

替硝唑、甲硝唑联合盐酸米诺环素软膏应用于慢性牙周炎的治疗效果

李贤敏

安顺市妇幼保健院 贵州安顺 561000

摘要：目的：对慢性牙周炎患者进行治疗，在此过程中将替硝唑、甲硝唑和盐酸米诺环素软膏进行联合应用，探究其临床应用价值。方法：与我院展开对比研究，以慢性牙周炎患者为例（选取自2021年3月——2022年6月期间，共选取100例患者，并将其分为两组，一组给予单纯的盐酸米诺环素软膏治疗，为对照组（n=50），另外一组给予替硝唑、甲硝唑联合盐酸米诺环素软膏治疗，命名为实验组（n=50），对不同治疗方法下两组患者的治疗效果进行比较。结果：对两组患者的各项炎症因子水平进行比较，其中治疗前，其数据差异均较小， $P>0.05$ ，治疗后，评分差异均较大（ $P<0.05$ ），其中实验组患者的各项指标水平分别为：89.34±8.23、14.34±2.00和32.34±4.34，均更低，t值分别为：16.770、33.373和25.764。同时，实验组患者治疗后的PLI、BI、PD、BOP和AL等各项牙周功能指标评分分别为：0.79±0.33、1.43±0.66、2.65±0.67、34.54±0.66和3.87±0.88，均更低，与对照组差异显著（ $P<0.05$ ）。两组患者的不良反应发生率均存在显著差异， $P<0.05$ ，分别为6.00%和24.00%，其中实验组患者的发生率更低，实验组患者治疗效果更好。结论：对慢性牙周炎患者进行治疗尤为重要，此过程将替硝唑、甲硝唑与盐酸米诺环素软膏进行联合应用，效果显著，可改善患者的炎症水平，改善其牙周功能，促进患者恢复。

关键词：替硝唑、甲硝唑、盐酸米诺环素软膏；慢性牙周炎；临床效果

牙周炎是一种牙周疾病，在临床中的发病率较高，从实际发展情况来看，导致患者发病的主要因素为患者长期存在牙龈炎症，并且炎症向深部牙周组织进行扩散，从而导致患者发病。患者发病后，主要表现出牙龈出血，临床附着物丧失等情况，部分患者伴随的牙齿松动和牙齿移位情况，对患者的牙齿功能影响较大，严重降低患者的生活质量^[1]。对患者进行治疗，选择合适治疗方法是临床的重点研究工作。从当前发展情况来看，盐酸米诺环素软膏是对牙周炎进行治疗的常用药物，此药物不仅抗菌活性较强，而且此药物具有抗菌谱范围广泛等应用优势^[2]。但是据相关研究数据显示，在单纯使用盐酸米诺环素软膏时，药物所需要使用的剂量相对较大，容易导致患者产生不良反应，降低治疗效果，在此过程中，促进药物的联合应用，对提高临床效果具有积极意义，本研究则基于此，以我院患者为例，将替硝唑、甲硝唑与盐酸米诺环素软膏进行联合应用，对其临床应用价值展开对比分析如下。

1 一般资料和研究方法

1.1 一般资料分析

本次研究选择于2021年3月至2022年6月于展开，样本选择以慢性牙周炎患者为例，共选择100例，并将其进行分组处理，根据评分分配原则将患者分为两组，每组患者50人，分别以实验组和对照组进行命名。实验组中，男性患者人数和女性患者人数分别为27例和23例，患者的年龄选取范围在22岁-55岁，患者对应的年龄均值为（35.45±3.23）岁，同时，患者的病程范围在1-3年，平均病程为（2.02±0.11）年。对照组患者中，男性患者人数有27例，女性患者人数有23例，患者中年龄最大的为57岁，年龄最小的为23岁，患者对应的年龄均值为（35.44±3.56）岁，患者病程最长的为3年，最短为1年，平均病程为（2.00±0.11）年。在统计学方法下对比两组患者的一般资料，结果均表明差异较小， $P>0.05$ ，符合对比研究标准。

纳入标准：患者均与慢性牙周炎诊断标准相符合；患者对本次研究过程知情，并明确配合研究开展；本研究与医院对比研究开展标准相符合。

排除标准：患者合并慢性阻塞性肺疾病和糖尿病等；患者在近期使用抗生素药物；患者合并凝血功能障碍；患者口腔卫生条件较差；患者为哺乳期女性；患者配合依从性较差。

1.2 研究方法

所有患者入院后均接受常规基础治疗，主要对患者口腔进行清洁，并保证菌斑牙面数在20%以下，将牙龈菌斑和牙石进行清理，并尽量磨光

牙面，将压实和菌斑的沉积尽量减少，并将龈下刮治器进行应用，对患者牙周袋内的菌斑和牙石进行刮除，对牙齿外观进行改磨，从而将患者的牙齿情况进行改善，缓解进食中的食物嵌塞发生率，并降低创伤小咬合率。

在此基础上，给予对照组患者单纯的盐酸米诺环素软膏治疗，在治疗中，向患者牙周袋中注入盐酸米诺环素软膏，此药物选择朗力生物医药有限公司生产的，治疗中，每周展开一次，共给予连续四周的治疗。

实验组则在以上干预基础上增加使用替硝唑和甲硝唑治疗，其中替硝唑在治疗中服用剂量为250mg，每天一次。而甲硝唑的选择需要保证大小合适，并将牙科镊进行应用，夹住甲硝唑，并将其敷在牙周袋底部，每天给予患者一次干预，同样给予患者连续四周的治疗。

在治疗过程中，需要加强对患者的健康宣教，叮嘱患者定期到医院进行复查，保证患者依从性。

1.3 观察指标

对两组患者的炎症水平进行比较，分别对比治疗前后，在进行检测时，需要抽取患者的空腹静脉血，抽取剂量为3ml，随后对其进行离心处理，离心时间为15min，离心速度控制在4500r/min，随后将血清放置在的-20摄氏度的环境中进行保存，并采用ELISA法进行测量，确定患者的炎症因子水平。

对两组患者治疗后的牙周功能进行比较，主要将牙周探针进行应用，对患者菌斑指数、探针深度、牙龈出血指数、探诊出血和附着丧失水平进行测量。

对两组患者的不良反应发生情况进行比较分析。

1.4 统计学方法

数据对比统计将统计学软件进行应用，本研究选取软件型号为SPSS20.0，数据统计过程共涉及两项指标，分别为计量资料和计数资料，两者的表达方式分别为（ $\bar{x} \pm s$ ）和（n，%），前者需要保证满足正态分布，计算完成后还需要对数据进行验证，验证存在标准值，以0.05为准，大于标准值，表明此次研究对比无意义，小于标准值则相反，表明本次对比有意义，对应的验证表达方式分别为 χ^2 值和t值。

2 结果

2.1 治疗前后炎症因子水平比较

对两组患者的各项炎症因子水平进行比较，其中治疗前，其数据差异均较小， $P>0.05$ ，治疗后，评分差异均较大（ $P<0.05$ ），其中实验组患者的各项指标水平均更低，具体见表1。

表1 对比两组患者治疗前和治疗后的炎症因子水平变化情况（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	Sicam-1 (ug/L)		IL-1β (ug/L)		MCP-1 (ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=50)	213.23±15.22	89.34±8.23	52.34±3.22	14.34±2.00	64.45±5.33	32.34±4.34
对照组 (n=50)	212.34±15.45	122.34±11.22	52.55±3.22	32.23±3.22	64.34±5.44	52.03±3.22

t	0.290	16.770	0.326	33.373	0.102	25.764
P	0.772	0.000	0.745	0.000	0.919	0.000

2.2 两组患者的牙周功能比较

与实验组患者进行比较,实验组患者的 PLI、BI、PD、BOP 和 AL 等各项指标评分均更高,与实验组差异显著 ($P<0.05$),具体见表 2。

表 2 对比两组患者治疗后的牙周功能情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	PLI	BI	PD (mm)	BOP (%)	AL (mm)
实验组 (n=50)	0.79±0.33	1.43±0.66	2.65±0.67	34.54±0.66	3.87±0.88
对照组 (n=50)	1.23±0.44	2.11±0.78	3.65±0.77	58.45±0.10	5.23±0.99
t	5.657	4.706	18.031	253.275	7.260
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 不良反应发生率

两组患者的不良反应发生率均存在显著差异, $P<0.05$,分别为 6.00%和 24.00%,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分析[n (%)]

组别	恶心、呕吐	皮肤瘙痒	头晕	低血压	发生率
实验组 (n=50)	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	3 (6.00)
对照组 (n=50)	3 (6.00)	2 (4.00)	4 (8.00)	3 (6.00)	12(24.00)
χ^2					6.353
P					0.012

3 讨论

在近些年发展中,人们的日常生活水平提高,生活方式发生改变,很多生活习惯的出现导致牙周炎发生率的提高。牙周炎是一种口腔疾病,在临床中较为常见,在我国的患病率高达 96.8%^[3]。患者发病后,症状以牙龈肿痛、出血和口臭等为主。此疾病主要是由于牙周袋内菌和牙齿四周菌斑共同作用而发病,对患者的牙周组织影响较大,长期以来,患者会出现咬合无力的情况,导致患者的咀嚼功能丧失。在此基础上,给予患者早期治疗是很有必要的。但是有相关患者在发病早期并无明显证明,容易延误患者病情,发现时患者多已经病情严重,大部分患者出现了咀嚼功能丧失的情况,部分患者出现牙齿松动和牙齿移位等情况,对患者造成的不良影响较大。在此基础上,对慢性牙周炎患者进行治疗,还需要临床提高对此问题的重视程度,能够加强研究,探究一种有效的牙周炎治疗方法^[4]。

从临床当前发展情况来看,盐酸米诺环素软膏是最常用的治疗方法,是一种新型药物,属于牙周局部缓解剂,药物的主要成分包括二甲胺四环素,可对细菌蛋白质的合成进行抑制,并对牙周膜成纤维细胞的增殖进行刺激,增加生成量,以便于对牙周组织中的胶原酶活性进行抑制,改善患者牙周炎症症状,实现治疗效果,促进患者恢复。盐酸米诺环素软膏可对于多种兼性厌氧菌和革兰阴性厌氧菌等均具有良好的作用效果,可将患者的放射杆菌和核酸杆菌所引起的牙周炎症状进行改善^[5]。与此同时,盐酸米诺环素软膏还能够进一步促进牙周组织的再生,并将牙龈进行巩固,对牙周组织进行稳定,作用效果显著。但是的盐酸米诺环素软膏在使用时,此药物不仅应用剂量较大,而且需要长时间干预,导致患者容易产生较多的不良反应,影响治疗效果的同时,容易降低患者的配合依从性^[6]。

因此,临床还需要加强研究,促进多种药物的联合应用,以便于减少盐酸米诺环素软膏的应用剂量,减少患者的不良反应发生率^[7]。甲硝唑是一种拮抗厌氧菌药物,在将此药物应用在牙周炎患者中时,可实现对细菌 DNA 合成的抑制,促进细胞的分裂和死亡,对稳固牙齿具有积极意义^[8]。此外,甲硝唑应用时,主要是在牙周袋底部进行敷用,此方法可促进药物作用的持续发挥,对促进牙周组织恢复具有积极意义,对药物的使用具有显著效果。替硝唑也是对牙周炎患者进行治疗的常用药物,此药物的应用可实现对细菌 DNA 合成的抑制,将 DNA 转录进行阻断,从而引发细菌死

亡。但是替硝唑药物主要应用在厌氧菌中^[9]。

在将甲硝唑、替硝唑与盐酸米诺环素软膏进行联合应用时,可促进临床作用效果的充分发挥,对牙周炎能产生协同作用,促进牙周组织的恢复。同时,三种药物的联合使用,可将每种药物的使用剂量减少,并不会导致患者的不良反应发生率降低,甚至降低不良反应,临床应用安全性较高^[10]。同时,替硝唑和甲硝唑的使用可将盐酸米诺环素软膏药物的使用剂量和使用次数降低,对提高患者舒适度,保证患者依从性具有积极意义^[11]。替硝唑、甲硝唑和盐酸米诺环素软膏均为临床常用药物,临床应用可行性较好,药物使用价格低廉,易于在临床中实现推广,是对慢性牙周炎患者进行治疗的首选药物^[12]。

本研究在以我院患者为例,分别采用单纯的盐酸米诺环素软膏治疗和甲硝唑、替硝唑联合盐酸米诺环素软膏治疗,对治疗效果进行分析,结果显示:对两组患者的各项炎症因子水平进行比较,其中治疗前,其数据差异均较小, $P>0.05$ 。治疗后,评分差异均较大 ($P<0.05$),其中实验组患者的各项指标水平均更低,同时,与对照组患者进行比较,实验组患者的 PLI、BI、PD、BOP 和 AL 等各项指标评分均更低,与实验组差异显著 ($P<0.05$)。而在不良反应发生率方面,两组患者的不良反应发生率均存在显著差异, $P<0.05$,分别为 6.00%和 24.00%,其中实验组患者的发生率更低。结果表明实验组患者的治疗效果更好,证实了替硝唑、甲硝唑联合盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎的效果更加显著,与上述研究理论相同。

综上所述,对慢性牙周炎患者进行治疗尤为重要,此过程盐酸米诺环素软膏应用效果显著,但是容易提高不良反应发生率,将其与替硝唑、甲硝唑进行联合应用,效果显著,可改善患者的炎症水平,改善其牙周功能,促进患者恢复,临床应用价值较高,可提高临床对此问题的重视程度,进行推广使用。

参考文献:

[1]岳川,张学梅,南楠,等. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗对慢性牙周炎患者龈沟液中 IL-10、TGF- β 及外周血 Th17、Treg 水平的影响[J]. 母婴世界,2021 (15): 134.

[2]蒲洁华,王诗维,吴宗玉. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎 (CP) 的临床疗效及安全性探讨[J]. 贵州医药,2020,44 (12): 1921-1922.

[3]李媛琴,张雪梅,简国瑞. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎对牙周指标及疗效的影响效果观察[J]. 当代医学,2019,25 (33): 133-134.

[4]蒋文雯,王卓,包旭英. 替硝唑与甲硝唑口腔贴片联合盐酸米诺环素软膏局部注射治疗慢性牙周炎临床对照研究[J]. 临床军医杂志,2018,46 (7): 831-832,834.

[5]王利军. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎的临床疗效及安全性研究[J]. 婚育与健康,2022,28 (6): 146-147.

[6]欧素珍,徐玉香. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑片治疗慢性牙周炎的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志,2022,15 (3): 124-126.

[7]闫志刚. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑对慢性牙周炎患者氧化应激反应及龈沟液炎症因子水平的影响[J]. 中国医药导报,2021,18 (30): 121-124.

[8]张学梅,岳川. 替硝唑片联合盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎的临床疗效及安全性分析[J]. 东方药膳,2021 (14): 144.

[9]刘彩珠. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎的临床疗效及安全性探讨[J]. 养生保健指南,2021 (20): 77.

[10]张学梅,岳川. 替硝唑片联合盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎的临床疗效及安全性分析[J]. 养生保健指南,2021 (3): 65.

[11]年丽岩. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎的临床疗效及安全性分析[J]. 中国现代药物应用,2021,15 (16): 18-20.

[12]杨芳芳. 单用盐酸米诺环素软膏与联用替硝唑治疗慢性牙周炎的整体效果评价[J]. 健康必读,2021 (8): 44.

全面护理对中重度寻常型痤疮的效果及有效率分析

吕丽娟

桓台县人民医院 山东淄博 256400

摘要：目的 评估全面护理作用于中重度寻常型痤疮患者的有效性。方法 本次医学研究以中重度寻常型痤疮为对象，自愿参与研究的患者有 132 例，研究时段为 2020 年 12 月-2021 年 12 月，将入选患者随机划分至两个独立的小组单元，对照组患者数量：观察组患者数量=66：66，予对照组常规护理方案，予观察组全面护理方案。对比效果。结果 观察组和对照组比较心理状态、炎症因子指标、生活质量、护理满意度以及治疗效果等指标，结果显示前者均较优（ $P<0.05$ ）。结论 全面护理干预方案可以有效改善中重度寻常性痤疮患者的临床症状，降低炎症水平，缓解负面情绪，提升患者的满意度及生活质量，临床应用价值较高。

关键词：中重度寻常型痤疮；全面护理；有效率；应用价值

皮脂分泌过多以及机体的炎症免疫反应都会导致痤疮等常见皮肤病的发生^[1]。病程较长、容易反复发作的痤疮好发于青少年群体，患者的负面情绪较为严重^[2]。痤疮发病部位为前额、面部以及肩胸背等位置，且多为黑头、粉刺，日常生活中容易发生感染，因此患处的疼痛灼烧感较强^[3]。研究显示，痤疮多与患者内分泌失调、皮脂腺异常分泌以及遗传等因素密切相关^[4]。对痤疮的治疗，不仅需要高效的治疗手段，同时离不开科学的干预方案^[5]。先进的护理干预不仅可以提高患者的依从性及配合度，还可以降低痤疮的复发率^[6]。基于此，本文就中重度寻常型痤疮患者采用全面护理的有效性进行探究，现报告如下：

1. 资料和方法

1.1 一般资料

我院的研究病症为中重度寻常型痤疮，样本数量为 132 例，研究时间从 2020 年 12 月开始，结束于 2021 年 12 月。随机将 66 例患者划分至对照组，其余 66 例患者则划分至观察组。一般资料，详见表 1。

表 1 一般资料

组别	性别		年龄（岁）	病程（月）
	男	女		
对照组 (n=66)	39 (59.09 %)	27 (40.91 %)	18.67±3.49	8.67±1.73
观察组 (n=66)	38 (57.58 %)	28 (42.42 %)	18.65±3.54	8.64±1.76
t/X ²	0.031		0.033	0.099
P	0.860		0.974	0.921

纳入标准：①我院伦理委员会批准本次医学研究；②所有患者经诊断确诊为中重度寻常型痤疮；③所有患者均自愿参与本次医学研究；④患者的临床资料比较完整；⑤患者及其家属签署知情同意书；

排除标准：①合并有精神系统疾病；②合并有恶性肿瘤；③合并有免疫系统疾病；④患者情绪波动较大，且依从性差；⑤患者为妊娠、哺乳期女性；⑥患者中途退出本次研究。

将上述信息录入 SPSS26.0 软件中，结果为 $p>0.05$ ，表示数据平衡。

1.2 方法

对照组的方案为常规护理，方案具体内容如下：护理人员清洁患者面部，告知患者在饮食及用药方面的注意事项等护理措施；

观察组的方案为全面护理，方案具体内容如下：①心理护理，痤疮好发于青少年，社交活动较多，痤疮给患带来的影响较大，患者内心多伴有不同程度的自卑、焦虑、紧张等负面情绪，护理人员采用温和语气与之进行有效交流，知晓其负面情绪产生的根源，针对性地开导患者，减轻其精神压力，增加患者治疗疾病的信心；②健康知识宣教：对患者及其家属开展中重度寻常性痤疮的专题讲座，以提升患者的认知水平，调动患者的治疗积极性；③饮食护理：纠正患者欠佳的饮食习惯，制定健康饮食方案，鼓励患者进食新鲜水果、蔬菜，严禁生冷刺激类食物，严禁烟酒，避免暴饮暴食，足量饮水；④生活护理：规律作息，避免熬夜，养成良好的清洁卫生习惯，定期更换毛巾，做好面部的日常清洁；⑤运动护理：制定适合患者自身特点的运动，引导患者进行适量运动，加速机体新陈代谢，促进

面部脂质的排出，改善机体的内分泌紊乱。

1.3 观察指标

1.3.1 心理状态。检测两组患者干预前后的焦虑（SAS）以及抑郁（SDS）等心理状态评分情况。

1.3.2 炎症因子指标。检测两组患者干预前后的白细胞介素-4（IL-4）、白细胞介素-17（IL-17）、白细胞介素-18（IL-18）以及肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）等炎症因子指标水平。

1.3.3 治疗效果。我院以《寻常痤疮分级和疗效标准初步制定》为评估两组患者疗效的依据，具体评估标准如下：①患者的皮损面积较治疗前消退了 90% 及以上，此为治愈；②患者的皮损面积较治疗前消退了 60%-89%，此为显效；③患者的皮损面积较治疗前消退了 20-59%，此为有效；④患者的皮损面积较治疗前消退不足 20%，此为无效。治疗总有效率=（治愈患者例数+显效患者例数+有效患者例数）/对应组患者总例数 $\times 100\%$ 。

1.3.4 生活质量。以皮肤病生活质量指数问卷（DLQI）为评估依据，对两组患者的自我感知、个人社交以及家庭生活等 3 个维度进行评分，单个维度总分为 30 分，测评得分越低代表患者的生活质量越好。

1.3.5 护理满意度。我院采用自制护理满意度调查表评估两组患者对护理人员的基础护理、服务态度、专业技能、健康宣教以及应对突发事件等方面进行评分，单项分值满分为 100 分，测评得分越高，代表患者的护理满意度越高。

1.4 统计学分析

此次研究涉及心理状态、炎症因子指标、生活质量、护理满意度以及治疗效果等指标，前四项属于计量资料，通过 $\bar{x} \pm s$ 呈现，对比分析经 t 检验；最后一项属于计数资料，通过 n/% 呈现，对比分析经 χ^2 检验；资料均经双人准确录入 SPSS 22.0 中分析， $P<0.05$ 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 心理状态

比较指标是心理状态，观察组组别、对照组组别比较，显示（ $P<0.05$ ）。如表二呈现。

表 2 心理状态（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	SAS 测评得分		SDS 测评得分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=66)	54.36±3.58	50.62±2.74	57.81±4.49	53.25±3.28
观察组 (n=66)	54.41±3.57	44.86±2.53	57.86±4.47	47.61±2.83
t	0.080	12.547	0.064	10.577
P	0.936	0.000	0.949	0.000

2.2 炎症因子指标

比较指标是炎症因子，观察组组别、对照组组别比较，显示（ $P<0.05$ ）。如表三呈现。

表 3 炎症因子指标 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	TNF- α		IL-4		IL-17		IL-18	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=66)	88.72 $\pm$ 8.39	68.34 $\pm$ 6.27	32.86 $\pm$ 4.57	26.89 $\pm$ 4.36	38.56 $\pm$ 3.79	28.74 $\pm$ 3.52	92.78 $\pm$ 7.23	61.54 $\pm$ 5.26
观察组 (n=66)	88.87 $\pm$ 8.45	59.63 $\pm$ 6.34	32.93 $\pm$ 4.62	21.24 $\pm$ 3.28	38.68 $\pm$ 3.85	19.96 $\pm$ 3.55	92.85 $\pm$ 7.16	50.87 $\pm$ 4.94
t	0.102	7.936	0.088	8.413	0.180	14.268	0.056	12.013
P	0.919	0.000	0.930	0.000	0.857	0.000	0.956	0.000

2.3 治疗效果
比较指标是治疗总有效率, 观察组组别、对照组组别比较, 显示 ($P < 0.05$)。如表四呈现。

表 4 治疗效果 (例, %)

组别	治愈	显效	有效	无效	治疗总有效率
对照组 (n=66)	5 (7.58)	12 (18.18)	27 (40.91)	22 (33.33)	66.67

观察组 (n=66)	14 (21.21)	26 (39.39)	19 (28.79)	7 (10.61)	89.39
X ²	-	-	-	-	9.943
P	-	-	-	-	0.002

2.4 生活质量
比较指标是生活质量评分, 观察组组别、对照组组别比较, 显示 ($P < 0.05$)。如表五呈现。

表 5 生活质量 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	个人社交		家庭生活		自我感知	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=66)	24.93 $\pm$ 2.65	20.34 $\pm$ 2.18	23.32 $\pm$ 2.59	19.96 $\pm$ 1.98	27.32 $\pm$ 1.67	22.34 $\pm$ 1.28
观察组 (n=66)	24.98 $\pm$ 2.67	17.62 $\pm$ 1.57	23.35 $\pm$ 2.63	17.83 $\pm$ 1.45	27.35 $\pm$ 1.71	18.51 $\pm$ 1.19
t	0.108	8.225	0.066	7.051	0.102	17.803
P	0.914	0.000	0.947	0.000	0.919	0.000

2.5 护理满意度
比较指标是护理满意度, 观察组组别、对照组组别比较, 显示 ($P <$

0.05)。如表六呈现。

表 6 护理满意度 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	基础护理	服务态度	专业技能	健康宣教	应对突发事件
对照组 (n=66)	78.36 $\pm$ 5.27	76.48 $\pm$ 4.53	79.58 $\pm$ 4.19	78.51 $\pm$ 4.48	77.24 $\pm$ 3.61
观察组 (n=66)	89.52 $\pm$ 4.96	89.32 $\pm$ 4.47	90.34 $\pm$ 4.36	87.62 $\pm$ 4.63	89.58 $\pm$ 4.02
t	12.528	16.391	14.456	11.488	18.555
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

中重度痤疮患者的早期症状为毛囊皮脂腺受堵, 毛囊内的痤疮丙酸杆菌得以在厌氧环境中大量繁殖, 对患者皮肤造成多处炎性伤害, 最终导致患者的皮肤出现大量的囊肿、结节, 难以治愈^[7]。痤疮对青少年的影响不仅仅是皮肤, 还会对患者的心理健康、生活质量带来严重负面影响^[8]。必要的心理干预可以缓解青少年患者内心的负面情绪, 减轻痤疮对其社交活动带来的诸多困扰^[9]。多数青少年患者医学健康知识水平知晓率较低, 未能正确认识痤疮, 必要的健康宣教措施可以提升患者的医学知识水平, 激发其治疗积极性^[10]。全面护理中的健康宣教干预措施还可以纠正患者的认知误区, 消除其自卑感, 激发患者治疗痤疮的主观能动性, 有利于痤疮的早日康复, 提升患者的生活质量及满意度^[11]。

在本次研究中, 积极的心理疏导及心理暗示, 可以减轻患者的精神压力, 消除其内心的恐惧等负面情绪, 因此观察组患者的 SAS 及 SDS 评分均较低。优质的生活习惯护理纠正了患者欠佳的个人卫生习惯, 降低了痤疮合并感染及复发的概率, 健康饮食提升了患者的机体免疫力, 所以观察组患者的炎症因子指标均较优。痤疮专题健康宣教讲座提升了患者的医学健康知识水平, 激发了患者的治疗依从性及配合度, 心理负担得以减轻, 痤疮症状得以改善, 有利于青少年正常的社交活动, 因此观察组患者的生活质量更优。全面的护理干预方案不仅有效改善了患者的痤疮症状, 还有效缓解了患者的负面情绪, 提升了患者的生活质量, 因此观察组患者的护理满意度较高。全面护理干预通过对患者实施全方位的、针对性的心理、生活、健康宣教等干预措施, 有效改善了患者的痤疮症状, 炎症水平得以降低, 因此观察组患者的治疗总有效率较高。

中重度寻常型痤疮患者接受全面护理干预方案后, 自身的痤疮症状得到明显改善, 负面情绪得以缓解, 炎症水平得以显著降低, 且生活质量及

满意度较高, 护理效果显著, 在临床一线具备一定的应用价值。

参考文献:

[1]丁雯,冉晨雪,贺洋,等.针对性护理干预在果酸换肤治疗面部寻常痤疮患者中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4 (37): 55,63.

[2]黄昌娇.全面护理干预对中重度寻常型痤疮的临床效果及有效率影响观察[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5 (7): 50,82.

[3]周洁仙,莫柳娟,梁凤,等.中药面膜联合红蓝光照射治疗面部寻常性痤疮的护理体会[J].内蒙古医学杂志,2019,51 (4): 491-492.

[4]蔡大英,缪红莉,林栋玲,等.精细化面部护理干预对寻常痤疮患者生活质量及心理状态的影响[J].中国美容医学,2021,30 (5): 155-158.

[5]马存琴.精细化护理应用于中重度寻常型痤疮的效果探讨[J].系统医学,2019,4 (3): 147-149.

[6]赵鑫.目标策略的针对性护理干预在寻常型痤疮患者中的应用观察[J].首都食品与医药,2020,27 (13): 143.

[7]沈一菲,颜艳,王梅,等.面部护理联合心理护理在中重度寻常型痤疮患者中的应用效果[J].中国医药指南,2021,19 (10): 195-196.

[8]刘丽雯.全面护理干预对中重度寻常型痤疮的效果观察及有效率评价[J].首都食品与医药,2020,27 (4): 100.

[9]谢四荣.心理护理干预结合面部护理对寻常型痤疮患者护理效果及负性情绪的影响分析[J].中外医疗,2021,40 (33): 104-107.

[10]徐风华.对面部寻常痤疮患者进行优质护理干预的效果分析[J].皮肤病与性病,2021,43 (3): 430-431.

[11]孔敏敏,王鑫,何晚珍,等.皮肤美容护理对寻常性痤疮患者愈后外观及心理应激反应的影响[J].中国美容医学,2020,29 (9): 163-166.

高低剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗肾病综合征的应用 疗效观察

陈腾飞 毛长青 李缨

上海健康医学院附属嘉定区中心医院肾内科 上海 201800

摘要：目的：探究高低剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗肾病综合征的应用疗效。方法：选取在我院就诊的肾病综合征患者 46 例，随机均分为对照组和观察组，对照组采用低剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗，观察组采用高剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗。统计两组患者的肾功能指标、血脂指标、凝血指标。结果：观察组患者的肾功能指标、血脂指标、凝血指标优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对于肾病综合征患者，采用高剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗效果较好，可有效改善患者临床指标，值得在临床推广。

关键词：高低剂量低分子肝素；阿托伐他汀；肾病综合征

肾病综合征由多种因素引起，患者肾小球通透性提升，导致尿蛋白大量流失，患者会出现大量的蛋白尿，高脂血症，高度水肿等^[1]。大量的蛋白尿会导致肾小球、肾小管等出现损伤，最终出现肾小球硬化，肾小管间质纤维化^[2]。严重者，甚至会发展为慢性肾衰竭。在治疗该疾病时，通常采用糖皮质激素进行治疗，但是该药物具有较强的耐药性，依赖性以及诸多不良反应^[3]。而他汀类药物是临床上常用的调脂类药物，能够有效调控血脂水平^[4]。患者的肾小球病变与凝血功能等系统的改变，密切相关，患者的机体极易发生高凝状态^[5]。在临床上治疗该疾病时，通常联合低分子肝素，但是目前对于用药的剂量尚无较为明确的标准，需要进一步进行研究^[6]。本次就高低剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗肾病综合征的应用疗效进行了研究，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月~2021 年 12 月在我院就诊的肾病综合征患者 46 例，分为对照组和观察组，每组 23 名。组间患者资料比较不存在统计学意义（ $P>0.05$ ）。

表 1 两组一般资料

组别	例数	性别		年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$, 年)
		男	女		
对照组	23	15(65.21)	8 (34.78)	56.09±14.45	1.55±0.80
观察组	23	17(73.91)	6 (26.08)	56.13±13.11	1.56±0.92
<i>t</i>				-0.011	-0.034
<i>P</i>				0.992	0.973

纳入标准：（1）经临床确诊为肾病综合征；（2）经过患者及其家属同意，入组前签订同意书。（3）实验经我院伦理委员会批准。

排除标准：（1）患有严重精神类疾病的患者；（2）妊娠期及哺乳期患者。

1.2 方法

两组患者，均予免疫抑制、控制血压、排尿、指导健康饮食等常规治疗。同时口服阿托伐他汀钙片，20mg×14 片，齐鲁制药（海南）有限公司，每次 10mg，每天 1 次。

（1）对照组患者，采用低分子量肝素钙注射液（0.4ml：4100AXaIU），

河北常山生化药业股份有限公司。皮下注射，每次 3050U，每天 1 次。

（2）观察组患者，采用高剂量低分子肝素钙注射液皮下注射，每次 3000U，每天 2 次。两组均连续治疗 4 个月。

1.3 观察指标

1.3.1

（1）分别于治疗前后，采集患者清晨空腹静脉血各，3~5 mL，3000 r/min 离心 10min，分离血清及血浆。（2）采用酶联免疫吸附法，检测患者肾功能指标[血肌酐（SCr）、24 h 尿蛋白（24hUP）和血尿素氮（BUN）]水平及凝血功能指标[凝血酶原时间（PT）、活化部分凝血活酶时间（APTT）]水平。（3）常规检测患者血脂[三酰甘油（TG）、总胆固醇（TC）]水平，采用全自动生化分析仪。检测血液流变学指标（血浆黏度、红细胞比容）。

1.3.2

疗效判定：（1）显效：临床症状、体征基本恢复正常，24hUP≤0.2g/L，肾功能恢复正常或好转；（2）有效：临床症状、体征明显好转，24hUP<1.5g/L，肾功能恢复正常；（3）无效，临床症状、体征无显著变化，24hUP 下降不超过 50%，肾功能持续恶化。

1.4 统计学方法

统计学结果由 SPSS26.0 统计学软件统计完成，若组间数据对比结果差异显著 $P<0.05$

2.1 对比治疗有效率

观察组患者的治疗效果优于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 2 对比治疗有效率[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	23	7 (30.43)	8 (34.78)	8 (34.78)	15(65.22)
观察组	23	14(60.87)	8 (34.78)	1 (4.35)	22(95.65)
χ^2	-	-	-	-	7.778
<i>P</i>	-	-	-	-	0.02

2.2 对比两组患者的肾功能指标

对比两组患者的肾功能指标，可得出结果：观察组患者的肾功能指标优于对照组（ $P<0.05$ ），详情见表 3。

表 3 比较组间患者治疗前后的肾功能指标[（ $\bar{x}\pm s$ ）]

组别	例数	24h 尿蛋白（g）		血清肌酐（ $\mu\text{mol/L}$ ）		尿素氮（mg/dL）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	23	3.99±1.62	2.57±1.27	187.67±65.7	130.34±46.45	7.02±2.98	6.11±2.73
观察组	23	4.36±1.83	1.35±0.65	162.55±72.3	102.45±39.97	7.38±2.95	5.39±1.93

t	-	-0.712	4.112	1.233	2.183	-0.417	1.027
P	-	0.48	<0.05	0.22	0.034	0.679	0.310

2.3 两组患者凝血指标

观察组凝血指标优于对照组，且差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），详情见表4。

表4 两组患者凝血指标（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	PT（s）	APTT（s）	TT（s）	Fbg（g/L）
观察组（23）	14.20±2.63	31.22±9.86	18.60±3.99	4.63±1.26
对照组（23）	10.93±2.12	33.18±7.39	17.87±2.63	3.70±1.05
t 值	4.732	-0.763	0.728	0.170
P 值	<0.05	0.449	0.470	0.009

2.4 对比两组患者的血脂指标

观察组患者的血脂指标优于对照组（ $P<0.05$ ）。

表5 比较组间患者护理前后的血脂指标[（ $\bar{x}\pm s$ ）/mmol/L]

组别	例数	TG		TC	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	23	1.95±0.82	1.54±0.77	10.72±3.29	8.49±2.41
观察组	23	1.90±0.96	1.60±0.67	10.94±2.77	6.88±1.67
t	-	0.198	-0.266	-0.252	2.630
P	-	0.844	0.792	0.802	0.012

3 讨论

肾病综合征，在肾内科较为常见，属于一种免疫性疾病，在临床上主要采用激素、免疫抑制剂等进行治疗，能够有效缓解临床症状^[7]。但是，采用糖皮质激素进行治疗时，周期较长，可能会发生耐药性、依赖性，如果长期使用效果并不理想，严重者还会导致感染、肾功能衰竭等^[8]。肾病综合征的患者，血液处于高凝状态，易发生血栓，导致肾功能受损，临床上通常认为患者的血液高凝状态主要与血液浓缩、血容量降低、血脂异常等具有较高的相关性^[9]。与此同时，机体原有的蛋白大量的流失，导致肝脏代偿性合成蛋白，最终导致凝血、抗凝、纤溶系统异常^[10]。因此，研究认为，治疗肾病综合征的关键为降低患者的高凝状态。阿托伐他汀属于他汀类调脂药，能够减少低密度脂蛋白的分泌，调节脂蛋白、血浆中胆固醇的水平，从而提升免疫功能^[11]。与此同时，还可使血管扩张，加快血液循环，该治疗方法适用于饮食、非药物治疗后，仍无法控制血脂水平的患者^[12]。低分子肝素在临床上较为常用，属于抗凝药物^[13]。通过酶解反应，或化学降解反应，得到分子量较小的普通肝素片段，能与抗凝血酶结合产生复合物，从而阻断凝血连锁反应^[14]。另外，可以通过抗凝血酶活性，抑制凝血酶原的形成，防止血小板黏附、聚集，避免血栓的形成^[15]。与此同时，低分子肝素还可提升血管壁通透性，保护血管内皮完整性，维护脏器功能，还可以调脂、抗炎，与普通肝素相比，不良反应较少，在使用低分子肝素时，应当注意使用的剂量，同时给予血液监护，如果用量超过范围，会导致机体自发性出血^[16]。本次就对高低剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗肾病综合征的应用疗效进行了研究，结果令人满意：观察组患者的肾功能指标、血脂指标、凝血指标优于对照组（ $P<0.05$ ）。综上所述，对于肾病综合征患者，采用高剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗效果较好，可有效改善患者临床指标，值得在临床推广。

参考文献：

[1]黎维芳,施贤清,邓颖霞,等. 活化凝血时间监测在老年患者体外循环术后行连续性肾脏替代疗法肝素抗凝管理中的应用[J]. 中国老年学杂志,2022,42（2）: 340-343.

[2]余家静,李兴锐,谭悦,等. 来氟米特联合阿托伐他汀钙治疗系统性红斑狼疮肾炎对尿液指标及血脂的影响[J]. 临床误诊误治,2022,35（3）: 32-35.

[3]Sana T, Aslam B, Aslam N, et al. Therapeutic effect of atorvastatin on kidney functions and urinary excretion of Glimepiride in healthy adult human male subjects.[J]. Pakistan journal of pharmaceutical sciences, 2016, 29（6）: 2321-2326.

[4]唐婷,麦李明,陈曦,等. 强化阿托伐他汀防治经皮冠状动脉介入术后造影剂肾病的效果及对炎症应激反应的影响[J]. 川北医学院学报,2021,36（8）: 1015-1018.

[5]潘红梅,郭维毅,张宏颖,等. 肾衰六君子方联合阿托伐他汀对维持性血液透析患者营养不良-炎症-动脉粥样硬化综合征的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30（11）: 1187-1191.

[6]曹岩,周正,方芳. 益气化痰平肝滋肾方联合阿托伐他汀治疗高血压视网膜病变的效果及其对微循环、臂踝脉搏波传导速度、血清 CysC、APN 表达的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19（10）: 1617-1621.

[7]付国强,任彬,黄谭,等. 连续性肾脏替代疗法联合低分子量肝素治疗创伤性凝血障碍合并急性呼吸窘迫综合征患者的疗效分析[J]. 中国医刊,2022,57（4）: 433-437.

[8]李文,周金阁,胡豆豆,等. 阿托伐他汀联合补肺益肾方对慢性阻塞性肺疾病合并肺动脉高压患者血清炎症因子、血管内皮功能及右心室重塑的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2020,29（18）: 1977-1982.

[9]Ning C A, Min H B, Qc A, et al. Preventive effects of different doses of atorvastatin on contrast-induced acute kidney injury in patients after multiple CT perfusions[J]. Journal of Radiation Research and Applied Sciences, 2022, 15（1）: 48-53.

[10]范学明,王祺,郑振,等. 阿托伐他汀治疗老年糖尿病肾病对肾功能及血清胱抑素 C、同型半胱氨酸影响研究[J]. 临床军医杂志,2020,48（8）: 924-925.

[11]赵志国,孔令朝. 普罗布考联合阿托伐他汀对冠心病并发糖尿病介入治疗患者对比剂急性肾损害的影响[J]. 岭南心血管病杂志,2020,26（1）: 52-57.

[12]谭尧月,刘俊,李泽,等. 短期应用阿托伐他汀联合依折麦布对原发性肾病综合征合并高脂血症患者降脂疗效及相关指标的影响[J]. 中国药房,2017,28（6）: 773-776.

[13]肖艳华,何笑云,韩晴,等. 高糖高脂、PAF 对肾小球系膜细胞 PKC β mRNA 表达的影响及阿托伐他汀干预作用观察[J]. 山东医药,2017,57（39）: 27-29.

[14]Sverre E, Piourevonas J, Kristiansen O, et al. Low-density lipoprotein cholesterol increased significantly after short-term discontinuation of atorvastatin, but did not correlate with plasma drug concentrations[J]. European Journal of Preventive Cardiology, 2022（Supplement_1）: Supplement_1.

[15]陈利冰,沙开香,蔡萍. 曲美他嗪联合阿托伐他汀钙对缺血性心脏病患者肌钙蛋白 I 水平及心、肾功能的影响分析[J]. 海南医学院学报,2017,23（6）: 743-745,748.

[16]叶佳敏,叶利群,张晓芳,等. 滋肾活血方联合低分子肝素改善小鼠复发性流产及对 VEGF/VEGFR-2/p-ERK/ERK 信号通路的影响[J]. 浙江中西医结合杂志,2022,32（5）: 404-410.

手术室细节护理对腹腔镜胆囊切除术患者的影响分析

尹静静 韩露★

烟台业达医院手术室 山东烟台 264006

摘要：目的：针对腹腔镜胆囊切除术患者行手术室细节护理的影响进行分析。方法：选取本院收治的行腹腔镜下胆囊切除术的患者 64 例作为研究对象，随机分为对比组和改良组，对比组患者行常规围术期临床护理，改良组患者行手术室细节护理进行干预，对比两组患者的护理效果。结果：改良组患者术后的心率、血压、皮质醇指标均优于对比组患者，首次排气时间、肠鸣音恢复时间等症状改善时间明显短于对比组患者，且术后患者的 SDS 和 SAS 评分也显著低于对比组患者。结论：腹腔镜胆囊切除术患者行手术室细节护理进行干预具有优良的护理效果，在减少患者的心理和生理的应激反应的同时，促进术后康复，具有重要的临床价值。

关键词：手术室细节护理；腹腔镜胆囊切除术；护理效果

Analysis of the influence of detailed nursing in operating room on patients undergoing laparoscopic cholecystectomy

Abstract: Objective: to analyze the influence of detailed nursing in the operating room on patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. Methods: 64 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy in our hospital were randomly divided into control group and improved group. The patients in the control group received routine perioperative clinical nursing, and the patients in the improved group received detailed nursing intervention in the operating room. The nursing effects of the two groups were compared. Results: the indexes of heart rate, blood pressure and cortisol in the improved group were better than those in the control group. The improvement time of symptoms such as the first exhaust time and the recovery time of bowel sounds were significantly shorter than those in the control group, and the SDS and SAS scores of patients in the improved group were also significantly lower than those in the control group. Conclusion: the detailed nursing intervention in the operating room for patients undergoing laparoscopic cholecystectomy has excellent nursing effect. It not only reduces the psychological and physiological stress reaction of patients, but also promotes postoperative rehabilitation, which has important clinical value.

Key words: operating room detail nursing; Laparoscopic cholecystectomy; Nursing effect

腹腔镜胆囊切除术近年来已经逐渐取代了传统的开腹手术，其伤害小、疼痛轻和利于恢复的优势已经得到了临床的认可。但腹腔镜胆囊切除术仍会对人体造成一定的伤害，需要有效的临床护理干预来减轻患者的生理心理应激反应。手术室护理是护理人员与医生在手术中的配合来为患者提供有效的护理服务，从而提高手术和预后的效果。相较于传统临床护理，手术室细节护理能够提高更加全面舒适的护理，改善患者的生理心理状态和治疗依从性，从而提高手术效果。本次研究针对腹腔镜胆囊切除术患者行手术室细节护理的影响进行分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 4 月至 2022 年 4 月期间本院收治的行腹腔镜胆囊切除术的患者 64 例，根据随机数表的原则随机分为对比组和改良组，每组包括 32 例患者。对比组包括男性 18 例，女性 14 例，年龄 23 至 68 岁，平均年龄为 (43.15±4.62) 岁；改良组包括男 17 例，女 15 例，年龄 22 至 69 岁，平均年龄为 (43.52±4.18) 岁。对比两组患者的一般临床资料，差异无统计学意义 ($p>0.05$)。

纳入标准：(1) 择期进行腹腔镜胆囊切除术患者；(2) 年龄在 20 岁至 70 岁之间；(3) 意识功能和语言功能良好，能够全程配合本次研究；(4) 签署同意书。**排除标准：**(1) 腹腔镜手术禁忌症患者；(2) 合并心肺等重要器官功能障碍患者；(3) 合并免疫系统或感染性疾病患者。

1.2 方法

对比组患者行常规围术期护理，包括身体指标检测、术中配合医生、术后镇痛等内容。改良组患者行手术室细节护理进行干预，具体内容包括：(1) 术前手术准备。在手术前 1 天对患者进行访视，对其生理状况、心理状况进行评估后发放手术通知单，为患者讲解手术的必要性、方法、注意事项及手术室的环境等，帮助提高患者对手术的认知，树立治疗信心。耐心解答患者或者家属关于手术的疑问，减轻患者的紧张心理，增强治疗依从性。在手术进行前 1 小时，将手术室的温度调整至 22℃-25℃，湿度控制在 55% 至 60% 之间，并保持空气于净化状态之下^[1]。术前行腹腔镜系统、辅料包、电外科等要用的仪器及器具制备整齐并严格检查，保证手术设施的完整和消毒。(2) 术中细节护理。在患者进入手术室后，护理人员可以通过播放轻音乐来阴道患者放松，并同麻醉医师对患者的信息进行反复核查，确认无误后建立静脉通道。在手术进行前 15 分钟，协助医师进行抗生素等药物的静脉输注，并将输注药液保持在 37℃ 左右，将保温毯调节至 40℃ 放置在手术床上。在麻

醉进行前，护理人员应给予患者一定的心理干预，用温柔亲切的态度和话语帮助缓解患者的不良情绪并转移其注意力，协助麻醉医师摆放患者的体位。在手术过程中，护理人员应注意避免让患者的皮肤与金属或手术台有直接的接触，在其长期受压部位贴好压疮贴避免压力性损伤，并谨慎变换患者的体位，减少滑脱的不良影响，并减少手术中不必要的人员走动和手术室出入。在手术过程中，手术器械和打开等操作应严格遵循无菌原则进行，并维持患者的气腹稳定。护理人员应配合医生，及时为其提供手术用品，做好冲洗腹腔、加压、抢救、转开腹等操作的准备和配合。(3) 术后细节护理。手术结束后护理人员应立即退出穿刺套，对术野范围内的环境进行观察，确定没有异物，并检查出血、胆漏等不良事件是否发生，在二氧化碳排净后对患处皮肤进行消毒，配合医生进行缝合。对手术备品进行详细逐件清点，确认数目齐全和零件完整^[2]。护理人员还应患者的身体指标进行密切监测和观察，待患者从麻醉中苏醒后将其送回病房，并在术后 3 天内定期进行回访，并开展健康宣教、疼痛干预等活动。对患者的恢复状况和护理情况进行总结，反思归纳相关内容并进行实时修改，提高手术室细节护理的效果和质量。

1.3 观察指标

(1) 在患者术前和术后苏醒时测定其心率、血压和皮质醇并对比。
(2) 记录并对比两组患者在术后首次排气、肠鸣音恢复时间、首次排便时间和住院时间。
(3) 以 SDS 和 SAS 量表对患者的负性情绪进行评估，分数高代表患者的负性心理较严重。

1.4 统计学分析

SPSS20.0 处理，计量资料 ($\bar{x} \pm s$)，t 检验，计数资料 (%)， χ^2 检验， $P<0.05$ 有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者手术前后的心率、血压和皮质醇对比水平见表 1，改良组患者的相关指标明显优于对比组，差异有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1 两组患者手术前后相关身体指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时 间	心率 (次/分 钟)	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	皮质醇 (mmol/L)
对 比 组	治 疗 前	68.02±4.75	123.72±6.50	87.07±5.69	405.51±61.29

(下转第 18 页)

乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗急性支气管炎的临床疗效应用

程樊慧

海阳市发城中心卫生院 内科 山东烟台 264000

摘要：目的：探究乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗急性支气管炎的临床疗效。方法：选择2019年1月至2022年1月我院收治的400例急性支气管炎患儿作为研究对象，采用随机数字表法将患者分为参照组、观察组各200例；参照组患儿采用常规治疗措施，观察组患儿在常规治疗的基础上应用乙酰半胱氨酸溶液做雾化吸入治疗；对比两组患儿临床治疗效果、症状改善时间、治疗前后炎症因子水平以及不良反应发生率。结果：观察组患儿采用乙酰半胱氨酸雾化吸入治疗后的总有效率占96.5%显著高于参照组83.5%，对比结果具有显著性差异（ $P<0.05$ ）；观察组患儿经乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗后患儿发生发热、哮喘音、咳嗽、湿罗音等改善情况均优于参照组，对比结果差异显著（ $P<0.05$ ）；治疗后7d，两组患儿的各项炎症因子水平均低于治疗前，其观察组患儿的炎症因子水平明显低于参照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组患儿实施乙酰半胱氨酸治疗后发生不良反应的总发生率占5.5%显著低于参照组19.0%，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗急性支气管炎不仅具有良好的治疗效果、改善临床症状持续时间，并且在控制炎症反应水平以及不良反应发生率方面具有重要的作用。

关键词：乙酰半胱氨酸溶液；雾化吸入；急性支气管炎；临床疗效

急性支气管炎是临床中较为常见的呼吸系统疾病，多发于儿科，临床主要表现为干咳、咳痰，经检查发现上呼吸道感染，婴幼儿多伴有发热、腹泻、呕吐等，其症状并无表现为全身。经检查两肺均有明显呼吸音粗糙，并伴有明显湿罗音^[1,2]。由于婴幼儿年龄较小，无法自行排痰，可通过对咽喉部和肺部听其是否存在哮喘音进行判断^[3]。婴幼儿时期发生支气管炎时通常会伴有湿疹状况或过敏状况发生，只有极少数的会出现哮喘^[4]。支气管之所以受损主要由于在致病菌在经过支气管道时会直接造成侵袭，为此婴幼儿会出现明显的应激反应和炎症情况，增加病症，支气管炎的病理基础主要表现为炎症反应，不仅会导致病情不断发展，同时还会加重炎症反应，不利于婴幼儿病情恢复^[5,6]。近年来，急性支气管炎在临床中的治疗越来越广泛，其药物的种类也越来越多，根据患儿的情况选择有效的药物对治疗效果具有重要意义^[7]。本文主要探讨本院收400例急性支气管炎患儿采用乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗效果，具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选择2019年1月至2022年1月我院收治的400例急性支气管炎患儿作为研究对象，采用随机数字表法将患者分为参照组、观察组各200例。其中参照组患儿中男童占114例，女童占86例，年龄为6个月~9岁，平均年龄为（4.81±0.82）岁，患病时长为3~10d，平均患病时长为（3.34±1.16）d；观察组患儿中男童占108例，女童占92例，年龄为7个月~10岁，平均年龄为（4.79±0.86）岁，患病时长为3~10d，平均患病时长为（3.45±1.24）d；两组患儿的性别、年龄、患病时长等一般资料对比均无显著差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 研究资料纳入及排除标准

纳入标准：①符合《儿科学》中急性支气管炎诊断标准；②患者年龄≤10岁；③首次实施急性支气管炎的入院治疗。排除标准：①对研究中治疗药物存在过敏史；②伴有支气管哮喘；③合并气管或支气管异物；④存在呼吸衰竭或心力衰竭等并发症者；⑤患有免疫系统疾病者；⑥患有先天性心脏病者；⑦伴有脏器功能障碍者；⑧患有精神类疾病或认知障碍，无法有效配合治疗者；⑨中途推出治疗者。

1.3 方法

参照组患儿采用常规治疗措施，主要以抗感染、祛痰为治疗关键，可采用雾化吸入方式治疗，如硫酸特布他林与布地奈德混悬液雾化吸入。

观察组患儿采用常规治疗+乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗，主要方法为：选用0.3g乙酰半胱氨酸加入至2ml生理盐水中，采用动力雾化吸入，每日吸入时间控制在10~15min，流速调至为6~8L/min，每日雾化2次，持续雾化5d。

1.3 观察指标及评定标准

（1）临床疗效效果对比。显效：症状消失，处于正常状态；有效：症状基本消失，存在轻微哮喘音、啰音；无效：症状无改善甚至进展；总有效率=（显效+有效）÷n×100%。

（2）临床症状缓解时间对比，包括发热、哮喘音、咳嗽、湿罗音。

（3）血清炎症因子水平对比：分别在治疗前以及治疗结束时采集患儿空腹静脉血5ml，3500r/min离心处理10min，检测患者的白介素—4（IL-4）、C反应蛋白（CRP）、肿瘤坏死因子α（TNF-α）水平。

（4）不良反应发生情况对比：根据治疗后的随访记录患者不良反应发生情况，包括胸闷、恶心、食欲不振。

1.5 统计学处理

使用SPSS 26.0软件进行统计学处理，计数资料使用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 χ^2 检验，计量资料使用（%）表示，行 t 检验，资料处理结果 $P<0.05$ 证明对比差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿治疗效果对比

观察组患儿采用乙酰半胱氨酸雾化吸入治疗后的总有效率占96.5%显著高于参照组83.5%，对比结果具有显著性差异（ $P<0.05$ ），如表1所示。

表1 两组患儿临床疗效对比[n（%）]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	200	126（63.0）	67（33.5）	7（3.33）	193（96.5）
参照组	200	107（53.5）	60（30.0）	33（16.5）	167（83.5）
χ^2					18.778
P					<0.05

2.2 两组症状改善时间对比

观察组患儿经乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗后患儿发生发热、哮喘音、咳嗽、湿罗音等改善情况均优于参照组，对比结果差异显著（ $P<0.05$ ），如表2所示。

表2 两组症状改善的时间对照[（ $\bar{x} \pm s$ ）d]

组别	n	发热	哮喘音	咳嗽	湿罗音
观察组	60	2.18±0.43	2.57±0.53	3.46±0.66	3.04±0.54
参照组	60	4.28±1.25	4.98±1.40	5.71±1.43	5.82±1.31
t		22.466	17.811	20.203	27.746
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组治疗前后炎症因子水平对比

两组患儿在治疗前，其各项血清炎症因子水平对比无显著差异（ $P>0.05$ ），治疗后7d，两组患儿的各项炎症因子水平均低于治疗前，其

观察组患儿的炎症因子水平明显低于参照组,差异显著 ($P<0.05$),如表 3 所示。

表 3 两组治疗前后血清炎症因子对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	IL-4 (pg/ml)		CRP (mg/L)		TNF- α (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	140	26.83 $\pm$ 4.19	14.28 $\pm$ 2.07	12.24 $\pm$ 1.67	6.16 $\pm$ 1.22	78.55 $\pm$ 8.53	49.28 $\pm$ 5.07
参照组	140	27.52 $\pm$ 4.27	18.59 $\pm$ 2.67	12.39 $\pm$ 1.92	9.27 $\pm$ 1.40	78.49 $\pm$ 8.48	58.25 $\pm$ 5.89
<i>t</i>		1.631	18.041	0.834	23.684	0.071	16.323
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组患者的不良反应发生情况对比

观察组患儿实施乙酰半胱氨酸治疗后发生不良反应的总发生率占 5.5%显著低于参照组 19.0%,差异显著 ($P<0.05$),如表 4 所示。

表 4 两组患者的不良反应发生情况对比[n (%)]

组别	n	胸闷	恶心	食欲不振	总发生率
观察组	200	1 (2.0)	2 (3.5)	0 (0.0)	3 (5.5)
参照组	200	9 (4.5)	18 (9.0)	11 (5.5)	38 (19.0)
<i>t</i>					33.290
<i>P</i>					<0.05

3 讨论

急性支气管炎是一种临床中常见的呼吸道疾病,多发于婴幼儿时期,发病后会出现呼吸障碍方面的症状,若未进行有效的干预治疗,随着患儿病情的进一步发展,将会出现持续低烧、气促、咳嗽多痰、呼吸困难,甚至是急性呼吸衰竭,不仅影响患儿的正常生长,严重时甚至会对患儿的生命产生影响。急性支气管炎应以早发现早治疗为策略,同时急性支气管炎的临床治疗也是临床医学研究中的重点研究方向^[7]。目前临床中针对急性支气管炎的治疗主要采用糖皮质激素作为治疗药物,但激素类药物存在较高的不良反应发生率,且临床治疗效果一般,在实际治疗中选择有效的治疗方式,是保障患儿生命健康的关键所在^[8]。乙酰半胱氨酸(Acetylcysteine)作为黏液溶解剂,能够产生有效的黏痰溶解效果,其结构中的巯基具有裂解粘蛋白分子复合物间的二硫键,进而起到降低患儿痰液浓度、提升痰液排出效果的作用,并且乙酰半胱氨酸还能够有效减少支气管肺泡腔中弹性蛋白酶的活性,因此,将乙酰半胱氨酸应用于急性气管炎的愈加受到关注^[9]。

本次研究结果显示,观察组患儿采用乙酰半胱氨酸雾化吸入治疗后的总有效率占 96.5%显著高于参照组 83.5% ($P<0.05$)。揭示通过采用雾化吸入乙酰半胱氨酸溶液的方式治疗急性支气管炎,相较于常规治疗方式能够获得更好的治疗效果。分析原因是可能在于,急性支气管炎的治疗关键在于抗感染,通过抑制患儿受到的感染后再给予对症治疗,便可获得理想的治疗效果。由于乙酰半胱氨酸具有较强的抗氧化作用,在谷胱甘肽过氧化氢酶的作用下可调节谷胱甘肽的浓度,达到降低脂质过氧化物、过氧化氢自由基产生的作用^[10]。此外,乙酰半胱氨酸还是有效的黏液溶解剂,能够对细菌产生有效的抑制作用,对于机体纤毛运动、炎性情况同样具有显著的效果。

观察组患儿经乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗后患儿发生发热、哮喘音、咳嗽、湿罗音等改善情况均优于参照组 ($P<0.05$);治疗后 7d,两组患儿的各项炎症因子水平均低于治疗前,其观察组患儿的炎症因子水平明显低于参照组,差异显著 ($P<0.05$)。揭示急性支气管炎患儿使用乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗可有效提升临床症状的改善时间、炎症反应水平。分析发现,乙酰半胱氨酸在提升机体免疫蛋白、血清蛋白质的合成及分泌效果,可有效控制患儿 IL-4、TNF- α 的产生,从而提升了机体的免疫力以及免疫系统平衡的调节。另外,乙酰半胱氨酸还能进一步增加机体血液中 IgG、IgA、IgM、C3、C4 的含量,可进一步提升患者的抗炎效果,同时有效地缓解患儿的临床症状^[11]。通过将药物采用雾化吸入的方式,可进一步避免患儿治疗时的疼痛感,并且在止咳化痰平喘以及免疫力提升方

面获得理想的效果,加之通过抑制病毒的生长,获得良好的抗病毒感染、抗炎效果。

观察组患儿实施乙酰半胱氨酸治疗后发生不良反应的总发生率占 5.5%显著低于参照组 19.0% ($P<0.05$)。证明乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗急性支气管炎可有效降低患儿治疗后并发症发生率,可能是将药物采用雾化吸入的方式虽然属于局部用药,但可直接作用于患儿的气管、支气管,进而避免导致患儿的全身性反应,虽然在一定程度上会刺激到患儿的鼻咽部、胃黏膜,但程度相对较小,并不会发生显著的不良反应,可见乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗急性支气管炎具有良好的安全性。

综上所述,乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入治疗急性支气管炎不仅具有良好的治疗效果、改善临床症状持续时间,并且在控制炎症反应水平以及不良反应发生率方面具有重要的作用,具有良好的临床应用及研究价值。

参考文献:

[1]吴新竹,查琳,马旺生,等.乙酰半胱氨酸雾化治疗小儿支气管肺炎的疗效及对血清炎症因子和肺功能的影响[J].当代医学,2021,27(13):16-18.

[2]费玲,赵秋良,张维维.疏风解毒胶囊对风热犯肺型慢性支气管炎急性发作患者的影响[J].世界中医药,2020,15(22):3439-3442.

[3]N Zhou, Yang X, Huang A, et al. The Potential Mechanism of N-acetylcysteine in Treating COVID-19[J]. Curr Pharm Biotechnol, 2021, 22(12):1584-1590.

[4]P Calverley, Rogliani P, Papi A. Safety of N-Acetylcysteine at High Doses in Chronic Respiratory Diseases: A Review[J]. Drug Saf, 2021, 44(3):273-290.

[5]李君易,刘永明,刘勇.乙酰半胱氨酸联合氨溴索治疗慢性支气管炎的临床效果及对炎症因子水平的影响[J].临床合理用药杂志,2021,14(32):30-32.

[6]J Wei, Pang C-S, Han J, et al. Effect of Orally Administered N-Acetylcysteine on Chronic Bronchitis: A Meta-analysis[J]. Adv Ther, 2019, 36(12):3356-3367.

[7]A Kumar, Jat K-R, Srinivas M, et al. Nebulized N-Acetylcysteine for Management of Plastic Bronchitis[J]. Indian Pediatr, 2018, 55(8):701-703.

[8]傅大千,汪纯权,周伟.吸入乙酰半胱氨酸佐治儿童迁延性细菌性支气管炎的疗效研究[J].临床肺科杂志,2020,25(9):1351-1354.

[9]宋卫珍,苏晋豫,周晓婷,等.雾化吸入乙酰半胱氨酸在慢性支气管炎合并社区获得性肺炎中的临床观察[J].中外医学研究,2020,18(1):46-48.

[10]翟华伟,张玉新.吸入用乙酰半胱氨酸溶液联合沙丁胺醇治疗小儿毛细支气管炎的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2021,32(21):3394-3395.

[11]王琳琳,李萍,卢红霞,等.经纤维支气管镜肺泡灌洗下给予吸入用乙酰半胱氨酸溶液治疗慢性支气管炎的疗效及对肺功能的影响[J].临床研究,2021,29(09):62-64.

中药治疗胃溃疡的临床价值

王文文

海阳市发城镇发城中心卫生院 中医科 山东烟台 265100

摘要：目的 探讨胃溃疡疾病采用中药治疗的临床应用价值。方法 选取2019年10月~2021年10月本院收治的120例胃溃疡患者为研究对象，并依据随机数表法将其分成两组，即研究组60例、参照组60例，参照组实施西药三联疗法，研究组采用中药治疗联合三联疗法，对比两组患者的症状消失时间、不良反应、治疗后6个月内患者复发情况。结果 研究组患者的临床症状与参照组相比均明显较短（ $P<0.05$ ）；研究组患者采用中药治疗联合西药三联疗法治疗后患者发生恶心干呕、反酸嗝气等总发生率占1.7%显著低于参照组25.0%（ $P<0.05$ ）；研究组患者采用中药治疗联合西药三联疗法治疗后患者的HP清除率占98.3%显著高于参照组83.3%（ $P<0.05$ ）；研究组患者采用中西医结合联合治疗后6个月，有1例患者复发，复发率占1.67%，参照组患者采用单一西药三联疗法治疗后占12例，复发率占20.0%，两组对比，研究组的复发率显著低于参照组（ $P<0.05$ ）结论 传统中医治疗胃溃疡疾病在临床中具有较高的治疗效果，存在一定治疗优势，中西医结合治疗可缩短转归时间、降低不良反应发生率和复发率，提高HP清除率，临床值得推广。

关键词：中药；胃溃疡；HP清除率；临床症状；疗效

胃溃疡是临床消化内科中较为常见的疾病，该病多趋向于中老年人，导致胃溃疡疾病的因素较多，其最重要的因素包括患者饮食不规律、长期吸烟、酗酒或其他部分药物刺激有关，进而造成胃蛋白酶分泌发生异常，导致胃黏膜受损，临床主要表现为胃肠道功能异常，对患者的生活质量造成极大影响^[1]。近年来，我国中老年人以及年轻人都存在饮食特异性，为此也增加了发生潜在胃溃疡的发病率。临床常采用西药三联疗法进行治疗，进而达到改善胃黏膜溃疡和感染效果，可有效缓解胃肠道疾病引发的不适；由于胃溃疡疾病的患病周期较长，病情反复，西医三联疗法的复发率较高^[2]。胃溃疡疾病的发病特点主要为发病进程时间较慢、反复发作等，一旦不及时治疗很容易出现炎症反应，导致患者发生严重的不良反应，如穿孔、局部出血、幽门梗阻等情况，容易发生恶变^[3-4]。近年来，随着医疗技术的不断发展，中药治疗慢性疾病的发展趋势较为明显，尤其治疗胃溃疡疾病是采用中药联合治疗方式能显著改善患者的临床症状，提高治疗效果，进而也为中西医结合治疗胃溃疡疾病的临床经验提供技术支持^[5]。本次研究主要选取2019年10月~2021年10月本院收治的120例胃溃疡疾病患者为研究对象，并探讨中药治疗胃溃疡疾病的临床应用情况，具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2019年10月~2021年10月本院收治的120例胃溃疡患者为研究对象，并依据随机数表法将其分成两组，即研究组60例、参照组60例，参照组患者中男性占37例，女性占23例，年龄为45~75岁，平均年龄为（47.53±2.08）岁，患病时长为10d~11年，平均患病时长为（4.31±0.35）年；研究组患者中男性占39例，女性占21例，年龄为43~76岁，平均年龄为（46.35±2.11）岁，患病时长为10d~12年，平均患病时长为（4.29±0.37）年；两组患者的一般资料对比无显著差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）所有患者经临床诊断后均符合《内科学诊治指南》的诊断标准；（2）患者的胃溃疡疾病的治疗均符合《辨证论治》的诊断依据；（3）所有患者经综合检查后均伴有不同程度的呕吐、腹痛等症状；（4）本次研究均经得本院伦理委员会批准；（5）所有患者及家属均自愿签署知情同意书。

排除标准：（1）患者对药物不耐受；（2）合并伴有严重心、肝、肾功能障碍；（3）存在严重认知功能障碍；（4）患者伴有严重胃出血和胃穿孔；（5）无精神障碍疾病；（6）依从性良好。

1.2 方法

两组患者均开展药敏试验，保证患者在治疗期间的用药安全性。给予参照组患者采用西药三联疗法治疗，主要包括阿莫西林，克拉霉素，奥美拉唑，其中阿莫西林（生产企业：珠海联邦制药有限公司，国药准字H44023994），剂量为0.5g（一片），6~8h1次。克拉霉素（生产企业：丽

珠集团丽珠制药厂，国药准字H10960227），剂量为0.25g，每日1次；奥美拉唑（生产企业：悦康药业集团有限公司，国药准字H20056577），剂量为20mg，每日2次。

研究组患者采用联合药物，除西药治疗后采用中药治疗，具体中药治疗方式如下：药物治疗：（1）单味中药治疗：传统中医治疗胃溃疡的目的主要以活血、化瘀、清热解毒为主，由单味药物制成的药剂，主要包括穿心莲、丹参、黄连、大黄等药物，这些药物在中医中具有消肿化瘀、清热解毒的效果。而在现代医学中研究表明，用大黄治疗胃溃疡可显著降低分泌过多的胃酸，进而也降低了胃蛋白酶的活性，可有效抑制HP生长，在保护胃黏膜的同时还可促进溃疡的愈合时间；黄连中的黄连素具有抗菌消炎作用，还可抑制HP生长，能保护胃黏膜促进溃疡恢复。穿心莲的作用可有效抑制阳性菌和均端螺旋体，革兰氏阴性菌的同时还能提高免疫力；丹参的药物作用能抑制胃蛋白酶的分泌，可促进黏膜再生，吸收炎症。

（2）传统中药方剂：常用方剂治疗胃溃疡的药物汤剂还包括黄民建中汤（抑制胃酸分泌、加快溃疡愈合、抑制HP）、香砂六君子汤（促进黏膜恢复、抑制黏膜水肿、加快胃蛋白酶活性）、半夏泻心汤（降低内皮素量、促进溃疡黏膜恢复、加快肉芽组织生长、调节血管收缩因子）。其中黄民建中汤出自《金匱要略》，主要用来治疗脾胃虚寒，该汤剂的效果主要具有缓急止痛、温中补虚，胃溃疡疾病中常用来治疗脾胃虚寒型胃溃疡。该药的配方主要包含黄芪、大枣、白芍、炙甘草、饴糖、桂枝、生姜，黄芪能增强人体免疫力和非特异性的免疫力，具有利尿和抗肾损伤，降血压、血糖、血脂的作用，在以上配方基础上加入白芨，白芨的功效具有消肿生肌、止血，再加入延胡索，其功效具有活血、散瘀、理气止痛，加入海螵蛸，其功效具有收敛止血、固精止带，可有效恢复溃疡表面。经研究表明，黄民建中药联合西药三联疗法的临床效果远高于单纯西药疗法，1年内的复发率较低。（3）中药自拟方剂：除使用传统方剂治疗胃溃疡以外，临床还会依据患者的自身情况和症状对症给药，胃溃疡患者通过自拟方剂西药三联疗法治疗后，其HP清除率和胃黏膜的恢复情况远高于单一使用西药治疗效果，能有效改善患者的临床症状，加快溃疡的恢复，降低复发率。

（4）中成药：近年来，随着中药学研究技术不断进步，中成药的应用越来越多。就当前胃溃疡的治疗中，采用中成药治疗的效果较为显著。常见的治疗胃溃疡的中成药包括健胃愈疡颗粒，该药物的成分主要包括柴胡、党参、白芍、延胡索、白芨、珍珠层粉、青黛、甘草，该药物能有效抑制胃黏膜IL-1 β 蛋白，促进bFGF重组蛋白，具有保护胃黏膜作用。清疡宁的作用能有效抑制胃酸、胃蛋白酶分泌、降低黏膜损害，具有显著的保护效果。中医特色疗法：传统中医治疗中在使中药方剂基础上还存在其他特色治疗，具有良好的辅助效果。（1）针灸、推拿：该方式属于刺激治疗方式，主要刺激相关穴位和经络，在治疗胃溃疡疾病上具有补益脾胃、缓解疼痛等作用。患者在进行针灸治疗时，主要选择内关、中脘、足三里、阿

是穴，可依据辩证法辩证法他穴位进行毫针刺，并依据患者的实际病症采用相关方式治疗，如温针灸、电针、章门、补法等方式，可显著改善患者的痛苦。（2）饮食治疗：胃溃疡疾病的发生跟患者的饮食存在重要关联，患者在治疗后的饮食情况对康复情况也有显著影响。在中医理论下，药食同源对恢复胃溃疡疾病具有重要作用，可采用药膳疗法帮助病人恢复。

1.3 观察指标及评价标准

（1）评估两组患者的临床症状积分量表，评估内容主要包括胃溃疡反酸、腹痛、腹部胀满、暖气、消化道出血等；（2）对比两组患者的临床症状复发情况，对患者治疗后6个月，观察患者症状消失时间、不良反应等。（3）判定两组患者的治疗效果，主要分为显效、好转、无效，显效：HP清除率≥75%；好转：HP清除率30~75%；无效：HP清除率<30%。总有效率=显效+好转。（4）观察两组患者的复发情况。

1.4 统计学方法

使用SPSS 26.0软件进行统计学处理，计数资料使用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 χ^2 检验，计量资料使用（%）表示，行 t 检验，资料处理结果 $P<0.05$ 证明对比差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床症状转归用时比较

研究组患者的临床症状与参照组相比均明显较短，差异显著，具有统计学意义（ $P<0.05$ ），如表1所示。

表1 两组临床症状转归时间比较[$(\bar{x} \pm s)$, d]

组别	n	反酸消失时间	腹痛消失时间	腹部胀满消失时间	暖气消失时间	消化道出血消失时间
研究组	60	2.02±0.16	2.62±0.22	2.56±0.14	1.96±0.08	3.28±0.52
参照组	60	3.35±1.29	4.06±0.40	4.19±0.46	2.44±0.12	4.62±0.57
t		7.925	24.434	26.258	25.780	13.453
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组药物治疗期间不良反应发生率比较

研究组患者采用中药治疗联合西药三联疗法治疗后患者发生恶心干呕、反酸暖气等总发生率占1.7%显著低于参照组25.0%，差异显著，具有统计学意义（ $P<0.05$ ），如表2所示。

表2 两组药物治疗期间不良反应发生率比较[n（%）]

组别	n	恶心呕吐	反酸暖气	总发生率（%）
研究组	60	1	0	1（1.7）
参照组	60	7	8	15（25.0）
χ^2				14.135
P				<0.05

2.3 两组患者HP清除率比较

研究组患者采用中药治疗联合西药三联疗法治疗后患者的HP清除率占98.3%显著高于参照组83.3%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），如表3所示。

表3 两组患者HP清除率比较[n（%）]

组别	n	显效	好转	无效	总有效率
研究组	60	39（65.0）	20（33.3）	1（1.7）	59（98.3）
参照组	60	21（35.0）	29（48.3）	10（16.7）	50（83.3）
χ^2					8.107
P					<0.05

2.4 两组患者治疗后复发率比较

研究组患者采用中西医结合联合治疗后6个月，有1例患者复发，复发率占1.67%，参照组患者采用单一西药三联疗法治疗后占12例，复发率占20.0，两组对比，研究组的复发率显著低于参照组，差异显著，具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

3 讨论

临床导致胃溃疡疾病的发病因素较多，西医认为引发胃溃疡疾病的主要因素跟十二指肠黏膜受损有关，一般采用三联疗法为患者做早期治疗，三联疗法选择抗生素和质子泵抑制剂联合治疗，进而才能降低胃酸的分泌，加强对胃黏膜的保护，改善机体代谢，促进局部血运，进而改善炎症性症状的吸收，可改善胃肠道不适^[6-8]。西药三联疗法在临床中治疗胃溃疡疾病的效果较为显著，但采用西药治疗的周期较长，引发程度不一的不良反应，一旦停药，患者的复发率较高，临床应用价值较差，为此，中西医结合治疗对胃溃疡患者的治疗效果具有重要意义^[9]。传统医学胃溃疡属于胃脘痛，病灶的位置处于胃部，跟多处脏器都有关联，发病因素主要因脾胃先天缺陷、情志较低、外邪侵袭，会造成患者的气机不畅、胃升降失调^[10-11]。中医治疗的关键在于健脾养胃为主，可采用半夏泻心汤治疗，半夏泻心汤的成分主要包括半夏、黄连、黄芩、干姜、甘草、大枣、人参，半夏的药物作用主要能起到止呕属于君药，能有效调理肠胃；干姜具有温中散寒功效，加黄连、黄芩治疗具有清热燥湿功效，而党参和大枣属于滋补药物，可调理脾胃，补中益气；甘草药物可起到调和效果，症状转归时间较短^[12]。

综上所述，传统中医治疗胃溃疡疾病在临床中具有较高的治疗效果，存在一定治疗优势，在药物研发过程中，可依据中医药治疗胃溃疡的方式和经验，为后期治疗胃溃疡提供重要的参考依据，而中西医结合治疗可缩短转归时间、降低不良反应发生率和复发率，提高HP清除率，临床值得推广。

参考文献：

[1]袁荣献,刘天翔.半夏泻心汤免煎中药配方颗粒和半夏泻心汤中药饮片治疗胃溃疡的效果对比[J].当代医药论坛,2019,17(13): 184-185.

[2]王海霞,程春红,张培源,等.中药黄芪建中汤与常规西医治疗胃溃疡疗效对比分析[J].辽宁医学杂志,2019,33(03): 66-68.

[3]丘海冰,谢鹏,秦华珍,等.5味山姜属中药乙醇提取物对胃溃疡寒证大鼠血清cAMP、cGMP的影响及其胃组织病理学观察[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(06): 28-31.

[4]苏善美.5味山姜属中药不同剂型部位对胃溃疡寒证大鼠的温胃散寒药效及化学成分研究[D].广西中医药大学,2019.

[5]吕娟.理中汤联合西药治疗胃溃疡(脾胃虚寒)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2019,33(03): 23-26.

[6]植冠光,欧阳冷星,张彩烟,等.阴阳平衡罐配合中药治疗肝气犯胃型胃溃疡30例远期疗效观察[J].云南中医中药杂志,2019,40(04): 65-66.

[7]赵亚楠.中药内服联合护理对胃溃疡患者的疗效分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(03): 128-129.

[8]郭晓星.中药香砂六君子汤对胃溃疡的治疗作用研究[J].中国现代药物应用,2018,12(21): 205-206.

[9]王创业.黄芪建中汤联合西药治疗胃溃疡(脾胃虚寒)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2018,32(07): 39-42.

[10]阮燕飞.三联用药联合中药治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡患者的疗效研究[J].人人健康,2018,(14): 176-207.

[11]冯黄珂.左金汤联合四联疗法治疗胃溃疡(肝胃不和)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2018,32(06): 22-24.

[12]田兆华,唐从耀,王志刚.温胃方联合三联疗法治疗胃溃疡(虚寒)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2018,32(06): 28-30.

探讨地衣芽孢杆菌活菌联合双歧杆菌三联活菌治疗老年慢性腹泻的临床价值

卢文静

昌邑市人民医院 消化内科 山东潍坊 261300

摘要：目的：探讨地衣芽孢杆菌联合双歧杆菌三联活菌治疗老年慢性腹泻的临床价值。方法：将我院 2019 年 4 月—2022 年 4 月住院的 60 例老年慢性腹泻病人随意地分成观察组和对照组，每组 30 例。对照组用双歧杆菌三联活菌防治，观察组用地衣芽孢杆菌活菌联合双歧杆菌三联活菌防治。评价并对比两组的治疗效率、腹泻等级、肠黏膜屏障功能（内毒素和 D-乳酸）、肠道菌群（乳酸杆菌、双歧杆菌、粪肠球菌和大肠杆菌）以及不良反应发生率。结果：两组治疗总有效率观察组的疗效优于对照组（90.00%VS73.33%， $P < 0.05$ ）；两组治愈后腹泻等级比治愈前观察组腹泻分级明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组血清内毒素和 D-乳酸技术水平平均显著降低对照组（ $0.15 \pm 0.02 \text{ EU/mL}$ 、 $9.21 \pm 1.08 \text{ mg/LVS}$ $0.39 \pm 0.07 \text{ EU/mL}$ 、 $13.37 \pm 1.57 \text{ mg/L}$ ， $P < 0.05$ ）；结论：地衣芽孢杆菌联合双歧杆菌对老年慢性腹泻治疗特别有效，可明显地缓解腹泻，并提高肠道黏膜屏障能力和改善肠道菌群，且安全系数较高。

关键词：老年；慢性腹泻；地衣芽孢杆菌；双歧杆菌三联

To investigate the clinical value of bacillus licheniformis combined with bifidobacteria in the treatment of senile chronic diarrhea

Abstract: Objective: To explore the clinical value of bacillus licheniformis combined with bifidobacterium in the prevention and treatment of chronic diarrhea in the elderly. Methods: a total of 60 elderly patients with chronic diarrhea hospitalized in our hospital from April 2019 to April 2022 were randomly divided into observation group and control group, with 30 cases in each group. The control group was treated with bifidobacterium triplex control, and the observation group was treated with Chlamydia digiformis triplex control. Treatment efficiency, diarrhea grade, intestinal mucosal barrier function (endotoxin and D-lactic acid), gastrointestinal flora (lactobacillus, bifidobacteria, Enterococcus faecalis and Escherichia coli), and incidence of adverse reactions were evaluated and compared between the two groups. Results: The total effective rate of the observation group was better than that of the control group (90.00% vs73.33%, $P < 0.05$). The diarrhea grade of the observation group was significantly lower than that of the control group after cure ($P < 0.05$). The levels of serum endotoxin and d-lactic acid in observation group were significantly decreased ($0.15 \pm 0.02 \text{ EU/mL}$, $9.21 \pm 1.08 \text{ mg/LVS}$ $0.39 \pm 0.07 \text{ EU/mL}$, $13.37 \pm 1.57 \text{ mg/L}$, $P < 0.05$). Conclusion: Bacillus licheniformis combined with bifidobacteria is particularly effective in the treatment of chronic diarrhea in the elderly, which can significantly relieve diarrhea, improve the intestinal mucosal barrier ability and improve the intestinal flora, with a high safety factor.

Key words: old age; Chronic diarrhea; Bacillus licheniformis; Bifidobacterium triplex

慢性腹泻是一个很普遍的临床病症，可由胃肠感染性病变、胃肠非感染性炎症、全身性病变，以及药物所致。患者大便稀薄，排尿次数是一天 3-4 次。其中，老年慢性腹泻的发生率较高。因为其胃肠功能障碍和抵抗力较差，一旦不进行适当处理，就可以威胁生命。而肠道微生物则是一类生长速度快、分布范围广泛、体积小、构造单一的细菌，99% 以上的肠道微生物均为细菌，含有大量厌氧菌和好氧菌，其中厌氧菌约占 97%，如类杆菌、双歧杆菌和真杆菌等。益生菌则能够通过调整肠道菌群结构，来改善肠道黏膜的屏障和免疫功能，进而提高厌氧环境。其中，双歧杆菌活菌胶囊能有效控制致病菌的繁殖，调整免疫，并促进胃肠屏障的修复，能给胃肠创造良好厌氧环境，而地衣芽孢杆菌活菌制剂中产生抗菌活性的化合物则包括杆菌多肽、枯草芽孢杆菌、强制霉素以及头孢菌素 C，因此能够用细菌防治细菌病，本文将重点分析地衣芽孢杆菌与双歧杆菌的三联活菌在老年人慢性腹泻病人中的使用疗效，并希望给老年人慢性腹泻的临床应用诊断带来全新的思维与办法[1-2]。

1、一般资料和方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 4 月至 2022 年 4 月在我院住院的 60 例老年慢性腹泻病人随机分成观察组和对照组，每组共 30 人。观察组男性患者 18 例，女性患者 12 人；年龄为 66-81 岁之间，平均年龄为（74.58±6.94）岁；每日腹泻次数平均为（3.28±0.26）。对照组男性患者 16 例，女性患者 14 例；年龄为第 65-83 年，平均年龄为（76.35±6.83）年；每天平均腹泻频次约为（3.38±0.51）。在性别、年龄和每日腹泻次数等一般数据方面，两组之间没

有显著差异（ $P > 0.05$ ），故具有一定相似性。本对照成果已经我院伦理委员会审批通过。

1.2 方法

入院后，两组应予以通便、保持水电解质均衡、补液等基础处理。观察组在基础治疗的同时服用双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊（gyzz s19993065，金城海思医药公司，型号：210 mg/粒），进行治疗，840 mg/次，2 次/顿。对照组在观察组的基本上，加用地衣芽孢杆菌活菌胶囊（郑长生，gyzz s20083112，浙江净心药业，0.25g/粒），2 片/次，3 次/日，上午 1 次，中午 1 次，下午 1 次。两组均治疗 2 周。

1.3 检查标准与治疗方法

（1）治疗效果称为显著效果：大便性质和次数恢复正常，全身症状（如身体疲劳、肌肉酸痛和发热）明显减轻，粪便逐渐形成，每日 1-2 次；有效：粪便性质、频率和周身症状改善，粪便基本形成，>2 次/日；无效：处理后粪便性质、次数和周身症状不能改变，腹泻症状没有减轻或恶化。总有效性=（显效例数+有效性例数）/总例数 X100%；（2）腹泻分级：在本对照中评估的腹泻等级，分为 0、1、2 和 3 级。级别越高，腹泻现象越明显；[3]（3）内毒素：治疗前后取静脉血 3ml，监测人体血清内毒素浓度（对硝基苯胺合成基质偶氮显色法，试剂盒购自上海市欣凡生物科技有限公司，产品编号：xfnDs001）和 D-乳酸（改良酶分光光度法气体仪器盒购自德国百发公司，产品编号：e1112821），并严格遵照气体仪器盒的说明书使用。[4]

1.4 数据分析

使用 spss20.0 数据分析应用软件完成处理。计算结果将以（ $\bar{x} \pm s$ ）显

示,。采用独立样本 t 检验;将计算资源以百分比显示,用 χ^2 检查, $P<0.05$ 差异在统计学上是明显的。

2、结果

2.1 两组的疗效对比观察组的疗效优于对照组,差异具有统计价值 ($P<0.05$)。见表 1。

表一, 两组治疗总有效率比较[例%]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	17 (26.67)	10 (33.33)	3 (10.00)	27 (90.00)
对照组	30	9 (30.00)	13 (43.33)	8 (26.67)	22 (73.33)
χ^2					2.78
P					0.095

2.2 两组的腹泻等级比较,对比两组治愈后腹泻等级比治愈前明显降低 ($P<0.05$),观察组腹泻分级明显低于对照组 ($P<0.05$)。参见图表二。

表 2 两组腹泻分级比较[例%]

组别	例数	时间	0 级	1 级	2 级	3 级
观察组	30	治疗前	0 (0)	16 (53.33)	12 (40.00)	2 (6.67)
		治疗后	26 (86.67)	3 (10.00)	1 (3.33)	0 (0)
对照组	30	治疗前	0 (0)	14 (46.67)	13 (43.33)	3 (10.00)
		治疗后	9 (30.00)	16 (53.33)	5 (16.67)	0 (0)
χ^2 值			19.817	13.017	0.000	0.000
P 值			0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组血清内毒素和 D-乳酸水平经比较治疗后,两组的血清内毒素和 D-乳酸水平均大幅降低诊断前 ($P<0.05$),观察组血清内毒素和 D-乳酸技术水平均显著降低对照组 ($p<0.05$)。参见图表三。

表三, 两组血清内毒素和 D-乳酸水平比较

组别	n	内毒素 (EU/mL)		D-乳酸 (mg/L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	0.39±0.07	0.15±0.02	16.98±1.76	9.21±1.08
对照组	30	0.42±0.06	0.39±0.07	17.24±1.86	13.37±1.57
t		1.782	18.057	0.556	11.957
P		0.08	0.000	0.580	0.000

3、讨论

腹泻也是人类消化系统中常见的临床问题之一,在老年人群中发生率也较高。医学上最常见的防治腹泻的方法有氨基糖苷和喹诺酮类抗生素,但因为不良反应的发生较多,且抗菌能力谱狭窄,它不宜于具有多种基础病变和容易发生严重不良反应的老年或慢性腹泻病人,微生态制剂能够促使慢性腹泻病人的厌氧菌的增殖,然后对抗病原菌[5-6]。同时,由双歧杆菌、乳酸杆菌和粪链球菌构成的双歧杆菌三重活菌能够控制致细菌的繁殖,从而完善肠道屏障,并调整免疫网络。地衣芽孢杆菌活菌也属于同一种细菌,它对胃肠道条件的敏感性远大于双歧杆菌,并因之可显著促进有益微生物的生长,从而维护肠道黏膜屏障。但是,目前还极少有关于地衣活菌和双歧杆菌防治老年人慢性腹泻的对照[7]。

本分析结果表明,观察组的诊断效果显著高于对照组,这与分析结果基

本吻合,说明了地衣芽孢杆菌联合双歧杆菌三联活菌对老年慢性腹泻的效果良好。地衣芽孢杆菌结合双歧杆菌三联活菌疗法,利用外源性感染直接补充体内肠道中正常菌组,从而促使了内源性双歧杆菌、乳酸杆菌和胃肠道链球菌等正常菌组的产生与增殖,从而控制了病原体活动,并保持了患者肠道内正常菌组平衡,从而减少了致病菌对肠道黏膜的破坏,进而更好地减轻了腹泻。经动物试验已证明,地衣芽孢杆菌可有效避免因敏感抗生素而导致的肠道菌组失调。

治疗后的结果观察组老人腹泻水平远小于对照组,表明了地衣芽孢杆菌联合双歧杆菌三联活菌结合疗法,对缓解老年人的腹泻问题有很好疗效。由于地衣芽孢杆菌的生物夺氧作用强,能维持胃肠低氧状态,有效控制胃肠菌群,促进了营养素的溶解与吸收,从而激活了胃肠免疫的防御作用,使人体重新获得了免疫平衡。另外,地衣芽孢杆菌也具备产酶特性,能产生多种营养酶,提高胃肠营养酶的产生,共同提高消化吸收功能。通过调节胃肠菌群和杆菌的比例,重塑胃肠菌群平衡后,它可以安全地排出体外。地衣芽孢杆菌和双歧杆菌的共同使用也能产生协同效果,所以观察组的腹泻缓解作用高于对照组。

该对照还表明,对照后的观察组乳酸菌株和双歧杆菌三重活菌数显著超过对照组,而粪肠球菌和肠道菌数显著少于对照组,并证实了双歧杆菌三联活菌和地衣芽孢杆菌可有效地控制老年慢性腹泻病人的正常肠道菌群。而双歧杆菌三联活菌胶囊则能直接补偿正常生理性菌群,减少致病菌生长,从而改变肠道菌群紊乱。地衣芽孢杆菌是一类高消耗氧和性需氧益生菌药物,与由乳酸杆菌联合双歧杆菌三联活菌发酵作用的益生菌比较,它对胃肠管的耐受性更良好。而且由于能够在室温下长期贮存,便于病人服用,对病人的药物依从力也很强,对缓解病人肠道菌群失调也有良好的作用[8]。

但是,本方法还面临若干缺点,如样品量少、单中心研究,也可以造成本研究观察结论的片面化;另外,慢性病人常常并发更多的基础病变,引起急性腹泻的原因众多,也可以造成在选取对照样本和数据时会形成误差。科学对照后期,有必要加大样本量,进而展开多的对照和数据分析。

综上所述,地衣芽孢杆菌联合双歧杆菌三联活菌对防治老年人的慢性腹泻效果满意,可有效提高肠道黏膜屏障,调整患者胃肠菌群,因此有着良好的安全性与临床使用意义。

参考文献:

[1]罗艳,刘凯诚,梁志媚.双歧杆菌活菌联合消旋卡多曲治疗对腹泻患儿免疫功能及炎症因子水平的影响[J].临床医学工程,2022,29 (06): 817-818.

[2]任海龙.双歧杆菌活菌联合蒙脱石散治疗小儿腹泻的近期疗效观察[J].现代养生,2022,22 (07): 494-495.

[3]刘筠.双歧杆菌活菌与蒙脱石散联合在小儿腹泻治疗中的药学分析[J].系统医学,2022,7 (06): 190-194.

[4]吴娜,李多,崔利军,彭昭,马慧洁,王锐,杜三军,于永强,美沙拉秦联合双歧杆菌活菌对溃疡性结肠炎患者疗效、炎症因子、肠道菌群及粪便相关因子的影响[J].临床误诊误治,2021,34 (10): 20-24.

[5]吴芳.双歧杆菌活菌联合蒙脱石散治疗小儿急性腹泻病近期疗效观察[J].北方药学,2021,18 (10): 151-152.

[6]王志英.双歧杆菌活菌与蒙脱石散联合治疗腹泻患儿 52 例的效果[J].中国社区医师,2021,37 (23): 58-59.

[7]康娟.四联双歧杆菌活菌联合重组人干扰素治疗小儿轮状病毒感染性腹泻的效果观察[J].中国校医,2021,35 (05): 379-380.

[8]李娟.三联双歧杆菌活菌散联合消旋卡多曲颗粒治疗儿童腹泻的安全性及有效性分析[J].中国社区医师,2021,37 (11): 27-28.

探讨经阴道彩色多普勒超声在诊断子宫肌瘤和子宫腺肌症及腺肌瘤的意义

何玉梅 宁荣萍 陈红坚 陈忠英 古梅

云南省第三人民医院 云南昆明 650011

摘要:目的 本次研究分析对于子宫肌瘤、子宫腺肌症与腺肌瘤采用经阴道彩色多普勒超声进行诊断的价值。方法 从2020年6月1日-2020年12月29日来我院治疗的子宫腺肌症、子宫肌瘤、与腺肌瘤患者中共挑选334例患者作为此次研究对象,全部经手术病理所证实。所有研究对象都接受经阴道彩色多普勒超声与经腹部超声检查,比较两种检查方式的诊断效果。结果 与经腹部超声检查方式比较,经阴道超声检查诊断三种疾病的精准度更高($P < 0.05$)。经阴道彩色多普勒超声检查手段可以充分辨别子宫肌瘤、腺肌症、腺肌瘤病灶内部及周边血流状况。结论 同经腹超声相比较,经阴道超声诊断子宫肌瘤、子宫腺肌症与腺肌瘤的价值更高,再综合彩色多普勒超声血流信号特点,能够更精准诊断三种病变。

关键词:经阴道超声;子宫肌瘤;子宫腺肌症;腺肌瘤;诊断

目前临床诊断疾病的常用检查方式就是超声检查。而诊断子宫肌瘤、子宫腺肌症的主要手段就是经腹部超声检查。临床发现,腹部超声诊断图像仅反映病变组织的个别界面特点,而子宫肌瘤与子宫腺肌症的超声图像会产生重叠的现象。所以,应用经腹超声诊断妇科疾病,会有较高的误诊率与漏诊率。经阴道彩色多普勒超声检查方式不会被患者体型、盆腔等因素所干扰,并且超声图像比较清楚,得到临床更多认可^[1]。本文就应用经阴道彩色多普勒超声诊断子宫肌瘤、子宫腺肌症与腺肌瘤的效果展开研究分析,现报告实验过程。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究所选取的患者全部来自2020年6月1日-2020年12月29日来我院治疗的子宫腺肌症、子宫肌瘤、与腺肌瘤患者,入选条件:确诊为子宫肌瘤和子宫腺肌症与腺肌瘤。排除标准:哺乳期或妊娠期妇女;恶性器质性病变者;肝肾肺心等重要脏器功能障碍者;凝血功能障碍者。子宫肌瘤患者,233例,年龄23-77岁,平均(50.3±5.2)岁;子宫腺肌症患者,69例,年龄26-55岁,平均(40.5±4.6)岁;腺肌瘤患者,32例,年龄30-65岁,平均(47.5±5.2)岁。三组基线资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

全体患者都行经腹部超声检查与经阴道超声检查。检查仪器选择美国GE彩超Voluson E10及Samsung80A彩色多普勒超声诊断仪,设定腹部探头频率3.5~5.0 MHz,设置阴道探头频率4.0~9.0 MHz。率先实施经腹部超声检查,检查前要求患者多喝水以保持膀胱适度充盈。检查时让患者呈平卧位,由耻骨开始联合向上,开展多切面扫描,仔细观察子宫、附件情况,包括检查子宫壁形状、厚度、肌层回声等,同时观察病灶位置、尺寸,以及其同四周组织的关系。接着,实施经阴道超声检查。检查前要求患者排空膀胱。检查时引导患者保持截石位,涂抹耦合剂到探头上,再将避孕套套在探头上,然后缓慢推送探头到阴道内,采取盆腔器官多切面扫描,细致探查子宫、附件及其四周状况,同时综合血流频谱检测,分析观察病灶内部、四周血流走形状况。

1.3 观察指标

以手术病理结果作为参考,分析超声诊断120例子宫病变的情况。

分析对比子宫肌瘤瘤体周边、子宫腺肌症内部、子宫肌瘤瘤体周边等血流动力学指标:即:血流搏动指数(PI)、血流阻力指数(RI)。病灶内部血流PSV>41cm/s诊断为子宫肉瘤,

1.4 统计学分析

此次研究确定运用SPSS23.0软件分析所有研究数据。对于计量资料挑选($\bar{x} \pm s$)形式反映,进行t检验,计数资料指定以(%)形式呈现,开展 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异明显。

2 结果

2.1 诊断情况

与经腹部超声检查方式比较,经阴道超声检查诊断三种疾病的精准度更高($P < 0.05$)。表1。

表1 诊断情况[n(%)]

疾病种类	例数	经腹部超声	经阴道超声	χ^2	P
子宫腺肌症	69	56 (81.16)	67 (91.10)	9.0504	0.0026
子宫肌瘤	233	209 (89.70)	232 (99.57)	22.3595	<0.05
子宫腺肌瘤	32	24 (75.00)	30 (93.75)	4.2667	0.0389

2.2 子宫肌瘤、子宫腺肌症、腺肌瘤的血流动力学

如表2。

表2 子宫肌瘤、子宫腺肌症、腺肌瘤的血流动力学($\bar{x} \pm s$)

疾病种类	例数	PI	RI
肌瘤周边	233	1.06±0.08	0.49±0.11
腺肌症内部	69	1.31±0.05	0.52±0.06
腺肌瘤周边	32	1.22±0.01	0.62±0.03

3 讨论

子宫肌瘤、子宫腺肌症、子宫腺肌瘤都是比较多的女性生殖系统疾病,这类患者中大部分存在不规则阴道出血的现象,同时一些患者还有明显腹痛反应。子宫肌瘤、子宫腺肌瘤以及子宫腺肌症的患者有很多重合的

临床症状,但是三种疾病的病理机制是不同的。子宫腺肌症是由于受到机体性激素水平改变等多种因素的干扰,引发子宫内膜异位,进而引起周期性出血,同时导致四周纤维组织异常增生,形成囊黏连^[2]。子宫肌瘤属于平滑肌细胞异常增生,大多数情况下不会明显影响到患者机体健康^[3]。针对子宫肌瘤、子宫腺肌症的患者,可以选择不同方式给予治疗,如:手术切除肿瘤、药物治疗等,而针对子宫腺肌症,通常会选择保守治疗方式。所以,精准鉴别诊断疾病,利于提供有效数据用于临床制定个性化治疗计划,以改善患者的生活质量。

目前,临床采用超声技术检查与诊断各类子宫病变,依据检查手段的不同,将子宫超声检查分成经腹部超声、经阴道超声。经腹部超声的特点是操作流程简单,而经阴道超声需要推送超声探头到患者阴道内,以取得更加清楚的图像。同经腹部超声不同,在经阴道超声检查时,超声探头可以更加贴近盆腔,同时可以避免被腹部脂肪层、气体所干扰,其成像效果更加好于经腹部超声^[4]。子宫肌瘤是多源性克隆平滑肌细胞演变而成,细胞呈现膨胀性增生,同时产生实质性球形肿块,其超声影像往往可以发现“螺旋状”声像改变,同时在肌瘤四周可以发现子宫肌层出现的低回声晕圈,外缘清楚^[5]。子宫腺肌瘤、子宫腺肌症是因为子宫内膜异位生长,导致纤维组织、肌纤维反应性增生。彩色多普勒超声可观察子宫肌瘤患者病灶清晰,周围存在丰富血管,血管较粗且呈环状,交错排列向内部延伸,而子宫腺肌病患者病灶无清晰边界,呈扇形放射状,病灶上无球状血管网,可见点状血流,所以子宫肌瘤Adler分级0级、I级占比较高,II级、III级占比较低^[6]。

本研究,与经腹部超声检查方式比较,经阴道超声检查诊断三种疾病的精准度更高($P < 0.05$)。出现这一结果的原因是:行经腹部超声检查时,受到下列因素的干扰,即:肥胖、腹部气体,子宫腺肌症病灶部位、大小等,致使成像质量不清晰或病灶被挡住,进而引发误诊、漏诊。

在诊断子宫病变时,要综合患者的超声影像特征,还要充分依托肿瘤血流丰富的特征,再结合患者的彩色多普勒超声征象,从而更精准的判定疾病。就子宫肌瘤来看,其肌瘤大小同供血丰富程度呈正相关,并且产生大量新生血管,这种血管的特点是血管壁过薄,同时于血流频谱上能够观察显著的高速、低阻特征^[7]。而子宫腺肌症,其病灶四周大多数情况下没有突出的血流分部,但可以发现病灶内部存在少量彩色血流信号^[8]。对比腺肌症患者与腺肌症患者,可以发现:肌瘤周边可见环状或半环状血流,而腺肌症见不到。水晶成像,肌瘤可见旋涡状改变,而腺肌瘤不出现旋涡状改变。瘤体较大时,通常需要经腹部超声与经阴道超声联合应用,经阴道看肌瘤或腺肌症的细节,经腹部看子宫或瘤体轮廓^[9]。

本研究,经阴道彩色多普勒超声检查方式可以充分辨别子宫肌瘤、腺肌症与腺肌瘤病灶内部和周边的血流情况。由此可知,在观察分析经阴道超声图像的基础上,结合血流信号特征能够大大提升诊断子宫病变的精准度。

总结此次研究,经阴道彩色多普勒超声可以有效鉴别诊断子宫肌瘤、子宫腺肌瘤、子宫腺肌症等子宫病变,可以为后续诊治提供可靠参考数据,应用价值高。

参考文献:

- [1]卢其娟.经阴道超声对子宫腺肌症、子宫肌瘤和腺肌瘤的诊断价值[J].影像研究与医学应用,2021,5(15):86-87.
- [2]武全,何健.经阴道彩色多普勒超声对子宫肌瘤和子宫腺肌症及腺肌瘤的鉴别诊断分析[J].中国医疗器械信息,2021,27(03):86-87.
- [3]孙善.经阴道彩色多普勒超声诊断子宫肌瘤和子宫腺肌症及腺肌瘤的效果观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(17):128+144.
- [4]殷华.彩色多普勒超声诊断子宫肌瘤和子宫腺肌症的临床价值分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(14):127+129.
- [5]易俊秀,段海珊,郭燕丽.经阴道彩色多普勒超声诊断子宫肌瘤、腺肌症及腺肌瘤的临床价值[J].局解手术学杂志,2020,29(01):82-84.
- [6]李莉.经阴道彩色多普勒超声诊断子宫肌瘤和子宫腺肌症及腺肌瘤的临床价值体会[J].影像研究与医学应用,2019,3(23):153-154.
- [7]周厚华.子宫肌瘤和子宫腺肌症及腺肌瘤患者应用经阴道彩色多普勒超声诊断的效果分析[J].中国医疗设备,2019,34(S1):106-107.
- [8]白嫦娥.经阴道彩色多普勒超声诊断子宫肌瘤和子宫腺肌症的应用价值[J].现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(14):138-139.
- [9]王宏.经阴道彩色多普勒超声诊断子宫肌瘤和子宫腺肌症及腺肌瘤的临床价值分析[J].影像研究与医学应用,2019,3(13):238-239.

富马酸替诺福韦酯联合虫草胶囊治疗慢性乙型肝炎肝硬化患者的效果分析

郝雁雁

邯郸市传染病医院肝病科 河北邯郸 056002

摘要：目的 分析富马酸替诺福韦酯联合虫草胶囊治疗慢性乙型肝炎肝硬化患者的效果。方法 选取院内 2021 年 1 月~2022 年 5 月收治的慢性乙型肝炎肝硬化患者 200 例为观察对象，依据随机数字表法分两组，对照组 100 例保肝药物与富马酸替诺福韦酯治疗，观察组 100 例在其基础上加用虫草胶囊，对比疗效。结果 观察组患者症状好转率均高于对照组患者（ $P<0.05$ ）。治疗后白细胞与红细胞水平无差异性，但观察组患者血红蛋白与血小板计数水平均低于对照组患者（ $P<0.05$ ）。治疗后观察组患者的 ALT、AST、TBIL、ALB 几项指标水平均低于对照组患者（ $P<0.05$ ）。治疗后观察组的门静脉内径、脾静脉内径、脾脏厚度均小于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 慢性乙型肝炎肝硬化采用富马酸替诺福韦酯、虫草胶囊的联合治疗可强化疗效，促进肝功能恢复及快速减轻腹胀与乏力等症状。

关键词：富马酸替诺福韦酯；虫草胶囊；慢性乙型肝炎；肝硬化

慢性乙肝存在进展恶化可能，基于纤维化可进展为肝硬化、肝癌，为此，对于慢性乙肝肝硬化的早期治疗，是降低肝癌发生率的关键。针对乙型肝炎硬化的治疗，以抑制病毒复制为主要方向，同时改善炎症状态与肝脏的纤维化^[1]。为此，用药治疗以抗病毒药物为主，如现代临床常用冰粉替诺福韦、富马酸替诺福韦酯等^[2-3]。后期虫草胶囊被发现对于慢性乙肝肝硬化病情控制及转归具有一定价值，促使其投入临床应用^[4-5]。但富马酸替诺福韦酯与虫草胶囊的联合应用价值及安全性还缺乏充足证据。为此，本研究进行了院内 2021 年 1 月~2022 年 5 月慢性乙型肝炎肝硬化患者 200 例进行分组调查，旨在探究两种药物联合应用对于疗效的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取院内 2021 年 1 月~2022 年 5 月收治的慢性乙型肝炎肝硬化患者 200 例为观察对象，依据随机数字表法分对照组、观察组，均 100 例。对照组内男 59 例，女 41 例；年龄 49~68 岁，平均（57.62±6.38）岁；肝硬化病程 2~6 年，平均（4.28±0.68）年。观察组内男 58 例，女 42 例；年龄 47~68 岁，平均（58.95±6.57）岁；肝硬化病程 2~6 年，平均（4.57±0.74）年。两组患者一般资料无差异性，可对比研究。纳入标准：①符合《慢性乙型肝炎诊疗指南》诊断标准；②均存在肝纤维化；③签署知情同意书。排除标准：①合并肝癌；②合并其他肿瘤疾病；③合并免疫系统功能异常。

1.2 方法

对照组：保肝药物治疗，包括肝水解肽、安体舒通、呋塞米治疗，加用富马酸替诺福韦酯（葛兰素史克（天津）有限公司，H20153090）口服用药，300mg/次，1 次/d。

观察组：对照组用药基础上加用虫草胶囊（尚赫（天津）科技开发有限公司，G20160313），每日 6g 分 2 次口服。

1.3 观察指标

（1）症状改善情况，包括乏力、食差、腹胀、双下肢浮肿及尿黄，

将治疗前后症状明显变化判断为好转，统计好转率。（2）血常规结果：治疗前、后 2 周测定白细胞、红细胞、血红蛋白、血小板计数。（3）肝功能：治疗前、后 2 周全自动生化分析仪测定谷丙转氨酶（ALT）、谷草转氨酶（AST）、总胆红素（TBIL）、白蛋白（ALB）。（4）肝脏影像学检查：彩色多普勒超声检测门静脉内径、脾静脉内径、脾脏厚度。

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 比较两组患者症状改善情况

观察组患者症状好转率均高于对照组患者（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 比较两组患者症状改善情况（n，%）

组别	例数	乏力	食差	腹胀	双下肢浮肿	尿黄
观察组	100	98(98.00)	92(92.00)	100 (100.00)	96(96.00)	99(99.00)
对照组	100	91(91.00)	83(83.00)	92(92.00)	87(87.00)	90(90.00)
χ^2	-	4.714	4.421	8.333	5.207	7.792
P	-	0.030	0.036	0.004	0.022	0.005

2.2 比较两组患者血常规结果

观察组患者血红蛋白与血小板计数水平均低于对照组患者（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 比较两组患者血常规结果（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	白细胞（ $\times 10^9/L$ ）		红细胞（ $\times 10^{12}/L$ ）		血红蛋白（g/L）		血小板计数（ $\times 10^9/L$ ）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	5.25±1.32	4.05±1.01	2.25±0.35	4.25±0.58	117.52±12.35	112.62±10.57	92.35±5.14	80.52±5.36
对照组	100	5.28±1.24	4.04±1.05	2.28±0.54	4.19±0.42	118.42±12.06	115.43±9.45	92.48±5.32	86.24±5.18

照 组									
<i>t</i>	-	0.166	0.069	0.466	0.838	0.521	1.982	0.176	7.674
<i>P</i>	-	0.869	0.945	0.642	0.403	0.603	0.049	0.861	

2.3 比较两组患者肝功能指标 0.05)。见表 3。

观察组的 ALT、AST、TBIL、ALB 几项指标水平均低于对照组 ($P <$

表 3 比较两组患者肝功能指标 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	ALT (U/L)		AST (U/L)		TBIL ($\mu\text{mol/L}$)		ALB (g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观 察 组	100	465.25 $\pm$ 30.18	56.24 $\pm$ 5.18	368.52 $\pm$ 50.34	53.62 $\pm$ 5.48	146.25 $\pm$ 30.38	31.26 $\pm$ 4.38	76.15 $\pm$ 5.28	45.26 $\pm$ 5.32
对 照 组	100	466.28 $\pm$ 28.56	69.52 $\pm$ 6.34	369.15 $\pm$ 50.31	68.25 $\pm$ 6.04	145.26 $\pm$ 32.32	48.52 $\pm$ 5.188	75.24 $\pm$ 4.15	52.26 $\pm$ 5.31
<i>t</i>	-	0.248	16.221	0.089	17.939	0.223	25.421	1.355	9.313
<i>P</i>	-	0.804	<0.001	0.930	<0.001	0.824	<0.001	0.177	<0.001

2.4 比较两组患者肝脏影像学结果 <0.05)。见表 4。

治疗后观察组的门静脉内径、脾静脉内径、脾脏厚度均小于对照组 ($P <$

表 4 比较两组患者肝脏影像学结果 [$\bar{x} \pm s$], mm]

组别	例数	门静脉内径		脾静脉内径		脾脏厚度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观 察 组	100	13.85 $\pm$ 2.05	10.32 $\pm$ 0.68	12.68 $\pm$ 1.42	9.41 $\pm$ 0.58	50.24 $\pm$ 3.18	35.62 $\pm$ 4.18
对 照 组	100	13.56 $\pm$ 2.04	12.05 $\pm$ 0.66	12.57 $\pm$ 1.34	10.58 $\pm$ 0.43	51.13 $\pm$ 3.62	41.25 $\pm$ 5.08
<i>t</i>	-	1.003	18.256	0.563	16.205	1.847	8.558
<i>P</i>	-	0.317	<0.001	0.574	<0.001	0.066	<0.001

3 讨论

慢性乙肝是一种病毒感染性疾病,抗病毒治疗对于病情转归具有重要影响,同时也是乙型肝炎硬化的主要治疗手段。慢性乙型肝炎肝硬化患者用药物治疗中,保肝药物为基础,可减轻肝脏病变进展,保护肝功能^[6-7]。在此基础上应用适合抗病毒药物可快速改善各症状,并影响肝功能变化。如本研究中的富马酸替诺福韦酯,经磷酸激酶作用可竞争性结合 HBV DNA 反转录酶活性二磷酸,可延长 DNA 过程终止。将其用于乙型肝炎肝硬化治疗,维持在较高病毒学应答,但在肝脏纤维化方面左右还存在一定限制。为此,本院对肝硬化患者加用了虫草胶囊进一步强化疗效。

经本研究发现,富马酸替诺福韦酯基础上加用虫草胶囊后患者各症状好转率较高,且肝功能恢复效果显著,用于乙型肝炎肝硬化疾病治疗综合价值更高。虫草胶囊富含多种氨基酸、微量元素,其作用如抗疲劳、抗应激、镇静等,用于乙型肝炎肝硬化患者治疗,可有效缓解患者乏力与腹泻等症状,同时可辅助改善机体免疫功能^[8]。在抗病毒治疗过程,应用虫草胶囊还可发挥减轻肝脏毒性损害作用,强化肝脏保护效果,对于调节肝脏炎症反应与纤维化等具有积极作用。为此,富马酸替诺福韦酯与虫草胶囊的联合应用,在有效抗病毒功效基础上,充分保护肝脏功能,实现肝功能快速恢复,远期预后良好。

综上所述,慢性乙型肝炎肝硬化采用富马酸替诺福韦酯、虫草胶囊的联合治疗可强化疗效,促进肝功能恢复及快速减轻腹胀与乏力等症状。

参考文献:

- [1]郝雁雁,王威雪,王瑞萍,等.替诺福韦酯联合虫草胶囊治疗慢性乙型肝炎肝硬化患者血清 TGF β 1, ET-1 和 CTGF 水平变化[J].湖南师范大学学报:医学版,2022,19(1):134-137.
- [2]杨春梅,施翠芬.恩替卡韦,富马酸替诺福韦酯治疗初治慢性乙型肝炎及代偿期肝硬化效果比较[J].临床合理用药杂志,2020,21(5):59-61.
- [3]宗有兴,高彩霞.替诺福韦与恩替卡韦治疗乙型肝炎后肝硬化的临床效果比较[J].临床医学研究与实践,2020,5(13):61-62.
- [4]郑晓永,白艳,张娟.复方鳖甲软肝片联合替诺福韦酯治疗慢性乙型肝炎肝硬化的临床研究[J].现代药物与临床,2022,37(4):786-790.
- [5]王菲,陈敬峰.五酯胶囊联合替诺福韦酯治疗慢性乙型肝炎的临床疗效分析[J].北方药学,2020,17(9):48-49.
- [6]付广双,申思华,王茉莉,等.恩替卡韦,富马酸替诺福韦二吡呋酯片治疗慢性乙型肝炎及其肝硬化的效果比较[J].中国医药导报,2021,18(35):121-124.
- [7]范仲平.复方甘草酸苷联合替诺福韦酯治疗慢性乙型肝炎短期疗效及对血清炎症因子的影响[J].基层医学论坛,2021,25(19):2702-2704.
- [8]王佩龙,靖新艳.富马酸替诺福韦二吡呋酯片联合胸腺法新治疗慢性乙型肝炎的临床效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(25):70-72.

定期尿激酶联合肝素封管对预防血液透析长期导管感染的观察

魏兵

长治市北大医疗潞安医院肾内科 山西长治 046204

摘要：目的 探究在血液透析长期导管感染的控制上采取定期尿激酶和肝素封管，分析对其产生的影响。方法 在本院 2019 年 6 月~2020 年 6 月治疗 80 例实施血液透析的患者作为研究对象，采用随机抽签方式分为对照组和观察组各 40 例，对照组实施常规的肝素盐水进行封管，观察组采用定期尿激酶联合肝素封管，分析治疗后的凝血指标变化和相关感染发生率以及导管通畅性的对比。结果 在方案实施后，观察组的凝血指标变化整体和对照组差异无统计学意义 ($p>0.05$)，并观察组的感染发生率低于对照组，且观察组的导管通畅性优于对照组，组间对比差异有统计学意义 ($p<0.05$)。结论 在血液透析中采取定期尿激酶联合肝素封管措施，和减少患者的相关感染事件发生率，对于防控相关菌血症起到积极作用，改善凝血功能，整体治疗效果较佳，在临床上值得推荐。

关键词：定期尿激酶；肝素封管；血液透析；导管感染；凝血功能

血液透析为将血液引出体外，并经过透析器体外循环装置，清理血液中的有害物质水分^[1]。血液透析为肾衰竭患者的主要肾脏功能替代治疗方式之一，可维持机体平衡，理想血管通路可以维持血液透析患者的生命安全。但如果透析出现为高龄慢性病，血管钙化，自身免疫力低下，动脉硬化等患者，更需要可靠安全的血管通路来保障机体平衡^[2]。但导管长期置留容易造成流量不足，血流不畅的情况，需要给予体位调整，溶栓等治疗措施，导管堵塞为中心静脉置管的常见并发症，可降低血流量，影响到整体治疗效果^[3]。为了提高导管使用期限和透析质量，本研究在血液透析中施展定期尿激酶和肝素封管措施，具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 6 月~2020 年 6 月在我院进行血液透析的患者，随机分成两组。纳入标准：病情稳定，血液透析超过 3 个月，具有研究知情权，自愿签订知情协议书，临床完整。排除标准：依从性差，凝血功能障碍，置管前出现感染，合并严重性肿瘤疾病，服用抗生素。对照组：50~81 岁，平均年龄 (63.42±7.55) 岁，其中高血压肾病 12 例，糖尿病肾病 10 例，其他 28 例。观察组：51~83 岁，平均年龄 (63.36±7.47) 岁，其中：高血压肾病 13 例，糖尿病肾病 11 例，其他 26 例。两组患者在性别年龄，透析时间等一般资料的比较上，差异无统计学意义 ($p>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

在透析前工作人员严格遵照透析操作步骤进行，佩戴好无菌手套，帽子口罩无菌消毒等工作。在拆除患者的敷料包扎后，检查导管周围皮肤有无发热红肿，脓性分泌物等。

对照组：

给予患者单一的肝素封管对治，使用 5ml 的注射器抽取 2ml 的导管内封管液再推入到纱布，观察有无凝血块，再回抽 1ml 进行推注，距离纱布大于 10cm，出现回抽导管没有阻力时便可连接透析导管的动静脉端管路，

建立起体外循环。透析完毕后进行常规消毒的动静脉端导管接口。封管液使用 12500U 的肝素钠和 2ml 的生理盐水，根据导管的腔容积加 0.1ml 注入在动静脉端，封管后快速加紧导管架子，正压封管，肝素帽封闭其动静脉管口，使用无菌杀菌包扎固定。

观察组：

给予患者在对照组的基础上添加定期尿激酶。给予患者置管，置管使用双腔导管，封管前对导管动静脉端采取碘伏溶液消毒。注入生理盐水 20ml，冲洗导管，每周一次透析结束后给予 12500IU 和 2ml 的生理盐水联合尿激酶 10000IU 配制为封管液，弹丸式注射，按照动静脉端导管容量对血管夹快速关闭，拧紧肝素帽，若在透析期间出现导管堵塞给予 10 万 u 的尿激酶加 4ml 生理盐水进行溶解，在导管的动静脉端注进 2ml 的混合液进行溶栓治疗。

1.3 观察指标

记录患者治疗前后的导管通畅性，对于患者的导管透析血流量，导管静脉压，尿素清除指标，导管堵塞现象进行统计，在观察期间第一次透析后最后一次透析数据。记录患者治疗前后的凝血指标，其中包括：FIB (纤维蛋白原)，TT (凝血酶时间)，APTT (部分凝血酶原时间)，PLT (血小板)，PT (凝血酶原时间)，INR (国际标准化比值)。记录患者在治疗后的相关感染发生率，其中包括：局部感染，隧道感染，血流感染。

1.4 统计学方法

本研究数据使用统计学软件 SPSS 23.0 进行分析，计量数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，计数资料用 (%) 表示，通过 t 和 χ^2 检验， $p<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后凝血指标

组间在治疗前凝血指标评分差异无统计学意义 ($p>0.05$)，治疗后，两组凝血指标得到改善，且差异无统计学意义 ($p>0.05$)，见表 1，表 2。

表 1 两组治疗前的凝血指标对比 [$\bar{x} \pm s$]

	例数	FIB (mg/ml)	TT (s)	APTT (s)	PLT ($\times 10^9/L$)	PT (s)	INR (s)
观察组	40	2.84±1.12	10.32±1.75	32.42±5.56	189.32±43.43	13.56±1.93	1.28±0.25
对照组	40	2.83±1.09	10.34±1.83	32.37±5.49	189.45±43.38	13.66±1.85	1.25±0.16
t	-	0.0405	0.0500	0.0402	0.0134	0.2366	0.6392
P	-	0.9678	0.9603	0.9681	0.9893	0.8136	0.5245

表 2 两组治疗后凝血指标对比 [$\bar{x} \pm s$]

	例数	FIB (mg/ml)	TT (s)	APTT (s)	PLT ($\times 10^9/L$)	PT (s)	INR (s)
观察组	40	3.08±1.57	11.98±1.57	33.89±7.03	194.34±38.45	13.73±1.83	1.23±0.12
对照组	40	2.56±1.34	10.99±1.25	33.64±6.94	193.24±37.41	12.93±1.81	1.11±0.23
t	-	1.5883	0.0289	0.1700	0.1297	1.9657	0.4876
P	-	0.1163	0.9771	0.8655	0.8972	0.0529	0.6272

2.2 两组透析前后的导管通畅性

治疗前组间差异无统计学意义 ($p>0.05$)，治疗后观察组的整体指标优

于对照组，其对比差异有统计学意义 ($p<0.05$)，见表 3。

表 3 两组透析前后导管通畅性对比 [$\bar{x} \pm s$]

		尿素清除指标		导管静脉压 (mmHg)		导管透析血流量 (ml/min)	
		透析前	透析后	透析前	透析后	透析前	透析后
观察组	40	1.09±0.57	1.13±0.62	103.28±13.23	90.34±13.55	228.42±30.21	258.42±33.42
对照组	40	1.12±0.61	1.55±0.63	103.23±13.14	104.36±14.35	228.38±30.17	230.41±30.42

t	-	0.2273	3.1817	0.0170	4.4927	0.0059	3.2861
P	-	0.8208	0.0021	0.9865	0.0000	0.9953	0.0015

2.3 两组导管相关感染情况

据统计,观察组的感染发生率低于对照组,组间对比差异有统计学意义($p<0.05$),见表4。

表4 两组导管相关的感染发生率对比[n(%)]

		局部感染 (%)	隧道感染 (%)	血流感染 (%)	总感染率 (%)
观察组	40	1 (02.50)	0 (00.00)	0 (00.00)	1 (02.50)
对照组	40	4 (10.00)	1 (02.50)	2 (05.00)	7 (17.50)
t	-	1.9200	1.0127	2.0513	5.0000
P	-	0.166	0.314	0.152	0.025

3 讨论

于血液透析患者来讲,血管通路为自身维持生命安全的重要依靠。随着社会老龄化趋势的发展,采取血液透析的患者日益增多,由于患者自身机体的特殊性与其他因素,可极大增加导管内感染事件^[4]。血液透析利用超滤,弥散以及对流原理来清除血液有害物质,只有保持良好的血管通路,才可保障血液透析的正常进行,通常在导管长期留置中,容易发生堵塞,感染,对于患者的整体疗效影响极大^[5]。临床上多用肝素注入到导管进行封管,一般可以防止导管内纤维鞘和血栓的形成,但由于导管外口的肝素浓度比导管末端内口的肝素浓度低,抗凝效果较为薄弱^[6]。血小板和破损血细胞聚拢或者粘附在导管开口端,进而进行血栓,造成回抽血液不顺畅或者没有回血等情况。

肝素的主要作用为抗凝,尿激酶主要作用机制为激活纤维酶原,可以破解纤维酶元分子的精氨酸560和缬氨酸560肽键,在形成纤溶酶^[7]。让纤维蛋白凝块和纤维蛋白原与前凝血因子的V以及VIII降低解释,在分解出和凝血相关的纤维蛋白物让血栓达到溶解^[8]。虽然尿激酶作为一种抗纤溶药物,但在封管时必须按照遵照导管容积容量进行正压封管^[9]。根据研究的结果显示,两种方式作用于患者后凝血指标和带管时间无明显差

异,但联合会用的栓塞率得到明显降低,这亦证明了单一使用肝素的局限性。定期尿激酶与肝素封管联合使用对于维持导管的畅通性有较好效果。根据原因分析,和尿激酶对于血小板有很好抑制作用,预防导管的血栓,两者相互作用,从而改善其整体效果。

综上所述,在血液透析中实施定期尿激酶与肝素封管,可有效降低导管感染事件发生率,具有较佳的预防作用,提高整体的透析治疗效果,对导管内血栓起到预防效果,和肝素互相结合,保障了导管通畅性,在临床上值得推广和应用。

参考文献:

[1]廖丽华.血液透析长期留置导管患者采用尿激酶联合肝素钠封管的效果观察[J].医药前沿,2019,009(027):177-178.
[2]任伟,杨怡昕,曹媛琳.带cuff隧道导管使用尿激酶联合肝素定期封管的临床效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2020,007(014):65-66.
[3]朱俊毅.定期尿激酶封管对预防带涤纶环长期透析导管堵塞的护理效果研究[J].饮食保健,2019,006(048):221.
[4]廖安燕.规律性尿激酶肝素混合封管液在血液透析长期留置导管中的应用及护理[J].实用临床护理学电子杂志,2019,004(015):2-3.
[5]张旭.定期尿激酶联合肝素封管对血液透析患者深静脉留置导管的影响[J].饮食保健,2019,6(020):35.
[6]王娟,胡斌.早期尿激酶封管在血液透析患者长期深静脉留置导管中应用研究进展[J].现代医药卫生,2019,35(11):80-83.
[7]徐正泉.肝素钠与尿激酶联用封管对长期血液透析患者静脉导管性感染及其通畅性的影响[J].抗感染药学,2019,85(08):80-82.
[8]吴卫兰.规律性尿激酶肝素混合封管在血透长期留置导管中的应用及护理[J].临床医药文献电子杂志,2020,424(03):104-105.
[9]姜和.定期尿激酶封管预防血透患者长期深静脉置管感染的效果分析及对患者凝血功能的影响[J].当代医学,2020,557(06):115-117.

(上接第7页)

治 疗 后	69.52±3.51	124.03±5.21	88.25±4.28	475.67±71.46
改 良 组	68.18±4.73	123.77±6.51	87.20±5.67	405.44±61.47
治 疗 后	82.39±6.50	146.40±5.42	92.44±5.21	575.33±81.55

2.2 对比两组患者的首次排气时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间发现,改良组患者的恢复时间明显短于对比组,住院时间也明显少于对比组患者,差异有统计学意义($p<0.05$)。见表2。

表2 两组患者的临床恢复和住院时间对比($\bar{x}\pm s$)

组别	总例数	首次排气 时间(时)	肠鸣音恢 复时间 (时)	首次排便 时间(时)	住院时间 (天)
对比组	32	38.67±3.42	28.42±2.31	47.16±7.62	6.48±1.65
改良组	32	28.24±3.18	17.02±2.95	36.04±6.58	5.06±0.46
X ²	-	11.6524	12.4685	10.4622	9.3821
p	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 对比两组患者的SDS和SAS评分发现,改良组患者的负性心理明显低于对比组患者,差异有统计学意义($p<0.05$)。见表3。

表3 两组患者的SDS和SAS评分对比($\bar{x}\pm s$)

组别	总例数	SDS	SAS
		治疗前	治疗后
对比组	32	56.48±6.24	44.39±1.14
改良组	32	56.07±6.31	34.31±1.74
X ²	-	0.3477	9.2574
p	-	>0.05	<0.05

3. 讨论

腹腔镜技术在临床的应用逐年上升,其主要效果在于减少手术创伤和促进术后恢复。腹腔镜胆囊切除术是治疗胆囊疾病的常用手术手段,由于创伤小、恢复快等优点在临床具有重要的应用价值。出于对手术的未知等原因,患者很容易出现生理和心理上的应激反应,不仅影响手术效果,还可能影响患者的生命体征,如果得不到及时的干预,可能出现血压、皮质醇水平增高等反应,甚至引发应急综合征,需要有效的临床护理来减少不良影响^[3]。

与传统围术期手术护理相比,手术室细节护理从术前、术中和术后三个层面给予患者科学有效的护理服务,术前给予患者一定的人文关怀,耐心解答患者的疑惑,帮助患者在术前保持较为轻松的心情^[4]。在手术中,护理人员为患者提供良好的手术室环境,协助患者保持良好心态和舒适体位,并给予温柔的言语鼓励,术中不仅持续监测患者的身体指标,还配合医生进行手术操作。术后则严格核查手术用具,并为患者提供优良的术后细节护理。手术室细节护理为患者提供全程的细致护理,不仅可以改善患者的负面情绪,减少可能出现的生理和心理应激现象,还能够提高手术和护理效果,有助于患者的术后恢复^[5]。

综上所述,手术室细节护理对于腹腔镜胆囊切除术患者有着优良的护理效果,值得推广。

参考文献:

[1]黄黄叶,蔡伟升,黄志耿.胆囊结石患者腹腔镜胆囊切除术后发生肠粘连的影响因素分析[J].临床医学工程,2021,28(08):1143-1144.
[2]张亚莉.星状神经节阻滞对腹腔镜胆囊切除术患者血流动力学、神经内分泌功能的影响[J].临床医学,2021,41(05):80-82.
[3]庄雪萍,郭青厚,钟晓霞.术前全维度护理评估在腹腔镜胆囊切除术术前准备工作中的应用效果分析[J].黑龙江医学,2021,45(02):199-201.
[4]扈艳,郭婷,布赫.手术室细节护理在腹腔镜胆囊切除术患者中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2020,26(29):4082-4085.
[5]李权.腹腔镜胆囊切除术患者证候要素演变及与临床特征相关性研究[D].北京中医药大学,2020.

*通讯作者:韩露,本科,主管护师。

他克莫司乳膏联合皮肤屏障修复剂治疗阴囊慢性湿疹临床评价

唐原

重庆三峡医药高等专科学校附属医院皮肤科 重庆市 404100

摘要：目的：探讨在阴囊慢性湿疹患者治疗中联合以他克莫司乳膏与皮肤屏障修复剂施治的价值。方法：试验对象选择于 2020.02–2022.02 期间，在我院接受治疗的阴囊慢性湿疹患者 70 例，采取随机数字表法均分为 2 组，在施治期间分别以他克莫司乳膏与联合皮肤屏障修复剂施治，统计组间施治疗效、临床症状变化、不良反应及生活质量差异性。结果：观察组施治总有效率比对照组高， $P<0.05$ ；观察组自觉症状、皮损面积、皮损状态及 EASI 评分低于对照组， $P<0.05$ ；观察组与对照组施治后不良反应发生率无显著差异， $P>0.05$ ；观察组躯体、社会、心理、环境及综合领域各项生活质量评分高于对照组， $P<0.05$ 。结论：通过联合以他克莫司乳膏与皮肤屏障修复剂对患者展开治疗干预，可有效改善其自觉症状及皮损情况，提高临床疗效的同时，还不易增加患者不良反应发生风险，有利于改善患者生活质量，适宜临床借鉴与推广。

关键词：阴囊慢性湿疹；皮肤屏障修复剂；他克莫司乳膏；施治疗效；临床症状变化；生活质量

阴囊湿疹属于临床皮肤科常见病症，好发于男性生殖器部位，部分可迁延到相邻皮肤，易引发患者肛周、阴茎及阴囊部位出现瘙痒、角化脱屑、红斑及丘疹等症状，患者自觉瘙痒感剧烈，且疾病易反复性发作，一旦未得到有效治疗干预，易严重影响患者正常工作与生活^[1-2]。目前，在治疗方面临床大多以外用糖皮质激素方式施治，具有良好止痒效果，然而长时间使用易导致患者出现激素依赖情况，同时还易导致其出现毛囊炎、皮肤萎缩等一系列不良反应，临床应用存在局限性^[3-4]。本研究目的主要是为了探讨以他克莫司乳膏与皮肤屏障修复剂联合对患者展开治疗干预的价值，现分析如下：

1. 资料与方法

1.1 病例资料

本组所选对象为 70 例存在阴囊慢性湿疹的患者，组间以随机数字表法实施分组，回顾性分析组内对象资料，对照组：年龄在 35 岁至 70 岁，均龄值为 52.71 ± 8.94 岁，病程最长达 18 个月，最短为 1 个月，病程平均在 8.25 ± 1.16 个月；观察组：年龄为 37 岁~75 岁，均龄值为 54.23 ± 9.63 岁，病程在 1 个月至 18 个月，病程平均为 8.31 ± 1.23 个月。综合分析 2 组资料数据（ $P>0.05$ ），可对比。入组对象入选标准：（1）经临床实验室检查确诊为阴囊慢性湿疹；（2）皮损形态以角化脱屑、红斑、单纯性苔藓样变及丘疹等表现为主，且无明显糜烂或渗出情况；（3）遵循知情原则且同意参与；（4）临床资料无缺失；（5）无言语、精神或智力障碍。排除：（1）入组前 1 个月有糖皮质激素或免疫制剂药物使用史；（2）对本研究药物存在过敏史；（3）存在恶性肿瘤或精神疾患；（4）重要脏器功能受损；（5）试验中途因其它原因退出。

1.2 方法

对照组提供他克莫司乳膏（生产厂家是安斯泰来制药（中国）有限公司，J20140148）施治，在使用前可将药物放于冰箱冷冻至微凉后，将其涂抹在患处位置，早晚各涂抹 1 次；观察组则在上述治疗基础上加入玉泽皮肤屏障修护身体乳（生产厂家是上海家化联合股份有限公司，20160523AHZS），每晚涂抹 1 次。2 组均持续接受为期 4 周治疗干预，密切观察患者用药后反应，若发生异常及时展开处理；叮嘱患者在治疗过程中注意控制饮食，不可饮酒或食用辛辣类饮食，不可食用海鲜、牛羊肉等；确保每日休息时间充足，精神状态良好；不可对局部进行抓挠，也不可使用肥皂或热水对局部进行清洗，避免对治疗效果造成影响。

1.3 指标观察及判定标准

（1）统计临床疗效，结合 EASI 积分评价，分为无效（积分降低幅度

$<20\%$ ，部分甚至病情加重）、有效（积分降低幅度在 $20\%-59\%$ ）及显效（积分降低幅度 $\geq 60\%$ ），总疗效为有效率与显效率总和；（2）统计临床症状，以 EASI 评分系统对患者自觉症状与皮肤症状进行评价，①自觉症状以 0-3 分表示无痒感、轻度瘙痒（未影响生活与睡眠）、中度瘙痒（可忍受，偶尔干扰工作与睡眠）及重度瘙痒（瘙痒严重且无法忍受，严重干扰工作与睡眠）；②皮损状况主要包括苔藓化、表皮脱落、丘疹及红斑，以 0-3 分表示无、轻度、中度及重度；③皮损面积在阴囊面积中的占比，以 0-6 分表示无、 $<10\%$ 、 $10\%-19\%$ 、 $20\%-49\%$ 、 $50\%-69\%$ 、 $70\%-89\%$ 及 $\geq 90\%$ ，EASI 积分为自觉症状、皮损状况及皮损面积总分；（3）统计不良反应，指标包括：嗜睡、头痛及皮肤烧灼感，总发生率为各项指标和；（4）统计生活质量，评价量表选取 WHOQOL-BREF 世界卫生组织生活质量简表，指标包括：综合、环境、心理、社会及躯体共 5 个领域，总分值每项 0-100 分，得分与生活质量呈正比。

1.4 数据处理

本研究数据使用 SPSS22.0 软件进行分析，所得计数资料与计量资料以百分数%与 t 值表示，以卡方 χ^2 与（ $\bar{x}\pm s$ ）进行检验，若检验显示 $P<0.05$ ，表示存在统计学意义。

2 结果

2.1 施治疗效

表 1 可知，通过对施治后 2 组总疗效进行比较，观察组高于对照组，组间差异显著， $P<0.05$ 。

表 1 对比施治后组间总疗效（n，%）

组别	例数	无效	有效	显效	总有效
对照组	35	9	17	9	26（74.29）
观察组	35	2	20	13	33（94.29）
χ^2 值	-	-	-	-	5.285
P 值	-	-	-	-	0.022

2.2 临床症状

表 2 可知，通过对施治前 2 组临床症状评分进行比较，无显著差异， $P>0.05$ ；经施治后，与对照组相比，观察组各项指标评分较低，组间差异显著， $P<0.05$ 。

表 2 对比施治前后临床症状变化（ $\bar{x}\pm s$ ，分，n=70）

组别	自觉症状		皮损面积		皮损状态		EASI 评分	
	施治前	施治后	施治前	施治后	施治前	施治后	施治前	施治后
对照组	2.45 ± 0.51	$1.03\pm 0.24^*$	4.39 ± 1.35	$2.01\pm 0.84^*$	5.11 ± 1.08	$2.43\pm 0.57^*$	11.07 ± 2.14	$4.53\pm 1.16^*$
观察组	2.37 ± 0.42	$0.75\pm 0.31^*$	4.68 ± 1.27	$1.32\pm 0.57^*$	5.23 ± 1.12	$1.79\pm 0.64^*$	11.88 ± 2.21	$3.47\pm 0.68^*$
t 值	0.716	4.225	0.926	4.021	0.456	4.418	1.558	4.664
P 值	0.476	0.000	0.358	0.000	0.650	0.000	0.124	0.000

注：与施治前相比，* $P<0.05$ 。

2.3 不良反应

表 3 可知，通过对施治期间 2 组不良反应进行比较，观察组略低于对照组，但组间无显著差异， $P>0.05$ 。

表 3 对比施治过程中组间不良反应（n，%）

组别	例数	嗜睡	头痛	皮肤烧灼感	总发生
对照组	35	2	1	1	4（11.43）

（下转第 21 页）

早期肌肉能量技术治疗对全膝关节置换术后患者步行能力的影响

张庆宇

北京市丰台区明颐宏医院康复科 北京丰台 100071

摘要: 目的: 探讨早期肌肉能量技术治疗对人工全膝关节置换术后患者步行能力的影响。方法: 将 60 例人工全膝关节置换术后患者根据入院先后顺序编号, 按治疗方法的不同分为对照组 (30 例) 和治疗组 (30 例) 两组, 对照组进行常规康复训练, 治疗组在常规康复训练的基础上, 增加肌肉能量技术治疗, 包括等长收缩后放松、收缩放松、交互抑制和收缩-放松-拮抗肌收缩, 并于康复治疗前分别对两组膝关节主动屈曲/伸直关节活动度 (range of motion, ROM) 进行测量, 并采用 Berg 平衡量表 (Berg balance scale, BBS) 和美国特种外科医院 (the hospital for special surgery, HSS) 膝关节功能评分系统进行功能评价。术后第 3、6 周末在以上评估项目基础上增加起立-行走计时测试 (timed “up and go” test, TUGT)。计数资料采用 t 检验, 计量资料采用卡方检验。结果: 治疗前, 两组患者的上述评测结果比较差异无显著性意义 ($P>0.05$), 而在术后第 3、6 周末, 两组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$ 或 <0.01), 治疗组均优于对照组。结论: 人工全膝关节置换术后早期肌肉能量技术治疗可有助于恢复患者术侧膝关节主动屈/伸 ROM 及提升动静平衡功能、患膝整体运动功能及独立步行能力。

关键词: 肌肉能量技术; 人工全膝关节置换术; 步行能力

人工全膝关节置换术 (Total knee arthroplasty, TKA) 已被公认为治疗晚期膝关节骨性关节炎 (Knee Osteoarthritis, KOA) 的最佳方法[1], 但术后疼痛、膝关节屈伸活动受限及步态异常等并发症仍普遍存在, 其中步态异常因存在跌倒风险日益受到广泛关注[2], 而股四头肌肌力弱及膝关节伸直受限被视为导致步态异常的重要因素[3]。笔者临床实践中在常规康复训练 (routine rehabilitation training, RRT) 基础上早期联合应用肌肉能量技术 (muscle energy technology, MET) [4] 对进一步提升 TKA 术后患者步行能力疗效显著, 相关研究鲜有报道。本文选取 60 名 TKA 术后患者为研究对象, 旨在探讨 MET 早期介入对提升 TKA 术后患者步行能力的应用价值, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 9 月至 2021 年 10 月间, 在明颐宏医院住院康复治疗 TKA 术后患者 60 例作为研究对象。按入院先后顺序编号, 依据康复治疗方法的不同分为对照组 (30 例) 和治疗组 (30 例) 两组。对照组中左膝 13 例, 右膝 17 例; 男 7 例, 女 23 例; 平均年龄 (67.83 ± 6.84) 岁; 术后开始康复时间平均 (3.70 ± 1.09) 天。治疗组中左膝 16 例, 右膝 14 例; 男 5 例, 女 25 例; 平均年龄 (67.20 ± 6.19) 岁; 术后开始康复时间平均 (3.77 ± 1.31) 天。两组一般资料对比, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

(1) 均行首次单侧 TKA 手术; (2) 术后复查术侧膝关节正侧位及双下肢全长站立位 X 光片示假体置入位置及力线均良好; (3) 双下肢其他各关节被动关节活动度正常; (4) 患者对本研究知情并同意并签署知情同意书。

1.3 排除标准

(1) 存在认知功能障碍, 不能配合主动功能训练; (2) 存在腘窝近端含腘静脉的大血管深静脉血栓者; (3) 膝关节不稳定者; (4) 各种原因放弃治疗以及不配合研究者。

1.4 方法

两组患者均予 RRT 治疗至少 2 周, 具体包括: 手法治疗、主动运动

治疗、术侧股四头肌肌力训练、减重步态训练、平衡功能评估训练仪治疗、术侧下肢关节持续被动运动 (continuous passive motion, CPM) 治疗等。

治疗组患者在 RRT 基础上予以早期 MET 介入, 主要采用四种训练模式, 需根据患者的功能障碍情况和耐受力灵活运用, 以股四头肌为例, 具体包括: (1) 等长收缩后放松 (Post-isometric relaxation, PIR): 患者仰卧位, 将患膝被动活动至屈曲受限处, 引起疼痛之前或感觉到患者肌肉阻力时, 治疗师一手固定膝关节, 另一只手置于胫腓骨远端前侧, 并提示患者“用力, 对抗我, 保持在这个位置不要动, 坚持 10 秒, 1, 2, 3……, 10, 放松。”进一步屈膝至新的受限处。(2) 收缩放松 (Contraction relaxation, CR): 患者仰卧位, 将患膝被动活动至屈曲到 15° , 治疗师一手固定膝关节, 另一只手置于胫腓骨远端前侧, 提示患者“用 20% 的力, 对抗我, 保持在这个位置不要动, 不要让我带动你, 坚持 10 秒钟, 放松, 休息 5 秒钟。”

1.5 评价指标

两组治疗前分别对两组膝关节主动屈曲/伸直关节活动度 (range of motion, ROM) 进行测量, 并采用 Berg 平衡量表 (Berg balance scale, BBS) 和纽约特种外科医院 (the hospital for special surgery, HSS) 膝关节功能评分系统进行功能评价。术后第 3、6 周末在以上评估项目基础上增加起立-行走计时测试 (timed “up and go” test, TUGT)。所有评估均由同一医师负责完成。

1.6 统计方法

所有数据均采用 SPSS23.0 统计软件录入和处理, 行双侧检验, $\alpha=0.05$ 。计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 均数比较采用两独立样本 t 检验; 对计数资料比较采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 术侧膝关节主动屈/伸 ROM

康复治疗前两组术侧膝关节主动屈/伸 ROM 均值比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 1; 术后第 3、6 周末两组术侧膝关节主动屈/伸 ROM 均值比较差异均有统计学意义 ($P<0.05$ 或 <0.01), 且治疗组均值优于对照组, 尤其是术后第 6 周末治疗组主动伸直 ROM (-1.70 ± 2.535) 明显优于对照组主动伸直 ROM (-5.27 ± 4.201) ($P<0.01$), 见表 1。

表 1 两组治疗前及术后第 3、6 周末术侧膝关节 ROM 比较 ($\bar{x}\pm s, ^\circ$)

组别	主动伸直 ROM			主动屈曲 ROM		
	治疗前	术后 3W	术后 6W	治疗前	术后 3W	术后 6W
对照组 (n=30)	-16.67 $\pm$ 5.467	-11.67 $\pm$ 5.467	-5.27 $\pm$ 4.201	78.50 $\pm$ 5.894	111.10 $\pm$ 4.957	118.50 $\pm$ 2.980
治疗组 (n=30)	-16.93 $\pm$ 5.729	-7.97 $\pm$ 3.090	-1.70 $\pm$ 2.535	79.10 $\pm$ 6.352	114.83 $\pm$ 4.450	119.70 $\pm$ 1.149
t 值	0.184	-3.227	-3.981	-0.378	-3.070	-2.058
P 值	0.845 $>$ 0.05	0.002 $<$ 0.05	0.000 $<$ 0.01	0.707 $>$ 0.05	0.003 $<$ 0.05	0.044 $<$ 0.05

表 2 两组治疗前及术后第 3、6 周末各项评定指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	BBS (分)			HSS 膝关节功能评分 (分)			TUGT (秒)	
	治疗前	术后 3W	术后 6W	治疗前	术后 3W	术后 6W	术后 3W	术后 6W
对照组 (n=30)	25.17 $\pm$ 3.752	39.20 $\pm$ 5.461	44.97 $\pm$ 4.106	46.30 $\pm$ 3.186	54.03 $\pm$ 3.000	78.70 $\pm$ 3.715	30.24 $\pm$ 3.070	20.56 $\pm$ 3.792

治疗组 (n=30)	26.97±4.327	42.90±5.427	48.13±3.411	45.90±3.889	62.03±4.701	83.53±2.224	23.06±3.635	13.37±4.320
t 值	-1.722	-2.620	-3.249	0.436	-7.857	-6.114	8.266	6.848
P 值	0.090>0.05	0.011<0.05	0.002<0.01	0.665>0.05	0.000<0.01	0.000<0.01	0.000<0.01	0.000<0.01

2.2 Berg 平衡量表

两组患者治疗前 BBS 得分均较差, 对照组得分为 (25.17±3.752) 分, 治疗组 (26.97±4.327), $t = -1.722$, 均值比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 但康复治疗两组得分均有明显提高, 术后第 3 周末, 对照组和治疗组得分分别为 (39.20±5.461) 和 (42.90±5.427) 分, $t = -2.620$, 治疗组优于对照组, 均值比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 在第 6 周末, 治疗组得分提高更为明显, 对照组和治疗组得分分别为 (44.97±4.106) 和 (48.13±3.411) 分, $t = -3.249$, 均值比较差异具有统计学意义 ($P < 0.01$), 见表 2。

3 讨论

TKA 术后步行能力的恢复训练是术后康复计划的重要组成部分, 良好的步态功能提升是提高 TKA 术后患者生活质量的必要条件之一, 尽管 RRT 临床效果明确, 可有效提高 TKA 患者术后生活质量, 但仍有部分患者仅能获得非常有限的功能改善^[5], 最常见的问题是步行速度、上下楼梯困难及无法重返运动。影响 TKA 术后患者步态功能的主要因素包括术侧膝关节伸直受限、股四头肌肌力弱、本体感觉减退、平衡能力欠佳及疼痛等^[6]。在 RRT 基础上早期介入 MET 治疗可有助于减轻上述因素对 TKA 术后患者步态功能的影响。

TKA 术后, 术侧膝关节部分本体感受器受损, 再加之术后心理因素干扰及年龄因素等, 不同程度地影响了 TKA 术后患者的平衡和步态功能。MET 还可以促进本体感觉恢复及运动功能的整合, 重建正常的运动模式。本研究中, 联合 RRT 中早期介入视觉反馈平衡功能训练和减重步态训练, 明显提升了 TKA 术后患者的平衡功能和步行能力, 两组患者康复训练后

BBS 和 TUGT 均有明显改善, 而治疗组评估得分情况明显优于对照组。

综上所述, TKA 术后早期 MET 联合 RRT 训练可有助于恢复患者术侧膝关节主动屈/伸 ROM 及提升动静平衡功能、患膝整体运动功能及独立步行能力。

参考文献:

- [1] 谢磊, 邢勇胜. 本体感觉训练对全膝关节置换训练后患者步行能力的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2021, 44 (03): 25-26+29.
- [2] 牛建军, 马立志, 薛杰. 早期康复锻炼联合温针灸对全膝关节置换患者术后康复和日常生活能力的影响[J]. 湖南师范大学学报 (医学版), 2021, 18 (02): 259-262.
- [3] 周寻, 邓贤君, 段闪闪, 侯晓玲. 老年骨性关节炎患者全膝关节置换术后自护能力的影响因素及与希望水平的相关性分析[J]. 中国医药导报, 2021, 18 (11): 193-196.
- [4] 许元娇, 赵友屠, 夏云, 汪萍, 孙国丽. 隔姜灸联合肌肉能量技术治疗寒湿型慢性非特异性下腰痛临床观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2018, 42 (10): 867-869.
- [5] 周煜达, 高宏, 邱纪方, 周访华, 舒馨馨, 卢金, 龚怡辰, 姬长勤, 王玉林. 针刀结合肌肉能量技术对梨状肌综合征的疗效观察[J]. 中国康复, 2018, 33 (03): 237-239.
- [6] 夏项军, 田山. 隔药饼灸配合肌肉能量技术治疗早期膝骨关节炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37 (04): 457-460
- 作者简介: 张庆宇 (1979.10-), 男, 蒙古族, 内蒙古赤峰市, 主治医师, 硕士研究生。

(上接第 19 页)

观察组	35	1	1	1	3 (8.57)
χ^2 值	-	-	-	-	0.159
P 值	-	-	-	-	0.690

表 4 对比施护后组间生活质量 ($\bar{x} \pm s$,)

组别	例数	躯体领域	社会领域	心理领域	环境领域	综合领域
对照组	35	67.80±5.24	66.70±6.01	66.75±5.04	68.11±4.45	70.63±4.22
观察组	35	75.74±5.08	74.14±5.76	75.18±6.23	74.60±5.28	76.50±4.15
t 值	-	6.436	5.287	6.224	5.560	5.867
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

目前, 临床尚未完全明确阴囊慢性湿疹发生机制, 认为与皮肤屏障能力异常、免疫功能障碍、过敏体质等因素有关^[5-6]。在治疗方面大多以局部用药法方式施治, 目的是为了缓解患者病症, 降低疾病复发率, 糖皮质激素作为常用治疗药物, 虽具有一定疗效, 然而易增加患者发生不良反应风险, 再加上患者机体皮肤屏障能力受损, 阴囊处湿疹易受汗液刺激影响发生细菌感染情况, 且衣物摩擦比较频繁, 容易导致病情反复性发生, 故而需修复患者皮肤屏障, 以此来减少减少疾病复发^[7-8]。本研究中, 经比较单一应用他克莫司乳膏与联合皮肤屏障修复剂在阴囊慢性湿疹患者中的施治效果差异性, 结果发现观察组施治总有效率达 94.29%, 高于对照组 74.29%, 观察组自觉症状评分为 0.75±0.31 分、皮损面积评分为 1.32±0.57 分、皮损状态评分为 1.79±0.64 分、EASI 评分为 3.47±0.68 分, 低于对照组 1.03±0.24 分、2.01±0.84 分、2.43±0.57 分、4.53±1.16 分, 观察组与对照组不良反应总发生率分别为 8.57%、11.43%, 观察组综合领域评分为 75.74±5.08 分、环境领域评分为 74.14±5.76 分、心理领域评分为 75.18±6.23 分、社会领域评分为 74.60±5.28 分、躯体领域评分为 76.50±4.15 分, 高于对照组 67.80±5.24 分、66.70±6.01 分、66.75±5.04 分、68.11±4.45 分、70.63±4.22 分, 这表明以联合用药方式施治, 可得到更显著疗效的同时, 还不易增加患者不良反应, 临床应用意义较高。原因如下: 他克莫司乳膏能够降低机体免疫反应过度现象, 对局部皮肤炎症进行有效缓解, 经涂抹方式应用, 不易增加皮肤发生萎缩情况; 而皮肤屏障修复剂可对水分与脂类进行补充, 促使皮肤得到有效修复, 进一步减少对皮肤所带来的刺激, 实现舒缓皮肤目的^[9]。联合将其应用于阴囊慢性湿疹患者中, 可充分发挥出药物疗效, 提升治疗效果, 尽快缓解患者临床症状。

2.4 生活质量

表 4 可知, 施治后与对照组相比, 观察组各项指标评分较高, 组间差异显著, $P < 0.05$ 。

综上所述, 联合将他克莫司乳膏与皮肤屏障修复剂应用于阴囊慢性湿疹患者治疗中, 可得到确切施治效果, 既能够有效缓解患者临床症状, 促进其尽快康复, 还能起到改善其生活质量作用, 建议临床推广。

参考文献:

- [1] 吉冯伟, 李如颀, 赵泰娟等. 外用糖皮质激素降阶梯疗法联合他克莫司治疗阴囊湿疹疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2022, 21 (01): 52-54.
- [2] 武学霞. 他克莫司乳膏联合皮肤屏障修复剂治疗阴囊慢性湿疹临床评价[J]. 中外医疗, 2020, 39 (16): 22-24.
- [3] 李会林, 李渊源. 吡美莫司乳膏对阴囊湿疹患者复发率及临床疗效的影响[J]. 皮肤病与性病, 2020, 42 (02): 231-232.
- [4] 谭汇雄, 刘珍华, 赖振威. 中药联合复方碳酸氢钠硼砂散治疗阴囊湿疹疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36 (01): 110-111.
- [5] 邵红梅. 0.03% 他克莫司软膏联合皮肤屏障修复剂治疗阴囊慢性湿疹临床观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (80): 148.
- [6] 蔡海斌. 他克莫司乳膏联合皮肤屏障修复剂治疗阴囊慢性湿疹临床评价[J]. 中国药业, 2019, 28 (13): 50-52.
- [7] 张翠松. 0.1% 他克莫司软膏治疗阴囊慢性湿疹效果观察[J]. 中外医学研究, 2018, 16 (14): 130-132.
- [8] 李辉, 杨惠妮. 0.1% 他克莫司乳膏和 1% 吡美莫司乳膏治疗阴囊慢性湿疹疗效观察比较[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12 (08): 135-136.
- [9] 齐铁军. 他克莫司软膏与重组牛碱性成纤维细胞生长因子凝胶联合治疗阴囊湿疹临床疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2017, 11 (01): 96-97.

探究高频振荡通气治疗新生儿生理性支气管肺发育不良的效果及安全性

杨晓 朱丽宏

德宏州人民医院 云南德宏 678400

摘要：目的：剖析新生儿生理性支气管肺发育不良施行以高频振荡通气治疗的价值及安全性。方法：86 例新生儿生理性支气管肺发育不良患儿以随机抽签法分为两组，即对照组（43 例）、观察组（43 例）。对照组予以临床常频呼吸机的机械通气，观察组施行高频振荡通气干预。研究两组患儿的通气效果及并发症发生情况。结果：观察组患儿的氧暴露及机械通气时间均短于对照组，且氧合指数较于对照组而言更低，差异明显（ $P<0.05$ ）。观察组治疗后的达峰时间比、达峰容积比、吸气时间、呼气时间及潮气量指标均优于对照组，组间差异显著（ $P<0.05$ ）。观察组并发症人数仅有 2 例，占比为 4.65%，远低于对照组，差异明显（ $P<0.05$ ）。观察组 1 岁、2 岁的身高体重指标优于对照组，差异 $P<0.05$ 。结论：高频振荡通气在新生儿生理性支气管肺发育不良的治疗中更具优越性，利于缩短通气时间及控制并发症发生风险，促进新生儿健康成长，值得临床进一步研究和推广施行。

关键词：高频振荡通气；支气管肺发育不良；新生儿

新生儿生理性支气管肺发育不良是常见呼吸系统疾病，多见于早产儿，且近年来的发病率呈现逐年增加的态势，严重影响新生儿的存活率及生活质量。实践显示^[1]，机械通气是治疗新生儿生理性支气管肺发育不良的有效举措，且高频振荡通气作为先进的通气技术之一，疗效确切且肺保护效应明显，已在新生儿的呼吸管理及治疗中广泛应用。相关研究表明，在新生儿生理性支气管肺发育不良的治疗中应用高频振荡通气，既能改善新生儿的不良指标，也能为新生儿的健康发展奠定基础，使其获得良好成长。本文为进一步剖析高频振荡通气治疗的价值，以我院 86 例新生儿生理性支气管肺发育不良患儿为观察案例。具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本实验观察案例为我院 86 例新生儿生理性支气管肺发育不良患儿，纳入时间为 2019 年 3 月至 2021 年 1 月。依据随机抽签法将以上患儿分为两组，每组人数 43 例。其中一组为对照组，囊括男性数 24 例，女性数 19 例；出生时间最长 45 天，最短 10 天，平均时间为（27.84±5.04）天。另外一组为观察组，囊括男性数 25 例，女性数 18 例；出生时间最长 44 天，最短 11 天，平均时间为（27.73±5.01）天。纳入标准^[2]：症状表现及体征符合新生儿支气管肺发育不良诊断标准，且均为生理性；未存在机械通气治疗禁忌症；无其他器质性疾病；临床资料无缺失，患儿家属自愿同意参与。剖析两组患儿的临床基线资料，性别及出生时间、胎龄等指标差异较小，未有显著性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组予以常频呼吸机的机械通气干预，设备选择迈柯唯 SERVO-i（通用型），呼吸机各项参数设置为：呼吸末气道正压 5~7cmH₂O，吸气峰压 15~20cmH₂O，吸入氧浓度 30~40%，呼吸频率 20 到 60 次/min 之间。通气期间，医护人员根据患儿病情恢复状况及血气分析指标等，合理调整呼吸机参数。观察组予以高频振荡通气干预，设备选择德国史蒂芬 Sophie（苏菲）高频呼吸机，仪器各项参数设置为：振荡频率 10 至 12MHz，振荡压力 20 至 40cmH₂O，吸入氧浓度 30~40%，吸气时间百分比 33%，平均气道压为 15 至 20cmH₂O。通气期间，医护人员根据患儿病情恢复状况及血气分析指标等，合理调整仪器各项参数。

1.3 观察指标

比较两组患儿的氧暴露及机械通气所用时间，分析氧合指数差异。统计并对比两组患儿的潮气呼吸指标，包括达峰时间比、达峰容积比、吸气时间、呼气时间及潮气量^[3]。研究两组患儿的并发症发生情况，如肺出血、肺气漏及颅内出血等。分析两组新生儿的生长发育情况，统计其出生时的身高、体重；对新生儿进行 2 年随访，统计其 1 岁及 2 岁的身高、体重，观察变化情况^[4]。

1.4 统计学处理

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

2 结果

2.1 两组患儿的机械通气相关指标分析

观察组在氧暴露、机械通气方面的时间应用依次为（171.12±2.72）h、

（113.82±2.97）h，均短于对照组，且氧合指数较于对照组而言也更低，差异明显，存在显著性（ $P<0.05$ ）。见表 1：

表 1 两组患儿的机械通气相关指标分析（ $X\pm S$ ）

组别	氧暴露时间（h）	机械通气时间（h）	氧合指数（mmHg）
对照组	202.77±3.82	138.53±2.77	15.92±1.44
观察组	171.12±2.72	113.82±2.97	10.72±1.04
T	44.2576	39.8975	19.1966
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组患儿的潮气指标研究

治疗前，两组患儿的潮气相关指标相近，差异无显著性（ $P>0.05$ ）。观察组治疗后的达峰时间为（40.25±1.75）%、达峰容积比为（43.02±1.45）%、吸气时间为（0.82±0.11）s、呼气时间为（1.51±0.05）s、潮气量为（8.36±0.12）ml/kg，均优于对照组相关指标，差异明显（ $P<0.05$ ）。见表 2：

表 2 两组患儿的潮气指标研究（ $X\pm S$ ）

时 间	组 别	达峰时间比（%）	达峰容积比（%）	吸气时间（s）	呼气时间（s）	潮气量（ml/kg）
治 疗 前	对 照 组	31.15±1.73	32.23±1.52	0.71±0.05	1.24±0.04	8.26±0.34
	观 察 组	31.17±1.61	32.74±1.64	0.73±0.06	1.23±0.05	8.15±0.30
	T	0.0555	1.4956	1.6792	1.0241	1.5908
	P	0.9559	0.1385	0.0968	0.3087	0.1154
	治 疗 后	39.07±1.42	40.25±1.18	1.02±0.07	1.64±0.08	8.02±0.08
治 疗 后	对 照 组	40.25±1.75	43.02±1.45	0.82±0.11	1.51±0.05	8.36±0.12
	观 察 组	40.25±1.75	43.02±1.45	0.82±0.11	1.51±0.05	8.36±0.12
	T	3.4335	9.7162	10.0587	9.0361	15.4590
	P	0.0009	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 两组患儿的并发症研究

观察组未有患儿出现颅内出血，且并发症总发生率为 4.65%，较于对照组（18.6%）而言更低，差异明显（ $P<0.05$ ）。见表 3：

表 2 两组患儿的并发症研究[n（%）]

组别	肺出血	肺气漏	颅内出血	总发生率
对照组	4	3	1	8（18.60）
观察组	1	1	0	2（4.65）
X ²				4.0737
P				0.0435

2.4 两组的身高体重分析

（下转第 24 页）

盐酸米诺环素软膏在治疗慢性牙周炎中的临床效果分析

张丹

解放军 964 医院南湖院区 吉林长春 130061

摘要：目的：分析在治疗慢性牙周炎中应用盐酸米诺环素软膏的临床效果。方法：我院于 2020 年 12 月-2021 年 12 月选取慢性牙周炎患者 60 例，按照随机数字表法划分为对照组和研究组，每组各为 30 例。对照组使用复方碘甘油置于牙周袋底部，研究组使用盐酸米诺环素软膏注入到牙周袋底部，比较两组的治疗前后的牙周袋深度、牙龈指数，治疗效果和治疗前后的 CRP、IL-1 β 、IL-6 水平。结果：研究组治疗后的牙周袋深度、牙龈指数和 CRP、IL-1 β 、IL-6 水平较对照组改善；研究组的治疗效果（93.33%）高于对照组治疗效果（70%），比对照组结果呈统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：使用盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎效果良好，能改善患者的牙周炎疾病，促使患者满意度和生活质量的提升。

关键词：盐酸米诺环素软膏；慢性牙周炎；临床效果

【 Abstract 】 Objective: To analyze the clinical effect of minocycline hydrochloride ointment in the treatment of chronic periodontitis. Methods: From December 2020 to December 2021, 60 patients with chronic periodontitis were selected in our hospital and divided into control group and research group according to random number table method, with 30 cases in each group. Compound iodine glycerin was used in the control group and minocycline hydrochloride ointment was injected into the bottom of periodontal pocket in the research group. The depth of periodontal pocket, gingival index, therapeutic effect and CRP, IL-1 β and IL-6 levels before and after treatment were compared between the two groups. Results: After treatment, the periodontal pocket depth, gingival index and CRP, IL-1 β and IL-6 levels in the study group were improved compared with those in the control group. The therapeutic effect of the study group (93.33%) was higher than that of the control group (70%), and the results between the two groups were statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: Minocycline hydrochloride ointment is effective in the treatment of chronic periodontitis, which can improve patients' periodontitis, and promote patients' satisfaction and quality of life.

[Keywords] Minocycline hydrochloride ointment; Chronic periodontitis; Clinical effect

盐酸米诺环素软膏存在较强的抗菌活性，且抗菌谱范围广泛，具有高效、容易渗透的作用，在治疗牙周炎病菌中非常敏感。慢性牙周炎治疗需要较长时间，使用盐酸米诺环素软膏不仅药效长，也具有较好的安全性^[1-2]。为了进一步分析盐酸米诺环素软膏在慢性牙周炎治疗中的效果，本文将 2020 年 12 月-2021 年 12 月选取 60 例慢性牙周炎患者作为研究对象，分析在治疗慢性牙周炎中应用盐酸米诺环素软膏的临床效果。

1 临床资料和方法

1.1 临床资料

在 2020 年 12 月-2021 年 12 月，我院选取 60 例慢性牙周炎患者，按照随机数字表法划分为对照组（ $n=30$ ）和研究组（ $n=30$ ）。

对照组：男性 14 例，女性 16 例，最小年龄 23 岁，最大年龄 69 岁，平均（ 35.32 ± 3.21 ）岁。短期病程 8 个月，长期病程 9 年，平均（ 3.21 ± 2.12 ）年。

研究组：男性 15 例，女性 15 例，最小年龄 24 岁，最大年龄 68 岁，平均（ 35.33 ± 3.20 ）岁。短期病程 7 个月，长期病程 10 年，平均（ 3.22 ± 2.13 ）年。

纳入标准：患者在 3 个月内均未进行牙周治疗，2 周内也未使用抗生素、非甾体抗炎药。

排除标准：孕期和哺乳期妇女；心血管疾病、糖尿病疾病者。

以上资料对比分析后效果不显著，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

所有患者均使用龈上洁治术，根面平整。

对照组：完成治疗后使用复方碘甘油，取适量放入到牙周袋底部，直到药液将牙周袋填满。患者在一个小时之内要禁食禁饮，每周治疗一次，连续四周。

研究组：使用盐酸米诺环素软膏。取适当置入牙根袋底部，直到牙龈缘位置发现药物，患者在一个小时以内需要禁食禁饮。每周一次，连续四周。

1.3 效果判定标准

（1）观察治疗前后患者的牙周袋深度、牙龈指数。（2）治疗效果分析中，好转代表患者牙龈指数下降幅度超二分之一，牙周带深度减少 2 毫米以上，且患者临床症状消失。有效则说明患者牙周袋深度减少 1 毫米以

上，但未达到 2 毫米，患者有少量局部出血。无效则说明患者临床症状未发生变化^[3]。

1.4 统计学分析

均采取 SPSS26.0 版本软件来给予处理。牙周袋深度、牙龈指数和 CRP、IL-1 β 、IL-6 水平对比用（均数 $\pm$ 标准差）的形式表示，以 t 数值检验，治疗效果率（%）的形式表示，需要采取连续校正 X^2 检验，数值判定标准为 $p<0.05$ ，证明统计学的意义。

2 结果

2.1 患者治疗前后的牙周袋深度、牙龈指数

如表 1 所示，治疗后研究组和对照组的牙周袋深度、牙龈指数比较后差异显著（ $P<0.05$ ）。

表 1 两组治疗前后的牙周袋深度、牙龈指数对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	牙周袋深度（毫米）		牙龈指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	30	5.18 $\pm$ 0.42	2.33 $\pm$ 0.45	2.65 $\pm$ 0.45	1.03 $\pm$ 0.43
对照组	30	5.17 $\pm$ 0.43	4.56 $\pm$ 0.35	2.64 $\pm$ 0.43	2.05 $\pm$ 0.53
T 值		0.0911	21.4251	0.0879	8.1857
P 值		0.9277	0.0000	0.9302	0.0000

2.2 患者的治疗效果

如表 2 所示，研究组治疗总有效率为 93.33%，对照组治疗效率为 70%，两组比较后差异显著（ $P<0.05$ ）。

表 2 对比两组治疗效果（ $n\%$ ）

组别	n	好转	有效	无效	总有效率
研究组	30	14(46.66)	14(46.66)	2(6.66)	28(93.33)
对照组	30	11(36.66)	10(33.33)	9(30.00)	21(70.00)
X^2					5.455
P					0.020

2.3 患者的 CRP、IL-1 β 、IL-6 水平

如表 3 所示，研究组的 CRP、IL-1 β 、IL-6 水平较对照组改善，两组比较后差异显著（ $P<0.05$ ）。

表 3 两组治疗前后的 CRP、IL-1 β 、IL-6 水平对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	CRP (mg/L)		IL-1 β (ug/L)		IL-6 (ug/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

研究组	30	11.42±2.42	4.83±1.32	10.32±1.13	3.24±0.42	7.94±1.23	2.14±0.32
对照组	30	11.41±2.41	7.84±1.42	10.23±1.03	6.32±0.45	7.84±1.34	5.23±0.42
T 值		0.0160	8.5035	0.3224	27.4062	0.3011	32.0532
P 值		0.9873	0.0000	0.7483	0.0000	0.7644	0.0000

3 讨论

慢性牙周炎是口腔科常见的感染性疾病，该疾病的发生可能是口腔内厌氧菌繁殖快速，长期有牙周炎，导致给牙龈、牙骨质、牙周膜等带来损伤，在对慢性牙周炎进行治疗过程中，首要任务是消灭炎症，确保根面平整^[4-6]。由于牙根状态比较复杂，且牙周袋形态比较多，一般机械治疗方法还无法将牙菌斑、牙龈下结石有效清除，还不利于整个感染的控制。所以，在牙周炎内部增加抗菌药物，能够抑制病菌的发生，避免因为炎症给患者组织带来破坏，促使患者牙周快速康复^[7-8]。

使用盐酸米诺环素软膏是一种半合成的四环素类抗生素，主要的组成成分为盐酸二甲胺四环素，该药物具有持续性以及高效的细菌作用，能够将杆菌、螺旋体等牙周致病菌消除，将其放置有利于骨吸收，有效减轻炎症，保证患者慢性牙周病得到改善，也有利于牙周组织的再生。并且，四环素族药物还具有金属离子整合的作用，能够使根面轻度脱矿，刺激牙周膜细胞，保证细胞生长附着。不仅如此，该药物的抗菌性也能直接对病变组织产生作用，使药物浓度在一定时间内长期维持，持续性杀菌抑菌效果明显^[9-10]。

综上所述，使用盐酸米诺环素软膏对慢性牙周病进行治疗，能够改善患者的牙周袋深度、牙龈指数，整体治疗效果显著，适合推广与应用。

参考文献：

[1]李竞飞. 盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎的临床疗效及对炎症

状态的缓解效果分析[J]. 中国保健营养,2021,31 (13): 262-263.

[2]张丽霞. 分析盐酸米诺环素软膏在重度慢性牙周炎中的临床应用效果[J]. 糖尿病天地,2019,16 (9): 64-65.

[3]邢俊. 替硝唑片联合盐酸米诺环素软膏治疗中度慢性牙周炎的临床效果[J]. 中外医学研究,2020,18 (2): 40-42.

[4]赵悦. 慢性牙周炎治疗中盐酸米诺环素软膏联合甲硝唑缓释药膜应用的效果分析[J]. 中国保健营养,2017,27 (1): 271.

[5]成媛媛. 盐酸米诺环素软膏和碘甘油治疗慢性牙周炎患者的临床效果分析[J]. 糖尿病天地,2020,17 (10): 75.

[6]蒋继华. 盐酸米诺环素软膏联合甲硝唑缓释药膜治疗慢性牙周炎的临床效果分析[J]. 医学理论与实践,2017,30 (22): 3373-3374.

[7]张平,张亚平,苏红亮,等. 盐酸米诺环素软膏在慢性牙周炎患者牙周状态及炎症应激改善中的作用观察[J]. 中国医学创新,2017,(35).134-137

[8]王晓. 盐酸米诺环素联合替硝唑对慢性牙周炎患者临床疗效和血清炎症因子水平的影响[J]. 北方药学,2020, (4).151~152.

[9]刘钦赞,庞真贞,李晔. 盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗对慢性牙周炎患者龈沟液中 IL-10、TGF-β 及外周血 Th17、Treg 水平的影响[J]. 临床和实验医学杂志,2019, (9).966-969.

[10]姚焕艳. 盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊).2020, (59).121.

(上接第 22 页)

出生时，两组身高体重的数据差异无显著性 (P>0.05)。1 岁及 2 岁时，观

察组新生儿的身高、体重指标均优于对照组，差异 P<0.05。见表 4：

表 4 两组的身高体重分析 (X±S)

组别	出生时		1 岁		2 岁	
	身高 (cm)	体重 (kg)	身高 (cm)	体重 (kg)	身高 (cm)	体重 (kg)
对照组	48.42±1.11	2.88±0.63	64.12±2.32	6.68±0.95	78.32±2.02	9.47±0.71
观察组	48.67±1.12	2.90±0.65	67.05±2.40	7.31±1.05	81.25±1.61	10.26±0.65
t	1.0396	0.1449	5.7559	2.9175	7.4380	5.3816
P	0.3015	0.8852	0.0000	0.0045	0.0000	0.0000

3 讨论

随着围产医学的进步和发展，新生儿尤其是早产儿的救治水平日渐提升，有效降低新生儿的病死率。专家提示，随着极低和超低出生体重儿存活率的提高，支气管肺发育不良的发生率呈现逐渐上升态势，是导致新生儿死亡及发生长期合并症的主要原因。由此，如何早期预防并及时治疗新生儿生理性支气管肺发育不良，改善新生儿疾病预后，是临床儿科领域面临的巨大挑战之一。经分析，新生儿生理性支气管肺发育不良的发病原因复杂，长期的呼吸困难和反复感染，易导致患儿肺部功能持续受损的同时，也会对患儿远期体格成长和智力发育产生不良影响^[5]。呼吸机辅助通气是治疗新生儿生理性支气管肺发育不良的常用举措，利于缓解患儿的气促症状，促进其呼吸通畅。高频振荡通气是近年来快速发展的机械通气模式之一，也是一种新生儿呼吸衰竭替代技术，能基于肺部保护策略实现肺通气和氧合水平的提高，以此减少机械通气引起的肺损伤^[6]。经临床总结发现，高频振荡通气较于传统常频的呼吸机而言，应用优势更为明显，其能有效降低高气道峰压、肺泡高容积伤及肺组织过度牵张等不良情况发生率；此外，该类通气模式也更加符合小儿呼吸道狭长和生理死腔大的特点，在新生儿生理性支气管肺发育不良等疾病治疗中逐渐扮演着越来越重要的角色，成为治疗的首选通气方式之一^[7]。本文结果显示，观察组氧暴露及机械通气时间较短，且氧合指数低于对照组，并发症发生人数少于对照组，差异明显 (P<0.05)。观察组治疗后的潮气指标如达峰时间比、达峰容积比、吸气时间、呼气时间及潮气量等均优于对照组，组间差异具有统计学意义 (P<0.05)。观察组新生儿在 1 岁、2 岁时的身高、体重指标均优于对照组，差异 P<0.05。综上所述，对新生儿生理性支气管肺发育不良施行机

械通气治疗期间，予以高频振荡通气的选用，不仅疗效确切，且安全性较高，能在促进新生儿健康成长发育方面发挥重要作用，值得临床重视并予以推广。

参考文献：

[1]董磊,董欣英. 高频振荡通气治疗新生儿生理性支气管肺发育不良的可行性与安全性分析[J]. 中外医疗,2021,40 (1): 17-19,35.

[2]林伍妹,张勇明,卢来娣,等. 高频振荡通气治疗新生儿支气管肺发育不良的疗效观察[J]. 国际医药卫生导报,2020,26 (1): 37-40.

[3]Feng Xiaoxia, Song Hong, Zhou Chuan, et al. Application of minimally invasive pulmonary surfactant therapy and non-invasive high-frequency assisted ventilation in the treatment of respiratory distress syndrome in very low and ultra-low birth weight infants[J]. Chinese Journal of Practical Pediatrics, 2020, 35 (18): 1388-1393.

[4]王亚云,薛江,朱晓波,等. 高频振荡叠加常频通气治疗重度新生儿呼吸窘迫综合征疗效及并发症观察[J]. 山东医药,2020,60 (9): 73-75.

[5]黄晓展,刘永兴,庄方莉. 无创高频通气、经鼻间歇正压通气在新生儿呼吸窘迫综合征撤机后呼吸支持治疗中的应用效果比较[J]. 临床医学,2021,41 (6): 69-70.

[6]廖冲光,伍静. 高频振荡与同步间歇指令通气治疗新生儿呼吸窘迫综合征的比较分析[J]. 临床急诊杂志,2019,20 (3): 235-238.

[7]冯爱民,谢秀春,王苗,等. 肺表面活性物质联合无创高频振荡通气治疗新生儿呼吸窘迫综合征的效果观察[J]. 河北医学,2019,25 (3): 551-555.

白内障超声乳化手术切口对角膜原有散光的影响分析

杜锐

航空总医院 眼科 北京 100102

摘要：目的：探讨白内障超声乳化手术切口对角膜原有散光的影响。方法：择取 2019 年 11 月-2021 年 5 月时段白内障超声乳化术患者 72 例，甲组为透明角膜切口，乙组为巩膜隧道切口，评估角膜散光度、中央角膜厚度、裸眼和矫正视力。结果：①术前乙组角膜散光度和甲组相似，数据无统计学意义（ $P>0.05$ ），但术后 1 周、3 个月乙组角膜散光度优于甲组，数据有统计学意义（ $P<0.05$ ）。②术前、术后 1 周及 3 个月乙组中央角膜厚度和甲组相似，数据无统计学意义（ $P>0.05$ ）。③术后 1 周及 3 个月，乙组裸眼视力和矫正视力优于甲组，数据有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：针对白内障超声乳化术患者，不同切口类型会对角膜原有散光度造成影响，但巩膜隧道切口影响较小，还可改善裸眼视力、矫正视力，术后恢复更佳，值得推广。

关键词：白内障；超声乳化手术；切口类型；角膜散光度；裸眼视力

白内障是现代眼科常见病，多是由糖尿病和高度近视等原因导致。研究表明，白内障发生率和年龄呈正相关，随人口老龄化问题，致使白内障发生率逐步提高^[1]。同时，白内障是引起机体致盲的根本诱因，手术时该病行之有效的治疗方案。基于医疗技术的发展，临床治疗不再局限于“复明”，而是逐步向屈光领域拓宽。传统技术下，是以颞上（右眼）和鼻上（左眼）等部位施行角膜切口，再联合超声乳化+人工晶体植入等方案，起到治疗效果，但术后极易出现角膜散光问题，备受医疗界的关注^[2]。择取 2019 年 11 月-2021 年 5 月时段白内障超声乳化术患者 72 例，明确不同切口类型对角膜原有散光的影响。报告如下：

1. 资料与方法

1.1 基本资料

择取 2019 年 11 月-2021 年 5 月时段白内障超声乳化术患者 72 例，以双色球法分为甲组 36 例、乙组 36 例。甲组男女比 19: 17；年龄区间 59-79（ 70.5 ± 5.3 ）岁；左眼 20 例、右眼 16 例。乙组男女比 18: 18；年龄区间 60-80（ 71.2 ± 4.9 ）岁；左眼 21 例、右眼 15 例。数据无统计学意义（ $P>0.05$ ）。经伦理委员会批准，签署知情同意书。

入组原则：和年龄相关性白内障，视力-0.3；积极配合检查，呈规则形角膜散光；晶状体核呈 I-IV 级。剔除原则：眼外伤致角膜不规则散光者；青光眼、葡萄膜炎等眼部器质性病变者；角膜病变者、眼部手术者。

1.2 方法

1.2.1 检查方法

术前均施行常规检查，包含心电图、血常规、出凝血功能及空腹血糖等；眼部检查，包含眼睑是否畸形、结膜是否存在炎症等，剔除鼻窦炎和泪囊炎等群体；视力检查，运用裂隙灯检查视力状况，再对晶状体核等级予以区分，记录内皮细胞数量；B 超检查评估视网膜和玻璃体状况，借助 SPK-II 计算人工晶状体度数^[3]。

1.2.2 手术方法

均为 2000 型超声乳化仪（Alcon 珠峰）；术前取 16ml 生理盐水+4 万 U 庆大霉素冲洗结膜囊及泪道，再滴入复方托比卡胺眼药水，间隔滴眼 5min，共滴眼 4 次，确保瞳孔直径超过 6mm，满足散瞳标准。

甲组于颞上方/角膜上方等部位作透明角膜切口，呈水平状切口，约 1/2 巩膜深，穿透板层至前房时注入粘弹剂；侧切口为角膜缘内 1mm、2:00 方位，环形撕囊后行水分离、水分层操作；借助超声乳化技术，吸出晶状体核，再对残余皮质及晶状体核施行破碎处理，再次向前房处注入粘弹剂；植入人工晶体，吸出多余粘弹剂，闭合主切口^[4]。

乙组患者取 3ml 利多卡因（20g/L）、3ml 布比卡因（7.5g/L）混合后施行眶周麻醉；随后按摩眼球 10min 予以降压，消毒铺巾后冲洗结膜囊；沿角膜走向剪开结膜且向 10: 30-12: 30 方向分离，暴露部分巩膜，采用表层血管烧灼止血；将和角膜缘相距 2mm 处巩膜缘处定义为切口点，为一次性半月形隧道刀切口，呈水平 11: 00-12: 00 方向，切 3.2mm 宽、3mm 长隧道，直至穿透角膜缘内 1mm，呈三阶梯切口；注入粘弹剂，植入人工晶体，吸出多余粘弹剂^[5-6]。

1.3 观察指标

术前、术后 1 周、术后 3 个月等时段评估患者眼底状况、视力状况，辅之电脑验光仪评估角膜散光度。

1.4 统计学方法

本研究运用 SPSS 24.0 软件处理。角膜散光度、中央角膜厚度及视力状况用 $\bar{x}\pm s$ 表示， t 检验。 $P<0.05$ 证明数据有统计学意义。

2. 结果

2.1 评估角膜散光度

在角膜散光度评估中，术前两组患者数值相似，数据无统计学意义（ $P>0.05$ ）；术后 1 周及 3 个月，甲组数值明显高于乙组，数据有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 评估角膜散光度 [$\bar{x}\pm s$ 、D]

组别	术前	术后 1 周	术后 3 个月
甲组/n=36	0.76±0.49	1.93±0.54	1.36±0.59
乙组/n=36	0.74±0.47	1.24±0.52	0.79±0.51
t 值	0.177	5.522	4.385
P	0.860	0.000	0.000

2.2 评估中央角膜厚度

在中央角膜厚度评估中，术前、术后 1 周及 3 个月等时段，两组患者数值相似，数据无统计学意义（ $P>0.05$ ），详见表 2。

表 2 评估中央角膜厚度 [$\bar{x}\pm s$ 、 μm]

组别	术前	术后 1 周	术后 3 个月
甲组/n=36	531.67±24.41	541.90±22.41	533.47±22.33
乙组/n=36	530.97±24.50	548.76±23.97	531.32±23.22
t 值	0.121	1.254	0.400
P	0.904	0.214	0.690

2.3 评估视力状况

在裸眼视力和矫正视力状况评估中，术后 1 周及 3 个月时段甲组明显差于乙组，数据有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表 2。

表 3 评估视力状况 [$\bar{x}\pm s$]

组别	裸眼视力		矫正视力	
	术后 1 周	术后 3 个月	术后 1 周	术后 3 个月
甲组/n=36	0.41±0.28	0.49±0.30	0.68±0.24	0.81±0.16
乙组/n=36	0.60±0.29	0.68±0.32	0.84±0.30	0.92±0.19
t 值	2.828	2.599	2.499	2.657
P	0.006	0.011	0.015	0.010

3. 讨论

白内障（cataract）是眼科常见性、多发性病症，是因诸多因素相互作用导致晶状体代谢紊乱，使之在蛋白质改变下呈现的浑浊状态，因阻挡光线投射至视网膜处，引发视物模糊。依据病因可将白内障划分为 5 种，即外伤性、老年性、并发性、药物性和中毒性；依据年龄划分为 5 种，即先天性、婴儿性、青年性、成年性及老年性；依据晶体浑浊程度划分为 4 种，即未成熟、膨胀、成熟及过熟；依据发展速度划分为 2 种，即静止和进行性；依据浑浊部位划分为 4 种，即核性、皮质性、囊性及囊下；依据浑浊形态划分为 4 种，即板层状、冠状和点状、其余形态。

该病好发 40 岁以上群体，随年龄增长发病率也逐步提高。患病时，除常规视力下降、视物模糊、对比敏感度低下、屈光和色觉改变等状况外，患者还存在以下并发症：a 青光眼。随白内障病情持续性恶化，若未及时采取对症治疗会诱发晶状体膨胀，引起青光眼，如头疼、眼睛疼和视力急剧低下。b 葡萄膜炎。若未治疗白内障会诱发葡萄膜炎，严重时引起全葡萄膜炎，伴有眼红眼痛、视物模糊、眼前黑影等症。c 失明。多见重症白内障且未及时治疗患者^[7]。

目前白内障治疗首选超声乳化吸除术+人工晶体植入术，但却因患（下转第 27 页）

ICU 患者家属睡眠、疲劳、焦虑现状及影响因素分析

朱文宝

深圳大学总医院 广东深圳 518000

摘要：目的：确定 ICU 患者家属睡眠、疲劳、焦虑现状及影响因素。方法：选择 2021 年 1 月至 2022 年 1 月在我院入住 ICU 的患者家属 135 例，作为研究对象。其中男性患者家属 95 例，女性患者家属 40 例，对患者家属采用问卷调查方法，问卷调查内容包括一般人口资料、睡眠障碍量表（General Sleep Disturbance Scale, GSDS）、贝克焦虑量表（Beck Anxiety Inventory, BAI）和疲乏数值评分量表（numerical rating scale-F, NRS-F）。结果：GSDS 评分：在受访者处于严重睡眠障碍损伤的 88 例（65.19%）ICU 患者家属，大部受访者经历了严重的失眠，睡眠障碍得分（42.34±3.91 分）；BAI 评分：在受访者中处于焦虑严重损伤的 96 例（71.11%）ICU 患者家属，大部分受访者经历了严重的焦虑，焦虑得分（15.91±2.83 分）；NRS-F 评分：在受访者中处于疲劳中度损伤的 69 例（51.11%）ICU 患者家属，大部分受访者经历了中度疲劳，受访者经历了严重的焦虑，焦虑得分（4.61±0.91 分）。焦虑与 ICU 患者家属健康问题存在强相关（ $r=0.994$ ）， $P<0.01$ ，睡眠障碍与 ICU 患者家属健康问题存在强相关（ $r=0.9474$ ， $P<0.01$ ），疲劳与 ICU 患者家属健康问题存在相关性（ $r=0.834$ ）， $P<0.01$ ，统计学有意义。结论：在 ICU 患者家属中，焦虑是引发睡眠问题的主要影响因素，由睡眠问题产生的身体疲劳是患者家属的重要影响因素。

关键词：ICU 患者家属；睡眠；疲劳；焦虑；影响因素

重症监护病房（intensive care unit, ICU）的家属照顾者是一种创伤体验，可能会导致患者及其家属的生活发生重大变化^[1]。由于卫生专业人员传统上都是以患者的需求为中心进行培训的，因此家属的需求往往会被忽视^[2]。大量文献报道，在 ICU 病房的患者家属，会出现睡眠障碍，进而引发疲劳、焦虑等不健康症状^[3]。在患者进入 ICU 后，家庭成员遭受的第一种痛苦是失眠。睡眠不良被认为是 ICU 患者家属人员身心健康的一个重要因素，可导致压力反应、易怒、抑郁、注意力减退、免疫功能下降和决策能力受损。尽管许多研究已经检查了 ICU 入院对患者睡眠模式的影响，但很少有研究评估 ICU 患者家属睡眠情况。鉴于睡眠剥夺的有害后果，以及家庭成员作为替代决策者和后来作为照顾者的身心健康的重要性，家庭成员的睡眠质量和一般心理健康显然是一个重大问题。为了更深层次的了解当前 ICU 患者家属睡眠、疲劳、焦虑情况，为改善现有 ICU 患者相关联的家属身心健康问题。本研究的目的是通过问卷调查方法，更好地了解 ICU 患者家属的睡眠质量、他们的疲劳和焦虑水平，以及导致睡眠质量差的因素。

1 资料与方法

选择 2021 年 1 月至 2022 年 1 月在我院入住 ICU 的患者家属 135 例，作为研究对象。其中男性患者家属 95 例，女性患者家属 40 例，对患者家属采用问卷调查方法，问卷调查内容包括一般人口资料、睡眠障碍量表（General Sleep Disturbance Scale, GSDS）、贝克焦虑量表（Beck Anxiety Inventory, BAI）和疲乏数值评分量表（numerical rating scale-F, NRS-F）。

纳入标准：①所有研究对象均为自 ICU 患者家属；②身体无重大健康问题，患者入院前无睡眠障碍；③所有研究对象均知情同意，并签有知情同意书，符合《世界医学大会赫尔辛基宣言》。

排除标准：①资料提供不全；②未签有知情同意书；③存在严重健康问题。

1.2 方法

睡眠、疲劳和焦虑被确定为研究人群中主要关注的领域，即 ICU 患者家属。本研究设计了一份问卷，询问受访者的人口统计数据、他们与患者的关系、以前的睡眠行为和诊断出的睡眠障碍。在 ICU 入院期间的时间内，询问了受访者的睡眠地点（家庭、医院、酒店等）、他们感知的睡眠质量和完整性、导致睡眠不良的因素以及睡眠不良的潜在缓解因素。本次问卷调查中，还询问了患者在入院 ICU 前的位置（如家庭、医院病房等）。患者资料包括 ICU 入院和问卷完成当天的 APACHE II 评分和插管状态。

1.3 观察与评价标准

一般睡眠障碍量表（GSDS）、贝克焦虑量表（BAI）和 Lee 的疲劳数值评分系统（NRS-F）。①GSDS 包括 21 个项目，研究了过去一周经历的睡眠差异的频率、睡眠质量差、白天嗜睡和使用帮助诱导睡眠的物质。每个项目的评分标准为 8 分，从 0（从不）到 7（每天）。总得分为 0-29、30-59、≥60 分别表示轻度、中度和重度睡眠障碍。②BAI 检查了 21 种常见的焦虑症状，并要求被调查者对每个症状的严重程度从 0（根本没有）到 3（严重）进行评分。总分 0-21 分、22-35 分和 ≥36 分分别表示轻度、中度和重度焦虑。③NRS-F 是一个 18 个项目的工具，可以评估正常和患者群体的疲劳和能量水平。这 18 个项目中的每一个都测量了疲劳或能量的特征，范围从 0（根本不是）到 10（极端），总分代表总体平均。总分为 0 到 3.2、3.3

到 6.5，≥6.6，分别表示低、中和高疲劳。在完成问卷时，要求受访者将他们的回答限制在他们的爱人入住 ICU 后的时间内。

1.4 统计学方法

将观察记录整理数据，录入 SPSS26.0 软件，进行统计学分析，计数资料用 χ^2 检验，以（n）%表示；计量资料采用 t 检验，以均值±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）， $P<0.05$ 认为组间存在显著差异，有统计学意义；对各影响因素进行 Pearson 相关性分析。

2 结果

2.1 患者与家属的一般资料

本研究中家属被调查者的人口统计数据（N=135）与患者人口统计数据（N=98），进行了统计。具体结果见下表 1 所示。

表 1 一般资料统计结果

被调查者的人口统计数据（N=135）	统计结果
年龄	48.73 ± 5.78
男性，n（%）	95（70.37）
与患者的关系，n（%）	
配偶，n（%）	15（11.11）
父亲或母亲，n（%）	23（17.04）
朋友，n（%）	45（33.33）
其他的，n（%）	24（17.78）
兄弟姐妹，n（%）	28（20.74）
入院前有轻度睡眠障碍，n（%）	12（8.89）
患者人口统计数据（N=98）	
机械通气，N（%）	79（80.61）
入院时 ApacheII 评分	23.94 ± 1.88
进入 ICU 后 ApacheII 评分	18.36 ± 1.93

2.2 GSDS、BAI、NRS-F 评分及损伤严重程度

本研究调查显示，GSDS 评分：在受访者处于严重睡眠障碍损伤的 88 例（65.19%）ICU 患者家属，大部受访者经历了严重的失眠，睡眠障碍得分（42.34±3.91 分）；BAI 评分：在受访者中处于焦虑严重损伤的 96 例（71.11%）ICU 患者家属，大部分受访者经历了严重的焦虑，焦虑得分（15.91±2.83 分）；NRS-F 评分：在受访者中处于疲劳中度损伤的 69 例（51.11%）ICU 患者家属，大部分受访者经历了中度疲劳，受访者经历了严重的焦虑，焦虑得分（4.61±0.91 分）。具体见表 2 所示。

表 2 GSDS、BAI、NRS-F 评分及损伤严重程度

指标	得分 n=135	轻度/低 n（%）	中度 n（%）	严重/高 n（%）
GSDS	42.34 ± 3.91	12（8.89）	35（25.93）	88（65.19）
BAI	15.92 ± 2.83	24（17.78）	15（11.11）	96（71.11）

NRS-F 4.61±0.91 13 (9.63) 69 (51.11) 53 (39.26)

注:表内显示了GSDS、BAI和NRS-F的平均得分,以及每个量表中轻度/低、中度或重度/高损伤的受访者百分比。分数以平均±标准差表示。BAI 贝克焦虑指数;GSDS 一般睡眠障碍量表;NRS-F, Lee 疲劳量表。

2.3 相关性分析

焦虑与ICU患者家属健康问题存在强相关($r=0.994$), $P<0.01$, 睡眠障碍与ICU患者家属健康问题存在强相关($r=0.9474$, $P<0.01$, 疲劳与ICU患者家属健康问题存在相关性($r=0.834$), $P<0.01$, 统计学有意义。具体见下表3所示。

表3 Pearson 相关性分析

因素	ICU 患者家属健康问题	
	<i>r</i>	<i>P</i>
睡眠障碍	0.947	<0.01
疲劳	0.839	<0.01
焦虑	0.994	<0.01

3 讨论

ICU患者家属睡眠、疲劳、焦虑已经成为世界卫生组织关注的热点问题之一,睡眠剥夺对决策能力的不良影响对家庭成员来说是一个严重问题,他们必须对他们亲人的照顾做出关键的决定。因此,掌握ICU患者家属睡眠、疲劳、焦虑现状及影响因素,对于改善患者家属的睡眠、疲劳、焦虑问题,有着重要的影响。

本研究在对ICU患者家属睡眠、疲劳、焦虑现状调查中发现,大部分患者的家属经历着严重的睡眠障碍,并且伴有非常严重的疲劳、焦虑。本研究结果显示,GSDS评分:在受访者处于严重睡眠障碍损伤的88例(65.19%)ICU患者家属,大部受访者经历了严重的失眠,睡眠障碍得分(42.34±3.91分);BAI评分:在受访者中处于焦虑严重损伤的96例(71.11%)ICU患者家属,大部分受访者经历了严重的焦虑,焦虑得分(15.91±2.83分);NRS-F评分:在受访者中处于疲劳中度损伤的69例(51.11%)ICU患者家属,大部分受访者经历了中度疲劳,受访者经历了严重的焦虑,焦虑得分(4.61±0.91分)。在调查中发现,睡眠障碍、焦虑

(上接第25页)

者术前角膜散光度的影响,致使部分患者面临手术源性散光。散光即为屈光不正,生理条件下眼球因不同经线作用致使其屈光度存在差别,且正常眼部均存在散光现象。角膜散光是白内障群体常见现象。术前角膜散光度超过1.0D占比34.00-47.27%、超过1.5D占比25.4%,且术后超过1.0D占比15-56%。即在白内障治疗的基础上,如何矫正角膜散光是目前首要思考的问题。研究表明,角膜、晶状体表面曲率、屈光间质轴及内含物质等因素,是影响角膜散光的主要原因,特别是在折射率不同的情况下,角膜和晶状体散光度也存在差别。以白内障患者为例,手术源性散光是阻碍视力恢复的关键,这和切口类型、位置、大小及缝线等因素有关,若切口位置和屈光系统相距较远、切口小,源性散光概率越低,反之择越大。传统白内障手术切口为10-12mm,但在超声乳化吸除术下改为微小透明角膜切口,既可减小手术源性散光,还可保持角膜屈光稳定,且逐步向小切口及微小切口等方向拓展^[8]。

透明角膜切口、巩膜隧道切口均是超声乳化吸除术中常见手术切口,前者可降低手术源性散光,缩短术后角膜屈光持续时间;后者因切口位置和角膜缘相距较远,可减轻手术对角膜形态的刺激,预防干眼细胞损伤,但却存在切口耗时长、出血风险高等特点,极易增加手术难度。和透明角膜切口相比,巩膜隧道切口不仅可降低眼内炎、前房感染等术后并发症,还可保持前房封闭性和稳定性,减少手术源性散光,多适用于高龄、合并内科病及免疫力低下等群体^[9]。

研究可知,甲组为透明角膜切口,术后1周角膜散光度为(1.93±0.54)D、中央角膜厚度(541.90±22.41)μm,术后3个月角膜散光度为(1.36±0.59)D、中央角膜厚度(533.47±22.33)μm;乙组为巩膜隧道切口,术后1周角膜散光度为(1.24±0.52)D、中央角膜厚度(548.76±23.97)μm,术后3个月角膜散光度为(0.79±0.51)D、中央角膜厚度(531.32±23.22)μm。同时该结果和邹浩东^[10]等学者研究结果相似,即术后1周角膜散光度(1.22±0.54)D、中央角膜厚度(550.54±25.55)μm,术后3个月角膜散光度(0.71±0.23)D、中央角膜厚度(527.54±24.36)μm,故本研究有参

和疲劳都是相互相关的,因此,对一个因素的治疗可能会导致其他因素的改善。例如,向患者的家人提供关于他们所爱的一致信息可以减少焦虑和改善睡眠。受访者支持这一观点,因为“更多关于我的家庭成员的健康状况的信息”是改善他们睡眠的最常见的选择。其他研究也认为,需要更多的信息和更高频率的更新是减少焦虑和促进家庭成员睡眠的可能解决方案。本研究结果显示,焦虑与ICU患者家属健康问题存在强相关($r=0.994$), $P<0.01$, 睡眠障碍与ICU患者家属健康问题存在强相关($r=0.9474$, $P<0.01$, 疲劳与ICU患者家属健康问题存在相关性($r=0.834$), $P<0.01$, 统计学有意义。相关研究结果表明,ICU家庭成员睡眠的位置是他们睡眠放松、焦虑和疲劳的主要因素。与那些在医院睡了一个或多个晚上的人相比,那些没有在医院过夜的受访者有更多的睡眠障碍(GSDS)、焦虑(BAI)和疲劳(NRS-F)。在重症监护室的候诊室过夜并不罕见,受访者表示会在那里过夜,家庭成员在重症监护室过夜会出现失眠。在医院进行睡眠的频率与睡眠障碍、焦虑和疲劳之间的相关性可能表明,家庭成员可提供的医院住宿不足以提供高质量的睡眠。

综上所述,论文综述的ICU患者家属睡眠、疲劳、焦虑现状及影响因素分析来看,一些国外报道较为丰富。ICU患者家属睡眠问题产生的原因是焦虑,由睡眠引发的疲劳问题,成为影响其身体健康的主要因素。但是目前尚不清楚国外一些关于ICU患者家属焦虑影响,在具有不同社会文化因素的人群中是否会有所不同。因此,建议国内方面应尽可能的多一些在方面的研究调查报道,从而为我国公共卫生的合理政策优化,提供一些建议。

参考文献:

- [1]赵方方,吴丽,彭梦云,等. ICU 转科患者家属迁移应激水平及其主要影响因素分析[J]. 现代临床护理, 2020, 19 (1): 6.
- [2]谢霞,李九红,周艳红,等. 心脏术后危重患者家属需求调查及影响因素研究[J]. 中国护理管理, 2020, 20 (5): 7.
- [3]葛高琪,邹辉煌,胡玉娜,等. 重症监护室患者家属习得性无助感现状及影响因素分析[J]. 解放军护理杂志, 2021, 38 (8): 4.
- [4]何曼曼,江智霞,张芳,等. ICU 后综合征患者症状特征的潜在类别分析[J]. 中华护理杂志, 2021, 56 (10): 8.
- [5]吴丹、金瑛、吕翔燕、陈舜英、张君. ICU 患者氧疗器械相关性压力性损伤现状及影响因素分析[J]. 浙江医学, 2020, 42 (19): 4.

考价值。

综上所述,在白内障超声乳化术治疗中,透明角膜切口和巩膜隧道切口均可减少手术源性散光,但后者因和角膜缘距离较远,对角膜原有散光度影响较低,还可保证术后裸眼视力和矫正视力,值得推广。

参考文献:

- [1]矫兵田,崔兰君.原有散光白内障行不同位置切口手术后散光程度变化的临床观察[J].滨州医学院学报,2020,43 (6): 435-437.
- [2]李慧慧,王华.白内障超声乳化手术不同切口对角膜散光和术后视力影响分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20 (90): 86-87.
- [3]罗璟.小切口非超声乳化白内障手术治疗硬核白内障的效果观察[J].全科口腔医学杂志(电子版),2020,7 (2): 192-193.
- [4]Schwarzenbacher L, D Schartmüller, Roeggla V, et al. One-Year Results of Arcuate Keratotomy in Patients With Low to Moderate Corneal Astigmatism Using a Low-Pulse-Energy Femtosecond Laser[J]. American Journal of Ophthalmology, 2020, 224 (11): 53-54.
- [5]夏宁.硬核白内障应用小切口非超声乳化白内障手术治疗的效果分析[J].中国实用医药,2020,15 (16): 88-90.
- [6]付灵芝.超声乳化手术与小切口非超声乳化手术治疗白内障的临床疗效对比[J].国际感染病学(电子版),2020,9 (1): 36-37.
- [7]张键,唐蕾,李环宇,等.超声乳化白内障手术两种不同切口对术后干眼的影响分析[J].医学理论与实践,2020,33 (2): 260-262.
- [8]罗正才,郭军.角膜缘切口下超声乳化手术对年龄相关性白内障患者术后裸眼视力及角膜散光度的影响[J].临床研究,2020,28 (8): 54-55.
- [9]杨振宇.2.2 mm 角膜微切口白内障超声乳化手术治疗年龄相关性白内障患者的临床疗效[J].实用防盲技术,2020,15 (2): 58-60.
- [10][1]邹浩东,曹斌,刘小虎,李娟.微切口白内障超声乳化联合双焦点散光人工晶体植入术有效性临床观察[J].现代医药卫生,2018,34 (18): 2823-2827.

普佑克溶栓治疗急性心肌梗死的临床疗效

安群英

衡水市第六人民医院 河北衡水 053200

摘要：目的：探讨急性心肌梗死临床治疗中普佑克溶栓治疗的临床效果、安全性。方法：在 2019 年 8 月至 2021 年 8 月的时间范围内收集整理急性心肌梗死病例，300 例均由本院提供，依照奇偶数法分成两个组别，设定为对照组的患者 150 例，设定为研究组的患者 150 例，各自进行尿激酶治疗、普佑克溶栓治疗，两组进行对比的内容为临床治疗效果、心功能改善情况、心脏事件发生情况等。结果：两组患者将临床疗效作为对比内容时：研究组相较于对照组，ST 段回落再通≥50%的比例更高，且差异可用 $P<0.05$ 表示；两组患者将心功能指标改善情况作为对比内容时：E 峰值、E/A 值、LVEDD 低，LVEF 高的为研究组，其与对照组存在明显差异， P 均 <0.05 ；两组患者将纤溶酶、纤维蛋白原、纤溶酶原变化情况作为对比内容时： P 均 <0.05 ，即研究组优于对照组；两组患者将心脏事件发生率作为对比内容时：研究组 5.33% 更低于对照组 12.67，得到 $P<0.05$ 。结论：普佑克溶栓治疗既有利于提高急性心肌梗死的临床疗效，改善心功能，又有利于降低心脏事件发生率，促进预后转归，值得在临床治疗工作中进行进一步的推广。

关键词：急性心肌梗死；普佑克溶栓治疗；临床疗效

急性心肌梗死在临床心血管内科是极为常见的一种急危重症，冠状动脉粥样硬化是本病的发病基础，心脏血、氧供应不足的情况下会发生心肌梗死，导致心脏功能受到严重影响。病情特征为发病率、死亡率、复发率高等，典型临床症状表现为心前区疼痛、胸部不适，伴随呼吸异常、血压下降、身心乏力等。根据调查资料可知，近年来，急性心肌梗死的患病数量逐年增多，并表现出年轻化趋势，倘若不能及时进行治疗，则会对生命安全构成直接性威胁^[1]。治疗该病的关键在于尽早恢复正常冠脉血流循环，同时促进心肌缺氧、缺血的改善。对于基层医疗单位，静脉溶栓是临床治疗急性心肌梗死的主要手段，其通过对梗死血管进行有效再通，并对濒死心肌进行挽救，从而切实提高临床治疗效果，改善预后^[2]。本文以 300 例本院 2019 年 8 月至 2021 年 8 月期间提供的急性心肌梗死患者作为观察样本，具体展开以下报告：

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集急性心肌梗死的时间为 2019 年 8 月至 2021 年 8 月；收集急性心肌梗死的病例数量为 300 例；本院负责为本次试验提供病例；按照奇偶数法完成分组，每组中的患者数量为 150 例，设定成对照组、研究组。对照组的基本情况如下：78 例男性，72 例女性；年龄跨度 39-82 岁，均值 (63.8 ± 5.2) 岁；1-5h 为病程时间范围，均值 (2.5 ± 0.6) h；56 例广泛前壁梗死，45 例前壁、前间壁梗死，15 例前壁合并下壁、后壁梗死，34 例下壁或（和）合并后壁、右室梗死。研究组的基本情况如下：76 例男性，74 例女性；年龄跨度 40-83 岁，均值 (63.7 ± 5.1) 岁；1-6h 为病程时间范围，均值 (2.6 ± 0.5) h；57 例广泛前壁梗死，44 例前壁、前间壁梗死，13 例前壁合并下壁、后壁梗死，36 例下壁或（和）合并后壁、右室梗死。通过均衡性比较两组患者的基本情况，可见各项差异均无统计学意义，即 P 均 >0.05 。

1.2 方法

两组患者在入院以后，医护人员需要马上进行心电监护，并提供吸氧，监测生命体征变化情况。第一时间创建静脉通道，连接好除颤仪，将相应的抢救药物准备好。

对照组患者方法：150 万 U 尿激酶（国药准字 H12020492，天津生物化学制药有限公司）+生理盐水 100mL 行静脉滴注，要求在 30min 内完成滴注。

研究组患者方法：20mg 普佑克（国药准字 S20110003，天士力公司）+生理盐水 10mL 行静脉滴注，要求在 3min 内完成滴注；再给予 30mg 普

佑克+生理盐水 90mL 行静脉滴注，要求在 3min 内完成滴注。

两组患者均需要嚼服阿司匹林（国药准字 J20171021，BayerS.p.A）、氯吡格雷（国药准字 H20120035，深圳信立泰药业股份有限公司），剂量均为 300mg，再按照 0.1g/次、每天 1 次的标准给予阿司匹林以及按照 75mg/次，每天 1 次的标准给予氯吡格雷；他汀类药物口服给药，以患者具体情况和实际需要应用 β 受体阻滞剂、ACEI 类、硝酸酯类药物。溶栓 12h 后予以低分子肝素，剂量标准：1 次 6000U，每天 2 次，皮下注射，时间为 5-7 天。冠脉造影在溶栓后 3-24h 内进行，若有必要，可进行支架植入的相关治疗。

1.3 观察指标

（1）判断溶栓再通成功的标准：a.CK-MB 酶峰值提前到 14h 以内，cTn 峰值则提前到发病 12h 以内；b.溶栓治疗 2-3h 内有再灌注心律失常情况发生；c.溶栓治疗后 60-90min 内 ST 段抬高回落在 50%以上；d.胸痛症状在溶栓治疗后 2h 内缓解明显^[3]。

（2）通过超声心动图检查对两组心功能改善情况进行评价，主要包括 LVEF（左室射血分数）、E 峰值（左室舒张初期充盈峰速度）、E/A 值（左室舒张早期和晚期充盈峰速度比值）、LVEDD（左心室舒张末期径）。

（3）记录两组纤溶酶原、纤维蛋白原、纤溶酶水平变化情况。

（4）对两组心脏不良事件发生情况进行统计，具体为皮肤黏膜出血、梗死后心绞痛、再次心梗、心力衰竭。

1.4 统计学处理

经版本为 SPSS25.0 的统计学软件分析所得到的全部数据， $(\bar{x} \pm s)$ 、经 t 值对比检验的为计量资料，[%]、 χ^2 值对比检验的为计数资料， P 值不足 0.05 视为差异具备统计学意义的判断标准。

2 结果

2.1 对比临床疗效的两组差异

数据分析比较结果显示，研究组患者治疗后，其 ST 段回落再通超过 50%的百分比为 84.67%，同对照组患者相比，存在显著性的统计学差异， $P<0.05$ ，详见表 1。

表 1 对比临床疗效的两组差异[n (%)]

组别	ST 段回落再通≥50%	ST 段回落再通<50%
对照组 (n=150)	92 (61.33)	58 (38.67)
研究组 (n=150)	127 (84.67)	23 (15.33)
χ^2	20.7171	

P	0.0000
---	--------

2.2 对比心功能指标的两组差异

数据分析比较结果显示, 研究组患者 LVEF 高于对照组患者, 同时其 E 峰值、E/A 值、LVEDD 低于对照组患者, 各项心功能指标在差异上的表示用 $P < 0.05$, 详见表 2。

表 2 对比心功能指标的两组差异 ($\bar{x} \pm s$)

组别	E 峰值 ($\text{cm} \cdot \text{s}^{-1}$)	E/A 值	LVEF (%)	LVEDD (mm)
对照组 (n=150)	79.26±8.53	1.48±0.55	66.37±7.48	62.37±7.51
研究组 (n=150)	73.85±9.55	1.89±0.79	72.52±7.21	57.37±7.40
t	5.1745	5.2165	7.2500	5.8082
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 对比纤溶酶原、纤维蛋白原、纤溶酶水平的两组差异

数据分析比较结果显示, 研究组更高于对照组的纤溶酶、纤维蛋白原、纤溶酶原, 两组在统计学差异上的表示用 $P < 0.05$, 详见表 3。

表 3 对比纤溶酶原、纤维蛋白原、纤溶酶水平的两组差异 ($\bar{x} \pm s$)

组别	纤溶蛋白原	纤溶酶原	纤溶酶
对照组 (n=150)	3.14±0.55	46.54±13.92	46.36±9.42
研究组 (n=150)	3.62±0.64	58.25±13.24	57.25±10.31
t	6.9665	7.4654	9.5504
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 对比心脏事件发生率的两组差异

数据分析比较结果显示, 研究组与对照组的心脏事件发生率具备统计学差异, 即 $P < 0.05$, 详见表 4。

表 4 对比心脏事件发生率的两组差异[n (%)]

组别	心力衰竭	梗死后 心绞痛	皮肤黏 膜出血	再次心 梗	心脏事件
对照组 (n=150)	2 (1.33)	8 (5.33)	4 (2.67)	5 (3.33)	19(12.67)
研究组 (n=150)	1 (6.67)	4 (2.67)	2 (1.33)	1 (6.67)	8 (5.33)
χ^2					4.9247
P					0.0264

3 讨论

急性心肌梗死的显著性病情特点在于发病率、致死率高、起病突然、进展速度快等, 其主要是因为冠状动脉病变导致心肌血液供应在很短的时间内出现全部中断或者快速减少的情况, 心肌处于极其严重的缺血、缺氧状态, 造成心肌坏死, 并表现出发热、持续性胸痛等症状表现^[4]。对急性心肌梗死患者而言, 倘若不能快速采取科学、有效的救治措施, 则会导致心律失常、心衰、心源性休克等并发症, 威胁生命安全。而尽早再通血管是挽救患者缺血心肌, 降低死亡率的关键所在^[5]。

随着近年来心血管介入技术的发展和完善, 其为临床治疗急性心肌梗死带来了新的选择, 但开展介入治疗, 团队配合、精密仪器设备辅助是必不可少的一项要求, 因为在技术、设备条件上具有局限性, 所以能在最佳

时间窗内将操作完成的患者数量并不多, 难以获得预期的临床治疗效果^[6]。静脉溶栓治疗是基层医院针对急性心肌梗死的首选方案, 其可促使梗死血管迅速开通, 同时让心肌的有效灌注在短时间内恢复正常, 对濒死心肌进行最大限度的挽救, 促进预后改善^[7]。心梗发病后如果可以及时将相关血管开通, 保证有效的心肌灌注, 则可使心肌细胞死亡量明显降低, 使梗死速度有所延缓, 降低并发症发生率^[8]。

普佑克作为纤溶酶原激活物之一, 其可将存在于血栓表面的纤溶酶原激活并向纤溶酶转化。静脉给药的方式基本上不会影响到血管内源性纤溶酶原, 在血栓表面就可以让纤溶酶起到激活作用, 部分向双链的 UK 转变, 溶解血栓纤维蛋白。一旦血栓纤维蛋白将 E 片段暴露出来以后, 普佑克可以直接将这一片段的 C-端两个赖氨酸残基上存在的纤溶酶原激活, 增加其活性至 500 倍左右, 将大量纤溶酶产生, 迅速降解血栓纤维蛋白, 从而溶解血栓^[9]。在急性心肌梗死治疗中运用普佑克, 可以快速溶解血栓, 并表现出无抗原性、血浆稳定性等优势。本品向血液进入的过程中, 因为自身没有活性, 所以在血栓表面吸附后就会直接被激肽酶激活并向尿激酶转化, 发挥溶栓功效。同尿激酶溶栓治疗相比, 不仅可促进临床治疗效果的提升, 且可显著降低不良反应发生率^[10]。

根据此次试验得到的结果, 研究组患者与对照组患者各项观察指标比较, 其 ST 段回落再通 $\geq 50\%$ 的比例、LVEF、纤溶酶、纤维蛋白原、纤溶酶原更高, 且 E 峰值、E/A 值、LVEDD、心脏事件发生率更低, 以上对比差异为 $P < 0.05$ 。从而表明, 普佑克溶栓治疗既有利于提高急性心肌梗死的临床疗效, 改善心功能, 又有利于降低心脏事件发生率, 促进预后转归, 值得在临床治疗工作中进行进一步的推广。

参考文献:

[1]王琦. 步长脑心通胶囊结合普佑克溶栓治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死临床疗效及安全性观察[J]. 医学理论与实践, 2021, 34 (6): 940-942.

[2]李刚. 普佑克溶栓联合大剂量阿托伐他汀治疗 ST 段抬高型急性心肌梗死的效果[J]. 临床医学, 2021, 41 (8): 116-118.

[3]褚杰, 杨婷, 殷少杰, 等. 重组尿激酶原 (普佑克) 静脉溶栓治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死的效果及对血管再通率的提高分析[J]. 养生保健指南, 2021 (32): 36.

[4]杨晓霞, 毛素华, 薛晓红, 等. 普佑克早期溶栓联合阿托伐他汀对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者梗死相关血管自发再通率的影响[J]. 饮食保健, 2021 (27): 67.

[5]姜晓冬, 李凤云, 马明哲, 等. 瑞通立与普佑克溶栓治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死的疗效及对心功能的影响研究[J]. 家庭医药, 2020 (1): 44.

[6]毛素华, 杨晓佩. 普佑克早期溶栓联合阿托伐他汀治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死临床效果[J]. 健康大视野, 2020 (15): 40.

[7]毛素华, 杨晓佩. 普佑克早期溶栓联合阿托伐他汀对 ST 段抬高型急性心肌梗死患者心功能影响分析[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18 (20): 98, 100.

[8]时红霞. 探讨普佑克时间窗内溶栓治疗急性 ST 抬高心肌梗死的疗效[J]. 医学理论与实践, 2021, 34 (2): 215-217.

[9]毛素华, 杨晓佩. 普佑克早期溶栓治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死安全性及有效性分析[J]. 健康大视野, 2020 (16): 232.

[10]田福霞. 探讨普佑克时间窗内溶栓治疗急性 ST 抬高心肌梗塞的疗效[J]. 母婴世界, 2020 (12): 113.

阿托伐他汀与阿司匹林结合在社区高血压伴糖尿病患者中的治疗效果及对生活质量的影响

高婷婷 卜海英

上海市松江区中山街道社区卫生服务中心全科门诊 上海松江 201600

摘要：目的 探讨阿托伐他汀与阿司匹林结合在社区高血压伴糖尿病患者中的治疗效果及对生活质量的影响。方法 整群抽样 2020 年 2 月-2022 年 2 月社区高血压伴糖尿病患者，筛选其中 100 例进行对照研究。按照不同治疗方式将患者分为两组，即对照组（50 例，常规控糖+降压治疗）和联合组（50 例，阿托伐他汀+阿司匹林治疗）。通过治疗效果、血糖水平分析两种治疗方式的治疗效果，通过不良反应发生情况分析两种治疗方案的安全性，通过量表评分分析两种治疗方式对患者生活质量的影响。结果 从治疗效果层面分析，相较于对照组，联合组治疗有效率水平显著更高（ $P<0.05$ ）；相较于对照组，联合组患者血糖水平显著更优（ $P<0.05$ ）；从治疗安全性层面分析，相较于对照组，联合组不良反应发生率与其无显著统计学差异（ $P>0.05$ ），且均处于较低水平；从生活质量层面分析，相较于对照组，联合组生活质量量表评分显著更高（ $P>0.05$ ）。结论 阿托伐他汀与阿司匹林结合在社区高血压伴糖尿病患者中治疗效果显著，能够有效维持患者血糖水平，促进患者生活质量的提升，具备较高的应用安全性。

关键词：阿托伐他汀；阿司匹林；社区高血压；糖尿病；生活质量

高血压是一种临床多发性慢性疾病，在全球范围内广泛流行，且高血压发病率随着年龄增长提高，在我国当前人口老龄化进程加快的趋势下，高血压发病率也呈逐年升高趋势^[1-2]。糖尿病是高血压的“姐妹病”，二者常会合并发病，影响患者生活质量。临床许多资料均显示，高血压、糖尿病均是心脑血管疾病发病、发作及恶化的重要影响因素^[3]。因此，临床有效控制患者血压、血糖水平在改善患者生活质量，降低心血管不良事件发生风险方面具有积极意义。基于此，本研究采用阿托伐他汀与阿司匹林联合治疗治疗社区高血压伴糖尿病患者，旨在分析对患者治疗效果及对生活质量的影响，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经伦理委员会批准，整群抽样 2020 年 2 月-2022 年 2 月社区高血压伴糖尿病患者，筛选其中 100 例进行对照研究。纳入标准：符合《中国高血压防治指南》中关于高血压的诊断标准；符合中华医学会制定的糖尿病相关诊断标准；精神状态良好，可配合各项研究者；签署知情同意者。排除标准：对本研究所用药物存在禁忌证或过敏史者；合并恶性肿瘤患者。按照不同治疗方式将符合上述纳入标准的患者分为两组，即对照组（50 例）和联合组（50 例）。对两组患者一般资料进行比较，结果可见差异符合研究开展要求，即差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。其中对照组男性、女性各 27、23 例，年龄 56-76 岁，平均年龄（ 61.25 ± 3.48 ）岁；联合组男性、女性各 25、25 例，年龄 55-78 岁，平均年龄（ 61.50 ± 3.67 ）岁。

1.2 方法

对照组入组后采取常规控糖、降压对症治疗，给予患者适当的饮食指导和运动指导。联合组实施阿托伐他汀+阿司匹林联合治疗方案，具体方案如下：给予患者阿托伐他汀（北京嘉林药业股份有限公司，国药准字 H19990258）、阿司匹林（山西振东安欣生物制药有限公司，国药准字 H14020574）口服。用药剂量：阿托伐他汀每日晚间服用 1 次，每次 20mg；阿司匹林每日服用 1 次，每次 1 片。两组患者均接受连续 28d 的治疗。

1.3 观察指标

（1）治疗效果：通过对照组、联合组症状、血糖、血压改善情况分

析治疗效果，对比组间有效、显效的占比分析两种治疗方式的治疗效果。（2）血糖水平：治疗前后对对照组、联合组血糖水平（空腹血糖、餐后两小时血糖等）进行检测，通过组间该值的变化情况分析两种治疗方式对患者血糖水平的影响。（3）不良反应：详细记录对照组、联合组用药和治疗过程中出现的不良反应，根据该不良反应率的组间对比分析两种治疗方式的安全性。（4）生活质量：治疗结束后，采用 SF-36 量表对对照组、联合组进行调查，通过组间该数值比较分析两种治疗方式对患者生活质量的影响。

1.4 统计学方法

本次研究收集高血压伴糖尿病患者数据均采用 SPSS25.0 软件分析，临床治疗效果、不良反应发生情况等计数资料用（%）表示、卡方检验，（ $\bar{x}\pm s$ ）表血糖水平、生活质量评分等计量资料并采用 t 检验，以 $P<0.05$ 表示差异具备统计学意义。

2 结果

2.1 对照组、联合组治疗效果比较

从治疗效果层面分析：相较于对照组，联合组治疗有效率水平显著更高（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 对照组、联合组治疗效果比较[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	20（40.00）	21（42.00）	9（18.00）	41（82.00）
联合组	50	37（74.00）	11（22.00）	2（4.00）	48（96.00）
χ^2 值					5.0051
P 值					0.0253

2.2 对照组、联合组血糖水平比较

从血糖水平层面分析：治疗前，对照组、联合组血糖水平比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，相较于对照组，联合组各项血糖指标均具备显著优势（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 对照组、联合组血糖水平比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	FBG（mmol/L）		2hPBG（mmol/L）		HbA1c（%）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	11.25 $\pm$ 1.27	7.83 $\pm$ 0.64 [*]	14.20 $\pm$ 1.40	8.57 $\pm$ 0.49 [*]	9.66 $\pm$ 1.05	8.01 $\pm$ 0.33 [*]

联合组	50	11.13±1.31	5.39±0.50*	14.33±1.36	6.46±0.32*	9.43±1.08	6.29±0.41*
<i>t</i> 值		0.4651	21.2439	0.4710	25.4940	1.0797	23.1086
<i>P</i> 值		0.6429	0.0000	0.6387	0.0000	0.2829	0.0000

注：与本组治疗前比较**P*<0.05

2.3 对照组、联合组不良反应发生情况比较

从治疗安全性层面分析，相较于对照组，联合组不良反应发生率与其无显著统计学差异（*P*>0.05），且均处于较低水平，见表3。

表3 对照组、联合组不良反应发生情况比较[n（%）]

组别	例数	腹泻	恶心呕吐	发热	肝功能异常	总发生率
对照	50	3（6.00）	4（8.00）	3（6.00）	1（2.00）	11（22.00）

表4 对照组、联合组生活质量评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	生理功能	生命活力	精神健康	社会功能	躯体疼痛	生理职能	情感职能	总体质量
对照组(n=50)	81.50±2.97	82.85±3.04	82.46±2.71	82.43±3.03	84.81±3.97	83.81±2.96	82.04±5.11	85.01±4.82
联合组(n=50)	89.42±3.01	87.83±2.98	88.24±3.01	88.49±3.25	90.65±4.33	89.53±3.07	89.85±4.93	90.04±5.33
<i>t</i> 值	13.2439	8.2720	10.0910	9.6438	7.0295	9.4843	7.7777	4.9494
<i>P</i> 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

高血压、糖尿病临床上被称为“姊妹病”，二者相互影响和作用。高血压伴糖尿病患者的危害不仅体现在血压、血糖水平的异常，二者均有可能造成心血管管内皮功能障碍，继而出现动脉粥样硬化等心血管不良事件，并引发血流动力学异常，严重影响患者日常生活^[4]。既往相关研究表明，血压升高会加重对血管壁及内皮细胞的损伤，加速动脉粥样硬化^[5]。糖尿病则会导致血糖水平异常升高，血流动力学发生改变，损伤大血管和微血管，患者心肌细胞正常功能受到影响。高血压合并高血压患者控糖、降压获益显著。

现阶段，对于高血压伴糖尿病患者而言，常用的药物包括五类：利尿剂、钙离子拮抗剂、血管紧张素受体拮抗剂、转换酶抑制剂和β受体阻滞剂^[6]。对于一般高血压患者而言，五类药物均有类似的降压效果，均可用于维持患者血压水平稳定。但对于合并糖尿病的高血压患者而言，既要考虑到降压、控糖的效果，还要充分考虑到患者血压昼夜节律及靶器官保护情况。阿司匹林是一种抗血小板常用药物，该成分通过与环氧化酶活性多肽链乙酰化反应产生作用，其机制是促使环氧化酶失去活性，阻碍花生四烯酸生成，继而抑制血小板聚集。阿托伐他汀是一种具备较强选择性和竞争性的还原酶抑制剂，其作用机制是通过对抗甲基二酮辅酶A还原酶与胆固醇合成的高效抑制作用，达到调节脂蛋白、胆固醇表达水平的效果^[7]。作为一种糖尿病临床常用药物，阿托伐他汀在改善患者血脂表达水平，阻碍脂质在动脉内沉积方面的效果已经诸多临床研究证实，在预防心肌缺血、心肌梗死的糖尿病继发并发症方面效果显著^[8]。

邢宏力等^[9]研究中采用阿托伐他汀与阿司匹林联合治疗高血压伴糖尿病患者，结果显示该用药方案能够显著提升治疗效果，在改善血压、血糖、血脂水平方面均具有积极作用，能够改善患者心里状态，并具备较高的用药安全性。基于此，本研究在常规治疗基础上实施阿托伐他汀与阿司匹林联合治疗方案，结果显示：从治疗效果层面分析，相较于对照组，联合组治疗有效率水平显著更高（*P*<0.05）；相较于对照组，联合组患者血糖水平显著更优（*P*<0.05）。提示阿托伐他汀与阿司匹林联合治疗能够显著提高临床治疗效果，有利于维持患者血糖水平稳定。

目前，关于药物联合应用的争议多集中在药物相互作用产生的不良反应中^[10]，本研究对两组患者治疗安全性进行进一步分析，结果显示：从治疗安全性层面分析，相较于对照组，联合组不良反应发生率与其无显著统

组

联合组	50	2（4.00）	3（6.00）	3（6.00）	1（2.00）	9（18.00）
χ^2 值						0.2500
<i>P</i> 值						0.6171

2.4 对照组、联合组生活质量评分比较

从生活质量层面分析，相较于对照组，联合组生活质量量表评分显著更高（*P*>0.05），见表4。

计学差异（*P*>0.05），且均处于较低水平。提示阿托伐他汀与阿司匹林联合治疗不但能够有效提升治疗效果，同时未提高治疗风险，具备较高的应用安全性。从生活质量层面分析，相较于对照组，联合组生活质量量表评分显著更高（*P*>0.05），考虑为患者临床症状和血糖水平均得到良好控制有关，患者病情改善后生理、心理多方面生活质量均能有效提升。

综上所述，阿托伐他汀与阿司匹林结合在社区高血压伴糖尿病患者中治疗效果显著，能够有效维持患者血糖水平，促进患者生活质量的提升，具备较高的应用安全性。但受到时间等因素影响，本研究展开存在一定限制，未对患者进行长期随访，两种治疗方式的预后效果有待考证。

参考文献：

[1]游贵元. 阿托伐他汀钙对高血压伴 2 型糖尿病患者糖脂代谢指标及血压水平的影响[J]. 基层医学论坛,2020,24（17）: 2427-2428.

[2]罗飞艳,曾峰,李飞. 阿托伐他汀钙对伴高血压 2 型糖尿病患者血脂和血清 CRP、PCT 的影响[J]. 内蒙古医学杂志,2019,51（3）: 323-324.

[3]薛俊芳. 通心络胶囊联合阿托伐他汀钙对高血压伴糖尿病患者颈动脉硬化影响[J]. 中国民康医学,2016,28（12）: 55-57.

[4]江丽华,韩晓骏,苏如婷. 阿托伐他汀治疗糖尿病伴高血压患者的疗效及对尿 β2-MG、SCr、HbA1c 水平的影响[J]. 医学临床研究,2017,34（4）: 628-630,634.

[5]程华英. 阿司匹林联合阿托伐他汀治疗高血压合并糖尿病的临床效果[J]. 养生保健指南,2021（16）: 103.

[6]李淑红. 氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗死的效果观察[J]. 中国药物与临床,2021,21（10）: 1711-1713.

[7]马恒章,郑志雄,许名远. 阿托伐他汀钙联合氯吡格雷及拜阿司匹林肠溶片治疗进展性脑梗死合并颈动脉粥样硬化的临床效果[J]. 中外医学研究,2021,19（16）: 162-164.

[8]薛洁,时启发. 阿司匹林联合阿托伐他汀治疗高血压合并糖尿病的效果[J]. 中国实用医药,2021,16（36）: 118-121.

[9]邢宏力,王利芳,平梅,等. 阿司匹林联合阿托伐他汀治疗高血压合并糖尿病的效果观察[J]. 中国实用医刊,2020,47（5）: 110-114.

[10]杜晓彬. 阿司匹林联合阿托伐他汀治疗高血压合并糖尿病的效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊）,2020,20（62）: 120-121.

老年人体重指数与血压水平及高血压患病率的相关性

刘霞

北京市丰台区王佐镇社区卫生服务中心 北京 100072

摘要：目的：通过本次实验探索不同的体重指数下患者血压的情况以及发生高血压的概率。方法：取 2019 年 5 月至 2020 年 6 月于我院进行体检的 300 例老年人作为本次试验研究对象，并依据体重指数分为 3 组：I 组 $18.5 \leq \text{BMI} < 24 \text{ kg/m}^2$ 、II 组 $24 \leq \text{BMI} < 28 \text{ kg/m}^2$ 、III 组 $\text{BMI} \geq 28 \text{ kg/m}^2$ ；每组约 100 例。统计三组患者血压的情况，以及高血压检出率情况，对比三组患者收缩压和舒张压指标情况，结果：根据调查结果显示，III 组患者的收缩压和舒张压的水平明显高于 I 组和 II 组，组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；II 组患者达到收缩压舒张压明显高于 I 组，实验调查研究结果显示，体重指标越大，患者血压越高，组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；III 组患者发生高血压的概率为 61%，明显高于 II 组的 47% 和 I 组的 21%，结论：体重指标与老年人高血压的发生率有密不可分的关系，患者的体重指标越大，患者血压越高，发生高血压的几率越大。

关键词：不同体重指数；血压水平；高血压发生率；相关性

前言：随着生活水平的提高，逐年递增的高血压发病率已成为全球重要公共卫生问题。血脂增加是高血压发病的重要因素，而同时肥胖人群会出现血脂增加和交感神经兴奋的情况，肥胖人群的血压会高于健康人群。长期高脂饮食习惯和不良生活方式导致肥胖率逐渐上升，肥胖与血压升高密不可分。既往的研究表明，BMI 是常用的人体测量指标，能较好的预估患者肥胖程度，与血脂异常呈正相关^[1]。但在临床工作中，我们发现有一些体重指数正常/偏低的患者有明显的血脂异常，为我们的治疗带来困惑。本文就我院 300 例健康体检者压患者为研究对象，针对不同体重指数 (BMI) 的人群，探索不同舒张压和收缩压等生化指标以及高血压的发生率与体重指数之间的关系，为预防和治疗高血压提供科学依据。本次实验的内容如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次实验研究取 2019 年 5 月至 2020 年 6 月于我院进行体检的 300 例老年人作为本次试验研究对象，并依据体重指数分为 3 组：I 组 $18.5 \leq \text{BMI} < 24 \text{ kg/m}^2$ 、II 组 $24 \leq \text{BMI} < 28 \text{ kg/m}^2$ 、III 组 $\text{BMI} \geq 28 \text{ kg/m}^2$ ；每组约 100 例。与患者签署知情同意书。纳入标准：(1) 符合 1999 年世界卫生组织高血压诊断标准；(2) 高血压病程不超过 5 个月，且未接受过高血压药物治疗；(3) 年龄 26-75 岁、性别不限；(4) 体重指数 $> 18.5 \text{ kg/m}^2$ 。排除标准：(1) 高血压已接受药物治疗的患者；(2) 合并糖尿病急性并发症，如酮症；乳酸酸中毒；(3) 合并严重心肝肾功能不全；(4) 合并重症感染；(5) 合并自身免疫性疾病、恶性肿瘤及其他内分泌疾病（如甲状腺/甲状旁腺疾病、库欣综合征、嗜铬细胞瘤等）；(6) 孕期及哺乳期女性。本次实验和研究均取得患者及其家属的认可，两组基本资料无明显差异，无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 研究方法：

入组患者入院后收集人口统计学数据，包括年龄、性别、家族史、吸烟史、身高、体重、腰围 (WC)、收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP) 等。入院第二天空腹 (入院当天 22:00 以后禁食水，次日晨起 6:00) 抽取静脉血收集临床数据，包括 TG、TC、HDL-C、LDL-C、尿酸、谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST)、空腹血糖 (FPG)、空腹胰岛素、空腹 C-肽水平、糖化血红蛋白。生化指标由全自动生化分析仪 AU5821 测定。由日本东曹生物科技有限公司提供 C 肽化学发光分析仪，采用化学发光法检测空腹胰岛素/C 肽。糖化血红蛋白为高效液相色谱法，分析仪由北京诺亚阳光科技发展有限公司提供。以上检测由本院检验科严格按照说明书完成，并保证在试剂有效期内使用且保证质控符合国家标准。体重指数 (BMI) 为体重 (kg) 除以身高 (m) 的平方； $\text{HOMA-}\beta = 20 \times \text{空腹胰岛素水平} / (\text{空腹血糖水平} - 3.5)$ ； $\text{HOMA-IR} = \text{空腹胰岛素水平} \times \text{空腹血糖水平} / 22.5$ 。

1.3 判断指标

为了探索 BMI 与血压水平和高血压发生率之间的关系，观察三组患者收缩压和舒张压等相关情况，统计不同体重指数下患者高血压发生的几率，收集实验结果，汇制成表格。

1.4 数据处理：

利用 SPSS 26.0 软件统计分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，两组间指标比较符合正态分布者采用两独立样本的 t 检验，非正态分布者采用两独立样本的非参数检验，以 $p < 0.05$ 判定为有统计学意义。

2. 结果

通过对三组患者进行随访调查，治疗实验研究，收集治疗结果并总结分析，得出以下结论：结果见下 (图表 1/表 2/表 3)

2.1 三组患者收缩压和舒张压以及高血压发生率

表 1：三组患者收缩压和舒张压以及高血压发生率调查结果

	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)	高血压发生率 (%)
I 组	126.22±1.42	79.32±1.87	21.0%
II 组	137.62±1.56	83.5±2.04	47.0%
III 组	143.81±2.67	99.87±3.27	61.0%

本次实验证明，III 组患者的收缩压、舒张压的水平为 (143.81±2.67)、(99.87±3.27)，III 组患者发生高血压的比例为 61.0%，明显高于 I 组和 II 组，I 组收缩压和舒张压为 (126.22±1.42)、(79.32±1.87)，高血压发生比例为 21.0%；II 组收缩压和舒张压为 (137.62±1.56)、(83.5±2.04)，高血压发生率为 47.0%。可见 BIM 越高，患者收缩压和舒张压的水平越高，患者发生高血压的比例越高。

3. 讨论

人口老龄化进程的加快已经成为了全球关注的话题，老年人由于更容易出现疾病，导致临床上加强了对老年临床疾病的研究。其中高血压就是严重威胁老年人身体健康的慢性疾病，会导致老年人的肾脏、心脑血管等部位受损^[2]。同时相关研究结果显示，通过控制老年人的血压，能够降低老年人发生脑卒中、突发心脏病以及肾病的风险，降低老年人猝死的几率。根据美国相关报道显示，60 岁以上的老年人发生高血压的几率为 66.7%，随着人民的生活方式西方化，我国高血压及肥胖的发病率逐年上升，根据相关研究显示，我国 60 岁以上老年人的高血压发病率在 50%^[3]，因此探索高血压的病因和相关机制，对于控制患者血压，提高生活质量具有重要意义。其中，肥胖被认为是高血压的重要危险因素，与血脂异常升高密切相关。研究表明，腰围 (WC)、腰围与身高比值 (WtHR) 以及生化代谢指标如甘油三酯 (TG)、高密度脂蛋白 (HDL)、胆固醇 (TC)、总胆固醇与高密度脂蛋白胆固醇比值 (TC/HDL-C)、甘油三酯与高密度脂蛋白比值 (TG/HDL-C)、尿酸 (UA)、甘油三酯与葡萄糖指数 (TyG) 和胰岛素抵抗指数 (HOMA-IR)、胰岛细胞功能 (HOMA-β) 等指标均可预估患者血脂水平。其中医学上认为，不同体重指数 BIM 是一种通过比较分析一个人的体重对于高度的人所带来的健康影响的指标，BIM 在 18.5~24 之间是正常值，小于 18.5 为体重过低，24~28 为超重，28 以上为过度肥胖，过度肥胖会导致患者的身体出现非常多的疾病问题^[4]。目前国内对于高血压的研究大都针对于超重/肥胖患者，对于正常体重的人群研究数据有限。对于中国人来说，尽管绝对体重指数较低，但比西方人群更容易发生内脏脂肪堆积和胰岛素抵抗 (IR)。因此，对于正常体重指数的中国人，明确

(下转第 46 页)

沙库巴曲缬沙坦钠治疗射血分数降低老年心力衰竭患者的临床研究

秦虹

重庆建设医院 重庆 400050

摘要：目的：研究沙库巴曲缬沙坦钠治疗射血分数降低老年心力衰竭患者的临床效果。方法：选取我院于2019年10月至2022年3月接收治疗的116例射血分数降低而产生心力衰竭的老年患者作为本次的研究对象，利用随机分组法将患者平均分为两组，即对照组与观察组，对照组患者实施常规抗心力衰竭治疗，观察组患者实施沙库巴曲缬沙坦钠治疗。对比分析两组患者的临床疗效以及心功能指标。结果：对比分析得知，观察组治疗总有效率明显高于对照组，且观察组患者的血清 NT-ProBNP 水平明显低于对照组，观察组患者的左室射血分数明显要高于对照组。结论：沙库巴曲缬沙坦钠在治疗射血分数降低老年患者心力衰竭患者方面，展现出十分显著且理想的治疗效果，既能够合理的改善患者心功能，同时还可以有效的增强患者射血分数。

关键词：沙库巴曲缬沙坦钠；射血分数降低；老年；心力衰竭；临床效果

前言：

射血分数降低心力衰竭是当下老年群体中的高发病，该疾病具有患病率高且预后情况差的特点，能够引起患者出现心室泵血与充盈功能异常的情况，最终有可能导致患者产生心肌受损的问题，不仅会给老年人的身心造成巨大的损伤，同时在发病人群中也会引起很高的病死率。导致患者出现射血分数降低心力衰竭病症的原因有很多，并且该病症的致病机制也非常复杂，而其最主要的病理表现分别为心肌结构以及功能的转变。针对射血分数降低心力衰竭病症，在传统的治疗过程中往往通过抑制 RAAS 系统激活、或者是着重预防患者心室重构等方面展开治疗，而最常用的临床治疗药物主要是以利尿剂、 β 受体阻滞剂以及 ACEI、ARB 等相关药物为主，但是其临床治疗效果并不理想。通过大量的临床研究数据显示，射血分数降低心力衰竭病症通过实施 ACEI/ARB 等相关药物来展开临床治疗，能够在一起程度上起到缓解患者心力衰竭的临床表现，并且针对患者的心功能水平还可以起到有效增强的作用。而缬沙坦就是 ARB 药物当中的一种，是目前临床上被广泛应用的一种抑制药剂，其可以有效的发挥抑制血管紧张素II的形成、和抑制人身醛固酮的分泌的作用，从而发挥了减轻患者心脏前后负荷以及改善患者心室重构的重要影响与价值^[1]。沙库巴曲缬沙坦是目前临床治疗中最早研制出的血管紧张素受体-脑啡肽酶抑制剂，同时更是最新型也是临床治疗最常见的抗心衰药物之一。沙库巴曲缬沙坦不仅具有同时阻断脑啡肽酶和血管紧张素受体的高效作用，同时还具备利尿、扩张血管、降低血压以及改善心肌重构的显著特点。本文，着重研究沙库巴曲缬沙坦治疗射血分数降低老年心力衰竭患者的临床效果，从而为日后的临床治疗提供有利参考，现具体报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院于2019年10月至2022年3月接收治疗的116例射血分数降低而产生心力衰竭的老年患者作为本次的研究对象，利用随机分组法将患者平均分为两组。对照组58例患者中包含男性患者25例、女性患者33例，患者年龄在47至78岁，平均年龄 (63.14 ± 2.53) 岁。患者原发性疾病类型包括：29例冠心病患者、22例高血压性心脏病患者、7例扩张型心肌病患者。观察组58例患者中包含男性患者23例、女性患者35例，患者年龄在44至76岁，平均年龄 (62.45 ± 3.40) 岁。患者原发性疾病类型包括：27例冠心病患者、25例高血压性心脏病患者、6例扩张型心肌病患者。

纳入标准：患者经临床诊断均符合临床医学对于心力衰竭的诊断标

准，且患者左室射血分数都 $<40\%$ ；患者具有较高的治疗依从性，并且患者接受随访；患者及其家属对于本次研究均知情且同意。

排除标准：患者出现心源性休克病症；患者合并甲状腺功能亢进；患者血流动力学异常；患者患有血液性疾病；患者合并严重肝肾功能障碍；患者合并恶性肿瘤；患者此前接受过机械辅助循环治疗；患者此前实施沙库巴曲缬沙坦治疗；或者接受过重组人脑利钠肽治疗；患者依从性差、不遵从医嘱进行治疗。

1.2 方法

对照组：患者入院接受治疗后首先应该给予患者常规抗心力衰竭治疗，其中包括指导患者合理的进行卧床休息，并且针对患者的基础疾病展开有效治疗，在遵医嘱前提下指导患者进行相关药物使用，其中有硝酸酯药物、利尿剂、 β 受体阻滞剂等相关药物^[2]。此外，还需要给予对照组患者缬沙坦药物治疗，药剂用量为80mg/d，同时还要根据患者的实际病情及时给予吸氧。

观察组：患者入院接受治疗后首先应该给予患者常规抗心力衰竭治疗，其中包括指导患者合理的进行卧床休息，并且针对患者的基础疾病进行合理治疗，在遵医嘱前提下指导患者进行相关药物的应用，其中有硝酸酯药物、利尿剂、 β 受体阻滞剂等相关药物。除此之外，还要根据患者的实际病情从而给予及时的吸氧操作。在此基础上再针对患者实施沙库巴曲缬沙坦治疗，患者首次口服药剂量为每次25mg，2次/d，之后再逐渐的根据患者的病情变化而调整用药剂量，用药剂量最高不能超过400mg/d。值得注意的是，患者在服用本药之前必须停用ACEI超过三十六小时。

对比分析与观察必须待两组患者都接受治疗四个月以后。

1.3 临床数据指标

对比分析两组患者实施治疗以后，两组患者的临床症状改善情况、两组患者血清 NT-ProBNP、左室射血分数、左心室舒张末径等数据指标。两组患者临床治疗效果评判标准：患者临床症状有显著好转，且患者 NYHA 分级心功能改善情况 ≥ 2 级，评判患者临床治疗效果为显效；患者临床症状有好转，且患者 NYHA 分级心功能改善情况 ≥ 1 级，评判患者临床治疗效果为有效；患者临床症状无任何改变，且患者 NYHA 分级心功能改善情况 ≤ 1 级，评判患者临床治疗效果为无效。总有效率=（显效例数+有效例数）/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件分析数据，计量资料采用均数 $\pm$ 标准差表示，组间比较采用 t 检验，计数资料采用百分数（%）表示。计数资料采用 χ^2 检验。

P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

对比分析两组患者治疗总有效率,经治疗后观察组患者的治疗总有效率为 98.28%,明显要高于对照组患者的治疗总有效率 75.86%。对比两组差异具有统计意义 (P<0.05)。具体详情见表一^[3]。

表一 对比两组患者治疗总有效率 (n) %

组别	例数 (n)	显效 (n) %	有效 (n) %	无效 (n) %	总有效率 (n) %
观察组	58	37 (63.79)	20 (34.48)	1 (1.72)	57 (98.28)
对照组	58	29 (50.00)	15 (25.86)	14 (24.14)	44 (75.86)

表二 对比两组患者治疗前后血清 NT-ProBNP 水平、左室射血分数;左心室舒张末径 (n) %

组别	血清 NT-ProBNP (n=58)		左室射血分数 (n=58)		左心室舒张末径 (n=58)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	2249.36±261.32	465.82±147.33	36.42±5.13	46.34±2.51	61.26±5.14	51.24±4.29
对照组	2164.25±341.08	836.20±134.25	35.84±6.20	38.61±7.05	60.37±4.98	55.26±6.14
T 值	9.426	6.587	10.006	8.236	11.591	6.542
P 值	0.025	0.034	0.009	0.013	0.042	0.028

3 讨论

射血分数降低心力衰竭是老年群体的多发病,其临床发病原因为患者心脏长期处于末血能力不足情况下,从而致使患者相关组织持续出现低灌注、以及肺循环淤血情况,最终引发患者产生乏力、呼吸困难以及水肿等临床症状^[4]。射血分数降低心力衰竭疾病是很多心脏疾病的终末时期,所以该疾病的致死率很高、且治疗难度系数大。针对于射血分数降低心力衰竭疾病的传统临床治疗手段,就是通过抑制 RAAS 系统激活以及预防患者心室重构来达到治疗的目标,主要运用的药物包括利尿剂、β 受体阻滞剂、ACEI/ARB 等。虽然传统治疗手段虽然一定的延缓作用,但是总体的治疗效果却并不理想。尤其是射血分数降低心力衰竭的患者大部分都为老年人,不仅免疫能力差、自身耐受力低,并且还有可能同时合并多种其他疾病,因此患者的身体机能与很多器官都存在生理化功能衰退。因此在临床治疗过程中,需要充分考虑的客观因素比较多,所以在用药方面还有很多需要特别注意或禁忌的地方。而沙库巴曲缬沙坦钠是目前全世界第一个 ARNI,是当下临床上最新型的抗心力衰竭药物,并且展现出了比较乐观且理想的临床治疗成效。沙库巴曲缬沙坦钠的临床治疗作用机制主要包括以下几点:当沙库巴曲进入人体以后通过消化代谢从而形成了具有活性的脑啡肽酶抑制剂,该成分可以有效的抑制人体内的利钠肽降低,有效的起到扩张人体血管、排出人体多余钠成分以及利尿的作用。而缬沙坦在进入人体以后会自主选择性的抑制 AT1 受体阻碍血管紧张素Ⅱ发挥其作用,从而很好的起到减轻患者心脏前后负荷以及室壁张力的作用。此外,缬沙坦在进入人体以后还可以起到抑制血管紧张素Ⅱ依赖性醛固酮的分泌,最终起到阻碍患者交感神过度活跃的目标,这对于降低患者心血管平滑肌以及心肌细胞出现增生与肥厚的情况有着很好的作用,为进一步的抑制患者心肌细胞死亡而奠定有利基础。

通过本次研究结果发现,实施沙库巴曲缬沙坦钠治疗的观察组患者,其治疗总有效率高达 98.28%,而实施常规抗心力衰竭的对照组患者,其治疗总有效率仅为 75.86%。由此可以看出,沙库巴曲缬沙坦钠在治疗射血分数降低心力衰竭患者方面,具有显著的治疗效果,能够有效的增强患者射血分数,逐渐引导患者射血分数趋于正常水平,并且具有显著改善患者心

组

X ²	10.264	5.061	8.347	9.126
P 值	0.016	0.024	0.031	0.019

对比分析两组患者治疗前后血清 NT-ProBNP 水平、左室射血分数、左心室舒张末径,治疗前两组患者相关数据相差不大,经治疗后两组患者血清 NT-ProBNP 水平均有所下降,但观察组患者的血清 NT-ProBNP 水平明显低于对照组。而经治疗后两组患者左室射血分数均有所升高,但观察组患者的左室射血分数明显要高于对照组,经治疗后两组患者左心室舒张末径均有所下降且相差不大。对比两组差异具有统计意义 (P<0.05)。具体详情见表二。

功能的治疗成效^[5]。

通过本次研究结果还得出,对比分析两组患者治疗前后血清 NT-ProBNP 水平、左室射血分数、左心室舒张末径这些患者心力衰竭的重要评价指标,在治疗前两组患者相关数据差别不大,经治疗后两组患者血清 NT-ProBNP 水平均有所下降,但观察组患者的血清 NT-ProBNP 水平明显低于对照组。而经治疗后两组患者左室射血分数均有所升高,但观察组患者的左室射血分数明显要高于对照组,经治疗后两组患者左心室舒张末径均有所下降且相差不大。由此可以得知,沙库巴曲缬沙坦钠在治疗射血分数降低的心力衰竭老年患者时,其临床症状的改善情况更为明显,且对于老年患者所造成的不良反应更少。

综上所述,沙库巴曲缬沙坦钠在治疗射血分数降低老年患者心力衰竭患者方面,展现出十分显著且理想的治疗效果,既能够合理的改善患者心功能,同时还可以有效的增强患者射血分数,在提升患者恢复速度、避免给予患者身体机能造成系统损伤而展现出正面且积极的作用^[6]。

参考文献:

[1]徐燕,吴敏,郭良. 沙库巴曲缬沙坦钠治疗射血分数降低的心力衰竭患者的临床疗效及其对心肾功能的影响[J]. 临床合理用药杂志,2022,15 (18): 75-78.

[2]曹丽娟,杨乃全,刘亚洋. 沙库巴曲缬沙坦钠治疗射血分数降低老年心力衰竭患者的临床研究[J]. 心血管病防治知识,2022,12 (05): 4-7.

[3]张玉皎,陈晨,王锐. 沙库巴曲缬沙坦治疗老年心力衰竭的临床应用进展[J]. 西北药学杂志,2021,36 (05): 868-871.

[4]王学强,张衡. 沙库巴曲缬沙坦钠治疗高龄老年慢性射血分数降低心力衰竭患者临床观察[J]. 社区医学杂志,2020,18 (24): 1668-1670.

[5]王慧,杨洋,费菲,张春娣,李国荣,赵冬艳. 沙库巴曲缬沙坦钠片在射血分数降低的心力衰竭老年患者中的临床应用及其对半乳糖凝集素 3 的干预作用[J]. 中国医科大学学报,2020,49 (10): 925-928+939.

[6]黄静萍,马娟,陈吉丽,熊雄. 沙库巴曲缬沙坦治疗射血分数降低心力衰竭患者的临床疗效分析[J]. 心血管病防治知识 (学术版),2019,9 (36): 38-40.

腹腔镜下电子胆道镜取石术应用于胆总管结石取石的研究

郭超 李全福 钟永刚 许旭 侯广彬

保定市第二医院肝胆外科 河北保定 710000

摘要：目的：观察腹腔镜下电子胆道镜取石术应用于胆总管结石取石的临床成效。方法：以 2021 年 4 月~2022 年 4 月我院就诊的 62 例胆总管结石患者研究分析，31 例为对照组，31 例为观察组，治疗方案分别为常规手术治疗、腹腔镜下电子胆道镜取石术治疗，最终对两组患者的临床成效进行对比评估。结果：观察组临床治疗效果、临床治疗状态均优于对照组，炎症因子指标、不良症状发生情况均低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：给予胆总管结石患者腹腔镜下电子胆道镜取石术治疗后，可有效提高治疗效果，改善炎症因子指标，不良症状发生较低，应用价值显著。

关键词：腹腔镜；电子胆道镜取石术；胆总管结石；临床治疗效果

【 Abstract 】 Objective: To observe the clinical effect of laparoscopic choledochoscope lithotripsy for choledocholithiasis. Methods: From April 2021 to April 2022, 62 patients with choledocholithiasis in our hospital were studied and analyzed. 31 patients were in the control group and 31 patients were in the observation group. The treatment schemes were conventional surgery and laparoscopic choledochoscopy, and the clinical effects of the two groups were compared and evaluated. Results: The clinical treatment effect and state of the observation group were better than those of the control group, and the inflammatory factors and adverse symptoms were lower than those of the control group ($P<0.05$). Conclusion: Laparoscopic choledochoscope lithotripsy for patients with common bile duct stones can effectively improve the therapeutic effect and inflammatory factors, with low incidence of adverse symptoms and significant application value. [Keywords:]Laparoscopy; Electronic choledochoscope lithotomy; Choledocholithiasis; Clinical therapeutic effect

胆总管结石是指结石位于胆总管内，属于临床常见的消化系统疾病。该病患者最常见的临床表现为上腹绞痛、对穿性背痛、高烧、黄疸等，且女性发病率高于男性发病率。胆总管结石的发生严重危害患者身体健康，需及时进行治疗^[1]。常规手术治疗有可能造成严重出血，甚至需要切除胆囊，也可能出现术后感染，结石清理不彻底等不良事件。腹腔镜下电子胆道镜取石术治疗是临床上一种比较先进的治疗泌尿系结石的方法，安全、有效，对人体基本没有创伤，可显著改善患者术后不良症状发生情况，临床治疗效果稳固^[2]。本次实验主要观察腹腔镜下电子胆道镜取石术治疗胆总管结石的临床成效，现将结果报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

对 62 例胆总管结石患者研究分析，31 例为对照组，31 例为观察组，本研究始于 2021 年 4 月，终于 2022 年 4 月。对照组，男 12 例，女 19 例，年龄（ 61.27 ± 4.34 ）岁；观察组，男 10 例，女 21 例，年龄（ 60.91 ± 4.75 ）岁。纳入标准：①知情参加；②不存在精神异常，能够正常交流；③凝血功能无异常。排除标准：①多器官衰竭者；②胆、胰腺肿瘤者；③近期做过重大手术者。对比每位患者年龄、性别等基础病历资料未见差异（ $P>0.05$ ），可以继续本次研究。

1.2 方法

给予对照组采用常规手术治疗，即常规开腹取石术，术前彩超检查确定结石位置。指导患者以仰卧位，全麻后，按照结石位置作一切口，充分暴露腹腔后，准确定位结石所在处，将胆囊三角区分离，然后对胆总管进行纵行切开，通过挤压、冲洗后将结石取出。术后通过生理盐水对结石位置进行冲洗，以防结石残留。另外，切口缝合前需放置引流管，同时对其进行术后抗感染处理。

给予观察组腹腔镜下电子胆道镜取石术治疗，根据患者病情进行麻醉方式的选择，麻醉过后，指导患者以仰卧位，建立人工气腹。于患者腹腔内放置腹腔镜，基于腹腔镜的引导下，将胆囊推向于右后方，便于胆囊三角的分离，从而充分暴露胆囊。然后将胆囊剥离，予以胆总管穿刺、抽取胆汁操作，后切开胆总管前壁，置入电子胆道镜，以便细致探查，对难以

取出的结石进行钬激光碎石处理，然后利用网篮实施取石操作，并使用生理盐水对胆道反复冲洗。全部碎石腹腔镜进行检查是否全部清除，完全清除后，退出胆道镜，并同时夹闭胆囊管，文氏孔旁常规置入引流管。

1.3 观察指标

1.3.1 观察比较所有研究对象临床治疗效果。包括临床症状改善：上腹绞痛、对穿性背痛、黄疸症状消失；临床症状缓解：上腹绞痛、对穿性背痛、黄疸症状好转；临床症状严重：上述症状无变化。

1.3.2 观察比较所有研究对象临床治疗状态。包括手术时间、术中出血量、术后引流量、住院时间。

1.3.3 观察比较所有研究对象炎症因子指标。包括白细胞计数、C-反应蛋白、中性粒细胞百分比。

1.3.4 观察比较所有研究对象不良症状发生情况。包括术后感染、结石残留、胆漏、胆道出血。

1.4 统计学分析

以 SPSS 24.0 软件分析处理试验数据，计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行 t 检验，计数资料采用（%）表示，并进行 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床治疗效果

通过此次研究可发现，观察组患者在临床治疗效果方面表现更佳。具体表现为观察组患者临床治疗有效率为 96.77%，而对照组患者临床治疗有效率为 80.65%（ $P<0.05$ ）。如表 1 所示。

表 1 临床治疗效果对比 [n (%)]

组别	临床症状改善	临床症状缓解	临床症状严重	有效率
对照组(n=31)	14 (45.16)	11 (35.48)	6 (19.35)	25 (80.65)
观察组(n=31)	22 (70.97)	8 (25.81)	1 (3.23)	30 (96.77)
χ^2				4.026
P				<0.05

2.2 临床治疗状态

通过此次研究可发现,观察组患者在临床治疗状态方面表现更佳。具体表现为观察组患者手术时间、术中出血量、术后引流量、住院时间均低于对照组患者 (P<0.05)。如表 2 所示。

表 2 临床治疗状态对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后引流量 (ml)	住院时间 (d)
对照组 (n=31)	138.59±9.03	28.49±7.21	21.28±5.53	8.07±1.06

表 3 炎症因子指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	白细胞计数 ($\times 10^9/L$)		1. 反应蛋白 (mg/L)		中性粒细胞百分比 (%)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照组	31	9.78±1.12	11.87±1.13	23.25±6.07	40.23±2.09	60.89±4.72	77.09±9.34
观察组	31	9.46±1.10	10.45±0.64	22.94±7.95	36.16±2.12	61.04±4.15	71.02±9.07
t		1.135	6.045	0.173	7.612	0.133	2.596
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 腹腔镜下电子胆道镜取石术治疗发生情况

通过此次研究可发现,观察组患者在不良症状发生情况方面更低。具体表现为观察组患者不良症状发生率为 3.23%,而对照组患者不良症状发生率为 22.58% (P<0.05)。如表 4 所示。

表 4 不良症状发生情况对比 [n (%)]

组别	术后感染	结石残留	胆漏	胆道出血	发生率
对照组 (n=31)	3 (9.68)	1 (3.23)	1 (3.23)	2 (6.45)	7 (22.58)
观察组 (n=31)	1 (3.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.23)
χ^2					5.167
P					<0.05

3 讨论

胆总管结石会引发胆源性肝硬化,且时间过久还会导致脾脏肿大、出血,若不积极处理,会造成患者肝脏严重损伤,严重威胁患者生命安全,且经非手术疗法无法达到治愈效果,因此无体外冲击波碎石条件者,应考虑手术治疗^[3]。常规开腹取石治疗方案,风险过高,极可能引起患者术后胆道出血,并且术后恢复时间较长。相关研究报道显示,腹腔镜下电子胆道镜取石术治疗可以明显提高胆总管结石患者的临床治愈率,缩短住院时间,安全性较高^[4]。

本文研究结果如下,观察组患者在临床治疗效果、临床治疗状态等方面表现更佳,在炎症因子指标、不良症状发生情况方面更低 (P<0.05)。与尹庆华、杨俊、谢小东^[5]等人的研究结果保持一致 (P<0.05)。分析原因因为腹腔镜下电子胆道镜取石术治疗是目前临床上一种比较先进的治疗消化系统结石的方法,安全、有效,对人体基本没有创伤,是基于腹腔镜的引导下,置入电子胆道镜探查,钬激光碎石处理后,通过网篮完成取石操作^[6]。腹腔镜下电子胆道镜取石术治疗对周围正常组织无伤害,与常规手术比较切口较小,炎症反应较低,极少发生术后不良反应,患者手术过程中出血量较少,手术时间相较于常规开腹取石术较短,术后恢复较快,预

观察组 (n=31)	127.53±8.11	12.68±5.18	15.09±3.64	4.15±0.19
t	5.074	9.915	5.206	20.267
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 炎症因子指标

通过此次研究可发现,观察组患者在炎症因子指标方面更低。具体表现为术后观察组患者白细胞计数、C-反应蛋白、中性粒细胞百分比均低于对照组患者 (P<0.05)。如表 3 所示。

后效果良好,具有操作安全与结石清除率高等显著优势,临床治疗效果显著^[7]。总之,腹腔镜下电子胆道镜取石术治疗较之常规手术治疗具有良好的碎石效果,能够更好的帮助患者康复,对身体的创伤较小,可广泛应用于临床^[8]。

综上所述,对胆总管结石患者予以腹腔镜下电子胆道镜取石术治疗,其安全性较高,其可加快缓解患者胆总管结石引发的上腹绞痛、对穿性背痛、高烧、黄疸等不适症状,结石取石率较高,应用价值显著。

参考文献:

- [1]金星. 经皮肝穿刺胆管造瘘电子胆道镜取石术治疗肝内胆管结石患者的效果[J]. 医疗装备,2020,33 (6): 6-7.
- [2]胡新杰. 腹腔镜下经胆囊管胆道探查取石术治疗胆总管结石的疗效观察[J]. 现代医学与健康研究 (电子版),2022,6 (3): 49-51.
- [3]蒋国殿,倪双丽. 经皮肝穿刺胆管造瘘电子胆道镜取石术对肝内胆管结石患者术后 VAS 评分及结石清除率的影响[J]. 首都食品与医药,2020,27 (8): 34.
- [4]朱景波. 腹腔镜胆道探查取石术治疗肝内外胆管结石的效果观察[J]. 临床医学,2020,40 (5): 75-77.
- [5]尹庆华,杨俊,谢小东,等. 腹腔镜联合胆道镜取石术治疗肝胆管结石的临床观察[J]. 中国现代药物应用,2020,14 (21): 3.
- [6]黄庆勇,张万里,陈怡发,等. 经皮肝穿刺胆管造瘘电子胆道镜取石术治疗肝内胆管结石患者并发症发生及其影响因素分析[J]. 实用肝脏病杂志,2020,23 (4): 601-604.
- [7]王凯,罗苏青,周晓春. 腹腔镜下胆囊管置入胆道镜行胆总管探查取石的价值评估[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7 (60): 37-38.
- [8]张传宝,岑艳红. 比较腹腔镜与胆道镜联合取石术治疗肝内胆管结石的治疗效果[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7 (77): 29-30.

课题名称: 保定市科技计划项目

课题编号 18ZF010

评价改良乳腺癌根治术联合自体皮肤移植在乳腺癌手术中的临床价值

杨传虎

万宁市人民医院胸乳外科 海南万宁 571500

摘要:目的 在乳腺癌患者手术治疗中应用改良乳腺癌根治术与自体皮肤移植联合的方式,分析对患者手术效果、血清指标及预后效果的影响。方法 经伦理委员会批准,便利抽样 56 例于我院接受手术治疗的乳腺癌女性患者,纳入时间为 2019 年 1 月-2020 年 12 月。按照不同手术方式将其分为两组,即一般组(改良乳腺癌根治术治疗)和联合组(改良乳腺癌根治术+自体皮肤移植联合治疗),每组分别有 28 例乳腺癌病人。分别从下列指标分析两种方式的临床价值:手术效果(时间、出血量等)、皮瓣坏死情况、血清指标(VEGF、EGF)及随访 1 年内生存时间及复发情况。结果 从手术效果方面评价,与一般组比较,可见联合组手术时间等指标具备显著优势($P<0.05$);从皮瓣情况方面评价,与一般组比较,可见联合组皮瓣坏死程度更低($P<0.05$);从血清指标方面评价,与一般组比较,可见联合组血清 VEGF、EGF 均相对更低($P<0.05$);随访 1 年内,两组生存时间及复发情况均较好且无显著差异($P>0.05$)。结论 乳腺癌患者手术治疗中应用改良乳腺癌根治术与自体皮肤移植联合的方式效果理想,能够促进康复进程,随访 1 年内预后效果良好。

关键词: 乳腺癌; 改良乳腺癌根治术; 自体皮肤移植; 皮瓣坏死

乳腺癌是全球范围内威胁女性群体生命健康的重大疾病之一,目前其发病率在中国女性恶性肿瘤中位于第二位,已超过 10%^[1]。同时,随着生活方式、膳食结构的改变,该发病率也在不断提高,并体现明显的年轻化趋势^[2]。由于早期症状隐匿与人们认知不足,多数乳腺癌就诊时已错过最佳治疗时期,伴淋巴结转移、乳头溢液等不良现象,加大治疗难度^[3]。现阶段,改良乳腺癌根治术是该类患者常用治疗手段,但术式造成的切口和皮肤张力会引发多种并发症,加之乳腺癌中晚期患者身体机能较差,易导致皮瓣坏死,影响治疗及预后效果^[4]。为提高乳腺癌患者改良乳腺癌根治术治疗效果,本研究联合自体皮肤移植并分析应用价值,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经伦理委员会批准,便利抽样 56 例于我院接受手术治疗的乳腺癌女性患者,纳入时间为 2019 年 1 月-2020 年 12 月。纳入标准:均符合《妇科学》中关于乳腺恶性肿瘤(乳腺癌)的相关诊断标准并具备手术指征;肿瘤直径不低于 5cm;病理学、细胞学联合检查确诊,肿块位置明确;TNM 分期处于 IIB-III B 期。排除标准:术前接受化疗治疗者;合并肾、脑、肝等重大器官疾病者;未明确签署知情同意者。按照不同手术方式将其分为两组,即一般组(28 例)和联合组(28 例)。其中一般组纳入年龄区间 35~52 岁,平均年龄(42.86±4.37)岁,II B 期 16 例、III A 期 7 例、III B 期 5 例;联合组纳入年龄区间 32~59 岁,平均年龄(43.08±4.19)岁,II B 期 17 例、III A 期 6 例、III B 期 5 例。两组患者基线资料(TNM 分期等)差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

一般组行改良乳腺癌根治术单纯治疗,具体步骤如下:(1)指导患者取仰卧位给予全身麻醉,待麻醉生效后开始手术治疗。(2)术中首先切除肿瘤组织并送检快速冰冻病理,根据快速病理检查结果及观察结果(肿瘤细胞情况及乳晕复合体与肿瘤间距离)决定乳头乳晕是否一并切除。无肿瘤细胞、两者之间距离超过 2cm 时无需切除乳头乳晕;病理结果见中肿瘤细胞、两者之间距离在 2cm 及以下时需将乳头乳晕切除。做横向切口(梭形),皮瓣经电刀充分游离,并根据肿瘤情况一同游离患者皮下及深处的乳腺脂肪组织和胸肌筋膜组织。保证腋血管暴露良好时对周围淋巴结进行清扫。

联合组在上述改良乳腺癌根治术的基础上自体皮肤移植治疗,具体步骤如下:(1)取患者改良乳腺根治术同侧腹部自体皮肤,使用手术刀取

皮肤及其皮下组织,保证所取皮瓣损伤面积小于 1cm×1cm,逐层缝合切口部位。(2)保留所取皮瓣血供系统并去除脂肪(适当保留一部分)。(3)在皮瓣中央穿小孔后将与其与切口处皮肤缝合。安置好引流管位置后评估患者切口处张力情况,选择与之匹配的缝合方式逐层缝合。(4)使用无菌纱布覆盖创面,护理人员及时查看引流量,当改良 24h 内低于 20mL 时报医师进行拔管。术后 3d 更换创面敷料。

1.3 观察指标

(1)手术效果指标:使用秒表等工具精准测量两组乳腺癌手术手术所用时间、术中出血量情况,出院时记录其住院总时间,对比两组手术过程中因各种原因需行二次植皮的患者例数。(2)皮瓣坏死情况:参照相关标准,将坏死皮瓣分级标注,分为重度、中度、轻度 3 坏死等级,进行两组对比。(3)血清指标:分别于治疗前、治疗后采集两组乳腺癌患者空腹静脉血,分离血清经全免疫吸附法仪检测其 VEGF、EGF 水平,进行两组对比。(4)预后效果:全部患者均于术后接受为其 1 年的密切随访,分别在术后 6 个月、12 个月(1 年)时通过 OS(总生存率)、RFS(无复发生存率)指标比较预后效果。

1.4 统计学方法

本次利用统计学分析系统 SPSS25.0 对于两组手术效果进行探究,皮肤坏死情况将利用卡方进行检验,并采取(%)对该指标进行表示,手术相关指标等计量平均数通过采取($\bar{x} \pm s$)表示, t 属于该指标的检验办法,软件对比为 $P<0.05$,则有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术效果指标对比

从手术效果方面评价,与一般组比较,可见联合组住院时间等指标具备显著优势($P<0.05$),手术时间、术中出血量比较并未见显著统计学差异($P>0.05$),见表 1。

表 1 两组手术效果指标比较

组别	例数	手术时间 (min, $\bar{x} \pm s$)	术中出血量 (mL, $\bar{x} \pm s$)	住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	二次植皮 [n (%)]
一般组	28	92.11±9.05	270.85±20.29	19.45±3.15	8 (28.57)
联合组	28	88.52±10.41	266.39±22.81	11.63±2.87	2 (7.14)
t/χ^2 值		1.3772	0.7731	9.1704	4.3826
P 值		0.1741	0.4429	0.0000	0.0363

2.2 两组皮瓣坏死情况对比

从皮瓣情况方面评价，与一般组比较，可见联合组皮瓣坏死程度更低（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 两组皮瓣坏死情况对比[n（%）]

组别	例数	皮瓣坏死分级			总坏死
		重度	中度	轻度	
一般组	28	1（3.57）	3（10.71）	4（14.29）	8（28.57）
联合组	28	0（0.00）	1（3.57）	1（3.57）	2（7.14）
χ^2 值					4.3826
P 值					0.0363

2.3 两组血清指标对比

从血清指标方面评价，与一般组比较，可见：治疗前联合组相比较并未见显著统计学差异（ $P>0.05$ ），治疗后联合组血清 VEGF、EGF 均相对更低（ $P<0.05$ ），见表3。

表3 两组血清指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	VEGF（ $\mu\text{g/L}$ ）		EGF（ ng/L ）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
一般组	28	2612.38 $\pm$ 21.46	1917.62 $\pm$ 40.33*	243.15 $\pm$ 21.37	200.27 $\pm$ 25.26*
联合组	28	2620.09 $\pm$ 22.85	1339.20 $\pm$ 37.19*	244.07 $\pm$ 20.85	183.90 $\pm$ 13.64*
t 值		1.3015	55.7914	0.1631	3.0194
P 值		0.1986	0.0000	0.8711	0.0039

注：与本组治疗前比较* $P<0.05$

2.4 两组术后1年内预后效果对比

随访1年内，两组 OS、RFS 在术后6个月、1年随访时均为100%，两组情况均较好且无差异（ $P>0.05$ ）。见表4。

表4 两组术后1年内预后效果对比[n（%）]

组别	例数	OS		RFS	
		术后6个月	术后1年	术后6个月	术后1年
一般组	28	28（100.00）	28（100.00）	28（100.00）	28（100.00）
联合组	28	28（100.00）	28（100.00）	28（100.00）	28（100.00）
χ^2 值		-	-	-	-
P 值		-	-	-	-

3 讨论

目前，国内外关于乳腺癌发病机制尚未达成完全统一的共识。我国学者普遍认为，生活方式、饮食习惯、激素分泌、婚姻状况等均可能对乳腺癌的发病和进展产生一定影响^[5]。乳腺癌早期症状无明显特异性，患者重视程度有限，多数患者就诊时已发展至中、晚期，可能伴淋巴结转移，此类患者治疗难度及风险均较大。现阶段，改良乳腺癌根治术是乳腺癌患者常用术式，能够起到帮助患者提高生存率的效果。然而，该术式由于血供、创面张力等原因易出现皮瓣坏死，加重患者心理负担，影响其生活质量及术后康复^[6]。自体皮肤移植是基于当今乳腺癌患者临床需求而出现的解决方法，在临床逐渐得到高度重视^[7]。

本研究两组患者均接受改良乳腺癌根治术后，给予联合组自体皮肤移植联合治疗，分析其治疗结果可见：一般组患者术后8例发生不同程度的皮瓣坏死，发生率为28.57%，显著高于联合组7.14%（ $P<0.05$ ），与张焯

赫等^[8]的实验所得结果基本一致，分析原因可能为单一乳腺癌根治术创面较大，皮瓣坏死率随皮肤缝合张力高而提高。本研究统计两组住院时间、手术时间等各手术效果指标并进行比较，从结果层面上看：与一般组比较，可见联合组住院时间等指标具备显著优势（ $P<0.05$ ），手术时间、术中出血量比较并未见显著统计学差异（ $P>0.05$ ）。考虑该结果的原因为，两组患者均行同种基本手术，切口大小、手术复杂程度无显著差距，因此出血量、手术时间相近。此外，受皮瓣坏死率影响，一般组二次植皮率更高，从而导致其需要更长时间住院康复^[9]。

治疗后，本研究对56例乳腺癌手术患者均进行为期一年的密切随访，分别在随访6个月、12个月时比较其总生存情况及无复发生存情况。从结果层面上分析：两组 OS、RFS 在术后6个月、1年随访时均为100%，两组情况均较好且无差异（ $P>0.05$ ）。可见两组均具备较高的应用价值，能够维持患者术后1年内生存效果，穆明君等^[10]研究中也证实，自体皮肤并不会提高乳腺癌根治术患者术后的复发风险。虽然两组患者生存情况均较好，但从血清指标方面评价，与一般组比较，可见联合组血清 VEGF、EGF 均相对更低（ $P<0.05$ ），可见联合组能够促进瘢痕消退，在美观程度及患者心态改善方面可能更具优势，有利于患者康复及生活质量的提升。

综上所述，乳腺癌患者手术治疗中应用改良乳腺癌根治术与自体皮肤移植联合的方式效果理想，能够有效缩短康复进程，随访1年内预后效果良好。但本研究受时间等因素限制，尚存在样本数量不足、随访时间短等缺陷，仍待未来大量本、长时间的乳腺癌患者研究对本治疗方式的适用效果进行深入探讨。

参考文献：

[1]李杰,代成成,杨洪光,等. 顺式阿曲库铵和维库溴铵对乳腺癌改良根治术患者麻醉效果及机体应激反应的比较[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志,2021,28（4）: 489-493.

[2]张燕桥,熊每珠,蒙晓红,等. 乳腺癌改良根治术后患者身体形象及性功能情况调查及其影响因素分析[J]. 广西医学,2021,43（3）: 373-377.

[3]林海燕,王丽华,林红霞. 虚拟认知康复训练对保留乳头乳晕青年乳腺癌改良根治术后即刻乳房再造患者预后的影响[J]. 中国医学前沿杂志（电子版）,2021,13（9）: 71-75.

[4]林明,王睿琳. 改良根治术与早期乳腺癌保乳手术的疗效及对患者创伤后应激障碍发生的影响[J]. 实用癌症杂志,2021,36（3）: 475-478.

[5]宋达疆,李赞,章一新,等. 移植内增压式双侧血管蒂腹壁下动脉穿支皮瓣行乳房再造的临床效果[J]. 中华烧伤杂志,2021,37（12）: 1143-1148.

[6]刘颖,龙笑,赵沃娃,等. Vodder 手法淋巴引流与自我淋巴引流对乳腺癌相关淋巴水肿的即时疗效观察[J]. 中国康复医学杂志,2021,36（12）: 1570-1573.

[7]庄凌云,齐敦益,徐达,等. 超声引导下胸椎旁阻滞与前锯肌平面阻滞在乳腺癌根治术患者术后镇痛的对比研究[J]. 实用医学杂志,2020,36（12）: 1659-1664.

[8]张焯焯,杨军,李智. 再生医疗技术联合自体皮移植在乳腺癌改良根治术后皮瓣坏死修复的临床研究[J]. 中国医药科学,2019,9（17）: 43-45.

[9]郭朝普. 乳腺癌行改良根治术的疗效及预后分析[J]. 世界复合医学,2020,6（12）: 98-100.

[10]穆明君. 改良根治术联合自体植皮术在乳腺癌手术中的应用疗效分析[J]. 健康之友,2021（3）: 82.

作者简介：杨传虎（1988-10），男，汉族，籍贯：海南万宁，本科，主治医师。

小儿脑性瘫痪流涎症应用针灸按摩康复治疗干预的价值研究

于伟伟¹ 白春杰²

1 内蒙古民族大学附属医院 内蒙古通辽 028000; 2 内蒙古通辽市市场检验检测中心 内蒙古通辽 028000

摘要:目的: 分析临床采用按摩、针灸等方式干预脑性瘫痪流涎患儿的康复治疗价值探究。方法: 本次研究选取我院诊治患儿 92 例作为临床分析对象, 研究起止时间为 2021 年 5 月开始, 拟定临床分析计划, 同时收集研究案例, 直至 2022 年 5 月截止, 将研究期间纳入患者依照其治疗方式进行分组, 并设置小组人数上限为 46 例, 待两组成功组建完毕后, 对其临床研究数据进行详细整理、统计, 对照组患儿予以基础治疗, 研究组患儿予以中医按摩、针灸治疗, 比较两组治疗效果、TDS 评定、Gesell 量表、TCD 指标等。结果: 据统计, 两组患儿治疗效果对比, 依照研究结果所示, 治疗结果分别为 (95.62%)、(80.43%), 对照组治疗效果较差; TDS 评分情况对比, 据研究结果所示, 研究组患儿早期康复效果更加明显; 两组 Gesell 量表情况对比, 对照组患儿各项指标情况较低; 两组 TCD 指标对比, 治疗后各项指标情况改善效果明显, 且研究组各项指标情况优于对照组, 临床数据比较结果 ($P < 0.05$) 统计学意义成立。结论: 临床干预小儿脑性瘫痪流涎症期间予以中医按摩、针灸治疗, 且临床效果极为显著, 能够有效提高临床治疗效果, 有效控制其症状情况, 提高患者日常生活质量, 临床应用价值极为显著, 值得临床广泛推荐使用。

关键词: 针灸; 按摩; 脑性瘫痪流涎症; 康复疗法; 价值探究

小儿脑性瘫痪症状为临床上儿科中极为常见病症, 该症状是由多种因素导致其患儿脑部产生非进行性综合脑损伤症状^[1], 该症状临床上主要表现为行为异常、语言障碍、触觉障碍等多种形式, 能够对患儿的造成生活、发育、健康等造成极为严重的影响^[2]。而流涎症则为小儿脑性瘫痪症状中极为常见的并发症症状, 该症状多占有总患病人数的三分之一左右^[3]。同时该症状不但能够影响患儿正常语言功能, 同时能够导致其衣物长期处于潮湿状态, 对其患儿体液流失情况及总体液量存在一定影响^[4]。据研究, 该症状长期流涎是由于患者面部肌肉、吞咽等处于不协调或痉挛状态, 导致其患儿无法完全关闭下颌, 该症状多发于儿童时期, 需要早期予以干预, 能够有效提高其康复效果, 改善患儿生存质量^[5]。本文选取我院 2021 年 5 月—2022 年 5 月截止, 期间参与本次研究患儿 92 例作为临床分析对象, 研究纳入患者予以中医按摩、针灸等方式进行临床干预, 具体内容详见下文。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究纳入我院儿科诊治患儿 92 例, 作为临床分析对象, 研究起始时间为 2021 年 5 月起, 收集临床分析案例, 并拟定分析计划, 于 2022 年 5 月截止, 将其研究纳入患者依照其治疗方式进行分组, 每组患儿人数为 46 例, 研究期间选取案例及其家属双方均知晓研究全过程, 且积极申请参与, 并同意授权, 经由伦理委员会、科主任、分管领导等同意此项目后, 展开临床统计与研究, 对照组患儿女孩人数、男孩人数分别为 26 例、20 例, 年龄选取标准所涉范围最大数值、最小数值分别为 10 岁、3 岁, 均数年龄为 (6.54±1.12) 岁, 体质量选取标准所涉范围最大数值、最小数值分别为 55kg、20kg, 均数体质量为 (37.52±2.55) kg; 研究组患儿女孩人数、男孩人数分别为 25 例、21 例, 年龄选取标准所涉范围最大数值、最小数值分别为 11 岁、4 岁, 均数年龄为 (6.89±1.03) 岁, 体质量选取标准所涉范围最大数值、最小数值分别为 53kg、21kg, 均数体质量为 (37.42±2.32) kg; 本次临床研究期间纳入患者均具备临床比较价值, 且患者相关资料情况, 差异性不显著, ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组予以基础治疗, 主治医师予以患儿穴位贴敷治疗, 取小茴香 20g、肉桂 20g、天南星 20g、吴茱萸 20g、炮姜 20g 研磨成粉后摇匀, 待使用时, 可取其适量重要粉剂 (约 10g 左右), 与白醋调和为糊状后, 于患儿涌泉穴进行贴敷, 并以无菌纱布进行包扎, 可于次日取出每日一次,

持续 10d 为一疗程。

研究组在其基础上予以中医按摩、针灸治疗, 其中按摩由主治医师以双手有节奏的由患儿面颊外侧、内侧、唇部四周等位置不断进行轻柔, 同时对其牙龈、舌根等位置进行摩擦, 可将患儿下颌部, 进行被动上下抽动, 同时可对其涌泉穴、承浆穴等位置进行有效按摩, 每次 30min, 每日 3 次, 持续 10d 为一疗程。同时指导患儿进行口舌操练习, 指导患儿进行口部、舌部等位置的康复练习, 其中包括、缩口、张口、吸吮、吞咽、咀嚼、摩擦牙龈等练习, 每次进行 30min, 每日练习 2 次, 持续 10d 为一疗程。针灸疗法: 由主治医师对其患儿廉泉穴、颊车穴、上星穴、地仓穴、下关穴、百会穴作为针灸选穴。其中上星穴、百会穴以一寸毫针进针, 进针角度与患儿头部呈 15 度角进针即可, 其深度需达致帽状腱膜位置, 日臻后小幅度快速捻动针体; 下关穴则采用直刺法, 进针 0.5 寸左右; 廉泉穴使用强刺激疗法, 由舌根进针, 斜刺 0.8 寸左右, 待入针后快速捻动 30S 后拔出不留针, 使其舌根保持麻、胀、酸等感觉; 地仓穴、颊车穴以透刺法进针约 0.8 寸左右, 得气后留针; 每次治疗 30min, 每日一次, 持续 10d 为一疗程。

1.3 评价指标

本次临床研究相关数据统计, 均由我院相关科室医护人员负责详细统计、记录、对比。TDS 分级标准: V 级: 成线流涎, 前胸经常潮湿; IV 级: 低落流涎, 频率较高, 且胸前经常潮湿; III 级: 经常流涎, 低落, 前胸潮湿不显著; II 级: 偶尔低落流涎, 前胸无明显潮湿; I 级: 无流涎情况。治疗效果: 临床详细记录临床治疗情况, 统计后进行对比, 治疗效果= (较为有效+显著有效) / 小组病患×100%。Gesell 量表: 以评分的形式对患儿发育情况进行详细统计, 计数方式以百分制情况进行记录, 患儿得分越高, 则表示语言情况、运动情况、外界适应性、社交情况等发育情况恢复效果越好。TCD 指标: 临床采用超声检测对其患儿机体内血液流速、血管搏动等情况进行详细统计、对比。

1.4 统计学分析

临床统计相关数据时使用 (SPSS25.0) 软件进行数据分析, 明确为正态分布时使用均数±标准差 ($\bar{X} \pm s$) 统计病患临床数据及病患基础资料, 使用百分比 (%) 表示计数资料、例数, 采用 t , χ^2 对临床数据进行检测; 如果 ($P < 0.05$) 时, 组间差异存在统计学意义, 如果 ($P > 0.05$) 时, 组间差异无统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗效果对比

经临床治疗后，两组患儿治疗效果对比，对照组治疗效果（80.43%）比较研究组治疗效果（95.62%），研究组疗效更加显著，比较临床相关数据（ $P<0.05$ ）统计学意义成立。详情见表 1。

表 1 两组患儿治疗效果对比[n（%），例]

组别	n	十分有效	较为有效	基本无效	总有效率
研究组	46	30	14	2	95.62

表 2 两组患儿 TDS 分级比较[n（%），例]

组别	n	TDS 分级									
		I级		II级		III级		IV级		V级	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	46	0	17	10	14	24	6	9	7	7	6
对照组	46	0	8	9	10	20	18	12	9	9	5

2.3 两组患者 Gesell 量表对比

临床治疗后，两组患儿 Gesell 量表情况相比较，研究组患儿各项指标情况均优于对照组患儿，上述指标进行比较（ $P<0.05$ ）统计学意义成立。详情见表 3。

表 3 两组患儿 Gesell 量表情况对比[（ $\bar{x} \pm s$ ），分]

组别	n	Gesell 量表			
		语言情况	运动情况	外界适应性	社交情况
研究组	46	65.58±5.69	73.59±6.52	67.55±10.59	70.36±12.52
对照组	46	63.13±5.74	63.88±5.66	58.69±10.45	59.69±10.69
t 值	-	2.0559	7.6275	4.0389	4.3957
P 值	-	0.0427	0.0000	0.0001	0.0000

2.4 两组患儿 TCD 指标情况对比

两组患儿治疗前、后，TCD 指标情况相比较，治疗前临床各项指标情况 差异性不显著， $P>0.05$ ；治疗后研究组指标数值显著优于对照组，对比差异明显（ $P<0.05$ ），存在统计学意义。详情见表 4。

表 4 两组患儿 TCD 指标情况对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	VP		PI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	46	133.58±15.42	142.63±9.88	1.17±0.22	0.83±0.13
对照组	46	132.97±14.98	137.85±8.36	1.19±0.19	1.05±0.09
t 值	-	0.1924	2.5049	0.4666	9.4369
P 值	-	0.8478	0.0140	0.6419	0.0000

3 讨论

流涎症为患儿里才能上极为常见的并发症症状，该症状发病多由患儿面部肌肉无法进行自主控制，加之其吞咽功能出现异常、口、咽括约肌异常等导致患儿无法通过吞咽对其口腔内唾液进行清除^[6]。据临床研究发现，当患儿脑部发生异常期间，能够对其语言障碍、认知情况、肢体能力等造成一定影响，并导致其吞咽功能协调能力产生一定影响^[7]。临床予以针灸、按摩治疗能够显著改善患儿症状情况，通过针灸其上星穴、百会穴，能够起到提神醒脑、健脑跳神之功效^[8]；下关穴、颊车穴、地仓穴等位置具有丰富的神经分布，对其进行针灸能够增强患者吞咽频率、降低其唾液分泌量^[9]；针刺廉泉穴能够促进其舌下神经形成程度，使其局部位位的肌肉发生收缩运动，提高其血液循环情况。同时辅以穴位按摩，能够帮助其行气活血、重整经脉、疏通经络等功效，二者结合，能够有效提高其症状康复

对照组	46	25	12	9	80.43
X ² 值	-	-	-	-	5.0595
P 值	-	-	-	-	0.0244

2.2 两组患者 TDS 分级分析

两组患者治疗前、后 TDS 分级情况比较，通过研究数据得出，I、II 级患儿康复效果占比较高，临床比较具备统计学差异，（ $P<0.05$ ）。详情见表 2。

表 2 两组患儿 TDS 分级比较[n（%），例]

情况，帮助患儿能够尽早康复，提高其生存质量情况，使其早日融入社会^[10]。两组患儿治疗效果对比，治疗结果分别为（95.62%）、（80.43%），对照组治疗效果较差；TDS 评分情况对比，研究组患儿早期康复效果更加明显；两组 Gesell 量表情况对比，对照组患儿各项指标情况较低；两组 TCD 指标对比，治疗后各项指标情况改善效果明显，且研究组各项指标情况优于对照组，临床数据比较结果（ $P<0.05$ ）统计学意义成立。本次临床研究具备一定参考价值，但受限于研究样本及研究时间等因素，导致对比数据较少，使其研究结果极易受到干扰，造成数据结果一般性，为此，需要将研究样本及统计时间进行延长，能够提高研究项目的科学性、客观性。

综上所述，临床干预脑性瘫痪流涎症患儿期间予以按摩、针灸等方式进行临床治疗，效果极为显著，能够有效提高其临床治疗效果，使其患者面部肌肉能够进行自主收缩运动么，并能够对其流涎症进行自主控制，全面提高其日常生活质量，临床应用价值职位显著，值得临床广泛推荐使用。

参考文献：

[1]杨和金.观察针刺联合口腔感觉运动疗法治疗小儿脑性瘫痪流涎症疗效[J].保健医学研究与实践,2021,18（S1）：4-6。
[2]张翠云.开窍醒神汤结合头部穴位按摩治疗小儿脑性瘫痪流涎症临床观察[J].实用中医药杂志,2021,37（05）：745-746。
[3]张莹莹,粘亮.穴位药物注射联合针刺推拿康复治疗对脑性瘫痪流涎症患儿面部肌群运动功能的影响[J].内科,2021,16（02）：160-164。
[4]霍艳梅,代元春.口肌吞咽协调训练对脑性瘫痪流涎症患儿吞咽功能及生活质量的影响[J].临床护理杂志,2021,20（02）：21-23。
[5]陈爽.推拿联合吞咽协调训练治疗小儿脑性瘫痪流涎症的效果分析[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37（04）：457-458。
[6]蔡莉君,黄琳,何叶萍,吴佳凝.针刺联合按摩对脑瘫流涎患者粗大运动、吞咽功能及口运动评分的影响[J].上海针灸杂志,2020,39（01）：57-60。
[7]苗晔,李苗苗,焦晓波.吞咽协调训练联合针灸疗法应用于脑性瘫痪流涎症患儿中的效果观察[J].首都食品与医药,2020,27（03）：167。
[8]曾丽玉,陈靖云,黄却英.口肌训练游戏对脑瘫患儿流涎症的效果观察[J].中国实用护理杂志,2019（18）：1400-1404。
[9]王冬.针灸推拿联合吞咽协调训练治疗小儿脑性瘫痪流涎症临床研究[J].陕西中医,2019,40（03）：398-401。
[10]黄子燕,岑雨春,何燕萍,刘虹伶,黄陆婷.针灸按摩康复治疗小儿脑性瘫痪流涎症的临床效果体会[J].中医临床研究,2019,11（02）：64-65。

化疗联合同步放疗治疗胃癌对患者生命质量与睡眠质量水平的影响分析

卢宏全¹ 黄国定¹ 时彩艳²

1.海南西部中心医院肿瘤内科 海南省儋州市 571700; 2.海南西部中心医院肿瘤放疗科 海南省儋州市 571700

摘要: 目的: 研究化疗+同步放疗对胃癌患者生命质量、睡眠质量产生的影响。方法: 选择本院 2020 年 01 月—2021 年 12 月收治的胃癌患者 58 例, 按照治疗方式的不同, 将全部患者分作实验组与对照组, 分析治疗效果和对患者生活、睡眠产生的影响。结果: 实验组总疗效 28/29 (96.56%) 高于对照组 22/29 (75.86%), $P < 0.05$; 治疗前, 两组生命质量、睡眠质量对比, $P > 0.05$; 治疗后, 实验组生命质量明显高于对照组, 实验组患者睡眠质量评分明显低于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 运用化疗+同步放疗方式对患有胃癌疾病患者治疗, 可改善其生命质量和睡眠质量水平, 值得运用。

关键词: 化疗; 同步放疗; 胃癌; 生命质量; 睡眠质量; 疗效

根据我国卫生组织调查显示, 胃癌疾病为临床中比较常见的一种恶性肿瘤, 此疾病致死概率比较高的因素在于: 胃癌局部的病灶出现复发以及癌细胞出现转移等因素有关。患者临床表现一般为体质量降低、明显乏力感、呕血症状以及黑便症状等等。若是疾病进入到晚期后, 患者会出现明显的贫血症状和消瘦症状等等。2004 年美国的肿瘤学会发布胃癌术后同步放化疗方案标准, 此方案作为高效和全新的治疗计划, 可降低患者在手术之后出现的不良反应, 亦可将其生命质量和睡眠质量改善^[1-3]。传统医者认为, 胃癌疾病患者并不适合接受放疗为主的临床治疗, 其认为放疗会造成患者四周器官受损。而伴随着医疗技术飞速发展, 临床研究的不断广泛和深入, 诸多学者认为, 运用化疗和放疗同步治疗方案, 会使得癌细胞对放疗干预敏感度增加, 治疗效果明显。而后运用 CT 技术等等明确放疗的具体区域, 辅以药物治疗, 可降低放疗影响和损伤病灶四周器官, 对胃癌转移和病灶复发进行抑制, 提升患者生存概率和生活质量。此次研究, 将分析化疗+同步放疗对胃癌患者生命质量、睡眠质量产生的影响, 报道如下:

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2020 年 01 月—2021 年 12 月收治的胃癌患者 58 例, 按照治疗方式的不同, 将全部患者分作实验组 (化疗+同步放疗) 与对照组 (化疗)。实验组年龄 34-52 岁, 平均年龄 (42.86±4.32) 岁; 对照组年龄 35-52 岁, 平均年龄 (42.83±4.30) 岁, 一般资料 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组: 组内患者在常规治疗的基础之上, 仅仅接受化疗干预, 给予患者替加氟片 (批准文号: 国药准字 H22020634; 生产企业: 吉林玉仁制药股份有限公司) 药物治疗, 告知患者口服用药, 每天用药剂量控制在 900mg, 分作三次服用, 连续接受四周的治疗。

实验组: 组内患者在对照组治疗基础之上, 接受同步放疗治疗, 具体为: 位于仰卧体位, 使用热塑模实施固定, 开展吞钡诊断标记。运用螺旋 CT 实施扫描, 将该层厚设置为 5 mm, 而后依照手术之前所拍摄的 CT 结果与吞钡检查的相关标记明确瘤床位置, 对重要淋巴结靶区以及瘤床靶区实施放疗干预, 将放疗的总体剂量控制在 45 Gy, 每天放疗量控制在 1.8Gy, 一周接受五次放疗, 连续接受四周的治疗。在患者接受放疗期, 亦需接受复方苦参注射, 保障营养摄入充足, 对其心脏、肝脏以及肾脏等等功能性组织保护。

1.3 观察指标及评价标准

疗效: 运用卡氏 (KPS) 功能状态量表对疗效评估, 依照评分等级分

作: 显效、有效、无效; 生活质量评估: 运用 SF-36 量表, 从躯体功能维度、躯体疼痛维度、躯体职能维度、一般健康状况维度、精力维度、社交能力维度、情感职能维度、精神健康维度评估患者生活质量; 睡眠质量评估: 运用 SRSS 量表, 从入睡时间维度、睡眠时间维度、睡眠效率维度、睡眠质量维度、安眠药物维度、睡眠障碍维度、日间功能维度、总分维度评估患者睡眠质量。

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, 计量资料用均数±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 两组患者疗效

实验组总疗效 28/29 (96.56%) 高于对照组 22/29 (75.86%), $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 临床疗效分析 (n/%)

组别	显效	有效	无效	总有效率
实验组	20/29	8/29	1/29	28/29
(n=29)	(68.97%)	(27.59%)	(3.44%)	(96.56%)
对照组	15/29	7/29	7/29	22/29
(n=29)	(51.72%)	(24.14%)	(24.14%)	(75.86%)
χ^2 值	-	-	-	5.5500
P 值	-	-	-	0.0223

2.2 分析两组生命质量

治疗前, 两组生命质量对比, $P > 0.05$; 治疗后, 实验组生命质量明显高于对照组, $P < 0.05$, 见表 2。

表 2 生命质量分析 ($\bar{x} \pm s$ /分)

组别	实验组 (n=29)	对照组 (n=29)	T 值	P 值
治				
疗				
前				
躯体功能	55.36±5.54	55.69±5.78	0.2220	0.8251
躯体疼痛	55.53±5.14	55.54±5.42	0.0072	0.9943
躯体职能	55.58±5.13	55.69±5.16	0.0814	0.9354
一般健康状 况	55.52±5.42	55.61±5.52	0.0626	0.9503
精力	55.79±5.96	55.80±5.97	0.0064	0.9949
社交能力	55.12±5.07	55.21±5.14	0.0671	0.9467
情感职能	55.44±5.43	55.87±5.69	0.2944	0.7695

治 疗 后	精神健康	55.63±5.45	55.78±5.87	0.1008	0.9200
	躯体功能	73.65±4.96	62.64±3.72	9.5630	0.0000
	躯体疼痛	71.67±6.05	62.57±3.43	7.0463	0.0000
	躯体职能	72.51±5.15	61.93±3.82	8.8856	0.0000
	一般健康状 况	76.66±8.04	63.44±3.19	8.2305	0.0000
	精力	77.93±5.07	62.03±3.48	13.9239	0.0000
	社交能力	76.28±5.64	61.00±3.68	12.2187	0.0000
	情感职能	74.21±6.82	63.93±3.17	7.3609	0.0000
	精神健康	70.79±6.51	62.94±3.37	5.7668	0.0000

2.3 分析两组睡眠质量

治疗前，两组睡眠质量对比， $P>0.05$ ；治疗后，实验组患者睡眠质量评分明显低于对照组， $P<0.05$ ，见表 3。

表 3 睡眠质量分析 ($\bar{x}\pm s/\text{分}$)

组别		实验组 (n=29)	对照组 (n=29)	T 值	P 值
治 疗 前	入睡时间	2.12±0.41	2.08±0.36	0.3948	0.6945
	睡眠时间	2.09±0.23	2.05±0.14	0.8000	0.4271
	睡眠效率	2.55±0.55	2.48±0.47	0.5211	0.6044
	睡眠质量	2.80±0.42	2.75±0.38	0.4754	0.6364
	安眠药物	2.23±0.42	2.17±0.52	0.4834	0.6307
	睡眠障碍	2.10±0.50	2.03±0.49	0.5385	0.5924
	日间功能	2.76±0.55	2.74±0.53	0.1410	0.8884
	总分	17.68±1.62	17.59±1.54	0.2168	0.8291
治 疗 后	入睡时间	1.36±0.31	1.88±0.63	3.9882	0.0002
	睡眠时间	1.53±0.18	2.01±0.22	9.0936	0.0000
	睡眠效率	1.54±0.24	2.17±0.32	8.4816	0.0000
	睡眠质量	1.51±0.31	2.19±0.36	7.7080	0.0000
	安眠药物	1.16±0.06	1.51±0.32	5.7891	0.0000
	睡眠障碍	1.13±0.28	1.80±0.39	7.5152	0.0000
	日间功能	1.55±0.38	2.10±0.44	5.0945	0.0000
	总分	10.21±1.21	14.28±1.19	12.9146	0.0000

3. 讨论

胃癌疾病为源自胃黏膜上皮的、患病概率较高的一种恶性肿瘤，此疾病容易发生在五十岁之上的男性群体中。但由于近些年国内居民饮食结构出现了明显的变化，工作压力显著增加，使得胃癌患病年龄朝着年轻化趋势发展，使得居民生存质量大幅度降低，造成社会与家庭负担加重^[4-5]。根据临床研究发现，胃癌预后和病理分期、组织类型、位置和治疗方式等等均存在较大的关联。而运用化疗联合放疗度患者治疗，可对肿瘤发展、繁殖与转移速度加以延缓，对近期治疗效果改善，但是有研究表明放疗会造成患者四周器官受损。而在化疗基础之上，实施放疗亦可使得体内腺癌对放疗敏感度提升^[6-7]。加之，运用螺旋 CT 实施扫描，将该层厚设置为 5 mm，术前 CT 诊断以及吞钡诊断标记明确瘤床，可降低治疗对四周脏器产生的损伤，对胃癌病灶朝着远处转移以及局部的病灶出现复发，进而对预后效果进行改善，提升患者生命质量和睡眠质量。

蔺梅、印海林、李爱峰^[8]学者指出，运用复方苦参注射液药物对患者干预，其中主要成分氧化苦参碱有较强的抗肿瘤功效，不但可对血管内皮细

胞增殖和肿瘤细胞增殖进行抑制，亦可将苷腺环化酶激活，进而将细胞中自由基清除，避免肝细胞受到化疗与放疗的影响出现坏死。其认为，化疗与放疗同步治疗方式，可对胃癌患者生活质量改善，提升其食欲，治疗的毒副作用并不高。从远期效果分析，对患者远期生命治疗的提升有促进作用，运用价值较高^[9]。

此次研究中，分析治疗效果和对患者生活、睡眠产生的影响。发现，实验组总疗效 28/29 (96.56%) 高于对照组 22/29 (75.86%)， $P<0.05$ ；治疗前，两组生命质量、睡眠质量对比， $P>0.05$ ；治疗后，实验组生命质量、睡眠质量明显优于对照组， $P<0.05$ 。可以看出，化疗+同步放疗方式对胃癌患者治疗，可提升治疗有效概率与治疗敏感度。而且运用 CT 技术可对病灶定位，规避四周组织受损，使得疗效提升^[10-12]。而且该种治疗方式可对病灶适宜的控制，降低病灶位置复发亦或是转移的风险，提升患者生命质量亦可改善其睡眠质量，和诸多学者研究一致。

综上，化疗+同步放疗方案值得在胃癌患者中推广和运用。

参考文献：

[1]张晶. 化疗联合同步放疗治疗胃癌对患者生命及睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志,2022,9 (2): 198-199,202.

[2]高琳,潘杰,宋鹏,等. SOX 序贯化疗联合替吉奥同步放疗治疗胃癌术后腹腔淋巴结转移疗效观察[J]. 药物流行病学杂志,2020,29 (11): 736-740.

[3]陈小华,薛鸣,王桂臣. 替吉奥同步放疗序贯化疗对胃癌根治术后腹腔淋巴结转移瘤患者疗效及不良反应的影响[J]. 中国处方药,2020,18 (10): 113-115.

[4]张旭阳. 探讨替吉奥同步放疗序贯化疗治疗胃癌根治术后腹腔淋巴结转移瘤的疗效与安全性[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7 (25): 52,68.

[5]仲为勤. 分析 XELOX 化疗同步放疗对局部晚期胃癌患者治疗效果及安全性的影响[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7 (13): 18,23.

[6]代军,蒋利华,高云. 化疗联合同步放疗治疗晚期胃癌对患者生活质量的影响分析[J]. 中外医学研究,2019,17 (6): 15-16.

[7]许涛,景红霞,李林均,等. 调强放疗联合替吉奥同步化疗及 DC-CIK 治疗不能手术的局部进展期老年胃癌患者的临床疗效[J]. 中国老年学杂志,2018,38 (19): 4635-4638.

[8]蔺梅,印海林,李爱峰. 局部进展期胃癌根治术后氟尿嘧啶+吡柔比星+奥沙利铂化疗同步三维调强放疗的效果[J]. 湖南师范大学学报(医学版),2021,18 (1): 183-186.

[9]李德重. 替吉奥同步放疗序贯化疗治疗胃癌根治术后腹腔淋巴结转移瘤的疗效与安全性研究[J]. 首都食品与医药,2020,27 (16): 87.

[10]钱敏,常艳丽. 探讨分析胃癌调强适形放疗同步口服替吉奥化疗的有效护理措施[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19 (A5): 287-288.

[11]陈杰波,徐焕龙,胡挺. 三维适形放疗同步卡培他滨化疗并序贯化放疗治疗晚期胃癌疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志,2012,22(6): 444-445.

[12]张伟鹏,王建国,刘苇,等. 替吉奥同步放疗序贯化疗联合黄芪颗粒治疗胃癌根治术后腹腔淋巴结转移瘤的疗效及对外周血 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2019,28 (9): 981-984.

作者简介: 卢宏全 (1980-06 月), 男, 籍贯, 海南澄迈, 汉族, 大学本科, 毕业学校: 海南医学院, 副主任医师。

分析 PDCA 循环对门诊护士手卫生依从性的影响

宋静¹ 陈潇毅² 王梦³ 通讯作者

1.上海市国际医学中心 上海 200000; 2.上海市浦东新区人民医院 上海 200000;
3.海军军医大学第一附属医院长海医院 上海 200000

摘要: 目的: 观察对门诊护士手卫生依从性实施 PDCA 循环管理的临床价值。方法: 入组资料在职时间 2020 年 1 月-2022 年 2 月期间, 共有门诊输液室护士 18 例, 对照组资料为 2020 年 1 月至 2021 年 1 月期间对门诊输液室护士实施手卫生常规管理, 实验组资料为 2021 年 2 月至 2022 年 2 月期间对门诊输液室护士手卫生情况实施 PDCA 循环管理, 观察组间手卫生依从性、正确率等指标。结果: 和患者周边物品接触后、实施液体暴露风险操作后、无菌操作前、摘除手套和患者接触、与患者接触前各项操作手卫生依从性对比实验组优于对照组, 手卫生合格率、手卫生知识掌握度指标汇总后对比对照组差于实验组, $P < 0.05$ 。结论: 对门诊输液室护理人员手卫生依从性实施 PDCA 循环管理后有效改善手卫生合格率, 增强护理人员对手卫生的认识, 提升知识掌握度, 从而保证门诊输液室患者的就诊安全性, 提升门诊的整体护理质量。

关键词: PDCA 循环管理; 门诊输液室; 护士; 手卫生依从性; 实施效果

近几年, 随着医疗水平的上升, 各医疗机构对医院感染防控意识增强, 尤其是门诊输液室的感染控制情况得到社会各界的广泛重视^[1]。门诊输液室患者病情复杂多样、人流量较多、人员密集, 护理人员的任务量较大, 极易增加感染风险。病原菌感染多经过双手传播, 在门诊输液室的护理人员每日需还是大量静脉抽血、肌肉注射、大量静脉输液等操作, 尤其输液属于侵入性操作, 需要护理人员保持良好的手卫生情况, 保证操作期间的卫生清洁度, 有效控制医院感染发生率。有报告指出^[2], 预防和控制院内感染是对护理质量评估的重要内容之一, 各医疗机构需加强对门诊输液室手卫生情况的管理, 采取经济、简单、有效的预防感染的措施。传统管理内容多关注患者病情状态、输液效果等, 忽视门诊输液室护理人员的手卫生情况, 从而影响门诊就诊患者的输液安全性, 极易造成医源性感染等多种不良事件。PDCA 循环管理法在门诊护理人员手卫生管理上的应用存在四个方面, 包括最终处理、检测分析、方案执行、计划内容四个阶段, P 阶段需依据门诊输液室护理人员手卫生依从性实际情况分析, 了解手卫生依从性差的影响因素; D 阶段依据实际循环管理办法实施手卫生管理措施; C 阶段需对护理管理实施后手卫生管理效果分析, A 阶段则针对方案实施后的管理效果汇总, 并发现护理方案实施期间的问题, 给予持续质量改进处理^[3]。文章入组资料在职时间 2020 年 1 月-2022 年 2 月期间, 共有门诊输液室护士 18 例, 总结 PDCA 循环管理法实施后护理人员手卫生依从率、正确率等指标, 具体内容报告如下。

1. 资料与方法

1.1 临床数据

入组资料在职时间 2020 年 1 月-2022 年 2 月期间, 共有门诊输液室护士 18 例, 对照组资料为 2020 年 1 月至 2021 年 1 月期间对门诊输液室护士实施手卫生常规管理, 实验组资料为 2021 年 2 月至 2022 年 2 月期间对门诊输液室护士手卫生情况实施 PDCA 循环管理, 护理人员性别比例为男: 女=3: 15, 年龄汇总 ≥ 20 , ≤ 37 , 年龄均值为 (28.75 ± 1.41) 岁。18 例护理人员的学历水平: 0 例小学学历, 初中学历 0 例, 7 例高中学历, 大专学历 5 例, 6 例本科学历。

纳入标准: 基础资料完整; 期间未离职; 可完全此次研究; 精神状态正常。

排除标准: 实验期间进修、外出学习; 实习护理人员; 不同意本次研究内容者。

1.2 方法

常规管理 (对照组): 科室需告知护理人员输液安全风险因素, 向其阐述不良输液事件发生的危险; 指导护理人员观察就诊患者的输液效果、不良反应、输液速度等; 并加强对门诊输液室卫生环境的管理, 定期对卫

生情况抽查; 告知护理人员保持良好的护理态度, 避免出现护理纠纷事件。

PDCA 循环管理法 (实验组):

(1) P (计划内容): 本院需创建护理人员手卫生监管小组, 组内成员为感染科工作人员, 针对现阶段门诊输液室存在的问题分析, 汇总如下: ①医护人员、医院管理部门对护理人员的监管力度较低, 没有明确手卫生的相关制度和奖惩制度等。②少数护理人员卫生意识较差, 尤其是对手卫生情况的不重视。③护理人员对手卫生的知识了解不全面, 没有依据科室手卫生管理规范流程吸收。④门诊输液室工作负荷较重, 任务量较大, 为了保证工作速度从而忽视手卫生的清洁次数和清洁时间。⑤目前手卫生设施不完善, 护理人员无法随时随地取用。

(2) D (方案实施): ①创建完善的手卫生管理、检查制度; 门诊输液室需创建手卫生依从性表、手卫生督察表等, 定时对门诊输液室的手卫生情况分析; 明确手卫生的奖惩制度, 对于手卫生依从性较好的护理人员给予现金奖励、语言鼓励; 对于手卫生依从性较差的护理人员给予适当的惩罚, 对其进行培训指导和考核, 考核合格后即可上岗。②补充相应的卫生设备; 科室需将水龙头完善为感应式水龙头, 并在洗手区域配备足量的洗手液、烘干机、手部消毒剂等; 在洗手位置放置七步洗手法流程图, 激励护理人员在实施操作前后反复洗手消毒, 保证良好的洗手习惯。③加强手卫生指导培训: 定期举办手卫生感染控制知识宣传大会, 通过黑板报、视频播放、广播、手册宣放等方式加强护理人员对手卫生的重视; 依据科室内护理人员实际情况开展手卫生知识有奖竞赛, 保证门诊输液室护理人员对手卫生知识了解的积极性; 邀请专业的讲师对护理人员进行知识培训, 提升护理人员的手卫生意识, 保证每位护理人员了解手卫生消毒清洁流程。

(3) C (检查监督): ①感染科监测: 依据院内实际情况明显手卫生监督管理标准, 小组定期到门诊输液室进行手卫生情况监测分析, 观察护理人员的手卫生依从性, 对现存问题上报。②门诊自查: 要求护理人员在工作记录表中明确手卫生依从情况, 每周由护理部主管对护理人员进行抽查, 包括手卫生依从性、知识掌握度、手卫生消毒正确率等内容。

(4) A (最终处理): 本阶段需由感染科对门诊输液室实际手卫生依从情况分析总结, 评估护理管理实施后依旧存在的问题, 通过大会探讨问题解决的方案, 将这一实施方案循环到下个护理月护理人员手卫生管理中, 并在管理期间不断改善管理措施, 保证门诊输液室护理人员手卫生管理的持续质量改进。

1.3 观察指标

①手卫生依从性: 以院内自制问卷对组间护理人员手卫生依从性评估, 包括和患者周边物品接触后、实施液体暴露风险操作后、无菌操作前、

摘除手套和患者接触、与患者接触前，其中，“否”表示护理人员没有依据手卫生管理法洗手或未洗手；“是”表示护理人员手卫生依从性较好。

②手卫生合格率、知识掌握率：手卫生合格率以《医院医护人员手卫生规范》为依据，对手卫生效果监测，合格标准：手部细菌监测指标在10cfu/cm²；知识掌握度：分值100满，不了解：分数<90分，一般了解：分数≥90分，<95分，完全了解：分数≥95分，三者和数据乘以100%为总掌握度指标。

1.4 统计学意义

表1 PDCA 循环管理实施前后护理人员的手卫生依从性（%）

组别	例数	和患者周边物品接触后	实施液体暴露风险操作后	无菌操作前	摘除手套和患者接触	与患者接触前
对照组	18	2（11.1%）	4（22.2%）	6（33.3%）	3（16.7%）	3（16.7%）
实验组	18	15（83.3%）	17（94.4%）	18（100%）	17（94.4%）	16（88.9%）
X ²		18.8359	19.3143	18.0000	22.0500	18.8359
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 知识掌握率、卫生合格率

数据统计见表2，手卫生合格率、手卫生知识掌握度指标汇总后对比对照组差于实验组，P<0.05。

表2 PDCA 循环管理实施前后护理人员的手卫生知识掌握度、合格率指标（%）

组别	例数	手卫生合格率	手卫生知识掌握度
对照组	18	7（38.9%）	4（22.2%）
实验组	18	18（100%）	17（94.4%）
X ²		15.8400	19.3143
P		<0.05	<0.05

3. 讨论

医源性感染是医学领域近几年的关注重点，而手卫生和医源性感染事件息息相关。有报告指出^[4]，各门诊输液室内的工作量较大，护理人员无法有效执行手卫生清洁操作，极易增加医源性感染风险，导致医疗纠纷事件发生。手卫生的重视可有效控制细菌繁殖、疾病传播情况，并保证输液室患者就诊的安全性，降低感染等不良事件发生率，保证患者的感染控制效果^[5]。此外，手卫生是消毒、洗手的总称，门诊输液室护理人员承担着穿刺、药物配置、输液等操作，其双手和患者的皮肤存在零距离接触，尤其输液属于侵入性操作，一旦手卫生管理不当会导致细菌传播造成不良感染^[6]。所以，各医疗机构需重视门诊输液室的手卫生管理情况，加强护理人员对手卫生的重视，使其养成良好的手卫生消毒清洁习惯^[7]。传统管理多重视护理人员的工作积极性、工作态度等，忽视医院感染事件的预防和控制，导致门诊输液患者存在一定感染风险^[8]。PDCA 循环管理法是目前新兴出现的质量管理措施，在门诊护理人员手卫生管理中的应用取得一定效果。PDCA 循环管理包括，P 是指计划阶段，针对门诊输液室的现状分析，总结门诊护理人员手卫生管理方面存在的问题，制定针对性的管理计划；D 是实施阶段，依据实际手卫生管理问题开展对症处理，实施有效的解决方案^[9]；C 是检查监督阶段，由感染科定期检测或科室内自查，加强护理人员对手卫生的重视，评估循环管理计划实施后的效果；A 是完善方案阶段，对上述方案实施后护理人员手卫生情况进行分析，总结手卫生管理后门诊输液室的感染事件发生率，并不断完善实施方案，保证持续质量

对本文患者例数、手卫生依从率、正确率采取 % 统计，给予 X² 值统计，患者的年龄指标采取（ $\bar{x} \pm s$ ）统计，对数据均开展 SPSS21.0 汇总，对卡方值、t 值、P 值进行分析，P 在 0.05 以下则统计学有意义。

2. 结果

2.1 手卫生依从性

经评估，和患者周边物品接触后、实施液体暴露风险操作后、无菌操作前、摘除手套和患者接触、与患者接触前各项操作手卫生依从性对比实验组优于对照组，P<0.05。

改进管理^[10]。文章试验数据指标汇总可知，和患者周边物品接触后、实施液体暴露风险操作后、无菌操作前、摘除手套和患者接触、与患者接触前各项操作手卫生依从性对比实验组优于对照组，手卫生合格率、手卫生知识掌握度指标汇总后对比对照组差于实验组，P<0.05。可见，PDCA 循环管理法实施后有效改善护理人员的手卫生依从性，提升其对手卫生流程、具体内容、重要性的了解，保证护理人员的手卫生意识。

综上所述，针对门诊输液室护理人员手卫生依从性实施 PDCA 管理可有效降低感染等不良事件发生率，增强护理人员手卫生意识，保证门诊就诊患者的输液安全性。

参考文献：

[1]李凤芝, 曹冬梅.PDCA 循环法对手术室新入职护士手术配合能力及护理质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40（03）: 399-402。
[2]周惠娟, 谭玉玲, 郑小娟.PDCA 循环在提高全院护士对糖尿病患者低血糖标准化识别与处理能力中的应用[J].中国标准化,2021（24）: 256-258。
[3]洪都, 陆萍, 王春英, 杨爱玲, 徐小郁, 严寒冰, 孙伊丽.PDCA 循环法提高护士使用 Autar 深静脉血栓形成量表准确性的效果研究[J].中国实用护理杂志,2021,37（12）: 941-947。
[4]彭赛凤.PDCA 循环管理模式在改善护士手卫生依从性和医院感染方面的效果分析[J].现代诊断与治疗,2021,32（21）: 3495-3497。
[5]常慧霞, 景芳.PDCA 循环管理干预对手术室护士深静脉血栓预防知信行调查研究[J].血栓与止血学,2022,28（01）: 159-160。
[6]沈亚奇, 邵萍娟.PDCA 循环法用于急诊科护士交接班质控管理的效果分析[J].现代养生,2021,21（16）: 131-133。
[7]王颖, 裴菊红.柏拉图分析法结合 PDCA 循环模式在初级职称护士科研管理中的应用[J].中医药管理杂志,2021,29（15）: 137-139。
[8]阳春容, 褚兰芬, 周娟英.应用 PDCA 循环对手术室实习护士实施心理干预的作用分析[J].心理月刊,2021,16（20）: 69-70+219。
[9]邓海群, 何俊, 谭成杰, 张玫, 方金芳.PDCA 循环和 OSCE 考核在低年资护士规范化培训中的应用[J].国际护理学杂志,2021,40（13）: 2320-2324。
[10]肖宁, 朱敏, 罗娟, 郭芳香.基于 PDCA 循环的麻醉恢复室护士交接班管理与持续质量改进[J].当代护士（中旬刊）,2021,28（07）: 186-189。

循经拍背联合天突穴按摩对重症肺炎患者的疗效观察

张晓梅 毛艳 通讯作者

昆明市中医医院重症医学科 云南昆明 650011

摘要：目的：浅析在重症肺炎患者护理中，以循经拍背为基础，联合天突穴按摩对重症肺炎患者排痰的护理效果。方法：对我院收治的重症肺炎患者展开研究，择样本量 100 例，采用随机法均分两组，对照组 50 例采用常规治疗加循经拍背法护理，观察组 50 例在对照组的基础上联合循经拍背护理，对组间护理效果展开对比分析。结果：与对照组相比，两组患者护理后第 1d 排痰量无显著差异 ($P>0.05$)，护理后第 3d、7d 观察组患者排痰量明显较多 ($P<0.05$)。两组患者护理前血气指标水平无显著差异 ($P>0.05$)，护理后观察组患者 PaCO_2 水平低于对照组， PaO_2 水平高于对照组 ($P<0.05$)。结论：在重症肺炎患者护理中，以循经拍背法为基础，联合天突穴按摩护理效果理想，可促进患者有效排痰，改善血气指标，研究价值较高。

关键词：循经拍背；天突穴按摩；重症肺炎；护理效果

肺炎是临床常见、多发性疾病，该疾病主要是因细菌、病毒等感染引起，以发热、咳嗽为主要临床表现，导致患者的机体健康受到不利影响^[1]。当患者未得到及时有效治疗时，会出现严重的低氧血症或急性呼吸衰竭，需要进行通气支持，或者患者出现低血压、休克等症状，均可认定为重症肺炎^[2-3]。该疾病患者主要表现为呼吸衰竭，严重者伴有意识障碍、昏迷等现象，上述症状的发生，均会减弱患者的自主排痰功能，甚至部分患者无法进行有效排痰，极易导致呼吸道堵塞，增加误吸风险，阻碍疾病康复^[4]。当前对于患者的排痰干预多以人工叩背、机械排痰的方式进行，可促进患者有效咳嗽。循经拍背能够借助空心掌力对患者机体进行有效叩击，促使振动产生，有松弛痰液的作用，可刺激患者自主咳嗽，从而起到排痰作用。天突穴按摩能够诱导患者自主咳嗽，不需要采用器械辅助，排痰优势显著。尤其是针对老年患者或体力虚弱者，该项护理技术应用优势显著。本文重在分析在重症肺炎患者护理中，循经拍背联合天突穴按摩应用效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

样本：我院收治患者，均确诊为重症肺炎者， $n=100$ 例，资料收集时间：2021 年 1 月—2022 年 12 月，随机分为两组，各 50 例。对照组：男 28 例、女 22 例，年龄 50~76 岁，平均 (63.00 ± 1.25) 岁；观察组：男 26 例、女 24 例，年龄 50~76 岁，平均 (63.13 ± 1.41) 岁；组间资料均衡 ($P>0.05$)，可对比。

1.2 方法

对照组：常规治疗的基础上，配合循经拍背，具体操作如下：a.制订和完善循经拍背的操作流程及标准，统一取穴方法、循经拍背手法、力度及时间要求。b.操作方法：护理人员需告知患者循经叩背干预的目的以及方法等，协助其取侧卧位，护理人员一手扶肩，另一只手五指并拢，另掌侧呈空杯状（掌指关节屈曲呈 $120^\circ\sim150^\circ$ ），以腕关节带动大小鱼际叩击后背，沿患者背部两侧膀胱经从下往上（第 7 胸椎棘突下旁开 1.5 寸至第 1 胸椎棘突下旁开 1.5 寸）拍打，同时从胸前沿手太阳肺经从上往下慢慢拍打，每侧叩击 5 min。拍打至具体穴位时可适当延长拍打时间，增加拍打压力，促进排痰，频率以每分钟 40~50 次，力度以能够接受为宜。每天早、中、晚各一次。同时嘱患者用力咳嗽，叩击时注意避免对脊柱、胸骨、肾脏等脏器区域。必要时给予患者电动吸引器吸痰。

实验组：在对照组的基础上，配合天突穴按摩，具体操作如下：患者先取侧卧位，按对照组的方法先进行循经拍背，拍背结束后，让患者取仰卧位，用拇指或食指在吸气终末时按摩天突穴，并同时向横滑，按摩力度由轻到重，以能诱发患者咳嗽反射为宜，按压 3~5 次为一组，每天早、中、晚按压 3 组。天突穴按摩结束后，嘱患者用力咳嗽，必要时给予患者电动吸引器吸痰。

1.3 观察指标

- (1) 两组患者日排痰量比较。
- (2) 对两组患者护理前后血气指标水平进行比较。
- (3) 住院时间比较。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 分析数据，计量资料、计数资料分别采用 $(\bar{x}\pm s)$ 、 $[\%]$ 表示，对应采取 t 、 χ^2 检验对比。 $P<0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 两组患者日排痰量比较

与对照组相比，两组患者护理后第 1d 排痰量无显著差异 ($P>0.05$)，护理后第 3d、7d 观察组患者排痰量明显较多 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者日排痰量比较 ($\bar{x}\pm s$) ml

组名 n	第 1d	第 3d	第 7d
对照组 (50)	25.20±4.54	48.96±5.63	22.35±2.69
观察组 (50)	25.26±4.61	55.78±6.49	17.51±1.87
t	0.066	5.613	10.446
P	0.474	0.000	0.000

2.2 血气指标比较

两组患者护理前血气指标水平无显著差异 ($P>0.05$)，护理后观察组患者 PaCO_2 水平低于对照组， PaO_2 水平高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 血气指标比较 ($\bar{x}\pm s$) mmHg

组名 n	PaCO_2		PaO_2	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (50)	80.56±6.98	56.27±5.10	44.76±4.10	70.98±5.87
观察组 (50)	80.62±6.80	47.51±4.19	44.62±4.23	79.46±6.20
t	0.044	9.385	0.168	7.023
P	0.483	0.000	0.433	0.000

2.3 住院时间比较

住院时间：对照组 (13.63 ± 2.54) d、观察组 (11.01 ± 1.70) d，组间比较， $t=6.061$ 、 $p=0.000$ ，组间差异较大 ($P<0.05$)。

3 讨论

重症肺炎是临床较为常见、多发性疾病，患者需行气管插管辅助通气治疗，会对其口腔黏膜以及呼吸道黏膜造成损伤，加之机体防御功能低下，纤毛的清除能力会减弱，导致痰液不易被排出，极易造成呼吸道堵塞，导致感染控制不佳，如何保障患者有效排痰，处保持患者呼吸道通畅，预防肺部感染成为临床探讨重点。单一疾病治疗针对排痰能力较弱患者效果不佳，需结合临床护理干预，行辅助意义。既往临床主要采用机械辅助排痰的方式进行干预^[11]，其方法对促进排痰有一定效果，但极易受多因素影响，例如极易受到机械通气、氧疗等因素影响，致使排痰仪无法深入深层位置，例如肺脏以及支气管等，导致排痰徐熬过不佳，尤其是特定位置的痰栓以及黏液等，导致应用受限，因此需探讨一种行之有效的护理方案。

天突穴位于患者的颈部，当前正中线上，两锁骨中间，胸骨上窝中。该穴位主治打嗝、咳嗽、呕吐等，通过对该穴位进行有效按摩，可对患者气管产生刺激，诱导其有效咳嗽，促使痰液排出^[5-6]。咳嗽是防御性呼吸反射，能够借助咳嗽，促使呼吸道的异物有效排出，按摩天突穴能够促使小呼吸道深部的痰液进行移动，从而达到较浅的气道，同时按摩该穴位，可促使气道阻力下降；除此之外对天突穴进行按压，能够对气管产生压迫作用，从而中断气流，促使患者被迫呼吸，诱发其咳嗽，开放声门，可促使咳嗽痰顺利通过声门。循经叩背是通过叩击患者的背部，产生振动作用，促使痰液松动，加之对患者的管腔壁产生刺激，诱发咳嗽反射，在干预期间，通过患者咳嗽或深呼吸时产生的负压原理，可见小气管内的痰液吸引至大气管内，从而使呼吸道内的分泌发生移动，促进痰液有效排出^[7-8]。

重症肺炎患者大多为老年人,因受年龄及疾病的影响,患者咳痰无力,呼吸道内分泌物难以排出,排痰要有科学的拍背法,本研究中我们采用了循经拍背法进行排痰,但循经拍背排痰存在一定的局限,穿透性比较弱,对于深部小支气管到肺泡所产生的分泌物排出无效^[9-10],因此更为有效的排痰方式是临床探索的重要内容。本研究就此难点进行了设计,在常规循经拍背排痰的基础上,加用了天突穴的按摩,对重症肺炎患者的护理效果展开临床研究,客观评价其临床护理效果。

本次研究得出:与对照组相比,两组患者护理后第 1d 排痰量无显著差异($P>0.05$),护理后第 3d、7d 观察组患者排痰量明显较多($P<0.05$)。两组患者护理前血气指标水平无显著差异($P>0.05$),护理后组间比较, PaCO_2 水平较低是观察组,同时该组患者 PaO_2 水平较高($P<0.05$)。叩背能够通过垂直力以及水平力,穿透性较强,可直达病灶,对分泌物有液化以及松动作用,直至脱落,使其能够通过主气道排出体位,扩张其支气管,改善肺通气功能,促使肺泡的摄氧能力得到进一步增强,促使肺泡通气量增加,对患者经皮氧饱和度有显著的提升作用。

综上:在重症肺炎患者护理中,以循经拍背法为基础,联合天突穴按摩对重症肺炎患者排痰护理效果理想,可有效促进患者排痰,改善血气指标,缩短住院时间,推广以及应用价值。

参考文献:

- [1]胡日查.细节护理干预对 ICU 重症肺炎患者的影响[J].中国继续医学教育,2021,13(04): 167-170.
- [2]张博,赵素红.针对性护理干预在重症肺炎合并呼吸衰竭患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(23): 65-67.
- [3]林真凤,陈莲芳.综合护理干预对 ICU 重症肺炎机械通气患者的护理干预分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(81): 305-306.
- [4]王娜.探讨优质护理干预模式对老年重症肺炎患者疾病控制、并发症及护理满意度影响[J].医学理论与实践,2019,32(16): 2640-2641.

(上接第 32 页)

内脏脂肪堆积、血脂升高和高血压的危险因素,找寻简单、易测的血压升高的预测方法,为高血压做到早期识别、预防及干预提供理论依据。随着老年人的增多,高血压疾病以及各种合并疾病将会成为临床上的治疗难点,其中高血压是严重影响老年人身体健康的疾病^[5]。且体重指标越高,患者高血压发生率越高,导致患者的生活质量下降,影响患者的正常生活。而其发病原因主要有年龄、慢行疾病、营养摄入不足以及运动水平下降等,根据该疾病的影响因素,可通过药物治疗、饮食治疗、降糖治疗、降压治疗等方式,预防和治疗该疾病^[6]。在临床上,主张尽早诊断高血压,尽早采取治疗措施,降低并发症的发生率,提高患者的身体健康。

在医学上,人们加强了对脂肪组织相关的研究,医院研究证明,人体的脂肪组织会分泌各种活性因子,而高血压疾病的发生与遗传和外界环境密切相关,其中肥胖就是其中一种危险因素。当 BMI 高于 $24\text{kg}/\text{m}^2$ 后,患者发生高血压等的几率能够高出健康人的 3~4 倍左右。在本次实验中 I 组为正常体重高血压患者, $18.5\leq\text{BMI}<24\text{kg}/\text{m}^2$ 、II 组为 $24\leq\text{BMI}<28\text{kg}/\text{m}^2$ 的人群,III 组为 $\text{BMI}\geq 28\text{kg}/\text{m}^2$ 的人群,根据统计结果显示, I 组收缩压和舒张压为 (126.22 ± 1.42)、(79.32 ± 1.87),高血压发生比例为 21.0%; II 组收缩压和舒张压为 (137.62 ± 1.56)、(83.5 ± 2.04),高血压发生率为 47.0%; III 组患者的收缩压、舒张压的水平为 (143.81 ± 2.67)、(99.87 ± 3.27), III 组患者发生高血压的比例为 61.0%,明显高于 I 组和 II 组可,见 BIM 越高,患者收缩压和舒张压的水平越高,患者发生高血压的比例越高,随之而来的身体风险越大。根据相关研究显示, BMI 对高血压的影响主要是因为体重指数较高的老年人会分泌出更多的瘦素,而瘦素会对人体的肾钠通道产生影响,对机体交感神经产生刺激,同时还会对肾素-血管紧张素系统进行影响,同时胰岛素以及炎症因子等也会引起人体血压的升高。同时体重指数较高,过于肥胖的老年人机体 ATP 酶的活性下降,导致细胞钠离子和钾离子的交换异常,进而导致细胞内钙离子的内流上升,进而导致患者血管异常收缩,血压升高。在本次试验中 BMI 指数较高的老年人相较于 BMI 低的老年人,收缩和舒张压均较高,高血压的发生率更高。同时体重指数较高的老年人处理高血压风险较高,同样糖尿病、血脂升高、体力不佳的情况也更容易发生。

[5]Ni Jie,Lu Junfei,Lu Ding. Abnormal expression and clinical value analysis of long noncoding RNA cancer susceptibility candidate 2 in children with severe pneumonia complicated with respiratory failure.[J]. The clinical respiratory journal,2022,16(6).

[6]吴小飞,余姣娟.按摩天突穴刺激咳嗽排痰在颅脑损伤患者中的作用研究[J].上海针灸杂志,2018,37(02): 170-173.

[7]叶雨.改良式拍背吸痰护理在呼吸机通气肺炎患儿中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(20): 175-177.

[8]孟庆新,李素君,张怡.童趣化干预联合拍背叩击护理在肺炎患儿雾化治疗中的应用[J].航空航天医学杂志,2021,32(08): 1003-1004.

[9]Vikash Kumar Gupta,Buthaina Mohammad Alkandari,Wasif Mohammed,Mohsen Ahmed Abdelmohsen,Mohammad Gaber Abdullah Mohammad. Spontaneous Retroperitoneal Hematoma in COVID-19 Severe Pneumonia-Dual-phase Multidetector Computed Tomography Angiogram and Role of Radiologist[J]. Journal of Clinical Interventional Radiology ISVIR,2022,6(1).

[10]陈艳.指压天突穴吸痰法在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用[J].护理实践与研究,2015,12(11): 2.

[11]Kreutmaier Stefanie,Unger Susanne,Núñez Nicolás Gonzalo,Ingelfinger Florian,Alberti Chiara,De Feo Donatella,Krishnarajah Sinduya,Kauffmann Manuel,Friebel Ekaterina,Babaei Sepideh,Gaborit Benjamin,Lutz Mirjam,Jurado Nicole Puertas,Malek Nisar P.,Goepele Siri,Rosenberger Peter,Häberle Helene A.,Ayoub Ikram,Al-Hajj Sally,Nilsson Jakob,Claassen Manfred,Liblau Roland,Martin-Blondeil Guillaume,Bitzer Michael,Roquilly Antoine,Becher Burkhard. Distinct immunological signatures discriminate severe COVID-19 from non-SARS-CoV-2-driven critical pneumonia[J]. Immunity,2022,55(2).

综上所述,本次实验中针对不同体重指数的健康体检老年人,研究一般人体测量指标如腰围(WC)、腰围与身高比值(WtHR)以及收缩压、舒张压、甘油三酯与葡萄糖指数(TyG)和胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)、胰岛细胞功能(HOMA-β),探讨不同体重指数的患者收缩压、舒张压对老年人高血压发生风险的预测价值,尤其对正常体重初诊高血压患者研究上述指标对高血压发生的相关性,找寻出简便、易行的血压升高预测指标,为临床诊断和治疗高血压提供有价值的科学依据^[7]。在临床医学中更加讲究对在早期对高血压患者进行有效的诊断和治疗,当下医学研究证明,尽早对患者采用胰岛素治疗对人体血压进行有效的控制,能够有效将血压水平进行控制,改善肥胖患者血压水平过高而出现的毒作用,恢复胰岛细胞的正常功能。本次实验证明随着老年人的 BIM 数值的增加,血压也在升高,发生高血压的几率也在升高,出现致死的几率越高,因此临床上可通过体重指数来预测老年人发生高血压的风险,同时通过控制体重指数,控制患者的血压,进而提高临床上治疗高血压的效果。

参考文献:

- [1]陈穗,郭晓英,黄瑞文,黄敏锐.青少年体质质量指数与血压的相关性分析[J].中国校医,2016,0(9): 713-714.
- [2]刘江涛.慢性病随访管理在原发性高血压治疗中的应用及其作用分析[J].智慧健康,2021(5): 162-164.
- [3]倪文庆,袁雪丽,吕德良,池洪珊,刘海龙,宋金萍,徐健.深圳市老年人常见慢性病患病情况及其与体质指数或腰围的相关性[J].中国慢性病预防与控制,2019,0(2): 85-88.
- [4]李钟艳,林先燕,韦亚丽.贵州瑶族老年人高血压、糖尿病与体重指数、腰臀比的关系[J].中国老年学杂志,2020,40(3): 635-637.
- [5]高素颖,颜应琳,刘东亮,于凯,王拥军,李芳,张广波.老年人体质指数与代谢指标及心脑血管疾病的关系[J].中国老年学杂志,2017,37(5): 1108-1111.
- [6]赵敏,蔡明序.体检人群脉搏波传导速度与心血管病危险因素的关系研究[J].现代预防医学,2018,45(10): 1904-1907.
- [7]张雪梅,杨雪,陈皓田,杨春霞.老年人中医体质及体质指数与高血压的关系[J].实用预防医学,2019,26(12): 1462-1465.

血尿酸水平对慢性心力衰竭患者血压及心功能的影响研究

龚丽欢

暨南大学附属口腔医院（佛山市顺德区大良医院） 广东佛山 528300

摘要：目的：对慢性心力衰竭患者血压、心功能的影响分析中，血尿酸水平指标状况，分析患者左室射血分数（LVEF）、血尿酸（UA）、左室舒张末期内径（LVEDD）。方法：将我院 180 例患者纳入此次研究，按照心功能分级标准（纽约心脏病协会（NYHA））进行分组（慢性心力衰竭，三组：NYHAII 级、NYHAIII 级、NYHAIV 级级分别为 A 组、B 组、C 组，例数分别为 54 例、75 例、51 例），入选开始时间为 2021 年 01 月 01 日；结束 2022 年 12 月 31 日。结果：三组 UA 水平对比，C 组较高，数据差异大，对比分析有意义（ $P<0.05$ ）；C 组患者 LVEDD 水平高于 A 组、B 组，LVEF 水平低于 A 组、B 组，表明血尿酸的水平越高，LVEF 水平越低、LVEDD 水平越高，统计学对比分析有意义（ $P<0.05$ ）；与高血压组相比，非高血压组 UA 水平低， $P<0.05$ ，统计学数据分析有意义。结论：高尿酸血症是高血压危险因素，高尿酸水平增加会对患者血压以及心功能产生消极影响，疾病恶化，增加治疗难度。

关键词：慢性心力衰竭；血压；心功能；血尿酸水平；LVEF；LVEDD

慢性心力衰竭、高血压是中老年人的两种常见疾病，严重影响着患者的健康、生活质量^[1]。在早期阶段的积极干预可延缓疾病的发展。近年来，随着人们饮食结构、运动方式的变化，中国居民老龄化趋势日益显著，我国心脑血管疾病的发病率逐年上升，其中心力衰竭最常见。患者主要表现为虚弱、液体潴留、呼吸困难，其发病机制受血流动力学变化、心肌病、炎症、心肌梗死等因素影响，导致患者心室重构、心肌退变、坏死，最终导致舒张、收缩功能的异常变化^[2]。临床慢性心力衰竭是心血管疾病患者死亡的最重要原因，是各种严重心脏病发展的最终结果。随着分子生物学的不断发展和进步，慢性心力衰竭的临床早期诊断、动态监测水平不断提高，但对于慢性心力衰竭的病理生理学和分子生物学研究仍处于发展阶段，本研究针对慢性心力衰竭患者血压血尿酸水平，探讨心功能的影响，进一步丰富慢性心力衰竭的病理生理学研究，指导临床治疗的优化^[3]。除此之外，研究发现，慢性心力衰竭、高血压患者往往伴随着血尿酸升高，血尿酸水平升高会恶化病情，所以有必要了解血尿酸水平对患者的心功能及血压的影响^[4]。本文主要是对 2021 年 01 月 01 日-2022 年 12 月 31 日 180 例该类患者作为研究样本，观察血尿酸水平与患者病情之间的相关关系，现具体分析为：

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 180 例患者（慢性心力衰竭，2021 年 01 月 01 日-2022 年 12 月 31 日）为研究对象，按照心功能分级分为 A 组（54 例）、B 组（75 例）、C 组（51 例）。

纳入标准：（1）入选均符合慢性心力衰竭指征；（2）在院伦理委员会批准下实施；（3）临床资料完整；（4）患者及家属均自愿配合；（5）自愿签署入组同意书。

排除标准：（1）语言、意识障碍；（2）重大疾病史、过敏史；（3）精神类疾病；（4）凝血功能异常者；（5）严重脏器病变者（肝、肾、骨髓等）；（6）中途退出研究；（7）依从性差；（8）期间参与其他研究者；（9）自身免疫性疾病。

A 组（54 例）：冠心病、高血压性心脏病、扩张型心肌病、风湿性心脏病分别为 30 例、10 例、10 例、4 例；男性、女性患者分别为 30 例、24 例；平均年龄（60.28±1.25）岁（50 岁-70 岁）。B 组（75 例）：平均年龄（60.30±1.23）岁（52 岁-69 岁）；冠心病、高血压性心脏病、扩张型心肌病、风湿性心脏病分别为 41 例、12 例、12 例、10 例；男性、女性患者分别为 43 例、32 例。C 组（51 例）：平均年龄（60.29±1.30）岁（51 岁-70

岁）；冠心病、高血压性心脏病、扩张型心肌病、风湿性心脏病分别为 32 例、8 例、8 例、3 例；男性、女性患者分别为 30 例、21 例。上述指标均纳入 SPSS17.0 统计学软件中， $P>0.05$ ，对比无意义，具有可比性。

1.2 方法

本研究采用前瞻性、开放标签、多组设计的临床研究方法，分析血尿酸水平对慢性心力衰竭患者血压、心功能的影响。对血清尿酸水平进行测定（采用日本日立 7600 全自动生化分析仪）；测定心功能：探头型号：S5-1，采用飞利浦多普勒 EPIQ5，设置探头频率，以 2.5MHz 为宜，对 LVEF、LVEDD 进行测量。对各组 UA 水平与 LVEF、LVEDD 的相关性进行比较，并按血压水平分为高血压组及非高血压组，行对比分析。收集数据行统计学分析，得出研究结论。

1.3 观察指标

分析 A 组、B 组、C 组心功能分级间 UA 水平、LVEF、LVEDD；研究 UA 水平在高血压组和非高血压组患者中的表现情况。

1.4 统计学分析

180 例患者资料均采用 SPSS17.0 进行分析处理（以 P 值为评估标准）：当 $P<0.05$ 时，表示统计学研究结果有意义。其中，计量资料（ $\bar{X} \pm s$ ）采用 T 检验；计数资料（%）采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 A 组、B 组、C 组 UA 水平、LVEF、LVEDD 指标状况分析：C 组 UA 水平高于 A 组、B 组（ $P<0.05$ ）；C 组患者 LVEF 水平低于 A 组、B 组，LVEDD 水平高于 A 组、B 组，统计学对比分析有意义（ $P<0.05$ ）。具体见表一：

表一 A 组、B 组、C 组 UA 水平、LVEF、LVEDD 对比

组别	例数	LVEDD (mm)	LVEF (%)	UA (μmol/L)
A 组	54	47.30±7.50	60.25±5.22	359.23±98.21
B 组	75	50.29±10.49	53.15±10.23	429.28±109.19
C 组	51	60.47±10.33 ^a	46.45±9.45 ^a	572.47±167.33 ^a

注：^a $P<0.05$ ，表示与 A 组、B 组对比存在统计学意义。

2.2 高血压组、非高血压组 UA 水平统计学差异对比显示：非高血压组 UA 水平低于高血压组，统计学对比有意义（ $P<0.05$ ）。具体见表二：

表二 高血压组、非高血压组 UA 水平对比（μmol/L， $\bar{X} \pm s$ ）

组别	例数	UA 水平
高血压组	98	451.56±119.45

非高血压组	80	319.33±109.23
T	-	11.9045
P	-	0.0000

3 讨论

慢性心力衰竭是持续存在的心力衰竭状态，可以是相对稳定的状态，也可以是失代偿状态，还可以是突然恶化、加重的状态。慢性心力衰竭的主要临床表现是体液潴留、活动耐力下降、疲乏、心律失常。慢性心力衰竭的主要原因是患者有心血管疾病的基础，比如冠心病、高血压等，引起心肌损害，对患者机体健康产生严重威胁^[5]。心衰实际上分成两种，一种是射血功能相对正常的，以舒张功能异常为主，另一种是射血分数不正常，以收缩功能下降为主。舒张功能不好的慢性心衰，在很多很多疾病中都会出现，糖尿病性心肌损害时首先表现为舒张异常，高血压性心肌损害时首先表现为舒张异常。所以，舒张功能舒张异常时出现的急性心衰加剧过程，大部分是容量过负荷所造成的。

据报道，UA 水平的改变可能是心血管疾病恶化的一个重要的独立危险因素^[6-7]。相关结果显示，慢性心力衰竭患者的 UA 水平显著高于健康者，且不同心功能分级间的 UA 水平存在显著性差异^[8-9]。尿酸其水平的增加会导致尿酸微晶沉积在血管壁，是体内嘌呤代谢的最终产物，激活身体的凝血系统，造成损害血管内膜，导致患者血管不良事件的发生率的增加。研究表明，交感神经系统的异常兴奋是常见的慢性心力衰竭表现，这可能会促进肾小球小动脉的收缩，导致大量的儿茶酚胺分泌，最终减少尿酸的排泄。文献报道^[10]，慢性心衰患者 UA 水平与出血尿酸和心功能呈正相关。由于慢性心力衰竭患者的特殊性，现有的研究虽然已经取得了一些成果，但仍存在很大的不足，因此本次研究具有较高的医学研究价值，可积极推广。

尿酸对慢性心力衰竭的影响：炎症刺激物、氧化应激（如尿酸的产生）可促进心肌重构，心肌重构是慢性心力衰竭的病理基础。高尿酸是细胞因子产生的重要因素，可激活 RAS 系统，促进动脉粥样硬化的发展。心力衰竭可降低细胞内剩余的高能磷酸键水平，增加心脏能量，加速腺苷降解为尿酸，减少其性质。血管壁是尿酸的主要生成部位，心力衰竭患者会出现缺氧^[11]。在低氧条件下，NO 的活性增强，从而激活炎症反应，影响内皮功能，促进氧自由基和尿酸的生成。此外，体内的尿酸过多会降低内源性 NO，体内缺乏 NO 会导致尿酸排泄受阻，肾血流灌注减少，减少心排量，身体容易引起尿酸积累。

本文研究结果显示，C 组较 UA 水高于 A、B 两组（ $P<0.05$ ）；C 组患者 LVEDD 水平高于 A 组、B 组，LVEF 水平低于 A 组、B 组（ $P<0.05$ ），表明尿酸的水平越高，LVEF 水平越低、LVEDD 水平越高。心力衰竭的严重程度、尿酸水平之间关系密切，患者内皮细胞的损伤反映在尿酸水平。在临床工作中，冠心病伴有肾功能不全的患者应密切关注尿酸水平。动脉粥样硬化的形成与尿酸有关，其作用机制是尿酸可促进炎症反应，提高血小板血栓形成速度，损伤血管内膜内皮细胞。心功能恶化可使尿酸水平升高，高尿酸水平可促进冠心病心功能不全的发展，导致高尿酸血症。

临床研究结果显示^[12]：当体内有大量的尿酸时，大量的单核酸晶体沉积在血管壁中，白细胞介素 IL-1B 的合成加速，炎症小体被激活，内膜受损，炎症反应发生。中性粒细胞的激活介导炎症反应，血管平滑肌细胞可以表达有机阴离子转运体的尿酸转运体，尿酸被尿酸转运体吸收。尿酸进入人体细胞后，可以激活 cox-氧化酶、特定的细胞丝裂原激活蛋白酶，

进而加速血栓的形成。内皮细胞中血管紧张素转换酶（ACE）的活性可能上调，当某些因素抑制尿酸的合成时，导致超氧阴离子的合成加速，血管紧张素的产生增加，随后血管收缩，导致高血压。在持续性高血压状态下，可加速肾脏疾病的发展，早期使用药物可通过降低尿酸水平，可阻断上述变化。有学者认为，肾血管病变对尿酸水平的依赖性较小，可影响血压水平，因此要降低体内尿酸水平，有必要降低尿酸水平。

研究过程中可能存在的风险：（1）人力资源风险。预先计划好的研究人员由于各种原因无法从事实际的研究工作。（2）本研究的样本量较大，统计知识不完善等原因，存在统计偏差。（3）药物不良反应：降尿酸药物可能产生的副作用，如痛风发作、肾功能不全、胃肠道反应等。本研究中使用的所有药物均为临床验证的一线药物。不良反应一般较轻、较短，大部分可自行缓解或对症治疗缓解，安全性好。

综上所述，尿酸水平对慢性心力衰竭患者血压及心功能具有直接相关关系。血清尿酸升高由肾脏疾病、高血压诱发肾两个因素组成，提示血清尿酸水平是高血压的危险因素。因此，在临床工作中，对于高尿酸血症患者，应密切监测血压，必要时应用药；对于高血压合并血清尿酸水平升高的患者，应注意在降低血压的同时应用降尿酸药物。

参考文献：

- [1]钱鹏,曹选超,徐先静,等. 尿微量白蛋白/尿肌酐比值在老年充血性心力衰竭中的变化及临床价值探讨[J]. 中国卫生检验杂志,2020,30(18): 2177-2179.
- [2]陈俊,胡文彬,谢辉. 尿酸联合 NT-proBNP 检测对老年急性心力衰竭病人近期不良预后的预测价值[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(7): 1124-1126.
- [3]李勤. 浅析各项指标水平变化评估冠心病慢性心力衰竭的临床价值[J]. 医学检验与临床,2020,31(8): 12-14.
- [4]孔羽,李全,万瑾,等. 青年急性心肌梗死患者住院期间尿酸水平与 Killip 分级严重程度的关系研究[J]. 心肺血管病杂志,2021,40(8): 795-798,808.
- [5]李晓红,王鹏飞,赵兴胜. 无症状高尿酸血症对左心功能的影响：一项倾向性评分研究[J]. 内蒙古医学杂志,2021,53(4): 393-396,399.
- [6]张晚光,王朦洁. 盐酸多巴胺冻干粉治疗难治性心力衰竭的临床疗效及其对患者肾功能的影响[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(36): 11-13,17.
- [7]蔡燕娟,陈权,何厚洪. 射血分数保留性心力衰竭病人超声心动图特征及心功能分级与血 UA、NT-proBNP 的关系[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(10): 1703-1706.
- [8]吴泽佳,蔡安平,徐兰,等. 缺血性心脏病合并慢性肾脏病住院患者的临床特点[J]. 岭南心血管病杂志,2021,27(4): 478-485.
- [9]陈文荣,黄焯文,欧阳卓兴. 高血压合并心力衰竭患者尿酸水平与心力衰竭病情及预后的关系[J]. 中国医学工程,2021,29(6): 66-68.
- [10]武宁,张琼琦,陈还珍. 心力衰竭病人发生阻塞性睡眠呼吸暂停的危险因素分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(9): 1552-1555.
- [11]褚国洁,张立晶,李蒙,等. 慢性心力衰竭患者左心室射血分数与尿酸和 N 末端 B 型脑钠肽前体等指标的关系[J]. 中国医药,2021,16(8): 1150-1153.
- [12]张哲,叶唯衡,阮文硕,等. 高尿酸血症预测急性心力衰竭患者长期预后的临床价值[J]. 黑龙江医药,2020,33(1): 124-126.

胺碘酮联合厄贝沙坦治疗对慢性心力衰竭合并室性心律失常心功能的影响

黎锦辉

广东同江医院 广东佛山 528000

摘要：目的：医生治疗并发室性心律失常的慢性心力衰竭患者时，运用胺碘酮与厄贝沙坦联合药物方案的效果及对心功能的影响探讨。方法：本次研究对象总计 150 例，选自 2021.1.1–2022.12.31，均为并发室性心律失常的慢性心力衰竭患者，按照随机抽签方法将患者均分，75 例/组（对照与观察两组），均实施规范化疗法，以此为基础，对照组再用胺碘酮药物治疗方案，观察组再用胺碘酮+厄贝沙坦方案，对组间临床治疗效果实施对比讨论。结果：和对照组的疗效效果相比较，观察组患者心功能的改善效果更显著，治疗总有效率较高，药物不良反应发生情况少，临床各项指标较低，组间对比 $P < 0.05$ ，说明组间有显著统计学差异。结论：为并发室性心律失常的慢性心力衰竭患者实施治疗时，在采取规范化医疗措施的同时，再对患者使用胺碘酮、厄贝沙坦联合治疗方案，有促进治疗效果，缓解心功能损伤疗效，此外，该联合用药方案的治疗风险性低，于病情发展方面有良好控制作用，可以在临床治疗工作中广泛推行。

关键词：室性心律失常；慢性心力衰竭；胺碘酮；心功能；厄贝沙坦

慢性心力衰竭属于心室射血功能损伤综合征疾病之一，下肢水肿、运动耐力降低、呼吸不畅等为主要临床体现^[1]。室性心律失常在慢性心力衰竭患者中有较高的发生率，患者发生该疾病后，再住院可能性提升，致死率增加^[2]。临床调查发现，慢性心力衰竭疾病的进展伴随炎症因子、末端脑钠肽等指标的改变，异常变化越明显，慢性心力衰竭疾病越严重，能够导致心功能损伤进一步加重^[3]。胺碘酮药物具有广谱特征，且抗心律失常效果十分显著，慢性心力衰竭患者并发室性心律失常时，较常选择胺碘酮药物进行治疗，然而，仅实施该药物治疗方案时，临床疗效距离理想水平存在差距^[4]。厄贝沙坦有扩张静脉血管、动脉血管作用，此外，于机体排出水钠时，亦有显著疗效，从而达到优质利尿效果，心脏负担因此减轻^[5]。鉴于此情况，我院在 2021 年 1 月 1 日到 2022 年 12 月 31 日期间纳入 150 例并发室性心律失常的慢性心力衰竭患者为对象，讨论胺碘酮药物、厄贝沙坦药物同时使用的临床疗效，及对并发室性心律失常的慢性心力衰竭患者心功能的影响。详情如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间：2021 年 1 月 1 日–2022 年 12 月 31 日，对象为并发室性心律失常的慢性心力衰竭患者，总计 150 例，该次研究形式即分组对照，即经随机抽签实施划分（对照组 75 例、观察组 75 例）。35 例女与 40 例男构成对照组，其年龄跨度即 40 到 84 岁范围，中位（65.68±2.62）岁，病程范围即 1.2 到 4.1 年，均值（1.52±0.81）年；基础疾病类型：28 例冠心病患者、23 例高血压病患者、24 例扩张型心肌病患者，NYHA 分级情况：19 例为 2 级心功能、42 例为 3 级心功能、14 例 4 级心功能；35 例女及 40 例男组成观察组，年龄跨度即 40 到 84 岁范围，中位（65.19±2.70）岁，病程范围即 1.2 到 4.1 年，均值（1.53±0.76）年；基础疾病类型：29 例冠心病患者、25 例高血压病患者、21 例扩张型心肌病患者，NYHA 分级情况：22 例为 2 级心功能、41 例为 3 级心功能、12 例 4 级心功能。组间一般资料数据间差异不明显，组间对比 $P > 0.05$ ，有比较意义。

选择条件：（1）此次研究通过了本院医学伦理委员会审批；（2）与《慢性心力衰竭基层诊疗指南（2019 年）》^[6]中的慢性心力衰竭疾病诊断标准相符合，与《2020 室性心律失常中国专家共识（2016 共识升级版）》^[7]中的室性心律失常疾病诊断标准相吻合；（3）有完整齐全的临床一般资料；（4）治疗配合性较佳。

剔除条件：（1）入组前通过抗心律失常药实施治疗；（2）研究期间病例脱落；（3）合并严重免疫疾病、肾肝功能严重不全、急性心肌梗死；（4）既往有胺碘酮、厄贝沙坦过敏病史；（5）精神功能有障碍。

1.2 方法

对照与观察两组均实施规范化疗法，即以患者基础疾病为基础，实施常规扩张型心肌病治疗、冠心病治疗、高血压病治疗等。

对照组实施规范化疗法的同时，再服用胺碘酮药物，每次用药剂量：0.2g，频率：一天三次，用药 5 天到 7 天时，对药量及频率进行调整，即每次用药剂量：0.2g，一天两次，用药 5 天到 7 天时，对药量及频率再次调整，即每次用药剂量：0.2g，一天一次。治疗时间：6 个月。

观察组实施规范化疗法的同时，再实施胺碘酮+厄贝沙坦治疗，胺碘酮药物用法与对照组相同，厄贝沙坦用法：对于年龄在 75 岁以上患者，初次服用剂量：75mg，而后以患者血压改变，逐步提高药物剂量，直至每天药量达 150mg 时停止，对于年龄为 75 岁及以下患者，需每天服用 150mg。治疗时间：6 个月。

1.3 观察指标

（1）对照观察组间心功能改善情况，即以超声心动图方式对患者治疗前与治疗后的的心功能实施检测，记录两组患者的 LVEDD（左室舒张末径）、LVEF（左室射血分数）和左室收缩末径（LVESD）。

（2）对照观察组间临床有效性，以 NYHA 心功能降低情况、室性心律失常好转情况为评定标准。显著：NYHA 降低 2 级或以上，室性心律失常基本消失；好转：NYHA 降低 1 级，室性心律失常有缓解；无效：NYHA 无变化、室性心律失常无缓解或者加重；总临床有效率为显著与好转百分率总和。

（3）对照观察组间药物不良反应，包括急性肾损伤、肝损伤、肺间质纤维化、甲状腺功能异常；总发生率=急性肾损伤发生率+肝损伤发生率+肺间质纤维化发生率+甲状腺功能异常发生率。

（4）对照观察组间临床指标，治疗完成之后，运用血压仪检测其收缩压与舒张压，同时记录其心率指标，抽取患者清晨空腹静脉血液，离心处理取上清液，经电化学发光免疫法获取 NT-proBNP（末端脑钠肽）。

1.4 统计学分析

检验组间数据差异方法即版本为 20.0 的 SPSS 软件系统，显示计量数据的方法为（ $\bar{x} \pm s$ ），组间计量数据检验经 t 完成，显示计数数据的方法为（ $n, \%$ ），组间计数数据检验经 χ^2 完成， $P < 0.05$ 是评定组间数据有显著统计学差异的条件。

2 结果

2.1 分析比较心功能的改善情况

分析观察组与对照组的心功能指标差异发现，治疗之前，组间心功能指标比较 $P > 0.05$ ，即两组间无统计学差异，治疗之后，组间心功能指标

比较 $P<0.05$ ，说明组间有统计学差异，即对照组的左室射血分数指标低于观察组，左室舒张末径及收缩末径高于观察组。如表 1。

表 1.分析比较心功能的改善情况 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	左室舒张末径 (mm)		左室射血分数 (%)		左室收缩末径 (mm)	
		治疗之前	治疗之后	治疗之前	治疗之后	治疗之前	治疗之后
对照组	75	64.96±3.57	59.24±6.25	40.27±2.18	46.68±6.23	57.92±2.76	54.91±7.18
观察组	75	64.85±3.52	55.83±4.18	40.36±2.14	50.15±5.37	57.81±2.63	51.22±4.03
t	-	0.1900	3.9275	0.2551	3.6536	0.2498	3.8811
P	-	0.8496	0.0001	0.7990	0.0004	0.8030	0.0002

2.2 分析比较临床治疗有效性

分析观察组与对照组临床总有效率发现，组间比较 $P<0.05$ ，即组间有统计学差异，对照组显著比观察组低。如表 2。

表 2.分析比较临床治疗有效性 (n, %)

组别	例数	显著	好转	无效	总有效率
对照组	75	36 (48.00)	20 (26.67)	19 (25.33)	56 (74.67)
观察组	75	42 (56.00)	26 (34.67)	7 (9.33)	68 (90.67)
X ²	-	-	-	-	6.6998
P	-	-	-	-	0.0096

2.3 分析比较药物不良反应情况

分析观察组与对照组总发生率可知，组间比较 $P<0.05$ ，即组间有统计学差异，对照组显著比观察组高。如表 3。

表 3.分析比较药物不良反应情况 (n, %)

组别	例数	急性肾损伤	肝损伤	肺间质纤维化	甲状腺功能异常	总发生率
对照组	75	3 (4.00)	6 (8.00)	2 (2.67)	7 (9.33)	18(24.00)
观察组	75	0 (1.33)	3 (4.00)	0 (0.00)	4 (5.33)	7 (9.33)
X ²	-	-	-	-	-	5.8080
P	-	-	-	-	-	0.0159

2.4 分析比较临床指标

分析观察组与对照组的各项临床指标发现，组间比较 $P<0.05$ ，即组间有统计学差异，对照组的舒张压指标、收缩压指标、心率指标、末端脑钠肽指标均较观察组低。如表 4。

表 4.分析比较临床指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	舒张压 (mmHg)	收缩压 (mmHg)	心率 (次/min)	末端脑钠肽 (pg/mL)
对照组	75	79.38±15.87	113.95±21.87	84.35±15.36	509.42±90.67
观察组	75	71.12±10.76	104.86±20.19	76.93±18.54	435.19±68.21
t	-	3.7308	2.6448	2.6689	5.3592
P	-	0.0003	0.0091	0.0085	0.0000

3 讨论

医院心内科中，较常见慢性心力衰竭患者，导致该病发生的原因与心肌纤维化、不规律作息、不健康饮食等均有关联，该病能够引起机体循环功能异常改变，很容易诱发室性心律失常并发症，从而造成加重病情，提高死亡率后果^[8]。

胺碘酮对血管有扩张效果，可以对机体的神经内分泌功能进行调节，除此之外，还可以促进心肌缺血的改善疗效，通过口服胺碘酮方式，可以对心肌动作电位进行良性刺激，从而阻滞或者延长了有效不应期，对持续性心动过速、室性早搏等均有良好抑制作用^[9-10]。厄贝沙坦有明显拮抗血管紧张素效果，对血管的收缩反应，及机体释放醛固酮反应均有抑制作用，

此外，该药物可以达到百分之八十生物利用程度，并发室性心律失常的慢性心力衰竭患者服用该药后，可以快速吸收药效，从而促进心室重构，具有长半衰期优势^[11]。并发室性心律失常的慢性心力衰竭患者同时服用胺碘酮、厄贝沙坦药物后，患者的室性心律失常明显好转，损伤的心功能显著恢复，且发生不良反应的可能性很低^[12-13]。

研究数据显示，观察组的心功能改善情况、临床治疗总有效率、药物不良反应及心率与血压等各项临床指标均优于对照组，二组对比结果为 $P<0.05$ 。证实胺碘酮与厄贝沙坦联合用药的疗效较突出，有改善患者血压、心率及心功能作用，此外，对末端脑钠肽有调节效果，将此联合方案用于合并室性心律失常慢性心力衰竭患者时的有效性较高，药物不良反应的发生概率很低^[14]。

综上，通过胺碘酮药物治疗并发室性心律失常的慢性心力衰竭患者时，联合采用厄贝沙坦药物治疗法，可以确保患者获得优质治疗，对缓解患者的心功能损伤有积极重要影响，从而有效阻止疾病进一步恶化，是临床安全性显著的联合治疗方案。

参考文献:

[1]郭娜. 慢性心衰合并心律失常患者行胺碘酮治疗对心功能的影响以及安全性分析[J]. 中国实用医药,2021,16 (36): 11-14.

[2]王妍. 胺碘酮联合厄贝沙坦治疗慢性心力衰竭合并心律失常的效果研究[J]. 中国现代药物应用,2020,14 (21): 145-147.

[3]尹亚娜. 胺碘酮对冠心病慢性心力衰竭患者室性心律失常的临床治疗分析[J]. 科学养生,2021,24 (4): 238.

[4]胡鹏里. 胺碘酮结合厄贝沙坦治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常的效果评估[J]. 心血管病防治知识,2020,10 (2): 29-31.

[5]任远. 对慢性心力衰竭合并心律失常患者联用胺碘酮和厄贝沙坦进行治疗的效果分析[J]. 当代医药论坛,2021,19 (4): 71-72.

[6]中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 慢性心力衰竭基层诊疗指南(2019年)[J]. 中华全科医师杂志,2019,18 (10): 936-947.

[7]中华医学会心电生理和起搏分会,中国医师协会心律学专业委员会. 2020 室性心律失常中国专家共识(2016 共识升级版)[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志,2020,34 (3): 189-253.

[8]李雅,赵文萍,冯惠平,等. 胺碘酮联合厄贝沙坦治疗慢性心力衰竭合并心律失常的临床效果[J]. 中国医药,2020,15 (1): 26-29.

[9]刘旭. 厄贝沙坦联合胺碘酮治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常的临床疗效分析[J]. 基层医学论坛,2019,23 (28): 4067-4068.

[10]朱金凤. 厄贝沙坦与胺碘酮治疗慢性心力衰竭伴心律失常的价值[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31 (8): 188-189.

[11]刘积伦,郭亚歌. 胺碘酮联合厄贝沙坦治疗心力衰竭合并心律失常的疗效及安全性[J]. 临床医学研究与实践,2018,3 (2): 26-27.

[12]刘君. 厄贝沙坦联合胺碘酮治疗慢性心力衰竭并发心律失常疗效[J]. 实用中西医结合临床,2019,19 (7): 12-13.

[13]曹一波. 厄贝沙坦联合胺碘酮治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常患者的临床效果[J]. 中国医药指南,2021,19 (32): 87-88.

[14]景国强,杨晓艳. 厄贝沙坦联合胺碘酮治疗老年心力衰竭并发心律失常效果及预后分析[J]. 临床军医杂志,2018,46 (3): 351-353.

胎肩新式分娩机转处理肩难产的施行效果分析

李庆梅 何文婵

广西钦州市第一人民医院 广西钦州 535000

摘要：目的：探究肩难产新式分娩机转处理肩难产的效果及安全性。方法： 选入 2017 年 1 月至 2019 年 12 月间本院分娩且行常规肩难产助产的 30 例患者为对照组。选入 2020 年 1 月至 2021 年 12 月间本院分娩时肩难产且行胎肩新式助产的 30 例患者为干预组。对比两组患者的不良事件发生率和危险因素。结果：干预组患者的助产工具使用率、技术失败率、新生儿锁骨骨折、新生儿臂丛神经损伤、新生儿窒息、产妇产会阴切开率、产后出血、会阴裂伤（III、IV 度）、产褥感染发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：运用胎肩新式分娩机转处理肩难产具有较高有效性和安全性，有效缩短产妇产时时间，改善母婴结局，降低母婴并发症的发生率。

关键词：胎肩新式分娩机转；肩难产；母婴结局

肩难产的传统定义指胎头娩出后，胎儿前肩被嵌顿在母体的耻骨联合上方，用常规助产方法不能娩出胎儿双肩^[1]。目前普遍认为，胎头胎体娩出时间间隔大于 1 min，或需要采取其他助产方法娩出胎肩时被定义为肩难产^[2-4]。肩难产是一种产科急症，虽然发生率不高，但是该病预测难度较大，大多为突然发生，如果处理不当或者处理不及时，有可能会造成产妇产道、会阴以及宫颈撕裂伤，甚至产后大出血；使得新生儿宫内窒息、臂丛神经损伤、锁骨骨折、出血或死亡^[5]。据相关数据统计显示，国外报道发生率为 1%，我国肩难产发生率 3%-5%^[6]，然而，随着人民生活水平的不断提高，近年来肩难产发生率也逐年提高^[7]。一旦发生后果严重，甚至可能危及产妇及新生儿的生命安全。为有效处理肩难产，改善母婴结局，我院采用胎肩新式分娩机转处理肩难产，取得较好的临床效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2017 年 1 月至 2019 年 12 月间常规肩难产助产的 30 例患者为对照组。年龄为 25-34 岁，均值（30.24±1.15）岁；体重为 46-85kg，均值（52.24±1.15）kg。将 2020 年 1 月至 2021 年 12 月间肩难产行胎肩新式助产的 30 例患者为干预组，年龄为 26-35 岁，均值（30.30±1.22）岁；体重为 47-86kg，均值（52.38±1.25）kg。经假设检验差异并无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①产妇产时时间≥37 周，新生儿体重≥ 2.5kg 或<4000kg；②选择阴道分娩；③胎儿胎头娩出后胎肩嵌顿 于耻骨联合上方,用常规助产方法不能娩出胎儿双肩。

排除标准：①胎儿异常、死胎、多胎妊娠和早产；②分娩中非病情因素自主选择退出或转为剖宫产者。本次研究依规定告知所有产妇并签署知情同意书，且获得笔者所在医院医学伦理委员会批准同意。

1.2 处理方法

1.2.1 对照组

采取常规屈大腿法处理肩难产，在助产士协助下让 产妇保持髋关节的过度屈曲，双手抱膝，尽可能使产妇产大腿贴 近腹壁并呈外展状态，以预留出更多可利用的骨盆径线，有助于顺利分娩，然后再实施常规的助娩前肩及后肩将胎儿成功娩出。

1.2.2 干预组

常规屈大腿法的基础上给与干预：当胎儿头部仰伸后形成龟缩感时，医师应对胎儿的胎背方向实施判别，然后让产妇将双腿抱起屈曲，大腿紧

贴腹壁，有利于提高耻骨弓，同时嘱咐助产士协助产妇产屈大腿，提醒产妇避免发生腹压现象。接产者将手由耻骨联合下缘伸入阴道，一手手指放在 胎儿前肩的肩胛后方，然后轻轻将其向胎儿胸部方向旋转，令前肩达至母 亲骨盆斜径方向入盆。另一手轻轻牵拉胎头，此时拨前肩手指进一步勾住腋窝，手同时协助胎儿完成旋转，娩出前肩。

插图

1.3 观察指标

观察患者的助产工具使用率、技术失败率、新生儿锁骨骨折、新生儿臂丛神经损伤、新生儿窒息、产妇产会阴切开率、产后出血、会阴 III 度或 IV 度裂伤、产褥感染等发生率。采用回顾性方法两组产妇产临床资料，分析汇总肩难产危险因素，收集资料包括孕前体质指数（body mass index，BMI）、年龄、孕期体质量增加值、此次娩出巨大儿、第二产程延长、最大加速期延长、肩难产病史、过期妊娠等。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析，计量资料以均数±标准差表示；计数资料样本率的比较采用 χ^2 检验，以 $p<0.05$ 为差异有统计学意义。差异有统计学意义的单因素，再纳入二分类 Logistic 逐步回归分析，通过计算其 OR 值及 95%可信区间，比较出独立危险因素，检验水准为 $p=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组产妇产时情况比较

干预组助产工具使用率及胎肩娩出时间明显低于对照组，差异均具有统计学意义（ $p<0.05$ ），详见表 1。

分组	例数	助产工具使用率		胎肩娩出时间
		胎头吸引	低位产钳	
干预组	30	1（3.33）	0	38.088±6.5499
对照组	30	6（20.00）	0	76.753±10.6599
χ^2	-	4.043	0	-5.108
P	-	0.044	0	0.000

2.2 两组患者的不良事件发生率比较

干预组患者的各项不良事件发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表 2。

表 1 两组患者的不良事件发生率比较[n/%]

分组	例数	技术失败率	新生儿锁骨	新生儿臂丛	新生儿窒息	产妇产会阴切	产后出血	会阴 III 度或	产褥感染
----	----	-------	-------	-------	-------	--------	------	-----------	------

			骨折	神经损伤		开率		IV 度裂伤	
干预组	30	0	0	1 (3.33)	1 (3.33)	2 (6.67)	0	3 (10.00)	1 (3.33)
对照组	30	6 (20.00)	5 (16.67)	7 (23.33)	7 (23.33)	9 (30.00)	4 (13.33)	11 (36.67)	6 (20.00)
χ^2	-	6.667	5.455	5.192	5.192	5.455	4.286	5.963	4.043
P	-	0.010	0.020	0.023	0.023	0.020	0.038	0.015	0.044

3 讨论

肩难产属于分娩期并不多见的并发症,其对母婴均造成较大的危害,易导致产妇出现产后出血、产道损伤等,对胎儿可造成各项并发症,甚至引发死亡。因此,临床针对肩难产应当要提前预防、有效处理。

目前临床常用的肩难产助产方法有:屈大腿法(McRobert法)和耻骨联合上方压前肩法、牵后臂改良式娩后肩法、Woods旋转法和Rubin法以及后来发展的四肢着床、锁骨折断娩出法、Zavanelli操作法、肌肉松弛等。

屈大腿法由于不直接接触胎儿,可作为肩难产处理的首选方法,可以解决40%-60%的肩难产^[8]。屈大腿法方法首先让助产士协助产妇尽可能的保持髋关节过度屈曲,让双大腿贴近腹壁并呈外展状态,从而促进耻骨联合向头端移动,降低骨盆倾斜度,使前凹的骶部变直,骶骨位置相对后移,骶尾关节变宽,有利于胎儿前肩松解,促进胎儿顺利入盆。临床实践发现,屈大腿法在一定程度上虽降低肩难产并发症发生率,但效果仍不够理想。据文献[9-11]报道,利用屈大腿法处理肩难产出现并发症的发生率为41%-46%。从本文结果来看,对照组新生儿并发症的发生率仍然较高。耻骨弓上加压法是屈大腿法的一个主要的辅助手法,操作时助手在耻骨弓后方向下推动嵌顿的胎肩以协助前肩娩出。

牵后臂法与Woods旋转法和Rubin法比较更安全、有效,有利于提高分娩结局。但牵后臂法在临床实施过程中也存在对操作者技术要求较高及其骨盆内部操作难度较大,容易造成产妇产道裂伤和新生儿损伤等不足;

“四肢着床”被认为是处理肩难产的一种安全、快速而有效的操作方法。但由于分娩常规采用截石位,如产妇从原有体位转为位,容易造成产妇疲劳、输液、胎心监护、硬膜外麻醉或持续导尿操作困难,也不利于医生的胎儿定向。而锁骨折断法、Zavanelli操作法、耻骨联合切开术等方法较为极端,家属难以接受,临床应用受到限制。目前临床常用的牵后臂娩后肩法、Woods法、屈大腿法等处理肩难产的效果并不够理想,从操作过程原理来看,这些处理方法着重通过营造空间、牵拉来帮助胎肩尽快娩出,需要助产士多次持续协助牵拉且不容易判断牵拉的理想时机,这容易导致母婴出现损伤,加大母体体力消耗,并发症发生率也增高,实践操作不够简便。

为了最大限度的降低为肩难产对于母婴造成的损害,现代学者通过大量理论研究和实践探索,提出了一种新型助产手段,以有效减低对于新生儿和产妇的损伤。正常的分娩情况是,胎儿借助产妇骨盆中

的耻骨、骶岬以及尾骨之间形成的螺旋的通道顺利娩出。但是如果为巨大儿则由于其双肩直径大会引发肩难产。我院采用的胎肩新式分娩机转,主要的原理是利用骨盆入口平面斜径大于前后径,再借鉴臀位助产方法双手勾住腹股沟,帮助胎臀娩出。接产医师将手由耻骨联合下缘伸入阴道,一手手指放在胎儿前肩的肩胛后方,然后轻轻将其向胎儿胸部方向旋转,令前肩达至母亲骨盆斜径方向入盆。另一手轻轻牵拉胎头,此时拨前肩手指进一步勾住腋窝,手同时协助胎儿完成旋转,娩出前肩。此方法一人可以完成,在紧急时可以挽救更多的胎儿,避免产伤的发生。

4 研究局限性

①本研究为回顾性研究,对研究过程中存在混杂因素控制力较弱,可能对研究结果产生影响;②研究无法准确判断臂丛神经损伤原因,可能损

伤来源于分娩过程中而非操作本身;③在新生儿窒息判断方面,Apgar评分有一定局限性,而肩难产持续时间也不是新生儿脑病或死亡的敏感独立预测因素^[16];④由于肩难产发生率较低,且具有不可预知性和紧急性,受道德约束,严格的随机对照试验较为困难。

5 小结

通过胎肩新式分娩机转处理肩难产,可以让胎儿快速顺利娩出,有效缩短产妇分娩时间,改善母婴结局,降低母婴并发症的发生率,缩短产妇及新生儿住院日,提高科室及医院的社会效益。运用胎肩新式分娩机转处理肩难产具有较高有效性和安全性,可一人完成,操作简便,容易掌握,无需特殊仪器设备,适用于大多数医院,推广应用的可行性较高。

参考文献:

- [1] 谢幸,孔北华,段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社,2018:202-203.
 - [2] Overland E, Vatten L, Eskild A. Pregnancy week at delivery and the risk of shoulder dystocia: a population study of 2014956 deliveries [J]. BJOG, 2014, 121 (1): 34-41.
 - [3] American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin No. 178: Shoulder Dystocia [J]. Obstet Gynecol, 2017, 129 (5): 123-133.
 - [4] Sentilhes L, Sénat MV, Boulogne AI, et al. Shoulder dystocia: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF) [J]. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2016, 203: 156-161.
 - [5] 陈朝霞. 屈大腿联合旋后肩法应用于肩难产的临床效果评估[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (03): 52-53.
 - [6] 金美容. 肩难产的高危因素、产程特点和对母婴结局的影响分析[J]. 中国医学创新, 2017, 14 (27): 136-138.
 - [7] 秦学伟, 丁慧. 肩难产的高危因素及其对母婴结局的影响[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29 (26): 4233-4235.
 - [8] Mahlmeister LR. (2008) Best practices in Perinatal nursing: risk identification and management of shoulder dystocia. Journal of perinatal and Neonatal Nursing 22 (2): 91-94.
 - [9] 栗娜, 李秋玲, 常靓, 等. 非巨大儿肩难产发生的高危因素及其临床预测 [J]. 中华妇产科杂志, 2015, 50 (1): 17-21.
 - [10] 王晓怡, 何玉甜, 钟梅, 等. 肩难产发生的危险因素和临床特征的多中心分析 [J]. 中华妇产科杂志, 2015, 50 (1): 12-16.
 - [11] 王海波, 高丽彩, 逯彩虹, 等. 初产妇分娩异常与肩难产的关系探讨 [J]. 中国妇幼保健, 2012, 27 (6): 824-825.
- 课题基金: 广西壮族自治区钦州市健康委员会自筹经费科研课题 合同编号 20201613。
- 作者简介: 李庆梅, 女, 汉族, 钦州市第一人民医院, 主任护师, 本科学历, 研究方向: 妇幼健康。

高原地区（西宁地区）胸腔镜手术过程中采用非气管插管保留自主呼吸麻醉方式的临床手术效果分析

刘志成

青海省心脑血管病专科医院麻醉科 青海西宁 810012

摘要：目的：探究采用非器官插管保留自主呼吸麻醉方式在高原地区胸腔镜手术效果。方法：选取2020年6月-2021年6月在我院进行胸腔镜手术的72例患者，将其分为两组，每组36例，对照组采用常规麻醉方式，观察组采用非器官插管保留自主呼吸麻醉方式。对比两组患者手术操作时间等指标；对比两组患者并发症概率；对比两组患者满意度情况。结果：观察组手术操作时间与对照组无显著差异（ $P>0.05$ ）；观察组术后苏醒时间低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组血氧饱和度比对照组有优势（ $P<0.05$ ）；观察组出现并发症概率低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组总满意度占比高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对于高原地区患者，实施胸腔镜手术阶段，采用非气管插管保留自主呼吸麻醉方式，能够改善患者血氧饱和度，提升满意度，患者苏醒时间缩短，此种麻醉措施具有安全性。

关键词：胸腔镜手术；非气管插管；自主呼吸麻醉方式

[Abstract]Objective: To explore the effect of thoracoscopic surgery at high altitude with non-organ intubation and spontaneous breathing anesthesia. Methods: Seventy-two patients who underwent thoracoscopic surgery in our hospital from June 2020 to June 2021 were selected and divided into two groups, with 36 patients in each group. The control group was given routine anesthesia, while the observation group was given spontaneous breathing anesthesia without organ intubation. The operation time and other indexes of the two groups were compared. Compare the probability of complications between the two groups; The satisfaction of the two groups was compared. Results: There was no significant difference in operation time between the observation group and the control group ($P>0.05$). The recovery time of the observation group was shorter than that of the control group ($P<0.05$). The oxygen saturation of observation group was superior to that of control group ($P<0.05$). The probability of complications in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$). The total satisfaction rate of the observation group was higher than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion: For patients in high altitude areas, during the stage of thoracoscopic surgery, the use of non-endotracheal intubation and spontaneous breathing anesthesia can improve the patient's blood oxygen saturation, enhance satisfaction and shorten the patient's waking time. This anesthesia measure is safe.

Key words: thoracoscopic surgery; Non-endotracheal intubation; Voluntary respiratory anesthesia mode.

前言：全麻下双腔气管插管单肺通气为胸腔镜手术发展提供基础，但是由于气管插管属于有创操作，呼吸机与人体正常呼吸存在差异，近些年来，为避免气管插管麻醉对患者造成的损伤，有研究分析保留自主呼吸状态下，对胸科手术的效果，但是在国内的研究较少，尤其对于一些高原地区，更加需要让患者在手术中，保持正常呼吸，避免手术和麻醉对患者造成不良反应，引发严重后果^[1-2]。基于上述因素，文章分析非气管插管保留自主呼吸麻醉方式的效果。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

选则2020年6月-2021年6月在我院进行胸腔镜手术的72例患者，随机将其分为两组，每组36例，男性患者18例，女性患者18例，年龄：20-70岁（ 45.0 ± 8.3 ）；对照组36例，男性患者17例，女性患者19例，年龄21-69岁（ 45.0 ± 8.0 ），对比两组一般资料，无显著差异， $P>0.05$ ，具有可比性。

纳入标准：（1）患者均为胸腔镜手术患者；（2）选择研究病例需要得到家属和患者同意。

排除标准（1）有慢性疾病患者；（2）精神疾病患者；（3）生活无法自理患者；（4）需要长期服用镇静药物。

1.2 研究方法

对照组采用常规麻醉方式，观察组采用非气管插管保留自主呼吸麻醉方式，在手术前期，需要做好准备工作，准备好各种仪器。以患者身体状况为基础，选择合适的静脉符合麻+喉罩麻醉，患者在手术前10分钟，添加丙泊酚（由宜昌人福药业有限公司生产，国药准字为H20054171）和瑞芬太尼（国药准字：H20054256，宜昌人福药业有限公司）。在手术过程中，医护人员需要了解患者生命体征，其中包含血压心率等，一旦患者出现异常状态，需要及时处理。在对患者麻醉阶段，丙泊酚的浓度在每毫升2微克左右，瑞芬太尼的浓度在每毫升3ng左右。同时还需要调整麻醉药物浓度，维持患者呼吸正常。

1.3 观察指标

- （1）对比两组患者苏醒时间和相关指标；
- （2）对比两组患者满意度（总满意度+非常满意+比较满意）；
- （3）对比两组患者出现并发症概率。

1.4 统计资料

SPSS26.0为统计软件，计量资料以 $[n(\%)]$ 与 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用t和 X^2 检验，计量资料以%表示，采用卡方检验，以 $P<0.05$ ，说明数据比较存在差异性。

2 结果

2.1 对比两组患者苏醒时间等指标

对比观察组与对照组苏醒时间等指标，观察组苏醒时间与血氧饱和度比对照组有优势（ $P<0.05$ ），两组患者手术操作时间无显著差异（ $P>0.05$ ）。

表1 两组患者苏醒时间和相关指标（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	苏醒时间（分）	手术操作时间（分）	血氧饱和度（%）
观察组	36	24.74±0.85	121.33±8.40	97.55±0.90
对照组	36	28.03±0.82	121.50±8.26	95.43±0.92
T	-	16.714	0.087	9.883
P	-	<0.001	0.931	<0.001

2.2 对比两组患者满意度

比较两组患者满意度，观察组总满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表2 两组患者满意度对比[n（%）]

组别	例数	非常满意	比较满意	不满意	总满意度
观察组	36	14(38.88)	20(55.56)	2(5.56)	34(94.44)
对照组	36	11(30.56)	16(44.44)	9(25.00)	27(75.00)
X^2	-	-	-	-	5.258
P	-	-	-	-	0.022

2.3 对比两组患者并发症概率

对比两组患者并发症概率，观察组并发症占比高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表3 对比两组患者并发症概率[n（%）]

组别	例数	胃肠道反应	肺部感染	干咳	并发症概率
观察组	36	0(0.00)	1(2.78)	0(0.00)	1(2.78)
对照组	36	3(8.33)	2(5.56)	4(11.11)	9(25.00)

（下转第61页）

耳内镜下鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎的效果及有效率分析

王飞龙

陕西省榆林市府谷县人民医院 陕西榆林 719499

摘要：目的：分析耳内镜下鼓膜置管术用于慢性分泌性中耳炎疾病救治的效果。方法：抽取本院收治的慢性分泌性中耳炎患者 96 例为此次试验观察对象，病例抽取时间自 2019 年 1 月~2021 年 12 月。按手术方式不同作分组处理，参照组（n=48）行耳内镜下穿刺术，观察组（n=48）行耳内镜下鼓膜置管术。组间比较其有效率、不良反应发生率、康复时间，及气导听阈、气骨导差、语音频率、听力障碍评分变化情况。结果：观察组患者救治总有效率 95.83% 高于参照组 77.08%，不良反应发生率 4.17% 低于参照组 18.75%，中耳积液消失时间、患耳分泌物消失时间、干耳消失时间均短于参照组，治疗后气导听阈、气骨导差、语音频率、听力障碍评分等项目值均低于参照组， $P<0.05$ 。结论：耳内镜下鼓膜置管术用于慢性分泌性中耳炎疾病救治，可提升救治有效率、降低不良反应发生率，促术后康复，并改善气导听阈、气骨导差、语音频率、听力障碍评分状况，效果显著。

关键词：耳内镜下穿刺术；耳内镜下鼓膜置管术；慢性分泌性中耳炎；有效率；不良反应

作为耳鼻喉科常见病之一，慢性分泌性中耳炎发病率较高，主要疾病症状为听力下降、中耳积液，直接影响患者生活、工作。临床救治以手术为主，耳内镜下骨膜穿刺术、耳内镜下鼓膜置管术为临床常用术式，均有一定的救治效果^[1-3]。此次研究即以耳内镜下骨膜穿刺术为对照，探究耳内镜下鼓膜置管术用于慢性分泌性中耳炎疾病救治的救治效果、不良反应、康复情况。

1. 资料和方法

1.1 临床资料

抽取本院收治的慢性分泌性中耳炎患者 96 例为此次试验观察对象，病例抽取时间自 2019 年 1 月~2021 年 12 月。抽取患者均符合慢性分泌性中耳炎疾病诊断标准，并经临床确诊，符合手术指征，同时排除存在手术禁忌症、于其他脏器方面存在功能障碍、不配合的患者。

此次试验抽取的 96 例慢性分泌性中耳炎患者按手术方式不同作分组处理，参照组（n=48）中，男性、女性患者例数之比为 25：23，患者年龄区间为 27 岁~64 岁，取均值为（43.36±3.25）岁，病程区间为 0.5 年~3 年，取均值（1.36±0.21）年；观察组（n=48）中，男性、女性患者例数之比为 27：21，患者年龄区间为 26 岁~65 岁，取均值为（43.43±3.21）岁，病程区间为 0.6 年~3 年，取均值（1.43±0.22）年。年龄、性别等基线项目方面，组间比较可知，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

参照组：耳内镜下穿刺术。取患者体位为健侧卧位，使患耳朝上，对耳外耳道作常规消毒、局麻处理，以 0 度耳内镜作操作，并对其耳内部、鼓膜内部作探查，对鼓膜表面作麻醉处理，以 1ml 注射器、短斜面 7 号穿刺针连接，并于鼓膜前下象限/后下象限作穿刺处理。后采用微型吸引器将积液吸净。若机体积液呈粘稠状，于穿刺孔上方再作一穿刺孔，以地塞米松冲洗，术后以消毒棉球对外耳道作封堵处理。

观察组：耳内镜下鼓膜置管术。取患者体位为健侧卧位，耳朝上，对耳外耳道作常规消毒、局麻处理，选用 10 耳内镜，于鼓膜前下象限/后下象限部位作一弧形切口，控制切口长度为 1~3mm。以微型吸引器对患者耳内部积液、鼓室内部积液作吸取处理。吸净后，以地塞米松对鼓室内部、中耳内部作冲洗处理，通过手术切口，于鼓膜内部置入硅胶骨膜通气管，术后以消毒棉球对外耳道作封堵处理。

1.3 评价指标

组间比较两组患者救治总有效率，以治愈、有效例数之和为总有效例数，其中若患者治疗后疾病症状完全消失，听力恢复正常，且临床检查结果恢复正常，视为治愈；若患者救治后听力、疾病症状、听阈较治疗前有明显改善，则视为有效；若患者救治后疾病症状、临床检查未见改善，视为无效。

组间比较两组患者不良反应发生率，以鼓室硬化、感染、鼓膜穿孔不愈为常见不良反应。

组间比较两组患者康复时间，即中耳积液消失时间、患耳分泌物消失时间、干耳消失时间。

组间比较两组患者治疗前、后气导听阈、气骨导差、语音频率、听力障碍评分变化情况。

1.4 数据处理

此次试验涉及项目数据采用 SPSS20.0 进行处理，计数项目数据以 n（%）表述，数据比较行 χ^2 检验；计量项目数据以（ $\bar{x}\pm S$ ）表述，数据比较行 t 检验。项目数据比较差异有统计学意义，则表现为 $p<0.05$ 。

2. 结果

2.1 组间比较两组患者救治总有效率

观察组患者救治总有效率 95.83% 高于参照组 77.08%， $P<0.05$ 。具体见下表。

表 1. 组间比较两组患者救治总有效率[n（%）]

组别	治愈	有效	无效	总有效率
参照组 (n=48)	17 (35.42)	20 (41.67)	11 (22.92)	37 (77.08)
观察组 (n=48)	21 (43.75)	25 (52.08)	2 (4.17)	46 (95.83)
X^2	-	-	-	7.2067
P	-	-	-	0.0073

2.2 组间比较两组患者不良反应发生率

观察组患者不良反应发生率 4.17% 低于参照组 18.75%， $P<0.05$ 。具体见下表。

表 2. 组间比较两组患者不良反应发生率[n（%）]

组别	鼓室硬化	感染	鼓膜穿孔不愈	总例数
参照组 (n=48)	3 (6.25)	4 (8.33)	2 (4.17)	9 (18.75)
观察组 (n=48)	1 (2.83)	1 (2.83)	0 (0.00)	2 (4.17)
X^2	-	-	-	5.0310
P	-	-	-	0.0249

2.3 组间比较两组患者康复时间

观察组患者中耳积液消失时间、患耳分泌物消失时间、干耳消失时间均短于参照组， $P<0.05$ 。具体见下表。

表 3.组间比较两组患者康复时间 ($\bar{x}\pm S,d$)

组别	中耳积液消失时 间	患耳分泌物消失 时间	干耳消失时间
参照组 (n=48)	11.56±1.96	30.25±4.32	36.25±3.12
观察组 (n=48)	8.01±1.23	21.36±4.12	30.25±3.05

表 4.组间比较两组患者治疗前、后气导听阈、气骨导差、语音频率、听力障碍评分变化 ($\bar{x}\pm S$)

组别	时间	气导听阈 (dB)	气骨导差 (dB)	语音频率 (dB)	听力障碍评分 (分)
参照组 (n=48)	治疗前	45.12±10.36	25.12±9.36	36.76±5.96	58.12±3.23
	治疗后	32.65±10.24	14.02±8.45	28.11±5.12	37.63±3.12
观察组 (n=48)	治疗前	45.32±10.27	25.23±9.31	36.69±5.87	58.32±3.54
	治疗后	21.36±8.45	6.58±3.12	20.35±3.45	22.34±3.15
T 治疗后		5.8917	5.7225	8.7081	23.8929
P 治疗后		0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

3. 讨论

分泌性中耳炎，为耳鼻喉科常见疾病，属中耳非化脓性炎症疾病，以听力下降、中耳积液为主要疾病症状，亦称之为渗出性中耳炎、粘液性中耳炎，直接影响患者的日常生活及工作。导致慢性分泌性中耳炎疾病的因素较多，多因咽鼓管阻塞所致中耳气体被黏液吸收，导致机体中耳呈负压状态，导致中耳黏膜静脉扩张、通透性增加，最终导致血清渗出并积聚于中耳内部，形成中耳积液^[4-6]。临床治疗性分泌性中耳炎以手术方式为主，以往以耳内镜下骨膜穿刺术较为常用，而近年耳内镜下鼓膜置管术因操作简便等优势，于临床推广应用。此次研究就此展开研究。

本文结果显示，观察组患者治疗总有效率高于参照组，不良反应发生率、康复时间及治疗后气导听阈、气骨导差、语音频率、听力障碍评分等项目值均低于参照组，P<0.05。即说明，较耳内镜下穿刺术，对慢性分泌性中耳炎患者开展耳内镜下鼓膜置管术的疗效、安全性、术后康复状况均更佳。分析原因可知，耳内镜下骨膜穿刺术以穿刺针头直接刺穿鼓室，并抽取中耳内部积液，对控制疾病症状有一定的效果，但该术式易损伤机体鼓膜，致使患者术后出现鼓室硬化、感染、鼓膜穿孔不愈等并发症，致使术后康复受影响^[7-9]。而耳内镜下鼓膜置管术，依据鼓膜切开术延伸发展，以一次性导管作鼓膜置管，逐步清除鼓室内积液，分期注入药物，可有效维持机体中耳内部气压平衡，且能够促机体咽鼓管功能恢复。另一方面，耳内镜下鼓膜置管术用于慢性分泌性中耳炎患者中，可有效抑制机体腺体、杯状细胞增生，进一步预防患者鼓室内出现过多液体，恢复机体纤毛运动，对于促术后康复以及改善患者气导听阈、气骨导差、语音频率、听力障碍情况有积极意义^[10-16]。

综上所述，对慢性分泌性中耳炎患者开展耳内镜下鼓膜置管术救治，提升救治有效率、降低不良反应发生率同时，可促术后康复，并改善气导听阈、气骨导差、语音频率、听力障碍评分状况，效果显著。

参考文献：

[1]武娟. 耳内镜下鼓膜切开置管术治疗慢性分泌性中耳炎临床分析[J]. 中国社区医师,2021,37 (32): 55-56.

[2]韦涛,马跃中,崔婷婷,等. 鼻内镜下咽鼓管球囊扩张术与鼓膜置管术治疗老年慢性分泌性中耳炎的效果比较[J]. 河南医学研究,2019,28 (6): 1023-1025.

[3]VAN-TRUONG PHAM, THI-THAO TRAN, WANG, PA-CHUN, et al. EAR-UNet: A deep learning-based approach for segmentation of

T	10.6289	10.3175	9.5274
P	0.0001	0.0001	0.0001

2.4 组间比较两组患者治疗前、后气导听阈、气骨导差、语音频率、听力障碍评分变化

治疗后，观察组气导听阈、气骨导差、语音频率、听力障碍评分等项目值均低于参照组，P<0.05。具体见下表。

tympanic membranes from otoscopic images[J]. Artificial intelligence in medicine,2021,115 (May): 102065.1-102065.12.

[4]黄丹远. 耳内镜下鼓膜置管术与穿刺术对慢性分泌性中耳炎的影响分析[J]. 数理医药学杂志,2020,33 (10): 1455-1456.

[5]周一凡. 鼻内镜下咽鼓管置管术与耳内镜下鼓膜切开置管术治疗慢性分泌性中耳炎患者的对比研究[J]. 哈尔滨医药,2019,39 (5): 426-427.

[6]Automatic detection of tympanic membrane and middle ear infection from oto-endoscopic images via convolutional neural networks[J]. Neural Networks: The Official Journal of the International Neural Network Society,2020,126384-394.

[7]苏娟,吉晓滨,谢景华,等. 耳内镜下鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎临床分析[J]. 中国医学创新,2017,14 (14): 92-95.

[8]刘章,王朝霞. 鼻内镜下咽鼓管置管术与耳内镜下鼓膜切开置管术治疗慢性分泌性中耳炎的效果研究[J]. 临床医学,2021,41 (3): 70-71.

[9]JERINA L. MACGEORGE, RACHEL A. SMITH, EMILY P. CALDES, et al. Toward Reduction in Antibiotic Use for Pediatric Otitis Media: Predicting Parental Compliance with “Watchful Waiting” Advice[J]. Journal of Health Communication,2017,22 (11): 867-875.

[10]姜伟. 耳内镜下鼓膜置管术与耳内镜下穿刺术治疗慢性分泌性中耳炎的效果比较[J]. 中国实用乡村医生杂志,2018,25 (3): 57-59.

[11]王桂安,王季,张建. 鼻内镜下咽鼓管置管术治疗老年慢性分泌性中耳炎临床效果[J]. 河南外科学杂志,2019,25 (3): 159-160.

[12]裴秋萍,李声岳,张燕平. 鼻内镜下咽鼓管球囊扩张术治疗老年慢性分泌性中耳炎患者的疗效[J]. 中国老年学杂志,2017,37 (17): 4364-4365.

[13]李永磊. 鼻内镜下咽鼓管球囊扩张术治疗老年慢性分泌性中耳炎患者的短期疗效[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31 (15): 3.

[14]罗轶, 阚丹, 周琦,等. 鼻内镜下咽鼓管置管术治疗老年慢性分泌性中耳炎临床效果[J]. 养生保健指南, 2020, (46): 46.

[15]魏文忠, 魏鑫. 鼻内镜下咽鼓管导管注药用于慢性分泌性中耳炎患者治疗中的临床效果[J]. 世界中医药, 2017, 12 (A01): 1.

[16]唐富强, TANG, Fuqiang,等. 鼻内镜下咽鼓管导管注药治疗慢性分泌性中耳炎患者效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11 (10): 2.

基于紧密型医联体模式对康复期老年脑卒中患者的延续性医疗照护的探索研究

徐友英 余家齐 陈娅欣 张婷

铜仁市职业技术学院 贵州省铜仁市 554300

摘要：目的：探讨基于紧密型医联体模式下，针对于康复期老年脑卒中患者提供的延续性照护对其生存质量的影响。为提高社区卫生服务中心服务能力，推动老龄友好型、个性化健康管理及医疗服务提供参考。方法：按照纳入标准，记录 60 例康复期老年脑卒中患者的基本数据如姓名、性别、年龄等，出院时填写脑卒中患者生存质量量表（SS-QOL），所得数据作为基线（对照）。出院后，基于紧密型医联体对康复期老年脑卒中患者提供延续性医疗照护，持续 3 个月后，重新填写脑卒中患者生存质量量表（SS-QOL），所得数据作为观察组，与对照组进行比较。结果：患者接受医联体模式下延续性医疗照护后，躯体运动功能、信息接收传递功能、自理能力、心理状态、社会家庭角色各方面均有显著提升（ $P < 0.05$ ）。患者生存质量总分也较出院时（基线/对照组）具有显著改善（ $P < 0.05$ ）。结论：紧密型医联体模式对康复期老年脑卒中患者提供延续性医疗照护后，能够提高患者健康行为依从性，提升患者生存质量的同时，也能使得乡镇卫生院、社区卫生服务中心具有相应的照护水平。该模式能够应用于康复期老年脑卒中患者，是一种行之有效的照护模式。

脑卒中又称“中风”，是一种急性脑血管病，是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致血液不能流入大脑而引起脑组织损伤的一组疾病，根据发病原因不同可分为缺血性脑卒中和出血性脑卒中。根据世界卫生组织的统计，脑卒中是最常见的死亡原因之一，且致死率高达 70%~85%，亦是导致残疾的主要原因^[1]。临床按其病程可分为超急性期（6h 以内）、急性期（两周左右）、康复期（6 个月内）以及后遗症期^[2]，是影响老年人健康寿命年的最主要病因。紧密型医联体以三级医院为指导，联合下属乡镇卫生院、社区卫生服务中心，促进医疗资源的合理分配，提高基层卫生服务中心的工作能力，更好地实施分级诊疗，满足人们的健康需求。本研究基于紧密型医联体模式，为康复期老年脑卒中患者提供个性化的延续性医疗照护方案，以期提高患者生存质量的同时，使得乡镇卫生院、社区卫生服务中心具有相应的照护水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究以铜仁市三级医院，铜仁市中医医院为指导，下属医联体单位（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）为试点，选取 2021 年 7 月至 2022 年 5 月，各医联体单位收治的康复期老年脑卒中患者 60 例（男 34 例，女 26 例），均符合纳入标准。患者年龄均处于 60 岁以上，平均 74.63±8.95 岁，从三级医院出院后，遵医嘱转入相应的下属乡镇卫生院、社区卫生服务中心。对患者脑卒中类型进行统计，可见缺血性脑卒中患者 40 例，出血性脑卒中患者 20 例；同时患者合患病症进行统计：16 人有高血压史，31 人有糖尿病史，1 人心血管疾病史。所有患者均经乡镇卫生院、社区卫生服务中心医学伦理委员会批准，患者均知情同意。记录患者出院时生存质量量表各项数据，作为基线（对照组），出院后给予紧密型医联体对康复期老年脑卒中患者提供延续性医疗照护，持续 3 个月后，重新填写脑卒中患者生存质量量表（SS-QOL），所得数据作为观察组。

1.2 方法

所有患者均给予常规治疗，包括降血压药物、降糖药物及心血管类药物，预防后续并发症的出现。各乡镇卫生院、社区卫生服务中心督促患者来院康复，针对不同患者情况制定个性化康复方案，循序渐进，从易到难，

增加患者依从性，使之坚持进行康复训练。

①半结构访谈：观察乡镇卫生院、社区卫生服务中心对老年脑卒中延续性医疗照护流程的同时，对患者、三甲医院医生、乡镇卫生院/社区卫生服务中心医生进行半结构化访谈，了解其对当前工作压力、医联体认知等方面的深层感受，记录铜仁市现阶段老年脑卒中患者治疗现存问题，针对性开展后续工作。②建立患者个人信息档案：相关工作人员对患者情况进行了解并记录，内容包括一般情况：姓名、性别、职业、文化程度、家庭月收入及是否共病等；③制定个性化康复诊疗方案：由碧江区中医院康复科团队组成指导小组，提供个性化延续性医疗照护指导，由各乡镇卫生院、社区卫生服务中心提供医疗照护服务，定期进行现场指导。个性化康复方案主要包括：肌力训练、关节活动度训练、吞咽训练等康复训练，结合蜡疗、神经肌肉电刺激等多种疗法，配合中医治疗，使用艾灸、针灸、穴位贴剂、穴位按摩等方式调节整体功能。根据患者个人情况，个性化制定康复方案，每天进行 1 次，连续训练 3 个月。④统计整理结果，汇总数据：发放并收集，脑卒中患者生存质量量表（SS-QOL），对所得结果进行汇总分析。

1.3 评价指标

本课题采用脑卒中生存质量量表（Stroke-Specific Quality of Life Scale, SS-QOL），随研究对象（老年脑卒中患者）对题目进行了一定修改，且为方便分析，本研究将量表中所有维度重新汇总归纳为 5 方面，即：躯体运动功能（活动能力、上肢功能）、信息接收传递功能（语言、视力）、自理能力、精神心理状态（精力、情绪、个性、思维）、社会家庭角色（家庭角色、社会角色）方面。问题选项从“完全困难”到“完全没有困难”各计 1 到 5 分，总分评估越高，表明患者生存质量越好。患者从三级医院出院时填写量表一次，收集各项数据，汇总整理作为基线（对照组），3 个月后，完成本阶段康复训练，再发放并收集该量表，收集各项数据，汇总整理作为观察组。对患者接受医联体模式下延续性医疗照护后的生存质量变化进行评估。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 分析软件对数据进行统计，计数资料采用 χ^2 检验进行分析，计量资料采用 t 检验进行分析， $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

患者接受医联体模式下延续性医疗照护后, 躯体运动功能、信息接收传递功能、自理能力、心理状态、社会家庭角色各方面均有显著提升

($P<0.05$)。患者生存质量总分也较出院时(基线/对照组)具有显著改善($P<0.05$)。见表 1。

表 1 患者接受医联体模式下延续性医疗照护后的生存质量变化

	躯体运动功能	信息接收传递功能	自理能力	精神心理状态	社会家庭角色	生存质量总分
对照组	17.50±6.04	18.00±6.12	9.29±3.87	33.04±9.88	9.08±3.83	95.54±22.69
观察组	40.44±13.27	31.30±10.29	18.33±5.58	45.48±12.57	21.22±7.07	171.15±51.42
P value	<.0001	<.0001	<.0001	0.0003	<.0001	<.0001

3 讨论

3.1 中国老年卒中现状

近年来, 随着中国老龄化的进程发展, 老年人群体愈加庞大, 第七次全国人口普查结果^[3]显示, 我国 60 岁及以上人口有 2.6 亿人, 65 岁及以上人口有 1.9 亿人。据中国死因检测数据集 2020 数据显示, 脑血管疾病仍是我国第三大死因, 死亡率高达 161.69/10 万^[4]。研究表明, 脑卒中与年龄有着显著相关性, 其年龄患病率在男性和女性中都随着年龄的增长而增加, 且农村居民的发病率明显高于城镇居民^[5]。

老年卒中患者由于机体功能衰弱, 在接受急性期治疗后仍然需要在康复期进行接受延续性医疗照护, 然而面对庞大的老年患者人群, 我国医药卫生事业存在多方面不足, 难以满足患者长期的延续性照护需求。因此, 家庭照护成为老年卒中患者后续护理和长期护理的主要提供者, 而由于家庭成员往往不具备老年健康照护的素养, 某种程度上增加了老年卒中患者患并发症、疾病恶化与共病的风险。

3.2 延续性医疗照护

老年人常因多种健康问题而面临住院, 完成急性期治疗后, 老年患者往往有急性期后的护理需求, 但因缺乏足够的延续性护理, 导致患者无法及时出院^[6], 造成医疗资源紧张。基于此种情况, 向老年患者提供急性期后的延续性护理, 具有至关重要的意义。

梁婉华^[7]等研究发现, 向低出生体重早产儿提供延续性照护, 能够显著促进患儿各方面发育。LE Weeks^[8]等研究发现, 延续性医疗照护可有效改善患者的预后情况, 减轻医疗费用负担。刘燕玲^[9]等发现, 向具有妊娠高血压的患者提供延续性照护, 可以有效帮助患者提升自我管理能力, 改善新生儿结局。综合来看, 延续性照护可以作为医疗系统的重要补充, 面对人口老龄化的挑战。

3.3 医联体建立的必要性

在《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》中, 强调了开展医联体建设的重要性和必要性。在贵州省《省卫生健康委省中医药管理局关于进一步加强医疗联合体规范管理的通知》及铜仁市《关于抓好 2020 年铜仁市医联(共)体重点工作的通知》中, 也都要求下属各区县应该加强医联体建设。

社区卫生服务中心与基层医院医生主要承担社区居民慢性疾病首诊、日常健康知识普及等工作, 与患者长期接触, 熟悉社区老年患者情况。社区卫生服务中心与三级医院联合, 由三级医院指导社区卫生服务中心对康复期老年卒中患者进行延续性照护, 降低老年卒中患者等慢性病患者的再入院率, 优化医疗资源使用结构, 更能促进医联体改革进程, 提高社区医院医疗与护理水平, 保证患者治疗后康复与照护完整性的同时, 并积极

响应国家政策。因此, 构建行之有效的医联体下康复期老年卒中患者延续性照护模式, 对于老年卒中患者等老年慢性病患者有着至关重要的作用, 对于医联体进程有积极作用。

4 课题支持

本研究来源于课题“基于医联体模式对康复期老年卒中患者的延续性医疗照护的探索研究”, 属于铜仁市 2021 年度第一批市级科技计划项目, 项目编号为铜市科研[2021]62 号。

参考文献:

[1]Hakan, Sarikaya, Jose, et al. Stroke prevention--medical and lifestyle measures[J]. European neurology, 2015.

[2]黄如训, 郭玉璞. 脑卒中的分型分期治疗(建议草案)[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2001, 27(001): 73.

[3]黄志华. 参照广州经验对南宁养老产业研究--基于第七次人口普查[J]. 环渤海经济瞭望, 2021(10): 3.

[4]中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心. 中国死因监测数据集. 2020[M]. 中国科学技术出版社, 2021.

[5]Wang Y J, Li Z X, Gu H Q, et al. China stroke statistics 2019: a report from the National center for healthcare quality management in neurological diseases, China national clinical research center for neurological diseases, the Chinese stroke association, National center for chronic and non-communicable disease control and prevention, Chinese center for disease control and prevention and Institute for global neuroscience and stroke collaborations[J]. Stroke and vascular neurology, 2020, 5(3).

[6]Landeiro F, Roberts K, Gray A M, et al. Delayed Hospital Discharges of Older Patients: A Systematic Review on Prevalence and Costs[J]. Gerontologist, 2017.

[7]梁婉华, 陈碧珠, 何润贞, 等. 延续性照护干预对低出生体重早产儿生长发育的影响[J]. 2021.

[8]Weeks L E, Barber B, Macdougall E S, et al. An exploration of Canadian transitional care programs for older adults[J]. Healthcare management forum / Canadian College of Health Service Executives = Forum gestion des soins de santé / Collège canadien des directeurs de services de santé, 2020, 34(3): 084047042097404.

[9]刘燕玲, 赖婷, 吴秀球, 等. 基于延续性照护理念的多模式干预对妊娠期高血压综合征患者血压管理效果的影响[J]. 哈尔滨医药, 2021.

初产妇盆腔器官脱垂影响因素分析及防治措施

张彩丽¹ 赵亚普² 安红梅¹ 范敬轩¹ 张蕊¹ 赵永民¹

1.保定市第二医院 产科 河北保定 071000; 2.保定市竞秀区妇幼保健院 产科 河北保定 071025

摘要:目的: 初产妇盆腔器官脱垂影响因素分析及防治措施。方法: 329 例研究对象为我院常规产检、建档并于 2021 年 1 月—2022 年 1 月生产的单胎初产妇, 对其进行问卷调查及盆底功能障碍性疾病的筛查。结果: Logistic 回归分析结果显示, 分娩方式是阴道前壁脱垂的影响因素 ($P<0.05$): 阴道分娩者较试产后剖宫产、择期剖宫产更易发生阴道前壁脱垂, 试产后剖宫产较择期剖宫产更易发生阴道前壁脱垂; 分娩方式是阴道后壁脱垂的影响因素 ($P<0.05$): 阴道分娩者较试产后剖宫产、择期剖宫产更易发生阴道后壁脱垂, 试产后剖宫产较择期剖宫产更易发生阴道后壁脱垂; Logistic 回归分析结果显示, 分娩方式、年龄均为子宫脱垂的影响因素 ($P<0.05$): 阴道分娩者较试产后剖宫产、择期剖宫产更易发生子宫脱垂, 试产后剖宫产较择期剖宫产更易发生子宫脱垂; 年龄越大更易发生子宫脱垂。结论: 分娩方式为初产妇出现阴道前壁、后壁脱垂的主要影响因素; 分娩方式及年龄为初产妇出现子宫脱出的主要影响因素, 初产妇剖宫产、择期剖宫产是盆腔器官脱垂的保护性因素, 年龄为子宫脱垂的危险因素。

关键词: 初产妇; 盆腔器官脱垂; 影响因素; 年龄; 防治措施

[Abstract]Objective: to analyze the influencing factors of pelvic organ prolapse in primipara and its prevention and treatment measures. Methods: 329 cases of primiparas with single fetus who were routinely examined and filed in our hospital and gave birth from January 2021 to January 2022 were investigated by questionnaire and screened for pelvic floor dysfunction diseases. Results: logistic regression analysis showed that the mode of delivery was the influencing factor of vaginal anterior wall prolapse (P ; The mode of delivery was the influencing factor of vaginal posterior wall prolapse (P ; Logistic regression analysis showed that delivery mode and age were the influencing factors of uterine prolapse (P ; The older the age, the more prone to uterine prolapse. Conclusion: the mode of delivery is the main influencing factor of vaginal prolapse in primipara; The mode of delivery and age are the main influencing factors of uterine prolapse in primiparas. Cesarean section and elective cesarean section are the protective factors of pelvic organ prolapse, and age is the risk factor of uterine prolapse.

【key words】 primipara; Pelvic organ prolapse; Influencing factors; Age; Prevention and control measures

阴道前壁膨出、阴道后壁膨出及子宫脱垂统称“盆腔器官脱垂”(pelvic organ prolapse, POP), 是各种原因导致的盆底支持组织薄弱、损伤, 盆腔器官下降移位所致的器官位置、功能异常疾病^[1]。POP 与尿粪失禁、慢性盆腔疼痛及性功能障碍等均为盆底功能障碍性疾病 (pelvic floor dysfunction, PFD)。我国已婚已育妇女中, POP 发病率大约为 3.4%~56.7%^[2]。各种原因导致的盆底肌肉损伤、盆底结缔组织松弛为 POP 主要发病机制。为充分了解初产妇发生 POP 的影响因素, 本研究对 2021 年 1 月—2022 年 1 月生产的 329 例单胎初产妇进行问卷调查、盆底功能障碍性疾病筛查, 旨在探究初产妇出现 POP 影响因素, 并提出针对性防治措施。

1 一般资料、方法

1.1 一般资料

329 例研究对象为我院常规产检、建档并于 2021 年 1 月—2022 年 1 月生产的单胎初产妇, 年龄 23~45 岁。纳入标准: 年龄≥22 周岁; 初产妇; 单胎。排除标准: 既往咳嗽史; 既往盆腔腔手术史、外伤史; 生产过程中使用产钳、抬头吸引助产; 合并妊娠高血糖、妊娠糖尿病等高危妊娠疾病。阴道分娩 188 例, 年龄 23~33 岁, 平均年龄 (26.1±3.0) 岁; 剖宫产 114 例, 年龄 27~45 岁, 平均年龄 (27.3±3.7) 岁; 试产后剖宫产 27 例, 28~36 岁, 平均年龄 (28.3±3.8) 岁。于产后 42 d 后, 内血性恶露干净后行盆底功能筛查

及问卷调查。

1.2 方法

盆底功能障碍性疾病筛查: 采用盆腔器官脱垂定量分度法。

盆腔器官脱垂影响因素分析: 采用问卷调查的方式对阴道前、后壁脱垂、子宫脱垂影响因素进行分析, 共发放问卷 340 份, 有效回收 329 份, 有效回收率为 96.76%; 纳入分析的因素包括年龄、孕晚期 BMI、分娩方式 (阴道分娩、择期剖宫产、试产后剖宫产)、新生儿体重。

1.3 统计学方法

使用 WPS office 进行数据采集, 使用 SPSS26.0 进行统计学分析、处理, 正态分布的计量资料使用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示、行 t 检验, 计数资料使用 n 、(%) 表示、行 χ^2 检验, 盆腔器官脱垂的影响因素分析采用二分类 Logistic 回归, 选用后退 Wald- χ^2 检验法进行分析。研究结果差异有统计学意义用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 阴道前壁脱垂的影响因素

Logistic 回归分析结果显示, 分娩方式是阴道前壁脱垂的影响因素 ($P<0.05$): 阴道分娩者较试产后剖宫产、择期剖宫产更易发生阴道前壁脱垂, 试产后剖宫产较择期剖宫产更易发生阴道前壁脱垂。见表 1。

表 1 阴道前壁脱垂的影响因素

影响因素	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald-χ^2</i>	<i>P</i>	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>
常模	4.219	0334	158.040	<0.001	68.110	-
阴道分娩 _a	-	-	60.969	<0.001	-	-
择期剖宫产	-2.761	0359	58.696	<0.001	0.062	0.030~0.127
试产后剖宫产	-1.770	0516	11.725	0.001	0.169	0.061~0.468

注: _a 为 Logistic 回归中以阴道分娩为参照。

Logistic 回归分析结果显示, 分娩方式是阴道后壁脱垂的影响因素 ($P<0.05$): 阴道分娩者较试产后剖宫产、择期剖宫产更易发生阴道后壁脱垂,

2.2 阴道后壁脱垂的影响因素

试产后剖宫产较择期剖宫产更易发生阴道后壁脱垂。见表 2。

表 2 阴道后壁脱垂的影响因素

影响因素	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald-χ²</i>	<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>95%CI</i>
常模	-1310	0.096	178.887	<0.001	0.267	-
阴道分娩 _a	-	-	50.941	<0.001	-	-
择期剖宫产	-2395	0349	46.521	<0.001	0.089	0.045~0.180
试产后剖宫产	-0.989	0382	6.673	0.010	0.368	0.174~0.786

注：_a为 Logistic 回归中以阴道分娩为参照。

2.3 子宫脱垂的影响因素

Logistic 回归分析结果显示，分娩方式、年龄均为子宫脱垂的影响因

素（ $P<0.05$ ）：阴道分娩者较试产后剖宫产、择期剖宫产更易发生子宫脱垂，试产后剖宫产较择期剖宫产更易发生子宫脱垂；年龄越大更易发生子宫脱垂。见表 3。

表 3 子宫脱垂的影响因素

影响因素	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald-χ²</i>	<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>95%CI</i>
常模	-0.734	0.497	2.171	0.140	0.479	-
年龄	0.037	0.018	4.124	0.039	1.038	1.002~1.079
阴道分娩 _a	-	-	48.283	<0.001	-	-
择期剖宫产	-0.952	0.137	47.615	<0.001	0.384	0.295~0.506
试产后剖宫产	-0.174	0.229	0574	0.447	0.839	0.536~1.320

注：_a为 Logistic 回归中以阴道分娩为参照。

3 讨论

3.1 分娩方式、年龄与 POP 的关系

在纳入研究的多种因素中，分娩方式、年龄均对 POP 发生产生影响。本次纳入研究的 BMI、新生儿体重等均与发现与 POP 相关性，随胎儿增长、羊水增多，子宫体积不断增大，生产时子宫重量约增加 20 倍，同时抬头对盆底肌肉、神经肌肉接头部分直接压迫、牵拉均可能造成盆底肌损伤^[3]；同时，阴道分娩过程中，盆底肌肉、神经受到极度牵拉，在肌肉组织极度伸展状态下，极易发生断裂，造成损伤。因此，妊娠、分娩过程对盆底肌肉、神经完整性均造成不同程度破坏，特别是阴道分娩这一分娩方式，为 POP 发生的危险因素；剖宫产可对盆底工鞣产生部分保护作用，可降低 POP 发生率。但值得注意的是，不可大量滥用择期剖宫产，该生产方式可能造成手术相关风险，需大量样本进行远期影响的研究。随年龄增加，卵巢功能、雌激素水平均呈下降趋势，盆腔组织内缺乏营养、血供支持，受到损伤后难以自行修复，极易发生子宫脱垂^[4]。在子宫脱垂多因素分析中，年龄为 POP 的危险因素，且年龄与 POP 发生率呈正相关。相关研究证实，初产妇发生子宫脱垂可能是由于生殖器发育不良所致，如产妇营养缺乏，则可能出现肌肉萎缩、盆腔内筋膜松弛等，难以为子宫提供支持作用。

3.2 POP 的三级预防

3.2.1 一级预防

本阶段为病因预防，应提高女性对进行盆底保健的意识及知识，加强妊娠期盆底肌肉锻炼。进行盆底肌肉锻炼可有效提升盆底血液循环、增加肌肉张力，减少骨盆内脂肪的沉积，可有效减少子宫脱垂、压力性尿失禁及产后性功能障碍的发生；对肥胖、吸烟及适应含有咖啡因类饮料等可能导致 PFD 的不良生活方式进行纠正，保持规律作息，增强运动量，避免进行可能增加腹压的体育运动；可进行如 Kegel 等盆底肌肉锻炼运动，有意识地进行肛提肌为主的盆底肌肉自主收缩性锻炼，可有效增强控尿能力、盆底肌肉能力；生产后进行母乳喂养，可一定程度上调节催乳素水平，对维持盆地胶原代谢、盆底组织形态及张力均可产生积极作用。

3.2.2 二级预防

二级预防主要针对发病早期患者，POP 治疗的目的主要为改善症状及提高患者生活质量。控制 PFD 发生率，可延缓 POP 发病年龄，可通过生物反馈电刺激、盆底功能训练联合的方式达到增强盆底肌肉张力、提高尿道功能的目的，且经上述治疗，PFD 发病率将得到一定程度的控制；再次妊娠的妇女为减轻再次妊娠可能形成的损伤，进行盆底功能康复训练十分必要。

3.2.3 三级预防

三级预防为发病晚期，多采取手术治疗的方式，但手术治疗风险、费用均较高，且存在复发可能性，对于所有 POP 手术，评估临床结局不仅要考虑手术是否成功，还应对手术后生活质量的改善作为判定手术是否成功标准，并应以患者感觉为主进行判断。

为切实有效提高女性生活质量，POP 预防应以一、二级为主，通过普及盆底肌健康相关知识，鼓励早期筛查及诊断，尽早进行盆底肌肉锻炼，均对 PFD 的发生具有预防、治疗作用。

综上所述，分娩方式为初产妇出现阴道前壁、后壁脱垂的主要影响因素；分娩方式及年龄为初产妇出现子宫脱出的主要影响因素，初产妇剖宫产、择期剖宫产是盆腔器官脱垂的保护性因素，年龄为子宫脱垂的危险因素。

参考文献：

[1]鲁永鲜.盆腔器官脱垂手术复发的预防与治疗[J].中国实用妇科与产科杂志,2022,38 (05): 495-499.
[2]林丽卿.产后盆腔器官脱垂的影响因素及其血清 miRNA-30d、miRNA-181a 的表达研究[D].福建医科大学,2018.
[3]王琳琳,朱敬云,任志欣,张海玲,吴艳荣.电针联合透灸治疗产后盆腔器官脱垂疗效观察[J].中国针灸,2020,40 (02): 157-161.
[4]茹鲜姑丽·库尔班,热汗古丽·库尔班.分析子宫脱垂患者发病相关因素[J].世界最新医学信息文摘,2018,18 (39): 34-35.

课题名称：保定市科技计划项目

课题编号 2041ZF204

MSCT 检查在食管癌术前 TNM 分期中的诊断效能分析

张勇

广元市中医医院放射科 四川广元 628000

摘要: 目的 分析 MSCT 检查在食管癌术前 TNM 分期中的诊断效能。方法 选取了 2017 年 3 月至 2019 年 8 月在本院接受治疗的 87 例食管癌患者作为研究对象,根据食管癌的 TNM 分期标准^[6]结合 MSCT 检查所得结果进行诊断分析;以病理检查为金标准,评估 MSCT 检查对食管癌术前 T、N、M 分期的诊断准确率。结果 以病理诊断为金标准,MSCT 检查对食管癌术前 T 分期诊断准确率为 66.67%;对 N 分期的诊断准确率为 68.97%;对 M 分期的诊断准确率为 91.95%。结论 MSCT 检查可清楚显示食管癌的影像学特点,并对肿瘤分期作出准确判断,为临床医师提供重要的参考。

关键词: 多层螺旋 CT; 食管癌; TNM 分期; 诊断效能

Diagnostic efficacy of MSCT examination in preoperative TNM staging of esophageal cancer

Zhang yong

Department of Radiology, Guangyuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangyuan 628000, Sichuan, China

[Abstract]Objective: To analyze the diagnostic efficacy of MSCT examination in preoperative TNM staging of esophageal cancer. Method: 87 patients with esophageal cancer who were treated in our hospital from March 2017 to August 2019 were selected as subjects. According to the TNM staging criteria of esophageal cancer, the results obtained by MSCT examination were combined for diagnosis and analysis. Pathological examination was used as the gold standard to evaluate the diagnostic accuracy of MSCT for preoperative T, N, and M staging of esophageal cancer. Results: Taking pathological diagnosis as the gold standard, the diagnostic accuracy rate of MSCT for preoperative T staging of esophageal cancer was 66.67%; the diagnostic accuracy rate for N staging was 68.97%; and the diagnostic accuracy for M staging was 91.95%. Conclusion: MSCT examination can clearly display the imaging features of esophageal cancer, and make accurate judgments on tumor staging, providing important reference for clinicians.

[Key words]: Multi-slice spiral CT; Esophageal cancer; TNM staging; Diagnostic efficacy

食管癌是指原发于食管黏膜上皮的恶性肿瘤,占有恶性肿瘤的 2%。多发于 50 岁以上的中老年人,男性发病率高于女性^[1]。我国是食管癌的高发地区之一,每年由于食管癌病死的患者约 15 万人。食管癌早期症状不明显,大部分患者来医院就诊已是中晚期^[2-3]。手术切除是临床上治疗食管癌的主要手段之一,手术切除的切除率与病变的部位和临床病理分期有很大的关系。所以早期诊断食管癌以及对患者术前分期做出准确的评估非常重要^[4]。影像学检查是临床上诊断食管癌的主要辅助方法。以 X 线钡餐和 CT 检查最为常见。但是 X 线钡餐只能观察食管内病变,存在不足。而 CT 扫描刚好弥补了这一点。尤其是随着多层螺旋 CT (MSCT) 的广泛应用,大大提高了食管癌的诊断率^[5]。而且对于食管癌术前诊断和术前分期都具有较高的价值。本组研究选取了 2017 年 3 月至 2019 年 8 月在本院接受治疗的 87 例食管癌患者作为研究对象,分析 MSCT 检查在食管癌术前 TNM 分期中的诊断效能。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取了 2017 年 3 月至 2019 年 8 月在本院接受治疗的 87 例食管癌患者作为研究对象。其中男性 50 例、女性 37 例,年龄 37-79 岁,平均 53.71 岁。纳入标准:(1)无其他严重疾病;(2)无过敏史;(3)临床资料完整。排除标准:(1)患有其他恶性肿瘤患者;(2)患有精神疾病患者;(3)严重肾功能不全者;(4)患者未签署知情同意书。

1.2 方法

检查仪器:美国 GE 64 排多层螺旋 CT。检查前排除患者身上所有影响扫描的金属异物,患者平躺于扫描床上,取仰卧位。扫描范围:自下颈部胸廓入口至胃底平面。扫描参数:管电压 120kV,管电流 210mA,扫描层厚为 5mm,螺距为 1.0,重建层厚 2mm。患者平躺于扫描床上,取仰卧位。扫描范围自下颈部胸廓入口至胃底平面,先进行平扫,平扫完成后利用高压注射器给患者注入 80ml 碘海醇进行增强扫描。

1.3 观察指标

根据食管癌的 TNM 分期标准^[6]结合 MSCT 检查所得结果进行诊断分析;以病理检查为金标准,评估 MSCT 检查对食管癌术前 T、N、M 分期的诊断准确率。

1.4 统计学方法

本研究数据均采用 SPSS18.0 软件进行统计分析,计量资料采用平均数±标准差($\bar{X} \pm s$)描述;计数资料通过率或构成比表示;以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 87 例患者手术病理情况

术后病理结果显示:鳞癌 53 例,腺癌 28 例,未分化癌 6 例。食管上段癌 22 例,食管中段癌 39 例,食管下段癌 26 例。87 例患者的 T 分期情

况如下:T1 期 12 例,T2 期 27 例,T3 期 30 例,T4 期 18 例。淋巴结分期:N1 期 32 例,为区域淋巴结侵犯阳性;N0 期 55 例,区域淋巴结侵犯阴性。远处转移:M0 期 75 例,为无远处转移;M1 期 12 例,为有远处转移。

2.2 MSCT 对食管癌术前 T 分期的准确性分析

以病理诊断为金标准,经 MSCT 检查 T1 期的准确率为 58.33%,T2 期的准确率为 44.44,T3 期的准确率为 73.33,T4 期的准确率为 94.44,对食管癌术前 T 分期诊断准确率为 66.67% (58/87),详情见表 1。

表 1 MSCT 对食管癌术前 T 分期的诊断准确率分析

病理检查	MSCT 检查				准确率 (%)	合计
	T1	T2	T3	T4		
T1	7	3	1	1	58.33	12
T2	3	12	8	4	44.44	27
T3	0	3	22	5	73.33	30
T4	0	0	1	17	94.44	18
合计	10	18	32	27	66.67	87

2.3 MSCT 对食管癌术前 N 分期的诊断准确率分析

MSCT 检查对 N0 期的诊断准确率为 72.73%,对 N1 期的诊断准确率为 96.88%,对 N 分期的诊断准确率为 68.97% (60/87),详情见表 2。

表 2 MSCT 对食管癌术前 N 分期的诊断准确率分析

病理检查	MSCT 检查		准确率 (%)	合计
	N0	N1		
N0	40	15	72.73	55
N1	1	31	96.88	32
合计	41	46	81.60	87

2.4 MSCT 对食管癌术前 M 分期的诊断准确率分析

MSCT 检查对 M0 期的诊断准确率为 69.33%,对 M1 期的诊断准确率为 68.97%,对 M 分期的诊断准确率为 91.95% (80/87),详情见表 3。

表 3 MSCT 对食管癌术前 M 分期的诊断准确率分析

病理检查	MSCT 检查		准确率 (%)	合计
	M0	M1		
M0	52	23	69.33	75

M1	4	8	66.67	12
合计	56	31	68.97	87

3 讨论

食管癌是消化道常见的一种恶性肿瘤，具有较高的病死率。食管癌早期发病比较隐匿，症状轻微且多为非特异性，常间歇、反复发作，易受饮食及情绪等因素的影响而被忽视^[8]。有研究显示，中晚期食管癌占全部病例 90%以上。中晚期食管癌生存率较低，不到 3%^[9]。所以，早期发现、早期诊断、早期治疗对食管癌患者非常重要，能有效改善患者的预后，提高生存率。

以往临床上常用于诊断食管癌的影像学方法有 X 线钡餐、内镜检查。X 线钡餐可观察食管癌病灶的部位、长度、梗阻程度等^[10]。内镜可以准确的判断病变的浸润深度和范围。但是这两种检查都不能对食管癌进行分期，特别是局部浸润的范围、是否有局部淋巴结转移、以及远处转移。CT 检查则可以弥补这些不足。随着 CT 技术的进步与发展，在常规 CT 的基础上研发出了 MSCT。MSCT 检查密度分辨率高，扫描范围大，可全方位的收集图像信息，进而可以了解到食管壁与邻近或周围器官的关系，食管癌病灶的大小、肿瘤外侵范围及程度。MSCT 扫描的时间短，拥有还有强大的后处理技术，可对图像进行三维重建，不仅提高了微小淋巴结的检出率，还可清晰显示淋巴结和周围气管、血管以及食管结构关系。并可测量食管壁的厚度。正常食管壁厚度不超过 5mm，若食管壁厚度超过 5mm，则提示有局部病变的可能，因为发生食管癌时，管壁成环形或不规则增厚。本组研究结果显示 MSCT 对食管癌术前 T 分期诊断准确率为 66.67%，对 N 分期的诊断准确率为 81.60%，对 M 分期的诊断准确率为 68.97%，与卢万里等^[11]研究结果相似。与病理结果一致性良好，能够准确的显示肿瘤体积的增加和邻近组织受累范围的增加以及淋巴结受累情况，为术前分期提供可靠的依据。

综上所述，MSCT 检查可清楚显示食管癌的影像学特点，并对肿瘤分期作出准确判断，为临床医师提供重要的参考。

参考文献：

(上接第 53 页)				
X ²	-	-	-	7.432
P	-	-	-	0.006

3 讨论

胸腔镜手术得到广泛发展，无法离开双腔气管插管的应用，采用传统的气管插管麻醉方式，通过对双腔管或者封堵器的应用，能够促使手术操作视野扩大，采用非气管插管技术，将患者胸膜打开之后，外界与胸腔形成的压力差，会造成医源性气胸，导致患者侧肺出现萎陷，手术要求得到满足^[3-4]。有大量报道显示，常规气管插管与人工气胸肺塌陷带来的效果并无显著差异。非气管插管方式与传统的插管方式相比较，使用麻醉药物量能够减少，患者膈肌功能得以保留，有利于患者自主呼吸的恢复，采用此种方法，与人体生理状态相符合，对于手术康复有重要意义。除此之外，由于没有正压通气，为了让医护人员手术视野更好，采用此种麻醉方式最佳。非气管插管属于新型技术，但是安全性还存在一些争议，主要焦点为手术刺激，会导致患者出现呛咳或者紧急状态的处理。通过保留患者自主呼吸，纵膈摆动能够产生，在手术过程中，需要牵拉肺组织，对迷走神经产生刺激，会导致患者出现呛咳，对于手术操作有严重不良影响，甚至引起患者大出血等不良现象，对患者生命健康产生严重威胁^[5-6]。

非气管插管保留自主呼吸麻醉，在胸腔镜手术中，让患者保持清醒状态，通过为患者局部麻醉，给予患者轻微镇痛，促使手术更具有挑战性，但是有大量资料显示，采用此种麻醉方式，能够促使患者受益更多，因此患者出现并发症概率会降低，患者神经、心肺、肌肉等生理状态得到维持，患者在手术和麻醉中受到的伤害也会减少，为患者提供了最好的手术麻醉方式，出现并发症概率也相对降低^[7-8]。在本次研究中，观察组手术苏醒时间，血氧饱和度等指标均比对照组有优势，同时观察组患者满意度占比高于对照组，并发症概率较低，最后 (P<0.05)，由此可以了解，实施非插管麻醉手术中，让患者能够保持自主呼吸，对于患者而言有重要意义。尤其对于一些高原地区，由于氧气含量较小，因此患者手术更加容易产生不良反应，因此让患者保持自主呼吸，医护人员密切关注患者身体状况，避免患者出现危险，促使手术能够顺利完成^[9-10]。在实施非插管麻醉患者中，

[1]耿惠, 张永红, 王玉强,等. 邢台山区食管癌饮食影响因素 366 例病例对照研究[J]. 预防医学情报杂志, 2017, 33 (7): 635-639.

[2]王建, 陈小芳, 钟训富,等. 2010-2014 年彭州市户籍人口恶性肿瘤发病与死亡分析[J]. 职业卫生与病伤, 2017, 32 (6): 345-350.

[3]赵卓敏, 黄旭东, 荆丽莉,等. 胸内吻合术联合胸腔镜食管癌根治术治疗食管癌的临床效果分析[J]. 保健医学研究与实践, 2016, 13 (5): 64-65.

[4]顾小波, 丛伟. 腔镜下食管癌根治术治疗高龄食管癌效果分析[J]. 实用医院临床杂志, 2016, 13 (1): 46-47.

[5]王锋. 食管癌患者术后或放疗后多排螺旋 CT 影像分析[J]. 实用医院临床杂志, 2016, 13 (2): 76-78.

[6]钟皓, 马荣, 弓磊,等. AJCC 第七版与第八版食管癌分期系统评估 II~III 期食管鳞状细胞癌患者术后预后价值的比较[J]. 中华外科杂志, 2017, 55 (12): 908.

[7]刘晓妮, 贺利霞, 蒋洁. EUS 联合 PET-CT 检查对食管癌术前 T、N 分期诊断的临床价值[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2018, 16 (12): 82-84.

[8]符永丰, 林吉兴, 贾伟,等. 术前血浆 D-二聚体水平及血小板计数与局部晚期食管鳞癌临床病理特征的关系[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17 (13): 2512-2516.

[9]张风光, 张宏凯, 李祥,等. 伪影校正技术联合自由呼吸放射状 K 空间填充方式的容积内插体部检查对可切除性食管癌术前 T 分期的价值[J]. 中华放射学杂志, 2017, 51 (2): 114-118.

[10]马跃峰, 邢鑫, 孔冉冉,等. 食管癌术前超声内镜 T、N 分期与术后病理 T、N 分期的比较[J]. 现代肿瘤医学, 2018, 26 (21): 67-70.

[11]卢万里, 黄壮士. 增强 CT 在食管癌术前分期及切除可行性的价值[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2017, 15 (7): 85-87.

作者简介: 张勇, 1973.05, 男, 四川省广元市朝天区, 汉族, 本科, 副主任医师, 研究方向: 放射诊断。

在手术阶段，采用自主通气状态，患者会出现纵膈扑动等应激反应，因此对手术操作人员有较高要求，

综上所述：在实施胸腔镜手术过程中，采用非气管插管保留自主呼吸模式，能够减少患者出现并发症概率，同时患者苏醒时间缩短，血氧饱和度和维持正常，因此在临床上值得被应用推广。

参考文献：

[1]张欢欢, 孟璐, 姚晶曼,等. 胸椎旁神经阻滞复合保留自主呼吸的非气管插管麻醉在胸腔镜手术中应用的临床分析[J]. 现代医学, 2022, 50 (01): 70-74.

[2]丁艺, 林雅丽, 蔡元春. 保留自主呼吸的非气管插管麻醉在电视胸腔镜手术中的应用及研究进展[J]. 吉林医学, 2021, 42 (06): 1493-1495.

[3]马维江, 王高俊, 欧阳询,等. 非气管插管保留自主呼吸麻醉在电视胸腔镜手术中应用效果的 Meta 分析[J]. 山东大学学报 (医学版), 2020, 58 (12): 29-37.

[4]蔡东妙, 王庆祥, 汪海松. 胸椎旁置管阻滞复合保留自主呼吸的非气管插管麻醉在胸腔镜手术中的应用[J]. 中外医学研究, 2020, 18 (29): 144-146.

[5]刘亮亮, 徐宁, 胡友洋,等. 保留自主呼吸非气管插管麻醉电视胸腔镜手术的研究进展[J]. 临床肺科杂志, 2020, 25 (03): 462-465.

[6]李凯, 杨亮亮, 刘仲祥,等. 保留自主呼吸的非气管插管麻醉在胸腔镜手术中的应用进展[J]. 中国实验诊断学, 2019, 23 (11): 2028-2031.

[7]朱少金, 鲁美静, 王斌,等. 非气管插管麻醉保留自主呼吸下单孔胸腔镜手术临床报道[J]. 皖南医学院学报, 2019, 38 (05): 462-464.

[8]莫毅洁, 陈观得, 于美钢,等. 超声引导肋间神经阻滞在非气管插管胸腔镜手术中的应用效果研究[J]. 现代医药卫生, 2019, 35 (17): 2640-2642.

[9]官喜龙, 徐静, 李茵,等. 胸椎旁置管阻滞复合保留自主呼吸的非气管插管麻醉在胸腔镜手术中的应用[J]. 实用临床医学, 2019, 20 (08): 30-33.

[10]程成, 刘怡婷, 陈飞宇,等. 自主呼吸非气管插管胸腔镜手术的研究进展[J]. 解放军医学杂志, 2019, 44 (05): 440-445.

cTnI, BNP 及心肌酶谱联合检测诊断急性冠脉综合征的价值及准确性分析

王建洪

青县中医医院 河北沧州 062650

摘要: 目的: 针对急性冠脉综合征, 采用血浆心肌肌钙蛋白 (cTnI)、血清脑钠肽 (BNP)、心肌酶谱进行共同检测, 观察其临床价值及准确性。方法: 选取我院 2021 年 2 月到 2022 年 2 月以胸痛、胸闷为症状收治的患者, 研究组为确诊为急性冠脉综合征患者, 人数共计 40 例, 另外 40 例在冠状动脉造影检查后, 确诊为其他疾病患者, 设为参照组。对两组患者的 cTnI 指标、BNP 指标、心肌酶谱指标展开对比, 应用即时检验 (POCT) 法观察其之间的差异。结果: 入院时, 和参照组相比, 研究组患者 cTnI、BNP、CK-MB、CK、AST、LDH 浓度呈更高水平, 数据间均有显著差异 ($P < 0.05$); 治疗时间结束后, 研究组患者 cTnI、BNP 浓度呈更高水平, 然而两组 CK-MB、CK、AST、LDH 浓度相比于参照组, 无明显差异 ($P > 0.05$); 治疗时间结束后, 相比于入院时, 研究组患者 cTnI 测定值、BNP 测定值比入院时呈更高水平, 数据间均有显著差异 ($P < 0.05$)。结论: 针对急性冠脉综合征, 应用联合检测诊断, 如 cTnI 检测、BNP 检测、心肌酶谱检测具有良好效果, 应用即时检验 (POCT) 法方便快捷, 对于患者诊断疾病类型、严重程度有着积极意义, 临床值得大力应用。

关键词: cTnI; BNP; 心肌酶谱; 联合检测; 急性冠脉综合征; 价值; 准确性

急性冠脉综合征 (ACS) 表现为发病急、疾病变化快, 属于一种急性心肌梗死综合征^[1]。引起 ACS 出现的主要原因在于冠状动脉激发血栓异常, 或形成粥样硬化斑块破裂。在急诊科, 对 ACS 进行诊断时, 通常对患者的临床表现、血生化标记物、心电图等结合分析后进行判断。然而这种方式的弊端在于, 患者被误诊、漏诊率较高, 占比 4% 左右^[2]。所以, 临床需要找寻一种快速、准确的方式进行诊断, 同时判断患者的危险程度, 才有利于为患者提供恰当的治疗方式和药物, 避免错过最佳治疗时间。冠状疾病患者, 如心肌出现损害, 会在其血液中发现 cTnI、BNP、心肌酶谱。由此可知, 通过对血浆浓度的测定, 可了解到冠脉疾病的具体类型、程度, 从而提高诊断率^[3]。POCT 法效果明显, 对于 cTnI、BNP 和心肌酶谱浓度的检验具有快速、准确的作用, 临床逐渐被广泛应用。为此, 本文纳入 80 例相关患者, 对其治疗前后的 cTnI、BNP 和心肌酶谱浓度变化进行检测, 具体过程总结如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2021 年 2 月到 2022 年 2 月以胸痛、胸闷为症状收治的患者, 研究组为符合急性冠脉综合征临床诊断患者^[4], 人数共计 40 例^[4]。研究组患者, 男性 18 例, 女性 22 例, 最小年龄 32 岁, 最大年龄 80 岁, 经计算其平均值为 (56.11 ± 0.45) 岁, 另外选取 40 例早我院接受治疗的, 主要症状为“胸闷、胸痛、呼吸困难”, 在冠状动脉造影检查后, 确诊为其他疾病患者, 共计 40 例, 作为参照组, 男性 21 例, 女性 19 例, 最小年龄 30 岁, 最大年龄 80 岁, 经计算其平均值为 (55.01 ± 0.33) 岁。对本次 80 例患者都给予冠状动脉造影检查。把合并性疾病患者、存在炎症感染患者、结缔组织病变患者等排除。比较 80 例患者一般信息, 无明显差异 ($P > 0.05$)。开展本次试验前, 要让患者和其家属享有知情权, 同时经由我院医院伦理委员会做出批准后, 方可进行。

1.2 方法

使用锐普荧光干式定量分析仪器和其相配套的试剂盘, 采购于瑞邦生物医学有限公司。

采血方法: 进入医院一个小时内, 对 80 例患者进行静脉血采集; 治疗十天后, 再对 80 例患者进行静脉血采集。测量指标和相关数据如下, 定量测定肌钙蛋白 (cTnI) 浓度、脑钠肽 (BNP) 浓度, 含量测定心肌酶谱指标, 包括肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 浓度、肌酸激酶 (CK) 浓

度、天门冬氨酸转移酶 (AST) 浓度、乳酸脱氢酶 (LDH) 浓度。

标本检测具体方式如下: 对 cTnI、BNP 进行检测, 通过 POCT 方法, 在试剂盘中的样品孔中加入样品使用微量加样器, 检测结果在 15 分钟后得出, 阴性: cTnI 低于 $< 0.16 \text{ ng/mL}$; BNP 参考值范围根据患者年龄, 存在较大差异, 年龄低于 75 岁的, BNP 低于 125 ng/L , 年龄大于等于 75 岁的患者, BNP 低于 450 ng/L ^[5]。

检测心肌酶谱相关指标: 主要包括肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 浓度、肌酸激酶 (CK) 浓度、天门冬氨酸转移酶 (AST) 浓度、乳酸脱氢酶 (LDH) 浓度, 采用定量测定的方式获得本次试验结果。正常值判定范围, CK 大于 30 U/L , 小于 225 U/L , CK-MB 大于 0 U/L , 小于 25 U/L , LDH 大于 313 U/L , 小于 618 U/L , AST 大于 17 U/L , 小于 59 U/L ^[6]。

1.4 统计方法

将研究中所涉数据均有效录入 SPSS22.0, 针对计量资料施以表述时, 通过 ($\bar{x} \pm s$) 进行, 经 t 检验对结果予以获取, 针对计数资料施以表述时, 通过 (%) 进行, 经 χ^2 检验对结果获取, $P < 0.05$ 意味着数据间有显著比较价值。

2. 结果

2.1 对比两组患者 cTnI、BNP、心肌酶谱指标水平

就两组患者 cTnI 指标、BNP 指标、CK-MB 指标、CK 指标、AST 指标、LDH 指标展开比较。从表 1 得, 表 2 得, 和参照组患者相比, 研究组患者在入院时其 cTnI 指标、BNP 指标、CK-MB 指标、CK 指标、AST 指标、LDH 指标明显呈更高水平, 数据具有显著差异 ($P < 0.05$); 实施治疗 10d 后, 对两组患者进行相关指标进行测定, 和参照组患者测定值相比较, 研究组患者 cTnI、BNP 浓度呈较高水平, 数据间有明显差异 ($P < 0.05$), 然而比较两组患者 CK-MB、CK、AST、LDH 浓度, 无显著差异 ($p > 0.05$)。实施治疗 10d 后, 和入院时相比, 研究组患者 cTnI、BNP 浓度明显呈下降趋势, 具有显著差异 ($P < 0.05$), 同时 CK-MB 指标、CK 指标、AST 的浓度都恢复到了正常水平, 相比于治疗前, 具有显著差异 ($P < 0.05$); 实施治疗 10d 后, 参照组患者 cTnI、CK-MB 相比于治疗前无显著差异 ($p > 0.05$), 和入院时的测定值进行比较, BNP 测定值、CK 测定值、AST 测定值、LDH 测定值具有显著差异 ($P < 0.05$), 其所有指标水平, 在治疗前后都在正常值内。

表 1. 两组患者 cTnI、BNP 指标比较 [n (%)]

组别	时间	例数	cTnI	BNP (ng/L)
----	----	----	------	-----------------------

(ng/mL)				
研究组	治疗前	40	8.26±1.42	592.56±35.89
	治疗后	40	2.41±0.82	281.31±25.91
	t ₀		15.346	12.342
	P ₀		<0.05	<0.05
参照组	治疗前	40	0.061±0.01	235.56±29.01
	治疗后	40	0.058±0.01	145.89±26.78
	t ₁		0.945	10.932
	P ₁		<0.05	<0.05
	T ₂		28.561	15.457
	P ₂		<0.05	<0.05

表 2.两组患者心肌酶谱水平变化 [n (%)]

组别	时 间	例数	CK (U/L)	CK-MB (U/L)	LDH (U/L)	AST (U/L)
研究组	治前	40	425.26±64.42	81.89±12.89	657.34±71.98	126.32±25.67
	治后	40	72.41±27.82	16.31±7.91	240.67±41.88	50.11±12.89
	t ₀		27.126	30.013	18.456	15.672
	p ₀		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
参照组	治前	40	85.56±19.12	14.45±8.34	168.45±20.34	22.21±7.12
	治后	40	59.45±13.98	14.89±6.78	192.67±28.95	40.67±16.78
	t ₁		10.245	0.542	8.451	4.562
	P ₁		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05
	T ₂		0.8456	0.632	0.783	0.924
	P ₂		<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3. 讨论

临床上，急性冠脉综合症主主要包括两种，不稳定型心绞痛、急性心肌梗死。该类患者主要表现为胸痛、恶心、气促、头晕，部分患者属于无明显表现，或者无无症状。通常情况下，诊断该病是根据患者的临床症状、心电图等，由于疾病疾病较快，导致漏诊、误诊的情况经常出现^[7]。作为冠心病急诊，急性冠脉综合征有着极高的发病率、死亡率，并且近年来一直都在增长。漏诊、误诊不利于患者进行及时治疗，无法保证其预后。据报道，早期鉴别 ACS 与其他疾病，早期判定 ACS 患者的危险程度，有利于减少该病出现，在降低死亡率有着积极意义。

心肌酶谱主要包括以下四种：LDH、CK、CK - MB、AST，一旦急性冠脉综合征患者，有胸痛、胸闷情况时，会增加其心肌酶谱水平，最灵敏的为 CK- MB，患者发作 5h 左右，血清 CK - MB 活性开始上升，不超过 24h 会到达高峰^[8]。一般情况下，对急性心肌梗死进行判定，其依据为以 CK-

MB 是否超过 CK 总活性的 10、3，从而对急性冠脉综合征进行有效诊断。肌钙蛋白（cTnI）可对钙离子、肌动蛋白上 ATP 酶活性发挥良好调节功能，然后对肌球蛋白、肌钙蛋白之间进行有效控制。如果有心肌受损情况出现，则 cTnI 敏感性和之前相比更高，在 2h 内对血液进行检测，可发现大量 cTnI 复合物存在于其中，同时维持 7d 左右。报道称，cTnI 指标的提升，严重影响着病死率，cTnI 越高，说明了其预后更加不良，所以可将其作为判定急性冠脉综合征的重要指标^[9]。BNP 主要来源于心室存储、分泌，一旦心脏压力增大、容量负荷过重，会使得室壁的压力提升，对心肌产生牵拉作用，最终升高血清脑钠肽浓度。急性冠脉综合征患者，BNP 测定值不在正常范围内，BNP 浓度越高，意味着患者病变范围更为广阔，疾病程度更加严重。所以，可以将 BNP 看做是衡量 ACS 患者预后的重要指标。当冠脉疾病患者出现心肌受损情况，在血液中发现 cTnI、BNP、心肌酶谱，可以通过这些测定值对冠脉疾病、严重程度、治疗效果等进行有效判定。过去，通过常规实验室至少要一小时才能得出结果，因此无法尽快对患者进行有效治疗。及时检验法（POCT）证实对该方法的弥补，检测步骤简单、易操作，更为快速高效，对各项指标检测的准确率更好。本文结果显示，入院时，和参照组相比，研究组患者 cTnI 测定值、BNP 测定值、CK-MB 测定值、CK 测定值、AST 测定值、LDH 测定值呈更高水平，数据间均有显著差异（P<0.05）；治疗结束后，研究组患者 cTnI、BNP 浓度和参照组相比呈更高水平，然而两组 CK-MB 测定值、CK 测定值、AST 测定值、LDH 测定值相比于参照组，无明显差异（P>0.05）；治疗结束后，研究组 cTnI 测定值、BNP 浓度比入院时呈更高水平，数据间均有显著差异（P<0.05）。

综上所述，将 cTn、IBNP、心肌酶谱联合检测应用于诊断急性冠脉综合征患者取得了良好成效，通过即时检验（POCT）法，效率更高，结果准确性更高，有利于诊断患者的疾病类型、严重程度，值得临床应用。

参考文献：

[1]赵乐. cTnI, BNP 及心肌酶谱联合检测诊断急性冠脉综合征的价值[J]. 中国卫生工程学, 2020, 19 (3): 2.

[2]陈四梅, 田映雪, 古文鑫. 血清心肌酶谱、肌钙蛋白 I、肌红蛋白与脑钠肽的联合检测对临床诊断急性心肌梗死的意义[J]. 中国实用医药, 2020, 15 (18): 3.

[3]李宏谦. 超敏 C-反应蛋白、肌钙蛋白 I、脑钠肽联合检测在急性冠脉综合征诊断中的价值分析[J]. 首都食品与医药, 2020, 27 (5): 2.

[4]吴丽霞, 仝鸣, 仝智浩. 血清心肌酶谱和 BNP 与 MYO 以及 cTnI 联合检测对急性心梗的诊断价值分析[J]. 当代医学, 2020, 26 (8): 3.

[5]张云帆. 血浆肌钙蛋白 I、心肌酶谱、脑钠肽在胸部恶性肿瘤患者放射性心脏损伤诊断中的作用[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (21): 3.

[6]李雄伟, 董俊丽. 心肌肌钙蛋白 I 心肌酶谱及血清脑钠肽检测在急诊心力衰竭者早期诊断及病情严重程度评估中的应用[J]. 实用医技杂志, 2020, 27 (5): 3.

[7]牛诗琼, 邓绍团, 林雪萍, et al. 可溶性 ST2、hs-cTnI、NT-pro BNP 水平与急性冠脉综合征诊断及 PCI 术后预后评估相关性分析[J]. 吉林医学, 2021, 42 (2): 4.

[8]Alcalai R , Varshisky B , Marhig A , et al. Assessing the Performance of a Novel Point-of-Care Qualitative Assay for Early Diagnosis of Acute Coronary Syndrome[J]. Cardiology, 2020, 146 (1): 1-8.2020.

[9]Baroni S , Gabrielli M , Ferrigno F , et al. Lack of utility of CK-MB in combination with troponin I for the diagnosis of acute coronary syndrome[J]. Internal and Emergency Medicine, 2020, 15 (25) .

吞障碍筛查在机械通气患者拔管后的应用研究的可行性报告

伍楚尧 程锦萍

广宁县人民医院脑科 广东广宁 526300

摘要：目的：探究于机械通气患者拔管后选用吞障碍筛查量表实施评估干预的可行性。方法：本次研究所选取的对象均为我院 ICU 接收的机械通气患者，将 2020 年 4 月-2020 年 12 月作为本次研究时间段，从中选取符合研究标准的患者 30 例，于随机数字表法基础上执行分组操作，有 15 例患者归至对照组，于气管插管拔管遵医嘱予进食护理；15 例患者归于观察组，选用标准吞咽功能评估量表在患者拔管后进行评估，依据评估结果进行摄食管理。对纳入两组中人员 ICU 入住时间，干预期间出现吸入性肺炎、再插管及死亡例数进行统计，并对干预前及干预 7d、14d、21d 的营养指标进行测定。结果：统计发现观察组患者 ICU 入住时间更短，且干预期间出现吸入性肺炎、再插管，以及死亡例数更少，相关指标的组间对比结果有差异存在 ($P < 0.05$)。在营养指标测定方面，于干预前两组患者的营养指标测定结果并无差异 ($P > 0.05$)，于干预后不同时间段内观察组营养指标测定结果波动不大，而对照组呈现出下降趋势，且血清清蛋白的组间对比出现差异 ($P < 0.05$)，但血红蛋白的组间对比并无差异 ($P > 0.05$)。结论：于机械通气患者拔管后选用吞障碍筛查量表实施评估干预可为后续营养干预提供科学指导依据，降低吸入性肺炎等不良时间的出现，间接性促进患者康复。

关键词：吞障碍筛查；机械通气；拔管后护理；可行性

ICU 中所收治的患者多为危急重症患者，且多需要进行机械通气治疗，而在机械通气拔管后，患者极易出现吞咽障碍问题，如不能予以及时有效的控制和干预，则可能导致营养支持难以维持，甚至可能导致吸入性肺炎等不良范式出现，影响预后，提高致死率^[1-2]。基于此，对机械通气拔管患者实施及时有效的吞咽功能障碍评估至关重要，可为后续相关护理干预工作的开展提供可靠参考，最大限度的降低吞咽掌握所带来的不良影响，改善患者机体状态，为促进患者康复提供保障^[3-4]。于此背景下，我院于 2020 年开始于该类患者干预管理中融入吞咽功能评估量表，效果显著。现本次研究选取 2020 年 4 月-2020 年 12 月我院 ICU 接收的机械通气患者 30 例，在分组后分别予以常规进食干预措施及融入吞咽功能评估量表的干预措施，并对干预效果差异实施对比分析，做如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究所选取的对象均为我院 ICU 接收的机械通气患者，将 2020 年 4 月-2020 年 12 月作为本次研究时间段，从中选取符合研究标准的患者 30 例，于随机数字表法基础上执行分组操作。15 例患者归至对照组，男性与女性的例数比值为 8/7，年龄均已满 32 周岁、不足 68 周岁，均值 (57.03 ± 8.69) 岁，其中有 3 例因急性呼吸衰竭入院 ICU 行机械通气治疗、有 6 例因心力衰竭、有 2 例因外伤、有 4 例因外科手术；15 例患者归于观察组，男性与女性的例数比值为 9/6，年龄均已满 31 周岁、不足 70 周岁，均值 (56.89 ± 8.70) 岁，其中有 2 例因急性呼吸衰竭入院 ICU 行机械通气治疗、有 7 例因心力衰竭、有 1 例因外伤、有 5 例因外科手术。获取资料对比结果发现并无明显区别 ($P > 0.05$)，推测后续获取资料数据均有可比性。注：研究启动之前已送至伦理委员会接受审核，并在通过后正式投入。

纳入标准：(1) 纳入研究人员均已实施机械通气不低于 48h，且非禁食人员；(2) 意识清晰，且与其家属对研究相关内容知情、认可，并愿意自行参与配合，于上述基础上签订知情愿意书。

排除标准：(1) 气管插管拔除后无法进行正常经口进食；(2) 气管拔管前已存在肺部感染问题；(3) 气管拔管前已存在吞咽功能障碍。

1.2 方法

在两组纳入研究患者气管插管拔除后，对照组主要是遵医嘱予以常规饮食护理干预，而观察组则需要于进食前实施吞咽功能评估，如评估结果显示患者能够正常吞咽，则正常予以常规饮食干预；如有吞咽功能障碍问题，则需要依据吞糊试验结果对患者的食物粘稠度进行合理调整，确保患者能够正常进食。

对于吞咽功能评估量表内容及吞糊试验，具体如下：

需要准备具-5ml 茶匙 1 把、刻度水杯 1 个、杯中装温开水 50ml、压舌板、指脉氧夹（有心电监护者不用准备），凝固粉。

(1) 听：患者发音的音质是否混浊。

(2) 看：静止状态唇是否歪斜；唇沟、颊沟是否变浅；有无流涎；指导患者伸舌、缩舌以及用舌头围绕唇周运动，观察舌头运动是否灵活；用棉签刺激腭弓，观察是否有呕吐反射出现。

(3) 反复吞唾液：患者采用坐姿或抬高床头 45°，口腔内干燥可用注射器抽 5 毫升水分多次湿润口腔，检查者将手指放在患者的喉结及舌骨处，让其尽量快速反复吞咽，喉结和舌骨随着吞咽运动，越过头指，向前上方移动再复位，确认这种上下运动，下降时刻即为吞咽完成时刻，观察在 30S 内患者吞咽的次数和动度。判断标准：反复吞唾液试验各年龄段每 30 秒通过次数：18-45 岁 6 次；46-55 岁 5 次；56-64 岁 4 次；65 岁以上 3 次。

(4) 快速饮水试验：用 5ml 茶匙连续喝 5 次，最后将 25ml 喝完。判断标准：1 级：能顺利地 1 次将水咽下；2 级：分 2 次以上，能不呛咳地咽下；3 级：能 1 次咽下，但有呛咳；4 级：分 2 次以上咽下，但有呛咳；5 级：常发生呛咳，难以全部喝完。

(5) 若进行快速饮水试验为 3 级的患者，进一步进行糊餐试验，糊餐调配方法：2 勺凝固粉+150ml 水 = 中杰；1 勺凝固粉+100ml 水 = 小杰；2.5 勺凝固粉+150ml 水 = 特杰。试验方法：首先调配成中杰糊餐，每次用 5ml 汤勺喂患者，在喂的过程中，观察病人是否出现吞咽困难的状况；若中杰糊餐通过，则调成小杰继续用 5ml 汤勺喂患者，若患者无吞咽困难症状，证明患者无吞咽障碍，可经口进食；若中杰糊餐不通过，则调配成特杰糊餐，继续用 5ml 汤勺喂患者，若患者无吞咽困难症状，可拔除胃管，给予患者与特稠性状一样的食物，；若特杰糊餐不通过，则留置胃管。

1.3 观察指标

对纳入两组中人员 ICU 入住时间，干预期间出现吸入性肺炎、再插管及死亡例数进行统计，并对干预前及干预 7d、14d、21d 的营养指标（本次研究以血清清蛋白、血红蛋白为准）进行测定。

1.4 统计学方法

于研究中数据资料的处理选取 SPSS 25.0，依据特征归至计量、计数两种，各类呈现形式不同，前者经均数±标准差 ($\bar{X} \pm s$) 显现、后者经百分率 $n/(\%)$ 显现；对数据的客观校对方式不同，前者以 t 值为准、后者以 χ^2 值为准；各类最终评估标准一致，均以 P 值是否 < 0.05 作为标准，是则有统计学意义，否则无统计学意义。

2 结果

2.1 组间相关干预效果指标对比

如下表 1：观察组患者 ICU 入住时间更短，且干预期间出现吸入性肺炎、再插管，以及死亡例数更少，相关指标的组间对比结果有差异存在（ $P < 0.05$ ）。

表 1 组间相关干预效果指标对比（ $\bar{X} \pm s, h$ ）

组别	例数	ICU 入住时间
观察组	15	113.71±19.25
对照组	15	137.26±21.98
t	-	3.122
P	-	0.004

表 1（续） 组间相关干预效果指标对比[n/（%）]

组别	例数	吸入性肺炎发生率	再插管发生率	死亡发生率
观察组	15	1（6.67）	0（0.00）	0（0.00）
对照组	15	7（46.67）	5（33.33）	4（26.67）
χ^2	-	6.136	6.000	4.615
P	-	0.013	0.014	0.032

2.2 组间不同时间段营养指标测定结果对比

在营养指标测定方面，于干预前两组患者的营养指标测定结果并无差异（ $P > 0.05$ ），于干预后不同时间段内观察组营养指标测定结果波动不大，而对照组呈现出下降趋势，且血清清蛋白的组间对比出现差异（ $P < 0.05$ ），但血红蛋白的组间对比并无差异（ $P > 0.05$ ）。

表 2 组间不同时间段营养指标（血清清蛋白）测定结果对比（ $\bar{X} \pm s, g/L$ ）

组别	例数	干预前	干预 7d	干预 14d	干预 21d
观察组	15	40.49±2.87	40.57±2.75	40.81±2.88	40.56±2.77
对照组	15	40.05±3.62	38.55±2.17	37.99±2.02	37.84±2.71
t	-	0.369	2.233	3.105	2.718
P	-	0.715	0.034	0.004	0.011

表 2（续） 组间不同时间段营养指标（血红蛋白）测定结果对比（ $\bar{X} \pm s, g/L$ ）

组别	例数	干预前	干预 7d	干预 14d	干预 21d
观察组	15	129.87±7.70	130.071±7.28	130.24±6.89	130.11±6.33
对照组	15	130.03±7.23	129.79±7.92	129.41±6.98	129.12±7.85
t	-	0.059	0.101	0.328	0.380
P	-	0.954	0.920	0.746	0.707

3 讨论

危重患者受自身疾病因素、治疗因素，以及其他医源性因素，比如气管插管等，极易导致吞咽功能出现异常，临床中将其称为 ICU 获得性吞咽障碍^[5]。该种吞咽障碍的出现多与插管导致声门区解剖结构改变、黏膜炎症反应，以及口咽喉部肌肉长期不活动有一定关联^[6]。

据相关调查研究结果显示，有超过 44% 的机械通气患者在拔管后会出現吞咽功能障碍，并且多数患者会因此而引发吸入性肺炎等不良事件，需要再插管，使得患者住院治疗时间延长；也会导致患者出现进食恐慌，拒绝摄入食物，最终引发营养不良；甚至还会导致患者生命安全受到威胁，

最终死亡^[7]。而当前临床中对该类患者的进食护理多是遵医嘱进行常规护理干预，并没有标准客观的吞咽功能评估等措施，使得整体护理干预效果并不理想^[8]。若能够在机械通气患者拔管后予以吞咽功能评估，则可及早发现患者是否存在拔管后的吞咽功能障碍，进而及时对摄食做出整改，选取更有效的方式予以营养支持，即维护了患者的营养状态，也能够降低各类不良事件的发生^[9-10]。

本次研究针对在机械通气患者拔管后是否选用吞障碍筛查量表的干预效果差异实施对比分析，经资料数据整理发现：观察组患者 ICU 入住时间更短，且干预期间出现吸入性肺炎、再插管，以及死亡例数更少，相关指标的组间对比结果有差异存在（ $P < 0.05$ ）。在营养指标测定方面，于干预前两组患者的营养指标测定结果并无差异（ $P > 0.05$ ），于干预后不同时间段内观察组营养指标测定结果波动不大，而对照组呈现出下降趋势，且血清清蛋白的组间对比出现差异（ $P < 0.05$ ），但血红蛋白的组间对比并无差异（ $P > 0.05$ ）。分析上述结果出现的原因，在机械通气患者拔管后实施吞咽功能评估，能够对患者胃管拔除时机予以可靠的参考，同时也能够予以肠内或肠外营养支持更客观的评价，使得营养支持效果增强，间接性改善患者的机体状态^[11]。除此以外，有创机械通气患者也是当前临床实施营养支持的重要群体，在吞咽功能评估量表的指导下，可实现对该类患者的及时有效摄食干预，不仅确保了患者营养状态的维持，也能够降低营养支持期间不良事件的出现，提高治愈率，降低致死率^[12]。

综合上述讨论分析可知，于机械通气患者拔管后选用吞障碍筛查量表实施评估干预可为后续营养干预提供科学指导依据，降低吸入性肺炎等不良时间的出现，间接性促进患者康复。

参考文献：

[1]郭凡,王明明,邹圣强. ICU 气管插管病人拔管后吞咽障碍的危险因素分析与预测模型建立[J]. 护理研究,2020,34（19）: 3424-3428.

[2]胡英莉,蔡梦歆,史冬雷. 机械通气患者拔管后吞咽障碍发生率及影响因素的 Meta 分析[J]. 中华现代护理杂志,2019,25（17）: 2158-2163.

[3]林平泽,李爱娟,黄丽璇. 气管插管患者拔管后获得性吞咽障碍的研究进展[J]. 东南国防医药,2019,21（01）: 79-83.

[4]杨凤玲,饶婷,梁林丽,等. 吞咽试验联合吞咽障碍筛查在机械通气拔管后病人经口进食中的应用效果[J]. 全科护理,2020,18（14）: 1722-1724.

[5]叶齐威. 实施肠内营养耐受评估标准化流程管理对气管切开长期机械通气患者院内感染的影响[J]. 中国乡村医药,2020,27（04）: 7-8.

[6]李杰,刘士立,尹月秋,等. 拔管后吞咽障碍对 ICU 内机械通气老年患者预后的影响[J]. 临床急诊杂志,2020,21（05）: 389-392.

[7]成冲,李慧慧,郎春霞. 卒中后吞咽障碍患者发生误吸的影响因素及预防措施[J]. 临床护理杂志,2019,18（05）: 20-23.

[8]杜姣,陈玉琴,段迎. ICU 获得性吞咽障碍的危险因素及护理措施研究进展[J]. 护理研究,2018,32（10）: 1527-1530.

[9]余超. 肺康复训练对慢性阻塞性肺疾病急性加重期行有创机械通气患者的治疗效果[J]. 临床医学研究与实践,2020,5（20）: 34-37.

[10]王芳,姚志清,陈璐,季翠玲. 后颅窝肿瘤手术机械通气患者拔管后吞咽障碍的早期识别和康复护理[J]. 护理学杂志,2018,33（09）: 12-14+29.

[11]童迪敏,沈蔚,徐玲丽,郑泽琼. 急性脑血管病机械通气患者拔管后吞咽障碍的危险因素分析[J]. 现代实用医学,2017,29（07）: 875-877.

[12]万娜,王艳玲,张春艳,等. ICU 患者获得性吞咽障碍发生现状及危险因素分析[J]. 中国护理管理,2018,18（11）: 1467-1471.

课题项目：肇科（2020）26 号（项目编号：202004031325）

布托啡诺在无痛胃肠镜检查中的麻醉效果观察

杨兰 通讯作者

重庆三峡医药高等专科学校附属医院 404100

摘要：目的：分析布托啡诺在无痛胃肠镜检查中的麻醉效果。方法：选取2020年5月至2021年5月期间在我院行无痛胃肠镜检查的患者118例，简单随机法分组，共2组，即观察组（n=59）和对照组（n=59）。对照组患者应用芬太尼进行麻醉，观察组患者应用布托啡诺进行麻醉。结果：两组患者的意识消失时间，无明显差异， $P>0.05$ ；观察组患者的入睡时间、苏醒时间，均显著短于对照组， $P<0.05$ 比较差异有统计学意义；观察组患者的VAS评分，显著小于对照组， $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。两组患者检查前的HR、 SpO_2 、SBP、DBP值，均无明显差异， $P>0.05$ ；观察组患者检查时及苏醒后10min时的HR、 SpO_2 、SBP、DBP值，均显著优于对照组， $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。两组患者检查前和检查后的MMSE评分，均无明显差异， $P>0.05$ 。观察组患者的呼吸抑制、呛咳躁动、眩晕、呕吐等发生率（11.86%），显著低于对照组（33.90%）， $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。结论：在无痛胃肠镜检查中应用布托啡诺实施麻醉，可获得理想的麻醉效果，且对患者的生命体征影响较小，麻醉相关并发症风险较低，不会对患者的认知功能产生影响，有较高的临床应用价值。

关键词：布托啡诺；无痛胃肠镜检查；麻醉效果；生命体征；认知功能；不良反应

当前，随着胃肠道疾病发病率的不断升高，使得胃肠镜检查的应用越来越广泛^[1]。但在对患者实施胃肠镜检查的过程中，中需要插入胃镜，从而对患者的胃黏膜、食管产生较大的刺激^[2]。因此，在检查过程中，会引起患者产生较大的不适感，不仅影响患者的检查顺利程度，同时也会造成患者恐惧胃肠镜检查，产生不良心理情绪，从而影响患者的检查效果^[3]。临床针对如何优化胃肠镜检查，减轻患者的不适感，改善其舒适度，促使患者顺利完成检查方面进行了深入的研究和探索。基于这一需求，临床开展了无痛胃肠镜检查，在借助麻醉药物的基础上，使患者进入浅睡眠状态，在这样的状态下实施操作，可使患者的疼痛感、不适感得到有效的减弱，使其检查耐受性更好，不仅能够提升检查效率和质量，同时减轻了由于侵入性操作引起的强烈不适感而诱发的机体印尼国际反应，使并发症风险得到了有效的控制^[4]。无痛胃肠镜检查以其显著的临床优势得到了广泛的推广和应用，但对于无痛胃肠镜检查过程中，如何选择麻醉药物，就成为了当前面临的一个重要问题^[5]。布托啡诺是一种阿片受体激动-拮抗剂，不仅具有良好的镇痛效果，且对呼吸循环的抑制作用较小，胃肠道反应较轻^[6]。本文就对布托啡诺在无痛胃肠镜检查中的麻醉效果进行了分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年5月至2021年5月期间在我院行无痛胃肠镜检查的患者118例，简单随机法分组，共2组，即观察组（n=59）和对照组（n=59）。观察组59例患者，男23例，女36例，年龄23-65（41.65±6.12）岁；体质质量指数17.53-26.28（23.28±2.41）kg；ASA分级包括I级32例、II级27例。对照组59例患者，男25例，女34例，年龄22-66（41.38±6.27）岁；体质质量指数17.46-26.19（23.31±2.38）kg；ASA分级包括I级31例、II级28例。两组患者的组间基础资料，无明显差异 $P>0.05$ 。

纳入标准：①临床诊断需行无痛胃肠镜检查的患者；②自愿行无痛胃肠镜检查的患者；③心功能分级I-II级的患者；④可进行正常沟通的患者。

排除标准：①存在无痛胃肠镜检查禁忌症的患者；②对麻醉药物存在过敏的患者；③合并胃潴留、上消化道大出血的患者；④合并严重的心、肺、肾等功能不全的患者；⑤需进行胃镜下治疗的患者；⑥合并精神疾病、认知功能障碍的患者。

1.2 方法

两组患者在麻醉前，均取左侧卧位，使用鼻导管给氧，氧流量控制在3-5L/min。在右上肢为患者建立静脉通路，严密监测其生命体征的变化情况，并做好相应的急救准备。对照组患者应用芬太尼（宜昌人福药业有限责任公司，国药准字H42022076）进行麻醉，芬太尼1μg/kg，静脉注射。30s后给予丙泊酚（广东嘉博制药有限公司，国药准字H20084457），丙泊酚2mg/kg，以40mg/10s的速度静脉注射。在检查中，根据患者的刺激反应，检查时间，合理追加丙泊酚，以获得满意的麻醉效果，追加量控制在

0.3-0.5mg/kg。观察组患者应用布托啡诺（江苏恒瑞医药股份有限公司，国药准字H20020454）进行麻醉，布托啡诺20μg/kg，静脉注射。30s后给予丙泊酚，丙泊酚的使用剂量和方法与对照组相同。

1.3 观察指标

1.3.1 麻醉效果

以意识消失时间、入睡时间、苏醒时间、疼痛程度等指标，评价患者的麻醉效果，其中的疼痛程度以视觉模拟评分法（VAS）进行评估，得分在0-10分，0分表示无痛，10分表示剧烈疼痛，得分与患者的疼痛程度呈正比。

1.3.2 生命体征

分别在无痛胃肠镜检查前、检查时和麻醉苏醒10min时，检测患者的心率（HR）、血氧饱和度（ SpO_2 ）、收缩压（SBP）和舒张压（DBP）。

1.3.3 认知功能

分别在无痛胃肠镜检查前、检查后3h，应用简易智力状况评估表（MMSE）对患者的认知功能进行评估，评价项目主要包括定向力、即刻记忆力、短时记忆力、注意力、计算力、语言复述和理解、阅读等30个项目，总分30分，得分越高则表明患者的认知功能越好，当得分低于21分则可判断为认知功能障碍。

1.3.4 不良反应

统计患者无痛胃肠镜检查期间的呼吸抑制、呛咳躁动、眩晕、呕吐等发生率。

1.4 统计学方法

本次研究所得数据全部纳入SPSS21.0的Excel表中，计量数据（ $\bar{X} \pm S$ ）进行t检验；计数数据（%）进行 χ^2 检验，检验水平 α 为0.05。

2 结果

2.1 两组患者的麻醉效果比较

两组患者的意识消失时间，无明显差异， $P>0.05$ ；观察组患者的入睡时间、苏醒时间，均显著短于对照组， $P<0.05$ 比较差异有统计学意义；观察组患者的VAS评分，显著小于对照组， $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。见表1：

表1 两组患者的麻醉效果比较

组别	意识消失时间（s）	入睡时间（s）	苏醒时间（min）	VAS评分（分）
观察组（n=59）	44.57±7.14	25.03±4.08	8.37±2.15	1.07±0.31
对照组（n=59）	45.62±5.98	33.56±5.79	12.55±2.32	2.22±0.57
t	0.6482	6.6528	7.1736	9.6592

P >0.05 <0.05 <0.05 <0.05

2.2 两组患者检查期间的生命体征指标比较

两组患者检查前的 HR、SpO₂、SBP、DBP 值，均无明显差异，P>0.05；

表 2 两组患者检查期间的生命体征指标比较

组别	HR（次/min）			SpO ₂ （%）			SBP（mmHg）			DBP（mmHg）		
	检查前	检查时	苏醒后 10min	检查前	检查时	苏醒后 10min	检查前	检查时	苏醒后 10min	检查前	检查时	苏醒后 10min
观察组（n=59）	78.38±8.06	74.09±8.03	78.36±8.52	97.49±2.06	95.43±2.69	97.32±2.11	142.68±15.01	135.13±12.82	141.11±14.52	80.48±9.79	73.46±7.79	79.35±8.03
对照组（n=59）	78.13±8.21	71.31±8.06	74.93±7.05	97.44±2.18	94.11±2.35	95.35±1.98	142.06±15.29	130.35±13.25	136.15±12.08	80.76±9.46	68.18±8.68	75.06±8.72
t	0.3582	3.8173	4.8492	0.2451	5.6382	9.2081	0.4472	4.0732	4.1259	0.3185	6.3793	5.6581
P	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者的认知功能比较

两组患者检查前和检查后的 MMSE 评分，均无明显差异，P>0.05。见表 3：

表 3 两组患者的认知功能比较（分）

组别	检查前	检查后 3h
观察组（n=59）	29.38±0.32	29.27±0.38
对照组（n=59）	29.44±0.23	29.19±0.51
t	0.0623	0.0564
P	>0.05	>0.05

2.4 两组患者的不良反应发生率比较

观察组患者的呼吸抑制、呛咳躁动、眩晕、呕吐等发生率（11.86%），显著低于对照组（33.90%），P<0.05 比较差异有统计学意义。见表 4：

表 4 两组患者的不良反应发生率比较

组别	呼吸抑制	呛咳躁动	眩晕	呕吐	总发生率
观察组（n=59）	0	1	3	3	7（11.86）
对照组（n=59）	7	3	6	4	20（33.90）
X ²					5.3162
P					<0.05

3 讨论

无痛胃肠镜检查指的是在借助麻醉药物的基础上，使患者进入浅睡眠状态，然后使用放大几十倍的监视器，对胃肠道内的情况进行观察的一种检查手段。借助无痛胃肠镜检查能够对患者的食管、胃、肠道黏膜病变进行直接观察，能够提高微小病变的检查准确度，便于及时发现胃肠道疾病^[7]。且具有安全快速、检查后恢复较快的优势。

相比普通胃肠镜检查，无痛胃肠镜检查最大的区别就在于，检查前通过对患者静脉注射麻醉药物，达到特定的麻醉程度后，再进行检查，这不仅能够提升患者的检查舒适度，同时能够提升检查的安全性^[8]。而无痛胃肠镜检查的时间较短，通常保持在 3-10min。鉴于这一特性，无痛胃肠镜检查需选择起效快、代谢快、术后舒适度高的麻醉药物^[9]。

丙泊酚是门诊全麻患者最常用的一种麻醉药物，该药物具有良好的镇静效果，但镇痛效果并不理想，且单独应用存在一定的呼吸抑制风险。因此，临床常常将丙泊酚与其他麻醉药物进行联合应用，以取得安全而理想的麻醉效果^[10]。其中最常联合应用的麻醉药物就是芬太尼，二者复合使用，虽然能够获得理想的镇痛镇静效果，但芬太尼能够与中枢阿片 u₂ 受体结合，会产生呼吸抑制作用，麻醉安全性并不理想。布托啡诺能够很好的规避芬太尼的不足，鉴于此，本文将布托啡诺与丙泊酚进行复合应用，获得了显著的应用效果。

研究显示，布托啡诺复合丙泊酚麻醉，可获得理想的镇静、镇痛效果，

观察组患者检查时及苏醒后 10min 时的 HR、SpO₂、SBP、DBP 值，均显著优于对照组，P<0.05 比较差异有统计学意义。见表 2：

不仅麻醉起效快，且苏醒时间较短，疼痛程度较轻，见表 1 数据。且布托啡诺对患者无痛胃肠镜检查过程中的 HR、SpO₂、SBP、DBP 等生命体征指标影响较小，利于保持患者检查过程中生命体征的稳定性，见表 2 数据。而两种麻醉方式下，患者术前、术后的 MMES 评分，均无明显变化，见表 3 数据。这表明，布托啡诺与芬太尼复合丙泊酚麻醉，对患者的认知功能影响较小。表 4 数据显示，布托啡诺能够降低患者检查过程中的呼吸抑制、呛咳躁动、眩晕、呕吐等发生率。这表明，布托啡诺能够显著降低麻醉风险，具有较高的麻醉安全性。

分析这一结果，主要是由于布托啡诺是一种阿片类激动-拮抗剂，该药物具有激动剂、拮抗剂的双重作用，能够通过激动中枢 κ 受体和 σ 受体，发挥良好的镇静、镇痛作用。同时布托啡诺对 μ 受体具有拮抗作用。因此，布托啡诺不同于单纯的阿片受体激动剂，具有镇静效应强、呼吸抑制作用小、胃肠道反应小等优势^[11]。由于布托啡诺的呼吸抑制作用更小，因此能够减少患者检查中的 SpO₂ 波动程度，能够更好地保证检查的安全性。

综上所述，在无痛胃肠镜检查中应用布托啡诺实施麻醉，可获得理想的麻醉效果，且对患者的生命体征影响较小，麻醉相关并发症风险较低，不会对患者的认知功能产生影响，有较高的临床应用价值。

参考文献：

[1]李岱, 林启勇. 布托啡诺联合丙泊酚改良法在无痛胃肠镜检查中应用研究[J]. 创伤与急危重病医学, 2022, 10（2）: 5.

[2]林涛. 单纯丙泊酚与丙泊酚联合布托啡诺应用于无痛胃肠镜的对比研究[J]. 临床医学工程, 2020, 27（10）: 2.

[3]胡君凤, 胡双燕, 仲俊峰, 等. 无痛胃镜检查时布托啡诺抑制吞咽反射 ED50 和 ED95 的测定[J]. 中国内镜杂志, 2022, 28（2）: 5.

[4]黄常君, 裴爱杰. 丙泊酚复合布托啡诺用于老年患者无痛胃肠镜检查术的临床效果[J]. 浙江创伤外科, 2021, 26（1）: 2.

[5]梁杏萍. 酒石酸布托啡诺复合异丙酚在无痛胃镜检查中麻醉和复苏作用的研究[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50（3）: 2.

[6]孙海红, 吴东庆. 布托啡诺复合丙泊酚对无痛胃镜检查患者血流动力学及呼吸抑制发生率的影响[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19（13）: 2.

[7]孙召军. 小剂量布托啡诺复合丙泊酚用于无痛胃镜治疗的麻醉效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15（18）: 3.

[8]武琳. 丙泊酚复合布托啡诺麻醉用于门诊无痛胃肠镜检查的临床效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13（14）: 2.

[9]曹慧懋, 吴新俊, 林生. 丙泊酚复合依托咪酯与布托啡诺麻醉在无痛胃镜检查中的应用效果[J]. 吉林医学, 2020, 41（5）: 2.

[10]孙鹏飞. 酒石酸布托啡诺复合丙泊酚在无痛胃镜检查中的应用效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14（8）: 2.

[11]周莉萍. 为接受无痛胃镜检查的患者使用布托啡诺联合丙泊酚进行全身麻醉的效果[J]. 当代医药论丛, 2020, 18（11）: 2.

不同血液透析方法治疗心肾综合征的临床对比

施永超

上海第十人民医院崇明分院 肾内科 上海 202157

摘要：目的 针对不同血液透析方法治疗心肾综合征的临床效果进行对比分析。方法 选择医院在 2020 年 5 月~2022 年 5 月期间收治的心肾综合征患者 120 例，作为本次的研究对象，将其分为对照组和观察组，对照组患者采用间歇性血液透析治疗，观察组患者采用连续性血液透析治疗。针对两组患者的临床治疗效果、治疗满意度以及患者治疗前后血肌酐（Scr）、尿素氮（BUN）、心率（HR）、平均动脉压（MAP）及超滤脱水量（UF）等指标进行对比分析。结果 在本次研究中，观察组患者的临床治疗有效率为 98.33%，对照组的有效率为 80.00%， $P<0.05$ ，具有统计学意义。观察组患者的治疗满意度为 97.67%，对照组的满意度为 78.33%， $P<0.05$ ，具有统计学意义。观察组患者治疗后的 Scr、BUN、HR、MAP、UF 水平与对照组治疗后比较， $P<0.05$ ，具有统计学意义。结论 在心肾综合征患者的治疗中，对患者采用连续性血液透析治疗，可以显著的改善患者的相关指标，提高治疗效果，患者的治疗满意度也较高，所以持续性血液透析在心肾综合征患者治疗中应用价值高，值得推广。

关键词：血液透析；心肾综合征；临床效果

引言：心肾综合征是临床上较为常见的一种病症，主要是因为心力衰竭造成患者的心排量下降，进而诱发肾功能下降的疾病^[1-2]。心肾综合征常见的临床表现为尿量减少、无尿等，在治疗中，会给患者使用大量的利尿药物，帮助恢复患者的尿量，但是效果不明显，还会因为患者其他症状，影响治疗效果^[3-4]。当前临床上大多使用血液透析的方法进行治疗，但是不同的血液透析方法，产生的效果不同，为此文章针对不同血液透析方法治疗心肾综合征的临床效果进行对比研究，详细研究内容如下：

1、资料和方法

1.1 一般资料

选择医院在 2020 年 5 月~2022 年 5 月期间收治的心肾综合征患者 120 例，作为本次的研究对象，将其分为对照组和观察组，对照组患者中男性有 43 例，女性有 17 例，年龄范围在 38~68 岁，平均年龄为（50.26±3.52）岁，病程 5 个月~4 年，平均病程（2.34±0.35）

年。观察组患者中男性有 44 例，女性有 16 例，年龄范围在 36~66 岁，平均年龄为（50.25±3.51）岁，病程 4 个月~4 年，平均病程（2.32±0.33）年。所有患者对本次研究知情，且自愿参与本次研究。

1.2 方法

对照组：间歇性血液透析治疗。本组的患者采用间歇性血液透析治疗，患者的血流量控制在 300ml/min，血流量为中等速度，在透析中血流速度为 600ml/min，患者的透析采用间隔 2 小时进行一次时长为 4 小时的透析，治疗 15 天。

观察组：连续性血液透析治疗。本组的患者采用的是连续性血液透析治疗，血流量控制在 150ml/min，血流量为低等速度，透析采用的血流速度为 300ml/min，血流量的变化在 10ml/min，患者每天进行 8 小时的血液透析，治疗 15 天。

1.3 观察指标

针对两组患者的临床治疗效果、治疗满意度以及患者治疗前后血肌酐

（Scr）、尿素氮（BUN）、心率（HR）、平均动脉压（MAP）及超滤脱水量（UF）等指标进行对比分析。治疗效果采用的评价标准^[5]为：显效：治疗后患者的临床症状、肾功能均有显著改善；有效：治疗后患者的临床症状、肾功能有一定的缓解；无效：治疗后患者的临床症状、肾功能无明显变化或者进一步加重。治疗满意度采用自制量表进行调查，总分 100 分，分数越高患者的满意度越高，按照得分可以划分为三个等级：95 分及以上为非常满意，70~89 分为满意，69 分及以下为不满意。血肌酐（Scr）、尿素氮（BUN）、心率（HR）、平均动脉压（MAP）及超滤脱水量（UF）等指标在患者治疗前后均进行检查观测。

1.4 统计学分析

采用医学统计学软件 SPSS23.0，对本次研究中的数据进行处理，计数资料使用%表示，采用 χ^2 检验，计量资料使用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，并使用 t 检验， $P<0.05$ ，具有统计学意义。

2、结果

2.1 临床治疗效果比较

在本次研究中，观察组患者的临床治疗有效率为 98.33%，对照组的为 80.00%， $P<0.05$ ，具有统计学意义。具体见下表 1：

表 1 两组患者的临床治疗效果比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	60	45（75.00）	14（23.33）	1（1.67）	98.33
对照组	60	22（36.67）	26（43.33）	12（20.00）	80.00
χ^2	—	—	—	—	10.439
P	—	—	—	—	0.001

2.2 相关指标比较

在本次研究中，观察组患者治疗后的 Scr、BUN、HR、MAP、UF 水平与对照组治疗后比较， $P<0.05$ ，具有统计学意义。具体见下表 2：

表 3 两组患者治疗前后 Scr、BUN、HR、MAP、UF 水平比较

组别	例数	Scr（ $\mu\text{mol/L}$ ）		BUN（ mmol/L ）		HR（次/min）		MAP（mmHg）		UF（kg）
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗后
观察组	60	523.46±42.31	202.13±12.35*	28.64±3.62	10.27±1.25*	97.85±6.95	73.62±3.16*	95.23±8.13	96.46±5.22	4.45±1.26
对照组	60	523.45±42.33	352.34±36.27*	28.65±3.63	17.56±1.47*	97.84±6.96	85.42±4.34*	95.25±8.14	105.23±6.73*	2.13±1.27

t	—	0.001	-30.367	-0.015	-29.264	0.008	-17.026	-0.013	-7.976	10.045
P	—	0.999	0.000	0.988	0.000	0.994	0.000	0.99	0.000	0.000

注：与治疗前比较，*P<0.05。

2.3 治疗满意度比较

在本次研究中，观察组患者的治疗满意度为 96.67%，对照组的为 78.33%，P<0.05，具有统计学意义。具体见下表 3：

表 3 两组患者的治疗满意度比较

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	60	43 (71.67)	15 (25.00)	2 (3.33)	96.67
对照组	60	20 (33.33)	27 (45.00)	13 (21.67)	78.33
X ²	—	—	—	—	9.219
P	—	—	—	—	0.002

3、讨论

在经济和科技的支持下，社会发展速度得到显著提升，同时在社会、科技、经济等支持下，我国的各行各业取得了显著的发展成绩，医疗卫生服务事业也取得了不错的成绩。随着医疗卫生事业的发展，临床上各种疾病的检出率、控制率、治愈率得到大大的提升，为居民的生命安全提供了较大保障^[6]。但是近几年在各种因素的影响下，临床上各种疾病的发病率呈现升高的趋势，严重的影响和威胁着人们的身体健康和生命安全。

心肾综合征是当前临床上发病率较高的一种综合性疾病，主要是心、肾联合性疾病，心力衰竭合并肾功能不全，随着病情的逐渐发展，产生不同的形态^[7]。心脏和肾脏的血管相互联系，同时也相互影响，所以心肾综合征发病后，可能会引发其他病症，不容忽视。心肾综合征患者的病情较为严重，对患者身体产生的危害较大，而且有较高的死亡率，所以发病后需要及时的救治^[8]。当前在临床上，心肾综合征最常见的、有效的治疗方法之一就是血液透析。通过血液透析将患者体内多余的水分清除，进而减轻患者的心脏压力，促进心功能改善，当前常用的血液透析为间歇性血液透析和连续性血液透析^[9]。如果患者的病情相对严重，采用间歇性血液透析的方法进行治疗，可以将患者的身体状态纠正，缓解患者的病情。采用连续性血液透析治疗，可以将患者体内的液体排除干净。心肾综合征患者大部分粗在排尿不畅问题，使得体内的积液越来越多，造成代谢紊乱，产生一系列的症状。有研究表明，在心肾综合征患者的治疗中，对患者采用间歇性血液透析治疗，虽然可以治愈患者的病情，但是无法从根本上让患者的疾病达到治愈的效果，而且治疗效果相对于连续性血液透析而言较差^[10]。

心肾综合征作为临床上的为重症疾病，采用的常规治疗抗心衰、抗肾衰等无法发挥功效，使用的药物也无法起到作用，会对患者的心肾功能产生负面影响，加重患者的病情，为此需要选择新的治疗方法。血液透析是当前治疗效果较为显著的治疗方法，通过血液透析可以缓解患者的病情，改善患者的临床症状，降低死亡率^[11-12]。因为当前临床上较为常用的血液透析方法有两种，分别为间歇性血液透析和连续性血液透析，两种透析方法的均可以使用的，但是哪一种治疗方法，对患者身体产生的影响最小，起到的效果最好，是当前临床研究中的重点。文章就针对不同血液透析方法治疗心肾综合征的临床效果进行对比，以间歇性血液透析和连续性血液透析为治疗方法，对比分析了两种不同血液透析方法的治疗效果。在本次研究中，从两种治疗方法的治疗效果上进行比较，连续性血液透析治疗组患者的治疗有效率显著的高于间歇性血液透析治疗组（P<0.05），从这个指标上可以得出，在心肾综合征的治疗中，对患者使用连续性血液透析治疗，可以显著的改善患者临床症状，提高治疗效果。从两组患者的血肌酐（Scr）、尿素氮（BUN）、心率（HR）、平均动脉压（MAP）及超滤脱水

量（UF）等指标上进行分析，连续性血液透析治疗组与间歇性血液透析治疗组有显著差异（P<0.05），连续性血液透析治疗可以保证患者的血流动力学稳定，同时清除毒素和细胞因子，有效的纠正患者的酸碱平衡和电解质紊乱，还可以清除患者体内多余的水分，由此可见在心肾综合征患者的治疗中，对患者使用连续性血液透析治疗可以帮助改善患者体内的代谢紊乱，降低患者的心肾负荷，改善心肾功能，进而促进治疗效果的提升。从两组患者对治疗的满意度上进行分析，连续性血液透析治疗组患者的满意度相对于高于间歇性血液透析治疗组患者的满意度（P<0.05），由此可见患者对连续性血液透析的认可度和满意度较高。从本次研究的结果中可以发现，在心肾综合征患者的治疗中，连续性血液透析相对于间歇性血液透析治疗，治疗效果上的优势更为明显，应用价值更高。

综上所述，心肾综合征是临床上的危重症疾病，对患者的身体健康和生命安全威胁性较大，需要加强治疗，血液透析作为有效的治疗方法有较高的应用价值。从两种不同方式的血液透析治疗效果上进行分析，连续性血液透析治疗的效果更为明显，可以显著的改善患者的临床症状、心肾功能，提高治疗效果，所以连续性血液透析的应用价值较高，值得在临床上进行推广实施。

参考文献：

[1]李强,苗世敏.连续性肾脏替代治疗与间歇性血液透析治疗在急性肾衰竭中的治疗效果比较[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2018,19（1）: 70-72.

[2]Revision Using Distal Inflow for the Treatment of Dialysis Access Steal Syndrome: A Systematic Review[J]. Ali Kordzadeh,Luis Anibal Navarro Garzon,Ali Davod Parsa. Annals of Vascular Diseases . 2018,02（4）: 321-323.

[3]杨敬生,邓欣荣,周虹,高尚.持续缓慢低效血液透析治疗老年心肾综合征患者[J].中国中西医结合肾病杂志,2022,23（03）: 245-247.

[4]温满桂,张正菊.探讨血液透析治疗肾病综合征急性肾衰竭的效果[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8（30）: 77,85.

[5]于森.心肾综合征患者进行血滤机连续性血液滤过治疗的有效性研究[J].中国医疗器械信息,2021,27（17）: 134-136.

[6]袁茜,彭侃夫.持续缓慢低效与间断性血液透析法治疗心肾综合征的临床疗效分析[J]. 大家健康（中旬版）,2017,11（2）: 113-114,115.

[7]Lipopolysaccharide in systemic circulation induces activation of inflammatory response and oxidative stress in cardiorenal syndrome type 1.[J]. Virzi Grazia Maria,Breglia Andrea,Castellani Chiara,Ankawi Ghada,Bolin Chiara,de Cal Massimo,Cianci Vito,Angelini Annalisa,Vescovo Giorgio,Ronco Claudio. Journal of nephrology . 2019,01（5）: 692-695.

[8]孟慧娣.持续缓慢低效血液透析治疗老年 II 型心肾 综合征的临床效果分析[J]. 医学理论与实践,2018,31（9）: 1295-1297.

[9]谢潜红.心肾综合征治疗中不同血液透析方法的应用价值[J]. 中外医学研究,2019,17（3）: 146-148.

[10]贾莹.研究不同血液净化方式对老年 I 型心肾综合征的疗效[J]. 中国现代药物应用,2018,12（16）: 45-47.

[11]邱艳萍.不同血液净化方式对老年 I 型心肾综合征的效果分析[J]. 基层医学论坛,2018,22（28）: 3957-3958.

[12]张先.连续性血液透析治疗重症肾病综合征患者的效果[J]. 中国民康医学,2020,32（19）: 41-43.

冷疗在急诊治疗烧烫伤患者中的效果观察研究

周怀志

烟台业达医院 山东烟台 264006

摘要：目的 讨论冷疗在急诊医治烧烫伤病人中的实际效果。方法：选择2020年6月至2021年8月期内医院急诊外科接诊的70例烧烫伤病人，任意均值分成观察组和对照组。全部病人都给予同等局部外用药物以及防治感染、营养支持等全身综合性观察和医治。对照组选用传统式治疗方式，观察组选用冷疗方式。对比2组病人的疼痛水平、医治依从和功效。结果：观察组伤口换药时疼痛水平、诊治依从显著好于对照组（ $P<0.05$ ）。医治后1周，观察组的总有效为97.14%，显著大于对照组的71.43%（ $P<0.05$ ）。结论：运用冷疗医治烧烫伤病人可以显著缓解病人诊治操作过程中的疼痛，提升其医治依从和临床治疗实际效果。

关键词：烫伤；烧伤；冷疗

【Abstract】 Objective To discuss the actual effect of cold therapy in emergency treatment of burns and scald patients. Methods: A total of 70 patients with burns and scalds who were admitted to the hospital from June 2020 to August 2021 were selected and divided into an observation group and a control group with an arbitrary mean value. All patients are given the same topical drugs, as well as comprehensive observation and treatment of infection prevention and treatment, nutritional support, etc. The control group was treated with traditional treatment, and the observation group was treated with cold therapy. Pain levels, medical adherence, and efficacy were compared among the two groups. Results: The pain level and diagnosis and treatment compliance of the observation group during wound dressing change were significantly better than those in the control group ($P<0.05$). One week after treatment, the total effectiveness of the observation group was 97.14%, which was significantly greater than the 71.43% of the control group ($P<0.05$). Conclusion The use of cold therapy to treat burning patients can significantly alleviate the pain during the diagnosis and treatment of patients, improve their medical compliance and clinical treatment effects.

【Key words】 scald; burn; cold therapy

烧烫伤是在日常工作中以及生活中比较常见的身体意外伤害，可分为热力烧伤、化学烧伤、电烧伤、放射烧伤等，此处单讨论热力烧伤。热力烧伤一般是指热力（火焰、热液、蒸气、高温物体等）所引起的皮肤等组织损伤。近些年，工业发展、交通事故造成烧烫伤发生率升高，而由暖身贴、热水袋、电热宝、电热毯和艾灸等导致的低温烫伤发病率也呈上升趋势^[1-2]。临床医学上多应用三度四分法评定烧烫伤的伤势，目前因医学常识、自救知识的推广，人们在I度、浅II度的小面积烧烫伤院外解决大部分早已完成，如用干净的清水冲洗、冷毛巾敷等，而到医院就医时，病人与医师依然会碰到炎症反应、细菌性感染、出现异常疼痛、痊愈困难、瘢痕增生等难点^[3]。本科学研究讨论冷疗在烧烫伤病人诊治操作过程中的实际效果，现报导如下所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择医院2020年6月至2021年8月收治的创面为轻微烧烫伤病人70例作为研究对象。I度烧烫伤30例，II度烧烫伤40例。列入规范：①初期（3h之内）20%以内I度烧烫伤；②初期小面积（ $<10\%$ ）II度烧烫伤；③部分超出3h，但皮温仍高，仍有较明显疼痛；④烧烫伤位置大多数坐落于四肢、躯干；⑤无休克症状；⑥均无糖尿病患者、肾衰等身体基础疾病以危害创面愈合。按随机数字法将其分成观察组和对照组，各35例。观察组里，男18例，女17例；年纪（ 21.2 ± 1.3 ）岁；烧烫伤水平：I度烧烫伤16例，II度烧烫伤19例。对照组中，男18例，女17例；年纪（ 22.3 ± 3.2 ）岁；烧烫伤水平：I度烧烫伤15例，II度烧烫伤20例。2组病人的一般材料对比差别无统计学意义（ $P>0.05$ ），具备对比性。

1.2 治疗方法

急诊外科接诊后，迅速开展烧烫伤的伤势评定，以确定患者符合列入范围（烧伤时间、面积、是否有休克风险及是否有基础疾病等）。根据情况给予抗感染、必要的止痛或营养支持等医治。观察组提升冷疗项目后的诊治程序流程包含：①完全清创，以低温生理盐水清洗创面；②酌情考虑消毒杀菌创口；③用低温（ $4\sim 7^{\circ}\text{C}$ ）冷冻的无菌盐水淋湿无菌纱布（纱布）遮盖于创口1~2h以上，直到疼痛消除，皮温一切正常，水肿显著消散；④护肤止痛药膏及抗感染药膏涂抹；⑤包扎（II度以上），按时换药。而对照组选用传统化处置，实际包含：①常温生理盐水清创；②消毒杀菌；③涂抹与观察组相同药膏；④包扎创面，按时伤口换药。

1.3 观察指标值

各自记录两组病人的疼痛等级、医治依从及医治1星期过后的效果。①疼痛分级：I级：疼痛不明显；II级：疼痛较轻，以不妨碍睡眠为标志；III级：疼痛中度，妨碍睡眠，病人要求止痛药物治疗；IV级：重度疼痛，严重影响睡眠，镇痛药成为必需品。②医治依从：记录烧烫伤病人对医护人员处理烧烫伤创面的服从及配合程度。③功效点评：显效：医治1星期过后创面大部愈合，新生上皮遮盖，干洁、无疼痛及感染；有效：

医治1星期过后缩小面积 $>50\%$ ，新生上皮遮盖，干洁、肿胀，略感疼痛，无感染；无效：医治1星期过后缩小总面积 $\leq 50\%$ ，肿胀、外渗并感染。总有效率=（治愈样本数+好转样本数）/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

选用SPSS19.0统计学软件分析数据，记数资料以率（%）表明，对比选用 χ^2 检测，计数资料以 $\bar{x}\pm s$ 表明，对比选用t检验， $P<0.05$ 表明差别具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组病人的疼痛水平对比

在医学诊疗全过程中，尤其是处理创面及日常伤口换药时，两组病人在疼痛水平层面呈显著相反的发展趋势，但观察组的疼痛水平I级、III级显著好于对照组（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1：2组病人的疼痛水平对比（N，%）

组别	例数	I级	II级	III级
观察组	35	26（74.29）	7（20）	2（5.71）
对照组	35	3（8.57）	6（17.14）	26（74.29）
χ^2 值		31.144	0.945	34.286
P值		0.000	0.759	0.000

2.2 两组病人的诊治依从对比

其实依从性也是对病人疼痛水平的反映，患者疼痛降低，依从性顺应提高。观察组的诊治依从显著优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2：2组病人的诊治依从对比（N，%）

组别	例数	依从性好	依从性差
观察组	35	32（91.43）	3（8.57）
对照组	35	23（65.71）	12（34.29）
χ^2 值		6.873	
P值		0.008	

2.3 两组病人的功效对比

医治后1周，观察组的总有效为97.14%，显著大于对照组的71.43%（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3：2组病人的功效对比（N，%）

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	35	28	6	1	34（97.14）
对照组	35	19	6	10	25（71.43）
χ^2 值					8.737
P值					0.003

3 讨论

（下转第82页）

分析奥氮平联合帕罗西汀改善抑郁症患者睡眠障碍的效果及安全性

邹 頔

江苏省省级机关医院 全科医学科 江苏省南京市 210019

摘要：目的：分析在抑郁症患者睡眠障碍治疗中奥氮平+帕罗西汀方案运用效果。方法：抑郁症伴睡眠障碍患者 84 例按照电脑生成随机数法均分为对照和观察两组，分别选择帕罗西汀、奥氮平+帕罗西汀治疗。结果：治疗总有效率比，观察组（95.24%）较对照组（78.57%）高（ $P<0.05$ ）。观察组治疗后汉密尔顿抑郁量表（HAMD）、匹兹堡睡眠指数量表（PSQI）评分均较对照组低，觉醒次数（AT）较对照组少，睡眠潜伏期（SL）较对照组短，实际睡眠总时间（TST）较对照组长（ $P<0.05$ ）。不良反应总发生率比，无明显差异（ $P>0.05$ ）。结论：给予抑郁症伴睡眠障碍患者奥氮平+帕罗西汀方案治疗，可获取良好疗效，并能改善患者抑郁状况、睡眠质量，且有一定安全性。

关键词：疗效；奥氮平；抑郁症伴睡眠障碍；帕罗西汀

Abstract: Objective: To analyze the effect of olanzapine + paroxetine regimen in the treatment of sleep disorders in patients with depression. Methods: 84 patients with depression and sleep disorder were divided into control and observation groups according to the random number method generated by computer, and they were treated with paroxetine, olanzapine + paroxetine respectively. Results: The total effective rate ratio of the observation group (95.24%) was higher than that of the control group (78.57%) ($P<0.05$). After treatment, the scores of Hamilton Depression Scale (HAMD) and Pittsburgh Sleep Index (PSQI) in the observation group were lower than those in the control group, the number of awakenings (AT) was less, the sleep latency (SL) was shorter than that in the control group, and the total actual sleep The time (TST) was longer than that of the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the overall incidence of adverse reactions ($P>0.05$). Conclusion: The olanzapine + paroxetine regimen for patients with depression and sleep disorders can achieve good curative effect, and can improve the depression and sleep quality of patients, and has certain safety.

Key words: efficacy; olanzapine; depression with sleep disturbance; paroxetine

抑郁症是当代最常见心理疾病之一，核心症状表现为明显持久性情绪低落及兴趣减少等，随着病情的发展，病情逐渐加重，低落情绪转变为自卑抑郁、悲伤痛苦等，严重者可出现自杀行为^[1-2]。有关研究发现^[3-4]，抑郁症患者睡眠状况普遍较差，存在觉醒过早、入睡困难等表现，这严重影响其身心健康。对于抑郁症伴睡眠障碍患者，常规抗抑郁药物虽然能在一定程度上缓解患者抑郁症状，但对其睡眠质量的改善欠佳^[5]。相关研究表明^[6]，通过联合用药方案可快速减轻患者症状，优化临床治疗效果。鉴于此，笔者采用奥氮平+帕罗西汀方案治疗抑郁症伴睡眠障碍，为明确上述联合用药疗效，现对此进行研讨。

1 资料与方法

1.1 临床资料

84 例抑郁症伴睡眠障碍患者（2020 年 1 月-2022 年 4 月被本院收治），用电脑生成随机数法分为对照组 42 例、观察组 42 例。纳入标准：①符合《抑郁症基层诊疗指南》^[7]内抑郁症相关诊断标准，并伴有睡眠障碍症状；②无脏器损伤；③诊疗资料齐全；④家属对研究内容知情，同意患者加入研究。排除标准：①过敏体质或对研究药物过敏者；②存在危急重症者，如恶性肿瘤、肾脏功能缺陷等；③沟通障碍、认知障碍；④研究前使用过其他精神药物者。表 1 基础数据比，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），可对比。

表 1 对比基础资料

组名	例数	男:女[n(%)]	年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	病程(年, $\bar{x}\pm s$)
对照组	42	24: 18	43.78±9.42	4.74±1.06
观察组	42	22: 20	43.81±9.36	4.81±1.02
χ^2 或 t		0.192	0.015	0.308
P		0.661	0.494	0.379

1.2 方法

对照组选择帕罗西汀（国药准字 H20133084）治疗：初始剂量一日 20mg，之后依据患者实际情况，适当增加用药剂量，最高剂量不可超过 50mg/d，建议早饭后服用。

观察组选用帕罗西汀（用法和剂量与对照组相同）+奥氮平（国药准字 H20163434）治疗：初始剂量一日 10mg，后期结合患者具体情况进行适当调整，最高剂量不可高于 20mg/d，早饭后口服。两组均在连续用药 1 月后观察疗效。

1.3 观察指标

观察两组疗效、抑郁程度和睡眠质量、睡眠进程、用药安全性。1）汉密尔顿抑郁量表（HAMD）得分较治疗前下降 $\geq 75\%$ 为显效；HAMD 得分下降 74%~30%为好转；HAMD 得分下降 $<30\%$ 为无效^[8]。治疗总有效率=好转率+显效率。2）借助 HAMD、匹兹堡睡眠指数量表（PSQI）^[9-10]，分析两组治疗前和治疗 1、3 月后抑郁程度及睡眠质量。HAMD 得分超过 7 分即存在抑郁情绪，且得分愈高，抑郁情绪愈明显；PSQI 最高分 21 分，得分愈高，说明睡眠质量愈差。3）通过《睡眠图描记与分期标准》^[11]评估两组患者睡眠进程[包括觉醒次数（AT）、睡眠潜伏期（SL）、实际睡眠总时间（TST）]。

1.4 统计学分析

以统计学软件 SPSS 24.0 处理数据，计量/计数资料（ $\bar{x}\pm s$ /n、%）用 t 、 χ^2 检验，组间差异显著为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 疗效对比

表 2 治疗总有效率比，观察组较高（ $P<0.05$ ）。

表 2 对比疗效 n (%)

组名	例数	显效	好转	无效	总有效
对照组	42	15(35.71)	18(42.86)	9 (21.43)	33(78.57)
观察组	42	17(40.48)	23(54.76)	2 (4.76)	40(95.24)
χ^2					5.125
P					0.023

2.2 抑郁程度、睡眠质量对比

表 3 治疗前 HAMD、PSQI 评分比，均无差异显著性（ $P>0.05$ ）；治疗 1、3 月后，观察组以上评分均较低（ $P<0.05$ ）。

表 3 对比抑郁程度与睡眠质量 (分, $\bar{x}\pm s$)

组名 (n=42)	HAMD			PSQI		
	治疗前	治疗 1 月后	治疗 3 月后	治疗前	治疗 1 月后	治疗 3 月后
对照组	27.54±3.86	18.25±3.79	16.73±3.85	15.24±2.39	13.85±2.17	11.52±1.63
观察组	27.61±3.94	14.63±2.86	11.41±2.27	15.31±2.46	11.32±1.82	8.15±1.24
t	0.082	4.941	7.714	0.132	5.789	10.664
P	0.467	0.000	0.000	0.448	0.000	0.000

2.3 睡眠进程对比 上述指标比, 均有显著差异 ($P<0.05$)。

表 4 治疗前 AT、SL、TST 比, 均无明显差异 ($P>0.05$); 治疗后,

表 4 对比睡眠进程 ($\bar{x}\pm s$)

组名 (n=42)	AT/次		SL/h		TST/h	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	5.42±1.68	2.81±0.79	5.39±1.54	3.17±1.02	6.35±1.64	7.01±2.53
观察组	5.39±1.57	1.05±0.34	5.46±1.63	1.59±0.48	6.28±1.53	8.49±1.26
t	0.085	13.262	0.202	9.083	0.202	3.394
P	0.466	0.000	0.420	0.000	0.420	0.001

2.4 用药安全性对比

表 5 不良反应总发生率比, 无统计学差异性 ($P>0.05$)。

表 5 对比用药安全性 n (%)

组名	例数	头晕	乏力	嗜睡	恶心	总计
对照组	42	1 (2.38)	0 (0.00)	1 (2.38)	1 (2.38)	3 (7.14)
观察组	42	1 (2.38)	1 (2.38)	2 (4.76)	1 (2.38)	5 (11.90)
χ^2						0.138
P						0.710

3 讨论

帕罗西汀是临床常用抑郁症治疗药物, 主要通过对 5-羟色胺 (5-HT) 转运体的选择性抑制作用, 阻碍突触前膜再摄取 5-HT, 增加、延长 5-HT 作用, 从而发挥抗抑郁作用。与三环类抗抑郁药物相比, 帕罗西汀起效更快, 可提高突触间隙 5-HT 含量, 并能引起去甲状腺素、多巴胺脱抑制性释放, 起到比较专一的治疗作用。采用常规剂量治疗抑郁症时, 除了微弱的抑制多巴胺、去甲状腺素再摄取之外, 不会对其递质产生明显影响, 口服能彻底吸收, 其他药物或事物均不会对其吸收产生影响。但帕罗西汀单独运用对抑郁症患者睡眠质量改善作用不明显, 早期阶段运用该药, 还可能出现头晕头痛、恶心呕吐等不良反应。

奥氮平是临床常用精神分裂症治疗药物, 具有拮抗神经递质、5-HT、多巴胺作用, 可选择性减小对纹状体运动功能通路的干扰, 阻止间脑边缘系统多巴胺能神经元放电, 起到抗精神病作用, 改善患者情感和认知功能。5-HT 拮抗剂有助于首个睡眠周期的发生, 抗胆碱能作用能促进睡眠正常化, 肾上腺素受体于睡眠循环、快动眼睡眠中起着重要作用; 组胺可促进清醒, 而降低组胺水平则可提升睡眠质量。奥氮平可在减轻抑郁症状的, 不损害精神运动性和执行功能的同时, 改善患者睡眠状况。

奥氮平和帕罗西汀联用则可通过对其神经不同部位的作用, 明显减轻其症状, 促进其睡眠正常化, 实现临床治疗效果的强化。于方舟等^[12]选择抑郁症并发睡眠障碍患者 180 例对奥氮平+帕罗西汀在抑郁症并发睡眠障碍治疗中的实践价值展开探讨, 结果显示: 观察组 (予以奥氮平、帕罗西汀) 治疗总有效率 94.44%较对照组 (给予帕罗西汀) 83.33%高。本研究中, 治疗总有效率比, 观察组 95.24%较对照组 78.57%高。上述两项研究

结果相同, 均说明奥氮平+帕罗西汀方案能增强治疗效果。

奥氮平为一种新型抗精神病药, 有着较强的 5-HT 受体阻滞作用, 能对机体中多巴胺受体进行组织, 口服给药后可选择性作用于大脑边缘系统, 改善患者睡眠障碍及有关抑郁症状。奥氮平与帕罗西汀联用则能起到增效作用, 从不同途径减轻患者临床症状, 缓解其睡眠障碍。本研究 2.2、2.3 同样证实了奥氮平+帕罗西汀方案能减轻抑郁症状和睡眠障碍。经过本研究对两组用药安全性的观察, 发现均未出现严重性不良反应, 不良反应总发生率相比, 不存在统计学差异性。提示奥氮平+帕罗西汀方案具有一定安全性。

综上, 对抑郁症伴有睡眠障碍患者进行奥氮平配以帕罗西汀治疗, 可优化治疗效果, 减轻其抑郁症状与睡眠障碍, 且不会引起较多不良反应。

参考文献:

[1]肖博雅,肖燕,苏彤,等.米那普仑对比帕罗西汀治疗抑郁症有效性与不良反应的 Meta 分析[J].海军医学杂志,2022,43 (1): 84-88.

[2]鲁玉荣,聂智勇,陈钰.帕罗西汀联合音乐放松疗法对抑郁症病人心理及睡眠状态的影响[J].护理研究,2020,34 (20): 3625-3628.

[3]刘莉,张卿,高鹰,等.生活方式与抑郁症状的关联性研究: TCLSIH 研究[J].中华流行病学杂志,2020,41 (10): 1655-1661.

[4]杨涛,王娜,狄东川,等.脑电生物反馈治疗联合常规药物对抑郁症合并睡眠障碍患者的效果[J].神经损伤与功能重建,2022,17 (5): 299-301.

[5]魏昆岭,孙秀丽,张彦恒,等.阿戈美拉汀片与帕罗西汀片治疗抑郁症伴失眠症状的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2019,35(23): 3009-3012.

[6]程四喜.米氮平与帕罗西汀治疗抑郁症伴睡眠障碍疗效对照分析[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2020,15 (S01): 80-81.

[7]中华医学会,中华医学杂志社,中华医学会全科医学分会,等.抑郁症基层诊疗指南 (2021 年)[J].中华全科医师杂志,2021,20 (12): 1249-1260.

[8]董素琴,刘瑞丽.米氮平联合西酞普兰对伴有睡眠障碍的抑郁患者效果[J].国际精神病学杂志,2020,47 (1): 64-66.

[9]贾海玲,王丽,安静,等.快感缺失量表中文版在中国抑郁患者中的信效度研究[J].中华精神科杂志,2020,53 (3): 216-220.

[10]徐波,杨丽娟,李占江.睡眠功能失调信念与态度量表中文版的信效度研究[J].首都医科大学学报,2019,40 (5): 665-670.

[11]郑捷文,张悦舟,兰珂,等.基于心率变异性分析的睡眠分期算法研究和验证[J].中国生物医学工程学报,2020,39 (4): 432-439.

[12]于方舟,何茹.帕罗西汀联合奥氮平治疗抑郁症并发睡眠障碍的效果观察[J].中国当代医药,2021,28 (22): 103-106.

作者简介: 邹頔 (1974.9-), 女, 汉族, 江苏无锡, 本科, 副主任医师; 研究方向为脑血管防治。

口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床效果研究

鲁光炜

西宁市第一人民医院口腔正畸科 青海西宁 810000

摘要：目的：研究分析口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床效果。方法：选取我院 2020 年 11 月至 2022 年 3 月期间收治的牙周病致前牙移位患者共 84 例，按电脑双盲分组方式分为治疗组和对照组，每组患者各 42 例，对照组患者采用牙周基础治疗，治疗组患者采用口腔正畸治疗，对比两组患者各项指标的变化情况。结果：治疗前两组患者各项血清细胞因子水平间的对比差异不大，无统计学意义 ($P>0.05$)，经治疗后，治疗组患者的白细胞介素-2、白细胞介素-6 及肿瘤坏死因子- α 均优于对照组患者，组间对比差异具统计学意义 ($P<0.05$)；两组患者治疗前的牙槽骨高度、前牙覆盖度和牙周袋深度之间对比差异无统计学意义 ($P>0.05$)，治疗组患者治疗后牙槽骨高度、前牙覆盖度和牙周袋深度均明显低于对照组，统计学分析对比有意义 ($P<0.05$)；治疗组患者牙齿松动 I 度显著高于对照组患者，牙齿松动 II 度和 III 度明显低于对照组患者，统计学分析对比差异显著 ($P<0.05$)；治疗组患者的治疗总有效率结果显示 97.62%，相比对照组患者治疗总有效率 78.57% 明显更高，统计学分析对比有意义 ($P<0.05$)。结论：口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床效果十分理想，可在牙科临床中给予广泛推广应用。

关键词：牙周病；前牙移位；口腔正畸治疗

牙周病在口腔疾病中的发病率较高，以牙龈疼痛、出血、牙齿松动等症状为主要临床表现^[1]，对患者日常生活、饮食及口腔健康均带来严重危害，如未得以及时有效的治疗，随着牙周病病程延长及病症恶化，患者咀嚼功能大幅下降，前牙移位逐渐明显，牙齿美观度大大降低，因此，病症一经确诊需尽早行有效治疗以保障患者身体健康及生活质量。当下，临床治疗牙周病前牙移位多以牙周基础治疗和口腔正畸治疗为主，本次研究着重针对我院 2020 年 11 月至 2022 年 3 月期间收治的牙周病致前牙移位患者实施口腔正畸治疗的临床效果进行研究分析，详细报道内容见下文所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2020 年 11 月至 2022 年 3 月期间收治的牙周病致前牙移位患者共 84 例，按电脑双盲分组方式分为治疗组和对照组，每组患者各 42 例，纳入标准：①经口腔 X 线检查确诊为牙周病致前牙移位；②牙齿松动 I-III 度；③牙槽嵴顶水平吸收；④合并前牙倾斜、伸长或移位；⑤合并口臭、牙龈萎缩、牙齿稀疏及牙缝变宽；⑥具治疗依从性；⑦无药物过敏史；⑧签署我院知情同意书且经伦理学批准认证。治疗组中，男女患者占比比例为 23:19，最小年龄 26 岁、最大年龄 49 岁，年龄中位数 (35.12±5.17) 岁，最短病程 5 个月、最长病程 3 年，病程中位数 (1.05±0.97) 年，对照组中，男女患者占比比例为 22:20，最小年龄 25 岁、最大年龄 47 岁，年龄中位数 (34.87±5.21) 岁，最短病程 6 个月、最长病程 4 年，病程中位数 (1.09±0.95) 年，关于性别、年龄、病程等一般资料的对比中两组患者无统计学差异， $P>0.05$ ，可行下文对比分析。

1.2 方法

两组患者均行全面的牙周检查并告知患者口腔健康相关知识及日常注意事项，保证患者每日做到早晚刷牙、饭后饭后漱口。对照组患者采用牙周基础治疗，首先针对患者龋齿进行有效治疗，并全面清洗患者口腔，确保牙齿根部及牙周部位的平整和清洁，消除口腔内致病因子，然后，给予患者抗生素治疗，以消除患者牙周炎症，治疗时间为 3-5 个月。确认患者炎症消除后对患者进行牙龈下刮治治疗和牙龈上清洁治疗，最后，在患者牙周袋内部置入盐酸米诺四环素 (深圳市中联制药有限公司，国药准字 H10940184) 并完成治疗。治疗组患者采用口腔正畸治疗，在常规牙周基础治疗基础上确认患者牙周炎症得以切实改善后进行口腔正畸治疗，首

先，经丝弓矫正技术进行磨牙粘结颊面管，保证患者尖牙处于相关连续结扎状态，然后，使用镍钛圆丝对患者牙齿进行初步排列整齐，并使用曲唇弓针对上下前牙进行压低治疗，继续向后连续结扎患者尖牙，提升支抗效果，随后，在患者尖牙处挂好橡皮链，对前牙进行有效内收。正畸过程中的调整力大小需依据患者牙周剩余支持组织和实际反应进行酌情调整，一般口腔正畸治疗时间为 10-12 个月，并每间隔 2-3 个月进行一次口腔清洁和口腔检查，确保患者牙齿生长状况良好。

1.3 观察指标

①于患者治疗前后抽取静脉血 3ml 送至实验室进行血清离心，对分离后的血清使用酶联免疫吸附法进行血清细胞因子水平检测，包含白细胞介素-2、白细胞介素-6 和肿瘤坏死因子- α ^[2]；②详细观察并记录两组患者治疗前后的牙槽骨高度、前牙覆盖度和牙周袋深度；③依据《牙齿松动等级量表》评定患者牙齿松动程度，以颊舌外方向活动度进行判定， $<1\text{mm}$ 判定为 I 度、1-2mm 判定为 II 度、 $>2\text{mm}$ 判定为 III 度，活动距离越大则牙齿松动越明显^[3]；④治疗效果分为显效、有效和无效三类，显效结果表示患者经治疗后牙齿外观理想、咀嚼能力佳且无牙齿松动，有效结果表示患者经治疗后牙齿外观和咀嚼能力较理想，但牙齿存在轻微松动，无效结果表示患者经治疗后牙齿外观不理想、咀嚼能力偏差且牙齿松动明显，治疗总有效率=显效率+有效率^[4]。

1.4 统计学处理

在本次研究中全部患者涉及到的数据指标均经用 SPSS28.0 统计软件进行统计计算和统计分析，在计量资料指标方面，如血清细胞因子水平、牙槽骨高度、前牙覆盖度、牙周袋深度等采用均数加减标准差方式表示，统计计算采用独立样本 t 检验法验证，计数资料指标方面，如牙齿松动程度、治疗总有效率等采用例数和百分比率方式表示，统计计算采用 χ^2 检验法验证， $P>0.05$ 显示统计学对比差异不显著， $P<0.05$ 显示统计学对比差异显著。

2 结果

2.1 治疗前后两组患者血清细胞因子水平的对比分析

治疗前两组患者各项血清细胞因子水平间的对比差异不大，无统计学意义 ($P>0.05$)，经治疗后，治疗组患者的白细胞介素-2、白细胞介素-6 及肿瘤坏死因子- α 均优于对照组患者，组间对比差异具统计学意义 ($P<0.05$)。

表 1 治疗前后两组患者血清细胞因子水平的对比分析 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	白细胞介素-2 (pg/ml)		白细胞介素-6 (pg/ml)		肿瘤坏死因子- α (ng/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	42	1.15±1.25	3.32±0.57	8.10±1.06	4.16±0.63	4.78±1.21	1.06±0.33
对照组	42	1.17±1.23	2.71±0.89	8.13±1.02	5.99±0.81	4.75±1.23	2.30±0.58
t	-	0.073	3.740	0.132	11.557	0.075	12.042
P	-	0.941	0.049	0.895	0.017	0.941	0.006

2.2 治疗前后两组患者牙齿相关指标的对比分析

两组患者治疗前的牙槽骨高度、前牙覆盖度和牙周袋深度之间对比差

异无统计学意义 ($P>0.05$)，治疗组患者治疗后牙槽骨高度、前牙覆盖度和牙周袋深度均明显低于对照组，统计学分析对比有意义 ($P<0.05$)。

表 2 治疗前后两组患者牙齿相关指标的对比分析 ($\bar{x}\pm s$, mm)

组别	例数	牙槽骨高度		前牙覆盖度		牙周袋深度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	42	5.23±0.24	4.52±0.17	6.32±1.02	3.15±0.25	5.17±0.88	3.42±0.31
对照组	42	5.21±0.25	5.03±0.21	6.35±1.01	4.11±0.46	5.16±0.86	4.18±0.49
t	-	0.374	12.233	0.135	11.883	0.052	8.494
P	-	0.709	0.005	0.892	0.016	0.958	0.028

2.3 治疗后两组患者牙齿松动程度的对比分析

治疗组患者牙齿松动Ⅰ度显著高于对照组患者，牙齿松动Ⅱ度和Ⅲ度明显低于对照组患者，统计学分析对比差异显著 ($P<0.05$)。

表 3 治疗后两组患者牙齿松动程度的对比分析[n (%)]

组别	例数	I度	II度	III度
治疗组	42	27 (64.29)	12 (28.57)	3 (7.14)
对照组	42	8 (19.07)	24 (57.12)	10 (23.81)
X ²	-	17.681	7.000	4.459
P	-	0.001	0.033	0.043

2.4 治疗后两组患者治疗总有效率的对比分析

治疗组患者的治疗总有效率结果显示 97.62%，相比对照组患者治疗总有效率 78.57%明显更高，统计学分析对比有意义 ($P<0.05$)。

表 4 治疗后两组患者治疗总有效率的对比分析[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	治疗总有效率
治疗组	42	25 (59.52)	16 (38.10)	1 (2.38)	41 (97.62)
对照组	42	20 (47.62)	13 (30.95)	9 (21.43)	33 (78.57)
X ²	-	-	-	-	7.264
P	-	-	-	-	0.032

3 讨论

牙周病多指发生在牙周组织的一种疾病类型，为临床常见口腔疾病，也是引发成年人牙齿丧失的主要原因之一，患病因素多集中在牙菌斑、牙石、创伤性咬合、内啡失调、营养不均衡以及遗传病史^[5]，以口臭、疼痛、牙龈炎症、出血、牙周袋形成、牙槽骨吸收、牙槽骨高度降低、牙齿松动、移位、咀嚼无力等为主要临床表现^[6]，严重时甚至可致牙齿自行脱落，该病症如在发病早期未得以重视和有效治疗，牙周组织在长期慢性感染的影响下可直接危害患者身体健康。而前牙移位是牙周病最为高发且多见的并发症，对患者牙齿健康和牙齿美观均带来严重影响，以此，给予牙周病前牙移位患者有效治疗就显得十分必要^[7]，现阶段，临床针对牙周病前牙移位患者以常规牙周基础治疗和口腔正畸治疗为主要治疗方法。一直以来，临床针对牙周病致前牙移位患者多行牙周基础治疗，治疗方向多集中在提升牙周支持稳定度及有效消炎两个方面^[8]，尽管对患者牙周炎症实现有效控制及减轻，但并无对牙齿的修复效果，致使患者在治疗结束后极易出现病症复发或再次前牙移位^[9]，加之患者牙齿松动程度并无明显改善，因而临床治疗效果总体来说不够理想。随着牙科临床技术的不断发展和进步，口腔正畸治疗逐渐被广泛应用于牙周病致前牙移位患者的临床治疗中。口腔正畸治疗能够切实保障患者前牙的向内收压，从根本上改善患者的牙齿咬合情况^[10]，且正畸治疗期间前牙移位状况得以逐步改善，进而可直接缩小患者的牙槽骨高度、前牙覆盖度和牙周袋深度，使其维持在正常范围内，口腔正畸治疗对牙缝缩小也可起到明显改善作用^[11]，以此提升患者的牙齿整齐程度和美观性。另外，口腔正畸治疗能够帮助患者恢复牙周健康及口腔环境的稳定^[12]，口腔炎症在得以切实改善，经临床检测后血清细胞因子水平逐步恢复正常，同时，口腔正畸治疗期间患者的口腔炎症大幅改善，并以物理张力作用下实现牙齿正常位置的有效恢复，患者前牙复位、咬合正常，进而直接有效的提升治疗效果。需要注意的是，口腔正畸治疗期间，必须确保患者口腔内无炎症反应^[13]，以健康的口腔健康环境实施正畸治疗，以此避免对牙周组织的破坏而加重病症，医护人员还需对患者进行有效的健康宣教，保证患者日常能够更自觉、更主动、更积极的维

护自身口腔健康^[14]，以此实现治疗效果的进一步提升。本次研究结果显示：经治疗后，治疗组患者的白细胞介素-2、白细胞介素-6 及肿瘤坏死因子-α 均优于对照组患者，且治疗组患者治疗后牙槽骨高度、前牙覆盖度和牙周袋深度均明显低于对照组，可见在与牙周基础治疗方法相比，口腔正畸治疗能够切实改善患者血清细胞因子水平并缩小牙槽骨高度、前牙覆盖度和牙周袋深度。另外，治疗组患者牙齿松动Ⅰ度显著高于对照组患者，牙齿松动Ⅱ度和Ⅲ度明显低于对照组患者，治疗组患者的治疗总有效率结果显示 97.62%，可以了解到，口腔正畸治疗能够在改善患者牙齿松动程度的基础上，大幅提升治疗总有效率，本文结果与刘洪亮、张丽娟等人的《口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床疗效观察研究》结果类似^[15]，具有研究价值。

综上所述，牙周病致前牙移位患者在实施口腔症治疗后的效果确切，对患者牙齿松动及牙周炎症改善效果明显，取得满意临床疗效，具极佳的临床应用及推广价值。

参考文献:

[1]赵杨.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床效果分析[J].中国当代医药,2018,25 (5): 3.

[2]李继龙,王慧颖,刘继辉,等.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床疗效及对生活质量的影响研究[J].当代医学,2022,28 (3): 3.

[3]忻未雨.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床疗效分析[J].当代医学,2021,27 (30): 2.

[4]万慧子,官桂云,张莹.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床疗效评价[J].医学美容,2020,29 (7): 59-60.

[5]杜中钊,徐嫻.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床效果分析[J].中国医疗美容,2018,8 (5): 4.

[6]万佳丽,答昊.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位患者的临床效果[J].医疗装备,2018,31 (1): 2.

[7]焦岚,林愉快,李译华,等.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位对患者炎症因子与牙周指标的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2022,6 (3): 3.

[8]郭大为.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床效果和并发症发生率[J].中国医药指南,2021,19 (15): 2.

[9]范新丽,杨龙美,楚锦丽.探讨口腔正畸治疗牙周病致前牙移位患者的临床效果[J].中国保健营养,2021,31 (18): 66.

[10]蔡倩,张双靖,邢少华.牙周病致前牙移位患者经口腔正畸治疗效果研究[J].全科口腔医学电子杂志,2020,7 (3): 1.

[11]李浩榕.口腔正畸对牙周病致前牙移位患者前牙功能及血清 IL-6,IL-8,TNF-α 水平的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2020,4 (19): 3.

[12]孙文博.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床效果分析[J].中国保健营养,2020,30 (11): 294.

[13]林涛.分析口腔正畸治疗牙周病致前牙移位患者的临床效果[J].黑龙江医药科学,2020,43 (1): 2.

[14]范轶群.口腔正畸进行牙周病致前牙移位治疗的临床效果[J].饮食保健,2020,7 (32): 53-54.

[15]刘洪亮,张丽娟.口腔正畸治疗牙周病致前牙移位的临床疗效观察研究[J].全科口腔医学电子杂志,2018,5 (19): 2.

腹腔镜辅助 D2 根治术治疗胃癌的临床效果及对患者胃泌素族的影响

马凯元¹ 康红²

1.汉中市城固县医院 陕西汉中 723200; 2.汉中市城固县中医医院 陕西汉中 723200

摘要:目的:观察经临床诊断确诊为胃癌的患者在外科手术治疗过程中采用腹腔镜辅助 D2 根治术进行治疗的效果与价值,并针对性观察该手术治疗方式对患者胃泌素族水平的影响。方法:选取 2020 年 1 月-2022 年 1 月间因经临床诊断确诊为胃癌而在本院采用外科手术治疗的 112 例患者作为研究对象,其均接受随机分组处理,将确诊后在本院采用开腹 D2 根治术治疗方式的 56 例研究对象设为对照组,采用腹腔镜辅助 D2 根治术治疗方式的 56 例患者则被设为观察组,比较两组研究对象的围手术期情况、胃泌素族指标、血液学指标、手术根治性指标和术后并发症发生情况差异。结果:针对观察组和对照组两组研究对象的围手术期情况即切口长度、手术时间、术中出血量、肠鸣音恢复时间、下床活动时间、肛门排便时间、住院时间数据水平值发现,组间上述围手术期情况指标数据水平值差异显著,观察组的切口长度、术中出血量、肠鸣音恢复时间、下床活动时间、肛门排便时间、住院时间数据水平值相比对照组均较低,手术时间数据水平值则要高于对照组($P < 0.05$);针对观察组和对照组两组研究对象的胃泌素族指标即人胃动素(MTL)、全身适应综合征(GAS)、胆囊收缩素(CCK)数据水平值差异发现,术前组间上述胃泌素族数据水平值差异不显著($P > 0.05$),但两组研究对象术后上述胃泌素族数据水平值差异存在统计学意义,观察组术后的 MTL、GAS 数据水平值均高于对照组,CCK 数据水平值则要低于对照组($P < 0.05$);针对观察组和对照组两组研究对象的血液学指标即前白蛋白、C 反应蛋白、血红蛋白数据水平值差异发现,两组研究对象术后上述血液学指标数据水平值差异存在统计学意义,观察组术后的前白蛋白、血红蛋白数据水平值均高于对照组,C 反应蛋白水平值则要低于对照组($P < 0.05$);针对观察组和对照组两组研究对象的根治性指标即近端切缘距肿瘤长度、远端切缘距肿瘤长度、淋巴结清扫数目数据水平值差异发现,组间上述手术根治性指标数据水平值差异不显著($P > 0.05$);针对观察组和对照组两组研究对象的术后并发症即吻合口瘘、切口感染、肺部感染、肠梗阻、反流性食管炎发生率数据水平值差异发现,观察组研究对象的上述术后并发症发生率数据水平值要低于对照组, $P < 0.05$ 。结论:经临床诊断确诊为胃癌的患者在外科手术治疗过程中采用腹腔镜辅助 D2 根治术进行治疗的效果显著,该治疗方式在胃癌患者治疗中可取得良好的效果,患者各项围手术期情况、胃泌素族指标和血液学指标均优于采用开腹 D2 根治术的患者,具有疗效显著和安全性高的优点,患者术后恢复速度更快,具有极高的临床应用价值。

关键词:腹腔镜;辅助;D2 根治术;胃癌;疗效;胃泌素族

胃癌作为一种恶性肿瘤疾病,在我国胃癌发病率仅次于肺癌,在所有恶性肿瘤疾病中的临床发病率局第二位,死亡率则局第三位。我国胃癌发病率高的原因同卫生习惯和饮食习惯间均有着密切的联系,故注意饮食卫生,并保持良好的饮食习惯,对于胃癌的预防有着重要的作用与意义。现代医学研究发现,导致胃癌出现的原因十分复杂,幽门螺旋杆菌感染、遗传、饮食和外界环境是导致胃癌出现的基本病因。在临床上,胃癌患者的早期症状不明显,大多数患者在发病前无明显先兆,患者在胃癌病情早期也普遍无明显临床症状,部分患者可能在胃癌早期存在上腹部不适合消化不良等症状,但因上述胃癌早期症状缺乏特异性,常被误诊为胃炎。随着病情的逐渐加重,胃癌患者会表现出上腹疼痛、厌食和贫血等症状,若病情发展至晚期,胃癌患者的上腹疼痛症状会剧烈加重,并可能出现黑便、呕血和恶病质等症状表现,严重威胁患者的生命^[1]。目前,外科手术是唯一可能治愈胃癌的方法,通过胃癌根治术可有效清除患者的病变组织,从而有助于患者病情的缓解与改善。临床常用的胃癌根治术可分为 D1 根治术和 D2 根治术等几类,其中 D1 根治术主要针对胃癌患者的胃旁淋巴结进行清除,D2 根治术则在切除淋巴结的基础上对病灶胃进行大部分切除,以保障最佳的治疗效果^[2]。在我国,D2 根治术的应用更加广泛,该术式也在广大胃癌患者的外科治疗中起到可重要的作用。相关研究指出,腹腔镜辅助 D2 根治术在胃癌患者治疗中具有创伤小、出血量少和并发症少等优点,可有效加快患者的术后恢复速度,应用效果显著^[3-4]。为此,本文便选取在本院经临床诊断确诊为胃癌的患者作为研究对象,并通过分组的方式针对性探究了胃癌患者在外科手术治疗过程中采用腹腔镜辅助 D2 根治术的效果与价值,希望能够为广大胃癌患者健康的保障提供一定的帮助,现总结相关研究资料报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院医学伦理委员会已同意此研究的开展,选取 2020 年 1 月-2022 年 1 月间因经临床诊断确诊为胃癌而在本院采用外科手术治疗的 112 例患者作为研究对象,其均接受随机分组处理,分组结果为观察组和对照组,每组中分别纳入 56 例研究对象进行对比研究。实验组中纳入男性患者共 30 例,女性患者则纳入 26 例,患者年龄区间为 44-76 岁,年龄数据的中位数数据水平值经计算发现为(59.63±3.79)岁。对照组中纳入男性患者共 28 例,女性患者则纳入 28 例,患者年龄区间 44-78 岁,年龄数据的中位数数据水平值经计算发现为(59.94±3.77)岁。两组研究对象的性别和年龄等一般资料数据经统计学软件验证差异后发现无意义, $P > 0.05$,可比较。

1.1.1 纳入标准

①所有研究对象均经活检取样病理检查确诊为胃癌;②所有研究对象均在明确研究意义与分组差异的前提下进行知情同意书的签署;③所有研究对象均同意参与此项研究,并配合研究的进行;④所有研究对象的临床资料均真实完整。

1.1.2 排除标准

①排除存在对本研究所用药物过敏或存在过敏体质者;②排除合并心脑血管疾病者;③排除存在精神疾病病史、沟通障碍和认知障碍者;④排除存在凝血功能障碍者;⑤排除存在手术禁忌症者;⑥排除合并其他恶性肿瘤疾病或癌细胞转移者。

1.2 方法

观察组患者采用腹腔镜辅助 D2 根治术治疗方式,患者经气管插管全身麻醉后于脐上缘进行穿刺建立人工气腹,而后进行腹腔镜的置入对患者的腹腔情况进行观察,而后于患者左右腋前线肋缘做操作孔,置入操作器械后对胃远端血管及周围组织进行游离,并清除胃大弯网膜囊周围的淋巴结,而后关闭人工气腹切除远端病变的胃体组织,并于患者腹部正中做切口将其提出,最后重建消化道完成手术。

对照组患者采用开腹 D2 根治术治疗方式,患者麻醉生效后于上腹部做上切口,观察患者腹腔情况并确定病灶位置后进行手术操作,具体操作步骤同上。

两组患者术后均接受统一的康复护理和抗感染治疗。

1.3 评定标准

应用统计学软件验证比较两组研究对象的围手术期情况、胃泌素族指标、血液学指标、手术根治性指标和术后并发症发生情况差异。

围手术期情况:切口长度、手术时间、术中出血量、肠鸣音恢复时间、下床活动时间、肛门排便时间、住院时间。

胃泌素族指标:人胃动素(MTL)、全身适应综合征(GAS)、胆囊收缩素(CCK)。

血液学指标:前白蛋白、C 反应蛋白、血红蛋白。

手术根治性指标:近端切缘距肿瘤长度、远端切缘距肿瘤长度、淋巴结清扫数目。

术后并发症:吻合口瘘、切口感染、肺部感染、肠梗阻、反流性食管炎。

1.4 统计学方法

统计学软件为 SPSS 20.0,计数指标和计量指标表示方法分别为 $n(\%)$

和 ($\bar{x}\pm s$), 检验方法则为 X^2 和 t , 当检验结果 (P) <0.05 时为有意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术期情况差异比较结果

针对观察组和对照组两组研究对象的围手术期情况即切口长度、手术时间、术中出血量、肠鸣音恢复时间、下床活动时间、肛门排便时间、住院时间数据水平值发现, 组间上述围手术期情况指标数据水平值差异显著, 观察组的切口长度、术中出血量、肠鸣音恢复时间、下床活动时间、肛门排便时间、住院时间数据水平值相比对照组均较低, 手术时间数据水平值则要高于对照组, $P<0.05$, 见表 1。

表 1 两组患者围手术期情况差异比较结果 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	切口长度 (cm)	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	肠鸣音恢复时间 (d)
观察组	56	6.44±1.53	195.36±15.63	147.86±16.87	2.06±0.32
对照组	56	18.67±2.39	158.22±11.24	223.57±23.26	2.73±0.41

表 2 两组患者胃泌素族指标水平差异比较结果 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	MTL (pg·mL ⁻¹)		GAS (mol·L ⁻¹)		CCK (pg·mL ⁻¹)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
观察组	56	267.92±28.44	224.85±23.26	105.26±13.59	98.61±11.41	10.35±2.42	12.17±1.28
对照组	56	267.39±28.51	186.82±20.53	105.84±13.62	85.33±12.62	10.63±2.38	15.36±1.68
t	-	0.0985	9.1731	0.2256	5.8412	0.6173	11.3026
P	-	0.9217	0.0000	0.8219	0.0000	0.5383	0.0000

2.3 两组患者血液学指标差异比较结果

针对观察组和对照组两组研究对象的血液学指标即前白蛋白、C 反应蛋白、血红蛋白数据水平值差异发现, 两组研究对象术后上述血液学指标数据水平值差异存在统计学意义, 观察组术后的前白蛋白、血红蛋白数据水平值均高于对照组, C 反应蛋白水平值则要低于对照组, $P<0.05$, 见表 3。

表 3 两组患者血液学指标差异比较结果 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	前白蛋白 (mg·L ⁻¹)	C 反应蛋白 (mg·L ⁻¹)	血红蛋白 (g·L ⁻¹)
观察组	56	323.52±24.53	8.16±1.48	128.62±14.87
对照组	56	296.67±21.39	13.75±2.82	110.58±11.26
t	-	6.1736	13.1349	7.2377
P	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 两组手术根治性指标差异比较结果

针对观察组和对照组两组研究对象的根治性指标即近端切缘距

表 5 组间术后并发症发生情况差异 [n (%)]

组别	例数	吻合口瘘	切口感染	肺部感染	肠梗阻	反流性食管炎	发生率
观察组	56	1 (1.79)	1 (1.79)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.79)	3 (5.36)
对照组	56	3 (5.36)	1 (1.79)	2 (3.57)	1 (1.79)	4 (7.14)	11 (19.64)
χ^2	-	-	-	-	-	-	4.0000
P	-	-	-	-	-	-	0.0455

3 讨论

本研究结果显示, 组间手术根治性指标差异无意义 ($P>0.05$)。上述研究结果证明: 腹腔镜辅助 D2 根治术与开腹 D2 根治术在胃癌患者治疗中有着相近的效果, 两种手术方式均有着优质的手术根治性。本研究还发现, 观察组除手术时间外各项围手术期情况均优于对照组 ($P<0.05$), 且观察组的术后胃泌素族指标、血液学指标也均要优于对照组 ($P<0.05$), 并发症发生率要低于对照组 ($P<0.05$)。上述研究结果有效证明了胃癌患者采用腹腔镜辅助 D2 根治术进行治疗的优势, 这说明腹腔镜辅助 D2 根治术具有切口小和创伤小等优点, 能够在保障治疗效果的前提下促进患者的术后康复。本研究中观察组手术时间数据水平值相比对照组更高的原因在于, 腹腔镜辅助 D2 根治术需进行人工气腹的建立与腹腔镜及手术器械的置入, 操作更繁琐, 故手术时间更长, 并发症发生率也更高。

综上所述, 经临床诊断确诊为胃癌的患者在外科手术治疗过程中采用腹腔镜辅助 D2 根治术进行治疗的效果显著, 该治疗方式在胃癌患者治疗

t	-	32.2509	14.4365	19.7177	9.6402
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
组别	例数	下床活动时间 (d)	肛门排便时间 (d)	住院时间 (d)	
观察组	56	2.86±0.54	1.65±0.47	13.97±2.33	
对照组	56	4.67±1.28	2.82±0.66	17.43±2.42	
t	-	9.7498	10.8059	7.7075	
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	

2.2 两组患者胃泌素族指标水平差异比较结果

针对观察组和对照组两组研究对象的胃泌素族指标即 MTL、GAS、CCK 数据水平值差异发现, 术前组间上述胃泌素族数据水平值差异不显著 ($P>0.05$), 但两组研究对象术后上述胃泌素族数据水平值差异存在统计学意义, 观察组术后的 MTL、GAS 数据水平值均高于对照组, CCK 数据水平值则要低于对照组, $P<0.05$, 见表 2。

肿瘤长度、远端切缘距肿瘤长度、淋巴结清扫数目数据水平值差异发现, 组间上述手术根治性指标数据水平值差异不显著 ($P>0.05$), 见表 4。

表 4 两组手术根治性指标差异比较结果 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	近端切缘距肿瘤长度 (mm)	远端切缘距肿瘤长度 (mm)	淋巴结清扫数目 (枚)
观察组	56	56.32±6.51	39.88±5.64	35.32±5.21
对照组	56	56.75±6.48	39.57±5.68	35.07±5.29
t	-	0.3503	0.2898	0.2520
P	-	0.7268	0.7725	0.8015

2.5 组间术后并发症发生情况差异

针对观察组和对照组两组研究对象的术后并发症即吻合口瘘、切口感染、肺部感染、肠梗阻、反流性食管炎发生率数据水平值差异发现, 观察组研究对象的上述术后并发症发生率数据水平值要低于对照组, $P<0.05$, 见表 5。

中可取得良好的效果, 患者各项围手术期情况、胃泌素族指标和血液学指标均优于采用开腹 D2 根治术的患者, 具有疗效显著和安全性高的优点, 患者术后恢复速度更快, 具有极高的临床应用价值。

参考文献:

[1] 伍德福, 方心安, 鲁修明, 等. 腹腔镜辅助胃癌 D2 根治术治疗老年进展期胃癌患者近期效果及远期预后观察[J]. 临床误诊误治, 2022, 35 (05): 45-47.

[2] 王桐生, 丁磊, 李稳霞, 等. 腹腔镜辅助胃癌 D2 根治术治疗进展期胃癌的临床效果[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27 (S2): 22-23.

[3] 鞠博宁. 腹腔镜辅助下 D2 根治术治疗进展期远端胃癌患者的疗效及术后恢复情况分析[J]. 中国疗养医学, 2020, 29 (02): 181-183.

[4] 赵玉军, 江德军. 腹腔镜辅助与开腹 D2 胃癌根治术对老年进展期胃癌治疗效果的研究[J]. 浙江创伤外科, 2022, 27 (02): 263-264.

老年尿路感染者的病原菌及大肠埃希菌耐药性分析

傅晓娜

城阳区人民医院 检验科 山东青岛 266109

摘要：目的对老年患者发生尿路感染的相关病原菌分布和耐药特点进行分析和探讨。方法研究对象纳取 2018 年 5 月至 2020 年月期间我院接收的 400 例老年尿路感染患者，将患者清洁中段尿液标本进行采集送检，开展药敏试验以及细菌鉴定，针对大肠埃希菌产 Extended Spectyumb β LactamaseESBLs（超广谱 β -内酰胺酶）菌株进行检测和筛选。结果在送检的 400 份合格尿液标本中，病原菌共分离出 242 株：其中有 176 株为革兰阴性菌，占总病原菌的 72.73% 比例；有 66 株为革兰阳性菌，占总病原菌的 27.27% 比例。其中革兰阴性菌中病原菌按照所占比例从大到小顺序排列依次为：大肠埃希菌（57.85%）、肺炎克雷伯菌（4.96%）、变形杆菌属（1.24%）、阴沟肠杆菌（1.65%）、铜绿假单胞菌等，所占比例分别为（0.83%）。革兰阳性菌中病原菌按照所占比例排列从大到小依次是：肠球菌属（14.88%）、金黄色葡萄球菌（4.55%）、凝固酶阴性葡萄球菌（3.72%）等。从分离出的 140 株大肠埃希菌来看，其耐药率大于 60.00% 的百分比从高到低依次从分离出的 140 株大肠埃希菌来看，其耐药率大于 60.00% 的百分比从高到低依次为氨苄西林（91.43%）、头孢唑林（88.57%）、氨苄西林-舒巴坦（84.29）、哌拉西林（80.71%）、头孢呋辛（80.00）、复方新诺明（71.43%）、环丙沙星（69.29%）、头孢曲松（65.00%）、头孢他啶（65.00%）。对头孢呋辛来说产 ESBLs 菌株完全耐药（耐药率为 100%），非产 ESBLs 菌株耐药率相对较低（耐药率为 36.67%），组间比较差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）；对哌拉西林、头孢曲松、环丙沙星来说产 ESBLs 菌株耐药率均超过 90%，非产 ESBLs 菌株耐药率相对较低（ $p<0.05$ ）；对左氧氟沙星、磺胺甲恶唑/甲氧苄啶、头孢噻肟、氨苄西林/舒巴坦来说，产 ESBLs 菌株耐药率均超过 80%。对他唑巴坦/哌拉西林来说产 ESBLs 菌株和非产 ESBLs 菌株耐药率均低于 10%，产 ESBLs 菌株和非产 ESBLs 菌株对亚胺培南均完全敏感，且对绝大多数药物来说，非产 ESBLs 菌株的耐药率显著低于产 ESBLs 菌株（ $P<0.05$ ），有统计学意义存在。结论大肠埃希菌是老年患者尿路感染的主要致病病原菌，研究发现其耐药的重要原因之一为产 ESBLs，因此抗菌药物的选用要根据药敏试验结果去进行合理的选择。

关键词：老年患者；病原菌；耐药性；大肠埃希菌；尿路感染

对于老年尿路感染患者来说，及时有效的治疗对于患者病情的转归起着非常重要的作用^[1-3]。本次研究通过对 400 例发生尿路感染的老年患者的尿液标本进行收集送检，开展药敏试验以及细菌鉴定，并针对大肠埃希菌产 ESBLs 菌株进行检测和筛选，为进一步了解老年并发尿路感染的病原菌分布及大肠埃希菌的耐药特点，对老年患者发生尿路感染的相关病原菌分布和耐药特点进行分析和探讨，以期取得科学结论为临床用药提供科学的指导。

1 基础资料和方法

1.1 基础资料

研究对象纳取 2018 年 5 月至 2020 年月期间我院接收的 400 例老年尿路感染患者，将患者 10~20mL 清洁中段尿液标本进行采集并置于灭菌容器内进行送检，开展药敏试验以及细菌鉴定，针对大肠埃希菌产 ESBLs 菌株进行检测和筛选。400 例患者的年龄均超过 60 岁，年龄范围为 62~80（75.33 $\pm$ 8.15）岁。性别分布为：女性 212 例，男性 188 例。

1.2 方法

细菌培养及鉴定处理依据《全国临床检验操作规程》进行。分别对尿液标本进行接种和分纯处理。菌株鉴定所用仪器为 Vitek2 微生物鉴定系统。使用美国 CLSI2007 年研发的 Kirby-Bauer 法开展药敏试验。产 ESBLs 菌株实验判定药物选择头孢他啶/克拉维酸、头孢他啶、头孢噻肟/克拉维酸、头孢噻肟双纸片进行确认。选用卫生计生委临床检验中心提供的 ATCC 25922 和 ATCC700603 型大肠埃希菌质控菌株。

1.3 统计学处理

将研究获得的实验数据收集并纳入 SPSS23.0 版本的统计学软件中进行运算和分析，借助卡方对实验结果进行验证，以结果为 $P<0.05$ 作为组间数据比较存在统计学参比意义的判定标准。

2 结果

2.1 致病病原菌分布情况（参表 1）

在送检的 400 份合格尿液标本中，病原菌共分离出 242 株：其中有 176 株为革兰阴性菌，占总病原菌的 72.73% 比例；有 66 株为革兰阳性菌，占总病原菌的 27.27% 比例。其中革兰阴性菌中病原菌按照所占比例从大到小顺序排列依次为：大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、变形杆菌属、阴沟肠杆菌、铜绿假单胞菌等，所占比例分别为 57.85%，4.96%，1.24%，1.65%，0.83%。革兰阳性菌中病原菌按照所占比例排列从大到小依次是：肠球菌属、金黄色葡萄球菌、凝固酶阴性葡萄球菌等，所占比例分别为：14.88%，4.55%，3.72%。

表 1 病原菌分布情况分析

病原菌	株数	占比（%）
革兰阴性菌	176	72.73
大肠埃希菌	140	57.85
肺炎克雷伯菌	12	4.96
变形杆菌属	3	1.24
阴沟肠杆菌	4	1.65
铜绿假单胞菌	2	0.83
鲍曼不动杆菌	2	0.83
其他	2	0.83
革兰阳性菌	66	27.27
肠球菌属	36	14.88
金黄色葡萄球菌	11	4.55
凝固酶阴性葡萄球菌	9	3.72
其他	10	4.13

2.2 分离出的大肠埃希菌耐药情况分析（见表 2）

从分离出的 140 株大肠埃希菌来看，其耐药率大于 60.00% 的百分比从高到低依次为氨苄西林（91.43%）、头孢唑林（88.57%）、氨苄西林-舒巴坦（84.29）、哌拉西林（80.71%）、头孢呋辛（80.00）、复方新诺明（71.43%）、环丙沙星（69.29%）、头孢曲松（65.00%）、头孢他啶（65.00%）。

表 2 分离出的 140 株大肠埃希菌耐药情况分析

抗菌药物	耐药株数（株）	耐药率（%）
亚胺培南	0	0
氨苄西林	128	91.43
氨苄西林-舒巴坦	118	84.29
复方新诺明	100	71.43
头孢他啶	91	65
头孢替坦	29	20.71
妥布霉素	59	42.14
环丙沙星	97	69.29
头孢呋辛	112	80
头孢吡肟	46	32.86
哌拉西林	113	80.71
哌拉西林-他唑巴坦	2	1.43

头孢唑林	124	88.57
庆大霉素	63	45
头孢曲松	91	65
呋喃妥因	46	32.86
左氧氟沙星	81	57.86
阿米卡星	3	2.14

2.3 产 ESBLs 和非产菌株耐药率比较 (见表 3)

对头孢唑林来说产 ESBLs 菌株完全耐药 (耐药率为 100%), 非产 ESBLs 菌株耐药率相对较低 (耐药率为 36.67%), 组间比较差异有统计学意义 ($p<0.05$); 对哌拉西林、头孢曲松、环丙沙星来说产 ESBLs 菌株耐药率均超过 90%, 非产 ESBLs 菌株耐药率相对较低 ($p<0.05$); 对左氧氟沙星、头孢噻肟、氨苄西林/舒巴坦来说, 产 ESBLs 菌株耐药率均超过 80%。对他唑巴坦/哌拉西林来说产 ESBLs 菌株和非产 ESBLs 菌株耐药率均低于 10%, 产 ESBLs 菌株和非产 ESBLs 菌株对亚胺培南均完全敏感, 且对绝大多数药物来说, 非产 ESBLs 菌株的耐药率显著低于产 ESBLs 菌株 ($P<0.05$), 有统计学意义存在。

表 3 产 ESBLs 菌株与非产 ESBLs 菌株耐药率比较

分组	非产 ESBLs 菌株 (n=90)		产 ESBLs 菌株 (n=50)		X ²	P
	耐药菌 株数 (株)	耐药 率(%)	耐药菌 株数 (株)	耐药 率(%)		
亚胺培南	0	0	0	0	1	2.013
氨苄西林	85	94.33	43	86	1.946	<0.05
氨苄西林/舒巴坦	76	84.44	42	84	0.005	<0.05
复方新诺明	72	80	29	58	7.741	<0.01
头孢他啶	24	26.67	27	54	40.37	<0.01
头孢替坦	32	35.56	7	14	7.431	<0.01
妥布霉素	54	60	15	30	11.574	<0.01
环丙沙星	49	54.44	48	96	26.083	<0.01
头孢呋辛	62	66.67	50	100	19.444	<0.01
头孢吡肟	2	2.22	44	88	107.202	<0.01
哌拉西林	65	72.22	48	96	11.675	<0.01
哌拉西林/他唑巴坦	1	1.11	1	2	1.235	0.939
头孢唑林	90	100	40	80	16.486	<0.01
庆大霉素	23	25.56	40	80	38.496	<0.01
头孢曲松	44	48.89	47	94	28.752	<0.01
呋喃妥因	24	27.78	22	44	4.377	0.165
左氧氟沙星	36	40	45	90	32.957	<0.01
阿米卡星	5	5.67	0	0	1.493	>0.05

3 讨论

在感染性疾病中, 尿路感染属于较为常见的一种, 其病原菌多数为细菌, 真菌感染、病毒感染引发的比例较小^[4-6]。老年患者由于年龄的原因, 身体机能退化, 免疫系统能力下降, 对于疾病的抵抗能力较弱, 合并基础性疾病以及导尿管留置等原因, 导致老年患者容易引发尿路感染^[7-11]。由于大量抗菌药物的广泛应用, 导致尿路感染病原菌的耐药性逐渐增强, 药物治疗效果出现逐渐降低的现象, 其中耐药性最高的为大肠埃希菌^[11-13]。革兰阴性菌是老年患者尿路感染的主要病原菌, 大肠埃希菌占较大的比重; 肠球菌是革兰阳性菌中的主要致病源。由于大肠埃希菌中的 P 纤毛黏附素和 I 型纤毛黏附素具有识别和黏附上皮细胞的功能, 从而能够在尿路上皮细胞做较长时间的停留, 使输尿管得到扩张, 并降低其蠕动功能, 使得大肠埃希菌大量黏附并繁殖于尿路内^[14-16]。由于在老年患者尿路感染的病原菌中大肠埃希菌占据最大的比例, 所以要针对大肠埃希菌的耐药特点进行分析, 以便为临床用药提供指导, 从而开展针对性地治疗, 促进预后恢复^[17-19]。

本次研究发现: 与非产 ESBLs 菌株相比, 产 ESBLs 菌株的耐药率普遍较高, 说明对于大肠埃希菌来说, 其耐药的重要原因之一即产 ESBLs。ESBLs 属于酶的一种, 有多种耐药基因携带, 例如: aac (3) -II、aac (6') -Ib、ant (3") -I、ant (2") -I 等, 使得大肠埃希菌成为耐药菌株。提示医院要及时发现, 早期对重点人群, 重点科室定期分析常用抗生素耐药率, 避免抗生素滥用现象的发生。对于哌拉西林/他唑巴坦来说两种菌株的耐药率均低于 10%, 并且均对亚胺培南完全敏感, 所以在治疗老年患者尿路感染的治疗中要首先考虑选用亚胺培南和哌拉西林/他唑巴坦, 以提高治疗效率。对于氨苄西林、头孢唑林、氨苄西林-舒巴坦、哌拉西林、头孢呋辛、复方新诺明、环丙沙星、头孢曲松、头孢他啶这些耐药率较高的药物要尽量避免使用。

总之, 大肠埃希菌是老年患者尿路感染的主要致病病原菌, 研究发现其耐药的重要原因之一为产 ESBLs, 因此抗菌药物的选用要根据药敏试验结果去进行合理的选择。

参考文献:

- [1] 杨宗桥, 付善书, 付敏. 糖尿病患者尿路感染病原菌分布及耐药性分析[J]. 检验医学与临床, 2018, 15 (20): 3129-3132.
- [2] 张利杰. 132 例肾内科患者尿路感染病原菌的分布特征及其耐药性分析[J]. 抗感染药学, 2021, 18 (07): 1005-1008.
- [3] 李丽华, 李丹丹, 宋金娜. 老年尿路感染者的病原菌分析及大肠埃希菌耐药性研究[J]. 黑龙江医学, 2021, 45 (09): 923-925.
- [4] 李奇, 史丽霞, 薛坚, 马文萍. 长期住院老年患者尿路感染病原菌分布及耐药性分析[J]. 中国处方药, 2021, 19 (05): 37-39.
- [5] 赵越, 叶龙, 袁凯旋, 凌勇, 张莉滢. 老年尿路感染患者中碳青霉烯耐药肠杆菌科细菌的临床特征及分子流行研究[J]. 中国实验诊断学, 2021, 25 (05): 694-698.
- [6] 宋建梅, 王金英, 隋功泽, 王旭, 单辉. 老年女性患者尿路感染细菌的耐药性分析[J]. 标记免疫分析与临床, 2021, 28 (05): 793-795+809.
- [7] 刘勇波, 陈燕如, 丁桂贤, 邓玉华, 陈志斌, 黄景维, 吴雪莲. 某地区老年女性患者尿路感染 380 例病原菌分布及其耐药性分析[J]. 实用医技杂志, 2021, 28 (09): 1098-1101.
- [8] 周泉腾, 李骏, 曾标龙. 老年女性糖尿病患者尿路感染病原菌及耐药性调查分析[J]. 中国初级卫生保健, 2021, 35 (11): 62-64.
- [9] 张赫男. 老年尿路感染患者的病原菌分布及耐药性分析[J]. 中国药物经济学, 2017, 12 (01): 27-29.
- [10] 宋迪静, 李曦. 3108 例尿路感染病原菌及耐药性分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2020, 30 (03): 364-366.
- [11] 高单, 陈虹, 刘军. 老年尿路感染患者多重耐药菌分布特点研究[J]. 中国实用医药, 2020, 15 (12): 155-157.
- [12] 吴政龙, 张秀红, 董亮, 耿先龙. 无锡市某院老年男性患者尿路感染病原菌分布及耐药性[J]. 中国感染控制杂志, 2020, 19 (05): 411-416.
- [13] 吕钢. 沈阳北部地区老年尿路感染患者病原学分析[J]. 中国老年保健医学, 2020, 18 (03): 79-80.
- [14] 韩竖霞, 倪维. 老年糖尿病患者尿路感染的病原菌分布及耐药性分析[J]. 中国医药导报, 2018, 15 (10): 55-57+71.
- [15] 韦月玉, 许振培, 劳世晖, 郭小云, 王永和. 老年糖尿病肾病留置尿管患者尿路感染病原菌及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28 (17): 2596-2598+2720.
- [16] 于雪梅, 周翠香, 何晓萍. 老年女性糖尿病患者尿路感染病原菌分布及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25 (20): 4613-4615.
- [17] 赵雁翎. 老年尿路感染常见病原菌耐药性分析[J]. 中国现代医生, 2012, 50 (12): 120-121+128.
- [18] [19] 张永昌. 某院 86 例中老年精神分裂症患者尿路感染的致病菌分布及其耐药性分析[J]. 抗感染药学, 2021, 18 (11): 1660-1663.
- [19] 蒋醒竹, 陈阳, 陆俊华, 吴猛, 李临刚, 陈清龙, 朱建锋, 王建华. 磷霉素氨丁三醇颗粒 (美乐力) 对老年尿路感染的治疗价值评估[J]. 当代医学, 2019, 25 (21): 42-44.

经 Wiltse 肌间隙入路微创椎弓根钉内固定术治疗创伤性胸腰椎骨折的效果

马小飞¹ 范凤龙² 马宝有³ 马小宝³

宁夏第五人民医院石嘴山中心医院 宁夏石嘴山 753200

摘要:目的:探究分析经 Wiltse 肌间隙入路微创椎弓根钉内固定术治疗创伤性胸腰椎骨折的效果。方法:选取于 2018 年 1 月至 2022 年 1 月,我院收治的创伤性胸腰椎骨折患者共 120 例,作为本次研究对象。按照电脑盲选的方式,将 120 例患者随机分为对照组与观察组,对照组采用经后正中入路的微创椎弓根钉内固定术;观察组采用经 Wiltse 肌间隙入路的微创椎弓根钉内固定术。对比分析对照组与观察组的手术相关指标;疼痛程度;腰椎功能状况;并发症发生率;COBB 角情况以及椎体前缘高度。结果:经手术治疗后,观察在手术相关指标;疼痛程度;腰椎功能状况;并发症发生率;COBB 角情况以及椎体前缘高度方面,明显优于对照组,其中 ($P < 0.05$),差异具有统计学意义。结论:对创伤性胸腰椎骨折患者,采用经 Wiltse 肌间隙入路微创椎弓根钉内固定术进行治疗,能够有效改善患者的手术相关指标;疼痛程度;腰椎功能状况;并发症发生率;COBB 角情况以及椎体前缘高度,在实际应用中具有优良的效果,值得推广与应用。

关键词:经 Wiltse 肌间隙入路微创椎弓根钉内固定术;胸腰椎骨折;手术相关指标;腰椎功能状况;疼痛程度 COBB 角情况以及椎体前缘高度

前言

胸腰椎骨折在通常情况下主要由于外力所导致的患者胸腰椎骨质受到连续性的破坏,如:遭受车祸、高出坠落摔伤等情况。一般情况下是指椎体的前半部分压缩,脊椎的后半部分正常,少数病例存在牵拉伤例损伤^[1-2]。其基本的临床表现可归纳为:在出现损伤之后,患者存在相对剧烈的疼痛,损伤部位出现压痛的情况;出现神经损害的表现:在出现损伤后,患者的躯干、甚至是下肢出现物理、麻木等情况,伴随大小便功能障碍,部分病情严重的患者甚至出现下肢感觉消失;出现合并性损伤:如腹部的疼痛、呼吸困难、休克甚至是意识丧失等症^[3-4]。随着社会的不断发展,医疗技术的不断进步, Wiltse 肌间隙入路微创椎弓根钉内固定术得到了一定的发展,本文将选取于 2018 年 1 月至 2022 年 1 月,我院收治的创伤性胸腰椎骨折患者共 120 例,作为本次研究对象,探究分析经 Wiltse 肌间隙入路微创椎弓根钉内固定术治疗创伤性胸腰椎骨折的效果,详情如下所示。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取于 2018 年 1 月至 2022 年 1 月,我院收治的创伤性胸腰椎骨折患者共 120 例,作为本次研究对象。按照电脑盲选的方式,将 120 例患者随机分为对照组与观察组。对照组中:患者共 60 例,其中男性患者共:32 例,女性患者共:28 例,年龄为:26-72 岁,平均年龄为:(47.32±2.04)岁,高处坠落摔伤共:27 例,交通事故受伤共:16 例,遭受重物打击受伤共:17 例;观察组中:患者共 60 例,其中男性患者共:29 例,女性患者共:31 例,年龄为:24-73 岁,平均年龄为:(48.22±1.87)岁,高处坠落摔伤共:33 例,交通事故受伤共:14 例,遭受重物打击受伤共:13 例。对照组与观察组一般资料对比,差异无统计学意义,其中 ($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:①对照组与观察组患者及家属均已同意参与本次研究;②本次研究经本院审核通过。③经诊断确认对照组与观察组患者均为创伤性胸腰椎骨折,符合《食用骨科学》中的诊断标准。

排除标准:①中途退出本次研究的患者;②精神障碍,沟通障碍、配合度低的患者。③存在脊髓、神经损伤的患者。④存在骨质疏松、脊柱遭受破坏情况严重,无法复位;凝血功能障碍等情况的患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组方法

对照组采用经后正中入路的微创椎弓根钉内固定术:对患者进行体位指导:取俯卧位,同时对其进行全身麻醉,采用 C 型臂 X 线机进行透视

观察,进一步确认患者出现损伤的具体部位,确认部位之后,于患者腰椎后正中部位行适当切口,逐步切开其皮下组织,取其棘突部位,对棘突部位的多裂肌起点部位进行切断,并对两侧的椎旁肌进行剥离,使得患者出现损伤的脊柱关节突部位得到充分的暴露;进而确定进钉位置,于患者腰椎人字嵴顶、胸椎上关节突于横突的交界处进行进钉操作;采用纵向撑开的方式,将连接棒放置于其中,采用 C 型臂 X 线机,对骨折复位的部位进行检查,确认无误之后,进行术腔的清晰工作,放置引流管,缝合伤口。

1.2.2 观察组方法

观察组采用经 Wiltse 肌间隙入路的微创椎弓根钉内固定术:对患者进行体位指导:取俯卧位,同时对其进行全身麻醉,采用 C 型臂 X 线机进行透视观察,进一步确认患者出现损伤的具体部位,选取患者椎后正中部位,进行切口的制作,对其皮下组织进行逐层切开的操作,切至患者腰背筋膜部位,将患者的 Wiltse 肌间隙进行充分的暴露,选取患者多裂肌以及最长肌间隙,进行钝性分离,进一步暴露患者的受伤椎体的横突基底、关节突等部位;进而寻找最佳进钉点,于患者腰椎人字嵴顶、胸椎上关节突于横突的交界处进行进钉操作;采用纵向撑开的方式,将连接棒放置于其中,采用 C 型臂 X 线机,对骨折复位的部位进行检查,确认无误之后,进行术腔的清晰工作,放置引流管,缝合伤口。

1.3 观察指标

经治疗干预后,对比分析对照组与观察组的手术相关指标;疼痛程度;腰椎功能状况;日常活动能力;COBB 角情况以及椎体前缘高度。手术相关指标包括:手术所花费的时间,手术过程中的出血量,手术完成后的引流流量以及手术完成后的卧床时间。疼痛程度采用 VAS 评分表示,VAS 评分中:总分为 10 分,分数评定越低,则表示患者的疼痛程度越轻。腰椎功能采用 DOI 评分表示,DOI 评分中:分数越低表示患者的腰椎功能越好。日常活动能力采用 MBI 评分表示,MBI 评分中:总分为 105 分,分数越低表示患者日常活动能力越差。数据均由研究期间收集整理得出。

1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS17.0 软件中分析,计量资料比较采用 t 检验,并以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, ($P < 0.05$) 为差异显著,有统计学意义。

2. 结果

2.1 对照组与观察组手术相关指标

经治疗干预后,对比分析对照组与观察组的手术相关指标,观察组明显优于对照组,其中 ($P > 0.05$),差异具有统计学意义,在手术所花费的时间方面, $P > 0.05$,无统计学意义,详情如下所示:

对照组手术所花费的时间为:(69.43±13.27) min;观察组手术所花费

的时间为: (71.54±14.30) min; 其中 $t=0.838$, $P=0.404$ 。

对照组手术过程中的出血量为: (181.40±19.82) ml; 观察组手术过程中的出血量为: (122.29±14.88) ml; 其中 $t=18.474$, $P=0.001$ 。

对照组手术完成后的引流量为: (137.17±13.37) ml; 观察组手术完成后的引流量为: (91.25±6.79) ml; 其中 $t=23.720$, $P=0.001$ 。

对照组手术完成后的卧床时间为: (11.66±2.26) d; 观察组手术完成后的卧床时间为: (8.20±1.37) d; 其中 $t=10.141$, $P=0.001$ 。

2.2 对照组与观察组疼痛程度

经治疗干预后, 对比分析对照组与观察组的疼痛程度, 观察组明显优于对照组, 其中 ($P>0.05$), 差异具有统计学意义, 详情如下所示:

对照组术后1周VAS评分为: (4.20±0.81)分; 观察组术后1周的VAS评分为: (2.55±0.49)分; 其中 $t=13.501$, $P=0.001$ 。

对照组术后半年的VAS评分为: (1.80±0.32)分; 观察组术后半年的VAS评分为: (1.31±0.28)分; 其中 $t=8.926$, $P=0.001$ 。

2.3 对照组与观察组腰椎功能状况

经治疗干预后, 对比分析对照组与观察组的腰椎功能状况, 观察组明显优于对照组, 其中 ($P>0.05$), 差异具有统计学意义, 详情如下所示:

对照组术后1周ODI评分为: (47.33±5.59)分; 观察组术后1周ODI评分为: (41.29±6.01)分; 其中 $t=5.700$, $P=0.001$ 。

对照组术后半年ODI评分为: (23.13±4.48)分; 观察组术后半年ODI评分为: (16.67±4.08)分; 其中 $t=8.258$, $P=0.001$ 。

2.4 对照组与观察组日常活动能力

经治疗干预后, 对比分析对照组与观察组的日常活动能力, 观察组明显优于对照组, 其中 ($P>0.05$), 差异具有统计学意义, 详情如下所示:

对照组术后半年MBI评分为: (58.77±7.67)分; 观察组术后半年MBI评分为: (68.47±9.08)分; 其中 $t=6.321$, $P=0.001$ 。

2.5 对照组与观察组COBB角情况

经治疗干预后, 对比分析对照组与观察组的COBB角, 观察组明显优于对照组, 其中 ($P>0.05$), 差异具有统计学意义, 详情如下所示:

对照组术后半年COBB角为: (8.24±1.06)°; 观察组术后半年COBB角为: (6.89±1.12)°; 其中 $t=6.781$, $P=0.001$ 。

2.6 对照组与观察组椎体前缘高度

经治疗干预后, 对比分析对照组与观察组的椎体前缘高度, 观察组明显优于对照组, 其中 ($P>0.05$), 差异具有统计学意义, 详情如下所示:

对照组术后半年椎体前缘高度为: (80.60±6.55)%; 观察组术后半年椎体前缘高度为: (86.75±7.01)%; 其中 $t=4.965$, $P=0.001$ 。

3. 讨论

据资料显示: 传统的手术方式能够改善患者的影响学指标、脊柱功能, 但同时也存在着手术创伤相对较大、恢复速率相对较低的缺陷^[5]。在本次研究中, 该方面的观点同样得到了验证, 在手术过程中的出血量方面, 对照组的出血量为 (181.40±19.82) ml, 相比于经 Wiltse 肌间隙入路的微创椎弓根钉内固定术的术中出血量明显较大, 采用经后正中入路的微创椎弓根钉内固定术, 在手术过程中, 为了能够获取更为清晰的视野, 通常需要玻璃关节突外缘的肌肉组织, 此项操作计容使得患者出现肌肉以及韧带方面的损伤, 同时可能由于牵拉处于高度张力的状况, 使得患者的神经受到一定程度的损伤, 继而使其出现肌力减退的情况^[6-7]。采取正中入路的微创椎弓根钉内固定术时, 在进行椎旁肌剥离操作的过程中, 溶蚀使得患者的小血管遭受破坏, 使其术中出血量上升。采用正中入路的手术方式容易对患者的脊神经后内侧支造成一定程度的损伤, 使其患者出现肌肉组织纤维化, 在术后容易出现疼痛等并发症^[8-9]。

从解剖学的角度来看, 采用经 Wiltse 肌间隙入路的微创椎弓根钉内固定术, 能够在手术过程中有效的避免损伤患者椎旁肌, 同时, 该部位有着:

无神经、血管伴行的优势, 使得在对其进行手术操作的过程中能够达到最小化创伤的目的。经 Wiltse 肌间隙入路, 有着手术视野清晰的优势, 在操作过程中能够有效的降低对患者的损伤, 减少手术过程中的出血量以及引流量^[10-11]。同时采用 Wiltse 肌间隙入路可减少神经肌肉的损伤, 为患者提供充足的血管供应, 有助于降低术后疼痛以及并发症的发生机率^[12]。在万守伟^[13]等人的研究中显示: 对创伤性胸腰椎骨折患者采用经 Wiltse 肌间隙入路椎弓根内固定术, 可有效减轻手术创伤, 利于患者术后康复, 提高其 JOA 评分, 减轻其疼痛感, 改善其脊柱功能与生活质量。

在本次研究中, 观察组采用了经 Wiltse 肌间隙入路的微创椎弓根钉内固定术对患者进行干预, 有效的改善了患者的症状, 并获得了优良的效果。相比于采用经后正中入路的微创椎弓根钉内固定术的对照组, 观察组在手术相关指标方面具有明显的优势, 在手术时间方面, 两组之间差异不大。在疼痛程度; 腰椎功能状况; 并发症发生率; COBB 角情况以及椎体前缘高度方面, 对照组与观察组的患者均得到了有效的改善, 与此同时, 观察组相比于对照组, 在上述方面均具有明显的优势。

综上所述, 对创伤性胸腰椎骨折患者, 采用经 Wiltse 肌间隙入路微创椎弓根钉内固定术进行治疗, 能够有效改善患者的手术相关指标; 疼痛程度; 腰椎功能状况; 并发症发生率; COBB 角情况以及椎体前缘高度, 在实际应用中具有优良的效果, 值得推广与应用, 本文仅供参考。

参考文献:

- [1]王刚,李洋,王健,颜鹏,夏萍,杨中华.经皮微创脊柱内固定术治疗创伤性胸腰椎骨折患者的临床效果[J].医疗装备,2022,35(10): 98-100.
- [2]陈家禄.经皮微创椎弓根钉内固定术治疗创伤性胸腰椎压缩骨折患者的临床效果[J].医疗装备,2022,35(04): 108-110.
- [3]阙阔,张仲明,张露,杨勇.经皮球囊扩张椎体后凸成形术与微创椎弓根钉内固定术治疗脊柱胸腰段压缩性骨折的效果比较[J].中国医疗器械信息,2022,28(01): 136-138.
- [4]盛斌,孙岚.Sextant 经皮微创脊柱内固定术与传统后路短节段椎弓根钉内固定治疗创伤性胸腰椎骨折的效果[J].中外医学研究,2021,19(24): 108-111.
- [5]崔宏刚,吴艳洁,陈钱.微创椎弓根螺钉内固定治疗创伤性胸腰椎骨折的疗效分析[J].辽宁医学杂志,2021,35(04): 49-52.
- [6]李洪伟.经皮微创椎弓根螺钉内固定联合椎体成形术治疗创伤性胸腰椎骨折的临床疗效[J].中国现代药物应用,2021,15(04): 95-97.
- [7]欧阳利云,唐颖,上官文峰,刘成业.不同入路微创椎弓根钉内固定术治疗胸腰椎创伤性骨折[J].牡丹江医学院学报,2021,42(01): 102-104+108.
- [8]刘文辉,钟恩春,廖主荣,康丽萍.经 Wiltse 肌间隙入路椎弓根钉内固定技术结合 ERAS 治疗无神经损伤胸腰椎骨折[J].基层医学论坛,2020,24(35): 5069-5070.
- [9]徐磊.比较开放与微创椎弓根钉内固定术治疗脊柱骨折的效果[J].河南外科学杂志,2020,26(02): 121-122.
- [10]郑仲谋.经皮微创椎弓根钉内固定术治疗创伤性胸腰椎压缩性骨折的疗效评价[J].基层医学论坛,2020,24(04): 467-468.
- [11]刘巍,汪旭,沙辉.手术室微创椎弓根钉内固定术中不同入路法对胸腰椎创伤性骨折患者伤椎有效性指标的影响[J].中国医学装备,2020,17(01): 113-117.
- [12]李小明.经皮球囊扩张椎体后凸成形术与微创椎弓根钉内固定术治疗脊柱胸腰段压缩性骨折的效果比较[J].中国现代医生,2018,56(32): 62-64+68.
- [13]万守伟.经 Wiltse 肌间隙入路椎弓根内固定术治疗老年胸腰椎骨折[J].牡丹江医学院学报,2018,39(04): 71-72+82.

未足月胎膜早破孕妇血清中 Th1 (IL-2、TNF- α 、IFN- γ) /Th2 (IL-4、IL-6、IL-10) 细胞因子的平衡变化及其妊娠结局

赵之明 滕玲玲 刘慧杰 王晓丽 董高霞

聊城市第二人民医院产二科 山东聊城 252600

摘要: 目的: 研究未足月胎膜早破孕妇血清中 Th1/Th2 细胞因子的浓度及其平衡状态, 统计其妊娠结局。方法: 选取 2020 年 7 月~2021 年 12 月于聊城市第二人民医院进行住院诊治的 30 例未足月胎膜早破孕妇为观察组, 同时期的 30 例门诊孕妇 (年龄段、孕周差异无统计学意义) 为对照组, 将两组孕妇的血清中 Th1/Th2 细胞因子进行分别检测与比较, 统计观察组的分娩方式及新生儿结局。实验结果使用 SPSS22.0 对采集的数据实施分析, 采用 t 检验和方差检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。根据实验结果进一步分析。结果: 观察组中 IL-2、TNF- α 、IFN- γ 的水平均高于对照组, 差异有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。对照组中 IL-4、IL-6、IL-10 的水平均高于观察组, 差异有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。观察组孕妇剖宫产率 80%、新生儿窒息率 60%。结论: 未足月胎膜早破孕妇血清中 Th1/Th2 细胞因子平衡向 Th1 细胞因子为主的模式转化。未足月胎膜早破孕妇剖宫产率、新生儿窒息率偏高。

关键词: 未足月胎膜早破、Th1/Th2 细胞因子、IL-2、TNF- α 、IFN- γ 、IL-4、IL-6、IL-10

Abstract: Objective: To study the concentration and balance of Th1/Th2 cytokines in serum of pregnant women with premature rupture of membranes, and to calculate their pregnancy outcomes.

Selection methods: July 2020 to December 2021 was conducted in the second people's hospital of liao cheng city hospital make a diagnosis and give treatment of 30 cases of premature rupture of membranes before term pregnant women as the observation group, 30 cases of clinic pregnant women in the same time there was no statistically significant difference (age, gestational age) as the control group, two groups of pregnant women serum Th1/Th2 cytokines detection respectively and compared, The delivery mode and neonatal outcome of the observation group were analyzed. SPSS22.0 was used to analyze the collected data, t-test and variance test were adopted, and $P < 0.05$ was considered statistically significant. Further analysis based on the experimental results.

Results: The levels of IL-2, TNF- α and IFN- γ in the observation group were higher than those in the control group, the differences were statistically significant (ALL $P < 0.05$). The levels of IL-4, IL-6 and IL-10 in the control group were higher than those in the observation group, the differences were statistically significant (ALL $P < 0.05$). In the observation group, cesarean section rate was 80% and neonatal asphyxia rate was 60%.

Conclusion: The balance of Th1/Th2 cytokines in the serum of pregnant women with preterm premature rupture of membranes was transformed to Th1 cytokine dominated mode. The cesarean section rate and neonatal asphyxia rate of pregnant women with premature rupture of membranes are high.

preterm premature rupture of membranes、cytokine of Th1/Th2、interleukin-2、tumor necrosis factor- α 、interferon- γ 、interleukin-4、interleukin-6、interleukin-10

未足月胎膜早破 (PPROM) 是指孕周满 28 周的孕妇在妊娠 37 周内, 于临产前胎膜发生自发性破裂。其发生机制尚不清楚。其中妊娠期母体 Th1/Th2 平衡失调可能导致胎膜早破、早产等一系列并发症。未足月孕妇发生胎膜早破后增加剖宫产率及新生儿窒息率, 严重影响母婴安全。目前临床上没有有效的预测方法, 且关于未足月胎膜早破孕妇终止妊娠方式及新生儿结局报道较少。因此, 本文研究未足月胎膜早破孕妇血清中 Th1/Th2 细胞因子的平衡变化, 以及其妊娠结局。本文分别测定未足月胎膜早破孕妇血清中 Th1 型细胞代表因子 IL-2、TNF- α 、IFN- γ 及 Th2 型细胞代表因子 IL-4、IL-6、IL-10 的含量, 与对照组比较, 为临床预测提供参考。

1. 材料和方法 1.1 研究对象 选取 2020 年 7 月~2021 年 12 月我院住院, 未足月胎膜早破孕妇 30 例为观察组, 年龄 (23.6 $\pm$ 3.2) 岁, 孕周 28~36+6 周, 平均 (32.7 $\pm$ 3.2) 周。同时随机选取我院产科门诊定期产检, 无临产、感染及胎膜早破征象的正常孕妇 30 例为对照组, 年龄 (23.3 $\pm$ 3.5)

岁, 孕周 29~35 周, 平均 (33.1 $\pm$ 3.1) 周。所有孕妇均无产科及内外科合并症。两组年龄及孕周相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 检测方法 观察组孕妇入院后, 空腹抽肘静脉血 2mL 入 EDTA 抗凝管, 采用 ELISA 法, 测定 IL-2、TNF- α 、IFN- γ 及 IL-4、IL-6、IL-10 浓度, 对照组孕妇于产检时抽血同法测定。

1.3 统计观察组孕妇终止妊娠的方式及新生儿结局。

1.4 统计学分析 实验结果使用 SPSS22.0 对采集的数据实施分析, 计数资料以 [例 (%)] 的形式表示, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 的形式表示, 采用 t 检验和方差检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果 2.1 孕妇血清 Th1/Th2 细胞因子水平的变化: 观察组 IL-2、TNF- α 、IFN- γ 的水平均高于对照组, 差异有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。对照组 IL-4、IL-6、IL-10 的水平均高于观察组, 差异有统计学意义 (均 $P < 0.05$) (表 1)。

表 1. 血清 Th1/Th2 细胞因子的变化 (pg/mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Th1			Th2		
		IL-2	TNF- α	IFN- γ	IL-4	IL-6	IL-10
观察组	30 例	6.62 $\pm$ 1.41 [△]	34.32 $\pm$ 2.32 [△]	49.49 $\pm$ 4.11 [△]	7.12 $\pm$ 1.01 [△]	23.82 $\pm$ 1.81 [△]	3.96 $\pm$ 0.42 [△]
对照组	30 例	5.02 $\pm$ 0.71	29.39 $\pm$ 2.12	40.49 $\pm$ 3.82	9.39 $\pm$ 1.21	29.82 $\pm$ 2.41	5.96 $\pm$ 0.61

△未足月胎膜早破组与正常对照组比较 $P < 0.05$

2.2 观察组孕妇终止妊娠的方式: 剖宫产 24 例 (占 80%, 均 < 35 周), 顺产 5 例 (占 20%, 均 > 35 周)。新生儿结局: 分无新生儿窒息 (Apgar 评分 8-10) 和有新生儿窒息 (Apgar ≤ 7 分, 其中有 12 例无新生儿窒息, 18 例有新生儿窒息 (占 60%)。无新生儿窒息者中有 7 例孕周 > 35 周, 新生儿窒息者中有 16 例孕周 ≤ 32 周。

3 讨论 细胞因子与正常妊娠的维持密不可分, Th1 细胞分泌的细胞因子包括干扰素- γ (IFN- γ)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-2 (IL-2) 等[1], 有促进巨噬细胞活化、细胞毒性作用, 主要介导细胞免疫反应。Th2

型细胞分泌的细胞因子如 IL-4、IL-6 及 IL-10 等[2], 它们参与 B 细胞的增殖、分化、成熟及促进抗体的生成, 增强体液免疫应答, 诱导母体产生免疫耐受[3], 主要介导体液免疫反应。由于人类妊娠组织倾向于产生炎性细胞因子, 细胞因子之间的平衡显得尤为重要。受孕后, 母体对胎儿的识别及妊娠的维持是通过占优势的 Th2 型细胞因子来实现的。一旦细胞因子之间的平衡遭到破坏, 产生级联效应, 炎性细胞因子可以调节肾上腺皮质激素释放激素 (CRH) 的产生, 从而促进蜕膜、羊膜和绒毛膜细胞分泌前列腺素和催产素, 诱发宫缩, 促进宫颈成熟及胎膜破裂[4]。Saito 等[5]研究表明正常妊娠晚期外周血中 Th1 细胞比例较未孕妇女明显下降, Th2 细

胞比例在孕早期即明显升高,孕中晚期 Th1/Th2 细胞比例明显下降。本实验选择具有代表性的 Th1 型细胞因子 IFN- γ 、IL-2、TNF- α 及 Th2 型细胞因子 IL-4、IL-6、IL-10。IL-4 和 IFN- γ 是调节 Th1/Th2 平衡中最重要的细胞因子,较明确参与调节的还有 IL-2、IL-10 和 IL-6[6]。IL-4 还抑制 TNF- α 受体在胎盘血管中的表达,以利于妊娠。IL-10 则可抑制 Th1 型细胞因子的产生进而抑制 Th1 型免疫反应及 NK 细胞的激活,对妊娠有保护作用[7]。IL-10 是抑制 Th1 细胞、促进 Th2 细胞分化的重要因子。有研究测定黄体中期的子宫内膜发现, Th1 型细胞因子的表达缺乏,而表现为 Th2 型细胞因子的优势表达,可以保护胎儿[8]。本实验结果显示 PPRM 患者血清中 IFN- γ 、IL-2、TNF- α 的表达水平均显著高于对照组 ($P<0.05$);说明 PPRM 患者血清中细胞因子较正常孕妇的异常表达[9]。本研究统计显示未足月胎膜早破孕妇孕周越小剖宫产率越高,孕周越大顺产率越高,而分娩方式的选择还与羊水多少、胎次、是否有宫内感染、是否有规律宫缩、既往分娩方式、胎儿宫内状况等因素有关。而孕周越大,新生儿窒息发生率越低,还与是否合并宫内感染、有没有完成足疗程促胎肺成熟、母亲是否有其他合并症等因素有关。这些数据提醒我们降低未足月胎膜早破率能有效改善母婴结局。根据本实验结果我们提出在有关 PPRM 的研究中,应考虑到细胞因子引起的 Th1/Th2 失衡的作用,从而为 PPRM 预警、诊断和及早干预防治提供相关的线索。

参考文献:

[1]徐焕,李大金.趋化因子对早产的影响.中华妇产科杂志,2003;38(1):49-50

(上接第70页)

烧伤烫伤既往由于天热后所著衣物减少,以夏秋季多发,近年来因冬季各种取暖措施普及及生产工作需求,季节性不明显。生活中较常见以 I 度及浅 II 度烧伤烫伤为主^[4]。烧伤烫伤在真皮层以上,部分创口由此可见有显著的红肿,可进发大小不一的水疱。院前处置错误,水疱破损后,进一步暴露,泛红。创表的温度高,疼痛显著,且容易感染。在烧伤烫伤后,肌肤部分的屏障功能受到损坏^[5]。

烫伤、烧伤产生后,尽快冷疗十分重要。针对中小型总面积浅度烫伤,冷疗可以缓解供热对创口的进一步损伤,快速缓解疼痛,且简便易行。具体方法是:将烧伤创面在清水下冲洗或浸入凉水中(水的温度以受伤者能承受为标准,一般为 15~20℃,夏季可在水中加冰块儿),或用冷(冰)水淋湿的纯棉毛巾、纱垫等敷于创口,但过低温度的冷疗也对创口不好^[6]。冷疗的时间无明确的限定,一般直到冷疗终止后,疼痛显著缓解为宜,多需 0.5~1 小时或更长。

冷疗不断的时长多以终止冷疗后创口不会有剧烈疼痛为标准,水的温度一般为 15~20℃,有条件者可在水中放些冰块儿以降低水的温度^[7]。及时冷疗可中和和侵入身体内的余热,阻止热力的继续渗透,防止创面继续加深,减轻组织烧伤深度。冷疗也可缓解水肿,烫伤后肌肤血管大幅度扩大,血管渗透性提升,很多血液物质外渗血管产生水肿或小水泡,冷疗可让因高温扩大的血管大幅度收拢,降低血液样化学物质的外渗,缓解水肿。因此烫伤后的冷疗越快越好,不要担心水里有病菌、烧伤创面触碰凉水会感染。应果断地开展创口初期冷疗处理,使损害降至最少程度。及时到医院尽管可获得最佳的处理,但偶尔会错过了创口处理的黄金时期,导致创口深层的不可逆损伤^[8]。

冷疗作为解决烧伤烫伤简单且合理办法之一,可以快速减轻疼痛的同时平稳病人的心态,提升创口的痊愈率,适合急诊解决轻微烧伤烫伤。科学研究表明,冷疗可合理减少烧伤烫伤创口的温度,降低前列腺素、5HT 等感觉皮肤物质代谢,可减轻部分痛感^[9]。冷疗能够降低组织的耗氧,抑制继发损害因子的产生,缓解创口损害过程,维护一切正常细胞的功能。血管渗透性的减少使屏障破坏过程减缓,复建部分的血管动力,使肌肤循环获得改善^[10]。本科学研究数据显示,观察组的疼痛水平、医治依从和

[2]Ekefeh C, Lidström C, Matthiesen L, et al. Spontaneous secretion of interleukin-4, interleukin-10 and interferon- γ by first trimester decidual mononuclear cells. Am J Reprod Immunol, 2002, 47(3): 159-166

[3]Paradisi R, Maldini-Casadei M, Boni P, et al. T-helper 2-cytokine levels in women with threatened abortion[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2010, 114(2): 239-240.

[4]黄谱,吴玲.母胎界面免疫微环境及其功能.国外医学妇幼保健分册,2000,11(3):107-110

[5]Saito S, Sakai M, Sasaki Y, et al. Quantitative analysis of peripheral blood Th0, Th1, Th2 and the Th1: Th2 cell ratio during normal pregnancy and preeclampsia[J]. Clin Exp Immunol, 1999, 117: 550-555.

[6]Ekerfelt C, Lidström C, Matthiesen L, et al. Spontaneous secretion of interleukin-4, interleukin-10 and interferon- γ by first trimester decidual mononuclear cells[J]. Am J Reprod Immunol, 2002, 47(3): 159-166.

[7]孙琪,王秀华. IL-10 对人滋养层细胞中 HLA-G mRNA 表达和 HCG 分泌的影响[J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(1): 46-48.

[8]Bretscher PA. The regulatory functions of CD4+ and CD8+ T cell subsets in immune class regulation[J]. Immunol Res, 2006, 13: 141-150.

[9]张静,张文真.胎盘 Th1/Th2 型细胞因子失衡与妊娠不良结局[J].国外医学妇幼保健分册,2005,16(4):211-213.

总有效率均好于对照组 ($P<0.05$)。

总的来说,运用冷疗对烧烫伤病人完成医治,可以显著缓解病人诊治操作过程中的疼痛,提升其医治依从,临床医学实际效果显著。

参考文献:

[1]张庆庆,张晓影,陈漫丽,等.改良换药方法在低温烫伤治疗中的应用[J].中华损伤与修复杂志(电子版).2017,12(6):477-478.

[2]黄能,詹剑华,罗锦花,等.黄芪多糖对严重烫伤大鼠血清炎症因子的影响[J].中华烧伤杂志,2015,31(4):274-276.

[3]Hao, Tian, Liangxi, et al. Epidemiologic and clinical characteristics of severe burn patients: results of a retrospective multicenter study in China, 2011-2015[J]. Burns & Trauma, 2018, 6(Spec): 14.

[4]Al Himdani, Sarah, Javed, et al. Home remedy or hazard? management and costs of paediatric steam inhalation therapy burn injuries[J]. The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 2016, 66(644): E193-E199.

[5]Varley, Alice, Sarginson, et al. Evidence-based first aid advice for paediatric burns in the United Kingdom[J]. Burns: Including Thermal Injury, 2016, 42(3): 571-577.

[6]Ju-Hye Yang, Youn-Hwan Hwang, Min-Jung Gu, et al. Ethanol extracts of Sanguisorba officinalis L. suppress TNF- α /IFN- γ -induced pro-inflammatory chemokine production in HaCaT cells[J]. Phytomedicine, 2015, 22(14): 1262-1268.

[7]饶青,张亚龙,王建武,等.用冷生理盐水冲洗法对接收单极高频电刀凝切手术的会厌囊肿患者进行创面冷疗的效果观察[J].当代医药论丛, 2021, 19(6): 22-24.

[8]钟清国,张帅,周波,等.冷疗对急诊烧烫伤患者疼痛的影响分析[J].中外医学研究, 2019, 17(33): 69-71.

[9]高优,李金虎,郭志谦,等.亲水纤维含银敷料在小儿头面部深 II 度烧伤创面治疗中的应用[J].中国美容整形外科杂志, 2017, 28(8): 485-487.

[10]梁仕兰,徐伟英,林月双.不同间隔时间换药对深 II 度烧伤病人创面愈合的影响[J].护理研究, 2017, 31(7): 832-834.

眼 B 型超声、荧光素眼底血管荧光造影、OCT 检查对增生性糖尿病视网膜病变诊断的临床分析

康恩飞

聊城市眼科医院 山东聊城 252000

摘要: 目的 探究眼 B 型超声、荧光素眼底血管荧光造影 (FFA)、OCT 检查对增生性糖尿病视网膜病变患者的临床诊断价值。方法 选取本院 2021 年 1 月-2021 年 12 月收治的增生性糖尿病视网膜病变患者 59 例 100 眼作为本次的研究对象。对患者的眼 B 型超声、FFA、OCT 所有检查资料进行分析总结。结果 在 100 眼增生性糖尿病视网膜病变患者中, FFA 在新生血管形成的检查阳性率 92% (92/100), 明显高于眼 B 型超声及 OCT 检查 ($P < 0.01$); 眼 B 型超声在视网膜前出血的检查阳性率 66% (66/100), 明显高于 FFA 及 OCT 检查 ($P < 0.01$); 眼 B 型超声在玻璃体积血的检查阳性率 55% (55/100), 明显高于 FFA 及 OCT 检查 ($P < 0.01$)。结论 对增生性糖尿病视网膜病变患者采用眼 B 型超声联合 FFA 检查能够更加有效的提高诊断准确率, 具有临床推广价值, 值得推广应用。

关键词: 眼 B 型超声; 荧光素眼底血管荧光造影; 增生性糖尿病视网膜病变

Clinical analysis of ocular Ocular B-mode ultrasound Fluorescein fundus angiography and OCT examination in the diagnosis of proliferative diabetic retinopathy

KANG Enfei

Liaocheng ophthalmic hospital, Liaocheng, Shandong 252000, China

Abstract: Objective Objective to explore the clinical diagnostic value of Ocular B-mode ultrasound, Fluorescein fundus angiography (FFA) and OCT examination in patients with proliferative diabetic retinopathy. Methods 59 cases (100 eyes) of proliferative diabetic retinopathy admitted in our hospital from January 2021 to December in -2021 were selected as the subjects of this study. All the examination data of B-mode ultrasound, FFA and OCT were analyzed and summarized. Results In 100 eyes with proliferative diabetic retinopathy, the positive rate of FFA in neovascularization was 92% (92/100), which was significantly higher than that of B and OCT ($P < 0.01$); The positive rate of ocular B-mode ultrasonography in preretinal hemorrhage was 66% (66 / 100), which was significantly higher than that of FFA and OCT ($P < 0.01$); The positive rate of B-mode ultrasonography in vitreous blood was 55% (55 / 100), which was significantly higher than that of FFA and OCT ($P < 0.01$). Conclusion For patients with proliferative diabetic retinopathy, Ocular B-mode ultrasound combined with FFA can improve the diagnostic accuracy more effectively. It has clinical promotion value. It is worth popularizing and applying.

Key words: Ocular B-mode ultrasound; Fluorescein fundus angiography; Proliferative diabetic retinopathy

增生性糖尿病视网膜病变^[1]是糖尿病的严重并发症之一, 组织脏器血糖代谢紊乱所致。本病的发病与糖尿病的病程有直接关系。非增生性糖尿病视网膜病变^[2]属于糖尿病视网膜病变的早期。如果血糖控制不利。随时间延长, 增生性糖尿病视网膜病变发病率越大。可出现新生血管形成及纤维增生。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2021 年 1 月-2021 年 12 月诊治经临床证实的增生性糖尿病视网膜病变患者 59 例 100 眼做为本次的研究对象。其中男 39 人, 女 20 人, 年龄 17-70 岁。平均年龄 (53±12.5) 岁。治疗前均做眼部 B 型超声、FFA、OCT 检查, 每类型检查为同一检查医师完成。

1.2 方法

1.2.1 眼部 B 型超声检查 采用法国光太 AVISO 眼科 A/B 超声诊断仪。频率 10MHz, 扇形扫描探头。对眼部各个切面进行扫描。探测玻璃体腔、视盘及视网膜回声。

1.2.2 FFA 检查 采用德国海德堡眼底荧光造影仪进行检查。在检查之前给患者充分散瞳, 做皮试及推注实验。然后静脉推注荧光素钠造影剂。获取动脉期、动静脉期、静脉期的眼底血管荧光造影图像。

1.2.3 OCT 检查 采用德国海德堡光学相干断层扫描仪进行眼部黄

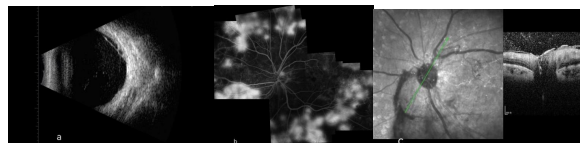
斑区、视盘部组织进行断层扫描检查。获取断层扫描图像。

1.2.4 增生性糖尿病视网膜病变诊断依据, 采用 2002 年颁布糖尿病性视网膜病变国际临床分级标准。出现以下一种或多种改变: 1. 新生血管形成。2. 玻璃体积血或视网膜前出血。

1.3 统计学方法 采用 SPSS20.0 系统软件作为本文统计分析资料。计数资料用 (%) 表示, 采用卡方检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 眼部 B 型超声、FFA、OCT 检查表现 (图)



a: B 型超声 表现玻璃体腔内弥漫积血散在点状中低回声。玻璃体腔内条索状强回声与视网膜表面相粘连。

b: FFA 表现 静脉期视盘各方向多量微动脉瘤, 散在片状无灌注区, 视网膜中周部可见视网膜新生血管荧光素渗漏。

c: OCT 表现 表现弥散颗粒状高反射, 视盘边缘不规则, 层间反射紊

乱。表面膜状高反射，牵拉视盘。

经临床确诊增生性糖尿病视网膜病变患者 59 例 100 眼（单眼患病 18 例，占 31%。双眼患病 41 例，占 69%）。现针对增生性糖尿病视网膜病变患者 100 眼进行影像学分析。

2.1.1 眼部 B 型超声所见：100 眼患者当中，新生血管形成 61 眼（占 61%），主要表现为视网膜表面膜状强回声，玻璃体腔内条索状强回声与视网膜表面相粘连，玻璃体皮质不完全脱离。视网膜前出血 66 眼（占 66%），可见玻璃体后皮质与视网膜内界膜之间散在点状中等回声。玻璃体积血 55 眼（占 55%），主要表现为玻璃体腔内弥散点状中等回声，可伴有机化条索高回声。

2.1.2 FFA 所见：100 眼患者当中，新生血管形成 92 眼（占 92%）主要表现为静脉期视网膜大片无灌注区边缘新生血管荧光素钠渗漏，晚期渗漏扩大，增强。视网膜前出血 49 眼（占 49%），主要表现为视网膜前片状低荧光。玻璃体积血 38 眼（占 38%），主要表现为视网膜大片遮挡荧光。

2.1.3 OCT 所见：100 眼患者当中，新生血管形成 69 眼（占 69%）主要表现为神经上皮层、视盘表面膜状高反射或玻璃体腔条索状高反射牵拉。视网膜前出血 45 眼（占 45%），主要表现为后极部内界膜前弥散点状高反射或团块样高反射，下方视网膜反射被遮挡。玻璃体积血 33（33%）表现为玻璃体腔弥散颗粒状高反射。

2.2 检查结果：在 100 眼增生性糖尿病视网膜病变患者中，FFA 在新生血管形成的检查阳性率 92%（92/100），明显高于眼 B 型超声及 OCT 检查（ $P<0.01$ ）；眼 B 型超声在视网膜前出血的检查阳性率 66%（66/100），明显高于 FFA 及 OCT 检查（ $P<0.01$ ）；眼 B 型超声在玻璃体积血的检查阳性率 55%（55/100），明显高于 FFA 及 OCT 检查（ $P<0.01$ ）。

表 增生性糖尿病视网膜病变通过眼部 B 型超声、FFA、OCT 检查结果情况[n（%）]

组别	n	新生血管形成	视网膜前出血	玻璃体积血
OCT	100	69（69）	45（45）	33（33）
FFA	100	92（92）	49（49）	38（38）
眼部 B 型超声	100	61（61）	66（66）	55（55）
χ^2 值		26.9231	9.9911	10.9195
P 值		0.0000	0.0068	0.0043

3 讨论

糖尿病性视网膜病变^[3]早期，也成为背景期视网膜病变，患者一般无自觉症状。如果血糖控制不好，随病情发展，进入增生性视网膜病变，则引起玻璃体积血、视网膜脱离，引起视力丧失。视网膜新生血管形成^[4]和视网膜前出血或玻璃体积血其中一条的发生就可诊断为增生性糖尿病视网膜病变。及时对疾病进展的发现和治理，可以有效阻止病情进一步恶化，挽救患者视力。

OCT 对后极部断层扫描^[5]可见神经上皮层及视盘表面新生血管和纤维增生不规则高反射，可与玻璃体后皮质相粘连。突向玻璃体腔。发生玻璃体积血，少量积血可见玻璃体腔弥散颗粒高反射。当积血较厚时激光不能穿透积血到达视网膜进行断层扫描。视网膜前积血位于玻璃体后皮质与内界膜之间时，可见团块样高反射。

FFA 视网膜血管的造影^[6]检查中，对视网膜新生血管的发现的比例较高。增生性糖尿病视网膜病变静脉期^[7]视盘各方向可见微动脉瘤，视网膜内微血管异常，片状无灌注区。点片状出血、渗出低荧光区。广泛毛细血管扩张渗漏，黄斑区不均匀高荧光，黄斑囊样荧光积存。可发现新生血管的荧光素钠渗漏。

眼部 B 型超声 超声可见视网膜新生血管膜与玻璃体皮质相连，呈条索状强回声。出现不完全玻璃体后脱离。连接点可一个或多个，出现增生性糖尿病视网膜病变特征性影像学形态。随着视网膜新生血管纤维增生的发展，视网膜受牵拉明显，出现牵拉性视网膜脱离^[8-9]。超声可见球壁前帐篷样强回声光带与纤维增生、玻璃体后皮质相连。后运动（-）。发生玻璃体积血^[10]时超声可见玻璃体腔散在点状中等回声其间条索状强回声。

OCT 检查能清晰显示断层扫描图像，发现视网膜及视盘的新生血管膜及增生。受扫描范围限制，容易遗漏周边视网膜病变。当有玻璃体积血较厚时激光检查不能穿透，容易漏诊。FFA 也出现同样问题，当玻璃体积血较厚时，激光不能够穿透，不能激发视网膜血管内造影剂产生荧光。对疾病诊断造成困难。眼部 B 型超声可以很好解决这个问题，超声可以很好显示玻璃体腔内积血及机化条索的回声。观察视网膜牵拉情况

综上所述，对增生性糖尿病视网膜病变患者采用眼 B 型超声联合 FFA 检查能够更加有效的提高诊断准确率，具有临床推广价值，值得推广应用。

参考文献：

[1]郭庆敏,孟旭霞.Jagged1 在增生性糖尿病视网膜病变纤维血管膜中的表达及其意义[J].中华实验眼科杂志,2022,40（01）：29-34。
[2]Méndez V, Gálvez Alcázar L, García-Ben E, García-Campos JM. Study of visual acuity and contrast sensitivity in diabetic patients with and without non-proliferative diabetic retinopathy[J]. Int Ophthalmol. 2021 Nov; 41（11）：3587-3592。
[3]尹玉如,赵博军.糖尿病视网膜病变早期诊断技术及其应用[J].国际眼科杂志,2022,22（03）438-442。
[4]李俊荣,邵彦.充分认识增生性糖尿病视网膜病变纤维血管增生膜的形态特点及处理略[J].中华眼科杂志,2021,57（12）：881-885。
[5]Kilani A, Werner JU, Lang GK, Lang GE. Optical Coherence Tomography Angiography Findings in Proliferative Diabetic Retinopathy[J]. Ophthalmologica. 2021; 244（3）：258-264。
[6]贾力蕴,熊颖,严伟.糖尿病性视网膜病变诊断中眼底荧光血管造影的价值及指导治疗的作用评价[J].中国现代药物应用,2021,15（05）：7-9。
[7]Enders C, Baeuerle F, Lang GE, Dreyhaupt J, Lang GK, Loidl M, Werner JU. Comparison between Findings in Optical Coherence Tomography Angiography and in Fluorescein Angiography in Patients with Diabetic Retinopathy[J]. Ophthalmologica. 2020; 243（1）：21-26。
[8]龙婷,陈佳,杜磊.增殖性糖尿病视网膜病变的手术治疗进展[J].国际眼科杂志,2017,17（11）：2069-2072。
[9]Zaheer W, Iqbal K, Usman M. Frequency of retinal re-detachment after removal of silicone oil Tamponade in cases of proliferative vitreoretinopathy[J]. J Pak Med Assoc. 2020 Aug; 70（8）：1404-1407。
[10]张书,马建军,刘勤,白惠玲.糖尿病性视网膜病变所致玻璃体积血早期手术的效果[J].中华眼外伤职业眼病杂志,2022,44（02）：113-117。

超声诊断甲状腺占位性病变的临床价值分析

李艳菊

辽源市中医院 吉林辽源 136200

摘要：目的：研究在临床中采取超声诊断的方式对甲状腺占位性病变诊断的准确性和临床应用价值。方法：研究开始时间为2019年3月，持续3年，结束时间为2022年3月，从在我院接受治疗的甲状腺占位性病变患者中选取65例患者开展此次研究，回顾性的进行分析，选取的患者均在我院接受了治疗，临床资料完整，均为首先接受超声检测，然后进行手术治疗，研究对比超声检测的结果和手术病理检查结果的一致性，探究超声诊断甲状腺占位性病变的临床价值分析。结果：（1）超声检查与手术病理诊断甲状腺肿瘤良恶性的情况：所有的患者均经手术病理学诊断后，诊断结果为恶性病变的患者14例，恶性肿瘤的发生率为21.54%，术后病理结果显示占位性病变为良性病变的患者41例，概率为78.46%；超声诊断的结果为恶性病变15例（检出率为23.08%），良性病变50例（占比76.92%）。结果表明超声诊断将1例良性病变患者诊断为恶性，但是超声与病理学诊断甲状腺肿瘤良恶性的结果差异不显著， $P>0.05$ 。（2）超声检查与手术病理诊断甲状腺占位性病变的情况：手术病理学诊断的结果为结节性甲状腺肿22例（检出率33.85%）、甲状腺腺瘤17例（检出率26.15%）、甲状腺炎14例（检出率21.54%）、甲状腺癌12例（检出率18.46%）；超声诊断的结果为结节性甲状腺肿21例（检出率32.31%）、甲状腺腺瘤18例（检出率27.69%）、甲状腺炎15例（检出率23.08%）、甲状腺癌11例（检出率16.92%），对于超声检测与病理学诊断甲状腺占位性病变的结果表明两组方法之间的差异不显著， $P>0.05$ 。结论：在临床中采取超声诊断的方式对甲状腺占位性病变诊断的准确率较高，不仅可以对病变的良恶性进行较好的检出，对病变类型诊断的准确率也较高，临床中可持续的推广应用。

关键词：甲状腺占位性病变；超声诊断；病理学检查；准确性；应用价值

甲状腺能促进机体新陈代谢、生长发育，提高中枢神经系统的兴奋性，是人体重要的内分泌腺体之一。甲状腺占位性病变又称甲状腺肿块或结节，是临床上较为常见的疾病^[1]。相较于男性，女性甲状腺占位性病变的发生率较高，患者常出现咽喉异物感、咽喉梗阻、颈部肿胀、甲状腺肿大等临床症状，给患者的工作和生活带来很大影响^[2]。近年来，甲状腺占位性病变的发病率较高，大多为良性病变，恶性病变的概率约为5%，疾病存在多发和单发两种情况，由于良性病变缺乏显著特性表现，所以在疾病早期很容易被忽视，极易出现误诊或漏诊，导致病情逐渐恶化，由良性病变转为恶性，对患者生命健康的威胁性增加^[3]。常规手术病理检查的应用创伤大，普及率低，因此，在临床实践中，要寻找一种有效的诊断方法，以早期准确诊断甲状腺占位性病变。目前甲状腺占位性病变诊断中主要的影像学无创检查项目包括常规超声、同位素、CT和MRI，细胞针活检的病理细胞学检查具有侵入性，需要进行甲状腺组织穿刺，部分患者接受度不高^[4-5]。超声诊断的手段是近年来诊断甲状腺占位性病变的常用手段，其具有诊断定性和定位准确率的优点^[6]。本次研究回顾分析了2019年3月至2022年3月期间我院收治的65例确诊的甲状腺占位性病变患者，所有患者均实施了超声诊断以及病理学检验，对比超声检验的准确性，具体资料、方法、结果、结论等如下所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究开始时间为2019年3月，持续3年，结束时间为2022年3月，从在我院接受治疗的甲状腺占位性病变患者中选取65例患者开展此次研究，回顾性的进行分析，选取的患者均在我院接受了治疗，临床资料完整。患者均被病理学确诊为甲状腺占位性病变，结果为良性或恶性病灶，肿块或结节大小2.3~15mm之间。纳入本次的研究对象中，男性人数25名，女性人数40名，年龄为35岁至61岁之间，平均年龄为 (48.69 ± 6.35) 岁，最短病程1年，最长病程2.5年，平均病程 (2.20 ± 0.44) 年。本次研究经我院的伦理委员会同意认可后开展。

1.2 方法

所有的患者均实施超声检查和病理学检查。超声检测仪器选用超声检测仪，检测仪探头的频率设置10~12MHz之间。检查的过程中患者取去枕平卧位，抬高肩部，放松患者的胸部肌肉和颈部肌肉^[7]。使用检测仪对患者两侧的甲状腺前后、左右、上下三条线以及峡部厚度进行观察，记录检出病灶的数量、大小和位置，初步分析诊断检出结节的形状和大小，判断

病变的严重程度，重点准确记录患者病灶的形状和边缘，并记录是否有是晕圈、内部回声、钙化和分布、血流分类和分布^[8]。

1.3 观察指标

（1）观察超声检查甲状腺占位性病变的良恶性。

超声诊断甲状腺占位性病变结果判断标准。良性病变：①病灶为多发病灶；②多发病灶中的每个病灶周围晕环完整；③病灶外部形态具有规则性，较清晰的分清边缘，有均匀的内部回声；④钙化影像粗大；⑤血流信号丰富，血流呈I型分布；⑥血流阻力指数不小于0.6，血流峰值速度小于12cm/s。恶性病变：①病灶不具有多发，多为单发病灶；②病灶形态分布不规则，边缘不清晰，内部回声不均匀；③观察到砂状钙化图像；④血流分布程度为II级和III级，血流呈II型分布；⑤血流阻力指数小于0.6，血流峰值速度超过或等于12cm/s^[9-10]。

（2）计算超声检测结果的准确率

依据术后病理诊断结果为金标准，将患者超声影像诊断结果与病理检查结果进行对比，记录超声诊断结果与实际病理检查结果的符合率，评估超声检查的准确性。计算各种甲状腺占位性病变的诊断。

1.4 统计学方法

统计学软件选择为SPSS 26.0软件分析。将“超声和病理学诊断良性、恶性以及各类甲状腺占位性病变的诊断率”表示，采用卡方检验。若P值小于0.05表明两组数据之间的差异明显。

2 结果

2.1 超声检查与手术病理诊断甲状腺肿瘤良恶性的情况

所有的患者均经手术病理学诊断后，诊断结果为恶性病变的患者14例，恶性肿瘤的发生率为21.54%，术后病理结果显示占位性病变为良性病变的患者51例，概率为78.46%；超声诊断的结果为恶性病变15例（检出率为23.08%），良性病变50例（占比76.92%）。结果表明超声诊断将1例良性病变患者诊断为恶性，但是超声与病理学诊断甲状腺肿瘤良恶性的结果差异不显著， $P>0.05$ 。

2.2 超声诊断的甲状腺占位性病变结果以及超声表现

（1）结节性甲状腺肿：超声检测结节性甲状腺肿22例，检测显示：甲状腺出现不同程度的增大，呈不对称分布；病灶多发，病灶形态规则，内部有回声，周围有晕环；其中有纤维组织增生导致的散在点状线回声。

（2）甲状腺腺瘤：超声检测显示结节性甲状腺腺瘤为17例，检测显示：甲状腺局部出现明显增大，不为多发灶，病灶的形状主要为较大的

椭圆形、圆形,边缘清晰,内部有完整晕环,出现低回声或中等回声;血流分布情况主要为I型。

(3) 甲状腺炎:超声检测显示甲状腺炎为14例,检测显示:甲状腺双叶轻度增大和峡部增厚,有清晰的边缘,内部回声低,部分有低回声结节;腺体血流变化不明显,低回声结节患者部分边缘出现低速血流信号。

(4) 甲状腺癌:超声检测显示结节性甲状腺癌12例,检测显示:甲状腺肿大为单侧发生,形态异常,主要为单个病变,边缘不清,无晕环,内部低回声不均匀,有钙化砂粒;血流分布主要为II型或III型。

2.3 超声检查与手术病理诊断甲状腺占位性病变的情况

手术病理学诊断的结果为结节性甲状腺肿、甲状腺腺瘤、甲状腺炎、甲状腺癌的检出率分别为33.85%、26.15%、21.54%、18.46%;超声诊断的结果为结节性甲状腺肿、甲状腺腺瘤、甲状腺炎、甲状腺癌的检出率分别为32.31%、27.69%、23.08%、16.92%,超声检测与病理学诊断甲状腺占位性病变的结果表明两组方法之间的差异不显著, $P>0.05$ 。详见表1。

表1 超声检查与手术病理诊断甲状腺占位性病变的情况

组别	人数	结节性甲状腺肿	甲状腺腺瘤	甲状腺炎	甲状腺癌
超声检查组	n=65	22	17	14	12
病理学诊断组	n=65	21	18	15	11
X^2	-	0.0348	0.0391	0.0444	0.0528
P值	-	0.8521	0.4833	0.8331	0.8182

3 结论

目前临床中甲状腺疾病的发病率有所上升,主要原因有不良生活、不良心理等多种因素的影响,对患者的身心健康产生了严重的干扰和威胁^[11]。甲状腺占位性病变又称甲状腺结节,是目前常见的内分泌疾病,发病率高,将对人体健康造成强烈危害,因此,有必要尽快对其进行治疗,以提高治疗效果。由于甲状腺的解剖位置比较特殊,位于颈喉上段和气管的前方,由双侧叶和峡部组成,椎叶的存在以及其处于双侧小叶间突方向或峡部上方的特殊位置,导致甲状腺占位性病变的临床诊断难度较大,容易漏诊和误诊^[12-13]。目前临床上主要采用CT、超声和核磁共振来诊断甲状腺占位性病变,CT和核磁共振具有放射性损伤和检查费用高的缺点,在临床上应用较少。目前临床检测甲状腺占位性病变较多采用超声检测方法,具有无损、灵敏度高、快速、可重复检查等优点^[14-15]。超声可以提前判断甲状腺是否有肿瘤以及肿瘤的性质,进而为临床治疗提供参考。

本次研究中,经手术病理学确诊的58例甲状腺中占位性病变患者中,恶性病变14例,良性病变51例,其中入院时超声诊断出恶性病变15例,良性病变50例,超声检测恶性病变误诊1例,在对甲状腺占位性病变的良恶性诊断方面,超声诊断与病理学检查结果之间的差异不具有统计学意义($P>0.05$);在对甲状腺中占位性病变类型的诊断中,超声将1例甲状腺腺瘤患者诊断为甲状腺癌,将1例甲状腺炎患者诊断为结节性甲状腺肿,其他检查结果与病理学检查一致,表明在对甲状腺占位性病变类型的诊断方面,超声诊断与病理学检查结果之间的差异也不具有统计学意义($P>0.05$),说明超声检测甲状腺具有较高的准确性,与病理学检查结果的一致性较高。

对此次研究的结果进行分析,发现超声检测可以区分血流、动脉和静脉,识别血管病变和非血管病变,区分病变血管的性质,在使用超声检测病灶时,病灶小于1cm时,良恶性病灶均无明显血流信号;当病灶大于1cm时,良恶性病灶均有明显的血流信号^[16-17]。因此,可以判断当病灶小于1cm时,如果病灶内没有血流,则不能诊断病灶性质。超声技术早期发现甲状腺疾病,可提高甲状腺占位性病变的检出率,可提前治疗,避免因误诊、漏诊而延误治疗;初步诊断病变部位、大小及分布,也可为后期治

疗提供早期依据^[18-19]。刘婷婷在《超声诊断甲状腺占位性病变的准确性及临床价值研究》^[20]中研究发现超声检测的方法可以对甲状腺占位性病变进行早期诊断,可较为准确的诊断出良、恶性情况。与本次研究结果基本一致。

综上所述,在临床中采取超声诊断的方式对甲状腺占位性病变诊断的准确率较高,不仅可以对病变的良恶性进行较好的检出,对病变类型诊断的准确率也较高,临床中可持续的推广应用。

参考文献:

- [1]李利波.常规超声联合超声弹性成像在诊断甲状腺占位性病变中的应用价值[J].实用医学影像杂志,2014,15(06):441-443.DOI:10.16106/j.cnki.cn14-1281/r.2014.06.028.
- [2]苏洪涛,赵新宇,姜长滨,李实.超声诊断甲状腺占位性病变的准确性及临床价值研究[J].影像研究与医学应用,2021,5(07):199-200.
- [3]刘含艳.超声检查在诊断甲状腺占位性病变方面的临床价值[J].中国医药指南,2016,14(17):191-192.DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2016.17.160.
- [4]王燕谊,章小英.超声弹性成像联合常规超声诊断甲状腺占位性病变的价值[J].浙江创伤外科,2020,25(06):1220-1221.
- [5]文庆梅.用超声检查诊断甲状腺占位性病变的效果分析[J].当代医药论丛,2019,17(24):165-166.
- [6]徐锡虎,杨晓丽,彭苑娴.超声弹性成像检查诊断甲状腺占位性病变的价值分析[J].影像研究与医学应用,2019,3(16):93-94.
- [7]韦玉亚,姜伟,朱婷.实时超声弹性成像配合灰阶超声在诊断甲状腺疾病中的价值分析[J].中国医学创新,2019,16(17):103-106.
- [8]张照.超声检查在诊断甲状腺占位性病变方面的临床价值[J].人人健康,2019(04):260.
- [9]胡桂婕.实时超声弹性成像与灰阶超声在甲状腺占位性病变诊断中的应用价值[J].医疗装备,2019,32(02):43-44.
- [10]赵婷婷.超声诊断甲状腺占位性病变的临床价值探讨[J].影像研究与医学应用,2018,2(24):128-129.
- [11]吴艳辉,胡大海,韩锡铁.彩色多普勒超声诊断甲状腺结节的临床价值评估[J].现代医药卫生,2018,34(20):3198-3200.
- [12]鲁媛媛,赵晓慧,李俊来.计算机辅助超声医师诊断甲状腺TI-RADS 3~4级占位病变的价值[J].中国超声医学杂志,2018,34(07):580-584.
- [13]赵竹筠.超声检查在甲状腺良恶性占位性病变诊断中的作用[J].实用医技杂志,2018,25(04):365-367.DOI:10.19522/j.cnki.1671-5098.2018.04.008.
- [14]覃业志,李凤,叶发美.甲状腺占位性病变诊断中应用常规超声联合超声弹性成像的价值[J].中国现代药物应用,2017,11(23):49-50.DOI:10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2017.23.028.
- [15]李霞,胡君.实时超声弹性成像及灰阶超声检查在甲状腺占位性病变诊断中的对比研究[J].中国继续医学教育,2017,9(27):34-35.
- [16]毛卉.对甲状腺占位性病变患者进行常规超声与超声弹性成像联合检查的效果分析[J].当代医药论丛,2016,14(13):122-123.
- [17]王芳.实时超声弹性成像与灰阶超声在甲状腺占位性病变诊断中的应用价值对比[J].临床医学工程,2015,22(02):137-138.
- [18]江涛,许莉华,黄斌.超声检查在甲状腺占位性病变诊断中的应用价值分析[J].中国现代医生,2016,54(10):108-110+113.
- [19]苏轶华.灰阶超声与彩色超声在甲状腺占位性病变诊断中的应用价值[J].临床合理用药杂志,2015,8(09):81-82.DOI:10.15887/j.cnki.13-1389/r.2015.09.049.
- [20]刘婷婷.超声诊断甲状腺占位性病变的准确性及临床价值研究[J].影像研究与医学应用,2021,5(06):204-205.

联合阿司匹林肠溶片和氯吡格雷在冠心病心绞痛临床治疗中的应用

李子兵

贵州省遵义市余庆县中医医院 贵州遵义 564400

摘要：目的：对冠心病心绞痛患者采取药物联合（阿司匹林肠溶片+氯吡格雷）治疗，并对该治疗方法的实际效果进行分析。方法：研究发起人在研究起止时间内（2021年2月~2022年2月）从我院心血管内科随机调取了80名患者进行分析，并确保其所患疾病符合研究标准（冠心病心绞痛），将其按照就诊号码的单双号分为对比组与分析组，并按照分组情况给予其不同的治疗干预，分别为阿司匹林肠溶片与药物联合治疗。比较两组患者的生活质量评分、心绞痛发作情况、不良反应发生几率、心功能指标与满意度。结果：分析组患者的生活质量与整体满意度明显更高，而该组患者的其余指标则显著更低，且数据经分析后可知，组间差异较大（ $P<0.05$ ），此外2组患者在心功能指标上并无较大差异（ $P>0.05$ ）。结论：给予冠心病心绞痛患者药物联合治疗干预，在改善满意度与患者心功能的同时，有利于临床价值的提高，应进一步推广。

关键词：阿司匹林肠溶片；氯吡格雷；冠心病心绞痛

冠心病心绞痛为常见心血管内科疾病类型，其中冠状动脉供血不足，心肌血流量减少而引起的心肌缺血缺氧为该疾病的主要致病原因，老年群体为该疾病多发群体，患者多伴有前胸压榨性疼痛、窒息等典型症状^[1]。与其他疾病相比，冠心病心绞痛具有病程持续时间较长、死亡几率较高等特点，若患者未能在最佳医治实际得到有效诊治，将导致其病情进一步恶化，同时对患者的日常生活与工作质量带来一定阻碍与不良影响^[2]。为改善以上现象，延长患者的生命周期，临床多给予患者一定的药物治疗，其中近年来使用频率较高的药物为阿司匹林肠溶片，但单独给予患者此种药物的效果较差，不利于患者临床症状的恢复，针对以上特点，医护人员在其基础上提出了加用氯吡格雷联合治疗方法^[3-5]。为验证药物联合疗法应用在冠心病心绞痛患者日常治疗中的实际效果，现开展如下研究。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

设置研究的起止日期为2021年2月~2022年2月，选取80名该时间在我院心血管内科就诊，并接受治疗的冠心病心绞痛患者进行研究，并对所选患者进行平均分组。对比组（就诊号码为单号）中男、女人数分别为21人与19人，患者年龄为48~73岁，均值（ 60.50 ± 1.21 ）岁，病程持续时间为3~8年，均值为（ 5.00 ± 0.87 ）年，该组患者的体重范围为67~95公斤，平均（ 81.00 ± 2.07 ）公斤；而分析组（就诊号码为双号）中则分别包含男性患者23人与女性患者17人，该组患者年龄为48~74岁，均值（ 61.00 ± 1.17 ）岁，患者已有3~8年的患病时，均值为（ 5.50 ± 0.76 ）年，该组患者的体重范围为67~96公斤，平均（ 81.50 ± 2.11 ）公斤，2组研究患者在基本资料上并无明显的差异（ $p>0.05$ ）。

纳入标准：①研究发起人在初次拟定研究题目与整体大纲时，便已向医院负责人与伦理委员会询问研究的可行性，所得答案均为可行，且获得了以上人员的大力支持。②研究所选患者在参加本研究之前，均知晓其基本流程与注意事项，同时在相关协议上签署了自身姓名。③研究所选患者经常规查体与诊断后，发现其所患疾病符合研究的基本需求。

排除标准：①研究患者的临床资料与治疗信息有所缺损或丢失，从而导致后续研究在进行时，无法有效调取相关资料。②研究患者因有不可避免的急事，而选择中途退出研究。③研究患者患有一定的精神疾病或存在家族性的精神遗传病史。④患者经检查后发现其身体素质较差，如患有凝血功能障碍或先天性心脏病。

1.2 方法

对比组：对该组研究患者采取药物单独治疗，即给予患者一定剂量的阿司匹林肠溶片（国药准字H20065051；100mg*60片），服用方法为口服，每次服药量为75~160mg，服药频率为1次/日，对患者进行为期1个

月的药物治疗。

分析组：在对比组药物治疗的基础上，对患者加用氯吡格雷（H20171237；75mg*7片），该药物的服用方法同对比组相同（口服），每次服用剂量为75mg，服药频率为1次/日，同时保持同对比组相同的治疗周期（1个月）。

1.3 诊断标准

对两组患者的生活质量评分、心绞痛发作情况、不良反应发生几率、心功能指标与满意度进行统计学分析与校验，若 P 值低于0.05，则表明参研患者在研究指标上差异较大，数据具备一定的统计学分析意义。

生活质量评分诊断标准：医护人员应对2组患者治疗前与治疗后的生活质量评分进行记录，并对记录所得数据进行分析计算。医护人员在评判2组患者生活质量时，应将SF-36量表为依据，结合患者实际状况制定针对性的评价量表，并对研究患者最终对量表的评分进行比较，以便比较不同治疗方法作用在患者日常治疗中的实际效果。

心绞痛发作情况诊断标准：为分析比较不同治疗方法对患者心绞痛发作情况的改善与影响，医护人员应对2组患者治疗前后的相关指标（心绞痛发作次数、发作时间间隔、发作持续时间）进行记录，并对记录所得数据进行统一比较，若以上数据数值越低，则表明治疗方法的效果越突出。

不良反应发生几率诊断标准：为比较不同药物治疗方法的安全预后性，医护人员应对2组患者治疗途中的不良反应发生情况与几率进行记录比较，若患者产生相关不良反应的几率较小，则表明该治疗方法的效果更为突出。

心功能指标诊断标准：对2组患者治疗前后的心功能指标（心输出量（CO）、心搏出量（SV）、心脏指数（CI）及射血分数（EF））进行记录与比较，若以上指标数值越高，则表明患者的心功能越优。

满意度诊断标准：为明确研究患者对不同治疗方法的满意情况与最终满意程度，医护人员应将明尼苏达满意度量表与过往治疗案例作为基本依据，设计符合研究与患者实际需求的满意度量表，并对量表所得分数进行比较记录。

1.4 统计学分析

试验各指标均通过统计学软件SPSS25.0检验，分别用卡方、 t 值比计数与计量资料；若最终结果（ $p<0.05$ ），证明组间差异较大。

2. 结果

2.1 不同组别患者生活质量评分的统计学比较

相较于对比组患者的生活质量评分，分析组患者对相关量表的评分明显更高，组间差异较大（ $P<0.05$ ），如表1。

表1 不同组别患者生活质量评分的统计学比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	治疗前				治疗后			
	生理	躯体	社会	精神	生理	躯体	社会	精神
对比组（n=40）	63.27±12.26	65.51±12.35	64.12±12.21	65.45±13.14	78.46±13.22	76.49±12.87	77.84±14.18	74.13±14.21
分析组（n=40）	63.21±12.19	65.48±12.46	64.18±12.17	65.49±13.21	86.85±13.48	87.48±13.12	89.17±14.62	88.64±14.19
t 值	0.021	0.010	0.022	0.013	2.810	3.781	3.518	4.569
P 值	0.982	0.991	0.982	0.989	0.006	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 不同组别患者心绞痛发作情况的统计学比较

分析组患者的心绞痛发作次数与持续时间明显短于对照组,而该组患

者心绞痛发作的间隔时间则显著更长,数据间差异较为明显($P<0.05$),如表2。

表2 不同组别患者心绞痛发作情况的统计学比较($\bar{x}\pm s$)

组别	心绞痛发作次数 (次/周)	治疗前 发作时间间隔(d)	发作持续时间 (min)	心绞痛发作次数 (次/周)	治疗后 发作时间间隔(d)	发作持续时间 (min)
对照组(n=40)	5.21±0.35	3.12±0.56	10.33±0.17	3.38±0.26	5.02±0.26	7.98±0.42
分析组(n=40)	5.19±0.34	3.09±0.48	10.35±0.19	1.21±0.21	7.36±0.27	4.21±0.26
t 值	0.259	0.257	0.496	41.064	39.482	48.269
P 值	0.796	0.797	0.621	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 不同组别患者不良反应发生几率的统计学比较

分析组患者治疗途中发生不良反应的几率同对照组相比明显更低,组间数据差异较为显著($P<0.05$),如表3。

表3 不同组别患者不良反应发生几率的统计学比较(n, %)

组别	头痛	腹泻	呕吐	消化不良	不良反应发生情况
对照组(n=40)	3(7.50)	2(5.00)	2(5.00)	2(5.00)	9(22.50)

分析组 1(2.50) 1(2.50) 0(0.00) 0(0.00) 2(5.00)
(n=40)

χ^2 值 1.052 0.346 2.051 2.051 5.164
P 值 0.304 0.556 0.152 0.152 0.023

2.4 不同组别患者心功能指标的统计学比较

2组患者在心功能指标上几乎相同,组间并无明显差异($P>0.05$),如表4。

表4 不同组别患者心功能指标的统计学比较($\bar{x}\pm s$)

组别	CO(L/min)	SV(ml)	CI(L/min)	EF(%)	CO(L/min)	SV(ml)	CI(L/min)	EF(%)
对照组(n=40)	3.65±0.56	45.31±3.16	1.92±0.25	56.58±9.08	3.78±0.96	46.87±4.72	1.98±0.36	58.52±8.13
分析组(n=40)	3.63±0.52	45.25±4.02	1.89±0.26	56.87±9.06	3.89±1.03	47.76±7.24	2.05±0.54	59.57±10.19
t 值	0.165	0.074	0.526	0.142	0.494	0.651	0.682	0.509
P 值	0.869	0.941	0.600	0.886	0.622	0.516	0.497	0.611

2.5 不同组别患者满意度的统计学比较

分析组患者对治疗方法的满意度明显高于对照组,数据间差异经比较后具有统计学意义($P<0.05$),如表5。

表5 不同组别患者满意度的统计学比较(n, %)

组别	不满意	一般满意	非常满意	总满意度
对照组(n=40)	9(22.50)	20(50.00)	11(27.50)	31(77.50)
分析组(n=40)	2(5.00)	20(50.00)	18(45.00)	38(95.00)
χ^2 值	5.164	0.000	2.650	5.164
P 值	0.023	1.000	0.103	0.023

3. 讨论

分析比较我国近年来冠心病心绞痛(Coronary heart disease angina pectoris)的患病人数与在心血管内科中占比后可知,该疾病的患病人数逐渐增多,疾病占比呈逐渐上升的趋势,已成为威胁我国老年群体健康状况的常见疾病类型之一^[6]。冠心病心绞痛多发于老年群体,且在该群体中的患病率较高,分析其原因如下:老年群体具有身体素质较差、体质较为虚弱、心血管老化、慢性病患病率较高、饮食不规律等特点^[7]。

冠心病心绞痛患者多伴有胸闷、无力等症状,若患者未能及时得到救治,将导致其病情有所恶化,在影响患者健康状况的同时,不利于其情绪稳定性的维持与良好心态的构造,严重时甚至会对患者的生命安全造成一定威胁^[8]。现阶段,临床在治疗该疾病时,多将血小板抗凝与抗心肌缺血作为治疗的重点与基础,并依据患者的实际状况予以其一定的药物治疗^[9]。

现阶段,临床在为冠心病心绞痛患者选择药物进行治疗时,优先考虑的药物种类为阿司匹林肠溶片与氯吡格雷,以上2种药物的作用机制与实际效果有所不同,具体表现如下:阿司匹林肠溶片为临床上常见的非甾体抗炎药物类型,多用于心血管类疾病的治疗,该药物可有效凝聚血小板,降低其患有心血管疾病的几率,现已广泛应用于冠心病心绞痛的治疗中^[10]。氯吡格雷可有效调节患者体内的心血管物质,保障其心肌血液的灌注状况,在患者冠状动脉血管收缩与舒张性的调节上效果较为显著,预后性较为突出,患者的接受程度普遍较高^[11]。为提升药物治疗效果,改善患者的生活质量与预后性,医护人员提出了全新的治疗方法,即在予以患者阿司匹林肠溶片的同时,对其加用一定的氯吡格雷^[12]。

比较本文统计学计算得出的结果与最终数据后可知,与对照组相比(单独给予患者阿司匹林肠溶片),分析组(阿司匹林肠溶片+氯吡格雷)的整体治疗效果明显更优,具体表现在2组患者的生活质量评分、心绞痛发

作情况、不良反应发生几率与满意度等指标上,以上指标数值存在着较大差异($P<0.05$),此外,2组患者在心功能指标上则并无显著差异($P>0.05$)。

综上所述,将阿司匹林肠溶片与氯吡格雷联合治疗应用在冠心病心绞痛患者的日常治疗中,有利于患者生活水平与各项指标的改善,应用效果较为突出,临床应进一步推广。

参考文献:

- [1]任志鑫.阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛的疗效分析[J].中国现代药物应用,2022,16(7):89-91.
- [2]杨艳芳.阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷对降低冠心病心绞痛临床满意度及不良反应发生率的安全性研究[J].中外医疗,2021,40(2):112-114.
- [3]梅希玲,范小会.定心针法针刺联合定冠汤口服治疗冠心病心绞痛的临床疗效及对血清缺血修饰白蛋白、P选择素水平的影响[J].中医研究,2022,35(2):42-45.
- [4]廖昆,李林辉.琥珀酸美托洛尔缓释片联合阿司匹林对冠心病并不稳定型心绞痛患者心功能及凝血功能的影响[J].临床合理用药杂志,2022,15(12):5-7,11.
- [5]李方超,靳会敏.阿司匹林肠溶片与氯吡格雷联合治疗冠心病心绞痛的疗效评价[J].航空航天医学杂志,2020,31(10):1231-1233.
- [6]郭万峰.银杏蜜环口服溶液联合阿司匹林肠溶片和氯吡格雷在冠心病心绞痛中的应用价值[J].中国社区医师,2019,35(11):79-80.
- [7]赵凤南.阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛患者的临床效果体会[J].中国医药指南,2020,18(2):70-71.
- [8]李桂花.阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷在冠心病心绞痛临床治疗中的应用[J].中国现代药物应用,2020,14(21):150-152.
- [9]徐雷武,吴燕华.益气活血补肾汤联合阿司匹林肠溶片对冠心病不稳定型心绞痛患者 NT-proBNP、MPO、hs-CRP 的影响[J].中国医学创新,2022,19(16):66-70.
- [10]刘平平.阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛患者的临床效果研究[J].基层医学论坛,2019,23(23):3307-3308.
- [11]伊莹.银杏蜜环口服溶液联合阿司匹林肠溶片和氯吡格雷治疗冠心病心绞痛的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2020,31(12):1885-1886.
- [12]王剑.研究分析阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷在临床中治疗冠心病心绞痛的效果[J].中外女性健康研究,2020(21):57-58.

心房颤动的胺碘酮治疗分析

严叶香

上海第十人民医院崇明分院 心血管内科 上海 202157

摘要：目的：临床分析胺碘酮治疗的效果。方法：回顾性方法分析，选取本院于2020年5月-2021年5月收治的244例心房颤动患者作为此次研究对象，根据治疗方法分为对照组与研究组，每组122例，前一组给予比索洛尔治疗，后一组给予胺碘酮治疗，比较两组临床效果。结果：研究组患者的有效率（77.05%）与对照组（74.59%）疗效相比，无显著差异（ $P>0.05$ ）。研究组患者的房颤转复成功率（81.15%）与对照组（80.33%）相比，无显著差异（ $P>0.05$ ）。治疗前研究组患者的心率、QRSJ间期、Q-T间期与对照组相比，无显著差异（ $P>0.05$ ）。治疗后，研究组与对照组患者的心率、Q-T间期与治疗前相比，有显著差异（ $P<0.05$ ）。两组患者的不良反应经对比，无显著差异（ $P>0.05$ ）。结论：胺碘酮与比索洛尔治疗心房颤动均可有效控制心室率，建议在临床推广应用。

关键词：心房颤动；胺碘酮；治疗；效果

心房颤动（atrial fibrillation）是临床常见的快速心律失常，约有60岁以上的患者出现房颤。随着年龄增长，心房颤动发生也成倍增加^[1]。心动房颤患者若得不到及时治疗，容易导致更为严重的临床事件，如恶性心律失常、卒中，甚至猝死等。因此，临床治疗房颤是当前研究热点及难点。尽管导管消融治疗已在临床中应用，但抗心律失常药物仍是治疗此病的主要方法。临床常用的抗心律失常药物中，一般首选胺碘酮、索他洛尔^[2]。本文从远期疗效出发，探讨胺碘酮治疗的临床效果，现报告如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

选取244例心房颤动患者为此次研究对象，时间来源于我院自2020年1月-2021年5月，纳入标准：均进行心电图检查确诊为心房颤动；房颤发作时间出现明显胸闷、心悸等症状；72小时内未自动转复为窦性心律者；情绪稳定；精神状态好；患者临床资料较完整；自愿参与此次研究。排除标准：严重心肝肾功能性疾病者；器质性疾病及其他内分泌疾病者；精神异常者；急性心肌梗死者；患病窦综合征未植入起搏器；妊娠及哺乳期妇女；患扩张型心肌病者；甲状腺功能亢进或者减退者；肺源性心脏病者；心力衰竭者；临床资料不完整者；无法配合此次研究者。根据治疗方法分为对照组与研究组，如下表1所示：经比较，无显著差异（ $P>0.05$ ）。

表1 两组基本资料比较

组别	男/女	年龄（岁）	合并疾病		左心房内径（mm）
			2型糖尿病	高血压	
对照组（n=122）	69/53	27.47±1.06	25	35	36.51±3.26
研究组（n=122）	70/52	27.83±1.97	27	36	36.78±3.11
X ² /t	0.155	0.622	0.477		0.967
P	0.386	0.532	0.172		0.115

1.2 方法

对照组：给予比索洛尔治疗。每日口服2.5mg比索洛尔。

研究组：给予胺碘酮治疗。每日口服200-400mg胺碘酮治疗，服药1周。从第2周起，维持剂量，胺碘酮200mg qd。若出现严重副作用停用。

1.3 观察指标

表4 治疗前后心电图变化（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	心率（次/分）		QRSJ间期（s）		Q-T间期（s）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组（n=122）	88.14±6.37	72.15±1.98	0.05±0.001	0.05±0.014	0.378±0.01	0.398±0.02
研究组（n=122）	88.57±6.15	71.28±1.05	0.06±0.016	0.05±0.011	0.377±0.02	0.399±0.17
t	0.168	0.562	0.936	0.522	0.783	0.186
P	0.155	0.914	0.255	0.633	0.984	0.174

2.4 两组不良反应比较

随访12个月，观察及比较两组临床疗效、房颤转复情况、治疗前后心电图变化、不良反应发生率。其疗效判定分为有效、无效，有效：患者主诉未出现房颤症状，通过心电图诊断，提示有窦性心律，房颤消失。调整药物期间，该药物能耐受。3个月内并未复发房颤。尽管有房颤复发，其持续时间小于1小时。无效：心电图提示房颤不能转复位窦律，或者无法耐受严重药物毒副作用。

1.4 统计学分析

采用统计学软件SPSS17.0进行统计分析，以 $P<0.05$ 表示两组数据检测有统计学意义。

2、结果

2.1 两组临床疗效比较

见下表2所示：研究组患者的临床疗效与对照组相比， $P>0.05$ ，无统计学意义。

表2 临床疗效（%）

组别	有效	无效
对照组（n=122）	91（74.59）	31（25.41）
研究组（n=122）	94（77.05）	28（20.49）
X ²	0.924	1.053
P	0.115	0.126

2.2 两组房颤转复情况比较

见下表3所示：研究组患者的房颤转复成功率与对照组相比， $P>0.05$ ，无统计学意义。

表3 房颤转复情况（%）

组别	成功转复	转复成功率
对照组（n=122）	98	80.33
研究组（n=122）	99	81.15
X ²	-	0.955
P	-	0.522

2.3 两组患者治疗前后心电图变化

见下表4所示：治疗前、治疗后，研究组患者的心率、QRSJ间期、Q-T间期与对照组相比， $P>0.05$ ，无统计学意义。治疗后，研究组与对照组患者的心率、Q-T间期与治疗前相比， $P<0.05$ ，有统计学意义。

对照组：患者维持24个月未见到严重心律失常，且持续用药。

研究组: 2 例患者出现甲状腺功能降低, 其中 1 例患者停药后, 则需要甲状腺素片替代治疗。另外 1 例患者出现甲状腺功能亢进改变, 但停药后均恢复正常。两组相比, $P>0.05$, 无统计学意义。

3、讨论

近年来, 随着人们生活水平的提高, 风湿性心脏瓣膜发病率有所下降, 其房颤病因学也将发生一定改变。心房颤动是临床常见的心律失常疾病, 其发病率在 0.15-2.5% 间, 而 60 岁以上的人群发病率高达 3% 左右^[3]。尽管心房颤动不会即刻威胁患者生命安全, 但往往会导致患者不适及血流动力学障碍, 尤其伴随有明显器质性的心脏疾病, 可能使患者心脏恶化, 最终出现休克或者低血压等。心房颤动发作中不论有无临床症状, 对患者的不利是相似的。按照心房颤动发作特点及治疗反应, 一般情况下将心房颤动分为阵发性、持续性及其永久性, 无论哪一种都将影响患者生活质量, 直接危及生命安全^[4]。因此, 积极治疗心房颤动是有意义的。现阶段, 临床公认的心房颤动治疗策略: 根据心房颤动的病因及诱因来治疗继发行或者阵发性的心房颤动; 恢复及维持窦性心率-多对于阵发性及其持续性心房颤动; 有效控制心房颤动时的心室率。

目前, 临床常用治疗心房颤动的药物有胺碘酮、比索洛尔, 其中比索洛尔是选择性的 β -受体阻滞剂, 具有口服吸收快及完全, 有着较高生物利用度。房颤发作时将出现交感神经张力变大的情况。比索洛尔则对交感神经活性有着较明显的抑制效果^[5]。更为重要的是改药物有较高的心脏选择性, 较小剂量可起到较强的治疗效果。比索洛尔治疗心房颤动有着较好的近期疗效, 可达到较好的远期作用。可通过抑制房颤者过渡兴奋的交感神经来实现好的近期疗效, 通过快速减慢心室率的药理作用, 最终实现远期治疗效果。

胺碘酮是一种广泛的抗心律失常药物, 是多通道阻滞剂。其电生理作用如下: 轻度阻断钠通道有着较强的心率快时阻滞作用^[6]; 可同时抑制延迟整流钾电流, 尤其是开放状态的延迟整流钾电流。但在心率减慢时的作用不断加强, 容易诱发尖端扭转型室性心动过速, 但在心动过速时, 1ks 复极电流加大。胺碘酮延长动作电位时程, 基本不诱发尖端扭转室速^[7]。此外, 该药物可组织超快激活的延迟整流钾电流及内向整流钾电流。胺碘酮属于非竞争性阻断 α 受体及 β 受体, 可扩张冠状动脉, 并增加血流量, 减少心肌耗氧, 有效扩张外周动脉及降低外周阻力。胺碘酮的电生理作用表现在抑制窦房结及房室交界区的自律性, 可减慢心房、房室旁路传导, 有效延长心房肌、心室肌的动作电位时程, 进而延长旁路前向及逆向的有效不应期^[8]。有着较广泛的抗心律失常作用。胺碘酮的药代动力学有着较长的半衰期, 且吸收慢, 其生物利用度约为 35%, 血药浓度与剂量呈线性相关^[9]。胺碘酮广泛分布在肝脏、脂肪及肺部、皮肤组织, 通过肝脏代谢, 用于肾功能减退患者中, 无需调整相关剂量。患者口服胺碘酮起效及清除相对较缓慢, 口服需数天到数周起效, 当患者静脉注射一类、二类患者的药理作用相对较快, 三类药理作用的起效时间则相对较长^[10]。长期口服治疗后患者清除半衰期达到 60 天, 静脉注射后患者血浆药物浓度则下降较快。

心房颤动者转复前要充分估计复律的成功率及必要性, 其复律的可能性可能出现的危险。当房颤导致急性心衰、低血压、心绞痛恶化时, 则需实施复律。尽管当前采用同步直流电复律, 其药物转复则是临床常用方法。胺碘酮转复窦律的效果及其安全性已得到临床证实, 其关键之一则是房颤的疗程^[11]。对于短于 48 小时的房颤中, 约有三分之一的患者可自行复律。对于胺碘酮转复房颤的疗效临床报道不一, 在 12 小时复律中约占 30%, 其不良反应约占 10%。在重症为心脑血管疾病合并房颤中, 一类及部分三类药物相对禁忌使用, 可考虑胺碘酮作为首选复律药物。尽管起效时间相对较长, 在血流动力学上则相对稳定, 需 12 小时左右的等待时间^[12]。在用药过程中, 心室率减慢利于房颤患者。房颤不能转复为窦律或者无需复律时, 则需要将心室率控制在合理范围内。安静时的心率为每分钟 60 次, 一般活动时的心率为每分钟 70 次。其首选药物则是 β -受体阻滞剂或者钙拮抗剂, 当心功能降低时, 胺碘酮口服或者静脉给药时, 可降低快速房颤的心室率^[13]。若长期口服则有一定的副作用, 且与华法林等药物有着相互作用, 建议在临床中慎用。当前, 对于胺碘酮的使用剂量没有明确的统一使用剂量, 主要是因为患者个体差异性较大, 且年龄、体重、性别、

疾病等均存在一定差异性, 使得在剂量上也有一定差别。长期以来, 临床上使用的胺碘酮剂量相对较大, 其维持量在每日 100-600mg, 现多偏向小剂量, 每日 100mg^[14]。胺碘酮在治疗房颤时, 可用在门诊使用。当患者病情严重, 房颤室律较快时, 其静脉注射胺碘酮可有效控制心室律。胺碘酮的药理学特征相对较复杂, 且作用多种多样。并不会引起其他不良反应。由于胺碘酮的半衰期较长, 胺碘酮潜在的器官毒性相对于半衰期药物更加严重^[15]。此次数据研究发现: 比索洛尔与胺碘酮在治疗心房颤动上的临床疗效、房颤转复上无显著差异, 且两组患者的心率、Q-T 间期与治疗前相比, $P<0.05$, 有统计学意义。可见比索洛尔与胺碘酮均能减慢心率, 但胺碘酮在减慢心率, 延长 Q-T 间期方面更明显, 但延长时间 Q-T 间期时间有限, 引起引起尖端扭转型室速等恶性心律失常发生率不高。此次所选病例数较少, 后期还应扩充研究病例量, 进一步提高研究可靠性。此外, 临床用药时, 应严格掌握用药方法, 强调个体化原则, 争取采用最小的剂量来获得最大的疗效。在用药期间应观察患者病情, 并做好随访, 以防发生其他严重不良反应。

综上所述, 心房颤动者采用胺碘酮治疗时, 应坚持个性化原则, 最大限度取得临床疗效。

参考文献:

- [1] 贾秋蕾, 石晶晶, 胡元会, 等. 他汀类药物联合胺碘酮与单用胺碘酮治疗心房颤动的有效性及安全性系统评价[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2020, 12 (7): 8-9.
- [2] 黄志新, 谢常林. 胺碘酮联合普伐他汀治疗非瓣膜性阵发性心房颤动的疗效观察[J]. 岭南急诊医学杂志, 2021, 26 (1): 3-4.
- [3] Shantha G, Chugh A, Crawford T, et al. Comparative Efficacy of Dofetilide Versus Amiodarone in Patients With Atrial Fibrillation[J]. JACC: Clinical Electrophysiology, 2021, 2 (11): 89-90.
- [4] 唐峰. 心力衰竭伴快速心房颤动患者采用胺碘酮急诊抢救治疗的临床疗效观察[J]. 心血管病防治知识: 学术版, 2020, 10 (2): 22-23.
- [5] 张敏霞, 万海林. 稳心颗粒联合胺碘酮治疗老年心力衰竭合并心房颤动临床效果及对凝血功能及细胞因子水平的影响[J]. 血栓与止血学, 2021, 27 (1): 17-18.
- [6] 黄昱, 邱美华, 陈芳, 等. 胺碘酮治疗快速心房颤动合并心力衰竭患者的疗效及对 hs-CRP 水平的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (29): 233-234.
- [7] Sdpma B, Dijnm B, Psm B, et al. Patterns of amiodarone use and outcomes in clinical practice for atrial fibrillation[J]. American Heart Journal, 2020, 220: 145-155.
- [8] 唐枝梅, 宾勇诚, 赵松青. 普罗帕酮与胺碘酮治疗急性心肌梗死并发性心房颤动临床疗效的比较研究[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 2 (1): 714-715.
- [9] 孙玮, 王彩燕. 胺碘酮辅助治疗快速心房颤动合并心力衰竭的效果及对心功能的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24 (12): 33-34.
- [10] 彭奇萍, 李洪, 李坤. 胺碘酮联合美托洛尔治疗心房颤动合并心力衰竭患者的有效性及安全性研究[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14 (27): 442-443.
- [11] Takahira H, Miyazawa K, Kajiyama T, et al. Efficacy of amiodarone in a case with pre-excited atrial fibrillation with a precarious conduction property of the accessory pathway[J]. HeartRhythm Case Reports, 2020, 6 (11): 99-100.
- [12] 李昭, 程泽君, 邢新军, 等. 艾司洛尔联合胺碘酮治疗快速阵发性心房颤动的疗效观察[J]. 中国医刊, 2021, 56 (5): 34-35.
- [13] 赵健, 江科. 急性心肌梗死伴心房颤动患者行胺碘酮治疗的临床疗效分析[J]. 世界复合医学, 2021, 7 (11): 84-85.
- [14] 黄浩. 心力衰竭伴快速心房颤动患者采用胺碘酮急诊抢救治疗的临床疗效观察[J]. 2021, 1 (2): 104-105.
- [15] 王尧. 心力衰竭伴快速心房颤动患者采取胺碘酮急诊抢救治疗临床疗效分析[J]. 2020, 1 (2): 254-255.

成釉细胞瘤开窗引流术 1 例并文献学习

尤雨竹 孙梓强 玄云泽*

延边大学附属医院口腔科 吉林延吉 133000

摘要: [目的]报告 1 例下颌骨经典型成釉细胞瘤患者行开窗引流术后长期随访资料,结合国内外文章对此治疗方式进行回顾分析,评估其对多种成釉细胞瘤的治疗价值.[研究设计]对一名接受开窗引流术治疗的患者的影像及病理分析,评估开窗引流术效果.[结论]开窗引流术是治疗多种成釉细胞瘤的有效手段.

关键词: 成釉细胞瘤; 开窗治疗; 刮治术; 根治术

成釉细胞瘤(ameloblastoma)是具有局部侵袭性的良性肿瘤,约占所有颌骨肿瘤的 1-3%,80%发生于下颌骨^[1].2017 年的 WHO 分类中将成釉细胞瘤分为经典型、单囊型、骨外/外周型和转移性(恶性)成釉细胞瘤^[2].目前,手术是成釉细胞瘤的标准治疗方法.理想的手术方式是包括肿瘤与周围正常组织整体切,骨重建修复颌骨缺损.根治性切除术与保守手术方法(如摘除术)相比复发率低,但术后修复困难.Zheng 等^[3]报道,开窗治疗(Marsupialisation)颌骨单囊型成釉细胞瘤有效减少囊性病变的大小和并发症,其复发率与根治性治疗相似.但有关开窗治疗颌骨经典型成釉细胞瘤的报道极少.延边大学附属医院口腔科开窗减压术治疗一例经典型成釉细胞瘤 1 例,现报告如下.

临床资料

患者,女性,27 岁.以“拍片后发现左侧下颌含牙囊肿 5 个月”于 2014 年 3 月 21 日入住我院口腔科.患者自述于 5 月前就诊于外院拍片后发现“左侧下颌含牙囊肿”,转诊于我院(图 1).专科检查后发现患者左侧下颌角明显肿胀,皮温正常,开口度开口型正常.口内见 36,37 牙周围及牙槽黏膜转折处颜色正常,36 无松动,37 牙合面有开髓孔、I 度松动,触及前庭沟处有明显波动感,骨皮质变薄.术前曲面断层片可见下颌体部、角部、升支部低密度影,病变累及喙突,其内含 38(图 1).术前下颌骨 CT(2014-3-21)显示,下颌骨左侧见 4.1cm×2.9cm 低密度影,局部骨质膨隆,骨皮质变薄,36、37 牙根吸收,其内含 38,边缘光滑(图 2).否认其他系统性疾病病史.2014 年 3 月 25 日拔除 37 后行“下颌骨囊肿开窗治疗术”.术中拔出 37,切除部分囊壁,送病理汇报为成釉细胞瘤.通过与患者及其家属交谈,先进行开窗治疗,治疗时考虑到拔出 38 后有可能下颌骨发生病理性骨折,先保留 38 基础上将各囊腔之间骨性间隔去除,使整个囊性病变成 1 个大的囊腔,以便更好引流.创口内填塞碘仿纱条.术后定期更换碘仿纱条,使创口处引流通畅.2014 年 8 月 17 日再次收入院,拟行手术治疗.第二次手术前曲面断层片(图 3)与开窗治疗前相比,病变略为缩小,38 向近中、牙合面方向移动.下颌骨 CT(图 4)显示,左侧下颌角处低密度骨质破坏,与 2014-3-21 下颌骨 CT 相比病变区密度增高,边界清楚,密度均匀,最大径约 3.5cm.于 2014 年 8 月 20 日全麻下行“左侧下颌骨病灶刮除术”,并拔除 36 和 38,术区植入人工骨.术后病理:镜下见上皮岛中心的星网状层可见囊性变所形成的小囊腔,间质为成熟的纤维结缔组织所围绕,诊断为下颌骨成釉细胞瘤(图 5),与第一次手术时病理切片相比无明显变化.术后嘱患者及时复查,随访 3 年未见复发迹象(图 6).于 2016 年 2 月在缺牙区行“牙种植术”,随访至今,成釉细胞瘤未见复发(图 8).



图 1 术前口腔曲面体层片

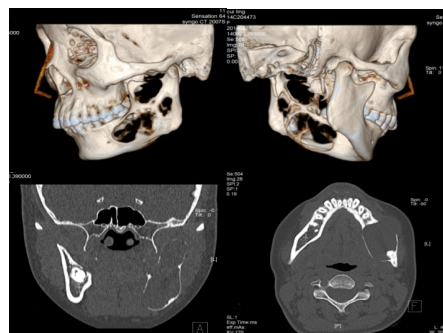


图 2 术前下颌骨三维 CT



图 3 开窗治疗术 5 个月后口腔曲面体层片

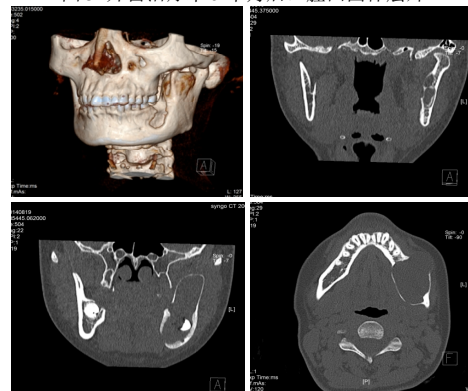


图 4 第二次手术前下颌骨三维 CT

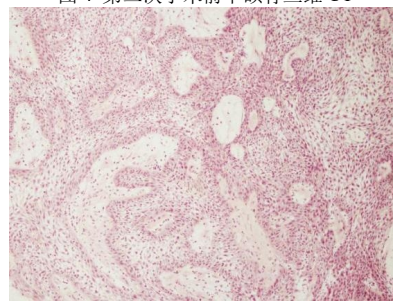


图 5 HE4*10 病理图片



图6 行刮治术3年后曲面体层片

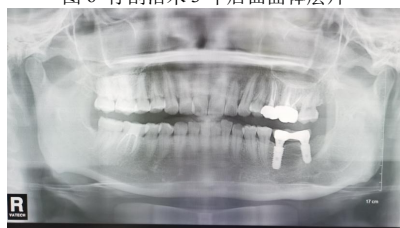


图8 曲面体层片

36,37 位置植入两颗种植体行使功能4年,未见牙槽骨明显吸收。

讨论

成釉细胞瘤是一种上皮性肿瘤,起源于成釉器、牙板上皮、牙周膜上皮残余、牙源性囊肿的内衬等^[1]。2005年发表上一版分类中,WHO 其分为四型:实性/多囊型、单囊型、骨外/外周型和促进结缔组织增生型。而2017年WHO 分类,因实性/多囊型型和促进结缔组织增生型的生物学行为相似被统称为经典型成釉细胞瘤,将成釉细胞瘤分为经典型、单囊型、骨外/外周型和转移性(恶性)成釉细胞瘤^[2]。目前,成釉细胞瘤的发病机制不清楚,可能与炎症、慢性创伤、营养不良、HPV 有关。

成釉细胞瘤生长缓慢,破坏皮质骨后侵犯周围软组织,产生局部疼痛、咬合错乱、牙齿松动或缺失、下唇麻木等症状。单囊型成釉细胞瘤的特征是界限清楚的囊性病损,具有相对良性的生物学行为,组织学上可分为三种亚型^[3]:单纯囊性型(luminal variant)、囊腔内瘤结节型(intraluminal variant)和囊壁内浸润型(mural variant)。单纯囊性型和囊腔内瘤结节型的复发率不到10%,囊壁内浸润型的复发率为36%,与经典型成釉细胞瘤相似。骨外/外周成釉细胞瘤是主要发生在下颌牙龈组织,仅占有成釉细胞瘤的1%-5%,对周围组织的侵袭性最小,很少侵犯骨组织^[4]。在正常组织边界内切除肿瘤病灶即可,很少术后复发,但仍需术后随访。2017年WHO 新分类指出,对经典型成釉细胞瘤,治疗方法是扩大切除范围,应超过影像学所示的肿瘤边界,术后随访应至少持续25年乃至终身随访^[5]。转移性成釉细胞瘤属于良性肿瘤,可发生远处转移,但原发灶和转移灶均为良性组织学特征^[6]。据统计,转移性成釉细胞瘤最常见于肺部,其次为颈部淋巴结,患者带瘤生存时间可长达37年,而且放射治疗和化疗并不能改善其预后^[7]。因此,外科手术是治疗转移性成釉细胞瘤的关键,手术方式因转移发生部位而不同。

手术是成釉细胞瘤的标准治疗方法,但采取保守或根治性手术仍存在争议。保守性手术指的是刮治术或开窗治疗后二期刮治术,可同时选用Cranoy 液或液氮;根治性手术指的是下颌骨切除术或节段性切除术,同期或延期颌骨重建。保守治疗的发病率低,美观和功能效果都很好;缺点是复发率高达60%-80%,尤其是只做单纯的刮治术^[8]。根治性手术指的是包括正常骨组织边缘的下颌骨切除术或节段性下颌骨切除术,需要1-1.5厘米的边缘,因为在距离肿瘤的放射学和临床边缘8mm 外可发现成釉细胞瘤细胞。根治性手术后复发率低(约1-10%),但创伤大、影响外观、下唇麻木等。近年来有学者对囊性成釉细胞瘤先做开窗治疗,待病变缩小后二期囊肿刮治的方法。既避免了颌骨切除术后引起的骨缺损,又一定程度上防止了病情复发。

开窗引流术现已广泛应用于较大直径颌骨囊肿和单囊型成釉细胞瘤的治疗,尤其单纯囊性型、囊腔内瘤结节型单囊型成釉细胞瘤,但关于多囊性成釉细胞瘤开窗引流术的临床报道较少。Nakamura 等^[9]对24例囊性成釉细胞瘤进行开窗治疗,5例患者复查发现肿瘤消失,未进行二次手术,尤其对青少年患者非常有效,但注意到开窗治疗后仍有浸润周围组织的能力,所以开窗治疗后肿瘤没有缩小或趋于生长时立即手术切除。Zheng 等^[10]对116例单囊型成釉细胞瘤行开窗治疗,术后总复发率为12%(囊壁内浸润型复发率高于其他两种亚型),认为开窗治疗有效减少囊性病损大小和并发症。经过7-25个月的随访,76例患者病变缩小30%以上,有些病例高达96%。建议观察3个月后,开窗治疗效果不良的患者即没有病变缩小迹象或出现任何肿瘤生长迹象,立即做刮治术、边缘切除术或颌骨部分切除术。因此开窗治疗是

单囊型成釉细胞瘤有效方法,其复发率与根治性治疗相似,可通过病变的特征如牙根吸收、皮质骨是否破坏和组织学亚型预测治疗效果。

本病例为年轻女性患者,病变累及范围广,应优先考虑根治性手术即颌骨部分切除后重建,根治性手术创伤大、术后下唇麻木等原因,患者选择相对保守的手术治疗。通过与患者及其家属交谈,先进行开窗治疗,观察5个多月后发现囊肿缩小,下颌骨升支部内外侧骨皮质缺损处骨成形明显,所以进行二期手术将成釉细胞瘤刮治。刮治术后定期复查,未见肿瘤复发迹象,术后2年时进行种植修复。通过该病例的诊治,对于病变涉及范围广的依从性较好的下颌骨经典型成釉细胞瘤年轻患者,充分知情同意基础上,可先行开窗治疗,待病变缩小到一定程度后进行二期手术,刮除肿瘤,不仅达到根治肿瘤目的,还能保留下牙槽神经的完整性,避免切除颌骨引起的下唇麻木,还能更好地保留患者面部外形。

参考文献:

- [1] Mendenhall WM, Werning JW, Fernalders R, et al. Ameloblastoma. AM J Clin Oncol, 2007; 30: 654-8.
- [2] Small IA, Waldron CA. Ameloblastoma of the jaws[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1955; 8: 281-97.
- [3] Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors[J]. Head Neck Pathol, 2017; 11 (1): 68-77.
- [4] Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2017 (4th) Edition. Turk Patoloji Derg, 2018; 34 (1).
- [5] Zheng CY, Cao R, et al. Marsupialisation for the treatment of unicystic ameloblastoma of the mandible: a long-term follow up of 116 cases[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2019; 57 (7): 655-662.
- [6] Ghandhi D, Ayoub AF, Pogre MA, et al. Ameloblastoma: a surgeon's dilemma[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2006; 64 (7): 1010-4.
- [7] Siriwardena BSMS, Tennakoon TMPB, Hunter KD, et al. Unicystic ameloblastoma: analysis of 370 cases in a single center in Sri Lanka[J]. J Oral Pathol Med, 2018; 47 (7): 706-709.
- [8] Goda H, Nakashiro K, Ogawa I, Takata T, Hamakawa H. Peripheral ameloblastoma with histologically low-grade malignant features of the buccal mucosa: a case report with immunohistochemical study and genetic analysis[J]. Int J Clin Exp Pathol. 2015 Feb 1; 8 (2): 2085-9.
- [9] Neagu D, Escuder de la Torre O, Vázquez-Mahía I, et al. Surgical management of ameloblastoma. Review of literature[J]. J Clin Exp Dent, 2019; 11 (1): e70-e75.
- [10] El Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, et al. WHO classification of head and neck tumours[M]. Lyon, France: IARC, 2017.
- [11] Ganjre AP, Sarode G, Sarode S. Molecular characterization of metastasizing ameloblastoma: a comprehensive review[J]. J Cancer Res Ther, 2019; 15 (3): 455-462.
- [12] Sweeney RT, McClary AC, Myers BR, et al. Identification of recurrent SMO and BRAF mutations in ameloblastomas[J]. Nat Genet, 2014; 46 (7): 722-725.
- [13] Dissanayake RK1, Jayasooriya PR, Siriwardena DJ, et al. Review of metastasizing (malignant) ameloblastoma (METAM): pattern of metastasis and treatment[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2011; 111 (6): 73-741.
- [14] Pogre MA, Montes DM. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? [J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2009; 38: 807-12.
- [15] Nakamura N, Higuchi Y, et al. Marsupialization of cystic ameloblastoma: a clinical and histopathologic study of the growth characteristics before and after marsupialization[J]. J Oral Maxillofac Surg, 1995; 53 (7): 748-754.
- [16] Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, et al. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2002; 93 (1): 13-20.

氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑治疗慢性胃炎伴反流性食管炎的疗效观察

¹ 马磊 通讯作者: 马苗苗

陕西省榆林市米脂县杜家石沟镇卫生院(内科) 陕西榆林 718100

摘要:目的:探究慢性胃炎伴反流性食管炎患者应用氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑治疗的效果。方法:选择医院在2021年3月至2022年3月期间就诊的82例慢性胃炎伴反流性食管炎患者,根据随机数字表法分为两组,41例/组,对照组施行奥美拉唑治疗,观察组施行氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑治疗,将两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者治疗总有效率、不良反应发生率、SAS焦虑评分、SDS抑郁评分、水负荷实验、QLQ生活质量评分、PSQI匹茨堡睡眠质量指数量表评分进行比较。结果:观察组的治疗总有效率(97.56%)高于对照组,存在统计学意义($P<0.05$)。观察组与对照组的不良反应(头晕、恶心、腹痛)发生率相比无统计学意义,($P>0.05$)。观察组治疗后的SAS焦虑评分(31.84 ± 2.84)分与SDS抑郁评分(33.87 ± 4.87)分低于对照组,存在统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后的水负荷实验(1149.89 ± 265.67)毫升大于对照组,存在统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后的QLQ生活质量评分(102.67 ± 6.87)分高于对照组,PSQI匹茨堡睡眠质量指数量表评分(7.36 ± 2.09)分低于对照组,存在统计学意义($P<0.05$)。结论:慢性胃炎伴反流性食管炎患者采取奥美拉唑、氟哌噻吨美利曲辛片联合治疗的效果显著,有利于改善患者治疗效果,值得推广。

关键词:慢性胃炎伴反流性食管炎;氟哌噻吨美利曲辛片;奥美拉唑;不良反应;睡眠质量;生活质量

慢性胃炎是常见的胃部黏膜性疾病,疾病会导致胃肠功能和胃动力失调,从而导致反流性食管炎,病情稳定后可能会出现反复发作的情况,从而导致内脏感觉过敏、疼痛等症状^[1]。多数慢性胃炎患者合并反流性食管炎,不仅会增加治疗难度,还会严重降低患者的生活质量。慢性胃炎伴反流性食管炎往往病程时间较长,容易反复发作,临床上多以药物进行治疗^[2-3]。奥美拉唑是一种弱碱性苯并咪唑衍生物,通过胃黏膜的细胞膜,在酸性物质的作用下,减轻胃部的不适。近年来临床研究发现,在慢性胃炎伴反流性食管炎的治疗中,心理因素对于治疗效果具有重要的影响,若长期心理焦虑和抑郁,会加重食道和胃对外部的应激反应,加重疼痛感^[4-5]。氟哌噻吨美利曲辛片多用于神经衰弱、隐匿性抑郁症的治疗。在奥美拉唑治疗的基础上联合氟哌噻吨美利曲辛片治疗可以更好地改善调节中枢神经系统,改善患者的疼痛,对于治疗效果具有重要的辅助作用^[6]。为评价慢性胃炎伴反流性食管炎患者应用氟哌噻吨美利曲辛片、奥美拉唑治疗的临床应用价值,此次研究纳入医院收治的82例慢性胃炎伴反流性食管炎患者展开调研。

1 资料和方法

1.1 基线资料

2021年3月至2022年3月,择取医院收治的82例慢性胃炎伴反流性食管炎患者,采用随机数字表法分为对照组(奥美拉唑治疗)和观察组(氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑治疗),每组41例。对照组,女性患者25例、男性患者16例;年龄范围32岁~69岁,平均年龄(43.39 ± 6.56)岁;病程时间1年~5年,平均病程(3.02 ± 0.28)年。观察组,女性患者22例、男性患者19例;年龄范围30岁~71岁,平均年龄(43.89 ± 6.23)岁;病程时间1年~6年,平均病程(3.05 ± 0.33)年。两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的资料相比较无统计学意义, ($P>0.05$)。

纳入标准:(1)全部患者均如何慢性胃炎、反流性食管炎的诊断标准;(2)患者自愿入组研究,签署知情同意书;(3)研究在伦理委员会批准下进行;(4)患者均出现吞咽不适和反酸等症状。

排除标准:(1)近期使用质子泵拮抗剂治疗的患者;(2)合并消化系统恶性肿瘤的患者;(3)精神类疾病患者;(4)缺血性肠炎患者;(5)患有胃肠道肿瘤者。

1.2 方法

对照组,施行奥美拉唑(生产厂家:石药集团欧意药业有限公司,批准文号:国药准字H20046430,规格:OTC版20mg*21粒)治疗,口服治疗每天2次,每次20mg。观察组,施行氟哌噻吨美利曲辛片(生产厂家:重庆圣华曦药业股份有限公司,批准文号:国药准字H20153122,规格:12片*2板)联合奥美拉唑治疗,氟哌噻吨美利曲辛片每天1次,每次1片。两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的治疗时间均为8周。

1.3 观察指标

(1)比较两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者治疗总有效率。疗效评估方法:治疗后患者胃部疼痛、胃酸、吞咽不适等临床症状均消失,胃镜检查显示,患者的食管黏膜恢复正常,为显效;经过治疗后患者的临床症状得到好转,患者的胃镜检查显示,病灶好转,为有效;经过治疗后患者未达到上述的指标效果为无效。

(2)比较两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者不良反应发生率。不良反应包含头晕、恶心和腹痛。

(3)比较两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者焦虑和抑郁情况,应用SAS焦虑自评量表和SDS抑郁自评量表进行评价,分数越高则表示患者的焦虑、抑郁症状越严重。SAS评分,小于50分(不含50分)为无焦虑,50~59分为轻度焦虑、60分~69分为中度焦虑、大于69分(不含69分)为重度焦虑。SDS评分,低于53分(不含53分)为无抑郁,53分~62分为轻度抑郁,63分~72分为中度抑郁,大于72分(不含72分)为重度抑郁。

(4)比较两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者水负荷实验。在清晨空腹下测定,待患者情绪稳定时,让患者以每分钟100毫升的速度饮水,每应用100毫升,则对上腹部的症状与严重程度进行评定,0分至5分,0分为无不适,1分为极轻微的不适,2分为轻微不适,3分为中度不适饱胀感,4分为明显不适,出现恶心,5分为极度不适,无法忍受,呕吐。

(5)比较两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者生活质量和睡眠质量。生活质量使用QLQ生活质量评分进行评价,分数越高则表示患者的生活质量越高。睡眠质量使用PSQI匹茨堡睡眠质量指数量表进行评分,分数越高则表示患者的睡眠质量越差。

1.4 统计学处理

采用SPSS23.0统计软件对两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的数据资料进行处理,应用(%)表示治疗总有效率和不良反应发生率,差异性应用卡方检验。采用(均数±标准差)表示SAS焦虑评分、SDS抑郁评分、水负荷实验、QLQ生活质量评分、PSQI匹茨堡睡眠质量指数量表评分,差异性应用t检验。若具有统计学意义, $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的治疗总有效率相比

详细数据如表1,观察组的治疗总有效率高于对照组, ($P<0.05$) 存在统计学意义。

表1 两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的治疗总有效率相比 {n(%)}

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组(n=41)	17(41.46)	23(56.10)	1(2.44)	40(97.56)
对照组(n=41)	12(29.27)	20(48.78)	9(21.95)	32(78.05)
X ² 值	-	-	-	7.2889
P值	-	-	-	0.0069

2.2 两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的不良反应发生率相比

详细数据如表 2，观察组与对照组的不良反应（头晕、恶心、腹痛）发生率相比，（ $P>0.05$ ）无统计学意义。

表 2 两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的不良反应发生率相比 {n (%)}

组别	头晕	恶心	腹痛	不良反应发生率
观察组 (n=41)	1 (2.44)	2 (4.88)	1 (2.44)	4 (9.76)
对照组 (n=41)	2 (4.88)	2 (4.88)	1 (2.44)	5 (12.20)
X ² 值	-	-	-	0.1248
P 值	-	-	-	0.7238

2.3 两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的焦虑和抑郁情况相比

详细数据如表 3，两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者治疗前的 SAS 焦虑评分与 SDS 抑郁评分无明显差异，（ $P>0.05$ ）无统计学意义。观察组治疗后的 SAS 焦虑评分与 SDS 抑郁评分低于对照组，（ $P<0.05$ ）存在统计学意义。

表 3 两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的焦虑和抑郁情况相比 { $\bar{x} \pm s$ ，分}

组别	SAS 焦虑评分		SDS 抑郁评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=41)	64.87±7.68	31.84±2.84	64.89±7.48	33.87±4.87
对照组 (n=41)	64.77±7.09	41.09±4.76	64.76±6.98	45.78±6.11
T 值	0.0612	10.6858	0.0813	9.7603
P 值	0.9513	0.0000	0.9354	0.0000

2.4 两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的水负荷实验相比

详细数据如表 4，两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者治疗前的水负荷实验相比无明显差异，（ $P>0.05$ ）无统计学意义。观察组治疗后的水负荷实验大于对照组，（ $P<0.05$ ）存在统计学意义。

表 4 两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的水负荷实验相比 { $\bar{x} \pm s$ ，毫升}

组别	治疗前	治疗后
观察组 (n=41)	912.76±211.78	1149.89±265.67
对照组 (n=41)	913.98±210.87	918.78±219.78
T 值	0.0261	4.2918
P 值	0.9792	0.0000

2.5 两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的生活质量和睡眠质量相比

详细数据如表 5，两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者治疗前的 QLQ 生活质量评分、PSQI 匹茨堡睡眠质量指数量表评分相比无明显差异，（ $P>0.05$ ）无统计学意义。观察组治疗后的 QLQ 生活质量评分高于对照组，PSQI 匹茨堡睡眠质量指数量表评分低于对照组，（ $P<0.05$ ）存在统计学意义。

表 5 两组慢性胃炎伴反流性食管炎患者的生活质量和睡眠质量相比 { $\bar{x} \pm s$ ，份}

组别	QLQ 生活质量评分		PSQI 匹茨堡睡眠质量指数量表评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=41)	91.67±4.67	102.67±6.87	12.78±3.16	7.36±2.09
对照组 (n=41)	91.17±5.09	97.67±7.09	12.77±3.14	10.56±2.76
T 值	0.4634	3.2429	0.0143	5.9184
P 值	0.6443	0.0017	0.9886	0.0000

3. 讨论

慢性胃炎在临床上分为慢性萎缩性胃炎和慢性非萎缩性胃炎。慢性萎缩性胃炎是一种在临床上较为普遍的消化道疾患，其病理特征为：胃黏膜上皮变薄，固有腺体数量下降，并伴随着幽门腺或肠腺化生和非典型增生^[7]。慢性萎缩性胃炎是一种以胃黏膜和腺体发生萎缩为特征的一种慢性消化道疾病，它的发病过程非常隐蔽，持续时间长，且无特异性，难以根除。慢性非萎缩性胃炎初期表现一般不会有任何临床表现，但是如果不及时处

理，可能会发展成胃癌，甚至有可能导致死亡。由于疾病的病程长，难以在短期内得到满意的疗效。慢性胃炎容易复发，合并反流性食管炎，使患者的病程更长，加重患者的经济压力。临床上，对于伴有反流性食管炎的慢性胃炎，多以胃动力药物和质子泵抑制剂为主^[8]。反流性食管炎是因为机体对食管的抵抗逆流功能下降、食管的清除能力下降、食管黏膜的防护保护功能下降等。对于有反流性食管炎的慢性胃炎，要根据其临床表现和发展状况，制定相应的治疗措施^[9]。

奥美拉唑是一种具有良好安全性能的质子泵抑制剂，它可以通过对胃壁层的细胞进行作用，从而阻止其分泌，起到抑酸的效果。奥美拉唑经临床试验证明能与幽门螺旋体外膜尿素酶联合，能有效地抑制幽门螺旋体^[10-11]。氟哌噻吨美利曲辛片是由美利曲辛、氟哌噻吨构成，其中，美利曲辛片可促进神经传递素的分泌，减轻患者的焦虑和忧郁症。美利曲辛为双向抑制药物，其在小剂量下表现出激动的特征，并能起到良好的止痛效果。氟哌噻吨多用于治疗癫痫、老年痴呆等精神类疾病。氟哌噻吨美利曲辛片经过现代药理研究证实，可以促进神经递质的释放，以此来改善患者的焦虑和抑郁症状^[12]。慢性胃炎伴反流性食管炎患者的治疗中，联合奥美拉唑、氟哌噻吨美利曲辛片治疗可以达到协同效果，更好地缓解胃肠反应，改善消化功能，促进疾病的康复。由本次研究结果显示，观察组的治疗总有效率高于对照组，SAS 焦虑评分与 SDS 抑郁评分低于对照组，水负荷实验大于对照组，QLQ 生活质量评分高于对照组，PSQI 匹茨堡睡眠质量指数量表评分低于对照组，（ $P<0.05$ ）具有统计学意义。表示在慢性胃炎伴反流性食管炎患者的治疗中采用奥美拉唑、氟哌噻吨美利曲辛片联合治疗可以提高治疗有效率，降低焦虑和抑郁评分，同时提高水负荷实验、生活质量和睡眠质量，说明联合用药具有更好地临床价值。

综上所述，奥美拉唑、氟哌噻吨美利曲辛片联合治疗慢性胃炎伴反流性食管炎的疗效显著，可以更好地提高治疗效果，改善焦虑和抑郁，提高患者生活质量和睡眠质量，值得在临床中予以推广使用。

参考文献：

- [1]明志红,陈勇华. 氟哌噻吨美利曲辛片联合莫沙必利治疗慢性胃炎伴反流性食管炎的疗效观察[J]. 中国实用医药,2021,16 (23): 17-19.
- [2]王瑞,林瑶. 氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑治疗慢性胃炎伴反流性食管炎的疗效观察[J]. 中华养生保健,2021,39 (4): 181-182.
- [3]姚茜,张晓飞,王登辉,等. 氟哌噻吨美利曲辛片联合雷贝拉唑对老年难治性反流性食管炎患者症状改善及复发率的影响[J]. 黑龙江中医药,2020,49 (2): 159-160.
- [4]王晶,邱秀英. 氟哌噻吨美利曲辛片联合兰索拉唑对非糜烂性反流性食管炎患者血清 GAS、MOT 水平及食管动力学的影响[J]. 中国处方药,2020,18 (12): 126-128.
- [5]王雪明. 难治性反流性食管炎予以氟哌噻吨美利曲辛片辅助治疗对 RDQ 及 HAMA 评分的影响观察[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7 (81): 139,141.
- [6]郑红英. 艾司奥美拉唑联合氟哌噻吨美利曲辛片治疗反流性食管炎伴抑郁患者的疗效观察[J]. 当代医学,2019,25 (16): 137-139.
- [7]廖卫民,陈雷鸣. 常规治疗联合康复新液与氟哌噻吨美利曲辛片治疗老年性反流性食管炎的临床研究[J]. 世界华人消化杂志,2019,27 (9): 598-604.
- [8]侯仁好,苗芸芸,初晓艺. 黛力新联合奥美拉唑治疗慢性胃炎伴反流性食管炎的临床疗效分析[J]. 中外医疗,2019,38 (5): 125-127.
- [9]赵俊海. 氟哌噻吨美利曲辛片辅助治疗难治性反流性食管炎的临床效果[J]. 河南医学研究,2019,28 (16): 2985-2986.
- [10]马红丹. 氟哌噻吨美利曲辛片辅助治疗老年非糜烂性反流性食管炎疗效及对血清 GAS、血浆 MOT 的影响[J]. 山西卫生健康职业学院学报,2021,31 (4): 45-47.
- [11]李丹. 氟哌噻吨美利曲辛片辅助莫沙必利治疗功能性消化不良的疗效[J]. 哈尔滨医药,2022,42 (1): 20-22.
- [12]马梅,蓝雪霏. 氟哌噻吨美利曲辛片联合埃索美拉唑、莫沙必利治疗慢性胃炎患者的效果[J]. 中国医学创新,2022,19 (1): 49-52.

宫内感染、胎龄与新生儿血小板减少症的关联性研究

阎凡红

临沂市中心医院 山东省临沂市 276000

摘要：目的：分析宫内感染、胎龄与新生儿血小板减少症的关联性。方法：回顾性分析我院 2020 年 8 月-2021 年 10 月新生儿科收治的因新生儿血小板减少症入院患儿 40 例为研究组研究对象，并选择同一时期入院的血小板计数正常新生儿共计 35 例为对照组研究对象。比较两组患儿的胎龄、宫内感染情况，并应用线性回归分析胎龄与新生儿血小板减少症的相关性，应用 Pearson 分析宫内感染与新生儿血小板减少症的相关性。结果：研究组患儿出生之后 1min、5min 之后的 Apgar 评分、胎龄、体质量显著低于对照组患儿，组间差异具有统计学意义，($P<0.05$)；研究组患儿发生宫内感染的几率显著高于对照组患儿，组间差异具有统计学意义，($P<0.05$)；胎龄与新生儿血小板减少症呈负相关 ($r=-0.373$, $P=0.000$)，宫内感染与新生儿血小板减少症呈正相关 ($r=0.957$, $P=0.000$)。结论：孕产妇宫内感染会加重新生儿血小板减少症的发生几率，同时新生儿的胎龄月底，感染的风险越高，两者之间呈负相关。针对这一情况需结合产妇的实际情况采取针对性的干预措施，帮助降低新生儿血小板减少症情况的发生，提升新生儿质量。

关键词：宫内感染；胎龄；新生儿血小板减少症；关联性

新生儿血小板减少症的医学定义是指血小板计数低于 $100\times 10^9/L$ ，发生的概率是 18%-35%。皮肤有出血点。身上会出现紫色瘀痕，其实是皮下血瘀所致，孩子有时会有流鼻血、牙龈出血等症状。血小板减少发生率与胎龄成反比，胎龄越小发病率越高。血小板减少轻度的表现为皮肤淤痕，脐部渗血^[1]。严重的会出现颅内出血及消化道出血等，出现神经系统后遗症，甚至危及生命。新生儿血小板减少症根据病因可分为免疫性、感染性、先天性等^[2]。临床研究表明，新生儿发生新生儿血小板减少症与宫内感染有较大的关联，且胎龄也是影响新生儿发生该疾病的主要原因之一。但是当前临床针对宫内感染、胎龄与新生儿血小板减少症的关联性研究的文献较小，仅仅是通过临床治疗的实际效果进行分析^[3-4]。基于此，为更好地分析宫内感染、胎龄与新生儿血小板减少症的关联性，本研究选择我院新生儿科收治的患儿为研究对象，应用线性回归分析胎龄与新生儿血小板减少症的相关性，应用 Pearson 分析宫内感染与新生儿血小板减少症的相关性，为新生儿血小板减少症的治疗提供一定的支撑，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院 2020 年 8 月-2021 年 10 月新生儿科收治的因新生儿血小板减少症入院患儿 40 例为研究组研究对象，并选择同一时期入院的血小板计数正常新生儿共计 35 例为对照组研究对象。将所有参与研究人员的资料进行整理显示，两组患者的基本资料对比 ($P>0.05$) 有可比性，详情见表 1。

表 1 两组患者一般资料对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	性别男	性别女	出生时间(d)	平均出生时间(d)	剖宫产(例)	自然分娩(例)
对照组	35	18	17	1-25	13.42±1.65	15	20
研究组	40	22	18	2-25	13.58±1.58	23	17
t	-	-	-	-	0.423	-	-
P	-	-	-	-	0.670	-	-

纳入标准：(1) 所有患儿经临床诊断均符合新生儿血小板减少症的相关诊断标准；(2) 所有患儿均属于入院后 3d 确诊；(3) 研究组患者人新生儿血小板减少症为继发性减少症；(4) 所有患儿的脏器功能均能正常使用；(5) 所有患儿均未发生颅内出血；(6) 所有患儿家属均知晓本次研究的目的，且签署知情同意书。

排除标准：(1) 排除出生 72h 内死亡的新生儿；(2) 排除围生期存在

窒息症状的新生儿；(3) 排除短期复查内血小板计数恢复正常新生儿；(4) 排除合并其他感染性疾病新生儿。

1.2 方法

宫内感染判定：所有患儿在出生内的 24h 均接受相应的胎盘病理检查，同时将患儿的胎盘用 10%浓度的甲醛溶液进行固定，胎膜卷常规置置后，行乙醇脱水、石蜡包埋、切片制作、脱蜡、脱苯、HE 染色、封片等操作，再使用德国的 S600T LIOO 光学显微镜观察。观察的结果出来之后，针对发现异常的胎盘以及胎膜等处理主要是以重新取材为主。医护人员需要在胎盘和胎膜上重新取材，并由资深的医师进行重新检定。

1.3 观察指标

(1) 比较两组患儿出生之后 1min、5min 之后的阿氏评分 (Apgar)、胎龄、体质量；其中 Apgar 评分主要包含五个项目，以评分制进行评分，得分越高则表明新生儿的身体状况越好；(2) 比较两组患儿宫内感染的发生几率；(3) 应用 Pearson 分析两组患儿宫内感染、胎龄与新生儿血小板减少症的关联性。

1.4 统计学方法

本院通过 SPSS21.0 统计软件包分析研究，计量资料采用 ($\bar{x}\pm s$) 表示，两组间比较采用 t 检验，计数资料采用相对数表示，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 两组新生儿 Apgar 评分、胎龄、体质量比较

两组新生儿 Apgar 评分、胎龄、体质量比较结果显示，研究组患儿出生之后 1min、5min 之后的 Apgar 评分、胎龄、体质量显著低于对照组患儿，组间差异具有统计学意义，($P<0.05$)，详情见表 2。

表 2 两组新生儿 Apgar 评分、胎龄、体质量比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	Apgar 评分/分		胎龄/周	体质量/kg
对照组	35	8.15±0.65	8.78±0.75	34.12±2.15	2241.35±389.65
研究组	40	7.85±0.68	8.35±0.82	32.25±2.26	1978.29±416.82
t		3.332	3.458	6.114	4.155
P		0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 两组新生儿宫内感染的发生情况比较

两组新生儿宫内感染的发生情况比较结果显示，经胎盘病理检查证实，对照组共计 5 例患儿发生宫内感染情况，发生率为 14.3% (4/35)；研究组共计 24 例患儿发生宫内感染情况，发生率为 60.0% (24/40)；研究组患儿发生宫内感染的几率显著高于对照组患儿，组间差异具有统计学意义

($P<0.05$)。

2.3 两组新生儿胎龄、宫内感染与新生儿血小板减少症的关联性比较
经线性回归分析,胎龄与新生儿血小板减少症呈负相关($r=-0.373$, $P=0.000$),回归方程: $Y=4.061-0.078X$ 胎龄;经 Pearson 分析,宫内感染与新生儿血小板减少症呈正相关($r=0.957$, $P=0.000$)。

3 讨论

血小板减少症是临床血液科上常见的血液系统疾病,此病多发于青少年和儿童,甚至于几岁、几个月的宝宝都有可能出血小板减少症。新生儿血小板减少是很多婴儿容易患上的一种疾病,还会分为免疫性,感染性以及遗传性等类型^[5]。新生儿血小板减少原因有以下几个方面:同族免疫性血小板减少、被动免疫性血小板减少、药物导致血小板减少、新生儿溶血病并血小板减少。另外感染也能诱发新生儿血小板减少症,包括病毒感染、细菌感染,如宫内感染有风疹病毒、弓形虫、人疱疹病毒、巨细胞病毒、肝炎病毒等^[6-7]。产妇生产后感染以细菌感染为主,主要是金黄色葡萄球菌和革兰阴性杆菌感染,如败血症、化脓性脑膜炎、肺炎等,另外先天性或遗传性。包括先天性巨核细胞再生不良,遗传性血小板减少^[8]。其他,包括红细胞增多症、围产期窒息、坏死性小肠结肠炎、栓塞性血小板减少等。新生儿血小板减少还会使身体引起很多症状,甚至会使机体的抵抗力和免疫力都下降,增加死亡的概率。针对这一情况如果不能及时的采取针对性的治疗措施,那么将会造成新生儿的生存质量下降,对日后的生长发育造成较大的影响。临床认为,新生儿的血小板计数高于 $100 \times 10^9/L$ 为正常的血小板计数,血小板计数低于 $100 \times 10^9/L$ 则怀疑为新生儿血小板减少症^[9]。

有研究结果表明,宫内感染、胎龄与新生儿血小板减少症之间有一定的关联。产妇在生产过程中发生宫内感染以及新生儿的胎龄过小等都会加重新生儿血小板减少症的几率^[10]。宫内感染可能与下生殖道细菌、病毒、支原体衣原体、淋病、梅毒等上行感染引起。其对母体内的炎性因子如白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子 (TNF- α) 等具有刺激作用,这在一定程度上促进了前列腺素、基质金属蛋白酶 8 (MMP-8)、MMP-9 等释放,致使产妇出现胎膜早破,而胎膜早破也在一定程度上增加了宫内感染的程度。如果胎儿感染以后,出生后新生儿可表现为心率快、呼吸急促、发绀、嗜睡,出现败血症、脓毒血症、肺炎、脑膜炎和中耳炎等^[11]。不仅加重了新生儿出生患有疾病的风向,同时还降低了胎盘的血流量,导致胎盘供血量严重不足,对胎儿的出生造成严重的影响。当前,发现宫内感染的方式多样性,具体可以参考以下几点。宫内感染的孕妇或产妇多表现发热,腋下体温高于 37.5°C ,脉快,白细胞计数增高。产妇感染的危险随胎膜破裂时间延长而上升^[12]。宫内感染的诊断有时很困难。最有预告性的症状是胎膜早破、白细胞增高和发热。可以通过以上几种症状综合判断,必要时可进行相应的诊断。同时,孕产妇在日常生活中还可以通过特定的方式预防。可以从按时产检,及时纠正贫血、营养不良、慢性疾病等,及时治疗妊娠合并感染性疾病,避免产程延长和胎膜早破等方式。此外,临床研究表明,血小板减少对原发感染的免疫反应也会有较大的影响^[14]。胎儿在出现感染之后,会在其体内形成一种抗原-抗体复合物,最明显的状况就是血小板减少,血小板减少容易引起很多问题,比如紫癜,紫癜是由于身体中的血小板减少所形成的。当新生儿体内的血小板指数达不到一定标准之后将会降低细胞的成熟度,无形之中就加剧了新生儿血小板减少症的发生。当前临床中针对新生儿血小板减少症的治疗主要是以抗生素或激素治疗为主,产妇在未生产之前就给予相应的治疗,能够降低新生儿血小板减少症的发生几率^[15-16]。本研究通过选择我院收治的患儿为研究对象,研究结论表明,研究组患儿出生之后 1min、5min 之后的 Apgar 评分、胎龄、体重质量显著低于对照组患儿,组间差异具有统计学意义, ($P<0.05$);研究组患儿发生宫内感染的几率显著高于对照组患儿,组间差异具有统计学意义, ($P<0.05$);胎龄与新生儿血小板减少症呈负相关 ($r=-0.373$, $P=0.000$),宫内

感染与新生儿血小板减少症呈正相关 ($r=0.957$, $P=0.000$)。由此可以看出,宫内感染、胎龄与新生儿血小板减少症之间呈负性相关。且胎龄越低,新生儿出现血小板减少症的风险越高。

综上所述,孕产妇宫内感染会加重新生儿血小板减少症的发生几率,同时新生儿的胎龄月底,感染的风险越高,两者之间呈负相关。针对这一情况需结合产妇的实际情况采取针对性的干预措施,帮助降低新生儿血小板减少症情况的发生,提升新生儿质量。

参考文献:

- [1]万毅,谢明月,唐云,张丽娇.新生儿脐血细胞因子 Elafin、IL-18、IFN- γ /IL-4 与 HBV 宫内感染的相关性研究[J].中国现代医学杂志,2021,31(18): 88-94.
- [2]张丽,周锡昌,李冬梅.宫内感染早产儿血清及脑脊液炎性因子与脑损伤的关系[J].贵州医药,2020,44(05): 720-721.
- [3]黄琼辉,刘捷,曾超美.中重度妊娠期血小板减少症和原发免疫性血小板减少症对新生儿的影响[J].中华新生儿科杂志,2021,36(04): 36-39.
- [4]徐颂周,胡晓艳,赵方,周于新,张双船.早产儿宫内感染的影响因素及临床特征分析[J].中国中西医结合儿科学,2020,12(02): 180-182.
- [5]Qi-Yuan,Chang,Si-Wen,etal.Safety of menstrual blood-derived stem cell transplantation in treatment of intrauterine adhesion[J].World Journal of Stem Cells,2020,v.12(05): 69-81.
- [6]张强,卢红艳,蒋峰,王秋霞,鞠慧敏.羊水中微核糖核酸-182 表达与早产儿宫内感染和脑损伤的关系[J].中国儿童保健杂志,2020,28(07): 729-732.
- [7]张玲,万俊,王向焯,王倩.宫内感染及血清细胞因子水平与早产儿脑损伤的相关性分析[J].国际检验医学杂志,2019,40(23): 2928-2930.
- [8]张平世.胎膜早破合并宫内感染患者血清 CRP、IL-6 水平的检测分析[J].中国现代药物应用,2019,13(21): 67-68.
- [9]Outcomes E, Consortium T. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomised, multicentre, open-label trial[J]. Lancet (London, England), 2020, 2019 年 394 卷 10195 期: 303-313 页.
- [10]李恒聪,周燕,李丽兰,钟周琳,卢芳,吴国光.人类白细胞抗原-A33、-B58 抗体介导的新生儿同种免疫性血小板减少症并文献复习[J].国际输血及血液学杂志,2022,45(01): 42-50.
- [11]杨宝娟,孙彩萍,张庆,张珂.妊娠合并特发性血小板减少性紫癜和血小板减少症鉴别诊断的研究[J].现代医药卫生,2022,38(01): 105-109.
- [12]Russcher A, Enders A, Brouwer C, et al. Diagnosis of intrauterine parvovirus B19 infection at birth—Value of DNA detection in neonatal blood and dried blood spots[J]. Journal of Clinical Virology, 2020, 129: 104482.
- [13]苏金花,陈宇锋,刘飒爽.血小板抗体检测在复发性流产及新生儿免疫性血小板减少症中的诊断价值探讨[J].中国实用医药,2021,16(10): 97-99.
- [14]郝欣欣,邓晶,丛桂敏,乔宪,叶欣,王秋实.胎儿/新生儿同种免疫性血小板减少症的诊断——附 1 例并文献复习[J].中国输血杂志,2020,33(11): 1167-1172.
- [15]苗晓霞,陈宁,刘芳.糖皮质激素与静脉注射用人免疫球蛋白在新生儿原发性免疫性血小板减少症治疗中的应用[J].标记免疫分析与临床,2019,26(12): 2105-2108.
- [16]Knk A, Af B, Hm C, et al. Levofloxacin or gonadotropin releasing hormone agonist treatment decreases intrauterine microbial colonization in human endometriosis[J]. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2021, 264: 103-116.

微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果

盛兆晴

济宁口腔医院 山东济宁 272004

摘要：目的：探讨微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果。方法：选择2017年8月至2018年8月在我院口腔科进行正畸治疗的患者60例，应用随机数表法将其分为对照组（n=30）采用常规矫正治疗，观察组（n=30）采用微型种植体支抗治疗，对比两组患者的上中切牙倾角差、上中切牙凸距差、磨牙位移、不良反应发生率、满意率。结果：观察组上中切牙倾角差、上中切牙凸距差、磨牙位移（28.71±2.19）（4.60±0.97）（3.22±0.76）优于对照组（12.66±2.11）（2.55±0.95）（6.51±0.81），差异具有统计学意义（P<0.05）；对照组不良反应发生率36.67%高于观察组6.67%，差异具有统计学意义（P<0.05）；观察组满意率96.67%高于对照组56.67%，差异具有统计学意义（P<0.05）；结论：口腔正畸中采用微型种植体支抗方式治疗，有利于调整上中切牙倾角差、上中切牙凸距差，还可以缩短磨牙位移，且使用该种方式治疗不良反应较少，进而患者的满意度较高，此种治疗方式在临床中值得推广。

关键词：微型种植体支抗；口腔正畸；治疗；效果

随着我国经济的迅速发展，大众生活水平逐渐提高，人们对于外在的美观越来越重视，口腔畸形会严重的影响患者的面部美观，所以越来越多的人采取治疗改善口腔畸形的情况^[1-2]。口腔正畸就是临床中所说的为牙齿进行矫正，是临床中一种非常普遍的治疗牙齿畸形的方法之一。口腔正畸就是运用各种装置对患者的牙齿以及颌骨的具体位置进行调整，从而达到牙齿、颜面骨以及颌面神经肌肉这三者之间的力量平衡和协调，进而达到正畸的效果。在进行正畸的期间，需要让牙齿移动产生相反的作用力，简称为支抗，支抗的设计是否有效，是患者正畸能否成功的关键。传统的正畸方式有颌间牵引、口外弓、舌弓以及唇挡等，此种办法的缺点较为明显，非常容易导致患者的前牙后移，使得患者的不适感较强，进而治疗效果不尽人意。微型种植体支抗是目前临床中出现一种新颖的正畸方法，该种治疗方式操作简单，且产生的创伤性较小，使得患者无明显的不适感，支抗稳定，已经被患者和医师认可^[3-4]。基于此本文选择在我院进行口腔正畸的患者60例，分别使用常规的正畸方式，以及微型种植体支抗治疗方式，为进一步探讨微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果。具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2017年8月至2018年8月在我院口腔科进行正畸治疗的患者60例，应用随机数表法将其分为对照组（n=30）采用常规矫正治疗，观察组（n=30）采用微型种植体支抗治疗。其中对照组男性患者16例，女性患者14例，年龄12-26岁，平均年龄（18.45±2.11）岁；观察组男性患者15例，女性患者15例，年龄13-28岁，平均年龄（19.01±2.18）岁；

纳入标准：（1）所有患者均符合口腔正畸的标准。（2）本研究的治疗方案耐受的患者。（3）无精神疾病患者。（4）无认知障碍患者。（5）无进展期牙龈炎患者。（6）口腔卫生较好的患者。

排除标准：（1）治疗依从性差的患者。（2）有过正畸史的患者。（3）患有严重的口腔疾病患者。（4）伴有其他严重的系统性疾病患者。（5）伴有凝血功能障碍的患者。研究开始之前，全体患者均配合了解这项研究的目的及过程，在自愿的基础上签订参与同意书，且两组患者年龄、性别等基线资料无明显差异（P>0.05），具有可比性。此次研究已顺利通过我院伦理委员会审核。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者使用常规矫正治疗方法，具体是，患者在进行治疗以前，应该接受X线的检查，对其进行印牙模，为其制订矫正方案，使用直丝弓矫治器进行矫正畸形牙齿，同时为其佩戴牙齿矫正器。固定矫正时间在2年或者两年以上，根据患者的具体情况而定，告知患者每月至少复诊1次。

1.2.2 观察组

观察组患者使用微型种植体支抗方式治疗，在为患者治疗前，医护人员需要告知患者和家属该种治疗方式的治疗效果，以及在手术中的不良反应，及其治疗后的注意事项，促使患者做好从分的准备，可以冷静的接受微钛钉的脱落，以及产生的炎症，可能对压根造成的损伤等。对患者采用

直丝弓矫治器、自攻型微型钛钉进行正畸治疗，结合患者的口腔情况，对患者的前牙进行压低，之后进行直丝弓矫正法，将牙弓整平及排齐，使得保证拔牙的间隙状态。与此同时通过放射线和医务人员的触诊来对植入的部位骨的量 and 质进行确定。同时指导患者在进行手术之前使用洗必泰含漱液漱口。在手术中，使用必兰麻对患者进行局部麻醉，植入的部位与膜龈结合部位一致或者偏根方3毫米，这时注意不可以对患者的牙槽神经和上颌窦、牙根等产生影响。如果患者的牙槽粘膜将新植入的部位覆盖住，需要将粘膜切开。将植入部位进行标记，拍摄患者的牙根片和侧位片及牙齿全景片，为手术提供方便。之后经过患者的牙根将自攻型螺钉植入骨内，将其均匀的拧入，确保植入体植入成功^[5]。当为患者成功植入微型种植体后，使用链状橡皮圈或者NI-TI拉簧对种植体予以施加力量。在患者术后，对其进行拍摄牙根片，用以分析微型种植体与牙根之间的关系。同时应该告知患者在术后勤用漱口水进行漱口，以保证微型种植体的植入区干净。还应该告知患者遵循医嘱进行服用抗生素，每月至少复诊一次，结合治疗情况决定是否更换NI-TI拉簧。将微型种植体取出时，不可以进行麻醉，在取出后创伤口液不需要进行特别处理，一段时间后伤口自然愈合。

1.3 观察指标

1.3.1 两组患者矫正情况

于治疗后对比两组患者的上中切牙倾角差、上中切牙凸距差、磨牙位移

1.3.2 不良反应

于治疗后观察两组患者的不良反应

1.3.3 满意率

采用我院自主研发的满意率调查问卷进行评价，百分制，80-100分为非常满意，60-79分为一般满意，60分以下为不满意，（非常满意+一般满意）/总例数*100%=满意率

1.4 统计学分析

在本研究中使用SPSS23.0版本的统计软件作为数据分析软件，病例一般资料中患者性别为计数资料，结果中患者不良反应发生例数为计数资料，两组患者治疗满意率为计数资料，计算出的数据以n（%）表示，并采用 χ^2 检验；病例一般资料中两组患者的年龄为计量资料，结果中两组患者的上中切牙倾角差、上中切牙凸距差、磨牙位移为计量资料，计量数据以平均值±标准差（ $\bar{X} \pm S$ ），采用t检验；以P<0.05表明差异在统计学上是显著的。

2 结果

2.1 对比两组患者的上中切牙倾角差、上中切牙凸距差、磨牙位移

组别	n	上中切牙倾角差 (°)	上中切牙凸距差 (mm)	磨牙位移 (mm)
观察组	30	28.71±2.19	4.60±0.97	3.22±0.76
对照组	30	12.66±2.11	2.55±0.95	6.51±0.81

t	-	28.907	8.270	16.224
P	-	0.000	0.000	0.000

观察组上中切牙倾角差、上中切牙凸距差、磨牙位移 (28.71±2.19) (4.60±0.97)(3.22±0.76) 优于对照组 (12.66±2.11)(2.55±0.95)(6.51±0.81), 差异具有统计学意义 (P<0.05); 见表 1。

表 1 对比两组患者的上中切牙倾角差、上中切牙凸距差、磨牙位移 ($\bar{X} \pm S$)

2.2 对比两组患者的不良反应发生率

对照组不良反应发生率 36.67% 高于观察组 6.67%。差异具有统计学意义 (P<0.05); 见表 2。

表 2 对比两组患者的不良反应发生率 (n, %)

组别	n	软组织水肿	口腔炎症	牙根吸收	疼痛强烈	发生率
观察组	30	1	0	0	1	6.67%
对照组	30	3	2	3	3	36.67%
X ²	-	-	-	-	-	7.954
P	-	-	-	-	-	0.005

2.3 对比两组患者的满意率

观察组满意率 96.67% 高于对照组 56.67%。差异具有统计学意义 (P<0.05); 见表 3。

表 3 对比两组患者的满意率 (n, %)

组别	n	非常满意	一般满意	不满意	满意率
观察组	30	18	11	1	96.67%
对照组	30	9	8	13	56.67%
X ²	-	-	-	-	13.416
P	-	-	-	-	0.000

3 讨论

临床中常见的口腔疾病有错颌畸形、牙周病、龋齿, 发病率非常高, 严重的影响着人的口腔健康^[6-7]。随着现阶段大众生活水平的提高, 人们对于健康及外观美观的关注度逐渐增高, 口腔的健康逐渐受到大众的重视, 如果患有口腔疾病不但会影响患者的口腔健康, 还会影响着患者的胃肠消化功能。而且口腔健康更对患者的颜面部美观产生影响, 如果患者的口腔畸形较为严重, 有部分患者会出现自卑心理, 发生不良情绪, 严重会影响患者正常的社交生活^[8]。

口腔正畸在现在的临床中是较为常用的治疗方式, 对患者的牙颌畸形包括牙齿参差不齐、形态异常、颜色异常等问题进行改正, 经过治疗后可以改善美观度, 使得牙齿功能健康, 达到牙列稳定的效果。一口健康且美观的牙齿, 对于人们来说是非常重要的^[9]。随着大众对口腔的健康意识的提升, 以及对美观的追求, 口腔正畸技术在我国已经快速的发展。但是传统的口腔正畸具有较多的缺点, 比如稳定性较差, 非常容易发生感染, 且不适感非常强, 经过常规的正畸治疗效果不理想, 已经不能满足大众对于正畸的需求^[10]。

微型种植体支抗是临床中一种新型的正畸治疗手段, 比较常规的正畸技术, 该种治疗手段有着创伤较小, 操作简单便捷, 且稳定性较高的优点。微型种植体的种植体是由钛合金制作而成的, 该种材料具有强度高、硬度高、密度小、抗磨蚀性强等优点^[11-12]。且该种植体的体积较小, 利于种植在牙槽骨的任何位置, 不需要骨性结合, 所以在为患者进行种植体植入时, 患者没有强烈的不适感, 并且患者在植入后稳定性较高, 不容易出现

移位的情况。微型种植体支抗治疗口腔正畸已经逐渐被大众和医生认可。患者进行口腔正畸的目的在于, 恢复正常的牙列关系, 提升自身的咀嚼功能, 提高颜面部的美观度^[13-14]。

本文经过对 60 例在我院进行治疗的患者研究显示, 使用微型种植体支抗的患者, 在上中切牙倾斜角差、上中切牙凸距差及磨牙位移位上优于常规正畸治疗的患者。说明微型种植体支抗治疗后, 患者的上中切牙倾角差、上中切牙凸距差改善效果较好, 这对患者提高咀嚼功能非常有利。有研究显示, 由于患者的牙根间距较小, 如果操作稍有不慎, 非常容易损伤患者的牙根, 进而导致牙根胀痛。如果患者的口腔较为敏感, 会发生较多的而不良反应。本文结果显示, 应用微型种植体支抗的患者不良反应发生较少。说明微型种植体的体积较小, 即使是口腔狭窄, 在操作时也较为容易, 保证的手术治疗的安全性。在微型种植体取出时, 能够直接拧出, 将血凝块填进留下的空洞, 使得伤口快速的愈合, 避免发生感染。结果还显示, 使用微型种植体支抗的患者满意率较高。说明微型种植体支抗对患者产生的不良影响较少, 使得患者满意率较高。

综上所述, 口腔正畸中采用微型种植体支抗方式治疗, 有利于调整上中切牙倾角差、上中切牙凸距差, 还可以缩短磨牙位移, 且使用该种方式治疗不良反应较少, 进而患者的满意度较高, 此种治疗方式在临床中值得推广。

参考文献:

- [1]陈殿斌. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果[J]. 中国保健营养, 2021, 31 (28): 261-264.
- [2]Marsico E, Gatto E, Burrascano M, et al. Effectiveness of orthodontic treatment with functional appliances on mandibular growth in the short term[J]. American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics, 2011, 139 (1): 24-36.
- [3]刘志颖. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12 (19): 79-82.
- [4]Shaw W C, Addy M, Ray C. Dental and social effects of malocclusion and effectiveness of orthodontic treatment: A review[J]. Community Dentistry And Oral Epidemiology, 1980, 8 (1): 36-45.
- [5]乔志江. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果及可行性分析[J]. 健康之友, 2021 (16): 150-151.
- [6]Alrbata R H, Yu W, Kyung H M. Biomechanical effectiveness of cortical bone thickness on orthodontic microimplant stability: An evaluation based on the load share between cortical and cancellous bone[J]. American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics, 2014, 146 (2): 175-182.
- [7]任海霞. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果[J]. 糖尿病天地, 2022, 19 (1): 155-157.
- [8]孟庆芳, 胡西娜, 艾尼瓦尔. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2016, 3 (13): 3-4.
- [9]Wiechmann D, Meyer U, André Büchter. Wiechmann D, Meyer U, Büchter A. Success rate of mini- and micro-implants used for orthodontic anchorage: A prospective clinical study[J]. Clinical Oral Implants Research, 2007, 18 (2): 263-267.
- [10]田雪梅. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果[J]. 中外医学研究, 2015 (11): 127-128.
- [11]杜申钊, 徐珊. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果[J]. 微创医学, 2017, 12 (6): 849-850.
- [12]程传花, 吴馨怡. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果分析[J]. 全科口腔医学杂志 (电子版), 2019, 6 (4): 39-40.
- [13]King G J, Brudvik P. Effectiveness of interceptive orthodontic treatment in reducing malocclusions[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2010, 137 (1): 18-25.
- [14]马慧雨, 卢伟, 孙红霞, 等. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用效果[J]. 中国保健营养, 2020, 30 (12): 82-85.

乳腺癌化疗患者出院准备度现状及影响因素分析

马玉文 尤渺宁

北京肿瘤医院 北京 100142

摘要:【目的】为乳腺癌化疗患者提供个体化的出院准备服务以及减少患者的再住院率和并发症率。【方法】采用便利抽样法,对80名北京肿瘤医院乳腺内科化疗的患者进行出院准备度调查。【结果】乳腺癌化疗患者的出院准备度为90.93±18.42分,通过单因素及多元线性回归分析后,得出出院准备度的影响因素分别为文化水平、住院时长、疼痛、管路、恶性伤口。【结论】乳腺癌化疗患者出院准备度处于中等水平,护理人员应根据不同患者而采用个体化护理,加强出院准备服务,提高今后乳腺癌化疗患者的出院准备情况。

关键词: 乳腺癌; 化疗; 出院准备度; 影响因素; 恶性伤口

Analysis of discharge readiness of breast cancer patients undergoing chemotherapy and its influencing factors MAYuwen,YOUMiaoning (Beijing Cancer Hospital, Beijing 100142, China)

【Abstract】 Objective Individualized discharge preparation for breast cancer patients undergoing chemotherapy and reduced patient readmission and complication rates. Methods Convenience sampling method was used to investigate the discharge readiness of 80 patients undergoing chemotherapy in the department of breast Medicine of Beijing Cancer Hospital. Results The discharge readiness of breast cancer chemotherapy patients was 90.93±18.42 points. Through univariate and multiple linear regression analysis, the influencing factors of discharge readiness were education level, length of stay, pain, pipeline, and malignant wound. Conclusion The discharge readiness of breast cancer patients undergoing chemotherapy is at a medium level. Nursing staff should adopt individualized care according to different patients, strengthen discharge preparation services, and improve the discharge readiness of breast cancer patients undergoing chemotherapy in the future.

【Key words】 Breast cancer; Chemotherapy; Discharge readiness; Influencing factors; Malignant wound

患者出院准备度(Readiness for Hospital Discharge)指医务人员综合患者的生理、心理和社会方面的健康状况,分析判断患者在多大程度上具备离开医院、回归社会、进一步康复和复健的能力^[1]。乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一,其发病率呈逐年上升趋势,由于对乳腺癌认识水平的提高及早期诊断、早期治疗方法的不断发展,使乳腺癌5年生存率最高达98%^[2]。乳腺癌患者化疗是其主要治疗手段之一,其相对于其他癌症患者来说具有特殊症状,如:淋巴水肿、恶性伤口,化疗同时还会伴有相关不良反应,因以上特殊症状等因素将影响其出院准备情况。如今,国内对于乳腺癌化疗患者的出院准备度研究少,本研究通过分析乳腺癌化疗患者出院准备度情况,研究其影响因素,旨在为乳腺癌患者提供个体化的出院准备服务以及减少因相关可避免的因素导致的再住院提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

采用便利抽样法选取本院乳腺肿瘤内科2021年7月至2021年11月进行化疗治疗的80例患者为研究对象。纳入标准:①经组织病理学诊断确诊为乳腺癌的患者;②以化疗为主要的治疗方式;③意识清楚,有语言表达能力;④知情同意,资源参与本次研究。排除标准:①有意识障碍、表达障碍的患者;②合并其他严重心、肺、肾疾病。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

1.2.1.1 一般资料调查表:自行设计,包括人口学资料及疾病相关资料。人口学资料包括:年龄、性别、职业、婚姻状况、生活方式、文化程度、家庭人均月收入、医疗付费方式等。临床相关资料包括:疾病分期、合并症、疼痛、管路、癌性伤口、淋巴水肿、手足综合征等。

1.2.1.2 出院准备度量表:本研究调查采用中国台湾林佑桦等^[3]学者的汉化版量表,该量表由适应能力、个人状态、预期性支持3个维度、12个条目组成,各条目以0-10分形式计分,量表的Cronbach's α 系数为0.917,各维度Cronbach's α 为0.862-0.921。

1.2.2 收集方法

本研究采用问卷调查法,研究者在符合纳入标准的患者出院前4h,对

其进行纸质或电子问卷调查。发放问卷前,采用统一指导语告知患者调查的目的、意义及问卷填写方法,征得患者及其家属的同意后,采用不记名的方式进行问卷填写。对于存在阅读障碍或书写能力障碍的患者,可由家属代替填写,或由调查人员采用中性语言不加诱导逐条念给患者,根据患者答案代替填写。共发放问卷80份,回收有效问卷80份,有效回收率为100%。

1.2.3 统计学方法

采用SPSS 23.0统计学软件进行数据分析。计量资料以表示,行t检验;计数资料以例数(%)表示,行检验。多因素分析采用多元线性回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 乳腺癌患者出院准备度情况(见表1)

乳腺癌化疗患者的出院准备度总分为(90.93±18.42)分,各维度得分为:个人状态(19.68±5.91)分,适应能力(41.56±9.03)分,预期性支持(29.68±8.99)分,见表1。

表1 乳腺癌化疗患者出院准备度状况(分)

项目	满分	实际得分
个人状态	30	19.68±5.91
适应能力	50	41.56±9.03
预期性支持	40	29.68±8.99
出院准备度总分	120	90.93±18.42

2.2 影响乳腺癌化疗患者出院准备度单因素分析

经单因素分析,得出乳腺癌化疗患者在年龄、文化程度、住院时长、疼痛、管路、恶性伤口共6个变量的分层差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 影响乳腺癌化疗患者出院准备度单因素分析

项目	分类	n	构成比 (%)	出院准备度 (分)	T	P
年龄	<60	54	67.5	94.11±15.71	2.279	0.025

	>60	26	32.5	84.35±21.95		
文化程度	中学及以下	27	33.75	83.48±22.27	-2.683	0.009
	中学以上	53	66.25	94.74±14.92		
住院时长	≤2 天	52	65	87.23±17.11	-2.536	0.013
	>2 天	28	35	97.82±19.07		
疼痛	有	25	31.25	82.00±19.00	3.07	0.003
	无	55	68.75	95.00±16.79		
管路	有	25	31.25	84.88±20.76	-2.021	0.047
	无	55	68.75	93.69±16.73		
恶性伤口	有	11	13.75	78.27±15.53	2.538	0.013
	无	69	86.25	92.96±18.12		

2.3 乳腺癌化疗患者出院准备度影响因素的多元线性回归分析

将单因素分析中具有统计学意义的因素作为自变量，多元分析结果显示文化程度、疼痛、管路、癌性伤口、住院时长影响乳腺癌化疗患者的出院准备度，见表 3。

表 3 乳腺癌化疗患者出院准备度影响因素多元线性分析

变量	B	SE	标准化 B	t	P
常量	30.244	15.189	/	1.991	0.005
文化程度	8.433	3.962	0.218	2.128	0.047
住院时长	9.445	3.787	0.248	2.494	0.001
疼痛	-9.132	4.317	-0.231	-2.115	0.000
管路	9.286	3.828	0.238	2.426	0.004
恶性伤口	11.408	5.229	0.223	2.182	0.008

3 讨论

3.1 乳腺癌化疗患者出院准备度现状分析

乳腺癌化疗患者出院准备度为 90.93±18.42 分，鲍冠军等^[4]所研究的乳腺癌化疗患者出院准备度 95.57±18.83 分水平相符，高于高雨燕等^[5]研究者调查的胃癌患者出院准备度 86.19±5.31 分。分析乳腺癌化疗患者的出院准备度分数高于胃癌患者的相关原因，主要为乳腺癌患者化疗周期短、频次高，经多次住院后已掌握较多出院后相关知识；随着医护人员关注及预防癌症患者化后不良反应的重视，癌症患者化疗后相关不适症状逐渐减轻；护理团队注重于出院后注意事项的健康教育。

3.2 乳腺癌化疗患者出院准备度影响因素

3.2.1 社会人口因素

据调查结果显示，文化程度影响患者的出院准备度，文化程度高的患者对于自我的疾病管理水平更高，与李宜敏等^[6]以及 Gabriella 等^[7]研究者的结果一致。文化程度高的患者除了从住院期间得到疾病相关知识以外，还会主动地借助其他途径获取，如：网络、书籍等，除了对于疾病知识的掌握高外，相对于文化程度低的患者来说，依从性高，更有效地执行健康教育中的饮食、治疗等措施。患者住院时长的长短也影响出院准备度，近几年来，各大医院将快速康复等先进的理念临床中推广应用，提高了床位的周转率，缩短了患者平均住院时长。护理人员应对于住院时长较短的患者，加强出院健康教育，不得忽略或省略相关宣教。

3.2.2 疾病相关因素

据调查结果显示，疼痛、管路、恶性伤口影响患者的出院准备度。相关研究显示^[8]，对于伴有癌痛的患者，应用院外延续性护理模式更加有效。癌症患者的疼痛发生不仅于院内还更多的发生于院外，因此出院后的延续性护理或详细的健康宣教有助于患者出院准备度的提高。乳腺癌化疗患者因其淋巴清扫手术、女性血管条件差等原因通常携带中心静脉置管，但管

路的携带不适、定期维护以及感染、血栓等并发症，会对患者出院后增加活动负担，引起患者出院后的担心。恶性伤口在晚期癌症患者发生率约为 5%-14.5%^[9]，其中乳腺部位占 66%^[10]。乳腺癌出现恶性伤口的患者通常在住院期间经护理人员进行换药处理及指导，出院前开具相关换药敷料，出院后自行换药处理。除了换药操作对于患者本人造成一定负担外，恶性伤口的气味、渗液、疼痛、出血等症状以及敷料的费用还会降低患者的生活质量，加重生活负担，进而影响到患者做出充足的出院准备。护理团队对于患者的出院指导应进行个体化服务，对于伴有疼痛、管路、恶性伤口的患者除了口头进行健康宣教外，更应使用纸质宣教手册以及留有科室联系电话以便患者出现任何症状变化时有助于指导，减轻患者的出院后负担，提高其出院准备度。

4 小结

综上所述，乳腺癌化疗患者出院准备度处于中等水平，影响患者出院准备度的因素包括：文化程度、住院时长、疼痛、管路、癌性伤口。护理人员应根据不同患者而采用个体化护理，加强出院准备服务，提高今后乳腺癌化疗患者的出院准备情况。本项研究的样本中淋巴水肿患者较少，今后可扩大研究样本量，增加更多淋巴水肿患者的出院准备度调查。

参考文献：

[1]Fenwick AM. An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. J Adv Nurs. 1979; 4 (1): 9-21.

[2]Ozturk A, Alco G, Sarsenov D, et al. Synchronous and metachronous bilateral breast cancer: A long-term experience. J BUON. 2018; 23 (6): 1591-1600.

[3]林佑桦,高家常,黄阿美,等.中文版医院病人出院准备度之信效度检定[J].护理杂志, 2014, 61 (4): 56-65.

[4]鲍冠军,米媛媛.乳腺癌患者化疗期间恐惧、出院准备度和家庭功能对生命质量影响的路径分析[J].中国实用护理杂志,2021,37 (10): 721-726.

[5]高宇燕,张晓红,王菊子,侯永超.胃癌术后患者的出院准备度现状及影响因素分析[J].现代养生,2021,21 (14): 105-108.

[6]李宜敏,孟娜,向秋芬,等.肺癌 PICC 带管患者出院准备度现状调查及影响因素分析[J].重庆医学,2017,46 (24): 3448-3450.

[7]GABRIELLA M M,JACQUELINE B H,MONIKA L.Broadening the horizons on predictors of discharge teaching,discharge readiness,and postdischarge outcomes[J].J Obstet Gynecol Neonatal Nurs,2015,44 (Suppl 1): S58

[8]吕洁文,麦哲林,邓东兰,等.应用健康教育护理路径延续院外癌痛规范化治疗的研究[J].临床医学工程,2015,22 (6): 781-782.

[9]Tilley C P, Fu M R, Cleve J V, et al. Symptoms of Malignant Fungating Wounds and Functional Performance among Patients with Advanced Cancer: An Integrative Review from 2000 to 2019[J]. Journal of Palliative Medicine, 2020, 23 (6),848-862.

[10]Vardhan M, Flaminio Z, Sapru S, et al. The Microbiome, Malignant Fungating Wounds, and Palliative Care[J]. Frontiers in Cellular and Infection Microbiology, 2019, 9: 373.

作者简介：马玉文、1995 年 1 月 24 日，女、汉族、籍贯：北京、本科、护师，科室：乳腺内科，研究方向：肿瘤护理。北京市海淀区阜成路 52 号，北京肿瘤医院，100142。

尤渺宁、1978 年 2 月 16 日，女、汉族、本科、副主任护师，科室：乳腺内科，研究方向：肿瘤护理、恶性伤口，淋巴水肿。北京市海淀区阜成路 52 号，北京肿瘤医院，100142。

快速康复外科护理应用在微创食管癌手术患者围术期护理中的效果观察

郭俊 张绍芬^(通讯作者)

云南省第一人民医院 云南昆明 650030

摘要: 目的观察快速康复外科护理应用在微创食管癌手术患者围术期护理中的效果。方法选取笔者所在医院于 2016 年 3 月至 2022 年 3 月间收治的 74 例行微创手术的食管癌患者作为观察对象, 将 74 例观察对象按数字表法随机分成两组, 常规组 (n=37) 与康复组 (n=37)。常规组接受常规护理干预, 康复组接受快速康复外科护理干预。对比两组观察对象的术后恢复情况, 以及术后的生活质量、满意度评分、术后并发症发生情况。结果康复组患者的进食时间、排气时间、下床时间及住院天数均较常规组更短 ($P<0.05$); 康复组患者的 QOL 及满意度评分均优于常规组 ($P<0.05$); 康复组患者的术后并发症发生率低于常规组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论在微创食管癌手术患者围术期护理中采用快速康复外科护理的效果极佳, 可显著提高患者的术后恢复情况, 能有效改善患者的生活质量, 满足患者的临床需求, 减少术后并发症的出现。值得推广应用。

关键词: 快速康复外科护理; 食管癌; 微创手术; 围术期; 护理效果

快速康复外科护理是为加快患者的术后恢复时间、降低术后并发症发生率、减少死亡率及住院时间, 所采用的围手术期治疗护理措施。可使病人的住院时间明显缩短, 能显著提高病人的术后康复速度。快速康复外科护理在患者的围手术期护理中取得了巨大的成功, 极具临床可行性及优越性^[1]。本次就 2016 年 3 月至 2022 年 3 月间收治的 74 例行微创手术的食管癌患者作为观察对象, 观察快速康复外科护理应用在微创食管癌手术患者围术期护理中的效果。现分析如下:

1 资料与方法

1.1 病例资料

选取笔者所在医院于 2016 年 3 月至 2022 年 3 月间收治的 74 例行微创手术的食管癌患者作为观察对象, 将 74 例观察对象按数字表法随机分成两组, 常规组 (n=37) 与康复组 (n=37)。常规组的患者年龄区间为 48—74 岁, 均值为 (61.03±11.13) 岁; 其中, 37 例均为男性; 病程为 0.5—3.1 年, 均值为 (1.86±0.96) 岁。康复组的患者年龄区间为 49—74 岁, 均值为 (60.67±11.18) 岁; 其中, 37 例均为男性; 病程为 0.6—3.0 年, 均值为 (1.83±1.02) 岁。纳入标准: 观察对象均符合微创食管癌手术的适应症; 自愿参与并知晓试验目的, 已取得知情同意书; 精神、语言功能正常; 本次试验获得本院医学伦理委员会审批。两组观察对象的年龄、性别及病程等一般资料对比差异较小 ($P>0.05$)。

1.2 方法

常规组接受常规护理干预, 如指导患者进行术前检查、告知围手术期注意事项、指导患者用药等等。康复组接受快速康复外科护理干预, 如下:

1.2.1 术前健康教育: 术前做好相关检查后, 应向病人介绍围手术期治疗与护理的基本信息, 详细告知术后的康复过程及时间。术前教育能安抚患者的焦虑情绪, 快速康复外科围手术期的护理措施不同于传统模式, 因此需详细告知患者及家属, 并取得配合^[2]。

1.2.2 优化麻醉方式: 全麻方式起效快、作用时间短, 可保证病人在麻醉后快速恢复, 有利于早期活动, 可促进器官功能的快速恢复, 但不能减

少术后的应激反应。可加用局部神经阻滞, 不仅可以止痛, 还可保护肺功能, 减少心血管负担、术后肠麻痹, 止痛效果亦不差。神经阻滞是术后最有效的止痛方法, 它可减少手术引起的内分泌及代谢反应, 可降低手术并发症的发生率, 加快恢复速度, 因此有条件的情况下对手术患者尽量加用局部神经阻滞。

1.2.3 术中护理: 低温可能导致复温过程中产生不良作用, 如应激、损害凝血、白细胞功能及增加心血管负担等。术中及术后早期的保温, 可减少术中出血量、术后感染等并发症。术中应控制液体输入, 如生理盐水、葡萄糖等, 传统模式在术前三中会输入 3.0-4.0L 液体, 术后持续输入, 使得围手术期体重可能增加, 减少液体输入量将有利于减少术后并发症并缩短住院时间^[3]。

1.2.4 控制并发症: 术后由于神经内分泌系统及炎症应激反应被激活, 可能导致术后器官功能的障碍。目前减少术后应激的方法包括局麻及药物控制, 神经阻滞可减少内分泌及分解代谢的激活, 减少对器官功能的损害及肌肉组织的丢失。术前给予单一剂量糖皮质激素, 可减少恶心呕吐和疼痛, 也可减轻炎症反应, 可促进病人快速康复。控制恶心呕吐及肠麻痹, 可使用 5 羟色胺受体拮抗剂、达哌啶醇、地塞米松等药物, 应减少阿片类药物的使用, 有利于减少术后恶心呕吐的发生^[4]。

1.2.5 术后护理: 进行止痛治疗, 止痛有利于患者早期下床活动, 可减少手术应激反应。术后止痛治疗方式极多, 包括持续硬膜外止痛、病人自控止痛、多模式止痛及使用 NSAID 类药物等方式, 根据患者的情况选择止痛方式。术后禁食期间应加强患者的口腔护理, 保持其口腔的清洁, 保证胃肠减压引流管的通畅, 减轻吻合口的张力。严密观察切口渗出情况, 保持局部清洁, 禁食期间给予患者静脉营养支持。术后根据患者胃肠道功能的恢复情况, 开始饮水、进食流质或半流质饮食、少量多餐。进食后需慢慢走消食或端坐 30min 以防返流, 食物应以高蛋白、高维生素、低脂、少渣为主, 观察患者进食后是否出现梗阻、疼痛、呕吐、腹泻等情况。鼓励病人尽快地下床活动, 制定计划表, 确定每天的康复治疗目标^[5]。

1.2.6 出院标准：出院标准应在术前告知病人，详细制定出院计划可减少再住院率，提高病人安全性及满意度。若患者可进食固体饮食，可自由活动，身体各指标恢复良好，有强烈意愿出院，则可办理出院手续。病人在出院后的许多治疗与护理措施应仍继续，需交代清楚，并得到患者的支持与配合。

1.3 观察指标

记录并对比两组观察对象的术后恢复情况（进食时间、排气时间、下床时间及住院天数）；采用相应评分量表评估患者术后的生活质量（QOL）、满意度评分情况，总分均为 100 分，分为优；比较两组术后并发症发生情况（感染、吻合口瘘、其他）。

1.4 统计学处理

采用 SPSS26.0 进行数据分析，计量资料、计数资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）、（%）表示，行 t、卡方检验。P>0.05 表示差异无统计学意义。

2 结果

2.1 康复组患者的进食时间、排气时间、下床时间及住院天数均较常规组更短，差异有统计学意义（P<0.05）。如表 1：

表 1 两组患者术后恢复情况对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	进食时间（d）	排气时间（h）	下床时间（d）	住院天数（d）
康复组	37	4.69±0.53	13.87±2.34	1.24±0.30	7.53±1.15
常规组	37	6.72±0.88	16.22±2.68	2.07±0.46	9.34±1.67
t	-	12.020	4.018	9.193	5.430
P	-	0.000	<0.05	0.000	0.000

2.2 康复组患者的 QOL 及满意度评分均优于常规组，差异有统计学意义（P<0.05）。如表 2：

表 2 两组患者 QOL 及满意度评分情况分布（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	QOL 评分	满意度评分
康复组	37	93.66±3.31	94.51±3.28
常规组	37	87.53±5.08	89.46±4.59
t	-	6.150	5.445
P	-	0.000	0.000

2.3 康复组患者的术后并发症为 5.41%（感染 1 例、其他 1 例），低于常规组的 24.32%（感染 2 例、吻合口瘘 3 例、其他 4 例），差异有统计学意义（ $\chi^2=5.232$ ，P=0.022）。

3 结论

食管癌属于较为常见的恶性肿瘤之一，该肿瘤好发于 55—74 岁的中老年人群。生活与环境中的致癌物质是导致食管癌的最主要因素，如亚硝胺、硝胺等物质在胃内合成致癌物亚硝胺而诱发食管癌；霉变食物所产生的各种真菌毒素可感染食管上皮细胞，从而诱发食管癌变；进食烫热饮食、烈酒、大量胡椒及咀嚼槟榔等行为，会引起食管损伤、食管疾病，亦可诱发食管癌。营养不良和微量元素缺乏是食管癌患者群体发病的特点，且食管癌常表现为家族性聚集现象。该肿瘤的早期症状轻微且不明显，一般表现为下咽有梗阻不畅感、食物下咽时有停滞、胸骨后不适及烧灼疼

痛感。下段食管癌患者还会引起剑突下或上腹不适、呃逆、嗝气；当病情发展至中晚期时，病人会出现声音嘶哑、吞咽困难、食物反流、背部肩胛区或胸骨持续钝痛、呕血或黑便等症状，这期间的病情会有变化，有所加重或减轻，但大多为持续性的加重。如果病人出现明显的厌食迹象或体重减轻，说明癌细胞已转移；晚期病人表现为恶液质、脱水、黄疸、腹水、气管压迫致呼吸困难、声带麻痹、昏迷等症状，当癌浸润穿透食管、气管、肺门、心包、大血管等组织时，会出现纵隔炎、脓肿、肺炎、肺脓肿、气管食管瘘、致死性大出血等并发症。在确诊患病部位后，有针对性的进行治疗，可阻断肿瘤转移，提高生活质量，早期食管癌有治愈的可能。早期无淋巴结转移食管癌及癌前病变患者可进行微创手术，在内镜下治疗。治疗方式包括内镜黏膜切除术、内镜黏膜下剥离术，还可采取射频消融术、光动力疗法、氩离子凝固术、激光疗法等。与传统外科手术相比，微创手术造成的创伤小，并发症少，术后恢复更快。应由医生根据肿瘤的位置和分期、患者身体素质等状况制定手术方案，决定手术开口及手术方式。对于淋巴结转移食管癌、癌前病变患者，不建议内镜治疗，癌细胞未广泛转移者可选择腹腔镜手术。做好食管癌围手术期护理工作，可从多方面提高患者的康复速度，改善病人的生存质量，提升预后效果。快速康复外科是一种用于围手术期护理的全新理念，改变了传统的围手术期护理管理模式。该护理措施属于目前国际最新的干预方式，已被证实安全性^[6]。

本次研究中，康复组患者的进食时间、排气时间、下床时间及住院天数均较常规组更短（P<0.05）；康复组患者的 QOL 及满意度评分均优于常规组（P<0.05）；康复组患者的术后并发症发生率为 5.41%（2/37），低于常规组的 24.32%（9/37），差异有统计学意义（P<0.05）。表明快速康复外科护理在微创食管癌手术患者围术期护理中具有临床应用价值。

综上所述，在微创食管癌手术患者围术期护理中采用快速康复外科护理的效果极佳，可显著提高患者的术后恢复情况，能有效改善患者的生活质量，满足患者的临床需求，减少术后并发症的出现。值得推广应用。

参考文献：

- [1]朱春华,杨智翔,曹万华.快速康复外科护理在微创食管癌手术患者围术期中的应用[J].中国实用医药,2019,14(25):146-147.
- [2]秦颖,朱莉.快速康复外科护理对微创食管癌患者围手术期护理效果及生活质量的影响[J].医学美容,2019,28(5):139.
- [3]张鹏,何明,谢文义,等.快速康复外科在食管癌手术中应用的临床研究[J].中国地方病防治杂志,2018,33(5):588-589.
- [4]张瑞利,吴恺.快速康复外科理念在食管癌根治术围术期护理中的应用价值[J].肿瘤基础与临床,2021,34(1):80-82.
- [5]张墨馨.快速康复外科护理在食管癌围手术期中的应用研究[J].中国保健营养,2021,31(28):172.
- [6]汪玲玲,沈冠红.快速康复外科护理在食管癌围手术期的应用价值及影响[J].医学美容,2021,30(12):161.

作者简介：郭俊（1971.11—），云南昆明，汉族，主管护师，本科，主要从事临床护理工作。

ICU 患者危险因素与护理工作量的关系

黄清香

深圳大学总医院 广东深圳 518000

摘要：目的：ICU 患者危险因素与护理工作量的关系。方法：选取 2021 年 3 月-2022 年 3 月我院 ICU 患者家属 60 例，护理人员 60 例，作为研究对象。ICU 患者家属年龄在 21-55 岁之间，其中男性 13 例，女性 47 例。护理人员 60 例的工作量调查问卷，男性护理人员 30 例，女性护理人员 20 例。所有入选对象均采用 ICU 患者危险因素的问卷调查方法，应用定量定性分析方法，以及 Pearson 相关性分析，确定 ICU 患者危险因素与护理工作量的相关性。结果：ICU 患者由护理不当引发的主要危险因素包括压疮、溃疡；护理工作量得分在 4 分以上者 30 例，占比为 50%，1-3 分者 30 例，占比为 50%。单因素分析中得到，低护理工作量组的 ICU 护士对应的患者发生压疮危险因素的为（10 例，33.33%）、溃疡（15 例，50.00%）与高护理工作量组的 ICU 护士对应的患者发生压疮危险因素的为（2 例，6.67%）、溃疡（1 例，3.33%）比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。患者因护理不当引发的危险因素与护理工作量的高低存在强相关性（ $r=0.918$ 、 $r=0.945$ ）， $P<0.01$ ，统计学有意义。结论：ICU 患者危险因素与护理工作量存在强相关，加大护理工作量是减少 ICU 患者危险产生的重要指标，也是患者的一个保护因素。

关键词：ICU 患者危险因素；护理工作量；关系

重症监护病房 ICU（intensive care unit，ICU）患者更容易受到治疗并发病的影响，因为 ICU 患者的临床状况的严重程度，使用复杂的治疗方法和频繁的监测等，可能导致更长的住院时间，以及产生一些 ICU 患者相关的护理危险因素，从而导致患者病情加剧^[1]。随着时代发展 ICU 也逐渐的备受人们瞩目，ICU 的发展水平的高低也是直接影响着医院救治水平，医院内拥有高效的专业 ICU 团队，是可以快速提升患者医疗救治的水平，同时也为我国卫生事业的健康发展带来更多的机遇。在实际救治过程中对患者来说，住院治疗期间病情恢复上“三分靠治疗，七分靠护理”，因此在 ICU 患者危险因素与护理工作量的关系上有关很密切的关系，不断提高 ICU 危重症患者的救治率及治愈率与护士及时给予的有效护理措施有重要的相关性。然而，护理质量、护理工作效率高低等相关因素也是与护士工作量有着很直接的影响，ICU 护士的工作内容多、任务量大已经是非常普遍存在的现象，面对当前这样的社会现象来说，只有不断提升护理管理者对于护士各项资源的合理配置，从而才能更好的保证护理工作高效有序的开展和执行。激发护士工作的积极性能够提升护士在临床工作的效率，将其主观能动性发挥到最大化，与此同时也能提高护理服务质量、工作效率及病人满意度。另外，为了防止 ICU 患者护理危险因素的产生，护理工作量也会随之增加，二者之间是否存在关系，仍然有待进一步通过验证^[2]。通过危险因素与护理工作量之间的关系分析，为 ICU 患者的危险防范，以及护理工作效率的提升，提供一些有价值的参考资料。

1 资料与方法

1.1 资料

选取 2021 年 3 月-2022 年 3 月我院 ICU 患者家属 60 例，护理人员 60 例，作为研究对象。ICU 患者家属年龄在 21-55 岁之间，其中男性 13 例，女性 47 例。护理人员 60 例的工作量调查问卷，男性护理人员 30 例，女性护理人员 20 例。所有入选对象均采用 ICU 患者危险因素的问卷调查方法，应用定量定性分析方法，以及 Pearson 相关性分析，确定 ICU 患者危险因素与护理工作量的相关性。

纳入标准：家属均来为 ICU 患者家属，并且具备客观判断事物能力，

文化程度初中或以上；护理人员均为 ICU 护士。

排除标准：家属聋哑者，或年龄未满 18 岁者；护理人员排除中途请假。

1.2 方法

本研究中先行确定 ICU 患者危险因素，调查 2021 年 3 月-2022 年 3 月期间，在我院因护理产生的危险因素；确定患者危险因素后，再对应调查 60 例 ICU 护理人员的工作量。ICU 日常工作量评价，由患者家属对其打分，采用李克特量表的评级方法，1-5 分由护理人员分别进行程度标度，1 分表示完全不符合、2 分表示不太符合、3 分表示说不清、4 分表示比较符合、5 分表示非常符合。得分在 4 分以上的护理人员表示工作量较大，1-3 分则表示 ICU 护理人员工作量较少。

1.3 统计学处理方法

将所有调查结果录入到 SPSS24.0 软件中，相关因素进行单因素分析（ χ^2 趋势检验）及 Pearson 相关分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。若 $p<\alpha$ 则表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 危险因素与护理工作量调查结果

ICU 患者由护理不当引发的主要危险因素包括压疮、溃疡；护理工作量得分在 4 分以上者 30 例，占比为 50%，1-3 分者 30 例，占比为 50%。

2.2 单因素分析

单因素分析中得到，低护理工作量组的 ICU 护士对应的患者发生压疮危险因素的为（10 例，33.33%）、溃疡（15 例，50.00%）与高护理工作量组的 ICU 护士对应的患者发生压疮危险因素的为（2 例，6.67%）、溃疡（1 例，3.33%）比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 1。

表 1 单因素分析

危险因素	低护理工作量	高护理工作量	χ^2 值	P 值
	组（n=30）	组（n=30）		
压疮	10（33.33）	2（6.67）	24.392	0.000
溃疡	15（50.00）	1（3.33）		

2.3 Pearson 相关分析

患者因护理不当引发的危险因素与护理工作量的高低存在强相关性 ($r=0.918$ 、 $r=0.945$), $P<0.01$, 统计学有意义。见表 2。

表 2 Pearson 相关性分析

因素	患者因护理不当引发的危险因素相关性	
	r	P
低护理工作量	0.918	<0.01
高护理工作量	0.945	<0.01

3 讨论

相关研究认为, ICU 患者病情越严重, 出现患者的危险性越高。这其中包括压疮与溃疡。另据相关研究认为, ICU 患者的 SAPSII 评分反映了血流动力学不稳定的情况, 使用血管活性药物改善组织灌注可引起血管收缩, 进一步减少外周组织灌注和毛细血管血流, 影响维持皮肤的完整性, 有利于降低危险因素的发生率。疾病严重程度评分系统包括血流动力学不稳定和许多其他通常出现在 ICU 危重患者的临床情况^[3]。因此, 在进行 ICU 患者危险因素评估时应考虑疾病的严重程度。危重的临床情况和疾病的严重程度可能需要很长时间的 ICU 住院, 使患者的皮肤暴露在这些条件下, 也进而引发更严重的危险因素发生。因此, 需要加强掌握如何进行 ICU 患者危险因素的评估, 并对患者采取行之有效的护理方法; 这些的前提条件, 均是需要 ICU 护理人员具有敏锐的洞察力, 能够通过护理工作频率, 对患者的身体变化, 采取及时有效的护理, 减少患者出现的危险因素。相关研究认为, 疾病严重程度、护理工作量和年龄与 Braden 评分相关, 与临床实践的相关性, 均需要准确识别危险因素, 其中 ICU 患者皮肤评估, 则可以较好的反映患者所处的危险情况, 使用临床判断是确定预防压疮、提高患者安全护理质量、缩短 ICU 和住院时间及成本的适当策略的先决条件。

护理工作量的监测和测量是不断发展的, 不仅对记录卫生服务质量是必要的, 而且对提高护士的工作满意度也是必要的, 以减少压力和倦怠。随着社会对护理服务需求的增加以及新技术的发展应用, 医学及护理模式发生着巨大的转变, 各个医院每个科室护理工作趋向于专科化, 各个医院都在推行新技术与新项目, 对护理人员知识技能的要求也越来越高, 护理人员的工作范围也发生了较大变化。相关研究阐明护士通过促进护理工作量与 ICU 患者严重程度和预后之间的关联, 在当今护理环境中发挥的复杂作用。通过国际公认的搜索引擎 (pubmed、scopus、Mdconsult) 成为国际文献综述, 强调基于科学的观点。相关文献综述强调了国际上为评估护理质量所做的努力, 这种方法被护士和科学界其他人普遍接受。

结论: 考虑到各级护理工作的现代理论确定了一个医疗保健系统, 该系统既包括服务的组织和管理结构问题, 也包括与住院患者的临床严重性和由此产生的需求有关的问题。ICU 患者反复面临多种伴随的危险因素, 对于如何最好地衡量这些因素尚无共识。ICU 病人病情较重, 护理程序繁琐, 记录的条目众多, 使得 ICU 护理人员每天花费的主要精力和时间的还是书写护理记录和病理, 而忽视的病情观察。不能全身心的投入到病情观察上来, 就谈不上提高护理的质量。相关研究认为, 发生危险的 ICU 患者和住院时间较长, 说明危重患者住院时, 应在 ICU 和住院的同时进行皮

肤评估。护理工作量和疾病严重程度仅解释了 Braden 评分中 45% 的可变性, 这表明其他因素与 ICU 危重患者危险发展的风险评估有关。护理工作量、病情严重程度、性别和 ICU 住院时间均与危险的发生有关。然而, 护理工作量是一个保护因素。准确识别危险因素和在皮肤评估中使用临床判断是确定预防压疮的适当策略、提高患者安全的护理质量、减少 ICU 和住院时间和费用的先决条件。护理人员在各项活动上的时间量, 包括体力、智力的消耗, 还有护理工作中需要面对的风险、高难度的操作技术等, 护理工作量不但反映了护士的工作强度, 还反映了对患者实行基础护理的效果。本研究的结果揭示了 ICU 患者与护理工作量发展相关的危险因素, 以及在重症护理中应考虑至压疮、溃疡产生的患者危险评估。护理工作量和疾病严重程度的变量被确定为患者因护理不当引发的危险因素。另外一方面, 也明确了高护理工作量下, 能够防治 ICU 患者危险因素, 因此, 护理工作量处于较高状态时, 可以认定其是对患者减少压疮、溃疡产生的一个保护因素。在单因素分析结果显示, 单因素分析中得到, 低护理工作量组的 ICU 护士对应的患者发生压疮危险因素的为 (10 例, 33.33%)、溃疡 (15 例, 50.00%) 与高护理工作量的 ICU 护士对应的患者发生压疮危险因素的为 (2 例, 6.67%)、溃疡 (1 例, 3.33%) 比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。ICU 患者采取 24h 内不间断的护理过程中, 给予患者实时性的监测, 对患者的身体体征, 以及身体各部位, 均得到有效的清洁护理, 能够降低患者产生危险。而这种无微不至的照顾, 则会加大护理工作量, 但量这种照护, 可以减少患者出现一些不利的危险因素。本研究结果显示, 患者因护理不当引发的危险因素与护理工作量的高低存在强相关性 ($r=0.918$ 、 $r=0.945$), $P<0.01$, 统计学有意义。

综上所述, 随着时代发展, 人们生活水平和质量也在不断提升, 然而所面对的压力也随着快节奏的生活不断增加, 人们的健康也在受着不同程度的威胁, 人们身体上就会受到疾病的侵袭, 生病机率也随之提升。然而对于 ICU 护理人员工作内容也发生着很大的改变, 且工作内容所包含的方面也越来越多, 相应的护理工作量也日益增加。ICU 患者危险因素与护理工作量存在强相关, 加大护理工作量是减少 ICU 患者危险产生的重要指标, 也是患者的一个保护因素, 为患者治疗安全提供强有力的保障。

参考文献:

- [1] Fw A, Iyw B. Is there a relationship between nutritional goal achievement and pressure injury risk in ICU patients receiving enteral nutrition?[J]. Intensive and Critical Care Nursing, 2020.
- [2] Groschd1 F, Bauer S. The relationship between obesity and nursing care problems in intensive care patients in Austria[J]. Nursing in Critical Care, 2020.
- [3] 周萌, 陈丽荃, 金雪, 等. 呼吸监护室危重症患者 ICU 后综合征发生现状及危险因素分析[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2020.
- [4] 严秀梅, 刘军, 杨川. 神经外科重症监护病房护理工作量的调查分析[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19 (9): 1078-1080.
- [4] 刘敏. APACHEII 在急诊重症患者护理中的临床分析[J]. 中国民康医学, 2015, 27 (22): 106-108.

颅脑创伤开颅术后患者持续颅内压监测的护理

施敏敏

南通大学第二附属医院（南通市第一人民医院） 江苏省南通市 226001

摘要：目的：研究分析持续颅内压监测在颅脑创伤开颅术后患者治疗和护理中的作用，以期能够帮助医护人员更好地对患者实施治疗及护理。方法：本次实验跨越 2020 年 3 月至 2022 年 3 月这一时间段，研究人员对 82 例颅脑创伤开颅术后患者进行研究。研究人员将本次实验研究对象按照双盲对照原则分组，对照组所选 41 例患者未实施持续颅内压监测，采用常规护理干预，实验组所选 41 例患者实施持续颅内压监测，依据患者颅内压变化情况实施针对性护理干预，记录对照组及实验组所选患者治疗效果、ICU 住院天数、住院总天数、治疗费用、患者亲属对护理工作所持态度，并实施比较分析。结果：对照组及实验组所选患者在治疗效果方面的数据比较分析，两组治疗效果良好、轻度残疾、重度残疾、植物状态、死亡的人数存在着较为明显的差异，（ $p < 0.05$ ）；对照组及实验组所选患者 ICU 住院天数、住院总天数相关数据比较分析，差异较大，（ $p < 0.05$ ）；对照组及实验组所选患者治疗费用相关数据比较分析，差异微小，分别为（ 25564.5 ± 981.7 ）元及（ 26512.4 ± 943.5 ）元，（ $p > 0.05$ ）；对照组及实验组所选患者亲属中对护理工作持非常认可态度及一般认可态度的人数分别为 31 人及 40 人，占组内所选患者亲属总人数的比例分别为 75.61% 及 97.56%，比较分析组间患者亲属护理认可度相关数据，差异较大，（ $p < 0.05$ ）。结论：持续颅内压监测在颅脑创伤开颅术后患者治疗和护理中发挥着至关重要的作用，能够显著提高治疗和护理工作的针对性及水平，对患者病情的控制和治疗有着极大的帮助，在改善患者预后方面效果突出。

关键词：颅脑创伤；开颅手术；颅内压监测；治疗效果

前言：目前，临床上多是通过开颅手术的方式对颅脑创伤患者进行治疗，并取得了较为显著的成绩。但是值得注意的是，部分颅脑创伤开颅术后患者有可能出现再出血、迟发性颅内血肿、脑水肿等情况，干预不及时或是不当会导致高颅压，严重时会造成继发性脑损害。随着医疗技术的进步，持续颅内压监测受到了越来越高的关注，其能够动态测定患者颅内压，而且具有测压准确直接、创伤小、操作简单等优势，在颅脑创伤开颅术后患者治疗和护理中发挥着不容忽视的作用。笔者在本文中探究了颅脑创伤开颅术后患者持续颅内压监测的护理方案及效果，以期能够帮助医护人员优化调整后续工作。参与 2020 年 3 月至 2022 年 3 月期间实验的颅脑创伤开颅术后患者人数为 82 例，详细情况如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次实验将 2020 年 3 月至 2022 年 3 月期间本院就诊的 82 例颅脑创伤开颅术后患者作为实验对象。本院伦理委员会充分知晓本次实验可能导致的后果，并许可研究人员继续开展本次实验。研究人员在确定本次实验研究对象时应向患者及其亲属详细讲解本次实验的目的、详细流程、具体内容、潜在风险，并在征得患者及其亲属同意后开展本次实验。本次实验过程中退出的患者相关数据均排除在实验结果之外。患有其他严重疾病、存在精神障碍或是智力缺陷的患者不得参与本次实验。两组颅脑创伤开颅术后患者基础信息相关数据比较分析不存在突出的差距，资料可以用于比较，（ $p > 0.05$ ）^[1]。两组颅脑创伤开颅术后患者基础信息见表 1。

表 1 两组颅脑创伤开颅术后患者基础信息

组别	人数	年龄均值（岁）	年龄段（岁）	男女人数（例）
对照组	41	42.8±6.4	20-81	21/20
实验组	41	42.9±6.1	20-80	23/18
t 值	-	0.002	0.001	0.003
p 值	-	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$

1.2 方法

对照组所选 41 例患者未实施持续颅内压监测，采用常规护理干预，实验组所选 41 例患者实施持续颅内压监测，依据患者颅内压变化情况实施针对性护理干预。在本次实验开展过程中，医护人员应通过神经营养治疗、脱水治疗、止血治疗、抗炎治疗等方式来对颅脑创伤开颅术后患者进行治疗，并注意观察患者的临床表现，对患者的生理指标进行监测，确保能够及时发现患者病情的变化并采取针对性的应对手段，以此保证治疗的效果。在对照组患者术后治疗和护理中，不实施持续颅内压监测，医护人员按照既定流程及标准开展工作。在患者病情出现颅骨压力升高、瞳孔变化等较为明显的变化后，应在术后 1 天至三天实施头颅 CT 检查，对患者病情进行分析，并采取针对性的应对方案。在实验组患者术后治疗和护理中，医护人员实施持续颅内压监测，利用 Codman ICP 监护仪完成实验，监测患者颅内压，时间为一天至一周。在患者颅内压出现异常时，医护人员应注意分析和检查是否出现尿潴留、体位不当、呼吸道梗阻、躁动、发热等情况，立即实施头颅 CT 检查，通过手术对患者进行治疗。在颅脑创伤开颅术后患者持续颅内压监测护理中，护理人员应做好基础护理工作，规范完成监护系统的保养工作，并严格按照既定流程及标准安置监护探头，保证持续颅内压监测结果的准确性和可靠性。而且护理人员在实际工作中应注意明确颅内压的标准值，依据患者的情况判断颅内压的最佳水平，可以通过芬太尼镇痛、咪达唑仑镇静的方式来对躁动患者进行治疗，将患者 RASS 评分控制在 0 分至 2 分之间，保证后续持续颅内压监测的顺利开展。在实际工作中，护理人员应注意加强对患者体位的管理，并监测患者的生理指标，观察患者的临床表现，规范患者的行为，并合理调节病房温湿度，及时向医生反馈患者病情的变化，为患者提供舒适的休养环境。尿潴留、体位不当、呼吸道梗阻、躁动、发热等情况均有可能影响持续颅内压监测结果，因此，护理人员在实际工作中应重视导尿管护理工作的开展，保证导尿管的畅通，而且护理人员应注意定期实施吸痰，分析患者呼吸情况，必要时可以实施气管切开术。护理人员在工作中应帮助患者养成舒适安全的体位，并通过降温措施来对发热患者进行治疗，通过镇痛药物及镇静剂来实现控制患者躁动的目的，规避相关因素对持续颅内压监测的影响。此外，护理人员应注意在工作中开展并发症防治护理，对感染、出血、脑实质损伤等并发症给予足够的关注，合理应用抗生素，坚持无菌操作原则，做好监测工作，避免反复穿刺，以此减少并发症的出现。

1.3 判断标准

记录对照组及实验组所选患者治疗效果、ICU 住院天数、住院总天数、治疗费用、患者亲属对护理工作所持态度,并实施比较分析。本次实验中,研究人员将所选患者治疗效果分为效果良好、轻度残疾、重度残疾、植物状态、死亡。患者亲属对护理工作所持态度分为非常认可、一般认可及不认可三种,患者亲属护理认可度计算公式为持非常认可态度及一般认可态度的人数之和占组内所选患者亲属总人数的比例乘以百分百。

1.4 统计学处理

治疗效果、ICU 住院天数、住院总天数、治疗费用、患者亲属对护理工作所持态度相关数据均通过计算机软件 SPSS23.0 进行分析处理,治疗效果、患者亲属护理认可度借助百分比加以指代,ICU 住院天数、住院总天数、治疗费用依靠标准差(±)加以指代,对应数据的检验使用 X^2 及 t 。组间相关数据比较分析存在着较大的差距,则统计学意义显著, ($P<0.05$)^[2]。

2. 结果

2.1 两组患者治疗效果

对照组及实验组所选患者在治疗效果方面的数据比较分析,两组治疗效果良好、轻度残疾、重度残疾、植物状态、死亡的人数存在着较为明显的差异, ($p<0.05$)。详细情况见表 2

表 2 两组患者治疗效果

组别	人数 (n)	治疗效果 良好[n (%)]	轻度残疾 [n (%)]	重度残疾 [n (%)]	植物状态 [n (%)]	死亡[n (%)]
对照组	41	3 (7.32)	3 (7.32)	17(41.46)	9 (21.95)	9 (21.95)
实验组	41	17(41.46)	9 (21.95)	7 (17.07)	6 (14.63)	2 (4.88)

2.2 两组患者 ICU 住院天数、住院总天数、治疗费用

对照组及实验组所选患者 ICU 住院天数分别为 (5.4±0.9) 天及 (1.1±0.3) 天,相关数据比较分析有着较大的差距, ($p<0.05$);对照组及实验组所选患者住院总天数分别为 (26.9±5.1) 天及 (20.1±4.9) 天,相关数据比较分析,差异较大, ($p<0.05$);对照组及实验组所选患者治疗费用相关数据比较分析,差异微小,分别为 (25564.5±981.7) 元及 (26512.4±943.5) 元, ($p>0.05$)。

2.3 两组患者亲属护理认可度

对照组及实验组所选患者亲属中对护理工作持非常认可态度及一般认可态度的人数分别为 31 人及 40 人,占组内所选患者亲属总人数的比例分别为 75.61%及 97.56%,比较分析组间患者亲属护理认可度相关数据,差异较大, ($p<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者亲属护理认可度

组别	人数 (n)	非常认可 (n)	一般认可 (n)	不认可 (n)	亲属护理认可度 (%)
对照组	41	13	18	10	75.61
实验组	41	20	20	1	97.56

组

 X^2

值

P 值

3. 讨论

颅脑创伤在临床上有着较高的出现概率,其对民众的健康和生命安全有着极大的威胁。随着医疗技术的进步,持续颅内压监测在颅脑创伤开颅术后患者治疗和护理中的应用受到了较高的关注。颅脑创伤开颅术能够对患者坏死脑组织、颅内血肿进行清理,能够有效降低患者颅内压,优化治疗效果,防范并发症的出现,保障患者的生命安全。应用持续颅内压监测能够帮助医护人员对患者术后颅内压进行动态监测,确保能够及时发现颅内压异常情况,进而帮助医护人员制定和实施治疗及护理方案,以此保证治疗和护理工作的高效有序开展。共计 82 例颅脑创伤开颅术后患者参与 2020 年 3 月至 2022 年 3 月期间的实验,目的是研究分析持续颅内压监测在颅脑创伤开颅术后患者治疗和护理中的作用^[3]。研究人员在本次实验中对实验组患者实施持续颅内压监测,并依据患者颅内压变化情况实施针对性护理干预,而对照组患者未实施持续颅内压监测,仅采用常规基础护理,分析本次实验,对照组及实验组患者治疗效果、ICU 住院天数、住院总天数、患者亲属护理认可度相关数据加以比较,均有着较大的差距, ($p<0.05$),且两组患者治疗费用比较分析无突出的差异, ($p>0.05$)。实验结果显示,持续颅内压监测在颅脑创伤开颅术后患者治疗和护理中发挥着至关重要的作用,能够帮助医护人员更好地开展工作^[4]。

本次实验表明,持续颅内压监测在提高治疗和护理工作的针对性及水平、改善患者预后、转变患者亲属对护理工作所持态度、促进患者早日康复方面有着较为突出的成绩。医护人员在实际工作中应充分认识到持续颅内压监测的作用,并在颅脑创伤开颅术后患者治疗和护理中进行实践,以此为患者提供更加优质的医疗服务。

参考文献:

- [1]侯建红,程峰,马春燕,等. 颅内压监测在重型颅脑损伤患者术后应用的护理[J]. 特别健康 2020 年 2 期, 198-199 页, 2020.
- [2]黎志洲,张旺明,黎华清,等. 颅脑创伤患者的颅内压相关参数对预后的影响[J]. 中华神经创伤外科电子杂志, 2020, 6 (1): 4.
- [3]宋平. 探讨重型颅脑损伤患者进行颅内压监测的护理措施[J]. 2020.
- [4]陈本年. 有创颅内压监测在脑外伤患者术后的临床应用及护理价值评价[J]. 中国社区医师, 2020, 36 (16): 2.
- [5]傅世龙,袁邦清,魏梁峰. 急性创伤性硬膜外血肿清除术后局部脑损伤进展的影响因素分析. 中华神经医学杂志, 2019,18 (6): 555-562.
- [6]王越. 外伤性急性硬膜外血肿皮瓣开颅术与小骨窗开颅疗效对比. 中国伤残医学, 2019, 27 (2): 58-60.
- [7]宋长龙,谢国伟,康静波. 立体定向放射治疗脑转移瘤对患者近期神经认知功能及日常生活活动能力的影响. 广东医学, 2019, 40(1): 46-49.
- [8]尤金良,李文鹏,张显峰. 颅内肿瘤术后非术区硬膜外血肿 2 例. 中国现代医学杂志, 2019, 29 (12): 123-124.
- [9]吴良发,王海伟,邵先矛. 外伤性进展性硬膜外血肿的手术治疗. 中国临床神经外科杂志, 2019, 24 (1): 46-48.
- [10]林四仁. 小骨窗开颅内镜辅助血肿清除术治疗高血压脑出血的效果. 中外医学研究, 2019, 17 (28): 56-58.

全程人性化护理在冠脉介入术患者中的效果观察及 HAMA 评分影响评价

王静

桓台县人民医院 山东淄博 256400

摘要：目的：对冠脉介入术患者实施全程人性化护理，再分析其护理效果以及对汉密尔顿焦虑（HAMA）评分的影响。方法：本次研究开始于 2020 年 10 月，在 2021 年 10 月结束。将 100 例接受冠脉介入术的患者纳入研究。随机分为 2 组：一组为对照组，50 例，与此同时接受常规护理方法；另外一组为实验组，50 例，与此同时接受全程人性化护理方法。结果：护理前，对两组的 HAMA 评分以及生理指标进行测定，发现两组无差异（ $P>0.05$ ）；护理结束后，再次测定 HAMA 评分以及生理指标，发现实验组比对照组更低（ $P<0.05$ ）。对两组住院时间进行统计，发现实验组比对照组更短（ $P<0.05$ ）。对两组护理满意率进行统计，发现实验组高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：相比接受常规护理方法的冠脉介入术患者，接受全程人性化护理方法的冠脉介入术患者住院时间明显缩短、总满意率明显上升、各项生理指标和 HAMA 评分明显下降。

关键词：全程人性化护理；冠脉介入术；常规护理；住院时间；总满意率；汉密尔顿焦虑评分

在治疗和护理冠心病患者期间，给医护人员带来巨大压力。而随着医疗技术的不断发展，越来越多的有效方法（如冠脉介入术、药物治疗方式、溶栓治疗方式等）问世^[1]。冠脉介入术虽然能够积极改善冠心病患者的心肌血流灌注情况，但是，冠脉介入术后所发生的不良事件影响到冠心病患者的远期治疗效果。因此，必须采取相应护理方式，从而积极改善其预后效果。人性化护理的内涵表现为：以人为本。人性化护理服务为患者提供精神方面、心理方面以及情感方面的护理服务，尽量满足患者的合理需求^[2]。全程人性化护理在临床实践中的应用范围逐渐扩大，该方式通过对接受冠脉介入术患者全程贯彻人性化护理措施，使其能够获益。本文将对其进行有关分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将 100 例接受冠脉介入术的患者纳入研究。对照组均筛选，共纳入 28 例男性患者和女性患者 22 例。年龄均值以及病程均值，经统计，分别为（ 58.21 ± 5.36 ）岁、（ 5.12 ± 1.63 ）年。实验组均筛选，共纳入 29 例男性患者和女性患者 21 例。年龄均值以及病程均值，经统计，分别为（ 57.76 ± 5.42 ）岁、（ 5.03 ± 1.71 ）年。基线资料比较具有均衡性， $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组应用常规护理方法，主要包括：其一，常规入院宣教；其二，协助患者开展术前检查；其三，严密监测患者的基础生命体征等。

实验组应用全程人性化护理方法。开展全程人性化护理干预方法之前，医院需加强对护士的培训。在培训期间，需注重以下内容：（1）冠心病的有关知识；（2）冠心病的有关危险因素所导致的不良事件发生；（3）制定健康管理计划；（4）熟悉全程化护理流程；（5）不断更新全程化护理的标准程序等。

1.2.1 手术前人性化护理干预方式

在手术之前，需全面评估接受冠脉介入术患者的心理状态以及生理状态。护士与接受冠脉介入术患者沟通期间，需保持真诚的态度，耐心倾听其主诉。根据接受冠脉介入术患者的不同心理状态予以针对性心理护理，为其制定合适的护理计划，以期赢得其信任。例如，部分接受冠脉介入术患者由于害怕手术预后达不到期望，因此护士需告知其手术的最终目的和效果。再向接受冠脉介入术患者列举成功治疗的案例，鼓励其多看书，多参与社交，最终避免其情绪起伏过大。术前常规准备医疗药品和设备器械

等，向家属详细解释手术的目的，赢得家属的配合，最终显著降低医疗纠纷发生率。基于此，不断提高接受冠脉介入术患者的治疗依从性，减轻负面心理情绪。实施手术之前，还需告知接受冠脉介入术患者开展手术的重要性，讲解手术期间的有关注意事项。详细询问接受冠脉介入术患者有无药物过敏史，告知其术中如何进行体位配合。积极指导接受冠脉介入术患者如何在床上进行排尿，预防尿潴留并发症发生。

1.2.2 手术期间人性化护理干预方式

在为接受冠脉介入术患者实施手术期间，需确保手术室内适宜的湿度和温度。减少不必要的身体暴露，注意保护接受冠脉介入术患者的隐私。协助接受冠脉介入术患者保持舒适体位，充分尊重其隐私。关注接受冠脉介入术患者的情绪，通过肢体方式或语言方式尽量缓解其负面心理情绪。在护理操作期间，保持稳准轻原则。尽量满足接受冠脉介入术患者的基本需求，保证其血压水平处于正常范围内。

1.2.3 手术后人性化护理干预方式

手术结束后，将患者安全送回病房内。叮嘱接受冠脉介入术患者保持绝对卧床休息，保持病房内适宜的温度和湿度。适当增加病房巡视次数，重点关注接受冠脉介入术患者的穿刺点、皮肤温度和股动脉情况等。按照医嘱为接受冠脉介入术患者进行抗凝药物，术后 4h 内每隔半小时监测一次血压水平。术后 1h~3h 内叮嘱患者每小时饮水量至少达到 500ml，与此同时坚持少量多次的饮水原则。术后 24h 内的饮水量至少达到 2000ml，便于加速造影剂的排出。在手术后第 2d，告知接受冠脉介入术患者的手术结果，耐心询问其身体状况，是否出现异常情况。鼓励接受冠脉介入术患者对护理工作提出意见或建议，一旦出现胸痛不良反应时需立即告知护士。加强对接受冠脉介入术患者的营养控制，适当补充蛋白质，尽量减少油腻食物和辛辣刺激类食物的摄取。在病房内执行有关护理操作时，护士需尽量保持轻动作，确保其夜间有足够的睡眠时间。根据接受冠脉介入术患者的需求设置病房环境，使其愉悦身心。开展病友联谊会，每月一次，通过榜样教育或目标激励方式不断提高接受冠脉介入术患者的自信心。在接受冠脉介入术患者出院之前，需告知其疾病发生的有关危险因素，如何预防相关并发症发生。出院之后需积极参加运动计划，合理控制饮食。运动是促使冠心病患者心脏康复的关键，运动能够积极改善冠状动脉的弹性，提高冠心病患者的血管调节能力，最终降低心脏病危险因素。叮嘱接受冠脉介入术患者出院之后保持稳定的情绪，定期监测血压水平和前往医

院复查。术后,通过对接受冠脉介入术患者开展不同的冠心病宣教,以期提高其对疾病的准确认知度,积极改善其院内和院外的治疗依从性。

1.3 观察指标

分析两组接受冠脉介入术患者的住院时间、护理满意率以及护理前后 HAMA 评分以及生理指标。

1.4 统计学方法

对两组接受冠脉介入术患者的基本资料进行统计分析,其中计数资料

(主要包括护理满意率)采用 χ^2 检验,计量资料(主要包括住院时间以及护理前后 HAMA 评分以及生理指标)以 $\bar{x} \pm s$ 表示且采用 t 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组接受冠脉介入术的患者的护理满意率、住院时间比较

对两组护理满意率进行统计,发现实验组高于对照组 ($P < 0.05$)。对两组住院时间进行统计,发现实验组比对照组更短 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1: 两组接受冠脉介入术的患者的护理满意率、住院时间比较

组别	住院时间 (d)	非常满意 (n%)	比较满意 (n%)	不满意 (n%)	总满意率 (n%)
实验组 (n=50)	5.16±1.28	42 (84.00)	6 (12.00)	2 (4.00)	48 (96.00)
对照组 (n=50)	7.51±2.09	35 (70.00)	5 (10.00)	10 (20.00)	40 (80.00)
χ^2/T 值	6.7801				6.0606
P 值	0.0000				0.0138

2.2 两组接受冠脉介入术的患者护理前后 HAMA 评分以及生理指标比较

差异 ($P > 0.05$); 护理结束后,再次测定 HAMA 评分以及生理指标,发现实验组比对照组更低 ($P < 0.05$)。见表 2。

护理前,对两组的 HAMA 评分以及生理指标进行测定,发现两组无

表 1: 两组接受冠脉介入术的患者护理前后 HAMA 评分以及生理指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	HAMA 评分 (分)		空腹血糖 (mmol/L)		总胆固醇 (mmol/L)		舒张压 (mmHg)		收缩压 (mmHg)	
	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
实验组 (n=50)	22.32±6.26	10.96±3.13	7.68±1.72	6.16±0.58	5.66±0.47	4.82±0.43	87.35±6.56	72.22±5.26	144.66±11.53	130.26±7.78
对照组 (n=50)	22.71±6.11	14.53±3.89	7.71±1.56	6.72±1.03	5.65±0.48	5.41±0.45	87.41±6.52	83.15±7.47	145.47±12.02	138.81±10.77
t 值	0.3152	5.0559	0.0913	3.3498	0.1052	6.7028	0.0458	8.4954	0.3438	4.5504
P 值	0.7532	0.0000	0.9274	0.0011	0.9164	0.0000	0.9635	0.0000	0.7317	0.0000

3. 讨论

近年来,冠心病患者数量日益增多。目前来看,冠心病具有较高死亡率和发病率。因此,必须对其开展针对性治疗和护理。在执行有关护理工作期间,需协调好护理技术与人际关系,让护士围绕人的需求开展护理操作,最终提高护理服务水平。有效改进护理措施能够积极改善冠心病患者的预后效果,与此同时也是医护工作人员关注的重点内容。

开展全程人性化护理方法之前,需注重培训护士对于全程人性化护理方法的娴熟掌握度,使其拥有较高的专业护理技术服务于冠脉介入术患者。在实施全程人性化护理方法前,需评估冠脉介入术患者的心理状态,尽量消除其负面心理情绪,提高治疗和护理配合度。患者接受冠脉介入术之后,护士需秉持着以患者为中心的基本护理原则,让患者感受到医护人员的用心,最终提高护理效果和手术效果。全程人性化护理方法符合现代化的护理服务理念,充分体现着情感化和个性化的护理理念。有学者在其研究中指出^[3],将 186 例冠脉介入术患者随机分为 2 组,一组为对照组(93 例),一组为观察组(93 例),其中对照组应用普通护理方法,观察组应用全程人性化护理方法,结果表明观察组护理满意度(87.1%, 81/93)高于对照组(30.1%, 28/93) ($P < 0.05$)。有学者在其研究中指出^[4],将 106 例冠脉介入术患者随机分为 2 组(对照组予以常规护理,共 51 例;观察组予以全程人性化护理干预,共 55 例),结果显示干预前两组有关生理指标比较无差异 ($P > 0.05$); 干预后观察组明显低于对照组 ($P < 0.05$),与本文的研究结果保持较高一致。有关研究指出^[5],将 90 例接受冠脉介入术的患者作为主要研究对象,对照组 45 例接受基本护理方法,干预组 45 例接受全程人性化护理方法,结果显示干预组住院天数明显短于对照组,干预组满意率(95.56%, 43/45)明显高于对照组(80.00%, 36/45); 护理前两组

焦虑评分[对照组为(64.65±7.76)分、干预组为(64.32±7.21)分]比较无差异 ($P > 0.05$),护理后干预组[(24.74±2.31) 分]焦虑评分明显低于对照组[(41.21±5.66) 分],与本文的研究结果保持较高一致。有关研究显示^[6],将 80 例冠脉介入术患者随机分为 2 组,一组为研究组(给予全程人性化护理方法),一组为对照组(给予常规护理方法),研究组护理满意度(95%)明显高于对照组(77.5%),与本文的有关研究结果保持较高一致。

综上所述,对冠脉介入术患者开展全程人性化护理干预,一方面能够显著降低 HAMA 评分,另外一方面能够提高冠脉介入术患者对护士的护理满意率,继而缩短住院天数、积极改善生理指标(空腹血糖水平、总胆固醇水平、舒张压水平和收缩压水平)。

参考文献:

- [1]关德娟,李春蓉. 冠心病患者经皮冠脉介入术后延续性护理的研究进展[J]. 中国当代医药,2020,27(13): 25-29.
- [2]赵淑敏. 人性化护理在护理工作中的应用[J]. 饮食保健,2018,5(33): 288.
- [3]闫晓燕,王明连. 全程人性化护理在冠脉介入术患者中的应用及效果观察[J]. 中国实用医药,2018,13(23): 148-150.
- [4]孙玉玉. 全程人性化护理干预在冠脉介入术患者中的应用效果[J]. 内蒙古医学杂志,2021,53(7): 873-875.
- [5]王丽新,龚爱军. 全程人性化护理在冠脉介入术患者中的应用及效果观察[J]. 中国保健营养,2019,29(4): 174-175.
- [6]高梦. 全程人性化护理在冠脉介入术患者中的价值[J]. 中国保健营养,2020,30(32): 28.

舒适护理在心律失常患者护理中的应用价值

魏小敏

泸州市中医医院 四川省泸州市 646000

摘要：目的：给予心律失常患者舒适护理，对其护理效果进行探究分析。方法：以2020年1月—2021年12月为研究时间跨度，选取102例于我院进行心律失常治疗的患者，通过抽签的方式将其分为对照组和观察组，每组患者各51例，其中对照组给予常规护理，观察组给予舒适护理，对两组护理效果进行探究分析。结果：与护理前相比较，焦虑、抑郁评分以及生活质量评分均有明显改善，观察组患者评分优于对照组，两组间存在统计学差异（ $P < 0.05$ ）；观察组护理满意度为94.12%，高于对照组，两组间存在统计学差异（ $P < 0.05$ ）；观察组并发症风险1.96%低于对照组11.76%，两组间存在统计学差异（ $P < 0.05$ ）。结论：给予心律失常患者舒适护理，能够缓解其不良情绪，减轻痛苦，改善生活质量，提高护理满意度。

关键词：心律失常；舒适护理；应用价值

心律失常是心血管疾病中较为严重的一组病症，是由于心电传导功能异常所引起的疾病，受心脏病、精神压力、情绪波动以及药物作用等因素的影响，在临床上具有较高的发病率^[1]。临床表现为心悸、胸闷、头晕以及低血压等症状，严重情况下可出现心肌梗死以及心力衰竭等严重并发症，对患者的正常生活以及生命安全造成影响^[2]。为提高治疗效率，改善预后，减轻患者痛苦，在临床治疗的同时还需要加强护理干预。本文将舒适护理应用于心律失常患者中，对其护理效果进行探究分析，并将所得报告进行整理，如下所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2020年1月—2021年12月间，选取102例心律失常患者为研究样本，通过抽签的方式将患者分为对照组和观察组，每组各52例，现将两组患者基本资料进行整理，发现组间不存在较大差异（ $P > 0.05$ ），可进行对比分析。其中对照组患者男女比例为25:27，最大年龄78岁，最小年龄41岁，平均年龄（59.5±3.5）岁，病程1-4年，平均病程（2.5±1.5）年；观察组男女比例26:26，最大年龄79岁，最小年龄42岁，平均年龄（60.5±2.5）岁，病程2-5年，平均病程（3.5±2.5）年。

纳入标准：符合心律失常诊断标准，无禁忌症，患者及家属对本次研究知情同意，并自愿参与调查研究；

排除标准：多器官衰竭、传染性疾病、恶性肿瘤、凝血功能障碍、高血压、糖尿病、精神障碍。

1.2 方法

对照组患者给予常规护理，包括生命体征监测、饮食指导以及用药护理，观察组患者给予舒适护理，具体内容如下所示：

1.2.1 健康教育

患者在入院后，首先对其进行健康宣教，向患者讲解疾病发生的原因，治疗方案以及护理方法，告知患者不能够正确配合护理工作可能会出现不良后果，提高其认知程度，积极主动地配合护理工作顺利开展。

1.2.2 环境护理

为患者提供温度、湿度适宜的病室环境，病房干净整洁，隔音良好，避免噪音，保证患者在日常休息以及夜间睡眠充足，定时通风消毒，使患者在住院期间感到舒适。

1.2.3 心理护理

患者在疾病发生时，难免会出现焦虑、不安以及孤独的情绪，此时需要护理人员在患者入睡前，对其进行心理疏导，加强与患者之间的沟通，了解患者内心的想法，并尽可能地满足患者的各项需求，对其进行安慰和鼓励，帮助患者树立治疗疾病的信心，还可通过播放音乐或者电影的方式转移患者的注意力，使其身心愉悦。

1.2.4 生活护理

日常生活中，除却对患者进行饮食与用药指导外，还应当根据患者的

病情严重程度，给予其舒适体位护理，并在患者卧床期间，勤翻身、勤换衣物，保证皮肤清洁干燥，减少感染的发生；患者病情得到明显缓解，可指导其进行下床活动，避免剧烈运动，在运动期间，应当由家属陪同，并随诊携带急救药物；根据天气变化适当增减衣物，避免感冒的发生，从而引起较为严重的并发症。

1.2.5 饮食护理

与患者共同制定科学合理的饮食方案，饮食清淡、易消化，以低盐、低脂、高蛋白饮食为主，多食新鲜蔬菜和水果，在治疗期间，避免吸烟、喝酒、饮浓茶以及喝咖啡^[3]，禁食辛辣刺激性食物，对于出现水肿的患者，应当限制饮水量。

1.2.6 不良反应护理

患者在住院期间一旦出现电解质紊乱^[4]、肺部感染、生命体征异常等状况，立即通知医生，并协助医生采取有效的措施进行治疗，减轻患者痛苦。

1.2.7 用药护理

患者住院治疗期间，护理人员要反复强调遵医嘱用药重要性，同时耐心为患者讲解各种药物成分，并告知给药剂量与用药方案，规避患者治疗期间随意更改用药方案。此外，护理人员还要引导患者开展各项针对性检查，并结合检查结果调节心律失常治疗方案，同时遵医嘱调节给药剂量。用药护理期间，护理人员还要记录患者用药情况、不良反应情况，若发现患者出现生命体征波动，需告知主治医师处理。

1.2.8 复律护理

耐心为患者普及复律流程、效果，同时准备好急救药、抢救用品及除颤仪。实际复律时，辅助患者仰卧位，同时连接呼吸机，创建静脉通路，并遵医嘱给予安定，辅助医师完成电击复律操作。

1.2.9 疼痛护理

心律失常患者常伴疼痛症状，护理人员可遵医嘱进行镇痛处理，可通过转换体位提升患者舒适度，还可采取播放音乐、播放电视剧方式转移患者注意力，以降低患者疼痛敏感性。出现剧烈疼痛患者，可遵医嘱给予镇痛药物。

1.2.10 体位护理

心律失常患者休息时尽量规避左侧卧位，由于左侧卧位时，患者能够感受心脏搏动，因此心脏不适感更重；患者出现头晕、心悸、胸闷等病症时，可转为半卧位、高枕卧位；患者出现休克或低血压时，可抬高患者头部、下肢，以提升回心血量，保障脑部血液供应；患者继发心衰后，可辅助患者半坐位，以维持呼吸顺畅，降低肺部淤血风险；患者出现晕厥后，可辅助其平卧位，并放低头部，同时松开裤带、衣领，以维持呼吸顺畅。

1.3 观察指标

观察两组患者焦虑、抑郁评分、生活质量评分、护理满意度及并发症风险。其中焦虑、抑郁评分分数越低，患者精神状态越好；生活质量评分

越高,表示患者生活水平越好;并发症包括心绞痛、肺栓塞及心衰等类型。

1.4 统计学分析

通过统计学软件 SPSS 23.0 进行数据计算与处理,计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示,采取 χ^2 检验,计量资料通过均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示,采取 t 检验, $P<0.05$ 时,提示存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后焦虑、抑郁评分对比

护理前,两组患者焦虑、抑郁评分未见明显差异 ($P>0.05$); 护理后,两组间可见明显差异,观察组低于对照组,存在统计学意义 ($P<0.05$),数据如下:

表 1 两组患者护理前后心理状态对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	焦虑评分		抑郁评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 ($n=51$)	68.28 $\pm$ 4.51	58.17 $\pm$ 3.69	66.39 $\pm$ 5.78	48.92 $\pm$ 3.77
观察组 ($n=51$)	68.27 $\pm$ 4.49	47.25 $\pm$ 1.38	66.41 $\pm$ 5.76	34.79 $\pm$ 2.58
t	0.0112	19.7950	0.0175	22.0889
P	0.9911	0.0000	0.9861	0.0000

2.2 两组患者护理前后生活质量评分对比

同护理前相比,两组患者生活质量评分可见明显差异,观察组高于对照组,差异显著 ($P<0.05$),数据如下表:

表 2 两组患者护理前后生活质量评分对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	躯体功能		社会功能	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 ($n=51$)	47.88 $\pm$ 2.21	63.59 $\pm$ 3.26	43.26 $\pm$ 2.78	65.97 $\pm$ 3.25
观察组 ($n=51$)	47.84 $\pm$ 2.23	73.61 $\pm$ 4.77	43.28 $\pm$ 2.81	79.43 $\pm$ 4.76
t	0.0910	12.3853	0.0361	16.6775
P	0.9277	0.0000	0.9712	0.0000

2.3 两组患者护理满意度对比

观察组患者护理满意度为 94.12%,对照组患者为 74.51%,观察组高于对照组,两组间存在统计学差异 ($P<0.05$),数据如下:

表 3 两组患者护理满意度对比 ($n\%$)

组别	满意	一般满意	不满意	护理满意度
对照组 ($n=51$)	23 (45.10)	15 (29.41)	13 (25.49)	38 (74.51)
观察组 ($n=51$)	30 (58.82)	18 (35.29)	3 (5.88)	48 (94.12)
χ^2	-	-	-	7.4128
P	-	-	-	0.0064

2.4 两组患者并发症风险对比

观察组并发症风险为 1.96%,对照组为 11.76%,观察组低于对照组,两组间存在统计学差异 ($P<0.05$),数据如下:

表 4 两组患者并发症对比 ($n\%$)

组别	心绞痛	肺栓塞	心衰	发生率
对照组 ($n=51$)	3 (5.88)	2 (3.92)	1 (1.96)	6 (11.76)
观察组 ($n=51$)	1 (1.96)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.96)
χ^2	-	-	-	3.9346

P

-

-

-

0.0064

3 讨论

心律失常作为心血管疾病中重要的一组,受先天遗传因素或后天器质性心脏疾病、机体内电解质紊乱、内分泌失调、麻醉手术等多种因素影响^[5],具有较高的发病率,且发病群体逐渐趋于年轻化。常见的临床表现为窦性心动过缓、心房颤动、心绞痛、心肌缺血等症状,由心律失常而引起冠状动脉供血不足,出现较为严重的心肌梗死以及左心衰竭,对患者的生命安全造成威胁^[6]。临床上,多以药物治疗为主,为提高治疗效果,还需要对其进行护理指导。

随着医疗水平的发展,人们对护理质量也有较高的要求,旨在享受高水平医疗的同时,还能获得高质量的护理服务,而舒适护理则是在此基础上发展而来的一种新型护理手段,坚持以患者为中心,对其日常生活、心理等方面进行指导干预,使患者在治疗的过程中,提高舒适度,使其保证身心愉悦,改善预后,提高患者的生活质量,促进健康恢复。同时舒适护理还能够对常规护理中存在的不足之处进行弥补,减少护理纠纷的发生,提高患者的护理满意度^[7]。

本文研究结果表明,观察组患者在护理前,焦虑、抑郁评分以及生活质量评分均为间明显差异 ($P>0.05$),在护理后,各项评分改善明显,且观察组优于对照组 ($P<0.05$);两种不同护理模式下,观察组患者护理满意度高于对照组,组间差异明显,存在统计学意义 ($P<0.05$);观察组患者并发症风险低于对照组,组间差异明显,存在统计学意义 ($P<0.05$)。

为提高护理效果,需要提高护理人员的专业素养,熟练掌握疾病的相关知识,在出现不良反应时能够采取有效的措施,在护理过程中,为患者提供舒适的休息环境,做到操作轻、走路轻、关门轻,保证患者睡眠充足,身心愉悦;在对患者进行心理辅导的同时,还需要告知患者及家属,减少对患者的刺激,避免情绪剧烈波动,保持心态平和,情绪稳定^[8]。此外,若患者出现以下情况,需及时通知医护人员:①脉搏低于 60 次/min,同时出现目眩、头晕症状;②脉搏超过 100 次/min,且休息后仍未减慢;③脉搏漏搏或节律不齐;④原本稳定脉搏突然出现忽快、忽慢波动;⑤服药后出现严重不良反应^[9]。

综上所述,心律失常作为临床上常见的心脏疾病,对患者的正常生活带来困扰,因此在治疗的同时还需要加强护理干预。给予心律失常患者舒适护理,能够缓解紧张、焦虑等不良情绪,提高患者的生活质量,减少护理纠纷的发生。

参考文献:

- [1] 杜丹.舒适护理在心律失常患者护理中的应用价值[J].中国医药指南,2021,19(1): 159-160.
- [2] 黄英.舒适护理在冠心病慢性心力衰竭患者室性心律失常护理中的应用效果[J].医药前沿,2016,6(8): 268-269.
- [3] 黄秀芳,缪星,邱艳芳,等.优质护理在急性心肌梗死伴心律失常患者护理中的应用价值[J].当代医药论丛,2020,18(16): 279-280.
- [4] 郝红敏.循证护理应用在急性心肌梗死后心律失常患者护理中的有效性及价值研究[J].中国保健营养,2021,31(25): 12.
- [5] 付明艳.舒适护理在心律失常患者中的护理效果分析[J].中国保健营养,2018,28(6): 145-146.
- [6] 吴飞.舒适护理在胺碘酮治疗心律失常中的效果观察[J].中国现代药物应用,2018,12(3): 144-145.
- [7] 夏岩.舒适护理和常规护理在心律失常患者中的护理效果对比观察[J].中国医药指南,2019,17(27): 310-311.
- [8] 樊琳琳.对小儿心律失常患儿进行舒适护理和常规护理的效果对比[J].当代医药论丛,2018,16(08): 217-219.
- [9] 南晓阳.舒适护理在心律失常患者护理中的护理效果分析[J].黑龙江中医药,2021,50(06): 362-363.

临床护理路径在帕金森患者护理中的应用效果观察

武庆琳

山东第一医科大学第二附属医院 山东泰安市 271000

摘要：目的：分析探究对帕金森患者实施护理的过程中将临床护理路径应用其中的临床效果。方法：将到我院接受治疗的 80 例帕金森患者予以分组讨论，分组方法为患者入院先后顺序法，将所有患者分为两组别，分别为采取常规护理的对照组以及实施临床护理的研究组，各 40 例，同时对比分析两组患者的心理情绪、生活质量、护理满意度、日常生活能力以及肢体功能水平。结果：调查对比各小组患者护理前后心理情绪变化，护理前两组患者均存在较差的心理情绪，但经护理后均改善显著，其中对照组患者的评分相对更高 ($P < 0.05$)；各组患者生活质量水平对比：研究组患者生活质量水平得分高于对照组 ($P < 0.05$)；评析各组患者护理满意度评价得分：研究组别患者的满意度态度相对更佳 ($P < 0.05$)；对于患者日常生活能力及肢体功能水平而言，两组间患者得分数据对比，明显研究组患者得分更高 ($P < 0.05$)。结论：将临床护理路径应用于帕金森患者护理中，可以有效地改善患者的生活质量水平，调节患者的心理情绪，促使患者肢体功能的恢复以及日常生活能力的提高，患者满意度较为显著，值得临床推广应用。

关键词：帕金森；临床护理路径；应用效果；生活质量；心理情绪

在临床中，帕金森疾病是中老年群体常见的一种神经系统退行性疾病^[1]。其患病原因可由多种因素所致，主要是由于多巴胺水平下降，神经细胞衰退，导致患者出现运动缓慢、步态姿势异常等等症状，严重影响患者的生活质量^[2]。临床上对于帕金森疾病的治疗临床上并无特效的药物或治疗方案，大部分患者需要长时间的服药，有些患者甚至需要终身用药对疾病进行控制^[3]。但是由于患者及其家属对于帕金森疾病的了解，以及患者服药依从性相对较差，因此对于患者的生活存在较大的影响性^[4]。对此应实施有效的护理措施辅助治疗，提高患者用药依从性，并养成良好的生活习惯。基于此，本次研究主要为了分析将临床护理路径应用于帕金森患者护理中对其临床效果的影响，现抽取到我院接受治疗的 80 例帕金森患者予以研究，具体如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

根据患者入院顺序的先后将 2021 年 5 月—2022 年 6 月我院所接诊的 80 例帕金森患者分为两组别，其中一组为研究组 40 例患者，该组患者男女性别比例为 23:17 例，患者年龄 41—73 (66.58 ± 5.07) 岁，患病时间长达 7 年左右；另一组对照组 40 例性别为 21 男:19 女，病程均在 7 年左右。本研究所抽取的所有帕金森患者，将其年龄、性别、病程等基本资料对比分析后可知，两组间数据值差异性不明显 ($P > 0.05$)，可予以对比分析。

1.2 方法

对照组：常规护理。患者办理完入院手续后对其进行健康教育，将疾病有关知识告知，同时将注意事项一同讲解，对患者的病情状况进行严密观察，并对患者进行用药及饮食护理，对于患者存在的疑问进行解答，并根据患者实际情况制定有效的康复训练计划。

研究组：临床护理路径。建立护理小组。成员由护士长、科室主任、主治医师、责任护士构成对其进行临床护理路径有关知识培训，主要包括帕金森患者的护理要点以及注意事项等等，并根据患者的实际病情状况为其制定针对性的临床护理路径表，同时护理人员需要按照其进行严格执行。(1) 患者入院当日，需要将医院环境以及主治医师向患者进行介绍，同时还应向患者讲解住院期间的有关规章制度，并向患者说明需要检查的有关项目以及项目的检查时间等等。由于患者对于医院环境存在陌生感，因此患者极容易出现焦虑、紧张等不良情绪，因此需要对患者进行心理护理，减轻其消极情绪，让患者尽快接受医院环境。(2) 入院第 2 天，将有关于治疗以及用药的方案向患者介绍说明，同时需一并并服药时间、服用剂量以及注意事项等告知；饮食上需要根据患者的喜好制定个性化饮食方

案，让患者多食用新鲜的水果和新鲜的蔬菜，补充丰富的维生素，同时鼓励患者养成良好的生活习惯，定时排便，多喝水，勤运动，在晚上睡觉前多喝牛奶，并用热水进行泡脚。(3) 入院第 3-7 天，根据患者的病情状况为其制定康复训练方案，并合理地配以针灸、按摩、推拿等中医疗法进行干预，根据患者自身状况适当的散步、行走锻炼，在此基础上需要做好并发症预防措施，并随着患者的身体恢复逐渐加强训练强度；需要注意的是，在此期间需要观察患者的心理状态，若发现患者存在不良情绪，及时进行疏导。(4) 入院第 7 天—出院，鼓励并指导患者进行运动康复训练，同时 will 坚持用药的重要性以及坚持康复训练的好处向患者告知。

1.3 观察指标

观察指标主要包括以下几点，且评价标准如下：

(1) 各组患者心理情绪分析：主要是以 SAS 评分表与 SDS 评分表为依据进行评估，分析对比两组患者分别实施不同护理前后的焦虑、抑郁情绪状态，两量表分数值取值均为 30—50 分，得分高则表示患者的心理情绪较差^[5]。

(2) 评比两小组患者生活质量实际情况：调查分析各组患者护理后的生活质量水平，主要是根据 QOL-30 评分表进行，量表共分为心理、躯体、认知以及社会功能四个方面，各项均为 100 分满，分数高则患者生活质量水平高^[6]。

(3) 分析各小组患者护理后的 FMA、ADL 评分：对患者护理后的肢体功能恢复情况以及日常生活能力进行分析，主要是根据简易运动功能评分表 (FMA) 和日常生活评分量表 (ADL) 调查评估，各量表满分值均为 100 分，患者肢体功能恢复良好，日常生活能力佳则评分高^[7]。

(4) 组间患者护理满意度比较：以我院自拟护理满意度调查问卷表分析各组患者对于护理的满意度评价，问卷表分为服务态度、护理方法以及护理环境三项，100 分满，患者对护理持满意态度则评分高。

1.4 统计学分析方法

本次研究的所有数据均通过 SPSS 23.0 统计学软件进行处理，其中计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组内数据用 t 检验；计数资料采用卡方表示，结果为百分比， $P < 0.05$ 为两组数据存在差异性，且具有显著统计学意义。

2、结果

2.1 对比分析两组患者的心理情绪

护理前两组别患者的焦虑、抑郁评分值对比无显著差异 ($P > 0.05$)，经两种不同的护理方法干预后，其中研究组别患者的评分相对更低 ($P < 0.05$)，数据见表 1。

表1 两组患者的心理情绪分析比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	40	44.47±3.70	32.21±3.20	45.54±3.18	31.47±0.70
对照组	40	43.57±3.82	40.10±2.74	44.45±3.20	36.61±2.14
t 值	-	1.070	11.845	1.528	14.438
P 值	-	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

2.2 调查各组患者生活质量水平

两组患者的生活质量水平得分对比, 研究组别各项指标数据值相对于对照组更高 ($P<0.05$), 见表2所示。

表2 对比两组患者生活质量 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心理功能	躯体功能	社会功能	认知功能
研究组	40	86.12±2.12	88.53±3.25	87.17±3.65	87.72±1.35
对照组	40	72.21±2.23	70.37±2.64	78.04±2.27	72.16±1.82
t 值	-	28.592	27.430	13.434	43.428
P 值	-	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05

2.3 各组患者护理后的 FMA、ADL 评分对比

对比 FMA、ADL 评分, 两项评分最高值均为实施临床护理路径的研究组别患者 ($P<0.05$), 见表3。

表3 对比两组患者护理后的 FMA、ADL 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FMA	ADL
研究组	40	86.77±5.12	89.71±5.27
对照组	40	68.43±7.25	71.41±5.61
t 值	-	13.069	15.037
P 值	-	P<0.05	P<0.05

2.4 各组患者护理满意度评价比较

在服务态度、护理方法、护理环境三方面, 研究组别患者的满意度评价得分均最高, 且该组总满意度 (95.27 ± 1.12) 分, 明显高于对照组 (86.54 ± 0.16) 分, 两组差异性明显 ($P<0.05$), 见表4。

表4 对比各组患者护理满意度评价 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	服务态度	护理方法	护理环境	总满意度
研究组	40	92.23±3.12	98.01±2.11	92.34±3.08	95.27±1.12
对照组	40	68.87±2.22	72.72±2.23	76.79±2.24	86.54±0.16
t 值	-	38.583	52.100	25.824	48.802
P 值	-	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05

3、讨论

帕金森疾病的发病率成直线上升趋势逐年递增, 对于患者的运动功能以及日常生活能力均存在一定的影响性, 其中相对显著的为肢体运动功能。对于该疾病的治疗主要是通过药物进行有效控制, 缓解患者的临床症状, 但由于该疾病的病程相对较长, 且该疾病极容易反复发作, 因此患者需要具备一定的自我管理能力和提高临床治疗效果^[8]。大部分患者在治疗期间会存在不同程度的不良情绪, 因此需要采取恰当的护理措施干预治疗。临床护理路径作为近几年新兴起的一种护理模式, 主要是以患者为中心, 根据其实际病情状况, 为其制定针对性的有效护理方案, 护理主要从

患者入院到出院整个住院期间进行人性化护理, 尽可能地满足患者的需求, 促使患者的肢体功能的康复以及生活质量的提升^[9]。对帕金森患者实施临床护理路径, 制定临床护理路径小组, 对护理流程进行整合制定, 为患者制定针对性且科学合理的护理方案; 在对患者实施临床护理的过程中, 对患者实施健康教育, 根据患者的实际心理状况对其进行心理护理缓解其紧张、焦虑的不良情绪, 同时需要在饮食、服药、运动等方面进行适当的护理, 促使患者身体临床症状在短时间内得到改善^[10]。

本次研究主要是对比分析两种不同护理方法 (常规护理与临床护理路径) 的临床效果, 统计整理所得数据可得, 两组患者的心理情绪经护理后均有所好转, 对比两组评分明显研究组得分更低 ($P<0.05$), 说明经临床护理路径干预患者的心理情绪得到有效缓解; 分析两组患者护理后的心理功能、躯体功能、社会功能以及认知功能, 得分最高的为实施临床护理路径组别 ($P<0.05$), 说明临床护理路径可以提高患者的生活质量水平; 对比分析两组患者的 FMA、ADL 评分, 研究组两项数据值均要比对照组更高 ($P<0.05$), 说明研究组别患者的日常生活能力得到有效提升, 同时肢体功能得到显著恢复; 研究组别患者护理满意度评价明显优于对照组 ($P<0.05$), 说明采取临床护理路径干预患者对于自身所接受的护理效果更满意。

综上所述, 对帕金森患者实施护理的同时干预临床护理路径, 可以促进患者肢体功能的恢复, 改善患者的生活质量以及日常生活能力, 同时可以缓解患者的不良心理情绪, 患者的满意度评价也得到了显著提升, 应用效果十分显著。

参考文献:

- [1]李海蓉. 临床护理路径在帕金森患者护理工作中的作用分析[J]. 中国社区医师, 2020, 36 (16): 162+164.
- [2]李晓静. 临床护理路径在帕金森患者护理中的应用效果观察[J]. 医学理论与实践, 2021, 34 (01): 137-139.
- [3]胡军荣, 刘爽, 于皓雪等. 探讨对帕金森患者施以综合性的临床护理干预后的应用效果和影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8 (22): 3+7.
- [4]吴昊. 帕金森病患者护理工作中临床护理路径的作用分析[J]. 家庭生活指南, 2019, (07): 183+197.
- [5]穆丽. 浅析帕金森病患者护理工作中临床护理路径的作用[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13 (08): 215-216.
- [6]刘萌萌. 对帕金森患者实施综合护理干预的临床护理疗效观察[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4 (10): 100-101.
- [7]孙静, 姜亚楠. 临床护理干预对帕金森病患者治疗效果的影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7 (01): 163+165.
- [8]杨洋. 康复护理路径对帕金森病患者运动功能和神经功能缺损的影响[J]. 中国民康医学, 2022, 34 (08): 69-72.
- [9]蔡芬. 优质心理护理对帕金森患者病况和生活质量的影响分析[J]. 心理月刊, 2021, 16 (18): 191-192+204.
- [10]洪莹. 针对性护理联合康复运动对帕金森患者运动功能的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28 (16): 258-260+264.

加强护理干预对 PICC 置管患者导管维护依从性的影响分析

周晔 戈海英^{通讯作者}

江阴长泾医院 江苏无锡 214411

摘要:目的:探讨加强护理干预对经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)置管患者导管维护依从性的影响。方法:2019年1月到2022年3月,选取PICC置管患者20例为研究对象,实施随机数字表法分组,对照组及观察组各有10例,前者接收长达3月的常规护理干预,后者接收长达3月的加强护理干预。结果:干预3月后对照组、观察组比较,观察组自我护理能力、知识知晓度、导管维护依从性高,可见差异($P<0.05$)。结论:PICC置管患者应用加强护理干预,可提升自我护理能力、知识知晓度与导管维护依从性,应用价值显著。

关键词:经外周静脉置入中心静脉导管;导管维护依从性;常规护理干预;加强护理干预;自我护理能力;知识知晓度

经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)属于新型置管技术,近年来在临床广泛应用^[1-2]。该技术问世后,广泛应用于需长期肠外营养、静脉输液、肿瘤化疗等患者中,相较于常规静脉穿刺技术,该技术具有操作简单便捷、静脉损伤微小以及患者穿刺痛苦小等多种优势^[3-4]。PICC置管是一种相对安全可靠的辅助治疗技术,但导管属于异物,使用期间必须做好护理工作,才能预防导管堵塞、导管感染以及血栓形成等多种并发症,保证治疗操作顺利完成,充分发挥导管的应用价值^[5-6]。本文以2019年1月-2022年3月收治的20例PICC置管患者为对象,探讨加强护理干预的应用价值,报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2019年1月-2022年3月,选取PICC置管患者20例为研究对象,实施随机数字表法分组,对照组及观察组各有10例。对照组:男性、女性各有7例、3例,年龄37-71岁(54.38±11.29)岁,胃癌患者10例,临床分期I期、II期、III期各有4例、3例、3例,体质指数20.01-26.54kg/m²(23.27±1.05)kg/m²。观察组:男性、女性各有6例、4例,年龄38-71岁(54.69±11.32)岁,胃癌患者10例,临床分期I期、II期、III期各有3例、5例、2例,体质指数20.06-26.70kg/m²(23.39±1.08)kg/m²。比较两组患者的临床资料,数值显示($P>0.05$)。

纳入标准:(1)患者均确诊恶性肿瘤,可提供病理学检查报告;(2)患者均进行PICC置管化疗,具备置管指征及化疗指征;(3)患者精神状态与神志状态正常;(4)患者知晓此次研究内容,在同意书签字。

排除标准:(1)患者存在精神分裂症、认知功能障碍等精神系统疾病;(2)患者存在语言方面、智力方面缺陷;(3)患者存在肝肾功能障碍或是心肺功能不全;(4)患者存在脑出血、脑肿瘤等脑血管疾病。

1.2 方法

对照组应用常规护理干预:向患者普及疾病相关知识,明确PICC置管对病情控制、症状缓解的积极影响,保证患者具有自主维护导管意识;向患者普及PICC置管注意事项,并在患者住院期间,结合患者的习惯,一一讲述应该重点关注的内容,比如穿刺肢体需维持清洁干燥;向患者普及疾病治疗方案、治疗次数,要求患者严格遵照医嘱配合治疗;在患者发生并发症或不良反应,第一时间通知主治医师,辅助医师进行对症处理。

观察组应用加强护理干预:(1)健康教育:结合患者的病历资料与主诉情况,在配合患者文化水平的同时,常规发放疾病知识手册、播放疾病治疗知识PPT,提升患者对自身疾病的准确认知。之后结合患者的治疗方案,从医学角度阐述PICC置管在疾病治疗中的辅助作用,明确导管在减少穿刺损伤、减轻穿刺疼痛方面的积极作用,采用通俗易懂语言详细讲述PICC置管流程,常规发放PICC维护手册,讲述PICC置管期间可能发生的不良反应,提升患者对PICC置管知识、导管维护知识、常见不良反应

知识的掌握度。(2)导管维护:医院需安排高年资、技术娴熟护士辅助患者完成PICC置管操作,保证导管位置、长度适宜。完成置管操作后,要求患者在置管24小时内适当制动穿刺肢体,预防肢体活动导致导管移位。置管3d后,明确导管穿刺方向,按照方向给予热毛巾热敷,一次热敷时间是30min,一天热敷3次。在置管第二天后,要求患者肢体适当活动,穿刺肢体进行握拳动作、直接握握力器,一次活动时间是5-10min,一天活动3-5次,活动期间需做好密切监测,观察是否存在渗液渗血表现,穿刺点周围皮肤是否有红肿、渗液以及疼痛等不适症状,还需定时量测患者的皮肤温度,及时发现感染,并进行抗感染治疗。(3)用药管理:护士需结合患者的治疗方案,以通俗易懂语言讲述患者治疗期间所用药物,讲述各项药物的预期效果及药理作用,提升患者对用药的准确认知,消除患者的用药恐惧或不安情绪。护士还需结合药物特殊性,向患者普及药物常见不良反应,提升患者的用药安全性。导管输注药物期间,护士不仅要做好用药监测,还需强调不要随意调整输液速度的必要性,要求患者与家属听从医护人员要求,按照提前预定好的输液速度完成输液治疗,保证输液平稳顺利进行。导管输液间歇期,护士需严格按照要求进行导管冲洗、穿刺部位换药,保证导管通畅性。要求患者不能自行冲洗导管,避免患者自行操作导致的不良现象。患者出院后,也需每周返回医院一次,每次进行导管冲洗治疗1次,按时更换PICC导管的敷料与专用接头。(4)心理护理:疾病自身与PICC置管均属于应激源,均会对患者心理造成一定刺激。护士需密切监测患者的情绪状态,及时发现患者的情绪及心理异常变化,为患者提供针对性心理疏导。护士需积极安慰、关怀、安抚患者,向患者普及导管维护理想、在计划内完成治疗与拔管操作的病例,减轻患者PICC置管时的心理压力,让患者有努力的方向及目标。护士需针对患者所发生的疾病,向患者普及采用同种治疗方案、但成功控制病情、存活至今的病例,消除患者因疾病产生的恐慌及恐惧心理,消除患者的负面情绪,让患者正面看待自身疾病,积极配合临床进行治疗。

1.3 观察指标

1.3.1 自我护理能力 干预前、干预3月后应用自我护理能力测定量表^[7]评估,评估维度包含自我责任感(评价条目共有8个,总分0-32分)、自我概念(评价条目共有9个,总分0-36分)、自护技能(评价条目共有12个,总分0-48分)与健康知识(评价条目共有14个,总分0-56分),评分越高越好。

1.3.2 知识知晓度 干预前、干预3月后应用PICC疾病知识调查问卷^[8]评估,评估维度包含PICC穿刺知识(评价条目共有4个,总分4-16分)、饮食知识(评价条目共有3个,总分3-12分)、日常生活知识(评价条目共有3个,总分3-12分)、PICC相关并发症预防知识(评价条目共有4个,总分4-16分)、PICC导管维护知识(评价条目共有4个,总分4-16分),评价条目共有18个,量表总分18-72分,总分评分越高越好。

1.3.3 导管维护依从性 干预前、干预3月后应用自制 PICC 维护依从性调查量表评估,量表总分是20-80分,61-80分是依从,分数越高越好。

1.4 统计学方法

在 SPSS 22.0 中统计分析,计量资料(自我护理能力、知识知晓度、导管维护依从性)以()表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 具有统计学意义。

2· 结果

2.1 患者的自我护理能力评价

比较指标是四项自我护理能力,干预前两组比较,未见差异($P > 0.05$);干预3月后两组比较,观察组高,可见差异($P < 0.05$)。干预前、干预3月后比较,干预3月后高,可见差异($P < 0.05$)。见表一。

表1 两组自我护理能力比较 (n=10例, , 分)

时间	组别	自我责任感	自我概念	自护技能	健康知识
干预前	对照组	15.10±2.36	18.24±2.68	24.13±3.07	30.07±2.71
	观察组	15.47±2.39	18.79±2.71	24.67±3.09	30.68±2.74
	t 值	0.3483	0.4563	0.3920	0.5005
	P 值	0.7316	0.6536	0.6996	0.6228
干预3月后	对照组	23.31±2.59 [△]	23.21±2.87 [△]	29.76±3.28 [△]	36.16±3.04 [△]
	观察组	27.99±2.78 [△]	28.05±2.98 [△]	36.01±3.47 [△]	41.27±3.08 [△]
	t 值	3.8951	3.6994	4.1392	3.7340
	P 值	0.0011	0.0016	0.0006	0.0015

注:与同组干预前比较, [△] $P < 0.05$ 。

2.2 患者的知识知晓度、导管维护依从性评价

比较指标是知识知晓度、导管维护依从性,干预前两组比较,未见差异($P > 0.05$);干预3月后两组比较,观察组高,可见差异($P < 0.05$)。见表二。

表2 两组知识知晓度、导管维护依从性比较 (n=10例, , 分)

组别	知识知晓度		导管维护依从性	
	干预前	干预3月后	干预前	干预3月后
对照组	45.32±5.28	58.63±4.73	39.76±5.31	48.65±5.81
观察组	45.98±5.31	69.78±4.85	40.45±5.33	57.89±6.02
t 值	0.2787	5.2046	0.2900	3.4925
P 值	0.7836	0.0001	0.7751	0.0026

注:与同组干预前比较, [△] $P < 0.05$ 。

3· 讨论

PICC 置管是近年来备受临床、患者青睐的一种静脉治疗方法,可在多个领域中应用,具有安全性高、并发症少、穿刺疼痛轻以及维持时间长等多种优点^[9-10]。但管道属于异物,置入人体血管后依然会造成一定刺激,所以导管留置期间必须做好护理干预,最大程度上减轻导管刺激,保证导管顺利完成治疗,提升导管应用安全性^[11-12]。PICC 置管后必须做好导管维护工作,因患者无法长期住院接受护理人员的服务,所以必须掌握一定的导管居家维护知识,主动遵照医嘱进行导管维护,最大程度上保证导管的治疗效果与治疗安全。患者的导管维护依从性直接决定着 PICC 导管的维护质量,若患者依从性低下,会升高并发症发生风险,错过适宜治疗时机,延长治疗时间,增加疾病治疗失败的风险。所以,必须为 PICC 置管患者提供科学理想的护理服务,利用护理干预全面转变患者认知,提升患

者的依从性与自护能力。加强护理干预是一种基于常规护理干预的新型护理模式,主张结合患者需求,从心理、生理与导管等方面提供护理服务,全面提升患者的知识知晓度,增强患者的自护能力,改善患者的导管维护依从性^[13]。此次研究结果显示,实施加强护理干预后,观察组患者的自护能力、知识知晓度与导管维护依从性评分均更高。原因分析如下,患者心理压力过大、医护人员教育不到位、院内导管护理不到位等均是导致导管维护效果不佳的原因,加强护理干预可全面消除这些隐患,所以护理干预效果更好。

综上所述,加强护理干预可提升 PICC 置管患者的导管维护依从性,效果显著。

参考文献:

- [1]史冬妮,田丽,田丹,等. 肿瘤化疗患者经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)的并发症原因分析及护理对策[J]. 中国医药指南,2016,14(6): 274-275.
- [2]陈辉,曹媛媛. 使用与满足理论分析下的延伸护理服务对肿瘤置管化疗患者 PICC 导管维护依从性及非计划性拔管风险的影响[J]. 临床研究,2021,29(10): 137-139.
- [3]张萍. 循证护理模式对乳腺癌术后留置经外周静脉置入中心静脉导管患者康复锻炼的依从性及并发症的影响[J]. 黑龙江医学,2021,45(22): 2370-2371.
- [4]鲁文超. 研究静疗专科护理对经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)治疗患者依从性及并发症的影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(26): 117-118.
- [5]刘艳,陈立萍. 探讨经外周中心静脉置管(PICC)患者实施静脉输液治疗专科护理干预对其依从性和并发症的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志,2019,4(48): 22,46.
- [6]潘桂华,唐娟妮,李晓玲,等. 照护者参与模式提高老年肿瘤患者 PICC 置管居家期间握拳运动依从性的效果[J]. 护士进修杂志,2021,36(20): 1914-1916.
- [7]张娟,林红玉,李英,等. KTH 整合式护理干预对非霍奇金淋巴瘤 PICC 置管化疗患者治疗依从性及自我效能的影响[J]. 中国地方病防治杂志,2019,34(3): 346-347.
- [8]张艳梅. 血液肿瘤患者 PICC 置管后实施护理干预对降低并发症发生率的效果[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(27): 299-300.
- [9]王亚军,许斯,郭朋朋,等. 医院-社区-家庭一体化 PICC 维护网络模式在癌症化疗 PICC 置管患者护理中的应用分析[J]. 现代诊断与治疗,2021,32(12): 1982-1983.
- [10]张蕾,王艳香. 团体认知行为干预联合医护一体化正性暗示对血液病 PICC 置管患者心境状态及导管维护依从性的影响[J]. 临床心身疾病杂志,2021,27(1): 72-76.
- [11]彭玉华,韩琳,侯晓丽. 乳腺癌化疗经外周静脉置入中心静脉导管患者非计划性拔管因素及护理对策分析[J]. 中国民康医学,2020,32(13): 142-144.
- [12]邹夏,贾淑,兰坚. 静疗干预联合信息化行为干预对老年急性白血病患者 PICC 置管后不良反应及生活质量的影响[J]. 老年医学与保健,2022,28(2): 424-430.
- [13]卢艳霞. 加强护理干预对 PICC 置管患者导管维护依从性和并发症发生率的影响[J]. 河南医学研究,2020,29(2): 365-366.

肺康复护理模式对 COPD 稳定期患者肺功能的影响

刘从玉 吴梦香

重庆三峡医药高等专科学校附属医院 重庆市 404100

摘要：目的：观察对 COPD 稳定期患者施以肺康复护理模式对肺功能的影响。方法：观察对象选择于 2021.3~2022.3 就诊于我院 COPD 稳定期患者 70 例，随机数字法予以分组，施以肺康复护理模式的 35 例患者分入研究组，施以传统护理模式的 35 例患者分入对照组，对护理效果进行对比和观察。结果：与对照组对比，肺功能各项指标研究组护理后均明显较好 ($P<0.05$)；与对照组对比，生活质量各项评分研究组护理后明显较好 ($P<0.05$)；与对照组对比，护患关系研究组明显更好 ($P<0.05$)；与对照组对比，康复依从性研究组明显更好 ($P<0.05$)。结论：对 COPD 稳定期患者施以肺康复护理模式效果突出，可改善患者肺功能，同时在学习质量、护患关系和康复依从性方面也具有积极的影响，建议推广。

关键词：COPD 稳定期；肺康复护理模式；肺功能；生活质量；护患关系；依从性

COPD，即慢性阻塞性肺疾病，简称慢阻肺，为一种常见的肺部疾病，以气流受限不完全可逆为主要特征，由于气流受限使疾病以进行性发展呈现，病情会表现为气体异常炎症反应^[1]。COPD 以老年人为主要发病人群，对老年人的身心健康和生活质量均造成严重的影响^[2]。COPD 患者处于稳定期可开展康复训练，以促进患者肺功能恢复，对提升患者生活质量意义重大^[3]。在患者稳定期予以患者有效的护理干预对肺功能有改善作用^[4]。但是常规护理模式效果欠佳，无法满足患者护理需求。我院及时更新护理理念和思路，对患者施以肺康复护理模式获得了满意的效果。本次研究选择 2021.3~2022.3 就诊于我院 COPD 稳定期患者 70 例实施对照研究，对肺康复护理模式的实践价值进一步观察，结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察对象选择于 2021.3~2022.3 就诊于我院 COPD 稳定期患者 70 例，纳入标准：①临床上明确诊断为 COPD 稳定期患者；②临床症状和体征平稳 1 个月以上；③患者均了解和知情本研究，自愿配合者；排除标准：①肝、肾、心严重疾病者；②语言沟通障碍者；③精神疾病者；④恶性肿瘤者；⑤资料不全者；⑥因各种原因而退出研究者。随机数字法予以分组，施以肺康复护理模式的 35 例患者分入研究组，年龄：(70.35±2.40) 岁 (52~85 岁)，性别：20 例男，15 例女，病程：(4.35±1.50) 年 (1~8 年)；施以传统护理模式的 35 例患者分入对照组，年龄：(70.46±2.45) 岁 (53~86 岁)，性别：21 例男，14 例女，病程：(4.38±1.45) 年 (1~9 年)。分析研究可比性：经分析 2 组比较 $P>0.05$ ，比较研究可开展。

1.2 方法

传统护理模式施以对照组患者，即常规健康宣教、用药和饮食指导、呼吸护理等。

肺康复护理模式施以研究组患者，方法：①心理康复护理，强化护患间的沟通，主动、积极和患者沟通，对患者基本情况充分了解，包括心理状态、文化水平、家庭情况等，以此为依据予以患者针对性心理干预；对患者主诉耐心倾听，耐心解答患者疑问，防止由于错误认知导致负性情绪产生；护理人员告知患者疾病处于稳定期，病情改善明显，使其治疗信心增强，并对护理工作积极配合的重要性，对医嘱有效执行；与患者家属多沟通，让其对患者多鼓励、陪伴和关心，让其体会到家庭的温暖，予以患者情感支持；②营养护理，在患者稳定期，对患者进行饮食指导，告知患者坚持少食多餐的用餐原则，切忌过饱；对高脂肪、高蛋白食物多摄入，比如鸡蛋、奶制品等，对每天钠盐摄入量有效控制；针对心功能正常患者，对患者叮嘱将饮水量增加，使痰液黏稠度降低。以患者情况为依据对微量元素适当补充，使机体营养保持均衡。③康复训练，在患者稳定期予以患

者呼吸康复训练，首先指导患者腹式呼吸，对患者引导，处于坐位或仰卧位，护理人员对腹部进行按压，让患者吸气时体会导致腹部上升，之后轻按患者胸部，保证吸气过程中呈现胸部扩大的情况；对患者叮嘱，让其从鼻腔中吸气，通过口慢慢呼气；以上述动作为依据开展训练，每次坚持 10min，每天 2 次；指导患者缩唇呼吸训练，护理人员受限示范缩唇呼吸训练，使其充分掌握缩唇呼吸动作；在吸气时，通过鼻腔空气向人体中进入，而呼气时，缩嘴唇为圆形，类似吹口哨状。促进支气管压力提升，同时可防止发生支气管萎缩情况，使肺部通气能力得以加强。吸气和呼吸各坚持 2s 和 10s；对患者叮嘱每次 10min，每天 2 次；指导患者呼吸操，对患者指导护理人员对站位、卧位、坐位操，对患者鼓励做弯腰或下腰运动、四肢运动；运动过程中，由卧位向站位过渡；促进心肺功能提升，每次 30min，每天 2 次，以体会疲惫为宜。指导患者咳嗽训练，置患者于坐位体位，通过鼻深呼吸，轻轻前倾上身并吸气，胃部处放置左手，轻轻按压，以便从嘴唇和口腔中呼气，之后坐位，对患者指导，对上述动作连续重复 4~5 次，对患者指导轻微前倾身体，并对腹部用右手按压，对咳嗽发挥帮助作用。④生活护理，让患者了解吸烟和饮酒危害性，让其戒烟忌酒；有氧运动每日坚持，促进免疫能力提升。

1.3 观察指标

观察指标：①肺功能各项指标比较，主要包括 PEF、FVC、FEV1，即最大呼气流速、用力肺活量、第一秒用力呼吸容积；②生活质量各项评分比较，WHOQOL 生活质量量表施以评价，包括物质状态、心理、社会、躯体功能，满分 100 分，分值与生活质量呈正比。③护患关系比较，我院自制问卷对患者满意度做出统计，以确定护患关系，100 分为总分，非常、基本、不满意评价范围分别为 85~100、60~84、<60 分，总满意度=(基本+非常)满意度。④康复依从性比较，对护理操作主动、积极配合判断为完全依从；康复训练等护理操作在护理人员或家属监督下完成判断为部分依从性；较差配合度，擅自停止康复训练为不依从，总依从性=完全依从性+部分依从性。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 肺功能各项指标比较

护理前肺功能各项指标 (PEF、FVC、FEV1) 2 组比较 ($P>0.05$)；与对照组对比，肺功能各项指标 ((PEF、FVC、FEV1)) 研究组护理后均明显较好 ($P<0.05$)。

表 1 对比肺功能各项指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PEF (L/s)		FVC (L)		FEV1 (L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	35	3.50±0.44	6.75±0.46	2.40±0.38	3.20±0.53	1.63±0.30	2.80±0.30
对照组	35	3.49±0.43	5.23±0.41	2.41±0.39	2.50±0.50	1.61±0.20	2.03±0.35

t	0.096	14.593	0.109	5.684	0.328	9.882
P	0.924	<0.001	0.914	<0.001	0.744	<0.001

2.2 生活质量各项评分比较

护理前生活质量（物质状态、心理、社会、躯体功能）各项评分 2 组

比较 $P>0.05$ ；与对照组对比，生活质量（物质状态、心理、社会、躯体功能）各项评分研究组护理后明显较好（ $P<0.05$ ）。

表 2 对比生活质量各项评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	物质状态功能		心理功能		社会功能		躯体功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	35	58.87±11.75	82.15±10.15	56.25±11.30	81.25±9.26	52.20±10.50	82.15±10.45	58.55±8.40	83.15±12.45
对照组	35	59.12±11.80	66.20±11.74	55.45±11.24	70.15±10.25	51.78±10.25	65.15±11.35	57.75±8.38	69.15±12.60
t		0.089	6.080	0.297	4.754	0.169	6.519	0.399	4.676
P		0.929	<0.001	0.767	<0.001	0.866	<0.001	0.691	<0.001

2.3 护患关系比较

与对照组对比，护患关系研究组明显更好（ $P<0.05$ ）。

表 3 护患关系比较[n（%）]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
研究组	35	25(71.43)	9 (25.71)	1 (2.86)	34 (97.14)
对照组	35	15(42.86)	11 (31.43)	9 (25.71)	26 (74.29)
χ^2					7.467
P					0.006

2.4 康复依从性比较

与对照组对比，康复依从性研究组明显更好（ $P<0.05$ ）。

表 4 康复依从性比较[n（%）]

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	总依从性
研究组	35	26(74.29)	8 (22.86)	1 (2.86)	34 (97.14)
对照组	35	15(42.86)	12 (34.29)	8 (22.86)	27 (77.14)
χ^2					6.248
P					0.012

3 讨论

COPD 为一种发病率较高的呼吸系统疾病，其发病率呈现逐年持续增长的趋势，威胁着人们的健康和生活质量^[5]。COPD 因气流受限影响患者呼吸，降低患者肺功能，严重影响患者生活质量^[6]。COPD 发生后会对肺外组织造成累及，会影响机体肌肉功能，降低耐力和呼吸，无法排出痰液^[7,8]。COPD 以老年人作为常发人群，该病程长，无法较快恢复，严重影响患者身心状态，使其家庭负担增加。COPD 稳定期需促进患者生活质量改善，改善患者肺功能^[9,10]。在肺功能和改善生活质量方面护理干预发挥着重要的作用，但是常规护理缺乏系统性和科学性，无法满足患者日益增长的护理需求^[11]。基于此，我院更新护理思路，对患者施以肺康复护理模式，效果较好，研究结果表明：护理前肺功能各项指标（PEF、FVC、FEV1）2 组比较（ $P>0.05$ ）；与对照组对比，肺功能各项指标（PEF、FVC、FEV1）研究组护理后均明显较好（ $P<0.05$ ）；护理前生活质量（物质状态、心理、社会、躯体功能）各项评分 2 组比较 $P>0.05$ ；与对照组对比，生活质量（物质状态、心理、社会、躯体功能）各项评分研究组护理后明显较好（ $P<0.05$ ）；与对照组（74.29%）对比，护患关系研究组（97.14%）明显更好（ $P<0.05$ ）；与对照组（77.14%）对比，康复依从性研究组（97.14%）明显更好（ $P<0.05$ ），可见，肺康复护理模式可改善患者肺功能各项指标和生活质量，同时有利于护患关系的良好建立，有利于康复依从性提升，其实践价值较高。获得以上效果的原因：肺康复护理模式从心理康复护理出发，缓解和消除患者负性情绪，使其用积极、正面心态面对康复，提升康复依从性和信心，为肺康复护理开展奠定好基础^[12]。肺康复护理以患者为护理中心，以促进

患者康复为最终护理目标，通过营养护理、康复训练、生活护理，改善患者营养情况，训练患者呼吸功能和肺功能，让其纠正不良生活习惯，规律运动，以便提升免疫力，促进患者肺功能康复，改善患者生活质量^[13]。本次研究也存在一定的不足，样本量相对不足，研究仅为横断面研究，变量间因果关系未说明，需随机抽样，增大样本量，多中心实施研究，并结合量性和质性研究，以加深研究深度和弥补研究不足，为临床研究发挥借鉴作用。

综上所述，对 COPD 稳定期患者施以肺康复护理模式效果突出，可改善患者肺功能，同时也在生活质量、护患关系和康复依从性方面也具有积极的影响，建议推广。

参考文献：

- [1]张琴,刘秀. 肺康复护理模式对慢性阻塞性肺疾病（COPD）稳定期患者肺功能及生活质量的影响分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7（13）: 143.
- [2]迟晓燕,苟淑萍,王荣荣. 医护一体化肺康复护理模式对老年稳定期慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及生活质量的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2021,2（9）: 167-170.
- [3]辛晓红. 肺康复护理模式对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者肺功能的影响[J]. 中外医学研究,2020,18（2）: 110-112.
- [4]刘丽霞. 基于行为转变理论模式的综合康复干预对 COPD 稳定期患者肺功能的影响[J]. 山东医学高等专科学校学报,2020,42（6）: 446-447.
- [5]钟晓夏. 基于“互联网+”的健康管理模式对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者肺功能、急性加重次数及生活质量的影响[J]. 医学临床研究,2020,17（11）: 1684-1687.
- [6]魏秀奎. COPD 稳定期患者肺康复护理的效果观察[J]. 医药前沿,2020,10（36）: 208-209.
- [7]张莹. COPD 稳定期实施肺康复护理对患者肺功能指标的调节作用[J]. 黑龙江中医药,2021,50（1）: 360-361.
- [8]李英. 肺康复护理对 COPD 稳定期患者肺功能与生活质量影响的临床研究[J]. 系统医学,2021,6（9）: 185-187,191.
- [9]马丰琴. 肺康复护理对 COPD 稳定期患者肺功能及生活质量的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2021,2（3）: 99-101.
- [10]曾莉莉,陈瑞宜. 探讨肺康复护理对 COPD 稳定期患者肺功能及生活质量、BODE 指数的影响[J]. 医药前沿,2020,10（29）: 194-195.
- [11]曾婷,吴瑞明,赵雪姣,等. 多学科协作式肺康复护理模式在 COPD 稳定期患者中的应用效果研究[J]. 反射疗法与康复医学,2021,2（6）: 93-97.
- [12]何慧明,梁艳桂,何海燕. 思维导图引导康复护理对 COPD 稳定期患者肺功能及生活质量的影响[J]. 海南医学,2020,31（6）: 805-808.
- [13]孔晓红,谢剑玲,洗春燕,等. 肺康复护理对 COPD 稳定期患者肺功能及生活质量的影响[J]. 中国实用医药,2021,16（4）: 199-201.

探讨综合性护理措施在冠心病患者护理中的应用效果

栾贻爱

山东省淄博市沂源县中医医院 山东淄博 256100

摘要:目的 探讨综合性护理措施在冠心病患者护理中的应用效果。方法 纳入 96 例冠心病患者作为研究对象,均选自本院在 2020.08-2021.10 期间收治的冠心病患者中,将纳入患者随机分为对照组(48 例)以及实践组(48 例),对照组采用传统护理干预方式,实践组在对照组的基础上加入综合性护理干预,观察两组在护理干预后的具体应用效果。结果 经过干预后,对照组的负面情绪评分情况明显较高,与实践组比较,差异显著, $P<0.05$ 。对照组的心脏功能情况明显较低,与实践组比较,差异显著, $P<0.05$ 。实践组的生活质量情况及护理满意度明显较高,与对照组比较,差异显著, $P<0.05$ 。结论 冠心病患者在后续护理干预治疗中,采用综合性护理干预措施,缓和负面情绪,提升心脏功能能力,保证日常生活水平能力,从而提升患者对于护理工作的满意程度,值得临床推广使用。

关键词:冠心病;综合性护理;护理效果;满意度;生活质量

前言:冠状动脉粥样硬化心脏病简称冠心病^[1],是一种有机体脂质代谢情况异常,导致的血管内脂质沉积情况。同时冠状动脉粥样硬化致使血管狭窄或闭塞,导致心肌缺血缺氧而引起的心脏病。多数患者于发病后会表现出胸痛、胸闷等症状。由于冠心病与脂质沉积情况具有一定的关联性,故患有该症的患者在饮食、生活习惯等方面应着重注意。该症患病后主要采用药物进行维持治疗,传统护理干预手段往往重视疾病的相关情况,属于治疗性护理干预^[2],对于患者的心理、病房环境等方面的关注度较低,患者的预后情况不佳。现今随着医疗技术的发展,冠心病治疗预后明显改善^[3],护理工作的护理重点从病情转移至患者自身,护理干预的工作范畴逐渐扩大,在该种基础上,综合性护理干预措施的应用逐渐广泛,采用多方位同时护理,保证护理效果。笔者所在医院将综合性护理干预措施应用于冠心病患者的护理中,现发表如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 96 例冠心病患者作为研究对象,均选自本院在 2020.08-2021.10 期间收治的冠心病患者中,护理人员均与患者及其家属进行沟通,征得同意后,纳入研究中。将纳入患者随机分为对照组(48 例)以及实践组(48 例),对照组中男性与女性的比值为 26/22,年龄最大 81 岁,最小 57 岁,均值为(71.54±2.64)岁;实践组中男性与女性的比值为 27/21,年龄最大 80 岁,最小 58 岁,均值为(71.26±2.79)岁。统计两组患者的年龄及性别等一般资料的数据,进行统计学分析,无差异($P>0.05$)。

纳入标准:经过诊断检查后确诊为冠心病者;一般临床资料完整者;具有较好的依从性者。

排除标准:合并精神疾病无法与之沟通者;合并严重脏器疾病者;合并器官器质性疾病者。

1.2 方法

两组患者在入院后,均根据疾病的具体表现应予以对应治疗,同时予以补液保证水电解质平衡,对照组采用传统护理干预手法,包括入院后的基础护理指导,疾病宣教,告知日常生活中的注意事项以及饮食指导等基本护理干预措施。

实践组在对照组的基础上,加入综合性护理干预措施,主要包括:1、健康教育。在患者入院经过治疗,脱离危险后,护理人员组织患者及其家属参与本院定期举办的冠心病讲座,讲座中主要讲述疾病的发病病因以及发病后的主要治疗方式,在医生进行疾病讲述时,鼓励患者在发生疑问时,积极提问,保证患者能够理解讲述内容,提升其对于疾病的理解认知。2、心理干预。中老年人在患有冠心病之后,较年轻人相比,产生的不良情绪将更加严重。此时护理人员应主动与患者进行交谈,谈话中注意患者的语气以及谈话内容,同时关注患者病房内家属陪护时间情况,根据谈话及观察结果,进行针对性纾解,同时告知陪护时间较少的家属,家属的陪伴护理能够影响患者的康复速率,提升治疗效果。护理人员告知治愈病例,通过讲解成功病例情况,提升治疗信心。3、用药监督。冠心

病的治疗周期较长,服用的药物种类较多,在该种情况下,患者较易发生私自增减药量,甚至出现停药的情况。护理人员告知患者持续用药的重要性,告知其私自停药、增减药量会发生的不良反应情况,起到警醒的作用。同时将患者服用药物的用法用量打印出来,分发给患者,保证其能够定时定量服药。4、运动护理。指导患者进行日常运动锻炼,患有该种疾病的患者不可进行剧烈运动,但是仍然需要进行一定的运动锻炼,该种情况下的锻炼方式主要以动作幅度较小,运动速度较慢的方式为主,其中散步等运动方式最为优的,在保证患者的日常运动量的情况下,提升抵抗力。5、饮食护理。根据患者的一般临床资料分析其饮食喜好,而后依据该症患者的基本饮食标准,制定针对性的饮食计划,将患者喜爱的符合饮食标准的食物加入计划中,将患者喜爱但是不符合饮食标准的食物,打印出来发放给患者,起到提醒的作用。保证营养水平,提升机体免疫力。6、环境护理干预。将仪器报警音调低,保证病房安静,保持病房内整洁,及时通风。实行规律的夜间照明情况,减少不必要的人员进出。7、出院后干预。患者在出院时,护理人员向患者分发疾病护理手册,同时叮嘱患者定期返回医院进行复查,同时护理人员将医师以及护士的联系方式交予患者,告知其在发生异常情况时,及时联络。同时护理人员针对出院的患者进行为期 2 个月的随访,每周 1 次电话联系,了解患者的健康情况。

1.3 观察指标

1.3.1 负面情绪水平

观察组间干预前后的负面情绪水平情况,考察抑郁、焦虑水平,其中焦虑水平采用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)测定,抑郁水平采用抑郁自评量表(Self-rating depression scale, SDS)测定,两种表格均包含 20 项考察项目,其中 SAS 评分 50 分以下为未发生焦虑,50 分以上至 59 分及以下为轻度,60 分及以上至 69 分及以下为中度,69 分及以上为重度。SDS 评分分值在 0.5 分以下为未发生抑郁,0.7 分及以上为抑郁重度。

1.3.2 心功能变化情况

观察组间干预后的心功能变化,包括左心室射血分数(LVEF)、左心室舒张内径(LVEDD)、左心室收缩末期内径(LVESD)^[4]。采用超声心电图方式进行检查。

1.3.3 生活质量

观察组间干预前后的生活质量水平,采用健康调查简表(the MOS item short form health survey, SF-36)进行检查,共包括躯体功能、躯体角色、机体疼痛、健康状况、活力、社会功能、情绪角色以及心理卫生 8 个领域,分值范围在 0~100 分,分值与生活质量成正比,分值越高,患者的生活质量越好,反之则越差。

1.3.4 护理满意度

观察组间的护理满意情况,使用本院自主设定的满意度调查问卷,将其进行打印后,分发给患者自行填写,该调查表为百分制,得分在 60 分

以下的患者为不满意,得分在 60 分及以上 80 分以下的为一般满意,得分在 80 分及以上至满分的为满意^[5],将问卷得分情况显示为一般满意以及满意的患者进行统计,计算出总满意患者的例数,进行两组间数据统计。

1.4 统计学方法

采用统计学 SPSS24.0 软件进行计算,计量资料表示为 ($\bar{x} \pm s$)、采用 t 检验,计数资料表示为 (n%),采用 X² 检验。在 $P < 0.05$ 时,说明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 负面情绪水平对比

经过干预后,对比组的 SAS 评分与 SDS 评分情况明显较高,与实践组比较,差异显著, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 SAS、SDS 评分情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=48)	SAS (分)		SDS (分)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对比组	60.35±5.41	49.65±5.18	0.67±0.28	0.51±0.07

表 3 SF-36 评分情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

评分项目	实践组 (n=48)		对比组 (n=48)		t (干预前)	P (干预前)	t (干预后)	P (干预后)
	干预前	干预后	干预前	干预后				
躯体功能	69.15±1.42	89.64±2.15	69.26±1.12	75.64±3.42	0.421	0.674	24.011	<0.001
躯体角色	65.36±1.25	86.65±4.21	65.28±1.32	78.34±2.36	0.305	0.761	11.929	<0.001
机体疼痛	60.14±1.42	85.21±5.36	59.97±1.64	71.25±2.54	0.543	0.588	16.306	<0.001
健康状况	59.67±1.85	85.36±4.25	59.45±1.98	70.26±3.71	0.562	0.575	18.544	<0.001
活力	71.06±1.15	92.36±2.36	70.82±1.24	85.24±2.48	0.983	0.328	14.409	<0.001
社会功能	77.05±1.21	94.25±1.26	76.98±1.35	87.25±2.64	0.268	0.790	16.579	<0.001
情绪角色	68.94±1.32	90.21±2.14	68.72±1.49	80.26±5.12	0.766	0.446	12.423	<0.001
心理卫生	69.58±1.26	91.26±3.57	69.45±1.47	81.23±2.81	0.465	0.643	15.295	<0.001

2.4 护理满意度对比

经过干预后,实践组的护理满意情况明显较高,与对比组比较,差异显著, $P < 0.05$ 。见表 4。

表 4 护理满意度情况对比 (n%)

组别 (n=48)	满意	一般满意	不满意	总满意
对比组	20 (41.67)	18 (37.50)	10 (20.83)	38 (79.17)
实践组	25 (52.08)	21 (43.75)	2 (4.17)	46 (95.83)
X ²	6.095			
P	0.014			

3 讨论

冠心病是指血管狭窄或阻塞导致的心肌细胞缺血情况^[6],患病后患者的心血管负担逐渐加重,已经成为危害城乡居民生命的重大疾病^[7]。临床治疗手段主要以手术、西药为主^[8],在治疗的过程中,仍旧需要一定的护理干预。加之该症的主要患病人群为中老年群体,由于年龄增长,患者的理解能力与记忆力明显下降^[9]。在该种情况下,采用良好的护理干预手段,将尤为重要。笔者所在医院将综合护理干预措施应用于冠心病患者的治疗中,通过全方位护理患者,关注患者的心理水平、生活情况以及环境氛围,保证护理干预水平。结果中显示,实践组的负面情绪水平即心脏功能情况明显优于对比组,表明采用综合护理干预,通过组织健康宣讲,扫清对于疾病的错误认知情况,针对性心理纾解,缓和负面情绪,督促患者做到正确用药^[10],提升家属的陪伴时间,使患者感受到家庭温暖,进而缓解负面情绪水平,进行饮食、运动训练方面的干预,提供控制饮食,减轻血液中的脂质水平,加之进行运动锻炼,促进血液流动情况。结果中显示实践组的护理满意情况以及生活质量情况均优于对比组,表明采用综合护理干预能够有效提升患者的生活能力。将患者的自然用药次数、药量情况打印出来,予以患者,起到提示服药的作用,降低患者滥用药的情况,保证治疗效果。出院后就分发护理手册,同时进行随访,保证患者出院后持续治疗

实践组	60.41±4.29	34.52±4.17	0.65±0.30	0.37±0.15
t	0.060	15.763	0.338	5.860
P	0.952	<0.001	0.736	<0.001

2.2 心功能变化情况对比

经过干预后,对比组的 LVEF 水平较低, LVEDD 以及 LVESD 情况明显较高,与实践组比较,差异显著, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 心功能情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=48)	LVEF (%)	LVEDD (mm)	LVESD (mm)
对比组	40.16±4.52	48.69±6.27	52.67±4.17
实践组	46.38±3.47	42.65±4.51	48.61±3.21
t	7.562	5.418	5.345
P	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 SF-36 评分情况对比

经过干预后,实践组的 SF-36 评分情况明显较高,与对比组比较,差异显著, $P < 0.05$ 。见表 3。

情况,进而保证患者的日常生活能力。

综上所述,冠心病患者在后续护理干预治疗中,采用综合性护理干预措施,缓和负面情绪,提升心脏功能能力,保证日常生活水平能力,从而提升患者对于护理工作的满意程度,值得临床推广使用。

参考文献:

- [1]孙婧,李萍.冠心病患者的系统性心肺康复护理[J].实用临床医药杂志,2020,24(14):4.
- [2]赵婷.冠心病经皮冠状动脉介入术后患者下肢深静脉血栓形成的预防性护理[J].血栓与止血学,2020,26(1):2.
- [3]张华,张双,刘淑华,王楠,刘永政.系统心脏康复护理对冠心病患者术后生活质量的影响[J].河北医药,2020,42(16):4.
- [4]张玲玲,谭秋荣,邹锦.冠心病患者护理中整体化康复护理模式的应用研究[J].中国药物与临床,2021,21(12):2.
- [5]秦小利,杨冰.对老年冠心病患者心律失常综合护理效果分析[J].中国药物与临床,2020,20(15):3.
- [6]贾艳静,王新宙.优质护理应用于老年冠心病患者护理中对患者生活质量和疗效的影响[J].中国药物与临床,2021,21(8):3.
- [7]乔秋萍,徐娟娟,杨巧芳,高宁.居家护理平台在冠心病患者经皮冠状动脉介入治疗术后自我管理中的应用[J].中国护理管理,2020,20(8):5.
- [8]胡薇.多维化个体护理模式对老年冠心病患者生活质量及不良事件的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(17):4.
- [9]张巧云,刘青.延续护理理论指导的家庭护理对冠心病患者的护理效果观察[J].检验医学与临床,2020,17(24):4.
- [10]敖梅,阮舒华,陈日喜.冠心病患者基于出院评估单的医院-社区-家庭联动延续护理[J].护理学杂志,2020,35(18):4.

全程护理干预在小儿哮喘雾化治疗中的有效性研究

¹ 杨莉 通讯作者: 吕晓倩

陕西省渭南市大荔县妇幼保健院 陕西渭南 715100

摘要:目的: 分析全程护理干预在小儿哮喘雾化治疗中的有效性。方法: 纳入我院的 88 例小儿哮喘雾化治疗患儿展开分组比较, 患儿在 2019 年 2 月~2022 年 1 月期间收治, 随机双盲法实施分组, 有对照组与观察组, 分别采取常规护理、全程护理干预, 对比两组症状改善情况, 分析其肺功能, 统计两组的护理满意度情况。结果: 观察组症状缓解时间和住院时间明显比对照组短, 其喘息消失时间 (3.02±0.36) d, 气促消失时间 (5.38±1.02) d, 肺部湿啰音消失时间 (5.28±1.17) d, 住院时间 (7.24±1.28) d, 二者有显著差异, $P<0.05$; 观察组肺功能指标优于对照组, 其 PEF 是 (237.38±26.38) L/min, FEV1 是 (2.17±0.28) L, 均较高, 二者差异性显著, $P<0.05$; 两组的护理满意度进行对比, 观察组较高, 为 95.45% (42 例), 组间有显著差异, $P<0.05$ 。结论: 全程护理干预用于小儿哮喘雾化治疗的干预效果较好, 可促进症状消退, 缩短住院时间, 帮助恢复其肺功能, 减轻患儿痛苦, 值得使用。

关键词: 全程护理干预; 小儿哮喘; 雾化治疗; 症状消退; 肺功能; 满意度

小儿哮喘属于常见的儿科疾病, 本病可导致患儿出现呼吸困难、气促、喘息、咳嗽等多种症状, 严重情况下导致呼吸衰竭, 致患儿死亡^[1]。近几年, 小儿哮喘临床发病率不断提高, 具体原因不明, 但疾病对患儿生长发育有严重影响, 应积极预防治疗。临床主要采用雾化治疗方式干预本病, 雾化吸入药物可以有效减轻病灶的炎症反应, 促进病症消退, 但儿童对治疗的依从性较差, 恐影响治疗效果^[2]。故此, 考虑尽快改革临床护理措施, 采取一种有效的护理措施。全程护理干预和传统护理不同, 将护理工作落实于治疗全程, 而不再单纯关注治疗期间的护理, 可以减少大部分的疾病干扰因素, 为临床治疗提供更好的护理服务^[3-4]。基于此, 文章探讨了其在小儿哮喘雾化治疗中的价值, 并选取了 88 例患儿分析, 内容整理如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

纳入我院的 88 例小儿哮喘雾化治疗患儿展开分组比较, 患儿在 2019 年 2 月~2022 年 1 月期间收治, 随机双盲法实施分组, 有对照组与观察组, 分别采取常规护理、全程护理干预, 每组各有 44 例病患。观察组: 男性患儿 28 例, 女性患儿 16 例, 年龄 3~9 岁, 平均值 (6.02±1.05) 岁, 病程 2~5 年, 平均值 (3.61±1.02) d; 对照组: 男性患儿 25 例, 女性患儿 19 例, 年龄 4~9 岁, 平均值 (6.05±1.02) 岁, 病程 2~5 年, 平均值 (3.56±1.06) d。比较其一般资料无统计学差异, $P>0.05$, 可对比。

纳入标准: 患者经支气管激发试验、影像学等检查可以确诊; 符合雾化治疗适应症; 一个月内为接受过相关性治疗; 家属签署了知情同意书。

排除标准: 合并多种急、慢性呼吸系统疾病患儿; 肝肾功能异常患儿; 精神疾病患儿; 药物过敏患儿。

1.2 方法

患儿入院后均实施抗感染治疗、平喘以及解痉治疗等, 依据病情实施雾化吸入治疗。对照组在治疗期间实施常规护理, 指导家属如何帮助患儿进行治疗, 监测患儿的体征与病情, 强化病房巡查, 及时发现问题和风险。观察组实施全程护理干预, 内容如下:

1.2.1 治疗前干预

雾化治疗前, 需要向患儿家属介绍雾化治疗的方式、优势、所需时间、患儿可能出现的抗拒情况等, 告知家属如何应对患儿的不良情绪。对于年龄较大的患儿, 可指导患儿如何配合治疗。给予患儿鼓励, 可在病房内播放动画片, 转移其注意力, 提升治疗过程的配合度。嘱咐家属, 治疗过程中仔细观察患儿, 做到及时排痰, 避免出现呼吸道阻塞情况, 治疗期间禁食。

1.2.2 治疗中护理措施

上雾化器前, 与患儿沟通, 帮助患儿调整至适合、舒适的体位, 通过抚摸患儿头部、面部、手部给予患儿鼓励和安慰, 通过奖励方式让患儿坚持完成治疗, 例如对于顺利完成治疗, 不哭不闹的患儿, 应在治疗结束后

奖励绘本、糖果等物品, 措施患儿依从治疗。治疗前, 检查患儿呼吸道, 确保呼吸通畅, 叮嘱家属不要将雾化器对准患儿咽部。治疗期间, 要维持患儿情绪平稳, 也可在睡眠状态下进行治疗, 治疗时间应严格控制在 20min 内, 对于哭闹十分严重的患儿, 要及时停止治疗, 避免鼻涕、口水呛至呼吸道中。

1.2.3 治疗后护理

治疗结束后, 及时清理口腔, 避免药物沉积, 通过拍背方式促进排痰。及时回收雾化治疗装置, 减少交叉感染风险。治疗结束后, 患儿应保持清淡饮食, 摄入足够的营养成分, 如热量、脂肪、维生素、微量元素等。定期随访, 了解患儿的生活环境和病情控制情况, 嘱咐家属消除环境中的过敏原、不安全因素等, 减少疾病复发, 尽可能创造洁净、舒适的生活环境。

1.3 观察指标

1.3.1 病情缓解情况

对比两组的喘息消失时间、气促消失时间、肺部湿啰音消失时间和住院时间, 时间越短, 病情缓解越快。

1.3.2 肺功能指标

观察两组的 PEF (最大呼气流速)、FEV1 (一秒用力呼气量)。

1.3.3 满意度

自制满意度调查卡片, 在治疗结束后由家属代表进行评估, 卡片中有满意、较满意和不满意三个选项, 总满意例数为满意与较满意之和。

1.4 统计学分析

本次统计学工具为 SPSS23.0, 计数资料、计量资料以百分数、(均数±标准差) 表达, 以 X^2 和 t 值检验, $P<0.05$ 为研究有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组的病情缓解情况分析

观察组症状缓解时间和住院时间明显比对照组短, 其喘息消失时间 (3.02±0.36) d, 气促消失时间 (5.38±1.02) d, 肺部湿啰音消失时间 (5.28±1.17) d, 住院时间 (7.24±1.28) d, 二者有显著差异, $P<0.05$ 。

表 1: 两组病情缓解指标 (d)

组别 (n=44)	喘息消失时间	气促消失时间	肺部湿啰音消失时间	住院时间
观察组	3.02±0.36	5.38±1.02	5.28±1.17	7.24±1.28
对照组	4.65±1.06	5.99±1.01	7.54±1.26	10.62±1.55
t	9.6584	2.8188	8.7186	11.1533
P	0.0000	0.0060	0.0000	0.0000

2.2 两组的肺功能分析

观察组肺功能指标优于对照组, 其 PEF 是 (237.38±26.38) L/min, FEV1 是 (2.17±0.28) L, 均较高, 二者差异性显著, $P<0.05$ 。

表2: 两组的肺功能指标对比

组别 (n=44)	PEF (L/min)		FEV1 (L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	133.63±35.93	237.38±26.38	1.03±0.33	2.17±0.28
对照组	132.48±37.38	174.62±34.83	1.05±0.29	1.51±0.56
t	0.1471	9.5280	0.3020	6.9924
P	0.8834	0.0000	0.7634	0.0000

2.3 两组的护理满意度分析

两组的护理满意度进行对比, 观察组较高, 为 95.45% (42 例), 组间有显著差异, $P < 0.05$ 。

表3: 两组的护理满意度对比

组别(n=44)	满意(n)	较满意(n)	不满意(n)	满意度 (n/%)
观察组	37	5	2	42 (95.45)
对照组	27	8	9	35 (79.55)
χ^2				5.0909
P				0.0241

3、讨论

小儿哮喘属于呼吸内科疾病, 本病在临床中比较常见, 主要以雾化吸入方式进行治疗, 和口服药物、静脉输液相比, 雾化吸入可以让药物直达病灶, 以抑制炎症反应, 减轻患儿病情^[5-6]。但雾化吸入治疗具有一定的不适感, 一些药物异味较重, 治疗过程中患儿依从性较差, 可能出现哭闹、抗拒等情绪, 影响到了疾病的治疗效果^[7]。此外, 治疗期间, 家属的管理能力、护理能力等也将对疗效产生影响, 例如雾化治疗过程中, 出现吸入装置佩戴位置不合理、长期松脱等情况, 会浪费大量的药物, 患儿坐姿不良、配合度差, 会导致药物无法顺利到达病灶^[8-9]。

而在传统的护理措施下, 护士虽然对家属进行了指导, 但由于指导方式不恰当或是缺少监督等因素, 使得治疗过程中, 家属不能够正确的使用雾化器和固定面罩, 这些因素都将直接影响到患儿的治理效果^[10-11]。在本次研究中, 观察组症状缓解时间和住院时间明显比对照组短, 其喘息消失时间 (3.02±0.36) d, 气促消失时间 (5.38±1.02) d, 肺部湿啰音消失时间 (5.28±1.17) d, 住院时间 (7.24±1.28) d, 二者有显著差异, $P < 0.05$ 。在采取全程护理干预措施之后, 观察组患儿症状缓解更快, 同时其住院时间缩短, 提示全程护理干预措施有利于患儿病情的快速改善, 减少患儿痛苦^[12]。分析其原因在于: 全程护理干预下, 在治疗前、治疗中和治疗后均实施了护理干预措施, 治疗前介绍了雾化治疗的具体方式和过程, 以及可能出现的各类情况, 教授了家属正确的配合方式, 同时做好了患儿的心理护理^[13-14]; 治疗中, 通过语言鼓励、奖励等方式可提高患儿配合度, 让患儿更加勇敢的接受治疗, 治疗期间加强巡查, 减少了呛咳等不良问题的发生。治疗后, 告知了家属相关的注意事项、饮食宜忌, 并实施了随访, 能够有效减少疾病复发^[15]。因此, 观察组在接受全程护理干预后, 其各种病症都能更快的消退, 缩短了住院时间。

研究结果还指出: 观察组肺功能指标优于对照组, 其 PEF 是 (237.38±26.38) L/min, FEV1 是 (2.17±0.28) L, 均较高, 二者差异性显著, $P < 0.05$ 。两组的护理满意度对比, 观察组体现出的满意度也更高。全程干预模式是一种全程参与式的护理模式, 并未将护理干预限制于治疗过程中, 对治疗前、治疗后的护理也引起了重视, 尤其是治疗后的随访工作, 可以很大程度的避免疾病复发, 帮助患儿减少痛苦^[16-17]。同时, 依据不同阶段展开护理也提高了临床护理的有效性和针对性, 避免了以往的盲目式护理方式。

小儿病患的护理具有一定的特殊性, 需要护士投入更多的精力和耐心。并且小儿护理的风险较高, 一旦出现错误, 就会引起护患纠纷, 甚至遭遇法律风险, 因此对护士也有着较高的要求。全程护理干预下, 对患儿

进行了全方位的干预管理, 可以很大程度减少护理错误引起的各类风险, 避免治疗过程中出现呛咳、呼吸道阻塞等不良情况, 保障了患儿的安全^[18-19]。临床中, 亦有部分哮喘患儿反复入院, 加重了自身以及家庭的负担, 全程护理干预下的治疗后护理进行了随访, 对出院后的病情康复和控制提出了指导, 可以减少疾病复发风险, 避免疾病短期内反复发作为^[20]。

综上所述: 小儿哮喘行雾化治疗期间实施全程护理干预措施可以加快患儿病症消失, 缩短住院时间, 改善患儿的肺功能, 取得家属满意, 这一措施可以在临床进行推广。

参考文献:

- [1] 毕艳芳, 何文珍. 探讨全程护理干预在小儿哮喘雾化治疗中的应用效果[J]. 母婴世界, 2022 (13): 128-130.
- [2] 吴寒. 探讨全程护理干预在小儿哮喘雾化治疗中的应用效果[J]. 当代护士 (下旬刊), 2021, 28 (12): 86-88.
- [3] 张怀波. 全程护理干预在小儿哮喘雾化治疗中的应用分析[J]. 中华养生保健, 2021, 39 (16): 82-84.
- [4] KANG, QINHONG, ZHANG, XIAOYING, LIU, SHANJUAN, et al. Correlation between the vitamin D levels and asthma attacks in children: Evaluation of the effects of combination therapy of atomization inhalation of budesonide, albuterol and vitamin D supplementation on asthmatic patients[J]. Experimental and therapeutic medicine, 2018, 15 (1 Pt.B): 727-732.
- [5] 杨丽. 全程护理干预在小儿哮喘雾化治疗中的效果分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (3): 223-224.
- [6] 江涛. 全程护理干预在小儿哮喘雾化治疗中的临床效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (4): 253-254.
- [7] 戴金秀, 彭锦, 王健. 全程护理干预模式在小儿哮喘雾化治疗护理中的效果评价[J]. 特别健康, 2020 (13): 237-238.
- [8] 倪萌. 全程护理干预在小儿哮喘雾化治疗中的效果评价研究[J]. 当代临床医刊, 2020, 33 (1): 66-67.
- [9] 明芳, 刘晓燕. 全程护理干预在小儿哮喘雾化治疗中的效果分析[J]. 影像研究与医学应用, 2017, 1 (17): 173-174.
- [10] 陈静, 徐玲, 段银霞. 探讨全程护理干预在小儿哮喘雾化治疗中的应用效果[J]. 贵州医药, 2017, 41 (12): 1332-1333.
- [11] 黄鑫. 全程护理干预在小儿哮喘雾化治疗中的效果分析[J]. 首都食品与医药, 2019, 26 (16): 168.
- [12] 杨晓球. 探析在小儿哮喘雾化治疗中应用全程护理干预的临床效果[J]. 医学信息, 2020, 33 (z2): 30-32.
- [13] 李婷. 分析全程护理干预模式在小儿哮喘雾化治疗护理中的效果[J]. 系统医学, 2020, 5 (8): 142-144.
- [14] 李琳. 全程护理干预模式在小儿哮喘雾化治疗护理中应用及对家长满意度影响分析[J]. 养生保健指南, 2020 (20): 94-95.
- [15] DIAO, MIN, MIN, JIE, GUO, FEI, et al. Effects of salbutamol aerosol combined with magnesium sulfate on T-lymphocyte subgroup and Th1/Th2 cytokines of pediatric asthma[J]. Experimental and therapeutic medicine, 2017, 13 (1): 117-120. [16] 王晗. 全程护理干预模式在小儿哮喘雾化治疗护理中的应用效果分析[J]. 养生保健指南, 2020 (34): 156.
- [17] 纪林霞. 全程护理干预模式在小儿哮喘雾化治疗护理中的效果及有效率分析[J]. 母婴世界, 2020 (25): 149.
- [18] 杨年云. 全程护理干预模式在小儿哮喘雾化治疗护理中的效果研究[J]. 母婴世界, 2020 (15): 200-201.
- [19] 魏锦文, 王洁, 于凤琴. 全程护理干预在小儿哮喘雾化吸入治疗中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29 (1): 153-154.
- [20] 孔锦赛. 全程护理干预模式在小儿哮喘雾化治疗护理中应用及对家长满意度影响分析[J]. 母婴世界, 2020 (1): 150.

CT 增强扫描造影剂外渗原因及护理干预分析

吕佳奕

南通大学附属医院 江苏南通 226000

摘要：目的：对 CT 增强扫描造影剂的外渗原因进行分析，并探讨合理护理干预措施。方法：为了避免 CT 增强扫描造影剂的外渗，首先需要在护理期间为患者采取有效的护理干预措施，研究开展对比实验，实验对象为本院的 100 例进行 CT 增强扫描的患者，将患者进行双盲分组后，分别采取不同的护理方式，即常规护理以及预防碘造影剂外渗的针对性护理干预措施，比较两组患者的护理结果。结果：比较护理结果发现，观察组和对照组之间显著存在较大的差异 ($P < 0.05$)。结论：在进行 CT 增强扫描的患者护理期间采用针对性的护理干预措施，可以有效的降低碘造影剂外渗，提升患者护理满意度，值得进行临床推广。

关键词：CT；增强扫描；造影剂；外渗；针对性护理

Analysis of causes and nursing intervention of contrast extravasation in CT enhanced scanning

Affiliated Hospital of Nantong University, Nantong 226000, China

Lv Jiayi

Abstract: Objective: To analyze the causes of extravasation of CT enhanced scanning contrast machine, and explore reasonable nursing intervention measures. Methods: In order to avoid the extravasation of contrast agent in CT enhanced scanning, effective nursing intervention measures should be taken for patients during the nursing period. Comparative experiments were carried out. The experimental objects were 100 patients who received CT enhanced scanning in our hospital. Namely routine nursing and prevention of iodine contrast extravasation of targeted nursing intervention measures, compare the nursing results of the two groups of patients. Results: There was a significant difference between the observation group and the control group ($P < 0.05$). Conclusion: The use of targeted nursing interventions during the nursing of patients undergoing ENHANCED CT scan can effectively reduce the outflow of iodine contrast agent and improve patient nursing satisfaction, which is worthy of clinical promotion.

Key words : CT; Enhanced scanning; Contrast agent; Extravasation; Targeted care

引言：随着当前社会经济的不断发展，当前医疗水平也不断提升，因此诊断水平也随之取得了一定的进步，而 CT 增强扫描是在平扫基础上进行的，在应用的过程中通过碘造影剂的密度差，来定位和定性患者的病变组织，这种检查方法在当前的临床治疗中有着非常广泛的应用范围，且应用效果也比较显著，不仅有效的提升了疾病的诊断和鉴别准确性，也对患者的治疗提供了更加有效的依据。而在 CT 增强扫描中，碘造影剂的注射也会直接影响到扫描的最终效果，一旦在注射后发生碘造影剂外渗，会严重的刺激到患者的局部组织，导致患者出现疼痛感、肿胀的现象，严重还有可能导致患者肢体坏死或肢体功能障碍等情况的发生^[1]。因此，就需要不断提升当前 CT 增强扫描中碘造影剂注射的成功率，对碘造影剂外渗进行提前预防，从而不断的提升当前的检测水平，保证患者的生命安全。而护理工作可以有效的针对这一问题进行解决，本文就预防碘造影剂外渗的针对性护理干预措施对预防碘造影剂外渗的效果进行分析，内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2020 年 6 月至 2022 年 7 月分别是研究的开始和结束时间，就这一期间所收治的 80 例进行 CT 注射碘造影剂进行 CT 增强扫描的 100 例患者作为研究对象，将其进行分组后对比其一般资料，并将对比结果通过表 1 进行显示。

1.2 方法

为对照组患者在护理期间采取常规的护理干预措施，主要护理内容是在患者检查前，帮助患者准备好所需物品，并告知患者检查过程中和检查后的注意事项等等，在这一基础上，为观察组患者采取预防碘造影剂外渗的针对性护理干预措施，详细护理步骤如下：

①在患者入院接受检查时，护理人员需要为患者发放关于检查内容的相关知识手册，手册采取图文并茂的方式，向患者讲解关于检查的相关内容，图文并茂的方式具有更高的生动和形象的特点，且患者对该内容也更加容易理解。其中主要内容分别是 CT 增强扫描可以达到的效果、进行 CT 增强扫描的具体过程以及碘造影剂的具体功效、患者在接受扫描时需要配合的事项等等，提升患者对 CT 扫描的信心和认知水平，从而确保患者在

进行诊断检查时可以更加配合，依从性也随之提升^[2]。

②在患者进行检查前直至检查后，责任护士都需要全程的陪伴患者，为患者进行碘造影剂的注射后，对其进行安抚，然后观察患者的实际反应和情况，全程观察到检查结束后，这一目的是为了检查的过程中避免出现碘造影剂外渗的情况。

③如温度较低，护理人员需要及时采取有效的手段来为穿刺部位和碘造影剂进行加温，如果是天气原因导致环境比较寒冷，护理人员在为患者进行碘造影剂的注射前就需要为其提供热水袋对其即将注射的部位进行热敷，让患者的穿刺部位回温后，才可以确保静脉血管的充盈，在这一情况下，再为患者进行静脉穿刺可以有效的提升患者的静脉穿刺成功率，同时也可以降低注射外渗的情况发生^[3]。同时，如果碘造影剂的温度较低，护理人员可以将其进行及时的加温，温度加热到 35 摄氏度到 37 摄氏度之间为最佳，如果温度过低可能会刺激到患者的静脉，从而导致患者静脉出现血管收缩痉挛，引起注射失败的情况发生，最终导致碘造影剂外渗。同时对碘造影剂进行加温还可以有效的降低碘造影剂的粘稠度，并将注射阻力减轻，顺利的推进碘造影剂，因此也可以有效的对碘造影剂的外渗几率降低，避免了对患者身体的损伤。

④在进行穿刺的过程中，选择穿刺针的过程中，尽量选择外周静脉留置针，主要是由于外周静脉留置针的针头是软管，在穿刺后，患者难免会出现一定的活动或动作，而软管的枕头就不会对其血管造成损伤，但是如果针尖过硬就可能刺破患者的血管，从而导致碘造影剂的外渗。

⑤在固定穿刺针时，护理人员尽量选择 3M 透明胶敷贴，这一敷贴的应用非常适合在就进行 CT 增强扫描患者的使用过程中，使用 3M 透明胶敷贴的主要原因是由于该敷贴具有较大的面积且粘性较高，发生移位或松脱的几率比较低，可以将枕头更加牢固的进行固定，从而也可以降低碘造影剂发生外渗的几率^[4]。

1.3 观察指标

以两组患者的碘造影剂外渗发生几率、静脉穿刺一次性成功率以及患者的护理满意度作为对比依据。护理满意度的调研采取的是本院自制的调

研问卷表进行评估, 分别有非常满意、满意和不喜欢三个层次。

1.4 统计学处理

为了提升研究的准确性, 统计学处理是非常必要的步骤之一, 本次研究采用的是统计学软件 SPSS 22.0 来进行数据处理, 在进行分析处理后, 会对计量和计数进行不同方式的表达, 分别是 $\bar{x} \pm s$ 和 $n(\%)$; 其次对数据进行检验会采用 t 和 X^2 进行。经对比后, 组间差异较大且具有统计学意义, 则视为 ($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 表 1 为两组患者的一般资料对比情况。

表 1 两组患者一般资料对比情况 ($\bar{x} \pm s, n, \%$)

组别	例数	年龄跨 度(岁)	平均年龄 (岁)	性别(例)		体质量指 数(kg/m^2)
				男	女	
观察组	50	7~79	40.55 $\pm$ 10.44	21(52.50)	19(47.50)	23.65 $\pm$ 1.54
对照组	50	8~82	41.05 $\pm$ 8.54	22(55.00)	18(45.00)	23.15 $\pm$ 1.16
X^2/t 值			0.5964		0.6912	0.6487
P 值			>0.05		>0.05	>0.05

2.2 表 2 为两组患者碘造影剂外渗发生率、静脉穿刺一次性成功率对比情况。

表 2 两组患者碘造影剂外渗发生率和静脉穿刺一次性成功率对比 ($n, \%$)

组别	例数	碘造影剂外渗 发生率	静脉穿刺一次 性成功率
观察组	50	1 (2.00)	45 (90.00)
对照组	50	6 (12.00)	36 (72.00)
X^2 值		15.3244	22.5871
P 值		<0.05	<0.05

2.3 表 3 为两组患者对 CT 增强扫描检查护理工作的满意度对比情况。

表 3 两组患者对 CT 增强扫描检查的护理满意度对比 ($n, \%$)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	50	41(82.00)	8 (16.00)	1 (2.00)	49(98.00)
对照组	50	29(58.00)	13(26.00)	8 (16.00)	42(84.00)
X^2 值					18.4797
P 值					<0.05

3 讨论

CT 增强扫描是临床中常见的一种检测方式, 通过这种方式可以有效的对患者的疾病进行深入的了解和观察, 也是患者进行治疗的重要依据。而在患者进行 CT 增强扫描的过程中, 碘造影剂外渗是比较常见的一种不良事件, 该事件属于医源性损伤, 一旦患者在 CT 增强扫描过程中发生碘造影剂外渗的现象, 会对其治疗效果和检测准确性造成严重影响。随着当前 CT 增强扫描在临床中的广泛应用, 所发生的碘造影剂外渗事件也逐渐增加, 这也将人们对碘造影剂外渗的重视程度不断提升。而会发生碘造影剂的原因也比较多, 不仅和护理工作有着较大的关联, 也和患者自身情况有很大的关系^[5-9]。例如患者在检测期间, 对 CT 造影剂缺乏了解, 这就会导致患者检测的过程中对检测效果存在较大的疑问和不理解, 从而产生焦虑和恐惧的负面情绪, 整体的配合依从性比较低, 在注射的过程中就非常容易导致碘造影剂外渗情况的发生。同时, 部分患者的血管条件较差, 在进行穿刺的过程中也大大的将穿刺难度提升, 在穿刺期间就很有可能出

现造影剂外渗的情况。最后是由于护理人员的穿刺水平较低, 有相关研究表明, 护理人员的穿刺水平和造影剂外渗的发生几率成反比, 穿刺人员的穿刺水平越高, 发生碘造影剂外渗的几率越低, 同时, 如果在造影剂进行注射时, 其速度为 3mL/s 或渗透液 500mOsm/ ($\text{kg} \cdot \text{H}_2\text{O}$), 就会将患者出现碘造影剂外渗的发生几率大大提升^[10-13]。

为了降低在患者进行 CT 扫描时碘造影剂外渗的发生几率, 在临床中就需要在患者进行 CT 扫描时为患者采取有效的护理干预措施, 本文就针对性护理对碘造影剂外渗的发生几率影响进行了详细的分析, 以本院的 100 例进行 CT 增强扫描的患者作为研究对象, 将其分组后分别采取了不同的护理干预措施, 对照组采取常规护理, 观察组则是采取预防碘造影剂外渗的护理干预, 经过对比两组患者在护理后的碘造影剂外渗发生率、静脉穿刺一次性成功率以及患者的护理满意度后发现, 观察组患者的碘造影剂外渗发生率、静脉穿刺一次性成功率以及患者的护理满意度分别为 2.00%、90.00%和 98.00%, 而对照组患者的碘造影剂外渗发生率、静脉穿刺一次性成功率以及患者的护理满意度分别为 12.00%、72.00%和 84.00%, 观察组整体优于对照组 ($P < 0.05$)^[13-17]。

综上所述, 针对 CT 增强扫描造影剂外渗采取针对性的预防措施可以有效的改善渗透率, 提升患者满意度。

参考文献:

- [1]任碧连,郭彩云,李传旺,林祺.多层螺旋 CT 增强扫描中造影剂外渗的护理对策[J].现代医学影像学,2020: 380-382.
- [2]王婷婷,施奕.CT 增强扫描高压注射造影剂外渗原因及护理干预措施分析[J].医药前沿,2019: 184-185.
- [3]庞菊,刘尊清,冯坤娟,胡育松,程诗军,徐智君.CT 增强扫描造影剂外渗的预防与护理[J].中国医学创新,2010: 104.
- [4]何冬影,杨小燕,萧冰.水胶体敷料应用于 CT 增强扫描造影剂外渗的临床效果观察[J].蛇志,2018: 60-61.
- [5]周珺,刘芬.预见性护理对 CT 增强扫描造影剂外渗的影响及护理满意度观察[J].影像研究与医学应用,2018: 128-129.
- [6]林英,陈小娘,李燕梅. CT 增强扫描中造影剂副反应预防及护理管理最佳证据总结[J]. 当代护士 (下旬刊). 2022 (03)
- [7]王华东. CT 增强扫描对肝血管瘤的诊断意义分析与评估[J]. 中国医疗器械信息. 2021 (09)
- [8]刘立红,胡雅琼,余娟,雷益. 静脉留置针在老年患者 CT 增强扫描中的应用及护理[J]. 深圳中西医结合杂志. 2019 (24)
- [9]高梅娟,熊永利. 16 排螺旋 CT 增强扫描对消化系统肿瘤的评估[J]. 影像研究与医学应用. 2020 (06)
- [10]陈维,王刚.灵活护理模式在螺旋 CT 增强扫描中的作用及满意度应激反应分析[J]. 山西医药杂志. 2019 (12)
- [11]江洁,沈乐.综合性护理措施在降低 CT 增强扫描造影剂不良反应发生率中的应用[J]. 当代护士 (下旬刊). 2019 (06)
- [12]张媛,关静,盛金平. CT 增强扫描患者实施细节护理对预防造影剂外渗的临床价值分析[J]. 世界最新医学信息文摘. 2019 (37)
- [13]陈秀梅. 全程护理干预在提高螺旋 CT 增强扫描护理质量中的应用效果[J]. 影像研究与医学应用. 2019 (10)
- [14]杨琳. 奥马哈护理系统对 CT 增强扫描的肝癌介入患者 HAMA 及不良反应的干预效果研究[J]. 中国医学创新. 2018 (36)
- [15]苏婷,王焕生,江学玲,翟业效. 多科室协作规范化护理对 CT 增强扫描不良事件及图像质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志. 2018 (21)
- [16]鲁小茹. 循证护理模式对提升 CT 增强扫描患者配合度、减少对比剂不良反应的效果[J]. 临床医学研究与实践. 2018 (21)
- [17]周珺,刘芬.预见性护理对 CT 增强扫描造影剂外渗的影响及护理满意度观察[J]. 影像研究与医学应用. 2018 (14)

ICU 重症颅脑损伤患者程序化镇静镇痛联合针对性护理对患者预后影响

杨小霞

梧州市红十字会医院 广西梧州 543000

摘要：目的：探讨 ICU 重症颅脑损伤患者程序化镇静镇痛联合针对性护理对患者预后影响。方法：根据护理方式的不同将 2019 年 5 月至 2020 年 5 月在我院接受颅脑损伤手术的 88 例患者分为两组，命名对照组、研究组，每组患者 44 例。对照组患者接受常规护理，研究组患者接受整体护理，分析临床效果及护理满意度。结果：研究组重症颅脑损伤患者并发症发生比率 2.27% 与对照组比较更低，有明显差异 ($\chi^2=3.880$, $P<0.05$)。干预后，两组重症颅脑损伤患者 SF-36 评分升高，研究组较对照组更高，有明显差异 ($t=6.800, 5.629, 5.098, 5.698$, $P<0.05$)。研究组护理满意度 97.73% 较对照组更高，有明显差异 ($\chi^2=4.950$, $P<0.05$)。结论：镇静镇痛联合针对性护理干预可促进颅脑损伤手术患者术后意识及认知功能的恢复，提高患者的生活质量和护理满意度，降低并发症发生率，改善预后。

关键词：ICU；颅脑损伤；镇静镇痛；针对性护理

Effect of Programmed Sedation Combined with Targeted Nursing on Prognosis of ICU Patients with Severe Craniocerebral Injury

YANG Xiaoxia

Wuzhou Red Cross hospital, Guangxi, Wuzhou 543000, China

【Abstract】 Objective: To investigate the prognosis effect of programmed sedation and analgesia in patients with severe craniocerebral injury. Methods: The 88 patients undergoing craniocerebral injury surgery in our hospital from May 2019 to May 2020 were divided into two groups, named control group and study group, and 44 patients in each group. Patients in the control group received routine care, and patients in the study group received overall care, analyzing clinical effects and care satisfaction. Results: The complication rate of 2.27% of severe craniocerebral injury patients in the study group was lower compared with controls ($\chi^2=3.880$, $P<0.05$). After the intervention, the SF-36 score was increased in the two severe SCI groups, and the study group was significantly different compared with the controls ($t=6.800, 5.629, 5.098, 5.698$, $P<0.05$). Nursing satisfaction of 97.73% in the study group was higher compared with the control group ($\chi^2=4.950$, $P<0.05$). Conclusion: Sedation and analgesia combined with targeted nursing intervention can promote the recovery of postoperative consciousness and cognitive function, improve the quality of life and nursing satisfaction, reduce the incidence of complications, and improve the prognosis.

【Key words】 ICU; craniocerebral injury; sedation and analgesia; targeted care

引言

针对性护理干预是在常规护理基础上发展而来的全面性、综合性护理服务，是根据患者术后病情及身心状况实施全方位护理措施的一种护理模式，能够有效提升患者就医体验，提高临床疗效^[1]。本研究将程序化镇静镇痛联合针对性护理干预应用于颅脑损伤手术患者护理中，探究其对患者术后认知功能恢复和生活质量的影响，具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院 2019 年 5 月至 2020 年 5 月收治的 88 例重症颅脑损伤患者作为观察对象，根据护理方式不同分为两组，命名对照组、研究组，每组患者 44 例。对照组男 25 例，女 19 例，平均年龄 (47.62 ± 2.33) 岁，受伤原因：车祸 24 例，坠落 10 例，打击 10 例；研究组男 26 例，女 18 例，平均年龄 (47.65 ± 2.31) 岁，受伤原因：车祸 22 例，坠落 11 例，打击 11 例。两组患者一般资料对比 $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组用常规护理。观察组用程序化镇静镇痛联合针对性护理，内容如下：

重型 TBI 病人进行神经监测有助于及早发现继发性脑损伤，以便及时干预。一是判断意识、瞳孔的变化，能较早期反映病情，是 TBI 病人重要监测内容。二是颅内压监测。颅内压监测是重型 TBI 病人神经监测的重中之重。重型 TBI 病人病情变化快，护理人员可根据颅内压变化，结合病人意识、瞳孔的变化，能及时准确判断病情的变化和发展，抓住抢救时机，避免不良后果。三是多模式监测。从颅腔压力、脑血流、脑功能等多角度、

多层次评估继发性脑损伤程度，将颅内压监测、脑组织氧监测、脑多普勒超声等孤立监测手段进行整合，指导临床采取个体化、精准化的治疗方案，从而改善病人的临床转归。病人的体位影响颅内压及脑灌注压。重型 TBI 病人应保持正确体位，头部与颈部保持一致，床头抬高 30°，有利于脑静脉引流。有研究发现，仰卧位屈膝头部抬高 30°显著降低颅内压。存在脑脊液耳、鼻漏的病人，应抬高其床头。重型 TBI 病人合理使用脑组织氧疗，可以维持脑组织氧分压 $\geq 20\text{mmHg}$ ，保持颅内压 60mmHg。通常使用的方法有：第一，气管插管通气，保证有效通气，使氧饱和度 $>95\%$ 、动脉氧分压 $>80\text{mmHg}$ ，使动脉二氧化碳分压维持在 35~45mmHg；第二，适当给予丙泊酚、米达唑仑、舒芬太尼、芬太尼等药物进行镇静和镇痛；第三，床头抬高 30°~45°，并抬高病人膝盖 15°~20°；第四，癫痫发作时，给予抗惊厥药控制癫痫；第五，维持血容量正常，使颅内压和脑组织氧分压保持在正常水平。

(1) 成立程序化镇静镇痛联合针对性护理模式干预小组：由高级职称及高年资的专职护理人员组成 (8 名)，根据患者情况制定具有个性化的急救护理模式干预计划，并全面审查现有规章制度、工作流程，明确各成员工作目标、分工及职责，规范和完善护理流程，提高护理质量。(2) 强化术前干预：加强对小组成员的培训，做好术前准备；组织麻醉医生进行麻醉会诊。(3) 强化术中干预：术中医护配合默契，巡回护士监测及观察病情到位。(4) 强化气道管理：加强对患者痰液性质、黏稠度、颜色及量进行观察，考虑感染时取痰液标本行细菌培养；彻底清除呼吸道呕吐物及内分泌物，并解除舌后坠。(5) 强化病情监测：密切观察患者呼吸、血压及脉搏等，若患者突发嗜睡、躁动，可考虑病情恶化。(6) 强

化术后干预：加强与患者间的沟通，提高患者对医护人员的信任；通过集中宣教、同伴支持、个体指导等方式强化患者术后认知行为，使患者建立合理及正确的认知模式，以消除或减轻患者悲观情绪。（7）强化并发症干预：告知患者并发症预防的重要性，加强对患者行被动训练或按摩，以防止深静脉血栓形成、关节僵硬等；对于出现消化道出血者，禁食并注入止血药物，密切观察患者血压、脉搏变化。两组均连续干预6个月。

1.3 统计学方法

采用 SPSS20.0 对研究对象采集的数据进行分析，计量数据采用($\bar{x} \pm s$)表示；计数资料采用%表示，使用 χ^2 对数据进行校检； $P > 0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 并发症发生比率比较

研究组并发症发生比率 2.27%与对照组比较更低， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组并发症发生比率比较[n(%)]

组别	n	感染	压疮	肌肉萎缩	上消化道出血	并发症总发生率
研究组	44	1 (2.27)	0	0	0	1 (2.27)
对照组	44	1 (2.27)	2 (4.55)	1 (2.27)	2 (4.55)	6 (13.64)

2.2 干预前后生存质量比较

干预前，两组 SF-36 评分无明显差异， $P > 0.05$ ；干预后，两组 SF-36 评分升高，研究组较对照组更高， $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 干预前后两组生存质量比较(分， $\bar{x} \pm s$)

组别	n	躯体疼痛		生理职能		精力		精神健康	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	44	47.76 $\pm$ 5.11	58.65 $\pm$ 5.38	45.51 $\pm$ 5.43	59.98 $\pm$ 5.64	46.90 $\pm$ 5.01	60.67 $\pm$ 5.73	49.12 $\pm$ 5.28	63.35 $\pm$ 5.60
对照组	44	47.72 $\pm$ 5.14	50.97 $\pm$ 5.22	45.55 $\pm$ 5.40	53.33 $\pm$ 5.44	46.94 $\pm$ 5.07	54.48 $\pm$ 5.66	49.16 $\pm$ 5.22	56.65 $\pm$ 5.43

2.3 护理满意度比较

研究组护理满意度 97.73%与对照组比较更高， $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组护理满意度比较[n(%)]

组别	n	特别满意	一般满意	不满意	满意度
研究组	44	31(70.45)	12(27.27)	1(2.27)	43(97.73)
对照组	44	20(45.45)	17(38.64)	7(15.91)	37(84.09)

3 讨论

重型颅脑损伤是临床常见的一种危急重症，具有高致残率、高致死率。目前，手术是治疗重型颅脑损伤的有效方案^[2]，但部分患者经手术治疗后预后较差，严重影响患者生存质量，故急需探索一种积极有效的干预方式以改善患者预后，提高其生存率^[3]。常规干预缺乏针对性、整体性和系统性，且干预过程过于程序化，常导致重型颅脑损伤患者护理质量较差，影响患者治疗依从性；且临床实践过程中发现，仅靠常规干预不能有效改善患者术后恢复情况，进而导致患者临床预后较差^[4]。综合性护理干预是一种全面、优质的护理模式，其以患者为中心，加入人性化服务理念，关注患者身心全方位的需求，最大限度地为患者提供优质护理服务^[5]。有研究报道，程序化镇静镇痛联合针对性护理干预应用于颅脑损伤手术患者可以为其提供更为全面、优质的护理服务，有助于减少患者术后并发症及相关不良事件的发生^[6-7]。颅脑损伤患者手术治疗后需长时间卧床，甚至部分患者术后多处于深度昏迷状态，存在自主活动能力障碍，易发生压疮、感染、肌肉萎缩等并发症，降低临床治疗效果和患者生活质量，影响患者恢复^[8]。本研究中对部分颅脑损伤手术患者实施程序化镇静镇痛联合针对性护理干预，其中体位护理有助于促进患者脑静脉血液回流，降低脑灌注压，促进患者伤口愈合，在一定程度上降低压疮、深静脉血栓等并发症的发生率。颅脑损伤手术患者术后一般无法自主呼吸，需借助机械辅助通气，程序化镇静镇痛联合针对性护理干预对患者呼吸道和口腔实施护理，可防治呼吸道和口腔感染，避免引发肺部感染^[9]。在生活护理上，程序化镇静镇痛联合针对性护理干预从卫生、饮食、肢体活动三个方面开展，全方位照顾患者生活，加强病房环境、衣物、患者皮肤、肛门、外阴等清洁，能够有效预防患者发生皮肤感染、泌尿系统感染等并发症，提高患者对护理的满意度；饮食方面通过从肠内营养支持到流食一半流食一软食的过渡，有效保障患者营养充足，利于患者体质的增强，生活质量的提高；在肢体活动方

面，无论患者处于昏迷还是清醒状态，护理人员均对患者肢体进行康复训练，促进患者全身血液循环，既避免了患者肌肉萎缩，又有利于患者恢复。

程序化镇静镇痛联合针对性护理在干预过程中通过对重型颅脑损伤患者实施认知行为干预，可使患者重复了解疾病的发病原因、危害及治疗的重要性等，从而有助于提高患者的治疗配合度，有效减轻其应激障碍程度，可提升患者对护理服务的满意度。

结束语

综上所述，程序化镇静镇痛联合针对性护理干预可促进颅脑损伤手术患者术后意识及认知功能的恢复，提高患者的生活质量和护理满意度，降低并发症发生率，改善预后。

参考文献：

- [1]游燕.针对性护理路径在 ICU 重症颅脑损伤患者护理中的应用[J].人人健康,2019(24):174.
 - [2]周娟.重症颅脑损伤患者程序化镇痛镇静治疗与护理干预[J].名医,2019(10):148.
 - [3]陈飞燕.优质镇痛镇静护理在中度颅脑损伤患者睡眠质量及疼痛的护理效果[J].实用针对性护理学电子杂志,2019,4(12):10.
 - [4]王琴.护理干预在 ICU 颅脑损伤合并意识障碍患者中的应用效果[J].中国继续医学教育,2019,11(02):166-169.
 - [5]张乐平.针对性护理路径在 ICU 重症颅脑损伤患者中的应用[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(21):190-191.
 - [6]赖招娣,吴凤.整体护理干预对颅脑损伤手术患者预后的影响研究[J].基层医学论坛,2018,22(33):4680-4681.
 - [7]陈慧兰,王哲夫,李开福,等. ICU 重症颅脑损伤患者程序化镇静镇痛联合针对性护理对患者预后影响[J].中国社区医师,2021,37(17):129-130.
 - [8]刘娜.重症颅脑损伤患者程序化镇痛、镇静治疗及护理干预措施探讨[J].现代养生(下半月版),2018(5):204-205.
 - [9]庞璐,王强,李兴华,等.重症颅脑损伤患者程序化镇痛、镇静治疗及护理干预研究[J].家庭医药,2019(9):276-277.
- 作者简介：杨小霞，女，1985.2.26，广西桂平市，本科学历，外科 ICU 和神经重症监护。

早期运动康复联合整体护理对介入治疗急性心肌梗死睡眠障碍患者的应用效果研究

赵继花

永昌县人民医院 甘肃金昌 737200

摘要:目的:研究介入治疗急性心肌梗死睡眠障碍时采用早期运动康复联合整体护理的方案对患者的护理效果。方法:研究从2020年6月开始,周期为1年,到2021年6月结束,随机抽取100例临床资料全面的介入治疗后急性心肌梗死睡眠障碍患者开展此次研究,采取电脑随机的方法均分成2组,其中1组50例,纳入对照组(采取常规护理方案),另外1组人数也为50例,纳入观察组(早期运动康复联合整体护理方案);对比两组患者干预后的心脏功能指标(6MWTP、LVEDD、LVEFE),采用健康调查生活质量量表(SF-36)评估患者干预前及干预完成后1个月的生活质量(PCS评分、MCS评分),使用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)检测护理前后的睡眠质量,记录干预过程中出现的复发心率失常、复发心肌梗死、复发心绞痛等不良事件发生率。结果:(1)干预后观察组患者6MWTP、LVEF水平高于对照组,LVEDD水平低于对照组,且差距具有明显的统计学意义。(2)两组患者干预前PCS评分和MCS评分差异无统计学意义,干预后,两组患者PCS评分和MCS评分均较干预前有所升高,且观察组PCS评分和MCS评分显著高于对照组,均 $P<0.05$ 。(3)干预前两组患者的PSQI评分差异不显著,干预后均出现下降,但观察组降低程度更大,且明显低于对照组($P<0.05$)。(4)不良事件发生率方面观察组患者的发生率为2.00%,明显低于对照组患者的14.00%。结论:介入治疗急性心肌梗死睡眠障碍时采用早期运动康复联合整体护理的方案可显著改善患者的心功能指标,对生活质量的改善情况良好,患者的睡眠质量有显著的提升,并且有效控制了不良事件的发生,临床上值得推广应用。

关键词:介入治疗;急性心肌梗死;睡眠障碍;早期运动康复;整体护理;心功能指标;生活质量;睡眠质量;不良事件

急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)是高发于我国一种的急性心血管疾病,该疾病具有发病时间迅速、猝死率高、严重并发症等特点。其发病主要是由于人们饮食不健康、工作压力大和生活节奏快或由于情绪的巨大变化等导致心肌冠状动脉的突然闭塞,心肌供血中断,导致局部出现心肌缺血性坏死^[1]。据统计,随着老龄化的逐步加剧,此病的发病率呈现逐年升高的趋势,急性期病死率为30%~50%。持久性缺血导致局部心肌坏死,患者表现出心律失常、心力衰竭、疼痛、低血压等临床症状,病情严重时会休克甚至猝死,严重危及患者的生命健康。药物治疗的临床中常用的治疗急性心肌梗死的方法之一,硝酸甘油、 β 受体阻滞剂、抗血小板药物、抗凝药物、卡托普利或厄贝沙坦以及他汀类药物常用来治疗急性心肌梗死^[2]。除了药物治疗外,经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)也是治疗AMI的有效手段,其能疏通闭塞或狭窄的冠状动脉,进而极大程度缓解局部心肌活动,最终明显改善左心室局部或整体的舒张和收缩功能,对患者起到良好的治疗效果^[3]。但是临床实践表明PCI术后极易出现无再流、心力衰竭、再灌注心律失常等常见并发症,仍然存在复发的风险,也易引发患者的睡眠障碍,因此对患者实施早期的介入术后康复以及针对性护理在临床中具有积极的意义^[4]。本次研究选取部分介入治疗急性心肌梗死睡眠障碍患者,对其采用早期运动康复联合整体护理的方案,效果显著,具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究从2020年6月开始,周期为1年,到2021年6月结束,随机抽取100例临床资料全面的介入治疗后急性心肌梗死睡眠障碍患者开展此次研究,采取电脑随机的方法均分成2组,其中1组50例,纳入对照组(采取常规护理方案),另外1组人数也为50例,纳入观察组(早期运动康复联合整体护理方案)。观察组中女性21例,男性29例,年龄最小44岁、最大77岁,平均年龄(57.34±5.14)岁;对照组中女性22例,男性28例,年龄在45~77岁,平均年龄为(58.75±4.55)岁。两组患者一般资料相比,无显著差异($P>0.05$)

纳入标准:(1)符合《急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》^[5]中有关急性心肌梗死的临床诊断标准,并行PCI介入治疗术,出现睡眠障碍。(2)心电图显示为ST段抬高;(3)心功能为I~II级。

排除标准:(1)有出血倾向或凝血功能障碍者;(2)心、脑、肝脏、肺等重要脏器严重损伤者;(3)合并其他心血管疾病者;(4)合并血液系统疾病或恶性肿瘤的患者;(5)妊娠或哺乳期妇女;(6)合并严重心衰者,即心功能III~IV级的患者。

1.2 方法

对照组患者采取常规护理干预,主要包括对患者的病情进行严密观察,保持病房干净整洁等,营造良好的病房环境;当患者出现不良情况时及时对患者进行治疗。对患者进行饮食指导,并且做好患者的日常生活护理工作。

观察组实施早期运动康复联合整体护理方案,主要内容如下。

(1)整体护理。①入院后立刻根据情况建议患者入住心脏病重症监护病房,持续进行心电监护、低流量吸氧。②术前向患者及家属实施详细的健康宣教,解释实行PCI术的必要性、有效性、收费标准、手术方式、手术过程以及术中感受等;关注患者的心理变化,尤其是患者刚入院时会因对医院产生不同程度的恐惧、抵触心理,护理人员要加强注意。及时引导患者排解不良心理情绪。③术前做好相关准备,抽取静脉血检查患者血常规、凝血功能、抗凝药物过敏皮试等,备好术中药物^[6]。④术中配合医生完成各项手术操作。⑤术后对患者实施持续进行心电监护,监测患者生命体征变化;嘱患者取平卧位,绝对卧床休息。⑥每天上午9~12点是急性心肌梗死合并心律失常的高发阶段,进行介入术治疗后的24h内尤其是3h内患者也易发生心律失常,因此在这种高危时间段要加强对患者得监控,每30min对患者进行一次病情监测,尤其关注患者有没有出现心律失常的征兆性症状如头晕、胸闷、气短等^[7]。

(2)早期康复护理。①术后在不牵动伤口的情况下鼓励患者在床上进行适度活动,防止血栓形成,注意对各个关节进行活动:提肩,尽量贴近耳朵,然后放松;肘部画圈,向前、向后各十次。屈曲、伸直肘关节。蜷起左脚,屈曲并尽量贴近腹部,然后伸直,右脚重复。踝关节上下摆动,然后画圆。②术后无活动性出血后即可下床行走,适度活动。患者可从初始的扶床或者扶墙走,逐渐的原地踏步,到上下楼梯,步行,根据患者情况,步行距离可酌情增减^[8]。进行早期的康复运动时要密切关注患者的各项生命体征,运动量和运动强度不宜使患者心率过快,以患者舒适为宜。

1.3 观察指标

(1)记录两组患者干预后的心脏功能指标(6MWTP、LVEDD、LVEFE)。

(2)采用健康调查生活质量量表(SF-36)评估患者干预前及干预完成后1个月的生活质量,量表包括8个维度又可分为生理健康总评(PCS)和心理健康总评(MCS)两大部分,分值越高生活质量越好

(3)使用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)检测护理前后的睡眠质量,量表取值0~21之间,PSQI≥7分定义为睡眠障碍,评分越高表明患者的睡眠质量越差。

(4)记录干预过程中出现的复发心率失常、复发心肌梗死、复发心绞痛等不良事件发生率。

1.4 统计学方法

统计学软件选择为 SPSS 26.0 软件分析。

2 结果

2.1 两组患者干预后的心功能指标对比

干预后观察组患者 6MWTP、LVEF 水平高于对照组, LVEDD 水平低于对照组, 且差距具有明显的统计学意义。详见表 1。

表 1 两组患者干预后的心功能指标对比

组别	人数	6MWTP (m)	LVEF (%)	LVEDD (m)
观察组	50	508.54±26.94	45.67±5.94	46.67±6.35
对照组	50	409.34±14.56	34.27±4.28	55.28±5.39
t 值	-	22.9061	11.0103	11.6741
P 值	-	0.0000	0.0000	0.000

2.2 两组患者干预前后的生活质量对比

两组患者干预前 PCS 评和 MCS 评分差异无统计学意义, 干预后, 两组患者 PCS 评和 MCS 评分均较干预前有所升高, 且观察组 PCS 评和 MCS 评分显著高于对照组, 均 $P < 0.05$ 。详见表 2

表 2 两组患者干预前后的生活质量对比

组别	例数	PCS (分)		MCS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	181.35±10.64	254.27±18.64	182.34±11.24	302.34±18.64
对照组	50	180.69±10.48	223.47±15.28	181.36±10.69	275.67±16.31
t 值	-	0.3125	9.0360	0.3694	10.3571
P 值	-	0.7553	0.0000	0.7394	0.0000

2.3 护理前后两组患者的 PSQI 评分对比

干预前两组患者的 PSQI 评分差异不显著, 干预后均出现下降, 但观察组降低程度更大, 且明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 护理前后两组患者的 PSQI 评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	干预前	干预后
观察组 (n=50)	15.94±2.33	5.23±1.05
对照组 (n=50)	15.34±2.18	9.52±1.55
t 值	1.3296	16.2031
P 值	0.1867	0.0000

2.4 不良事件发生率对比

观察组患者的发生率为 2.00%, 明显低于对照组患者的 14.00%, 详见表 4。

表 4 不良事件发生率对比 (n, %)

组别	复发心率先	复发心肌梗	复发心绞痛	发生率
	常	死		
观察组 (n=50)	0	0	1	2.00%
对照组 (n=50)	3	2	2	14.00%
χ^2	-	-	-	4.8913
P	-	-	-	0.0270

3 结论

急性心肌梗死是中老年人群常见的心血管疾病, 且发病率逐年增加, 其主要病理机制为由于长时间缺血导致的心肌细胞死亡, 是心肌灌注供给与需求失衡的结果, 急性心肌梗死是指冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌坏死, 若救治不及时会引起心力衰竭、心源性休克和死亡等严重并发症^[9]。急性心肌梗死患者在临床上多有剧烈而持久的胸骨后疼痛, 休息及硝酸酯类药物不能完全缓解, 伴有血清心肌酶活性增高及进行性心电图变化。近些年随着人们生活方式和饮食结构发生了较大的变化, 导致

急性心肌梗死发病率的逐年上升。目前, PCI 可以疏通闭塞的血管管腔, 改善心肌缺血症状, 改善血流灌注, 降低患者的死亡率。急性心肌梗死患者介入术后的早期康复护理, 可改善患者预后, 降低复发的风险, 强化血管内皮功能、抑制血管炎症反应、增加心脏血液灌注, 改善心肌缺血^[10]。但是, 由于 PCI 术后患者需要绝对卧床休息, 所以患者血液在此期间流速减慢容易引发血栓, 肠道蠕动减慢容易造成便秘, 增加肌肉萎缩的风险。此外, AMI 一般为突发性, 患者心理应激反应较为明显, 容易引发焦虑、恐惧、紧张等导致多思忧虑, 引起睡眠障碍。

本次研究对介入治疗急性心肌梗死睡眠障碍患者采用早期运动康复联合整体护理的方案, 发现其与常规护理相比, 显著改善了患者的心功能指标, 对患者的睡眠质量和生活质量改善显著, 同时明显降低了复发率失常、复发心肌梗死、复发心绞痛等不良事件。整体护理中对患者实施了术前、术中和术后的一体化护理, 掌握好患者的术前术后准备、护理细节和注意事项, 可以促进患者的快速康复, AMI 起病急, 患者疼痛剧烈, 情绪变化大, 负面情绪明显, 整体护理可以安抚患者, 为患者解决问题。此外, 对护理人员也有很好的引导作用, 可以减少工作失误, 提高工作效率, 实现全面、整体的规范化管理和服务^[10]。早期运动康复方案是根据患者的身体状况和耐受力, 逐步增加运动的量和强度, 制定个性化的运动康复方案, 可以兼顾不同的患者情况。对患者实施早期的运动刺激, 可以改善病理性缺血部位的血供, 通过运动, 可以不断触发缺血阈值, 促进缺血心肌侧支循环的建立, 同时, 增加运动量可以提高患者心脏的泵血能力和代谢能力, 增强心脏功能, 从而拮抗缺血作用, 达到治疗的目的^[11]。

综上所述, 介入治疗急性心肌梗死睡眠障碍时采用早期运动康复联合整体护理的方案可显著改善患者的心功能指标, 对生活质量的改善情况良好, 患者的睡眠质量有显著的提升, 并且有效控制了不良事件的发生, 临床上值得推广应用。

参考文献:

- [1]孙亚红,张玲,赵士荣.整体护理对经皮冠状动脉介入术治疗急性心肌梗死患者效果及生活质量的影响[J].中国医药指南,2022,20(11):166-169.DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2022.11.034.
- [2]黄容,张璐,王静.早期康复锻炼联合体外反搏对心肌梗死行介入治疗患者的疗效分析[J].四川医学,2022,43(04):373-377.DOI:10.16252/j.cnki.issn1004-0501-2022.04.011.
- [3]霍红,李冰,曲超.早期心脏康复对急性心肌梗死介入术后患者的预后影响[J].系统医学,2022,7(03):32-35.DOI:10.19368/j.cnki.2096-1782.2022.03.032.
- [4]李冰.心脏康复护理干预在心肌梗死介入术后患者中的护理效果研究[J].中国卫生标准管理,2022,13(02):174-178.
- [5]黄芳梅,李广硕,彭玉芬.心脏康复护理在心肌梗死介入治疗后患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(23):49-51.
- [6]席茜,任振娟.多维度综合心脏康复护理模式在急性心肌梗死 PCI 病人中的应用[J].全科护理,2021,19(33):4690-4693.
- [7]芮浩森,曹程浩,杨凤鸣,聂恒,董晓瑞,黄斌.心脏康复训练对急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入术后康复的影响[J].中国医药导刊,2021,23(11):814-818.
- [8]张莹,顾晴,王丹.阶段性康复措施对急性心肌梗死患者心功能、心理状态及生活质量的影响[J].心脑血管病防治,2021,21(04):375-378.
- [9]叶蕾.整体护理干预对急性心肌梗死术后患者心功能及睡眠质量的影响效果分析[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(07):1216-1218.
- [10]周国霞,丁玲,常晓佳.有氧康复运动联合压力管理对急性心肌梗死患者心功能、心理状况及生活质量的影响[J].护理实践与研究,2021,18(13):1936-1939.
- [11]王栋梅,丁美幸.整体护理对急性心肌梗死患者 PCI 术后治疗依从性和预后的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(21):2898-2902.

作者简介: 杨小霞,女,1985.2.26,广西桂平市,本科学历,外科 ICU 和神经重症监护。

新型揞针联合穴位按摩预防重症患者深静脉血栓形成的疗效观察

秦杰

成都中医药大学附属医院 四川成都 610000

摘要：目的：推出安全预防深静脉血栓形成的具有中医特色、有效的临床预防方案。方法：按照随机、对照、单盲的方法，选取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的重症患者中符合纳入标准的患者采用单中心、随机、平行对照、空白对照、单盲试验设计的方法分成两组，对照组给予深静脉血栓形成^[1](deep venous thrombosis,DVT) 常规防治流程^[2]进行预防，实验组在 DVT 常规防治流程基础上加用新型揞针联合穴位按摩进行预防，整个疗程为 14 天，通过观察治疗前后两组患者 D2 聚体水平、血栓弹力图结果及随访 30 天后深静脉血栓发生率、整体住院时间，采用 SPSS22.0 软件进行统计分析，观察是否具有统计学意义。结果：实验组按照预防流程进行治疗后 D2 聚体水平正常[25 例 vs20 例]、血栓弹力图无高凝[26 例 vs18 例]的患者例数均上升 ($P<0.05$)，深静脉血栓发生率[10%vs23.3%]、整体住院时间[(14.90 ± 10.67) vs (23.23 ± 11.49) d]均降低 ($P<0.05$)，预防流程有效率 (90%vs76.67%) 上升。结论：新型揞针联合穴位按摩能够有效预防重症患者深静脉血栓的形成，减少整体住院时间，有助于患者康复出院。

关键词：揞针；穴位按摩；重症；深静脉血栓

深静脉血栓形成是指某一深静脉内血凝块形成（血栓），是静脉血栓栓塞症（VTE）的一种类型，通常发生于下肢静脉（如股静脉、腓静脉）和盆腔静脉。其临床表现主要为：1.疼痛和压痛（发生率分别为 66%-91% 和 56%-82%，疼痛一般在下肢深静脉阻塞处远端明显，病变处有局限性压痛和或腓肠肌压痛，约 13%-48% 的 DVT 患者 Homan 征阳性）；2.肿胀（小腿 DVT 常为单侧小腿、踝部肿胀；股静脉、髂静脉发生血栓时，会有大腿部肿胀）；3.静脉曲张、皮下静脉突出（因深静脉受阻后浅静脉代偿所致，常发生在患侧病变深静脉周边）；4.低热（体温一般不超过 38.5℃）；5.患肢轻度发绀；6.束状物（局部扪及静脉内的条索状血栓）。而 DVT 最严重的并发症是肺动脉栓塞（pulmonary embolism,PE），而下肢 DVT 引起 PE 死亡率可达 3%。患者一旦发生 DVT，不仅增加住院时间及费用，其以后的生活也受到一定影响，如果引起 PE，甚至可能发生生命危险。

本研究通过观察新型揞针联合穴位按摩与常规 DVT 防治流程预防重症患者，比较两种方法的疗效，评价新型揞针联合穴位按摩预防重症患者深静脉血栓形成的疗效。希望能推出安全、有效预防重症患者的具有中医特色 DVT 防治方案，争取得出共性的防治经验并在各个重症监护室中进行推广运用。现报告如下：

1. 研究对象与方法

1.1 研究对象

按照随机、对照、单盲的方法，选取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的重症患者中符合纳入标准的患者随机分成两组，对照组给予深静脉血栓形成常规防治流程进行预防，实验组在 DVT 常规防治流程基础上加用新型揞针联合穴位按摩进行预防，整个疗程为 14 天。纳入标准：①签署知情同意书；②Caprini 评分大于 2 分；③重症住院患者；④年龄 18-85 岁之间；⑤无新型揞针埋针及穴位按摩禁忌症。排除标准：①自动放弃治疗者；②已患有深静脉血栓形成者；③年龄小于 18 岁或大于 85 岁；④目前正在参加其他课题研究者；⑤严重肝肾功能衰竭，休克，预计 48 小时内死亡者。病例脱落标准：纳入病例发生严重不良事件，无论不良事件的发生是否与本课程相关；自行退出或未完成整个疗程而影响疗效或安全性判断的病例。

1.2 研究方法

1.2.1 规范化 DVT 预防流程

1.2.1.1 组建管理团队

管理小组由重症医学科主任、医生、护士、科室 VTE 品管圈成员组成，其中 VTE 品管圈圈长担任组长。在该团队中职责明确，分工合作。制定团队合作相关管理制度，为规范化 DVT 预防流程的有效运作提供制

度保障。重症医学科护理团队于患者入科 24 小时内通知管理小组；收治护士对患者进行 Caprini 评分和是否存在操作禁忌证进行评估；医生对 D2 聚体水平、血栓弹力图结果进行评估，首次评估需在 24 小时内完成。品管圈成员负责制定预防方案，组长负责沟通协调，主任对患者整体状况进行综合评估和把控。

1.2.1.2 制定规范化 DVT 预防流程

根据《内经》：“治痿独取阳明”的治疗原则^[3]，取阴陵泉以泻热化湿；太溪以补益肝肾、益精气；肝主筋，故取筋之会穴阳陵泉以降浊除湿；足三里为强壮身心的大穴，按摩足三里有调节机体免疫力、增强抗病能力、调理脾胃、补中益气、通经活络、疏风化湿、扶正祛邪的作用；气血物质为水湿之气，故选肾俞以外散水湿，涌泉以散热生肌；取血海以活血化瘀、补血养血、引血归经之功效^[4]。

以常规防治流程为基础，循证最佳证据并结合科室实际情况，制定规范化中医 DVT 预防流程，详见如下：

对照组：按照常规预防方案进行 DVT 预防。深静脉血栓形成的评估^[5]目前推荐使用 Caprini 量表，评分低危（0-1 分）予 1.健康教育 2.尽早活动 3.减少下肢静脉穿刺等措施进行预防；评分中危（2 分）和高危（3-4 分）予 1.健康教育 2.物理预防（包括弹力袜、踝泵运动、腓肠肌电刺激、间歇充气加压装置、足底静脉泵）3.减少下肢静脉穿刺 4.使用抗凝药物（如肝素、低分子肝素、华法林、利伐沙班。）等措施进行预防；评分极高危（大于 4 分）予 1.物理预防 2.使用抗凝药物 3.减少下肢静脉穿刺等措施进行预防，且不能单用物理预防。

实验组：在对照组预防措施基础上加用新型揞针联合穴位按摩。新型揞针每周埋针 2 次，每次埋针 24 小时，选穴为足三里、阳陵泉；穴位按摩每天一次，每次 20 分钟，选穴为阴陵泉、太溪、涌泉穴、肾俞、血海，手法为按、摩、推、拿、揉、捏交替进行。

1.2.1.3 开始的时机和终止活动指征

规范化 DVT 预防活动流程的实施是一个循序渐进的过程，需要对患者进行整体全面的评估，在实施过程中注意严格把控预防措施开始的时机和终止活动指征。

预防措施开始的时机：从重症患者进入病房 24 小时内既开始评估和实施预防措施。

中止研究标准：发生与研究课题有关的严重不良事件；受试者拒绝按方案进行预防；研究者认为继续进行试验可能会对受试者造成损害。

1.2.1.4 开展系统培训

培训内容由理论和实践两部分组成，理论部分包括①DVT 基础知识②DVT 防控流程③新型揸针与穴位按摩等中医基础知识④出血风险评估、预防措施效果观察及病程记录详解等，实践部分包括 DVT 物理预防、标准预防、药物预防、新型揸针与穴位按摩实施视频等，重点介绍 DVT 的防控措施并进行情景模拟练习。培训完成后需综合考核达标后的人员方可实施规范化 DVT 防治流程方案。

1.2.1.5 实施规范化 DVT 预防措施

1.入科当天：①一般的内科评估：确定入选病例、填写一般资料、生命体征检查、症状和体征，记录患者 Caprini 评分、出血风险评估结果，既往病史和治疗史、合并疾病和症状。②理化检查：凝血、D2 聚体水平、心电图、床旁血管彩超、血栓弹力图。③其他工作：签署相关知情同意书、记录相关不良事件。

2.入科第二天：①新型揸针每周埋针 2 次，每次埋针 24 小时，选穴为足三里、阳陵泉；穴位按摩每天一次，每次 20 分钟，选穴为阴陵泉、太溪、涌泉穴、肾俞、血海，手法为按、摩、推、拿、揉、捏交替进行。②其他工作：记录相关症状和不良事件。

3.入科第 14 天：①一般的内科评估：确定入选病例、填写一般资料、生命体征检查、症状和体征、记录患者 Caprini 复评分数及出血风险评估结果。②理化检查：凝血、D2 聚体水平、床旁下肢血管彩超、血栓弹力图。③其他工作：记录相关症状和不良事件。

1.3 观察指标

记录两组患者治疗前后的 D2 聚体水平、血栓弹力图结果，是否有疼痛、下肢肿胀、发绀、静脉曲张、低热、束状物等深静脉血栓症状及随访 30 天后深静脉血栓发生率、整体住院时间。

1.3 疗效判定标准：

有效：D2 聚体检查结果阴性，无深静脉血栓形成及相关症状，血栓弹力图结果无高凝状态。无效：D2 聚体检查结果阳性，深静脉血栓形成或出现相关症状，血栓弹力图结果呈高凝状态。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 软件进行统计分析，采用频数、构成比进行统计描述；计量资料采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，多组间比较采用单因素方差分析，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者一般资料比较

实验组共收集患者 30 例，对照组收集患者 30 例，两组患者基本信息及疾病相关信息比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性，详见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

项目	项目	实验组 (n=30)	对照组 (n=30)	t/ χ^2 值	p 值
性别 (例%)	男	18 (60.0)	15 (50.0)	0.606	0.436
	女	12 (40.0)	15 (50.0)		
年龄 (岁)		59.73±5.24	62.47±13.66	0.732	0.467
民族 (例%)	汉族	28 (93.3)	30 (100)	2.069	0.15
	其他	2 (6.7)	0 (0)		
婚姻状况 (例%)	已婚	29 (96.7)	30 (100)	1.017	0.313
	未婚	1 (3.3)	0 (0.0)		
生活区域 (例%)	城市	17 (56.7)	16 (53.3)	0.067	0.795
	农村	13 (43.3)	14 (46.7)		
Caprini 评分 (例%)	1-2 分	7 (23.3)	2 (6.7)	3.357	0.186
	3-4 分	13 (43.3)	17 (56.7)		
	≥5 分	10 (33.3)	11 (36.7)		

2.2 实验组实施过程中监测指标情况

实验组患者均接受规范化 DVT 预防流程加新型揸针联合穴位按摩，实施过程中未出现出血及突发疾病等意外事件；患者接受预防流程后 D2 聚体水平、血栓弹力图结果趋于正常，出现 DVT 相关症状的患者及深静脉血栓发生率下降，详见表 2。

表 2 实验结果比较

项目	例数 (例)	有效 (例)	无效 (例)	D2 聚体水 平正常 (例)	血栓弹力图 无高凝 (例)	深静脉血栓 形成发生率	整体住院时间 (天)
实验组	30	27	3	25	26	10.00%	14.90±10.67
对照组	30	23	7	20	18	23.30%	23.23±11.49
t 值						2.225	2.9111
P 值						0.03	0.005

3. 讨论

DVT 是一种高患病率的疾病，根据流行病学研究资料，美国为 (0.96~3.0)/1000 人年，欧洲为 (0.75~2.69)/1000 人年^[6]，随着我国外科和重症专业的发展，DVT 发生率越来越接近欧美国家。在重症患者中，因其具有更多特有的危险因素，DVT 的患病率则更高。来自国内 60 家大型医院的统计资料显示，住院患者中 DVT 的比例从 1997 年的 0.26/1000 上升到 2008 年的 1.45/1000^[7]，而且越来越多病人因为 DVT 而使得生活受到影响，生命受到威胁。

揸针疗法属于皮内针法的一种，是我国古代留针方法的发展。尤其被众多畏针晕针、慢性病患者、重症患者等所接受。其特点是操作简便、节省时间、刺法安全、易于接受，动态留针、效应累积，适应面广、疗效显著。新型揸针是通过浅刺而久留针的方式来尽量减少针刺时的疼痛、延长针刺效应的时间，以提高疗效。是一种既能提高疗效，又能降低就医成本的针灸治疗技术。穴位按摩是祖国医学的重要组成部分，它是以祖国医学理论为指导，以经络腧穴学说为基础，以按摩为主要施治，用来防病治病的一种手段。穴位按摩具有刺激人体特定的穴位，激发人的经络之气，以达到通经活络、调整人的机能、祛邪扶正的目的。常用手法有：按、摩、推、拿、揉、捏、颤、打，一般不单独孤立使用，常常是几种手法相互配合进行。

目前西医措施预防深静脉血栓的研究较多，但中医预防措施的研究较少。在浩如烟海的中医文献中，传统病名中找不到深静脉血栓形成合适的定义，但痿证、痹证、中风、心痹等病名与深静脉血栓形成有关。本研究在西医常规预防方案基础上尝试中医预防疗法，以期能达到更好的预防效果，贯彻“治未病”的中医治疗理念。

4. 小结

新型揸针联合穴位按摩预防重症患者深静脉血栓形成的治疗方法具有典型的中医治疗特色，其预防流程能缩短重症患者的住院时间，降低深静脉血栓的发生率，在实施过程中无安全事件发生，取得了较好的临床效果。但由于本研究为单中心研究，且样本量小，仍需在次基础上进行进一步研究，以期获得更加科学的结果。

参考文献：

[1]中华医学会重症医学分会. 中华内科杂志, 2009, 48(9): 788-792.
[2]中华医学外科学分会血管外科学组, 深静脉血栓形成的诊断和治疗指南 (第三版) [J]. 中华普通外科杂志, 2017, 32 (9): 807-812.
[3]钟桓才, 杵针学[M]. 中国中医药出版社, 2006: 89.
[4]严隽陶, 推拿学[M]. 中国中医药出版社, 2008: 199.
[5]全国肺栓塞与肺血管病防治协作组. 中华医学杂志[J], 2018, 98 (14): 1060-1087.
[6]Minet C, et al. Crit Care[J], 2015, 19 (1): 1-9.
[7]徐晓峰, 杨媛华, 翟振国等. 内科重症监护病房中深静脉血栓的发病情况及危险因素分析 [J]. 中华流行病学杂志, 2008, 29 (10): 1034-1037. DOI: 10.3321/J.ISSN: 0254-6450.2008.10.019.

现代中医临床治疗心血管病的难点与对策研究

宋益香 苗静

济南市中西医结合医院 山东济南 271199

摘要:随着我国正式进入“老龄社会”,高患病率、高致残率和高死亡率的心血管病成为国民健康的严重威胁,全国每5例死亡病例中就有2例死于心血管病,防治心血管病的工作面临着巨大的挑战。在预防和控制心血管病方面,现代中医贯彻自身“未病先防”与“既病防变”的指导思想,充分发挥中医整体观及辨证论治的优势,同时联合应用西药进行中西医结合防治心血管病,近年来取得了很大进展。但由于心血管疾病的复杂多样性,在具体的临床防治工作开展中还有着许多困难,本文将围绕这些难点进行分析并提出相应的解决对策。

关键词: 心血管病;现代中医;临床治疗;难点与对策

心血管病泛指由于高脂血症、动脉粥样硬化、血液黏稠、高血压等所造成的心脏和周围血管发生的缺血性或出血性疾病,易发于中老年人,因其高患病率、高致残率和高死亡率的特点,对50岁以上中老年人的健康构成重大威胁;根据统计,我国心血管病现患人数3.3亿,每5例死亡病例中就有2例死于心血管病^[1];与此同时,我国的人口老龄化压力也越来越大,全国65岁及以上老年人口2亿人,占总人口比重达14.2%,标志着我国正式进入“老龄社会”。严峻的心血管病防治形势迫使我国心血管病防治工作将持续面临更多更大的压力,近年来逐渐引起了社会各界的关注,心血管病已经成为社会公众卫生问题。

在临床在治疗心血管疾病时,西医治疗通常采用药物治疗、介入治疗、手术治疗等三种方式,而药物治疗存在着一定的用药不良反应,患者长期服用药物后会出现头晕、心悸、恶心呕吐、水肿、潮红、心率增加或减缓等副作用,严重时甚至对患者正常生活造成严重影响;采用介入治疗和手术治疗不仅手术创伤大,易给患者造成二次伤害^[2]。现代中医通过应用中草药内服、穴位贴敷、中医针灸、推拿、熏蒸、代茶饮等多种方法调节人体生理机能,以其不良反应少、创伤小、成本低等特色,对防治心血管疾病有着独特的优势^[3]。尽管现代中医在防治心血管病方面尽管取得了较大成绩,其治疗理念也不断完善,但由于心血管疾病的复杂多样性,现代中医在治疗心血管病中仍存在许多问题和难点:

一、现代中医在心血管病防治中存在的难点

(一) 诊断指标与辨证方面

在心血管病的中医诊疗中,主治医生往往会从自身所考虑的病情角度出发,以自身医学水平和判断能力做出对心血管病患者的诊疗方案,诊断指标与辨证的确定与主治医生所具体关注的症状和学术水平有着非常密切的关系,主治医生的主观因素对心血管病人的病情诊断和辨证起着主导性作用。实际上,目前在心血管病的诊疗过程中所面临的困难就是诊断指标与辨证难以系统的规范化与客观化,判断衡量心血管病人病情主要还是依靠主治医生中医理论的掌握程度和临床经验的实践情况,难以用规范统一的标准尺度来进行量化规范。

(二) 临床研究方法和疗效评价体系方面

就目前心血管病的临床研究来看,中医的临床研究方法和疗效评价体系仍在沿用之前的临床症状统计、证候积分等方式方法,造成统计数据结果中缺少对大样本的随机对照观察,对病患的远期随访数据也不够充分,导致研究结果缺乏更高的说服力和可信度^[4]。滞后的研究方法和疗效评价手段,难以充分体现中医药防治心血管病的客观疗效。

(三) 中医药物方面

在治疗心血管病的中医药物中,严格进行质量控制、对中药中有效成分和作用靶点做出明确说明的创新中药仍然较少,难以实现中医药物的规范化生产,造成疗效的不稳定不确定。如心血管病患者防治药物中常用到的丹参,就目前我国生产的丹参及其各种复方制剂的情况来看,在生产过程中并没有明确说明其有效成分,难以实现对有效成分的质量控制,造成生产标准制作没有规范统一的要求^[5];在中医药物的具体临床使用中,常常会发生以下情况:水煎后的中医药物往往会具有强烈的涩、苦等不适味道,患者因对药物味道的敏感而选择多补充水分或更少服药,影响了药物的治疗效果;部分患者没有正确认识中医药物治疗中的禁忌,私自添加药物或不按规定用药,对治疗效果起到负面影响;临床中治疗心血管病的中医药物较多,在药物联合使用的过程中,因缺乏对医药知识的理解而造成药物

配伍不当和药物间相互影响的错误操作,影响药效的发挥^[6],以上种种现象的存在,都给中医药的创新和使用带来了一定的困难。

(四) 中医治疗方法方面

临床治疗的中西医结合方法仍停留在原先的传统理论知识与方法层面,中医治法多是以活血化瘀为主,辅以理气、补气、温阳、养阴、散寒、化痰等治法,配合西药进行治疗,治疗方法仍旧停留在原先的技术层次,缺乏新的理论创新和发展实践,难以打开新的工作局面。

(五) 中西医药物联用方面

1. 中西药联用机制研究进展缓慢

中西药联用的治疗方式已经在心血管疾病的治疗过程中变得极其普遍,而在实际临床方面,对中西药相互作用的机理研究推进不足;临床治疗中比较常用的中药清单里,每一味都有可能被用来和治疗心血管方面的西药进行联用,而且其联用后产生的效应缺乏相应的药理学基础支撑。比如从药代动力学角度出发,中西药之间的相互作用就会在一定程度上影响药物的吸收:当地高辛与番泻叶进行联用时,由于番泻叶加快肠道的蠕动的的作用,会导致地高辛的吸收量减少;当地高辛与五倍子、大黄等中药进行联用时,就会形成难溶的鞣酸盐沉淀物,造成吸收困难的情况出现。此外,中西药之间的相互作用还会在很大程度上对药物的代谢造成影响,如在服用麻黄的过程中使用单胺氧化酶抑制剂优降宁,就会造成高血压的现象产生,对心血管病患者的健康带来不利影响。

2. 科学进行中西药联用的重视程度不够

现代中医在进行中西医结合治疗心血管疾病的过程中,只关注中西药联合使用时产生的利效,而往往忽视了两相结合带来的不良反应。由此导致在治疗过程中容易发生中西药联合使用的科学化水平不高,在对疗效造成负面影响的同时还会在很大程度上增加毒副作用的发生率,严重情况下甚至会影响病患的生命安全。如洋地黄类中药与葶苈子、北五加皮等中药合用易引起地高辛中毒;甘草中的主要成分甘草酸,水解之后形成具备类糖皮质激素样作用甘草次酸,长期服用的话会造成病患的血压、血糖水平升高等不良反应。

二、针对防治心血管病中的困难的具体应对措施

(一) 借鉴客观数据进行标准化诊断与辨证

运用中医理论治疗心血管疾病时,要将理论进行统一,建立标准化概念。中医在采用望闻问切的方法,通过患者的体征、脉相、舌苔、面色及患者个人描述进行诊断时,同时可以参考现代科学技术提供的客观病理现象,比如心电图、血管造影、心率血压监测、血管中各物质活性与浓度、心脏电生理特性等指标,综合客观数据的支持做出对心血管病的科学判断。

(二) 通过新技术应用探索新的研究方法和评价手段

随着现代医学的不断发展,临床研究逐渐增多许多新的研究方法,比如通过对次极量心电图运动试验观察中医药防治冠心病疗效,对中医防治心血管病提供了更好的参考标准,应逐步加强新的研究方法在中医诊治过程中的应用力度。同时随着循证医学的不断发展,心血管疾病的研究重点强调了对临床终点事件的观察,必须进行采用大样本、多中心的随机对照试验且长期动态随访病患,切实提高证据力度,使患者的生存质量得到改善。

(三) 加强中医药创新和质控建设,改善临床使用效果

在中医药的配方和药剂的创新建设中,首先须明确中医药物的具体有

(下转第137页)

风湿免疫疾病患者应用桂枝芍药知母汤治疗的临床效果分析

于哲

宿迁市第一人民医院风湿免疫科 江苏宿迁 223800

摘要：目的：对桂枝芍药知母汤应用于治疗风湿免疫疾病患者的临床疗效进行研究。方法：以 2019 年 12 月至 2022 年 1 月期间于我院治疗的 80 例类风湿关节炎患者为本次实验对象，数字表法将其随机分为两组，分别为实验组 40 例和对照组 40 例，其中对照组患者以来氟米特治疗，实验组患者给予桂枝芍药知母汤治疗，观察两组患者的治疗效果，对比两组的症状、不良反应。结果：对比两组的临床疗效，观察组有效率比对照组更高，为 95%（38 例），二者差异性显著， $P>0.05$ ，治疗后观察组关节肿胀评分为（ 1.32 ± 0.35 ）分，关节压痛评分为（ 1.14 ± 0.21 ）分，关节僵硬评分为（ 1.05 ± 0.15 ）分，比对照组低，组间差异显著， $P<0.05$ ；两组的不良反应发生率相比较，观察组为 5%（2 例），对照组为 12.5%（5 例），无显著差异， $P>0.05$ ；对比两组的满意度，观察组满意度比对照组更高，为 95%（38 例），二者差异性显著， $P>0.05$ 。结论：采用桂枝芍药知母汤对风湿免疫疾病患者进行治疗，其疗效比较显著，患者症状能得到有效改善，且患者满意度较高，此治疗方法具有在临床推广应用的价值。

关键词：桂枝芍药知母汤；风湿免疫；临床效果

风湿免疫疾病在临床中比较常见，其中以类风湿性关节炎的发病率最高，故文章以此为例进行了调查。该病的主要表现病症为关节滑膜炎，属于慢性疾病，疾病反复发作，从关节结构被破坏逐渐进展为功能性的最终丧失，患者往往苦不堪言^[1]。临床治疗本病分为药物治疗和外科治疗等方式，其中药物治疗比较常用，适用于年龄较大的患者，痛苦较小，西药治疗主要以抗炎药物等为主要，虽然有一定效果，但疗效有限^[2]。中医对本病的认知比较深入，中医名著《金匱要略》中提到了桂枝芍药知母汤对该病有疗效，因而被广泛应用于临床治疗^[3]。故此，文章选取了 80 例患者进行调查，以进一步明确其疗效。

1、资料与方法

1.1 一般资料

选取我院于 2019 年 12 月到 2022 年 1 月期间治疗的 80 例类风湿关节炎患者为本次实验组对象，将其随机分为两组，分别为实验组 40 例和对照组 40 例，其中对照组患者男性为 21 例，女性为 19 例；年龄跨度 46~63 岁，平均年龄为（ 57.66 ± 6.25 ）岁，病程跨度在 2~8 年之间，平均值（ 5.11 ± 0.43 ）年。实验组男性为 22 例，女性为 18 例；年龄跨度 47~66 岁，平均年龄为（ 55.43 ± 6.02 ）岁，病程跨度在 2~9 年之间，平均值（ 5.13 ± 0.38 ）年。两组一般资料对比无统计学差异， $P>0.05$ ，可对比。

纳入标准：所有患者影像学、血液检查等确诊；患者同意研究；符合相关的药物适应症，并表示配合随访。

排除标准：精神疾病患者；无法配合随访的患者；药物过敏患者；关节陈旧性损伤患者；手术治疗史患者。

1.2 方法

对照组应用予来氟米特治疗，首剂量为 50mg，每天一次，共治疗三天，而后依据患者病情调整剂量，一般 10mg/次或 20g/次，每天一次，并以有效剂量维持治疗。治疗期间可使用非甾体抗炎药、皮质类固醇激素等进行辅助治疗。实验组以桂枝芍药知母汤治疗，药方：桂枝 20 克；芍药 15 克；甘草 10 克；麻黄 10 克；生姜 25 克；白术 25 克；知母 20 克；防风 20 克；炮附子 10 克（提前煎）。水煎温服，每次一剂，每日 3 次。两组观察治疗周期均为 20 周。

1.3 观察指标

1.3.1 疗效观察

观察两组患者的治疗效果，对两组患者的治疗有效率、症状改善率进行比较。治疗

有效率为：显效（症状改善率大于 70%）；有效（症状改善率为 30%

至 70%）；无效

（症状改善率小于 30%）。治疗有效率 =（显效例数 + 有效例数）/ 总例数 * 100%。

1.3.2 症状积分

对比两组中医症状评分，包括关节僵硬、关节压痛和关节肿胀，每项按照轻重程度评分 0 分、2 分、4 分、6 分。分数高症状重。

1.3.3 不良反应

对比两组药物不良反应，如恶心、头晕、失眠等。

1.3.4 治疗满意度分析

向患者发放治疗满意度调查卡片，卡片中包含了治疗舒适度、治疗疼痛感、治疗疗效、见效时间和不良反应五项内容，每项评分在 0~20 分之间，总分为 100 分，由患者自主评估每项得分，总分值在 90 分及以上为很满意，总分值在 70~89 分之间为满意，在 70 分以下为不满意，总满意例数为很满意与满意之和。

1.4 统计学方法

将本次研究数据纳入 SPSS17.0 软件中进行分析，计量资料比较采用 t 检验，并以

（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，计数资料采用 χ^2 检验，并以率（%）表示，（ $P<0.05$ ）为差异显著，符合统计学意义。

2、结果

2.1 两组患者的治疗有效率比较

对比两组的临床疗效，观察组有效率比对照组更高，为 95%（38 例），二者差异性显著， $P>0.05$ 。

表 1：两组的治疗效果对比

组别 (n=40)	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	有效率 (n/%)
实验组	33	5	2	38 (95)
对照组	26	6	8	32 (80)
t				4.1143
P				0.0425

2.2 两组患者治疗后症状改善率比较

两组治疗前症状评分均不存在统计学差异， $P>0.05$ ，治疗后观察组关节肿胀评分为（ 1.32 ± 0.35 ）分，关节压痛评分为（ 1.14 ± 0.21 ）分，关节僵硬评分为（ 1.05 ± 0.15 ）分，比对照组低，组间差异显著， $P<0.05$ 。

表 1：两组治疗前后症状评分（分）

组别（n=40）	关节肿胀		关节压痛		关节僵硬	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	4.21±1.16	1.32±0.35	4.22±1.07	1.14±0.21	3.44±0.42	1.05±0.15
对照组	4.18±1.14	2.51±0.27	4.18±1.14	1.76±0.15	3.37±0.37	1.56±0.17
t	0.1167	17.0261	0.1618	15.1944	0.7909	14.2271
P	0.9074	0.0000	0.8719	0.0000	0.4314	0.0000

2.3 两组不良反应比较

两组的不良反应发生率相比较，观察组为 5%（2 例），对照组为 12.5%（5 例），无显著差异，P>0.05。

表 1：两组的不良反应对比

组别（n=40）	恶心（n）	头晕（n）	失眠（n）	合计（n/%）
实验组	1	0	1	2（5）
对照组	1	3	1	5（12.5）
t				1.4090
P				0.2352

2.4 两组治疗满意度分析

对比两组的满意度，观察组满意度比对照组更高，为 95%（38 例），二者差异性显著，P>0.05。

表 4：两组治疗满意度对比

组别（n=40）	很满意（n）	满意（n）	不满意（n）	满意度（n/%）
实验组	33	5	2	38（95）
对照组	26	6	8	32（80）
t				4.1143
P				0.0425

3、讨论

类风湿关节炎是一种复杂且难治的慢性疾病，属于风湿免疫性类疾病中比较常见的一种。本病对患者日常生活活动及生活质量的影响比较严重，可导致关节疼痛、肿胀、变形等表现，严重情况下会降低关节活动能力^[4]。本病一般以药物治疗为主，其中慢作用抗风湿药物在保持关节功能、改善骨质破坏方面具有较好效果，但因具有一定的毒副作用且价格较昂贵，患者往往半途终止用药，因此收效甚微^[5]。故临床中应当寻求一种更为安全的治疗方式，以提升患者服药依从性，改善治疗效果。

中医认为类风湿性关节炎归属于“痹症”“历节风”范畴，并认为其病因主要在于风寒湿邪侵袭^[6]。中医提出正气亏虚则三邪侵袭，久滞后深入筋髓和骨骱，导致缠绵难愈，引起了本病。因此该疾病在治疗方面，应当以祛风除湿和除痹通络为根本原则。桂枝芍药知母汤中，桂枝作为君药，药性温和，具有温经通脉和调和营卫的作用^[7]。知母作为臣药，可以清肾去火^[8]。附子则具有祛风除湿的作用，白术用于燥湿利水和健脾除痹。与芍药、甘草等合用，可以达到养阴清热、调理脏器和利湿消肿的功效^[9-10]。桂枝、麻黄、附子合用，能助阳生汗，且具有祛风止痛散寒之功效。甘草、干姜为温和胃、散寒止痛之良方^[11-12]。该药具有温经散寒、滋阴清热、祛风除湿的疗效，用于对类风湿关节炎患者进行治疗，其治疗效果较为显著^[13]。

根据本次研究结果可得，两组患者经过治疗后，实验组患者的治疗有效率要高于对照组（P<0.05），实验组患者症状改善要优于对照组（P<0.05），由其结果比较可以证明，采用桂枝芍药知母汤对类风湿关节炎患者进行治疗，其治疗效果优于采用来氟米特治疗。此外，研究所观察的不良反应显示实验组不良反应较少，虽然和对照组不存在统计学差异，但也证实了桂枝芍药知母汤治疗本病的可行性。

通过对比两组的满意度，观察组满意度比对照组更高，为 95%（38

例），二者差异性显著，P>0.05。分析其原因在于：桂枝芍药知母汤治疗下，患者症状的减轻程度较高。且既往部分研究证实桂枝芍药知母汤治疗本病不良反应较少，减轻了患者躯体不适感，虽然这在本次研究中并未体现，但考虑是受到了患者对不良反应感知、耐受程度及是否有及时上报等因素的影响^[14-15]。与西药治疗相比，中药的毒副作用小，而且药效温和，患者耐受程度更高，给予风湿免疫疾病患者年龄多比较高，因为桂枝芍药知母汤更加适用于本病患者的治疗。

综上所述，采用桂枝芍药知母汤对风湿免疫疾病患者进行治疗，其疗效比较显著，患者症状能得到有效改善，并能明显提高治疗有效率，获得患者满意度较高。此治疗方法具有在临床推广应用的价值。

参考文献：

[1]宋维海. 桂枝芍药知母汤应用于治疗风湿免疫疾病患者的临床疗效[J]. 饮食保健,2020,7（18）: 97.

[2]彭璐. 桂枝芍药知母汤应用于治疗风湿免疫疾病患者的临床疗效分析[J]. 特别健康,2020（33）: 60.

[3]朱秀. 桂枝芍药知母汤治疗风湿免疫疾病的临床分析[J]. 世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊）,2019,19（62）: 233-234.

[4]蒋昭昭,董飞侠. 董飞侠主任医师运用桂枝芍药知母汤治疗风湿免疫疾病经验[J]. 中国现代医生,2018,56（24）: 132-135.

[5]李兰芬. 桂枝芍药知母汤治疗风湿免疫疾病的效果及对 C 反应蛋白水平的恢复观察[J]. 健康之友,2021（24）: 161.

[6]刘晓丽. 桂枝芍药知母汤加减治疗类风湿性关节炎的效果及对相关抗体水平的影响[J]. 中国医学创新,2022,19（8）: 84-87.

[7]孙莹. 桂枝芍药知母汤外治对寒热错杂型类风湿关节炎治疗作用探讨[J]. 养生保健指南,2021（25）: 102.

[8]李雪萍,刘伟伟,郑川,等. 从“络病-风药”新识桂枝芍药知母汤治疗类风湿性关节炎[J]. 时珍国医国药,2018,29（2）: 391-393.

[9]管印,汪悦. 汪悦从“历节病”论治类风湿关节炎经验举隅[J]. 辽宁中医杂志,2020,47（7）: 163-165.

[10]陈中,郑阳,仇湘中,等. 仇湘中教授从肝论治类风湿关节炎的经验总结[J]. 中国中医骨伤科杂志,2020,28（9）: 76-78.

[11]刘征堂,韦云,吴斌龙. 《金匱要略》历节病诊治要点探讨[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26（9）: 1237-1238.

[12]买鹏宇,朱闻. 中医药在转化生长因子-β1 介导的自身免疫性炎症疾病中作用的研究进展[J]. 辽宁中医杂志,2020,47（1）: 198-203.

[13]金泽旭,唐芳,马武开,等. 中医药经 Wnt/β-catenin 信号通路对类风湿性关节炎的干预机制[J]. 风湿病与关节炎,2020,9（7）: 45-48. DOI: 10.3969/j.issn.2095-4174.2020.07.012.

[14]杨小又,张丽萍,李涛,等. 浅谈中医整体观在类风湿关节炎诊治中的重要性[J]. 风湿病与关节炎,2020,9（7）: 49-51.

[15]李贞宗,陈美凤,翁思议,等. 中药暨蠲痹颗粒治疗类风湿关节炎的研究进展[J]. 风湿病与关节炎,2020,9（8）: 76-80.

[16]陈丽芬. 抗核抗体联合抗核抗体谱检测在自身免疫性疾病诊断中的应用[J]. 实用检验医师杂志,2020,12（2）: 87-89.

俯卧位通气病人的监测与护理思路分析

黄晓俊 周怡 肖玉娟 杨世佳*

上海交通大学医学院附属同仁医院 200336

摘要：目的 讨论俯卧位统计患者的临床护理要点。方法 选择本院在 2020 年 4 月至 2022 年 6 月收治的 570 例急性呼吸窘迫综合征患者，依照随机数表法，分成对照组和研究组，各 285 例。对照组进行常规护理，研究组行综合护理，对比两组患者呼吸功能、生活质量、不良反应发生率和家属护理满意度。结果 护理前，两组患者 PaO₂、PaCO₂、PaO₂/FiO₂ 和生活质量评分，对比均无显著差异（P>0.05），护理后，两组患者 PaO₂、PaO₂/FiO₂ 和生活质量均有上升，PaCO₂ 均有下降，组内对比差异明显（P<0.05），研究组 PaO₂、PaO₂/FiO₂ 和生活质量高于对照组，PaCO₂ 低于对照组（P<0.05）；研究组不良反应发生率为 1.75%，低于对照组的 6.67%（P<0.05）；研究组患者家属护理满意度为 94.39%，高于对照组的 82.81%（P<0.05）。结论 针对俯卧位通气患者，应采用综合护理，加强通气监测，进而实现患者预后康复质量的提升。

关键词：俯卧位通气；急性呼吸窘迫综合征；综合护理；呼吸功能；生活质量；不良反应；护理满意度

急性呼吸窘迫综合征是临床呼吸系统疾病的一类，患者通常会出现低氧血症或呼吸窘迫等临床表现，若未经针对性临床治疗，可能会导致患者死亡。当前临床可通过机械通气方式缓解患者临床症状，相关资料表明，俯卧位机械通气是常见体位，可有效改善肺泡功能，配合科学的临床护理，能够有效提高患者预后康复质量^[1]。基于此，本研究将以 570 例急性呼吸窘迫综合征患者为例，讨论俯卧位统计患者的临床护理要点，总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院在 2020 年 4 月至 2022 年 6 月收治的 570 例急性呼吸窘迫综合征患者，依照随机数表法，分成对照组和研究组，各 285 例。对照组男女比例 176:109，年龄均值（64.35±3.18）岁；研究组男女比例 180:105，年龄均值（64.59±3.21）岁。两组患者基线资料的对比，差异不具备统计学意义（P>0.05），可进行对比。

1.2 方法

对照组进行常规护理，结合患者病情设置呼吸机参数，监测患者治疗过程中的不良反应。研究组行综合护理，具体如下：首先，体位护理。切换体位之前，将患者呼吸道中分泌物清除，待患者病情稳定，改患者仰卧位为俯卧位，用软垫垫起患者腿部、髻部和胸部^[2]。其次，管线护理。改变患者体位时，应将场内营养供给暂停，并集中保护并固定管线，避免管线出现滑脱、扭曲等情况。固定时可用固定器或胶带固定，同时需避免影响患者呼吸道的畅通性，防止增加患者不适感。患者治疗过程中，应严密监测患者病情发展情况，记录患者血压、呼吸、心率和意识，是否有严重异常反应^[3-4]。另外，呼吸道护理。俯卧患者呼吸道分泌物量会进一步增加，

进行吸痰操作时，应避免对呼吸道黏膜造成损伤，同时合理控制病房的温度和湿度，提高患者舒适度。在气管插管拔除之后，应当将雾化次数进一步增加，避免黏膜湿度降低。为避免患者因不适而躁动，可适当给予镇静和镇痛护理，防止气管插管滑脱或折叠^[5]。最后，并发症护理。患者长时间卧床，护理人员应适当降低患者压力，适当抬高患者头部，加强头部按摩，避免产生压疮现象，同时加强患者皮肤护理，防止产生面部水肿等表现^[6]。

1.3 观察指标

对比两组患者以下临床指标：①呼吸功能。包括 PaO₂、PaCO₂ 和 PaO₂/FiO₂。②生活质量。采用生活质量量表（SF-36），评估患者生活质量水平。包含 8 个维度，单项分值最高分 100 分，分数越高，患者生活质量越高^[7]。③不良反应发生率。④家属护理满意度。采用呼吸内科科室自制问卷，收集患者家属意见，共分为十分满意、比较满意和不满意等。除不满意，剩余患者均视为护理满意。

1.4 统计学分析

本组研究采用 SPSS 24.0 统计学软件处理数据，用 χ^2 检验计数资料，用 t 检验计量资料，差异具有统计学意义时，P<0.05。

2 结果

2.1 两组患者呼吸功能对比

护理前，两组患者 PaO₂、PaCO₂ 和 PaO₂/FiO₂ 对比均无显著差异（P>0.05），护理后，两组患者 PaO₂ 和 PaO₂/FiO₂ 均有上升，PaCO₂ 均有下降，组内对比差异明显（P<0.05），研究组 PaO₂ 和 PaO₂/FiO₂ 高于对照组，PaCO₂ 低于对照组（P<0.05）。见表 1。

表 1 两组患者呼吸功能对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

呼吸功能指标		对照组（n=285）	研究组（n=285）	t	P
PaO ₂ （mmHg）	护理前	81.22±3.26	81.42±2.74	0.793	0.428
	护理后	88.44±3.58	93.06±4.78	13.060	0.000
	t	25.174	35.666	-	-
	P	0.000	0.000	-	-
PaCO ₂ （mmHg）	护理前	58.64±4.65	58.75±3.68	0.313	0.754
	护理后	42.15±4.17	35.82±2.15	22.777	0.000
	t	44.570	90.826	-	-
	P	0.000	0.000	-	-
PaO ₂ /FiO ₂	护理前	163.25±14.85	164.35±18.55	0.782	0.435
	护理后	187.69±11.24	196.35±10.87	9.350	0.000
	t	22.154	25.126	-	-
	P	0.000	0.000	-	-

2.2 两组患者生活质量对比

护理前，两组患者生活质量评分对比无显著差异（P>0.05），护理后，

各组生活质量评分均有提升，组内对比差异明显（P<0.05），研究组生活质量评分高于对照组（P<0.05）。见表 2。

表 2 两组患者生活质量评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

生活质量评分指标		对照组（n=285）	研究组（n=285）	t	P
生理职能	护理前	42.03±4.69	41.51±3.16	1.552	0.121
	护理后	49.14±3.84	55.32±5.28	15.980	0.000
	t	19.802	37.888	-	-
	P	0.000	0.000	-	-

生理机能	护理前	40.21±3.48	39.86±4.16	1.089	0.276
	护理后	46.28±4.74	52.13±5.21	14.021	0.000
t		17.427	31.069	-	-
	P	0.000	0.000	-	-
一般健康状况	护理前	39.75±3.26	39.96±3.51	0.740	0.460
	护理后	44.16±4.36	50.29±3.85	17.792	0.000
t		13.675	33.473	-	-
	P	0.000	0.000	-	-
躯体疼痛	护理前	48.57±5.29	48.76±6.22	0.393	0.695
	护理后	54.83±5.74	60.31±4.66	12.513	0.000
t		13.539	25.088	-	-
	P	0.000	0.000	-	-
社会功能	护理前	51.96±4.95	52.54±5.32	1.347	0.178
	护理后	60.14±4.59	65.32±5.29	12.486	0.000
t		20.457	28.758	-	-
	P	0.000	0.000	-	-
情感职能	护理前	52.14±6.84	52.54±5.47	0.771	0.441
	护理后	63.45±5.29	71.29±4.96	18.252	0.000
t		22.081	42.868	-	-
	P	0.000	0.000	-	-
精神健康	护理前	59.22±5.31	59.42±5.26	0.452	0.652
	护理后	68.52±4.95	75.21±5.49	15.279	0.000
t		21.627	35.060	-	-
	P	0.000	0.000	-	-
精力	护理前	46.78±5.23	47.10±4.13	0.811	0.418
	护理后	59.15±3.26	66.48±5.14	20.331	0.000
t		33.885	49.619	-	-
	P	0.000	0.000	-	-

2.3 两组患者不良反应发生率对比

研究组不良反应发生率为 1.75%，低于对照组的 6.67%（P<0.05）。见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生率对比[n（%）]

分组	例数	皮肤水肿	压疮	管路脱出	总发生率
对照组	285	5（1.75）	4（1.40）	10（3.51）	19（6.67）
研究组	285	2（0.70）	2（0.70）	1（0.35）	5（1.75）
χ^2	-	-	-	-	8.526
P	-	-	-	-	0.004

2.4 两组患者家属护理满意度对比

研究组患者家属护理满意度为 94.39%，高于对照组的 82.81%（P<0.05）。见表 4。

表 4 两组患者家属护理满意度对比[n（%）]

分组	例数	十分满意	比较满意	不满意	总满意度
对照组	285	130（45.61）	106（37.19）	49（17.19）	236（82.81）
研究组	285	183（64.21）	86（30.18）	16（5.61）	269（94.39）
χ^2	-	-	-	-	18.910
P	-	-	-	-	0.000

3 讨论

急性呼吸窘迫综合征患者肺自重相较于正常人群，会有明显增加的趋势，这也会直接导致增加患者胸膜腔中压力，降低跨肺压，进而引发肺不张。当前临床可通过机械通气方式加以治疗。治疗时的体位选择问题上，如果采用仰卧位，则患者胸侧肺组织相较背侧，通气量会更多，很容易影响通气的均匀性。与之相对的，若采用俯卧位，身体重力作用则会有效降低对肺组织的压迫力，进而明显改善患者氧合指数。因此，俯卧位通气治疗在当前临床更受到推崇^[8]。

在本研究中，针对研究组患者采用的综合护理，主要包含体位护理、管线护理、呼吸道护理和并发症护理等。其中，体位护理有助于在保证患者正常治疗的同时，灵活调整患者体位，进而提高患者舒适度。管线护理是因为患者治疗阶段，涉及管线种类和数量较多，若不注意管线的固定和保护，管线很容易出现滑脱现象，耽误患者正常治疗^[9]。且在体位的影响下，患者可能会出现躁动现象，导致气管插管脱出或移位，因此更需要对

其固定工作，引起高度重视。另外在为患者排痰过程中，患者很可能会因为呼吸道黏膜过于感到不适，因此需要适当湿化，提高患者治疗依从性。并发症护理则是为了保证在卧床期间，尽量降低压疮、皮肤水肿等病症，防止患者旧病未除，又添新病。综合护理不仅能彰显护理人员的专业性，更能显示对患者的关怀，因此患者各项临床指标更优，患者家属满意度也更高^[10]。

综上所述，针对俯卧位通气患者，应采用综合护理，加强通气监测，进而实现患者预后康复质量的提升。

参考文献：

[1]米洁,黄桃,高西.俯卧位通气在急性呼吸窘迫综合征中的应用及护理干预研究[J].重庆医学,2017,46（14）: 1904-1906.
[2]张晶,白颖,刘凉悠.早期气管插管的创伤患者发生呼吸机相关性肺炎的危险因素分析[J].中国医刊,2020,55（4）: 390-393.
[3]陈曦,吴奇云,王馨,卢根娣.俯卧位通气对急性呼吸窘迫综合征患者影响的 Meta 分析[J].解放军护理杂志,2016,33（7）: 20-23.
[4]邓洁,黄力,黄冠宇,孙小聪,陈小玲.急性呼吸窘迫综合征患者予以俯卧位通气的效果以及护理措施[J].中国医药科学,2017,7（2）: 106-109.
[5]卢智娇.集束化护理干预对急性呼吸窘迫综合征患者在俯卧位通气下的并发症发生率的影响分析[J].黑龙江中医药,2019,48（6）: 318-319.
[6]王玉峦,李京,张芳芳,郭文丰.不同体位对老年重症肺炎患者机械通气治疗中氧合作用的影响[J].老年医学与保健,2020,26（5）: 834-837.
[7]黄少华,陆素平,李锋.ICU 急性呼吸窘迫综合征行俯卧位通气患者的深度镇痛镇静护理干预及其效果[J].中国医药指南,2020,18（28）: 24-26.
[8]于奕,李暘,李姗姗,张凤,韩文兰,刘会会,单信芝.急性呼吸窘迫综合征患者俯卧位通气护理质量评价指标的构建[J].中华护理杂志,2021,56（7）: 977-982.
[9]黄钰,曹小平,钟医航,胡青,杨卓（综述）,王家珍（审校）.俯卧位通气及支气管肺泡灌洗在重症肺炎中的应用研究进展[J].现代医药卫生,2022,38（2）: 261-264.
[10]李静怡,张玉侠,蒋进军,潘文彦,冯丽,张瑞莉,郑峥.有创机械通气患者俯卧位实施方案的构建[J].中国护理管理,2022,22（1）: 52-57.
通讯作者：杨世佳，上海交通大学医学院附属同仁医院。

民国京津地区中医医家学术交流与社会活动初探

刘玥婧 王瑞 赵健 (通讯作者)

天津中医药大学中医学院 天津 301600

摘要:目的:探究民国京津地区中医医家的从医经历、学术交流和社会活动及其对当代中医发展的借鉴意义。方法:系统梳理京津地区中医医家的史料,概括他们的从医经历,分析其学术交流和社会活动的特点。结果:医家们的从医经历颇具时代特色,学术交流方式包含会诊医术探讨、报刊学术争鸣和团体私下交流等方式,其社会活动对民国中医发展具有较大影响。结论:京津地区中医医家的学术交流与社会活动不仅是北方中医形势的缩影,同时也推动了全国中医的发展,对当今中医学术交流活动具有参考价值。

关键词:民国;中医医家;北京;天津

1. 引言

民国时期华北地区战乱频繁、瘟疫频发,该时期涌现了一大批为百姓解除病痛的中医学者,他们不屈于形势压力,勇于抗争,成为中医存亡与发展的关键转折点。目前学术界对于民国医家的研究日趋丰富,聚焦医家的从医经历,对于研究民国时期中医学的学术特点以及时代背景都具有重要意义,对现代中医临床和院校教育也有指导和借鉴价值。本文系统梳理民国时期京津地区中医医家的文献资料,总结医家的从医经历,提炼其学术交流和社会活动,为进一步深入研究奠定基础。

2. 民国时期京津地区中医医家的从医经历

2.1 学医途径多元化

2.1.1 家传

(1) 御医世家

徐江雁^[1]认为御医世家出身的医家从小耳濡目染,通常具有深厚的中医理论功底,一些御医世家的子弟虽也接受过太医院的“正统教育”,但家传授受仍占主导地位。陈萌^[2]提到以赵文魁、瞿文楼、赵树屏、曹沧洲为代表的中医医家均出身于御医世家,他们对民国中医产生了深远的影响。

(2) 民间世医

中国民间有许多家族世代从医,形成了世医学术传承脉络。索延昌《京城国医谱》^[3]记载的140余名民国医家中有60位为中医世家出身,占比43%,这与明清时期世医蓬勃发展的趋势是一致的。

2.1.2 自学

整理民国时期京津中医医家的学医经历可发现,医家们自学的动机各有不同,如家境贫寒、庸医误治、兴趣所在等,《名老中医之路》^[4]中6人有自学中医的经历,如岳美中、陈慎吾、赵锡武等,其中以岳美中最为典型,虽家境贫寒,却凭借着热爱和毅力自学成才;陈可冀^[5]记岳老先生少年时家境贫寒,无力从师,自己揣摩医书,并尝试给身边的人治病,点滴积累,成为名医。

2.1.3 院校教育

民国时期京津地区兴起一定数量的私立医学院校成为培养中医的主力。张增国^[6]认为由于西学东渐,该时期的私立医学院校大多课程设置丰富,办学规范严格,重视临床实践,故而培养了许多优秀的中医人才。杨帆^[7]等人提到北平国医学院作为民国时期北京第一所中医高等院校,具备完善的教学制度、优越的师资力量,培养出了如宋祚民、王鸿士等人。同一时期,还有其他私立院校也培养了众多中医人才,如施今墨创建的华北国医学院培养的董德懋、方伯屏等人、孙少山毕业的中国医学传习所、张锡纯的中医函授学校、尉穆谦的天津国医专修学院均在此列。

2.1.4 师徒授受

(1) 拜师学医

许多著名中医医家在其少年时期就拜师于名医,如杨浩如曾拜师当地

同族名医杨世寿^[8],汪逢春幼年求学于吴中名医艾步蟾老先生^[9],施今墨十三岁时便拜安阳名医李可亭先生为师^[10],还有周慕新、徐右丞等。从学医之初便跟随老师,不仅有利于夯实基本理论、继承老师的学术思想,而且还可跟随老师身边汲取临床经验,将理论与实践结合起来,对于强调实践的中医而言具有极大的优势。

(2) 带艺投师

董泽宏^[11]在民国时期的北平中医药发展史研究中,列举了师承传授中由药徒和艺徒转成名医两种方式,如曾在药店做学徒,打下了药物学基础的赵心波、郭士魁等;艺、医同修的满族人刘寿山。因此从事医学的周边行业,就有机会接触积累医学相关知识,为转而学医埋下伏笔;而后再拜师学医,完善自己的医学知识,积累临床经验,完成由周边行业人士转为名医的蜕变。

2.2 行医经历特殊化

(1) 南方医家北上行医

北京作为重要的政治文化中心,再加上天津通商口岸的开放,经济实力大增,推动了京津地区医学事业的发展,由此产生的众多机遇,吸引了南方医家的北上。谢敬^[12]简述了陆观虎、董晓初、杨达夫等江苏籍医家的生平,也点明了当时北上已成为一种趋势,如:徐右丞和徐玉林北上参加考试;王季儒、李振南、梁仪韵来拜师学医;陆观虎前来述职;杨达夫、周鼎勋执业于津。

(2) 从庙堂走向江湖

徐江雁^[1]认为在历史文化因素和社会因素下,御医们走进了普通老百姓的生活,为中医事业做出贡献。陈萌^[2]简述了清帝退位,宫廷御医和民间医家一道承担起医疗与学术发展的重任。赵绍琴^[13]详细记录下其父赵文魁由御医到民间医家身份的转变过程。自辛亥革命后,两千多年的封建王朝覆灭,御医们也摆脱了宫墙的束缚,走进了普通百姓的生活。患者类型的增多、数量的增加,瘟疫的爆发,多元文化的冲击、社会动荡等因素也使他们的医术日臻完善。

(3) 行医过程中断

徐江雁^[8]在写京城名医杨浩如时,提到杨浩如难以接受中医事业被黑暗吞没,停止了诊务,五个月以后含恨离世。孟鸿声^[14]记萧龙友的论文中道在七七事变后,北京沦陷,萧先生拒绝为日本人看病,摘掉了“萧龙友医寓”的牌子,命号“息翁”,新中国成立后,改号“不息翁”,重返医坛。

3. 民国时期京津地区中医医家的学术交流

3.1 多医会诊探讨

会诊是医学界不可避免且实际有效的交流方式,中医也不例外。由于民国时期局势动荡、制度不完善,普通的会诊难以被记录下来。现在多针对于民国时期的重要人物,如孙中山的会诊进行研究,以及对重大疫情的相关信息的研究。

(1) 中医会诊

在郑珠玲^[15]的论文中详细论述了孙中山肝癌治疗的全过程,其中在中医介入治疗的部分叙述了陆仲安、唐尧卿、周树芬会诊于北京,共同治疗孙中山的肝癌。萧承棕^[16]记萧龙友先生尊重同道,常与孔伯华先生共同会诊,互搓医技;每有疑难大症出诊天津常与津沽名医张介国会诊。

(2) 中西医会诊

在中西医对峙的状态下,也有目光长远的中医、西医摒弃不同文化的偏见,共同致力于疑难重症,探讨中西医结合的方法。徐江雁^[17]记施今墨经常和西医专家姜泗长等人共磋医疗方法,不断探索中西医结合治疗的治疗新途径。徐江雁^[18]也曾在北京名中医中记德国医院的医师狄博尔闻萧龙友之大名,请萧龙友会诊于大脑炎、黑热病、子宫瘤等疑难重症,开创了中医师进入西医院用中药治病的先例。

3.2 报刊学术争鸣

中医家们会将自己的学术观点、经验良方以医案医话、医药论著等方式刊载于中医报刊之上,还会撰写著作,与其他医家共鉴,以达交流之目的。《国医正言》有“辩驳栏”,是中医的争鸣园地,如中医医家陈氏的《答复宋志良先生》因羊毛疹及温痧与宋志良进行辩驳^[19]。《国医求是》设“讨论”栏目,讨论争鸣气氛浓厚^[11]。医家不再拘于自己的治疗优势,将自己的经验刊登于报刊杂志,公之于众,与其他医家共同探讨之。这既有利于学术的提升,也是医德仁心的重要体现。

2.3 团体私下交流

民国时期中医医家们私下的学术交流也十分精彩。余靖^[20]载 1945 年施今墨先生和西医孟昭武教授发起创办了“中国医药学会”。他向孟昭武先生请教,借鉴西药剂型,改进中药剂型。赵寿康^[21]记其父与萧龙友先生曾书信往来交流学术,展现了中医界前辈提携晚辈的优良传统。私下往来的学术交流对医家的个人经验、中医界学术的发展、中医未来发展都具有重要的启示和意义。

4. 民国时期京津地区中医医家的社会活动

4.1 创办医学院校

高益民、张松柏等^[22]人指出:1930 年孔伯华联合京城中医界名流创办北平国医学院,萧龙友任董事长,董事有杨浩如、汪逢春、韩一斋等,孔伯华任院长。学院聘请在京名医食宿为师,如医家赵树屏、陈慎吾、瞿文楼等人。杨帆^[23]记施今墨 1932 年春同魏建宏、刘肇甄、陈公素等人创建的华北国医学院并聘请了曹养舟、赵锡武、杨叔澄、瞿文楼等人作为。

4.2 成立学术团体,创办报刊

赵树屏、汪逢春成立的北平国医职业分会并创办了《北京医药月刊》;赵文魁、全诚斋、施今墨、董德懋成立了北平中医社并创立《中国医药月刊》;还有杨医亚等人成立的国医砥柱社及其创办的《国医砥柱月刊》等。他们均为建社、创刊、撰文的中坚力量,他们在报刊上发表的学术文章成为研究民国中医交流的重要资料,在报刊上宣传和发展中医药,强烈驳斥废除中医的观点,成为医家们维护中医药的有力武器。

4.3 中医救亡活动

在“漏列中医案”中,郝先中^[26]记著名中医医家赵文魁、袁鹤济、萧龙友等人在请愿书上签名,并积极参与请愿活动。在“废止中医案”中,董泽宏^[11]记经北平中医公会商定,组织“华北请愿团”,施今墨、孔伯华、赵树屏、张菊人等为主要请愿代表,踏上南下请愿的征程。

5. 结语

民国时期既是中医发展最危急的时期,也是随着中国体制转型而进行改变的关键时期。西方文化对我国传统中医药的冲击,不仅给京津地区一盘散沙的中医药界敲响了警钟,也给其学术交流与中医教育带来了新的契机。民国时期多元化的学医途径、混合式的教育模式对于后世人才培养具

有重要启示;京津地区的医家为守护传统的中医药文化进行了较为频繁的学术交流与社会活动,既有利于个人学术修养的提升,也推动了华北地区乃至全国中医事业的发展。

参考文献:

- [1]徐江雁.北京御医学派研究[D].北京中医药大学,2004.
 - [2]陈萌,张冬梅,李翠.燕京医派概览[C].//中华中医药学会第四次中医学学术流派交流论文集.2012: 39-41.
 - [3]索延昌.京城国医谱[M].北京:中国医药科技出版社,2000.
 - [4]张奇文,柳少逸,郑其国.名老中医之路[M].北京:中国中医药出版社,2010.
 - [5]陈可冀.著名中医学家岳美中教授传略[J].国医论坛,1987(01): 13-15.
 - [6]张增国.近代中医学校教育史的研究[D].山东中医药大学,2011.
 - [7]杨帆.华北国医学院医学教育实践研究(1932-1950)[D].内蒙古师范大学,2017.
 - [8]徐江雁.大方治病自有序,君臣佐使如是说——记北京私立中医院创始人杨浩如[J].北京中医,2006(07): 400-402.
 - [9]吴中云.一代宗师汪逢春[J].科技潮,1998(11): 138.
 - [10]穆静.一代名医施今墨[J].中国科技史料,1981(03): 50-57.
 - [11]董泽宏.民国时期的北平中医药发展史研究(1912-1949)[D].中国中医研究院,2005.
 - [12]谢敬.民国时期寓居津门的江苏籍医家考[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2017,18(01): 39-42.
 - [13]赵绍琴,彭建中.从庙堂到江湖——赵氏御医世家的故事[J].紫禁城,2013(07): 111-119.
 - [14]孟鸿声.民国良吏、名儒名医萧龙友[J].春秋,2011(01): 22-24.
 - [15]郑珠玲.疾病、政治与医疗——孙中山癌症诊疗过程研究[D].上海师范大学,2018.
 - [16]萧承棕.名中医萧龙友[J].北京中医,1985(06): 14-17.
 - [17]徐江雁.衷中参西,理真术效——记“北京四大名医”之一施今墨[J].北京中医,2006(06): 331-335.
 - [18]徐江雁.息翁不息,济世育人——记“北京四大名医”之一萧龙友[J].北京中医,2005(04): 203-205.
 - [19]申红玲.中医教育家,岐黄护法人——陈泽东[J].天津中医学院学报,2004(03): 157-159.
 - [20]余靖,刘红旭.北京四大名医与中西医结合[J].中国中西医结合杂志,2001(11): 803-805.
 - [21]赵寿康.记萧龙友先生和赵仲琴先生的一段往事[A].中华中医药学会中医药文化分会、中国自然辩证法研究会易学与科学委员会.第十一届全国中医药文化学术研讨会;第十届全国易学与科学学术研讨会论文集[C].中华中医药学会中医药文化分会、中国自然辩证法研究会易学与科学委员会:中华中医药学会,2008: 3.
 - [22]高益民,张松柏,潘玉瓒,柳学俭,邹志冬.民国时期北平国医学院评介[J].北京中医,1992(01): 61-62.
 - [23]杨帆.华北国医学院医学教育实践研究(1932-1950)[D].内蒙古师范大学,2017.
- 作者简介:刘玥婧(1999-),汉族,女,本科在读,天津中医药大学中学院。
- 通讯作者:赵健(1985-),汉族,男,博士学位,讲师,研究方向:中医医史文献。

原络配穴针刺法联合尿三针治疗老年性夜尿症 64 例临床疗效观察

冯立

武汉中医医院 湖北武汉 430014

摘要:目的: 观察采用原络配穴针刺法、联合尿三针治疗老年性夜尿症的临床疗效观察。方法: 共纳入 64 例老年性夜尿症患者, 将其随机分为两组: 治疗组采用原络配穴针刺法、联合尿三针治疗, 10 次为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程; 对照组则采用西医基础治疗。两组治疗后评价疗效。结果: 治疗组治愈者 18 例, 显效者 8 例, 有效者 4 例, 无效者 2 例, 总有效率达到 93.75%, 与对照组总有效率相比有显著差异, 差异有统计学意义。结论: 采用原络配穴针刺法、联合尿三针治疗老年性夜尿症疗效显著, 值得大力推广。

关键词: 夜尿症; 原络配穴法; 尿三针; 针刺疗法

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of the treatment of senile nocturia by using Yuanluo acupoint acupuncture combined with three-urinary acupuncture. Methods: Randomly Dividing 64 cases of senile nocturia patients into two groups: the treatment group was treated with Yuanluo acupoint acupuncture combined with three-urinary acupuncture, a course of treatment included 10 times, and the treatment contained two courses; the control group was treated with basic western medicine. The curative effect was evaluated after the treatments of the two groups. Results: In the treatment group, 18 cases were cured in total, 8 cases were markedly effective, 4 cases were effective, and only 2 cases were ineffective in total. The total effective rate in treatment group was 93.75%, which was significantly different from that of the control group, and the difference was statistically significant. CONCLUSION: The use of acupuncture with the Yuanluo acupoint acupuncture combined with the three-needle in the treatment of senile nocturia is effective and worthy of vigorous promotion.

【Key words】 nocturia; Yuanluo acupoint acupuncture combined with three-urinary acupuncture; the three-needle for urine; acupuncture therapy

《夜尿症临床诊疗中国专家共识》中, 推荐以排尿 ≥ 2 次/晚作为夜尿症的临床判断标准^[1]。夜尿症是指夜尿次数增多, 是老年患者、尤其针对 60~80 岁的老年男性患者常见的下尿路的临床症状之一^[2]。它可严重干扰患者的夜间睡眠, 引起疲乏无力、记忆力下降等伴随症状, 影响日常生活质量, 更严重者, 可出现患者焦虑状态、抑郁状态的发生。有相关研究表明, 每晚排尿次数在两次以上的夜尿症患者, 在 60 岁至 70 岁的人群中达 11%~50%、80 岁以上夜尿症的患病率高达 80%~90%^[3]。西医认为夜尿症的病因生理性和病理性两种情况^[4], 临床上多采用西药或手术治疗, 虽然可选择的西药种类多样, 但大多存在疗程偏长、副作用大等特点^[5], 而采用针刺疗法治疗夜尿症疗效确切, 受到了越来越多的患者青睐和好评。笔者在 2019~2021 年采用原络配穴针刺法、联合尿三针治疗老年性夜尿症 32 例, 取得良好效果, 现报告如下。

1. 临床资料

1.1 一般资料 本组 64 例患者均来自武汉市中医医院肾病科住院部及门诊患者, 其中男性 42 例, 女性 22 例。所有患者按照随机分配原则, 分为对照组和治疗组各 32 例。其中年龄最小的患者 56 岁, 最大的患者 76 岁; 病程最短者 5 个月, 最长者达 11 年; 病情轻度者 48 例, 中度者 12 例, 重度者 4 例。2 组间患者的性别、年龄、病程经统计学分析, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 依据《夜尿症临床诊疗中国专家共识》确定的诊断标准^[1]拟定: 患者夜间排尿 ≥ 2 次。病情分级依据: 轻度者: 夜间排尿 3~4 次; 中度者: 夜间排尿 5~6 次; 重度者: 夜间排尿 6 次以上。

1.3 纳入标准 (1) 病情均符合上述诊断标准的患者; (2) 年龄在 50~80 岁之间的患者; (3) 对针刺治疗无不良反应的患者; (4) 患者及家属同意接受针刺治疗的患者。

1.4 排除标准 (1) 不符合纳入标准者; (2) 有晕针等不良反应的患者; (3) 合并泌尿系统、心脑血管系统、神经系统、内分泌系统等重度疾病的患者; (4) 近 1 个月内进行过针对夜尿症任何治疗的患者; (5) 未按疗程治疗等依从性差的患者。

2. 治疗方法

2.1 对照组 所有患者均采用西医基础治疗。

2.2 治疗组 采用足少阴肾经、足太阳膀胱经的原穴和络穴联合尿三针治疗。选穴: 太溪穴 (双侧)、京骨穴 (双侧)、大钟穴 (双侧)、飞扬穴 (双侧)、三阴交穴 (双侧)、中极穴、关元。针刺操作及疗程: 嘱患者取平卧位, 安抚患者, 身体放松, 暴露出针刺治疗的部位后, 使用 75% 酒精棉球常规消毒针刺区域, 使用 0.25mm $\times$ 40mm 的毫针, 太溪穴直刺 0.5~0.8 寸, 三阴交穴直刺 1.2~1.5 寸, 京骨穴、大钟穴直刺 0.3~0.5 寸,

飞扬穴直刺 1.0~1.5 寸, 关元穴直刺 0.5~1 寸, 中极直刺针尖向会阴斜刺 1.2~1.5 寸, 使针感向会阴或者大腿内侧放射, 均用补法。得气表现以患者自觉针刺部位有酸、麻、胀或者放射感等感觉为主, 得气之后留针 30 分钟, 10 分钟后行针 1 次, 每天上午 1 次, 10 次为 1 个疗程, 1 个疗程后休息 1 天, 2 个疗程结束观察疗效。

3. 统计方法

本次数据使用 SPSS 22.0 统计软件分析, 计量资料数据用 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 方法用 t 检验统计, 计数资料数据用 χ^2 检验, $P<0.05$ 有统计学差异。

4. 疗效观察

4.1 疗效标准 临床治愈: 夜间排尿次数 ≤ 1 次; 显效: 夜间排尿次数减少 50% 以上; 有效: 夜间排尿次数减少 25%~50%; 无效: 症状无明显改善甚至加重。

4.2 治疗结果

4.2.1 两组患者治疗前以及治疗 1 疗程、2 疗程后夜尿次数比较 治疗 1 疗程结束后 2 组患者夜尿次数均减少, 2 组进行比较 ($P>0.05$), 结果提示无统计学意义; 2 疗程结束后治疗组夜尿次数少于对照组 ($P<0.05$), 治疗结果有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后夜尿次数比较 (例, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 1 次疗程后	治疗 2 次疗程后
治疗组	32	5.79 $\pm$ 1.354	4.27 $\pm$ 1.014	1.89 $\pm$ 1.257
对照组	32	6.01 $\pm$ 1.273	4.41 $\pm$ 1.213	2.25 $\pm$ 1.054
t 值		1.010	0.236	-2.978
p 值		0.433	0.572	0.004

4.2.2 两组总体疗效比较 两组治疗后, 治疗组总有效率为 93.75%, 与对照组相比有显著差异, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组总体疗效比较 (n, %)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率 %
治疗组	32	18 (56.25)	8 (25.00)	4 (12.50)	2 (6.25)	93.75%
对照组	32	4 (12.50)	5 (15.63)	16 (50.00)	7 (21.87)	78.13%

5 讨论

中医学中无“夜尿症”之名, 根据其临床症状, 可归属于“淋证”、“遗溺”

等病范畴。《素问·经脉别论》中对津液的描述如下：“饮入于胃，上输于脾，脾气散精，上归于肺，下输膀胱，水精四布，五经并行”，说明了尿液的生成与肺、脾、胃、肾、膀胱等脏腑的功能密切相关。肾为先天之本，主水司开阖，并主司二阴，《素问·逆调论》曰：“肾者水脏，主津液。”说明人体水液代谢的平衡依赖于肾的蒸腾气化功能。《素问·灵兰秘典论篇》中写道：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”，说明尿液的正常排出，依赖膀胱的气化功能的正常运行。而膀胱与肾脏互为表里关系，肾脏的蒸腾作用及膀胱的气化作用息息相关，若二者功能正常，则尿液的生成与排泄正常。

脾为后天之本，主升清运化水液，膀胱为州都之官，为水液聚集之处，通过肾之气化、脾之运化，方可使储存于膀胱中尿液排出；现代人工作紧张、醉酒熬夜，《素问·上古天真论》曰：“今时之人，不然也……以耗散其真，不知持满……起居无节，故半百而衰也”，故随患者年龄增高，脾胃渐衰，膀胱失于温煦，气化失常，水液失调，故见小便次数增多，入夜则阴气盛，而阳气更衰，见夜尿频多，膀胱气化不利，常伴见小便不利、小便清长等症。治疗当温脾益肾、疏调膀胱气机。

《类经·藏象类》云：“下焦不治则水乱二便”，提示我们在病理状态下，夜尿增多，也应从下焦论治，治疗的重点在于肾脏与膀胱。

《难经·六十六难》言：“五脏六腑之有病者，取其原也”，阐明了原穴在脏腑疾病治疗过程中发挥重要作用。络穴是络脉从本经上别出的腧穴，故络穴既可治疗络穴本经的病证，也可治疗与络穴相表里的经脉病证。而原穴与络穴相配，则可以贯通全身经络，鼓动全身气血流动，保持正常的生理功能。我们所选用的穴位中，太溪穴乃肾经的原穴，现代研究表明，针刺太溪穴可增强肌肉收缩，对膀胱和输尿管括约肌的恢复有一定的疗效^[6]，能有效缓解尿频的症状。京骨穴属于膀胱经的原穴，《针灸大成》里描述“大钟，主淋漓洒泄”，提示我们小便不利者，大多因患者年老体弱，肾

气衰退，膀胱气化无力所致。取大钟、京骨原络相配，可温通肾阳，促进膀胱气化功能，达到通利小便之功^[7]。太溪配飞扬、京骨配大钟，可激发体内肾经与膀胱经的表里经络畅通，气血运行，有利于夜尿症的好转。关元、中极、三阴交统称“尿三针”，是我国著名针灸学家靳瑞教授，在集历代针灸名家之经验和反复临床与实验研究后的成果总结，主要用于治疗尿失禁、遗尿、尿潴留等泌尿系统疾病^[8]。其中，关元穴乃元阴元阳交关所在，是元气之根、为温补肾阳之要穴；中极穴乃膀胱经募穴，能通调水道、固摄下元，是临床治疗泌尿、生殖系统疾病的常用穴之一；三阴交是足三阴经交会之场所，可调节脾肾功能，是临床上治疗泌尿、生殖系统疾病之关键穴位。结果表明，原络配穴针刺法联合尿三针，取穴方便，操作简单，疗效显著，值得临床推广。

参考文献：

- [1]夜尿症临床诊疗中国专家共识编写组. 夜尿症临床诊疗中国专家共识[J]. 2018, 39 (8): 561-564.
- [2]甘盼盼,全毅红. 中西医结合治疗老年性夜尿症的临床研究进展[J]. 湖北中医杂志, 2016, 38 (10): 79-82.
- [3]关志忱. 夜尿症的临床研究进展[J]. 北京大学学报(医学版), 2010, 42 (4): 487-492.
- [4]宋柏林,许广里,陈春海,等. 针刺横骨穴治疗老年性夜尿频 30 例疗效观察[J]. 吉林中医药, 2009, 29 (6): 507-508.
- [5]付飞国,吴登龙. 夜尿症的分类和治疗进展[J]. 临床泌尿外科杂志, 2009, 24 (9): 710-713.
- [6]张大旭,尹艳春,张博,等. 针刺太溪穴治疗尿频 70 例临床分析[J]. 吉林大学学报(医学版), 2004 (4): 588.
- [7]骆方. 浅谈大钟穴之配伍应用[J]. 针灸临床杂志, 1996 (12): 50.
- [8]张东淑,王升旭,黄泳. 靳三针速记手册[M]. 北京, 2012: 175-177.

(上接第 129 页)

效成分，以此作为质控标准进行质控建设，提高中医药的疗效和安全性。例如根据相关资料显示，丹参作为有效治疗心血管疾病的中药药物，它的最重要成分是丹参乙酸镁构成的多酚酸盐，以丹参乙酸镁作为丹参产品的质量控标准，可以使采用丹参的各种产品及药方的疗效及安全性得到进一步提高。在中药药物的具体使用过程中，可以添加蔗糖肉汤改善患者的服用困难情况；医院护理人员应给予患者中医药知识普及及健康教育，告知治疗剂量的严肃性与中国传统医学的禁忌证，提高患者的依从性；同时要重视患者的治疗和护理，严格遵守配伍原则，及时观察用药后患者的临床反应，应及时采取对症措施。

(四) 分析总结症候特点，创新中医治疗方法

在探索中西医结合新型治疗方法方面，针对心血管病的不同患者人群，从中西医结合理论的相似点和不同点出发，深入研究其病理生理改变，并结合中医病因病机和证候特点加以分析，有可能产生新的中医治法，进一步提高临床疗效。如有学者根据病患的发病突然、阵发性的症候特点，提出“风邪”是冠心病心绞痛的重要致病和诱发因素，而祛风药由于具有辛、温、散、窜、通、透等多种特性，能发挥开郁畅气、辛温通阳、发散祛邪、通络开窍、燥湿化痰、化痰止痛等多种作用，为冠心病心绞痛的治疗提供了新的选择。此外，有学者从“瘀毒”立论，针对易损斑块破裂与动脉粥样硬化炎症反应、血栓形成的关系，结合活血中药筛选，证实活血解毒中药具有良好的稳定斑块效果，提出有别于稳定性心绞痛治疗的活血解毒法干预急性冠脉综合征的新设想^[7]；针对冠心病再灌注治疗后无复流、再灌注损伤等难题，从心脉受损、血瘀络阻立论，采用通心络胶囊进行活血通络的相关治疗，取得良好的效果。

(五) 加强中西医药物的联用机制研究，科学进行中西医药物联用。

加强中西医药物联用机制的研究，首先要在临床应进行大样本的数据分析，发现有意义的线索，总结分析中西医药物的使用规律，采用前瞻性研究方法加以证实，发挥中药在药理作用上与联合使用的西药有效的协调性，保证西药不违背中药的症候，总结中医药物与西药有效联合使用方式，科学的采用中西药进行联合使用，在减少药物的用量时还能有效的减缓毒副作用，改善患者症状，调节人体机能，以提高患者的远期预后及生活质量。比如以野菊花、可乐宁为主剂配制的珍菊降压片，它可以发挥中药的

功效舒缓高血压病症，同时还可以有效的减少西药带来的副作用，科学充分的发挥了中西医药物联用的优势。

在现代中医治疗心血管病的过程中，从整体治疗和恢复平衡的治疗角度出发，坚持中医“未病先防”与“既病防变”的指导思想，采用扶正祛邪、补偏救弊的措施，充分发挥中医整体观及辨证论治的优势，加强人体各个器官和心脏之间的关联，借恢复身体生理功能来增强人体抗病御邪的能力；同时对心血管病患者的中医病理特点、早期识别及证候演变规律进行探索，建立心血管病的预警体系，在临床治疗中加强对中医药物、治疗手段的质控和创新，探索有效的中西医结合治疗方法，最终实现减少心血管疾病的发生几率、提高心血管疾病的防治水平的目标。

参考文献：

- [1]中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2021 概要[J]. 中国循环杂志, 2022, 37 (6): 553-578.
- [2]孙文奇. 现代中医临床治疗心血管病的难点与对策[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7 (6): 12. DOI: 10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2019.06.007
- [3]孙文奇. 浅析中医治疗心血管疾病的优势[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7 (7): 25-26. DOI: 10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2019.07.013
- [4]王欢欢. 中西医结合防治冠心病研究的难点与对策[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16 (70): 195. DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2016.70.139
- [5]高丹,李甜,牛嘉暄,赵英强. 复方丹参滴丸防治心血管疾病疗效及安全性的研究进展[J]. 光明中医, 2021, 36 (17): 2877-2880. DOI: 10.3969/j.issn.1003-8914.2021.17.017
- [6]吴金飞. 现代中医临床治疗心血管疾病的难点和对策[J]. 当代医学, 2020, 26 (5): 112-114. DOI: 10.3969/j.issn.1009-4393.2020.05.046
- [7]尤俊方,张卿,苏海燕,焦焕利. 中医体质与动脉粥样硬化性心血管疾病及其防治的研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2021, 7 (40): 163-165. DOI: 10.16040/j.cnki.cn15-1101.2021.07.093

以中医养生理论为指导改善脑卒中患者神经功能恢复的研究

桑明玉¹ 黄国栋² 陈妍凝³

1.寿光中医医院 山东潍坊 262700; 2.山东中医药大学 山东济南 250355; 3.潍坊市中医院 山东潍坊 261000

摘要:目的:脑卒中患者康复治疗过程中使用中医养生理论开展护理工作并观察其效果。方法:选择患者为我科治疗的脑卒中72例,研究开始于2020年1月,研究结束于2022年1月,并且根据患者康复护理方法不同分成中医养生组与普通组,中医养生组采取以中医养生理论开展护理,普通组使用常规护理,对比两组效果。结果:(1)中医养生组和普通组护理后脑卒中神经功能情况,中医养生组MRS评分是 1.47 ± 0.21 (分),普通组是 2.65 ± 0.32 (分),($t=3.265, p=0.038$),结果有差异。(2)中医养生组和普通组护理后活动能力情况,中医养生组是 82.10 ± 9.23 (分),普通组是 71.14 ± 8.57 (分),($t=4.782, p=0.023$),结果有差异。结论:脑卒中患者康复治疗过程中使用中医养生理论护理方案效果优良,可推广。

关键词:脑卒中;神经功能;中医养生理论

脑卒中病症的临床特点就是发病急、病情重,如果患者没有获得及时治疗,其死亡率非常高;患者使用急救治疗后,由于疾病对脑部神经损伤,很容易导致患者后期致残,影响其生活质量。因此,脑卒中疾病会危害患者生命安全,而脑卒中后遗症会影响患者生活质量,由此可见,脑卒中疾病和后遗症对患者危害性非常大,临床医生需要对该方面的疾病治疗关注,以便为患者选择最佳治疗方案,提高脑卒中后遗症患者治疗效果。中医养生理论是一种融合性更高、更加符合我国人体质的康复干预手段,通过中医养生理论能够制定一套系统性、针对性的护理措施,帮助患者有效的恢复神经功能,患者的神经功能康复以后才能够有效地提升生活能力、情绪状态、交际职能等,进而形成康复治疗的良性循环。在本次观察分析过程中,通过大量医学文献查找发现,中医养生理论对于脑卒中患者神经功能康复效果较为卓越,但是该种方式实际运用于临床中的效果还需要进行论证分析,从而为后期脑卒中患者康复干预指明方向。基于此,在本组研究中对脑卒中患者采用中医养生理论来进行干预,观察该种方式对其神经功能的改善效果,现将分析结果呈现如下^[1-3]。

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

本组研究中将72例患者作为观察对象,将其采用数字表法分为两组,组别分别为中医养生组和普通组,中医养生组中纳入的组员人数为36例,36例中最小的为51岁,最大的为76岁,均值 61.85 ± 3.31 岁,其中男性人数占据20例,女性人数占据16例;普通组中纳入的组员人数为36例,36例中最小的为49岁,最大的为75岁,均值 62.05 ± 3.71 岁,其中男性人数占据19例,女性人数占据17例, ($p>0.05$), 两组患者之间无差异性,可做临床对比。

1.2 方法

1.2.1 普通组

采用临床常规护理方式,主要包括给药指导、环境干预等。

1.2.2 中医养生组

采用中医养生理论开展护理干预,主要涵盖以下内容:

人员培训:对科室内的护理人员进行统一培训学习,指导每一位护理人员能够掌握中医养生理论的相关护理方式和技术内容,利用更多的时间向护理人员讲解中医养生理论内容以及中医内科、中医诊断学、生活起居指导、情志疏导以及饮食、按摩等中医内容,对科室中脑卒中患者的病情特点。护理需求以及护理难点进行梳理讨论,共同制定一套落实性更高的护理实施计划。

情志调节:护理人员根据患者不同的情况采取不同的情志护理方式,首先通过积极地沟通来了解患者的心理需求,尽量满足患者提出的需求,然后与患者家属进行沟通,指导患者家属多陪伴患者,缓解患者的心理压力。多交流患者感兴趣的热点事件和新闻等,增加患者的社交欲望,通过多与朋友、同事接触,让患者感受到生命的意义,提高患者的治疗积极性。

同时,护士开展中医情志护过程中,还需多关注患者心理变化,患者有不良情绪产生时,需要积极帮助患者解决。比如在临床上经常使用的交流沟通法,这种方法主要是要求护士和患者之间开展有效的沟通,以此来了解患者心理想法,再采用针对性方法解决其心理问题,使其心理健康。或者是在临床上使用鼓励方法,这种方法能够帮助患者建立积极治疗心态,使其配合治疗,帮助患者提高治疗效果,保证患者心理健康,帮助患建立一种更加达观的心态,使其能够积极配合后期的康复治疗。

饮食平衡调理:健康、节制、平衡的饮食干预是中医养生理论中的重点内容,尤其针对脑卒中患者而言,平衡的饮食是养生的基础,在饮食干预中,患者日常中的饮食需要以营养丰富、清淡、低脂等饮食为主要开展方式,适量增加应季新鲜的蔬菜水果摄入量,指导患者一定要戒烟戒酒。患者在急性期需要尽量以清淡饮食为主,例如各种粥类和清淡蔬菜为主,避免食用葱、姜、辣椒等口味较重的食物;在恢复期的患者需要使用补气补血、滋养肝肾的食物,例如牛奶、蛋类以及瘦肉和动物肝脏等,严禁油腻以及酒类食物的摄入。除了加强脑卒中患者饮食指导以外,还需要开展吞咽功能的康复训练,首先通过叩齿法进行训练,良好的叩齿训练能够保护其牙齿功能,进而达到促进脾胃功能恢复的效果。叩齿法具体操作为:指导患者将心中的杂念摒弃,全身心处于放松的状态,口唇轻闭,然后上下牙齿有节奏性的相互叩击,叩击的力度适宜。然后指导患者开展咽唾液法,患者在清晨洗漱完毕以后,凝神闭口,首先叩齿,然后将牙齿咬紧,使用舌头在口腔当中搅动,一直到口腔中的津液填满,然后分数次将其缓慢咽下,使用该种方式能够帮助患者吞咽功能的康复。

生活起居指导:在中医养生理论中需要开展有规律的生活节奏,万事万物都需要顺应自然界的变化,养生中根据季节和气候的变化开展养生也是中医中的重要组成部分。针对脑卒中患者,首先需要顺应四季制定合适的睡眠时间,春季和夏季需要夜睡早起,秋季需要早睡早起,冬季需要早睡晚起,病房中需要保持安静和卫生,对探视人员和探视时间进行严格控制,为患者留有更多的休息时间。每天对病房进行通风消毒,避免环境不佳影响患者的康复。

康复指导:患者从入院治疗开始进行康复护理指导,首先对患者的体位进行变换和帮助,日常中主要采取仰卧位、患侧卧位的体位,以上两个体位要反复地重复训练。离床康复训练中,帮助患者采取斜卧位,逐渐来增高身体的高度,在此过程中要观察患者的血压情况,如果血压稳定就可帮助患者做到轮椅上,然后开展站立康复训练。在开展站立训练时,要观察患者的血压和身体承受情况,如有不适要马上停止训练,在开展站立训练时,要帮助患者进行踝关节的训练,然后逐渐地过渡到站立和行走。患者在初始步行训练时需要家属和护士的帮助,指导患者首先迈出健侧的腿,然后带动患侧的肢体进行迈步训练,患者能够简单地迈步后,可以逐渐地增加训练难度,如跨步训练、速度的控制等。

气功调理:指导患者在气功调理过程中需要将杂念排除,意守丹田,

用意引导内气沿着一定的经络路线进行通行,利用气功调整阴阳、健神强身。气功中含有静功和动功,静功为指导患者锻炼呼吸,动功为指导患者开展五禽戏、太极拳和八段锦等运动。

1.3 观察指标

神经功能:对比两组神经功能评分。

活动能力:采用 ADL 评分量表进行对比分析^[4]。

生活质量:采用 SF-36 量表进行分析对比^[5]。

心理状态:采用情绪自评表进行对比研究。

1.4 统计学

SPSS22.0 数据分析软件,计数资料统一为(n, %)、计量资料统一为($\bar{x} \pm s$),采用 P 值进行检测, P<0.05 表示组间数据差异存在意义。

2. 结果

2.1 两组脑卒中患者神经功能情况

中医养生组和普通组护理后脑卒中神经功能情况在表 1 呈现:

表 1 两组 MRS 评分对照

组别	数例	护理前	护理后
中医养生组	36 (例)	4.19±0.57 (分)	1.47±0.21 (分)
普通组	36 (例)	4.17±0.56 (分)	2.65±0.32 (分)
t	--	0.276	3.265
p	--	0.835	0.038

表 4 两组心理状态对照

组别	数例	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
中医养生组	36 (例)	53.72±6.84 (分)	21.65±3.78 (分)	55.04±6.92 (分)	29.85±3.79 (分)
普通组	36 (例)	53.91±6.75 (分)	35.92±4.84 (分)	55.71±6.97 (分)	40.01±5.65 (分)
t	--	0.248	4.378	0.284	4.490
p	--	0.863	0.027	0.825	0.026

3. 讨论

脑卒中在古代中医文献中没有相关的明确记载内容,现代医学中根据患者的症状表现将其归纳为中医中风的范畴当中,在祖国医学当中对于中风病症的治疗有着独特的效果和作用。中医养生理论是在中医学的指导下研究人类的生命规律现象,从中寻找到能够增强生命以及预防疾病发生的方法,中医养生也是中国传统文化当中不可或缺的一部分。在中医养生理论中,将患者视为天人合一的有机整体,然后根据中医养生理论帮助其制定一套更加系统、科学、全面的护理措施地放,不但注重患者身体的锻炼康复,更加注重患者心灵和情绪的调养。在中医养生理论实施当中,首先通过护理人员的培训来提升中医相关知识,从而提高其综合素养能力;然后通过情志调节来帮助患者能够进行情绪的自我调节,避免了不良情绪的发生和对病情恢复的影响;通过饮食平衡调理来帮助患者制定一套针对性更强的饮食计划,通过饮食干预,不仅满足了患者的机体营养需求,还能够帮助患者顺应季节变化和病情发展制定更加优质的饮食计划;通过生活起居指导能够帮助患者将生活起居方式时间与季节、天气进行平衡顺应;通过康复指导使其肢体功能能够尽快恢复;通过气功调理能够增强患者的体质^[6-8]。

在上文分析中,通过表 3 中的数据结果(中医养生组和普通组护理后生活质量情况,中医养生组 SF-36 是 80.34±9.45(分),普通组是 69.66±7.30(分), (t=4.640,p=0.024), 结果有差异。)和表 4 中给的数据结果(中医养生组和普通组护理后心理状态情况,中医养生组 SAS 是 21.65±3.78(分),普通组是 35.92±4.84(分), 中医养生组 SDS 是 29.85±3.79(分),普通组是 40.01±5.65(分), (t=4.434,p=0.026), 结果有差异。)能够直观地看出中医养生理论应用于脑卒中患者中的优势性,对其分析研究能够发现,在中医养生理论护理干预中,首先能够从情绪调节中来对患者进行调节。引导患者具备一种更加平和的心态,然后从影视干预中对其加强指导,使其

2.2 两组活动能力情况

中医养生组和普通组护理后活动能力情况在表 2 呈现:

表 2 两组 ADL 评分对照

组别	数例	护理前	护理后
中医养生组	36 (例)	57.28±6.11 (分)	82.10±9.23 (分)
普通组	36 (例)	57.34±6.14 (分)	71.14±8.57 (分)
t	--	0.247	4.782
p	--	0.863	0.023

2.3 两组生活质量情况

中医养生组和普通组护理后生活质量情况在表 3 呈现:

表 3 两组 SF-36 评分对照

组别	数例	护理前	护理后
中医养生组	36 (例)	47.25±5.73 (分)	80.34±9.45 (分)
普通组	36 (例)	47.16±5.64 (分)	69.66±7.30 (分)
t	--	0.237	4.640
p	--	0.871	0.024

2.4 两组心理状态情况

中医养生组和普通组护理后心理状态情况在表 4 呈现:

能够规范饮食、清淡饮食,之后引导患者能够养成良好的生活起居习惯,顺应外界环境和季节变化改变作息、养精蓄锐,患者情志、饮食以及生活作息正常以后开展肢体康复训练等,就能够使其提高生活能力,大大减少了焦躁等不良情绪的发生几率。

对上文总结得出,对脑卒中患者采用中医养生理论能够有效改善其神经功能,并提高其生活质量水平等,该种方式值得在临床该种大力推广。

参考文献:

[1]包玉娥.以中医养生理论为指导的中医辨证施护对缺血性脑卒中恢复期患者神经功能、中医证候及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2022,41 (03): 504-507.

[2]罗智华.血栓注射液联合中医养生理论干预对老年缺血性脑卒中恢复期患者神经功能及日常生活能力的影响[J].内蒙古中医药,2021,39 (09): 47-49.

[3]刘娇,李伟.中医养生护理在缺血性脑卒中患者恢复期中的应用价值分析[J].基层医学论坛,2012,23 (33): 4854-4855.

[4]王丽.中医养生康复护理对缺血性脑卒中恢复期患者生活质量的影响[J].中西医结合研究,2021,11 (04): 221-222.

[5]莫励敏.情志护理联合中医养生理论对脑卒中的影响效果[J].中国继续医学教育,2021,10 (32): 172-174.

[6]石彩丽.中医养生理论联合辨证施护对脑卒中恢复期患者生活能力及肢体运动的影响[J].临床研究,2020,26 (11): 166-167.

[7]刘丹彤.中医养生康复在脑卒中康复 43 例中的应用[J].中国民族民间医药,2020,27 (05): 86-87+89.

[8]刘艳,梁建军,李蕾蕾.情志护理联合中医养生理论对脑卒中恢复期患者负性情绪及生活质量的影响[J].内蒙古医学杂志,2020,50 (02): 243-245.

针灸,刺血拔罐配合中药对于带状疱疹的改善作用分析

王珊

商丘医学高等专科学校 康复医学教研室 河南商丘 476000

摘要:目的:探究针灸、刺血拔罐配合中药对带状疱疹的临床应用价值。方法:随机选取2020年10月-2022年4月在本附属医院接受治疗的带状疱疹患者70例参加研究,将其随机分配为观察组(35例)和对照组(35例),并分别给予针灸、刺血拔罐配合中药治疗与常规的西药治疗。结果:观察组患者的疼痛情况评分水平均显著低于对照组患者, $P<0.05$;观察组患者的SP与 β -EP水平显著优于对照组患者, $P<0.05$;观察组患者的临床疗效显著高于对照组患者, $P<0.05$ 。结论:针灸、刺血拔罐配合中药用于治疗带状疱疹患者临床治疗中,可明显改善患者血清疼痛介质水平,缓解患者的疼痛感,临床疗效显著,具有较高的应用价值。

关键词: 针灸; 刺血拔罐; 带状疱疹

[Abstract]Objective: To explore the clinical application value of acupuncture, blood pricking and cupping combined with traditional Chinese medicine on herpes zoster. Methods: 70 patients with herpes zoster who were treated in our affiliated hospital from October 2020 to April 2022 were randomly selected to participate in the study. They were randomly assigned to the observation group (35 cases) and the control group (35 cases), and were given acupuncture, blood pricking and cupping combined with traditional Chinese Medicine and conventional western medicine respectively. Results: the pain scores of patients in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$); SP and β -EP level was significantly better than that of the control group ($P<0.05$); The clinical efficacy of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion: acupuncture, blood pricking and cupping combined with traditional Chinese medicine in the clinical treatment of herpes zoster patients can significantly improve the level of serum pain mediators and alleviate the pain of patients. The clinical effect is significant, and has high application value.

[Key words]acupuncture; Prick blood and cupping; zoster

前言

带状疱疹是目前临床一种较为常见的皮肤病。其是由水痘-带状疱疹病毒感染引起的,中医称之为“蛇串疮”^[1]。该病是由肝脾内蕴湿热引起的,也是由有毒病原体引起的。成簇的水疱沿着身体一侧呈带状分布,像蛇一样蜿蜒,临床常伴有剧烈的疼痛。而在治疗后,常会出现不同程度的残留神经痛,甚至面瘫或内耳功能障碍,严重影响患者的正常生活^[2]。目前,带状疱疹急性期的治疗大多采用免疫调节、抗病毒和止痛等药物。虽然可以在一定程度上缓解症状,但仍有许多患者的治疗效果不理想^[3]。由此,本次研究将对2020年10月-2022年4月采用针灸、刺血拔罐配合中药治疗带状疱疹,并与常规的西药治疗进行疗效比较,详细报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取2020年10月-2022年4月在本科接受治疗的带状疱疹患者70例,并采用随机数字表法将其分配为观察组和对照组。其中,对照组的35例患者中,包含男性患者20例,女性患者15例,患者的年龄32-70岁,平均年龄(50.26±3.40岁);观察组的35例患者中,包含男性患者22例,女性患者13例,患者的年龄30-71岁,平均年龄(51.16±3.67)岁。两组患者的一般资料均不具有可比性,所有患者均对本研究知情且同意参与。

纳入标准:①患者根据《中医病证诊断疗效标准》标准诊断确诊;②患者年龄均大于18岁;③患者发生皮损症状不足2周;④此前无针对该症状的镇痛或是抗病毒等治疗史;⑤无治疗禁忌证;⑥治疗依从性良好,能配合医嘱完成治疗;⑦患者及其家属均已知情同意,并签署知情同意书。

排除标准:①全身感染或免疫系统病者;②近1个月内有抗生素或激素应用史者;③哺乳、妊娠或是月经期女性患者;④治疗期间病情突然严重恶化者;⑤一些伴眼角膜、内脏等部位病变的特殊带状疱疹者;⑥病

变部位坏死或伴恶性肿瘤者;⑦凝血功能障碍者;⑧中途退出者。

1.2 研究方法

为对照组患者给予常规的西药治疗,阿昔洛韦0.25g充分溶于生理盐水250mL中静脉滴注,1次/d;维生素B₁口服,1~2片/次,3次/d;维生素B₁₂口服,1片/次,3次/d。连续用药7d。

为观察组患者给予针灸、刺血拔罐配合中药治疗,治疗内容如下:

①围刺法:拔罐结束后选取0.3mm×40mm无菌针围刺阿是穴,留针20min左右,1次/d,连续治疗7d;②刺络拔罐:选取皮损部位簇集的水疱群,75%医用乙醇消毒后用无菌注射针进行点刺,每次3~5处,在每处散刺5下左右,针刺深度2~3mm,根据点刺面积选用适合的火罐拔于点刺部位,留罐5~10min,起罐后拿消毒纱布吸取擦拭干净渗出的血液、组织液,1次/d,治疗3d后改为每2天1次,共治疗7d^[4];③中药药方:金银花30g、连翘15g、板兰根15g、泽泻12g、当归12g、龙胆草9g、焦栀9g、柴胡9g、黄芩9g、生地9g、甘草6g,水煎200ml,早晚分服。治疗4疗程,一周为1疗程^[5]。若患者的疱疹位于胸部,药物煎服时加柴胡;若患者疱疹位于下肢部,药物煎服时需加川牛膝。

1.3 观察指标

①疼痛评分:在两组患者治疗前、后,采用视觉模拟评分法(VAS),对患者疼痛感受进行评分,满分为10分,分数越高,患者的疼痛感越严重。

②疼痛相关介质水平:应用全自动生化分析仪检测2组患者治疗前后血清中P物质(SP)与 β -内啡肽(β -EP)水平。

③临床疗效:治愈:皮疹消退,临床体征消失,无疼痛后遗症,睡眠质量明显改善;②好转:皮疹消退约30%,疼痛感明显减轻,睡眠质量有所改善;③未愈:皮疹消退不足30%,仍有疼痛感,睡眠质量未改善甚至加重。

1.4 统计分析

本文所有统计的数据均应用 SPSS20.0 软件进行处理分析, 计数资料采用 n (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较以独立样本 t 检验。若 $P < 0.05$, 则表示差异存在统计意义。

2 结果

2.1 两组患者的疼痛情况评分对比

观察组患者的疼痛情况评分水平均显著低于对照组患者, $P < 0.05$ 。

表 1 疼痛情况评分统计表[($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	VAS 评分	
	治疗前	治疗后
观察组 (n=35)	7.05±1.21	2.16±0.56
对照组 (n=35)	7.13±1.15	4.80±0.73
t	0.284	16.976
P	0.778	0.000

2.2 两组患者血清疼痛介质水平对比

观察组患者的 SP 与 β -EP 水平显著优于对照组患者, $P < 0.05$ 。

表 2 血清疼痛介质水平统计表[($\bar{x} \pm s$), pg / mL]

组别	SP		β -EP	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=35)	6.35±1.54	4.27±0.81	6.14±1.63	12.76±2.54
对照组 (n=35)	6.30±1.32	5.80±0.65	6.28±1.55	10.50±2.42
t	0.146	8.716	0.368	3.811
P	0.885	0.000	0.714	0.000

2.3 两组患者临床疗效对比

观察组患者的临床疗效显著高于对照组患者, $P < 0.05$ 。

表 3 临床疗效统计表[n (%)]

组别	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组 (n=35)	20 (57.14)	11 (31.43)	4 (11.43)	31 (88.57)
对照组 (n=35)	12 (34.29)	11 (31.43)	12 (34.29)	23 (65.71)
χ^2	/	/	/	5.185
P	/	/	/	0.023

3 讨论

带状疱疹的早期临床表现多种多样, 通常是疼痛, 由相应局部神经节和神经根的炎症反应引起^[6]。经常发生在春季和秋季, 在成年人中很常见。症状主要出现于患者的腰部、腹部和胸部。目前研究发现, 人类是水痘-带状疱疹病毒的唯一宿主^[7]。病毒通过呼吸道黏膜进入血液, 形成病毒血症, 发生水痘或隐性感染。之后, 病毒可以长时间潜伏在脊髓后神经节或颅神经感觉神经节中。当身体受到某些刺激 (如创伤、疲劳、恶性肿瘤或疾病后虚弱等) 的刺激, 导致身体抵抗力下降时, 潜伏病毒被激活, 并沿着感觉神经轴突在皮肤中复制到神经支配的区域, 导致水疱^[8]。同时,

受累神经有炎症、坏死和神经痛。现代医学认为, 人体免疫力低下或缺陷, 特别是细胞免疫力, 是感染病毒的重要因素。中医认为本病是由内伤或饮食不当, 外感湿毒, 或有病毒原体的外部入侵引起。

针灸、刺血拔罐的原理是疏通经络, 改善血液循环。针灸在适当的穴位可以刺激患者的中枢系统。针刺止血后, 拔罐可以拔出患者病变部位的血瘀, 达到活血的效果。中药汤剂中的龙胆, 具有包肝、清胆、下湿热的功效; 黄芩、栀子清热除湿; 泽泻、车前子清热利湿; 金银花、连翘、板蓝根清热解毒; 地黄当归滋阴养血; 柴胡舒缓肝胆, 甘草调和各种药物, 起到清肝利胆湿热、排毒祛邪的作用。针灸、刺络拔罐与中医相互配合, 最终起到改善血液循环、增强新陈代谢、消除疼痛的作用^[9]。

在本次研究中, 采用针灸、刺血拔罐配合中药治疗后的观察组患者, 其疼痛情况评分、SP 与 β -EP 水平及临床疗效均显著优于对照组患者, $P < 0.05$ 。由此可以看出, 通过为带状疱疹患者给予针灸、刺血拔罐配合中药治疗, 不仅可以有效提升临床疗效, 改善患者疼痛情况, 还可以有效降低患者 SP、提高患者 β -EP 的水平情况。而相关研究表明, β -内啡肽 (β -EP)、SP 等相关疼痛介质的水平与其发生发展密切相关。其中 β -内啡肽是一种神经递质, 具有很强的镇痛作用。当与受体结合时, 可以增加身体的痛阈并减轻疼痛^[10]。而 SP 是一种神经调节肽, 具有镇痛作用, 能灵敏地反映损伤刺激程度。

综上所述, 将针灸、刺血拔罐配合中药治疗法应用于带状疱疹患者的临床治疗中, 可明显降低疼痛程度, 拮抗炎性反应, 疗效确切。建议在该病症的临床治疗中, 广泛推广。

参考文献:

- [1]高京宏, 姜志云, 于龙, 等. 针灸、刺血拔罐联合桃红四物汤治疗带状疱疹的疗效及对后遗神经痛的影响[J]. 世界中医药, 2019, 14 (8): 3.
- [2]冯洁. 针灸、刺血拔罐配合中药对于带状疱疹的改善作用分析[J]. 2021.
- [3]蔡静敬, 李伟东. 针刺夹脊穴联合刺血拔罐治疗带状疱疹的效果观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7 (29): 2.
- [4]邱亚楠. 针灸配合刺络拔罐治疗带状疱疹 49 例临床观察[J]. 中日友好医院学报, 2018, 32 (3): 2.
- [5]罗佳. 中医针灸、放血拔罐治疗带状疱疹的临床效果分析[J]. 养生保健指南, 2018.
- [6]王俊霞, 张劲松, 于欣. 养血通络汤联合西药、针灸、放血拔罐治疗带状疱疹的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2018, 026 (007): 67-68.
- [7]于东海. 中西药内服联合针灸加刺络拔罐放血治疗带状疱疹肝经郁热证的临床分析[J]. 反射疗法与康复医学 2020 年 29 卷 11 期, 64-66 页, 2020.
- [8]宋丹丹. 刺络拔罐联合围刺治疗急性期带状疱疹的临床研究[D]. 辽宁中医药大学, 2019.
- [9]肖敏. 针灸结合梅花针叩刺, 拔罐治疗带状疱疹临床观察[J]. 医学食疗与健康, 2020, 018 (004): P.39-39, 42.
- [10]陈振平, 杨志波. 放血拔罐联合威伐光治疗带状疱疹后神经痛临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 036 (002): 252-254.

中医骨伤治疗神经根型颈椎病的临床效果探析

孙启涛

济南市中西医结合医院 山东济南 271199

摘要:目的 探讨中医骨伤治疗神经根型颈椎病疾病的临床护理效果。方法 选取2020年1月份至2021年12月份我院收治的神经根型颈椎病患者120例,将所选患者随机分为两组,观察组60例,对照组60例,观察组采用中医骨伤治疗,对照组采用传统西医治疗方式进行治疗,对两组患者的临床治疗疗效、疼痛程度、生活质量进行统计分析。结果 通过对统计结果的数据分析,发现采用中医骨伤治疗的患者在临床治疗疗效、疼痛减缓程度、生活质量方面明显优于采用西医传统治疗方式的患者,P值均小于0.05,差异有统计学意义。结论 中医骨伤治疗能够显著改善神经根型颈椎病的患者临床症状、提高临床疗效,减轻患者的疼痛,提高患者的生活质量,具有积极的临床推广价值。

关键词:神经根型颈椎病;中药内服;推拿按摩;中医针灸

颈椎病是增生性颈椎炎、颈椎骨关节炎、颈神经根综合征及颈椎间盘突出症的总称,是因机体或颈部退行性病变引发的病理学改变,多发于中老年人群。近年来由于生活节奏的加快、工作压力的加大以及工作方式的变化,颈椎病的发病率呈年轻化、普遍化的发展趋势且发病率逐年上升^[1]。在临床统计中,神经根型颈椎病的发病率在所有颈椎病发病率中的占比最高,达到了50%-60%左右。神经根型颈椎病的病发诱因较多,中医认为是由邪气侵袭、正气亏虚导致,临床表现为颈部椎间盘突出并伴有肥大及增生现象,刺激压迫神经根部,造成颈部肩部位针刺感、麻木感、反射痛、灼烧感等剧烈疼痛现象等情况,而且病证易反复发作,严重限制患者的肢体活动能力,对患者日常生活和工作造成不良影响^[2]。在临床治疗中,西医治疗方式多采用药物控制等保守方式治疗,治疗效果欠佳且不良反应较多;随着现代中医理论的发展进步和对本病发病机理的更进一步深入研究,采用中医骨伤治疗神经根型颈椎病的治疗方式越来越多,治疗效果也越来越好,本研究通过对两组神经根型颈椎病患者分别实施了西医保守治疗和中医骨伤治疗方式,对两组治疗方式的临床效果进行归纳总结,以期推动中医骨伤治疗神经根型颈椎病的进展,为患者治疗提供更好的参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院自2020年1月至2021年12月间收治的120例神经根型颈椎病患者作为本次实验的研究对象。首先就本次实验全部内容对患者进行了宣讲,所有120名患者均表示知情并签署知情同意书,并获得了医学伦理委员会审批同意。本次实验按照入院编号随机对患者进行对照组和观察组分组,具体分组情况见表1。经过对两组患者的临床资料的统计学比较,P>0.05,两组患者的基本资料差异无统计学意义,具有可比性。

表1 两组患者的一般资料情况

组别	男/女	平均年龄 ($\bar{x} \pm s$,岁)	平均病程 ($\bar{x} \pm s$,月)
观察组 (n=60)	48/12	38±3.7	3.05±1.38
对照组 (n=60)	39/21	40±1.9	3.12±1.19

1.2 纳入和排除标准

纳入标准:经诊断确认为神经根型颈椎病的患者;护理依从性较高,能够配合医护人员工作者;本次发病病程持续时间不超过半年。**排除标准:**其他类型颈椎病患者;发育性颈椎管狭窄症者;颈椎结核、肿瘤、骨髓炎及颅内占位性病变者;曾进行过颈椎手术治疗和颈椎畸形者;可能存在外伤性脊柱及脊髓损伤者;合并严重心脑血管、肺、肝、肾及造血系统、内分泌系统疾病者;患者依从性差、耐受性差、存在药物禁忌证或过敏体质者;妊娠或哺乳期妇女^[3]。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组患者采用西医治疗方式:对患者静脉滴注地塞米松10mg、10%葡萄糖注射液250mL、20%甘露醇250mL,1次·d⁻¹,1周为1个疗程,每两个疗程之间需间隔3d,连续治疗3个疗程。

1.3.2 观察组采用中药内服、按摩推拿、针灸等中医骨法进行治疗。

中药内服:取甘草60g、续断30g、石决明30g、葛根30g、杜仲30g、桑寄生30g、天麻15g、钩藤15g、延胡索15g、怀牛膝15g、姜黄15g、丹参15g、土鳖虫10g、威灵仙10g、三七10g,水煎至250mL,1剂·d⁻¹,分早晚两次加温后服用,持续治疗10d。治疗过程中及时对患者的反应症状作出适当的药物增减,如患者出现淤滞状况,药方中再添加薏苡仁30g、泽泻10g、黄柏10g、茯苓10g疏淤通脉^[4]。

旋转提拉扳法和拔伸牵引法:首先让患者保持低头保持前屈位,用肘部及前臂托住患者下颌,先向一侧旋转至最大程度,另一手拇指置于患者颈椎棘突下对侧旁,在患者颈部充分放松的前提下,双手配合进行反向及向上提拉,完成后对另一侧采用同样的手法进行旋转提拉。两侧旋转提拉完成待患者坐稳坐好后,医者双手一托下颌一托枕骨,慢慢向上提拉,当达到最大提拉限度后,瞬间用力提拉颈部一次,并轻轻转动患者颈部,同时按摩放松患者颈部肌肉^[5]。

中医针灸疗法治疗:选取风池为主穴,以及外俞穴、天宗穴、手三里穴、颈夹脊穴。对皮肤进行消毒处理后选择30号的2.5寸毫针刺刺风池主穴,进针之后保持稍快频率、小幅度的提插捻转,以患者有酸麻胀感为宜,余穴常规针刺,留针时间30min~40min,1次·d⁻¹,以1周为1个疗程,每两个疗程之间间隔1d,连续治疗3个疗程^[6]。

1.4 观察指标及判定标准

详细记录患者在临床疗效、颈肩疼痛程度、生活质量方面分别对两组患者治疗前和治疗后的量表评分进行评估。

临床疗效分为三个指标:痊愈为颈项部酸胀感和疼痛感消失,活动恢复正常;显效为颈项部酸胀感和疼痛感明显减轻,活动基本恢复正常;无效为临床症状并无明显改善甚至进一步加重。总有效率=(痊愈例数+显效例数)/总例数×100%。

使用视觉模拟评估量表(VAS)来评估疼痛程度,共0-10分,分值越高疼痛程度越高,分值越低疼痛程度越低;0分代表没有痛感;1-3分代表轻微疼痛,对患者的日常生活无影响或者轻微影响,尚在患者承受能力之内;4-6分代表中度疼痛,疼痛程度足以导致睡眠质量不佳甚至无法睡眠;7-10分代表强烈疼痛,对患者的日常生活造成严重影响,患者已经无法忍受疼痛。

使用NPQ颈痛量表进行包括临床症状及生活质量的评分,最终得分换算为百分制,评分越高代表颈椎状况越差,评分越低代表颈椎情况越好。

使用简明健康状况量表(SF-36)评估患者生活质量,该量表包括生理功能、社会功能、情绪角色、躯体疼痛、心理健康和精力状况等方面。

每个方面评分范围为 0-100 分，评分越高代表生活质量越高，评分越低代表生活质量越差。

1.5 统计学方法

所有数据采用 SPSS26.0 统计软件进行处理，计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间计量资料比较采用 t 检验。计数资料用[n (%)]表示，组间计数资料比较采用 χ^2 检验。P<0.05 说明差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组神经根型颈椎病患者治疗前后临床疗效比较

对比分析两组患者的临床疗效数据，观察组的临床疗效有效率为 100%，高于对照组 91.66% 的治疗效果有效率，并且观察组中治疗结果为“痊愈”的比例为 80.00%，远高于对照组 15.00% 的比例， $\chi^2=6.221$ ，P<0.05，差异有统计学意义，具体情况见下表 2。

表 2 两组神经根型颈椎病患者临床疗效对比

组别	无效	显效	痊愈	治疗有效率
观察组 (n=60)	0 (0.00%)	12 (20.00%)	48 (80.00%)	60 (100.00%)
对照组 (n=60)	8 (13.33%)	43 (71.66%)	9 (15.00%)	52 (91.66%)
χ^2	-	-	-	6.221

表 4 两组神经根型颈椎病患者 SF-36 评分比较

组别	生理功能	社会功能	情绪角色	躯体疼痛	心理健康	精力状况	SF-36 总分
观察组 (n=60)	71.28±2.56	72.54±3.22	74.21±2.95	76.15±1.25	74.56±2.57	71.25±2.95	73.58±3.24
对照组 (n=60)	65.24±1.25	66.21±1.14	65.20±1.31	64.55±1.35	64.88±1.09	66.98±1.24	64.28±1.96
P 值	0.000	0.001	0.003	0.001	0.000	0.002	0.001

3. 讨论

中医认为，神经根型颈椎病属于“颈肩痛”、“痹证”等范畴，是因患者外感寒湿邪气，客于太阳经而导致经络不痛，或由于长期劳损、颈部姿势不良等外在因素导致颈椎退变失稳、负荷过度损伤颈部脉络造成气血运行受阻、气滞血瘀，不通则痛，不荣则痛^[7]。中医骨伤手法内用中药内服，外以中医手法推拉按摩和针灸治疗，祛湿养气，舒经活络，散寒止痛，理筋整复，改善患者的血液循环，帮助患者缓解临床疼痛症状。本研究所采用的中医骨伤手法中，内服中药方剂中以续断补肝通络强健筋骨、石决明清热平肝气、葛根解津退热缓解疼痛、杜仲能抗菌消炎和加强人体新陈代谢延缓衰老、桑寄生祛风散湿强健筋骨、天麻和钩藤祛风定惊、姜黄和土鳖虫散瘀除阻、延胡索活血散瘀、怀牛膝补肝肾强筋骨通经散瘀、丹参祛瘀止痛清心安神、威灵仙祛风湿通经络、三七清热解暑，再以性温的甘草加以调和，君臣使佐，补肝肾、祛风湿、舒筋通络止痛，能够有效调节舒缓患者的疼痛状况，同时配以中医推拉按摩手法，缓解颈部僵硬痉挛的肌肉，松懈黏连，消除神经根水肿；配以针灸对相关穴位进行针刺，放松颈项和肩胛部气血，在疏通筋骨的同时亦可以缓解颈部疼痛和麻木等症状^[8]，治标兼顾治本。本次实验通过对收治的神经根性颈椎病患者在服用中药方剂、颈部推拿等治疗的基础上再加以实施中医针灸进行治疗，结果显示，观察组患者的临床治疗总有效率为 100.00%，高于对照组患者的临床治疗总有效率 91.66%，差异有统计学意义 (P<0.05)，观察组患者的临床治疗效果显著；观察组患者 VAS 和 NPQ 评分分别为 7.15±1.28、0.84±0.55，低于对照组患者的 9.43±2.02、1.59±0.63 评分，两组数据之间的差异有统计学意义 (P<0.05)，说明观察组患者的疼痛感明显下降；通过使用 SF-36 生活质量量表调查患者在生理功能、社会功能、情绪角色、躯体疼痛、心理健康和精力状况等各个方面的量化得分，观察组患者的得分要高于对照组的得分，差异有统计学意义 (P<0.05)，说明观察组患者在术后的日常生活中恢复较快且不易复发。由此可见，采用中医骨法对神

P 值	-	-	-	0.003
2.2 两组神经根型颈椎病患者治疗前后 VAS 及 NPQ 评分比较				
对比观察两组患者的 VAS 评分及 NPQ 评分数据，治疗后观察组的 VAS 评分和 NPQ 评分分别为 7.15±1.28、0.84±0.55，明显低于对照组的 9.43±2.02、1.59±0.63，差异均具有统计学意义 (P<0.05)。具体情况见表 3。				
表 3 两组神经根型颈椎病患者治疗前后 VAS 及 NPQ 评分比较				
组别	VAS 评分		NPQ 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=60)	28.83±2.89	7.15±1.28	5.38±0.91	0.84±0.55
对照组 (n=60)	29.04±2.91	9.43±2.02	5.45±0.89	1.59±0.63
t 值	-	4.5498	-	3.5624
P 值	-	0.000	-	0.002

2.3 两组神经根型颈椎病患者 SF-36 生活质量量表评分比较

分析两组神经根型患者在生理功能、社会功能、情绪角色、躯体疼痛、心理健康和精力状况以及 SF-36 总分情况，可以看出观察组的患者各方面的得分要高于对照组的患者。各分组差异均具有统计学意义 (P<0.05)。具体情况见表 4。

经根型颈椎病的治疗较之于常规西医治疗方式有着独特之处，不仅临床效果显著，而且适用性更广、安全性和可靠性更高，且能有效减少疾病的复发，在临床实践上有着积极的推广意义。

参考文献：

[1]陈传福.针刀联合中医手法对神经根型颈椎病的治疗效果[J].医学食疗与健康, 2021 (9): 11-12.

[2]张国伟.中医骨伤治疗神经根型颈椎病的临床效果观察[J].深圳中西医结合杂志,2020,30 (21): 53-54.DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.21.024

[3]唐萌芽,夏晓斌,张沂,黄艳群,张姚萍,陈小珍,倪慧英.豨莶狗脊仙灵脾汤治疗神经根型颈椎病 87 例临床观察[J].中国中医骨伤科杂志 2020,28 (11): 30-32.

[4]韩瑞堂.中医骨伤治疗神经根型颈椎病的临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (77): 187.DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.77.113.

[5]黎展文, 廖信祥.中医骨伤手法治疗神经根型颈椎病疗效观察[J].中医临床研究,2020,12 (11): 92-93.DOI: 10.3969/j.issn.1674-7860.2020.11.034

[6]崔喜双.针灸推拿配合中药治疗神经根性颈椎病疗效分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7 (14): 172.DOI: 10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2019.14.141

[7]王戈, 高志, 张威, 刘煊文.针灸为主治疗神经根性颈椎病临床研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,4 (17): 980-982.DOI: 10.3969/j.issn.1000-7369.2020.07.043

[8]凌翠敏,何挺,林妙君.新型岐黄针疗法治疗颈型颈椎病临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2022,20 (13): 102-104.DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2022.13.042

中医捏脊疗法联合药物治疗对小儿反复呼吸道感染临床疗效及免疫功能的影响

王芳

商丘医学高等专科学校 中医教研室 河南商丘 476000

摘要：目的：观察中医捏脊疗法联合药物治疗对小儿反复呼吸道感染临床疗效及免疫功能的影响。方法：以 2021 年 1 月~2022 年 6 月本附属医院收治的 68 例反复呼吸道感染患儿为调研目标，依据奇偶法分为对照组和观察组，各 34 例。治疗方案分别为药物治疗、中医捏脊疗法联合药物治疗，最终对两组患儿临床应用效果进行比值分析。结果：观察组临床疗效、免疫功能指标、肺功能指标均优于对照组，再次感染情况低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：临床针对反复呼吸道感染患儿予以中医捏脊疗法联合药物治疗，可使患儿肺功能指标得到明显提高，减少患儿复发次数，改善免疫功能水平，临床效果显著，值得推广应用。

关键词：中医捏脊疗法；药物治疗；小儿反复呼吸道感染

[Abstract]Objective: To observe the effect of chiropractic therapy combined with medication on the clinical efficacy and immune function of children with recurrent respiratory tract infection. Methods: 68 children with recurrent respiratory tract infection treated in our affiliated hospital from January 2021 to June 2022 were investigated. According to the parity method, they were divided into control group and observation group, with 34 cases in each group. The treatment schemes are drug therapy, chiropractic therapy of traditional Chinese medicine combined with drug therapy. Finally, the clinical application effect of the two groups of children is analyzed. Results: the clinical efficacy, immune function and pulmonary function indexes of the observation group were better than those of the control group, and the reinfection rate was lower than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion: chiropractic therapy combined with drug therapy for children with recurrent respiratory tract infection can significantly improve the lung function index of children, reduce the recurrence times of children, and improve the level of immune function. The clinical effect is significant, which is worthy of popularization and application.

[Key words]chiropractic therapy of traditional Chinese medicine; medication; Recurrent respiratory tract infection in children

反复呼吸道感染是一种以呼吸道反复感染为特征的疾病，在儿童群体中较为常见；随着环境污染日益严重，儿童患反复呼吸道感染的趋势逐年增加^[1]。生活环境质量不佳、过敏体质的患儿容易出现反复呼吸道感染。该患儿病情变化较快，会出现不规则咳嗽、发热、喘息声和呼吸加快等症状，严重时甚至会引发肺部感染，直接威胁患儿的生命安全，需立即进行有效治疗。有学者研究表明，在治疗方面，中医捏脊疗法联合药物治疗可以明显缓解反复呼吸道感染症状，缩短住院时间，降低疾病复发率，应用价值显著^[2]。为探究中医捏脊疗法联合药物治疗对小儿反复呼吸道感染临床疗效及免疫功能的影响，现将结果报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2021 年 1 月~2022 年 6 月本附属医院收治的 68 例反复呼吸道感染患儿为调研目标，依据奇偶法分为对照组和观察组，各 34 例。对照组，男 20 例，女 14 例，平均（ 6.17 ± 0.49 ）岁；观察组，男 19 例，女 15 例，平均（ 6.32 ± 0.75 ）岁。纳入标准：①确诊患有反复呼吸道感染；②监护人同意加入研究。排除标准：①对治疗药物过敏者；②患有免疫系统疾病。两组患儿一般资料相互对比后，存在可分析性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

全部患儿均遵医嘱给予患儿吸氧、补液支持及维生素治疗。

对照组患儿予以患儿脾氨肽（北京第一生物化学药业有限公司；国药准字 H10950310）治疗，口服给药，每日一支。并时刻观察记载其病情的走向，对患儿的耐受情况进行评估，根据评估结果再次对脾氨肽的剂量进行调整，连续治疗 3 个月。

观察组患儿在上述对照组脾氨肽治疗基础上，联合中医捏脊疗法治疗，指导患儿以俯卧位，确保背部全部暴露，通过双手拇指伸直前按，食指保持屈曲，然后双手同时对腰椎脊柱处皮肤施力，将其夹持住且同时向上提起，再通过食指中节桡侧顶住脊柱两侧皮肤，双手交替向上用力提捻、

移动至颈椎处。每次捏脊重复 10 遍，每日 1 次，连续治疗 3 个月。

1.3 观察指标

1.3.1 比较两组患儿临床疗效，包括临床症状改善：患儿治疗后体征以及临床症状消失；临床症状缓解：患儿治疗后体征以及临床症状得到好转；临床症状严重：患儿治疗后体征以及临床症状加剧。

1.3.2 比较两组患儿免疫功能指标，包括细胞免疫指标及体液免疫指标。

1.3.3 比较两组患儿肺功能指标，包括 1 秒用力呼吸容积、最大呼气中段平均流速以及用力肺活量。

1.3.4 比较两组患儿再次感染情况，包括再次感染病程、复发次数以及感染控制时间。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 24.0 统计学软件分析数据，计量资料采用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行 t 检验，计数资料采用（%）表示，行 χ^2 检验，若（ $P<0.05$ ），则表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组患儿临床疗效更高（ $P<0.05$ ），如表 1。

表 1 临床疗效对比 [n (%)]

组别	临床症状改善	临床症状缓解	临床症状严重	有效率
对照组（n=34）	18（52.94）	10（29.41）	6（17.65）	28（82.35）
观察组（n=34）	25（73.53）	8（23.53）	1（2.94）	33（97.06）
χ^2	3.981			
P	<0.05			

2.2 免疫功能指标

观察组患儿细胞免疫指标、体液免疫指标更优（ $P<0.05$ ），如表 2。

表 2 免疫功能指标对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	细胞免疫		
		CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺

		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	34	30.06±4.37	33.04± 4.15	25.03± 1.29	24.28± 1.33	1.07± 0.45	1.28± 0.51
观察组	34	30.29± 4.43	41.12± 4.17	24.97± 1.58	21.51± 0.52	1.12± 0.34	1.88± 0.63
t		0.216	8.008	0.172	11.310	0.517	4.316
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	体液免疫 (g/L)					
		IgG		IgA		IgM	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	34	6.98±1.67	8.60±2.37	1.23±0.19	1.42±0.58	1.21±0.25	1.35±0.18
观察组	34	7.04±2.10	9.96±2.08	1.17±0.26	1.95±0.46	1.19±0.40	1.78±0.34
t		0.130	2.515	1.086	4.175	0.247	6.517
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 肺功能指标 观察组患儿肺功能指标更高 (P<0.05), 如表 3。

表 3 肺功能指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	1 秒用力呼气量 (L)		最大呼气中段平均流速 (L/s)		用力肺活量 (L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	34	1.51±0.26	2.16±0.85	0.67±0.58	1.19±0.30	1.32±0.65	2.76±0.81
观察组	34	1.53±0.31	2.98±0.64	0.52±0.41	1.97±0.52	1.41±0.49	3.49±0.33
t		0.288	4.494	1.231	7.576	0.645	4.867
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 再次感染情况 观察组患儿再次感染情况更低 (P<0.05), 如表 4。

表 4 再次感染情况对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	再次感染病程 (d)	复发次数 (次)	感染控制时间 (d)
对照组	34	4.85±1.71	4.56±1.23	5.85±1.67
观察组	34	2.42±0.20	1.93±0.35	3.24±0.43
t		8.230	11.992	8.825
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

反复呼吸道感染属于常见儿科疾病,是指在特定的时间内反复发生呼吸道感染。该病临床表现为发热、咳嗽、咳痰、咽痛,其发病机制主要包括细菌感染、病毒感染、免疫缺陷、营养不良以及长期熬夜等方面^[3]。反复呼吸道感染患儿普遍抵抗力不佳,且因其年龄较小,机体功能发育不完全,极易发生多种合并症,严重影响患儿正常生长发育,需及时进行治疗。目前,临床多采用中西医结合治疗,其中中医捏脊疗法联合药物治疗应用最为广泛,安全性较高,有助于改善患儿临床症状,治疗效果显著。

脾氨肽是一种可以有效促进机体免疫调节作用的药物^[4],一些医学报道发现,脾氨肽能够促进自然杀伤细胞的活性,从而达到提高免疫功能的作用,改善免疫功能指标水平,促进细胞免疫反应,间接减少细菌对正常细胞的破坏,增加消炎水平,起到全程治疗作用。中医捏脊疗法可通过刺激脊柱两端特定经脉,如足太阳膀胱经、督脉等,从而疏通经络,补充阳气,促进血液循环,调节周围神经,可明显提高机体免疫功能^[5]。二者联合治疗可以有效改善反复呼吸道感染患儿临床症状,临床疗效良好。以上的研究可以看出对于观察组在给予中医捏脊疗法联合药物治疗后,反复呼吸道感染患儿临床指标有所改善,且优于对照组,临床疗效上升率可以

达到 14%左右,表现为观察组患儿的临床有效率 97.06%,对照组患儿的临床有效率 82.35%^[6]。通过此研究发现,观察组和对照组相比,观察组患儿的症状痊愈时间少于对照组患儿,表现为发热、咳嗽及细湿啰音消失时间更加快速。此外,本次实验数据显示,通过给予患儿中医捏脊疗法联合药物治疗后,观察组肺功能指标更高,其余指标方面,如 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺、IgG、IgA、IgM 及再次感染情况等方面改善效果更加明显,与黄艳^[7]的研究结果一致 (P<0.05)。这也能够说明选择中医捏脊疗法联合药物治疗具有更好的效果,能够尽早缓解患儿的不适症状,增加治疗安全性,减少患儿痛苦,有效抑制机体炎症反应,加快患儿康复^[8]。

综上所述,对反复呼吸道感染患儿实施中医捏脊疗法联合药物治疗,能够有效提升患儿临床疗效,使患儿肺功能恢复正常,提高患儿免疫功能水平,减少再次感染情况,应用价值显著。

参考文献:

[1]张飞燕,冯晓敏,谭淑文. 中医捏脊疗法联合药物治疗对小儿反复呼吸道感染临床疗效及免疫功能的影响[J]. 智慧健康,2022,8(4): 136-138.

[2]利广平,蔡锦云,徐凤宜. 捏脊疗法治疗小儿反复呼吸道感染的临床疗效[J]. 内蒙古中医药,2020,39(9): 108-110.

[3]黄伟,白晓红. 捏脊疗法防治小儿反复呼吸道感染的文献分析[J]. 河北中医,2020,42(11): 1722-1726.

[4]张碧玉. 捏脊疗法治疗小儿反复呼吸道感染的效果[J]. 自我保健,2021,5(11): 217-218.

[5]于海龙. 捏脊疗法治疗小儿疾病的研究进展[J]. 继续医学教育,2022,36(3): 165-168.

[6]唐雪晓. 中医捏脊疗法联合穴位贴敷在小儿呼吸道感染中的应用研究[J]. 内蒙古中医,2021,40(4): 139-140.

[7]黄艳. 中医捏脊疗法联合药物治疗对小儿反复呼吸道感染临床疗效及免疫功能的影响[J]. 临床检验杂志(电子版),2020,9(3): 250.

[8]马文燕,张高峰,金涛. 四时辨体捏脊法治疗小儿反复呼吸道感染的临床观察[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(17): 2.

柴芍六君子汤加减变化治疗肝郁脾虚型慢性胃炎的疗效分析

王久华

宁夏银川市西夏区南梁农场卫生院 宁夏银川 750015

摘要：目的：探析柴芍六君子汤加减变化治疗肝郁脾虚型慢性胃炎的疗效。方法：选择2019年1月至2021年1月在我院进行诊治的肝郁脾虚型慢性胃炎的患者38例，应用随机数表法将其分为对照组（n=19）采用常规西医进行治疗，观察组（n=19）采用柴芍六君子汤进行治疗，对比两组患者的中医症状评分、GIQLI评分、治疗有效率、不良反应发生率。结果：对照组胃胀、泛酸、嗳气、胃疼（1.72±0.07）（1.74±0.06）（1.98±0.08）（1.71±0.05）高于观察组（1.09±0.03）（1.19±0.04）（1.20±0.05）（1.29±0.06），差异具有统计学意义（P<0.05）；治疗前两组患者的GIQLI评分无显著差异（P>0.05），治疗后观察组GIQLI评分（104.75±10.11）优于对照组（90.23±8.06），差异具有统计学意义（P<0.05）；对照组治疗有效率63.16%低于观察组94.74%，差异具有统计学意义（P<0.05）；观察组不良反应发生率5.26%低于对照组36.84%，差异具有统计学意义（P<0.05）；结论：针对肝郁脾虚型慢性胃炎患者使用柴芍六君子汤进行治疗，可以改善患者的胃胀、泛酸、嗳气、胃疼等临床症状，进而提高治疗有效率，减少发生不良反应的情况，从而提升慢性胃炎患者的生活质量，临床值得应用。

关键词：柴芍六君子汤；加减变化；肝郁脾虚；慢性胃炎

在消化内科的临床中慢性胃炎是一种较为常见的消化系统疾病，该病的病理特征主要为患者的胃黏膜腺体及上体发生萎缩，且数目越来越少，进而导致患者的黏膜基层逐渐增厚，胃黏膜逐渐变薄，还有部分患者同时发生肠化增生，或者幽门腺化生等情况^[1]。这些患者的临床症状表现为上腹部疼痛、嗳气、腹胀等，随着病情的逐渐发展，患者会出现贫血和消瘦的情况。在临床慢性胃炎中，肝郁脾虚型的慢性胃炎是较为常见的中医证型，此种证型的患者最主要的治疗方式就是采用胃复春、吗丁啉等常规西药进行治疗，但是西药治疗给患者带来的副作用较大，毒副反应较为明显，所以治疗效果并不理想^[2]。因此本文选择在我院进行治疗的肝郁脾虚型的慢性胃炎患者38例，分别为其使用常规西药治疗，及柴芍六君子汤进行治疗，探析柴芍六君子汤加减变化治疗肝郁脾虚型慢性胃炎的疗效。具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年1月至2021年1月在我院进行诊治的肝郁脾虚型慢性胃炎的患者38例，应用随机数表法将其分为对照组（n=19）采用常规西医进行治疗，观察组（n=19）采用柴芍六君子汤进行治疗。其中对照组男性患者10例，女性患者9例，年龄28-65岁，平均年龄（46.48±3.17）；病程1-7年，平均病程（3.19±0.62）年；观察组男性患者9例，女性患者10例，年龄30-70岁，平均年龄（47.57±3.20）岁；病程1.5-8年，平均病程（3.29±0.71）年；

纳入标准：（1）患者患有慢性胃炎史。（2）患者表现有长时间的消化不良。（3）所有患者均胃镜显示围胃黏膜颜色变浅、表面粗糙。

排除标准：（1）伴有心脑血管疾病患者。（2）恶性肿瘤患者。（3）糖尿病患者。（4）精神疾病患者。（5）药物禁忌患者。

所有患者治疗前均在完全知情的基础上自愿签署知情同意书。两组年龄、性别、病程等基线资料相较，差异不具有统计学意义（P>0.05），可比。且所有流程符合本医院伦理标准及赫尔辛基宣言，此次研究已通过我院伦理委员会审核。

1.2 方法

对照组采用常规西医进行治疗，具体方法为，指导患者奥美拉唑（产品名称：奥美拉唑肠溶胶囊；生产厂家：常州四药制药有限公司；批准文号：国药准字H10950086；产品规格：20mg）口服，每次40mg，每天2次，分别在早晚进行服用；阿莫西林（生产厂家：阿莫西林胶囊；生产厂

家：安徽济丰药业有限公司；批准文号：国药准字H34020014；产品规格：0.25g/粒，按C16H19N3O5S计）口服，每次2粒，每天2次。两种药物均服用28天。

观察组采用柴芍六君子汤进行治疗，具体方法为，基础药方是：柴胡20g、炒白芍15g、党参20g、陈皮15g、白术15g、茯苓15g、姜半夏10g、炙甘草10g；如有患者胃脘冷痛、呕吐清水，且伴有小便涩痛、大便不畅的患者，则加干姜9g、黄连3g、豆蔻3g；口舌生疮、口干口苦、腹胀便溏患者，则加黄连6g、黄芩6g、干姜3g、肉桂3g；胃脘隐痛、口干舌燥患者，则加百合30g、沙参10g；胃脘隐痛连及两肋患者，则加川楝子10g、佛手10g；胃脘夜间痛患者，则加九香虫5g；胃脘胀满严重患者，则加枳实10g、厚朴20g；食后胀满患者，则加陈皮10g、木香6g；如有患者乏困无力、食欲不振，则加黄芪15-20g、鸡内金20g；胃脘灼热痛患者则加黄连3g、吴茱萸3g、白花蛇舌草15-20g；口干口苦、舌质红、脉弦细患者，则加黄芩10g、蒲公英15g；口干口苦、舌苔黄腻、脉弦滑患者，则加金钱草30g、茵陈30g；便溏患者，则加干姜6g、炒薏米30g、藿香15g、炒白术30g；水样便患者，则加炮姜6g；便秘腹胀患者，则加炒槟榔15g、炒莱菔子10g；便秘干结患者，则加酒大黄10g、火麻仁30g、生地黄15g；脓血便患者，则加地榆15g、槐花15g、仙鹤草30g；有黑便患者，则加仙鹤草30g、白芨10g、地榆炭10g；失眠多梦多汗患者，则加远志10g、茯神30g、浮小麦30g、生牡蛎30g（先煎），药物均使用文火熬制半小时，后取汤汁300ml，再早餐和晚餐开餐前半小时服用，半个月为一个疗程^[3]。

1.3 观察指标

1.3.1 中医症状评分

于两组患者治疗后对其进行中医症状评分，使用中医新药临床研究指导原则中自主制作的中医症状改善评分对本文患者进行评分，其中对胃胀、泛酸、嗳气、胃疼进行评分，分数为：0分表示无症状；1分表示症状较轻；2分表示症状中等；3分表示症状较为严重；评分标准为分数越低临床治疗效果越好。

1.3.2 胃肠道生活质量指数

于治疗后对两组患者进行胃肠道生活质量指数评分，使用GIQLI评分，分值再0-175分，分数越低生活指数越差。

1.3.3 治疗有效率

于治疗后对比两组患者治疗有效率，痊愈：临床症状全部消失，胃镜

检查后显示炎症减轻,腺体萎缩状况恢复正常,幽门螺杆菌呈阴性。显效:临床症状得到改善,胃镜检查后显示炎症有所好转,但是仍需要服药,腺体萎缩状况好转,幽门螺旋杆菌呈阴性。无效:临床症状没有改善,胃镜检查显示与用药前无改变甚至严重。有效率=(痊愈+显效)/总例数*100%

1.3.4 不良反应发生率

于治疗后对比两组患者的不良反应发生率,包括皮疹、恶心、便秘。

1.4 统计学分析

本次研究采用 SPSS23.0 版本的统计学软件作为数据分析软件,病例一般资料中性别为计数资料,结果中治疗有效率、不良反应发生率为计数资料,计数资料以 n (%) 表示,选用 χ^2 检验;病例一般资料中年龄为计量资料,病程为计量资料,结果中中医症状评分、胃肠道生活质量指数为计量资料,计量资料以均数±标准差 ($\bar{X} \pm S$),选用 t 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者的中医症状评分

对照组胃胀、泛酸、嗝气、胃疼 (1.72±0.07) (1.74±0.06) (1.98±0.08) (1.71±0.05) 高于观察组 (1.09±0.03) (1.19±0.04) (1.20±0.05) (1.29±0.06), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 见表 1。

表 1 对比两组患者的中医症状评分 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	胃胀	泛酸	嗝气	胃疼
观察组	19	1.09±0.03	1.19±0.04	1.20±0.05	1.29±0.06
对照组	19	1.72±0.07	1.74±0.06	1.98±0.08	1.71±0.05
t	-	36.058	33.246	36.039	23.440
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 对比两组患者的 GIQLI 评分

治疗前两组患者的 GIQLI 评分无显著差异 ($P > 0.05$), 治疗后观察组 GIQLI 评分 (104.75±10.11) 优于对照组 (90.23±8.06), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 见表 2。

表 2 对比两组患者的 GIQLI 评分 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	GIQLI 评分	
		治疗前	治疗后
观察组	19	81.78±5.19	104.75±10.11
对照组	19	81.70±5.21	90.23±8.06
t	-	0.047	4.895
P	-	0.962	0.000

2.3 对比两组患者的治疗有效率

对照组治疗有效率 63.16% 低于观察组 94.74%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 见表 3。

表 3 对比两组患者的治疗有效率 (n, %)

组别	n	痊愈	显效	无效	有效率
观察组	19	11	7	1	94.74%
对照组	19	6	6	7	63.16%
χ^2	-	-	-	-	5.700
P	-	-	-	=	0.017

2.4 对比两组患者的不良反应发生率

观察组不良反应发生率 5.26% 低于对照组 36.84%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 见表 4。

表 4 对比两组患者的不良反应发生率 (n, %)

组别	n	皮疹	恶心	便秘	发生率
观察组	19	0	1	0	5.26%
对照组	19	4	2	1	36.84%
χ^2	-	-	-	-	5.700
P	-	-	-	=	0.017

3 讨论

肝郁脾虚型的慢性胃炎在中医临床中较为多见,该证型的胃炎在中医中归属于痞满范畴内^[4]。在中医中认为肝郁脾虚型的慢性胃炎的发病原因由于劳累疲倦、忧虑过度及饮食不当,此病的发病机制在于虚实夹杂,其中的虚主要表现在脾阳虚,实表现在湿阻中焦、气滞血瘀,该病的发病部位是在患者的脾胃,如不进行治疗可以逐渐转移至肝肾^[5]。

临床中西医结合治疗慢性胃炎的方式主要是予以患者抑酸剂和胃黏膜保护剂等,能够在短时间内改善患者的慢性胃炎临床症状,但是病情容易反复发作,进而需要患者反复用药,对其生活带来严重的影响^[6]。然而柴芍六君子汤中的药剂能够疏肝利胆,行气化痰,在治疗肝郁脾虚型胃炎中效果较好^[7-8]。本文对 38 例肝郁脾虚型的慢性胃炎患者进行研究,结果显示使用柴芍六君子汤的患者治疗有效率较高,不良反应发生率较低。

综上所述,针对肝郁脾虚型慢性胃炎患者使用柴芍六君子汤进行治疗,可以改善患者的胃胀、泛酸、嗝气、胃疼等临床症状,进而提高治疗有效率,减少发生不良反应的情况,从而提升慢性胃炎患者的生活质量,临床值得应用。

参考文献:

[1]柏林.柴芍六君子汤加减治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J].中国现代药物应用,2021,15(02):10-12.

[2]Yan Z X, Dai Y K, Ma T, et al. Efficacy of traditional Chinese medicine for chronic gastritis: A meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Medicine, 2019, 98(20): e15710-e15714.

[3]胡阳.评价柴芍六君子汤加减治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎疗效[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(40):156-158.

[4]Zhang W D, Chen Z S, Wei B H. Schedule for diagnosis and treatment of chronic gastritis with integrative Chinese and Western medicine (draft) [J]. Zhongguo Zhong xi yi jie he za zhi Zhongguo Zhongxiyi jiehe zazhi = Chinese journal of integrated traditional and Western medicine / Zhongguo Zhong xi yi jie he xue hui, Zhongguo Zhong yi yan jiu yuan zhu ban, 2005, 25(2): 172-175.

[5]张安富,孙景环,况斌.柴芍六君子汤加减治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎的效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(35):17-18.

[6]Xiong P X. Evaluation of efficacy of optimized combined ChineseWestern medicine therapy for chronic atrophic gastritis by marking targeting biopsy[J]. World Chinese Journal of Digestology, 2016, 24(7): 1082.

[7]徐正玉,陈岩岩.柴芍六君子汤加减治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].中医临床杂志,2016,28(09):1296-1298.

[8]李莉,郑舜华,李刚.柴芍六君子汤加减治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎临床观察[J].上海中医药杂志,2009,43(03):26-28.

艾萆包热敷联合穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (AECOPD) 的疗效观察

肖俊艳

济南市中医医院 山东济南 250100

摘要: 目的: 观察艾萆包热敷联合穴位贴敷治疗 AECOPD 的疗效。方法: 采用随机数字表法将 66 例 AECOPD 患者分为 2 组各 33 例, 对照组采用常规治疗, 治疗组在对照组的基础上采用艾萆包热敷联合穴位贴敷治疗。2 组均治疗 1 周。结果: 治疗后两组喘息评分、咳嗽评分、咳痰评分、TNF- α 、IL-6、IL-8、PaCO₂ 均低于治疗前 ($P < 0.05$), 且治疗组上述指标均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后两组 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC、PaO₂、SaO₂ 均高于治疗前 ($P < 0.05$), 且治疗组上述指标均高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组临床总有效率为 93.94% 高于对照组的 84.85% ($P < 0.05$)。治疗期间 2 组均未发生不良反应。结论: 艾萆包热敷联合穴位贴敷治疗 AECOPD, 能够抑制炎症因子表达, 改善肺功能, 减轻临床症状, 提高临床疗效, 且具有较好的安全性。

关键词: 艾萆包; 穴位贴敷; 慢性阻塞性肺疾病急性加重期; 疗效观察

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 是以不完全可逆性持续性气流受限为特征的呼吸系统疾病, 在呼吸道感染、空气污染等因素作用下致气道炎症反应加剧, 呈现 AECOPD 表现, 临床症状及肺功能受损程度加重, 临床以解痉平喘、化痰止咳、抗感染等对症治疗为主, 若失治误治可致呼吸衰竭而死亡^[1-3]。中药内服及静脉滴注等对 AECOPD 的治疗作用已得到较为广泛的认可^[3-4], 但对于中医外治法在 AECOPD 中的临床疗效鲜有探讨。因此本研究以济南市中医医院收治的 AECOPD 患者为研究对象, 旨在探索艾萆包热敷联合穴位贴敷的疗效。报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 AECOPD 诊断标准依据《慢性阻塞性肺疾病诊治指南 (2013 年修订版)》^[5] 确定: 依据慢性咳嗽、咳痰及呼吸困难等主要症状, 结合不完全可逆气流受限, 在应用支气管舒张剂后第 1s 用力呼气容积与用力肺活量比 (FEV₁/FVC) $< 70\%$; 影像学检查显示肺过度充气; 排除支气管哮喘、肺结核等其他肺部疾病。痰湿阻肺证诊断标准依据《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南 (2011 版)》^[6] 确定, 具备①②两项, 加③④⑤中两项即可: ①咳嗽、气短、喘息; ②咳痰量多, 色白质黏或泡沫状; ③脘腹痞满; ④食少纳呆, 口黏腻不爽; ⑤苔白腻, 脉弦滑或滑。纳入标准: 符合 AECOPD 痰湿阻肺证诊断标准; 急性发作病程 ≤ 72 h; 年龄 18-75 岁; 预期生存期 ≥ 7 d; 患者或家属知情同意。排除标准: 合并心肝肾功能障碍或衰竭、肿瘤、免疫抑制、精神障碍、传染性疾病者; 合并哮喘、支气管扩张、肺间质纤维化等其他肺病者; 妊娠或哺乳期女性; 对试验药物或物质过敏者; 所选热敷或穴位贴敷处皮肤湿疹或破损者。

1.2 临床资料 采用随机数字表法将 2019 年 1 月至 2020 年 12 月济南市中医医院收治的 66 例 AECOPD 患者按 1:1 比例分为 2 组。对照组男性 18 例, 女性 15 例; 年龄 51-75 岁, 平均 (63.49 $\pm$ 5.80) 岁; 严重程度: II 级 20 例, III 级 13 例; 急性发作病程 22-70h, 平均 (47.54 $\pm$ 8.26) h。治疗组男性 19 例, 女性 14 例; 年龄 48-73 岁, 平均 (64.07 $\pm$ 6.13) 岁; 严重程度: II 级 22 例, III 级 11 例; 急性发作病程 22-70h, 平均 (47.54 $\pm$ 8.26) h。两组临床资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南 (2013 年修订版)》^[5] 给予内科常规治疗, 如氧疗、解痉平喘、化痰止咳、抗感染、维持水电解质紊乱、纠正酸碱平衡及营养支持等等。治疗组在对照组基础上采用艾萆包热敷联合穴位贴敷治疗: ①艾萆包热敷: 取艾绒 100g、莱菔子 200g、粗盐 200g 混匀后置于双层无纺布袋中做成艾萆包, 表面喷洒少许清水后用微波炉加热至 50-60℃, 以神阙、肺俞、脾俞为中心顺时针回旋按摩热敷, 力度逐渐加重以患者耐受为度, 并在天枢、关元、下脘处热敷 15min, 药包温度降低后及时更换, 每日操作 2 次, 早晚各 1 次。②穴位贴敷: 选取大椎、肺俞、脾俞、定喘、天突、膻中穴进行贴敷, 将中药

蜜麻黄 9g、杏仁 9g、苏子 6g、白芥子 6g、莱菔子 6g、细辛 3g 研粉后以生姜汁调成糊状后制成直径 1cm 的药饼, 然后贴压至穴位上, 覆以脱敏胶布固定, 每次贴压 6h, 此穴位贴敷于早晚艾萆包热敷之间进行, 每日 1 次。两组均治疗 1 周。

1.4 观察指标 ①临床症状评分: 参照文献^[7] 对喘息、咳嗽、咳痰量评分, 按照无、轻、中、重程度分别计 0、2、4、6 分。②肺功能: 第 1s 用力呼气容积 (FEV₁)、用力肺活量 (FVC)、第 1s 用力呼气容积与用力肺活量比 (FEV₁/FVC)。③血气分析: 动脉血二氧化碳分压 (PaCO₂)、动脉血氧分压 (PaO₂)、动脉血氧饱和度 (SaO₂)。④炎症因子: 肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-6 (IL-6)、白介素-8 (IL-8)。⑤不良反应: 记录治疗期间内过敏性皮疹、过敏性休克、恶心呕吐等不良反应。

1.5 疗效标准 参照文献^[7] 以症状及 FEV₁ 为评价指标。无效: 症状无改善或加重, FEV₁ 增加 $< 15\%$ 或减少。有效: 症状有缓解, FEV₁ 增加 $\geq 15\%$ 。显效: 症状明显缓解, FEV₁ 增加 $\geq 25\%$ 。临床治愈: 症状完全缓解, FEV₁ 增加 $> 35\%$ 。

1.6 统计分析 采用 SPSS22.0 处理数据。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 等级资料采用秩和检验; 计数资料采用 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 比较 见表 1。治疗后两组 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 均高于治疗前 ($P < 0.05$), 且治疗组上述指标高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	时间	FEV ₁ (L)	FVC (L)	FEV ₁ /FVC (%)
治疗组 (n=33)	治疗前	1.05 $\pm$ 0.67	2.10 $\pm$ 0.54	60.47 $\pm$ 9.23
	治疗后	1.96 $\pm$ 0.73 ^{*△}	2.84 $\pm$ 0.65 ^{*△}	71.15 $\pm$ 7.76 ^{*△}
对照组 (n=33)	治疗前	1.08 $\pm$ 0.61	2.13 $\pm$ 0.52	60.94 $\pm$ 10.15
	治疗后	1.54 $\pm$ 0.69 [*]	2.45 $\pm$ 0.66 [*]	66.37 $\pm$ 8.53 [*]

注: 与本组治疗前比较, ^{*}P < 0.05 ; 与对照组治疗后比较, [△]P < 0.05 。下同。

2.2 两组 PaCO₂、PaO₂、SaO₂ 比较 见表 2。治疗后两组 PaCO₂ 均低于治疗前 ($P < 0.05$), 且治疗组 PaCO₂ 低于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后两组 PaO₂、SaO₂ 均高于治疗前 ($P < 0.05$), 且治疗组 PaO₂、SaO₂ 高于对

照组 ($P<0.05$)。

表2 两组 PaCO₂、PaO₂、SaO₂ 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	时间	PaCO ₂ (mmHg)	PaO ₂ (mmHg)	SaO ₂ (%)
治疗组 (n=33)	治疗前	57.61±5.25	69.37±7.55	74.18±5.46
	治疗后	40.39±2.12 ^{*△}	90.84±6.20 ^{*△}	91.73±4.23 ^{*△}
对照组 (n=33)	治疗前	57.65±5.43	69.40±7.83	74.22±5.51
	治疗后	51.08±3.76 [*]	78.62±6.57 [*]	82.59±4.84 [*]

2.3 两组 TNF-α、IL-6、IL-8 比较 见表3。治疗后两组 TNF-α、IL-6、IL-8 均低于治疗前 ($P<0.05$)，且治疗组上述指标低于对照组 ($P<0.05$)。

表3 两组 TNF-α、IL-6、IL-8 比较 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	时间	TNF-α	IL-6	IL-8
治疗组 (n=33)	治疗前	39.87±8.35	67.09±11.27	46.73±9.22
	治疗后	23.64±5.77 ^{*△}	35.41±7.30 ^{*△}	25.16±5.80 ^{*△}
对照组 (n=33)	治疗前	40.15±9.43	67.75±10.86	47.21±9.54
	治疗后	31.92±6.58 [*]	46.23±8.19	34.67±5.97 [*]

2.4 两组喘息、咳嗽、咳痰评分比较 见表1。治疗后两组喘息、咳嗽、咳痰评分均低于治疗前 ($P<0.05$)，且治疗组上述指标低于对照组 ($P<0.05$)。

表1 两组喘息、咳嗽、咳痰评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	时间	喘息	咳嗽	咳痰
治疗组 (n=33)	治疗前	4.41±1.38	3.96±1.17	4.53±1.55
	治疗后	0.87±0.40 ^{*△}	0.75±0.43 ^{*△}	0.97±0.62 ^{*△}
对照组 (n=33)	治疗前	4.45±1.33	4.02±1.20	4.59±1.47
	治疗后	1.93±0.62 [*]	1.68±0.55 [*]	2.03±0.79 [*]

2.5 两组疗效比较 见表5。治疗后治疗组总有效率为 93.94%，高于对照组的 84.85% ($P<0.05$)。

表5 两组疗效比较 (例, %)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效 (%)
治疗组	33	14	10	7	2	31 (93.94) [△]
对照组	33	8	8	12	5	28 (84.85)

注：与对照组比较，[△] $P<0.05$ 。

2.6 两组不良反应比较 治疗期间 2 组均未发生不良反应。

3 讨论

AECOPD 多因感染而诱发或加重，致病菌中以革兰氏阴性菌为主，超过 60% 患者合并气道阻塞，严重影响肺功能，若失治误治可致呼吸衰竭而死亡，严重威胁着患者的生命健康^[8-9]。咳嗽、喘息、咳痰是本病的主要临

床表现，FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 是反应肺功能的直接指标，PaCO₂、PaO₂、SaO₂ 是准确反映机体氧合状况的客观指标，TNF-α、IL-6、IL-8 是反应机体炎症反应的炎症介质，对临床症状评分、肺功能、氧合状况及炎症因子的动态监测，有助于客观评价 AECOPD 的严重程度、评估预后及治疗效果^[9-10]。目前对于 AECOPD 的尚无特异性治疗手段，临床以对症治疗为主，但单纯西医西药对该病的治疗尚不令人满意。

依据历代医家对肺系疾病的认识，结合 AECOPD 的临床表现，中医学将其归属于“肺胀”范畴，多因外邪侵袭，迁延失治，耗损正气，肺脾肾亏虚，卫表不固，外邪反复侵袭而发病，病理性质属本虚标实，但急性加重期以标实为主，突出表现为痰湿壅塞肺气，气机不畅，宣发肃降失常，损及肺朝百脉等功能。因此，本研究以痰湿阻肺证 AECOPD 患者为观察对象，治以燥湿化痰，宣降肺气。为提高患者依从性、用药安全性，探索中医外治法的功效，采用艾蒿包热敷联合穴位贴敷进行治疗。中医外治法能够发挥药物自身及对腧穴刺激的协同增效作用，而热敷尚可发挥局部温热作用，有助于祛除寒邪、痰湿等阴邪病证。对痰湿阻肺证而言，艾蒿包热敷亦取“病痰饮者当以温药和之”之意，取药性之温、药用之温，促进痰湿消散。艾蒿包成分为艾绒、莱菔子、粗盐。艾绒性温，祛寒补脾益肾，加热后热力持久，具有温经通络，理气活血祛湿之功；莱菔子入肺、脾经，功善消食除胀，降气化痰，加热后有助于药性透散；粗盐局部热敷能够改善局部血液循环，扩张毛细血管，促进艾绒、莱菔子药效的透皮吸收，增强药效^[11-12]。通过药物与腧穴的协同作用，发挥燥湿化痰，宣降肺气之功，达到治疗疾病目的。

综上所述，艾蒿包热敷联合穴位贴敷治疗 AECOPD，能够抑制炎症因子表达，改善肺功能，减轻临床症状，提高临床疗效，且具有较好的安全性。

参考文献：

[1] 汤灵雪, 王同. 无创通气治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (AECOPD) 合并重度呼吸衰竭患者的疗效[J]. 吉林医学, 2021, 42 (2): 280-283.

[2] 刘杨, 陆佳, 朴阳. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期炎症细胞因子与肺功能的相关性[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12 (2): 38-40.

[3] 李艳彬, 夏友宏, 梁剑峰, 等. 疏风解毒胶囊治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (痰热郁肺证) 的临床观察[J]. 中国中医急症, 2020, 29 (11): 2025-2027.

[4] 陈红, 邓正旭, 杜月君, 等. 痰热清注射液对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者肺功能与血清炎症细胞因子的影响[J]. 中国中医急症, 2019, 28 (6): 1050-1053.

[5] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南 (2013 年修订版) [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36 (4): 255-264.

[6] 李建生, 李素云, 余学庆. 慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南 (2011 版) [J]. 中医杂志, 2012, 53 (1): 80-84.

[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-58.

[8] 庞才双, 曾妮, 申永春, 等. 慢性阻塞性肺疾病气道重塑机制及其研究进展[J]. 西部医学, 2017, 29 (1): 135-140.

[9] 邓翔, 胡芬, 蒋在慧, 等. 慢阻肺患者肺部感染的病原学、危险因素及炎症因子水平分析[J]. 中国病原生物学杂志, 2020, 15 (3): 324-326, 331.

[10] 邹鹏, 蔡海荣, 袁康, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期中医证型与客观指标的相关性研究[J]. 中国中医急症, 2018, 27 (10): 1801-1804.

[11] 凌惠菊, 颜雨虹, 汪俐娜. 穴位贴敷配合艾盐包热敷治疗急性脑卒中便秘疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36 (9): 1061-1064.

[12] 李婷婷. 盐熨背俞穴对肺脾气虚型 COPD 患者排痰效果的研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2016.

健康管理专业人才的培养实践及其在中医药健管方向的探索思考

邓洁 聂芳 李学琴 唐雪 贾玉红 杨宏

贵阳信息科技学院 健康管理系 贵州贵阳 550000

摘要:随着大健康战略的部署,我国大健康产业迎来快速发展阶段。高等院校作为人才培养的重要部分,肩负起健康管理专业人才的培养。高等院校通常注重基础研究,健康管理属于应用型专业,因此国内的健康管理专业人才的培养仍处于起步阶段。本文以贵州省 X 高校的健康服务与管理专业为例,阐述 X 高校在该专业的人才培养模式,并强调其在该专业人才培养过程中中医药理论体系突出的作用,分析中医药理论在健康管理事业中的优势,以期为兄弟院校在该专业的建设培养上提供参考意见。

关键词:健康管理;中医药健管;高等教育;人才培养

目前,受社会多元化健康需求、人类生存环境持续改变、人口老龄化与疾病谱改变、现代医学模式对健康发展要求等多种因素影响,很多国家和地区把居民健康提升为国家健康战略^[1]。据统计,我国较为庞大的人口中有约 20% 的人处于健康状态,有 15% 左右的人处于疾病状态,而剩余的约 65% 的人口处于亚健康状态^[2],因此大多数人群对健康管理的需求日益增加。然而,目前我国健康管理产业在初步发展阶段,专业的健康管理人才相对匮乏。据统计我国的健康管理师的总数量不足 10 万人,其中有相当一部分不是专业人才;据预测,未来 10 年内,全国对健康管理师的需求将超过 200 万人。尤其是贵州省在大力鼓励大健康产业发展的背景下,健康管理专业人才的的需求和发展前景更为乐观。

在《“健康中国 2030”规划纲要》和国家出台的支持高等教育开展健康服务与管理专业建设发展的相关政策指导下^[3],全国高等院校不断申请并开设了健康管理相关专业群。但健康管理专业在我国属于新兴专业,全国各大院校基本处于探索筹建或者刚起步的阶段,该专业的培养模式有待探索和完善^[4]。

另外,中医药健康管理(以下简称:中医药健管)是以中医药思想为指导,以治未病为核心,参考现代健康管理学理论体系,结合中医四诊信息及西医理化检查结果,从情志、生活环境等多种方面,对个人和群体进行健康、亚健康和疾病的监测分析评估,并根据实际情况提供个性化的健康调治和生活方式指导^[5]。中医药健管在健康管理方面具有其独有的优势,例如中医的整体观念和辩证论治实现了个性化健康管理^[6]。因此,本文将贵州省 X 高校为例,探讨健康管理专业人才的培养实践及其在中医药健管方向的探索思考。

1. 贵州省 X 高校在健康管理专业人才培养实践

贵州 X 高校(简称: X 高校)是一所本科普通高等院校,为贯彻落实国家、省、市对大健康产业发展的要求,着力打造健康相关专业群,于 2018 年开始申请开办“健康服务与管理”专业(以下简称:健管)并于 2020 年开始招生。该校积极调研全国大健康产业现状和市场对人才职业能力的要求,不断修订人才培养方案和调整课程设置。

1.1 打造大健康专业群,以人类健康为目标,带动核心专业发展

X 高校在筹划建设健管专业前,已具备多年健康相关专业办学经验。对标贵州省“大健康”人才培养战略,围绕“养、健、管、食”的大健康产业, X 高校精心选择并办学健管专业群的相关专业,建立了以健管专业为核心,以休闲体育、食品营养与检验和应用心理学(申报中)等专业为辅助而构成的大健康专业群,目的是通过各专业的优势如:运动康复、食疗、心理治疗等相关专业课程服务于核心专业,促使该专业人才具备健康服务的综合能力。专业群的设置可以实现相关课程的优质教学资源的共享和完善,例如食品营养与检验专业中的中医食疗学、食品营养学、食品卫生学等相关课程资源可以与健管专业的中医药膳学、营养学基础、营养于食品卫生学等课程共同使用,同时由于两个专业的融合,可以带动健管专业的人才对课程的拓展有更多的思考,促使学生提升创新思维能力。

1.2 构建“基本知识+专业核心课+专业模块选择”的课程体系

基于贵州 X 高校的“三基一核一拓展”的培养理念下,健管专业的课程设置遵循“基本知识+专业核心课+专业模块选择”的原则开设各类课程。对于高等教育培养下的人才,应当具备基本的公共理论知识,因此参照教育部规定,开设了思想道德与修养、马克思主义基本原理概论、贵州省情及生态文明、大学生心理健康等公共课程,结合 X 高校特色还开设了:现代

礼仪、基本生活常识、电工实验等课程。根据健管专业的要求,开设:基础医学概论、临床医学基础、预防医学基础、中医学概论、心理治疗学、运动疗法等课程。另外我们还根据市场的需要开设了专业模块,包括:健康保险模块、健康企业模块、慢病管理模块、老年康养模块等,学生可以自行选择修习模块课程,将健管专业人才培养成为必须具备基本知识和专业核心知识,有选择的具备市场不同方向需求的理论和实践能力的创新型、复合型、应用型高端人才,以提高专业和学生在校的竞争力。

1.3 加强产教融合,以产促教,落实现实结合

在培养高等教育人才上, X 高校强调应用型人才的培养,实施“3+1”人才培养模式,以服务为宗旨,以就业为导向,走产学研结合发展道路,培养高素质应用型人才。第一个阶段在校内学习 3 年,重点学习专业知识和职业基本技能;掌握本专业职业岗位应具备的知识、素质结构与核心能力;第二个阶段是组织安排学生到生产单位实践,与企业共同培养学生技术应用能力和职业综合素质,实现“毕业即就业,就业即上岗,上岗即顶岗”的零距离人才培养目标。“以产学研融合、产教融合、校企合作”为特色,为学生进行创新创业培训,引入双创导师和校外合作企业,带领学生参加双创竞赛和创新创业实践活动为学生提供实习实训、创业孵化的平台。

2. 健康管理向中医药健管的发展探索思考

2.1 中医药健管的优势

以日本的社区健康管理为例,其更着重于通过疾病管理、生活方式干预、环境调整等方式来进行国民的健康管理^[7];日本较中国更早进入老龄化社会,其加快管理机制较为完善,这一点值得我国借鉴和思考。但由于国情、社会环境、自然环境等因素的不同,我国不可一概采用国外已有的健康管理模式;因此我国传统医学理念的优势进一步显现。

中医“治未病”健康管理是运用中医学的辩证论治和整体观念的理论思想,其核心就是采取多种中医药养生措施,调理身体阴阳气血之平衡,摄生调养增强体质,固本培元以扶正气,使邪气不得侵袭人体,最后达到人体健康的状态^[8]。研究表明,中医“治未病”健康管理模式在肿瘤、慢性肝病、高血压等常见疾病的预防和治疗有良好的效果^[9-11]。

有别于西医,中医药独有的“治未病”理念在健康管理专业上体现其特别且强大的优势,这与健康管理体系统中疾病预防的理念是相符合的。目前国外的健康管理模式更注重“已病再管”,即人体经医学诊断出疾病后,再针对疾病进行一定的治疗和预后管理,这无疑是打碎的瓶子再粘合无法使人体达到最佳健康状态。而中医健管更提倡“治未病”,即在疾病到来之前遏制疾病的发生,这更符合健康管理的“减轻痛苦,延长寿命”的终极理念。

2.2 中医药健管的发展可行性分析

首先,中医药健管是结合中医药理论体系和现代健康管理学而提出的新型健康管理模式,其主要运用的是中医药的理论体系,在祖国医学的千年熏陶下,我国国民更容易接受中医模式的健康管理,该方式的受用率在我国明显更高。其次,中医药健管的优势已在上文描述,中医药健管不仅有现代已有的较为成熟的健康管理机制的指导,还添加了中医药理论,强强联合,有望成为更人性化、更科学的健康管理形式。再次,我国近年强调中医药事业的发展,为中医药健管提供了有利的保障;党的十八大以来,党和国家高度重视中医药发展,出台了一系列促进中医药产业发展的相关政策,如 2015 年国务院办公厅印发《中医药健康服务发展规划(2015—2020 年)》、2016 年中共中央国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》、2021 年

(下转第 156 页)

ICU 护士同情心疲乏现状及其影响因素研究

邓晶翠

深圳大学总医院 广东深圳 518000

摘要：目的：ICU 护士同情心疲乏现状及其影响因素研究。方法：本次研究共设计了 200 份问卷，为了保证样本量满足统计分析，调查了辽宁省境内的专业配有 ICU 的医院，采用不记名的方式进行调查，将所有问卷放入问卷星内，进行回收。问卷回收 198 份，问卷回收率为 99.00%。被调查者年龄 24-53 岁之间，平均年龄（34.56±2.31）岁，工作年限为 1-33 岁，中位数工作年限为 10 年。结果：不同人口学特征与各量表得分情况来看，性别、社会支持、受教育程度、编制、职务的各量表得分存在明显差异（ $P<0.05$ ）。社会支持是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素，具有强相关性（ $r=0.952$ ， $r^2=0.906$ ）， $P<0.01$ ，统计学有意义。编制是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素，具有强相关性（ $r=0.969$ ）， $P<0.01$ ，统计学有意义。职务是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素，具有相关性（ $r=0.822$ ）， $P<0.01$ ，统计学有意义。性别是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素，具有相关性（ $r=0.953$ ）， $P<0.01$ ，统计学有意义。受教育程度是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素，具有相关性（ $r=0.929$ ）， $P<0.01$ ，统计学有意义。结论：医院管理人员和护理主管应更加注意 ICU 护士的同情心疲乏状况；根据程度 ICU 护士的疲劳程度不同，制定合理的解决策略。

关键词：ICU 护士同情心疲乏；现状；影响因素

工作压力是现代社会的公认的一种严重的职业危害，它被认为是一个可以降低同情心满意度，并导致同情心疲劳的关键因素。同情心是一种满足感，来自于提供照顾来减轻他人的痛苦。相比之下，最初由 Joinson(1992)描述的“同情疲劳”一词，被视为医疗保健提供者因长期接触工作压力而导致的情感、身体和心理疲惫。Figley(2002)认为同情心疲劳是“关怀的代价”。重症监护病房 ICU(intensive care unit, ICU)的患者对护士要求较高，其护理是一种高风险、有压力大的职业，护士比其他医疗保健工作者更容易受到同情疲劳症状的影响；据统计，高达 50%的 ICU 护士经历中度或高水平的同情疲劳。最近的研究进一步表明，护士中同情疲劳的患病率可能很高，从 7.3%到 44.8%，特别是在重症监护室、急诊、肿瘤科、精神科的护士。ICU 病房患者通常是病情较严重，病情变化也非常快，没有陪护家属，护士在为患者提供专业优质的护理服务同时，也要给患者提供情感上的支持，这时候护士也会受患者病痛、创作影响，如果不能及时的进行消除这些负面影响，就会对护士的正常生活和工作带来更大的影响，从而就会导致其工作状态不佳、效率低下，精力透支感到失望、挫折、无助感、行为退缩等。ICU 护士同情心疲乏可能会导致护患关系紧张，护理质量下降，以及护理工作效率下降等。因此，为了进一步掌握 ICU 护士同情心疲乏现状，为改善现有 ICU 护士心理健康问题，本研究提出针对 ICU 护士同情心疲乏现状及其影响因素分析。具体研究成果报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究共设计了 200 份问卷，为了保证样本量满足统计分析，调查了辽宁省境内的专业配有 ICU 的医院，采用不记名的方式进行调查，将所有问卷放入问卷星内，进行回收。问卷回收 198 份，问卷回收率为 99.00%。被调查者年龄 24-53 岁之间，平均年龄（34.56±2.31）岁，工作年限为 1-33 岁，中位数工作年限为 10 年。

1.1.1 纳入标准

①所有入选的护士 ICU 工作年限均>2 年。②所有 ICU 护士均知情同意。

1.1.2 排除标准

①实习护士。②产假护士。③病假护士、进修护士。

1.2 方法

1.2.1 问卷调查法

(1) 一般资料调查

调查患者的基本情况，主要包括性别(人口变量赋值女性=0、男性=1)、职称(以护士为参照设置哑变量：护士=0、护士长=1)、受教育程度(大专及以下=0、本科及以上=1)、编制(事业编=0、合同制=1)、职务(以护士为参照设置哑变量：护士=0、护理工作的管理人员=1)，统计不同人口学特征与各量表得分情况。

(2) ICU 护士同情心疲乏调查量表调查

ICU 护士同情心疲乏调查量表中文修订版，该量表共计 36 个问项，共计划分为 6 个维度，主要包括理解病人情况、自身专业知识拓展情况、自身抵抗力、薪酬待遇、多学科协作的氛围、社会支持度。40 道项目的 α 系数为 0.81-0.95，重测信度 0.86。因此，本研究使用的量表可以采信。共计为 0-100,0 分为非常不同意、25 分为不同意、50 分为一般、75 分为同意、100 分为非常同意，得分越高，则表明目前护士越具备同情心；反之则越低。

1.3 统计学处理方法

本次研究采用 SPSS24.0 软件，将所有调查结果录入该软件进行单因素分析，针对具有显著性影响的因素，并进行 Pearson 相关性分析，确定精 ICU 护士同情心疲乏的影响因素相关性分析。 P 小于 0.05 表明存在显著差异，统计学有意义。

2 结果

2.1 不同人口学特征与各量表得分情况

不同人口学特征与各量表得分情况来看，性别、社会支持、受教育程度、编制、职务的各量表得分存在明显差异（ $P<0.05$ ）。具体见表 1 所示。

表 1 不同人口学特征与各量表得分情况

调查的基本内容	组别	例数 (n ¹)	同情心疲乏 (分)
性别	男	87	42.53±0.62
	女	111	61.59±0.13
	<i>t</i>		19.324
	<i>P</i>		0.000
社会支持	非常支持	89	73.24±0.41
	支持	55	53.98±0.52
	不支持	42	4.32±0.23
	非常不支持	12	44.12±0.13
	<i>f</i>		24.973

受教育程度	<i>P</i>		0.000
	大专及以下	102	44.18±0.13
	本科及以上	96	52.33±0.11
编制	<i>t</i>		14.573
	<i>P</i>		0.000
	事业编	68	66.72±0.44
职务	合同制	130	33.93±0.23
	<i>t</i>		31.891
	<i>P</i>		0.000
	护士	163	39.89±0.87
	护理管理人员	35	51.23±0.77
	<i>t</i>		10.355
	<i>P</i>		0.000

2.2 ICU 护士同情心疲乏的影响因素相关性分析

社会支持是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素,具有强相关性($r=0.952$ 、 $r=0.969$), $P<0.01$, 统计学有意义。编制是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素,具有强相关性 ($r=0.969$), $P<0.01$, 统计学有意义。职务是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素,具有相关性 ($r=0.822$), $P<0.01$, 统计学有意义。性别是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素,具有相关性 ($r=0.953$), $P<0.01$, 统计学有意义。受教育程度是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素,具有相关性 ($r=0.929$), $P<0.01$, 统计学有意义。具体结果见表 2 所示。

表 2 Pearson 相关性分析

因素	影响因素的相关性	
	<i>r</i>	<i>P</i>
社会支持	0.952	<0.01
编制	0.969	<0.01
职务	0.822	<0.01
性别	0.953	<0.01
受教育程度	0.929	<0.01

3 讨论

依据相关研究结果认为,来自亚洲地区和重症监护病房的护士遭受了严重的同情疲劳症状,而且同情疲劳的患病率随着时间的推移而增加^[1]。因此,医院管理人员需要实施相关的卫生政策,以有效地保护护士免受同情疲劳。这些前人的研究发现表明,未来需要开展更多的研究,以确定哪些变量,包括社会人口统计学、工作相关性和生活方式特征,最强烈地影响同情疲劳综合征的发病,这可能为 ICU 护士同情疲劳的管理和治疗提供理论基础^[2,3]。因此,针对 ICU 护士同情心疲乏现状及其影响因素研究,有着一一定的必要性。

根据本研究结果显示,ICU 护士遭受了严重的同情疲劳。一项系统综述报告称,ICU 中同情疲劳的患病率从 7.3%到 40%不等。这可能是因为 ICU 构成强烈的挑战由于其高强度的工作环境压力,独特的工作特点(繁重的工作负担、长工作时间、频繁的工作流程),以及病人和家属的期望等,均使得 ICU 护士同情心疲乏加剧。ICU 护士经常面临创伤性疾病、危及生命的事件、临终问题、伦理决策、患者持续的疼痛和医疗无效。与此同时,这些挑战也被加重了,因为许多 ICU 患者都在接受治疗,对于护士的要求也越来越高。另据相关研究显示,ICU 护士社会支持度低,也成为其同情心疲乏的主要影响因素;在繁重的工作压力下,得不到患者家属的认可,使之同情心疲乏越来越为严重。本研究调查结果显示,不同人口学特征与各量表得分情

况来看,性别、社会支持、受教育程度、编制、职务的各量表得分存在明显差异 ($P<0.05$)。社会支持是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素,具有强相关性 ($r=0.952$ 、 $r=0.969$), $P<0.01$, 统计学有意义。编制是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素,具有强相关性 ($r=0.969$), $P<0.01$, 统计学有意义。职务是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素,具有相关性 ($r=0.822$), $P<0.01$, 统计学有意义。性别是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素,具有相关性 ($r=0.953$), $P<0.01$, 统计学有意义。受教育程度是 ICU 护士同情心疲乏的影响因素,具有相关性 ($r=0.929$), $P<0.01$, 统计学有意义。在男女性别方面的不同来看,女性承受压力的能力在下降,远低于男性,因此女性更容易出现同情心疲乏的状况。在日常 ICU 工作中,护士存在同情疲乏的影响因素,除工作以外,还包括在较大工作压力中,无法得到升职,一部分护士仍然为合同工,认为付出与所得不成正比,也使得 ICU 的护士同情心疲乏。另外,一些受教育程度较低的 ICU 护士,对工作中的问题理解存在偏激行为,也由经成为护士同情心疲乏的影响因素。

医院管理人员和护理主管应更加注意 ICU 护士的同情心疲乏状况;根据程度 ICU 护士的疲劳程度不同,制定合理的解决策略。提高 ICU 护士管理自身情绪的能力,通常护士在进行自我情绪管理时很容易受到外界因素的影响,从而产生情感麻木、异化、自我及与人疏离的情况发生,从而在同情心方面产生了严重的疲乏心理。遇到这样的情况 ICU 护士要积极的应对,学会提升情绪进行自我管理,找到适当的释放心理压力渠道,可以以亲朋好友进行倾诉和沟通,有效的疏解压力,或者是通过日记的方式或者哭泣把负面情情绪宣泄出去,转移注意力多培养一些积极健康的兴趣爱好,多去参加一些户外活动或者娱乐活动放松心情等,如果这些办法还不能排解心理压力,就可以向心理医生寻求帮助,以快速的提高情绪的管理能力,有效的改善同情心疲乏的情况。此外各医疗机构要定期的开展专项的教育培训,其中培训内容包含护士工作中心理压力排解和教育,以及护士对负面情绪自我调节的方法和应对的相关技巧。ICU 护士要建立有效的情感支持系统,护士在对 ICU 患者进行护理时,也是需要发自内心的对患者付出大量的同情心,与此同时也要对照顾病患过程中,所产生的负面影响进行及时处理。医院要为护士设立专业的心理咨询平台,可以通过这样的平台,让护士的压力得到有效的释放,舒缓紧张的心情,快速的消除同情心疲乏的负情绪,保持护士心理健康。ICU 护士同情心疲乏水平与社会支持因素有关,护理部门的相关管理者,要为护士提供有效的支持和帮助,并积极营造健康温馨的工作氛围,让护士的身心都能得到很好的保障,从而也可以大大降低护士同情心疲乏的情况发生,以良好的心态去积极应对护理工作,更好的提高护理服务的整体质量。

综上所述,ICU 护士的同情心疲乏的影响因素众多,要依据影响因素制定相关的干预培训方案,可能会对减轻护士同情心疲乏有一定的意义。

参考文献:

[1]黄璐,于海容,袁文婷.军队医院急诊科护士同情心疲乏与同情心满足水平及其工作相关影响因素分析[J].解放军护理杂志,2020,37(5):5.

[2]张海燕、杨筱敏、黄瑾、王志翊.低年资护士同情心疲乏现状及影响因素分析[J].中华全科医学,2020,18(11):4.

[3]沈梦菲,赵晓婷,叶红芳,等.临床护士心理授权与同情心疲乏程度的关系[J].中国实用护理杂志,2020,36(13):7.

[4]周丹丹,曹慧琴,田妍,等.护士情绪性工作及组织支持与工作倦怠的关系研究.护理与康复,2013,12(1):3-5.

[5]陈华英,王卫红.护士同情疲乏的研究现状.解放军护理杂志,2012,29(7A):39-43.

品管圈活动对提高心内科护士异常心电图识别率中的应用

田燕 杨淑花

宁夏吴忠市红寺堡区人民医院 宁夏吴忠 751999

摘要:探讨品管圈活动在提高心内科护理人员关于异常心电图识别能力的意义及效果。方法:成立品管圈活动小组,以提高心内科护理人员识别异常心电图的能力为主题,将品管圈活动前后进行比较。结果:进行品管圈活动后护士对异常心电图的识别能力从 25.87%提高到 83.11%。结论:将品管圈活动应用于心内科护士异常心电图的识别能力的管理中,提高了心内科护士对异常心电图的识别能力,同时也提高了心内科护士对异常心电图的处置能力,保证患者安全,提高了患者满意率,具有良好的应用价值,值得临床推广。

关键词:品管圈;心电图;识别率

心电图作为心脏功能受损患者的重要识别工具,能快速准确的获知真实的脏器器官的状况,成为救治患者最佳最快速的方法,同时也为患者提供机会。而我院成立胸痛中心的同时需要心内科的护理人员做到第一时间快速识别高危患者的心电图,为更好的救治患者。随着现代医学的快速发展,各种心电监护设备广泛应用,为医护人员能及时、准确、严密监测患者的生命体征变化、为诊断治疗提供依据的同时为护理人员快速方便的识别异常心电图保证患者安全^[1-3]。心电图是心内科患者必做检查之一,作为心内科医护人员,大部分医师能够第一时间识别异常心电图,作为护理人员这也是必备技能,护理人员如果对异常心电图不能识别,自然会延误患者的治疗,只有通过不断学习提高异常心电图的识别能力,才能不断提高临床科室人员的急救能力^[4]。

品管圈(简称 QCC)是基层员工组成的小组,通过适当的训练及引导,使小组能通过定期的会议,去发掘、分析及解决日常工作有关的问题。以患者为中心,持续提高医疗护理质量为目的形成的一种自我发展和相互发展。将品管圈活动运用到心内科护理团队来提升异常心电图的识别能力,弥补缺陷和不足,从而不断提高临床科室护理人员的技能^[6-7]。

我科室于 2021 年 12 月至 2022 年 7 月在本科室实施品管圈活动,再提高护理人员正确识别异常心电图方面收效良好,现汇报如下。

1.1 资料与方法

2021 年 12 月心内科开始实施品管圈活动,2022 年 1 月份使用普通监护仪和中央心电监护的患者共计 56 名,其中患者平均年龄(56.12 ± 15.32)岁,普通患者使用心电监护(5.31 ± 1.54)天,重症患者使用中央监护仪时间(10.78 ± 2.03)天,同年 6 月份使用普通监护仪和中央监护仪进行识别,患者共计 67 名,其中患者平均年龄(55.01 ± 17.45)岁,普通患者使用心电监护(5.25 ± 2.01)天,重症患者使用中央监护仪时间(11.52 ± 2.65)天,根据医嘱要求和患者的病情状况实时查看心电图,约为每小时一次,分别对 2022 年 1 月份和 6 月份进行统计汇总,共识别心电图 12701 次,两段时间患者年龄、病情差异无统计学意义($P>0.05$),而护理人员异常心电图识别率明显上升。

于改善前的 2021 年 12 月进行异常心电图的试卷和调查问卷方式对心内科护士对心电图掌握现状进行调查,统计出分数最低的几项异常心电图作为此次品管圈需要改善的项目。本着全员且自愿的原则。内一科共有 12 名护理人员参加品管圈。推选一名圈长,一名秘书,并邀请三甲医院下乡的老师为辅导员。

1.2 方法

1.2.1 成立品管圈,圈名及圈徽的确定:所有圈员采用头脑风暴及投票

法确定圈徽及圈名,通过投票将“同心圈”作为此次品管圈的圈名。外层钟表绿色代表着希望,同时代表着我们为急诊患者开通绿色通道。时间就是心肌,时间就是大脑,时间就是生命。中间的红心代表我们的细心,耐心,爱心,责任心,医者仁心,同时代表着我们每一个人的心脏。双手代表着用我们的双手拂去疾病的痛苦,迎接健康人生圈名释义,爱心圈,爱护,呵护我们的心脏。

1.2.2 主题选定:主题的遴选在临床实践过程中产生,通过头脑风暴,对临床目前存在的问题进行分析归纳,提出以下问题,采用评价法选主题。共有 11 人参与选题过程,第一顺位为本次活动主题。选题理由:对患者而言,病情变化能及时发现,保证患者的医疗安全。护士而言提高工作效率和护理质量,增加团队凝聚力,增加相互协作能力。对医院而言,提高患者满意度,降低医疗纠纷发生率,采用评价法计算总分,得分最高的作为本期品管圈的主题,评分最高的“提高心内科护士异常心电图的识别率”确定为本次品管圈的主题。

1.2.3 活动计划拟定,制定本次活动计划的甘特图,虚线表示计划线,实线表示实施线,明确分工,责任到人。

1.2.4 现状把握,对科室内 13 名护士进行异常心电图识别的考试,并自制异常心电图能力查检表,最后对各种查检数据进行汇总后得出,我们需要改善的异常心电图有:心房扑动,房颤,室颤,阵发性室性心动过速,心电图各波段的意义和命名及各波段的正常范围。

1.2.5 目标设定,品管圈活动前圈员对活动能力的评价进行评分,全员均需要评价,根据 531 评分法,取平均值,依据现状分析,活动前,异常心电图识别能力为 42.3%,根据品管圈计算公式:目标值=现状值+(标准值-现状值)*改善重点*圈能力,计算得出目标值为 81.42%,改善幅度为 39.12%

1.2.6 要因解析,运用特性要因图法(鱼骨图)绘制出现心电图异常识别原因分析的鱼骨图,从人,机,环节和培训四个方面进行分析。全体圈员参与并运用头脑风暴找出所有原因,全员参与根据 531 评分法,选出排名前 5 名为要因。分别为缺乏有计划的心电图相关培训,护士专业基础不扎实,护士对识别心电图的重视程度不够,护士缺乏有效的沟通,患者不了解心电监护的意义不愿意配合。

1.2.7 对策实施,对选出的要因拟定对策实施,全体圈员献言献策,剖析细节,制定对策拟定评分表,共得到 21 项可行性对策,全体圈员就每一对策项目以 5、3、1 评分,依可行性、经济性、效益性等加以实施改善。讨论参考得分顺序,共采纳 11 项对策,进行整合。对每项对策均有专人负责实施,并依次按照计划、实施、确认和处置(PDCA)进行,对

存在的问题进行优化改进。主要对策为：（一）针对不同年资护理人员，大力提倡理论联系实际，进行不同层次心电图知识培训，请科室医生，心电图室老师及专科护士讲座或讨论，定期开展科室护士继续教育，抽查考核总结，提高心内科护士心电图相关知识，从而提高护理质量及护理水平，确保患者生命安全；（二）尤其注重科室轮转人员及新职工的培训，开展定期业务学习，教学查房，定期考核等。以老带新，科室高年资护士同低年资护士搭班，一对一辅导，督促学习，反复强化学习内容，共同提高学习效果。同时制定出心电图回顾流程，针对遥测心电监护，首先查看报警回顾，再逐一回顾遥测心电监护记录的心电图内容。根据患

者病情进行床边综合能力评估，每日晨由管床护士汇报病人病情，及时通报危重病人病情变化，加强对危重患者的心电图检查。在心电监护过程中对于不同波形变化采取相应护理保护措施，使每天护理评估更具有指导性，使护理工作更有预见性和计划性^[8-9]。共采纳 11 项对策，进行整合后，得出 4 项对策：对策一、制定心电图专项培训计划①制定心电图基础知识培训计划表②每周固定时间培训③优化培训内容④培养培训师资对策效果确认：通过有效的心电图培训及考核，护士对 异常心电图正确识别率由改善前的 42.30%提高至改善中的 84.62%。在通过完善心电图培训和考核机制后，护士对心电图知识掌握度增加。 对策二、丰富培训方式方法、①开展形式多样的培训 ②讲授法③视听法④情景模拟法⑤知识竞赛⑥小组互动⑦问答形式 对策效果确认：患者能有效的了解使用心电监护的注意事项及认识到使用的重要性，护士对异常心电图的正确识别率从改善前的 42.30%提高至改善后的 84.62%，通过宣教后，患者对心电监护仪使用的重要性的认识提升，对心电监护使用的依从性增加。对策三、规范宣教流程及改良工具①制定心电监护健康宣教模板，统一宣教知识。②制定健康宣教手册③健康教育小讲座每周一次④制作宣教流程图 ⑤制作宣教视频⑥ 宣教考核效果反馈，进行整改。对策效果确认： 患者能有效的了解使用心电监护的注意事项及认识到使用的重要性，护士对异常心电图的正确识别率从改善前的 42.3%提高至改善后的 90%，通过宣教后，患者对心电监护仪使用的重要性的认识提升，对心电监护使用的依从性增加。对策四、规范宣教流程及改良工具①定期考核（现场考核、试卷考核、延伸到心电图的急救流程 ②建立有效的奖罚制度，纳入绩效考核③成立心电图质控小组。对策效果确认：通过有效的心电图培训及考核，护士对异常心电图正确识别率由改善前的 42.30%提高至改善中的 84.62%。在通过完善心电图培训和考核机制后，护士对心电图知识掌握度增加。

2 结果

2.1 护士识别异常心电图前后比较差异有统计学意义（P<0.05），具体见表 1。

表 1 护士异常心电图识别率的比较

时间	例数	异常识别例数	识别率
实施前	6300	1630	25.87
实施后	6401	5320	83.11
t		23.01	
p		0.00	

2.2 有形成果

通过对各项对策的有效推进和实施，再次对全科护士进行异常心电图识别能力的考试，自制异常心电图查检表，通过此次品管圈活动异常心电图正确识别率由活动前的 25.87%提升到活动后的 67.48%，圈活动的目标达成率为 108%，进步率为 100.05%，活动效果明显。

2.3 无形成果

通过品管圈活动，每位圈员对解决问题的能力、责任心、沟通协调、自信心，团队凝聚力，积极性，品管手法、和谐度 8 个方面均有提升，保证患者的安全。标准化 通过此次品管圈活动，固定了每周学习的计划，开展了形式多样化的培训，人人熟悉了危急心电图的急救流程，制定了心电监护的宣教模板，心电监护操作的标准化使用流程，心电监护健康教育视频（病人扫码即可观看），提高了患者对心电监护使用的健康普及率，提高了护理人员对异常心电图的识别能力。

3 讨论

异常心电图的识别对于心内科护士来说是个重点也是个难点，通过开展品管圈活动来提高护理人员对异常心电图的正确识别率，在此次品管圈活动中，全体圈员积极参与，充分利用头脑风暴，绘制甘特图，流程图，鱼骨图，柏拉图，查检表，雷达图等质量管理工具明确了异常心电图识别率不高的主要原因，并结合实际，制定具体可实施的对策，使异常心电图的识别率提高，活动效果明显。科学的运用品管圈管理工具可以提高护理团队异常心电图的识别率，提高了护理人员的专业素质，提高护理质量，为更好的配合医生抢救，治疗，既赢得了时间，也打下了良好的基础^[10]。

参考文献：

[1]丁晓波,郑超群,鲍玉英.品管圈在提高普外科患者使用中药正确率方面的影响[J].中医药管理杂志, 2022,30（02）,117-118

[2]张丽娟, 阙伟祺, 李庆德等品管圈在缩短高峰时段出院带药候药时间中的应用[J].中国医药科学 2022,12（05）,169-172.

[3]程禹,黄婷婷,杨利霞 品管圈活动在提高放射危急值报告准确率的应用[J]检验医学与临床 2022,19（04）, 536-538.

[4]杨明妍, 毕峰, 吴学姣 品管圈活动在提高中药注射剂合理使用中的应用[J]中国现代医生 2022,60（02）, 159-163.

[5]何静,周玲珍,赵凤琴,等.杂交手术治疗冠心病冠脉多支病变患者围手术期的护理 [J]. 现代医学 ,2012,40（06）: 722-724.

[6]孙颖,王春芳,臧红新.临床护士对心电图知识掌握情况的调查分析[J].武警医学院报 ,2009,18（10）: 865-866.

[7]唐慧敏, 张培发, 宁夏丽, 等.品管圈在降低 2 年以内新入科护士医嘱执行错误率中的应用价值[J].国际护理学杂志, 2017, 36（19）: 2705-2707.

[8]蒋静. 品管圈活动对降低心内科护士心电图错误识别率的效果[J].现代养生 B, 2016, 24（2）: 279-280.

[9]邱丽玉, 徐伟英.提高患者身份识别规范执行率的品管圈实践[J].护理学报, 2014, 21（9）: 15-16.

[10]李琳凤, 张毅, 吕海瑛.品管圈在我国护理质量控制中的应用现状[J].护理管理杂志, 2013, 13（11）: 800-801.

多胎妊娠患者行经腹减胎术的护理体会

王欢

浙江大学医学院附属妇产科医院 浙江杭州 310000

摘要：目的：总结 17 例多胎妊娠患者行经腹胚胎减灭术的护理体会。护理过程中加强健康教育，重视伦理保护，做好心理护理，配合围手术期专业的护理，做好患者的随访管理。经过治疗及护理，17 例行选择性胚胎减灭术患者手术过程顺利，16 例分娩活胎。

关键词：多胎妊娠患者；经腹减胎术；护理

Patients with multi -fetal pregnancy patients with abdominal fetal reduction

Wang Huan, obstetrics and gynecology hospital affiliated to Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou, Zhejiang, 310000

Summary: Objective: To sum up the nursing experience of 17 patients with multiple pregnancy patients through peritubar reduction. Strengthen health education during the nursing process, attach importance to ethical protection, do psychological care, cooperate with the professional care of the perioperative surgery, and do a good job of follow-up management of patients. After treatment and care, 17 patients with selective embryo reduced surgery were smooth surgery, and 16 patients were born.

Keywords: patients with multi -fetal pregnancy; abdominal fetal reduction; care

多胎妊娠是指一次妊娠过程中子宫腔内存在两个或两个以上的胎儿。多胎妊娠的出现原因与孕妇年龄、遗传因子、促排卵药物的使用或激素分泌不当有关^[1]。近年来，随着国内生育政策的调整以及医疗技术的不断进步，也使得辅助生殖技术应用范围不断增加，提高了多胎妊娠发生率^[2]。研究表明，人类辅助生殖技术导致的美国多胎妊娠患者占总患者数量的 46%，而我国该数值则为 40%^[3]。近年来，已有大量研究证实多胎妊娠孕妇更易出现早产、流产等不良妊娠结局，积极作出诊断，进行多胎妊娠减胎术是控制疾病影响的重要方案。该术式在临床应用过程中具有使用安全、效果明确的应用优势，但同时其作为一种侵入性操作也会引起患者治疗过程中的应激反应，尤其对于一些三胎以上孕妇，使用减胎术过程中容易导致早产、胎膜早破等不良事件，因此对于减胎孕妇，在手术治疗过程中以解决做好护理配合，及时优化护理流程，提高治疗安全性^[4-5]。基于此，本文将对我科室在 2021 年 1 月-2021 年 6 月范围内接受治疗的人员为资料，对 17 例多胎妊娠患者实施经腹胚胎减灭术，治疗效果满意，现将护理经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 17 例，所有患者年龄区间范围在 22~37 岁以内，平均年龄测验值为 (31.61±3.44) 岁。孕周 12~20 周，医源性多胎妊娠 13 例，分别为 8 例冻融胚胎移植、4 例促排同房、4 例自然妊娠、1 例新鲜胚胎移植，5 例三胎妊娠，12 例双胎妊娠。

1.2 治疗方法

应用超声检查，根据胎儿的方位、特征、胎盘位置给被减胎儿定位并明确绒毛膜性。胎儿均正常时，选择接近腹壁、易于穿刺、发育相对较差而对其他胎儿干扰少的胎儿作为减胎对象。若多胎妊娠中有一胎结构异常，减胎前要认真辨认异常胎儿的形态，明确胎儿异常形态与异常胎儿心脏的关系，为减胎的穿刺路线提供指导。孕妇取仰卧位，腹部常规消毒铺巾，消毒袖套包裹超声探头及探头线，安放穿刺支架，超声显示心腔最大平面，在超声引导下用穿刺针针快速刺入胎儿的心脏，以回抽到心脏血判定。快速注入 5-10ml 10% KCL 溶液，注入 KCL 后可见被减胎儿心跳减慢并逐渐停止，但不要立即拔出穿刺针，观察 10min 以上，被减胎儿心跳未恢复，再拔穿刺针。术时注意监测保留胎儿的心率。

1.3 结果

本组三胎妊娠 5 例，均为双绒毛膜三羊膜囊，12 例双胎妊娠，均为双绒毛膜双羊膜囊，17 例患者中保留一胎 16 例，保留双胎 1 例，手术过程顺利，术后使用抗生素+黄体酮+硫酸镁抗感染及保胎治疗，患者均无腹痛、阴道流血情况。术后 3d 无异常出院；动态追踪患者，指导患者进行规律产前检查，1 例孕 20 周宫内感染难免流产，16 例分娩活胎，其中足月分娩 12 例，早产 4 例。

2 护理

2.1 心理护理

在患者入院后护理人员应积极做好关怀慰问，通过耐心与患者进行交流沟通，了解其妊娠经过以及对于多胎妊娠的态度、减胎术认知水平、治疗期望，建立良好的护患信任关系，同时护理人员还应结合患者多项数据进行针对实际情况的减胎术治疗方案介绍。向其说明手术应用优势，减少患者治疗过程中产生的焦虑不安情绪。另外护理人员应积极与患者家属进行沟通，帮助患者家属做好患者治疗期间的各项准备工作，指导其合理展开治疗陪护，提高患者住院期间舒适度。

2.2 术前准备

①核实胎儿的绒毛膜性，选择目标胎儿：根据病史、早孕期超声图像或报告，核实胎儿数目，明确胎儿的绒毛膜性、胎盘的位置。通过超声确定妊娠囊位置、胎儿性别、大小、是否有结构异常、胎盘附着部位、脐带附着点。②完善术前检查：血常规、凝血功能、输血三项及乙肝表面抗原、孕早期 NT 超声检查、白带常规及细菌性阴道病检查；询问孕妇有无发热、腹痛及阴道流血等不适症状。

2.3 术中护理

护士通过手腕带标识、病历信息认真执行核对制度，协助孕妇取仰卧位，暴露腹部，配合医生进行消毒铺巾，准备 10% 氯化钾注射液。术中严密监测患者的生命体征，观察宫缩情况，重视患者主诉，询问孕妇感觉，安慰鼓励孕妇，使其尽量缓解紧张情绪，必要时低流量吸氧。

2.4 术后护理

2.4.1 病情观察

术后严密监测生命体征，重视患者主诉，观察患者有无腹痛及阴道出血情况。

2.4.2 用药护理

术后遵医嘱予保胎和黄体支持治疗，要密切观察药物不良反应。硫酸镁是常见的保胎药物，拮抗钙离子对子宫收缩的活性，具有抑制子宫收缩，扩张血管，改善肾脏血流的作用，其主要的不良反应为使用过量或蓄积中毒会引起膝腱反射消失，甚至心悸、呼吸骤停。使用硫酸镁前必须做好以下准备：膝腱反射必须存在；呼吸≥16 次/min；尿量≥17ml/h。研究表明硫酸镁的有效治疗浓度和中毒浓度相近，必须在用药时做好严密的监护，防止毒性反应发生，静脉用药时必须使用微量输液泵根据医嘱调节低速，避免药物过快进入体内。每分钟调至 30 滴/分，不宜超过 2 克/小时，每日用量维持在 15 至 20 克。同时备好镁离子解毒剂 10% 葡萄糖酸钙急救。遵医嘱肌内注射黄体酮 40~60 mg/d，注意注射部位的变换，防止局部硬结的发生。本组患者术后用药均无不良反应发生。

2.4.3 饮食与活动

指导患者进食高热量、高蛋白、富含铁、维生素、清淡易消化食物，少量多餐。鼓励患者多吃新鲜蔬菜和水果，保持大便通畅。指导患者避免剧烈运动。

2.4.5 预防感染

减胎术前术后遵医嘱使用抗生素积极预防感染,关注实验室结果及体温变化,保持床单位清洁干燥,定时开窗通风。

2.4.6 出院指导

要求患者积极遵医嘱做好复诊检查,告知患者术后1周复查B超,再次确认减胎是否成功,以及保留胎儿情况;同时,指导患者按计划进行妊娠期围产保健,告知患者术后注意休息,加强营养,适当活动,按时服用黄体支持药物,切勿漏服,避免重体力劳动,保持会阴的清洁干燥,若有发热、腹痛、阴道流血等异常情况及时就诊。

3 讨论

近年来,随着现代人生活环境的变化以及社会负担的增加,也进一步提高了不孕不育疾病患病人数,相应推动了辅助生殖技术的发展。研究表明,每年全世界内借助辅助生殖技术诞生儿童已超过900万例^[6]。在临床上,为了保证患者能够有效解决不孕不育问题,提高妊娠概率,会在全面了解患者身体情况后,为其移植两个或以上胚胎。虽然这种做法进一步保证了治疗成功率,但也相应提高了多胎妊娠病症发生率^[7]。另外对于一些认知水平较低患者,其在借助辅助生殖技术期间不规范的使用排卵药也相应提高了多胎妊娠发生可能。临床上将多胎妊娠划分为高危妊娠疾病的一种,尤其指三胎及三胎以上妊娠孕妇^[8]。此类孕妇妊娠风险相对更高,更易出现胎儿窘迫、低体重儿等不良妊娠结局,另外,就母体本身而言多胎妊娠也会进一步加重机体负担,引起各类妊娠期并发症,导致孕妇早产、难产^[9]。此外还有研究表明,多胎妊娠孕妇在出现早产后,多胎早产儿更易出现颅内出血类疾病以及脑瘫疾病,不仅会为其自身产生长久不利影响,还会加重家庭负担,降低其亲属生活质量^[10]。因此,近年来临床会通过应用减胎术来进行合理补救。在对多胎妊娠患者进行管理期间,在经腹减胎术治疗过程中做好术前、术中、术后护理与配合,实施有效健康教育与指导对手术成功,母婴安全起着重大意义。

(上接第150页)

2月国务院办公厅印发《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》、2022年3月国务院办公厅印发《“十四五”中医药发展规划》等,给中医药事业带来了新的历史发展机遇^[12],更是为中医药健管的发展保驾护航。

2.3 X高校在中医药健管上的发展思考及实践

基于中医药健管的优势及发展可行性,X高校在培养健管专业过程中也设置了中医药相关专业课程,并作为核心课程,例如:中医学概论、中医外治技术、中医药膳学、中医体质学、中医养生学等中医药相关理论及实践课程,同时在制定课程大纲时,在多个非中医的课程中增加中医药对健康管理的理论讲解,强调中医药理论体系对现代人体健康的指导意义。

同时,X高校注重课程思政的实施,在健管所有专业核心课程中通过多种方式体现课程思政,例如:在学科史讲解中通过历史伟人的成长发展史强调坚持不懈、创新精神等内容以体现课程思政;通过中医学的“辨证论治”的理论引申至唯物主义的客观、发展、变化的理念,树立学生正确的世界观;通过踊跃抗击新冠事件、中医药在新冠的突出贡献等时事新闻树立学生正确的爱国主义精神以及民族自信心和自豪感。通过专业课程与思政的相结合,努力实现(中)医学、管理学、信息学与思政的学科融合,将健管专业人才培养成为新时代背景下,具有正确的思想政治观念、正确的世界观,同时具备良好的中医药理论知识与技能应用的高素质高校毕业生。

3. 总结

时代的进步和演变,人民生活水平日益增长,使得人类对自己健康的关注度越来越高,也推动着健康产业的迅速发展,同时也会造成健康产业专业人才的巨大缺口。而各个高校及职校在此时代下应该挑起培育健康产业专业人才的担子,因此如何培育好健康市场需要的专业人才,是各大院校的重大难题。当前,健康管理行业仍然以综合医院、社区医院等医疗机构为主导的“治疗”型健康管理模式发展,这不符合健康管理中对疾病“预防”的管理理念。因此未来,各大院校应促进以校、政、企三位合作,以促进人类健康为目标,共建良好的大健康市场,政、企做好市场推动,院

参考文献:

- [1]邹文婷,郑洁.多胎妊娠孕中期减胎术的临床应用[J].中国计划生育和妇产科,2021,13(12):19-22.
- [2]孙致敏,杨丽,梁玉玲,等.宫内合并官角妊娠减胎术的护理[J].黑龙江中医药,2021,50(05):364-365.
- [3]赵晓敏,张蕾,李雯,等.58例多胎妊娠孕中期减胎术后妊娠结局分析及护理[J].天津护理,2021,29(02):172-175.
- [4]苏慧明.减胎术对多胎妊娠孕中期妊娠并发症及子代的影响[J].现代诊断与治疗,2021,32(05):786-787.
- [5]秦瑛,周焯.双胎或三胎选择性减胎术后妊娠结局及护理体会[J].智慧健康,2021,7(06):89-91.
- [6]黄婷.多胎妊娠经阴道B超选择性减胎术的护理体会[J].影像研究与医学应用,2020,4(16):248-249.
- [7]李佳美,何玉洁.多胎妊娠患者124例减胎术后妊娠结局的分析[J].医学综述,2020,26(01):196-199.
- [8]邹薇薇,纪冬梅,徐千花,等.多胎妊娠减胎术对妊娠结局妊娠并发症及新生儿出生结局的影响[J].安徽医学,2019,40(12):1315-1318.
- [9]黄春玲.综合舒适护理在多胎妊娠孕早期行选择性减胎术中的应用研究[J].中国现代医生,2019,57(26):140-142+146.
- [10]Hoeper J R, Zeidler J, Meyer S E, et al. Effect of nurse-led care on outcomes in patients with ACPA/Rf-positive rheumatoid arthritis with active disease undergoing treat-to-target: a multicentre randomised controlled trial[J]. RMD Open, 2021, 7(1): e001627.
- [11]Radka Bugová, Radka Kozáková, Bar M. Satisfaction of Patients With Severe Multiple Sclerosis and Their Family Members With Palliative Care: Interventional Study: [J]. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 2021, 38(11):1348-1355.

校随着市场需求做好人才培育,突出中医药在健康管理中的指导作用以实现符合“疾病预防”理念的人类健康管理模式,一方面以减轻医疗机构的治疗负担,另一方面实现人类“减轻痛苦,延长寿命”的终极理念。

参考文献:

- [1]王仔馥,吴华章,宋杨.国外健康战略发展经验及对中国的启示[J].医学食疗与健康,2021,19(5):203-205.
- [2]武留信.中国健康产业论坛发展报告[J].中华健康管理学杂志,2008(05):268-269-270.
- [3]王陇德.“健康中国2030”的机遇与挑战[J].理论与现代化,2018(5):19-21.
- [4]齐财华,龙琴英,金雪等.高职健康管理专业人才培养模式的实践与思考[J].现代职业教育,2022(07):70-72.
- [5]胡广芹,陆小左,于春泉等.基于云计算的中医健康管理信息系统[J].天津中医药,2011,28(6):475-477.
- [6]尹艳,马斯佳.中医治未病与中医健康管理模式的构建[J].中医药管理杂志,2021,29(20):211-213.
- [7]汪紫彤,范阳东.日本社区健康管理发展现状及对我国的启示[J].中国全科医学,2022,25(04):393-400.
- [8]陈韵儒.中医“治未病”健康管理模式构建的思考[J].管理观察,2019(07):187-189.
- [9]沈祚敏,金月娥,张璐.中医“治未病”健康管理模式在中医医院肿瘤科护理管理中的应用[J].中医药管理杂志,2021,29(13):225-227.
- [10]张静,李继恩.“零级预防”联合中医“治未病”在慢性肝病健康管理中的运用[J].中外医学研究,2020,18(04):154-156.
- [11]区志军.中医“治未病”思想在社区高血压防治中的运用[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(08):195-197.
- [12]吕玲,杨丰文,黄明,张伯礼.改革创新,全面推进中医药振兴发展——《“十四五”中医药发展规划》解读[J].天津中医药,2022,39(06):681-683.

门诊西药处方点评与合理性评价分析

¹ 楚仕梅 ² 刘加明

1 山东省日照市莒县店子集街道卫生院 山东日照 276522;

2 山东省日照市岚山区巨峰中心卫生院 山东日照 276812

摘要:目的:研究门诊西药处方点评工作开展效果,对其合理性进行评价。方法:选择我院门诊收治的80例患者进行西药处方点评工作分析,以2021年1月1日为时间节点,前后各40例门诊患者,分析开展门诊西药处方点评工作后的效果,之前与之后各40例患者,分析门诊西药处方点评开展效果。结果:2021年1月1日后平均每张处方涉及药物、抗菌药物使用率、注射剂使用率低于2021年1月1日前, $P<0.05$;2021年1月1日后患者认可度高于2021年1月1日前门诊患者, $P<0.05$ 。结论:门诊西药处方点评工作中对其合理性进行评价,能够掌握不合理用药情况以及主要原因,合理门诊用药,保障用药安全,降低门诊患者的费用,提升门诊患者对西药处方点评工作的认可度。

关键词: 门诊西药;合理性评价;处方点评;用药安全

西药(相对中药而言)通常是指从天然产物或者化学合成的方式获取的药物,如抗生素、神经类药物等,也是现代临床治疗中主要使用的治疗药物^[1]。西药在使用中有明确的剂量、配伍等要求,不合理使用西药会导致用药安全事故。我国针对西药管理主要以国家规定、政府管理、医院内部管理为主,药房是门诊西药管理的主要部门,影响医院西药用药安全管理的安全性。在门诊西药管理中主要采用西药处方点评的方式总结阶段时间内门诊处方问题,并以此为依据开展门诊西药管理工作,可以显著提升门诊西药处方合理性^[2]。鉴于此,选择我院门诊收治的80例患者进行西药处方点评工作分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究资料

1.1.1 患者资料

选择我院2020年6月1日~2021年5月30日门诊收治的80例患者进行西药处方点评工作分析,以2021年1月1日为时间节点,前后各40例门诊患者。1月1日前男20例,女20例,共计40张处方,年龄4~66岁,平均年龄(40.41±1.13)岁;<18岁12例,18~60岁18例,>60岁10例;妇科处方15张,儿科处方12张,急诊处方13张。1月1日后男21例,女19例,共计40张处方,年龄5~66岁,平均年龄(40.41±1.13)岁;<18岁12例,18~60岁17例,>60岁11例;妇科处方16张,儿科处方12张,急诊处方12张。门诊患者基线资料对比 $P>0.05$,符合此次西药处方点评工作分析研究需求。

纳入标准:(1)门诊患者处方、基线资料均完整;(2)≥18岁门诊患者具有自主评价能力;(3)<18岁患者家属能够配合调查表的填写。

排除标准:(1)精神疾病;(2)中途退出西药处方点评工作分析研究者;(3)传染性疾病;(4)由门诊确诊后住院的患者。

1.1.2 研究人员资料

研究中共有3名药房工作人员参与门诊西药处方点评工作,性别,男2名,女1名,年龄24~36岁,平均年龄(30.57±1.12)岁;学历,专科1例,本科1例,硕士1例。

纳入标准:(1)熟悉处方点评工作内容及流程;(2)表示愿意配合西药处方点评工作开展。

排除标准:(1)中途退出西药处方点评工作者;(2)不熟悉门诊西药处方管理案例者。

1.2 研究方法

文献分析法:以“用药安全”“处方点评”“合理性评价”“门诊西药”等为关键词,从万方、维普等数据库中收集与西药处方点评工作分析研究相关

的文献资料,分析处方点评对门诊西药管理的价值,也为后期西药处方点评工作效果以及研究情况提供必要的文献依据。

数据调查法:选择我院门诊收治的80例患者进行西药处方点评工作分析,通过对比时间节点前后门诊西药处方管理情况,论证西药处方点评开展的数据优势,也为此次西药处方点评工作研究提供必要的技术支持。

1.3 开展方法

2020年6月1日~2021年5月30日期间我院积极开展西药处方点评工作,对其整体用药情况进行评价,并在评价的同时将问题及时反馈,同步开展纠正措施,具体步骤如下。

处方点评:(1)收集研究期间的处方,时间节点前后各40张处方;(2)观察处方在格式上是否合理,有无出现配伍、剂量等问题;(3)将处方点评结果统一登记;(4)小组研究人员共同分析处方不合理用药发生的原因。

纠正措施:(1)将处方点评结果返回各个科室,便于其内部自查;(2)药房药剂师对门诊医生进行培训,以药学知识、处方合理等为主,分阶段式教学,注意相关培训的长期性;(3)针对不合理处方较多的科室要重点进行监督,强化其用药指导;(4)细化医院处方书写管理条例、合理用药合理等文书,细化临床处方管理内容;(5)设置门诊西药处方管理小组,将处方点评工作常态化开展,提升门诊用药安全;(6)要求门诊医生统一使用医院处方模板进行书写,规避相关问题。

1.4 研究指标

处方分类:(1)药物种类;(2)抗菌药物使用率;(3)注射剂使用率。由西药处方点评工作研究人员统计80张处方分类情况以及药物种类信息。

不合理表现分类:(1)药物名称书写错误;(2)缺少临床诊断;(3)签名信息不全;(4)未提示做皮试;(5)配伍错误;(6)剂量错误。由西药处方点评工作研究人员将7张不合理处方以其主要表现进行分类。

用药不适宜:联合用药不适宜。由西药处方点评工作研究人员分析用药不适宜情况,指出具体原因。

不合理处方组间对比:(1)不合理;(2)合理。由西药处方点评工作研究人员统计时间节点前后不合理处方分布情况。

用药费用:由西药处方点评工作研究人员负责统计门诊患者用药费用。

认可度:(1)不认可(0~15分);(2)一般(16~25分);(3)认可(26~35分)。由西药处方点评工作研究人员为门诊患者发放满意度调查表,统计门诊患者对工作的认可度。

1.5 统计学分析

西药处方点评工作研究期间采用SPSS 20.0软件整理门诊患者的研究

数据,并用t检验、卡方检验完成门诊患者统计学差异分析。西药处方点评工作中 $P<\alpha$ 则表示门诊患者研究资料差异大。

注: $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 处方分类

80张门诊处方,主要涉及126种药物,平均每张处方为 (1.54 ± 0.21) 种;2021年1月1日前74种,平均每张处方为 (1.85 ± 0.25) 种,抗菌药物使用率39.15%,注射剂使用率24.14%;2021年1月1日后52种,平均每张处方为 (1.31 ± 0.01) 种,抗菌药物使用率33.22%,注射剂使用率21.47%, $t=6.0050$, $P<0.05$ 。

2.2 不合理表现分类

研究期间用药不适宜原因主要为药物名称书写错误2张(2.50%)、缺少临床诊断1张(1.25%)、签名信息不全1张(1.25%)、未提示做皮试1张(1.25%)、配伍错误1张(1.25%)、剂量错误1张(1.25%),如表1。

如表1:不合理表现分类n例、%

分类	张数(N=80)	百分比
药物名称书写错误	2	2.50%
缺少临床诊断	1	1.25%
签名信息不全	1	1.25%
未提示做皮试	1	1.25%
配伍错误	1	1.25%
剂量错误	1	1.25%

2.3 用药不适宜

7张不合理处方中,有2张(2.50%)张存在联合用药不适宜,主要表现在配伍错误与剂量错误,均为2021年1月1日之前。

2.5 不合理处方组间对比

2021年1月1日后不合理处方1例(2.50%),低于2021年1月1日前合理处方6例(15.00%), $P<0.05$,如表2。

表2:不合理处方组间对比[n例(%)]

组别	张数	不合理	合理
2021年1月1日前	40	6(15.00%)	34(85.00%)
2021年1月1日后	40	1(2.50%)	39(97.50%)
χ^2		3.9139	3.9139
P		0.0478	0.0478

2.6 用药费用

2021年1月1日后门诊患者的用药费用为 (543.12 ± 11.21) 元,2021年1月1日前门诊患者的用药费用为 (341.32 ± 10.03) 元, $t=84.8481$, $P=0.0000(<0.05)$ 。

2.7 认可度

2021年1月1日后39例(97.50%)患者表示认可工作开展,1例(2.50%)表示一般,0例(0.00%)表示不满;2021年1月1日前30例(75.00%)患者表示认可工作开展,9例(22.50%)表示一般,1例(2.50%)表示不满, $\chi^2=8.5375$, $P=0.0034(<0.05)$ 。

3 讨论

门诊药房是集合服务、技术、经营等综合性科室,主要为门诊患者提供质量达标的药品,并要保障其安全用药^[3]。因此门诊药房在进行西药管理过程中,不仅要加强对药品的管理,更要提升药学服务质量。传统门诊

药房管理工作主要通过药房管理规定开展西药管理工作,当问题发生后结合突发事件进行各项管理,属于事后管理工作方式。可以发现传统门诊药房在西药管理过程中十分被动,质量管理提升缺乏主动性,很难系统地针对相关问题进行整治。处方点评作为分析用药处方合理性的重要方法,可以通过批量化分析医院既往处方情况,掌握西药用药是否合理,并将相关问题集中归类,为门诊药房西药管理工作提供指导,从而有效预防管理问题再次发生。王丽敏在相关研究中也认为,门诊药房在为患者提供西药药学服务时主要依据处方开展相关工作,如果处方存在问题,将会直接影响西药管理工作效果^[4]。所以在门诊药房西药管理工作中,通过处方点评工作对于指导相关工作具有指向意义,能够快速把握管理关键点,提升西药管理工作质量。王红光、杨季菱在相关研究中就明确指出,通过处方点评的方式分析处方合理性,纠正处方不合理现象,可以让药房西药管理工作更加科学,有效预防相关风险事件的发生^[5]。苗天宝也在研究中认同了处方点评的重要作用,指出处方点评工作的开展,可以提升门诊西药管理工作的规范性,能够有效预防西药用药风险事件^[6]。

此次研究中选择80例门诊患者进行研究,通过处方分类可以发现开展处方点评之前单张处方涉及的药物种类较多,其中抗生素药物、抗菌药物使用率更高,容易出现药效重叠问题,患者服用多种药物后容易产生不良反应,此外抗生素药物、抗菌药物的高频率使用也不利于患者健康,因此需要门诊西药处方点评工作及时纠正相关问题,引导门诊医生合理用药。此外,通过不合理用药处方的表现分析,可以发现主要为规范类与药学知识两方面,用药不适宜多表现为联合用药,处方点评后加强对门诊医生的培训与监督,因此改善了相关方面的数据。此外,通过数据可以得知在门诊西药处方点评工作开展后,门诊患者的用药费用得以下降主要得益于门诊西药处方点评工作规范了门诊用药,因此其认可度更高^[7]。此次研究同何瑞连、余文飞等人研究观点相一致,均认同感门诊西药处方点评工作对于药房工作质量提升的重要作用,研究可信度高^[8]。

综上所述,门诊西药处方点评工作中可以判断处方的合理性,了解不合理用药原因,提升门诊处方合理性,让门诊患者从中受益,降低药物费用,提升患者对门诊用药管理的认可度。

参考文献:

[1]陈波,江南,刘兆华.某中医院2017年度门诊西药处方点评结果与分析[J].中国卫生产业,2021,18(3):53-55.
[2]程正友.门诊西药处方点评及合理性分析[J].健康之友,2020,03(22):72.
[3]顾惠玉.我院门诊西药处方点评及合理性评价分析[J].北方药学,2017,14(11):195.
[4]王丽敏.我院门诊西药房526张联合用药不合理处方点评及安全用药管理[J].首都食品与医药,2020,27(18):115.
[5]王红光,杨季菱.2016年度门诊西药、中成药处方点评与用药分析[J].中国社区医师,2017,33(19):12-13.
[6]苗天宝.门诊西药处方点评及合理性评价分析[J].医药前沿,2018,8(26):371-372.
[7]马康,吴娅敏,王新歌,等.2011-2015年北京市延庆区医院门诊西药处方点评结果分析[J].中国基层医药,2018,23(12):1875-1877.
[8]何瑞连,余文飞.西药房门诊处方点评和不合理处方分析[J].临床合理用药杂志,2021,14(31):4-7.

中医五行音乐疗法在安宁疗护中对老年癌症病人癌痛的影响研究

韩侨 万雪婷^{通讯作者} 王晓琼

青岛黄海学院护理与健康学院 山东青岛 266000

摘要: 目的 探讨在安宁疗护中融入中医五行音乐疗法对老年癌症病人癌痛的影响。方法 选取 2021 年 9 月-2022 年 2 月在本市某三级甲等医院进行安宁疗护的老年癌症病人 80 例,采用随机数字表法分为试验组和对照组,每组各 40 例,其中对照组采取常规护理,试验组在对照组的基础上采取中医五行音乐疗法,比较干预前后两组 NRS 和 PSQI 得分差异。结果 干预后试验组 NRS 和 PSQI 得分均明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 在安宁疗护中融入中医五行音乐疗法可改善老年癌症病人癌痛,提高病人睡眠质量。

关键词: 中医五行音乐疗法; 安宁疗护; 老年癌症病人; 癌痛

癌痛是老年癌症患者的特有症状,每年饱受癌症折磨的患者至少有 500 万,其中 70%未得到有效的控制,30%则为难以忍受的剧痛,相关研究表明有疼痛的癌症患者生活质量明显低于没有疼痛的患者^[1]。因此,减轻癌痛、提高癌症患者生活质量成为肿瘤科重点关注的课题。安宁疗护又称临终关怀,目的是帮助临终病人和家属认识死亡,进而接纳死亡的事实,给予精神上的支持^[2]。近年来,随着中医药在肿瘤科保守治疗领域的不断深入,中医五行音乐疗法在临床上也逐渐得到运用,成为目前临床上用于辅助治疗癌痛的非药物疗法之一^[3]。本研究旨在探讨中医五行音乐疗法在安宁疗护中对老年癌症病人癌痛的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象与分组

本研究于 2021 年 9 月-2022 年 2 月在本市某三级甲等医院进行安宁疗护的老年癌症病人中选取 80 例,利用随机数表法将病人统一编号并充分混合,随机分为试验组和对照组,每组各 40 例。

(1) 纳入标准:①年龄 ≥ 60 岁;②诊断为II期-IV期的各类癌症晚期病人;

且伴有癌痛,病情相对稳定;③经主治医师确定,预计生存时间 >1 年;④参照《中国常见恶性肿瘤诊治规范》^[4]予以常规临床治疗的病人;⑤未接受其他音乐疗法的病人;⑥知情同意并自愿参加本研究。

(2) 排除标准:①现有精神疾病、意识障碍和沟通障碍;②听力功能低下者;③伴有其他重大疾病者。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组

采用常规护理,具体如下:①心理护理:要做到激励、鼓励病人战胜癌症的信心,经常与病人沟通交流,成立病友交流小组,通过病友互相鼓励,增强信心;同时对病人家属进行心理疏导,树立共同战胜疾病的信心;②饮食护理:加强营养,满足机体对营养的需求,癌症病人往往需要接受放疗、化疗或者手术,对机体的营养需求是比较高的,适当的鼓励病人多进食,进食高蛋白、新鲜水果等,加强身体的康复;③病情护理:让病人尽量的掌握癌症的有关知识,增强抗击疾病信心和能力;④预防压疮:如果病人生活不能自理,有肢体功能的障碍则需注意定期翻身,预防褥疮的并发症。

1.2.2 试验组

在对照组的基础上进行中医五行音乐疗法,具体方法如下:①提供干净整洁温湿度适宜的治疗环境;②评估病人的病情、治疗状况和情绪状态;

③协助病人取合理、舒适体位,排空二便;④提前备好音乐播放器,根据癌症种类选取五音(宫、商、角、徵、羽)对应人的五脏(脾、肺、肝、心、肾),选择相应的音乐对病人进行治疗,音乐疗法的时间不宜过长,午休、睡前各听 20 分钟,并且每两天更换一次乐谱,以免久听生厌影响治疗效果;此外,适当调节音量大小,40~60 分贝之间疗效最佳;⑤保持环境安静,使病人沉浸在乐曲的氛围里,干预期间观察病人表情与神态,发现问题及时沟通;⑥音乐疗法结束后指导病人适当休息,再进行适当活动。

1.3 疗效观察指标

1.3.1 数字分级法(NRS)

数字分级法是用 0 至 10 个数字代替文字的点状标尺,用来描述疼痛强度的评分方法。数字越大说明疼痛程度越严重,0 代表无痛,10 代表剧痛,病人根据自身疼痛程度选择对应的数字^[5]。见图 1。



图 1 数字分级法

1.3.2 匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

该量表用于评价住院癌症病人睡眠质量,包括 7 个维度,分别是睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、安眠药物和日间功能,共 18 个条目,每个维度按 0 至 3 等级计分,相加即为 PSQI 总分,总分为 0~21 分,得分越高表明睡眠质量越差,总分大于 7 分提示有睡眠障碍,该量表信效度良好^[6],应用广泛。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件对数据进行统计分析,计量资料符合正态分布用均数 $\pm$ 标准差($\bar{X} \pm SD$)表示,进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 NRS 得分分级变化情况

干预前两组 NRS 得分差异无统计学意义;干预后试验组得分明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组病人 NRS 得分分级变化情况比较(例)

组别		无痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
试验组 (n=40)	干预前	0	9	13	18
	干预后	0	22	11	7
对照组 (n=40)	干预前	0	10	14	16
	干预后	0	11	16	13

2.2 PSQI 得分变化情况

干预后两组各维度得分以及总分差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。表 2 两组病人 PSQI 得分变化情况 ($\bar{x} \pm SD$, 分)

组别	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	安眠药物	日间功能	总分
干预前	2.89±1.74	2.39±1.24	1.24±0.64	1.46±0.83	2.71±1.44	1.43±0.75	1.99±0.62	14.11±7.26
干预后	1.99±1.02	1.78±1.13	0.89±0.51	0.91±0.63	1.76±1.10	0.87±0.45	1.13±0.78	9.33±5.62
<i>t</i> 值	4.841	2.299	2.440	3.338	3.301	4.049	4.994	3.273
<i>P</i> 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

世界卫生组织 WHO 提出对于临终病人应及早进行安宁疗护,可有效提高病人生活质量,提升幸福感^[7]。从护理学人道主义的角度来看,安宁疗护通过心理关怀和护理干预,减少无效治疗方法,缓解病人痛苦,达到善生;使病人平静面对死亡,达到善终;让家属能够面对丧亲之痛,达到善别^[8]。《安宁疗护实践指南(试行)》中提出对临终病人和家属提供全方位照护,通过多学科协同进行干预,包括控制痛苦和不适症状,心理和社会支持,提高生命质量,帮助病人舒适安详,有尊严的离去^[9]。因此,本研究将中医五行音乐疗法融入到安宁疗护中,以改善老年癌症病人癌痛和睡眠质量,从而达到更好的护理效果。根据中医的学说,五音(宫、商、角、徵、羽)的特性,正好与五行(金、木、水、火、土)有不谋而合之处;而人体的五脏又会生出喜、怒、思、忧、恐五种不同的情志活动,五行与五音相互呼应,且与五志、五脏相连,因此应用五音能够对五志进行调节。肿瘤科五行音乐疗法是根据古代的五音来编排音乐,针对人体的五脏和五志,按照五音原理提出了相应的音乐处方,以调理五脏的平衡,从而改善临床中疼痛、失眠和乏力等症状。

3.1 中医五行音乐疗法能改善老年癌症病人疼痛

本研究结果显示,干预后病人癌痛得到了明显的缓解,与已有研究结果相似^[10-11]。癌痛是世界公认的健康杀手,对生理和心理等方面都会造成严重的损害,部分病人因疼痛未得到控制而失去耐心,甚至放弃根治癌症的机会,降低病人的生活质量,影响治疗效果。近年来,音乐疗法逐渐成为治疗癌痛的方法之一。音乐疗法的主要治疗机制是可以改善心血管系统和神经系统等功能,促使人体分泌活性物质,通过调节神经传导和血管流量降低病人的心率和血压,保持呼吸平缓、全身毛细血管扩张和外周血中去甲肾上腺素增加等,使人体的内环境趋于稳定^[12]。此外,音乐声波通过听觉感受器传入人体,产生微妙的和谐共振,促进血液循环,加强新陈代谢,提高大脑皮层的兴奋性,从而改善病人的情绪、感情以及精神。同时可以帮助入眠,提高免疫力,消除紧张、焦虑等不良心理状态,提高应激能力,从而达到的镇痛作用。马亚宁等^[13]研究显示音乐疗法可以调解癌症病人的身心状态,缓解疼痛,改善病人睡眠质量,增进食欲。陈晨等^[14]研究结果表明中医五行音乐疗法可明显降低病人癌痛感,改善生存质量,增强体力水平。

3.2 中医五行音乐疗法能提高老年癌症病人睡眠质量

癌症病人从接受自己患病到康复期,都会经历睡眠障碍、焦虑、恶心呕吐等情况,对癌症病人康复产生了影响,心理防御力低,从而导致病情加重。对于癌症病人的治疗也从传统的生物模式,转变为生物-心理-社会医学模式,开始注重病人的心理干预^[15]。本研究结果显示,中医五行音乐疗法可以提高老年癌症病人的睡眠质量,睡前听音乐可以放松病人的身心,降低血压、心率和呼吸频率,通过放松肌张力促进睡眠。特定的音乐

频率和节奏产生的声波可以与人体细胞共振,放松精神系统,促进新陈代谢,调整由于疾病所产生的睡眠失调。睡眠是人体缓解疲劳、改善身体机能的重要手段^[16]。相关研究显示优良的睡眠质量是保持身心健康的基本。中医学认为,心主神明,统摄协调五脏,主持思维活动和精神意识,神安则寐,神不安则不寐^[17]。刘宇等^[18]对影响化疗期病人睡眠质量的因素进行了分析,结果表明音乐疗法可有效改善化疗期病人的睡眠质量。

4 结论

中医五行音乐疗法在安宁疗护中应用,可有效缓解病人的癌痛,提高病人的睡眠质量,此方法操作简便,不良反应小、具有较高的安全性,能有效提高病人生活质量,为临床治疗癌痛提供新的方法,值得推广应用。

参考文献:

- [1]周广美,张慧,韩淑艳,等.支持性心理干预对癌痛病人疼痛及生活质量的影响[J].护理研究,2014,28(4):1457-1458.
- [2]张雪梅,胡秀英.我国安宁疗护的发展现状、存在的问题及发展前景[J].中华现代护理杂志,2016,22:4885.
- [3]肖兰,孙宁.乳腺癌患者影响身心症状与生活质量的相关分析[J].河北医学,2015,21(8):1441-1443,1444.
- [4]中华人民共和国卫生部医政司.中国常见恶性肿瘤诊治规范[M].第2版.北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1991.
- [5]孙燕,顾慰萍.癌症三阶梯止痛指导原则[M].第2版.北京:北京医科大学出版社,2002:71-72.
- [6]Ahrberg K, Dresler M, Niedermaier S, et al. The interaction between sleep quality and academic performance[J]. J Psychiatr Res, 2012, 46(12):1618-1622.
- [7]Cardona-morrell M, Kim J, Turner RM, et al. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem[J]. Int J Qual Health Care, 2016, 28(4):456-469.
- [8]高婕.国内晚期肿瘤患者安宁疗护的研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(35):113-114.
- [9]国家卫生计生委办公厅.国家卫生计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南(试行)通知[J].中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报,2017(2):53-73.
- [10]Nainis N, Paice JA, Ratner J, et al. Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy[J]. J Pain Symptom Manage, 2006, 31(2):162-169.
- [11]李莉,钱媛媛.吗啡加音乐疗法对晚期肿瘤患者疼痛的护理[J].当代护士(专科版),2011(10):64-65.
- 1.通讯作者:万雪婷,讲师,硕士研究生,教研室主任。
- 2.课题来源:青岛黄海学院教育教学改革项目 hxyjg2127。

循证护理配合健康教育在高血压患者护理中的应用价值分析

杨梦园

湖北省第三人民医院 湖北武汉 430030

摘要：目的：评价在高血压患者护理中运用循证护理+健康教育的效果，为此类患者护理工作提供参考。方法：遴选我院内科治疗的 56 例高血压患者主体，以奇偶法分为实验组（28 例）、对照组（28 例），控制研究时间为 2021 年 2 月—2022 年 2 月。予以对照组患者常规护理，予以实验组患者循证护理+健康教育，对照组间护理效果、血压水平、患者满意度、生活质量。结果：分析实验组、对照组间各项指标，实验组护理总有效率、生活质量、患者满意度评分较高，血压水平明显较低，各项指标差异均存在意义， $P<0.05$ 。结论：在高血压患者护理中实施循证护理+健康教育具有重要价值，可促进血压水平降低，同时还可提升患者满意度，有利于患者生活质量改善，可推广。

关键词：循证护理；健康教育；高血压；应用价值

高血压为临床常见疾病，随着人口老龄化的加剧，该疾病发生率不断升高，已经成为威胁老年人身心健康及生命安全的常见疾病。高血压初期并无明显症状，故存在隐匿性特点，随着病程进展，机体可出现失眠、头晕、乏力、眼花、头胀、多梦、健忘等情况，严重时可对心、脑、肾等靶器官产生伤害，造成心肌梗死、高血压肾病、脑出血、高血压动脉粥样硬化等严重并发症，故积极诊疗对改善预后具有重要效果^[1]。高血压治疗周期较长，为保证治疗效果，需加强饮食、运动、日常生活、用药等各方面的控制，因此诊疗过程中患者需具备一定的保健意识和维持健康的能力，自觉遵守健康行为有利于改善预后，故健康教育为重要措施。循证护理又被称为是实证护理，护理人员通过观察、询问、检查等手段发现患者潜在问题，以循证方式寻求证据，并对患者实施健康教育，可实现理想的护理效果。本研究以笔者医院 2021 年 2 月—2022 年 2 月期间收治的 56 例高血压患者为主体，以奇偶法划分为两组后采取不同护理干预模式，旨在分析循证护理+健康教育对于患者的影响，内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

56 例高血压患者纳入时间为 2021 年 2 月—2022 年 2 月，本研究通过奇偶法分组，其中 28 例作为实验组，剩余 28 例作为对照组。实验组年龄区间是 61~80 岁，均龄（70.55±3.75）岁；男女比例是 16:12；病程是 3~8 年，平均（5.55±1.79）年。对照组年龄区间是 63~78 岁，均龄（70.57±3.81）岁；男女比例是 15:13；病程是 3~8 年，平均（5.57±1.71）年。应用 SPSS23.0 软件分析组间基线资料，结果显示差异存在一致性， $P>0.05$ 。

纳入标准：研究对象符合伦理要求，通过了《世界医学会赫尔辛基宣言》验证；对研究项目内容、患者资料保密；诊疗资料均完整；疾病诊断参考《中国高血压防治指南》^[2]。

剔除标准：剔除合并有高血压并发症，例如视网膜病变、肾病综合征、外周血管病变、主动脉夹层等；严重脑血管疾病；肝肾功能疾病；严重过敏体重；合并存在其他慢性疾病；认知功能异常或者精神类疾病。

1.2 方法

予以对照组常规护理，入院后完善凝血功能、血常规、肝肾功能等有关检查，了解有无其他病变，明确疾病严重程度后对其开展健康教育，内容涉及用药、生活作息饮食、复查、等，明确告知有关注意事项，积极预防并发症发生，全面保证治疗效果。

予以实验组循证护理+健康教育，主要措施为：

1.2.1 循证护理

（1）组建循证护理小组。选择科室内经验丰富的护理人员，护士长作为小组长，责任护士、护理人员作为组内成员。组织小组成员进行相关

培训，全面学习高血压相关知识、循证护理、健康教育特点、流程等，促进组员护理技能提升，保证护理工作有序开展，为患者提供严谨的护理态度、专业的护理服务、科学的护理措施。选择科室内具有丰富经验、综合能力强的护理人员组建循证护理小组，进一步学习高血压相关知识，总结疾病常见并发症、注意事项等，归纳相关问题，明确护理要点。（2）循证支持。以护理问题为中心，积极通过知网、万方、维普等知识平台查阅国内外相关资料，以“高血压”、“护理”、“健康教育”为关键词进行检索，筛选并归纳最佳资料后开展内部会议，依据患者特点、临床经验制定护理计划。

1.2.2 健康教育

（1）疾病教育。责任护士依据患者文化程度、理解能力开展健康指导，可通过视频宣教、图文结合、一对一交流等形式讲解高血压的相关知识，帮助正视自身病情，同时叮嘱严格按照医嘱服药，告知擅自增减药物或者停药的危害，促进安全用药意识提升。（2）心理健康指导。入院后责任护士主动、热情接待患者，以和蔼可亲的态度询问患者主观感受，为其介绍医院环境、管床医师、管床护士、陪护与探视制度等，帮助患者尽快适应医院环境，减轻内心恐惧与焦虑感。同时为患者发放护理路径表，以通俗易懂的语言介绍本次护理流程与目标，对于患者实施心理疏导，对患者表示理解、尊重、支持，促进依从性提升。协助患者完善各项入院检查，医生通过检查结果及患者感受评估病情，制定诊疗计划。（3）饮食健康指导。依据患者饮食喜好、血压水平合理安排饮食，严格限制钠盐摄入量，叮嘱选择低脂肪、高蛋白、低胆固醇的食物，鼓励食用新鲜蔬果，同时鼓励饮水，保持大便通畅。帮助患者养成良好的生活习惯，例如戒烟戒酒、规律饮食、合理运动等，同时指导患者正确测量血压。（4）运动健康指导。鼓励患者参加户外运动，例如散步、打乒乓球、打太极拳、慢走等，促进身体抵抗力提升。运动期间需要注意家人陪同，避免跌倒、摔伤等意外事件的发生，在感受身体不适症状后，应及时停止运动，同时告知医护人员查明原因，确定无危害后继续运动。（5）出院指导。待患者血压稳定且达到出院标准时，再次对于患者、家属进行健康指导，尤其是并发症知识的宣教，保证患者在家发现异常问题后及时就诊，同时定期进行随访，督促患者到院接受复查，全面保证治疗效果，改善其生活质量。

1.3 观察指标

①护理效果。根据各组患者血压水平、生活质量改善程度评价，判定标准是显效、无效、有效。②血压水平。比较舒张压（DPB）、收缩压（SBP）水平。③患者满意度。以科室自制量表分析各组护患沟通、健康宣教、心理护理、生活护理、护理态度、人文关怀、疾病护理、制度落实情况，量表为百分制，评分护理满意度间存在正比关系。④生活质量。以 Spitzer

活质量指数评价各组家庭社会支持、日常生活、健康感觉、活动能力、前景认知, 总评分越高表示生活质量越好。

1.4 统计学方法

使用 SPSS23.0 软件开展数据分析工作, 运用相对数“[n/(%)]”表示计数资料, 组间差异行“ χ^2 ”检验, 运用“ $\bar{X} \pm s$ ”表示计量资料 (符合正态分布), 组间差异行“t”检验, $P < 0.05$ 说明存在差异。

2 结果

2.1 护理效果分析

表 1 数据提示, 实验组、对照组间护理总有效率具有明显差异, $P < 0.05$ 。

表 1: 护理效果分析量表[n/(%)]

组别	无效	有效	显效	总有效率
实验组 (n=28)	1 (3.57)	10 (35.71)	17 (60.71)	27 (96.43)
对照组 (n=28)	6 (21.43)	12 (42.86)	10 (35.71)	22 (78.57)
χ^2	--	--	--	4.081
P	--	--	--	0.043

2.2 血压水平分析

表 2 中血压水平数据显示, 护理后实验组 DPB、SBP 水平均低于对照组, $P < 0.05$ 。

表 2: 血压水平分析量表 ($\bar{X} \pm s$, mmHg)

组别	DPB		SBP	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=28)	98.82±9.54	78.24±6.24	165.43±12.36	125.32±9.18
对照组 (n=28)	98.35±9.71	82.96±6.54	165.56±12.21	119.48±9.43
t	0.181	2.763	0.039	2.348
P	0.856	0.007	0.968	0.022

2.3 患者满意度分析

实验组患者满意度评分均高于对照组, $P < 0.05$, 见表 3。

表 3: 患者满意度分析量表 ($\bar{X} \pm s$, 分)

指标	实验组 (n=28)	对照组 (n=28)	t	P
健康宣教	93.61±3.22	91.36±3.69	2.431	0.018
疾病护理	92.54±3.67	90.17±3.78	2.380	0.020
心理护理	93.36±2.52	91.44±2.55	2.833	0.006
生活护理	94.53±2.37	92.58±2.44	3.033	0.003
护理态度	93.36±3.52	91.23±3.88	2.151	0.035
护患沟通	90.67±3.46	88.62±3.54	2.191	0.032
人文关怀	91.63±3.34	89.19±3.76	2.567	0.013
制度落实	90.76±3.32	88.44±3.73	2.458	0.017

2.4 生活质量评价

实验组生活质量评分明显较对照组高, $P < 0.05$, 评估数据见表 4。

表 4: 生活质量评价量表 ($\bar{X} \pm s$, 分)

组别	健康感觉	日常生活	家庭社会支持	前景认知	活动能力
----	------	------	--------	------	------

实验组 (n=28)	1.35±0.16	1.34±0.12	1.36±0.13	1.27±0.09	1.36±0.12
对照组 (n=28)	1.28±0.15	1.27±0.14	1.28±0.14	1.22±0.08	1.29±0.14
t	2.068	2.460	2.713	2.690	2.460
P	0.041	0.016	0.008	0.008	0.016

3 讨论

高血压指的是机体低压 ≥ 90 mmHg、高压 ≥ 140 mmHg 的情况, 目前对于该疾病原因尚不清楚, 多认为和遗传、环境等因素有关, 是造成中老年人死亡的重要原因。有关资料显示, 随着年龄的增加, 老年人动脉壁僵硬老化, 血管弹性变差, 血压极易随着季节、年龄波动, 故高血压的发生率不断升高, 心脑血管疾病发生髓质升高, 原因是高血压为心脑血管疾病的危险因素^[3-4]。老年人认知功能、理解能力较差, 明确缺乏对于疾病的正确认识, 诊疗过程中心理负担较重, 配合度差, 故实施科学的护理干预具有重要意义。

对于高血压的常规护理措施, 主要是根据医嘱、规定流程实施护理干预, 多注重病情变化, 护理内容存在普适性, 个性化、针对性不足, 明显忽略了其他因素对于疾病康复的影响。循证护理在临床应用中较为广泛, 该种护理措施将循证医学作为干预基础, 涉及循证观察、循证问题、循证支持、循证过程等内容, 能够为患者提供最高质量的循证证据, 可帮助制定科学的护理方案^[5-6]。在循证护理下, 护理人员将患者需求、临床经验、科研成果有机结合, 可制定有计划、目标的护理方案, 护理内容具有科学性、主动性。针对患者特点开展疾病、心理、饮食、用药、运动等方面的健康指导, 可进一步提升患者自我管理能力, 有益于采取健康行为, 对疾病控制具有显著作用, 可有效改善机体生活质量^[7-8]。

综上所述, 在高血压患者护理中实施循证护理+健康教育具有重要价值, 可促进血压水平降低, 同时还可提升患者满意度, 有利于患者生活质量改善, 可推广。

参考文献:

- [1]贾佩.循证护理在高血压患者临床护理中的应用探讨[J].黑龙江中医药,2021,50(02):242-243.
- [2]Jingjing Cao,Jingping Zhang,Yuanyuan Zhang,Huan Li,Chongfei Jiang,Tengfei Lin,Ziyi Zhou,Yun Song,Chengzhang Liu,Lishun Liu,Binyan Wang,Jianping Li,Yan Zhang,Yimin Cui,Yong Huo,Xiaobin Wang,Hao Zhang,Xianhui Qin,Xiping Xu. Plasma magnesium and the risk of new-onset hyperuricaemia in hypertensive patients[J]. British Journal of Nutrition,2020,124(2).
- [3]陈筱琳.高血压患者应用循证护理联合健康教育的价值研究[J].中国农村卫生,2020,12(20):54.
- [4]张建吉.循证护理配合健康教育在高血压患者护理中的应用价值研究[J].中国医药指南,2020,18(06):253-254.
- [5]宋丽,占建华.循证护理在妊娠期高血压早期护理中的应用[J].中国继续医学教育,2019,11(36):177-179.
- [6]翁琴芳.拉贝洛尔配合硝苯地平治疗妊娠期高血压的效果及对患者血液流变学指标的影响[J].中国全科医学,2021,24(S02):3.
- [7]李倩,李昕,李路安,等.沙库巴曲缬沙坦通过逆转高血压大鼠心房结构重塑降低房颤易感性[J].中国药理学通报,2021,37(5):7.
- [8]林丽君,罗玮,范培云,等.钾离子内流整流通道蛋白基因多态性对格列美脲治疗高血压合并糖尿病降糖调脂的作用[J].中华老年心脑血管病杂志,2021,23(2):4.

心理应激对策在慢性盆腔炎护理中的实施效果观察

韩晓莉 刘红丽

寿光市人民医院 山东潍坊 262700

摘要:目的:对慢性盆腔炎患者护理中,采用心理应激对策,观察该种方式实施效果。方法:观察开始时间为2020年7月,观察结束时间为2022年6月,将64例患者进行分组对比,采用数字表法的方式分为普通组和应激对策组,普通组采用临床常规护理,应激对策组采用心理应激对策,对比两组情绪状态、依从性和生活质量评分状况。结果:(1)普通组和应激对策组情绪状态评分对照中,护理前两组评分无明显差异,护理后普通组情绪状态评分为 50.18 ± 4.28 (分),应激对策组为 41.09 ± 4.13 (分),($t=14.806$, $p=0.011$),两组结果有差异。(2)普通组和应激对策组依从性和生活质量评分对照中,普通组依从性评分为 73.62 ± 4.67 (分)、应激对策组为 88.03 ± 4.18 (分),普通组生活质量评分为 71.36 ± 3.39 (分)、应激对策组为 91.14 ± 3.22 (分),($t=16.236$, $p=0.009$),两组结果有差异。结论:对慢性盆腔炎患者护理中采用心理应激对策效果优越,值得推广使用。

关键词:慢性盆腔炎;心理应激对策;实施效果

慢性盆腔炎患者发病率比较高,在临床中常常表现为下腹坠痛、性交痛、白带增多和月经不调等症状,以上种种临床症状常常对患者的生活和情绪产生不良影响。目前针对该种病症主要采取药物治疗的方式,但是据研究统计发现,患者在长时间的治疗中依从性不理想,因此造成患者的治疗效果不佳,延长了患者的康复进程。临床中对于慢性盆腔炎的护理方式多以常规治疗为主,其护理方向更加侧重于患者的治疗效果情况,对于患者的情绪和心理状态变化关注度不高。据长时间临床护理观察发现,患者的心理状态与其生理感受有着深切的关系,患者情绪与心理状态不佳也会对治疗效果产生影响,进而使其康复进程延长,甚至治疗中出现放弃治疗、医疗纠纷等不良后果。心理应激对策是一种临床护理干预方式,能够对患者的心理、认知、行为等进行引导干预,从而帮助患者提升治疗有效性。但是该种方式实施运用于临床中的效果还需要广大医护人员进行实践论证,从而为护理人员指明护理方向,并且为后期慢性盆腔炎患者的治疗提供更多的临床参考依据,以期促进患者的健康水平。基于此,在本组研究中对慢性盆腔炎患者采用心理应激对策,观察该种方式实施效果,现将结果呈现如下^[1-3]:

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

本组研究中将64例慢性盆腔炎患者作为观察对象,将其采用数字表法分为两组,组别分别为普通组和应激对策组,普通组中纳入的组员人数为32例,32例患者中最小的为24岁,最大的为54岁,均值 37.06 ± 2.24 岁,病程最短9个月,最长5年,均值为 3.01 ± 0.33 年;应激对策组中纳入的组员人数为32例,32例患者中最小的为23岁,最大的为55岁,均值 36.18 ± 2.53 岁;病程最短7个月,最长5.5年,均值为 3.26 ± 0.41 年,两组患者之间无差异性,可做临床对比。

1.2 方法

1.2.1 普通组

采用临床常规护理干预,对患者及进行疾病宣教,建立其正确的疾病认知,对其病情变化进行监测指导,采取饮食护理和用药护理提高治疗有效性^[4]。

1.2.2 应激对策组

在普通组基础上采用心理应激对策,主要涵盖有:

(1)心理干预:护理人员及时了解患者的病情情况,积极与其沟通,从言谈举止中了解和观察患者的心理状态情况,及时掌握患者的心理需求状况,对其心理状态进行评估,采用鼓励、安慰、理解的话语来缓解患者治疗过程中的负性情绪。护理人员在与患者交流过程中,可以通过视频资料、健康宣传册等方式来向患者讲解慢性盆腔炎的疾病知识内容,患者通

过了解自身疾病知识来减少过度担忧的情绪和心理,从而引导患者能够积极地投入到后续治疗当中。在与患者沟通过程中,寻找患者感兴趣的话题,建立良好的护患关系,通过良好沟通树立患者的信任感,从而引导患者能够积极配合后续的治疗。

(2)环境干预:护理人员帮助患者提供一个温馨、洁净的治疗环境,保证患者的病房内能够有充足的阳光和安静舒适的环境,日常可以采取播放轻松的音乐、绿植、鲜花等等来提升病房环境,为患者营造一个温馨、愉悦的治疗氛围,对房间内的温度和湿度等进行控制,避免不良外界环境造成患者出现不良情绪状况,对床品等进行定期更换,对房间进行消毒处理,提高患者的生理舒适感,将护理工作尽量集中在日间完成,错开患者吃饭和休息的时间,在患者睡眠时尽量避免打扰患者。

(3)放松疗法:在与患者交流干预中,护理人员可以使用放松干预疗法来提高患者的治疗依从性,引导患者在安静放松的环境中开展心情放松疗法,首先指导患者闭上双眼,然后护理人员在患者的身边,指导患者采用深呼吸的方式进行全身心放松,在此过程中,护士可以引导患者回想以往轻松、快乐的事情,从而使患者的全身心处于放松、平静的状态,在开展放松疗法时,护士还可以播放轻柔舒缓的音乐来提升干预效果^[5-6]。

(4)良好的服务态度:护理人员的服务态度与患者的情绪状态有着直接关系,因此护理人员在开展护理工作中要树立良好的服务态度,建立与患者的同理心,使用温和、亲切的语言与其开展交流,尊重患者的隐私,不在私下议论患者,让患者感受到尊重。注重护理工作中的每一项细节,根据患者的性格特点和文化程度来使用针对性交流方式,多使用文明用语,使患者的身心都能够得到调节。

(5)生活指导:护理人员需要与患者家属进行积极沟通交流,引导家属可以让患者从自身疾病中走出来,以正确的认知和积极的态度生活,给予患者适当的保护和关心,引导患者积极参加社会活动,适当增加交际,帮助患者能够将关注力转移,学会自我放松和调节,避免不良心理状态的干扰。引导患者在日常饮食中加强饮食控制,尽量食用易消化和低脂肪的食物,在日常饮食中遵循少食多餐、定时定量的原则,严禁烟酒、高油脂、生冷刺激性食品的摄入,提高蛋白质、热量和维生素的摄入量,通过良好的饮食习惯和生活习惯来改善患者的生活质量,进而提升身体免疫力,促进患者的康复进程^[7]。

1.3 观察指标

1.3.1 情绪状态:采用情绪自评表进行对比观察。

1.3.2 依从性和生活质量:采用SF-36量表进行对比分析^[8]。

1.3.3 情感指数和认知指数:采用百分制量表进行观察对比。

1.3.4 治疗效果和满意度:采用调查问卷进行两组对比观察^[9]。

1.4 统计学

SPSS22.0 数据分析软件, 计数资料统一为 (n, %)、计量资料统一为 ($\bar{x} \pm s$), 采用 P 值进行检测, $P < 0.05$ 表示组间数据差异存在意义。

2. 结果

2.1 两组情绪状态情况

普通组和应激对策组情绪状态评分对照在表 1 呈现:

表 1 两组情绪状态对比

组别	数例	护理前	护理后
普通组	32 (例)	57.83±3.11 (分)	50.18±4.28 (分)
应激对策组	32 (例)	56.26±3.67 (分)	41.09±4.13 (分)
t	--	1.569	14.806
p	--	0.138	0.011

2.2 两组依从性和生活质量情况

普通组和应激对策组依从性和生活质量评分对照在表 2 呈现:

表 2 两组依从性和生活质量对比

组别	数例	依从性	生活质量
普通组	32 (例)	73.62±4.67 (分)	71.36±3.39 (分)
应激对策组	32 (例)	88.03±4.18 (分)	91.14±3.22 (分)
t	--	15.279	17.194
p	--	0.010	0.008

2.3 两组情感指数和认知指数情况

普通组和应激对策组情感指数和认知指数对照在表 3 呈现:

表 3 两组情感指数和认知指数对比

组别	数例	情感指数	认知指数
普通组	32 (例)	70.38±3.59 (分)	73.06±3.12 (分)
应激对策组	32 (例)	89.11±3.27 (分)	88.67±3.29 (分)
t	--	14.997	17.034
p	--	0.010	0.008

2.4 两组治疗效果和满意度情况

普通组和应激对策组治疗有效率和满意度对照在表 4 呈现:

表 4 两组治疗效果和满意度对比

组别	数例	治疗有效率		护理满意度	
		数例	占比	数例	占比
普通组	32 (例)	24 (例)	75.00%	26 (例)	81.25%
应激对策组	32 (例)	30 (例)	93.75%	31 (例)	96.87%
χ^2	--	--	12.937	--	10.025
p	--	--	0.012	--	0.015

3. 讨论

盆腔炎在临床中属于常见病症, 主要可以分为急性盆腔炎和慢性盆腔炎两种。慢性盆腔炎主要是由于子宫手术、性疾病传播、分娩等影响造成的, 如果急性盆腔炎病症没有彻底治愈也会造成慢性炎症反应。慢性盆腔炎病症具有治疗时间长、复发率较高的临床特点, 患者在长期治疗过程中, 受到自身疾病影响、外界干扰等因素影响, 其心理、情绪等都会受到不同程度的变化, 因此对慢性盆腔炎患者的治疗中, 除了关注治疗效果, 对于心理状态的干预也要纳入到护理工作当中。心理应激对策是一种心理护理干预手段, 也是一种近年来比较推广的护理模式, 该种模式能够对患者从心理、情绪等方面进行全面护理干预, 同时给予患者一个良好舒适的治疗环境和积极认知干预, 保证患者在一种舒适的氛围内接受治疗干预,

从而提升患者的心理舒适度, 减少了负性情绪的发生。在心理应激对策中, 首先对患者的心理状态进行评估和观察, 然后向患者开展有效的健康宣教活动来提升患者的疾病认知度, 患者通过对疾病知识的了解能够积极的配合后续治疗。之后开展环境干预以及放松疗法, 通过有效的放松来缓解患者日常中焦虑、紧张等不良情绪, 引导患者的身心完全放松和平静下来, 这种方式不仅能够满足患者的护理需求, 还能够有效通过积极情绪的引导来提高治疗效果^[10-12]。

在上文分析中, 通过表 3 中的数据结果 (普通组和应激对策组情感指数和认知指数对照中, 普通组情感指数为 70.38±3.59 (分)、应激对策组为 89.11±3.27 (分), 普通组认知指数为 73.06±3.12 (分)、应激对策组为 88.67±3.29 (分), ($t=16.015$, $p=0.009$), 两组结果有差异。)和表 4 中的数据结果 (普通组和应激对策组治疗有效率和满意度对照中, 普通组治疗有效率为 75.00%、应激对策组为 93.75%, 普通组护理满意度为 81.25%、应激对策组为 96.87%, ($\chi^2=11.481$, $p=0.013$), 两组结果有差异。)能够发现心理应激对策对于慢性盆腔炎患者的优势性和有效性, 对其分析能够发现, 在心理应激对策中, 通过心理干预能够对患者开展疾病知识宣教, 患者通过科学、客观地学习能够更加正确的看待自身疾病, 因此提升了其认知指数; 在心理应激对策中, 通过放松干预、环境干预、饮食指导等, 能够使得护理模式更加人性化和多元化, 积极有效地满足了患者在长时间治疗过程中的心理需求, 并且帮助患者走出疾病的心理阴影, 营造一个良好的环境使其感受到关心和尊重, 因此患者治疗效果也会得到提升。

对上文总结得出结论, 将心理应激对策实施于慢性盆腔炎患者治疗中, 患者的生活质量、情绪状态等得到显著提升, 并且能够提高患者的治疗效果, 该种方式值得在临床中大力推广使用。

参考文献:

- [1] 黄福芬. 延续性健康教育结合心理应激干预对慢性盆腔炎患者治疗效果与生活质量的影响[J]. 中西医结合护理 (中英文), 2021, 7 (11): 106-108.
- [2] 叶慧敏. 心理应激对策结合微波治疗仪在慢性盆腔炎护理中的应用观察[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (24): 3546-3547.
- [3] 黄志晶. 心理应激对策在慢性盆腔炎护理中的应用效果分析[J]. 当代护士 (下旬刊), 2021, 28 (08): 65-66.
- [4] 梁培雅, 李丽琴, 黄攀, 刘萍. 心理应激对策应用慢性盆腔炎护理中对改善负面情绪及生活质量的效果[J]. 中外医疗, 2021, 40 (07): 128-131.
- [5] 乔丽萍, 张莉, 王剑鹰. 心理应激对策在治疗慢性盆腔炎护理中的应用[J]. 中国药物与临床, 2020, 20 (20): 3534-3536.
- [6] 周玲. 心理应激对策在慢性盆腔炎护理中的实施效果观察[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12 (10): 179-181.
- [7] 房萍, 徐纯月, 郑寅茶, 黄静宜, 苏方方. 探讨心理应激对策在治疗慢性盆腔炎护理中的应用效果[J]. 中外医疗, 2019, 38 (32): 163-165.
- [8] 周晓燕, 任红芳. 心理应激对策护理在慢性盆腔炎治疗中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2019, 11 (16): 182-184.
- [9] 张丽君. 心理应激对策在慢性盆腔炎护理中的实施效果分析[J]. 中外女性健康研究, 2019 (05): 85-86.
- [10] 吕阿娜. 探究心理应激对策在治疗慢性盆腔炎护理中的应用效果[J]. 名医, 2019 (01): 160-161.
- [11] 刘丽, 张奕坚, 张迎辉. 心理应激对策在慢性盆腔炎护理中的实施效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16 (82): 404-439.
- [12] 法庆莲, 陈华, 陈立云. 慢性盆腔炎护理中心理应激策略的应用分析[J]. 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2016, 3 (07): 163-165.

系统口腔护理对牙周病患者口腔保健知识认知率的影响分析

魏媛媛

桓台县人民医院 山东淄博 256400

摘要:目的 探讨牙周病患者采用系统口腔护理方案对其口腔保健知识认知率产生的积极影响。方法 本次医学研究以牙周病为对象,自愿参与研究的患者有 106 例,研究时段为 2021 年 1 月-2021 年 12 月,将入选患者随机划分至两个独立的小组单元,对照组患者数量:观察组患者数量=53:53,予对照组常规护理方案,予观察组系统口腔护理方案。对比效果。结果 观察组和对照组比较心理状态、口腔保健知识评分情况、牙周指标、口腔保健行为以及护理满意度等指标,结果显示前者均较优 ($P<0.05$)。结论 牙周病患者接受系统口腔护理方案后,口腔保健知识认知率得以提升,负面情绪得以缓解,牙周指标得以优化,临床症状得以改善,且满意度较高,护理效果显著。

关键词: 牙周病; 口腔保健知识认知率; 系统口腔护理; 临床价值

致病菌侵袭患者的牙齿及口腔后,还会逐步感染至患者的牙龈、牙周膜以及牙槽骨等牙周的相关组织^[1]。在临床上,牙周病好发于口腔保健意识薄弱的老年人群,由于口腔保健行为欠佳,口腔及牙周病变较多,且病情较为严重^[2]。牙周病作为一种慢性传染性疾病,发病后会导致患者的牙齿逐步松动、牙齿缺损,对患者的咀嚼功能以及颌系统平衡产生较为不利的影响,消化吸收功能紊乱,患者的营养水平逐步降低,形成恶性循环,严重降低了患者的生活质量^[3]。临床上牙周病的治疗原则为控制、清除牙菌斑,但治疗效果容易被个人的具体情况所影响^[4]。患者患病后需要长时间的护理,常规的护理效果欠佳,未能满足患者的护理需求,长期忍受牙周病折磨的患者会产生较为严重的负面情绪,不利于症状的改善,因此需要制定科学的干预措施^[5]。系统化口腔护理是一种先进的、可以提升患者健康知识认知以及依从性的护理干预措施,可以有效缓解患者的牙周病症状,护理效果确切^[6]。基于此,本文就系统口腔护理应用于牙周病患者后对提升患者的口腔保健知识认知率所带来的应用价值进行研究,现在报告如下:

1. 资料和方法

1.1 一般资料

我院的研究病症为牙周病,样本数量为 106 例,研究时间从 2021 年 1 月开始,结束于 2021 年 12 月。随机将 53 例患者划分至对照组,其余 53 例患者则划分至观察组。一般资料,详见表 1。

表 1 一般资料

组别	性别		年龄 (岁)	病程 (年)
	男	女		
对照组 (n=53)	29 (54.72%)	24 (45.28%)	65.32±4.28	4.54±1.68
观察组 (n=53)	28 (52.83%)	25 (47.17%)	65.35±4.21	4.51±1.72
t/X ²	0.038		0.036	0.091
P	0.846		0.971	0.928

纳入标准:①入选本次医学研究的所有患者经我院诊断确诊为牙周病;②所有患者均自愿参与本次医学研究;③我院伦理委员会批准本次医学研究;④患者的临床资料比较完整,认知功能正常;⑤患者及其家属清楚本次医学研究的内容,并签署知情同意书;

排除标准:①合并有凝血功能障碍;②合并有精神系统疾病;③合并有恶性肿瘤疾病;④患者依从性差,情绪起伏较大;⑤患者中途从本次医学研究退出;⑥患者为妊娠、哺乳期女性。

将上述信息录入 SPSS26.0 软件中,结果为 $p>0.05$,表示数据平衡。

1.2 方法

对照组的方案为常规护理,方案具体内容如下:护理人员给予患者常规的入院指导、相关指标检测以及生活护理等干预措施;

观察组的方案为系统口腔护理,方案具体内容如下:①心理干预:患者入院后,对患者的心理状态进行初步评估,以制定针对性地干预措施,多数患者由于长期忍受牙周病的折磨,营养状况欠佳,内心的精神压力较大,多伴有不同程度的恐惧、紧张、自卑以及焦虑等负面情绪,护理人员结合患者的症状进行疏导、安慰,以减轻患者的精神压力,缓解其机体的应激水平,增加患者治疗的信心;②健康宣教:入院后初步评估患者的口腔知识掌握程度,之后对患者及其家属开展牙周病相关知识的专题讲座,

让患者清楚自身患病的原因以及救治措施,提升患者的牙周健康知识水平,调动患者的治疗积极性及对医护人员治疗工作的配合度;③生活干预:制定科学的清洁卫生方案,纠正患者以往欠佳的卫生习惯,告知正确刷牙洗漱的步骤及正确方法,做好口腔清洁护理,严禁与他人共用牙刷等清洁用品,防止出现交叉感染;制定健康饮食计划,严禁患者吸烟饮酒、含糖量较高以及生冷刺激类食物,降低患者牙齿及口腔的伤害,引导患者进食易于消化、清淡食材,提升患者的营养水平,饭后养成漱口的习惯,降低食物残渣对牙齿及口腔的炎性刺激;④口腔干预:护理人员定期检查患者的口腔以及牙周恢复情况,同时结合患者的症状,制定个性化的口腔干预措施,告知患者日常生活中的注意事项,不定期使用适合自身病情的漱口液,最大程度降低牙斑菌对牙齿及口腔的损伤;不定期对患者的牙周进行清洁、冲洗,按摩患者的牙周,有利于牙周的康复。

1.3 观察指标

1.3.1 心理状态。以焦虑 (SAS) 自评量表与抑郁 (SDS) 自评量表为评估两组患者干预前后心理状态的评估标准。测评得分越低代表患者的心理状态越好。

1.3.2 口腔保健知识评分情况。我院自制口腔保健知识问卷,评估两组患者干预前后的基础、用药、日常饮食以及自我防护等 4 个方面的健康知识水平,单项分值均为 100 分,得分越高则代表患者的口腔保健知识掌握程度越高。

1.3.3 口腔保健行为指标。

1.3.4 牙周指标。检测两组患者干预前后的牙龈指数 (0-3 分)、龈沟出血指数 (0-5 分) 以及探诊深度等牙周指标。前两项得分越低代表患者对应的牙周指标越好,探诊深度越低代表牙周越好。

1.3.5 护理满意度。

1.4 统计学分析

此次研究涉及心理状态、口腔保健知识评分情况、牙周指标、口腔保健行为以及护理满意度指标,前三项属于计量资料,通过 $\bar{x} \pm s$ 呈现,对比分析经 t 检验;最后两项属于计数资料,通过 n/% 呈现,对比分析经 X² 检验;资料均经双人准确录入 SPSS 22.0 中分析, $P<0.05$ 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 心理状态

比较指标是心理状态,观察组组别、对照组组别比较,显示 ($P<0.05$)。如表二呈现。

表 2 心理状态 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	SAS 测评得分		SDS 测评得分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=53)	55.23±4.57	52.46±3.21	57.64±5.04	53.98±4.52
观察组 (n=53)	55.31±4.54	46.82±2.96	57.68±5.03	47.95±4.16
t	0.090	9.404	0.041	7.146
P	0.928	0.000	0.967	0.000

2.2 口腔保健知识评分情况

比较指标是口腔保健知识评分, 观察组组别、对照组组别比较, 显示 ($P<0.05$)。如表三呈现。

表 3 口腔保健知识评分情况 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	基础知识		用药知识		日常饮食知识		自我防护知识	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=53)	55.34±6.78	72.86±7.53	56.29±6.84	75.33±7.24	55.26±6.45	78.32±7.09	52.37±6.68	79.64±7.13
观察组 (n=53)	55.29±6.75	85.37±8.05	56.27±6.81	88.59±8.27	55.22±6.41	90.28±8.14	52.33±6.62	90.87±8.26
t	0.038	8.262	0.015	8.783	0.032	8.066	0.031	7.492
P	0.970	0.000	0.988	0.000	0.975	0.000	0.975	0.000

2.3 口腔保健行为指标 $P<0.05$)。如表四呈现。

比较指标是口腔保健行为, 观察组组别、对照组组别比较, 显示 (P

表 4 口腔保健行为指标 (例, %)

组别	刷牙次数		刷牙时间		刷牙方法		牙线使用情况	
	低于 3 次	3 次	低于 3min	3min 及以上	横刷法	竖刷法或者颤动法	不使用	使用
对照组 (n=53)	32 (60.38)	21 (39.62)	35 (66.04)	18 (33.96)	37 (69.81)	16 (30.19)	42 (79.25)	11 (20.75)
观察组 (n=53)	15 (28.30)	38 (71.70)	12 (22.64)	41 (77.36)	13 (24.53)	40 (75.47)	20 (37.74)	33 (62.26)
X ²	11.047		20.221		21.806		18.807	
P	0.001		0.000		0.000		0.000	

2.4 牙周指标 如表五呈现。

比较指标是牙周指标, 观察组组别、对照组组别比较, 显示 ($P<0.05$)。

表 5 牙周指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	牙龈指数 (分)		龈沟出血指数 (分)		探诊深度 (mm)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=53)	2.16±0.21	1.36±0.15	2.04±0.19	0.96±0.13	3.32±0.27	2.69±0.17
观察组 (n=53)	2.17±0.22	0.87±0.12	2.05±0.20	0.71±0.11	3.34±0.28	2.14±0.15
t	0.239	18.570	0.264	10.688	0.374	17.661
P	0.811	0.000	0.792	0.000	0.709	0.000

2.5 护理满意度

比较指标是护理满意度, 观察组组别、对照组组别比较, 显示 ($P<0.05$)。如表六呈现。

表 6 护理满意度 (例, %)

组别	比较满意	满意	不满意	护理满意度
对照组 (n=53)	8 (15.09)	26 (49.06)	19 (35.85)	64.15
观察组 (n=53)	21 (39.62)	25 (47.17)	7 (13.21)	86.79
X ²	-	-	-	7.339
P	-	-	-	0.007

3. 讨论

牙周病早期症状较轻, 容易被患者及其家属忽略, 且患病后口腔保健意识较差, 未能遵医嘱进行口腔清洁, 疗效一般^[7]。临床上常规的清除牙菌斑的治疗手段只能在短时间内改善患者的症状, 未能对患者欠佳的生活方式进行有效干预, 因此疗效欠佳, 且容易复发^[8]。多数老年患者的健康认知不足, 单纯认为常规的治疗手段就可治愈牙周病, 口腔保健意识以及口腔保健行为的执行力较差, 因此牙周病反复发作, 难以康复^[9]。基于现代护理理论的系统化口腔护理可以缓解患者的负面情绪, 提升患者的治疗依从性, 改善患者的症状, 有利于患者牙周病的康复^[10]。

在此次医学研究中, 良好的沟通交流可以有效缓解患者沉重的心理负担以及巨大的精神压力, 纠正其欠佳的心理状态, 增加其治疗牙周病的信心, 所以观察组患者的 SAS 以及 SDS 评分均较低。护理人员采用通俗易懂的语言、文字以及其他形式开展牙周病专题科普讲座, 提升了患者对自身病情的认知水平, 也激发了患者的治疗积极性, 所以观察组患者的口腔保健知识评分均较高。患者的负面情绪得到了有效缓解, 牙周病知识掌握水平较高, 患者欠佳的口腔保健以及生活、饮食习惯得以纠正, 所以观察组患者的牙周指标均较优。科学的心理干预降低了患者对医护人员工作的

抵触情绪, 系统的健康宣教增加了患者对自身病情的了解程度, 自身的治疗积极性得以激发出来, 所以观察组患者的口腔保健行为均较优。护理人员制定的系统化口腔干预措施以患者为中心, 以患者牙周病康复为目标, 以心理干预、健康宣教干预、生活饮食护理等措施为具体护理方法, 明显改善了患者的牙周症状及临床指标, 所以观察组患者的护理满意度较高。

综上所述, 系统化口腔护理可以缓解牙周病患者的负面情绪, 提升患者的口腔保健知识认知率, 改善患者的临床症状, 优化临床指标, 且患者的满意度较高, 在临床一线具备较强的推广价值。

参考文献:

- [1]李爱芳.探析口腔健康教育在牙周病患者种植术后护理中的应用效果[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(19): 186.
- [2]薛伟,李晓宁,陈宇晖,等.持续改进健康教育对老年人群牙周健康及相关生活质量的影响研究[J].中国医学创新,2021,18(16): 94-98.
- [3]嵇兆丽.系统口腔护理干预对牙周病患者口腔保健知识认知率的影响[J].航空航天医学杂志,2021,32(10): 1236-1237.
- [4]李湘缘.系统口腔护理干预对牙周病患者口腔保健知识认知率的影响评价[J].基层医学论坛,2020,24(6): 780-781.
- [5]霍玉荣.心理护理干预在口腔牙周病治疗中的应用效果研究[J].黑龙江中医药,2021,50(2): 233-234.
- [6]孟娜.系统口腔护理干预对牙周病患者牙菌斑控制效果及口腔保健行为的影响[J].中国实用医药,2020,15(35): 201-203.
- [7]杨李亚.系统化健康教育护理对牙周病患者口腔保健知识水平及自我保护能力的影响[J].河南医学研究,2019,28(24): 4600-4601.
- [8]卢小曲,盘小梅,陈恩平,等.系统口腔护理干预对牙周病患者牙菌斑控制效果与口腔保健行为的影响[J].甘肃医药,2020,39(6): 563-564.
- [9]匡郁吾,温婷,王莉,等.系统化口腔护理干预对慢性牙周炎维护期菌斑控制水平和探诊出血的影响[J].中外医学研究,2021,19(13): 102-104.
- [10]高子婷.系统化口腔护理干预对慢性牙周炎维护期菌斑控制水平和探诊出血的影响[J].首都食品与医药,2020,27(2): 181-182.

强化口腔护理干预在慢性牙周炎种植治疗中的应用

王玉花

安徽医科大学附属巢湖医院 安徽合肥 238000

摘要：目的：罹患慢性牙周炎的患者中，探究种植治疗时强化口腔护理干预内容、应用效果。方法：本次研究中，抽取患者诊断为“慢性牙周炎”，根据需要分组后，具体组别为：对照组、实验组，参照依据为：电脑随机法，在临床调查后发现，2组患者总例数为80，入院开始时间、结束时间在2021年4月、2022年4月；在种植治疗期间，将常规护理提供予对照组，强化口腔护理提供予实验组，各组中收纳样本数为40，就2组病发慢性牙周炎的患者牙周指数（牙周探诊深度PD、临床附着丧失CAL、菌斑指数PLI、出血指数BI），护理指标（健康知识掌握度评分、生活质量评分），满意度水平（非常满意、一般满意、不满意）展开对比。结果：（1）关于牙周指数，存在PD、CAL、PLI、BI方面，在实验组抽取慢性牙周炎患者评测后，具体数据（ $2.98 \pm 1.01\text{mm}$ 、 $1.93 \pm 0.72\text{mm}$ 、 0.82 ± 0.37 、 0.77 ± 0.29 ）和对照组抽取慢性牙周炎患者（ $4.22 \pm 1.34\text{mm}$ 、 $2.52 \pm 0.78\text{mm}$ 、 1.19 ± 0.40 、 1.38 ± 0.51 ）相比，实验组表现更低， $P < 0.05$ ；（2）健康知识掌握度、生活质量中，统计数据有意义，且实验组（ 90.24 ± 2.33 、 91.57 ± 2.06 ）VS 对照组（ 77.65 ± 7.62 、 78.93 ± 7.01 ），评分更高， $P < 0.05$ ；（3）满意度方面，常规护理数据、强化口腔护理数据有统计价值，且后者（95.00%，38/40）比前者（80.00%，32/40）高，实验组抽取慢性牙周炎患者具备优势， $P < 0.05$ 。结论：种植治疗时的强化口腔护理，有较高应用价值；不仅对其牙周指数的改善较好，而且能够有效提高病发慢性牙周炎的患者健康知识掌握度、生活质量、满意度水平，推广性显著。

关键词：慢性牙周炎；种植治疗；牙周指数；生活质量；强化口腔护理干预

口腔科疾病领域中，慢性牙周炎较为普遍，进展阶段，会明显增加患者牙列缺损诱发风险^[1]；从疾病诱因来看，具体指标有：牙石、牙菌斑、创伤性咬合、食物嵌塞、家族遗传、系统性疾病（血液病、白血病、糖尿病），精神压力、长期吸烟、口腔卫生不良等，存在较高危害性^[2]。就目前来说，慢性牙周炎治疗时，口腔种植治疗有较高应用率，其效果较为明显，但是具体操作过程中，外界干扰因素诸多，极易影响最终疗效，导致种植失败，进而威胁患者生活质量、身心健康，因此，需提供及时、有效护理模式^[3]。本文研究重点分析种植治疗时的强化口腔护理内容，探究2021年4月至2022年4月时间段内我院收治慢性牙周炎患者（ $n=80$ 例）的应用效果，详情论述如下。

1 临床背景和方法

1.1 背景信息

2021年4月，为抽取研究对象的起始时间，截止时间在2022年4月，该阶段内医院收治患者中筛选80例作为参考，而后分组，即：对照组、实验组，指导原则为：电脑随机法，且2组患者临床检查后，各项指征与“慢性牙周炎”诊断标准符合，具体资料分析如下。【对照组】：纳入40例，年龄抽取时，区间范围在22岁—56岁，平均值计算后为（ 39.09 ± 1.88 ）岁，女患、男患构成中，人数占比为18例：22例，受教育水平方面，有3例文盲，9例小学和初中学历，17例高中和中专学历，6例大专学历，5例本科和以上学历；【实验组】：纳入40例，年龄抽取时，区间范围在25岁—54岁，平均值计算后为（ 39.46 ± 1.92 ）岁，女患、男患构成中，人数占比为17例：23例，受教育水平方面，有2例文盲，10例小学和初中学历，18例高中和中专学历，5例大专学历，5例本科和以上学历。以上组间信息（年龄抽取值、性别构成、受教育水平）中，病发慢性牙周炎的患者无区别性，可比， $P > 0.05$ 。

1.1.1 纳入标准

（1）对于研究文件，整理并上报院方伦理部门后，结果表示批准；（2）研究抽取患者各项指征与“慢性牙周炎”诊断标准符合，经临床检查予以证实^[4]；（3）病发慢性牙周炎的患者各项资料齐全；（4）重要脏器方面，抽取慢性牙周炎患者无功能不全表现；（5）由专业人员负责，在研究信息方面详细解释后，病发慢性牙周炎的患者、家属表示知情，其认可度高，自愿对同意书进行签署。

1.1.2 排除标准

（1）其他口腔疾病伴随发生的慢性牙周炎患者；（2）认知功能方面，存在障碍性疾病，且丧失基本理解能力、沟通能力的慢性牙周炎患者；（3）癌症疾病者；（4）个人精神状态不佳，在研究中途要求退出参与的慢性牙周炎患者。

1.2 护理方法

1.2.1 常规护理，在对照组中应用，如：种植前后，在病发慢性牙周炎的患者临床反应、身体指征方面加强监测，基础性指导，对症干预等；

1.2.2 强化口腔护理，在实验组中应用，主要干预内容有：（1）情绪安抚。据了解：慢性牙周炎病程周期绵长、易迁徙，在患者膳食习惯、生活习惯方面影响较大，极易导致心理问题出现，如：焦虑、抑郁、恐惧，其个人状态相对消极，对种植治疗的配合度较差，因此，在患者面部表情方面，护理人员需密切监测，及时询问其有无不适感，并与患者加强交流，引导其表达内心顾虑，该过程中，不可讥笑、嘲讽患者，尽量满足其合理需求，并进行适当开导、鼓励，从而帮助患者重建治疗自信心^[5]。（2）知识教育。在口腔种植治疗前开展，目的为：扩展患者有限认知，纠正错误观念，提高治疗配合度，主要内容有：慢性牙周炎知识（病因、症状、危害性），口腔种植治疗知识（具体步骤、围术期注意事项、优势、预后水平），在整理以上信息后，护理人员需将宣传手册进行发放，鼓励患者、家属自主学习，并在科室内组织健康讲座活动，邀请全体患者参加，对其疑问耐心回答；（3）术后指导。以正确刷牙方法的讲解为主，即：巴氏刷牙法，通常来说，刷牙时间需 $\geq 4\text{min}$ ，刷牙过程中，需对患者口腔内牙体组织进行全面清洁，同时，对于牙刷的选取，其要求较为严格，以小头、软毛为主，并将其及时更换，标准频率为：3月/次，牙膏选取时，尽量以含氟牙膏为主；且种植治疗后的初期阶段，还需由护理人员进行辅助，借助牙线干预，在患者牙结石、牙菌斑方面完全消除，对于疼痛程度严重者，可采取止痛药、冰敷措施干预^[6]。（4）行为管理。戒烟、戒酒，养成早晚刷牙习惯，膳食方面，还需及时调整，由护理工作人员负责，对抽取慢性牙周炎患者的个人喜好、牙体状况进行全面分析，而后进行三餐搭配，即：增加富含优质蛋白、维生素、纤维素食物的摄入比重，在油炸食品、强刺激食品、腌制食品方面，减少其摄入量，注意营养均衡性，并在规定周期内前往医院进行口腔检查，从而有效预防各类并发症出现，提高患者治疗安全性^[7]。

1.3 评定内容

1.3.1 比较病发慢性牙周炎的患者牙周指数: PD(牙周探诊深度)、CAL(临床附着丧失)、PLI(菌斑指数)、BI(出血指数);

1.3.2 比较护理指标: 健康知识掌握度评分、生活质量评分;

1.3.3 比较常规护理满意度、强化口腔护理满意度: 非常满意、一般满意、不满意。

护理满意度方面, 在慢性牙周炎患者中, 可借助院内自制量表进行评测, 其总分为 100, 考虑因素诸多, 例如: 医护人员仪容仪表、服务态度、专业水平、综合能力等, 具体界定标准为: 85-100 分为非常满意级别, 70-84 分为一般满意级别, <70 分为不满意级别。

1.4 数据分析

计量资料用 T 检验, 内容包括: 牙周指数 (PD、CAL、PLI、BI), 护理指标 (健康知识掌握度评分、生活质量评分), 计数资料用卡方检验, 内容有: 护理满意度水平 (非常满意、一般满意、不满意), 以上数据临床处理时, 选取统计软件 SPSS24.0 完成, 其代表形式以 $(\bar{x} \pm s)$ 、(%) 为主, 数据存在对比价值的界定标准为: $P < 0.05$ 。

2 研究结果

2.1 牙周指数

护理工作实施后, 对牙周指数即: PD、CAL、PLI、BI 指标进行检测, 数据相比对照组, 实验组抽取慢性牙周炎患者表现更低, $P < 0.05$ 。详见表 1。

表 1 比较对照组、实验组牙周指数 $(\bar{x} \pm s)$

组别	PD (mm)	CAL (mm)	PLI	BI
对照组 (n=40 例)	4.22±1.34	2.52±0.78	1.19±0.40	1.38±0.51
实验组 (n=40 例)	2.98±1.01	1.93±0.72	0.82±0.37	0.77±0.29
T	4.67	3.52	4.29	6.58
P	0.00	0.00	0.00	0.00

2.2 护理指标

对照组、实验组慢性牙周炎患者中, 关于健康知识掌握度评分、生活质量评分, 后者测定值表现更高, $P < 0.05$ 。详见表 2。

表 2 比较对照组、实验组护理指标 $(\bar{x} \pm s)$

组别	健康知识掌握度 (分)	生活质量 (分)
对照组 (n=40 例)	77.65±7.62	78.93±7.01
实验组 (n=40 例)	90.24±2.33	91.57±2.06
T	9.99	10.94
P	0.00	0.00

2.3 满意度

比较满意度水平, 对抽取慢性牙周炎患者展开评测, 其数据差异明显, 且实验组居更高水平, $P < 0.05$ 。详见表 3。

表 3 比较对照组、实验组满意度水平 (%)

组别	非常满意	一般满意	不满意	满意度 (%)
对照组 (n=40 例)	17 (42.50)	15 (37.50)	8 (20.00)	32 (80.00)
实验组 (n=40 例)	20 (50.00)	18 (45.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
χ^2	-	-	-	4.11
P	-	-	-	0.04

3 讨论

近几年来, 在国家综合实力提升, 人们生活条件、膳食习惯改变的整体背

景下, 慢性牙周炎的患病率也相对较高^[8]; 在临床分析后发现, 中年患者, 为此类疾病好发群体, 在症状表现方面, 牙龈红肿、质地松软、探诊出血、牙周袋溢脓、牙齿松动较为普遍, 此外, 部分患者还伴随口臭、根面龋、牙齿松动症状, 持续进展过程中, 会在患者生活质量、身心健康方面造成严重威胁^[9]。

从本次研究来看, 结果显示: (1) 牙周指数比较, 关于 PD、CAL、PLI、BI 指标, 实验组测定值 $(2.98 \pm 1.01 \text{mm}$ 、 $1.93 \pm 0.72 \text{mm}$ 、 0.82 ± 0.37 、 0.77 ± 0.29) VS 对照组测定值 $(4.22 \pm 1.34 \text{mm}$ 、 $2.52 \pm 0.78 \text{mm}$ 、 1.19 ± 0.40 、 1.38 ± 0.51), 数据更低, $P < 0.05$; (2) 对实验组抽取慢性牙周炎患者展开评测, 关于健康知识掌握度评分 (90.24 ± 2.33) 、生活质量评分 (91.57 ± 2.06) 相比对照组慢性牙周炎患者 $(77.65 \pm 7.62$ 、 $78.93 \pm 7.01)$, 实验组表现更高, $P < 0.05$; (3) 常规护理、强化口腔护理后, 在满意度方面, 抽取慢性牙周炎患者有对比意义, 且实验组 $(95.00\%$ 、 $38/40$) VS 对照组 $(80.00\%$ 、 $32/40$), 数据有更高显示, $P < 0.05$ 。以上结果表明, 种植治疗时的强化口腔护理, 对病发慢性牙周炎患者意义重大; 分析原因后得出: 面对慢性牙周炎患者, 口腔种植治疗时, 在监测临床反应、身体指征前提下, 开展强化口腔护理, 能够将着手点作为患者心理, 通过疾病分析、患者心理特征分析、积极交流进行干预, 从而对其心理负担进行缓解, 改善患者焦虑、恐慌、紧张情绪, 帮助患者在治疗自信心方面进行重建, 提高治疗依从率; 与此同时, 知识教育中的慢性牙周炎知识、口腔种植治疗知识宣教, 能够对抽取患者的错误观念及时纠正, 扩展患者有限认知^[10]; 另外, 在口腔种植治疗后, 正确刷牙方法的指导, 牙刷、牙膏的合理选取以及牙结石、牙菌斑辅助清除措施, 能够对患者口腔卫生进行较好改善, 可保障其种植治疗效果; 而戒烟、戒酒, 膳食方案的及时调整, 有利于监督患者养成良好习惯, 在其体内所需营养物质方面及时补充, 增强患者自身体质, 提高免疫能力; 全部措施联合应用, 可有效改善患者疾病症状, 提高预后水平^[11]。

总而言之, 罹患慢性牙周炎患者中, 强化口腔护理意义显著; 其一, 表现在改善牙周指数方面, 其二, 表现在提高患者健康知识掌握度、生活质量、满意度方面, 可大力推荐、使用。

参考文献:

- [1]王莹.慢性牙周炎患者护理中知信行护理模式的临床效果[J].中国医药指南,2022,20(02): 19-22.
- [2]嵇兆丽,李秀梅,李明恒.强化口腔护理干预在慢性牙周炎种植治疗中的应用[J].航空航天医学杂志,2021,32(12): 1531-1532.
- [3]陈玲,林笛,曹莉.强化口腔护理干预在慢性牙周炎种植修复中的应用效果观察[J].现代实用医学,2021,33(09): 1220-1221.
- [4]佟庆敏.口腔护理干预在慢性牙周炎患者种植治疗中的应用效果[J].中国医药指南,2021,19(07): 228-229.
- [5]杨华瑾,贺高美,林志玲.慢性牙周炎维护期护理中系统化口腔护理干预对菌斑控制的影响分析[J].中国社区医师,2021,37(07): 139-140.
- [6]吕叶,董晓宁,李娜等.牙周综合护理对慢性牙周炎患者的影响[J].医学食疗与健康,2020,18(19): 135-136.
- [7]冯荣梅,黄彩音.强化口腔护理干预在慢性牙周炎种植治疗中的应用[J].护理实践与研究,2020,17(03): 122-123.
- [8]王贝.口腔护理行为对慢性牙周炎种植义齿修复后种植体周围炎的预防效果研究[J].内蒙古医学杂志,2019,51(12): 1501-1502.
- [9]郭晓燕,郑春梅,崔艳玲.系统化口腔护理在慢性牙周炎中的应用效果[J].中国当代医药,2020,27(08): 238-240.
- [10]刘静.口腔护理干预在慢性牙周炎种植义齿修复中的效果研究[J].现代医药卫生,2020,36(06): 920-922.
- [11]韩丽娜,李逸娜.口腔护理干预在慢性牙周炎种植治疗中的影响[J].中国医药指南,2019,17(24): 240-241.

《民法典》新形势下患者隐私权保护问题思考

肖兵民 王劲焱

中国人民解放军联勤保障部队第九〇六医院 浙江宁波 315000

摘要：隐私权是重要的人格权利之一，每个患者都是社会群体中的一部分，也享受着隐私权。医疗活动的专业性和特殊性，导致医务人员长期占据主导地位，医患关系中也存在较严重的不对称性，在治疗过程中，医务人员可以轻松掌握患者的隐私信息，此时患者隐私权通常处于易被侵犯的地位。随着社会不断发展进步，人们的自我隐私权保护意识逐渐加强，患者的隐私权也成为医疗界普遍的关注焦点，但无论是在法律法规上还是医疗实践中，患者的实际隐私权均没有得到良好的保护，保护措施在诸多方面存在缺陷。在《民法典》实施的新形势下，必须认真分析患者隐私保护法中存在的问题，并针对具体问题提出解决方案，建立完善的患者隐私权保护体系，切实保证每位患者的人身权利，构建和谐的治疗环境和医患关系。

关键词：患者；隐私权；保护法；问题；对策

Study on Legal Protection of Patient Privacy

Xiao Bingmin, Wang Jingyan

(The 906th Hospital of the PLA Joint Logistic Support Force, Ningbo, Zhejiang 315000, China)

【Abstract】 As one of the important personality rights, each patient is a part of the social group, and also enjoys the right to privacy, but the professionalism and particularity of hospital treatment. Doctors have taken a long-term and long-term dominant position, There is also a more serious asymmetry in the doctor-patient relationship. In the course of the treatment, Medical staff can easily grasp the patient's private information. At this time, patient privacy is usually in a vulnerable situation. At present, along with the continuous development of the country, People's awareness of self-privacy protection has gradually strengthened, Patients' privacy has also become the focus of the medical community. But whether in laws and regulations or in medical practice, No actual privacy is well protected. Protective measures are flawed in many ways. At present, the problems existing in the privacy protection law must be carefully analyzed, And put forward solutions to the specific problems, Establish a sound patient privacy protection system, Effectively ensure the personal rights of each patient, Build a harmonious treatment atmosphere and social atmosphere.

【Key words】 Patients; Privacy rights; Protection method; Problem; Countermeasures

随着社会文明进程的不断推进，我国公民对自我权利的保护意识也在逐渐加强。民众的隐私权越来越受到社会大众的广泛关注，患者属于广大社会大众中的一员，同样其隐私权利也应该受到保护^[1]。但在医疗行业中医务人员有着丰富的理论知识和操作经验，医患沟通交流过程中存在严重不对等的关系，在进行疾病检查时可以接触到患者的各个器官，也享有对其隐私进行询问的权利，患者由于存在某种疾病到医院进行诊疗，本身就处在劣势地位，在问诊、检查、化验等过程中，常会涉及到患者的个人隐私，患者出于治疗目的就必须服从医务人员的各项安排，在无形之中患者隐私权容易受到侵犯，因此当前必须完善相关法律法规，为患者提供有效的法律支撑。

1. 患者隐私权保护存在的问题

1.1 在临床教学活动中，患者隐私权容易受到侵犯

在当前各级各类医院中，普遍存在将临床患者作为实践教学“案例”的现象。医学院校的实习生、见习医生到医院的门诊部，住院部，以及放射科、检验科等科室进行临床学习。学生完全参与患者的诊疗过程，可以轻松看到患者病历、检查资料、手术操作以及病人身体。以往报道显示有临床医师在未征得患者同意情况下，将所带实习学生叫到治疗室观看流产手术操作，操作过程中，医师向学生详细讲解处置目的和位置，这种情况在法律上可以被认定为侵犯患者隐私权。此类情况在多地省市级医院中屡见不鲜。此外，带教老师在进行实例讲解时会将住院患者的病历资料检查资料交给学生进行观看，在每日早晚查房时，也会带领实习学生，向学生讲解患者的基本情况和治疗内容^[2]。以往的临床实践告诉我们，想提升实

际医疗技术，就必须积累丰富的临床经验，在这个过程中才可实现理论知识向临床实践能力转变。这意味着患者可能要损失自己的部分隐私权限，才能达到学生的教学目的。虽然在这一过程中实习学生参与诊疗活动中，但在法律规定中，实习学生不具有探索患者隐私的权利，学生与患者之间先有平等的法律权益，患者也没有义务配合医院内的教学实践工作。

1.2 医院内部管理制度不严格、相关设施不齐全

患者在门诊接受治疗时普遍存在其他人在周围观看旁听的现象，其中包括患者家属、等待就诊的患者以及其他人员，虽然医师有权对患者隐私情况进行询问，但其他人并不具备了解患者隐私的权利^[3-4]。此外门诊治疗室和检查室环境缺乏私密性，通常的遮挡方式引用挂布围栏，在这一过程中容易使患者产生的不良情绪。在诊疗过程中，患者由于担心自身隐私部位被暴露精神高度紧张，对自己的病情病史会有所隐瞒，医师不能掌握到全面的信息，从而延误救治；在临床上，住院患者床头通常会悬挂一览表，上面包括患者的病情、年龄、性别等基础信息。虽然这样可以简化医务人员的工作流程。但现阶段伴随人们法律意识的增强，大多数的患者都不愿意让其他人了解自己的隐私信息，各患者和家属可以在病房内随意走动，患者隐私权力不能受到保障；许多医院在化验单发放过程中也存在较大问题，化验单上涉及患者的个人信息，但医院检验科却将化验单堆放在窗口处让患者和家属自行拿取，在这一过程中患者的检验结果可以别被人随意观看，在这个过程中体现着医院对患者隐私权的侵犯^[5-7]。

1.3 国内患者隐私权法律法规不完善

目前在我国只有法院司法解释中隐私权有解释，其法律地位并没有得

到立法承认。在未经过本人同意情况下,私自泄露他人隐私,被划分到名誉权法律规定中,虽然在一定程度上引起了医疗单位的重视,但在实际执行中患者隐私权侵犯问题并没有得到良好解决。名誉和隐私两项权利是完全不同的^[8],其权利的主体、性质、客体、处理原则和评价标准均不相同,当患者隐私权遭到侵犯时,会带来较大的精神痛苦,但如在法律层面上认定其未造成该方面影响,则患者的实际权利无法得到保障。在划分责任时,没有明确的处罚标准,在法律实施过程中缺乏依据,容易引起纠纷事件;再加上受我国传统思想观念影响,患者和医务人员普遍存在隐私权意识淡薄现象,受法律管辖的隐私权限较少,法律效率力较低,只停在道德层面,不具备强制性,影响最终实施力度^[9-10]。

2. 完善患者隐私权保护法律的建议

2.1 加强日常管理,增设医疗设施

针对管理层要及时改变其管理思想和方式,构建更加人性化的医院服务体系,为方便医务人员工作,在不取消床头一栏卡的情况下,将其具体内容改为只有医务人员能看懂专业术语;医院门诊在进行体格检查时,严格“一患一诊室”,给患者提供私人空间。加强病例管理的处罚力度,严格杜绝随意借阅、复制、保管患者病历现象,加大对医院患者侵权事件的处罚力度;临床实习也是医生和护士从业前的必经途径,在开展临床学习时必须平衡好学习活动和患者隐私权益保护两方面,改变以往教学方式,减少临床用患者示教的情况,在日常查房时,带教老师只携带一名学生,避免给患者造成心理压力,病情讨论和案例讲解要在医生办公室进行,积极运用当前新型的临床教学模型^[11]。

2.2 提升医疗从业者的法律意识

医疗从业者在医患沟通中始终处于主导地位,对患者的隐私问题享有询问权利,因此要想使患者的隐私权得到保障,就必须提升医疗从业者等法律观念和道德素质。医院应定期组织医务人员学习《医师法》和以往案例解释隐私权相关的司法规定,例如《民法典》第一千二百二十六条规定,医疗机构及其医务人员应当对患者的隐私和个人信息保密。泄露患者的隐私和个人信息,或者未经患者同意公开其病历资料的,应当承担侵权责任。让医务人员能充分认识到保护患者隐私权的重要意义^[12-13],并了解侵犯病人隐私权将要承担的法律后果。在进行临床检查时,尽量减少不必要的暴露,检查过程中不谈论与诊疗内容无关的话题,杜绝泄露患者的隐私和个人信息。当前社会,人们的物质生活不断得到满足,人文素质和道德素养也在不断提升,医疗从业者从事临床诊疗时除了具备良好的道德素养还应掌握与患者相关的法律法规,始终坚持以患者为中心,全心全意为患者服务,关爱患者、尊重患者、构建和谐医患关系。

2.3 促进患者隐私保护法律法规的健全

当前急需确定隐私权的法律地位,保证隐私权的独特性质。虽然在司法实践和学术界,其法律地位已经被承认。但却没有具体的法律法规将隐私权划分为人格权;当前应对侵犯患者隐私权的具体事件规定明确的处罚条例,使相关法律法规更加具体化和详细化,保证其在实践应用中的操作性;明确权利的内容、主体和客体,确立基本原则,规定医护人员诊疗时需要遵守的义务,使医务人员在临床实践中做到有章可循,更好的提升医疗服务水平,使患者在被侵害隐私权时,可以利用法律武器保护自身权益;司法机关在进行相关事件处理时具有明确的法律依据,给出公正公平的审

判。

3. 结束语

综上所述,在社会发展过程中,人们不可避免会面临“生老病死”。社会中的每个个体都有可能扮演“患者”的角色,因此患者隐私权也关乎每个社会个体的自身利益。隐私权的保护和尊重不仅代表着医疗行业的不断完善,也体现着社会医疗文明的进城^[14-15]。虽然现阶段我国医疗行业在患者隐私权保护方面还存在诸多问题,但在后续不断的探索和实践,在《民法典》实施的新形势下,相关法律法规会不断完善和丰富,社会文明进程也会不断加快,患者自身对权益的保护意识也会逐渐加强,社会各界对患者隐私权的尊重和保护意识也会越来越关注,在国家卫生行政部门的高度重视下,患者的隐私权利会越来越得到重视,医疗机构也会逐渐不断完善患者隐私权保护体系,切实保证每位患者的人身权利,构建和谐医疗环境和医患关系。

参考文献:

- [1]龚旭斌,李金金,李春辉.医疗档案信息化管理及患者隐私权保护[J].计算机与网络,2021,47(18):56.
- [2]程美琦,陶瑜,杨军,张宇清.医疗人工智能背景下患者隐私权认知调查及分析[J].医学信息学杂志,2021,42(09):52-57.
- [3]田胜男,薛涛,王子宇,茹丽娜.浅析患者隐私权和个人信息保护[J].中国卫生人才,2021(09):40-44.
- [4]李欣.《民法典》对患者隐私权及个人信息的保护[J].中外企业文化,2021,(01):97-98.
- [5]康云凤.医院档案的利用与患者隐私权保护[J].经济师,2021(04):257+260.
- [6]李欣慧,李明.突发公共卫生事件中患者隐私权保护的完善建议[J].中国医学伦理学,2021,34(01):58-63.
- [7]唐黎.突发公共卫生事件中患者隐私权保护研究[J].重庆工商大学,2021年第09期,48.
- [8]李欣.《民法典》对患者隐私权及个人信息的保护[J].中外企业文化,2021(01):97-98.
- [9]李莉.大数据背景下医疗档案信息化管理及患者隐私权保护[J].办公室业务,2020(22):90-91.
- [10]杨建民,苏秀兰.大数据背景下医疗档案信息化管理工作及患者隐私权保护[J].中国医药导报,2019,16(29):175-178.
- [11]王珺.论市域重大疫情治理下公众知情权与隐私权的依法权衡与保护[J].河南社会科学,2020,28(04):74-81.
- [12]蒋言斌,蒋晓洁.医疗大数据中患者隐私权分类层级化及保护研究[J].锦州医科大学学报(社会科学版),2021,19(04):11-14.
- [13]姬博歆.医疗大数据应用中的隐私权保护研究[J].黑龙江大学,2018年第05期,51.
- [14]刘冠合,李懋.医疗信息化语境下患者隐私权的法律保护与伦理思考[J].医学与法学,2019,11(04):47-52.
- [15]杨凯.医疗信息化语境下患者隐私权的法律保护与伦理思考[J].2019年31期,27.

以病例为引导的互动式教学模式血液透析室护理带教中的效果评价

章茜

重庆市人民医院 401147

摘要:目的 探究血液透析室护理带教时采用以病例为引导的互动式教学模式的应用价值。方法 自愿参与本次研究的护理实习生有 116 例,研究时段为 2020 年 7 月-2021 年 12 月,将入选护生随机划分至两个独立的小组单元,对照组护生数量:观察组护生数量=58:58,予对照组传统护理带教方案,予观察组以病例为引导的互动式教学方案。对比效果。结果 观察组和对照组比较带教教学质量、护生对带教老师的满意度情况、护生考核成绩、临床带教效果、护生对教学模式评价情况等指标,结果显示前者均较优($P<0.05$)。结论 以病例为引导的互动式教学模式可以提升护生的血液透析室护理理论知识以及实践操作水平,护生的满意度较高,在临床教学中的应用价值较高。

关键词:血液透析室;护理带教;以病例为引导;互动式教学模式;应用价值

肾脏疾病是临床上较为常见的危重疾病,血液透析是临床上治疗肾脏疾病的主要治疗手段,通过定期清理患者血液中产生的废弃物、调节血液中酸碱平衡从而改善患者症状,疗效确切^[1]。近年来随着患者及其家属自我健康意识的提升,对血液透析的护理要求也在不断提高,给临床血液透析室护理实习生的护理技能带来了新的挑战^[2]。传统的带教模式以疾病为中心,护生的理论知识及临床操作技能水平欠佳,不能根据患者的实际情况对症施护,未能满足患者及其家属的护理需求,护理效果欠佳,不利于患者肾脏疾病症状的缓解,患者及其家属对医院及医护人员的满意度较低^[3-5]。以病例为引导的互动式教学模式是一种先进的临床带教模式,可以有效激发护生的学习积极性、主观能动性,提升护生护理方面的创新能力和理论知识以及临床实践能力,有效提升血液透析室护理质量,满足患者的护理需求,得到了患者及其家属的一致好评^[6]。基于此,本文就以病例为引导的互动式教学模式应用于血液透析室护理带教的积极影响进行研究,现在报告如下:

1. 资料和方法

1.1 一般资料

我院此次研究的样本数量为 116 例,研究时间从 2020 年 7 月开始,结束于 2021 年 12 月。随机将 58 例护生划分至对照组,其余 58 例护生则划分至观察组。一般资料,详见表 1。

表 1 一般资料

组别	性别		年龄(岁)
	男	女	
对照组(n=58)	4(6.90%)	54(93.10%)	25.67±2.31
观察组(n=58)	5(8.62%)	53(91.38%)	25.59±2.45
t/X ²	0.121		0.181
P	0.729		0.857

纳入标准:①所有护生均自愿参与本次医学研究;②所有护生均知晓本次医学研究的内容;③伦理委员会批准本次医学研究;④所有护生均通过肾脏相关护理知识的考核;

排除标准:①护生依从性差,不配合管理人员的工作;②护生中途退出本次研究;③护生同时参加可能影响本次医学研究结果的其他医学实验。

将上述信息录入 SPSS26.0 软件中,结果为 $p>0.05$,表示数据平衡。

1.2 方法

表 2 带教教学质量(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	基本工作职责及流程掌握	血液透析护理要点掌握	护理熟练度	护理风险防范意识	护理突发事件处理能力
对照组(n=58)	11.43±1.78	14.37±1.54	14.23±1.96	13.84±1.92	13.93±1.86
观察组(n=58)	18.36±1.52	19.38±1.67	18.97±2.25	19.24±2.67	19.31±2.28
t	22.548	16.796	12.098	12.505	13.925
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 临床带教效果

比较指标是临床带教效果,观察组组别、对照组组别比较,显示(P

对照组的方案为传统护理带教,方案具体内容如下:①带教老师带领护生了解医院环境及相关科室位置,将实习流程及内容告知护生;②带教老师参考教学大纲对护生讲解教学内容,引导护生设立护理课题,并进行观点阐述,讲述护理方案制定的思路、目标及具体流程,最后教师给予鼓励、点评;③结合护生的特点,进行带教总结,之后口头讲述血液透析室相关医疗设备的使用方法、注意及禁忌事项,最后进行理论考核;

观察组的方案为以病例为引导的互动式教学,方案具体内容如下:在对照组基础上,①带教老师提前做好血液透析教学大纲相关知识的教学备案,选取典型病例,通过与患者良好沟通,掌握患者的病情严重程度等具体情况,并制定相关问题,让护生查阅资料,以便解决带教老师提出的护理等医学问题;②带教老师通过 ppt 等媒介将血液透析的相关知识传授于护生,之后将临床病例的临床资料告知护生,再提出难度适宜的创新性问题,发散护生的学习思维,激发护生的学习积极性,让护生进行分组讨论,由小组成员代表回答问题,带教老师对护生的回答进行评价,对运用了教学重点知识的护生进行鼓励,纠正护生回答中欠佳之处,并进行补充。③带教老师示范操作透析机、血路管等血液透析医疗设备时,对护生讲解操作相关医疗器械时的注意事项,之后让护生实践操作,增加护生的临床操作水平。

1.3 观察指标

1.3.1 带教教学质量。

1.3.2 临床带教效果。

1.3.3 护生对教学模式评价情况。

1.3.4 护生对带教老师的满意度情况。

1.3.5 护生考核成绩。

1.4 统计学分析

此次研究涉及带教教学质量、护生对带教老师的满意度情况、护生考核成绩、临床带教效果、护生对教学模式评价情况指标,前三项属于计量资料,通过 $\bar{x} \pm s$ 呈现,对比分析经 t 检验;最后两项属于计数资料,通过 n/% 呈现,对比分析经 X² 检验;资料均经双人准确录入 SPSS 22.0 中分析, $P<0.05$ 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 带教教学质量

比较指标是带教教学质量,观察组组别、对照组组别比较,显示($P<0.05$)。如表二呈现。

<0.05)。如表三呈现。

表 3 临床带教效果(例, %)

组别	基础知识掌握程度提高	自主学习能力加强	学习负担降低	学习兴趣提高	问题解决能力加强	表达能力提高
对照组(n=58)	29(50.00)	28(48.28)	29(50.00)	27(46.55)	29(50.00)	28(48.28)
观察组(n=58)	42(72.41)	41(70.69)	43(74.14)	40(68.97)	43(74.14)	45(77.59)

X^2	6.136	6.045	7.177	5.971	7.177	10.680
P	0.013	0.014	0.007	0.015	0.007	0.001

2.3 护生对教学模式评价情况 示 ($P < 0.05$)。如表四呈现。

比较指标是护生对教学模式评价, 观察组组别、对照组组别比较, 显

表 4 护生对教学模式评价情况 (例, %)

组别	加深对临床护理基 础知识的记忆	提高临床护理综合 技能	锻炼解决问题能力	培养护理临床思维	提高人际沟通能力	激发学习兴趣
对照组 (n=58)	29 (50.00)	28 (48.28)	29 (50.00)	28 (48.28)	30 (51.72)	27 (46.55)
观察组 (n=58)	43 (74.14)	44 (75.86)	46 (79.31)	45 (77.59)	46 (79.31)	47 (81.03)
X^2	7.177	9.374	10.902	10.680	9.768	14.929
P	0.007	0.002	0.001	0.001	0.002	0.000

2.4 护生对带教老师的满意度情况 显示 ($P < 0.05$)。如表五呈现。

比较指标是护生对带教老师的满意度, 观察组组别、对照组组别比较,

表 5 护生对带教老师的满意度情况 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	教学态度	理论知识水平	技能操作	人文关怀	人际沟通能力
对照组 (n=58)	19.96±2.63	20.47±2.16	18.63±2.51	19.78±2.96	21.39±1.82
观察组 (n=58)	25.77±3.15	25.89±2.84	24.93±3.08	24.35±5.15	25.45±2.23
t	10.783	11.569	12.076	5.859	10.742
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 护生考核成绩 < 0.05)。如表六呈现。

比较指标是护生考核成绩, 观察组组别、对照组组别比较, 显示 (P

表 6 护生考核成绩 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	理论成绩		基础考核成绩		专科操作成绩	
	带教前	带教后	带教前	带教后	带教前	带教后
对照组 (n=58)	68.62±5.96	84.29±4.75	68.69±5.73	84.37±3.28	69.47±6.28	85.93±2.82
观察组 (n=58)	68.59±5.91	93.57±4.56	68.61±5.68	93.51±3.18	69.53±6.24	91.34±2.96
t	0.027	10.733	0.076	15.237	0.052	10.078
P	0.978	0.000	0.940	0.000	0.959	0.000

3. 讨论

血液透析是改善终末期肾脏疾病患者临床症状的有效治疗方法, 血液透析医疗设备以半透膜技术为运行原理, 代替患者肾脏的部分功能, 从而净化患者血液中杂质、废弃物以及维持机体酸碱度的平衡^[7-8]。血液透析室相关设备操作较为复杂, 对透析过程中的护理干预质量要求较高^[9-10]。血液透析室护理人员在学习过程中, 常规的带教模式不仅满足不了患者越来越高的护理要求, 也未能有效提升学生的学习积极性、创新性, 临床上未能根据患者的护理需求对症施护, 遇到突发事件时处理方式欠佳, 护生对传统带教模式的评价水平较低^[11-13]。以病例为中心的互动式教学模式与以往以疾病为中心的传统带教模式不同, 带教老师在教授相关知识的同时, 结合病例的具体情况, 与护生进行互动式沟通、交流, 较好激发了护生的主观能动性, 学生的独立思考问题、临床实践能力以及血液透析室护理技能都得到大幅度提升, 可以较好满足患者及其家属日益提升的护理需求, 促进患者肾脏疾病症状的好转^[14-15]。

在本次医学研究中, 带教老师结合病例的具体情况, 对护生讲述血液透析室护理中的知识重点、临床护理时风险事件的处理方法等专业知识, 因此观察组的带教教学质量较优。带教老师以病例为中心, 通过课堂上互动式教学, 设置教学课题, 由护生代表阐述护理方案, 之后老师进行鼓励、点评, 对护生的护理方案进行有机补充, 既可以拓展护生的护理思维, 又可以强化护生的自主学习能力, 提升其护理理论知识, 所以观察组护生对带教老师的满意度评分较高。生动形象的以病例为中心的互动式教学, 打破以往呆板的教学模式, 结合真实病例的具体情况, 因人施护, 通过护生小组以及护生、带教老师之间积极的沟通、讨论, 护生的理论护理知识水平、实践操作能力都得以明显提升, 因此观察组护生的考核成绩较高。带教老师以病例为中心, 结合血液透析室护理的专业知识, 制定相应问题, 由护生进行科学阐述, 既锻炼了护生的表达能力及护理思维, 还激发了护生学习兴趣以及解决护理问题的能力, 因此观察组临床带教效果较优。以病例为中心的互动式带教模式生动形象地将血液透析室护理专业知识传递给护生, 护生的理论知识得以牢牢掌握, 带教老师示范血液透析相关仪器的操作, 同时引导护生进行相关仪器的操作, 护生的临床操作技能得以提升, 因此观察组护生对教学模式评价较优。

综上所述, 以病例为引导的互动式教学模式可以提升护生的血液透析室护理理论知识以及实践操作水平, 护生的满意度较高, 在临床教学中的

应用价值较高。

参考文献:

- [1]刘华.以病例为引导的互动式教学模式在血液透析室护理带教中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5 (50): 188.
- [2]徐文珠.互动式教学在血液透析室护理带教中的应用[J].中国继续医学教育,2021,13 (28): 86-89.
- [3]马天花,尹敏,孟翠翠,等.PBL 联合研讨式教学法在血液透析室护士带教中的应用及效果分析[J].中国卫生产业,2020,17 (32): 158-161.
- [4]张颖.血液透析室护理带教中互动式教学模式的应用研究内蒙古科技大学[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5 (20): 184,195.
- [5]钟建芳,稽红芳,许秀君,等.情景模拟教学法在血液透析室低年资护士教学中的效果研究[J].中国高等医学教育,2020, (6): 121-122.
- [6]胡秋芳,史月琴.学做导合一教学策略在血液透析室新护士培训中的应用效果[J].中国乡村医药,2021,28 (12): 78-80.
- [7]蒋婕,杨玉洁,袁怀红,等.基于质量反馈的反思性教学在血液透析临床带教中的实践研究[J].中华医学教育探索杂志,2021,20 (12): 1423-1427.
- [8]张旭珍,张彬娥,蒋丹罗兰,等.案例教学联合情景模拟在血液净化中心护理带教中的应用研究[J].中国高等医学教育,2021, (12): 101-102.
- [9]张文源,张妮,郑红情,等.以病例为基础的教学联合情景模拟在 ICU 护理带教中的应用[J].中国高等医学教育,2022, (2): 82,85.
- [10]许伟,陈健,杨思成,等.以病例为导向的线上线下混合式教学模式在外科护理学中的应用[J].中国高等医学教育,2021, (1): 102-103.
- [11]吴剑雄.血液肿瘤科临床带教应用案例导学式教学模式对教学效果的作用分析[J].中国卫生产业,2021,18 (17): 158-161.
- [12]方友华,袁静,袁智慧,等.BOPPPS 结合情景案例教学法在 ICU 临床护理教学中的应用研究[J].现代医药卫生,2021,37 (16): 2847-2850.
- [13]梁迎菊.引入临床病例的角色扮演教学法在中职护理专业内科护理学教学中的实践[J].现代职业教育,2020, (25): 48-49.
- [14]陈美玲,毕靛,陶方,等.以护生为主体的情景教学病例编制对护生临床综合护理能力的影响[J].国际护理学杂志,2021,40 (13): 2332-2334.
- [15]李迎.改良讲授法在实习生心理专项教育中的应用——以血液透析室实习生心理教育为例[J].中国教育技术装备,2020, (22): 74-75,80.

经内窥镜下金属钛夹止血术在消化道出血中的疗效及护理

方琦

浙江大学医学院附属第二医院 浙江省杭州市 310000

摘要：目的：探究经内窥镜下金属钛夹止血术在消化道出血中的疗效及护理方法。方法：选取在我院进行经内窥镜下金属钛夹止血术的消化道出血患者 100 例，随机均分为对照组和观察组，对照组进行常规护理，观察组进行针对性护理。统计两组患者的临床疗效、术后护理满意度、并发症发生率以及生活质量。结果：两组患者治疗有效率均为 100%，观察组患者的术后护理满意度、并发症发生率以及生活质量均优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：经内窥镜下金属钛夹止血术在消化道出血中具有较好的效果，而在此过程中，给予患者良好的护理可以进一步保障患者预后。

关键词：经内窥镜下金属钛夹止血术；消化道出血；治疗效果

消化道出血在临床较为常见，属于一种较为危急的重症，其引发因素较为复杂，大部分患者具有病情变化迅速的特点，病情严重者，死亡几率较高^[1]。在治疗该疾病时，通常采用药物治疗的方法，但通常情况下需要较长的治疗时间，有一小部分患者治疗效果较差^[2]。在临床上，对于这部分患者常规采用外科手术进行治疗，但是手术具有创伤性较大的特点，患者机体难以承受，在术后可能会发生较多的并发症，并花费较多的费用，因此临床上在寻找一种新型的治疗方法^[3]。而近年来，随着医疗水平的提升，内窥镜被逐渐应用于临床，经内窥镜下止血，具有创伤较小、患者预后效果更好、发症较少的特点，并且花费较低^[4]。其中，内窥镜金属钛夹止血术应用较为广泛，而在手术过程中，配合良好的护理干预，也具有的重要意义^[5]。基于此，本次就对经内窥镜下金属钛夹止血术在消化道出血中的疗效及护理措施进行了研究，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 2 月~2021 年 2 月在我院进行经内窥镜下金属钛夹止血术的消化道出血患者 100 例，分为对照组和观察组，每组 50 名。组间患者资料比较不存在统计学意义（ $P>0.05$ ）。

表 1 对比患者一般资料

组别	例数	性别[n (%)]		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 天)
		男性	女性		
观察组	50	23(46.00)	27(54.00)	64.58±6.73	3.43±2.42
对照组	50	24(48.00)	26(52.00)	63.61±6.43	3.81±2.01
χ^2		0.36		0.737	-0.854
P		0.548		0.463	0.395

纳入标准：（1）经临床确诊为消化道出血，行内窥镜下金属钛夹止血术治疗；（2）经过患者及其家属同意，入组前签订同意书。（3）实验经我院伦理委员会批准。

排除标准：（1）患有严重精神类疾病的患者；（2）妊娠期及哺乳期患者。

1.2 方法

1.2.1 手术方法

确保患者生命体征平稳，签署知情同意书后，进行手术：（1）医师使用内窥镜，观察出血部位，生理盐水冲洗，尽可能暴露出血灶。（2）首先由助手，安装好金属钛夹，使用内窥镜活钳钳道，送入金属钛夹持放器。（3）找到病灶后，推出金属钛夹，并调整好角度，然后张开金属钛夹两端，对准病灶外围，顶上黏膜并加压。（4）医生回吸黏膜后，收紧金属钛夹。在听到“咔嚓”声后，说明金属钛夹已合拢。（5）位置准确后，退出金属钛夹持放器，操作完成。（6）具体放置金属钛夹数量，依据病情情况，而后

观察 1~2min。（7）病灶出血停止后，疗完成。对于效果不佳的患者，在出血灶周围局部黏膜，注射肾上腺素高渗盐水（10%氯化钠注射液 10ml +0.1% 肾上腺素 1ml）。

1.2.1 护理措施

对于对照组，进行常规护理。观察组进行针对性护理干预，具体方法如下：（1）心理护理。许多患者，对于消化道出血缺乏正确的认识，因此容易在心中夸大病情^[6]。另外，对于内窥镜具有恐惧心理，因此会产生负面情绪，比如焦虑、抑郁等，影响治疗依从性。因此，护理人员与医生进行配合，展开健康教育，可以采用多媒体设备，讲解疾病的发病机制，以及该治疗的目的、意义，预计效果，使患者对于治疗方法有一个明确的了解，并且可以治疗效果较好的患者为例，提升患者的治疗信心^[7]。（2）术前护理。护理人员应当准备好相关器械，确保可正常使用，防止在手术中发生机械性故障^[8]。做好体外分离预实验，准备好生理盐水等术中用品，避免在手术中出现突发事件，确保抢救器械、药品等，能够第一时间到位。对患者的生命体征进行严格的监测，调试好内镜，帮助患者摆放正确的体位，进行咽喉部麻醉，使用润滑剂^[9]。（3）术中护理配合。在手术中，询问患者的感受，调整手术室的温度、湿度等，而后指导患者采取左侧卧位，医生在进行操作时，护理人员应当紧跟医生的节奏，做好配合工作，对于患者的紧张情绪，应及时安抚。指导患者调节呼吸，同时严格观察患者的情况变化，如果其生命体征出现异常，应及时告知医生进行处理^[10]。（4）术后护理配合。在手术后的 48 小时内，用多功能心电监护仪，对患者的心电图心率、血压、呼吸、血氧饱和度等进行监测，如果患者发生心慌、头晕、出汗、呕血等状况，及时通知医生处理。观察患者尿量排、泄物的颜色、性状，评估是否发生活动性出血以及出血的量，帮助医生正确评估病情。此外，对患者展开饮食指导，加强维生素等营养物质的摄入，禁止油腻、辛辣、刺激的食物，在出院前指导患者进行复诊^[11]。

1.3 观察指标

（1）治疗效果包括：①显著：患者的临床症状基本消失，生理指标接近正常。②有效：患者的临床症状、生理指标均有所好转。③无效：患者的临床症状、生理指标均无好转，甚至出现恶化。

（2）生活质量评定：分别在干预前后，运用健康调查简表（SF-36）生活质量评定量表进行评定，SF-36 生活质量评定量表包括生理功能、生理 职能、躯体疼痛、总体健康、生命活力、社会功能、情感职能、心理健康等 8 个维度指标，每个指标的分值范围在 0~100 分，评分越高，表明该维度的功能状况越好，生活质量越高。

（3）采用我院自制调查问卷，评价患者护理满意度。

1.4 统计学方法

统计学结果由 SPSS26.0 统计学软件统计完成，若组间数据对比结果差异显著 $P<0.05$ ，则具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗有效率

比较组间患者治疗有效率,由结果可知,两组患者治疗有效率均为100%,具体数据见表1。

表2 对比组间患者护理有效率[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
对照组	50	27(54.00)	23(46.00)	0(0.00)	50(100.00)
观察组	50	34(68.00)	16(3.00)	0(0.00)	50(100.00)
χ^2	-	-	-	-	-
P	-	-	-	-	-

2.2 两组 SF-36 评分

观察组各项评分均高于对照组 ($P<0.05$)。

表3 两组 SF-36 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

SF-36	评价时间	对照组 (n=50)	观察组 (n=50)	t	P
生理功	干预前	60.47±8.64	60.34±7.74	0.079	0.937
能	干预后	71.63±7.16	79.47±8.91	-4.85	<0.001
生理职	干预前	62.46±6.38	62.92±6.51	-0.357	0.722
能	干预后	73.61±7.12	80.14±7.69	-4.406	<0.001
躯体疼	干预前	75.97±9.62	75.43±9.54	0.282	0.779
痛	干预后	79.68±9.43	85.12±6.93	-3.287	0.001
总体健	干预前	60.92±11.62	61.01±11.89	-0.038	0.97
康	干预后	65.16±11.87	75.43±11.24	-4.442	<0.001
生命活	干预前	67.04±8.62	67.13±8.47	-0.053	0.958
力	干预后	75.12±7.47	81.56±8.94	-3.909	<0.001
社会功	干预前	62.85±10.14	62.86±10.03	-0.005	0.996
能	干预后	72.40±9.34	79.12±10.21	-3.434	0.001
情感职	干预前	70.87±4.32	70.46±3.64	0.513	0.609
能	干预后	81.11±5.64	89.92±5.01	-8.258	<0.001
精神健	干预前	72.30±8.64	72.16±8.94	0.08	0.936
康	干预后	80.19±8.21	89.13±8.27	-5.425	<0.001

2.3 对比两组患者的护理满意度

比较组间患者及其家属对护理满意度,由结果可知,观察组的患者对护理的满意度高于对照组 ($P<0.05$),具体数据见表4。

表4 对比组间患者护理满意度[$(\bar{x} \pm s)$ /分]

组别	例数	护理技术	护理态度	护理及时性	健康教育
观察组	50	22.4±1.3	23.1±1.6	23.2±1.3	22.7±1.7
对照组	50	18.9±2.1	19.4±1.6	17.9±1.7	15.4±2.1
T	-	7.761	8.956	8.957	14.798
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

金属钛夹是一种精巧的机械装置,其具有机械止血的作用及原理,与外科缝合较为相似,主要是利用金属钛夹闭合所产生的机械力,对于病灶血管、或者周围组织等进行封闭,阻断血流,达到止血的目的,具有较为良好的效果^[12]。相关研究表明,其作用与外科血管缝合或者结扎相同。金属钛夹止血术最初应用于治疗消化性溃疡出血以及消化道息肉切除术后出血,目前,已经广泛应用于临床。相关资料表明,内镜金属钛夹钳夹术治疗消化道出血的及时止血率可高达100%^[13]。资料显示,金属钛夹对于溃疡进展没有较大的影响,也不会影响溃疡或其它症状的修复以及愈合。但是,金属钛夹虽然具有准确,即时效果较好的特点,在在使用过程中,仍存在一定的局限性,如有必要,应当联合其他止血方式,例如肾上

腺素局部黏膜下注射^[14]。与此同时,护理配合是保障治疗效果的关键,护理人员应具有良好的心理素质,保证护理工作的有序进行。在手术前,充分充分准备相关物品,提前评估可能发生的风险事件,做好准备。与此同时,对患者进行心理护理具有重要的意义,如果患者神经紧张,就会导致依从性较低,并且交感神经兴奋,也不利于疾病的恢复。所以,需要展开健康教育,使患者正确了解疾病,提升治疗信心。在手术中,做好室温调节,并指导患者放松,也可以保证手术的安全性,同时,在手术后展开密切的观察,防止再次出血的发生,能够避免医疗隐患。本次就对经内镜下金属钛夹止血术在消化道出血中的疗效及护理措施进行了研究,结果令人满意:两组患者治疗有效率均高达100%,观察组患者的术后护理满意度、并发症发生率以及生活质量均优于对照组 ($P<0.05$)。

综上所述,经内镜下金属钛夹止血术在消化道出血中具有较好的效果,而在此过程中,给予患者良好的护理可以进一步保障治疗效果。

参考文献:

- [1]黄爱霞,李祥金. 经内镜下金属钛夹止血术在消化道出血中的疗效及护理[J]. 湖北科技学院学报(医学版),2015,29(4): 347-348.
- [2]金国源,王立英. 应用四种内镜下止血法治疗非静脉曲张性上消化道出血患者的疗效及预后分析[J]. 中国医师杂志,2016,18(1): 133-134.
- [3]湛良. 金属钛夹止血与非钛夹去肾胃盐止血对息肉高频电切术后恢复的影响研究[J]. 中国实用医药,2021,16(17): 27-30.
- [4]Li Y, Wu X, Hu S, et al. Comparison of the efficacy of hemostasis by titanium clips and injection of drugs under endoscope in treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding[J]. China Medical Engineering, 2018.
- [5]周章玉. 非静脉曲张性消化道出血患者内镜下金属钛夹止血治疗的效果及再出血发生情况分析[J]. 中外医学研究,2021,19(21): 32-34.
- [6]韩龙江. 内镜下金属钛夹与注射止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血的临床对照研究[J]. 家庭医药. 就医选药,2020(6): 169.
- [7]Wang X, Zhang M. Integrated Chinese and Western medicine for treatment of cerebral hemorrhage with gastrointestinal hemorrhage: Curative effect and influence on prognosis[J]. World Chinese Journal of Digestology, 2017, 25(4): 392.
- [8]韩登科,陈先社. 内镜下金属钛夹与注射止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血的临床对照研究[J]. 现代消化及介入诊疗,2017,22(3): 385-387.
- [9]陈莹,黄少娅. 精细化术中配合在内镜下金属钛夹治疗非静脉曲张性上消化道出血患者中的应用[J]. 护理实践与研究,2017,14(5): 49-51.
- [10]许世中,陈万般. 内镜下金属钛夹与注射止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血的疗效及安全性[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2016,37(32): 3998-4000.
- [11]温在博. 用内镜下金属钛夹止血法治疗非静脉曲张性消化道出血的疗效及安全性分析[J]. 当代医药论丛,2015(6): 201-202.
- [12]王志英,赖春进,李凤荷,等. 内镜下注射止血与金属钛夹止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血疗效比较[J]. 海南医学,2016,27(14): 2360-2362.
- [13]吴云春. 内镜下金属钛夹治疗非静脉曲张性上消化道出血患者凝血功能的影响与安全性分析[J]. 现代医学与健康研究(电子版),2021,5(7): 19-21.
- [14]Xie Y F, Si-Hua C, Liu Q, et al. Observation on Curative Effect of Emergency Green Channel in Diagnosis and Treatment of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding[J]. China & Foreign Medical Treatment, 2016.

护理干预在消化内镜治疗消化道出血中的应用效果

方茜茜

浙江大学医学院附属第二医院 浙江省杭州市 310000

摘要:目的: 分析护理干预在消化内镜治疗消化道出血中的应用效果。方法: 选取消化内镜治疗消化道出血患者 80 例, 随机均分为对照组和观察组, 对照组进行常规护理, 观察组进行护理干预, 统计两组患者的护理效果。结果: 观察组患者的护理效果优于对照组 ($P<0.05$)。结论: 在消化内镜治疗消化道出血患者临床治疗期间, 可在常规护理的基础上给予其一定的临床护理干预, 保证患者在接受临床护理过程中的护理满意程度以及临床护理价值, 具有较高的临床意义, 在接受护理工作期间, 还应了解患者及其家属对临床护理工作的认知, 进而排解患者内心负面情绪, 提升其临床护理效果, 符合我院对该领域的要求, 建议推广。

关键词: 护理干预; 消化内镜; 消化道出血; 应用效果

微创手术在我国一直得到良好的发展, 在进行消化道出血患者治疗过程中, 临床一般采用消化内镜治疗, 通过改善患者机体指标帮助患者抑制出血。在其中, 不仅要对患者进行临床针对性治疗措施, 还应配合相对应的临床护理服务, 改善患者临床治疗效果、降低复发率, 排解患者内心负面情绪, 具有较高的临床护理意义^[1]。在进行护理干预期间, 通过改善其临床护理工作细节, 根据患者出血状况对患者临床护理要求进行探究, 满足患者及其家属的要求。目前, 如何进行护理干预是临床护理工作所面临的重要难题。因此, 本次研究主要选取在我院就诊的消化道出血患者, 患者对其临床治疗效果进行系统性分析, 在满足患者护理要求的同时, 提升患者治疗过程中的安全性, 配合临床护理体系, 建立完善的护理流程^[2-3]。根据相关临床数据判断患者临床护理意义, 取得阶段性的进展。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 2 月~2021 年 2 月消化内镜治疗消化道出血患者 80 例, 随机均分为对照组和观察组, 每组 40 名。观察组男女比例为 22: 18, 平均年龄为 (42.51 ± 2.66) 岁。对照组男女比例为 21: 19, 平均年龄为 (43.21 ± 3.54) 岁 ($P>0.05$)。纳入标准: (1) 符合学术诊断标准; (2) 经过患者及其家属同意。排除标准: (1) 精神类疾病; (2) 临床资料不完整。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

对照组进行常规护理: (1) 在进行临床护理期间, 应通过维持患者血压以及血容量的正常, 给予患者针对性的治疗措施。在实施临床护理期间, 应通过监测患者的临床相关指标, 保证患者临床护理过程中的安全性。(2) 采用内镜下注射药物时, 应根据患者的个人意愿给予其针对性的治疗措施, 并根据医生的嘱托对患者进行针对性治疗^[4]。(3) 基础健康教育: 在对患者进行健康教育期间, 应通过了解患者文化程度以及对知识的了解程度, 给予其针对性的健康教育内容。对于文化水平相对较高的患者, 临床可以采用查阅文献等方式, 提升在治疗过程中的教育权威性。对于文化水平较低的患者, 可以采用漫画或 PPT 等形式提高其对健康知识了解程度, 使患者对疾病具有较高的了解。(4) 体位护理: 在对患者进行体位护理期间, 应指导患者形成相应体位, 避免血液倒流。(5) 心理护理: 在进行心理护理期间, 通过深入患者内心, 了解患者对疾病以及护理的具体认知, 排解患者内心负面情绪, 提升患者对临床治疗的信心^[5-6]。

1.2.2 观察组

观察组进行护理干预: (1) 制定完善的护理流程: 在进行临床护理期间, 应以护理小组的方式进行临床护理。在患者入院后, 护理小组应第一时间帮助患者建立静脉输注通道, 避免患者出现休克以及贫血。在进行临床护理期间, 应与患者家属进行细致化沟通, 通过了解患者的患病时, 判断患者的患病原因, 帮助患者完成在内进前的准备工作^[7-8]。在进行创建小组期间, 应选取具有专业临床素养的护理人员担任小组的负责人员, 小组的负责人员不仅负责统筹小组的相关护理工作, 还应负责提升患者以及护

理人员的沟通次数, 满足患者的人文关怀护理。(2) 心理护理: 在进行心理疏导期间, 应对患者进行针对性的心理护理测试, 通过摄入或者那些了解患者及家属对临床护理工作的具体意见, 并结合医院的实际情况。对临床护理细节进行不断改正, 满足患者及其家属的临床护理要求。在进行心理护理期间, 应通过组建微信群等方式加强患者之间的沟通。在微信群内, 不仅要帮助患者识别网络上的错误信息, 还应不断对患者进行疾病教育, 告知患者疾病的患病原因以及患病后的注意事项, 满足患者的情感需求^[9-10]。在进行并交流会期间, 应选取成功康复的患者进行现身说法, 告知患者疾病是可以治愈的, 避免患者及其家属对疾病治疗具有一定的恐惧情绪。了解患者及其家属的经济实力, 如果患者经济条件较差, 可以使用适当的减免策略, 避免患者因经济压力导致对临床治疗具有抵触情绪, 提升患者治疗过程中的安全性^[11-12]。(3) 疾病健康教育在患者进行手术前后, 应对患者进行疾病健康教育, 告知患者疾病的叫相关知识、患病原因、临床表现以及危险因素^[13-14]。不仅如此, 还要告诉患者在预后期间的用药知识以及饮食知识, 不仅可以加强患者的临床自我护理能力, 还可以改善患者临床复发率, 保证患者临床治疗的安全性。在进行讲解的过程中, 应通过了解患者对知识的接受度进行针对性讲解措施。建立健康知识手册, 在手册中, 不仅要告知患者该疾病的应急处理措施, 治疗原则, 还应告知其用药具体知识以及饮食知识、生活方式等, 使患者尊重手册中的临床护理措施, 保证预后期间的安全性。(4) 饮食指导: 在患者疾病预后期间, 应指导患者进行进食, 在患者止血成功后, 可以指导患者食用一些清淡的流质食物, 并根据患者的疾病情况, 对患者的饮食方案进行行为改善, 提升患者治疗过程中的安全性。

1.3 观察指标

对比患者的护理满意度、护理质量评分、并发症发生率、心理状态评分以及生活质量评分。

1.4 统计学方法

统计学结果由 SPSS26.0 统计学软件统计完成, 若组间数据对比结果差异显著 $P<0.05$, 则具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比护理满意度

观察组护理的满意度高于对照组 ($P<0.05$)。

表 1 对比护理满意度[n (%)]

组别	例数	满意	较满意	不满意	总满意数
对照组	40	23(57.50)	10(25.00)	7 (17.50)	33(82.50)
观察组	40	26(65.50)	13(32.50)	1 (2.50)	39(97.50)
X ²	-	-	-	-	5.000
P	-	-	-	-	<0.05

2.2 对比护理质量评分

观察组护理质量评分高于对照组 ($P<0.05$)。

表2 对比护理质量评分[$(\bar{x} \pm s)$ /分]

组别	例数	护理态度	心理疏导	管理措施	操作水平
对照组	40	71.98±1.54	75.69±1.55	76.65±1.69	75.87±1.87
观察组	40	80.94±1.68	81.45±1.46	82.24±1.25	82.54±1.69
t	-	27.799	18.151	18.804	18.712
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 对比并发症发生率

观察组患者并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$)。

表3 对比并发症发生率[n (%)]

组别	例数	休克	感染	贫血	疼痛	总发生率
观察组	40	0 (0.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)	3 (7.50)
对照组	40	3 (7.50)	4 (10.00)	3 (7.50)	5 (12.50)	15 (37.50)
χ^2	-	-	-	-	-	10.322
P	-	-	-	-	-	<0.05

2.4 对比生活质量

观察组生活质量评分优于对照组 ($P<0.05$)。

表4 对比两组生活质量评分[$(\bar{x} \pm s)$ /分]

SF-36	评价时间	对照组 (n=40)	观察组 (n=40)	t	P
生理功能	干预前	52.14±1.21	53.69±1.24	30.300	<0.001
	干预后	60.23±1.04	70.52±3.25		
生理职能	干预前	53.68±6.38	52.38±6.51	25.368	<0.001
	干预后	62.24±5.17	72.54±7.69		
躯体疼痛	干预前	55.28±2.54	55.72±2.57	36.574	<0.001
	干预后	63.25±1.20	76.85±3.54		
总体健康	干预前	55.35±9.65	55.87±10.25	15.687	<0.001
	干预后	63.25±11.87	68.68±9.54		
生命活力	干预前	55.68±4.25	56.97±5.24	12.048	<0.001
	干预后	65.56±1.20	70.24±1.47		
社会功能	干预前	51.34±1.47	52.47±1.86	18.957	<0.001
	干预后	63.78±4.89	70.87±3.68		
情感职能	干预前	52.69±3.68	53.47±2.54	20.577	<0.001
	干预后	65.87±2.54	70.58±2.49		
精神健康	干预前	56.69±2.54	57.41±2.79	12.547	<0.001
	干预后	62.58±5.87	71.01±6.35		
总分	干预前	432.85±27.23	437.98±30.69	-8.471	<0.001
	干预后	440.89±30.61	571.22±30.74		

2.5 对比心理状态评分

观察组心理状态评分优于对照组 (均 $P<0.05$)。

表5 比较心理状态评分[$(\bar{x} \pm s)$ /分]

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	59.36±5.47	45.37±2.76	55.74±2.84	49.39±2.47
观察组	40	58.43±5.69	32.18±2.96	56.41±2.38	39.48±2.73
t	-	0.745	20.612	0.146	17.024
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

消化出血为临床内科常见疾病,患者的临床表现为呕血以及黑便,在临床治疗过程中,一般选用消化内镜治疗法,通过改善患者临床疗效,降低对患者机体的损伤,具有较高的并发症发生率,目前已经成为临床常见治疗方式。在进行治疗期间,还应配合优质的护理措施,帮助患者进行疾病恢复的同时,帮症患者临床治疗安全性,避免患者出现复发。在实施临床治疗期间应对患者进行护理流程的建立,通过成立临床护理小组,按照固定的流程对其进行针对性的护理工作,通过完成各自的护理内容,形成一套具有规范性的临床护理程序。不仅可以提高临床护理效率,还可以加强对患者及其家属的健康教育,告知其不良生活方式对疾病的影响,保证患者建立优质的临床护理措施。最后对患者进行饮食护理,加强患者饮食护理干预,避免患者出现复发,具有较高的临床安全性。

综上所述,在对消化内镜治疗消化道出血患者临床治疗期间,可在常规护理的基础上给予其一定的临床护理干预,保证患者在接受临床护理过程中的护理满意程度以及临床护理价值,具有较高的临床意义,在接受护理工作期间,还应了解患者及其家属对临床护理工作的认知,进而排解患者内心负面情绪,提升其临床护理效果,符合我院对该领域的要求,建议推广。

参考文献:

- [1]许培东,张园.护理干预在消化内镜治疗消化道出血中的应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2021(13):2.
- [2]徐静华.Robocare护理干预在内镜下治疗肝硬化合并消化道出血患者中应用分析[J].基层医学论坛,2021,25(21):3.
- [3]黄纪宁,刘文静,单庆文,等.综合护理干预在婴幼儿消化道出血治疗中的应用效果[J].现代中西医结合杂志,2021,30(11):4.
- [4]刘霞.综合护理干预对消化道出血消化内镜治疗患者康复的影响分析[J].中国实用医药,2021,16(26):4.
- [5]Jiang S, Zhang J. Effect of Mental Nursing Intervention Under Magnetic Resonance Imaging on the Postoperative Outcome of Stent Therapy in Patients with Esophageal Cancer[J]. Journal of Medical Imaging and Health Informatics, 2021, 11(1): 150-155.
- [6]陈志勇,杜伟娟,甘敏玲.对内镜下逆行胰胆管造影术患者实施综合护理干预的效果分析[J].现代诊断与治疗,2020,31(12):2.
- [7]兰勇,李五生.消化内镜在急性非静脉曲张性上消化道出血治疗中的应用价值[J].国际感染杂志(电子版),2020,009(002):136-136.
- [8]I Fernández-Jalao, Balderas C, C Sánchez-Moreno, et al. Impact of an in vitro dynamic gastrointestinal digestion on phenolic compounds and antioxidant capacity of apple treated by high-pressure processing[J]. Innovative Food Science & Emerging Technologies, 2020, 66(3): 102486.
- [9]汤骏蛟.对接受内镜下止血治疗的消化道出血患者进行时间护理的效果分析[J].当代医药论丛,2020,18(2):3.
- [10]奚卫珍,何娜娜,张先翠,等.预见性护理在内镜下套扎术治疗肝硬化食管胃底静脉曲张中的应用[J].皖南医学院学报,2020,39(2):4.
- [11]雷卓,任潇潇,任小珊,等.全程优质护理干预在急性上消化道出血内镜治疗中的临床价值分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(13):1.
- [12]卞刚,王玲玲.浅析消化内镜治疗应用在上消化道出血治疗中的临床效果[J].中国保健营养,2020,030(010):151.
- [13]田球,王复兴.经消化内镜治疗上消化道出血的临床应用效果观察[J].中国医疗器械信息,2020,26(4):2.
- [14]周子华,陆豫,姚玉红,等.基于循证医学的优质护理服务在急性非静脉曲张性上消化道出血内镜治疗中的应用[J].长春中医药大学学报,2020,36(5):4.

浅析针灸推拿学临床教学模式的研究

吴文娟 李晓娟

河南推拿职业学院 河南洛阳 471023

摘要:本文分析了当前针灸推拿学临床教学模式的提出原因,界定了相关基本概念,介绍了针灸推拿学临床教学模式的总体框架及实施效果,对针灸推拿教育具有一定的指导意义。

关键词: 针灸推拿; 教学模式

"传统教学模式"指的是我国建国后借鉴前苏联及西方国家,通过在中国教育土壤上不断发展演化而逐渐形成的现行的教学思想体系与操作体系,其基本特征就是以知识为本位,以教师为中心,以集体教学、班级授课制为基础,在学习内容上是高度统一的百科全书式的内容,在教学方式上注重知识的传输。从我国教育发展的历史看来,客观地讲,这套教学体系或者说这种传统教学模式曾发挥了重要的作用,它适应了工业化进程和人类活动的群体化倾向。就教学层面而言,它的优点也是非常突出的,表现为:双向直接的互动交流;良好的人际交往氛围;集体学习的乐趣体验;情感活动的陶冶感染;施教活动的人格影响。这种即境性、情感化特征即使在现在,它的地位和作用也非另一种模式能完全替代,它能使师生间、生生间进行直接的互动,进行面对面的同步交流,营造一种良好的人际交往的氛围,使学生在在学习过程中感受到在集体中学习的快乐,培养学生的集体观念、严格的组织纪律性,促进学生的道德感、意志、自我意识等重要品质的养成。它能促使教师注意自身的教师形象,在教学中能够做到言传身教。在传统的教学模式中,教师的教学活动不但使学生学到知识,而且还可以发挥教师自身的人格魅力,在平时的接触中对学生产生潜移默化的影响。当然,传统教学也存在着诸多需要改革的弊端。首先是教学活动的定时定点。教学活动在时空上受到很大的限制,教师只能在特定的时间、特定的地点传授特定的内容,学生几乎不能对教学的内容和教学的进度进行选择。其次是教学过程的定调定步,设定所有的学生具有相同知识基础,通过教学所有的学生要达到相同的教学目标。虽然在课堂教学中有师生间的互动,但以教师与整个班级的互动为主,多数情况下教师处于教学的中心地位,而学生则处于被动接受的地位。教师为了面向大多数学生,无法充分地考虑学生的个性需要。其三是教学内容的定性定量。教学中更注重的是规定的课本知识的传授,在特定的时间内要完成特定的教学目标,教师无法做出太多的拓展和延伸,学生没有选择学习内容的自主权,并且在不同程度上由此忽视对学生的自主学习、自主探究能力的培养,忽视对学生学习方法、学习策略方面的关注和指导。这些局限是程式化和同步化的传统课堂教学无法回避的现实。因此,新的教育形势期待着传统的课堂教学模式应该寻求新的教育技术和教育思想支撑,以寻找新的发展点与突破点。

传统的课堂教学与以网络技术为核心的现代教育技术的整合,展现出传统课堂教学的改革新视野,它是一种发挥现代教育技术长处、保持传统课堂教学的长处的优势互补、扬长避短的教学策略,通过有机的整合过程可以促成具有重大的现实意义教学模式的形成。我们进行课题研究的过程中对此逐渐有了清晰的思路,并结合在网站建设研究的成果大力推进课堂教学与网络资源整合研究,逐步形成了具有我校特色的"基于教师个人主页"的课堂网络教学模式。

改革开放以来,中医院校已成为培养中医药人才的主要渠道针灸推拿专业教育也逐渐完善。针灸推拿作为中医中独具特色的一部分,正在为人类的卫生保健事业发挥着积极的作用,在世界范围内受到越来越多的关注。由于传统医学模式的转变,现代社会需要未来的针灸医师不但要具备扎实的中医理论基础,同时也要掌握现代医学科学的基本技能具备较强的沟

通、协作能力和人文理念。这就需要我们制定更加合理的教学模式,以适应这一转变。我们在长期实践的基础上,提出了针灸推拿学临床教学模式,并不断完善在针灸推拿人才培养上取得了明显的成效。

1 针灸推拿学阶梯式临床教学模式的提出

1.1 满足当前社会需求的需要

目前,针灸推拿学广泛应用于治疗神经系统、消化系统、呼吸系统、内分泌系统、生殖系统和免疫系统等疾病,并扩展于美容、保健和康复等方面同时,国外对中医学特别是针灸推拿的认同度越来越高,这为针灸、推拿人才就业提供了极有前景的市场。因此,面向国内外市场的人才需求,有必要建立一套科学合理的人才培养模式,通过系统的知识和能力训练提高针灸推拿专业学生的培养水平。

1.2 适应当前针灸推拿学专业培养目标与方向的需要

培养新时期的针灸推拿专门人才为各级医院及研究单位(包括攻读硕士研究生)输送合格的人才为高等中医药院校针灸推拿专业培养的目标。就本科针灸、推拿专业而言,学生在校期间,除了学习中医、西医知识之外,还应重点系统地学习针灸、推拿学知识并接受专业训练,这样他们走出校门之后,专业方向才能明确。因此,临床动手能力的培养就愈加重要。必须制定科学合理的教学模式才能够使同学们循序渐进地锻炼专业素质,提升就业能力。

1.3 改进教学模式提升学生培养质量的需要

针灸推拿教学由于受传统教育观念的影响,长期以来基本是采用教师讲授为主体、学生被动接受的"填鸭"式的学习模式。以记忆、灌注、考试为主,只强调教师的教而不注重学生的学重知识传授而轻素质和能力的培养。学生处于教学的被动地位,未能真正成为学习过程的主体,极大地制约了学生主观能动性的发挥,最终造成学生在临床上动手能力差面对患者束手无策的尴尬局面,从而影响到学生就业。阶梯式临床教学模式根据学生所处的阶段,有计划、有目的地进行强化训练,有效地弥补了传统教学模式中知识连贯性不足与运用障碍能够有效地提升学生的培养质量。

2 针灸推拿学阶梯式临床教学模式的界定及其界定

阶梯式临床教学模式就是指为适应当前针灸推拿学专业学生能力培养的需要根据针灸推拿学操作性、实践性强的特点,按照人类认识事物从感性认识到理性认识,再从理性认识到实践的客观发展规律要求,遵循循序渐进的学习方法,把针灸推拿本科学习分解成若干个阶梯,根据每一阶梯的教学目标系统围绕专业能力塑造、知识传授、素质培养进行教学,以动态的观点去把握教学过程本质和规律。

3 针灸推拿学阶梯式临床教学模式的总体框架

3.1 基本思路

针对传统临床教学模式的弊端我们确立如下改革思路:通过改革,建立合理、优化的课程结构和体系,使学生形成良好的知识结构和智力结构;强化学生思维方法和实践技能训练,使学生获得较强的自主学习能力及综合分析和解决问题的能力;优化考核评估体系,采用科学、系统的考核方法,实现课程考核由以考知识记忆为主向知识、技能、态度综合评估转变。

3.2 实施方法

3.2.1 第一阶段：基础教学环节

1) 优化课程设置,加强专业课及专业基础课教学。专业课和专业基础课是打好基础,提高学生综合能力的基本前提。这一环节的最基本目的是打牢学生的临床基本功,确保学生在面对病人实习之前掌握“三基”,不把病人当作实验品。为此,我院制订了“关于加强基础课、专业课教学的规定”,规定专业基础课、专业课教学以传授基本理论、基本知识和基本技能为目的,必须按照教学大纲进行,完成教学大纲所规定的内容与要求。

2) 加强教学质量评估,优化教学效果。教学质量评估是检验教学质量的重要手段,是实现人才培养,达到教学目标的基本保证。通过评估,可以促进教学管理工作科学化、规范化,促使教师改革教学方法,提高教学质量。

本院建立专家评教、教师互评和学生测评的三级评价体系。一是聘请德高望重的离退休老专家作为专职督导人员,随机检查教学过程及其关键环节,发挥他们在教学工作中的传、帮、带作用,提高了年轻教师的教学能力;二是安排学院主管教学的领导以及教师相互听课并进行客观评价;三是课程结束后,组织学生对教师教学水平和教学效果进行评价。最后,根据三级评价结果对优秀教师的教法给予推广,并对评价结果较差的老师提出整改意见,最终达到优化教学效果的目的。

3) 通过学术交流为学生答疑解惑。根据教学进度定期开展学术交流活动,通过讲座和学术、学习交流,为学生答疑解惑稳定专业思想,激发学生学习热情。在讲座过程中,专家能够了解同学们对所学知识的掌握情况,并在学习方法上给予指导。在讲座、交流过程中,同学们能够接触到本专业最前沿的进展情况,增强了学习兴趣,稳定了专业思想,夯实了专业基础,学习积极性和主动性进一步提高。

3.2.2 第二阶段：竞技锤炼环节

1) 每年举办一次青年教师大奖赛促使教师提高教学水平。提高教学质量教师是关键,青年教师打下扎实的教学功底,更是重中之重。通过举办教师教学大奖赛等方法,拓展多种培养途径,促进青年教师教学上台阶、上水平。经过几年实践证明,该方法行之有效。青年教师迅速成长起来,不仅使基础医学教学质不断提高,也得到广大教师和学生的认可。

2) 每学期在学生中举办基本功大赛激发学生专业学习兴趣。正确临床思维的形成绝非一朝一夕之功,它来自刻苦的学习和不断的钻研。学生临床思维的培养不应当是纯理论的探讨,它必须根植于教学实践。举办学生基本功大赛是检验和提高学生基本理论知识和实践动手能力的良好手段。基本功大赛考查内容包括功法、针法、经络腧穴定位等基本理论知识的掌握情况和针灸推拿手法技能操作掌握情况等。每个环节均由专家对学生的回答以及操作做出点评,纠正学生的理论知识上的错误和操作手法上的不足。基本功大赛为学生提供了一个检测能力的平台,用竞赛的形式来激发学生理论学习和手法练习的热情。

3.2.3 第三阶段：实践提升环节

“纸上得来终觉浅,绝知此事须躬行”,医学生要不断强化基本临床训练在实践中加强逻辑推理和整合能力,学会逐步总结归纳病人的所有信息,并用相关理论来解释病人的各种表现。为了使培养的学生一走出校门便能基本上胜任自己的工作,得到社会的认可,这就要求我们在校期间给学生更多的实践机会,尽早地使理论与实践相结合。

1) 开设各门教学实践课。实践教学首先要抓紧课堂中的实践机会。我院针对针灸推拿专业的学生开设相应的实践教学课,如点穴科推拿手法课、康复实验课等。在实验课上,针对存在的问题,强化操作训练和能力训练适合在实验教学中的理论讲授部分,从理论向实验转移单独设立实验课程;在实验课考试考核方法上,与理论课同样要求单独考试或考核并以动手操作与笔试结合。

2) 建立临床带教及病例讨论制度。临床实习带教是针灸推拿教学的重要组成部分。带教老师是学生学习的榜样,不仅教学生技能同时也传授情感[3],是实现培养目标、落实教学计划的关键。我院在规范临床带教,严格

选拔带教老师,对带教老师进行培训、考核;定期召开带教老师及实习学生座谈会,注重实习生及校方对临床带教老师的反馈评价,环环相扣,在临床带教中收到了良好效果。

另外,我们采用病例讨论的教学方式,通过临床的真实病例所呈现出的病情及变化,引导、鼓励和要求学生从复杂的病情表现中,运用所学的医学知识通过临床诊断思维,使学生学到在书本上难以学到的临床诊断思维和治疗技能。

3) 鼓励并带领学生定期参加社会实践。学生实践能力是衡量针灸推拿教学质量的重要标志。为提高同学们的实践动手能力,我院成立了针灸推拿协会,由辅导员作为协会的指导教师,聘请本专业的专家、教师和优秀的研究生进行义务授课和指导,为提高实践能力搭建了良好的平台。我们经常组织同学利用节假日外出进行义诊活动,免费为群众提供医疗咨询和服务。同学们用针灸、推拿、耿等疗法为普通市民治病,既方便了市民,又使自己有了自接触病人的机会。加之教师有针对性地进行讲解,边示范,调动了学生的积极性,增长了才干。许多同学在参加义诊后说自己找到了做医生的感觉,也体会到了作为一名医生的责任。

3.2.4 第四阶段：评估验收环节

为相对客观、有效地评价针灸推拿专业学生毕业实习临床技能情况,本院在中医院校创造性地制订了针灸推拿专业毕业实习临床考核规范体系,从病史采集能力考核、体格检查能力考核、辅助检查运用能力考核、经络、腧穴及针刺技术操作能力考核、推拿手法操作的能力考核、病历书写能力考核等六个环节进行考试。该体系在毕业考试及阶段性考核以及出科考试中运用,突出了针灸、推拿手法操作能力的考核可操作性强大大提高了学生的临床应诊能力和创新能力,推进了人才培养模式的改革。

4 针灸推拿学阶梯式教学模式的实践成效

阶梯式教学模式使学生能够明确不同阶段的学习目标,参与职业生涯的自我设计,循序渐进地提高针灸推拿专业学生的临床工作能力,最终通过自己的努力来独立为病人服务。该教学法可以充分调动学生学习的主动性及创造性,有利于独立工作的能力培养,也让学生自己有成就感和自我价值的体现,对巩固针灸推拿专业思想,优化教学结构,培养高质量人才具有一定的意义。

总之,阶梯式临床教学模式是一种可行的教学模式,经过多年的实际教学实践该教学法在针灸推拿专业人才的培养中收到了良好的教学效果。

参考文献:

- [1]汪丽娜,毛慧娟,刘胜,秦梦,魏建子.三种教学方法在实验针灸推拿学课程教学中的对比研究[J].中华医学教育杂志,2019(11): 827-828-829-830.
- [2]邓曙光.对分课堂在中职针灸推拿学教学中的应用探究[J].卫生职业教育,2019,37(20): 71-72.
- [3]邓曙光.浅谈中职学校针灸推拿学微课教学与传统教学的有效融合[J].卫生职业教育,2019,37(18): 77-78.
- [4]杨建红.浅谈针灸推拿学专业教学改革[J].才智,2019(14): 44.
- [5]苏倩.情景启发式教学在针灸推拿学教学中的应用[J].新校园(阅读),2018(09): 41.
- [6]王储平,张欣,陈邵涛,周丹,景宽,陈永智,刘飞,卓越,张昊旻,袁洪平,刘明军.针灸推拿学专业“五位一体”教学质量保障体系的构建[J].长春中医药大学学报,2017,33(06): 1007-1010.
- [7]梁英子.浅析融合康复治疗 of 的针灸推拿学教学改革[J].才智,2017(24): 135.

作者简介:吴文娟,女,1984年11月2日,汉族,河南洛阳人,助教,大学本科,研究领域:针灸推拿。

李晓娟,女,1983年05月23日,汉族,河南许昌人,助教,大学本科,研究领域:针灸推拿。

循证护理在风湿内科护理临床教学中的应用效果

严莉莉 王晶 通讯作者

南通大学第二附属医院（南通市第一人民医院） 江苏省南通市 226000

摘要：目的：为提高风湿内科护理带教质量，深入分析在其临床带教中应用循证护理的实际效果。方法：正式开展本次研究时，在风湿内科中随机选取 40 例实习护士作为研究对象，在对其基本资料进行简单分析后确认符合入组标准，无中途退出或请假情况。将对 40 例实习护士进行随机分组，一组继续使用常规护理地带教方法，另一组则使用循证护理教学模式，并分别命名为常规组、循证组，比较两组实习护士的考核成绩。结果：本次研究中，首先评估统计了两组实习护士的考核成绩，从循证组具体情况可见，其基础理论知识、实践操作能力、批判性思维能力评分分别为（89.69±5.14）分、（90.24±5.36）分、（91.34±5.26）分，反观常规组分别为（81.32±3.26）分、（81.47±3.36）分、（82.25±3.14）分，循证组实习护士的考核成绩明显高于常规组，（ $P < 0.05$ ）。其次，对两组实习护士的满意度进行了简单分析，其中循证组的满意度相对较高，（ $P < 0.05$ ）。结论：风湿内科临床护理带教中应用循证护理可以有效提高综合素质水平以及批判性思维。

关键词：风湿内科；循证护理；临床护理带教；考核成绩；满意度

Application effect of evidence-based nursing in clinical teaching of rheumatism internal medicine nursing

The Second Affiliated Hospital of Nantong University (Nantong First People's Hospital), Nantong 226000, Jiangsu Province, China

Yan Lili Corresponding author Wang Jing

Abstract: Objective: In order to improve the quality of rheumatism internal medicine nursing teaching, in-depth analysis of the practical effect of evidence-based nursing in its clinical teaching. Methods: During the formal launch of this study, 40 cases of practice nurses were randomly selected from the department of rheumatology as the research object. After a simple analysis of their basic information, it was confirmed that they met the inclusion criteria without quitting or asking for leave. Forty cases of practice nurses were randomly grouped, one group continued to use the conventional nursing zone teaching method, the other group used evidence-based nursing teaching mode, and were named as the conventional group, evidence-based group, to compare the assessment results of the two groups of practice nurses. Results: In this study, the assessment scores of the two groups of practice nurses were firstly evaluated and statistically analyzed. The specific situation of the evidence-based group showed that the scores of basic theoretical knowledge, practical operation ability and critical thinking ability were (89.69±5.14) points, (90.24±5.36) points and (91.34±5.26) points respectively. In contrast, the scores of the conventional group were (81.32±3.26), (81.47±3.36) and (82.25±3.14), respectively. The assessment scores of the evidence-based group were significantly higher than that of the conventional group ($P < 0.05$). Secondly, the satisfaction of the two groups of practice nurses was briefly analyzed, and the satisfaction of the evidence-based group was relatively higher ($P < 0.05$). Conclusion: Evidence-based nursing can effectively improve the level of comprehensive quality and critical thinking in clinical nursing teaching of rheumatism medicine.

Key words: rheumatology; Evidence-based nursing; Clinical nursing teaching; Assessment results; degree of satisfaction

前言：风湿病在当下有较高发病率，类型多样且复杂，如类风湿关节炎、多发性肌炎、风湿热、反应性关节炎等，此类病症往往经久不愈，会给患者身心健康造成深远影响。目前风湿内科临床治疗中不仅应重视提高治疗有效性，还应关注护理的合理性、优质性，帮助改善患者生理和心理状态^[1]。循证护理是一种新型护理模式，以循证护理理念为主，主张从患者个体化角度出发，综合过往临床实践经验并结合患者的具体情况开展针对性护理，不仅如此当前循证护理也可被应用于风湿内科的临床护理带教，相信在其帮助下能够进一步提高护理人员的综合素质水平，以下研究中便对此进行了简单分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

共 40 例研究对象参与本次实验，于 2021 年 1 月至 2022 年 1 月期间实施，研究对象均为风湿内科实习护士，包括 2 例男性和 38 例女性，年龄 21~23 岁，平均（22.2±0.7）岁，学历方面包括 11 例本科和 19 例大专。在入组后将 40 例实习护士随机分配为了常规组和循证组，每组 20 例。

纳入条件：①自愿参与本次实验；②无中途退出情况；③均于风湿内科中进行护理实习。

1.2 方法

继续于常规组中实施常规带教方法，按照教学大纲围绕风湿内科常见病症的特点、护理要点、护理风险防范等方面进行教学。

在循证组则通过循证护理开展临床护理带教，①成立循证带教小组：循证护理是一种新型护理模式，将其应用于临床护理带教中更是一个大胆的尝试，基于此风湿内科护理管理部门应选取具备丰富护理工作经验的护士作为带教老师 3~5 名即可，由护士长作为小组组长，需组织所有小组成员学习循证护理理念，每周 2 次理论教学；同时在实际带教中，应重点向实习护士灌输有关循证护理的内容，如循证概念、循证方法、循证护理理念的优势、实际案例等，便于实习护士可在日常学习中逐步加深对循证理念的认知^[2]。②制定带教方法：风湿疾病在当下发病率高，不过从相关临床研究来看在治疗方法上依然比较局限，患者依然会长期持续性地受到风湿疾病的长期影响。而在护理带教中，带教小组应重点整理、总结风湿内科特点、风湿疾病特点，同时对过往护理带教中的问题也要进行回顾性分析，并通过循证方法逐一解决。在对患者的护理带教中，可将实习护士分为 2~3 个小组，并针对同一患者制定循证护理方案，带教老师可对实习护士的循证方案进行评估。此外，教师要在评判实习护士的护理方案时采取

批判性眼光,促使实习护士们能够及时发现并解决护理方案中的问题。③循证过程教学:循证护理有一个比较系统性、流程的循证过程,护理带教中应指导实习护士学习循证过程,使其可以捋顺循证护理的实际应用方法。例如对于类风湿性关节炎患者的循证护理,首先应详细了解患者的基本情况,如年龄、病程、侵犯程度等,其次应通过循证方式于万方、知网、维普等资源网站检索“类风湿性关节炎护理”的相关内容,而且对于已经查找到的文献资料更要深入分析,找出比较科学、合理的护理措施,与此同时应将已经查找到且比较有效的护理措施与患者实际情况相结合而制定护理对策。带教老师在循证护理中应深入发挥自身引导、指导作用,在实习护士实践循证护理流程的同时积极发现、记录存在的问题,并在课后告知实习护士。另外也应由各学习小组之间互相进行循证方案的评价,并应用批判性思维予以深入分析。

1.3 观察指标

定期对两组实习护士进行考核,比较两组实习护士基础理论知识、实践操作能力和批判性思维能力评分。其次,应向所有实习护士发放临床带教模式满意度调查问卷,用于评估实习护士对带教模式的认可程度,最高100分,根据分值的不同确认具体满意情况,具体分值范围包括0~60分、61~80分、81~100分,分别对应不满意、满意、非常满意,满意度=满意率+非常满意率^[3]。

1.4 统计学处理

将SPSS21.0软件作为本次研究中统计学处理支持工具,对所有实验过程中的数据信息进行统计学处理。研究中所包含的数据资料为计数资料和计量资料,在实验过程中的数据分析中使用“±”、“%”表示,并且还需对计数或计量资料进行数据检验,可将“t”或“X²”作为检验工具并确认是否存在统计学意义,对于数据差异明显且存在统计学意义的情况可表示为(P<0.05)。

结果

2.1 考核结果

经过对两组实习护士的考核结果进行评估分析后确认常规组相对比较逊色,询证组更优,(P<0.05)。

表1 考核成绩比较(分)($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	基础理论知 识	实践操作能 力	批判性思维 能力评分
常规组	20	81.32±3.26	81.47±3.36	82.25±3.14
循证组	20	89.69±5.14	90.24±5.36	91.34±5.26
t 值		6.258	6.336	6.417
P 值		0.001	0.012	0.002

2.2 满意度

通过满意度调查问卷评估了两组实习护士对带教模式的满意度情况,结果显示循证组的满意度显著高于常规组,(P<0.05)。

表1 满意度比较(%)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
常规组	20	10	7	3	85%
循证组	20	12	7	1	95%
X ² 值					12.036
P 值					0.013

讨论

风湿病是一类比较特殊的病症,患者往往会存在关节、骨骼、肌肉被侵犯

的情况,日常生活中伴有明显的疼痛症状,虽然当前医学领域对风湿病的研究颇深,但对其具体病因依然不明确。现如今对于风湿病不仅要重视加强治疗,还应注重护理措施的实施,并应进一步提高护理的针对性、科学性和有效性。

临床护理带教是临床科室中快速提升护士专业素质水平的重要手段,相比其他科室,风湿内科具有特殊性,护理工作较为复杂,且风湿病患者的情况也较为多样,因此如何进一步提高风湿内科的临床护理带教质量十分重要^[4]。循证护理在当前正在被深入应用到了临床护理中,在其帮助下能够有效提高护理针对性和有效性,基于此在本次研究中探析了将其应用于风湿内科临床护理带教中的具体效果,从本次研究结果中表1所示可见,应用循证护理带教方法的常规组,实习护士的理论和实践操作考核成绩均更优于常规组,(P<0.05)。

循证护理模式应用于风湿内科临床护理带教中具有以下几方面优势,①可提高实习护士积极性:护理带教是一个学习的过程,能够让实习护士将理论与实践相结合,逐步将自身所学的理论知识融会贯通,但是据实际情况来看,常规护理带教模式有一定的局限性,以至于许多实习护士的学习积极性不高,但在循证护理带教方法下这一问题得到了解决。循证护理带教模式下更加注重培养实习护士的自我探索能力,因此在实际教学中往往会让实习护士们从患者的具体情况去自行摸索、循证并制定护理方案,并由老师负责评估、评判,因此在该临床护理带教模式下可以有效激起实习护士的积极性。②可提高实习护士综合能力:循证护理本身便是一个系统性的流程,更是可以用于提高实习护士综合能力的过程。在循证护理带教模式下,实习护士需按照循证护理的具体流程制定护理方案,如要了解患者情况,根据其具体情况进行循证查找,借鉴文献资料中有价值的内容,并结合患者的具体情况制定相对更为科学、有效的护理方案。总的来看,在该过程有效锻炼了实习护士的理论实践能力,也提升了其综合能力,不仅如此,还能够提高实习护士的使命感与责任感^[5]。③提升实习护士的职业自豪感:护理在临床工作中占有重要地位,近年来风湿疾病发病率高,对护理质量的要求在逐步提升。通过使用循证护理带教方法的应用,有助于让实习护士学会“理性思考”,前文中提到循证护理方案的制定是一个系统性的过程,这其实也是理性思考的过程,能够让实习护士在制定护理方案时能够全面、综合地评估患者情况,更能够真正做到发现护理中的问题并解决问题,这一过程中不仅可以逐步提高自身综合能力,锻炼理性思维,更能够进一步提升自身职业自豪感。

风湿内科临床护理带教工作中加强对循证护理的应用能够有效提高实习护士学习质量,同时可以提升其综合能力和职业自豪感,且还可以得到实习护士的认可。

参考文献:

[1]宋琴,石代红.循证护理教学法在临床护理教学中的应用评价[J].卫生职业教育,2021,39(11):94-96.
[2]李敏莉.循证护理在高职妇产科护理学教学中的应用[J].现代职业教育,2020(52):230-231.
[3]郭艳荣.基于ADDIE教学理论的护士分层在线培训系统模型对肿瘤内科护士癌痛控制护理能力的影响[J].护理实践与研究,2020,17(24):128-131.
[4]杨宁,邹媛,张丽,张明,时雨.循证护理在临床教学中的应用探讨[J].医学教育研究与实践,2019,27(05):916-919.
[5]孙丽,宋红花.循证护理干预对风湿免疫病患者生存质量的影响[J].心理月刊,2019,14(12):114.

一体化教学模式应用于高职护理专业教学中的价值探讨

郑丽敏 杨媛萍

湄洲湾职业技术学院 351254; 莆田学院附属医院 莆田 351100

摘要: 目的 研究高职护理专业中采取一体化教学模式时的价值。方法 纳入我院 2019 年 1 月-2019 年 12 月实习的 92 位护士,以抽签法分为两组。观察组实施一体化教学,对照组实施常规带教,比较带教效果。结果 比较两组带教满意率、考核成绩,数据有差异 ($P<0.05$)。结论 高职护理专业教学中选择一体化教学模式,实习生满意度高,有利于提升成绩和实操能力。

关键词: 一体化教学模式; 高职; 护理专业; 教学

在当前医学理念中,培养护理实习生愈发注重对其创新和探索能力的培养,在高职院校护理专业中,良好的带教有利于实习生综合素养的提升^[1]。护理专业不仅需要坚实的理论基础,实操能力也需具备。因此在带教院校护理实习生时,必须摒弃传统的教学模式,重点探讨多样化的教学形式,以此来弥补常规带教中的不足之处^[2]。回溯以往常规带教过程,不难发现带教老师缺乏对实习生主动性方面的引导,也将导致部分实习生在学习期间面临诸多问题。在本文研究中所纳入的一体化教学模式重点提高了实习生适应能力,使其能够更好地全身心投入到临床实践中,并能很好地将其所学到的理论和实践相结合,在教学期间取得的效果十分显著。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019 年 1 月-2019 年 12 月,纳入 92 例于我院实习的护士,以抽签法分为两组。观察组男女各 1、45 例,年龄 18~22 岁,平均 (20.5±1.11) 岁;对照组均为女性,年龄 18~23 岁,平均 (20.3±1.16) 岁。上述资料对比无差异,具有可比性 ($P<0.05$)。

1.2 方法

对照组选择常规的带教形式,主要按照以往的教学大纲开展,不进行其他形式上的创新。

观察组选择一体化教学,具体内容为:(1) 首先在开展带教前需要展开调研,同时安排专家进行论证,与自身亲身体验相结合,根据目前临床中的护理环境、护理质量任务来模拟后续的教学训练,尽可能地为实习生营造出更加真实的临床情境。在情境的构建中,要纳入患者入院、门诊、护理、治疗等多个方面,根据不同阶段的护理来展开针对性的教学,优化学习的目的,制定更加科学地训练方法来提高实操技能的学习,并积极面对一体化教学相关的构建。除此之外,在教学过程中必须和医院的实际情况相结合,在教室中可以适当地设置临床设备,对于实践的操作以及理论的学习,创造出充分的条件。并且也保证实习生能够顺利地完成任务。(2) 在开展一体化教学期间,应当设立独立的教室。教师在进行带教时可在一体化教学教室内完成,这样能够保证理论和实践的充分结合,也可以引导实习生更好地完成各项训练任务。而对于学习期间实习生所面临的问题,教师进行针对性地讲解和示范,帮助护理实习生对问题的理解和进一步认知提升。(3) 在一体化教学过程中,除了选择教师单一地带教外,还可以纳入双师型团队构建,例如邀请临床一线的护理专家在院内中开始讲座,为实习生来讲解临床护士护理患者时经常遇到的难点以及医护技能,尽可能地将教学和实践的距离拉近。对于整个一体化教学而言,教学设计过程中一方面需要保证选取材料的典型性,另一方面在授课过程中需要充分解注重护理目标的实现,将其充分与实际情况相结合,从而获取更高的理论支持。尤其对于实践的过程,要加以回顾,重点将问题的解决方式提出。

在开展一体化教学过程中,重点将操作视为主体,在训练实操过程中辅以经验理论学习,将两者充分相结合,方能使实习生的学习效果大大提升。

(4) 在带教结束后,必要的教学评价必不可少。在本次一体化教学评价中,针对理论知识的评价,可以由带教老师制定名词解释、填空、选择、回答等多种题型评价;另外安排专业的操作考试来评价实习生实操技能;对于综合素质的测评,需要在两组实习生出科时进行综合评估,评估的项目包括医德医风、理论联系实际、独立思考能力、沟通能力等多方面,确保实习生在出科时能够更好的解决问题。

1.3 观察指标

(1) 满意度等级分为满意、比较满意、一般满意、不满意。

(2) 考核成绩指标:理论知识、实操能力,考核得分以实际为准^[2]。

1.4 统计学分析

采取 SPSS 20 处理, χ^2 检验计数资料,百分数表示; $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,t 检验, ($P<0.05$) 说明有差异,有统计学意义。

2 结果

2.1 带教满意率对比

观察组带教满意率高于对照组,数据有差异性 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 带教满意率对比

组别	n	满意	较为满意	一般满意	不满意	带教满意率
观察组	46	31(67.39)	10(21.73)	3(6.52)	2(4.34)	44(95.65)
对照组	46	20(43.47)	11(23.91)	6(13.04)	9(19.56)	37(80.43)
χ^2	\	5.323	0.061	1.108	5.059	5.059
P	\	0.021	0.803	0.292	0.024	0.024

2.2 考核成绩对比

带教前两组考核成绩数据无差异 ($P>0.05$),带教后对比可见有差异 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 考核成绩对比

组别	n	理论知识		实操能力	
		带教前	带教后	带教前	带教后
观察组	46	67.51±3.16	86.57±2.95	68.14±2.14	89.49±2.18
对照组	46	68.62±3.28	77.57±3.14	68.21±2.28	78.47±2.21
T	\	1.652	14.467	0.151	24.076

P	0.101	0.000	0.0879	0.000
---	-------	-------	--------	-------

3 讨论

在当前社会中从临床医学的发展现状来看,整体的就业环境相对来说十分严峻,所以在高职院校护理专业开展,带教师带教的方向必须明确,要让实习生更好地适应后续社会的发展,所以打破传统的教学观念,势在必行^[3]。因为在传统教学过程中,更多的是将理论知识作为重要目标,而忽略了实习生实操能力的提高,所以在实际教学期间,必须着力于转变教学目标,教学过程中通过一体化的教学模式,能够使学科和教学体系发生明显的变化,并且将职业教育中的主要培养目标更加明确,也能强化护理教学中对于资源的整合^[4]。在这一过程中,教学活动便实现了根本性的转变,一方面扭转了实习生的培养目标,另一方面也转变为一体化的实训,使实习生的实践能力得到锻炼^[5]。在实际教学期间,教师首先对理论知识加以深度讲解,然后着力于开展实操相关的训练,在这种教学模式下弥补了以往理论和实践脱节的问题,从实际应用来看,充分适应了高职院校护理专业的发展需求。尤其在整体护理专业的教学中,所涉及的内容极其复杂繁多,各项动手操作对于实习生个人技术的要求相对较高,在开展一体化教学后,便能使实习生的学习积极性得到提升,也打破了传统填鸭式的教学方案,使整个教学效果得到改善。

在选择一体化教学时,它的实施往往能够实现理论和实践之间的融合,尤其这一教学方式下,实习生所面临的环境与真实工作环境极其相似,在讲授知识的过程中可以和实操相融合,极大程度上保障了知识的灵活应用。当然在进行实操锻炼时,教师通过引导实习生亲自动手,在动手过程中也能加深对理论知识的记忆力和理解程度,实习生的学习主动性和积极性明显得到提升。尤其在高职院校中,目前对于知识的应用性,关注度较高^[6]。而为了提高实习生对于理论知识的学习效果,必须让他们清楚理论对于实践的指导意义,这样方能使其学习的主动和自觉性提高,在一体化教学期间实习生更像是学习的主人,在开展教学活动过程中,教师可以针对性地为实习生展开演示和讲解,对于师生间的有效互动也有明显增加,极大程度上提升了教学的效果和实习生学习质量。

从当前我国整体的教育体制现状来看,书本教学仍然是重中之重,而实践教学是基础,所以在教师带教过程中,传统教学更注重理论知识的教学,却限制了实习生实践和创新力的发展^[7]。在一体化教学过程中,十分强调实践教学的必要性。而在思考这一问题时必须明确,无论任何教学形式理论和实践的实践教学主体地位,实际上无法相互区别。而是两者只有相互渗透才能达成更高的教学目标,这也是高职护理专业培养的终极目标^[8]。其中实践和理论的关系相当于源头和河流,所以实践对于理论而言有着促进意义,反之理论则具有指导性的价值,所以任何教学课程不能将理论和实践相分割,当然也不可过多的偏向于某一种教学,两者只有相互依托和相辅相成,方能够发挥最大价值^[9]。但是就高职护理专业而言,这一学科对于理论知识的学习当然必不可少,但是实操能力却决定着护理人员专业水平的核心根本,因此在展开教学时打破传统的教学形式,提高实践能力的培养十分有必要^[10]。

一体化教学体系在教学过程中打造了一个完善的实践教学体系,它的应用更多地在于提升实习生的独立自主创新能力,尤其在教师的引导下也突破了传统理论课堂的限制,极大程度上构建了新的教学体系^[11]。而这一体系将培养实习生综合能力放置在最最重要的位置,而且也融合了实践教学方案,所以对于一体化的教学构建极其重要。在整个实践教学过程中,对于教师所提出的要求也更高,这种带教模式下,不仅仅要求教师对于课堂

知识的认知要有深度,同时也要具备极其熟练的实操能力^[12]。但是目前课堂中,重理论轻实践的教学形式使教师自身的实践能力相对薄弱,他们也更加注重理论知识的学习,这样一来在授课期间便形成一个恶性循环,导致实习生动手能力极差,这与当前教育理念中培养全能型人才的目的相悖。

在本文研究中,比较两组带教满意率、考核成绩,数据有差异($P<0.05$)。具体分析为:在选择一体化教学时,使实习生的学习兴趣得到调动也充分保证了教学效果,而且在整个学习期间充分调动了实习生的学习兴趣,在学习过程中实习生的学习状态不再是被动式地学习,而是更偏向于主动积极参与到实操中^[13]。这一教学模式下,实习生对于问题的独立思考能力也得到了极强的锻炼,在进行护理实操时,实习生更愿意主动思考实操与理论知识间的联系,将两者融会贯通。可见一体化教学模式的应用打破了传统灌输式的教学理念,使实习生自身的理论知识和释放能力均得到提升,也不断强化自身对于专业知识的学习程度^[14]。

综上,高职护理专业教学中选择一体化教学模式,实习生满意度高,有利于提升成绩和实操能力。

参考文献:

- [1]武峰玲.基于X-mind的高职护理专业教学模式探索——以“护理心理学”课程为例[J].教育理论与实践,2021,41(30):34-37.
- [2]彭兰,黄琼,赵艳,等.护理专业中高职衔接中基础医学与护理的课程教学模式研究[J].西南师范大学学报(自然科学版),2021,46(3):194-200.
- [3]陈晓娜,杜娟,王敏,等.混合教学模式在高职院校专业课教学中的实践——以护理专业为例[J].辽宁高职学报,2021,23(2):49-54,102.
- [4]陈秋,沈军,张虹,等.现代医学模式视角下高职护理专业老年护理教学“123”融合式改革方案的应用研究[J].重庆医学,2021,50(3):538-540.
- [5]蒋靖志,陈尚,刘晓梅.“三明治”教学法在高职护理专业解剖学实验教学应用的SWOT分析[J].解剖学研究,2021,43(4):435-437.
- [6]郭庆河,赵会超,于春晓,等.虚拟实验室在高职护理专业解剖学教学中的应用[J].解剖学研究,2021,43(4):427-429.
- [7]徐小洁.翻转课堂在高职五年制护理专业人体解剖学教学中的应用[J].解剖学杂志,2021,44(3):264-265.
- [8]李丹,王娟,曹文静.基于杜威教育理论的项目教学法在高职老年护理教学中的应用效果[J].广西医学,2021,43(2):251-254.
- [9]林秀芝,南桂英,杨栋梁,等.基于现代学徒制双元两阶段高职护理专业模块化课程体系构建及实践[J].护理学杂志,2021,36(10):67-70.
- [10]金晓峰,陈菲儿.高职护理专业实训基地建设与管理“123”模式探究[J].实验室研究与探索,2021,40(7):261-265,308.
- [11]冯培.基于智慧教学平台的对分课堂在高职护理学基础中的应用效果[J].护理实践与研究,2021,18(16):2518-2522.
- [12]王清秀.过程性评价在高职《护理美学》教学中的应用[J].中国实用护理杂志,2021,37(8):625-630.
- [13]牛林艳,张弘强,马腾,等.任务驱动式小组工作坊学习在蒙医护理专业本科生《护理教育学》课程中的效果评价[J].中国实用护理杂志,2022,38(9):6.
- [14]韩冬芳,巴桑泽仁,韦新源,等.护理专业大实习生实习教学中人文关怀能力培养临床路径探讨[J].中华医学教育探索杂志,2022,21(01):114-117.

延续性护理对肺结核患者的影响

王佳宁 张晓波 贾治国

北京市昌平区结核病防治所 北京 102200

摘要:目的:探讨延续性护理对肺结核患者的影响。方法:2020年5月到2021年7月,选取120例门诊肺结核患者进行临床研究,经单双数均分患者,对照组、观察组各有患者60例,分别实施常规院外指导、延续性护理。结果:观察组治疗有效率96.67%大于对照组76.67%($P<0.05$)。观察组六项遵医行为评分高于对照组($P<0.05$)。结论:门诊肺结核患者应用延续性护理,可提升治疗效果,不断提高患者对临床干预工作的依从性与参与程度,促使患者遵医行为,具有显著的临床应用价值。

关键词:肺结核;常规院外指导;延续性护理;治疗有效率;遵医行为评分

肺结核属于临床常见慢性传染性疾病,结核分枝杆菌感染是诱发疾病的主要原因^[1]。多数患者确诊疾病后接受标准抗结核治疗,但患者并不能长期住院治疗,多结合门诊定时复查评估患者病情转归情况,及时发现患者病情恶性变化,第一时间转变患者的疾病治疗方法,最大程度上提升患者的疾病治疗效果^[2]。但门诊患者和医院无契约关系,只是定时前往门诊复查疾病,部分患者居家期间缺乏遵医行为,甚至有危险行为,难以保证标准抗结核药物的治疗效果,难以保证患者的疾病转归情况。延续性护理属于新兴护理,可将院内护理服务延续到院外,通过随访等模式了解患者的病情转归情况,督促患者前往医院门诊复查,可约束患者的不良行为,促使患者遵照医嘱。本文以2020.5-2021.7收治的门诊肺结核患者120例为研究对象,探讨延续性护理价值,报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2020年5月到2021年7月,选取120例门诊肺结核患者进行临床研究,经单双数均分患者,对照组、观察组各有患者60例。对照组,男女各有43例、17例,年龄区间24-75岁(49.77 ± 10.25)岁,菌阳肺结核患者、菌阴肺结核患者各有51例、9例。观察组,男女各有41例、19例,年龄区间24-74岁(49.52 ± 10.24)岁,菌阳肺结核患者、菌阴肺结核患者有52例、8例。两组资料对比, $P>0.05$,两个小组患者之间存在可比性,患者以及家属均签署知情书。

1.2 方法

对照组应用常规院外指导,在患者复查时进行疾病教育与治疗指导,遵照医嘱提供药物,讲述药物准确应用方法,明确患者的下次复查时间,让患者遵医嘱定时前往医院门诊复查疾病。

观察组应用延续性护理,(1)确诊肺结核患者后,建立患者随访台账,详细记录患者诊疗情况、有效联系方式等。预留充足的随访页面和门诊复查页面,医护人员需详细记录患者的电话随访情况与门诊复查情况,全面掌握患者的个人信息。(2)电话随访:患者首次确诊且接受标准抗结核治疗后,第一个月每周电话随访一次,了解患者的症状表现转归、实际身心感受、治疗期间存在的问题、生活中面对困境等等,结合了解到的情况,主动帮助患者解决问题,及时识别不良症状表现,第一时间告知患者并督促患者早期前往医院复查疾病,全面评估患者的身心状态。(3)门诊复查:患者如约前往医院门诊复查时,护士需主动接待患者,主动和患者沟通交流,结合患者主诉症状与疾病特点,安排患者进行相应复查,全面评估患者的疾病症状与身体状态,第一时间发现异常,并进行对症处理。若检查除肺结核无其他异常表现,则需及时告知患者检查结果,安抚患者情绪。

表2 两组遵医行为($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	合理饮食	戒烟戒酒	规范用药	康复训练	定时复查	自我防护
观察组	60	9.04 ± 0.71	9.09 ± 0.74	9.00 ± 0.72	8.89 ± 0.78	8.93 ± 0.75	8.96 ± 0.73
对照组	60	8.00 ± 0.64	8.03 ± 0.61	8.07 ± 0.61	7.65 ± 0.65	7.69 ± 0.66	7.77 ± 0.68
t值	-	8.099	8.322	8.217	8.365	8.452	8.651
P值	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

有调查数据^[4]表明,全球每年新增900万肺结核患者,我国每年新增

复查期间护士需始终热情大方的为患者服务,鼓励患者提出各个问题,不断增加患者的疾病知识掌握情况。门诊还需针对肺结核这一疾病,制定相应的康复手册,将手册发放给患者,持续提升患者的知识水平,帮助患者规范自身行为,养成遵医行为的好习惯。

1.3 观察指标

(1)治疗效果,持续干预6月后安排患者复查,评估患者病情转归情况,评定标准^[3]如下,显效:空洞缩小一半以上,病灶吸收一半以上,痰菌检查转阴,胸水表现消失,肺结核症状改善显著。有效:空洞缩小一半以内,病灶吸收一半以内,胸水有所减少,肺结核症状有所改善。无效:空洞缩小、病灶吸收小于25%,胸水表现及肺结核症状转变不明显。治疗有效率=(显效+有效)÷患者综述×100%。(2)遵医行为,通过遵医行为调查问卷获取,评估内容有合理饮食、戒烟戒酒、规范用药、康复训练、定时复查、自我防护六项,单项总分10分,分值越高,代表遵医行为越好。

1.4 统计学方法

资料分析采用SPSS 21.0统计软件进行统计分析。

2 结果

2.1 治疗效果比较

比较治疗有效率,观察组患者临床治疗显效有26例、治疗有效有32例、治疗无效有2例,总有效率是96.67%,观察组患者临床治疗显效有20例、治疗有效有26例、治疗无效有14例,总有效率是76.67%,观察组大于对照组($P<0.05$)。见表一。

表1 两组治疗效果(n/%)

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组	60	26	32	2	58 (96.67%)
对照组	60	20	26	14	46 (76.67%)
X ² 值	-	-	-	-	10.403
P值	-	-	-	-	0.006

2.2 遵医行为比较

比较六项遵医行为评分,观察组患者合理饮食评分均数(9.04 ± 0.71)、戒烟戒酒评分均数(9.09 ± 0.74)、规范用药评分均数(9.00 ± 0.72)、规范用药评分均数(8.89 ± 0.78)、康复训练评分均数(8.89 ± 0.78)、定时复查评分均数(8.93 ± 0.75)、自我防护评分均数(8.96 ± 0.73),多个指数均高于对照组($P<0.05$)。见表二。

100万肺结核患者。肺结核难以有效根治,只能通过长期治疗,控制病情,(下转第191页)

优质护理在烧伤创面换药的护理体会

陈敏 赵云云^{通讯作者}

安康市人民医院 陕西安康 725000

摘要：目的：探究在烧伤创面换药护理中应用优质护理的效果。方法：选取 2021.05-2022.05 本院接收的 66 例烧伤患者作为研究对象，随机数字量表法分组，对照组（33 例）、观察组（33 例），前者行常规护理，后者行优质护理，对比分析两组患者护理效果。结果：护理后，相比对照组患者，观察组患者情绪状态（SDS、SAS）、疼痛程度（VAS）评分更低（ $P<0.05$ ）。与对照组患者相比，观察组患者出院、创面愈合、疼痛持续时间更短（ $P<0.05$ ）。两组患者并发症发生率（观察组/对照组=3.03%/18.18%）比较，观察组更低（ $P<0.05$ ）。两组患者护理满意度（观察组/对照组=93.94%/75.76%）比较，观察组更高（ $P<0.05$ ）。结论：在烧伤创面换药护理中，行优质护理效果理想，可减轻患者负性情绪及疼痛程度，加快患者康复速度，减少并发症发生，提升患者护理满意度，推广可行性较高。

关键词：优质护理；烧伤创面；换药

烧伤指受热力作用引发的皮肤损伤，其为皮肤及黏膜组织受损现象。从烧伤患者层面而言，绝大部分患者会伴随不同程度的疼痛症状，该症状产生的原因主要为痛觉神经末梢突触异常放电、创面预后受挛缩、瘢痕增生影响产生的痛感及患者于医护操作中产生的主观疼痛，疼痛症状不仅会为患者带来生理上的痛苦，还易使患者产生自卑、恐惧、自暴自弃等负性情绪^[1]。因此，在烧伤创面换药护理期间，护理人员要尤为信心，给予患者优质的护理服务，从而减轻医护操作为患者产生的痛苦，缓解患者身心压力，促进患者预后改善^[2]。本次研究以 2021.05-2022.05 本院接收的 66 例烧伤患者作为研究对象，比较分析在烧伤创面换药护理期间应用优质护理的效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021.05-2022.05 本院接收的 66 例烧伤患者作为研究对象，随机数字量表法分组，对照组（33 例）、观察组（33 例）。对照组男性/女性=19/14，年龄 20-57（ 38.21 ± 3.14 ）岁，烧伤面积 50-90（ 69.17 ± 2.85 ）%。观察组男性/女性=20/13，年龄 21-56（ 38.14 ± 3.22 ）岁，烧伤面积 50-90（ 69.08 ± 2.92 ）%。两组一般资料基本相同（ $P>0.05$ ），可比较。

纳入标准：（1）烧伤范围 $\geq 40\%$ ；（2）知情且同意纳入本研究，并于《知情协议》上签字。

排除标准：（1）生命体征、病情不稳定；（2）对研究用药物过敏；（3）并发重度脏器（肝肾）疾病；（4）不同意纳入本研究。

1.2 方法

1.2.1 对照组

行常规护理，包含积极配合医师换药操作（传递器械、物品等），患者疼痛时给予患者言语鼓励，分散患者注意力，减轻患者疼痛等常规护理内容。

1.2.2 观察组

行优质护理，具体如下：（1）心理护理：护理人员要加强与患者及其家属间的交流，了解患者社会角色、经济状况、家庭情况等，以掌握的信息为依据，制定个性化的心理疏导方案。每日与患者沟通，为患者讲解康复进展状况，从而增强患者治疗信心，减轻患者心理压力。与此同时，护理人员要换位思考，站在患者立场思考问题，尽量满足患者合理需求，并引导、鼓励患者多与病友交流，从而减轻患者心理负担。除此之外，护理人员要嘱咐患者家属给予患者更多的关心、鼓励，使患者感受家庭温暖。

（2）呼吸训练：指导患者开展呼吸训练，用鼻呼吸，吸气期间将胸廓最大程度扩张，屏气时长维持在 2s-3s，缓慢吐气，体会胸廓、肩胛肌肉运动过程中存在的松弛感与紧张感。对于手部无创伤的患者，护理人员可利用握手给予患者鼓励，患者训练过程中护理人员要给予患者支持、肯定，并要适时采取分散注意力方式减轻患者疼痛。（3）换药前护理：换药前，护理人员要对室内温度（约 28℃）进行调节，随后与患者交流，为患者细致讲解换药流程及相关注意事项，提前使患者做好心理准备，随后以患者烧伤创面实际状况为依据适当给予患者止痛剂。（4）换药中护理：护理人员要严格遵循无菌操作原则，在无菌条件下为患者换药，避免交叉感染。随后自无菌创面开始更换，逐步更换至污染、感染创面，运用包扎疗法、暴露法展开换药。暴露法对焦痂液化糜烂、细菌生长繁殖存在抑制作用，包扎法可保护创面、降低污染。（5）换药后护理：医护人员要将换药期间运用的镊子、剪刀等工具展开处理，对于被污染的创面敷料，要丢弃至双层医用垃圾袋中。

1.3 观察指标

（1）于护理前后分别运用抑郁、焦虑自评量表（SDS、SAS）评估患者情绪状态，评分越低，患者情绪状态越佳；于护理前后分别运用视觉模拟评分法（VAS）评估患者疼痛程度，分值区间 0 分至 10 分，评分越低，患者痛感越轻。

（2）统计两组患者出院、创面愈合、疼痛持续时间。

（3）统计两组患者并发症（伤口感染、皮片移位）发生状况。

（4）运用问卷调查法（自制的满意度问卷）统计患者护理满意状况，十分满意：高于 90 分；基本满意：75 分至 90 分；不满意：75 分以下。护理满意度=（满意+基本满意）患者例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

数据由 SPSS26.0 软件处理，计数（并发症发生状况、护理满意度）、计量（情绪状态评分、疼痛程度评分、出院时间、创面愈合时间、疼痛持续时间）资料分别由例（n）和率（%）、平均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示， χ^2 、t 检验， $P<0.05$ 代表差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 情绪状态及疼痛程度评分

护理前，患者情绪状态（SDS、SAS）、疼痛程度（VAS）评分差异不明显（ $P>0.05$ ）；护理后，相比对照组患者，观察组患者情绪状态（SDS、SAS）、疼痛程度（VAS）评分更低（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者情绪状态及疼痛程度评分对比 ($\bar{X} \pm s$, 分)

组别 (n=33)	SDS		SAS		VAS	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	58.92±4.27	31.07±3.86	56.21±5.18	32.45±4.13	7.62±1.16	5.04±0.53
对照组	58.76±4.31	35.51±4.03	56.72±5.25	36.77±4.20	7.74±1.21	6.92±0.75
t	0.151	4.571	0.397	4.213	0.411	11.760
P	0.880	0.000	0.693	0.000	0.682	0.000

2.2 出院、创面愈合、疼痛持续时间

与对照组患者相比,观察组患者出院、创面愈合、疼痛持续时间更短 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者出院、创面愈合、疼痛持续时间对比 ($\bar{X} \pm s$)

组别 (n=33)	出院时间 (d)	创面愈合时间 (d)	疼痛持续时间 (min)
观察组	15.06±1.45	12.38±1.13	13.86±1.07
对照组	18.43±2.19	15.22±2.01	33.75±2.28
t	7.371	7.075	45.366
P	0.000	0.000	0.000

2.3 并发症发生状况

两组患者并发症发生率 (观察组/对照组=3.03%/18.18%) 比较,观察组更低 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者并发症发生状况对比[n (%)]

组别 (n=33)	伤口感染	皮片移位	发生率
观察组	1 (3.03)	0 (0.00)	1 (3.03)
对照组	4 (12.12)	2 (6.06)	6 (18.18)
X^2	-	-	3.995
P	-	-	0.046

2.4 护理满意度

两组患者护理满意度 (观察组/对照组=93.94%/75.76%) 比较,观察组更高 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者护理满意度对比[n (%)]

组别 (n=33)	十分满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	21 (63.64)	10 (30.30)	2 (6.06)	31 (93.94)
对照组	17 (51.52)	8 (24.24)	8 (24.24)	25 (75.76)
X^2	-	-	-	4.243
P	-	-	-	0.039

3 讨论

烧伤属于外科常见病的一种,该病指受化学物质、热力、电能等外力作用产生的皮肤、黏膜及深层组织损伤,该病患者死亡率较高^[3]。尤其是从大面积烧伤患者层面而言,其不仅会严重损伤患者生理健康,还会使患者产生沉重的心理压力,易使患者产生自卑、抑郁等负性情绪^[4]。烧伤患者创面换药及护理服务治疗对患者预后存在直接影响,其也为烧伤救治中的关键一环。从烧伤患者临床护理层面分析,临床护理服务应贯穿患者治疗始终^[5]。部分研究指出,高质量的护理服务可降低烧伤患者并发症发生风险,加快患者伤口恢复速度^[6]。优质护理服务属于新型护理模式的一种,此模式以患者为核心,在给予患者护理服务期间将以人为本与人文关怀理念充分融入其中,此模式可强化护患间的沟通,有助于促进患者满意度、

护理服务质量提升^[7]。将优质护理用于烧伤患者创面换药护理中,于创面换药前提前做好各项准备工作,给予患者针对性护理服务,且于创面换药期间严格遵从无菌操作原则,清洁创面,减少细菌繁殖^[8]。李小红^[9]以 50 例烧伤患者展开研究,随机分组,对照组 (25 例) (常规护理)、研究组 (25 例) (优质护理),研究发现,相比对照组患者,研究组烧伤创面恢复时间更短,不良反应发生率更低,由此可知,在烧伤创面换药护理中,行优质护理效果显著,可提升患者康复速度,安全性较高。

本次研究显示,护理后,与对照组患者对比,观察组患者 SDS、SAS、VAS 评分更低,说明在烧伤创面换药护理中应用优质护理可减轻患者负性情绪 (抑郁、焦虑) 及疼痛程度。相比于对照组患者,观察组患者出院、创面愈合、疼痛持续时间更短,并发症发生率更低,说明在烧伤创面换药护理中应用优质护理可加快患者康复速度,减少并发症发生。两组患者护理满意度 (观察组/对照组=93.94%/75.76%) 对比,观察组更高,说明在烧伤创面换药护理中应用优质护理可提升患者护理满意度。

综上所述,在烧伤创面换药护理中,行优质护理效果显著,可缓解患者负性情绪及疼痛程度,提升患者康复速度,减少并发症发生,提升患者护理满意度,值得进一步推广。

参考文献:

- [1]张虹.优质护理对大面积烧伤患者创面换药时疼痛及不良情绪的影响[J].中国医药指南,2019,17 (3): 199-200.
 - [2]刁秀菊.优质护理对门诊大面积烧伤患者创面换药时疼痛及不良情绪的影响分析[J].系统医学,2021,6 (6): 159-161.
 - [3]吕静.优质护理对大面积烧伤患者创面换药时对疼痛及不良情绪的影响[J].健康女性,2021 (41): 266.
 - [4]李瑞霞.优质换药护理在II度烧伤患者中对创面愈合与疼痛程度的影响[J].母婴世界,2020 (35): 223.
 - [5]邓洁.优质护理在烧伤创面换药中的护理成效[J].养生保健指南,2020 (8): 179.
 - [6]赵迎秀.探讨优质护理在烧伤创面换药的护理效果[J].饮食保健,2020,7 (22): 201.
 - [7]许晶,郭文静,孙丽婷,等.舒适护理干预对中度烧伤患者创面换药过程中疼痛的影响[J].健康大视野,2021 (3): 178.
 - [8]丁俊.舒适护理在烧伤患者创面换药过程中的应用效果[J].婚育与健康,2020 (16): 25.
 - [9]李小红.优质护理在烧伤创面换药中的应用体会和效果分析[J].医学美容,2018,27 (1): 52-53.
- 第一作者简介:陈敏 (1992-),女,陕西安康人,汉族,本科,护师,研究方向:烧伤创面。
- 通讯作者简介:赵云云 (1993-),女,陕西安康人,汉族,本科,护师,研究方向:烧伤创面。

集束化护理对腺样体肥大患儿术后生活质量及疼痛的护理效果分析

彭春梅 舒艳梅 付霞

四川友谊医院 四川成都 610000

摘要：目的：探究集束化护理在腺样体肥大患儿手术应用中对术后生活质量及疼痛的影响。方法：收集2021年1月至2021年12月耳鼻咽喉头颈外科收治腺样体肥大患儿54例为观察对象，依据手术时间分组，2021年1月-6月收治25例一组，实施基础护理干预，为对照组；2021年7月-12月收治27例一组，实施集束化护理，为观察组。结果：观察组患儿术后躯体功能、情感状态、生理职能、社会功能等方面评分高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；护理前两组患儿NRS评分存在同质性，护理后两组患儿NRS评分不同程度降低，观察组患儿NRS评分低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：腺样体肥大手术中开展集束化护理，有助于改善患儿术后生活质量，缓解术后疼痛，促使预后转归。

关键词：集束化护理；腺样体肥大；儿童；生活质量；疼痛；护理效果

腺样体肥大为临床常见耳鼻喉疾病，以小儿为主要发病人群，病因病机较为复杂，临床学者针对腺样体肥大尚存在较大争议，疾病主要以腺样体肥大为主，堵塞呼吸通道，严重甚至诱发睡眠呼吸暂停，危害小儿生命安全^[1]。现阶段临床针对腺样体肥大多以手术治疗为主，随着内镜技术不断优化，经由鼻内镜下辅助开展低温等离子射频消融术，可以有效应对腺样体肥大等情况，可获得清晰手术视野，有效降低手术侵入性损伤，控制术中出血量，提高手术完成质量，充分发挥微创优势，为腺样体肥大儿童首选治疗对策^[2]。考虑患儿年龄较小，护理依赖性较大，于腺样体肥大手术治疗期间，需辅以全面护理干预对策，有效提高小儿护理依从性，缓解疼痛感受。本研究笔者特引入集束化护理对策，分析护理对腺样体肥大患儿术后生活质量及疼痛的影响，旨在为临床护理工作开展提供经验参照。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2021年1月至2021年12月耳鼻咽喉头颈外科收治腺样体肥大患儿54例为观察对象，依据手术时间分组，2021年1月-6月收治25例一组，男13例，女12例，年龄区间3-12岁，中位年龄（ 7.35 ± 1.15 ）岁；2021年7月-12月收治29例一组，男17例，女12例，年龄区间3-12岁，中位年龄（ 7.41 ± 1.09 ）岁；计算比两组腺样体肥大患儿入组资料，差异均衡可进行数据比对（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）所选患儿均满足《耳鼻喉科鉴别诊断指南》中针对腺样体肥大的诊断依据，患儿均遵医嘱接受鼻内镜手术治疗；（2）患儿家属对研究项目知情，自愿参与研究。

排除标准：（1）合并其他耳鼻喉疾病患者；（2）不符合鼻内镜手术治疗患者，例如凝血功能障碍、机体免疫功能障碍等手术禁忌症患者；（3）家属治疗依从性较低；（4）因患儿因素或家属因素中途脱落人员。

1.2 方法

入组患儿均开展鼻内镜下低温等离子射频消融术，均由相同外科小组实施手术及麻醉。对照组在手术治疗期间辅为基础护理干预对策，加强术前评估，了解小儿腺样体肥大临床症状、手术开展指征，辅助患儿进行全面术前检测，有效评估小儿手术风险；加强术前准备，确保患儿满足手术开展需求；加强患儿家属宣教，告知鼻内镜手术开展注意事项、手术流程等，以提高患儿家属对手术治疗的了解，有效降低不良医患纠纷情况发生，

提高患儿家属手术配合度^[3]。护理人员术中加强患儿生命体征监测，加强保暖护理，避免低体温情况发生，术中详细监测患儿生命体征，例如呼吸、脉搏、血压、血氧饱和度等相关指标，及时检出风险因素，开展针对性治疗对策，确保手术于无菌条件下完成，熟练递接手术器械，针对手术使用药械进行详细核对，针对一次性物品，使用之前检查外包装是否完整，避免交叉感染情况发生，针对手术使用仪器，需确保于精细化消毒灭菌后使用，避免医院性感染。手术完成后遵医嘱给予患儿对症护理干预。

观察组鼻内镜手术治疗基础上辅以集束化护理对策：（1）组建集束化护理小组，针对组内护理人员开展分组管理方式，要求各组成员依据在职时间、职称等进行高、中、低等三个等级划分，有效优化有限的医疗资源，针对腺样体肿大发生机制、手术治疗注意事项、鼻内镜手术护理重点及难点，小儿手术护理注意事项等相关内容，开展岗位培训教育，加强责任护士专业技能，明确小儿护理重要性^[4]；采用回顾性分析方式^[5]，针对既往腺样体肥大鼻内镜手术护理问题进行分析，了解不良护理事件及发生因素等，开展预见性干预对策，为优质护理工作开展奠定基础；加强护理人员护患沟通能力，考虑小儿年龄较小，护理人员加强职业道德培养，明确小儿身心护理需求，与患儿家属建立良好的护患关系。（2）心理护理及认知行为教育：于手术开展之前，护理人员引入人文关怀理念，针对患儿术前心理状况进行详细监测，患儿年龄较小，入院后易出现陌生、紧张、焦虑等负面情绪，受疾病因素影响，小儿心理护理依赖性较大，护理人员需及时给予患儿情感支持，给予语言鼓励，告知疾病治疗及手术治疗情况，鼓励患儿勇敢面对疾病，以缓解患儿恐惧等情绪^[6]；加强环境干预，适当增加童趣饰品的摆放，以缓解陌生环境导致的机体应激反应，有效提高患儿机体舒适度；加强患儿家属宣教，考虑家属担忧患儿病情，极易出现不良护患沟通等情况，需针对家属心理状况进行客观评估，开展针对性心理疏导，告知手术开展重要性、必要性、手术注意事项及最新研究结果等，以提高患儿家属手术治疗依从性，提高患者家属手术配合度。（3）术前护理：术前确保患儿充足的睡眠时间，减少非必要人员探视，以免影响患儿休息，指导患儿体位，遵医嘱给予患儿无创正压通气，有效确保呼吸道通畅，避免低氧血症情况发生，确保患儿早期满足手术开展指征；术前禁饮禁食，针对早期康复护理对策，对患儿及其家属进行宣教，加强术前体位指导，提高患儿手术耐受度^[7]。（4）术后护理：术后加强患儿生命体征监测，观

察创口出血情况,及时更换药物,药物更换期间加强手卫生管理,避免医院感染情况发生;术后加强体位指导,采用去枕平卧位方式,将患儿头部偏向一侧,确保呼吸道通畅,及时清理口腔内异物,避免误吸导致肺炎情况发生;加强患儿生命体征监测,采用床旁交接方式,详细记录患儿术后生命体征转归情况、针对术后常见并发症开展预见性护理干预对策,要求术后 24 小时禁止患儿说话。术后第二天开展康复功能锻炼,引导患儿进行吞咽动作。观察患儿疼痛情况,以开展针对性疼痛管理,针对疼痛感受较轻患儿,借助沟通、听音乐、观看视频等方式,转移关注度,提高机体疼痛阈值;针对疼痛感受强烈,疼痛不耐受患儿,可遵医嘱给予止痛药物,缓解疼痛感受。

1.3 评价标准

(1) 采用 SF-36 生活质量评分量表对患儿术后躯体功能、情感状态、生理职能、社会功能进行量化评分,每个维度下分若干小条目,满分设为百分制度,表生活质量递增,分数与生活质量呈正相关;

(2) 采用模拟数字评分量表(NRS)对患儿术后疼痛情况进行量化评分,评分 0-10 分表疼痛程度递增,分数与疼痛程度呈正相关。

1.4 统计学分析

统计学软件 SPSS24.0 进行假设检验,计量资料分布用($\bar{x} \pm s$)表达,t 样本假设检验, $P < 0.05$ 设为统计学差异基础表达。

2 结果

2.1 两组患儿术后生活质量评估

观察组患儿术后躯体功能、情感状态、生理职能、社会功能等方面评分高于对照组,差异显著($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患儿术后生活质量评估[$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	n	躯体功能	情感状态	生理职能	社会功能
对照组	25	66.24±8.06	70.01±8.22	71.53±8.16	68.04±7.86
观察组	29	81.16±9.64	78.64±9.54	80.24±9.42	79.34±9.61
t 值		6.111	3.531	3.602	4.681
P 值		0.000	0.001	0.001	0.000

2.2 护理前后两组患儿 NRS 评分比对

护理前两组患儿 NRS 评分存在同质性,护理后两组患儿 NRS 评分不同程度降低,观察组患儿 NRS 评分低于对照组,差异显著($P < 0.05$),见表 2。

表 2 护理前后两组患儿 NRS 评分比对[$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	n	护理前	护理后
对照组	25	3.52±1.61	2.49±1.22
观察组	29	3.49±1.65	1.25±1.01
t 值		0.067	4.086
P 值		0.947	0.000

3 讨论

近年随着生态环境恶化,人们生活方式改变,腺样体肥大患病率呈现逐年递增趋势,发病因素较多;临床学者认为腺样体肥大发生主要与炎症侵袭具有直接关联,随着近年儿童饮食结构改变,肥胖儿童增多,过度肥胖会增加腺样体肥大发生几率,受到临床学者高度重视。现阶段临床针对腺样体肥大患儿主要以等离子射频消融术为主,可有效控制手术创伤,手

术视野清晰,有效降低手术对周围组织的损伤,控制术中出血量,满足小儿微创手术需求;但于临床应用显示,因等离子射频消融术开展特异性较高,围术期开展有效护理干预对策尤为重要。

集束化护理干预模式为近年优质护理探讨热点课题,采用循证医学理念,依据腺样体肥大患儿手术治疗需求,开展全面性、针对性的护理干预对策,明确患儿机体状况及临床医疗需求,以改善手术结局为目的,开展针对性干预对策;针对等离子射频消融术患儿开展术前管理,确保患儿满足手术开展指征;并积极调动患儿主观能动性,加强护患沟通,以缓解患儿术前恐惧、焦虑等情绪,提高患儿及其家属手术配合度^[8];术后积极开展针对性治疗对策,以缓解术后疼痛、医源性感染等情况发生,帮助患儿平稳过渡围术期,为手术治疗增效。研究观察数据显示,观察组患儿术后躯体功能、情感状态、生理职能、社会功能等方面评分高于对照组,差异显著($P < 0.05$),集束化护理的开展充分体现护理全面性,了解腺样体肥大患儿手术护理需求,遵医循证医学开展针对性护理,积极落实围术期护理对策,提高患儿及家属护理配合度,调动患儿及家属主观能动性,加强护患沟通,利于良好护患关系的建立,确保鼻内镜手术顺利开展,降低手术创伤,为手术治疗增效,缩短患者术后康复周期,于短时间内改善患儿生活质量;经两组患儿术后疼痛评分可知,护理前两组患儿 NRS 评分存在同质性,护理后两组患儿 NRS 评分不同程度降低,观察组患儿 NRS 评分低于对照组,差异显著($P < 0.05$),集束化护理模式通过分析疼痛发生因素,开展分级疼痛管理,体现护理开展特异性,可依据不同患儿机体耐受度实施镇痛护理,缓解术后疼痛情况,利于构建良好的护患关系,推动术后康复进程。

综上,腺样体肥大手术中开展集束化护理,有助于改善患儿术后生活质量,缓解术后疼痛,促使预后转归,可作为腺样体肥大手术首选护理方案,深化研究。

参考文献:

- [1]陈丽珊.专项护理对日间扁桃体腺样体肥大患儿术后恢复的影响研究[J].中国保健营养,2021,31(7): 215-216.
- [2]尹梦寒,张晓芬,沈玉娟.探究手术治疗慢性扁桃体腺样体肥大患儿的护理干预方法及效果分析[J].中国保健营养,2021,31(12): 135.
- [3]刘聪聪,马倩.观察整体护理在鼻内镜检查腺样体肥大中的应用效果[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(1): 70-72.
- [4]石张霞,陈荣珠.1 例腺样体肥大合并大疱性表皮松懈症患儿的手术护理[J].当代护士(中旬刊),2021,28(11): 141-143.
- [5]陈艳婷,谢艳,邓淑芝,等.以家庭为中心的护理干预在鼻内镜手术治疗腺样体肥大患儿中的效果[J].现代诊断与治疗,2021,32(12): 1990-1991.
- [6]李俊.低温等离子技术联合积极护理对扁桃体炎、腺样体肥大手术的临床意义[J].中国现代药物应用,2018,12(7): 164-165.
- [7]万美君.小儿腺样体扁桃体肥大的围术期安全护理要点分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(59): 106,109.
- [8]韩盼琪,曾冬前,杨芳芳.规范化护理管理措施对腺样体肥大儿童的疼痛及生活质量的影响分析[J].中国药物与临床,2018,18(3): 362-365.

茶碱类药物在支气管哮喘治疗中的应用及对呼吸功能的影响

汪泽

北京市第六医院 北京 100009

摘要：目的探究茶碱类药物在支气管哮喘治疗中的应用、对呼吸功能的影响。方法以支气管哮喘为研究疾病，随机抽取90例患者，其中最早就诊于我院的时间为2020年10月，最晚就诊于我院的时间为2021年10月，通过抽签法进行分组，其中对照组患者的例数为45、方案为常规药物疗法，观察组患者的例数为45、方案为茶碱类药物疗法。选取的观察指标包括两组患者的肺功能指标、炎症指标以及治疗总有效率。结果治疗前后的1秒用力呼气容积（FEV₁）、最大呼气流速（PEF）、1秒用力呼气容积、用力肺活量的比值（FEV₁/FVC）和呼出气一氧化氮（FeNO）水平的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组更优；肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、白细胞介素-6（IL-6）以及白细胞介素-17（IL-17）等炎症指标的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组更低；治疗总有效率的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组更高。结论茶碱类药物应用于支气管哮喘的治疗中，可以改善患者的肺部功能，提升患者的呼吸功能水平，降低患者气道炎症水平，治疗效果显著。

关键词：支气管哮喘；茶碱类药物；呼吸功能；临床应用

支气管哮喘多发于夜间及清晨，典型症状为反复发作性的胸闷、咳嗽、喘息等症，是由气道上皮细胞、嗜酸性粒细胞以及肥大细胞等多种细胞参与的气道慢性炎症性疾病，容易引起气道高反应性^[1-2]。支气管哮喘病程通常较长，且容易因花粉、粉尘等工作生活中的过敏物以及其他因素从而反复发作，给患者正常的工作生活带来较大负面影响^[3]。治疗支气管哮喘的药物种类较多，茶碱类药物作为常见的抗哮喘药，具有抗炎、使用方便以及治疗费用较低等多方面特点^[4]。基于此，本文就茶碱类药物在支气管哮喘治疗中的应用、对呼吸功能的影响进行分析研究，现在报告如下

1. 资料和方法

1.1 一般资料

疾病类型：支气管哮喘，选取患者的例数为90，患者遴选的起止时间分别为2020年10月和2021年10月。以抽签法为分组方法，分别为对照组（ $n=45$ ）和观察组（ $n=45$ ）。

对照组：男女性患者的比例为29:16；其中以22岁患者的年龄最小，以71岁患者的年龄最大，计算得出的年龄均值为（45.37±2.81）岁；病程为1~12年，对照组患者的病程均值为（6.72±0.83）年；疾病类型：以慢性哮喘患者最多、共21例，其次为激素依赖性哮喘患者、共14例，哮喘急性发作患者最少，共10例；

观察组：男女性患者的比例为31:14；其中以20岁患者的年龄最小，以73岁患者的年龄最大，计算得出的年龄均值为（45.13±2.64）岁；病程为0.5~13年，观察组患者的病程均值为（6.39±0.67）年；疾病类型：以慢性哮喘患者最多、共19例，其次为激素依赖性哮喘患者、共15例，哮喘急性发作患者最少，共11例。

纳入标准：①入选本次研究的所有患者经过诊断确诊为支气管哮喘；②20岁≤患者的年龄≤75岁，与医护人员的沟通交流无障碍；③患者的临床资料比较完整；④患者及其家属知晓此次研究的内容及目的，且在本次研究的知情同意书上签字；

排除标准：①患者合并有恶性肿瘤疾病；②患者合并有心肝肾等重要器官的功能障碍性疾病；③患者为妊娠期妇女；④患者对本次研究中所用药物过敏；⑤患者不能配合医护人员的治疗，依从性欠佳。

将上述信息录入SPSS26.0软件中，计算得出结果为 $p > 0.05$ ，说明组间数据差异无统计学意义。

1.2 方法

对照组采用常规药物疗法，具体治疗措施如下：根据患者病情给予患者 β_2 受体激动剂、白三烯调节剂以及抗胆碱类药物治疗；

观察组采用茶碱类药物疗法，在对照组常规药物治疗的基础上，采用

茶碱类药物治疗，具体治疗措施如下：给予慢性哮喘患者缓释茶碱（重庆科瑞制药有限责任公司，国药准字H50020444）治疗，起始剂量为0.1~0.2/次，1次/d，然后根据患者情况适量调整服药剂量；给予激素依赖性哮喘患者茶碱缓释片（广州迈特兴华制药有限公司生产，国药准字H44023791）治疗，起始剂量为0.1~0.2/次，2次/d，之后再根据患者具体情况适量调整服药剂量，单日服药剂量须≤0.9g；给予哮喘急性发作患者氨茶碱（新华制药股份有限公司，国药准字H37020351）治疗，起始剂量为0.1~0.2/次，3次/d。

两组患者连续治疗1周。

1.3 观察指标

1.3.1 比较两组患者治疗前后的肺功能指标情况。我院医护人员将两组患者治疗前后的1秒用力呼气容积（FEV₁）、最大呼气流速（PEF）、1秒用力呼气容积、用力肺活量的比值（FEV₁/FVC）和呼出气一氧化氮（FeNO）水平进行记录、评估以及对比。

1.3.2 比较两组患者治疗前后的炎症情况。医护人员采集两组患者治疗前后5ml的清晨空腹静脉血，低速离心取上清液，采用酶联免疫吸附法检测两组患者的肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、白细胞介素-6（IL-6）以及白细胞介素-17（IL-17）等炎症因子水平。

1.3.3 比较两组患者的治疗效果情况。我院对两组患者疗效的评估标准：患者的临床症状基本消失，无需药物治疗，肺功能指标基本恢复正常，日常工作生活不受影响，此为显效；患者的临床症状得到缓解，基本无需药物治疗，肺功能指标得到改善，日常工作生活基本不受影响，此为有效；患者的临床症状未能得到缓解，仍需药物治疗，肺功能指标未能得到明显改善甚至病情加重，日常工作生活影响较大，此为无效。治疗总有效率=显效率+有效率。

1.4 统计学分析

本次研究中的治疗总有效率为计数资料，通过[n（%）]的形式进行表示，采用卡方检验进行数据间分析，肺功能指标、炎症指标为计量资料，通过（均数±标准）的形式进行表示，采用t检验的方法进行数据间分析，若通过SPSS 26.0软件分析得出的结果为 $p < 0.05$ ，则说明数据间存在较为显著的差异。

2. 结果

2.1 比较两组患者治疗前后的肺功能指标情况

由表1中的对比结果可知：观察组在FEV₁、PEF、FEV₁/FVC及FeNO指标方面存在优势，且差异显著（ $p < 0.05$ ）。

表 1 两组患者治疗前后的肺功能指标情况：(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	FEV ₁ (L)		PEF (L/s)		FEV ₁ /FVC (%)		FeNO (ppb)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=45)	2.53±0.85	3.04±0.96	4.41±0.97	5.13±1.18	51.05±12.62	63.41±14.39	42.37±6.35	22.28±3.27
观察组 (n=45)	2.51±0.89	3.85±1.23	4.43±0.86	5.96±1.52	50.92±12.36	74.63±16.62	42.29±6.42	15.25±3.26
t	0.109	3.482	0.103	2.893	0.049	3.424	0.045	7.741
P	0.913	0.001	0.918	0.005	0.961	0.001	0.964	0.000

2.2 比较两组患者治疗前后的炎症情况 面存在优势, 且差异显著 ($p<0.05$)。

由表 2 中的对比结果可知: 观察组在 TNF- α 、IL-6 以及 IL-17 指标方

表 2 两组患者治疗前后的炎症情况：(ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	TNF- α		IL-6		IL-17	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=45)	40.15±7.34	19.83±5.37	18.29±6.74	12.97±3.85	29.61±6.34	21.56±7.51
观察组 (n=45)	40.23±7.26	14.39±5.62	18.35±6.82	9.76±3.39	29.72±6.45	15.84±6.32
t	0.052	4.695	0.042	4.198	0.082	3.909
P	0.959	0.000	0.967	0.000	0.935	0.000

2.3 比较两组患者的治疗效果

由表 3 中的对比结果可知: 观察组在治疗总有效率方面存在优势, 且差异显著 ($p<0.05$)。

表 3 两组患者的治疗效果：(例, %)

组别	显效	有效	无效	治疗总有效率
对照组 (n=45)	9 (20.00)	20 (44.44)	16 (35.56)	64.44%
观察组 (n=45)	23 (51.11)	16 (35.56)	6 (13.33)	86.67%
X ²	-	-	-	6.016
P	-	-	-	0.014

3. 讨论

支气管哮喘的发生是遗传、身体素质、气候、季节、生活环境、工作环境、精神压力等多种因素作用的结果^[5]。虽然不属于危重症的范围, 但患者如未能采取及时有效的治疗措施, 可能引发危及患者生命健康的病症^[6]。临床上用于治疗支气管哮喘的药物种类繁多, 常见药物有糖皮质激素、茶碱类药物、抗胆碱类药物以及 β_2 受体激动剂等药物^[7-8]。研究证明, 在支气管哮喘的治疗中, 茶碱类药物可以舒张支气管平滑肌, 还有抗哮喘效应, 可以改善患者的临床症状, 降低患者气道炎症水平, 促进患者疾病的康复^[9-10]。

相关临床研究证实, 茶碱类药物可以对患者的支气管平滑肌起到松弛作用, 改善患者支气管的水肿以及黏膜充血等症, 缓解支气管痉挛, 降低气道高反应性, 因此观察组患者的肺功能水平得以改善, 肺功能指标较好; 茶碱类药物的有效成分可以降低血液循环中嗜酸粒细胞阳离子蛋白浓度以及嗜酸粒细胞的活化, 降低嗜酸粒细胞、肥大细胞以及淋巴细胞等炎性细胞对患者气道黏膜的浸润, 起到降低患者气道炎症水平的作用, 因此本次研究中观察组患者的 TNF- α 、IL-6 以及 IL-17 等炎症指标较低; 根据患者哮喘的不同类型, 采取不同剂量的茶碱类药物进行治疗。在对照组常规治疗基础上, 给予慢性哮喘患者缓释茶碱治疗, 可以对患者的哮喘进行有效控制; 给予激素依赖性哮喘患者茶碱缓释片, 动态观测患者的茶碱血药浓度, 根据患者临床症状及体征调整服药剂量, 保障患者的服药安全性; 哮喘急性发作患者病情发展成为中度或者重度支气管哮喘时, 可以给予患

者负荷剂量的氨茶碱注射疗法, 缓解患者的气道痉挛及哮喘等症状, 对症服药, 因此观察组患者的治疗总用效率较高。

综上所述, 茶碱类药物应用于支气管哮喘的治疗中, 可以改善患者的肺部功能, 提升患者的呼吸功能, 降低患者自身炎症水平, 治疗效果显著, 值得在临床上推广应用。

参考文献:

[1]韩亚军,贾新,王晓明,等.沙美特罗替卡松粉吸入剂联合氨茶碱注射液治疗老年支气管哮喘疗效观察[J].新乡医学院学报,2020,37(5): 433-436,440.

[2]李小鹏,李伟,刘世明,等.多索茶碱与氨茶碱在支气管哮喘患者中的疗效对比观察及对肺功能的影响研究[J].贵州医药,2021,45(10): 1559-1560.

[3]武改,韩圣宾,蛤蚧定喘丸联合多索茶碱治疗支气管哮喘的临床研究[J].现代药物与临床,2020,35(8): 1647-1650.

[4]张金珠,程萍.多索茶碱与氨茶碱治疗急性支气管哮喘患者的效果分析[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2020,15(2): 170-174.

[5]段炳荣,赵波.多索茶碱联合氨溴索治疗小儿哮喘的疗效及其对T淋巴细胞亚群和肺功能的影响[J].药物评价研究,2020,43(11): 2272-2274,2348.

[6]郭俊,周纯.肾上腺素对重症支气管哮喘急性发作患者肺功能及呼吸动力学的影响[J].中华急诊医学杂志,2020,29(2): 268-271.

[7]刘芳,胡成明.氨茶碱结合异丙托溴铵治疗支气管哮喘急性发作期患者的疗效及对凝血因子、血小板激活因子、血液流变学指标的影响[J].血栓与止血学,2020,26(6): 988-990.

[8]庞博,高栋梁,王琴,等.多索茶碱静滴联合布地奈德混悬液雾化吸入治疗支气管哮喘的效果及其对患者血气分析指标的影响[J].贵州医药,2021,45(1): 41-42.

[9]邵强,荣学本,王宇,等.多索茶碱联合沙美特罗替卡松对支气管哮喘患者免疫功能、炎症反应及血气指标的影响[J].中国临床医生杂志,2020,48(9): 1040-1043.

[10]田东东,李晓婧,王志尚,等.泼尼松联合茶碱对支气管哮喘患者血清 IL-4、代谢组学及 SP-A 水平的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2020,17(4): 92-95.

经阴道超声诊断宫外孕的临床价值

张秀梅

天祝藏族自治县人民医院 甘肃武威 733299

摘要：目的：探究经阴道超声诊断宫外孕的临床价值。方法：选择来我院检查的疑似宫外孕患者作为本次研究对象，随机选择 110 例并均分为两组，一组命名为对照组，一组命名为观察组，二组各 55 例患者。对照组中患者经腹妇科彩超检查并诊断。观察组中患者经阴道妇科彩超检查并诊断。通过手术结果判定两组患者接受不同方式检查后确诊宫外孕的准确率以及血流参数值情况。结果：通过对两组疑似宫外孕的患者进行不同方式诊断，可以发现观察组中患者确诊宫外孕的准确率明显高于对照组；观察组的血流参数值明显高于对照组。二组患者使用的仪器灵敏度不存在明显差异，可以进行对比分析。结论：在宫外孕的临床诊断上，经阴道妇科彩超检查可以提高诊断的准确率，为下一步治疗提供有效数据资料，具有重要的现实意义，值得推广应用。

关键词：阴道超声；宫外孕；临床；价值

宫外孕的医学名称为异位妊娠，是指孕卵并没按照正常的方式在子宫内着床，而是在子宫腔外着床发育，从而引发病症的一种目前较为常见的妇科疾病^[1]。宫外孕的典型表现是患者有停经病史、腹部疼痛以及阴道的不规则流血。患者出现宫外孕的病因更多是由于输卵管管腔或者其周围组织出现炎症，从而导致管腔通畅度不佳，进而使得孕卵不能正常运行，继而在输卵管等位置停留，在适应的环境下着床、发育，从而出现妊娠反应，随着着床时间延长，输卵管妊娠会出现破裂或先兆流产现象，此时患者需要及时就医，以保障生命安全。通常情况下，宫外孕患者在流产或者破裂前并没有明显的临床表现，只是可能会有停经史、腹部出现不规律疼痛或者阴道有少量血液流出。但在受到外力或其他内部因素影响导致破裂后，宫外孕患者会出现急性并且剧烈腹部疼痛，反复发作不停，阴道持续出血，甚至严重患者会出现休克。若不及时进行对症治疗，可能会导致患者终身不孕不育，且对生命安全造成严重威胁。一般情况下，临床会采用腹部彩超的方式进行病症诊断，但容易出现误诊情况。为此，阴道超声被提出对宫外孕病症进行诊断，以此提高确诊率。下面就经阴道超声诊断宫外孕的临床价值进行研究阐述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择来我院检查的疑似宫外孕患者作为本次的研究对象，随机选择 110 例并均分为两组，一组命名为对照组，一组命名为观察组，二组各 55 例患者。观察组（55 例）中：患者的年龄为 20-42 岁之间，平均年龄为（29.13±3.12）岁，患者体重在 48Kg 到 67Kg 之间，平均体重为（55.12±3.12）Kg；对照组（55 例）中：患者的年龄为 21-43 岁之间，平均年龄为（29.43±3.19）岁，患者体重在 49Kg 到 68Kg 之间，平均体重为（56.12±3.22）Kg；其中初次妊娠患者有 34 例，二次妊娠患者有 76 例^[2]。两组患者的一般资料经过对比分析后并没有明显差异，可以进行医学对比。

纳入标准：①二组患者均自愿参加本次医学研究，并且精神状态良好，可以正常沟通交流。②患者配合度与依从性较好。③患者人绒毛膜促性腺激素水平明显升高。

排除标准：①患者患有轻微的精神性疾病，不能很好地配合检查，以及存在一定的认知障碍。②患者的依从性较差。③患者患有心脑血管等脏器疾病。

1.2 方法

对照组（55 例）：经腹妇科彩超检查并诊断。主要的流程包括以下内容：第一，疑似宫外孕患者在经腹妇科彩超检查前，需要根据检查要求饮用大量的水，在检查前的 2 小时内通常需要饮用 1000ML 以上的饮用水。此时，患者的膀胱会充盈，进而推开肠管，更好地显示盆腔内的器官和病变部位^[3]。第二，当疑似宫外孕患者已经感受到尿憋后，需要与彩超医生沟通，进而经腹妇科彩超检查。首先患者需要采取仰卧位，将衣物掀开，充分暴露腹部，以便于彩超医生进行细致检查。其次，医生在患者的下腹部均匀地涂抹耦合剂。在检查前和检查中都需要在仪器探头前端涂抹耦合剂。医生将超声探头在下腹部进行纵向、横向以及斜向扫查，观察盆腔内各脏器的情况。比如观察疑似宫外孕患者的子宫大小、宫腔内部情况、内膜厚度、子宫颈口、宫角、附件区等部位是否有包块、以及盆腔内是否有积液情况等。同时通过对血流现象进行观察，探测子宫周围及其内部的血流情况，启动脉冲多普勒键即可得到相应的血流频谱，同时测量动脉血管搏动指数以及阻力指数。第三，在超声检查过程中，为确保检查效果，患者需要配合医生要求，必要时将体位进行调整，如侧卧位、俯卧位等。第四，彩超医生根据超声扫查结果拍摄彩超图片，形成彩超报告单。第五，

检查结束，患者用纸巾擦掉剩余的耦合剂即可，此时患者需要等待片刻即可得到彩超检查结果。

观察组（55 例）：经阴道妇科彩超检查并诊断。具体的检查流程包括内容如下：第一，患者在接受检查前需要排空尿液，然后采用仰卧位平躺于检查床上，臀部靠近床边，臀部下方垫一次性中单，脱掉裤子，两腿分开放在支腿架上，露出会阴部位，双手放在胸前或者身体的两侧。第二，医生在超声探头上涂抹少量的耦合剂，然后套上消毒后的避孕套，嘱患者不要紧张，探头慢慢并轻轻地插入到阴道内，此时，超声探头需要紧贴穹隆位置，以此有利于更全面地扫查患者的子宫内部以及附件区域，便于观察子宫轮廓、子宫位置、子宫形态、大小、内膜具体厚度及宫腔内部情况等，同时检查双侧卵巢情况，包括卵巢的大小、形态、卵泡情况等，观察子宫颈口、宫角以及输卵管等位置是否有孕囊。若发现有孕囊则需要对孕囊的位置、大小以及有无卵黄囊及胚芽等进行判断。阴道超声还将通过对血流的现象情况进行观察，探测子宫周围及其内部的血流情况，启动脉冲多普勒键即可得到相应的血流频谱，同时测量动脉血管搏动指数以及阻力指数。第三，在做阴道超声时，需要重视与患者进行语言交流，一来可以让患者放松身体，使超声探头可以更轻松地完成探测检查工作；二来避免因患者紧张而使得检查产生不适感。通常情况下，超声探头会进入阴道约 10 厘米左右，就可以清晰的观察到子宫和附件的情况了。

1.3 临床观察指标

对比分析两组患者疑似宫外孕的确诊率以及血流参数值。

1.4 统计学方法

采用 SPSS25.0 软件分析数据，计量资料采用均数±标准差表示，组间比较采用 t 检验^[4]。计数资料采用 X² 检验，P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

通过对比分析，可知观察组中疑似宫外孕患者确诊率明显高于对照组。具体见表 1。

表 1 两组患者的疑似宫外孕确诊率[n（%）]

组别	例数	确诊	待确诊	误诊
观察组	55	48（87.27）	7（12.73）	0（0.00）
对照组	55	34（61.82）	18（32.73）	3（5.45）

通过对比分析，可知观察组中疑似宫外孕患者的血流参数诊断明显高于对照组。具体见表 2。

表 2 两组患者接受不同检查后的血流参数对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	动脉血管搏动指数	阻力指数
观察组	55	0.90±0.23	0.56±0.13
对照组	55	0.61±0.13	0.42±0.09
t 值		7.418	5.142
P 值		<0.05	<0.05

3 讨论

宫外孕是较为通俗的一种说法，可以将子宫外着床孕育的怀孕方式判定为宫外孕。在医学角度来分析，宫外孕是指子宫腔以外的怀孕方式。在临床上最为常见的是在输卵管里出现宫外孕，也就是说受精卵应该从输卵管走到宫腔里着床正常发育，但是因为一些特殊情况，受精卵没有到达宫腔内，而是直接在输卵管里着床、生长、发育，但是这种生长发育是不正常的，环境也不允许，于是孕囊会在一定条件下发生破裂，出现宫外孕临床症状。通过对宫外孕的发生特点以及发生概率进行研究分析，可知有

90%-95%的宫外孕属于输卵管妊娠,另外还有长在宫颈口、宫颈管里、腹腔内妊娠、子宫间质部里等的其他类型宫外孕^[5]。所以,鉴于宫外孕可能发生的位置较多,从广义上来讲,只要是在子宫正常怀孕位置以外的位置出现的妊娠,都称之为宫外孕。

宫外孕对女性的身心健康已经造成严重影响,为此,需要对宫外孕的产生原因进行分析,进而做好宫外孕知识普及推广,以此降低宫外孕发生率。通过医学研究,可知宫外孕的发生病因有以下几种:第一种为输卵管炎症。输卵管黏膜炎和输卵管周围炎是发生输卵管妊娠的常见病因。若患者患有严重的输卵管黏膜炎,则会将管腔完全阻塞,进而导致患者出现不孕;若炎症较轻,则受精卵在运行时会受到阻碍而在输卵管着床、生长。第二种为输卵管手术。输卵管绝育手术后若形成输卵管再通或粘连,则容易发生输卵管妊娠。第三种为输卵管发育不良或者功能异常。输卵管发育不良主要表现为输卵管过长,肌层发育差,黏膜纤毛缺乏。若雌孕激素分泌失常,也将导致受精卵运行异常,进而出现输卵管妊娠。第四种为受精卵游走。卵子在一侧输卵管受精后,受精卵经宫腔或腹腔进入到对侧的输卵管内,移行时间过长,受精卵发育增大,进而在对侧输卵管内着床形成输卵管妊娠。第五种为辅助生育技术以及其他原因。

宫外孕发生后,患者会出现一系列的临床症状,比如①月经停止:一般输卵管间质部妊娠会出现停经时间较长的情况,其他妊娠没有出现停经问题或月经仅过期两三日。②阴道出血:孕囊在宫腔外着床、生长,但发育的机会非常渺茫,所以会随着时间的流逝而使胚胎死亡,此时,阴道会出现不规则出血,颜色暗红,量不多,一般少于月经量。只有极个别的患者会出现阴道出血过多,好似月经来潮,同时阴道流血可伴有蜕膜碎片排出。③昏厥或者休克。因为患者的孕囊破裂等因素影响,患者腹腔会急性内出血以及出现剧烈腹痛症状,症状较轻者会出现昏厥,严重者会因失血过多而出现失血性休克。

经腹部彩超是一种用于临床医学领域的仪器。主要用于对女性的子宫附件、盆腔等部位做出进一步的医学诊断,可以及时观察并了解到女性是否患有子宫疾病。在进行经腹妇科彩超检查时,患者需要提前两个小时进行大量饮水,并憋尿,只有当膀胱充盈时,才可以进行经腹妇科彩超检查。此时,经腹妇科彩超的探头会借助耦合剂的润滑作用对患者的腹部进行横切、斜切、纵切扫查,但因为女性的盆腔器官位置较深,尤其若患者的腹

部脂肪较厚,最终会使位于盆腔后部的子宫、卵巢以及输卵管的显像不够清晰,进而影响宫外孕的诊断结果,影响确诊率。

阴道超声是近年来妇产科超声应用的一项突破性技术进展,其可以清楚地显示女性的盆腔内部器官组织结构,与传统的经腹妇科彩超相比较,患者在接受阴道超声检查时,不需要充盈膀胱,反而是将尿液排净后进行正常检查。阴道超声具有超高的清晰度和良好的分辨率,患者腹部脂肪厚度对其没有影响,所以肥胖患者适合于采用阴道超声检查。阴道超声可以清晰地了解到患者的子宫、卵巢以及盆腔情况,进而较为快速地观察到患者是否患有宫外孕,以及判定宫外孕孕囊位置、大小以及周围情况等。腹部彩超常用的是3.5MHZ的探头,而阴道超声的频率远高于腹部彩超,其探头会在阴道内紧贴宫颈以及后穹窿部位,与腹部彩超不同的是其声束不需要经过腹壁皮肤、肌肉、膀胱以及肠道,所以在显示器中显示的盆腔器官会更为清晰。宫外孕患者在入院治疗时,其病症一般都较急,发展迅速,必须尽快进行临床诊断,而阴道超声不需要患者憋尿,这就为患者争取至少两个小时的时间进行对症治疗。因此,通过对比经腹妇科彩超和阴道超声的优缺点,可以看出对疑似宫外孕患者进行诊断,阴道超声具有更多的优势。

综上所述,观察组患者确诊宫外孕的准确度明显高于对照组,血流参数对比值观察可知,观察组也明显高于对照组,其数据值利于诊断患者是否确诊宫外孕,对后续治疗具有积极的参考意义。为此,经阴道超声诊断宫外孕的临床价值是显而易见的,可以提高确诊率,值得在临床上推广应用。

参考文献:

- [1]何雯彤.经阴道超声与经腹部超声诊断宫外孕的准确度及预测价值比较[J].影像研究与医学应用,2022,6(10):158-160.
- [2]侯晓楠.阴道超声联合腹部超声诊断宫外孕的临床价值[J].中国医药指南,2022,20(08):62-65.
- [3]蔡芸.阴道超声联合腹部彩超在宫外孕诊断中的应用价值及准确性分析[J].中国医疗器械信息,2021,27(15):85-86.
- [4]董晓波.经阴道超声联合腹部超声诊断宫外孕的临床效果分析[J].现代医用影像学,2021,30(07):1363-1364+1380.
- [5]崔倩.经阴道超声诊断早期宫外孕的应用价值分析[J].影像研究与医学应用,2021,5(11):103-104.

(上接第183页)

消除疾病造成的隐患。但肺结核患者不可长期住院治疗,多数患者长期居家修养,定时前往医院复查。既往临床多在肺结核患者前往门诊复查时,为患者提供相应服务,如讲解疾病知识,指导患者准确解答生活中常见的问题,辅助患者完善各项检查等^[5]。但这种护理模式比较被动,护士服务缺乏主动性,并不能主动解决患者问题,护患关系始终有很大的进步空间,护理整体效果一般。延续性护理是现今十分推崇的肺结核门诊护理方案,通过相应护理服务,可督促患者在规定时间内前往医院复查,可及时做好当日的工作安排,在患者到达门诊后主动为患者服务,从而提升门诊服务效果,改善护患关系^[6-7]。延续性护理还可将被动护理转变为主动护理,护士主动进行电话随访,了解患者的个体情况与症状表现,针对性的解决患者日常生活中产生的各种问题,帮助患者更好的适应患病后的生活,提升患者生活质量水平,改善患者的疾病治疗效果^[8]。

本次分析实践中,第一个结果是观察组患者临床治疗显效有26例、治疗有效有32例、治疗无效有2例,总有效率是96.67%,观察组患者临床治疗显效有20例、治疗有效有26例、治疗无效有14例,总有效率是76.67%,观察组大于对照组($P<0.05$)。说明肺结核患者的临床干预护理中引进延续性理念,能够全面满足患者疾病治疗需求,让患者对干预工作的依从性可提升,从而缩短了患者治疗时间,保障肺结核患者疾病干预的效果;第二个结果是:比较六项遵医行为评分,观察组患者合理饮食评分均数(9.04±0.71)、戒烟戒酒评分均数(9.09±0.74)、规范用药评分均数(9.00±0.72)、规范用药评分均数(8.89±0.78)、康复训练评分均数(8.89±0.78)、定时复查评分均数(8.93±0.75)、自我防护评分均数(8.96±0.73),多个指数均高于对照组($P<0.05$)。表明延续性护理的思想,能够促使护理工作真正的从患者疾病出发,指导患者保持良好的饮食习惯和规范用药习惯^[9]。加深患者对疾病的认知,患者可进一步形成自我保护与干预病情的意识,真正利用延续性护理思路服务于患者,让患者的康复训练、定时复查以及自我防护能力显著增强^[10],综上可知,肺结

核患者应用延续性护理,效果显著。

参考文献:

- [1]苏爽,宋磊,僧松娟.MDT式延续性护理干预对肺结核合并2型糖尿病患者C-DMSES评分的影响[J].临床研究,2021,29(6):171-172.
 - [2]王叙嫒,许怡芳.互联网+延续性护理对肺结核患者服药依从性、睡眠及生命质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(3):497-499.
 - [3]王莉敏.基于奥马哈系统的延续性护理在肺结核患者院外护理中的应用效果[J].河南医学研究,2021,30(19):3635-3636.
 - [4]柳伟伟,刘梦馨,梁栋.延续性护理干预对肺结核患者治疗依从性和心理状态的影响[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(17):356-357.
 - [5]曹瑞玲.延续性护理干预对耐药肺结核患者服药依从性及护理满意度的效果[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(15):23.
 - [6]黄兰妹,陈欣梅,冯芳,等.思维导图引导延续性护理干预对肺结核患者诊疗依从性及预后的影响[J].临床与病理杂志,2020,40(9):2469-2474.
 - [7]张丽洁,何仪.延续性护理对肺结核患者的临床护理效果观察[J].贵州医药,2020,44(7):1162-1163.
 - [8]靳燕影.延续性护理对耐药肺结核患者自我护理与生活质量的影响[J].河南医学研究,2021,30(3):536-538.
 - [9]苏爽,宋磊,僧松娟.MDT式延续性护理干预对肺结核合并2型糖尿病患者C-DMSES评分的影响[J].临床研究,2021,29(06):171-172.
 - [10]王叙嫒,许怡芳.互联网+延续性护理对肺结核患者服药依从性、睡眠及生命质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(03):497-499.
- 作者简介:王佳宁(1989.04-),女,汉族,北京昌平人,本科学历,主管护师,主要从事肺结核患者护理等研究。
- 课题项目:首都卫生发展科研专项(2020-1-1041);北京市科技计划项目(D181100000418002)

优质护理在提升供应室消毒质量中的价值体会

耿慧慧

桓台县人民医院 山东淄博 256400

摘要：目的：以消毒供应室为研究地点，探讨科室工作期间运用优质护理对其工作质量的影响。方法：在消毒供应室进行前瞻性研究，在 2021 年全年进行研究，前六个月与后六个月比较，为保证研究科学性，随机抽取 2000 个医疗器械为对象，结合研究要求将其分为数量相当的两份，其中 1000 份在 2021 年前半年送入消毒供应室处理，该阶段科室执行一般护理；其中 1000 份在 2021 年后半年送入消毒供应室处理，该阶段科室执行优质护理。结果：比较科室处理质量，指标称作合格率，观察组大 ($P < 0.05$)；比较科室满意情况，指标称作满意度，观察组大 ($P < 0.05$)。结论：消毒供应室日常工作期间实施优质护理，有利于医疗器械处理质量提升与科室满意度提高，应用价值显著。

关键词：消毒供应室；科室；质量；医疗器械；前瞻性研究；优质护理

消毒供应室在我国各大医院中的作用较为特殊，是医院清洁管理中重要的组成部分^[1]。科室负责医院各种器械的清洗、灭菌、消毒及包装等工作，为各科室提供无菌物品^[2]。科室工作质量直接影响到患者的生命安全，更是控制院感感染率的重要场所^[3]。任何一个环节出了问题，都有可能引起院内感染的发生，直接影响医疗和护理质量，甚至关系到患者的生命安全^[4]。由于消毒供应室器械管理质量关系到其他科室护理安全性，因此其他科室及病人对科室护理服务质量要求较高，而其常规性的管理方式难以达到要求^[5]。优质护理近年来在该科室广泛应用，取得了较好的成果，可提升科室工作质量，有利于医院预防感染。基于上述观点，此次研究选择在消毒供应室展开，重点分析优质护理的价值，报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

于 2021 年 1 月-2021 年 12 月在消毒供应室展开前瞻性研究，属于护理研究，以该阶段在科室处理的医疗器械 2000 个为对象，结合研究时间分成 2 组。2021 年 1 月-6 月处理的 1000 个医疗器械，称作对照组；2021 年 7 月-12 月处理的 1000 个医疗器械，称作观察组。医疗器械的源于科室、类型、处理流程无甚区别，比较无差异 ($P > 0.05$)。该阶段配合研究的科室工作人员共 15 名，男性共计 3 名，女性共计 12 名；最小年龄 23 岁，最大年龄 47 岁，均值 (35.38 ± 6.04) 岁；工龄最短 1 年，工龄最长 26 年，均值 (13.68 ± 5.13) 年。

纳入标准：(1) 参与的工作人员均具备正常语言表达、文字读写等能力；(2) 参与的工作人员精神状态良好；(3) 参与的工作人员无缺勤缺岗现象。排除标准：(1) 参与的工作人员存在学习活动、科室会议缺席行为；(2) 参与的工作人员中途调入其他科室或自行更换单位；(3) 参与的工作人员并未按照要求配合研究。

1.2 方法

对照组（一般护理）：按照消毒供应室现有工作原则、工作流程、服务标准进行相关工作。

观察组（优质护理）：(1) 扭转服务思想：为落实优质护理服务，首先要保证消毒供应室全体工作人员均具备优质护理意识、思想、观念及技能，扭转工作人员的传统护理思想及护理认识，转变其护理服务思想。护士长需带领全体工作人员一起学习以“消毒供应室优质护理”为主题的学习活动，常规普及优质护理知识及理念的同时，通过讨论活动让全体工作人员踊跃发言，明确日常工作应该落实的各项优质护理手段，鼓励工作人员互相辩论，探讨最适宜、最科学的消毒供应室护理手段，并做好现场汇

总工作，让全体工作人员参与到消毒供应室优质护理手段制定工作中，加强工作人员对护理手段的准确认识，提升工作人员的优质护理意识，督促工作人员主动转变传统护理工作模式，提升工作人员的护理思想境界。(2) 完善工作制度：详细调查消毒供应室现有消毒工作质量与工作制度，明确两者匹配性，分析工作制度方面的不足，明确工作制度对消毒质量造成的影响。基于消毒供应室工作现状及工作需求，制定规范、科学、详细的工作流程，完善消毒供应室现有管理制度、质量标准，健全科室质量管理体系，明确评估审核工作质量的各项质量指标，明确工作质量评估标准，方便工作人员及时按照质量指标及质量标准评估手术器械清洗消毒流程和质量标准，及时发现质量不合格现象，第一时间处理这一问题。鉴于工作人员文化背景、专业技能与工作经验存在鲜明差异，还需制定合理的用人制度，充分调查工作人员工作能力与现今工作内容，适当调整工作人员岗位，保证工作人员在科室最擅长岗位工作，保证各个岗位的工作质量。明确工作人员工作期间必须遵守的规章制度，要求工作人员按照规章制度完成日常工作，保证工作衔接合理性与科学性，最大程度上提升工作质量。制定符合消毒供应室工作的质量监督制度，科室管理者、护士长、高级职称护士随机担任质量监督重任，不定时、定时进行质量检验，做好记录工作，及时发现不符合质量标准工作，并记录该工作人员，落实责任制度，结合工作人员的多次质量监督结果，合理处罚工作人员，约束科室工作人员行为，保证科室工作质量达标，增强工作人员工作责任心。完善质量改进制度，定时进行科室会议，明确工作中存在的问题，全员制定科学合理的解决方案，确定方案科学性与可行性后，落实解决方案，有效解决相关问题。(3) 集中管理：消毒供应室每日要清洗消毒的医疗器械数量众多，为避免分批管理导致的遗漏、遗失、记录混乱等问题，对医疗器械实施集中管理。安排专人负责医疗器械记录工作，详细记录每日送入科室的医疗器械设备、返回临床科室的医疗器械，返回器械必须有科室接收人员签名，还需在医疗器械包装上粘贴条形码，方便运用信息化技术追踪医疗器械，及时追回不合格或疑似不合格医疗器械。医疗器械类型较多，处理过程中涉及较多供需，科室集中管理医疗器械的同时，需结合处理环节合理安排工作人员，保证工作人员技术水平与工作连贯性，尽可能协调各个工作人员，保证医疗器械处理各个环节处于协调衔接状态，最大程度上规避医疗器械遗失现象，还可保证工作人员的工作主动性与工作积极性。医疗器械管理专员还需做好医疗器械清洗处理过程中所需物品的管理工作，做好这些物品的记录工作，每日上下班前均需统计记录中数量，工作区域的物品数量，及时补足物品，及时发现库存稀少物品并结合应用情况制定科学合理的采

购方案,预防库存过多的同时还可避免物品不足问题。鉴于消毒供应室工作特殊,管理专员还需主动承担环境清洁消毒管理工作,结合不同区域的工作特点与工作环节,制定科学合理的消毒计划与消毒方案,保证消毒到位,预防环境质量低下对医疗器械清洗消毒造成的负面影响。

1.3 观察指标

1.3.1 医疗器械的科室处理质量 统计医疗器械的清洗、消毒、回收、包装合格率。

1.3.3 医疗器械的科室满意度 医疗器械经处理后返回临床科室,科室接收人员接收后,还需结合医疗器械应用情况进行评价,评价总分 1-3 分,1 分、2 分、3 分分别是不满意、较满意、很满意,统计后两项满意例数,则可得出满意度。

1.4 统计学方法

在 SPSS 22.0 中统计分析,计数资料 $n/\%$ 表示, χ^2 检验;计量资料 $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验; $P < 0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 医疗器械的科室处理质量统计

此次研究通过医疗器械的清洗、消毒、回收、包装合格率评估科室处理质量,参与组别有两组,比值是观察组大 ($P < 0.05$)。见表一。

表 1 两组科室处理质量对比 ($n=1000$ 例, $n/\%$)

组别	清洗合格 率	消毒合格 率	回收合格 率	包装合格 率
对照组	943 (94.30 %)	932 (93.20 %)	925 (92.50 %)	920 (92.0 %)
观察组	987 (98.70 %)	982 (98.20 %)	990 (99.00 %)	985 (98.50 %)
χ^2 值	28.6603	30.3759	51.9121	46.6915
P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 医疗器械的科室满意情况统计

此次研究通过临床科室接收人员反馈评估对医疗器械的满意度,参与组别有两组,比值是观察组大 ($P < 0.05$)。见表二。

表 2 两组科室满意情况对比 ($n=1000$ 例, $n/\%$)

组别	很满意	较满意	不满意	满意度
对照组	416 (41.60 %)	501 (50.10 %)	83 (8.30%)	917 (91.70 %)
观察组	579 (57.90 %)	401 (40.10 %)	20 (2.00%)	980 (98.00 %)
χ^2 值	-	-	-	40.6262
P 值	-	-	-	0.0000

3 讨论

有研究^[6]发现,每年出现医院感染的患者数量高达 700 万例,平均 20 例患者中有 1 例出现医院感染。我国重视医疗安全管理,尤其注重各类经血传播疾病和医院内感染的预防,而医疗器械的清洗、消毒、灭菌管理则为预防重点^[7]。有研究^[8]指出,医院感染率能否下降,关键在于灭菌消毒、灭菌消毒操作技能及检查质量能否按要求完成。为有效降低医院感染率,各大医院均针对这一情况展开研究,反复验证了消毒供应室在医院感染防控中的价值。当前,常规的消毒供应室消毒方式已经与临床实际医疗工作相悖^[9]。基于这一情况,消毒供应室积极进行改革创新,探讨科学高效的

护理方案,调动工作人员积极性,充分发挥其工作价值,无疑能够优化消毒供应室工作,提升医疗器械合格率,有效预防感染。

有研究^[10]指出,在医院供应室日常护理工作中展开优质护理,能够为患者提供更优质的护理服务,提高患者使用的医疗器械的安全卫生性,并提高无菌护理服务的整体质量。优质护理是现代化护理,具有具体、全面以及系统等特点。在护理措施实施后,可全面提升消毒供应室的工作全面性,可增强工作人员的专业医师、专业能力、职业素养,并在科室日常工作充分发挥工作人员的能力,提升护理工作质量。优质护理可弥补一般护理的缺陷,让消毒供应室工作更为规范、全面、合理,可进一步科室工作水平。但执行优质护理时,必须坚持“以人为本”这一服务理念,需积极调查消毒供应室工作现状,积极分析工作中存在的缺陷,继而从实际情况入手,制定符合科室现状的优质护理措施,才能保证护理的针对性与有效性,最大化护理家价值,提升科室工作水平。

此次研究表明,相较于对照组,执行优质护理后,观察组的科室处理合格率更大,临床科室对医疗器械的满意度更大,可见优质护理效果好于一般护理。原因分析如下:(1)优质护理充分认识到工作人员在消毒供应室工作中发挥的作用,主张通过集体学习扭转其服务思想及服务观念,继而利用集体发言、互相辩论,制定符合科室现状的优质护理方案,保证护理效果与质量。(2)优质护理重视工作制度在引导工作人员日常工作、约束工作人员行为、妥善管理工作人员的重要作用,主张积极调查科室工作制度现状,积极完善工作制度,制定集中管理等制度,从而优化科室工作,保证医疗器械处理质量。

综上所述,消毒供应室对护理服务有很高要求,一般护理效果低下,优质护理效果显著。

参考文献:

- [1]黄沛珍,黄流英,何丽梅.PDCA 循环在消毒供应室护理管理中的应用及对器械清洁消毒合格率的影响[J].中国现代医生,2020,58(4): 160-162.
- [2]段美芹,王虹.集中专人管理应用于消毒供应室精密器械管理中的效果[J].中国现代医生,2022,60(10): 162-164,184.
- [3]廖园.全程质量控制管理在消毒供应室中的应用以及对降低院感率的影响[J].中国卫生产业,2022,19(1): 77-80.
- [4]商希芹,高丽霞.集中管理模式在消毒供应中心护理质量改进中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(24): 77-79.
- [5]杨玲.作业流程重组联合细节把控管理对消毒供应室护理质量及医院感染的影响[J].循证护理,2022,8(1): 106-109.
- [6]龚琴,江婷.基于前馈控制的 PDCA 法在降低消毒供应室院感中的应用[J].中国现代医生,2022,60(11): 163-166.
- [7]王露,罗小飞,邱雅婧,等.一体化管理提升消毒供应室器械管理合格率及临床使用满意度的价值评估[J].中国医疗器械信息,2022,28(2): 171-173.
- [8]耿慧晓,唐景花.全程质控管理对消毒供应室护理管理质量的影响及对医院感染的预防作用探讨[J].辽宁医学杂志,2019,33(3): 96-98.
- [9]田雅,郑文,郭洪娟.实施细节管理对消毒供应室护理质量和护理满意度的影响分析[J].现代医院,2022,22(2): 232-235.
- [10]何志青.优质护理在供应室护理中的应用效果分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(7): 323-324,329.

实施护理干预对大龄产妇围产期心理健康和分娩过程的影响

刘婷

前海人寿广州总医院 门诊 广东广州 510000

摘要:目的:探讨实施护理干预对大龄产妇围产期心理健康和分娩过程的影响及效果,为大龄产妇的安全分娩提供参考。方法 选择2020年1月-2021年1月在我院妇产科进行临床分娩的大龄产妇60例作为研究对象,采用随机数字表法将入组对象分成对照组和观察组各30例,两组患者入院后皆给予产前常规检查和综合护理,观察组在此基础上对产妇的围产期实施护理干预。比较两组产妇干预前后的焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)等心理健康指标、分娩方式和产程。结果 研究数据表明,入院时两组产妇的SAS和SDS评分无明显差异, $P>0.05$,干预后,观察组SAS和SDS评分等心理健康指标明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组的自然分娩率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组第一产程和总产程明显少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对大龄产妇围产期实施护理干预能有效改善产妇的不良心理,提高自然分娩率并缩短产程,对大龄产妇的安全、顺利分娩有着显著的改善效果。

关键词: 护理干预; 大龄产妇; 围产期; 心理健康; 分娩过程

大龄产妇是指生育年龄 ≥ 35 岁的产妇^[1]。该群体由于已经过了人类生育的黄金时期,身体和心理状态均处于下滑状态,不仅妊娠期存在高发的妊娠并发症,围产期更是面临着心理负担大、分娩方式选择困难、产程过长等各种临盆风险。此外,剖宫产率高、产后并发症多等因素均给临床护理工作带来一定的困难。分娩是一种持久性的强烈应激源^[2],分娩过程对产妇的身心均会产生强烈的应激反应给导致分娩结果存在各种不确定风险因素。而大龄产妇由于生理和心理状态较差等原因,临床分娩中的风险更大。近年来,随着我国全面放开二胎,越来越多的家庭选择大龄生育。大龄产妇不断增加给妇产科的临床护理工作带来了严峻的挑战。有研究表明^[3],心理因素是影响大龄产妇分娩过程的关键因素,而通过有效的护理干预可以有效的缓解或消除产妇的不良心理状态,保证分娩的顺利进行。为改善大龄产妇的身心状态,减少分娩过程中的风险因素,我院妇产科对大龄产妇围产期实施护理干预,结果证明,该方法可以有效的改善和消除产妇的不良心理因素,提高产妇的自然分娩率并缩短产程。本研究通过对于我院妇产科进行分娩的60例大龄产妇进行对照研究,探讨实施护理干预对大龄产妇心理健康和分娩过程的影响,现将研究报告如下。

1. 对象与方法

1.1 研究对象

选择2020年1月至2021年1月于我院妇产科进行分娩的大龄产妇60例作为研究对象。采用随机数字表法将所有产妇分成观察组和对照组各30例,其中头胎18例,二胎42例,年龄35~48岁,平均年龄 (39 ± 1.2) 岁,孕周37~42周,平均 (39 ± 2) 周。两组上述各项基线数据对比 $P>0.05$,具有可比性。

纳入与排除标准:(1)对象为大于35岁的大龄产妇;(2)妊娠足月、单胎且胎儿发育正常;(3)无高危妊娠因素和并发症;(4)排除精神类疾病和恶性疾病史;(5)经产妇及家属同意。

1.2 研究方法

两组患者入院时均采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行心理健康评测,并进行产科常规护理和健康宣教。观察组在此基础上对产妇的围产期实施护理干预,具体方式如下:

(1)入院评估,根据孕妇的产检报告和身体状况做好患者的入院评估和分娩风险评估,根据评估结果制定相应的护理路径并安排护理人员实施护理干预。

(2)产前干预,①健康宣教,入院时做好产妇及家属的健康宣教工作,

给产妇及家属普及待产知识及相关注意事项,并通过宣传画册、纪录片、专家讲座等方式进行妊娠、分娩的相关健康教育^[4]②心理干预,待产期间,责任护士应主动与产妇及家属进行交流,详细讲解产房住院环境和住院须知,并解答产妇及家属关于妊娠和分娩的疑问,关心和鼓励产妇,消除产妇及家属的焦虑心理。③行为认知干预,积极与产妇及家属沟通,详细讲解自然分娩和剖宫产的利弊,针对大龄产妇分娩方式的优劣和顾虑进行疏导,引导产妇及家属正确面对分娩可能产生的各种应激反应,并正确选择分娩方式。

(3)产中干预,①人文关怀干预,营造良好的产房环境,积极与产妇进行沟通,密切观察产妇的身心状态,及时进行心理干预时,帮助产妇消除心理恐慌,取得产妇的信任,积极配合分娩;②助产干预,拉梅兹呼吸运动技巧是一种通过转移大脑注意力中心,来降低产妇产宫收缩引起的不适,以度过生产过程中最困难阶段的助产方式^[5]。通过拉梅兹呼吸运动技巧帮助产妇在分娩过程中的各个阶段有效的调整呼吸方式和呼吸频率,达到减少疼痛感并缩短产程的作用。

(4)产后干预,分娩结束后,主动询问产妇需求,并尽量满足其合理要求,及时创造母婴见面机会,并告知家属,引导家属为产妇提供饮食、关心等支持。于产妇出院前后分别进行焦虑自评量表和抑郁自评量表进行心理健康评分。

1.3 观察指标

采用焦虑自评量表(SAS)^[6]和抑郁自评量表(SDS)^[7]于入院时和出院时两组分别对两组产妇进行心理健康评价。比较两组大龄产妇的心理健康评分状况。记录并比较两组大龄产妇的分娩方式、产程(包括第一产程、第二产程、总产程)等指标。

1.4 统计分析方法

采用SPSS20.0软件进行数据分析,运用描述性统计,计量资料采用 $(\bar{X}\pm s)$ 表示,采用t检验分析,计数资料采用率(%)进行卡方检验。 $P<0.05$ 表示差异具统计学意义。

2. 结果

2.1 两组心理健康评分比较

心理健康是影响大龄产妇分娩的关键因素,本研究通过对两组患者入院时和干预后进行焦虑自评量表和抑郁自评量表调查,对比结果可知,入院时,两组产妇的心理健康评分差异无统计学意义, ($P>0.05$)。干预后,观察组的心理健康各项评分均优于对照组,差异有统计学意义, ($P<0.05$)

详见表 1。

表 1 两组产妇焦虑自测量表和抑郁自测量评分对比 (X±S) (N=60)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	30	45.75±8.44	33.45±7.15
对照组	30	46.13±8.11	41.55±7.23
t 值		1.07	2.30
P 值		0.29	0.02

2.2 两组产妇的分娩方式比较

本研究显示, 观察组 30 例大龄产妇中, 自然分娩 21 例, 自然分娩率 (70%); 对照组 30 例大龄产妇中, 自然分娩 15 例, 自然分娩率 (50%); 干预组的自然分娩率明显高于常规组, (P<0.05) 详见表 2

表 2 两组分娩方式比较 例 (%) (n=60)

组别	例数	自然分娩	剖宫产
观察组	30	21 (70.0)	9 (30.0)
对照组	30	15 (50.0)	15 (50.0)
合计	60	36 (60.0)	24 (40.0)

注: 两组比较, $\chi^2=6.134$, $P=0.012$

2.3 两组产妇的产程对比

通过研究数据可知, 由于剖宫产的产程没有比较意义, 对比两组大龄产妇中, 自然分娩产妇的产程可知, 观察组产妇的第一产程和总产程明显少于对照组, 差异有统计学意义, (P<0.05)。第二产程和第三产程对比没有显著差别, 差异无统计学意义, (P>0.05) 详见表 3

表 3 两组自然分娩产妇的产程对比 (x±s) (n=36)

组别	例数	第一产程 (h)	第二产程 (min)	第三产程 (min)	总产程 (min)
观察组	36	5.81±1.41	43.81±9.68	7.03±3.02	453.56±85.24
对照组	26	8.15±1.58	52.39±10.80	7.87±1.34	561.36±91.15

注: 与常规组对比, $P<0.05$ 。

3. 讨论

近年来, 人口老龄化和生育率不断下降已经成为影响社会发展和关系民生的重大问题。由于生活成本和教育成本的不断增长, 我国婚育年龄不断增高, 生育年龄也越来越晚。为缓解人口问题, 国家选择全面放开二胎促使许多中年家庭萌生了生育二胎的想法, 这更加剧了大龄生育的程度和大龄产妇的数量。相关研究^[8]认为, 高龄产妇由于生理功能已经过了生育的黄金时期, 身体机能和组织器官已经出现不同程度衰退, 产道弹性下降和宫缩乏力给自然分娩带来了很大的难度。而且大龄产妇发生早产、难产、出血以及妊娠并发症等风险的几率更高, 诸多方面的因素导致大龄产妇的分娩过程存在很大的风险, 也给妇产科的护理工作带来了严峻的挑战, 面对日益增加的大龄产妇和高风险的分娩过程, 做好产妇围产期的护理干预措施是降低其分娩风险并提高自然分娩率的关键保障。

妊娠和分娩是一种高风险的生理行为, 也是女性一生中的一次重大的经历和过程。良好的身体素质和心理状态是顺利生育的重要保障。而大龄产妇由于已经过了生育的最佳时期, 身体和心理状态均处在下滑状态, 生育风险急剧增加。黄伟荣等^[9]研究表明, 大龄产妇均存在不同程度的紧张、焦虑和抑郁等不良心理反应。女性的黄金生育年龄是在 24-30 岁之间, 之

后伴随着年龄的增长, 身体机能过了峰值, 盆腔骨性结构固化, 肌肉力量退化, 宫颈阔张难度增大导致产妇自然分娩过程中容易因宫缩乏力、产道韧性不够等引发生产风险^[10]。且由于身体机能和免疫功能的衰退, 各种妊娠并发症的发生率也逐渐升高, 给生育带来了极大的挑战。而大龄产妇由于紧张、焦虑等不良情绪的影响, 肾上腺素分泌不足, 导致宫缩乏力, 产程延长, 增加了产妇和婴儿分娩过程中的风险。

面对日益增加的大龄产妇, 我们在妇产科的临床护理中发现, 围产期是产妇最容易产生心理障碍的时期, 也是大龄产妇各种风险因素的高发期。针对大龄产妇的围产期实施有效的护理干预, 一方面能通过对产妇进行分娩风险评估, 帮助患者选择合适的分娩方式, 并消除患者对自然分娩的恐惧, 提高剖宫产医学指征者的自然分娩率。另一方面通过对分娩期间实施护理干预, 可以有效改善患者的产程中的各种应激反应, 缩短产程并降低分娩过程中的风险。此外, 围绕整个围产期实施心理干预和健康教育, 能帮助产妇及家属正确了解分娩过程中的各种风险因素和注意事项, 以及自然分娩的各种益处。通过心理干预及时疏导家属及产妇的各种心理障碍和不良情绪, 可以帮助产妇树立信心, 提高分娩过程中的受耐性, 同时, 在产程中医护人员和家属给予的支持和关心都有助于提高产妇继续进行自然分娩的意志力和决心, 从而提高自然分娩率^[10]。本研究通过对 100 例大龄产妇的分娩过程进行分组分析对比, 结果显示, 观察组产妇经过对围产期实施护理干预后, 产妇的心理健康状况、自然分娩率、产程等指标均优于对照组。这说明, 对大龄产妇围产期实施护理干预有着显著的意义。

综上所述, 对大龄产妇的围产期实施护理干预, 可以有效的改善产妇的心理健康问题, 提高自然分娩率, 并缩短大龄产妇的产程, 降低大龄产妇分娩的各种分娩因素。

参考文献:

- [1]侯磊, 王欣, 邹丽颖, 等. 高龄产妇界定线对产妇分娩方式的影响[J]. 北京医学, 2015, 37 (7): 3.
- [2]王亚红, 徐红艳, 徐鑫芬. 孕妇产前常见心理状态的相关研究进展[J]. 护理与康复, 2016, 15 (4): 4.
- [3]许春燕, 倪冬梅, 李琼珊. 高龄初产妇不良心理情绪的影响因素分析[J]. 中国妇幼保健研究, 2021, 32 (8): 4.
- [4]张永苗; 心理护理对高龄初产妇围产期不良情绪的影响[J]; 齐齐哈尔医学院学报; 2013,32 (22) 3405-3406
- [5]李静, 陆玉庆, 胡翠萍. 拉梅兹呼吸法结合心理护理对妊娠分娩的影响[J]. 护理实践与研究, 2016, 13 (016): 10-12.
- [6]王翠雪, 罗阳, 曹炜, 等. 围产期焦虑筛查量表的汉化及信效度评价[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27 (28): 7.
- [7]温红娣, 杨若雅. 初产妇配偶陪伴分娩产妇及配偶双方的心理特征及分娩结局研究[J]. 循证护理, 2020, 6 (7): 5.
- [8]张晓丽. 助产护理干预对高龄产妇分娩方式及产程的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 20 (18): 345-349
- [9]黄伟荣, 等. 某地区高龄初产妇住院期间抑郁情绪评分及心理护理指标调查[J]. 中国医药指南, 2012, 10 (10): 347-348.
- [10]罗艺娜. 浅谈护理干预对高龄产妇的影响[J]. 糖尿病天地·教育 (上旬), 2019, 016 (007): 207.
- [11]王新. 对自然分娩后产妇进行系统性健康教育的效果观察[J]. 护理研究旬刊, 2008, 022 (005): P.1185-1186.

宫腔镜检查患者护理中实施心理干预对负性情绪的影响研究

孟静

南京医科大学附属妇产医院（南京市妇幼保健院） 江苏南京 210000

摘要：目的：研究心理干预用于宫腔镜检查患者护理中的效果。方法：随机选择 86 例宫腔镜检查患者，观察组患者采用心理干预+常规护理，对照组患者采用常规护理，对比两组患者护理效果。结果：护理后，对比对照组患者得出，观察组患者护理后焦虑、疼痛、社会支持、一般自我效能感、自我感受负担量表分值均明显改善， $P<0.05$ ；对比两组患者护理前焦虑、疼痛、社会支持、一般自我效能感、自我感受负担量表分值， $P>0.05$ 。对比两组患者护理前 MAP、HR 水平， $P>0.05$ ；对比两组患者护理后的 MAP、HR 水平，观察组患者明显更优， $P<0.05$ 。结论：心理干预用于宫腔镜检查患者护理中，护理效果较为理想。

关键词：宫腔镜检查；心理干预；负性情绪

宫腔镜是一种内镜检查技术，可用于检查妇科疾病，能够直观放大患者宫腔、宫腔管内的病理改变，有助于诊断以及治疗妇科疾病，将可靠的影像学证据提供。运用宫腔镜检查，临床应用价值高，对比超声影像、传统诊断性刮宫，临床优势明显，操作简单，可以对患者所患疾病进行直观以及准确判断，子宫腔内疾病的诊断准确率明显提升，虽然在宫腔镜检查中不需要麻醉处理^[1]，但是密切相关操作者的经验、技术，受检人员在清醒状态下，将器械性操作开展，会导致患者不良情绪加重，因此，对患者的心理干预进行强化，十分必要。本组实验选择 86 例患者，分析心理干预用于宫腔镜检查患者护理中的效果。

1 资料和方法

1.1 资料

在我院 2021 年 8 月至 2022 年 08 月随机选择 86 例宫腔镜检查患者，为宫腔黏连患者，分组办法是随机数表法，观察组患者 43 例，年龄 20-50（ 28.5 ± 3.3 ）岁，对照组患者 43 例，年龄 21-51（ 28.4 ± 3.2 ）岁。可以对比两组患者资料， $P>0.05$ 。

纳入标准：没有听力以及感觉障碍，没有肝肾系统疾病以及心脑血管疾病；没有精神疾病史，在 14d 内没有使用过止痛药物或者抗焦虑药物。

排除标准：因为甲亢、冠心病等疾病导致的继发性焦虑情况；临床资料不完整，或者未能坚持完成治疗。

1.2 方法

两组患者均采用宫腔镜检查，膀胱截石位，使用清水、肥皂棉清洗外阴，使用 0.25%碘伏冲洗阴道，将阴道、宫颈暴露，铺巾处理，对宫颈管进行扩张，将 5%的葡萄糖膨宫液连续注入，依次连接检查镜、冷光源、膨宫装置，在宫颈口内放置好宫腔镜，对侧壁、子宫底、输卵管、子宫口内以及周围情况进行观察。

对照组患者采用常规护理，将检查前需要做好的准备工作做好，强调检查之后的注意事项等。

观察组患者采用心理干预+常规护理，除了如对照组患者一样的护理干预，还需要开展以下护理干预：（1）社会支持。在检查之前，在检查过程中，患者均处于应激状态，应给予患者实施社会支持^[2]，对应激反应导致的心理以及躯体症状有效缓冲，将患者的检查自信心明显增加。对于护

士来说，应为患者及其家属讲解疾病信息，鼓励患者家属为患者提供亲人支持，帮助患者，关爱患者，提高患者在恢复方面的自信心，减轻患者不良情绪^[3]，通过观察以及评估患者及其家属，帮助患者构建正确的疾病认知，将患者的焦虑等不良情绪改善。（2）健康宣教。为了将检查带给患者的不良影响有效减轻，为患者实施健康宣教过程中，确保信息准确，可以将患者的应激反应明显减少。在检查前，为患者讲解相关注意事项，帮助患者对检查后的恢复方案进行相应制定，促进患者不良情绪获得进一步减轻。（3）放松训练。具体方式包括渐进性肌肉放松、深呼吸以及意向指导，可以对患者检查前的疼痛以及早期焦虑进行有效改善，指导患者开展全身肌肉的交替紧张、放松训练，要求患者体会肌肉处于松弛以及紧张的两种状态，帮助患者集中注意力，将其焦虑情绪有效改善，下降患者检查过程中的疼痛感觉。（4）积极情绪想象法。根据患者的积极情绪想象，根据生物反馈，为患者开展集合心理训练，帮助患者积极调节自身情绪，缓冲不良情绪持续影响患者生理调节的效应。（5）运动方面的干预。护士应叮嘱患者积极开展运动锻炼，对患者的睡眠治疗进行有效提升，对患者的机体激素分泌水准进行相应调节，同时调节炎症反应以及炎性因子，促进患者在检查之后尽快恢复健康。

1.3 效果分析^[4]

焦虑、疼痛、社会支持、一般自我效能感、自我感受负担量表分值：以焦虑自评量表、视觉模拟疼痛评分法、社会支持量表、一般自我效能感量表、自我感受负担量表评估数据。

1.4 统计学分析

SPSS25.0 统计软件提出，计数资料行 χ^2 检验，计量资料行 t 检验，以 %、 $[\bar{x} \pm s]$ 体现， $P<0.05$ ，有统计学意义。

2 结果

护理后，观察组患者护理后焦虑、疼痛、社会支持、一般自我效能感、自我感受负担量表分值均明显改善，对比对照组患者得出， $P<0.05$ ；比较两组患者护理前焦虑、疼痛、社会支持、一般自我效能感、自我感受负担量表分值， $P>0.05$ 。比较两组患者护理前 MAP、HR 水平， $P>0.05$ ；观察组患者护理后的 MAP、HR 水平均明显改善，对比对照组患者得出 $P<0.05$ 。

表 1 对比两组患者的护理前后焦虑、疼痛、社会支持、一般自我效能感、自我感受负担量表分值（分）（ $n=43$ ）

组	焦虑	疼痛	社会支持	一般自我效能感	自我感受负担量表分值
---	----	----	------	---------	------------

别	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	71.55±13.25	51.25±12.67	5.25±0.82	3.24±0.36	32.15±2.37	41.57±2.24	15.25±3.55	26.54±1.66	35.27±2.57	21.57±6.99
对照组	70.66±12.55	58.55±12.05	5.33±0.25	3.67±1.24	32.99±2.66	39.57±2.66	14.96±2.57	25.33±3.25	35.67±1.24	25.05±5.52
t	0.3198	2.7377	0.6119	2.1838	1.5461	3.7713	0.4339	2.1742	0.9192	2.5621
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表2 对比两组患者的护理前后的 MAP、HR 水平 (n=43)

组别	MAP (mmHg)		HR (次/min)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	108.85±10.22	91.04±9.26	109.85±10.58	95.25±8.76
对照组	109.77±10.22	99.66±9.34	110.57±10.65	101.52±9.46
t	0.4174	4.2977	0.3145	3.1890
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

对于成年女性来说,为其开展临床内镜检查过程中常用宫腔镜检查,可以检查女性的身心健康,在宫腔镜检查过程中开展心理护理干预,可以将检查进展促进,将患者的生活质量提升,同时提升患者的社会功能。在检查之前,对于宫腔镜检查患者来说,容易出现负面情绪,出现应激障碍,但是目前来说,为患者开展有效的心理干预的报道并不多。

临床分析可以得知,调查宫腔镜检查前后患者的心理状态发现,宫腔镜检查会对患者机体肝肾以及心理状况等多方面产生干扰^[5],宫腔镜检查通过对宫颈进行扩张、对宫腔镜下活检结果进行分析,通过开展一系列器械性刺激操作,获得检查结果,在此过程中,患者心理健康会受到严重影响,宫腔镜检查常见的不良情绪是焦虑,焦虑及疼痛等情况会影响患者淋巴细胞数目以及免疫功能^[6],对于焦虑水平较高的患者来说,机体内白介素-2 的水平低,会对患者免疫水平产生影响。

临床实践证实,在宫腔镜检查患者护理过程中应用心理干预,临床意义较为明显,开展积极的心理干预^[7],有助于改善患者的疼痛症状以及焦虑情绪,对患者在检查前后的不良情绪进行相应调节,帮助患者进行心理调试,有效提高患者恢复效果。

临床分析可以发现,对于宫腔镜检查患者来说,其疼痛症状以及焦虑症状的潜在机制是检查应激创伤,会持续激活患者下丘脑-垂体-肾上腺轴,将糖皮质激素产生,在高水平糖皮质激素情况下,影响患者心理健康,导致患者出现情绪失调,患者出现焦虑感,利用心理干预训练^[8-9],疏导患者不良情绪,帮助患者从现有的应激思维以及感受中脱离,促进患者对应激状态进行积极应对,将检查相关的焦虑负担明显减少,对患者的躯体情况改善有促进作用,患者心理健康明显提高,在心理干预过程中,对于患者来说,关注心理波动^[10],有效调节自己的不良情绪,可以促进患者的整体护理效果明显提升。

本文实验得出:护理后,观察组患者护理后焦虑、疼痛、社会支持、

一般自我效能感、自我感受负担量表分值均明显改善。观察组患者护理后的 MAP、HR 水平均明显改善。

总结以上得出,心理干预用于宫腔镜检查患者护理中的价值高,护理效果较为理想,可以明显改善患者护理后焦虑、疼痛、社会支持、一般自我效能感、自我感受负担量表分值、MAP、HR 水平,值得临床推荐。

参考文献:

[1]简小金,饶红英,李慧娇,等. 协同护理干预对宫腔镜检查术患者心理及生理应激反应的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28 (31): 4.

[2] Hakeberg M , Hagman J , Wide U , et al. A psychological intervention for caries active young adults, a randomized controlled trial[J]. Clinical and Experimental Dental Research, 2022, 8(1): 239-247.

[3]徐兰兰,谭春燕,温都苏. 心理干预对宫腔镜检查患者焦虑及疼痛的影响[J]. 中国医药科学, 2020, 10 (8): 4.

[4] Michelson D , Malik K , Krishna M , et al. Development of a transdiagnostic, low-intensity, psychological intervention for common adolescent mental health problems in Indian secondary schools[J]. Elsevier Sponsored Documents, 2020, 130.

[5]徐瑾. 心理干预在宫腔镜门诊手术患者护理中的应用效果观察[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (21): 2.

[6] Huang J W , Zhou X Y , Lu S J , et al. Dialectical behavior therapy-based psychological intervention for woman in late pregnancy and early postpartum suffering from COVID-19: a case report[J]. Journal of Zhejiang University-SCIENCE B, 2020, 21 (5): 394-399.

[7]张晨. 全面覆盖护理在子宫内膜息肉宫腔镜手术患者中的应用[J]. 医疗装备, 2020, 33 (1): 2.

[8] Yasmin N , Riley G A . Psychological intervention for partners post-stroke: A case report[J]. Neurorhabilitation, 2020, 47 (2) .

[9]赵苏丽. 舒适护理预防宫腔镜检查术患者应激反应的应用价值探讨[J]. 中国当代医药, 2021, 28 (34): 4.

[10] Tong Y , Conner K R , Wang C , et al. Prospective study of association of characteristics of hotline psychological intervention in 778 high-risk callers with subsequent suicidal act: [J]. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2020, 54 (12): 1182-1191.

手术室器械消毒灭菌方法分析

由俊

山东省海阳市行村镇卫生院 山东烟台 265128

摘要：目的：手术室器械消毒灭菌方法分析。方法：本次研究从本院 2021 年 1 月--2021 年 12 月收入的医疗器械中随机抽取 196 例进行分组清洗，对照组工作人员接受消毒供应室指导和处理，研究组工作人员接受 PDCA 循环指导工作来开展 98 件手术室器械消毒清洗活动，分析干预效果。结果：对比存在问题：研究组存在问题 4 例（4.08%），对照组存在问题 12 例（12.24%），（ $p < 0.05$ ）。经过干预后，研究组器械拆装、清洗流程、供应及时度、包装质量、服务态度、消毒质量、灭菌管理、废弃物处理的工作比对照组更好，指标对比（ $p < 0.05$ ）。对比综合满意率：医生对研究组评价综合满意有 19 例（95.00%），对照组为综合满意 14 例（70.00%），（ $p < 0.05$ ）；研究组不满意评价 1 例（5.00%），对照组不满意对 6 例（30.00%），（ $p < 0.05$ ）；结论：PDCA 循环法可提升消毒供应室手术室器械消毒灭菌效果，医生的满意评分高，可推广。

关键词：手术室；器械；消毒灭菌

消毒供应室是医院进行医疗器械清洁、包装、消毒、灭菌、派发的机构。在医院内，消毒供应室的工作效果决定了医院的医疗工作开展的及时性、有效性，对保证临床诊断、治疗效果有至关重要的影响。随着现代医疗技术的不断发展，医院的各项工作质量的不断优化，临床手术室器械的准入要求和从处理要求也在不断增加。消毒供应室应当针对医院的手术开展情况做好手术室的医疗器械的处理，做好无菌敷料、器械、器具的清洗和有效管理。因为清洁和消毒灭菌的控制难度大，手术器械的处理全过程也可能因为技术问题和处理细节导致数量不对，清理不到位，消毒不彻底等，这些都需要引起医院的重视。对此，医院需要在以往的工作环境中加强手术器械消毒管理，增强消毒灭菌的效果。PDCA 循环管理是减少风险，提升工作质量的工作方式。可通过 P（计划）D（实施）C（检查）A（执行）等四个阶段实现全过程处理，减少消毒供应室的工作风险，确保工作质量^[1]。现针对本院的消毒供应室的手术室器械的消毒灭菌工作进行管理，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 1 月--2021 年 12 月收入的医疗器械中随机抽取 196 例，手术器械包括活线钳、弯盘、宫颈钳、窥器、止血钳、卵圆钳、拔针器、缝合包、特殊医疗器械等。按照随机数表法将其分为了对照组（ $n=98$ 件）和研究组（ $n=98$ 件）两组，分别交付消毒供应室的两组工作人员进行手术室器械消毒灭菌处理，分析处理效果。研究组工作人员 5 名，对照组工作人员 5 名，文化程度均为大专以上，工作经验为 1-5 年，平均工作经验 2.54 ± 0.62 年。工作内容包括清洗、消毒、包装、分类等，接受不同的培训指导和工作考核，对组内收入 98 件产品进行全过程处理。处理后，由本院的医生对消毒供应室的手术室器械消毒灭菌工作进行满意度评价。医生工作经验为 3-10 年，平均工作经验为（ 5.36 ± 1.52 ）年。

1.2 方法

对照组接受常规管理方式，工作人员按照医院的规章制度，手术的类型，手术器械的特点进行分拆、清洗、消毒、灭菌处理。

研究组接受 PDCA 循环管理法，针对手术室的医疗器械工作进行如下工作。（1）计划阶段，首先成立专业的质量检查控制小组，主要负责各个环节的监督和检查，若有问题需要记录在案并针对现有情况和相关案例提出改进建议，运用到后期实践工作中。对接手术室，了解手术类型和手术常用器械的使用方式，手术器械的质量控制要求等。结合医院的实际情况

总结出以往手术室工作开展中存在的问题，并尝试改进清洗、消毒工作。从患者、医生、病房等了解到手术室器械处理存在的潜在问题有除锈不到位、流程混乱、包装不到位、器械清洗不合格、服务态度较差等。

（2）执行阶段，针对以上问题通过会议、文献研究、资料发放等方式对工作人员进行手术室器械处理培训。主要内容有：①做好服务指导，引导工作人员了解到消毒供应室的工作要求和工作环境，同时对医院常见的手术类型，常用器械的清洗方式，处理方式，交接方式等进行演练和纠错。②做好基础工作培训，工作人员需要按照医院的各个工作流程开展清洗、维护、消毒等工作，同时做好质量评定，确保工作能够持续改进。③做好流程管理，明确医院的手术室器械的处理流程，由专业的医护人员对器械进行回收、分类、拆卸，分别交付给洗手护士、去污工作人员激励性冲洗、保湿、超声加酶清洗和消毒、灭菌、包装、在此灭菌等。交接工作时候需要填写登记册，记录器械的编号，数量；可贴上条形码，保证器械处理全过程可追溯；

（3）检查阶段，科室内的质量控制小组需要进行每批次、每周、每月检查，确定消毒供应室的医疗器械数量正确，对器械表面和关节进行目测，要杜绝污渍、血渍、锈迹发生；同时随机抽取器械进行隐血试验，一日一次，每批次选取 3-5 种器械进行生物检测。

（4）执行阶段，工作团队开展每周一次的质量控制会议，主要内容为消毒供应室的工作情况简述，手术室器械的投诉情况分析和医疗器械的定期抽样检查存在的问题和既往问题的情况。总结工作经验，表扬优秀的工作人员；对于存在的新问题要予以单独探讨，针对问题分析原因、提出建议、并放入到下一个 PDCA 循环处理中。

1.3 观察指标

分析两组手术室器械存在的问题。

分析消毒供应室内部对两组手术器械处理的整体评分情况。

分析医生对两组手术室医疗器械的满意度评价情况（十分满意、基本满意、不满意）^[2]。

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 两组医疗器械存在问题对比见表 1

研究组医疗器械存在的问题有 4 例，对照组有 12 例，指标对比（ $p <$

0.05),有统计学意义。

表1 两组医疗器械存在问题对比[n(%)]

小组	例数	丢失	感染	破损	错装	其他	存在问题
研究组	98	1 (1.02%)	1 (1.02%)	1 (1.02%)	0 (0%)	1 (1.02%)	4 (4.08%)
对照组	98	2 (2.04%)	2 (2.04%)	2 (2.04%)	4 (4.08%)	2 (2.04%)	12 (12.24%)
X ²	-	0.3385	0.3385	0.3385	4.0833	0.3385	4.3556
p	-	0.5607	0.5607	0.5607	0.0433	0.5607	0.0369

2.2 两组医疗器械的清洗、消毒等效果评分对比见表2 义。

研究组的清洗、消毒等效果评分显著对照组 (p<0.05),有统计学意

表3 两组医疗器械的清洗、消毒等效果评分对比[$\bar{x} \pm s$]

小组	例数	器械拆装 (分)	清洗流程 (分)	供应及时度(分)	包装质量 (分)	服务态度 (分)	消毒质量 (分)	灭菌管理 (分)	废弃物处理(分)
研究组	98	85.63±4.78	85.63±3.66	89.63±5.18	89.63±4.6	89.63±5.51	81.54±4.07	80.63±4.69	89.52±5.55
对照组	98	80.35±3.83	80.13±3.8	79.68±4.89	79.51±3.89	85.46±5.68	78.45±3.87	75.44±3.71	84.48±5.52
t	-	9.1747	11.4197	15.3010	18.4020	5.7725	6.0271	9.5073	6.6054
p	-	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

2.3 医生的综合满意评价见表3

医生对两组医疗器械的满意度评价有显著差异,研究组综合满意率为95.00%,对照组为70.00%,研究组结果显著优于对照组 (p<0.05),有统计学意义。

表3 医生的综合满意评价对比[n(%)]

小组	例数	十分满意	基本满意	不满意	综合满意
研究组	20	11 (55.00%)	8 (40.00%)	1 (5.00%)	19 (95.00%)
对照组	20	6 (30.00%)	8 (40.00%)	6 (30.00%)	14 (70.00%)
X ²	-	2.5575	0.0000	4.3290	4.3290
p	-	0.1098	1.0000	0.0375	0.0375

3. 讨论

如今,我国临床的医学技术不断发展,微创技术也成了当前手术的主流形式^[3]。手术是治疗患者疾病的常用外科治疗方式,可通过手术器械进入患者的机体组织,及时切除,缝合等处理病变组织,进而治疗疾病,让患者尽快恢复健康。因为当前手术类型较多,采用的医疗器械也随之增加^[4-5]。一方面当前微创手术的针对性强,针对不同的部位采用的器械有不同,如眼耳鼻喉、脑部疾病采用的手术仪器较为精细化,医疗器械清洗的难度较大,如鼻内窥镜等。而腹腔镜、阴道镜等入路方式较为特殊,组建的零部件较多,加上人体直接接触,手术清洗和消毒要求也较为严格^[6]。另一方面手术台数周转较快,医院的绝对无菌环境达到难度较大,因此清洗消毒灭菌的要求也十分严格。若医疗器械上有残留蛋白质、血渍等就可能造成灭菌效果不佳,后期还可能导致疾病交叉感染等问题。对此,医院需要加强院内的消毒供应室手术器械的清洗、消毒、灭菌管理工作,通过科学的方式减少操作风险,控制感染,确保工作的合理性和规范性^[7]。

传统的消毒供应室清洁消毒处理工作内容较为复杂,工作量较大,在日常的工作中也客观存在着一些问题如消毒供应处理不及时,工作感染风险较大等,对工作的有效、及时开展造成影响,医生的满意率也不高。而PDCA循环管理法强调解决问题,可通过不断检查、监测等方式发现工作开展存在的问题并通过一些有效的方式来给出应对问题的方案和措施^[8]。后期能够持续改进存在的问题,保证消毒供应室的工作持续改进。为了保障PDCA循环工作落实到位,医院需要做好责权管理工作,构建质量管理

控制小组,保证每一个人的工作职责得到分配,确保工作的规章制度落到实处,同时通过定期培训的方式来提升工作效率,保证工作质量^[9-10]。本次研究对消毒供应室的工作效果进行分布开展和考核研究,对照组工作人员接受常规指导,处理对照组98件手术室器械,研究组工作人员接受PDCA循环管理指导,处理研究组98件医疗器械,结果表示研究组器械处理效果更好,医生对研究组的器械满意度评价更好,多项指标对比 (p<0.05),有统计学意义。综上所述,PDCA循环处理法可提升消毒供应室对手术室器械消毒灭菌效果,经过专业的培训后,工作人员清洗、消毒、灭菌、包装、分派供应的评分更好,医生的满意评价更高,可推广。

参考文献:

- [1]彭丽,陈佳,姜红,苏兴妍.基于自动化清洗设备的手术室器械消毒灭菌评估方法[J].自动化与仪器仪表,2021,(09):177-180.
- [2]张静,单丹丹,刘鞠博,尚坤,支慧.追踪方法学框架下的APP系统在手术室无菌器械消毒管理中的应用[J].护理实践与研究,2021,18(16):2499-2503.
- [3]王敏霞,曾子凌.消毒供应中心联合手术室器械管理模式的应用效果[J].河南医学研究,2021,30(19):3633-3634.
- [4]罗桂元,谭静涛,张友芳,陈玉莹,龚凤球.基于三维质量结构理论为框架管理模式在手术器械消毒供应中的应用[J].现代临床护理,2021,20(05):48-52.
- [5]汤艳萍.消毒供应中心联合手术室器械管理模式对手术器械消毒质量及手术感染发生率的影响[J].临床研究,2020,28(06):192-194.
- [6]陈瑛璇.质量管理在手术器械消毒灭菌管理中的应用[J].中国卫生标准管理,2020,11(05):135-137.
- [7]黄晋,袁玉琴.消毒供应室一体化管理在手术室器械处理中的应用[J].医疗装备,2019,32(17):44-45.
- [8]郑红霞,孙青.消毒供应中心与手术室合作模式对手术器械消毒管理的效果分析[J].国际医药卫生导报,2019,(10):1655-1659.
- [9]汪勇琳.品管圈在手术室器械管理中的应用效果[J].医疗装备,2018,31(24):65-66.
- [10]郑柳萍,郑田华,钱东星.消毒供应室一体化管理在手术室器械处理中的应用观察[J].数理医药学杂志,2018,31(09):1419-1420.

糖尿病肾病患者康复护理干预的作用分析

张小燕

大冶市人民医院 湖北黄石 435100

摘要：目的：探讨康复护理干预运用在糖尿病肾病患者中的临床价值。方法：选择2021年8月-2022年2月期间我院收治的糖尿病肾病患者72例为研究对象，按照数字随机法将其分为两组，其中对照组采取常规护理，而观察组则运用康复护理，对两组护理效果进行比较。结果：干预前，两组肾功能指标对比无区别（ $P>0.05$ ）；观察组干预后的血肌酐、尿素氮以及血钾水平均比对照组低（ $P<0.05$ ）；与对照组相比，观察组的护理有效率高，组间对比差异明显（ $P<0.05$ ）；观察组的生活质量评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；同时，两组的护理满意度比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：临床上给予糖尿病肾病患者康复护理干预，不仅可以改善肾功能指标，提高护理有效率，还能提高患者生活质量，有助于缓解紧张的护患关系，值得推广。

关键词：康复护理；糖尿病肾病；肾功能；满意度；生活质量

糖尿病是比较常见的一种内分泌系统疾病，其病理特征主要为高血糖，具有病程长、迁延不愈的特点，若不及时治疗，可出现诸多并发症，比如糖尿病视网膜病变、糖尿病足以及糖尿病肾病等，其中糖尿病肾病是发病率较高的一种并发症^[1]。当前尚不明确糖尿病肾病的发生机制，可能与高血糖导致代谢异常、肾脏动力学异常等诸多因素有关，其对肾脏的损害是缓慢进展的一个过程，若发生持续性蛋白尿，则无法逆转病情，严重的情况下，还会导致肾功能衰竭，危及患者生命安全^[2]。在糖尿病肾病患者的临床治疗中，护理是比较重要的一个组成部分，在一定程度上与治疗效果的提高有着密不可分的联系。因此，本文对康复护理干预在糖尿病肾病患者中的运用效果进行了深入研究，如下报道。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

根据随机数字法将我院2021年8月-2022年2月期间收治的72例糖尿病肾病患者分为两组，每组36例。对照组病程7个月-5年，平均（ 2.4 ± 0.5 ）年，年龄43-82岁，平均（ 62.3 ± 7.5 ）岁，其中15例为女性、21例为男性；观察组病程8个月-6年，平均（ 2.5 ± 0.6 ）年，年龄44-83岁，平均（ 62.4 ± 7.6 ）岁，其中14例为女性、22例为男性。纳入标准：（1）符合糖尿病肾病的临床诊断标准；（2）具有完善的临床资料；（3）对于本次研究，患者及家属均知情且同意；（4）经医院伦理委员会批准。排除标准：（1）严重疾病导致明确关联的脑部症状如高血压脑病、肝性脑病等；（2）精神病史或者意识障碍者；（3）无法有效沟通如听力低下、昏迷者；（4）家属不愿意参与研究者；（5）临床资料缺失者。两组的病程、年龄等资料比较无差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组行常规护理，即密切监测患者病情变化，指导患者严格按照医嘱要求服药，不得擅自更改服药剂量或者停药，预防药物不良反应；合理安排日常饮食，适当运动，并且加强患者的血压、血糖监测以及生活管理等工作。

1.2.2 观察组

观察组则运用康复护理干预：（1）收集患者基本资料，与科室特征相结合，对个性化护理方案进行制定，这一方案要体现可执行性、科学性以及前瞻性的特点，并且充分考虑到患者的病情变化，对治疗与护理方案进行动态调整，从而提高方案的有效性。同时，在患者治疗期间，对可能出现的并发症种类进行分析，对患者的生命体征和临床症状进行观察，一旦发现异常，及时采取有效处理措施，并且对治疗和护理要点进行详细记录；（2）心理护理。因为这一疾病的病程较长，治疗难度大，且并发症多，患者的心理负担较重，可产生不同程度的负面情绪，降低治疗依从性。护

理人员在做好日常护理工作的基础上，要加强与患者的交流和沟通，耐心倾听患者主诉，对内心的真实想法进行了解，全面评估患者心态，给予针对性的心理安慰和疏导，及时帮助患者排忧解难，多给患者介绍一些成功的病例，让患者看到治疗的希望，增强战胜疾病的信心，提高治疗依从性；

（3）饮食护理。根据患者的实际病情，再与个人喜好相结合，合理安排日常饮食，以优质蛋白质含量丰富的食物为主，除瘦肉、奶制品以及鸡蛋外，还可以摄入适量的大豆蛋白质，对每天摄入的碳水化合物进行控制，一般为35Kcal/kg.d，减少高磷食物的摄入。主食选择麦淀粉及其制品，其中蛋白中含有50%的高生物价蛋白，来源主要为奶制品、禽肉类以及奶，并且满足机体的能量需求，控制每天摄入量在30-35kcal，若患者过于肥胖，可适当减少。同时，根据患者血钾值，给予高钾水果，对患者的水电解质平衡情况进行观察，一旦发现异常，及时采取有效处理措施，并且叮嘱患者适量饮水，确保每天排尿量为1000-2000ml；（4）环境护理。定时打扫病房卫生，将房间窗户打开，保持空气流通，对室内的湿度和温度进行调节，其中湿度为50%-60%，温度为25℃，室内光线柔和，根据患者个人喜好，合理摆放病房物品，尽量为患者营造安静、舒适、温馨的一个病房环境，有助于患者休息；（5）管道护理。由于一些患者病情比较严重，需要行血液透析治疗，在完成置管术后，护士要协助患者尽早下床活动，妥善固定管道，保持管道通畅，避免出现引流不畅、管道阻塞的情况，并且完成导管制动，有助于缩短切口愈合时间，避免出现透析液渗漏的情况。对于愈合不完全的导管切口，应该覆盖无菌敷料，定期运用浓度为0.9%的氯化钠溶液对导管口进行冲洗，及时消毒手术区域，并且置管期间，严禁游泳、盆浴，一旦发现引流不畅或者导管阻塞，应该立刻告知医生，及时进行处理，预防不良事件。

1.3 观察指标

观察下列指标：（1）干预前后的肾功能指标，包括尿素氮、血钾以及血肌酐；（2）运用SF-36量表评价患者的生活质量，共4个维度，分别是物质生活、社会功能、心理功能以及躯体功能，每项总分为0-100分，得分与患者生活质量呈正比关系^[3]；（3）采用医院满意度调查表评价患者满意度，总分为0-100分，其中<60分为不满意；60-80分为基本满意；>80分为满意，即（满意+基本满意）/总例数 $\times 100\%$ =满意度。

1.4 疗效判定标准

评价护理效果：（1）显效。血压和血糖水平恢复正常，且症状消失；（2）有效。实验室指标有所改善，且症状减轻；（3）无效。症状和体征无变化或者病情加重^[4]。

1.5 统计学分析

由SPSS22.0软件分析数据，其中计量资料采用均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用t检验组间对比，并且运用 χ^2 检验计量资料比较，以 $P<0.05$

表示有差异。

2. 结果

2.1 两组肾功能指标变化情况

表1 两组肾功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	血钾 (mmol/L)		尿素氮 (mmol/L)		血肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=36)	4.16 $\pm$ 0.77	4.02 $\pm$ 0.42	15.16 $\pm$ 3.57	12.78 $\pm$ 2.55	153.27 $\pm$ 18.23	140.23 $\pm$ 11.86
观察组 (n=36)	4.18 $\pm$ 0.82	3.12 $\pm$ 0.45	15.17 $\pm$ 3.56	10.23 $\pm$ 1.19	153.25 $\pm$ 19.45	120.02 $\pm$ 2.15
t 值	0.876	5.973	1.073	7.754	0.435	5.863
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组护理效果比较

观察组的护理有效率明显高于对照组 ($P<0.05$), 见表2。

表2 两组护理效果对比[n (%)]

组别	显效	有效	无效	有效率
对照组 (n=36)	14 (38.89)	16 (44.44)	6 (16.67)	30 (83.33)
观察组 (n=36)	23 (63.89)	12 (33.33)	1 (2.78)	35 (97.22)
χ^2 值				10.753
P 值				<0.05

2.3 两组生活质量评分对比

观察组的躯体功能、物质生活、心理功能以及社会功能评分均高于对照组 ($P<0.05$), 见表3。

表3 两组生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体功能	心理功能	社会功能	物质生活
对照组 (n=36)	67.98 $\pm$ 2.12	58.98 $\pm$ 4.55	65.78 $\pm$ 3.14	66.84 $\pm$ 3.15
观察组 (n=36)	83.78 $\pm$ 8.53	87.65 $\pm$ 4.11	84.67 $\pm$ 9.34	92.12 $\pm$ 2.14
t 值	7.093	8.112	5.083	6.863
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组护理满意度比较

相比较对照组而言, 观察组的护理满意度高, 组间对比差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表4。

表4 两组满意度对比[n (%)]

组别	满意	基本满意	不满意	满意度
对照组 (n=36)	15 (41.67)	14 (38.89)	7 (19.44)	29 (80.56)
观察组 (n=36)	25 (69.44)	10 (27.78)	1 (2.78)	35 (97.22)
χ^2 值				6.844
P 值				<0.05

3. 讨论

近年来, 随着人们生活方式和饮食习惯的改变, 再加上人口老龄化进程的加剧, 糖尿病在我国发病率呈现出明显的上升趋势, 导致糖尿病肾病患者的数量也越来越多。糖尿病肾脏疾病 (diabetic kidney disease, DKD) 作为糖尿病 (DM) 的一个微血管并发症, 具有病程长、迁延不愈的特点, 不仅危害患者健康, 在一定程度上还增加了家庭和社会的负担^[5]。因为糖尿病肾病患者的病情比较复杂, 随着病情的进展, 可出现水肿、低蛋白血症等症状, 再加上往往合并不同程度营养不良, 容易出现皮肤破损,

两组干预前的肾功能指标对比无区别 ($P>0.05$); 干预后, 与对照组相比, 观察组的血钾、血肌酐以及尿素氮水平均较低, 组间比较有差异 ($P<0.05$), 见表1。

所以对临床护理工作的要求也较高。既往临床上采用常规护理模式, 具有一定的被动性, 以疾病自身为主, 忽略了患者的实际需求, 患者满意度不高^[6]。康复护理作为新型的一种护理模式, 通过对患者可能出现的并发症进行综合评估, 再结合疾病的特点, 针对性的预防护理计划进行制定, 并且充分考虑到患者病情严重程度, 认真落实相关注意事项^[7]。若患者存在严重的水肿症状, 则需要对其活动进行适当的限制, 定期清洁和消毒皮肤, 预防感染, 并且在穿刺时, 熟练运用穿刺技术, 提高一次性穿刺成功率, 避免反复穿刺, 增加患者痛苦^[8]。同时, 在康复护理中, 加强与患者的交流和沟通, 给予针对性心理干预和疏导, 通过多种途径对患者进行健康教育, 可以对患者的错误认知进行纠正, 使患者正确认识自身病情, 并且多给患者介绍成功的病例, 有助于患者看到治疗的希望, 增强战胜疾病的信心, 提高治疗依从性^[9]。这一护理模式充分考虑到患者的实际需求, 指导患者合理安排日常饮食, 可以满足机体营养需求, 并且适当参加户外运动, 多锻炼, 能够促进血液循环, 增强机体抵抗力, 有助于改善患者预后^[10]。

综上所述, 通过将康复护理干预运用在糖尿病肾病患者中, 不仅可以促进患者肾功能恢复, 使护理有效率提高, 还能改善患者生活质量, 提高护理满意度, 具有一定的推广运用价值。

参考文献:

- [1] 蒋静. 肾囊治疗联合康复护理对糖尿病肾病患者病情的延缓作用分析[J]. 中国实用医药, 2021, 16 (36): 206-208.
- [2] 徐星. 康复护理干预对糖尿病肾病患者病情的延缓作用分析[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32 (11): 1369-1371.
- [3] 宋倩倩. 医护一体化康复护理干预对老年糖尿病肾病腹膜透析患者生活质量的影响分析[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24 (04): 160-162.
- [4] 蒋红梅. 医护一体化康复护理干预对老年糖尿病肾病腹膜透析患者生活质量的影响分析[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (03): 387-388.
- [5] 梁雪. 康复护理干预对糖尿病肾病患者病情的延缓作用分析[J]. 基层医学论坛, 2020, 24 (33): 4824-4826.
- [6] 柯晓玲, 吴娟娟. 精准护理干预对糖尿病肾病患者康复的影响分析[J]. 糖尿病新世界, 2019, 22 (21): 171-172.
- [7] 李海滨. 分析护理干预对糖尿病肾病患者血液透析中并发心血管病的作用[J]. 中外女性健康研究, 2019 (15): 159-160.
- [8] 蒋慧. 综合护理干预在糖尿病肾病血液透析患者中的作用分析[J]. 饮食科学, 2018 (10): 87.
- [9] 张丽华, 郭茹, 林玉兰. 医护一体化康复护理干预对老年糖尿病肾病腹膜透析患者生活质量的影响分析[J]. 护理实践与研究, 2018, 15 (08): 35-37.
- [10] 李娟. 饮食护理干预对糖尿病肾病患者饮食治疗依从性的促进作用分析[J]. 中外女性健康研究, 2017 (21): 164-173.

脑血管介入治疗患者介入护理分析

董素敏

河北省沧州中西医结合医院 河北沧州 061000

摘要：目的：研究介入护理应用在脑血管介入诊治患者中的使用成效。方法：选择在本院实施介入诊治的 100 例脑血管患者视为研究人员，使用随机挑选法将其划分为两组，对照组（n=50）与观察组（n=50）。对照组开展常规性护理，观察组应用介入护理方式，比较二者之间的护理成效。结果：观察组的不良反应出现率明显低于对照组，二者存在统计学意义（ $p<0.05$ ）。观察组患者的护理满意度显著超过对照组，具备明显的差别（ $p<0.05$ ）。结论：对脑血管介入诊治患者开展介入护理能够降低不良反应出现，并且能够减少患者的不良情绪，创建良好和谐的呼唤关系，提升患者的护理满意度，十分值得在临床上被广泛使用与推广。

关键词：脑血管；介入诊治患者；介入护理；护理成效

脑血管疾病作为当前临床上十分普遍的疾病，其发病要素是由于脑组织供血机制出现异常所造成的。随着现时期人民群众生活质量越来越提升，饮食习惯逐渐产生一系列变化，较为丰富的人民群众树立了不良的饮食习惯。所以，使得近些年脑血管疾病患者数量不断加大。此种疾病的死亡率与致残率相当高。为了将诊治成效有所提高，保障患者的生命健康，必须及时开展有效诊治。当前，临床上对脑血管疾病普遍使用的诊治措施是将介入诊治为核心，此种诊治措施成效良好。然而在诊治后，若护理不到位，那么易于产生有关的不良反应，而这些不良反应也会在很大程度上加大患者的疼痛，使诊治成效有所下降。本次经过探讨介入诊治过程中开展介入护理，以此来证实其护理成效，现将报道如下。

1 一般资料与研究方法

1.1 一般资料

以本院的脑血管介入手术患者（2021 年 2 月到 2022 年 2 月）作为此次研究预案。选择患者 100 例开展随机挑选法，划分后各组 50 例患者。观察组男性患者与女性患者各 25 例，对照组患者男性有 26 例，女性患者存在 24 例；观察组年龄为 50-80 岁，平均年龄范围值在（ 66.51 ± 10.21 ）岁；对照组年龄为 51-81 岁，平均年龄为（ 66.11 ± 11.21 ）岁。对比二者患者的性别、年龄等基础性资料能够看出，无统计学意义（ $p>0.05$ ）。

纳入标准：（1）诊断为脑血管病；（2）切实脑血管病的有关诊断标准；（3）都有一定程度的眩晕、语言障碍等等临床症状。

排除标准：（1）存在严重心、脏器等疾病；（2）具有血液系统疾病；（3）顺从性较差患者。

1.2 研究方法

对照组采用常规性护理。手术开展前和患者及患者家属交流病情，对患者的生命体征与精神情况开展评测，对家属讲述操作流程与术后相关注意事项。手术结束后再次叮嘱其术后注意相关事宜，对家属讲解术后护理的要素与措施，监测患者各项生命体征指标的变化状况，出现任何异常情况及时告知主治医师^[1]。

观察组使用介入护理措施。具体措施有以下几点：（1）心理护理。术后医护人员需与患者进行密切交流与互动，对患者阐述手术结束后应注意的事宜、有可能出现的不良反应以及相应的预防对策，态度温和且友善，使患者情绪稳定、放松心情，轻松度过术后诊治阶段。随时检查穿刺位置有无出血、感染以及水肿构成。如果出现以上情应及时解决。经常询问患者术后感觉，有无疼痛感以及其他不适情况，密切观察患者手术一侧的足背动脉搏动情况。针对术后制动的患者与需开展特殊体位的患者出现腰

背、肢体酸痛难忍，护理人员应该向患者讲解制动或是使用特殊体位的意义，预防患者出现焦虑情绪，使患者将轻松的心情应对长久制动与特殊体位所造成的肢体与腰背酸痛。增强患者的生活护理，引导其科学合理膳食，进食原则按照少量多餐、低盐低脂肪、高蛋白质以及容易消化且具有维生素的饮食。对出现尿潴留的患者，要及时提供导尿护理，避免出现泌尿系统感染。借助上述的心理护理，使患者情绪安稳、心情放松以及精神饱满的状态进行术后诊治期^[2]。（2）术中护理：根据手术需求助于患者协调舒适体位，术中对患者生命体征变化、面部表情开展密切注重，在不影响手术的前提下积极使用有效策略消除患者的不良情绪。将颅内血管置入可能会出现低血压，严重会造成心脏骤停，所以临床护理人员应对患者的各项生命体征开展密切观察，及时向医生汇报异常情况，并且与医生良好配合提供患者急救护理。（3）使用约束带替代术后制动。按照不同的脑血管介入术类型，一些患者术后需制动，将保护患部不由于移动而对手术成效造成负面影响，术后通常会用肢体制动，患者在整体过程中不敢动，短时间里患者就会感到腰背酸痛、下肢麻木以及全身不适，使用约束带对患肢开展固定，不仅能够使得其他部位可以合理放松，而且还可以有效改进患者的负面情绪，避免腰背酸痛、四肢酸痛麻木情况的出现。让患者术后拥有一个良好的精神状态，有助于病情的恢复。（4）预防尿潴留护理。尿潴留的出现因素包括术后患者长时间处在平卧位、术肢制动以及术后伤口疼痛造成不主动排尿等因素均会出现膀胱充盈过度而引发尿潴留。所以术后应该增强对患者的心理护理与生活方面的护理，使患者顺应术后的生活环境。针对择期手术患者应对其开展术前训练，使患者习惯在床上大小便，并且创造条件予以隐蔽的排便环境，督促患者多饮水，助于造影剂排泄，同时鼓励患者最少 4 小时排尿 1 次，排尿困难的患者可使用温水冲洗会阴。听流水声等措施一利排尿，如果无效应该及时导尿，一次放尿不超过 500 毫升。（5）失眠护理通常患者术后均会由于身体不适、疼痛以及担心等因素而或多或少出现不等的焦虑急躁情绪，这些情绪会影响到患者的睡眠质量水平，对术后身体恢复出现负面的影响。所以根据常规性术后护理标准，应降低家属陪护、做好患者心理护理使得患者建立积极向上的态度，加强康复信心。手术结束后 6-12 小时，如果患者血压正常、穿刺部位无出血，可叮嘱患者适当将身体重心偏向健康一侧，术侧小腿以下能自由放松，适当展开屈伸动作，将其患者的不适感，推进睡眠。夜间的各项诊治、护理操作要尽可能做到平稳与精确，同时尽可能组织集中开展，调低多项设备的声音，为患者创造一个安静的休息环境氛围^[3]。（6）对患者开展并发症护理。脑血管疾病在诊治与恢复过程中易于出现多样化的不良反应，需对

其开展增强护理。第一,脑血管痉挛护理,介入诊治中会应用专业的介入材料,一些患者因此出现脑血管痉挛情况,因此,在诊治过程中必须对患者意识与瞳孔开展密切观察,一旦产生痉挛情况就要立即停止手术,并且及时改进;第二,脑灌注综合征,因为脑血管患者长时间处在血液流通不畅的情况,在手术中随着血管的扩大,血流量会显著加大,所以,针对脑血管狭窄严重的患者,容易出现脑灌注综合征。在手术开展前必须对患者的情况开展全面评测,选择合理的支架,在术后要严密观察患者的各项生命体征,万一产生恶心、呕吐等情况要及时告知医生开展救治;第三,下肢静脉血栓。在介入诊治后偶,需对患者的穿刺一侧展开制动,这样一来就会影响到穿刺侧躯体的行血情况。所以,护理人员需对患者的穿刺部位展开增强护理,万一产生问题及时完善包扎力度,保障患者生命安全。(7)环境护理。病房内温度要维持在 24℃-25℃,冬天可以按照患者的规范适当调高,湿度在 50%到 60%之间,每日要开窗通风,确保空气良好的流通。并且要保障病房安静,科学合理安排诊治与护理的时间,减少探视次数,使患者具备充足的休息时间,此外对病房中的物品需摆放整齐,创造温馨舒适的家庭环境,使患者良好的适应医院环境。

1.3 统计学分析

依托于统计软件 SPSS22.0,对研究试验的数据进行汇总分析,其中利用卡方来检验计数资料,利用 t 值来检验计量资料,此时如果 $P<0.05$,就代表着存在着非常大的差异性,具有明显的统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组的并发症出现率

将观察组和对照组进行比较,观察组患者的不良反应出现率明显低于对照组,二者比较存在明显差别 ($p<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者的不良反应出现率对比

组别	例数	尿潴留	皮下出血	血管痉挛	发生率
对照组	50	3 (6.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	6 (12.00)
观察组	50	1 (2.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	2 (4.00)
χ^2					4.215
p					0.021

2.2 两组护理满意度对比

观察组观察组患者的护理满意度显著超过对照组,具备明显的差别 ($p<0.05$),见表 2。

表 2 两组护理满意度对比

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意度
对照组	50	10	11	29	22(44.00)
观察组	50	35	14	1	49(98.00)
χ^2					4.352
p					0.039

3 讨论

脑血管疾病作为临床上普遍发病率较高并且死亡率与致残率均高的一种疾病,假如诊治不及时,那么会在很大程度上增大疾病的致残率,乃至严重危害到患者的生命安全。现时期,临床上诊治脑血管疾病的有效处置措施就是介入诊治手术,此种手术对主刀医师的专业水平规范相当高,并且手术风险概率大。所说的脑血管介入诊治手术,重点指的是对于脑血管疾病,应用影像学的相关器材,在透视下的运用对应的措施对股动脉或是颈动脉注入一定的药物与器械,经过血液循环使此物品流入病变的血管位置,实现诊治的最终目标的手术措施。介入诊治手术与常规性手术

对比来说,创伤范围要小很多。为了提高最终的诊治成效,在治疗过程中,需使用科学合理的护理对策是相当重要的。脑血管疾病介入手术的各方面护理工作需专业的护理人员全程参与到诊治过程中,以便于较好的观察与掌握患者的疾病情况,进而有针对性的开展相应护理。第一,手术相关实施人员要有效的了解手术的相关知识,同时为了确保诊治过程有序展开,实施人员的掌握程度需有一定基础,便于在诊治中产生紧急情况可以完整的解决。介入性护理作为针对脑血管介入诊治所出现的一种高效护理方式,此种护理方式贯彻在患者的各方面诊治过程中,经过对于手术开展前、手术进行时以及手术结束后的护理工作可以良好的减少不良反应出现率,进一步提高患者的诊治成效。此外,专业的护理人员必须注重其护理工作,主动积极的投入到专业工作过程中,对部分产生心理问题的患者,应及时进行专业的开导与安慰^[4]。在诊治过程中,护理人员需增强对患者的生命体征监测,有利于后续的诊治工作开展,引导患者树立良好的生活习惯,借助正确合理的饮食与日常的锻炼以此来减少不良反应出现率,进而确保了手术的诊治成效。护理人员在处理工作时间以外,想要尽可能的增强自身的专业技术能力,利于为患者予以更有效的相关护理服务。

脑血管病介入诊治手术最终获得的手术质量与医生的专业素质及手术开展过程中的护理工作质量成正比,所以,为了有效提高患者的诊治成效,在诊治过程中,需要格外注重其诊治过程中的各项护理服务工作。脑血管病介入诊治手术的护理工作需护理人员全程参与到诊治中去,以便于较好的掌握患者的疾病情况,进而有针对性的开展相关护理。因为手术具备开创操作,所以大多数患者均会产生焦虑、抑郁以及恐惧等不良情绪,为此,护理人员可以咬日常与患者进行沟通与互动时,对患者讲解脑血管疾病的相关专业知识及诊治成功例子,以利于患者提高诊治自信心,加强诊治顺从性,从而积极的配合护理人员展开诊治。在手术开展中,护理人员需要时刻观察患者的生命体征指标的变动,假如产生异常情况时,要及时的协助医生展开应急解决。在手术结束后,要增强患者的生活引导,例如饮食引导、康复锻炼以及心理疏导等等,有利于患者更快的恢复,同时要密切注重患者的身体情况,若患者的身体产生任何异常问题,需及时上报医生展开针对性的诊治措施^[5]。

综上所述,本文借助对脑血管介入诊治患者配合开展介入护理的分析,可以看出,患者的心理情绪有所变化,在一定程度上高于对照组,并且还减少患者不良反应出现情况起到十分关键的效用,将不良反应出现率降到最低,使得患者对护理方式的认同与接受,因此,临床脑血管介入诊治患者实施介入护理方式成效明显,十分值得在临床上被广泛使用与推广。

参考文献:

- [1]刘乐乐,冯燕琼,梁素芳,高玉韶,黄达泉.基于 IKAP 理论延续性护理在脑血管介入治疗患者中的应用评价[J].基层医学论坛,2022,26 (05): 130-132.
- [2]吴巧,李斌本,薄禄龙,张丽君.多元文化护理在脑血管病介入治疗患者围麻醉期的应用[J].麻醉安全与质控,2021,5 (06): 427-430.
- [3]槐金霞,张蓓蓓,闫萍.集束化护理在置入中线导管的脑血管疾病介入治疗患者中的应用价值[J].临床医学研究与实践,2021,6 (26): 153-155.
- [4]孙瑞敏,刘阳阳,刘拴锋,王慧利.基于量化评估策略下的护理干预对脑血管病介入治疗患者负性情绪及术后康复的影响[J].临床医学工程,2021,28 (06): 813-814.
- [5]苏小凯,刘亚西.综合护理在全脑血管造影介入术治疗围手术期患者中的应用[J].医疗装备,2020,33 (20): 160-161.

门诊药房满意度调查与服务的实践与思考

韩琴

苏州市第五人民医院 江苏苏州 215100

摘要：目的：调查我院门诊药房患者满意度情况，制定优化门诊药房服务质量的针对性措施。方法：病例来源于苏州市第五人民医院医院，收集时间为2021年1月至2021年12月，纳入病例数量为180例，根据单双号法分组，对照组患者90例，以常规流程在门诊药房取药，研究组患者90例，以改进后的流程在门诊药房取药，比较两组在取药等待时间、取药错误事件发生率、护理满意度、服务质量方面的差异。结果：（1）对比取药等候时间的组间差异：研究组取药等候时间、药品调配时间、药品发放时间、配药品等待发放时间明显比对照组的短，两组得到 $P<0.05$ ；（2）对比取药错误事件发生率的组间差异： $P<0.05$ ，研究组低于对照组，组间数据存在显著性；（3）对比服务质量的组间差异：相较于对照组的取药速度、取药服务、药品准确性等评分，研究组均更高， $P<0.05$ ；（4）对比护理满意度的组间差异：研究组与对照组可用 $P<0.05$ 表示。结论：明确影响三甲医院门诊药房患者满意度的因素，改进和优化门诊药房流程，可为临床用药安全提供保证，提高取药工作效率和质量。

关键词：门诊药房；服务质量；满意度

门诊药房是三级医院必不可少的组成部分，其作为服务型窗口，服务质量的高低直接影响患者利益，同时关系到医院整体形象。所谓的门诊药房服务，主要是指医院药师向患者配发药品的过程中，通过文字、语言全面、充分的介绍药品的用法、剂量、名称、注意要点，其不仅可以保证医嘱得到正确执行，且可将药物疗效有效发挥出来，控制和降低不良反应发生率^[1]。患者对门诊药房满意度主要指的是医院门诊药房将药品、药学服务提供给患者以后，是否与患者所期望的心理感知度相符合或者超出。近年来随着社会发展，越来越多的医学知识得到了普及，患者不断增强的自我保护意识和能力，促使其对门诊药房服务的各种新要求逐渐增多^[2]。本文在我院收集180例患者进行研究，具体进行以下报告：

1 资料与方法

1.1 一般资料

由我院提供病例，2021年1月至2021年12月为纳入病例的时间范围，患者总数量为180例，通过单双号法将其分成每组90例的对照组和研究组。对照组患者情况：男性52例，女性38例；年龄分布21-67岁，平均年龄 (42.8 ± 5.7) 岁；其中37例肝病，53例肺结核；研究组患者情况：男性53例，女性37例；年龄分布22-68岁，平均年龄 (42.7 ± 5.6) 岁；其中38例肝病，52例肺结核。统计对比临床资料，组间差距较小， $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组以常规流程在门诊药房取药。研究组以改进后的流程在门诊药房取药，内容如下：（1）尽可能将排队等候时间缩短，如果是高峰拿药期，则需要增设窗口，以弹性工作时间为主，使病人取药等待时间明显缩短^[3]；调剂过程中需要以流程为依据对方审核进行严格规范，改变传统一对一方式，一人负责调配拿药工作，一人负责核对发药工作，利用自动化设备对拿取药流程进行优化，或者可以外派公司拿药，传递给药师进行核对，发药则安排另一名药师负责，对于核对环节需要高度重视，将用药交代、用药咨询等相关工作做好；（2）如果在工作发现有必要进行修改的不合理处方，首先要和病人进行耐心的沟通，再和医生进行及时的电话联系，要求医生通过电脑对方处进行修改，如果电话里和医生沟通存在一定的困难，或者病人存在行动不便或者是老年患者的情况，定期安排党员志愿者给予患者陪同，前往医生办公室修改不合理处方，保证不敷衍任何一名患者，保证对所有患者都有交代；处方修改过后需要进行重新审核，待确定没有任何失误后再对正确处方进行重新打印，将用药方法、剂量、常见不良反应等告知给患者，以提高其对所用药物的认知水平^[4]；（3）本院是大专科小综合的医院，收治的多为艾滋病、肝病、肺结核等具有传染性的患

者，为使慢性病患者长期用药的需求得到满足，门诊药房要高度重视药品短时缺货的影响，并积极采取应对措施，保证患者各方面的合理需求得到满足，具体如下：①患者可通过电话对药物到货与否进行随时性咨询；②患者有需要的情况下，对其联系方式进行逐个登记，依照登记顺序在到货后第一时间主动电话联系患者，确保登记在册的患者均要电话通知到；③某些医保限定时间只有一个月的药品，要求调剂人员进行严格把关，尽量确保每一位患者都能够配到药。（4）服务理念的不断更新与转变，医院将门诊药房服务提供给患者时，需要以患者利益作为出发点，对传统的服务理念进行改变，同时对服务态度进行调整，确保患者享受到的是人性化护理服务。通过一流的技术、信誉为患者服务，真正造福于患者。对待门诊药房患者，要学会换位思考，坚持以患者为中心的核心，理解、体会、关爱患者，始终保持微笑服务，文明礼貌用语，态度谦和有礼，保证患者真切的感受到来自门诊药房人员的关心、细心、耐心、爱心；促进护患间的交流沟通，出现争议尽快解决。与此同时，对于患者的合法权益，需要自觉进行维护，若患者是老年人、残疾人，则需要营造宽敞空间基础上让药师与患者距离缩短，真诚服务，增强患者康复的信念和决心^[5]；（5）专业素质提升，职业形象改造，门诊药房在调剂工作上表现出瞬间性、终端性、被动性等特点。其中的终端性对药品生产、流通、到达患者的相关环节具有决定性作用，而药房药师则是其最重要的一环。作为药房药师，需要促进自身专业素质的不断提升，保证理论知识扎实，技能水平高超，同时思想、情感方面的软件配置要健全，确保高尚的职业形象真正的树立起来。作为药剂人员，可通过优化流程本职业务，以不断学习培训的方式促进业务水平的提升，例如参加专题知识讲座、参与培训考核、设定专门的考核奖惩制度等，以有效促进满意度的提高^[6]；（6）如果出现差错事件，需要及时采取处理措施，以登记信息为依据，第一时间与患者进行联系，将药品追回，如果并未造成不良影响，则需要主动向患者进行赔礼道歉，争取得到患者的谅解，后期进行调剂工作时必须依照工作流程严格进行，将调剂配发工作做好。

1.3 观察指标

（1）统计两组取药等候时间，包括药品调配时间、已配药品等待发放时间、药品发放时间、患者取药等候时间；（2）记录两组发生的取药错误事件，具体为种类错误、规格错误、名称错误；（3）以自制服务质量量表进行两组服务质量的评定，包括3项内容，即药品准确性、取药服务、取药速度，设置每项的分值为10分，得分与服务质量成正比关系^[7]；（4）通过自制满意度调查问卷评价两组患者对门诊药房工作效率、服务态度等

满意度情况,设置 100 分为满分标准,非常满意的表示为>90 分;一般满意的表示为 70-90 分;不满意的表示为不足 70 分。

1.4 统计学处理

采用统计学软件包 SPSS25.0 对得到的数据进行统计分析,计量资料的描述选择($\bar{x} \pm s$),采用 t 检验两组对比,计数资料的描述选择百分率(%),采用 χ^2 检验两组对比,如果得到 $P < 0.05$,则表示差异上有统计学意义。

2 结果

2.1 两组进行取药等候时间的比较

组间药品发放时间、患者取药等候时间、药品调配时间、已配药品等待发放时间相比得到的数据显示,研究组均更短于对照组,且均为 $P < 0.05$,见表 1 所示。

表 1 两组进行取药等候时间的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	药品调配时间(s)	药品发放时间(min)	患者取药等候时间(min)	已配药品等待发放时间(min)
对照组 (n=90)	180.52±12.49	4.50±1.19	15.82±1.29	7.98±2.52
研究组 (n=90)	161.53±13.78	1.42±0.85	9.36±0.62	5.25±1.07
t	9.6868	19.9805	42.8189	9.4600
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组进行取药错误事件发生情况的比较

组间取药错误事件发生率相比得到的数据显示, $P < 0.05$,即研究组显著低于对照组,见表 2 所示。

表 2 两组进行取药错误事件发生情况的比较[n(%)]

组别	名称错误	种类错误	规格错误	取药错误事件
对照组 (n=90)	3 (3.33)	4 (4.44)	2 (2.22)	9 (10.00)
研究组 (n=90)	1 (1.11)	1 (1.11)	0 (0.00)	2 (2.22)
χ^2				4.7445
P				0.0293

2.3 两组进行服务质量的比较

组间取药速度、取药服务、药品准确性等服务质量评分相比得到的数据显示,研究组与对照组具备统计学意义, P 均 < 0.05 ,见表 3 所示。

表 3 两组进行服务质量的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	药品准确性	取药速度	取药服务
对照组 (n=90)	9.77±0.12	9.34±0.47	9.52±0.31
研究组 (n=90)	9.89±0.09	9.48±0.38	9.75±0.20
t	7.5895	2.1975	5.9145
P	0.0000	0.0293	0.0000

2.4 两组进行护理满意度的比较

组间护理满意度相比得到的数据显示,研究组高于对照组,有统计学差异存在, $P < 0.05$,见表 4 所示。

表 4 两组进行护理满意度的比较[n(%)]

组别	非常满意	一般满意	不满意	满意度
对照组	43 (47.78)	37 (41.11)	10 (11.11)	80 (88.89)

(n=90)

研究组 (n=90)	54 (60.00)	35 (38.89)	1 (1.11)	89 (98.89)
χ^2				7.8429
P				0.0051

3 讨论

医院门诊药房在医疗事业不断发展和完善的当前被广大患者提出了更多、更高的新要求。医院门诊药房服务在新形势下需要对传统的单纯提供药物的模式进行转变和优化,强调和践行以患者为宗旨的新型服务理念^[8-9]。门诊药房属于医院组成中至关重要的部分,其在医院开展药学服务过程中扮演着重要角色,不仅需要将效果显著、价格低廉、安全方便的药品提供给患者,还需要对国家制定的相应法律法规进行严格执行,服务质量同医院声誉密切相关^[10-11]。调查医院门诊药房患者的满意度,积极改进不足之处,改进取药流程,将优质、全面的服务提供给患者,对促进门诊药房工作质量的提升,保证患者用药安全具有重要意义^[12]。

本次试验中,研究组与对照组统计比较,取药错误事件发生率、护理满意度以及服务质量(取药速度、取药服务、药品准确性)、取药等候时间(取药等候时间、药品调配时间、药品发放时间、配药品等待发放时间)的差异均为 $P < 0.05$ 。由此表明,明确影响三甲医院门诊药房患者满意度的因素,改进和优化门诊药房流程,可为临床用药安全提供保证,提高取药工作效率和质量。

参考文献:

- [1]张加华.精细化管理模式对医院门诊药房调剂工作效率、差错率及满意度的影响[J].当代医药论丛,2020,18(18):100-101.
- [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]房春丽,赖沛伦,彭怡,等.品管圈在缩短门诊药房高峰期患者取药等候时间的应用和效果评价[J].中国药物滥用防治杂志,2022,28(2):245-250.
- [4]刘华.门诊药房运用 PDCA 循环减少病人取药窗口等候时间的策略探讨[J].健康必读,2022(12):268-269,267.
- [5]孙奇明.精细化管理模式对医院门诊药房调剂工作效率、差错率及满意度的影响[J].东方药膳,2021(5):288.
- [6]何文琼,徐寒,杨嘉永,等.优化门诊药房服务流程对缩短患者等候时间及提高满意度的影响[J].中国现代医生,2021,59(32):159-163.
- [7]姬莲花,常玉霞,付中华,等.基于第三方调研患者对门诊药房服务满意度影响因素及分析[J].医药论坛杂志,2021,42(12):60-62,67.
- [8]张春燕.优化门诊西药房调剂管理对患者满意度的改善作用分析[J].科学养生,2021,24(14):287.
- [9]王卓君,陆麟,蔡绍君,等.二甲医院门诊药房自动化调剂系统的应用对工作效率、准确率以及患者满意度的影响研究[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(83):340-341.
- [10]任真.双人核对模式联合精细化模式、强化管理在门诊药房药品调剂管理中的应用效果及对退药情况的影响[J].临床合理用药杂志,2021,14(29):152-154.
- [11]刘丹.新形势下精细化管理在提升门诊药房药学服务中的应用探讨[J].基层医学论坛,2021,25(26):3816-3818.
- [12]朱荣芬,杨蕾,马云霞,等.提升门诊西药房药学服务质量的有效措施和临床价值分析[J].首都食品与医药,2021,28(19):118-119.

化学染色结合蓝激光放大内镜对消化道早期癌性病变的诊断价值研究

陆成会 宁晶晶 于志坚 孙虎 劳阿力

围场满族蒙古族自治县医院 河北承德 068450

摘要：目的：本项目是意在研究化学染色结合蓝激光放大内镜在消化道早期癌性病变诊断中的价值。方法：选取 2022 年 3 月-2022 年 6 月我院收治的 100 例疑似消化道早期癌性病变患者为研究对象，对所有患者均行化学染色和蓝激光放大内镜检查，分析不同检查方式对疾病的检出率及诊断价值。结果：以病理诊断为金标准，化学染色与蓝激光放大内镜两种检查方式对不同病理类型的消化道早期癌性病变的检出率比较无显著差异， $P>0.05$ ；但与化学染色+蓝激光放大内镜联合检查相比，其它两种检查方式对不同病理类型的消化道早期癌性病变的检出率均显著更低， $P<0.05$ 。在本次研究中，对比化学染色与蓝激光放大内镜两种检查方式的 Youden 指数、阴性预测值、特异度、阳性预测值、灵敏度等比较无明显差异， $P>0.05$ ；使用化学染色+蓝激光放大内镜联合检查相比，其它两种检查方式的 Youden 指数、阴性预测值、特异度、阳性预测值、灵敏度等均显著更低， $P<0.05$ 。结论：化学染色+与蓝激光放大内镜联合用于消化道早期癌性病变诊断具有较高的价值，可提高消化道早期癌性病变的检出率，为患者及早发现、及早治疗提供依据。

关键词：化学染色；蓝激光放大内镜；消化道早期癌性病变；诊断价值

恶性肿瘤一直是世界医学的难题之一，而消化道肿瘤在所有恶性肿瘤中占比达 50%以上，且具有极高的死亡率，严重威胁患者的生命安全。然而，消化道早期癌性病变的症状并不典型，大多数患者多表现出乏力、食欲减退、腹胀腹痛、便秘等非特异性症状，常会让人误以为是简单的消化道功能异常疾病，因此，大多数患者确诊后都已进入中晚期，其生存率极低^[1]。故而如何有效提高消化道早期癌性病变的检出率，提高患者生存率及生活质量就成为目前研究的热点。而随着医学科技的发展以及内镜舍内的不断改善，消化道早期癌性病变的发现率也不断提高，对于常规普通胃肠镜检查发现的疑似消化道早期癌性病变，通过行染色放大内镜、超声内镜、内镜窄带成像术（NBI）、共聚焦激光显微内镜等进一步检查，进行鉴别及靶向活检，可显著提高消化道早期癌性病变的诊断率^[2]。基于此，本研究探讨了化学染色+蓝激光放大内镜联合应用在消化道早期癌性病变诊断中的价值，旨在为此类肿瘤疾病的早期诊断及治疗提供更多的参考和指导。现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院收治的 100 例疑似消化道早期癌性病变患者为研究对象，其中男性患者 55 例，女性患者 45 例，年龄范围在 36 岁到 69 岁之间，年龄均值（ 50.8 ± 6.9 ）岁。病理诊断：食管上皮内瘤变 20 例，胃腺瘤 17 例，增生性息肉 15 例，肠上皮化生 15 例，溃疡性疾病 10 例。所有患者均通过书面及口头等形式详细了解研究的相关内容，并自愿签字参与，且其一般资料完整；排除确诊存在其他肿瘤者、恶性心脏失常、严重心功能不全、重度呼吸系统疾病者；包括对研究中的相关检查不耐受者以及试剂过敏者；妊娠期、哺乳期妇女；精神疾病、意识不清者；一般资料不完整者等。

1.2 方法

参与实验的设备、耗材：0.2%-0.4%的靛胭脂染色剂、LASEREO 7000 蓝激光内镜系统（主机 VP-7000，镜型 EG-760Z，26 寸液晶显示器）、喷洒管、活检钳等。

检查前准备：嘱咐患者在检查前 12h 开始禁食，并与检查前 4h 禁水，同时在检查前半小时口服粘液去泡溶液 20mL+西甲硅油 3ml，检查前 10

分钟口服内镜丁卡因胶浆局麻。

内镜检查：患者取左侧卧位，双下肢自然屈曲，持内镜从患者食管至胃部进行全面细致检查，对病变部位、范围、边界、形态等进行记录。在检查中若发现粘液和气泡，可用清水清洗冲洗后重新观察，同时切换至放大内镜进行观察^[3]。

化学染色检查：从患者食管至胃部段进行清水反复冲洗，着重病变区域清洗，将内镜进至病变所在部位，从活检孔道插入喷洒管，前端伸出内镜 2-3cm。之后抽取 0.2%的靛胭脂 10-20ml 均匀喷洒病变区域，内镜直视下观察胃小凹及皱襞形态^[4]。

质量控制：所有操作均由具有 3 年以上操作经验的医师进行，且检查后将检查的图片传输至计算机，由计算机随机抽取图像，最后选择 2 名具有 5 年以上工作经历和经验的内镜医师进行阅片，同时做出诊断，意见相左时讨论至达成一致意见。

1.4 统计学分析

采用 spss23.0 软件对本研究中的相关数据进行统计分析，并将其录入医院电脑 Excel 数据库。研究数据以（ $\bar{x}\pm s$ ）、（%）等表示，并应用 t、 χ^2 检验，不同检查方式对消化道早期癌性病变的诊断价值采取灵敏度、特异度、阳性预测值、阴性预测值、Youden 指数进行评估，当检验值 P 低于 0.05 时表明数据对比存在显著差异，具有统计意义。

2. 结果

2.1 不同检查方式对消化道早期癌性病变的检出率

以病理诊断为金标准，化学染色与蓝激光放大内镜两种检查方式对不同病理类型的消化道早期癌性病变的检出率比较无显著差异， $P>0.05$ ；但与化学染色+蓝激光放大内镜联合检查相比，其它两种检查方式对不同病理类型的消化道早期癌性病变的检出率均显著更低， $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 不同检查方式对消化道早期癌性病变的检出率比较[n,（%）]

病理诊断	例数	化学染色	蓝激光放大内镜	化学染色+蓝激光放大内镜
食管上皮内瘤变	20	12（60.00） *	13（65.00） *	18（90.00）

胃腺	17	10 (58.82)	11 (64.71) *	16 (94.12)
增生性息肉	15	8 (53.33) *	8 (53.33) *	15 (100.00)
肠上皮化生	15	9 (60.00) *	10 (66.67)	14 (93.33)
溃疡性疾病	10	5 (50.00) *	5 (50.00) *	9 (90.00)

注：与化学染色+蓝激光放大内镜相比，*P<0.05。

2.2 不同检查方式对消化道早期癌性病变的诊断价值

检查表明，化学染色与蓝激光放大内镜两种检查方式的 Youden 指数、阴性预测值、特异度、阳性预测值、灵敏度等比较无显著差异，P>0.05；但与化学染色+蓝激光放大内镜联合检查相比，其它两种检查方式的 Youden 指数、阴性预测值、特异度、阳性预测值、灵敏度等均显著更低，P<0.05。见表 2。

表 2 不同检查方式对消化道早期癌性病变的诊断价值

诊断价值	化学染色	蓝激光放大内镜	化学染色+蓝激光放大内镜
灵敏度	0.65	0.63	0.86
特异度	0.93	0.95	0.95
阳性预测值	0.75	0.73	0.91
阴性预测值	0.93	0.92	0.97
Youden 指数	0.66	0.64	0.87

3. 讨论

近年来，随着人们生活质量的提高以及饮食结构等的变化，消化道肿瘤发病率一直处于上升状态，国家癌症中心数据统计，在我国，胃癌和结肠癌发病率分别位于恶性肿瘤中的第二、三位^[1]。根据国内外相关文献表明，我国早期上消化道癌的诊治率低于 10%。《中国癌症预防与控制规划纲要》中指出，早期发现、早期诊断及早期治疗是降低癌症病死率，提高患者生存率的主要措施，因此，消化内镜检查对于早期发现消化道癌性病变至关重要^[6]。《上消化道癌筛查及早诊早治技术方案》也明确提出，在所有人中，实施上消化道早癌筛查，加强对危人群进行内镜精查，是改变我国食管癌、胃癌诊治严峻形势可行且高效的策略之一^[7]。

蓝激光成像技术（BLI）是目前最新的光学内镜成像技术，该技术主要通过独特的激光光源，穿透胃肠黏膜，并利用白光成像模式（WLI）、联动成像模式（LCI）等多种观察模式，使获得的图像更加明亮、清晰，更具层次感，从而能够对患者消化道黏膜表面微结构及微血管进行更加全面的观察，大大提高了病灶的检出率、良恶性病灶的辨别、幽门螺杆菌的判断等，且蓝激光内镜系统几乎适用于所有做内镜的人，有助于使患者获得更早更好的诊治^[8]。

正常的消化道黏膜表面是光滑的，而当有微小病变，例如溃疡、癌变等，表面就会发生变化，但是在早期的时候由于变化很小，仅通过内镜检查容易被遗漏，因此临床常会结合化学染色来提高消化道早期癌性病变的检出率。化学染色是使用染色剂如亚甲蓝、卢戈氏碘液、靛胭脂、冰醋酸等通过喷洒或注射方式，将色素精准喷洒黏膜表面，使病灶与正常黏膜对比更加明显，有助于病变的辨认及精准活检。而靛胭脂染色剂的对比原理主要是，将染色剂喷洒与黏膜上后，靛胭脂在表面光滑的黏膜处不会产生沉积现象，但在黏膜皱襞的沟纹之间则会出现沉积，因此与桔红色黏膜形成鲜明对比^[9]。同时，通过内镜观察，可以清晰显示黏膜的细微凹凸变

化及其立体结构，有利于临床上能够在早期发现不明显的肿瘤等病变，为患者及早发现及早治疗提供了条件。此外，该染色剂属于物理作用，无化学反应发生，不会与患者胃黏膜组织发生作用，也不会与黏液结合，可通过肠道排出体外，对人体不会产生影响^[10]。

本研究结果显示，以病理诊断为金标准，化学染色与蓝激光放大内镜两种检查方式对不同病理类型的消化道早期癌性病变的检出率比较无显著差异，P>0.05；但与化学染色+蓝激光放大内镜联合检查相比，其它两种检查方式对不同病理类型的消化道早期癌性病变的检出率均显著更低，P<0.05。诊断价值上，化学染色与蓝激光放大内镜两种检查方式的 Youden 指数、阴性预测值、特异度、阳性预测值、灵敏度等比较无显著差异，P>0.05；但与化学染色+蓝激光放大内镜联合检查相比，其它两种检查方式的 Youden 指数、阴性预测值、特异度、阳性预测值、灵敏度等均显著更低，P<0.05。由此可见，化学染色+蓝激光放大内镜联合检查的方式能够有效提高消化道早期癌性病变的检出率，并具有较高的诊断灵敏度、特异度等，有助于为肿瘤的早期诊断和治疗提供指导，具有较高的诊断价值。

参考文献：

- [1]孙君军,李建华,李建辉,等.化学染色结合蓝激光放大内镜对胃早期癌性病变的诊断价值[J].浙江医学,2020,42(8): 806-810,封 3.
 - [2]高原,刘贤玲,刘淑艳.联动成像技术联合蓝激光内镜在上消化道早期癌症中的诊断应用[J].生命科学仪器,2019,17(4): 91-96.
 - [3]王于梅,周智航,唐尚军,等.蓝激光成像结合放大内镜与窄带成像放大内镜对上消化道早癌的诊断价值[J].第三军医大学学报,2019,41(18): 1789-1795.
 - [4]宁强,蒋春红,曲琳琳.窄带成像放大内镜在诊断老年消化道早癌及癌前病变中的应用价值研究[J].中国保健营养,2019,29(20): 122-122.
 - [5]戴晓荣,成宏伟,黄震,等.蓝激光成像结合放大内镜对早期胃癌及癌前病变的诊断价值[J].当代医学,2018,24(33): 141-143.
 - [6]高杨,李琳,晁帅恒,等.窄带成像技术联合放大内镜与常规内镜对早期胃癌及癌前病变的诊断效果对比[J].癌症进展,2020,18(21): 2180-2183.
 - [7]Zhu Ying, Wang Fang,Zhou Yan,et al. Blue laser magnifying endoscopy in the diagnosis of chronic gastritis. [J].Experimental and therapeutic medicine,2019,18(3): 1993-2000.
 - [8]徐大洲,李守英,吕胜祥,等.窄带成像技术联合染色内镜对消化道早期癌及癌前病变诊断的临床价值[J].中国医学前沿杂志(电子版),2018,10(10): 94-97.
 - [9]张平.高清放大胃镜联合内镜窄带成像技术及靛胭脂染色对早期胃癌的诊断价值分析[J].医学理论与实践,2020,33(7): 1152-1153.
 - [10]Mengfei Liu, Zhen Liu, Fangfang Liu, et al. Absence of iodine staining associates with progression of esophageal lesions in a prospective endoscopic surveillance study in China[J]. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2020,18(7): 1626-1635
- 项目：“承德市科技计划项目”（英文标注：“S&T Program of Chengde”）
- 项目名称：化学染色结合蓝激光放大内镜对消化道早期癌性病变的诊断价值研究
- 项目编号：202201A049
- 承担单位：围场满族蒙古族自治县医院
- 项目负责人：陆成会

临床护理路径在中线导管护理中的应用

孙沙娜 林璇 张永鹏 (通讯作者)

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710043

摘要: 目的: 对中线导管患者进行管路防护以及临床护理路径, 比较具体效果。方法: 本次选取的中线导管患者共计 60 例, 中线导管患者年龄最低为 28 岁, 最高不超过 65 岁, 对照组、试验组分别采用常规护理、临床护理路径。结果: 对照组中线导管患者进行感染比较, 其中试验组、对照组感染中人数分别为 4 例、12 例, 整体感染比例明显高于试验组 ($t=11.025$ 、 13.289) $p < 0.05$ 。试验组管理质量评分分别为 84.63 ± 2.14 、 88.23 ± 1.60 、 91.06 ± 0.50 、 90.04 ± 0.75 , 试验组质量评分明显改善, $t=15.064$ 、 11.090 、 18.441 、 17.086 , p 均 < 0.05 。通过对两组患者进行 CVC-RI、CRBSI 发生率比较, 其中试验组患者 CVC-RI、CRBSI 发生率分别为 3.33%、3.33%, 对照组患者中 CVC-RI、CRBSI 发生率分别为 10.0%、6.67%, 经比较, 二者具有一定差异 ($p < 0.05$)。结论: 在对中线导管护理中采用临床护理路径, 整体效果较好。

关键词: 中线导管; 临床观察; 护理; 置管感染

中线导管主要是利用导管对患者的外周手臂进行静脉穿刺, 在此过程中避免出现化疗药物、手臂的接触^[1]。受患者自身静脉处血流速度的影响, 因此可以减少刺激快速稀释药物, 并减轻疼痛。中线导管的临床常见症状即为感染, 主要是受导管维护的影响容易导致细菌增生出现感染。本文通过对中线导管患者进行护理, 具体研究情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次选取的中线导管患者共计 60 例, 中线导管患者年龄最低为 28 岁, 最高不超过 65 岁。中线导管患者中男性患者为 36 例, 女性患者为 24 例, 患者病程平均值为 2.1 ± 1.0 年。通过对患者资料进行比较差异不大。

1.2 方法

对照组、试验组分别采用常规护理、临床护理路径。

1. 建立专科护理质控小组。由我院护理部成立质量控制小组, 本小组包含 7 名成员, 其中一名为护士长, 并设立组长 1 名。选取 3 名质控巡查成员、技术评估成员 3 名。

第一, 对于本小组人员应保证理论知识扎实, 同时进行专业培训, 在对上中线导管重点护理内容等进行培训的同时, 结合患者的疼痛情况以及相关性质制定一定方案, 护理人员应依据自己的经验提出一定的问题, 例如疼痛的原因。

第二, 理论支持。通过在知网等文献网站上查询关于手术上中线导管等相关文献, 并结合他人的经验制定相关合理的护理方案, 以满足患者的生理需求制定针对性的护理措施。通过依据搜集到的科研证据, 制定推广性较强的方案, 依据其中的不足改善不良情况。

第三, 书写中线导管记录, 包含置管中感染、拔管的基本情况, 以便更好的为患者讲解基本知识以及置管的重要性, 并在置管过程中对患者的症状进行处理, 确保健康。应对患者的周围皮肤进行观察, 在敷料更换完成之后, 记录患者的姓名。在导管置入后还应观察敷料是否出现潮湿、松动, 如果穿刺点渗血明显, 还应使用明胶海绵进行包扎。对于不明原因引起的发热还应进行及时处理, 避免出现异常。

第四, 通过做好常规培训, 还应发放宣传手册、宣传视频, 以此来提升护士的消毒隔离制度。在进行定期考核中, 提升护士的重视程度, 通过严格按照其中的行为做好记录, 并认识各种安全隐患的危害, 减少感染事件的发生。

第五, 预防导管异位。在置管后通过进行定时检查, 并做好及时处理, 记录导管的长度以及外露长度进行宣教, 在维护期间通过将导管进行固定, 避免出现异位脱出的情况。通过对患者进行管理, 及时更换敷料, 并观察患者的周围皮肤情况能够减少细菌感染的发生, 同时确保整体效果更为优良。对于管理人员来说, 应积极询问患者的情况, 对患者应进行及时处理, 来减少其不良情况的发生, 通过确保患者病情稳定并进行监测。

第六, 减少血管收缩、血管痉挛的情况。置管前应向患者及家属讲解中线导管置管的重要性、禁忌症以及相关注意事项。在确保取得患者家属同意的同时, 签署对应的文件, 嘱咐患者放松心情, 避免出现血管痉挛、拔管困难的情况。一些患者由于出现紧张情绪因此将会导致血管收缩加快, 并导致拔管困难的情况。通过做好湿敷、按摩, 使血管充盈, 并降低血管痉挛等不良情况。

第七, 降低静脉炎的出现。通过在置管前做好对应记录, 做好臂围的观察, 并看患者是否出现感染情况。在置管期间, 医务人员应严格遵循无菌操作, 在置管后进行水胶体透明敷料的粘贴, 预防静脉炎的出现。如果有出现静脉炎的可能, 还应抬高患者的手臂, 限制肢活动, 降低液体输入浓度, 控制感染^[2]。

第八, 预防感染。在加强对于血流动力学监测的同时, 给予对应的干预, 预防感染。在制作中心静脉管理单据的同时, 针对其中的穿刺部位、体温、导管以及计数情况, 做好导管相关性感染的评估, 及时处理其中的隐患。通过加强并发症的预防, 做好渗液风险等的评估, 给予针对性的防范^[3]。

1.3 观察指标

- (1) 中线导管患者进行感染情况比较。
- (2) 相关评分比较。
- (3) CVC-RI、CRBSI 发生率比较。

1.4 统计学分析

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

2 结果

通过对试验组、对照组中线导管患者进行感染情况比较, 其中 1 周、1 个月中感染人数分别为 2 例、5 例, 感染比例为 6.67%、16.67%。对于对照组中线导管患者进行感染比较, 其中试验组、对照组感染中人数分别为 4 例、12 例, 整体感染比例明显高于试验组 ($t=11.025$ 、 13.289) $p < 0.05$ 。

表 1.试验组和对照组术后感染情况比较

组别	例数	1 周	1 个月
试验组	30	2 (6.67)	5 (16.67)
对照组	30	4 (13.33)	12 (40.0)
t		11.025	13.289
P		0.024	0.031

试验组管理质量评分分别为 84.63±2.14、88.23±1.60、91.06±0.50、90.04±0.75, 试验组质量评分明显改善, $t=15.064$ 、 11.090 、 18.441 、 17.086 , p 均 <0.05 。

表 2 两组患者管理质量评分比较

组别	医疗废物	感染监控	环境管理	感染防护评分
对照组	75.64±2.13	73.50±1.07	83.30±1.80	80.40±1.03
试验组	84.63±2.14	88.23±1.60	91.06±0.50	90.04±0.75
t	15.064	11.090	18.441	17.086
P	0.000	0.000	0.000	0.000

通过对两组患者进行 CVC-RI、CRBSI 发生率比较, 其中试验组患者 CVC-RI、CRBSI 发生率分别为 3.33%、3.33%, 对照组患者中 CVC-RI、CRBSI 发生率分别为 10.0%、6.67%, 经比较, 二者具有一定差异 ($p<0.05$)。

表 3.两组患者 CVC-RI、CRBSI 发生率比较

组别	CVC-RI 发生率 (n=30)	CRBSI (n=30)
试验组	1 (3.33)	1 (3.33)
对照组	3 (10.0)	2 (6.67)
t	6.905	5.054
P	0.000	0.000

3. 讨论

当前临床常见的诊疗技术为中线导管置管, 在救治急危重症患者中具有重要作用, 但现在来说多数中线导管置管患者感染率不断增加, 因此进行针对性干预具有重要作用。对于肿瘤患者来说, 在中线导管置管后患者的血管内膜将会产生炎症反应^[4], 在进行化疗药物的持续输注时将会导致血管内皮受到明显损伤, 导致患者的血管受损。静脉炎作为现阶段的一种血管炎症, 临床表现为功能障碍同时出现红肿疼痛。在穿刺置管时如果患者的进针角度小, 在用力进针时将会出现明显的血管损伤, 进而引发免疫力下降并导致静脉壁损伤, 在修复能力降低的同时将会出现内皮增生, 从而导致管腔狭窄引发拔管困难。对于中央导管留置时间较长来说, 受血管内皮损伤、刺激性较高的影响, 同时防御能力相对较弱。在穿刺过程中由于没有严格遵守无菌操作, 患者一般表现为局部、全身组织发生肿胀, 在此情况下导致发热和炎症^[5]。

在长时间化疗的同时将会使患者的血流动力学受到明显改变, 在长时间中线导管的同时患者将会导致血管阻塞, 并导致深静脉血栓形成。通过对中线导管患者进行护理, 及时更换敷料, 并观察患者的周围皮肤情况能够减少细菌感染的发生, 同时确保整体效果更为优良^[6]。对于护理人员来说, 应积极询问患者的情况, 对中线导管患者应进行及时处理, 来减少其

不良情况的发生, 通过确保患者病情稳定并进行监测, 通过对试验组、对照组中线导管患者进行术后感染情况比较, 其中 1 周、2 周中感染人数分别为 2 例、5 例, 感染比例为 6.67%、16.67%。试验组管理质量评分分别为 84.63±2.14、88.23±1.60、91.06±0.50、90.04±0.75, 试验组质量评分明显改善, $t=15.064$ 、 11.090 、 18.441 、 17.086 , p 均 <0.05 。

在中线导管置管中, 对肿瘤病人进行静脉给药治疗, 在此过程中应用广泛。中线导管护理直接对患者的生活治疗受到明显影响^[7]。对于家属、患者之前存在明显联系, 在疾病的康复护理中, 家属护理效果相对较好。

中线导管作为一条无痛性治疗静脉通路, 能够防止由于反复穿刺带来的血管损伤, 同时确保输液过程顺利完成。通过使用临床护理路径能够减少导管并发症的出现率, 在通过进行中线导管护理的同时能够提升患者和家属遵医的行为, 并提升患者的依从性。通过制定对应的护理和预防对策, 能够进一步增加中线导管留置时间, 能够有效降低患者疼痛。

中线导管置管技术不断广泛应用, 通过做好正压封管, 中线导管置管时要严格遵守各项操作流程, 在置管期间应做好对应的康复训练和术后维护, 在认真履行各项预防措施的同时降低拔管困难的发生率^[8]。做好导管异位, 记录导管长度, 通过对中线导管置管患者进行拔管困难原因的分析, 在给予感染预防、导管异位预防、血栓、血管痉挛预防的同时做好针对性的处理^[9], 通过认真履行各项措施, 整体效果优良, 值得进行推广。

参考文献:

[1]王碧芸,沈雪萍,阮雯.PICC 导管固定保护套在临床护理中的应用效果[J].名医,2021 (13): 150-151.

[2]闻钰.精细化护理与临床护理路径在心血管介入导管室围术期护理中的应用[J].系统医学,2021,6 (11): 185-187+191

[3]楚淑娴,虎婕.中线导管相关性静脉血栓形成个案分析及处理对策[J].山西医药杂志,2021,50 (02): 281-283.

[4]郑礼帆,甘海波.精细化护理与临床护理路径在心血管介入导管室围手术期护理中的应用[J].中外医学研究,2020,18 (18): 82-84.

[5]李露.临床护理路径在 PICC 导管护理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5 (04): 77+79.

[6]刘敏.精细化护理与临床护理路径在心血管介入导管室围术期护理中的应用分析[J].国际护理学杂志,2019 (21): 3592-3593-3594-3595.

[7]高永翠,杨燕.临床护理路径在中线导管护理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4 (11): 1+3.

[8]Jameran Ahmad Shafie,Cheah Saw Kian,Tzar Mohd Nizam,Musthafa Qurratu Aini,Low Hsueh Jing,Maaya Muhammad,Abdul Rahman Raha. An approach to develop clinical prediction rule for candidemia in critically ill patients: A retrospective observational study[J]. Journal of Critical Care,2021,65:

[9]Keleekai-Brapp N , Fernandes N , Richards A , et al. Implementing a Midline Catheter Program in an Acute Care Hospital: Process and Outcomes[J]. Journal of Infusion Nursing, 2021, 44 (5): 268-273.

通讯作者 : 张永鹏 西安交通大学第一附属医院。

基层医院甲状腺结节手术存在问题与术后规范检测和用药情况调查

王瑞祥

保定市满城区人民医院 普外科 河北满城 072150

摘要: 目的: 探析基层医院甲状腺结节手术存在问题与术后规范检测和用药情况。方法: 回顾性分析本院 2021 年 2 月—2022 年 2 月到本院就医的甲状腺结节患者 60 名, 收集临床数据, 现场调查、常规体检、实验室化验, 并对所有数据进行统计分析。结果: 在我院外科治疗的病人中, 48 (80%) 例为良性结节, 12 例 (20%) 为恶性结节, 对术前甲状腺超声检查的诊断, 21 例 (35%) 有明确的适应症, 其中 5 例 (8%) 采用细针穿刺 (fineneedleaspirationbiopsy, FNAB)。手术后 39 (65%) 名患者甲状腺功能恢复正常, 21 (35%) 名出现甲状腺功能不全, 达到 65% 的比例。51 (85%) 名病人在手术后接受左旋甲状腺素治疗, 9 名 (15%) 没有使用左旋甲状腺素, 占 85%。将 51 例服用左旋甲状腺素患者分为规律服药组 48 例和不规律服药组 13 例, 规律用药组的甲状腺治疗效果明显好于不规律用药组, 两者间差异有统计学意义 ($P<0.05$)。60 例病人中, 36 例 (60%) 按照医生的指示进行规律的甲状腺功能监测, 24 例 (40%) 不定期监测和不监测。按常规监测结果, 规律组 36 例, 不规律组 24 例, 规律组的甲状腺功能达标率明显高于非规律组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 目前, 基层医院的甲状腺结节手术大部分是良性的, 术前穿刺率较低, 患者服用药物不规律, 对甲状腺功能的监测不规范, 造成甲状腺功能异常的发生率较高, 在临床上对甲状腺结节手术术前的评价应进行标准化。

关键词: 基层医院; 甲状腺结节手术; 术后规范检测; 用药情况

近年来, 由于医疗技术的进步, 以及民众的保健意识提高, 每年经超声检查发现的甲状腺结节数目逐年增加, 其中大部分为良性, 恶性结节的发生率约为 5%, 其临床表现不典型, 有一定的诊断困难。过去的研究显示, 我国甲状腺癌的发生率呈上升态势, 非必要的结节外科治疗率也有显著提高。甲状腺结节主要通过外科手术手术治疗, 良性结节的随访时间为 6-12 个月, 良性结节和恶性结节都能采用外科手术进行治疗, 但要根据患者的具体情况, 制定个体化的治疗方案。本文对我院 2021 年 2 月至 2022 年 2 月份来我院就诊的 60 例甲状腺结节进行了回顾性分析, 对基层医疗机构甲状腺结节的手术切除和术后的甲状腺功能状况进行了调查, 并对其进行了总结。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析本院 2021 年 2 月—2022 年 2 月到本院就医的甲状腺结节患者 60 名, 其中男性 26 名, 女性 34 名, 年龄 19-76 岁, 平均年龄 (47.5±28.5) 岁。收集临床数据, 现场调查、常规体检、实验室化验, 并对所有数据进行统计分析。入选条件: ① 均为本院甲状腺结节患者, 自愿参加试验, 签署了知情同意书; ② 本医院伦理委员会批准了这项研究。排除条件: ① 患者拒绝签署参加试验。② 免疫功能障碍或严重器质性损伤, 无法正常交流; ③ 资料缺失或中途退出者 ④ 严重心脏病患者。

1.2 方法

在医院内完成患者的知情同意书签署、参与调查、身体检查、化验。调查对象数据有 (男女、年纪、专业、地址、学历), 吸烟、饮酒、婚育史、既往疾病史、药物使用史、家族史、手术情况、术后病理类型, 手术前进行细针穿刺, 术后应用左旋甲状腺素, 术后甲状腺功能的监控及了解患者的情况。体检包括血压, 心率, 身高, 体重等。血清 TSH、FT4、FT3、血清化学成分测定^[1-3]。

1.3 观察指标

参考《中国甲状腺疾病诊治指南》, 参考《中国甲状腺疾病诊治指南》, TSH (0.55~4.78) mIU/L, FT4 (11.5~23.2) pmol/L, FT (33.5~6.5) pmol/L, FT (33.5~6.5) pmol/L。甲状腺功能正常, TSH<4.78 mIU/L;

甲状腺功能亢进: TSH 《0.55 mIU/L, FT4 《23.2 pmol/L, FT3》6.5 pmol/L; 亚临床甲亢 (亚甲亢): TSH<0.55 mIU/L, 11.5FT4>23.2 pmol/L; FT3<6.5 pmol/L; 甲减: TSH<4.78 mIU/L, FT4<11.5 pmol/L; 亚临床甲减 (亚甲减): TSH (4.78 mIU/L)、11.5FT4 (23.2 pmol/L)、TSH (4.78 mIU/L。德国西门子子公司 Centaur-XP) 的甲状腺功能测定^[4]。

1.4 统计分析

利用 SPSS21.0 统计软件对统计数据进行处理, 以正态分布的计量数据按标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 使用 t 检验, 不符合正态分布的计量数据按正态分布进行统计; 计数数据按百分比计算, 用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为显著性差异。

2. 结果

2.1 术后病理及术前行细针穿刺情况

在我院外科手术的病人中, 48 (80%) 个为良性结节, 12 个 (20%) 为恶性结节, 11 个 (95%) 为乳头状肿瘤, 1 个 (5%) 为髓样癌; 对术前甲状腺超声检查的诊断, 21 例 (35%) 有明确的适应症, 其中 5 例 (8%) 术前行细针穿刺。

2.2 术后甲状腺功能情况

60 例, 其中 39 名 (65%) 甲状腺功能正常, 21 名 (35%) 出现甲状腺功能异常, 65% (占 35%)。结果: 51 名病人在手术后接受左旋甲状腺素治疗, 9 名 (15%) 没有使用左旋甲状腺素, 占 85%; 有 30 名病人 (60%) 甲状腺功能正常, 21 名 (40%) 出现异常; 未服用左旋甲状腺素的有 7 名 (78%) 有甲状腺功能正常, 2 名 (22%) 出现异常。

2.3 服药依从性对甲状腺功能达标率的影响

采用规律用药的 48 例和不规律用药 13 例, 规律用药组的甲状腺疗效显著高于不规律用药组, 二者有显著差异 ($P<0.05$), 详细情况如表 1。

表 2 服药依从性对甲状腺功能达标率的影响 [n (%)]

组别	例数	正常	异常	达标
规律服药组	48	36	12	36 (75)
不规律服药组	13	4	9	4 (30)

X^2	-	-	-	8.865
P	-	-	-	0.002

2.4 甲状腺功能监测对甲状腺功能达标率的影响

60 例病人中, 36 例 (60%) 按照医生的指示进行规律的甲状腺功能监测, 24 例 (40%) 不定期监测和不监测。按常规监测结果, 规律组 36 例, 不规律组 24 例, 规律组的甲状腺功能达标率明显高于非规律组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 详情如表 2。

表 2 甲状腺功能监测对甲状腺功能达标率的影响[n (%)]

组别	例数	正常	异常	达标
规律监测组	36	28	8	28 (77)
不规律监测组	24	11	13	11 (47)
X^2	-	-	-	6.459
P	-	-	-	0.011

3. 讨论

甲状腺结节是一种可以随着吞咽动作上下运动的肿瘤, 是一种常见的疾病。结节是由甲状腺退化性变、炎症、自身免疫、新生物等引起的。甲状腺结节可能是单发或多发, 多发结节的发病率高于单发结节, 但是单发甲状腺癌的发病率更高。甲状腺结节的原因很多, 主要是因为摄入过多或过少的碘摄入、食用致甲状腺肿的物质、服用致甲状腺肿的药物、甲状腺激素合成酶不足等。甲状腺良性肿瘤, 乳头状癌, 滤泡细胞癌; 如: 甲状腺髓样癌、未分化癌、淋巴瘤等。结节性甲状腺肿多见于妇女及老人。当甲状腺激素水平较低时, 垂体分泌的 TSH 会增加, 在 TSH 的长期刺激下, 甲状腺会出现重复或连续的增生, 从而引起甲状腺的不均一和结节样变化。结节会出现出血、囊变、钙化等现象。结节的直径从几毫米到几厘米不等。临床上以甲状腺增大为主, 触诊时可见多个不同大小的结节, 其质地一般为中等硬度, 个别病例仅触及单一结节; 但在做甲状腺造影或外科检查时, 往往会出现多个结节^[5]。临床上没有太多的症状, 只是有颈部的不适, 大部分的甲状腺功能都是正常的。甲状腺结节是内分泌系统中一种常见的恶性肿瘤, 其发病率为 4%-7% 左右。由于甲状腺癌的典型表现不典型, 手术前诊断比较困难, 所以对甲状腺结节的良、恶性做出正确的手术前判断是很有必要的。

近年来, 随着高频超声技术的应用, 甲状腺结节的检出率有了显著提高。有调查表明, 1990 年代韩国开展了甲状腺癌的超声检查, 其病例数是以前的 15 倍, 大多数病人都选择了外科切除, 但是, 由于甲状腺癌而导致的死亡病例并不多见, 大多数都是小乳头状癌。后来的研究发现, 韩国 90% 的甲状腺病人都是因为过度的诊断和治疗而导致的。有资料表明, 在国内, 甲状腺癌的患病率和不必要的结节手术率也有明显的增加^[6]。不同的治疗方法对病人的生活质量和所涉的医疗费用也有很大的差别。所以, 对甲状腺结节进行全面的手术前评估, 是防止过度手术的重要因素。要针对不同的情况制定合适的治疗方案, 既能及时地治疗恶性结节, 又能避免不必要的外科手术。我们发现 60 名接受外科甲状腺结节手术的病人, 其病理检查显示, 良性结节和恶性结节分别为 81% 和 19%。外科手术主要是良性的结节, 但在术前没有充分的评价结节的性质。

中华医学协会、美国甲状腺协会以及欧洲甲状腺协会的指南均同意, FNAB 是最适合于甲状腺结节特征的敏感和特异的一种手段。FNAB 是一种简便、安全、快速的细胞检查方法^[7]。而国内 FNAB 的应用较少, 主要是通过术中的快速冷冻组织切片来进行。对 60 例甲状腺结节术后病人进

行了病理检查, 发现基层医疗机构开展与实施不力是导致其发生的主要因素。此结论亦建议基层应加强术前评估, 依指导原则进行 FNAB, 以了解结节性质, 降低非必须之良性结节手术。

甲减是甲状腺结节手术的主要并发症, 而亚临床甲减则可能引起冠心病、心力衰竭、动脉粥样硬化, 所有原因导致的死亡风险上升^[8]。结果显示, 术后使用左旋甲状腺素的比例为 85%, 这与某些病人术后使用左旋甲状腺素有一定的关系。但是, 目前的甲状腺机能控制状况尚不尽如人意, 其达标率只有 65%。术后甲功达标率低的主要因素是药物和甲状腺功能的监测, 常规服药组的甲状腺功能控制达标率为 74%, 明显高于不规律服药的患者, 两者间存在着明显的差别, 说明合理使用甲状腺药对提高甲状腺功能的控制非常重要。

中国 2012 版《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》和 2019 版《甲状腺功能减退症基层诊疗指南》都提到, 在调节剂量期间, TSH 的浓度要在 4-8 个星期进行, 达到标准后还要定期进行甲状腺功能检查。结果: 术后甲状腺功能监测结果显示, 有 40% 的病人术后不规范、未进行甲状腺功能监测, 而不定期和不定期检查的病人, 其甲功达标率为 44%, 明显低于常规检查的 71%, 手术后的甲状腺功能不能得到很好的控制^[9-10]。

因此, 基层医疗机构应当按照指导原则, 采用合理规范的评价方式对甲状腺结节进行术前评价, 推荐使用 FNAB, 提供监测准确性以减少不必要的结节手术, 减少手术后发生甲减的情况。本次研究具有一定的局限性, 因肿瘤复发和危险分层的不同, 导致甲状腺机能控制指标有细微差别, 故未作资料分析。另外, 本研究基数较少, 具有一定的局限性。

参考文献:

- [1]李锐, 曹丁方, 张雪, 赵延明, 刘红刚. 细针穿刺细胞学与术中冷冻病理诊断对甲状腺结节手术的指导价值探讨[J]. 中国医刊, 2022, 57 (07): 775-778.
- [2]卢影, 孙艳秋. 基于德尔菲法构建的甲状腺结节手术患者用药护理策略效果研究[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2022, 28 (03): 393-399.
- [3]周立新. 低位小切口与传统甲状腺手术治疗甲状腺良性结节的临床疗效对比研究[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16 (03): 63-65.
- [4]宋先旭, 姜宏春, 于文婷. 腹腔镜经胸前入路结节性甲状腺肿手术与传统手术效果对比[J]. 中国现代普通外科进展, 2022, 25 (01): 56.
- [5]张凯, 张巍巍. 三种甲状腺手术方式对甲状腺单发结节的治疗效果及对患者甲状腺功能的影响[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15 (21): 60-62.
- [6]蔡绍环, 王星, 林洲. 对比腹腔镜辅助下甲状腺手术与传统开放性甲状腺手术治疗良性甲状腺结节的疗效[J]. 吉林医学, 2021, 42 (07): 1694-1696.
- [7]左敏现, 郭建虎. 对比传统甲状腺切除术与改良小切口手术治疗甲状腺结节的疗效[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21 (04): 110-111.
- [8]王京京, 赵子厚, 付佐娣, 孔祥双, 王连英, 郭光霞, 李玉凤. 基层医院甲状腺结节手术存在问题与术后规范检测和用药情况调查[J]. 中国临床医生杂志, 2020, 48 (12): 1467-1469.
- [9]李志强, 江伟民, 郑孔权. 低位小切口与传统甲状腺手术治疗甲状腺良恶性结节患者的疗效对比研究[J]. 中外医疗, 2020, 39 (33): 72-74.
- [10]刘伟, 简陈兴, 吴黎敏, 郑子芳. 腹腔镜辅助小切口甲状腺手术与完全腹腔镜甲状腺切除术治疗甲状腺良性结节的效果对比[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14 (15): 92-94.

心理护理干预应用于白血病患者价值分析

杨明明

浙江大学医学院附属第一医院 浙江杭州 310000

摘要：目的：分析心理护理干预应用于白血病患者护理工作中的价值。方法：将 2021 年 3 月~2022 年 2 月间在我院接受治疗的 80 例白血病患者作为研究对象，根据入院顺序分为对照组和实验组各 40 例，为对照组患者提供常规护理服务，实验组患者接受在常规护理基础上施加心理护理干预的服务，对比两组患者焦虑抑郁情绪评分、生活质量评分、治疗依从性和护理满意度。结果：护理后，实验组患者焦虑抑郁情绪评分显著低于对照组且生活质量评分、治疗依从性以及护理满意度均高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：心理护理干预应用于白血病患者中效果显著，可以有效改善患者负面情绪，促使其高度配合治疗，进一步提升了患者生活质量，患者满意度高，建议临床使用。

关键词：心理护理；白血病；应用价值

白血病是一种造血系统异常疾病，发病率在所有恶性肿瘤疾病中占比达到了 5% 以上，可见该疾病发病率高且对人们的生命健康安全造成了极大危害。患者确诊后，受疾病影响会产生严重的焦虑、抑郁等负面情绪，使患者精神压力过大，在心理状态方面也发生变化^[1]，患者长期处于焦虑状态之下，必然会导致其神经系统和内分泌功能造成影响，甚至会降低患者免疫力，严重影响患者治疗依从性和治疗效果。另外，目前临床中治疗白血病主要采取化疗方式，这种治疗方式存在一定毒副作用，不仅对患者机体造成一定伤害，还会影响患者心理状态^[2]，使其产生精神压力，患者对治疗效果产生担忧，甚至会出现自杀等想法。因此，为了促使患者配合治疗，改善患者心理状态，必须针对白血病患者采取有效心理护理干预，从而改善患者生活质量，提高其存活率。基于此，本次研究对心理护理干预在 80 例白血病患者护理中的应用效果展开了分析，现将分析结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 80 例白血病患者进行研究，所有患者均于 2021 年 3 月~2022 年 2 月间在我院接受治疗，将 80 例患者按入院顺序分为对照组和实验组，其中对照组 40 例，男 20 例、女 20 例，年龄 22~61 岁，平均年龄（ 34.39 ± 3.81 ）岁，17 例淋巴细胞白血病、23 例粒细胞白血病；实验组 40 例，男 19 例、女 20 例，年龄 22~60 岁，平均年龄（ 34.35 ± 3.83 ）岁，18 例淋巴细胞白血病、22 例粒细胞白血病。两组患者一般资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

对照组采取常规护理模式干预，包括指导患者接受各项检查，为患者讲解疾病及其治疗相关知识和注意事项，根据患者疾病发展情况指导患者正确用药并帮助其建立健康的生活习惯。

1.2.2 实验组

在常规护理模式基础上，为实验组患者提供心理护理服务，具体包括如下护理内容：

（1）心理评估

白血病患者入院后，护理人员需要引导其熟悉医院环境，随后要对患者进行简单的心理评估，可以采取与患者直接沟通，或者询问患者病史、与其亲朋好友进行交流等方式，充分掌握患者的基本信息，包括患者的疾病发展情况、性格特点、日常心理状态等^[3]，再根据患者的实际需求制定有针对性的心理护理方案。

（2）健康教育护理

由于很多白血病患者对该疾病以及相关治疗方式没有正确认知，过于担心疾病和化疗治疗造成的伤害，进而产生极大心理压力，甚至会对治疗产生抗拒心理，此时需要护理人员及时对患者进行健康教育，需要为患者

讲解白血病相关知识，让患者理解该疾病的特点从而产生治愈信心^[4]，另外，可以为患者讲解我国目前的医学水平是可以有效提升白血病患者生存几率的，化疗过程中的痛苦也可以减轻，必要时可以邀请一些治疗效果比较好的患者来对其进行开导，帮助患者提升治疗配合度和治愈信心，使其勇敢面对化疗过程。

（3）病房环境护理

过于压抑的环境会导致患者心理状态发生变化，因此护理人员需要及时对病房环境护理，勤开窗通风，保持病房内的阳光充足，让患者在舒适的环境内接受治疗和护理，有利于缓解患者的紧张焦虑情绪^[5]。

（4）心理疏导护理

首先，护理人员一定要加强与患者之间的沟通，认真且有耐心的倾听患者内心诉求，理解患者因为疾病折磨而产生的异常心态，给予患者充分的理解并积极加以安慰，护理人员需要保持语气温柔有耐心，不能产生不耐烦或者责怪的情绪，可以通过面部表情或者肢体接触的方式来安抚患者，让患者的负面情绪得到舒缓。其次，护理人员可以利用心理暗示等方式来调节患者的悲观情绪，可以为患者解释白血病治疗方案的有效性，以此来坚定患者治疗信心^[6]。最后，部分患者在接受一段时间的化疗治疗后，其病情会有一定缓解，因此其会出现不愿意再接受巩固治疗的想法，这种情况不利于其生存几率的提升，此时护理人员需要给予劝告和安慰，告知患者积极配合后续治疗的重要性，引导患者接受强化治疗。

（5）获取家人支持

家人的理解与支持是患者战胜病魔的最大动力，因此，护理人员需要积极引导患者家属对其进行支持和鼓励，同时，护理人员还可以为患者家属简单讲解患者的治疗方案和注意事项，争取患者家属配合，让其对患者进行引导，此外，患者家属需要定期前往医院探望患者，从而给予患者家庭温暖，使患者心理状态得到改善。

1.3 观察指标

对比两组患者焦虑抑郁情绪评分、生活质量评分、治疗依从性和护理满意度。

采用焦虑抑郁情绪自评量表评估两组患者护理前后焦虑抑郁情绪评分，每项满分 100 分，得分越高表示患者焦虑抑郁情绪越严重。

采用生活质量评价表评估两组患者睡眠质量、社交能力、肢体能力，每项满分 40 分，得分越高表示患者生活质量越高，

采用依从性调查问卷对两组患者治疗依从率进行评估，该问卷分为 0~10 分，其中得分 6 分以上为依从性较差，得分 3~5 分为依从性好，得分 3 分以下为依从性高，治疗依从率 = （依从性好 + 依从性高）/ 总例数 × 100%。

采用自制调查表评估两组患者护理满意度，分为满意、很满意和满意三个维度，护理满意度 = （满意 + 很满意）/ 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

以 SPSS24.0 统计学软件处理数据，计数资料采用 χ^2 检验，计量资料

以 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者焦虑抑郁情绪评分

护理干预前, 两组患者焦虑抑郁情绪评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理干预后, 实验组患者焦虑、抑郁情绪评分均显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 1 所示。

表 1 对比两组患者焦虑抑郁情绪评分 (分)

组别	例数	焦虑情绪评分		抑郁情绪评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	40.17±6.88	63.96±7.62	43.94±6.15	65.24±7.15
实验组	40	40.15±6.24	80.93±7.81	43.96±6.17	81.37±7.53
t		0.0136	9.8362	0.0145	9.8244
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 对比两组患者生活质量评分

实验组华智能和生活质量评分显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 2 所示。

表 2 对比两组患者生活质量评分 (分)

组别	例数	睡眠质量	社交能力	肢体能力
对照组	40	25.18±3.26	25.93±3.84	26.55±3.87
实验组	40	31.52±2.37	33.55±3.61	32.61±2.43
t		9.9487	9.1440	8.3872
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 对比两组患者治疗依从性

实验组患者治疗依从性显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 3 所示。

表 3 对比两组患者治疗依从性 (%)

组别	例数	依从性高	依从性好	依从性差	治疗依从率
对照组	40	12 (30.00)	17 (42.50)	11 (27.50)	29 (72.50)
实验组	40	16 (40.00)	22 (55.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
X ²					7.4397
P					<0.05

2.4 对比两组患者护理满意度

实验组患者护理满意度显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 4 所示。

表 4 对比两组患者护理满意度 (%)

组别	例数	很满意	满意	不满意	护理满意度
对照组	40	15 (37.50)	17 (42.50)	8 (20.00)	32 (80.00)
实验组	40	18 (45.00)	21 (52.50)	1 (2.50)	39 (97.50)
X ²					6.1346
P					<0.05

3 讨论

白血病是血液内科一种非常难以治疗的疾病, 患者往往需要长期接受化疗治疗, 不仅给患者带来了极大的经济压力, 还会在患者长期住院过程中产生极大的心理压力, 导致白血病患者住院期间出现焦虑、抑郁症状, 这类负面情绪会导致患者治疗依从性降低, 不利于其预后。白血病患者的心态比较复杂, 具有一定的多变性, 因此, 必须给予白血病患者有针对性的护理服务, 才能逐渐改变其负面情绪, 促使其积极应对治疗^[7]。有

很多白血病患者疾病确诊初期, 会出现愤怒、悲观的情绪, 这类消极情绪会严重影响患者治疗效果, 除此之外, 疾病的发展也与患者情绪状态有关。有相关调查研究显示, 人们的心理状态会对神经中枢和免疫功能造成影响, 因此白血病患者长期处于负面情绪影响下, 会使其自身免疫能力对癌变细胞的抵抗力下降, 所以必须采取有效手段促使患者保持良好的心理状态, 才能让患者机体各项功能正常运行, 避免肿瘤的恶性扩散。由此可见, 在白血病患者治疗过程中采取有效护理手段保障其心理状态健康是非常重要的, 基于此, 本文对心理护理的应用效果进行了深度分析^[8]。

传统临床中多给予白血病患者常规临床护理服务, 这种护理模式更加重视患者躯体症状, 重点在于观察患者疾病康复情况和并发症发生情况, 对于患者心理状态和思想变化方面缺乏观察, 进而不利于患者心理承受能力的提升, 患者容易因为疾病和化疗产生负面情绪, 甚至会拒绝配合治疗, 不利于其预后^[9]。因此, 必须探寻更加深层次的护理方案, 心理护理是一种基于人性化护理理念的具有针对性的护理模式, 要求护理人员重点关注患者的情绪变化, 给予患者正确的护理服务, 真正实现关心患者, 对患者保持热情与耐心, 以此来让患者感受到关爱和温暖, 这种针对患者心理状态出发的护理方式, 可以激发患者对生命的向往, 使其愿意配合治疗, 改善患者心理状态, 还可以降低其压力^[10], 避免患者因为承受能力较差而产生的放弃治疗甚至是轻生的念头。另外, 通过给予患者健康宣教护理, 可以让患者对疾病有正确认知, 避免患者产生过于恐惧的情绪, 还有部分患者在确诊后会产生不敢相信的心理, 这种否认的心态虽然会让患者心理状态有所舒缓, 但是不利于其配合治疗, 因此护理人员需要加强与患者之间的沟通, 采取这种方式为患者传达正确面对疾病的方式, 通过为其讲解治疗方式和其他患者的预后情况来提高其治愈信心, 充分调动患者的积极情绪, 使其心理状态趋于稳定, 有利于其配合治疗并提高治疗效果。本次研究结果显示, 相比于对照组, 实验组患者的焦虑、抑郁情绪评分更低, 同时, 实验组患者的护理满意度、治疗依从性以及生活质量都更高。

综上所述, 在白血病患者治疗过程中, 在常规护理模式基础上加用心理护理模式效果显著, 可以有效降低患者心理压力, 改善其负面情绪, 促使患者更加积极的面对治疗, 同时, 还可以有效提高患者治疗依从性, 有利于患者预后, 进一步提升了患者生活质量, 有较高临床应用价值。

参考文献:

- [1]于晓娜, 季春晓, 李文菊, 等. 以 PERMA 为基础心理护理对白血病患者心理痛苦的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2021, 28 (8): 4.
- [2]杜雯. 探讨整体护理对白血病患者化疗心理及依从性的影响[J]. 人人健康, 2020, No.523 (14): 488-489.
- [3]苏艺津, 陈兰珍, 林晓通, 等. 人文关怀护理在恶性血液病中的应用效果[J]. 中国卫生标准管理, 2020, 11 (2): 3.
- [4]吴伟珍, 马灵甫, 黄赛瑶. 心理护理在白血病患者层流病房化疗期间护理中的应用[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12 (13): 3.
- [5]周玲玲. 探索心理护理在白血病护理中的应用价值[J]. 中国保健营养, 2020, 030 (018): 221.
- [6]张力, 洪文松, 吴丹进, 等. 心理护理对白血病全身放疗患者负面情绪及治疗依从性的影响[J]. 临床医学工程, 2020, 27 (6): 2.
- [7]许汇娟. 观察心理护理对白血病患者化疗治疗的重要性[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (5): 1.
- [8]游乔乔. 心理护理对急性白血病化疗患者心理状态的影响[J]. 中国药业, 2021, 30 (S01): 2.
- [9]陈娟. 聚焦解决模式心理护理对化疗期白血病患者心境状态, 应对方式影响[J]. 吉林医学, 2021, 42 (12): 3.
- [10]王琳琳. 白血病患者化疗后的心理护理[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18 (10): 2.

分析围手术期整体护理模式对剖宫产初产妇术后不良情绪和母乳喂养依从性的影响

李宏伟

云南省丽江市妇幼保健院（云南省丽江市妇女儿童医院） 云南丽江 674100

摘要：目的：探讨在剖宫产后采取围手术期整体护理模式对改善患者情绪及提供母乳喂养率时的效用价值。方法：研究中共选取 146 例患者进行对比实验，遵照随机性原则进行摇号分组，对照与观察组分别取 73 例患者，前者沿用常规护理，后者实施围手术期整体护理模式，对比两组患者的心理状态、母乳喂养情况以及泌乳时间。结果：经研究表明，观察组患者的 SAS、SDS 评分较优，同时母乳喂养率高于对照组，泌乳时间也有效缩短。（ $P < 0.05$ ）。结论：对于行剖宫产后初产妇展开围手术期整体护理模式，可有效改善其心理状态，提升其母乳喂养率，缩短泌乳时间。

关键词：围手术期整体护理模式；剖宫产；产妇情绪；母乳喂养

引言：剖宫产是指将胎儿从母体腹部及子宫取出胎儿，不通过阴道结束分娩的方式，该分娩方法多用于解决难产和某些产科合并症，如：胎位不正、骨盆异常、胎盘早剥、胎儿过大，胎儿宫内窘迫等危及母儿生命的情况^[1]。由于剖宫产需切开 8 层，出血较多，对母体伤害较大，易导致母体无乳汁分泌或乳汁分泌较少的现象。与自然分娩相比，剖宫产后泌乳时间相对较长，而且因手术切口疼痛会使产妇产生负性情绪，这对后期喂养方式的选择也会有一定的影响，对此就需要采取围手术期整体护理模式的方式来改变这一状态^[2]。本次研究对比了两种护理方式的差异表现，具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入对象为院内收治的行剖宫产的产妇，时间在 2020 年 3 月~2021 年 2 月区间，随机选取 146 例，为方便对比将其分为人数对等的两组，对照与观察组年龄均在 23~36 岁区间，平均年龄以及孕周分别为（28.36±3.59）岁、（38.59±2.33）周与（29.71±4.02）岁与（38.97±2.73）周，两组患者的临床线性资料相比具有同质性（ $P > 0.05$ ）。

入选及排除条件：均为足月分娩产妇；均实施剖宫产术；可正常交流沟通。排除新生儿吸吮功能障碍、伴传染性疾病如肝炎、结核病、乳腺疾病；单纯性乳房疱疹病毒感染；伴心肺疾病或认知障碍；血液系统疾病；多胎或双胎妊娠；精神疾病；携带梅毒螺旋体感染或人类免疫缺陷病毒感染。

1.2 研究方法

对照组沿用常规护理，主要包括：（1）对产妇术后的心理状态进行及时评估，进行心理疏导，多数初产妇在经验匮乏的情况下对剖宫产相关知识了解甚微，再加上伤口的疼痛感会导致其产生焦虑不安、抑郁等不良情绪，这也会给泌乳的顺利性造成一定影响，对此护理人员还需要加强与产妇的沟通与交流，获取产妇的心理状况，并告知其母乳喂养对新生儿的好处，使其对此有正确的认知，缓解其负性情绪，以此来提高母乳喂养率。

（2）术后对产妇及其家属进行一对一的健康教育，指导产妇需要注意的相关事项，如何进行产后护理，预防产褥期感染。（3）针对产妇的身体状况、母乳的分泌情况以及产妇的饮食喜好制定饮食计划，指导产妇采用少食多餐的形式，饮食以清淡易消化为主，保持营养成分充足，给予产妇足够的蛋白质、维生素等。指导产妇不可以食用高脂、高盐、辛辣、寒凉等食物。（4）保持母婴同室病房内空气清新，做好室内的清洁工作，受到污染的床单被褥要及时更换。在进行各项护理操作时候要保持动作轻柔，尽量减少噪音的出现。（5）与产妇及其家属讨论母乳喂养的重要性和实施方

法，指导正确的母乳喂养方法，使产妇明白母乳喂养的优势、按需哺乳的重要性以及需要注意的相关事项。重点强调母乳喂养对新生儿发育的促进作用以及对子宫恢复的意义。积极对产妇的身体状况进行专业的评估，并有针对性的为产妇制定母乳喂养计划。因多数产妇对母乳喂养方式、新生儿抱姿缺乏正确的认知，因此护理人员还可为其示范讲解，现场一对一个性指导，使其能够掌握相应的技巧。

观察组实施围手术期整体护理模式干预手段，为产妇提供全面且优质的护理服务，主要可从以下几方面展开：①术前：积极与产妇沟通，了解其不良情绪出现的原因，根据其职业、教育程度、性格等给予针对性疏导，指导家属做好心理疏导工作。告知产妇手术的安全性，让其充分休息以良好的状态迎接手术和新生命的到来。在产妇接受手术之前，由于产妇对剖宫产手术存在恐惧、紧张的心理状态，客观上导致一定数量比例的产妇在术后疼痛问题的影响作用下，拒绝实施母乳喂养行为。护士要强化针对产妇的母乳喂养相关知识宣传教育环节，向产妇及家属进行集中宣教、发放纸质版健康宣传资料或者播放专题宣传片等方式，支持确保产妇能够全面认识和理解母乳喂养的重要意义，母乳喂养的实施方法，以及母乳喂养过程中需要注意的事项，继而提升母乳喂养的总体实施效果。②术中：提前调节手术室温度、湿度，麻醉生效后，帮助产妇做好保暖措施，并与其聊感兴趣的话题，轻握其手部等人文关怀，并转移其注意力。③术后：第一时间告知新生儿的健康状况，并进行不间断的母婴皮肤接触、帮助母亲尽早开始母乳喂养，告知产妇及其家属如何识别新生儿的喂食信号，同时给予其分娩的肯定。密切留意产妇的情绪变化，告知负面情绪对泌乳、身体恢复的不良影响。若产妇情绪难以稳定，可播放轻音乐平复其不良情绪。术后指导产妇进行深呼吸训练，缓解疼痛，必要时可遵医嘱给予镇痛药物。术后帮助产妇使用束缚带缓解疼痛。正确指导产妇母乳喂养的方法和姿势及注意事项，重点强调母乳喂养的好处，经济、卫生、安全、方便，易消化，易吸收，可提高新生儿免疫力，促进产妇产后子宫收缩，预防产后出血，增进母婴感情，促进乳汁分泌，降低产妇乳腺炎与卵巢癌的发病率，帮助产妇身体恢复。帮助产妇制定促进乳汁分泌的饮食方案。指导产妇及家属仔细照看新生儿，不可刺激产妇，给予产妇充足的睡眠，提高泌乳量。做好乳房护理，保持乳房清洁，每次哺乳前使用温水擦洗乳头，及时排空未吸尽的乳汁，做好挤奶指导。若产妇乳房胀痛，可协助产妇按摩乳房，必要时给予乳腺疏通。密切观察产妇产后子宫收缩、阴道流血及手术切口愈合情况。指导产妇术后 6 小时去枕平卧，每 2 小时协助翻身一次，采用腹部沙袋加压、按摩子宫等方式促进子宫收缩，预防产后出血。术后 6 小时协助产妇下床活动，预防血栓性疾病发生及促进恶露排出。指导产妇术后 6 小

时可饮水并适量进食流食,不宜进食甜食、豆制品、牛奶等产气食物,防止产妇腹胀,若产妇进流食后无明显不适,可进半流质饮食,进而改善食。告知产妇术后可能有子宫收缩疼痛、腹部切口疼痛,消除产妇的顾虑,缓解产妇紧张情绪,做好心理护理。鼓励家属的陪伴与支持,分散产妇的注意力,缓解疼痛,若产妇剧烈疼痛,遵医嘱给予镇痛药物。遵医嘱给予缩宫素,促进子宫收缩预防产后出血,密切观察产妇用药后的反应。向产妇宣教母乳喂养的好处,鼓励产妇进行母乳喂养,指导产妇正确喂养方法。若产妇乳汁分泌不足,可指导其热敷乳房,按摩乳房,刺激奶阵。告知产妇增加高蛋白饮食及汤水的摄入,让婴儿频繁吮吸乳头刺激泌乳反射。食疗滋养催乳法:**a:** 猪蹄一只,通草 2.4 克,置入 1500 毫升水中,使用铝锅或砂锅内煮,大火烧开后,调为文火煮 2 小时,分为 2 份,指导产妇早晚各喝一碗猪蹄汤,若服用 2 天后仍乳汁分泌较少,可加入 1.5 克胎盘粉,增加产乳量。**b:** 取 150 克豆腐,50 克红糖,50 毫升米酒,将豆腐和红糖加入适量水中熬煮,待红糖溶解后加入米酒,熬煮 5 分钟后,指导产妇吃豆腐喝汤,一次吃完,每天 1 次。**c:** 取 2 两鲜茭白,60 克黄芪,猪蹄 1 只,加水煮烂,指导产妇吃肉喝汤,一次吃完。

1.3 观察指标

密切关注两组产妇的临床症状表现,记录其母乳喂养情况及泌乳时间,以数据表示,以便于后期对比工作的开展。同时在护理前后对其心理状态进行评估,利用 SAS、SDS 评分量表展开,评分越高表明其心理状态越差,反之为优。

1.4 统计学处理

表格 2 两组产妇母乳喂养情况以及泌乳时间 (n/%), ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	母乳喂养情况			泌乳始动时间 (h)		
		纯母乳喂养	混合喂养	人工喂养	<24h	24~48h	≥48h
对照组	73	50 (68.49)	15 (20.55)	8 (10.96)	35 (47.94)	23 (31.51)	15 (20.55)
观察组	73	31 (42.46)	25 (34.25)	17 (23.29)	59 (80.82)	12 (16.44)	2 (2.74)
X ²	-	5.746	4.719	6.341	7.039	5.142	4.977
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

对于剖宫产产妇而言,母乳喂养是促进母婴感情、减少各种并发症、促进子宫收缩、保障婴儿成长健康的重要措施,且对于促进产妇恢复和提升其免疫力发挥着积极作用^[3]。但对于初产妇而言,因其存在不同程度的恐惧和紧张等情绪,加之在母乳喂养时部分认为可对身材造成影响,此种错误的认知极大的影响到了母乳喂养。通过对此类产妇采取有效护理措施加以干预,则可极大程度的提升母乳喂养率。以往常规护理仅仅注重简单介绍母乳喂养的方法和姿势,对生理和心理等方面缺乏有效干预,加之护理方案缺乏严格的执行流程,所以难以对护理质量加以保障,这极大程度的增加了护理难度^[4]。而作为一种主流护理服务模式,围手术期整体护理模式的特征为系统化、全程化及科学化,可基于剖宫产术后初产妇的心理和生理等特征展开有效护理,可将护士工作的积极性充分调动起来,应对产妇加强科学管理,从而对其精神、生理及心理等方面提供优质且舒适的护理干预。对于初产妇而言,采取围手术期整体护理模式措施进行干预,可见母乳喂养正确且合理的姿势指导其加以掌握,其最佳喂养体位为作为环抱式和侧卧式有利于减轻体力消耗,可避免腹部肌肉紧绷,还可预防腹部手术切口压迫,从而减少各种并发症的发生。在产后 24 小时内进行乳头按摩刺激,有利于增加乳汁分泌,采取交替乳房喂养的模式还可促进双侧乳房均衡分泌乳汁,进一步增强母乳喂养效能^[5]。

本次研究对两组患者采取不同的护理方式,通过数据来看,观察组患

患者的基本资料与心理状态以及母乳喂养情况、泌乳时间为研究中的计数资料,采用 SPSS21.0 软件进行收集、整合、分析。前者数据检验时使用标准差 ($\bar{x} \pm s$) 完成,后者数据检验时使用% (百分比) 完成, t、X² 用于检验,各指标数值有明显的差异,可表示为 ($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 在对两组患者的心理状态评分分析后所得,在实施护理前患者的 SAS、SDS 评分较为均衡 ($P > 0.05$)。在采取不同护理模式后均有所改善,但与对照组相比,观察组患者的心理状态相对较优。 ($P < 0.05$)。组间经对比有显著差异标准。 ($P < 0.05$)。如表格 1 所示。

表 1 两组患者护理前后 SAS 及 SDS 评分比较 (n/%), ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	73	57.63±4.96	42.24±3.99	60.24±5.39	45.61±4.55
观察组	73	57.11±5.02	25.33±4.17	59.27±4.72	27.38±3.01
X ²	-	0.274	5.439	0.367	6.384
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 通过所记录的数据来看,观察组产妇的母乳喂养情况明显较优,纯母乳喂养率高达 68.49%,而对照组仅为 42.46%,泌乳时间观察组产妇基本在 24 小时内泌乳,泌乳时间明显短于对照组,所有指标有一定的差异表现。 ($P < 0.05$)。具体数值见表 2。

者的心理状态相对较优,同时母乳喂养率高于对照组,乳液分泌时间也得有效缩短。 ($P < 0.05$)。分析原因:根据科学表明,母乳喂养的方式可有效地提升新生儿的免疫力,促进其呼吸系统新欢运动,增强其肺活量,并且对产妇自身的恢复也可起到积极促进作用。对此在产妇行剖宫产术后还应当及时为其讲解相关知识,指导其正确喂养姿势,并辅助其进行乳房按摩,促进其泌乳时间的有效缩短。

综上所述,在剖宫产术后实施围手术期整体护理模式可减轻患者的不良情绪,推动其乳汁分泌的充足性,最大程度地提高母乳喂养率。具有一定推广价值。

参考文献:

- [1]陈丽华.分析围术期整体护理模式对剖宫产初产妇术后不良情绪和母乳喂养依从性的影响[J].中外医疗,2022,41 (11): 125-129.
- [2]王丽静.整体护理干预在剖宫产术后产妇护理中的应用效果观察[J].中国医药指南,2021,19 (16): 209-210.
- [3]冯梅芳,周红旭.整体护理干预配合镇痛泵对剖宫产产妇术后疼痛及泌乳功能的影响[J].医疗装备,2020,33 (09): 150-152.
- [4]张红利.整体护理干预对促进剖宫产产妇术后早期恢复和提高母乳喂养的效果[J].河南外科学杂志,2019,25 (04): 192-193.
- [5]罗晓艳.围术期整体护理对剖宫产初产妇术后不良情绪及母乳喂养依从性的影响[J].河南外科学杂志,2019,25 (03): 188-190.

1 例重度 OHSS 合并卵巢扭转破裂出血诊疗的分析并文献复习

张晓玉 章正广 杨芳 陈高文 王沂峰^{通讯作者}

南方医科大学珠江医院妇产医学中心 广东广州 510282

摘要:目的:探讨卵巢过度刺激综合征(ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS)合并卵巢扭转(ovarian torsion, OT)破裂出血的诊疗。方法:对 1 例卵巢过度刺激综合征合并卵巢扭转破裂出血的超声诊断及治疗进行回顾性分析并文献复习。结果:术前超声诊断与术中所见及术后诊断相符。结论:卵巢过度刺激综合征是发生卵巢扭转的高危因素,出现一侧急性下腹痛时要高度警惕,彩色多普勒超声检查观察卵巢内部及蒂部血流变化对疾病的早期诊断以及患者的生育功能的保护有重要意义。

关键词:卵巢过度刺激综合征;卵巢扭转;破裂;蒂部血流

附件区肿块是卵巢扭转(ovarian torsion, OT)最常见的病因,约占 51%^[1],而在辅助生殖相关 OT 中,严重影响患者生育功能甚至生命安全的卵巢过度刺激综合征(ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS)被视作一项独立高危因素被逐渐重视,超声检查尤其是彩色多普勒超声被许多学者认为在诊断 OT 具有准确率高、特异性好的临床应用价值。本文现对 1 例 OHSS 合并 OT 破裂出血的超声诊断及治疗进行回顾性分析并文献复习,具体如下。

1 病历摘要

女,32 岁,孕 0 产 0,因“穿刺取卵术后腹痛伴恶心、呕吐 4 天”于 2021 年 11 月 9 日 23 时 05 分入院。患者末次月经:2021 年 10 月 26 日。自诉于 2021 年 10 月 24 日在某私人诊所行促排卵治疗,11 月 6 日行穿刺取卵术,具体不详,术后当日即出现下腹痛,呈绞痛,伴恶心、呕吐,11 月 07 日呕吐 1 次,为胃内容物,遂于外院就诊,行妇科彩超检查:双侧卵巢增大并多个囊性暗区,考虑卵巢过度刺激综合征。为进一步诊治遂来我院急诊就诊,急诊以“卵巢过度刺激综合征”收入院。入院后完善体格检查,生命体征平稳,左侧肺部听诊有少量湿罗音,腹部明显膨隆,腹围:78cm;下腹压痛(+),反跳痛及肌紧张(-),腹水征(+)。专科检查提示双附件区可扪及包块,大小约 100×100×80mm,余未见明显异常。影像学检查:2021 年 11 月 10 日经腹经阴道彩超检查:(1)双侧卵巢显著增大并多房样囊性占位(右卵巢 113×69×143mm,左卵巢 127×85×111mm);(2)盆腹腔大量积液;(3)子宫未见异常。胸部 B 超提示:左侧胸腔,可探及游离液性暗区,右侧胸腔未见明显积液。腹部超声提示:上腹腔积液,余未见异常。完善相关检查后给与初步诊断:卵巢过度刺激综合征。

入院后给与预防感染、利尿、输注白蛋白、血浆等对症支持治疗,同时嘱患者适当卧床休息,减少翻身等明显改变体位的活动,治疗期间(11 月 9 日-11 月 14 日)患者自觉病情明显好转(腹部胀痛、呼吸困难较前明显缓解),于 11 月 15 日上午复查妇科彩超:1、双侧卵巢显著增大并多房样囊性占位(右卵巢 110×73×77mm,左卵巢 97×74×70mm);2、盆腔大量积液;3、子宫未见异常。患者于当日中午 12 点左右和家人私自外出就餐,于 13 点 30 分左右返回病房,途中自觉右侧腰腹部胀痛,并放射至后背,逐渐加剧,呈持续性,查体提示腹肌紧张并右下腹压痛明显,故于当日下午 14:05 急查妇科彩超:(1)双侧卵巢显著增大并多房样囊性占位(卵巢大小较前次所见无明显变化,周边及内部实质可探及血流信号);(2)盆腔积液,腹腔少量积液(较前次所见无明显变化);(3)子宫未见异常。结合患者病史、查体及辅助检查,未除外卵巢蒂扭转可能,但仍需与肠梗阻、阑尾炎等常见急腹症相鉴别,故维持目前治疗方案的同时严密观察患者病情变化,于当日下午 17:50 再次复查妇科彩超(如图 1 所示):1、右卵巢多发异常声像:(1)体积显著增大并多房样囊性占位,体积较前次检查明显增大;(2)其实质血供明显减少,卵巢动脉探及舒张期反向血流,提示蒂扭转;2、左卵巢显著增大并多房样囊性占位,体积较前次无明显增大;3、盆腔积液;4、子宫未见异常。结合患者病史、查体及辅助检查,

临床医师考虑右侧卵巢蒂扭转可能性大,请示上级医师,并向患者家属交代病情后行剖腹探查术,术中见腹腔大量血性腹水,右侧卵巢体积明显增大,约 200×150mm,蒂部扭转三周,内容物,整个右侧卵巢呈紫黑色,质脆,触之易碎,表面见一破口长约 3cm,内见暗红色血性液体并伴活动性出血(如图 2 所示)。术中行右附件切除术,术后病理回报:(右侧附件)卵巢出血坏死。术后给与抗感染、止血、补液等对症治疗,11 月 23 日复查妇科彩超:(1)左卵巢明显增大并多房样囊性占位(较前所见略有缩小,周边及内部均可见血流信号);(1)盆腔少量积液;(3)子宫未见异常。患者术后恢复可,于 2021 年 11 月 24 日安排出院。

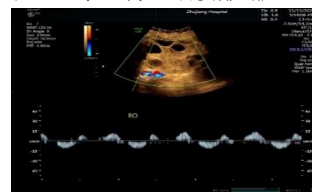


图 1

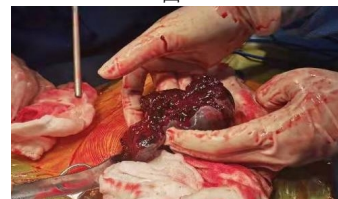


图 2

2 讨论

2.1 OT 及 OHSS 概述

2.1.1 OT 作为妇科常见的急腹症之一,因缺少特异性临床表现而与炎症、肿瘤破裂等疾病易混淆,且正常情况下 OT 罕见,但对于(assisted reproductive technology, ART)促排卵及取卵后短期内出现突发一侧下腹痛者,应高度怀疑 OT 的可能。

2.2.2 近年来随着 ART 中促排卵药物的普遍使用,OHSS 的发生率逐渐上升。它是不孕症女性在接受 ART 过程中,应用促排卵药物助孕,尤其是超促排卵以获取多个发育卵泡而出现的一系列医源性并发症,总体发生率约为 20%,中、重度发生率约为 1%-10%^[2]。目前病因尚不明确,发病诱因是 hCG 的使用,与患者的敏感度和内分泌状态、药物的种类及数量、是否妊娠等有关。该病主要临床表现为双侧卵巢对称性、多房囊性增大,毛细血管通透性增加,体液积聚于组织间隙,引起腹腔积液、胸腔积液、局部或全身水肿等,因此促排卵治疗后并发 OHSS 的患者,卵巢体积增大,重量、活动度增加,这成为 OT 的高危因素。本例患者因“穿刺取卵术后腹痛伴恶心、呕吐 4 天”入院,住院期间发生卵巢扭转,考虑由以下原因引起:(1)患者为重度卵巢过度刺激综合征,卵巢显著增大并伴有盆腹腔大量积液,此时卵巢活动度较大;(2)保守治疗当中患者擅自外出活动期间更增加卵巢活动度;(3)在促排卵药物的作用下骨盆韧带松弛、变

软、变长。

2.2 辅助检查

2.2.1 超声检查: OHSS 声像图表现分为轻、中、重三度^[3], 具体如表 1 所示。本病例在入院时 B 超提示双侧卵巢显著增大并多房样囊性占位(右侧卵巢大小 113×69×143mm, 左侧卵巢大小 127×85×111mm), 并伴有盆腹腔、胸腔积液, 考虑为重度卵巢过度刺激综合征。

表 1: OHSS 超声表现分度

双侧卵巢	卵泡	盆 腔 积 液	腹腔积液	胸腔积 液	心 包 积 液
轻 增大, 直径 <6cm	多个卵泡发育增大, 直 径<5cm, 呈多房性蜂窝 状表现	+	-	-	-
中 呈多房性增 大, 直径 6-12cm	多个卵泡发育增大, 直 径>5 cm, 卵泡间相互 挤压, 形态不一, 表现 为大小不等多房性网状 结构	+	腹水量< 1500ml	-	-
重 和/或直径 >12cm	同上	+	腹水量 ≥1500ml	和/或胸 水量 ≥50ml	±

作为妇科急腹症之一的 OT, 实验室检查多无特征性改变, 而超声检查具有价格低廉、操作简单、适用范围广、重复性好、可实现动态连续扫描, 且可对血流动力学指标进行动态分析, 被作为目前临床上常用的检查方法。OT 的声像图特征与扭转的时间及程度带来的卵巢病理生理变化是密切相关的。OT 的蒂由骨盆漏斗韧带、卵巢固有韧带、输卵管及卵巢输卵管系膜组成, 其中包括子宫动脉、静脉、淋巴管及其分支。当血管蒂沿其中轴发生顺时针或逆时针旋转, 可引起蒂部的血管发生盘绕, 卵巢的静脉及淋巴回流受阻, 卵巢实质发生淤血, 其二维超声表现包括: 卵巢增大、水肿, 部分患者卵巢可形成“滤泡环征”^[4], 即卵巢皮质内可见多个车轮状排列的、直径约 3-7 mm 窦状卵泡, 壁增厚, 厚约 1-2 mm, 回声增强。而卵巢由卵巢动脉及子宫动脉双重供血, 虽然急性期扭转阻断了卵巢动脉的血流, 但是子宫动脉供血并未被阻断, 所以卵巢内存在血流信号时也不能完全排除卵巢扭转, 此时彩色多普勒超声显示肿块或卵巢内血流明显减少或完全消失, 部分可观察到血管蒂扭转, 蒂部血流信号呈消失、团块状或频谱异常, 其中蒂扭转“旋涡征”^[5]是超声检查的直接征像, 且有国外学者研究发现, “旋涡征”可作为早期诊断的重要依据之一。

本例患者术前复查两次妇科彩超后才提示 OT, 考虑存在以下原因:

(1) 腹痛后首次妇科超声提示双侧卵巢周边及内部均可见血流信号, 考虑卵巢扭转处于早期阶段, 暂未发生明显的坏死, 后随着病情进展, 卵巢实质内乏血供, 并出现超声蒂扭转的直接征像——“旋涡征”, CDFI 可探及反向血流频谱;(2) 病情初期扭转度数过小导致旋涡征体积较小不易发现;(3) 处于卵巢过度刺激状态下, 卵巢较大导致血管蒂难以显示;(4) 超声医生经验不足, 尚无意识去寻找该征象。

而卵巢破裂出血在声像图上无特征性表现, 主要是急性期出血处组织局部迅速膨大, 内部回声杂乱无章, 边界不清, 组织周围显示较多游离无回声液体(血液)。而本例患者术前盆腔原有积液可与卵巢破裂出血相混合, 暂未形成血凝块。

除此之外, 由于静脉、淋巴回流受阻, 血管压力升高, 导致渗出, 所以出现卵巢周围积液, 随着进一步发展, 卵巢坏死, 渗出增加, 导致盆腔积液增加, 扭转为严重的妇科急症, 需与取卵后腹痛、宫外孕破裂、同侧输尿管结石、阑尾脓肿等鉴别。本例患者术前泌尿系 B 超、阑尾 B 超等相关检查已排除宫外孕、泌尿系结石、阑尾炎等常见急腹症。

2.2.2 CT 检查: OT 的 CT 征象包括卵巢不对称性增大、子宫向一侧附件区偏移、输卵管壁水肿增厚等。CT 主要用以协助鉴别非妇科疾病因素如胃肠道和泌尿系统疾病引起的急性腹痛, 并且对 OT 诊断的灵敏度仅为 42.2%, 检查时患者暴露于辐射中, 不推荐作为儿童、青少年及疑似患者的首选影像学检查手段。

2.2.3 MRI 检查: OT 的典型 MRI 表现是卵巢不对称性增大、间质水肿、蒂部扭曲呈“鸟嘴征”或“漩涡征”。附件扭转伴出血梗死时, MRI 表现为异常的 T1 和 T2 成像, 但不具有特异性。

但 CT 和 MRI 二者均不能动态评估卵巢的血流灌注情况, 且费用昂贵, 检查时间相对较长, 故不推荐作为可疑附件扭转的首选影像学辅助检查, 本例患者超声诊断已明确, 故未行 CT 及 MRI 检查。

2.4 治疗: 对于扭转的附件, 传统观点认为避免卵巢扭转坏死, 继发感染等严重并发症发生, 应尽早手术治疗, 也有学者主张首选保守治疗, 嘱患者改变体位后密切观察腹痛、恶心、呕吐等自觉症状好转情况, 若观察 6 小时后无明显好转, 则尽快行手术治疗。但对于超促排卵治疗后卵巢扭转治疗方式的选择仍存在争议。本例患者术中见右侧卵巢显著增大, 蒂部扭转三周, 呈紫黑色, 质脆, 触之易碎, 在征求患者家属意愿, 并给予签署知情同意书后, 行右侧附件切除术, 术后病理回报: (右侧附件) 卵巢出血坏死。

最后, 通过对这例 OHSS 合并 OT 破裂出血的超声诊断及治疗进行回顾性分析并文献复习, 作者认为, 对于这类患者在排除常见急腹症如宫外孕破裂、泌尿系结石、阑尾炎后, 首先考虑卵巢蒂扭转可能, 在超声检查过程中应尽量找到扭转的蒂, 观察有无“滤泡环征”及“漩涡征”, 结合病史、体征及超声检查做全面分析才能做出准确的诊断, 进而选择合适的治疗方式以及恰当的手术时机, 以最大限度为患者保留生育功能。

参考文献:

- [1] 中国医师协会微无创医学专业委员会妇科肿瘤(学组)专业委员会, 中国优生科学协会女性生殖道疾病诊治分会. 女性附件扭转治疗的专家共识(2020 年版)[J]. 实用妇产科杂志, 2020, 36(11): 822.
- [2] 王欣欣, 钱永红. 自发性卵巢过度刺激综合征合并卵巢破裂一例并文献复习[J]. 国际妇产科学杂志, 2021, 48(5): 4.
- [3] 焦光琼, 毕娟, 葛蓓蕾, 等. 超声检查在辅助生殖技术(ART)典型并发症中的研究应用[J]. 生殖与避孕, 2015, 35(12): 7.
- [4] Sibal M. Follicular ring sign a simple sonographic sign for early diagnosis of ovarian torsion. J Ultrasound Med, 2012, 31(11): 1803—1809.
- [5] 姜立新, 沈国芳, 胡兵. 超声“漩涡征”诊断卵巢囊肿蒂扭转[J]. 中国医学影像学杂志, 2012, 19(7): 545—547.

作者简介: 张晓玉, 出生年月: 1990.03, 性别: 女, 籍贯: 河南, 单位: 南方医科大学珠江医院妇产医学中心, 单位所在城市: 广州市海珠区, 单位所在地区邮编: 510282, 民族: 汉族, 职称: 医师, 学位: 硕士研究生。

下呼吸道铜绿假单胞菌感染对抗生素的耐药性分析与药学研究

陈小云

浙江大学医学院附属邵逸夫医院下沙院区 浙江杭州 310018

摘要：目的：基于药学研究理论进行探讨，分析下呼吸道铜绿假单胞菌感染对抗生素的耐药性。方法：选取我院 2019 年 2 月~2021 年 6 月期间收治的 176 例下呼吸道感染患者作为研究对象，采集痰液标本，进行病原微生物的培养，鉴别其类型。针对下呼吸道铜绿假单胞菌感染的发生，应用多种抗生素药物进行药敏试验，分析铜绿假单胞菌对于各类抗生素的耐药性。同时将以上患者分为对照组（加强耐药监测和药学管理前）87 例和观察组（加强耐药监测和药学管理后）89 例，对比其治疗效果。结果：经过病原微生物鉴定后，检出致病菌株 102 株，其中铜绿假单胞菌占比 54.90%（56/112）。应用头孢他啶、氧氟沙星、阿米卡星进行病原菌药敏试验时，铜绿假单胞菌对于以上药物的耐药性相对较低，分别为 26.79%、42.86%、42.86%。应用氨苄西林、哌拉西林、头孢哌酮、四环素、亚胺培南、庆大霉素进行病原菌药敏试验时，铜绿假单胞菌对于以上药物的耐药性相对较高，分别为 83.93%、78.57%、53.57%、80.36%、73.21%、67.86%。观察组患者的治疗有效率（96.63%>88.51%， $\chi^2=4.244$ ）高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在下呼吸道铜绿假单胞菌感染的临床治疗中，应该根据铜绿假单胞菌对于抗生素的耐药性，合理进行治疗药物的选择，减少耐药问题对于抗菌疗效的影响。

关键词：下呼吸道铜绿假单胞菌感染；抗生素；耐药性；药学分析

在下呼吸道感染患者中，由于病原体侵袭气管、支气管、肺部，产生炎症反应。下呼吸道感染的临床治疗，需要具体了解致病因素，实施针对性的治疗。下呼吸道感染的发生，多为革兰氏阴性菌感染所致，而铜绿假单胞菌是常见的致病菌株^[1]。在抗感染治疗的过程中，应用抗生素作为治疗药物。利用药物的抗菌作用，有效清除致病菌株，促进下呼吸道炎症的消退，进而减轻患者的临床症状。在选择抗生素药物时，应考虑到致病菌对于药物的敏感性，合理予以应用，进而达到理想的治疗效果。该过程中，需要警惕致病菌耐药问题^[2]。为了减少耐药问题对于治疗效果的影响，需要具体了解铜绿假单胞菌对于各类抗生素的耐药性，分析其耐药机制并进行药理学分析，从中筛选铜绿假单胞菌敏感的药物^[3]。本研究选取我院 2019 年 2 月~2021 年 6 月期间收治的 176 例下呼吸道感染患者作为研究对象，分析致病菌对于各类抗生素的耐药性，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为我院 2019 年 2 月~2021 年 6 月期间收治的 176 例下呼吸道感染患者，根据加强耐药监测和药学管理的前后，分为对照组（加强耐药监测和药学管理前）87 例和观察组（加强耐药监测和药学管理后）89 例。对照组：男性 41 例，女性 46 例，年龄 27~65 岁，平均年龄（43.17±5.82）岁。观察组：男性 43 例，女性 46 例，年龄 29~67 岁，平均年龄（42.85±5.64）岁。基本资料具有可比性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

受检者均未接受抗生素治疗，晨间采集患者的痰液。采集痰液前，需要使用生理盐水漱口。制作痰液涂片，置于光镜下检查，从中筛选合格标本。将痰标本接种培养基，在温箱（37℃）中孵育。在孵育 24~48h 后，从中选取阳性标本，进行病原菌的鉴定、分类。应用各类抗生素药物（氨苄西林、哌拉西林、头孢他啶、氧氟沙星、四环素、阿米卡星、亚胺培南、头孢哌酮、庆大霉素等），进行药敏试验，评价致病菌对抗生素的耐药性。

1.3 统计学处理

以 SPSS19.0 统计学软件进行数据的处理和分析，应用（ $\bar{x}\pm s$ ）和（%）进行计量和计数，由 t 值和 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表对比具有统计学意义。

2 结果

2.1 下呼吸道感染患者的病原微生物鉴定结果

分析下呼吸道感染患者的病原微生物鉴定结果，在 176 例受检者中，

经过痰培养后，病原微生物鉴定结果显示，存在致病菌株 102 株，其中铜绿假单胞菌 56 株（单一感染 49 株，混合感染 7 株），其他致病菌 46 株（肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌、阴沟肠杆菌、金黄色葡萄球菌），见于表 1：

表 1 病原微生物鉴定结果分析

抗生素类型	n	占比（%）
铜绿假单胞菌	56	54.90
肺炎克雷伯菌	20	19.61
大肠埃希菌	12	11.76
阴沟肠杆菌	9	8.82
金黄色葡萄球菌	5	4.90

2.2 铜绿假单胞菌对于不同类型抗生素的耐药性分析

分析铜绿假单胞菌对于不同类型抗生素（氨苄西林、哌拉西林、头孢他啶

头孢哌酮、氧氟沙星、四环素、阿米卡星、亚胺培南、庆大霉素）的耐药性，铜绿假单胞菌对于头孢他啶、氧氟沙星、阿米卡星的耐药性相对较低，分别为 26.79%、42.86%、42.86%，绿假单胞菌对于氨苄西林、哌拉西林、头孢哌酮、四环素、亚胺培南、庆大霉素的耐药性相对较高，分别为 83.93%、78.57%、53.57%、80.36%、73.21%、67.86%，见于表 2：

表 2 铜绿假单胞菌对于不同类型抗生素的耐药性分析[n（%）]

抗生素类型	敏感	中度敏感	耐药
氨苄西林	9（16.07）	0（0）	47（83.93）
哌拉西林	12（21.43）	0（0）	44（78.57）
头孢他啶	30（53.57）	11（19.64）	15（26.79）
头孢哌酮	26（46.43）	0（0）	30（53.57）
氧氟沙星	25（44.64）	7（12.50）	24（42.86）
四环素	7（12.50）	4（7.14）	45（80.36）
阿米卡星	21（37.50）	11（19.64）	24（42.86）
亚胺培南	15（26.79）	0（0）	41（73.21）
庆大霉素	18（32.14）	0（0）	38（67.86）

2.3 两组下呼吸道铜绿假单胞菌感染患者的治疗效果

在加强耐药监测和药理学管理前(对照组)和加强耐药监测和药理学管理后,比较下呼吸道铜绿假单胞菌感染患者的治疗效果,见于表3:

表3 两组下呼吸道铜绿假单胞菌感染患者的治疗效果对比[n(%)]

组别	显效	有效	无效	有效率
观察组(n=89)	51(57.30)	35(39.33)	3(3.37)	86(96.63)
对照组(n=87)	41(47.13)	36(41.38)	10(11.49)	77(88.51)
χ^2	4.244			
P值	<0.05			

3 讨论

铜绿假单胞菌属于革兰氏阴性杆菌,同时也是一种需氧菌。铜绿假单胞菌感染多发生于呼吸系统,常见与免疫功能低下的人群,容易引发下呼吸道感染。在下呼吸道感染的临床治疗,主要采取药物治疗方法^[4]。抗生素在下呼吸道感染药物治疗中的应用,产生抗菌功效,对致病菌产生抑制作用,进而控制病情的进展^[5]。下呼吸道感染的早期治疗中,采取经验性抗菌治疗方法,使用广谱抗生素作为治疗药物,可以对常见的病原体产生抑制和杀灭作用。下呼吸道感染患者接受抗生素治疗的过程中,耐药问题的产生,会影响到药物的应用疗效^[6]。下呼吸道感染初始用药期间,多数致病菌对于抗生素的敏感性较高,药物能够充分发挥其抗菌功效,治疗效果较为显著。但是抗生素药物的长期、持续应用,致病菌对于抗生素的敏感性下降,逐渐产生耐药性,药物的抗菌功效也会随之降低,甚至完全失效。多种耐药菌引发的感染性疾病,抗菌治疗难度较高,抗生素的选择十分有限^[7]。

下呼吸道铜绿假单胞菌感染的药物治疗过程中,在选择抗生素之前,应该考虑到致病菌对于各类药物的敏感性,需要进行病原菌鉴定、药敏分析,对于铜绿假单胞菌对于各类抗生素的耐药性进行判断,并以此为参考,合理制定用药方案。铜绿假单胞菌是下呼吸道感染的常见致病菌。本组研究中,在176例下呼吸道感染患者的痰标本培养过程中,病原微生物鉴定结果显示,铜绿假单胞菌在致病菌株中的占比较高,达到54.90%(56/112)。由于铜绿假单胞菌对于广谱抗生素的耐药率较高,并具有多重耐药的特点,需要十分慎重进行用药选择。下呼吸道铜绿假单胞菌感染的抗生素治疗中,多重耐药问题的产生,与基因改变有关,由于 β -内酰胺酶、氨基糖苷类钝化酶的产生,影响抗生素功效的发挥^[8-9]。基因改变主要包括铜绿假单胞菌基因组上结构基因发生突变、插入或缺失等情况。 β -内酰胺类抗生素是下呼吸道感染临床治疗中的常用药物,铜绿假单胞菌产生 β -内酰胺酶,能够使抗生素失活,影响药物的应用疗效。应用氨基糖苷类抗生素进行治疗的过程中,铜绿假单胞菌产生的氨基糖苷类钝化酶,能够修饰药物基团,导致药物失活,药物无法正常发挥功效^[10]。另外,铜绿假单胞菌的外膜通透性较低,应用抗生素治疗的过程中,药物难以通过外膜,无法解除细胞内的作用靶点,进而产生耐药性,药物无法充分发挥功效。

本组研究结果显示,应用氨苄西林、哌拉西林进行下呼吸道铜绿假单胞菌感染的治疗,铜绿假单胞菌对于两种抗生素的耐药性分别达到83.93%(47/56)、78.57%(44/56)。以上两种药物均属于 β -内酰胺类抗生素,对于 β -内酰胺酶的稳定性较差,容易产生耐药性。在致病菌的诱导作用下, β -内酰胺酶的大量产生,会影响氨苄西林、哌拉西林等 β -内酰胺类抗生素的功效,铜绿假单胞菌对于药物的敏感性降低,耐药性显著增加。头孢哌酮、四环素、亚胺培南、庆大霉素是常用的广谱抗生素,应用于下呼吸道铜绿假单胞菌感染临床治疗,铜绿假单胞菌对于以上药物的耐药

性分别达到53.57%(30/56)、80.36%(45/56)、73.21%(41/56)、67.86%(38/56)。头孢他啶、氧氟沙星、阿米卡星等抗生素在下呼吸道铜绿假单胞菌感染临床治疗中的应用,铜绿假单胞菌对于抗生素耐药性相对较低,分别为26.79%(15/56)、42.86%(24/56)、42.86%(24/56)。头孢他啶、氧氟沙星、阿米卡星等抗生素的应用,对于 β -内酰胺酶、氨基糖苷类钝化酶的稳定性良好,药物的抗菌功效可以得到充分发挥,进而达到良好的抗菌效果。

应用抗生素进行下呼吸道铜绿假单胞菌感染治疗的过程中,需要进行耐药性分析。制定药物治疗方案时,选择铜绿假单胞菌敏感性高的药物,如头孢他啶、氧氟沙星、阿米卡星。在此基础上,还应该考虑到影响耐药问题的发生的相关因素,如长期使用单一抗生素、不合理用药等。在下呼吸道铜绿假单胞菌感染的抗生素治疗期间,结合耐药性分析结果,合理选择抗生素。同时加强耐药监测。在下呼吸道铜绿假单胞菌感染的治疗过程中,持续监测各类常用抗生素的使用情况,关注其应用疗效、不良反应,对于抗菌药物敏感性进行评价。在长期用药的过程中,警惕抗菌药物耐药性增加的情况,分析其耐药模式各发展趋势,针对药物治疗方案做出相应的调整。加强耐药监测和药理学管理,可以将耐药性分析结果、药理学研究结果为参考,对于抗生素的应用疗效、安全性、耐药性进行综合判断,采取科学的联合用药方法,可以获得更好的治疗效果。本组研究中,加强耐药监测和药理学管理前,下呼吸道铜绿假单胞菌感染患者的治疗有效率为88.51%。加强耐药监测和药理学管理后,下呼吸道铜绿假单胞菌感染患者的治疗有效率提升至96.63%。

综上所述,在下呼吸道铜绿假单胞菌感染患者的抗生素治疗中,应该结合耐药性分析结果,合理选择抗生素类型。在抗生素用药期间,联合应用多种敏感性药物,同时加强耐药监测,可以有效预防耐药问题的发生,对于提高临床用药的安全性和有效性有着积极的影响。

参考文献:

- [1]郭晓芳.铜绿假单胞菌对 β -内酰胺类抗生素的耐药性分析[J].四川生理科学杂志,2019,41(01):15-17.
- [2]周莉,唐雷.铜绿假单胞菌肺炎76例临床及耐药分析认识实践[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(05):87+92.
- [3]周芳,崔玉霞.儿童下呼吸道感染病原体分布及耐药情况研究进展[J].贵州医药,2022,46(01):20-22.
- [4]田鹤,成怡冰,朱庆雄,等.下呼吸道感染患儿肺泡灌洗液的病原菌分布及其耐药模式[J].中华传染病杂志,2022,40(01):20-27.
- [5]魏臻,田小荣,李梦思,区宁,闫慧霞.目标性监测联合集束化管理对呼吸道多重耐药菌感染患者的陪护人员隔离护具使用率及手卫生合格率的影响[J].中国基层医药,2021,28(12):1848-1851.
- [6]韩小莉,王文董,马杰.小儿呼吸道感染的抗生素应用现状及病原菌耐药率分析[J].临床医学研究与实践,2021,6(30):7-9.
- [7]吴卫健.规范用药干预措施对抗生素药物使用情况与病原菌耐药性影响分析[J].实用医技杂志,2021,28(05):619-620.
- [8]蒋亚岚,陈佳佳.下呼吸道感染铜绿假单胞菌流行和耐药现状分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(13):188.
- [9]全静.老年下呼吸道感染患者铜绿假单胞菌检测及耐药性分析[J].全科口腔医学电子杂志,2020,7(03):162.
- [10]陈永青,左海涛,杨志华,等.抗体联合抗生素治疗耐药呼吸道感染的研究现状[J].临床肺科杂志,2020,25(02):298-300.

糖尿病患者下肢血管病变采取彩色多普勒超声诊断的效果研究

肖明

银川市第三人民医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨在糖尿病患者下肢血管病变的临床诊断中运用彩色多普勒超声检查的应用价值。方法：选取2021年5月到2021年12月期间在我院接受治疗的169例糖尿病患者，将其纳入研究组；另选取同期在我院接受治疗的150例非糖尿病患者，将其纳入对照组，所有患者均采取彩色多普勒超声检查，检测两组股总动脉、腘动脉、足背动脉内径、收缩期峰值流速、血流量指标；对比两组股总静脉、腘静脉、股浅静脉、股深静脉、内侧腓肠静脉以及颈周围静脉近端内径；分析两组下肢血管形成斑块、狭窄与闭塞情况。结果：比较两组，研究组股总动脉中D较对照组低，PSV、BFV均较对照组高， $P<0.05$ ；腘动脉中D较对照组低，PSV、BFV均较对照组高， $P<0.05$ ；足背动脉中D、BFV均较对照组低，PSV较对照组高， $P<0.05$ ，两组比较股总动脉、腘动脉以及足背动脉均有显著差异。研究组患者股浅动脉、胫前动脉、股总动脉以及腘动脉形成斑块、狭窄与闭塞例数均较对照组多。结论：对糖尿病患者采取彩色多普勒超声检查可明确下肢血管病变位置，反映下肢动脉血管病变程度，有助于临床医生准确分析病变情况并给予针对性的治疗，建议推广应用。

关键词：糖尿病；下肢血管病变；彩色多普勒超声；诊断价值；血流动力学

糖尿病是发病率较高的慢性代谢性疾病，若干预不及时随着病情的发展可诱发诸多并发症，糖尿病足是糖尿病患者较为严重的并发症之一，诱发糖尿病足的危险因素就是下肢血管病变，可导致患者下肢保护功能降低，当大血管以及微血管发生病变可引发动脉灌注不足，严重者会有截肢的风险^[1-2]。下肢血管病变典型的临床表现是下肢麻木伴有疼痛感，行走时会间歇性跛行，严重影响患者的日常生活，因此，能够采取有效手段尽早诊断有助于对症治疗并改善其预后^[3-4]。现阶段临床检测下肢血管病变多采取超声技术，本次研究主要探讨在糖尿病患者下肢血管病变的临床诊断中运用彩色多普勒超声检查的应用价值，汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取169例在我院接受治疗的糖尿病患者，将其纳入研究组，男性86例，女性83例，年龄范围及均值42-81（61.63±3.25）岁，病程及均值1-27（13.58±1.52）年；另选取同期在我院接受治疗的150例非糖尿病患者，将其纳入对照组，男性77例，女性73例，年龄范围及均值40-79（61.57±3.18）岁，两组患者在性别、年龄方面经统计学分析与计算 $P>0.05$ 。纳入标准：（1）研究组患者均经实验室生化指标检验确诊为糖尿病，后经血管造影等检查进一步证实且存在下肢血管病变；对照组患者血糖水平在正常范围；（2）无足部破溃；（3）有完整临床资料；（4）患者在知情且自愿下参与研究，配合相关检查以及调查问卷的填写。排除标准：（1）高脂血症、高血压以及冠心病等心血管疾病；（2）合并恶性肿瘤疾病；（3）合并多器官功能衰竭；（4）肢体先天畸形；（5）血液系统疾病；（6）精神、认知异常无法正常交流；（7）下肢外伤或合并下肢其他病变。

1.2 方法

所有患者均接受彩色多普勒超声检查（仪器使用型号9L4，由西门子公司提供），配套宽频线阵探头频率设定在6.3-10MHz，声束与血流夹角设定在 $<60^\circ$ 。检查时根据扫描需要协助患者取仰卧位，充分暴露下肢，让下肢呈外展、足背伸状，从腹股沟韧带处开始扫描，顺着血管的走向扫描双侧股总动脉与腘动脉，让患者的双脚平踏于检查床，对患者双侧的足

背动脉进行扫描，查看患者下肢血管壁内是否形成斑块、中膜厚度、血管腔的充盈情况以及频谱形态等，主要对总动脉、腘动脉、足背动脉的内径、收缩期峰值流速以及血流量进行测定。再让患者大腿内旋，扫描股总静脉、腘静脉、腓静脉等部位，同时观察血流动力学情况。判定下肢血管正常：在扫描过程中可见血管腔中血流流动顺畅，充盈且无阻碍，血管壁较为光滑，血管壁内中膜厚度 $<1\text{mm}$ ，有丰富的血流信号；异常：扫描过程中可见血管腔内粗糙，伴有不同程度粥样斑块、管腔阻塞等情况，血管壁内中膜厚度 $>1\text{mm}$ ，官腔内壁狭窄，血流信号弱或未见血流信号。

1.3 观察指标

（1）对比两组股总动脉、腘动脉、足背动脉指标，包括内径（D）、收缩期峰值流速（PSV）以及血流量（BFV）。

（2）对比两组静脉内径。

（3）对比两组下肢血管形成斑块、狭窄与闭塞情况，其中斑块有以下几种情况：a.当血管壁内中膜厚度 $<1\text{mm}$ 则说明血流通畅且充盈满意；b.若局限性内中膜厚度 $>1\text{mm}$ 则说明管壁增厚，当内中膜厚度 >1.5 则说明形成斑块；c.软斑块呈现低回声，硬斑块呈现高回声，当斑块内出现的高回声面积超过50%即钙化性斑块，当斑块数量超过2个则为多发斑块。

1.4 统计学分析

使用SPSS 23.0软件分析与处理本轮研究中的各项数据， $\bar{x}\pm s$ 表示本轮研究中出现的计量资料，均符合正态分布，用 T 值检验数据；（%）表示本轮研究中出现的计数资料，用 χ^2 值检验数据。计算后 $P<0.05$ 表示数据间有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组股总动脉、腘动脉、足背动脉指标。

见表1，研究组股总动脉中D较对照组低，PSV、BFV均较对照组高， $P<0.05$ ；腘动脉中D较对照组低，PSV、BFV均较对照组高， $P<0.05$ ；足背动脉中D、BFV均较对照组低，PSV较对照组高， $P<0.05$ ，两组比较股总动脉、腘动脉以及足背动脉均有显著差异。

表1 对比两组股总动脉、腘动脉、足背动脉指标（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	股总动脉			腘动脉		
	D（cm）	PSV（cm/s）	BFV（mL/min）	D（cm）	PSV（cm/s）	BFV（mL/min）
对照组（n=150）	0.70±0.06	91.25±10.61	284.63±18.76	0.51±0.05	60.74±4.63	70.63±6.76
研究组（n=169）	0.68±0.05	97.88±10.58	307.53±20.12	0.48±0.06	66.43±5.74	79.45±7.63
T 值	3.2459	5.5788	10.4727	4.8165	9.6660	10.8687

P 值	0.0013	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
(续表)						
组别	足背动脉			2.2 对比两组静脉内径。		
	D (cm)	PSV (cm/s)	BFV (mL/min)	见表 2, 研究组股总静脉、腘静脉、股浅静脉、股深静脉、内侧腓肠静脉以及颈周围静脉近端内径均较对照组大, 均有显著性差异, $P<0.05$ 。		
对照组 (n=150)	0.24±0.05	41.78±4.75	15.67±5.43			
研究组 (n=169)	0.22±0.04	46.71±5.32	9.44±2.36			
T 值	3.9639	8.6853	13.5454			

表 2 对比两组静脉内径 ($\bar{x}\pm s$, mm)

组别	股总静脉	腘静脉	股浅静脉	股深静脉	内侧腓肠静脉	颈周围静脉近端
对照组 (n=150)	8.66±1.52	5.56±0.76	5.41±0.52	5.71±0.38	3.42±1.02	2.43±0.38
研究组 (n=169)	13.63±1.42	6.13±0.83	7.85±1.28	6.12±0.42	4.58±1.42	2.98±1.25
T 值	30.1834	6.3685	21.8014	9.0987	8.2855	5.1798
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 对比两组下肢血管形成斑块、狭窄与闭塞情况。

见表 3, 研究组患者股浅动脉、胫前动脉、股总动脉以及腘动脉形成斑块、狭窄与闭塞例数均较对照组多。

表 3 对比两组下肢血管形成斑块、狭窄与闭塞情况[n (%)]

组别		股浅动脉	胫前动脉	股总动脉	腘动脉
对照组 (n=150)	斑块	16(10.67)	21(14.00)	11 (7.33)	14 (9.33)
	狭窄	1 (0.67)	5 (3.33)	1 (0.67)	0 (0.00)
	闭塞	2 (1.33)	3 (2.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
研究组 (n=169)	斑块	40(23.67)	70(41.42)	27(15.98)	58(34.32)
	狭窄	9 (5.33)	12 (7.10)	3 (1.78)	5 (2.96)
	闭塞	5 (2.96)	5 (2.96)	1 (0.59)	4 (2.37)

3 讨论

糖尿病是一种因胰岛素作用和胰岛素分泌发生缺陷而引发的慢性代谢性疾病, 由于糖尿病患者长期处于高血糖的状态, 血糖升高可造成蛋白质糖基化以及氧自由基化进而损伤血管内皮, 血管内皮受损可引发动脉硬化进而形成斑块组织, 而血管内膜增厚也会加快粥样硬化的形成, 一旦斑块破裂当其随着血液循环进入血管就会诱发血栓, 下肢血管病变可累及胫前与胫后动脉使其周围组织血供受到影响进而引起足部溃疡^[5-6]。糖尿病足就是糖尿病常见且较为严重的并发症, 典型表现是足部疼痛、皮肤干燥、肌肉萎缩等, 随着病情的进展患者的足部会出现溃疡、感染、骨髓炎等关节病, 甚至发生感觉、运动神经障碍。此外, 当血管内膜受损, 静脉血流速变慢就会导致血液粘稠度升高, 一旦形成血栓就容易诱发下肢深静脉血栓, 同样会影响患者的身心健康, 生活质量显著下降^[7]。为了能够早发现并早治疗, 采取有效的诊断方式极为重要。随着影像学技术的不断进步, 彩色多普勒超声检查广泛应用于糖尿病下肢血管病变的诊断中, 通过超声扫描能够清晰观察到患者血管壁的状态, 可显示出血流情况有利于医生对患者下肢血管病变进行诊断^[8-9]。彩色多普勒超声检查操作简便且无创, 能够进行横、纵切等定位并结合声像图查看到血流的分布与走向, 可明确血管腔狭窄的位置与程度。糖尿病患者下肢血管病变主要的表现就是血管内膜增厚且粗糙, 动脉血管内膜回声增强, 若存在粥样硬化可从声像图中显示管腔内存在单发或多发低回声与混合回声, 当血流经过狭窄处可看到流速明显降低且信号变弱, 若血管壁增厚导致管腔消失, 血流信号也会消失, 此时声像图显示血管壁狭窄处血流信号变细^[10-11]。对于下肢静脉血栓的患者通过彩色多普勒超声检查能够清晰的观察到静脉管腔与血栓的情况, 还能够对 X 线无法观察到的小血栓检查出来, 具有较高的敏感度^[12]。

在本次研究中, 糖尿病患者股总动脉、腘动脉、足背动脉中 D、PSV、

BFV 与非糖尿病患者有明显的差异, $P<0.05$; 两组股总静脉、腘静脉、股浅静脉、股深静脉、内侧腓肠静脉以及颈周围静脉近端内径也具有显著性差异, $P<0.05$, 且糖尿病患者下肢血管形成斑块、狭窄与闭塞情况较多, 由此可以说明彩色多普勒超声检查能够清晰观察到患者下肢血管形态以及血流动力学的状态, 可通过声像图表现判断下肢血管病变的程度, 具有较高的临床应用价值。

综上所述, 采用彩色多普勒超声诊断糖尿病下肢血管病变具有较高的优势, 可通过声像图表现观察到下肢血管内径、斑块以及狭窄程度, 能够为临床医生作进一步的诊断与对症治疗提供可靠的参考依据。

参考文献:

- [1]黄菲妃,廖新红,高泳,等. 彩色多普勒超声对 2 型糖尿病下肢动脉病变的诊断价值[J]. 广西医科大学学报,2019,36 (3): 424-427.
- [2]周会玲. 多普勒超声联合 CT 血管造影在糖尿病下肢血管病变诊断中的价值研究[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2020,18 (3): 144-146,封 4.
- [3]胡德军,郑红,张卫林,等. II 型糖尿病患者下肢动脉粥样硬化斑块新生血管超声造影特征及其诊断价值研究[J]. 中国医学装备,2020,17 (7): 56-59.
- [4]王丹丹,张建辉,周历安. 老年 2 型糖尿病下肢血管病变患者的临床特征研究[J]. 老年医学与保健,2019,25 (6): 833-835,839.
- [5]李伟华,闫凯. 多普勒超声对糖尿病患者下肢深静脉血栓形成的诊断价值[J]. 血栓与止血学,2020,26 (6): 949-950.
- [6]牛丽媛. 彩色多普勒超声对老年糖尿病下肢血管病变的诊断效果[J]. 中国卫生标准管理,2021,12 (10): 30-32.
- [7]贾娟,黄蕾,于慧娟. 彩色多普勒超声对老年 2 型糖尿病患者下肢动脉病变的诊断价值[J]. 中国实用医刊,2021,48 (4): 29-32.
- [8]贵阳,谢向珂,刘博文. 彩色多普勒超声在 2 型糖尿病下肢血管病变老年患者中的作用及鉴别诊断意义[J]. 实用医学影像杂志,2022,23 (1): 5-7.
- [9]哈丽沙·耐依木,米黑日古丽·艾尼瓦尔,热沙来提·热衣木. 彩色多普勒超声在老年 2 型糖尿病患者下肢血管病变早期诊断的效果分析[J]. 影像研究与医学应用,2021,5 (6): 70-71.
- [10]沈世华,林宁,林芸,等. 彩色多普勒超声在诊断老年 2 型糖尿病下肢动脉硬化病变中的应用[J]. 中外医学研究,2020,18 (13): 74-75.
- [11]袁伟,何琰,来雪芳. 彩色多普勒超声诊断老年 2 型糖尿病下肢血管病变的应用价值[J]. 中国社区医师,2019,35 (21): 127,129.
- [12]李君,李欢彤,潘建军. 彩色多普勒超声对下肢深静脉血栓的诊断价值[J]. 实用医技杂志,2020,27 (4): 448-449.

基于护理敏感指标数据改进舌癌术后患者特殊口腔护理方法的效果分析

付新文 陈芸梅^{通讯作者}

中山大学附属第一医院 广东广州 515000

摘要:目的 针对舌癌术后口内有切口患者,采用特殊的口腔护理模式,区别于传统单一的棉球擦拭方法,提升患者术后口腔清洁度及满意度,进一步提高舌癌术后患者生活质量。方法 通过本科室敏感指标相关数据采集,发现舌癌术后患者口腔护理方法存在缺陷,通过查阅相关文献制定了适用于舌癌术后患者的特殊口腔护理方法。选取2020年01月~2021年12月在本院口腔颌面外科接受手术治疗的90例舌癌患者作为研究对象,分为观察组和对照组,对比两组患者的口腔清洁度及护理满意度。结果 将特殊口腔护理方法应用于舌癌术后患者护理之中,患者口腔清洁度、满意度均高于传统口腔护理($p < 0.05$)。结论 基于临床专科护理敏感指标数据,不断优化舌癌术后患者口腔护理方法,有利于不断提高临床护理质量,提升护理满意度。

关键词: 敏感指标; 舌癌; 特殊口腔护理; 满意度

专科敏感指标能反映本专科的护理质量,用于定量评价和监测影响患者结果的护理管理、临床实践,指导护士照护、患者感知及组织促进^[1]。我科室2019年制定的口腔颌面外科专科敏感指标中,包含有口腔护理正确率这一条^[2],在此之前,几乎都是统一采用棉球擦拭这种传统口腔护理方法,临床操作中发现这一方法在术后口内有切口患者中应用效果不佳,尤其是在舌癌等大手术患者身上收效甚微。2019年的专科敏感指标数据收集集中发现口腔护理正确率低于80%,对于不同病种缺乏针对性个性化护理,从而进一步影响到术后患者口腔清洁度的提升,而口腔癌术后患者是容易产生口腔问题的主体人群。

舌癌作为口腔颌面外科常见的恶性肿瘤,发病率居口腔癌首位^[3],具有恶性程度高、生长速度快、浸润性强等特点,多发于40-60岁的成人。病灶位置多位于舌缘、舌根部,以鳞癌为主,患者易出现淋巴结转移现象,临床常采用以手术为主的综合序列治疗。由于舌癌手术切除范围广、创伤大,导致舌体功能严重受损,因此患者手术后很难仅依靠自己来做好口腔卫生,故对于舌癌术后的患者进行安全有效的口腔护理干预显得极为重要。既可针对性地改善护理服务质量,又能促进整体护理质量提升。我科室2020年—2021年的手术患者统计数据显示,舌癌在颌面外科恶性肿瘤患者收治中占比高达45%。鉴于舌癌患者的高占比、舌癌手术的复杂性,术后恢复的重要性,我科室进一步制定了舌癌术后患者的单病种专科敏感指标系列,采用集束化护理方法,进一步优化临床护理措施,口腔护理正确率依旧作为指标之一纳入其中。为进一步探究特殊口腔护理在舌癌术后患者中的应用效果,提升临床口腔护理正确率,特进行如下研究:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2020年01月~2021年12月在本院口腔颌面外科接受手术治疗的90例舌癌患者,按手术日期随机将所有对象分成对照组($n = 44$)和观察组($n = 46$)。对照组:年龄为29~80岁,其中男性患者24人,女性患者20人,平均年龄为(55.07 ± 13.74)岁。观察组:年龄25~79岁,其中男性患者27人,女性患者19人,平均年龄为(55.13 ± 11.20)岁。纳入标准:术后意识清醒、口内有手术切口、能配合操作、张口未完全受限、口内无活动性出血患者、无凝血功能障碍。排除标准:有意识障碍、张口完全受限、口内有活动性出血、有凝血功能障碍等无法配合或不能进行口腔护理患者。

1.2 方法 对照组患者采用单一的常规口腔护理方法,即棉球擦拭,频次为一天两次。观察组患者则通过查阅文献及结合临床护理经验制定出针对舌癌术后患者的特殊口腔护理方法,频次同样早晚各一次。

1.2.1 文献检索

通过中国知网、维普、万方数据库等进行文献检索,检索词为“舌癌/口腔护理/口腔冲洗/个性化口腔护理/口腔评估表”。共检索到52篇文献,经过排重、去除会议摘要、去除信息不完整等文献,最后确定有效文献为27篇。

1.2.2 步骤制定

本科室特殊口腔护理研讨小组(包括护长1人、护理组长1人、主管护理师2人、护理师1人)在总结临床经验及共同阅读文献后商讨制定了适用于本科室舌癌术后患者的特殊口腔护理模式,即含漱-冲洗-擦拭-含漱的个性化特殊口腔护理方法。

1.2.3 具体实施

操作步骤为:

(1) 评估:根据患者情况选择合适的漱口液及口腔护理方法。

① 含漱液的选择:首先检查患者口内伤口,根据口内情况选择合适的漱口液含漱,普通患者一般采用苯扎氯铵溶液+灭菌注射用水按1:3的浓度配置漱口液,口内有特殊感染患者则根据感染菌种的不同选择有相应治疗效果的漱口液,比如真菌感染者采用1%-4%的碳酸氢钠溶液含漱,有厌氧菌感染者则采用0.08%的甲硝唑溶液含漱,有绿脓杆菌感染则选用0.1%醋酸溶液含漱等。冲洗前先进行两次含漱,时间大于15秒。

② 口腔护理方法选择:无凝血功能障碍、口内无活动性出血、张口轻度或无受限并且合作的患者采用负压吸引牙刷进行单人操作的口腔冲洗;无凝血功能障碍、口内无活动性出血、张口中度受限患者采用注射器接头皮针软管的双人口腔冲洗;存在凝血功能障碍、口腔有出血患者则采用传统棉球擦拭的口腔护理方法。

(2) 口腔冲洗:备齐用物(包括口腔护理盘、漱口溶液、水杯、吸水管、0.9%氯化钠500ml、输液器1条、输液架、负压冲洗牙刷1支、一次性治疗巾1条、夹子1个、弯盘1个、头灯1个,必要时备开口器),床旁备好负压吸引器在备用状态。① 嘱患者取半坐卧位或坐位,颌下铺垫治疗巾,用夹子妥善固定治疗巾,避免滑脱;置一弯盘于颌下。② 护士佩戴头灯进行操作,并根据有无张口受限进行以下不同选择。a. 无张口困难或轻度张口受限患者,护士单人操作,采用同静脉输液连接操作的方法连接生理盐水至负压冲吸式牙刷上,牙刷负压口接上负压吸引装置,开始操作时打开输液器开关边刷边冲边吸,冲洗顺序为:对侧牙齿外侧面、咬合面、舌侧面——近侧牙齿外侧面、咬合面、舌侧面——腭部——舌面——口底——颊部。冲洗过程中避免触碰到伤口处,牙刷与牙龈呈45度角、上下轻刷,不可直接冲洗咽喉部,避免引起误吸,冲洗间歇期嘱患者闭嘴休息,避免引起过度疲劳。冲洗过程注意观察患者生命体征及有无恶心、呛咳等不适。b. 有中度张口困难患者则双人配合操作,患者采用坐位,垫治疗巾,一名护士协助患者张口,另一名护士则采用注射器连接去针头的头皮针软管抽取漱口液进行冲洗。

(3) 口腔擦拭:用传统口腔棉球擦拭法在口内伤口处进行清洁,棉球不可过湿以免溶液误入呼吸道,引起肺部感染。操作过程需夹紧棉球,操作前后点数,避免将棉球遗留口腔内。

(4) 再次含漱:清洁好伤口后,再次用苯扎氯铵稀释液或其它含特殊成分漱口液含漱,方法及频次同前。

1.3 评价标准

采用口腔清洁度及患者满意度两方面来对口腔冲洗效果进行评价:

(1) 口腔清洁度: 护士在应用含漱-冲洗-擦拭-含漱的特殊口腔护理方法进行三天护理后, 采用改良后的口腔清洁度调查表对患者口内卫生情况进行评分(总分值最高为 24 分, 最低为 8 分)。本评估表结合了教材中《口腔护理评估表》中的部分内容, 去除了其中对本操作不敏感的条目(如牙/义齿、牙龈、牙石、自理能力等), 并在查阅文献基础上结合患者自身体验组合而成, 评估表内容涵盖“口腔黏膜”、“唇”、“齿”、“唾液”、“气味”及“自身感受”^[4]。主要内容包含: 唇部湿润度、舌苔多少、口内粘膜完整性、牙垢多少、腭部湿润度、口内气味、唾液性状、自我舒适度共 8 条, 详见表 1。前面 7 项由护士根据患者实际情况进行评分, 第 8 项自我舒适度则通过询问患者自我感受进行评分。分值越高, 代表患者口腔清洁度越好, 分值越低则代表口腔清洁度越差。根据最后得分情况将口腔清洁度分为良好与较差两个等级, 总分 8-15 分为较差, 16-24 分则为良好。

(2) 护理满意度: 是指进行口腔护理三天后给患者发放《对护理操作满意度调查表》, 要求患者结合操作时及操作后的自身感受采用打分法为护士操作效果进行评分, 满分为 100 分。满意度按分值高低分为满意、一般满意及不满意三个等级, 分值在 95 分及以上为满意, 分值在 90-94 分之间为一般满意, 低于 90 分则为不满意。根据患者打分情况对比两组患者的总体满意度, 打分结果 95 分及以上视为满意度好, 余下则视为满意度不好。

1.4 统计学方法

通过 Excel 录入对照组与观察组的数据, 采用 SPSS.25 软件进行数据分析, 采用 X^2 检验两组数据进行比较, $P < 0.05$ 则代表比较差异具有统计学意义。

2 结果

表 1

口腔清洁度调查表			
	3 分	2 分	1 分
1、唇部湿润度	湿润	干燥, 有少量痂皮, 有裂口, 有出血倾向	干燥, 有大量痂皮, 有裂口, 易出血
2、舌苔多少	少量	中量	大量
3、口内粘膜完整性	湿润, 完整	干燥, 完整	干燥, 粘膜擦破或有溃疡面
4、牙垢多少	无/少量	中量	大量
5、腭部湿润度	湿润, 无或有少量碎屑	干燥, 有少量或中量碎屑	干燥, 有大量碎屑
6、口内气味	无	有难闻气味	有刺鼻气味
7、唾液性状	中量透明	少量或过多	半透明或粘稠
8、自我舒适度	舒适	较舒适	不舒适

表 2: 两组患者口腔清洁度及满意度对比[n (%)]

组别	例数 (n)	口腔清洁度良好率 (%)	患者满意率 (%)
对照组	44	23 (52.27)	28 (63.64)
观察组	46	39 (84.78)	42 (91.30)
X^2		11.090	9.960
P		<0.05	<0.05

3 讨论

口腔颌面外科疾病由于解剖位置的特殊性, 不同的病种在疾病术后往往呈现出不同的口腔状态, 在临床护理中, 以往科室对术后病人进行口腔

护理时一律采用传统的棉球擦拭方法, 缺乏针对性。临床效果对比分析中发现, 对于口内有切口的患者, 采用棉球擦拭进行口腔护理效果一般, 容易产生口气大、舌苔厚、唾液性状混浊、自我舒适度低等口腔问题, 因此根据不同疾病呈现的不同状态, 制定出适宜的口腔护理方式, 具有重要的临床意义。尤其是舌癌术后的患者, 口腔自洁能力严重下降, 针对这一部分患者采用特殊的口腔护理方法更是尤为必要。

正常人口腔具有自洁功能, 然而舌癌术后患者由于口内伤口存在、舌体部分缺失等, 会降低舌体运动功能, 口腔自洁能力下降, 导致口腔内的血性分泌物、痰液以及唾液无法及时被清除^[5]。分泌物的长期堆积, 加之术后激素、抗生素类药物的使用, 使得舌癌术后患者口内微生物繁殖速度加快, 明显改变了口腔中的菌群。如不对舌癌术后患者采取有效的口腔清洁方法, 口内长期处于不清洁的状态, 则会影响患者口腔内稳态环境, 增加感染风险^[6], 既不利于病人的术后恢复, 同时也延长了住院时间, 病人对住院期间的满意度相应也会相应下降。从表 2 可以看出, 通过本次研究, 对舌癌术后患者根据个体差异采取适用的特殊口腔护理方法后, 患者的口腔清洁度良好率较对照组高出 32.51%, 满意度也高出对照组 27.66%, 反映出针对舌癌术后患者采用特殊的含漱-冲洗-擦拭-含漱口腔护理模式可以使临床护理质量得到有效提升。

个性化口腔护理作为现代化口腔护理理念中的重要部分^[7], 能更好地改善术后病人口腔清洁状况。采用口腔冲洗这种新型的特殊的口腔清洁方式, 通过边刷边冲边吸, 不断循环冲洗口腔, 能更好地清除掉口腔内粘膜、齿缝、牙龈中的污垢, 减少舌苔堆积, 提高患者口腔环境的清洁度, 有利于口内伤口的愈合^[8]。同时患者口腔舒适度提高, 对护理工作的满意度也相应提升。

个性化口腔护理方法本着以人为本的理念, 结合口腔解剖学和口腔功能的认识, 根据患者自身病情需要进行护理, 已被广泛应用于临床实践中^[9]。在临床实践中, 根据舌癌术后患者张口受限程度、口内伤口情况、意识情况以及凝血功能等因素, 选择最优的口腔护理方法, 能促进患者术后早日康复。

4 总结

临床护理工作应该善于收集数据、分析数据、发现问题、解决问题。建立适用于本专科地敏感指标体系, 并基于专科敏感指标数据发现临床问题, 寻找解决问题方法, 能更有针对性地解决临床中存在的护理问题。

针对舌癌患者, 通过敏感指标数据采集发现平时口腔护理存在的缺陷, 进一步优化方法。在传统的棉球擦拭基础上, 增加漱口液含漱及负压冲吸式牙刷进行口腔冲洗, 可以提高患者口腔清洁度及舒适度, 提升住院患者护理满意度。

参考文献:

- [1] 王一琳, 黄明君, 朱红, 黄浩. 护理敏感指标在护理质量管理中的应用及研究进展[J]. 护士进修杂志, 2019, 34 (24): 2256-2259
- [2] 付新文, 陈芸梅, 邹翠. 口腔颌面外科专科护理敏感指标的建立与应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21 (79): 222-224.
- [3] 张志愿, 俞光岩. 口腔颌面外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版, 2013, 324-328.
- [4] 李敏. 放化疗患者口腔评估表的研制及应用[D]. 江苏大学, 2019.
- [5] 安淑美. 舌癌术后两种不同口腔护理方法的效果比较[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3 (48): 52-53.
- [6] 靳利敏, 张伟宏, 张瑞敏, 王芳新. 两种口腔护理方法对舌癌患者术后恢复情况的影响 [J]. 河南医学研究, 2014, 23 (09): 126-127.
- [7] 王蔚玲, 石丽丽. 个性化口腔护理在口腔肿瘤术后患者中应用分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8 (24): 19-20.
- [8] 杨金玉, 刘莹莹, 王卫红, 姚兰. 口腔癌术后三种口腔护理方法的效果比较[J]. 昆明医科大学学报, 2020, 41 (08): 171-175.
- [9] 张凤英. 个性化口腔护理方法应用于口腔颌面外科护理效果探讨[J]. 中外医疗, 2020, 39 (15): 113-114+123.

微型种植体支抗治疗用于青少年口腔隐形正畸中的效果评价

韩畅¹ 吴斌² 柳明明³

银川市口腔医院，1 正畸科，2 急诊科，3 牙体科 宁夏银川 750002

摘要：目的：探究微型种植体支抗治疗用于青少年口腔隐形正畸中的效果。方法：将我院收治的 60 例青少年口腔隐形正畸患者作为本次研究对象，依据抽签法将其分为对照组与观察组，每组 30 例，对照组实施常规治疗，观察组实施微型种植体支抗治疗，对比两组患者的咀嚼功能、治疗指标以及不良反应发生率。结果：观察组的不良反应发生率低于对照组（ $p<0.05$ ）；观察组的咀嚼功能较之对照组，差异显著，有统计学意义（ $p<0.05$ ）；观察组的治疗相关指标与对照组对比，均有明显优势（ $p<0.05$ ）。结论：微型种植体支抗治疗在青少年口腔隐形正畸中的应用，不仅可以减少不良反应，增强患者的咀嚼功能，也可有效调整上中切牙凸距差、磨牙移位以及上中切牙倾角差，促进整体治疗效果的进一步提升。

关键词：微型种植体支抗治疗；青少年；口腔隐形正畸；不良反应发生率；咀嚼效果

口腔正畸治疗是口腔相关疾病治疗的基础形式之一，其主要是通过科学的校正装置将患者牙齿与颌骨间、上下牙齿间、上下颌骨间等不协调的关系尽可能调整，实现纠正错乱牙齿的目标，同时满足患者对牙齿美观需求^[1-2]。口腔隐形正畸是口腔正畸治疗的一种。针对口腔隐形正畸一般需要选择合适的治疗方式以及装置^[3-4]。支抗是指口腔隐形正畸治疗过程对患者进行牙齿矫正形成反作用力的装置，微型种植体支抗对青少年口腔隐形正畸治疗有一定效果。目前，随着时代以及口腔治疗技术发展，微型种植体支抗在临床获得广泛实践。本次收治 60 例患者，对其实施常规治疗以及微型种植体支抗治疗，判断微型种植体支抗治疗用于青少年口腔隐形正畸中的效果，内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

将我院 2019 年 1 月—2021 年 12 月收治的 60 例青少年口腔隐形正畸患者作为本次研究对象，依据抽签法将其分为对照组与观察组，每组 30 例，对照组男 20 例、女 10 例；患者年龄 12 岁~17 岁，平均（14.50±2.33）岁；观察组男 19 例、女 11 例；患者年龄 13 岁~17 岁，平均（14.79±2.96）岁；将观察组以及对照组常规资料相比，差异不明显（ $P>0.05$ ），可参与比较。

1.2 方法

两组患者均实施口腔隐形正畸治疗，在治疗中使用氯己定（厂家：江苏晨牌邦德药，国药准字：H20058018）对口腔进行清洁，并提醒患者漱口。

对照组：常规治疗。

常规治疗主要是用 nance 弓实施支抗治疗，之后用到直丝弓开展必要的矫正治疗。

观察组：微型种植体支抗治疗。

手术前，对患者牙齿实施清洁以及必要处理。治疗之前，还需对患者实施 x 线检查，让研究人员充分了解患者疾病情况以口腔问题，例如牙根位置、形态，同时观察其形态以及其与相邻组织关系，根据患者实际制定对应治疗方案，进而对其实施青少年口腔隐形正畸治疗。并在手术期间，

对其局部麻醉，麻醉用阿替卡因肾上腺素（厂家：法国碧兰公司，国药准字：H20110264），微型种植体植入的位置一般是在其膜龈相结合为膜龈的联合处，上颌植入角度与骨面成 35 度角左右，下颌与骨面之间的角度是 25 度左右。植入操作完成之后，观察牙根部位与植入微型种植体之间的关系，为手术顺利以及成功奠定基础，一般在治疗过程用到拉簧加力，防止种植体受力不足或是脱落问题的出现。

1.3 检查指标

（1）两组治疗相关指标。

治疗指标有上中切牙凸距差、磨牙移位以及上中切牙倾角差。

（2）两组不良反应。不良反应发生率是软组织水肿、口腔炎症以及口腔不适、牙齿松动发生率之和。

（3）两组的咀嚼功能。

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 两组治疗相关指标

观察组上中切牙凸距差、磨牙移位以及上中切牙倾角差较之对照组，差异显著，有统计学意义（ $P<0.05$ ），如表 1。

表 1 两组上中切牙凸距差、磨牙移位以及上中切牙倾角差（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	上中切牙倾角 差（度）	上中切牙凸距 差（mm）	磨牙移位 mm
观察组（n=30）	30.16±10.85	4.20±0.96	4.20±1.20
对照组（n=30）	13.25±5.63	2.30±0.58	6.26±2.62
t	7.577	9.278	3.915
P	0.001	0.001	0.001

2.2 两组患者的不良反应发生情况

观察组不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），如表 2。

表 2 两组患者的不良反应发生率（n,%）

组别	口腔炎症	口腔不适	软组织水肿	牙齿松动	不良反应发生率
观察组（n=30）	0	1（3.33%）	0	0	1（3.33%）
对照组（n=30）	1（3.33%）	3（10.00%）	2（6.67%）	3（10.00%）	9（30.00%）
χ^2					7.680
P					0.006

2.3 两组患者咀嚼功能

观察组、对照组的咀嚼功能分别为（88.63±29.63）%、（70.02±12.85）

%，前者明显增强（ $t=3.156$ ， $P<0.05$ ）。

3 讨论

随着新时代科学技术的不断发展,医学行业也在进步,医疗技术发展的过程中口腔生物学、生物力学以及材料学不断发展,促进口腔正畸学理论以及技术的进一步改善以及发展,为正畸治疗提供基础保证。口腔正畸治疗不仅可以保证牙齿整齐排列,保证牙齿功能进一步恢复,也可以有效地促进青少年的侧貌改善,口腔隐形正畸治疗作为口腔正畸治疗的基本形式之一,其可以恢复牙齿原有功能^[5-6]。青少年对口腔正畸治疗要求相对较高,通过对其实施口腔隐形正畸治疗,满足其审美需求。常规治疗在患者身上的应用,对牙齿修整有一定意义,也可以改善治疗效果,但是其对牙齿间隙处理效果不佳,可能影响整体治疗效果的增强^[7-8]。

微型种植体支抗是通过持续正确支抗力作用在牙齿上,促使牙齿逐渐移动到正确位置,恢复牙齿功能的同时,保持牙齿稳定。微型种植体支抗可以有效避免牙齿移位,促进支抗稳定性提升,将骨性前牙错颌畸形的多种问题有效解决,实现平衡、稳定、美观的矫正目标。另外,微型种植体支抗优势是坚固性强、重量轻,保证稳定性同时,减轻牙齿负担,而体积小的优势可以保证其可以在患者颌骨任何位置应用,保证其美观效果增强。微型种植体支抗操作简便且方法简单,种植后患者出现不适的概率降低,减少不良反应出现。微型种植体支抗用到的种植体由钛金属制造而成,加上螺钉韧性好,可以从微小缝隙中植入青少年口腔隐形正畸中牙根位置,与软组织有效嵌合实现固定,通过牙齿的排齐、咬合关系的建立增加咀嚼效率,提高其咀嚼功能,减少口腔感染以及牙齿松动,减少不良反应出现,保证治疗安全性^[9-10]。

一般在种植期间需要对其实施局部麻醉,但是因为手术时间通常少于15分钟,手术产生的风险相对较低,且术后钛钉的移位、松动概率低,提高稳定性,对牙齿恢复正常排列有一定意义。微型种植体支抗不会被施力方向以及种植空间局限,降低手术复杂性,提高支抗以及口腔舒适度,减少其对患者软组织损伤,促进最终矫正效果的增强。微型种植体支抗一般是根据实际选择合适种植位置,植入到牙槽骨内,保证支抗有效性。另外,微型种植体支抗不需要依赖与骨头结合实现牙齿固定,因此,一般在种植之后不会出现排斥反应,控制不良反应的发生^[11-12]。

本研究结果显示:观察组的不良反应发生率低于对照组($p<0.05$),可以看出较之对照组,观察组实施的种植技术可以有效地减少不良反应出现,在一定程度上保证治疗的安全性,主要是因为装置的重量轻且体积小,减轻牙齿负担,避免对牙齿造成更多伤害,减少并发症;观察组的咀嚼功能较之对照组,差异显著,有统计学意义($p<0.05$),可以看出微型种植体支抗治疗用于青少年口腔隐形正畸中,提升咀嚼功能,为其生活质量提升奠定基础。主要是因为观察组用到的技术其实际选择合适种植位置,对咀嚼功能的实现提供必要支持;观察组的治疗相关指标与对照组对比,均有明显优势($p<0.05$),可以看出微型种植体支抗治疗用于青少年口腔隐形正畸中,可以有效调整上中切牙凸距差、磨牙移位以及上中切牙倾角差,对治疗总有效率改善提供一定支持。主要是因为通过持续正确支抗力作用在牙齿上,促使牙齿逐渐移动到正确位置,有效调整上中切牙凸距差、磨牙移位以及上中切牙倾角差,为治疗效果提升提供辅助。

本研究结果与郑奎海^[12]等研究有一定类似之处,该学者也是将收治患者分为对照组和实验组。对照组与观察组治疗方法与本次笔者的研究保持一致,并分析两组患者临床疗效、不良反应发生率及随访6个月后的磨牙移位、上中切牙凸距差、上中切牙倾角差。结果显示,实验组患者临床总有效率明显高于对照组患者,观察组与对照组临床疗效数据为93.33%、83.33%,可见对比有一定价值($P<0.05$)。实验组患者不良反应发生率明显低于对照组,观察组不良反应发生率与对照组不良反应发生率分别是6.67%、16.67%,差异较大($P<0.05$);其在上中切牙凸距差,上中切牙倾角

差方面,实验组明显大于对照组,对比差异有统计学意义($P<0.05$),该研究与本次笔者的研究在不良反应发生率、上中切牙凸距差,上中切牙倾角差对比上基本相似,可见本次研究也具有一定科学性以及借鉴价值。

本研究存在的不足:微型种植体支抗治疗可能产生不良反应,因此,需要在开展微型种植体支抗对患者实施治疗期间,应预先通过相关诊断手段了解青少年口腔隐形正畸患者种植部位的相关信息,保证种植的倾斜角度以及深度更加符合患者病情,并在操作过程中尽量保持动作温柔,避免软组织卷入种植部位发生不良事件。还有就是本研究纳入的样本量相对较少,可能会影响之后的研究结果,因此需要在之后开展相关研究的时候,适当根据实际增加样本数量,并保证研究的患者在研究过程中依据医护人员指导开展护理工作,同时作为医护人员,还需要不断增强自身的专业技能,不仅需要了解口腔隐形正畸治疗相关内容,还需掌握更多微型种植体支抗的操作过程以及注意事项,并在研究之前积极请教有专业经验的医疗人员,为自身研究提供更多的支持。针对自身有疑问的区域,除了请教专业人员,还需在知网或是万方上查询相关资料,并将不同人员关于相关研究的资料进行对比,明确研究重点,并在该研究开展中依据标准规范以及细节进行,保证研究准确性以及质量的进一步提升。

以上可知,保证前牙内收量或压低伸长牙,对青少年口腔隐形正畸患者实施微型种植体支抗治疗,其临床效果相对良好,主要体现于患者的咀嚼功能等相关指标的改善,并减少不良反应,值得临床推荐应用。

参考文献:

- [1]里天姝,包尧溪,刘一丹.传统矫正与微型种植体支抗在口腔正畸中的临床效果比较[J].中国医药指南,2021,19(9):20-21.
- [2]杜申钊,徐嫻.常规矫正与微型种植体支抗在口腔正畸中的应用效果比较[J].河南医学研究,2019,26(7):1217-1218.
- [3]刘培花.微型种植体支抗在口腔正畸中的临床应用与效果观察[J].全科口腔医学电子杂志,2019,4(2):43-45.
- [4]何丽萍.微型种植体支抗技术在口腔正畸中的临床疗效报告分析[J].全科口腔医学电子杂志,2020,7(4):23-32.
- [5]倪辉,贾岳,石志强.传统正畸方法和微型种植体支抗在青少年口腔正畸中的效果分析[J].中国医药科学,2020,10(8):280-282+296.
- [6]卢桂芳.比较微型种植体支抗与传统正畸方法在治疗口腔正畸的临床疗效[J].中国医药科学,2020,10(10):242-245.
- [7]许赞赞,王典,姜贵杰.微种植体支抗与传统矫治在口腔正畸中的临床应用[J].中国药物与临床,2020,20(7):1114-1116.
- [8]Zhang H Y, Zhang S W, Jing S R, et al. Effect of micro-screw implant anchorage technique on the treatment of class II division 1 malocclusion with abnormal tooth extraction[J]. Chinese Journal of Aesthetic Medicine, 2019,14(10):96-96.
- [9]郭赞斌.微型种植体支抗在成人口腔正畸中的应用效果观察[J].吉林医学,2018,39(2):218-220.
- [10]刘龙坤.常规矫正与微型种植体支抗用于口腔正畸临床对比研究[J].中外医疗,2019,35(2):57-58+61.
- [11]Almeida M R D, Almeida R R D, Nanda R. Biomechanics of extra-alveolar mini-implant use in the infrazygomatic crest area for asymmetrical correction of class II subdivision malocclusion[J]. APOS Trends in Orthodontics, 2018, 8: 110-118.
- [12]郑奎海.微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用及疗效观察[J].当代医学,2018,24(36):145-147.

护士对初产妇在妊娠中晚期出现死胎后的心理干预措施分析

许凌 诸莉莉 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院 (南京市妇幼保健院) 江苏南京 210000

摘要: 目的: 分析护士对初产妇在妊娠中晚期出现死胎后的心理干预措施分析。方法: 分析本院在 2020 年 5 月至 2021 年 9 月孕产期畸形或者其他原因导致死胎的患者 78 名, 随机数字法进行分组, 对照组 39 名患者实施常规护理, 观察组在常规护理上进行了心理干预。分别对两组患者的焦虑抑郁评分(SAS、SDS)、疼痛评分(VAS)、护理满意度评分进行比较。结果: 观察组患者干预后 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P<0.05$)。观察组患者干预后 VAS 评分低于对照组 ($P<0.05$)。观察组患者对于整个住院期间的护理满意度高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 护士对初产妇在妊娠中晚期出现死胎后的心理干预, 减轻了初产妇在住院期间的负面情绪, 产妇自身的焦虑抑郁程度得到好转, 自身的疼痛减弱, 对于护士的护理满意度提升。

关键词: 护士; 妊娠中晚期; 死胎; 心理干预

由于女性工作压力的增大, 更多的职业女性将妊娠的周期延迟, 导致高龄妊娠、前置胎盘等高危因素逐年增多, 孕期出现胎儿畸形及死胎的概率增大^[1]。妊娠期内孕妇处于身心愉悦的状态, 对于成为人母的渴望, 无法接受胎儿出现胎心消失或者畸形等现实, 对于自身的心理是严重打击, 容易出现焦虑、抑郁等状况的发生, 严重者甚至出现抑郁症^[2]。WHO 将死胎的定义为无呼吸、心跳、脐带波动及随意的肌肉运动, 我国对死胎的定义是孕 20 周以后的胎儿死亡及分娩过程中的死亡^[3]。目前孕 20 周后胎儿死亡的概率占整个妊娠人数的 1%^[4]。因此如何对妊娠中晚期出现死胎的初产妇进行护理是目前关注的重点, 我们将心理干预实施到日常的护理工作中, 对实施后的应用价值进行分析, 现汇报如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 5 月至 2021 年 9 月孕产期畸形或者其他原因导致死胎的产妇 78 名纳入研究。随机数字法分组对照组患者 20-45 岁, 平均 34.31±5.23 岁, 孕周 15-36 周, 平均孕周 25.01±2.37 周; 观察组患者 20-45 岁, 平均 34.55±5.12 岁, 孕周 15-36 周, 平均孕周 25.12±2.11 周。

纳入标准: a 孕中晚期发现胎儿死亡或者畸形等现象; b 患者及家属未发现精神病史既往史; c 患者及家属知晓实验流程, 签署知情同意书^[5]。

排除标准: a 具有严重的孕期并发症; b 患者的心肺等重要脏器功能不全; c 认知存在障碍和护士无法进行交流^[6]。

1.2 方法

对照组按照护理流程对患者进行护理。叮嘱家属做好患者的思想工作, 并且进行更多的人文关怀。

观察组的患者在进行住院时由专门负责心理干预的护士进行对接并且进行相关信息录入和沟通, 对患者进行心理上的疏导。促使患者自身的情绪得到释放, 护士做好倾听者的角色。在实施引产手术前, 向患者讲解引产过程中的注意事项, 对于引产的目的进行解释。护士对患者进行全身心的心理干预, 提供温馨的住院环境, 尽量满足患者生活上的需求, 能够主动和患者对妊娠中晚期出现的死胎情况进行交流, 指导患者能够接受目前的状况, 指导家属对患者进行关怀, 正确面对死胎的原因进行理性认识。护理人员对于死胎原因向患者进行解释, 消除患者自身的心理负担。护士能够对患者及家属提出的相关问题运用医学相关知识进行解答。引产的过程对手术的医生进行叮嘱, 避免患者看到引产后的胎儿, 减少对患者的心理不良刺激。死胎娩出后护士根据相关的规定做好处理及登记, 并且在手

术后根据患者的身体情况组织家属及患者安排告别仪式。在住院房间的安排上尽可能安排相同病种的患者住一起, 禁止保胎患者和引产患者住同一房间, 避免对引产患者的心理引发不必要的刺激。指导患者引产后进行适当的移情, 出现宫缩疼痛的情况, 可以进行提前收集一些患者喜欢看的书籍或者喜欢的音乐进行播放, 减少宫缩痛。对于妊娠晚期实施引产的患者, 要及时和医生进行沟通, 应用一些阻断乳汁分泌的药物。对患者家属做好思想工作, 对于患者母亲角色的缺失进行安抚, 并且做好居家后的保健, 引导患者尽早重新进入社会^[7]。患者出院后一周内进行电话回访, 一个月内进行上门访视, 了解患者的心理状态和居家后的生活状态, 必要的情况下护士进行上门心理干预。

1.3 观察数据

患者的焦虑抑郁评分(SAS、SDS)、疼痛评分(VAS)、护理满意度评分进行比较。SAS、SDS 评分我们通过焦虑和抑郁自评量表, 满分为 80 分, 患者所得分数的高低决定患者的焦虑及抑郁程度。VAS 评分采用视觉模拟评分, 满分是 10 分, 分数的高低表示患者的疼痛程度。护理满意度我们自行设计调查问卷, 由实验人员对出院后患者进行调查, 最终将调查结果对我方护士进行反馈, 满分 100 分, 分数高低表示满意度高低。

1.4 统计 采用 SPSS20.0 统计学软件对本次心理干预下的初产妇在妊娠中晚期出现的死胎相关数据(SAS、SDS、VAS、护理满意度)进行分析。

1.5 结果

患者入院时的 SAS、SDS 评分比较, 对照组为 54.11±4.31、55.47±4.39, 观察组为 54.26±4.59、55.19±4.30, 相互数据比较无差异 ($P>0.05$)。干预后对照组 SAS、SDS 评分为 48.22±4.17、44.36±4.12, 观察组为 38.33±3.12、38.54±3.89, 观察组患者经干预后 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P<0.05$), 见表一。

对照组患者的 VAS 评分为 4.33±2.11, 观察组患者 VAS 评分为 2.89±1.67, 观察组患者干预后的 VAS 评分低于对照组 ($P<0.05$)。对照组患者住院期间的满意评分为 90.81±4.43, 观察组患者住院期间的满意度评分 98.16±1.84, 观察组患者对于整个住院期间的护理满意度高于对照组 ($P<0.05$), 见表二。

表 1 两组患者 SAS、SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$ 分)

组别	人数	SAS (实施前后)	SDS (实施前后)
对照组	39	54.11±4.31、48.22±4.17	55.47±4.39、44.36±4.12

观察组	39	54.26±4.59、38.33±3.12	55.19±4.30、38.54±3.89
p		P>0.05、P<0.05	P>0.05、P<0.05

表 2 两组患者 VAS 评分、护理服务满意度比较 ($\bar{x} \pm s$ 分)

组别	人数	VAS	满意度
对照组	39	4.33±2.11	90.81±4.43
观察组	39	2.89±1.67	98.16±1.84
p		P<0.05	P<0.05

3. 讨论

引产对于患者的身体及心理造成了双重打击,患者在很长一段时间内都会出现自责,从而导致入睡困难,焦虑及抑郁情绪的出现^[8-9]。因此对患者实施一定的心理干预显得尤为重要。SAS 及 SDS 是目前临床应用较多的一种评估患者焦虑及抑郁的量表^[10]。心理护理作为对妊娠中晚期出现死胎患者的一种干预媒介,主要通过患者在住院期间,在合适的时间及地点对触发患者自身的悲痛点,实施正确的引导,协助患者能够早日重新进入社会^[11]。

妊娠期是女性患者生命周期中的重要周期,是一种正常的生理周期,需要家庭的支持和关注。但是当患者的自身角色出现转变,容易引发心理上的变动,妊娠中后期死胎的出现对于患者本人及家庭都是一个严重打击,存在较大的不良影响。给予患者及家人的心理干预,有助于患者能够减少负性情绪的出现,提升心理健康。

根据相关报道显示对实施引产的患者不良影响最大的是来自医务人员的态度,而这种影响发生在住院的 3 天左右。死胎容易对患者留下严重的心理创伤,但是部分的医务人员缺乏这方面的认知及处理经验,发生上述问题时,只是简单地进行安慰,类似于你还年轻,可以再生一个等这样的话^[12-13]。但是患者自身在经历妊娠中晚期死胎现象时内心很挣扎,大部分的患者在孤独和自责中度过^[14]。我们在实验中发现住院的患者,一般都是沉默、自责、愤怒等相关负性情绪的爆发,住院时间的长短和情绪的爆发存在正比例关系。

通过本次的心理干预在妊娠中晚期出现死胎后患者的心理变化实验中我们发现:患者入院时的 SAS、SDS 评分比较,对照组为 54.11±4.31、55.47±4.39,观察组为 54.26±4.59、55.19±4.30,相互数据比较无差异(P>0.05)。干预后对照组 SAS、SDS 评分 48.22±4.17、44.36±4.12,观察组为 38.33±3.12、38.54±3.89,观察组患者经干预后 SAS、SDS 评分低于对照组(P<0.05)。说明心理干预下患者在出现死胎后自身的心理情绪得到释放,通过护士的干预,患者能够多方式地去表述自身的情绪,做到适当的移情,患者能够消除不良情绪,重新进入社会,这与相关学者的研究结果相一致^[15]。对照组患者的 VAS 评分为 4.33±2.11,观察组患者 VAS 评分为 2.89±1.67,观察组患者干预后的 VAS 评分低于对照组,(P<0.05)。对照组患者住院期间的满意评分为 90.81±4.43,观察组患者住院期间的满意度评分 98.16±1.84,观察组患者对于整个住院期间的护理满意度高于对照组(P<0.05)。患者在引产后由于药物作用等相关因素,出现宫缩,护士在引产实施前就对患者告知,并且进行相关的护理措施,导致疼痛的敏感度降低。并且在整个住院期间,护士对患者进行精心的护理,能够对患者情绪变化不断实施新的心理干预措施,对于生活中的合理要求,也是尽量满足,对各种原因导致死亡的胎儿进行祭奠仪式,人性化的服务,患者

及家属对护理人员的满意度得到了充分的认可。护士对患者进行认知及语言的有效沟通,协助患者建立新的认知,患者能够更快地从悲伤中得到缓解^[16]。

综上所述,护士对妊娠中晚期出现死胎后的患者实施心理干预,患者能够在住院期间得到更多心理上的关注,悲伤的心情得到好转,自身的负性情绪缓解,引产后的宫缩痛得到缓解,患者及家属对于护士在住院期间对自身的护理服务满意,为后期引产后患者的护理提供新的方向,值得推广。

参考文献:

- [1]张婷, 邹巧, 尹晶, 等. 我国医疗机构哀伤护理现状及发展策略研究思考[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34 (16): 1272-1276.
- [2]宋丽莉. 妊娠中晚期胎儿丢失产妇哀伤护理的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25 (1): 113-116.
- [3]蓝院琴, 苏海虹, 袁小红. 畸胎死胎引产 100 例心理问题与哀伤辅导[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 9 (3): 80-81.
- [4]卢秋云. 晚期妊娠死胎孕妇的心理评估及护理对策[J]. 中外医学研究, 2012, 10 (18): 68.
- [5]常艳华. 分析聚焦解决模式在双胎妊娠一胎死宫内产妇产后哀伤护理中的应用效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5 (20): 110, 112.
- [6]宋丽莉, 李立梅, 刘杨, 等. 对产科护士胎儿丢失哀伤护理的态度、行为调查[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25 (23): 2934-2937.
- [7]徐丽, 于明峰, 阮海涛, 等. 深化责任护士包干责任制的护理管理实践[J]. 中国护理管理, 2011, 11 (3): 21.
- [8]冯锦屏, 卢德梅, 王丽娟, 等. 聚焦解决模式在产妇产后哀伤护理中的应用效果观察[J]. 护理研究, 2016, 30 (35): 4439-4441.
- [9]李秀娟, 蔡建兴, 叶辉铭. 产前期孕妇妊娠不良结局的危险因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34 (5): 995-998.
- [10]盖铭英. 高级产科生命支持[M]. 第 4 版. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2002, 325-326.
- [11]钱嘉璐, 余晓燕. 悲伤支持对围生期丧失家庭焦虑、抑郁、悲伤症状影响的系统评价[J]. 护理研究, 2020, 34 (17): 3017-3025.
- [12]Ueerinck-Vercammen CR. With a positive feeling: The grief process after stillbirth in relation to the role of the professional caregivers[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1999, 87 (2): 119-121.
- [13]Montigny F, Beaudet L, Dumas I. A baby has died; The impact of perinatal loss on family social networks[J]. JOURNAL, 1999, 28 (2): 151-156.
- [14]Davidson, Deborah A. Birth mother-death mother; The minimization of women's infant death experiences. Unpublished honours thesis: York University (Canada), 1995: 1.
- [15]严世榕. 哀伤护理对孕期畸胎死胎引产产妇抑郁的影响分析[J]. 中国保健营养, 2017, 27 (33): 204-205.
- [16]吴永利. 孕期心理护理干预对产妇心理状况的影响. 医学食疗与健康. 2018.8: 88-89.

临床护理路径在 ICU 重症颅脑损伤护理中的应用效果

郭文英

中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院泰安院区重症医学科 山东泰安 271000

摘要：目的：讨论临床护理路径在 ICU 重症颅脑损伤护理中的应用效果。方法：选取 2020 年 1 月-2022 年 1 月的 52 例 ICU 重症颅脑损伤患者，随机分组和 26 例，对照组接受常规护理，研究组接受临床护理路径干预，观察两组的护理成效。结果：研究组的并发症率低于对照组， $P<0.05$ 。研究组的护理质量评分高于对照组， $P<0.05$ 。研究组的机械通气时间与 ICU 住院时间比对照组短， $P<0.05$ 。研究组的 NIHSS 与 Fugl-Meyer 评分优于对照组， $P<0.05$ 。研究组的恢复良好率与轻残率高于对照组， $P<0.05$ 。结论：临床护理路径干预能够提高科室护理成效，加速病情转归，值得应用推广。

关键词：临床护理路径；ICU；重症颅脑损伤

重症颅脑损伤是神经外科较为严重的疾病之一，有治疗难度大和病死率高及并发症率高与预后差等特点，直接威胁患者的身心健康和生命安全。在临床工作中，需注重发挥治疗方案和护理计划的优势协同效应，稳定患者的身心状态，加速病情转归^[1]。尤其是临床护理路径的引入，将病情发展设定为 ICU 护理的重点，提高了护理工作的预见性和系统性与个体化，更利于医疗服务水平与整体疗效的提升，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 52 例 ICU 重症颅脑损伤患者，患者均符合重症颅脑损伤的诊断标准，患者及家属均知情同意，排除精神意识障碍与肝肾功能障碍和临床资料缺失者。随机分组各 26 例，对照组男女各 13 例，年龄平均 59.3 ± 4.9 岁。研究组 12 例女性，14 例男性；年龄平均 58.1 ± 4.7 岁。两组临床资料相似，差异不明显，可比， $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组接受常规护理，包括病情观察与环境干预等。研究组接受临床护理路径干预，如下所示：

1.2.1 成立护理小组

护士长组织工作经验丰富的护理人员成立临床护理路径干预小组，接受临床护理路径干预方面的培训，使其掌握护理先进的知识技能和原理及注意事项等，得心应手的展开岗位工作。根据患者的情况，合理制定护理计划。

1.2.2 护理措施

入院第 1d，热情接待入院的患者，协助家属办理入院手续，为患者开设绿色通道。由护理人员向家属介绍医院的环境和制度及医护人员等，协助患者完成各项检查。评估患者的病情，根据检查结果等资料和护理需求，合理制定护理方案。掌握艺术沟通技巧，主动与患者家属交流，充分掌握患者的情况。做好家属的健康教育工作，讲解疾病和治疗及护理等方面的内容，提高其配合度和认知度，使其能够客观看待疾病的治疗。做好家属方面的思想工作和心理护理工作，提供解疑答惑和信息咨询等服务，使其能够以更加积极的心态配合临床工作，并给予患者更多的家庭力量支持^[2]。入院 2-4d，密切监测患者的生命体征变化，发现异常情况及时通知医师处理，准备好抢救的物品与器械和工具等，便于及时展开抢救工作。对体温上升的患者，及时采取物理降温等应对措施。做好口腔清洁工作，防止出现口腔溃疡，对需要鼻饲的患者，每天定期通过碳酸钠溶液进行口腔清洁。对不能正常闭眼的患者，遵医嘱在眼睑涂抹红霉素软膏，预防角膜过于干而引起溃疡。根据病情需要，及时提供吸氧护理服务，合理控制氧浓度和氧流量，密切观察患者缺氧等症状的改善情况。给氧过程中加强咽部清理，及时清除口腔呕吐物和分泌物等。对出现舌后坠症状的患者，及时通过舌钳将其拉出，并置于口腔通气管中。入院 5-6d，协助患者变化舒适体位，按摩受压部位，在受压部位垫软垫，避免出现压疮。对侧卧位的患者，在身后置一软枕，预防关节压迫和损伤。入院 7-8d，根据患者的病情变化，合理落实护理措施。对恢复意识的患者，合理制定饮食方案，加强口腔功能锻炼的锻炼，从流质食物逐步向普食过渡。合理制定运动康复计划，从

床上被动肢体锻炼，逐步向下床活动过渡，可通过平缓柔和的肢体运动来促进机体功能恢复，本着循序渐进的原则进行，合理控制运动的时间和强度。不能过度活动，预防机体再次损伤，直接影响恢复进度。定时按摩全身，提高患者的舒适度，加速生理功能的恢复^[3]。对出院患者加强指导，协助患者及家属办理出院手续，讲解肢体功能和语言等功能障碍方面的自我护理方法，要求患者在出院后的恢复期遵医嘱继续维持康复锻炼，尽早恢复自理生活。讲解日常生活中的注意事项，督促患者定期到医院进行复查。

1.3 观察指标

采用格拉斯预后 GOS 数字评分法，评定患者病后一个月的预后情况，1 级为死亡，2 级为植物生存，3 级为重度残疾，4 级为轻度残疾，5 级为恢复良好。比较两组的机械通气时间与 ICU 治疗时间。统计两组的并发症率。参照 NIHSS 量表与 Fugl-Meyer 评分，了解病人的神经缺损和运动功能改善情况。比较两组的护理质量评分。

1.4 统计学方法

数据处理用 spss21.0 软件，组间统计学差异用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 并发症情况

研究组的并发症率低于对照组， $P<0.05$ ，如表 1 所示。

表 1 并发症率比较 (n,%)

组别	n	肺部感染	深静脉血栓	压疮	总发生率
对照组	26	2 (7.69)	2 (7.69)	3 (11.54)	26.92
研究组	26	1 (3.85)	0 (0)	0 (0)	3.85
χ^2					5.318
P					0.021

2.2 护理质量评分

研究组的护理质量评分高于对照组， $P<0.05$ ，如表 2 所示。

表 2 护理质量评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

指标	对照组	研究组	t	P
护理技能	85.32 $\pm$ 3.25	93.33 $\pm$ 2.18	16.625	0.000
工作标准	85.16 $\pm$ 3.65	92.27 $\pm$ 3.15	15.295	0.000
人文关怀	85.28 $\pm$ 3.43	96.36 $\pm$ 1.36	19.224	0.000
护患沟通	86.04 $\pm$ 3.34	94.45 $\pm$ 2.15	16.857	0.000
服务态度	86.19 $\pm$ 2.24	96.27 $\pm$ 2.32	17.228	0.000

2.3 恢复进度

研究组的机械通气时间与 ICU 住院时间比对照组短， $P<0.05$ 。研究组的 NIHSS 与 Fugl-Meyer 评分优于对照组， $P<0.05$ ，如表 3 所示。

表3 恢复进度比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	机械通气时 间	ICU 住院时 间	NIHSS (分)	Fugl-Meyer (分)
对照组	26	9.41±1.17	12.64±3.27	19.52±2.54	51.32±5.24
研究组	26	7.05±1.12	10.33±2.15	14.15±2.17	62.45±8.44

表4 预后情况比较 ($n, \%$)

指标	n	良好	轻残	重残	植物生存	死亡
研究组	26	10 (38.46)	10 (38.46)	3 (11.54)	1 (3.85)	2 (7.69)
对照组	26	2 (7.69)	3 (11.54)	14 (53.85)	3 (11.54)	4 (15.38)
χ^2		6.933	5.026	10.575	1.083	0.754
P		0.008	0.025	0.001	0.298	0.385

3 讨论

颅脑损伤的致病因素相对复杂,主要是受外界因素的影响,导致颅骨骨折与头部软组织损伤,严重者会出现脑损伤。颅脑损伤患者的病情严重,治疗难度较大,加上患者不能自理,对系统性和全面性临床干预的依赖度较大^[4]。在常规对症治疗基础上施行护理干预,更利于整体疗效提升,但常规护理主要以控制病情的服务理念为主,被动和主观性的落实护理措施,护理工作的预见性和人文性不足,导致护理效果不尽理想。因此,加强护理模式的优化显得尤为重要。临床护理路径属于全新的临床医疗护理模式,按照每天固定的护理项目,结合患者的病情和护理人员的工作经验等,制定完整和严格及可行的护理方案,力求实现医疗资源的整合优化与高效利用^[5]。

临床护理路径在ICU重症颅脑损伤患者护理中的应用价值较高,能够降低并发症率。临床护理路径干预要求护士本着以人为本和循证医学等现代化的服务理念入手,及时发现存在和潜在的预后改善影响因素,采取预见性和前瞻性系统性的护理措施,降低患者的并发症率。出现压疮与感染及下肢深静脉血栓等并发症,是患者炎症应激与负面情绪应激及营养不良等多种致病因素共同作用的结果,也是护理人员意识和能力不到位的体现,工作中的疏忽或失误,促使患者出现不必要的并发症。需严格按照病情变化情况,及时调整护理计划和治疗方案,发挥饮食等辅助疗法的干预价值,稳定患者的身心状态,提高机体的抗病能力,打破机体功能的恶性循环状态^[6]。临床护理路径提高了护理人员的风险意识和管理能力,激发了护士的工作潜能和主观能动性,使其加强对并发症预防护理的重视,精确把控各缓解的护理,充分发挥临床操作的安全可靠性。

临床护理路径干预能够提高医疗服务质量。临床护理路径是护理小组依据疾病制定的一种护理模式,执行标准化的护理流程,让患者从住院到出院接受优质的护理服务。在临床应用中的意义,体现在以下几方面:一是从以往的被动护理,逐步向主动护理的趋势过度,针对ICU重症颅脑损伤患者,以时间为横轴,以入院指导和检查与护理及饮食指导等护理手段为纵轴,制定标准化的护理流程,有计划和有预见性的落实护理工作。患者及家属积极参与护理计划的落实,发挥各主体的关联效应,更利于达到理想的护理目标^[7]。二是提高科室护理内涵。护理管理者在临床护理路径干预中起到了引导作用,力求通过临床护理路径手段促使医院护理管理改革和科室护理内涵不断深化,提高各学科协作的医疗管理水平。应用的优势,体现在以下几方面,即促使护理实施和评价一目了然;护理活动标准化与程序化,项目不易出现遗漏;能够缩短住院时间;记录时间缩短,提高工作效率;强化护理工作的自主性和积极性及自律性;发挥医院团队精神,提高医疗护理总体水平。要想提高医疗服务质量,还需在制度建立与多学科合作及组成设计小组和系统性的宣教等方面下功夫,以达到理想的护理工作效果^[8]。

临床护理路径干预可加速恢复进度,标准化和程序化的护理干预,从患者住院到出院的期间,将每天的护理成效作为标准值。护理人员评价每天的护理成效是否达标,各患者的临床护理路径使用是否得当。发现和解决护理中的问题,以此对患者实现个案管理。要求护理人员在临床护理路径干预中,充分考虑患者的个体差异,加强对护理结果和预期目标间差距

t	6.635	6.685	10.654	15.632
P	0.015	0.015	0.002	0.000

2.4 预后情况

研究组的恢复良好率与轻残率高于对照组, $P < 0.05$, 如表4所示。

的把控,促使护理工作的价值得以充分发挥。在临床护理路径干预中,从患者的合理需求入手,患者享受治疗性服务的同时,为患者提供生理和心理等方面的护理措施干预,通过舒适和安全的护理照顾,确保护理工作落实到位。临床护理路径的工作展开,注重医疗活动的管理,综合发挥营养计划和康复计划等护理措施的协同效应。在护理过程中,了解患者及家属的意见与感受,定时讨论和修改护理计划,不断提高护理方案的可行性和有效性,促使方案与患者病情高度契合,从而加速患者的预后改善和病情转归^[9]。

临床护理路径干预可加速预后改善,护理过程中,不仅注重病情观察和护理效果评价等,还需注重患者的身心状态调整。在住院全程评估患者的认知需求和心理状态等,采取系统性的健康教育和反复的自我管理指导,使其在出院前掌握全面的自我护理理论和方法,确保其能够在漫长的恢复期规范自我护理行为,主动遵循健康的生活方式,从而加速预后改善。对出院后的患者,对患者及家属进行电话跟踪随访服务,提供延续性的护理服务,解决和指导患者的健康问题及护理行为,更利于患者遵医行为自我效能的提升和加速病情转归^[10]。患者的预后改善,也体现了护理管理方案干预的有效性,这都与护理人员的工作协调到位和专业知识和技能水平及护理管理理念转变与护理方案可行等方面的因素影响不无关系。由此可见,在临床护理路径干预中,不仅要求护理人员掌握路径的原理和注意事项,患者及家属也需要掌握路径的实施方法和内容,强化各主体对疾病治疗和康复的时间概念,从而缩短患者的住院时间,确保患者的尽快康复。

综上所述,临床护理路径干预能够提高科室护理成效,加速病情转归,值得深入研究。

参考文献:

- [1] 杨娟娟.临床护理路径在ICU重症颅脑损伤患者护理中的应用研究[J].医学食疗与健康,2021,19(05):95-96.
- [2] 梁海燕,曾志梅,郭远.临床护理路径在ICU重症颅脑损伤患者护理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(17):110.
- [3] 赵梦.临床护理路径在重症颅脑损伤护理中的应用效果[J].心理月刊,2020,15(04):122.
- [4] 仲美华.探讨临床护理路径在ICU重症颅脑损伤护理中的应用效果[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(04):132+134.
- [5] 韩媛媛.临床护理路径在ICU重症颅脑损伤患者护理中的应用[J].饮食保健,2020,7(23):122-123.
- [6] 杨怡.临床护理路径在ICU重症颅脑损伤患者护理中的应用价值分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(29):133-134.
- [7] 王丽华,刘灿,盛红洁.临床护理路径在ICU重症颅脑损伤患者护理中的应用价值[J].中国伤残医学,2020,28(24):82-83.
- [8] 聂文丽,姬长卫,高淑红,屈峰.分析临床护理路径在ICU重症颅脑损伤患者护理中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(11):241.
- [9] 黄晓璐.临床护理路径在ICU重症颅脑损伤患者中的应用价值[J].基层医学论坛,2019,23(6):772-773.
- [10] 张琳,白琳,李琳,任玉芳.临床护理路径在ICU重症颅脑损伤患者护理中的应用[J].中国卫生标准管理,2019,10(07):167-168.

急性白血病合并出血患者的护理

金 蓝

1.安徽医科大学第一附属医院 安徽合肥 230022; 2.安徽省公共卫生临床中心肿瘤血液二病区 安徽合肥 230022

摘要:目的:分析白血病的发病机制,探讨急性白血病合并出血造成的危害,研究个性化护理对该疾病起到的效果。方法:通过分组研究,例数选60例,时间为2021年9月—2022年1月,组别为对照组和观察组,例数均等30例,分别给予常规护理和个性化护理,观察护理后的改善效果。结果:对照组的生活质量评分分别为42.95±3.15分,52.99±2.95分,51.96±3.96分,52.94±3.58分,观察组的生活质量评分分别为69.58±3.26分,75.69±3.85分,73.95±2.47分,71.69±2.67分;对照组的疾病知晓程度、SDS、SAS评分分别为74.26±4.95分、48.65±3.15分、43.68±3.47分,观察组的疾病知晓程度、SDS、SAS评分分别为95.82±3.84分、30.69±2.95分、26.85±3.69分, $P<0.05$ 。结论:经了解急性白血病相关病症特征后,对于疾病引发出血造成的危害,临床治疗后给予个性化护理,能够使得患者的生活质量提高,患者能够更多的掌握疾病知识,而且心理负面情绪影响少,有助于病症的恢复,有研究价值。

关键词:急性白血病;出血;个性化护理

急性白血病最典型的临床症状为持续出血、发热、贫血等,是一种发病较高的凝血系统障碍疾病。该病主要由于X射线和γ射线等电离辐射、T类淋巴细胞病毒、遗传等因素导致患者骨髓造血细胞克隆、恶化,进而引起凝血功能发生异常,严重的还会对患者淋巴结、肝脏等功能造成损伤^[1]。出血是急性白血病(acute leukemia,AL)的常见症状,也是引起病人死亡的主要原因之一。据统计,出血的病死率于60年代初高达43%-52%,随治疗的进展至80年代末已有明显的降低^[2]。但是出血的机理尚未阐明,近年来有了较大的进展^[3]。相对于一般白血病,急性白血病发展较快,对患者机体影响较大,因此临床治疗需注重时间。临床治疗该类疾病需快速进行化疗,大部分患者病情均得到有效控制^[4]。但由于化疗频率较高且较为迅速,该病需反复化疗,治疗时间长,且患者对疾病认知程度低,从而极易给患者带来心理负担,使其出现抑郁、焦虑等诸多负性情绪,给治疗增加难度,并且化疗会对患者机体产生一定影响,后期不良反应发生率较高^[5]。因此,在治疗急性白血病过程中需采取护理措施进行干预,但常规护理措施过于泛化,缺乏针对性,忽视患者主观感受,需采取一定的个性化护理干预进行辅助治疗,才更有利于促进病情恢复。

1 资料与方法

1.1 一般资料

通过分组研究,例数选60例,时间为2021年9月—2022年1月,组别为对照组和观察组,例数均等30例,分别给予常规护理和个性化护理。对照组中男18例、女12例;年龄20-68岁,换算中位值为(42.95±5.18)岁;文化程度:初、高中20例,大专、本科及以上10例。观察组中男17例、女13例;年龄21-69岁,平均年龄换算到(43.52±5.69)岁;文化程度:初、高中19例,大专、本科及以上11例。两组一般资料比较,无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准:确诊为急性白血病;纳入发病后合并出血症状者;意识认知正常,可配合临床研究;对本研究知情且签订自愿参与协议书。

排除标准:妊娠期或哺乳期者;存在内分泌疾病、贫血等疾病者;精神异常者;患血液系统其它恶性肿瘤者;临床感染导致白细胞减少者;病历资料不全者。

1.2 方法

对照组实施常规护理,具体如下:患者入院后,需根据其发病原因、化疗过程等内容进行相应健康教育,实时对患者的生命体征进行检查;告诉患者及家属在住院治疗期间的注意事项及相关治疗方法;在患者治疗过程中,提供良好病房环境,根据机体情况调节病房温度与湿度,保持病房空气清新;及时为患者准备生活用品等;且定期对心电图、血常规等进行

分析;告知患者均衡科学饮食;给予患者皮肤、口腔等护理。

观察组在对照组基础上实施个性化护理,即根据患者的病情及临床护理经验制订适合患者的护理方法,主要内容如下(1)化疗前健康知识指导:对患者进行认知干预,了解清楚患者的文化程度、家庭情况、家族疾病史等资料,对患的病情进行临床评估;根据患者的接受教育水平,选择适宜的教育方式,对其普及急性白血病相关知识,包括化疗效果、方法、药物、注意事项及不良反应等。指导患者掌握正确皮肤护理、泌尿系统护理、口腔护理等详细方法,指导患者养成良好饮食习惯,确保营养支持充分。多数患者在治疗过程中会有存在心理问题,同时化疗时还会出现恶心、呕吐等不良现象,因此心理状况较差。部分患者会在治疗中途放弃,医护人员需及时对患者不良反应状况进行评估。与患者保持密切联系,根据实际情况进行有效沟通,安抚患者情绪,使其尽可能放松接受治疗;护理人员积极与患者交流互动,帮助其解决各类问题,从而使其更好地配合治疗,提高治疗积极性。

(2)止血及改善凝血功能:急性白血病并发出血患者,出现口鼻涌血症状时,如处理不及时,可造成失血过多,导致患者休克甚至死亡。应立即给予堵鼻处理,可使用肾上腺素或凝血酶纱布条填塞压迫止血,并配合使用止血敏、立止血、维生素K1、止血芳酸等药物止血。近年来对于出血严重的患者,酌情使用东莨菪碱静脉推注或微泵持续静脉注入。由于东莨菪碱可扩张支气管、抑制腺体分泌、解除毛细血管及平滑肌痉挛、改善微循环,经临床应用,取得满意效果。

(3)全身皮肤出血的护理:全身皮肤有散在出血点、淤斑,嘱病人穿柔软、洁净衣服,床铺要保持平整干净,每日紫外线空气消毒一次。测血压,要求迅速准确,以缩短袖带压迫时间。静脉穿刺或输液等检查与治疗时,必须谨慎使用止血带,提高静脉穿刺的一次成功率,以减少出血机会。凡穿刺拔针或更换敷料后要至少按压5分钟,给以压迫止血。

(4)内脏出血护理:主动观察病人的呕吐物、痰类、尿的色、质、量等并及时收集标本以备送检;嘱病人禁食,配制口服止血药物,有去甲肾上腺素、立止血、云南白药等加入冷生理盐水后饮用;随时作好病人的思想工作。安慰病人勿恐惧、忧虑;严密观察病人的血压、心率、呼吸;进一步了解病人的血小板数目、病种分型等,如急性早幼粒细胞白血病的出血常合并DIC,当采血或静脉点滴穿刺时有凝血现象,应考虑是否高凝状态;耐心听取病人的主诉,如头痛、视力模糊,提示很可能是颅内出血的先兆,须立即报告医生采取进一步诊断治疗与抢救的有效措施。

(5)心理护理:精神因素的好坏直接影响AL患者存活时间的长短。因为情绪紧张可导致AL患者脑出血突然发生。经常介绍近年来骨髓移

植工作的开展使 AL 已经不再是不治之症。多讲一些已缓解的病人或曾有出血现将要好转出院或已经重返工作岗位的例子,尽可能促进患者之间结成好友相互鼓励,增强病人战胜疾病的信心。

1.3 观察指标

观察两组生活质量评分:干预 3 个月后,采用生活质量综合评定问卷(GQOLI-74)进行评估,主要包括社会功能、躯体功能、心理功能及物质生活状态四个维度进行评分,共 74 个项目,每个项目 1-5 分,分数越高,表示生活质量越高。

观察两组疾病认知程度评分和心理状态评分:疾病知晓程度采用自制调查问卷评分,内容包括白血病常识、白血病注意事项、白血病治疗过程、日常饮食原则、预防并发症知识共 5 个项目,每项 20 分,满分 100,60 分以下代表认知较差,60-80 分代表认知良好,80 分以上代表完全认知。心理情绪状态主要包含抑郁和焦虑两种,分别采用抑郁自评量表(SDS)、

表 1 比较两组生活质量评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	社会功能	躯体功能	心理功能	物质生活状态
对照组	30	42.95±3.15	52.99±2.95	51.96±3.96	52.94±3.58
观察组	30	69.58±3.26	75.69±3.85	73.95±2.47	71.69±2.67
t		6.5984	8.1549	9.1548	8.3695
p		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 比较两组疾病认知程度评分、心理状态评分

对照组统计后,疾病知晓程度、SDS、SAS 评分分别为 74.26±4.95 分、48.65±3.15 分、43.68±3.47 分,观察组的疾病知晓程度、SDS、SAS 评分分别为 95.82±3.84 分、30.69±2.95 分、26.85±3.69 分,有意义, $P<0.05$, 表 2。

表 2 比较两组疾病认知程度评分、心理状态评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	疾病知晓程度	SDS	SAS
对照组	30	74.26±4.95	48.65±3.15	43.68±3.47
观察组	30	95.82±3.84	30.69±2.95	26.85±3.69
t		7.4895	6.5948	7.9582
p		0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

急性白血病患者属于血液科常见疾病,主要是由体内造血干细胞恶性克隆引发,临床表现为出血、贫血及感染症状,在治疗中需抑制白血细胞增殖,缓解不良症状。临床若不及时治疗会降低患者生存质量,同时短期死亡率较高^[7]。目前,急性白血病患者在世界范围内发病率逐年上升,给人类的健康造成严重威胁。该病若不及时进行干预治疗,随着病情不断恶化,白血细胞扩散入侵髓外脏器,进而对患者的机体造成损伤,甚至威胁患者生命^[8]。现阶段,治疗急性白血病患者首选方法为化疗,根据病情发展情况需分多个阶段治疗。但临床化过程中均需通过多种药物联合使用,该方法虽能在一定程度上控制病情,但治疗过程在杀害白血细胞基础上会对患者体内正常细胞造成损伤,加剧临床并发症,对患者身心造成极大痛苦,不仅影响患者对治疗过程的依从性,还会导致患者出现负性情绪^[9]。为了使患者更好地配合治疗,对其采取个体化健康教育指导,对提高患者对疾病认知度及调整心理状态十分重要。

研究发现,对照组的疾病知晓程度、SDS、SAS 评分分别为 74.26±4.95 分、48.65±3.15 分、43.68±3.47 分,观察组的疾病知晓程度、SDS、SAS 评分分别为 95.82±3.84 分、30.69±2.95 分、26.85±3.69 分,有意义, $P<0.05$ 。个性化护理在化疗前根据患者文化程度,采用合适的方法对其宣讲急性白血病患者相关知识、化疗效果、治疗药物等,从而提高患者对疾病认知程度;安抚患者能减少焦虑、抑郁、恐慌等心理情绪,增强其与疾病斗争的信心。

焦虑自评量表(SAS)进行评分^[6]。SDS 评分:轻度抑郁为 50-59 分,中度抑郁为 60-69 分,重度抑郁为 70 分及以上。SAS 评分:轻度焦虑评分为 50-59 分,中度的焦虑评分为 60-69 分,重度焦虑的评分为 70 分及以上。

1.4 统计学处理

选用的软件为 SPSS19.0 系统,系统统计时将计量与计数资料通过($\bar{x} \pm s$)和(%)代表,统计学的检验由 t 值和卡方完成。有统计学意义表示 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 比较两组生活质量评分

对照组的生活质量评分分别为 42.95±3.15 分, 52.99±2.95 分, 51.96±3.96 分, 52.94±3.58 分, 观察组的生活质量评分分别为 69.58±3.26 分, 75.69±3.85 分, 73.95±2.47 分, 71.69±2.67 分, 有意义, $P<0.05$, 表 1。

本研究发现,对照组的生活质量评分分别为 42.95±3.15 分, 52.99±2.95 分, 51.96±3.96 分, 52.94±3.58 分, 观察组的生活质量评分分别为 69.58±3.26 分, 75.69±3.85 分, 73.95±2.47 分, 71.69±2.67 分, 有意义, $P<0.05$ 。患者离院后,对其作息、食、生活等进行有针对性指导,有助于提高患者科学饮食意识,保证营养均衡,促进病情好转;叮嘱患者养成良好的生活习惯,注意避免过度劳累等诸多健康教育,对于改善患者生活质量有极大帮助。

综上,在了解急性白血病患者相关病症特征后,对于疾病引发出血造成的危害,临床治疗后给予个性化护理,能够使得患者的生活质量提高,患者能够更多的掌握疾病知识,而且心理负面情绪影响少,有助于病症的恢复,有研究价值,值得推广。

参考文献:

- [1]林光燕,熊俊,魏平,等.1 例急性淋巴细胞白血病合并腹股沟坏死性筋膜炎患儿的护理[J].中华护理杂志,2022,57(2): 212-215.
- [2]杨家英.全面护理干预对小儿急性淋巴细胞白血病初次化疗的影响[J].母婴世界,2022(12): 123-124.
- [3]李神美,韦爱由.双诱导分化治疗我国急性早幼粒细胞白血病的并发症护理进展[J].全科护理,2022,20(13): 1765-1769.
- [4]梁良.探讨 PDCA 循环护理在急性淋巴细胞白血病患儿经外周静脉置入中心静脉导管中的应用效果[J].临床研究,2022,30(5): 40-42.
- [5]赵寅,万阳阳.系统性护理干预在降低成人急性髓系白血病化疗期间口腔黏膜炎发生率中的应用[J].川北医学院学报,2022,37(2): 262-265.
- [6]王瑞,刘晓,刘芳.循证护理在急性髓系白血病骨髓移植预处理患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(1): 149-151.
- [7]杨淑芳,李雪玲.以童趣化理念为导向的整体护理对急性淋巴细胞白血病患者化疗依从性、疲乏程度及不适反应的影响[J].中外医学研究,2022,20(4): 93-96.
- [8]张超琅,梁玉琴,魏林琳,等.急性淋巴细胞白血病患者并发后部可逆性脑病综合征的护理[J].护理学杂志,2021,36(11): 10-12.
- [9]张小花,张彦明,林国强,等.光子治疗仪联合口腔护理对急性白血病患者口腔黏膜炎患者的应用效果[J].海军医学杂志,2021,42(2): 230-232.

循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用效果观察

李新利

中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院泰安院区重症医学科 山东泰安 271000

摘要：目的：讨论循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用效果。方法：选择我院2020年1月至2022年1月收治的重症急性胰腺炎患者54例，随机分组各27例，对照组接受常规护理，研究组施以循证护理，观察干预结果。结果：对照组的护理总有效率（70.37%）明显低于研究组（92.59%）， $P<0.05$ 。研究组的并发症率低于对照组， $P<0.05$ 。研究组的生活质量评分高于对照组， $P<0.05$ 。研究组的血淀粉酶与尿淀粉酶低于对照组， $P<0.05$ 。研究组的腹痛和高热症状消退时间及住院时间比对照组短， $P<0.05$ 。结论：循证护理可加速恢复进度，提高整体疗效，值得推广应用。

关键词：循证护理；重症急性胰腺炎；应用成效

重症急性胰腺炎有起病急与治疗难度大及并发症多等特征，严重威胁患者的身心健康和生命安全，及时接受诊疗和优质护理干预显得尤为重要。为提高整体疗效，加速病情转归，要求护士在循证护理中，主动发现存在与潜在的各种影响疾病转归的不良因素，结合临床工作经验与科研结论及患者诉求等综合要素，制定个体化的护理方案，弥补传统护理工作中的不足，实现医疗服务质量与效益持续改进^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将54例重症急性胰腺炎患者当作观察对象，患者均符合重症急性胰腺炎诊疗指南的诊断标准，经过CT等检查确诊，患者及家属均知情同意，排除临床资料缺失与意识模糊及脏器功能障碍者。随机分组各27例，对照组中男性13例，女性14例；平均年龄 55.3 ± 4.2 岁。研究组中男性15例，女性12例；平均年龄 56.5 ± 4.6 岁。基线资料相匹配， $P>0.05$ ，可比。

1.2 方法

对照组施以常规护理，包括用药指导与病情观察等。研究组施以循证护理，如下所示：

1.2.1 循证问题

护士长组织有丰富工作经验的护理人员构成循证护理小组，小组成员接受培训学习，要求其掌握循证护理的理论与方法及临床操作技能和注意事项等。总结重症急性胰腺炎近几年常见的护理问题，结合生活基本信息和病情及心理状况与生理情况等提出循证问题，包括如何开展心理调节及健康教育与缓解症状等。

1.2.2 循证支持

根据护理问题检索资料与文件，研究与筛选检索出的文献，整理归纳文献建议。整合护理人员的工作经验和患者护理需求及文献证据等，制定个体化的护理方案，在实践中加强调整，以切实发挥临床工作的效能^[2]。

1.2.3 循证护理

涉及以下几方面：①入院检查：热情接待入院患者，告知医护人员与住院环境及规章制度等相关内容，减轻患者对陌生环境的紧张感。入院患者保持绝对卧床休息，密切观察患者的生命指标变化，监测高热与黄疸及呼吸困难等症状，参照尿液颜色和皮肤状况和认知能力等指标，评估患者的肝肾功能与中枢神经等器官功能的情况，发现异常时及时通知医师处理。根据血常规等实验结果，评估患者的病情，确保治疗方案的针对性和有效性^[3]。休克与腹膜化学渗出造成的体液大量丧失有关，需密切监测患者的病情变化，采取相应的措施进行治疗。②心理护理：患者出现负面情绪，与疾病认识片面和疾病不适感影响等原因有关，需主动向患者投入人文关怀，营造良好的印象。掌握艺术沟通技巧，耐心倾听患者意见与困惑的主诉，从患者感兴趣的话题入手，多运用激励性和安慰性及暗示性等语言，引导患者宣泄情绪。告知负面情绪对疾病发展的影响，教会患者如何运用心理暗示和放松训练与转移注意力等方法自我调整情绪。③健康教育：根据患者的理解能力等个体差异，采取播放视听材料和发放健康知识手册等途径，进行疾病与治疗及护理等相关知识的宣教，提高患者认识度与配合度，纠正错误的治疗观念与态度。做好操作解释和解疑答惑与信息咨询等服务工作，做到有问必答，回答语言言简意赅且通俗易懂，满足

患者的认知需求^[4]。④用药指导：告知规律用药的重要性，讲解错服或漏服等情况可能会出现不良反应，提高患者遵医嘱服药的依从性。通过手机软件提醒和制定服药备忘录及家属督促等方式，叮嘱患者按时按量的用药。告知药物可能会出现不良反应，提高患者自我察觉及处理异常情况的管理能力。出现心动过速和尿滞留等症状，需及时停药。出现消化道出血的情况，遵医嘱给药。⑤生活指导：根据患者的病情与饮食习惯等情况，制定个体化的饮食方案，急性发作期应当禁食，并给予胃肠减压与肠外营养支持。病情稳定后，告知定时定量与少食多餐等饮食原则；低蛋白与低热量及清淡易消化等进食方法；减少辛辣与生冷及油腻等食物摄入的饮食禁忌，逐步向普食过渡。保证睡眠与休息的质量。根据患者的病情，制定个体化运动计划，以饭后适量有氧运动为主，如散步与太极拳等。根据患者的耐受度情况，合理控制运动的时间和强度，本着循序渐进原则进行，帮助患者养成良好的运动习惯，以改善患者的体质，发挥运动辅助疗法的作用价值。⑥疼痛护理：评估腹痛的时间与性质及时间等情况，施行药物止痛或转移注意力等多模式镇痛。⑦出院宣教：协助患者办理出院手续。通过系统性的健康宣教，帮助患者养成规律的生活习惯，杜绝暴饮暴食，做到劳逸结合，保持良好的身心状态，提高患者自我护理的知识技能水平^[5]。

1.3 观察指标

比较两组临床疗效，疗效判定标准分为显效（淀粉酶水平恢复，高热和腹痛等症状消失）、有效（淀粉酶水平明显下降，高热和腹痛等症状有所缓解）与无效（未达到上述治疗标准）三项，护理总有效率可用显效率+有效率计算。参照腹痛消退时间与高热消退时间等指标，了解两组的恢复进度。统计两组的并发症率。参照SF-36量表，了解生活质量改善程度，量表采取百分制，分数越高表示生活质量越佳。

1.4 统计学方法

数据统计分析，用spss19.0软件，计量、计数资料方面，分别用 $(\bar{x}\pm s)$ 、%表示，分别用t、 χ^2 检验。 $P<0.05$ ，表示数据对比，有统计学差异。

2 结果

2.1 临床疗效

对照组的护理总有效率（70.37%）明显低于研究组（92.59%）， $P<0.05$ ，如表1所示。

表1 临床疗效比较（n,%）

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	27	6 (22.22)	13 (48.15)	8 (29.63)	70.37
研究组	27	16 (59.26)	9 (33.33)	2 (7.41)	92.59
χ^2					4.418
P					0.036

2.2 恢复进度

研究组的血淀粉酶与尿淀粉酶低于对照组， $P<0.05$ 。研究组的腹痛和高热症状消退时间及住院时间比对照组短， $P<0.05$ ，如表2所示。

表2 恢复进度（ $\bar{x}\pm s$, d）

指标	对照组	研究组	t	P
----	-----	-----	---	---

腹痛消退时间	8.41±1.45	5.62±0.52	6.203	0.015
高热消退时间	6.32±0.46	3.46±0.41	6.157	0.015
血淀粉酶(U)	112.54±13.45	89.54±11.48	36.521	0.000
尿淀粉酶(U)	315.41±32.16	257.46±25.41	41.567	0.000
住院时间	16.24±2.46	13.48±1.67	6.485	0.013

2.3 并发症情况

研究组的并发症率比对照组低, $P < 0.05$, 如表 3 所示。

表 3 并发症情况对比 (n, %)

组别	n	口腔溃疡	感染	压疮	消化道出血	总发生率
对照组	27	3 (11.11)	2 (7.41)	1 (3.70)	2 (7.41)	29.63
研究组	27	1 (3.70)	0 (0)	0 (0)	1 (3.70)	7.41
χ^2						4.418
P						0.036

2.4 生活质量

从生活质量评分入手分析, 研究组比对照组高, $P < 0.05$, 如表 4 所示。

表 4 生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	对照组	研究组	t	P
躯体疼痛	70.25±3.45	86.33±3.63	15.154	0.000
情感职能	70.15±3.65	89.17±3.46	16.774	0.000
生活功能	68.31±3.52	86.16±2.18	15.062	0.000
生理职能	72.48±3.42	87.29±2.15	16.185	0.000
一般健康	72.07±2.52	84.41±2.29	15.412	0.000

3 讨论

重症急性胰腺炎是消化内科常见急腹症, 有病情凶险与并发症率高及病死率高等特点, 易引起器官系统衰竭和麻痹性肠梗阻等症状表现。因此, 做到早发现与早治疗的意义重大。治疗重症急性胰腺炎的方法多样化, 主要以手术治疗为主, 由于重症急性胰腺炎患者的身体耐受度较差, 在手术应激反应和炎症反应及负面情绪刺激等致病因素的影响下, 极易促使机体功能陷入恶性循环状态, 不利于疗法安全可靠性的发挥和病情的转归, 还需在常规治疗基础上施行护理干预, 稳定患者的身心状态, 加强预后改善^[6]。但常规护理以疾病控制的服务理念为主, 被动主观性的落实护理措施, 忽视患者的需求满足, 导致护理效果不尽理想, 还需加强对护理模式的优化。循证护理属于新型的护理方式, 在综合护理研究依据与患者护理需求及护理人员工作经验和病情等要素的基础上, 制定个体化和针对性的护理方案, 确保护理工作的前瞻性和系统性及人文性, 高效落实临床护理服务价值和目标^[7]。循证护理根据护理问题采取有效的整改措施, 可降低护理缺陷与失误, 对护士的知识技能水平提升和护理流程优化及护理管理规章制度的完善等方面有着积极促进作用, 能够确保临床工作有序进行, 利于实现医疗服务质量持续改进。因此, 循证护理的临床应用价值, 在优势特点等方面, 也是常规护理模式不能比拟的。

循证护理能够提高整体疗效, 护士的责任意识加强, 在护理实践中, 根据实际情况及时调整治疗方案与护理计划, 帮助患者摆脱多种应激因素间的恶性循环状态, 尤其是心理护理和生活指导等方面的综合护理干预, 更利于患者身心状态的改革和整体疗效的提升。循证护理弥补了传统护理的不足, 提高了护士的业务能力与患者的配合度, 发挥各主体的关联效应, 高效落实护理计划^[8]。循证护理注重医护人员及患者和家属等主体间的协作, 共同参与护理计划的制定和执行, 确保护理工作的有效性。循证护理

激发了护理人员的工作潜能和主观能动性, 使其能够主动根据工作标准, 规范展开基础护理和专科护理服务, 发挥优势协同效应, 丰富科室护理的内涵, 最终实现医疗资源的整合优化与高效利用^[9]。

循证护理能够加速术后恢复进度, 要求护理人员本着以人为本和为患者负责的态度, 根据护理问题采取有效的整改措施, 可降低护理的主观随意性和缺陷及失误等情况, 提高护理工作的创造性与系统性, 利于加速病情转归。通过心理护理与健康教育, 提高患者的自我护理管理水平, 使其认识到不良生活规律和负面情绪对疾病转归的影响, 自主摆脱不良因素的影响。提供科学的饮食和运动指导, 改善患者的营养状况和身体素质, 提高患者的抗病能力, 减少炎症等应激反应的刺激^[10]。

循证护理能够降低并发症率。引起术后并发症的影响因素较多, 是多种因素共同作用的结果, 预防性护理操作的难度较大和要求较高。作为护理人员需具备风险意识和能力, 主动发现存在与潜在的各种影响疾病转归的不良因素, 从以往的事后护理模式, 逐步向事前预测和事中控制的趋势过渡。护理前预测治疗中可能会出现各种并发症, 了解并发症的危险因素, 结合前沿护理知识技能的研究成果, 将危险因素的把控合理融入护理计划内。在护理工作中, 加强对并发症危险因素的重视, 规范落实护理操作, 切实降低并发症率。事后加强实践经验总结, 根据护理问题和科研依据再次调整护理计划, 推动护理服务质量的持续改进, 充分发挥疗法与护理操作等临床工作的安全可靠^[11]。

循证护理能够提高患者的生活质量, 要求护士强化服务意识, 在不违背医院规章制度的基础上, 主动向患者投入人文关怀, 满足患者在健康知识与健康照护等方面合理需求, 提高患者的身心舒适度与配合度, 促使临床工作得以顺利展开, 从而实现护理计划和治疗方案应用价值的充分发挥。循证护理从患者的需求入手, 采取多措并举的方式, 满足患者的各项合理需求, 能够让患者感受到医护人员的关心和照顾, 调动患者体内的积极因素, 使其积极参与到护理工作中来, 从而不断提高自我护理意识和能力。

综上所述, 循证护理干预可加速重症急性胰腺炎患者的恢复进度, 提高整体疗效与患者的生活质量, 降低并发症率, 有较大的发展空间, 值得深入研究。

参考文献:

- [1]叶琴.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用效果观察[J].当代临床医刊,2021,34(05):49+102.
- [2]舒贤.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用效果观察[J].人人健康,2020(04):113.
- [3]夏秀丹,姜晓峰.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用效果观察[J].湖北科技学院学报(医学版),2019,33(05):440-442.
- [4]郑燕梅.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用效果观察[J].智慧健康,2019,5(17):125-126.
- [5]齐秀梅.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用效果分析[J].中外医疗,2019,38(13):142-144.
- [6]张银鸽.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用效果观察[J].首都食品与医药,2019,26(07):93.
- [7]李小曲.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用[J].当代临床医刊,2021,34(3):19,35.
- [8]陈秋菊.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用效果观察[J].中国继续医学教育,2018,10(14):187-188.
- [9]王丽荣,宋春燕,于燕波.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用[J].家有孕宝,2021,3(10):252.
- [10]曲昕乐.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用效果观察[J].中国医药指南,2019,17(05):254.
- [11]农举榕.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用[J].医学美容,2021,30(4):146-147.

护理干预在血管外科下肢深静脉血栓（DVT）患者中的价值分析

刘海珍 邓晶^{通讯作者} 朱感华

上海市杨浦区中心医院 上海 200090

摘要：目的：探究护理干预在血管外科下肢深静脉血栓（DVT）患者中的价值。方法：将我院血管外科在2021年1月-2021年12月收治48例接受抗凝治疗的DVT形成患者，随机分对照组与研究组各24例，分别采用常规护理、综合护理干预，对比两组的干预结局。结果：研究组凝血功能指标优于对照组， $P<0.05$ 。研究组的护理总有效率比对照组高， $P<0.05$ 。通过单因素分析，发现DVT形成与性别、年龄、肥胖、手术外伤史、红细胞计数RBC等因素影响有关。经过Logistic回归分析，发现年龄 ≥ 60 岁、肥胖、手术外伤史、RBC是DVT形成的独立危险因素， $P<0.05$ 。研究组的生活质量评分比对照组高， $P<0.05$ 。结论：护理干预可改善患者的凝血功能及生活质量，积极规避DVT危险因素的不良影响，提高整体护理成效，值得应用推广。

关键词：护理干预；下肢深静脉血栓；应用价值

下肢深静脉血栓DVT是临床常见的血管外科疾病，急性期需接受抗凝治疗，有效控制血栓病情发展。本着三分治疗七分护理的服务理念，为提高整体疗效，积极发挥护理的辅助疗法作用。让患者接受治疗性服务同时，享受个性化与人文性及整体性的护理干预，从而加速病情转归及预后改善，推动医疗服务质量与效益持续改进^[1]。本文对48例接受抗凝治疗DVT形成患者的护理干预情况进行研究，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院收治48例接受抗凝治疗的DVT形成患者，随机分为对照组、研究组各24例，对照组年龄 45.1 ± 3.4 岁；男性11例，女性13例。对照组年龄在 45.1 ± 3.3 岁；男性12例，女性12例。两组基线资料相匹配， $P>0.05$ 。

纳入标准：①患者及家属均知情同意；②依从性较高；③未见其他器质性病变；④具备基础表达与反馈能力者。

排除标准：①临床资料缺失；②精神意识障碍；③脏器功能障碍者。

1.2 方法

两组均接受抗凝治疗，对照组接受常规护理干预，主要包括观察病情与环境干预等。研究组接受综合护理干预，方法如下：

1.2.1 饮食指导

护理人员根据患者的饮食习惯和病情，制定针对性的饮食方案，明确告知合理的饮食方法和原则及禁忌。引导患者多食用富含维生素与蛋白质及低脂的食物，多食新鲜的瓜果蔬菜，如黑木耳和香蕉等，促进排便，避免腹内压升高而阻碍下肢静脉回流。嘱患者多喝水，降低血液粘稠度，达到利尿消肿等作用。戒烟戒酒，明确讲解尼古丁等有害物质对血管功能的影响，减少辛辣食物刺激。

1.2.2 心理护理

患者有下肢疼痛等表现，让患者产生较重的心理负担。需掌握艺术沟通技巧，采取鼓励性和安慰性及疏导性等语言，帮助患者缓解心理障碍。告知负面情绪对疾病发展的影响，教会患者如何通过心理暗示及转移注意力等措施自我调整情绪，主动摆脱负面情绪的刺激。

1.2.3 睡眠护理

为提高睡眠的质量，睡前可指导患者通过听轻音乐或放松疗法及冥想等方法做好睡前准备工作。采取沟通舒缓心态或是药物干预等措施，确保患者的休息质量。

1.2.4 康复护理

为患者制定针对性的康复方案，适当的抬高患肢，确保患肢的远端高于近端。展开足踝被动训练、行走训练，控制动作幅度，确保运动安全。鼓励治疗后尽早下床活动，本着循序渐进的原则增加运动量及强度，促进下肢深静脉血管的再通，建立侧支循环，避免血栓再次形成。在运动时穿戴抗血栓袜，观察皮肤状况，发现下肢肿胀等异常情况及时处理。

1.2.5 药物指导

遵医嘱口服抗血栓药物，讲解规范用药的重要性，叮嘱家属督促患者正确用药。密切观察用药反应，发现胸闷、气短、咳血等症状，及时给予

氧疗等护理措施，通知医师施行救治。护理人员实施全程用药督导。经患肢足背静脉给药时，需抬高患肢呈 30° ，在足踝处应用止血带，松紧以能够让溶栓药物维持缓慢滴注为宜，促进药液能够向深静脉回流，以起到直接溶栓的作用。经腘静脉给药者，需要妥善固定导管，告知患者不可过度屈膝，防止导管滑出与滑落；在患者膝下垫上软枕，避免导管受压，并定期检查。利用患肢股动脉插管用药时，应注意股动脉的位置，做好插管处的清洁消毒，叮嘱患者不可过度曲髋，定期更换腹股沟处的敷料，观察穿刺点的皮肤，出现分泌物增多或红肿等异常情况及时处理。

1.2.6 健康教育

采取言简意赅和通俗易懂的语言，向患者讲解病因和治疗及护理等方面的内容，提高患者的认知度及配合度，纠正错误的治疗观念及态度，使其客观看待疾病治疗，主动遵循健康的生活方式。

1.2.7 出院指导

坚持每日的活动锻炼，避免长时间的站立或行走。卧床时太高患肢，加速静脉回流。养成规律的生活习惯，服用抗凝药物的患者，需定期监测凝血指标，动态性的调整用药方案，出现血尿或牙龈出血等症状，需及时复诊。

1.3 观察指标

参照纤维蛋白原Fbg与活化部分凝血酶原时间aPTT、凝血酶原时间PT、凝血酶时间TT的指标水平，了解患者的凝血功能情况。护理效果的评估指标分为显效（护理后患肢肿胀完全消失，患侧下肢彩超下血流通畅，双下肢的小腿周径差值小于 0.5cm ）与有效（护理后患肢肿胀基本消失，患侧下肢彩超下血流较为通畅，双下肢的小腿周径差值为 $0.5\sim 2.5\text{cm}$ ）及无效（未达到上述标准甚至加重）三项，显效+有效=总有效。采用Logistic回归分析模型探讨DVT形成的危险因素。参照SF-36量表，了解生活质量改善程度，采取百分计，评分与生活质量改善程度呈正比关系。

1.4 统计学方法

数据用spss19.0软件处理，计量数据用均数 $\pm$ 标准差表示，行t检验其数据是否符合正态分布；计数资料用[n%]表示，行 χ^2 检验差异性；组间统计学差异用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 凝血功能

研究组的凝血功能指标优于对照组， $P<0.05$ ，见表1。

表1 凝血功能指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ， $n=24$ ）

指标	对照组	研究组	t	P
TT（s）	14.15 $\pm$ 2.33	12.47 $\pm$ 2.26	6.134	0.012
PT（s）	17.13 $\pm$ 3.06	12.05 $\pm$ 2.18	9.714	0.003
aPTT（s）	42.33 $\pm$ 4.17	36.27 $\pm$ 2.16	10.265	0.002
Fbg（g/L）	2.65 $\pm$ 0.12	2.02 $\pm$ 0.03	3.174	0.045

2.2 护理总有效率

研究组的护理总有效率比对照组高， $P<0.05$ ，如表2所示。

表2 护理效果比较 (n, %)

组别	n	无效	有效	显效	总有效率
对照组	24	7 (29.17)	7 (29.17)	10 (41.67)	70.83
研究组	24	1 (4.17)	9 (37.50)	14 (58.33)	95.83
χ^2					5.400
P					0.020

2.3 多因素分析

通过单因素分析,发现DVT形成与性别、年龄、肥胖、手术外伤史、红细胞计数RBC等因素影响有关。经过Logistic回归分析,发现年龄 ≥ 60 岁、肥胖、手术外伤史、RBC是DVT形成的独立危险因素, $P < 0.05$,如表3所示。

表3 多因素分析

变量	b	se	wald ²	P	OR	95%CI
年龄 ≥ 60 岁	1.234	0.365	4.165	0.001	1.365	(1.654~4.362)
肥胖	1.157	0.274	5.307	0.002	2.278	(1.134~4.184)
手术外伤史	2.468	0.432	4.132	0.002	1.235	(1.658~5.325)
RBC	1.249	0.311	5.304	0.001	1.241	(1.184~5.175)

2.4 生活质量

研究组的生活质量评分比对照组高, $P < 0.05$,如表4所示。

表4 生活质量评分比 (x $\pm$ s, 分)

指标	对照组	研究组	t	P
躯体疼痛	68.54 $\pm$ 3.45	83.52 $\pm$ 3.27	16.654	0.000
情感职能	71.18 $\pm$ 3.12	84.18 $\pm$ 3.25	17.052	0.000
生活功能	68.26 $\pm$ 3.23	84.33 $\pm$ 2.26	17.362	0.000
生理职能	70.15 $\pm$ 3.18	85.07 $\pm$ 2.35	14.154	0.000
一般健康	70.26 $\pm$ 2.33	84.32 $\pm$ 2.12	14.052	0.000

3 讨论

DVT的形成是多种致病因素共同作用的结果,血液高凝状态、静脉壁损伤、静脉血流滞缓是公认的影响因素。长期卧床、术后、产后、外伤、晚期肿瘤等患者,极易发生静脉血流滞缓、血液高凝状态,引起DVT的几率更大。DVT有患肢水肿和皮温降低、皮肤颜色变化、足背动脉减弱等表现。血栓脱落可致肺栓塞,死亡率更高。由此可见,DVT危害较大,会出现各种后遗症,引发不同程度的深静脉功能障碍,直接影响生存质量^[2]。因此,相对于事后处理,更应当注重事前评估及事中控制,本着以人为本、为患者健康负责等医疗服务理念,规范落实病情评估等方面的护理工作,实现对DVT危险因素的全面把控。本次研究发现,年龄 ≥ 60 岁、肥胖、手术外伤史、RBC是DVT形成的独立危险因素。肥胖者的血脂高,血粘度增加。手术外伤史患者的损伤组织,有激活机体凝血系统的作用。高龄者的身体机能逐步弱化,血管弹性变弱。血细胞中RBC与DVT的发生发展关系密切,RBC与DVT为负相关,DVT患者的RBC水平比正常人低。了解引起DVT的危险因素,更利于确保临床治疗及护理干预的针对性、前瞻性,有效控制病情,缓解肿胀等症状,提高溶栓率,降低复发率,以此实现现有医疗资源的整合优化与高效利用^[3]。

护理干预可改善凝血功能及预后。发挥康复运动辅助疗法和药物治疗等综合疗法干预,改善微循环及血流动力学,促进淋巴与血液的流动,加速组织积液回流,缓解供血不足的症状。通过饮食护理,改善体质,充足饮水以稀释血液的粘稠度。通过肢体功能锻炼,促进血液流动,预防肌肉萎缩,增加肢体的含氧量,防止DVT疾病进一步发展。评估凝血功能指标水平,及时处理异常情况,落实基于循证的心理护理和用药指导等干预

措施,利于改善患者的凝血功能,加速血液循环,更利于强化患者的生理功能^[4]。

护理干预可提高护理总有效率,实现医疗服务质量和效益的持续改进。护理人员对DVT的认知度提高,采取各种预防措施,以达到理想的治疗效果,减轻患者的痛苦,提高患者的舒适度。施行人文性的护理干预,健康宣教与心理护理贯穿住院全程,避免患者因负性情绪引起的迷走神经、交感神经功能的紊乱,防止血管舒缩功能失调,有效控制血栓的进展。加强对用药的把控,减少不合理用药对静脉内膜的损伤。施行细节性的护理干预,在插管融栓的过程中,防止管道出现脱落、打折等情况。加强体位和并发症预防等方面的指导,规避各种因素对整体疗效提升的影响。施行个体化的护理干预,不同患者的病情和护理需求不同,医疗服务的侧重点也多有不同。根据病情和饮食习惯等情况,制定针对性的饮食和运动指导方案,根据恢复情况,动态性的调整护理方案,以达到理想的治疗进度及效果。采取集束化的护理干预,发挥各护理方案的优势协同效应,将患者从致病因素间的恶性循环状态中脱离出来^[5]。综合护理干预,利于提高医疗服务质量,减少护理差错及失误,更利于促进患者的康复。尤其是热情的服务态度和娴熟的技能操作,利于改善护患关系,促使护理服务的应用价值得以充分发挥。

护理干预可改善患者的生活质量,有重要的临床应用价值。护理干预不仅从患者生理及心理等层面给予全方位的照护,改善患者的心理功能和生理功能等健康状况,更注重患者体内积极因素的调动,引导其积极参与到护理工作中来,遵循健康的生活方式,提高遵医行为的自我效能,促使临床操作得以顺利进行和充分发挥效用。展开规范的护理干预,可让患者尽快看到活动能力等方面的改善,对护理的信任度和认可度更强,依从性显著提升,焦虑、合作行为随之发生改善。尤其是对于高龄和肥胖、手术外伤史等发生DVT风险高的患者加强护理管理,采取综合护理措施控制病情,使其摆脱生理或心理等方面的应激反应,改善血液粘稠状态及血液流动性,实现血液淤积的尽快疏通,减轻患者的痛苦,进一步调整患者的生存质量。加强实践经验总结,借鉴优秀的护理经验,如引入无缝隙护理理念干预,对住院患者的生活加强管理,全程陪同患者的治疗,提供系统性的健康宣教,做好出院指导工作,不断优化护理流程。这就需要护理人员及时提供优质服务,规范落实各项基础护理,积极把控工作标准及护理安全等,以切实发挥护理服务价值。要求护理人员具备较强的服务意识、责任意识、安全意识,提高护理工作的预见性、创造性等,及时风险和规避各环节潜在不良因素的影响,包括评估不到位、负面情绪、认知度低等因素,从而加速患者的康复进程,缩短住院时间,实现医疗资源优化配置^[6]。

综上所述,护理干预可改善患者的凝血功能及生活质量,积极把控及规避DVT危险因素的不良影响,提高整体护理成效,有较高的临床应用价值,值得深入研究。

参考文献:

- [1]陈杰.程序化护理对下肢深静脉血栓导管溶栓治疗患者的效果观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(8):715-717.
- [2]陈志云,林秋洁,方丽芬,杨小菁.行全膝关节置换术病人术后发生下肢深静脉血栓的危险因素分析[J].全科护理,2021,19(1):127-130.
- [3]张广蕴.探讨血管外科下肢深静脉血栓患者实施人性化护理的临床价值[J].中国实用医药,2020,15(31):184-186.
- [4]许芳.探讨血管外科下肢深静脉血栓(DVT)患者实施人性化护理的临床价值[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(25):14-15.
- [5]李琼,施敏,王变丽.护理风险预警监控在预防下肢深静脉血栓中的应用研究[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(13):118.
- [6]陶燕萍,潘慧蓉.人性化护理对血管外科下肢深静脉血栓患者的护理效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(38):201+205.

浅谈新医改形势下的医院远期药学门诊服务新模式及持续质量改进

刘庆华

重庆市涪陵区人民医院 重庆 408000

摘要: 基于社会上对医疗服务需求的增加,加快医院经营模式创新迫在眉睫,其中药学门诊作为医疗事业发展新增加的门诊科室,其在新医改背景下,为更好适应医院药学发展需要开创新的药学门诊服务模式,进而深刻贯彻落实合理用药方针,有效提高医疗服务质量,避免发生不合理用药问题。为此,本文将立足新医改形势下的医院远期药学门诊服务概述,分析新医改形势下的医院远期药学门诊服务新模式的构建方法,并提出持续质量改进策略。

关键词: 新医改; 医院远期药学门诊; 服务新模式; 持续质量改进

引言: 用药不合理、医药资源浪费、药源性疾病等问题日益严峻,对医院药学发展提出了新的要求,强调应将合理用药全面渗透到药学门诊中,从而探索医院药学工作新模式,提升药学门诊服务质量,实现用药安全、有效、经济、适当,降低患者承受的药物不良风险,与此同时,随着新医改不断推进还进一步强调医院远期药学门诊服务新模式创新的同时,要不断进行质量改进,进而提高合理用药水平,促进医院药学工作稳步推进。

一、新医改形势下的医院远期药学门诊服务概述

基于新医改不断深入,医院药学门诊需要积极进行调整升级,创造新的服务模式,从而冲破传统药学门诊滞后的服务模式桎梏,以此与新时期医院药学工作需求相适应。因此,新医改形势下的医院远期药学门诊服务内容标准需要随之转变。首先,医院药学门诊应基于合理用药指导原则,为患者进行正确的用药指导、提供科学用药咨询服务、加强用药不良反应监控,从而确保用药合理性,进而降低患者用药风险、强化患者对相关药物的认识以及减轻患者用药负担。其次,新医改形势下的医院远期药学门诊还应侧重患者用药期间的随访工作,及时了解患者用药期间是否出现不良用药反应? 药物副作用是否较大? 药物疗效是否符合预期等,并指导患者正确用药,提高患者的用药依从性,通过定期的随访,能够加快患者疾病康复,避免患者因用药不合理再次住院,从而在一定程度上还可以切实节省医疗资源^[1]。

二、新医改形势下的医院远期药学门诊服务新模式的构建方法

(一) 联合应用多样化方式开展药学门诊服务

传统药学门诊服务模式主要以线下药学咨询为主,需要患者来到药学门诊,与药师面对面沟通,从而掌握相关的药学知识。但随着现代化信息技术迅猛发展,线上药学咨询平台得以构建,为医院药学门诊服务开辟了一条新的方式,丰富了药学门诊服务模式。线上药学咨询平台的构建与应用在新型冠状病毒肺炎疫情时期的应用效果十分显著,患者与药师在线上药学门诊服务平台上实现了跨空间的交流,有效解决了患者在疫情防控期间无法咨询药物知识的问题^[2]。

由此可见,线上药学咨询门诊是新医改形势下医院远期药学门诊服务的新模式,为进一步提高医院药学工作质量与效率,应在药学门诊中实施线上+线下相结合的药学咨询服务。一方面,医院应借助现代化科学技术,通过成立微信公众号、构建医院官方网站、组建微信群等方式提高线上药学咨询服务,患者不仅可以在各个线上官方平台上留言咨询相关药物问题,还可以加入药学咨询微信群,在群众提出相关药物问题,药师则会定期将患者提出的问题总结出来,发布详细的药物问题解答。此外,随着直播技术的高速发展,医院线上药学门诊还应充分利用直播技术,定期开展

线上药学咨询直播,患者可以在直播平台上输出相关的药物问题,药师会实时进行答疑,与此同时,药师还会针对患者之间关注度较高的问题,开展线上讲座,为患者提供线上健康教育。由此可见,在现代化技术支持下,新医改形势下的医院远期药学门诊服务愈发多元化,患者可以在不同的平台上了解到相关的药学知识。但需要注意的是,虽然线上药学门诊服务的开展取得了显著的成效,逐渐成了医院药学门诊服务的主要模式,但医院仍然需要重视线下药学门诊服务,不应让线上药学门诊取代线下药学门诊,因为即使我国当前现代化科学技术得到了飞速发展,当对于老年群体而言,其对网络技术的接受程度不高,且相对于线上药学咨询而言,在线下患者能够与药师面对面交流,效率更高并且能够更详细地掌握药物知识,也便于药师开展高效的用药指导以及服药注意事项等。由此可见,线上与线下药学门诊均具有较高的优势,二者不可取代,应进行强强联合,从而通过开展线上线下相结合的药学咨询服务,创新多样化药学门诊服务方式,进而切实提升医院药学门诊服务综合成效^[3]。

(二) 加强药师和医生之间的沟通及协作

术业有专攻,医生具有丰富的临床经验,能够对疾病进行准确的诊断与治疗,而药师则具有扎实的药学知识基础,可以根据疾病提供与之相适应的药物并根据患者具体情况,指导患者具体的药物服务频率与剂量。基于此,新医改形势下的医院远期药学门诊服务新模式创建应加强药师和医生之间的沟通及协作,从而开设医生+药师的联合门诊,从而由医生与药师共同为患者提供医疗服务,切实提升医疗服务质量。在医生+药师的联合门诊实施过程中,还应合理搭配医生与药师,例如,针对老年慢性疾病患者而言,应让药师与具有丰富临床老年慢性疾病诊治经验的医生配合,从而由医生为患者病情进行诊断,由药师根据医生的诊断结果以及患者日常用药情况为患者提供正确的用药指导,让患者明晰其日常服用的药物都具有何种疗效? 有何副作用? 是否应改服其他药物? 等,进而让患者科学用药,并提高患者的用药依从性^[4]。

此外,医生+药师的联合门诊的实施还能够开展有针对性的个体化用药教育,并建立随访档案,定期通过电话、短信等方式与患者取得联系,了解患者当前用药情况以及疾病恢复情况,在此过程中不仅能够加深患者对相关药物的认识,还能够深化合理用药理念。例如,由肿瘤药学门诊药师和主治医师联合出诊,可以针对肿瘤患者实际病情以及用药情况,调整药物,从而降低减轻抗肿瘤药物的毒副作用。

与此同时,除医生+药师的联合外,还应加强药师与静脉药物配置中心药剂人员的联合,强化双方交流,避免因交流不畅造成的一系列问题。药师与药剂人员之间的沟通尤为重要,因为药剂人员主要是根据药师所开具的处方单进行配药,如若药剂人员在不明晰药师处方的前提下进行药物

配置,则可能导致所配置出来的药物与药师要求的药物不符,不仅会影响用药人员健康,还会造成资源浪费。基于此,应加强药师与药剂人员之间的交流,双方保持交流畅通。除此之外,药师还应与药师开展良好的沟通,从而在平常工作的磨合过程中,将工作顺利开展起来。

(三) 完善药学科门诊服务管理规范

药学科门诊需要药师直接与患者接触,为患者提供正确的用药指导、用药咨询等服务,因此药师需要具备扎实的药学知识基础,具有专业的药学知识体系,从而在患者就诊中能够为患者提供专业的服务。在此要求下,药师不应固步自封,举步不前,而是应不断优化与提升自身专业水平,从而为患者提供更好的服务,为此新医改形势下的医院远期药学科门诊服务应加强规范化、专业化建设,从而完善药学科门诊服务管理规范,进而构建系统化的教育培训机制,为药师提供定期教育培训,以此不断优化与完善药师理论知识水平。

此外,在药学科门诊服务管理规范完善过程中还应根据《医疗机构药事管理规定》制定药学科门诊服务标准,目的是让药学科门诊更加规范化,促使各项工作均有据可依、有章可循,从而切实提升医院药学科门诊服务水平与整体质量。在医院药学科门诊服务标准制定中,应包含以下内容:一是药师的具体工作内容;二是药学科门诊所有工作人员行为准则;三是药学科门诊工作制度;四是药学科门诊服务流程;五是具体的奖惩机制。除此之外,还应定期对医院药学科门诊工作情况进行调查,了解药学科门诊的服务满意度、投诉率、以及药师等相关医护人员的服务态度等,以此为依据调整药学科门诊服务管理规范条例,进而推动医院药学科门诊服务水平提升^[5]。

三、新医改形势下的医院远期药学科门诊服务的持续质量改进策略

(一) 促使药师科学行使用药决策权利

合理用药(rational drug use)强调基于患者实际需求提供药物,具有降低患者承受的药物不良反应、缓解药物资源浪费问题、提高用药水平以及医疗服务质量等优势。由此可见,合理用药具有重要的价值意义,而药师则是提升合理用药水平的关键,为此新医改形势下的医院远期药学科门诊服务的持续质量改进需要深化合理用药,充分发挥药学科门诊药师作用。而基于药师基本职责来看,用药决策是药师具有的权利,但目前部分医院药学科门诊服务中药师的用药决策权利缺失,处方权依旧在医生手中,基于该现状,要想提高医院药学科门诊服务整体成效应促使药师科学行使用药决策权利。在此期间,为维护医院、医生、患者权益,可构建尝试协议门诊,即药师需要与医生签订合作协议,药师需要严格遵循协议形式用药决策权,并负责患者行使处方权的后续管理^[6]。

(二) 推动药学科门诊服务信息化建设进程

在新医改形势下,随着互联网技术迅猛发展,电子信息技术逐渐融入于医院服务体系建设,并在构建"互联网+医疗健康"推动便民惠民服务发展中取得显著成效。《国务院关于积极推进"互联网+"行动的意见》表明,"互联网+医疗健康"是新医改下医疗机构为满足新时代发展要求而提出的新型医疗服务结构。"互联网+医疗健康"是基于电子信息技术以便民惠民为目标,深入贯彻落实新时代中国特色社会主义思想与十九大精神,打造健康中国的重要路径。基于此,新医改形势下的医院远期药学科门诊服务持续质量改进应侧重推动药学科门诊服务信息化建设,深化信息技术在药学科门诊服务中的渗透与应用。例如,构建合理用药分析引擎、患者监护系统、患者档案管理系统等,从而一方面充分发挥药师在合理用药方面的价值作用,为患者正确用药进行指导,另一方面快速获取患者检查报告,掌握患者相关检出数据,从而以此为基础建立患者用药信息画像,进而大幅度提高医院药学科门诊服务效率,最后打破档案存储的空间壁垒,在药师想要调取相关患者曾经就诊档案时,能够直接通过电脑档案数据库,立即调取出相关档案信息,从而提高档案使用价值,并基于档案能够更加

全面地掌握患者用药情况,从而辅助药师开展用药指导服务。由此可见,推动药学科门诊服务信息化建设进程便于药师及时掌握病患信息,进而为其提供全方面服务,从而切实提升药学科门诊服务质量^[7]。

(三) 不断提升药学科门诊服务工作质量

首先,开通24h药学科门诊服务电话,药师应积极开展用药咨询服务,对电话咨询的患者或家属进行详细的药物知识讲解,为保证门诊服务质量,应制定科学的排班制度,每天由一名经验丰富的药师与实习或年轻药师搭配,以此确保为患者提供良好的答复。

其次,做好隔离工作。在新形势下新型冠状病毒肺炎防控依旧进行中,医院远期药学科门诊服务的持续质量改进应以疫情防控为着眼点,做好门诊全体医、药、护、工全部三级防护,实施收费、检验、检查、取药、治疗一体化模式,不断提升药学科门诊服务工作质量。做好隔离工作能够大幅度管控交叉感染问题发生,药师人员在进入医院后必须穿戴好工作帽、工作服和一次性隔离衣,医用防护口罩,此外,在进出发热门诊以及隔离病房时,应该按照要求穿戴个人防护装备,在穿脱防护服时,应设有专人监督或互相监督,避免交叉感染。

最后,开展公益药学服务。医院药学科门诊应定期组织药师到街道社区开展公益药学咨询服务,免费为群众提供相关的药学知识,与此同时,针对行动不便的患者应提供上门服务,为患者提供一对一的用药指导服务,并帮助独居老人查看家庭药箱内各种药品的有效期等,同时针对每一种药品为老人提供详细的讲解,告知其不同药品的具体疗效以及服用注意事项,进而保证老年患者用药的有效性^[8]。

结束语:

综上所述,医院药学科门诊于上个世纪成为医院的重要构成部门,随着时间推移,新时期下的医院药学科门诊已经具有成熟的服务模式,但随着群众对医疗服务质量的要求逐渐提升,传统药学科门诊服务模式已无法满足当前医院药学工作发展要求,因而开展新医改形势下的医院远期药学科门诊服务模式及持续质量改进策略研究具有重要的价值意义,不仅可以明晰联合应用多样化方式开展药学科门诊服务、加强药师和医生之间的沟通及协作、完善药学科门诊服务管理规范等是新医改形势下的医院远期药学科门诊服务新模式的构建方法。基于研究还可知,通过促使药师科学行使用药决策权利、推动药学科门诊服务信息化建设进程、不断提升药学科门诊服务工作质量等策略能够切实推进药学科门诊服务持续质量改进。

参考文献:

- [1]潘婧婷,丁凤,许李,等.新医改形势下医院远期药学科门诊服务模式新模式的构建与持续质量改进[J].中医药管理杂志,2021,29(24):298-300.
- [2]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.
- [3]李爱霞.门诊护理服务持续质量改进中PDCA循环理念的应用价值评析[J].保健文汇,2020(12):97-98.
- [4]马霞,冯国琴,周震萍.持续改进医院门诊环境设施质量 提高患者满意度[J].现代医院,2020,20(01):41-45.
- [5]史敏.持续质量改进在门诊护理质量管理中的应用研究[J].中国卫生产业,2019,16(29):38-39+42.
- [6]赵婷婷,练练.PDCA循环在门诊护理服务持续质量改进中的应用效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(81):294+296.
- [7]陆惠芬.持续质量改进在优化门诊护理服务中的应用效果评价[J].现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(07):103-104+111.
- [8]金红英,杨娟芳,张丽娟.持续质量改进在门诊诊区管理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(02):158+162.

综合护理干预对重症呼吸衰竭患者治疗的护理效果及生活质量影响分析

谢振华

中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院泰安院区重症医学科 山东泰安 271000

摘要：目的：讨论综合护理干预对重症呼吸衰竭患者治疗的护理效果及生活质量影响。方法：选取我院在2020年1月至2022年1月收治的58例重症呼吸衰竭患者，随机分组各29例，对照组实施传统护理干预，研究组施以综合护理，对比干预结局。结果：干预前两组血气分析指标水平比较差异不明显， $P>0.05$ 。干预后血气分析指标水平优于干预前， $P<0.05$ 。干预后研究组的氧分压、二氧化碳分压、PH指标水平优于对照组， $P<0.05$ 。生活质量改善幅度方面，研究组大于对照组， $P<0.05$ 。研究组肺啰音恢复时间与机械通气时间、咳嗽消失时间、住院时间比对照组短， $P<0.05$ 。研究组的护理总有效率高于对照组， $P<0.05$ 。结论：综合护理干预能够改善患者的呼吸功能与生活质量，加速恢复进程，值得临床应用推广。

关键词：综合护理；重症呼吸衰竭；生活质量

呼吸衰竭是多种致病因素共同作用引起的肺通气与换气功能严重障碍，无法有效气体交换，造成二氧化碳潴留，从而引起生理功能代谢紊乱的病症。呼吸衰竭是引起内分泌紊乱与血流动力学不稳定等不良事件的独立危险因素，严重威胁患者生命安全^[1]。在常规治疗基础上施行护理干预，更利于整体疗效提升，尤其是综合护理干预，给予患者心理和生理等方面的优质服务，使其身心处于最佳状态，从而加速康复进程，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择58例重症呼吸衰竭患者，病患均符合《西医诊断学》中相关诊断标准，病患及家属均知情同意；排除脏器功能障碍与精神意识障碍及临床资料缺失和合并严重并发症者。随机分组各29例，对照组中男性15例，女性14例；平均年龄 59.3 ± 4.2 岁。研究组中男性13例，女性16例；平均年龄 58.5 ± 4.7 岁。两组基础资料相匹配，差异无统计学意义， $P>0.05$ ，有比较价值。

1.2 方法

对照组患者施以传统护理，包括监护病情与生命体征、用药指导等。研究组施以综合护理干预，如下所示：

1.2.1 环境干预

营造安静整洁的住院环境，合理控制室内湿度（50%-60%）与温度（20-24℃），病房内定时通风消毒，减少强光与噪声等不良刺激，确保患者的休息质量。

1.2.2 气道管理

每天用双氧水漱口以保持口腔卫生，减少口腔细菌，及时清理患者口腔中的分泌物与呕吐物等。观察患者的呼吸情况和痰液浓稠及咳嗽次数等情况，教会患者如何正确咳嗽排痰，定时协助患者翻身与叩背。无法顺利排出痰液者，用适量茶碱类兴奋剂等药物或纤支镜促进排痰，吸痰中动作切记操作迅速与轻柔与准确，每次吸痰的时间尽量不超过15s。呼吸机治疗患者，合理控制呼吸机参数，严格消毒呼吸机，确保呼吸管路一人一用，定期更换呼吸管路，避免引起呼吸机相关性肺炎^[2]。合理选用与定期更换气管切开处伤口敷料，气道湿化用灭菌注射用水护理，控制吸入蒸汽温度。

1.2.3 心理护理

评估患者的心理状态，帮助患者识别严重临床症状与无创通气治疗等心理应激源；识别自我负性情绪来源，掌握转移注意力与心理暗示等自我情绪调节技能。多为患者构建康复蓝图，做好家属思想工作，使其给予患者更多的家庭力量支持，提高患者社会支持和感知社会支持度^[3]。用亲切的语气语调与热情的服务态度感染患者，拉近与患者的距离，鼓励患者主诉不适，从患者感兴趣的话题入手调节情绪。

1.2.4 健康宣教

根据患者理解能力和认知水平等个体差异，采取小组宣教或个体化宣教等模式，通过播放视听材料或发放健康知识手册等途径展开宣教工作，

讲解疾病与治疗 and 护理等方面的知识，要求患者明确注意事项与配合要点，纠正错误的认知观念，客观看待疾病治疗。做好操作解释与信息咨询和解疑答惑等工作，语言通俗易懂且言简意赅。系统性的传授自我管理方法，提高其遵医行为的自我效能，确保宣教的成效^[4]。

1.2.5 肺康复训练

康复治疗团队为患者制定个体化的肺康复训练计划，根据患者的耐受度和病情等合理调整训练的强度与时间。训练期间密切观察生命体征变化，发现异常情况应当停止训练。在无创机械通气辅助下展开肺康复运动训练，2次/d，15-20min/次，共训练5-7d；进行床上运动与床旁站立与踏板运动等低强度运动项目的训练；呼吸肌训练包括缩唇呼吸与腹式呼吸等训练项目。

1.2.6 并发症预防

密切监测患者的各项生命体征与血氧饱和度等，记录患者的各项数据，向医师反馈异常数据，及时采取有效措施进行处理。患者出现呼吸困难与紫绀等症状需及时吸氧，纠正体内的缺氧情况，隔2h检测1次患者的血氧浓度等指标，及时向医生报告检测结果，合理调整治疗方案。机械通气期间，妥善固定吸氧管，根据病情调整氧浓度与氧流量。吸氧间歇协助患者保持半卧位，以利于患者呼吸^[5]。吸氧时保持平卧位，按摩患者的双下肢，鼓励患者主动活动关节与四肢，促进血液循环，避免发生下肢深静脉血栓与关节僵硬及肌力下降等情况。卧床期间保持皮肤的干燥与清洁，在骨隆凸处垫软垫，避免出现压疮。

1.2.7 饮食护理

营养师制定饮食方案，嘱咐患者充足饮水，每天保证营养物质摄入，营养元素均衡，以清淡易消化和高维生素及高蛋白质食物为主，鼓励多吃新鲜的蔬菜。告知正确的饮食方法和原则及禁忌，讲解饮食辅助疗法对疾病恢复的意义，加强患者的重视。

1.3 观察指标

参照SF-36数字评分法，评定生活质量改善情况。参照无创机械通气时间与住院时间等指标，评定患者预后改善情况。参照干预前与干预后的血气分析指标，评估患者病情改善程度。疗效评定标准分为显效（症状与体征恢复正常，无呼吸困难与胸闷表现）、有效（症状体征明显改善，呼吸困难与胸闷表现显著缓解）、无效（未达到上述标准，甚至病情加重）三项。

1.4 统计学方法

用spss21.0软件处理数据，计量数据用均数±标准差表示，行秩和检验其数据是否符合正态分布；计数资料用[n/%]表示，行卡方检验差异性；组间统计学差异用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 血气分析结果

干预前两组血气分析指标水平比较差异不明显， $P>0.05$ 。干预后血气分析指标水平优于干预前， $P<0.05$ 。干预后研究组的氧分压、二氧化碳分

压、PH 指标水平优于对照组, $P<0.05$, 如表 1 所示。

表 1 血气分析结果比较 ($\bar{x} \pm s$, $n=29$)

指标	时间	对照组	研究组	t	P
氧分压 (mmHg)	干预前	47.48±3.26	47.12±3.31	0.624	0.327
	干预后	64.64±4.32	81.33±4.28	17.127	0.000
二氧化碳分压 (mmHg)	干预前	65.18±3.26	65.26±3.17	0.526	0.416
	干预后	56.41±2.35	45.18±1.74	23.114	0.000
PH	干预前	6.23±0.36	6.24±0.16	0.384	0.634
	干预后	7.04±0.35	7.98±0.25	4.268	0.031

2.2 生活质量

生活质量改善幅度方面, 研究组大于对照组, $P<0.05$, 如表 2 所示。

表 2 生活质量情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	对照组	研究组	t	P
躯体疼痛	70.15±3.85	84.23±3.26	19.117	0.000
情感职能	71.41±3.28	85.65±3.15	19.406	0.000
生活功能	68.26±3.52	83.48±2.33	21.468	0.000
生理职能	71.17±2.38	83.95±2.25	15.415	0.000
一般健康	70.04±3.35	84.45±3.54	19.134	0.000

2.3 预后情况

研究组肺啰音恢复时间与机械通气时间、咳嗽消失时间、住院时间比对照组短, $P<0.05$, 如表 3 所示。

表 3 恢复进程比 ($\bar{x} \pm s$, d)

指标	对照组	研究组	t	P
肺啰音恢复时间	6.31±1.33	5.02±0.15	6.134	0.015
机械通气时间	8.65±0.85	5.17±0.44	8.565	0.005
咳嗽消失时间	6.15±1.15	5.14±0.54	6.289	0.015
住院时间	16.45±2.14	14.28±1.17	7.625	0.008

2.4 临床疗效

研究组的护理总有效率高于对照组, $P<0.05$, 如表 4 所示。

表 4 临床疗效比较 (n, %)

组别	n	无效	有效	显效	总有效率
对照组	29	7 (24.14)	6 (20.69)	16 (55.17)	75.86
研究组	29	1 (3.45)	7 (24.14)	21 (72.41)	96.55
²					5.220
P					0.022

3 讨论

重症呼吸衰竭患者的肺换气功能障碍, 引发生理功能代谢紊乱。同时, 受炎症应激与药物应激及心理应激等刺激因素的影响, 处于恶性循环状态, 血流动力学不稳定与内分泌紊乱等风险加剧, 应当及时接受对症治疗, 逐步改善患者生理功能, 从而加速康复进程^[6]。患者接受治疗性服务的同时, 提供心理和生理等方面的优质护理, 发挥辅助疗法的作用价值, 整体性的推动患者病情转归。综合护理实现了责任制护理与小组集体护理的优势协同, 有以下几方面的优点, 即为患者提供全面和连续的整体护理, 患者对护理的满意度较高; 增强了护士的责任感与求知感及成就感, 利于激发其工作的潜能和主观能动性; 强化了医护人员与家属及患者间的沟通, 合作性加强; 护理小组成员间的沟通和协作加强, 利于提高护理服务质量; 医护人员和患者等主体, 共同参与制定护理计划, 更利于确保整体的护理成效^[7]。

在治疗全程施行综合护理干预, 能够改善患者的肺功能。护理人员密切

患者的生命体征和血氧饱和度等方面的变化, 及时提供机械通气和肺功能锻炼和营养支持等护理服务, 打破致病因素的影响。综合护理干预可帮助患者摆脱应激状态, 保持呼吸道通畅的同时, 改善缺氧与纠正二氧化碳以及代谢功能紊乱, 促使肺通气与换气功能恢复正常, 带动血气分析指标的改善。如腹式呼吸训练, 能够增加膈肌力量及膈肌与腹肌在呼吸运动中的协调性, 增加潮气量与肺泡通气量, 减少功能残气量。如缩唇呼吸训练, 能够提高气道内压力, 利于肺内气体的排出。要求护理人员充分掌握呼吸康复训练等护理措施的正确操作要点, 促使医疗服务的质量和效益得以持续改进。

综合护理干预能够改善患者的生活质量, 系统性的健康教育, 可提高患者的认知度, 使其主动遵循健康的生活方式, 提高自我管理能力。心理护理可改善患者的情感职能, 稳定患者的身心状态, 利于预后改善和康复。肺功能锻炼及饮食指导等细节护理干预, 可促进呼吸肌肉组织功能的恢复, 改善患者的生理功能和健康状态, 从而提高患者的整体舒适度和生存质量。加强对家属的思想教育, 使其给予患者更多的家庭力量支持, 并引导家属参与到护理工作中来, 督促患者遵循健康的生活方式, 贯彻执行护理计划与治疗方案, 更利于达到理想的护理管理效果^[8]。

综合护理干预能够加速病情转归, 尤其是并发症预防的护理干预, 提高了护理工作的创造性和前瞻性及系统性, 及时发现和解决影响患者快速康复的因素, 降低患者发生并发症的可能, 从而缩短患者的住院时间。发挥饮食与康复锻炼等辅助疗法的优势协同效应, 打破患者的应激状态, 使其主动规避负面情绪和不良生活习惯等因素对预后改善的影响, 提高患者的配合度与依从性, 促使临床工作得以顺利开展, 发挥护理计划及治疗方案的作用价值, 从而加速临床症状的改善进程^[9]。

综合护理干预能够提高整体疗效, 要求护理人员本着以人为本和循证医学等现代化的护理理念施行临床服务, 从患者的需求入手, 在不违背医院制度的基础上, 主动提供人文关怀, 让患者切实感受到护理人员的关心和照顾, 从而提高依从性和信任度。综合护理工作的创造性更强, 护理人员主动落实先进的护理知识技能, 根据病情变化等情况, 及时调整护理计划和治疗方案, 提高临床工作的针对性及有效性。综合护理干预与以往根据病情被动落实护理措施的常规护理不同, 护理人员的主动性和积极性更强, 事前预测各种影响病情转归的因素, 在护理工作中加强病情控制与改进护理措施, 事后加强实践经验总结, 采取有效措施弥补护理工作的薄弱环节, 促使护理工作体系更加完善。

综上所述, 综合护理干预能够改善患者的呼吸功能与生活质量, 加速恢复进程, 提高整体疗效, 值得深入研究。

参考文献:

- [1]郑淑梅,陈楚芬,吴树斌,蔡广平.综合护理对重症呼吸衰竭患者治疗期间的护理干预研究[J].医学食疗与健康,2022,20(02):142-144+148.
- [2]李红英,董启玉,苏芬.综合护理干预及胃肠道护理对重症呼吸衰竭患者治疗期间满意度的作用探讨[J].中国社区医师,2021,37(23):123-124.
- [3]涂佳.综合护理干预对重症呼吸衰竭患者治疗期间的护理效果观察[J].湖北科技学院学报(医学版),2020,34(03):256-257.
- [4]高楠,高磊,宋盼盼,张晓红.综合护理干预应用于重症呼吸衰竭患者治疗中的效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(03):47+54.
- [5]虎双艳,蒋彩和,胡莲.重症呼吸衰竭患者治疗中实施综合护理干预的临床应用价值[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(93):109.
- [6]刘玉琼,叶欣欣,陶春彩,等.临床路径护理管理对ICU重症急性肾衰竭患者的肾功能及预后的影响分析[J].中国中西医结合肾病杂志,2018,19(5):449-451.
- [7]张坤.重症肺炎合并呼吸衰竭患者应用医护一体化护理模式的效果[J].系统医学,2021,6(5):186-188.
- [8]唐薇薇.综合护理干预对重症呼吸衰竭患者治疗期间的护理效果研究[J].名医,2019(05):148-149.
- [9]何廷廷.人性化护理对重症肺炎呼吸衰竭患者使用无创呼吸机的影响探讨[J].家有孕宝,2021,3(2):271.

综合护理干预对成人癫痫生活质量及焦虑、抑郁状况的影响

叶慧敏

浙江大学医学院附属第二医院 浙江省杭州市 310000

摘要：目的：分析综合护理干预对成人癫痫生活质量及焦虑、抑郁状况的影响。方法：选成人癫痫患者 150 例，随机均分为对照组和观察组，对照组进行常规护理，观察组进行综合护理干预，统计护理质量。结果：观察组护理质量优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在成人癫痫患者接受临床治疗期间，应在常规护理的基础上融入综合护理干预，帮助患者提高临床就诊过程中的生活质量，不仅可以改善患者心中的负面情绪，还可以通过提升其自身各项指标，建立有效的临床护理措施，不仅符合现代化临床护理对于护理工作具体要求，还具有综合护理意义。

关键词：综合护理干预；成人癫痫；生活质量；焦虑；抑郁状况；临床影响

成人癫痫为临床常见精神类疾病，在临床治疗过程中，该疾病不仅具有较高的发病率，并且在治疗过程中具有就在临床治疗难度。当患者患病后，机体不仅会出现肢体及语言行为障碍，严重时还会容易受到外界刺激，进而导致患者疾病出现复发^[1]。因该疾病在临床具有较长的临床治疗周期，因此，在对患者进行临床治疗期间，应在综合护理的基础上融入相应的护理措施，帮助患者改善临床生活质量，具有较高的临床治疗价值。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 2 月~2021 年 2 月成人癫痫患者 150 例，随机均分为对照组和观察组，每组 75 名。观察组男女比例为 35：40，年龄分布为 20~69 岁，平均年龄为（49.51±2.66）岁。对照组男女比例为 41：34，年龄分布为 21~73 岁，平均年龄为（47.21±3.54）岁（ $P>0.05$ ）。纳入标准：（1）符合临床诊断标准；（2）经过医院相关部门审批。排除标准：（1）可自主交流；（2）认知障碍。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

对照组进行日常护理：（1）基础疾病护理：患者在入院后，临床护理人员应对患者进行基础疾病护理在进行护理期间，首先应对患者的临床生命体征进行监测，保证患者在接受临床治疗过程中的安全性^[2]。（2）环境护理：因患者入院后自身行为功能受到影响，因此在对患者进行临床护理期间，首先对患者进行环境护理。委派医护人员定期对患者的病房进行打扫，并采用紫外线消毒的方式对病房内的空气进行杀菌，保证病房内的空气质量。（3）日常环境注意事项：在进行护理期间，应向患者及家属讲解在接受护理过程中的注意事项，进而使患者及其家属配合，使其具有较高的耐受情绪^[3]。（4）健康知识讲解：在进行健康知识讲解期间，应了解患者及其家属的文化水平，并采取特定的方式，如漫画、文章等，对患者进行健康教育。通过通俗的语言向患者及家属讲解疾病的治疗过程中的注意事项以及用药情况，鼓励患者家属监督患者进行正确用药。（5）配合患者家属以及患者完成各项检查：因患者在住院后需要进行各项检查，此事因患者及家属的临床检查过程不了解，故易出现检查疏漏。此时，临床护理人员应做到全程陪同，并向患者及家属讲解检查的重要意义，使患者感受到医院的温暖。

1.2.1 观察组

观察组进行综合护理干预：（1）成立护理小组：在患者出院后因其肢体、行为行动能力不受控制，因此在接受临床护理期间，应以小组为单位进行。不仅要对患者进行全方面的综合护理服务，还应满足患者及家属对于临床护理工作要求，具有较高的临床普及价值。在创立小组后，应对系统内成员进行选拔考核，在考核过程中，不仅要考虑护理人员的临床操作能力，还应考虑护理人员的临床沟通技巧，使患者及其家属得到优质的配

合^[4]。在进行临床选拔期间，首先应选拔具有丰富临床经验的护理人员作为小组内的负责人员，对于小组的负责人员，不仅要统筹临床小组护理的具体工作，还应配合医生对患者实施有针对性的临床护理措施。在打造护理协作小组期间，应坚持 24 小时排班制度，使患者在全天内均可以得到良好的护理服务保障，提升临床护理过程中的安全性^[5-6]。（2）环境护理：当患者入院后，机体需要进行有效的康复护理，此时的专业对患者的环境及有效护理，指导护理人员对患者的环境进行布置，并采取消毒等的方式，避免出现感染等意外事件。在病房内易跌倒的场所应张贴醒目标志，避免患者出现跌倒，从权威角度去患者提供护理，关于在患者入院后如果对病房内设备具有结构的疑问，此时护理人员应该根据医院的实际情况，对护理细节实施改正，进而打造符合患者要求的临床护理环境，保证患者具有较高的临床护理依从性，不仅符合现代化临床的要求，还符合人文关怀的要求^[7]。（3）建立个人档案：患者入院后临床应为患者建立个人档案，通过记录患者的疾病史等，做到定期回访，保证患者临床护理价值^[8]。（4）饮食护理：在患者入院后，应对患者饮食进行护理，了解患者的个体喜好以及患者的个人风俗习惯，为患者制定个性化饮食护理措施。采用营养配比表了解患者机体营养摄入量，保证患者营养摄入量。（5）心理支持：在患者预后应对患者进行心理支持，向患者及家属讲解疾病是可以治愈的，必要时可以采用成功康复的患者进行现身说法，使病友告知患者疾病是可以治愈的病。患者出现负面情绪期间可以召开病友交流会，并在交流会内采用微信技能方式普及关于该疾病的相关知识，提升患者及其家属对疾病的了解^[9-10]。

1.3 观察指标

对比患者护理满意度、护理质量评分、生活质量评分以及心理状态。

1.4 统计学方法

统计学结果由 SPSS26.0 统计学软件统计完成，若组间数据对比结果差异显著 $P<0.05$ ，则具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比护理满意度

观察组护理满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 1 对比护理满意度[n（%）]

组别	例数	满意	较满意	不满意	总满意数
对照组	75	32(42.67)	31(40.00)	12(16.00)	63(85.33)
观察组	75	50(66.67)	23(30.67)	2(2.67)	73(97.33)
χ^2	-	-	-	-	16.959
P	-	-	-	-	<0.05

2.2 对比护理质量评分

观察组护理质量评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表2 对比护理质量评分[$(\bar{x} \pm s)$ /分]

组别		护理态度	心理疏导	管理措施	操作水平	计划制定
干预前	对照组（n=75）	124.28±6.98	55.68±1.25	50.63±5.21	82.62±4.58	64.25±0.21
	观察组（n=75）	124.58±7.58	55.66±1.41	50.69±2.35	83.44±4.75	64.12±0.31
	对照组（n=75）	117.85±3.69	65.34±0.28	61.69±2.81	89.65±5.84	1.28±0.01
	观察组（n=75）	110.28±3.74	75.01±0.32	77.57±2.63	92.57±5.47	75.67±0.02
<i>t</i> 组间干预前		0.615	0.216	0.885	1.041	87.254
<i>P</i> 组间干预前		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
<i>t</i> 组间干预后		4.155	-27.656	2.095	3.012	18.972
<i>P</i> 组间干预后		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 对比心理状态评分

观察组心理状态评分优于对照组 ($P<0.05$)。

表3 比较两组心理状态评分[$(\bar{x} \pm s)$ /分]

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	75	59.36±5.47	45.37±2.76	55.74±2.84	49.39±2.47
观察组	75	58.43±5.69	32.18±2.96	56.41±2.38	39.48±2.73
t	-	0.745	20.612	0.146	17.024
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 对比生活质量

观察组生活质量评分优于对照组 ($P<0.05$)。

表4 对比生活质量评分[$(\bar{x} \pm s)$ /分]

SF-36	评价时间	对照组 (n=75)	观察组 (n=75)	t	P
生理功能	干预前	69.47±18.64	69.34±17.74	0.032	0.975
	干预后	60.63±16.16	52.47±15.91	0.276	0.026
生理职能	干预前	72.87±21.32	73.46±20.64	-0.126	0.9
	干预后	69.11±19.64	58.92±16.01	2.543	0.013
躯体疼痛	干预前	82.30±23.64	82.16±22.94	0.027	0.979
	干预后	79.19±21.21	69.13±20.27	2.169	0.033
总体健康	干预前	25.47±6.64	25.34±7.74	0.081	0.936
	干预后	21.63±6.16	18.47±5.91	2.341	0.022
生命活力	干预前	60.46±16.38	60.92±16.51	-0.125	0.901
	干预后	55.61±15.12	45.14±14.69	3.141	0.002
社会功能	干预前	31.97±9.62	31.43±10.54	0.282	0.779
	干预后	27.68±8.43	22.12±5.93	-3.287	0.001
情感职能	干预前	27.92±7.62	27.01±7.89	-0.038	0.97
	干预后	24.16±6.87	20.43±5.24	-4.442	<0.001
精神健康	干预前	70.04±20.62	70.13±20.47	-0.053	0.958
	干预后	60.12±17.47	56.69±15.94	-3.909	<0.001

3 讨论

在进行综合护理期间, 首先应对患者的临床一般资料进行系统性考核, 并结合患者的临床一般资料对患者进行针对性治疗措施, 帮助患者控制那些负面情绪。对患者进行有效的临床心理护理, 帮助患者抑制内心抑郁的情绪, 具有较高的临床价值^[11]。目前, 临床对于对成年癫痫患者临床护理方式仍具有较大的争议。因此, 本次实验主要学习在我院就诊的成人癫痫患者对其临床护理质量进行系统化评分以及医院的具体情况为患者制定针对性的临床护理措施, 在营造良好护理体系的同时, 帮助患者改善疾病带给患者积极的影响。目前在临床具有极高的研究价值, 在实施综合

护理期间, 还应采用形成文件的方式, 不断了解患者及家属对临床护理工作的意见, 进而结合患者的个体情况以及医院的实际情况进行定时反馈, 制定有针对性的临床护理体系, 建立有效的临床护理措施, 具有较高的临床护理意义。在实施护理期间, 还应患者的情况进行定期回访, 感使患者对于护理人员具有较高的信任度^[12]。

综上所述, 在成人癫痫患者接受临床治疗期间, 应在常规护理的基础上融入综合护理干预, 帮助患者提高临床就诊过程中的生活质量, 不仅可以改善患者心中的负面情绪, 还可以通过提升其自身各项指标, 建立有效的临床护理措施, 不仅符合现代化临床护理对于护理工作具体要求, 还具有综合护理意义。

参考文献:

- [1]王建玲, 苏琳琳, 张全英. 基于自我调节理论的护理干预对脑卒中后遗症患者身心康复及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41 (06): 1061-1065.
- [2]王建华. 护理干预对成人癫痫患者自我效能及生活质量与焦虑抑郁状况的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (10): 2.
- [3]付丽丽. 综合护理干预模式在成人癫痫患者护理中对其生活质量及焦虑抑郁状况的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (19): 3.
- [4]陆玮, 张晓侠. 家庭支持干预对癫痫患儿父母焦虑、抑郁及生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (4): 3.
- [5]冯明媚, 郑素芬, 阮春燕, 等. 综合护理干预模式对成人癫痫患者生活质量及焦虑抑郁状况的影响分析[J]. 中国实用医药, 2020, 15 (22): 3.
- [6]Sun H, Lin H, Ye H. Effect of comprehensive nursing intervention on serum inflammatory factors and quality of life in patients with pelvic inflammatory disease[J]. American Journal of Translational Research, 2021, 13 (5): 5554-5560.
- [7]Xiao-Mei Y, Qiu-Mei L, Qing-Ning G. Effect of high-quality nursing intervention on anxiety and depression in patients with chronic heart failure accompanied malnutrition: A protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine, 2020, 2020 年 99 卷 22 期: e20261 页.
- [8]李勇芳. 中医综合护理对于癫痫患者发作次数及抑郁焦虑程度的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18 (12): 3.
- [9]张苗苗, 赵江明, 李洁, 等. 成人癫痫患者的生活品质与社会支持、焦虑抑郁状况的相关性研究[J]. 癫痫与神经电生理学杂志, 2020, 29 (2): 6.
- [10]李超然, 彭淑, 于笑峰, 等. 成人癫痫患者共患焦虑和抑郁的相关因素研究[J]. 精准医学杂志, 2020, 35 (4): 5.
- [11]李文婷, 杨萌. 综合护理干预对脑卒中患者焦虑、抑郁状态及生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26 (5): 3.
- [12]李景. 综合护理干预模式在成人癫痫患者护理中对其生活质量及焦虑抑郁状况的影响[J]. 当代临床医刊, 2020.

急性下肢动脉栓塞实施全程优质护理的价值分析

于莹

中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院泰安院区重症医学科 山东泰安 271000

摘要：目的：探究急性下肢动脉栓塞实施全程优质护理的价值。方法：将我院2020年1月-2021年1月收治的52例急性下肢动脉栓塞患者，随机分对照组与研究组各26例，分别采用常规护理、全程优质护理干预，对比两组的护理干预结局。结果：研究组的凝血功能指标优于对照组， $P<0.05$ 。研究组的术后并发症率低于对照组， $P<0.05$ 。研究组患者的护理总有效率比对照组高， $P<0.05$ 。研究组的遵医行为自我效能评分高于对照组， $P<0.05$ 。结论：全程优质护理服务可提高整体疗效，改善患者的凝血功能与预后，值得应用推广。

关键词：急性下肢动脉栓塞；全程优质护理；应用价值

急性下肢动脉栓塞是指从心脏和近端动脉壁脱落或外界进入动脉的栓子，阻塞远端动脉血流，导致肢体急性缺血与坏死。与动脉粥样硬化斑块脱落或心源性心房颤及主动脉瘤附壁血栓脱落等病因有关，需及时接受诊疗，以减轻下肢组织损伤^[1]。在常规导管取栓术或全身性溶栓疗法等对症治疗的基础上施行护理干预，更利于整体疗效提升，尤其是全程优质护理服务，通过前瞻性与人文性及系统性的护理工作的，加速病情转归，推动医疗服务质量与效益的持续改进。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院收治的52例急性下肢动脉栓患者，患者及家属均知情同意，排除临床资料缺失与精神意识障碍及合并严重并发症者。随机分为对照组、研究组各26例，对照组年龄在 38.1 ± 3.4 岁；男性14例，女性12例。对照组年龄在 38.1 ± 3.3 岁；男性13例，女性13例。两组基线资料相匹配， $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组接受常规护理干预，主要包括观察病情与环境干预等。研究组接受全程优质护理干预，方法如下：

1.2.1 术前护理

落实人文性的术前访视工作，根据肝肾功能与凝血功能等检查结果，加强术前评估，评估患者的综合情况，识别下肢动脉栓塞的危险因素。监测患者的心肺功能，完善心电图，发现血脂与胆固醇等异常现象，及时对症处理^[2]。加强术前宣传，告知下肢动脉栓塞的病因与注意事项和手术治疗等相关内容，提高患者的认知度和遵医行为的自我效能。加强心理疏导，通过语言鼓励法与家庭力量支持和信心疗法等措施，缓解患者的负面心理，使其能够主动摆脱不良情绪因素对手术顺利进行和正常血流动力学的影响。准备好抢救药物与物品及器械，指导患者取平卧位，提高床头15°，标识双下肢足背动脉搏动情况，便于术中效果的观察。做好患肢的保暖工作，叮嘱家属严禁按摩与冷敷或热敷，防止栓子脱落引发的肺栓塞等严重后果^[3]。

1.2.2 术中护理

在确保手术成功率的基础上，加强手术配合，缩短手术时间。手术操作中的动作轻柔，减少手术应激反应。通过加热输注药液与控制手术室温度等措施，做好保暖措施，避免低体温引起的寒颤等并发症的风险。术中密切观察患者的生命体征变化，发展异常情况及时处理，确保手术得以顺利展开^[4]。

1.2.3 术后护理

术后尊重患者的知情权，明确告知手术情况和术后注意事项。加强心理护理和健康教育，普及下肢动脉栓塞相关的知识，使其客观看待术后恢复，消除患者的恐惧等负面心理，主动摆脱不良情绪的刺激，提高治疗信心。术后协助患者定时翻身，防止出现压疮。做好肢体保暖工作，观察患者的病情变化，时常测量患肢各平面的周径，对比记录的数据，以此观察疗效^[5]。观察脉搏和皮温的变化情况，定期检查凝血指标，观察手术切口与穿刺点部位的情况，观察穿刺部位和导管留置情况，发现异常出血情况，及时通知医师处理。加强肢体活动指导，指导患者合理进行肢体的制动与

被动锻炼，根据病情恢复情况，指导患者展开足踝关节的屈伸运动和双脚交替运动，循序渐进的增加活动量与强度，如膝关节的屈伸运动与双下肢交替运动等，以改善血液循环。加强饮食指导，制定针对性的饮食方案，告知少食多餐等进食原则与高维生素等饮食方法及减少辛辣食物摄入等禁忌，确保营养均衡。叮嘱患者戒烟戒酒，讲解香烟中尼古丁刺激血管与促使血管收缩及加重缺血症状等方面的内容，提高其自我护理意识^[6]。叮嘱患者多饮水，维持体内渗透压的平衡。做好个人卫生，日常生活中避免挤压和碰撞创面，每日清洁创面，加速创面的愈合。

1.3 观察指标

参照纤维蛋白原 Fbg 与活化部分凝血酶原时间 aPTT、凝血酶原时间 PT、凝血酶时间 TT 的指标水平，了解术后患者的凝血功能情况。统计两组的并发症率。观察两组的遵医行为。护理效果评价标准分为显效（患肢栓塞远端动脉造影完全通畅，远端动脉搏动完全恢复，皮温恢复正常，坏死和疼痛等症状明显改善）与有效（患肢栓塞远端动脉造影部分通畅，远端动脉搏动部分恢复，皮温有所改善，坏死和疼痛等症状有所好转）及无效（未达到上述标准）三项，显效+有效=总有效^[7]。

1.4 统计学方法

数据用 spss19.0 软件处理，计量数据用均数±标准差表示，行秩和检验其数据是否符合正态分布；计数资料用[n/%]表示，行卡方检验差异性；组间统计学差异用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 凝血功能

研究组的凝血功能指标优于对照组， $P<0.05$ ，见表1。

表1 凝血功能指标比较 ($\bar{x}\pm s$, n=26)

指标	对照组	研究组	t	P
TT (s)	14.23±2.15	12.41±2.44	6.265	0.015
PT (s)	17.56±3.06	12.33±2.18	9.148	0.002
aPTT (s)	42.42±4.33	36.25±2.21	10.651	0.001
Fbg (g/L)	2.71±0.12	2.01±0.03	3.485	0.045

2.2 并发症情况

研究组的并发症率低于对照组， $P<0.05$ ，见表2。

表2 并发症率对比 (n,%)

组别	n	动脉继发血栓	压疮	导管脱落	其他	总发生率
研究组	26	1 (3.85)	0 (0)	0 (0)	1 (3.85)	7.69
对照组	26	2 (7.69)	1 (3.85)	2 (7.69)	3 (11.54)	30.77
χ^2						4.457

P 0.035

2.3 护理成效

研究组的护理总有效率比对照组高, $P < 0.05$, 如表 3 所示。

表 3 护理效果比较 (n, %)

组别	n	无效	有效	显效	总有效率
对照组	26	7 (26.92)	5 (19.23)	14 (53.85)	73.08
研究组	26	1 (3.85)	7 (26.92)	18 (69.23)	96.15
χ^2					5.318
P					0.021

2.4 遵医行为自我效能

健康行为自我效能评分方面, 研究组比对照组高, $P < 0.05$, 如表 4 所示。

表 4 效能评分比 (x ± s, 分)

指标	对照组	研究组	t	P
饮食	13.13±2.33	18.15±1.16	10.154	0.002
运动	14.41±2.15	18.31±1.21	9.254	0.003
生活习惯	12.06±1.12	16.74±1.12	9.276	0.003
药物使用	14.15±1.52	19.09±0.49	10.274	0.002
并发症预防	12.27±1.52	17.45±2.12	10.365	0.002

3 讨论

下肢动脉栓塞是多种致病因素共同作用的结果, 包括心源性与血管源性 & 医源性或肿瘤性等发病因素的影响。合并多种基础疾病的中老年人 & 动脉损伤及恶性肿瘤等类型人群, 是下肢动脉栓塞的高危人群。下肢动脉栓塞有疼痛和麻木及运动障碍 & 无脉、苍白等症状表现, 症状表现的 & 程度与缺血的程度有关^[8]。下肢动脉栓塞后易引起肾功能损害 & 代谢产物聚集及肢体缺血坏死等不良症状, 需及时接受诊疗。本着三分治疗七分护理的服务理念, 在常规治疗基础上施行护理干预, 力求带动整体疗效的提升, 从而实现医疗资源的整合优化 & 高效利用。尤其是全程护理干预, 及时发现 & 解除影响疾病转归的危险因素, 根据病情变化, 及时调整护理干预措施, 促使临床工作的价值得以充分发挥^[9]。

本次研究结果显示, 研究组的凝血功能指标优于对照组, 组间存在统计学差异, 表示全程护理干预利于改善生理功能。术前积极治疗心脏病等原发疾病, 稳定患者的心理状态, 使其做好手术治疗的准备。术前要求患者绝对卧床休息, 患肢低于心脏 15°。密切观察患者的生命体征 & 患肢的变化, 发现异常情况及时处理。完善各项检查, 明确栓塞的部位 & 程度, 提高手术治疗的针对性 & 有效性。在溶栓抗凝治疗后, 密切观察凝血功能 & 出血情况, 提高护理工作的针对性 & 有效性。通过全程优质护理服务, 切实纠正组织灌注不足引起的症状表现, 有效改善患肢的凝血功能, 加速患肢的预后改善 & 病情转归。

研究组的术后并发症率低于对照组, 组间存在统计学差异, 表示全程护理干预利于规避影响术后恢复的危险因素。患者出现压疮, 是护理人员风险意识 & 责任意识 & 服务意识不足的表现, 需通过定时翻身 & 按摩受压部位等措施, 降低压疮的发生率。尤其是在术中, 在受压部位垫软垫, 提高患者的舒适度, 防止术中 & 出现急性压疮。导管脱落 & 与固定不稳妥等因素影响有关, 还需加强术后导管方面的护理管理。在优质护理服务中, 要求护士本着为患者负责的原则, 妥善固定导管, 记录导管置入的深度, 在注射溶栓药物前, 严格消毒导管 & 鞘头, 排尽管内的空气, 再取肝素钠进行封管, 避免发生导管堵塞 & 脱落等情况。动脉继发血栓 & 与患者的体质 & 术中应激反应等因素的影响有关, 还需术中加强细节护理操作, 减少手术应激风险。术后加强肢体功能锻炼 & 营养指导等护理干预, 改善患者的体质, 帮助患者尽快摆脱炎症应激 & 负面情绪应激等刺激因素引起的恶性循环状态, 提高临床工作的安全可靠。针对于术后并发症的预防, 要求护理人员提高护理工作的前瞻性与针对性 & 系统性, 事前预测术后可能出现的并发症, 整合临床工作经验 & 患者需求 & 前沿的护理知识技能等, 采取有效的措施进行预防 & 处理, 切实规避并发症危险因素对患者预后改善的影

响^[10]。

研究组的护理总有效率高于对照组, 组间存在统计学差异, 表示全程护理干预利于提高医疗服务的质量和效益, 促使护理计划 & 治疗方案的应用价值得以充分发挥。在全程护理干预中, 要求护理人员端正工作态度 & 思想, 牢固树立服务意识, 一定要想病人之所想, 急病人之所急, 一切以病人为中心。要求护士加强协作, 并以解除病人痛苦为己任, 善待每一位病人 & 家属, 对待患者有如对待亲人的工作态度, 并及时耐心劝解安慰患者, 促使患者的情绪趋于稳定。与医生积极配合, 术中加强细节护理措施的把控, 缩短手术时间, 降低手术风险的同时, 有效减轻患者的症状。护士加强实践经验总结, 引用先进的技术和方法, 提高护理工作的创造性 & 系统性, 实现医疗服务质量 & 效益的持续改进。通过功能锻炼 & 指导患者休息 & 戒烟等护理, 缓解患者因下肢动脉供血不足引起的活动无耐力问题。患者症状减轻后, 可适当进行活动, 但在活动中需避免摔伤, 还需做好家属的思想教育 & 护理指导工作, 发挥家属看护的意义, 确保患者术后恢复的进程。全程优质护理服务的内容较多, 涉及患者的心理 & 生理 & 情感等方面, 从患者的需求入手, 主动提供优质的护理服务, 弥补传统护理服务的不足, 达到理想的护理效果。全程优质护理服务提高了护理人员的服务质量 & 工作标准, 基础护理 & 专科护理 & 风险护理的水平提升, 发挥护理工作的优势协同效用, 同时把握护理的要点 & 重点, 利于整体性的推动患者身心状态改善^[11]。

研究组的遵医行为自我效能评分高于对照组, 组间存在统计学差异, 表示全程护理干预利于提高患者的自我护理意识 & 管理能力。护理人员向患者主动提供人文关怀, 与病患的关系融洽, 患者的信任度 & 配合度提高, 利于临床工作的规范展开。心理护理 & 健康教育贯穿治疗全程, 使其能够客观看待疾病治疗 & 术后恢复, 主动遵循健康的生活方式, 掌握饮食 & 运动等辅助疗法干预的价值后, 更利于患者依从性 & 自我管理能力的提升。通过全程优质护理服务, 手术疗法的价值得以充分发挥, 疼痛 & 麻木 & 运动障碍等症状得以快速缓解, 患者看到疗效后, 会调动其体内的积极因素, 加上护理人员系统性的指导 & 宣教, 患者的认知需求得到满足, 能够根据病情灵活采用自我管理方法, 更利于患者在漫长的恢复期加强自我管理。

综上所述, 全程优质护理服务可提高整体疗效, 改善患者的凝血功能 & 预后, 强化患者的遵医行为, 值得深入研究。

参考文献:

- [1]范旭,刘芮沂.急性下肢动脉栓塞急诊手术患者的护理体会[J].中国医药指南,2022,20(15):136-138.
- [2]张小鹏.急性下肢动脉栓塞在两种手术方式下的疗效分析[D].兰州大学,2020.50
- [3]兰思恩.急性下肢动脉栓塞实施全程优质护理的价值分析[J].心血管病防治知识(学术版),2020,10(03):87-89.
- [4]马秋菊.急性下肢动脉栓塞围手术期护理干预对术后并发症的影响[J].中外女性健康研究,2019(24):19-20.
- [5]王信芳.介入置管溶栓治疗高原红细胞增多症并发急性下肢动脉栓塞的观察与护理体会[J].青海医药杂志,2019,49(12):26-28.
- [6]别会会.急性下肢动脉栓塞的术后优质护理[J].医学食疗与健康,2019(15):4+6.
- [7]蒋红梅,贾慧茹.身心护理在急性下肢动脉栓塞术后护理的应用效果及护理满意度分析[J].结直肠肛门外科,2021,27(S1):175
- [8]王娜.全面护理在介入溶栓治疗急性下肢动脉栓塞患者中的应用效果[J].结直肠肛门外科,2020,26(S2):118.
- [9]满映红.急性下肢动脉栓塞患者18例的围手术期护理分析[J].智慧健康,2020,6(4):119-120,123.
- [10]高晓峰.全程优质护理服务在急性下肢动脉栓塞介入溶栓治疗中的应用价值分析[J].医学理论与实践,2020,33(8):1345-1347.
- [11]董凤玲,付晓南.急性下肢动脉栓塞急诊手术患者的临床康复护理效果[J].反射疗法与康复医学,2020,29(2):68-69.

甲状腺乳头状癌中彩色多普勒超声的诊断效果分析

白芳芳 王立凤 李娅 吕景 杜宪 杨姣

保定市第二中心医院 河北保定 072750

摘要：目的：研究目的是为了探究在甲状腺乳头状癌患者群体中，应用彩色多普勒超声进行诊断的实际结果与诊断应用价值。方法：在这次研究中，从2020年9月至2022年3月期间内，我院在病理诊断证实下得以明确疾病的甲状腺乳头状癌患者群体中选取研究对象，总共有89例患者参与研究，并将其纳入Z组（研究组）中，另外又从我院经过病理诊断所证实的甲状腺良性结节患者群体中选取对比研究对象，总共有87例患者参与研究，并将其纳入X组（对照组）中，我院对这两组患者均以彩色多普勒超声检查开展检测工作，对患者超声图像与诊断状况进行统计对比，对本次医学研究结果进行有效总结。结果：在最终的诊断统计结果中发现，在Z组患者的彩色多普勒超声诊断过程中，实际超声诊断准确率为89.89%（80/89），患者在血流信号分布状况中多以Ⅲ型比较常见，其比重在80.90%（72/89），而在X组患者的彩色多普勒超声诊断结果中发现，患者血流信号分布状况多以Ⅱ型比较常见，其比重为97.70%（85/87）。在Z组患者的超声多普勒诊断中可以看到，其结节形态不规则、边界不清晰、低回声与微小钙化等因素，所占比重普遍高于X组，对比结果差异明显，且由于P值大小均（ $P < 0.05$ ），因此统计学意义符合标准要求。结论：从本次研究结果中可以看到，在甲状腺乳头状癌患者群体中，应用彩色多普勒超声诊断方法进行诊断，可以有效提高诊断准确率，使实际诊断结果具有较高的依据价值，对患者的针对性治疗具有十分重要的意义。

关键词：甲状腺乳头状癌；诊断结果；彩色多普勒超声；诊断准确率

引言：

在甲状腺疾病中，甲状腺乳头状癌具有一定的病发率，但是实际病程发展相对比较缓慢，甚至在早期有可能产生淋巴结转移现象，而早诊断、早治疗尤为关键。在临床研究中发现，该疾病的潜伏期比较漫长，临床表现特征比较隐蔽，极易在诊断过程中出现漏诊现象，因此提高诊断质量同样十分关键，是保障患者得到有效治疗的关键途径^[1]。而多普勒超声技术在现阶段的临床诊断中具有十分广泛的应用，该诊断手段具有较高的诊断准确率和实用性，同时诊断过程相对比较简单，具有一定的安全性和可靠性。将彩色多普勒超声诊断技术应用于甲状腺乳头状癌的实际诊断过程中，可以通过对患者甲状腺结节血流信号分布状况进行检查，从而为临床治疗提供重要依据支持作用。具体研究过程及结果如下所示：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次医学研究时间在2020年9月至2022年3月之间，采取对比分析法开展研究工作，从我院已经经过手术病理检查且被证实为甲状腺乳头状癌的患者群体中选取研究对象，总共有89例患者参与研究，我院将这些患者纳入Z组（研究组）之中，同时从同期经过外科手术病理所证实的甲状腺良性结节患者群体中选取对照对象，总共有87例患者参与研究且一并纳入X组（对照组），统计两组患者一般资料如表1所示：

表1：一般资料对比状况

指标	Z组（n=89）	X组（n=87）
性别	男性	24
	女性	65
年龄	最大年龄	76
	最小年龄	22
	平均年龄	45.8±3.6
		44.9±3.7

两组患者均在手术病理检查中证实为甲状腺乳头状癌或甲状腺良性结节，具有完整的临床资料，同时在患者家属的配合下开展本次医学研究，排除存在影响研究过程的相关因素，两组患者在一般资料对比中尚无明显区别，可开展下一步研究观察工作。

1.2 研究方法

对两组患者均进行彩色多普勒超声检查，将检查结果进行统计分析。检查方法如下所示：

嘱咐患者以仰卧位接受超声检查，在患者颈后垫上靠枕，使患者伸出头颈，将颈前区得以充分暴露出来，在扫查一侧甲状腺的过程中，使患者头部稍微侧向另一方，在检查过程中需要结合患者个体状况以合理调节图像显示状况，确保图像显示处于最佳状态，紧接着可以逐渐对甲状腺峡部、左侧叶、右侧叶等部分进行检查，从多个角度、多切面做好对结节超声特

征的观察工作，对患者结节内血流状况做好记录工作，将患者结节回声与正常甲状腺组织与颈前肌肉回声进行合理描述，如果为高回声，则代表患者甲状腺回声水平高于正常水平，如果为等回声则代表和正常回声水平相近，而如果为低回声则代表患者甲状腺回声水平低于正常回声水平，且高于颈前肌肉回声，如果为极低回声则代表低于颈前肌肉回声。在血流丰富程度的判断过程中，可以结合Alder半定量法分级标准进行合理评估，一般在0级、I级的情况下代表血流量不够丰富，而在Ⅱ级、Ⅲ级的情况下代表血流量比较丰富^[2-3]。

1.3 图像分析方法

由具有丰富经验的医师采取双盲独立诊断法进行图像分析，从最终分析结果中将意见一致的结果进行整合，形成对研究的结论。而在图像分析过程中，可以结合新的甲状腺超声检查指南文件，分析指标一般分为八种指标，即形态、纵横比、边界、边缘、回声、均匀度、微小钙化、血流等指标。在形态指标上，对图像形态进行判断，各自分为规则形态以及不规则形态，如果形态为类圆形、椭圆形也可以视之为规则形态；在纵横比指标上，纵横比指的是所观察的结节前后径与横径之间的比值大小，一般分为 ≥ 1 或者 < 1 等两项指标；在边界指标上，根据所观察的结节边界状况，观察是否清晰或者不清晰，如果结节和周围腺体组织之间具有明确的界限图像，即边界清晰，否则为不清晰；在边缘指标上，一般分为光整和不光整等两项指标，如果结节和周围组织之间具有清晰可见的转角，即边缘光整，而存在成角、毛刺、模糊等表现均属于边缘不光整的表现；在回声指标上，各自分为低回声和非低回声，而在结节和周围正常腺体组织的对比过程中，还有极低回声、等回声、高回声、混合回声等指标，我们在这次研究中将极低回声和低回声一并纳入低回声类型中，而其他回声类型则被纳入非低回声类型；在均匀度指标上，一般根据结节内部回声的均匀状况分为均匀、不均匀等两项指标，如果回声不均匀的情况下，代表结节内部存在两种或两种以上的回声组合；在微小钙化指标上，分为有和无等两项指标，如果多个强回声光点 ≤ 2 毫米且以簇状分散在周围，存在或不存在声影表现；最后在血流状况指标中，通常需要结合结节内部血流分布状况，将其各自分为混合血管型、无血管型、边缘血管型以及中央血管型等四项指标^[4]。

1.4 观察指标

将两组患者的超声诊断准确率进行统计对比，在血流信号情况中一般分为三种类型，即I型、Ⅱ型、Ⅲ型，其中I型代表结节内部与周边尚未观察到存在血流信号，Ⅱ型代表结节内部尚未观察到血流信号，或血流信号相对比较弱，然而结节周围包绕部位存在丰富的血流信号，Ⅲ型代表结节内部和周围均可以看到具有明显的血流信号。最后统计对比患者甲状腺超声图像特征，分析影响彩色多普勒超声诊断的相关影响因素、对本次医学研

究进行总结。

1.5 统计学方法

在这次医学研究中,通过对统计结果的统计学处理以判断统计学意义,为了保证数据对比与处理的可靠性,研究过程中以 SPSS25.0 统计学软件开展统计与分析,根据组间 P 值大小以判断统计学意义是否存在成立条件。

2. 结果

2.1 诊断准确率及血流信号分布状况对比

表 2: 诊断准确率统计结果及血流信号分布状况 (n、%)

指标	Z 组 (n=89)	X 组 (n=87)	P 值
确诊例数	80	85	/
诊断准确率 (%)	89.89	97.70	<0.05
I 型信号	15 (16.85)	21 (24.14)	/
II 型信号	18 (20.22)	58 (66.67)	/
III 型信号	56 (62.93)	8 (9.19)	/

从表 2 统计结果可以看到,在两组患者均进行彩色多普勒超声检查过程中,与病理证实结果相对比之下,Z 组患者中有 80 例患者的诊断结果符合病理证实结果,诊断准确率为 89.89% (80/89),而 X 组患者中有 85 例患者的诊断结果符合病理证实结果,诊断准确率为 97.70% (85/87),在诊断准确率的对比过程中可以看到,由于组间 P 值大小 ($P<0.05$),因此其中的统计学意义符合标准条件;另外在血流信号分布状况中可以看到,Z 组患者中有 15 例患者为 I 型信号、18 例患者为 II 型信号、剩余 56 例患者为 III 型信号,Z 组中血流信号分布状况以 III 型信号为主,比重大小为 63.93% (56/89),而在 X 组患者中有 21 例患者为 I 型信号、58 例患者为 II 型信号、剩余 8 例患者为 III 型信号,X 组患者中血流信号分布状况以 II 型信号为主,比重大小为 66.67% (58/87)。

2.2 两组患者在甲状腺超声结节状况

表 3: 甲状腺结节状况统计对比结果

	指标	Z 组	X 组	X ²	P 值
形态	不规则	49	21	28.52	<0.05
	规则	40	66		
纵横比	≥1	27	23	3.48	>0.05
	<1	62	64		
边界	不清晰	39	18	12.85	<0.05
	清晰	50	69		
边缘	不光整	78	80	1.22	>0.05
	光整	11	7		
回声	低回声	82	58	16.89	<0.05
	非低回声	7	29		
均匀度	不均匀	80	80	0.05	>0.05
	均匀	9	7		
微小钙化	有	56	42	15.82	<0.05
	无	33	45		
	混合血管型	21	18		
血流分	无血管型	19	22	0	>0.05
布类型	边缘血管型	25	23		
	中央血管型	24	24		

从表 3 统计结果中得知,由于在形态指标、边界指标、回声指标以及钙化等指标中,Z 组与 X 组之间具有明显的差异,且 P 值大小 ($P<0.05$),所以统计学意义符合标准条件,而这些指标均是影响彩色多普勒超声诊断影响因素。

3. 结论与讨论

在我国近些年的甲状腺乳头状癌疾病报告研究中可以看到,随着该疾病病发率的快速增长,成为了甲状腺癌中比较常见的一种特殊性疾病,患病群体多以女性患者为主,对患者正常生活、心理健康产生了极其严重的负面影响。而在此之间,加强对患者的诊断质量,尽快开展有效诊

断工作,以便于及时诊断患者疾病状况,对患者疾病治疗将具有十分重要的意义与作用。而在现阶段的甲状腺疾病早期诊断过程中,超声检查属于比较常用的方法,尤其是彩色多普勒超声,在诊断过程中具有明显的诊断价值,不仅不存在放射性危害,同时检查过程相对比较方便,在甲状腺乳头状癌诊断工作中体现出了极高的诊断价值,通过二维超声检查,可以详细观察患者内部结节部位,对结节形态大小等指标进行详细分析与判断,同时也能对其中的结节内部血流状况进行检查,有利于提高疾病确诊率,为临床治疗提供重要的依据支持作用。

一般在甲状腺乳头状癌的典型超声表现中,单侧叶单发病灶比较常见,仅有少部分为单侧叶或两侧叶的多发病灶,不仅形状不规则,同时边界相对比较模糊,而仅有体积较小的肿块形态比较规则,具有较为清晰的边界,我们在这次研究中可以看到,Z 组患者中形态不规则的比重在 55.06% 左右。事实上,由于甲状腺乳头状癌属于一种浸润性生长恶性肿瘤疾病,在病理切片上多以星形外观、分叶状外观为主,很有可能影响周边甲状腺组织,而引起结节形态不规则的表现,使实际结节形态呈现多样化状况^[5]。在包块边界不清晰、周围为环绕晕环的表现为血管受压状况,代表病灶属于膨胀性生长,晕环多为不均匀的低回声晕环,和良性结节的晕环具有明显区别。在大多数甲状腺乳头状癌的回声状况中,实性低回声占比一般比较高,具有较大、丰富的细胞,且排列重叠、紧密,间质成分相对比较少,因此导致所产生的声学反射面一般也比较小,所以低回声结节成为主要表现。而在癌细胞分化程度越低的情况下,代表间质成分数量相对比较少,肿瘤透声性比较好,且回声较低,在等回声以及高回声病灶中很少存在恶性表现,如果结节内存在坏死性液性暗区,则一般会以混合回声表现为主。

所谓微小钙化,指的是在直径大小小于 1 毫米的强回声,由于后方不存在声影,所以多以单一细点状、沙粒状、聚集成簇状为主。在研究中发现,甲状腺微小钙化在甲状腺癌疾病的诊断过程中具有极高的特异性表现,属于超声诊断中特异性指标最高的类型,这是因为在该疾病的病变部位乳头上具有十分丰富的排列分支,由于乳头血供质量比较差,在细胞供血不足的情况下极易引起细胞退变、坏死等现象,从而产生钙盐沉积现象。在甲状腺超声表现中,微小钙化和病理切片的砂粒体相同,由于砂粒体直径大小一般在 10 微米至 100 微米不等,呈现圆形、同心圆层状钙化,实际直径大小一般小于、等于声波的波长长度,在声波产生衍射反应后,后方声影会在绕射效应的影响下逐渐消弭,导致强回声光点现象的出现,同时不存在声影表现,因此砂粒体在乳头状癌中具有较强的特异性表现,很少甚至不会出现在良性病变部位中。另外在疾病内部血流状况中,实际血流量一般比较丰富,这是因为肿瘤细胞会刺激血管生长因子,在肿瘤内部会不断产生粗大紊乱的血管组织,一般多以多血供型血流为主,内部血流阻力指数通常在 0.7 以上^[6]。

综上所述得知,在甲状腺乳头状癌疾病的彩色多普勒超声诊断中,回声与微小钙化属于影响诊断的重要因素,可以根据这两项指标以判断诊断结果是否符合实际病理检查标准,而在此之间超声诊断具有较高的诊断准确率,可以帮助临床治疗提供更为科学合理的治疗依据支持。

参考文献:

- [1]姜晶,姜秀丽.高频彩色多普勒超声与病理诊断甲状腺乳头状癌的结果对比分析[J].影像研究与医学应用,2021,5 (10): 97-98.
- [2]潘秀云,陈顺军,谭冰,等.彩色多普勒超声与 64 排螺旋 CT 在甲状腺乳头状癌颈部淋巴结转移诊断中的应用[J].实用癌症杂志,2021,36 (04): 602-604+613.
- [3]李华.高频彩色多普勒超声对甲状腺乳头状癌的诊断价值及准确性分析[J].智慧健康,2020,6 (36): 21-22+87.
- [4]陶静.高频彩色多普勒超声对甲状腺乳头状癌的鉴别诊断价值[J].影像研究与医学应用,2020,4 (22): 242-244.
- [5]陈静慧.彩色多普勒超声诊断甲状腺微小乳头状癌的临床价值[J].中国医疗器械信息,2020,26 (15): 78-79.
- [6]李保启,王金萍,肖蕾,等.高频彩色多普勒超声对甲状腺乳头状癌的诊断价值[J].安徽医药,2020,24 (03): 541-542+543124+643.

硅橡胶与传统基托式塞治器联合使用在下颌骨开窗减压术后使用效果分析

王星¹ 郑邦秀² 齐鲁*

1.新疆医科大学第一附属医院（附属口腔医院）口腔修复种植科 新疆乌鲁木齐 830054；

2.新疆医科大学 新疆乌鲁木齐 830054；*新疆医科大学第二附属医院 口腔科 新疆乌鲁木齐 830063

摘要：目的：比较硅橡胶与传统基托式囊肿塞治器联合使用与传统塞治器在下颌骨囊肿开窗减压术后的疗效比较。方法 选取下颌骨囊肿开窗减压术后病例 15 例，先使用传统基托式囊肿塞治器组 3 个月，然后后使用硅橡胶制作塞治器联合传统塞治器 3 个月，对比两种不同方式塞治器使用模式戴用后患者满意度评分。结果传统组与联合使用组相比较固位力上无差异，在舒适度上有差异，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），总体评价方面：联合使用组优于传统组（ $P<0.05$ ）结论：下颌骨囊肿开窗减压术后运用硅橡胶和传统基托式囊肿塞治器联合使用效果优于仅使用传统塞治器。联合使用塞治器具有较高的时效性，固位力，舒适度，患者满意度高，可作为下颌骨开窗减压术后的一种优选治疗方案。

关键词：开窗减压术；塞治器；硅橡胶

颌骨囊肿是口腔外科的常见疾病，以牙源性颌骨囊肿居多，常发生于下颌骨，是口腔颌面部较常见的导致颌骨缺损的病变^[1]，临床上早期无明显症状，后逐渐进展为大型囊性病变，导致颌面外形改变而发现。根据囊中大小治疗方案不同^[2]，针对大型囊肿治疗方案多采用传统的局部切除，手术创伤大，易复发，易引发感染^[3]。目前，临床上采用保守疗法即颌骨开窗减压术，术后使用囊塞治器来治疗此类疾病，取得了较好的效果^[4]。囊肿塞治器主要是维持囊肿形态及引流口通道，囊液通过引流口溢出，囊壁周围成骨细胞，不易因为肉芽组织等软组织长入而闭合，活跃形成新骨并向囊腔中心改建，囊腔逐渐缩小，最大程度地维持颌骨的形态及功能^[5]，所以及时使用能够维持造口引流通畅、固位良好、取戴方便、患者舒适满意的塞治器是疾病愈合的关键^[6]。现在临床上多采用带基托塞治器，这类塞治器基托范围比较大，需在天然牙上设置卡环固位体，需要装盒、煮盒，制作复杂费时，比价明显，患者戴用后舒适度较差，在行使口腔功能时容易出现粘膜压痛。

硅橡胶自 20 世纪 70 年代首次引入牙科领域，经过不断的发展，目前应用已经日趋普遍^[7]，自 1960 年 Barnhart 首次将硅橡胶作为颌面修复材料用于颌面修复后，硅橡胶以其理化性能稳定、生物相容性及生物安全性良好、易于操作、尺寸稳定性优异等特点逐渐成为最受欢迎且使用最广泛的颌面修复材料^[8,9]。

本文介绍一种新的囊肿塞治器使用模式，白天使用硅橡胶制作的塞治器，利用其舒适的优势，完成患者日常的功能运动，夜间戴用带基托塞治器利用其固位力强，稳定，不易脱落的优势避免吞咽危险，并与传统基托式囊肿塞治器在者满意度进行比较，为颌骨囊肿开窗减压术后塞治器的选择提供指导和参考。

1 材料和方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 7 月至 2020 年 7 月在新疆医科大学第一附属医院就诊并且符合研究条件的下颌骨囊肿患者 15 例，其中男 13 例，女 2 例。

纳入标准：（1）病变位于下颌骨升支部、磨牙后垫区、前庭沟区；（2）影像学资料显示囊肿为单囊性；（3）依从性好，遵从医嘱，能按时复诊，配合医生要求。

排除标准：（1）牙列缺损使用可摘局部义齿的；（2）有黏膜病的；（3）有精神病史、癫痫病史等不能自行佩戴塞治器的病例。

1.2 方法

本研究采用前瞻、自身对照试验方法。15 例患者，在颌面外科进行开窗减压术，囊腔内填塞碘仿纱条，一周后转诊至新疆医科大学第一附属医院口腔修复科制作囊肿塞治器，操作前签署囊肿塞治器制作、使用知情同

意书，先制作传统基托式囊肿塞治器组（传统组）观察 3 个月，然后白天使用硅橡胶制作塞治器，夜间戴用传统基托式囊肿塞治器组（联合使用组）观察 3 个月。本试验中 15 例患者制取印模、试戴、调磨等临床步骤均由修复科同一医师完成，传统基托式塞治器由同一技师完成，保证操作同质性。

1.3 材料及设备

美家印弹性体加聚型硅橡胶印模材料（上海沪鸽医疗器械有限公司）。藻酸盐印膜材。

1.4 塞治器制作

1.4.1 硅橡胶塞治器制作 取出囊腔内填塞的碘仿纱条，生理盐水冲洗囊腔，小块纱布生理盐水浸湿，填塞于过大洞腔内倒凹，助手准备硅橡胶，术者将硅橡胶填塞于洞腔内，牵拉患者口唇做肌功能整塑，待硅橡胶未完全聚合将硅橡胶取出。进行外形适当修整，不能影响咬合等功能运动。

1.4.2 传统基托式囊肿塞治器的制作 预备隙卡沟，取出囊腔内碘仿纱条，生理盐水冲洗，小块纱布生理盐水浸湿，填塞洞腔内过大倒凹处，避免藻酸盐印模材料进入倒凹断裂，给患者带来痛苦。藻酸盐制取囊腔和牙列模型，送至技工室，灌注石膏模型，弯制卡环，模型上涂布分离剂，调拌室温固化型义齿基托树脂至面团期，填塞入模型洞腔内，平铺于基托范围，待基托树脂完全凝固，打磨抛光。

1.5 塞治器的试戴和检查

临床医师在患者口内试戴塞治器，检查塞治器固位力、伸展范围，调磨压痛

点，指导患者自主取戴塞治器，嘱患者每日冲洗囊腔 3-4 次，清洁塞治器，每三个月定期复查，并由临床医师调整塞治器大小。

1.6 观测指标

收集患者的主观评价，填写塞治器满意度 分级表（表 1）

表 1 塞治器满意度调查表

Table1 Plug device satisfaction questionnaire			
分级	舒适度	固位	综合评价
满意	无压痛、无异物感、无刺激痛	固位好，功能运动时稳定、不脱落	各方面使用满意
一般	轻微压痛、少许异物感、有刺激痛	固位一般，功能运动时不稳定、易脱落	较少不适，不影响使用
不满意	广泛压痛、异物感明显、刺激痛	固位差，无法进行功能运动	基本无法使用

1.7 统计学分析

应用 SPSS 23.0 软件对数据进行 χ^2 检验和成对样本 T 检验, 当 $P < 0.05$ 时, 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 塞治器满意度评价

传统组与联合使用组相比较固位力上无差异, 在舒适度上有差异, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 总体评价方面: 联合使用组优于传统组 ($P < 0.05$)。(结果见表 2)

表 2 塞治器满意度评价结果

Table 2 Satisfaction evaluation results of plug device						
	分组	满意	一般	不满意	P 值	χ^2
舒适度	传统组	9	1	5	0.374	0.048
	联合使用组	14	1	0		
固位	传统组	14	1	0	0.041	0.309
	联合使用组	14	1	0		
总体评价	传统组	14	1	0	0.041	0.309
	联合使用组	15	0	0		



图 1 塞治器制作及戴用后情况

3 讨论

目前, 采用开窗减压术治疗颌骨囊肿的保守疗法是一种微创、安全、易于接受的方法[10], 但囊肿成骨愈合需要很长时间, 在囊肿成骨期间维持囊腔引流通畅是治疗的基础; 囊肿塞治器能够维持囊腔内外压均衡, 保持引流通畅, 成为颌骨开窗减压术治疗成功的关键[11]。

选择或设计一种制作简便、固位良好、引流良好且患者舒适满意的塞治器是保证囊肿治疗效果的关键, 成为了临床医师所关注的方向。目前, 已有许多医师总结经验并进行了报道, Ramsey 等[12]设计的铸造式囊肿塞, Gunraj[13]利用导

管插入囊腔内用结扎丝或缝线固位于邻牙或黏膜上, 冯雪峰等[14]设计的带环唇弓囊肿塞治器, 赵熠等[15]设计的采用卡环固位的基托式囊肿塞治器等, 上以研究为医师在临床操作提供了许多参考, 但在塞治器制作、临床操作、塞治器引流效果及患者舒适度等方面, 还有许多不足之处。

传统基托式囊肿塞治器制作需要制取囊腔及周围软组织和相邻数个牙位天然牙的印模, 囊肿开窗减压术后, 囊腔内较多部位形成倒凹, 且颌骨囊肿好发于下颌骨角、磨牙远中部位还有唇颊侧前庭沟的位置, 做完手术后患者开口度有限, 成品托盘形态规则, 这些原因都增加了临床上医师的取模难度, 需花费很多时间来制取满意的印模。一些栓道式塞治器和传统基托式囊肿塞治器制作过程相比, 避免了手工弯制卡环、包埋冲胶等操作步骤和制作过程所产生的误差, 使制作过程变的简捷, 整体部件较小,

无固位卡环、基托等部件, 结构简单, 舒适, 不容易出现压痛, 而且, 可实现椅旁操作完成, 患者无需等待再次复诊即刻佩戴塞治器。但栓道式塞治器仅利用部分洞腔倒凹固位, 并且体积较小, 会出现脱位造成误吞、粘膜长入洞腔等风险。

本研究选取颌骨囊肿好发部位即下颌骨升支部、磨牙后垫区、前庭沟区的病例作为研究对象, 制作传统基托式的塞治器以及硅橡胶制作的栓道式塞治器, 同时可提高患者舒适度, 但具体结果需要在长期的临床实践中进一步的观察和探讨。

参考文献:

- [1] 张志愿, 俞光岩. 口腔颌面外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013; 306-316
 - [2] 范永晶, 金武龙. 牙源性颌骨囊肿临床治疗研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(37): 28-29
 - [3] Zecha JA, Mendes RA, Lindeboom VB, et al. Recurrence rate of keratocystic odontogenic tumor after conservative surgical treatment without adjunctive therapies - A 35-year single institution experience[J]. Oral Oncol, 2010, 46(10): 740-742
 - [4] He QM, Xu B, Zhu J, et al. Application of fenestration decompression combined with cyst plug in large cystic lesions of mandible[J]. Yunnan Med, 2017, 38(2): 145-146
 - [5] Li SY, Hu YJ, Zhang CP. Application of fenestration decompression in maxillary giant cystic lesions[J]. Foreign Med Sci: Stomatol, 2004, 31(6): 462-464
 - [6] 郭立娜, 金武龙, 杜佼, 等. 囊肿塞治器在颌骨囊肿开窗减压术中的应用[J]. 内蒙古医科大学学报, 2014, 36(2): 178-180
 - [7] Deepthi VS. Maxillofacial Prosthetic Materials-An Update[J]. J Int Med Dent, 2016, 3(1): 2-11
 - [8] Ma XQ, Qiao CY, Zhang X, et al. Improvement of the adhesive strength between silicon-based soft liner and thermocycled denture base with plasma treatment[J]. Dent, 2015, 5(12): 5-12
 - [9] 张雪娇, 姚烁, 赵士贵, 等. 硅橡胶在牙科领域中的应用[J]. 口腔颌面修复学杂志, 2020, 21(1): 47-51
 - [10] 陈国栋, 卿安蓉. 开窗减压术治疗颌骨大型囊性病[J]. 广东牙病防治, 2014, 22(3): 144-146
 - [11] 张林, 石连水, 朱洪水, 等. 硅橡胶引流塞治器在下颌骨囊性病开窗术后的应用[J]. 实用口腔医学杂志, 2012, 28(6): 784-786.
 - [12] Ramsey WO, Denegri RF, King WF. Clasp retained devices for drainage of marsupialized cysts[J]. J Oral Maxillofac Surg, 1982, 40(11): 759-761.
 - [13] Gunraj MN. Decompression of a large periapical lesion utilizing an improved drainage device[J]. J Endod, 1990, 16(3): 140-143.
 - [14] 冯雪峰, 肖迪, 王如. 带环唇弓囊肿塞治器在下颌骨囊肿开窗减压术中的应用[J]. 口腔医学研究, 2016, 32(2): 147-149
 - [15] 赵熠, 刘冰, 王贻宁. 囊肿塞在颌骨囊肿袋形术后引流中的应用[J]. 上海口腔医学, 2007, 16(6): 592-594
- 第一作者姓名: 王星, 性别: 女, 籍贯: 新疆呼图壁县, 出生年月: 1982 年 8 月, 学历: 硕士研究生, 职称: 副主任医师, 单位: 新疆医科大学第一附属医院(附属口腔医院), 科室: 口腔修复种植科。
- 通讯作者姓名: 齐鲁, 性别: 男, 籍贯: 新疆五家渠市, 出生年月: 1981 年 11 月, 学历: 硕士研究生、在读博士, 职称: 副主任医师、副教授, 单位: 新疆医科大学第二附属医院, 科室: 口腔科, 邮编: 830054。

探讨肿瘤护理计划在癌症患者靶向治疗中的应用价值

张琴 张珍珍^{通讯作者}

南京医科大学附属南京医院 南京市第一医院 江苏南京 210000

摘要：目的：分析肿瘤护理计划在癌症患者靶向治疗中的应用价值。方法：选取癌症患者靶向治疗患者 100 例，随机均分为对照组和观察组，对照组进行常规护理，观察组实施肿瘤护理计划，统计两组患者的护理效果。结果：观察组患者的护理效果优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在临床对靶向治疗癌症患者进行护理期间，可实施肿瘤护理计划，通过提升患者临床护理满意程度，改善患者临床生活质量，提升患者临床护理质量评分，加强对患者健康教育，排解患者不良状态，符合现代化临床护理工作的认知，建议在临床推广。

关键词：肿瘤护理计划；癌症患者；靶向治疗；应用价值

肿瘤是影响我国国民机体健康的主要疾病，在对肿瘤患者进行临床治疗过程中，主要包括进行化疗或手术治疗^[1]。但对患者进行化疗、手术治疗期间会引发其出现不良反应，其中对癌症患者进行靶向治疗期间。不仅要对患者实施优质的临床治疗措施，还应配合相对应的临床护理计划，改善患者临床不良反应发生率，提升其临床护理质量^[2-3]。在进行常规护理期间，尽对患者进行常规生理护理，无法针对临床中的护理细节，对患者实施针对性的临床护理措施。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 2 月~2021 年 2 月癌症患者靶向治疗患者 100 例，随机均分为对照组和观察组，每组 50 名。观察组男女比例为 25:25，平均年龄为（49.51±2.66）岁。对照组男女比例为 26:24，平均年龄为（47.21±3.54）岁（ $P>0.05$ ）。纳入标准：（1）可完整接受研究；（2）经过患者及其家属同意。排除标准：（1）患精神类疾病；（2）凝血障碍。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

对照组进行常规护理：（1）生命体征的平稳监测：在对患者进行护理期间，如何保证患者生命体征平稳是临床医护人员所面临的重要难题。因此，在进行护理期间，应通过对患者临床生命体征的系统化监测，包括血压、心率等常规指标，提升患者在临床治疗过程中的安全性，保证患者的临床护理价值，提升患者临床护理安全。（2）环境护理：在患者住院后，应为患者进行优质的环境护理，通过对病房内进行有效的清洁以及打扫，采用紫外线灭菌法清理空气中的细菌，保证患者的临床护理价值。（3）与患者家属进行沟通：在进行护理前后，应与患者家属进行细致化沟通，告知患者及其家属在临床护理过程中的注意事项以及家属在护理过程中所承担的主要地位，进而提升护理工作的依从性^[4-5]。

1.2.2 观察组

观察组实施肿瘤护理计划：（1）组建肿瘤护理计划团队：在进行肿瘤计划护理期间，应以团队为单位进行临床护理工作，通过对患者临床疾病状况进行系统性分析，并结合医院以及团队内的实际情况，对患者实施针对性的临床护理措施。通过拟定肿瘤护理计划，在进行计划实施的过程中，应根据患者及其家属对临床护理计划的意见进行不断修改，满足患者及其家属对于临床护理工作的具体要求，具有较高的临床护理意义^[6]。（2）环境护理：在进行环境护理期间，应保持病房色调的柔和，通过了解患者的个人喜好以及个人视觉感觉，在病房的布置上，可选用暖色调或冷色调。其中暖色调可以通过刺激患者的血压，提升患者的食欲，冷色调可以提升患者的镇定性，帮助患者控制情绪。在进行环境护理期间，还应注意进行查房时应保持安静，说话声音应尽量降低，保证患者临床睡眠质量，给患者一个安静的临床康复环境。（3）疾病健康教育：在患者进行治疗前后，临床护理人员不仅要对患者进行针对性的态势，还应根据患者的临床文化程度以及具体疾病情况，给予患者针对性的健康教育。在进行讲解的过程中，应采用通俗易懂的语言向患者讲解疾病的患病知识以及治疗方式，告知患者在疾病治疗以及护理过程中的注意事项，通过告知患者手术过程中

的注意事项，进而保证患者的护理质量^[7-8]。在进行临床健康知识教育期间，可采用口头讲解的形式制作健康教育手册，通过将手册分发给患者，进而提升患者对临床知识教育的依从性^[9-10]。（4）心理护理：在患者入院后，因患者会对疾病出现恐惧情绪，故内心易滋生不良情绪^[11]。此时，临床应对患者进行有针对性的临床护理措施，通过向患者讲解护理过程中的注意事项以及医院在该领域的专业性，降低患者内心的负面情绪，针对患者内心心理状况，对患者进行针对性的心理疏导，了解患者及其家属对临床治疗以及护理工作中的意见，并结合医院的具体情况，对临床护理细节进行改正^[12-13]。同时，在护理人员进行查房的过程中，应主动与患者家属进行沟通，不仅可以有力有效的护患关系，还可以将患者的心理防线降低，使患者可以接受临床心理护理。在此期间，应注意患者的情绪变化以及病情变化，根据患者的内心接受程度，向患者讲解手术治疗的优点，从根本上缓解患者心中的恐惧情绪，选取成功康复的患者进行现身说法，告知患者手术成功的案例，使患者可以以温和的态度对待治疗。鼓励患者之间成立病友交流会，通过互相安慰，减轻患者对手术过程中的紧张情绪。不仅如此，在进行排解负面情绪的过程中，还应从肢体语言上对患者表示鼓励，通过对患者进行拥抱等，告知其疾病是可以治愈的^[14]。（5）运动护理：在患者生命体征平稳的状态下，可以鼓励患者进行运动，根据患者的年龄以及机体耐受程度选取不同形式的运动，比如对于年龄较大的患者，可以指导患者进行散步等。对于年纪较轻的患者，可以指导患者进行爬楼梯，通过放松患者肌肉，提升患者机体的免疫力。（6）不良反应护理：因患者在接受治疗后会出现脱发等事件，此时不仅要对患者生命体征进行护理，还应应对患者的头皮敏感程度进行护理，避免患者使用刺激性较大的洗发水。在进行护理期间，可将患者的头发剪短，并建议患者佩戴假发。（7）饮食护理干预：在进行饮食护理期间，通过向患者讲解饮食护理过程中的注意事项，并告知患者严格控制饮食，通过提升患者维生素的摄入量，改善患者营养结构，并且禁止患者吃含高之类的食物，根据患者的个人喜好制定个性化饮食计划。在患者出院后，也应为患者进行延续性护理，指导患者养成良好的饮食规律以及饮食习惯，在保证患者机体摄入量的同时，提升患者机体内的免疫力。

1.3 观察指标

对比患者的护理满意度、护理质量评分、健康教育效果、心理状态评分以及生活质量评分。

1.4 统计学方法

统计学结果由 SPSS26.0 统计学软件统计完成，若组间数据对比结果差异显著 $P<0.05$ ，则具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比护理满意度

观察组护理满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 1 对比护理满意度[n（%）]

组别	例数	满意	较满意	不满意	总满意数
对照组	50	23(46.00)	19(38.00)	8(16.00)	42(84.00)

观察组	50	26(52.00)	22(44.00)	2(4.00)	48(96.00)
χ^2	-	-	-	-	4.000
P	-	-	-	-	<0.05

2.2 对比护理质量评分

观察组护理质量评分要高于对照组 ($P<0.05$)。

表 2 对比护理质量评分[$(\bar{x}\pm s)$ /分]

组别	例数	护理态度	心理疏导	管理措施	操作水平
----	----	------	------	------	------

表 3 对比健康教育效果[$(\bar{x}\pm s)$ /分]

组别	例数	疾病知晓	合理用药	生活知识知晓	不良反应知晓
对照组	50	65.36±2.69	64.95±2.85	70.81±5.17	68.93±4.64
观察组	50	86.91±2.94	85.90±2.64	90.64±5.62	89.61±4.59
t	-	58.322	39.260	18.905	23.067
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 对比两组心理状态评分

观察组心理状态评分优于对照组 (均 $P<0.05$)。

表 4 比较两组心理状态评分[$(\bar{x}\pm s)$ /分]

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	46.35±1.36	43.39±0.65	48.35±1.38	41.61±0.65
观察组	50	46.74±1.65	36.69±0.63	48.61±1.41	36.23±0.61
t	-	1.580	64.010	1.141	52.268
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 对比生活质量

观察组生活质量评分优于对照组 ($P<0.05$)。

表 5 对比生活质量评分[$(\bar{x}\pm s)$ /分]

评价时间		对照组 (n=50)	观察组 (n=50)	t	P
吞咽困难	干预前	69.47±18.64	69.34±17.74	0.032	0.975
	干预后	60.63±16.16	52.47±15.91	0.276	0.026
胃部疼痛	干预前	72.87±21.32	73.46±20.64	-0.126	0.9
	干预后	69.11±19.64	58.92±16.01	2.543	0.013
饮食受限	干预前	82.30±23.64	82.16±22.94	0.027	0.979
	干预后	79.19±21.21	69.13±20.27	2.169	0.033
身体外观	干预前	25.47±6.64	25.34±7.74	0.081	0.936
	干预后	21.63±6.16	18.47±5.91	2.341	0.022
呃逆	干预前	60.46±16.38	60.92±16.51	-0.125	0.901
	干预后	55.61±15.12	45.14±14.69	3.141	0.002
口干	干预前	31.97±9.62	31.43±10.54	0.282	0.779
	干预后	27.68±8.43	22.12±5.93	-3.287	0.001
味觉	干预前	27.92±7.62	27.01±7.89	-0.038	0.97
	干预后	24.16±6.87	20.43±5.24	-4.442	<0.001
焦虑	干预前	70.04±20.62	70.13±20.47	-0.053	0.958
	干预后	60.12±17.47	56.69±15.94	-3.909	<0.001
掉头发	干预前	21.85±6.14	21.86±6.03	-0.005	0.996
	干预后	20.40±6.34	15.12±4.21	-3.434	0.001

3 讨论

因此,随着我国医学事业的不断发展,临床护理人员提出,在实施常规护理期间,可对患者进行肿瘤护理计划,通过改善患者及其家属的临床预后状态,提升其临床治疗效果,具有高度的临床治疗质量。在进行护理期间,还应以小组为单位,对患者实施针对性的治疗期间,保证其临床护理安全性的同时,缓解其内心负面情绪,具有较高的临床价值。采用多角度联合护理的方式,保证患者及其家属在临床护理过程中的依从性,符合现代化临床护理工作的具体要求,建议在临床有序推广。

对照组	50	54.96±2.14	58.64±5.98	79.25±1.84	74.36±2.36
观察组	50	63.97±2.25	68.84±5.06	85.94±1.48	82.67±2.51
t	-	30.651	10.834	17.693	20.888
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 比较健康教育效果

观察组健康教育效果优于对照组 ($P<0.05$)。

综上所述,在临床对靶向治疗癌症患者进行护理期间,可实施肿瘤护理计划,通过提升患者临床护理满意程度,改善患者临床生活质量,提升患者临床护理质量评分,加强对患者健康教育,排解患者不良状态,符合现代化临床护理工作的认知,建议在临床推广。

参考文献:

- [1]李宗娟. 肿瘤靶向治疗护理在乳腺癌患者治疗中的应用探讨[J]. 中国社区医师, 2021, 37(18): 2.
- [2]程洁茵, 刘瑞娟, 陈锦娇. 合理情绪疗法联合基于循证的预防性护理在靶向联合免疫治疗肿瘤患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(11): 3.
- [3]陈珊珊, 梁虹. 植入式静脉输液港在恶性肿瘤患者治疗中的应用及护理[J]. 中国社区医师, 2021, 37(1): 2.
- [4]刘树英, 王慧, 亢延飞, 等. 基于沟通达标理论的护理干预结合微信群健康宣教在宫颈癌放化疗患者中的应用价值及其治疗依从性、生活质量、心理状态的影响分析[J]. 武警后勤学院学报: 医学版, 2021, 30(10): 3.
- [5]张文涛. 肿瘤护理计划在癌症患者靶向治疗中的应用研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(52): 2.
- [6]Xiao K, Ma X, Wang Y, et al. Diagnostic value of serum tumor-associated autoantibodies in esophageal cancer[J]. Biomarkers in Medicine, 2021, 15(15): 1333-1343.
- [7]刘佩佩. 肿瘤护理计划在癌症患者靶向治疗中的应用效果研究[J]. 现代医药卫生, 2020, 36(17): 3.
- [8]颜根霞. 癌症患者靶向治疗中肿瘤护理计划的实施效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020(37): 1.
- [9]曹芳. 预见性护理在消化道肿瘤靶向治疗中的应用观察[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(16): 2.
- [10]王一玲. 流程化护理在恶性淋巴瘤靶向治疗中的应用及效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18(30): 2.
- [11]Hashem F, Corbett K, Stephensen D, et al. The importance of cancer patients' functional recollections to explore the acceptability of an isometric-resistance exercise intervention: A qualitative study[J]. Health Science Reports, 2020, 3(3): 1.
- [12]张美. 流程化护理在恶性淋巴瘤靶向治疗中的作用探析[J]. 国际感染病学: 电子版, 2020, 9(2): 2.
- [13]韦丹丹, 雷奕, 何姗蔓. 肿瘤医院护士对肺癌患者口服靶向药物护理的质性研究[J]. 中国临床护理, 2020, 12(5): 3.
- [14]雷奕, 李妹英, 周韶璋, 等. 以专科护士为主导的口服靶向药物管理方案在肺癌患者延续性护理中的应用[J]. 广西医学, 2020, 42(13): 4.

心肌肌钙蛋白 I 测定诊断急性一氧化碳中毒后心肌损害的临床效果

卜立欣 左谦 何方 马军恒 刘会军

唐县人民医院 河北唐县 072350

摘要：目的：研究心肌肌钙蛋白 I 测定诊断急性一氧化碳中毒后心肌损害的临床效果。方法：在 2020 年 6 月至 2021 年 10 月，将我院急诊科收治的急性一氧化碳中毒患者共计 105 例作为研究资料，按照中毒程度科学分组（轻度组、中度组、重度组），同时选取 25 名健康体检人员为对照，研究中主要了解心肌肌钙蛋白 I 和心肌酶谱水平，结合数据对比。结果：入院检测时对照组心肌肌钙蛋白 I 数值为 (0.22 ± 0.07) ug/l，轻度组为 (1.18 ± 0.18) ug/l，中度组为 (1.88 ± 0.36) ug/l，重度组为 (2.27 ± 0.66) ug/l，明显对照组最低，中毒越严重越高，差异显著。治疗一天检测三组分别为 (1.43 ± 0.07) ug/l、 (2.82 ± 0.18) ug/l、 (3.95 ± 0.22) ug/l，中毒较轻明显较低差异较大。在院治疗三天检测三组均明显有所降低但是轻度组明显较低。对照组心肌酶谱水平各指标处于正常范围。检测中轻度组、中度组、重度组各项数值明显提升而且中毒越严重升高越多，差异显著（ $p < 0.05$ ）。结论：急性一氧化碳中毒患者临床检测心肌肌钙蛋白 I 了解心肌损害情况，为病人治疗提供参考，应用价值较高。

关键词：心肌肌钙蛋白 I；测定诊断；急性一氧化碳中毒；心肌损害

医院临床通过分析一氧化碳可知，其是一种无色无味的气体，人在吸入过多量后会出现窒息，一旦人体引发一氧化碳中毒，会导致身体器官出现缺氧，由此产生较大伤害，特别是在人的心肌细胞受到损伤后，会引发心血管相关病症，症状比较严重时，会导致病人直接丧命。社会现代化发展中，临床医学事业不断进步，给病人进行急性一氧化碳中毒后过去常用相关指标检查了解心肌损害情况存在一定局限，人体在受一氧化碳影响出现中毒后导致全身处于缺氧的状态，此时人体肌溶解不良的情况时有发生，检测中的相关指标上升明显，此时不能够准确显示实际情况，由此会影响急性一氧化碳中毒心肌损害检测结果。如果病人是急性一氧化碳中毒导致心肌损害，在检测心肌肌钙蛋白时会有显著特征，在特定时节我国北方地区一氧化碳中毒事件比较多，此时可以对数据进行专项统计研究，由此在分析中有足够的研究病例。人体的肌钙蛋白包括三种亚型，临床对心肌肌钙蛋白检测时，如果指标数据显著升高，此时说明人体心肌损害比较严重，根据临床研究分析可知，如果人体出现骨骼肌损伤时，此项指标并不会有明显的增高状态，此时也可以证明出现心肌损害时心肌肌钙蛋白具有特异性。如果病人受，急性一氧化碳中毒导致心肌损伤，此时血液循环中会包含心肌肌钙蛋白，临床检测过程中，对病人血液进行专项分析，通过此项指标水平明确病人的病症情况，此时可以明确了解病人是否存在心肌梗塞、心绞痛等问题，针对病人受缺氧导致的心肌损害判定有重要意义，临床检测应用有一定的历史。本次基于实际问题进行探究，选择合适的病人进行分析，下面进行实践报告。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

在 2020 年 6 月至 2021 年 10 月，将我院急诊科收治的急性一氧化碳中毒患者共计 105 例作为研究资料，患者入院后根据诊断后中毒差异进行分组，35 例病人为急性一氧化碳轻度中毒，42 例病人为急性一氧化碳中度中毒，剩余的 28 例患者为急性一氧化碳重度中毒，以上病例按照中毒程度分为三组。同时间选取 25 例来医院进行体检的正常人员参与研究，此人员作为对照组。以上各组人员在一般资料方面没有明显的差异。临床研究需要提前做好各项准备，本次研究中各项流程符合国家标准，实验中各项操作严格按照原则执行，在开展研究前负责人同院内管理组织进行审批，各项手续签批完成后才开始。研究中根据要求对患者的纳入和排除设定具体标准，在病人纳入选择时要有明确的标准，主要是参考以下几点：第一，患者入院后进行专业临床检查，必须保证患者都符合急性一氧化碳中毒症状。病人确诊为急性一氧化碳中毒并且在 5 小时内到医院就诊治疗。第二，患者及其家属在了解本次研究后自愿参与，保证后期实验中能够积极配合。第三，患者家属支持本次研究，并且同院方签订责任协议。在病人排除过程中也有明确的标准，主要为以下几点：第一，病人身体存在严

重的心律失常等心脏类病症。第二，仍然存在一定的精神障碍，日常不能进行有效交流。

1.2 方法

在病人入院后需要按照医院常规治疗程序给病人采取相同的急救治疗策略，及时给病人补充高压氧，同时根据病人症状给病人服用合适的药物，在病人身体需要情况下进行营养心肌治疗。如果病人在治疗中出现呼吸衰竭症状，需要及时给病人搭建人工通道，帮助机械通气。

在病人入院后检验病人的心肌肌钙蛋白水平，根据临床专业检测方法进行操作，实验过程中根据病人急性一氧化碳中毒情况进行科学分组，同时检验体检中心健康体检人员。操作过程中需要及时了解病人病症情况，给病人进行心肌肌钙蛋白检测，检验过程中需要抽取病人血液作为待检样本，本次研究对血液进行检测使用的是基蛋生物荧光免疫定量分析仪，在样本检测前设定好仪器各项参数，根据具体检测结果进行对比。抽取所有人员的血液作为待检样本，对患者及健康人群利用相同的方法进行检测，主要是通过设备了解病人的血清肌钙蛋白数值以及心肌酶等指标水平，实际操作中具体内容如下：病人入院后进行专业治疗，在 7 天内需要按照要求及时抽取患者和健康人群的血液来检测心肌肌钙蛋白，让所有参与研究的人员处于空腹状态抽取静脉血，检查了解心肌相关指标，同时加强对病人身体的监测，观察病人病情变化。

1.3 观察指标

研究中根据患者检查实际情况进行记录分析，结合数据对三组进行对比。

1.4 统计学方法

本次研究严格按照统计学要求开展，数据分析检验中利用 SPSS22.0 软件，结合 t 数据进行数据检验。

2 结果

2.1 研究选取人员心肌肌钙蛋白 I 检测情况比较分析

表 1 研究选取人员心肌肌钙蛋白 I 检测情况比较分析表

组别	例数	入院时病人 心肌肌钙蛋白 I 数值	在院治疗一 天	在院治疗三 天
对照组（健康 体检人员）	25	0.22±0.07	/	/
轻度组	35	1.18±0.18	1.43±0.07	1.33±0.05
中度组	42	1.88±0.36	2.82±0.18	1.95±0.12
重度组	28	2.27±0.66	3.95±0.22	3.58±0.37

由上面表 1 的数据可知，对照组健康体检中正常人员入院检测心肌肌钙蛋白 I 数值为 (0.22 ± 0.07) ug/l、轻度组入院检测心肌肌钙蛋白 I 数值为

(1.18 ± 0.18) $\mu\text{g/l}$, 中度组入院检测心肌钙蛋白 I 数值为 (1.88 ± 0.36) $\mu\text{g/l}$, 重度组入院检测心肌钙蛋白 I 数值为 (2.27 ± 0.66) $\mu\text{g/l}$, 明显可知对照组的健康人员心肌钙蛋白 I 数值是最低的, 随着病人中毒程度的加重心肌钙蛋白 I 数值明显升高, 差异显著。

轻度组在院治疗一天检测心肌钙蛋白 I 数值为 (1.43 ± 0.07) $\mu\text{g/l}$, 中度组在院治疗一天检测心肌钙蛋白 I 数值为 (2.82 ± 0.18) $\mu\text{g/l}$, 重度组在院治疗一天检测心肌钙蛋白 I 数值为 (3.95 ± 0.22) $\mu\text{g/l}$, 各组差异较大。

轻度组在院治疗三天检测心肌钙蛋白 I 数值为 (1.33 ± 0.05) $\mu\text{g/l}$, 中度组在院治疗三天检测心肌钙蛋白 I 数值为 (1.95 ± 0.12) $\mu\text{g/l}$, 重度组在院治疗三天检测心肌钙蛋白 I 数值为 (3.58 ± 0.37) $\mu\text{g/l}$, 病人治疗后心肌钙蛋白 I 数值均有一定程度降低, 但是明显中毒较轻者数值较低, 差异显著。

2.2 研究选取人员心肌酶谱水平检测情况比较分析

表 2 研究选取人员心肌酶谱水平检测情况比较分析表

组别	天冬氨酸转氨酶	肌酸激酶	肌酸激酶同工酶	α 羟丁酸脱氢酶
对照组 (健康体检人 员)	24.01 $\pm$ 21.02	118.13 $\pm$ 62.34	14.85 $\pm$ 13.12	150.22 $\pm$ 41.43
轻度组	70.32 $\pm$ 21.14	325.02 $\pm$ 65.31	37.28 $\pm$ 15.52	301.08 $\pm$ 67.46
中度组	79.41 $\pm$ 21.52	382.16 $\pm$ 88.93	40.25 $\pm$ 16.33	372.06 $\pm$ 93.24
重度组	86.38 $\pm$ 21.76	456.83 $\pm$ 175.62	48.59 $\pm$ 19.67	416.79 $\pm$ 117.38

由上面表 2 的数据可知, 对照组健康体检中正常人员在血液检测中心肌酶谱水平各指标天冬氨酸转氨酶为 (24.01 ± 21.02) u/l 、肌酸激酶为 (118.13 ± 62.34) u/l 、肌酸激酶同工酶为 (14.85 ± 13.12) u/l 、 α 羟丁酸脱氢酶为 (150.22 ± 41.43) u/l 。轻度组在血液检测中心肌酶谱水平各指标天冬氨酸转氨酶为 (70.32 ± 21.14) u/l 、肌酸激酶为 (325.02 ± 65.31) u/l 、肌酸激酶同工酶为 (37.28 ± 15.52) u/l 、 α 羟丁酸脱氢酶为 (301.08 ± 67.46) u/l 。中度组在血液检测中心肌酶谱水平各指标天冬氨酸转氨酶为 (79.41 ± 21.52) u/l 、肌酸激酶为 (382.16 ± 88.93) u/l 、肌酸激酶同工酶为 (40.25 ± 16.33) u/l 、 α 羟丁酸脱氢酶为 (372.06 ± 93.24) u/l 。重度组在血液检测中心肌酶谱水平各指标天冬氨酸转氨酶为 (86.38 ± 21.76) u/l 、肌酸激酶为 (456.83 ± 175.62) u/l 、肌酸激酶同工酶为 (48.59 ± 19.67) u/l 、 α 羟丁酸脱氢酶为 (416.79 ± 117.38) u/l 。明显可知对照组健康人群的心肌酶谱水平各指标数值都是最低的, 随着病人急性一氧化碳中毒程度的加重病人心肌酶谱水平各指标数值明显升高, 差异显著。

3 讨论

一氧化碳毒性较强, 人体吸入后与血液中的血红蛋白快速融合导致人体组织出现缺氧, 身体功能逐渐受损, 心脏器官对氧气非常敏感, 缺氧状态下增加一氧化碳的毒性作用, 由此导致人体的心肌细胞受到损伤。除此之外, 在缺氧状态下, 人体内的酸性代谢物质会出现蓄积, 此时人体毛细血管的通透性增强, 由此很容易导致心肌细胞出现水肿等问题, 出现严重的缺血缺氧。通常中毒后人的血液会有颜色变化。一氧化碳中毒, 主要是在封闭环境下含碳物质不完全燃烧, 人吸入后导致中毒。病人出现一氧化碳中毒后, 会出现不同程度的心肌损伤, 应该及时到医院诊断治疗, 否则很容易导致器官衰竭而死亡。

临床经常会接收到急性一氧化碳中毒病人, 病人出现急性中毒症状, 事发比较突然, 而且会对心肌损伤较为严重, 如果在病人临床检验中不能了解病人的心肌损害程度, 那么对病人由于急性一氧化碳中毒导致的心血

管事件问题不能准确判断, 此时病人很容易由于急性中毒导致引发不良事件, 不能在病人中毒后第一时间采取有效策略进行干预, 会给病人造成严重的不良后果, 甚至是导致病人死亡, 由此可能会在医院引发纠纷事件。所以, 去医院临床再接收到急性一氧化碳中毒病人后, 需要及时明确病人的心肌损害程度, 根据医院治疗程序, 利用合适的方法进行明确, 为病人临床治疗效果的提升发挥重要意义, 有利于保证良好医患关系。根据临床治疗来看, 病人出现急性一氧化碳中毒后, 其心肌钙蛋白指标具有特异性, 在人体心脏组织受到损伤后相关指标快速升高, 以此可以为急性一氧化碳中毒病人心肌损伤症状的判断标准, 根据此项指标对病人的身体损害程度进行有效评估。

根据多年临床实践认识到, 在病人急性一氧化碳中毒后会使得人体存在一定程度的心肌损伤, 特别是在中毒比较严重时, 会直接导致严重损伤。近些年临床医学发展中, 对心肌缺血进行临床检验主要是分析病人的心肌钙蛋白, 此项指标是心肌指标多肽链上氨基酸残基特有, 通常情况下, 在人体心肌损伤后三个小时左右指标数值会出现升高状态, 在心肌损伤 12 小时到 24 小时之间会达到高峰数值。由此在医院临床认为此指标是检测心肌标志物。而且根据相关研究显示, 可以通过分析心肌钙蛋白数值, 了解心肌缺血性损伤局部病灶。

本次立足实践问题进行探究具体研究结果与上述分析存在一致性, 根据具体结果显示: 对照组健康体检中正常人员入院检测心肌钙蛋白 I 数值为 (0.22 ± 0.07) $\mu\text{g/l}$ 、轻度组入院检测数值为 (1.18 ± 0.18) $\mu\text{g/l}$, 中度组入院检测数值为 (1.88 ± 0.36) $\mu\text{g/l}$, 重度组入院检测数值为 (2.27 ± 0.66) $\mu\text{g/l}$, 明显可知对照组心肌钙蛋白 I 数值是最低的, 中毒加重导致数值升高, 差异显著。治疗一天检测轻度组心肌钙蛋白 I 数值为 (1.43 ± 0.07) $\mu\text{g/l}$, 中度组为 (2.82 ± 0.18) $\mu\text{g/l}$, 重度组为 (3.95 ± 0.22) $\mu\text{g/l}$, 中毒较轻明显较低, 各组差异较大。在院治疗三天检测心肌钙蛋白 I 轻度组为 (1.33 ± 0.05) $\mu\text{g/l}$, 中度组为 (1.95 ± 0.12) $\mu\text{g/l}$, 重度组为 (3.58 ± 0.37) $\mu\text{g/l}$, 明显有所降低但是轻度组明显较低, 差异显著。对照组健康体检中正常人员在血液检测中心肌酶谱水平各指标天冬氨酸转氨酶为 (24.01 ± 21.02) u/l 、肌酸激酶为 (118.13 ± 62.34) u/l 、肌酸激酶同工酶为 (14.85 ± 13.12) u/l 、 α 羟丁酸脱氢酶为 (150.22 ± 41.43) u/l 。轻度组心肌酶谱水平各指标分别为 (70.32 ± 21.14) u/l 、(325.02 ± 65.31) u/l 、(37.28 ± 15.52) u/l 、(301.08 ± 67.46) u/l 。中度组心肌酶谱水平各指标分别为 (79.41 ± 21.52) u/l 、(382.16 ± 88.93) u/l 、(40.25 ± 16.33) u/l 、(372.06 ± 93.24) u/l 。重度组心肌酶谱水平各指标分别为 (86.38 ± 21.76) u/l 、(456.83 ± 175.62) u/l 、(48.59 ± 19.67) u/l 、(416.79 ± 117.38) u/l 。明显可知对照组各指标数值都是最低的, 中毒程度越严重数值越高, 差异显著。

综上所述, 临床接收到急性一氧化碳中毒患者后检测心肌钙蛋白 I, 了解病人心肌损害情况, 保证科学治疗。

参考文献:

- [1]李会芳. 心肌钙蛋白 I 测定诊断急性一氧化碳中毒后心肌损害的临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20 (10): 94, 96.
- [2]袁燕, 郭双喜, 王聪聪. 心肌钙蛋白 I、神经元特异性烯醇酶及 S-100 β 蛋白对急性一氧化碳中毒后迟发性脑病的预测价值[J]. 安徽医药, 2022, 26 (4): 714-717.
- [3]李华, 徐鹏, 赵艳, 等. 急性一氧化碳中毒病人血清氨基末端脑钠肽前体、心肌钙蛋白 I 水平与预后的关系[J]. 安徽医药, 2021, 25 (9): 1866-1870.

脑卒中后癫痫的临床诊断及治疗效果分析

穆翠霞

郓城县中医医院 山东省菏泽市 274700

摘要：目的：对脑卒中后癫痫的临床诊断进行研究，寻求有效的治疗方法，以为后续医护人员的工作提供指导性意见。方法：选取近两年我院收治的脑卒中后发癫痫的患者 30 例，展开调查，探讨脑卒中后癫痫患者的临床诊断，总结相关经验，制定有效的治疗和护理措施，对治疗效果进行总结。结果：通过分析研究结果可知，30 例患者中有 5 例（16.67%）痊愈，7 例（23.33%）显效，8 例（26.66%）有效，10 例（33.33%）无效，总有效 20 例（66.67%）；0 例患者中共有 4 例发生不良反应，其中有 2 例（6.67%）头晕、嗜睡，1 例（3.33%）记忆力下降，1 例（3.33%）遗尿、发热，总发生率为 13.33%，4 例患者在经治疗后无生命危险并成功出院，无患者死亡。结论：脑卒中后癫痫发作患者在临床上的表现具有明显特点，可以通过脑部 CT、脑电图检查，在结合临床症状后进行明确诊断。患者在确诊后接受积极的药物治疗能够有效换直接患者症状，提高预后效果。由于脑卒中后癫痫具有反复发作的可能，因此还需做好相应的预防措施，避免对脑卒中预后造成影响。

关键词：脑卒中后癫痫；临床诊断；治疗

近两年，脑卒中疾病的发病率在不断上升。在临床医学上，脑卒中的发病一般呈现又急又快特点，是目前临床上影响患者老年人生活质量和生命安全的主要疾病类型之一^[1]。脑卒中后癫痫是一种因脑部疾病导致的神经疾病，在临床上较为常见，在脑卒中出现早期症状时，进行及时的控制和治疗，可以大大降低卒中发生的概率，进而避免激发癫痫。因此对于该病的高发人群：老年人，应该定期进行体检，排除脑卒中的危险因素，降低卒中发生的概率。关于该病的发病机制，目前医学界的研究中尚未指明，大部分临床医学专家认为可能与患者的脑细胞缺血、缺氧引发的神经功能损伤等因素有关。据我国流行病学研究显示，脑卒中后癫痫的老年人，患者在发病后通过接受积极的药物治疗，配合辅助治疗，能够有效缓解病情。该病的临床表现具有明显的特征，因此对其临床诊断也较为容易，采用脑电图检查对诊断具有积极意义^[2]。如何提高脑卒中后癫痫患者的治疗效果，对患者的病情进行有效地控制，成为了相关专家在临床上的研究重点。为了进一步寻求脑卒中后癫痫有效的治疗方案，本次研究选取近两年我院收治的脑卒中后癫痫患者 30 例，展开调查，取得了不错的研究成果，现研究报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取近两年我院收治的脑卒中后癫痫患者 30 例。其中男性 17 例（56.67%），女性 13 例（43.33%），年龄为 44—85 岁，均龄（57.2±3.9）岁。本次研究选取的患者均为脑卒中后癫痫患者，并经脑部 CT、MRI 等检查证实，符合药物治疗的标准，患者无其他精神方面疾病，无癫痫病史、无其他诱发癫痫发作的基础疾病，自愿配合本次治疗和护理研究。为保证本次研究结果的正确性，研究结论对医护人员后续工作的开展有指导作用，对 30 例患者临床资料进行调查、核对，P>0.05，可比，详细数据见表 1-1。

表 1-1 30 例患者的一般资料

研究对象	癫痫类型	性别		年龄段	均龄
		男	女		
脑卒中后癫痫患者 (n=30)	强直阵挛发作 (n=4)	2	2	44—85	57.2±3.9
	局灶性癫痫发作 (n=16)	9	7		
	复杂部分性发作 (10)	6	4		

1.2 方法

现阶段，对脑卒中后癫痫患者的最佳治疗方式便是去除病因，控制癫痫发生。

内科医生在分析患者的脑部 CT、MRI 检查图像后，了解患者的病情，结合患者的临床症状，制定相应的治疗方案，给予药物治疗，护理人员配合医生做好辅助工作。30 例患者均接受脱水、降颅内压、预防感染、抗凝等对症处理，接受托吡酯片治疗，1 次 1 片，1 天 2 次。在连续服用后逐

渐减少用量至 1 次 1 片、1 天 1 次。患者在服药后需要定期前往医院复查，检测丙戊酸钠需要浓度、肝肾功能指标，观察服药后是否有不良反应，若出现过敏反应则应立即停用。保持绝对卧床休息，护理人员注意密切关注并保持患者的营养和水、电解质平衡。

1.3 观察指标

观察服药期间患者发作癫痫的次数、疗效、不良反应，并记录、分析。定期对患者进行脑部 CT、脑电图、肝肾功能等检查。患者的服药疗效分为四个等级，依次为痊愈>显效>有效>无效，总有效率=（痊愈例数+显效例数+有效例数）÷总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 软件处理，采用 X² 和 t 检验，P<0.05，具有统计学意义。

2 结果

2.1 30 例患者服药疗效

通过观察实验数据可知，30 例患者中有 5 例（16.67%）痊愈，7 例（23.33%）显效，8 例（26.66%）有效，10 例（33.33%）无效，总有效 20 例（66.67%），详细数据见表 2-1。

表 2-1 30 例患者服药疗效[n（%）]

癫痫类型	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
强直阵挛发作 (n=4)	2 (6.67)	2 (6.67)	2 (6.67)	0 (0.00)	6 (20.00)
局灶性癫痫发作 (n=16)	2 (6.67)	3 (10.00)	3 (10.00)	5 (16.67)	8 (26.67)
复杂部分性发作 (10)	1 (3.33)	2 (6.67)	3 (10.00)	5 (16.67)	6 (20.00)
合计	5 (16.67)	7 (23.33)	8 (26.67)	10 (33.33)	20 (66.67)

2.2 30 例患者不良反应发生情况

通过观察实验数据可知，30 例患者中共有 4 例发生药物反应，其中有 2 例（6.67%）头晕、疲乏，1 例（3.33%）记忆力减退，1 例（3.33%）遗尿、发热，总发生率为 13.33%，4 例患者在接受对症治疗病情均好转并成功出院，详细数据见表 2-2。

表 2-2 30 例患者不良反应发生率[n（%）]

研究对象	例数	头晕、疲乏	记忆力减退	遗尿、发热	总发生率
脑卒中后癫痫患者	30	2 (6.67)	1 (3.33)	1 (3.33)	4 (13.33)

3 讨论

脑卒中在我国的发病率与致死率呈现逐年上升的趋势,这与我国社会老龄化程度的加深息息相关,在临床上对该病早发现、早治疗,对于提高患者的存活率具有重要作用。脑卒中后癫痫是一种因脑部疾病导致的神经疾病,在临床上较为常见,在脑卒中出现早期症状时,进行及时的控制和治疗,可以大大降低卒中发生的概率,进而避免激发癫痫。因此对于该病的高发人群:老年人,应该定期进行体检,排除脑卒中的危险因素,降低卒中发生的概率。脑卒中一旦发病,容易导致患者出现伤残,如语言障碍、肢体障碍等,脑卒中患者出现不良事件的概率对比其他疾病更高,在临床上对于该病进行有效地预防,能够提高患者的存活率。一般情况下,通过脑电检测后显示的癫痫放电往往与发生脑卒中的部位相同^[3]。在临床上,脑卒中后癫痫的发作类型多种多样,其中,以局灶性癫痫发作为主,患者在接受药物治疗后,大部分患者的病情都能得到有效的控制,患者的预后情况一般较好。癫痫的发生率与患者的脑部病变部位具有直接关系,临床上,按照癫痫第一次发作的时间对其进行分类,将其分为早发性与迟发性两种,大部分的早发性癫痫患者会随着脑卒中病情的稳定、好转而自行缓解;与早发性癫痫相反,大部分迟发性癫痫患者会反复发作,需要长期服用药物,进行治疗。脑卒中后癫痫的发作类型多种多样,据国内流行病学调查显示,大部分患者均为单纯的部分性发作,占到了所有患者的60%左右,部分患者可为继发全面性发作,大约占到所有患者的20%,虽然全面性发作在临床上较为罕见,但是其对患者预后存在极大的影响,需要提高对其的重视程度,癫痫持续状态(SE)在临床上又被称为癫痫状态,是指患者的癫痫反复发作,在发作期间,患者的意识往往尚未恢复又再次发作,或发作时间超过了30min仍无法自行停止。患者若得不到及时的治疗,可能出现意识功能障碍、颅内压增高的表现,如头疼、恶心、呕吐等,病情严重的患者脑部可能发生不可逆的损伤,并且发作持续的时间越长,对脑部的损伤越严重^[4]。癫痫持续状态在临床上的致死率较高,并且如果得不到及时的治疗,预后会大大降低,甚至造成患者死亡,因此对该病进行早期的积极治疗,可以有效减轻疾病症状,提高患者的存活率。

脑卒中后癫痫在脑卒中患者中的发病率较高,并且具有较高的死亡率,相关研究表明,患者的年龄越大,发作的时间可能越长,并且越难治愈。患者在临床上的主要表现为肌肉抽搐、肢体强直、意识障碍、行为异常等,严重的可出现昏迷。对脑卒中后癫痫患者的首要治疗原则是需保持患者的生命安全和身体内环境的稳定,以为临床医生后续的治疗奠定基础,继而对诱发疾病的原因进行寻找及根除,处理好相关并发症^[5]。就脑卒中后癫痫的发作机理而言,临床上一般其与脑组织缺血缺氧、血肿压迫、脑血管痉挛、急性颅内高压、应激反应、水电解质和酸碱失衡等有关。在经临床脑电图检查与病理学分析后,其阳性率大约为54%—78%,可能发生在病变部位的同侧、一侧,甚至双侧,少数患者可见尖波、棘波发放。脑卒中作为脑血管疾病治疗中最具有临床价值的急性病症之一,患者一旦发病需要立刻送往医院救治,当疾病发展到了中后期,其治疗便十分困难,因此在疾病早期患者需要接受积极的治疗,接受全面的诊疗检查,避免病情恶化。随着血管超声技术的不断发展,为脑血管疾病的相关病变检查提供了临床诊断依据,血管超声的操作简单,可以通过对血管部位进行相关指标的检测,筛查出对血管病变较为敏感的指标,以诊断是否存在病变的情况,为患者的早诊断、早治疗与防治提供了参考信息,越来越受到患者与临床医学专家的重视。

作为对明确诊断治疗的重要手段,药物治疗可以快速缓解患者的病情^[6]。但目前,临床医学专家对治疗脑卒中后癫痫的药物作用尚未统一,存在一定争议,除此以外,也可通过静脉、肌肉注射和灌肠等方式,及时终止癫痫发作,但临床上应尽量控制使用药物的时间。对迟发性癫痫患者而言,需要长时间服用药物治疗,大部分患者在接受单药治疗后病情能够得到有效控制,少数患者需要联合多种药物使用,而对于迟发性癫痫患者而言,引发癫痫的刺激因素难以在短时间内完全消除,因此还需要按照常规的方案进行治疗。近两年,越来越多的医学专家认为,在急性期结束后,对于早发性癫痫患者可继续服用2周的抗癫痫药物,对于迟发性癫痫患者,由于其脑部已经形成了病灶,因此还是应当以长期治疗最佳。

患者在接受治疗的同时,护理人员还应当做好护理辅助工作,患者在

出院后,医护人员与患者保持良好的护患关系。通过口头、线上等多种方式对患者进行脑卒中疾病知识内容的宣讲,向患者讲解引发脑卒中的相关因素和预防措施,嘱咐患者注意用药安全,对康复期间可能出现的各种不良事件进行告知,采取相应的预防措施。鼓励患者家属积极主动地参与到患者的康复训练中来,掌握相关的康复方法和技巧,对康复训练的计划进行共同探讨,获得家属对护理工作的理解与支持,共同帮助患者康复^[7]。通过训练患者的坐、站、行、平衡等项目,以对肢体与语言功能进行阶段性训练,对肢体进行初步的恢复,在恢复的中后期,指导患者使用轮椅和拐杖、使用正确的步态行走、单腿站立、上下楼梯等,注意训练难度由弱到强,增加患者的适应程度,避免适得其反对患者肢体功能造成二次伤害或者发生摔倒的等意外事件。当患者的肢体恢复得到良好的效果反馈后,护理人员对患者的吃、穿、等能力进行训练。引导患者进行有效的语言沟通,帮助患者的语言功能改善。护理人员在患者出院前对患者的病历进行登记,建立随访信息卡,通过电话、短信等方式对患者进行回访跟进,对随访的结果进行记录,建立良好的护患交流途径。定期举办脑卒中疾病的相关活动,邀请患者参加^[8]。

脑卒中后癫痫在临床上的表现较为复杂,但是具有鲜明的特点,以此通过对其特点进行分析对治疗癫痫具有积极意义。总结本次研究中的病例,30例患者中有5例(16.67%)痊愈,7例(23.33%)显效,8例(26.66%)有效,10例(33.33%)无效,总有效20例(66.67%);0例患者中共有4例发生药物反应,其中有2例(6.67%)头晕、嗜睡,1例(3.33%)记忆力下降,1例(3.33%)遗尿、发热,总发生率为13.33%,4例患者在接受对症治疗病情均好转并成功出院,这充分提示通过药物(托吡酯片)治疗,多数患者的治疗效果较好,患者的预后情况得到一定程度的改善,提高了患者的存活率,延长存活周期。在本次研究中取得的实验效果较国内外相关报道水平不相上下,甚至更高,但是由于对脑卒中后癫痫患者的诊断和治疗效果进行探讨的患者例数较少,时间跨度较大,因此对脑卒中后癫痫的有效治疗和护理模式难以全面进行分析,存在一定的局限性,加之本次实验为回顾性分析,未对患者进行跟踪随访,可能对实验结果存在一定影响,在今后的研究中,应当增加长期随访研究设计,以获取更加可靠、全面的数据结果。总之,本文认为应当采取前瞻性的预防措施与科学的控制措施,以控制癫痫的发作,如此才能综合降低脑卒中后癫痫的发作频率,提高药物治疗效果与治愈率。

综上所述,基于脑卒中后癫痫疾病的特殊性,其反复发作的特点进一步提高了治疗难度,对患者的脑卒中预后造成极大影响。而通过本次研究显示,对脑卒中后癫痫患者采用药物(托吡酯片)治疗的方式效果较佳,临床疗效明显,患者的不良反应率低,临床价值突出。

参考文献:

- [1]李亚娟,刘亮,高巧林.丙戊酸钠治疗脑卒中后癫痫患者疗效及对凝血指标的影响[J].血栓与止血学,2022,28(03):754-755.
- [2]邹艳红,张权,赵塔娜,王影,刘洁薇.托吡酯与苯巴比妥治疗小儿癫痫疗效比较[J].黑龙江医药科学,2021,44(04):50+52.
- [3]张晓青.大剂量托吡酯冲击治疗癫痫持续状态的效果及安全性研究.河北省,河北省儿童医院,2021-07-14.
- [4]李友俊,夏鹰,林鹏,韩奖励,李晓波.奥卡西平联合托吡酯对脑卒中后癫痫患者认知恢复的影响[J].西部医学,2020,32(11):1669-1672.
- [5]郭松伟.左乙拉西坦与托吡酯对原发性癫痫患儿的疗效比较[J].河南医学研究,2020,29(28):5280-5282.
- [6]廖品君,王科.托吡酯、卡马西平与丙戊酸钠治疗脑炎继发癫痫的效果比较[J].临床合理用药杂志,2020,13(17):9-10.DOI:10.15887/j.cnki.13-1389/r.2020.17.005.
- [7]陈振华,夏毅如,吴乃许.托吡酯大剂量冲击疗法治疗小儿癫痫的临床效果及安全性[J].中国临床实用医学,2020(02):45-46-47.
- [8]沈梅.不同类型的脑卒中后癫痫患者的临床特点以及抗癫痫药物的治疗效果分析[J].中国实用医药,2020,15(10):152-153.DOI:10.14163/j.cnki.11-5547/r.2020.10.068.

探讨内瘘专项护理对维持性血液透析患者自护能力及血透效果的影响

张茜 吕欣蔓 陈勤

南充市中心医院 四川南充 637000

摘要: 目的: 分析对维持性血液透析患者实施内瘘专项护理对于提升其自护能力与血透效果所产生的积极护理影响。方法: 分析护理对象是 96 例接受维持性血液透析治疗的患者, 分组对照, 分为研究组 48 例与对照组 48 例。研究组的护理方案: 内瘘专项护理, 对照组的护理方案: 常规护理。对比指标: ①护理前、后的自护能力评分; ②血透效果。结果: 经护理后, 研究组患者自护能力评分高, 患者血糖效果更好, 指标数据形成差异对比, $P < 0.05$ 。结论: 将内瘘专项护理实施在维持性血液透析患者治疗期间的护理中, 可以显著提升血透效果与患者的自护能力, 改善预后, 建议应用。

关键词: 维持性血液透析; 内瘘专项护理; 血透效果; 自护能力

To explore the influence of special nursing on self-care ability and hemodialysis effect of maintenance hemodialysis patients

Zhang Qian, Lu Xin Man, Chen Qin

Nanchong City Central Hospital, Nanchong, Sichuan, 637000

[Abstract] Objective: To analyze the positive nursing effects of internal fistula special nursing on improving self-protection ability and hemodialysis effect of maintenance hemodialysis patients. Method: Analysis of nursing objects are 96 patients receiving maintenance hemodialysis treatment, divided into the study group 48 cases and control group 48 cases. The nursing plan of the study group was special care of internal fistula, and the nursing plan of the control group was routine care. Comparison indicators: ① Scores of self-care ability before and after nursing; ② Hemodialysis effect. Result: After nursing, the self-care ability score of patients in the study group was high, the blood glucose effect of patients was better, and the index data formed a difference, $P < 0.05$. Conclusion: The implementation of special care for internal fistula in the care of patients with maintenance hemodialysis during the treatment can significantly improve the hemodialysis effect and self-care ability of patients, improve the prognosis, suggested application.

[Key words] Maintenance hemodialysis; Special care for internal fistula; Hemodialysis effect; Since the nursing ability

终末期肾衰竭患者在临床上的数量不断增加, 需接受维持性血液透析方案进行治疗来延长寿命。维持性血液透析是常用的替代性疗法, 通过建立动静脉内瘘来完成透析, 将体内无法代谢的毒素、大分子废弃物等清除干净^[1]。为了保证长期透析的效果, 需要在治疗期间加强护理干预, 减少并发症的出现。内瘘专项护理带有专科护理的特点, 应用在维持性血液透析患者内瘘护理中不仅可以减少透析期间出现的风险, 还可以提升患者对血液透析的重视程度, 掌握基本的自我护理方法, 提升疾病康复的效果^[2]。鉴于此, 本文对选入组内的维持性血液透析患者实施内瘘专项护理, 分析其对于改善患者自护能力与血透效果所产生的积极影响, 总结如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

护理分析开展的时间范围是 2022 年 1 月-6 月, 随机抽取 96 例接受维持性血液透析治疗的患者。患者原发疾病如下: 肾小球肾炎 35 例, 糖尿病肾病 14 例, 多囊肾 11 例, 高血压肾病 9 例, 间质性肾炎 6 例, 尿毒症 21 例。患者对透析治疗知情, 全程配合, 资料完整。透析时间在 3 个月以上, 透析频率为 1-3 次/周。排除指标: 不愿配合研究; 中途死亡或退出; 精神障碍, 无法正常沟通等。

按照随机分组原则, 将患者纳入研究组与对照组, 每组例数相同, 是 48 例。研究组: 组内男性是 27 例, 女性是 21 例; 最小年龄是 32 岁, 最大是 74 岁, 均值是 (52.14 ± 1.48) 岁。对照组: 组内男性是 26 例, 女性是 22 例, 最小年龄是 34 岁, 最大年龄是 75 岁, 均值是 (51.48 ± 1.15) 岁。组间年龄、性别数据未形成数据对比, $P > 0.05$ 。

1.2 护理形式

1.2.1 对照组

实施常规护理方案, 在患者透析前, 护理人员与患者沟通, 讲解血液透析的要点、配合方法等, 告知患者每次透析的时间, 使患者按时接受治疗, 并有足够的心理准备。讲解透析期间患者的饮食注意释放, 注意保护内瘘血管等。

1.2.2 研究组

向患者实施内瘘专项护理, 实施要点如下: ①关于内瘘专项护理内容。加强对内瘘的日常护理, 护理人员要提升对内瘘护理的重视程度, 在患者治疗期间为患者设置好提醒, 比如在日常生活中注意保护, 不得应用患肢拎重物, 不得碰水等。尽量避免在内瘘侧肢体测量血压或穿刺等操作, 肢体要保持干燥, 降低感染的风险^[3]。指导患者应用手握球进行锻炼, 提升内瘘质量。在单次透析完毕后, 用湿毛巾热敷血管, 保持 30min, 减轻患者的不适感。每日测量患者的体质量, 避免透析期间患者体内的水分过多溢出。测定患者的血压状态, 若患者血压多高或过低需合理应用药物处置。在患者透析期间需关注患者内瘘的使用状态, 减少内瘘并发症的发生^[4]。②关于专项健康教育内容。对患者开展健康宣讲, 一方面讲解关于维持性血液透析与内瘘保护的内容, 提升患者的认知程度, 减少误解。另一方面要讲解日常护理的注意事项、饮食要点与定期锻炼等, 提升患者的自我护理能力。采用发放健康手册、视频讲解、公众号信息推送等方法, 采用患者易于理解的方法, 保证健康教育的效果^[5]。条件许可时组间微信群与患者保持联系, 随时解决患者提出的问题。③加强穿刺护理。为患者执行穿刺的操作需选择经验丰富的护理人员, 对患者的实际血管条件进行评估, 认真观察内瘘血管的弹性、走向和深度等, 尽量保证一次性穿刺成功^[6]。严格执行无菌护理原则, 降低穿刺感染风险。④专项护理监督与改进。对护理人员的护理操作进行监督, 及时发现护理不当之处并改进, 提升护理工作质量。定期对护理人员进行培训, 保证每名护理人员可以熟练掌握护理要点内容。护理人员需用亲切的态度与患者沟通, 提升患者对护理的配合程度。

1.3 评价指标

在分析后, 选用以下两项指标对本次护理效果进行评价。

①自护能力评分^[7]。拟定患者自我护理能力评分量表, 发放给患者, 从自我概念、自护责任感和自我护理技能三个方面进行评价, 单项评分越高代表患者的自护能力越好。

◎ 血透效果。在护理干预后,测定患者的以下三项指标,分别是血清肌酐、尿素氮和尿素,评价患者的血液透析效果^[8]。

1.4 统计学方法

需对组间指标数据进行检验,选择软件包 SPSS25.0,数据记录形式依据其类型表示为 ($\bar{x}\pm s$),组间数据对比工具为 t。仅 $P<0.05$ 时,可认定组间数据形成差异对比。

表 1 患者自我护理能力指标数据记录 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别 (例数)	自我概念		自护责任感		自我护理技能	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组 (48)	20.19±4.53	28.64±6.36	17.96±3.80	28.32±6.21	27.81±5.42	39.83±5.17
对照组 (48)	19.76±4.29	23.29±5.52	18.28±4.11	22.67±5.49	28.19±5.33	32.79±6.21
t	0.24	17.31	0.11	18.42	0.37	21.66
P	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$

2.2 血透指标

干预后,两组患者的各项指标优于对照组,代表患者血透效果更好,组间数据形成统计学意义。

表 2 血透指标数据对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	血清肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	尿素氮 (mmol/L)	尿素 $\text{mL}/(\text{min}\cdot 1.73\text{m}^2)$
研究组	48	17.06±1.02	822.4±10.12	2.62±0.81
对照组	48	20.15±1.34	982.6±10.94	2.11±0.42
t	-	16.92	52.74	10.39
P	-	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$

3 讨论

维持性血液透析治疗是现阶段临床上治疗终末期肾病、尿毒症等有效方式,通过替代疗法来延长患者寿命,改善患者的生活质量^[9]。动静脉内瘘是维持性血液透析的重要血管,若透析期间护理不当会出现较多的并发症,影响透析效果,增加患者的痛苦。针对维持性血液透析患者的护理而言,提升患者的重视程度与自我能力非常重要^[10]。

3.1 内瘘专项护理有助于提升患者自护能力

上文表 1 记录两组患者护理前、后的自护能力评分,从表内的数据分析可见,未经过护理时,两组患者的自护能力评分相近,代表维持性血液透析患者自我意识、能力与责任感均处于较低的状态。经过护理后,评分有所改善,但研究组患者的评分更高,数据与对照组形成对比,代表内瘘专项护理的实施可以显著提升患者的自护能力。内瘘专项护理不仅可提高患者疾病认知度与自护水平,同时还建立起一套系统全面的监督与指导机制,针对性处理存在的问题,及时解答患者的疑惑,降低相关并发症的发生率,保证透析效果^[11]。

3.2 内瘘专项护理可以提升透析效果

表 2 记录患者的透析效果,表内研究组患者的血清肌酐、尿素氮、尿素三项指标水平均优于对照组,组间形成对比,证实内瘘专项护理的效果,可以提升患者的血液透析质量。

内瘘专项护理是针对维持性血液透析护理与内瘘护理所开展的针对性专科护理方法,护理人员要重视对内瘘的护理,加强对患者的健康教育,提升患者的重视程度与自我护理责任感^[12]。内瘘的质量关系着透析的质量,患者的参与配合程度决定着护理质量,因此要增加护理人员与患者的沟通,从患者的实际情况分析,了解护理存在的问题^[13]。监督护理执行情况,提升护理人员的护理能力,一旦发现不足之处需立即改进。定期评估患者内瘘的使用状态,注意对血管的保护,在透析后进行热敷,缓解患者的不适感^[14]。在健康教育期间也要重视对患者的情绪疏导,当患者要焦虑、

2 结果

2.1 自我护理能力

未经护理时,两组患者的自护能力评分较低,两组指标数据未形成差异对比, $P>0.05$; 在执行不同护理方案后,患者自护能力评分均有所改善,但研究组的评分提升更显著,与对照组相应的数据存在统计学意义。

抑郁等情绪时,要注意疏解,使患者重视对动静脉内瘘的保护。内瘘专项护理提升了护理规范性与全面性,规范护理人员行为与护理责任心^[15],所执行的各项护理操作均有据可依,保证了护理质量。

综上,建议将内瘘专项护理实施在维持性血液透析患者的护理中,针对性提升患者的自护能力与血透效果,规范护理行为,其护理价值值得肯定,建议应用。

参考文献:

- [1]陈敏.血管通路专项护理在维持性血液透析患者中的应用[J].透析与人工器官,2022,33(01): 54-56+64.
- [2]蔡学兰.早期护理干预在维持性血液透析患者动静脉内瘘并发症预防中的应用效果[J].医学信息,2022,35(04): 186-189.
- [3]谷雅辉.内瘘专项护理对维持性血液透析患者自护能力及血透效果的影响[J].名医,2022(02): 144-145.
- [4]黄秀碧,张亚真,蔡小萍.探讨维持性血液透析患者应用人造血管内瘘的护理措施和护理效果[J].中外医疗,2021,40(25): 109-111+115.
- [5]宁宇.针对性护理在维持性血液透析患者动静脉内瘘护理中的价值[J].中国医药指南,2021,19(17): 174-175.
- [6]金放.分析维持性血液透析患者内瘘护理专项健康教育的效果[J].系统医学,2021,6(07): 181-183+187.
- [7]刘春花,管芳龄,卢莎莎.个性化护理在维持性血液透析患者动静脉内瘘护理中的应用[J].中外医疗,2021,40(09): 123-125.
- [8]徐小娟.早期护理干预对维持性血液透析患者动静脉内瘘并发症发生率的预防分析[J].中外医疗,2021,40(02): 160-162.
- [9]吴凌菲,刘红群.综合护理干预在维持性血液透析合并动静脉内瘘患者中的效果[J].当代临床医刊,2020,33(06): 554+556.
- [10]黄英.内瘘分级护理对维持性血液透析患者的影响研究[J].吉林医学,2020,41(12): 3036-3037.
- [11]张维华,刘红梅,孙飞霞.内瘘护理专项健康教育对维持性血液透析患者健康知识掌握及自护能力的影响[J].人人健康,2020(14): 423.
- [12]王焱威.专项预见性干预减少老年透析患者动静脉内瘘并发症观察[J].中国老年保健医学,2020,18(02): 121-122+125.
- [13]娄丽萍.动静脉内瘘维持性血液透析患者采用针对性护理的临床价值[J].透析与人工器官,2020,31(01): 35-37.
- [14]曹云,李志红,丛金梅.维持性血液透析患者内瘘护理专项健康教育的效果观察[J].护理实践与研究,2020,17(03): 87-89.
- [15]金香善.维持性血液透析患者内瘘护理专项健康教育的实施与效果[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(87): 170+178.

分析人文关怀护理减轻维持性血透患者焦虑抑郁情绪的积极作用

吕欣蔓 陈勤 张茜

南充市中心医院 四川南充 637000

摘要:目的:探究对维持性血透患者实施人文关怀护理,对于减轻患者所表现出的焦虑、抑郁情绪所产生的积极影响。方法:抽取86例维持性血透患者,分为研究组与对照组。研究组应用人文关怀护理,对照组实施常规护理,对比患者护理前、后所表现出的焦虑情绪与抑郁情绪评分;护理总满意率数据。结果:护理前,组间情绪指标数据评分相近, $P>0.05$;在护理后,研究组患者的焦虑、抑郁情绪评分明显下降,组间数据对比形成统计学意义;研究组的护理总满意率为97.67%,对照组患者的护理总满意率为88.37%,组间数据形成对比, $P<0.05$ 。结论:人文关怀护理是一项有效的护理模式化,实施在维持性血透患者护理中有助于减轻其焦虑、抑郁情绪,值得推广。

关键词: 维持性血透;人文关怀护理;焦虑、抑郁情绪

Analysis of the positive effect of humanistic care on reducing anxiety and depression in patients with maintenance hemodialysis

Lu Xin Man, Chen Qin, Zhang Qian

Nanchong City Central Hospital, Nanchong, Sichuan, 637000

[Abstract]Objective: To explore the positive effects of humanistic care on alleviating anxiety and depression of patients with maintenance hemodialysis. Method: Eighty-six patients with maintenance hemodialysis were selected and divided into study group and control group. The study group applied humanistic care nursing, and the control group carried out routine nursing. The scores of anxiety and depression were compared before and after nursing; Total nursing satisfaction rate data. Result: Before nursing, the score of mood index data between groups was similar, $P>0.05$; After nursing, the anxiety and depression scores of patients in the study group decreased significantly, and the comparison of data between groups was statistically significant. The total nursing satisfaction rate of the study group was 97.67%, and the total nursing satisfaction rate of the control group was 88.37%. The data between the groups were compared, $P<0.05$. Conclusion: Humanistic care is an effective nursing model, which can help relieve anxiety and depression in the nursing of patients with maintenance hemodialysis, and it is worth promoting.

[Key words] Maintenance hemodialysis; Humanistic care nursing; Anxiety, depression

血液透析是当前临床上应用较为广泛的治疗方式,适用于终末期肾病、尿毒症疾病等治疗。满身肾衰竭患者需接受维持性血液透析治疗^[1],清除血液中的废弃物质与大分子等,发挥肾脏替代治疗,延长患者寿命。但维持性血液透析的价格比较昂贵,患者承受的治疗痛苦较多,在治疗期间会产生较多的负面情绪,如焦虑、烦躁等^[2]。负面情绪对于患者透析治疗的影响非常明显,严重的负面情绪会引发生命体征波动,甚至出现抵触治疗,降低治疗效果。人文关怀护理的核心是人性化护理理念,护理人员需增加对患者的人文关怀,疏导患者的焦虑、抑郁等情绪,提升对护理的配合程度^[3]。鉴于此,本文对选入组内的维持性血液透析患者实施人文关怀护理与常规护理方法,对比其对于改善患者焦虑、抑郁情绪所产生的积极影响^[4]。

1 资料和方法

1.1 一般资料

分析开展于2021年12月-2022年5月,抽取86例接受维持性血液透析治疗的患者。患者的临床资料完整,对本次分析知情,全程配合。患者的沟通能力正常,可以真实填写评估量表。排除指标:合并出血、感染;传染性疾病;血液性疾病;认知功能障碍或精神障碍;中途退出或死亡^[5]。

对患者进行分组护理,分为研究组43例和对照组43例。研究组:组内男性与女性患者分别是23例与20例,年龄:32-65岁,均值为(51.71±0.51)岁;透析时间在1-5年,平均是(2.38±0.32)年。对照组:组内男性与女性患者分别是25例与18例,年龄:30-67岁,均值为(52.01±0.15)岁;透析时间在1-6年之间,平均是(2.58±0.33)年。组间年龄、性别与血液透析时间数据比较未形成差异对比, $P>0.05$ 。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

向患者实施常规护理方式,告知患者透析的频率、注意事项等,保持

透析室内环境良好,温湿度适宜^[6]。对患者进行健康宣讲,提升其对透析护理的配合程度。

1.2.2 研究组

在对照组常规护理内容的基础上,增加人文关怀护理内容,实施内容主要有以下几点。①主动接待,与患者建立和谐的关系。当患者进入血透室时,会表现出紧张、焦虑等情绪^[7]。护理人员要主动接待患者,带领患者熟悉室内环境,减少陌生感。用亲切、温和的态度与患者沟通、交流,耐心倾听患者的主诉,表达对患者情绪的理解与尊重。针对患者提出的疑问主动给予解答,注意观察其表情、语言与情绪变化,了解其内心需求,根据患者性格不同选择不同互动方式,以缓解其不良心理^[8]。②加强健康教育,提升患者的认知水平。患者对血液透析的认知情况会影响患者的配合程度与心理状态^[9]。护理人员要评估患者当前的透析状态,根据患者的文化程度、理解能力等进行针对性的健康宣传,讲解疾病相关知识,告知患者遵照医嘱配合血液透析对疾病治疗的重要性^[10]。强调血液透析的方法和应注意的问题,讲解日常饮食中控制盐、磷、钾摄入的意义。当患者短时间内情绪激动时,可以采用适当发泄法、全身肌肉放松等方式缓解。告知患者焦虑、抑郁情绪出现属于正常,不必强行自我压抑,而是要宣泄出来,这样才能保持良好的心态。③加强家庭支持,增加亲友的陪伴^[11]。家庭是患者最为重要、直接的精神支撑来源,因此要倡导患者家属为其治疗提供支持,动员患者亲友多陪伴他们,使他们认识到融洽的亲情关系与和谐的家庭氛围,可保持患者心情舒畅,从而增强其抗病能力,使其更好的配合医护人员的治疗,帮助患者提升生命质量,协助患者办理血透治疗特殊门诊报销,以减轻家庭的经济压力。④叮嘱日常注意事项,传递护理关怀。在血液透析完毕后,要叮嘱患者多休息,不得劳累,更不可拎拿重物^[12]。详细讲解透析后的注意事项,提升对内窥护理的重视程度。保持内窥的干燥,在透析完以后可以用热毛巾热敷,帮助血液循环,减轻患者的不

适症状。提前告知患者透析可能出现的不适反应与缓解对策,一旦发现异常需立即通知医生处置^[13]。

1.3 指标评价标准

评估护理效果,选用患者的焦虑、抑郁情绪指标,分别选择 SAS 焦虑自评量表与 SDS 抑郁自评量表,两组量表的评分越高认定患者当前所表现出的负面情绪越明显。

1.4 统计学方法

在分析中,选择的分析软件是 SPSS25.0,指标数据记录类型是 ($\bar{x} \pm s$) 与率,差异对比工具是 t 和 χ^2 。在分析结果 $P < 0.05$ 时,可以认为数据比较形成统计学意义。

2 结果

未护理时,两组患者均表现出比较明显的焦虑、抑郁情绪,评分较高,组间数据对比未形成统计学意义, $P < 0.05$; 在护理后,两组患者的情绪状态均有所好转,但研究组患者焦虑、抑郁情绪下降更明显,数据比较形成统计学意义。

表1 患者焦虑、抑郁情绪数据对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别 (例数)	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组 /n=43	49.14±1.32	20.41±1.04	45.93±1.54	19.05±1.44
对照组 /n=43	50.32±1.28	32.17±1.17	46.08±1.58	30.59±1.36
t	1.47	32.59	1.23	33.07
P	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

2.2 护理满意率

表2 记录两组患者的护理满意率数据,研究组的护理总满意率为 97.67%,对照组患者的护理总满意率为 88.37%,组间数据形成对比, $P < 0.05$ 。

表2 患者对护理满意率数据记录 (n,%)

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意率
研究组	43	32	10	1	97.67
对照组	43	15	23	5	88.37
χ^2	-				23.08
P	-				P<0.05

3 讨论

维持性血液透析患者大多需要每周 2~3 次透析,治疗会影响患者原有的生活节奏,加之昂贵的治疗费用、透析痛苦等,导致患者出现较多的负面情绪,如焦虑、抑郁等^[14]。分析导致维持性血液透析患者出现负面情绪的原因主要有以下几点:①疾病与维持性血液透析改变了患者原有的生活方式,其饮食结构、日常生活方式与活动等均受到限制,患者需遵照医嘱服用药物,长时间容易产生焦虑、抑郁等负面情绪^[15]。②因疾病因素,患者认知到自身患病难以治愈,需终身配合透析治疗,会导致患者悲观情绪明显,对治疗的配合程度低。因透析会导致患者无法从事原来的工作,与人接触的机会减少,认为自己的社会价值逐渐下降。③伴随维持性血液透析所产生的一些不良反应,会加重患者的治疗痛苦,因而情绪压力明显。④昂贵的治疗费用增加患者的家庭经济负担,患者担忧经济问题而出现不良情绪。

人文关怀护理的核心是以患者为中心,体现出护理的人文关怀与患者

的生命价值。在临床护理中为患者应用人文关怀护理可以将护理服务和患者的护理需求相结合,护理人员对患者实施各项护理操作时均关注患者的感受,传递对患者的护理关怀与照顾。人文关怀护理要求护患之间保持良好的沟通,护理人员对患者进行健康宣讲、心理疏导等,并获得家庭亲情支持。让患者正视自身疾病,提升自我护理与管理能力,遵照医嘱配合治疗可以获得良好的生活质量。当患者有不良情绪时,要给予理解,引导患者用正确的方法宣泄,不得压抑。结合本次分析可知,研究组患者接受人文关怀护理,对照组接受常规护理。从上文表1中数据的记录可知,护理前,两组患者存在的负面情绪相近,患者所表现出的焦虑、抑郁情绪比较严重,组间数据形成对比, $P > 0.05$; 执行不同的护理模式后,患者的情绪状态均有所缓解,但研究组患者的 SAS 评分与 SDS 评分均明显下降,数据与对照组形成对比,代表人性关怀护理的应用可以改善维持性血液透析患者的焦虑、抑郁情绪状态。在人文关怀护理期间,护患之间良好沟通提升了患者对护理工作的信任程度,从抵触、怀疑逐渐转为配合,使血液透析顺利开展,提升了透析效果。

因此,将人文关怀护理应用在维持性血液透析患者的护理中,可以显著改善患者的焦虑、抑郁情绪,提升患者对护理的满意程度,是有效的护理方法,建议推广。

参考文献:

- [1]王爱萍,张小梅,郑玉婷.人文关怀联合心理护理对维持性血透患者的干预效果[J].心理月刊,2022,17(06): 174-176.
- [2]马玲蓉,刘晓燕,庄小妹.细节护理联合心理干预对维持性血透患者的影响分析[J].心理月刊,2021,16(23): 221-223.
- [3]武蓓蓓,陈瑶,黄素芳.人文关怀联合心理护理对维持性血透患者焦虑、抑郁情绪及护理满意度的影响[J].心理月刊,2021,16(21): 171-173.
- [4]杨柳,张爽.高效护理模式对肾病血液透析患者情绪及生活质量影响的回顾性分析[J].中国医学创新,2021,18(12): 102-106.
- [5]冯碧仪,陈东燃.人文关怀护理在维持性血透患者应用中对患者焦虑、抑郁情绪的影响分析[J].中外医疗,2021,40(03): 136-138.
- [6]覃廖媛,杨燕,黄瑜雯.系统护理干预对维持性血透患者生活质量的作用研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(39): 244-245.
- [7]张曼,黄丽璇.维持性血液透析患者自我感受负担的护理研究进展[J].上海护理,2019,19(04): 48-52.
- [8]郑滢.维持性血液透析患者的焦虑状态及其人文关怀护理研究[J].中国现代医生,2018,56(33): 150-152+156.
- [9]李彩兰,李观荣,刘黎蓝,邓方良.年龄层差异化同理心理护理法在维持性血透患者中的应用研究[J].黑龙江医学,2018,42(07): 720-722.
- [10]潘幼珍.维持性血液透析患者负性情绪护理干预的研究进展综述[J].中国农村卫生,2019,12(08): 61-62.
- [11]陈燕华,黄华.心理干预对初次维持性血液透析患者焦虑、抑郁状态的影响[J].基层医学论坛,2021,20(27): 3850-3851.
- [12]刘舜华.血液透析室医院感染安全隐患及护理干预措施分析[J].国际护理学杂志,2019,34(03): 405-407.
- [13]卢早霞,严艳,许怡琼,段芯,王霞.人文关怀护理对维持性血液透析患者的意义及实践[J].中国社会医学杂志,2020,31(01): 37-39.
- [14]王红燕,汪玉泉,骆谏英,王晓丽.人文关怀在血透患者护理工作中的应用效果观察[J].当代医学,2019,19(01): 116-117.
- [15]曾美华,王饶萍,唐春苑,等.维持性血透患者焦虑与抑郁状态及相关因素调查[J].军医进修学院学报,2020,32(7): 736-738.

预见性护理对腰椎骨折患者并发症的预防作用

王芳 韩丽君

新疆生产建设兵团医院骨科中心 新疆乌鲁木齐 830000

摘要：目的：预见性护理对腰椎骨折患者并发症的预防作用。方法：实验于2020年3—2022年3月期间选择58例因腰椎骨折前来我院接收治疗的病人进行调研，在治疗期间对病人实施预见性护理，将其作为本次调研的研究组。于2020年3—2022年3月期间选择58例因腰椎骨折前来我院接收治疗的病人进行对照，在治疗期间对其实施常规护理，将其作为本次调研的对照组。总结与探究2种护理方案实施效果。结果：（1）对照组护理满意评分结果与研究组护理满意评分结果对照，前者较低后者高，两组对照，差异明显，（ $P<0.05$ ）。（2）对照组并发症发生率明显高于研究组，两组对照，差异明显，（ $P<0.05$ ）。（3）对照组住院时间明显长于研究组，两组对照，差异明显，（ $P<0.05$ ）。（4）对照组VAS评分结果与研究组VAS评分结果对照前者较高、后者低，两组对照差异明显，（ $P<0.05$ ）。结论：预见性护理在腰椎骨折并发症预防中，作用理想，此方案值得临床应用与普及。

关键词：预见性护理；腰椎骨折；并发症

腰椎骨折再临床治疗中属于常见且多发疾病，此疾病具备发病率高的特点，据临床不完全收集与统计资料证实，最近几年因腰椎骨折而就诊于我科室的病人呈逐年增高趋势^[1]。腰椎骨折再临床治疗中以对症治疗为主，腰椎骨折的常见病因为创伤，发病突然，病情复杂。骨科的病人，因为他们的行动不方便，所以要长时间的躺在病床上，同时还会伴随着疼痛、日常功能障碍，容易出现各种并发症，如压疮、静脉血栓等，对日常的生活和工作造成很大的影响。虽然有效的治疗可改善临床症状，但疾病存在特殊性，在治疗期间应搭配护理干预^[2-3]。通常情况下，临床常用护理方案为传统常规护理，但我科室为了提高护理质量，则采用预见性护理。预见性护理是指在过去的护理工作中，对各种疾病的潜在危险进行预测，并在一定程度上对其进行预防，从而避免可能出现的危险。预见性护理在骨科疾病中的运用，可以有效地防止护理的危险，从而使护士的工作和病人的满意程度得到显著的改善。为了总结与探究2种护理方案实施效果，于2020年3—2022年3月期间选择58例因腰椎骨折前来我院接收治疗的病人进行调研，具体实施情况、结果分析，见如下阐述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

实验于2020年3—2022年3月期间选择58例因腰椎骨折前来我院接收治疗的病人进行调研，在治疗期间对病人实施预见性护理，将其作为本次调研的研究组。于2020年3—2022年3月期间选择58例因腰椎骨折前来我院接收治疗的病人进行对照，在治疗期间对其实施常规护理，将其作为本次调研的对照组。对照组：n=58例病人，男/29例、女/29例，年龄在45岁至76岁之间，中位年龄为60.25岁。研究组：n=58例病人，男/29例、女/29例，年龄在45岁至76岁之间，中位年龄为60.25岁。本次实验均在病人以及其家属知情且同意情况下进行，所有患者的基本资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 实验方法

对照组：在本次调研中所采用的护理方案为传统常规护理，即为对病人实施基础护理，健康教育、饮食干预等。

研究组：在本次调研中所采用的护理方案为预见性护理，具体如下：

（1）心理护理：病人进入医院后，护理人员要主动探视病人，同时与病人做好沟通，由于病人会因担忧治疗花费、疾病带来的影响而出现焦虑、抑郁、紧张等负性情绪反应，还有部分病人因此发生不配合治疗与护理等情况，进而给临床工作带来影响。为此护理人员要主动与病人沟通、交流，引导病人讲述出心中的想法，认真倾听后，给予肯定在进行纾解，帮助病人缓解负性情绪反应。（2）术前预见性护理：术前要向病人和家属说明手术前的注意事项，禁食禁水，做好心理疏导，减轻患者的紧张情绪，说明术后可能出现的并发症和早期进行康复锻炼的重要性。告诉家属手术时

间，嘱咐家属耐心等待，并及时告知家属手术进程。（3）术中预见性护理：术中使用的器械要事先进行消毒，同时要在术中配合医师进行手术，做到无菌操作，防止感染。因此，应适时调节手术室内的温度、湿度，减少病人四肢裸露，防止术后病人体温过低。术中合理补液，避免补液过多。手术过程中，护士积极的配合手术医生，减少手术时间，加强生命体征监测和体位管理，防止患者出现压疮等的并发症，从而影响手术的康复。（3）环境干预：日常护理中，护理人员在条件允许下，在病房摆放绿色植物，并根据当天温度调节室内的温度与湿度，保证湿度在50%左右，温度在22-25度左右。此外，护理人员还应在室内播放电视娱乐节目，例如电视剧等。（4）疼痛预见性护理：腰椎骨折疾病特殊，大多数病人都伴有剧烈疼痛、肿胀等情况，疼痛感会贯穿病人整个住院期间，为此护理人员在病人入院时要对病人实施疼痛评估，并根据病人疼痛评估结果制定护理计划，尽可能的分散病人注意力，缓解疼痛感，必要情况下遵医嘱指导病人服用止痛药物，另外术后伤口较大，病人会感受到明显的疼痛感，为此护理人员可使用止痛泵对病人实施止痛干预。（5）肺部感染预防护理：腰椎骨折疾病发生后病人要长时间卧床休息，长期卧床休息会诱发与引起肺部感染，为此护理人员要指导病人进行咳嗽、咳痰，同时指导病人进行深呼吸、吹气球等训练，对于卧床不能有效咳嗽、咳痰者，护理人员应协助病人翻身，并对其实施叩背，同时根据病人实际情况对病人实施雾化吸入。

（6）泌尿系统预见性护理：日常护理中，护理人员指导病人多饮水，每日为病人清洗会阴，同时要保障病人会阴干燥，防止病人发生感染等情况。另外，对于长时间留置尿管病人，要告知其严重执行无菌操作，同时对男性生殖器官、女性会阴进行消毒，每12个小时消毒1次，同时应保证尿管密封状态以及尿管通畅，按时、按需更换尿袋，翻身时夹闭尿管，防止尿液逆流导致感染，不必要的膀胱冲洗应尽量避免，置管期间嘱患者多饮水，多排尿，达到对尿路的冲洗，降低细菌进入尿道概率。（7）静脉血栓预见性护理：腰椎骨折疾病特殊，大多数病人都应卧床休息，长时间卧床休息容易发生静脉血栓，为此在入院检查时候要观察病人是否存在血栓，对于存在血栓者护理人员要告知其不要按压血栓位置，防止血栓脱落而造成栓塞，对于无血栓者，护理人员要告知其适当活动，同时为病人按摩四肢，保证血流速度正常，同时遵医嘱对病人实施低分子肝素钠或低分子肝素钙药物治疗。（8）压疮的预见性护理，护理人员评估病人身体皮肤状况，同时根据病人实际情况指定护理方案，防止病人皮肤长时间受潮、受压而增加压疮发生率，另外护理人员要保持病人皮肤清洁，按时按需协助病人翻身，每间隔2小时协助病人翻身1次，对于长时间卧床者要使用防褥疮气垫床。对易发生压疮的部位，使用自制水袋、聚氨酯泡沫敷料，三角翻身枕等，以减轻局部皮肤的压力，也可定时按摩局部皮肤。

（9）便秘预见性护理：护理人员应告知病人多饮水、多食用蔬菜，同时

按摩病人腹部,促使肠道蠕动,必要时可遵医嘱指导病人服用乳果糖润肠通便。(10)其他预见性护理。密切注意病人周围是否存在安全隐患,如心电监护设备是否牢固、床垫是否牢固、地板和通道是否有防滑等,都可能会引发意外。对有牵引或皮牵引的病人,应密切注意牵引病人的牵引力度,以便随时调整牵引,保持病人的姿势;另外,有骨牵引、皮牵引的患者要定期消毒伤口,注意观察伤口有无渗血、渗液、红肿、伤口恢复等,避免吸烟、进食辛辣刺激的食物,避免发生并发症,平时要注意排尿、排便,避免发生尿道感染、便秘等问题。

1.3 评价标准

本次实验将对护理结果:(1)护理满意评分结果:采用评分方式进行评价,总得分值越高证明病人对于本次护理满意度越高。(2)并发症发生率:并发症为便秘、压疮、静脉血栓、肺部感染、泌尿系统感染。(3)住院时间。(4)疼痛程度:采用 VAS 评分方式进行评价,得分越高证明疼痛程度越高。

1.4 统计学方法

对护理结果进行讨论,使用统计学软件 SPSS 19.0 处理数据,正态计量数据用“Mean±SD”表示,计数资料采用例数或百分比表示,正态,方差齐资料组间比较采用 t 检验,样本率的比较采用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对照组、研究组护理满意评分结果对照

对照组: $n=58$ 例病人,发放与回收 58 份有效调研问卷,经统计病人以及其家属满意本次护理,同时给予 85.11 ± 1.09 分护理满意评分;研究组: $n=58$ 例病人,发放与回收 58 份有效调研问卷,经统计病人以及其家属满意本次护理,同时给予 92.09 ± 1.13 分护理满意评分,对照组护理满意评分结果与研究组护理满意评分结果对照,前者较低后者高,两组对照,差异明显, ($P<0.05$)。

2.2 对照组、研究组并发症发生率对照

对照组: $n=58$ 例病人,并发症发生例数/10 例,其中便秘者/1 例、压疮者/3 例、静脉血栓者/2 例、肺部感染者/3 例、泌尿系统感染者/1 例,发生率为 $10/58$ (17.24%);研究组: $n=58$ 例病人,并发症发生例数/2 例,其中便秘者/1 例、压疮者/1 例,发生率为 $2/58$ (3.45%),对照组并发症发生率明显高于研究组,两组对照,差异明显, ($P<0.05$)。

2.3 对照组、研究组住院时间对照

对照组:住院时间为 17.62 ± 1.02 天;研究组:住院时间为 12.11 ± 1.01 天,对照组住院时间明显长于研究组,两组对照,差异明显, ($P<0.05$)。

2.4 对照组、研究组疼痛程度对照

对照组:VAS 评分结果为 9.11 ± 0.56 分;研究组:VAS 评分结果为 5.02 ± 0.41 分,对照组 VAS 评分结果与研究组 VAS 评分结果对照前者较高、后者低,两组对照差异明显, ($P<0.05$)。

3 讨论

腰椎骨折是最常见的脊柱骨折之一,骨折是指骨的完整性破坏或连续性中断,当腰椎承受的力量超过自身能承受的最大强度时,就会发生骨折^[4-5]。青壮年患者多因高能量外伤如车祸、处坠落伤等所致。老年患者由于自身常合并骨质疏松、腰椎肿瘤等骨质病变,致伤因素多为低能量损伤如滑倒、跌坐等。高能量外伤除骨质结构损伤外,更易伴有脊髓、马尾神经损伤导致神经功能损伤甚至截瘫^[6-7]。腰椎骨折在临床治疗中以对症治疗为主,常用治疗方案固定治疗,虽然这种治疗方案可改善临床症状,但由于疾病存在特殊性,为此在治疗期间应搭配护理干预。通常情况下临床常用护理干预方案为传统常规护理,这种护理方案虽然有效但实施效果不太理想。

在国内的医院骨科研究中,有很多原因导致了骨折,跌倒、车祸、运动伤害是最常见的原因,所以病人需要长期卧床,并进行有针对性的矫形和修

补。同时,骨关节创伤、疼痛、功能障碍等都会导致精神问题,导致焦躁抑郁、紧张等不良的心理症状。长期卧床会导致压疮、静脉血栓、肺部感染等并发症,对身体的健康会有很大的影响。在医疗工作中,护理人员要加强护理观念的运用,运用最新的护理技术,加强心理护理和身体护理,以保证病人的身心健康。在医疗护理中,预见性护理是一种超前的护理观念,在医疗实践中提倡“先预防后治疗”,将预见性护理融入到骨科患者的日常护理中,可以及时地发现问题,及时解决问题,对于维持患者的身体健康,促进康复进程起到积极的作用。同时,在护理中,医务人员可以提前了解病人的情绪变化,从而对病人的心理进行评价,从而制订出科学、合理的治疗方案,并为病人提供优质的医疗服务。运用预见性的护理介入,使病人的整体护理服务得到改善,病人的手术效果和整体满意度也得到改善。总之,预知护理能有效地改善骨科住院病人的并发症,提高病人的生存质量,减轻病人的紧张情绪,从而为病人的术后康复打下良好的基础。

近些年随着我国经济水平的提高,人均收入的提升,病人对于临床护理需求的提高,这种护理方案已然无法满足现代病人、病人家属对于护理的要求。为了提高护理质量,我科室采用了预见性护理方案。预见性护理方案属于新型护理方案,这种护理方案在实施期间不仅能够弥补传统常规护理不足之处,还能够保留其优势,通过预见性心理干预,可改善病人负性情绪反应,帮助病人树立治疗的自信心。再搭配健康教育,可提高病人对于疾病的了解程度,同时进行预见性压疮护理、预见性便秘护理、预见性疼痛护理等,可降低并发症发生率与改善疼痛感。

本次调研结果证实:(1)对照组护理满意评分结果与研究组护理满意评分结果对照,前者较低后者高,两组对照,差异明显, ($P<0.05$)。(2)对照组并发症发生率明显高于研究组,两组对照,差异明显, ($P<0.05$)。

(3)对照组住院时间明显长于研究组,两组对照,差异明显, ($P<0.05$)。

(4)对照组 VAS 评分结果与研究组 VAS 评分结果对照前者较高、后者低,两组对照差异明显, ($P<0.05$)。此结果充分表明研究组所采用护理方案的优良性。

综上所述,预见性护理在腰椎骨折并发症预防中,作用理想,此方案值得临床应用与普及

参考文献:

- [1]郭松燕,张倩,袁娜. 移动信息化平台护理在骨质疏松性胸腰椎骨折患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27 (18): 108-110. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2021.18.043.
- [2]刘小花,刘芬云,黄小珍,等. 艾灸结合中医护理对腰椎骨折患者便秘的预防作用[J]. 当代医药论丛,2022,20 (8): 194-196. DOI: 10.3969/j.issn.2095-7629.2022.08.062.
- [3]林舒婷. 延伸护理干预在老年痴呆合并糖尿病患者腰椎骨折保守治疗中的应用[J]. 罕少疾病杂志,2022,29 (2): 106-107,110. DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2022.02.038.
- [4]朱康清,冯欢,杨帆. 杵针疗法在胸腰椎骨折术后早期康复护理的临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2022,20 (6): 129-131. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2022.06.049.
- [5]陈红梅,刘露,杨晓雨. 老年胸腰椎骨折术后病人采用聚焦解决模式护理的效果[J]. 全科护理,2022,20 (10): 1397-1399. DOI: 10.12104/j.issn.1674-4748.2022.10.029.
- [6]胡艳,马蔚蔚,陈明达. 聚焦解决模式护理干预在老年胸腰椎骨折患者经皮椎体成形术后的应用[J]. 光明中医,2022,37 (6): 1070-1072. DOI: 10.3969/j.issn.1003-8914.2022.06.051.
- [7]肖立妮. 渐进式康复护理用于胸腰椎骨折患者术后干预的效果评价[J]. 当代护士 (下旬刊),2022,29 (2): 67-69. DOI: 10.19793/j.cnki.1006-6411.2022.06.020.

袋鼠式护理方案改善早产儿经口喂养的效果评价

董晓婷 张媛媛 郑雅宁

南京鼓楼医院妇产科 江苏南京 210000

摘要：目的：探究对早产儿进行袋鼠式护理的应用价值。方法：选取我院 120 例早产儿分为两组，对照组进行常规护理，观察组进行袋鼠式护理，比较组间新生儿的并发症出现情况，身体指标变化情况，经口喂养能力评分。结果：观察组早产儿的并发症出现情况明显低于对照组（ $P<0.05$ ），身体指标变化情况及经口喂养能力评分均明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对早产儿进行袋鼠式护理，可以促进其身体发育，减少并发症的出现，提高经口喂养能力。

关键词：袋鼠式护理；早产儿；经口喂养；并发症出现情况

对于早产儿来说，其大脑中的神经系统发育不完全，气道，咽喉等调控机制未发育成熟，导致其在出生后无法进行正常的吮吸动作，很难进行经口喂养^[1]。对于该类患儿，通过一般的喂养方式十分困难，因此临床上主要通过鼻胃管进行喂养。研究表明，长期对新生儿进行鼻胃管喂养会缺少口腔刺激，影响新的发育^[2]。早产是临床新生儿死亡的主要原因之一，对于存活下来的早产儿其也会患有严重的后遗症，包括视力问题，听力问题和学习障碍等^[3]。为了降低早产儿的死亡率，提高早产儿的生活质量，15 年起 WHO 发布《提高早产儿预后的干预方法指南》，推荐对早产儿实施袋鼠式护理。袋鼠式护理指对于早产儿或低出生体重儿童，使其与母体持续长时间的皮肤接触，帮助新生儿维持体温，促进母乳喂养^[4]。袋鼠式护理自 90 年代进入我国并开始临床研究，研究发现其具有稳定生命体征，促进亲子关系降低死亡率和后遗症，提高早产儿生长发育和心智发育的优点。对于袋鼠式护理的主要流程为：选定新生儿及其家长，医护人员对环境进行准备，护理时对家长 and 新生儿进行核对^[5]。护理开始时，使家长置于舒适体位，新生儿置于袋鼠式体位，护理人员需观察家长与新生儿的状况，评估其是否需要继续进行袋鼠式护理。在进行袋鼠式护理前，一般需让家长 and 新生儿在接受护理前一天保证充足的睡眠，同时对胸前皮肤进行清洁，更换干净，宽松，舒适的衣物^[6]。在进行袋鼠式护理时，首先护理人员需将新生儿的外衣脱去并更换纸尿裤，将新生儿放在家长胸前，充分与家长胸部皮肤接触，保证新生儿呼吸通畅，同时注意保暖。父母双方都可以对新生儿进行袋鼠式护理，在进行袋鼠式护理前，父母双亲可以先清洁自己胸前肌肤，同时到达病房后换上宽松舒适的衣物，保持手部清洁后即可进行袋鼠式护理。在医护人员的指导下，配戴帽子，手套，将新生儿直立放在父母胸前，给予父母胸前皮肤充分接触。家长可以在此时调整为舒适的姿势，整理好衣服，在外面盖上小被子。在进行袋鼠式护理时，父母双亲需要注意选择合适的位置，保证新生儿的呼吸通畅，使其脖子与身体连成一条直线，前几次进行袋鼠式护理的时间不宜过长，30min 为宜^[7]。在进行护理时可以同时进行母乳喂养，当新生儿出现抵触现象立即停止。研究表明，通过袋鼠式护理可以使新生儿的喂养配合度提高。为了避免在袋鼠式护理中出现感染的情况，护理人员应对感染防控措施进行持续改进，做好手消毒管理，做好无菌操作。在进行母乳喂养时母体中的微生物菌群会直接运输到新生儿的肠道中，促进其益生菌的生长，促进新生儿的免疫功能发育。临床上对于早产儿的袋鼠式护理，最早在 1979 年由马丁尼和雷提出，提出的原因是为了弥补保温设施的不足，并且希望通过该种方式促进亲子关系^[8]。马丁尼和雷建议母亲采用袋鼠式护理的方法，充分增加胸前肌肤，与新生儿的接触，给予新生儿完善的照顾。袋鼠式护理的前提是父母双方自愿接受参与，同时身体健康，无感染，红肿或破皮出血的症状，并且经医生评估情况稳定后方可进行袋鼠式护理。本文通过对 120 例早产儿进行袋鼠式护理，旨在探究其对早产儿经口喂养能力，并发症出现情况及身体指标变化情况的影响，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 9 月-次年 5 月早产儿 120 例分为两组，观察组 60 例，男女比例 29:31，对照组 60 例，男女比例 32:18。

纳入标准：（1）新生儿体重 1800g-2500g；（2）新生儿无严重并发症。
排除标准：（1）早产儿存在感染性疾病（2）早产儿存在精神系统疾病。

1.2 方法

对照组进行常规护理，观察组进行袋鼠式护理。具体内容为：

在进行袋鼠式护理前，护理人员应先成立护理专案小组，通过自愿加入的原则，选取本次研究的新生儿及其家长。由医院主任医师担任组长，负责本次研究工作的组织协调和策划工作。并选取五名专业知识丰富的护理人员成为组员，负责资料的收集，汇总，协助本次研究的实施。选择两名资历丰富的护士负责督促本次研究的完成实施并评估效果，撰写报告。在对新生儿及其家长进行袋鼠式护理前需对其进行健康知识宣教，介绍本次护理的方法及注意事项。在护理病房内摆放本次护理专用的躺椅并安装室内空气消毒机，并在消毒机旁摆放消毒流程，护理人员应按照流程制度帮助家长及新生儿完成袋鼠式护理。建立微信交流平台，积极为家属解决护理操作中的问题，增强其喂养信心。在进行袋鼠式护理前，父母双方需对胸前皮肤进行清洁，有效的皮肤接触可以为新生儿进行保暖，同时护理前父母双方应更换宽松舒适的衣物，并选用前开式服装，不得涂抹香水或乳液。在进行护理时，父母双方可以采用坐站躺等姿势与新生儿进行互动，新生儿以身体微屈的姿势服于父母双亲胸前中央位置。在进行袋鼠式护理时需要注意，如果父母双方有皮肤方面疾病或伤口者需要停止进行袋鼠护理。如果发现新生儿出现呼吸变快，吐奶，皱眉，双脚蹬直等现象时，护理人员应从旁协助观察并监测新生儿的生命体征，并评估是否能够继续进行袋鼠式护理。父母双亲可以在医护人员的指导下与新生儿进行良好的互动，如与新生儿进行对眼互动，动作互动，讲话互动，利用音乐，增强亲子关系。在进行袋鼠式护理时，良好的体位可以避免新生儿的颈部和肩部受到损伤，增加护理持久性。在进行袋鼠式护理时，可对新生儿同时进行经口，再对新生儿进行喂养时，需注意控制摄奶量。经口喂养与多种因素有关，包括喂养因素，个体因素和干预因素。喂养因素包括口腔运动功能因素，发育性干预和环境干预等外部因素。个体干预指新生儿的身体状况和生命体征。在进行经口喂养时，护理人员可对新生儿口腔内结构进行叩击和按摩，增强口腔感知能力，提高咽部肌张力，促进近视能力的发育。同时采用间歇喂养的方式，在喂养过程中使新生儿适当调整呼吸，根据其行为暗示，每隔五次吮吸后使其停止吮吸动作，减少其呼吸节律改变，防止心动过缓和血氧饱和度下降。

1.3 研究指标

比较组间新生儿的并发症出现情况，身体指标变化情况，经口喂养能力。

经口喂养能力：该量表由肌张力、行为、舌型、口腔反射、吮吸情况共 5 个维度构成，每个条目计分范围为 0~2 分，各条目相加为总分，最高为 100 分。

2 结果

2.1 对比组间早产儿并发症发生率

经统计，经过护理后，观察组早产儿并发症发生率低于对照组，且 $P<0.05$ ，差异具有统计学意义，见表 1。

表1 对比组间早产儿并发症发生率[n(%)]

组别	例数	喂养不耐受	感染	呼吸暂停	消化系统并发症	总发生率
观察组	60	0 (0.00)	1 (1.66)	1 (1.66)	1 (1.66)	3 (5.00)
对照组	60	3 (5.00)	4 (6.66)	3 (5.00)	5 (8.33)	15(25.00)
X ²	-	-	-	-	-	8.542
P	-	-	-	-	-	<0.05

2.2 对比组间早产儿经口喂养能力评分

比较组间早产儿经口喂养能力评分,由结果可知,观察组各项评分均高于对照组 ($P<0.05$),详见表2。

表2 组间早产儿经口喂养能力评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

评价时间	对照组 (n=60)	观察组 (n=60)	t	P
行为状态	干预前 60.47±8.64	60.34±7.74	0.358	0.72
	干预后 71.63±7.16	79.47±8.91	21.91	<0.001
肌张力	干预前 60.92±11.62	61.01±11.89	0.038	0.97
	干预后 65.16±11.87	75.43±11.24	4.442	<0.001
舌型	干预前 67.04±8.62	67.13±8.47	0.053	0.958
	干预后 75.12±7.47	81.56±8.94	3.909	<0.001
吸吮力	干预前 62.85±10.14	62.86±10.03	0.005	0.996
	干预后 72.40±9.34	79.12±10.21	3.434	0.001
吸吮节律	干预前 70.87±4.32	70.46±3.64	0.513	0.609
	干预后 81.11±5.34	89.92±5.01	38.436	<0.001
舌活动	干预前 72.30±8.64	72.16±8.94	0.36	0.719
	干预后 80.19±8.21	89.13±8.27	24.507	<0.001

2.3 对比组间早产儿身体指标变化情况

经统计,经过护理后,观察组早产儿身体指标变化情况优于对照组,且 $P<0.05$,差异具有统计学意义,见表3。

表3 对比组间早产儿身体指标变化情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	体重/kg	头围/cm	身长/cm
对照组	60	2.61±0.40	33.12±0.15	40.7±3.20
观察组	60	2.63±0.51	30.73±0.22	35.2±4.36
t	-	6.201	4.113	1.238
P	-	>0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

袋鼠式护理是一种新型的护理模式,主要通过增加母体与新生儿的皮肤接触,促进亲子关系的发展。研究表明,通过袋鼠式护理可以降低体重较轻儿童的死亡率^[9]。对于体重不足两千克的新生儿来说,尽早进行袋鼠式护理可以减少其并发症的出现,促进其体重增长,同时能够降低其死亡风险。对于1800克到2500克之间的低体重新生儿来说,通过袋鼠式护理其在72小时内的死亡率、并发症出现率及母乳喂养情况均明显优于在保温箱经辐射暖气护理的新生儿^[10]。袋鼠式护理是目前国际上对于早产儿、低体重儿童、爱哭闹的儿童最有效的护理办法。其能够帮助早产儿增加体重,改善临床指标,促进母子感情和新生儿的智力发育。随着医疗水平的不断发展,早产儿的致死率逐年降低^[11]。对于早产儿来说,其出生后大部分的时间将住在医院,由医护人员给予其完善的照顾,但与母体分离后身上的仪器设备使其能够得到的身体接触受到限制。通过袋鼠式护理可以提高家长与新生儿间的亲密接触。通过袋鼠式护理,新生儿可以很快安静下来,同时可以避免新生儿受到强光和噪音的干扰^[12]。研究表明,通过袋鼠式护理可以使新生儿的呼吸规律,睡眠时间增长,减少哭泣,长期进行袋

鼠式护理,再次住院治疗的几率将降低,感染的出现率也会下降,新生儿更加健康活泼。在进行袋鼠式护理时,家长可与新生儿进行积极的互动,如面带微笑,轻轻弯曲手臂,身体呈弯曲姿势等。当在进行袋鼠式护理时,如果出现新生儿抵触的情况,应立即停止^[13]。新生儿的抵触情况包括:拳头握紧,吐奶,皱眉,抬高双脚,转头频频打哈欠或打嗝,双眼张大等。当出现上述不良现象时,家长可调整姿势或发出声音,轻轻抚摸新生儿的头部,若仍然无法改善,则应立即停止袋鼠式护理。在进行袋鼠式护理时,若出现新生儿心律不齐,躁动不安,血氧饱和度降低等现象时应立即停止。在进行袋鼠式护理时新生儿会被安置在隐秘环境中,家长将胸前的肌肤袒露,并以半卧式方式调整为合适的体位,以面对面的方式与母亲皮肤充分接触,每日可进行2次袋鼠式护理,每次进行30min,根据早产儿的实际情况延长护理时间。袋鼠式护理不仅能够增强新生儿的自信,还能促使母体分泌更多的乳汁,帮助母体进行母乳喂养,同时促进新生儿与家长间的亲密关系。研究表明,在对新生儿进行袋鼠式护理时同时进行经口喂养,能够提高新生儿的配合度和喂养耐力。本文对120例早产儿进行袋鼠式护理,结果表明,观察组早产儿的并发症出现情况明显低于对照组 ($P<0.05$),身体指标变化情况经口喂养能力评分均明显优于对照组 ($P<0.05$)。

综上,对早产儿进行袋鼠式护理能够促进新生儿身体发育,减少并发症的出现,提高经口喂养能力,值得推广。

参考文献:

- [1] 许冬梅,林梅,黄芝蓉,李正中,马妮妮,李玉娟.袋鼠式护理联合母乳口腔运动干预在早产儿喂养中的应用研究[J].右江民族医学院学报,2021,43(06):842-846.
- [2] 何静雯,金敏芳,梁婉珊,黎肖琼,于佳.袋鼠式护理联合早期吞咽功能训练对早产儿全经口喂养的改善作用[J].吉林医学,2021,42(12):3061-3063.
- [3] 陈丽燕,朱媛.不同日时长袋鼠式护理对极低出生体重儿完全经口喂养、恢复出生体质量的影响分析[J].中外医疗,2021,40(30):168-171+176.
- [4] Muddu G K, SL Boju.... Knowledge and Awareness about Benefits of Kangaroo Mother Care[J]. Indian Journal of Pediatrics, 2013, 80(10):799-803.
- [5] 蒙景雯,李变,陈华.改良式袋鼠式护理对早产儿生长发育及母亲焦虑情绪的影响[J].中国生育健康杂志,2020,31(05):426-429.
- [6] 何力,黄朝梅,刘丹,邵巧仪,武兆磊,贾晓琴.袋鼠式护理方案改善早产儿经口喂养的效果评价[J].蚌埠医学院学报,2019,44(11):1567-1569.
- [7] Subedi K, Aryal D, Gurubacharya S. Kangaroo Mother Care for low birth weight babies: a prospective observational study[J]. Journal of Nepal Paediatric Society, 2009, 29(1).
- [8] 熊小云,谢小华,杨传忠,孙盼盼,陈丽莲,张剑,汪云云,邓丽萍.袋鼠式护理改善无创辅助通气超未成熟儿喂养的效果评价[J].护理学杂志,2019,34(15):1-4.
- [9] 卢丽鹏,谢彩璇,列锦良,刘欢,王娟,张德肖.袋鼠护理及初乳口腔免疫疗法用于早产儿护理的效果研究[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(39):138-139.
- [10] Lebold, Samantha, McGowan, et al. Does Kangaroo Mother Care have an impact on breastfeeding or oral feeding readiness measures in preterm infants. 2017.
- [11] 陈丽燕,朱媛.不同日时长袋鼠式护理对极低出生体重儿完全经口喂养、恢复出生体质量的影响分析[J].中外医疗,2021,40(30):168-171+176.
- [12] 梁慧杰,丁玲莉.口腔运动干预联合袋鼠式护理改善早产儿喂养困难及神经发育的效果分析[J].全科护理,2021,19(28):3990-3992.
- [13] 蔡淑丹.袋鼠式护理方案改善早产儿经口喂养的临床效果[J].中国卫生标准管理,2020,11(18):144-146.

冠心宁片对 ACS 患者介入术后血管内皮功能及炎症反应的影响

兰飞平

庆元县人民医院, 心内科 浙江丽水 323800

摘要: 目的 研究冠心宁片在急性冠状动脉综合征 (ACS) 介入术后患者中的临床效果。方法 选择 2020 年 1 月至 2021 年 8 月在我院治疗后转至丽市中心医院行 PCI 的 80 例 ACS 患者。采用随机数字表法将其分成观察组 ($n=40$, 在对照组基础上加用冠心宁片) 和对照组 ($n=40$, 常规冠心病二级预防药物术后干预)。对比两组的血管内皮功能、相关血清学指标、炎症反应及半年内心血管不良事件发生率。结果 术后 7 d, 相比于对照组, 观察组的血管内皮素-1 (ET-1)、C 反应蛋白 (CRP)、胱抑素 C (CysC) 水平明显低, 一氧化氮 (NO) 水平明显高 ($P<0.05$); 相比于对照组, 观察组的血清同型半胱氨酸 (Hcy)、谷氨酰转肽酶 (GGT) 水平明显低 ($P<0.05$); 相比于对照组, 观察组半年内心血管不良事件发生率低 ($P<0.05$); 两组支架内再狭窄率相比无差异 ($P>0.05$)。结论 通过研究可知, 冠心宁片可减轻 PCI 术后炎症性反应、改善血管内皮、心肌功能, 进而降低心血管不良事件发生率, 提高预后。

关键词: ACS; 冠心宁片; PCI; 血管内皮功能; 血清学指标

急性冠状动脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS) 属于严重的缺血性心脏病, 是继发于冠状动脉粥样斑块破裂基础之上的完全/不完全的血栓形成, 经皮冠状动脉介入术 (percutaneous coronary intervention, PCI) 可帮助重新建立重要血运, 以改善患者临床症状^[1]。随着研究的深入发现 PCI 术后支架内再狭窄、血管内皮损伤、炎症因子增加、血小板活跃等发生率较高, 属于疾病复发以及心血管不良事件的危险因素, 故患者术后仍需要积极干预 (抗炎、保护内皮及降脂), 从病因学上巩固并维持 PCI 术后效果, 以预防远期相关心血管不良事件的发生^[2]。相关研究^[3]提出, 冠心宁片中含有的川芎、丹参成分, 可发挥抗血栓、减少氧化应激反应、提高氧自由基清除能力、改善微循环等效用, 进而可以辅助提高冠心病 PCI 患者预后效果。该研究借鉴诸多经验尝试给予 ACS PCI 术后患者冠心宁用药, 并通过对比各项指标评价预后效果。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2020 年 1 月至 2021 年 8 月在我院治疗后转至丽市中心医院行 PCI 的 80 例 ACS 患者。采用随机数字表法将其分成观察组 ($n=40$) 和对照组 ($n=40$)。纳入条件: ① 患者符合《急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南 (2019)》^[4]中对 ACS 的诊断标准; ② 患者具有典型的胸痛症状, 且持续时间 >30 min; ③ 患者经心电图检查, 示心电图相邻 2 个或者多个导联 ST 段抬高; 肌钙蛋白值超出正常范围, 前两点至少一项加上最后一项符合即可; ④ 患者排除其他疾病引发的胸痛。排除条件: ① 患者参与研究前使用过血管活性药物; ② 患者存在活动性出血、血小板偏低、凝血功能障碍、窦性停搏、窦房传导阻滞等疾病; ③ 患者为过敏体质, 或对该研究中的药物过敏; ④ 患者存在有恶性肿瘤; ⑤ 患者为陈旧性心肌梗死。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	平均冠脉积分 (分, $\bar{x}\pm s$)	病程 (年, $\bar{x}\pm s$)	性别		合并症		
					女	男	高血压	糖尿病	高血脂
对照组	40	58.63 $\pm$ 5.25	65.44 $\pm$ 3.52	3.88 $\pm$ 0.52	13	27	12	13	18
观察组	40	58.44 $\pm$ 5.10	65.63 $\pm$ 3.47	3.90 $\pm$ 0.56	16	24	13	12	17
$Z/t/\chi^2$ 值		0.164	0.243	0.166	0.487		0.234		
P 值		0.870	0.809	0.869	0.485		0.814		

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 观察组接受冠心病二级预防药物及冠心宁片干预, 术前用药: 替格瑞洛片 (J20171077; AstraZeneca AB; 服用方法: 90 mg/次, 2 次/d)、拜阿司匹林片 (J20130078; 拜耳医药保健有限公司; 300 mg, 1 次/d)、硫酸氢氯吡格雷 [H20056410; 赛诺菲 (杭州) 制药有限公司; 服用方法: 首次 300 mg/次, 后 75 mg/次, 1 次/d]、冠心宁片 (Z20150028; 正大青春宝药业有限公司; 服用方法: 0.38 g/片, 3 次/d)。术后用药: 阿司匹林 (100 mg/次, 1 次/d)、替格瑞洛片 (90 mg/次, 2 次/d); 他汀类药物 (如阿托伐他汀钙片, 起始剂量 10 mg/次, 后根据患者情况进行调整)、皮下注射依诺肝素注射液 [4 000 U/次 (每 12 小时), 用药 3 至 5 d]、冠心宁片 (4 片/次, 3 次/d), 所有药物剂量及具体用药依据患者的情况进行调整。

2.1.2 对照组术前、术后接受冠心病二级预防药物 (厂家、用药方法等均同观察组)。

2.2 观察指标

2.2.1 术前及术后 1、7 d 评估患者的血管内皮功能、炎症因子水平, 血管内皮功能: 包含: 血管内皮素-1 (ET-1)、一氧化氮 (NO), 抽取患者

外周静脉血 5 ml, 利用酶联免疫吸附法测定上述指标; 炎症因子包含 C 反应蛋白 (CRP) (双抗体 ELISA 法测定)、胱抑素 C (CysC) (乳胶增强免疫比浊法测定), 所有试剂盒均源自妙通生物, 严格按照说明书操作。

2.2.2 两组的血清学指标对比, 分别于术前及术后 1、7 d 抽取患者空腹静脉血 5 ml, 置于抗凝血管, 通过全自动生化分析仪 (型号: AU5800; 厂家: 美国贝克曼公司) 测定同型半胱氨酸 (Hcy)、谷氨酰转肽酶 (GGT) 水平。

2.2.3 两组预后 记录半年内心血管不良事件发生率 (再发心肌梗死、恶性心律失常、心力衰竭、心绞痛) 及支架内再狭窄率。

2.3 统计学方法 采用 SPSS24.0 软件进行数据处理和分析, 计量资料用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 组间差异行 t 检验; 计数、等级资料行 χ^2 、秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 血管内皮功能、炎症因子水平对比

术前、术后 1 d 两组的 ET-1、NO、CRP、CysC 水平相比不具有差异性 ($P>0.05$); 术后 7 d, 相比于对照组, 观察组 ET-1、CRP、CysC 水平明显低, NO 水平明显高 ($P<0.05$), 表 2。

表 2 血管内皮功能、炎症因子水平对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	ET-1 (ng/L)			NO (μ mol/L)			CRP (mg/L)			CysC (mg/L)		
	术前	术后 1 d	术后 7 d	术前	术后 1 d	术后 7 d	术前	术后 1 d	术后 7 d	术前	术后 1 d	术后 7 d
对照组 ($n=40$)	107.56 $\pm$ 8.96	115.20 $\pm$ 12.36	68.10 $\pm$ 6.59	50.44 $\pm$ 8.52	47.96 $\pm$ 6.52	64.14 $\pm$ 8.52	6.63 $\pm$ 1.44	12.36 $\pm$ 2.10	9.18 $\pm$ 1.36	1.40 $\pm$ 0.54	1.86 $\pm$ 0.36	1.12 $\pm$ 0.26
观察组 ($n=40$)	107.88 $\pm$ 8.47	114.890 $\pm$ 12.99	56.52 $\pm$ 6.88	50.36 $\pm$ 8.14	48.11 $\pm$ 6.90	78.96 $\pm$ 10.10	6.54 $\pm$ 1.10	12.10 $\pm$ 2.12	5.11 $\pm$ 1.13	1.49 $\pm$ 0.42	1.82 $\pm$ 0.39	0.89 $\pm$ 0.10
t 值	0.164	0.109	7.668	0.043	0.100	7.093	0.314	0.551	14.558	0.832	0.477	5.222

P 值	0.870	0.913	0.001	0.966	0.921	0.001	0.754	0.583	0.001	0.408	0.635	0.001
3.2 血清学指标对比	术前、术后 1 d 两组的 Hcy、GGT 水平相比不具有差异性 ($P>0.05$)；					术后 7 d，相比于对照组，观察组的 Hcy、GGT 水平明显低 ($P<0.05$)，表 3。						

表 3 血清学指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	Hcy ($\mu\text{mol/L}$)			GGT (U/L)		
	术前	术后 1 d	术后 7d	术前	术后 1 d	术后 7 d
对照组 ($n=40$)	15.55 $\pm$ 3.63	14.88 $\pm$ 3.52	11.11 $\pm$ 2.58	45.63 $\pm$ 4.63	38.52 $\pm$ 3.63	24.52 $\pm$ 3.99
观察组 ($n=40$)	15.36 $\pm$ 3.17	14.69 $\pm$ 3.44	9.10 $\pm$ 2.10	44.88 $\pm$ 4.10	38.11 $\pm$ 3.17	19.10 $\pm$ 2.18
t 值	0.249	0.244	3.821	0.767	0.538	7.539
P 值	0.804	0.808	0.001	0.445	0.592	0.001

2.3 两组半年内心血管不良事件、支架再狭窄发生率 两组支架内再狭窄率相比无差异 ($P>0.05$)，表 4。
相比于对照组，观察组半年内心血管不良事件发生率低 ($P<0.05$)；

表 4 两组半年内心血管不良事件、支架再狭窄发生率 n

组别	再发心肌梗死	恶性心律失常	心绞痛	心力衰竭	血管不良事件发生率	支架内再狭窄
对照组 ($n=40$)	3	2	4	2	12 (30.00)	3
观察组 ($n=40$)	1	1	1	0	3 (7.50)	1
χ^2 值					5.646	1.053
P 值					0.010	0.305

4 讨论

有研究^[5]提出，冠状动脉粥样硬化疾病中炎症因子参与了全过程，换言之炎症因子在 ACS 的发生、发展、预后中起到了促进作用。CRP 是较为重要的炎症因子，在动脉粥样硬化过程中发挥着重大作用，尤其对斑块的稳定性产生直接影响，可被看作预测粥样斑块的独立危险因素。CysC 是半胱氨酸蛋白酶抑制剂超家族 2 的成员，存在于核细胞中，不易受其他外在因素干扰，属于非糖基化碱性蛋白质，能够影响中性粒细胞的迁移，故而检测该指标对评估病情、炎症因子水平有着重要作用。从研究结果可知，两组术前、术后 1 d 炎症因子水平均升高，考虑与疾病本身、PCI 手术操作、机体免疫降低等因素有关，也提示上述指标具有一定的敏感性^[6]。因此术后继续监测该指标可对疾病进行评估，结果显示：术后 7 d，相比于对照组，观察组的 CRP、CysC 水平明显低 ($P<0.05$)，提示在冠心病二级预防药物的基础上加用冠心宁片可明显降低炎症因子水平，冠心宁片的主要成分为丹参和川芎，其中丹参被称为血中之静品，川芎则为血中之动品，两者相互为伍可促进气血运动通畅^[7]。丹参中含有的丹参酮可发挥保护细胞、抗心肌缺血的功效，尤其可保护内皮细胞再灌注时受到损伤，另外也发挥了抑制花生四烯酸代谢与炎症细胞内细胞因子产生作用；而丹酚酸类化合物主要的作用是抗氧化，明显抑制了脂质过氧化反应^[8]。川芎中含有的香兰素、大萘酚、川芎嗪等成分，可直接作用于心肌细胞膜受体中，一者可以提高对氧自由基的清除能力，再者可以抑制血小板聚集，预防血栓形成，从研究结果看出用药后观察组患者炎症因子水平降低明显。董珂特^[9]研究也得出结论，冠心宁片有利于降低机体内炎症因子水平，进而减轻对内皮血管细胞的损伤，与该研究理论相似。

从上述结论中得出冠心宁片利于减轻炎症因子对机体的作用，从而保护了血管内皮，为其恢复提供了良好的条件。ET-1 属于血管内皮细胞合成的重要血管收缩因子；NO 具有良好的血管舒张作用，当血管内皮功能受损后则 ET-1 升高、NO 降低，两者的平衡性一旦失去协调，则血管舒缩功能出现异常，该研究中两组患者术后 1 d 的 ET-1 明显升高、NO 明显降低，提示 PCI 术中导管操作、支架与球囊的使用对血管内皮有一定的损伤，故而 ET-1、NO 受到影响；再对比术后 7 d 结果发现，观察组患者得到了明显改善，原因与冠心宁片可对多个凝血环节继续抑制，并通过促进纤容、改善微循环，减少炎症因子靶点作用以提高药效，进而改善机体情况；再者相关研究^[10]提出，丹酚酸在心血管疾病中属于多功能分子，不仅具备上述药理作用，且最终可以调节心血管疾病，例如诱导血管新生生长因子 VEGF 生成，促进血管再生，改善心肌供血，因此血管内皮功能得以明显改善。该研究结果显示：术后 7 d，观察组 ET-1 明显低，NO 水平明显高 ($P<0.05$)，提示冠心宁片在改善血管内皮功能方面有着较好的效果。

该研究对两组的相关血清学指标进行对比，结果显示：相比于对照组，观察组的 Hcy、GGT 水平明显低 ($P<0.05$)，Hcy 是一种碳代谢中的重要中间体，涉及了甲硫氨酸向着半胱氨酸转化过程，加之其接受 5-甲基四氢叶酸提供的甲基，又可重新生成甲硫氨酸循环往复，一旦上述途径缺陷则会导致 Hcy 在累积于血液当中，随着时间的延续会导致内皮功能障碍，属于心血管疾病独立危险因素^[11]。有研究^[12]提出，ACS 患者 Hcy 与左心室功能呈负相关性，即随着心功能分级的增加，该水平升高，可作为评估心功能的有效指标。GGT 分布于人体的各种组织当中，主要用于肝胆疾病的监测，同时也发现该指标的升高预示着心肌梗死以及卒中的发生，故而判断与动脉粥样硬化斑块有着密切联系。该研究中两组患者术前均升高，提示心室功能受到影响，且术后对照组虽然降低但不明显，统计半年内的心血管不良事件、支架内再狭窄率较高，提示 Hcy、GGT 水平的提高能够预测心血管不良事件发生情况。该研究结果显示：相比于对照组，观

察组半年内心血管不良事件发生率降低 ($P<0.05$)，可能与冠心宁片能提升血管内皮功能水平，抑制炎症因子对机体的损害，且减缓了由于介入手术诱导引发血栓形成情况，保护了心肌功能，故而可减少心血管不良事件，同时也减少支架内再狭窄率。俞峰等^[13]研究中提出，冠心宁片可改善血管内皮功能与血液粘滞性，同时具有良好的溶栓、抗栓作用，故而利于 PCI 术后心功能恢复，以提高预后效果。可证实该研究可行性。

综上所述：冠心宁片可减轻 PCI 术后炎症反应、改善血管内皮、心肌功能，进而降低心血管不良事件发生率，提高预后。

参考文献：

- [1] 郭方, 贾艳艳. 时效性激励理论指导下的延伸护理服务对 ACS 患者 PCI 术后的影响[J]. 健康研究, 2021, 41 (1): 108-110.
- [2] 周金和. 替格瑞洛联合波立维治疗急性冠状动脉综合征的临床疗效研究[J]. 川北医学院学报, 2018, 33 (6): 923-925.
- [3] 史威力. 盾冠心宁对冠心病患者同型半胱氨酸、血脂和血管内皮功能的影响[D]. 郑州, 郑州大学, 2018: 16-18.
- [4] 中华医学会心血管病学分会. 中华心血管病杂志编辑委员会. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南 (2019) [J]. 中华心血管病杂志, 2019 (10): 766-783.
- [5] Kolesinskiy A G, Mikheeva Y, Ogurtsov P P, et al. Hospital results of endovascular treatment of patients with Acute Coronary Syndrome (ACS) through distal radial access[J]. European Heart Journal, 2020, 41 (2) 1564-1566.
- [6] 王亚娟. ACS 患者斑块特征与冠状动脉慢血流现象的相关性[J]. 中南医学科学杂志, 2021, 49 (3): 335-339.
- [7] Michalski B, Peruga J Z, Plewka M, et al. Clinical profile and in hospital mortality of invasively managed patients with suspicion of acute coronary syndrome during the COVID-19 pandemic[J]. European Heart Journal, 2021, 66 (7): 188-190.
- [8] 柴露露, 孙明月, 姚贺之, 等. 基于网络药理学的冠心宁片治疗冠心病稳定型心绞痛作用机制[J]. 中成药, 2019, 41 (4): 933-936.
- [9] 董珂特. 冠心宁片联合替格瑞洛在经皮冠状动脉介入治疗心肌梗死患者中的临床疗效分析[J]. 现代实用医学, 2020, 32 (9): 1085-1086.
- [10] 赵久平, 孟令东, 程云涛. 比伐芦定联合氯吡格雷对急性冠状动脉综合征 PCI 治疗患者抗血小板聚集的临床疗效[J]. 山东医药, 2020, 60 (13): 82-84.
- [11] 郝恩刚, 于仁亮, 常方圆, 等. 血清 MMP-10、Hcy 与非 ST 段抬高急性冠脉综合征严重程度的相关性[J]. 心血管康复医学杂志, 2020, 29 (2): 154-158.
- [12] 祝存奎, 戴婧. 冠状动脉造影正常胸痛患者谷氨酰转肽酶表达水平及与冠状动脉微循环阻力指数的相关性[J]. 中国现代医学杂志, 2020, 30 (14): 82-86.
- [13] 俞峰, 吴峰, 郑毅敏, 等. 冠心宁片对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术后患者心肌灌注水平及炎症反应的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2021, 31 (10): 60-64.

心脏淀粉样变性患者行达雷妥尤单抗治疗的护理

方玉红

浙江大学医学院附属第一医院 浙江杭州 310053

摘要：目的：总结 4 例心脏淀粉样变性患者行达雷妥尤单抗治疗的护理经验。方法：护理要点包括：密切关注患者病情变化，规范输注前后的用药，保证准确安全的输注速度；密切观察药物不良反应，做到早期发现、及时处理，做好患者和家属的宣教及心理护理。结果：1 例患者因疾病进展死亡，1 例患者疾病呈稳定状态仍在继续治疗中。2 例患者已达到疾病完全缓解。

关键词：心脏淀粉样变；达雷妥尤单抗；输液反应护理

心脏淀粉样变性 (cardiac amyloidosis, CA) 是由于错误折叠的纤维淀粉样前体蛋白沉积于心脏组织所致。淀粉样物质沉积于心脏组织导致心室收缩和舒张功能降低^[1]，心脏激动形成和传导异常，出现充血性心力衰竭和各种心律失常，随时可能发生猝死等。原发 CA 早期以心脏舒张功能障碍为主，随着疾病的进展，最终表现为心脏的收缩功能障碍。心功能不全的严重程度是发病率和死亡率的主要决定因素，随着医学进步，多个研究表明达雷妥尤单抗对于不同心脏功能状态的患者均表现出了显著疗效，不仅获得了快速的临床缓解，同时也显著改善了患者的生命质量。达雷妥尤单抗是一种靶向 CD38 的人源化 IgG1-k 型单克隆抗体，具有杀伤表达 CD38 的浆细胞以及免疫调控的双重作用机制。目前达雷妥尤单抗作为靶向治疗药物之一已取得显著疗效，但在使用过程中可能会出现难以预料的不利反应^[2]，甚至危及生命。我院 2020 年 10 月到 2021 年 7 月共收治 4 例达雷妥尤单抗治疗心脏淀粉样变病例，现将 4 例患者的护理要点进行总结。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组共 4 例，男 3 例，女 1 例，年龄分别为 63、64、65、66，平均年龄 64.5±1.29。按照系统性轻链型淀粉样变性诊断和治疗指南诊断为 CA，3 例处于 2012 年梅奥分期 III 期，1 例处于梅奥分期 IV 期，4 例均为纽约心脏病学会 (NYHA) 分级 III 级，1 例有双腔抗凝起搏器，并且有高血压 I 级。

1.2 治疗与转归

1 例患者行达雷妥尤单抗针 900mg 一周一次治疗 6 次后予 PD 方案 (硼替佐米 2.1mg d1、8、15、22；地塞米松 20mg d1-2、8-9、15-16、22-23) 治疗 6 个疗程达到完全缓解。1 例患者达雷妥尤单抗 800mg 一周一次治疗 6 次同时联合 PD 方案 (硼替佐米 2.2mg d1、4、8、11，地塞米松 20mg d1-2、4-5、8-9、11-12) 治疗 6 个疗程，达到完全缓解。1 例患者予达雷妥尤单抗 792mg 同时联合 PD 方案 (硼替佐米 1.95mg d1 4 8 11，地塞米松 10mg d1 4 8 11) 治疗两个疗程，出院后家中发生心脏骤停死亡。1 例患者达雷妥尤单抗 1000mg 同时联合 PD 方案 (硼替佐米 d1-8-15-22，地塞米松 d1-2、8-9、15-16、22-23) 两个疗程结束，现继续治疗中。本组接受达雷妥尤单抗治疗过程中，2 例患者第一次输注时发生输注相关反应 (infusion-related reactions, IRR) 其中 1 例发生呼吸困难，血氧饱和度下降，1 例出现寒战、高热，经过积极治疗，患者均生命体征平稳，顺利完成后续输注。

2 护理

2.1 病情观察

淀粉样物质沉积于心脏组织导致心室收缩和舒张功能降低，心脏激动形成和传导异常^[3]，出现充血性心力衰竭和各种心律失常，随时可能发生猝死等意外，因此患者入院立即给予持续心电监护，低流量吸氧，密切关注患者病情变化，每 10-15 分钟巡视病房，特别是关注心率、心律改变，常规每小时测量生命体征，有异常增加监测频率。输液速严格控制在 40 滴/分以内。要求一名陪护人员床边陪护。要求护士 4 小时准确记录出入量，每日测体重，关注患者水肿情况，遵医嘱应用利尿剂，关注利尿剂不良反应，定期监测动脉血气、电解质、肾功能。病人出现软弱乏力、腹胀、恶心、呕吐等症状可能提示低血钾、低血钠，应及时报告医师处理。1 例患者入院后心电图显示心率进行性下降，心率从 89 次/分下降至 46 次/分，并伴有胸闷，呼吸困难，及全身水肿，行动态心电图：1、窦性心律 (41~58 次/分) 2、房性逸搏心律 (大部分时间) 3、交界性逸搏、交界性逸搏心律 4、双源房性早搏 (共发生 46 次房性早搏，占总心搏数的 <1%，包

括 46 次单发房早。) 5、多源性室性早搏，时呈间位性，时成对 (共发生 39 次室性早搏，占总心搏数的 <1%，包括 37 次单发早搏和 1 次成对早搏。) 6、U 波改变。符合起搏器植入指征，予局麻下行起搏器植入术，过程顺利，做好术后护理及出院宣教，该患者未发生起搏器相关并发症。其余 3 例患者住院期间生命体征平稳。

2.2 不良反应的护理管理

2.2.1 输注相关反应的预防及管理：

IRRs 是达雷妥尤单抗常见的不良反应，1~2 级 IRR 发生率为 5%~47%，常出现于首次给药时，3 级 IRR 发生率 0~10% 常见的 IRR 包括胸闷/呼吸困难 (49%)、咳嗽 (30%)、鼻塞/流涕 (24%)、眼部不适 (18%) 和恶心/呕吐 (18%)。输注前可予患者抗组胺药物、退热剂和皮质类固醇类药物进行预防，可选择首次给药前输注孟鲁斯特 (10 mg)。达雷妥尤单抗输注时需使用过滤器直径 <0.02mm 的精密输液器，输注速率参照图 1 如果发生 1-2 级 IRR：(1) 一旦症状消退，以不超过 IRR 发生速率的一半恢复输注。(2) 如果没有出现任何进一步的 IRR 症状，以适当的增量和间隔恢复输注速率。发生 3 级 IRR：(1) 症状消退后，以不超过 IRR 发生速率时一半重新开始输注。如没有出现其他症状，以适当的增量和间隔恢复输注速率。(2) 如果 3 级症状再次发生，请重复上述步骤 (3) 在第三次发生 3 级或更高的输液反应时，永久停用。发生 4 级 IRR：永久终止达雷妥尤单抗治疗。在第一次达雷妥尤单抗输注时中，全程心电监护，低流量氧气吸入，备抢救药物及设备，联系医院抢救小组随时待命，主管医生及主管护士床边陪护，密切观察患者生命体征和意识，询问并关注患者主诉，特别要注意观察有无发热、寒战、心悸、气促、胸闷、血压下降和呼吸困难等 IRR 的表现^[4]。本组患者输注前均是达雷妥尤单抗输注前 1 小时予地塞米松 20mg 输注，对乙酰氨基酚混悬液 75mg 加盐酸西替利嗪 20mg 口服，降低 IRRs 发生的风险。本组患者第一次输注时床边备抢救药物及设备，主管医生、麻醉科医生、监护室医生床边密切关注患者病情变化，本组患者 1 例患者输注达雷妥尤单抗到 150ml/h 时出现呼吸困难和血氧饱和度轻度下降，血氧饱和度波动于 90%~93%，立即停止达雷妥尤单抗输注，立即给予面罩 5 升/分吸氧，甲强龙 40mg 静脉推注，盐酸异丙嗪注射液 25mg 肌肉注射，密切关注患者生命体征，一小時后患者上述症状消失，继续予达雷妥尤单抗输注速度 75ml/h 输注至结束，后过程顺利。1 例患者输注达雷妥尤单抗 100ml/h 时出现寒战发冷，体温升高至 38.3℃，血压及血氧饱和度正常，立即停止达雷妥尤单抗输注，给予甲强龙 40mg 静脉推注，约一小時后患者体温达到 37.5℃以下时按照首次输注速率调节，考虑患者的心功能 III 级最大速率调至 100ml/h，输注顺利。

Daratumumab 给药的输注速率			
	稀释体积	初始输入速率 (第一个小时)	速率增量*
首次输注	1000mL	50mL/小时	每小时 50mL/小时
第二次输注 ^b	500mL	50mL/小时	每小时 50mL/小时
后续输注 ^c	500mL	100mL/小时	每小时 50mL/小时

* 仅在无输液反应时才考虑逐步增加输注速率。

^b 仅在首次输注最初 3 小时内无 ≥1 级 (轻度) 输液反应时才可使用 500mL 的稀释体积。否则，继续使用 1000mL 的稀释体积并遵守首次输注说明。

^c 仅在前两次输注最终输注速率 ≥100mL/hr 期间无 ≥1 级 (轻度) 输液反应时才可能改变后续输注 (即从第三次输注后) 的初始速率。否则，继续遵守第二次输注说明。

2.2.2 感染及病毒再燃的预防的管理

达雷妥尤单抗治疗可导致 NK 细胞数量减少，使机体免疫力下降，感染风险增加。研究显示，在接受达雷妥尤单抗治疗的患者中，感染患者的 CD56+NK 细胞数量显著降低。本组患者入院后入住百级层流床，病区内限制探视人数和时间，病室内适时开窗通风，物品每日予 500g/L 的含氯

(下转第 266 页)

骨外科病房实施护理风险管理的应用价值

王燕

蒙阴县妇幼保健院 山东临沂 276200

摘要：目的：观察护理风险管理在骨外科病房中的应用价值。方法：本文实验中选择 80 例骨外科病房患者，观察组采用护理风险管理，对照组采用常规护理管理，对比两组患者的护理管理效果。结果：比较对照组患者可以看出，观察组患者风险事件发生率、投诉率、护理满意度、护理质量明显改善， $P<0.05$ 。结论：护理风险管理在骨外科病房中应用，临床应用价值高。

关键词：骨外科病房；护理风险管理；应用价值

护理风险管理在临床上常用，属于新型的护理管理模式，在骨外科病房中应用，可以充分利用相关对策来提高护士的防范风险意识^[1]，避免患者因为各种原因而出现特殊护理不良事件，可以将患者的护理满意度以及护理质量明显提升，本文选择 80 例患者，研究护理风险管理在骨外科病房中应用的价值。

1 资料和方法

1.1 资料

在我院 2012 年 1-12 月随机选择 80 例骨外科病房患者，抽签分组，观察组患者 40 例，其中男 21 例、女 19 例，年龄范围是 30-78 (46.5±5.5) 岁，对照组患者 40 例，其中男 20 例、女 20 例，年龄范围是 31-77 (46.4±5.4) 岁。以上组间数据比较， $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组采用常规护理管理，护士需要辅助患者完成换药、清洗、翻身、石膏固定术前后护理、各种引流管的护理、牵引的术前后护理等操作，记录患者病情改变。在患者的护理管理过程中，对患者的病情改变进行严密监测，比如石膏的松紧、术区情况、肢端血运情况、皮肤情况，定期为患者提供翻身、体位改变等护理服务，及时为患者压疮部位进行敷贴更换、更换药物，做好各种手术术前后护理，保证病房环境整洁。

观察组在常规护理的基础上进行护理风险管理，具体如下：（1）构建护理风险管理小组，利用讲座、早会等形式定期开展风险管理方面的知识培训，对科室内的风险案例进行分析，将潜在的护理风险因素找出并提升护理风险识别能力，并做好应对准备。设定有效的骨外科护理制度以及相关规范，开展《骨外科护理事故防范措施》，定期对护士开展风险管理方面的教育，设置早会，举办讲座，开展有效考核，提升护士的综合素质，确保护士可以对各个规章制度进行充分了解，并增强执行能力，掌握工作中可能存在的护理风险^[2]。（2）对护士责任进行确定，确保病房中的护士数量分配合理，避免出现护士不到位情况，避免出现护理方面的安全隐患。对护士进行合理分配，确保科室内各个时间段均有对应的护士负责工作，对不同病情特点的患者进行积极护理，避免由于人员配置不足而降低患者护理质量，对患者病情观察等造成影响，导致安全隐患发生。（3）将护理责任制度构建，形成一些细则，规范护士开展护理工作的相关流程。举例说明，在日常工作中，护士应严格开展标本采集工作以提高检验准确率；长期卧床的患者做好床头交接班，严密观察皮肤受压处是否有破溃或者褥疮的形成等等。避免出现相关问题，若出现护理意外，应申请上级帮助，不能推卸责任。（4）将规范的管理制度制定之后，组员应掌握各项规章制度^[3]，将各个层级的监督、考核工作落实，确保患者获得理想的护理质量。对于不同级别的护士来说，应定期参与培训考核，针对常见风险构建抢救演习，加强护士考核，确保所有护士都能对潜在的危险因素进行掌握，加强护理风险防范，经由培训以及学习，提升护士的整体护理技能。（5）针对坠床、摔倒等特殊事件，构建应急预案。将应急预案制定之后，针对骨科常见的压疮、坠床等常见护理风险事件，制定对应的应急处理预案，例如检查轮椅刹车是否完好、检查床旁护栏是否完好、确保床单位清洁、将衣物以及被褥及时更换等。

1.3 效果研究^[4]

护理满意度、护理质量：使用自拟问卷统计数据。

1.4 统计学分析

运用 SPSS25.0 统计软件计算数据，计量资料实施 t 检验，以 $\bar{x}\pm s$ 表示，计数资料实施 χ^2 检验，以百分率（%）表示， $P<0.05$ ，统计学意义存在。

2 结果

观察组患者明显改善风险事件发生率（压疮、意外伤）、投诉率、护

理满意度、护理质量，比较对照组患者可以看出， $P<0.05$ 。

表 1 对比两组患者的风险事件发生率、投诉率、护理满意度、护理质量 (n=40)

组别	风险事件发生率 (%)	投诉率 (%)	护理满意度 (分)	护理质量 (分)
观察组	2 (5.00)	1 (2.50)	98.36±1.62	97.35±5.35
对照组	8 (20.00)	7 (17.50)	85.66±5.66	81.35±5.66
t/ χ^2	4.1143	5.0000	13.6433	12.9929
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

在骨外科病房中有较多类型的危重症患者，容易出现突发事件，对于护士来说，压力较大，科室风险事件发生率高。对于骨外科患者来说，在手术治疗期间，护理质量十分重要，若未能到位开展护理措施，会降低患者临床治疗效果，导致患者预后效果极差，容易出现并发症，严重影响患者治疗效果。骨外科护理质量与患者预后以及疗效，呈现为正比关系，在患者护理干预过程中，由于患者自身因素以及外在因素的干扰，容易出现护理风险事故，因此如何将风险事故下降、将患者护理质量提升是临床重点研究的问题之一。研究发现，对于骨外科患者来说，在其护理管理中并没有有效的管理制度^[5]，护士未能全面掌握相关理论知识以及技能，不能对责任制进行有效落实，存在护患沟通问题，因此应利用相关对策来强化患者的护理干预，避免患者出现风险事故，例如坠床、摔倒、肢端的缺血坏死、骨折的移位等等。为了降低患者护理风险事件的发生情况，将患者护理质量提高，临床进行了深入分析，对于骨外科病房来说，开展常规护理管理，效果并不理想，因此临床希望通过掌握护理风险事故发生原因以及干预对策等方面来提高患者的整体护理效果。

对于骨外科的患者来说，若骨折处采取保守治疗的方式，要观察石膏的松紧，石膏过松的情况下容易导致骨折移位，石膏过紧的情况下会导致肢端的缺血、坏死，要观察局部的情况。手术的患者需要观察术区的情况，以及肢端血运情况，过度肿胀也会导致肢端的缺血、坏死，其次，常规的生命体征的护理以及皮肤的护理也很重要，比如长期卧床的患者会有褥疮的可能，要观察皮肤受压处是否有破溃或者褥疮的形成，尤其是会阴部和骶尾部的护理，因为卧床会导致会阴区的皮肤出现褥疮的可能，如果出现了褥疮将是极难治理的，明显降低患者生存质量。相关研究证实，开展科学的风险管理^[6]，可以将患者发生护理事故的风险有效降低，提高整体的护理质量和护理水平。另外，应用风险管理，还可以将骨外科护理风险事件的发生几率有效降低，将护理人员的工作任务减少，提高护士以及患者的满意度，对比常规护理管理来说，应用护理风险管理，在护理安全性以及质量方面，在护士以及患者的护理满意度方面，均可以取得更优的临床应用效果，将工作质量以及效率提升^[7]，有较为理想的临床应用效果。

临床分析护理风险管理，是在护理风险事件发生之前开展预防性处理措施，对护理过程中潜在风险进行控制，将患者发生并发症的几率有效下降，对于骨外科病房来说，护理工作节奏较快，护理人员的压力较大，容易出现各种突发事件，因此如何将患者护理过程中可能出现的风险事件减少是骨科护理管理过程中需要注意的难重点。在护理风险管理过程中，避免针对护理意外事件进行消极处理，在事件发生之前开展预防性处理措施，可以有效控制护理过程中的潜在风险，作为一种新型管理模式，护理风险管理小组的人员包括组长、组员等，通过在骨外科护理操作以及配合抢救、护理处置等各个环节开展风险管理措施^[8]，有助于减少并发症，为患者提供一个安全、优质的护理服务。

护理管理过程中，我们要知道护理风险客观存在，会导致护理事故发生，引发护患纠纷，导致患者满意度下降，因此针对护理风险的容易发生

因素,采取针对性、预防性护理干预措施,有效降低护理风险,系统培训以及考核护理人员,将其风险意识提高,对其风险防范技能进行有效提升,对护理操作进行规范,针对患者入院期间以及出院之后的相关情况进行干预,利用一系列的风险管理,有效沟通患者及其家属^[9],提高患者满意度,可以促进患者护理质量进一步提升,针对风险事件做好护理管理工作,可以预防患者发生不良情况,提高患者整体护理满意程度。在骨科的护理管理过程中,护士需要了解骨科患者常见护理风险类型以及如何应对,对护理风险防范意识进行强化,对临床技术操作熟练掌握,将自己的专业知识水平提升,同时在整个的护理质量管理中贯穿护理风险管理^[10],将患者的整体护理质量提升,将风险事件明显减少,降低患者投诉率,促进患者所处的医疗环境和谐、温馨。相关数据证实,对于骨科病房患者来说,在其护理管理过程中积极应用护理风险管理,护士在各个护理环节上不断提升风险防范意识,可以识别护理过程中出现的不安全事件,对其进行评价,然后积极处理,可以有效改善护患之间的关系,能够在明显提升患者整体护理质量的同时提高患者护理满意度。

临床实践证实,将护理风险管理在骨科病房中应用,可以取得理想的临床应用效果,对于患者来说,可以将护理风险事件发生率明显下降,投诉率也明显下降,会明显提高患者的护理质量以及护理满意度,意义重大。在实际工作中,第一步构建护理风险管理小组,护士长任组长,选择经验丰富的护士作为组员,在患者的骨科护理过程中评估护理风险,查阅相关资料,制定对症护理措施,并运用在患者的护理管理过程中;第二步是强化风险意识,通过培训以及监督护士,对护士的风险意识进行强化;第三步是构建健全的风险管理制度,护理部应根据现有的风险管理制度,提出更加科学完善的制度,在各项护理操作中贯彻落实;第四步是制定相应风险事件的应急处理方案,根据评估骨科护理风险事件的结果,提供对症护理,预防患者可能发生的并发症。对患者病情进行评估,对患者生命体征进行密切观察,将急救准备工作做好,对突发事件进行有效处理。第五步是定期考核以及培训护理人员,制定完善的奖罚制度,提高护理人员的积极主动性以及整体护理技能,提高患者的护理质量,促进患者护理风险发生率明显下降;第六步,对于护士来说,针对骨科病房的潜在风

(上接第 264 页)

消毒剂擦拭,室内卫生湿式清扫、消毒。医务人员严格执行手卫生及无菌原则。密切关注患者有无咳嗽、咳嗽、胸闷等,3次/天检测体温,做好基础护理,3次/天检查患者口腔情况,经常协助翻身拍背,利于呼吸道分泌物引流排出^[5-6],避免坠积性肺炎。保持患者全身皮肤清洁干燥,常规每天更换衣裤及床单位。治疗前排除严重感染的潜在危险因素。4例患者均无感染发生。达雷妥尤单抗可能会增加带状疱疹发生风险,推荐在开始治疗后的一周内预防性治疗带状疱疹并持续3个月以上,在使用达雷妥尤单抗治疗前应进行HBV筛查,HBV携带者应预防性使用抑制病毒复制的药物并监测病毒载量;在达雷妥尤单抗治疗中若出现HBV再激活的患者,应停止使用达雷妥尤单抗及联合应用的激素、化疗,并给予治疗。本组患者未发生病毒再燃。

2.3 输血干扰及处理:

因为红细胞表明也表达CD38,达雷妥尤单抗可与红细胞表面表达的CD38结合,干扰包括抗体筛查、间接Coombs试验和交叉配血在内的输血相容性检测^[7-8],干扰可持续至末次输注达雷妥尤单抗后6个月。如需输注红细胞需使用二硫苏糖醇方法处理患者红细胞表面抗体才排除干扰,因此使用达雷妥尤单抗治疗前,应对患者进行血型鉴定和抗体筛查。本组患者输注达雷妥尤单抗前都已进行血型鉴定和抗体筛查^[9]。

2.4 心理护理:

达雷妥尤单抗是治疗心脏淀粉样变的靶向治疗的最新药物,价格昂贵,并且应用的患者不多,患者和家属承受着巨大的心理压力及经济压力,在输注前,与患者和家属沟通,了解他们的经济状况和社会职业背景,并预估患者所要承受的经济负担,使患者和家属做好心理和经济上的准备,详细向患者和家属解释达雷妥尤单抗治疗过程中可能出现的不良反应及处理方法^[10]。

2.5 出院指导:

出院时,对患者及主要照顾者进行健康指导,发放出院宣教单,重点宣教患者正确测量脉搏,关注每日出入量,每日晨起空腹称体重,观察眼睑、下肢等浮肿情况,注意有无呼吸困难、尿少、水肿、乏力等心力衰竭表现。保持良好的生活习惯,每周由责任护士电话随访1次,给予饮食指导,纠正不良饮食习惯,加强对容量的控制。定期门诊随访,有异常情况

险,及时做好各种应急预案的制定,避免患者出现坠床、跌倒、褥疮、肢端缺血、坏死、休克甚至猝死等情况,强化心理护理,避免患者出现抑郁、紧张等不良情绪,做好环境方面的干预,确保清洁卫生,做好消毒工作,避免患者出现交叉感染。

此次实验得出:观察组患者明显改善风险事件发生率(压疮、意外伤)、投诉率、护理满意度、护理质量。

总结以上得出,护理风险管理在骨科病房中应用的临床应用价值高,患者明显改善风险事件发生率、投诉率、护理满意度、护理质量。

参考文献:

- [1]洗艳锋.风险管理在骨科病房护理管理中的应用[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(13):1.
- [2]张梦.风险管理对临床骨科护理工作的影响[J].中国保健营养,2020,030(004):395.
- [3]许银方.试论风险管理对临床骨科护理工作的影响[J].中国保健营养,2020,030(005):389-390.
- [4]张萍.人性化管理联合风险预估在骨科护理中的应用效果及对不良反应事件的影响[J].当代护士:下旬刊,2020,27(4):3.
- [5]王燕敏.安全隐患自查模式下的风险管理对骨科手术效率手术质量及患者预后的影响[J].中国药物与临床,2020,20(1):3.
- [6]张育娜.临床护理路径在骨科护理管理中的应用效果研究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(23):2.
- [7]庞芳芳.两种压疮风险评估标准下分级护理措施对骨科手术患者压疮管理的应用效果分析[J].黑龙江医学,2021,45(12):3.
- [8]王晓杰."一提高三主动"护理管理模式在骨科优质护理服务中的应用[J].中国保健营养,2020,030(002):391.
- [9]王欣,高延敏.人性化护理模式在骨科病房护理管理中的应用探讨[J].中国农村卫生,2020,12(14):1.
- [10]蒋建美.临床护理路径在骨科护理管理中的应用效果[J].中医药管理杂志,2020,28(8):3.

及时就诊。

3 小结

CA病情危重,淀粉样物质沉积于心脏,病情进展迅速,梅奥分期越高,病死率越高。虽然达雷妥尤单抗是靶向治疗的最新药物,但不良反应多。护理重点为密切关注患者的病情变化,做好合理用药,准确注射速率;输注过程中及输注后密切观察和迅速处理治疗过程中的IRR、全身性反应等不良反应;同时做好患者和家属心理护理,以配合护理顺利开展,提高患者满意度。

参考文献:

- [1]沈妮妮,苗会蕾,高雅娟,等.达雷妥尤单抗治疗晚期轻链型淀粉样变的疗效和安全性[J].中华血液学杂志,2022,43(1):4.
- [2]胡晓婧,范志平,李章坤,等.达雷妥尤单抗治疗异基因造血干细胞移植后复发CD38阳性急性白血病2例并文献复习[J].白血病·淋巴瘤,2022,31(05):307-309.
- [3]于军,刘婕,刘静,等.达雷妥尤单抗联合标准疗法治疗多发性骨髓瘤的Meta分析.
- [4]吴毅,王淑君,王伟,等.达雷妥尤单抗影响多发性骨髓瘤患者输血前检查的处理方案[J].中国输血杂志,2021,34(4):4.
- [5]秦钰萍,王雅棉,李万敏,等.扩张型心肌病患者行心脏再同步化治疗术后的护理.2011.
- [6]田园,朱美仙,林圆圆,等.复发和难治性多发性骨髓瘤患者行达雷妥尤单抗单药治疗的护理[J].护理与康复,2021,20(6):4.
- [7]詹云玲,吴惠蝶,叶俊彬.1例多发性骨髓瘤行达雷妥尤单抗治疗患者的用药护理体会[J].当代护士:中旬刊,2021,28(8):2.
- [8]郭锦洲,任贵生,梁丹丹,等.达雷妥尤单抗治疗复发难治性系统性轻链型淀粉样变性[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2021.
- [9]刘进,何海燕,李璐,等.达雷妥尤单抗治疗复发/难治多发性骨髓瘤的疗效与安全性[J].中华血液学杂志,2021,42(1):6.
- [10]李茜,高莲莲.1例达雷妥尤单抗治疗继发于多发性骨髓瘤的AL型淀粉样变性肾病报道[J].循证护理,2021,7(13):3.

关于药师在药事管理工作中的职能作用

刘燕

六盘水市水城区人民医院 贵州六盘水 553001

摘要:目的 研究药师在药事管理工作中的职能作用。方法 随机挑选我院药剂科药师6名,对其在2020年1月-2020年12月期间和2021年1月-2021年12月期间药事管理情况进行观察。2020年1月-2020年12月期间采用常规药事管理模式,2021年1月-2021年12月期间采用充分发挥药师职能作用的药事管理模式。并且,分别在2020年1月-2020年12月期间和2021年1月-2021年12月期间随机选取100例患者及处方进行研究。对发挥药师职能作用前后的用药差错率、用药投诉率、用药纠纷率、患者满意度、药师业务水平考核评分进行观察。结果 实施前药师医护患联动评分为 (22.01 ± 1.26) 、药事服务评分为 (20.14 ± 2.51) 、药事管理评分为 (27.20 ± 1.98) 、总分为 (73.20 ± 5.48) ,实施后药师医护患联动评分为 (28.20 ± 1.54) 、药事服务评分为 (28.40 ± 2.01) 、药事管理评分为 (35.20 ± 2.40) 、总分为 (93.41 ± 1.23) ,实施后药师业务能力药明显高于实施前 $(p < 0.05)$ 。实施前,用药宣教评分为 (8.40 ± 1.31) 、药事咨询评分为 (17.20 ± 1.49) 、药物使用评分为 (18.20 ± 1.96) 、服务质量评分为 (77.49 ± 5.60) ,实施后用药宣教评分为 (23.40 ± 2.40) 、药事咨询评分为 (23.20 ± 2.06) 、药物使用评分为 (24.05 ± 1.85) 、服务质量评分为 (92.04 ± 6.22) ,实施后患者护理满意度要明显高于实施前 $(p < 0.05)$ 。实施前用药差错率为6.00%、用药不良反应发生率为10.00%、用药投诉率为10.00%、用药纠纷率为5.00%,实施后用药差错率为1.00%、用药不良反应发生率为2.00%、用药投诉率为2.00%、用药纠纷率为0.00%,实施后用药差错率、用药不良反应发生率、用药投诉率、用药纠纷率均要低于实施前 $(p < 0.05)$ 。结论 在药事管理工作中充分发挥药师职能作用,可以有效规范用药,保证用药安全性,还可以提升药师专业能力和业务水平,提升患者满意度,值得临床推广和应用。

关键词: 药师; 药事管理; 职能作用

现阶段,我国医疗体制改革不断深入,药品种类呈现出多样化特点,很多药品在名称、外观上都存在相似之处,使得临床用药安全问题不断增加^[1]。在医院中,药剂科负责整个医院的药品供应,在药剂科中药事管理是非常重要的一项工作,该项工作质量如何会对整个医院医疗水平造成直接影响,因此临床需要加强药事管理力度。药师,主要负责药物知识和药事服务,药师职能作用的发挥和药事管理质量有着紧密关系,可以有效保证患者用药安全性和合理性^[2]。因此,在药事管理工作中,药师需要充分发挥出自身的职能作用,不断学习,提升自身工作能力和专业素养,进而有效保证药事管理效果。下文对药师在药事管理工作中的职能作用进行研究,详细如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

随机挑选我院药剂科药师6名,对其在2020年1月-2020年12月期间和2021年1月-2021年12月期间药事管理情况进行观察。2020年1月-2020年12月期间采用常规药事管理模式,2021年1月-2021年12月期间采用充分发挥药师职能作用的药事管理模式。并且,分别在2020年1月-2020年12月期间和2021年1月-2021年12月期间随机选取100例患者及处方进行研究。在2020年1月-2020年12月期间选取的100例患者中,有50例男性患者,50例女性患者,年龄段在24-65岁之间;在2021年1月-2021年12月期间选取的100例患者中,有50例男性患者,50例女性患者,年龄段在25-66岁之间。两组患者一般资料对比无显著差异 $(p > 0.05)$,可比。

1.2 方法

2020年1月-2020年12月期间采用常规药事管理模式。药师主要负责常规药物配备、发放、解答患者存在的用药疑虑等。

2021年1月-2021年12月期间采用充分发挥药师职能作用的药事管理模式。第一,药师需要通过技能考核上岗,且由具有资深经验的药师对管

理制度、工作流程、药事管理重要性进行讲解,提升责任心,定期对药师进行培训工作,把不用药品配伍禁忌、药物之间相互作用、使用方法讲解给药师。由于药物在不同患者中存在个体差异,因此更加需要提升药师专业水平,降低不良事件发生率^[3]。第二,注重对药师的综合能力考核,带教需要确定药师可以独当一面后,才可以指引药师正式开始工作,且对药事管理制度进行完善。身为管理执行者、监督者,需要提升自身职业道德水平,贯彻落实管理制度^[4]。并且,在管理过程中,可以执行奖惩制度,在药事管理中有效控制药物质量,在药事教育上加强培训力度,其中涉及到思想政治教育、加强制度管理、纪律意识等,有效规范药师日常工作,不断提升药事管理水平^[5]。第三,组建监督小组,定期考核药师专业能力,且结合药师薄知识点和技能,有针对性的提升药师专业知识水平。监督小组需要定期开展查岗工作,对药师工作情况进行检查,且评估药事管理情况,对其中存在的不足进行寻找,不断优化和完善药事管理流程,提升管理效果。

1.3 观察指标

对发挥药师职能作用前后的用药差错率、用药投诉率、用药纠纷率、患者满意度、药师业务水平考核评分进行观察。

1.4 统计学方法

采用SPSS20.0统计学软件对数据进行统计学分析。计量的比较采用t值检验,计数的比较采用X²检验, $P < 0.05$ 代表存在显著差异。

2. 结果

2.1 实施前后药师业务能力考核评分情况比较

实施前药师医护患联动评分为 (22.01 ± 1.26) 、药事服务评分为 (20.14 ± 2.51) 、药事管理评分为 (27.20 ± 1.98) 、总分为 (73.20 ± 5.48) ,实施后药师医护患联动评分为 (28.20 ± 1.54) 、药事服务评分为 (28.40 ± 2.01) 、药事管理评分为 (35.20 ± 2.40) 、总分为 (93.41 ± 1.23) ,实施后药师业务能力药明显高于实施前 $(p < 0.05)$,详见表1。

表 1 实施前后药师业务能力考核评分情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	医护患联动	药事服务	药事管理	总分
实施前	22.01±1.26	20.14±2.51	27.20±1.98	73.20±5.48
实施后	28.20±1.54	28.40±2.01	35.20±2.40	93.41±1.23
T 值	6.966	7.214	7.521	9.685
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 患者护理满意度评分情况比较

实施前, 用药宣教评分为 (8.40±1.31)、药事咨询评分为 (17.20±1.49)、药物使用评分为 (18.20±1.96)、服务质量评分为 (77.49±5.60), 实施后用药宣教评分为 (23.40±2.40)、药事咨询评分为 (23.20±2.06)、药物使用评分为 (24.05±1.85)、服务质量评分为 (92.04±6.22), 实施后患者护理满意度要明显高于实施前 ($p<0.05$), 详见表 2。

表 2 实施前后患者护理满意度评分情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	用药宣教	药事咨询	药物使用	服务质量
实施前	100	18.40±1.31	17.20±1.49	18.20±1.96	77.49±5.60
实施后	100	23.40±2.40	23.20±2.06	24.05±1.85	92.04±6.22
T 值		6.965	7.968	7.854	8.695
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 用药差错率、用药不良反应发生率、用药投诉率、用药纠纷率情况比较

实施前用药差错率为 6.00%、用药不良反应发生率为 10.00%、用药投诉率为 10.00%、用药纠纷率为 5.00%, 实施后用药差错率为 1.00%、用药不良反应发生率为 2.00%、用药投诉率为 2.00%、用药纠纷率为 0.00%, 实施后用药差错率、用药不良反应发生率、用药投诉率、用药纠纷率均要低于实施前 ($p<0.05$), 详见表 3。

表 3 实施前后用药差错率、用药不良反应发生率、用药投诉率、用药纠纷率情况比较[n (%)]

组别	用药差错率	用药不良反应发生率	用药投诉率	用药纠纷率
实施前	6 (6.00)	10 (10.00)	10 (10.00)	5 (5.00)
实施后	1 (1.00)	2 (2.00)	2 (2.00)	0 (0.00)
X ²	4.956	4.204	6.547	4.524
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 结论

在药事管理中, 药师占据着非常重要的位置, 其需要负责医嘱审核、药学查房、不良反应、疑难会诊、涉药纠纷等工作, 可以有效解决科室用药中存在的问题, 并且还可以有效打破传统药买药、发药的定位, 提升药剂科在医院中的地位^[6]。在药事管理工作中充分发挥出药师职能作用是非常必要的, 在药事管理中, 药师具有以下职能作用: 第一, 药师需要给医务人员药物治疗提出建议, 进而保证药物治疗有效性和安全性; 第二, 药

师需要对护理人员进行工作指导, 督促护理人员做好药物申领、保存、介绍使用方法; 第三, 需要检测患者用药情况, 结合患者实际情况, 制定个性化给药方案^[7]。充分发挥药师在药事管理中的职能作用, 保证药事管理质量, 降低用药不良反应发生率, 促使药事管理更加科学和规范。

在本文研究中, 2021 年 1 月开始在药事管理中发挥药师职能作用, 此前一直采用常规药事管理模式。本文研究显示, 实施后药师医护患联动评分为 (28.20±1.54)、药事服务评分为 (28.40±2.01)、药事管理评分为 (35.20±2.40)、总分为 (93.41±1.23), 实施后药师业务能力药明显高于实施前 ($p<0.05$); 实施后患者护理满意度要明显高于实施前 ($p<0.05$); 实施后用药差错率为 1.00%、用药不良反应发生率为 2.00%、用药投诉率为 2.00%、用药纠纷率为 0.00%, 实施后用药差错率、用药不良反应发生率、用药投诉率、用药纠纷率均要低于实施前 ($p<0.05$)。从中可以看出, 在药事管理中充分发挥药师职能作用非常关键。在未来工作中, 想要进一步发挥药师职能作用, 还需要从以下几个方面入手: 第一, 指引药师掌握新的法规制度, 为药事管理决策献策。第二, 根据临床路径管理模式, 未来药学发展方向需要是药师利用药学专长, 有针对性的提供给医务人员、患者直接和负责人的药物服务, 进而保证药物治疗安全性、有效性、经济性^[8]。第三, 积极参与治疗, 药师需要树立终身学习理念, 以医生、护理人员、患者联动为基础, 把医嘱点评、筛查职能扩展作为手段, 参与医嘱制定, 参与临床治疗工作, 进而提升药师药学实践水平^[9]。第四, 充分发挥出药师在药学领域中的优势, 积极提供各项药学服务, 如血药浓度监测、个体化给药、临床营养支持等, 在技术层面保证用药合理性, 促使药事管理不断进步和发展。

综上所述, 在药事管理工作中充分发挥药师职能作用, 可以有效降低用药差错率、用药不良反应发生率、用药投诉率、用药纠纷率, 保证用药安全性, 还能够提升药师专业水平, 具有较高临床应用价值。

参考文献:

[1]田莹, 安薇. 医院药事管理持续改进中 FMEA 法应用效果分析[J]. 中国药业, 2022, 31 (03): 15-17.

[2]王燕. 医院药事管理在临床药学服务的应用价值研究[J]. 中国社区医师, 2022, 38 (03): 167-169.

[3]方娟, 陈静, 汪君芬, 魏宇峰. 药剂科调剂管理创新改革在提高药房工作效率与质量中的作用[J]. 中医药管理杂志, 2022, 30 (01): 68-70.

[4]廖枝娟, 方俊成, 李晓芸. 探讨药剂科药师在药事管理工作中的职能作用[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29 (23): 150-152.

[5]鲁春晓. 新形势下药事管理优化改革在临床药学服务中的价值[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29 (23): 166-167.

[6]林娇, 姜幼幼, 王玉玲. PDCA 循环管理在我院复审过程中药事管理中的可行性[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29 (23): 221-222.

[7]李韵. 药师在药房药事管理工作中的作用研究[J]. 保健文汇, 2021, 22 (02): 150-151.

[8]周大勇, 郭尚林, 刘爱娜, 周丽, 姜山. 基层医疗机构药事管理的调研及药师技能提升工作的开展[J]. 药学服务与研究, 2020, 20 (06): 474-477.

[9]陈建娜. 临床药师在药事管理中职能与作用探讨[J]. 影像研究与医学应用, 2018, 2 (09): 208-209.

新形势下医疗卫生档案信息化管理的探索

吕洪涛 孙晓莉

枣庄市胸科医院 山东枣庄 277500

摘要: 随着信息化技术的不断发展进步,医疗卫生档案管理信息化,成为当前医疗卫生档案工作的主要发展方向。该文针对新形势下医疗卫生档案管

关键词: 医疗卫生档案;信息化;管理

一、引言

目前,我国很多地方的医疗卫生机构在档案管理方面,仍然是依赖于传统的档案管理模式和处理方式,档案管理信息化水平建设不高,这也是造成医疗卫生机构档案管理工作质量和效率不佳的重要原因。特别是随着医疗事业的不断发展以及医疗设施的更新完善,医疗档案工作的基础条件以及客观环境已经发生了非常大的变化,在这种形势下,更应该探索推动医疗卫生档案信息化建设,促进医疗卫生档案管理工作水平的不断提升。

二、新形势下医疗卫生档案信息化建设的必要性分析

医疗卫生档案是各级医疗卫生机构在工作中形成的,具有一定保存价值的以各种形式和载体记录的有关文件资料。对医疗卫生档案工作来说,推进医疗卫生档案信息化建设的必要性主要体现在以下几方面。

(一) 信息化档案管理是促进提高医疗卫生服务水平的重要内容

近年来各地都非常重视医疗卫生档案管理,对进一步加强新形势下医疗卫生档案工作提出了明确要求,特别是要求按照人口健康信息化建设实际需要,加快实现更大范围内医疗数据整合,建立统一的信息互联标准,构建全人群健康大数据平台,并依托大数据分析,为健康管理提供更加精准的诊疗意见,实现这些,最关键的还是要进一步加强医疗卫生档案的信息化管理,整合全员人口信息、电子健康档案和电子病案等资料建立完善的档案资料数据库。

(二) 信息化管理是医疗卫生档案管理的主要发展趋势

在信息化管理日益普及的今天,对于医疗卫生档案管理工作来说,更需要转变原有传统的档案管理模式,以全新的管理理念为指导,运用先进的硬件设施和软件系统开展档案工作,不仅可以实现各类医疗卫生档案资料的及时归集整理,并且更有利于实现医疗卫生档案的动态更新,进一步提升医疗卫生档案管理工作质量和效率,促进医疗卫生档案管理工作的不断发展提升。

(三) 信息化档案管理是提高医疗卫生档案价值利用的关键手段

医疗卫生档案管理的重要工作之一,就是不断提升医疗卫生档案服务水平,加快推进医疗卫生档案管理信息化建设,进一步建立健全档案资源体系、档案安全体系、档案利用体系,不仅可以加强对医疗、疾病预防控制、计划生育、保健和社区卫生服务等专业档案的收集管理,而且依托信息化技术更容易实现医疗卫生档案的深度开发,更好地发挥医疗卫生档案资料的内在价值,提高医疗卫生档案的服务水平。

三、新形势下医疗卫生档案信息化建设面临的问题分析

(一) 信息化模式下的医疗卫生档案管理制度不健全

医疗卫生档案信息化管理是一项系统性的工作,保证各项工作的规范有序推进,需要健全完善的档案管理制度作为保障。但目前医疗卫生档案管理方面的规章制度和实施细则还不够完善,具体如何开展医疗卫生档案信息系统建设,以及对医疗卫生档案的数据格式标准如何要求,如何进行

档案资料的有效开发利用等方面,还缺少科学的指导,这也是造成医疗卫生档案管理信息化水平不高的重要原因。

(二) 医疗卫生档案的开发利用不够

在目前很多地方的医疗卫生档案管理中,医疗卫生档案部门还没有建立完善的档案信息管理系统,很多档案资料还没有实现网上的及时录入、更新和调阅,这造成医疗卫生电子档案信息内容不够全面,再加上医疗卫生档案的开放程度也不够高,很多档案资料的价值没有得到充分的挖掘利用,造成了医疗卫生档案整体服务质量不高,很多有价值的医疗卫生档案资料白白浪费损失。

(三) 医疗卫生档案信息化管理的基础工作有待加强

医疗卫生档案信息化管理中,出现的比较突出的问题就是一些基础工作相对较为薄弱。一方面,医疗卫生档案的真实性和准确性有待加强,特别是医疗卫生档案是关系到健康管理和疾病诊疗情况的重要依据,有时还是病人诊疗、司法鉴定等的重要依据,对于医疗卫生档案资料的准确性,有着非常高的要求,但在这方面很多医疗卫生档案管理机构做得还远远不够。另一方面,医疗卫生档案资料在信息化的管理过程中对档案安全性关注不够,有些重要数据没有进行必要的备份处理,有的医疗卫生档案资料管理信息系统中也存在着不少漏洞,容易影响资料安全。

四、新形势下医疗卫生档案信息化管理的改进措施

(一) 建立完善的医疗卫生档案信息化管理体系

信息化对于促进提高卫生档案管理整体水平具有非常重要的作用,医疗卫生机构应该高度重视信息化的重要性,积极主导推动档案管理工作向信息化的方向发展。在这方面,首要工作应该是进一步健全医疗卫生机构档案信息化管理工作机制,特别是应该严格按照国家对于档案信息化建设的有关规定要求,对医疗卫生档案管理方面的资料归集整理、档案数据资料存储、档案管理权限控制等进行详细的规定,为医疗卫生机构档案管理工作的有序开展提供良好的制度保障。

(二) 提高医疗卫生档案管理工作的基础化水平

在医疗卫生档案管理信息化建设方面,必须注意进一步完善相关的基础工作。

1、医疗卫生机构应该高度重视档案管理工作,增加在医疗卫生档案信息化建设方面的相关投入,特别是配备齐全的软硬件设施,并完善医疗卫生档案管理信息系统和数据库建设,为医疗卫生档案管理信息化提供良好的基础。

2、应该注重医疗卫生档案管理工作流程的标准化,重点是对医疗卫生机构档案相关的文件资料进行统一规范,对档案资料的数据采集、数据应用、档案信息系统登录、电子建档、信息查询、数据上传等具体流程,进行细化规范完善。

3、应该注重加强医疗卫生档案的检索查询使用,依托档案管理软件

对档案资料进行规范分类、编目、排序,同时通过局域网或者互联网,对相应权限内的卫生档案资料,及时提供给有信息需求的单位或者个人,提高卫生档案资料的利用水平。

(三) 注重加强医疗卫生档案信息系统有关功能的整合

在信息化模式下改进提升医疗卫生档案管理工作,首要工作就是应该加强对医疗卫生机构内部各类档案信息资源的有效整合。医疗卫生档案管理工作部门应该注重加强内部的信息归集控制,尤其是加强医疗卫生档案管理的前端控制和全程控制,按照医疗卫生档案目录,对需要归档整理的有关数据、音频视频图像、电子文档等各类资料,在档案数据资料形成阶段即进行有效的整合,提高医疗卫生档案管理工作的主动性、前瞻性。同时,还应该注意进一步完善医疗卫生机构内部的档案管理信息网络建设,依托档案管理信息网络,将各个科室需要归集整理的档案资料及时传递至档案管理部门,通过档案资源的共享利用,提高信息采集的效率和准确性。

(四) 提高医疗卫生档案管理人员的素质水平

加快推进医疗卫生档案信息化建设进程,医疗卫生档案管理人员的专业素质水平有着至关重要的作用,尤其是信息化模式下的档案管理工作,一方面需要档案管理工作人员精通档案管理业务方面的知识,另一方面,还需要档案管理人员熟悉网络技术、信息管理以及卫生专业等方面的相关知识。在这方面,医疗卫生机构应该加强对档案管理人员的系统培训教育,重点是围绕复合型的档案管理专业技术人才,既要加强对档案管理人员的档案学、信息传播学等方面的技术培训,同时也要开展档案信息化管理有关的软件开发、信息管理、数据库管理、办公自动化等方面的培训。此外,还应该加强对档案管理人员档案法、档案保密管理等方面的系统培训,保证整个档案管理工作规范有序高效的开展。

(五) 改进文件管理基础设施

医疗档案的信息储存需要基础设备,且为了提高文件的储存安全与便利性,就需要购买相应的信息化办公设备,及时升级更新版本,可以提高数据恢复的完成度,节省恢复的时间。信息存储和网络通信等技术、医疗卫生档案的信息库的形成和高效率的管理系统购买,极大地将医疗卫生档案的信息化管理水平提高了,同时也使得该方面在管理上得到了可持续性的发展。

(六) 培养专业技术人员和增加对信息技术投资

现有的各大医疗机构应加强现有资源的使用,即引起对各种医疗系统内现有人才的关注,充分利用熟悉信息技术的人才。现如今,大多数新医院的工作人员都是医科大学生,所以他们基本上熟悉医院管理流程和医学基础理论知识,如果想要快速建立医疗档案信息的支柱,则需要对此类人员进行基本的技术培训,他们就可以迅速熟悉并掌握新的管理系统。中国这一领域人员短缺的重要原因是,大多数高校的医疗记录管理课程相对较少,少数高校提供医学信息学课程,但因为它们只是覆盖医学和计算机科学,很难满足现阶段社会的对于医疗信息专业技术人员的实际需求。同时还有十分重要的一点就是我国现阶段缺乏相关专业的教科书,所以由此可以看出,目前如果要建立专业的医学信息人才,首先要在各大医科高校设置更多的专业课程,我国医疗领域等其他领域都需要加强对硬件,软件和人才等信息技术的投资,多发掘网络信息技术和 IT 人才,在这方面,我们可以参考发达国家的做法。

(七) 加强档案信息管理必须遵守安全原则

在档案信息建设过程中,需要加强对现有档案管理模式的不断调整 and 改革创新,这并不是短期调整,而是要关注医院的建设和发展进行定期,持续性的调整。提高工作效率;提高相关服务人员的服务质量;提高医院

档案管理的安全性;规范档案存储渠道;确保档案的真实性;加强不同部门的信息往来畅通;提高人员文件信息备份的意识,避免文件信息在突发情况下丢失的情况发生。医院的信息管理是内部创新的需要,在复杂的医院管理网络中,有必要加强内部制度改革,制定一定的规范,从系统中提高医院的业务实力。

(八) 根据医学研究档案的特点建立有效的信息平台

我们将建立科学的具有软硬件设施的信息平台,针对于医学研究档案不同于普通档案的特点。在硬件方面,主要包括存储功能硬件以及通信设备,同时硬件设备还需要掌握数据文件的双重功能。并且在专业技术人员与医疗机构的持续沟通与相互整合中,构建更完善,更高效的网络软件信息平台。与此同时,我们必须加快探索,组织专业技术人员积极开发符合医疗行业实际发展的软件类型,包括运营和管理类的软件。在强大的软硬件支持下,科研档案信息平台将更加专业化,适用于更多的医疗机构,为医学研究项目提供更多资源,加强行业间的信息共享,体现科研档案的管理价值,促进医疗行业乃至其他行业的整体发展。有效的信息平台不仅发掘了更多信息技术人才,而且推动了我国医疗事业的发展,提高了我国医疗事业的整体实力。

(九) 加强档案信息化的安全防护

运用信息化进行档案的保存,档案信息通过互联网传输,文件信息在传输过程中可能会存在一些安全隐患,可能会遭到窃取、篡改或伪造的情况。所以,必须根据文件的内容、价值、安全等级等,将文件划分为多个安全等级,实施不同层次的管理。同时设立专门的系统管理人员,监控机密信息,审查系统的相应安全措施,对系统存在的障碍进行排除。采用防火墙、加密和身份认证等技术手段,确保网络的安全性。对外网用户设置相应的安全的内网访问许可服务,限制内网用户访问外网某些危险站点,以及其他的一些危险服务功能。设置密码是较为安全有效的信息安全手段,可以对数据进行加密的储存、传输以及鉴别等操作。对于医院的重要文件和电子文件通过不同的存储介质进行备份,来保证电子档案内容长久可读,以及确保电子档案信息的安全性。此外,在文件管理系统中,配置访问记录和权限,并设置自动化形式允许的与系统身份相匹配的用户访问登录,只有身份验证通过的用户才能访问、搜索、复制和保存其他电子文件或其他信息,并且对于操作痕迹要自动在系统保留。同时,医院要进一步改善对电子档案和计算机设备的存储设施和环境,确保其在合适的温度和湿度环境中,防止存储介质遭到磁化,并采取防盗措施。还要及时升级和更新存储数据的设备和服务器,确保档案信息内容的传输与存储的安全和稳定。

五、结语

医疗卫生档案管理信息化是一项系统专业的工作,推进信息化模式下的档案管理工作,档案工作部门应该积极转变档案管理工作理念,加大档案管理信息化方面的基础投入,建设完善档案信息化管理系统,提高工作人员的专业化能力水平,全面促进档案信息化管理水平的提升。

参考文献:

- [1]张增山.信息化模式下的卫生档案管理浅谈[J].环球市场,2018(12): 1.
- [2]张莉.信息化模式下的卫生档案管理研究[J].中国卫生产业,2017,14(16): 75-76.DOI: 10.16659/j.cnki.1672-5654.2017.16.075.
- [3]孙立.信息化视角下的档案建设[J].文化创新比较研究,2017,1(23): 50-51.

贝伐珠单抗在晚期肿瘤治疗中的应用分析

叶林生

陆丰市人民医院 广东汕尾 516500

摘要：目的：综合分析贝伐珠单抗在晚期肿瘤治疗中的应用价值。方法：将接受贝伐珠单抗进行治疗的晚期（III、IV期）肿瘤患者（共30例，病例选取时间开始于2019年1月，截止时间为2020年3月）作为实验组，再选取同期本院收治的接受单纯保守治疗的30例晚期肿瘤患者作为对照组。采用统计学分析贝伐珠单抗临床应用情况以及两组晚期肿瘤患者的无进展生存时间、中位生存时间以及不良反应发生率。结果：贝伐珠单抗二线用药治疗所占比为45.65%、三线用药治疗所占比为54.35%。单用贝伐珠单抗的构成比为33.33%（10/30），与铂类药物联合所占比为16.67%（5/30），与含紫杉类药物联合所占比为16.67%（5/30），与含氟尿嘧啶等抗代谢类药物联合所占比为33.33%（10/30）。实验组肿瘤患者的无进展生存时间、中位生存时间明显长于对照组， $P<0.05$ ；实验组肿瘤患者的不良反应发生率低于对照组， $P<0.05$ 。结论：贝伐珠单抗在晚期肿瘤治疗中的具有较高价值，能够显著延长肿瘤患者的无进展生存时间、中位生存时间，降低不良反应发生率。

关键词：贝伐珠单抗；抗肿瘤治疗；晚期肿瘤；临床价值

贝伐珠单抗是一种人源化的单克隆抗体，能够显著抑制血管内皮生长因子^[1]。肿瘤细胞生长和转移的主要途径有：新生血管。新生血管直接影响到肿瘤的治疗和预后，贝伐珠单抗可直接阻断血管内皮生长因子与血管内皮表面受体结合，可阻止肿瘤细胞的血管生成，最终抑制肿瘤细胞的生长^[2]。贝伐珠单抗在2004年被美国食品药品监督管理局（FDA）批准为一线治疗转移性结直肠癌患者的药物。2010年，贝伐珠单抗被中国国家食品药品监督管理局（CFDA）批准为一线治疗转移性结直肠癌患者的药物。有学者认为，贝伐珠单抗与其他分子靶向药物相比，其抗血管生成的作用仍然存在差异^[3]。单用贝伐珠单抗无法延长肿瘤患者的无进展生存时间、中位生存时间，其长期用药会给肿瘤患者带来严重的不良反应，因此其临床应用效果备受争议。本文将对其进行有关分析。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

将接受贝伐珠单抗进行抗肿瘤治疗的晚期肿瘤患者（共30例，病例选取时间开始于2019年1月，截止时间为2020年3月）作为实验组，再选取同期本院收治的接受单纯保守治疗的30例肿瘤患者作为对照组。纳入标准：（1）年龄均在18岁以上；（2）均经过病理组织检查为肿瘤患者；（3）耐受贝伐珠单抗治疗者。排除标准：（1）临床资料不完整者；（2）合并精神障碍者；（3）中途退出本次研究者。实验组中有16例男性患者和14例女性患者，年龄在20~80岁，年龄均值经统计为（50.25±15.36）岁。实验组接受贝伐珠单抗进行抗肿瘤治疗的患者中有14例结直肠癌（占46.67%，14/30）、1例卵巢癌（占3.33%，1/30）、14例肺癌（占46.67%，14/30），1例脑胶质瘤（占3.33%，1/30）、对照组中有15例男性患者和15例女性患者，年龄在21~80岁，年龄均值经统计为（50.51±14.36）岁。对照组接受贝伐珠单抗进行抗肿瘤治疗的患者中有15例结直肠癌（占50.00%，15/30）、1例卵巢癌（占3.33%，1/30）、14例肺癌（占46.67%，14/30）。两组肿瘤患者在一般资料比较无差异， $P>0.05$ 。

1.2 方法

回顾性收集在我院接受贝伐珠单抗药物治疗的肿瘤患者的一般资料，主要包括：（1）肿瘤的具体类型；（2）贝伐珠单抗的使用情况；（3）贝伐珠单抗的治疗周期；（4）贝伐珠单抗的临床地位等。

对照组接受单纯保守治疗，实验组应用贝伐珠单抗治疗。贝伐珠单抗批准文号为S20200013，贝伐珠单抗生产企业为信达生物制药（苏州）有限公司，贝伐珠单抗规格为100毫克（4毫升）/瓶，贝伐珠单抗用药方法为首次静脉输注时间需持续1.5h（如果第一次输注耐受性良好，则第二次输注的时间可以缩短到1h）。

1.3 观察指标

分析贝伐珠单抗临床应用情况以及两组肿瘤患者的无进展生存时间、中位生存时间以及不良反应（皮疹、高血压以及血小板降低等）发生率。

1.4 统计学处理

本次研究中的计数资料通过[n（%）]的形式进行表示，采用卡方检验进行数据间分析，计量资料通过（均数±标准）的形式进行表示，采用t检验的方法进行数据间分析，若通过SPSS 26.0软件分析得出的结果为 $p<0.05$ ，则说明数据间存在较为显著的差异。

2. 结果

2.1 贝伐珠单抗的临床用药地位分析

二线用药治疗所占比为45.65%、三线用药治疗所占比为54.35%。

2.2 单用贝伐珠单抗和联合应用贝伐珠单抗的构成比分析

单用贝伐珠单抗的构成比为33.33%（10/30），与铂类药物联合所占比为16.67%（5/30），（3例为贝伐珠单抗加铂类、2例为贝伐珠单抗加吉西他滨贝伐珠单抗铂类），与含紫杉类药物联合所占比为16.67%（5/30），3例贝伐珠单抗加紫杉类铂类、2例贝伐珠单抗加紫杉类，与含氟尿嘧啶等抗代谢类药物联合所占比为33.33%（10/30），1例贝伐珠单抗加氟尿嘧啶加亚叶酸钙，4例贝伐珠单抗加奥沙利铂加氟尿嘧啶加亚叶酸钙、4例贝伐珠单抗加奥沙利铂加卡培他滨、1例贝伐珠单抗加卡培他滨、1例贝伐珠单抗加替吉奥。

2.3 贝伐珠单抗的使用次数和治疗周期分析

在接受贝伐珠单抗进行抗肿瘤治疗的患者中最高使用次数达14次，用药次数1次的有3例，用药次数2次的有2例，用药次数3次的有4例，用药次数4次的有4例，用药次数5次的有1例，用药次数6次的有2例，用药次数7次的有2例，用药次数8次的有3例，用药次数9次的有2例，用药次数10次的有2例，用药次数12次的有4例，用药次数14次的有1例。

2.4 两组无进展生存时间、中位生存时间以及不良反应发生率比较

实验组肿瘤患者的无进展生存时间、中位生存时间明显长于对照组， $P<0.05$ ；实验组不良反应发生率明显低于对照组， $P<0.05$ ，见表1。

表1：两组无进展生存时间、中位生存时间以及不良反应发生率比较

组别	无进展生存时间（个月）	中位生存时间（个月）	不良反应发生率（%）
实验组（n=30）	4.72±1.76	18.12±2.52	3（10.00）
对照组（n=30）	1.81±0.18	11.74±1.43	10（33.33）
χ^2/t 值	9.0091	12.0604	4.8118
P 值	0.0000	0.0000	0.0282

3. 讨论

贝伐珠单抗是治疗结直肠癌患者的一线用药方案，与此同时也是贝伐珠单抗上市之后的第一个适应证^[4]。多数研究表明，肺癌是贝伐珠单抗上市之后的第二个适应证^[5-6]。关于卵巢癌患者的治疗，贝伐珠单抗也在其治疗期间起到重要作用^[7]。本文研究结果显示二线用药治疗所占比为45.65%、三线用药治疗所占比为54.35%，30例接受贝伐珠单抗进行抗肿瘤治疗的常见患者类型有结直肠癌患者、卵巢癌患者以及肺癌患者。FDA说明书中指出，贝伐珠单抗联合铂类药物以及紫杉类药物是一线用药方法，但是需用于无法切除肿瘤组织的且处于局部晚期阶段的非鳞状非小细胞肺癌患者之中。在治疗结直肠癌患者时，多项研究显示，贝伐珠单抗联合化疗方法可显著提高结直肠癌患者的临床疗效^[8-9]。有学者在其研究中指出，结直肠癌患者使用贝伐珠单抗联合化疗方法可显著改善病理学应答，除此之外不会增加结直肠癌患者的肝脏毒副作用^[10-11]。卵巢癌是一种妇科常见病，部分卵巢癌患者在处于晚期阶段时才被确诊^[12-13]。现如今治疗卵巢癌患者的常用方法为：化疗方法。目前来看，卵巢癌患者的5年生存率显著上升^[14-15]。NCCN指南指出，在治疗卵巢癌患者时采用贝伐珠单抗联合化疗方式具有较高价值^[16-17]。ESMO指南也认为，贝伐珠单抗联合化疗方式可有效用于预后效果不理想的处于晚期阶段的卵巢癌患者^[18-19]。

本文研究结果显示，在接受贝伐珠单抗进行抗肿瘤治疗的患者中最高使用次数达14次。有关研究指出，非小细胞肺癌占肺癌患者的82%左右。

（下转第290页）

护理安全管理在综合 ICU 多重耐药菌医院感染控制中的应用及效果分析

成冬梅 唐琪芸^{通讯作者}

南京医科大学附属无锡市人民医院 ICU 江苏无锡 214000

摘要:目的:探讨综合重症监护室(ICU)多重耐药菌医院感染控制中应用护理安全管理的效果。方法:2021年1月到2022年3月,选取综合ICU收治的200例患者为对象,采用抽签法分组,有对照组、观察组,每组有100例,前者应用常规护理管理,后者应用护理安全管理。结果:观察组新增多重耐药菌分布率小于对照组($P<0.05$),观察组物体表面清洁合格率大于对照组($P<0.05$),观察组综合ICU护理质量评分高于对照组($P<0.05$)。结论:在综合ICU多重耐药菌医院感染控制中应用护理安全管理,可减少新增多重耐药菌,提升物体表面清洁合格率,改进科室护理质量,值得推广。

关键词:综合重症监护室;多重耐药菌;医院感染控制;常规护理管理;护理安全管理;护理质量评分

综合重症监护室(ICU)属于急危重症患者集中区域,收治患者大多伴有数种基础病,年龄较大,病情复杂危重,容易发生感染^[1-2]。患者治疗期间多需使用侵入性操作以及抗生素,更容易发生多重耐药菌感染,危害患者身心健康^[3-4]。多重耐药菌感染发生,会延长患者的住院时间,增加住院医疗费用,提升治疗难度,还会增加患者死亡率^[5-6]。积极进行综合ICU医院感染控制,主动进行多重耐药菌防治,可提升综合ICU治疗安全性。护理安全管理是一种科室护理管理模式,以提升护理安全为目的,为患者提供各项护理管理措施。此次研究以2021.1-2022.3收治的综合ICU患者200例为对象,探讨护理安全管理的价值,研究内容如下。

1·资料与方法

1.1 临床资料

2021年1月到2022年3月,综合ICU收治的200例患者为对象,采用抽签法分组,分为对照组和观察组,每组有100例。对照组:男59例、女41例,年龄40-78(59.37±13.25)岁,呼吸系统疾病41例、神经系统疾病30例、循环系统疾病17例、消化系统疾病12例。观察组:男56例、女44例,年龄40-79(59.70±13.28)岁,呼吸系统疾病44例、神经系统疾病29例、循环系统疾病16例、消化系统疾病11例。比较两组临床资料,结果显示($P>0.05$)。

纳入标准:(1)首次入综合ICU治疗患者;(2)综合ICU治疗时间>3d患者;(3)患者、家属知情研究,积极配合研究。

排除标准:(1)入综合ICU前已经确诊多重耐药菌感染患者;(2)确诊免疫缺陷疾病患者;(3)始终处于昏迷状态或存在认知功能障碍患者。

1.2 方法

对照组应用常规护理管理:按照综合ICU现有护理管理制度提供干预,责任护士为患者提供专科服务的同时,按照科室规章制度进行科室感染防控管理;科室不定时进行医院感染防控管理培训,提升责任护士专业知识和专业技能。

观察组应用护理安全管理:(1)全科培训:全科医护人员参与到医院感染防控过程中,组织全科医护人员参与培训活动。医院感染控制科护士每周前往科室进行医院感染防控培训一次,培训方式是集中讲授,结合医院综合ICU的医院感染防控情况,制作培训手册并引入科室典型案例,提升医护人员对医院感染防控的认识,提高其对多重耐药菌知识的掌握度,明确多重耐药菌流行趋势以及医院防控现状,继而引入医院现今制定且落实的多重耐药菌感染防控措施,并要求医护人员积极落实该防控措施,一次培训活动时间控制在30min以内。(2)菌株筛查:患者进入综合ICU治疗后,主管医师需在24h内采集患者痰液,或应用咽拭子、鼻拭子采集分泌物,将其作为样本进行耐药菌检查,这一项检查作为综合ICU常规检查项目。完成检查并获取结果后,主管医师需第一时间将结果告知临床医师与责任护士,重点标明患者的多重耐药菌感染风险以及类型,提升临床医师及责任护士的重视度,并在患者床头或腕带上做好标识,方便值班医护

人员注意并提高警惕,加强管理、检查、预防与应对。(3)病房管理:若患者尚未发生多重耐药菌感染,应将患者安置在无气道切开、气道插管以及已经确诊多重耐药菌感染患者的病房中。若医院条件有限,则尽可能拉开患者间的距离,严格落实病房无菌管理制度,积极为患者提供抗感染治疗,有效控制感染范围与病情严重程度。若患者携带人工气道,则为患者提供潜在感染管理,为患者提供单间病房,或落实床旁隔离,患者的吸痰操作应由密闭式吸痰管完成,且严格遵守48h采集2次痰液标本细菌培养原则。患者一旦确诊,即刻给予单间隔离。若患者属于多重耐药菌携带者,也需提供密闭式吸痰管,给予单间隔离。若医院条件有限,单间不足则让同类多重耐药菌患者或携带者居住在同一病房中。(4)感控督导员配备:科室积极联合感染控制科,培养并配备综合ICU感控督导员,选取条件:护士,综合ICU工龄>3年、综合ICU护理质控成员、充分掌握规章制度包含《多重耐药菌感染的预防与控制》以及《ICU消毒隔离制度》等。安排护士进行综合培训,完成培训后参与相应考核,通过考核后作为感控督导员开始日常工作。在综合ICU日常工作期间,主动承担多重耐药菌定时监测以及医院感染知识培训、追踪并录入有关医院感染的相关数据信息、医护人员手卫生监测、综合ICU病房各区域细菌学监测等职责,并严格按照工作标准完成,保证工作效果。(5)创建档案:一旦发现多重耐药菌患者或携带者,立刻登记其相关信息,其中责任护士与保洁人员需告知登记内容,若患者中途需离开综合ICU进行检查或治疗活动需进行外出告知登记,明确患者的出入情况,方便进行追踪。确诊多重耐药菌后,主动将这一情况告知患者和家属,阐明这一情况对患者疾病转归、预后改善的不利影响,讲述外出期间必须进行的防护措施,综合ICU滞留期间必须接受的治疗和护理等,提升患者依从性,最大程度上消除多重耐药菌造成的影响。

(6)多部门合作:综合ICU必须结合易患多重耐药菌的患者特点,积极与各个部门合作,包含检查部门、患者转出部门、医院感染科、中心实验室等等,定时进行会议,明确综合ICU的多重耐药菌发生情况与频率,患者转出与外出情况,各科室一起讨论分析多重耐药菌发生及分布情况,掌握相关规律,发现其中问题,制定并落实护理改进措施。

1.3 观察指标

1.3.1 新增多重耐药菌分布现象 细菌种类包含金黄色葡萄球菌、鲍曼不动杆菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌、肠球菌五种。

1.3.2 物体表面清洁监测结果 统计床单元、治疗带、设备带、仪器表面、地面的监测结果,统计合格率,每位患者综合ICU治疗期间均调查一次。

1.3.3 综合ICU护理质量评分 应用综合ICU自制护理质量调查问卷评估,评估内容包含消毒隔离、感染防控、护患沟通、专科操作、细菌监测、告知工作六项,通过十分法完成评价,每位患者均在出综合ICU后进行问卷填写与问卷评估。

1.4 统计学方法

在 SPSS 22.0 中统计分析, 计数资料 (新增多重耐药菌分布现象、物体表面清洁监测结果) $n/\%$ 表示, χ^2 检验; 计量资料 (综合 ICU 护理质量评分) $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验; $P < 0.05$ 具有统计学意义。

表 1 各组别的新增多重耐药菌分布现象比较 ($n=100$ 例, $n/\%$)

组别	金黄色葡萄球菌	鲍曼不动杆菌	肺炎克雷伯菌	铜绿假单胞菌	肠球菌	合计
对照组	6 (6.00%)	6 (6.00%)	5 (5.00%)	4 (4.00%)	1 (1.00%)	22 (22.00%)
观察组	3 (3.00%)	1 (1.00%)	1 (1.00%)	1 (1.00%)	0 (0.00%)	6 (6.00%)
χ^2 值	-	-	-	-	-	10.6312
P 值	-	-	-	-	-	0.0011

2.2 物体表面清洁监测结果统计

观察组五项物体表面清洁合格率大于对照组 ($P < 0.05$)。见表二。

表 2 各组别的物体表面清洁监测结果 ($n=100$ 例, $n/\%$)

组别	床单元	治疗带	设备带	仪器表面	地面
对照组	83 (83.00%)	80 (80.00%)	81 (81.00%)	78 (78.00%)	82 (82.00%)
观察组	97 (97.00%)	95 (95.00%)	95 (95.00%)	92 (92.00%)	95 (95.00%)

表 3 各组别的综合 ICU 护理质量评分比较 ($n=100$ 例, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	消毒隔离	感染防控	护患沟通	专科操作	细菌监测	告知工作
对照组	8.39±0.51	8.34±0.50	8.29±0.50	8.23±0.48	8.20±0.49	8.27±0.51
观察组	9.26±0.57	9.22±0.58	9.20±0.56	9.18±0.57	9.17±0.56	9.24±0.57
t 值	11.3747	11.4917	12.1215	12.7485	13.0357	12.6822
P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 · 讨论

综合 ICU 患者为多重耐药菌感染高发群体, 这和患者多伴有数种基础疾病、免疫功能低下、病情复杂危急等存在直接关系^[7-8]。患者大多需在综合 ICU 治疗较长时间, 治疗期间多需应用侵入性操作, 大量应用抗生素, 是导致多重耐药菌感染频发的主要原因^[9-10]。感染一旦发生无疑会增加患者原发病治疗难度, 延长综合 ICU 治疗时间, 甚至会对患者预后造成较大影响, 危害患者生命安全^[11-12]。临床认为, 积极改进科室现有护理管理措施, 加强医院感染防控, 可减少科室内的多重耐药菌感染发生, 有效阻断细菌传播, 提升患者治疗安全, 改善患者预后情况。既往多在综合 ICU 应用常规护理管理, 责任护士护理操作期间, 按照科室规章制度和医院感染防控制度, 完成患者的各项护理服务, 但护理缺乏主动性、针对性, 且未充分尊重患者的知情权利, 所以护理管理效果一般。

护理安全管理近年来在 ICU 护理中广泛应用, 也是临床公认的一种以患者为中心, 可提升 ICU 护理安全的护理管理新方法^[13]。此次研究结果表明, 观察组新增多重耐药菌分布率更小、物体表面清洁合格率更大、护理质量评分更高, 可见护理安全管理效果优于常规护理管理。原因分析如下: 护理安全管理包含多项内容, 每一项护理管理内容, 均具备提升综合 ICU 护理安全这一作用, 均可改进医院感染防控现状。全科培训可充分提升医护人员的专业能力与感染防控能力, 还可监管医护人员的感染防控实施情况, 促使医护人员从被动服务到主要预防多重耐药菌感染; 菌株筛查可辅助科室医护人员明确科室多重耐药菌流行情况与检出情况, 有利于科室制定针对性感染防控措施; 病房管理等措施可提升患者治疗安全性, 最大程度上降低多重耐药菌感染发生率, 预防交叉感染, 提高感染防控效果。

综上可知, 在综合 ICU 多重耐药菌医院感染控制中应用护理安全管理, 效果优于常规护理管理, 值得临床应用及推广。

参考文献:

- [1] 尚丽丽, 孙治国, 郑娟. 集束化管理在多重耐药菌治疗中的管理效果及对依从性的影响研究[J]. 国际医药卫生导报, 2020, 26 (22): 3527-3529.
- [2] 郑蔚, 唐黎, 孟旭. 六西格玛管理在优化非哺乳期乳腺炎疮面多重耐药菌感染控制中的应用[J]. 国际医药卫生导报, 2021, 27 (12): 1815-1819.
- [3] 杜雪萍, 陈燕珣, 林丹纯, 等. 集束化护理干预在神经外科重症患者多

2 · 结果

2.1 新增多重耐药菌分布现象统计

观察组五项新增多重耐药菌分布率小于对照组 ($P < 0.05$)。见表一。

	%)	%)	%)	%)	%)
χ^2 值	10.8889	10.2857	9.2803	7.6863	8.3026
P 值	0.0010	0.0013	0.0023	0.0056	0.0040

2.3 综合 ICU 护理质量评分统计

观察组六项综合 ICU 护理质量评分高于对照组 ($P < 0.05$)。见表三。

重耐药菌感染管理中的应用价值体会[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (24): 130-131.

[4] 李英珍, 梁华珍, 冉蒋鸿. 品管圈气道管理在老年重症肺炎患者多重耐药菌感染预防控制中的效果研究[J]. 老年医学与保健, 2020, 26 (2): 303-306.

[5] 王旭霞, 张海娇, 田弢, 等. 基于 5M1E 分析法的护理管理模式对 ICU 患者多重耐药菌院内感染的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27 (29): 3990-3993.

[6] 谈慧颖, 施均美. 探讨分级管理模式在多重耐药菌医院感染防控中的作用及对抗菌药物合理应用率的影响[J]. 中国卫生产业, 2021, 18 (15): 77-80.

[7] 谢彩霞, 黄敏芳, 廖春花, 等. 多学科协作模式管理在医院多重耐药菌感染防控中的应用效果[J]. 中西医结合护理 (中英文), 2021, 7 (8): 178-180.

[8] 吴文清, 郭严肃, 徐培, 等. 品管圈气道管理小组模式对重症肺炎患者多重耐药菌感染预防及预后的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (5): 772-775.

[9] 潘晓丹, 孙俊烈, 郭晓莉. ICU 消毒安全护理联合精准护理应用于多重耐药菌感染患者中的效果分析[J]. 现代实用医学, 2021, 33 (11): 1497-1498.

[10] 魏秀凤, 张晓伟, 滕晓梅, 等. 无缝隙管理系统对多重耐药菌检出率及感染率影响结果分析[J]. 中国卫生标准管理, 2020, 11 (23): 131-135.

[11] 吴红英. PDCA 循环法在 ICU 多重耐药菌医院感染管理中的应用效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2018, 18 (68): 170, 172.

[12] 刘永平. PDCA 循环质量管理模式控制医院多重耐药菌感染的效果评价[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2019, 19 (14): 203, 205.

[13] 刘欢, 黄云丹. 护理安全管理在急诊重症监护室多重耐药菌医院感染控制中的应用效果[J]. 当代护士 (中旬刊), 2020, 27 (1): 178-181.

医院药剂科中药药剂管理探讨

王守金

沂南县人民医院 山东临沂 276300

摘要: 本文主要是探讨了我院中药剂科现代化中药管理的模式和方法,其重点主要是从中药质量检查与库房管理两个领域开始入手,讨论一种新型的现代化管理模式及方法的实践办法,并观察了其效果。医院的药剂科属于综合类科室,科室要通过严格的中药剂质量检查程序与有序的库房管理制度,强化医院中药剂科的监督与管理,采取行之有效的管理方法与手段,提高医疗水平,保证药品质量过关、最大程度上维护患者的利益,确保中药治病的安全性和有效性,综合提升医疗服务的水平,全面保障患者的用药安全。在关于中药的质量检查中文章提出原始中药的采摘筛选对药品的疗效会产生影响,因此要认真鉴别中药的形态,采取“摸、嗅、尝”的方式进行鉴别;在中药的配方和加工管理过程中,也要遵循相关规范,认真负责对待每一个环节;关于中药库房管理方面,文章重点把握了药品的储存养护、现代化管理、对药品验收环节的严格把控以及药剂管理的工作人员的素质提升几点,希望通过文章的研究探讨可以加强医院对重要药剂的重视程度,提高药剂质量,保证在临床诊疗上达到更好的效果。

关键词: 药剂科; 中药药剂; 药剂管理; 质量管理

药品仓储库房作为医院正常进行的医疗服务工作的场地,需要保障患者的健康和安,药品仓储库房作为患者与药物市场之间的重要桥梁,注重医院药剂科的管理具有十分重要的现实意义,可以推动医患关系的健康良性化发展。中药管理工作是医院药剂科管理的重要组成部分。相对于西药来说,中药相对较为复杂,不管是药名还是保存的方法均与西药有所不同,因此医院工作人员应更加关注其管理,稍有不慎可能会出现差漏,造成药品失效,影响药效,更有甚者还可能产生医疗事故。中药管理的主要内容就是在于中药材质量的检验和库房管理两个方面,其中中药材质量的检验主要是用来泛指中药原始材料的质检和中医药配方校对;库房管理主要指对原有的中药材和中医药剂剂进行管理。我院长期以来一直致力于提高药剂科的中药管理工作,并取得了较好的效果,现将研究报告整理如下。

1 中药质量检验

1.1 原始中药材的筛检鉴别

原始中药材在产地、采摘时间以及方法等是直接影响原始中药材品种质量的重要因素,中药与西医最大不同之处就是,中药材来源于大自然,人为干预会对原始中药材造成负面的不可逆影响。根据中医理论,植物的采集、收集时间以及地点对药效会产生直接的影响,相关科学眼证明此类说法时具有一定真实性可言的。例如笔者曾经通过研究采用先进的现代化科学技术手段,对木兰科中药材厚朴酚作为一个实证性研究案例,其有效的主要成分分是厚朴酚,参照 2010 年版《中华人民共和国药典》规定,恒定单位量厚朴的厚朴酚平均含量一般宜 $\geq 3.00\%$,厚朴酚的平均含量与厚朴酚在生长周期时间和其来源及产地之间存在着重要联系,一般仅局限于植株的生长周期可以高达 20 年。其中厚朴酚的含量最高可以超过 3.00%。再以使用中药材的大黄为例,以甘肃省所产的大黄最为正宗,且药用价值也最高,而其他地方的大黄止血效果均不太理想,因此中药药品地点也很重要。在鉴别中药饮片品种方面,需认真辨别其形态,严把质量关,采用“摸、嗅、尝”结合的方法鉴定药材的真伪,包括对药材的颜色、断面、质地、气味以及大小等来判断中药药材的质量差别。

1.2 中药配方与加工管理

1.2.1 中药配方管理

中药的配方作为药剂科重要组成成分,医院的相关工作人员应该给予高度重视。

我院一直秉承着保护患者的利益和健康而服务的理念,不断地加强医院对于中药配方的管理和监督,具体内容详细说明如下:① 患者在取药时要对于药品进行严谨核对,医生在开具中药配方后应该定期进行检查,仔细

地核实用药过程中的各种问题,如用药时的剂量是否完全符合要求,是否有药物严重过剩或者食用了药品短缺的不良现象,有没有出现擅自更改其他处方。② 在进行药品调配的工作中,我们需要时刻注意遵守自己的职业道德,保证药物和剂量合理。工作人员必须有着严谨的工作态度,调配过程中要保持严肃认真。在配药前仔细阅读医生的处方单,以防出现错误等问题;严禁工作人员在配药过程中直接使用双手或用手抓药,这是很不卫生的行为;此外,一旦发现药材有长霉或者出现病虫害就应立即弃用或剔除,对于不合格的药品要及时处理,防止工作人员拿错,影响药物效果,最终危害病人患者的健康。

在进行药材包装的工作中,我们应当严格按照药材汤剂的要求,先煎熬制好的药材和下面的药材都需要进行分类包装。配药人员在完成后需进一步审查核对其处方,确认无误后再进行签字。③ 发药过程是配药人员工作的最后一个重要环节,需要与患者直接接触,在发药过程中要谨慎,防止出现意外事故,同时还要保证中药的药效。因此,在配药过程中应仔细地核对其患者的基本资料,并最终将其煎药的原理和方法仔细地讲解给其患者和家属,以药物使用剂量出现问题而影响药效,还要确保中药搭配没有问题,如果服用此类药剂需要忌口也要详细告知病患及其家属,这是药剂工作人员对自身工作和患者健康的双重负责。④ 医院要及时建立和健全了相关操作规程,制定切实可行的操作规范,并要求各级医院药剂科人员和患者必须做到严格执行,既是对自己各项服务和工作的安全性负责,也是对病人健康安全负责。

1.2.2 中药加工管理

为了能够使得中药材在最大程度上发挥它的疗效,就必须需要将原来的中药材复合处理后再对其进行特殊的加工和炮制,这也是中药与其它药物相比的独特之处所在。目前,部分医院普遍存在着过于注重和轻视这个中药材治疗过程的弊端,导致药材的不合格现象出现,具体例如由于药剂工作人员本身的马虎、不认真造成的问题,在对中药材进行挑、拣、洗、切等治疗过程中往往会随心所欲,无法彻底清理干净中药材所携带的大量泥沙和灰尘,药物达不到医院的用药标准;更有甚者,一些人严重脱离处方而对中药材进行了加工和炮制;还有人将炮制的药物和未炮制的药物混合在一起用,严重影响了治疗的药效,让临床整治效果减半,严重者还可能直接危害到病人的健康。针对此种情况,必须进行严厉纠正,需进一步完善和加强实验室在中药生产与加工管理各个方面的基础性工作,具体内容:首先,要改善和完善中药材生产与加工管理实验室各项相关配套设施,及时更新淘汰新旧机器,以满足其实际使用的标准;其次,以《全国中药炮制规范》作为中药材生产和加工的技术标准,规范了其操作和生产流程,以提高中药

材生产和加工的精确性和质量;最后,医院建立健全了相关炮制室的相关规章制度,比如卫生、质检、安全操作等。严格执行了中药材生产和加工实验房的规章制度,其中包括消毒、安全、无菌等各种具体措施。

2 中药库房的管理

2.1 中药材的贮存和养护

中药的贮存和养护问题也关乎中药药剂的品质,在实际操作过程中仍需严格把关。开始进行中药材的贮存和养护前,一定要对医院中药材的实际使用中药材消耗量情况做一个仔细的分析,为防止药物沉积,要限定中药材采购数量,有效地避免中药材资源的浪费,防止增加对于中药材的贮存和养护工作难度,药剂采购人员要认真根据医院情况制定相关计划并切实实施。此外,还要注意保证室内所有的中药材都能够保持处于绝对干燥的状态下,对于气候潮湿的地区药物容易受潮,要保持药物的干燥,控制好室内的温度,保持通风,防止室内的中药材产品蛀虫、发霉等发生变质,影响至日常使用中药材的效果。此外,还可以对采集回来的中药定期进行翻晒,保持干燥,有益于药品的保存。除此之外,管理者还应该按照中药材的特殊性质对其进行分门别类,在保证和管理中药材进出口的安全性上,要严格地遵循“先进先出,后进后出”的原则,在药材出库后及时的彻底对药缸进行清理,采取必要的冷藏、防鼠防虫等措施,避免微生物繁殖造成药物交叉感染。此外,院方应该定期派遣专业人员到中医药仓库做清洁和检测,也是为了避免中药药材出现交叉污染现象。

2.2 中药库房现代化管理

当今我国正处于一个信息化的时期,科学技术发展迅速,在对于医院中药仓库的管理上若是一直沿用着我们传统的人工管理模式,显然就很难能够紧紧跟上我国医疗服务企业信息化建设和发展的脚步,更何谈提高治疗效率和服务质量。针对此类现象,将信息数字化技术应用于医院的重要库房管理中是顺应时代潮流的做法。因此迫切需要在医院的中药仓储和库房管理中引入一种合适的现代化信息科学技术,通过一种自动化的电子计算机系统对中药药品进行盘点,并且可以及时的进行调价,电子信息技术可以帮助医院的中药药剂管理等实施更加科学、方便、快捷的管理,可以开发出一套与进药和出药密切相关的管理软件,科学管理药物,构建一个健全可靠的信息化管理服务管理平台。在调拨单一盘点的工作方面,可以考虑直接采用电子调拨取代手动调拨,删繁就简,提高了各类中药仓储库房的管

2.3 对进药验收环节进行严格把控

在采购完中药药剂后就到了最后的入库验收阶段,这也是开启中药贮存阶段的基础环节,此环节要严格把控,避免假药、假冒伪劣产品进入医院,这是做好药库管理工作,保障中药质量的关键一步。中药市场竞争日趋激烈,而国家对中药规格还未做出统一的划分,也没有固定的质量标准,市场上好的药物和劣质药品鱼龙混杂,药品市场上常常存在以假乱真的现象。因此为了保证进入医院的药品的质量,中医院应制定以下制度:(1)、严格把控进药的验收环节。在进药时要以发票为标准对中药材的规格、数量、产地、批号等逐一仔细检查,如遇到有中药品虫蛀、发霉、变色、腐烂、水分变重等现象出现时,要谨防入库,对于此类质量不达标的情况,要及时退货。对于贵重的药材,则要进行开包检验,仔细检查,对于质量不达标的贵重药品也要予以退货。经过仔细的质量检查、数量盘查,最后检查无误,达标后方可逐一入库,入库后要及时分类处理,各种药剂存放标准要求不一致,因此要尽快处理。(2)、医院可以选择更加正规的渠道

进药。采购前,医院可以先派专业人员到药品生产地进行考察,就地检查药品质量和品质。此外,还要检查供货方提供的法人委托书、相关资质报告等是否合规。以上检查无误后方可采买中药,这样可以从源头上杜绝有毒药品进入医院,可以最大程度上的保障患者的健康权益。

2.4 提高医院工作者的素质,加强专业业务培训

中药药物的保存方法一直在改进,那么药品库房的工作人员也应不断提升自身的素质,积极学习药品相关专业知识,不断充实自我,提升自我能力。此外,在管理过程中如遇到问题不明白应及时上报给医院领导或科主任寻求帮助,尽力找到解决办法,切不可不懂装懂,将小错误变成大错误,给医院造成更大的损失。只有不断提升库房管理人员的专业素质和能力,那么医院才可以更加高效、科学的管理中药药品,最大程度的保证中药药品的质量,确保在临床诊治上发挥出最好的疗效。作为医院库房管理工作人员应该具备一定的专业知识和责任心,努力学习中医药品的药剂管理知识,全心全意为病人服务,更好的服务临床治疗,继续将中药事业发展光大。

3 结束语

在中药用药前对药品进行审查,是确保临床疗效和药剂使用量的关键,总之,判定中药质量的第一个标准就是所用原始中药材的质量,因此,必须要从根本上严把原始饮片和中药材及饮片品质,以确保重中药治疗的有效性。对于中药的库房管理,根本上就是要最终实现药剂的现代化管理,提高药剂工作的效率和科学性。我院经过上述措施,在进一步增强医疗药剂学科中医药管理力度方面均取得了较好的实施成绩,整体的管理水平和服务质量都得以进一步改善和提高,杜绝了人员在配药时间失误和使用药品资源浪费等不良现象发生,既维护了各类医疗机构的权益,又保障了患者的安全和身体健康。

参考文献:

- [1]贺爱玲.医院药剂科中药药剂管理[J].中国卫生产业,2016,13(30):153-155.
- [2]徐汉中.医院药剂科中药管理探讨[J].亚太传统医药,2015,11(08):131-132.
- [3]刘国祥.浅谈医院药剂科的中药管理[J].中国医药指南,2013,11(22):639-640.D0I: 10.15912/j.cnki.gocm.2013.22.621.
- [4]刘新美.浅谈医院药剂科的管理现状和发展思考[J].药物与人,2014,27(06):311.
- [5]赵雅玮.浅谈医院药剂科的管理与发展[J].中国医药指南,2012,10(07):285-287.D0I: 10.15912/j.cnki.gocm.2012.07.248.
- [6]李春媛.我院药剂科的管理现状和发展思考[J].实用医技杂志,2007(04):466-467.
- [7]高云.新时期药剂科管理面临的现状及发展[J].中国医药指南,2013,11(16):792-793.D0I: 10.15912/j.cnki.gocm.2013.16.612.
- [8]刘新美.浅谈医院药剂科的管理现状和发展思考[J].药物与人,2014,27(06):311.
- [9]雷雨,石海鹰.医院药剂科中药管理方法合理化建议[J].黑龙江中医药,2021,50(06):472-473.
- [10]凌国民.以“患者为中心”的药学服务管理模式在药剂科的应用[J].中医药管理杂志,2021,29(09):102-103.D0I: 10.16690/j.cnki.1007-9203.2021.09.063.

作者简介:姓名:王守金 出生年月:1978.12 性别:男 民族:汉,籍贯:山东沂南 学位:学士学位 职称:主管药师 研究方向:药

预警评估模式在门诊高危孕产妇中的应用管理

杨顺娣 贺洁慧 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院(南京市妇幼保健院) 江苏南京 210000

摘要: 目的: 分析预警评估模式在门诊高危孕产妇中的应用。方法: 分析 2020 年 2 月至 2021 年 9 月在门诊进行就诊的孕产妇 124 人作为研究对象, 随机分组后开始实验, 对照组 62 名孕产妇常规的检查及护理, 观察组 62 名孕产妇实施了预警评估模式。对两组孕产妇的焦虑抑郁评分(SAS、SDS)、分娩后并发症、自然分娩例数进行比较分析。结果: 观察组孕产妇干预后 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P<0.05$)。观察组孕产妇在分娩后并发症的发生数量低于对照组 ($P<0.05$)。观察组孕产妇在最终自然分娩例数上多于对照组 ($P<0.05$)。结论: 预警评估模式在门诊高危孕产妇中的应用, 减少了孕产妇负面情绪的出现, 避免了并发症的发生, 为后期顺利地实施自然分娩提供先决条件。

关键词: 预警评估; 门诊; 高危孕产妇

分娩过程中由于受到宫缩及胎盘影响, 孕产妇在分娩过程中容易出现并发症, 产后出血较为常见^[1]。根据相关报道显示, 产后出血占孕产妇死亡人数的四分之一^[2]。因此对孕期孕产妇实施护理, 减少并发症的发生尤为重要。目前门诊实施的常规护理, 仅仅对孕产妇实施一些健康宣教, 对于孕产妇孕期的保健缺乏针对性的指导及后续的监督, 孕产妇在孕期的并发症得不到有效控制, 特别对高危产妇的护理效果不佳^[3-4]。早期预警评分(MEWS)是一种预后评估工具, 主要是对患者的生命体征进行评估, 通过对危重患者的评估实施护理计划^[5-6]。目前关于 MEWS 的报道仅仅局限于危重患者当中, 对于门诊高危孕产妇中的报道未见, 为了更好地为门诊高危孕产妇提供更好的护理服务, 我们将 MEWS 运用到门诊高危孕产妇当中, 汇报如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 2 月至 2021 年 9 月在门诊进行就诊的孕产妇 124 人作为研究对象。随机分成对照组(常规护理)和观察组(预警评估模式)。对照组, 孕产妇均为单胎, 年龄 22-41 岁, 平均年龄(30.23±5.13)岁, 入选时孕周 20-26 周, 平均孕周 24.45±2.17 周。观察组, 孕产妇均为单胎, 年龄 22-40 岁, 平均年龄(30.04±5.66)岁, 入选时孕周 20-26 周, 平均孕周 24.33±2.14 周。所有的孕产妇高危因素主要包括: 不良的孕产史、孕期并发症、妊娠合并症、自身机体存在缺陷等。

纳入标准: a 符合高危孕产妇的指征; b 孕周低于 28 周, 单胎; c 孕产妇能够配合护理人员完成后续的调查。

排除标准: a 凝血功能障碍; b 孕产妇存在重要脏器功能不全; c 合并恶性肿瘤; d 严重精神类疾病史。

1.2 方法

对照组按照门诊的建卡及护理要对孕产妇实施护理, 实施健康相关指导, 对孕产妇的个人信息情况进行记录, 并且发放一些孕期的保健手册, 定期地开展胎儿大学对孕产妇孕期关心的问题指导。

观察组在常规门诊护理的基础上增加了预警评估模式, 具体实施方式如下: 1. 对孕产妇进行风险评估, 收集孕产妇的基本资料, 对孕产妇的身高、体重、血脂、血糖、血压的变化进行记录, 对孕产妇的高危因素进行对应筛查, 并且通过不同颜色的标志进行区别, 红色表示孕产妇具有高风险, 孕期有严重的疾病对胎儿及孕产妇自身安全存在严重威胁, 需要进行系统治疗。橙色表示孕产妇处于中高风险, 孕产妇在孕期内的一些重要指

标出现异常, 需要进行不间断的监测。黄色表示中风险, 孕产妇在孕期内的指标出现阶段性的异常, 需要根据孕产妇的情况进行阶段的监测。绿色表示孕产妇在孕期内无任何高危因素。紫色表示在孕期内有传染性疾病的孕产妇。2. 分级别管理, 红色主要表示孕产妇在孕期内疾病较重, 随时能够导致生命结束, 需要立刻对孕产妇进行治疗, 在必要的情况下进行转院就诊。护理人员要做好孕产妇及家属的心理疏导, 积极的配合医务人员进行治疗及护理。橙色表示孕产妇在孕期内要实施监护, 在医务人员指导下进行相关的活动, 对饮食进行干预, 并且做好定期的孕期检查, 发现情况及时就诊。黄色表示孕产妇要按时孕期体检, 定期完成相关高危因素评估。紫色表示孕产妇在孕期内要及时地及地进行监测, 对传染源进行及时控制, 指导孕产妇进行母婴相关的阻断。3. 后期监护及监测, 对高危孕产妇实施监护并且不间断的进行监督, 不断调整高危的评级。并且根据孕产妇的不同评级进行组群, 定期在群内进行相关健康知识及孕产妇的保健知识推送。并且对一些高危的孕产妇进行电话或者微信的不定期询问, 掌握高危孕产妇的孕期状况。根据孕产妇孕期的身体状况不断地调整饮食及运动的方式, 不断尝试和孕产妇进行合理化的沟通, 了解孕产妇孕期的心理动态。

1.3 观察数据

对两组孕产妇的焦虑抑郁评分(SAS、SDS)、分娩后并发症、自然分娩例数进行比较分析。焦虑及抑郁评分我们采用相关量表, 满分 80, 分数高低表示孕产妇在这段时间内的焦虑抑郁程度。分娩后并发症我们对产妇产后分娩结束后发生的并发症进行例数统计。自然分娩例数我们统计根据孕产妇最终的分娩方式进行统计。

1.4 统计 采用 SPSS20.0 统计学软件对本次预警评估模式下门诊高危孕产妇的管理中出现的(SAS、SDS、并发症、自然分娩数)进行分析。

1.5 结果

对照组孕产妇干预后的 SAS、SDS 评分为 44.61±4.45、44.35±4.58, 观察组孕产妇干预后的 SAS、SDS 评分为 36.31±4.12、35.49±4.08, 观察组孕产妇干预后 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P<0.05$), 见表一。

观察组孕产妇在分娩后发生了 2 例产后并发症, 对照组孕产妇在分娩后发生了 7 例产后并发症, 观察组孕产妇在分娩后并发症的发生数量低于对照组 ($P<0.05$)。观察组孕产妇最终实施自然分娩的人数为 54 例, 对照组孕产妇最终实施自然分娩的人数为 45 例, 观察组孕产妇在最终自然分娩例数上多于对照组 ($P<0.05$), 见表二。

表 1 两组孕产妇干预后 SAS、SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	人数	SAS	SDS
对照组	62	44.61±4.45	44.35±4.58
观察组	62	36.31±4.12	35.49±4.08
p		P<0.05	P<0.05

表 2 两组孕产妇分娩后并发症及自然分娩例数比较 (%)

组别	人数	并发症	自然分娩
对照组	62	7 (11.29)	45 (72.58)
观察组	62	2 (3.23)	54 (87.10)
p		P<0.05	P<0.05

3. 讨论

孕产妇在分娩过程中容易出现并发症的发生,产后出血作为一种常见并发症对产妇在分娩过程中的生命安全造成严重威胁^[7]。目前临床护理中对高危孕产妇一般进行一些预防性的用药,但是有相关报道指出,孕产妇在围产期或围术期不良事件的发生是由于相关护理体系不完善,因此需要孕产妇进行门诊相关的预警评估机制,提升门诊的服务满意度,保证母婴安全^[8-9]。

目前基于门诊高危孕产妇的预警评估模式主要是通过对孕产妇进行评估分级后在进行相关干预措施,从孕产妇整体个人情况进行分级管理制度,以不同的颜色表示孕产妇的不同分级,针对绿色、黄色中低风险孕产妇主要是进行健康宣教、定期孕检、做好胎心监护等一些常规的护理操作。对于红色及橙色的中高风险孕产妇进行针对讨论,对家属及患者进行相关的孕期注意事项告知,做好定期的回访及监护,不断完善护理干预措施,采取全方位的护理,保障孕产妇的母婴安全^[10-12]。

通过最近的调查研究我们发现,高危孕产妇的相关因素包括孕期内的糖尿病、高血压、前置胎盘、高龄等,并且由于时间的推移高危孕产妇人数呈现增长的趋势,对于妊娠期内的孕产妇心理造成严重负面影响,同时对相关妇产医院的救治及护理水平提出更高要求^[13]。同时我们发现对高危孕产妇的干预不仅仅是在住院后,更应该提前至孕中后期,在孕产妇建卡后应该实施针对性地指导。早期的孕检虽然能够对孕产妇的一些高危情况进行检测,但是未对其高危的等级进行划分,且未实施持续性的监督,干预的效果存在局限性^[14-15]。

通过本次的预警评估模式下门诊高危孕产妇的干预我们发现:对照组孕产妇干预后的 SAS、SDS 评分为 44.61±4.45、44.35±4.58,观察组孕产妇干预后的 SAS、SDS 评分为 36.31±4.12、35.49±4.08,观察组孕产妇干预后 SAS、SDS 评分低于对照组 (P<0.05)。预警评估模式实施后,能够针对孕产妇的分级实施分级的护理干预,并且定期将孕产妇的干预结果进行调整,孕产妇在孕期内心态能够更加平稳,有利于孕期的母婴安全。观察组孕产妇在分娩后发生了 2 例产后并发症,对照组孕产妇在分娩后发生了 7 例产后并发症,观察组孕产妇在分娩后并发症的发生数量低于对照组 (P<0.05)。观察组孕产妇最终实施自然分娩的人数为 54 例,对照组孕产妇最终实施自然分娩的人数为 45 例,观察组孕产妇在最终自然分娩例数上多于对照组 (P<0.05)。预警评估模式实施后,孕产妇在孕期内更加注重自身保健,能够按照医务人员健康宣教内容实施居家后的护理,定期的孕检,孕产妇能够以更好的状态去实施最后的分娩,自然分娩数提升,并发症减少^[16-17]。

综上所述,护理人员对门诊高危孕产妇实施预警评估模式,孕产妇较

传统的模式下,孕期内的母婴安全得到保障,心理负担减少,能够保持乐观的情绪去正确选择合适的分娩方式。

参考文献:

- [1]belachewr J,eureniush K,muli-lulvicas A,ed al. Placental location,postpartum hemorrhage and retained placenta in women with a previous cesarean section delivery :a prospective cohort study . Ups J Med,2017,122 (3): 185-189.
- [2]Herrick T,mvunduras M,Burke TF,ed al. A low-cost tiler-line balloon tamponade for management of postpartum hemorrhage: modeling the potential impact on maternal mortality and morbidity in sub-Saharan Africa . BMC Pregnancy Childbirth,2017, 17 (1): 374-377.
- [3]黎明茜.护理干预对剖宫产产妇的术后应激状况及疼痛改善的影响.实用临床医药杂志,2017,21 (14): 216-217.
- [4]钟影.综合性护理干预措施在高龄产妇产剖宫产分娩中的应用.安徽医药,2019,23 (11): 2262-2265.
- [5]Al-kalaldehi M,Suleiman Kebu-shahroort L,et al. The impact of introducing the Modified Early Warning Score MEWS on emergency nurses'perceived role and self-efficacy :A quasi-experimental study . Int J Emerg Nurs, 2019,45 (5): 25-30.
- [6]Burger D , Jordan S, kyriacosh U.validation of a Modified Early Warning Score-linked Situation-Background-As-sessment-Recommendation (SBAR) communication tool: a mixed methods study . J Clin Nurs,2017,26 (17/18): 2794-2806.
- [7]施能萍对产后晕厥及产后出血进行预见性护理的效果观察.中国急救医学,2017,37 (2): 246-247.
- [8]丁荣媚,王平,马丽君,等.高龄初产妇妊娠和分娩情况回顾性分析.护理研究.2019,33 (1): 108-111.
- [9]潘秀娟.综合护理联合欣普贝生在妊娠晚期引产对引产成功率、分娩方式及产后出血的影响.中国急救医学,2016,36 (2): 199-200.
- [10]赵菩,徐杨,丛雪,等产后出血预警评估指标体系的构建.中华护理杂志 2019,54 (5): 654-657.
- [11]张珊珊,黄婷改良风险预警评估管理对改善高危妊娠产妇围产结局的价值.中国病案,2019,20 (2): 91-94.
- [12]邵彩凤分娩风险预警评估机制联合宫缩剂对产后出血的影响.齐鲁护理杂志.2017,23 (12): 46-48.
- [13]敖英其其格,阿依尼沙汗·依明,丁桂凤.3853 例高危妊娠相关危险因素临床分析.山西医药杂志,2017,46 (1): 67-68.
- [14]郑云英,陈兵,曹春珠,等.干预高危产妇产后出血的危险因素对预防产后出血的效果.中国妇幼保健,2016,31 (24): 5318-5320.
- [15]郭秀花.高危妊娠危险因素分析及预防.环球中医药,2015. (51): 280-281.
- [16]师亚,王秀华,杨深,等.改良早期预警评分系统的临床应用进展.护理研究旬刊,2017,31 (23): 2824-2828.
- [17]陈海红,索虹蔚,李卫文,等.预见性护理对早发型重度子痫前期患者妊娠结局的影响.国际护理学杂志,2019,38 (1): 85-88.

“互联网+”背景下计算机络技术在医院档案管理中的应用

刘滢

淄博市市中心医院宣传科 山东淄博 255000

摘要:在“互联网+”的背景之下,计算机网络技术的广泛应用,对医院档案的管理工作中存在的质量、效果以及效率等多方面的问题进行了有效解决,对医院内部管理的整体化的信息水平进行了有效提升。本篇文章主要分析了在“互联网+”背景之下,充分应用计算机网络技术对于医院内部档案管理工作产生的影响以及相关应用,从而为进一步拓展以及深化计算机网络技术对于医院内部档案管理工作中的相关应用研究进行了有益探索。

关键词:“互联网+”; 计算机网络技术; 医院档案管理; 应用

计算机网络技术由网络信息技术和计算机处理技术组成。计算机处理技术主要指的是在计算机硬件以及计算机软件的支撑下,对数据进行标准化处理。网络信息技术主要指的是充分借助计算机互联之后的信息传输的功能对信息进行共享^[1]。总体而言,医院内部的档案管理工作具有比较强的社会性、服务性以及管理性。在“互联网+”背景之下,充斥着庞大数量的信息,信息已经成为重要价值的产生源头,对于医疗卫生事业的良性发展具有重要的作用。医院内部的档案资料作为医疗事业发展中以及管理中的原始记录,对医疗卫生事业的相关实践活动进行了客观实在的反映。医院内部的档案拥有相应的信息属性以及知识属性,已经成为社会信息的一个重要环节^[2]。对计算机网络技术进行充分利用,能够对档案的现代化管理水平进行有效提高,对网络信息的工作和服务平台进行搭建,对医院内部多个职能部门间的联系进行相应的强化,做好医院上下级之间的档案管理工作。

医院内部的档案管理工作主要包含资料的收集、鉴定、整理、保管、检索、统计、编研以及利用等。近些年来,医疗卫生事业得到了较好的发展和改进,医院内部的档案的种类以及数量也逐渐增多,因此对于医院内部档案管理的相关要求也慢慢提高^[3]。以往传统化的管理方式造成的信息共享不畅通的问题需要通过现代化的手段进行解决。计算机网络技术的相关应用对医院内部的档案管理工作中的质量、效率以及效果等问题进行了有效解决,对医院内部管理工作的信息化水平进行了相应的提高。

1. 计算机技术对于医院档案管理工作产生的影响

把计算机技术用在医院档案管理中,主要指的是在相关应用程序的控制之下,把接受了标引以及著录以后的一些档案信息,通过输入的方式存储在计算机中,并且对存储好的医院内部的档案信息进行相应的检索、查找、打印、阅读、编目以及分类^[4]。从产生的影响看,计算机技术的影响主要体现在:

1.1 自动进行编目以及检索

充分利用计算机技术,可以把目前已经收集好的相关档案著录的信息,制作成数量众多的档案目录的数据库,按照医院的相关管理需求,充分利用好档案目录的数据库,从而实现分类目录、案卷目录、全宗目录以及专题目录等多种目录的自动化处理,对以往传统化的档案编目的项目不全、深度不够以及广度不足等弊端进行克服,从而使得编目向着更加标准以及规范的方向发展。充分利用计算机技术进行检索,能够通过责任者、分类号、医院档号以及主题词等一个或者多个相关条件完成检索,从而使得自动检索的形式更具有灵活性,产生的效率也更高^[5]。

1.2 自动进行统计以及借阅

充分利用好计算机技术能够做好医院档案的相关内容统计以及利用情况的统计工作。对于前者而言,可以根据医院的日期、责任者、发文单位以及医院档案专题等方面完成统计工作,对医院内部的馆藏档案的情况进行及时全面的掌握。对于后者而言,充分利用好计算机技术,对医院的年报、月报以及日报进行统计,对医院内部的不同种类档案的数量以及利用的频率、不同的科室进行全面细致的了解,对其产生的利用规律进行进

一步的分析,从而为档案的管理工作提供一定的参考价值^[6]。除此之外,要充分利用好计算机技术,对多种群体的身份登陆的识别认证系统进行设置,对档案借阅的空间限制以及时间限制进行突破,在一定程度上提高档案借阅的便利性,从而促进医院档案发挥出更大价值。

1.3 自动进行管理以及应用

从目前的情况来看,计算机技术在医院内部的档案库房的相关管理工作中有着广泛的应用,比如,应用计算机技术能够对库房的温度以及湿度进行科学合理的调节,对库房内的报警装置系统、照明系统以及防火系统进行自动控制,对医院内部的档案库房管理进行远程控制^[7]。除此之外,把计算机技术和多媒体技术进行联合使用,对声音、文字、图形以及图像等多种媒体进行充分利用,从而在一定程度上对医院档案的现实使用效果进行增强。

2. 信息技术对于医院档案管理产生的影响

信息技术主要指的是应用信息技术以及通信设备把处于不同地理位置以及具有独立性的计算机系统有机连接,充分利用网络软件,对医院档案的相关资源信息进行共享。从总体情况出发,信息技术对于医院档案的管理工作产生的影响主要体现在以下几个方面:

2.1 对档案的内容进行了改变

从医院档案的管理对象,也就是档案的内容上看,在传统的模式之下,医院的档案文件具有相应的物质性以及知识性^[8]。但是在“互联网+”的背景之下,以往传统化的医院档案文件主要是保管者、使用者以及形成者的一种具有理性以及虚拟化的概念,也就是虚拟文件。医院内部的档案管理内容主要是由数量众多的独立数据的存储器进行保存,是由0和1构成的字节组成^[9]。医院内部的档案案卷主要是由虚拟电子文件、软件程序以及电子信息组成。以往传统化的档案管理对象已经成为了以电子档案管理作为主要形式,而且不会对物理空间进行占用,档案信息主要保存在计算机的硬盘之中,而且还能够对信息技术进行充分利用进而实现档案信息的远程传输。医院内部的档案馆也从实体档案馆变成实体档案馆和虚拟档案馆共同存在。利用好信息技术,对医院内部的档案信息的相关内容的网络进行构建,从而对处于不同时期、处于不同地区以及需求不同的群体的人们对于医院档案相关信息的需求进行满足。

2.2 对管理环节进行了改变

在收集环节中,通过对网络技术进行充分利用,使得医院的档案收集工作不需要再采用上门收集的方式,而是可以对电子档案直接进行收集,从而对电子文件的相关数据信息的存储进行实时保存。在整理环节中,可以对电子档案的案卷管理单位进行取消,充分应用计算机技术对档案进行处理,对档案进行自动化分类以及组合,运用信息技术不需要对全宗不可分散的原则进行坚持,从而使得电子档案出处上的历史联系被进一步凸显。在鉴定环节,应用网络信息技术能够对电子文件的可读性、可靠性、完整性以及真实性等多个方面进行细致检查,并且对文件载体的相关性能进行检测。在保管环节,要做好相应的防潮以及防火工作,对于电子文件还应该对计算机病毒等多种因素的威胁进行防范。

3. 医院档案管理工作中的相关信息技术的应用

在医院的档案管理中应用多媒体技术、广域网、SQL 数据库以及 WEB 技术等一些管理技术,可以建立起具有多元利用以及高效管理的医院内部档案的综合性的网络管理系统。该系统主要包括档案网站、检索利用管理、档案目录管理以及基础信息维护等多个子系统,并且和医院内部的行政管理部门进行接口,从而对收集到的数据信息进行共享,完成医院档案的管理、全文检索以及自动立卷等多种操作。

3.1 软件以及硬件方面

在软件方面,相关人员主要应用到了互联网的信息服务、网页制作软件、服

务器端的脚本环境、数据库的开发软件以及关系型数据库的管理系统等多种软件系统。在硬件方面,主要包括可读写光盘、扫描仪、工作站以及服务器等。

3.2 搭建系统

把计算机网络技术充分应用到医院内部档案的管理工作中,其主要包含服务器的数据库建设以及网站建设,服务对象主要包含档案系统的管理员、医院的一般用户、一般用户以及档案的管理员等。

3.2.1 档案目录的相关管理系统

依据医院内部档案的主要种类,相关系统中的医院内部档案的目录管理系统主要包含会计类、基建类、设备类、人事类、文书类、病案类以及科研类等,加之医院内部的声像档案目录的录入、统计汇总、销毁处理、案卷备考、立卷处理以及目录维护等多种系统功能。

3.2.2 档案全文的相关检索系统

档案全文的相关检索系统的主要功能为对多种用户群体的需求进行相应的满足,按照案卷标题、责任者、文号、年份、编号、档号以及文件标题等多种不同的组合方式进行模糊检索。当对文件目录进行检索时,相关联的文件目录下面就会有相应的链接文件^[10]。影像文件、图像文件以及文本文件等都是电子文件的多种存在形式。用户只需要对想要查询的文件链接进行点击,就可以对所检索到的相关的影像文件、图像文件以及文本文件进行浏览。除此之外,用户还能够利用医疗设备的型号等相对特殊的检索条件展开检索,从而对医院内部的档案资料的查准率以及查全率进行有效提升。

3.2.3 档案的相关利用管理系统

档案的相关利用管理系统中包含了统计、打印、调阅、用户借阅以及归还等多个系统,当档案的使用人员在对档案资料进行借阅、打印以及归还操作时,系统接收到指令以后会对使用者的需求进行自动满足。除此之外,这个系统中还包括了借阅催还单等,如果用户的借期临近,系统就会出现相应的提示内容。

3.2.4 基础信息的相关维护系统

基础信息的相关维护系统中包含了主题词维护、用户管理、分类库维护以及档案内容维护等多种基础信息的相关维护功能。到了后期,相关人员需要按照系统维护的具体需要,对其进行相关维护,对不断出现的医院内部的档案管理的需要进行相应的满足。

3.2.5 建立档案网站的相关管理系统

充分利用局域网以及广域网等多种功能,建立专门化的医院内部的档案网站的相关管理系统,对多种群体产生的信息查询的多种合理需求进行满足,主要包含档案网站的网页浏览、网页发布以及网页制作这三种主要功能。网页制作中,主要应用到的工具为 word 以及 frontpage,文本文件的格式主要为.html、.htm、.txt 以及.doc,图像文件的主要格式为.gif 以及.jpeg,声音影像文件的主要格式为.mpg 以及.mp3^[11]。

4. 计算机网络技术相关应用产生的意义

和传统化的档案模式进行对比,计算机网络技术对于医院档案管理产生了一定的推动作用,有力地促进了资源的共享化、信息的数字化、传递的网络化以及管理的自动化,对来自于社会各界对医院档案的相关信息需

求进行了满足。

4.1 实现了资源的共享化

充分利用好计算机网络技术,能够帮助医院内部的档案管理部门对其存储的档案目录、档案卷宗以及档案信息的数据库等多种信息资源进行开放处理,还可以在数据库之中搭建好专门化的检索入口,只要用户的身份认证信息被通过就可以对医院内部的档案信息进行查询以及使用。对于医院档案应用计算机网络技术,可以实现相应的数据信息在多个部门间进行快速流通和交换,多种群体的身份认证信息被通过以后,可以进入管理平台界面,对想要的档案信息进行查询,对医院存储的档案资源进行最大程度上的共享。

4.2 实现了信息的数字化

医院档案信息的数字化主要建立的基础是网络技术、信息通信技术以及计算机技术,利用软件和硬件的相关设备对医院内部档案信息进行整理以及加工,然后依据档案管理的要求和规律进而创造出相应的信息产品。和以往传统化的档案管理模式进行比较,数字技术可以帮助医院进行档案的数字化,然后在此基础上再开发出相关的一系列信息产品,对医院内部的档案信息的使用和开发进行协调推进。信息的数字化对于医院内部档案的传递、查询以及保存是有利的,使得医院内部的档案可以在教学科研、后勤管理以及临床科室等多个方面实现顺畅流转,打破机构限制、时间限制以及空间限制等多种因素产生的限制,对医院内部档案的管理成本在一定程度上进行降低,进而对各界人士对于档案的利用需求进行满足。

4.3 实现了管理的自动化

在医院的档案管理中充分应用计算机网络技术,在利用计算机具有的较高效率的处理能力以及计算能力的同时,还可以对电子文档进行同步归档,并且可以依据提前设置好的管理模式,对相应的电子文件进行判断以及推理,对医院内部的档案进行保存、分类以及处理,可以在很大程度上对医院储存档案的现代化管理的水平进行提升。

综上所述,在“互联网+”的背景之下,在医院的档案管理中充分应用计算机网络技术,可以在很大程度上提升其管理水平,促进医院的更好发展。

参考文献:

- [1]康晓菲.“互联网+”时代医院档案管理方式的探讨[J].科学与财富,2020(20):25.
- [2]曹德军.“互联网+”背景下医院档案管理策略研究[J].办公室业务,2020(9):102-103.
- [3]任保领.探究计算机信息技术在医院档案管理中的应用[J].兰台内外,2022(12):63-65,62.
- [4]杨林.探析计算机网络技术在医院档案管理中的应用[J].卷宗,2021,11(24):99-100.
- [5]马德宜.计算机网络技术在医院信息管理中的价值研究[J].电脑编程技巧与维护,2020(1):85-86,126.
- [6]谢丽霞,蒋籽林.计算机网络技术在档案信息管理中的应用探讨[J].信息技术与信息化,2020(5):61-63.
- [7]郝付波.医院文书档案管理信息化建设探析[J].黑龙江档案,2021(6):272-273.
- [8]巫贵龙.计算机网络技术在医院信息化建设中的应用研究[J].科学与信息化,2021(19):131-132.
- [9]李欣.档案管理模式改革在医院档案管理中的运用阐释[J].兰台内外,2021(14):13-15.
- [10]王芳.加强医院电子档案管理的研究探索[J].文溯(中学版),2020(7):496-497.
- [11]韩卫红,侯仰锋.浅析医院信息化与医院档案管理现代化[J].卷宗,2020,10(5):108.

预见性护理在预防 ICU 中心静脉置管患者导管相关性感染中的效果观察

沈益美 曹燕^{通讯作者}

南京医科大学附属无锡市人民医院 ICU 江苏无锡 214000

摘要：目的 评估 ICU 中心静脉置管患者采用预见性干预方案来降低导管相关性感染发生率的临床价值。方法 本次医学研究以导管相关性感染为对象，自愿参与研究的患者有 116 例，研究时段为 2021 年 1 月-2021 年 12 月，将入选患者随机划分至两个独立的小组单元，对照组患者数量：观察组患者数量=58：58，予对照组常规护理方案，予观察组预见性护理方案。对比效果。结果 观察组和对照组比较心理状态、护理质量、治疗效果、不良反应以及护理满意度等指标，显示前者优（ $P<0.05$ ）。结论 ICU 中心静脉置管患者接受预见性护理方案后，导管相关性感染的发生率较低，负面情绪得以缓解，护理效果确切，且患者的满意度较高。

关键词：导管相关性感染；ICU；中心静脉置管；预见性护理

重症监护室（ICU）患者的病情通常较为危重，中心静脉置管是抢救危重症患者，且可以给予患者静脉营养支持、血流动力学相关指标检测以及安全静脉输注的必要手段^[1-2]。在实际操作过程中，受患者的身体素质、住院期间护理干预不当等多种因素的影响，临床上导管相关的感染事件时有发生^[3]。研究显示，ICU 患者的导管相关性感染多与欠妥的护理方案有关。护理人员未能根据患者的疾病严重程度、免疫力水平进行针对性干预，实际干预过程中操作手法不规范，感染的不可控因素较高，不利于患者病情的好转^[4-6]。基于此，本文就预见性干预方案应用于 ICU 中心静脉置管患者来预防导管相关性感染的积极效果进行探讨，现报告如下：

1. 资料和方法

1.1 一般资料

我院的研究病症为导管相关性感染，样本数量为 116 例，研究时间从 2021 年 1 月开始，结束于 2021 年 12 月。随机将 58 例患者划分至对照组，其余 58 例患者则划分至观察组。一般资料，详见表 1。

表 1 一般资料

组别	性别		年龄（岁）	病程（年）
	男	女		
对照组 (n=58)	23 (39.66%)	35 (60.34%)	58.67±4.32	8.54±2.35
观察组 (n=58)	24 (41.38%)	34 (58.62%)	58.64±4.29	8.62±2.21
t/X ²	0.036		0.038	0.189
P	0.850		0.970	0.851

纳入标准：① 所有患者均在 ICU，且为中心静脉置管患者；② 所有患者自愿参与本次研究，临床资料完整；③ 我院伦理委员会批准本次研究；④ 患者的临床症状及生命体征指标相对稳定，且可顺畅与医护人员进行顺畅交流；

排除标准：① 合并有恶性肿瘤疾病；② 合并有免疫系统疾病；③ 合并有认知功能障碍；④ 依从性差，情绪波动较大，且不配合医护人员相关工作；⑤ 中心静脉置管的导管滞留时间低于 3d；⑥ 患者置管前出现发热症状。

将上述信息录入 SPSS26.0 软件中，结果为 $p>0.05$ ，表示数据平衡。

1.2 方法

对照组的方案为常规护理，方案具体内容如下：中心静脉置管前，告知患者相关注意事项；置管之后监测穿刺部位有无感染、出血等不良反应，定期换药等干预措施；

观察组的方案为预见性护理，方案具体内容如下：① 成立预见性干预小组；由护士长带队，选拔临床经验丰富、护理专业技能过硬的护理人员入选预见性干预小组，共同学习预见性干预专业知识，探讨患者的临床资料以及具体特点，因人施护，因症施护，再制定适合患者的预见性干预方案；② 初步临床指标检测干预：对患者进行全面的临床指标检测，之后根据检测结果以及患者的身体素质，进行风险评估，针对可能出现的并发症，制定可行性预见性干预措施，根据患者每日临床指标的变化来动态调整预见性干预措施；③ 健康宣教预见性干预：在于患者聊天过程中，不时用通俗易懂的方式对患者及其家属讲述导管相关性感染方面的健康知识，逐步提升患者的医学认知水平，患者及其家属在 ICU 期间的行为更加规范、

科学，有利于生命体征指标的好转，降低不良反应的发生率；④ 心理干预：较多的负面情绪不利于 ICU 患者症状的好转，甚至会加重病情，延误最佳治疗及恢复时间。通过对患者进行积极的引导、干预，降低其巨大的精神压力，有利于减少负面情绪给机体带来的负面影响，提升患者治疗疾病的信心及对医护人员相关工作的依从性；⑤ 并发症防治的预见性干预：中心静脉置管后，由于导管不定期在患者血管内游走、移动，容易对血管内膜造成机械性损伤，引发机械性静脉炎。医护人员在中心静脉置管操作完毕后，稳妥固定导管，告知患者及其家属尽量避免触碰导管，或者选择直径适宜患者血管的导管，以减少对患者血管内膜的机械性伤害；中心静脉置管操作及之后的护理干预措施，必须全程无菌操作，且护理人员需使用规格适合的无菌衣、无菌手套等医疗用品。穿刺时须确保穿刺部位的干燥清洁，穿刺后用碘伏消毒，还须及时更换贴膜。

1.3 观察指标

1.3.1 心理状态。

1.3.2 护理质量。我院自制护理质量调查表，让患者对护理人员的基础护理、护理态度、病历书写、危重护理、操作技术以及消毒隔离等 6 个护理项目进行评分，满分均为 100 分，得分越高，则代表护理质量越好。

1.3.3 治疗效果。

1.3.4 不良反应。临床上常见的不良反应有隧道感染、穿刺部位感染、植入部位感染以及导管病原菌定植等症。

1.3.5 护理满意度。我院对本次研究的所有患者发放自制护理满意度问卷调查表，内容包括护理质量、健康指导、护理技术以及疗效等 4 个项目，满分均为 100 分，得分与护理满意度正相关。

1.4 统计学分析

此次研究涉及心理状态、护理质量、护理满意度、治疗效果以及不良反应指标，前三项属于计量资料，通过 $\bar{x} \pm s$ 呈现，对比分析经 t 检验；最后两项属于计数资料，通过 n/% 呈现，对比分析经 χ^2 检验；资料均经双人准确录入 SPSS 22.0 中分析， $P<0.05$ 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 心理状态

比较指标是心理状态，观察组组别、对照组组别比较，显示（ $P<0.05$ ）。如表二呈现。

表 2 心理状态（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	SAS 测评得分		SDS 测评得分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=58)	55.36±2.84	52.04±2.08	58.43±2.68	53.56±2.24
观察组 (n=58)	55.39±2.86	47.94±1.89	58.41±2.83	48.57±2.41
t	0.057	11.110	0.039	11.550
P	0.955	0.000	0.969	0.000

2.2 护理质量

比较指标是护理质量，观察组组别、对照组组别比较，显示（ $P<0.05$ ）。

如表三呈现。

表 3 护理质量 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	基础护理	护理态度	病历书写	危重护理	操作技术	消毒隔离
对照组 (n=58)	81.69±4.25	85.57±3.62	84.93±3.78	84.47±3.29	84.26±3.15	83.75±3.54
观察组 (n=58)	93.34±2.96	93.55±3.24	92.96±2.61	93.14±2.57	93.05±2.53	95.28±2.29
t	17.131	12.510	13.313	15.816	16.569	20.827
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 治疗效果

比较指标是治疗效果, 观察组组别、对照组组别比较, 显示 ($P < 0.05$)。如表四呈现。

表 4 治疗效果 (例, %)

组别	显效	有效	无效	治疗总有效率
对照组 (n=58)	11 (18.97)	25 (43.10)	22 (37.93)	62.07
观察组 (n=58)	21 (36.21)	31 (53.45)	6 (10.34)	89.66
χ^2	-	-	-	12.052
P	-	-	-	0.001

2.4 不良反应

比较指标是不良反应, 观察组组别、对照组组别比较, 显示 ($P < 0.05$)。如表五呈现。

表 5 不良反应 (例, %)

组别	隧道感染	穿刺部位感染	植入部位感染	导管病原菌定植	不良反应总发生率
对照组 (n=58)	8 (13.79)	5 (8.62)	4 (6.90)	5 (8.62)	37.93
观察组 (n=58)	3 (5.17)	2 (3.45)	1 (1.72)	2 (3.45)	13.79
χ^2	-	-	-	-	8.812
P	-	-	-	-	0.003

2.5 护理满意度

比较指标是护理满意度, 观察组组别、对照组组别比较, 显示 ($P < 0.05$)。如表六呈现。

表 6 护理满意度 (分,)

组别	护理质量	健康指导	护理技术	疗效
对照组 (n=58)	86.57±3.69	83.35±4.18	85.79±3.63	82.31±2.48
观察组 (n=58)	93.43±4.12	92.52±4.01	93.46±3.59	94.63±3.92
t	9.446	12.056	11.441	20.227
P	0.000	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

中心静脉置管技术是一种发展较为成熟的医疗技术, 在救治 ICU 患者方面, 可以给予患者机体保障所需营养、行药物治疗、静脉输注血液及静脉滴注, 但临床上并发症较多, 比如感染、穿刺部位的渗血以及机械性血管内膜损伤等, 给患者机体带来了较为严重的影响, 不利于患者疾病的好转^[7-9]。常规护理措施是护理人员按部就班地根据患者的症状进行一系列地干预, 不能根据患者当前的临床指标、生命体征以及身体状况提前制定不良事件的防治措施, 待不良事件发生之后才开始对症施护, 容易延误患者病情, 错过最佳干预时间, 不利于患者的康复^[10-11]。预见性干预方案可以防患于未然, 提前做好针对不良事件的应对方案, 规范操作流程, 并动态监测患者的临床指标及身体情况, 制定适合患者的护理方案, 有利于降低导管相关感染等不良反应的发生概率, 有利于患者症状的好转, 疾病的康复^[12-13]。

在本次研究中, 根据 ICU 患者的护理需求, 了解患者的心理状态, 多数患者住进 ICU 后, 潜意识里边对自身疾病的康复充满绝望感, 恐惧、紧

张、应激以及抑郁等负面情绪极为严重。护理人员选择合适的时机, 采用温和的沟通方式与之进行有效沟通, 可以打开患者的心结, 缓解其巨大精神压力, 减轻其心理负担, 将我院治疗疾病的成功经验以及主治医师的权威性告知患者, 增加患者内心的安全感, 也可以提升患者治疗疾病的信心, 所以观察组患者的 SAS 以及 SDS 等心理状态评分较低。预见性护理小组根据可能发生的不良事件, 提前学习规范、专业的无菌操作技术, 并对患者进行通俗易懂的导管相关感染方面健康知识宣教, 提升患者的自我护理水平, 激发患者的治疗积极性及对医护人员相关工作的配合度, 所以医疗观察组患者的护理质量评分较高。预见性干预小组成员的护理经验丰富, 临床操作技能过硬, 组间学习先进的预见性干预措施, 针对患者 ICU 治疗期间可能发生的不良反应进行提前干预, 且告知患者及其家属相关医学知识, 有效改善了患者的症状, 有利于患者的康复, 所以观察组患者的治疗总有效率较高。预见性干预小组通过学习 ICU 导管相关感染以及预见性干预等专业医学知识, 临床上规范化治疗, 并告知患者在 ICU 接受治疗时的禁忌事项, 不良事件的发生率得以有效降低, 所以观察组的不良反应总发生率较低。预见性干预方案是一种以患者为中心, 根据患者的症状、体征等情况, 提前实施有效干预措施的护理方案, 它可以最大程度降低患者在 ICU 接受治疗期间常见并发症的发生率, 并可以缓解患者的病情, 改善患者的负面情绪, 因此观察组患者的护理满意度评分较高。

预见性护理可以有效降低 ICU 中心静脉置管患者导管相关性感染的发生率, 缓解其负面情绪, 护理效果确切, 且患者的满意度较高。在临床一线的应用价值较高。

参考文献:

- [1] 孙众, 王霞, 郝丽, 等. 国内三甲医院 ICU 导管相关性血流感染护理防控实践现状的多中心调查[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(13): 1688-1693.
- [2] 刘春, 青晓, 王小清, 等. 化疗患者经外周静脉置入中心静脉导管相关性感染危险因素分析[J]. 癌症进展, 2020, 18(5): 523-525, 536.
- [3] 余晶晶. 血液透析导管相关血流感染预防中集束化护理的运用探究[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(8): 1045-1047.
- [4] 刘云访, 喻姣花, 黄海燕, 等. ICU 中心静脉导管相关性血流感染预防的证据总结[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(4): 319-325, 333.
- [5] 韩娜, 孟宪静. 肺癌患者 PICC 导管相关血流感染的影响因素及其风险管理体系建立效果分析[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(25): 3440-3445.
- [6] 岳丽青, 卢敬梅, 柴小钰, 等. 基于目标管理理论的干预策略在预防患者中心血管导管相关血流感染中的应用[J]. 中国护理管理, 2021, 21(4): 488-492.
- [7] 李君, 安原, 雷洁洁, 等. IV3000 敷料早期预防早期腹膜透析导管相关性感染效果的分析[J]. 中国血液净化, 2021, 20(7): 498-500.
- [8] 秦钟媚, 吴春霞, 张丽宏, 等. 改良皮肤管理对带 Cuff 血透导管置管者感染预防的效果[J]. 上海护理, 2020, 20(3): 51-54.
- [9] 黄钰清, 陈国连, 麻玲霞, 等. 微信平台对 PICC 置管肿瘤病人化疗间歇期导管管理能力及并发症的影响[J]. 护理研究, 2020, 34(7): 1250-1252.
- [10] 宋爱华, 王育生. 基于微信的延续性护理在经外周静脉置入中心静脉导管院外自我维护中的应用效果以及对并发症的影响[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(5): 854-856.
- [11] 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(5): 104-106, 113.
- [12] 胡明翠, 李典珍. 综合护理干预对预防化疗患者中心静脉导管相关性感染的效果分析[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(23): 3363-3365.
- [13] 金申申, 方雪萍, 施芳, 等. 基于 Caprini 量表深静脉血栓形成风险评估的预警性护理方案对预防肿瘤患者经外周中心静脉置管相关性血栓发生的价值[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(2): 300-302.

临床护理干预在支气管哮喘患者护理中的应用

石然勒 张莉梅^{通讯作者}

云南省滇南中心医院（红河州第一人民医院）云南省红河州滇南中心医院呼吸与危重症医学科二号住院部四楼 651400

摘要：目的：探究在支气管哮喘患者护理中采用临床护理干预的效果。方法：从本院（2021年5月至2022年5月）接收的支气管哮喘患者当中抽选出80例开展本次研究，落实患者资料的分析，回顾80例患者的护理方式，以不同之处为依据，将其均分为40例对照组与40例观察组，纳入对照组的患者采用的护理形式为常规，纳入观察组的患者采用的护理形式为临床护理干预，就两组肺功能、不良心理评分、生活质量、护理满意度进行统计对比。结果：（1）应用肺功能仪器，对患者的肺功能指标，即FEV1、PEF、FEV1/FVC进行监测，护理前，两组FEV1、PEF、FEV1/FVC相比无差异， $P>0.05$ ，护理后，两组肺功能指标相比均有改善，而且观察组FEV1、PEF、FEV1/FVC优于对照组（ $P<0.05$ ）；（2）监测两组患者的不良心理，即针对焦虑与抑郁进行评价，采用SAS、SDS工具评估，均为反向评分，在护理前对比2组SAS、SDS评分，无差异， $P>0.05$ ，护理后，2组SAS、SDS评分均下降，而且观察组SAS、SDS评分较低（ $P<0.05$ ）；（3）用GQOLI-74量表对生活质量的评估，针对4个内容进行评分，即社会功能、躯体功能、心理功能、物质生活，护理前以上指标评分相比无差异， $P>0.05$ ，护理后，生活质量各项评分均上升，而且观察组社会功能、躯体功能、心理功能、物质生活评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。（4）应用自制的问卷，对患者的护理满意度施以评估，包括项目的护理技能、生活指导、健康宣教、心理护理、护理态度等项目，在护理后评估中发现，观察组以上指标评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在支气管哮喘患者护理中，为了辅助提升疗效，配合了临床护理路径，既能改善患者的肺功能、减轻不良心理，还可以提高患者的生活质量，临床应用价值较高，值得推广。

关键词：支气管哮喘；临床护理干预；肺功能；不良心理评分；生活质量；护理满意度

支气管哮喘即为人们认为的哮喘，其属于常见病与多发病，由多种细胞与细胞组分参与所致，是一种气道慢性炎症反应的特定性疾病^[1]。近年来，随着现代化建设的发展，全国的空气质量下降，从而增加了支气管哮喘发病率。患者在出现支气管哮喘后，会出现呼吸困难、肺部哮鸣音、发作性咳嗽、胸闷、大量白色泡沫痰等，会给患者的身心健康造成一定的影响^[2]。目前，支气管哮喘尚没有特效治疗药物，临床为了提升疗效、控制病情的发展，为此类患者配合了临床护理干预措施，取得了显著的辅助护理效果^[3]。本文就取80例患者展开对照研究，探究在支气管哮喘患者护理中采用临床护理干预的效果，现做如下阐述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从本院（2021年5月至2022年5月）接收的支气管哮喘患者当中抽选出80例开展本次研究，落实患者资料的分析，回顾80例患者的护理方式，以不同之处为依据，将其均分为40例的对照组与40例观察组。对照组的40例患者中有男性与女性人数分别23例、17例，年龄涉及范围：45岁至80岁间，中位数为（62.58±7.08）岁，病程2-25年，平均（16.54±4.12）年。观察组的40例患者中有男性与女性人数分别25例、15例，年龄涉及范围：46岁至80岁间，中位数为（63.18±7.10）岁，病程2-27年，平均（16.75±4.10）年。由于患者基线资料无显著差异（ $P>0.05$ ）。本研究的内容与目的均经医院伦理委员会批准同意。纳排标准如下：

纳入：参与者均符合哮喘相关诊治标准，且结合相关检查，确诊为支气管哮喘者^[4]；参与者均知情，并签署同意书者。

排除：合并有肺癌者；有支气管炎者；有气胸者；神经功能障碍者；其他重要脏器功能损伤者；有智力低下者；有认知功能障碍者。

1.2 方法

对照组的患者采用的护理形式为常规，即对患者的生命体征做好相应的监测与记录，如呼吸、神志、血压、尿量等。指导患者取舒适的体位，或是半坐位，鼓励患者开展缓慢的深呼吸运动。及时帮助患者实施排痰，叮嘱患者在痰液黏稠时可以多喝水，对于出现呼吸困难者，在实施湿化后，开展鼻导管持续吸氧干预。遵医嘱指导用药方法，保证患者处在干净、整洁的治疗与住院环境中，并向其说明饮食禁忌证；做好患者的保暖工作，预防呼吸道感染而加重病情。纳入观察组的患者采用的护理形式为临床护理干预，如下：

1）入院第一天，帮助患者熟悉医院的环境，介绍相关制度与医护人员，为患者创造一个舒适的病房环境，并做好预防措施，对患者的病情进行密切的监测。2）入院第2天，对患者、家属进行健康宣教，及时做好交流与沟通，提高患者与家属对疾病、治疗的掌握程度。3）第3-4天，

详细说明药物及其应用方法，提高患者的用药依从性，指导患者掌握相关技能，并在用药中做好不良反应的预防工作；合理控制好氧流量与吸氧的速度，以血气分析结果为依据，对氧流量与流速进行调整，如发现异常情况时，立即上报医生。4）第5天指导饮食与运动方法，强化注意事项管理，鼓励患者坚持运动，保持充足的休息时间。5）第6天，关注患者心理变化，对于情绪异常者，及时给予心理疏导，让其可以保持良好的心态接受治疗。

1.3 观察指标

就两组肺功能、不良心理评分、生活质量、护理满意度进行统计对比。

（1）肺功能指标应用肺功能仪器测量，包括指标：FEV1、PEF、FEV1/FVC。

（2）不良心理为焦虑、抑郁，用SAS、SDS工具评估，临界分值为50分、53分，均属于反向评分，分数越高，不良心理越严重^[5]。

（3）生活质量评估时应用GQOLI-74量表施以评估，针对社会功能、躯体功能、心理功能、物质生活等四个环节进行评分，均为正向评分，分数越高越好^[6]。

（4）护理满意度用自制的问卷评估，包括项目有护理技能、生活指导、健康宣教、心理护理、护理态度，每项分值均为100分，均为正向评分，分数越高越好。

1.4 统计学方法

数据软件用SPSS26.0，采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示肺功能、不良心理评分、生活质量、护理满意度（计量指标），用（t）检验，检验基准为 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 表示之间存在明显差异。

2. 结果

2.1 肺功能指标对比

应用肺功能仪器，对患者的肺功能指标，即FEV1、PEF、FEV1/FVC进行监测，护理前，两组FEV1、PEF、FEV1/FVC相比无差异， $P>0.05$ ，护理后，两组肺功能指标相比均有改善，而且观察组FEV1、PEF、FEV1/FVC优于对照组（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 肺功能指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）；n=40

组别	FEV1（L）	PEF（L/min）	FEV1/FVC（%）
观察组	护理前	60.54±5.15	65.15±3.15
	护理后	88.45±2.10	87.54±2.15
对照组	护理	61.51±4.98	65.24±3.26

前 护理 后	77.51±2.44	78.15±2.54	59.68±2.16
两组护理后	21.493	17.846	21.620
<i>t</i>			
两组护理后	<0.05	<0.05	<0.05
<i>P</i>			

2.2 不良心理评分对比

监测两组患者的不良心理,即针对焦虑与抑郁进行评价,采用 SAS、SDS 工具评估,均为反向评分,在护理前对比 2 组 SAS、SDS 评分,无差异, $P>0.05$, 护理后, 2 组 SAS、SDS 评分均下降,而且观察组 SAS、SDS 评分较低 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 不良心理评分对比 ($\bar{x} \pm s$); $n=40$

组别	SAS 评分	SDS 评分
观察组 护理前	51.54±3.15	55.15±3.10
观察组 护理后	37.67±2.94	42.54±3.65
对照组 护理前	51.64±3.98	56.04±3.16
对照组 护理后	45.51±4.10	50.22±2.14
两组护理后 <i>t</i>	9.828	11.480
两组护理后 <i>P</i>	<0.05	<0.05

2.3 生活质量对比

用 GQOLI-74 量表对生活质量施以评估,针对 4 个内容进行评分,即

表 4 护理满意度对比 ($\bar{x} \pm s$); $n=40$

组别	护理技能 (分)	生活指导 (分)	健康宣教 (分)	心理护理 (分)	护理态度 (分)
观察组	92.34±2.64	93.11±2.34	91.15±3.25	92.15±4.67	92.14±3.54
对照组	81.64±4.69	84.67±2.95	80.67±1.54	84.27±5.18	80.64±5.48
<i>t</i>	12.574	14.176	18.430	7.146	11.149
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

支气管哮喘的出现是由肥大细胞、嗜酸性粒细胞等共同作用引起的一种气道慢性炎症性疾病,患者会出现呼吸困难、低氧血症、咳嗽等症状,其的出现会给机体产生极端的不适感,从而会降低机体的生活质量^[7]。因此,支气管哮喘属于气道高反应性疾病,如患者没有得到及时有效的治疗,再加上病情的反复发作,会导致患者的气道平滑肌出现收缩,从而引发相关病变,导致气道出现不可逆的缩窄、重塑^[8]。而支气管哮喘的出现不仅只会影响患者的生活质量,还会给患者的心理造成一定的干预,引发心理障碍。因此,支气管哮喘患者不仅需要有效的治疗措施,还需要配合科学、有效的护理模式。

以往的常规护理虽有一定的效果,但此护理模式只针对患者的疾病进行治疗,在其他方面,护理效果并不理想。因此,寻找一项有效的护理措施对于此类患者来讲非常有必要。临床护理干预措施属于目前临床最常用的一种新型的护理措施,其具有一定的护理计划性、标准性、科学性,可以针对某种疾病,或是手术,为此类患者制定标准的护理流程,以此来促使患者在正确的地方、时间,接受相应的诊治服务,从而辅助提升疗效^[9]。为支气管哮喘患者实施临床护理干预,可以为患者提供更加系统、完整的护理服务,能预防护理措施的遗漏,能减少护理差错事件的发生^[10]。而且对于支气管哮喘患者来讲,心理、对症干预、饮食、药物治疗、环境等方面属于重点护理内容,通过临床护理干预计划表,在入院宣教、整体评估、环境护理等措施下,可以拉近护患距离,帮助患者消除陌生感,了解疾病的相疾知识与注意事项,让其掌握高危风险;而且在病情观察下,能减轻或是控制哮喘症状,有助于改善肺功能,对辅助提高患者的生活质量有积极作用^[11]。此外,在健康宣教与心理护理下,可以提高患者对疾病的知晓率,减轻负面心理的同时提高治疗依从性,改善呼吸状况及临床症状,促进肺功能能尽快的恢复^[12]。做好生活护理指导,如饮食与运动指导,可以提高机体抵抗力,进一步提高生活质量。

综上所述,在支气管哮喘患者护理中,为了能辅助提升疗效,引入临

社会功能、躯体功能、心理功能、物质生活,护理前以上指标评分相比无差异, $P>0.05$, 护理后,生活质量各项评分均上升,而且观察组社会功能、躯体功能、心理功能、物质生活评分高于对照组 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$); $n=40$

组别	社会功能评分	躯体功能评分	心理功能评分	物质生活评分
观察组 护理前	65.64±4.92	62.11±4.13	64.15±5.74	65.54±4.51
观察组 护理后	83.15±6.54	80.11±6.66	83.95±6.66	82.94±5.14
对照组 护理前	65.74±4.85	62.54±4.31	64.24±5.86	65.24±4.84
对照组 护理后	75.91±4.29	75.37±5.64	75.64±6.21	75.48±3.94
两组护理后 <i>t</i>	5.854	3.435	5.772	7.285
两组护理后 <i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 护理满意度对比

应用自制的问卷,对患者的护理满意度施以评估,包括项目的护理技能、生活指导、健康宣教、心理护理、护理态度等项目,在护理后评估中发现,观察组以上指标评分均高于对照组 ($P<0.05$),见表 4。

床护理干预措施,可以改善患者的临床症状、提高生活质量及护理满意度,值得推广。

参考文献:

- [1]关景燕. 临床护理路径在支气管哮喘护理中的应用及患者肺功能影响分析[J]. 中国农村卫生,2020,12 (16): 56.
- [2]刘晓莉. 护理干预在支气管哮喘急性加重期患者护理中的应用价值[J]. 黑龙江中医药,2020,49 (04): 298-299.
- [3]李健丽. 优质护理在支气管哮喘患者临床护理中的应用效果[J]. 智慧健康,2020,6 (18): 70-71.
- [4]张园. 临床护理路径在支气管哮喘患者护理中的应用效果分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7 (49): 111-112.
- [5]李芳芳. 临床护理干预路径在支气管哮喘患者护理中的应用效果研究[J]. 中国医药指南,2020,18 (14): 223-224.
- [6]施娟,陈秀梅. 临床护理干预在支气管哮喘患者护理中的应用[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5 (15): 101.
- [7]曹蘋蘋. 护理干预在支气管哮喘急性加重期患者护理中的应用价值[J]. 首都食品与医药,2019,26 (05): 156.
- [8]胡欢平,吴春风. 临床护理干预路径在支气管哮喘护理中的应用效果评价[J]. 首都食品与医药,2019,26 (02): 75-76.
- [9]谢玥. 临床护理路径在支气管哮喘患者护理中的应用效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6 (65): 116.
- [10]陈国群. 临床护理路径在支气管哮喘患者护理中的应用效果[J]. 实用临床护理学电子杂志,2019,4 (20): 128-133.
- [11]串一凡. 临床护理路径在支气管哮喘患者护理中的应用效果观察[J]. 山东农业工程学院学报,2019,36 (04): 84-85.
- [12]董洁. 临床护理路径在支气管哮喘患者护理中的应用分析[J]. 中国社区医师,2019,35 (09): 142-144.

常规护理与护理标识干预模式在消毒供应中心护理安全管理中的应用

薛敏霞

常州市武进人民医院 护理部 江苏常州 213004

摘要：目的：探究常规护理与护理标识干预模式在消毒供应中心护理安全管理中的应用效果。方法：选取我院消毒供应中心 200 件医疗器械作为研究对象，其中，2020 年 1 月-2020 年 12 月的 100 件医疗器械作为参照组，2021 年 1 月-2021 年 12 月的 100 件医疗器械作为实验组。其中参照组医疗器械采用常规护理干预，实验组医疗器械则采用护理标识干预的护理方法，比较两组医疗器械护理后的合格率、护理人员的护理质量、护理人员的管理意识等。结果：实施护理后，实验组医疗器械的合格率更高，实验组护理人员的护理质量以及管理意识较参照组更好，两者差异明显 ($P < 0.05$)。结论：针对医疗器械的护理工作，给予其护理标识干预模式的护理方法，有助于改善医疗器械的合格率，有助于提高护理人员的护理质量，对临床护理工作具有积极的意义。

关键词：常规护理；护理标识干预模式；消毒供应中心；安全管理

消毒供应中心是现代医院体系中较为重要的部门之一，其主要职责是为了确保医院各科室的医护人员、患者、医疗设备、医疗器械的无菌、消毒、正常使用以及供应的部门之一，而有研究表明，消毒供应中心的护理质量直接影响到医院的感染发生率，也是衡量医疗机构安全水平和护理水平的重要指标之一^[1-5]。以往对于消毒供应中心的护理工作常常以常规的护理干预方式为主，但其应用效果并不理想，近年来多采用护理标识干预模式的护理方法，且取得了良好的应用效果^[6-9]。鉴于此，本研究将选用我院消毒供应中心的 200 例医疗器械进行分析，具体报告内容如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

选取我院消毒供应中心 200 件医疗器械作为研究对象，其中，2020 年 1 月-2020 年 12 月的 100 件医疗器械作为参照组，2021 年 1 月-2021 年 12 月的 100 件医疗器械作为实验组。

纳入标准：（1）所有器械均由我院消毒供应中心处理；（2）所有器械均符合我国临床医疗器械的使用标准；（3）所有器械均在保质期范围内，没有破损。

排除标准：（1）没有在消毒供应中心登记的医疗器械；（2）医疗器械受到损坏，不能正常使用；（3）非医疗器械。

1.2 方法

参照组医疗器械给予常规护理干预，主要内容为：要求护理人员对所有医疗器械进行常规的消毒处理，确认消毒结果合格后，进行包装、灭菌，然后由专业的技术人员按照常规方法进行分类、标记、登记信息，最后进行发放。

实验组医疗器械则接受护理标识干预模式，主要包括：（1）准备工作安排：要求护理人员在开展工作之前，应查阅有关消毒供应中心护理标识的相关文献，并对近五年的工作总结进行整理，对比查找我院可以实施的方案，对所有信息进行重新整合，对于护理标识实施路径进行进一步的商定和安排，再将商定结果交于专家进行审议，然后拟定合适的实施方案，通过实景演练等方式进行完善和优化，最终获得完备的护理方案，另外，消毒供应中心的所有护理人员都应该进行理论和实践考核，考核合格后，才能从事消毒供应中心的相关工作；（2）流程标识护理：要求护理人员对所有的医疗器械进行流程标识，对于精密医疗器械的管理工作，目前主要采用不同颜色区分镜头的清晰度，方便使用人员的快速分辨，并根据不同的需求来选择不同的器械，通常而言，蓝色清晰、黄色次之、红色再次之；（3）无菌物品保管标识：所有进入到消毒供应中心的医疗器械在经历了去污、灭菌、包装等消毒无菌操作后，将其标记清楚，最后放置于无菌存放区域，所有的无菌物品应该按照国际统一标识对医疗器械进行标准包装，以绿底白字的标牌在固定装置的醒目位置进行标示，有利于护理人员对于物品进行清点、核对，同时可以帮助护理人员快速地通过标识来

判断医疗器械的摆放位置是否正确，也有助于护理人员快速找到相应的物品；（4）消毒液标识护理：消毒液在消毒供应中心主要是用来完成器械消毒处理的工作，但是不同的医疗器械对于消毒液的要求有所不同，所以要对不同的消毒液进行标识，通常选择不同颜色、标识清晰的标识来分辨消毒液和清洗液，保证护理人员不会将消毒液和清洗液混淆，方便护理人员的日常工作；（5）其他标识护理：除了常规的消毒液标识、区域标识外，为了提高护理人员的工作效率及工作质量，会在消毒供应中心对一些常规操作流程的注意事项进行警示与标识，护理人员除了对相应的操作及器械进行标识外，还应该对相关的操作步骤中的注意事项进行标识，例如高温蒸汽锅旁边应在醒目处贴上防止烫伤的标识，在消毒液和清洗液旁边应贴上物品的正确使用方法、配置浓度等，在各个区域的醒目处，应该通过张贴画或简洁语言的方法来对应急方案进行标注，确保每项措施可以顺利地进行；（6）工作评估：要求科室的管理人员对护理标识管理方案的具体操作方法和实施情况进行检查和记录，并做好核对工作，按照每周一次质控管理、每个月对护理质量督查情况进行汇总分析，年终进行全年质量分析的频率，对消毒供应中心的工作情况进行评价、反馈、完善及再次实施，保证能够做到持续质量改进，确保消毒供应中心的护理质量水平不断地提高。

1.3 观察指标

比较两组医疗器械两组医疗器械护理后的合格率、护理人员的护理质量、护理人员的管理意识。合格率主要包括清洗合格、包装合格、灭菌合格、发放合格等，通过统计表的方式来考察相应的合格率。护理人员的护理质量通过器械消毒质量及护理服务质量两个方面进行评价，采用问卷调查的方式，满分为 100 分，分数越高，证明护理效果越好。护理人员的安全管理意识从安全服务意识、安全识别能力、风险防范意识、感染预防意识等几个方面进行评价，采用问卷调查的方式，满分为 100 分，分数越高，说明护理人员的安全管理意识更好。

1.4 统计学分析

对于两组医疗器械医疗器械的相关数据应用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析，计量资料实施 t 检验形式校准，用（均数±标准差）表示，计数资料行卡方检验，用（n%）表示 $P < 0.05$ 有统计学意义，反之无意义。

2 结果

2.1 两组医疗器械护理后的护理质量评分比较

对比两组医疗器械护理后的护理质量评分，同参照组相比，护理后，实验组相关指标更好，证明护理效果更好，两者差异明显 ($P < 0.05$)。（见表 1）

表 1：两组医疗器械护理后的护理质量评分比较 ($\bar{x} \pm S$ ，分)

组别	例数 (n)	器械消毒质量评分	护理服务质量评分
实验组	100	88.14±0.22	89.27±0.24

参照组	100	72.15±0.25	69.21±0.15
t	-	480.1564	708.7852
P	-	0.0000	0.0000

2.2 两组医疗器械护理后的安全管理意识评分比较

表 2: 两组医疗器械护理后的安全管理意识评分比较 ($\bar{x} \pm S$, 分)

组别	例数 (n)	安全服务意识	安全识别能力	风险防范意识	感染预防意识
实验组	100	87.23±0.21	86.16±0.18	87.23±0.19	73.28±0.26
参照组	100	72.24±0.15	68.78±0.15	67.24±0.24	66.21±0.17
t	-	580.8507	741.7603	653.0448	227.5914
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 实验组与参照组医疗器械的合格率的比较

对比两组医疗器械的合格率见表 (3), 实施护理后, 实验组医疗器械妊娠结局优于参照组, 两者差异明显 ($P < 0.05$)。

表 3: 两组医疗器械的合格率比较[n (%)]

组别	例数	清洗合格	包装合格	灭菌合格	发放合格
实验组	100	85 (85.00)	87 (87.00)	89 (89.00)	95 (95.00)
参照组	100	52 (52.00)	61 (61.00)	70 (70.00)	72 (72.00)
X ²		25.2346	17.5676	11.0753	19.1980
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3. 讨论

消毒供应中心在医院中主要负责全部医疗器械、物品的消毒灭菌处理, 同时也负责物品的存放工作, 在一定程度上直接影响了医疗工作的治疗、医院的形象等, 同时也是预防、控制院内感染的重要科室之一, 而在消毒供应中, 使用护理标识等工作, 可以通过文字、图案等当时来警示护理人员, 保证护理安全管理工作的顺利进行^[10-14]。相关研究表明, 目前, 我国许多医院的消毒供应中心的护理安全管理工作还存在着较多的问题, 例如监管不力、院领导对科室工作的重视程度较低, 相关政府部门对于医疗器械没有明确的标准要求等, 都直接影响了消毒供应中心的工作质量, 而近年来有研究表明, 在消毒供应中心使用护理标识干预模式的护理方法, 通过鲜明的字体标识来达到警示、示意、指示等工作, 例如, 绿色可以用于无菌器械、物品存放区域的使用, 在高温清洗机旁边张贴高温防烫的标识, 避免医护人员出现烫伤, 让医护人员在洗手池附近的醒目位置张贴标识, 帮助医护人员进行行为纠正, 进而达到降低感染发生风险的目的, 进一步降低了医患纠纷的发生概率, 通过本次实验可以得知, 制定完备的护理标准可以为护理安全管理工作提供理论依据, 减少工作中的出错率, 而护理标识可以使得安全管理工作得到进一步的优化, 提高了无菌器械及物品的供应量, 而医护人员在工作过程中提高了安全意识, 也有助于提高护理安全管理工作的质量, 达到理想的管理效果^[15-20]。

本研究将分别采用常规护理和护理标识干预模式的护理模式, 结果显示, 实验组医疗器械在实施护理后的相关指标优于参照组医疗器械, 两者存在明显差异 ($P < 0.05$)。

综上所述, 本研究对于医疗器械应用护理标识干预模式的护理方法, 有助于降低医疗器械的感染率, 提高医疗质量, 在今后的临床工作中值得加以推广使用。

参考文献:

- [1]李燕宁.护理标识在消毒供应中心护理安全质量管理中的应用[J].当代护士(下旬刊),2021,28(12):162-164.DOI:10.19793/j.cnki.1006-6411.2021.36.060.
- [2]朱爱群.护理标识在消毒供应中心护理安全管理中的应用及对感染发生的影响[J].中国药物与临床,2020,20(15):2635-2637.

对比两组医疗器械护理后的安全管理意识评分, 同参照组相比, 护理后, 实验组相关指标更好, 证明护理效果更好, 两者差异明显 ($P < 0.05$)。(见表 2)

[3]郎咸惠.探究在消毒供应中心护理安全管理中应用护理标识的意义[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(02):163+181.

[4]邱亚玮.在消毒供应中心护理安全管理中应用护理标识的意义探究[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(42):165-166.

[5]周秀彦.护理标识在消毒供应中心安全管理中应用的效果观察[J].中国继续医学教育,2017,9(29):167-168.

[6]雷丽.护理标识在消毒供应中心安全管理中应用的效果评价[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(24):142.DOI:10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2017.24.111.

[7]杨嫣.医院消毒供应中心实施细节干预措施对护理质量的影响效果分析[J].中国社区医师,2022,38(08):139-141.

[8]刘幼芳,黄润,游幼莲.护理专案对消毒供应中心精密器械过程损坏率及工作质量满意度的影响分析[J].中国医疗器械信息,2022,28(02):180-182.DOI:10.15971/j.cnki.cmdi.2022.02.058.

[9]冯春月,晁乐研,赵杰,吴淑贞.CDIO 模式在消毒供应中心护理管理中的应用[J].河南医学研究,2021,30(34):6516-6519.

[10]李燕宁.护理标识在消毒供应中心护理安全质量管理中的应用[J].当代护士(下旬刊),2021,28(12):162-164.DOI:10.19793/j.cnki.1006-6411.2021.36.060.

[11]滕智英,刘芳,吕梦欣.信息化管理在消毒供应中心护理中的应用效果分析[J].现代医学,2021,49(11):1343-1345.

[12]范瑞娟,敖丽冰,白少娃.护理质量控制责任制对消毒供应中心腔镜器械供应质量的影响[J].岭南急诊医学杂志,2021,26(05):553-554.

[13]葛月萍,甘露,郑珍珠.科室联系制度联合质量追溯信息系统用于消毒供应中心护理管理的意义分析[J].中国消毒学杂志,2021,38(10):781-784.

[14]余娉婷.护理安全理念教育在消毒供应中心的实施效果[J].当代护士(中旬刊),2021,28(09):167-169.DOI:10.19792/j.cnki.1006-6411.2021.26.060.

[15]王惠良.细节管理对消毒供应中心护理质量及风险事件发生率的影响[J].当代护士(下旬刊),2021,28(08):180-181.DOI:10.19793/j.cnki.1006-6411.2021.24.073.

[16]杨纪莲.优质护理在消毒供应中心手术器械管理中的实施效果观察[J].基层医学论坛,2022,26(15):100-102.DOI:10.19435/j.1672-1721.2022.15.032.

[17]蔡绿容,张雪花,黄碧珍.细节护理模式改善消毒供应中心工作质量及灭菌消毒满意度的临床效果观察[J].黑龙江医学,2021,45(18):1956-1958.

[18]刘佳,龚萍,毛蔚.细节管理在消毒供应中心护理管理中的应用及对护理服务意识的的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(11):1930-1932.

[19]官文英,周红菊,刘宝华,郑容斌,麦惠娟.消毒供应中心手术器械管理应用全程优质护理模式的研究[J].中国医院建筑与装备,2021,22(02):99-101.

[20]王云.基于前馈控制的护理管理对产科消毒供应中心相关医院感染的预防效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(03):180-182.DOI:10.19347/j.cnki.2096-1413.202103063.

医院采购团队的创建及管理

彭丽娟

四川大学华西第二医院采购部 四川成都 610041

1、背景与问题

(1) 背景描述。

2016年,为了进一步规范政府采购活动中的权力运行,强化内部控制管理,促进政府采购提质增效,财政部颁布《关于加强政府采购活动内部控制管理的指导意见》,提出了以分工制衡与提升效能并重的原则,从而发挥内部机构之间,相关业务、环节和岗位之间的相互监督和制约作用,合理安排分工,优化流程衔接,提高采购绩效和行政效能。

2017年,国务院办公厅印发《关于建立现代医院管理制度的指导意见》,就“建立现代医院管理制度,健全医院决策机制”做出具体部署安排^[1]:到2020年,基本形成维护公益性、调动积极性、保障可持续发展的公立医院运行新机制和决策、执行、监督相互协调、相互制衡、相互促进的治理机制,促进社会办医健康发展,推动各级各类医院管理规范化、精细化、科学化,基本建立权责清晰、管理科学、治理完善、运行高效、监督有力的现代医院管理制度。

西南某三级甲等医院新建院区即将投入使用,编制床位数将从730张增加到1580张。为落实国家政府采购内控管理政策,提升医院精细化管理水平适应现代医院管理发展要求,医院对采购管理提出了分工制衡与提升效能并重的内控管理措施,即新设立医院采购部,将医院原来分散在各部门的招标管理职能实施集中和同质化管理。

(2) 部门人员管理问题分析

采购部成立之初,医院人力资源配置人数7人,包括1名主任、1名副主任担任管理岗,5名工作人员担任采购业务岗。科室人员年龄分布:40岁以上4人,30-40岁3人;学历分布:硕士及以上学历1人,大学本科学历6人;专业分布:临床护理专业4人,均从临床护理岗转岗而来,行政管理1人,通讯工程1人,物流专业1人;从事采购业务5年以上3人,1-2年2人,0年2人。科室人员职称:中级职称4人,初级职称1人;且具备采购经验的人员,既往5年实现晋升职务/职称0人。

部门成立恰逢新院区搬迁,面临工作人员配置不足,管理经验缺乏,沟通效率和执行效能低,薪酬级别在全院行政部门处于低位,晋升渠道狭小、员工工作积极较低等问题;且医院采购工作涉及政策法规多,规范性要求高,采购物资种类多且需求专业强,亟需一支执行能力强、业务素质高、职业道德好的采购管理团队,保障医院物资供应质量和效率。

2、员工队伍建设目标分析

通过加强人员组织管理,统一思想认识,提供良好的工作环境和薪资待遇,有针对性、有重点的培养目标、孵育人才,使部门人力资源在短时间内能够满足业务发展需要;逐年增加科室硕博学历的比例,做好人才梯队的分层培养,提高员工实现自我价值的自律性。

3、员工队伍建设与管理措施

(1) 开展基于竞值架构 The Competing Values Framework (CVF) 视角的战略性人力资源管理维度分析,促进组织效能发挥。

竞值架构是以一种兼容并蓄的思维模式提供一种动态焦点,在单一架构中展现出诸多不同思维 and 理念,以宏观的视野整合了多元的组织理论,专门用于研究判断评估组织效能,并且正面有良好的信度和效度。该理论以创新性的理论视角研究管理过程中的矛盾冲突现象,创建了一种有效分析战略性人力资源管理概念模型,已在国内外诸多管理类案例中成功应用,并取得了丰硕的成果和骄人的成绩^[2]。基于竞值构架视角的战略性人力资源管理维度可以划分为协作式、创新型、控制式和绩效式四个类型,对照类型特点,医院采购管理属于控制内部过程模式,管理中更侧重于工作队伍的稳定性培养,通过严格的管理制度来规范工作人员的工作行为。工作人员通过合作与共同遵从的管理制度,围绕组织绩效从“科学管理”和“稳定控制”两个层面实施管理,科学管理是基础,稳定控制是对组织内部各要素进行控制,保持信息沟通通畅,实现既定的组织目标即采购效率与质量的控制,保证组织效能的发挥。

(2) 合理配置部门人力资源

医院采购物资种类多、范围广,包括医疗设备、耗材、试剂等医用物资,空调、家具、办公用品等通用设备,信息化软硬件,以及保障医院运营的服务工程等项目,根据医院采购管理特点,结合采购工作量,设置采购岗负责采购实施过程管理,设置综合岗负责组织采购行政管理,将采购管理不相容的工作内容在采购岗和综合岗之间进行分离。并按照医院人力资源规划,采购部共配置岗位人数为14人,尚需补充7人,为提升业务

水平,面向社会公开招聘硕士及以上学历、小于35岁的人员,专业包括生物医学工程、电子机械、商务管理、财务管理、行政管理等范畴,进一步完善科室员工的年龄和专业结构,为培养可持续发展的采购管理人才搭建基础。

(3) 建立健全采购管理体系。

按照医院“分事行权、分岗设权、分级授权”内控管理原则,建立健全采购管理体系,包括部门职责、岗位职责和采购管理制度、流程等内部控制制度建立工作标准,规范采购流程,使医院采购活动工作能有序、规范的开展。科室负责人需定期组织制度执行效果考核评价,并运用PDCA等管理工具持续改进,进而有效防范医院经营风险,降低医院成本;成立由医院采购、审计和物价等部门共同组成采购执行组,集体决策采购执行中的重点事项;并建立采购进度周追踪、采购执行标准操作清单、不良事件问题台账反馈、岗位轮换等工作机制,加强对采购活动的制约和监督,实现采购全流程有效的控制。

(4) 营造和谐组织文化,重视员工激励机制建立。

激励是管理者激发和鼓励员工朝着组织所期望的目标采取行动的过程,它可以吸引并留住人才,充分发挥员工的才能,激发员工的创造性。采购部是新建部门,存在员工对科室发展方向不明确、工作职责不清晰,对团队氛围、晋升机制、薪酬待遇心存疑虑,加上人力资源配置不足,工作压力大,实施以人为本的管理,员工激励非常迫切和重要。

激励理论中双因素理论(two factor theory)亦称“激励—保健理论”广泛应用于多个领域激励研究。该理论由美国心理学家赫茨伯格在1959年提出,他把组织中有关因素分为2种,即满意因素和不满意因素。满意因素是指可以使人得到满足和激励的因素,即激励因素。不满意因素是指容易产生意见和消极行为的因素,即保健因素。赫茨伯格认为这2种因素是影响员工绩效的主要因素。激励因素与工作本身或工作内容相关,包括成就、赞赏、工作本身的意义及挑战性、责任感、晋升、发展等。这些因素如果得到满足,可以给人很大的激励,若得不到满足,也不会像保健因素那样产生不满情绪^[3]。保健因素包括公司组织的政策与管理、监督、工资、同事关系和工作条件等^[4]。赫兹伯格指出“保健因素”与“激励因素”之间的界限不是绝对的,它们存在交叠现象,应当将二者有机结合^[5]。下面以双因素理论来分析医院采购管理人员组织管理。

1.以保障员工薪酬待遇为基础,实施员工激励。双因素理论中“保健因素”是基础和前提,所以必须充分保证,不然会间接影响员工的工作积极性和创造力。员工的工资福利薪酬待遇直接影响生存状态和生活质量,也是职工地位和能力的反映,属于激励因素中的“保健因素”,在调节职工积极性上发挥了很大作用。全面评估采购工作,以岗位责任大、所需能力高、工作内容复杂程度高、工作负荷强为由,获得医院将采购工作岗位定为重点岗位,保证员工薪酬待遇与岗位难度和负荷相匹配,让员工有很强价值认同感和归属感;同时围绕以人为本为核心,科室开展团队建设,加强民主建设落实信息公开和员工关怀,营造和谐组织文化,多角度多层次搭建“保健因素”激励基础。

2.利用双因素理论中“激励因素”可发挥决定性作用,在管理中需灵活运用多种手段来激发员工的内在驱动力,才是医院可持续发展的关键。激励措施从以下几个方面入手。

措施一:建立完整科学的培训体系。培训激励是促进员工技能提高的一种激励形式,是物质激励和精神激励的有机结合,为员工成长和发展提供机会,是一种内在的激励方式。员工培训包含能胜任岗位的相关知识体系培训,如岗位职责、管理基础知识、日常业务处理能力、协调能力、处理突发事件能力,还应包括岗位相关操作技能如谈判技巧、沟通能力,还包括与岗位相关法律法规和政策的学习,比如《中华人民共和国政府采购法》《民法典》等。同时,采购工作与行业发展息息相关,还积极参加外部的装备展览、学术交流,及时了解行业发展情况和同行科学先进工作方法,快速提高业务能力。多层次多渠道的培训能让员工将采购政策法规、专业需求和行业发展相结合,提高采购效能。同时科室要建立科学培训机制,保障培训有计划、培训有反馈来提高培训质量。

措施二:完善晋升激励机制。医院行政管理人員职称/职务晋升通道狭小是公立医院普遍存在问题。根据员工不同年龄、学历、资历条件,对标医院晋升条件,查找个人短板,围绕学习培训、绩效考核、科研能力、管

(下转第288页)

气管切开呼吸道护理相关因素的监测与管理

周亚南

南通大学第二附属医院（南通市第一人民医院） 江苏省南通市 226000

摘要：目的：对气管切开呼吸道护理相关因素的监测和管理进行分析。方法：以本院在近一年收取的 80 例气管切开患者作为研究对象，采用回顾性分析的方式对所有患者术后呼吸道感染率、病原菌和感染因素进行分析和研究。结果：经统计发现，80 例患者中有 51 例发生下呼吸道感染（63.75%），术后 5 天是下呼吸道感染的高峰期，导致患者出现下呼吸道感染的主要因素是病房消毒不及时 29 例（56.86%），其次分别是护理人员手部带菌、医疗器械被感染、管道消毒不到位，分别占 54.90%、52.94%、50.98%。结论：患者在进行气管切开后，非常容易由于各种因素导致下呼吸道感染发生，当前的护理人员在护理过程中需要充分遵守无菌操作原则，对医疗器械以及管道和病房进行严格消毒，且规范用药。

关键词：气管切开；呼吸道感染；管理

Monitoring and management of nursing related factors of tracheotomy respiratory tract

The Second Affiliated Hospital of Nantong University (Nantong No.1 People's Hospital) Nantong 226000, Jiangsu Province

Zhou Yanan

Abstract: Objective: To analyze the monitoring and management of nursing related factors of tracheotomy respiratory tract. Methods: 80 patients with tracheotomy collected in our hospital in the past year were taken as the research objects, and the postoperative respiratory tract infection rate, pathogenic bacteria and infection factors of all patients were analyzed and studied by retrospective analysis. Results: According to statistics, 51 out of 80 patients had lower respiratory tract infection (63.75%), and the peak of lower respiratory tract infection was 5 days after operation. The main factor leading to lower respiratory tract infection was untimely disinfection of wards in 29 cases (56.86%), followed by hand-borne bacteria of nursing staff, infected medical instruments and inadequate disinfection of pipes, accounting for 54.90% and 52.94% respectively. Conclusion: Patients are prone to lower respiratory tract infection due to various factors after organ incision. The current nursing staff should fully abide by the principle of aseptic operation, strictly disinfect medical instruments, pipelines and wards, and standardize medication.

Key words: tracheotomy; Respiratory tract infection; manage

引言：在临床抢救过程中，气管切开术是当前比较常见的抢救措施之一，主要应用在气管中异物、喉源性呼吸困难、下呼吸道分泌物残留、呼吸功能失常导致呼吸困难以及心肺复苏等疾病的救治过程中。气管切开术是临床中的常见有创手术，该治疗方式虽然会带来一定的治疗效果，但是气管的切开会患者的呼吸道造成影响，导致呼吸道完整性被破坏，患者腺体的分泌也随之受到破坏，因此在护理过程中如果发生操作不当的情况也极易引起呼吸道病原菌感染，导致患者的生命安全受到影响^[1]。且患者在治疗的过程中，需要将金属或硅胶气管套管置入到其颈端切口处，通过这种方式来提升患者的机体供氧，从而改善呼吸困难情况的发生。在这一期间，患者被疼痛折磨，同时还面临着较高的经济负担，在手术后还有下呼吸道感染风险，这就需要在护理期间为患者采取有效的护理措施来降低感染的风险，保护患者生命安全。本文主要针对气管切开后患者的护理相关因素进行分析，具体分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象为 2018 年 12 月至 2020 年 12 月期间在本院进行气管切开术治疗的 80 例患者，其中男性和女性各 43 例、37 例，年龄最小值为 19 岁，最大值为 70 岁，平均年龄为（47.15±7.52）岁；术后住院时间为 8 天到 34 天，平均住院时间为（18.52±6.03）天。

1.2 方法

需要采用回顾性的方式将 80 例患者的病情进行统计，并采用纤维支气管镜深入到患者的支气管深部，或者可以采用一次性的痰液收集器，将患者术后一天、五天和十天的痰分泌物进行培养，并做药敏实验。在触发气管切口感染的众多因素中，切口四周皮肤细菌感染最为明显，在过去较长时期内，气管切口管理过于关注局部无菌纱布垫的及时更换，而不能及时清理局部四周皮肤，导致气管切口四周皮肤存在着一定程度的污染现象。自上表可以发现，病人气管切口四周皮肤细菌感染与病房内的空气污染关系较为密切。主要原因是空气中含有细菌会在沉降过程中落于病人切口皮肤表面，在时间延长的前提下逐步增多。再有，开展吸痰操作时，由于痰液存在着较强的污染隐患，一旦清洁工作存在不足也会引发下呼吸道感染。如果患者的气管切开后存在咳嗽、咳痰或发热，同时伴随着肺部干湿啰音和喉部痰鸣音，患者在临床的表现中如果还存在气道分泌物增多，痰液浓稠视为下呼吸道感染^[2]。在实验后对患者的下呼吸道感染情况进行观察和统计。

1.3 统计学处理

本次研究需要对患者的数据分别进行处理，采用的是统计学软件 SPSS 22.0，在分析的过程中，将±标准差用来进行表达计量资料，t 对其进行检验；同时 n（%）用来进行表达计数资料，X² 对其进行检验。数据之间差异比较明显则说明该数据符合统计学意义（P<0.05）。

2 结果

2.1 经统计发现，80 例患者中，有 51 例患者在气管切开后发生下呼吸道感染，占总比例的 63.75%，对不同时间段患者下呼吸道感染的发生几

率后可以发现，1 天、5 天、10 天的感染比例分别是 1.96%、62.74%、35.29%，可以发现，术后第五条是感染发生的高峰期。见表 1。

表 1 不同时间患者下呼吸道感染发生率（n=51）

气管切开后时间	感染例数	百分比（%）
1 天	1	1.96
5 天	32	62.74
10 天	18	35.29
合计	51	100.00

2.2 经统计患者下呼吸道感染发生的因素分析可以发现，病房消毒不及时是主要的发生因素，占比 56.86%，其次为护理人员手部带菌、医疗器械被污染、管道消毒不到位，分别占比 54.90%、52.94%、50.95%。见表 2。

表 2 下呼吸道感染发生因素分析

因素	例数	百分比（%）
病房消毒不及时	29	56.86
管道消毒不到位	26	50.98
抗菌药物滥用	24	47.05
吸痰方式不当	20	39.21
护理人员手部带菌	28	54.90
医疗器械被污染	27	52.94

3 讨论

当前气管切开术是比较常见的呼吸支持治疗方式，该治疗方式可以为患者的呼吸系统疾病提供良好的治疗效果，但是在治疗后非常容易导致呼吸道感染现象，患者一旦出现术后感染会对其正常恢复和预后造成严重影响。而在本次研究中经过统计可以发现，80 例患者中，有 51 例患者出现术后感染情况，占比 63.75%，而对目前的患者发生感染的主要时间段进行统计后发现，术后 5 天左右是感染的高峰期。导致患者出现感染的主要因素分别有病房消毒不及时、管道消毒不到位、抗菌药物滥用、吸痰方式不当、护理人员手部带菌、医疗器械被污染等等，其中最主要是病房消毒不及时，因此当前需要加强病房管理。①就当前发生下呼吸道感染患者的情况进行分析，发现病室空气中微生物含量增加是最为重要的一项影响因素，主要来自于大气中自然存在的微生物和患者以及工作人员和陪护在进行呼吸和吸痰过程中所排放的微生物。由于在床单表面、地面上都附着大量的微生物和带菌尘埃，在日常护理中，护理人员对床铺进行抖动或清扫地面时，就有可能造成上述微生物进行悬浮，从而对空气造成了污染。因此护理人员需要时刻确保病房内的空气流通，并将病房内的温度和湿度进行合理的调节，在日常护理过程中尽量对患者家属的探视进行控制，以湿式清扫为主要的清扫方式，拖地时可以采用消毒液，每天最少拖两次；并采用空气消毒净化机对室内进行至少每天两次的消毒，同时对室内的空气和物体表面进行细菌培养，对菌落进行合理的控制^[3]。②其次需要提高对管道管理的质量，如果患者在治疗中采用的是金属气管套管，护理人员需要彻底对内套管进行消毒，每次消毒时间大概在 5h 左右，并需要严格执行无菌操作标准。③同时需要严格对医疗器械进行管理，湿化器和吸痰

器都是导致患者出现下呼吸道感染的主要因素,因此需要对吸引管和负压吸引瓶进行定期的更换^[4]。⑤ 要正确进行吸痰,根据患者的实际情况选择合适的吸痰管,部分患者需要长期卧床休息,因此护理人员可以在吸痰开始前对患者进行轻叩背或胸部按摩等物理压力,从而促使患者的痰液排出。为病人实施气管切开后,空气不再流经上呼吸道,空气加温、湿化、过滤等功能不复存在,在直接经套管进入下呼吸道后,其对呼吸道的刺激较为明显。所以,气道湿化效果下降、较为干燥、内分泌物附着于纤毛表面,导致纤毛不能发挥原有的功能,呈现为浓缩与结痂问题,这种情况不但导致管腔变窄,不利于呼吸的正常进行,而且极易导致大量细菌进入而引发感染^[5-9]。大量操作表明,在气道湿度持续下降的前提下,肺部感染风险会不断上升。所以还需认真对待气道湿化问题,一旦发现病人出现痰鸣音要立即吸痰,即使病人不存在痰鸣音也要每隔2小时为病人吸痰1次,这种操作能够有效防止病人出现下呼吸道感染问题。同时,在护理期间需根据患者的实际情况选择排痰方式,如患者的肺功能损坏严重且组织出现塌陷,就需要在排痰前先进行胸腔按摩,按摩时间大概在五分钟左右,然后增加压力不定吸痰,避免直接吸痰会导致感染的发生。必要时,可以减少为患者吸痰的次数,次数越多就越容易导致细菌进入到患者的机体中,从而引起感染^[10-13]。⑥ 在导致下呼吸道感染发生的一系列因素中,气管切口感染是非常主要的一种感染因素,发生这种因素的主要原因是由于患者切口周围皮肤出现细菌感染所导致,该情况的出现对气管切开后患者的生命健康造成了较大的威胁,不容忽视。但是在以往对切口进行管理中,通常更加重视对局部无菌纱布进行更换,并未注重对湿着局部皮肤进行有效的清洁,这也导致久而久之患者的切口周围皮肤出现了细菌感染,且随着时间的积累,细菌逐渐增加。这就需要护理人员在护理期间加强对患者的伤口护理,在护理过程中需要密切的观察患者的伤口恢复情况,并定期对患者的体温进行检测,对患者的痰液情况进行观察并记录,定期的清洗和消毒气管套管,保证患者伤口随时处于清洁和干燥的状态,避免细菌滋生。同时,护理人员还需要对患者伤口出血情况进行观察,不可以将外部套管直接接触到患者的皮肤,否则也会导致细菌的滋生,从而导致患者出现切口感染。与此同时,在护理期间护理人员尽量让患者保持半卧的姿势进行休息,这是为了避免在护理期间患者出现坠积性肺炎^[13-14]。

(上接第286页)

理能力等维度,建立个人提升业务素质和能力目标和措施,使员工在晋升序列中保持可及性和竞争力,促进个人职业规划良好发展。对于高年资的员工,做好年轻职工的“传帮带”导师计划,重点将有效工作经验转变为可以传承的管理输出;对青年职工为其参与培训、科研、管理创造更多机会,重点做好科研引领和岗位胜任力培养,对有进取心和工作成绩突出的年轻职工要摒弃“论资排辈”旧观念,大胆使用,建立人才梯队。

措施三:实施有效的绩效考核。良好的绩效考核方法可引导员工提升自身工作能力,激发员工创造力和激情;客观的绩效考核和合理的绩效薪酬使部门与员工感受到绩效薪酬的公平性^[6]。在设计绩效考核指标时,应依照“一科一策”的管理思路,对科室绩效指标进行精细化设计并适时调整^[7],确定反映质量与效率的定量绩效考核指标,并且保证选择的定量绩效考核指标应具有可靠性^[8]。采购部围绕医院战略发展规划,以提升采购效率和质量为目标,制定适用于各岗位定量和定性的考核指标。建立每月考核项目数不低于月工作量量的20%,且每个岗位不低于2个项目数进行绩效考核的考核方法。并建立绩效考核结果运用机制:第一是为绩效薪酬发放提供依据:考核与员工利益挂钩,才能引起员工的高度重视和积极参与。第二是促进组织实施管理变革:对考核存在问题进行根因分析,找出管理短板,有的放矢的进行管理变革。第三促进管理者开展组织面谈:管理者与员工在制度执行中发生冲突,可以深挖出现冲突的原因是制度设置权责不清,执行程序错误,还是问责机制不合理等,将这类冲突转化为积极冲突,通过排除功能障碍的冲突源头,向第三方知情者了解出现冲突的原因,开展一对一谈方式,认真倾听,找到管理者和执行者双方一致性目标,通过沟通达成解决问题的共识后,加强有效执行措施的培训,从而有效解决冲突。与被谈话人共同制定解决方案,通过参与影响他们的决策,增强他们的自主性和对工作生活控制,员工的积极性会更高,对组织更忠诚、生产力水平更高。

措施四:参与激励机制。既往研究^[9]指出,强化员工的内在激励。通过参与能形成成员的归属感、认同感,有助于满足员工的自尊和自我实现的需要;因而创造和提供一切机会让员工参与管理是调动他们积极性最有效的方法。如让员工参与决策和管理过程;科学制定员工晋升机制^[10],设置合理化建议奖,鼓励员工就工作程序、方法和效率等内容提供改进建议;创造宽松而民主的沟通渠道和场所畅所欲言的工作环境等,都具有激励的引导和鼓励功能,在实践中有一定的激励作用。

4、管理效果描述及展望

经过4年管理实践,部门逐步完善了采购管理制度,制度数量从3个

综上所述,现阶段护理人员需要重视气管切开后患者发生呼吸道感染的发生率,从根源上降低当前呼吸道感染的发生率,提升护理人员的感知知识,提升患者的生命安全。

参考文献:

- [1]潘璐,张琴.循证护理干预对神经外科重症气管切开后患者的呼吸道感染效果及预后分析[J].中国药物与临床,2017,17(10):1544-1547.
- [2]韩海霞.综合护理对气管切开后患者呼吸道感染的影响[J].现代诊断与治疗,2018,29(20):3371-3372.
- [3]任红英.脑血管病后遗症患者下呼吸道感染的相关因素分析与护理对策[J].护理实践与研究,2019,16(01):26-28.
- [4]高鑫.呼吸道改良护理在降低机械通气患者呼吸机相关肺炎发生率中的应用[J].当代护士(中旬刊),2019,26(07):58-60.
- [5]卢志琴,俞根娣,周苗,周郑丽.集束化循证策略在重症颈段脊髓损伤患者呼吸道管理中的应用[J].解放军护理杂志,2017(10)
- [6]赵岳峰.神经外科脑外伤患者术后感染因素分析[J].山西医药杂志,2016(22)
- [7]李芬.高龄患者呼吸机相关性肺炎的呼吸护理对策[J].实用临床护理学电子杂志,2016(02)
- [8]神经外科患者气管切开后应用氧驱气道湿化护理的效果[J].刘琳,宋丹丹.国际护理学杂志,2021(13)
- [9]一次性30mL注射器针筒代替文丘里装置联合加温湿化器在湿化氧疗中的应用[J].徐桂芳,俞志茹,肖钺.临床医药实践,2019(12)
- [10]高流量氧氧装置对撤机后人工气道留置时间的影响[J].区洁芬,罗少芳,叶文华.当代护士(中旬刊),2019(08)
- [11]喉痛气管切开后肺部感染发生风险因素的探讨[J].熊每珠,阙子文,韦琼,张立珍.实用临床护理学电子杂志,2019(27)
- [12]1例大面积烧伤患者应用高流量湿化呼吸治疗的护理[J].宿威.当代护士(中旬刊),2019(06)
- [13]气管切开病人气道湿化护理方法的研究进展[J].郭亚洲,林蓓蓓.全科护理,2018(12)
- [14]长效抗菌材料应用于气管切开后切口护理的临床疗效观察[J].王桑,丁敏,余媛,何雯君.抗感染药学,2018(04)

增加到13个;年度采购任务完成率达到100%,创新采购管理案例获选国家级优秀案例,并连续4年实现了政府采购工作零投诉;建立科室管理小组、科研管理小组和绩效考核小组,员工积极参与科室管理和决策;科室4年完成46篇管理文章撰写和发表,完成7个采购管理科研课题,5人次实现职称晋升,现有副高级职称1人,中级职称7人,初级职称3人,初步形成科室人才梯队;3人次进行个人学历提升(医院管理硕士);4人次担任国家级采购管理学术团体成员,10余次担任全国、全省采购学术论坛的授课专家,提升医院采购管理学术影响力;连续4年科室员工对科室集体及管理者满意度为100%。

作为一个新设立部门,在短时间内,管理者积极践行以人为本的理念,深入调查和分析员工内在需求,达成管理目标,在人员管理中促进激励机制的有效循环。未来在医院高质量发展的总体规划中,立足采购管理,加强风险控制,加强人员管理,为医院培养更多的管理人才。

参考文献:

- [1]国务院办公厅.国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见[Z].2017-07-25,国办发〔2017〕67号。
- [2]秦晓蕾.公共效能视野下的竞值架构理论[J].中国人力资源,2011(8):48-52.
- [3]贺俊霖,易利华.基于人才树和双因素理论的医院人力资源激励分析[J].中国医院管理,2018,38(5):47-49.
- [4]李栋,田君.双因素理论视野下大学附属医院临床科室主任的激励机制分析[J].天津科技,2022,49(04):1-3+6.
- [5]李毓卿.双因素理论视角下公立医院人力资源管理研究[J].中国管理信息化,2021,24(22):130-131.
- [6]满瑞波.新形势下绩效薪酬管理模式分析[J].人力资源管理,2018(12):99-100
- [7]王霞,张璐,曾多等.公立医院绩效考核指标体系用于医院内部考核的方法与实践[J].中国医院,2022,26(04):8-11.
- [8]SANFILIPPO F, BENDAPUDI N, RUCCI A, et al. Strong leadership and teamwork drive culture and performance change: Ohio State University Medical Center 2000—2006[J]. 2008, 83(9):845-854.
- [9]杨立成,陈佳庚,高雅杰,等.基于Price-Mueller模型的护士离职影响因素研究[J].护理研究,2020,34(3):486-490.
- [10]王博华.医院人力资源管理中激励机制的应用价值及路径分析[J].经济师,2021,(11):276-277.

胸腔镜肺段切除术治疗早期非小细胞肺癌患者的临床进展

罗伟 张旭刚 曹然

安宁市第一人民医院 云南昆明 650000

摘要:肺癌是一种恶性肿瘤,主要发病群体是老年人,而且随着我国的工业化污染和老龄化社会阶段因素,导致肺癌发病率逐年增加,危害人们的身体健康。目前,对肺癌患者主要使用放化疗治疗,同时对于早期的肺癌患者可以用手术治疗,帮助患者恢复身体健康。肺癌患者中,多数为非小细胞肺癌,这种患者早期治疗时,以肺叶切除术为标准,但是随着该种手术在临床上不断应用,多数学者对该类手术提出异议,因此,在临床上还需研究其他手术类型,帮助患者提高治疗效果。随着后期胸腔镜技术在临床上应用,不断有学者对胸腔镜下肺段切除术治疗非小细胞肺癌效果研究,这类手术在临床上应用后有良好的效果。但是胸腔镜下肺段切除术在临床上不断应用后也在不断改进技术,其改善结果如何,需要临床医生研究其发展进程,以便使用先进技术为患者服务。基于此文分析胸腔镜肺段切除术治疗早期非小细胞肺癌患者的临床进展。

关键词:非小细胞肺癌;胸腔镜;早期;肺段切除术

前言

肺癌是一种恶性肿瘤,其恶性程度非常高,许多患者会死于肺癌。肺癌在临床上发病率也是非常高,根据相关的机构统计,肺癌在男性恶性肿瘤中发病率是首位,由此可见,肺癌在男性患者中发病率是非常高;同时,该类病症在女性患者中发病率也是非常高,其原因可能和生活环境恶化有关系,特别是工业化进程对环境污染,导致肺癌发病率增高,女性肺癌发病率也随着升高。肺癌在临床治疗工作中,其治疗效果和患者肺癌病情程度有直接关系,目前,早期肺癌患者治愈率高,可以有效地延缓患者生命周期。特别是随着现代诊断技术的不断更新,先进的诊断技术可以早期发现肺癌,帮助患者实现早期治疗,使其治疗效果提高。肺癌患者中,常见的类型有非小细胞肺癌,这种病症在早期治疗工作中使用肺叶切除术治疗,但是随着临床对该类手术不断应用,许多学者对其治疗效果产生怀疑。为了在临床上选择更有效的方案治疗非小细胞肺癌患者,临床需要研究其他治疗方案。随着现代胸腔镜技术在临床上应用,这种手术不仅损伤小,还可以应用胸腔镜技术提高手术视野,减少手术损伤,保证患者手术治疗效果。胸腔镜技术在非小细胞肺癌患者中应用后,相应的胸腔镜下肺段切除术也应运而生,而且该种手术类型在临床上应用后有良好的效果,因此不断有学者对该类手术进行研究,并且改进手术技术,使其治疗效果提高。临床上开展非小细胞肺癌患者手术治疗医生,在应用胸腔镜肺段切除术治疗过程中,需要不断关注其研究进程,以便在临床上选择最先进的技术为患者手术治疗,使其治疗效果提高。

1. 胸腔镜下肺段切除术概述

肺段切除术最早起源于1939年,这种手术在临床上应用,其主要的目的是帮助患者尽可能切除病灶,并且减少手术对患者损伤,使其后期生活质量提高。随着后期胸腔镜技术的发展,可以使用微创术帮助患者完成切除术,并且在胸腔镜下对患者进行肺段切除术,帮助患者提高治疗效果。胸腔镜下肺段切除术在临床上应用虽然有良好的效果,但是从相关的参考文献中分析获得,这种技术应用还存在以下方面的问题。首先是相关参考文献中多数研究者认为其效果优良,但是无法准确确定其优良程度,分析其原因,可能是研究样本少,无法准确获得胸腔镜下肺段切除术治疗非小细胞肺癌效果。其次是研究适应症少,多数研究者以手术治疗效果为研究目的,没有过多的研究患者适应症问题,导致其效果无法具体呈现。最后是胸腔镜下肺段切除术治疗非小细胞肺癌虽然发展时间长,但是在临床普及时间短,其技术成熟程度差,也影响其效果发挥。根据以上缺点分析,在胸腔镜下肺段切除术应用在非小细胞肺癌患者过程中,还需加强研究力度,并且不断更新其技术,以便为更多的临床患者服务^[1]。

2. 胸腔镜下肺段切除术的肺结节定位研究进展

2.1 影像学定位

胸腔镜下肺段切除术开展过程中,手术前需要对患者病灶位置了解,以便为患者制定手术治疗方案,使其治疗效果提高。目前,在患者手术前病灶定位中,主要采取影像学定位方法。临床上使用影像学定位非小细胞肺癌患者病灶时,可以采取两种影像学定位方案。一种是采取CT定位方案,这种定位有着图像清晰优点,能够了解病灶位置、血管情况等,使其准确指导手术的开展。但是这种定位方案对患者有辐射,并且CT使用成本高,会在患者治疗工作中增加其成本。第二种为超声定位,这种影像学技术也有清晰的图像,能够帮助患者了解病灶位置和血管分布情况,以便手术的开展。同时,使用超声定位,还有着操作简单,使用费用低廉等优点。但是这种定位方法,其准确度没有CT高。因此,在临床上医生选择

为患者病灶定位时,可以结合医院情况,以及患者实际情况,对患者选择不同的影像学方案定位病灶,使其手术能够顺利开展^{[2][3]}。

2.2 液体介入定位

影像学在定位患者病灶过程中,由于影像学技术自身局限性,以及肺部机构特点,导致定位效果有些。随着后期液体介入定位的发展,这种技术可以有效地提高定位病灶效果。目前,在临床上使用液体介入定位病灶时,可以使用的液体材料有多种,比较临床上常用的含碘对比剂或者是亚甲蓝等,这样液体在患者静脉注射后,再使用影像学方法定位,可以提高对病灶定位准确度。临床使用液体材料对患者定位过程中,这种方法虽然可以提高病灶定位效果,但是也存在许多的缺点。比如使用液体材料多数有放射性,对患者损伤大,影响患者后期治疗效果。因此在临床上使用液体材料对非小细胞肺癌患者病灶定位时,需要研究其改善患者损伤方法,帮助患者降低显影剂对患者身体影响。目前,在该方面的研究中,主要从护理角度缓解患者损伤,帮助患者顺利完成病灶定位^[4]。

2.3 经皮置入固态材料定位

胸腔镜下肺段切除术应用在非小细胞肺癌患者治疗过程中,对患者病灶定位还研究到了经皮置入固态材料定位病灶方法,这种方法在临床应用过程中,主要有两种模式。一种是使用CT引导下Hook-wire定位,这种定位需要使用穿刺针,可以穿过病灶,是目前主要的定位方案。另一种是CT引导下的弹簧圈定位,这种技术的在临床上应用,其优点很多,主要是能够实现精准定位;同时该种定位操作简单,适合在临床普及应用;最后是使用该类定位病灶,属于微创术中的一种,对患者损伤小,有利于患者后期康复。但是采用该种定位病灶方法,其临床使用费用高昂,会增加患者治疗负担。因此,在临床上选择固态材料定位患者病灶时,需要根据患者实际情况,然后再选择定位方案,帮助患者提高治疗效果^[5]。

3. 手术方式研究进展

非小细胞肺癌患者传统手术治疗过程中,以开腹手术治疗为主,这种手术的应用,无疑会增加患者手术创伤,不利于患者后期康复治疗。因此在临床上治疗非小细胞肺癌患者时,需要研究其他的手术治疗方案,帮助患者提高手术治疗效果。随着现代科学技术的不断发展,手术技术也在不断创新过程中。胸腔镜技术的应用,能够帮助非小细胞肺癌患者实现微创术治疗。该类患者能够使用微创术治疗,会减少患者手术损伤,对患者后期康复有帮助作用;同时微创术损伤小,患者耐受力高,适合多种类型患者手术需要,帮助患者提高治疗效果。目前,在非小细胞肺癌患者手术中,主要采取胸腔镜下肺段切除术治疗,这种技术在使用过程中,也是一个不断变迁过程。临床上早期使用胸腔镜下肺段切除术治疗时,主要采取三孔和四孔胸腔镜技术治疗,这种技术的应用,帮助患者完成微创术治疗,并且三孔和四孔操作技术应用,有利于减少手术难度,提高操作空间,使其手术能够顺利开展。随着胸腔镜技术的不断研究和发展,后期多数学者提出2孔技术治疗,这种技术的应用,减少患者手术损伤,使其后期并发症更少;但是采用2孔胸腔镜技术治疗,会增加患者手术时间,不利于手术操控。在现代临床使用胸腔镜肺段切除术治疗过程中,主要研究单孔技术,这种技术会将手术损伤控制在更小范围,有利于患者手术后康复。但是相应的手术难度增加,许多研究者指出会增加患者手术时间,不利于患者手术的开展^{[6][7]}。

非小细胞肺癌患者使用胸腔镜下肺段切除术治疗过程中,未来研究方向必然是单孔胸腔镜技术的应用。这种技术在临床使用后,主要有以下方面的优点。首先是采取单孔胸腔镜技术治疗,可以减少患者手术损伤,更

有利于患者实现微创手术治疗,帮助患者提高手术治疗效果。其次是使用单孔胸腔镜手术治疗,患者并发症少,在临床手术治疗工作中,治疗效果是主要的研究方向,同时,使用手术治疗的安全性也是主要的研究内容之一。使用的单孔胸腔镜技术后,能够降低其并发症,手术治疗更加安全,因此是未来主要的手术发展方向。再次是使用单孔胸腔镜手术治疗,患者住院时间少,有利于降低患者治疗负担,适合在临床上普及应用。单孔胸腔镜应用在临床上有良好的效果,但是从相关的参考文献中分析,这种手术会增加难度,导致患者手术时间增长,不利于手术的开展。根据该问题对相关的参考文献分析,其研究的主要解决措施有以下方面的内容。首先是提高操作人员的专业技术,这种改进方法是目前的主流。单孔胸腔镜由于增加手术难度,导致其手术时间长,采取医生的专业技术提高,可以使用医生的技术来弥补手术操作困难因素,缩短患者手术治疗时间,使其治疗效果提高。其次是改进胸腔镜技术,使用更先进的技术进行治疗,以此来弥补单孔胸腔镜治疗存在的问题。对于该方面的研究,目前还没有实质性进展,还需临床人员对该方面不断创新,使用更加先进技术解决问题,提高临床患者治疗效果^[8]。

4. 非小细胞肺癌胸腔镜下肺段切除术后康复研究进展

4.1 远期康复治疗研究进展

非小细胞肺癌患者使用胸腔镜下肺段切除术后,这种技术的应用对患者远期康复有深远的影响。首先是采取胸腔镜单孔技术治疗后,这种手术创伤小,对患者切口更美观;特别是女性患者,其切口美观影响其心理状态,使女性患者更有生活信心。再次是采取胸腔镜肺段切除术后,远期复发率更低。主要是使用胸腔镜肺段切除术后,能够准确切除病灶,减少病灶复发率,提高患者手术治疗效果。最后是采取胸腔镜肺段切除术后,患者后期生活质量更高,其原因是使用该类手术治疗,不仅可以根除病灶,还可以在根除病灶前提下最大程度保留肺部,提高患者后期肺部功能,使其生活质量提高^[9]。

4.2 近期康复研究进展

非小细胞肺癌患者手术治疗过程中,对其选择胸腔镜下肺段切除术后治疗,其近期康复主要有以下研究进展。首先是采取胸腔镜下肺段切除术后治疗,适宜患者群体更多。在传统的肺叶切除术后治疗过程中,对于肺部功能低,或者是老年患者,不适合使用肺叶切除术后治疗。但是胸腔镜下肺段切除术后应用后,这种技术更能够满足老年患者和肺底功能差患者需求,使其也能够使用手术治疗,延缓患者生命周期。其次是胸腔镜肺段切除术后治

和肺叶切除术后治疗有相同的手术指标结果,根据相关的参考文献分析,两种手术治疗手术时间,术中出血量,手术后住院时间等没有差异,可以帮助患者完成治疗工作^[10]。

结束语

非小细胞肺癌患者早期治疗工作中以手术治疗为主,同时手术治疗中主要采取胸腔镜下肺段切除术后治疗,这种手术在临床上应用后,有着手术效果优良,损伤小,并发症少等优,适合在临床上推广。同时,胸腔镜肺段切除术后应用过程中,其技术还有提升空间,临床人员在应用胸腔镜肺段切除术后时,还需不断研究改进该技术,以便该类技术为更多的非小细胞肺癌患者服务。

参考文献:

- [1]马常天.微创单孔胸腔镜解剖性肺段切除术治疗早期非小细胞肺癌临床分析[J].当代临床医刊,2022,35(02):19-21.
- [2]陈国标,周建平,杜巍,叶志彬,卢星照,胡伟成,刘鑫.胸腔镜肺楔形切除术、胸腔镜下肺段切除术、胸腔镜肺叶切除术治疗早期肺癌的疗效比较研究[J].实用心脑血管病杂志,2022,30(04):23-28.
- [3]陈旭,葛明建.胸腔镜肺段切除术中非计划性扩大手术原因分析[J].中国微创外科杂志,2022,22(04):338-342.
- [4]齐海亮,杨阳,史雪娟,李亚斋.全胸腔镜下单操作孔解剖性肺段切除术治疗肺结核继发曲霉球[J].中国微创外科杂志,2022,22(03):218-221.
- [5]陈斌,王娜,郭峰.肺叶切除术与改良膨胀萎陷法电视胸腔镜解剖性肺段切除术对I期非小细胞肺癌患者手术指标、肺功能及预后的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2022,43(05):440-443.
- [6]张炳太,张雷,刘军,李洪林,刘学刚.胸腔镜下肺叶与肺段切除术治疗早期非小细胞肺癌的临床效果观察[J].中华全科医学,2022,20(03):399-402.
- [7]陈宇,姚龙,王云海,张仁泉.胸腔镜下肺段切除术与肺楔形切除术治疗早期肺癌围手术期相关指标比较[J].临床外科杂志,2022,30(01):51-53.
- [8]钱海荣,殷东明,冒楷.胸腔镜下肺叶切除术和肺段切除术治疗老年早期非小细胞肺癌的效果比较[J].中国医药导报,2022,19(02):96-99.
- [9]吴俊伟.胸腔镜肺段切除术在早期肺癌治疗中的应用研究进展[J].微创医学,2021,16(06):807-809+817.
- [10]齐海亮,李亚斋,李姿健,徐慧海.全胸腔镜下解剖性肺段切除术治疗肺结核(附25例报告)[J].中国微创外科杂志,2021,21(12):1082-1085.

(上接第271页)

近年来非小细胞肺癌患者人数呈逐年上升发展趋势,近几年肺癌患者的治疗疗效不理想,主要是因为肺癌患者的生物学特性比较复杂且恶性程度高,大部分肺癌患者确诊时已处于晚期阶段。本文研究结果显示,实验组肿瘤患者的无进展生存时间、中位生存时间明显长于对照组, $P<0.05$ 。有学者认为,贝伐珠单抗联合化疗可有效用于体力比较好的肿瘤患者之中或者复发肺癌的患者之中^[20]。我院在治疗肺癌患者时,首选的贝伐珠单抗联合化疗方案为:(1)顺铂;(2)氟脲嘧啶;(3)紫杉醇等。

综上所述,贝伐珠单抗在我院抗肿瘤治疗中的具有较高价值,能够显著延长肿瘤患者的无进展生存时间、中位生存时间。

参考文献:

- [1]张轶雯,方罗,钟里科,等.贝伐珠单抗在我院抗肿瘤治疗中的应用分析[J].中国药房,2018,29(16):2252-2256.
- [2]李强.同步调强放疗联合紫杉醇与贝伐珠单抗注射液治疗老年局部晚期非小细胞肺癌患者的疗效评价[J].当代医学,2022,28(12):20-23.
- [3]艾斌,杨轶璠.贝伐珠单抗在晚期非小细胞肺癌一线治疗中的研究进展[J].中国肺癌杂志,2020,23(7):626-630.
- [4]孙芬芬,王芳,殷国青,等.7例经贝伐珠单抗治疗晚期肺腺癌致恶性心包积液临床有效性、安全性分析[J].中华肺部疾病杂志(电子版),2020,13(4):451-455.
- [5]官健,高新英,周新玲,等.奥沙利铂联合贝伐珠单抗治疗结肠癌的疗效及对患者免疫功能的影响研究[J].中国现代药物应用,2021,15(9):38-40.
- [6]连宏.化疗联合贝伐珠单抗治疗对晚期结肠癌临床疗效及凝血功能的影响[J].中国现代药物应用,2020,14(21):13-15.
- [7]张会珍,吴凤英,李爱武.贝伐珠单抗胸腔内注射治疗肺癌相关恶性胸腔积液回顾性疗效分析[J].肿瘤综合治疗电子杂志,2019,5(2):11-14.
- [8]吴惠珍,邱学佳,段宝京,等.贝伐珠单抗联合厄洛替尼治疗 NSCLC 疗

效及安全性 Meta 分析[J].中华肿瘤防治杂志,2017,24(9):637-643.

- [9]万德森,张苏展,陈玉泽,等.贝伐珠单抗联合以 5-FU 为基础的双药化疗用于结直肠癌肝转移患者新辅助治疗:一项多中心单臂研究[J].实用肿瘤杂志,2018,33(1):41-46.
- [10]张新毅,张美云.贝伐珠单抗联合表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂治疗非小细胞肺癌的研究进展[J].中国当代医药,2020,27(11):27-30.
- [11]李月红,徐蕾,李明,等.恶性胸膜间皮瘤给予贝伐珠单抗靶向治疗的研究进展[J].临床肺科杂志,2019,24(3):556-558.
- [12]王雪玲,梁艳琴,张元,et al. cRGD-DOX 自组装纳米粒与贝伐珠单抗联合治疗乳腺癌[J].中国药理学(英文版),2019,28(9):627-640.
- [13]欧阳运洁,刘利民,戴广海,等.贝伐珠单抗联合化疗治疗晚期十二指肠癌的疗效分析[J].实用肿瘤杂志,2019,34(6):524-528.
- [14]杜林娟,刘霜,李明,等.贝伐珠单抗联合化疗治疗晚期乳腺癌疗效及安全性的 Meta 分析[J].肿瘤,2021,41(3):197-205.
- [15]肖奇,王晓杰,谢明水,等.贝伐珠单抗联合 FOLFOX 方案治疗对晚期结直肠癌 VEGF、MMPs 及 COX-2 表达的影响[J].医学临床研究,2016,33(12):2371-2374.
- [16]张振花.1例伊立替康联合洛铂和贝伐珠单抗化疗致血小板减少症的病例分析[J].山东医学高等专科学校学报,2019,41(3):230-231.
- [17]赵源洁.靶向抗肿瘤单克隆抗体类药物联合常规化疗方案治疗转移性结直肠癌的临床进展[J].中国药房,2018,29(14):2012-2016.
- [18]张娣,董梅.部分靶向药物在头颈部鳞状细胞癌靶向治疗中的应用进展[J].山东医药,2021,61(18):106-111.
- [19]黄晓,符德元.靶向肿瘤内皮细胞糖酵解在抗肿瘤血管生成中的作用的研究进展[J].现代肿瘤医学,2022,30(10):1880-1883.
- [20]钱磊,冯继锋.晚期非小细胞肺癌抗血管生成联合免疫治疗的理论基础及临床应用研究进展[J].山东医药,2020,60(15):95-98.

预见性护理在肝硬化失代偿期的应用进展

方蜜

浙江大学医学院附属第二医院 浙江省杭州市 310000

摘要：肝硬化是临床上一种常见的弥漫性肝脏受损疾病，其产生原因是由与多种肝脏疾病长期发展，导致在肝硬化疾病发展到失代偿期时出现腹水，电解质紊乱，肝性脑病，消化道出血等多种严重的并发症。对于肝硬化患者来说，如不及时采取有效的治疗和护理路径，将会严重影响患者的生活质量，严重者甚至危及到患者的生命健康。预见性护理能够帮助医护人员了解疾病的发病原因，进一步掌握患者的病情，对患者治疗过程中可能存在的不利因素进行预测，并采取有效的针对性护理干预，提高患者的生活质量，减少并发症的出现。本文主要对失代偿期的肝硬化患者采用预见性护理的应用进展进行阐述，旨在为临床工作提供参考意见。

关键词：肝硬化；失代偿期；预见性护理；应用进展

1. 肝硬化失代偿期临床治疗路径

肝脏是人体重要器官之一，如果其出现了重大损伤，将给机体带来严重的损害。肝脏的主要疾病包括慢性肝炎和肝硬化失代偿。慢性肝炎患者常表现为生命体征和肝功能异常，并出现多种并发症。为了反映患者肝功能受损的严重程度，慢性肝炎在临床上分为轻度、中度和重度三类^[1]。轻度慢性肝炎在临床上的表现不明显，仅表现为肝功能检测指标的一项或两项轻微超出标准范围；对于中度慢性肝炎患者其生命体征和临床症状处于轻度和重度之间；对于重度慢性肝炎患者，其表现为明显的持续肝炎症状，如乏力，腹胀，便溏，面容憔悴，黄疸，蜘蛛痣等^[2]。

临床上通过大量的实验，得出了慢性肝炎不同程度的参考指标。对于轻度患者来说，肝功能检测项目，ALT 或 AST 低于标准值的 3 倍，胆红素低于标准值的 2 倍，白蛋白>35，胆碱酯酶>5400；对于中度慢性肝炎的患者，其 ALT 或 AST 大于标准值的 3 倍以上，胆红素大于标准值的 2 到 5 倍，白蛋白处于 32 至 35 之间，同时胆碱酯酶在 4500 和 5400 之间；对于重度的慢性肝炎患者来说，其 ALT 或 AST>标准值的 3 倍，胆红素>标准值的 5 倍，白蛋白<32，胆碱酯酶<4500^[3]。肝硬化失代偿期患者，一般指肝硬化发展到中晚期的患者，其会出现明显的肝功能异常，患者的胆红素>35，ALT 和 AST 显著升高，出现腹水，肝性脑病，食管静脉曲张，破裂出血等严重的肝脏疾病^[4]。

肝硬化是多种形式的肝病发展到晚期引起的肝脏纤维化症状。当肝脏受到损伤时，其会进行自我修复，在肝脏进行自我修复的过程中会形成纤维化组织，这阻碍了肝脏的正常代谢功能，临床上将这种现象称为失代偿性肝硬化^[5]。由于肝硬化导致的肝脏失代偿性通常是不可逆的，因此对于肝硬化患者来说，如果不能及时发现病情，及时进行治疗，将对机体造成严重的损害。如果肝硬化发展到晚期，将会危及到患者的生命。当机体肝脏受损时，通常不会表现出明显的症状，如果机体出现相关症状时，可能说明肝脏受损已不再是初始阶段。主要症状可能包括：出血，食欲不振，体重下降，腹水，黄疸，神志不清，腿部肿胀等。引起肝硬化的原因有很多，包括乙肝，丙肝和丁肝，长期酗酒，肝脏内堆积过多的脂肪，纤维化，服用甲氨蝶呤或异烟肼类药物，受到梅毒，布鲁氏菌病的感染等^[6]。日常生活中引发肝脏受损的风险因素主要包括三点，分别为饮酒过度，患有病毒性肝炎以及超重。其中，过度饮酒是最容易导致肝硬化的原因之一。

肝硬化的并发症有：门静脉高压症，其发生原因是由于肝脏受损导致机体血液向肝脏的流速减慢，从而使血液进入肝脏的压力增加^[7]。出血，出血的原因是由于门静脉高压症会导致血液流向较小的静脉，这些额外的压力会使较小的静脉破裂，从而导致出血，严重者甚至危及到患者的生命。对于肝脏受损严重的患者来说，当患者出现出血症状时，肝脏无法提供足够的凝血因子，患者将持续出血。黄疸，黄疸是由于患者肝脏受损时无法分泌足够的胆红素，从而引起皮肤和眼白变黄，尿液变黑。对于肝脏受损的患者来说，其患有骨骼疾病的风险也会增加，这是由于肝脏受损会使患者的骨强度降低。为了预防肝硬化，应避免吸烟，喝酒，健康饮食，保持健康的体重，降低患病的风险。对于肝硬化失代偿期患者来说，如不为其采取综合有效的护理措施，将会对其生活质量造成严重的影响。

临床上对于肝硬化失代偿期的主要治疗方法，是在肝硬化早期积极给予康复治疗，对于有梅毒，肝炎病史的患者应尽早采用药物治疗，加强机体对病原体的抵抗能力，改善患者的肝功能。对于患有酒精性肝病和药物性肝病病史的患者应避免患者吸烟，饮酒，停用制毒药物。临床上通过肝功能检测，能够帮助医生判断患者的肝脏状况，当机体内转氨酶和胆红素等物质超出标准范围时，表明患者的肝脏受到损伤，这时应该按照肺炎的治疗原则给予治疗。在对患者进行治疗时，应积极避免并发症的出现。肝硬化失代偿期的主要并发症包括：腹水，肝性脑病，感染，食管胃底静

脉曲张等，不同的患者出现并发症程度也有所不同，应根据患者的实际情况进行科学有效的治疗^[1]。临床上将 Child-Turcotte-Pugh 评分为 B 级或 C 级，或按肝硬化五期分类法确定为失代偿肝硬化。Child-Turcotte-Pugh 评分为 7 分或以上；有腹水的体征和影像学结果，腹胀、腹部移动性浊音阳性或腹部超声或 CT 或 MRI 检查证实存在腹腔积液；有食道静脉曲张出血史的患者也可以被定义为肝硬化失代偿^[9]。对于该类疾病的治疗，主要分为以下几个方面：一般治疗，主要包括避免患者摄入过多的盐分，保证患者充足的休息，消除致病原因，戒酒，停止服用具有肝损伤的药物，为机体补充足够的营养物质；放腹积液治疗；药物治疗，主要通过利尿剂，人血白蛋白，降低门脉压力进行治疗。在治疗时，还需要注意避免消化道出现大出血或出现自发性腹膜炎等不良反应。由于该类疾病的病情较为复杂，一般患者需要住院 20 至 30 天。患者住院的前三天主要进行各项功能检查，包括血常规，尿常规，肝功，肾功，凝血能力，甲胎蛋白，胃经，腹部超声，腹腔积液检查，生化检查，腹纤维化扫描等。对于肝硬化失代偿期患者的主要治疗方案包括：腹腔穿刺术，放腹腔积液，保肝利尿剂，预防腹膜炎，预防食道静脉曲张出血，预防肝性脑病等方法。腹部穿刺术主要适用于新发腹腔积液者，其目的是为了明确腹腔积液的性质，主要用于辅助治疗。对于放腹腔积液治疗主要适用于紧张性腹腔积液和利尿后腹部积液，以及严格禁止摄入盐类的患者。保肝利尿剂主要是针对肝硬化的病因进行治疗，临床上主要的保肝利尿剂包括呋塞米联合应用安体舒通。临床上主要通过诺氟沙星预防自发性腹膜炎，普萘洛尔预防食道静脉曲张出血，乳果糖预防肝性脑病。

2. 预见性护理

预见性护理内容主要包括：为患者制定严格的护理计划，在患者住院第一天对患者进行基本信息的问询，完成患者入院病历填写，记录患者病程，确定初步的治疗方案和检查项目，为患者进行肝硬化失代偿的健康知识宣教。嘱咐患者低盐饮食，记录患者 24 小时内的液体流出量，对患者的腹围及体重进行记录，指导患者完成基本的入院检查并完成护理记录，根据医生的指示完成必要的检查。在患者第二天，需要根据检查结果明确下一步的治疗计划，同时对患者病房进行查房，告知患者及其家属患者的基本情况并签署知情同意书。完成腹腔手术并进行记录，观察术后出现相关并发症，如出血，红肿，感染等。密切关注患者的生命体征变化情况，必要时给予患者白蛋白滴注。入院 3 到 7 天需完成患者的基本病历，并且对治疗效果进行评价，记录患者每日的液体排出量，每日为患者测量体重，腹围，为患者服用利尿剂治疗，对患者的心理状况进行评估。在患者出院前应完成患者的出院记录和出院证明，在医生确认后患者方可出院。在患者出院前，应嘱咐患者携带治疗药物，保证低盐饮食，定期监测肾功能和血液中的电解质，并且对患者做好随访工作，同时帮助患者办理出院手续。

环境护理为患者提供良好舒适的就诊环境和病房环境，研究表明，良好的治疗环境能够帮助患者改善心理状况，同时能够提高患者对医护人员的水平认可度，因此护理人员为患者病房布置温馨舒适的环境，保证患者充足的休息，在患者入睡后避免走廊出现噪音和强光影响患者睡眠，同时应定期关注患者病房内的温湿度压差变化情况，定期对患者病房进行消毒清洁，避免患者出现感染。

健康知识宣教：在患者入院后，护理人员应积极主动地向患者进行自我介绍，并了解患者的基本情况，用药史及基本病情。多与患者沟通交流，消除患者的陌生感，对患者进行健康知识宣教，通过简单易懂的方式为患者讲述疾病的基本知识，使其对疾病有基本的了解。对于患者存在问题的部分，护理人员应耐心给予解答。为患者发放肝脏疾病治疗手册，举办相关知识讲座，为患者讲解疾病的治疗方式以及如何用药，治疗周期，擅自

(下转第 293 页)

优质综合护理干预在超声介入手术中的应用进展

关晓丽

烟台山医院 超声科 山东烟台 264000

摘要: 超声介入手术就是以超声显像为基础来对临床的诊断以及治疗进行满足的一种技术。在很多临床疾病当中都有着比较好的效果,但其也有风险性,所以,还需要结合优质综合护理来同时进行干预。本篇文章就来介绍优质综合护理在超声介入手术中的效果,希望能够对超声介入手术的治疗水平进行提升。

关键词: 危重症患者; 优质综合护理; 超声介入; 穿刺; 置管

超声介入是在超声实时的监视和引导下,完成各种插管,穿刺活检,X线造影,注药以及抽吸等措施,能够发挥出和外科手术一样的效果^[1]。随着深入研究超声介入手术,使得该技术有着更加广泛的应用。超声介入有着安全性高,微创,患者疼痛轻,操作简单等优点,术后对患者的身体恢复是非常有利的^[2]。特别是对病情危重,造影剂过敏以及肾功能障碍的患者来讲,超声介入手术已经成为主要的一种治疗手段,而且在临床中应用越来越广泛,但该手术也是有风险存在的^[3]。在超声介入治疗中,会有各种突发事件发生,如果不能及时进行解决,不但会对患者的病情进行加重,还会对患者的生命安全造成严重的影响^[4]。优质护理主要是以患者为中心,对基础护理进行加强,把护理责任制落实到位,深化专业内涵,以此来对护理质量进行全面提高^[5]。本篇文章就来分析优质综合护理在超声介入手术中的效果,现对其进行综述。

1 超声在危重症患者中的应用

1.1 在血管穿刺术中的应用

对重症监护室患者来讲,外周动静脉的建立是非常重要的监测与治疗通道,因重症患者静脉血栓,低血容量以及水肿等原因,导致穿刺比较困难,需要进行多次的穿刺,有着很高的失败风险^[6]。有相关研究表明^[7],对动脉穿刺采取传统动脉触诊法首次穿刺的成功率只有百分之十三到百分之六十八左右,而超声因能够对穿刺进行可视化的引导,从而避免对血管穿破,能够有效地对穿刺置管成功率进行提升。国内有报道显示^[8],对动脉穿刺利用超声进行引导,能够对穿刺困难的患者的成功率提高到百分之七十二到百分之八十一左右。所以,对于血管穿刺利用超声进行引导,能够有效地对一次穿刺成功率进行提升。

1.2 在鼻肠管置入术中的应用

肠内营养途径目前主要有鼻肠管或鼻胃管。临床中应用鼻肠管的较多,因其能够对重症患者的误吸率以及反流率进行降低。为了保证鼻肠管置入的成功率,需要内镜引导以及专业的手法,其有着很大的操作难度。鼻肠管置入在超声引导下,不但能够对导管置入的位置进行动态观察,而且没有辐射暴露,能够对置管的成功率进行提升^[9]。有相关研究表明^[10],在十二指肠球部采取超声进行引导,能够快速定位与识别,可作为优先级进行部位检查。鼻肠管置入准确度通过气体灌注法联合胃肠超声造影术能够提升到百分之九十七左右。有学者通过研究发现^[11],注气法联合超声能够对超声显影率进行提升,对鼻肠管位置快速地进行判断,从而避免并发症发生,对意识障碍的患者置入成功率大幅度提高,临床应用价值较高。因此,在鼻肠管置入手术中,应用超声引导,能够对置管时间进行减少,降低并发症发生率,提高置管的成功率。

1.3 在膀胱检查中的应用

最近几年,对尿液残留量护士开始使用超声进行测量,这对重症患者是否插尿管有着很大的参考依据。有学者通过研究指出^[12],超声检查能够对尿管置入指征进行识别,尿管尽早拔出,能够降低尿路感染的发生率。在重症患者尿管留置通过超声能够快速对其进行原因进行鉴别,其准确度达到了百分之百。膀胱超声检查比较容易,通过简单培训就能快速掌握,进而能够对护士的工作效率进行提升。

2 健康宣教

患者入院之后,护理人员热情接待,对于患者的生命体征以及病情进行全面评估。因超声介入术应用时间比较晚,所以很多患者对此不是很熟悉,尤其是注意事项以及治疗效果不了解,所以很容易有恐惧,焦虑不安等情绪,这会降低患者的依从性。护理人员在手术之前,要和患者以及家属进行沟通交流,详细的为其介绍超声介入术的相关知识。等到患者入院之后,对于患者的基本情况护理人员要详细来衔接,另外对患者的精神状态啊哟密切地进行关注。对患者告知手术的注意事项,治疗方法以及可能发生的不良反应等,由此让患者能够正确认知该病,从而缓解患者的负面情绪,提高依从性^[13]。当前,我国网络发展较快,人们之间的交流也会更加的方便快捷,在对患者进行健康宣教时,不能只进行健康讲座,发宣传单等,还可以通过微信群视频等方式来进行健康宣教,通过微信平台,护理人员为患者推送一些疾病相关的视频与图片,来对健康宣教的形式进行

丰富,让患者对该病更直观的了解。而且这种方法操作非常方便,能持续对患者进行干预,从而让患者的依从性进行提升。手术之后,要让患者多食用一些维生素丰富的食物,对于生冷辛辣的食物要禁止食用,对盐以及脂肪要合理地摄入。每天可做一些运动来锻炼身体,但不可过量,要适量而行,睡眠要充足,养成好的生活习惯,如果有异常的情况发生,要及时地与医生联系。有相关的研究表明^[14],对患者进行健康宣教,手术结束之后,协助患者进行床下活动,坚持进行康复训练,对于患者了解该病以及康复相关知识能够明显地进行提高,所以,对于患者进行健康宣教时非常有意义的。有学者通过研究表明^[15],在手术之后,对患者进行健康宣教,并详细地告知疾病的注意事项,让患者正确地认识到该病,能够有效地提升患者的依从性以及自我管理的能力,这对于患者病情的恢复是非常有利的。

3 认知干预

很多患者因为对疾病认知不足,再加上处在一个陌生的环境中,都会有不同程度的恐惧,焦虑等不良情绪产生,这对于患者的依从性有着很大的影响,所以需对患者的心理进行干预。认知行为干预主要就是改变患者的思维,信念以及行为,及时的纠正患者的错误认知。对于同一个病房患者之间的交流要进行鼓励,护理人员也要多和家属以及患者进行沟通,这样能够对患者的心理情况进行详细的了解,以此来缓解患者负性情绪。让患者以一个积极向上的心态来面对病魔。护理人员和患者主动进行交流,这样能够拉近两者之间的关系,让患者对护理人员产生信任感,这样能够对学生的安全感进行加强。还有就是对于患者主动诉说自身烦恼时,护理人员要耐心地听患者自述,并且根据患者的实际情况来对心理干预方案进行制定。如果患者的文化水平不高,护理人员在介绍疾病的相关知识时,尽可能地用通俗易懂的方式来讲解,这样患者能更好地理解。对患者也要多进行鼓励,这样能够让患者增强自信心,改善焦虑,紧张等情绪,进而提高治疗的依从性。如果患者文化水平比较高,对疾病的发病机制,治疗措施以及预后等内容,护理人员可以深入地进行介绍,这样患者了解得也会更加的全面,这对于患者配合超声介入治疗是非常有利的。对于家属护理人员要让其多关心患者,这样能够让患者感受到家人的关怀。这能够对学生的治疗效果进行提升。此外,可鼓励患者多参加一些社会活动,提升患者的生活质量。有学者通过研究表明^[16],对超声介入治疗的患者进行舒适护理以及心理干预,在干预之前,患者的抑郁评分为(60.43±7.82)分,焦虑评分为(59.24±7.27)分,经过护理干预之后,患者的抑郁评分为(41.15±3.53)分,焦虑评分为(41.94±3.55)分,由此能够看出,患者的抑郁以及焦虑情绪经过护理干预之后改善非常明显。所以该学者认为,通过舒适护理以及心理干预能够对超声介入治疗患者的抑郁和焦虑情绪进行改善,提升患者的治疗效果。

4 突发事件干预措施

超声介入手术中,也会有各自突发事件发生,例如,①突发出血:在手术过程中如果患者突发出血事件,需要立即对患者的生命体征进行监测,了解出血的原因,护理人员协助医师短时间内及时地进行止血。②突发疼痛:一般对超声介入患者采取局部麻醉,患者在手术中如果出现疼痛的情况,需要对疼痛的原因进行了解,如果必要可适量注射2%盐酸利多卡因,以此来对局部麻醉效果进行加强。③突发心悸与血压升高:对患者的血压护理人员要密切地进行关注,找到血压升高的原因,并对此进行干预。如果患者发生突发事件,会对患者心理造成压力,这时护理人员要及时地进行干预,并评估患者的心理状态^[17]。护理人员可轻握患者手部以鼓励话语来对患者进行安慰,让其镇定下来,护理人员还可转移患者注意力,以免患者血压波动较大。在手术过程当中,要嘱咐患者不要移动身体,保持匀速呼吸,以免治疗中造成其他组织损伤^[18]。有学者通过研究表明^[19],在对超声介入的患者采取优质综合护理进行干预,能够提高患者的护理满意度,对于患者的配合度也能够有效地进行提升,并且干预前患者的焦虑评分为(52.64±2.87)分,干预后为(32.18±2.31)分。所以该学者认为对其采取优质综合护理进行干预,能够有效地改善患者的负性情绪,提高患者的治疗效果以及护理满意度。还有学者通过研究发现^[20],对超声

介入手术采取护理进行干预,在干预之前,患者的心理应激反应评分为(57.27±3.04)分,经过干预之后,应激水平为(37.46±1.43)分,所以,该学者认为对患者通过护理进行干预,能够有效地对患者的心理应激水平进行改善。

5 小结

在临床多种疾病治疗中,超声介入手术这种方法应用较为广泛,其在诊断以及治疗方面效果也较为理想。但为了对治疗效果进行提高,减少不良反应,需采取优质综合护理来进行干预,通过突发事件干预,认知干预以及健康宣教,来提高患者对疾病的认知程度,并缓解患者的负性情绪,从而对意外事件发生情况进行降低,以此来加强治疗的效果,提高患者的满意程度。

参考文献:

- [1]李晟泽,何奕莹.介入手术室综合护理干预在经皮穿刺颈内动脉支架置入术患者中的应用及降低术中及术后并发症的发生[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(90):2.
- [2]谢兴,廖昆,黄芳菲,王珊玉.Ⅱ期心脏康复对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术后患者的疗效[J].湘南学院学报(医学版),2021,23(01):41-44.
- [3]张鸿琳,田思源.超声介入、胆道镜取石术联合多学科协作干预模式在急性结石性胆囊炎中的应用效果[J].现代医学与健康研究电子杂志,2021,5(14):124-126.
- [4]郭文飞,胡允兆,卢剑华,张广俊,欧阳海春.早期家庭运动心脏康复对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗术后患者心室功能的影响[J].广东医学,2018,39(13):2010-2014+2018.
- [5]范凯利,杨惠云,武艳妮,宋雅璐,周甜,王蓉.Ⅰ期心脏康复运动对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术后患者的临床效果研究[J].中国实用护理杂志,2021,37(18):1394-1401.
- [6]于柠,薛幸.放松训练联合心理护理对肾囊肿择期超声介入治疗患者不良情绪及配合度的影响[J].护理实践与研究,2021,18(23):3573-3577.
- [7]陈志权,范杜娟,邓永炎,顾玉琴,刘雪梅.持续心房颤动经皮左心耳封堵联合导管射频消融一站式介入治疗患者的围手术期护理[J].血栓与止血学,2020,26(06):1028-1030.
- [8]张晓华.认知干预、舒适护理联合应用于超声介入+清宫术治疗的子宫瘢痕妊娠患者价值观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(27):194-196.

(上接第 291 页)

停药的风险以及注意事项,提高患者对疾病的认知水平。

心理护理:对于肝硬化失代偿期患者,由于受到病情影响,使患者身心承受着严重的痛苦。该类疾病的患者将承受着严重的疼痛,部分患者会产生抑郁,烦躁,抵触等负性情绪,严重者甚至会出现心理疾病,这对患者自身和家庭都带来严重的影响。为了避免这种情况的出现,护理人员应定期对患者进行心理疏导。在患者入院后积极与患者交流沟通,发现患者的异常情绪,在患者入院后的基本信息和检测结果进行分析评估,为患者制定合理的护理计划。给予患者更多的关怀,对于生活无法自理的患者,护理人员应帮助其完成必要的日常活动,护理人员在与患者沟通交流时,应保持语气温和,语速缓慢,确保患者能够理解并听清。对于患者提出的问题,耐心解答。对于身边没有子女陪伴的患者,护理人员应给予其更多的关怀和帮助。

饮食指导:对于肝硬化患者的饮食十分重要,护理人员可将患者的食谱打印出来发放给患者,并列出禁止食用的食物,避免患者摄入过油,过甜,过咸的食物,多吃水果,蔬菜补充维生素,多吃鱼,牛肉等富含蛋白质的食品,增强机体营养水平。为肝硬化失代偿期患者发放饮食手册,在患者病床旁放置提示牌,提示患者饮食中的禁忌,对患者进行健康知识宣教,鼓励患者食用高热量,高蛋白,易消化的食物。为患者制定合理的饮食方案,鼓励患者少食多餐,限制患者饮水量和盐量,嘱咐患者忌烟忌酒,对于消化道出血的患者来说应指导其细嚼慢咽,控制每次的进食量,避免食用粗糙食物,油炸食物,辣椒等,对于少量出血的患者,可以食用少量的流质食品。

术后锻炼:在患者术后应对患者的病情进行密切的观察,应加强巡检次数,关注患者的皮肤,血压,脉搏,末梢循环变化情况。当患者出现疼痛,肿胀,出血等并发症时,护理人员应及时向医生反映情况,并协助医生进行治疗。为患者进行术后锻炼指导,对于行动不便的患者,护理人员应为患者进行按摩热敷,使患者保持舒适的体位休息,将患者抬高于心脏平面30cm左右,并每隔2小时为患者进行一次翻身,防止压疮。鼓励患者多下床活动,减少肿胀和疼痛,完成运动肌肉收缩运动,3次/d,15分钟/次运动,3d/周,并在患者运动后为患者进行肌肉按摩。

3. 小结

肝硬化疾病的初期基本不会表现出明显的症状,这也导致了大部分患

194+196.

[9]高婷婷.保护动机理论的综合护理干预在甲状腺结节患者行超声引导下微波消融术围手术期中的应用[J].医学理论与实践,2018,31(08):1220-1221.

[10]吕晓菲.综合护理干预在60例产后大出血患者经皮双侧子宫动脉栓塞治疗围手术期中的应用[J].中国药物与临床,2019,19(10):1735-1737.

[11]黄秀丽,梁彩萍,梁宇玲,林冰,甄锦壮.综合护理干预在腹部超声引导下冻融胚胎移植手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2018,24(14):15-17.

[12]侯丽丽,李珊珊,冯雪,强亚萍,邹莺.术后功能锻炼护理在经桡动脉冠脉介入治疗术后患者桡动脉保护中的应用[J].国际护理学杂志,2018,37(05):621-623.

[13]高玉峰,李艳洁.在慢性前列腺炎患者中应用综合护理干预措施对生存质量的影响分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(71):224-225.

[14]王婷婷,冯文娟.基于思维导图的无缝隙干预模式在泌尿外科手术室护理中的应用效果及对护理满意度的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(11):177-180+184.

[15]叶春丽,祝妍华,刁华云,张慧嵩,雷海梅.护理专案在降低神经外科手术患者术中医疗器材相关压力性损伤发生率中的应用[J].天津护理,2019,27(03):346-348.

[16]姬俊玲,齐艳丽.加速康复外科护理干预在门脉高压患者脾切除术后预防深静脉血栓形成护理中的应用效果[J].血栓与止血学,2022,28(3):2.

[17]韦叶丽,王培丽,张玉冰.基于专科护士实践模式的全程护理干预在胫腓骨骨折患者中的应用效果研究[J].新疆中医药,2022,40(01):61-64.

[18]彭会珍,赵文利,张红梅,李海云,蒯洁,马玉峰.护理专案在降低全麻介入手术患者术中获得感性压力性损伤发生率中的应用[J].天津护理,2022,30(01):101-104.

[19]顾洁,孙守正.加速康复外科护理应用于结肠癌围手术期对护理质量及患者自理能力的干预作用[J].山西医药杂志,2022,51(07):832-834.

[20]金蕾,张敏杰.局部理疗结合虚拟情景反馈训练在Ⅱ区屈指肌腱损伤术后康复训练中的应用效果[J].护理实践与研究,2022,19(10):1502-1506.

者容易忽视该类疾病的发生,无法及时就诊,当患者出现并发症时说明病情已经发展至中后期。肝硬化疾病给患者的身体和精神带来了严重的损伤,部分患者会出现抵触,抑郁,恐惧,紧张等负性情绪,从而加重患者的病情,由于流向肝脏的血流量减少导致肝脏压力增加,容易引发肝细胞缺血缺氧和代谢紊乱。研究表明,肝硬化与饮食有着很大的关系,通过合理饮食可以大幅降低并发症的出现,改善肝脏功能,促进患者康复,通过健康知识宣教,饮食指导,功能锻炼指导,心理疏导,环境护理等方面干预能够显著降低并发症的出现,提高患者的生活质量,还能促进医患关系和谐发展,值得推广。

参考文献:

- [1]王建,侯颖.肝硬化合并上消化道出血患者中应用预见性护理模式的效果观察[J].中国医药指南,2022,20(15):114-116.
- [2]王晶晶,李娜,孙兰,晏卫丽,庞义红.针对性护理联合预见性护理对肝硬化合并消化道出血患者的应用效果[J].河南医学研究,2020,29(34):6494-6496.
- [3]陈玲萍.对肝硬化合并上消化道出血患者进行预见性护理的效果研究[J].当代医药论丛,2018,16(21):277-278.
- [4]Luo J, Wen G. Effect of Predictive Nursing Intervention on Prevention of Nocturnal Hypoglycemia in Patient with Liver Cirrhosis[J]. American Journal of Nursing Science, 2021(2).
- [5]奚卫珍,何娜娜,张先翠,袁鹤鸣.预见性护理在内镜下套扎术治疗肝硬化食管胃底静脉曲张中的应用[J].皖南医学院学报,2020,39(02):190-192+196.
- [6]朱利婷.预见性及针对性护理在肝硬化并发上消化道出血患者中的应用效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(52):135.
- [7]Han Q. Inducement Analysis and Predictive Nursing Effect of Liver Cirrhosis Complicated with Upper Gastrointestinal Hemorrhage[J]. Smart Healthcare, 2019.
- [8]徐晓萌,罗玥姮.预见性护理在肝硬化合并上消化道出血护理中的应用价值[J].中外女性健康研究,2019(06):127+158.
- [9]苏丽亚,唐中权.预见性护理在肝硬化失代偿期的应用进展[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(51):195-196.

循环中狼疮抗凝物检测进展

刘红飞

沧州中西医结合医院 河北沧州 061000

摘要: 由于狼疮抗凝物会引发血栓栓塞等并发症,所以在具体的临床治疗中,要注意对血液循环中狼疮抗凝物的准确检测,通过对此物质检测内容的深入与分析总结,了解具体检测方法与注意事项,进而不断提高检测结果的准确性。

关键词: 狼疮抗凝物;检测方法;影响因素

医学研究证实,血液循环中的狼疮抗凝物是临床诊断抗磷脂抗体综合征的关键指标,若其超过所规定的标准,会引起血栓性疾病。基于此,本文对循环中狼疮抗凝物的概、性质与检测适应症等内容进行了分析,通过对合理检测方法的应用与选择,实现了对循环中狼疮抗凝物的准确检测。

一、狼疮抗凝物的概念

狼疮抗凝物,英文简称“LA”,其属于一种针对不同负电荷磷脂-蛋白质复合物的抗体,可以通过其识别抗原性(靶蛋白)的不同,然后与磷脂-蛋白质复合物进行结合,干扰依赖磷脂的凝血,或者是抗凝因子,进而发挥作用。

LA 最早是在系统性红斑狼疮(SLE)患者中所检测出来的,在体外的试验中一般表现为抗磷脂的作用,进而延长凝血时间。在后来发展中,发现 LA 在体内一般表达为促凝活性,通过适当调高组织因子的表达,激活血小板与补体,对蛋白 C 途径进行抑制。

二、分析狼疮抗凝物的种类

LA 属于一种病理性的循环抗凝物质,是 IgG、IgM 或是两者的混合型,LA 能够识别磷脂的结合凝血酶原,对活化凝血因子V,或者是凝血酶原进行阻断,对纤维蛋白形成进行抑制,在体外通过干扰 APTT 和 dRVVT 凝血的试验,会延长凝血的时间。血液循环中的 LA,会激活血小板,或通过 β 2-GPI 的结合,进而诱导黏附分子,以及组织因子的表达,进而产生血栓前状态,形成血栓^[1]。

同时,LA 可以与血管内皮的细胞膜磷脂进行作用,在此基础上对上皮细胞释放纤溶酶进行抑制,进而抑制纤溶。LA 和血小板的膜磷脂作用,能够干扰花生四烯酸代谢,加快血小板活化。此外,LA 能够抑制与磷脂抗凝物质,增加血液的凝固性,让其减少,或丧失对 FVIIIa 的水解作用。

三、相关检测内容

若血液循环中的狼疮抗凝物过多,可能会增加动静脉血栓的发生率,并且所形成的血栓,会在体内的任何部位阻塞血液的流动,引发中风和心脏病,导致肺动脉栓塞,增加深静脉血栓的发生率,经常发生在腿部^[2]。尤其是在患者怀孕期间,若后期流产,则认为与胎盘血管堵塞存在直接关系。由于狼疮抗凝物属于一种获得性的物质,会一些自身免疫性疾病的检查中发现。当前,认为大约有 1—2%的正常人群中,存在此抗体,但是其形成的诱因还不明确。

值得注意的是,狼疮抗凝物(LA)并不属于狼疮疾病的诊断实验,其 SLE 相关,一般会引引起部分凝血活酶时间的增长。此属于一种血液凝固的实验,若时间延长时,主要提示与血液不凝和出血等因素有关,并不是血栓。同时,狼疮抗凝物能够与 APTT 试剂中的磷脂有效结合,这会延长 APTT 以及其它的相关检测结果,并且磷脂在体内血液凝固中也发挥着一定的作用。

最早发现在血小板表面,并且可以协助一些凝血因子的活化。凝血因子主要是在血管与组织损伤后被激活的蛋白质。同时,每一种磷脂抗体一般都会干扰血凝过程,但作用方式目前还不是十分清楚。一个,或多个磷脂抗体,几乎都会增加血栓形成的危险。通过情况下,在临床上可以直接对抗体进行检测,但只进行一个试验并不能够直接检测出狼疮抗凝物。通常需要进行一组系列的试验,对此物质进行检测,原理几乎相同:狼疮抗凝物属于一种非特异性的抑制物,并针对某个特定凝血因子,主要是根据试验中的磷脂,对检测反应所导致的检测结果延长进行有效抑制。

四、检测适应症

最近几年,通过最近几年相关专家们的深入研究,当前已有 ISTH2009 版的 LA 指南,并且其推荐若疑似诊断出抗磷脂综合征(APS),并且不明原因的 APTT 延长,要对 LA 进行检测。如果狼疮抗凝物的检测结构为阳性,要在患者 12 周后进行重复检测,更加准确地判断狼疮抗凝物是暂时,还是持续性存在的。临床检测适应症为:

- 1.对磷脂综合征、系统性红斑狼疮,或者是自身免疫性疾病的检测,主要包括干燥综合征和白塞病等。
- 2.检测血栓性疾病,如冠心病等年龄在 50 岁以下的静脉,或者是动脉血栓患者,并且堵塞的部位经常发生在脑部或者脏器间质。
- 3、恶性肿瘤患者治疗中的检测,如白血病等;存在或者是没有自身

免疫性对疾病的,如血小板减少。

4、在产科易栓症中的应用,对不明原因习惯性流产和胎儿发育迟滞的准确检测。

五、循环中狼疮抗凝物检测方法

通过对狼疮抗凝物的分析,发现其是一组抗磷脂抗体,检测一般包含筛选、确证与混合试验等。其中筛选与确证试验的试剂,区别为磷脂含量的不同,要分别检测含少量与足量磷脂的实际凝血时间,最后用两者的比值 NR,对标准化的 dRVVT 比率进行多表示,部分学者认为实验室,要以当地人群为基础,建立合理的实验室 cut-off 值。

早在 2009 年,国际血栓与止血学会(ISTH),就已经推荐对怀疑抗磷脂抗体综合征,或者是常规实验室检查中,发现了不可以解释的 APTT 延长患者,进行 LA 检查,建议选择 dRVVT 作为主要方法。低浓度磷脂是此实验中的激活剂,也是 APTT 检测的次选方法。一些患者仅存在 APTT 延长情况,没有其他的临床症状,这个时候依赖实验室检查与鉴别,确保 LA 检测的准确性。虽然在一些自身免疫性疾病的诊疗中,LA 的阳性率较高,比例 SLE 中的 LA 阳性率一般可以达到 30%~40%,但是并非确诊指标^[3]。

基于相关文献的报道,检测 LA 对免疫性血小板减少性紫癜(ITP)等多种疾病血栓发生风险进行评估,作用效果较好。需要注意的是,LA 会干扰 APTT 及凝血因子检测结果,若 APTT 延长,内源凝血因子的活性减低,要综合先考虑排查 LA 与肝素等抗凝物,提高临床检测的准确性。具体检测方法为:

(1)稀释蛇毒试验(dRVVT):若在人体血液循环中存在 LA,筛选凝血的时间会延长,确证凝血的时间也正常,比值会升高,最后以归一化的 dRVVT 比率进行表示。

(2)此外,混合试验主要是将患者的血浆,与正常人的血浆混合,按照 1:1 比例混合后,检测凝血时间,排除凝血因子缺乏等因素对检测结果的影响。如果凝血的时间正在缩短,说明可能缺乏某个或者是多个凝血因素,若不能纠正,表示患者的血浆中存在抑制。这种实验虽然简单,但是正常血浆一般需要 30 人以上的健康人血浆混合,储存在-70°,并且冻干商品正常血浆要需要满足相关药物,一定要实验结果进行全面解释,避免对检验结果的准确性带来影响。

(3)分析筛选试验,其原理为:在脑磷脂与激活剂一起存在的基础上,对血浆凝固时间(APTT)进行准确检测。如果被检的血浆中,存在狼疮抗凝物质,APTT 时间会延长,其参考值为(37.5±4.5s),临床作用价值更高。

一般情况下,LA 实际检测的敏感性取决于磷脂对其的敏感程度,其指南推荐 LA 的检测,需要至少选择两种方法,不断提高敏感度。实践证实,稀释蛇毒试验(dRVVT)与 APTT 检测试验,是临床上常见方式,在这两种检测方法中,若其中一种方法的检验结果为阳性,缺乏凝血因子,可能会延长 APTT 的检测时间。然而,通过 NR 值对检测结果进行判断,能够在一定程度上避免因子缺乏对实验结果所造成的影响。若仅使用一种方法开展试验,会发生漏检情况,只能对部分 LA 进行检测,因此,在条件允许情况下,可以同时应用上述两种方法进行检验^[4]。

在此检测过程中,所应用的试剂,一般使用含有磷脂的血液凝固时间,若在样品中存在 LA,需要与试剂中的磷脂有效结合,这个时候体外的凝血反应,所需要的磷脂不足,血液凝固时间也会延长。需要结合该血液凝固时间的延长情况,对 LA 阳性进行准确判断。在 STH 指南中,相关试验顺序为:筛选、混合与确证,但在 CLSI 指南中的试验顺序一般为筛选、确证和混合,大部分技术人员在检测中建议应用后者,若筛选、确证存在异常时,才可以进行混合试验,主要是为了减少混合试验的工作量,从而进一步提高 LA 的检出率,确保临床检测的准确性。

六、影响狼疮抗凝物检测的因素

在具体的检测中,血浆中血小板的数量是影响检测结果的主要因素之一。特别是当血浆冻存后,再复溶的时候,血浆中的磷脂就会显著提高,导致 APTT 时间出现假性延长。其次,药物应用对检测结果的影响,大剂

(下转第 296 页)

音乐疗法在 HIV 患者心理护理中的研究进展

饶晓 孙美 (通讯作者)

陕西省中医医院 陕西西安 710000

摘要: HIV 患者心理治疗的护理在目前 HIV 患者的治疗中起着举足轻重的作用。本文是通过研究音乐疗法治疗 HIV 患者的作用机制、操作方法、有效性、存在的问题及改进措施,近而综述音乐疗法在 HIV 患者心理护理中的应用,作用在于提高患者治疗的依从性,促进病情好转,为社会护理人员进一步实施音乐疗法在 HIV 患者心理护理中的实践提供借鉴。

关键词: 音乐疗法;艾滋病;心理护理

艾滋病又称获得性免疫缺陷综合征(acquired immune deficiency syndrome, AIDS)是人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV, 又称艾滋病)破坏人体内免疫系统所引起的一种慢性传染性疾病,病人和无症状病毒携带者是本病的传染源。据相关研究认为 HIV 感染者心理问题不仅是多种心理因素而导致的心理功能失调现象^[1],而且是多种心理因素和心理问题同时诱发的心理障碍性疾病^[2]。随着近几年我国社会经济文化的发展,医学水平的不断进步, HIV 的发病率在我国部分地区呈逐年上升的趋势^[3],而治愈率并不高^[4]。感染 HIV 病毒或随着艾滋病病情的严重变化,会使 HIV 患者在心理上出现不同程度的抑郁心理障碍、睡眠心理障碍、恐惧心理障碍等心理问题^[5]。这些问题已成为我国部分地区威胁公众健康^[6]、影响人民生活质量^[7]、阻碍社会稳定的重大心理疾病^[8]。故治疗 HIV 患者的心理问题,是提高其生存期与生活质量的重要组成部分^[9],其心理问题的解决可对患者的主要治疗方式[如高效抗逆转录病毒疗法(HAART)]起着助推作用^[10]。据国内外研究一致认为,音乐疗法是护理 HIV 患者心理问题的首选措施,它具有安全、舒适、有效、方便、经济等特点^[11]。尤其是 21 世纪以来,人们对绿色传统疗法的青睐,音乐疗法目前是治疗 HIV 患者心理问题最为广泛的一项护理措施,并在心理护理中的应用方面有了一定的研究成果^[12]。

1. 作用机制。音乐疗法是一门集心理学、医学、音乐学为一体的交叉学科,始于 20 世纪上叶,因其具有的独特效而被广泛应用于医疗领域。国内外学者对音乐疗法的作用机制有较多的临床研究报道^[13],这些报道将是音乐疗法治疗 HIV 患者相关心理问题护理研究尤可拓展的方向。具体如下:

1.1 音乐疗法刺激神经系统。音乐的声波通过听觉器官作用于听觉中枢,听觉中枢产生的神经冲动传到大脑皮层听觉中枢,抑制脊髓的信息传达,刺激脑垂体分泌脑啡肽,减轻肌体不适感,提高人的意志水平进而对中枢神经系统进行调节^[14]。

1.2 音乐疗法本身的物理性。音乐是经过声波传播的一种有曲调、有节奏、有和声、有力度、有速度的物理能量,人体这种适度(60 分贝)的物理能量有助于引起细胞和谐共振^[15],如使血压降低、呼吸变慢、心跳减慢等明显地促进人体的内环境稳定,减少紧张焦虑,促进形体放松。

1.3 音乐疗法的瞬时触发性。音乐疗法的瞬时变化造成了独具特色的听觉表象,易于产生联想与联想,触发想象为灵感的产生创造了许多机会^[16]。

2. 操作方法。近年来,各医学院校研究团队^[17],进行了一系列音乐疗法治疗 HIV 患者心理问题的随机对照研究,其主要研究操作的关键点包括:

2.1 HIV 患者在常规治疗护理的基础上实施音乐疗法,护理人员需要评估与之相关的影响因素,如日常喜好、受教育程度、性别、年龄等因素^[18],耐心聆听诉说、及时摒除杂念、维持平和心态后,创造温馨的环境为患者选择舒缓、优美、轻松的音乐以缓解患者低落、焦虑、恐惧的情绪,促使患者保持心情舒畅,提高治疗的依从性^[19]。

2.2 在音乐播放前,护理人员引导患者在导语的伴随下,依次进行:

2.2.1 腹式呼吸训练:指导患者经鼻吸气的同时鼓起腹部,达到最大吸气位后屏气 3s,然后经口将气慢慢呼出,再进入下一个循环^[20]。

2.2.2 肌肉渐进放松训练:患者一般取平卧位,在导语的伴随下依次进行头部、肩部肌肉放松,再进行胸部、腹部肌肉放松,最后进行大腿、小腿及足部肌肉训练。按照上述的顺序在导语的引导下重复 3 次,以使各部位肌肉均充分体会紧张-放松感,并逐步掌握放松的技巧^[21],开始播放合适的音乐。

2.2.3 指导性音乐想象训练:在音乐背景下,患者根据护理人员的大自然旅行等,起到舒缓情绪、减轻压力及改善心态等作用^[22]。以耳机的形式为患者提供音乐,控制音量 <60dB,以患者能够听清且不觉刺耳为度。

2.3 惠高萌等 1266 例 HIV / AIDS 患者中医证候及证型分布规律分析研究显示虚证人数为多^[23],据严辉等中医体质与睡眠质量的相关分析,一般在每日上午八时,下午 16 时,晚上 20 时采取合理的干预措施(音乐疗法、穴位按摩、温水足浴)是提高睡眠质量的有效方法^[24],对入睡困难的患者可顺应生物钟,如在上午九时,晚上 21 时播放催眠音乐帮助患者快

速睡眠,并改善患者的睡眠质量。

2.4 音乐疗法的操作者直接通过护理操作评价表,评价治疗的有效性,会被主观意识所影响,有文献资料报道护士与家属间建立良好的沟通关系,指导家属定时与患者进行有效的沟通,通过家属对音乐疗法有效性的反馈,护士针对患者情况及时调整音乐的性质维护和谐护患关系^[25]。

3. 有效性。有研究追踪报道,良好的社会支持系统对音乐疗法治疗 HIV 患者心理问题的护理效果能起到良好的促进作用^[26]。

3.1 家庭成员是主要的社会支持来源之一,家庭支持除提供经济和物质等有

形的支持外,还需与患者保持密切交流、鼓励患者诉说内心的想法、及时解除其顾虑、鼓励患者接纳音乐疗法,从而提高患者治疗的依从性,还使患者相信其是被关心、爱护和有价值的^[27]。

3.2 莫雪华等研究又采取循证护理模式对艾滋病患者进行护理,并通过护士对疾病的认知程度、患者对治疗的依从性、家属对疗法的支持度、患者的自我情绪控制能力四个维度来考察音乐疗法护理效果的有效性, HIV 科护士长以这四维度为研究对象定期对音乐疗法的有效性进行监督,并对存在的问题提出整改意见,促进 HIV 患者护理质量持续提升^[28],基于证据的工作方式充分体现了护士的职业价值,更能调动其工作积极性^[29]。

3.3 我国心理学研究者经大量的临床循证研究得出,音乐疗法可唤起患者的美好体验或愉快联想,能够吸引其注意力,暂时性忘却不适症状或负性心理^[30],同时还可改善或消除外界因素引起的焦虑、抑郁状态,起到增强患者心理应激能力的效果^[31]。

4. 存在的问题。由于客观因素等原因,音乐疗法在临床护理的实践应用和研究质量方面还有待推广和提升,主要存在以下三个问题:

4.1 音乐疗法治疗 HIV 患者心理问题的研究多为循证实践,少数患者及家属对于音乐创新疗法不能接受,存在抵触心理,影响长期随访的研究^[32]。

4.2 据研究统计大多数实施音乐疗法的护理人员未经过专业培训,只是模拟学习而实际音乐能力缺乏^[33]。

4.3 对因不良行为造成感染的 HIV 患者,他们对自己的行为感到自责,不愿意接受除药物以外的额外治疗,影响音乐疗法的推广和持续质量改进。

5. 改进措施。目前该疾病无法治愈,当前用高效抗反转录病毒治疗(HAART)能明显降低其死亡率,但是 HAART 需要终生服药,药物不良反应多,病人易产生许多负性情绪。

5.1 有研究采用同辈支持证据对青少年孤儿的艾滋病相关知识信念及预防态度的干预结果显示,该项目显著提高了青少年孤儿的艾滋病知识水平,增加了预期的艾滋病相关信念,增强了预防艾滋病的态度。

5.2 据此 HIV 医护在患者就诊时多了解患者的家庭和社会关系,动员亲友关心患者,给予支持,提高患者的生活质量,同时也加强对艾滋病防护的宣传,如在社区、学校等地方开展关于艾滋病的相关讲座。

5.3 为促进音乐疗法在 HIV 患者心理护理学的和谐发展,医院在组织医护人员学习现代音乐知识的基础上学习中医“五行音乐疗法”,不仅有利于中华民族文化的传承,而且有利于发挥音乐疗法在治疗 HIV 患者心理问题护理中的优势。

综上所述,音乐疗法在 HIV 患者心理护理中的作用已引起足够重视,其不仅有利于提高患者治疗的依从性,更有利于病情好转,降低社会危害性,且能够丰富艾滋病音乐疗法中西医护理理论基础,为音乐疗法在艾滋病心理护理治疗中的实践方法开辟新途径。

参考文献:

- [1]杜璇,周凯,顾颖,等.艾滋病扩大治疗策略下未治疗者的心理健康研究[J].中华疾病控制杂志,2017,21(12): 1214-1218.
- [2]赵亚芳,绳宇.情绪状态对男男性行为 HIV 新诊断感染者睡眠紊乱及治疗行为影响[J].中华疾病控制杂志,2019(4): 480-485.
- [3]金银花,李雪静.2005-2016 年长春市青年学生艾滋病患者流行病学特征分析[J].国际病毒学杂志,2017,24(6): 424-427.
- [4]中国疾病预防控制中心、性病艾滋病预防控制中心、性病控制中

心.2018年第3季度全国艾滋病性病疫情[J].中国艾滋病性病,2018,24(11):1075-1075

[5]邱圣徐,徐立然,李亮平,等.HIV感染者伴发相关精神及心理问题的中医证型分类[J].中华中医药杂志,2018,33(3):866-870.

[6]赵彩佐,徐洪吕,胡安艳,等.自愿咨询检测新发现 HIV/AIDS 病例心理健康状况分析及护理对策[J].中西医结合护理(中英文),2017,3(12):39-43.

[7]许家珍,李雪玲.心理因素对 HIV 感染患者生存质量的影响[J].中国健康心理学杂志,2019(4):533-537.

[8]谢红燕,陈鸿杰,李冰,等.正念减压训练对 HIV 感染者/AIDS 患者焦虑、抑郁情绪及免疫功能的影响[J].中国护理管理,2019,19(7):1058-1063.

[9]彭韵,陆艾丽.HIV 感染者/AIDS 患者正念水平现状及影响因素分析[J].中国护理管理,2019,19(10):1486-1490.

[10]李雁凌,宋晓璟,赵霞,等.艾滋病患者抗逆转录病毒治疗中焦虑抑郁状态的研究[J].护理管理杂志,2016,0(4):241-243

[11]陈春春.音乐疗法在临床护理中的应用价值[J].中医药管理杂志,2016,24(23):105-106.

[12]王燕,中医五行音乐疗法对艾滋病合并肺炎患者睡眠质量的影响[J].医学新知杂志,2019,5(567-568).

[13]Atiwannapat, P., Thaipisuttikul, P., Poopityastaporn, P. et al. (2016). Active versus Receptive Group Music Therapy for Major Depressive Disorder — A Pilot Study. Complementary Therapies in Medicine, 26, 141-145. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.03.015>

[14]徐展,汪小容.浅谈音乐治疗——作用原理及临床应用[J].心理学进展,2020,10(860-867).

[15]吕阳婷,付高爽,周波等.节律感应和共振:音乐疗法的机制[J].医学与哲学,2019,40(15):54-57.

[16]徐萍,赵丽晶,王媛,等.音乐治疗在抑郁症患者康复中的应用进展[J].中国临床保健杂志,2020,39(16-320)

[17]陈丽君,文琪.音乐欣赏教学中的美感体验与功能实证[J].华东师范大学学报:教育科学版,2017,5(117-127)...

[18]周弘.细节化护理在艾滋病患者治疗中的应用效果[J].当代医药

论,2017,15(4):143-144.

[19]李玉华,孙盈红,张宏伟.心理护理干预对艾滋病患者负性情绪和服药依从性的影响[J].海南医学,2016,0(7):1195-1196.

[20]汪小冬,蔡俊萍,张雅丽.对老年失眠患者实施引导入阴推拿配合气息导引干预的方法与效果[J].护理管理杂志,2012,10:708-709.

[21]纪春磊,王丽萍,徐伟,等.我国正念治疗研究进展及评价[J].国际精神病学杂志,2018,45(4):584-586.

[22]谢春梨,石柳春,梁桂月,等.音乐疗法减轻艾滋病抗逆转录病毒治疗患者焦虑、抑郁的应用研究[J].护士进修杂志,2012,27(19):1768-1769.

[23]惠高萌,郑志攀,孟鹏飞,等.1266 例 HIV/AIDS 患者中医证候及证型分布规律分析[J].中医临床研究,2013,5(20):1-4.

[24]严辉,朱燕波,李桐,等.中医体质与睡眠质量的相关分析[J].天津中医药,2017,34(11):726-729.

[25]孙盈红,宋爱心,侯剑华,等.艾滋病患者抗病毒治疗中抑郁和焦虑情况及其影响因素的调查分析[J].北京医学,2019,41(6):525-527.

[26]赵晓雪.艾滋病患者实施心理护理干预的效果分析[J].中国实用医药,2018,13(36):193-194.

[27]谢洪燕,陆艾丽.HIV 感染者/AIDS 患者正念水平现状及影响因素分析[J].中国护理管理,2019,10(1486-1490).

[28]莫雪华.循证护理模式对艾滋病患者自我管理疾病能力的影响探讨[J].中国临床护理,2019,9(2):203.

[29]0. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach[EB/OL]. [2017-01-15].

[30]张廷建,叶培结.音乐治疗技术在高校心理健康教育中的应用价值及实现路径[J].赤峰学院学报:自然科学版,2018,34(5):62-63.

[31]李鹏超.香港艾滋病患者机构救助模式及启示——基于香港 X 机构的实地研究[J].社会工作与管理,2015,15(1):33-39.

[32]王丽艳,秦倩倩,丁正伟,等.中国艾滋病全国疫情数据分析[J].中国艾滋病性病,2017,23(4):330-333.

[33]罗业涛,敬丹,叶孟良.基于 IMB 模型的流动 MSM 艾滋病预防行为研究[J].中国预防医学杂志,2018,19(11):816-821.

通讯作者:孙美 陕西省中医医院。

(上接第 294 页)

量普通肝素会导致筛选、确证的时间不断延长,这种情况容易发现,可以通过凝血酶时间(TT),实现测定与排查。一般情况下,低分子的肝素的剂量水平,会延长 DRVVT 的筛选时间,但确证时间正常。

部分新型的抗凝药,如利伐沙班等药物也会对 LA 带来影响,所以相关的临床医生需要避免在抗凝过程中送检 LA,然而检验医师在对阳性结果进行分析时,要查看患者的实际用药情况^[5]。同时,在 LA 筛选中,要注意标准化比值,将其融入到报告中,为了加强临床医生对此部分的理解,需要在报告单上,解释说明具体的检测结果,提示 LA 阳性,或是阴性。

在 LA 检测中,一般会涉及对正常人的筛选,并且不同厂商的试剂要求存在差异性。如果 LA 筛选与确证试剂,只在磷脂浓度上存在区别,对不含 LA 的标本结果,处于完全一致的状态,可以直接将筛选和确证时间进行对比,在此基础上获得标准化的比值^[7]。一些商品化试剂在确证时间上存在差异性,不可以直接与正常人的均值进行比较。所以说是与正常值比较,要根据厂商建议,或者是建立方法时的具体验证情况进行判断。若与 PT 试剂相似,在更换试剂批号的时候,要进行再次验证,避免客观因素对 LA 筛选检查结果的影响。

七、LA 检测的相关注意事项

目前,部分人对 LA 检测的了解,还存在一些误区,主要包括对检测结果的准确判读,如何正确认识抗凝药物,减少对 LA 检测的影响^[7]。实现对 LA 的准确检测非常重要,主要是因为存在 LA 阳性的患者,一般要进行长期抗凝治疗,更加准确地识别短暂 LA 阳性(<12 周),可以不断降低误诊的发生率,实现对抗磷脂综合征(APS)的准确判断。

一般需要对有血栓形成、自身免疫性疾病等患者进行 LA 检测。在此过程中,要注意对稀释蝰蛇毒时间(dRVVT)的严格控制,其已成为 LA 检测中的常用方式,检测的结果一般为 LA 比值,实现对此比值的正确计算^[8]。如果 LA 比值大于 1.2,一般为阳性,阳性患者需要在首次检测后,需要间隔 12 周以上,还要再次进行 LA 检测。

此外,抗凝药物的应用会延长 LA 检测中的实际凝血试验时间,所有抗凝药物,如普通肝素和低分子肝素等,都会导致 LA 的检测流程复杂化,造成检测结果出现假阳性,或是假阴性。部分学者认为,要结合国际的标准化比值(INR),在所规定的治疗范围内,采取 2 到 3 样本,一定要谨慎解读 LA 的检测结果。正常情况下,不建议采用 INR>3 的样本,对 LA 进行检测^[9]。在已知应用的 LMWH,或 UFH 患者中,需要先检测抗 Xa 的因子活性,若其在治疗区间(也就是 0.3~0.7 U/ml)内,并且检测试剂中存在肝素中和剂,就可以对 LA 进行检测。

在 2020 年的 ISTH 指南中,一般不建议对已经服用 DOAC 的患者,

进行 LA 检测。相关研究表明,应用利伐沙班抗凝者,需要在最后 1 次服药后,也就是 18 到 24 h 后,对 LA 进行检测,主要是对假阳性的发生进行预防。最后,还要注意的,若 LA 检测为阳性, NR 的结果比较高,这并不代表血栓的风险越高。部分病毒感染,或者是某些药物的使用,也就造成 LA 出现阳性,并且 12 周以上的持续阳性 LA,与血栓发生风险的相关性较高^[10]。现如今,还没有可以充分数据,证实 LA 的标准化比值越高,其血栓风险的发生率越高。然而,如果 LA 与其他的抗磷脂抗体,如抗心磷脂抗体等,同时为阳性,则说明血栓风险要高于单项检测的阳性。

结束语

总而言之,狼疮抗凝物检测的结果直接影响着疾病的治疗效果与预后,若其为可持续性阳性,提示血栓已经复发,需要应用抗凝剂进行治疗。然而,长时间服用此药物,会引发出血等不良反应,所以说要全面分析狼疮抗凝物检测的方法,了解相关的注意事项与检测适应症,从而为后续的临床治疗提供参考。

参考文献:

[1]颜楠,韩峰,刁艳君,陈启颖,刘家云.采用稀释法评价狼疮抗凝物对凝血因子活性检测的干扰[J].检验医学与临床,2021,18(24):3588-3590+3594.

[2]张家红,王金行,夏楠,李花.活化部分凝血活酶时间检测狼疮抗凝物的灵敏度及其相关性[J].中国医科大学学报,2021,50(6):502-506.

[3]张家红,夏楠,王金行,宋鉴清.3 种狼疮抗凝物检测方法的临床应用价值评价[J].中国医科大学学报,2021,50(2):97-101.

[4]王杰,张雪芹,王甜甜,程彦,张心声,房云海.狼疮抗凝物-低凝血酶原综合征一例报告暨文献复习[J].血栓与止血学,2021,27(1):32-34.

[5]崔佳,赵培,马倩,王霞,帖彦清.狼疮抗凝物、抗 β_2 糖蛋白 1 抗体及抗心磷脂抗体对妊娠不良事件的影响[J].河北医药,2020,42(24):3750-3753.

[6]寿玮龄,陈倩,范连凯,张建平,吴卫.3 种稀释蝰蛇毒磷脂时间试验检测狼疮抗凝物的性能评价[J].临床检验杂志,2020,38(10):734-737.

[7]马睿,任静,张珠博,李杨,王者香,门剑龙.狼疮抗凝物阳性患者临床数据横断面研究[J].临床检验杂志,2020,38(7):503-507.

[8]杜国梅.抗心磷脂抗体、抗 β_2 糖蛋白 1 抗体和狼疮抗凝物检测在高原地区脑卒中的应用价值[J].青海医药杂志,2020,50(4):54-55.

[9]木超,管甲亮,李喆,刘禹,王学锋,武文漫.稀释蝰蛇毒时间试验与混合试验在狼疮抗凝物检测中的相关性研究[J].诊断学理论与实践,2020,19(1):28-31.

[10]靳岩,张风华,曹盛吉,王筱雨,袁晓阳.华法令和低分子肝素对狼疮抗凝物检测的干扰研究[J].重庆医学,2019,48(6):990-992.

颅内动脉瘤介入治疗的围手术期护理进展

张笑建

浙江大学附属邵逸夫医院 浙江杭州 310000

摘要:随着介入医学的不断发展,介入手术的应用越来越广泛。颅内动脉瘤一种脑血管疾病,主要是大脑内部动脉血管异常膨出形成的动脉瘤,颅内动脉瘤一旦破裂可能会造成生命危险,容易产生较高的致死率和致残率。介入治疗作为一种重要的手术治疗方法,有着低风险、微创、有效性高、患者术后并发症较少及术后恢复快等优点。颅内动脉瘤介入治疗的围手术期护理可以为患者提供舒适有效的护理方法,减少患者恢复的时间,提升患者对护理工作的满意度。

关键词: 颅内动脉瘤; 介入治疗; 围手术期; 护理

1. 颅内动脉瘤简述

颅内动脉瘤是颅内动脉血管由于先天异常或后天损伤等原因,导致局部的血管壁损害,在血流动力学负荷和其他因素作用下,逐渐扩张形成的异常突起,是造成蛛网膜下腔出血的首位病因^[1]。在脑血管意外中,仅次于脑血栓和高血压脑出血,位居第三^[2]。任何年龄可发病,多数好发于40至60岁中老年女性,青少年少见。近年来,医务界十分重视对颅内动脉瘤知识的普及,以便使动脉瘤病人能得到及时的诊断和治疗,减少误诊,从而尽早发现和挽救更多的病人。

颅内动脉瘤的发病机制主要在于动脉瘤发生后,常常进一步发展,出现动脉瘤扩大。高血压是导致动脉瘤逐渐扩大的一个重要后天因素。动脉瘤的破裂实际是只有瘤壁的渗血^[3]。这种破裂与想像中的动脉瘤爆裂(如术中动脉瘤破裂)是不同的,这种情况下往往出血十分汹涌,病人常在几分钟之内陷入昏迷,因脑干受损而迅速死亡。忧虑、紧张、激动、血压突然升高、大小便、用力、妊娠晚期、分娩、体力劳动、性生活等均是动脉瘤破裂的诱发因素。在更多的情况下,出血是在没有明显诱因时突然发生的^[4]。动脉瘤破裂出血后,出血处由血凝块凝固以及血管痉挛收缩而达到止血的目的,加之脑脊液的促进作用,破裂处停止出血。在出血后1~2周,纤溶现象亢进,使破裂处纤维网脆弱、血凝块液化,由于此时动脉壁破裂口的纤维化尚不牢固,故容易发生再出血^[5-8]。

颅内动脉瘤的发病原因主要有先天性因素和后天性因素。先天性因素是因为脑动脉管壁的厚度为身体其他部位同管径动脉的2/3,周围缺乏组织支持,但承受的血流量大,尤其在动脉分叉部。管壁中层缺少弹性纤维,平滑肌较少,由于血流动力学方面的原因,分叉部又最易受到冲击,这与临床发现分叉部动脉瘤最多、向血流冲击方向突出是一致的^[9]。管壁的中层有裂隙、胚胎血管的残留、先天动脉发育异常或缺陷(如内弹力板及中层发育不良)都是动脉瘤形成的重要因素。先天动脉发育不良不仅可发展成囊性动脉瘤,也可演变成梭形动脉瘤。后天性因素主要包括:(1)动脉硬化:动脉壁发生粥样硬化使弹性纤维断裂及消失,削弱了动脉壁而不能承受巨大压力。硬化造成动脉营养血管闭塞,使血管壁变性。40~60岁是动脉硬化发展的明显阶段,同时也是动脉瘤的好发年龄,这足以说明二者的相互关系。(2)感染:感染性动脉瘤约占全部动脉瘤的4%。身体各部的感染皆可以小栓子的形式经血液播散停留在脑动脉的周末支,少数栓子停留在动脉分叉部。颅底骨质感染、颅内脓肿、脑膜炎等也会由外方侵蚀动脉壁,引起感染性或真菌性动脉瘤。感染性动脉瘤的外形多不规则。(3)创伤:颅脑闭合性或开放性损伤、手术创伤,由于异物、器械、骨片等直接伤及动脉管壁,或牵拉血管造成管壁薄弱,形成真性或假性动脉瘤。(4)其他:此外还有一些少见的原因如肿瘤等也能引起动脉瘤。颅底异常血管网症、脑动静脉畸形、颅内血管发育异常及脑动脉闭塞等也可伴发动脉瘤。除上述各原因外,还有一个共同的因素是血流动力学的冲击。动脉壁在上述先天因素、动脉硬化、感染或外伤等破坏的基础上,加上血流的冲击是动脉瘤形成的原因。在临床上有时可见到下列情况发展成动脉瘤:①残余的动脉瘤蒂:即夹闭动脉瘤时剩下一小部分薄壁。②动脉分叉处的膨隆:

如颈内动脉-后交通支交界处的膨隆。③动脉壁的一部分向外突出。这些可在2~10年演变成动脉瘤^[10-13]。

2. 颅内动脉瘤的治疗

颅内动脉瘤介入治疗方法是采取股动脉穿刺方法,通过微导管将弹簧圈以及支架辅助材料,放入动脉瘤腔内使动脉瘤闭塞,从而不再出血的治疗方法。近年来随着显微技术的发展以及材料工程的进步,以及人们对微创治疗的要求,越来越多的动脉瘤可选择介入的治疗方法,血管内介入治疗已成为脑血管病的重要治疗方法。常用方法如下:单纯弹簧圈栓塞、支架辅助弹簧圈栓塞、双导管栓塞、球囊辅助栓塞、闭合颈内动脉等。颅内动脉瘤的治疗进展,一般最开始没有认识到颅内动脉瘤的存在,往往只采取内科的方式进行治疗^[14,15]。但随着技术的进步,影像学的发展,人们逐渐发现动脉瘤,而且产生非常明显的认识。在之前一段时间,因为没有介入学的发展,基本所有的动脉瘤都通过外科开刀手术的方式进行治疗,创伤比较大,而且并发症也相对比较多。然后随着血管内介入技术的发明和不断的普及应用,血管介入微创治疗成为了动脉瘤治疗的主流。对于80%以上的颅内动脉瘤,都可以采取血管介入方式进行控制,甚至能够治愈。颅内动脉瘤介入治疗始于20世纪70年代初。早期介入治疗仅适用于动脉瘤形态和部位不适用于手术夹闭或临床状况差的患者。随着导管技术和栓塞材料的不断改进,介入技术逐渐成熟,已成为治疗颅内动脉瘤的重要途径。国际蛛网膜下腔出血动脉瘤试验(International Subarachnoid Aneurysm Trial, ISAT)对比血管内弹簧圈栓塞和神经外科夹闭,结果表明前者可以提高患者术后一年独立生活的机会。干预治疗的安全性和有效性无疑取决于新技术和新材料的发展^[16]。

介入手术治疗法是治疗颅内动脉瘤的主要手段,具有微创、耐受性好、高效等优点,传统手术具有较大的创伤性,身体状况欠佳的老年人难以有效耐受。介入神经放射学不断推进和发展,经皮血管内支架成形术逐步应用于颅内动脉瘤的治疗中,起到了重要的临床作用,能够积极改善脑血流动力学,具备创伤小、恢复快、并发症少、安全性高、应用范围广,不容易出现感染和出血,患者痛苦少,易接受,年龄高病情重者也能耐受。患者进行手术之后可以尽早的康复,缩短住院时间。但血管内介入栓塞也会有一定程度的并发症发生风险,包括脑血管痉挛、出血等,实施科学有效的护理干预对增强患者的治疗效果有着重要影响^[17]。

3. 颅内动脉瘤介入治疗围手术期护理

随着现代医学的不断发展,护理工作也在不断的发展为“以患者为中心”的护理理念。在该护理原则的指导下,针对颅内动脉瘤介入治疗围手术期的护理工作主要有以下几方面的进展。

3.1 术前护理

术前系统性的评估患者的病情,主要是患者的身体素质与心理素质。术前护理对于患者生活、心理的影响较大,适宜的术前护理可以有效降低患者的不安、焦虑等负面心态,提升患者对医护人员的依从性。术前护理措施应全方位考虑患者手术前可能出现的问题,实现护理工作的最大发挥,主要措施包括:

3.1.1 术前评估

首先护理人员病情评估按照 Hunt 和 Tess 评估患者的意识状态,在临床分级做好相应护理。I-III 级患者有一定的自主意识,应注意倾听患者的主诉。IV-V 级患者因已昏迷或躁动不配合,应适当给予镇静剂,避免过度躁动;其次评估患者的生命体征、睡眠质量、病情的严重程度以及患者及家属对于该疾病的认知程度。了解患者的护理需求,保证患者在术前有良好的精神状态^[17]。

3.1.2 心理护理

术前与患者进行心理护理,可以有效降低患者焦虑、抑郁等负面情绪的影响。同时可以与患者构建良好的护患关系,做好病情、情绪评估工作,为患者详细介绍颅内动脉瘤的发生机制、治疗措施、护理要点等,展示成功病例,有效促进患者治疗信心提升。术前实施科学的心理疏导,耐心讲解不良情绪对于手术治疗的影响,干预期间密切关注情绪变化,一旦发现患者有不良情绪,应及时给予干预,应用音乐疗法、想象法、聊天等形式缓解不良情绪。

3.1.3 日常生活护理

首先要保持病室环境安静,有条件者将患者安置在隔离间,建议患者保持情绪稳定,多卧床休息,同时减少家属的探视次数和时间。避免剧烈咳嗽、打喷嚏等诱因引起的动脉瘤再次破裂出血。颅内动脉瘤患者特别是破裂出血的患者,一定要注意环境的安全性,因为环境刺激对于颅内动脉瘤影响较大。同时注意要给予患者打喷嚏、排便正确的方式,以防止动脉瘤再次出血。在饮食方面要给予清淡、易消化饮食,保持大便通畅。对咳嗽障碍者,应定时翻身,保持呼吸道通畅。

3.2 术中护理

3.2.1 一般护理

术中护理具有十分重要的作用,手术室护理人员首先要建立两条静脉通路,协助麻醉进行气管插管全身麻醉。准备好术中所需物品、药品,妥善固定输液管路和导尿管,避免术中移动手术床造成管路脱落。术中保持导尿管和输液管路的通畅,观察动脉加压袋的情况,随时补充压力。配合医师进行手术操作,及时落实医嘱,促进手术治疗顺利进行。一旦发现患者出现异常情况,应停止注入造影剂,同时给予相应处理。

3.3 术后护理

3.3.1 一般护理

密切观察生命体征变化:严密监测体温、脉搏、呼吸、血压、意识瞳孔变化。气管插管病人不耐管时做好心理护理,必要时遵医嘱给予镇静药持续镇静以缓解焦虑、紧张情绪。控制血压在 120-130/80—90mmHg,以增加脑灌注,防止脑组织缺血缺氧,必要时予以硝酸甘油或硝普钠控制血压。动脉瘤栓塞治疗均采用全身麻醉。因此,术后应送至监护病房,给予精心护理,绝对卧床休息。患者术后 24 h 内限制肢体活动,下肢保持伸直位,为了避免穿刺部位出现水肿,可以通过弹力绷带进行 24 h 的加压包扎^[4]。导管室拔除动脉鞘同时安装封堵器者,穿刺侧肢体制动 3~4 h。根据情况嘱患者多饮水,促进造影剂排出,给予清淡易消化饮食,保持大便通畅,定时翻身拍背,以利痰液排除;指导患者有效咳嗽,避免腹压增高导致局部出血。同时注意患者预防咳嗽和感冒,防止患者颅内感染的发生。

3.3.2 并发症的观察和护理

为降低术后血栓发生风险,应观察穿刺点有无消失和减弱,同时对于皮肤颜色、温度进行分析,询问有无下肢感觉障碍、疼痛情况,注意与健侧肢体进行对比。对于患者瞳孔、意识等进行观察,微量泵注尼莫地平,有效预防血管痉挛。

3.3.3 术后健康宣教

护理人员要多鼓励病人坚持进行康复训练,保持乐观的情绪和心态的平静。不要过度激动,避免一切不良刺激。对于无功能障碍或轻度功能障

碍的病人,出院后尽量要从事一些力所能及的工作,合理安排休息与活动量,避免重体力劳动,坚持体育锻炼,但不要过度劳累。对于患有高血压等疾病的患者应嘱病人坚持服用抗高血压、抗癫痫、抗痉挛等药物,不可擅自停药、改药,以免病情波动。同时要嘱咐患者饮食要清淡、少盐、富有纤维,保持大便通畅。最后,护理人员应嘱咐患者每 3-6 个月进行一次复查。

4 结论

综上所述,随着介入医学的不断发展和神经医学的不断推进,介入治疗手术正逐步应用于颅内动脉瘤的治疗中,并在临床应用中获得了极大地赞同。介入治疗能够积极改善脑血流动力学,具备创伤小、恢复快、并发症少、安全性高、应用范围广,不容易出现感染和出血等优势。同时,随着护理方案的不断完善,在颅内动脉瘤的围手术期注重患者术前心理护理,日常生活护理,在术后同时强调患者健康教育。众多的临床应用的结果表明颅内动脉瘤介入治疗后围手术期的护理可以有效提升患者的生活质量,增强患者战胜疾病的信心,同时可以提升患者的生存质量,降低疾病的致死率和致残率,降低动脉瘤后遗症的发生。因此,颅内动脉瘤介入治疗围手术期的良好护理对于广大的临床护理人员有着重要的提示作用。

参考文献:

- [1]周龙江,张鑫. 感染性颅内动脉瘤的治疗研究进展[J]. 中华神经医学杂志,2022,21(4): 429-432.
- [2]武玉良,朱玉英,赵孟德,等. CTA 与 DSA 诊断颅内动脉瘤的临床应用分析[J]. 医学影像学杂志,2022,32(5): 858-860.
- [3]朱媛萍. 颅内动脉瘤破裂老年病人介入治疗预后危险因素分析[J]. 护理研究,2021,35(4): 740-742.
- [4]张春艳,李淑艳,阎莉,等. 前循环破裂颅内动脉瘤介入治疗的研究进展[J]. 医学综述,2021,27(9): 1775-1779.
- [5]肖庆,焦汝开,周焜,等. 血管内介入治疗颅内破裂动脉瘤 82 例预后及复发的影响因素分析[J]. 安徽医药,2021,25(8): 1524-1529.
- [6]杨兴华,褚沛. 颅内动脉瘤急诊介入治疗术后神经系统并发症的危险因素[J]. 中国社区医师,2021,37(18): 69-70.
- [7]陈娟,金慧莉,高灵花. 烟雾病合并颅内动脉瘤患者介入治疗的术后综合护理情况分析[J]. 中国肿瘤临床与康复,2021,28(8): 901-904.
- [8]方艳雅,蒋雅兰,邓密霞,等. 阶梯式护理模式用于颅内动脉瘤介入治疗患者围术期的效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(10): 98-101.
- [9]王国丽. 多学科协作模式护理对颅内动脉瘤介入治疗患者生活质量及预后的影响[J]. 中国民间疗法,2021,29(11): 99-100,125.
- [10]杜梦妮,陈功. 系统化整体护理对颅内破裂动脉瘤介入治疗后心理状态及认知功能的影响[J]. 中国临床神经外科杂志,2020,25(10): 722-723.
- [11]史夫晓,关楠. 个性化护理在颅内动脉瘤介入治疗过程中的应用[J]. 中国医药科学,2020,10(8): 184-186,262.
- [12]杜雪文. 颅内动脉瘤介入治疗的围手术期护理[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(35): 261,265.
- [13]刘彩娜,么丹,张渝. 介入治疗颅内动脉瘤围手术期的护理配合及干预[J]. 中国医药指南,2019,17(7): 260-261.
- [14]李宇. 颅内动脉瘤介入治疗的围手术期护理要点[J]. 中外女性健康研究,2016(11): 161,160.
- [15]管海燕. 颅内动脉瘤介入治疗围手术期的护理[J]. 中国中医急症,2009,18(2): 319-320. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2009.02.109.
- [16]吴海霞. 循证护理对颅内动脉瘤介入治疗患者自理能力及预后的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志,2020,23(8): 716-719.
- [17]陈美娜. 颅内动脉瘤介入治疗的围手术期护理[J]. 中国医药指南,2018,16(2): 255-256.