治的干预工作中，其干预所得评估结果更好，在积极、有效的治疗干预下，患者的症状得以缓解，且其血糖水平得到了较好的改善，随之上升的还有患者的生活水平，安全性相对较好，患者出现呕吐、恶心等情况较少，预后更佳，优越性更强，值得推广至临床。

关键词：中医辨证；施治；消渴病；疗效研究

消渴病作为临床上较常见的病症的一种，该疾病的患者主要是因为自身的饮食习惯、情绪变化、生活习惯等因素的影响，致使其产生多食、多饮、多尿、消瘦、乏力等情况，也有部分患者伴有尿有甜味的症状^[1]。患者在患病之后，普遍健康受到了严重的损害，该疾病不仅病程较长、发病率较高，同时还容易诱发多种并发症，尤其是近几年其发病率逐年增加，目前常规的治疗措施为西医治疗干预，在一定的程度上，能够缓解患者的症状，但是存在多种并发症的情况，其预后并不理想，因此需要更加有效的医治方案，实施干预。随着中医药的逐渐发展，其投入消渴病的临床应用也逐渐增加，从中医角度看这种阴虚燥热的疾病，能够依据其病机的不同，而展开相应的辩证治疗，效果更好^[2]。此次试验中，收集消渴病患者 80 例，并对其中 40 例试验组患者的临床医治工作开展中，施用中医辩证医治干预，对其效果如何实施探讨，具体如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

由本院接受诊治在 2020 年 1 月至 2020 年 12 月，这一期间的消渴病患者 80 例，收集成研究对象，经由系统抽样后，确立试验组 40 例、对照组 40 例。将具有其他恶性肿瘤的干预对象排除，将合并严重脏器疾病等干预对象排除；研究对象精神正常，均自愿参与此次研究，可以正常配合，由本人签署知情同意书。

对照组试验对象，年龄：49 岁-73 岁，其均值为 (61.79±5.37) 岁，男性患者共计：26 例，女性患者共计：14 例，病程：2 年-14 年，其均值为 (8.41±2.06) 年；

试验组试验对象，年龄：47 岁-75 岁，其均值为 (61.68±5.24) 岁，男性患者共计：24 例，女性患者共计：16 例，病程：1 年-13 年，其均值为 (8.25±2.13) 年。

干预对象年龄、性别、病程组间数据经试验组、对照组比较后，无差异 ($p > 0.05$)。具有较好的可比性。

1.2 方法

入院的研究对象，在其医治工作开展过程中，对照组应施用常规西医治疗干预。即基于患者的实际情况，应用常规西医展开治疗，指导患者服用盐酸二甲双胍片（生产企业：江苏吴中医药集团有限公司苏州制药厂；批准文号：国药准字 H32025018），每日服用三次，每次的剂量应维持在 0.5g，并在餐前服用，同期指导患者服用阿卡波糖咀嚼片（生产企业：杭州中美华东制药有限公司；批准文号：国药准字 H20150012），每日服用一次，每次的剂量应维持在 50mg，应注意在餐中嚼服。

在患者的医治工作开展过程中，试验组则施用中医辩证医治干预。基于患者的实际情况，若患者的症状属于胃燥津伤证，应给予患者清热补虚的药物，主要药方由生地 15g、天冬 15g、知母 15g、麦冬 15g、葛根 12g、

花粉 12g、黄芩 12g、黄连 12g、石斛 10g、党参 10g、玉竹 10g、五味子 10g、丹皮 10g 组成；若患者的症状属于阴虚阳浮证，应给予患者滋阴祛火的药物，主要药方由赤芍 15g、沙参 15g、丹参 15g、白芍 10g、川楝子 10g、地龙 10g、郁金 10g、枸杞 10g、生地 10g、当归 9g、首乌 20g、生草 5g 组成；若患者的症状属于肾阴亏虚证，应给予患者滋阴补肾的药物，主要药方由茯苓 15g、山芋肉 15g、山药 15g、熟地 15g、泽泻 15g、丹皮 15g、知母 15g、黄柏 15g、枸杞 10g、沙参 10g、龟板 10g、麦冬 10g 组成；若患者的症状属于燥热伤肺证，应给予患者清热润肺的药物，主要药方由知母 10g、沙参 10g、花粉 10g、麦冬 10g、生地 30g、甘草 5g、黄连 6g、人参 6g 组成；若患者的症状属于阴阳两虚证，应给予患者温阳补肾的药物，主要药方由黄芪 10g、知母 10g、附子 10g、蛤壳 10g、金樱子 10g、桑螵蛸 10g、覆盆子 10g、茯苓 15g、山药 15g、山芋肉 15g、熟地 15g、泽泻 15g、丹皮 15g 组成。以上所述药物应每日服用一剂，每日分早晚煎服。

此次试验中的干预对象，均应维持三个月的治疗。

1.3 观察指标

1.3.1 治疗总有效率：在治疗工作开展后，干预对象炎症指标得到了明显的抑制，且免疫功能明显改善评定为显效；在治疗工作开展后，干预对象炎症指标得到了一定的抑制，且免疫功能得到相对的改善评定为有效；均未达到以上两种标准评定为无效。

治疗总有效率=显效率+有效率。

1.3.2 不良反应发生率：评估干预对象，在医治干预展开之后，对其出现呕吐、头晕、腹泻等情况，实施相应的记录。

1.3.3 血糖水平测量值：在医治干预展开之后，录入干预对象空腹血糖、餐后两小时血糖、糖化血红蛋白的情况。

1.3.4 生活质量测量值

治疗工作开展后，应用生活质量综合评定量表 (SF-36)，评定试验对象的生活质量，0-100 分，所得分值高，则证明患者拥有高水平的生活质量。

1.4 数据处理

施行干预的试验对象数据使用 SPSS22.0 软件对评估结果，进行统计学处理， $P < 0.05$ 对比代表具有统计学差异，以 ($\bar{X} \pm S$) 表示计量方式，t 作为检验值；[n (%)] 为计数方式，应用 χ^2 检验计数资料。

2. 结果

2.1 治疗总有效率

如下表 1 可证，在干预工作开展之后，试验对象治疗总有效率方面，试验组 (95.00%) 高于对照组 (72.50%)，对比后所获得的差异，处更高的水平 ($p < 0.05$)。

表 1 干预对象治疗总有效率比[例数 (%)]

组别	显效	有效	无效	治疗总有效率
对照组 (n=40)	13 (32.50)	16 (40.00)	11 (27.50)	29 (72.50)
试验组 (n=40)	20 (50.00)	18 (45.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
卡方	-	-	-	7.440
p	-	-	-	0.006

2.2 不良反应发生率

如下表 2 可证,在干预工作展开之后,试验对象不良反应发生率方面,试验组 (7.50%) 低于对照组 (25.00%), 比对照后所获得的差异,处更低的水平 ($p<0.05$)。

表 2 干预对象不良反应发生率比[例数 (%)]

组别	呕吐	头晕	腹泻	治疗总有效率
对照组 (n=40)	3 (7.50)	4 (10.00)	3 (7.50)	10 (25.00)
试验组 (n=40)	0 (0.00)	1 (2.50)	2 (5.00)	3 (7.50)
卡方	-	-	-	4.501
p	-	-	-	0.034

2.3 血糖水平测量值

如下表 3 可证,在干预工作展开之后,试验对象血糖水平测量值方面,试验组空腹血糖 (6.49 ± 1.51)mmol/L、餐后两小时血糖 (7.46 ± 2.24)mmol/L、糖化血红蛋白 (6.23 ± 1.09)%, 均低于对照组空腹血糖 (7.89 ± 1.84)mmol/L、餐后两小时血糖 (8.58 ± 2.63)mmol/L、糖化血红蛋白 (7.37 ± 2.02)%, 其差异比对照后,居更低的水平 ($p<0.05$)。

表 3 干预对象血糖水平测量值比[$\bar{X}\pm S$]

组别	空腹血糖 (mmol/L)	餐后两小时血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)
对照组 (n=40)	7.89 $\pm$ 1.84	8.58 $\pm$ 2.63	7.37 $\pm$ 2.02
试验组 (n=40)	6.49 $\pm$ 1.51	7.46 $\pm$ 2.24	6.23 $\pm$ 1.09
t	3.720	2.050	3.141
p	0.000	0.044	0.002

2.4 生活质量测量值

如下表 4 可证,在干预工作展开之后,试验对象生活质量测量值方面,试验组 (90.47 $\pm$ 4.21) 分高于对照组 (75.48 $\pm$ 4.27) 分, 比对照后所获得的差异,处更高的水平 ($p<0.05$)。

表 4 干预对象生活质量测量值比[$\bar{X}\pm S$]

组别	干预前	干预后
对照组 (n=40)	68.53 $\pm$ 5.16	75.48 $\pm$ 4.27
试验组 (n=40)	68.61 $\pm$ 5.09	90.47 $\pm$ 4.21
t	0.070	15.810
p	0.945	0.000

3. 讨论

消渴病属于临床上多发、常见的疾病之一,其患者大多数为老年患者,近些年随着我国老龄化现象的加剧,该疾病的患者日益增多,且呈逐年增加的形式^[3]。消渴病患者常常表现为多饮、多尿、多食、消瘦等症状,不仅大幅度降低患者自身的生活水平,影响其自身的身体健康,由于该疾病的病程较长,需要进行长期的治疗,在治疗过程中,患者更容易诱发抑郁、焦虑等负面情绪,进一步致使患者的治疗依从性、配合度大大下降,这对

患者而言,其治疗效果受到严重的影响,且阻碍了患者的康复^[4]。目前主要的医治措施为西医药物干预,虽具有较好的效果,但是并不能够满足现状需求,且患者容易发生多种并发症,预后较差^[5]。

而比之下,中医药处于不断发展的状态下,已经被广泛投入消渴病患者的治疗中,且具有不错的反响^[6]。从中医的范畴来看,消渴病属于阴阳失调的症状,大多数患者由于虚火、上炎所造成,具有头痛、眩晕、失眠、多梦等症状,其主要发病机制与阴虚阳亢、肝气郁结、情绪失衡、情志异常等,有着一定的联系,因此在展开治疗干预时,应以调节阴阳平衡为主,缓解患者的症状^[7]。中医辨证治疗措施主要是从患者的病机入手,且依据患者不同的临床症状,划分成燥热伤肺证、胃燥津伤证、阴阳两虚证、肾阴亏虚证、阴虚阳浮证等病症类型,再基于患者的不同病症类型针对性的予以中药治疗,对于肾阴亏虚证患者来说,其药方中的熟地、茯苓、知母等,能够起到滋阴补血、泻肺滋肾、益精填髓的作用^[8];对于燥热伤肺证患者来说,其药方中的沙参、生地、麦冬等,能够起到清热生津、养阴润肺、止血凉血的作用^[9];对于胃燥津伤证患者来说,其药方中的葛根、黄芩、花粉等,能够起到改善肠胃、清热燥湿、解表退热的作用^[10];对于阴虚阳浮证患者来说,其药方中的丹参、首乌、赤芍等,能够起到清清凉血、补精益血的作用;对于阴阳两虚证患者来说,其药方中的熟地、黄芪、茯苓等,能够起到益气固表、滋阴补肾的作用^[11]。此外中医药的治疗干预,在缓解患者症状的基础上,还能够有效调节人体代谢,保护患者体内的胰岛 β 细胞,进一步降低并发症的出现,其安全性相对更高。

综上所述,在干预工作展开之后,试验对象治疗总有效率方面,试验组高于对照组,比对照后所获得的差异,处更高的水平 ($p<0.05$);在干预工作展开之后,试验对象不良反应发生率方面,试验组低于对照组,比对照后所获得的差异,处更低的水平 ($p<0.05$);在干预工作展开之后,试验对象血糖水平测量值方面,试验组低于对照组,其差异比对照后,居更低的水平 ($p<0.05$);在干预工作展开之后,试验对象生活质量测量值方面,试验组高于对照组,比对照后所获得的差异,处更高的水平 ($p<0.05$)。依照结果得出,将中医辨证治疗方案,施用于消渴病患者的医治工作当中,可拥有更佳的效果,值得推广至临床。

参考文献:

[1]刘扬扬,王秀阁,南征,等.基于中医传承辅助系统分析南征教授治疗消渴病用药经验[J].世界中西医结合杂志,2021,16(1):42-46.

[2]胡全穗,伍宗明.运用中药药对配伍优化消渴病中医防治方案临床研究[J].陕西中医,2021,42(8):1084-1087.

[3]王利峰.中医辨证治疗消渴病的临床方法及效果观察研究[J].中国保健营养,2020,30(22):129.

[4]蔡峰英.中医辨证施治消渴病 80 例的临床疗效分析[J].母婴世界,2017,6(014):35,37.

[5]李明爱.中医辨证治疗消渴病的临床方法[J].人人健康,2020, No.523(14):312-312.

[6]赵玉平, ZHAO, Yuping,等.中医辨证治疗消渴病的临床方法及效果观察[J].中国卫生标准管理,2017,8(34):7.

[7]刘丰举.消渴病行中医辨证治疗的方法与效果研究[J].家庭医药.就医选药,2018(06):161-161.

[8]李锐强,王子龙,王田资.消渴病行中医辨证治疗的方法及效果探析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(4):2.

[9]辛花.中医辨证治疗消渴病的临床方法及临床效果评估[J].心理月刊,2020,7(11):9.

[10]任玲,闫文雪,陈露,等.中医辨证施护在消渴病中医临床路径中的运用[J].2021.21(37):15.

[11]刘进.中医辨证施治配合针灸治疗糖尿病胃轻瘫验案举隅[J].吉林中医药,2008,28(002):136-136.

中医护理对脑梗急性期患者行穴位贴敷对肢体康复的影响

张利华

菏泽市中医医院 山东菏泽 274035

摘要：目的：探讨中医护理对脑梗急性期患者行穴位贴敷对肢体康复的影响。方法：选取本院于2018年8月至2022年3月期间收治的70例脑梗死患者作为研究对象。采用随机数字表发将所有患者随机均分为对照组和观察组，每组35例。对照组患者给予常规的神经内科基础护理，观察组患者在对照组的基础上给予以穴位贴敷为主的康复护理，对比两组患者的肢体运动（FMA）评分、日常生活活动能力（ADL）评分、吞咽功能治疗效果等。结果：两组患者治疗后的FMA评分及ADL评分明显高于治疗前，且观察组患者的评分变化较对照组更加明显，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组患者的治疗有效率明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对脑卒中急性期患者进行以穴位贴敷为主的康复护理能够明显提升患者的肢体运动能力，提升患者的常生活能力，对于提升患者的吞咽功能的治疗有效率有明显的促进作用，因此对脑卒中急性期患者实行早期的康复护理值得临床推广使用。

关键词：脑梗死；脑卒中；急性期；康复护理

脑梗死是神经内科常见的脑血管疾病，又称为“脑卒中”、“中风”，具有较高的发病率、死亡率以及高致残率，作为多发病以及常见病而言，脑卒中的患者在我国每年新增200万人左右，其中致残率高达约70%，肢体运动障碍和吞咽障碍是本病常见且严重的症状^[1]。对于脑梗死急性期的患者绝大多数存在一定的肢体障碍，包括上下肢活动，吞咽、语言功能等，而对于患者肢体功能的恢复是决定患者能否回归家庭和社会的基础。目前我国新发的脑梗患者月300万人，且越来越年轻化，并曾出现上升的趋势^[2]。常规的临床治疗主要以活血化瘀，预防再次梗死为主，在对于脑部神经和肢体等的治疗多集中在营养神经等方面。对于机体功能的改善的关注度较少，随着中医临床的发展，越来越多的中药和中成药应用于临床脑梗死的治疗当中，如常见的丹红注射液、依达拉奉注射液、血塞通、疏血通、天丹通络等等^[3]，在临床的治疗中起到了重要的作用。伴随中医发展起来的中医护理以中医理论为基础，以护理的临床护理为手段，针对性的对患者进行临床的护理治疗，根据经络腧穴理论护理的穴位贴敷，是由传统针灸与药物外治疗法有机结合而成，是融药物、穴位及经络三者为一体的综合性治疗方法，其有着悠久的历史^[4]。穴位贴敷在脑卒中的治疗中具有很强的针对性具有较好的治疗作用。目前针刺治疗的功效已经比较确切，但经络腧穴理论指导下的脑卒中治疗还有更大的应用空间，其穴位贴敷疗法正是以经络腧穴理论为依据，融经络、穴位、药物为一体，既有穴位的刺激与调节作用，又有药物吸收后的药效作用，是将两者疗效综合叠加的一种复合性治疗方法^[5]。基于此，笔者以自身专业为基础制定了针对脑卒中患者的穴位贴敷护理方案并应用于临床，取得了良好的效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院于2018年8月至2022年3月期间收治的70例脑梗死患者作为研究对象。采用随机数字表发将所有患者随机均分为对照组和观察组，每组35例。观察组男性患者21例，女性患者14例，年龄为45-74岁，平均年龄为(63.46±7.43)岁；对照组男患者20例，女患者15例，年龄为46-74岁，平均年龄为(63.61±8.35)岁，两组患者的年龄等一般资料差异物统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 入选标准 ①处于脑梗死急性期的患者；②患者在18-80周岁之间，性别不限；③初次发病的患者；④存在不同程度的肢体障碍，包括但不限于肢体运动障碍、语言障碍和吞咽障碍；⑤未接受过针对肢体痉挛的其他中医针灸等方法治疗；⑥试验过程中只接受中风后常规药物治疗及康复治疗，治疗前未接受选择性神经切断手术，近期末服用过中西镇静药物及肌肉松弛剂者；⑦无影响功能恢复的其他神经或肌肉骨骼疾病，无严重肝

肾疾病及痴呆者；⑧无其他无法控制的基础疾病，如癌症等器质性病变者，药物无法控制的高血压、糖尿病等；⑨无家族性精神异常遗传病史；家属自愿参与本次研究。

1.3 方法

两组患者的临床治疗均采用临床常规的治疗方案，血压高、糖尿病、高血脂患者分别给予降压、降糖、降脂药物，用药目标血压控制在140/90mmHg正常范围之内，糖尿病患者控制在130/80mmHg；血糖控制要求糖化血红蛋白小于6.5%，血脂控制水平降至2.59mmol/L或使下降幅度达到30-40%。同时两组均给予相应的临床常规的脑梗死的治疗，如抗血小板聚集、营养神经及必要的营养支持等。对照组患者给予常规的神经内科基础护理，主要包括：根据患者的病情及性别合理安排病房，要求病情基本相同的住同一房间，或同一性别的住一房间，向患者患者及家属介绍住院环境及必要的生活场所的注意事项，告知患者相应呼叫设施的位置和使用方式等；根据临床医嘱及时对患者进行相应的护理操作，包括护理给换药，护理体温测量和出入量的统计，护理的患者清洁及体位变化等。根据患者的病情及时的给与患者相应的日常生活活动的训练，如Bobath握手滚圆筒、手指及肘关节的屈伸训练，尽早地引导患者进行主动训练，如在伸肘时拍打患侧上臂背侧肌群等。并知道患者或家属对外关和手三里两个穴位进行不定时的按摩刺激等，对患侧上肢可选取手五里、臂臑、肩髃等进行相应的按摩刺激等。观察组患者在对照组的基础上给予以穴位贴敷为主的康复护理，主要包括：以川芎90g、赤芍30g、乳香10g、没药10g、红花10g、路路通10g、伸筋草30g、透骨草20g、桂枝10g，艾叶40g，研末成粉后加蜂蜜等调制成药散剂，起活血化瘀，疏通经络之效。穴位选取 取穴：主穴为手三里、外关两个穴位。配穴：患侧上肢选取肩髃、臂臑、手五里、合谷、阳池穴。进行穴位贴敷，外加敷温热毛巾覆与贴敷之上，每天一次，每次20分钟，以5天为一疗程，总共3个疗程。操作注意事项：①应将所贴敷之药固定牢稳，以免移位或脱落；②防止感染，尤其是贴敷药物部位出现水泡者；③若患者对胶布过敏，可选用脱敏胶带或用绷带固定贴敷药物；④只可用清水洗去残留在皮肤的药膏等，不宜用肥皂等刺激性物品擦洗；⑤贴敷期间密切注意病情变化和有无不良反应，身体消瘦者，药量不宜过大，贴敷时间不宜过久；⑥配制好的药物，药物宜密闭、低温保存，不可放置过久；⑦贴敷期间，应尽量避免食用寒凉、过咸等可能减弱药效的食物；⑧贴敷期间，应尽量避免烟酒、海味及辛辣、牛羊肉等食物，以免出现发疱现象；⑨贴敷期间，应避免出汗，尽量避免电扇、空调直吹，以利于药物吸收。

1.4 观察指标

对比两组患者对比两组患者的肢体运动(FMA)评分、日常生活活动能力(ADL)评分、吞咽功能治疗效果等。FMA评分、ADL评分满分为100分,评分分数越高表示相应的功能越好。吞咽功能利用洼田饮水试验分级进行测评,痊愈:吞咽障碍消失,饮水试验评级为I级;有效:吞咽障碍显著改善,饮水试验评级II级;无效:吞咽障碍无明显改善,饮水试验评级为III级及以上。有效率=(治愈例数+有效例数)/总体纳入病例数。

1.5 统计学方法

采用SPSS 20.0软件进行数据分析,正态计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用p检验,正态计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 FMA 评分、ADL 评分比较

在护理治疗前,两组患者的FMA评分及ADL评分差异无显著意义($P > 0.05$)。护理治疗后两组患者的FMA评分及ADL评分明显高于治疗前,且观察组患者的评分变化较对照组更加明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详情见表1。

表1 两组患者上肢偏瘫功能评分、吞咽功能评分、语言表达评分及生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	FMA 评分		ADL 评分	
		护理前	护理后*	护理前	护理后*
对照组	35	64.53±8.12	74.34±5.64	65.58±7.94	73.67±5.42
观察组 [#]	35	64.47±8.45	85.73±5.61	65.61±8.12	85.84±4.43

注:护理前后比较* $P < 0.05$, 护理后两组相比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者吞咽功能治疗效果比较

观察组患者的治疗有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详情见表2。

两组患者吞咽功能治疗效果比较(n, %)

组别	例数	痊愈	有效	无效
对照组	35	1 (3.03)	17 (51.52)	15 (45.45)
观察组	35	7 (21.21)	19 (57.58)	7 (21.21)

3 讨论

目前,我国脑卒中的发病率呈逐年上升趋势,而存活的患者中多数都会遗留不同程度的功能障碍,特别是肢体功能障碍^[6]。目前^[7,8],脑卒中后肢体功能的恢复效果较差,已成为脑卒中后患者康复的一大难点。脑卒中后肢体功能障碍将会给患者、家庭及社会带来沉重的负担,而患者往往是对肢体功能恢复的期望过高,投入大量的精力和财力而没有太大的改善,再次造成心理的打击。有资料显示^[9],脑卒中后只有15%的患者肢体功能能恢复为原来的1/2,仅仅只有3%的患者肢体功能能恢复到原来的70%以上^[10]。因此,脑卒中后肢体功能障碍的恢复越来越受到人们的关注。依据中医经络学说理论^[11],“治痿独取阳明”和“经脉所过,主治所及”。通过选取相关穴位,予以针刺治疗,一方面通过调畅局部气血运行,另一方面通过远治作用,醒脑开窍来达到治疗的作用。外关穴是手少阳三焦经的络穴,通于阳维脉,在循经取穴中扮演着重要的角色,其在中风偏瘫、上肢麻痹、手指活动不利等方面有较好的治疗作用。手三里穴是手阳明经的腧穴,主治上肢不遂等。穴位贴敷疗法是一种非常有用的预防和治疗疾病的外治法,其依据于我国传统的针灸学基础上,将中药作用于人体的腧穴上,通过经络对机体的进行调整作用。穴位贴敷疗法通过皮肤吸收药物,无首过消除,能保持血液浓度平稳,进而提高了药物的生物利用度,因其独特的

优点,在临床上有很大的应用价值。穴位贴敷疗法不仅能通过直接吸收发挥药物的治疗作用,还能通过穴位,经经络传导而进一步发挥其功效,是一种融药物、穴位及经络为一体的治疗方法。现代研究表明:药物于体外作用在穴位上时,该穴位周围的组织结构、神经及血管等均会发生一定的生理变化,有些中药能使皮肤局部温度升高,有利于药物成分的吸收而发挥其治疗作用。本次研究通过对患者进行穴位按摩的基础之上采用中药贴敷的护理治疗方法,对脑梗死急性期患者进行相应的分组观察,结果显示护理治疗后两组患者的FMA评分及ADL评分明显高于治疗前,且观察组患者的评分变化较对照组更加明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。这表明,对脑卒中急性期患者进行以穴位贴敷为主的康复护理能够明显提升患者的肢体运动能力,提升患者的常生活能力。

穴位敷贴还可能通过刺激穴位和药物本身的作用对机体的某些物理或化学感受器产生一定的影响,进而引起大脑皮层的功能做出相应调整,从而达到治病的目的^[12]。本次研究两组患者吞咽功能治疗效果比较显示:观察组患者的治疗有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。这表明对脑卒中急性期患者进行以穴位贴敷为主的康复护理能够明显提升患者的吞咽功能。

综上所述,对脑卒中急性期患者进行以穴位贴敷为主的康复护理能够明显提升患者的肢体运动能力,提升患者的常生活能力,对于提升患者的吞咽功能的治疗有效率有明显的促进作用,因此对脑卒中急性期患者实行早期的康复护理值得临床推广使用。

参考文献:

- [1]李媛媛,曹春.脑梗死合并睡眠障碍患者实施睡眠分级护理的效果及价值研究[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(03):509-511.
- [2]刘俊召.脑梗死护理中循证护理的应用价值探讨[J].山西医药杂志,2021,50(17):2596-2598.
- [3]陈超.天丹通络胶囊治疗脑梗死急性期的随机、双盲、单模拟、多中心、阳性药平行对照临床试验[J].现代中西医结合杂志,2021,30(29):3275-3279.
- [4]孟颖,全璐.CGA导向的针对性护理模式干预对脑梗死恢复期患者情绪及日常生活能力的影响[J].临床心身疾病杂志,2022,28(02):155-158.
- [5]张明.早期康复护理在脑梗死护理中对提高患者护理满意度的有效性观察[J].现代诊断与治疗,2021,32(17):2843-2844.
- [6]陈莉.医院-社区-家庭康复护理模式对脑梗死患者心理状态及日常生活能力的影响[J].黑龙江中医药,2021,50(03):232-233.
- [7]曾飞,王月霞,姚昌盛,程玉玲,王金萍.脑梗死急性期中医护理方案在临床应用中的效果及对患者症状改善与神经功能的影响[J].中国社区医师,2019,35(21):143-144.
- [8]曹玲玲.急性脑梗死溶栓治疗病人出院准备度与出院指导质量的相关性及护理研究[J].全科护理,2021,19(36):5154-5156.
- [9]万晓平,孟隽,王淑梅.优化中医护理方案在预防脑梗死急性期下肢深静脉血栓形成中的应用研究[J].新中医,2020,52(24):131-134.DOI:10.13457/j.cnki.jncm.2020.24.040.
- [10]杨楠.优化中医护理方案在预防脑梗死急性期患者下肢深静脉血栓形成中的护理体会[J].中国医药指南,2020,18(11):269-270.DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2020.11.129.
- [11]杨华.护理要点集成释放方案在急性脑梗死患者院前急救中的应用效果[J].保健医学研究与实践,2022,19(03):78-81.
- [12]谭雅琼,余艳兰.中医护理方案在脑梗死急性期后风痰上扰证眩晕护理中的应用研究[J].护理研究,2019,33(03):422-425.

通络化痰汤加减联合血管内支架取栓治疗急性大动脉闭塞性脑梗死临床效果观察

朱丽红¹ 朱斌² 何晓霞³ 弓岩岩⁴ 李梅霞³

1 河北省宁晋县医院国医堂 邢台 054000;

2 邢台医学高等专科学校第一附属医院(邢台市第一医院)神经内科 邢台 054000;

3 中国人民解放军联勤保障部队第980医院干部病房 石家庄 050000;

4 河北省军区石家庄第十一干部休养所 石家庄 050000

摘要:目的:探讨应用通络化痰汤加减结合血管内支架取栓治疗急性大动脉闭塞性脑梗死效果。方法:选择2020年1月至2021年2月收治的急性大动脉闭塞性脑梗死者80例,按照随机数字表法原则,分成观察组与对照组,每组40例。两组患者均是采取Solitaire AB型支架取栓的处理方式,对照组术后采取常规的处理方法,观察组则在常规术后处理的基础上,加用通络化痰汤给药14d,对比两组术前与术后14d各组神经功能(NIHSS评分)、日常生活活动能力(ADL评分)、血流动力学指标及随访6个月动脉再次闭塞率。结果:观察组患者在术后14d的NIHSS评分、全血高切黏度、全血低切黏度、血小板聚集率、血浆黏度低于对照组,ADL评分高于对照组,对比差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者随访6个月动脉闭塞率为2.50%,对照组为17.50%,观察组闭塞率明显低于对照组($P<0.05$)。结论:应用通络化痰汤加减结合血管内支架取栓治疗急性大动脉闭塞性脑梗死的效果满意,可改善患者神经功能,提高日常生活活动能力,改善血流动力学指标及预防动脉闭塞复发,改善预后,值得推广。

关键词:通络化痰汤;血管内支架取栓;急性大动脉闭塞性脑梗死;血流动力学;动脉再次闭塞

脑梗死是多因素所致局部脑组织血液供应障碍,引起脑组织缺血缺氧情况^[1]。急性大动脉闭塞性脑梗死则因多种病理因素比如线粒体代谢紊乱、炎症因子、氧自由基等引起脑疾病,常是因局部脑血流中断所致,常见病因为局部血栓或者栓塞,病理基础为脑组织抗氧化失衡,大动脉闭塞也可导致严重神经功能缺损问题,患者出现肢体运动不协调的问题,这严重影响患者生活质量并且增加患者死亡风险^[2]。急性大动脉闭塞性脑梗死的治疗上,当前提倡采取血管内支架取栓方式,采血支架取栓可有效提高血管再通率,改善患者的效果及预后^[3]。但是后续随访发现支架取栓治疗的脑梗死在术后仍旧可能存在动脉再次闭塞、残存狭窄以及血管内损伤问题,这使得临床结局改善有限。目前随着中医在心脑血管疾病中的广泛应用,以中医为切入点处理相关疾病弥补了常规西医治疗的不足,为患者治疗提供新的可能^[4]。本次研究中,探讨通络化痰汤加减结合血管内支架取栓治疗急性大动脉闭塞性脑梗死的效果,现就研究的过程及结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年1月-2021年2月收治的80例急性大动脉闭塞性脑梗死患者为研究对象,按照随机数字表法原则分成观察组、对照组,各40例。观察组男25例,女15例;年龄47~72岁,平均年龄(60.41±1.58)岁;基础疾病:高血压21例,糖尿病14例,冠心病10例。对照组男23例,女17例;年龄45~74岁,平均年龄(60.18±1.62)岁;基础疾病:高血压20例,糖尿病12例,冠心病9例。两组患者性别、年龄资料,对比差异无统计学意义($P>0.05$)。本次研究经医院医学伦理委员会批准同意。

1.2 纳入标准

(1)符合西医《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[5]与中医《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[6]的相关诊断标准,同时经颅脑CT、MRI影像检查确诊大脑中动脉闭塞;(2)临床资料完整,发病时间在7d内;(3)无支架内取栓治疗禁忌症;(4)本人或者家属签署知情同意书。

1.3 排除标准

(1)严重肝肾功能损伤患者;(2)合并恶性肿瘤疾病及血液系统疾病者;(3)支架取栓治疗禁忌者;(4)精神疾病者及认知障碍者。

1.4 方法

1.4.1 血管内支架取栓

术前经影像检查、血常规及生化检查等确定病情,术前30min肌注苯巴比妥钠100mg,躁动无法配合者静脉注射10mg地西泮注射液;术前静

脉溶栓,穿刺成功经鞘内注射3000U肝素,后续可持续追加2000U/h的肝素。取栓操作:应用导引导管,导丝引导闭塞血管部位,在标准的汤氏位下经微导丝穿过闭塞部位,微导管导丝穿过闭塞血管后撤出导丝,微导管手推实施造影检查,观察闭塞血管通畅情况。回撤微导管后,选择EV3公司生产的Solitaire AB型支架,支架规格为4mm×20mm,将支架置入闭塞血栓部位,置入后1min同微导管一并撤出导引导管,借助20ml注射器回抽以在导引导管内构成负压,预防栓片脱落。取栓完成后采取血管造影检查,若是前向血流不满意则是重复取栓。取栓的过程若是发现血管迂曲则经泥鳅导丝经闭塞血管部位,利用导丝碎栓处理,连接系统吸引器后进行负压吸引,回吸畅通停止进行吸引,进行血管造影检查确保血管畅通,同样应用Solitaire AB型支架进行取栓。

1.4.2 支架取栓术后处理

对照组患者采取常规支架取栓术后处理方法,主要是密切观察神经功能变化、血压、呼吸及心率等指标,记录24h的尿量,保证术后呼吸通畅。术后第2d可给予阿司匹林肠溶片与氯吡格雷药物,术后1个月给予单药氯吡格雷口服,术后观察血管再通效果不佳及参与血管狭窄患者,可经皮注射低分子肝素钙5000U/d,持续治疗7d,依据患者血压情况静脉泵入尼莫地平注射液,持续1-3d以控制血压指标水平。观察组在对照组术后常规处理的基础上,加用通络化痰汤,组方如下:赤芍10g、川芎12g、黄芪15g、桃仁10g、西红花12g、石菖蒲12g、生姜9g、大枣10g、冰片0.3g,诸药500ml水煎至300ml,1剂/d,分早晚两次温服,每次150ml,持续给药14d。

1.5 观察指标

(1)术前、术后14d,应用神经功能缺损量表(NIHSS)评价患者神经功能,分值0-42分,得分越高表明神经功能障碍越严重;应用日常生活活动力量表(ADL)评价患者生活能力,总得分范围0-100分,分值高表明日常生活活动能力高。(2)术前与术后14d采取血液流变学测试,测定全血高切黏度、全血低切黏度、血小板聚集率、血浆黏度。(3)术后随访半年,统计两组大动脉再次闭塞情况,主要经颅脑CT检查观察是否闭塞。

1.6 统计学方法

使用SPSS21.0软件做统计学结果分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,使用t检验,计数资料用(%)表示,使用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 NIHSS、ADL 评分

术后 14d, 两组 NIHSS 评分低于术前, ADL 评分高于术前, 而观察组术后 14d 的 NIHSS 评分较对照组低, ADL 评分较对照组高, 对比差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组 NIHSS、ADL 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	NIHSS 评分		ADL 评分	
		术前	术后 14d	术前	术后 14d
观察组	40	26.41±3.35	13.21±1.45*	60.12±5.17	81.12±5.62*
对照组	40	26.17±3.41	17.78±2.01*	60.22±5.21	73.01±5.11*
t	-	0.445	14.379	0.121	10.037
P	-	0.657	<0.001	0.903	<0.001

注: 与本组术前比较, * $P<0.05$ 。

2.2 两组血流动力学指标

术前各组血流动力学指标, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 术后 14d 观察组患者各指标较术前降低, 而观察组指标低于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组血流动力学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	全血高切黏度 (mPa·s)		全血低切黏度 (mPa·s)	
		术前	术后 14d	术前	术后 14d
观察组	40	8.01±1.36	6.52±1.03*	14.02±2.21	10.12±1.75*
对照组	40	8.04±1.37	7.18±1.14*	14.08±2.24	11.86±2.04*
t	-	0.138	3.661	0.169	5.394
P	-	0.890	<0.001	0.865	<0.001

注: 与本组术前比较, * $P<0.05$ 。

组别	n	血小板聚集率 (%)		血浆黏度 (mPa·s)	
		术前	术后 14d	术前	术后 14d
观察组	40	77.85±8.12	58.12±6.78*	2.88±0.43	1.22±0.24*
对照组	40	78.01±8.14	64.75±7.36*	2.91±0.44	2.01±0.31*
t	-	0.124	5.697	0.431	16.117
P	-	0.901	<0.001	0.667	<0.001

注: 与本组术前比较, * $P<0.05$ 。

2.3 两组动脉再次闭塞情况

支架取栓术后, 持续随访 6 个月, 随访结果显示, 观察组患者 1 例再次闭塞, 占总数的 2.50%, 对照组患者 7 例再次闭塞, 占 17.50%, 观察组再次闭塞率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

急性大动脉闭塞性脑梗死是一种急危重症, 通常发病急并且病情进展迅速, 患者死亡率较高, 需要采取合理的方式处理。通常的处理策略是采取静脉溶栓的方式, 而溶栓方式对治疗时间比较严格, 经溶栓处理患者血管再通率较低, 治疗效果相对较差^[7]。此外急性大动脉闭塞性脑梗死通常建立在脑动脉狭窄基础上, 是血栓大量形成所致, 经单次溶栓处理即便血管可再通, 但是往往遗留明显狭窄, 容易出现再次闭塞的问题, 此外溶栓药物也可增加颅内出血几率, 这样会加剧病情的变化, 难以达到理想治疗效果^[8]。血管支架取栓的再通率较高, 对于动脉闭塞的处理有良好效果, 然而经随访也发现, 血管内支架取栓的策略在术后也可出现一些常见并发症, 如血管再次闭塞, 这样可直接加重神经缺损情况, 影响患者的预后。因此针对支架内取栓处理的脑梗死病患, 需要做好术后的处理工作。

常规的术后处理经药物干预的效果并不佳, 近年来中西医结合的方式在对心脑血管干预中取得一定的效果。本次研究结果显示, 观察组在术后 14d 的 NIHSS 评分低于对照组, ADL 评分高于对照组; 两组患者术后 14d 各项血流动力学指标较术前改善, 观察组改善幅度较对照组显著, 表明应

用通络化痰汤加减结合血管内支架取栓治疗急性大动脉闭塞性脑梗死可改善患者神经功能以及血流动力学指标。分析原因主要是术后应用通络化痰汤, 组方中赤芍清热凉血、散瘀止痛; 川芎活血行气、祛风止痛; 黄芪消肿利水; 桃仁活血祛瘀、止咳平喘; 西红花活血调经、祛瘀止痛; 石菖蒲理气活血、祛湿散寒; 生姜解表散寒、温中止呕; 大枣健脾益气、养血安神; 冰片开窍醒神、清热止痛, 诸药联用共奏活血行气、散瘀止痛功效。现代药理学表明, 通络化痰汤可改善循环、调脂、抗氧化及稳定斑块, 增加脑供血, 改善脑细胞代谢, 保护血管内皮功能^[9]。组方药物赤芍能抗血栓形成, 赤芍精对高粘滞血冠心病患者也有改善血液流变性作用, 使中、低切速下全血粘度降低, 红细胞电泳时间延长, 血小板聚集性降低, 此外药物也可抗血小板聚集; 川芎嗪能扩张大的多种离体动脉条, 如股动脉、冠状动脉、肠系膜动脉等, 其中扩张股动脉的作用较强, 此外川芎能迅速透过血脑屏障, 扩张脑血管及改善微循环, 增加麻醉犬脑血流量, 川芎嗪也能抗血小板聚集, 阻止钙离子向细胞内流, 升高血小板以及增加 CAMP 含量; 桃仁提取液静脉注射能明显增加家兔脑血流量及犬股动脉血流量, 并降低血管阻力; 对离体兔耳血管能明显地增加灌流液的流量, 消除去甲肾上腺素的缩血管作用, 此外桃仁也可使小鼠出血及凝血时间延长, 起到抗凝血的作用^[10]。此外本次研究结果显示, 观察组动脉再次闭塞率高于对照组, 表明通络化痰汤加减辅助对预防动脉闭塞的价值突出, 分析原因主要是中药的药效温和, 在使用的过程中对机体损伤轻, 同常规取栓术后处理方式协同, 干预方式的安全性高。

综上所述, 应用通络化痰汤加减联合血管内支架取栓术治疗方式, 可以显著改善急性大动脉闭塞性脑梗死的神经功能及日常生活活动能力, 改善血流动力学指标, 降低术后动脉再次闭塞的发生率, 值得推广。

参考文献:

[1]王改凤, 刘志华, 姬令山, 等. 通窍活血汤加减联合支架取栓术治疗急性脑血管闭塞的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(6):79-84.

[2]潘杨军, 阳建国, 郑银元, 等. 机械取栓和静脉溶栓治疗急性椎基底动脉闭塞性脑梗死的效果比较[J]. 中华神经医学杂志, 2020, 19(7):677-682.

[3]张叶照, 桓欣, 吴柳庚, 等. 祛瘀通络脑泰汤结合循环灸对脑梗死急性期肢体痉挛状态的治疗效果及机制探讨[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(1):221-224.

[4]叶先智, 姚桂芬, 彭安林, 等. 活血通络解毒方联合 rtPA 动脉溶栓治疗急性脑梗死临床疗效及对 MCP-1, sICAM-1 变化的研究[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(1):22-24.

[5]中华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治指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9):666-682.

[6]李平, 吴钟璇, 张云如, 等. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1):55-56.

[7]夏金超, 汪勇锋, 张坤, 等. 血管内再通术治疗症状性慢性大脑中动脉闭塞的初步临床观察[J]. 中华神经外科杂志, 2021, 37(1):49-53.

[8]李强, 周腾飞, 贺迎坤, 等. 急诊血管内治疗急性前循环大面积脑梗死的疗效及影响因素分析[J]. 中华神经医学杂志, 2020, 19(7):671-676.

[9]谭道富, 富士峰, 唐友琼. 通窍活血汤加减联合尤瑞克林对急性脑梗死合并糖尿病患者的疗效及 VEGF 的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(3):143-146.

[10]王华强, 李迪, 凌军, 等. 醒脑通络开窍汤联合丁苯酞注射液对急性脑梗死神经恢复以及炎症介质的影响[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(10):226-229.

【基金项目】河北省邢台市重点研发计划自筹项目(2021ZC190)

护理中医情志护理联合穴位贴敷对脑卒中患者语言功能障碍的影响

祝亚楠

菏泽市中医医院 山东菏泽 274035

摘要：目的：探讨护理中医情志护理联合穴位贴敷对脑卒中患者语言功能障碍的影响。方法：选取本院于2017年3月至2022年2月期间收治的66例脑梗死患者作为研究对象。采用随机数字表法将所有患者随机均分为对照组和观察组，每组33例。对照组患者给予常规的神经内科基础护理，观察组患者在对照组的基础上给予中医情志护理并予以穴位贴敷为主的护理，对比两组患者的口语表达、听力理解、阅读能力评分及护理满意度评分等。结果：两组患者治疗后的口语表达、听力理解、阅读能力评分及总得分均明显高于治疗前，且观察组患者的评分变化较对照组更加明显，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者的护理满意度明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：对脑卒中患者进行中医情志护理联合穴位贴敷为主的康复护理能够明显提升患者的肢体运动能力，提升患者的常生活能力，对于提升患者的口语表达、听力理解、阅读能力，促进患者的护理满意度的提升有积极的作用，因此对脑卒中患者实行中医情志护理联合穴位贴敷护理值得临床推广使用。

关键词：脑梗死；脑卒中；中医情志护理；穴位贴敷

脑卒中是中老年人的常见病，多发病，随着我国人口的老齡化，脑卒中发病率不断升高^[1]。目前脑卒中治疗方案已比较成熟，然而对于脑卒中的并发症，尤其是在语言障碍、肢体运动障碍以及情志护理方面有表现更为明显^[2]。语言作为沟通的基础，在恢复起来更慢，耗费时间更长，现代医学缺乏有效的治疗方法，中医药在治疗该并发症上具有一定的成效。

目前我国新发的脑梗患者月300万人，且越来越年轻化，并曾出现上升的趋势。现代医学认为，脑卒中使大脑皮层受损，使机体的反射控制受到损害，但患者的机体各项正常反射弧存在完好，并未因大脑皮层的损伤而发生功能性的改变。加上患者对疾病的恐惧、焦虑，以及对疾病的不适应，使得患者更加紧张，机体功能造成进一步的不适，而长期的机体的不适造成功能的进一步退化^[3]。失语症是由神经中枢损害所致的获得性语言障碍，主要表现为语言理解、表达、应用、阅读、复述或流行性等语言性障碍。失语症患者受语言功能受损或下降影响，往往内心痛苦、抑郁和自卑，不愿意与他人交流和参与日常社交行为，进一步加剧语言功能障碍，并承受沉重的身心痛苦^[4]。穴位贴敷疗法正是以经络腧穴理论为依据，融经络、穴位、药物为一体，既有穴位的刺激与调节作用，又有药物吸收后的药效作用，是将两者疗效综合叠加的一种复合性治疗方法^[5]。根据经络腧穴理论，穴位贴敷在语言障碍的治疗中具有很强的针对性，对于脑卒中后语言功能恢复具有较好的治疗作用。而中医的情志护理，更是以护理专业为基础，加强对患者心情的引导，正确的对待疾病治疗过程中发生的症状，正确对待疾病，并以此进行疾病的治疗，提高患者治疗的依从性和积极性，目前中医的情志护理已经应用于临床各种疾病的辅助治疗过程当中^[6]。基于此，笔者以自身专业为基础制定了针对脑卒中患者的中医情志护理联合穴位贴敷护理方案并应用于临床，取得了良好的效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院于2017年3月至2022年2月期间收治的66例脑梗死患者作为研究对象。采用随机数字表法将所有患者随机均分为对照组和观察组，每组33例。观察组男性患者18例，女性患者15例，年龄为43-72岁，平均年龄为（57.80±5.65）岁；对照组男患者19例，女患者14例，年龄为44-74岁，平均年龄为（57.63±5.87）岁，两组患者的性别、年龄、文化程度、家庭状况，身高、体重、脑卒中类型、病程等一般资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 入选标准 ①首次发病，年龄在40-75周岁之间，性别不限；②脑

卒中发病后恢复期，生命体征稳定，精神意识清醒，有明显口语表达、计算、阅读和词汇描述或运用等语言障碍症状，根据《汉语失语症检查表》确诊失语症；③不存在视听障碍或智力缺陷；④第一语言是汉语；⑤未接受过针对语言障碍的其他中医穴位按摩、针灸、贴敷等方法治疗；⑥非口咽部肌肉器质性病变、颅脑损伤、肝性

脑病、脑部肿瘤、脑脓肿等所致的失语症；⑦非既往存在的语言功能和认知功能障碍；⑧无其他无法控制的基础疾病，如癌症等器质性病变者，药物无法控制的高血压、糖尿病等；⑨无家族性精神异常遗传病史；家属自愿参与本次研究。

1.3 方法

对照组给予常规住院康复护理，主要包括：（1）密切观察患者住院期病情变化，指导患者积极配合药物和相关康复治疗。（2）积极控制患者的既往病史，如高血压、高血糖、高血脂等，并根据患者的情况积极的给予抗凝、营养神经及必要的营养支持等；（3）给予患者安排合理的病房，尽量做到男女不混住，病情相同的挨着住；（4）按照护理部要求，严格遵守医院规定，向患者及家属介绍住院环境及及必要的生活场所的注意事项；（5）安排责任护士，介绍相关注意事项，告知患者相应呼叫设施的位置和使用方式等；（6）及时执行医嘱，给予患者药物治疗，给予必要的换药，体温测量和出入量的统计；（7）给与患者必要的身体清洁及体位变化等；（8）根据脑卒中相应的机体康复训练，对手、肘关节、进行必要的屈伸训练，尽早地引导患者进行主动训练；（9）给予患者及家属对手部穴位进行不定时的按摩刺激等，如百会、内关、合谷、肝俞、胆俞等，每天按摩3次，每次每个穴位按摩3 min。

观察组患者在对照组的基础上给予情志护理，运用五行生克理论，针对患者的情志类型，给予相应的干预。首先通过沟通、交谈的方式收集患者现有或潜在的情志因素，制定干预方法。护理人员可采取中医情志护理方式中的解郁顺情，积极为患者创建和谐与温馨的就医环境，维持护患关系的良好有效，耐心倾听患者诉求，鼓励患者宣泄心中情绪，助其疏泄情志、化郁为畅。并认真记录患者对脑卒中疾病的认知情况。构建护患关系之间的信任度。向患者讲解中医护理有关理论，告知其思虑过度、思则气结、阴血暗耗、气机郁结以及心神失养可导致多梦、失眠、健忘与心悸等不利于疾病恢复的现象，日常生活中需保持情绪稳定，心态乐观，促进病情快速恢复。对于易怒的患者，告知患者因不良情绪导致治疗失败的病例或引导患者回忆以往发生的切身经历等使其摆脱不良情绪的影响。指导患

者采用静坐、静卧、静立、放松训练等方法进行自我控制，使精神放松。放松技巧为：闭上眼睛，集中思想、排除杂念，进行肌肉放松。深呼吸三次，吸气(8~10 s)，呼气(15~20 s)。放松期间配合慢而深的呼吸，想象自己身处大自然的安逸舒适的环境，从而使患者心境坦然，精神愉悦。

穴位贴敷护理方案：选取神门穴（双侧）、颊车、极泉、三阴交、血海、环跳、风市、合谷、太冲、上星，贴敷药物为助阳通气方，处方：党参 15g、茯苓各 15g，黄芪 12g、白术 12g、当归 12g、玉竹 12g、乌药 12g、麦冬 12g，天花粉 9g、木香 9g、防风 9g，附子 2 g，上述药物研成粉末，用米醋调成糊状，取膏药贴敷于双侧神门，每天 1 次，每次 4 h，嘱患者注意观察贴敷局部的皮肤变化，若出现过敏，需及时去除膏药，缩短贴敷时间。以 5 天为一疗程，总共 3 个疗程。操作注意事项：贴敷由同一名医生和护士完成，以排除人为因素对研究造成的影响。告知患者贴敷中的步骤，选取了哪几个穴位都在身体什么部位，如出现皮肤问题局部有灼热感，充血潮红，或有细小水泡属于正常现象，打消病人的疑虑，告知出现上述情况时怎样处理，并用赞扬的话对患者在治疗时的配合态度表示肯定。

1.4 观察指标

表 1 两组患者护理治疗前后语言功能评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	口语表达		听语理解		阅读理解		总分	
		护理前	护理后*	护理前	护理后*	护理前	护理后*	护理前	护理后*
对照组	33	11.32±2.23	34.14±4.24	19.84±3.45	38.76±4.16	14.56±7.12	32.65±3.41	45.72±7.28	105.55±5.89
观察组 [#]	33	11.24±2.12	45.44±2.21	18.91±3.26	47.47±4.67	14.84±3.19	38.17±2.24	44.99±8.13	131.08±3.42

注:护理前后比较* $P<0.05$ ，护理后两组相比较，[#] $P<0.05$ 。

2.2 两组患者护理满意度评分比较

观察组患者的护理满意度评分为 38.37±3.43 分，对照组患者的护理满意度评分为 27.73±6.78 分，观察组患者的护理满意度评分明显高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

一个多世纪以来，神经学家和失语症康复专家一直争论右脑代偿是否促进或阻碍失语症的康复。尽管既往很多研究提示^[7]，右侧大脑半球镜像区在左侧半球损伤导致的失语患者中可补偿左侧语言区的部分功能，然而目前认为，在 PSA 恢复中，右侧半球可能发生代偿不良甚至阻碍 PSA 患者语言恢复。近来发现，非语言特异相关脑网络也参与该病的发生发展。失语症患者语言治疗过程复杂，相关研究语言治疗周期长短不一。现代社会医学模式逐渐发展为以患者为中心的生物心理社会医学模式。这就要求我们医护人员不能“只看到疾病，看不到人”，要注重护理语言上的沟通和交流^[8]。在治病、预防、康复等医疗过程中，都应把人视为一个整体，充分考虑患者的心理因素和社会因素的特点，在护理过程中，护士通过语言的沟通，输送给病人所需要了解的有关治疗的信息，影响或改变患者接受治疗时的感受，给病人以安全感，使病人建立对医护人员的信任，提高病人满意度，促进其疾病的康复和向健康方向发展^[9]。本次研究表明，护理治疗后两组患者的口语表达、听力理解、阅读能力评分及总分明显高于治疗前，且观察组患者的评分变化较对照组更加明显，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。表明通过护理的情志护理联合穴位贴敷为主的康复护理能够明显提升患者的肢体运动能力，提升患者的常生活能力，对于提升患者的口语表达、听力理解、阅读能力的提升有积极的作用。观察组患者的护理满意度评分为 38.37±3.43 分，对照组患者的护理满意度评分为 27.73±6.78 分，观察组患者的护理满意度评分明显高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，表明对脑卒中患者进行中医情志护理联合穴位贴敷为主的康复护理能够促进患者的护理满意度的提升有积极的作用。

综上所述，对脑卒中患者进行中医情志护理联合穴位贴敷为主的康复

对比两组患者的口语表达、听力理解、阅读能力评分及护理满意度评分等。口语表达、听力理解、阅读能力评分采用汉语失语症检查表进行评估，包括口语表达(60 分)、听语理解(70 分)和阅读能力(68 分)3 个方面，相加记为总分，得分范围 0~198 分，项目得分越高，表明该项语言能力愈好。护理满意度评分总分 40 分，分数越高表示对护理越满意。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据分析，正态计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示，采用 t 检验，正态计数资料以%表示，采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理治疗前后语言功能评分比较

在护理治疗前，两组患者的口语表达、听力理解、阅读能力评分及总分差异无显著意义 ($P>0.05$)。护理治疗后两组患者的口语表达、听力理解、阅读能力评分及总分明显高于治疗前，且观察组患者的评分变化较对照组更加明显，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。详情见表 1。

护理能够明显提升患者的肢体运动能力，提升患者的常生活能力，对于提升患者的口语表达、听力理解、阅读能力，促进患者的护理满意度的提升有积极的作用，因此对脑卒中患者实行中医情志护理联合穴位贴敷护理值得临床推广使用。

参考文献:

[1]薛倩.个性化情志护理应用于急性出血性脑卒中患者的效果评价[J].护理实践与研究,2022,19(06):849-852.

[2]王浩.穴位贴敷联合血府逐瘀汤治疗气滞血瘀型卒中后抑郁的临床研究[D].山东中医药大学,2021.DOI:10.27282/d.cnki.gsdzu.2021.000405.

[3]赵德福,赵瑜,杨孝芳.督脉取穴针刺联合 Schuel 语言康复训练对脑卒中后失语症患者言语功能、MoCA 评分及语言中枢活动功能的影响[J].临床和实验医学杂志,2021,20(08):886-890.

[4]陈锦冰,何玉琴,林小锋,梁惠琼,吴秀娟,张陈豫,郑丽娟,邓绮暖.吴茱萸穴位贴敷联合耳穴压豆对卒中后失眠患者睡眠质量及血 BDNF 和 NIHSS 的影响[J].现代医院,2020,20(10):1545-1547.

[5]李静,余雨枫,余金莲,李紫荆,陈思.中医情志护理对脑卒中患者焦虑、抑郁情绪干预效果的 Meta 分析[J].四川精神卫生,2020,33(05):451-456.

[6]彭述敏,陈小春,蒋慕林,唐小莉,周厚芳.经颅重复针刺干预与常规针刺干预分别联合情志护理在老年急性缺血性脑卒中继发轻度认知障碍患者中的应用[J].四川中医,2020,38(08):196-199.

[7]傅晓娟,魏西汀联合 Schuel 刺激法语言训练治疗脑卒中后运动性失语症的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2020,13(33):170-172.DOI:10.15887/j.cnki.13-1389/r.2020.33.070.

[8]刘兰,肖湘,陈艳.Schuel 刺激法言语训练联合高频 rTMS 治疗在脑卒中失语症中的应用及对语言功能、生活质量的影响[J].中国医学创新,2022,19(07):114-118.

[9]孙梁,薄智慧,王珊珊,卢英云.表里两经推拿联合穴位贴敷用于脑卒中偏瘫康复期上肢功能恢复的价值[J].四川中医,2021,39(03):180-183.

探讨拉斯卡教学方法的复式护理临床教学模式的应用分析

周辰 刘慧萍 王化艳

贵州医科大学附属白云医院 550014

摘要: 目的 探讨拉斯卡教学方法的复式护理临床教学模式的在临床实习带教中的应用。方法 选定我院 2021 年共 473 名护理实习生为研究对象, 采用拉斯卡教学方法的复式护理临床教学模式与 2020 年传统教学模式对比, 评价实习成绩及效果。结果 双向评价, 教师教学满意度较 2020 年提高 20.30% 实习生满意度较 2020 年提高 19.50%。结论 该模式适用于临床教学, 培养“双师型”教师队伍, 以岗位胜任力为核心, 使护生学习由被动变为主动, 培养了护理实习生自主学习的能力, 让其深入透彻地理解并运用理论知识, 提高临床实践能力, 从理论至实践全方位打造高素质型人才。

关键词: 拉斯卡教学; 复式护理临床教学; “双师型”教师; 模式

临床带教是指培养护生实现理论和临床实践有效整合的环节, 进而引导护生能够从课堂到工作岗位中一种能力与责任的培养环节。^[1]以护生为中心开展临床教学实践是临床带教工作的基础, 构建科学的教学模式是顺利开展临床护理教学工作的前提。在我国传统的临床教学为一对一带教或一对多带教, 倾向于临床经验, 继续传帮带的教学模式, 同时具备理论教学和实践教学能力的“双师型”教师和教学团队短缺, 教学内容固化, 无标准化、规范化、专科化的教学大纲, 护理实习生在校期间所学理论知识为单一病种的护理, 临床综合运用知识进行病例分析的能力欠缺,^[2]难以满足现阶段不同层级护生的临床实际需求。要以实习生为中心, 以岗位胜任力为核心, 注重临床综合能力的培养, 推进临床课程与医学基础整合, 促进以学生自主学习为导向的教学方法改革, 加强临床实践教学环节, 规范临床实习过程的管理。不断加强护理教育协同工作, 稳步提高护理高端化人才队伍培养的质量。因此构建科学的临床教学模式、全方面发展素质型人才是临床护理教学的重要工作。

1. 建立拉斯卡教学方法的复式护理临床教学模式

1.1 我院为医科大学附属医院, 具备 10 年的临床教学经验, 共有临床带教老师 300 余人, 每年接收临床实习生 500 余人, 在前期工作基础上, 优化临床教学组织管理体系, 护理部临床教学办公室——科室总带教——带教老师三级扁平化教学管理, 根据护士的资历、职称、学历、专科情况制定《临床带教老师准入制度》, 建立健全临床带教老师培训、考评、薪酬分配等机制, 并对实习大纲进行修订、统一、规范, 在护理部(护理临床教学办公室)安排下完成科室的带教工作。科室护士长及总带教老师, 按不同层次实习大纲要求及带教计划, 根据各科室护理专科特点, 制定各护理专科的本科、大专、中专护理实习计划及方案, 按实习轮转表安排带教老师, 组织完成实习计划, 如: 护理教学查房、病房小讲课、技能操作示范、技能操作培训、护理病历书写、病例讨论、出科考试、出科评价等, 指导学生理论联系实际, 培养学生临床实践能力, 做到放手不放眼。形成复式教学模式, 即一个科室带教不同层级的护生, 使用不同的教学大纲, 在同一班次里对不同层级的学生进行教学的组织形式。

1.2 拉斯卡教学方法总体而言可以分成四个阶段, 依次是呈现方法、实践方法、发现方法、强化方法。第一阶段, 实习生在教学初期或系统传授专业知识基本处于被动的状态, 更多地处于无意识学习, 此时教师应该“呈现”相应的教学方式如: 讲授、见习、操作演示等, 激发起学生 A 类刺

激, 让学生获得部分专业知识。第二个阶段, 带领实习生开展临床护理实践, 教师采用实践训练、留作业、要求实习生模仿等方法让实习生产生 B 类刺激, 促使实习生从“呈现”中的被动性学习转换成主动性学习的积极状态。第三个阶段, 教师鼓励、引导学生组织和参与发现教学活动, 借助于问答、讨论、实操等方法, 去努力发现学习结果, 那时候更多是的学生自身产出。第四个阶段, 强化意识是指实习生整体表现出护理临床带教老师预期的实习结果后, 教师实施评价, 依照评价结果给予奖励或强化。

2. 拉斯卡教学方法的复式护理临床教学模式的应用

2.1 培养“双师型”教师队伍 对全院 30 个护理单元, 300 余名符合带教资质的临床带教老师开展线上线下培训, 要求在护理部临床教学办公室的安排下完成本科室的带教工作。根据科室专科特点及不同层次的实习生制定科室实习带教计划, 并检查教学计划的落实, 给予评价和反馈。组织实习生并参与实际的护理临床教学活动, 如: 1 次护理教学查房、2 次病房业务知识小讲课、技能操作方法示范、专科技能操作业务培训、撰写护理病历、危重及疑难病例讨论、出科考核、出科评价等, 严格学生考勤要求, 落实责任。关心学生的心理及专业发展, 帮助学生尽早适应临床环境。培训拉斯卡教学方法的理念及如何使用, 要求各科室实施开展复式护理临床教学模式。每个月护理部质量控制检查时评价科室带教完成情况, 及时发现临床实习带教的存在问题并给予反馈。

2.2 明确教学计划 结合临床实际根据院级的本科、大专、中专实习大纲制定标准化、规范化、专科化不同层级的教学大纲、科学的带教方案及实习计划。

2.2.1 本科实习目的及要求: 大学本科生通过临床实践来巩固、提高理论知识, 熟悉并掌握护理技能。培养学生转变为适应中国社会主义现代化建设和公共卫生健康、保健事业发展战略必需具备的全方位人才, 系统化、精细化熟练掌握护理专业知识技能。热爱护理健康事业, 牢固树立“以病人为中心”的专业思想, 培养良好的职业道德行为、人际关系和健康的身体、心理素质。能灵活应用护理程序全面落实临床护理工作。能了解护理管理的内容、基本原理与初步学会护理管理的方法。能简单应用临床护理的教学方法, 毕业实习期间在教学老师的指导下, 完成 2 次小讲课、1 次护理查房; 以实习小组为单位完成科研课题设计成组计划 1 份。

2.2.2 大专实习目的及要求: 通过毕业实习使大专生能熟练掌握常见病、多发病的的护理。能灵活运用护理程序正确地对病患采取全面评估并

实施整体护理服务,制定患者住院期间健康教育计划。独立完成1篇毕业论文,大幅度提高实习生的科学研究思维、严谨求真务实的科学态度以及自主创新思维。能简单掌握对急危重症病人的简单处置和配合抢救的技术能力以及常用重症监护关键技术。

2.2.3 中专实习目的及要求:使实习熟习各项技能操作,在护理实习中获得大幅提高和夯实基础,能特别针对不同患者的心理特征实施心理护理。能常规应用护患沟通交流技巧与病患、家属及其各级各类医疗机构工作人员进行交谈。成为各级各类医疗卫生保健公共卫生机构中的护理骨干力量。培养查找关键问题、分析主要问题、解决实际问题的潜能和评判性思维。

2.3 运用复式教学模式 各科室对实习生在每日带教过程中运用复式教学模式,即对应不同层级学生使用相应的专科教学大纲及教学计划,同堂异课,因材施教,达到学习目标。建立实习生教学档案,按照计划详细记录授课时间、授课方式、实习过程,包括理论学习内容、实践操作内容、护理病历书写、患者评估、健康教育、考核方式及成绩等。完成了473名学生的实习任务,其中本科生152人、大专生137人、中专生184人,满足不同层级学生的实习需求。

2.4 拉斯卡教学方法临床教学实践 通过拉斯卡教学方法向不同层级的学生呈现如何对临床患者进行病情观察、专科疾病护理重点内容、技能操作演示、有效的护患沟通技巧等;以理论联系实际为基础,教会学生使用护理程序对患者进行整体护理,布置临床上常见病和多发病的实习任务,如:糖尿病患者血糖监测、骨折患者的康复护理等,带领学生实践操作,培养团队合作意识,通过个性化教学激发学生兴趣及职业成就感,由被动学习转变为主动学习;透过护理引导学生积极思考、主动发现临床护理问题,对患者疾病发生发展有预见性,尤其是疑难病、重症病例,提出疑问,发现自身的薄弱点及短板,开拓思维,帮助学生并启发其寻找解决方案;更新临床前言知识,强化理论、技能水平,对于本科生更注重培养学生的科学研究探索能力。建立学生风险防范及控制意识,降低差错事故发生率,有效提高学生学沟通能力、业务水平,让学生学有所获。

2.5 评价方式 采用教师和学生双向评价的方式,每轮实习过程中由带教老师对学生的基础护理、专科护理、护理文书书写、护理技能操作、医德医风进行动态考核,随时对存在问题及时反馈、予以纠正。对临床小讲课、护理教学查房进行现场具体指导。实习结束时对实习生专科护理专业技能操作内容、业务知识及综合能力实施考核评价,认真批阅试卷,汇总成绩并存档,在实习生手册上评定出科意见和成绩。实习生在每轮实习结束前三天,认真写好自我鉴定及满意度调查,连同实习相关资料交由科室总带教老师。每轮实习结束后召开轮转大会,收集实习意见,反馈存在问题,总结经验,满足学生合理需求,及时沟通,持续改进教学工作,提升教学质量。

3. 拉斯卡教学方法的复式护理临床教学模式应用的效果

3.1 以拉斯卡教学方法为基础,形成复式临床教学模式,有别于传统教学模式,优化了临床教学组织管理体系,建立统一、规范、适合不同层级护理实习大纲,对学生进行学习刺激和任务驱动,实现同堂异课,改进教学流程,提升教学目标。

3.2 对护生而言,以岗位胜任力为核心,夯实护生理论基础,使护生

学习由被动变为主动,培养护理实习生自主学习的能力,让护理专业实习生熟练地掌握并灵活运用专业理论知识,提高临床实践能力及临床综合运用知识进行病例分析的能力,成为具有独立分析、判断、决策与较强工作能力的护理师资、护理管理人员、临床护理骨干和护理研究型人才。

3.3 对医院而言,培养高素质“双师型”教师队伍,摆脱了重实践轻理论的弊端,提升临床师资教学水平,树立科学的教育发展观、质量观、人才观,从理论至实践全方位打造高素质型人才,同时促进临床实践教学点能力建设,做到教学相长。

3.4 对社会而言,人才是国家最大的资源,培养专业型人才,满足社会发展需求,符合国家以学习者为中心,注重能力培养教育的方向,推进医学基础与临床课程整合,推进以学生自主学习为导向的教学方法改革,为教学改革开拓了新方向,在教学应用上具有很好的前景。

3.5 总结评价指标,通过应用拉斯卡教学方法的复式护理临床教学模式,教师满意度较往年提升20.30%,教师使用不同层级的实习大纲及专科实习计划,个性化带教不同层级的学生,在教学上更人性化、专业化、规范化,教师们更愿意使用此模式进行带教。实习生满意度较往年提升19.50%。

4. 拉斯卡教学方法的复式护理临床教学模式的应用反思

4.1 该教学模式对教师要求高,带教学生理论联系的同时应从培养学生临床思维出发,做到亲自带、亲自教,引导学生系统思考,培养学生评判性思维,80%的带教老师可以有效完成拉斯卡教学方法中呈现、实践、发现三个步骤,但是只有20%的带教老师可以做到第四步强化,而这20%的教师均为中级以上职称及本科以上学历,因此仍需要提升师资队伍水平。

4.2 该教学模式对激发实习生学习兴趣起到很大作用,但对少部分表示今后不愿意从事本专业的学生来说,使用该模式改革教学效果不明显。

4.3 在使用该模式时,应注重学生人文和伦理知识的培养,针对大专生和中专生,在学校学习阶段并未接触相关知识的学习,因此到临床实习后带教老师应培养学生综合素质,包括人文及伦理的学习,要求学生在临床上做一名懂法律、有温度的专业人员。

5. 结语

拉斯卡教学方法的复式护理临床教学模式的应用,给临床实习生带教开拓了新思路,对于不同层级、不同水平的实习生来说使用不同的教学大纲和计划使实习内容更加标准化,通过拉斯卡教学呈现、实践、发现、强化的四个步骤对学生进行学习刺激,充分调动学生主观能动性,使护生学习由被动学习变为主动学习,培养了护理实习生自主学习的能力,精准了临床实习带教过程,让临床带教更加个性化,以岗位胜任力为核心,理论联系实际为国家培养科研型、创新型、临床思维型人才打下坚实的基础。同时培养高素质“双师型”教师队伍,提升临床师资教学水平,促进临床实践教学点能力建设,为教学改革开拓了新方向。

参考文献:

- [1]杨灵红,于春芳,曾令碧,陈迪.探讨新护理模式下临床带教师资队伍建设[J].现代医学与健康研究,2018,2(12):102-104
- [2]刘勇,余纯,陈田芳,邱会利,曹斌.项目教学法在本科生妇产科护理学教学中的应用[J].卫生职业教育,2018,36(14):77-78

医疗器械设备中的呼吸机故障及维护修养

邓国斌

重庆市公共卫生医疗救治中心 重庆 400036

摘要: 在实际的临床治疗过程中呼吸机有着非常重要的作用。同时随着现阶段我国所拥有的经济水平与技术水平均得到较大程度的提升,临床上所用医疗器械设备的种类变得更多,其中就包括了呼吸机,该器械所拥有的功能模式也出现了较大的变化,但是在该情形下,临床上所出现的呼吸机故障问题也在不断增加。呼吸机所产生的故障问题不仅仅是让该器械不能正常应用,还会导致其影响力救援治疗的进度与结果,让患者的生命健康受到巨大的威胁。所以在实际的临床治疗过程中必须要让呼吸机处于安全、稳定的运行状态下,为了能够减少呼吸机出现故障的概率,保证呼吸机拥有更高的运行性能,医院维修人员需要更加清晰的知晓呼吸的各个部位的构造情况,并掌握其工作的具体原理,拥有更加规范的操作。同时在实际使用过程中,还需要对呼吸机进行日常的维护与保养工作,从而确保临床所开展的治疗拥有更高的安全性与有效性。本文主要是根据临床所使用的呼吸机所可能出现的故障以及维护修养的方式进行阐述,具体内容如下。

关键词: 医疗器械设备; 呼吸机; 故障; 维护; 修养

前言: 医院设备的现代化程度的一项重要标志就是医疗、科研以及教学工作的最基本的条件,同时也是让现阶段医学科技水平获得不断提升的基础条件之一^[1]。所以,现阶段对于医院医疗设备的管理工作俨然经成为了现代医院管理工作之中非常重要的一个环节。在当前的临床医学工作之中所使用的呼吸机的种类繁多,医疗需求的不断增加继而不断推进者呼吸机的发展,让呼吸机拥有了自动化与智能化的装置,这样的情形下导致呼吸机的使用难度提升^[2]。呼吸机在临床进行使用的过程中,为了能够让患者获得更加有效的治疗,就需要定时定期对呼吸机进行保养与维修工作,在该工作的过程中,相关人员需要对呼吸机的整个构造有着更为深层次的了解,从而更好的对所临床使用过程中所出现的故障进行处理,并对其进行定期的维修保养工作^[3]。

1 呼吸机的结构和使用原理

1.1 硬件组成

组成呼吸机的结构主要包括了传感器、电路、气路以及各形态的辅助部件。在这之中气路所含有的主要构成部件有呼吸阀、流量阀以及混合器等设备,同时显示控制、CPU 以及接口板等设备均为电路所拥有的主要构成^[4]。对于传感器而言,其所拥有的主要构成部件有温度、流量以及压力传感器等设备,上述所提及的设施与设备共同构成了呼吸机,让呼吸机在运行的过程中能够进行各项数据的监测工作^[5]。其所含有的辅助部件主要是湿化器与压缩机等设备。

1.2 呼吸机的工作原理

呼吸机主要的工作原理就是按照机械的作用下让人体内容所存在的肺泡与大气压之间产生较大的气压差距,从而让患者形成强制呼吸。在常规的情况下呼吸机所拥有的主要工作原理包含了正压呼吸机和胸廓负压,其中前者主要作用是为了能够让气体的压力增加,从而通过管道使其与患者的呼吸道相连接,气体能够在起到和支气管的作用下进入到肺泡之中,上述所提及的情形在临床上被称之为换气期^[6]。当人体在完成呼气动作的过程中其主要是呼吸机的管道与大气之间进行连接,当人体所拥有的肺泡其中所含有的大气压压力超过了大气压的情况下,患者肺泡之中所拥有的气体能够更加顺利的排出,当患者停止呼气动作之时,其肺部所拥有的压力与大气的压力是相同的^[7]。所拥有的胸廓负压时间患者的胸部或者是整个身体放置于一个相对密闭的容器之中,让患者的呼吸道与大气之间相连通,当容器内所拥有的压力没有超过大气压的时候,患者的胸部会出

现一定程度扩张,当大气压力超过了肺部压力的时候,患者的肺泡之中会流入一定的空气,也正是通过这样的过程完成了吸气动作^[8]。当容器之中所含有的压力大小变换为正压的时候,患者胸部因为所承受到的压力大小而出现了缩小,使得大气压力低于了患者肺部的压力,其所拥有的气体会通过患者的肺部经气管部位排出,从而实现呼气动作^[9]。现阶段中因为该呼吸机所占有的面积较大,并且所消耗的能量较多,如今已经不被临床所使用。

2 呼吸机常见故障以及维护方式

在实际的临床治疗过程中呼吸机所起到的作用非常重要,对患者使用呼吸机能够维持其正常的呼吸,避免患者因为发生呼吸困难而出现严重的生命危险,所以医院需要对呼吸机加强进行定期的呼吸机的维护与保养工作,保证其能够在紧急的情况下正常、稳定的使用,为医护治疗以及患者的生命拯救过程中保驾护航。在实际的使用过程中,所存在的呼吸机故障情况有以下几种:

2.1 指标偏差

在临床对呼吸机进行使用的过程中,拥有相对应的指标规范存在。当呼吸机在完成呼气或者吸气的过程中,其指标出现了偏差则表明呼吸机在使用的过程中可能出现了漏气的情况。实际情况下导致呼吸机发生指标偏差的情况较多,举例来说就有传感器的部件发生了故障以及所拥有的通气量较差等情况,从而没有办法保证呼吸与吸气的指标准确性^[10]。在完成保养维护的工作之中,需要相关的设备维修人员根据指标所出现的实际偏差情况,对呼吸机实施更加全方位的检查与维护工作,比如对呼吸机进行一个更加全方位的清洁工作,以及对传感器所拥有的部件进行及时的更换等情况。同时需要对呼吸机所拥有的蓄水池进行检查并境界,在检查的过程中同样还应该对呼吸机各个管路之间的连接是否完好进行检查,要规避可能出现的凝水情况,从而对所出现的指标偏差情况进行及时的解决。

2.2 气源不足

当所使用的呼吸机出现了起源不足这一故障的时候,其所拥有的压力大小将小于 0.2Mpa,特别是针对于空压以及供氧的部位而言,当呼吸机出现了气源不足这一现象的时候,压力会出现过低的情况。在呼吸机之中空压机是一个非常重要的机械设备,当该部位出现了故障问题的时候将会使得呼吸机相关设备出现气源不足的情况发生,也就是说,空压机部件能否正常运行将会直接影响到呼吸机是否能够直接运行^[11]。当空压机发生了老

化以及密封性不严等情况的时候,其所存在的部件损耗情况会变得非常严重,也会导致空压机所拥有的运行性能发生较大的改变。除此之外,空压机设备出现的故障情况还包括了堵塞、水气凝集以及损伤等情况。对于上述所提及的这些故障情况而言,应该让医院设备维护管理人员对呼吸机进行定时定期的运行性能的测试评估工作,并对发生老化以及损坏的部件进行及时的更换,从而保证呼吸机在日后能够正常进行使用。同时对于抗压机滤水部分所拥有的滤水瓶以及电子阀实施相应的检查工作,并定期为滤水膜进行更换^[12]。若没有采取相应的干预措施,可能会导致压缩空气的水汽含量变得更高,使得其非常容易出现凝水的现象,凝水现象的产生不仅仅会导致设备堵塞情况的发生,同时还会使得设备的使用寿命减少。同时因为我国部分空压机所拥有的气滤水功能较弱,经常会出现凝水情况,若采用国产的空压机能够解决滤水瓶出现凝水的情况。

2.3 自检故障

自检故障主要指的是当呼吸机 EST 正处于自检状况下,其器械在启动的过程之中发生了故障,就比如没有办法正常开启氧气电磁阀等情况。呼吸机所拥有的自检故障有着较高的标准性,当呼吸机在完成 EST 自检工作之前,应该让相关检查人员更加熟练的掌握相关的专业步骤,并根据呼吸机氧压对供氧的范围进行检测。以这样的方式保证氧压能够处于正常的范围之中。而当呼吸机出现了自检故障的时候,第一步就需要对氧压的标准进行调整,在之后的工作根据所指定的标准,进行相应的工作,从而保证呼吸机在使用的过程之中所用更高的安全性与稳定性。

所出现的自检故障主要有以下两种:第一就是在完成 EST 操作的时候,氧电池阀的测试没有办法完成,并且需要将呼吸机重启。第二就是在完成 EST 操作的时候,氧电池阀测试过程之中办法通过,使用定标的方式并没有办法对所出现的故障及时解决,则说明设备所出现的故障问题在 PCB 板上。

3 呼吸机维护检查工作前的准备

在完成呼吸机维护检查工作之前需要相关工作人员更加清晰的了解并掌握有关于呼吸机的构造、使用原理等情况,同时随着现阶段临床所使用的呼吸机的种类不断增加,导致其所拥有的结构以及原理存在着较大的差异性,所以相关设备的维护人员需要对呼吸机的结构和原理进行更加全方位的了解,从而更加顺利的完成后续的保养维护工作。同时在对呼吸机所拥有的机构和原理进行了更为充分的了解之后,需要让维护人员根据其所出现的故障情况,对呼吸机进行初步的判断,从而将检查的范围缩小,更加有利于让工作人员的效率得到提升。对于呼吸机而言其所拥有的程序有着较强的规范性,对于开展维护工作的相关人员而言,应该对呼吸机的使用与操作方式更加熟悉,从而确保能够对呼吸机所出现的故障进行及时的处理,保证呼吸机能够完成相应的工作。

4 提升呼吸机维护保养工作质量相关策略

4.1 加强人员培训

在对呼吸机进行检查和维护的工作之中,检查人员是直接进行相关操作的人员,其自身所拥有的有关于呼吸机的知识储备以及技能水平都会对所开展的呼吸机维护工作产生直接的影响,同时也会对维护工作的质量高低产生较大的影响。所以相关的部门应该对维护工作人员的专业素养能力进行加强培训。可以通过邀请有关领域的专业人士或者是厂商到医院对相关人员进行更为专业的培训,对日常工作中多存在的疑问进行提问并解决,让工作人员能够拥有更加充足的呼吸机相关知识。

4.2 建立健全相关规章制度

为了保证保养维护工作的顺利开展,医院需要针对相关人员的工作以及实际所存在的问题制定出更加贴合实际的管理规章制度,对工作人员的行为进行约束,让其能够规范自身的行为。所开展的任何活动都应该按照所设定的规章制度完成,保证每一个步骤都能够有章可循。同时需要严格落实相关的政策,让工作人员积极进行配合,并让呼吸机使用过程中所出现的故障追究其检查人员的责任。并设定相关的奖惩制度,对工作人员的工作质量进行考核,让其形成良好的竞争关系。

4.3 定期开展保养维护工作

根据对呼吸机相关设施设备的了解,针对于比较容易出现缺损和故障的设备进行罗列,并为其制定出保养维护计划,对于容易发生故障的设备需要将强对其所开展的保养与维护工作,而对于因为出现堵塞等一系列的因素从而导致出现的设备运行故障等情况需要通过定期检测的方式避免相关故障的产生。同时在实施维护工作的过程之中,工作人员需要对维护时间、所产生的故障类型以及维护的实际情况进行详细记录,并署上自己的姓名。

小结

总而言之,在对呼吸机进行维修的工作之中,应该对呼吸机所拥有的设备构造情况进行更加详细的了解,并设定有关于呼吸机维修与保养的规章制度,保证呼吸机能够在日常的工作之中顺利运行。同时对于呼吸机的维护工作需要根据日常的使用情况决定,加强实践操作,预防可能发生的故障,保证临床医疗活动的正常开展。

参考文献:

- [1]崔泽实,董放,李志勇,等. 新型冠状病毒肺炎防控中医学设备维修与使用的生物安全策略[J]. 中国医学装备,2020,17(2):139-144.
- [2]李铁强,夏颂荣,吴道铭. 预防性维护在基层医院医疗器械质量管理应用价值研究[J]. 现代仪器与医疗,2022,28(2):28-31.
- [3]王丰,张恒洋,付延安,等. 常用医疗设备异常的处理方法[J]. 中国医疗器械信息,2021,27(24):181-183.
- [4]钟进荣,官辉. 从在用医疗设备存在的电气安全风险谈其质量控制[J]. 中国医疗器械信息,2021,27(7):13-14,20.
- [5]蒋雪峰. 医疗设备的科学管理与维修策略[J]. 中国医疗器械信息,2021,27(17):166-168.
- [6]李岩,张孟泰,迟理文,等. 某院医疗器械电子设备常见问题及维修保养策略[J]. 实用医药杂志,2020,37(1):92-93,96.
- [7]何红花. 医疗器械电子设备常见故障及维修保养办法研究[J]. 科技资讯,2022,20(10):58-60.
- [8]邸新宇,李彦. 现代化管理观念下医院医疗器械的维修管理策略探究[J]. 中国卫生产业, 2022, 19(2):4.
- [9]舒子芳,吕思敏,向逾. 基于排队论的应急医疗设备保障中心呼吸机需求配置研究[J]. 医疗卫生装备,2022,43(1):76-79,84.
- [10]沈巍. 分析呼吸机管理在急诊重症监护病房急性脑血管意外昏迷患者中的策略[J]. 中国医疗器械信息,2021,27(16):138-139.
- [11]贾艳萍. 便携式呼吸机在急诊危重患者院内安全转运中的积极效果[J]. 中国医疗器械信息,2021,27(12):154-155,159.
- [12]檀立辉. 车载呼吸机在急危重患者院前急救与转运中的应用[J]. 中国医疗器械信息,2020,26(18):88-89.

本文系课题: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:YJ20089

优质护理在呼吸内科重症患者中的应用

宋彩云

广州医科大学附属第一医院 广东广州 510120

摘要：目的：总结呼吸内科采取优质护理对于护理质量的作用。方法：选择 2020 年 1 月到 2021 年 10 月呼吸内科收治的 168 例患者。对于接受循证实施后护理服务的患者定义为实验组，对于接受常规护理患者定义为常规组。对比情绪状况、疾病症状的改善状况、住院时间、满意度和护理质量。结果：实验组干预后情绪状况、疾病症状及住院时间、满意度以及护理质量的评定结果均优于常规组， $P < 0.05$ 。讨论：呼吸内科护理服务期间优质护理对于护理质量的推动作用明显，能够从护理角度上满足患者的个体需求，有利于缓解患者的经济与心理压力，值得推广。

关键词：呼吸内科；优质护理；护理质量；管理应用

呼吸内科收治的疾病大多数属于常见、高发以及容易复发的病症，因为疾病发生部位以及疼痛表现的特殊性，疾病本身对于患者的身心健康以及日常生活会形成直接影响，临床中大多数患者都需要应用手术方式进行治疗，但是因为手术刺激和认知缺乏等方面因素的影响，导致许多患者在临床中都存在护理配合意识较差、康复积极性较差等表现^[1-2]。近些年有许多研究发现优质护理能够有效应用于各类重症患者，对于呼吸内科患者也具备一定的应用优势，有利于疾病的有效治疗与症状快速控制，对于患者身心状态均能够发挥一定的干预作用^[3-4]。对此，为了进一步提高呼吸内科的综合护理质量，本文基于论著对比研究探讨呼吸内科护理服务期间优质护理对于护理质量的影响。详细研究如下。

1. 资料与方法

1.1 资料

采用 2020 年 1 月到 2021 年 10 月我院治疗呼吸内科患者 168 例的临床资料，按照护理方案的不同分为两组。对于提供优质护理的患者定义为实验组，共纳入 84 例，男、女分别为 53、31 例，年龄平均数（ 52.34 ± 6.34 ）岁，病程（ 20.34 ± 2.64 ）d，疾病包含胸部损伤 46 例、肺部肿瘤 25 例、心脏病 13 例；对于提供常规护理的患者定义为常规组，共纳入 84 例，常规组男、女分别为 55、29 例，年龄平均数（ 53.27 ± 5.90 ）岁，病程（ 21.05 ± 2.57 ）d，疾病包含胸部损伤 48 例、肺部肿瘤 22 例、心脏病 14 例。经比较，两组患者一般资料无显著差异， $P > 0.05$ 。

入选标准：收治呼吸内科并接受至少 7 天住院治疗；基于综合诊断技术方式被确诊为呼吸内科病症；临床资料完整。

排除标准：存在原发脏器功能损伤或免疫功能障碍病症；带有药物过敏史。

1.2 方法

常规组采取常规护理措施，主要是在治疗期间做好对患者血压、心率、心电等监测，同时为患者提供生活与用药指导教育。

实验组根据护理需求采取优质护理对护理质量进行改进，具体实施内容如下：1、评估与管理。在患者进入医院后需要基于自我护理能力、患者的病情做好综合分析判断，构建责任护理小组，做好床位安排，以全面性的评估患者生理与心理能力，基于评估的结果做好基础性护理，制定详细的护理干预措施，全面性的指导检查并落实责任护理工作，尤其是对于危重症患者，需要做好外出记录与检查，随时做好对患者生命体征的检测。在必要情况下可以基于专职护理人员做好专职配合检查，并保障患者的生命安全。另外，还应当注重节日、周末以及夜间等特殊阶段的护理工作，指导患者做好对突发事件的积极应对，提供全面且成熟的咨询业务，保障护理质量与安全性；2、做好用药护理。呼吸内科患者在用药方面有着较高的风险，所以必须保持谨慎，在发放药物时需要将内服与外用药物以明确标志进行区分并分开发放，所有患者的病床床头都应当设置提示牌，以及及时规范用药为主，将老年患者所用药物剂量、用法以及用药时间等清晰

标注出来，规避错误用药或漏服等问题。针对部分特殊药物，例如地西洋、思诺思等，必须在患者临睡之前亲自监督下用药；3、做好细节护理。细节决定成败，在优质护理实施期间需要高度重视不同环节的护理工作，例如采用自动护栏床，护士夜间护理服务后需要拉上护栏。对于存在视力障碍的患者，在临睡之前帮助其打开节能灯。在厕所、楼梯等风险区域内张贴警示标示并设计相应的应急预案，提示患者注意安全，并强化夜间巡视；4、并发症与风险护理。按照呕吐、大小便的情况在存在异常情况时及时处理，特别是对于出血迹象发生时应当及时采取医嘱止血，或用静脉滴注方式止血。基于疾病影响与治疗需求，患者免疫力比较弱，此时需要注意感染的防控，所有护理工作都应当严格遵循无菌原则。因为治疗方面的需求与病情因素的影响，导致患者的免疫力相对比较差，此时便需要高度重视感染的有效预防，在护理期间严格遵循基本的无菌操作方式。另外，在患者出现急性症状时，应当密切观察患者的生命体征，并基于血压、心率发生改变时应当及时查明原因并针对性处理，提供抗休克相关治疗，确保患者的供氧质量，并实现对脑细胞的保护。另外，在护理期间需要针对患者的常见问题定期进行总结分析，并基于常见问题提出解决护理方案，为后续护理工作的顺利开展奠定基础；5、心理支持。需要基于患者的身心状态采取针对性护理，高度重视心理层面上的护理服务。呼吸内科患者普遍存在发病急、疼痛感明显等特征，患者缺乏预先心理准备所以普遍存在严重焦虑情绪，无法接受疾病的存在，如长时间保持这一状态会导致患者医护依从性下降。对此，在护理期间需要重点观察患者的情绪状态，结合关于疾病发生原因、治疗过程以及预期效果等内容进行开导与安抚，应用视频结合宣传手册提高患者疾病认知程度，构建良好的疾病认知与治疗积极性，从而保持面对疾病的最佳状态；6、是做好生命体征的观察，观察患者的呕吐物同时在存在异常表现时及时查明原因并积极处理。为了规避长时间禁食所导致的免疫功能异常，在护理期间需要注重营养支持护理，尽可能降低感染等风险；7、循证质量改进。在护理期间需要及时总结护理过程中存在的问题，定期开展讨论会议检查工作是否有效落实，找到问题解决方法并提高护理方案可行性，从而为后续护理工作的顺利开展奠定基础。与此同时，落实责任管理制度与质量考核管理制度。设置关于呼吸内科护理工作内容，做好护理人员的责任管理制度，落实每一项护理工作内容及其责任管理制度体系，并保障护理服务质量。定期做好对护理人员的考核，在科室内构建护理质量监督管理小组，组长对护理人员做好严格的监督和考评管理，根据考核成绩给予适当的奖励与惩罚，从而保障护理人员的护理责任意识，强化护理质量水平。

1.3 观察指标

基于情绪状况、疾病症状的改善状况、患者住院期间的时间与满意度、护理质量等指标。

情绪指标采用 SAS、SDS 量表评价，分数越高情绪问题越严重。满意度评价结果包含非常满意、满意和满意，评价对象为患者及其家属，评

价内容以护理服务是否热情、态度是否良好、护理技巧是否专业以及您对护理服务的感受。

1.4 统计学方法

本研究患者性别、疾病类型占比以及护理服务满意度采取 SPSS25.0 软件并以百分比数据进行录入与对比,对于年龄、情绪、症状缓解与住院时间、护理质量采用 SPSS25.0 软件并以均数方式进行录入和对比、数据两组对比时基于 P 值进行检验,在 $P < 0.05$ 时证明组间对比满足统计学意义标准。

2. 结果

2.1 情绪指标对比

实验组情绪指标干预后明显优于常规组, $P < 0.05$ 。详见表 1。

表 1 情绪指标对比

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	84	64.34±4.24	42.13±2.34	62.46±3.55	48.24±3.22
常规组	84	63.51±3.99	56.43±3.66	65.43±3.46	60.43±3.25
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 症状缓解指标、住院时间对比

实验组症状缓解与住院时间均低于常规组, $P < 0.05$ 。详见表 2。

表 2 症状缓解指标、住院时间对比

组别	例数	症状缓解时间 (d)	住院时间 (d)
实验组	84	3.03±0.43	4.22±0.51
常规组	84	5.76±1.13	8.34±1.33
P	-	<0.05	<0.05

2.3 护理服务满意度对比

实验组满意度显著高于常规组, $P < 0.05$ 。详见表 3。

表 3 护理服务满意度对比

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
实验组	84	42	37	5	94.05%
常规组	84	23	42	19	77.38%
P	-	-	-	-	<0.05

2.4 护理质量对比

实验组安全管理、护理技能、基础护理、文书记录均高于常规组, $P < 0.05$ 。详情见表 4。

表 4 护理质量对比

组别	例数	安全管理	护理技能	基础护理	文书记录
实验组	84	91.34±2.36	92.34±2.34	94.24±2.88	94.34±1.66
常规组	84	82.23±2.51	82.43±3.31	85.13±0.56	84.54±2.41
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

呼吸内科的疾病类型较多,并且许多病症的疾病发生原因比较复杂,临床中疾病表现带有多样化特征,其会对患者的身心健康和日常生活形成直接影响。针对呼吸内科病症往往是应用多种手术方式进行治疗,患者面对突发的病症与手术治疗会对患者的身心状态形成直接影响,部分患者缺乏心理准备时还会出现抑郁情绪,导致医护工作很难顺利开展^{[5]~[6]}。社会

经济的持续发展推动了人们对于医院就诊舒适性、内部环境和护理服务质量的关注度与基本要求,传统护理模式单纯基于患者的疾病为中心,伴随着人们的理念转变逐渐以患者为中心,患者及其家属对于护理质量和护理舒适性呈现出了较高的关注度,因为外科患者在手术治疗期间,会形成浓厚恐惧与陌生感,所以护理人员需要积极主动的做好与患者的交流沟通,并告知患者治疗期间的注意事项,可以提高患者的治疗效果并保障患者维持最佳状态接受治疗。想要更好的保障患者的预后效果,在临床中需要采取积极有效的护理方案,基于护理措施保障整体护理效果^{[7]~[8]}。

基于优质护理服务模式能够更好的掌握患者治疗期间的风险,并基于风险发生可能做好提前的防控处理,可以更好的保障患者的康复质量。因为呼吸内科患者的病情较为严重,再加上发展速度较快,患者可能会出现各种焦虑、恐惧的情绪,如果单纯应用传统护理无法满足患者的治疗需求^{[9]~[10]}。采用优质护理,可以按照患者当前的个体状况明确护理期间存在的问题与护理期间可能存在的并发症,应用数据库当中的参考文献提供支持,制定能够满足患者需求的护理方案,从而让患者配合医护工作,达到提高治疗效果的目的^{[11]~[12]}。在生命体征、营养、静脉通路等方面提供护理可以更加清晰的掌握病情并提供基本的营养供应,尽可能减少疾病对于患者的影响,构建静脉通路能够及时为患者输送相应的营养,从而补充所需要的血容量,达到提高治疗与护理干预的目的。

本次研究结果显示,实验组干预后情绪状况、疾病症状和住院时间、满意度以及护理质量的评定结果均优于常规组, $P < 0.05$ 。本次研究充分证明优质护理对于呼吸内科护理质量的促进作用显著,能够提高护理质量并满足患者实际需求,可以明显加快患者在医院内的住院康复速度与康复质量,可以作为呼吸内科常规护理方案。

综上所述,呼吸内科护理服务期间优质护理对于护理质量的推动作用明显,对于护理质量的促进作用相当明显,能够从护理角度上满足患者的个体需求,有利于缓解患者的经济与心理压力,值得推广。

参考文献:

- [1]侯君. PDCA 循环护理管理应用于呼吸内科护理的效果探讨[J]. 中国保健营养, 2019, 029(028):257-258.
- [2]陈银燕, 王熙. 睡眠护理对呼吸内科患者睡眠质量和生命质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2019, 6(6):2.
- [3]唐丽安, 王自秀, 刘剑梅, 等. 思维导图联合叙事护理在呼吸内科临床护理本科实习教学实践中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(21):3.
- [4]盘秀蓉, 秦薇, 黄雪霞. 呼吸内科护理中重症患者应急护理干预措施[J]. 饮食保健, 2019, 006(024):233-234.
- [5]业秀林, 李薇, 杨姣, 等. 临床路径结合翻转课堂教学法在呼吸内科临床教学中的应用研究[J]. 卫生职业教育, 2018, 36(13):2.
- [6]蔡楠楠, 马胜喜, 孙利伟, 封全梅. 医联体模式下呼吸内科专科护士共享在 COPD 患者延续护理中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(30):4078-4082.
- [7][1]谭玉玲, 罗媛媛, 彭巧. 健康教育在老年呼吸内科疾病患者护理中的应用效果评价[J]. 益寿宝典, 2021(17):3.
- [8]王芬, 于光群, 倪雪梅. PDCA 循环管理在呼吸内科优质护理服务中的作用分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2017, 4(31):2.
- [9]邵婷婷. 中医护理适宜技术融入优质护理服务中的效果[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(24):56-57.
- [10]尚利芳, 刘晓伟. PBL 联合 EBM 教学法在呼吸内科护理临床教学中的应用效果探讨[J]. 内蒙古医科大学学报, 2021, 43(S2):108-110.
- [11]汤玉蓉, 彭巧妮, 廖小雯, 陈玉梅, 张冬梅, 刘峰, 黄海艳, 梁卫清. 洼田饮水试验联合容积黏度吞咽测试在呼吸内科老年吞咽障碍病人饮食护理中的应用[J]. 全科护理, 2021, 19(34):4843-4847.

叙事医学在消化系统整合课程实验课中的应用：从咸菜说起

孙争争 张伟 张波 黄学应 邓雪飞★ 任振华

安徽医科大学人体解剖学教研室 安徽合肥 230032

摘要：目的 初步探讨叙事医学在消化系统整合课程实验课教学中的应用效果。方法 在我校“卓越医生教育培养计划”改革班（整合班）的消化系统整合课程的消化系统和腹膜的大体观察实验课中应用叙事医学，设计了“从咸菜说起”的系列情景故事，在理解形态结构的基础上，结合食物的消化吸收来初步探讨胃炎、阑尾炎、肝硬化的症状和治疗。比较同学期常规班的学习成绩、学生兴趣等。结果 与常规班的成绩相比较，整合班学生的学习成绩显著提升。学生的学习兴趣和解决问题的能力均有了显著的提升。结论 利用叙事医学能够显著提高学生的学习兴趣，提高学习成绩。

关键词：叙事医学；消化系统；整合课程；情景课堂

The application of narrative medicine in the experimental course of digestive system integration: from Pickles

Sun Zhengzheng, Zhang Wei, Zhang Bo, Huang Xueying, Deng Xuefei, Ren Zhenhua

(Staff of Human Anatomy, Anhui Medical University, Hefei, Anhui, 230032, China)

[Abstract]Objective To explore the application effect of narrative medicine in the experimental teaching of digestive system integration course. Methods The narrative medicine was applied in the experimental course of general observation of digestive system and peritoneum in the digestive system integration course of the "excellent doctor education and training plan" reform class in our school (integration class) of, and a series of scenario stories of "starting from pickles" were designed. On the basis of understanding the morphological structure, the symptoms and treatment of gastritis, appendicitis and liver cirrhosis were preliminarily discussed in combination with the digestion and absorption of food. Compare the academic performance and students' interests of regular classes in the same period. Results Compared with the results of regular classes, the academic performance of students in intergration class was significantly improved. Students' learning interest and problem-solving ability have been significantly improved. Conclusion The use of narrative medicine can significantly improve students' interest in learning and academic performance..

[Abstract]narrative medicine; digestive system; integrated curriculum; situational classroom

安徽医科大学在2013年设立了“卓越医生教育培养计划”改革班（简称整合班），在以器官系统为基础的整合体系教学改革中摸索了将近10年，积累了很多的经验教训^[1]。我们课程组承担了消化系统整合课程的教学工作，授课过程中，一直强调结合临床病例和思政进行教学，但是同学们的代入感不强。叙事医学设置了特殊的情景课堂，把临床疾病和所学知识融入到创设的特殊课堂情境中，更容易引起学生的共鸣^[2]。本课程消化系统和腹膜的形态学观察部分有4个学时，时间较为充裕，为此，我们在标本观察的同时结合了叙事医学进行授课，取得较为满意的效果。现将经验和教训汇报如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

我校2020级“卓越医生教育培养计划”改革班（整合班）共设置2个小班（4-5班），59人。同一学期，需要上系统解剖学消化系统部分的2021级临床医学专业甲大班包括4个小班（常规班，6-9班），120人。

1.2 前置理论课

消化系统整合课程的解剖学部分共9个学时，包括消化管、消化腺和腹膜三大部分，每个部分都涉及基本形态、血液供应、静脉回流、神经支配。系统解剖学中消化系统设置为6个学时，其中消化管和消化腺的基本形态4学时，腹膜2学时。血管和神经在脉管系统和神经系统里介绍。

1.3 实验课上课方式

系统解剖学实验课中，消化系统和腹膜占3学时，上课步骤包括教师讲解、学生按照实验指导找出关键结构、教师任意抽取结构学生讲解并录

像、随机抽取5个关键结构拍照上传考试系统、教师后台改卷几个部分。

消化整合课程中形态结构部分，学生观察标本时间为2学时，然后结合了“从咸菜说起”的系列故事，在理解形态结构的基础上，结合食物的消化吸收来初步探讨胃炎、阑尾炎、肝硬化的症状和治疗。具体包括：

（1）咸菜的历程：让学生讲解咸菜是怎么从口腔进入消化道，然后再怎么从肛门出消化道的。

（2）咸菜好吃吗？有些人喜欢吃咸菜，闻到咸菜味就流口水（唾液），那么，唾液腺在哪里？怎么分泌的？什么神经控制了唾液腺的分泌？有什么特点？

（3）咸菜干净吗？总体来说，咸菜里面的盐分很高，含有的细菌成份较少。如果制作过程不当，或者进食没有高温加工的咸菜，则可能会导致肠炎、阑尾炎。

（4）得了肠炎怎么办？需要使用止泻药和抗生素，请学生介绍药物进入体内到发挥作用的过程。

（5）我是得了阑尾炎吗？介绍阑尾炎典型的症状（转移性右下腹疼痛）和体征（麦氏点腹压痛和反跳痛），然后再结合腹膜和阑尾之间的关系介绍儿童、成人和老人阑尾炎治疗方案的差异。让学生观察阑尾和结肠带之间的关系，让他们解释手术过程如果寻找阑尾。

（6）再好吃的咸菜都不能多吃：由于咸菜偏咸、偏硬，胃内也不容易消化，因此容易刺激胃黏膜分泌胃酸，引起嗝气、食管返流。长时间的刺激会导致胃炎、胃溃疡的发生。

（7）吃了几十年的咸菜：咸菜长期对胃部的刺激增加了胃癌的发生

率。当患者发生胃癌后，手术切除需要注意处理哪些血管？

（8）肝与咸菜：表面上看，似乎肝和咸菜毫无关系。但是，未加工好的或者变质的咸菜内含有大量的黄曲霉素，经常摄入会诱发肝癌。同时，肝癌患者存在门静脉高压，食管静脉丛和直肠静脉丛曲张，如果摄入咸菜，则有曲张血管破裂的风险。

通过这8大情境的设置，将整个消化系统的形态融合在一起，让学生分组讨论，组织讲解。

1.4 评价指标

不同班级学生的性别、年龄、入学成绩、理论课和实验课考试成绩。设置学生调查问卷，包括：您觉得本次实验课有趣吗（学习兴趣）？；您想继续这样的学习方式吗（学习动力）？您觉得对知识的掌握能力怎样（学习评估）？您有什么对老师说的（盲法留言）？

1.5 统计方法

整合班和普通班学生的性别差异用卡方检验进行比较，不同学习成绩用t检验进行比较。调查问卷用根据人数计算所占比例。

2 结果

整合班男生33名，女生26名，年龄（20.9±1.5）岁；常规班男生70名，女生50名，年龄（19.7±1.4）岁。考虑到2组学生的入学时间相差一年，消除该因素后，组间性别和年龄差异无统计学意义。两组学生的入学成绩（标准分100分）差异无统计学意义。与常规班相比较，整合班理论课成绩和实验课成绩均显著提升（表1）。

表1 整合班和常规班学生的一般资料和学习成绩比较

分组	性别		年龄 （岁）	入学成绩 （分）	理论课成 绩 （分）	实验课成 绩 （分）
	男	女				
整合班	33	26	19.9±1.5	78.9±6.2	81.6±8.6	87.9±7.5
常规班	70	50	19.7±1.4	79.4±7.3	78.6±11.4	81.3±10.0
统计 值	0.093		0.877	0.452	2.381	0.952
P值	0.760		0.381	0.692	0.018	0.343

注：整合班和常规班不同年级，现为消除年级影响后的数据。

学生调查问卷显示，98.3%的学生认为本次实验课非常有趣，100%的学生想在今后继续这种学习方式，96.7%的学生认为通过学习使得知识的掌握更加透彻。在方法留言中，常见有：备用用心、继续、有用、好玩、内容丰富、学习吃力等。

3 讨论

解剖学实验教学一直是人体解剖学教学工作的难点，主要原因有三^[3]：（1）观察的标本需要经过福尔马林的固定，对人体存在一定的刺激，部分学生不愿意动手观察；（2）目的性不强，认为所学知识无用；（3）不知道合理规划时间，走过一遍就认为是看完了，但是实际的理解并不深刻。本次实验课将叙事医学融入教学过程中，通过生活中一个最普通的事件，“从咸菜说起”，拉近了师生之间的距离，同学们不再认为临床知识很遥远。

与常规的单一的案例式教学不同的是，叙事医学更强调故事性、连贯性，通过“从咸菜说起”的系列故事，使得学生把整个消化系统的基本形态、血管供应、静脉回流和神经支配都结合在一起，这就极大吸引了学生的学习兴趣。

案例式教学侧重于专业性，但是对于低年级的学生，他们对临床疾病的感触还不够深刻，因此部分学生认为案例过难，不愿接受。叙事医学强调从生活说起，因此更容易为学生接受^[4]。同时，医学生人文素养的培养、医德水平的提高是一个长期漫长的过程，并不能靠简单的说教所能达到的，更不应该强行的加入思政内容^[5]。通过叙事医学组建的情景课堂，让学生体会到生活中的故事，这些不良生活习惯是怎么一步步影响到身心健康的^[6]，医生应该怎么诱导患者去改正自己的不良习惯，而不是高高在上的指导^[7]。

从调查结果看，绝大部分学生认为叙事医学提高了他们的学习兴趣，激发了他们继续学习的动力，使得他们对于理论知识的理解进一步提高。表现在学习成绩上，理论课和实验课成绩均有了显著的提升。美中不足的是，整合班和常规班的课程设置并不完全相同，因此成绩的比较仅仅只是作为参考。需要看到的是，目前的方式仍然有很多缺陷，有部分学生反应学习时间过长。在短短4个学时的授课过程中，完成这些情景设置与讨论确实非常紧张，在今后的工作中，我们考虑把情景设置放在理论课的课后作业上，实验课已组织大家讨论为主。

综上所述，本次实验课利用叙事医学构建了丰富的情景课堂，通过生活的常识，“从咸菜说起”，引入了人生不同阶段的各种疾病，从而能够显著提高学生的学习兴趣，提高学习成绩。在授课过程中，通过共情的方式让学生切实从患者的角度去体会，从而达到了课堂思政的有机融入，潜移默化地培养了医学生的医德精神。

参考文献：

[1]徐有志，张风云，路文杰. 以《消化系统整合课程》为例初步探究基础医学整合课程教学. 医学教育研究与实践, 2021, 29(4): 537-542.

[2]张颖莹，崔春黎，余晨. 叙事医学在肾脏病理论教学中的运用探讨. 中国继续医学教育, 2022, 14(11): 4-8.

[3]张伟，朱友余，邓雪飞. 系统解剖学实验课线上线下混合式考试改革初探. 医学美容, 2021, 30(9): 179-180.

[4]高香红，刘清华，王箐，等. 翻转课堂结合案例式教学模式在局部解剖学中的应用. 基础医学与临床, 2020, 40(4): 562-565.

[5]孟浩杰，蒋佳怡，张名仪，等. 人体解剖学与医学人文教育相融通的课程思政研究. 南京医科大学学报(社会科学版), 2020, 20(2): 180-183.

[6]罗涛，陈恺，沈莎莎. 解剖实验室中的叙事医学与职业身份形成——以美国贝勒医学院为例. 医学与哲学, 2019, 40(23): 32-35.

[7]刘瑞珍，陈学洪，李启华，等. 课程思政融入解剖学教学各环节模式的设计与实施. 解剖学杂志, 2022, 45(2): 172-173.

基金项目：中华医学会医学教育分会毕业后医学教育学会/继续医学教育学会 2021 年教育管理立项课题（21XL001）

通讯作者：邓雪飞，男，博士，副教授。

健康教育临床路径应用于病毒性肝炎患者中的效果

吴丹丹

江苏省中医院 江苏南京 210000

摘要：目的：对病毒性肝炎患者群体中健康教育临床路径的应用效果展开分析和探讨。方法：根据抽签法将 76 例病毒性肝炎患者随机分为 A、B 两组，分别采用常规护理方法、健康教育临床路径方法施护，观察两组护理效果的差异性。结果：干预后两组患者的健康知识掌握度评分皆较干预前有所提升，其中 B 组提升幅度较 A 组更大；A 组患者的治疗、护理依从率为 97.37%（37/38），明显高于 A 组患者的 78.95%（30/38）（ $P<0.05$ ）。结论：为病毒性肝炎患者实施健康教育临床路径能使之更好掌握与其所患疾病相关的各项健康知识，同时，患者对于治疗、护理的依从性亦能得到有效强化。

关键词：健康教育临床路径；病毒性肝炎；应用效果

因病毒性肝炎患者一般需接受较长时间的治疗方可获得理想疗效，故少数患者会在受治过程中有依从性不高的表现，造成治疗效果下降，所以，寻找出一种能够将病毒性肝炎患者治疗、护理依从性的干预方法寻找出来具有相当的必要性^[1]。

1 临床资料和方法

1.1 研究对象

选择 2021 年 2 月至 2022 年 1 月期间受治于我院的 76 例病毒性肝炎患者，其中 49 例男性、27 例女性，年龄最大的 70 岁，年龄最小的 20 岁，中位年龄（46.37±12.48）岁，疾病类型具体包括乙型病毒性肝炎、戊型病毒性肝炎和丙型病毒性肝炎，分别对应 68 例、3 例、5 例患者。根据抽签法将所有研究对象随机分为 A 组（38 例）、B 组（38 例），两组病例对照资料数据值间不具有明显差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1A 组

采用常规护理方法为组中患者施护，具体包括病情监测、遵医嘱用药、治疗情况评估、并发症预防等措施。

1.2.2B 组

采用健康教育临床路径方法为组中患者施护，患者受治期间根据其具体病情、相关资料及专家建议制定健康教育临床路径表并严格实施，具体内容包：①入院时：接待患者的入院宣教介绍详细，向其讲解医院的病区环境、主治医师、责任护士、探视制度等，予以患者安全防范方面的指导，使患者充分明确受治期间需注意的各项及接受各项临床检验的必要性。②入院 2-3d：通过推送微信视频链接、组织健康教育讲座、发放健康知识手册、面对面沟通等方式为患者实施健康教育，做到健康教育内容通俗易懂，以满足不同文化程度、年龄段患者的接纳能力。③入院 4-5d：为避免患者的不良心理情绪对其疾病治疗造成阻碍，护理人员应积极与患者展开交流，明确其负面情绪的产生原因，并予以针对性疏导，促使患者以积极、乐观的心态配合治疗。④检查时：护理人员应详细向患者普及多项病毒性肝炎检查的操作步骤和检验目的，以获取其检验过程中的积极配合；同时，确保患者有效掌握用药期间的禁忌事项和可能产生的药物副作用，从根本上提升患者的服药依从性。⑤出院时：由护理人员帮助患者整

理、归纳其归家后所需服用的药品，患者出院后定期对其进行随访，嘱患者及其家属注意居家隔离、消毒，告知患者定期复查，确保其掌握正确的自我护理方法。

1.3 观察项目

①借助自拟健康知识掌握度调查问卷评估两组患者干预前后的健康知识掌握情况，其中共包含心理、用药、饮食、自我护理方法四个方面，100 分总分，得分越高则对健康知识的掌握度越好。②采用自拟治疗、护理依从性调查问卷评价两组患者受治期间对治疗、护理的依从性，其中共完全依从、部分依从、不依从三项可选，（完全依从+部分依从）/总例数×100%=依从率。

1.4 统计计算

研究中所涉及数值皆加入 SPSS 21.0 进行计算，t 与 X^2 分别用于检验计量、计数资料， $P<0.05$ 代表数据间差异统计学意义明显。

2 结果

2.1 对比干预前后两组患者的健康知识掌握情况

干预前两组患者的健康知识掌握度评分差异不大（ $P>0.05$ ），经干预皆有所提升，其中 B 组提升幅度较 A 组更大（ $P<0.05$ ）。表 1：

表 1 对比干预前后两组患者的健康知识掌握情况 $[(\bar{x} \pm s)$ ，分]

组别	例数	干预前	干预后
A 组	38	76.25±3.47	82.54±4.03
B 组	38	76.11±3.38	96.37±5.94
t		0.1292	8.6165
P		0.8978	0.0000

2.2 对比两组患者治疗、护理依从性

对于治疗、护理，97.37%（37/38）B 组患者能较好依从，明显高于 A 组患者的治疗、护理依从率 78.95%（30/38）（ $P<0.05$ ）。表 2：

表 2 对比两组患者治疗、护理依从性[n(%)]

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	依从率
A 组	38	7（18.42）	23（60.53）	8（21.05）	30（78.95）
B 组	38	21（55.26）	16（42.11）	1（2.63）	37（97.37）

χ^2	6.1758
P	0.0130

3 讨论

中毒性肝炎是一种具有肝损伤的传染病, 主要由各种肝炎病毒引起。临床上, 它的特点是食欲不振, 恶心, 上腹部不适, 肝脏疼痛和疲劳。一些患者可能会出现黄疸和肝肿大伴肝功能障碍。一些患者可能会变成慢性甚至发展为肝硬化, 一些患者可能会发展为肝癌。人们认识到, 病毒性肝炎的病因学分类有 5 种肝炎病毒 A, B, C, D 和 E, 分别写为 HAV, HBV, HCV, HDV 和 HEV, 但乙型肝炎病毒除外, 它是 DNA 病毒, 其余的是 RNA 病毒。肝炎已有报道, 但迄今为止病原体的分离尚未成功。近年来, 据报道, 庚病毒和 TTV 与属于黄病毒和人类肝炎的单角 DNA 之间的联系仍然存在争议。

1. 急性肝炎

它分为急性黄疸性肝炎和急性无黄疸型肝炎, 其潜伏期为 15 至 45 天, 平均为 25 天, 总疗程为 2 至 4 个月。

(1) 黄疸前有寒战、发热、乏力、食欲不振、恶心、避免出油、腹部不适、肝痛及尿色逐渐加深等症状, 经期平均持续 5~7 天。

(2) 黄疸期发热消退, 皮肤巩膜和发黄, 黄疸症状有改善, 肝敏感, 叩诊痛, 部分患者有轻度脾脏, 此期为 2~6 周。

(3) 恢复期 黄疸逐渐消失, 症状缓解甚至消失, 肝脾恢复正常, 肝功能逐渐恢复, 目前期从 2 周持续到 4 个月, 平均 1 个月。

2. 慢性肝炎

乙型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎或肝炎患者急性肝炎持续 6 个月以上, 但仍有症状、体征和肝脏问题, 可被诊断为慢性肝炎。常见症状包括疲劳、全身不适、食欲不振、肝脏不适或疼痛、腹胀、低质量发热、面部暗征、巩膜黄、蜘蛛粘土或手掌、肝脏大、质地适中或感觉饱胀、叩诊、严重法兰, 可发生黄疸加深、腹胀、下肢水肿、出血倾向和肝脑病, 根据肝损伤程度临床上可 分为:

(1) 轻度疾病为轻度, 症状不明显, 或者虽然有症状和体征, 但生化指标中只有 1-2 种轻度疾病。

(2) 中度症状和体征, 介于轻度和重度之间。肝功能异常变化。

(3) 肝炎的严重症状如疲劳、烦躁、腹胀、大便稀便等, 可伴有面部肝病、掌痣、蜘蛛痣或

肝脾肿大和其他病因被消除, 并且没有门静脉高压。实验室检测血清中, 丙氨酸转氨酶反复或连续升高: 白蛋白降低或 A/G 比值异常, 白蛋白 $\leq 32\text{g/L}$ 时 γ 球蛋白显著升高, 胆红素 $>85.5\mu\text{mol/L}$, 凝血酶原活性从 60%~40%, 三项研究之一可诊断为慢性肝炎重症。

3. 严重肝炎

(1) 急性重症肝炎 急性、快速进展、深部黄疸、肝小。发病后 10 天内, 神经精神症状迅速出现, 出血倾向明显, 且有肝脏气味、腹部分泌物、肝肾综合征、凝血酶原活性小于 40%, 其他原因均排除, 胆固醇低且肝功能明显异常。

(2) 亚急性重症肝炎发病 10 天后, 仍存在明显的疲劳、偏差、严重黄疸 (胆红素 $>171\mu\text{mol/L}$), 出现腹胀和腹腔积液, 出血现象较明显, 一般肝丢失不明显, 肝病较常见于晚期严重肝功能损害: 血清 ALT 增加或不显著, 且总胆红素显著升高, 即: 保温胆汁、A/G 比值倒置、 γ -球蛋白升高、凝血酶原时间增加、凝血酶原活性 $<40\%$ 。

(3) 慢性重症肝炎 是慢性肝炎肝硬化或携带乙型肝炎表面抗原, 影像学检查、腹腔镜检查或肝穿刺支持肝炎的慢性表现, 发生亚急性重症肝炎的临床表现和慢性重症肝炎的实验室变化发生。

4. 胆汁淤积性肝炎

开始时类似于急性黄疸性肝炎, 但意识症状往往较轻, 肝脏有明显增多, 皮肤瘙痒, 粪便颜色浅, 血清碱性磷酸酶, γ 转氨酶, 胆固醇明显升高, 黄疸深, 胆红素主要直接升高, 转氨酶的增加很小, 凝血酶原的时间和凝血酶原的活性是正常的。轻度临床症状和深部黄疸并不相似。

5. 肝炎后肝硬化

早期肝硬化必须基于病理诊断、超声和 CT 检查等, 而腹腔镜检查是最有价值的适应症。肝硬化的临床诊断是指患有门静脉高压的慢性肝炎患者, 如腹壁和食管静脉曲张、腹胀、肝脏缩小、脾静脉内径增大等, 除其他原因外, 可引起门静脉高压, 按肝炎的活动程度分为活动性肝硬化和静止性肝硬化。

以往, 在病毒性肝炎患者受治期间临床方面常采用常规护理方法为其实施护理, 健康教育仅局限于文字叙述和口头指导, 导致不同年龄阶段、不同文化程度患者的健康教育需求得不到充分满足, 最终所获的干预效果也不甚理想。健康教育临床路径是一种充分体现出“以人为本”理念的干预方法, 患者自始至终均为施护的中心, 能根据患者的具体情况和疾病特点为其实施更具针对性的健康教育, 使患者受治期间所接受的健康教育更加集中, 使之对于疾病健康知识的掌握度得到有效强化^[2-3]。

为进一步提升病毒性肝炎患者的健康知识掌握度, 本研究采用健康教育临床路径方法为 38 例 B 组患者实施了干预, 结果显示: 相较于受治期间接受常规护理的 A 组患者来说, B 组患者干预后对健康知识的掌握度更好, 治疗、护理依从性更佳, 在很大程度上说明了健康教育临床路径在强化病毒性肝炎患者健康知识掌握度、提升其治疗护理依从性方面所起到的积极作用。

综上所述, 为病毒性肝炎患者实施健康教育临床路径能使之更好掌握与其所患疾病相关的各项健康知识, 同时, 患者对于治疗、护理的依从性亦能得到有效强化。

参考文献:

- [1] 丁秋凤. 健康教育临床路径在病毒性肝炎患者护理中的应用研究[J]. 智慧健康, 2019, 5(30): 24-25.
- [2] 曹立茹. 健康教育临床路径实施在病毒性肝炎患者护理中的效果研究[J]. 中文信息, 2020, 14(7): 233.
- [3] 成华枫. 健康教育临床路径应用于病毒性肝炎患者中的效果及满意度分析[J]. 医学美容, 2020, 29(14): 133-134.

“两性一度”标准的线上线下混合式“金课”在《神经病学》建设中的应用效果

谭庆晶¹ 梁宗锦² 黎晓东¹ 钟洁¹★

1.广西中医药大学第一附属医院脑病科 广西南宁 530023; 2.广西中医药大学第一附属医院肿瘤科 广西南宁 530023

摘要: 目的: 分析基于“两性一度”标准的《神经病学》线上线下混合式“金课”建设中的应用效果。方法: 2021年6月开始, 选择2017级、2018级广西中医药大学在校学生中200名作为教学对象。2017级学生采取传统教学法, 设定为对照组, 2018级采取“两性一度”标准的《神经病学》线上线下混合式“金课”进行授课, 设定为观察组。分析比较两种教学模式下的学习效果差异性。结果: 观察组理论和临床综合能力考核成绩明显较高, 观察组OSCE各站点成绩明显较高, 观察组临床见习效果明显更好, 观察组平时成绩明显较高, ($P<0.05$) 为差异显著, 有统计学意义。结论: 基于“两性一度”标准的《神经病学》线上线下混合式“金课”的建设与应用, 能够提高学生OSCE各站点成绩, 增强学生的临床见习效果。

关键词: “两性一度”; 《神经病学》; 线上线下混合式; 金课; 应用效果

目前, 高校课堂上的学生主要由“90后”、“00后”组成, 这个群体的成长特点也在悄然发生变化。他们所处的互联网时代, 信息高度发达, 获取资源的便捷性、广泛性在传统教育时代难以想象。传统的单向性讲授、“满堂灌”、“填鸭式”的教学模式已很难吸引这个群体, 他们可以通过互联网寻找“生动”、“有趣”的学习资源, 课堂这个传统教学主阵地的地位正逐渐动摇。教师的任务式教学、学习知识枯燥、乏味且陈旧、学生对课堂兴趣的缺失, 造成了“水课”现象普遍存在, 严重制约了学生学习的创新性以及自主能动性, 从而影响了教学的有效性。“金课”具有“两性一度”标准, 即高阶性、创新性和挑战度。高阶性指的是通过知识、能力、素质的有机融合, 培养学生解决复杂问题的综合能力和高级思维, 没有标准答案, 更多的是能力和思维的训练。“金课”的创新性特征可以从根本上革除知识陈旧、教学方法单一等教学弊端, 其高阶性特征杜绝了学生不认真学习也能轻松通过考试的现象。

《神经病学》作为医学一门独立的课程, 教学内容繁多且抽象、复杂、晦涩难懂, 空间性、逻辑性、实践性很强, 传统的教学模式, 单凭教师用三言两语或简单的语言描述难以表达清楚, 学生缺乏感性认识, 且学习知识的枯燥乏味, 教师讲课的平铺直叙、热情缺乏, 师生互动少, 导致很多学生对《神经病学》这一学科提不起兴趣, 造成学习效果较差。“两性一度”标准的《神经病学》线上线下混合式“金课”能够丰富教学内容, 增加教学趣味性, 从而提高学生在《神经病学》这门课程中的学习效果。此次研究则分析基于“两性一度”标准的《神经病学》线上线下混合式“金课”建设中的应用效果。详细内容见下文:

1 资料与方法

1.1 一般资料

2021年6月开始, 选择2017级、2018级广西中医药大学在校学生中200名作为教学对象。2017级学生采取传统教学法, 设定为对照组, 2018级采取“两性一度”标准的《神经病学》线上线下混合式“金课”, 设定为观察组。分析比较两种教学模式下的学习效果差异性。纳入标准: ①学生均了解本次研究内容及目的。排除标准: ①配合度较低, ②中途退出。

1.2 方法

对照组采取传统教学方法, 观察组采取“两性一度”标准的《神经病学》线上线下混合式“金课”进行授课。

1.2.1 对照组

主要采取课程理论讲解, 学生做笔记形式。在病房选择示教患者后, 教师作问诊、查体示范等, 学生分小组进行问诊, 查体, 记录病史。带教老师对学生实际操作进行点评。

1.2.2 观察组

主要内容: ①教师确定教学目标, 选定教学内容, 设置任务模块, 设计考核形式。而后, 根据上述的课程教学信息, 选择具有较强适应性和实用性的线上线下教学资源, 在课前、课中及课后实施有效结合, 通过课前、课中、课后学习的循环与互促, 融合师生及生生之间线上线下的交流与互动。线上课程集学、练、测、评为一体, 结合课堂面授形成完整的学习闭环。②在网络教学平台给学生布置学习任务, 提供不同层次的教学资料, 结合教学内容, 设置多模态化教学手段, 增加学习闯关模块、小游戏、拖拽题、分组PK答题等, 回答正确者给予学分奖励。学生接受任务之后, 通过电脑或手机APP客户端访问的方式, 根据个人的需求和层次, 选择教师提供的教学资料, 独立或协作地进行自主学习。在学习过程中, 学生如遇到问题或难点时, 及时在线网络平台、微信、QQ向老师或同学提问, 获得老师或同学的辅导与帮助。完成一个知识单元自学后, 及时进行在线自测, 评估一下自学效果, 查漏补缺, 以便在后续环节给予解决。③采用线上、线下课堂学习相结合的方式。授课教师利用虚拟仿真、微课等线上教学资源, 用生动丰富的图像替代枯燥的文字描述, 用大量的视听信息、高科技手段来冲击学生的思维兴奋点, 通过图像、视频及三维立体动画使教学内容表现得直观、生动、形象, 把复杂难懂的神经理论知识转化为学生易于接受的内容。比如: 在帕金森病一课中, 静止性震颤、慌张步态、面具脸等症状表现的文字描述较为抽象, 通过课程资源库中患者的照片和摄影资料以及虚拟现实技术, 让学生真正“看到”临床表现。④课后, 学生自行在线上教学平台完成课后巩固练习, 对所学知识加以巩固拓展, 安排线上教师答疑, 及时解决学生学习中的疑惑。平台中可以“闯关模式”及“派发红包”、“奖励学分”、设置“学习明星榜”等多种手段激发学生学习的兴趣, 学生可在课后反复学习、练习, 直至通关为止, 闯关者可以有学分奖励。授课教师可对后台形成的数据加以课堂教学效果的分析和了解, 及时了解每个学生的学习状况以及学习过程中遇到的问题和困难, 并提供有针对性的指导, 同时对没有按时完成作业的学生进行督促, 课后巩固练习在课程考核中占有一定比例。

1.3 观察指标

对学生进行问卷调查, 根据问卷调查表对学生线下理论、临床见习成绩进行分析。对学生进行问卷调查, 根据问卷调查表对学生目标结构化临床考试(OSCE)成绩进行分析。对学生进行问卷调查, 根据问卷调查表对学生平时成绩进行分析。总成绩为100分, 其中线下理论考核占40%, 目标结构化临床考试(OSCE考核)占20%, 临床见习占20%, 平时成绩(包括出勤、课堂提问、课前课后线上过程性考核等)占20%。

1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS20.0 软件中分析, 计量资料比较采用 t 检验, 并以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 率计数资料采用 χ^2 检验, 并以率 (%) 表示, ($P < 0.05$) 为差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 分析两组线下理论、临床见习成绩

得出结果, 观察组线下理论成绩和临床见习成绩明显较高, ($P < 0.05$) 为差异显著, 有统计学意义。见表 1。

表 1 分析两组线下理论、临床见习成绩 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	线下理论成绩	临床见习成绩
对照组	100	28.02±2.11	15.44±1.20
观察组	100	36.44±2.37	18.23±1.34
t	-	26.535	15.511
P	-	0.001	0.001

2.2 分析两组 OSCE 成绩

得出结果, 观察组在临床病史的采集、体格检查、诊断、辅助检查及治疗方面成绩明显较高, ($P < 0.05$) 为差异显著, 有统计学意义。见表 2。

表 2 分析两组 OSCE 成绩 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	临床病史的采集	体格检查	诊断	辅助检查及治疗
对照组	100	3.11±0.22	3.10±0.45	3.07±0.19	3.28±0.43
观察组	100	3.67±1.13	3.73±1.19	3.50±1.07	3.70±1.11
t	-	4.864	4.952	3.957	3.528
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

2.3 分析两组平时成绩

得出结果, 观察组在出勤、课堂提问、课前课后线上过程性考核成绩方面明显较高, ($P < 0.05$) 为差异显著, 有统计学意义。见表 3。

表 3 分析两组平时成绩 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	出勤	课堂体问	课前课后线上过程性考核
对照组	100	3.34±0.22	3.20±0.17	3.10±0.11
观察组	100	4.29±1.20	4.22±1.23	4.33±1.30
t	-	7.787	8.215	9.428
P	-	0.001	0.001	0.001

3. 讨论

目前神经病学教学现状: (1) 学生基础知识不牢固, 和临床实际不符合, 学生难以将基础知识应用于临床中。(2) 教学方式单一, 教学内容复杂, 学生难以理解。传统教学方法采取课程理论讲解, 学生做笔记形式。仅仅依靠教师简单的语言讲解, 学生难以对复杂理论知识进行理解, 导致问题滞留, 长时间堆积, 学生会产生恐惧, 引起学生反感等不良情况。加上教师在讲解过程中语言平淡, 互动性较少, 导致课堂氛围不活跃, 学生会感觉枯燥, 无趣, 从而造成教学效果较差状况。(3) 在实习阶段, 神经系统疾病较复杂, 实习生难以掌握, 难以建立正确的诊断思维。对于医学生而言, 往往会有内容太多、理不出头绪、不易理解等学习困惑, 进而丧失对《神经病学》的学习热情。(4) 在教学过程中, 缺乏讨论, 没有将学生作为主体。仅仅只是单纯将知识授予学生, 没有考虑到学生是否能够理解, 同时也忽略学生自主思考能力。(5) 学习评价的反馈滞后, 不利

于教学双方及时发现问题。因此, 如何在教学方法中改革创新, 提高学生学习兴趣, 变被动学习为主动学习, 增强教师责任感, 师生互动增加, 从而增强课堂教学效果、提高教学质量, 最终提升人才培养质量成为了关注的焦点。

基于“两性一度”标准的《神经病学》线上线下混合式“金课”教学模式主要切入点在于“教学模式改革”和“综合能力、创新思维能力培养”, 以此二者为核心才能实现教学质量的提高, 最终达到“人才培养”的目的^[1-2]。采用学生课前线上学习、课中线上线下相结合的翻转课堂以及课后线上监管、巩固练习、答疑等多元化教学模式, 通过课前、课中、课后学习的循环与互促, 建立优质科学的教学平台, 手段多模态化, 注重趣味导向、线上线下的交流与互动, 进一步提高学生学习的兴趣及自主探究的能力, 有利于教学质量的提高^[3-4]。通过线上线下混合式教学模式, 授课教师可对后台形成的数据加以课堂教学效果的分析和学情, 及时了解每个学生的学情, 并提供有针对性的指导。采用多元化的教学评价方式, 推行“线下理论考核”、“线上过程性考核”、“目标结构化临床考试(OSCE)”、“见习成绩”、“平时成绩”等形成性评价、考核机制^[5-6]。这种多元化的考试制度对医学生学习能力的评价更全面, 有利于高素质人才的培养, 避免以单纯的理论考试来检测学生学习效果的弊端。此次研究则分析“两性一度”标准的《神经病学》线上线下混合式“金课”的建设效果。结果发现, 观察组理论和临床综合能力考核成绩明显较高, 观察组 OSCE 各站成绩明显较高, 观察组临床见习效果明显更好, 观察组平时成绩明显较高, ($P < 0.05$) 为差异显著, 有统计学意义。将线上线下混合结合案例式教学模式应用在中医骨科教学中, 达到的效果和本文研究效果一样。采取线上线下混合结合案例式教学模式后学生期末考试成绩明显较高, 学生学习兴趣, 自学能力以及发现和解决问题能力, 临床思维能力明显提高。说明“两性一度”标准的《神经病学》线上线下混合式“金课”效果较明显。

综上所述, 基于“两性一度”标准的《神经病学》线上线下混合式“金课”的建设与应用, 能够提高学生 OSCE 各站成绩, 增强学生的临床见习效果。

参考文献:

- [1] 路皖庆, 党幸星, 张欣然等. 基于慕课的线上线下局部解剖学混合教学模式的设计及实施[J]. 解剖学杂志, 2021, 44(05): 446-448.
 - [2] 郝莉, 田新红, 于世奇等. 线上线下混合式教学在中医院校研究生神经解剖学中的应用[J]. 中国新通信, 2021, 23(17): 223-225.
 - [3] 李敏, 张倩, 屈延等. 线上线下联合 CBL 在神经外科专培机械通气教学中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13(18): 22-25.
 - [4] 尹洁, 景玉宏, 张朗等. 临床医学专业神经解剖学线上线下混合式教学实践[J]. 基础医学教育, 2020, 22(08): 591-593.
 - [5] 王远, 徐放, 杜红禹. 线上线下混合式教学模式在病理学中的研究与实践[J]. 中国继续医学教育, 2022, 14(08): 16-20.
 - [6] 陈丽名, 屈杰, 谷浩荣等. 线上线下混合式教学模式及形成性评价在《伤寒论》教学中的设计和应用[J]. 时珍国医国药, 2022, 33(04): 966-967.
- 基金项目: 1. 2020 年度广西高等教育本科教学改革工程一般项目 A 类“基于‘两性一度’标准的《神经病学》线上线下混合式‘金课’的建设路径探究”(2020JGA209);
2. 2021 年度校级教育教学改革与研究重大项目“依托虚拟问诊技术促进中医院校本科生实践能力创新能力的培养”(2021A003);
3. 2021 年度广西高等教育本科教学改革工程一般项目 A 类“基于‘精准混合式教学模式’融合‘思政理念’, 临床实践教学协同育人模式的构建与实施”(2021JGA222)。

无偿献血宣传招募工作中健康教育的应用分析

张寒梅

淄博市中心血站 山东淄博 255033

摘要:目的:研究且分析于无偿献血宣传招募工作期间运用健康宣教的效果及相关影响。方法:选择420名无偿献血者研究,均于2018年1月至2020年1月在本站实施无偿献血,视2018年1月~2019年1月为对照组(常规健康宣教),视2019年2月至2020年1月为试验组(全面健康宣教),对比不同教育模式运用效果。结果:①献血反应发生率:试验组献血反应发生率4.29%(轻度、中度及重度反应)与对照组18.57%比表现出更低水平,对比 $P<0.05$ ($\chi^2=21.169$, $P<0.001$);②无偿献血知识与法律法规知识掌握状况:试验组对其抽取患者相关知识知晓程度(无偿献血知识掌握度、法律知识掌握度、愿意再次献血及愿意与亲友讲述献血经历)实施测评,其测评值98.10%、96.19%、97.14%及96.67%均高于对照组80.95%、80.00%、76.19%及79.52%,对比 $P<0.05$ ($\chi^2=32.901$ 、26.244、39.890、29.423, $P<0.001$);③满意度:试验组经对抽取献血者满意度实施测定,其测定值99.05%高于对照组90.47%,对比 $P<0.05$ ($\chi^2=15.541$, $P<0.001$)。结论:无偿献血宣传招募工作期间运用健康宣教效果确切,可减轻或避免献血不良反应,加强安全无偿献血意识,增加再次献血率,值得借鉴。

关键词:无偿献血;宣传招募工作;健康教育;献血反应;效果

自相关文件指出消除有偿献血且于3年内实现全国范围内零有偿献血后,截至2016年,全国范围内无偿献血人数已达到1300多万人次。为进一步稳固无偿献血模式,增强或提高人们对于无偿献血知识的认知,保证临床用血的安全性,对无偿献血者开展健康宣教是当下重点热议话题^[1]。近年来,血液采集量大幅度增升,然而各区域临床用血增多量不均衡,常常有血液偏型、季节性血荒等事件发生,因此采血、供血机构需进行无偿献血宣传力度的加强,采取多样化形式开展健康宣教,使人们对献血知识有更进一步的认识,树立健康献血观念,进而提升献血安全性及血液质量,改善血荒等不良局面^[2]。健康宣教核心在于借助行为干预、信息传播与扩散,促进群体及个人对卫生保健知识加以掌握,自觉实施有益于身心健康的教育行为与过程^[3]。有研究指出,无偿献血宣传招募工作中予以健康宣教有益于加强献血者依从性,维持身心健康,同时借助献血者亲身体验,使其自觉普及《献血法》,宣传有关法律政策,从而使人们对无偿献血的积极性提高^[4]。本研究对2018年1月至2020年1月420名无偿献血者开展分析,现作如下报告。

1 资料与方法

1.1 资料与方法

1.1.1 一般资料 选择420名无偿献血者研究,均于2018年1月至2020年1月在本站实施无偿献血。

1.1.1.1 基础资料 视2018年1月~2019年1月为对照组(常规健康宣教),视2019年2月至2020年1月为试验组(全面健康宣教),对照组210名男/女=115:95,年龄23~35(29.05±1.46)岁;试验组210名男/女=120:90,年龄22~35(28.85±1.45)岁,两组基线资料比较($P>0.05$),存在可比性。纳入研究对象均对此研究知情,且同意参与。本研究经医学伦理委员会批准实施。

1.1.2 纳入标准:①献血者言语表达功能正常;②无精神性疾病。

1.1.3 排除标准:①精神罹患、表达功能异常;②血液系统病;③既往伴高血压史、糖尿病史。

1.2 方法

对照组于献血期间开展常规、单一健康宣教,具体是指在献血前后就献血须知事项告知于患者,且监测献血过程中有可能发生的不良反应,耐心答疑,出现异常反应第一时间予以处理。

试验组于献血期间行全面健康宣教:①媒体健康教育。随经济社会发展,媒体教育已成为献血招募宣传的有效手段,基于健康教育指导下,将无偿献血作为中心,进行多途径、多样化健康宣教宣

传活动的展开,途径包括手机、电视、网络等,借助多途径宣教模式使人们树立无偿献血意识,提高献血积极性。②走进社区。在节假日时将献血车停放至社区,向社区居民宣传献血,事实证明,献血车不仅为血液收集的重要途径,亦是无偿献血宣教的关键性手段,可获理想效果。③多形式宣传活动。定期组织无偿献血活动,于活动中进行献血知识的积极宣教,创建健康且和谐的宣教环境,宣传活动可以是演讲会、座谈会,亦可以是热线咨询等,如此一来实现情境交融宣教目的。④其他健康宣教。在当地中心广场屏幕上以滚动形式播放献血口号,同时在繁华街道悬挂公益广告牌,或是在公交车等公共交通设备上粘贴宣传海报等,力争全方位宣传^[2]。

(2)健康宣教:①落实岗前培训:对参与献血健康宣教护理人员开展健康教育有关知识的培训及学习,经考核后成绩合格者方可上岗。②具体内容:a 献血前:为献血者发放图文并茂健康手册,主要内容涵盖献血反应处理办法、献血条件等,并以“1对1”的模式开展健康讲座,专门邀请经验丰富护士向献血者讲述无偿献血知识,且做好其疑问解答工作。向献血者说明献血日清晨需进食清淡食物(馒头、稀粥类),防止出现头晕等献血反应;献血前几日,注意饮食要忌食高蛋白、高脂肪食物,献血前1日睡眠充足,忌酒。b 献血中:详细、认真问询献血者献血知识掌握程度,耐心引导其自觉配合献血工作;以温和、亲切的言语关爱献血者,减轻其焦虑、害怕等情绪,以稳定的情绪实施献血。此外,观察献血者有无不良反应,比如口渴、心慌、胸闷等,如若有此类表现应立即开展对症干预。c 献血后:献血结束后指导献血者按压针眼,叮嘱其献血后1~2d保持充足休息,严禁参与高强度运动或重体力劳动,同时减少看手机、电视的频率,多饮水,补充足够的体液,必要时可饮用红糖水。适当进食蔬果、豆制品及新鲜鱼虾。尽可能选择对造血功能有益处的食物,如香菇、动物肝脏等。

1.3 观察指标

①献血反应发生率。统计、记录两组献血过程中出现的献血反应,包含轻度(献血反应中主要有头晕、面色惨白等表现)、中度(伴恶心呕吐、胸闷等不适感)、重度(持续性低血压、脑缺血等)。

②无偿献血知识与法律法规知识掌握状况。以现场问卷调查方式测评,涵盖无偿献血知识掌握度、法律知识掌握度、愿意再次献血等。

③满意度。采取自拟无偿献血满意度量表就本次教育满意度展开测评,涵盖很满意(90分~100分)、满意(75分~89分)及不满意(<74分),总分100分,该量表信效度0.82。

1.4 统计学方法

借助版本为SPSS20.0的统计软件对研究数据开展分析,其中定性资

料以百分比(%)表示, 检验用 X², 定量资料以(±s)表示, 行 t 验证, 两组对比于统计学有无意义可以 P<0.05 为参考依据。

2 结果

2.1 献血反应发生率结果对比

统计结果可知, 试验组献血反应发生率 4.29% (9/210) 相较于对照组 18.57% (39/210) 低 (P<0.05), 见表 1。

表 1 献血反应发生率结果对比 (n; %)

组别	轻度	中度	重度	总发生率
试验组 (n=210)	5 (2.38)	3 (1.43)	1 (0.48)	9 (4.29)
对照组 (n=210)	16 (7.62)	13 (6.19)	10 (4.76)	39 (18.57)
χ^2	--	--	--	21.169
P	--	--	--	<0.001

2.2 无偿献血知识与法律法规知识掌握状况结果对比

试验组在无偿献血知识掌握度 98.10%、法律知识掌握度 96.19%等方面高于对照组 80.95%、80.00% (P<0.05), 见表 2。

表 2 无偿献血知识与法律法规知识掌握状况结果对比 (n; %)

组别	无偿献血知识	法律知识	愿意再次献血	愿意与亲友讲述献血经历
试验组 (n=210)	206 (98.10)	202 (96.19)	204 (97.14)	203 (96.67)
对照组 (n=210)	170 (80.95)	168 (80.00)	160 (76.19)	167 (79.52)
χ^2	32.901	26.244	39.890	29.423
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 满意度结果对比

试验组总满意度达 99.05% (208/210), 相比之对照组 90.47% (190/210) 表现出更高水平 (P<0.05), 见表 3。

表 3 满意度结果对比 (n; %)

组别	很满意	满意	不满意	总满意度
试验组 (n=210)	110 (52.38)	98 (46.67)	2 (0.95)	208 (99.05)
对照组 (n=210)	100 (47.62)	90 (42.86)	20 (9.52)	190 (90.47)
χ^2	--	--	--	15.542
P	--	--	--	<0.001

3 讨论

随着经济体制改革, 无偿献血模式也发生改变, 从既往无计划模式转为有计划发展, 加之人们对健康意识的逐步增强, 使全面健康宣教在无偿献血招募中地位愈加显著。献血前采取健康宣教不仅可进行献血者献血积极性及参与性的有效提升, 亦能促进其身心健康, 同时也能借助亲身经历实现献血健康教育的宣传目的; 明确向献血者宣讲献血前后须知事项, 可使其做好足够的心理准备, 提高献血安全性^[5-6]。

本次研究选择 420 名无偿献血者研究, 结果发现: 试验组献血反应相较于对照组具显著优势 (P<0.05), 证实健康宣教可纾解献血者于献血期间的不良情绪, 降低亦或是避免献血途中有可能发生的面色苍白、头晕目眩及恶心等反应, 提高健康水平。分析: 多元化宣教途径包括媒体健康教育、社区宣教及演讲会、座谈会宣教等, 不仅提供充足的血源, 且扩增了献血人员范围, 拓宽献血渠道, 使更多的人认识及掌握无偿献血政策, 从

而将以往“被动献血”转变为“主动献血”, 保证血液充足的同时提高血液质量, 与文献报道一致^[7-8]。另外, 全面健康宣教可降低献血反应程度, 使更多的首次献血者变成固定献血者, 不断壮大献血队伍, 提高献血成功率, 进而实现用血安全、献血安全的双向目的。本研究结果示, 试验组献血知晓率及再次献血率、法律知识掌握度均与之对照组比高 (P<0.05), 提示健康宣教有益于增强献血者对献血知识的掌握, 提高再次献血率, 这与既往研究结果一致。分析: 实践认为, 健康宣教重点在于通过国家、家庭、个人协同采取措施提倡健康行为, 树立积极向上的健康生活观念, 纠正与提高人们应对健康问题的行为能力, 以促进其养成健康、良好的生活行为与方式^[9]。考虑是健康宣教中通过与患者主动沟通, 介绍献血知识与政策, 同时阐明献血过程中可能出现的不良反应, 使献血者提前做好心理准备, 减轻恐惧、紧张等情绪, 积极配合献血工作。研究指出^[10], 心理、精神及环境因素均可引发献血反应, 而相关数据表示, 初次献血者其献血反应远高于再次献血者。此外, 本研究结果示, 试验组满意度相比之对照组高 (P<0.05), 提示全面健康宣教有益于提升献血者满意度, 促进医患关系和谐。分析: 全面健康宣教不同于常规化健康宣教, 其内容丰富, 结构多样化, 能够基于献血者心理、性格特征等基础上予以针对性宣教, 通过评估献血者对无偿献血的掌握度, 主动沟通了解其紧张、害怕情绪原因, 通过多媒体、健康手册及社区活动等形式展开宣教, 提高其对无偿献血的认知度, 获取信任, 主动配合献血, 从而减少献血反应, 提高献血安全性及满意度。郭瑞洁等人^[11]对 2020 年 3 月至 2021 年 3 月实施无偿献血健康者开展研究, 随机分组结果发现, 全面健康宣教组献血反应 5.08% 明显低于常规宣教组 19.14%, 与本研究试验组 4.29% 献血反应较对照组 18.57% 低的结果一致, 证实本研究真实可行。本研究局限在于样本收集量少, 观察时间短, 未来还需展开多中心、大样本的研究, 以更好的开展无偿献血工作。

综上, 无偿献血宣传招募工作期间运用健康宣教效果确切, 可减轻或避免献血不良反应, 加强安全无偿献血意识, 增加再次献血率, 属可行性、理想的健康教育方案, 值得借鉴。

参考文献:

- [1] 刘海红, 杨坤, 毋小慧. 无偿献血宣传招募工作中健康教育的应用分析[J]. 养生保健指南, 2018(013):20-21.
- [2] 黄权梅, 安媛媛, 李秀梅. 健康教育对无偿献血者的影响[J]. 临床医药实践, 2019, 028(004):314-315.
- [3] 戴盼, 欧阳玲. 健康教育路径在体检中心护理工作中的应用分析[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(24):4112-4114.
- [4] 方娟. 微信平台在无偿献血者健康教育中的应用[J]. 当代护士:学术版, 2018, 025(003):123-124.
- [5] 石海鹏. 浅议无偿献血健康理念的普及在健康扶贫工程中的作用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(A0):338-339.
- [6] 蒋巧香, 徐雪梅. 微信平台健康宣教在无偿献血招募中的应用效果[J]. 中国乡村医药, 2021, 28(04):44-45.
- [7] 黄公昌, 杨红欣, 王磊. 健康教育指导对血站采血点无偿献血者献血反应的预防效果观察[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(02):8+7.
- [8] 熊明, 胡烨, 叶春芳. 健康教育与健康促进在无偿献血过程中的应用[J]. 海南医学, 2020, 31(16):2123-2125.
- [9] 谢菁. 浅议微信公众平台献血健康教育对无偿献血认知度的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(58):359-360.
- [10] 张进. 精准化无偿献血健康科普教育模式探讨[J]. 中国输血杂志, 2018, 31(06):691-692.
- [11] 郭瑞洁, 安媛媛. 无偿献血过程中的健康教育与健康促进[J]. 临床医药实践, 2018, 27(06):479-480.

健康教育干预在产后出血护理中的应用效果

支音

齐齐哈尔市中医医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要:目的 探讨健康教育在产后出血护理中的应用效果。方法 研究对象 60 例为产后出血护理患者,以电脑随机法分为 A (n=30)、B (n=30) 两组,均给予患者常规护理干预,B 组联合健康教育干预,并进行干预效果的组间对照分析,研究起止时间为 2021 年 1 月—2021 年 12 月。结果 B 组较 A 组产后出血持续时间、各时间结点头出血量、心理状态量表评分均更少,护理依从性、健康知识认知率及护理满意度均更高,对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 健康教育的应用不仅可以提升产后出血患者对疾病健康知识的认知率,同时还可以提升护理依从性,对稳定心理状态表现,缩短产后出血持续时间及减少出血量均有显著影响意义,具备临床推广价值。

关键词: 健康教育; 产后出血; 心理状态; 健康知识; 护理依从性; 满意度

产后出血的主要临床表现为大量阴道内出血和休克,是生育过程中的重大并发症之一,同时也是孕妇死亡率的重要因素,对孕妇的生殖保健工作和安全生产造成了很大的影响【1】。所以,做好防治产后出血对于保障产妇安全起了关键作用。而在临床实践中有针对性的对于产后出血患者实施相对适宜的护理,是有效改变其出血情况,并处理有关并发症的理想举措,通过对患者实施及时有效的健康教育与护理干预,可以使患者的出血获得非常明显地减少,使患者的护理效果和护理满意程度都得到显著的提,并积极促进疾病预后质量的改善与提升【2】。故本次就健康教育的干预效果展开进一步研究,以期取得满意的临床预期,并惠及产后出血产妇,现做如下报告:

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象 60 例为产后出血护理患者,以电脑随机法分为 A (n=30)、B (n=30) 两组,研究起止时间为 2021 年 1 月—2021 年 12 月。所有患者均为在我院分娩且出现产后出血,同时产科资料齐全,并对本次研究表示知情且同意。此外本次研究将排除凝血功能障碍、血液传染性疾病、精神疾病、沟通异常、认知功能障碍、严重代谢性/免疫性疾病患者。其中 A 组年龄 21-38 岁,均值 (28.32±3.71) 岁;孕周 35-40 周,平均 (38.84±1.60) 周。体重 59-87kg,均值 (68.54±7.75) kg;受教育年限 9-17 年,均值 (14.82±3.37) 年。B 组年龄 20-39 岁,均值 (28.66±3.82) 岁;孕周 36-39 周,平均 (38.57±1.54) 周。体重 57-88kg,均值 (68.65±7.80) kg;受教育年限 9-18 年,均值 (14.93±3.41) 年。一般资料对比 ($P > 0.05$)。

1.2 护理方法

所有患者均接受常规护理干预,根据混着各种产后出血病因实行了分类护理。方法:(1) 因胎盘因素所引发的产后出血,要及时抽取胎盘,并仔细察看胎膜的完整性,必要时可行刮宫处理【3】;(2) 宫缩乏力型产后出血,在护理上应选用宫缩剂以及按摩法促使子宫收缩,进而提高子宫平滑肌的收缩力,减少出血量;必须注意的是对合并高血压和心脏病患者,不能使用麦角新碱疗法,可通过无菌纱布宫腔填塞法压迫血压,降低出血量;进行止血处理后要按照无菌原则,积极防止感染【4】;(3) 软产道破裂所致的产后出血,应立即对损伤部位进行缝合处理,在患者的生命安全遭受危及及时,护理人员应当协助医生争取适当抢救时机,并果断选择处理措施,将补足的血液容量和止血措施同步实施,并注重检查呼吸、脉搏、意识、血压变化等生命体征;(4) 阴道血肿者,必须及时清除血块,并予以有效缝合。

在常规护理干预基础上 B 组患者添加健康教育干预,首先根据情况建立、健全的健康教育护理小组,由全体成员根据患者情况设计并制订出与此相对应的健康教育方案,并由组员根据健康教育步骤做出合理的时间分配,确保每一项护理工作都能够职责到人,并确保各项步骤内容都能够得到有效实施和推进【5】。同时对于患者的具体情况进行深入细致的检测、

观察和评判,针对结果进行记录,对患者的社会和家庭情况进行着重把握,并结合其文化水平展开 1 对 1 的健康教育,具体的教育内容如下:(1) 疾病知识健康教育,针对患者所提出的有关疑难问题进行合理的回答,并注意在态度上和蔼可亲、诚恳热心,指导和帮助患者详细了解产后出血的原因,以及相关方面的注意事项,并使其具备自我保护意识;可并采用举例的方式,让患者增进对有关产后出血基本知识的掌握,树立战胜疾病的勇气【6】;(2) 心理健康教育,由于产妇在分娩的过程中会耗费巨大的体能,发生产后出血症状后,在一定程度上也会加大产妇的心理压力;产妇往往会出现焦虑、沮丧的负面心情,因此护理人员以及家属要和产妇积极沟通与交流,向产妇讲述产后大出血成因,使产妇对产后大出血有个合理的认识,用科学的方法疏导患者并把内心的负面情感宣泄出来【7】;(3) 卫生健康教育,护理人员要指导产妇形成良好的行为习惯,在产妇的疾病平稳之后,要指导产妇下床后开展正确的锻炼,并要防止过量体育锻炼;(4) 饮食健康教育,护理人员要针对产妇的体质,为其建立科学合理保健的膳食目录,在膳食中添加高热能、蛋白质丰富的食品,给产妇补充适当的热能,除此之外,禁止产妇在短时间内服用辛辣、生冷的食品【8】;(5) 日常生活保健教育,产妇在分娩后,自身的体质抵抗能力相对而言较弱,护理人员要指导产妇形成良好的日常生活保健习惯,使产妇明白好的生活保健习惯能有效地提高护理疗效,如适时更换贴身衣物,并根据外界的气温变化,合理加减衣服等;同时还要指导在产后 30min 开展母婴接触,以通过吮吸乳汁增加产妇脑垂体内源性催产素的释放,从而增强子宫的收缩力量,继而减少出血量。

1.3 指标观察

1.3.1 产后出血持续时间,以及各时间结点头出血量

1.3.2 护理依从性以科室自制量表评估,包括遵医嘱用药、饮食及运动(各项满分均为 100),得分与结果成正比。

1.3.3 健康知识认知率以问卷调查方式进行评估,≥80 分为合格。

1.3.4 心理状态分别以 SAS——焦虑自评量表、SDS——抑郁自评量表评估,总分(50 分为正常,50-60 分为轻度焦虑/抑郁,61-70 分为中度焦虑/抑郁,70 分为重度焦虑/抑郁)。

1.3.5 NSNS 量表评估护理满意度,4-5 分、2-3 分、0-1 分代表满意、基本满意及不满意,除不满意率之外的其他两项之和为总满意率。

1.4 统计学分析

SPSS 25.0 版本软件处理研究数据,变量资料以“t”计算,定性数据用 χ^2 核实,并分别以 ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示, $P < 0.05$ 时为统计学意义。

2 结果

2.1 产后出血持续时间及出血量对比

B 组较 A 组产后出血持续时间,以及各时间结点头出血量均更少,对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 1:

表 1 产后出血持续时间及出血量对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	产后出血持续时间 (h)	产后出血量 (ml)		
			产后 2h	产后 12h	产后 24h
A 组	30	21.87±3.54	286.84±27.87	334.32±47.34	396.14±16.14
B 组	30	12.45±2.79	229.38±26.51	254.21±35.47	342.56±15.69
t/x ²	-	11.447	8.182	7.417	13.037
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 护理依从性评分及健康知识认知率对比

B 组较 A 组护理依从性及健康知识认知率均更高, 对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2:

表 2 护理依从性评分及健康知识认知率对比 [$(\bar{x} \pm s)$, n (%)]

组别	例数	护理依从性评分 (分)			健康知识认知率 (%)
		用药	饮食	运动	
A 组	30	87.67±4.30	86.66±5.51	84.63±3.85	22 (73.33)
B 组	30	93.54±5.09	93.37±5.23	91.73±4.37	28 (93.33)
t	-	4.825	4.837	6.677	4.320
P	-	0.000	0.000	0.000	0.038

2.3 心理状态评分对比

干预后 B 组较 A 组患者心理状态评分更低, 对比有统计学意义 ($P < 0.05$); 干预前 A、B 患者评分差异较小, 对比无统计学意义 ($P > 0.05$)。详见表 3:

表 3 心理状态评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS 量表评分 (分)		SDS 量表评分 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
A 组	30	58.32±6.34	49.84±5.97	55.34±6.79	46.27±5.54
B 组	30	58.21±6.87	40.38±5.91	55.71±6.68	38.17±4.79
t	-	0.064	6.168	0.212	6.057
P	-	0.948	0.000	0.832	0.000

2.4 护理满意度对比

B 组较 A 组护理满意度更高, 对比有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 4:

表 4 护理满意度对比 [n (%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	总体满意度
A 组	30	11 (36.67)	11 (36.67)	8 (26.67)	22 (73.33)
B 组	30	20 (66.67)	9 (30.00)	1 (3.33)	29 (96.67)
x ²	-	-	-	-	6.405
P	-	-	-	-	0.011

3 讨论

产后出血, 主要指的是产妇在分娩以后所发生的一个非常常见的并发症, 在一般情况下主要指的是产妇在生产以后的 24h 以内, 阴道流血量超过 500mL, 或是在生产以后 2h 以内, 阴道流出数超过 400mL。产后出血会造成许多其他疾病的产生, 比如, 失血性休克、贫血和严重的感染等各方面的健康问题, 更有甚者, 还会对于患者的生活健康带来非常巨大的危险。除此以外, 产后出血还会使得患者产生许多相关的疾病【9】。而在临床中, 给予产后出血患者适当的护理是改变患者大出血情况的有效手段, 但却无法使患者掌握详细护理流程, 所以干预疗效有限。所以, 对产后出血患者开展健康教育是十分有必要的, 它可以帮助患者更详细地掌握

护理方面的有关医学知识, 并协助患者实施较简单的自我保护, 以实现健康尽快恢复的目的【10】。

而本次研究将健康教育应用到产后出血中的效果展开研究, 其属于一个创新发展的护理模式, 有较强的计划与组织能力的综合性健康教育活动。其主要目标, 是让产妇可以自觉地采取较优质健康的生活方法, 以便于有效降低风险【11】。通过健康教育的开展, 可维护产妇的生理舒适度与身体健康, 增强产妇对产后出血的保护意识, 并增强其护理的配合程度, 从而不断改善护理的品质, 提高预后水平, 缩短产后出血时间, 保障母子平安【12】。并且健康教育的应用既是目前医疗发展的新趋势, 同时也是提升医疗服务水平的有效途径。通过这种健康护理模式的运用, 能够让产妇体验到由护理人员所带来的家庭温暖氛围, 使患者的医护满意度得以提高, 并最终推动了产后出血的快速康复【13】。本次研究中 B 组产后出血产妇其产后出血持续时间、各时间点出血量、心理状态量表评分均较常规护理干预的产妇更少, 而护理依从性、健康知识认知率及护理满意度均更高, 这也进一步表明, 健康教育在产后出血护理干预中具有较高的应用可行性, 以及有效性, 有助于产后出血预后水平的改善与提升【14】。同时在健康教育的应用下, 还可以拉近护患距离, 使产妇与其家属更加认可临床护理服务, 对和谐关系的养成起到良好的促进意义, 有利于医院的稳定发展【15】。

综上所述, 将健康教育应用到产后出血的护理中, 其兼具临床干预有效性及综合性, 可提升护理质量, 并促进预后水平的改善, 具备较高临床应用价值, 值得被进一步推广。

参考文献:

- [1] 黄荣娇. 优质护理用于顺产产妇第四产程产后出血的作用效果观察及有效性评价[J]. 智慧健康, 2021, 7 (27): 97-99.
- [2] 白伊. 优质护理干预对预防初产妇剖宫产产后出血的效果观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2020, 37 (02): 179-180.
- [3] 汪秀梅. 优质护理在经阴道分娩产妇预防产后出血中的临床价值分析[J]. 基层医学论坛, 2019, 23 (36): 5303-5304.
- [4] 党永妮, 刘静. 聚焦解决护理模式在初产妇产后出血护理中的应用价值[J]. 检验医学与临床, 2020, 17 (9): 1272-1274.
- [5] 陶成珍. 聚焦解决模式在宫腔气囊填塞治疗前置胎盘剖宫产产后出血产妇心理干预中的应用[J]. 当代护士 (下旬刊), 2016 (5): 64-65.
- [6] 宋菊英, 魏蔚, 李逸梅. 聚焦解决护理模式在妊娠合并中度贫血患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (7): 31-33.
- [7] 吴燕荣, 钟铭秋, 林少玲. 聚焦解决护理模式对妊娠合并艾滋病患者负性情绪及治疗依从性的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25 (9): 76-78.
- [8] 刁云春. 护理风险管理用于产后出血急救护理中的效果分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志. 2018, (26): 111, 113.
- [9] 吕慧. 产妇产后出血护理风险管理的效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊). 2018, (33): 199-200.
- [10] 李影. 优质护理在妊娠产妇产后出血护理中的应用分析[J]. 中国继续医学教育. 2018, (9): 188-190.
- [11] 蔡晓婷. 研究优质护理在妊娠产妇产后出血护理中的应用[J]. 临床医药文献电子杂志. 2018, (44): 134, 136.
- [12] 龚云苑. 预见性护理对降低阴道分娩产后出血的护理价值研究[J]. 智慧健康, 2019, 5 (27): 103-104.
- [13] 孙聪敏. 预见性护理在降低阴道分娩产后出血护理中的临床价值[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (13): 194-195.
- [14] 张丽杰. 预见性护理对降低阴道分娩产后出血的护理效果[J]. 中外女性健康 (下半月), 2014, (12): 243-243, 231.
- [15] 刘丹, 陈海妮, 朱艳, 等. 预见性护理对降低阴道分娩产后出血的护理效果[J]. 健康前沿, 2019, 28 (2): 58.

消毒供应室与手术室存在问题的沟通技巧及应对措施

谭柳仙

河池市妇幼保健院 供应室 广西河池 547000

摘要:目的: 分析医院消毒供应室与手术室存在问题沟通技巧及应对措施, 提高工作质量以及防范医院感染。方法: 分析并汇总医院消毒供应室 2021 年 1 月至 2022 年 6 月工作中存在的问题, 分析问题发生的具体原因, 并且提出相应的应对措施。结果: 在对消毒供应室与手术室问题分析是, 发现问题主要包括缺乏有效沟通 9 例、供需脱节 4 例、理解偏差 3 例、器械清洗不及时 2 例。结论: 针对消毒供应室与手术室存在的问题分析, 有利于采取合理的沟通以及应对技巧, 增加科室间的相互联系, 确保手术器械设备的消毒合格, 提高工作质量。

关键词: 消毒供应室; 手术室; 问题; 沟通技巧; 应对措施

消毒供应室是医院感染控制的前沿科室, 在保障患者安全以及防止医院感染方面发挥重要作用^[1]。消毒供应室承担着针对医院各个科室所有重复应用诊疗器械、器具以及物品的清洗消毒及灭菌工作, 对于手术室而言, 消毒供应室工作的质量高低直接影响到手术室工作的顺利以及患者安全^[2]。因此消毒供应室需要同手术室建立良好的关系, 成员间应加强沟通联系, 实现信息的共享以及工作任务的剖析, 使得手术室能持续保证感染防控的有效性。而在实际的工作中发现, 随着医疗机构规模的逐渐扩大, 手术的数量不断增加, 各类可重复使用的器械量也增加, 手术室以及消毒供应中心均是面临巨大的工作压力, 在繁忙的工作下, 双方容易出现沟通缺失的问题, 使得在工作方面经常出现一些问题, 影响手术器械消毒灭菌的合格率, 从而危及患者的生命健康^[3]。基于此, 本次研究中总结医院消毒供应室与手术室存在的问题, 针对问题的沟通技巧以及应对措施进行了总结分析, 旨在加强双方科室的正常有效沟通交流, 保证医院的正常运作, 从而实现对医院感染的科学防范, 现就相关的统计研究报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院消毒供应室 2021 年 1 月-2022 年 6 月在工作中存在的问题进行分析, 并且提出相应的应对措施。本院消毒供应室配备各类工作人员总人数 5 人, 其中主管护师 2 人, 工人 2 人, 护士长 1 人。

1.2 方法

对消毒供应室工作中存在的问题进行汇总, 包括工作疏忽、沟通不到位的情况, 引起的问题包括器械消毒灭菌不合格、器械未及时供应、器械包装不合格等。针对存在的问题进行分析, 汇总原因, 制定出相应的解决策略。

1.3 统计学方法

数据统计主要是应用 Excle 表格, 对问题的类型以及例数进行汇总, 同类问题归属。

2 结果

在本研究选取的年限范围中, 消毒供应中心共计发生 18 例问题, 其中 9 例(50.00%)为缺乏有效沟通; 4 例(22.22%)为供需脱节; 3 例(16.67%)为理解偏差; 2 例(11.11%)为器械清洗不及时。

表 1 消毒供应中心与手术室沟通存在的问题汇总

问题	n	百分比 (%)
缺乏有效沟通	9	50.00
供需脱节	4	22.22
理解偏差	3	16.67
器械清洗不及时	2	11.11
合计	18	100.00

3 消毒供应室与手术室存在的问题及原因分析

3.1 手术室对消毒供应室认识不全面

在很长的一段时间, 手术室对于医院消毒供应室的认知较为片面, 认为消毒供应室属于后勤部门, 同医技方面的关系不紧密, 这种错误的认知造成双方间的衔接不紧密, 缺乏有效的沟通^[4]。手术室的很多人员认为自己的主要工作在于手术操作, 而对于可回收器械的处理完全是消毒供应室的工作, 因为这种认识上的误差, 常常使得一些手术器械上面的血迹、分泌物不能在术后得到及时的处理, 这样在器械送至消毒供应室的时候就时常存在血渍结痂或者分泌物流质器械精密部位的问题, 如此给消毒供应室的工作带来巨大困难。因为认识方面的偏差, 手术室工作人员对消毒供应室的一些工作流程不掌握, 对于消毒供应室发布的器械清洗规范不遵循, 这造成工作上误解及思想上的误区, 影响消毒供应室的正常运转。

3.2 手术室与消毒供应室缺乏有效沟通

因为医院手术室与消毒供应室在相关工作上存在一定的交叉以及关联, 因此在平常的工作过程, 若是不能进行良好的沟通交流就会造成工作脱节问题^[5]。比如因为双方因为沟通交流不畅, 使得手术器械的交接清点存在失误的问题, 这样会产生一些不必要的纠纷情况, 双方的工作耗时较长并且工作效率低下, 对于消毒供应室而言每天定量消毒清洗的器械不足量, 对工作效率造成影响, 而对于手术室而言, 因为无法及时获取可重复使用的经清洗消毒的手术器械, 造成手术无法及时进行, 直接影响患者的生命安全^[6]。另外, 若是手术室在手术过程中, 一些本应该在规定时间内送达的器械不能到达, 必将造成重大的医疗安全事故, 这样导致医患纠纷事件的发生, 严重损害医院的整体形象。

3.3 手术室与消毒供应室容易在工作中产生矛盾

优于双方工作人员在工作效率上的偏差, 容易造成手术室与消毒供应室的矛盾。表现为以下几个常见的情况: 第一, 医院消毒供应室的工作人员在对手术室送至清洗消毒的器械, 消毒处理后进行器械的清点工作, 在发现其中器械存在损坏或者少件的时候, 不能及时的同手术室的相关人员进行及时沟通, 在包装环节才将问题告知手术室, 因为报告时间的缘故, 使得手术室的工作人员错误的认为器械损坏以及少件的根本原因在于消毒供应室的人员, 认为消毒供应室的人员是责任心不强使得器械丢失或者出现损坏。而手术室人员的这种认识行为, 让消毒供应室的人员出现怨恨及愤怒, 长此以往双方就容易积累矛盾, 这样使得双方在沟通难度上进一步增加^[7]。第二, 在对手术器械的处理过程中, 手术室的医护人员要求消毒供应室尽快处理送至清洗的器械, 不确定时间点, 而消毒供应室清洗的器械并非单一手术室器械, 其他的一些科室送至清洗消毒的器械可能也很着急, 这种迫切的情况就会让消毒供应中心工作人员在工作上被动并且急躁, 在实际的过程也就无法很好的按工作流程以及工作节奏完成工作, 影响工作效率。第三, 手术室的医护人员在清点手术器械的时候, 发现器械存在少件的问题, 不能及时将少件的信息反馈给消毒供应室, 而是在手术结束以后才告知消毒供应室, 而消毒供应室的人员认为器械少件并非自己

的错误,认为是手术医生在操作过程中丢失器械,这种情况的情况也造成双方间的矛盾,造成彼此间信任度降低。第四,消毒供应室在对手术室的器械执行消毒灭菌程序后,发现执行器械运送的工作人员下班而不能将器械送至手术室,而手术室又以为消毒供应室未能完成灭菌工作,这样就造成彼此间误会的情况。

3.4 消毒供应室工作人员专业性确实强

消毒供应室的工作人员对于手术器械的清洗、消毒以及包装等工作,需要具备一定的专业基础知识。随着医学技术以及医疗器械的发展以及更新,手术器械的种类繁多、功能复杂并且精细度高,若是消毒供应室工作人员不能了解手术器械的基本构成,做到合理的清洁处理,势必使得器械清洗消毒灭菌不完全。此外消毒供应室工作人员与手术室工作人员在器械清洗的沟通上存在一定缺失,消毒供应室的工作繁杂,在处理上缺乏经验,往往使得实际工作中出现各种各样的问题。如此不但会导致手术室手术器械无法得到及时供应,还使得手术器械发生损坏,缩短手术器械的使用寿命。

4 针对消毒供应室与手术室存在的问题沟通技巧及应对措施

4.1 加强对消毒供应室与手术室人员的培训

针对双方沟通方面的问题,考虑本质是因为双方认知不当所致,因此可通过强化人员的培训以增进相互间的理解,在工作上做到互通以及协作配合。基于此,医院可以定期进行相关人员的培训,主要培训的内容是对于双方工作上的认识,以PPT展示的方式,显示消毒供应室与手术室在实际工作中存在的一些交叉之处,提高双方的认识^[8]。尤其对于手术室的工作人员,应通过系统的讲解帮助其认识到消毒供应室工作对于手术室工作质量的重要之处,明确消毒供应室对于手术的重要意义,使得在平常工作中可强化相互间的沟通交流,避免存在矛盾及问题。而对消毒供应室的工作人员,责任告知工作人员强化沟通对于工作顺利进行的重要意义,积极配合手术室工作人员,使得消毒供应室工作效率提高。

4.2 强化手术室与消毒供应室的沟通及反馈

首先需加强双方的沟通交流,及时化解矛盾,为了促进手术室与消毒供应室相互间的了解,在此基础上可以开展“请进来、走出去”的专题活动,其中主要的是可以组织消毒供应室的人员进到手术室以及相关临床科室参观学习,了解工作环境以及工作流程。邀请手术室护士、临床科室护士到消毒供应室参观,了解消毒供应室平常工作的内容,知道消毒供应室并非主要是为手术室提供服务,同时还为其他科室进行器械清洗消毒工作,知道消毒供应室工作的繁复性^[9]。同时可在每个季度组织专题讲座,向医院手术室的护师及临床护士讲解器械消毒灭菌知识,告知手术室的工作人员在手术结束后除了清点手术器械,还需要对器械进行一些简单的处理,为后续的清洗消毒工作奠定基础。通过专题活动的开展,手术室与消毒供应室的人员了解双方工作,强化相互间有效沟通,这样对于化解矛盾有重要的作用。其次是需定期反馈意见,每个月可进行一次的满意度问卷调查,针对手术室所提供的反馈意见需要及时沟通,提出有效的整改措施并且积极落实,建立器械问题登记本让消毒供应室的护士检查器械包装过程存在的问题,若是存下疑问则需要及时的同手术室进行沟通,记录结果方便进行查证。再次是可建立手术室与消毒供应室一体的微信交流群,及时的反馈实际工作中存在的问题,可设置专职的联络员,主要是当护士长工作繁忙的时候,若是对于一些事情不能做到及时兼顾以及科室沟通存在问题,及时联络人员进行沟通,联络员可向护士及时反馈信息同时强化兼顾,确定工作权限,将平常工作中遇到的问题记录并进行及时的反馈,避免存在矛盾^[10]。最后是提高工作人员的沟通以及协调配合能力,在进行平常沟通与交流的时候,注意掌握合理的沟通技巧,学会礼貌性用语,保持态度的诚恳以及耐心热情,倾听意见以及建议并且做到换位思考,征得双方信任以及支持,手术室与消毒供应室相互配合高效率完成彼此间工作。

4.3 手术室与消毒供应室保持工作互通

在消毒供应室与手术室的平常工作中也需要做到互通有无,工作上细心,交接明确,具体如下:第一,消毒供应室的人员在接收器械的环节,若是发现器械存在明显血迹与锈迹就需要及时通过图片来反馈给手术室的专职管理器械人员,此外组织供片区的工作人员学会使用关于器械预处理的相关知识,提高认识,明确预处理工作的重要性。消毒供应室与手术室的工作人员通过共同努力,减少回收器械中大量血迹以及锈斑的情况,确保器械消毒清洗合格。第二,在手术室设置专职器械管理人员,消毒供应室的点数人员在清点器械的时候,若是发现器械少件或者是损害的时候,应在2h内打电话或者在微信群内同手术室器械管理人员进行沟通,同时手术室器械管理人员还需要及时回复意见并给出处理意见,沟通协调的及时性使得问题能够在第一时间得到处理。第三,针对急诊手术器械的处理上,消毒供应室的工作人员同手术室人员良好沟通,手术室安排急诊器械的处理应集中在一个时间段,针对相关器械的处理需要消毒供应室的人员按照规范处理,确定器械到处理及发放时间大概是4h。第四,手术室在开台手术前对消毒供应室送返的器械进行检查,若是发现包装破损或器械少件可安排巡回护士拍照,然后手术室器械管理人员将图片或视频发布到交流群中,及时将信息反馈给消毒供应中心的工作人员,使得消毒供应室包装人员及时知晓情况,分析发生的原因并且进行汇总,避免今后发生类似错误。第五,急诊器械灭菌程序结束,发物间人员下班后不在岗时,规定消毒员的工作职责要主动联系下送手术器械包的工人和使用科室,尽快把急诊器械送到使用科室,满足其需要。第六,定期对手术室器械管理护士与消毒供应室工作人员开展调研工作,收集员工的意见以及建议,针对出现的问题开会讨论制定出解决问题的合理方法。

5 结论

针对消毒供应室与手术室存在的问题,需要仔细分析问题发生的主要原因并且制定相应的解决对策。消毒供应室与手术室的工作人员相互了解各组工作的内容,加强平常工作中的协调以及沟通配合,通过互相合作降低差错事件的发生率。

参考文献:

- [1]刘春宇.消毒供应室的潜在风险分析及处理对策[J].山西医药杂志,2020,49(9):1161-1162.
- [2]陈静静,范利,孙凯琳,等.手术室与供应室器械清洗一体化管理对提升医院感染防控质量的影响研究[J].中国医学装备,2021,18(6):156-159.
- [3]赵晓雯.细节护理在医院消毒供应室中的应用分析[J].中国药物与临床,2021,21(5):897-898.
- [4]张婕,槐华胜.PDCA循环用于消毒供应室护理管理中对清洗灭菌合格率及手术器械感染率的影响[J].重庆医学,2021,50(S02):337-339.
- [5]李秀华,唐冬梅,朱丽萍,等.不同消毒方法对普通手术室空气消毒效果的比较[J].中国病原生物学杂志,2021,16(8):934-936.
- [6]赵秀容.护理安全管理在消毒供应室管理中的应用价值评价[J].中国国境卫生检疫杂志,2020,43(S01):144-145,151.
- [7]王丽君,刘玲伶,李单单.分析细节管理在医院供应室消毒及灭菌中的作用[J].沈阳药科大学学报,2021,38(S02):141-141.
- [8]何美琴,吴静,邓梦婷.提高消毒供应室护理质量对控制医院内感染的影响[J].重庆医学,2021,50(S02):368-369.
- [9]黄倩,黄伟玲,陈惠玲,等.质量敏感指标在消毒供应室管理中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2020,26(10):1341-1343.
- [10]陈乃飞.手术室感染患者病原学分析与空气含菌量分析及干预措施研究[J].中国药物与临床,2020,20(8):1383-1386.

维生素 D 供给不足对儿童生长发育情况的影响

杜园园 高妍^{通讯作者}

榆阳区妇幼保健院 儿童保健科 陕西榆林 719000

摘要：目的 分析维生素 D 供给不足对儿童生长发育情况的影响。方法 选取 2020 年 1 月~2022 年 1 月院内体检儿童 80 例为观察对象，结合儿童血清 25-羟基维生素 D 水平分组，观察组 30 例为维生素 D 不足，对照组 50 例为维生素 D 充足，观察三组儿童生长发育情况。结果 从骨密度、ICTP、OC、BAP 几项指标评估儿童骨代谢情况，其中观察组儿童各项指标水平均低于对照组儿童 ($P<0.05$)。观察组内儿童的骨龄 (7.02 ± 0.57) 岁，生长速率 (5.62 ± 1.04) cm/年，均低于对照组儿童的 (7.78 ± 0.61) 岁、(10.68 ± 1.35) cm/年 ($P<0.05$)。两组儿童的血钙与 ALP 两项血清学指标的水平对比无差异性，但观察组儿童的 25-(OH) D3 水平 (28.64 ± 3.62) mmol/L，低于对照组儿童的 (32.62 ± 3.15) mmol/L ($P<0.05$)。观察组内夜惊、身材矮小、运动功能发育落后儿童构成比分别为 13.33%、10.00%、10.00%，而对照组内仅有 2.00% 的儿童存在夜惊情况，组间有差异性 ($P<0.05$)。观察组儿童的平均 GVSDS 值为 (0.80 ± 0.21)，低于对照组儿童的 (1.93 ± 0.36)，两组间对比有差异性 ($P<0.05$)。结论 维生素 D 供给不足容易导致儿童骨生长与运动功能发育及生长速率，为此，应及时识别维生素 D 缺乏问题，并科学补充，以保障儿童健康成长。

关键词：维生素 D；供给不足；儿童；生长发育

儿童健康成长中需要充足的营养，且对于各种微量元素也具有重要需求，若存在营养缺乏或钙、铁、维生素等元素不足，则会在不同程度影响儿童健康发展^[1]。以维生素 D 为例，其作用在于调节钙磷，对于儿童骨骼发育具有重要影响。而在维生素 D 基于人体作用认知的深入，发现其对于其他系统发育也发挥着一定作用^[2]。虽然维生素 D 对于人体的作用机制尚未清晰，但可以证实的是维生素 D 缺乏不利于儿童成长^[3]。本研究中对 80 例体检儿童进行观察，依据是否缺乏维生素 D 分为两组对比，旨在探究维生素 D 供给不足对儿童生长发育的影响，并提供相关建议。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月~2022 年 1 月院内体检儿童 80 例为观察对象，结合儿童血清 25-羟基维生素 D 水平分组，观察组 30 例为维生素 D 不足，对照组 50 例为维生素 D 充足。观察组内男 17 例，女 13 例；年龄 3~7 岁，平均 (5.35 ± 0.57) 岁；体质指数 (21.35 ± 1.24) kg/m²。对照组内男 28 例，女 22 例；年龄 2~7 岁，平均 (5.12 ± 0.49) 岁；体质指数 (21.52 ± 1.37) kg/m²。两组儿童一般资料无差异性，可对比研究。纳入标准：资料完整；家长签署知情同意书。排除标准：近期用药史；存在消化与神经系统等疾病。

1.2 方法

采集儿童静脉血 2ml，以夹心型电化学发光法测定血清 25-(OH) D₃ 水平。结合内分泌协会标准评估分组。

1.3 观察指标

(1) 观察不同组别儿童骨代谢指标，包括骨密度、I 型胶原交联羧基末端肽 (ICTP)、骨钙素 (OC)、骨碱性磷酸酶 (BAP)，均采用酶联免疫吸附法测定。(2) 观察骨龄与生长速率。(3) 测定血清学指标，包括 25-(OH) D₃、血钙、碱性磷酸酶 (ALP)，以放射免疫分析法检测。(4) 观察生长发育情况，包括夜惊、身材矮小、运动功能发育落后。(5) 观察生长速率标准差比值 (GVSDS)。

1.4 统计学处理

用 SPSS21.0 统计软件完成调查数据处理，用 ($\bar{x}\pm s$) 描述计量资料，以 t 检验，计数资料采用率 (%) 表示，以卡方检验， $P<0.05$ 代表数据对比有差异性。

2 结果

2.1 比较两组儿童骨代谢指标

从骨密度、ICTP、OC、BAP 几项指标评估儿童骨代谢情况，其中观察组儿童各项指标水平均低于对照组儿童 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 比较两组儿童骨代谢指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	骨密度 (cm ²)	ICTP (ug/L)	OC (ug/L)	BAP (U/L)
观察组	30	50.62±8.62	18.62±2.34	30.35±2.56	142.52±25.58
对照组	50	58.64±7.48	21.52±2.14	38.64±3.48	164.62±30.59
<i>t</i>	-	4.383	5.665	11.326	3.319
<i>P</i>	-	<0.001	<0.001	<0.001	0.001

2.2 比较两组儿童骨龄与生长速率

观察组儿童的骨龄小于对照组儿童，生长速率慢于对照组儿童，组间有差异性 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 比较两组儿童骨龄与生长速率 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	骨龄 (岁)	生长速率 (cm/年)
观察组	30	7.02±0.57	5.62±1.04
对照组	50	7.78±0.61	10.68±1.35
<i>t</i>	-	5.527	17.616
<i>P</i>	-	<0.001	<0.001

2.3 比较两组儿童血清学指标

两组儿童的血钙与 ALP 两项血清学指标的水平对比无差异性，但观察组儿童的 25-(OH) D₃ 水平低于对照组儿童 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 比较两组儿童血清学指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	25-(OH) D3 (mmol/L)	血钙 (mmol/L)	ALP (U/L)
观察组	30	28.64±3.62	2.39±0.57	13.50±1.57
对照组	50	32.62±3.15	2.40±0.67	13.62±1.64
<i>t</i>	-	5.171	0.068	0.322
<i>P</i>	-	<0.001	0.946	0.748

2.4 比较两组儿童生长发育情况

观察组内夜惊、身材矮小、运动功能发育落后儿童构成比分别为

13.33%、10.00%、10.00%，而对照组内仅有 2.00%的儿童存在夜惊情况，组间有差异性（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 4 比较两组儿童生长发育情况（n，%）

组别	例数	夜惊	身材矮小	运动功能发育落后
观察组	30	4（13.33）	3（10.00）	3（10.00）
对照组	50	1（2.00）	0（0.00）	0（0.00）
χ^2	-	4.110	5.195	5.195
P	-	0.043	0.023	0.023

2.5 比较两组儿童 GVSDS

观察组儿童的平均 GVSDS 值为（ 0.80 ± 0.21 ），低于对照组儿童的（ 1.93 ± 0.36 ），两组间对比有差异性（ $P<0.05$ ）。

3 讨论

维生素 D 缺乏症是目前医学难以攻克的问题，且多数人群均存在维生素 D 缺乏可能性，尤其儿童作为高危群体存在^[4]。维生素 D 缺乏目前已经被证实与儿童佝偻病密切相关，可能引发发育迟缓及骨骼变形。在儿童成长过程，维生素 D 作为关键元素存在，对于骨骼发育及预防潜在疾病均具有重要意义。为此，对于儿童维生素 D 供给不足的尽早识别，并明确其对健康的影响能够为儿童健康管理提供重要指导^[5]。

结合本次调查结果显示，维生素 D 对于儿童骨骼发育的影响最为明显。如从骨密度、OC、BAP 几项指标评估儿童骨代谢情况，其中观察组儿童各项指标水平均低于对照组儿童。此结果代表维生素 D 不足可导致儿童骨密度下降，对骨骼发育具有负面作用。骨骼肌与钙、维生素 D 摄入之间关联密切。观察组内儿童的骨龄（ 7.02 ± 0.57 ）岁，生长速率（ 5.62 ± 1.04 ）cm/年，均低于对照组儿童的（ 7.78 ± 0.61 ）岁、（ 10.68 ± 1.35 ）cm/年（ $P<0.05$ ）。此结果也证实了维生素 D 不足可影响儿童骨骼成长，并限制其生长速率，与儿童佝偻症发生风险之间存在一定关联。在相关血清学指标方面，两组儿童的血钙与 ALP 两项血清学指标的水平对比无差异性，但观察组儿童的 25-(OH) D3 水平（ 28.64 ± 3.62 ）mmol/L，低于对照组儿童的（ 32.62 ± 3.15 ）mmol/L。儿童生长过程维生素 D 不足可极大影响骨代谢水平，进而影响机体生长发育。维生素 D 不足还可导致儿童体内血清钙磷水平的异常。除本次调查儿童骨骼发育情况影响之外，儿童阶段维生素 D 不足可增加成年后骨质疏松风险。骨质疏松为复杂的骨量减少疾病，多发生在老年期，但骨密度增加最快的阶段是儿童时期及青少年时期，其中儿童阶段是补充维生素的最佳时段，需要引起重视^[6]。在儿童阶段通过膳食与针对性补充维生素制剂等维持维生素 D 的充足，预防成年阶段骨质相关疾病^[7]。

在儿童成长发育情况方面，观察组内夜惊、身材矮小、运动功能发育落后儿童构成比分别为 13.33%、10.00%、10.00%，而对照组内仅有 2.00%的儿童存在夜惊情况，组间有差异性。维生素 D 不足可增加儿童生长发育相关病症，而其中身材矮小与佝偻症之间有关联性，与既往临床实践经验相符合，除此之外也证实维生素 D 不足可限制儿童运动功能发育。观察组儿童的平均 GVSDS 值为（ 0.80 ± 0.21 ），低于对照组儿童的（ 1.93 ± 0.36 ），两组间对比有差异性。此项指标综合评估儿童生长发育情况，提示维生素 D 不足可直接影响儿童的生长速率。

结合以上维生素 D 不足对儿童健康成长的重要影响，总结积极补充维生素 D 较为关键。而首要任务是明确儿童维生素 D 缺乏的原因。例如，儿童的日照不足与维生素 D 不足之间存在一定关系。人的皮肤在日常中紫外线照射下可合成维生素 D，即便阳光充沛地区，若大部分皮肤被遮盖，

依然难以合成维生素 D。为此，若光照不足则容易导致儿童维生素 D 不足。日常饮食也是维生素 D 的主要来源，即便母乳喂养婴幼儿，在 6 个月后母乳依然难以满足婴幼儿的需求，为此若未及时补充辅食，同样存在维生素 D 不足问题。对于婴幼儿或儿童，天然食物中可获取的维生素 D 较少，单纯通过膳食补充维生素 D 难以达到理想效果。且部分人群认为凭借光照与膳食便可实现维生素 D 的补充，此种错误的观念不利于维生素 D 不足儿童的改善。且年龄较小儿童消化吸收能力不足，可限制维生素 D 的吸收。

为预防或改善维生素 D 不足问题，主要措施为增加儿童户外活动频率、适当膳食补充、重视维生素 D 强化剂的应用。常规情况下儿童每日的户外活动时间应超过 2h，但并非直接暴露到阳光下，应预防紫外线烧伤。在膳食方面，增加富含维生素 D 食物的摄入量，或直接给予维生素 D 强化食品。针对已经出现维生素 D 不足的儿童，可给予口服维生素 D 制剂，促使其满足生理需求量的每日 400-800U/d。冬季紫外线缺乏且户外运动相对较少，可采用富含维生素 D 鱼肝油预防维生素 D 不足。牛奶与维生素 D 咀嚼片也是补充维生素 D 的有效方式。家长的重视程度与儿童维生素 D 不足的发生及控制具有直接影响，为此，有必要加强对维生素 D 重要性的宣教。告知维生素 D 不足对儿童骨骼成长、身体发育速率的重要影响，提升家长重视程度及正确认知，通过有效手段预防儿童维生素 D 缺乏症。另外，需要明确的是过量补充维生素 D 也具有一定负面作用，维生素 D 过量可导致儿童出现身体疲乏感、食欲下降、体重减轻等问题，甚至出现呕吐表现。摄入过多维生素 D 可导致维生素 D 在部分关节附近钙化，进而形成结石。若在肾脏附近严重时可诱发肾功能下降，或发生尿毒症。为此，对于儿童需适量、科学补充维生素 D。

综上所述，维生素 D 供给不足容易导致儿童骨生长与运动功能发育及生长速率，为此，应及时识别维生素 D 缺乏问题，并科学补充，以保障儿童健康成长。

参考文献：

- [1]刘玉，张培，任立群.探究早期维生素 D 补充对儿童生长发育及肠道菌群的作用[J].健康必读，2020，04(18):14-15.
- [2]俞红娜，包瑾，刘沁锦.上海市曲阳社区儿童血清 25-羟维生素 D3 水平不足影响因素分析[J].浙江医学，2020，42(12):4.
- [3]杨丹，曾晓兵.维生素 D，重组人生长激素治疗儿童生长激素缺乏症效果观察[J].中国社区医师，2022，38(9):3.
- [4]Nima B，Kurosh J，Zahleh S，et al. Effect of therapeutic dose of vitamin d on serum adiponectin and glycemia in vitamin d-insufficient or deficient type 2 diabetic patients[J]. Iranian Red Crescent medical journal，2020，16(9):21458.
- [5]林秀雯，彭树勋，刘玲.维生素 D 辅助重组人生长激素治疗儿童生长激素缺乏症对儿童生长及骨代谢的影响[J].新医学，2020，51(6):5.
- [6]李海波，赵小元，洪伟，等.学龄儿童维生素 D 营养状况与跟骨骨密度关系的前瞻性队列研究[J].中华流行病学杂志，2021，42(3):7.
- [7]Labib J R，Ibrahim S K，Ismail M M，et al. Vitamin D supplementation and improvement of pneumonic children at a tertiary pediatric hospital in Egypt: A randomized controlled trial[J]. Medicine，2021，100(13):25011.
- [8]Park J W，Kim K A，Lee M G，et al. Effect of Short-Term Sunlight Exposure on Blood Pressure and Pulse Rate in Vitamin D3-Insufficient, Prehypertensive Patients: A Pilot Study[J]. Complementary Medicine Research，2020，28(3):1-10.

晨笛网压缝合术术后难治性产后出血患者的出血观察及护理体会

范金静 牛双双

石家庄市栾城人民医院 河北石家庄 051430

摘要：目的：分析对实施晨笛网压缝合术治疗后出现难治性产后出血患者实施出血观察及临床护理的有效性。方法：将本院2018年1月至2022年6月期间收治的实施晨笛网压缝合术治疗后出现难治性产后出血的患者51例作为护理研究对象，采用双盲分组法将51例产后出血患者分成常规组（n=25）及试验组（n=26），分别对两组产后出血患者实施常规护理干预及个性化出血观察及护理干预，比较两组患者的护理效果差异。结果：相对于常规组出血患者来说，试验组出血患者护理后的术后2h出血量、术后24h出血量、止血时间、术后住院时间均更少/更短（ $P<0.05$ ），统计学有意义；且试验组患者干预后对比的生活质量评分、护理满意度评分现对于常规组患者更高（ $P<0.05$ ），有统计学意义。结论：对接受晨笛网压缝合术治疗后发生难治性产后出血患者开展个性化出血观察及护理干预的有效性较高，减少患者的出血量，利于患者预后。

关键词：晨笛网压缝合术；术后；难治性产后出血；出血观察；护理体会

难治性产后出血主要是指产后的出血量较多，在临床治疗中经过各种加强宫缩的处理（缩宫素、卡孕栓、欣母沛缩宫治疗）后还是仍然的血止不住，反反复复的出血量增多，宫缩较少，或者存在胎盘粘连、手取胎盘无法取出，甚至有一些严重的胎盘植入等现象引发的出血症状^[1]。产后出血是导致孕产妇死亡的重要原因，据王晨笛教授多年的临床经验对于治疗产后出血的术式进行总结，提出采用晨笛网压缝合术治疗产后出血，能挽救患者的生命安全，且患者接受缝合术治疗后的子宫内形态、性激素水平、月经恢复情况等均恢复正常，说明术后子宫功能恢复正常，具有较为明显的手术优势，值得在临床中推广^[2]。但在这一缝合手术治疗过程中应积极配合相应的护理干预，监测患者的出血量和止血时间，结合患者的实际情况制定相应的个性化护理措施，保障手术治疗的安全性及有效性，促进患者预后^[3-4]。为了分析出血观察及个性化护理干预应用在实施晨笛网压缝合术治疗的术后难治性产后出血患者中的价值和效果，本院针对收治的51例难治性产后出血患者展开了护理对比的研究，详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

采用双盲分组法将本院收治的实施晨笛网压缝合术治疗术后出现难治性产后出血的患者51例分成2组，全部患者病例的收集时间集中在2018年1月至2022年6月这一时间段内。其中25例常规组患者的最大年龄为40岁，最小年龄为21岁，均值为（32.26±3.59）岁，孕周时间集中在36至40周之间，平均孕周为（38.78±1.26）周，其中初产妇15例，经产妇10例；26例试验组患者的最大年龄为39岁，最小年龄为20岁，均值为（32.24±3.57）岁，孕周时间集中在37至41周之间，平均孕周为（38.79±1.29）周，其中初产妇17例，经产妇9例。

对两组难治性产后出血患者的一般资料进行统计分析，结果显示差异小且可比性高。

纳入标准^[5]：阴道分娩产后24小时出血量大于等于500ml，剖宫产术后24小时出血量大于等于1000ml的患者，经缩宫剂等药物止血治疗后效果不佳的患者。

排除标准：合并先天性精神障碍患者、子宫畸形患者、近期接受过激素药物治疗及合并严重基础性疾病急性发作期患者、不同意参与本次观察的患者。

1.2 方法

全部患者在胎盘分娩后均出现产后出血的症状，且子宫收缩力度不强，对于5分钟出血量超过300ml的患者应给予子宫体卡前列氨丁三醇的注射治疗，对出血部位实施“8”字缝合；若出血症状未改善、出血量大于等于500ml伴随着活动性出血症状的患者应给予改良式B-Lynch术或两侧

子宫动脉上结扎术治疗；3分钟出血不止的患者给予晨笛网压缝合手术的治疗。对常规组产后出血患者实施常规护理干预，包括围术期基础的健康宣教、出血监测、对症处理等护理措施。

对试验组产后出血患者实施个性化出血观察及护理干预，主要包括

（1）术前个性化护理：手术前详细介绍术前注意事项、手术目的和效果、术中和术后需要注意的事项。指导产妇实施左侧卧位休息，减少腹主动脉和下腔静脉被子宫压迫现象的出现，确保胎盘稳定血液灌流，营造良好的宫内环境。全面评估产妇的心理状态，实施个性化的放松疗法、转移注意力、家属陪伴支持等，减轻产妇的术前压力和紧张情绪。（2）个性化术中护理：在产妇进入手术室后主动与产妇展开互动沟通，积极谈论一些对于新生儿照护方面的话题，转移患者注意力。监测患者生命体征指标的变化，一旦出现面色苍白、呼吸加快和血压异常等症状第一时间反映给医生，并配合做出相应的处理，保障静脉通路的通畅程度。最后，术中还应实施隐私护理、安全护理和保暖护理等干预，提高手术治疗的安全性及有效性。

（3）个性化术后护理：术后做好交接工作，准备好床位后由麻醉师、巡回护士送母婴回病房，总结归纳患者术中情况、麻醉方式、麻醉药物、手术时间、术中出血量、尿量等等。病房护士接收到相应信息后应监测患者生命体征的变化、监测患者术后出血量，并告知患者新生儿情况，促使患者身心状态恢复正常。术后还应做好饮食方面的护理：叮嘱患者和家属术后6小时禁饮食，6小时给予白粥、汤食用，不建议摄入牛奶、甜食和豆浆等容易导致胀气的食物。肛门排气后给予半流质饮食，如软烂馄饨、鸡肉汤、面条及排骨汤等等；大便后给予肉类和米饭等正常饮食，适当给予鱼汤、鸭肉、排骨及肌肉等高蛋白食物食用，但注意遵循少食多餐的饮食原则。术前留置尿管一般在术后24小时拔除导尿管，要求患者在拔除尿管后6小时内自己小便。术后应关注产妇切口，及时更换敷料，做好会阴护理，勤换卫生巾，注意清洁和消毒，并适当给予中药擦浴促进血液循环，减少感染现象的出现。术后6小时后叮嘱患者家属协助患者实施翻身，保持血流通畅，减少血栓的出现，避免翻身中咳嗽、打喷嚏及屈膝屈髋等行为，术后24小时后要求产妇下床活动，避免下肢深静脉血栓的发生。遵医嘱给予口服药物、理疗和中药足浴等治疗，促进胃肠道蠕动，减少肠梗阻的发生。术后应监测产妇是否存在出血情况，一旦产后出血应迅速反映，告知主治医生开展相应的抢救处理，建立2-3条静脉通路，适当对子宫进行按摩，对于出血量较大的患者第一时间通知血液科进行紧急配血。一旦产妇出现生命体征指标的降低应给予NaCl溶液2000ml稀释血液。对于持续性出血且出血量较大的患者应立即启动抢救应急预案，成立抢救小组实施急诊手术的治疗，保障患者的生命安全，促进患者预后。最后，在个性化护理干预中应全程基于心理评估和护理的干预，主动关心患者、倾听患

者的心理压力,协同患者家属提供陪伴、鼓励、支持和安慰,改善患者的心理状态,提高患者的生活质量水平。

1.3 观察指标

针对常规组及试验组难治性产后出血患者护理后的术后 2h 出血量、术后 24h 出血量、止血时间、术后住院时间、生活质量评分、护理满意度评分等指标展开对比分析。(1) 生活质量评分^[6]:采用第三版生活质量量表对患者的生理机能、心理机能和社会职能进行评分,总分 0-100 分,分数越高患者生活质量越高。(2) 护理满意度评分:采用本院自制的护理满意度调查问卷,包括护理技能、护理态度、护患沟通等方面,总分 0-100 分,分数越高患者对护理的满意度越高。

1.4 统计学分析

采用 spss27.0 软件进行处理,术后 2h 出血量、术后 24h 出血量、止血时间、术后住院时间、生活质量评分、护理满意度评分为计量资料,采用均数标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,当 P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产后出血患者的术后 2h 出血量、术后 24h 出血量

相对于常规组患者来说,试验组难治性产后出血患者护理后的术后 2h 出血量、术后 24h 出血量均更少 ($P < 0.05$),有统计学意义;数据见表 1:表 1:两组产后出血患者护理干预后的术后 2h 出血量、术后 24h 出血量(ml)

组别	例数(n)	术后 2h 出血量	术后 24h 出血量
常规组	25	20.36±1.15	65.79±5.47
试验组	26	13.15±1.26	55.12±4.63
t 值	-	21.319	7.530
P 值	-	<0.001	<0.001

2.2 两组患者的止血时间、术后住院时间、护理满意度评分

就止血时间及术后住院时间来说,试验组患者干预后的时间相对于常规组患者更短;就护理满意度评分来说,试验组患者高于常规组患者 ($P < 0.05$),统计学有意义;见表 2:

表 2: 两组患者干预后的止血时间、术后住院时间、护理满意度评分

组别	止血时间 (min)	术后住院时间 (d)	护理满意度评分 (分)
常规组 (25)	15.27±3.56	6.35±1.47	85.79±5.62
试验组 (26)	12.10±3.33	5.02±1.45	92.02±5.10
t 值	3.285	3.253	4.149
P 值	0.002	0.002	<0.001

2.3 常规组及试验组产后出血患者的生活质量评分

相对于常规组产后出血患者来说,试验组产后出血患者护理干预后的生活质量评分更高 ($P < 0.05$),统计学存在意义;见表 3:

表 3: 常规组及试验组难治性产后出血患者护理干预后的生活质量评分 (分)

组别	生理机能	心理机能	社会职能	生活质量评分
常规组 (25)	63.34±3.56	65.45±3.25	62.10±4.52	64.10±4.12
试验组 (26)	68.57±3.65	69.96±3.47	68.78±4.65	68.59±3.57
t 值	-	-	-	4.164
P 值	-	-	-	<0.001

3 讨论

临床研究显示,晨笛网压缝合术是在改良缝合术的基础上创新的一种高效的用于治疗产后出血的术式之一,能很好的挽救和保全产后出血需要实施子宫切除治疗的患者生命安全。且这一缝合手术的治疗不会对患者术后的子宫内形态、性激素水平和月经等产生影响,能保护子宫功能,且患者术后机体的恢复速度较快,具有较为明显的保留患者子宫的优势^[7]。

但在这一手术治疗的过程中需要配合相应的出血情况监测和护理观察,旨在更好的提高手术治疗的安全性及有效性,促进患者预后。以往的临床护理过程中一般对于常规的护理措施,虽然能达到一定的护理效果,但对于改善和控制患者出血症状方面的护理效果并不十分显著,给予一定的局限性^[8]。随着临床护理理念的更新和护理技术的推广,现阶段的临床护理中提倡对患者实施个性化的护理服务,个性化护理主要是指结合患者的实际情况实施护理,根据患者的不同情况和不同需求制定不同的护理计划、实施不同的护理措施它体现尊重人、理解人、关怀人的护理理念^[9],强调的是一种以人为本的护理理念,通过一系列的术前个性化护理、个性化术中护理及个性化术后护理护理服务措施最大程度提高手术治疗的有效性、安全性,保障患者的生命安全,提高患者术后生活质量水平,减少术后出血量,增进护理人员与患者之间的沟通互动,提高患者对于临床护理的满意度,改善患者预后^[10]。本研究结果显示,开展个性化出血观察和护理干预的试验组产后出血患者护理后的术后 2h 出血量、术后 24h 出血量、止血时间、术后住院时间相对于开展基础性护理干预的常规组患者更少/更短,且试验组患者干预后对比的生活质量评分、护理满意度评分相对于常规组患者更高,说明个性化护理干预应用在晨笛网压缝合术的难治性产后出血患者中的效果显著,减轻对产妇的创新,利于产妇康复。

综上,晨笛网压缝合术术后难治性产后出血患者的护理中应监测患者出血情况,并结合患者实际情况和护理需求开展个性化的护理服务,改善患者手术效果。

参考文献:

- [1]滕辞英.卡前列素氨丁三醇联合改良式 B-Lynch 缝合术治疗产后出血的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2021,14(24):148-150.
- [2]李少琼,陈幼花.改良 B-lynch 缝合术对难治性产后出血临床治疗效果及护理对策分析[J].四川医学,2019,40(05):533-536.
- [3]李晓凤.改良式子宫背带式缝合术与卡前列素氨丁三醇联合产后出血的效果与护理[J].数理医药学杂志,2019,32(02):278-279.
- [4]徐明哲.综合护理干预对预防宫缩乏力性产后出血的临床疗效分析[J].中国医药指南,2021,19(11):169-170.
- [5]吉良勤.新改良子宫背带式缝合术加子宫下段四边缝合在剖宫产术中产后出血中的应用及安全性分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(23):4-5.
- [6]李小燕,韩红,张和平.欣母沛子宫肌层注射联合低位缝合术在前置胎盘剖宫产出血中的应用[J].中国初级卫生保健,2020,34(02):39-41.
- [7]刘娟.卡前列素氨丁三醇联合改良子宫背带式缝合术在产后出血患者中的应用[J].河南医学研究,2019,28(24):4459-4461.
- [8]杨燕,何佳佳,邓娜,陈进琼,蒋小梅.宫腔球囊联合 B-Lynch 缝合治疗剖宫产产后出血的效果[J].中国临床研究,2019,32(12):1671-1674.
- [9]梁海梅,夏燕,王静,赵卫体,杨永凤,郭丽琴,蒯梦芸.Bakri 球囊联合 Zheng 子宫压迫缝合术治疗产后出血的效果探讨[J].宁夏医学杂志,2019,41(10):923-925.
- [10]马琳.舒适护理模式在产后出血患者子宫压迫缝合术术后护理中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2019,4(01):167-169.

项目来源: 石家庄市科学技术研究与发展计划项目 (211201053)

家庭协作护理模式在改善共同性斜视患儿术后遵医行为及视力恢复中的应用

高婕 袁雯睿 邓晓莉^{通讯作者}

宁夏回族自治区人民医院眼科医院眼科二病区 宁夏银川市 750001

摘要：目的：对共同性斜视患儿应用家庭协作护理模式的作用。方法：使用随机数字表法将在 2020 年 1 月至 2021 年 1 月期间我院接收的 80 例共同性斜视患儿，平均分为参照组和家庭组，每组入组病人 40 例，采用常规护理方式，及家庭协作护理模式。将 SAS、SDS 评分、生活质量评分、满意度、遵医嘱行为、有效率情况作为两组护理效果的对比指标。结果：两组病人经过家庭协作护理模式和常规护理方法后，家庭组别的病人明显各项指标更优（ $P<0.05$ ）。结论：对共同性斜视患儿采用家庭协作护理模式能够提高病人的生活质量，并且在护理效果和心理状态等方面作用相对明显，值得推广。

关键词：家庭协作护理模式；共同性斜视；心理状态；生活质量

共同性斜视，叫非麻痹性斜视，是孩子多见的斜视，共同性斜视的特点是斜视的斜角在各个方向都是一致的，共同性斜视的原因包括眼球发育、家族遗传、屈光调节等，病人需要去正规医院检查，10 岁以下儿童可在检查前使用阿托品散瞳 3-5 天，有些孩子需要用同视机检查，在治疗中，有些患者需要通过配镜的方式进行矫正，具体的治疗方案根据患者的病情而有所不同^[1-2]。由于此病需要长期的采取护理手段，提高患儿以及家属的遵医嘱行为，提高其预后效果。家庭协作护理模式能够以病人为中心采取护理干预，改善其治疗效果。本次研究报告如下：

1 资料与方法

1.1 基础资料

选择我院从 2020 年 1 月至 2021 年 1 月期间收治的 80 例接受护理的共同性斜视患儿使用随机数字表法分为两组，参照组 40 例患者采用常规护理模式，及家庭组 40 例患者采取家庭协作护理模式，参照组年龄 6-14 岁，平均（ 11.11 ± 1.84 ）岁，其中男性患者人数为 23 例，女性患者人数为 17 例。家庭组年龄 7-13 岁，平均（ 12.21 ± 1.93 ）岁，其中男性患者人数为 24 例，女性患者人数为 16 例。通过对所有病人的年龄、性别等一般资料进行检验和调查显示，对比结果差异无统计学意义（ $p>0.05$ ），可以入组进行比较。

1.2 方法

1.2.1 参照组采用常规护理方法。

1.2.2 家庭组采用家庭协作护理模式：

1.构建护理小组：小组成员内包括主管护师，护师，护士要求护理工作年限在五年以上。根据患儿的具体情况，制定家庭协作护理的主要措施。

2.健康指导：在患儿住院期间，护理人员应该提高其对于疾病的主要认知，根据其具体特点，采用多媒体的方法生情并茂的传授疾病知识，并采取床边宣导的方法，让患儿能够理解手术后的康复、训练的重要意义和目的，并且通过游戏的方法让家属和患儿共同参与到护理工作当中，比如可以采取情景游戏角色扮演的方法，让患儿能够记住日常的护理事项。

3.疾病信息共享：可以将护理知识专变成手册，采用插图的形式，展现主要的护理方法和知识，通过通俗易懂的方法能够提高患者的注意力，涉及到的内容包括手术的主要治疗方法，原理，护理知识，日常生活，饮食习惯以及训练事项等。向每一个手术家庭都发放手册，介绍其使用方法，通过通俗易懂的语言讲解手册当中的内容。

4.构建交流平台：可以通过微信，QQ 等形式建立群组，方便护理人员与患儿和家属交流，在出院前建立微信和 QQ 群，出院后如果在日常护理当中遇到问题可以及时在微信群当中提出来，然后护理小组将问题进行分析 and 评估，通过专业的解答并提出解决方法，在患儿出院后可以每天进行出院后护理知识的内容推送，帮助家属充分的掌握护理工作内容，提高其护理质量。采用微信群，利用视频以及语音等多种方式与家属和患儿进行沟通，了解其具体的恢复情况并讨论护理经验，提高护患关系。

5.电话随访：在手术结束后出院后应该定期的进行电话回访，并解答家属所提出的问题，鼓励督促患儿，让其形成良好的生活习惯，并保持良

好的心情，愉悦的度过康复期。

1.3 观察指标

1.3.1 共同性斜视对自身所接受护理模式的满意度进行评估，总共分三项（非常满意、满意以及不满意）。

1.3.2 共同性斜视生活质量的评估主要采用本院自制的“生活质量调查问卷”进行评分，该问卷主要包含了护理前后的心理、物质、社会及躯体等 4 个评价标准，分数越高表示患者的生活质量水平越高。

1.3.3 共同性斜视心理状态的评估主要采用 SAS、SDS 评分量表进行心理状态评估，两个量表分值区间均为 30-50 分，分数越低，代表患者心理状态改善效果越好，反之则状态不好。

1.3.4 对两组病人进行遵医嘱行为比较。

1.3.5 护理效果研究分为三个部分，显效患儿治疗后眼睛恢复到正位；有效病人经过护理显示轻度矫正；无效病人在经过护理后无任何变化。

1.4 统计学分析方法

将本次研究中所涉及到的两组病人的数据均录入到 SPSS 22.0 软件中，针对两组中的计量资料（生活质量、临床指标以及心理状态）进行表述时，通过 t 值对检验结果进行检验，通过（ $\bar{x}\pm s$ ）进行，对于计数资料（满意度和护理效果）进行表述，通过 χ^2 对结果获取，当 $P<0.05$ 说明数据之间的差异有统计学意义。

结果

2.1 生活质量对比

生活质量对比有意义（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 护理前后生活质量评分比较（ $n=40$ ， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	物质生活		躯体功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后
家庭组	40	74.55±2.26	91.63±2.57	74.40±3.65	92.26±3.03
参照组	40	74.30±2.58	83.42±2.18	74.30±2.52	84.67±2.53
t		0.4610	15.4076	0.1426	12.1608
P		0.6461	0.0000	0.8870	0.0000
组别	例数	社会职能		心理功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后
家庭组	40	72.55±3.26	91.63±2.57	72.40±2.65	92.26±2.03
参照组	40	72.30±2.58	85.42±2.18	72.30±3.52	88.67±2.53
t		0.3803	11.6542	0.1435	6.9997
P		0.7047	0.0000	0.8862	0.0000

2.2 在护理前后对 2 组患者的心理状态进行对比

心理状态两项评分对比证实有意义，见表 2。

表 2 两组护理前后的患者 SAS、SDS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	SAS (分)		SDS (分)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
家庭组 (n=40)	55.52±3.26	31.67±2.57	55.50±1.10	34.76±1.50
参照组 (n=40)	55.44±3.58	46.42±3.18	55.50±1.52	45.67±1.53
t	0.1045	22.8160	0.0000	32.2037
P	0.9170	0.0000	1.0000	0.0000

2.3 满意度对比

家庭组和参照组患者满意度对比两组差异明显。具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 3。

表 3 两组患者满意度对比(n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
家庭组	40	25(62.50)	14(35.00)	1(2.50)	39(97.50)
参照组	40	19(47.50)	12(30.00)	9(22.50)	31(77.50)
χ^2					7.3143
P					0.0068

2.4 对比两组患儿的遵医嘱行为

两组遵医嘱行为差异有意义, 见表 4

表 4 护理后遵医嘱行为评分比较 (n=40, $\bar{x} \pm s$)

组别	麻醉配合	锻炼	用药	护理	复诊
家庭组	91.55±1.26	92.63±2.57	92.25±0.46	91.63±0.57	92.08±3.24
参照组	75.40±1.58	84.42±1.18	75.40±0.58	75.42±0.18	74.67±3.96
t	50.5428	18.3612	143.9593	171.5128	21.5204
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 护理效果对比

家庭组患者的康复效果明显高于参照组 ($P<0.05$), 具有统计学意义, 见表 5。

表 5 两组患者康复有效率对比(n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
家庭组	40	27(67.50)	11(27.50)	2(5.00)	38(95.00)
参照组	40	20(50.00)	11(27.50)	9(22.50)	31(77.50)
χ^2					5.1647
P					0.0231

3. 讨论

共同性斜视, 它属于斜视的一种。指的是两眼不能同时注视一个目标, 就是当他用右眼看物体时, 左眼为外斜视。用左眼看物体时, 右眼为外斜视。而且双眼斜视度数相等^[3-4]。这种病属于常见的斜视类型, 引发这种症状的原因有很多种, 应当引起重视。共同性斜视是指双眼视轴分离在向不同方向注视或者更换注视眼的时候其偏斜的视角均相等, 眼外肌以及支配神经没有器质性的病变, 从而出现的眼位偏斜^[5-6]。共同性斜视的特点有以下几点: 一、多由于眼外肌发育异常所致。二、调节因素, 远视性的共同性斜视常因高度的调节过度集合所致而引起内斜视, 近视应少用或不用调节发生集合不足而引起外斜视。三、视觉发育的过程中会发生感觉和运动方面的疾病, 而妨碍双眼单视条件反射的建立。四、患者眼球会出现有内斜视或者外斜视。五、共同性斜视的第一斜视角与第二斜视角相等。六、患者会有屈光不正等改变^[7-8]。七、眼球运动没有障碍。共同性斜视最常见的原因是: 1. 不正常的用眼习惯。2. 先天性因素导致的。3. 屈光不正, 多属于眼外疾病。可以通过局部的矫正来进行治疗, 可以分为麻痹性斜视和共同性斜视两种类, 治疗期间一定要养成良好的生活习惯, 早睡早起避免熬

夜, 做一些眼保健操, 可以促进眼部的血液循环。共同性内斜视患者通常会具有单眼位斜偏或者双眼交替斜偏的症状, 双眼无法同时注意一个目标, 正常眼注视成为第一斜视角, 不正常眼注视成为第二斜视角。眼位偏斜者容易产生复视, 为了避免这些杂乱的影像, 视中枢就主动抑制产生斜视眼物像的反应。抑制方式有固定性抑制、机理性抑制和非中心注视三种。患者眼位出现偏斜时, 斜视眼的视力会受到抑制, 只能以一眼视物, 两眼不能同时注视事物, 如果发病时期处于低龄段, 会对后期的眼部发育产生影响。共同性斜视的危害不仅仅是患者的视力健康, 它让患者失去立体视觉, 造成复视和混淆视两种视觉障碍。复视是指看东西是重影的, 混淆视则是指患者的两只眼睛看到的不同物体会在视网膜上重叠, 这样看东西是非常难受的^[9-10]。除此之外, 还会给很多人的就业、婚姻造成很大障碍。对于小孩来说, 由于经常会受到周围小朋友的嘲笑, 对他们的心理健康和性格造成巨大影响。从临床接触的少儿童斜视患者来看, 大部分性格比较内向、胆小、不敢说话, 甚至有很多小孩连走路都低着头, 生怕别人看到他的眼睛, 由此可见这种疾病让孩子背负了巨大的心理压力。由此可见, 斜视的危害不仅影响美容, 为了减少、避免上述的严重并发症, 必须认真对待, 及早治疗。共同性内斜视的病因非常复杂, 所以它取决于具体病因和病情的严重程度。一些常见的内斜视可以治愈, 如轻度或间歇性内斜视, 当双眼融合功能良好时症状消失。或屈光调节性内斜视, 可以矫正视力。在一些病人中, 这种倾向可能消失。但有些伴发性内斜视治疗效果不佳, 如婴儿性内斜视、知觉性内斜视或由中枢神经系统疾病引起的急性伴发性内斜视, 包括手术治疗。共同性内斜视可以通过手术方法治疗, 做完手术后需要三个月的恢复期, 共同性内斜视可能是先天性发育异常导致。会引起病人出现视物模糊和弱视表现, 也会影响到孩子正常的视力, 做到及时治疗才能够纠正。在治疗后尽量避免用眼疲劳, 加强对眼球的保护, 注意眼部卫生, 保持良好的生活规律, 不要经常熬夜, 尽量减少看电子产品的时间。家庭协作护理方法是当前临床新型的护理手段, 对于共同性斜视患儿手术后的恢复效果有着重要影响, 能够有效的提高患儿的治疗依从性和良好的生活习惯, 从而提高治疗效果。本次研究中涉及到 80 例共同性斜视患儿, 采取不同的护理手段, 通过针对患儿的治疗效果、心理状态、生活质量、遵医嘱行为等指标的对比发现, 家庭协作护理方法效果更加理想。

综上所述, 通过给予共同性斜视患儿家庭协作护理模式, 能够有效提高患者的护理效果, 改善患者的心理状态, 值得临床护理中广泛推广。

参考文献:

- [1]刘萍, 姜小平, 胡亚梅, 李晔彤, 何佳佳. 童趣化护理干预对减弱学龄前斜视患儿苏醒期躁动的效果研究[J]. 中国疗养医学, 2022, 31(07): 708-711.
 - [2]崔莉萍, 张潇, 薛尚才, 王秀兰. “九宫格”眼动训练法对眼眶囊肿摘除术后眼外肌功能的护理效果研究[J]. 名医, 2021(22): 129-130.
 - [3]刘丹. 学龄前儿童斜视矫正围术期实施个性化心理护理干预的价值研究[J]. 黑龙江医学, 2021, 45(18): 1944-1945+1948.
 - [4]李芳华, 杨颖灵, 陈婷. 家庭协作护理模式在改善共同性斜视患儿术后遵医嘱行为及视力恢复中的应用[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(10): 1538-1541.
 - [5]李亚楠, 李佩. 认知护理干预在斜视矫正术后患儿中的应用及对视力、双眼功能恢复的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(08): 1443-1446.
 - [6]甘志愉, 许金美, 冯艳芳. 全程护理干预联合心理护理干预在学龄儿童斜视手术的应用效果[J]. 心理月刊, 2021, 16(03): 108-109.
 - [7]杨颖灵, 杨莺, 李芳华. 连续性护理对小儿斜视术后视功能恢复及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(16): 3053-3055.
 - [8]马利. 认知行为干预和人文关怀对共同性斜视患儿术后遵医嘱行为及家属护理工作满意度的影响[J]. 实用防盲技术, 2020, 15(01): 40-41.
 - [9]张楚华, 余秀迎, 李德华. 全程护理干预联合心理护理干预在学龄儿童斜视手术的应用价值[J]. 贵州医药, 2019, 43(01): 146-149.
 - [10]丁莉莉. 探究人文关怀护理对提高斜视手术患者护理质量及满意度的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(05): 259-260.
- 通讯作者: 邓晓莉, 本科, 宁夏回族自治区人民医院眼科医院眼科二病区, 主管护师。

银杏蜜环口服溶液联合布地奈德混悬液治疗小儿急性哮喘的临床疗效和安全性分析

高艳萍 谢斌★^(通讯)

民勤县人民医院 733399

摘要: 目的 按照临床治疗要求,就小儿急性哮喘治疗过程中运用银杏蜜环口服液以及布地奈德混悬液联合治疗的方法、疗效以及安全性进行评价。方法 选择我院 2019 年 2 月-2020 年 2 月收治的 92 例急性哮喘患儿,依据掷硬币分组法将其分成对照组(布地奈德混悬液治疗, n=45)和观察组(布地奈德混悬液+银杏蜜环口服溶液治疗, n=47)。治疗 1 周后,对患儿的疗效以及不良事件发生率、症状缓解情况进行分析。结果 观察组患儿的疗效好于对照组,差异呈现 ($P<0.05$);观察组不良反应发生率与对照组无明显区别,差异呈现 ($P>0.05$);治疗后,两组患儿症状缓解情况对比明显,差异呈现 ($P<0.05$)。结论 小儿急性哮喘应用银杏蜜环口服溶液联合布地奈德混悬液治疗效果较好,可使临床症状缓解时间有效缩短,且不会增加不良反应,安全性较好。

关键词: 小儿急性哮喘;银杏蜜环口服溶液;布地奈德混悬液;安全性;临床症状缓解时间

小儿哮喘是一种临床常见慢性呼吸道疾病,该病急性发作时往往较突然,常以阵咳开始,继而出现喘息、胸闷等症状,若不能进行及时有效控制治疗,严重者可出现呼吸衰竭、心力衰竭等情况,对其日常生活和生命健康产生极大威胁。布地奈德混悬液是一种糖皮质激素类药物,在其用药指导过程中能够提高用药指导针对性,对用药安全管理有一定帮助。且进入机体后可发挥高效局部抗炎作用,虽在治疗小儿急性哮喘方面有一定疗效,但治疗时间长,部分患儿疗效不尽如人意^[1-2]。银杏蜜环口服溶液是一种复方口服制剂,蜜环粉及银杏叶提取物为该药主要组成成分,对氧自由基清除及微循环改善具有较好效果。目前临床研究过程中人们对于畸形小儿哮喘治疗过程中并没有将上述药物联合在一起,所以为了提高小儿哮喘治疗水平,应该将上述药物联合在一起,从而提升患儿治疗能力。本研究以 2019 年 2 月-2020 年 2 月收治的 92 例急性哮喘患儿为研究对象,按照临床治疗要求,就小儿急性哮喘治疗过程中运用银杏蜜环口服液以及布地奈德混悬液联合治疗的方法、疗效以及安全性进行评价,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2019 年 2 月-2020 年 2 月收治的 92 例急性哮喘患儿为研究对象,随机分为观察组和对照组,其中,观察组 47 例,对照组 45 例,观察组男女例数 26 和 21,年龄均数 5.65 ± 1.25 岁。对照组男女例数 25 和 20 例,年龄均数 5.45 ± 1.02 岁。纳入标准:①无药物过敏史;②患儿家属签署研究同意书;③患儿符合急性哮喘诊断标准。排除标准:①先天性疾病者;②使用过相关药物治疗;③肺部发育不良;④存有免疫性疾病者。本研究经伦理委员会批准,批准号 2019 审(26 号),两组研究资料对比无差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法 入院后,两组均依据症状予以阿奇霉素注射液(江苏吴中医药集团,国药准字 H20010071,规格:2mL:0.2g)+250mL0.9%氯化钠注射液稀释后静脉滴注抗感染、纠正水电解质紊乱、祛痰止咳等常规对症治疗。

1.2.1 对照组 在常规治疗基础上,采用吸入用布地奈德混悬液(正大天晴药业集团,国药准字 H20203063,规格:2mL:1mg*5 支)吸入治疗,0.5~1mg/次,2 次/d。

1.2.2 观察组 在对照组治疗基础上,联合使用银杏蜜环口服液(陕西步长制药有限公司, Z20013079, 10ml*10 支),1 日 3 次,1 次 1 支,持续用药 1 周,观察患儿治疗情况。

1.3 评价指标 ①治疗 1 周后,比较两组临床疗效,评价标准^[4]:显效:肺部湿罗音、憋喘、咳嗽等临床症状基本消失或明显改善;有效:临床症状(咳嗽、肺部湿罗音、憋喘等)有所改善;无效:临床症状(咳嗽、肺部湿罗音、憋喘等)无缓解或改善。总有效率=显效率+有效率。②记录并比较两组治疗过程中嗜睡、心率减慢、腹泻、头晕等不良反应发生情况。③记录并比较两组临床症状(如:咳嗽、呼吸困难、肺部湿罗音、喘息等)缓解时间。

1.4 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计学软件,以%和 n 表示计数资料,采用 χ^2 检验采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料,组间以独立样本 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组患儿的总有效率高与对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 n (%)

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组 (n=47)	34 (72.34)	12 (25.53)	1 (2.13)	46 (97.87)
对照组 (n=45)	16 (35.56)	19 (42.22)	10 (22.22)	35 (77.78)
Z/χ^2	$Z=3.839$		$\chi^2=8.818$	
P	<0.001		0.003	

2.2 安全性 观察组不良反应发生率为 12.77%,对照组不良反应发生率为 11.11%,组间相比,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组不良反应发生率比较 n (%)

组别	嗜睡	腹泻	头晕	心率减慢	总计
观察组 (n=47)	2 (4.26)	2 (4.26)	1 (2.13)	1 (2.13)	6 (12.77)
对照组 (n=45)	2 (4.44)	1 (2.22)	1 (2.22)	1 (2.22)	5 (11.11)
χ^2	-	-	-	-	0.060
P	-	-	-	-	0.807

2.3 临床症状缓解时间 治疗后, 观察组各项指标的缓解改善情况好于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 比较两组临床症状缓解时间 ($\bar{X} \pm s, d$)

组别	咳嗽	呼吸困难	喘息	肺部湿罗音
观察组 (n=47)	4.03±1.05	1.08±0.25	2.91±0.63	3.01±0.75
对照组 (n=45)	5.81±1.42	2.74±0.66	4.73±0.76	4.75±1.14
t	6.857	16.083	12.527	6.685
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

小儿急性哮喘是一种具有反复性及长期性特征的呼吸系统疾病, 目前临床尚无根治哮喘有效办法, 多以控制、缓解患儿发生急性哮喘时病情为主, 故探寻合理有效治疗办法对临床治疗具有积极意义。在现阶段社会发展过程中患有急性哮喘的患儿人数越来越多, 所以人们需要加强患儿治疗研究评价和分析。并且在临床研究过程中发现, 小儿哮喘发病后严重侵害到其自身的健康, 也会对小儿的生活质量造成影响。并且该病的发病呈现周期性较长, 发病危重等级比较严重特征, 所以这种情况下的患儿治疗方案设计是十分重要的。以药物治疗是目前临床常见的治疗方式之一, 将其应用到患儿治疗过程中, 可以有效缓解患儿病症, 对患儿自身的病情控制有重要帮助。同时在给予患儿治疗用药指导过程中, 还能够提升患儿治疗针对性, 对患儿自身的病情控制有重要帮助。而一般情况下, 患儿药物治疗过程中是以雾化吸入治疗为主的, 通过雾化吸入治疗能够提升患儿治疗水平, 对患儿自身的病情控制有重要帮助, 所以应该加强患儿雾化吸入治疗药物选择及管理。

布地奈德混悬液属于糖皮质激素药物之一, 其对机体溶酶体酶膜稳定性、内皮细胞、平滑肌细胞等均具有较好增强作用, 进入机体后可发挥高效局部抗炎作用, 且其自身的机体免疫力调解有重要帮助, 所以需要以患儿治疗研究为基础, 加强其治疗研究应对方案, 并且应该不断改进患儿治疗方案, 提升患儿治疗针对性。而布地奈德的使用能够帮助患儿改善平滑肌, 能够促进支气管收缩, 所以可满足患儿的治疗需求。同时在针对患儿治疗过程中还发现, 布地奈德混悬剂治疗可以提升患儿治疗水平, 对患儿自身的治疗病情控制有一定帮助, 所以应该逐渐改善患儿治疗方案, 提升患儿治疗干预对策, 做好患儿治疗过程中的各项管理方案, 提升患儿治疗认识。且该药治疗过程中能够具有更好地抗炎作用, 能够维持患儿的气道通畅, 可以为患儿的自身健康提供帮助^[5-6]; 此外, 该药使用过程中也能够促进患儿气道黏液分泌, 可以改善患儿的治疗方案, 提升了患儿治疗认识, 所以可满足患儿的治疗需求^[7]。临床经验发现, 该药虽在治疗小儿急性哮喘方面有一定疗效, 但治疗时间长, 部分患儿疗效不尽如人意。本研究结果显示, 患儿治疗过程中观察组患儿治疗的整体效果较好, 可以提升患儿自身的治疗质量, 可以具有较好的治疗效果。且该项治疗药物能够具有较好的治疗效果, 可提升患儿治疗质量。银杏蜜环口服溶液是一种具有活血化淤功效的复方口服制剂, 蜜环粉及银杏叶提取物为该药主要组成成分, 对中枢神经系统有较好镇静及抗惊功效。其中, 银杏的活性成分是萜烯部分, 该成分可发挥较强抗氧化和自由基能力, 故银杏叶提取物可通过调节细胞间黏附分子表达、拮抗血小板活化因子、并有效清除氧自由基,

促进机体抗氧化能力提升, 同时使机体微循环得到较好改善^[8-11]; 蜜环粉中含有蜜环菌多糖, 可发挥较好保护细胞受损作用, 利于患儿疾病改善。

综上所述, 当前临床研究过程中发现, 患有急性哮喘的患儿人数有大幅度增加趋势, 由于该病发病后会严重威胁到患儿的自身健康, 不利于患儿的自身健康管理, 所以影响了患儿的健康。以药物治疗给予患儿布地奈德雾化吸入治疗可以满足患儿的治疗需求, 同时搭配银杏蜜环口服液联合用药效果显著, 能够满足患儿的治疗需求, 对患儿自身的病情控制及管理有重要促进意义, 能够提升患儿治疗质量, 且能够具有较高的治疗安全性, 也可以促进患儿病情控制, 所以可满足患儿的治疗要求。

参考文献:

- [1] 杨春. 布地奈德对哮喘急性发作且伴有感染患儿的临床疗效[J]. 儿科药科学杂志, 2018, 24(8):14-17.
 - [2] 张义堂, 王中晓, 杨红. 布地奈德雾化吸入对小儿哮喘急性发作的临床观察[J]. 中国药房, 2017, 28(5): 660-663.
 - [3] 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. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南(2016 年版)[J]. 中华儿科杂志, 2016, 54(3):167-181.
 - [4] 舒冬冬, 宋乃宝. 布地奈德联合沙丁胺醇雾化吸入治疗支气管哮喘急性发作疗效观察[J]. 新乡医学院学报, 2018, 35(12):1101-1103.
 - [5] 高伟霞, 秦小菡, 张靖. 孟鲁司特钠颗粒联合吸入用布地奈德混悬液治疗小儿支气管哮喘的疗效及其对血清抗凝血酶Ⅲ、CD5 抗原样蛋白和补体 3 水平的影响[J]. 新乡医学院学报, 2019, 36(4):68-71.
 - [6] 罗飞, 杨明, 周玥, 等. 细辛脑注射液联合孟鲁司特钠及布地奈德雾化治疗儿童支气管哮喘的临床效果及安全性评估[J]. 临床肺科杂志, 2017, 22(8):1447-1451.
 - [7] Sinha I P. Evidence suggests dexamethasone is a better choice than prednisolone for acute asthma attacks in children[J]. Archives of Disease in Childhood, 2021;11(11): 120-122.
 - [8] Trotter E D, Chan K, Dominic A, et al. Managing an acute asthma exacerbation in children[J]. Paediatrics & Child Health, 2021, 07(07):77-79.
 - [9] Kwofie K, Wolfson A B. Intravenous Magnesium Sulfate for Acute Asthma Exacerbation in Children and Adults[J]. American Family Physician, 2021, 13(04):245-246.
 - [10] Baggott C, Hardy J, Sparks J, et al. Adrenaline (epinephrine) compared to selective beta-2-agonist in adults or children with acute asthma: a systematic review and meta-analysis[J]. Thorax, 2021, 17(01):1407-11.
 - [11] Nfs A, Seh A, Mb B, et al. Assessing and addressing barriers towards MDI use in acute asthma exacerbations at a tertiary paediatric ED in the United Arab Emirates[J]. International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2021, 11 (11): 145-147.
- 第一作者: 高艳萍 (1980.01-), 女, 汉族, 甘肃民勤人, 本科学历, 民勤县人民医院, 儿科, 主治医师, 研究方向: 小儿内科。
- 通讯作者: 谢斌 (1979.07-), 男, 汉, 甘肃民勤人, 本科学历, 民勤县人民医院, 内科, 主治医师, 研究方向: 内科。

观察心理干预对初产妇第一产程与第二产程护理中的影响

郭慧萍

山东省巨野县永丰社区卫生服务中心 山东菏泽 274900

摘要：目的：观察心理干预对初产妇第一产程与第二产程护理中的影响。方法：本次研究从山东省巨野县永丰社区卫生服务中心 2005 年 7 月-2006 年 2 月收入的初产妇中随机抽取 170 例，按照随机数表法将其分为了对照组（常规孕期指导和护理）和研究组（常规孕期治疗护理联合心理护理）两组，分析护理效果。结果：①分娩结局中，研究组自然分娩、阴道分娩数量和对照组差异不大，（ $p>0.05$ ）；但剖宫产数量低于对照组，指标对比（ $p<0.05$ ）；②研究组第一、第二产程中，VAS、SDS、SAS、分娩时间均低于对照组，结局更好（ $p<0.05$ ）；③对比综合护理满意率：研究组综合满意 82 例（96.47%），对照组综合满意 73 例（85.88%），（ $p<0.05$ ）；④对比综合护理依从率：研究组综合依从 83 例（97.65%），对照组综合依从 75 例（88.24%），（ $p<0.05$ ）；⑤对比不良妊娠结局：研究组不良妊娠结局 3 例（3.53%），对照组不良妊娠结局 12 例（14.12%），（ $p<0.05$ ）。结论：心理干预措施可提升初产妇的分娩效果，在一定程度上缩短第一产程和第二产程时间，减少患者焦虑、抑郁情绪，护理满意率和依从率较高，可推广。

关键词：观察心理；初产妇；第一产程；第二产程护理

分娩是产妇重要的人生经历，分娩期间存在强烈的阵痛感觉，对产妇的心理和生理都带来了较大的压力。一些产妇或因应激刺激，心理压力等导致疼痛加剧，产程延长，增加了宫内窘迫的风险，影响分娩的结果。因初产妇年龄较大，自身缺乏生理经验，一些患者由于年龄较大，属于高龄产妇，在陌生的环境和冰冷的医疗仪器面前出现了紧张、抑郁等情绪，反而导致疼痛加剧。对此，建议产妇在分娩过程中接受科学的医护指导，减少其压力。心理干预护理指的是在心理学的理论技术对特殊的对象进行心理问题应对，帮助患者建立自信心，顺利面对困境^[1]。本次研究探讨心理干预对初产妇第一产程与第二产程护理效果的影响，相关内容报道如下：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究从山东省巨野县永丰社区卫生服务中心 2005 年 7 月-2006 年 2 月收入的初产妇中随机抽取 170 例，按照随机数表法将其分为了对照组和研究组两组。对照组 85 例，年龄为 23.4 岁-37.9 岁，平均年龄为（31.1±2.9）岁。研究组 85 例，年龄为 23.4 岁-37.5 岁，平均年龄为（31.5±2.92）岁。两组基本资料无差异，（ $p>0.05$ ），有可比性。纳入标准：所有的产妇都有自然分娩的意愿且属于单胎分娩；产妇产属签署知情同意书。排除标准：（1）多胎妊娠；经检查确诊存在宫内窘迫问题、巨大儿；（2）产妇合并肝肾功能障碍、凝血功能障碍、认知功能障碍；（3）中途退出研究对象。

1.2 方法

对照组接受常规的产程指导。包括分娩前、中、后相关指导、胎儿观察和分娩喂养、健康指导等。

研究组在对照组的基础上联合心理护理指导。主要内容如下：（1）第一产程护理。第一产程被称之为宫颈扩张期，产妇需要面对逐渐增强的子宫收缩问题，产妇的疼痛逐渐增加，自身的负面情绪有所加重。助产士需要为产妇宫缩疼痛的原因，疼痛程度，缓解方式。可通过心理暗示、呼吸指导等方式减少疼痛感，同时在宫口全开前需要保存体力，尽量保持心态平稳，避免出现急躁、大喊大叫的问题。此阶段也可以让产妇的家属陪同参与健康宣教活动，鼓励产妇积极接受护理工作，积极且有效地缓解产妇自身的负面情绪。主要的应对方式是辅助更换体位、播放胎教音乐、按摩放松体力、拉玛泽呼吸法减少宫缩疼痛感等。（2）第二产程阶段即为宫口全开到胎儿分娩阶段，该阶段被称之为胎儿娩出期间。此时产妇需要面对频繁的宫缩疼痛问题，同时保持体力管理，减少精力消耗。助产士也要积极为产妇解释自然分娩的好处，告知产妇第二产程的时间和应对方式，让产妇正确使用腹压缓解不适感。此外也建议积极鼓励产妇接受分娩指导，面对疼痛保持积极乐观的心态。可在宫缩的间歇时间安抚产妇，可以握住产妇手，低声细语鼓励产妇；也能够为产妇饮用一些温开水减少压力。分娩后需要及时告知产妇分娩情况，同时尽量做好环境管理，避免产妇看到医疗器械和地上的血迹，减少其心理刺激。为产妇讲解分娩成功的案例，减少产妇的恐惧心理。

1.3 观察指标

对比两组产妇的分娩方式差异，自然分娩、阴道助产、剖宫产。

对比两组产妇的第一产程、二产程的耗用时间、VAS、SDS、SAS 指标变化^[2-4]。

对比两组产妇综合护理依从率、综合护理满意率。

对比两组产妇的不良妊娠结局^[5]。

1.4 统计学分析

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 两组初产妇基本信息对比见表 1

表 1 两组初产妇基本信息对比[n（%）]					
	指标	研究组	对照组	X ²	p
年龄	≥35 岁	21（24.71%）	23（27.06%）	0.1227	0.7262
	<35 岁	64（75.29%）	62（72.94%）	0.1227	0.7262
孕周	28-32 周	12（14.12%）	15（17.65%）	0.3963	0.5290
	32-35 周	45（52.94%）	44（51.76%）	0.0236	0.8780
	35 周以上	28（32.94%）	26（30.59%）	0.1086	0.7418
病症表现	妊娠期糖尿病	12（14.12%）	14（16.47%）	0.1816	0.6700
	妊娠期高血压	22（25.88%）	24（28.24%）	0.1192	0.7299
	气促乏力	32（37.65%）	35（41.18%）	0.2217	0.6377
	厌食恶心	32（37.65%）	37（43.53%）	0.6098	0.4348
	其他	2（2.35%）	3（3.53%）	0.2061	0.6499
流产史	有	12（14.12%）	15（17.65%）	0.3963	0.5290
	无	73（85.88%）	70（82.35%）	0.3963	0.5290

2.2 两组初产妇分娩结果见表 2

小组	例数	自然分娩	阴道助产	剖宫产
研究组	85	50（58.82%）	32（37.65%）	3（3.53%）
对照组	85	41（48.24%）	29（34.12%）	15（17.65%）
χ^2	-	1.9154	0.2301	8.9474
p	-	0.1664	0.6314	0.0028

2.3 两组初产妇分娩时间、SAS、SDS、VAS 指标对比见表 3

表 3 两组初产妇分娩时间、SAS、SDS、VAS 指标对比[$\bar{x}\pm s$]

小组	例数	分娩时间		SAS		SDS		VAS	
		第一产程（h）	第二产程（min）	第一产程（分）	第二产程（分）	第一产程（分）	第二产程（分）	第一产程（分）	第二产程（分）

研究组	85	8.52±0.58	1.52±0.14	45.63±2.96	45.63±3.18	50.52±3.53	51.52±3.09	5.52±0.41	6.52±0.41
对照组	85	9.69±0.55	2.7±0.18	49.43±2.87	53.89±3.2	52.46±3.27	55.81±2.88	7.18±0.36	8.92±0.5
t	-	13.4952	47.7078	8.4974	16.8804	3.7171	9.3635	28.0497	34.2200
p	-	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0003	0.0001	0.0001	0.0001

2.4 两组初产妇综合护理满意率见表4

表4 两组初产妇综合护理满意率对比[n(%)]

小组	例数	十分满意	基本满意	不满意	综合满意
研究组	85	52 (61.18%)	30 (35.29%)	3 (3.53%)	82 (96.47%)
对照组	85	24 (28.24%)	49 (57.65%)	12 (14.12%)	73 (85.88%)
X ²	-	18.6562	8.5367	5.9226	5.9226
p	-	0.0001	0.0035	0.0149	0.0149

2.5 两组初产妇综合护理依从率见表5

表5 两组初产妇综合护理依从率对比[n(%)]

小组	例数	十分依从	配合依从	不依从	综合依从
研究组	85	43 (50.59%)	40 (47.06%)	2 (2.35%)	83 (97.65%)
对照组	85	20 (23.53%)	55 (64.71%)	10 (11.76%)	75 (88.24%)
X ²	-	13.3408	5.3684	5.7384	5.7384
p	-	0.0003	0.0205	0.0166	0.0166

2.6 两组初产妇不良妊娠结局对比见表6

表6 两组初产妇不良妊娠结局对比[n(%)]

小组	例数	宫内窘迫	宫缩乏力	产褥感染	羊水异常	其他	不良妊娠结局
研究组	85	1 (1.18%)	1 (1.18%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.18%)	3 (3.53%)
对照组	85	2 (2.35%)	2 (2.35%)	3 (3.53%)	2 (2.35%)	3 (3.53%)	12 (14.12%)
X ²	-	0.3393	0.3393	3.0539	2.0238	1.0241	5.9226
p	-	0.5602	0.5602	0.0805	0.1549	0.3115	0.0149

3. 讨论

从女性的生理发育阶段来看,分娩是女性人生中的重要阶段,在这个特殊的生理时期,女性的角色会发生变化,自身的身心功能也和以往有所不同。面对特殊的分娩环境,初产妇因为缺乏分娩经验和自我保护意识和能力,会导致分娩期间产妇出现一定的宫缩疼痛和分娩异常,产妇的焦虑、恐惧、担心情绪也随之增加,此时也会导致产程延长或者是停滞。临床的大量的研究表明,分娩期间女性会因为疼痛、环境刺激、温度和湿度、气味等产生负面情绪;负面情绪会导致人体自主神经功能紊乱,增加疼痛敏感度,这也是很多初产妇临床疼痛感剧烈的原因^[6-7]。而且在强烈的刺激下,产妇对分娩行为有陌生感、期待感、恐惧感,不光会刺激机体内部出现强烈应激刺激,还可能在多方面因素的刺激下释放大量的儿茶酚胺物质,抑制了初产妇的子宫、血管收缩,导致产程延长,诱发胎儿窘迫问题^[8]。

为了减少不良妊娠风险,提升产妇分娩的成效,建议在临床的分娩管理中采用积极有效地应对措施来减少初产妇的负面情绪,有效转移初产妇在疼痛方面的敏感度和注意力,及时缓解疼痛,达到理想的妊娠目标。

心理干预指导是基于心理学理论对研究对象的心理活动和心理问题进行有计划、指导性的干预。该护理方式可保证女性心理健康和身心幸福,在临床中可减少因为心理障碍等多因素导致的危险问题。初产妇分娩存在一定的心理障碍,因为缺乏经验,自身的应激刺激较为严重。而自然分娩是最理想的分娩方式,但是这种分娩方式下产妇也承受着宫口缓慢扩张,子宫收缩乏力等问题,对初产妇的分娩和胎儿的安全性也造成了极大的影响。心理护理措施强调以人为本,坚持个体化和人性化护理,是有效提升初产妇分娩效果的理想途径^[9-10]。临床的护理指导中产科护理人员、助产士可积极和患者交流,在第一产程阶段联合家属一起陪同初产妇,可通过拉玛泽呼吸,体位更换,身心交流的方式提升分娩质量。而第二产程阶段也能够通过鼓励、呼吸指导、感染防控等方式提升分娩质量,加快分娩进程,同时缓解产妇的焦虑、抑郁、疼痛感^[11-12]。本次研究对收入的初产妇进行了临床护理研究,对照组接受基础护理指导,研究组联合心理护理指导,结果表明研究组的临床综合护理满意率、依从率高于对照组;研究组的第一产程、第二产程时间显著低于对照,研究组的焦虑、抑郁、疼痛感在两个产程中结果更好,指标均优于对照组($p<0.05$)。分析原因,心理护理措施针对初产妇的个体特点进行了第一、第二产程的指导,可从心理

层面等角度减少产妇的负面情绪,转移注意力,缓解疼痛,产程也因此缩短,效果理想,建议推广。

参考文献:

- [1]黄青柳.观察心理干预对初产妇第一产程与第二产程护理中的影响[J].实用妇产科内分泌电子杂志,2019,6(33):175+198.
- [2]王晓燕.背景音乐联合激励式心理干预对高龄初产妇自然分娩总产程的影响[J].河南医学研究,2020,29(04):758-760.
- [3]刘雪霞,谢莹,伍娃.产程早期体位指导联合心理干预对初产妇分娩的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(10):42-44.
- [4]Hagiwara Mayumi,Nakanishi Sayuri,Shindo Ryosuke,Obata Soichiro,Miyagi Etsuko,Aoki Shigeru.An extremely prolonged second stage of labor increases maternal complications but has no adverse effect on neonatal outcomes.[J].The journal of obstetrics and gynaecology research,2022,48(6):50-51+86.
- [5]杨碧凤.心理干预对初产妇第一产程与第二产程护理中的影响[J].中外医疗,2021,40(08):151-153+166.
- [6]韦玲.心理护理用于初产妇分娩护理中的效果[J].中国医药指南,2019,17(09):215-216.
- [7]Niemczyk Nancy A.,Ren Dianxu,Stapleton Susan R..Associations between prolonged second stage of labor and maternal and neonatal outcomes in freestanding birth centers: a retrospective analysis[J].BMC Pregnancy and Childbirth,2022,22(1):224-225.
- [8]韩思敏,林静吟,吴春翠.对产妇第一产程服务需求的调查与护理对策[J].当代医学,2012,18(11):128-129.
- [9]沈建梅.护理干预对产程的影响[J].甘肃医药,2011,30(06):382-383.
- [10]季玉凤.产前心理干预对产妇产道分娩的影响[J].实用妇产科内分泌杂志(电子版),2016,3(04):170-171.
- [11]陈黎红,顾月红,潘君,周海英,谢震宇.激励配偶协同心理干预模式对初产妇分娩结局的影响[J].上海预防医学,2021,33(12):1176-1180.
- [12]胡巧.冥想放松镇痛法联合多模式分层心理干预对初产妇身心应激、分娩恐惧及分娩结局的影响[J].全科护理,2022,20(11):1521-1524.

层级护理在重症肺炎患者护理服务中的应用效果

李红

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要：目的：研究对重症肺炎患者实施层级护理干预的临床价值。方法：在 2020 年 2 月-2022 年 1 月期间，选取本院诊治的重症肺炎患者 78 例作为本次研究对象，对患者随机编号，1-78 号，其中奇数号为对照组，39 例，实施常规护理，偶数号为观察组，39 例，实施层级护理干预，对比两组患者护理质量评分情况、护理前后肺功能指标变化情况、主要临床指标恢复时间、住院时间、生活质量评分情况以及护理满意度，明确层级护理干预临床应用价值。结果：经不同护理干预，观察组护理质量评分均明显高于对照组，肺功能改善优于对照组，主要临床指标恢复时间和住院时间明显短于对照组，生活质量评分均明显高于对照组，护理满意度明显高于对照组，两组比较有统计学意义($P<0.05$)。结论：对重症肺炎患者实施层级护理干预，效果好，可以显著提升护理服务质量，尽快缓解患者的临床症状，改善肺功能，提高患者的生活质量以及护理满意度，具有重要的临床推广和应用价值。

关键词：重症肺炎；层级护理；护理质量；肺功能；生活质量；护理满意度

重症肺炎是临床上常见的一种呼吸系统急危重症疾病，该疾病病情严重，进展快，需要及时进行有效治疗，否则患者有生命危险^[1]。临床研究发现，对重症肺炎患者要想提高整体治疗效果，在积极治疗的同时还需要配合实施护理措施。但是常规护理措施单一，难以取得理想的护理效果^[2]。鉴于此，我院对部分患者实施层级护理干预，取得不错效果，详细汇报如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 资料来源于本院 2020 年 2 月-2022 年 1 月期间诊治的重症肺炎患者，共 78 例，对患者随机编号，1-78 号，其中奇数号为对照组，39 例，男性和女性患者的例数分别为 20 例和 19 例，年龄 41-83 岁，平均 (65.65 ± 8.74) 岁；偶数号为观察组，39 例，男性和女性患者的例数分别为 21 例和 18 例，年龄 42-82 岁，平均 (65.55 ± 8.32) 岁。2 组基线资料比较无显著差异 ($P>0.05$)，可以比较分析。本次研究在获得所有患者的同意之后开展，获得了医院伦理委员会的批准通过。排除了合并存在其他严重脏器疾病患者以及中途退出研究患者。

1.2 护理方法 两组患者的护理工作均由同一批护理人员负责，共 24 名。对照组患者实施常规护理，即按照一般护理模式对患者实施对症基础护理，主要包括监督患者用药、日常饮食指导、协助患者进行康复锻炼等。观察组实施层级护理，详细操作如下：（1）构建层级护理管理小组。护理部主任和呼吸内科护士长组织选取 22 名护理人员共同构建层级护理管理小组，护理部主任担任层级护理管理小组组长，呼吸内科护士长担任副组长。（2）层级划分。根据护理人员的学历、工作时间和职称来划分层级，护理中专以上学历，尚未获得执业资格证书或已取得执业资格证书但工作未满半年的护士定为Ⅰ级，护理中专以上学历，已取得执业资格证书且工作时间为 0.5~2.0 年的护士定为Ⅱ级，护理中专以上学历，已取得执业资格证书且工作时间超过 2 年但未满 3 年的护士定为Ⅲ级，大专及以上学历，已取得执业资格证书且工作时间 ≥ 3 年，具有护师以上职称定为Ⅳ级。（3）分级护理管理。根据每个级别护理人员的综合素质，制定合理的工作职责方案，要求各级护理人员严格按照规章制度实施相应的护理工作。低级别护理人员不能越级，而高级别护理人员在必要时可完成下级别护理工作，在工作当中可以适当对低级别的护士进行指导，共同进步。（4）分级指导。为保证各级护理人员都可以得到提升，高级别的护理人员需要对下级别的护理人员进行完整的的分级指导，加强对下级别护理人员专业

操作技能、职业道德素质等方面的指导，并协助下级护理人员解决工作当中出现的问题，加强对护士的考核，不断巩固护理人员的专业知识和操作技能。（5）护理工作考核。在工作当中，可以定期或者随机对护理人员进行工作量化考核，分析护理工作存在的问题，并提出解决措施，并要求护理人员在后续的工作当中进行改善，从而持续不断提高护理质量。

1.3 观察项目和评价标准 （1）比较两组护理质量评分情况。采用医院自制量表，分数越高，表示护理质量越好^[3]。（2）比较两组护理前后肺功能指标变化情况。（3）比较两组患者主要临床指标恢复正常时间和住院时间。（4）比较两组患者护理后生活质量评分情况。包含身体健康、心理健康、社会关系以及环境因素四个方面，每个方面 50-100 分，分数与生活质量成正比^[4]。（5）比较两组护理满意度。采用自制调查问卷，满分为 10 分，评分 9.0 以上记为满意、8.0-9.0 记为基本满意、小于 8.0 分记为不满意^[5]。

1.5 统计学方法 使用“SPSS21.0 版本软件进行此研究，采用方差同质性检验方法，变量资料以“t”计算用“ $(\bar{x}\pm s)$ ”表示。定性数据用“ X^2 ”核实以（%）表达。各组数据服从方差相同的正态分布， $P<0.05$,显著差异。

2 结果

2.1 两组护理质量评分情况比较

由表 1 可知，观察组护理质量评分明显高于对照组 ($P<0.05$)。

表 1 两组护理质量评分情况比较（分， $\bar{x}\pm s$ ）					
组别	例数	护理操作	健康教育	护患交流	文书书写
对照组	39	80.44 $\pm$ 2.11	81.37 $\pm$ 2.44	81.32 $\pm$ 2.56	81.72 $\pm$ 2.55
观察组	39	94.51 $\pm$ 3.45	96.34 $\pm$ 3.22	95.7 $\pm$ 3.44	97.33 $\pm$ 2.42
t		21.727	23.140	20.943	27.730
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组护理前后肺功能相关指标改善情况比较

护理后两组患者的肺功能相关指标均有所改善，且观察组改善更加明显，两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组护理前后肺功能相关指标改善情况比较（ $\bar{x}\pm s$ ）					
组别	例数	FEV1		FEV1/FVC	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	39	40.55 $\pm$ 3.23	52.47 $\pm$ 4.32	52.42 $\pm$ 5.21	55.14 $\pm$ 4.21

观察组	39	40.25±3.22	65.72±4.12	52.23±5.56	63.23±5.33
t		0.411	13.924	0.156	7.438
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组主要临床指标恢复时间以及住院时间比较

观察组主要临床指标恢复时间以及住院时间均明显短于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组主要临床指标恢复时间以及住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肺部啰音 消失时间	射线胸片 恢复正常 时间	退热时间	住院时间
对照组	39	6.45±0.34	7.64±0.17	4.53±2.41	22.33±3.51
观察组	39	4.58±0.22	4.65±0.22	2.22±2.15	17.75±2.16
t		28.837	67.160	4.467	6.940
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 两组患者护理后生活质量评分情况比较分析

护理后比较两组生活质量评分情况, 观察组各项评分均明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者护理后生活质量评分情况比较分析 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	身体健康	心理健康	社会关系	环境因素
对照组	39	63.44±8.33	64.74±8.13	65.11±7.43	66.65±7.41
观察组	39	82.45±9.32	83.75±9.14	84.75±9.54	85.67±9.61
t		9.497	9.705	10.143	9.788
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 两组护理满意度对比

护理后比较两组护理满意度, 观察组明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组护理满意度对比(n,%)

组别	例数	满意	基本满意	不满意	满意度
对照	39	20	10	9	76.92%(30/39)
组	39	30	8	1	97.44%(38/39)
观察					7.341
组					0.007
X ²					
P					

3 讨论

近些年来, 伴随着社会经济的快速发展, 人们生活水平提高, 对医疗护理服务提出了更高的要求, 过去单纯的护理已经不能满足患者的需求, 要求再护理中不断提高患者的舒适度, 在这种情况下, 医疗机构需要不断完善护理服务模式, 以提高整体医疗服务的质量^[6,7]。过去临床护理中, 没有充分认识到护士的学历、工作经验、职称等因素对护理质量的影响, 并且对护理工作缺乏统筹安排以及科学合理的规划, 从而导致护理人员承受较大的工作压力, 容易精神出现沉重负担, 这对于提高护理工作质量是十分不利的, 有些护理人员由于长时间值班, 导致精神不佳, 从而在工作当中出现失误, 引发纠纷事件, 这严重损害了医院的社会形象^[8,9]。鉴于此, 临床上需要对护理工作模式进行优化和完善, 寻求更加完善的护理干预模式。

层级护理是一种先进的护理干预模式, 根据护士学历、职称及工作时间来划分层级, 明确各个层级的责任, 各司其职, 为患者提供合理且舒适的护理服务, 详细优势如下: (1) 通过实施层级护理, 可以显著提升护理人员综合素质, 提高护理操作的专业性, 规避了盲目性和随意性。在这种模式下, 高级护理人员可以帮助低级护理人员解决工作以及学习中出现的问题, 逐渐提高低级护理人员的专业技术能力, 减轻低级护理人员的压力^[10]。(2) 通过实施层级护理干预, 可以有效改善护理人员的工作心态, 促使护理人员以较高的热情投入工作当中, 认真负责, 减少护理风险事件发生, 从而降低护理纠纷率^[11]。(3) 通过层级护理干预, 可以对各级别护理人员的工作职责进行明确, 将合作、竞争有机结合在一起, 持续提高护理人员的综合素质, 进而提高护理服务的质量。在实施层级护理的过程中, 一定要注意分层、培训、考核等问题, 制定科学的管理制度和培训方案, 保证所有的规划都可以落到实处, 发挥出预期的作用和效果^[12]。

通过本文的研究发现, 经不同护理干预, 观察组护理质量评分均明显高于对照组, 肺功能改善优于对照组, 主要临床指标恢复时间和住院时间明显短于对照组, 生活质量评分均明显高于对照组, 护理满意度明显高于对照组, 两组比较有统计学意义($P<0.05$)。研究结果说明对重症肺炎患者实施层级护理干预是有效的, 可以将其作为临床护理的优良方案。

综上所述, 对重症肺炎患者实施层级护理干预, 效果好, 可以显著提升护理服务质量, 尽快缓解患者的临床症状, 改善肺功能, 提高患者的生活质量以及护理满意度, 具有重要的临床推广和应用价值。

参考文献:

- [1] 尚静, 刘雪, 邵静. 层级链式护理模式对重症肺炎合并呼吸衰竭患儿的影响[J]. 河南医学研究, 2022, 31(11): 2068-2071.
- [2] 张鑫. 层级链式护理在重症肺炎患儿中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2022, 34(8): 174-176.
- [3] 魏慧, 陈有兰, 甘甲佳. 层级护理管理结合主动风险护理在重症肺炎患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(3): 163-165.
- [4] 马明明, 陈佳宁, 刘桐桐. 层级护理模式在 ICU 重症肺炎患者中的应用及对呼吸功能、生活质量的影响[J]. 哈尔滨医药, 2020, 40(4): 369-370.
- [5] 林岚. 层级护理模式应用于 ICU 重症肺炎患者的护理价值评价[J]. 中国医药指南, 2019, 17(9): 249-250.
- [6] 房玉兰. 探讨护理层级管理对重症肺炎患者预后及护理质量的影响[J]. 中国保健营养, 2017, 27(26): 382.
- [7] 雷娟, 范光伟, 申雪莹. 层级护理模式对提高护理人员技能与 ICU 重症肺炎患者的临床效果研究[J]. 西部医学, 2016, 28(7): 1025-1029.
- [8] 赵亚楠, 李玮. 护理层级管理对重症肺炎患者预后及护理质量的影响研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(4): 170-171.
- [9] 赵琴琴. 层级护理模式对 ICU 重症肺炎患者的临床应用效果探究[J]. 饮食保健, 2018, 5(46): 217-218.
- [10] 徐振虎, 毛秀莲, 李世鹏, 等. 层级化管理对 ICU 重症肺炎患者早期活动效果的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(7): 1265-1268.
- [11] 刘艳, 刘君君, 王玉英, 等. 层级护理管理模式在重症肺炎患者护理中的应用效果[J]. 中外医学研究, 2020, 18(15): 89-91.
- [12] 汪时芳, 叶菲菲, 周晓丽, 等. 层级护理对重症肺炎患者护理质量及护理满意度的影响研究[J]. 医院管理论坛, 2019, 36(2): 33-35.

预见性护理在急性脑出血患者急诊急救中的应用

李宁

菏泽市中医医院 急诊科 山东菏泽 274000

摘要:目的:探讨在急诊急救中对急性脑出血患者实施预见性护理的应用效果。方法:选取2017年1月-2017年5月我院收治的66例脑出血患者,按照随机方式分成对照组和观察组各33例。用通常情况下的护理模式干预对照组患者,用预见性护理模式干预观察组患者。对比两组平均住院时间,预后情况,包括有效率、致残率以及死亡率;统计两组患者对护理工作的满意度。结果:相比对照组,观察组患者平均住院天数短、治疗急性脑出血有效率、致残率、死亡率及并发症发生率均较低、患者对护理满意度高($P<0.05$)。结论:对急性脑出血患者在急诊急救中实施预见性护理,患者的治疗期明显缩短,也相对提高了护理满意度。

关键词: 预见性护理;急性脑出血;急诊急救

前言:目前,急性脑出血疾病占急性血管病的20%-30%,急性期病死率达30%-40%,该病是指非外伤性的原发性脑实质出血,也叫做自发性脑出血^[1]。此病多发于患高血压、糖尿病、心力衰竭人群、肥胖者、长期吸烟、饮酒人群以及颅内动脉畸形人群。该病患者的临床症状表现为头痛、语言障碍、偏侧面部或躯体麻木、偏侧肢体无力、意识障碍、视力障碍、行走困难等。还会伴随肺部感染、脑水肿、上消化道出血等病症的出现。预见性护理是护理人员对患者实施护理前和实施护理过程中,预测患者可能出现的一系列问题,确定其护理重点,及早采取有效治疗措施或干预措施,以减少患者痛苦作为最大限度,提高患者的生活质量,从而将被动救治转变为主动抢救的护理模式^[2]。研究表明,预见性护理配合治疗急性脑出血能够明显提高治疗效果,改善患者预后^[3]。因此本讨论对急性脑出血患者实施预见性护理在急诊急救中的应用如何。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取了我院2017年1月-2017年5月收治的66例急性脑出血患者作为研究对象,分为两组每组各33例。对照组中男:女=2:1,年龄为40-75岁平均(53.8±2.5)岁;出血部位:基底节15例,丘脑11例,脑叶7例;观察组中男:女=20:13,年龄为42-76岁平均(53.4±2.3)岁;出血部位:基底节14例,丘脑11例,脑叶8例。对比两组患者基本资料差异无统计学意义($P>0.05$)。纳入标准为:临床诊断符合急性脑出血并且通过颅脑CT、MRI等检查确诊;患者及家属签订知情同意书。排除标准为:肝功能有严重障碍者;有凝血功能障碍者;感染后持续昏迷患者。

1.2 研究方法

对照组患者依据病情用急诊科、神经内科常用的护理模式。观察组安排急救经验丰富的医护人员用预见性护理模式干预:①护理患者的呼吸道,及时清理呼吸道异物类物质以免患者窒息,应绝对卧床。有意识患者取半卧位,患者意识不清状态下取侧卧位并定时协助对患者做翻身、拍背等护理,以保证患者吸氧治疗情况良好。深度昏迷患者可上呼吸机辅助患者呼吸,进行呼吸道插管。②向患者家属询问用药情况和脑出血急性发生时的情况,有无病史,阐述发病原因和治疗方法,讲解健康知识,提高其对疾病相关知识的认知水平,缓解心理负担,积极应对临床治疗与干预。③给予患者低盐低糖、热量较高并蛋白含量高的食物,定期抽取胃液检查患者消化道内情况,观察患者的分泌排泄情况。检查各项生命体征,患者血压、心率、意识是否清醒,瞳孔变化如何等。如需对患者进行转移,应注意呼吸系统、循环系统等情况后,符合转运条件后在准备好相关药物和医疗设备进行转移。④急性脑出血患者术后应预防呼吸道感染、泌尿系统感染、消化道感染等,包括治疗时和护理时应绝对无菌操作。避免剧烈咳嗽,防

止便秘。严格遵医嘱用药。对患者意识状态、吞咽功能进行全面评估,鼓励其合理饮食,通常情况下流质饮食为主,保证营养与维生素的充足摄入,合理补充机体消耗,强化患者免疫力。如果存在体液不足的情况,如丧失额外体液、大量引流液等,需要注重水分的补充,确保体内体液的平衡性。另外进食过程中避免食用生硬、刺激性较强食物,避免患者胃肠道负担加重。为了避免患者发生泌尿系统感染,留置尿管时需要严格遵守无菌操作原则,确保气囊导尿管与集尿袋的紧密连接,确保集尿系统的密封性,尿袋的位置需要低于床面10cm,确保引流管的通畅性。搬运患者的过程中夹闭引流管,避免发生逆行性感染。⑤联合患者家属对患者的心理进行疏导,时长关注患者心理状态,叮嘱患者放宽心与医护人员配合治疗,遇到不良情况及时解除。⑥预防压疮发生。每隔2h帮助患者翻身,在皮肤较薄受压位置垫减压垫,为其擦拭身体,皮肤受潮位置涂抹爽身粉,确保皮肤清洁干燥,减少压疮发生风险。⑦口腔护理。脑出血患者多数时间处于昏迷的状态下,需要对其口腔进行清理,护理阶段严格遵守无菌操作原则,对于清醒患者需要引导患者正确漱口,同时鼓励患者有效咳嗽,对于张口呼吸患者需要在口腔上覆盖纱布,减少水分蒸发,并且及时进行氧气吸入。⑧功能锻炼。部分脑出血患者存在偏瘫等症,对其日常生活造成严重影响。因此在患者疾病稳定期需要积极指导其进行康复训练,如床上体位转移、关节活动度训练、下肢屈伸运动等,能够减少下肢深静脉血栓发生风险,促进患者康复。

1.3 观察指标

将两组患者的住院时间、有效率、致残率、死亡率进行对比,可分析出护理效果;比较不同护理模式下的两组患者的满意度,分为三种:非常满意、比较满意、不满意。观察与比较两组患者并发症发生情况,常见的并发症主要包括消化道出血、呼吸道感染、尿路感染、压疮和脑疝。

1.4 统计学分析

将数据采用SPSS软件进行统计分析,治疗期数据采用($\bar{x} \pm s$)表示,行t检验;护理满意度用(%)表示,行 χ^2 检验。

2 结果

2.1 治疗时间及预后效果的对比。

两组患者在不同护理模式条件下:平均住院天数观察组短于对照组;观察组的有效率高于对照组,致残率和死亡率均低于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者治疗时间及预后效果的对比

组别	例数	住院天数 ($\bar{x} \pm s, d$)	有效率[n (%)]	致残率[n (%)]	死亡率[n (%)]
对照组	33	21.38±5.50	23 (69.69)	6 (18.18)	4 (12.12)

观察组	33	13.38±3.67*	30 (90.91)	3 (9.09)	0 (0)
t/X ²		6.237	10.675	4.938	5.263
值					
P 值		0.001	0.001	0.026	0.022

注: *表示相比对照组, P < 0.05。

2.2 两组患者护理满意度对比

不同护理模式条件下的护理满意度观察组高于对照组 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组护理满意度的对比[n (%)]

组别	例数	非常满意	比较满意	不满意	总满意率
----	----	------	------	-----	------

表 3 两组并发症发生率比较 [n (%)]

组别	例数	消化道出血	呼吸道感染	尿路感染	压疮	脑疝	发生率
对照组	33	3 (9.09)	1 (3.03)	1 (3.03)	2 (6.06)	1 (3.03)	8 (24.24)
观察组	33	1 (3.03)	0 (0)	1 (3.03)	0 (0)	0 (0)	2 (6.06)
X ² 值							6.057
P 值							<0.05

3 讨论

脑出血是常见的心脑血管系统病症,多发于中老年群体,随着我国老龄化趋势的严重化,该疾病的发病人数呈逐年增加的趋势。在治疗阶段对患者实施有效的护理干预措施尤为重要。但是该疾病护理难度较大,如果护理不当可能会引发严重并发症,如肺部感染、压疮等,因此需要最大程度减少并发症发生风险,改善患者消极情绪,促进患者恢复^[4]。因为脑出血患者机体免疫力、抵抗力下降严重,多合并其他基础疾病,受病情等因素的影响从真乃一定的负面情绪,导致脑实质血管发生破裂,引发急性出血,出现血肿,颅内压上升,该疾病病情发展较快,具有较高的致残和致死风险,对患者的健康造成严重威胁。在治疗过程中对患者实施有效的护理干预对于改善其预后具有重要意义^[5]。

预见性护理是一种以患者为中心护理方法,对以往的案例进行分析,并对患者病情进行评估,对其可能发生的风险进行提前预测,并采取有效的措施进行预防,可以有效的改善患者预后。对急性脑出血病患者采用预见性护理,可使护理人员更好的掌握患者病情,评估患者的真实情况,进而针对对患者的饮食、心理、运动等进行指导,改善患者的生活方式和习惯等,减轻缓和患者的心理压力使患者配合治疗和护理。还可有效提高护理质量、患者抢救成功率和患者的生命质量^[6]。通过本次研究结果可知,经过护理干预后,平均住院天数观察组短于对照组;观察组的有效率高于对照组,致残率和死亡率均低于对照组 (P<0.05),不同护理模式条件下的护理满意度观察组高于对照组 (P<0.05),同时观察组并发症发生率明显低于对照组 (P<0.05)。该结果也说明对急性脑出血患者采取预见性护理效果理想,有助于促进患者恢复。预见性护理是目前临床应用广泛的一种护理模式,主要指护理人员开展护理工作前对可能发生的不良事件进行预测,结合危险因素制定针对性护理方案,减少患者住院阶段的不良事件发生风险^[7]。同常规护理干预相比,预见性护理干预具有较强的预见性和前瞻性,能够在发生不良事件前进行干预,减少或消除不良因素的影响,同时该护理模式下护理人员具有极强的主动性,能够保证护理质量,对于提高临床护理质量具有重要意义^[7]。同时在护理干预过程中制定针对性的护理方案,真正意义上做到防患于未然。通过呼吸道护理有助于减少呼吸道相关并发症发生风险,保证患者呼吸的通畅性;通过生命体征观察能够帮助护理人员了解患者情况,明确其符合转运条件,对患者进行有效转移,做好相关准备工作;急诊脑出血患者术后并发症发生风险较高,如呼吸道

对照	33	15 (45.45)	10 (30.30)	4 (12.12)	29 (87.88)
组					
观察	33	27 (81.81)	6 (18.18)	0 (0)	33(100.00)
组					
X ² 值					4.258
P 值					0.039

2.3 两组并发症发生率比较

不同护理模式条件下的并发症发生率观察组明显低于对照组 (P<0.05)。见表 3。

感染、泌尿系统感染、消化道感染等,护理人员结合患者实际情况制定针对性、个性化的护理干预,做好并发症预防工作,加强对患者生命体征相关指标的观察,确保其营养摄入充足,有助于改善其免疫力,促进患者恢复;导管留置时严格遵守无菌操作原则,保证引流的通畅性,能够减少泌尿系统感染风险^[8];因为患者需要长期卧床休养,压疮是急性脑出血患者常见的并发症,护理人员定时帮助患者翻身,保持皮肤干燥,有助于避免压疮发生;同时加强对患者的口腔护理,全面清理患者口腔,减少并发症发生风险;对患者及家属实施健康教育与心理干预,有助于缓解其负面情绪,保持稳定的心态,对于促进患者恢复具有重要意义;通过功能锻炼有助于进一步促进患者恢复,减少并发症发生风险。另外,预见性护理模式对护理人员专业能力提出了更高的要求,需要护理人员做好与患者的沟通工作,结合患者实际情况制定科学合理的护理方案。

综上所述,急性脑出血患者实施预见性护理在急诊急救中的疗效果,缩短治疗期,提高患者满意度。

参考文献:

- [1]袁玲.多学科协同护理干预对脑出血危重患者神经功能、运动功能及预后的影响[J]. 东方药膳,2021(13):270.
- [2]夏彩云,董霞.对脑出血患者进行系统性院前急救护理与多学科协作式院内急救护理的效果[J]. 当代医药论丛,2020,18(3):239-240.
- [3]梁凯玲,李冬芬,姚砚灿,等.预见性护理干预对 ICU 高血压性脑出血患者肺部感染及恢复效果的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40(10):1899-1902.
- [4]丁海蛟,刘梦焦.预见性护理干预对脑出血重症监护患者相关护理结局的影响[J]. 医学信息,2021,34(8):183-185.
- [5]何炜烨.对比常规护理与预见性护理模式在脑出血患者护理中的效果[J]. 中外医疗,2021,40(25):151-153,157.
- [6]陈丽.预见性护理在颅脑损伤脑出血患者急救及转运中的应用[J]. 黑龙江医药科学,2021,44(1):174-175,178.
- [7]林映碧.预见性护理对高血压脑出血偏瘫患者生活质量及神经功能的影响[J]. 中国卫生标准管理,2021,12(21):144-146.
- [8]倪程程.预见性护理用于高血压脑出血患者的效果分析[J]. 国际医药卫生导报,2021,27(6):929-932.

新医改背景下的医疗卫生监督工作研究

刘东河

阳信县卫生健康执法大队 山东滨州 251800

摘要：现如今，医疗行业已成为我国全民健康有效保障，且政府的管理定位也受医疗行业的特殊性而决定。因此，为积极构建优良的运行环境，政府务必根据有效的管控促进医疗行业的稳步发展。此外，医疗技术的迅速发展，促使我国医疗行业被纳入到全世界病史总数最多的国家医疗机构名单之中。伴随着接受治疗的病人愈来愈多，导致实际问题也逐步被暴露出来。但在我国新医改执行后，绝大多数情况都已经得到有效的缓解。基于此，本文主要以新医改为背景，深度研究我国医疗卫生的监督工作，以供参考。

关键词：新医改；医疗行业；卫生监督

前言：自“两改”实施后，经过很多年的努力奋斗，我国卫生监督部门在维护医疗安全、调节市场秩序、公共卫生执法等领域均取得不错的成就。根据相关实践结果表明，卫生监督工作会直接影响到我国卫生事业的稳定发展。因此，卫生监督变得越来越重要。近几年，国家逐渐提高对不断健全卫生监督保障体系、适当扩展卫生监督工作等方面的要求。可是，在新医改背景下，如今我国卫生监督工作不断暴露出问题，为积极探索卫生监督的新形势，深度探讨并研究卫生监督工作是十分必要的。

一、新医改背景下我国医疗卫生监督工作所面临的新形势

（一）所面临的挑战

现如今，我国正遭遇疾病防控、职业危害、生态环境保护以及医疗市场秩序等方面的挑战。总体看来，传统疾病尚未获得有效的控制，各种各样的新兴疾病也随之而来，同时慢性疾病的数量也在日益增多，这就直接导致危害健康的要素逐步呈现多样化发展趋势。此外，伴随着医疗难题日益增多，我国卫生监督体系管理依旧尚未健全，医疗环境卫生工作也仍然存有资源原材料数量不足、分配科学性以及合理性差，以及人民群众看病难等情况。这就不断增加了卫生监督工作的难度。

（二）新的发展机遇

自我国卫生监督管理体制改革后，大多数地区纷纷开始建立独立的卫生监督机构以及监督管理机构。伴随着大力培养并引进大量高质量卫生监督人才，确保卫生监督服务在人才结构上更为专业和系统化。而在执行新医改政策的背景下，我国逐渐加强卫生监督体系管理的建设力度，由此进一步促使预防传染病、公共卫生、血液安全、医疗服务项目等领域的不断深化。这除了有利于全面贯彻落实我国最新出台的卫生监督法律法规以外，还能够在一定程度上健全可操作性更强的相关机制方案。与此同时，通过科技进步的广泛运用，基本上已经实现卫生安全以及执法监督管理的全国普及化以及网络化，由此提高了卫生监督管理工作的精确性。除此之外，卫生监督工作中的部分检测项目已被列入基本公共卫生服务项目之中，也得到中央的大力支持，这表明，进一步发展创新卫生监督保障机制有了全新的发展机遇。

自上世纪 80 时代实施改革开放至今，我国各行业发展迅速，医疗行业也是如此。由于医疗技术以及相关机械设备的迅速发展、良好的设备更新速度，但相关管理制度以及管理方案不断暴露出问题，因此提高对相关制度的需求是十分必要的。此外，自大力推进卫生监督管理改革创新至今，我国绝大多数地区开始逐渐成立各类对卫生进度的管理机构，以此不断引入诸多专业性人才，积极搭建优秀的人才构造，确保具备专业化、系统化特性。伴随新医改政策的持续执行以及不断发展，促使逐渐加强对我国各医疗行业的卫生监督管理，从防治、血液安全、公共卫生、综合医疗

服务项目等层面执行全新的法律法规。并不断健全更具有可执行性的实施方案。此外，由于科学技术得以广泛运用，有利于卫生安全以及执法监督管理在全国范围内实现，促进搭建统一的信息化管理机制。与此同时，有些监督项目也逐渐被列入到公共基本卫生服务范围内，以实现整体效益。总之，由于受到其国家相关方针政策以及人民政府的大力支持，才拥有特别好的发展机会。

二、我国医疗卫生监督工作的现状

现阶段，尽管我国已经逐渐开始对疾病防控、生态环境治理、职业危害以及医疗市场管理等难题制定相对统一的管理制度，但传统疾病依旧尚未获得有效控制。此外，在自由性极强的市场经济迅速发展的背景下，病原菌的类别以及更新速率逐渐加快，不断涌现出各种各样的新型疾病，同时慢性疾病的数量也在逐渐上升，这会不断增强危害性，由此显现出多样性特点。在新医改政策施行前，我国对相关问题欠缺管控，并且相关制度建设的力度也远远不够。因而，如今，有必要积极融合新医改政策的优点，综合分析自身状况，以此制定出现阶段切实可行的方案。

（一）投入卫生监督资源的力度不够

截止到 2020 年，全国各地共有省级卫生监督员四百余名，市级卫生监督员三万五千四百零三名，县级卫生监督员七万八千九百六十二名。由于国内各地卫生监督员均值配备尚未达到万分之一的最低标准，由此直接造成卫生监督总体目标受到限制，并且人力资源极其紧缺。此外，卫生监督所涉及到的课程内容多，对能力以及综合素质等方面的要求极高，务必具备一定的人员保证。然而，从当下的卫生监督现状看来，存有人员不够、构造不合理、综合性能力不高等众多难题。并且各个卫生监督员之间的学历差别大。据相关调查结果表明，省级本科学历卫生监督员占的比重为 62%；市级本科卫生监督员占的比重为 48.14%，大县级本科学历卫生监督员所占的比重为 30%。当然，还存在一些不具备学历以及专业技术职称的非卫生专业人员，以及在其他医疗单位由于无法胜任相关工作的人员开始转向卫生监督机构，由此会逐渐降低卫生监督人员的整体能力以及素质，导而造成相关卫生监督人员的素质水平存在较大差距。

现阶段，我国政府机构对卫生监督的经费保障有限，并且由于全国各地政府所给予的重视程度不同，财政能力也存有明显区别。这在一定程度上会直接造成卫生监督经费预算构造合理性差。因此，大多数的卫生监督机构普遍采用业务收入来填补经费紧张。这会导致我国卫生监督员在经济社会发展中所处的地位逐渐下滑，加速人才外流，从而对整体提升我国卫生监督员能力和素质水平极为不利。

（二）卫生监督职能界定不明确，卫生监督体制改革不全面

2002 年，保健食品监管开始逐渐转变为食品与药品监管，并逐渐开始

由相关管理局负责。2010年,我国有些地方的食品卫生安全监督也不再由卫生监督部门负责。这就导致直接形成多头执法、各自为政以及当涉及到利益时,互相争着做,与利益无关时相互推卸责任。更为严重的是,与质量监督、环境保护、工商管理相关部门等配合协调性差,这也就促使监管义务无法有效落实。此外,在卫生监督执法期间,缺乏政府以及其他执法机构的大力支持,因此也就不具备联合执法的权力。可是,依旧要担负一定的执法责任。使其有权无责。有责无权的问题会严重受制到卫生监督工作。

(三) 卫生监督思想认识不到位

国家始终都十分重视并给予大力支持医疗行业的基建项目。自SARS和H1N1爆发后,诸多社会资源逐渐被流向疾病防控工作之中。然而,卫生执法的监管却逐渐被取代,资金分配严重不足,人员管理老旧,导致卫生执法监督的有利价值始终没有被重视到。

意识程度不够,观念水平低。现如今,我国依旧有很多地方,在举办以及投入卫生事业期间,监督管理医疗卫生行业的模式相对落后,执法监管力度不够。此外,对卫生执法工作的研究力度也远远不够,无法紧跟不断发展、变化的新形势。

三、新医改背景下我国医疗卫生监督的有效措施

(一) 疾病防控

如今,疾病的预防和控制已成为公共卫生管理中的关键难题。基于不同病症的传播特性,制定出不一样的防范措施,以便全面了解并掌握其疾病传播的基本特性,全力执行相关防控监管,促进疾病防控与控制紧密结合。例如,在艾滋病的前期预防和监管期间,首先应大力宣传与艾滋病有关的健康教育知识,在居民住宅区、医院等公共场合创设健康宣传知识服务点,采用卫生保健知识讲解、宣传海报、派发卫生保健知识宣传册等方式,开展健康宣传。因而,帮助人们群众塑造正向的临床医学观念,扭转不正确的见解,清除消极心态,告之人民群众艾滋病需要注意的事项,从源头上减少病症产生的几率。与此同时,也要加强对营业性商务酒店、餐饮等区域的监管,灵活运用专业知识以及相关科学推广的方式,有效防止多发疾病的发生。此外,历年都需要在换季的情况下开展H1N1病毒性感染等流感的预防和宣传。依据传播特性及其方式,在地铁站、网咖、地铁站、游玩景点、影院、商务KTV等公共区域开展防控。并运用专业知识开展督查、宣传以及监管,以便全面贯彻落实该病的传播特性和方式,进而达到防控最佳的预期效果。

(二) 不断完善相关管理体系

要求相关管理体系应遵照科学化、特色化以及专业化的管理机制。在不断自纠自查期间,严厉惩处各类违法违规行,积极响应现阶段中央“公共安全不容忽视”的现行政策,确保相关维护工作的整体质量。此外,也要最大化覆盖监控的范围,如空气、室内环境、水等。积极与物业管理处、大型商场、水质监测站、质量检验等展开沟通交流,并持续加大调查研究的力度,从而为人民群众创造健康的安全条件。当发觉存在扰乱相关单位秩序的诱发要素时,一定要及时赶到当场,并与相关监管人机构一同解决,立即遏制根本原因,以此有效维护幼稚园、敬老院、医院等关键区域。重点划分相关监控工作,对相关工作内容加以细化,从而为居民生活环境提供有效保障。此外,确立相对平稳的管理制度后,有必要全面贯彻落实财政性资金以及不断提升监管的有利价值,从而有效保证实际工作在现行标准相关现行政策的指导下开展,以便有效处理分配原则,给予合理的薪资和待遇,从而对处理人手不足等问题极度有利。同时,也要求其他部门务必基于在线监测的方式,适当减少检验成本费,以此积极创建先进、高效

率、优质的卫生监管机制,从而扩展技术服务的科学化、市场化的发展途径。

(三) 不断提高整体服务质量

为有效确保医疗市场的均衡,务必严厉打击非法经营,严肃查处违法诊所、无良医生、巫医等。大力宣传公办专业医院所具备的科学性。并基于健康宣传清除封建迷信。纠正就医风气,对就医行为加以有效规范,以此有效推动医疗市场系统化和科学化,从而为我国广大群众积极创建整洁、安全的医疗环境。与此同时,也要加大力度考核相关医务人员的服务项目,积极树立医疗行业“客户至上”的核心价值,促进医疗卫生监管拓宽到医疗服务项目的整个监管过程之中。并重点监督调查,依法查处并解雇不过关的专业医生,以此推动医患关系和睦。此外,也要规范门诊收费标准,根据国家要求以及市场环境的转变,严肃查处相关违纪行为,配合审计、医疗保险、纪检监察进行专项调查,严肃查处滥用药物、过度检查、过度医疗等行为。与此同时,也要加大对医疗机构行为以及医务人员职业行为的监管力度,确保其真实度以及实效性,以便有效处理医疗对象私查、暗查等难题,全方位审核医疗从业者诚信执业类信息,避免受托人权益受到损害。当对监管问题提出反馈期间,应积极创建相对有效的意见反馈跟踪系统,合理处罚有问题的医务人员,从而真正推动并提高相关服务水平。

(四) 全面落实相关医改制度

全面深化医疗体制改革已变成在我国卫生部门的重点工程。仅有确保医疗改革制度的有效实施,普通百姓才可以真正正正享有到新医改的成效。因而,要求卫生监督相关部门要基于新医改的具体要求,紧紧以有效落实医疗改革制度这一核心工作为中心,建立健全相关监督体系,促进有关医疗改革制度获得有效落实。与此同时,也要将相关卫生监督逐步列入到医疗改革工作之中,以便制订出更加科学的医疗改革制度,明确医疗改革制度执行期间的危害以及功效,从而有利于为卫生监督相关部门积极参与医疗改革给予强有力的政策支持。

结论:总的来说,在新医改政策背景下,促使我国医疗监督工作身处机遇和挑战双重环境中。因此,这就要求我国相关卫生监督机构及部门,必须从全局、政治以及发展的角度出发,充分运用其能动性。积极搭建相关卫生监督管理体系,并有效选用科学化的量化管理方式,以此不断加强对疾病预防的控制,从而都提升诊疗服务水平极度有利,同时也能够提高卫生监督水准,为人民健康提供有效保障,建设和谐社会。

参考文献:

- [1]袁安新.新医改背景下的医疗卫生监督工作研究[J].中国继续医学教育,2018,10(14):48-49.
- [2]许杰.浅谈医疗机构卫生监督执法工作现状与对策[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(38):216+218.DOI:10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.38.113.
- [3]詹秀敏,何晖雄,郑曦,林心星.基层医疗卫生监督工作的形势及对策浅析[J].中国卫生法制,2018,26(03):73-75+94.DOI:10.19752/j.cnki.1004-6607.2018.03.016.
- [4]侯莹.探析新医改背景下卫生监督工作新形势和新任务[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(93):179-180.
- [5]沈璇,熊开科,谭代荣,周琴,彭宇,朱钦嵩,周涛.新医改背景下卫生监督工作新形势和新任务[J].中国卫生监督杂志,2013,20(05):408-412.
- [6]陈阳.新医改背景下对医疗卫生单位思想政治工作的思考[J].中国保健营养,2013,23(06):1595.

基层医院消化系统常见疾病临床用药选择及效果

刘洪彬

鄄城县什集镇卫生院 山东菏泽 274600

摘要：目的：对基层医院常见消化系统疾病用药效果进行分析。方法：随机抽取常见消化系统疾病患者100例，根据疾病不同分为2组，将慢性胃炎患者纳入到A组，将急性肠炎患者纳入到B组，对比和分析2组药物治疗效果存在的差异。结果：采用左氧氟沙星、阿莫西林、甲硝唑、诺氟沙星、雷尼替丁、奥美拉唑、复方嗜酸乳杆菌片治疗消化系统疾病方面，A组有例（%）、例（%）、例（%）、例（%）、例（%）、例（%）、例（%），B组有例（%）、例（%）、例（%）、例（%）、例（%）、例（%）、例（%），A组采用阿莫西林、甲硝唑、雷尼替丁、奥美拉唑治疗具有较高的比例，（ $P<0.05$ ）；B组采用左氧氟沙星和诺氟沙星治疗占有较高的比例，（ $P<0.05$ ）。2组采用复方嗜酸乳杆菌片治疗占比无统计学意义，（ $P>0.05$ ）。在显效、有效、无效治疗有效性指标中，A组有35例（70.00%）、13例（26.00%）、2例（4.00%），有效率为96.00%，B组有40例（80.00%）、6例（12.00%）、4例（8.00%），有效率为92.00%，2组比较A组更高，但差异无统计学意义，（ $P>0.05$ ）。结论：基层医院针对消化系统常见疾病的患者，在给予健康教育的同时应科学选择相关药物对患者实施治疗，能够使治疗有效性得以显著提升，在一定程度上也能够促进基层医院医疗水平的提高。

关键词：基层医院；消化系统疾病；用药选择；临床效果

在临床上消化系统疾病属于一种常见且高发的疾病，常见的有慢性胃炎和消化性溃疡以及结肠炎等疾病，患者普遍存在严重的临床症状，且极易反复发作，严重的话甚至会对待患者的生命健康产生极大威胁。目前，口服药物是治疗消化系统疾病的主要治疗手段，通过给予患者有效的用药指导，能够使患者用药风险得以大幅度降低，同时还能够促进治疗有效性的提升，减少不良用药事件发生的风险，使患者的用药安全得以有效保障。这就需要临床工作者需要根据以往的经验能够及时发现日常中不合理的用药情况，给用药安全和减少药物不良反应的发生起到良好的促进作用。在临床实践中，在基层医院就诊且接受药物治疗方案的消化系统疾病患者并未在用药方面得到科学规范的监督和重视，为此，应对基层医院消化系统常见疾病的用药情况有所掌握，并对用药效果进行分析，为临床消化系统疾病用药指导提供一定的参考。现对基层医院消化系统常见疾病用药和效果进行分析分析和探讨。

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）
A组（n=50）	27/23	54.41±4.02
B组（n=50）	28/22	55.45±5.30
t	0.230	0.306
P	5.005	4.778

1.2 方法

对所有研究对象的用药和病历相关数据进行回顾性分析，并采用调查问卷的形式调查消化系统疾病的诊疗情况，将相关的内容和信息收集在一起，对患者的用药情况进行分析，按照用药情况对用药合理性进行探讨。

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 药物使用情况对比

采用左氧氟沙星、阿莫西林、甲硝唑、诺氟沙星、雷尼替丁、奥美拉

唑、复方嗜酸乳杆菌片治疗消化系统疾病方面，A组有例（%）、例（%）、例（%）、例（%）、例（%）、例（%），B组有例（%）、例（%）、例（%）、例（%）、例（%），A组采用阿莫西林、甲硝唑、雷尼替丁、奥美拉唑治疗具有较高的比例，（ $P<0.05$ ）；B组采用左氧氟沙星和诺氟沙星治疗占有较高的比例，（ $P<0.05$ ）。2组采用复方嗜酸乳杆菌片治疗占比无统计学意义，（ $P>0.05$ ）。

表2 治疗有效性对比（n，%）

药物种类	A组（n=50）	B组（n=50）	χ^2	P
左氧氟沙星	0（0.00）	42（84.00）	11.913	0.000
阿莫西林	46（92.00）	0（0.00）	12.906	0.000
甲硝唑	45（90.00）	0（0.00）	11.396	0.000
诺氟沙星	0（0.00）	47（94.00）	10.568	0.000
雷尼替丁	46（92.00）	0（0.00）	8.286	0.032
奥美拉唑	45（90.00）	0（0.00）	7.021	0.045
复方嗜酸乳杆菌片	38（76.00）	35（70.00）	1.906	0.123

2.2 治疗效果对比

在显效、有效、无效治疗有效性指标中，A组有35例（70.00%）、13例（26.00%）、2例（4.00%），有效率为96.00%，B组有40例（80.00%）、6例（12.00%）、4例（8.00%），有效率为92.00%，2组比较A组更高，但差异无统计学意义，（ $P>0.05$ ）。

表3 治疗效果对比（n，%）

组别(n)	显效	有效	无效	总有效率
A组（n=50）	35（70.00）	13（26.00）	2（4.00）	48（96.00）
B组（n=50）	40（80.00）	6（12.00）	4（8.00）	46（92.00）
χ^2	2.666	6.367	1.418	1.418
P	0.102	0.012	0.234	0.234

3 讨论

在各类疾病中消化系统疾病占有很高的比例，大部分消化系统疾病都是因为消化系统感染或者物理化学因素导致。

临床在治疗消化系统疾病中广泛应用多种药物，左氧氟沙星、阿莫西林、甲硝唑、诺氟沙星、雷尼替丁、奥美拉唑、复方嗜酸乳杆菌片是临床

上常用来治疗消化系统疾病的药物,且整体治疗效果较好。左氧氟沙星属于一种喹诺酮类的药物,其具有较强的抗菌作用,其对于大部分肠杆菌科细菌具有较强的抗菌活动,对于革兰阳性菌等也能够发挥抗菌作用,但是对于肠球菌和厌氧菌具有相对较差的抗菌作用^[1]。

阿莫西林属于临床上常见的半合成青霉素类广谱 β -内酰胺类抗生素,呈现白色粉末状,具有较差的半衰期。酸性条件性稳定性较高,具有较高的胃肠道吸收率。该药物具有较强的杀菌作用,且具有较强的穿透细胞膜能力。该药物是现阶段广泛应用的一种口服半合成青霉素,包括分散片和颗粒剂和片剂等制剂,经常和克拉维酸合用制作成分散片^[2]。

甲硝唑广泛应用在厌氧菌引起的局部感染没在治疗因应用抗生素诱发的结肠炎患者时也具有较为显著的效果。

诺氟沙星属于第3代喹诺酮类抗菌药物,会对消化道内致病细菌DNA旋转酶产生阻断,使细菌DNA复制受到阻碍,有效抑菌。该药物常用来治疗肠炎痢疾。需要注意的是,该药物会延缓未成年人骨骼的形成,进而对其发育产生不良影响,因此,临床在用药方面需谨慎^[3]。

雷尼替丁又被称之为吡喃硝胺,属于强效组胺H₂受体拮抗剂中的一种,相比于西咪替丁,其具有更强的作用和更加持久的作用时间。该药物能够使氨甲酰胆碱和五肽胃泌素以及组胺刺激之后导致胃酸分泌起到有效的抑制作用,使胃每活性和胃酸得以显著减少。因此,该药物主要治疗烧心和胃酸分泌过多患者的治疗中^[4]。

奥美拉唑属于一种质子泵抑制剂,其能够对胃酸分泌和胃蛋白酶分泌产生有效的抑制作用,且并不会明显改变胃黏膜血流量,且不会对患者的胃腔温度、体温和动脉血压等产生不良影响。在治疗十二指肠溃疡和反流性食管炎患者中得到广泛应用,在治疗采用H₂受体拮抗剂治疗效果不理想的十二指肠和胃溃疡患者方面具有显著的疗效^[5]。

复方嗜酸乳杆菌片在治疗因肠道菌群失调导致的腹泻等肠功能紊乱疾病中得到广泛的应用。

在本文中,急性胃炎患者采用阿莫西林、甲硝唑、雷尼替丁和奥美拉唑治疗具有很高的比例,急性肠炎患者采用左氧氟沙星和诺氟沙星治疗占有很高的比例,急性胃炎和急性肠炎采用复方嗜酸乳杆菌片治疗比例接近。由此可见,基层医院在治疗急性胃炎和急性肠炎方面疗效较好,然而仍需进一步改善和提升急性肠炎的治疗效果。

细菌感染是导致急性胃炎发生的常见因素,但是病毒感染引起的急性胃炎主要是因为不洁的饮食导致,对于非感染性的急性胃炎发病,主要是因为进食具有刺激性或者生冷食物。临床对于病情轻微的患者,主要给予蒙脱石粉治疗,能够起到止泻的效果,在服用益生菌的同时能够使患者肠道菌群失衡得以改善,必要的情况下需同时服用抗生素实施抗感染治疗。临床在治疗急性胃炎时,一般给予患者对症治疗,包括H₂受体阻滞剂,常见的有法莫替丁,病情严重的话可以改为静脉滴注法莫替丁^[6]。

甲氧氯普胺能够给胃排空起到一定的促进作用,使食物对胃产生的刺激得以减少,缓解患者的呕吐症状,患者采用阿托品片治疗能够使胃肠痉挛症状得以减轻,而复方嗜酸乳杆菌片能够给胃肠功能的恢复起到一定的促进作用,中成药止痛滴丸能够使患者的疼痛症状得到迅速缓解,在临床上得到广泛应用,对于上消化道出血的患者应迅速地接受住院治疗^[7]。

慢性胃炎指的是胃组织存在慢性细菌感染,大部分患者属于幽门螺杆菌感染胃炎和慢性萎缩性胃炎,其有可能诱发慢性胃炎、胃溃疡、胃癌等疾病的发生。幽门螺杆菌胃炎的主要传播途径是经口腔和粪便传播,而且大部分患者的临床症状并不显著,该类患者普遍表现为烧心、口臭和胃酸

倒流等不适症状。幽门螺杆菌感染患者其具有较高的幽门螺杆菌检出率,特别是慢性活动性胃炎患者。现阶段,临床在治疗幽门螺杆菌感染胃炎患者时主要采用药物联合治疗方案,不推荐单纯采用抗生素治疗,一般会在给予患者质子泵抑制剂的同时联合应用两种抗生素,促进治疗效果的提升,减少发生药物耐药性的风险。临床在治疗胃炎患者时主要是将幽门螺杆菌根除,常见药物包括奥美拉唑和阿莫西林^[8]。

急性肠炎指的是因病毒或细菌感染引起的肠道疾病,克罗恩病和溃疡性结肠炎是主要的发病原因,而且该病的发生和多种因素都有关,包括遗传、环境、免疫因素等,临床在治疗该类患者时主要采取营养支持,氨基水杨酸制剂和免疫抑制剂是治疗肠道内补充益生菌的常用药物,必要的情况下需采取外科手术治疗方案。针对病情比较严重的患者,需同时使用阿托品和左氧氟沙星类药物。对于消化系统疾病患者,药物不但会对治疗效果产生影响,同时还需要配合有效的康复措施,即患者需要保证充足的睡眠和休息,做好膳食均衡,并对生活进行合理的安排,每天开展适当的运动训练,使身体状况得以显著改善^[9]。需要注意的是,临床医院应对各种药物的适应症、副作用以及禁忌症有所了解 and 掌握,为患者尽量选择服用方便、价格低廉以及较小副作用和具有较高疗效的药物,并对各种药物的性质做到最大程度的熟悉,谨慎用药^[10]。

4 结论

总而言之,常见的消化系统疾病有很多种,患者一旦出现相关临床症状应给予高度的重视,及时的前往正规医院接受对症治疗。临床应根据患者的实际情况为其选择相应的药物治疗,对其病情进行有效控制。临床可以联合使用多种药物,旨在尽快改善患者的临床症状,使患者的痛苦得以减少,促进患者生活质量和健康水平得以提升。这就需要基层医院在治疗该类患者时,应科学合理的选择药物,旨在提高临床治疗效果,减少疾病复发的可能,使患者的用药安全性得以有效保障。

参考文献:

- [1]王霞.中医药治疗消化系统常见病的安全用药管理探讨[J].中医药管理杂志,2022,30(7):2.
- [2]何盛华,陈艳琼.穿琥宁注射液治疗急性胃肠炎25例临床观察[J].四川省卫生管理干部学院学报,2000(S1):11-12.
- [3]范泽潮,俞秋荔.联合使用硫酸镁与间苯三酚治疗急性胃肠炎痉挛性腹痛[J].中国医药导报,2012,9(12):2.
- [4]汪春娇,郭松林.诺氟沙星联合加味藿香正气丸治疗急性胃肠炎的临床观察[J].临床合理用药杂志,2011,33(012):45-46.
- [5]向汉林.间苯三酚联合硫酸镁治疗急性胃肠炎痉挛性腹痛的临床研究[J].中国医药指南,2011,9(17):2.
- [6]石榜瑛,孙曦.阿莫西林联合替硝唑用于急性肠胃炎治疗的临床效果和用药安全性评价[J].养生大世界,2021.
- [7]刘少华,周冬梅.阿莫西林与替硝唑联合治疗急性肠胃炎的效果和用药安全性评价[J].保健文汇2019年10期,126-127页,2019.
- [8]连平.替硝唑联合阿莫西林治疗急性肠胃炎的临床效果评价[J].人人健康,2019.
- [9]王卫平.莲芝消炎胶囊治疗急性肠胃炎效果观察[J].中国农村卫生2014年z2期,485-486页,2014.
- [10]胥鑫.阿莫西林与替硝唑治疗急性肠胃炎的效果和对患者生活质量的影响评价[J].健康必读,2020.

门诊分诊导诊中的效果以及对患者满意度的影响

刘艳

山东省烟台市烟台山医院 山东烟台 264000

摘要：目的：门诊分诊导诊中的效果以及对患者满意度的影响。方法：本次研究从本院2021年10月-2022年5月收入的心血管疾病患者中随机抽取152例，按照随机数表法将其分为了对照组和研究组两组。对照组接受常规的门诊分诊导诊护理（常规护理），研究组接受优质护理分诊导诊指导（优质护理），分析护理效果。结果：经过护理后患者的对临床的护理评分有显著改善，研究组的结果改善得更好，（ $p<0.05$ ）；护理后研究组的生活质量指标提升显著，不良反应发生率低于对照组（ $p<0.05$ ），有统计学意义。对比综合护理有效率：研究组综合有效75例（98.68%），对照组综合有效68例（89.47%），（ $p<0.05$ ）；研究组无效1例（1.32%），对照组无效8例（10.53%），（ $p<0.05$ ）；对比综合护理满意率：研究组综合满意74例（97.37%），对照组综合满意68例（89.47%），（ $p<0.05$ ）；研究组不满意2例（2.63%），对照组不满意8例（10.53%），（ $p<0.05$ ）；结论：优质护理可运用到门诊分诊导诊护理中，可提升患者的临床综合护理满意率，对促进心血管病人护理工作，增强护理质量有积极意义，可推广。

关键词：门诊分诊导诊；优质护理；护理效果；患者满意度

医院的门诊是患者、医生、护士交流接触的重要环境。门诊的分诊导诊活动开展对患者的疾病诊断、治疗、护理评价等都有影响。例如在实际的门诊就诊过程中，患者或因为语言不通、对当前的就医环境不熟悉、自身疾病影响导致注意力不集中等问题出现走错、跌倒、滑倒、感染、诊断错误或用药错误等问题，这对临床康复治疗 and 医院的形象都造成负面影响。对此，临床的分诊导诊活动开展需要结合个体情况进行开展，可以通过一些专业且有效的方式进行护理指导，确保护理工作落实到位，减少纠纷^[1]。本次研究对心血管病人进行门诊分诊导诊护理，探讨优质护理的运用价值，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2021年10月-2022年5月收入的心血管疾病患者中随机抽取152例，按照随机数表法将其分为了对照组和研究组两组。对照组76例，男性36例，年龄为49.5岁-81.6岁，平均年龄为（65±2.48）岁，女性40例，年龄为49.5岁-81.8岁，平均年龄为（66.3±2.03）岁。研究组76例，男性41例，年龄为46.4岁-79.6岁，平均年龄为（62.6±2.74）岁，女性35例，年龄为46.4岁-82.2岁，平均年龄为（65±1.23）岁。两组基本资料无差异，（ $p>0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

对照组接受门诊分诊导诊护理，心血管患者按照标识到相关科室就诊；若有疑可咨询导诊台的护理人员，护理人员接受专业的培训和指导，认真回答患者的问题同时为患者解答疑惑，指导患者就诊就医。

研究组接受优质护理指导，主要内容有：（1）做好专业指导和培训，对导诊护士进行专业、系统化的培训和指导，针对护理人员言行举止、工作态度和工作实践能力、理论能力进行要求；培训后考核通过的护理人员才能够上岗；（2）营造良好的护理环境，保证导诊台的环境干净、洁净、温馨，导诊台定期、滚动播放心血管疾病的健康宣传幻灯片、同时为患者准备宣传手册、老花眼镜（老年对象）、温馨提示卡、轮椅（老弱病残）、消毒液等物品，让患者了解院内和环境，为患者的就诊活动提供和便利。护理人员需要保证着装整洁，始终保持亲切的服务态度，指导患者有序、有规律地挂号和候诊；对于有疑问的患者可进行耐心、细心的指导，为患者讲解心血管疾病诊断方式、临床医护注意事项等，记录患者的基本信息和身心需求，进而有效节约患者的时间，提升看病的效率。（3）做好流程引导，通过宣传手册为患者讲解医院的就诊流程；对于文化水平不足，语言不通患者可采用普通话或视频引导的方式为患者讲解医院挂号、就诊、缴费、诊断、治疗、取药、报销等全部过程；若有排队拥堵情况可以

指导患者自助自助挂号、自主打印检验等医疗服务，减少拥堵，提升就诊效率；分诊导诊时患者排队等候时间较长可能出现负面情绪，护理人员可积极和患者沟通，解释原因，同时为患者发放一些健康零食、健康宣传手册转移其注意力；在临床急诊导诊窗口开设紧急绿色通道，方便出现急性病症发作的患者及时送往急诊科，保证患者的生命安全。

1.3 观察指标

分析经过护理后患者的生活质量改善情况（SF-36量表，0分最差，100分最佳）、分析经过护理后患者对临床护理的评价改善情况（0分最差，100分最佳）。

对比经过护理后临床不安全事件发生情况^[2]。

对比两组患者临床综合护理有效率、满意率^[3]。

1.4 统计学分析

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 两组心血管病患者基本信息对比见表1

表1 两组心血管病患者基本信息对比[n（%）]					
	指标	研究组	对照组	χ^2	p
年龄	≥60岁	45（59.21%）	46（60.53%）	0.0274	0.8686
	<60岁	31（40.79%）	30（39.47%）	0.0274	0.8686
	1年以内	23（30.26%）	25（32.89%）	0.1218	0.7271
病程	1-8年	35（46.05%）	36（47.37%）	0.0264	0.8709
	8年以上	18（23.68%）	15（19.74%）	0.3484	0.5550
	心脏病	28（36.84%）	26（34.21%）	0.1149	0.7346
病症表现	脑卒中	24（31.58%）	28（36.84%）	0.4677	0.4941
	心内膜炎	28（36.84%）	29（38.16%）	0.0281	0.8669
	主动脉疾病	23（30.26%）	25（32.89%）	0.1218	0.7271
发病原因	其他	2（2.63%）	3（3.95%）	0.2068	0.6493
	年龄/环境	26（34.21%）	27（35.53%）	0.0290	0.8649
	体质/疾病恶化	16（21.05%）	17（22.37%）	0.0387	0.8440
疾病等级（NYHA）	其他	23（30.26%）	28（36.84%）	0.7377	0.3904
	I	25（32.89%）	26（34.21%）	0.0295	0.8636
	II	32（42.11%）	36（47.37%）	0.4258	0.5141
	III/IV	19（25%）	14（18.42%）	0.9677	0.3253

2.2 两组心血管病患者护理评价对比见表2

表2 两组心血管病患者护理评价对比[$\bar{x}\pm s$]

小组	例数	基础护理（分）		安全护理（分）		工作能力（分）		服务态度（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	76	71.63±3.85	90.52±4.29	71.41±3.87	94.52±4.04	71.02±4.41	92.63±4	71.65±4.37	96.74±4.84

对照组	76	70.96±4.45	84.26±4.49	70.72±4.34	83.63±5.31	71.24±3.9	83.76±4.73	70.63±3.56	83.63±5.3
t	-	0.9926	8.7880	1.0345	14.2288	0.3258	12.4830	1.5776	15.9236
p	-	0.3225	0.0001	0.3026	0.0001	0.7450	0.0001	0.1168	0.0001

2.3 两组心血管疾病患者 SF-36 指标对比见表 3

表 3 两组心血管疾病患者 SF-36 指标对比[x±s]

小组	例数	生理机能(分)		生理职能(分)		精神状态(分)		情感职能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	76	61.73±3.07	79.63±4.86	62.6±4.19	79.52±3.52	62.31±3.94	82.63±3.92	62.43±3.41	89.52±3.98
对照组	76	62.35±3.17	75.76±4	62.44±3.85	76.29±4.59	62.05±3.8	75.52±4.44	61.88±4.18	75.76±4.68
t	-	1.2248	5.3600	0.2451	4.8681	0.4141	10.4652	0.8888	19.5258
p	-	0.2226	0.0001	0.8067	0.0001	0.6794	0.0001	0.3755	0.0001

2.4 两组心血管疾病患者不安全事件对比见表 4

表 4 两组心血管疾病患者不安全事件对比[n(%)]

小组	例数	感染	跌倒	心绞痛	浮肿	其他	不安全事件
研究组	76	1(1.32%)	1(1.32%)	0(0%)	0(0%)	1(1.32%)	3(3.95%)
对照组	76	2(2.63%)	2(2.63%)	2(2.63%)	2(2.63%)	4(5.26%)	12(15.79%)
X ²	-	0.3400	0.3400	2.0267	2.0267	1.8612	5.9912
p	-	0.5598	0.5598	0.1546	0.1546	0.1725	0.0144

2.5 两组心血管疾病患者综合护理有效率见表 5

表 5 两组心血管疾病患者综合护理有效率对比[n(%)]

小组	例数	显效	有效	无效	综合有效
研究组	76	51(67.11%)	24(31.58%)	1(1.32%)	75(98.68%)
对照组	76	28(36.84%)	40(52.63%)	8(10.53%)	68(89.47%)
X ²	-	13.9428	6.9091	5.7871	5.7871
p	-	0.0002	0.0086	0.0161	0.0161

2.6 两组心血管疾病患者综合护理满意率见表 6

表 6 两组心血管疾病患者综合护理满意率对比[n(%)]

小组	例数	十分满意	基本满意	不满意	综合满意
研究组	76	59(77.63%)	15(19.74%)	2(2.63%)	74(97.37%)
对照组	76	22(28.95%)	46(60.53%)	8(10.53%)	68(89.47%)
X ²	-	36.1829	26.3145	3.8535	3.8535
p	-	0.0001	0.0001	0.0496	0.0496

3. 讨论

近年来,我国的医疗技术不断发展,患者对临床门诊就诊的护理服务也有了更为严格的要求。基于“社会-心理-生理”护理原则,临床的护理工作强调以人为本,坚持个体化,针对性,现代化护理,进而满足不同年龄段、生活方式、文化背景患者的护理工作效果^[4-5]。一方面因为社会的不断发展,人们生活水平提高,人们在治愈疾病的同时更需要得到医护关注和帮扶,以此来提升就诊效率,减少负面情绪;另一方面在现代化、人性化的服务理念下,多种技术构建了良好的门诊就诊环境,医院内部的温度、湿度、就诊方式等也在不断更新,可以满足患者优质的护理服务需求。但是从现有的护理工作开展来看,门诊导诊分诊护理工作较多,主要是每日接待的患者数量多且患者的疾病种类,就诊需求也有不同,导诊分诊的护理难度较大^[6-7]。老龄化背景下,慢性疾病频发,心血管疾病患者存在文化水平不高,视知觉较弱,情绪容易波动等特点,在医院就诊时候面对着复杂的医院环境可存在负面情绪,加上医院人多,路面经常用消毒水清洗,患者不熟悉地形可能导致跌倒、感染等问题,对患者的分诊活动开展造成不利。本次研究对收入的若干心血管病人进行护理研究,探讨了优质护理的运用价值,结果表明研究组患者的综合护理满意率、有效率更好,患者对护理人员的工作评价也有显著提升^[8]。分析原因,优质护理模式的开展提升了门诊分诊导诊工作的效率,满足了患者得到关注,得到尊重,得到指导的需求。通过优质护理服务可改善院内的环境,为患者营造一个轻松,和谐,友好的氛围,也从一定程度上减少了患者对诊断、治疗活动的担心

^[9]。在分诊、导诊护理人员亲切,专业的指导下,患者对疾病的了解程度有所增加,也学习到了改善自身疾病的相关护理措施,自身的康复信心增加,对护理人员的信任感,依赖程度增加。伴随着优质护理,心血管病人的门诊分诊导诊活动开展效率提升,患者的综合满意率较高,不安全事件发生率较低,建议临床推广。

参考文献:

- [1]宁彩红. 走动式管理在门诊导诊护理质量管理的应用效果评价[J]. 山西卫生健康职业学院学报,2019,29(05):117-118.
- [2]刘小芬,杨婉坤. 沟通技巧应用于门诊分诊导诊的应用效果体会[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(14):133+141.
- [3]Nguyen Khoa Anh,Militello Laura G,Ifeachor Amanda,Arthur Karen J,Glassman Peter A,Zillich Alan J,Weiner Michael,RussJara Alissa L.Strategies prescribers and pharmacists use to identify and mitigate adverse drug reactions in inpatient and outpatient care: a cognitive task analysis at a US Veterans Affairs Medical Center.[J].BMJ open,2022,12(2):15-19.
- [4]邱芳. 沟通技巧在门诊分诊导诊中的效果以及对患者满意度的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(06):162+174.
- [5]蔡海娟. 眼科门诊护理管理中应用人性化护理的价值[J]. 中国社区医师,2020,36(32):134-135.
- [6]Cuellar Alison,Pomeroy J Mary Louise,Burla Sriteja,Jena Anupam B.Outpatient Care Among Users and Nonusers of Direct-to-Patient Telehealth: Observational Study.[J].Journal of medical Internet research,2022,24(6):15-19.
- [7]张继芬. 信息化导医结合心理沟通对门诊导医工作流畅性及患者满意度的影响研究[J]. 心理月刊,2021,16(08):189-190.
- [8]吴晓红. 改善门诊患者分诊导诊护理服务策略研究[J]. 中国卫生标准管理,2021,12(10):156-158.
- [9]刘俊杰. 医患沟通在导诊护理工作的重要性[J]. 世界最新医学信息文摘,2017,17(92):279.

等速肌力训练配合常规康复在老年脑卒中后偏瘫中的应用及其膝过伸情况分析

刘志芳 单美华^{通讯作者}

上海市金山区众仁老年护理医院 康复医学科 上海市金山区 201501

摘要: 目的: 探究等速肌力训练配合常规康复在老年脑卒中后偏瘫中的应用及其膝过伸情况。方法: 选取我院 2020 年 4 月~2022 年 4 月收治的 40 例老年脑卒中后偏瘫患者作为研究对象, 按照 Excel 软件随机分组方法分为对照组 (20 例, 常规康复) 与观察组 (20 例, 等速肌力训练配合常规康复)。比较两组患者: ①运动功能 (运动功能量表 FMA 评分、功能性步行量表 FAC 评分); ②日常生活能力 (MBI 评分); ③步态空间参数 (步频、步速、步幅); ④步态时间参数 (双支撑相时间、步行周期、患侧支撑相时间、患侧摆动相时间); ⑤最大屈膝角度与最大伸膝角度; ⑥膝关节的伸肌和屈肌的峰力矩(PT)值、峰力矩与体质量(PT/BW)比值。结果: 干预前, 两组患者各项指标无显著差异。①干预后, 观察组患者 FMA 评分与 FAC 评分均高于对照组 ($P < 0.05$); ②观察组患者 MBI 评分高于对照组 ($P < 0.05$); ③观察组患者步频、步速、步幅优于对照组 ($P < 0.05$); ④观察组患者双支撑相时间、步行周期、患侧支撑相时间短于对照组, 患侧摆动相时间长于对照组 ($P < 0.05$); ⑤观察组患者最大屈膝角度大于对照组, 最大伸膝角度小于对照组 ($P < 0.05$); ⑥观察组患者 PT、PT/BW 大于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在老年脑卒中后偏瘫患者康复治疗过程中实施等速肌力训练配合常规康复干预可改善患者运动功能, 提升患者日常生活能力, 改善患者步态及膝过伸现象, 促进患者膝关节肌肉力量提升, 值得推广实施。

关键词: 等速肌力训练; 康复; 老年脑卒中; 偏瘫; 膝过伸

对于脑卒中后偏瘫患者来说, 其步行功能减退, 并且在患者行走的过程中会出现膝过伸的情况。膝过伸是指人们在行走的过程中患侧下肢的支撑部位出现膝关节过于伸展的情况, 并导致患者行走过程中步频减少, 步长减短等情况, 对患者的步行能力产生严重影响, 同时患者的运动功能产生障碍, 会降低患者生活质量, 并造成患者严重的负向心理, 对患者的身体恢复产生不利影响^[1-2]。本文研究以 40 例老年脑卒中后偏瘫患者作为研究对象, 意在分析等速肌力训练配合常规康复在老年脑卒中后偏瘫中的应用效果, 具体报告下述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2020 年 4 月~2022 年 4 月收治的 40 例老年脑卒中后偏瘫患者, 将其采取 Excel 软件随机分组的方式分为观察组与对照组, 两组各 20 例, 将两组患者资料输入计算机统计软件计算, 结果无统计学意义 ($P > 0.05$) 可比, 见表 1。研究按照正常审批流程上报医学伦理委员会; 参与此次研究患者满足知情同意原则。

表 1 两组患者信息 (%)

	年龄 (岁)	平均年龄 (岁)	病程 (天)	平均病程 (天)	性别 (男/女)	患侧
观察组 (n=20)	65-85	70.68±1.64	20-60	42.84±1.76	10/10	左侧 11 例、右侧 9 例
对照组 (n=20)	65-85	70.69±1.65	20-62	42.85±1.77	12/8	左侧 10 例、右侧 10 例
检验值	/	0.019	/	0.018	0.921	/
P	/	0.985	/	0.986	0.337	/

诊断标准: 符合《中国脑血管病指南》中脑卒中偏瘫的诊断标准。

纳入标准: (1) 患者年龄均≥70 岁; (2) 经 CT、MRI 等影像学检查证实; (3) 患者为初次发病; (4) 患者交流沟通无障碍; (5) 同意临床观察。

排除标准: (1) 合并认知障碍、精神疾病者; (2) 合并由其他疾病引起的运动功能障碍者; (3) 临床资料缺失者; (4) 拒绝临床观察。

1.2 方法

对照组: 给予常规康复干预。①对患者的患侧股四头肌、内收肌、腓肠肌等进行牵伸, 对患者下肢痉挛现象进行抑制, 运用踝关节矫形板持续牵伸患者患肢一侧下肢, 保证牵伸持续时间为 5min。②抗阻训练: 对患者股四头肌、腓肠肌及胫前肌实施抗阻训练, 训练原则遵循被动-助力-主动-抗阻训练, 注重对患者肌力与肌耐力训练。结合患者的改善情况, 逐渐借助沙袋及弹力带训练。并指导患者实施踝背屈诱发训练, 通过 Rood 技术, 对患者的胫前肌进行拍打产生刺激, 促进踝关节背屈运动, 指导患者仰卧位行伸髋伸膝及屈髋屈膝训练, 坐位站位状态下行踝背屈训练。③膝关节控制: 使患者在仰卧位状态下进行伸膝控制训练, 保证训练频率为 2 组/次, 5 个/组, 并保持伸膝动作 5-10s。对患者患侧下肢行单腿负重训练、站位下行平衡训练、靠墙半蹲位训练及步态训练, 在步态训练过程中可以通过减重系统干预, 并将患者下肢负重减轻。还可对患者进行上下楼训练指导, 康复治疗师需要在患者患肢一侧, 对患者髌窝处控制, 避免患者膝过伸现象出现。④感觉训练: 对患者的患肢膝盖进行牵张和挤压, 并进行踝关节与膝关节训练, 使患者的感受力提升。⑤其他康复措施干预: 可通过物理因子治疗, 对患者进行电刺激, 并使相应肌肉产生收缩反应等, 控制膝过伸情况; 还可通过视觉、听觉、体表感觉对患者的运动行为进行提醒, 并进行膝过伸矫正; 对患者行电针治疗干预, 选取患者患肢一侧的阳陵泉、膝眼、足三里等穴位, 通过电针仪进行刺激, 并增强患者感觉功能与运动功能。

观察组: 给予等速肌力训练配合常规康复干预。对患者实施常规康复训练的方法与对照组相同, 并在此基础上对患者提供等速肌力训练干预。训练仪器为美国 System4 多关节等速力量测试训练系统, 指导患者坐位体位, 并用绑带将患者患肢膝关节上方固定, 调节仪器参数角速度为 30°·s⁻¹,

训练范围包括膝关节 0°-30°范围, 训练部位: 股四头肌, 训练方式: 向心性收缩训练, 训练频率: 5 组/次, 5 个/组, 组间休息 3 min, 2 次/日。保证患者连续治疗两个月。注重观察患者的训练状态, 若在训练中出现不适症状需要立即停止。

1.3 观察指标

比较两组患者运动功能、日常生活能力、步态空间参数、步态时间参数、最大屈膝角度与最大伸膝角度、膝关节的伸肌和屈肌的峰力矩值、峰力矩与体质量比值。

(1) 运动功能: 通过运动功能量表 FMA 评分、功能性步行量表 FAC 评分进行评定, 前者满分为 100 分, 分是指上肢: 30 分; 下肢: 22 分; 反射协调能力: 24 分; 手: 14 分; 腕: 10 分。后者满分 5 分, 分数与患者运动功能成正比。

(2) 日常生活能力: 通过日常生活能力 MBI 评分量表判定, 包括自理、依靠拐杖方能自理、需他人帮助、完全依赖类别, 分数与患者日常生活能力成正比。

(3) 步态空间参数、步态时间参数: 测量患者步频、步速、步幅, 后者包括双支撑相时间、步行周期、患侧支撑相时间、患侧摆动相时间。

(4) 最大屈膝角度与最大伸膝角度: 让患者步行 12m, 观察患者膝关节最大屈膝角度与最大伸膝角度变化情况。

1.4 统计学分析

研究所有数据行统计数据, 计量资料($\bar{X} \pm s$)表示、计数资料 n (%) 表示, 组间对比 t、 χ^2 检验, $P < 0.05$, 统计意义标准, 应用 SPSS 24.0 软件统计分析。

2. 结果

2.1 FMA 评分、FAC 评分、MBI 评分

干预前, 两组患者 FMA 评分、FAC 评分、MBI 评分无显著差异, 干预后, 观察组患者各项评分均高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 FMA 评分、FAC 评分、MBI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	FMA 评分		FAC 评分		MBI 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=20)	15.48±2.64	26.95±1.21	1.08±0.54	3.67±0.25	60.17±3.80	82.23±4.31
对照组 (n=20)	15.49±2.62	21.70±1.31	1.09±0.55	2.41±0.14	60.19±3.84	67.55±4.27
t	0.012	13.166	0.058	19.666	0.017	10.821
P	0.990	<0.001	0.954	<0.001	0.987	<0.001

2.2 步态空间参数 态空间参数优于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

干预前, 两组患者步态空间参数无显著差异, 干预后, 观察组患者步

表 3 步态空间参数比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	步频 (步/分)		步速 (cm/s)		步幅 (cm)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=20)	78.42±2.64	93.75±1.72	40.28±2.34	63.61±2.46	60.17±2.80	79.38±2.45
对照组 (n=20)	78.44±2.66	85.73±1.63	40.29±2.35	50.43±2.34	60.19±2.84	68.59±2.26
t	0.024	15.136	0.013	17.361	0.022	14.477
P	0.981	<0.001	0.989	<0.001	0.982	<0.001

2.3 步态时间参数 态时间参数优于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

干预前, 两组患者步态时间参数无显著差异, 干预后, 观察组患者步

表 4 步态时间参数比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	双支撑相时间 (%)		步行周期 (S)		患侧支撑相时间 (%)		患侧摆动相时间 (%)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=20)	40.46±1.52	31.95±1.21	1.58±0.64	1.17±0.11	69.17±1.80	62.38±1.15	30.17±1.84	36.60±1.58
对照组 (n=20)	40.49±1.50	36.70±1.34	1.59±0.65	1.51±0.14	69.19±1.84	66.59±1.16	30.14±1.82	32.62±1.19
t	0.063	11.766	0.049	8.540	0.035	11.526	0.052	8.999
P	0.950	<0.001	0.961	<0.001	0.972	<0.001	0.959	<0.001

2.4 最大屈膝角度、最大伸膝角度、PT、PT/BW 伸膝角度小于对照组 ($P<0.05$)。见表 5。

干预后, 观察组患者最大屈膝角度、PT、PT/BW 大于对照组, 最大

表 4 最大屈膝角度、最大伸膝角度、PT、PT/BW 比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	最大屈膝角度 (°)		最大伸膝角度 (°)		PT (N·M)		PT/BW (%)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=20)	22.46±1.65	36.95±1.31	7.88±1.34	3.57±0.31	2.17±1.77	1.38±0.43	2.17±1.64	1.60±0.52
对照组 (n=20)	22.49±1.66	30.70±1.41	7.89±1.35	5.91±0.94	2.19±1.74	0.59±0.26	2.14±1.68	0.62±0.47
t	0.057	14.523	0.024	10.573	0.036	7.031	0.057	6.253
P	0.955	<0.001	0.981	<0.001	0.971	<0.001	0.955	<0.001

3. 讨论

当前脑卒中已经成为导致人类死亡的三大疾病之一, 由于脑卒中疾病具有较高的致死率, 患者在经过治疗后仍然会对身体多处功能产生影响, 对于老年患者来说更是如此, 老年患者机体各项功能减退, 加之脑卒中疾病的影响, 其自身肢体功能明显下降, 并且会出现较高的偏瘫几率。脑卒中后偏瘫患者的康复治疗十分重要, 需要注重患者康复训练, 结合患者实际情况, 采取科学有效的训练方式, 帮助患者纠正步态, 提升肢体运动功能, 从而改善患者生活质量^[3-4]。

结合此次实验研究, 以 40 例老年脑卒中后偏瘫患者作为研究对象, 干预后, 观察组患者 FMA 评分、FAC 评分、MBI 评分均高于对照组 ($P<0.05$)。表明等速肌力训练配合常规康复干预可改善患者运动功能并提升其日常生活能力。观察组患者步态空间参数与步态时间参数均优于对照组 ($P<0.05$)。表明等速肌力训练配合常规康复干预可改善患者步态。观察组患者最大屈膝角度、PT、PT/BW 大于对照组, 最大伸膝角度小于对照组 ($P<0.05$)。表明等速肌力训练配合常规康复干预可改善患者膝过伸情况。对其结果进行分析主要包括以下几点: (1) 等速训练仪可结合患者实际情况对其提供顺应性阻力, 其角速度固定, 不会受到患者力量和体位变化的影响。等速训练作为一种特殊肌肉收缩训练模式, 不仅具备等张收缩特点, 还具有等长收缩特点, 加强患者肢体功能改善^[5]。(2) 等速肌力训练可通过神经和生化调节提升肌肉力量, 通过神经调节机制改善, 促进神经活动, 而生化调节机制可将肌糖原和线粒体酶数量提升, 加大肌纤维比例。加之常规康复训练, 会提升训练效率, 并达到最佳的训练效果。(3)

等速肌力训练是一种顺应性阻力训练, 结合患者股四头肌的肌力大小以及肌肉长短变化等情况, 提供最适合的阻力, 保证患者膝关节在合理范围内的训练力度最大化, 并将训练强度良好把控^[6]。

综上所述, 等速肌力训练配合常规康复干预应用在老年脑卒中后偏瘫患者康复治疗中效果显著, 可改善患者运动功能与日常生活能力, 改善患者步态及膝过伸现象, 提升患者膝关节肌力, 值得推广。

参考文献:

- [1]王保跃,张丽洁,谢巧云. 老年脑卒中后偏瘫患者康复训练效果的影响因素探究[J]. 反射疗法与康复医学,2021,2(15):105-107.
- [2]马俊杰. 三维步态分析训练结合等速肌力训练对老年脑卒中后偏瘫患者膝过伸的影响[J]. 实用中西医结合临床,2020,20(7):46-47,127.
- [3]胡智艳,张雯雯,张明,等. 强化肩胸关节运动训练对老年脑卒中致偏瘫后肩关节功能障碍及肩痛的影响[J]. 中国老年学杂志,2021,41(8):1664-1666.
- [4]刘星月,王璐,于晶晶,等. 基于国际功能、残疾和健康分类组合运动训练对老年脑卒中偏瘫病人肢体运动功能及预后指标达标率的影响[J]. 全科护理,2022,20(11):1540-1543.
- [5]温俊彬,赵伟坚,邓海峰,等. 等速肌力训练结合常规康复对老年脑卒中后偏瘫患者膝过伸的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2021,2(20):159-161,178.
- [6]周键,张波,顾楠楠,等. 不同次数功能性电刺激对老年脑卒中后偏瘫患者步行能力、MAS 评分的影响[J]. 中国老年学杂志,2021,41(1):25-27.

围术期优质护理对行宫腔镜切除子宫内膜炎性息肉患者的临床辅助疗效探讨

马文华

山东省巨野县永丰社区卫生服务中心 山东菏泽 274900

摘要：目的：围术期优质护理对行宫腔镜切除子宫内膜炎性息肉患者的临床辅助疗效探讨。方法：本次研究从山东省巨野县永丰社区卫生服务中心 2021 年 10 月-2022 年 4 月收入的子宫内膜炎性息肉患者中随机抽取 96 例，按照随机数表法将其分为了对照组（常规围手术护理）和研究组（围术期优质护理）两组，分析护理效果。结果：对比综合护理满意率：研究组综合满意 47 例（97.92%），对照组综合满意 42 例（87.5%），（ $p < 0.05$ ）；对比综合护理有效率：研究组综合有效 48 例（100%），对照组综合有效 44 例（91.67%），（ $p < 0.05$ ）；对比不良反应：研究组不良反应 2 例（4.17%），对照组不良反应 9 例（18.75%），（ $p < 0.05$ ）。患者经过护理后生活质量改善显著，患者的术中出血量、手术时间、下床时间、住院时间结果理想，对比对照组（ $p < 0.05$ ），有统计学意义。结论：围术期优质护理措施可提升行宫腔镜切除子宫内膜炎性息肉患者临床护理效果，患者护理后的生活质量得到改善，不良反应发生率较低，可推广。

关键词：围术期优质护理；行宫腔镜切除子宫内膜炎性息肉患者；辅助疗效

子宫内膜炎性息肉是常见的妇科疾病，发病多为患者受到感染诱发子宫内膜增生，患者临床病症表现为阴道流血、腹痛等，对患者的生理功能和日常生活带来负面影响。为改善患者的病症，建议符合手术指征的患者及时接受宫腔镜切除术，尽早康复^[1]。考虑到女性对象性格敏感，术后并发症较多，临床需要加强围手术期护理干预，通过优质护理的方式提升患者的护理质量。现针对收入的患者予以围手术期护理研究，探讨优质护理的运用价值，相关内容报道如下：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究从山东省巨野县永丰社区卫生服务中心 2021 年 10 月-2022 年 4 月收入的子宫内膜炎性息肉患者中随机抽取 96 例，按照随机数表法将其分为了对照组和研究组两组。对照组 48 例，有孕史 26 例，年龄为 26.4 岁-68.9 岁，平均年龄为（47.3±2.01）岁，无孕史 22 例，年龄为 22.4 岁-38.3 岁，平均年龄为（32.2±1.07）岁。研究组 48 例，有孕史 28 例，年龄为 24.7 岁-65.6 岁，平均年龄为（45.5±2.87）岁，无孕史 20 例，年龄为 22.6 岁-38.6 岁，平均年龄为（32.3±1.05）岁。两组基本资料无差异，（ $p > 0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

对照组接受常规围手术护理，护理内容包括用药指导、生命体征检测等护理干预；手术室内环境管理和病情监测，手术配合等；术后基础护理等。

研究组接受围手术期优质护理。主要内容有：（1）术前指导，建立手术室优质护理小组，护士长担任组长，为护理人员进行专业培训包括规范护理、心理护理、器械护理和并发症防治护理。经过培训后护理人员为患者进行健康宣教，为患者讲解手术原理、全过程、手术的针对性治疗方式等；通过心理交流等方式减少患者的负面情绪，获得患者信任，积极完成护理活动；（2）手术中护理，护理人员提前调整好手术室内的温度、湿度，准备好保温毯等。在医嘱下帮助患者维持体位，同时传递器械、补液（提前加温），做好手术体征监测和体液记录等。腹腔冲洗过程中需要严格观察患者的体温、血压、心率等指标变化；（3）手术后护理，手术后帮助患者维持正确的体位，同时为患者讲解手术的结果，减少患者的心理负面情绪，增强患者的护理满意率。患者手术后对手术结果十分关注，想急切出院，护理人员需要为患者讲解卧床休养的重要性，同时提醒患者及时更换体位，方便体液流出，压伤创口诱发出血等。手术 3d 后可引导患者进行适当的康复锻炼，促进体内的血液循环；护理期间需要引导患者保持良好的生活作息，保持营养进食。出院前需要对患者进行健康宣教，提醒患者及时来院复查，定期用药，保持良好的生活作息等。

1.3 观察指标

分析患者经过护理后临床综合护理有效率、满意率^[2]。

对比患者经过护理后的生活质量改善情况、术中出血量、手术时间、

下床时间、住院时间结果^[3-4]。

对比患者经过护理后不良反应发生情况。

1.4 统计学分析

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 两组子宫内膜炎性息肉患者基本信息对比见表 1

研究组和对照组的基线资料对比差异不大，指标对比（ $p > 0.05$ ），无统计学意义。

表 1 两组子宫内膜炎性息肉患者基本信息对比[n（%）]

	指标	研究组	对照组	χ^2	p
年龄	≥60 岁	12（25%）	15（31.25%）	0.4638	0.4959
	<60 岁	36（75%）	33（68.75%）	0.4638	0.4959
	1 年内	16（33.33%）	19（39.58%）	0.4047	0.5247
病程	1-3 年	27（56.25%）	26（54.17%）	0.0421	0.8374
	3 年以上	5（10.42%）	3（6.25%）	0.5455	0.4602
	下腹坠痛	21（43.75%）	22（45.83%）	0.0421	0.8374
不适症	近期异常	24（50%）	26（54.17%）	0.1670	0.6828
	经血量大	26（54.17%）	27（56.25%）	0.0421	0.8374
	白带异常	22（45.83%）	25（52.08%）	0.3752	0.5402
诊断方式	其他	2（4.17%）	3（6.25%）	0.2110	0.6460
	超声	23（47.92%）	25（52.08%）	0.1667	0.6831
	CT	21（43.75%）	20（41.67%）	0.0426	0.8365
发病情况	其他	4（8.33%）	3（6.25%）	0.1541	0.6947
	初发	39（81.25%）	40（83.33%）	0.0715	0.7892
	继发	9（18.75%）	8（16.67%）	0.0715	0.7892

2.2 两组子宫内膜炎性息肉患者综合护理满意率见表 2

研究组临床综合护理有效率为 97.92%，大于对照组 87.50%，指标对比（ $p < 0.05$ ），有统计学意义。

表 2 两组子宫内膜炎性息肉患者综合护理满意率对比[n（%）]

小组	例数	十分满意	基本满意	不满意	综合满意
研究组	48	37（77.08%）	10（20.83%）	1（2.08%）	47（97.92%）
对照组	48	19（39.58%）	23（47.92%）	6（12.50%）	42（87.50%）
χ^2	-	13.8857	7.8038	3.8523	3.8523
p	-	0.0002	0.0052	0.0497	0.0497

2.3 两组子宫内膜炎性息肉患者综合护理有效率见表 3

研究组临床综合护理有效率为 100.00%，大于对照组 91.67%，指标对比（ $p < 0.05$ ），有统计学意义。

表3 两组子宫内膜炎性息肉患者综合护理有效率对比[n(%)]

小组	例数	显效	有效	无效	综合有效
研究组	48	26 (54.17%)	22 (45.83%)	0 (0.00%)	48 (100.00%)
对照组	48	18 (37.5%)	26 (54.17%)	4 (8.33%)	44 (91.67%)
X ²	-	2.6853	0.6667	4.1739	4.1739
p	-	0.1013	0.4142	0.0411	0.0411

2.4 两组子宫内膜炎性息肉患者手术指标对比见表4

研究组和对组的手术指标对比,研究组的结果更好(p<0.05),有统计学意义。

表5 两组子宫内膜炎性息肉患者SF-36指标对比[x±s]

小组	例数	生理机能(分)		生理职能(分)		一般健康状况(分)		社会功能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	48	71.93±3.45	85.63±4.07	71.44±4.36	90.63±4	71.72±3.79	85.63±4.97	71.4±4.45	96.63±4.22
对照组	48	71.26±4.55	79.6±4.18	71.9±4.5	85.23±5.46	71.9±3.61	79.76±4.13	71.74±3.51	88.17±4.67
t	-	0.8129	7.1608	0.5086	5.5275	0.2383	6.2935	0.4156	9.3121
p	-	0.4183	0.0001	0.6122	0.0001	0.8122	0.0001	0.6786	0.0001

2.6 两组子宫内膜炎性息肉患者不良反应对比见表6

研究组术后不良反应发生率为4.17%,显著低于对照组18.75%,有统

表4 两组子宫内膜炎性息肉患者手术指标对比[x±s]

小组	例数	术中出血量(mL)	手术时间(min)	下床时间(d)	住院时间(d)
研究组	48	23.63±1.69	36.36±2.6	1.04±0.09	5.52±0.29
对照组	48	35.56±2.14	44.34±2.69	1.8±0.08	6.27±0.41
t	-	30.3110	14.7781	43.7271	10.3469
p	-	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

2.5 两组子宫内膜炎性息肉患者SF-36指标对比见表5

研究组生活质量指标改善显著,结果比对照组更好(p<0.05),有统计学意义。

计学意义。

表6 两组子宫内膜炎性息肉患者不良反应对比[n(%)]

小组	例数	切口感染	阴道出血	低钠血症	尿潴留	其他	不良反应
研究组	48	1 (2.08%)	1 (2.08%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (4.17%)
对照组	48	1 (2.08%)	2 (4.17%)	3 (6.25%)	2 (4.17%)	1 (2.08%)	9 (18.75%)
X ²	-	0.0000	0.3441	3.0968	2.0426	1.0105	5.0310
p	-	1.0000	0.5575	0.0784	0.1530	0.3148	0.0249

3. 讨论

子宫内膜炎性息肉是临床常见的妇科疾病,在孕龄女性中常发,随着患者的不良生活作息,负面情绪、激素代谢等影响,患者容易受到刺激出现子宫内膜炎,进而发展为息肉。临床针对子宫内膜炎性息肉的治疗方式较多,药物治疗较为保守,但是对一些疾病严重的患者不提倡使用^[5-6]。建议符合手术指征的患者接受宫腔镜手术方式及时切除病灶,改善患者的生命质量。该手术方式属于微创技术,在保证小切口的方式入路患者的子宫内膜部位,及时定位息肉位置,清除病灶,这种手术不会对患者的正常生理组织造成较大影响,效果理想^[7-8]。但是微创手术也属于侵入性治疗方式,患者在治疗期间依旧存在一定的手术风险,加之息肉蒂光滑清除率不高,手术后还容易出现残留的问题,患者可能出现较多的不良反应,不利于患者康复。针对此,临床建议针对子宫内膜炎性息肉患者予以科学护理指导,通过优质护理方式来减少负面情绪,提升患者综合满意率,减少应激刺激,同时帮助患者及时更改体位,更有利手术开展,提升清除效果。

为了保证微创宫腔镜手术顺利开展,临床建议对护理人员进行专业培训,要求护理人员掌握一定的社会学、心理学知识,具有扎实的妇科疾病护理经验^[9-10];经过专业的培训和指导后,护理人员能够积极应对手术的风险,帮助患者在手术后保持良好的生活行为习惯,尽早康复。在手术室护理中,建议护理人员在手术前做好手术室环境管理,调整好温度和湿度,准备保温毯、加热补液,做好手术准备;手术期间需要观察患者的体征,做好风险管理,配合医生开展手术工作,确保病灶清除率^[11-12]。手术后需要做好病症观察,定期提醒患者用药,帮助患者进行康复锻炼和健康宣教,增强患者康复自信心。本次研究对收入的若干子宫内膜炎性息肉患者进行围手术期护理研究,对照组综合护理有效率、满意率高,患者经过护理后生活质量得到显著提高,手术后不良反应较少,结果比对照组(p<0.05)。综上所述,围手术期优质护理可提升子宫内膜炎性息肉患者的综合护理效果,患者手术结果理想,可推广。

参考文献:

[1]郭思苑.宫腔镜电切术治疗子宫内膜息肉的临床疗效观察[J].现代养生,2022,22(16):1348-1350.

[2]高山凤,陈燕霞,朱薇丽,黄晓晓,刘炯.宫腔镜及子宫内膜组织免疫组化检查在诊断炎性子宫内膜息肉中的应用[J].中日友好医院学报,2022,36(03):163-165+127.

[3]Bulutay Pınar,Bilir Esra,Yıldız Şule,Ata Barış.Epidermal growth factor receptor-mutated lung adenocarcinoma diagnosed from endometrial polyp metastasis: A case report and literature review[J].Turkish journal of obstetrics and gynecology,2022,19(1):1381-1383.

[4]郭奕霞.宫腔镜下子宫内膜息肉切除术治疗子宫内膜息肉的效果与手术安全性分析[J].当代医学,2021,27(09):113-115.

[5]陈响,高冬梅,于新平.宫腔镜电切术治疗老年子宫内膜息肉异常子宫出血的临床观察[J].老年医学与保健,2020,26(03):402-405.

[6]计雪玲.宫腔镜电切术与刮宫术治疗子宫内膜息肉不孕的效果对比[J].医学理论与实践,2020,33(05):785-787.

[7]郭香琳.绝经后阴道出血妇科超声诊断分析[J].中国实用医药,2014,9(31):49-50.

[8]吴向晖,黄鹏翀,鲍盈帆.宫腔镜手术联合 LNG-IUS 治疗子宫内膜增生息肉疗效及对血清炎症因子水平影响[J].河南科技大学学报(医学版),2018,36(01):49-52.

[9]Xu Jianying,Rao Xuan,Lu Weiguo,Xie Xing,Wang Xinyu,Li Xiao.Noninvasive Predictor for Premalignant and Cancerous Lesions in Endometrial Polyps Diagnosed by Ultrasound[J].Frontiers in Oncology,2022,11(11):285-286.

[10]谢华丽,杨静,哈虹.宫颈炎症性息肉伴黏液囊肿误诊为子宫黏膜下肌瘤临床报告[J].临床误诊误治,2015,28(08):27-29.

[11]孙艳红.宫腔镜检查在不孕症诊治中的应用[J].大家健康(学术版),2014,8(21):57-58.

[12]曲延丽,刘东彦.围术期优质护理对行宫腔镜切除子宫内膜炎性息肉患者的临床辅助疗效[J].国际护理学杂志,2019,(11):1657-1660.

综合护理干预对初产妇无痛分娩后泌乳功能及母乳喂养依从性的影响

王朝霞¹ 高浩² 吴连霞³ 郑晓亚⁴ 李胜台⁵

1、平乡县人民医院 河北邢台 054500; 2、河北省宁晋县医院 河北邢台 055550;
3、唐山市丰南区医院 河北唐山 063300; 4、邢台市区任泽区人民医院 河北邢台 055150;
5、广宗县医院 河北邢台 054600

摘要: 目的: 探讨对于采取无痛分娩的初产妇, 应用综合护理干预措施对于泌乳功能、母乳喂养依从性的影响。方法: 选择接受无痛分娩初产妇 120 例为研究对象, 遵循随机数字表法原则, 分成实验组 60 例、对照组 60 例。对照组应用常规护理干预, 实验组应用综合护理干预, 观察并且对比各组产程时间、泌乳功能及母乳喂养依从性情况。结果: 实验组的产妇第一、第二、第三产程时间分别为 (501.14±24.15) min、(40.21±5.16) min、(7.78±1.03) min, 总产程时间为 (551.12±30.16) min, 实验组产程时间均是短于对照组 (P<0.05); 实验组产妇初始泌乳时间为 (21.48±1.52) h, 实验组短于对照组 (P<0.05); 实验组产妇产后 24h、48h、72h 的泌乳量评分分别为 (1.65±0.52) 分、(2.11±0.41) 分、(2.56±0.31) 分, 各时间点评分均是高于对照组 (P<0.05); 实验组产妇产后母乳喂养总依从率 95.00% 高于对照组 78.33% (P<0.05)。结论: 采取无痛分娩的初产妇, 采取综合护理干预措施能够缩短产妇产程时间, 改善产后泌乳功能及提高母乳喂养依从率, 值得推广。

关键词: 综合护理干预; 初产妇; 无痛分娩; 产程时间; 泌乳功能; 母乳喂养依从性

分娩是女性一种自然生理过程, 分娩期间需要经历剧烈的疼痛, 这样引起极大的不适, 引起复杂生理以及心理变化^[1]。对于初产妇而言, 因为未经历过分娩, 对分娩过程不了解, 同时从他人口中了解分娩疼痛, 容易出现焦虑、抑郁及恐惧等不良情绪, 这些不良情绪可引起呼吸加快、疲乏无力、头痛等表现, 对分娩过程以及妊娠结局造成极大影响^[2]。虽然现阶段无痛分娩在临床中得到广泛的普及, 但是初产妇仍旧容易存在一些应激行为, 这样低于产妇的顺利分娩不利, 所有需要采取合理的方式进行护理干预, 促进产妇分娩的顺利进行以及为产妇产后康复奠定有利的基础^[3]。传统针对无痛分娩初产妇的护理干预上, 护理干预的内容存在全面性缺失的问题, 这样对于分娩顺利进行以及恢复造成负面影响^[4-5]。综合护理干预是产科一种重要的干预措施, 在产科护理过程中, 安排经验丰富助产士干

预指导, 配合无痛分娩技术指导, 减轻应激情况, 缓解负性心理以保障分娩顺利实施, 此外产后经科学的干预指导, 促进产妇产后子宫复旧, 同时通过科学的产后哺乳指导, 为母乳喂养干预提供帮助, 改善初产妇的分娩预后。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月-2022 年 2 月产科接收采取无痛分娩的 120 例初产妇为研究对象。按照随机数字表法原则, 分成实验组与对照组 60 例。两组初产妇资料统计如表 1。两组在基线资料, 对比差异无统计学意义 (P>0.05)。

表 1 两组基线资料比较

组别	n	年龄 (岁)	孕周 (周)	文化程度		
				初中及以下	高中及大专	本科及以上
实验组	60	27.15±2.47	38.89±0.78	31 (51.67)	21 (35.00)	8 (13.33)
对照组	60	26.89±2.51	39.01±0.77	30 (50.00)	20 (33.33)	10 (16.67)
t/x ²	-	0.802	1.207	0.033	0.037	0.261
P	-	0.424	0.229	0.855	0.847	0.609

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: (1) 均是初次分娩产妇, 单胎且头位; (2) 接收无痛分娩方式; (3) 临床资料完整, 精神及认知状况均正常; (4) 本人或者家属均同意并且签署同意书。

排除标准: (1) 合并严重的肝肾功能障碍疾病者; (2) 经病理组织学确诊恶性肿瘤的患者; (3) 多胎、将产妇的产妇; (4) 伴前置胎盘及胎位不正者; (5) 精神疾病者及依从性差者。

1.3 方法

对照组采取常规的护理干预, 主要安排护理人员做好对产妇的心理疏导, 多同患者沟通交流以及健康教育; 产前通过口头方式告知母乳喂养相关知识, 产后选择去枕平卧位 6h, 之后可根据具体情况调节体位, 给予母婴同时及给予皮肤接触。

实验组则是采取综合护理, 方法如下: (1) 产前综合护理。产前除了进行基础的心理疏导及健康教育外, 可在产前指导产妇哺乳体位的练习以及哺乳方式的操作, 主要是保持侧卧位, 垫高枕头通过侧卧模拟哺乳, 婴儿嘴同产妇同侧乳头在同一高度, 产妇同侧手臂上托抬出婴儿头部, 对侧手呈 C 形置于乳房上下方。产前饮食选择肉类、米面、鸡蛋等能量高的食物, 可每天早晚应用温开水消毒清洁外阴及大腿内侧; 产前讲解无痛分娩知识及相关注意事项, 可采取注意力分散法缓解不良情绪, 提高自信心。

(2) 产时综合护理。根据产妇的喜好播放轻柔舒缓音乐, 产妇配偶参与, 积极配合导乐分娩指导。当宫口开出 2-3cm 同时无法耐受宫缩疼痛可通过导乐仪予以持续的镇痛干预, 导乐仪应用上主要使可贴于产妇腰部, 自髂嵴到腰椎棘, 开启导乐仪到宫口开出, 产妇配偶可进行简单动作包括抚触、

按摩、喂食以及言语安慰鼓励。宫口持续开到 10cm 则是产妇进行气息调节, 开始宫缩时刻进行廓清式的呼吸, 重复的吸气、憋气、用力到宫缩完全结束, 可在导乐应用的过程中, 辅助对产妇的子宫按摩, 主要是助产士的右手置于下腹部对子宫底规律性挤压, 同时挤压左右侧壁, 应用手掌对子宫前壁按摩维持频率为 25-30 次。胎盘剥离时刻应停止按摩子宫, 上推宫体以辅助胎盘的顺利娩出。(3) 产后综合护理。根据乳房的发育情况, 指导母乳喂养的合理含接姿势, 婴儿张嘴含住同侧乳头以及大部分的乳晕吮吸, 耐心解释母乳喂养特点及予以心理支持, 产后的 2h 观察在各项生命体征平稳者, 专业护理人员可协助产妇通过侧位方式进行母乳喂养, 根据产前练习的母乳喂养方式进行喂养指导。鼓励产妇多饮水促进膀胱充盈及强化膀胱压力、敏感性, 引起排尿反射及促进排尿, 鼓励产后 2h 下床大小便, 促进排尿同时使恶露及早排出。产妇膀胱及腹部放置热水袋、热毛巾, 刺激腹肌、膀胱收缩以强化尿意, 轻按膀胱区并且手掌下压膀胱, 增加腹压刺激排尿, 有尿意无法排尿者借助水蒸气对尿肌群刺激, 刺激神经感受器辅助进行排尿指导。指导对盆底肌群的刺激, 主要进行盆底功能练习, 方法是平卧床并且置入软垫, 屈腿调节呼吸缓慢而深, 吸气将注意力集中到会阴、肛门、阴道收缩, 持续保持 6-8s 后可缓慢放松进行呼气, 每天持续锻炼 3-5 次, 每次 15-20min。

1.4 观察指标

(1) 产程时间。记录产妇第一、第二、第三产程时间, 同时计算总时间也就是总产程时间。第一产程: 产妇出现间隔 5-6 分钟左右, 规律性的宫缩开始到子宫口全开; 第二产程: 子宫口全开到胎儿的分娩; 第三产程: 胎儿分娩出到胎盘的脱落; 总产程时间= (第一产程+第二产程+第

三产程)时间。

(2)泌乳功能。记录初始泌乳时间;产后 24h、48h、72h 评价泌乳量评分。泌乳量评分标准:未分泌乳汁为 0 分;经手法挤压虽然分泌乳汁而泌乳少,不能满足新生儿需求为 1 分;手法挤奶哺乳正常,基本满足新生儿需求为 2 分;轻挤母乳呈喷射样,满足新生儿需求同时富余为 3 分。

(3)母乳喂养依从性。主要由医务人员进行依从情况的评价。依从好:完全按要求进行母乳喂养,喂养姿势正常;依从性一般:基本按要求喂养,其中存在一些错误喂养行为但是经纠正正常喂养;依从性差:无法按要求进行母乳喂养。

1.5 统计学方法

使用 SPSS21.0 软件做统计学结果分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,使用 t 检验,计数资料用(%)表示,使用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产程时间比较

在产妇的产程时间,实验组各产程及总产程时间短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组产程时间比较(min, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	第一产程时间	第二产程时间	第三产程时间	总产程时间
实验组	60	501.14±24.15	40.21±5.16	7.78±1.03	551.12±30.16
对照组	60	561.15±31.05	55.42±6.68	10.25±1.45	615.52±41.27
t	-	14.970	17.637	13.194	12.087
P	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组泌乳功能比较

实验组产妇在初始泌乳时间较之对照组短,而在产后 24h、48h、72h 的泌乳量评分,实验组评分高于对照组,对比差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组泌乳功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	初始泌乳时间(h)	泌乳量评分(分)		
			产后 24h	产后 48h	产后 72h
实验组	60	21.48±1.52	1.65±0.52	2.11±0.41	2.56±0.31
对照组	60	25.44±1.89	1.04±0.56	1.61±0.48	2.15±0.38
t	-	16.229	8.437	8.068	8.357
P	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组母乳喂养依从性比较

实验组产妇母乳喂养率总依从率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组母乳喂养依从性比较[n(%)]

组别	n	依从好	依从性一般	依从性差	总依从
实验组	60	50(83.33)	7(11.67)	3(5.00)	57(95.00)
对照组	60	38(63.33)	9(15.00)	13(21.67)	47(78.33)
χ^2					7.211
P					0.007

3 讨论

初次分娩的产妇,因为对分娩存在未知的恐惧,从他人及网络上了解到自然分娩这一过程的疼痛剧烈,在临产前也就容易出现焦虑情绪^[6]。不良情绪属于非常重要的一种应激源,可对生理以及心理均是造成不良的影响,对分娩也不利,一些难以耐受疼痛的产妇可能会考虑选择剖宫产分娩,而剖宫产分娩对于产妇的恢复有较大影响^[7-9]。基于自然分娩的要求以及产妇对需求,当前无痛分娩也广泛用于临床分娩中,很好的避免了疼痛引起产妇分娩不适情况,让自然分娩成为容易接受的分娩方式^[10]。而无痛分娩的初产妇仍旧可能存在生理及心理的不适,需要在此基础上配合做好相关的护理干预。

本次研究结果显示,实验组的产妇在各产程时间与总产程时间均是短于对照组,表明采取综合护理模式可以缩短初产妇无痛分娩的产程时间。分析原因是综合护理干预,在产前对产妇进行科学的饮食指导,让产妇的机体状况良好,此外在产中进行哺乳技能的指导,也可以让产妇提高分娩的信心,将注意力集中到分娩后对于新生儿喂养的指导,这样也可以在一

定程度上缓解产妇的心理情绪^[11]。在心理情绪得到缓解后,产妇所面临的应激反应也减轻,这样能够让产妇产时宫口开得更加顺利,分娩期间不良情绪减轻,更好的缩短产程时间,使得整体的分娩过程能够顺利进行^[12]。本次研究结果显示,实验组的产妇泌乳功能优于对照组,其中实验组在初始泌乳时间短于对照组,而在产后 24/48/72h 泌乳量评分实验组均是高于对照组,表明实施综合护理干预对初产妇无痛分娩的产后泌乳功能改善有良好效果。分析原因主要是综合护理干预策略,在产前对初产妇进行哺乳技能的指导,讲解产后早期泌乳技巧可以帮助产妇掌握产后喂养技能,而在产后则根据产前训练的哺乳手段进行母乳喂养,这样就可以使产妇在产后得以尽早的进行母乳喂养,经科学的母乳喂养指导方式,使得产后早期泌乳量得以提高,这样就使得泌乳功能得到改善^[13]。而产妇经综合护理干预在泌乳量提高,结合宣教对母乳喂养的认知,能够让产妇知晓母乳喂养的优势,坚持喂养,这样也可以使得纯母乳喂养率提高,为新生儿的发育奠定良好的基础^[14]。本次研究结果显示,实验组的产妇在产后母乳喂养总依从率高于对照组,表明采取综合护理干预可辅助初产妇的产后良好母乳喂养,提高喂养的依从性。分析原因主要是采取综合护理的干预,在产前与产后的系统干预指导,经健康教育方式提高认知,配合科学的技能指导为母乳喂养干预奠定有利基础^[15]。初产妇对于产后母乳的相关知识掌握不深入,通过健康教育以及技能的指导,提高认知以及掌握技能,使得产妇可以按照规范进行母乳的喂养指导,这样也可以为新生儿的成长发育奠定有利基础,持续的母乳喂养也有利提高产妇的分娩信心,取得良好的干预效果。

综上所述,针对初产妇这一分娩群体,在对产妇进行无痛分娩指导中,通过采取综合护理干预的手段,可以取得良好的干预效果,有效改善产妇的不良情绪,缩短产程时间,改善产妇产后泌乳功能以及提高母乳喂养的依从性,取得良好的干预效果,因此值得推广应用。

参考文献:

- [1]张晓凤.综合护理干预对无痛分娩产妇焦虑情绪及产程的影响研究[J].山西医药杂志,2022,51(8):937-939.
- [2]李妙,邓娜丹.心理护理联合产前综合护理干预对初产妇分娩结局及对血清 E2、PRL 水平的影响[J].检验医学与临床,2020,17(7):981-983.
- [3]祝丽娟,林冬红.个体化护理干预在硬膜外麻醉无痛分娩中的效果与并发症发生率影响分析[J].山西医药杂志,2020,49(23):3343-3345.
- [4]陈婷婷,万丽.基于行为阶段转变理论对初产妇母乳喂养护理干预的效果分析[J].中国医药导报,2020,17(11):173-176.
- [5]解文迪,刘静,冯巧芳.多模式分层心理干预对无痛分娩初产妇心理状态的影响[J].检验医学与临床,2020,17(6):845-848.
- [6]刘艳梅,张曼.无痛分娩初产妇产后抑郁的心理护理策略[J].陕西中医,2021,42(S01):108-109.
- [7]张少云,刘惠林,徐中兰.自由体位接产联合无痛分娩对初产妇分娩影响分析[J].现代医学,2021,49(9):1045-1048.
- [8]喻莉,邓金凤.IKAP 模式联合无痛分娩干预对水囊引产患者产程及新生儿结局的影响研究[J].海军医学杂志,2020,41(3):317-322.
- [9]黄伟妍,夏斌,李文君.预见性护理结合康复功能锻炼对无痛分娩产妇产后恢复的影响[J].海南医学,2020,31(10):1357-1360.
- [10]曹晓丹,陶洁静,于爱萍,等.无保护联合无痛分娩对初产妇产后盆底功能的影响[J].中国妇幼保健研究,2021,32(5):744-748.
- [11]林建鹏,郑燕飞,方兰,等.无痛分娩联合助产士全程责任制对高龄初产妇分娩结局及满意度的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(9):1640-1642.
- [12]耿伟.配偶陪伴+导乐一对一全程干预对自然分娩初产妇总产程及产后护理工作满意度的影响[J].中国药物与临床,2020,20(19):3339-3341.
- [13]孙蓉,陈绍传,王利民.无痛分娩用于初产妇的临床效果观察及对负性情绪的影响[J].中国计划生育和妇产科,2020,12(10):81-83,90.
- [14]廖薇,林亚娟,赵杰.优质护理对初产妇新生儿护理及自我保健能力的影响[J].护理研究,2020,34(2):315-317.
- [15]李永英,林毅萍,吴贤珊.一对一的责任助产护理对足月无痛分娩结局及产程的改善作用[J].武警后勤学院学报:医学版,2021,30(12):90-92.

项目来源:邢台市重点研发计划自筹项目(2021ZC063)

基层医疗卫生监督常见的问题及对策

王文强 彭伟

荣成市卫生健康综合执法大队 山东威海 264300

摘要:在医疗领域中,卫生监督工作的开展,有助于医疗体系的完善性建设,对医疗市场秩序进行维护,为人们健康保护工作的可开展贡献更多力量。而基层医疗卫生监督工作在实际进行时却存在诸多问题,如相关人员的专业水平不高,工作基础建设不足等,使得监督效用得不到充分发挥,不利于医疗事业的发展。因此,应提升对卫生监督工作的重视程度,对监督体系进行完善,提升监督队伍建设质量。本文阐述了基层医疗卫生监督工作的实际发展状况,分析了该监督工作开展时存在的不足,并提出一定对策,以期推动卫生监督成效的提高。

关键词:基层医疗;卫生监督;问题;对策

引言

当前人们健康需求的增加,使得医疗事业呈现高速发展之势,群众与医疗机构之间的矛盾愈加凸显,如市场混乱现象的出现,价格统一性不足问题的发生。而卫生监督工作是解决此类问题的重要手段。在科技创新水平不断攀升的背景下,医疗卫生监管工作模式逐渐趋于多元化,所涉及的内容愈加繁杂,其职能也随之产生一定变化。为有效解决医疗卫生监督问题,相关部门应提升监督体系的完善程度,并加大对监督人才的引进,提升对人才的培养力度,增强人才职业素养,为监督工作落实程度的提高奠定基础。

一、基层医疗卫生监督工作的实际发展状况

(一) 监督任务繁重,监管人员数量较少

当前,基层医疗卫生监督工作在实际开展过程中所承担的工作任务十分繁重,而监管人员数量却十分有限,为相关工作人员带来较大的工作压力,加之我国愈加注重医疗监督工作的开展,并对其提出更高的监督要求,使得监督任务出现一定变化。卫生监督部门不仅需遵循相应的法律法规,对自身的行为加以约束,提升医疗市场的监管力度,而且应对非法行医行为进行惩处,加大对违法行为的打击力度,提升医疗机构与相关从业人员的监管成效^[1]。同时,卫生监督部门应对相关机构与工作人员的从业资质进行审核,明确其是否合法,保证医疗市场的规范性。卫生监督部门还应注重自身覆盖率,提升监督全面性,提高案件查办效率,丰富监管内容,对医疗卫生机构运行环节进行检查与审核,了解其运营过程中是否存在违法行为等。此类种种要求的提出,使得监督人员的工作量有所增多,受限于监管人员数量,卫生监督成效达不到理想标准,难以实现卫生监督目标。

例如,我国部分城市所涵盖的卫生监督编制人数仅有数百人,而其需监管的单位达到上万户,其不仅需开展医疗卫生法律法规的宣传工作,提升相关从业人员的法律意识,而且应对医疗市场进行管理,审查相应机构是否存在违法行为等,其承担的任务十分繁重,人员数量却十分有限,导致监督频率不高现象的出现,甚至产生管理不到位问题,不利于卫生监督质量的提升,使得相关人员的追责风险有所增加,制约为卫生监督部门积极向上和谐工作氛围的形成,卫生监督部门人才的引进面临较大难度,阻碍医疗事业的稳健发展。

(二) 医疗卫生监督工作落实所面临的挑战较高

在人们生活水平提升的背景下,人们在美的追求中所投入的资金随之增加,推动着医疗美容行业的发展^[2]。然而,部分人员紧抓人们爱美心理,并对其加以利用,以违法经营的模式开展医疗美容服务,使得医疗美容市

场出现较为混乱的现象,甚至导致美容伤害事件发生频率的增加,对人们的身体与心理造成不良影响。现阶段,卫生监督部门在开展工作时所面临的难度较高,其对医疗美容与生活美容难以进行清晰划分,加之美容服务行业所采取的手段愈加隐蔽,使得卫生监督部门打击工作开展所面临的难度逐渐增加。当前,我国虽然在无证行医检查方面加大投入,并对其施予严厉惩戒,但此种行为屡禁不止,且其采取的方式逐渐趋于隐蔽性与多样性,甚至出现游医现象,导致监管难度随之增加,不利于基层医疗卫生监督工作的顺利开展,降低卫生监督执行力度,难以实现对医疗市场的有效控制。

(三) 监督人员的追责风险有所增加

当前,卫生监督执法责任机制愈加完善,使得其对监督人员提出更高要求。相关人员在实际工作过程中,不仅应对医疗机构进行卫生检查,而且应施予相应的行政处罚,并采取一定的强制措施等。若在此类活动中监督人员执法行为出现一定过错,会进行相应责任的追究。监督人员在实际开展工作时所涉及的法律法规相对较多,对监督人员的专业程度提出更高要求,受限于监督人员能力水平与知识结构,其在相关法律法规应用方面仍存在一定问题,可能出现法律掌握精准不足现象,进而导致其追责风险的增加^[3]。此外,若监督人员在实施行政处罚时,未对相关资料进行全面收集,采用的法规适宜性不足,可能会导致行政诉讼败诉现象的出现,使得监督人员的追责风险有所提升,为监督人员带来较大的工作压力。

二、基层医疗卫生监督工作开展时存在的不足

(一) 医疗卫生监管工作的基础建设不足

在基层卫生监督工作中,因卫生健康监督机构与监管的公立医院均为卫生健康局的下属单位,导致对医疗卫生监督管理的重视程度不高,甚至出现轻医疗监督重公共场所卫生监管的错误认知,使得医疗卫生监督管理工作的执行力度偏低,难以对医疗市场进行有效规范,不利于医疗事业的健康发展。同时,部分地区在在医疗卫生监督及综合监管方面投入的资源较少,对医疗卫生监督相关法律的认识不足,不利于医疗卫生监督工作的顺利推进,制约其监督效用的发挥^[4]。此外,部分地区未积极组织医疗监管工作的开展,其创建的医疗卫生监管部门独立性、专业性不足,加之未对监督职责进行详细划分,监督人员在行使职能时对存在一定清晰问题,导致监管力度不足现象的出现。

(二) 监督人员数量难以满足相应需求

据统计,我国人口数量已达十多亿,而卫生监管人员却只有数万人,其职能的行使难以满足人口数量需求,卫生监督的覆盖范围十分有限,未

达到相应的监督标准,制约监督成效的提升。同时,部分地区为满足相应的卫生监督需求,不断增加相关从业人员的工作任务与工作量,甚至出现监督人员身兼数职现象,其所承担的工作压力较大,难以将精力集中于监督职能发挥与执法行为落实方面,使得监管成效达不到预期标准,导致监管不到位问题的发生,卫生监管工作出现一定漏洞,难以为医疗事业的稳健发展提供强力支撑^[5]。另外,我国对医疗卫生监督提出更高要求,使得该监督部门面临转型与改革的形势,其职能职责逐渐发生一定改变,而部分人员跟不上部门改革速度,不利于相应监督目标的实现。此外,部分监督部门未建立相对健全的晋升机制,为从业人员提供的晋升空间十分有限,无法对相关人员的工作积极性进行激发,相关人员的工作动力有所欠缺,使得监管任务的完成量达不到理想目标。

(三) 监督队伍的建设水平有待提升

监督队伍是卫生监管部门各项制度落实的主要载体,也是各项制度的主要执行者。然而,部分地区卫生监管部门对医疗监管的重视程度不高,其引进的监督人员专业能力不足,对医疗相关知识与法律相关知识的了解不足,其知识应用水平达不到相应要求,不利于监管工作的有效落实,制约医疗卫生监管成效的提高。此外,部分地区医疗卫生监管部门在监督队伍培养中投入的精力不够,未积极开展培训工作,培训模式得不到创新,培训内容存在一定滞后性问题,无法为监督人员的发展提供助力,对医疗市场的约束力有所削弱,难以实现对非法行医行为严厉打击的目标。

三、提升基层医疗卫生监督水平的对策

(一) 提升卫生监管部门基础建设水平

卫生监管部门的基础建设水平会直接影响其效能发挥程度。基层医疗卫生监督工作的开展,可为我国依法治国目标的落实奠定基础,是对人们健康进行维护的重要手段。故而,应提升对部门基础建设的重视程度,对其卫生监管制度进行完善,促进监督范围的明确,使得相关人员对自身职责具有清晰认知,为卫生监督部门的现代化建设做好铺垫,推动长效监督机制的形成^[6]。首先,卫生监管部门应以相关法律法规为依据,充分考虑医疗事业实际情况,以原有卫生监督制度为基础,对其进行改进,保证其与时俱进性,为卫生监督工作的开展提供助力。其次,应积极开展沟通交流工作,与一些科学有效的单位建立合作,虚心向其学习,推动部门知识面的拓宽,为卫生监督部门的现代化建设奠定基础。最后,应构建相应的执法制度,为执法工作的开展提供凭仗,提升部门执法水平,助推执法监督任务的顺利完成,充分发挥部门成效,实现医疗市场规范化建设的目标。

(二) 对卫生监管模式进行创新

若想提升卫生监管部门管理成效,应对监督管理理念进行创新,引进更为先进的管理模式,辅以相对完善的监管制度,提升监管水平。因此,卫生监管部门应对自身的监管内容进行优化,对相关法律法规具有清晰了解,明确自身所具备的职责,以分级管理的模式,对监督人员进行管控,加大对监督人员的约束力度,使其遵循相应的规范开展工作,促进各项卫生监督制度的高效落实。其次,应注重绩效考核机制与奖惩制度的融合,促进评价体系的科学性建设,保证评价工作的合理性与公正性,提升监督人员管理水平,对一线人员的工作积极性加以调动,使其全身心投入到本职工作中,加大执法力度,实现对市场非法医疗行为的有效控制,实现规范医疗市场的目标^[7]。同时,应对卫生监督部门的薪酬制度进行改进,建立相对完善的职级制度,为监督人员提供相对广阔的晋升空间,激发其工

作潜能,推动其工作成效的提高。最后,应注重对监督方式的创新,如开展执法活动,整合执法资源等,提升监督工作的覆盖范围,保障监督工作的全方位性,助推监管成效的提高,加大相关法律法规的执行力度,为医疗事业的健康进步提供支持。

(三) 提升卫生监督队伍的建设水平

医疗卫生监督工作的开展离不开相关人员的支持。换言之,监督人员的综合素质会直接影响卫生监督质量。医疗卫生监督工作具有较强的专业性,对监督人员提出的要求也随之增加。医疗卫生监督工作在实际开展过程中,所涉及的内容比较多,不仅包含医疗方面知识,而且涵盖法律方面知识与执法规定等。故而,卫生监管部门应提升对监督队伍的重视程度,在人才引进与培养方面投入更多资源,提升人才的专业性,提升监督队伍的建设水平。首先,在对监督人员进行引进时,应适当提升行业的门槛,对监督人员的专业知识与专业能力进行考核,以岗位需求为依据,制定适宜的招录计划,为监督队伍注入新的活力^[8]。其次,应定期组织开展培训教育工作,对培训模式进行创新,积极引进先进的设备,提升监督人员对新技术新知识的掌握程度,扩展其技术知识面。同时,应注重对监督人员职业素养的培育,使其对自身责任具有清晰认知,引导其主动担负起自身职能,鼓励其以严谨的态度开展工作,促进卫生监督水平的提高。最后,应加强对卫生监管部门资源的了解,并对其进行合理调动,促进人才各尽其用目标的实现,增强监督人员的执法能力,提升执法成效,助推卫生监督管理质量的提高。

结束语

现阶段,人们的卫生健康意识逐渐提升,使得其对基层医疗卫生监督提出更高要求,为卫生监管部门的发展带来新契机,增加卫生监管部门工作开展的难度。因此,卫生监管部门应充分明确自身职责,提升自身基础建设水平,对监管模式进行创新,以勇于担当的精神开展工作,优化监督队伍结构,加大人才引进力度,增强监督人员的职业素养,使其具备更高的专业性,提高其监督能力,提升其相关法律法规的掌握程度,为卫生监督管理工作的规范化发展奠定基础,推动医疗事业的稳健发展。

参考文献:

- [1]胡莹莹.内部控制制度在基层医疗卫生机构的应用[J].行政事业资产与财务,2022,(12):67-69.
- [2]陈双辉,丁锋.医疗卫生监督管理相关问题分析[J].中国医药指南,2020,18(03):389-390.
- [3]王海龙.医疗废物卫生监督管理存在的问题及对策探讨[J].国际感染病学(电子版),2019,8(03):230.
- [4]钱丹丹.我国基层医疗卫生结构格局正发生变化[J].中国农村卫生事业管理,2019,39(05):314.
- [5]詹秀敏,何晖雄,郑曦,林心星.基层医疗卫生监督工作的形势及对策浅析[J].中国卫生法制,2018,26(03):73-75+94.
- [6]张海燕,郑晓霞,陈建明.提高福建省乡村医疗卫生监督力量对策分析[J].中国卫生法制,2018,26(02):40-42.
- [7]戴薇,费小峰,李春志.基层卫生监督信息化应用的探讨[J].中国医疗管理科学,2017,7(05):25-27.
- [8]姜文军.基层医疗卫生服务多元化监督模式探析[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(71):14046-14047.

子宫内息肉患者经左炔诺孕酮宫内节育系统联合宫腔镜 子宫内息肉电切术治疗的疗效及复发率分析

王晓霞 周欣欣

昌乐县人民医院 山东潍坊 262400

摘要:目的: 子宫内息肉患者经左炔诺孕酮宫内节育系统联合宫腔镜子宫内息肉电切术治疗的疗效及复发率分析。方法: 本次实验选取对照实验类型开展对比探究, 实验对象是严格按照筛选标准, 在 2020 年 5 月-2022 年 4 月期间我院就诊治疗的子宫内息肉患者中选取 82 例, 按照实验要求将患者分组处理, 分组依据: 随机抽签法, 分组结果: 实验组、对照组, 每组 41 例患者, 均实施宫腔镜子宫内息肉电切术治疗方案, 实验组患者在手术治疗的基础上联合左炔诺孕酮宫内节育系统控制性治疗, 比较对于患者实施不同治疗方案的效果和疾病复发率。结果: 手术治疗前, 两组患者月经量没有显著差异, 实施治疗方案之后, 实验组患者月经量比对照组少, $P < 0.05$; 在手术治疗前两组子宫内息肉患者子宫内厚度及血红蛋白水平没有显著差异, 实施治疗方案之后, 实验组患者子宫内厚度小于对照组, 实验组患者血红蛋白水平高于对照组, $P < 0.05$; 两组子宫内息肉患者术后经期延长、阴道出血和感染发生率比较, 实验组低于对照组, $P < 0.05$; 比较两组患者在经过治疗之后子宫内息肉复发率, 实验组低于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 子宫内息肉患者在临床开展治疗过程中, 选取左炔诺孕酮宫内节育系统联合宫腔镜子宫内息肉电切术治疗方案治疗效果优于单纯手术治疗, 对于患者子宫内息肉复发率的控制水平较好, 临床治疗中值得推广实施。

关键词: 子宫内息肉患者; 左炔诺孕酮宫内节育系统; 子宫内息肉电切术

子宫内息肉是指患者的子宫内黏膜异常增生性疾病, 导致出现息肉组织, 为育龄期女性常见的妇科疾病之一, 发病率可以达到 26%。子宫内息肉可能会导致患者出现月经期延长, 经量增多, 绝经后出现不规则流血症状, 一般情况下会伴随失血性贫血严重, 对于女性群体的生活质量以及身体健康造成严重影响^[1]。子宫内息肉患者临床治疗过程中还是要遵循尽早诊断, 采取有效治疗的方案, 子宫内息肉患者在临床治疗过程中主要实施的是手术切除治疗方案, 进一步需要联合其他治疗方式开展有效疾病治疗, 可以分为期待疗法和药物疗法^[2]。在临床治疗过程中, 子宫内息肉患者需要评估息肉的大小以及形态, 根据其病情状况选择激光手术、切除手术等治疗方案, 但是, 这些治疗方案对于患者疾病治疗效果优化程度有限, 容易出现子宫内息肉复发^[3]。因此在临床实施治疗方案的过程中, 针对子宫内息肉患者, 需要对其治疗方案进行优化改进, 现阶段临床最新治疗方案在切除手术治疗基础上联合左炔诺孕酮宫内节育系统治疗, 在子宫内息肉患者疾病治疗过程中得到了有效应用, 针对子宫内息肉患者分别采取两种治疗方案^[4]。本文将针对子宫内息肉患者切除手术与左炔诺孕酮宫内节育系统联合治疗方案对于患者治疗前后的月经量、子宫内厚度等相关性临床指标探究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次实验选取对照实验类型开展对比探究, 实验对象是严格按照筛选标准, 在 2020 年 5 月-2022 年 4 月期间我院就诊治疗的子宫内息肉患者中选取 82 例, 按照实验要求将患者分组处理, 分组依据: 随机抽签法, 分组结果: 实验组、对照组, 每组 41 例患者, 均实施宫腔镜子宫内息肉电切术治疗方案, 实验组患者在手术治疗的基础上联合左炔诺孕酮宫内节育系统控制性治疗。实验组: 41 例子宫内息肉患者, 患者年龄分布区间: 上下限分别为 46 岁、25 岁, 均值 (36.20 ± 3.62) 岁病程区间: 4-12 年, 平均 (7.58 ± 2.63) 年, 怀孕次数 0-3 次, 平均 (1.25 ± 0.36) 次; 对照组: 41 例子宫内息肉患者, 患者年龄分布区间: 上下限分别为 47 岁、24 岁, 均值 (36.41 ± 3.56) 岁病程区间: 4-11 年, 平均 (7.62 ± 2.56) 年, 怀孕次数 0-3 次, 平均 (1.22 ± 0.35) 次。两组患者一般资料比较无显著差异 ($P > 0.05$)。

纳入标准: 经期延长, 经量增多; 经过我院宫腔镜和术后病理学诊断为子宫内息肉疾病; 在治疗 6 个月内没有使用过激素; 近期没有生育要求, 患者对于临床治疗方案有较高的依从性; 本次实验通过了伦理委员会批准。

排除标准: 排除合并严重器质性疾病和免疫系统疾病患者; 排除对于本次治疗使用药物过敏的患者; 排除对于临床治疗方案依从性不高患者。

1.2 方法

对照组: 本组的子宫内息肉患者开展宫腔镜子宫内息肉电切术治疗, 在患者月经结束后的一个星期内开展手术, 术前需要对患者的身体各项指标进行检测, 确定不存在手术禁忌症, 为患者安排手术治疗方案, 保障手术可以顺利开展。在手术治疗前的一个晚上, 需要使用相关药物来对

患者的子宫宫腔进行软化处理, 保障手术开展的顺利性, 患者需要选取静脉麻醉的方式实施常规消毒处理, 开展手术治疗的过程中, 需要将宫腔镜置入患者宫腔内指导手术开展, 利用宫腔镜转动对于患者的宫腔, 宫底和输卵管的情况进行探查, 准确记录子宫内息肉的具体位置、大小以及形态, 在切除子宫息肉的过程中, 需要根据息肉的大小数量进行选择性清除操作^[5]。子宫内息肉患者根据息肉疾病的不同症状表现, 还可以分为单纯息肉患者和多发性息肉患者, 针对单纯息肉患者需要将其全部息肉确认之后切除, 针对多发性息肉患者, 先要对其子宫内黏膜进行适当切除, 完成刮宫操作之后, 再进行息肉切除手术治疗。术后需要第一时间将切除的息肉组织送往实验室进行病理学检查诊断, 常规使用抗生素抗感染治疗, 避免术后出现感染症状, 影响了切口恢复的效果, 在手术治疗之后的半个月之内禁止发生性关系, 保障术后切口恢复效果^[6]。

实验组: 本组子宫内息肉患者开展左炔诺孕酮宫内节育系统联合宫腔镜子宫内息肉电切术治疗, 子宫内息肉电切术治疗方案与对照组的操作基本一致, 本组患者在月经结束后的一周之内放置左炔诺孕酮宫内节育系统, 需要由经验比较丰富的医生在彩超引导下完成, 确保所有患者放置的位置正确。术后也是需要清除的息肉组织送往实验室进行病理学诊断检测, 同时术后也是需要使用抗生素治疗 3-7 天, 有效地避免术后出现感染, 影响切口恢复^[7]。

1.3 观察指标

(1) 比较治疗前后患者月经量, 两组子宫内息肉患者在临床应用不同治疗方案, 对于患者月经量的改善效果, 治疗之后月经量越少, 治疗方案效果越好;

(2) 术前后子宫内厚度及血红蛋白水平, 治疗之后患者的子宫内厚度越薄、血红蛋白水平恢复提升效果越好, 实施的治疗方案效果越好;

(3) 术后经期延长、阴道出血和感染发生率比较, 子宫内息肉患者在治疗之后术后并发症发生率越低, 实施治疗方案安全性越高;

(4) 子宫内息肉复发率, 临床针对子宫内息肉复发情况探究, 疾病复发率越低实施的治疗方案效果越好。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 比较治疗前后患者月经量

手术治疗前, 两组患者月经量没有显著差异, 实施治疗方案之后, 实验组患者月经量比对照组少, $P < 0.05$ 。

表 1 比较治疗前后患者月经量比较 ($\bar{X} \pm S, ml$)

组别	例数	治疗前	治疗 6 个月	治疗 12 个月
实验组	41	211.05 $\pm$ 28.12	53.62 $\pm$ 15.68	35.62 $\pm$ 9.85

对照组	41	208.59±27.65	79.85±17.68	46.62±10.65
t	--	0.39	7.10	4.85
P	--	0.69	0.00	0.00

2.2 术前后子宫内膜厚度和血红蛋白水平

表2 术前后子宫内膜厚度和血红蛋白水平比较 (X±S)

组别	例数	子宫内膜厚度 (mm)			血红蛋白水平 (g/L)		
		治疗前	治疗 6 个月	治疗 12 个月	治疗前	治疗 6 个月	治疗 12 个月
实验组	41	8.87±1.16	4.58±0.86	3.54±0.68	66.32±5.62	94.58±7.12	112.58±8.32
对照组	41	8.78±1.21	6.25±1.02	4.51±0.75	66.02±5.88	81.58±7.36	103.65±8.05
t	--	0.34	8.01	6.13	0.23	8.12	4.93
P	--	0.73	0.00	0.00	0.81	0.00	0.00

2.3 术后经期延长、阴道出血和感染发生率

两组子宫内膜息肉患者术后经期延长、阴道出血和感染发生率比较,实验组低于对照组, P<0.05。

表3 术后经期延长、阴道出血和感染发生率比较(n,%)

组别	例数	经期延长	阴道出血	感染	发生率
实验组	41	0 (0.00)	1 (2.44)	0 (0.00)	1 (2.44)
对照组	41	2 (4.88)	4 (9.76)	0 (0.00)	6 (14.63)
X ²	--	--	--	--	3.90
P	--	--	--	--	0.04

2.4 子宫内膜息肉复发率

比较两组患者在经过治疗之后子宫内膜息肉复发率,实验组低于对照组, P<0.05。

表4 子宫内膜息肉复发率比较(n,%)

组别	例数	子宫内膜息肉复发人数	复发率
实验组	41	1	2.44
对照组	41	7	17.07
X ²	--	4.98	
P	--	0.02	

3 讨论

对子宫内膜息肉发病机制探究发现,导致出现疾病的因素比较复杂,目前研究可以发现主要与雌性激素、炎症、内分泌异常有一定的关系。左炔诺孕酮宫内节育系统是一种新型的宫内节育器,在作用过程中主要是通过定量缓慢释放左炔诺孕酮,来达到抑制子宫内膜生长,调节子宫内激素水平的目的,最终要达到的效果是避孕,抑制子宫内膜息肉生长,对于预防子宫内膜息肉复发作用效果显著^[8]。本次对照实验研究也表明,针对实验组子宫内膜息肉患者应用左炔诺孕酮宫内节育系统在子宫内部每天需要释放出 20 毫克的左炔诺孕酮,直接作用于患者的子宫内膜,可以有效地抑制子宫内膜生长,促进子宫内膜细胞凋亡,达到的作用效果还包括子宫内膜腺体萎缩基质水肿,黏膜变薄的目的,出现了毛细血管血栓形成,使病灶组织可以实现局部坏死^[9]。针对实验组子宫内膜息肉患者在实施宫腔镜子宫内膜息肉切除术后置左炔诺孕酮宫内节育系统,在治疗 12 个月之后与对照组单纯进行宫腔镜子宫内膜息肉切除术治疗效果比较,发现实验组患者月经减少量显著,子宫内膜厚度有所增加,缩短经期提升血红蛋白效果显著^[10]。还可以发现实验组患者应用系统持续性释放左炔诺孕酮,可以抑制宫内雌性激素水平,在月经来潮之前不能够形成雌性激素相关分子,而达到减少月经量提升血红蛋白的治疗目的,而且对于子宫内膜形成的抑制,促使凋亡作用效果显著^[11]。还有相关的研究表明,左炔诺孕酮对患者的子宫内膜造成刺激性作用,降低雌激素对于子宫内膜的敏感性,在治疗过程中应用还会引发不规则出血不良症状,还有相关的研究也表明,放置左炔诺孕酮宫内节育系统会导致患者在临床治疗过程中发生内分泌紊乱、卵巢功能下降以及下丘脑调节功能降低的不良反应症状,可见在系统应用过程中预防子宫内膜息肉上有显著的作用,效果同样也会存在相关的治疗弊端,在今后针对子宫内膜息肉患者应用系统治疗过程中,使用剂量是重点研究的内容,针对性探究左炔诺孕酮不同浓度释放或者间接

在手术治疗前两组子宫内膜息肉患者子宫内膜厚度和血红蛋白水平没有显著差异,实施治疗方案之后,实验组患者子宫内膜厚度小于对照组,实验组患者血红蛋白水平高于对照组, P<0.05。

释放的治疗效果,进一步减轻治疗过程中的相关不良反应,提升治疗方案的安全性^[12]。

手术治疗前,两组患者月经量没有显著差异,实施治疗方案之后,实验组子宫内膜息肉患者治疗 6 个月月经量 (53.62±15.68) ml、治疗 12 个月月经量 (35.62±9.85) ml,对照组子宫内膜息肉患者治疗 6 个月月经量 (79.85±17.68) ml、治疗 12 个月月经量 (46.62±10.65) ml,实验组患者月经量比对照组少, P<0.05;在手术治疗前两组子宫内膜息肉患者子宫内膜厚度和血红蛋白水平没有显著差异,实施治疗方案之后,实验组患者子宫内膜厚度治疗 6 个月 (4.58±0.86) mm、治疗 12 个月 (3.54±0.68) mm,对照组患者子宫内膜厚度治疗 6 个月 (6.25±1.02) mm、治疗 12 个月 (4.51±0.75) mm,实验组患者子宫内膜厚度小于对照组,实验组患者血红蛋白水平高于对照组, P<0.05;两组子宫内膜息肉患者术后经期延长、阴道出血和感染发生率比较,实验组低于对照组, P<0.05;比较两组患者在经过治疗之后子宫内膜息肉复发率,实验组低于对照组, P<0.05。

综上所述,子宫内膜息肉患者在临床开展治疗过程中,选取左炔诺孕酮宫内节育系统联合宫腔镜子宫内膜息肉电切术治疗方案治疗效果优化显著,可以降低疾病治疗导致的并发症和子宫内膜息肉复发率。

参考文献:

- [1]邢卫丽.子宫内膜息肉患者经左炔诺孕酮宫内节育系统联合宫腔镜子宫内膜息肉电切术治疗的疗效及复发率分析[J].黑龙江医药科学,2022,45(02):147-148.
- [2]田爱华,赵倩.左炔诺孕酮宫内缓释系统与屈螺酮炔雌醇片治疗宫腔镜子宫内膜息肉切除术后患者的效果比较[J].中国民康医学,2022,34(06):140-142.
- [3]吴佳妮.宫腔镜术后放置左炔诺孕酮宫内缓释系统与口服地屈孕酮治疗子宫内膜息肉患者的效果比较[J].中国民康医学,2022,34(01):147-149.
- [4]弓丽丽.左炔诺孕酮宫内缓释系统与去氧孕烯炔雌醇片预防子宫内膜息肉患者术后复发的效果比较[J].中国民康医学,2021,33(24):144-146.
- [5]袁恢红,甘秀华.宫腔镜电切术联合左炔诺孕酮宫内缓释系统对子宫内膜息肉患者雌激素受体的影响[J].华夏医学,2021,34(04):141-144.
- [6]王楠.宫腔镜手术后放置左炔诺孕酮宫内节育系统治疗子宫内膜息肉患者的效果[J].中国民康医学,2021,33(14):33-35.
- [7]吴璇.左炔诺孕酮宫内节育器对子宫内膜息肉宫腔镜术后患者的影响[J].世界复合医学,2021,7(07):34-36.
- [8]李钊,田晓娜.经左炔诺孕酮宫内节育系统联合宫腔镜子宫内膜息肉电切术治疗子宫内膜息肉疗效观察[J].实用中西医结合临床,2021,21(10):88-89.
- [9]陈瑜,王雁林.左炔诺孕酮宫内缓释系统对子宫内膜息肉患者术后复发率与性激素水平的影响[J].现代医学与健康研究杂志,2021,5(03):75-77.
- [10]郭颖华.宫腔镜下电切术后联合左炔诺孕酮对子宫内膜息肉患者激素水平、子宫内膜厚度与并发症的影响[J].辽宁医学杂志,2021,35(01):18-21.
- [11]陈红霞,方春丽,王辉,等.宫腔镜电切术联合左炔诺孕酮宫内节育系统对子宫内膜息肉患者性激素、炎症因子及复发的影响[J].现代生物医学进展,2020,20(19):3691-3694+3654.
- [12]易晓芹,钟兴丽,谭春燕.子宫内膜息肉患者宫腔镜术后应用左炔诺孕酮宫内节育系统或炔雌醇环丙孕酮的临床效果及对病情复发的影响[J].临床误诊误治,2020,33(03):67-71.

中药穴位敷贴配合推拿在治疗幼儿喂养不耐受中的疗效观察

孙永红

北京裕和中西医结合康复医院儿科 北京 100000

摘要: 目的 研究并观察中药穴位敷贴配合推拿在治疗幼儿喂养不耐受的效果。方法 选择 2017 年 6 月-2019 年 6 月在我院喂养不耐受表现的 50 例幼儿为研究主体,按照随机原则,将其分为实验组与对照组。实验组给予常规护理后,实施中药方穴位敷贴配合推拿治疗,每日一次,且每次 2 小时,并对幼儿生命体征、住院时间、不良反应情况等进行记录,对照组给予常规护理。对两组幼儿各项数据进行比较观察。结果 实验组幼儿住院时间、达到全胃肠道喂养时间等明显低于对照组,差异显著,具有统计学意义 ($P<0.05$)。实验组幼儿治疗有效率要明显高于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 针对幼儿喂养耐受现象,选用中药穴位敷贴辅助推拿治疗,效果显著,有效缩短幼儿喂养不耐受持续的时间,具有应用价值。

关键词: 中药穴位敷贴; 幼儿; 喂养不耐受; 疗效

Abstract: Objective To study and observe the effect of Acupoint Application of traditional Chinese medicine on feeding intolerance of children. Methods 50 children with feeding intolerance in our hospital from June 2017 to June 2019 were selected as the study subjects. According to the principle of randomization, they were divided into the experimental group and the control group. After the experimental group was given routine nursing, the traditional Chinese medicine acupoint application combined with massage treatment was carried out once a day for 2 hours each time, and the vital signs, hospitalization time and adverse reactions of the children were recorded. The control group was given routine nursing. The data of the two groups of children were compared and observed. Results the hospitalization time and the feeding time of children in the experimental group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). The effective rate of treatment in the experimental group was significantly higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion according to the phenomenon of feeding intolerance of children, using Chinese herbal acupoint application assisted massage therapy has significant effect, effectively shortening the duration of feeding intolerance of children, and has application value.

Key words: Chinese medicine acupoint application; child; Feeding intolerance; curative effect

关于幼儿出现喂养不耐受,主要是因不同疾病造成其肠胃功能紊乱^[1]。数据显示,近几年幼儿喂养不耐受发生率较高。对这类幼儿,存在生长缓慢,且延长其住院时间,给家庭带来不小的负担。基于此,在本次研究中主要就我院儿科收治的 50 例喂养不耐受幼儿,给予不同方式治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2017 年 6 月-2019 年 6 月在我院出现喂养不耐受表现的 50 例幼儿作为本次研究主体,男患儿 30 例,女患儿 20 例,年龄在 1 岁到 3 岁之间,且平均为 (1.5 ± 0.2) 岁;按照随机原则,将幼儿分为实验组和对照组,各组均 50 例,经过对两组患儿各项基本资料比较分析后,显示差异不明显,不具有统计学意义 ($P>0.05$)。本次研究已通过医院伦理委员会批准。

1.2 纳入排除标准

1) 入院时间小于 7d; 2) 腹胀; 3) 频繁呼吸暂停 (≥ 3 次/d); 4) 全胃肠道喂养治疗。

1.3 治疗方法

两组幼儿入院后,实施常规护理和治疗,针对未达到完全胃肠道喂养的早产需给予静脉营养支持。实验组对喂养不耐受幼儿,选择中药方进行穴位敷贴治疗,具体包括: 15g 炒莱菔子、10g 焦六神曲、10g 麸炒白术、

10g 焦山楂以及 10g 炒麦芽等,之后对幼儿进行穴位敷贴治疗,主要贴于患儿中脘穴和胃部,按照每日一次,每次 2 小时要求进行敷贴。

实验组配合推拿进行治疗,针对脾胃不和的患儿,可以运内八卦、四横纹掐推,摩腹、揉中脘和天枢穴,并按揉脾胃,捏脊等;针对脾胃阴虚的患儿,则以补脾经和胃经为主,揉板门等,运内八卦,揉中脘和关元穴,并按揉脾胃、肾俞等,捏脊等;针对肝旺脾虚的患儿,补脾经,清肝经、大肠、揉板门,运内八卦,按揉脾俞、胃俞,捏脊等。以上推拿手法每日进行一次,一周为一个疗程,共治疗两个疗程。

1.4 观察指标及检测方法

本次研究数据主要选用 SPSS22.0 进行分析,其中计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,行 t 检验;计数资料则以 χ^2 检验。 $P<0.05$,表明差异显著,具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床指标比较

对两组幼儿平均住院时间、恢复至出生体重时间以及症状消失时间等进行比较,结果显示,差异显著,具有统计学意义 ($P<0.05$),如表 1。

表 1 两组患儿疗效一览表 ($\bar{x}\pm s, d$)

组别	例数	平均住院 时间	达到全胃 肠道喂养	恢复至出 生体重时	症状消失 时间
----	----	------------	--------------	--------------	------------

		时间	间		
实验组	25	13.2±1.6	7.8±1.5	8.9±0.6	3.4±0.5
对照组	25	17.8±2.4	11.5±1.3	10.6±1.5	5.9±0.3
t		11.28	13.18	7.44	30.32
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗效果对比分析

表 2 两组患儿治疗效果比较 n (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	25	12	12	1	96% (24/25)
对照组	25	11	9	6	76% (19/25)
X ²					4.15
P					<0.05

2.3 不良反应

两组患儿在住院期间并未出现皮肤过敏、腹胀等症状。

3 讨论

祖国医学认为该种疾病的主要诱发原因是脾胃功能失调诱发的,《小儿药证直诀》中提到“脾胃不和、不能食乳”,所以,从中医范畴来分析,该种疾病的主要原因是因为平素饮食不节,喂养不当或者长期偏食导致,让患儿的脾胃正常运化功能受到影响,产生见食不贪的现象。现代医学则认为该种疾病的发生和患儿缺乏微量元素有关,婴幼儿时期缺锌则导致患儿口腔黏膜半衰期缩短,黏膜则呈现出增生、角化不全现象,舌乳味蕾脱落,诱发黏膜梗阻,呈现出味觉迟钝、食欲减退等现象。

所以,通过补充微量元素来治疗厌食症状,但是,西医治疗效果不够确切,中医治疗期间通过“运脾、健脾、养胃”等措施则能够产生显著效果。但是,小儿药物治疗依从性较差,并且服药困难,所以,通过祖国医学进行治疗则能够产生事半功倍的效果,小儿推拿配合药敷脐治疗厌食症,小儿推荐是根据中医基础理论结合病理特征,在身体特定穴位、部位施加手法进行按摩,小儿皮肤薄嫩,使用中药敷脐能够产生显著效果,还能够免去服药痛苦,儿童更容易接受。

新生儿从之前依赖胎盘提供的营养,逐渐转变为依赖胃肠提供营养,对足月儿的营养目标,就是确保其出生后成功渡过;幼儿的营养目标则是在宫外环境中能够继续生长,直到胎龄达到 40 周^[2]。对幼儿提供相应的营养支持是医护人员面临的一个挑战,这些幼儿在住院期间都处于生长迟缓状态。在幼儿喂养期间,由于其胃肠道发育不够成熟,容易出现喂养不耐受现象,具体表现为呕吐频繁,每天至少出现 3 次;而胃潴留量出现超过上次喂养 1/3,且腹胀、脾脘不畅等,这对早产健康生长及生存治疗产生较大的影响^[3]。

现阶段我国对幼儿喂养不耐受有比较多的研究,主要常用西药红霉

素、西沙比利等,具体集中在早期母乳喂养、间断喂养、渐进性肠内喂养等^[4]。此外,还有相关研究认为,通过调整护理策略,即刺激排便、腹部按摩等也具有良好的效果。

众所周知,中医主要是由中医药理论和实践经验作为主体,而国外在这方面研究并不多,我国中医治疗对幼儿不耐受现象,主要采用的内服与穴位推拿。由于幼儿脾胃功能极弱,选用中药外治可有效减少药物对其胃肠道带来的刺激影响^[5]。

本次研究中,针对幼儿喂养不耐受症状,所选用的中药药性较为温和,在具体的中药方中,主要为山楂、神曲、莱菔子和麦芽等,这些药材属于消食药,具有归脾、胃经功能。敷贴于患儿中脘穴,主要上腹部,前正中线上,脐中上 4 寸,这具有理气化痰和宁心安神的作用^[6]。所谓的穴位敷贴法,就是通过刺激穴位,不断发挥药物和穴位具有的双重功效,从而达到治病和防病的目的^[7]。

结合本次研究数据,给予中药穴位的敷贴治疗幼儿喂养不耐受的实验组各项治疗效果均优于常规治疗的对照组,且并无不良反应发生,差异显著,具有统计学意义(P<0.05)^[8]。由此可说明,中药药物穴位敷贴应用于幼儿喂养不耐受,取得良好效果,为中医外治疗法治治疗幼儿喂养不耐受提供重要的临床依据。

综上所述,将中药方穴位敷贴在幼儿中脘和胃部,可起到健脾消食和调理脾胃的作用,同时还有效减少药物对患儿胃肠道造成的刺激,因而适用于喂养不耐受的幼儿,值得我院在临床中予以推广和应用。

参考文献:

[1] 马欢欢. 泻肺散结化痰汤联合中药穴位敷贴治疗小儿支气管肺炎的效果研究[J]. 临床研究,2021,29(9):126-127.

[2] 吴娟. 中药穴位敷贴治疗气道黏液高分泌患儿的效果及对入黏蛋白 5AC 表达的影响[J]. 医疗装备,2021,34(20):46-47.

[3] 彭银. 中药穴位敷贴联合厚朴温中汤加减治疗脾胃虚寒型胃痛临床效果观察[J]. 东方药膳,2021(13):185.

[4] 魏启明. 中药穴位敷贴联合加味金匱肾气汤对支气管哮喘患者症状改善及肺功能的影响[J]. 养生保健指南,2020(2):242.

[5] 山惠明,陈云娟. 中药穴位敷贴联合瑞巴派特治疗老年非甾体抗炎药相关性胃炎临床观察[J]. 浙江中西医结合杂志,2020,30(5):422-423.

[6] 刘艳霞,陈晓阳,胡仕祥. 穴位贴敷联合中医情志疗法对硬膜下血肿清除术后患者神经功能改善及心理状态、生活质量的影响[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(5):1110-1115.

[7] 杜毓城,陈凯星,潘银芳. 全身抚触联合双歧杆菌四联活菌片对幼儿喂养不耐受及生长发育的影响[J]. 北方药学,2021,18(6):22-23.

[8] 雷蕾,贺姣姣,程功梅,等. 发展性照顾护理在幼儿喂养不耐受中的干预效果以及对生长发育的影响[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(32):177-179.

口腔修复中运用正畸治疗的患者反馈情况分析

文云霞

宁夏回族自治区吴忠市青铜峡市人民医院口腔科 宁夏青铜峡市 751600

摘要：目的：探讨在口腔修复中采用正畸治疗的患者反馈的情况。方法：将2020年9月到2021年9月在本院进行口腔修复的患者82例作为本次的观察对象，并将这82例口腔修复的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有41例口腔修复的患者，对照组的41例口腔修复的患者直接进行口腔修复治疗，而实验组的41例口腔修复的患者在进行口腔修复治疗之前，先采取口腔正畸进行治疗后再进行口腔修复治疗，在两组口腔修复的患者采取不同的治疗措施后，将两组口腔修复患者的治疗总有效率以及不良事件的发生率和患者对治疗效果的满意度进行对比和分析。结果：采用正畸治疗的实验组口腔修复的患者治疗的总有效率以及不良事件的发生率和患者对治疗效果的满意度均优于直接进行口腔修复治疗的对照组的患者，且两组患者的治疗总有效率以及不良事件的发生率和患者对治疗效果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：本文通过对口腔修复治疗的患者采用正畸治疗进行治疗，能够有效的提高口腔修复的治疗效果，同时也能够降低患者在临床上出现不良事件的发生率，提高患者对治疗效果的满意度，在临床上值得推广和使用。

关键词：口腔修复；正畸治疗；治疗效果；满意度

随着我国经济水平的提高，人们的生活水平也在不断提高，而口腔疾病的发生率也在不断的提高。目前在口腔疾病当中，牙列缺损是非常常见的一种疾病，随着人们年龄的不断增长，牙齿也会出现不同程度松动情况，牙列缺损的发生率也在逐年上升，不仅会影响患者牙齿的正常咬合能力，而患者也会受到牙髓炎的影响出现牙齿疼痛的情况。由于患者受基础病变的影响，所以也加大了患者在临床上牙齿修复的难度。目前在临床上口腔修复的方案非常的多，虽然能够直接起到很好的疗效，但是对于美观度的修复存在一定的缺陷。现如今人们都在追求更高的生活水平以及物质、外貌，人们逐渐开始关注自己的精神层面，而外貌是最能够满足精神的主要因素。牙齿是否具有美观或者是否具有美感，也会影响着患者的生活质量。由于牙列缺损的患者会出现牙列不齐、牙列缺损以及咀嚼功能异常和咬字不清的情况，这些情况都会影响到患者的正常生活以及工作。因此，需要进行口腔修复治疗。通过口腔修复治疗可以帮助患者改善咀嚼功能、使牙列整齐、吐字清晰，同时也能够恢复患者牙齿的美感。但是有研究发现，直接对患者进行口腔修复治疗效果并不是非常的理想，特别是对牙齿的美感并没有明显的改善，所以会影响患者对口腔修复治疗的满意度。而在患者进行口腔修复治疗前，采用正畸进行治疗，能够恢复患者口腔的美感，同时也能够改善牙列缺损的一些临床症状，提高患者对口腔修复的满意度。本文将研究在口腔修复中采用正畸治疗的应用效果，并将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年9月到2021年9月在本院进行口腔修复的患者82例作为本次的观察对象，并将这82例口腔修复的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有41例口腔修复的患者，对照组的41例口腔修复的患者中有男性患者13例，女性患者28例，年龄在18~44岁之间，平均年龄为（31.8±4.9）岁，而实验组的41例口腔修复的患者中有男性患者12例，女性患者29例，年龄在18~43岁之间，平均年龄为（31.2±4.1）岁。纳入标准：符合牙列缺损诊断标准的患者以及接受口腔修复治疗和正畸治疗的患者，同时患者自愿签署知情同意书，并且患者的临床资料完整；排除标准：排除有严重器质性缺损和不能配合本次研究的患者。两组进行口腔修复治疗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

两组口腔修复的患者在入院以后均对患者进行常规的检查，包括对患者进行全口曲面断层片、头颅侧位片以及模型分析，来有效的掌握患者口

腔的基本情况，对患者进行口内根尖片的检查，能够确定患者牙槽骨和牙周的基本情况。对照组的口腔修复治疗的患者直接采用口腔修复治疗，修复的内容包括进行固定桥、活动义齿、光固化、粘接桥和瓷贴面等修复，能够恢复患者的牙列缺损情况，同时也能够使牙列更加的整齐，恢复患者的咀嚼功能。实验组口腔修复的患者采用正畸治疗以后，再进行口腔修复治疗。首先在对患者进行正畸治疗之前，需要检查患者的口腔情况，对于合并患有牙周病以及牙髓炎的患者进行针对性的治疗，患者口腔恢复健康以后，再采取正畸进行治疗。实验组的患者均采用直丝弓矫治技术，对患者的上下牙列进行全面的纠正和固定，可以有效的改善颞下颌关节运动的不良咬合关系。在对患者进行正畸治疗以后，采取口腔修复治疗。实验组患者的口腔修复治疗和对照组的口腔修复治疗一致，均是采取固定桥、活动义齿、光固化、粘接桥和瓷贴面进行修复。改善患者的牙列缺损情况，从而恢复患者牙齿的咀嚼功能。

1.3 观察指标

将两组口腔修复治疗的患者采用不同的治疗方法治疗后，患者的治疗效果以及出现不良事件的几率和患者对治疗效果的满意度情况进行对比和分析。治疗效果包括显效、有效、无效。显效是指患者在接受治疗以后牙体变得非常整齐，同时还具有一定的美观度，而临床症状均消失；有效是指患者在接受治疗以后，牙体的整齐度以及美观度均有所改善，同时患者的临床症状也大部分的缓解；无效是指患者在接受治疗以后，患者的牙体整齐度和美观度以及临床症状均没有出现任何改善的情况，甚至还会出现加重的现象。不良事件包括食物塞牙、无咬合接触和咬合抬高等情况。治疗满意度：采用满意度问卷调查表对患者进行调查，患者对治疗满意度的评分 ≥ 90 分，则表示患者对治疗的结果非常满意；患者对治疗满意度的评分在70~89分之间，表示患者对治疗的结果基本满意；而患者对治疗满意度的评分 ≤ 69 分，表示患者对治疗的结果不满意。

1.4 统计学分析

采用SPSS20.0软件对数据进行处理和分析，计数资料用（n/%）来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差 $\pm$ 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 两组口腔修复患者治疗效果的对比情况

采用正畸治疗的实验组口腔修复的患者治疗的效果优于直接采取口腔修复治疗的对照组患者，且两组患者的治疗效果对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表1

表1 两组口腔修复的患者治疗效果的对比情况

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	41	21(51.22%)	19(46.34%)	1(2.44%)	40(97.56%)
对照组	41	16(39.02%)	17(41.46%)	8(19.51%)	33(80.49%)
χ^2					6.1157
P					0.0134

2.2 两组口腔修复患者不良事件发生率的对比情况

采取正畸治疗的实验组口腔修复的患者不良事件的发生率优于直接进行口腔修复治疗的对照组患者,且两组患者不良事件的发生率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 两组患者不良事件发生率的对比情况

组别	例数	食物塞牙	无咬合接触	咬合抬高	合计
实验组	41	1(2.44%)	1(2.44%)	0 (0.00%)	2(4.88%)
对照组	41	4(9.76%)	3(7.32%)	5(12.20%)	12(29.27%)
χ^2					8.6134
P					0.0033

2.3 两组口腔修复患者对治疗效果满意度的对比情况

采用正畸治疗的实验组口腔修复的患者对治疗效果的满意度优于直接进行口腔修复的对照组患者,且两组口腔修复患者对治疗效果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3

表3 两组患者对治疗效果满意度的对比情况

组别	例数	满意	基本满意	不满意	满意度
实验组	41	28(68.29%)	12(29.27%)	1(2.44%)	97.56%
对照组	41	20(48.78%)	13(31.71%)	8(19.51%)	80.49%
χ^2					6.1157
P					0.0134

3 讨论

随着人们年龄的不断增长,机体的器官以及功能都会出现衰退的情况,口腔的功能也一样会出现衰退的情况。一旦患者的口腔功能出现衰退以后,就会导致患者出现牙齿磨损或者牙齿缺失的情况,而这种情况也会影响着患者的咀嚼功能,同时也会影响患者口腔的美观度,严重的影响到了患者的正常生活以及工作。目前临床上对于牙齿磨损和牙齿缺失的患者,主要采取口腔修复进行治疗,可以改善患者的咀嚼功能以及牙齿的美观感,同时还能够提高患者的生活质量。在对患者进行口腔修复治疗之前先采取正畸治疗,可以帮助患者恢复牙齿的咬合关系,同时还能够纠正颌部的曲线,恢复牙齿的平衡状态,对于口腔功能的恢复具有着很重要的作用,可以将牙弓恢复成理想的状态,取得非常好的修复效果,同时也能够提高患者口腔的美观感。

目前在口腔科中接收的大多数患者都是牙列缺损的患者,由于患者牙齿的美观度比较差,患者的正常发音以及咀嚼功能和咬合度都受着很大的影响。目前我国口腔医学技术的不断发展,对于口腔疾病在治疗的过程中也具有着很高效的修复方案,可以非常有效的将患者的口腔问题进行处理。传统的口腔修复并不会注重患者基牙的问题,所以在患者进行口腔修复治疗以后会出现食物欠塞以及牙周炎的情况,并且传统的口腔修复治疗不会注重患者牙齿的美观度。而根据口腔修复治疗的患者牙周膜的稳定性和牙骨质抗压性采取正畸进行治疗,能够恢复患者基牙的平衡状态,同时也能够明显的改善患者牙齿的分布情况,在对患者的牙齿进行关闭或者开拓间隙的时候,能够为后续的口腔修复治疗打好一定的基础。正畸治疗能够维持患者口腔内的环境,同时具有矫正牙体组织、抑制炎症反应、帮助患者恢复牙齿的整齐度和美观度,将牙齿的位置进行调节确保牙齿和颌

面的良好关系,良好的解决患者的口腔问题。

经过本次的研究数据可以发现,传统的口腔修复治疗是直接进行口腔修复的,虽然这种治疗的方法难度比较低,但是对于患者的治疗效果并不是非常的有效,同时还会引发患者出现不良事件的发生率,降低了患者的治疗效果也降低了患者对治疗效果的满意度。采用正畸治疗的实验组口腔修复的患者治疗的效果为97.56%、不良事件的发生率为4.88%、对治疗效果的满意度为97.56%,直接进行口腔修复治疗的对照组患者治疗的效果为80.49%、而不良事件的发生率为29.27%、患者对治疗效果的满意度为80.49%,通过这几组数据能够明显的发现,采用正畸治疗的口腔修复的患者治疗的效果以及不良事件的发生率和患者对治疗效果的满意度均明显的优于直接进行口腔修复治疗的患者,并且对比有明显的差异,具有统计学意义($p<0.05$)。在对患者在进行正畸治疗的过程中,能够全面的掌握患者口腔内的情况,并且能对引发患者出现口腔疾病的原因进行分析,从而设定针对性的修复方案,也能够更好的恢复患者牙齿的咬合关系,改善患者牙齿畸形和牙列缺损的问题,缓解患者牙齿病痛和优化患者的口腔环境,降低口腔修复治疗的难度,也能够提高患者的修复效果。在临床上实际操作正畸过程当中,需要以患者的意愿为中心,并且开展相关的操作进行治疗,如果对患者进行口腔正畸的操作时间比较长,就会增加医疗的成本,同时也会增加患者的经济负担,影响患者的治疗满意度情况,也会影响到临床的推广,因此医护人员需要和患者做好提前的沟通和交流,掌握患者的实际需求,为患者详细的讲解口腔正畸与口腔修复之间的关系以及提前进行正畸治疗对口腔修复的效果,使患者能够更好的配合临床的操作,也能够提高患者的自我管理能力和提高患者口腔修复的效果。在患者进行口腔修复的过程当中,还需要继续控制饮食来降低对口腔的刺激。由于部分患者缺乏相关的知识,所以也会怀疑正畸治疗的效果,因此,在进行正畸治疗的过程当中会出现紧张和忧虑等不良的情绪,影响了治疗的进度以及治疗的效果,所以医护人员需要为患者详细的讲解正畸治疗对口腔修复的重要性,同时也应该告知患者正畸治疗的操作方法和注意事项,对患者产生的疑问及时的进行解答,促进正畸治疗的开展。在进行正畸治疗期间,需要用酸来腐蚀牙齿的牙面,再利用托槽附件牙釉质的脱矿,为接下来的矫治提供便利,但是由于患者需要长时间佩戴矫治器,在进食的时候,食物的残渣以及菌斑会影响牙面,会对患者的牙面造成第二次的伤害,所以在佩戴矫治器后需要严格的进行口腔的清洁工作,保证牙齿的健康,防止出现其他口腔疾病。在青少年进行正畸治疗以后,可以帮助青少年改善牙齿的美观度以及面部的整体面貌;但是成年人,由于已经完成了生长发育的过程,所以生长潜力比较小,只能够改善缺牙间隙的问题。

综上所述,本文对进行口腔修复的患者在修复前采取正畸进行治疗,可以有效的提高口腔修复的治疗效果,同时也能够降低患者出现不良事件的发生率,提高患者对治疗效果的满意度,在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]褚红岩,张莉,芦美玉,等.69例口腔修复中使用正畸治疗的临床应用效果分析核心探究.糖尿病天地·教育(上旬),2021(2):170.
- [2]戴东晓,李创,王毅,等.应用正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的临床效果分析.中国临床医生杂志,2021,45(3):93-95.
- [3]李军红,才裕涛,吴锡炼,等.正畸联合口腔修复治疗牙列缺损的效果及对患者语言和咀嚼功能的影响.白求恩医学杂志,2021,17(4):360-361.
- [4]易本平.正畸治疗在口腔修复患者中的应用效果.中国民康医学,2021,32(3):82-84.
- [5]裴玉霞.正畸治疗在口腔修复中的临床应用价值分析.全科口腔医学杂志(电子版),2021,5(36):39,47.
- [6]张景芳.应用正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的临床效果.中国医药指南,2021,19(8):73-74.

一例急性重症胆源性坏死性胰腺炎术后继发伤口消化液瘘的护理

杨舒婷

云南新昆华医院 大外科 云南昆明 650301

摘要: 本文总结了 1 例急性重症胆源性坏死性胰腺炎术后继发伤口消化液瘘的护理经验, 主要通过描述患者的就诊及治疗经过、全面评估患者病情变化、分析患者主要存在护理问题、制定个性化护理干预措施。护理内容包括: 病情观察、引流护理、营养支持护理、心理护理、并发症护理及健康教育。通过个性化的治疗与护理干预, 患者伤口情况好转, 症状缓解, 心理不良情况改善, 达到预期治疗效果, 顺利出院。

关键词: 重症胰腺炎; 胆源性; 坏死性; 伤口消化液瘘; 感染; 护理

【Abstract】 This article summarizes the nursing experience of a case of acute severe biliary necrotizing pancreatitis secondary to postoperative wound digestive juice fistula, mainly by describing the patient's visit and treatment process, comprehensively evaluating the patient's condition changes, and analyzing the patient's main nursing problems and develop individualized care interventions. Nursing contents include: condition observation, drainage nursing, nutritional support nursing, psychological nursing, complication nursing and health education. Through personalized treatment and nursing intervention, the patient's wound condition improved, symptoms were relieved, and psychological distress was improved, the expected therapeutic effect was achieved, and the patient was discharged smoothly.

【Key words】 severe pancreatitis; biliary; necrotizing; wound digestive juice fistula; infection; nursing

急性重症胆源性胰腺炎(severe acute biliary pancreatitis, SABP)是急性重症胰腺炎中最常见的类型, 是一种胰腺局部炎症诱发全身炎症反应综合征的疾病, 在国内, 占急性重症胰腺炎的 50%以上^[1]。急性坏死性胰腺炎治疗胰腺坏死组织感染的常用方法是开腹手术清除引流感染的坏死组织^[2-3], 有学者研究指出, 因急性坏死性胰腺炎患者病情多极为危重, 加上开腹手术对机体造成的巨大创伤, 因此开腹手术后并发症发生率达 34%~95%, 病死率高达 11%~39%^[4-5]。因此, 手术后正确有效的治疗及护理非常重要。

2020 年 11 月我科收治了一名急性重症胆源性坏死性胰腺炎术后继发伤口消化液瘘的患者, 患者辗转三所医院, 病情迁延反复, 治疗与护理难度较大。科室全面评估患者病情变化及主要存在护理问题, 针对性为患者制订个性化的护理干预措施, 患者伤口情况好转, 症状缓解, 现将护理经验总结如下。

1 病例介绍

1.1 基本信息

患者, 女, 39 岁, 于 2020 年 11 月 25 日由 120 转送入我院门诊就诊, 我科以“胰腺术后”收治入院。查询以往病历, 患者 10 月 16 日因“腹痛 5 小时”就诊于当地某市级医院, 考虑“急性胰腺炎”, 遂给予收住院治疗, 并行禁食水、胃肠减压、抑酸、抑制胰酶、营养支持等治疗, 患者病情未见明显好转, 要求转上级医院进一步诊治。于 10 月 26 日转入某省级医院急诊科治疗, 未见好转, 后转入 ICU 给予对症支持治疗未见好转, 于 11 月 5 日在全麻下行胰体尾部切除术+胆囊切除术+胰周脓肿切开置管引流术+胰周坏死组织清除术。术后转回 ICU 继续给予抑酸、护胃、抑制胰酶分泌等营养支持治疗, 后伤口出现感染, 给予伤口 VSD 负压吸引治疗, 并行左侧胸腔穿刺引流治疗, 患者生命体征相对平稳, 于 2020 年 11 月 25 日出院。患者为求进一步治疗遂来我院门诊。查体可见, 患者腹部伤口 VSD 覆膜已拆, 腹部正中长约 16cm 伤口裂开, 剑突下有一瘘道, 可见胆汁样等液体流出, 左右腹部可见散在分布腹腔引流管 4 枚, 均固定到位, 分别引流出脓性及黄褐色胆汁样液体。其余胸腔引流管、鼻空肠营养管、胃管、深静脉置管各 1 枚。

完善相关检查, 予禁食禁水、胃肠减压、持续心电监测、血氧饱和度

监测、氧气吸入等一系列治疗护理措施。患者体温 36.5℃, 脉搏 102 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 107/70 mmHg, 一般状况欠佳, 辅助检查: 白细胞 $12.01 \times 10^9/L$, 中性粒细胞绝对值 $8.64 \times 10^9/L$, 红细胞 $3.02 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 89g/L, 超敏 CRP85.07mg/L。

1.2 治疗方案与转归

患者切口裂开, 合并伤口消化液瘘, 需尽快行 VSD 负压吸引, 并置管引流。于 11 月 26 日在局麻下行腹壁切口清创+创面封闭负压引流术。术中取切口上端溢液送分泌物培养, 分泌物培养回报: 挪威念珠菌, 术后给予阿米卡星抗感染、肠内营养混悬液支持治疗。患者腹壁切口溢液较多, 影响愈合, 将切口上端引流管、4 枚腹腔引流管分别接造瘘袋收集溢液, 缝合切口下中段。患者血红蛋白不升, 考虑腹腔仍有少量活动性出血, 予以输注悬浮红细胞 1.5U 纠正贫血、血浆 300ml 改善凝血功能。12 月 1 日起, 患者血糖波动, 最高 22.0mmol/L, 请内分泌科会诊后, 每日予重组甘精胰岛素注射控制血糖。12 月 14 日, 患者高热, 最高达 39.6℃, 感心悸、气促, 予复查床旁心电图示: 1、窦性心动过速; 2、III、aVF 导联异常 Q 波; 3、ST-T 改变; 4、胸导联 R 波递增不良。请心内科会诊后, 予西地兰+比索洛尔控制心率, 地高辛+比索洛尔口服强心、控制心率、预防心衰, 予氯化钾口服避免心律失常, 血必净抗感染、能量合剂支持治疗。患者双侧腰背部、双侧踝部、足背水肿, 入量明显大于出量, 予人血白蛋白+血浆升高胶体渗透压、呋塞米适当利尿以纠正正平衡。患者左侧腰背部疼痛, 结合复查相关检查, 考虑腹腔脓肿经左侧腰背部浸出, 予超声定位后行切开引流。12 月 24 日, 拆除 4 枚腹腔引流管处造瘘袋, 引流管口均有少量脓液外溢, 取脓液培养后显示大肠埃希菌、肺炎克雷伯杆菌肺炎亚种、白色假丝酵母菌。12 月 28 日, 患者病情平稳, 予出院, 转当地医院继续治疗。

2 护理

2.1 病情观察

急性重症胆源性坏死性胰腺炎术后继发伤口消化液瘘的患者, 伤口并发感染常迁延不愈, 严重者易发生脓毒症等并发症, 引发感染性休克。而重症胰腺炎患者常伴有持续的器官功能衰竭, 因此, 患者的病情的严密观察非常重要, 为此我们采取了一系列护理措施。包括: 密切观察患者生命

体征及神志变化,注意有无精神疲倦、烦躁不安、嗜睡、表情淡漠、意识不清甚至昏迷等情况;患者禁食禁水、胃肠减压,准确记录其 24 小时出入量,以保持体液平衡;患者带管较多,仅腹腔引流管就有 4 枚,准确标注引流管位置及种类,详细记录各引流管引流液颜色、形状及量,注意引流管通畅情况,避免出现打折、机械性堵塞等情况;患者有活动性出血指征,监测患者血象、血气分析、血红蛋白等实验室检查数据,掌握患者贫血情况;行伤口换药时,注意观察伤口渗液情况。

2.2 引流护理

2.2.1 正确标识,妥善固定。术后,患者左腰部置 1 引流管,左侧胸腔引流管 1 枚,腹部共有腹腔引流管 4 枚,分别为胆囊窝引流管、肝左外叶引流管、肝右外叶引流管、胰背引流管,其余鼻空肠营养管 1 枚。所有管道均理顺后固定并贴标识,并标有名称、安置时间、长度,以明确引流管安置部位及作用,不同管道采用不同颜色标识贴,以利辨认。

2.2.2 保持有效引流。每班观察各引流管是否通畅,采用轻挤压引流管的方式判断管道通畅与否,防止血凝块或胰周坏死组织堵塞导管,术后患者生命体征平稳,取斜坡卧位(30°~45°)或半坐卧位,每 1~1.5 小时变换体位 1 次,利于引流。观察引流液的颜色形状和量,患者腹腔 4 根引流管分别引流出脓性及黄褐色胆汁样液体,左腰部引流管引流出脓性液体,左侧胸腔引流管引流出淡黄色液体,如若引流液呈血性,且患者出现脉速、血压下降,应考虑是否有活动性出血存在,须及时通知医生处理。

2.2.3 VSD 负压引流护理。患者回病房接通负压引流装置,检查负压封闭引流状态是否完好,当负压接通后,如果引流管内无吸出物吸出,无漏气现象,说明引流封闭良好,负压引流有效,反之则示无效。由于患者引流液为脓性液体,引流物黏稠,较易堵塞导管,导致引流不畅,当出现堵塞时,采用消毒堵塞处远端的引流管,用 50ml 注射器吸生理盐水反复冲洗、抽吸方法直至通畅。更换引流袋前,应阻断压力夹闭近端引流管,关闭负压源后再予以更换,并严格无菌操作。

2.3 营养支持护理

患者为急性重症胆源性坏死性胰腺炎合并伤口消化液瘘,病程长,消耗大。为减弱胰腺分泌功能,促进胰腺组织的修复,要求患者严格禁食禁饮,使用空肠营养管输注肠内营养混悬液,同时,静脉输注氨基酸、白蛋白等以纠正患者低蛋白血症,保证能量的供给。日常注意空肠营养管的护理:①妥善固定管道,告知患者翻身、活动时避免牵拉,防止管道的脱出;②保持管道通畅:营养液滴注前后使用生理盐水或温水冲洗,出现堵塞时,使用注射器行压力冲洗;③营养液现配先用,使用时间不超过 24 小时,输注过程中注意营养液的速度,观察患者有无出现腹痛、腹胀或者腹泻的情况。由于氨基酸、白蛋白等对血管刺激打,静脉输注时使用深静脉置管。

2.4 心理护理

患者因急性胰腺炎术后伤口消化液瘘,导致辗转 3 所医院仍未获得有效的治疗,病情反复迁延不愈,出现紧张、焦虑、恐惧、甚至对治疗失去信心等心理反应。

针对患者紧张、焦虑、恐惧等情绪,医务人员在操作前,做好沟通和解释,消除其紧张情绪,告知患者紧张情绪不利于疾病的恢复。为患者创造良好、舒适的病房环境,每次更换引流袋、伤口换药时,操作轻柔,以减少对病人的不良刺激,注意观察患者表情变化,适时安抚患者情绪。关心、安慰患者,经常巡视,给予患者陪伴感和安全感。为患者讲述相似成功案例,解释疾病的相关知识和相关治疗的注意事项,减轻心理压力,

提高其治疗信心。积极与家属沟通,告知其陪伴及积极的治疗心态对患者的重要性,提高家庭支持的影响力,以消除患者不良心理情绪,从而积极配合治疗和护理。

2.5 并发症护理

2.5.1 积极控制感染,抗休克

(1)在给患者伤口扩创引流、换药、更换引流袋等操作时严格无菌操作进行,减少腹腔感染机会。(2)严密观察生命体征,取伤口分泌物及引流物做细菌培养,根据培养结果,选择有效治疗浓度的抗生素控制炎症。

(3)观察患者体温变化、水电解质情况、出入量情况等,采取有效降温措施,及时补充氯化钾等,维持水电解质平衡,予人血白蛋白+血浆升高胶体渗透压、呋塞米适当利尿以纠正正平衡。

2.5.2 胰性脑病的护理

胰性脑病主要是由于全身及胰腺毒素通过血脑屏障作用脑组织引起神经症状,其一旦发生将危及生命。在护理中,密切观察患者神志变化,发现意识障碍时及时报告医生,对症处理。

2.6 健康教育

健康教育对急性重症胆源性坏死性胰腺炎的治疗护理及恢复十分重要,在患者住院期间,应向患者及家属讲解疾病及治疗相关知识,包括“急性胰腺炎的主要病因及预后”“控制血糖血脂的要点”“急性胰腺炎的并发症和观察要点”等,提高患者及家属认知度,提升患者治疗配合度及依从性。在患者禁食禁饮期间,告知家属不要在病房进食,以免刺激患者食欲,导致患者的不适。患者出院前,指导患者及家属如何正确护理引流管、引流液及伤口的观察要点,出院期间,如出现发热、引流液颜色异常、引流管不慎脱出、伤口情况恶化等情况时,应及时就诊。同时,指导改变不良生活习惯,患者劳逸结合,保持良好心情,避免疲劳和情绪激动,可以进行适度的锻炼。告知患者及家属下次复诊时间,并严格遵循。

3 小结

急性重症胆源性坏死性胰腺炎继发伤口消化液瘘的患者,病情较重,病情常反复迁延不愈,患者长期禁饮禁食,心理及家庭负担较重,常导致其治疗信心不足、依从性低下等,导致治疗与护理难度大。科室医护人员通过根据患者病情变化,及时调整治疗及护理计划,予以积极有效的护理干预措施。患者伤口情况好转,症状缓解,心理不良情况改善,达到预期治疗效果,顺利出院。

参考文献:

- [1]曹绪坤,张艳伟,韩双印.不同病因急性胰腺炎的临床特征分析[J].河南医学研究,2020,29(36):6739-6743.
- [2]平泽,张建军,陈赫军,王金荣.系统评价我国重症急性胰腺炎患者继发胰腺感染的危险因素[J].中国医院药学杂志,2021,41(14):1454-1460.
- [3]Traverso I.W,Kozarek R.A.Pancreatic necrosectomy: definitions and technique[J]. J Gastrointest Surg, 2005, 9(3): 436-439.
- [4]夏洪海,陈东.经皮经肝胆囊穿刺置管引流术治疗急性重症胆源性胰腺炎[J].安徽医科大学学报,2010,45(03):436-437.
- [5]Rodriguez J.R., Razo A.O., Targarona J., et al. Debride—ment and closed packing for sterile or infected necrotizing pancreatitis: insights into indications and outcomes in 167 patients[J]. Ann Surg, 2008, 247(2): 294-299.

妇科恶性肿瘤术后早期徒手淋巴引流联合气压治疗预防下肢淋巴水肿的效果

余辛园 罗小霞 兰金梅 滚桂云

广西柳州市妇幼保健院 545001

摘要:目的:研究在妇科恶性肿瘤术后实施早期徒手淋巴引流联合气压治疗对下肢淋巴水肿的预防效果。方法:收集2021年1月-2021年12月在柳州市妇幼保健院妇科手术治疗的妇科恶性肿瘤患者50例为试验组,术后进行徒手淋巴引流术联合气压干预治疗;回顾2019年1月-2020年12月妇科恶性肿瘤术后患者50例为对照组,术后单纯实施常规气压治疗。比较对照组和试验组对妇科恶性肿瘤术后发生淋巴水肿的情况,及对两组治疗前后细胞外液含量以及肢体周径差进行测定,评估治疗前后疼痛程度、运动功能、心理感受以及生活质量,为临床淋巴水肿标准化治疗和规范化操作指南提供科学依据。结果:①术后淋巴水肿情况:术后1个月、3个月、6个月试验组发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);②细胞外液含量:治疗前组间差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组均减少,试验组少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);③肢体周径差:治疗前组间差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组均缩小,试验组小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);④疼痛评分:治疗前组间差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组均降低,试验组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);⑤运动功能:治疗前组间差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组评分均提高,试验组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);⑥心理感受:治疗前组间差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组评分均降低,试验组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);⑦生活质量:治疗前组间差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组评分均提高,试验组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:在妇科恶性肿瘤术后,早期实施徒手淋巴引流联合气压治疗,不仅可以有效预防下肢淋巴水肿,还可以减轻疼痛,改善运动功能,减轻不良心理感受,提高患者的生活质量,临床价值显著。

关键词:妇科恶性肿瘤术;早期徒手淋巴引流;气压;下肢淋巴水肿

妇科恶性肿瘤作为临床常见肿瘤疾病,包括很多种类型,严重威胁患者的健康及安全。对于妇科恶性肿瘤患者来说,根治性手术作为首选治疗方式,但术后容易引发多种并发症。淋巴水肿就是其中之一^[1]。淋巴细胞作为机体重要循环系统之一,对体液平衡有调节作用,而淋巴水肿属于常见疾病,同时也具有较高的致残性。据相关研究指出,妇科恶性肿瘤术后发生淋巴水肿的风险性比较高,淋巴水肿会使肢体肿胀,并伴随疼痛,使肢体活动受到限制,降低患者的生活质量,还会产生不良心理情绪,需要及时有效治疗,否则将会导致下肢功能障碍,因此需要予以重视^[2]。该研究收集2021年1月-2021年12月在柳州市妇幼保健院妇科手术治疗的妇科恶性肿瘤病例作为研究对象,分析在妇科恶性肿瘤术后实施早期徒手淋巴引流联合气压治疗对下肢淋巴水肿的预防效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2021年1月-2021年12月在柳州市妇幼保健院妇科手术治疗的妇科恶性肿瘤患者50例为试验组,其中年龄最大60岁,最小27岁,均值(43.55±5.30)岁,体重指数最多34kg/m²,最少18kg/m²,均值(25.93±3.02)kg/m²,病程最长10个月,最短1个月,均值(5.23±1.10)个月;回顾2019年1月-2020年12月妇科恶性肿瘤术后患者50例为对照组,其中年龄最大60岁,最小29岁,均值(44.45±5.45)岁,体重指数最多35kg/m²,最少19kg/m²,均值(25.58±3.12)kg/m²,病程最长9个月,最短2个月,均值(5.33±1.15)个月;两组资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准:①年龄18~63岁;②意识清醒,无交流障碍;③积极性强,依从性好。排除标准:①伴有其他重要脏器(心、肝、肺、肾)的异常;②患者和家属对本研究高度敏感、难以解释与沟通;③伴有残疾,或因疾病而过度焦虑无法准确评估疼痛,或精神病;④无法按程序配合。5.下肢静脉曲张。

1.2 方法

对照组术后单纯实施常规气压治疗,气压治疗方法为动静脉气压治疗法,每次20分钟,每天1次,结合患者情况对各项参数进行设置,从脚部开始逐渐向上直至大腿部位,实施反复间歇性充气,期间对患者状态进行观察,若有不适及时停止。

试验组术后进行徒手淋巴引流术联合气压干预治疗,气压治疗与对照

组相同。徒手淋巴引流术是为了增加或促进淋巴液和组织间液的回流,是遵循淋巴系统的解剖和生理通路来实施的。手法引流时,力道须轻柔缓慢、交替变化,要顺着淋巴流动的方向进行,先从近端区域开始,再做远端区域。首先开通淋巴结,顺序依次为:锁骨上、下,颈,耳,胸骨,腋窝,下腹,腹股沟,腘窝,每个部位5~7次。对膝后淋巴引流时,由双手拇指推后淋巴,双手拇指由膝窝下部推至膝窝上部。对腹股沟淋巴引流时,由膝盖内侧沿肝经按揉至腹股沟淋巴,双手拇指由腰外侧交替推至腹股沟淋巴。每天一次,每次30分钟,连续干预3~5天。

1.3 临床观察指标

①比较对照组和试验组对妇科恶性肿瘤术后发生淋巴水肿的情况,分别在术后1个月、3个月、6个月进行统计。

②对两组治疗前后细胞外液含量以及肢体周径差进行测定,细胞外液含量通过韩国Inbody30多频生物电阻人体成分分析仪进行检测。肢体周径差通过周颈测量法进行测定与计算。

③评估治疗前后疼痛程度、运动功能、心理感受以及生活质量,疼痛程度通过视觉模拟评分法(VAS)评估,评分为0~10分,评分越高疼痛越严重。运动功能通过下肢运动功能量表(FMA)评估,涉及6个项目,评分100分,评分越高运动功能越好。心理感受通过焦虑自评量表(SAS)评估,均涉及到20个条目,每条评分0~4分,临界值为50分,评分越高则负性情绪越严重。生活质量通过癌症病人生活质量测定量表(EORTC-QOL-30)评估,涉及到躯体功能、家庭社会功能、心理状态、自我评价等项目,总评分0~100分,评分越高生活质量越好。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以 $n(\%)$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后淋巴水肿情况分析

术后1个月、3个月、6个月试验组发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1:

表1 两组术后淋巴水肿情况分析 $[n(\%)]$

组别	术后1个月	术后3个月	术后6个月
----	-------	-------	-------

对照组 (n=80)	4 (5.00%)	7 (8.75%)	10 (12.50%)
试验组 (n=80)	0 (0%)	1 (1.25%)	3 (3.75%)
χ^2	4.103	4.737	4.103
P	0.043	0.030	0.043

2.2 两组细胞外液含量及肢体周径差分析

表2 两组细胞外液含量及肢体周径差分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	细胞外液含量 (L)			肢体周径差(cm)		
	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P
对照组 (n=80)	2.33±1.45	1.48±1.10	4.177/0.000	5.28±1.79	3.72±1.65	5.732/0.000
试验组 (n=80)	2.29±1.33	0.95±0.33	8.746/0.000	5.33±1.63	2.44±1.30	12.398/0.000
t	0.182	4.128		0.185	5.450	
P	0.428	0.000		0.427	0.000	

2.3 两组疼痛及运动功能、心理感受评分分析

治疗前组间差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后两组疼痛评分均降

低, 运动功能评分均提高, 焦虑评分均降低, 试验组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表3;

表3 两组疼痛及运动功能、心理感受评分分析 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	疼痛			运动功能			焦虑		
	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P
对照组 (n=80)	5.20±1.83	3.77±1.72	5.093/0.000	15.20±2.83	23.33±3.72	15.557/0.000	53.23±6.25	48.02±3.02	6.713/0.000
试验组 (n=80)	5.53±1.63	2.66±1.41	11.911/0.000	16.16±4.60	32.46±3.47	25.302/0.000	53.10±6.46	42.11±2.82	13.946/0.000
t	1.204	4.464		1.590	16.052		0.129	12.793	
P	0.115	0.000		0.057	0.000		0.449	0.000	

2.4 两组生活质量评分对比

治疗前组间差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后两组评分均提高, 试验组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表4;

表4 两组生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	生活质量		
	治疗前	治疗后	t/P
对照组 (n=80)	45.82±3.13	58.35±4.11	21.694/0.000
试验组 (n=80)	45.79±4.02	66.78±3.05	37.205/0.000
t	0.211	14.732	
P	0.417	0.000	

3 讨论

近些年, 伴随诊疗技术进一步发展, 妇科恶性肿瘤疾病患者存活率得到提升。对于妇科恶性肿瘤疾病患者来说, 临床治疗以根治性手术为主, 同时淋巴结清扫术也是重要组成部分, 根据肿瘤类型, 并结合临床分期, 确定淋巴结切除范围^[3]。淋巴结切除会使并发症发生率提高, 对患者生活质量产生影响, 不仅会影响患者的生理功能, 还会影响其心理健康。在生理功能上, 患者将会出现患肢疼痛、活动受限等症状, 降低肢体功能, 影响其日常生活, 进而降低生活质量。在心理层面, 自我形象紊乱、对日常生活的失控, 容易产生焦虑等心理感受。对于此则需要予以重视。因为术后一旦淋巴水肿现象, 将会长期存在, 而且会影响整体治疗效果^[4]。如果淋巴水肿未得到早期有效治疗, 水肿处皮下组织将会发生不可逆性病理改变, 如纤维化、脂肪沉积, 进而导致皮肤肿胀, 甚至导致残疾。淋巴水肿可通过早期积极治疗得到改善, 因此需要早期治疗, 这对预防并发症、改善预后具有积极作用。

徒手淋巴引流作为一项无创操作, 主要针对恶性肿瘤疾病术后, 预防淋巴水肿, 不会对机体造成创伤, 同时此种操作技术便于掌握, 基层医院可经规范化培训使医护人员掌握技术技巧, 为辖区内患者提供治疗服务, 或可教会患者及家属, 方便其居家按摩。通过此种方式能够有效预防淋巴水肿现象的发生, 使干预效果得到提升^[5]。另外, 徒手淋巴引流的方式应

用广泛, 应用禁忌症比较少, 可以在多种疾病治疗中应用, 可以促进肿胀肢体的功能、外形恢复。气压治疗也是预防水肿、避免纤维化的重要方式之一, 其效果经过循证医学证实, 利用对体表施加一定压力, 避免肢体肿胀, 或对皮肤瘢痕增生进行抑制。传统气压治疗方法单一, 见效慢, 效果维持时间短, 因此会影响患者的配合度与依从性^[6]。但在气压治疗基础上联合应用徒手淋巴引流, 可以提高临床疗效, 两种方式起到协同作用, 使患者更加积极、主动地接受治疗, 提高临床依从性与配合度。通过徒手淋巴引流联合气压治疗可以促进淤积静脉及淋巴液回流, 使疼痛症状减轻, 效果确切, 同时也方便患者开展家庭自我治疗, 减轻经济负担, 值得推广及应用。

综上所述, 在妇科恶性肿瘤术后, 早期实施徒手淋巴引流联合气压治疗, 不仅可以有效预防下肢淋巴水肿, 还可以减轻疼痛, 改善运动功能, 减轻不良心理感受, 提高患者的生活质量, 临床价值显著。

参考文献:

- [1]邱楚瑾,宋雨晴,蒋艳. 间歇性气压治疗对乳腺癌相关淋巴水肿干预效果的Meta分析[J]. 中国护理管理,2022,22(2):261-267.
- [2]张慧珍,钟巧玲,罗庆华,等. 气压泵联合手法引流在乳腺癌患者术后患侧上肢淋巴水肿的疗效及预后影响因素分析[J]. 中国医学装备,2021,18(7):162-165.
- [3]陈锦娇,程洁茜,王艳丽. 淋巴引流手法配合气压治疗对乳腺癌术后淋巴水肿的临床研究[J]. 养生保健指南,2021,1(17):76.
- [4]曹文娟. 按摩联合气压护理在乳腺癌术后上肢淋巴水肿中的应用效果探讨[J]. 医药前沿,2020,10(25):149-151.
- [5]梁雪芳,张淑玲. 气压泵联合手法按摩对乳腺癌术后上肢淋巴水肿的预防效果研究[J]. 医药前沿,2020,10(2):127-128.
- [6]孟英涛,孔荣华,王荣娟,等. 肢体气压治疗联合徒手淋巴引流干预乳腺癌患者上肢淋巴水肿的研究[J]. 中国预防医学杂志,2021,22(6):471-473.

基金课题编号: 2020NBAB0117

彝族医学生服务家乡预防艾滋病宣传途径研究

袁倩 郭建梅

雅安职业技术学院 四川雅安 625000

摘要:目的 探索彝族医学生服务家乡防艾宣传的有效途径,提高彝族地区居民对艾滋病防治知识的知晓率,提升防范艾滋病意识、能力,了解相关法律知识,达到自觉规避危险行为的目的。方法 选取彝族医学生进行艾滋病知识及宣传技能培训,培训合格后对其家庭所在地居民进行艾滋病防治知识健康教育。结果 通过彝族医学生当地居民开展艾滋病宣传教育,提高了彝族地区居民对艾滋病防治知识的知晓率。结论 对彝族区域实施艾滋病方面的防治宣传措施时,实施彝族医学生宣教措施的效果较良好,可以有效解决语言沟通难度高问题,且受教育者对宣教人员较熟悉,有促进宣教配合性作用,值得推广。

关键词: 艾滋病;医学生;宣传途径;彝族

艾滋病对人体的损伤程度较高,患病后无法治愈,伴随病情的发展,能够诱发多种疾病,包括严重感染性疾病、癌症疾病等,是对人类生命构成较高威胁的疾病。当前阶段,艾滋病在全球范围内蔓延扩散,给人类社会造成严重危害,大部分艾滋病患者在确诊疾病后,其心理负担、家庭压力等显著提升。自 21 世纪以来,少数民族群体中艾滋病呈快速传播趋势,感染率远远高于汉族,少数民族的聚居区已经成为艾滋病高发区^[1-2]。凉山彝族自治州是中国最大的彝族聚居区,同时也是中国艾滋病的高流行区^[34]。2018 年 1-10 月新报告的艾滋病病毒感染者和病人数量上,四川省增加最多,有 1 万余例。截至 2016 年 10 月 31 日,全省共报告存活艾滋病病毒感染者和病人 92950 例,183 个县(市、区)均有报告,凉山、成都、宜宾、达州、内江、泸州、资阳、绵阳市(州)艾滋病疫情报告居全省前八位,占全省总数的 77.1%,其中凉山州占 35.5%疫情最为严重。疫情已经波及全州十七个县(市),疫情较重的几个县为:布拖、昭觉、西昌、美姑、越西,以上五县(市)占总疫情报告数的 84.34%。针对此局面,我国对少数民族认知艾滋病情况展开调查,发现大部分少数民族的艾滋病防治知识知晓率较低^[5-6]。缺乏艾滋病相关知识是造成艾滋病传播的主要原因之一。因而,少数民族区域的艾滋病宣传教育工作迫在眉睫。艾滋病的三种传播途径中血源和性传播主要与个人的价值观念、生活方式、个人行为密切相关。正确的价值观念、健康的生活方式、良好的个人行为,可以有效控制艾滋病的传播与流行。目前艾滋病没有有效的治疗药物,对艾滋病患者实施药物方案时,只能改善和缓解其疾病症状,减轻疾病痛苦,而不能治愈。因此,抗击艾滋病的办法只能是预防。到目前为止,还没有足够有效的艾滋病疫苗可以防止艾滋病病毒感染,由此可知,健康教育就是预防艾滋病最好的疫苗。

由于彝族人民的传统文化背景和其宗教信仰,语言沟通不畅,地理环境的差异以及对宣传者信任度低等特有问题,导致宣传效果不明显。如何根据少数民族实际情况采取具有针对性的宣传教育途径,让少数民族居民能更好了解并掌握艾滋病防治相关知识。少数民族医学生拥有艾滋病知识宣传的医学基础,熟悉家乡文化和宗教信仰,语言交流也更加通畅,同一个民族的情感更容易取得少数民族群众的信任,因而能够更好接受宣教的知识并自愿付诸于行动。

本研究对彝族医学生进行艾滋病健康教育的培训,让他们成为一个合格的艾滋病健康教育宣传人员,回到自己家乡进行宣传,提高当地居民对艾滋病防治的知晓率,从而有效防治艾滋病,降低当地艾滋病的发病率。以下是本次研究的详细过程:

1. 研究对象及方法:

1.1 研究对象

彝族医学生家庭所在地居民,尤其是所在地的农村留守家属、外出务工返乡过春节的人员及校外青少年。留守家属指没有与自己的配偶一同外出工作,长期(半年及以上)在农村留家、守家的一方。外出务工指跨省、市、县或区工作的农民工。校外青少年指没有上学,无固定职业 14~24 岁青少年。

1.2 研究方法

1.2.1 培训合格的医学生宣传员

◎ 选取雅安职业技术学院护理学院 2022 年毕业(即 17 级五年制、19 级三年制学生)家庭居住地址在凉山州彝族学生在智慧树选修网络课程《艾滋病、性与健康》,考核成绩在 80 分以上;◎ 进行宣传内容、方法及技巧方面的培训;◎ 在老师的指导下组织学生到周围社区进行艾滋病预防宣传演练,以确保学生具有专业的宣教能力。

1.2.2 编制宣传内容

艾滋病相关知识及态度、信息来源等,相关知识又分一般知识、传播途径、非传播途径知识、预防知识等。◎ 老师将宣传内容编制成宣传小册子发放。◎ 学生制作艾滋病宣传活动相关 PPT。◎ 学生与教师共同编排艾滋病预防宣传小品,提高宣传的趣味性,扩大宣传力度。

1.2.3 宣传模式

成立艾滋病预防宣传县分队,县分队成员以家庭住址所在县进行划分,下设乡镇小分队。组队后联系当地社区或村落在寒暑假组织居民进行宣传。除上述宣传外,所有宣传员再根据自己实际情况对其亲属、朋友、邻居开展宣传,形式可以多样性,完成艾滋病预防宣传暑期实践,使其发挥最大作用。

1.2.4 前期间卷调查

每组乡镇小分队随机抽取对应村落或社区居民进行《艾滋病相关知识--知信行(KAP)》问卷调查。调查内容包括基础信息和艾滋病知识。基础知识包括:居住地、性别、出生年、文化程度四个方面;艾滋病知识根据知信行(KAP)模式分为:◎ 相关健康知识;◎ 相关健康态度;◎ 相关健康行为。搜集问卷资料并汇总各个小分队问卷调查结果并进行分析。

1.2.5 过程研究

◎ 由当地的艾滋病预防宣传乡镇小分队成员开展宣传讲座并发放相应宣传手册进行健康教育;◎ 讲座在寒暑期开展,寒暑假各 1 次;◎ 宣传结束随机选取该地区居民进行问卷调查;◎ 汇总问卷调查资料。

2 统计分析

◎ 通过 SPSS 20.0 比较前后两次随机抽样结果,通过描述性统计和检验等统计分析,了解宣传前后该地区居民对艾滋病防治知识知晓率等变化;◎ 利用第二次调查结果,通过 SPSS 20.0 进行描述性统计和 T 检验等统计分析了解参与艾滋病宣传讲座次数对艾滋病防治知识知晓率变化情况的影响。

3. 结果

3.1 艾滋病相关知识

调查发现开展艾滋病知识宣传教育前,男性、18~30 岁、初中及以上学历相对艾滋病知识知晓率较高,详情见表 1。

表 1. 艾滋病相关知识知晓率调查结果 (n%, n=2000)

对象		人数	知晓率
性别	男性	1508	75.40
	女性	492	24.60
年龄	18 岁以下	373	18.65
	18-30 岁	977	48.85
	30 岁以上	650	32.50
学历	初中以下	611	30.55

初中及以上		1389	69.45
居民艾滋病知识主要来源电视 17.95%和广播 14.30%，希望获得艾滋病多方面知识，如对身体的具体危害、预防措施、传播途径等，详情见表 2。			
表 2. 艾滋病知识来源及需求调查（n%， n=2000）			
项目		人数	占比
来源	电视	359	17.95
	广播	286	14.30
	报刊	211	10.55
	书籍	227	11.35
	朋友	71	3.55
	医生	202	10.10
	咨询服务	54	2.70
	免费宣传材料	272	13.60
	街头广告	285	14.25
	其他	33	1.65
需求	具体身体危害	461	23.05
	预防措施	433	21.65
	传播途径	430	21.50
	判断自己是否	353	17.65
	感染方法	216	10.80
	治疗方法	21	1.05
	相关政策	57	2.85
	政府与社会援助	29	1.45

通过上述宣传途径开展问卷调查，艾滋病相关健康知识回答对 13 个即知晓，开展宣传前知晓率为 41.35%，开展 1 次宣传后知晓率为 65.40%，开展 2 次后知晓率为 89.90%。宣传前后知晓率有显著提高，接受 2 次讲座的知晓率较接受 1 次讲座知晓率高。详情见表 3。

表 3. 不同阶段知晓率统计（n%， n=2000）		
阶段	人数	知晓率
宣传前	827	41.35
宣传 1 次后	1308	65.40
宣传 2 次后	1798	89.90
宣传前与宣传 1 次后 χ^2/P	232.4200/0.0000	
宣传前与宣传 2 次后 χ^2/P	1044.8801/0.0000	
宣传 1 次后与宣传 2 次后 χ^2/P	345.8702/0.0000	

3.2 艾滋病相关健康态度

通过艾滋病知识宣传及讲座，居民对“艾滋病离我并不很遥远”、“艾滋病病人值得同情”、“如果亲戚、朋友或同学得了艾滋病，仍能够与他/她们正常相处”、“控制艾滋病不仅是政府部门的责任，和我们普通群众关系也很大”、“为了预防艾滋病性病，愿意坚持使用安全套”、“艾滋病不仅是医学上的问题更是一个社会问题，需要每个人的关注”较宣传前态度有显著改善，详情见表 4。

表 4. 艾滋病相关健康态度统计（n%， n=2000）				
项目	宣传前	宣传后	χ^2	P
艾滋病离我并不很遥远	691(34.55)	1406(70.30)	512.4304	0.0000
艾滋病病人值得同情	851(42.55)	1478(73.90)	404.0630	0.0000
如果亲戚、朋友或同学得了艾滋病，仍能够与他/她们正常相处	1032(51.60)	1651(82.55)	433.7454	0.0000

控制艾滋病不仅是政府部门的责任，和我们普通群众关系也很大	811(40.55)	1604(80.20)	657.1431	0.0000
为了预防艾滋病性病，愿意坚持使用安全套	1167(58.35)	1730(86.50)	396.7827	0.0000
艾滋病不仅是医学上的问题更是一个社会问题，需要每个人的关注	918(45.90)	1675(83.75)	628.2828	0.0000

4. 结论

近年来，艾滋病患者数量不断提高，且患者呈年轻化，因而，为保障我国国民的生命安全，艾滋病的宣教工作尤为重要。通常情况下，采取多种宣教方式实施宣教后，接受宣传者对艾滋病发病机制、预防方法、对人体的危害等方面知识均有掌握，益于提高艾滋病预防工作有效性。然而，由于我国少数民族的特殊性，致使常规的临床宣教方案无法准确落实于彝族地区，导致艾滋病的宣传工作受到阻碍。

本次采取的艾滋病宣教方案有针对性、全面性、系统性优势，不仅考虑到了少数民族语言、信仰、民俗等实际问题，还增加了宣教措施趣味性。对彝族医学生进行培训后，提高其对艾滋病的重视程度，显著激发医学生宣教主动性；彝族地区开展实施宣教措施后，鼓励医学生动员亲人、朋友积极参加宣教过程，利于促进彝族地区少数民族的参与性，从而提高宣教有效性。此次宣教方案全面考虑受教育者的个体及地域差异性，与普通的健康宣教方案相比更具有实践意义。宣教期间在彝族区域实施相关调查，充分了解了该区域居民对艾滋病的认知情况、认知来源等，依据调查结果实施针对性宣教方案，可以进一步增加宣教有效性，能够规避宣教疏漏之处，这对于降低艾滋病感染率有积极影响。

本次研究培养彝族医学生艾滋病防治宣传能力，建立以学生为核心的“艾滋病防治”健康教育宣传队伍，对当地居民进行健康教育，通过对比发现接受 2 次健康教育的居民对艾滋病知识的知晓率较单次更高，因此长期开展健康教育或讲座有利于巩固和加深居民艾滋病知识知晓率，真正提高彝族地区居民防范艾滋病意识、能力。正确认知艾滋病，不仅可以降低艾滋病感染率，还能够减轻居民对艾滋病患者的歧视程度，从而改善艾滋病患者的生存环境。

综上，重视健康宣教，依据受教育者的个体差异性采取针对性措施，利于促进受教育者的配合性与参与性。所以，在彝族区域实施艾滋病方面的宣教工作时，应结合当地实际情况，合理选择宣教人员，并制定彝族地区居民接受度良好的宣教方案，能够保障宣教措施准确落实，从而提高宣教效果。

参考文献：

[1]郝必斯高娃.少数民族地区艾滋病流行的趋势、特点及对策[J].罕少疾病杂志,2007,14(1):30-32.

[2]张宁,武沐.中国少数民族相关艾滋病问题研究的再思考[J].贵州民族研究,2011,32(04):37-43.

[3]吉克春农,杨淑娟,裴容,翟雯雯,王启兴,廖强,余刚,肖琳,姚永娜,龚煜汉,王科,王菊,边仕超,刘茜.四川省凉山州彝族社区人群艾滋病哨点监测 HIV 感染情况及其影响因素分析[J].

[4]杨淑娟,罗敏,张素华,姚永娜,王启兴,廖强.凉山彝族相关文化习俗与艾滋病流行的关系及干预对策[J].中国艾滋病性病,2017,23(03):271-274.

[5]彭苏霞,岳潇,周启富,凌莉.雅安市少数民族农村居民艾滋病防治知识知晓情况调查[J].预防医学情报杂志,2017,33(12):1280-1283.

[6]王绍琴.某彝族聚居农村地区居民艾滋病知识知晓情况调查分析[J].卫生软科学,2013,27(04):239-241.

四川性社会学与性教育研究中心资助 课题：彝族医学生服务家乡预防艾滋病宣传途径研究 项目号：SXJYB1927

急危重症患者急诊呼吸阶梯性治疗的效果

袁晓丽

兰州市第二人民医院急诊科 甘肃兰州 730000

摘要：目的：对急诊呼吸阶梯性治疗急危重症患者的具体方法及临床效果进行观察。方法：回顾性分析 2017 年 12 月-2019 年 12 月收治的急危重症患者 56 例为研究对象，分为两组，即实验组（n=28）实施急诊呼吸阶梯性治疗，参照组（n=28）开展基础呼吸治疗方案，将两组患者症状改善时间、健康评分、呼吸复苏率、气管切开方法使用率进行比对。结果：实验组患者症状改善时间、健康评分与参照组对比， $P<0.05$ ；实验组呼吸复苏率、气管切开方法使用率与对照组对比， $P<0.05$ 。结论：急诊治疗急危重症患者过程中，实施呼吸阶梯性治疗的效果是比较高的，不仅能够满足患者的治疗要求，也具有较好的治疗效果。

关键词：急危重症；急诊；呼吸阶梯性

由于急危重症患者具备频率死亡、起病急危重症特点，严重威胁患者生存治疗及身心健康。经研究显示，大部分急危重症患者存在呼吸困难、呼吸功能障碍的病症，临床常对急危重症患者予以氧气支持疗法。呼吸阶梯性治疗方案可按照患者实际呼吸功能水平制定氧气支持疗法，进而有针对性的改善临床病症及病情，缩短患者呼吸稳定时间，同时减少患者出血量，缩短抢救准备时间，提高抢救成功率，按照患者病情发展趋势制定全方位的呼吸复苏方法，提高呼吸治疗成功率，为下一项抢救工作提供有力基础。为了验证呼吸阶梯性治疗方案的临床价值，本位对急诊呼吸阶梯性治疗急危重症患者的具体方法及临床效果进行观察，并将研究方案汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2017 年 12 月-2019 年 12 月收治的急危重症患者 56 例为研究对象，分为两组，即实验组（n=28）实施急诊呼吸阶梯性治疗，参照组（n=28）开展基础呼吸治疗方案。两组患者的一般资料比较结果差异无意义，呈现（ $P>0.05$ ）。

病例纳入准则：符合急危重症诊断标准；患者出现呼吸苦难、短暂休克、脏器功能衰竭、意识上昏迷、障碍额病症，严重的患者会出现腹痛、胸痛的病症。

排除标准：非自愿参与本研究者；患有其他精神性疾病、沟通交流障碍疾病者；排除存在预期生存期低于 3 个月的患者^[1]。

实验组：非创伤性疾病 18 例，创伤性疾病 10 例；年龄 22-73 岁，均数（ 40.5 ± 1.0 ）岁；男 17 例，女 11 例。

参照组：非创伤性疾病 17 例，创伤性疾病 11 例；25-73 岁，中位年龄为（ 40.0 ± 1.5 ）岁；男 16 例，女 12 例。

1.2 方法

实验组（n=28）实施急诊呼吸阶梯性治疗：

徒手支持（第一阶段）。让患者进行复苏治疗，将患者放置在抢救床上，维持患者的身躯以及头颈平面，然后给予患者心肺复苏治疗。如果患者没有颈椎损伤时则应该通过抬高头颅，仰头等方式帮助患者开放气道，清除患者口腔内的分泌物。对于颈椎损伤患者则需要以导管将口腔内的分泌物清除，然后将患者松动的牙齿取出，并且对佩戴假牙的患者进行假牙清除处理，预防假牙脱落堵塞呼吸道。

氧气支持（第二阶段）。对患者进行吸氧处理，让患者气管插管，并

且实施对症治疗、面罩给氧治疗等，呼吸道受损的患者经气管插管治疗会加重患者病情，需按照患者病情选择合适的构建气道方法。

创伤气道（第三阶段）。采用环甲膜穿刺法或气道穿刺法改善声门区阻塞患者病症，对患者予以气管切开后需及时建立气道，实施气管切开操作过程中需尽可能降低患者出血量，避免因医疗操作造成损伤。

第四阶段。患者在简易呼吸建立气道治疗后需及时观察患者病情，并予以呼吸机干预。

参照组（n=28）开展常规治疗，也就是在患者治疗过程中对患者进行对应的治疗用药指导，帮助患者控制病情，提升患者疾病治疗水平。例如，在患者治疗过程中，能够为患者进行气管插管、机械通气、面罩吸氧治疗等。

1.3 评定指标

两组患者症状改善时间、健康评分、呼吸复苏率、气管切开方法使用率进行比对。

呼吸复苏成功标准为：患者血氧饱和度超过 90%，呼吸频率为 12~15 次/min 内落。

健康评价总分 100 分，分越高表示患者的健康状态越好。

1.4 统计学分析

使用 SPSS23.0 软件，卡方检验，以%形式展开，t 检验，以 $\bar{x}\pm s$ 形式展开，两组患者组间差异存在统计学意义以 $P<0.05$ 展开。

2 结果

2.1 两组患者症状改善时间、健康评分使用率进行比对

实验组患者呼吸平稳所需时间（ 3.00 ± 0.14 ）h、复苏所需时间（ 2.00 ± 0.30 ）h、健康评分（ 93.00 ± 2.00 ）分与参照组呼吸平稳所需时间（ 81.00 ± 1.60 ）h、复苏所需时间（ 4.30 ± 0.50 ）h、健康评分（ 81.00 ± 1.60 ）分对比， $P<0.05$ 。

表 1 两组患者症状改善时间、健康评分使用率进行比对（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	例数	健康评分 (分)	呼吸平稳所需时间 (h)	复苏所需时间 (h)
实验组	28	93.00±2.00	3.00±0.14	2.00±0.30
参照组	28	81.00±1.60	5.40±0.20	4.30±0.50
t		24.7918	52.0196	20.8721
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者呼吸复苏率、气管切开方法使用率进行比对

实验组患者呼吸复苏率 96.42% (27/28)、气管切开方法使用率 3.57% (1/28) 与参照组患者呼吸复苏率 67.85% (19/28)、气管切开方法使用率 39.28% (11/28) 对比, $P<0.05$ 。

表 2 两组患者呼吸复苏率、气管切开方法使用率进行比对 (n, %)

分组	例数	呼吸复苏率	气管切开方法使用率
实验组	28	96.42 (27/28)	3.57 (1/28)
参照组	28	67.85 (19/28)	39.28 (11/28)
χ^2		10.0005	10.0005
P		<0.05	<0.05

3 讨论

由于急危重症患者极易出现低氧血症, 经研究, 急诊在治疗急危重症患者时常需接受呼吸支持疗法, 其对呼吸支持治疗疗法的要求较高, 需在急诊预留时间内对患者予以有效的诊疗服务, 进而保证患者急救成功。对于外科疾病的患者需选择损伤部合理的呼吸支持疗法; 针对内科疾病的患者需按照患者病机选择科学的呼吸支持疗法^[2]。在现有社会发展过程中患有急危重症的人数是比较多的, 而该类患者管理过程中, 由于患者的病情危重等级较高, 所以会严重威胁到患者的生命安全, 因而有必要及时为患者制定治疗方案。通过多样化治疗方案选择, 帮助患者控制病情, 摆脱疾病影响。而阶梯性呼吸治疗作为一种比较有效的治疗方式, 将其应用到临床后能够为患者的病情控制提供帮助, 同时也能够在患者治疗过程中形成较好的治疗方案, 突出了患者的治疗优势, 对患者自身的病情控制有一定保障意义。同时伴随着现阶段我国临床治疗改革工作推进, 人们对于阶梯性呼吸治疗的改革要求也越来越高。通过该项治疗技术处理后, 不仅能够提升患者治疗质量, 还能够在患者治疗过程中形成丰富的治疗经验, 能够满足患者的不同治疗需求, 也可以为患者的病情控制奠定基础, 所以有必要在患者治疗过程中加强阶梯性呼吸治疗方案设计研究力度, 从更为全面的方向出发调整患者治疗方式, 确保在患者治疗过程中能够发挥出该治疗方法的优点, 能够为患者自身的病情控制提供帮助。除此之外, 也应该从临床治疗现状分析着手, 不断改进患者治疗方案, 优化患者治疗干预方式, 给予患者更为全面的治疗管理方式, 提升患者的治疗效率。

本文对照组中所采用的传统呼吸支持方法, 是根据患者病情及急诊医务人员临床经验制定主观性呼吸支持疗法, 若患者呼吸道未得到有效管理, 不仅会浪费医疗资源, 同时还会导致患者出现医疗操作创伤, 可见该方案缺乏全面性及系统性, 治疗效果欠佳^[3]。实验组所采用的呼吸阶梯性治疗方法分为呼吸机支持疗法、氧疗支持方法、徒手呼吸方法等, 徒手及机械干预方法可按照患者呼吸道管理数据选择科学、合理的呼吸支持措施, 同时可按照患者原发病特征结合患者呼吸衰竭征兆及发病趋势制定呼吸疗法。急诊呼吸阶梯性疗法可由单人操作, 尽可能减少人员准备及配置时间, 同时可减少患者出现操作性损伤, 减少患者出血量, 提高抢救成功率^[4-7]。

急诊呼吸阶梯性干预通过体位复苏第一阶段可有效稳定呼吸系统疾病、心血管系统疾病及自主呼吸恢复疾病患者等患者的呼吸状态, 缩短抢救时间; 通过吸氧等方案对患者血氧分压及时调整, 具备无创、操作简单的优势; 通过第二阶段对患者予以吸氧处理, 上述两个阶段均为无创操作, 可有效保证患者机体不受损害; 第三阶段、第四阶段为气管切开、予以呼吸机等操作, 可按照患者实际情况设置呼吸机参数, 保证患者呼吸通畅,

为患者的抢救效率控制提供保障, 同时也突出患者抢救治疗特色, 提升患者抢救治疗针对性^[8]。经本研究分析后发现, 予以呼吸阶梯性治疗能够为急危重症患者病情控制提供帮助, 有助于提高患者的治疗能力, 对患者自身的治疗管理有重要促进意义, 所以需要加强患者治疗研究力度, 以此满足患者的治疗需求。与此同时, 提升具体健康评分, 促进患者预后; 实验组呼吸复苏率、气管切开方法使用率与对照组对比, $P<0.05$, 说明急诊呼吸阶梯性治疗方案可提升患者呼吸复苏率, 降低气管切开方法使用率, 减少机体损伤, 强化患者抢救成功率^[9]。简而言之, 急诊呼吸阶梯性治疗方案是指患者在接受急诊治疗时医务人员首先采用简单易操作的呼吸复苏处理, 若患者未有所改善则过渡至复杂的呼吸复苏方案, 提高呼吸复苏成功率的同时降低患者有创损伤^[10]。另外, 医务人员需根据患者具体病情、临床特征等资料并结合临床经验制定呼吸支持疗法, 提高呼吸疗法有效性, 保证患者呼吸畅通, 促进患者恢复自主呼吸功能^[11]。

综上所述, 急诊呼吸阶梯性治疗方案的构建满足了急危重症患者的治疗需求, 有助于提升患者治疗能力, 故而可将其应用到临床。

参考文献:

- [1]纪钟.急危重症患者急诊抢救使用呼吸 阶梯性治疗方法的疗效研究[J].中外女性健康研究, 2019, (20): 123, 131.
- [2]伍志.急危重症患者进行急诊抢救时采取呼吸阶梯性治疗的 临床效果研究[J].医药前沿, 2018, 8(23): 84-85.
- [3]邹雨强.急危重症患者进行急诊抢救时采取呼吸阶梯性治疗的临床效果分析[J].心理医生, 2018, 24(2): 215-216.
- [4]陈勇, 郑鹏, 张伟.不同呼吸复苏治疗方法在急危重症患者中的运用效果比较[J].中外医学研究, 2018, 16(21): 163-164.
- [5]刘佳, 蔡加春.老年慢性阻塞性肺疾病重度下呼吸道感染的抗生素降阶梯治疗[J].系统医学, 2018, 3(21): 56-58.
- [6]王敏, 尚福泰, 臧奎, 等.呼吸阶梯化管理在救治急性肺损伤中的安全性以及有效性分析[J].现代医学, 2018, 46(2): 218-221.
- [7]陈秋芬.探究心脏介入诊疗术并发急性心血管事件患者实施呼吸阶梯化管理的护理效果[J].中国保健营养, 2018, 28(16): 151.
- [8]吴薇.探讨抗生素降阶梯疗法治疗重症监护病房呼吸机相关性肺炎的临床疗效[J].大家健康 (上旬版), 2018, 12(2): 159-160.
- [9]Koak A O , Albay A , Hülya Sevil, et al. Effect of Symptomatic Treatment Given to Patients Diagnosed with Upper Respiratory Tract Infection in Emergency Department to Prescription Drug Use[J]. Eurasian Journal of Emergency Medicine, 2020, 19(04):210-212.
- [10]Nesbitt J , Mitarai T , Chan G , et al. Effect of emergency critical care nurses and emergency department boarding time on in-hospital mortality in critically ill patients[J]. American Journal of Emergency Medicine, 2020, 41(05): 155-157.
- [11]Tsuchida T , Ono K , Maekawa K , et al. Effect of annual hospital admissions of out-of-hospital cardiac arrest patients on prognosis following cardiac arrest[J]. BMC Emergency Medicine, 2022, 22(01): 155-157.

作者简介: 袁晓丽, 男性, 汉族, 1970 年 11 月出生, 河南洛阳人, 研究生学历, 单位: 兰州市第二人民医院, 科室: 急诊科, 职称: 主治医师, 研究方向: 急诊, 邮编 730000。

阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的治疗效果观察

张哲玉

隆尧县医院内五科 055350

摘要：目的：探讨阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的治疗效果。方法：选取医院 2020 年 1 月至 2021 年 2 月收治的 110 例脑血栓患者，随机将其分为甲乙组，分别给予复方天麻蜜环糖肽片治疗与阿司匹林联合他汀类药物联合治疗，比较两组患者的治疗结局。结果：乙组患者的治疗总有效率为 96.36%，其明显比甲组的 78.18% 更高 ($P<0.05$)；乙组患者的 NIHSS 评分和 Barthel 指数明显优于甲组 ($P<0.05$)；乙组患者的颈动脉斑块面积、颈动脉内膜中层厚度、血小板聚集率明显比甲组低 ($P<0.05$)；乙组患者的各项血脂指标明显优于甲组 ($P<0.05$)；甲组患者的不良反应发生率为 27.27%，其显著高于乙组的 2.63% ($P<0.05$)。结论：阿司匹林联合他汀类药物可有效治疗脑血栓疾病，可缓解其神经功能缺损症状，提高其日常生活能力，此外，动脉斑块的稳定性和血小板聚集的抵抗作用均能够得到保障，有利于改善其血脂水平，预后又不会出现严重的不良反应，临床推广价值比较显著。

关键词：阿司匹林；他汀类药物；脑血栓；效果

现阶段，在现代化社会的发展下，人们的饮食结构不合理的现象越来越多，加上人口逐渐老龄化，脑血管疾病发生人数也随之增多，其中比较常见的当属脑血栓，该疾病极易导致患者致残，且具有较高的死亡率^[1]。近几年，在快节奏生活的影响下，年轻人群发生脑血栓的几率也越来越高。如果患者未得到及时的治疗，就会导致其神经系统受到影响，进而会威胁其生命安全。当前，临床主要用他汀类药物、阿司匹林等治疗脑血栓，一方面帮助患者对血小板聚集予以抵抗，让其脑部血液循环恢复正常，另一方面对其血脂水平加以调节，改善其生活质量。但有研究指出，无论是阿司匹林还是他汀类药物，其单独使用均有抗血小板聚集的作用，但从整体上看效果并不是十分理想，而若是联合两种药物的药效，可进一步提升疗效^[2]。为此，本文将对阿司匹林联合他汀类药物的治疗效果进行深入分析和探讨，具体报告如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

医院一年内收治的脑血栓患者共 110 例，随机将其分为甲组和乙组，每组 55 例。纳入标准：对本实验中使用的药物并无过敏反应；经 CT、MRI 等影像学技术手段检查，患者疾病符合脑血栓诊断标准；患者的认知功能和沟通能力均比较正常；患者的肝肾功能和凝血功能并未出现较大的障碍；对于相关知情同意书，患者已签署完毕，对本次研究内容有一定的知情权；医院医学伦理委员会对此次研究内容的实施已经审核，且批准通过^[3]。排除标准：听力障碍、语言交流障碍者；对疾病治疗存在抵触和厌烦心理者；在精神方面存在较大的问题；基础资料并未得到较好的完善，不够完整。年龄：甲组 52-81 岁 (66.28 ± 7.54)，乙组 53-82 岁 (67.39 ± 7.65)；性别：甲组男性 34 例、女性 21 例，乙组男性 35 例、女性 20 例；病程：甲组 1-11 小时 (4.81 ± 2.56)，乙组 1-10 小时 (4.23 ± 2.29)。对比甲乙组患者的资料，两组间差异均具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 方法

所有患者予以常规治疗如下：嘱咐患者多参与锻炼活动；注意调整睡眠时间；少饮酒，戒烟；对血糖和血压水平加以控制；行吸氧操作；采用抗感染药物预防感染等。经常规治疗后，甲组予以复方天麻蜜环糖肽片治疗如下：复方天麻蜜环糖肽片生产于山西康欣药业有限公司，国药准字 H14022944，每日指导患者服用三次，每次两片，持续治疗 4 周左右。

乙组予以阿司匹林联合他汀类药物联合治疗如下：每日指导患者服用 1 粒阿托伐他汀片（生产企业：辉瑞制药有限公司；批准文号：国药准字 H20051407）；阿司匹林生产于山东新华制药股份有限公司，国药准字 H37020354，每日指导患者服用 1 次，每次 100 毫克；持续治疗 28 天左右。

1.3 观察指标

观察两组患者的治疗效果、NIHSS 评分、Barthel 指数、颈动脉斑块面积、颈动脉内膜中层厚度、血小板聚集率、血脂指标与不良反应发生情况。1) 运用神经功能缺损量表对患者的神经功能缺损程度进行评估，最高分为 42 分，患者获得的分数与神经功能缺损下降程度呈反比关系。同时，采用 Barthel 指数量表对患者的生活能力进行评估，其最终的评估分数与患者的生活能力呈现正比关系^[4]。2) 以显效、有效和无效三项指标表示患者的治疗效果，并观察患者的临床症状，如偏头痛、意识障碍等，如果患者在治疗前后并未出现此类症状，且神经功能缺损降低程度超过

90%，那么就说明疾病治疗有明显的效果，而若是患者的症状出现部分减少，且神经功能缺损程度降低范围为 18%-90%，则说明治疗有效，反之患者的临床症状在治疗后未发生任何改变，同时还发生死亡的现象，且神经功能缺损降低程度并未超过 18%，即代表治疗无效。3) 密切关注患者机体的血脂水平变化，主要对其总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇和三酰甘油四项指标予以观察^[5]。4) 治疗后患者也会发生药物不良反应，要仔细观察患者的治疗状态，一旦出现恶心呕吐、头晕等反应，就要及时上报，并做好相应的记录，计算其不良反应发生率。

1.4 统计学分析

本研究的实验数据均纳入 spss25.0 软件加以分析，然后运用标准差 ($\bar{x}\pm s$) 对 Barthel 指数、颈动脉斑块面积、血脂指标等计量资料加以表示，用 t 进行检验，而实验中的计数资料包含不良反应发生情况等，均用百分比表示，采用 χ^2 检验，一旦所得 P 值小于 0.05，则表示数据差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 治疗效果对比

从表 1 的数据可知，乙组患者的治疗总有效率明显高于甲组 ($P<0.05$)。

表 1 比较两组患者的治疗效果[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
甲组	55	26 (47.27)	17 (30.90)	12 (21.81)	43 (78.18)
乙组	55	31 (56.36)	22 (40.00)	2 (3.63)	53 (96.36)
χ^2	-	8.93	10.83	12.48	12.49
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 NIHSS 评分和 Barthel 指数、动脉斑块情况以及血小板聚集率对比
由表 2 的数据可知，乙组患者的动脉斑块的稳定性明显高于甲组，且其 NIHSS 评分、Barthel 指数也明显优于甲组 ($P<0.05$)。

表 2 比较两组患者的 NIHSS 评分和 Barthel 指数、动脉斑块情况以及血小板聚集率 ($\bar{x}\pm s$)

指标		甲组 (n=55)	乙组 (n=55)	t	P
Barthel 指数	治疗前	42.67 $\pm$ 2.78	42.23 $\pm$ 2.43	0.72	>0.05
	治疗后	65.26 $\pm$ 3.28	75.97 $\pm$ 3.77	15.68	<0.05
NIHSS 评分 (分)	治疗前	25.81 $\pm$ 2.72	25.57 $\pm$ 2.46	0.81	>0.05
	治疗后	18.76 $\pm$ 1.62	11.26 $\pm$ 1.95	22.39	<0.05
颈动脉斑块面积 (cm ²)	治疗前	1.78 $\pm$ 1.75	1.85 $\pm$ 1.64	0.28	>0.05
	治疗后	1.66 $\pm$ 0.27	0.97 $\pm$ 0.10	8.68	<0.05
颈动脉内膜中层厚	治疗	0.75 $\pm$ 0.68	0.84 $\pm$ 0.55	0.72	>0.05

度 (mm)	前				
	治疗	0.78±0.45	0.10±0.01	4.81	<0.05
	后				
血小板聚集率 (%)	治疗	71.67±9.27	71.32±9.32	0.34	>0.05
	前				
	治疗	54.23±3.12	34.12±1.26	12.21	<0.05
	后				

2.3 血脂指标对比

由表 3 的数据可知,经治疗后乙组患者的各项血脂指标水平明显比甲组更优 ($P<0.05$),而治疗前差异并不显著 ($P>0.05$)。

表 3 比较两组患者的血脂指标 ($\bar{x}\pm s$)

指标		甲组	乙组	t	P
总胆固醇	治疗	6.74±0.66	6.72±0.46	0.02	>0.05
	前				
	<	6.24±0.46	5.23±0.13	2.21	<0.05
	治疗				
	后				
低密度脂蛋白胆固醇	治疗	4.83±1.17	4.82±1.18	0.01	>0.05
	前				
	治疗	3.63±0.67	3.01±0.47	2.19	<0.05
	后				
三酰甘油	治疗	2.67±0.68	2.66±0.80	0.02	>0.05
	前				
	治疗	2.01±0.32	1.45±0.47	2.76	<0.05
	后				
高密度脂蛋白胆固醇	治疗	1.22±0.28	1.23±0.48	0.03	>0.05
	前				
	治疗	1.46±0.35	2.78±0.27	2.32	<0.05
	后				

2.4 不良反应对比

通过相应的治疗后,甲组中有 5 例患者有头晕的反应,恶心和呕吐患者分别有 4 例和 6 例,其不良反应发生率为 27.27% (15/55),而乙组中发生恶心和呕吐的患者各 1 例,其不良反应发生率为 3.63% (2/55),乙组显著低于甲组 ($P<0.05$)。

3. 讨论

脑血栓形成简称为脑血栓,脑血栓是一种缺血性脑血管病,又被称之为缺血性卒中,该疾病位于脑部的血管,由于动脉粥样硬化斑块纤维帽破裂,导致内容物脱出,然后局部引发血小板的聚集,进而就引起血栓的形成^[6]。脑血管内形成血栓后,就会造成脑血管的狭窄和堵塞。如果完全堵塞后,远端供血区域的脑细胞就会由于缺血、坏死而引发神经功能缺损性的症状,表现为偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲和失语等现象。脑血栓与年龄增长有关,随着年龄的增加发病率也逐渐增加^[7]。脑血栓的危险因素包括高血压、高血糖、高血脂,血液流速异常、血液中凝血因子纤维蛋白异常以及高龄、不良的生活方式等。脑血栓多在夜间睡眠中发作,清醒时可以表现为一侧肢体无力、麻木、言语不清、口眼歪斜,病情逐渐进展导致神志不清甚至死亡。脑血栓的治疗主要是在急性期,特别是在发病后 6 小时之内可以采用溶栓、取栓的治疗^[8]。此外,还可以采用改善脑循环、保护脑细胞、尽早进行运动康复治疗,同时控制好危险因素。如果脑血栓患者未得到科学有效的治疗,那么其生活质量不仅严重下降,而且患者的生命安全也得不到有效的保障^[9]。目前,临床主要坚持抗血小板聚集以及调节血脂水平为治疗原则,复方天麻蜜环糖肽片属于复方制剂,能够有效增加脑血流量和冠状动脉的血流量,明显缩小梗塞面积,改善神经细胞损伤。同时,对免疫功能有一定的恢复和促进作用,且抗肿瘤作用也比较强,在神经外科临床上主要用来治疗高血压脑病、脑血栓形成以及大脑动脉硬化症所引起的头昏头痛以及肢体麻木^[10]。但是,阿司匹林、他汀类药物相比,临床对于该药物在脑血栓治疗中的作用仍有许多的争议^[11]。

阿司匹林是一种常见的解热镇痛药物,最早用来解热镇痛,现在主要作为抗血小板聚集的药物,用于预防心脑血管疾病。对于已经出现心血

管疾病的患者,如脑梗塞、心肌梗死等,通过口服阿司匹林能够有效预防心脑血管疾病的复发,对于有冠心病家族史,糖尿病、高脂血症、高血压、肥胖、吸烟或者年龄大于 50 岁的患者,在服用阿司匹林后也能够降低发生心脑血管疾病的风险^[12]。然而现今有很多已患有心脑血管疾病或已有心脑血管病危险因素的患者对于阿司匹林有一种畏惧感,害怕出现副反应,阿司匹林最常见的副反应,是胃肠道的一些副反应,最严重的情况是消化道出血^[13]。据相关研究表明,如果将阿司匹林与他汀类药物联合可弥补治疗的不足,如阿托伐他汀钙片,该药物属于心血管疾病以及脑血管疾病的二级预防用药,对总胆固醇升高、低密度脂蛋白升高、载脂蛋白 B 升高以及甘油三酯升高的患者有较好的治疗作用,同时也应用于纯合子家族性高胆固醇血症的患者,除可以降低以上化验指标外,还有助于升高高密度脂蛋白胆固醇,在降脂的同时可以起到抗炎、稳定斑块、改善血管内皮功能的作用^[14-15]。本研究结果显示,乙组患者的 Barthel 指数明显高于甲组,说明阿司匹林与他汀类药物的联合治疗能加快患者生活能力的恢复;乙组患者的 NIHSS 评分显著低于甲组,说明以上两种药物加以联合可缓解患者的神经功能缺损症状;乙组患者的颈动脉斑块面积、颈动脉内膜中层厚度和血小板聚集率明显低于甲组,说明阿司匹林联合他汀类药物治疗相较于单独用药或者复方天麻蜜环糖肽片治疗更能提高动脉斑块的稳定性,同时又能有效抵抗血小板聚集;乙组患者的总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇和三酰甘油水平明显优于甲组,说明以上药物联合可对患者的血脂水平进行合理地调节;乙组患者的不良反应发生率明显比甲组更低,说明联合阿司匹林和他汀类药物加以治疗可减少药物不良反应,提高治疗效果。

综上所述,阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的治疗效果显著,不仅可起到抗血小板聚集以及动脉斑块的作用,又能促进患者神经功能和生活能力的恢复,同时机体血脂水平也能得到很好的调节,出现不良反应的情况也明显减少,值得在临床上推广和应用。

参考文献:

- [1]邱福海.阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的治疗效果观察[J].当代医学,2017,23(30):124-125.
- [2]闫力新.阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的治疗效果观察[J].饮食保健,2017,4(24):76.
- [3]陈川进.阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的治疗效果观察[J].药店周刊,2021,30(28):60-61.
- [4]陈松.阿司匹林联合他汀类药物治疗脑血栓的疗效及其对动脉斑块影响的效果观察[J].健康必读,2019,09(27):20.
- [5]曹端海,万新.阿司匹林联合他汀类药物治疗脑血栓的疗效及其对动脉斑块影响的效果观察[J].养生保健指南,2019,7(52):226.
- [6]黄建梅.阿司匹林联合他汀类药物治疗脑血栓的疗效及其对动脉斑块的影响效果分析[J].健康必读,2021,34(15):45.
- [7]朱少平.阿司匹林联合他汀类药物治疗脑血栓的效果及对动脉斑块的影响[J].临床合理用药杂志,2021,14(20):66-68.
- [8]倪曙光.阿司匹林联合他汀类药物治疗脑血栓的临床效果观察[J].医学信息,2015,21(27):251-251.
- [9]李明玉,张跃双.研究阿司匹林联合他汀类药物治疗脑血栓患者的效果及对动脉斑块的影响价值[J].中外女性健康研究,2020,21(20):36-37.
- [10]郭长军.阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的治疗效果分析[J].中外医疗,2018,37(26):16-18.
- [11]沙丙南.阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的治疗疗效分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(20):162-163.
- [12]海霞.阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的效果探究[J].中国实用医药,2020,15(1):120-121.
- [13]张海萍.阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的治疗价值探究[J].中国处方药,2018,16(1):90-91.
- [14]侯国峰.阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的治疗价值分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2018,18(86):169,172.
- [15]陈璐.阿司匹林联合他汀类药物对脑血栓的治疗效果及安全性评价[J].东方药膳,2019,42(21):46.

甲减采用左甲状腺素钠联合甲状腺片治疗的效果分析

仲美琼

重庆市中医院南桥寺院部 重庆 400011

摘要：目的：探讨甲减采用左甲状腺素钠联合甲状腺片治疗的效果。方法：采集 2020 年 2 月至 2021 年 12 月期间接收的 86 例甲减患者，随机分为对照组与观察组各 43 例，对照组运用常规甲状腺片治疗，观察组运用左甲状腺素钠联合甲状腺片治疗，分析不同用药后患者治疗疗效、不良反应、治疗依从性、甲状腺激素水平情况。结果：在用药治疗总有效率上，观察组 95.35%，对照组 79.07%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者甲状腺激素有关 TSH、TG、FT3、FT4、CHOL 各指标水平上，观察组各项指标与对照组明显，差异有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者不良反应率上，观察组 4.65%，对照组 18.60%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者治疗依从性上，观察组 95.35%，对照组 60.77%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：甲减采用左甲状腺素钠联合甲状腺片治疗，可以有效地提升治疗疗效，改善甲状腺激素水平，减少不良反应率，治疗依从性更高，治疗效果与安全性均得到一定保障。

关键词：甲减；左甲状腺素钠；甲状腺片；治疗效果

甲减属于常见的内分泌系统疾病之一，属于甲状腺功能减退问题，该类患者多为女性，及时治疗是控制疾病发展的有效手段。在治疗上，不仅要优化治疗效果，同时也减少不良反应，整体治疗恢复效果更为理想。本文采集 86 例甲减患者，分析运用左甲状腺素钠联合甲状腺片治疗后患者治疗疗效、不良反应、甲状腺激素水平情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集 2020 年 2 月至 2021 年 12 月期间接收的 86 例甲减患者，随机分为对照组与观察组各 43 例。对照组中，男 18 例，女 25 例；年龄从 42 岁至 76 岁，平均 (52.38 ± 2.19) 岁；病程从半年至 10 年，平均 (4.38 ± 1.49) 年；观察组中，男 15 例，女 28 例；年龄从 41 岁至 74 岁，平均 (53.97 ± 2.45) 岁；病程从半年至 8 年，平均 (4.17 ± 1.24) 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

对照组运用常规甲状腺片治疗，每天 2 至 3 次用药，每次 40mg 口服用药。观察组运用左甲状腺素钠联合甲状腺片治疗，左甲状腺素钠每次 1 片，每天 1 次。所有患者均进行 3 个月后观察效果。

1.3 评估观察

分析不同用药后患者治疗疗效、不良反应、治疗依从性、甲状腺激素水平情况。不良反应主要集中在肠胃不舒服、心动过速、头痛等。甲状腺激素水平主要集中在 TSH、TG、FT3、FT4、CHOL 各指标水平。治疗疗效主要分为显效、有效以及无效。显效为治疗后患者疾病症状改善，甲状腺激素水平恢复正常；有效为治疗后患者治疗后症状与各检查指标有改善；无效为治疗后患者疾病症状与检查指标没有改善，甚至严重化。治疗总有效率为显效率和有效率的集合。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用 t 检验， $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者甲状腺激素水平情况

见表 1，在患者甲状腺激素有关 TSH、TG、FT3、FT4、CHOL 各指标水平上，观察组各项指标与对照组明显，差异有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 1： 各组患者甲状腺激素水平结果 $(\bar{x}\pm s)$

分	TSH	TG	FT3	FT4	CHOL
---	-----	----	-----	-----	------

组	(U/ml)	(mmol/L)	(pmol/L)	(pmol/L)	(mmol/L)
观	3.48±1.87	0.64±0.22	4.27±1.29	10.48±1.14	1.52±0.56
察					
组					
对	6.02±3.64	1.13±0.34	3.13±0.45	7.24±1.08	3.28±0.67
照					
组					

注：两组对比， $P<0.05$

2.2 患者治疗疗效情况分析

见表 2 所示，在用药治疗总有效率上，观察组 95.35%，对照组 79.07%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2： 患者治疗疗效评估结果[n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	43	25(58.14)	16(37.21)	2(4.65)	95.35%
对照组	43	16(37.21)	18(41.86)	9(20.93)	79.07%

注：两组对比， $P<0.05$

2.3 患者不良反应率情况

见表 3 所示，在患者不良反应率上，观察组 4.65%，对照组 18.60%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 3： 患者不良反应率评估结果[n(%)]

分组	n	头痛	心动过速	肠胃不舒服	总不良反应率
观察组	43	1	1	0	4.65%
对照组	43	3	1	4	18.60%

注：两组对比， $P<0.05$

2.4 患者治疗依从性情况

见表 4 所示，在患者治疗依从性上，观察组 95.35%，对照组 60.77%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 4： 患者治疗依从性评估结果[n(%)]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
观察组	43	34(79.07)	7(16.28)	2(4.65)	95.35%
对照组	43	21(48.84)	9(20.93)	13(30.23)	60.77%

注：两组对比， $P<0.05$

3 讨论

甲减一般是由于机体甲状腺激素的分泌与合成水平相对过低,导致机体生理效应有关的代谢异常。一般情况下,可以分为原发性、继发性以及周围性等甲减三种不同情况。该疾病治疗需要及时控制,防控有关并发症对人体构成的危害^[1]。该疾病在女性群体中较为多发,一般疾病确诊之后需要长时间用药来确保身体的恢复。在以往情况下,甲状腺片属于甲减患者的常用药物,可以满足机体所需的甲状腺素,由此来促使甲状腺功能得到改善,调整其可能存在的反应迟钝以及嗜睡等疾病症状问题^[2]。但是治疗效果相对局限,甚至容易引发多种不良反应问题。因此,在用药上也需要更进一步的研究,尤其是患者可能出现的头痛、心动过速、胃肠不适等问题,会导致患者整体的治疗配合度下滑,进而影响最终的疾病控制效果。

左甲状腺素钠在实际应用中也得到逐步的推广,有关药物属于人工合成的四碘甲状腺原氨酸钠盐,其药效相对稳定、缓慢^[3]。通过口服用药可以达到 50% 的吸收率,与机体生理激素较为相似。左甲状腺素钠可以促使机体交感肾上腺素感受力得到有效提升,促使机体代谢能力的优化。其药物成分相对单纯,吸收率相对更高。同时不会引发过敏外源性蛋白,血浆甲状腺素可以更好地与球蛋白产生结合,生物利用性相对平稳^[4]。与甲状腺片有关药物配合治疗过程中,可以更好地保持治疗的稳定性,满足机体甲状腺素水平,减少机体 TSH 水平,促使心血管疾病发生率得到有效控制,促使临床效果得到优化。

本研究中,在用药治疗总有效率上,观察组 95.35%,对照组 79.07%,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组用药方案上,可以保证更好的治疗疗效,整体的用药效果相对理想。在患者甲状腺激素有关 TSH、TG、FT3、FT4、CHOL 各指标水平上,观察组各项指标与对照组明显,差异有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组患者有关的甲状腺激素水平明显得到优化,说明药物对疾病有关指标的修复效果更好。在患者不良反应率上,观察组 4.65%,对照组 18.60%,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。从观察组结果可以发现,药物不良反应更低,安全性更好,患者对药物的耐受度更好,整体的配合也会相对更高。在患者治疗依从性上,观察组 95.35%,对照组 60.77%,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组治疗依从性更高,患者对治疗方案的接受度更好,对有关工作的认可度更高,有助于良好的医疗口碑形象树立。

但是在实际的治疗用药中,左甲状腺素钠的药效起效相对较慢,一般在数周之后才能达到较高的治疗控制效果,而停药之后还需要做一段时间的观察^[5]。甲减严重患者在用药过程中需要注意剂量的把控,通常需要从小剂量起,依据情况循序渐进地达到生理替代激素剂量水平。本研究结果中可以发现,有关治疗的整体效果相对较好,说明了甲状腺素钠联合甲状腺素片治疗,不仅可以提升整体治疗恢复的效果,同时可以降低疾病以及药物治疗带来的不良反应问题。对于激素水平的调整较为有利,恢复的情况更为理想,患者接受度就好^[6]。从有关研究结果可以发现,两种药物联合使用整体的效果更好,安全性更高,比单纯用药的整体效果更为理想。有关药物的医疗利用价值更高,因此在有关临床上可以适宜广泛推广。

在治疗用药中,要尤为关注药物不良反应,其直接关系到患者是否能够依照治疗方案落实,治疗用药效果也会受到影响,对于最终疾病控制情况产生一定干扰性。尤其是甲减患者需要长时间用药,长期用药可以更好地保证疾病控制水平,避免疾病波动问题^[7]。不良反应则直接容易导致患者停止用药,甚至引发疾病不良恶化问题。而在本研究中,采用联合用药,一方面达到疾病控制的良好效果,另一方面也减少药物不良反应所带来的

负面问题。患者用药过程中的体验更好,整个配合度更高,有关工作的开展也更为顺畅^[8]。

从有关实际应用上面可以发现,相关药物的治疗经济压力相对合理,患者的接受度较好,并不会造成患者过大的经济负担,因此从用药的可行性上具有一定的可推广性价值。而具体的用药中,还需要依据患者各指标情况以及身体耐受度做评估了解,保证用药方案的合理性。并不是所有的用药方案都适合每一个患者,每次用药的调整中还需要观察患者基础疾病以及身体素质情况,甚至要考虑其经济情况,保证有关用药方案匹配个人综合情况所需,避免笼统一刀切而导致的不匹配问题。

在用药方面,还需要做好对应的教育指导工作。要充分意识到疾病治疗控制在一定程度上与患者的心理素质、认知水平有密切的关系,甚至与其生活管理也有直接的关联性。甲减疾病一方面需要药物控制,另一方面也需要生活管理的配合。例如饮食方面需要做好个人饮食管理,避免不良饮食导致的药物治疗受到一定的阻力。同时用药过程中,个人生活管理无论是运动、情绪、作息、复诊等各方面,对整个治疗工作都产生了一定的影响性。必要情况下,可以做好有关治疗随访工作,及时叮嘱患者来院反馈情况,合理调整用药。同时做好其生活管理的指导,保证整个治疗恢复工作有序地推进,避免不良因素对有关工作构成了干扰性问题。

本研究样本相对有限,未来还需要积累更多的样本量。同时该样本量的患者情况相对单纯,复杂性的案例情况相对较少。也可以对复杂性案例情况做个案分析,为后续的研究工作做一定的借鉴。让特殊案例与大众典型案例做结合,保证有关用药情况观察的全面性,避免观察案例较为单一导致的信息反馈局限性。要更好地考虑实际情况中的病例情况的多样性,尤其是很多患者疾病情况多样,对于有关用药的配合度也相对不足。如果控制药物不良反应,提升药效,优化患者整体的治疗依从性,进行合理的健康教育指导,提升患者对疾病的认知水平,减少医护工作阻力,对有关工作的研究也十分必要。要参考前辈经验,吸收同行国内外有关研究成果,结合地方情况,因地制宜与因人制宜的结合,提升工作开展的实际效果。

总而言之,甲减采用左甲状腺素钠联合甲状腺片治疗,可以有效地提升治疗疗效,改善甲状腺激素水平,减少不良反应率,治疗依从性更高,治疗效果与安全性均得到一定保障。

参考文献:

- [1]王静. 甲状腺素片联合左甲状腺素钠片治疗甲减的疗效观察[J]. 当代医学,2021,27(8):124-126.
- [2]曹喜云,王志强,庞国明,等. 甲减康冲剂联合左甲状腺素钠片治疗甲状腺功能减退症临床观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36(8):1006-1007.
- [3]李伟. 左甲状腺素钠联合甲状腺片治疗甲减的临床效果评估[J]. 当代医学,2020,26(9):116-118.
- [4]李佳智,叶永浓. 硒酵母片联合左甲状腺素钠对甲状腺功能减退患者甲状腺激素及心肌酶谱的影响[J]. 华夏医学,2022,35(1):18-21.
- [5]程平. 左旋甲状腺素钠片在妊娠期合并甲减患者中的临床效果分析[J]. 特别健康,2020(19):26.
- [6]安丽景. 温阳健脾利水方联合左甲状腺素钠片治疗甲状腺功能减退脾阳虚型临床观察[J]. 实用中医药杂志,2021,37(1):104-105.
- [7]赵闫丽. 温肾健脾方联合左甲状腺素钠片治疗甲状腺功能减退临床观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36(1):70-71.
- [8]葛长洁,蔡宏宇. 甲状腺功能减退症采用硒酵母片联合左甲状腺素钠治疗的效果[J]. 中国继续医学教育,2020,12(34):129-132.

多维度支持结合层级护理对颅脑损伤患者术后康复依从性和功能恢复的影响

周艳

商洛市商州区人民医院 神经内科 陕西商洛 726000

摘要：目的：探讨多维度支持结合层级护理对颅脑损伤患者术后康复依从性和功能恢复的影响。方法：选取2019年3月至2021年6月在本院确诊的颅脑损伤患者50例，简单随机分组为观察组和对照组，每组各25例。对照组予以常规护理，观察组予以多维度支持结合层级护理，均持续干预至患者出院。在干预前后，采用四肢感觉功能评价量表（FMA）评估患者的运动功能，采用Barther指数量表评估患者的生活能力；采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评分评估患者神经功能缺损情况；比较两组患者术后康复依从性（遵医、日常生活管理和运动）结果：干预后，观察组NIHSS评分显著低于对照组，Barther指数显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者上肢、下肢FMA评分显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者遵医行为、日常生活管理行为和运动行为等依从性评分均显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：自我效能指导下分层次护理有利于提高颅脑损伤患者的生活能力和依从性，可促进患者术后神经、运动功能的快速恢复。

关键词：自我效能；分层次护理；颅脑损伤；术后恢复

颅脑损伤主要与交通事故、高处坠落、失足跌倒及工伤事件有关，患者常表现为精神障碍、脑水肿及脑疝等^[1]，给患者的生命健康造成严重威胁。目前，针对颅脑损伤常采用手术治疗，有利于降低死亡率和伤残率，促进患者神经功能的快速恢复。但术后会引起多种并发症，对患者预后产生影响。既往研究显示^[2]，在术后给予患者积极的护理干预有助于促进患者恢复，降低并发症的发生风险。多维度支持通过多种方式向患者提供支持，满足患者不同层次的需求^[3]。层级护理是各级别的护士充分发挥其才能，根据干预措施监督帮助患者实施，可强化护士的责任感，提高护士的主动性，现已在多种疾病的康复中广泛应用并取得了较好效果^[4]。但目前对于多维度支持结合层级护理应用于颅脑损伤患者术后康复的报道较少。因此，本研究旨在探讨多维度支持结合层级护理对颅脑损伤患者术后康复依从性和功能恢复的影响，以期临床选择合适的干预措施提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年3月至2021年6月在本院收治的50例颅脑损伤患者。纳入标准：①符合颅脑损伤诊断标准^[5]；②本研究经医院伦理委员会审核通过，患者及家属了解并知情同意。排除标准：①存在运动功能障碍者；②存在其他心、肺、肝及肾等疾病患者；③存在认知障碍、意识模糊者；④存在精神疾病者；存在恶性肿瘤患者。简单随机分组为观察组（ $n=25$ ）和对照组（ $n=25$ ）。观察组男11例，女14例，年龄42~58岁，平均（ 49.14 ± 2.26 ）岁；观察组男13例，女12例，年龄42~58岁，平均（ 49.28 ± 2.13 ）岁。两组患者一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组予以常规护理干预。护理人员对患者进行健康教育、心理教育和饮食教育。护理人员对患者进行按摩，辅助患者翻身，并清除呼吸道异物；告知患者有关颅脑损伤的相关知识，提高患者对疾病的认知度；并对患者进行出院指导。

观察组予以多维度支持结合层级护理。①护理人员分级：由工作经验为3年及以上的护士长对护理人员进行分级，根据成员的学历、职称、工龄、专业知识水平、操作水平及心理能力等分为责任护士、辅助护士及责任组长等，并按照职责的分级划分相应的护理工作，形成护士长-责任组长-责任护士-辅助护士的层级管理，责任组长负责制定并监督计划的实施，并根据患者恢复情况不断改进护理措施；责任护士负责实施护理计划；辅助护士负责关注并满足患者的基本需求，执行基本的护理工作如病房进行全面消毒清洁，及时检查更新患者基本信息等。各层级护士各司其职，明确岗位职责并落实各项干预措施。②多维度支持结合层级护理的实施：a) 术前：健康教育维度支持：入院当天病房责任护士加强与患者及家属的沟通交流，用通俗易懂的语言或者图片视频等方式对患者及家属进行颅脑损伤的健康宣教，告知患者疾病危害、治疗方法、相关护理措施及康复运动锻炼重要性。并在术前1d，由责任护士告知患者及家属手术的操作流程

及可能存在的风险，安抚其紧张及恐惧情绪。责任护士及助理护士提前准备好手术相关器械用具、药品并仔细核对患者身份信息。b) 术中：手术维度支持：全程无菌操作，责任护士与医生进行良好配合，并密切关注患者心率、呼吸及平均动脉压变化，如有异常，及时告知医生采取相应的措施。c) 术后：A：心理维度支持：颅脑损伤是一种重大创伤事件，对患者心理造成较大负担。术后责任护士及助理护士通过对患者进行听觉及触觉等刺激，以促使患者的清醒。待患者意识恢复后，责任护士与患者进行沟通，了解其性格特征，引导患者表达自身需求和感受，帮助患者建立正确的生活方式，从细节处有针对性的进行心理辅导并满足患者相关需求，并通过听音乐、冥想和深呼吸等方式转移患者注意力，以增强患者的治愈信心，缓解其紧张和恐慌情绪。责任护士有意识的培养患者积极乐观的心态，告知患者治愈成功的案例并邀请他们对患者进行鼓励，分享其术后康复期的经验如以什么样的心态面对疾病，怎么调整心态和康复运动的重要性等，给予患者信心。B：康复训练维度支持：待患者病情稳定后，由责任组长制定相关康复训练，由责任护士及辅助护士监督患者实施，并将患者的恢复情况及时告知责任组长，由组长对患者设定相应的训练目标并对康复训练计划做出调整及更改。如患者达到训练目标后及时鼓励患者，如未完成目标告知患者不要气馁，仔细分析原因，然后根据原因制定可行的方法予以实施。告知患者进行肢体训练：包括手指、腕关节、肘关节及肩关节等上肢的屈伸、内旋、外旋、外展及翻转运动，2次/d；下肢活动：告知患者卧床时可进行相应的下肢训练，由责任护士指导患者进行伸屈、抬腿运动，缓慢坐起并移动到床边最终下床，最后视患者恢复情况指导患者手扶床边栏杆进行下蹲运动。C：家庭和社会维度支持：责任护士与患者建立良好的护患关系，在精神和生活上给予患者支持，让患者感受的外在支持，建立努力锻炼的信心。且责任护士告知患者家属给予患者鼓励督促和亲情支持，关爱患者，使患者有足够的信心，可利用家属所提供的情感和物质支持，在出院后观察患者病情变化，若出现异常变化及时送至医院进行救治。D：生活管理维度支持：为患者提供良好温馨的病房和环境，辅助护士每天定时对病房卫生进行清洁消毒。责任护士指导患者形成良好的生活习惯，健康饮食，以低盐低脂饮食为主，合理安排运动与休息，并叮嘱患者遵医服药。

两组均持续干预至患者出院。

1.3 观察指标

1.3.1 神经功能、生活能力

在干预前1d及干预结束时，采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）^[6]评分评估患者神经功能缺损情况，包括意识（7分）、凝视（2分）、视野（3分）、面瘫（3分）、语言（2分）、四肢活动（18分）、共济失调（9分）、构音障碍（9分）和忽视（2分）9项内容，总分55分，分值越高表示患者神经功能缺损程度越严重。采用Barther指数量表^[7]评估两组患者的行走、进食、洗澡、修饰、上厕所、转移、上下楼梯、穿脱衣

服、大便控制及小便控制等 10 项生活能力, >60 分为有轻度功能障碍, 能独立完成部分日常活动, 需要部分帮助; 60~41 分为中度功能障碍, 需要极大的帮助方能完成日常生活活动; <40 分为有重度功能障碍, 大部分日常生活活动不能完成或需他人服侍。总分为 0~100, 分数越高, 表明生活能力越强。

1.3.2 运动功能

在干预前 1 d 及干预结束时, 采用四肢感觉功能评价量表 (FMA) [8] 评估患者的运动功能, 其中上肢 10 项 (66 分), 下肢 7 项 (34 分)。分数越高, 表明患者运动功能障碍越轻。

1.3.3 康复锻炼依从性

在干预前 1 d 及干预结束时, 采用本院自制的康复锻炼依从性量表评估患者依从性, 该量表包括遵医行为、日常生活管理行为和运动行为 3 个

方面, 采用 0~4 分评分法, 每个方面 0~12 分, 总分 0~36 分。分数越高, 表明患者依从性越高。

1.4 统计学方法

数据处理采用 SPSS 22.0 统计学软件, 满足正态分布且方差齐的计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用两样本独立 t 检验比较观察组和对照组组间差异, 干预前后观察组和对照组组间差异比较采用配对 t 检验; 计数资料按 n (%) 表示, 行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

两组患者年龄、性别、致伤原因及损伤部位等一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	年龄	性别		致伤原因			损伤部位	
			男	女	高空坠落	交通事故	工伤	左侧	右侧
观察组	25	49.14±2.26	11	14	10	8	7	15	10
对照组	25	49.28±2.13	13	12	8	11	6	9	16
t/χ^2		0.225		0.321		0.773		2.895	
P		0.823		0.571		0.679		0.089	

2.2 两组患者神经功能、生活能力比较

干预前, 两组患者的 NIHSS 评分、Barther 指数比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 观察组 NIHSS 评分显著低于对照组, Barther 指数显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者 NIHSS、Barther 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NIHSS 评分		Barther 指数	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	25	34.25±3.21	21.09±2.41*	54.38±5.36	86.33±4.34*
对照组	25	34.69±3.04	26.33±2.57*	55.29±5.47	82.17±4.51*
t		0.498	7.436	0.594	3.323
P		0.621	<0.001	0.555	0.002

注: 与干预前比较, $*P < 0.05$

2.3 两组患者运动功能比较

干预前, 两组患者的上肢、下肢 FMA 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组患者上肢、下肢 FMA 评分均升高, 且观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者 FMA 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	上肢功能		下肢功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	25	34.37±4.41	47.83±4.22*	14.08±2.36	28.61±2.33*
对照组	25	33.49±4.62	42.54±4.18*	14.27±2.50	22.72±2.06*
t		0.974	6.298	0.391	13.392
P		0.332	<0.001	0.697	<0.001

注: 与干预前比较, $*P < 0.05$

2.4 两组患者依从性比较

干预前, 两组患者遵医行为、日常生活管理行为和运动行为等依从性评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组患者遵医行为、日常生活管理行为和运动行为等依从性评分均增加, 且观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者依从性比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	遵医行为		日常生活管理行为		运动行为	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	25	5.34±1.22	9.41±1.31*	4.19±1.25	9.27±1.05*	5.42±1.72	9.49±1.33*
对照组	25	5.52±1.40	7.36±1.26*	4.23±1.14	6.31±1.36*	5.85±1.24	7.04±1.01*

组

t	0.485	5.639	0.118	8.614	1.014	7.335
P	0.630	<0.001	0.906	<0.001	0.316	<0.001

注: 与干预前比较, $*P < 0.05$

3 讨论

本研究结果显示, 观察组遵医行为、日常生活管理行为和运动行为等依从性评分均显著高于对照组, 提示多维度支持结合层级护理有利于提高患者康复依从性, 改善预后。分析其原因, 可能是由于多维度支持结合层级护理从护士的实际能力出发, 合理配置护理人员, 对护士的工作职责进行相应分工, 充分发挥护士的业务能力及积极性, 利用不同维度的支持改变患者相应行为, 有利于提高患者依从性。在护理期间, 利用心理支持告知患者治愈成功的案例并邀请病友进行经验分享, 帮助患者建立疾病恢复的信心, 使其积极主动的进行康复锻炼; 通过康复锻炼支持在康复运动时通过设定相应的目标激励患者, 促使患者的健康恢复; 利用生活维度支持指导患者健康饮食, 合理运动与休息, 遵医服药等均有利于提高患者依从性, 帮助促进患者健康恢复。

综上所述, 多维度支持结合层级护理有利于提高颅脑损伤患者术后的生活能力和康复依从性, 对促进患者神经及运动功能的恢复有积极意义。

参考文献:

- [1]徐恒, 温卉蕾, 王兰兰, 等. 常规护理联合心理护理对颅脑外伤患者不良情绪和生活质量的疗效[J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45(6):4-5.
- [2]罗海琴. 阶段式康复护理对颅脑外伤患者术后肢体运动功能及神经功能的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(14):39-42.
- [3]罗萍. 多维度支持模式对肝癌肝动脉化疗栓塞患者自我和谐、创伤后成长及遵医行为的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2020, 17(5):4-5.
- [4]解剑. 层级责任全面护理对自发性气胸手术患者临床疗效与疼痛及不良情绪的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(19):2147-2150.
- [5]王正国, 蒋建新, 雍宜民. 《临床诊疗指南·创伤学分册》[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007:221-223.
- [6]张磊, 刘建民. 美国国立卫生研究院卒中量表[J]. 中华神经外科杂志, 2014, 30(1):79-80.
- [7]闵瑜, 吴媛媛, 燕铁斌. 改良 Barthel 指数(简体中文版)量表评定脑卒中患者日常生活活动能力的效度和信度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(3):185-188.
- [8]毕胜, 纪树荣, 顾越, 等. 运动功能状态量表效度研究[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(2):114-116.

中医护理干预对老年高血压患者自我管理能力的观察

冯瑞英

新疆医科大学第二附属医院中医科 新疆 830000

摘要：目的：对老年高血压患者应用中医护理干预的效果进行观察和分析。方法：随机抽取老年高血压患者 160 例，并分成干预组和常规组，前者实施中医护理干预方案或，后者实施常规护理干预方案，将 2 组患者的血压控制效果和自我管理能力的改善情况进行比较。结果：干预组患者的血压和自我管理能力改善程度均较常规组好，（ $P<0.05$ ）。结论：将中医护理干预措施融入到老年高血压患者的护理中，不但能够有效控制患者的血压水平，同时还利于提升患者的自我管理能力，具有显著的临床应用效果。

关键词：中医护理干预；老年高血压；自我管理能力

近年来，各种慢性疾病的发病率不断上升，其中比较典型的就高血压，高血压指的是人体内循环动脉血压升高，环境和遗传等因素均与该病的发生有着很大的关系，再加上不合理的生活作息习惯，摄入过多的盐和饮酒都有可能升高患者的血压，头晕和头痛是该病的主要临床表现，尤其是在紧张的情绪下也会升高患者的血压水平。临床治疗高血压的关键就是对其血压进行控制，对其不良生活习惯进行纠正，但是随着高血压患者病程的延长，患者会相继出现注意力不集中等症状，严重的话会出现相关并发症，致使患者的生活质量直线下降^[1]。由于多数患者为老年人，其自我管理能力相对较差，用药不及时或者错误错误用药事件时常发生，在一定程度上加重患者的病情。现对不同护理干预对老年高血压患者产生的不同影响进行如下分析和比较。

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）	病程（年）
干预组（n=80）	58/22	71.52±4.14	2.96±0.52
常规组（n=80）	60/20	72.56±5.10	2.86±0.60
t	0.258	0.784	0.278
P	5.021	1.021	5.112

1.2 方法

常规组：实施常规护理方案：（1）生活方面。由于气血亏虚和髓海不足极易导致患者表现出头晕和心血两虚等相关症状，身体疲乏无力，为此护理人员叮嘱患者应尽量闭目养神，为了避免患者突然变换体位，安排患者家属和护理人员时刻陪伴在患者身边。（2）情志方面。护理人员和患者之间建立和谐的关系，通过交谈对其心中的想法进行了解，并经常的给予患者更多的安慰和鼓励，使其重新燃起治疗疾病的信心。护理人员以患者的爱好为基础，将其作为切入点与患者交流，使患者的心态得以调整，注意力得以分散。（3）健康教育。护理人员将疾病的有关知识介绍给患者，提高患者对疾病的认知程度，并叮嘱患者应定期应经常参加一些有关疾病的健康讲座，也可以采用患者容易接受和理解的语言将疾病的治疗方法和需要注意的内容介绍给患者，使患者的心理状态得以改善。

干预组：实施中医护理干预方案。（1）饮食方面。如果患者属于肝阳上亢型，给予患者潜阳和肝肾滋养等饮食指导，叮嘱患者应进食芹菜、红薯和海带类食物；如果患者属于气血亏虚型，应给予患者补益心脾和健运脾胃饮食指导，叮嘱患者尽量进食丝瓜和红薯类食物；如果患者属于肾精不足型，给予患者滋阴补肾或温阳补肾饮食指导，叮嘱患者应进食黑木耳、鲜笋片以及豆制品食物；如果患者属于痰浊中阻型，给予患者燥湿祛痰和

健脾和胃饮食指导，叮嘱患者进食蛋类、牛奶和水果。（2）养生运动指导。护理人员叮嘱患者应保证每天进行适当的运动训练，可以选择太极拳、太极拳扇和八段锦等运动项目，患者的运动时间和强度以及承受能力为标准^[2]。

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 血压控制情况比较

干预前，收缩压和舒张压，干预组为（168.75±10.02）mmHg、（96.84±7.20）mmHg，常规组为（165.52±10.26）mmHg、（95.62±8.52）mmHg，2 组比较无差异，（ $P>0.05$ ）；干预后，收缩压和舒张压，干预组为（136.72±10.61）mmHg、（73.64±7.60）mmHg，常规组为（160.34±10.30）mmHg、（89.52±7.28）mmHg，2 组比较差异较大，干预组更低（ $P<0.05$ ）。

表 2 血压控制情况比较（ $\bar{x}\pm s$ ，mmHg）

时间	例数	收缩压		舒张压	
		干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	80	168.75±10.02	136.72±10.61	96.84±7.20	73.64±7.60
常规组	80	165.52±10.26	160.34±10.30	95.62±8.52	89.52±7.28
t	-	1.468	12.136	0.821	10.458
P	-	0.120	0.000	0.420	0.000

2.2 自我管理能力比较

在自我监测血压、合理饮食、坚持运动、按时用药自我管理能力各个维度中，干预组为 75 例（93.75%）、76 例（95.00%）、73 例（91.25%）、78 例（91.50%），常规组为 58 例（72.50%）、60 例（75.00%）、52 例（65.00%）、55 例（68.75%），2 组比较差异明显，干预组更高，（ $P<0.05$ ）。

表 3 自我管理能力比较（n，%）

时间	例数	自我监测血压	合理饮食	坚持运动	按时用药
干预组	80	75（93.75）	76（95.00）	73（91.25）	78（91.50）
常规组	80	58（72.50）	60（75.00）	52（65.00）	55（68.75）
χ^2	-	16.100	17.740	21.240	29.753
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 临床相关指标比较

干预前,在 BMI、腰围、盐摄入量等临床相关指标中,干预组为(24.21±0.80) kg/m²、(82.03±4.41) cm、(10.35±1.50) g,常规组为(24.01±0.86) kg/m²、(82.14±4.02) cm、(10.74±1.10) g,2 组比较差异不大,(P>0.05);干预后,干预组为(22.00±0.60) kg/m²、(75.32±6.31) cm、(7.42±0.37) g,常规组为(23.53±0.35) kg/m²、(79.35±3.46) cm、(8.30±0.86) g,2 组比较差异较大,干预组改善程度更高,(P<0.05)。

表 4 临床相关指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

指标		干预组 (n=80)	常规组 (n=80)	t	P
BMI (kg/m ²)	干预前	24.21±0.80	24.01±0.86	0.225	5.631
	干预后	22.00±0.60	23.53±0.35	8.996	0.000
腰围(cm)	干预前	82.03±4.41	82.14±4.02	0.305	4.524
	干预后	75.32±6.31	79.35±3.46	7.065	0.000
盐摄入量 (g)	干预前	10.35±1.50	10.74±1.10	0.441	3.225
	干预后	7.42±0.37	8.30±0.86	8.525	0.000

2.4 心理状态评分比较

干预前,在 SAS、SDS 心理状态评分中,干预组为(55.69±4.31)分、(53.75±3.52)分,常规组为(55.76±4.25)分、(53.50±2.50)分,2 组比较无显著差异,(P>0.05);干预后,干预组为(42.24±7.24)分、(42.71±7.81)分,常规组为(47.81±9.61)分、(48.52±9.27)分,2 组比较存在显著差异,干预组更低,(P<0.05)。

表 5 心理状态评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

时间	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	80	55.69±4.31	42.24±7.24	53.75±3.52	42.71±7.81
常规组	80	55.76±4.25	47.81±9.61	53.50±2.50	48.52±9.27
t	-	0.254	8.997	0.504	9.636
P	-	0.528	0.000	0.254	0.000

2.5 依从性比较

在用药、营养饮食、生活作息依从性中,干预组为(96.53±8.21)、(95.41±7.12)、(94.78±6.50),常规组为(81.66±7.30)、(80.32±6.50)、(80.12±6.22),2 组比较差异较大,干预组更高,(P<0.05)。

表 6 依从性比较 ($\bar{x}\pm s$)

时间	例数	用药	营养饮食	生活作息
干预组	80	96.53±8.21	95.41±7.12	94.78±6.50
常规组	80	81.66±7.30	80.32±6.50	80.12±6.22
X ²	-	12.524	11.669	10.205
P	-	0.000	0.000	0.000

3 讨论

在临床上,高血压属于一种常见且高发的慢性疾病,其典型特征是体循环动脉血压上升,极易发生心脑血管等器官损害情况^[3]。年龄超过 60 岁的老年患者是该病的高发人群,在我国人口结构变化的背景下,老年患者中高血压已经属于一种常见的疾病类型。在有关报道中提到,高血压也会导致其他疾病的发生,如冠心病和糖尿病,致使患者的生活质量大幅度下降,而且还会危害到患者的生命健康^[4]。近年来,人们的生活水平有大幅度的提升,在一定程度上使患者及其家属对临床护理服务质量提出的要求更高,广泛追求更加高质量的护理服务。中医护理干预充分强调为患者及其家属提供高质量的护理服务,提高患者及其家属对护理知识的理解掌握程度^[5]。由于高血压患者需要长时间的用药,其目的是使患者血压水平控制

在正常范围内,因此,在治疗高血压患者方面加强其对疾病的自我管理能力的具有重要的意义^[6]。

老年高血压患者不但在活动方面不方便,而且具有较大的记忆力,进一步缺少充足的自我管理能力,按时用药存在一定的困难,且对日常生活治疗不重视,进而难以控制患者的病情。中医在非药物治疗方面具有较高的安全性,且具有较好的效果,能够使患者的血压得以有效的控制^[7]。

目前,临床上所实施的常规护理方法就是在住院期间护理人员对患者实施口头健康教育,患者并未充分了解疾病的相关知识,缺少对疾病的认知程度和防护意识^[8]。中医护理干预能够显著提高临床护理效果,中医护理干预强调辨证施护原则,不但能够有效增强患者的自我管理意识,同时还有利于加强患者在运动和饮食方面的自我管理,从而对疾病进行有效的控制^[9]。中医护理干预包括多方面内容,不仅仅能够改善患者不健康的饮食习惯,同时还能够保证患者每天进行适当的运动训练,使其血液循环得以加快,进而提高患者的免疫能力,增强患者自我管理能力,最终实现有效控制高血压的目标^[10]。在本文中,干预组患者实施中医护理干预后很好的控制患者的血压水平,而且干预组患者的自我管理能力和临床相关指标以及心理状态、依从性均较常规组理想,说明中医护理干预在提升高血压老年患者自我管理能力方面发挥着重要的作用。

4 结论

总而言之,在老年高血压患者的临床治疗中引入中医护理干预措施,不仅仅能够促进患者血压情况的改善,同时还能够大幅度提升患者的自我管理能力,使患者的生活质量得以显著提高。由此可见,老年高血压患者的血压和自我管理能力在中医护理干预的积极性下均有大幅度改善。

参考文献:

[1]谢程程,杨官苗.中医护理干预对老年高血压患者自我管理能力的观察[J].名医,2022(06):147-149.

[2]毛云飞,傅志弘,张晓姝,高丽.中医护理干预对于老年高血压患者自我管理能力的探究[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(11):104-105.DOI:10.16269/j.cnki.cn11-9337/r.2019.11.074.

[3]邓见欢,潘翠欢,陆巧珍,魏秀娟.中医护理干预对老年高血压患者的血压控制效果及自我管理能力的影[J].内蒙古中医药,2018,37(12):127-128.DOI:10.16040/j.cnki.cn15-1101.2018.12.080.

[4]姚利娟.社区中医护理干预对老年高血压病患者自我管理能力的影[J].现代医学与健康研究电子杂志,2018,2(19):122+124.

[5]侯小玲.中医护理干预对老年高血压患者自我管理能力的影[J].现代诊断与治疗,2017,28(09):1745-1746.

[6]李红梅.中医护理干预对老年高血压患者自我管理能力的影[J].人人健康,2017(06):183.

[7]李彩兰.社区中医护理干预对老年高血压病患者自我管理能力的影[J].湖南中医杂志,2017,33(01):99-100.DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2017.01.080.

[8]苏淑真.中医护理干预对老年高血压患者自我管理能力的影[J].中外医学研究,2017,15(02):65-66.DOI:10.14033/j.cnki.cfmr.2017.2.033.

[9]黄志娟.社区中医护理干预对老年高血压患者自我管理能力的影[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(01):181-182.DOI:10.16458/j.cnki.1007-0893.2017.01.090.

[10]魏小敏,付爱霞.中医护理干预对老年高血压患者自我管理能力的影[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(20):107+110.DOI:10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2016.20.086.

中药房中药饮片质量管理现状及对策

胡庆利¹ 姜萍²

1.临邑医药有限责任公司 山东德州 251500; 2.山东药品食品职业学院 山东淄博 255011

摘要:对现阶段中药房中药饮片管理中存在的管理问题等进行了浅析,通过对近年来医疗机构中药房中存在的质量问题进行调查得知主要问题在于原中药质量低、饮片进货渠道不合格、中药饮片贮存问题、中药饮片质量低等问题,根据以上问题制定了相关制度与管理方案的调整,旨在全方位改善医院中药房饮片质量同时保障中药饮片的流通、调拨与售出等环节能够顺利开展并在一定程度上保障患者的用药安全性与合理性。

关键词: 中药房; 中药饮片; 药品管理

前言: 中药饮片是指在祖国医学理念指导下经特殊的加工方法后得到的能够直接应用于医疗体系中用以支持临床治疗并可供调配或制剂的中药^[1]。中药饮片是祖国医学理念支持下的中药产物,也是传统中医理念中用以进行辨证施治的重要途径以及中成药的制剂原料^[2]。现阶段随着祖国医学理念的逐渐深化,中药饮片已经成为临床中用以治疗、预防疾病的重要媒介^[3]。随着中药饮片的使用增多,在为患者的治疗等诊疗环节提供保障的同时也为药品管理部门的工作形成了一定负担^[4]。此外,在中药饮片管理秩序混乱、进货渠道存疑等因素的影响下,加之不健全的中药饮片制度,对药品管理质量形成了恶劣影响,同时对其售出以及供给临床使用等过程形成严重阻碍,一定程度上对患者用药安全行程隐患^[5]。基于该现象应对中药房中药饮片现阶段管理现状、管理问题进行总结,同时针对存在的管理问题与管理漏洞提出相关措施。只有不断完善管理制度体系才能在最大限度上保障中药房的正常运行同时为患者的用药提供有力保障。

1 中药饮片管理现状

1.1 中药原料质量低下

根据大量的试验数据显示多数中药的效能发挥与其生长环境与产地密切相关,传统意义上的道地药材发挥其基本效能的基础需要建立在特殊地域,并经特殊气候滋养才能发挥其中医疗效,因此在理论上需要使用道地药材才能炮制出具有临床使用价值的中药饮片^[6]。但在实际应用过程中,中药原料选择与理想状态下的发展截然相反^[7]。部分药材种植基地在中药市场高利润环境的引导下逐渐与药材的选择需要选择道地药材这一理念背道而驰^[8]。多见于忽略中药原料植物生长特点,根据市场需求在不适合植物生长条件的环境下大量扩种与随意播种。在使得药材原植物的生长受到影响的同时也使其临床疗效大打折扣。此外还存在药材原植物的采摘期间工作人员为了完成任务量随意践踏植被甚至大肆破坏植物生长环境,以上种种行为均对药材原植物质量形成了严重影响,进而使得其在完成炮制后的药性依然无法得以完整发挥。这些不合格的药物原材料的在流通过程中对药市场后造成一定程度的污染,进而使得药房在中药饮片进货阶段形成劣药与优质饮片混用的现状^[9]。

1.2 中药饮片进货渠道管理问题

医疗体系中药房在进行中药饮片的采购期间常需要对供货商护或供货机构完善的企业资质进行核实,确定其具备向中医院提供中药饮片的资质后方能予以采用,但在实际进货期间往往仅对企业或相关供货机构的营业执照的复印版本、经营许可与生产许可进行核实。进而增加了在采购期间收购劣药、假药的风险,一定程度上也使得患者的用药安全失去保障^[9]。

1.3 中药饮片储存管理漏洞

经调查现阶段我国中医院药房在储存管理中存在的问题多见于中药饮片贮存不当等问题,具体表现多见于药品贮存混淆、贮存条件不规范、专用设施简陋、老久、贮存室通风性差以及日常清洁与温湿度控制不到位

等。同时中药饮片多为根状并伴随多淀粉等特性,因此本身极易吸引昆虫,在以上情况的加持下极易形成虫蛀甚至腐烂霉变的现象,在影响的中药饮片的正常使用与中药房的正常运行的同时也增加了不必要的资源浪费^[10]。

1.4 炮制水准低下

当前多数中药房存在人员专业性低造成的中药饮片自行炮制期间形成的制法单一、炮制品种缺乏的情况,在影响中药饮片临床效能发挥的同时也使中药饮片的药性发生了微妙变化。诸如根茎类饮片在切割加工期间薄厚不均、粗细不一、性状不一等现象,进而使得加工成品中存在异形饮片与药渣的几率增加,造成患者在使用过程中形成严重浪费。此外部分饮片在药房制剂与炮制过程中制法缺乏专业性、规范性与合理性导致成品无法达到临床需求水准,甚至在加工期间形成炭化等现象,在影响药材的使用过程中也对其药性的发挥起到严重影响^[11]。

2 中药房质量管理策略

2.1 药材采购的质量控制

中药源头种植管理缺失、产地环境无法控制、植被在生长期变异以及加工质量难以控制等因素均使得上游中药原材料的质量无法得到保障。药材原材料的质量是决定中药饮片在入药、制剂、炮制等使得药物形态变化期间保留药性的重要前提与先决条件之一。因此在采购期间需要对中药饮片的来源进行严格调查,同时需要在调查核实相关证照的基础上对中药饮片的供应路径、采购招标流程与供应商进行详细调查以保证采购环节的瑕疵率在较低的水准中^[12]。

2.2 制定并完善中药饮片验收与质检环节

现阶段我国药品监督部门尚未对药房中的中药饮片质检进行分级,因此医院需要按照一定标准制定符合当前医院药房发展的分级标准。同时需要以现行的行业标准为抓手,结合中药执业药师与主管中药师的意见制定符合本院的中药饮片质量检验标准^[13]。同时在中药饮片采购阶段应以药师为主体成立药品验收品管圈,以行业内法定验收标准对购入的中药饮片以批次为单位进行验收。针对特殊类型的饮片(诸如剧毒、贵重等特殊性质的中药饮片)应在至少双人的验收监督下完成验收并进行验收记录的严格填写随后再完成与分货人员的交接。此外应建立监管团队对品管圈的工作进行监督管理^[14]。定期对药房中药饮片的购入质量进行检查同时应确保中医院药房在售的中药饮片的质量符合在售标准。此外可在原有药品管理系统的基础上建立单独的饮片数据系统,内含出售记录(包括出售种类、售价、时间购入人或调拨单位等)、库存现状(主要包括调出、调入或借调历史)、未来需求(主要包括根据在售情况分析得出的需求量与现有量)、贮存有效期等,根据中药饮片的基础信息进行的采购记录的计划。同时线上系统相较纸质记录更具有便捷性同时不易于丢失与混淆。在减轻工作负担的同时也保障了患者的用药安全性与中药房的可持续性运行^[15]。中药饮片供应商、供应机构需要具备国家药品经营管理资质并通过相关认证才能

予以合作。若需要在某生产商的饮片种植基地进行中药原材料的购入需要符合相关飞行检查,同时对所购入中药原材料的原产地种类与入药部分、性状、外包装与生产日期与相关执行标准必须进行深入了解。

2.3 严格控制中药饮片的贮藏与养护

需要对中药饮片的日常贮存、硬件的保养进行控制同时增加中药饮片炮制与贮存设施的投入资金,在保证硬件设施质量的基础上才能使得中药饮片的贮存质量得到良好控制。同时在日常期间应避免客观变量度饮片的贮存形成的影响,如光照等。在日常贮存中应科学通风同时控制空气湿度与温度、清洁度、光照时间等。针对入库饮片的贮藏应遵循上级监管部门下发的明文规定,对类型、毒性等性质不同的饮片以区域、编号为依据进行分类贮存并进行定位,此外应建立保管发放制度以进一步保证药房中药饮片的管理质量。同时为了便于中药饮片的质量追踪与养护质控,可借助箱、袋等对类型不用的中药饮片进行分装,同时应在外侧显眼位置注明商品名、净重量、原产地以及原材料采集时间、生产单位、产品生产批号、中药饮片生产日期、中药适应症与执行标准。此外中药饮片内部应有产品合格说明。存在毒性的中药饮片应按照上级部门下发的毒性药品管理规定进行验收^[16]。

2.4 加强饮片炮制与制剂流程监管力度

中药饮片的炮制路径、炮制过程中加入的辅料以及炮制时间等均会改变饮片原有药性与用途。因此中药饮片是一门专业性较强且对操作人员要求较高的技术性工种。我国于 2021 年通过的炮制相关草案正式得以公示但未形成正式规范化文书,因此医疗机构应建立符合院内发展与中药房特点的饮片管理制度并落实质量监管措施。针对中药饮片的炮制与煎煮等制剂环节制定的规范化操作流程以确保中药饮片炮制成品的最终质量。中药饮片临方炮制需要在医师的监管下,以医嘱为依据并结合实际,选择符合中药饮片特性的炮制方法与制剂方案并按照患者需求与处方需求添加相应辅料。此外应在医院需求与发展趋势的基础上加强炮制技术与炮制创造力。在药房原有基础上加盖单独煎煮区域与制剂区域或扩大原有的炮制区域与制剂规模。在院内系统中也应建立制剂系统,在便于患者取药与登记的同时也便于进行中药饮片数量的登入与登出,在达到一定效果后将饮片系统介入使之形成效益规模化。同时在处方审核过程中应要求开方医师规范化书写,同时应尽量避免药物缩写。同时在严格执行四查十对的同时保证患者在收方期间存在另一位中药师留存复印文件并对处方进行再次核实。

2.5 加大制度建设力度并使之形成独立的质控体系

当前我国中药饮片监管存在着较大争议,即表现在我国上级部门未明确解决中药饮片监管政策中存在的地带模糊这一问题中。因此应尽快针对中药饮片问题出台相关批准文号对应的管理目录,并进一步完善中药饮片生产流通规则,将建立统一的中药饮片管理标准作为目标并全方位推进中药饮片行业产业链的扩大。最终完成扩大我国药典收录中药饮片种类、改善中药饮片检验技术的任务,实现祖国医学理念指导下的中药饮片与现代化生产融合并形成一定规模的目标。政府机关部门应在原有质管体系的基础上建立相关具有监督效力的监管体系,同时由上级部门在原有基础上大力投入对医疗机构的财政补贴。此外还应强化多医疗体系中对于中药房饮片的检查力度,从饮片的质量、贮存以及购入途径等角度对饮片质量进行控制,达到保证院内药房中药饮片安全性与有效性的同时为患者的用药安全提供保障。同时医院应配合中药房对饮片的检查措施,同时应定期通过培训、召开集中讲座、线上问答、线下抽检等途径对医护人员的药品管理法规、中药饮片贮存相关内容的知晓度进行加强与验收。此外可成立质量

监督管理小组对药房内中药饮片直观情况进行抽查与监督,保证其在能够贯彻落实上级部门下发的相关文件的同时对患者的用药安全起到保障。

小结

综上所述,中药饮片的质量监控不仅影响着医院形象的树立,同时对医院药房的运营与经济收益、患者的用药安全性的保障等均存在着密切联系,在一定程度上也决定了医院整体是否能够正常运行。因此在控制医院中药房基础运行环节的同时应充分认识到中药饮片质量管理的重要性,应在强化中药饮片质量管理的同时从根源上对中药饮片流经的每一个环节都进行监管。将饮片的原产地、生产商、加工环节、炮制环节进行细化并实施质量监控,从而使得每个环节中存在的问题均能得以显露进而针对其提出具有可行性的解决策略,使得中药饮片的质量得以有效保证。从而提高医院药房中药饮片的管理质量进而提高患者的用药安全性,在满足了患者的就诊需求的同时为患者的生命健康安全提供了有力保障。

参考文献:

- [1]尹鹏军,胡士高. 2014—2018 年安徽省中药饮片生产企业执行药品生产质量管理规范检查的缺陷分析[J]. 药学实践杂志,2021,39(3):287—290.
- [2]陈尚岳,张红生,纪亚明,等. 标准管理应用于中药饮片质量控制中的作用研究[J]. 中国卫生产业,2021,18(9):61—63.
- [3]宋文惠. 中药饮片调剂质量管理对临床用药安全性的影响[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(24):193—195.
- [4]张俊强. 中药材与中药饮片的库房管理与质量控制[J]. 中国民族医学,2021,33(3):116—117,120.
- [5]苏园. 中药房中药饮片质量管理中的问题及对策分析[J]. 中国社区医师,2021,37(33):191—192.
- [6]赖洁梅. 医院中药房中药饮片质量管理问题及对策分析[J]. 中国卫生产业,2021,18(18):64—67.
- [7]胡若瑛,王美琴. 中药饮片采购管理分析与质量管理改进[J]. 中医药管理杂志,2021,29(1):142—143.
- [8]庞会明,任娟,姚毅. 江苏省 41 家三级中医医疗机构中中药饮片的质量管理现状分析及其改进措施[J]. 抗感染药学,2021,18(7):1060—1063.
- [9]梁芸,林婷. 中药房中药饮片质量管理问题分析与改进措施[J]. 中医药管理杂志,2021,29(24):85—86.
- [10]郭东晓,许丽丽,崔伟亮,等. 关于构建中药材和饮片贮藏养护质量管理体系的思考[J]. 中药材,2021,44(9):2023—2027.
- [11]黄思勇,金显平,康振兴,等. 中药饮片质量控制途径探讨[J]. 安徽农业科学,2021,49(8):167—169.
- [12]宋永真. 关于中药房在中药饮片质量管理中存在的问题及解决方法分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(30):216—217.
- [13]尹修全,梁秀慧. 中药饮片的质量管理和整改措施探讨[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(55):269—270.
- [14]陈少茹,李庆勇,陈慧贤,等. 中药饮片配方质量管理联合药学干预对用药合理性及用药安全性的影响[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(69):262—263.
- [15]黄秀琴,刘湘,蔡勇科. PDCA 循环管理处方点评工作在门诊中药饮片处方管理中的作用[J]. 海南医学,2021,32(14):1859—1861.
- [16]张晓美. 中药饮片配方质量对中药处方的合理性及临床用药安全性的影响[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(5):55—57.

母乳喂养指导路径在产科护理管理中应用的效果分析

李莉

河北省沧州市人民医院 河北沧州 061000

摘要:目的 旨在研究母乳喂养指导路径在产科护理管理中的临床应用效果进行分析。方法 选择2020年1月至2022年3月期间我院产科收治的200例产妇作为对象,按随机数字表法分为两组,对照组与研究组,各100例。对照组:采用常规护理,研究组:采用母乳喂养指导路径,对比两组母乳喂养率、泌乳时间、泌乳量、新生儿发育情况、产妇临床护理满意率。结果 研究组产妇母乳喂养率为93.0%,明显高于对照组的74.0% ($P<0.05$);新生儿3个月后各项健康指标也明显优于对照组 ($P<0.05$);研究组产妇的泌乳始动时间也明确短于对照组 ($P<0.05$);且泌乳量也明确高于对照组 ($P<0.05$)。另外,研究组产妇护理满意率为100.0%,也明显高于对照组的78.0% ($P<0.05$)。结论 母乳喂养指导路径应用于产科护理管理,缩短产妇产后的泌乳始动时间、增加泌乳量、提高母乳喂养率、促进新生儿健康发育,提高产妇临床护理满意度、提高产科护理管理质量,具良好临床应用价值。

关键词: 产科护理管理; 母乳喂养指导路径; 效果

母乳是婴儿生长发育最佳的天然食物。母乳喂养既是人类繁衍之本能,更是最有效、最直接的婴儿喂养方式,其优势是其他喂养方法无法比拟的。研究发现:健康的母乳及合理的母乳喂养方式对新生儿存活、婴儿生长发育具有重要的意义,对促进婴儿身心健康具有重要的、深远的影响。世界卫生组织、联合国儿童基金会等机构均将母乳喂养作为儿童生存与健康成长的重要手段,并在全球范围内予以提倡^[1]。同时,2002年还提出《婴幼儿喂养全球战略》,该“战略”中提出:提倡新生儿出生后4~6个月时应采用纯母乳喂养,且母乳喂养应伴随辅助食品持续至婴儿2岁时^[2]。但是,由于部分产妇对母乳喂养知识了解不深、产后饮食不当导致奶量减少、或者摄入不利于新生儿健康成长的物质,同时当今社会越来越多的女性投身到职场,为了能够尽快返回工作岗位,导致很多女性出现了人工喂养的意识与思想,导致其在产后难以及时实施母乳喂养,错过最佳喂养时间^[3]。为此,需要对产妇实施产后系统性母乳喂养知识指导,增强产妇尤其职业产妇母乳喂养的意识,保证母乳喂养的科学性,为新生儿的健康成长提供保障。因此,本文就母乳喂养指导路径在产科护理管理中的临床应用效果进行对比性研究与分析。现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选择2020年1月至2022年3月期间我院产科收治的200例产妇作为对象,按随机数字表法分为两组,对照组和研究组各100例。对照组:100例,产妇年龄20~39岁,平均(28.2±3.7)岁;初产妇78名,经产妇22名。研究组:100例,产妇年龄21~40岁,平均(29.0±3.8)岁;初产妇76名,经产妇24名。两组产妇均无妊娠合并症和传染病,产妇自愿签署知情同意书,经我院伦理委员会审批同意。两组资料对比无差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:(1)产妇均具备完善的医疗建档;(2)无术后并发症;(3)单胎妊娠。

排除标准:(2)不适宜母乳喂养者;(2)合并严重产后并发症者;(3)奶量过少者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组产妇均于妊娠后予以常规母乳喂养指导。①产妇分娩后,护理人员护送产妇回病房或是及时引导产妇家属将其护送回病房。产妇回至病

房后,护理人同应指导其尽量在产后1h开奶、喂奶。②护理人员须叮嘱产妇避免摄入寒凉或刺激食物,且要禁食涨奶(羊肉汤、鱼汤、牛奶等)或回奶食物(豆类、洋葱、韭菜等)。③护理人员应及时指导产妇定期进行挤奶,且要做好乳房的清洁工作,以保证喂奶质量以及卫生质量。④护理人员应鼓励产妇能够尽早与新生儿接触,以此来增进母婴感情,为提高母乳喂养质量提供保障。⑤护理人员应定期查房,开展对产妇产后开奶情况的观察、指导等工作,同时,对一些存在不良喂奶习惯或是饮食习惯的产妇加以指导以及行为的纠正,以保证其能够顺利开奶以及实施喂奶。

1.2.2 观察组

观察组产妇在基于对照组护理干预基础上,则给予相应的母乳喂养指导路径指导与管理工作。(1)产前:产妇入院后,护理人员介绍医院相关环境、护理服务内容以及医院作息制度和相关人员,并将母乳喂养的优势详细告知产妇及其家属,同时指导产妇如何正确清洗乳头、正确喂养方式等,及时解答孕妇及其家属所提出的各种问题。同时,护理人员还要基于产妇个性化的实际情况对其开展针对性母乳喂养优势的讲解,同时告知母婴早接触、早吸吮、早开奶的理念、方法以及作用,同时纠正产妇(尤其是职业女性)错误的喂养理念,讲解正确泌乳技术方式,解答产妇以及家属所咨询的内容。(2)产后:①健康教育:护理人员与产妇有效沟通,利用其初为人母的喜悦感,向其介绍产后母乳喂养知识。向产妇发放母乳喂养与乳腺保养知识手册,明确母乳喂养对自身以及新生儿的好处,促使其尽量母乳喂养,促进子宫收缩,提升新生儿身体机能及免疫力^[4]。②产后情绪改善指导:产妇尤其是初产妇,在分娩后精神比较疲惫,导致其情绪状态不佳。而不良情绪不仅影响其喂养积极性,还会导致乳汁质量下降。针对这一情况,护理人员需要与产妇沟通,提升其喂奶的积极性。并指导产妇规律作息,保持充足的体力。指导产妇多与新生儿接触,提升其喜悦感。③乳头护理:指导产妇喂养前,先洗手,使用温水擦拭乳头,清洁乳房,并在规定的喂养时间内,保持最舒适的姿势喂养。喂养后,采用少量乳汁保护乳头。一些产妇乳头处于凹陷状态,影响新生儿吸吮质量,甚至出现母乳喂养失败现象。此问题可采用大拇指对乳头施压,两手将乳头向外拉伸,反复多次,以刺激乳头突出。必要时可使用吸奶器,将乳头吸出,并吸取少量母乳,进行初次喂养。④母乳喂养护理:护理人员在新生儿出生1h内,应给予产妇相应的母乳喂养指导。一方面由专业的护理人员指导,并对乳房进行护理,争取早开奶。及时发现其中存在的问题,并做好交接班工作。另一方面,护理人员要于产妇分娩24h内,对其再度进行母乳喂养

知识亲身指导,帮助产妇按摩等,以保证其能够尽早开奶。⑥ 乳房按摩指导:乳房按摩指导是重要的母乳喂养指导环节,护理人员应指导产妇坐位或平卧位,将乳房充分露出,用热毛巾热敷乳房 1~2 min(乳涨者禁止热敷);将 1 块干净毛巾铺垫于乳房下,对一侧乳房进行四步按摩第一步:抖,双手虎口张开,五指贴上,在乳房根部抖动;第二步:梳,五指张开,一手托住乳房,一手梳抓乳房;第三步:按,一手托着乳房,一手的大鱼际肌或小鱼际肌,从乳房根部向乳头方向旋转按摩;第四步:挤,一手托住乳房,一手拇指及食指放在距乳头根部 2 cm 处,二指相对,向胸壁方向轻轻下压作用于乳晕下方的乳房组织,反复一压一放,呈放射状方向疏通乳腺管。同法按摩另一侧乳房,2 次/d, 10~15 min/次,以促进乳腺疏通增加泌乳量。⑦ 饮食指导:为产妇制定营养均衡的饮食计划,尽量多摄入富含蛋白质、维生素、纤维素等营养物质的食物,保证为新生儿提供充足的营养。另外,护理人员还要指导产妇避免寒凉、刺激性食物摄入,以避免新生儿腹泻、腹痛等现象的发生^[4]。

1.3 观察指标

对比两组母乳喂养率、泌乳时间、泌乳量、新生儿发育情况、产妇临床护理满意率等。

1.4 统计学

运用统计软件(SPSS22.0 版)对本研究相关数据进行统计学分析处理;计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以%表示,采用 χ^2 校验; $P < 0.05$ 时,证明数据间的差异具统计学意义。

2 结果

2.1 母乳喂养率分析

研究组产妇母乳喂养率为 93.0%明显高于对照组的 74.0%,且统计学分析提示:组间数据对比有差异($\chi^2 = 16.206$, $P < 0.05$)。

2.2 产妇泌乳始动时间分析

研究组产妇泌乳始动时间为(17.26 ± 4.26) h,明显短于对照组的(29.64 ± 6.18) h,且统计学分析提示:组间数据对比有差异($t = 15.674$, $P < 0.05$)。

2.3 产妇泌乳量分析

研究组产妇产后 3d 时的泌乳量为(917.62 ± 26.73) mL,明显多于对照组的(629.64 ± 40.25) h,且统计学分析提示:组间数据对比有差异($t = 17.674$, $P < 0.05$)。

2.4 新生儿发育情况分析

研究组新生儿 3 个月各项体征情况均明确优于对照组的,且统计学分析提示:组间数据对比有差异($P < 0.05$);见表 1。

表 1 新生儿 3 个月各项体征情况分析

组别	例数	体重(kg)	身长(cm)	头围(cm)	智能发育指数(分)
研究组	100	7.25±0.92	70.26±3.12	42.45±2.03	101.45±1.62
对照组	100	6.38±0.84	64.28±3.07	38.24±2.00	94.26±1.57
t		14.235	15.647	13.209	13.557
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.5 护理满意率分析

研究组产妇护理满意率为 100.0%,明显高于对照组的 78.0%,且统计

学分析提示:组间数据对比有差异($\chi^2 = 15.892$, $P < 0.05$)。

3 讨论

母乳分为四大类:初乳、过渡乳、成熟乳和晚乳。研究发现:初乳富含多种免疫因子,这对提高新生儿的存活率具有积极作用;而在初乳、过渡乳中则含有较高水平的蛋白质、乳糖,以满足婴儿前 3 个月的快速生长发育过程中的营养需求;成熟乳、晚乳则是在初乳蛋白质含量随着哺乳时间的延长而呈现出下降趋势,且脂肪含量则呈现出逐步升高趋势,至成熟乳时则变得相对稳定。母乳的这种变化,可以提高各营养物质的吸引,还可以避免脂肪对新生儿消化道负荷^[5]。

母乳中,已经明确 200 多种低聚糖,其致病菌对肠道壁的黏附作用具有良好的抑制作用,进而达到降低婴儿肠道、呼吸道和尿道感染的作用;同时,还可以预防坏死性小肠结肠炎等,并对婴儿大脑发育也同样具有积极的促进作用。研究发现:母乳中含有的糖蛋白、糖脂则会对微生物附着于肠道细胞的方式产生良好的阻断作用,进而达到抗感染、保护肠道,调节肠道内有益菌的目的。研究发现:母乳喂养较配方奶粉喂养婴儿,其智商差异高达 5—10%左右,且持续母乳喂养时间越长,8—9 岁时儿童的智商也相对越高,且在其 10—13 岁时的计算能力、理解能力也明显高于配方奶粉喂养儿童。母乳喂养量和持续时间可影响儿童气质发育,促进认知发育,减少儿童期行为问题的发生。国外学者则在研究中发现:母乳代用品对于母婴健康存在着一定的负性影响,同时,母乳喂养率的大幅下降也同样引发了学界、社会的广泛关注^[6]。

本文研究结果提示:研究组产妇母乳喂养率为 93.0%,明显高于对照组的 74.0 ($P < 0.05$);新生儿 3 个月各项体征情况明显优于对照组 ($P < 0.05$);研究组产妇的泌乳始动时间明确短于对照组 ($P < 0.05$);泌乳量明确高于对照组 ($P < 0.05$);研究组产妇护理满意率为 100.0%,明显高于对照组的 78.0% ($P < 0.05$)。也提示:在产科护理管理开展母乳喂养指导路径,产妇不再只依靠新生儿自主吮吸乳头,而是能够让产妇在护理人员的指导下结合自身情况科学地调整喂养方式,促使产妇形成良好的科学母乳喂养意识与行为,对提高产妇母乳喂养率、促进新生儿健康发育具有重要的现实意义。

综上所述,在产科护理管理中推动母乳喂养指导路径能帮助改善产妇产后母乳喂养意识与行为,全面提高母乳喂养率,促进新生儿健康发育奠定了良好的基础,应在临床中积极推广。

参考文献:

- [1]林桂英.产科护理管理中开展母乳喂养指导路径的有效性分析[J].中国保健营养,2021,31(13):211.
- [2]秦娜,孙养玲.系统性母乳喂养指导应用于产科护理的效果[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(17):170,172.
- [3]陶艳萍.系统性母乳喂养指导应用于产科护理的价值分析[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(16):124,128.
- [4]李富芹,莫敏.探讨产科门诊优质护理中指导多种形式母乳喂养对产妇睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(4):645-646.
- [5]袁欣.母乳喂养指导路径应用在产科护理管理中的应用效果评价[J].家有孕宝 2020,2(7):76-77.
- [6]方爱华.母乳喂养指导路径对产妇泌乳时间、泌乳量及母乳喂养成功率的作用[J].中国社区医师,2021,37(4):111-112.

应用品管圈提高肛肠术后疼痛管理规范率的实践

杨婷婷 王丽萍

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川 750001

摘要: [目的] 探讨通过品管圈的活动提高肛肠术后疼痛管理规范率的效果。[方法] 建立品管圈小组, 对肛肠疾病病人术后疼痛现状进行资料收集, 运用品管圈手法进行目标设定、分析、对策制定及实施。[结果] 护士在对肛肠疾病病人术后疼痛管理规范率明显提高。[结论] 开展品管圈活动对提高肛肠术后疼痛管理规范率, 加强团队合作精神等起到积极的推动作用。

关键词: 品管圈; 肛肠术后; 疼痛; 护理

The practice of improving the standard rate of pain management after anorectal surgery with the use of duct coils

Abstract: [Objective] To explore the effect of improving the standard rate of anorectal pain management through the activity of the quality tube circle. [Methods] A quality control circle team was established to collect data on the postoperative pain status of patients with anorectal diseases, and to set, analyze, formulate countermeasures and implement goals by using the quality control circle technique. [Results] The standardized rate of pain management of patients with anorectal diseases was significantly improved. [Conclusion] Carrying out quality control circle activities plays a positive role in improving the standard rate of anorectal pain management and strengthening team spirit.

Key words: Quality control circle; Anorectal diseases; Postoperative pain; nursing

品管圈是一种自下而上的管理方法, 由相同、相近或互补之工作场所的人们自动自发组成数人一圈的小团体, 然后全体合作、集思广益, 按照一定的活动程序, 活用品管手法, 是一种较为活泼的管理方式, 可有效提高工作效率 [1]。疼痛作为一种主观的身体感觉和体验, 还伴随着令人不愉快的情绪变化, 心理因素对患者的疼痛体验具有更大的预测作用 [2]。疼痛是肛肠术后最常见的并发症, 且疼痛程度多表现为中度以上, 严重者会导致一系列并发症, 影响患者的术后康复及日常生活 [3]。规范疼痛护理管理是通过全面科学的干预措施减轻患者术后躯体疼痛感, 提高其对疼痛的耐受力, 增强战胜疼痛信心和康复锻炼积极性的干预模式 [4]。因此, 我院中医肛肠科建立品管圈, 展开以“提高肛肠患者术后疼痛管理规范率”为主题的品管圈活动, 取得明显的效果。

1 品管圈的制定

1.1 组成品管圈 成立于 2020 年 9 月, 命名为“向日葵圈”, 由 10 名医护人员组成, 其中由 3 名主管护师, 6 名护士、1 名主治医师组成。2, 圈员按时进行品管圈的理论培训, 每 4 周召开 1 到 2 次品管圈成员会议, 报告活动开展情况并且讨论和解决在品管圈活动过程当中找到的问题。

1.2 确定活动主题 由品管圈成员运用头脑风暴法提出活动的备选主题: 降低痔疮患者术后便秘发生率; 提高肛肠患者术前准备完好率; 提高肛肠患者术后疼痛管理规范率; 提高患者对护理服务的满意度。全体小组成员对提出的所有主题进行探讨, 从上级政策、解决问题的可行性、迫切性、以及圈能力 4 方面进行打分, 每项有 1 分、3 分、5 分, 总分 20 分, 最终确定出“提高肛肠患者术后疼痛管理规范率”为本次品管圈活动的主题。选题的理由为: 资料显示 [3], 疼痛是肛肠术后最常见的并发症, 且疼痛程度多表现为中度以上, 严重者会导致一系列并发症, 影响患者的术后康复及日常生活。陈永红 [5] 认为, 术后疼痛易引发排便困难、肛周水肿、感染等并发症, 严重影响患者的预后及生活质量。

1.3 拟订活动计划按 P D C A 原理拟定包括主题选定、计划拟订、现状把握、目标设定、解析、对策拟定、对策实施与检讨、效果确认、标准化、检讨及改进、成果发表 11 项内容的活动计划表。

1.4 现状把握 在查阅文献的基础上应用头脑风暴法设计检查表, 收集 2020 年 10 月 26 日—2020 年 11 月 25 日在宁夏回族自治区中医肛肠科住院的 484 人次肛肠疾病术后病人当天、第 1 天、第 2 天、第 3 天、第

4 天的疼痛评分情况, 并分析原因。调查显示, 78 例病人疼痛知识宣教不到位、疼痛护理措施不到位、患者病情 得分较高, 累计百分比 84.95%, 详见表 1。根据 80/20 法则, 肛肠疾病病人术后疼痛知识宣教不到位、疼痛护理措施不到位、患者病情将作为本次活动的改善重点, 见图 1。

表 1 肛肠患者术后疼痛情况

名称	数量 (个)	百分比 (%)	累积百分比 (%)
疼痛知识宣教不到位	78	31.45	31.70
疼痛护理措施不到位	70	28.45	60.15
患者病情	61	24.80	84.95
医生换药操作不当	12	4.88	89.82
敷料填塞过紧	11	4.47	94.29
患者对疼痛的耐受性存在差异	8	3.25	97.54
患者依从性差	6	2.46	100

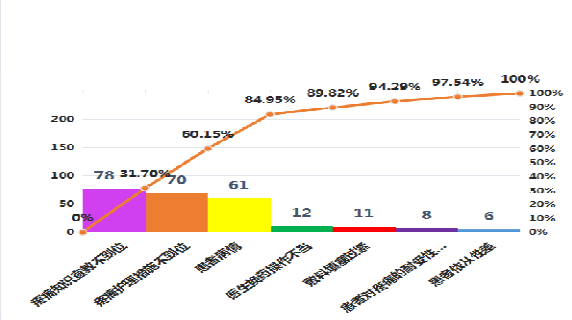


图 1 肛肠患者术后疼痛护理柏拉图

1.5 目标设定 根据目标值计算公式, 目标值 = 现况值 + [(1-现况值) × 圈能力 × 改善重点], 在主题选定过程中本品管圈能力为 72%, 根据现状及改善能力设定改善目标值为 80.3%, 改善幅度为 63.2%。

2 制定对策

2.1 解析 针对肛肠疾病病人手术后疼痛管理规范率低的主要环节:疼痛知识宣教不到位、疼痛护理措施不到位、患者病情,召开圈会小组讨论,全体圈员运用头脑风暴法,制作术后疼痛原因、患者疼痛知识缺乏的原因、疼痛护理措施不到位的原因进行鱼骨图分析,从人、机、料、法、环5个方面进行分析。同时,全体圈员利用特性要因评价表对所有原因进行打分,选定排序前6名的原因为要因,利用查检表收集2020年11月23日—2020年12月6日中医肛肠科住院的484例肛肠疾病术后病人疼痛情况对导致“肛肠患者术后疼痛管理规范率低”的要因进行验证,经过原因分析、要因分析、真因验证3个环节,最后确定3个真因:未建立术后疼痛护理流程与制度,科室培训不到位,疼痛知识宣教不到位。

2.2 对策拟定 针对三个要因,全体圈员通过头脑风暴共拟定了16条对策,再次进行分析、筛选、整合、排序,评价指标为对策的可行性、经济性、圈能力,拟定实施顺序、完成时间,最后制订对策实施计划。①成立疼痛管理小组,建立疼痛管理团队,查阅文献,指南,专家共识,发挥中医护理优势,制定临床护理路径及健康教育路径②完善“各类疼痛中医护理操作标准流程”,包括中药穴位贴敷、中药熏洗、耳穴压豆、电磁波照射、艾灸法、腕踝针。每周进行理论及操作考核。③准确的评估是疼痛管理的第一步[6]。制定“疼痛评估量表”及“疼痛等级评分卡”,并张贴于病房,教会患者进行自我疼痛评分,对患者进行“一对一”疼痛评估并记录,疼痛评分 ≥ 5 分者,及时采取干预措施;组织全科人员学习,每月考核一次,做到疼痛管理,人人参与。④培训护士全面掌握肛肠疾病相关理论知识,止痛药及止疼泵的适应症、药理作用、使用方法以及并发症的预防;培训结束组织考核,提高护士疼痛评估、疼痛宣教、疼痛处理的能力。⑤制作“疼痛管理知识知晓情况调查表”的问卷星,责任护士每周进行数据收集并有针对性地进行改进。建立“肛肠患者出院须知”,并收集出院患者满意度,每月进行数据分析,并持续改进。建立“肛肠患者换药咨询”微信群,患者可随时进行咨询。⑥向患者讲解应用止痛药的必要性,提高其对止痛药的正确认知和依从性。⑦护士长质控每周1次,检查疼痛管理、措施落实情况,发现问题及时反馈、整改,确保执行规范、到位、有效。

3 效果确认

3.1 有形成果 针对拟定的对策,再次利用查检表进行查检,疼痛知识宣教不到位、疼痛护理措施不到位、患者病情改善情况见表2,目标达成率128%,进步率80.9%,改善后柏拉图见图2。

表2 肛肠患者术后疼痛情况

名称	数量(个)	百分比(%)	累积百分比(%)
疼痛知识宣教不到位	16	34.77	34.77
疼痛护理措施不到位	10	21.73	56.50
患者病情	8	17.38	73.88
医生换药操作不当	3	6.53	80.44
敷料填塞过紧	3	6.53	86.94
患者对疼痛的耐受性存在差异	3	6.53	93.47
患者依从性差	3	6.53	100

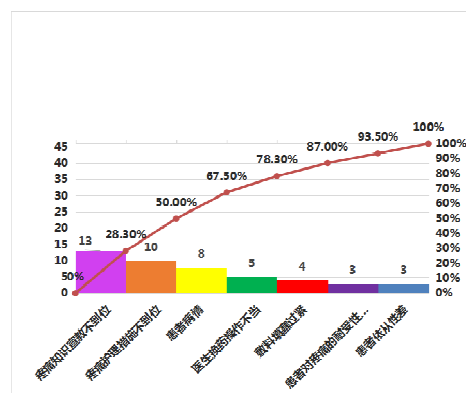


图2 肛肠患者术后疼痛护理柏拉图

3.2 无形成果 操作技能合格率、理论考试平均成绩、住院患者满意度均有所提升。由10名圈员自主评分,每项分值10分,得出活动成长值,绘出雷达图。结果显示,圈员解决问题能力、个人素养、团队协作、沟通能力、活动信心、责任心等方面,所有指标都得到了提高。

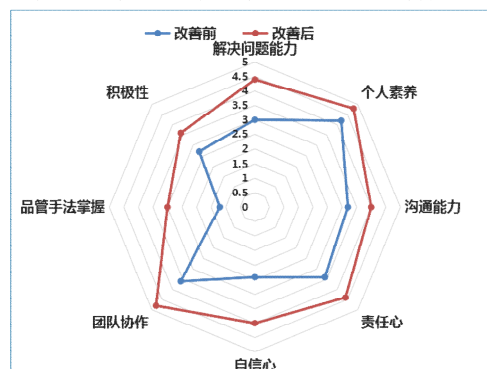


图3 活动成长值雷达图

4 讨论

4.1 标准化 此次品管圈活动形成了如下标准化作业书:制作了《中医临床护理路径》,制作了《中医特色护理操作标准化流程》。

4.2 检讨与改进 本次品管圈活动针对肛肠术后患者的疼痛管理,制定了疼痛管理规范,有效改善了护士操作及理论成绩,活动过程中加强了护患之间的沟通、协作能力,增加了圈员的集体荣誉感、对工作的责任心、学习的积极性。但在进行品管圈的过程中也存在不足,如护理人员对品管圈知识掌握不够,应用手法不灵活,还需提高;对策拟定过程中需要开拓思维,创新性对策的实施和制定,标准化内容的书写还不熟练。

参考文献:

- [1] 闵美兰,叶凤林,周馨颖.基于品管圈的集束化护理在中心静脉导管相关性血流感染预防中的应用[J].基层医学论坛,2021,25(36):5308-5310.
- [2] 黄雪,刘俐.依恋心理对慢性疼痛患者整体疼痛感的影响:自我效能的中介作用[J].中国实用护理杂志,2018,34(04):284-288.
- [3] 蒋玲芳.耳穴埋豆联合穴位贴敷护理干预对肛肠疾病术后患者疼痛缓解状况的影响[J].中国当代医药,2017,24(32):177-179.
- [4] 周丽.规范化护理管理方案在全髌关节置换术患者疼痛护理中的应用[J].中医药管理杂志,2018,26(04):122-123.
- [5] 陈永红,杨亚红,谢亚丽.综合护理对肛肠疾病患者术后疼痛及生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(18):165-167.
- [6] 张杰.成人危重症患者客观疼痛评估的研究进展[J].中华护理杂志,2014,49(3):355-359.

股骨头坏死的 MR 早期诊断研究进展

安润 李黎明 张国锋

定西市第二人民医院 甘肃定西 743000

摘要: 股骨头坏死属于常见骨科疾病,多由于股骨头缺血,导致其骨质结构发生变化,最终因为疼痛导致患者行动受限的疾病。该疾病多需要手术方式予以治疗,并且越早治疗,越有助于患者恢复,预后性较佳。故在应加强对该疾病的诊断,尽早发现患者骨头坏死情况。MR 诊断方式是较为常见的股骨头坏死诊断方式,为探究其临床价值,研究总结相关学术研究,探究股骨头坏死的 MR 早期诊断研究进展,现综述如下。

关键词: 股骨头坏死;MR;早期诊断

股骨头坏死属于慢性疾病,是由于长期病理演变产生的骨科疾病。如果患者生活过程中股骨头长期负重,并无法终止该演变过程,可能会导致股骨头坏死情况,严重者会导致患者丧失行走能力,严重危害其生命健康,降低其生活质量^[1-2]。尤其是老年患者,在受到创伤、药物刺激、酒精刺激等影响下,会产生股骨头缺血并坏死,致残率较高。尽早诊断出患者疾病发生情况,并对其予以有效治疗,是避免股骨头坏死疾病发生病变,病情加重的主要措施^[3]。鉴于此,尽早对股骨头坏死患者实行诊断与检查十分必要。文章对相关股骨头坏死患者 MR 早期诊断相关研究进行总结,为临床治疗工作提供依据。

一、股骨头坏死流行病学

我国目前已有 900 万左右患者发生股骨头坏死疾病,并且每年该疾病新增数较高,能到达 30 万以上。其中 30-50 周岁之间患者发病率较高,约为所有股骨头坏死患者的 1/2。我国农民股骨头坏死患者多于城市股骨头坏死患者,其原因与医疗水平、诊断水平、劳作方式等均有一定关联^[4-5]。

二、股骨头坏死病理过程与分期

目前,面对股骨头坏死疾病,其发病原因尚不明确。张玉婷^[6]等人研究中阐述,股骨头坏死症状与患者血运障碍、脂代谢紊乱、酒精刺激、过量激素药物刺激等有关。根据患者股骨头坏死症状发生的原因,能将其分为创伤性股骨头坏死以及非创伤性股骨头坏死。其中,非创伤性股骨头坏死与患者微循环变化情况有密切关联,创伤性股骨头坏死与患者血运障碍有关。股骨头坏死修复手术开始于未分化间充质与毛细血管增生,并逐渐向坏死区域侵入^[7]。进入不同距离后,该细胞能在分化中形成骨细胞,并围绕骨小梁活动。在创伤性股骨头坏死与非创伤性股骨头坏死中均可能会发生。但针对不同股骨头坏死类型,干预方式之间存在较为显著的差异。针对任何股骨头坏死患者的治疗,其修复情况均与修复反应时间、程度以及坏死手术量有关。李彦^[8]等人研究中表明,尽早对患者实行手术治疗干预,能显著提升患者预后。如患者已经处于股骨头坏死晚期,则只能通过股骨头置换术予以治疗。因此,在患者发病早期对其实行 MR 治疗干预,十分必要。

张俊辉^[9]研究中,将股骨头坏死患者分为 I 期—IV 期。判断对不同时期患者实行 MR 诊断的效果。研究中,其阐述,股骨头坏死疾病能通过手术方式治愈,但手术治疗方式会对患者髋关节产生一定损伤,故在治疗前,应对患者实行科学的诊断方式,发现患者疾病发生情况,以方便医护人员对患者病情进行全方位的了解。同时 MR 诊断还能对患者疾病分期情况有直观的了解。

三、股骨头坏死 MR 早期诊断

康守春^[10]研究中,对 58 例股骨头坏死患者进行研究,采用不同诊断

方式,对其进行诊断分析。研究结果显示,MR 诊断方式准确率较高,经诊断后手术干预,MR 诊断后手术效果较佳,患者骨头坏死程度较低。说明对股骨头坏死患者实行 MR 诊断后,对其实行手术治疗干预,能显著提升患者手术成功率。

刘大丰^[11]研究中,以 166 例股骨头坏死患者为研究对象,对患者实行 MR 诊断方式。研究结果显示,MR 诊断方式下,患者囊变阳性检出率、线样征阳性检出率、骨髓水肿阳性检出率均较高。证明对不同病变形式的股骨头坏死病症患者实行 MR 早期诊断,均效果较佳。

王乾平^[12]研究中,对 80 例疑似股骨头坏死患者进行研究,研究中,对所有研究患者均实行 MR 诊断干预。并在诊断后,对患者病情进行分期。I 期患者指的是患者髋关节伴有不适症状,在其行走过程中,不适感会增强,并伴有剧烈疼痛的阶段。II 期指的是患者髋关节疼痛明显,如针刺状,伴有钝痛感,并伴有一定麻木感,在其活动过程中,尤其明显的阶段。III 期指的是患者髋关节疼痛更加明显,并且站立时痛感更加明显的阶段。IV 期指的是患者股骨头位置出现大面积塌陷或不平情况,骨小梁也产生一定变化的阶段。研究结果显示,在不同分期中,MR 诊断方式的检出率均较高,漏诊率较小。说明 MR 早期诊断方式对患者来说意义重大。

王航^[13]研究中,对 82 例股骨头坏死患者实行 MR 诊断,让其分组接受检查。研究中,其指出,目前针对股骨头坏死疾病,仍未发现统一的诊断方式,但手术修复方式是较多干预方式中的首要选择之一。但虽然该手术方式能起到修复关节,恢复患者髋关节功能的目的。但如术前未能对患者疾病发生情况以及股骨头坏死情况有细致的了解,则可能会有较大概率发生操作失误的情况,不仅不能有效减少患者发病导致的不良症状,甚至还可能会对患者骨结构造成不良影响。为此,为确保患者安全性,医护人员在术前应对患者实行 MR 检查工作。其原因是研究结果显示,MR 诊断方式的准确率与 CT 诊断方式相比明显较高。并且,研究结果中,骨髓水肿、囊变与线样征的检出率分别为 39.02%、43.90%、56.10%。说明将 MR 诊断技术应用于股骨头坏死患者中,能有效诊断患者股骨头坏死情况,并未临床治疗工作提供专业指导。

四、股骨头坏死患者早期 MR 诊断临床应用

第一,MR 诊断技术能用于股骨头坏死患者的病情分期^[14]。万茂林^[15]研究中探究如何使用早期 MR 诊断技术对股骨头坏死患者进行分期。研究中如表现双线征,且出现 T2 加权信号,且其信号值较高,则能判断患者正处于 I 期。如检测结果表现为 T1 与 T2 加权信号值均明显上升,则能判断患者正处于 II 期。如检测结果表现为患者 T1 加权信号值明显下降,同时 T2 加权信号之仍处于增高状态,则能判断患者正处于 III 期。如检测结果显示患者 T1、T2 加权信号之均处于下降趋势,则能判断患者正处于 IV

期。以该方式对患者实行股骨头坏死分期判断, 准确率较高。MR 诊断方式, 是采用核磁共振的方式对患者进行检查, 能使得成像更加清晰^[16-17]。并且, 在诊断过程中, 能以电磁波为主要检查远离, 基本上不会对患者身体造成影响, 还能更加精准、直观地呈现患者的疾病发生情况, 判断患者病变位置。尤其是对于关节积液的患者, MR 诊断方式更加优质在, 诊断效果更加^[18-19]。

第二, 早期 MR 诊断技术能应用于早期股骨头缺血坏死患者中。李猛^[20]研究中, 对早期股骨头缺血性坏死患者实行 MR 诊断干预。诊断过程中, 主要对冠状位 T1、T2、T2 抑脂像、股骨头横断位进行扫描, 合理进行 TSE 序列选择; 对应参数设置: T1: TR 23 ms, TE 23 ms; T2: TR 23 ms, TE 23 ms。在对患者进行诊断的过程中, 能明确缺血性股骨头坏死患者的致病诱因。缺血性股骨头坏死疾病出现早期, 会出现关节积液以及局部炎症的情况, 在这一期间, 如出现骨髓细胞水肿坏死情况, 则可能表现为局部含水量明显增加。使用该方式对患者进行检查, 能确保医护人员在手术治疗之前获取更加优质的病理依据, 能让治疗成功率显著提升。但具体检测过程中, 如发现患者身体出现异常信号, 则表明患者附近组织在坏死组织的影响下, 出现组织反应带, 以水肿、充血为主, 并表现为炎性浸润现象。也就是说在患者 T2WI 骨髓腔内部, 表现出骨坏死低信号带, 内侧相平行信号带的现象, 也即使表现为典型的双线征情况。针对双线征而言, 检测结果表明患者活骨反应界面对于硬化骨主要利用低信号表示, 并对肉芽组织利用高信号表示。在软组织中, 对患者实行 MR 检查, 能有效提升检测的准确性^[21]。

杨德根^[22]在研究中, 将 MR 诊断技术与 X 线诊断技术相结合, 对生物陶瓷棒植入术前后股骨头坏死患者进行诊断。研究结果显示, MR 诊断技术与 X 线诊断技术相结合的诊断方式, 能对患者关节腔内的积液以及髓腔水肿情况进行准确的显示, 能辅助医护人员了解患者股旁软组织的生长情况, 能预测患者股骨头塌陷情况, 并进一步提升诊断预测值的准确性。生物陶瓷棒植入术能减轻患者骨内压力, 能清除患者死骨, 能改善患者供血情况, 并能缩短患者手术时间, 减少手术残留, 避免二次手术。在这一过程中, 对患者实行 MR 诊断技术与 X 线诊断技术相结合的诊断干预技术, 能观察患者坏死部位的新骨生成情况, 预防塌陷等症状的发生。该诊断方式能优化手术方式, 减少患者骨骼坏死形态, 并降低患者骨髓水肿系数, 是在手术中对患者提供保护的重要因素。研究结果中, 30 例生物陶瓷棒植入术患者均未出现骨骼塌陷情况, 也未形成关节腔积液情况, 也未见髓腔水肿, 并能辅助医护人员明确骨旁软组织情况, 效果显著。

结论:

综上所述, 对股骨头坏死患者尽早诊断, 是尽早判断其疾病发生情况, 尽早完成手术治疗的关键。目前, 对于股骨头坏死疾病的诊断方式, 仍以影像学诊断为主。MR 诊断技术目前已经不断完善, 并且临床价值较高。该诊断方式不仅能帮助医护人员了解患者病灶位置, 观察患者疾病发生情况, 还能结合患者检查结构, 对其进行分期。针对不同分期患者, 医护人员能采用不同治疗方式进行干预, 对于提升患者诊疗结果效果显著。同时, 对患者实行 MR 诊断过程中, 还能与 X 线诊断方式联合使用, 能确定患者病灶情况, 了解患者髓腔水肿情况。并且随着医疗技术水平不断提升, 其诊断效果也在不断提升。

参考文献:

- [1]官长水. CT 与磁共振技术在股骨头坏死诊断中的价值分析[J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27(9): 88-89.
- [2]王爽, 范晓飞, 张卜天, 等. 常规 CT 联合虚拟去钙技术诊断早期股骨头坏死的可行性研究[J]. 临床放射学杂志, 2022, 41(1): 136-140.
- [3]农远海. 早期股骨头缺血坏死的 X 线平片、CT、MR 影像诊断价值对比分析[J]. 现代医用影像学, 2020, 29(5): 886-888.
- [4]高军, 孙靖, 高戈. 成人早期股骨头缺血性坏死的 MRI 检查及影像学表现研究[J]. 中外医疗, 2020, 39(16): 20-21, 61.
- [5]孙隆. 早期股骨头缺血坏死诊断中 X 线、CT、MR 影像应用价值分析[J]. 健康之友, 2020(5): 4-4.
- [6]张玉婷, 姜永宏. 双能 CT 虚拟去钙技术对股骨头坏死的诊断价值[J]. 放射学实践, 2020, 35(4): 538-542.
- [7]杨帅, 颀强, 苏菲, 等. MRI 评估发育性髋关节发育不良闭合复位后髋关节发育走向的研究进展[J]. 中华骨科杂志, 2022, 42(8): 538-544.
- [8]李彦, 陈友智, 杨晓丽等. CT 及 X 线在股骨头坏死分期诊断中的价值评价[J]. 影像技术, 2019, 31(2): 11-13.
- [9]张俊辉. 应用 MR 影像技术诊断股骨头坏死的价值分析[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(17): 67-68.
- [10]康守春. CT 和 MR 在股骨头坏死中的临床诊断价值观察[J]. 中国实用医药, 2021, 16(2): 97-99.
- [11]刘大丰. 应用 MR 影像技术诊断股骨头坏死的价值分析[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(23): 175-176.
- [12]王乾平. CT 和 MR 在股骨头坏死的临床诊断观察[J]. 健康之友, 2020, 37(6): 37-38.
- [13]王航. MR 用于股骨头坏死诊断中的应用价值[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(19): 170-171.
- [14]万茂林. 股骨头坏死患者 CT 与核磁共振诊断的比较分析[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(18): 178-179.
- [15]梁红锁, 杨业静, 刘雷, 等. 髓芯减压联合局部应用普伐他汀干预兔激素性股骨头坏死的影像学观察[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(6): 808-810.
- [16]周旺旺, 冷西, 曾道辉, 等. IVIM-DWI 与定量 DCE-MRI 对股骨头坏死微循环的评价及与 ARCO 分期的相关性[J]. 临床放射学杂志, 2022, 41(2): 303-308.
- [17]姜畅, 纪宗斐, 华秉让, 等. 激素性股骨头坏死临床与遗传风险因素的前瞻性队列研究[J]. 中华骨科杂志, 2021, 41(14): 929-937.
- [18]王萌萌, 赵英红, 孙存杰, 等. 有限元分析在介入治疗早期股骨头坏死中的应用[J]. 实用放射学杂志, 2021, 37(11): 1865-1869.
- [19]郑淑梅. 股骨头坏死患者 CT、磁共振诊断价值的比较[J]. 中国医药指南, 2021, 19(1): 74-75.
- [20]李猛, 仇利娟. 早期股骨头缺血坏死的 X 线平片、CT、MR 影像诊断价值比较分析[J]. 影像研究与医学应用, 2022, 6(3): 134-136.
- [21]农远海. 早期股骨头缺血坏死的 X 线平片、CT、MR 影像诊断价值对比分析[J]. 现代医用影像学, 2020, 29(5): 886-888.
- [22]杨德根, 江伟文, 何亚明. MRI 联合 X 线评价生物陶瓷棒植入术治疗早期股骨头坏死的近期疗效[J]. 中国医药科学, 2020, 10(5): 193-197.

踝关节骨折的手术方法和治疗效果临床研究进展

刘林军

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要:骨科临床中,踝关节骨折属于常见疾病,主要由暴力作用导致,治疗时多采用手术方法,通过解剖复位和坚强固定,促进踝穴解剖关系尽可能恢复正常,进而恢复正常的踝关节功能。手术治疗过程中,手术时机、手术方案、内固定等的选择对治疗效果有着明显的影响,临床及学者针对这些因素开展了大量研究,以期能进一步提升治疗效果,本文即对取得的研究进展做出综述,为临床合理制定手术方案提供参考。

关键词: 踝关节骨折; 手术方法; 治疗效果; 研究进展

踝关节骨折的引发原因多为间接暴力作用,随着不断加强我国人口老龄化趋势,加之快速的发展城镇交通,明显升高了此类骨折的发生率,且多数患者属于较为严重的骨折程度。据报道,在关节内骨折中,踝关节骨折发生率已经占据第一位的位置。踝关节骨折后,患者主要表现为踝部剧烈疼痛、皮下瘀斑、肿胀等,因踝关节具有负重作用,伤后还会限制活动,如果不能及时治疗,或治疗方法不恰当,踝部的稳定性及灵活性会受到极大的影响,且相关并发症的发生风险升高。近年来,手术开始成为踝关节骨折治疗的主要方式,由此也吸引临床和众多学者开展了大量相关的研究,本文现综述踝关节骨折的手术方法及治疗效果取得的临床研究进展。

1 踝关节的解剖特点

踝关节是一个复合体,包含骨和韧带,骨的组成为胫骨、腓骨下端、距骨,其中胫骨后缘唇状突出部分及远端内侧突出部位、腓骨远端突出部分共同组成了踝穴,且距骨被包容其中;韧带指下胫腓韧带、内侧副韧带、外侧副韧带,作用是紧密连接踝关节各组成部分,使其形成整体,避免外翻的发生,让踝关节具备灵活性和稳定性,充分发挥负重作用^[1]。在活动特点方面,背伸过程中,包容结构具有良好的适应性,踝关节也处于稳定状态,而跖屈过程中,包容结构存在的间隙比较大,当增大活动度,会有一定的影响其踝关节稳定性,此时如受到外力作用,骨折较易发生。

2 踝关节骨折的分类

通常,踝关节骨折后,以具体骨折部位为依据来划分,包含单踝骨折、双踝骨折、三踝骨折;或者按照骨折严重程度及形态划分,分为稳定性骨折、不稳定性骨折^[2]。随着不断深入的认识踝关节解剖特点、踝关节骨折受伤机理等,出现了各种新的分类方法,其中 Lauge-Hansen 分类法、Danis-Weber 分类法、A0 分类法是临床上最为常用的。

(1) Lauge-Hansen 分类法:该方法由丹麦医生 Lauge-Hansen 在 1942 年时提出,分型依据是致足损伤外力作用的方向及伤时患足所处位置,具体包含 5 类,即旋后外旋型、旋后内收型、旋前外旋型、旋前外展型、旋前背屈型,每个类型的后半部分指所受外力作用方向,前半部分指患足伤时所处位置。同时,每种类型还以骨和韧带损伤程度为依据划分为不同的度。

(2) Danis-Weber 分类法^[3]:该方法以病理解剖为基础,以腓骨骨折水平位置和下胫腓联合位置的相应关系为依据来划分类型,共三型:A 型主要致伤原因为内收内旋应力,表现为外侧韧带损伤或外踝撕脱骨折,腓骨骨折线并未超过下胫腓联合平面,未损伤三角韧带和下胫腓联合;B 型主要致伤原因是强大外旋外力,下胫腓联合平面正是外踝骨折线的位置,并从前内侧开始延伸到后外侧,只损伤三角韧带,或伴有内踝撕脱骨折,有可能损伤下胫腓联合;C 型主要致伤原因是外展外旋应力,腓骨骨折线超过了胫腓联合平面,损伤下胫腓韧带。

(3) A0 分类法^[4]:该方法同样将踝关节骨折分为 A、B、C 三型,其

划分依据是外踝损伤程度,A 型为外踝韧带断裂或外踝撕脱骨折,其中单纯腓骨骨折为 A1 型,合并内踝损伤为 A2 型,合并后内侧骨折为 A3 型;B 型指在下胫腓联合水平发生腓骨骨折,为斜形骨折,伴胫腓分离的患者约为 50%,且同时可能损伤三角韧带,或伴有后踝骨折、内踝骨折,其中单纯腓骨骨折为 B1 型,合并内踝损伤为 B2 型,合并内踝损伤、胫骨后外侧损伤为 B3 型;C 型腓骨骨折超过了下胫腓联合平面,以腓骨中下 1/3 位置最为常见,多数伴后踝骨折,合并下胫腓分离,单纯腓骨干骨折为 C1 型,复合性腓骨干骨折为 C2 型,近端腓骨骨折为 C3 型。

3 踝关节骨折的手术方法和治疗效果

3.1 手术时机的选择

踝关节手术开展前,患者软组织条件的准确评估是必须进行的工作。踝关节骨折后,大部分患者踝周肿胀现象会迅速出现,如无明显的肿胀,手术治疗可在伤后 6~8h 进行,如有明显肿胀,则需延长手术治疗时间,通常为伤后 3~14d,待出现皮肤褶皱后手术才能进行。踝关节骨折严重情况下,尤其是三踝骨折伴脱位,张力性水泡一般在伤后 1~3d 形成,形成术后皮肤条件受到极大影响,所以手术需延迟。对于踝部骨折,切开复位内固定应于早期开展,防止形成皮肤水泡、发生踝部皮肤压迫性坏死,特别患者伴有严重骨折脱位,如手术耐受性良好,推荐行急诊手术。急诊手术优点是清晰食物骨折线、较易复位、住院时间短,但缺点是术前评估不能精确地开展,手术入路、手术方案选择上的不确定性较多,容易加大创伤性、影响复位效果,且会升高术后肿胀感染风险。行择期手术时,可充分开展术前评估和手术设计,患者有较好的软组织条件,复位正确率高,能减轻创伤性,不过复位过程中可能会遇到困难。有学者对比了伤后 24 内手术、伤后超过 24h 手术的踝关节骨折患者的 5 年以上功能恢复情况,发现评估结果并无明显差异^[5]。

3.2 手术切口选择和骨折固定顺序

踝关节手术中,AO 主张先进行腓骨的固定,再进行后踝、内踝的固定,外踝骨折复位固定后,复位效果较为满意,且能良好维持;后踝及内踝固定时,应经后外侧切口进行,内踝固定则经前内侧切口进行,同时强调后踝复位固定后再进行内外踝复位,原因是后外侧是后踝骨折最常发生的位置,通过后胫腓韧带连接腓骨^[6]。手术经后外侧切口进行时,显露、操作都相对较容易,且不会损伤重要血管神经;内踝如果被后踝骨折块累及,应选择内侧切口,可保证术野良好。但取后内侧切口时,用药将踝管显露出来,容易损伤神经血管。对于单纯后踝骨折患者,选择手术切口时,在跟腱部位做 Z 形切口或斜形切口为传统入路方式,此种方式需进行跟腱吻合、踝关节屈曲位固定,导致关节囊粘连容易发生,使踝关节功能受到影响;跟腱内侧切口或外侧切口的入路方式无需将跟腱切断,不过无法充分显露后踝,不利于手术操作;联合切开踝关节内后侧及外后侧时,可能会因小失大^[7]。

3.3 手术内固定的选择

踝关节手术治疗时,准确复位外踝骨折部位、腓骨恢复正常高度、腓骨旋转有效纠正具有重要的作用。腓骨远端骨折固定时,可通过单枚螺钉、克氏针张力带、外侧保护钢板或后侧抗滑钢板,具体固定方式可按照骨折数量、骨折大小、骨折部位确定^[8]。利用单枚螺钉和克氏针张力带时,解剖复位难度较大,且固定的牢固性也比较差;采用重建钢板或1/3管状钢板时,骨折断端的固定还可加用3.5mm皮质骨螺钉,与骨折线垂直进钉,并将双层皮质穿透^[9]。1/3管状钢板具有良好的固定稳定性,应在外踝后外侧放置,原因是该位置有着比较平坦的骨表面,骨折片远端螺钉都可以将双层皮质固定。当有10°~15°外翻角存在于外踝尖上3.5~4cm位置处时,要对外翻预弯较为注意,避免出现腓骨力线无法矫正的情况,防止造成踝穴过紧^[10]。如果患者骨折线与外踝尖之间的距离较近时,并不适合采用重建钢板或1/3管状钢板固定,而腓骨远端解剖型钢板的出现则使该问题得到良好的解决,此钢板适应外踝外翻角,同时远端设计为多孔状,螺钉可置入外踝尖除的多个方位,增强固定的牢固性。研究指出,相比于克氏针固定,腓骨远端解剖型钢板可使创伤性关节炎的发生率降低,并能减少距骨畸形愈合^[11]。抗滑钢板经后侧入路固定时,有着明显的优势,如刚性凸起不会出现在腓骨外侧,提高外侧软组织覆盖效果,再如能牢固的固定远端双皮质,预防钢板螺钉出现松动,不过其风险要稍微大于外侧入路。近年来,随着不断普及锁定技术,临床逐渐开始应用腓骨远端解剖型锁定钢板,其能自锁于螺钉,保证所有螺钉都能均匀的受力,与钢板一起形成具有良好稳定性的内固定支架,在粉碎性不稳定性骨折中尤为适用;同时,使用过程中,骨外膜无需剥离,使骨质血运得到最大限度的保护,利于骨折愈合^[12]。

以内固定方式治疗内踝、后踝骨折时,较多研究认为可采用克氏针张力带,而固定螺钉则选择螺钉、可吸收螺钉或空心钉。通常,内踝骨折可行松质骨螺钉加压固定治疗,螺钉共用1~2枚,患者为粉碎性骨折或骨折块大小无法采用螺钉固定时,固定可经2枚克氏针和张力带钢丝实现。空心钉的直径并不大,仅用1枚固定时,对旋转无法控制,多采用2枚,以使旋转得以有效控制,并能适当加压。后踝骨折的骨折块如果不超过1/4,固定可不进行,超过1/4则需行加压固定,松质骨螺钉、空心钉、可吸收螺钉均可采用,一旦骨折块超过1/2,可实施后踝钢板固定^[13]。内踝骨折的骨折块较大情况下,要在距距关节面紧贴横向螺钉,实现坚强固定,避免骨折断端发生二次移位或短缩,同时抗滑钢板以锁定钢板或重建钢板充当,并在内侧防止钢板,踝尖利用螺钉固定,需注意,钢板远端要与内踝骨面紧贴。可吸收螺钉内固定中,金属内固定物无需使用,其弹性模量基本相当于松骨质,能够降解吸收,二次手术无需再进行,不过有研究发现其并发症发生率过高,一定的限制了其临床应用。研究认为,粉碎性骨折、血供不佳部位骨折、骨髓骨折可采用可吸收螺钉内固定,术中规范操作,术后石膏外固定适当开展且复查定期进行,能够扬长避短。

3.4 下胫腓联合韧带损伤的治疗

在踝关节骨折中,下胫腓联合韧带损伤占比约10%,对于急性单纯下胫腓联合韧带损伤,行非手术治疗后,多数患者能够治愈。新鲜下胫腓分离损伤,解剖复位并牢固固定外踝骨折部位,且三角韧带具有完整的结构,多数无需固定,可自行复位。韧带完好情况下,撕脱性骨块经复位后,下胫腓联合可保持稳定。研究发现,胫骨骨折水平并不相关于骨间膜与下胫腓联合是否完整,因此,下胫腓联合是否需要固定的确定依据不能只是腓骨骨折位置,还需通过相应的检查明确胫腓联合韧带损伤是否发生,以能确定合理的手术方案^[14]。首先,先利用X线检查踝关节前后位及踝穴位的

情况,如果上下胫腓间隙超过6mm、前后位上胫腓重叠不足6mm或不足腓骨宽度的42%,踝穴位胫腓重叠影不足1mm,可判定下胫腓分离。CT扫描结合三维重建后,运动变化及分离损伤也能够被发现。下胫腓联合分离治疗时,坚强固定不应采取,以免踝穴调节距骨运动顺应性的功能受到影响,可采取弹性固定方式。临床上,下胫腓联合分离最常用的固定方式为螺钉固定,即皮质骨螺钉横向固定。AO推荐,应在下胫腓近侧3~5cm处实施螺钉固定,水平方向上向前成30°左右的角,螺钉拧入方向为右后外向前,对侧胫骨皮质无需被螺钉穿透。下胫腓螺钉固定并不是弹性固定,多数学者建议,螺钉应在术后8~12周取出,防止踝关节活动受限,或造成螺钉松动断裂^[15]。此外,临床上也采用胫腓钩、钢丝捆扎带、下胫腓钩板等方法固定下胫腓联合,固定后下胫腓能保持微动,螺钉也不会发生断裂,但固定力较低。

综上,踝关节骨折受伤机制较为明确,行手术治疗时,可根据骨折分型、骨折大小等确定具体的手术方案,让患者获得良好的治疗,促进骨折部位有效愈合,减少术后并发症。随着新材料、新技术的推广与应用,临床应不断开展相应的研究,充分发挥新材料和新技术的作用,进一步提高手术效果,使更多患者获益。

参考文献:

- [1]周解放.切开复位内固定手术治疗踝关节骨折30例报告[J].现代养生,2022,22(06):482-483.
- [2]任炼,李维.复杂踝关节骨折手术内固定及康复治疗效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(23):113-116.
- [3]刘博.关节镜下微创手术治疗老年踝关节骨折患者的临床效果[J].中国医疗器械信息,2021,27(19):118-119.
- [4]李春才.手术治疗旋后外旋IV度踝关节骨折的临床疗效[J].中国医药指南,2021,19(07):39-40.
- [5]徐和斌.对比急诊手术与择期手术用于踝关节骨折脱位患者治疗的临床效果研究[J].智慧健康,2021,7(07):56-58.
- [6]蒋卫华.踝关节骨折手术治疗方案的选择与疗效研究[J].系统医学,2021,6(04):94-96.
- [7]夏冬雪,包富丽,姚继利.手术内固定治疗踝关节骨折合并下胫腓联合韧带损伤的效果分析[J].中国实用医药,2021,16(02):71-73.
- [8]刘静.关节镜手术治疗踝关节骨折后创伤性关节炎的临床效果观察[J].当代医学,2021,27(01):168-169.
- [9]徐厚高,姜华亮,王慧,等.不同手术入路对踝关节骨折手术患者治疗效果影响[J].临床军医杂志,2020,48(12):1442-1443.
- [10]魏代好,马腾,杨海波.切开复位内固定术治疗复杂踝关节骨折的手术时机选择[J].宁夏医科大学学报,2020,42(11):1169-1172.
- [11]凌爱军,何继华.探讨踝关节骨折手术治疗后对踝关节功能的影响[J].世界复合医学,2020,6(11):69-71.
- [12]刘畅.改良后内侧入路手术治疗踝关节骨折脱位合并Pilon骨折的疗效分析[J].智慧健康,2020,6(27):52-53.
- [13]王晓明.手法整复与手术治疗踝关节骨折的临床对照研究[J].中国医药指南,2020,18(15):86-87.
- [14]杨克强,马子龙,刘志超.手术治疗与保守治疗B1型踝关节骨折的临床效果比较[J].中国医刊,2020,55(05):515-518.
- [15]胡波,敬文波,蔡炜.综合内固定手术治疗复杂性踝关节骨折临床探析[J].名医,2019(11):76.

小儿先天性心脏病介入治疗的护理进展

陈爱群

广州市妇女儿童医疗中心介入心内病区 广州市 510000

摘要: 小儿先天性心脏病表现为出生时心血管发育异常,临床中对于该病主要采取手术方法进行治疗。但是,传统手术方法对患儿的创伤较大,容易引发多种并发症。而随着医疗技术的不断发展,通过采用介入手术进行治疗,可以减少手术对患儿造成的创伤,且患儿预后效果好,恢复快,尤其适用于小儿。但是由于小儿年龄小,配合度差,在手术过程中需要加强对患儿的护理。通过对患儿进行术前、术中、术后护理指导,有利于提高介入手术治疗成功率,改善术后预后。

关键词: 小儿先天性; 心脏病; 介入治疗; 护理

先天性心脏病是由于胚胎期心血管发育异常,该病在小儿中较为常见,主要包括房间隔缺损、肺动脉瓣狭窄、动脉导管未闭、大动脉转位、主动脉弓离断等。常规手术对患儿的创伤较大,且危险性高。而通过采用介入手术治疗,具有创伤小、安全性高、恢复快的特点。一般情况下,患儿在手术后2至3天即可出院,这大大提高了医院病床的周转率,而且通过采用介入手术治疗,也容易被患儿家长接受。但是手术的开展对于护理技术的要求比较高,因此在手术过程中,需要加强对患儿的护理。

1. 先天性心脏病概述

临床中将先天性心脏病分为紫绀型先天性心脏病和非紫绀型先天性心脏病。紫绀型先天性心脏病是未氧合血经混入体循环中,这类疾病畸形比较复杂,包括重度肺动脉瓣狭窄、大动脉转位等。患儿在吃奶、啼哭、活动量增加时,紫绀加重。而非紫绀型先天性心脏病,此类患儿不造成未氧合血经混入体循环,主要包括房间隔缺损、主动脉缩窄,轻度症状患儿在体检时能够发现心脏杂音,患儿表现为多汗、心慌、活动受限等^[1]。对于先天性心脏病,临床中常采用介入手术进行治疗,通过在超声波和X线的引导下,将导管沿血管导入心脏部位,并根据影像学诊断依据对患儿病变部位进行定量分析,选择特制器材,实时封堵扩张治疗。介入手术早在上世纪60年代就已经运用在临床中,此后该技术在临床中得到了快速发展,目前介入手术在临床中得到广泛应用。有研究表明,在2000年至2005年,我国小儿先天性心脏病介入手术治疗量超过3万例。对明确确诊房间隔缺损、肺动脉瓣狭窄、单纯动脉导管未闭的患儿均可以采用介入手术治疗。介入治疗是一种操作简单、安全、成功率高的一种手术方法。有研究表明,通过对400例动脉导管未闭先天性心脏病患儿采用介入手术治疗,结果手术成功率为百分之百。这一结果表明介入手术治疗成功率较高。

2. 小儿先天性心脏病介入治疗护理难点

2.1 小儿情绪影响

由于小儿认知能力较差,处于非懂似懂的模糊意识状态,当患儿进入到医院陌生的环境时会出现紧张。加之部分患儿有过打针吃药的经历,从而对医院产生恐惧心理。因此,在进行护理时,要创造一个干净整洁的就诊环境,医务人员要保持着装整洁无破损,避免满是血污的衣物,造成儿童视觉刺激^[2]。同时,护理人员要加强与患儿沟通,并保持亲和的态度,可以给患儿讲一些故事,陪患儿做一些游戏,加强互动,以提高患儿对护理人员的亲近感和信任感,消除患儿对医院和白大衣的恐惧。

2.2 穿刺对患儿心理造成的伤害

在进行介入治疗前,需要对患儿进行各项检查,而血标本采集需要对患儿进行血管穿刺。对于小孩而言,穿刺会让患儿感到疼痛,从而增加了患儿的警惕感,甚至使其产生逃避不配合的行为^[3]。因此,护理人员需要与患儿和患儿家长进行沟通,并在患儿做好了准备之后进行穿刺,同时需要给患儿相应的心理支持,也可以通过树立榜样的方式,以调动患儿的主动性,提高患儿的配合度。同时,护理人员需要具备较高的操作技能,保证一次穿刺成功,避免反复穿刺给患儿造成的伤害。

2.3 患儿对父母过度依赖

由于患儿年龄比较小,加上长期在父母身边,由父母呵护长大,这就

造成患儿对父母存在过度依赖的现象。当患儿进入到手术室时,由于缺少父母的陪伴,会导致患儿哭闹,引起气胀、呼吸道分泌增多等,给手术治疗带来困难。因此医院护理人员可以将患儿和患儿家属共同接入到手术候诊区,让患儿在父母的怀中接受麻醉,待其入睡后,将患儿送入到手术室进行介入手术治疗。

2.4 患儿排便意识差

在进行介入手术治疗时,需要进行股动脉、股静脉穿刺,术后需要进行加压包扎止血。由于介入手术对患儿造成的不适感,加之患儿自主排便控制能力差,导致患儿在术后发生床上排便的现象^[4]。为了保证卫生,护理人员需要加强对患儿的护理,以保证患儿皮肤干燥。

2.5 患儿自主约束能力较差

在手术完成后,需要患儿卧床休养12至24小时,但是对于小儿而言,由于自主约束能力较差,往往在苏醒之后会出现乱动的现象。因此,护理人员需要加强对患儿的护理。可以通过讲故事的方法转移患儿注意力,也可以通过播放一些动画片的方式,或者加强患儿陪护,减少患儿的孤独感,使其顺利度过制动期。

3. 小儿先天性心脏病介入治疗护理

先天性心脏病患儿往往表现为呼吸困难、浑身乏力等现象,由于患儿抵抗能力较差,还容易出现肺部感染、呼吸道感染,严重患儿甚至出现脑部缺氧而昏厥,因此需要加强对患儿的护理。

3.1 一般护理

3.1.1 合理安排生活制度

护理人员需要合理安排生活制度,加强对患儿体能运动锻炼,同时又需要保证患儿合理休息,避免过度劳累^[5]。父母尽量与患儿一同生活和学习,在患儿行走或玩耍时,可以引导其蹲下片刻,通过这种方式缓解缺氧症状。同时,家长需要对患儿的治疗抱有信心,避免出现恐惧、悲观心理。

3.1.2 保证住院环境良好

医护人员需要加强对住院环境进行消毒,并定期开窗通风。同时,要避免室内温度过高,使患儿出现出汗脱水的情况。

3.1.3 加强饮食护理

对于先天性心脏病患儿需要给予高热量、高蛋白、富含维生素的食物,以增强体质。在饮食方面需要避免过饱,应该引导饮水,避免脱水导致血栓。对于喂养困难的患儿,在吃奶时往往会出现气促、乏力、呕吐、出汗等。因此在喂奶时可用滴管滴入方式,以减轻患儿体力消耗。

3.1.4 稳定患儿情绪

由于患儿过度哭闹会增加心脏负担,因此护理人员需要稳定患儿的情绪,避免患儿激动造成心率过快,呼吸困难,甚至引发心力衰竭等^[6]。

3.1.5 保持大便通畅

对于先天性心脏病患儿在排便时避免太用力,否则会加大心脏负担。一般情况下,当患儿两天内没有排便时,医护人员可以采用开塞露通便。

3.1.6 疾病护理

先天性心脏病患儿由于自身抵抗能力较差,体质比较弱,很容易感染其他疾病,尤其是在季节变换期间,容易出现感冒发烧。因此护理人员需

要加强对患儿的护理,做好防寒保暖措施,对于家庭中存在有呼吸道感染的患儿,需要采取隔离措施,同时要尽量少去一些公共场所,当患儿出现感染时,要积极进行感染治疗。

3.2 介入手术护理

3.2.1 术前护理

(1) 心理护理。在进行介入手术治疗前,患儿及患儿家属均会出现紧张、恐惧等不良情绪,而这种不良情绪可能会导致患儿神经功能紊乱,增加心肌耗氧量,使患儿心率加快^[7]。因此护理人员需要加强对患儿进行心理疏导,并向患儿家属介绍手术原理和效果,使其对介入手术有一定的认知,并解除忧虑,提高对介入治疗的信心。同时,需要落实对患儿的心理护理,通过针对性的心理护理方法稳定患儿的情绪。(2) 术前常规准备。在手术前要认真了解患儿的生命体征,并认真评估患儿心电图、心脏杂音、四肢循环情况,以便为术后护理提供依据。术前需要落实各项检查,包括肝肾功能、血凝四项、心脏彩超、胸部X片等,同时要了解患儿药物过敏史。手术前一般不做股动脉、股静脉穿刺,以免损伤血管,形成血栓。对于四岁以上患儿,在手术前1到2天要进行大小便的练习,使其适应术后卧床,术前当天晚上要进行沐浴更衣。对于六岁以下的患儿,在进行麻醉前要禁饮禁食6小时以上。在进入手术室前,要引导患儿排空大小便。

3.2.2 术中护理

在手术实施过程中,护理人员需要密切关注患儿的生命体征,保持患儿呼吸通畅,并指导患儿采取合理体位^[8]。术中需要监测患儿心电图,记录患儿心腔内参数和血氧饱和度,并形成记录,密切观察患儿意识面色以及血氧饱和度,一旦发现异常,需要立即报告医生。对于全麻患儿,要将其头部偏向一侧,以保持呼吸通畅,避免出现窒息。在手术过程中,护理人员要全面配合医生,随时为医生提供各种手术器材,并严密监测患儿生命体征,加强并发症的护理和预防。全面观察患儿的呼吸状态,监测患儿心率,当导管进入心腔时,可能会出现心律失常,应及时提醒医生暂停操作并退出导管。同时,护理人员需要严密观察患儿的血压变化,避免出现低血压,当出现低血压时,考虑可能是由于导管操作刺激迷走神经,因此需要进行撤管和补液措施。

3.2.3 术后护理

(1) 穿刺部位的观察护理。在手术完成后,护理人员需要注意观察患儿穿刺部位有无渗血、水肿以及手术部位皮肤颜色、温度。并指导患儿家属进行配合看护。(2) 生命体征的观察。术后需要严密观察患儿的生命体征,对于全麻患儿需要将其头部偏向一侧,在术后需要禁食4至6小时,待其完全清醒后,需要进行心电监护,术后两小时内,每半小时要记录患儿一次呼吸、心率、血压以及血氧饱和度,注意观察患儿尿液颜色和尿量,并引导患儿多饮水,以促进造影剂的排出^[9]。每隔4小时需要对患儿进行体温测量,当出现异常时,需要立即报告给医生。

3.2.4 并发症的护理

在术后需要严密观察患儿并发症的发生,介入治疗后,患儿常见并发症包括感染、水肿、穿刺部位出血、血栓、心律失常、封堵器脱落等。因此,护理人员需要加强心电监护,每天需要进行心电图检测,当患儿出现一次性心动过缓时,应该考虑封堵器植入后刺激局部组织,导致房室及其周围组织传导功能衰退。为避免形成血栓,在术后一天要拆除绷带,并引导患儿下床活动。同时采用阿司匹林药物进行抗栓治疗^[10]。为了避免封堵器脱落,在术后三天要避免患儿剧烈运动,同时要加强体温监测。(1) 预防溶血。对于室间隔缺损、动脉导管未闭患儿常常在治疗后会出现溶血现象,表现为发热、血红蛋白尿等。因此,术后需要严密观察患儿的尿量和颜色,并化验尿常规,一旦出现异常,需要立即报告给医生。(2) 心律失常的护理。有研究表明室间隔缺损封堵术中,术后患儿出现心律失常的概率较高,还可能出现房室传导阻滞并发症,因此在手术后需要加强心电监护,并严密观察患儿的心率,每天要进行一次心电图检测,对有头晕、心

悸、胸闷、室性早搏的患儿需要进行白蛋白静脉点滴,地塞米松静脉注射。在用药期间要观察药物疗效和不良反应。(3) 穿刺部位的护理。在手术结束后需要注意导管取出后的止血步骤,应在穿刺点距离近心端1厘米处进行压迫止血。静脉压迫止血时间为5至10分钟,动脉压迫时间为15至20分钟。在手术后将患儿送至病房,并进行绝对卧床休息。对于麻醉清醒后的患儿,当出现不合不配合的情况,需要可以将患儿的头部环抱,并对其抚摩安慰,必要的情况下,可以依据医嘱使用镇静剂。在术后12小时至24小时可以进行下床轻微活动,术后三天内要避免穿刺部位碰到水,否则可能会出现感染。同时,护理人员需要密切观察患儿穿刺部位有无渗血,一旦发现异常,需要立即报告给医生。(4) 封堵器脱落。封堵器脱落是术后常见的并发症,封堵器脱落一般发生在术后24小时内,当患儿出现剧烈运动、哭闹等时可能会导致封堵器脱落。因此对于不配合的患儿,可以适当使用镇静剂。术后初期要避免患儿剧烈活动,同时要观察患儿的生命体征,当出现封堵器脱落时,需要手术取出,或者进行修补缺损。在术后三个月后血管内皮细胞覆盖封堵器,此时运动可不受限制。

3.2.5 出院指导

在患儿出院后,需要指导患儿接受阿司匹林抗凝治疗,并坚持服药六个月,同时,要指导患儿家长观察患儿的大便颜色、牙龈出血情况,必要时进行凝血功能的检查。告知患儿和患儿家属需要避免剧烈运动,防止封堵器脱落。同时,要预防感冒,加强营养补充,选择易消化、高热量、高蛋白的食物,以增强自身体质,可以适量食用粗纤维食物,以保持大便通畅。在术后三个月、六个月、十二个月需要对患儿进行随访,并告知患儿家属一旦出现异常,需要立即报告给医生。

4. 结语

总而言之,先天性心脏病介入治疗对患儿的创伤小,并发症低,但是由于患儿年龄比较小,配合能力较差,因此需要加强对患儿的护理。落实术前心理护理和床上平卧训练,加强手术配合监护,术后需要密切观察患儿病情并加强并发症的护理,落实对患儿的健康教育和出院指导,以保证手术治疗成功率。

参考文献:

- [1]孙娜,林敏.先天性心脏病介入术后伤口干预的护理研究进展[J].中国乡村医药,2021,28(18):79-80.
 - [2]蒋桂娇.浅析小儿先天性心脏病介入治疗的护理进展[J].自我保健,2020(18):169.
 - [3]陈华燕.早期护理干预对小儿先天性心脏病介入治疗的效果及并发症的影响[J].医学理论与实践,2022,35(8):1407-1408.
 - [4]刘丽芳.个体化护理在小儿先天性心脏病介入治疗中的效果观察[J].心血管病防治知识,2022,12(2):73-75.
 - [5]袁双双.护理干预对小儿先天性心脏病介入治疗的影响[J].中国社区医师,2017,33(33):140,142.
 - [6]兰丽丽.护理干预对小儿先天性心脏病介入治疗的影响探究[J].中国保健营养,2018,28(17):184.
 - [7]刘丽芳.个体化护理在小儿先天性心脏病介入治疗中的效果观察[J].心血管病防治知识,2022,12(2):73-75.
 - [8]杨青.舒适护理在小儿先天性心脏病介入治疗中的应用效果分析[J].中国保健营养,2021,31(3):147.
 - [9]史亚平.舒适护理在小儿先天性心脏病介入治疗中的应用研究[J].家有孕宝,2021,3(12):31.
 - [10]郭亚新,蒋红娟,陈静华.针对性护理干预对提高小儿先天性心脏病介入治疗手术安全性及并发症的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(7):1314-1317.
- 作者简介:陈爱群,女,1985年9月,广东韶关,本科,广州市妇女儿童医疗中心,介入心内科病区,心血管护理,主管护士。

血液透析治疗中血管通道的护理新进展

余倩倩

中国科学院大学深圳医院(光明) 广东深圳 518000

摘要:众所周知,患有肾脏疾病的患者,其肾脏功能显著下降,使其体内的毒素和废物无法通过肾脏及时排出体外,不利于患者身体康复。血液透析治疗是提高肾脏疾病患者生命周期的首选方式,而血管通路是血液透析患者净化血液的一条重要通道。大量临床研究表明,科学合理的护理干预,可以保证血管通路的有效性,对提高血液透析患者生存质量具有重要意义。

关键词:血液透析治疗;血管通路;护理;新进展

血液透析是抢救严重肾病患者最为有效的措施之一,它替代了正常肾脏的部分排泄功能,促使患者的身体血液得以净化,从而提升他们的生活质量及生存周期。血管通路在血液透析治疗中扮演着不可或缺的角色,良好的血管通路能够保证通路的畅通性,有助于提高患者治疗效果^[1]。而科学合理的护理措施,可以延长血管通路的使用寿命,减少了并发症的发生几率,进一步优化了患者血液净化效果。

一、血液透析治疗血管通路的种类

(一) 临时性血管通路

这种类型的血管通路的穿刺方式主要包括以下几种^[2]:(1)动、静脉直接穿刺法。这种穿刺方法易于操作,且血流量充足,更重要的是血液无重复循环,不会对心血管系统造成太大影响。缺点是不能留置。也就是说,患者每次接受血液透析治疗都需要进行穿刺,不仅容易对血管造成损伤,而且穿刺针的固定性不佳,一旦出现针头脱出现象会形成局部血肿,导致患者痛苦加倍。因此,这种类型的血管通路不能长期使用。不过,如果患者周围静脉条件比较差,难以建立静脉回路,可尝试直接穿刺动脉作回路,再配合血液灌流,效果比较理想;(2)股静脉置管。这种类型的血管通路通常不建议患者选择,因为该种方式对患者活动具有一定限制,尤其是下肢活动,有相关研究表明,这种方式发生感染的几率比较高,且是引发血栓的危险因素;(3)锁骨下静脉置管。这种类型的血管通路优势除了血流量充足之外,置管部位开放,更易保持清洁,不会对手臂血管造成损坏,留置时间也比较长,不会对患者活动有任何的限制。缺点是增大的血栓的发生率,对医护人员的穿刺技术有着较高要求,因为一旦操作不当,可引发一系列并发症,如气胸、血胸甚至动脉破裂出血;(4)颈内静脉置管。这种血管通路方式具有锁骨下留置导管的优点,更重要的是并发症发生率明显降低。缺点在于容易发生血肿,部分血液透析患者还会发生上腔静脉破裂出血,因此,有严重出血倾向的患者避免选用这种方法;(5)颈外静脉置管。颈外静脉中上段为穿刺点。颈外静脉是外周静脉,具有清晰地定位,走行表浅,对医务人员的穿刺技术没有太高要求,操作比较简便,并发症低,拔管出血少,大大缩短了按压时间,安全系数比较高。缺点是中心导管比较长,为了保证血流量充足,更为了降低并发症的发生率,最好使用单腔导管。

(二) 永久性血管通路

这类血管通路的穿刺方式主要包括以下几种^[3]:(1)动静脉外瘘。优点是操作简单,穿刺置管后便可直接使用,无需反复穿刺。缺点是容易发生感染、血栓、皮肤坏死等并发症,更为要紧的是,如果发生外瘘导脱落的话,会引发大出血,如果止血不及时或无效的话,会导致患者死亡。因此,患者需要随身携带止血钳,为患者的日常生活和工作带来诸多不便。现阶段,已经被动静脉内瘘取代;(2)无针穿刺移植血管瘘。上臂皮下为穿刺点,置留“T”型管。血液透析结束之后,采用硅胶隔膜或塑料帽将其

封闭即可,待下次血液透析时,只需取掉封闭工具即可开通血管通路。这种方法的优点在于患者可自行操作,适用于家庭透析,不过缺点是容易发生感染;(3)带cuff导管由涤纶套和软硅胶管构成,弹性比较好,通过皮下隧道将导管固定在锁骨下方胸壁部位,也可以将导管插入股静脉或颈内静脉,使用寿命高达半年以上。其优点在于易于操作,不需要静脉穿刺,没有成熟期,且不会对血流动力学造成影响,去除血栓性并发症相对较容易。缺点在于容易出现血栓、感染等并发症;(4)直接缝合动、静脉内瘘口。1966年,有研究人士研发出了皮下动静脉吻合内瘘技术,进一步优化了血液透析治疗质量,促使血液透析患者的生活质量获得了显著改善,有效延长了患者的生命周期。前臂桡动脉和头静脉吻合,为长期血液透析患者创造了更加便利条件。优点在于不容易发生导管脱落的危险,且不会对患者活动造成限制,大大减少了感染和血栓的发生率。缺点在于穿刺流管之后不能立即使用,通常情况下,需要间隔4-6周的时间方可使用,每次血液透析都需要进行血管穿刺,容易发生血肿。若反复穿刺同一部位的话,容易引发动脉瘤或假性动脉瘤等并发症。因此对穿刺者技术和方法有一定要求。(5)钛轮钉吻合内瘘。采用与桡动脉和邻近静脉吻合的钛轮钉,完成血管通路的构建。这种方法优点在于操作简便,几乎可以忽略损伤,血管内膜接触良好,成功率高。不仅如此,吻合口恒定,血液分流相对比较稳定,并发症的发生率显著降低,不会因吻合口扩张造成充血性心力衰竭。另外,钛金属的组织相容性比较好,可以长期留置在体内。缺点在于容易发生组织缺血,尤其是当动脉口径不统一或血管与钛轮钉口径不一致时,容易造成血管壁撕裂或损伤。(6)移植血管内瘘人尸动脉。这种方法的优点在于支架作用优良、组织相容性良好、弹性好、管壁厚等,更重要的是,来源容易且经济性强。缺点在于长期穿刺使用时间及通畅率均不如人造血管,且容易发生血管瘤。

二、血液透析治疗中血管通路护理措施

(一) 术前护理

注重关注两个方面:一方面,加强心理护理。血液透析患者长期饱受疾病折磨,难免会滋生一些负面情绪,为了提高血液透析治疗效果,患者的配合态度十分重要。因此,在开始血液透析治疗之前,护理人员应当向患者详细介绍血管通路的必要性及相关注意事项,及时给患者答疑解惑,帮助患者建立战胜病魔的自信心,促使其积极配合医生治疗;另一方面,加强对血管的保护。保护血管是血管通路护理中的重要内容,最大程度的减少对血管的损伤。另外,对于自体动静脉内瘘患者来说,为了进一步提高穿刺成功率,建议患者加强日常肢体功能锻炼,如握拳运动、肢体运动等,以提高血管的充盈度。

(二) 对动静脉直接穿刺部位进行合理选择

通常情况下,足背动脉或桡动脉为动脉穿刺的首选部位,尽可能避免穿刺股动脉和肱动脉,因为这两处动脉压力比较大,止血难度增加,容易

发生水肿、出血等并发症。在穿刺过程中,如果穿刺一侧失败不可强行继续对该部位进行穿刺,而是更换为另一侧,以免对局部组织血管造成刺激,从而发生血管痉挛。更重要的是,在同一侧进行反复穿刺的话,反而不易成功。还有一点需要格外强调,不可在固定一点上进行反复穿刺,否则容易形成硬结、瘢痕,大大增加了后续穿刺的难度。对于家庭经济困难不愿置管或造瘘的患者,可建议患者选择直接动静脉直接穿刺法。拔针压迫止血时,可以将创可贴贴在穿刺部位,止血效果比较理想。为了避免形成皮下水肿,血液透析完毕后,采用无菌纱布覆盖在患者针口处进行压迫止血,并用胶布将其固定。血液透析后的24小时内,需要对穿刺部位进行动态化观察,一旦发现存下出血情况应及时处理,穿刺48小时内不可对穿刺部位进行二次穿刺,以免形成血肿^[4]。

前臂浅静脉和下肢静脉是静脉穿刺的首选部位,股静脉可作出路。经常更换穿刺部位,有利于保护血管。穿刺引血后,如果出现血流量不足的情况,先调整位置,如果仍不能改善的话,则需要另选一条动脉或静脉重新穿刺。与此同时,采用充满盐水的输血管一端与穿刺针建立连接,另一端与动脉管道的泵前侧孔建立连接,从而形成两条引血通道的闭式循环,以保证血流量充足。

（二）中心静脉置管的护理

首先,导管的护理。血液透析接管时,医务人员应严格遵循无菌操作规范,确保一切操作在无菌环境下进行,包括佩戴无菌手套、铺无菌毛巾等,对肝素帽进行全面消毒,之后采用碘伏、酒精对动静脉接管进行全面消毒处理,然后采用一次性无菌注射器(5ml),依次抽吸动静脉各管腔内封管的肝素盐水弃去,确定无血栓后夹紧管夹,并将首次肝素量的一半注入到各动静脉端^[5]。如果出现血流量不足的情况,切不可将肝素盐水强行推注管内,以免形成感染或栓塞。血液透析结束后,先用生理盐水将管腔内的残留血液冲洗干净,之后注入肝素盐水,一次性封管,拧紧肝素帽,采用无菌纱布进行包扎处理,并将其加以固定,避免打折。通常情况下,两次血液透析时间间隔3-5天,因此,为了防止凝血形成血栓,在推注肝素盐水之后需先将管道夹闭,然后拧紧肝素帽,防止空气进入。

其次,需注意对置管创口的护理。血液透析之前,先打开敷料,查看创口部位是否存在出血、红肿、渗血等情况,一旦存在异常应立即采用相应的处理措施。对创口及周围皮肤进行全面消毒,定期更换敷料,妥善固定。采用碘酒或酒精对置管口处进行消毒。关于敷料的选择,临床通常建议使用棉质敷料,也可以使用无菌透明膜贴敷,便于观察;最后,防止空气栓塞。栓塞操作过程中,一定要避免空气进入。血液透析结束之后,采用夹子,将动静脉管端夹紧,拧紧肝素帽,防止空气栓塞。如果出现空气栓塞的情况,应立即引导患者放低头部并抬高脚部,同时采取左侧卧位,以下至上的方式拍打患者背部,并给予患者吸氧。

（四）动静脉内瘘的护理

首先,动静脉内瘘的使用需要经历一个成熟期,通常为术后4-8周方可使用。人造血管搭桥内瘘至少在手术2-3周后方可使用,有助于促进皮下隧道愈合。其次,穿刺点的选择^[7]。穿刺部位要远离吻合口及静脉瓣附近,否则会产生血肿而引起内瘘闭塞。动脉穿刺点与吻合口之间的距离应大于3cm,动静脉穿刺点之间的距离应保持在10cm,可降低再循环量,提高血液透析治疗效果。具体来说,首选可采用绳梯式穿刺,此方法适用于血管粗细均匀的患者,可有效避免固定穿刺或小范围内穿刺损伤到血管腔壁,同时还能够避免形成硬结节,如果穿刺失败出现肿胀,应立即拔针按压,并用胶布加以固定,同时采用冰袋对穿刺部位进行冰敷,24小时后采用50%硫酸镁湿敷;其次是纽扣法,禁止使用定点法。因为定点法易导致动脉瘤的产生,容易引发血栓、感染、出血等。

内瘘穿刺时操作过程中,一定要严格按照无菌操作流程进行无菌操作,以免发生感染。为了争取一次性穿刺成功,医务人员的穿刺技术要娴熟,避免在同一部位进行反复穿刺,容易对局部组织造成损伤,且对血管通路有着一定的不良影响^[8]。透析结束后采用听诊器听有无血管杂音,用手触摸是否存在震颤感,一旦发现异常要立即做出相应处理。密切关注内瘘周围皮肤,查看是否存在渗血、血肿、感染等情况。如果存在感染,应给予患者抗生素治疗,必要时进行手术处理。

（五）动静脉内瘘并发症的护理

首先,出血护理。内瘘尽量等成熟后使用,避免在固定区域进行反复穿刺,血液透析结束后按压力度要适度,根据患者的实际病情调整肝素的用量;其次,感染护理。营养状态差是慢性肾衰患者普遍存在的症状,导致身体抵抗力急剧下降,增大了全身感染的可能^[9]。因此,为了减少感染的发生率,应加强患者个人卫生护理,保持内瘘侧肢体清洁和干燥。护士应严格执行无菌操作原则,一旦发现局部存在感染情况,可用碘伏湿敷,必要时需要停止使用内瘘,更换为暂时性血管通路,同时配合抗生素治疗。最后,血栓护理。血栓主要表现为动静脉内瘘血管杂音异常,内瘘血管处疼痛。加强患者饮食护理,保障营养供应的充足,有助于提高患者身体抵抗力。为了提高穿刺成功率,术后要遵医嘱使用抗生素药物,有一点需要格外注意,切不可采用定点穿刺。另外,患者接受血液透析治疗之前,可对穿刺部位的血管进行热敷,有助于促进血液循环,从而提高穿刺质量和效率^[10]。

三、结束语

综上所述,血液透析是肾功能衰竭患者净化血液的重要途径,而血管通路是实施血液透析的前提条件。血管通路是从体内引出血液,经过透析治疗后再将血液返回体内的通道,因而血管通路是否畅通无阻,是影响血液透析质量的关键。虽然自体动静脉内瘘,可重复使用,对患者的日常生活影响比较小,但是如果护理不当的话,容易引发一系列并发症,如感染、出血等,因此,加强对自体动静脉血管通路的护理,对提高血液透析效果具有重要意义。

参考文献:

- [1]韦红. 血管通路核心护理团队的建设对维持性血液透析病人血管通路维护质量的影响[J]. 全科护理,2021,19(35):4989-4992.
- [2]刘思含. 健康教育对维持性血透患者血管通路自我护理的影响[J]. 中国冶金工业医学杂志,2021,38(4):410-411.
- [3]王丽. 全程跟踪护理在维持性血液透析患者血管通路持续质量改进中应用效果[J]. 血栓与止血学,2021,27(3):506-507.
- [4]张丽,邱建霞. 全程跟踪护理在维持性血液透析病人血管通路持续质量改进中的应用[J]. 透析与人工器官,2020,31(2):75-77.
- [5]揭洪霞,孙晓婷. 健康教育在血液透析滤过治疗难治性高血压护理中的应用及对患者QOL评分的影响[J]. 中国医学创新,2020,17(13):77-81.
- [6]曹紫千. 全程护理管理对维持性血液透析患者血管通路循环及并发症的影响[J]. 河南医学研究,2020,29(4):757-758.
- [7]范思梅,吴燕,杨月,唐静怡. 全程点对点护理在改善血液透析患者动静脉内瘘自我护理中的作用[J]. 海军医学杂志,2020,41(1):106-109.
- [8]杨海燕,陈日喜,何仙莲. 护理程序健康教育对维持性血透患者血管通路自我护理的影响[J]. 中外医学研究,2020,18(3):91-92.
- [9]官丽霞,吴丹. 护理程序健康教育对维持性血透患者血管通路认知度的影响研究[J]. 基层医学论坛,2019,23(30):4306-4308.
- [10]骆美良,骆瑾瑜,沈洁,顾晓萍. 全程跟踪护理在维持性血液透析患者血管通路持续质量改进中的应用价值[J]. 护士进修杂志,2019,34(9):774-776+780.